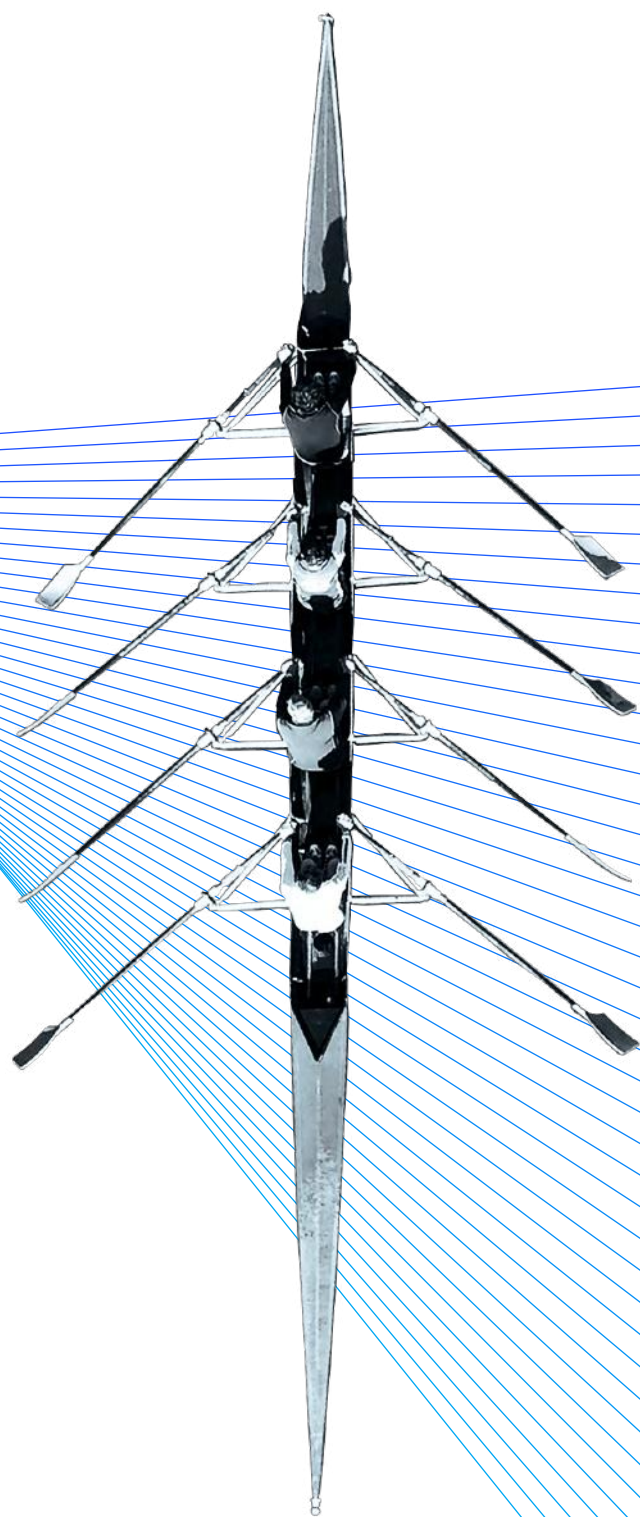


McKinsey  
& Company

# 奋楫正当时：中国商业 健康险的挑战与破局



2022年6月



# 目录

- 2** 序言： 前程有日月，奋楫竞千帆
- 5** 第一章 审视现状——商业健康险面临的深层次挑战
  - 1.1 政策支持下的商业健康险增长空间广阔
  - 1.2 商业健康险在医疗支出中发挥的保障作用仍非常有限
- 9** 第二章 剖析困局——供需存在结构性错配
  - 2.1 供需错配无法有效激发市场需求
  - 2.2 保险公司核心能力建设仍有不足
  - 2.3 三大破局方向
- 21** 第三章 解锁未来——健康险企业的破局之路
  - 3.1 从核心诊疗全面延伸，探索医险融合新模式
  - 3.2 以风险管理为中心，构建精细化保险营运体系
  - 3.3 围绕客户需求和体验，重塑产品设计销售全流程

# 序言：前程有日月， 奋楫竞千帆

在中国多层次医疗保障体系之中，商业健康险无疑可发挥重要的补充作用，政府和行业也一直对其寄予厚望。过去10年间，中国商业健康险保费收入年均复合增长率达到33%，增速为寿险、财险等其他险种的2~3倍。中国商业健康险迎来前所未有的发展机遇和战略窗口期。

然而，尽管政府大力支持、企业积极布局、居民意识逐渐加强、产品形态日益多样，时至今日，由商业健康险承担的保障在全国医疗总费用支出中仍然非常有限。2020年中国直接医疗支出<sup>1</sup>约为4.3万亿元人民币，其中医保支出为2.1万亿，个人支出为2万亿，而商业健康险赔付仅为0.2万亿元（约占直接医疗支出的5%）。可见商业健康险尚未有效减轻居民的就医负担，其潜在市场空间极为广阔。

综观供需两端，我们发现中国商业健康险面临三大根本性挑战：

**挑战一：居民对商保的观念意识和需求尚未广泛形成。**中国人均医疗健康支出相对较低，且医疗支出呈长尾分布，造成个体层面对潜在的医疗负担缺乏应有的重视。加之对基本医保报销范围的限定认识不足，大量居民没有补充购买商业健康险的意识和动力，以对冲医疗支出负担。

**挑战二：市场供给未能充分挖掘潜在需求。**

目前主流健康险产品存在着“保健康人，不保非标体”、“保短期不保长期”、“保医保内，不保医保外”等供需错配现象，最需要保障的人群反而难以有效参保。根据我们的测算，中国老年人和带病人群的医疗支出在总医疗支出中占比高达60%，但这部分人群的商保保费在商保总保费的占比仅约5%。

**挑战三：保险公司核心能力存在不足。**

因经营时间短、数据积累不足，同时受限于中国医疗服务供给端发展不充分等问题，目前保险公司普遍缺乏与医疗服务体系深度融合、精细化风险分层与管控、精准捕捉客户需求等核心能力，导致其难以持续推出有效的产品，未能有效激发市场需求。

除此之外，中国医疗系统自身的一些特点也为商保发展带来了挑战。譬如，基本医保的参保人群与商保的保障人群存在大量重叠，保障待遇边界不清晰；医疗服务提供方以分散的公立医院为主，商保公司对其影响力有限；医疗健康数据基础仍然相对薄弱，且缺乏整合的结构化数据平台等。

中国商业健康险如何实现跨越式发展？借鉴成熟市场的发展历程，我们提出三大破局思路，以供各方参考：

<sup>1</sup> 直接医疗支出定义为用于支付药品、医疗产品与服务的直接支出，不包括卫生总费用中的非医疗直接支出（如政府对医院和基层机构的财政补助与行政管理事务支出、计生事务支出、医保和商保结余、社会办医支出、社会捐赠援助等）。

### 一、医险融合，提价值

险企深度参与融入医疗健康系统，以“产品+服务”为组合拳，吸引客户购买与之绑定的保险产品；保险产品引入优质医疗健康服务，依托医疗健康场景持续创造客户触点，精准销售定制化保险产品；对客户进行实时的健康追踪和医疗干预，减少疾病发生、降低赔付支出。

### 二、科技赋能，增效率

将前沿科技应用于保险价值链各个环节。从前端看，基于大数据的用户标签体系、智能保险产品推荐等技术，深入挖掘健康险客户需求、提高渠道效率。从后端看，利用高精度风险识别、智能理赔核赔等技术，降低两核风险、提高赔付申请处理效率。

### 三、多方合作，扩覆盖

以政府鼓励的渠道为流量入口，低成本、高效率获取新客户，并针对新客户进行二次开发。同时通过与各方合作积累医疗数据，进行用户分层与管理、加强风险识别与管理。

“前程有日月，奋楫竞千帆”。放眼未来，我们相信中国商业健康险市场定会“百舸争流千帆竞”之势。在当前的市场环境下，本文针对中国商业健康险企业在发展过程中的普遍困惑与挑战，围绕“**从核心诊疗全面延伸，探索医险融合新模式**”、“**以风险管理为中心，构建精细化保险营运体系**”、“**围绕客户需求和体验，重塑产品设计销售全流程**”这三大主题，参考国内外最佳实践经验，为保险公司如何构建核心能力，抢先布局，引领市场发展，提供破局思路。





# 第一章

## 审视现状——商业健康险面临的深层次挑战

近年来，随着人口老龄化提速，居民的医疗健康需求日益旺盛。商业健康险无疑可在中国医疗保障体系中发挥重要补充作用，政府和行业也一直对其寄予厚望。过去10年间，中国商业健康险保费收入年均复合增长率达到33%。然而，尽管政府大力支持、企业积极布局、居民观念意识逐渐加强、产品形态日益多样，时至今日，由商业健康险承担的保障在中国医疗总费用支出中仍然非常有限。2020年中国直接医疗支出约为4.3万亿元，而商业健康险赔付仅占约5%，距离真正发挥医保补充作用仍有很长的路要走。如何推动商业健康险高质量发展、有效减轻居民的医疗负担，成为行业需要共同攻克的重大课题。

### 1.1 政策支持下的商业健康险增长空间广阔

1, **商保增长迅速**：截至2020年，商业健康险在中国全年总保费收入中的占比从2013年的7%迅速增长到18%，成为继寿险与财产险之后的第三大险种，其年均复合增长率为33%，为其他险种的2~3倍（见图1）。由于受线下代理人规模缩水及车险综合改革等影响，寿险及财产险增速预计将进一步放缓，健康险保费占比则有望进一步提升。

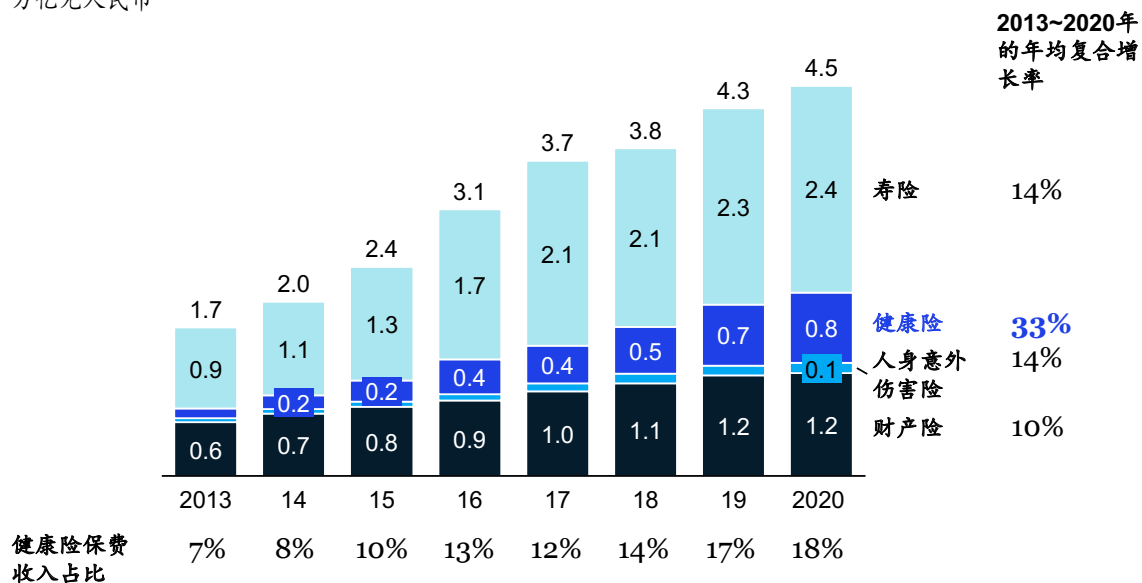
2, **政策大力支持**：为提高居民医疗保障水平，减轻就医负担，中国政府构建了“多层次医疗保障体系”顶层设计，包括以医疗救助构成的“托

底层”，以基本医疗保险构成的“主体层”，以商业健康保险、医疗互助、慈善捐赠共同构成的“补充层”，并进一步明确商业健康险为国家医疗保障体系不可或缺的组成部分。在顶层设计和原则指导的基础上，政府自2012年以来出台了一系列支持性政策，在具体执行层面推动商业健康险的切实发展，包括鼓励商保公司经办城乡居民大病保险，提高资金运营效率；推出城市定制普惠型商业医疗险（惠民保）标准规范，提升商保参保率；探索商保目录，推动商业健康险的标准化与专业化发展等。

图 1

## 分险种原保险保费收入

万亿元人民币



资料来源：银保监会；麦肯锡分析

**3, 企业积极布局:** 在市场机遇的催化下, 各类企业 (包括本土险企、跨国险企、互联网科技企业、健康险第三方服务公司TPA和创新支付企业) 纷纷进入商业健康险市场, 多维度积极布局。譬如, 推出专病险、家庭险、长期医疗险等人群覆盖更广、保障时间更长的创新型

产品, 从传统的代理人渠道扩大至互联网平台、保险中介等多元化销售渠道, 利用大数据及AI等智能科技手段加强保险核心技术与能力, 不断升级慢病管理、药品配送、健康监测等医疗及健康管理服务, 快速推动商保的普及与创新。

## 1.2 商业健康险在医疗支出中发挥的保障作用仍非常有限

尽管增长迅速, 但商业健康险的赔付支出仅占中国直接医疗支出的约5% (见图2)。医保支出贡献了医疗总费用的半壁江山, 同时个人自付占比达46%。商业健康险尚未对医保形成足够补充, 未能有效减轻居民的就医负担。

具体来看, 在2.2万亿元人民币的非医保支出中, 商保赔付支出占比仅达10% (约2200亿元), 且集中在中青年人群的重疾类赔付 (见图3)。商业健康险对轻疾、慢病及老年人群的保障明显不足, 其赔付支出仅占非医保支出的

7%左右 (以补充型医疗保险及高端医疗险为主), 疾病覆盖存在巨大的市场空白。

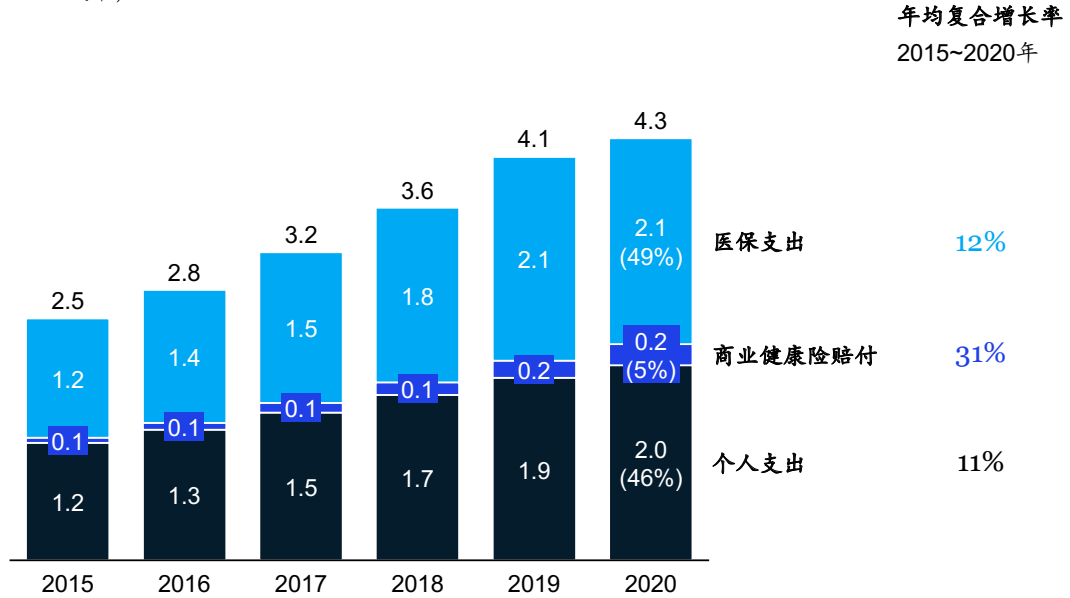
**总而言之, 当前中国商业健康险市场发展面临深层次挑战:** 一方面, 政府大力支持、企业积极布局、产品形态日渐丰富, 商业健康险得以快速发展; 另一方面, 商业健康险赔付支出只占直接医疗支出的5%且集中于重疾, 有很大的提升空间。深入理解当前困局背后的根因将为健康险公司捕捉未来市场风口、抢占市场先机、引领市场发展提供有益的借鉴与启示。



图 2

### 中国直接医疗支出<sup>1</sup>

万亿元人民币， %

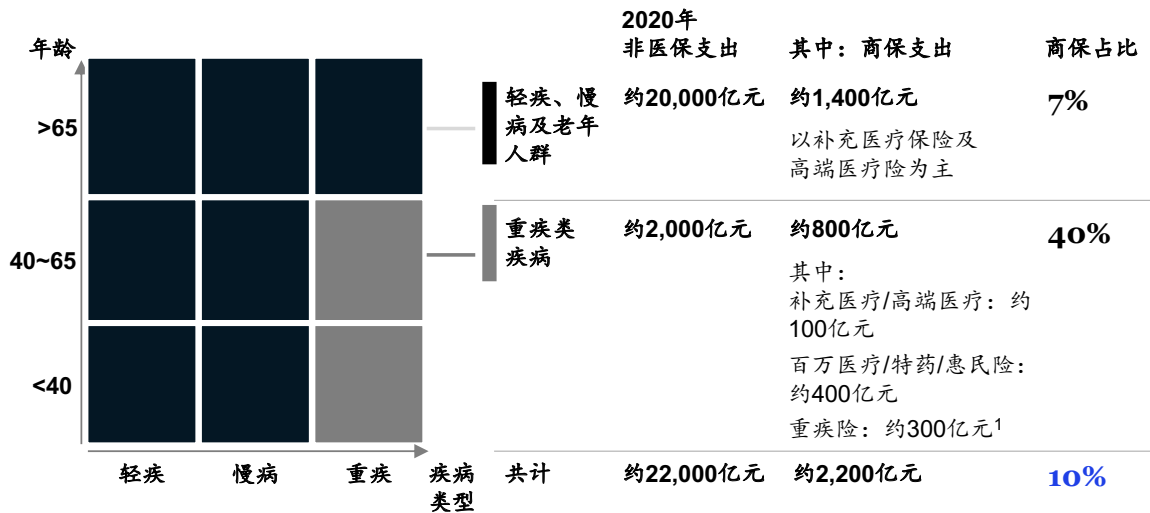


1. 直接医疗支出定义为用于药品、医疗产品与服务的直接支出，不包括卫生总费用中的非医疗直接支出（如政府对医院和基层机构的财政补助与行政管理事务支出、计生事务支出、医保和商保结余、社会办医支出、社会捐赠援助等）

资料来源：中国卫生健康统计年鉴；医疗保障事业发展统计公报；中国银行保险监督管理委员会《保险业经营情况表》

图 3

### 中国非医保医疗支出



1. 假设重疾险给付中近30%用于医疗支出

资料来源：卫生统计年鉴（2019）；银保监会；医保局；麦肯锡分析



# 第二章

## 剖析困局——供需存在结构性错配

商业健康险的发展现状与困局在不同客群中的表象与成因均有所差异。目前市场上购买商业健康险主要有两类客群：一是寻求医疗支出保障的客群，二是追求优质医疗服务的客群。对前者而言，商保最重要的功能是对冲医疗支出风险，减轻医疗费用压力；而后者则更倾向于通过购买商保获得更好的就医环境、更优的就医服务、更快的就医流程。

针对寻求医疗支出保障的客群，有三大原因导致健康险发展不充分：

1. **从需求端来看，中国商业健康险的市场需求尚未得到充分挖掘。**医疗费用成本总体较低、灾难性医疗支出概率较小，导致居民购买商保的意愿不够，动力不足。同时，受限于市场教育，大多数居民对基本医保的保障范围以及商保的额外保障功能缺乏应有的了解。
2. **从供需匹配来看，当前市场产品供给无法有效激发潜在需求。**目前主流健康险产品普遍存在“保健康人不保非标体”、“保医保内不保医保外”、“保短期不保长期”等错配现象，最需要得到保障的人群往往难以有效参保。

3. **从供给端来看，为规避赔付风险，保险公司核心能力不足导致其不得不主观筛选可保人群。**因商业健康险经营时间短、数据积累不足，受制于中国医疗服务供给端发展不充分等原因，目前保险公司普遍缺乏与医疗服务体系深度融合、精细化风险管控、精准捕捉细分客户需求等核心能力，导致其从源头上难以开发出激发市场需求的产品。

针对追求优质医疗服务需求的客群，虽然越来越多的居民愿意为医疗服务升级付费，但此类需求数量仍然有限，未能有效扩大商业医疗险规模。中国高端医疗服务在整个医疗服务市场中所占份额不足1%<sup>2</sup>。究其原因，从支付能力上看，高收入的高端医疗消费人群占中国总人口的比例较低；从支付意愿上看，中国高端医疗服务供给不足，公立医院仍是绝大多数居民寻求医疗服务的首选。

除此之外，中国医疗系统自身的一些特点也为商保发展带来了挑战。譬如，基本医保的参保人群与商保保障人群大量重叠，保障待遇边界不清晰；医疗服务提供方以分散的公立医院为主，商保公司对其影响力有限；医疗健康数据基础相对薄弱，且缺乏整合的结构化数据平台等。

<sup>2</sup> 高端医疗服务包括高端民营医院及诊所、公立医院国际部及特需部所提供的医疗服务等。

## 2.1 供需错配无法有效激发市场需求

当前市场上已有的健康险产品无法充分捕捉并满足不同人群的需求，供需错配主要体现在以下三大方面：

1. **保健康人，不保非标体**：目前市面上的主流产品大多仅允许无既往症、65岁以下的健康群体参保或首次投保，导致最需要得到医疗保障的人群在商保产品选择上十分有限，产品主要为惠民保、团险性质的企业补充医疗险和高端医疗险等。而对比非标群体的医疗支出及商业健康险保费规模可发现，商保在对这部分人群的保障存在巨大缺口：尽管老年人以及带病人群的医疗支出占比高达60%，但由于适用的商保产品有限，该类人群贡献的商保保费占比仅为5%左右（见图4）。

对比美国、澳大利亚等国可发现，发达国家商业健康险对非标群体的覆盖面更广，普遍允许既往症人群以及老年人参保。政府在其中起到了非常重要的推动作用，例如美国政府要求商保公司不得以既往症等原因拒保，且需承诺续保；澳大利亚政府为老年群体提供额外商保补贴。发达国家商保的人群覆盖率平均达到约55%，赔付率达到70%~90%；相比之下，中国覆盖率不足30%，赔付率约60%~65%<sup>3</sup>，非标体人群的覆盖与保障能力亟需提高。

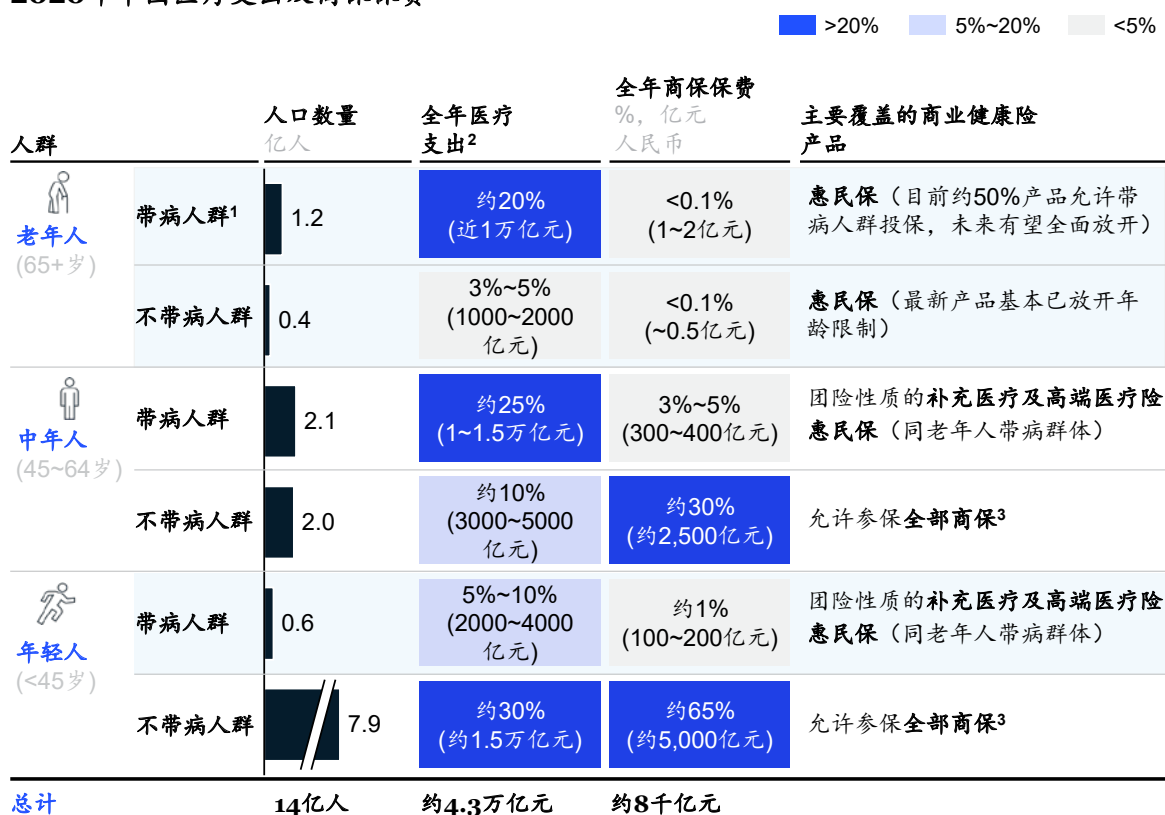
2. **保医保内，不保医保外**：国内的商保产品目前主要围绕医保保障范围进行设计，在赔付责任上与医保高度重合，未能形成对医保的有效补充（见图5）。在主流的商业健康险产品中，仅部分百万医疗、高端医疗、惠民保以及少量的特药险、专病险可支付医保外药品，但这些险种的总体保费占比较小，对医保目录外的医疗费用保障覆盖仍存在较大空白。

3. **保短期，不保长期**：目前商业医疗险（不含重疾险）多以一年期产品为主，少见保长期，甚至保终身的保险产品。2020年4月，中国银保监会发布《关于长期医疗保险产品费率调整有关问题的通知》，通过细化费率调整的相关规定，解决困扰长期医疗险发展的制度障碍，引导险企开发销售长期医疗保险产品。随后，多家保险公司相继推出相关产品，截至2021年10月，共有8家公司推出超过25款费率可调的长期医疗险产品。然而，我国长期医疗险目前仍处于初步发展阶段，以保证5年以上续保的百万医疗险为主，其2020年保费规模仅约30亿元，占百万医疗险总体份额约5%，占商业医疗险总体市场份额仅1%左右。长期医疗险仍有很长的路要走。

<sup>3</sup> 医疗险赔付率，即医疗险赔付支出/医疗险原保费收入，不包含重疾险。

图 4

2020年中国医疗支出及商保保费



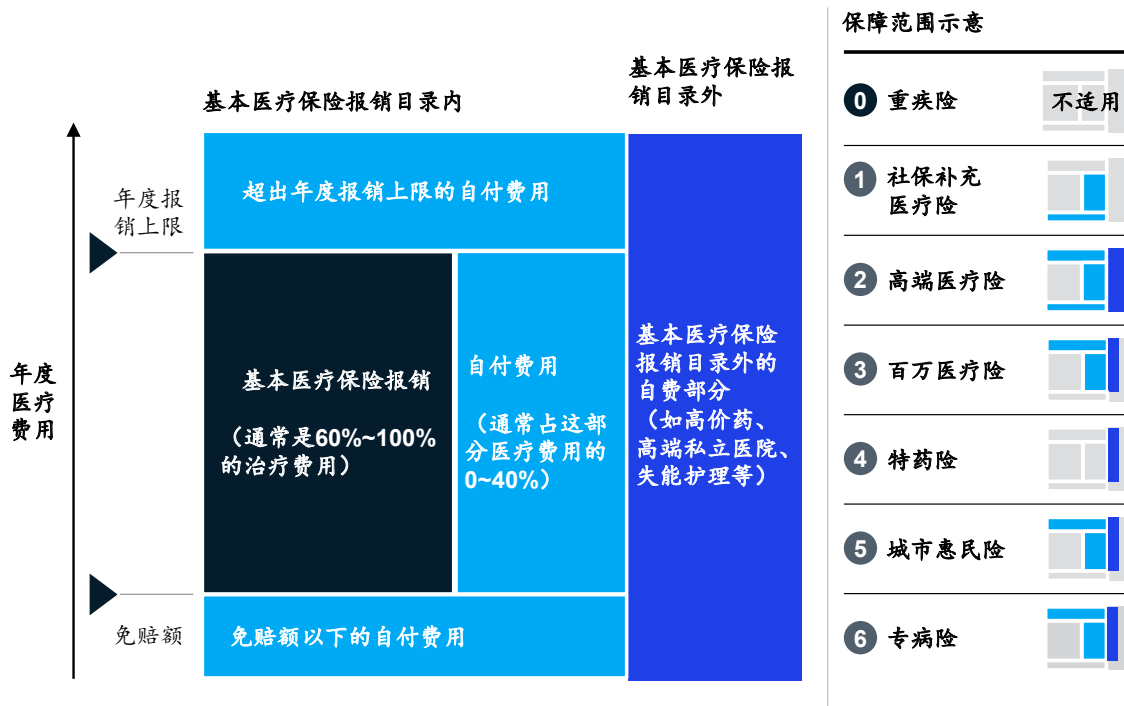
带病人群及老年群体的保障缺口明显：  
 医疗支出2.5~3万亿元，占比 **约60%**  
 vs.  
 商保保费约500亿元，占比 **约5%**

1. 带病人群指重症和慢性病患者  
 2. 此处指2020年全国全年龄段医保、商保、个人支付医疗支出总和，约4.3万亿元人民币  
 3. 包含重疾险、补充医疗险、百万医疗险、惠民保、高端医疗险

资料来源：银保监会年鉴；麦肯锡全球研究中心；麦肯锡分析

图 5

中国医疗保障体系图示



资料来源：麦肯锡分析

## 2.2 保险公司核心能力建设仍有不足

出现当前商业健康险供需错配的主要原因在于，保险公司在风险管控、消费者洞见、医疗服务融合等三方面的核心能力存在不足。

1. **风险管控能力不足**：首先，保险公司健康险经营时间短、经验数据积累不足，同时受制于中国医疗服务供给端体系问题，缺乏系统性、可信赖的医疗健康数据。其次，险企目前主要以拒绝高风险人群投保来规避风险，尚未建立深度的数据挖掘和整理能力，对既有数据也难以有效加以利用，挖掘潜在价值。两大因素叠加之下，险企在产品定价和核保核赔方面缺乏科学性和精准性。

2. **客户需求把握不够**：大部分险企目前未能对客群进行精准细分，无法形成个性化客户画像和构建丰富用户标签，难以有效识别和满足不同客户需求。缺少精准的人群风险分层和管理能力，导致险企难以针对特定人群设计定制化产品，造成目前在售的健康保险责任和可投保人群高度相似，产品同质化严重、价格竞争激烈等现象。

3. **医疗服务融合不深**：保险公司在两个维度上仍缺少与医疗体系的深度融合：(1) **没有参与健康管理服务**，更注重事后理赔，未深度参与客户事前的疾病风险预防和事中的疾病康复管理，无法有效获取并留存客

户，未能降低保险赔付概率及风险；(2) **缺乏医疗保险网络衔接**，作为医疗服务支付方，险企无法与医疗服务提供方建立有效的合作机制，缺少对医疗服务标准及流

程的掌握，难以对患者就医行为的必要性及费用支出规模进行评估，导致医疗费用管控难、效率低。

## 2.3 三大破局方向

面对商保需求挖掘不充分、险企核心能力有待提升所带来的供需错配难题，中国商业健康险市场若想突出重围，实现跨越式发展，可考虑从三个方向破局（见图6）。

1. **医险融合，提价值**：险企深度参与健康管理并融入医疗健康系统，以“产品+服务”为组合拳，捕捉高值客群、提升盈利水平。

(1) **寻差异，引流保单新客**：引入高端就医资源、专属服务体验等优质医疗健康服

务，将其作为“引子”吸引客户购买与之绑定的保险产品；(2) **增黏性，创造二次加保**：依托医疗健康服务场景持续创造客户触点，通过及时捕捉和识别客户多元化的需求，精准销售定制化保险产品和服务解决方案；(3) **促健康，降低赔付成本**：通过对客户进行实时健康追踪和医疗干预，引导客户培养良好的生活方式和用药习惯，减少疾病发生，缓解病情恶化，从而降低赔付率和赔付额。

图6  
中国商业健康险实现跨越式发展的三个潜在破局方向



### 政企合作扩覆盖

依托政府渠道快速获客，并进行交叉销售，以普惠型产品扩大人群覆盖范围（尤其是老年人、带病人群），同时开展数据合作，提升风险承保等核心能力



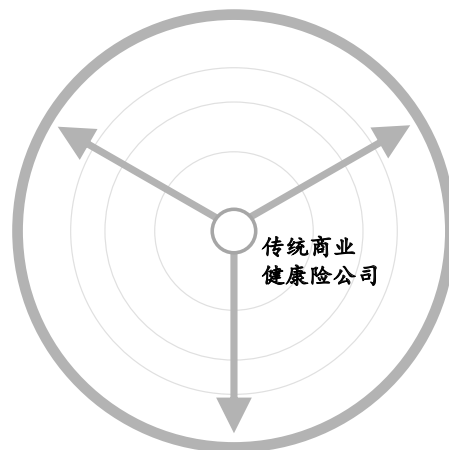
### 医险融合提价值

从事后的保险产品理赔延伸至事前事中的医疗健康服务，通过“产品+服务”组合拳，捕捉高价值客群需求，从而促进商业创新，提升盈利水平



### 科技赋能增效率

借力云计算、人工智能等前沿科技，深化保险公司价值链各环节（风险管控、核保核赔等）核心能力与效率，提升精益运营水平，优化用户交互体验



2. **科技赋能，增效率：**将前沿科技应用于保险价值链各个环节，优化用户体验、提升运营效率。**从前端看**，基于大数据的用户标签体系、智能保险产品推荐等技术，有利于险企深度挖掘客户需求、提高渠道效率；**从后端看**，高精度风险识别、自助理赔、智能核赔等技术，能够降低两核风险、提高赔付申请处理效率。相较寿险、财险等险种，健康险具有高频率、低件均等特点，使用科技手段能带来的潜在效益增值也更加明显。
3. **多方合作，扩覆盖：**以政府鼓励的渠道作为流量入口，扩大客群覆盖、再造核心能力。**(1) 获客扩覆盖：**首先，虽然普惠型产品保单盈利性较低，但险企可借助政府宣传渠道，低成本高效率获取大量新客户；其次，险企可对新客户进行二次开发，结合客户所处生命周期以及特定需求，向其交叉销售定制化、高价值的保险产品。**(2) 获**

**数建能力：**与政府形成深度合作，推动保险公司积累更细更广的医疗数据，有利于加强客群分层与管理、风险识别与管理等方面的核心能力。

整体来看，中国商保市场有三个破局方向，且都对险企相应领域的现有资源和能力提出了要求，保险公司宜根据自身资源禀赋，选择适合的发展路径。一是要深化医险融合。保险公司需要具备足够的资产实力和战略决心，要通过自建或合作的方式长期布局医疗健康生态圈，中小险企则应从细分服务领域切入，深耕细分市场的差异化创新；二是要实现科技赋能。保险公司需要具备行业领先的大数据、AI、云计算等科技创新能力，才有可能将最新的科技手段持续应用在保险运营环节，实现科技赋能；三是要借助政企合作。保险公司需要积极参与政府合作项目，并准备好承担相应的社会责任。





## 国际健康险体系案例一

### 新加坡：政商合作拓宽医疗需求覆盖面

新加坡实施全民医保制度，但政府出资的医保保障范围有限，主要体现在四个方面：

(1) 设置1500~2000新币的免赔额；  
(2) 设置15万新币的年度报销上限；  
(3) 设置自付比例，普通病房医疗自付比例在3%~10%，而高级病房及私立医院的自付比例通常大于50%；  
(4) 规定报销范围，不包括救护车费用、疫苗及消费医疗（如牙医、医美、生殖健康）等项目。

因医保保障存在缺口，在新加坡高昂的医疗费用下，商保行业衍生出两类嫁接在医保体系上的主流商保产品，对医保的保障范围和赔付比例形成补充。一是**综合健保计划**（Integrated MediShield Plan）：最常见的商业健康险类型，可以提高高级病房赔付比例与报销上限，并增加医保目录外的报销项目（如住院前后的治疗、器官移植等），约70%的居民购买这一产品；二是**附加险**（Rider）：需在购买综合健保计划的基础上叠加购买，主要目的是进一步降低免赔额和自付比例，同时增加医保目录外的医疗服务（如中医、长期护理等），约35%的居民购买这一产品。除此之外，另有约5%的居民购买独立于医保系统的**纯商业健康险**产品，主要为非新加坡公民或有高端或特殊医疗需求的人士。

在医保财政压力下，新加坡政府通过积极发展与企业合作，鼓励商保发展，以拓宽医疗需求覆盖面：其一，新加坡政府为商保产品开放了医保个账的支付方式，居民可以使用医保账户为个人及家庭购买综合健保计划。据统计，约80%商保保费来自医保个人账户；其二，政府在卫生部官网列出了7家授权销售“综合健保计划”的商业保险公司及其产品，依托官方渠道宣传指导居民购买商业健康险产品；其三，为了避免民众过度医疗，减少商保公司亏损，政府颁布政策规定附加险不再提供100%的报销，用户需要自付至少5%，为商保公司提供了利益保障。尽管保险公司与政府合作的普惠型产品利润有限，但由此获得的大量客户，为险企带来了额外交叉销售寿险、产险和向上销售商业附加险等产品等机会。

面临医保覆盖人群广，保障范围有限的相似压力，中国可从新加坡政府与险企在商业健康险的合作模式中有所借鉴。当前政企合作模式已展开初步探索与尝试，尤其是惠民保产品取得了阶段性成效。展望未来，中国健康险公司如何绑定政府渠道，开发嫁接在医保体系的商保产品，共同培养和提升民众的商保意识，将成为中国健康险市场实现量变的关键所在。

## 国际健康险体系案例二

### 美国：以医险融合打造医疗支付闭环

美国是发达经济体中少有的没有实行全民医保或国家卫生服务制度的国家，其医疗保障体系以商保为主导，政府仅在商保市场机制失灵时介入，通过社保进行补充。截至目前，超过55%的美国人选择投保商业健康险（其中雇主险占比49%，个人险占比6%），而社会医保仅覆盖了约35%的人口，其中针对老年人的“Medicare计划”覆盖14%，针对低收入人群和残疾人的“Medicaid计划”覆盖20%。

纵观美国商业健康险发展历程，管理式医疗是其蓬勃发展的前提，核心在于将医疗服务提供方和支付方的利益与风险绑定，共同推动医疗服务管理的标准化，从而实现保险精准控费、用户黏性提升。管理式医疗保险占美国商保市场总保费规模的99%，而纯报销赔付型产品仅占1%。在此背景下，美国健康险市场衍生出三大类型的险企，根据自身的资源与禀赋，各自从不同的路径切入，最终均实现医险融合。

第一种路径是“从险到医”，美国领先险企基于丰富的保险客户资源，向医疗方向发展，构建起共享利益及风险的医疗网络，以

期达到控制赔付、服务升级的目的。例如，美国联合健康（United Healthcare）是全美最大的健康险公司，也是全美最早开始探索管理式医疗的保险企业之一，通过签约、收购、自建等方式积累了优质线下医疗资源，共签约超过6500家医院和130万医护人员，并自营240家社区医院和200家流动手术中心/医院。大型险企采取“从险到医”的模式，主要是依托自身庞大的客户基数，能够为医疗机构输送客源，让其有意愿与保险公司进行深度利益绑定；同时，这类保险公司通常拥有雄厚的资产实力，能够长期投资，搭建医疗服务网络。

第二种路径是“从医到险”，大型医疗服务集团结合自身医疗资源推出健康险产品，以得到额外的保费收入及稳定客源。例如，凯撒医疗（Kaiser Permanente）是全美最大的医疗集团之一，在8个州拥有2万余名医生、6万余名护理人员、39家医院和706家诊所。凯撒集团开发了嫁接在其自有医疗机构网络的健康险产品，购买其健康险的会员只能在凯撒的医疗网络中进行医疗消费，从而实现医疗支付与医疗供给的全闭环式管理，即健康维护组织（Health Maintenance Organization，简称HMO）模式。医疗集团之所以能够做到“从医到险”，关键在于自身

拥有专业的医疗知识与技能，能够通过科学的事前、事中、事后的医疗及健康管理，有效控制医疗成本；同时，在HMO医疗模式下，会员所有医疗需求都可在凯撒集团自有网络中得以解决，这为其积累了长期的、全方位的客户医疗健康数据，可反向支持保险产品创新和保险能力升级。

**第三种路径是“科技创新”**，近年来市场中涌现出一批创新企业，凭借自身科技优势，以轻资产的方式为客户提供线上线下结合的医疗服务。例如，美国一些主营面向老年人群Medicare Advantage产品的创新型保险公司，其领先的大数据算法能够准确分析用户的发病、住院风险，通过远程指导及自有

护理团队上门服务等方式，为用户提供定制化的健康干预服务。“科技创新”路径得以实现医险融合的核心在于，拥有强大的医疗、行为等大数据分析能力，可精准预测疾病风险、控制赔付支出，同时为用户提供简单便捷、切实有效的医疗及健康管理服务。

**总结来看**，管理式医疗是美国健康险行业最为关键的成功因素。中国“社保为主、商保为辅”的医疗支付体系及“公立为主、民营为辅”的医疗供给体系均与美国存在较大差异，但是在如何将医疗健康服务引入保险产品体系、如何布局延伸医疗机构网络等方面，管理式医疗仍然值得中国保险企业学习借鉴。

## 国际健康险体系案例三

### 德国：以精益运营提升险企核心能力

德国是全球医保覆盖率最高的国家之一。其法定健康险 (Statutory Health Insurance, SHI) 覆盖全国88%的人口，不仅在医疗需求方面涵盖绝大部分场景 (如

门诊、住院、处方药、创新药等费用)，在赔付上也提供完善的保障，设置了零免赔额、家庭收入2%的年度自付上限和低于10%的自付比例。因此，只有少量消费医疗项目 (如牙科、高端病房等) 未纳入德国医保的保障范围。

由于医保保障体系完善，政府从顶层设计上就对医保和商保边界做了清晰划分。德国商保主要有两种类型：一是**补充型商业健康险 (Supplementary PHI)**，覆盖22%的人口，主要对医保报销目录外的部分形成补充，提供消费医疗项目（如牙医、长护等）的报销及服务升级（如单人病房）的覆盖；二是**替代型商业健康险 (Full PHI)**，作为对法定健康险 (SHI) 的完全替代，政府对其购买权限设置了要求，仅允许包括公职人员、个体经营者、收入超过标准而自愿脱离医保的人群购买，覆盖约11%的人口，并采用基于风险的定价方法，对于低风险群体提供更优惠的价格，带来更灵活定制化的选择。在医保和商保泾渭分明的体系中，**商保公司有空间与动力打磨自身的精**

**益运营能力**，依托自身综合型保险公司的优势禀赋，利用医疗大数据和数字化工具，在有限空间内不断提高效率，以强化获客、承销、服务等核心能力。

德国以**社保为主、商保为辅**的健康险体制与中国的医保体系较为相似。德国的经验对中国健康险发展提供了两大启示：一方面，可从**顶层设计上积极推动持续优化政策环境**，例如进一步明确商保和医保的定位、推动商保目录的制定和出台等，为商保公司的发展创造更好的环境与土壤；另一方面，商保公司在既定运营发展的空间下，**要不断塑造并强化自身的精益运营能力，做好产品创新与用户服务**，为捕捉更好的市场机会提前布局。





# 第三章

## 解锁未来——健康险企业的破局之路

面对健康险市场的困境与挑战，中国商业健康险公司无论选择哪条破局之路，都应建立三大核心底层能力，紧抓市场腾飞窗口，抢占市场发展先机。

### （一）从核心诊疗全面延伸，探索医险融合新模式。

围绕核心诊疗环节，沿患者健康旅程向事前、事中、事后横向延伸，系统性建立专业疾病管理全旅程能力。依托健康人群狠抓“预防”，带病人群注重“管理”的定制化举措，在提升被保人综合健康状况，合理控制医疗成本。同时，沿医疗服务核心链条，纵向打通服务体系，从后端医疗服务支付向前延伸，通过搭建有效的医疗机构网络与管理，主动、深度参与和影响医疗服务决策与供给，既要保证患者体验、医疗效果，也要控制医疗成本。

### （二）以风险管理为中心，构建精细化保险营运体系。

基于既往医疗数据与健康行为，精准进行风险人群分层与管理。以此指导保险业务全流程，精细化打磨保险营运能力。譬如，探索不同风险人群的差异化保险产品设计、精准核保覆盖、定价，推出定制化健康管理方案，并进行理赔风险预测和管控等。同时，进一步收集整合相关医疗数据，形成数据驱动的实时风险管理闭环。

### （三）围绕客户需求和体验，重塑产品设计销售全流程。

把握细分客群（如老年人群、亚健康风险人群等）对医疗健康服务的差异化需求，重塑产品形态，显著提升产品价值创造能力，形成差异化竞争优势；借助全渠道用户标签体系，形成定制客户画像，并根据个体习惯和实时反馈灵活制定营销方案，在提升营销效率的同时，降低营销成本。此外，以数字化工具（如App）为驱动，打造线上线下相融合、高效便捷的保险、医疗服务全流程，升级端到端用户体验。

### 3.1 从核心诊疗全面延伸，探索医险融合新模式

在现阶段的中国医疗生态中，商业健康险主要扮演着支付者的简单角色，绝大部分医疗赔付资源集中在治疗环节，尚未实现事前预防和事后管理的全健康旅程覆盖。同时，医疗保险结算往往较为被动，在医疗服务方案的制定与执行中参与度低。为摆脱其价值创造有限、生态影响不足的困局，商业健康险公司应积极从今天的点状布局横向沿患者健康旅程、纵向沿医疗服务网络延伸，打造贯穿全医疗生命周期的“产品+服务”。

#### 横向沿患者健康旅程延伸，满足全生命周期健康服务需求

健康管理服务可为保险公司创造两类价值。一是医疗价值：通过专业的、预防性、主动性的亚健康及慢病患者干预，有效降低潜在疾病的发生风险，延缓疾病进展，合理控制赔付成本；二是服务价值：通过提供兼具专业性和服务性的医疗管家式体验，满足、协调与客户健康相关的需求（如饮食、药物使用咨询等），增加用户触点，助力获客加保。在此基础上，健

康险公司还可定期与用户开展互动，筛选并积累用户全生命周期的宝贵健康数据，为后续产品创新和运营提升创造抓手。

当然，从全球范围来看，支付方由于自身定位存在差异，对价值创造的核心诉求自然有所不同。

美国的商业保险体系十分成熟，且医疗成本压力主要由险企承担，因此，降低赔付成本是险企最主要的诉求。考虑到美国商业保险多为团体险，如果仅凭服务价值，难以实现大规模获客。商业保险作为最主要的支付方承担主要的医疗成本压力，因而有利于降低赔付的医疗价值就成为其根本诉求。同时，美国团体保险为主体的健康险体系仅靠服务价值难以撬动获客，但健康管理服务作为撬动用户黏性及用药依从性的有抓手，有利于医疗价值的实现。纵观美国市场，Livongo和Omada等慢病及健康管理服务公司的涌现，惠及不少险企。他们推出的专业解决方案能够有效提升患者健康状况，助力险企和雇主节约医疗成本。

#### 案例：Livongo依托领先的数字化技术与专业团队，通过B2B2C模式切入糖尿病管理市场

美国Livongo成立于2008年，专注于糖尿病疾病管理。作为一家老牌慢病管理服务提供商，Livongo拥有成熟科学的专业疾

病管理体系，以及强大的专家和医疗团队，并首创了基于健康信号实时调整管理方案的“AI+AI”概念，通过聚集（Aggregate）、

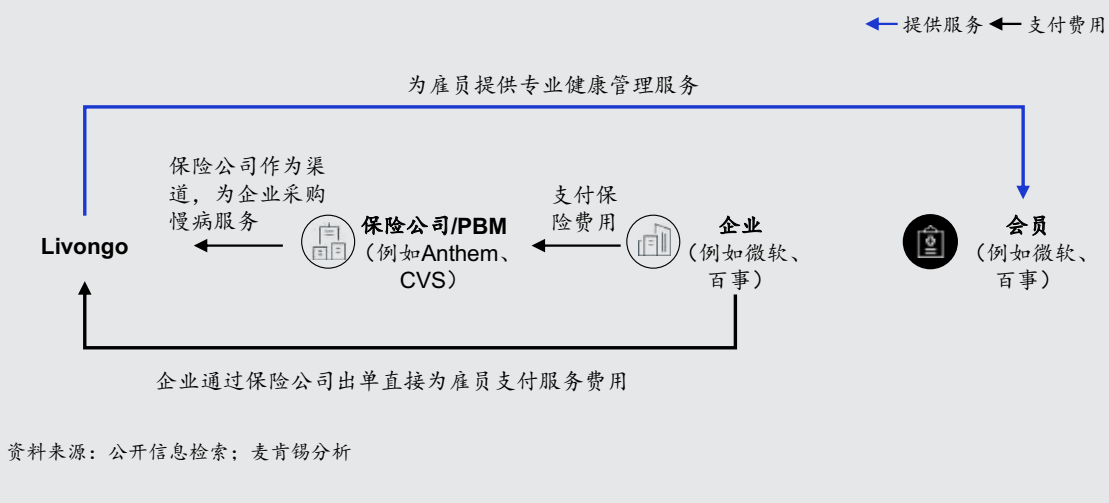


解读 (Interpret)、应用 (Apply) 和迭代 (Iterate) 四大步骤, 根据硬件、行为监测等多个数据来源, 精准反馈患者实时医疗状况, 与定制治疗方案形成紧密联动。由于其专业疾病管理体系成效显著, Livongo 迅速成长为慢病管理领域的头部公司, 服务全美近45万的糖尿病患者会员, 被收购前的独立营收达1.7亿美元 (2019年)。除糖尿

病外, 其专业优质的慢病管理方案还有效降低了并发症的治疗成本, 吸引健康支付方纷纷为其会员采购服务 (见图7)。Livongo 有60%以上的业务来自保险和企业等B端客户, Aetna和Blue Cross Blue Shield等保险巨头均视其为控制团体健康险医疗成本的重要抓手。

图 7

保险公司作为直接或间接渠道, 为团体客户采购专业健康管理服务

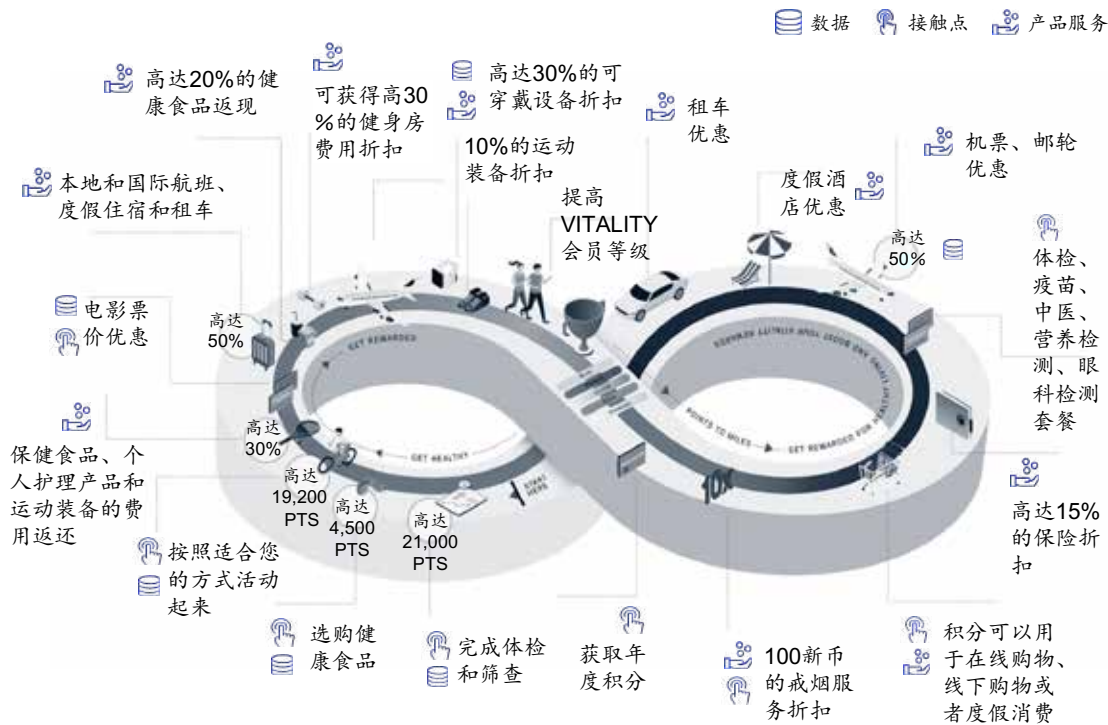


英国、德国和新加坡则以社保为主体, 商业保险主要起补充作用。社保作为居民医疗需求的根本保障和主要支付方, 主导建立国家层面的、依托公立医疗系统的基本慢病管理系统 (如英国NHS慢病管理计划、新加坡CDMP计划等)。近年来, 不少以社保为主体的国家纷纷推出了创新数字化管理方案 (如Liva欧洲政府合作项目), 强调增进国民健康, 降低整

体医疗支出。在优质公立系统对于医疗价值已经形成充分保障的前提下, 商业保险作为额外补充, 可以着重探索服务价值, 将高端管理服务作为增值项。譬如, 为了满足不同层次客户对服务价值的诉求, Vitality构建了一个健康管理生态体系, 全方位渗入会员的日常生活 (见图8)。

图 8

Vitality构建了全方位渗透客户日常生活的健康管理体系



资料来源：公开信息检索；麦肯锡分析

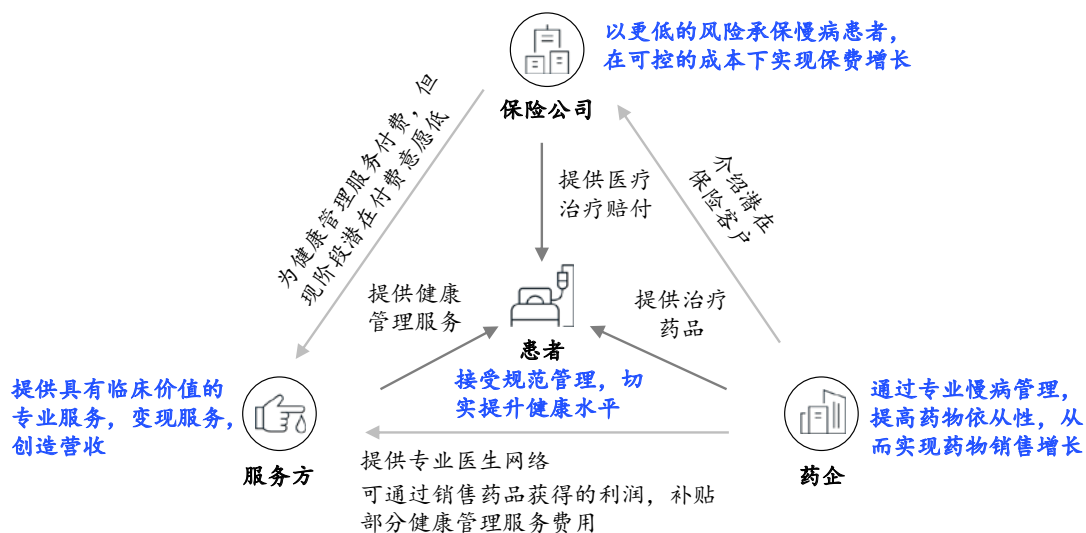
中国的专业健康管理服务处于起步阶段，医疗价值创造尚未明确，各市场主体均在努力探索，试图找出一个适合中国国情的健康与慢病管理模式。部分地区基本医保正在开放慢病管理基金，积极引入商业公司提供的专业慢病管理解决方案，系统性管理区域人群健康，争取实现人民健康状况提升、政府医保经费节省、商业公司服务创收三赢（如微医在天津和山东开展的省级慢病管理项目）。同样，商业保险也在积极引入药械企业等医疗生态合作伙伴（见图9），基于提升患者用药依从性这一共同目标，共同分担健康管理服务费用，提升模式

探索的可持续性。譬如，专业健康服务公司安睦来与京东安联、赛诺菲等药企开展合作，共同推出“臻爱无限”糖尿病专病险。

鉴于中国健康险以C端客户为主，保险产品同质化严重，越来越多的保险公司开始从健康管理入手，探索差异化增值手段，着力提升保险公司获客及用户运营能力。不过，商业保险公司需分清主次，短期注重服务价值，打造差异化竞争优势，长期则应积极探索医疗价值，降低医疗成本，扩大带病人群的覆盖范围，实现营收增长。

图 9

## 药企、保险公司、服务方通过各自的价值创造形成与患者四方共赢的闭环模式



资料来源：麦肯锡分析

具体而言，险企可沿被保人的生命周期和诊疗环节向前向后延伸，打造端到端健康管理服务体系，具体包括四个方面：第一，健康管理，覆盖从健康教育、监测、评估到健康干预和追踪的全周期，例如饮食、运动和睡眠管理等，降低患病的可能性与风险；第二，亚健康管理，针对都市白领等亚健康人群，对生理与心理全面管理，例如心理咨询和中医调理等；第三，疾病诊疗，针对不同客群在不同情景下的健康需求打造全方位、多层次、高质量的医疗服务体系；第四，慢病管理，对慢性疾病及风险因素进行定期检测、连续监测、评估与综合干预管理，加快疾病的康复或是降低疾病进展或复发的风险。

为满足用户健康保健类及专业医疗类需求，险企应重点关注五大领域的核心能力建设：

- 1. 专业医生团队：**专业医生作为重要医疗资源，负责用户日常健康状况以及定期常见疾病的诊断，以及满足治疗等关键医疗需求。通过线上平台等工具，高可及性的医生团队可提供患者远程定期复诊、解读数据指标、指导患者处方的动态调整等便捷医疗服务。
- 2. 专职服务人员：**具有专业医疗背景的服务团队是衔接健康管理服务各个环节（如诊疗到事后管理），以及前端用户和后端医疗生态各相关方的核心元素，以及时性、专业性来体现服务价值和医疗价值。
- 3. 定期检验检测：**通过居家智能硬件、专业检测机构、院内医疗检测等各类检测触点，构建围绕患者个体的全方位、实时更

新的医疗健康数据库，形成医护人员疾病治疗、健康管理方案治疗的数据基础。

4. **慢病治疗药品**：专业疾病药品目录以及定制化药品方案审核可提高治疗效果，控制治疗成本，便捷的续方以及配送流程可以改善患者的服务体验及依从性。
5. **用户激励运营**：以用户需求和体验出发的服务细节设计，线上线下、功能模块间的有机融合的业务流程，多触点、有吸引力、渗入生活各方面的运营激励体系，以及便捷易用的数字化工具，均是实现健康管理服务的重要底层基础。

在具备五大核心能力的基础上，险企还需要打造联通的数据应用系统，通过一套电子档案贯穿用户全生命周期、全诊疗周期的医疗及服务行为记录；以及有效的组织机制流程，为生态各相关方的协同合作构筑底层保障与能力基础。

除自建外，外部医疗生态也为寻求不同合作广度和深度的保险公司提供了丰富选择：聚焦特定疾病领域、一站式打通健康管理各个环节的专业慢病管理服务公司；通过把握核心医疗资源（各领域专科医生），专精于问诊治疗关键医疗服务环节的互联网医院平台；专注特定环节能力的垂直领域服务方（如药品配送、检验检测、特定健康管理服务等）等。而对于健康险公司来说，获得五大核心能力的可行性和必要性不尽相同，应充分结合自身特点（如内部资产布局，健康事业战略定位）选择最优发展与合作模式。

## 纵向沿医疗服务网络延伸，搭建多层次深度融合的机构网络

为更好地承接、满足用户的医疗需求，健康保险公司应摆脱仅仅作为支付方被动参与医疗服务的事后结算环节的定位，将重点放在前置其影响力，主动参与医疗服务的提供与决策环节。通过与医疗服务网络开展更加深入的合作，可有效规范服务网络的诊疗行为，从而达到保证医疗服务质量、提高医疗治疗效果以及控制医疗成本的多重目的。

当然，在设计和搭建机构网络时，险企也需考虑患者健康全旅程的差异化需求（如疑难杂症、日常检查、健康管理等），实现多层次、深度整合的布局：

1. **旗舰医院**：具有高影响力的国家及区域性重点医院，代表着我国顶尖临床水平。旗舰医院能够满足患者关键医疗需求，但资源稀缺，且在少数医疗场景（如疑难杂症的诊断）中具有不可替代性。
2. **重点医院**：各地排名靠前的公立医院，以及业务规模相对较大的民营医院。重点医院承担了绝大部分日常医疗需求，是医疗网络中的关键组成部分。
3. **中小医疗机构（包括诊所、健康管理中心等）**：主要承担较简单、较日常的基本医疗，以及提供日常健康管理服务，是补齐全流程医疗需求不可缺少的部分。

## 签约合作模式案例：Aetna牢牢把握价值付费谈判和数据能力输出两大抓手，与签约网络深度绑定

Aetna深耕高净值商业保险服务，会员超过2300万人。其生态网络覆盖约6000家专业医院，是全美第六大健康险公司。

作为美国最早转向价值医疗付费的保险公司之一，Aetna与United Health等头部玩家不同，并未建立内部医疗网络，而是依托**创新医疗付费模式和数据能力输出**，打造了全美第二大优质合作网络。

1. **通过价值导向付费模式 (Value based Pricing) 激励医疗控费。**Aetna引领了传统管理式医疗 (HMO) 向责任制医疗的转型。在新模式下，多层次医疗机构（包括医院、基层机构、健康中心等）与医生网络（包括专科医生、家庭医生、康复医生以及其他医护等）自发形成了分工明确、紧密合作的诊疗网络。ACO组织与Aetna谈判商定各类疾病的付费限额，医疗机构在谈判价格下

自负盈亏，因而有强烈的控费动力。截至2020年，Aetna与超过75%的合作机构网络走通了价值付费模式。

2. **系统性能力输出赋能医疗机构，提升医疗质量。**Aetna牵头建立包含各类医疗、健康信息的患者数据库，如在网络内外的诊疗数据、健康数据（如苹果手表等可穿戴设备的运动数据），形成更全面的患者医疗画像，并与网络内各类机构共享。除数据驱动型洞见外，Aetna还为各医疗机构提供数据分析工具，并设定医疗质量标准以供参考。上述举措有效提升了合作网络的服务质量。

通过高效的医疗网络管理，Aetna成功实现了控费目标，不仅将会员平均住院天数降低了50%，住院人数减少了45%，还为会员节省了近5000人民币的年均医疗支出。

回顾全球领先健康险公司的发展历程，与医疗网络愈发紧密的合作与联动已成必然趋势。从合作的紧密程度来看，险企的医疗网络管理从轻到重依次为四种模式：

### 一. 非特定网络

该模式常见于现阶段中国市场，险企无指定或偏好的服务机构，保险与医疗网络仅存在支付关系；该模式对专业能力及成本投入要求低，难以强势打造产品差异化竞争力和盈利能力。

## 二. 签约合作

在该模式下，险企会签约特定外部服务网络，共商服务范围与价格，开始对保险会员提供差异定制服务。该模式代表了世界各地商业健康险的发展大势，属于美国PPO优选医疗网络的基本概念。上文提及的Aetna公司，即通过互惠共赢的付费模式以及患者数据和服务标准的能力输出，搭建了全美最大的医疗网络之一。

## 三. 内外结合

该模式属于前者的升级版，主要基于外部合作网络建立内部机构，对服务的类型及环节进行补充。险企可以借助对自有机构的强掌控力，进一步深化差异化服务，形成独特的竞争优势。譬如，联合健康(United Healthcare)在外部网络的基础上，补齐专注于初级、专科、紧急护理的自有医疗网络，这些核心优势与外部网络一道，共同形成了健康管理闭环。内外网络由照护协调中心相连接，实现线上线下及内外医疗服务的融合，打造一站式健康解决方案。

## 四. 自建运营

该模式下的医疗网络由保险公司直接建立或管理，支付与服务之间存在强绑定关系。整个保险医疗服务生态呈封闭式。不过，这种模式需要优秀的网络运营资质、运营能力，以及足够

的资源，对于保险公司挑战最大。此外，考虑到中国的医疗服务市场仍以公立系统为主导，险企自建医疗服务网络较为困难，该模式适用度不高。

如前文所述，中国医疗系统以公立机构为主导，险企难以自建医疗网络。不过，中国健康险公司正在积极探索向签约合作、内外协作网络等模式转型，努力为核心医疗机构创造价值，错位补齐内部医疗能力，深化保险产品差异。

**短期着力搭建覆盖广、质量高、合作深入的外部医院网络。**从各级重点医院入手，通过开展高效合作谈判(如价值为导向的付费模式、高端客户导流等)，共同探索价值创造点；输出标准化医院管理能力(如精益运营、学术科研、数字系统)，吸引大型公立和头部民营医院合作。在医疗资源供给与服务质量方面双管齐下，共同打造保险产品的差异化竞争优势。

**长期应针对性地内化医疗服务能力，健全服务体系。**通过运营托管，深入参与部分民营和中小型医院的日常管理，在提升医院运营表现的同时，深度植入保险服务场景；险企也可选择重资产投入，投资或自建服务于保险产品的定制医疗业务。除了与保险产品实现深度融合外，内部机构同样需要与外部医院加强合作，形成有机补充与紧密联动，构建完整的诊疗服务网络。

## 内外结合案例：联合健康 (United Healthcare) 通过内外融合的医疗网络，形成“保险+服务”的深度融合

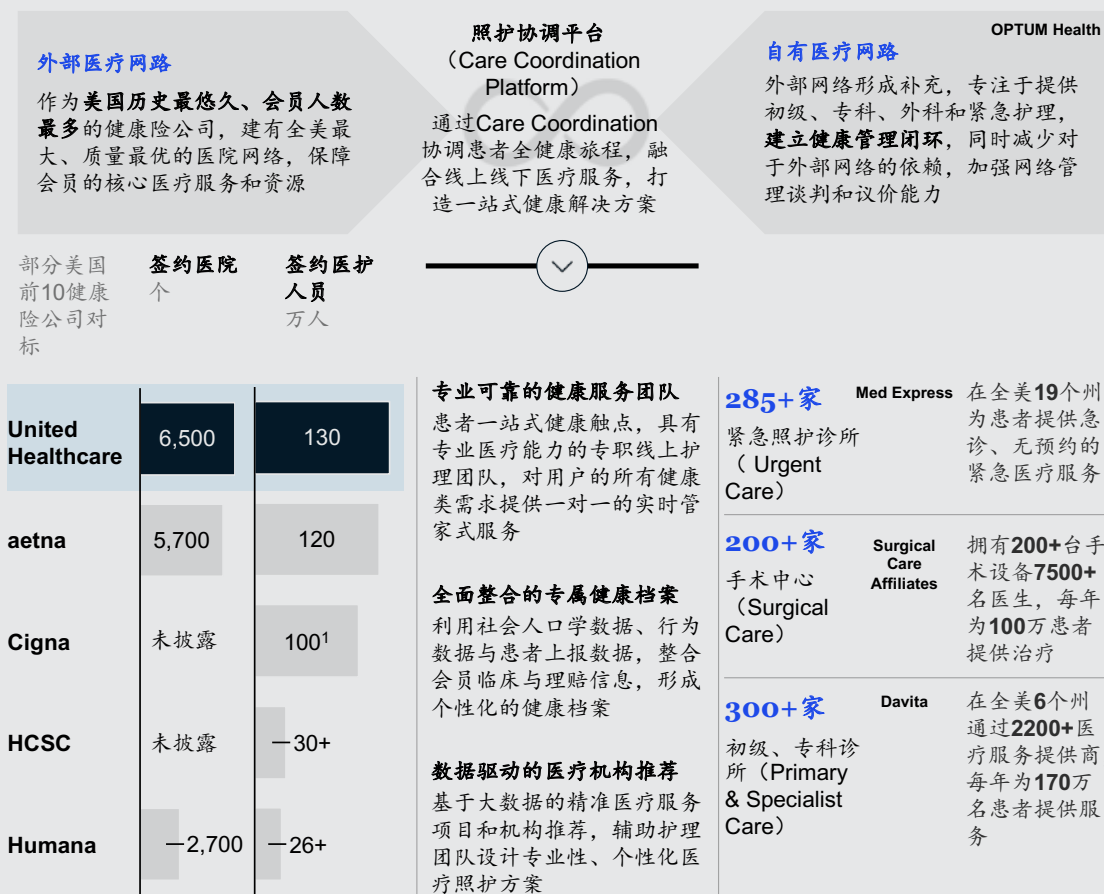
联合健康是全美最大的健康险公司，会员数量超5000万人，占全美约15%的市场份额。

联合健康的成功与其质量兼优、内外融合的医疗服务网络密不可分。借助线上照护协调平台，联合健康成功联通内外网络，整合合作医院及自有专长，改善会员的服务体验并提升治疗效果（见图10）。

联合健康定期对内部医疗服务能力查缺补漏，并针对短板开展自建。这样一来，不仅机构管理变得更为高效，还能创造额外的商业价值。2021年，集团专门负责医疗服务板块的Optum Health创造了超400亿美元的营收，占集团总营收的42%。

图 10

### United Healthcare通过照护协调平台联动内部外部医疗网络，打造整体解决方案



1. 全球170万签约医护人员

资料来源：公开信息检索；麦肯锡分析

## 3.2 以风险管理为中心，构建精细化保险营运体系

风险保障能力不足是中国商业健康险面临的一大紧迫挑战。最直观的体现就是市场主流产品的“一刀切”模式，将所有带病、非标人群排除在保障范围之外。对险企而言，加强风险管理能力建设，有效提升保险产品设计的科学性和精准性，并构建端到端精细化营运体系，是打造未来核心竞争力的关键所在。破局者有望率先切入庞大的带病人群市场，在精准控制风险的前提下，显著扩大可保人群范围，并提升营业收入。同时，基于细分人群风险洞见而打造的定制化产品与服务，也将进一步提升保险产品的溢价和盈利能力。

### 合作挖掘高质量医疗数据，为风险管理夯实基础

**医疗数据的缺失，是险企风险保障能力不足的根本原因。**一方面，构建精细化人群风险分层模型需要高质量的医疗数据；另一方面，保险公司当前经验数据积累不足，同时既有数据未形成结构化体系，未能实现深度挖掘。

为了培养风险管控能力，险企亟需基于大数据打造一个精细化人群风险分层模型。模型训练数据需满足**五项基本要求**：(1) 样本具有一定规模，对目标人群形成有效覆盖；(2) 样本的选择具有随机性和代表性，能够有效反映待承保人群的风险特征；(3) 样本数据需要同时涵盖风险原因（如继往轻症）和风险结果（如重疾确诊），以建立有效的因果预测关系；(4) 样本数据需要具有连续性和完整性，确保能够有效捕获相关风险原因；(5) 样本数据在定性诊断结果之外，还应包括具体医疗费用，将风险量化。

**相较于人群风险分层模型对数据的高质量要求，保险公司自有数据存在诸多缺陷。**首先，由于中国健康险整体起步时间短、年轻健康人群理赔发生少、赔付型产品市场渗透率低等因素，导致有效医疗数据积累未成规模。其次，保险公司仅仅知悉理赔疾病诊断结果，缺乏相关风险因素，或是治疗费用的具体数据。而且，中国健康险多以短期产品为主，医疗数据连续性差。一旦用户更换产品或不再购买，便会造成医疗数据的断层。最后，理赔数据仅能反映投保客群当下风险概况，难以对未来的医疗风险形成有意义的指导和预测。

基于上述客观挑战与内部能力的局限，保险公司短期内难以凭借自身数据快速建立核心风控能力。各大健康险公司纷纷探索合法合规、规模化、系统化的医疗数据获取模式，主要包括与政府开展数据合作，以及通过医院系统获取诊疗数据这两种模式。

#### 1. 与政府开展数据合作

不同类型的保险公司，可依托自身禀赋探索与政府的创新合作模式，以期获取具有商业价值的医疗数据。拥有规模优势的龙头企业可通过经办基本医疗保险，以及承担惠民保等方式入局，积极参与国家医疗保障体系的建设。初创公司则可锁定某些细分领域（如罕见病），依托自身专业数据能力，与政府合作，通过小规模试点的方式，探索医疗数据的创新应用。

#### 2. 通过医院渠道获取诊疗数据

商业保险公司正在积极从医院端挖掘医疗数据。借助理赔，部分险企打通了合作医院的电子病例系统，允许访问客户完整的院内诊疗数



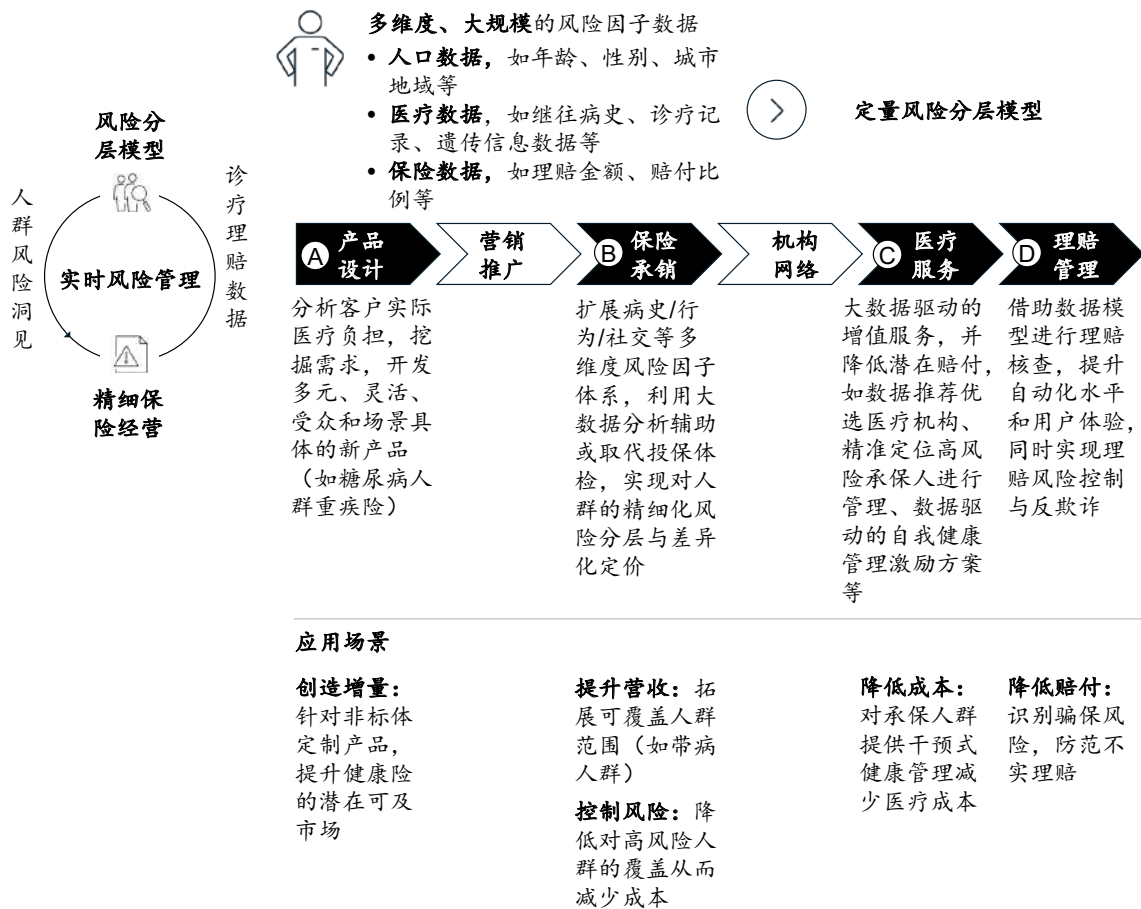
据；还有一些险企正在与医疗信息服务商合作，以获取脱敏的医疗数据或洞见。值得一提的是，头部保险公司正尝试通过自建医院体系积累患者数据。虽说现阶段的数据获取仍未形成规模，但随着时间积累，将有望形成大规模、高价值的患者医疗数据库。

参考欧美发达国家的发展之道以及部分国内先进试点项目的成功经验，我们发现，采用多维度（包括基本人口信息、医疗数据、保险理赔数据）、大规模（具有代表性的城市层面）的医疗风险因子数据而建立起来的定量风险分层模型应用前景广泛，涵盖健康险产品设计、保险承销、医疗服务、理赔管理等产业链各环节（见图11）。我们将结合国内国际领先实践，介绍健康险各个关键价值链环节的应用案例亮点，以供行业参考。

## 以精细化风险管控能力赋能保险全价值链创新

图 11

### 以风险管控为中心，构建精细化保险运营体系



资料来源：麦肯锡分析



## 国内案例：建立风险分层模型，提升保险承销表现和效率

以保险核心的承销环节为例，传统的保险业务流程中，为尽可能追求信息全面容易导致流程冗杂、投保人体验差、信息收集效率不高、质量不佳等痛点。核保决策过于标准化、缺乏定制，不能精准体现个体投保人的健康风险。同时依赖被保险人主动告知的风险免责形式或有不实告知风险，保险公司需投入大量线下核保资源。

通过大数据人群风险分析，可以识别与疾病发生、赔付高度相关的预测因子（如生活方式偏好），并建立健康险精准核保模型。基于投保人的个体化信息（如年龄、继往诊疗记录等），自动生成健康风险评分，与地区平

均评分进行对比，形成精细化风险定量评估。基于核保评分，对人群精细分层形成“黑白名单”。例如，对高风险人群采取阶梯式定价，进行人工审核；对低风险人群则采取快速核保流程，提升效率。

我们利用风险预测模型对模拟投保人群进行了测算，不仅简化了50%人群的核保流程，还通过识别出的高风险人群调整核保决定，从而使潜在赔付降低了10%~15%。风险预测模型实现了重要的业务价值，是升级保险理赔服务体验、降低医疗成本的经典用例。

## 国际案例：建立以数据为核心的风险驱动健康管理方案，改善医疗效果，降低成本

以美国某专注于Medicare产品的保险公司为例。由于Medicare客户群体以老年人群为主，用户的医疗服务费用高昂，尤其是慢病及其并发症的治疗费用往往占医疗赔付支出较大比例。为缓解医疗赔付压力，该公司依托核心数据优势，通过MA保险数据、医生网络，以及自建团队健康服务等多种渠道，全方位收集用户健康医疗数据；同时依托

Google先进算法平台，建立复杂患者健康数据洞见分析库。该公司以此为基础，制定并实施了患者主动干预式健康风险管控解决方案。

精准的干预行为成效显著。该险企成功改善了慢病管理效果，在降本节支的同时，将老年患者住院率降低了30%，并大幅提高了糖尿病和高血压患者的疾病控制率（见图12）。

图 12

### 以数据为底层基础的健康管理解决方案

#### 多渠道、全面的用户健康医疗数据

##### Medicare Advantage数据

作为美国多个州Medicare Advantage的支付方，可直接获得医院就诊数据，包括理赔、临床、药品、化验、影像和其他健康数据



##### 医生网络问诊数据

提高问诊费用，激励参保客户的数千名家庭医生用自建医生助手工具记录问诊记录与健康情况



##### 自有护理团队收集健康数据

自有护理团队定期上门为会员提供健康服务（如测血压、用药监督），并记录日常健康数据

#### 基于大数据的患者健康数据库与洞见

人口数据  
(如年龄和性别)

疾病数据  
(主要疾病及其并发症)

药物数据  
(正在或曾经服用的药物处方)

病理数据  
(病理检验数据，如糖化血红蛋白水平等)

SQL Python ↓ Google算法

患者数据平台

#### 数据驱动的主动干预管控健康风险

**28天内住院率**  
预测患者未来28天内住院率，准确率高于80%，超过谷歌大脑团队的数据模型

**慢病并发症风险**  
识别、预测会员发生糖尿病、高血压并发症的概率，及早干预，预防重大风险发生

↓  
指导健康干预

↓  
基于数据洞见的**个性化健康管理方案**，指导自有护理团队提供上门服务

资料来源：公开信息检索；麦肯锡分析

### 3.3 围绕客户需求和体验，重塑产品设计销售全流程

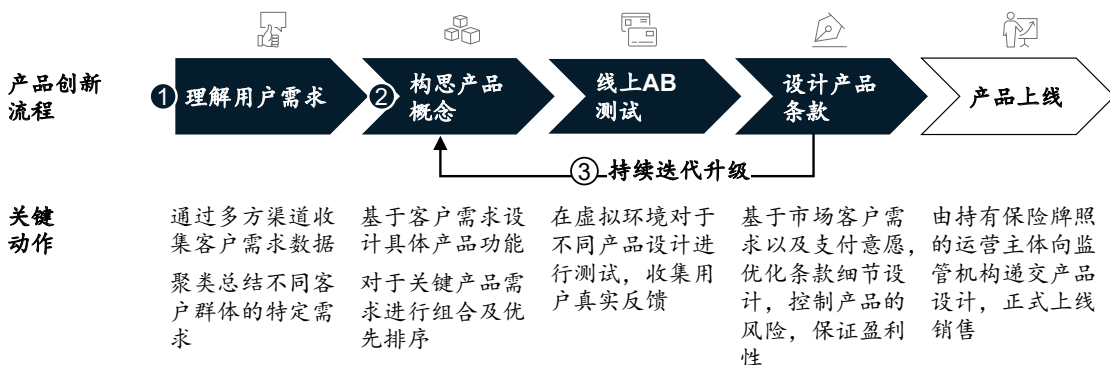
随着全球范围内健康行业“个人消费意识”的崛起，消费者在健康支付决策中开始扮演越来越重要的角色。能否更加精准地满足不同细分人群（如老年人群、带病人群、高收入人群等）、不同层次（如基本医疗、服务体验等）的需求，就成为破解今天中国健康险产品严重同质化的关键。以客户需求为核心的产品设计、营销推广以及体验塑造标志着中国健康险行业由“销售为王”的野蛮生长阶段，开始向“需求导向”的价值营运时代全面转型。

#### 把握客户需求，再造产品形态

中国健康险产品同质化问题严重，保险条款和可投保人群高度相似。标准化的基本产品难以满足不同细分人群在不同场景下的差异医疗需求，更难以实现差异化价值创造，从而导致今天的健康险销售基本依赖渠道能力，价格竞争激烈。未来，打造以用户需求为驱动的产品创新能力，将成为健康险公司塑造差异化优势、提升产品价值及市场渗透率的关键（见图13）。

图 13

#### 产品创新的全部流程应围绕用户需求展开



资料来源：麦肯锡分析

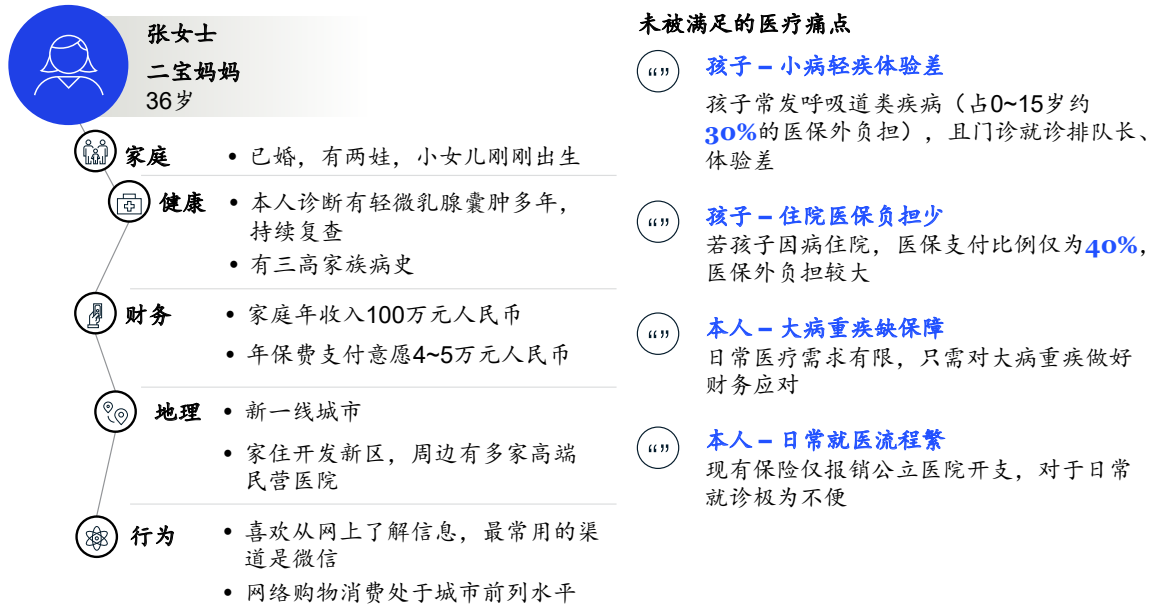
在产品创新流程中，**客户洞见、产品体系、持续迭代**是需求驱动型产品创新的三大核心要素。首先，对客户需求深度挖掘洞见是关键的第一步。险企可以借助系统化调研工具，对人群、场景和生命阶段的细分客户群体进行划分，深入了解用户对医疗、健康和服务的需求；其次，险企需绘制全面的创新产品功能地图，对内系统梳理现有产品定位，对外全面收集行业产品功能及用例最佳实践；最后，组织层面需建立创新流程机制和底层能力，支持产品快速迭代，实现客户需求与产品功能的精准匹配。

#### （一）客户洞见

**源自多渠道、全方位的需求洞见是精细化产品设计的立足之本。**对外，设计科学调查问卷，在成熟的系统方法论指导下，深刻洞察健康险客户未被满足的需求。对内，培养销售系统以客户为中心的观念和意识，并贯彻主动、系统性的用户需求信息收集，夯实数据基础。结合外部行业调研以及内部销售洞见，生成细分目标客户群体特征，并识别未被满足的医疗需求，为产品创新提供重要指导方向（见图14）。

图 14

## 围绕关键维度的消费者画像有助于理解目标细分人群痛点（示意）



资料来源：麦肯锡分析；消费者调研

## （二）产品体系

基于内部梳理和外部对标的产品体系，识别产品潜在发展方向。对内，明确产品及核心业务的战略定位，在营收创造、市场捕获、客户服务等关键类别设置细分维度，通过定量评估识别未被满足的机会点。对外，密切关注主要竞争对手及市场领先企业，了解他们在覆盖人群、保障范围、保障周期、疾病类型等主要创新方向上的布局，构建丰富的行业情报数据库。在充分理解需求侧的基础上，体系化打造供给端“武器库”。

## （三）持续迭代

基于真实客户反馈快速迭代优化，最大化产品创新价值。传统险企亟需敏捷转型，引入多功能协作团队（如开发、销售、精算人员），并设立负责客户需求的专人专岗，确保将客户反

馈切实落于产品开发；此外，应摒弃传统流水线式的产品开发流程，转而形成小步快跑式的“冲刺”工作周期，灵活调整产品开发方向，提升效率、避免资源浪费。

## 挖掘高潜在客户，实现精准营销

与其他保险产品类似，中国健康险高度依赖线下代理人团队，以无差别的推荐促成销售，因此往往会造成产品信息不透明、沟通不及时、客户体验差等问题。如果能够基于用户需求和偏好，实现精准营销投放，便可有效解决痛点，通过千人千面的定制化推广方案，有效提升客户销售转化效率与成功率。

精准营销对于老客运营和新客挖掘都具有重要业务价值。一方面，通过识别高流失风险客群和高价值客群，采取行动精准干预，能够有

效防止老客流失并挖掘新客潜能；另一方面，筛选现有保险客户（如寿险、财险）中具有健康险购买意愿及可能性的高潜客户，提升交叉销售成功率；此外，开发创新投放渠道（如互联网渠道），并制定符合渠道目标客群的营销方案，以此拓展新客用户规模。

建立包括人口统计、营销反馈等在内的多维度用户数据库是实现精准营销的基础。在此基础上，险企可以进一步叠加涵盖患者治疗方案以及相关医疗成本费用的理赔信息。不同于一般运营数据，理赔数据的信息含量高，专业程度高，需要险企兼具数字化营销和专业医疗能力。相应的，数据库的核心洞见可以更为直观地指导业务发展，带来更高的业务增长价值。

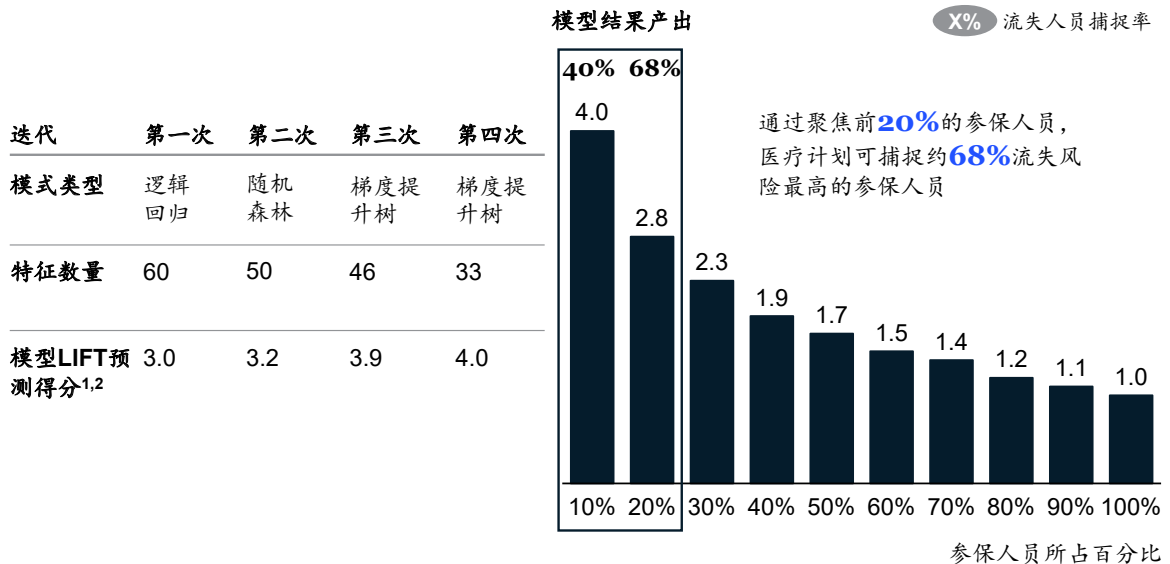
精准营销可以按高潜客户识别、定制方案设计、有效执行推广三步走。

### （一）高潜客户识别

精准营销的根本是要识别出高潜客户群及其偏好的营销内容与方式。如上文所述，多维数据库的建立有助于识别关键潜力客户并预测风险因素，从而找出具有高潜力的重点目标客群（见图15）。经过优化的算法会根据消费者的背景与需求，推荐最为合适的健康产品，然后通过AB测试等方法反复迭代最佳营销内容。最后，利用线上线下各类营销渠道工具（如微信、电话、线下拜访、实体广告等），明确与目标客群最有效的互动方式。

图 15

### 通过持续迭代优化模型，识别出高风险人群



1. 第1十分位观察到的倍增表现
2. 强健模型的基准提升为3.5或以上

资料来源：麦肯锡分析

## （二）定制方案设计

充分理解目标客群对营销内容及方式的偏好后，险企便可着手制定全方位营销互动方案。从散乱的“单兵作战”转向体系化的“营销推广组合拳”，在渠道间打造协同效应，避免资源浪费，提升营销效率。

## （三）有效推广执行

定制化营销方案的有效执行离不开动态管理。基于动态生成的量化效果反馈，险企可对方案进行实时优化，调整既定方案。营销数据洞见可反向为内部销售人员管理、营销费用规划、产品设计创新等多个业务场景提供关键输入。

## 以数字化为驱动，再造端到端用户体验

此前，由于健康医疗的用户和支付方存在不匹配情况，行业未将用户体验作为关注重点。鉴于消费者在医疗决策中的重要性不断提升，越来越多的企业正将用户体验纳入重要战略考量，并不断加大资源投入。用户体验优化不仅是面向客户的服务升级，还能切实为保险企业带来如客户流失降低、提升新客获取、增收服务议价等商业价值。

在这一环节，险企需要重点关注三大领域：

### （一）理解用户需求是重塑用户体验的基础与落脚点

保险公司应运用科学方法和工具，深刻理解用户对产品权益、流程工具及人工服务等各维度的体验反馈。同时针对关键环节，深入挖掘细分流程反馈，精细打磨用户满意度。再配合产品形态的更新实时收集用户体验反馈，有的放矢进一步优化产品迭代。

### （二）强调“用户体验”的组织转型升级

首先应从公司战略上强调用户体验的重要性，构建跨部门的价值认同，并将其作为指导业务发展的重要方向。同时加大提升用户体验的相关资源投入，并推动以之为目标的产品、服务、体验和业务模式转型。最后建立内部核心能力以支持转型落地，如员工观念转变与能力培养、加强技术、数据和分析支持、建立跨职能治理和敏捷运营模式、部署测算和绩效管理系统等。

### （三）充分利用数字化赋能，实现用户体验的跨越式升级

利用互联网平台、移动App、AI计算等现代化科技工具，着力解决传统保险销售与服务流程复杂、效率低下等固有痛点，打造高效、便捷、易用的现代化保险体验。

## 案例：Oscar Health依托线上数字化工具以及专业服务团队重塑健康险用户体验

数字化转型进程缓慢，与客户接触频次低且触点少是传统保险行业的核心痛点。Oscar作为美国健康险数字化变革的先行者，在实现线上线下无缝衔接的同时，简化了投保及医疗服务流程。

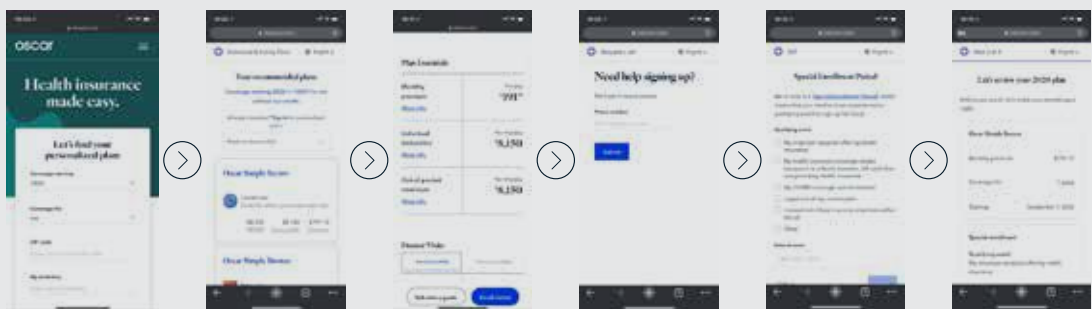
在保险服务端，Oscar建立了一站式保险采购平台（见图16），方便用户实时获取第一手产品信息，并直接在线上购买，由此省去了传统保险购买过程中与代理人的复杂沟通。同时，Oscar建立了与后台医疗数据打通的用户中心，将医疗和保险服务（如理赔等）充分

融合，成功提高了服务质量及效率；在医疗服务端，通过远程健康中心的专职医护团队，提供简单线上咨询服务，协调线下就医，并负责治疗后的疾病管理，形成线上线下融合的就医闭环。

Oscar优秀的用户体验，与传统健康险公司形成了鲜明对比。仅创立数年，该公司就积累了超过50万活跃用户，并保持着近50%的月活跃用户量。2021年，其保费收入近18亿美元，公司市值亦接近20亿美元，一举成为全美领先的健康险独角兽企业。

图 16

### 专注打磨优质用户体验的Oscar线上保险流程



#### 便捷的个人 信息收录

客户只需输入四项信息（保险起始日期、保单持有人、邮政编码、出生日期）即可获得报价

#### 个性化的产品 推荐

显示所推荐的保险计划列表——客户可以根据保费、免赔额和最高限额对这些计划进行分类；并且有便捷的提示工具对每个保险条款予以说明

#### 清晰的产品 信息披露

当客户点击某个保险计划时，就会打开包含详细信息的页面——可以查看报价、要求回电或返回上一个界面并选择其他计划

#### 基于需求的人 工服务

如果客户愿意，可以要求保险顾问回电

#### 及时的风险或 问题提示

在保险购买开放注册期之外的购买要求，须提供申请保险的理由

#### 简明的个人 信息确认

客户必须确认个人资料以完成申请  
在注册完成之前对报价和申请进行最终审查

资料来源：公开信息检索；麦肯锡分析



# 结语

过去10年间，中国商业健康险保费收入年均复合增长率达到33%，增速为寿险、财险等其他险种的2~3倍。随着人口老龄化提速，居民的医疗健康需求日益旺盛，中国商业健康险迎来历史性发展机遇和战略窗口期。然而，尽管政府大力支持、企业积极布局、居民观念意识逐渐加强、产品形态日益多样，时至今日，由商业健康险承担的保障在中国医疗总费用支出中仍然非常有限，距离真正发挥医保补充作用仍有很长的路要走。

面对今日困局、借鉴全球经验，我们提出“医险融合，提价值”、“科技赋能，增效率”、“多方合作，扩覆盖”三大破局思路。期待中国各大商业健康险公司顺应大势、前瞻布局，通过建立三大底层能力，逐步完善自身产品和服务体系，真正实现高质量发展。这一征程不可能一蹴而就，需要健康险公司系统性思考转型模式，规划分阶段的实施路径，树立起长期价值创造的理念和决心，持续不懈构筑核心竞争力，从而在行业上升过程中率先腾飞。



## 关于麦肯锡中国区

麦肯锡是一家全球管理咨询公司，致力于帮助各类组织实现可持续且包容性增长。我们与私营、公共和社会部门的各类客户广泛合作，解决复杂问题，并为客户的所有利益相关方带来积极变化。我们将果敢的战略与变革性技术相结合，帮助组织实现更具可持续性的创新、持久的业绩改善，并打造立足当下、制胜未来的卓越员工团队。在中国，我们在北京、上海、深圳、香港、台北和成都开设了六家分公司，拥有全球合伙人、咨询师和业务支持专家超过一千名。了解更多关于麦肯锡中国区的信息，请访问[www.mckinsey.com.cn](http://www.mckinsey.com.cn)。

### 作者

**王锦**是麦肯锡全球资深董事合伙人，常驻深圳分公司；

**辛梦苇**是麦肯锡全球董事合伙人，常驻上海分公司；

**吴晓薇**是麦肯锡全球董事合伙人，常驻北京分公司；

**彭雪松**是麦肯锡全球副董事合伙人，常驻北京分公司；

**周晓黎**是麦肯锡全球副董事合伙人，常驻上海分公司；

**李格菲**是麦肯锡资深项目经理，常驻北京分公司。

作者在此感谢朱碧涵、陈慧琳、宋景晖、Damien Bruce、Diaan-Yi Lin、Brad Mendelson、林琳、李晓韵等诸多同事对本报告的贡献。

麦肯锡公司2022年版权所有。



