CICE保险领袖培训班

中国 · 北京　2019年3月29-30日

保险CICE
专业 · 认证 · 咨询

健康保险专业化与科技创新

主讲人：朱铭来

主办单位

广州信平市场策划顾问有限公司

北京保金教育咨询有限公司

讲者简介



朱铭来

朱铭来，1970年生于天津市，1992年和1997年分别在南开大学保险学专业本科和硕士研究生毕业；2003年美国佐治亚州立大学（GSU）保险学专业博士毕业，曾任南开大学风险管理与保险学系主任，现任南开大学卫生经济与医疗保障研究中心主任、金融学院教授、博士生导师。

主要学术团体兼职有：中国保险学会常务理事、中国医疗保险研究会常务理事、中国社会保障学会医保专委会副主任、中国卫生经济学会常务理事、天津市医疗保险研究会副会长、天津市卫生经济学会副会长等。

长期从事医疗保障、保险经济学等领域的教学和科研工作。近年来曾主持国家社科基金、教育部、国家卫生计生委、人社部、中国保监会等部门科研课题20余项，主要研究内容包括“职工基本医疗保险个人账户改革研究”、“十三五期间医疗保障制度提质增效研究”、“城镇居民大病保险保障效率与基金风险预测分析”、“建立老年人长期护理保障制度的可行性研究”等。在国内外学术期刊和国际会议发表中英文论文80余篇，出版学术专著（译著）和教材多部，代表作有《护理保险在中国的探索》、《健康保险》等。



一、医疗保障制度概述

（一）医疗保障的基本概念

医疗保障是为国民能够享有医疗服务而提供融资的制度安排。

1. 医疗保障模式包括：公费医疗、社会保险、商业保险、医疗救助等

2. 医疗保障的经济效应

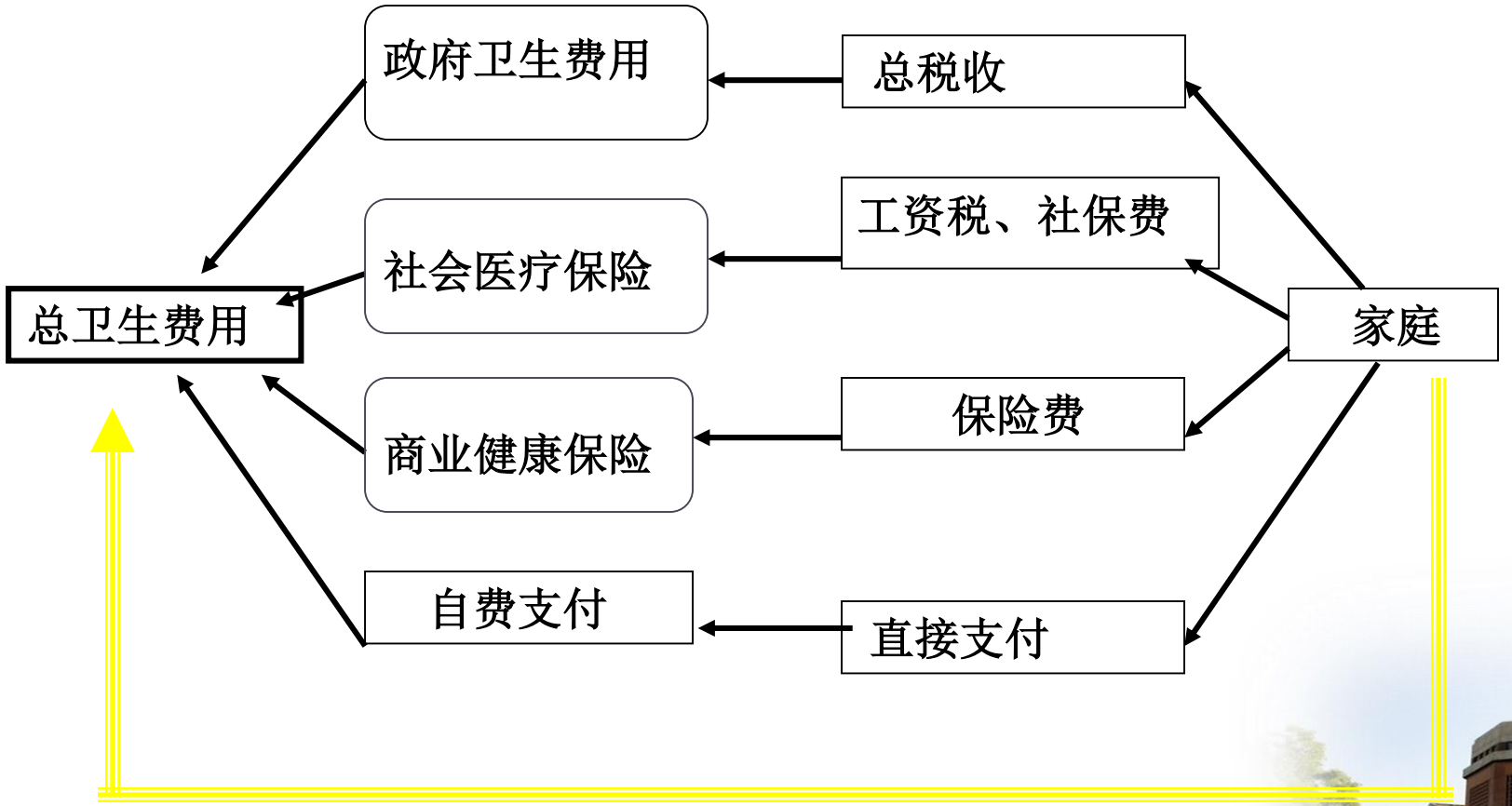
—医疗保障对经济增长的影响力

保障⟶医疗可及性⟶国民健康⟶人力资本（劳动力供给和效率）

—医疗保障对消费和储蓄的影响



（二）医疗保障与卫生总费用（health expenditure）



（二）医疗保障与卫生总费用（续）

我国卫生总费用结构

1. 政府卫生支出
   - 公共卫生服务支出
   - 政府医疗保障支出（包括公务人员医疗补助、新农合、城镇居民、医疗救助的财政支出等）
   - 行政管理事务支出
2. 社会卫生支出（包括社保缴费、商业健康保险保费、社会办医支出等）
3. 居民个人卫生支出（OOP）

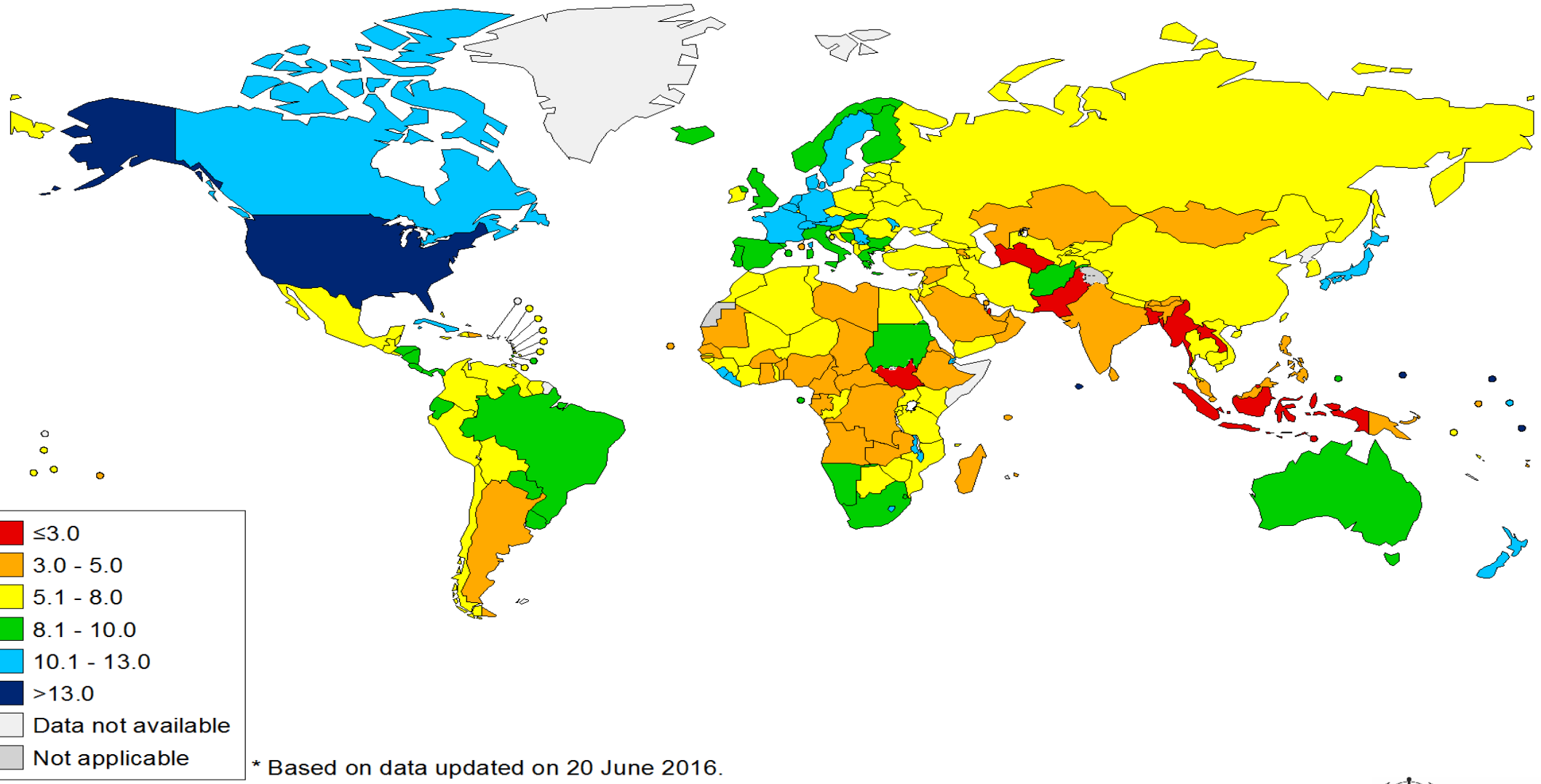


历年卫生总费用

年份	卫生总费用(亿元)				卫生总费用构成(%)			城乡卫生费用(亿元)		人均卫生费用(元)			卫生总费用占GDP%
	合计	政府卫生支出	社会卫生支出	个人卫生支出	政府卫生支出	社会卫生支出	个人卫生支出	城市	农村	合计	城市	农村	
1978	110.21	35.44	52.25	22.52	32.2	47.4	20.4			11.5			3.02
1980	143.23	51.91	60.97	30.35	36.2	42.6	21.2			14.5			3.15
1985	279.00	107.65	91.96	79.39	38.6	33.0	28.5			26.4			3.09
1990	747.39	187.28	293.10	267.01	25.1	39.2	35.7	396.00	351.39	65.4	158.8	38.8	3.96
1995	2155.13	387.34	767.81	999.98	18.0	35.6	46.4	1239.50	915.63	177.9	401.3	112.9	3.51
2000	4586.63	709.52	1171.94	2705.17	15.5	25.6	59.0	2624.24	1962.39	361.9	813.7	214.7	4.57
2001	5025.93	800.61	1211.43	3013.89	15.9	24.1	60.0	2792.95	2232.98	393.8	841.2	244.8	4.53
2003	6584.10	1116.94	1788.50	3678.66	17.0	27.2	55.9	4150.32	2433.78	509.5	1108.9	274.7	4.79
2005	8659.91	1552.53	2586.41	4520.98	17.9	29.9	52.2	6305.57	2354.34	662.3	1126.4	315.8	4.62
2007	11573.97	2581.58	3893.72	5098.66	22.3	33.6	44.1	8968.70	2605.27	876.0	1516.3	358.1	4.28
2009	17541.92	4816.26	6154.49	6571.16	27.5	35.1	37.5	13535.61	4006.31	1314.3	2176.6	562.0	5.03
2011	24345.91	7464.18	8416.45	8465.28	30.7	34.6	34.8	18571.87	5774.04	1807.0	2697.5	879.4	4.98
2012	28119.00	8431.98	10030.70	9656.32	30.0	35.7	34.3	21280.46	6838.54	2076.7	2999.3	1064.8	5.20
2013	31668.94	9545.81	11393.79	10729.34	30.1	36.0	33.9	23644.95	8024	2327.4	3234.1	1274.4	5.32
2015	40974.64	12475.28	16506.71	11992.65	30.4	40.3	29.3			2980.8			5.95
2016	46344.88	13910.31	19096.68	13337.90	30.0	41.2	28.8			3351.7			6.23
2017	52598.28	15205.87	22258.81	15133.60	28.9	42.3	28.8			3783.8			6.36

注：①本表系核算数；②按当年价格计算；③2001年起卫生总费用不含高等医学教育经费,2006年起包括城乡医疗救助经费;④2007年起，卫生总费用按新的统计口径核算。

Total expenditure on health as a percentage of the gross domestic product, 2014 *



* Based on data updated on 20 June 2016.

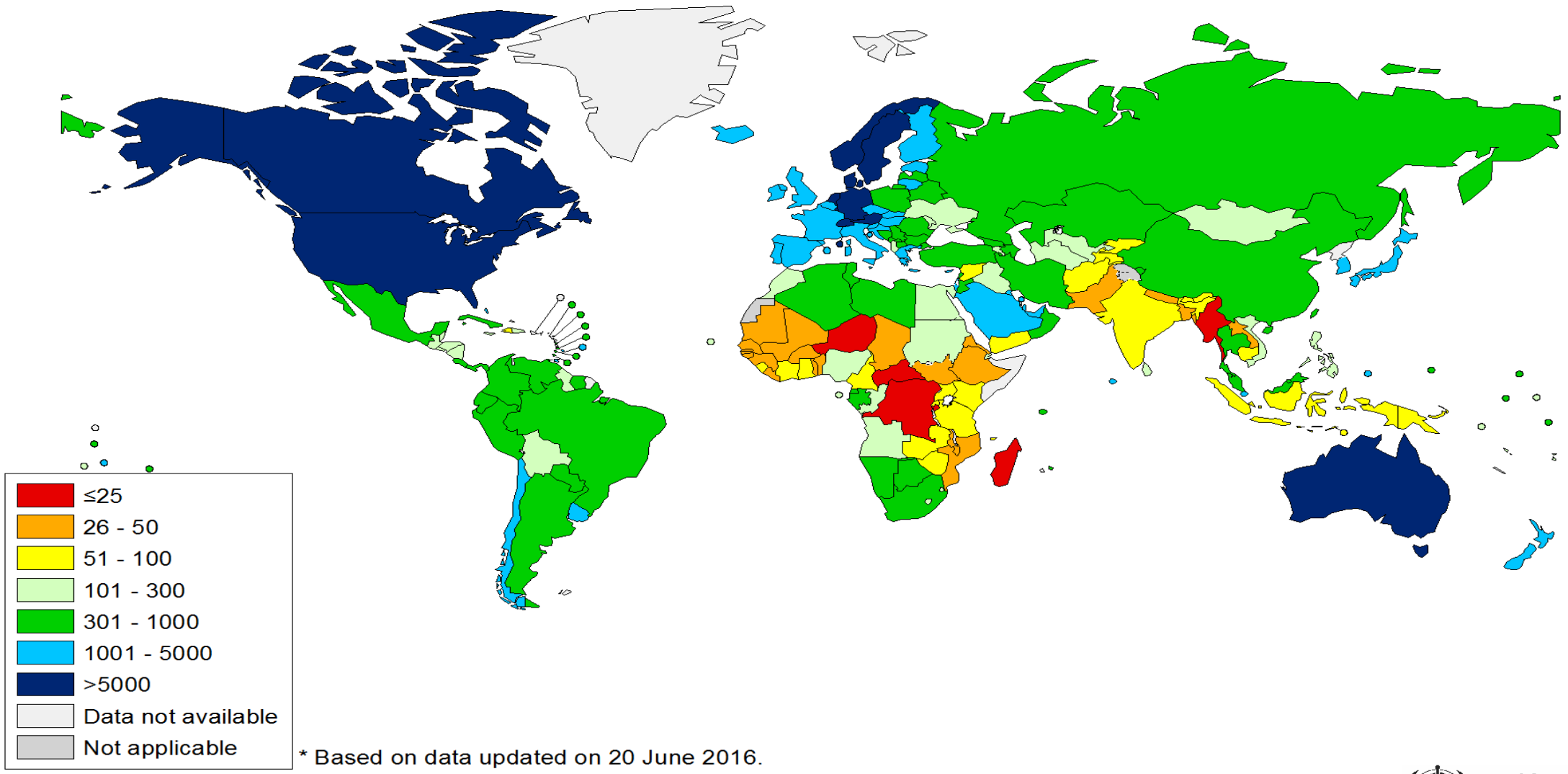
The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: Global Health Observatory, WHO
Map Production: Information Evidence and Research (IER)
World Health Organization

World Health Organization

© WHO 2016. All rights reserved.

Per capita total expenditure on health at average exchange rate (US$), 2014 *



* Based on data updated on 20 June 2016.

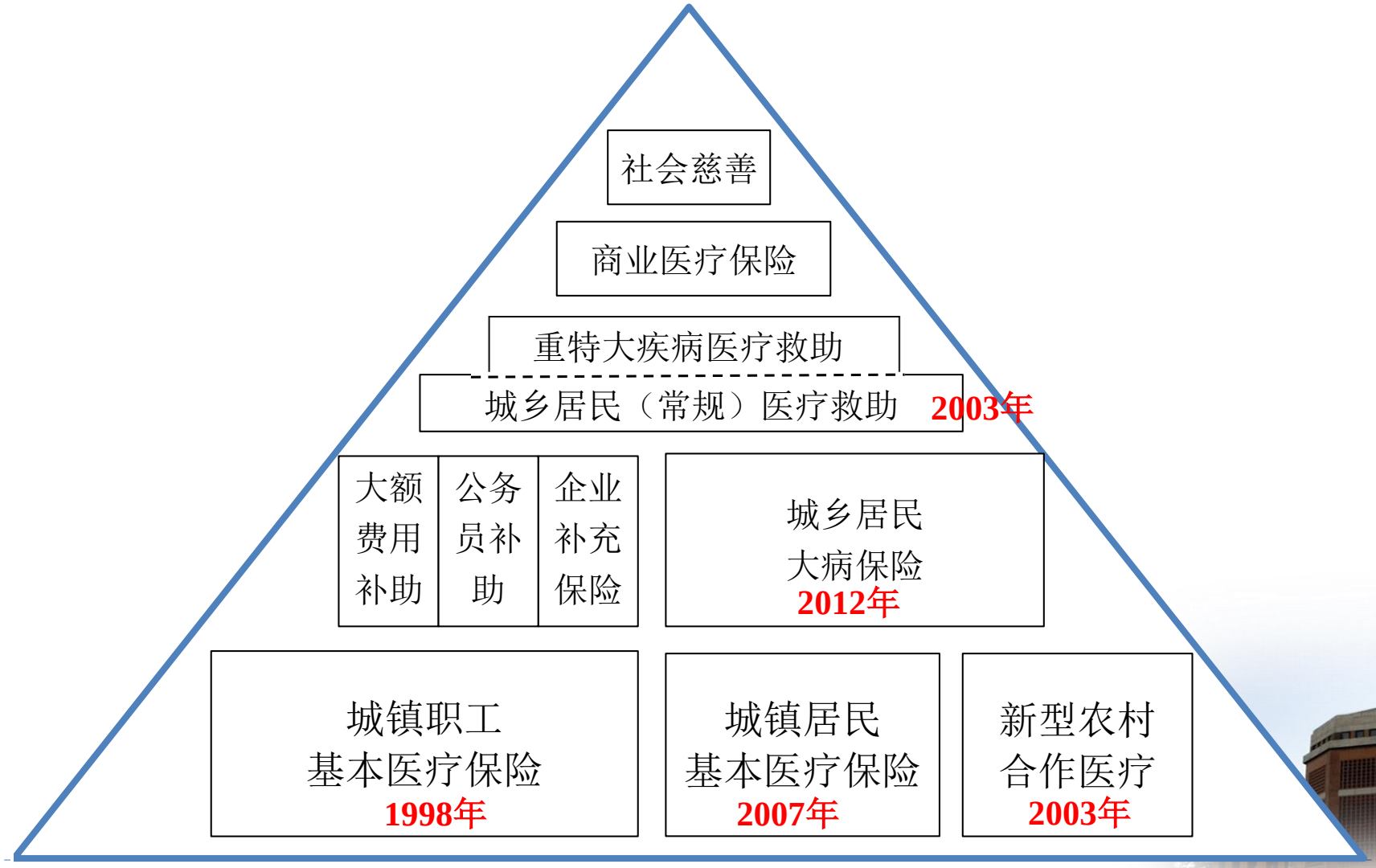
The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: Global Health Observatory, WHO
Map Production: Information Evidence and Research (IER)
World Health Organization

World Health Organization

© WHO 2016. All rights reserved.

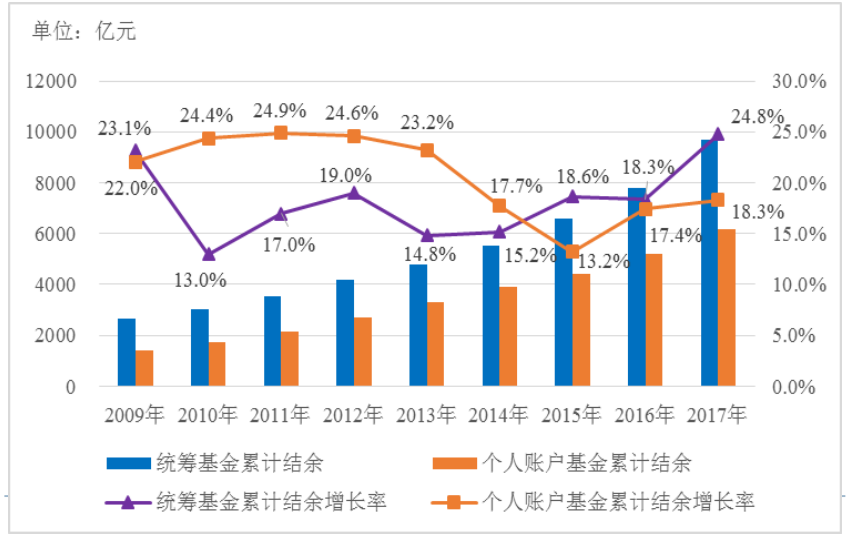
多层次医疗保障体系构成

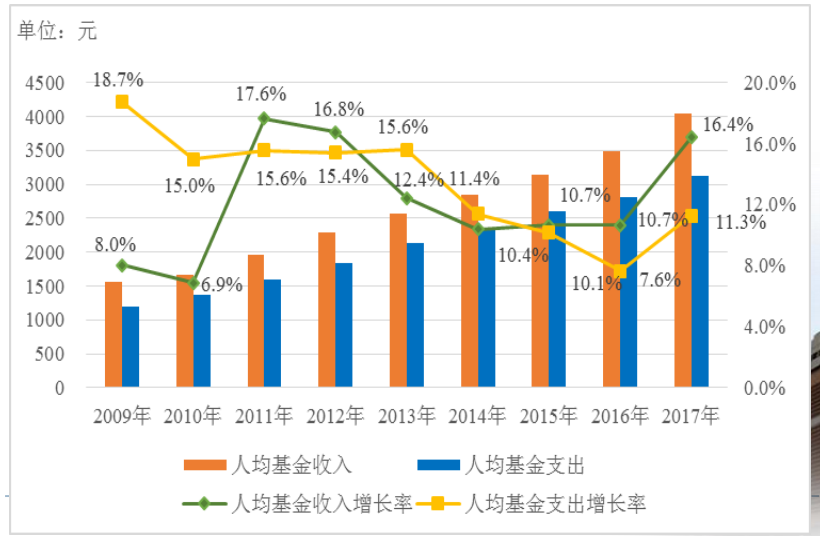


二、基本医疗保险体系的现状

— 截至2018年末，基本医疗保险参保人数134452万人，参保覆盖面稳定在95%以上。其中参加职工基本医疗保险人数31673万人，参加城乡居民基本医疗保险人数89741万人，新型农村合作医疗参保人数13038万人。

— 全年基本医疗保险基金总收入21090.11亿元，总支出17607.65亿元。截至2018年末，基本医疗保险累计结存23233.74亿元，其中职工基本医疗保险个人账户积累7144.42亿元。







三、大病保险与精准扶贫

- 大病保险自2012年启动，2015年在全国各省市全面铺开。保监会数据显示，截止2017年末，商业保险机构承保全国90%以上的大病保险业务，人口达到10.6亿人，保费收入达389亿元，赔付680万人。

- 《2017年全国医疗生育保险运行分析报告》统计数据显示，2017年我国城乡居民基本医保大病患者的实际保障水平约为58.9%，其中基本医保实际保障水平约为46.5%，大病保险在基本医保的基础上提高了约12个百分点。



➢ 2015年，全国大部分省份都以当地城乡居民医保年度筹资额的5%确定大病保险筹资标准，全国平均约20元/人左右。在此基础上，大病保险筹资标准逐年提升，2016年达到约33元左右，2017年进一步提高到36元左右。2018年政府工作报告中要求，居民基本医保人均财政补助标准再增加40元，其中一半用于大病保险。2019年政府工作报告提出，继续提高城乡居民基本医保和大病保险保障水平，居民医保人均财政补助标准增加30元，一半用于大病保险。降低并统一大病保险起付线，报销比例由50%提高到60%，进一步减轻大病患者、困难群众医疗负担。

➢全国健康扶贫动态管理系统数据显示，扶贫人群医疗费用保障情况是，2017年度实际报销比例超过84%，个人自付比例为16%（2016年度为43%）。

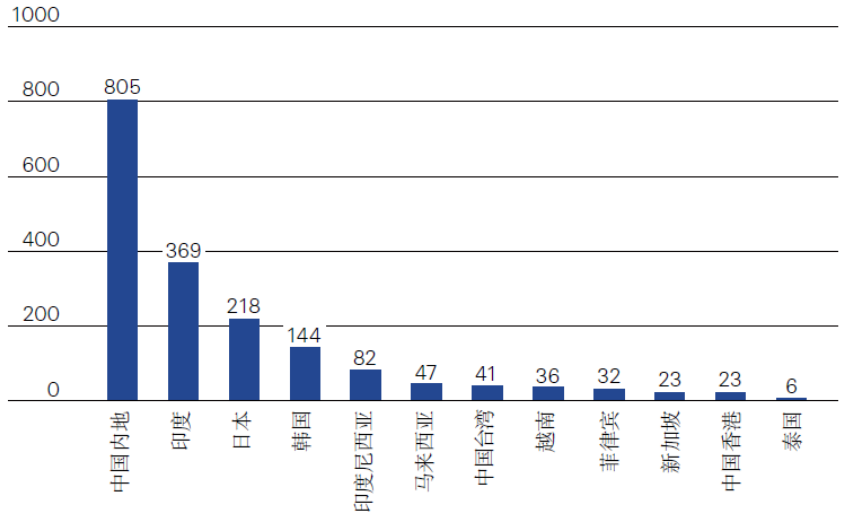


- 在2020年之后的中国，什么是贫困？谁是穷人？如何扶贫？国务院印发的《国家人口发展规划（2016-2030）》明确提出，“探索建立符合国情的贫困人口治理体系，推动扶贫开发由主要解决绝对贫困向缓解相对贫困转变，由主要解决农村贫困向统筹解决城乡贫困转变”。

- 在国际上，发展中国家大多采用绝对贫困标准，而美国除外的发达国家则一般采用相对贫困标准，即使用收入中位数的50%或60%作为相对贫困线。这部分人群更需要多层次医疗保障体系的构建与衔接。



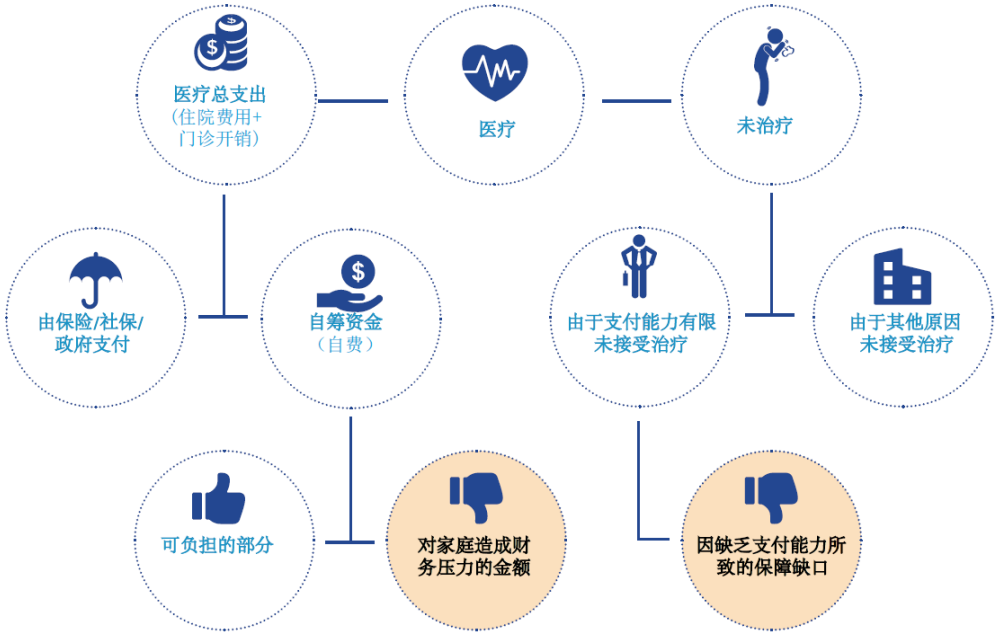
图4：
按市场划分的亚洲健康保障缺口估值，单位：十亿美元，2017年



资料来源：瑞再研究院

数据来源：瑞士再保险公司SwissRe2018年研究报告

图2：
健康保障缺口图解

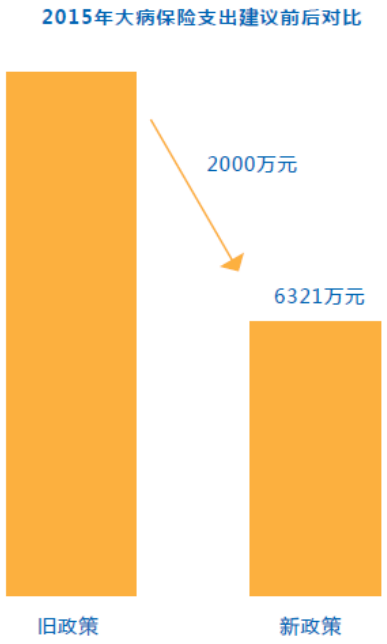


健康保障缺口 = 造成压力的自费医疗支出 + 因支付能力有限而未治疗的费用估值

举例一：大数据分析

2.1 大病保险数据分析

2.1.1/总体赔付情况
2.1.2/参保人数变化
2.1.3/参保人员结构变化
2.1.4/年龄段赔付人数分布
2.1.5/年龄段赔付金额分布
2.1.6/男女赔付人数分布
2.1.7/就诊医院分布
2.1.8/就诊医院报销比例
2.1.9/相同病种转外与非转外报销对比
2.1.10/大病保险赔付段人数分布
2.1.11/个人自付分布
2.1.12/个人自费分布
2.1.13/医疗总费用最高金额分布
2.1.14/主要病种人数分布
2.1.15/癌症人数分布
2.1.16/癌症年龄分布
2.1.17/癌症年龄及性别分布
2.1.18/肺癌分布
2.1.19/肺癌年龄及性别分布



三年来，常州分公司不断加强数据分析工作，从简单的数据入手，通过不断提高数据质量，改进分析方式，独立开发了大病保险医疗大数据综合分析系统，实现了大病保险数据多维度综合分析，为政府部门医保政策的制定提供了参考依据，同时也为逐步实现武进区参保人健康档案管理建立了基础数据模型。

2015年常州分公司通过政策研究及数据分析，向政府部门建言献策，建议调整转外就医政策。2015年当年节约医保基金近2000万元，发挥了商业保险公司应有的作用。



举例二：信息管理平台建设

山东省与保险公司合作开发特药信息化管理系统。根据特药单独补偿管理，设立相对独立服务流程，规划开发了资格审核管理、五定管理、处方录入、清单上载、采购协议管理、注射记录管理、数据分析等10大模块35项功能点。从特药申请、审批、备案、慈善赠药、结算、监控等为参保人提供进行全方位服务和管理。



山东省人力资源和社会保障厅

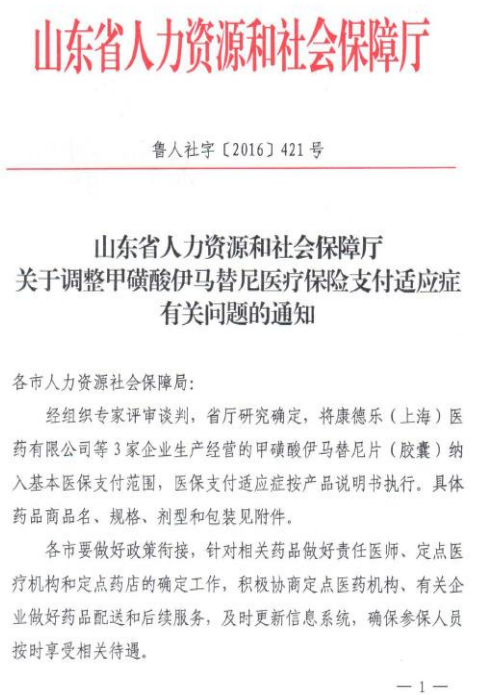
鲁人社字〔2016〕426号

山东省人力资源和社会保障厅
关于将注射用地西他滨等18种药品纳入大病保险支付范围的通知

各市人力资源社会保障局：

根据《山东省人民政府办公厅关于建立职工大病保险制度的意见》（鲁政办发〔2016〕55号）、《山东省人力资源和社会保障厅等6部门关于印发山东省职工大病保险实施方案的通知》（鲁人社发〔2016〕50号）和《山东省人力资源和社会保障厅山东省财政厅关于完善居民大病保险政策有关问题的通知》（鲁人社字〔2016〕412号）文件精神，经组织专家对药品价格、赠药方案及服务等内容进行评审谈判，确定将注射用地西他滨等18种药品纳入山东省大病保险支付范围（药品名单见附件）。参保人员在

— 1 —



山东省人力资源和社会保障厅

鲁人社字〔2016〕421号

山东省人力资源和社会保障厅
关于调整甲磺酸伊马替尼医疗保险支付适应症有关问题的通知

各市人力资源社会保障局：

经组织专家评审谈判，省厅研究确定，将康德乐（上海）医药有限公司等3家企业生产经营的甲磺酸伊马替尼片（胶囊）纳入基本医保支付范围，医保支付适应症按产品说明书执行。具体药品商品名、规格、剂型和包装见附件。

各市要做好政策衔接，针对相关药品做好责任医师、定点医疗机构和定点药店的确定工作，积极协商定点医药机构、有关企业做好药品配送和后续服务，及时更新信息系统，确保参保人员按时享受相关待遇。

— 1 —

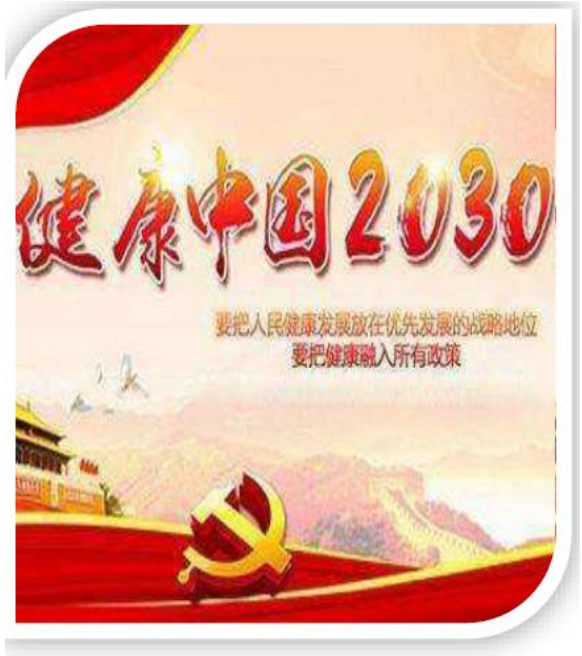


“健康中国2030”规划纲要（2016年10月颁布）

保险CICE
专业 · 认证 · 咨询

第十一章　健全医疗保障体系

第一节　完善全民医保体系



健全以基本医疗保障为主体、其他多种形式补充保险和商业健康保险为补充的多层次医疗保障体系。整合城乡居民基本医保制度和经办管理。健全基本医疗保险稳定可持续筹资和待遇水平调整机制，实现基金中长期精算平衡。完善医保缴费参保政策，均衡单位和个人缴费负担，合理确定政府与个人分担比例。改进职工医保个人账户，开展门诊统筹。进一步健全重特大疾病医疗保障机制，加强基本医保、城乡居民大病保险、商业健康保险与医疗救助等的有效衔接。到2030年，全民医保体系成熟定型。



中华人民共和国国民经济和社会发展第十三个五年规划纲要

第六十章 推进健康中国建设

第二节 健全全民医疗保障体系

健全医疗保险稳定可持续筹资和报销比例调整机制，完善医保缴费参保政策。全面实施城乡居民大病保险制度，健全重特大疾病救助和疾病应急救助制度。降低大病慢性病医疗费用。改革医保管理和支付方式，合理控制医疗费用，实现医保基金可持续平衡。改进个人账户，开展门诊费用统筹。城乡医保参保率稳定在95%以上。加快推进基本医保异地就医结算，实现跨省异地安置退休人员住院医疗费用直接结算。整合城乡居民医保政策和经办管理。鼓励商业保险机构参与医保经办。将生育保险和基本医疗保险合并实施。鼓励发展补充医疗保险和商业健康保险。探索建立长期护理保险制度，开展长期护理保险试点。



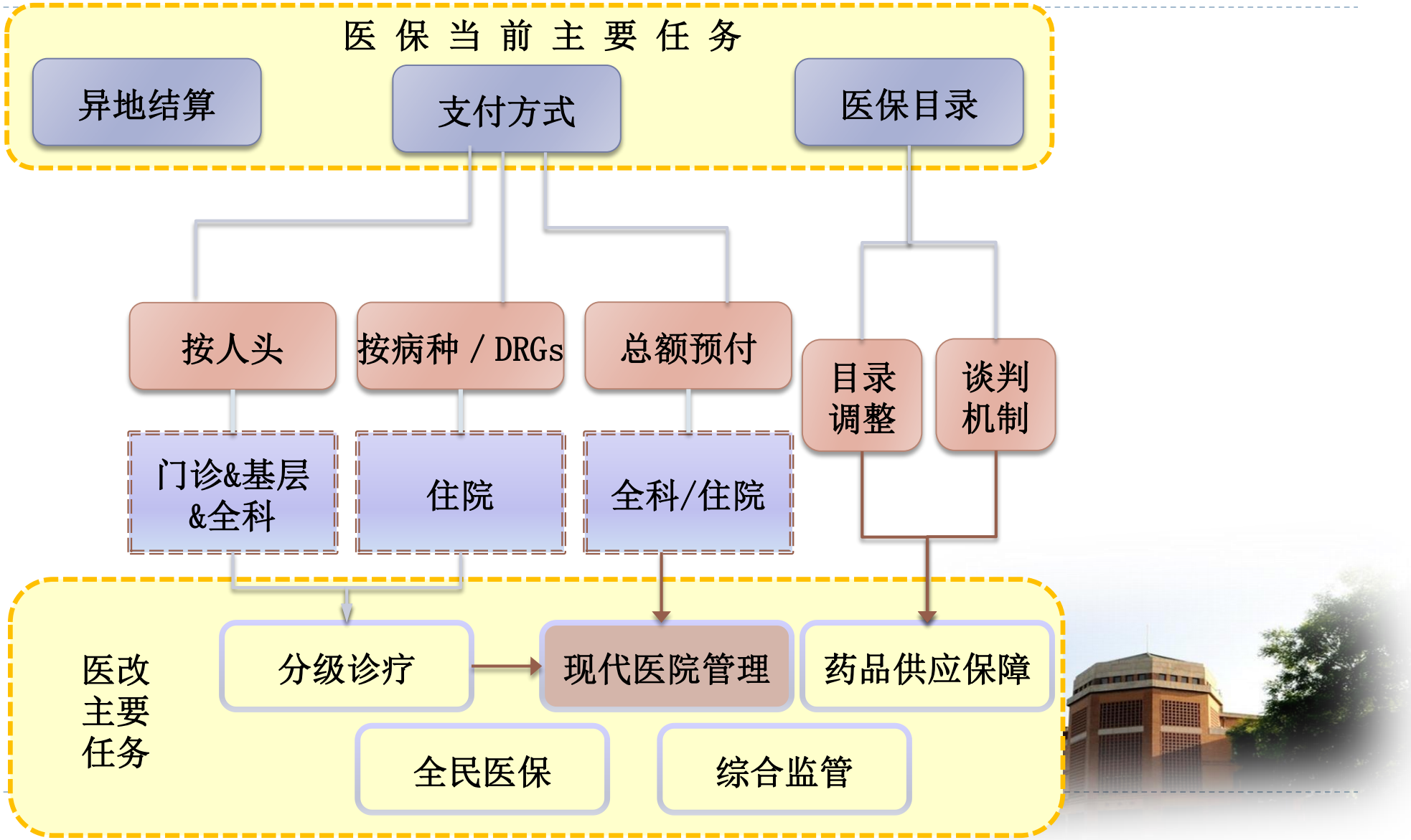
第十三届全国人民代表大会第一次会议公布《国务院机构改革方案》

组建国家医疗保障局。将人力资源和社会保障部的城镇职工和城镇居民基本医疗保险、生育保险职责，国家卫生和计划生育委员会的新型农村合作医疗职责，国家发展和改革委员会的药品和医疗服务价格管理职责，民政部的医疗救助职责整合，组建国家医疗保障局，作为国务院直属机构。

其主要职责是，拟订医疗保险、生育保险、医疗救助等医疗保障制度的政策、规划、标准并组织实施，监督管理相关医疗保障基金，完善国家异地就医管理和费用结算平台，组织制定和调整药品、医疗服务价格和收费标准，制定药品和医用耗材的招标采购政策并监督实施，监督管理纳入医保范围内的医疗机构相关服务行为和医疗费用等。



四、医保对深化医改的引领



2017年《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》

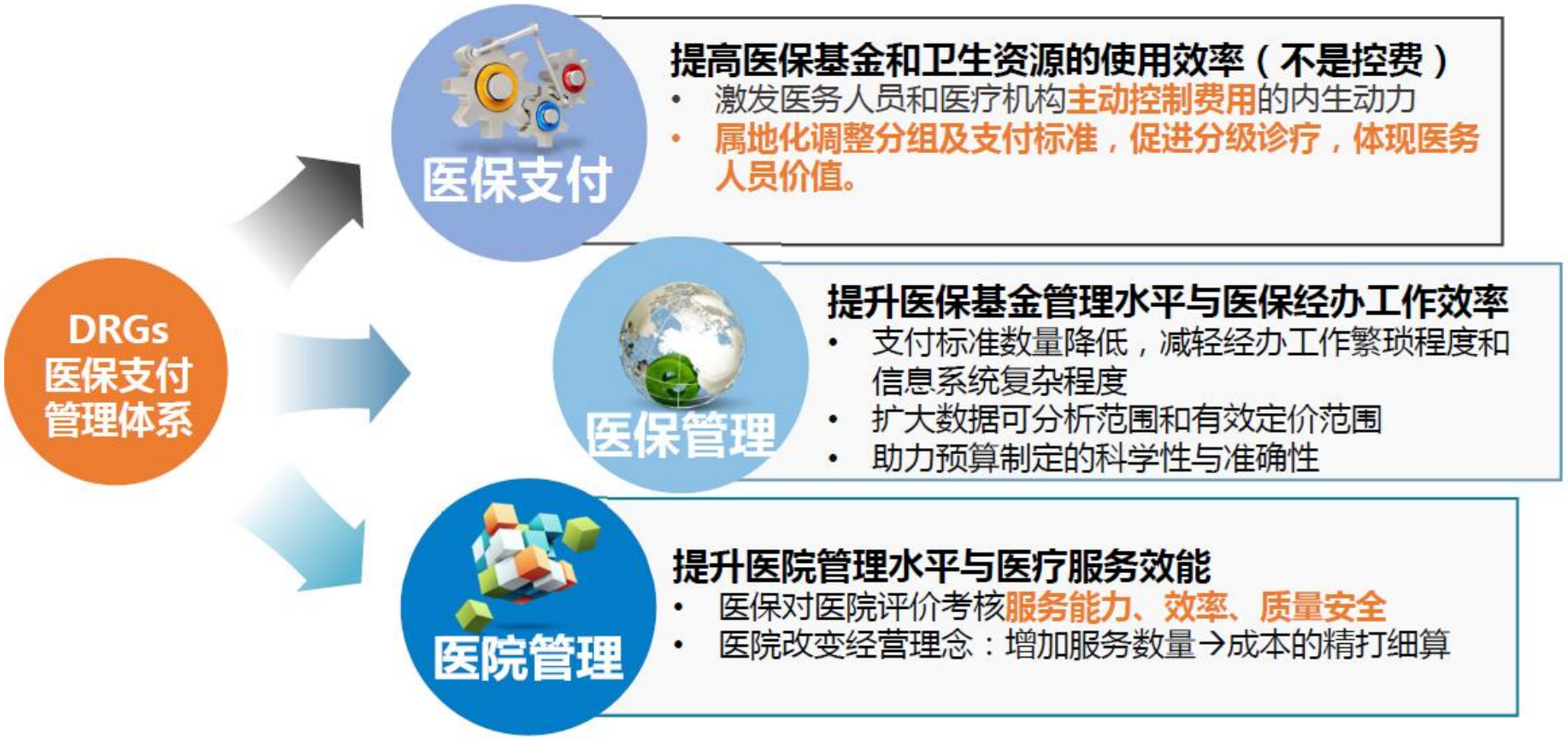
实行多元复合式医保支付方式。针对不同医疗服务特点，推进医保支付方式分类改革。对住院医疗服务，主要按病种、按疾病诊断相关分组付费，长期、慢性病住院医疗服务可按床日付费；对基层医疗服务，可按人头付费，积极探索将按人头付费与慢性病管理相结合；对不宜打包付费的复杂病例和门诊费用，可按项目付费。探索符合中医药服务特点的支付方式，鼓励提供和使用适宜的中医药服务。

重点推行按病种付费，对诊疗方案和出入院标准比较明确、诊疗技术比较成熟的疾病实行按病种付费。**开展按疾病诊断相关分组付费试点，**探索建立按疾病诊断相关分组付费体系。**完善按人头付费、按床日付费等支付方式，**依托基层医疗卫生机构推行门诊统筹按人头付费，促进基层医疗卫生机构提供优质医疗服务。对于精神病、安宁疗护、医疗康复等需要长期住院治疗且日均费用较稳定的疾病，可采取按床日付费的方式。



DRGs医保支付管理体系的核心

DRGs-PPS（...Prospective Payment System）为“按疾病诊断相关分组预付费制”，即对不同医疗机构在同一DRGs诊断组下提供的一次完整住院服务实施统一的价格标准，预付医疗费用的支付机制。





药品议价和支付标准探析

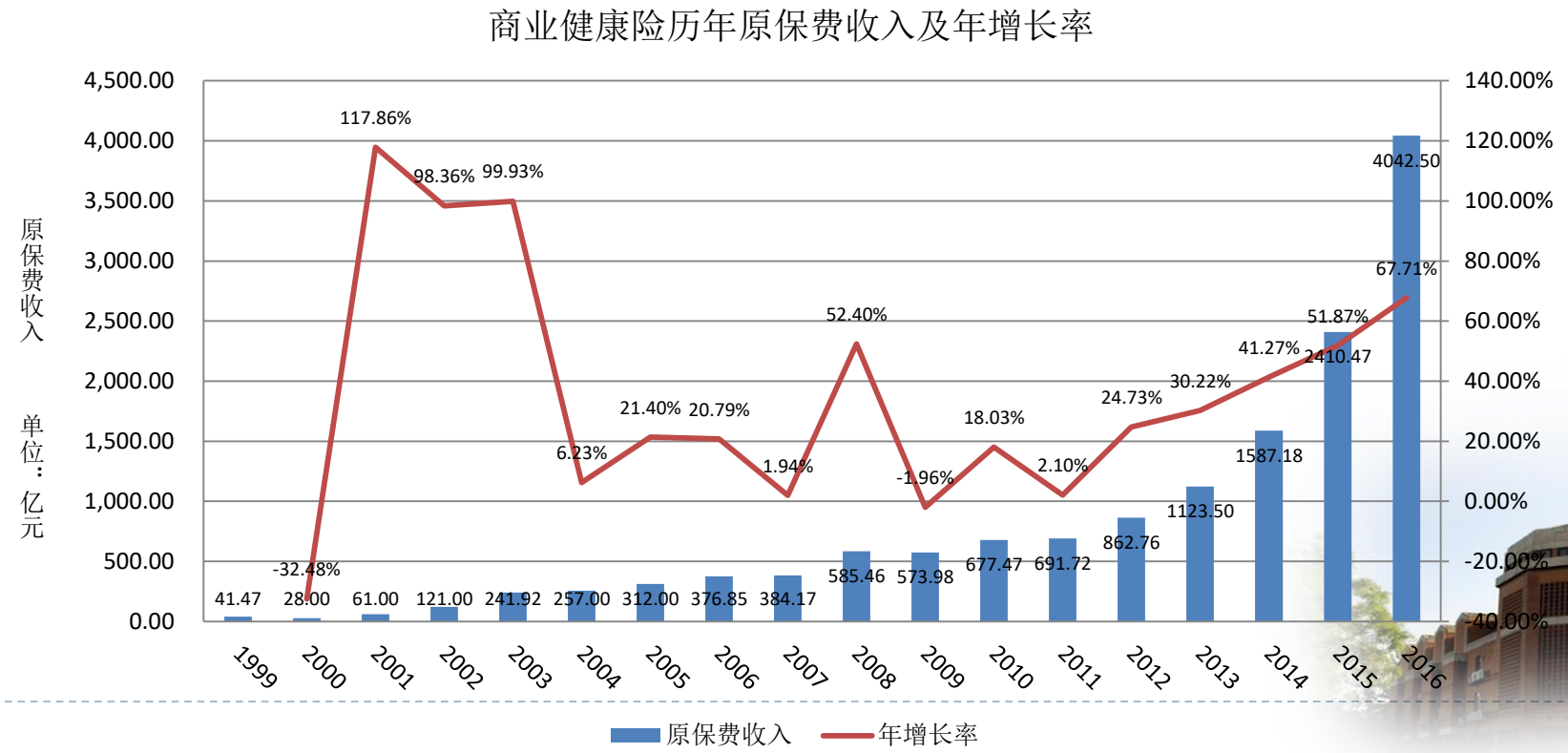
- 2017年2月23日，人社部印发《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2017年版）〉》，相比于2009年版，增加了339个药品，4月，确定44个临床价值高但价格昂贵的拟谈判药品。
- 2017年7月，人社部公布了44个拟谈判药品的谈判结果，其中36个药品谈判成功，成功率达到81.8%，与2016年平均零售价相比，谈判药品的平均降幅达到44%，最高的达到70%。
- 2018年4月，国务院常务会议决定对进口抗癌药实施零关税并鼓励创新药进口。
- 2018年6月，国务院常务会议再次强调：督促推动抗癌药加快降价，让群众有更多获得感。
- 2018年10月10日，医保局公布新一轮抗癌药物医保谈判结果，17种抗癌药纳入医保报销目录，价格平均降幅达56.7%。
- 2018年12月6日，“4+7”带量采购的结果公布。

（格列卫：甲磺酸伊马替尼）

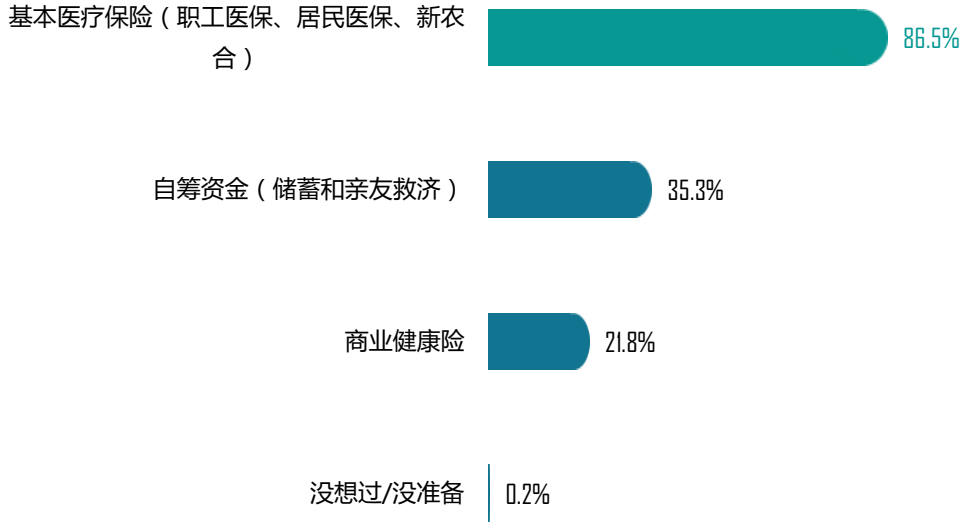


五、商业健康保险市场现状

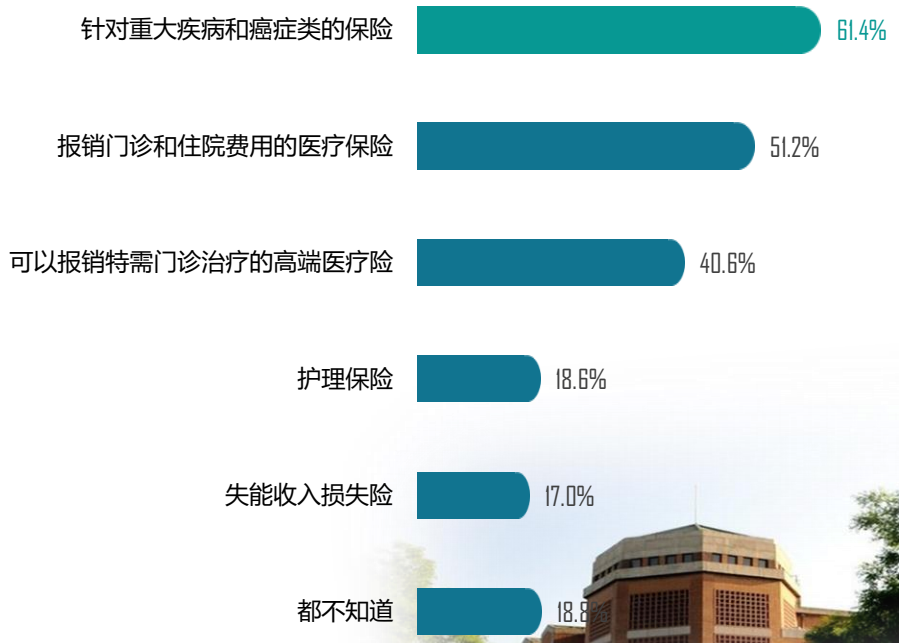
- 2018年，国内商业健康险保费规模已经达到5448亿元，同比增长24.1%，在各大类保险业务中增速最高，健康险业务赔款和给付1744.34亿元，同比增长34.72%；商业健康保险在人身保险中所占份额逐步提升，由2009年的6.95%增至2018年的18.6%。



86.5%的受访者选择基本医疗保险作为重疾治疗费用准备，35.3%的受访者选择自筹资金（储蓄和亲友救济），商业健康险位列第三，21.8%。

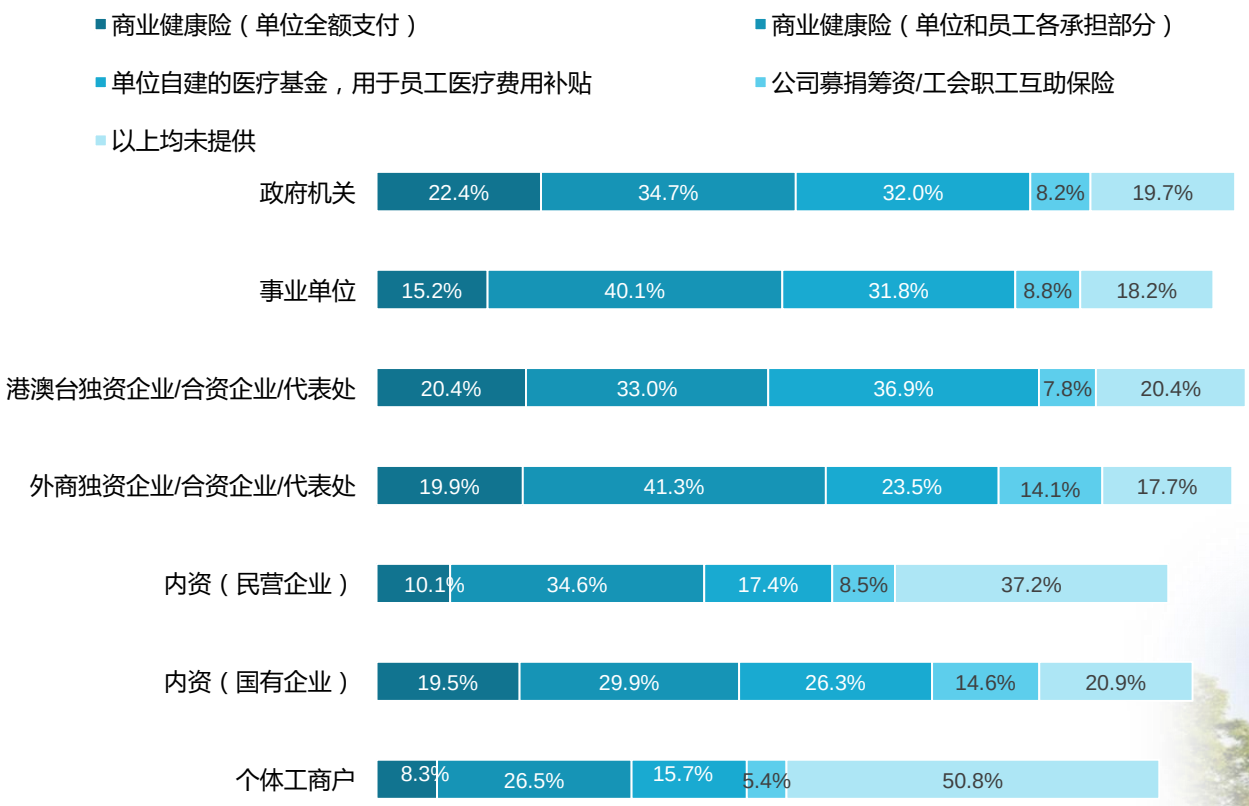


61.4%的受访者知道商业健康险含有重疾责任，但仍有18.8%的受访者对商业健康险的责任范围一无所知。



中国保险行业协会《中国商业健康保险发展指数报告》（2018大中城市）

40.4%的受访者所在单位提供商业健康险，19.4%的受访者所在单位自建医疗资金，还有8.2%的受访者所在单位会提供募捐/互助保险等健康保障。50.8%的个体工商户没有商业健康险。



中国保险行业协会《中国商业健康保险发展指数报告》（2018大中城

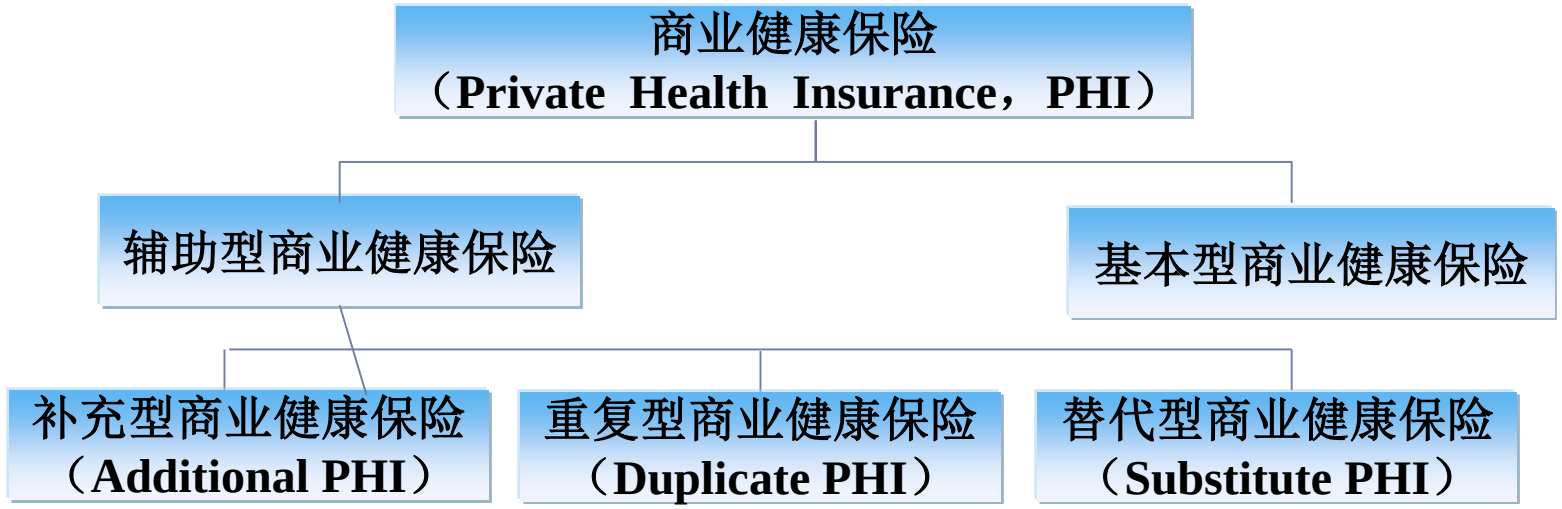
“十三五”期间预测健康险保费收入（卫生总费用增速15%）

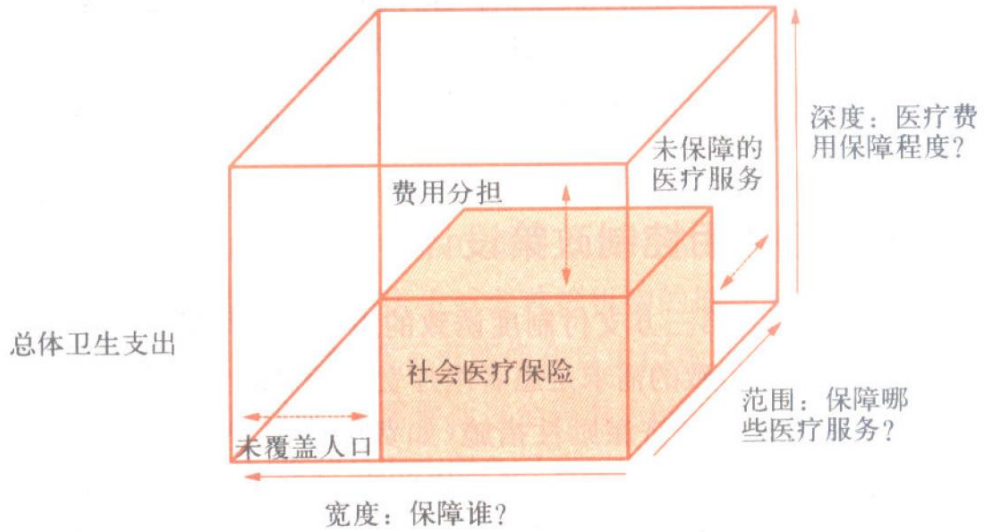
年份	卫生总费用（亿元）	健康险保费收入预测值（亿元）		
		低值	中值	高值
2016	46788.60	2568.69	3036.58	3504.47
2017	53806.88	3223.03	4030.14	4837.24
2018	61877.92	4015.88	5253.44	6490.99
2019	71159.60	4974.06	6753.05	8532.04
2020	81833.55	6129.33	8584.34	11039.35

数据估算未来五年我国经济增速保持在6.5%左右，到2020年人均GDP将达到1.2万美元，依据世界银行的标准将接近高收入水平，这段时期是一个国家医疗需求释放迅速、卫生总支出上升较快的时期；加之人口老龄化和城镇化的步伐加快，我国健康险的潜在需求巨大，因此到2020年商业健康险保费收入比较合理的范围是8000-11000亿元之间。



发达国家商业健康保险经营模式







六、商业健康保险发展战略和路径

- 目标市场：商业健康保险应区别于基本医疗保险，将目标市场定位为具有更高医疗服务需求的人群，提供更高层次、更多样化的保障和服务（如高端药物、医养照护等）。
- 盈利模式：健康保险未来的大发展不单纯是保险产品的开发与销售，而更多的是构建由医疗服务、药品供应、健康管理等多产业组成的健康服务链和利益共享链（如智能化审核系统、PBM合作等）。
- 战略投资：积极探索建立自身的医疗与医药服务体系。
- 社保经办：商业保险提供经办管理服务，意义不仅在于减少政府事务性负担，更在于厘清政府职能和责任、提升政府公共管理和社会服务水平。



商业健康险业务突破

- 重大疾病保险升级换代
  - ✓ 健康大数据、居民健康风险评估模型、精准定价和精准营销
  - ✓ 健康管理融入重大疾病保险业务各个经营环节、降低赔付率
- 医疗保险业务破局
  - ✓ 与医疗机构建立深度合作关系、引入新的付费机制
  - ✓ 大数据技术应用，风险评估模型，有效识别逆选择
  - ✓ 整合式医疗健康体系
- 单病种、已患病和亚健康人群保险产品创新
  - ✓ 慢病单病种保险：糖尿病、高血压、慢性肾病等
  - ✓ 健康管理+保险保障
  - ✓ 与医疗机构、药品和医疗器械公司的合作模式创新



关于健康保险专业化经营的思考

- 管理式医疗（Managed care ）

  是一种医疗和保险高度整合体系

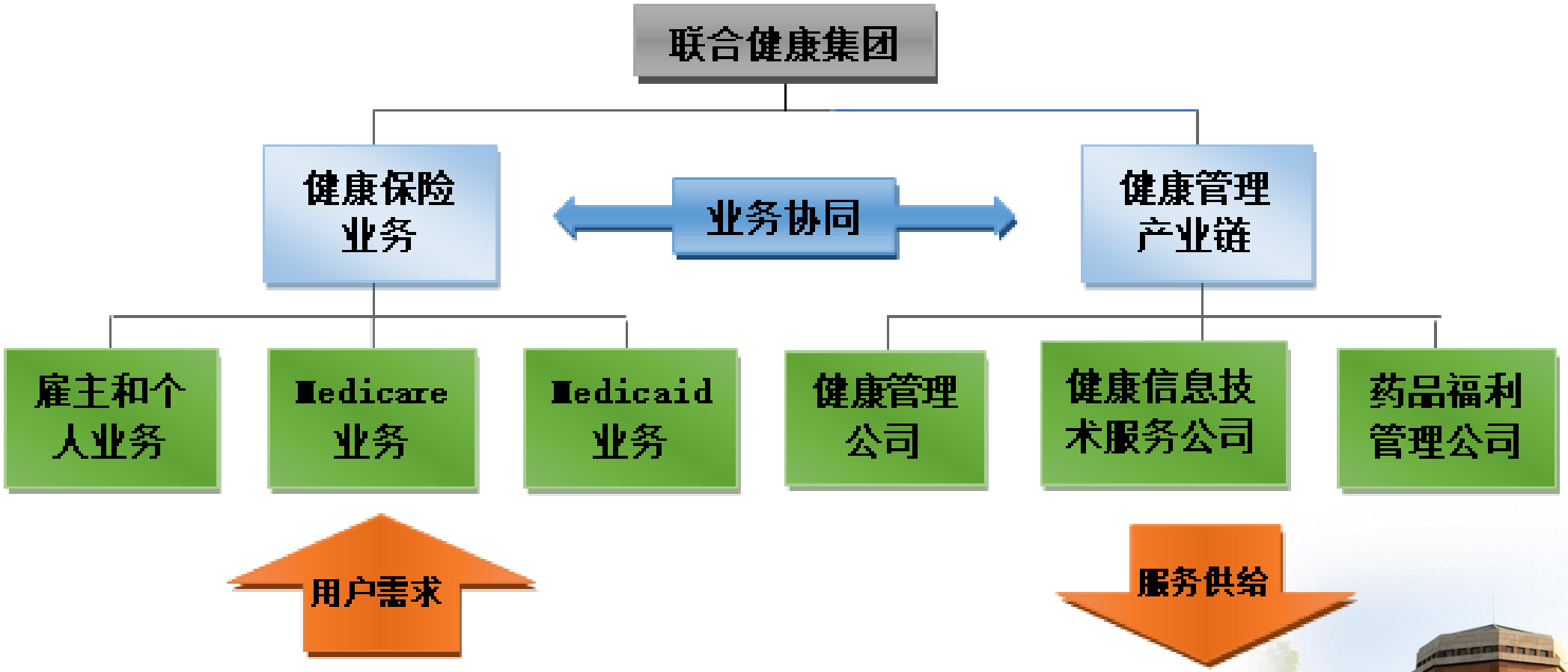
  （Highly integrated insurance and medical provider）

- 管理式医疗的特征

  - 限制医疗服务者的选择和守门人制度
  - 综合性医疗保健服务（健康管理）
  - 医疗服务的总额预算（在保费既定条件下）
  - 医疗服务者与保险人财务风险共担机制



美国专业健康保险公司价值链管理经验





- 联合健康集团（UnitedHealth Group）在1974年成立，并于1984年上市。目前，联合健康集团（NYSE：UNH）已成为美国最大的商业健康险公司，当前市值近2000亿美元，2017年在世界500强企业中排名第13位。
- 联合健康集团保险业务体系中，各类企业是其最主要的客户，大型企业通常自建基金，联合健康为其员工提供医疗健康服务，企业向其支付服务费用；小企业则会购买保险产品，支付保费。目前，商保业务覆盖全美超3000万人，是联合健康最重要的保费来源。
- 2016年，联合健康大约25%的保费来自美国医疗照顾和医疗救助服务中心（CMS，Centers for Medicare & Medicaid Services）。
- 成立初期，联合健康非常关注老年人的健康需求，参加了为Medicare提供市场替代品的试验，此外，联合健康在1997年与AARP（美国退休人员协会，目前有3800万会员）达成合作，在Medicare的基础上，其会员可以付费得到额外的保障。
- 2007年，联合健康成为Medicare Part D（Medicare处方药保障计划）的服务商，截至2016年底，联合健康为Medicare Part D计划的600万人提供处方药保障。



以“点-线-面” 为体系的“保险+医疗”一体化经营路径

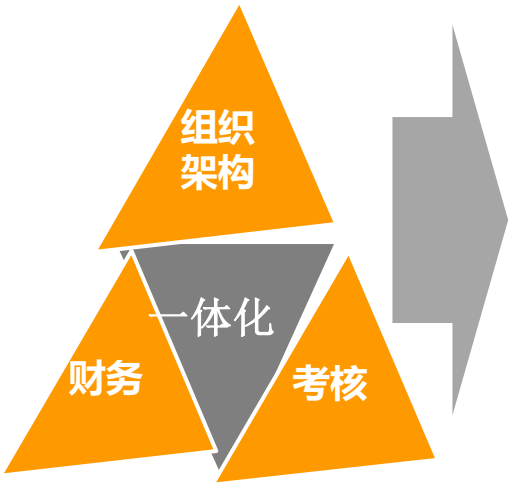
点	• 在一、两家大的自有医院试点保险+医疗会员制 • 募集会员，提供保险+医疗+健管一体化服务 • 会员实行按人头包干预付费方式	探索实践 一体化经营模式
线	• 围绕自有的大型医院自建、收购或托管二级医院和社区诊所，构建“家庭医生+社区诊所+医院”医联体 • 实现整合式医疗	形成区域性 分级诊疗体系
面	• 将一体化经营模式运用到保险集团新投资的其他地区医院，形成网络规模	建立多地 一体化经营 网络体系



“保险+医疗”经营机制

建立风险共担，利益共享的实现路径，双方需建立财务收付费核算机制；

医生及业务人员绩效考核机制；全新业务形态下的组织架构协调机制；



- 更合理的保费，获得更高保障
- 更优质的医疗服务
- 更好的理赔服务体验
- 享受科学全面的健康维护

自有医院

- 病源快速增长
- 减少医疗欠账
- 开展高新技术和高层次医疗服务
- 提高管理效率，获取边际利润
- 杜绝保险欺诈
- 预收包干费增加现金流

服务

协议

预付包干费

健康会员

合同

会费（保费）

保险公司

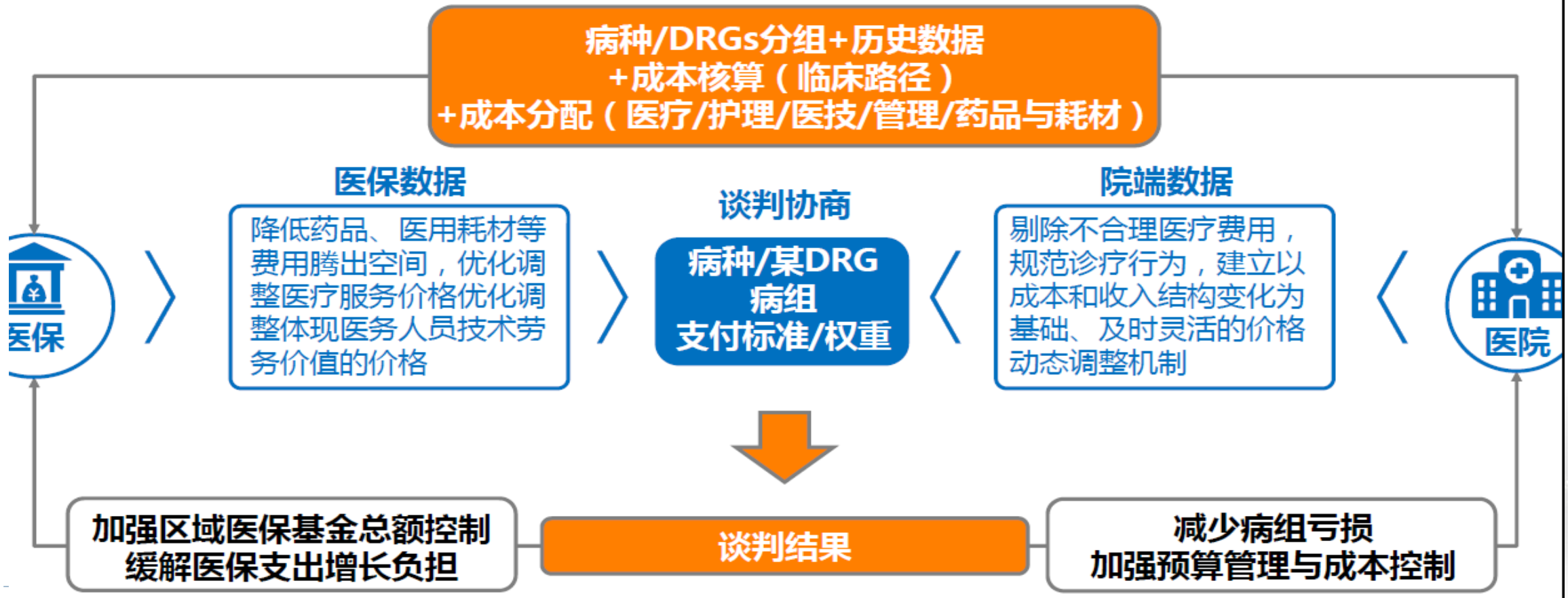
- 保证适当经营利润
- 扩大客户量
- 极具竞争优势的产品方案提升业务规模



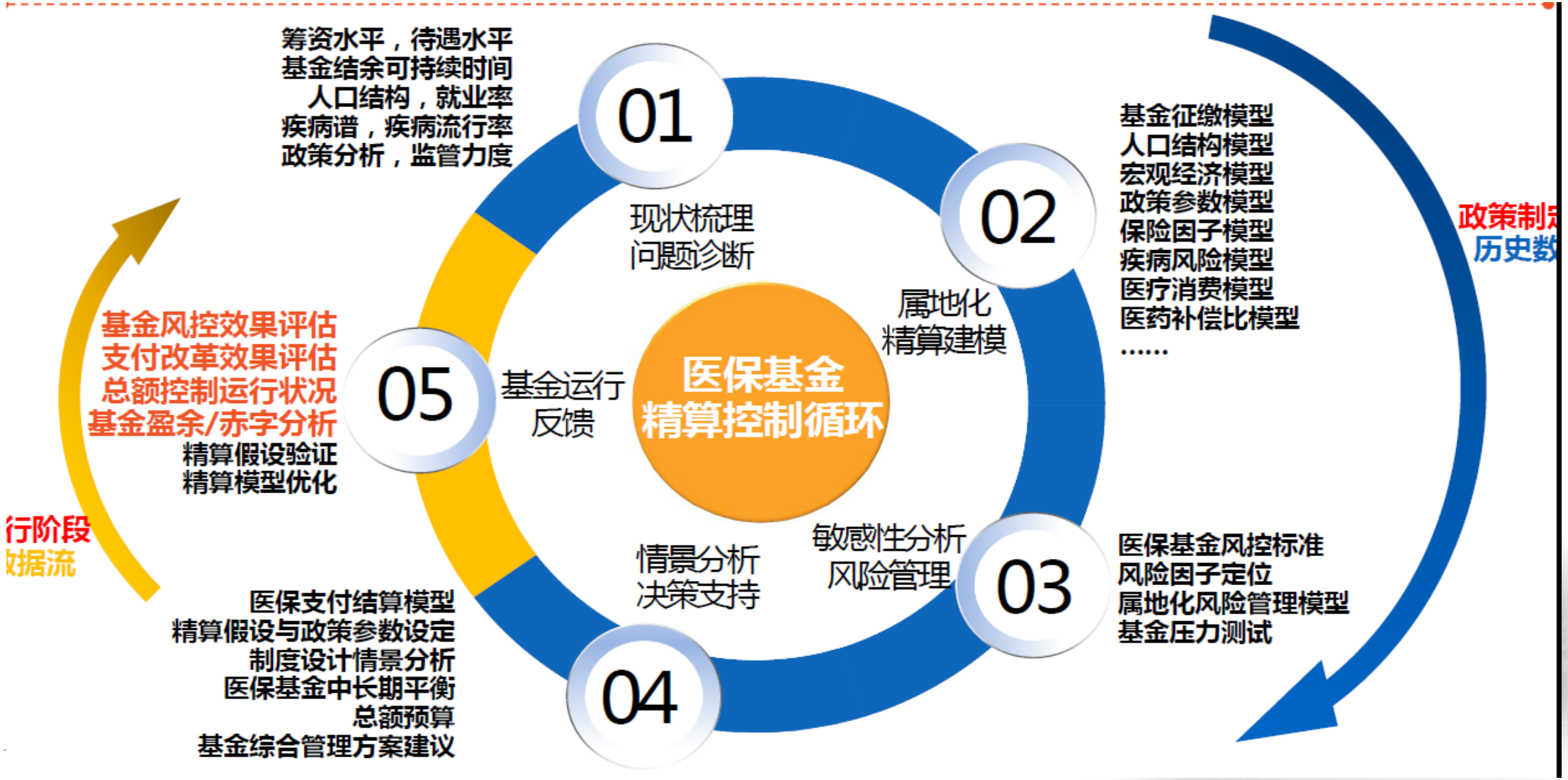
建立医保与医院间谈判协商机制

采用循证医学技术与大数据分析工具，科学制定付费标准，提供谈判依据

发挥医保第三方付费优势，引入商保第三方谈判优势，缓解医院对支付改革的阻力，增进医保医院间合作



建立以精算技术为基础的决策支持体系



七、健康保险税收优惠政策简评

- 2015年5月6日召开的国务院常务会议决定，借鉴国际经验，开展个人所得税优惠政策试点，鼓励购买适合大众的综合性商业健康保险。对个人购买这类保险的支出，允许在当年按年均2400元的限额予以税前扣除。

- 2015年5月12日，财政部、国家税务总局、保监会联合发布《关于开展商业健康保险个人所得税政策试点工作的通知》， 自2016年1月1日，北京、上海、天津、重庆四个直辖市全市试点，各省、自治区分别选择一个人口规模较大且具有较高综合管理能力的试点城市。

- 2017年4月28日，财政部，国家税务总局、保监会联合出台《关于将商业健康保险个人所得税试点政策推广到全国范围实施的通知》，7月1号起，这一政策推广至全国范围。



存在的问题之一：经营风险大

《个人税收优惠型健康保险业务管理暂行办法》2015年8月10日

- 第九条 个人税优健康保险产品采取万能险方式，包含医疗保险和个人账户积累两项责任。医疗保险应当与基本医保、补充医疗保险相衔接，用于补偿被保险人在经基本医保、补充医疗保险补偿后自负的医疗费用。被保险人的医疗费用不得重复报销。 个人账户积累仅可用于退休后购买商业健康保险和个人自负医疗费用支出。

- 第十条 医疗保险的保险金额不得低于20万元人民币。对首次带病投保的，可以适当降低保险金额。医疗保险不得设置免赔额。保险人符合保险合同约定的医疗费用的自付比例不得高于10%。

- 第十一条 医疗保险简单赔付率不得低于80%。医疗保险简单赔付率低于80%的，差额部分返还到所有被保险人的个人账户。



参考美国医疗赔付率（MLR）监管政策



- 医疗索赔。临床服务和用品费用的索赔。
- 质量改进费用（QI，quality improvement expenditures）包括旨在以客观衡量的方法增加所需的健康效果可能性的活动费用。（1）改善卫生成果；（2）防止再次入院；（3）改善患者安全，减少医疗失误和达到较低的感染和死亡率；（4）促进和提高国民的健康活动的措施。包括为实现以上活动所需的医疗信息技术，以及他们用于转换疾病分类代码的开支比例所需的费用。



存在的问题之二：优惠额度偏低

级数	扣除五险一金的月收入	含税级距	税率（%）	速算扣除数	年度最高个税减少额
1	3500-5000元	不超过1500元的	3	0元	72元
2	5000-8000元	超过1500元至4,500元的部分	10	105元	240元
3	8000-12500元	超过4,500元至9,000元的部分	20	555元	480元
4	12500-38500元	超过9,000元至35,000元的部分	25	1005元	600元
5	38500-58500元	超过35,000元至55,000元的部分	30	2775元	720元
6	58500-83500元	超过55,000元至80,000元的部分	35	5505元	840元
7	>83500元	超过80,000元的部分	45	13505元	1080元

个税 = （工资-五险一金 - 起征点）× 税率 - 速算扣除数



存在的问题之三：与团体保险衔接不力

- 国务院2000年出台的《完善城镇社会保障体系的试点方案》中明确规定，“有条件的企业可以为职工建立补充医疗保险，提取额在工资总额4%以内的，从成本中列支”，且自2008年1月1日起，列支比例变为5%。

- 上述补充保险企业缴费部分，作为企业成本可从企业所得税前列支，但是否同时不作为员工纳税薪酬，能从个人收入所得税前列支？没有明确界定。

- 对比企业年金政策：2013年12月6日，财政部、人力资源和社会保障部、国家税务总局联合下发的《关于企业年金、职业年金个人所得税有关问题的通知》，自2014年1月1日起，对单位和个人不超过规定标准的企业年金或职业年金缴费，准予在个人所得税前扣除.....



缴纳个人所得税

税前列支	税额减免
健康险保费从个人应税所得中扣除	健康险保费按一定比例从个人应缴税额中扣除

1. 税前列支： 税优比例 = 边际所得税率
   - 在累进税制度下，低收入人群的税优比例低
   - 不缴纳所得税的特低收入人群被排除在政策外
   - 刺激高收入人群需求，可进一步提高税收优惠
2. 税额减免： 税优比例不与边际税率挂钩
   - 税优比例灵活，可向低收入人群倾斜
   - 对不纳税的特低收入人群可以现金补贴形式鼓励购买保险



完善相关政策的建议

- 方案一：提升现有税收优惠额度。2017年全国城镇非私营单位就业人员年平均工资为74318元，相应的我国减免额度应为7000元/年左右为宜。同时通过家庭参保的方式，将保障人群扩展到职工直系亲属。

- 方案二：整合职工补充医疗保险与个人税优健康保险政策，建立统一的减免标准和衔接方式。参照目前企业年金政策，逐步提高补充医疗保险保费支出税前列支比例（8%-10%），简化补充医疗保险定性及申请免税流程。

- 方案三：打造中国的第二公积金：医疗保障个人储蓄账户，实行全额税前列支，专款专用，基金用于医疗、护理费用支出。



医保个人账户购买商业保险的测算

30岁的被保险人未来50年医保个人账户及万能型商业补充住院险个人账户余额比较

年龄（周岁）	期末医保个人账户余额（元）	期末万能型商业补充住院费用险个人账户余额（元）	差额（元）
30	13560	13560	-
40	38197	48047	9851
50	75432	113021	37589
60	102628	197691	95062
70	28353	201196	172843
79	-207781	29338	237120

通过对天津医保个人账户数据测算，发现医保个人账户余额随着职工年龄的增加先是逐渐的上升，之后大幅度的下降，最后会出现“断崖式”的负账状态；相对于医保个人账户，万能型商业补充住院险个人账户余额随着职工年龄的增加会大幅度的上升，之后同样会大幅度但下降发生的年龄段相对滞后。



附：人口老龄化背景下健康保险的新蓝海：长期护理保险

- 国家统计局公布了2015年全国1%人口抽样调查主要数据公报，60岁及以上人口数量为2.22亿人，占16.15%，同2010年第六次全国人口普查相比，60岁及以上人口比重上升了2.89个百分点；65岁及以上人口数量1.44亿人，占10.47%，比重上升1.60个百分点。从2011年到2015年，平均每年增加老年人880万；预计到2030年全国老年人口规模将会翻一番。

—老年人口规模庞大，老龄化发展速度快

—人口老龄化与经济发展水平不协调

—区域间老龄化程度差异性较大

—老龄化进程与家庭小型化、空巢化相伴随



长期护理费用测算

城乡老年人日常生活自理能力分布　单位：%

年龄组	能够自理	部分自理	不能自理
60-69岁	89.3	7.7	3.0
70-79岁	77.1	15.7	7.1
80岁以上	45.9	31.9	22.2

资料来源：《中国人口老龄化与老年人状况蓝皮书》，中国社会出版社2009年

2011-2050年间我国长期护理需求者总量　单位：万人

需求量 / 年份	2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
部分失能	2222	2586	3050	3673	4446	5279	5861	6396	6938
完全失能	1108	1282	1514	1822	2222	2714	3066	3410	3809
需求总量	3330	3869	4564	5495	6668	7992	8927	9806	10747
总量增长速度%	100.0	116.2	137.1	165.0	200.3	240.0	268.1	294.5	322.7



2011-2050年间老年长期护理总费用　单位：亿元

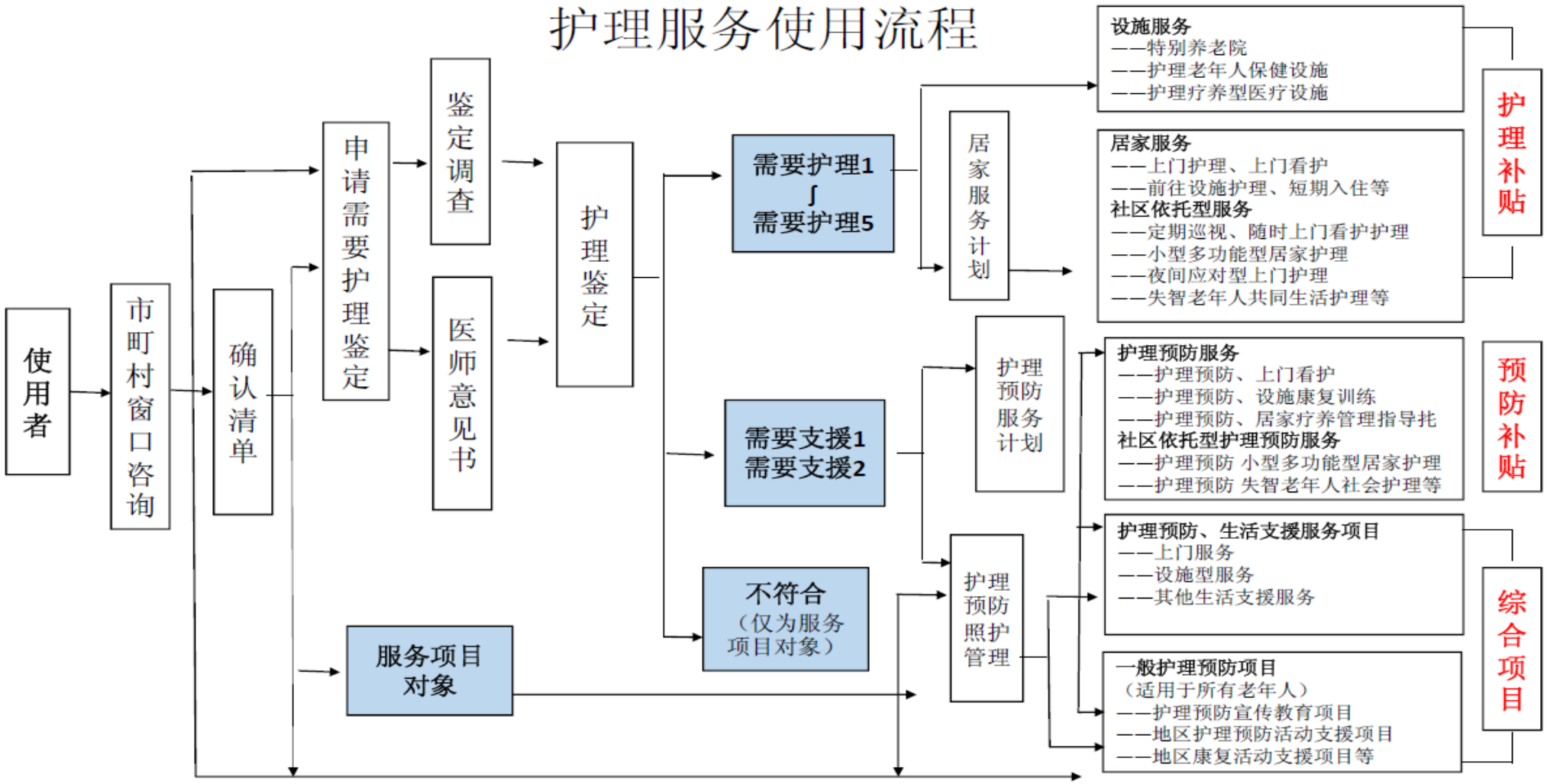
费用 / 年份	2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
一级护理费用	1521	2071	2832	3952	5546	7634	9826	12431	15633
二级护理费用	1127	1527	2090	2916	4123	5836	7645	9856	12761
三级护理费用	154	209	286	399	564	799	1046	1349	1746
四级护理费用	540	731	1001	1397	1975	2796	3662	4721	6113
机构护理费用	303	410	561	783	1107	1568	2053	2647	3428
护理总费用	3646	4948	6770	9447	13315	18632	24232	31005	39682

老年长期护理总费用占GDP的比重

年份	2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
护理总费用（亿元）	3646	4948	6770	9447	13315	18632	24232	31005	39682
GDP（亿元）	471564	618124.21	846883.7	1133321	1481206	1890436	2355827	2866224	3404174
比重（%）	0.77	0.80	0.80	0.83	0.90	0.99	1.03	1.08	1.17

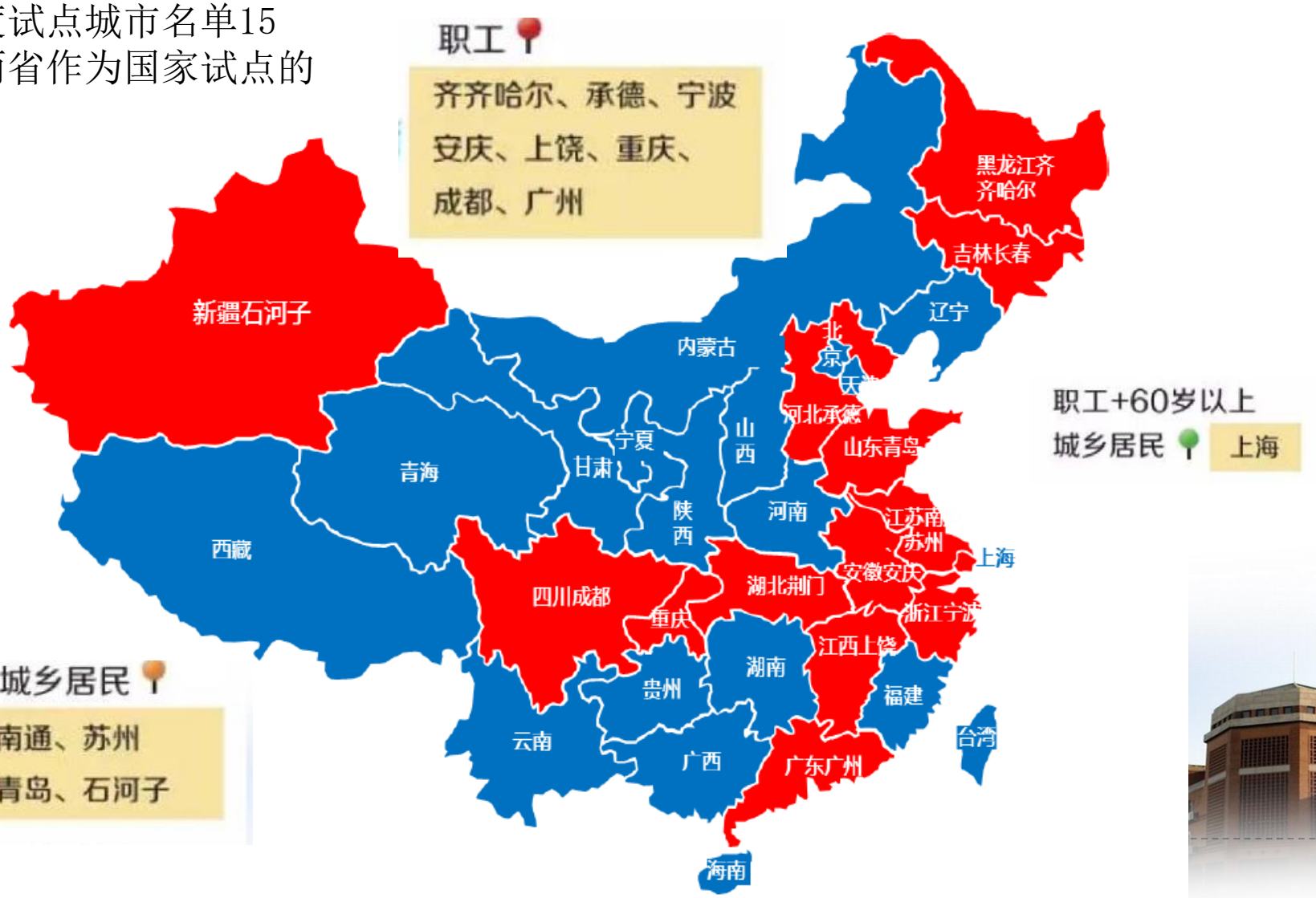


日本护理服务项目


护理服务使用流程
使用者
市町村窗口咨询
确认清单
申请需要护理鉴定
鉴定调查
医师意见书
护理鉴定
需要护理1
∫
需要护理5
需要支援1
需要支援2
不符合
（仅为服务项目对象）
服务项目对象
居家服务计划
护理预防服务计划
护理预防照护管理
设施服务
——特别养老院
——护理老年人保健设施
——护理疗养型医疗设施
居家服务
——上门护理、上门看护
——前往设施护理、短期入住等
社区依托型服务
——定期巡视、随时上门看护护理
——小型多功能型居家护理
——夜间应对型上门护理
——失智老年人共同生活护理等
护理补贴
护理预防服务
——护理预防、上门看护
——护理预防、设施康复训练
——护理预防、居家疗养管理指导托
社区依托型护理预防服务
——护理预防 小型多功能型居家护理
——护理预防 失智老年人社会护理等
预防补贴
护理预防、生活支援服务项目
——上门服务
——设施型服务
——其他生活支援服务
一般护理预防项目
（适用于所有老年人）
——护理预防宣传教育项目
——地区护理预防活动支援项目
——地区康复活动支援项目等
综合项目

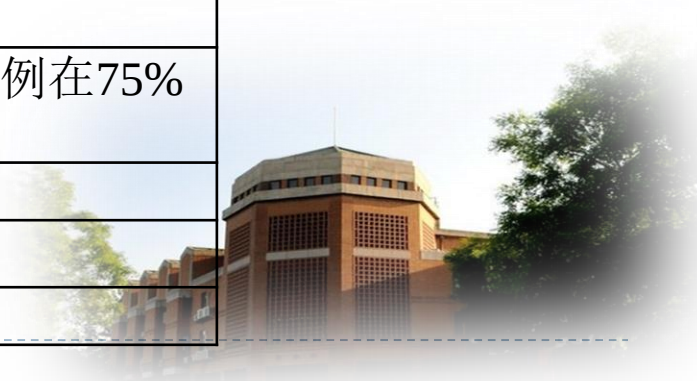
人力资源社会保障部办公厅《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》（2016.06.27）确定试点城市名单

长期护理保险制度试点城市名单15个，吉林和山东两省作为国家试点的重点联系省份





试点城市	待遇标准
承德市	医疗机构60元/日;养老机构50元/日;居家50元;报销70%左右
长春市	限额107元/日（含一次性耗材10元）;职工90%，城镇居民80
齐齐哈尔市	医养院30元/日（60%）;养老院25元/日（55%）;居家20元/日（50%）
上海市	养老机构85%;居家90%
南通市	医疗机构50元/日(重度)10天/日(中度);可同时享受医保住院服务。养老机构40元/日(重度)10元/日(中度)。居家补贴15元/日(重度),8元/日(中度)。
苏州市	机构重度26元/天,中度20元/天;居家30元/天,中度25元/天;
宁波市	专护70元/日,院护60元/日,巡护50元/日;亲属和邻居护理 每人每天30元
安庆市	医疗机构50元/日(60%),养老机构40元/日(50%),居家上门护理750元/月
上饶市	居家自助护理，补贴15元/天;居家医疗护理按项目付费;机构护理，36元/天
青岛市	医疗专护170元/日;护理院医疗护理65元/日;居家医疗护理50元/日，巡护分档设立
荆门市	居家100元/日(全日)(80%)40元/日(非全日);养老机构100元/日(75%);医院150元/日(70%)
广州市	生活照料:115元-120/日;医疗护理按项目支付,限额为1000元/月,支付比例在75%至90%
重庆市	50元/日
成都市	机构70%，居家75%
石河子市	机构70%，限额750元/月



谢 谢 ！

广州信平市场策划顾问有限公司

北京保金教育咨询有限公司

谢谢！

欢迎关注微信公众号

南开卫生经济与

医疗保障研究中心

