

2025

Health Insurance Future



中国医疗健康 保障体系 转型发展报告

应对老龄化挑战与推动商业健康保险创新

总顾问：张军、林顺才

主 编：许闲、王晓虎、崔巍、许宏权

副主编：王贞、郝宇飞、李超、张旒

编委会成员：王昕彤、尚丽源、范思怡、关蕊蕊、李采隆

中国医疗健康 保障体系 转型发展报告

应对老龄化挑战与推动商业健康保险创新

目录



序言

PART 01 医保体系构建与 商保发展路径

第1章 社会保障制度分型

- 1.1 社会保险型模式（以德国为例）
- 1.2 全民保障型模式（以英国为例）
- 1.3 市场主导型模式（以美国为例）
- 1.4 储蓄保险型模式（以新加坡为例）
- 1.5 医疗保障的“不可能三角”难题

第2章 中国医疗保障现状与主体责任重构

- 2.1 现状分析：矛盾聚焦与三角困境
- 2.2 多层次医疗保障体系：
风险分层与责任匹配
- 2.3 商业健康险的角色和发展前景

第3章 带病体人群医疗保障与市场开发

- 3.1 带病体的界定和特征
- 3.2 中国带病体人群的现状
- 3.3 中国及其它国家带病体保险发展情况
- 3.4 中国带病体保险产品开发
- 3.5 带病体保险发展的市场困境与破局路径探索

PART 02 老龄化进程与 健康险转型

第4章 中国人口结构的现状与趋势

- 4.1 人口结构现状
- 4.2 人口结构成因分析
- 4.3 未来人口结构预测
- 4.4 与日本老龄化数据的对比分析
- 4.5 中国人口老龄化的地区性差异
- 4.6 上海市的人口结构现状与预测

第5章 老龄化社会疾病风险敞口预测- 以上海为例

- 5.1 惠民保、沪惠保简介
- 5.2 沪惠保数据分析
- 5.3 疾病发生率推算
- 5.4 预测未来：疾病发病人数、
基本医保和商业保险的赔付金额

第6章 日本的健康险转型之路

- 6.1 老龄化、少子化下的
特定需求与健康险产品开发案例
- 6.2 日本医疗制度改革时间线
- 6.3 日本商业健康险发展时间线



03

PART 政府政策导向对 健康险的影响

第7章

DRG/DIP 改革对健康险的影响

- 7.1 中国DRG/DIP改革的背景与简况
- 7.2 其它国家DRG/DIP改革的经验与启示
- 7.3 中国DRG/DIP改革的总体影响分析
- 7.4 中国DRG/DIP改革对商业健康保险的影响

第8章

长期护理保险制度发展现状及展望

- 8.1 长期护理保险试点现状
- 8.2 长期护理保险制度的国际比较
- 8.3 上海市长期护理保险试点成效
- 8.4 上海市长护险试点中的主要问题
- 8.5 中国长护险制度的展望

第9章

惠民保的外溢效应

- 9.1 惠民保对商业健康保险购买的挤出效应
- 9.2 惠民保对商业健康保险消费者的教育作用
- 9.3 惠民保与商业健康保险市场资源配置与格局演变

04

PART 医疗科技 与健康险发展

第10章

医疗科技对健康险的影响

- 10.1 个性化保险产品与可穿戴设备的融合
- 10.2 人工智能技术在防骗保中的应用

05

PART 总结与展望

序言

我们正身处一个变革与挑战并存的时代。全球范围内，人均寿命持续延长，健康科技以前所未有的速度创新，赋能新的诊疗与健康管理模式，公众对高质量生活的追求也达到了新高度。这些积极的进步，共同描绘出一幅对健康保障需求更前瞻、更全面、更个性化的未来图景，也为健康保险行业创造了前所未有的历史机遇。

作为全球领先的保险与资产管理服务提供商，安联集团始终将“**守护人类健康与福祉**”视为核心使命。面对时代命题，我们坚信，健康险的转型绝非单纯的产品升级，而是从根本上重塑价值逻辑：**从风险承担者转变为健康伙伴，通过创新赋能、生态整合与数字化驱动，为客户提供前瞻性、个性化、可持续的健康保障。**

为深度探索这一转型路径，安联集团与复旦大学这一中国顶尖学术机构强强联合，共同撰写了本研究报告。报告系统梳理了健康险面临的核心挑战与机遇，结合安联的全球经验以及中国市场的实践，提出了具操作性的转型框架与策略建议。

通过这些研究成果，我们期望推动开发更契合中国家庭健康需求、更具包容性与创新性的保险解决方案，为中国人民的健康福祉贡献安联的独特价值。我们也期待它能成为政策制定者、行业从业者及所有关注健康未来的朋友们的重要参考，激发更多对话与协作，共同构建更具韧性的健康保障体系。

未来已来，唯变不变。安联愿与各方携手，以创新与责任之心，守护每一份健康期待。



林顺才 | 安联（中国）保险控股有限公司 首席执行官

当前，中国正经历一场深刻的经济社会变革。在迈向高质量发展新阶段的征程中，国民财富持续积累，人民生活水平显著提高，对健康、养老以及更高层次生活保障的需求日益增强。与此同时，人口结构的老龄化、疾病谱系的慢性化趋势日益凸显，对现有社会保障体系构成了前所未有的压力与挑战。在此背景下，作为社会稳定器和经济助推器的保险业，特别是关乎国计民生的健康保险领域，迎来了历史性的发展机遇，也面临着转型升级的迫切要求。

中国保险市场，尤其是健康险市场，正处在一个关键的十字路口。过去的粗放式增长难以为继，未来的发展必须植根于对**宏观趋势的深刻洞察**、对**制度环境的精准把握**以及对**技术变革的主动拥抱**。人口老龄化的加速推进，不仅意味着保障需求的扩容，更意味着风险结构、服务模式和产品形态的根本性变革。国家医疗保障体系的持续深化改革，如DRG/DIP支付方式的全面推进、长期护理保险制度的探索建立、以及普惠型保险“惠民保”的广泛覆盖，正在重塑医疗健康服务的供给生态和支付格局，为商业健康保险的角色定位与发展路径既划定了边界，也开辟了新的空间。此外，以人工智能、大数据、基因组学为代表的医疗科技迅猛发展，正从风险定价、产品设计、核保理赔、健康管理等多个维度，颠覆传统保险的经营逻辑，催生创新业态。

这一切趋势交织在一起，共同勾勒出中国健康险市场未来发展的复杂图景：它不仅是基本医保的简单补充，而需要成为多层次医疗保障体系中不可或缺的支柱，承担起分担社会风险、满足多元化需求、提升保障效率的重任；它不能局限于事后的财务补偿，而必须向前延伸，融入健康管理、疾病预防的全过程，成为主动的健康服务提供者和资源整合者。

在这样的时代背景下，复旦大学经济学院与安联集团共同成立了**复旦安联金融保险研究中心**，共同完成了本次的研究报告。本报告旨在超越零散的行业观察，试图构建一个系统性的分析框架，深入剖析中国健康险市场所依存的社会制度、人口结构、政策导向与科技环境。报告将不局限于现状描述，更着力于趋势推演与前景展望，试图为行业参与者、政策制定者及关注该领域的各方人士，提供一份兼具理论深度与实践价值的参考。

我们深信，唯有深刻理解正在发生的宏观变革，方能于变局中开新局，共同推动中国健康保险行业迈向更加成熟、稳健、创新的未来，为构建与中国经济社会发展水平相适应的社会保障体系贡献专业力量。



张军 | 文科资深教授 | 复旦大学经济学院院长



PART 01

医保体系构建与 商保发展路径

第1章
社会保障制度分型

第2章
中国医疗保障现状与主体责任重构

第3章
带病体人群医疗保障与市场开发

第1章

社会保障制度分型

社会医疗保障体系是国家或地区为应对国民健康风险而建立的多层次保障网络。其中，社会医疗保障制度作为体系的核心支柱，是由政府通过立法强制实施的基础性医疗保障安排。商业健康保险作为社会医疗保障体系的重要组成部分，其发展路径在很大程度上依赖于社会保障制度的设计和保障水平。

从全球实践来看，社会保障制度主要可分为四种模式：**社会保险型、全民保障型、市场主导型和储蓄保险型**。不同模式在保障范围、筹资机制以及政府角色等方面存在显著差异，对商业健康保险的发展产生根本性的影响。

1.1 社会保险型模式（以德国为例）

社会保险模式是一种由国家法律规定的、通过缴纳保险费来保障公民基本生活和社会风险的制度。主要覆盖的风险包括：养老、医疗、失业、工伤和生育等。

以德国为例（表1），其医疗保障体系的主体为**法定医疗保险**，其核心特点是“**强制性参与、按比例缴费、风险共担**”。通过将不同收入、不同健康状况的群体纳入同一保障池，使得高收入者与低收入者、健康人群与患病群体之间形成风险互助。在筹资比例上，德国法定医疗保险的保费由**雇主和雇员各自承担50%**，双方按雇员税前工资的固定比例缴纳，共同构成保险基金的核心来源。

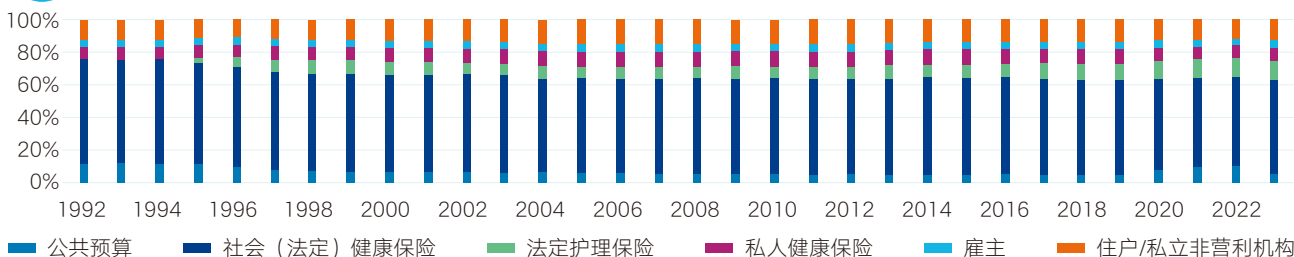
除法定医疗保险外，德国还有由私营公司运营的替代型和补充型商业保险。**替代型保险与法定医疗保险地位对等**，保障范围相当或更优，高收入群体^①、公职人员^②和自由职业者可选择退出法定保险后加入其保障。**补充型商业保险则一般可报销更优质的私立医疗服务，与法定保险和替代型商业保险呈补充性关系。**

表1 德国医疗保障体系构成

类型	覆盖范围	缴费方式	适用人群	覆盖比例
法定医疗保险 (GKV)	基本医疗服务 大多数人群	雇主与雇员各承担 50% 按税前工资比例缴纳	普通雇员、低收入群体、 大多数居民	约90%
替代型商业保险 (PKV)	与法定医保相当或更优	按个人风险 (年龄、健康状况) 保障水平定价	高收入群体、公职人员、 自雇人士	约10%
补充型商业保险	私立医疗、病房升级、 牙科等额外服务	按所选服务项目缴费	任何已参保人群 可叠加购买	-

图1展示了1992-2023年德国医疗卫生支出的结构性数据，数据显示，德国医疗体系以法定健康保险为核心，常年占医疗支出约**60%**，私人健康保险占比**不足10%**。

图1 德国医疗卫生支出结构^③



① 指年收入超过当年强制保险门槛（Jahresarbeitsentgeltgrenze）的雇员。2025年为73,800欧/年。

② 指可在生病期间获得工资支付和国家或公共机关提供的医疗照护和帮助的人员。

③ 数据来源：德国联邦统计局

1.2 全民保障型模式（以英国为例）

英国是全球首个建立全民福利型社保的国家，形成“从摇篮到坟墓”的保障网络。其医疗保障体系呈“法定基础 + 双重补充”格局（表2）：以国民卫生服务体系（NHS）为核心，为全体居民提供免费或低成本的基本医疗服务（全科、住院、急诊等），资金主要来自政府税收、部分国家保险缴费及少量个人自付；社会医疗救助面向老人、儿童和精神疾病患者，作为政府补充性保障；私人健康保险由个人自愿购买，通常由雇主或个人缴费，用于获得更快速或更优质的医疗服务。

表2 英国社会保障体系构成

构成	作用范围	对象	资金来源
英国国民卫生服务体系（NHS）	主要保障	全体居民	主要来自税收、少部分来自国家保险缴费、极少部分来自个人自付
社会医疗救助	补充保险	老人、儿童、神经病人	政府预算
私人健康保险	补充保险	个人自愿投保	雇主或个人缴费

图2显示了1997年至2023年英国医疗卫生支出数据，其中政府预算常年占比70%以上，体现了NHS以公立财政为核心的制度基础。个人现金支出约占10%，商业健康保险及非营利、企业资助几乎可忽略不计。各支出渠道比例长期稳定，反映了英国公立医疗体系筹资模式的连贯性与制度惯性。

图2 英国医疗卫生支出结构⁰⁴



⁰⁴ 数据来源：英国国家统计局

1.3 市场主导型模式（以美国为例）

美国是唯一一个以**商业健康保险为主导**的发达经济体，主要由私营机构根据市场规则自主经营医疗保险和服务，公民自愿购买保险，政府则负责市场监管，并为弱势群体提供基本医疗保障。

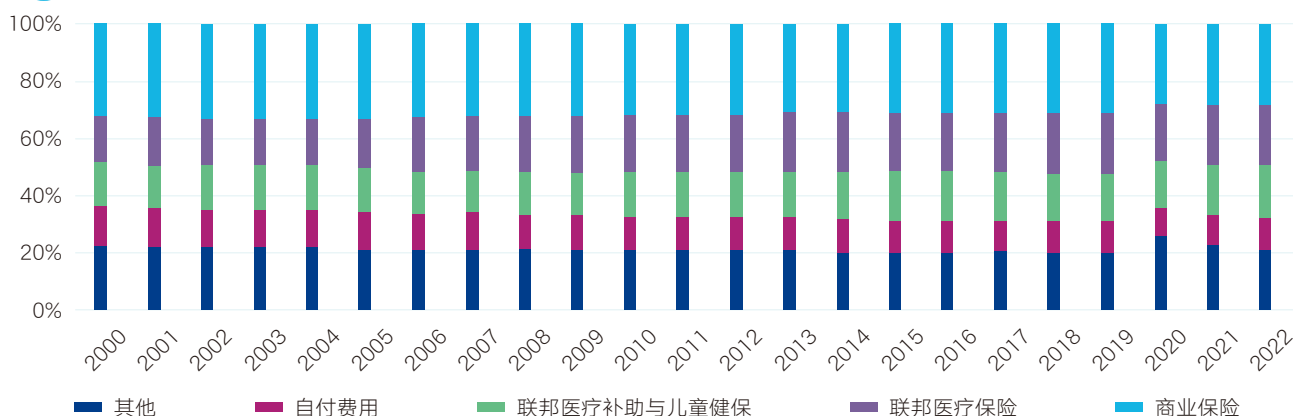
如表3所示，美国的医疗保障体系由政府医保、公费医疗体制和商业医保构成。政府医保包括**联邦医疗保险（Medicare）**，覆盖老年人（65岁以上）、符合条件的残疾人士及末期肾病患者；**联邦医疗补助（Medicaid）**，面向低收入家庭的儿童和成人、孕妇、残疾人士及特定老年人；**儿童健康保险计划（CHIP）**专门保障儿童。公费医疗体制包括**军人及眷属医疗保险**，为现役和退伍军人提供服务。商业医保则包括**公司团体保险（覆盖公司雇员）、私人商业保险以及通过《平价医疗法案》（ACA）带补贴的个人保险**，主要面向自由职业者和无业人员。此外，存在部分无商业保险覆盖的人群。

表3 美国社会保障体系

医疗性质	机构	覆盖群众
公共医保	联邦医疗保险 (Medicare)	老年人（大于65岁）符合条件的残疾人士以及末期肾病患者
	联邦医疗补助 (Medicaid)	低收入家庭的儿童和成人、孕妇、残疾人士、和特定类型的老年人等
	儿童健保 (CHIP)	儿童
公费医疗体制	军人及眷属医疗保险	退伍军人、现役军人等
商业医保	商业公司团险	公司雇员
	商业公司私人保险	自由职业/无业者
	ACA带补贴的医疗保险	自由职业/无业者
无商保覆盖		

图3展示了2000至2022年美国医疗卫生支出结构，体现了“**公私混合、商业主导**”的筹资逻辑。**商业保险长期占据最大份额**；公共医保（Medicare、Medicaid及各州儿童健康保险计划）为老年人和低收入群体提供兜底保障，占比接近商业保险；自付和其他渠道分别约占10%和20%。近20余年，各渠道比例基本稳定，反映美国以**市场化筹资为主、公共保障为辅**的制度特征，与英国政府主导模式形成鲜明对比。

图3 美国医疗卫生支出结构⁰⁵



⁰⁵ 数据来源：美国国家统计局

1.4 储蓄保险型模式（以新加坡为例）

新加坡被称为“**储蓄保险型医疗体系**”，核心在于全民保健储蓄计划(MediSave)的设计。全民保健储蓄计划是**强制性个人储蓄账户**，参保人缴费直接存入账户，资金专款专用，用于支付个人或家属的住院、手术、部分门诊及保险费用。账户余额可累积，实现长期储蓄。

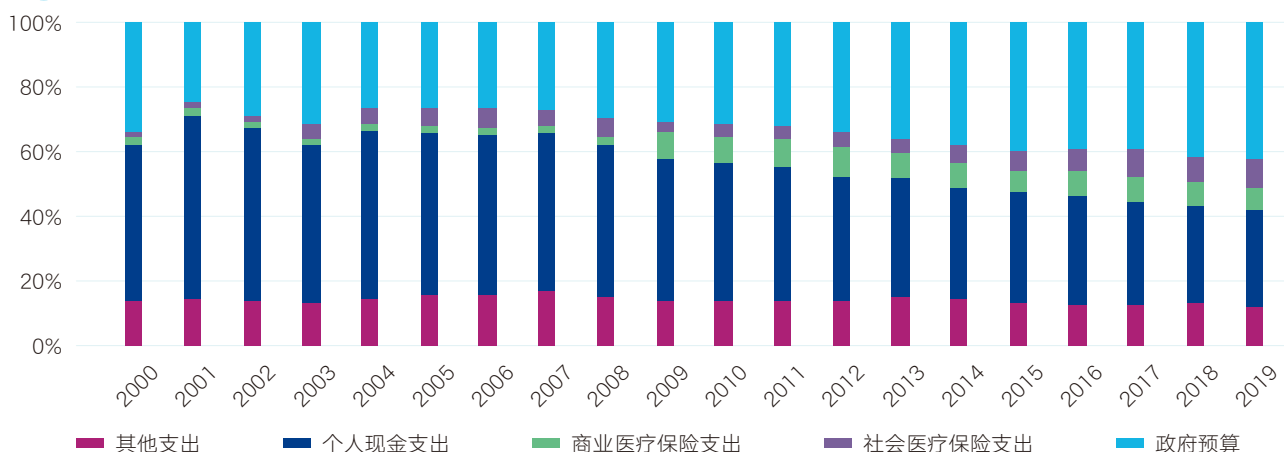
如表4所示，新加坡政府**直接对公共医疗机构给予补贴**，公民在就医时只需支付补贴后的价格。全民保健储蓄计划为**强制性个人储蓄账户**，用于支付个人或家属的住院、手术、部分门诊及保险保费；终身健保计划(MediShield Life)为**全民基本健康保险**，为大病或慢性病提供终身保障，超出全民保健储蓄计划支付能力的费用由其承担，政府为中低收入群体提供保费补贴；保健基金计划(MediFund)为**政府救助基金**，为在使用前两两者后仍无力支付医疗费用的贫困患者提供最后保障，覆盖住院和部分门诊费用。

表4 新加坡医疗保障体系

组成部分	全称	功能定位	覆盖范围
Subsidy	政府补贴	直接补贴公共医疗机构 降低就医价格	公立医院、诊所
MediSave	全民保健储蓄计划	强制性个人储蓄账户 用于医疗支出	住院、手术、部分门诊费用 保险保费
MediShield Life	终身健保计划	全民基本健康保险 覆盖大病和慢性病	超出MediSave支付能力的费用
MediFund	保健基金计划	政府救助基金 为最困难群体兜底	住院、部分门诊费用

从医疗卫生支出结构看（图4），2000-2019年间，（1）**新加坡政府始终是医疗卫生体系主要出资方**，个人现金支出比例逐步下降，反映出MediSave、MediShield Life等制度减轻了个人负担；（2）**商业保险和社会医疗保险占比缓慢上升**，体现了居民对个性化保障的需求。

图4 新加坡医疗卫生支出结构⁰⁶



⁰⁶ 数据来源：世界卫生组织(WHO)

1.5 医疗保障的不可能三角

医疗服务存在“不可能三角”难题，即医疗服务难以同时兼顾**低成本（便宜）、高效率（易获得）和高质量（优质）**。德国、英国、美国和新加坡为代表的四大医疗保障制度在实践中都面临这一挑战。

表5总结了四种主要医疗保障体系在“不可能三角”中的取舍。德国的社会保险型提供高质量和全面覆盖，但成本偏高且部分服务可及性受限；英国的国家福利型低成本且保证基础质量，但全民免费导致就医等待时间长，可及性受限；美国的市场主导型提高了服务质量和可及性，但医疗和保险成本高昂；新加坡的储蓄型依靠政府补贴和个人储蓄控制成本，同时通过责任分层兼顾可及性与质量，但对个人储蓄和制度遵从有依赖。

表5 各国医疗保障体系在“不可能三角”中所处的位置

体系类型	取舍关系	简述
社会保险型 (德国)	分层平衡：强制社保便宜+优质 → 牺牲效率 高收入者以高成本换更高的质量和可及性	强制社保为基础，商保补高端 按收入分层分摊成本 兼顾公平与效率
国家福利型 (英国)	牺牲可及性（等待时间长） 保障质量与低成本	全民免费导致需求过度集中 公立资源有限，政府控费优先于效率 商保补充不足
市场主导型 (美国)	牺牲成本（支出高） 保障了商保参保者的医疗质量与可及性	商保主导下竞争推高服务质量 但定价缺乏调控 弱势群体因无保险面临可及性缺失
储蓄保险型 (新加坡)	控制成本 通过个人责任与政府补贴平衡可及性与质量	储蓄账户约束过度医疗需求 政府补贴保障基础可及性 商保覆盖大额医疗风险

各国实践表明，单一保障模式难以破解医疗服务的“不可能三角”难题。**内部分层的多层次保障体系**是破题的关键：低收入群体依赖社保保障基础医疗可及性，满足高频低损的主要需求；中等收入群体通过商业保险转移低频高损风险，同时社保覆盖小额支出，提高性价比；高收入群体则依靠商业保险获取高端服务与效率，满足差异化需求。由此可见，优秀的医疗保障体系本质是在有限资源下，通过**“分人群精准匹配，让社保与商保各归其位”**。



第2章

中国医疗保障体系与主体责任重构

2.1 现状分析：矛盾聚焦与三角困境

中国的医疗保障体系以“覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续”为总体目标，形成了以基本医疗保险为核心、大病保险为补充、医疗救助为托底，并辅以商业健康保险、惠民保、慈善捐赠和医疗互助等多层次保障体系。

2024年，中国的基本医疗保险参保率已**超过95%**。基本医疗保险分为职工医保和城乡居民医保两类：**职工医保覆盖企事业单位职工及灵活就业人员**，由单位和个人按工资比例缴费，保障范围较全面，包括门诊、住院及慢性病/特殊病报销；**城乡居民医保覆盖农村居民及城镇非就业居民**，由个人缴费加政府财政补贴组成，覆盖广泛，重点保障住院和大病。

在此基础上，大病保险针对医保报销后的高额自付费用提供**二次报销**，尤其向低保和特困人群倾斜，进一步降低因病致贫风险。

医疗救助作为最后保障，由财政承担低收入群体医保缴费及报销后的自付部分，确保医疗可及性。

中国的基本医疗保障体系以“保基本”为原则，其覆盖范围存在三重缺口：目录外费用不报、起付线以下与封顶线外不报、以及高端医疗需求无法满足。传统的商业健康险，如百万医疗险、重疾险等，起到了一定的填补社保保障缺口的功效。近年来兴起的**城市定制型基本医疗保险（“惠民保”）**作为地方政府主导的**普惠型商业保险**，在补充医保目录外费用方面发挥了一定作用，能够保障既往症患者，并通过“**特药目录**”覆盖部分高价自费药和创新药。但是，部分地区出现“年轻健康人群退保、高风险人群集中投保”的逆选择问题，导致赔付压力攀升，甚至使部分产品停办。

中国的医疗保障体系存在“**多重保障诉求与资源分配、制度协同不足**”的难题。一方面，低价、高效的保障目标损失了一定的医疗质量。同时，中低收入群体面临较大的自付压力，高收入人群无法满足自身的高质量需求。另一方面，商业健康保险的发展还不够完善：各保险产品在覆盖范围上既有重叠又存在空白，影响了整体保障效能。因此，医疗改革不能单独推进，必须通过基本医保、商业保险、医疗和医药的协同治理，才能在效率、质量与公平之间实现平衡。

2.2 多层次医疗保障体系：风险分层与责任匹配

2.2.1 体系架构优化与协作升级规划

2024年9月10日，中国国家医疗保障局在国务院新闻办公室新闻发布会上正式提出建立“**1+3+N**”多层次医疗保障体系。旨在通过协同联动，更好满足人民群众多样化的医疗需求，推动中国多层次医疗保障框架的完善与优化。

图1展示了中国多层次医疗保障体系的框架：“1”是指以**全国统一医保信息平台**和**医保大数据**为核心的数字化基础信息平台，包括“一人一档”健康档案、“一药一码”药品追溯，以及“一单一清分”、“一票一核”等医疗数据核验机制；“3”是指**职工/居民医保、医疗救助和大病保险三重基础保障**，保障民生底线；“N”则包括**惠民保、商业健康险、慈善互助**等多元补充力量，帮助解决医保筹资不足、区域差异和目录调整滞后等问题。

图1 1+3+N多层次医疗保障体系



“1+3+N”多层次医疗保障体系中，各组成部分紧密关联，相互作用。“1”对“3”的支撑作用体现在提升数据**实时性**和**精准性**，建立**实时更新**与**可视化机制**，促使基本医保能够快速、精准的调整政策和优化资源配置。“1”对“N”的赋能体现在**深化数据共享**和**技术支持**，帮助补充保障主体优化产品设计、降低运营成本。同时，“3”与“N”的互补机制强调明确**责任边界**和**衔接流程**，建立信息共享平台，使补充保障精准承接基本保障外的风险。

2.3 商业健康险的角色和发展前景

商业健康险作为多层次医疗保障体系中“N”机制的核心构成，其角色定位与发展前景始终围绕“**补充性**”“**精准性**”与“**可持续性**”展开。它既要与基本医保的协同中找到独特价值，又要在市场规律与社会价值的平衡中实现长期增长。

2.3.1 角色定位：从“边缘补充”到“生态协同者”的深层意义

商业健康险的核心价值绝非简单地对基本医保进行重复保障，而是精准承接基本医保未覆盖的风险空白。未来，商业健康险应聚焦三类补充场景：

保障基本医保未覆盖的费用，如创新药品和高端治疗技术，减轻患者经济负担。

满足特定人群差异化需求，如慢性病患者、灵活就业者和异地就医群体等，通过专属保险产品提供精准保障和便捷服务。

提供高品质医疗服务，通过与优质国内外医疗机构合作，实现跨境就医、专家会诊和个性化治疗方案，满足参保人对优质医疗的需求。

商业健康险应注重与“1+3”体系深度协同：借助“1”的平台数据实现风险精准定价，避免逆向选择；依托“3”的体系明确补充边界，避免重复保障，从而构建“**基础保底线、商业补差异**”的分层风险分担网络。

2.3.2 发展路径：以“规模信任”破解行业困局

当前商业健康险面临的核心矛盾是“**盈利模式与社会信任的失衡**”，过度依赖客户筛选和高费率维持利润，导致赔付率偏低、群众参与意愿不足。破局的关键在于回归保险“**大数定律**”本质，走“**量大微利、信任驱动**”的路径。

商业健康险的发展应以客户为中心，通过降低准入门槛和扩大覆盖范围，吸引更多参保人，以规模效应摊薄成本，实现风险分散；同时未来可通过数据赋能和“1”平台的医疗信息共享，实现理赔流程自动化和保障范围清晰化，让客户切实感知“**付费即得保障**”；此外，在转型过程中要坚持**长期主义**，通过高质量的健康管理和理赔服务吸引客户、利用口碑降低营销成本，形成“**质量越高-参保越多-成本越低-保障越全**”的正向循环；在风险定价上，需要兼顾精算公平与风险共担，在设定基础保费的同时，根据不同风险等级适度调整，使低风险群体对高风险群体承担适度风险，体现保险互助精神。

2.3.3 长期前景：政策协同下的“社会价值型增长”

中国医疗保障体系的顶层设计明确了“**基本保障托底、商业保障补充**”的框架，使商业健康险的发展与社会价值紧密绑定。

从政策角度看，商业健康险应主动承接政策延伸责任，如配合医疗救助为困难群体提供补充保障，联动大病保险优化高额费用二次报销，并参与“乡村振兴”“新市民保障”等国家战略场景。同时通过税优健康险政策享受税收激励，借助**政策公信力**扩大市场渗透。

从行业生态角度看，依托“1”平台的数据能力，商业健康险可精准识别不同人群风险，设计定制化产品，同时兼顾风险共担原则，降低运营成本，为“**量大微利**”模式提供技术支撑。

综上，商业健康险的核心竞争力在于通过补充性创造独特价值，实现信任优先、规模效应和政策协同的可持续发展，成为多层次医疗保障体系中不可替代的生态协同者。

第3章

带病体人群医疗保障与市场开发

3.1 带病体的界定和特征

界定：带病体人群是指因存在明确健康异常，导致其健康风险、医疗需求或生活质量与普通健康人群存在显著差异，且多数病情相对稳定的群体。

核心特征

- (1) 健康状况：以慢性非传染性疾病为主，病情多样且兼具“稳定性”与“进展性”。
- (2) 医疗需求：具有“长期化、常态化”医疗依赖属性，费用偏高且对专科服务依赖度高。
- (3) 人口结构：以中老年人为主体，近年来呈现年轻化趋势。

3.2 中国带病体人群的现状

中国的带病体人群规模庞大且呈现持续增长态势。

《美年健康2023年度健康体检大数据蓝皮书》从全国31个省、自治区和直辖市267个城市的559家体检中心中抽取了19,817,886名18岁及以上个体，对其体检数据进行了分析。图1列示了针对19种疾病体检发现患病或异常的各指标标准化检出率。

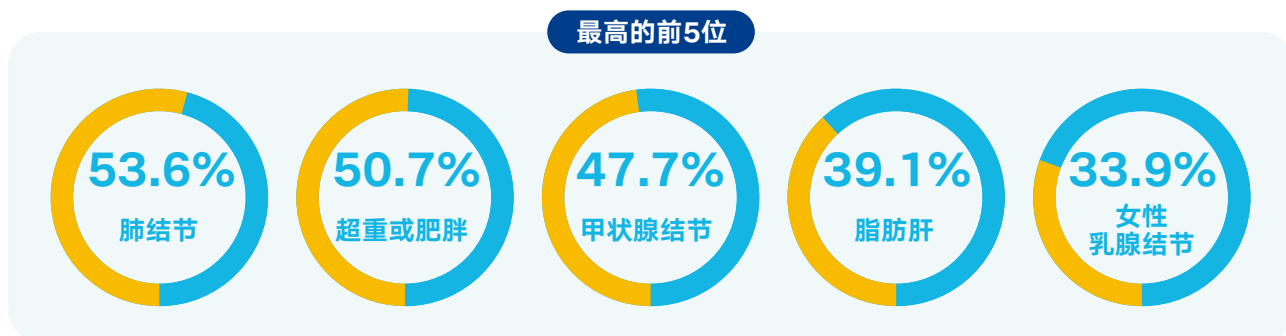
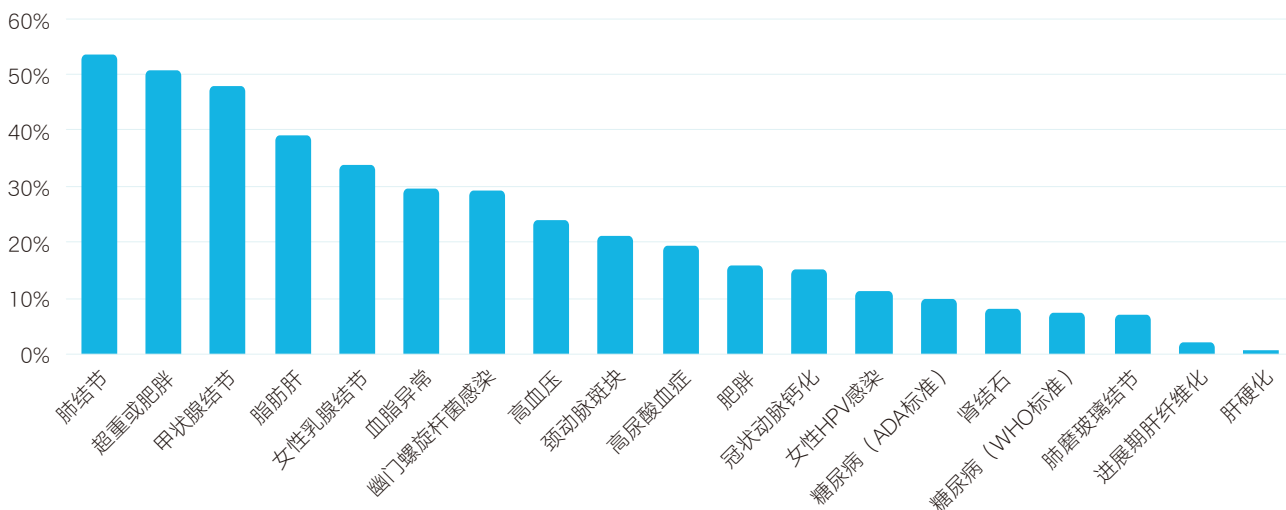


图1 各指标标准化检出率 (%) ⁰⁷



⁰⁷ 数据来源于《美年健康2023年度健康体检大数据蓝皮书》

图2和图3分别列示了男性和女性体检时疾病或异常各指标的标化检出率情况。其中，男性群体里标化检出率最高的为**超重或肥胖，达62.3%**；女性群体中，标化检出率最高的则是**甲状腺结节，占比54.4%**。值得注意的是，超重或肥胖、肺结节以及甲状腺结节这三项指标，在男性和女性样本的标化检出率排名中，均位列前五。

图2 男性各指标标化检出率 (%)⁰⁸

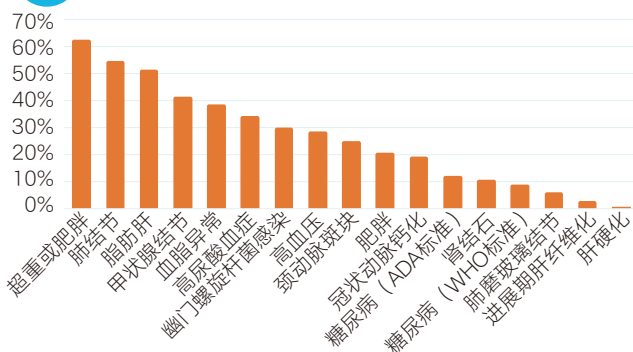
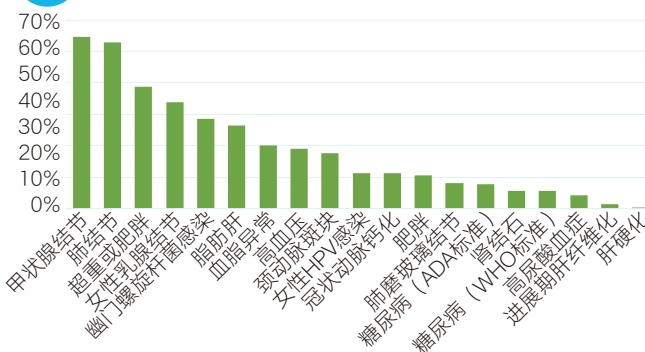


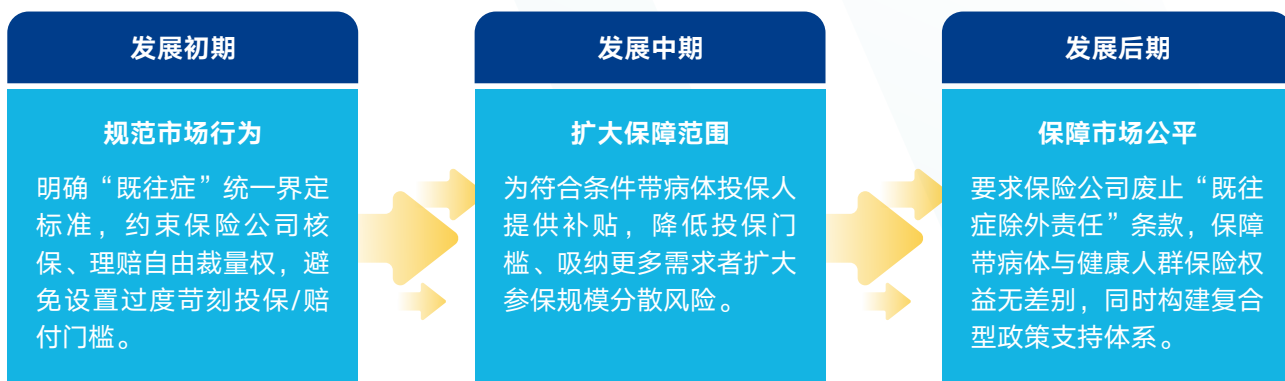
图3 女性各指标标化检出率 (%)⁰⁹



3.3 中国及其它国家带病体保险发展情况

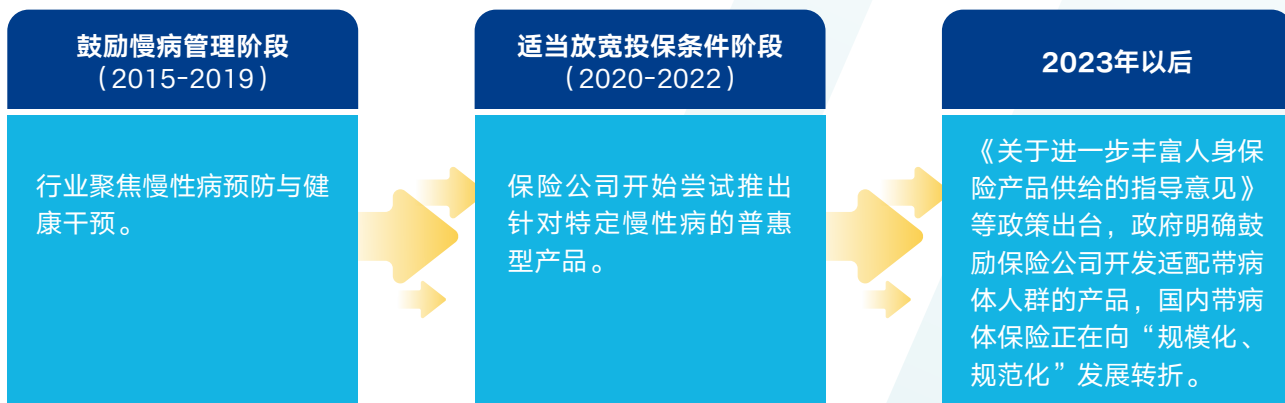
3.3.1 国外发展历程

国外带病体保险的发展，呈现出显著的“**强政策支持型**”特点¹⁰。并且，随着政策支持力度和侧重点的递进，形成了层次清晰的三阶段发展脉络。



3.3.2 中国的发展现状

中国带病体保险的发展同样经历了三个阶段：



⁰⁸ 数据来源于《美年健康2023年度健康体检大数据蓝皮书》

⁰⁹ 数据来源于《美年健康2023年度健康体检大数据蓝皮书》

¹⁰ 此部分参考《我国带病体保险发展研究》，保险理论与实践,2025,(02):48-70.

3.4 中国带病体保险产品开发

当前中国的健康险市场正面临增速放缓的“瓶颈期”。传统健康险产品长期聚焦健康人群，在健康人群市场趋近饱和、消费者需求愈发多元的背景下，增长动能逐渐减弱。与之形成鲜明对比的是，**带病体人群作为规模庞大且保障需求迫切的“未被满足群体”**，正为健康险市场开辟出全新的增长空间，成为突破行业发展瓶颈的关键所在。

中国市场上
较为典型的
带病体保险产品

▶ 惠民保

参保门槛低，不限年龄、职业、健康状况，允许带病体人群参保；保费价格亲民；保障衔接医保；政府强力支持。

▶ 带病可投的百万医疗险

放宽健康告知要求，常见慢性病、特定疾病患者符合条件可投保。

▶ 特定疾病复发险

为疾病复发、转移、进展提供保障，保障期限通常较短，多为1-3年。保障内容一般包括复发后的医疗费用补偿、特定药品费用等。

▶ 带病可投的重疾险



放宽了健康异常核保，患有部分疾病的患者满足条件下可正常承保、加费承保或除外承保。保障责任包含重疾、中症、轻症等，有的还提供额外的疾病关爱金、多次赔付等责任。

3.5 带病体保险发展的市场困境与破局路径探索

3.5.1 市场困境：系统性矛盾与结构性制约

风险定价维度	信息不对称致风险筛选失衡，精算依赖静态数据难捕动态风险，陷入“高保费→低参与率→风险池恶化”的恶性循环。
产品适配维度	保障“广度”与“深度”对立， 风险同质性削弱分散效果 ；个性化服务需高成本，中小机构退出致寡头垄断，创新保守。
生态协同维度	医险联动 表层化 ，医疗数据与保险数据缺乏共享，政策对核心问题无明确界定，企业创新有限。
市场认知维度	用户认知两极化（部分认为带病不可保，部分投保后差评），叠加“ 重销售、轻服务 ”模式与 固定保费设计 ，抑制投保意愿。

3.5.2 破局路径探索

 产品创新	 技术驱动	 生态协同	 市场培育
以风险分层为核心，实现精准设计与全周期覆盖。	以数据整合与智能风控为核心，重构行业能力。	整合“医院-保险-药企”资源，构建“多方共赢”价值网络。	破解“认知偏差+支付障碍”，激活需求。

3.5.3 趋势总结：从“风险转移”到“风险共治”

带病体保险的终极价值在于重构“健康风险的社会治理模式”，未来其发展将呈现三大关键跃迁：

从“财务补偿”到“健康赋能”

不止理赔，更整合医疗资源、开展健康干预，化保险成本为健康投资，降风险以实现多赢。

从“商业行为”到“社会基础设施”

基本医保提供“保基本”，带病体保险提供“保大病、保质量”，公益救助覆盖“保底线”，三者协同构建“全方位风险防护网”。

从“单一主体运营”到“生态化治理”

形成“政府（政策引导）+市场（产品创新）+社会（资源整合）”的三元治理结构，实现带病体有尊严保障。



PART 02

老龄化进程与 健康险转型

第4章

中国人口结构的现状与趋势

第5章

老龄化社会疾病风险敞口预测-以上海为例

第6章

日本的健康险转型之路

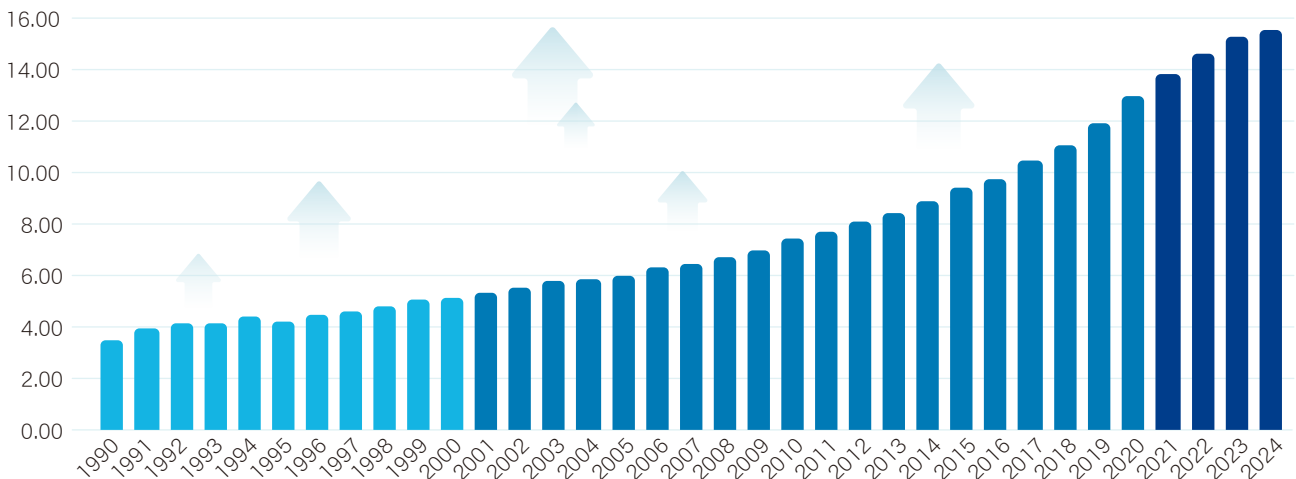
第4章

中国人口结构的现状与趋势

4.1 人口结构现状

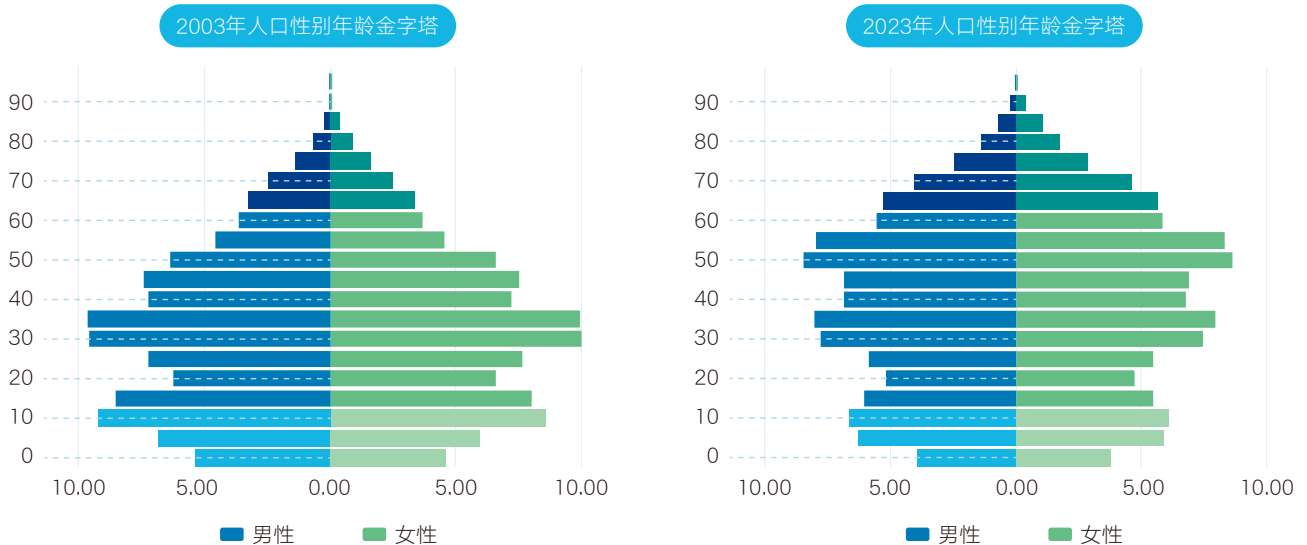
中国正在加速步入老龄化社会！如图1所示，中国65岁及以上人口占比自1990年以来呈现出典型的“缓升—加速—跃升”三阶段演化趋势。2001年，65岁及以上人口占比首次**超过7%**，中国正式进入“老龄化社会”。2021年该比例上升至**14%**，中国步入“深度老龄化社会”。

图1 中国1990-2024年65岁及以上人口占总人口比例 (%) ^①



中国的人口结构变化不仅体现在老年人口占比的增加，还体现在儿童和适龄劳动人群占比的减少。图2通过2003年和2023年的年龄金字塔对比清晰地展示了整体的人口结构变化。20年的时间，中国人口形态从“塔形”逐步演化为“柱状”，呈现出显著的**老龄人口增加，新生儿比例和青壮年劳动力人口占比同时减少**的三重特征。

图2 中国2003年和2023年人口性别年龄金字塔 (%) ^②



① 数据来源于中国国家统计局

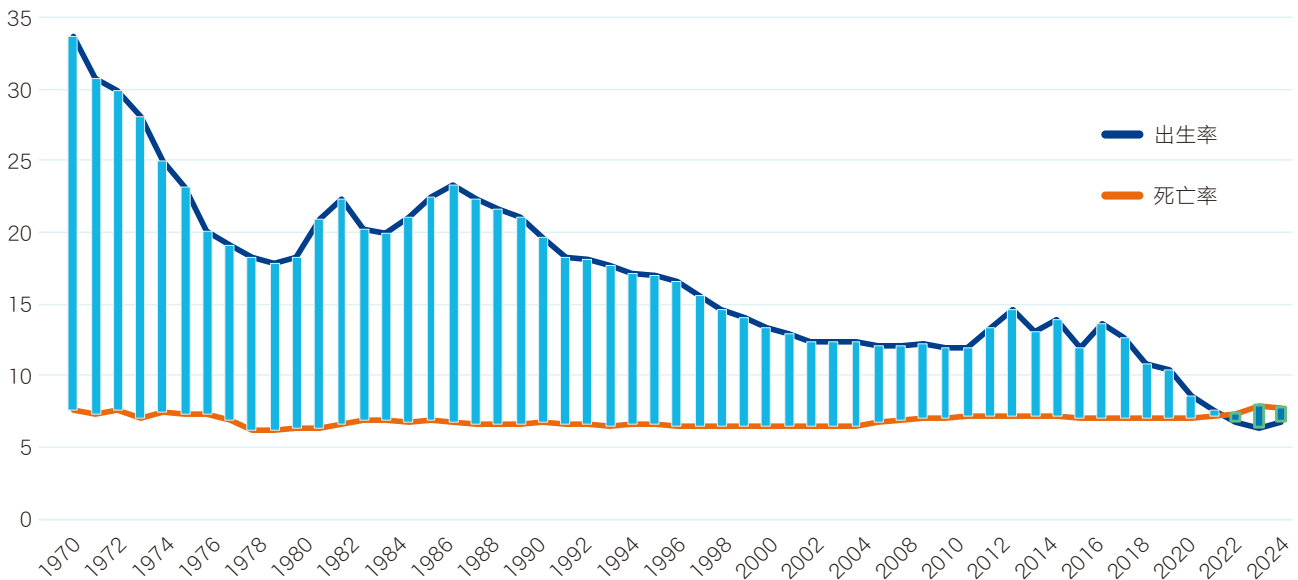
② 数据来源于中国国家统计局

4.2 人口结构成因分析

人口结构的演变并非偶然，而是多重因素长期作用的结果。本节将从出生率与死亡率的动态失衡、结婚率的持续下滑、生育率的深度低迷，以及人均预期寿命的稳步提升四个维度展开分析。

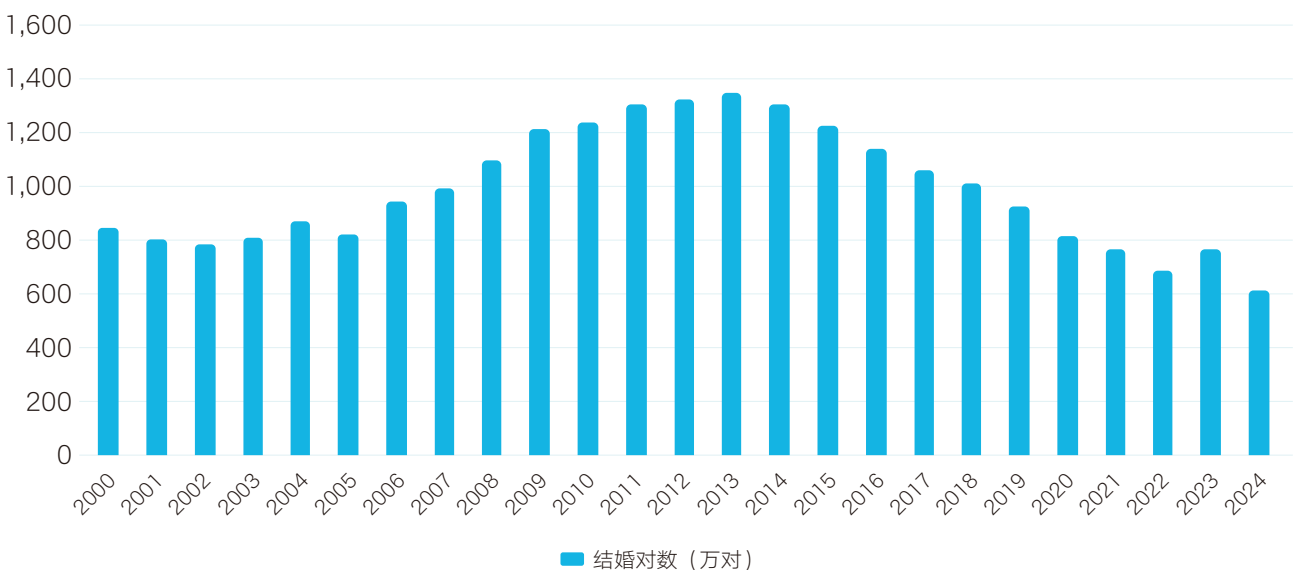
中国的出生率在1970年前后高达**33‰**以上，但在“晚婚晚育”和“计划生育”政策推动下，出生率开始迅速下滑，并于**2022年首次下跌至死亡率之下**，人口自然增长率出现负值，标志着中国正式步入人口负增长时代。

图3 中国1970-2024年人口出生率和死亡率（‰）¹³



适龄人群婚姻和生育观念的改变是拉低出生率的关键因素。中国每年结婚登记对数在**2013年达到峰值（1,346.9万对）**后便开始持续快速下降。到2024年，结婚登记数仅为**约610.6万对**，仅为2013年峰值的45.3%。

图4 中国2000-2024年结婚对数（万对）¹⁴

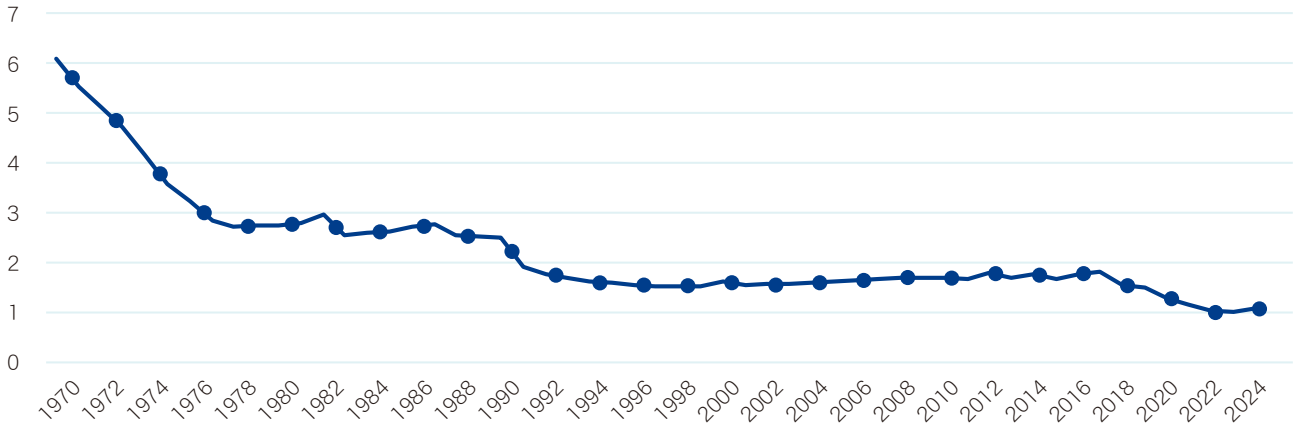


¹³ 数据来源于中国国家统计局

¹⁴ 数据来源于中国国家统计局

结婚登记数的大幅下降意味着进入生育阶段的家庭减少，同时生育率也呈现出持续走低的态势。中国总和生育率（育龄妇女平均生育子女数）1991年跌破人口稳定所需的更替水平 2.1，2020年后快速下滑至接近 1.0 的超低水平，接近全球最低，这预示未来青壮年劳动力将大幅减少。

图5 中国1970-2024年总和生育率(%)¹⁵



中国人均预期寿命却在稳步上升，四十年的时间里人均寿命延长了**超过10年**。随着生活水平和医疗水平的进一步发展，未来人均预期寿命还将进一步提高。

表1 中国人口平均预期寿命¹⁶

年份	1981	1990	2000	2005	2010	2015	2020
合计	67.77	68.55	71.40	72.95	74.83	76.34	77.93
男	66.28	66.84	69.63	70.83	72.38	73.64	75.37
女	69.27	70.47	73.33	75.25	77.37	79.43	80.88

综上，当低结婚率、低生育率与高预期寿命并存时，人口结构将不可避免的呈现出“**少生快老**”的极端态势。

¹⁵ 数据来源于中国国家统计局

¹⁶ 数据来源于中国国家统计局

4.3 未来人口结构预测

图6展示了对中国未来人口总量的预测¹⁷。预测结果显示，无论哪种模型参数的设定下，中国人口总量都将在2021年达到峰值后转为持续下降。到2070年，若按照中方案预测，总人口将从2020年的14.1亿下降至约10.5亿。

图6 中国2020-2070年人口总量预测（万人）¹⁸

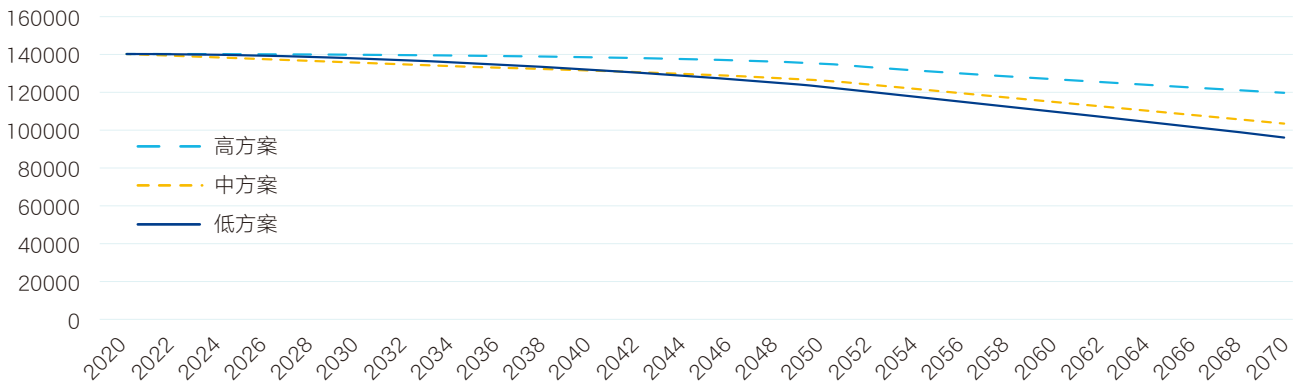
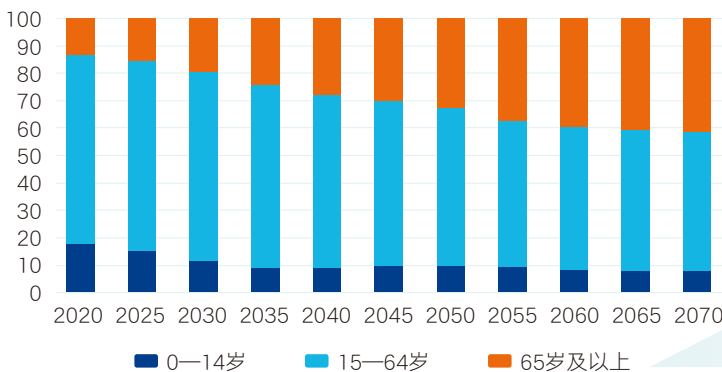


图7 中国2020-2070年年龄结构预测 (%)¹⁹



在“中方案”预测结果中，中国15-64岁劳动年龄人口比例到2050年将骤降至57.4%，2070年进一步降至50.5%，届时每100人中仅50人有劳动能力，其余为需抚养的未成年人与老年人，将形成人类历史上前所未有的抚养压力。

图8 中国2020-2070年抚养比预测 (%)²⁰

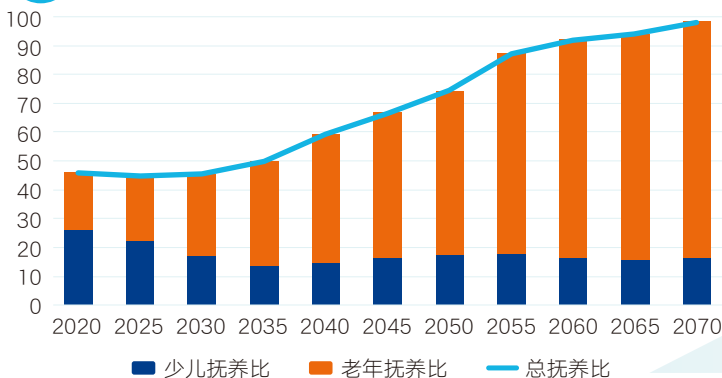


图8展示了对抚养比的预测。老年抚养比预测将快速攀升：2050年达56.8%（即每个劳动人口赡养0.568个老人），2070年升至81.7%；总抚养比则从2020年的45.9%跃升至2070年的接近100%。

¹⁷ 乔晓春“中国人口老龄化的过去、现在和未来”，社会政策研究，2024，(01)，47-63+133.

¹⁸ 乔晓春“中国人口老龄化的过去、现在和未来”，社会政策研究，2024，(01)，47-63+133.

¹⁹ 数据来源于乔晓春.中国人口老龄化的过去、现在和未来[J].社会政策研究,2024,(01):47-63+133.

²⁰ 数据来源于乔晓春.中国人口老龄化的过去、现在和未来[J].社会政策研究,2024,(01):47-63+133.

4.4 与日本老龄化数据的对比分析

日本是工业发达国家中最早进入老龄化社会的国家，其老龄化进程、相关问题及应对政策对中国有参考意义。图9显示中日老年人口占比趋势，中国1970-2024年为真实数据，2025-2070年为乔晓春教授预测数据。

2024年中国65岁及以上人口占比15.6%，虽低于日本的29.3%，但该群体总人数为**22,023万人**，远超日本的3,625万人。受计划生育政策、经济发展及育儿成本上升，叠加医疗改善延长寿命影响，中国未来老龄化将继续加速。预测显示，**中国2070年老龄化率将达42%**，超过日本2070年的预测值38.7%。



图9 中国和日本老年人口占比趋势图 (%)²¹

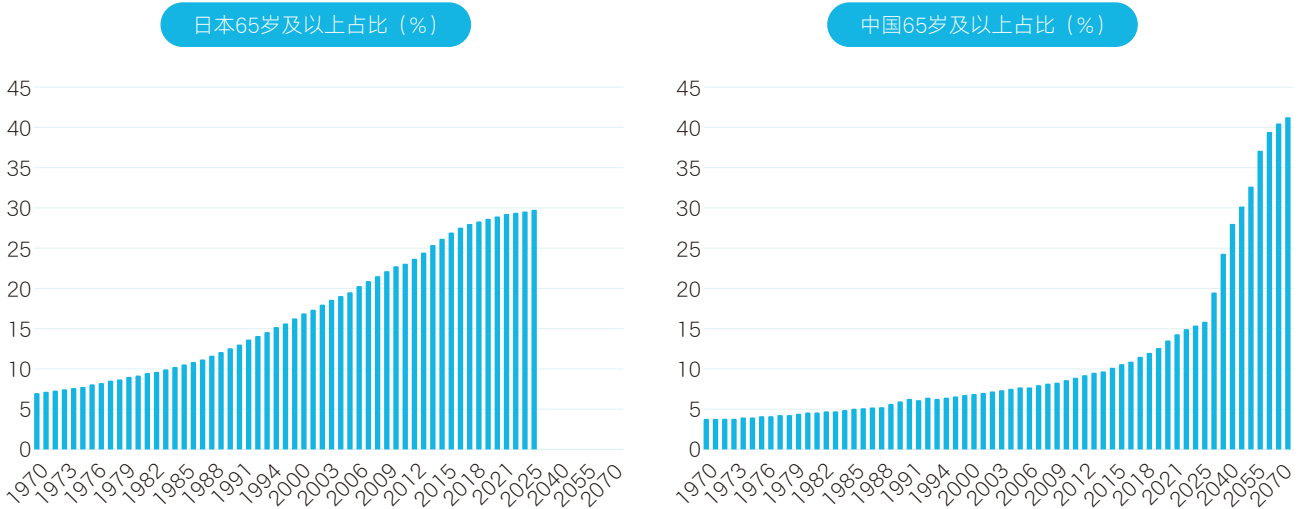
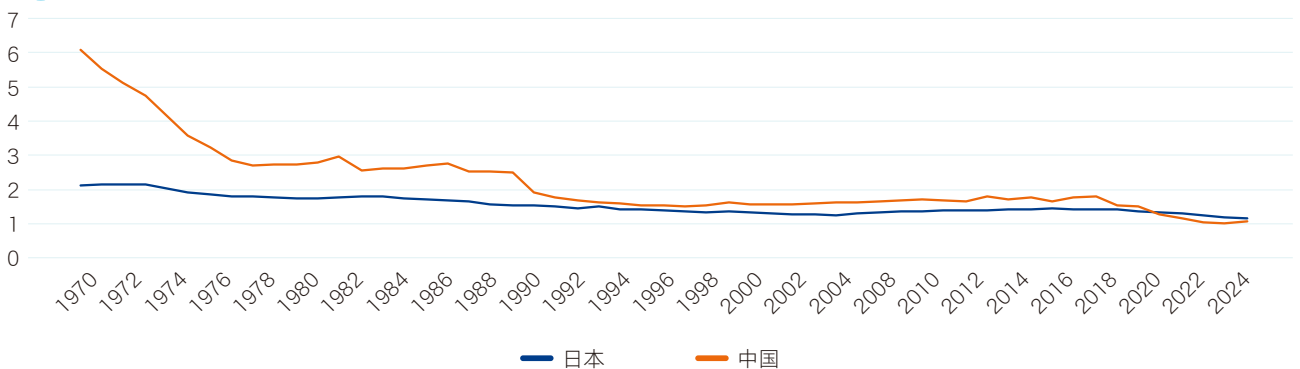


图10展示了中日两国新生儿出生率的对比。中国总和生育率在1970年处于较高水平，随后快速下降，逐步向日本总和生育率靠近。**到2020年，中国的总和生育率已经低于日本的同期水平。**

图10 中国和日本1970-2024年总和生育率 (%)²²



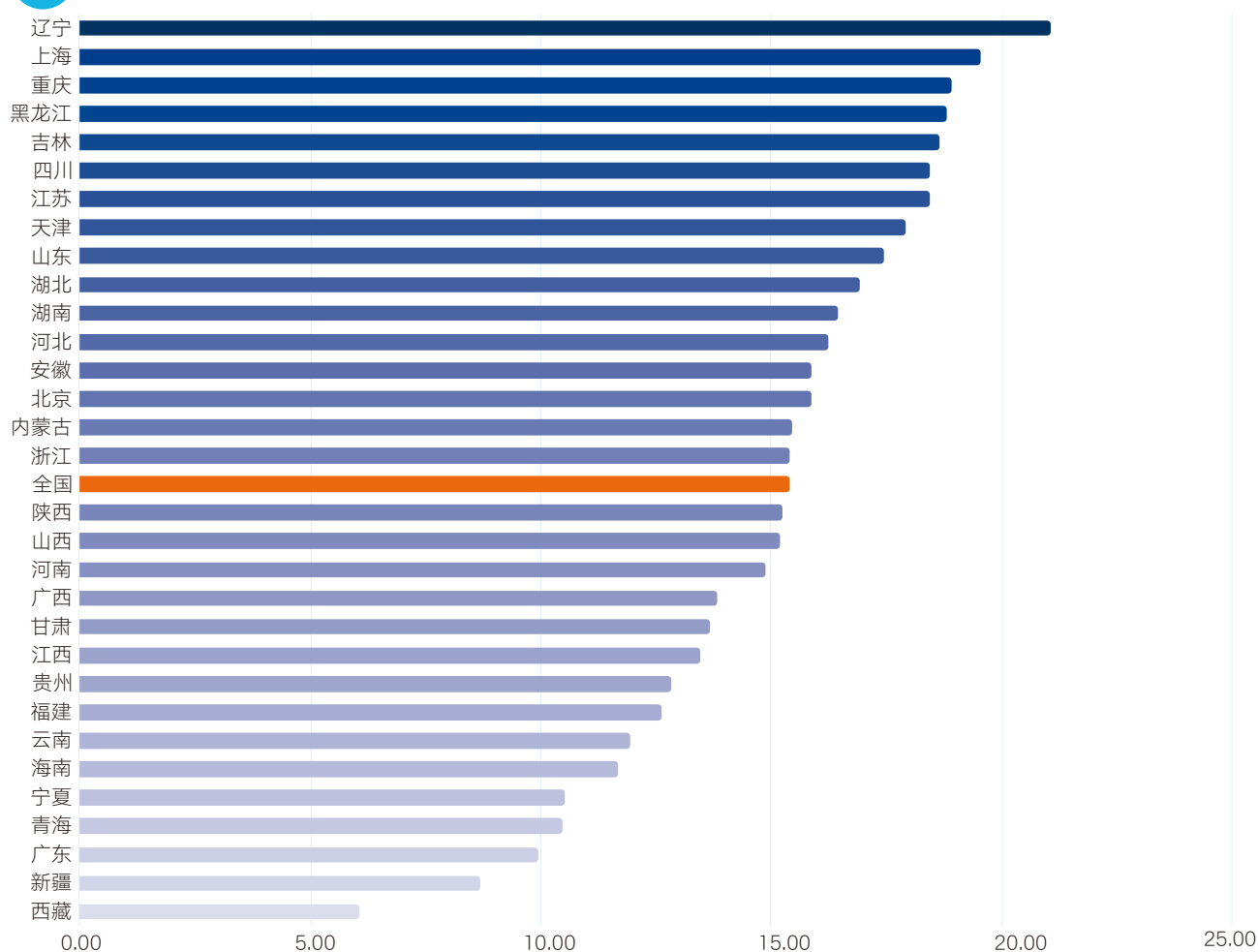
²¹ 数据来源于世界银行

²² 数据来源于世界银行

4.5 中国人口老龄化的地区性差异

老龄化程度最高的省份主要集中在东北地区、长三角发达城市以及西南特大城市群；相较之下，西部和南部部分省份目前仍处于轻度或非老龄化阶段。

图11 中国各地区2023年65岁及以上人口占比 (%) ²³

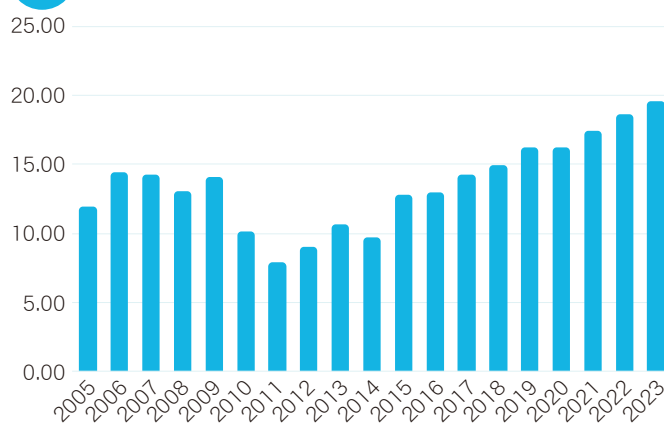


4.6 上海市的人口结构现状与预测

上海作为中国城市化与现代化进程的标杆，拥有强大的经济集聚效应和青年人才虹吸能力，但其迈向深度老龄化社会的速度却远远快于全国平均速度。深度解剖上海的人口结构变化，对理解中国人口问题的未来趋势至关重要。

图12清晰的揭示了上海的老龄化进程。2005年上海65岁及以上人口占比为**12%**，2009年上升到**14%**。2010年举办的世博会驱动了青年移民潮的爆发，暂时稀释了老龄化比率。然而，自2011年以后，上海老龄化率开启了持续的上行趋势。2017年突破了14%的临界点，进入联合国定义的“**深度老龄化社会**”。

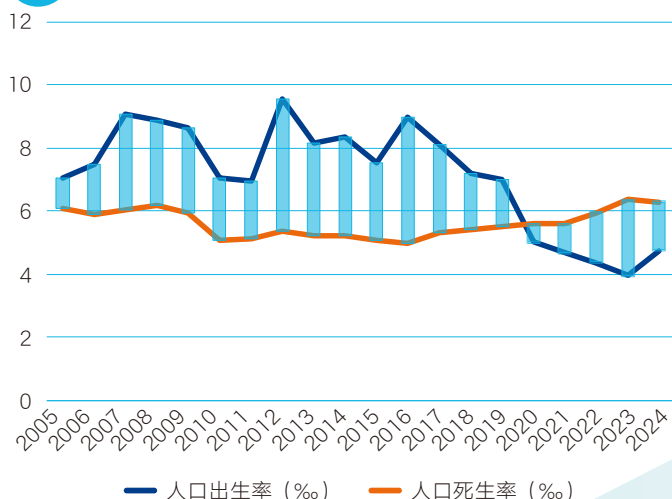
图12 上海2005-2023年65岁及以上人口占比 (%) ²⁴



²³ 数据来源于中国国家统计局

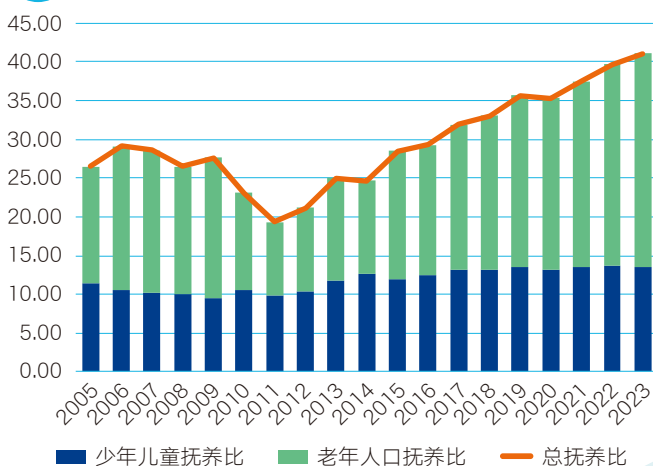
²⁴ 数据来源于中国国家统计局

图13 上海2005-2024年人口出生率和死亡率(‰)²⁵



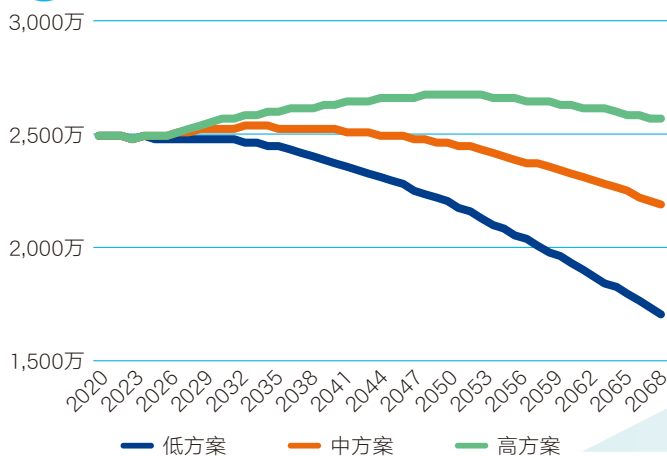
在老龄化持续深化的同时，上海的出生率与死亡率也呈现“剪刀差”加速扩大的态势。死亡率长期在6‰附近徘徊，2005-2016年出生率在6‰-10‰波动，2016年后持续走低，由此可见二孩、三孩政策未扭转低生育意愿。2020年，上海的人口出生率已跌至5.02‰，首次低于死亡率，上海常住人口已由缓增转为净减。截至2024年，上海出生率降至4.75‰，远低于全国同期出生率水平6.77‰。上海作为特大城市其少子化程度显得尤为突出。

图14 上海2005-2023年抚养比(%)²⁶



上海受老龄化加深与出生率降低双重压力，人口结构加速从“人口红利期”转向“人口负债期”，抚养比结构发生根本性改变。虽有外来青壮年持续流入，但总抚养比仍然由2005年的26.5%迅速上升到了2023年的41.1%。老年抚养比从15.1%升至27.6%，高于全国同期5.1个百分点。少儿抚养比稳定在13%左右，远低于全国平均水平（24%），呈现出“老多小少”的抚养负担格局。

图15 上海总人口预测结果(人)



本章节利用中国人口与发展研究中心和神州数码联合开发的PADIS-INT人口预测软件，以2020年第七次人口普查数据为基础，对上海市未来人口老龄化进程进行预测。图15展示了上海市总人口的预测结果。以出生率等参数设定适中的中方案为例，预测上海总人口将呈现出先增后减的趋势：在2034年达到峰值2,526.26万人，到2070年下降到2,189.53万人，较2020年减少297.57万人。

²⁵ 数据来源于中国国家统计局

²⁶ 数据来源于中国国家统计局

中方案对上海市老龄化进程的预测结果显示：上海65岁及以上人口占比将于2025年**突破20%**，到2060年，这一占比更是**超过50%**。

图16 上海老龄化预测结果（中方案）

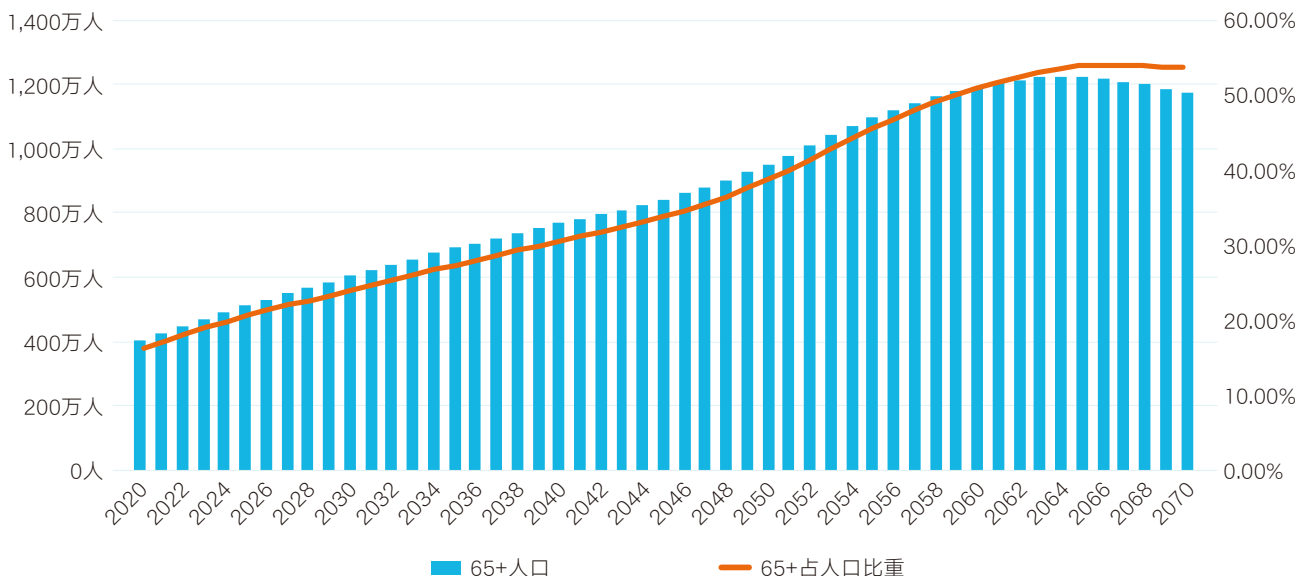
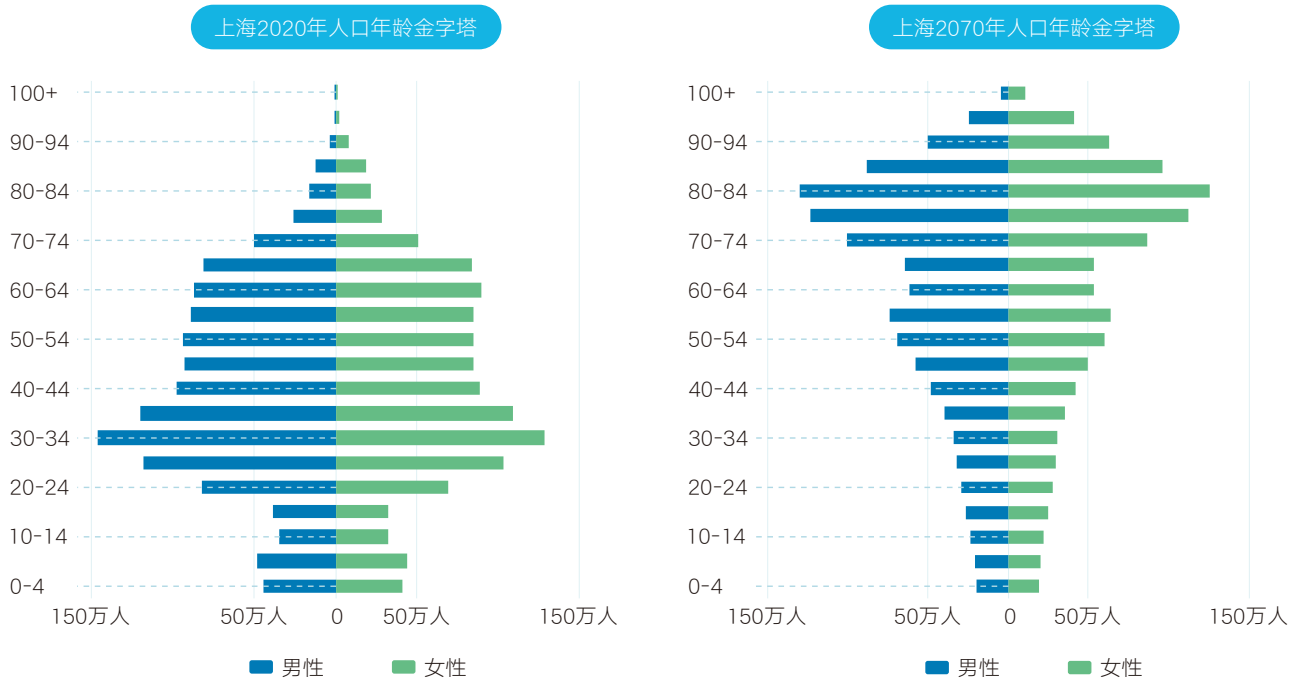


图17展示了2020年上海人口年龄金字塔和2070年的预测值。2020年的人口金字塔呈现出“**中间宽，两头窄**”的结构：中青年劳动力人口占比大，儿童和老年人口占相比较小。预测2070年人口金字塔的形态将发生根本性的变化，呈现出显著的“**倒三角**”型：老年人口占比庞大，中青年劳动力人口大幅锐减，0-14岁人口占比更小。

图17 上海2020年和2070年人口年龄金字塔（中方案）



上海虽凭强劳动力虹吸效应驱动人口增长，但外来人口流入难抵内生生育动能不足与老龄化冲击，且未来全国人口负增长、区域竞争加剧或削弱其虹吸效应，如何应对人口失衡、养老负担与重塑内生增长动力成为难题。

第5章

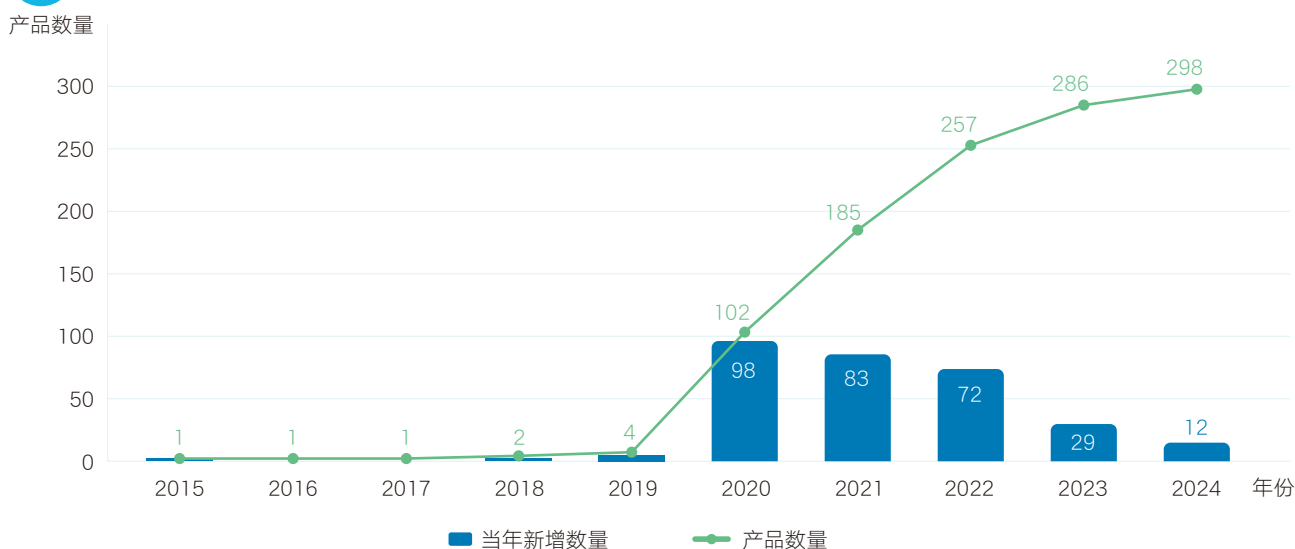
老龄化社会疾病风险敞口预测

本章首先根据2021年上海市惠民保产品“沪惠保”的数据推算出三类疾病（肿瘤，骨科疾病，心脑血管疾病）在各年龄段（0-14，15-64，65岁及以上）人口中的患病率、基本医保的报销总金额、商业医疗保险的报销总金额。然后，结合上海市2030年到2070年人口数量与人口结构的预测结果来估算未来上海市各年龄段的患病人数、基本医疗保险和商业医疗保险的赔付金额，并以此衡量未来基本医保面临的赔付压力和商业医疗保险面临的赔付成本。

5.1 惠民保、沪惠保简介

惠民保，又称城市定制型商业医疗保险，是由地方政府相关部门指导、保险公司实际运作、居民自愿参保的补充医疗保险产品，其定位是在医保之后提供二次补充保障。2015年12月，深圳市试点推出第一款惠民保类产品——“**重特大疾病补充医疗保险**”。截至2024年10月31日，全国共推出**298款**惠民保产品。图1展示了2015年到2024年惠民保产品的发行数量。

图1 中国2015-2024年惠民保产品及发行数量



“沪惠保”是在上海发行的惠民保类产品。2021年4月，沪惠保产品首次推出，当年共有**739万**上海市民参保，占当年上海市民总数的**38.5%**²⁷，创全国惠民保产品参保人数之最。2021年沪惠保的保费为**115元每人/每年**。2021年至2024年，沪惠保稳健运行四年，累计参保人数**超2,600万人次**，三个完整的赔付年度中累计赔付金额**超20.85亿元**，为上海市民极大减轻了就医负担。

5.2 沪惠保数据分析

本节基于2021年沪惠保全量参保和理赔数据进行分析，推算出三类疾病（肿瘤，骨科疾病，心脑血管疾病）在各年龄段（0-14，15-64，65岁及以上）人口中的患病率、基本医保的报销总金额、商业医疗保险的报销总金额。具体分析结果请联系[复旦安联金融保险研究中心](#)。

²⁷ 上海市民指具有上海市基本医保的人口；2021年共有1,919.5万上海市民。

5.3 疾病发生率推算

本部分基于2021年沪惠保的报案数据，外推上海市总人口的疾病发生率和重病率。我们将主要疾病分为**肿瘤**，**骨科疾病**，**心脑血管疾病**三大类，将“重病”定义为程度较重以至于获得了商业保险赔付的情形。此处的发病率和重病率将作为未来预测的基础“常数”。

图2至图4展示了2021年三类主要疾病分年龄、分性别的发生率和重病率的推算结果。三类疾病均呈现出发病率（重病率）随年龄上升而明显上升的特征，其中**骨科疾病在中老年人群中发病率最高**、**肿瘤次之**、**心脑血管疾病略低**。从性别视角看，**肿瘤和心脑血管疾病在中老年男性中发病率更高**，而**骨科疾病的老年女性发病率则远高于男性**。从重病情况看，**骨科疾病一旦发生，即有较高概率为重病**，触发商保赔付；**肿瘤次之**，**心脑血管疾病在这三类疾病中触发商保赔付的可能性最低**。

图2 肿瘤-发生率和重病率（1/100000）

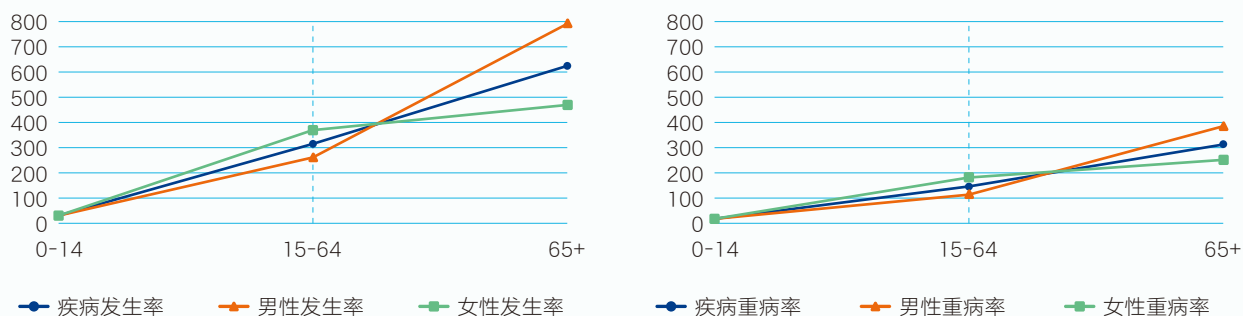


图3 骨科疾病-发生率和重病率（1/100000）

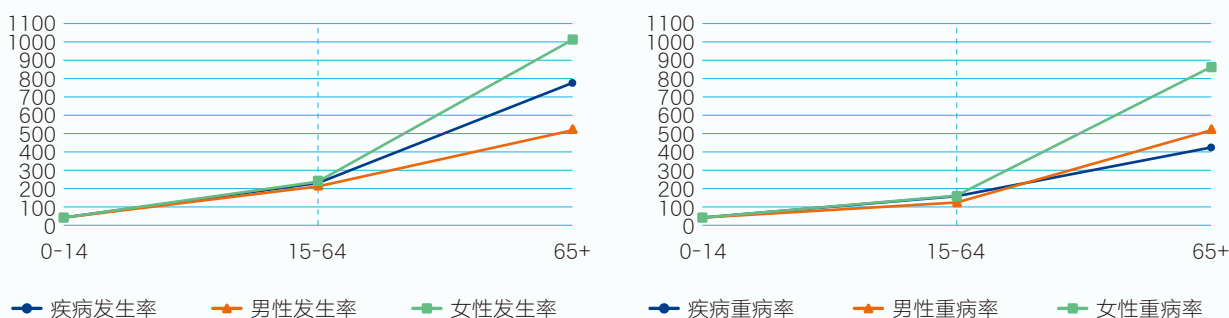
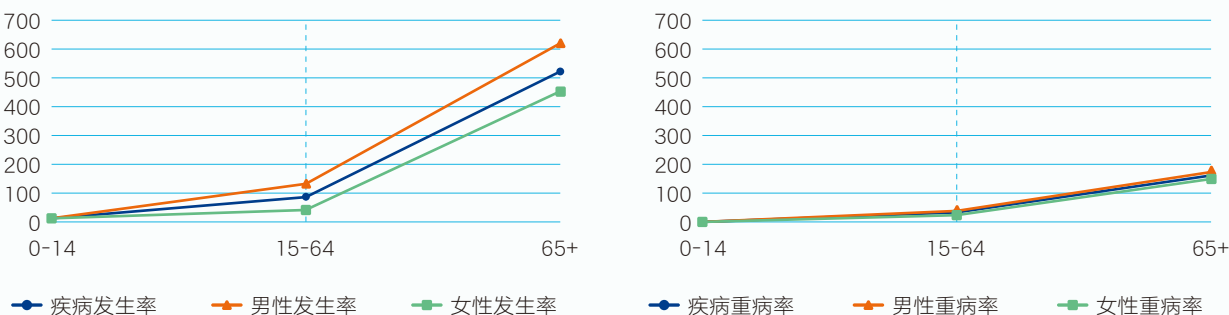


图4 心脑血管疾病-发生率和重病率（1/100000）



5.4 预测未来：疾病发病人数、基本医保和商业保险的赔付金额

图5展示了65岁及以上老年人群在2030年至2070年各类疾病新发病人数的预测结果，显示各类疾病的新发病人数将在**2030-2065年间呈现上升趋势**，到**2065年新发病总人数达到顶峰**，之后缓慢回落。这一回落可被归因于2065年后上海市总人口以及老年人口数量的减少。

图6展示了65岁及以上老年人群在2030年至2070年新发重病人数数的预测。其体现出了与图5相同的趋势。

图5 上海市2030-2070年65岁及以上人群各类疾病新发病人数预测

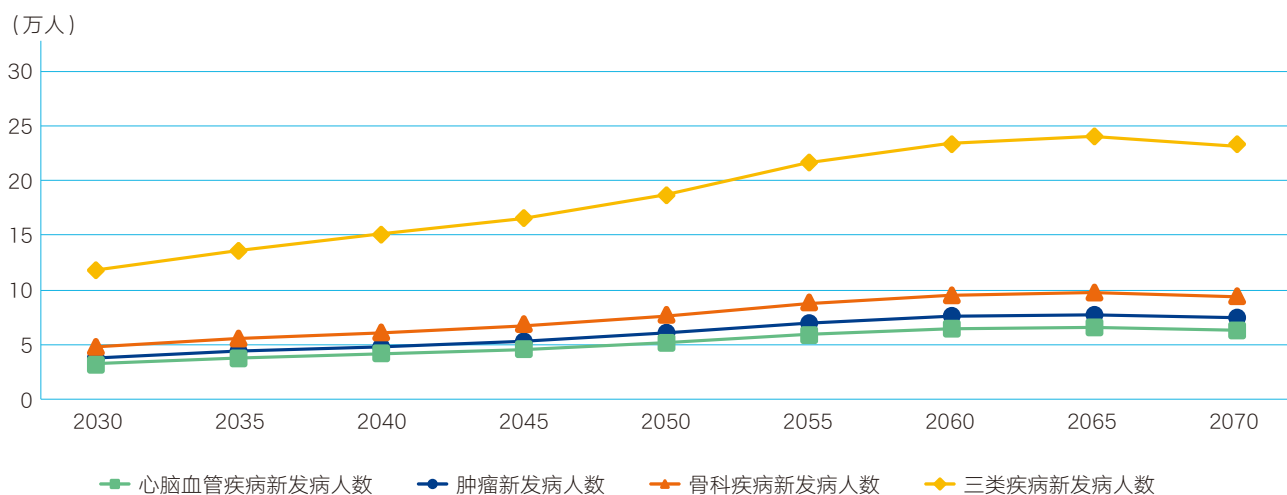


图6 上海市2030-2070年65岁及以上人群各类疾病新发重病人数预测

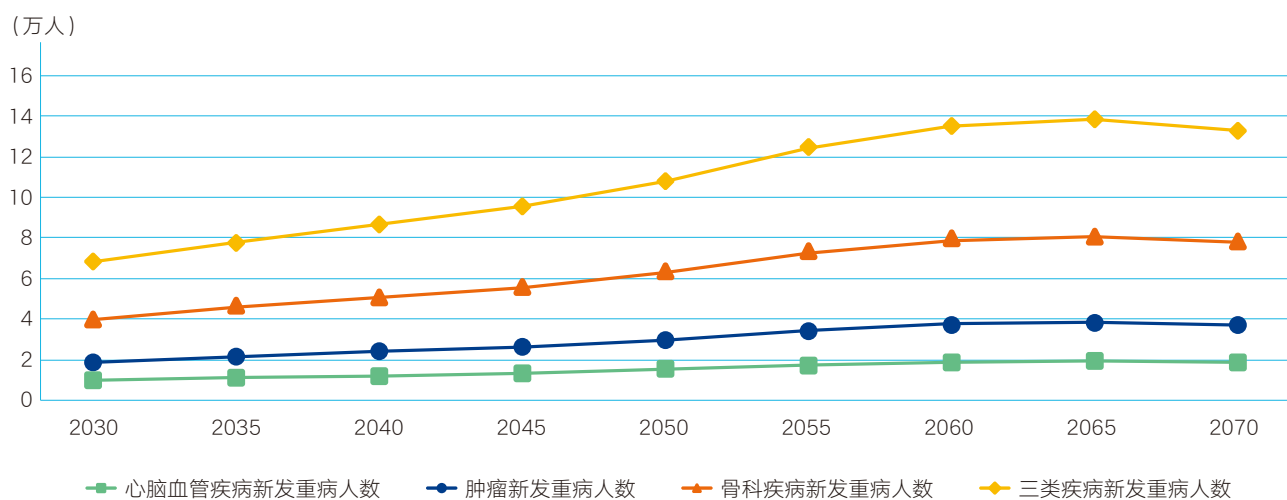


图7和图8展示了在不同医疗通胀情境下对基本医保报销金额和商业保险赔付金额在2030年到2070年的预测结果。情景A（0%通胀率）给出了相应年份保险支出的下限，呈现**先升后降的趋势（在2065年达到顶峰，然后开始回落）**，下降的主要原因是**2065年后上海市总人口数以及老年人口数量预期出现下降**。然而，当考虑到医疗通胀的影响时（如情景B、C、D），基本医疗保险报销金额和商业保险的赔付总额都呈现出了**快速的上涨趋势**。

图7 上海市2030-2070年基本医保报销总额预测

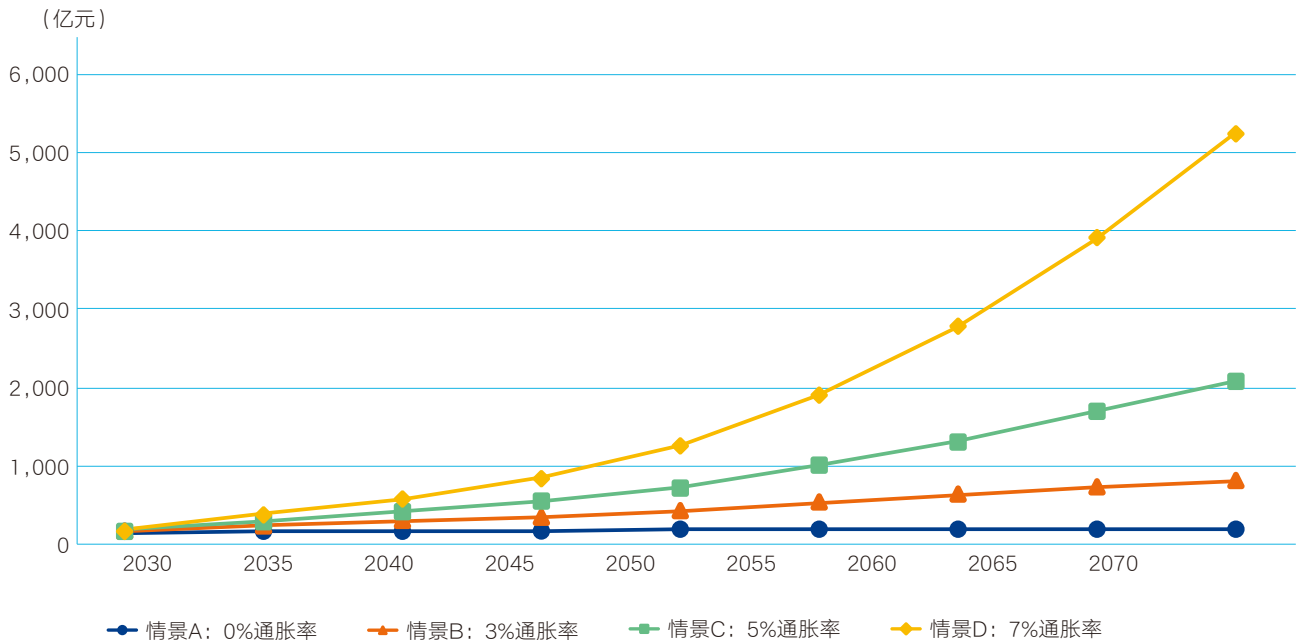
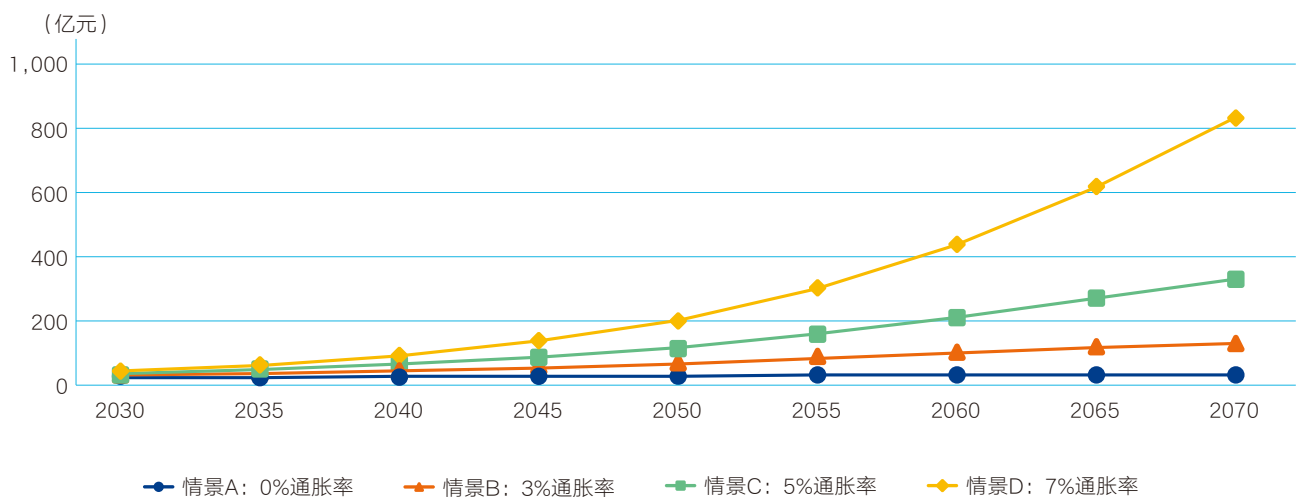


图8 上海市2030-2070年商业保险赔付总额预测



第6章

日本的健康险转型之路

6.1 老龄化、少子化下的特定需求与健康险产品开发案例

截至2024年，日本65岁及以上人口占比达到**29.3%**。与此同时，平均每个育龄妇女（15岁-49岁）生育子女的数量仅为**1.15**。日本长期陷入“**低生育陷阱**”导致独生子女家庭比例显著上升。

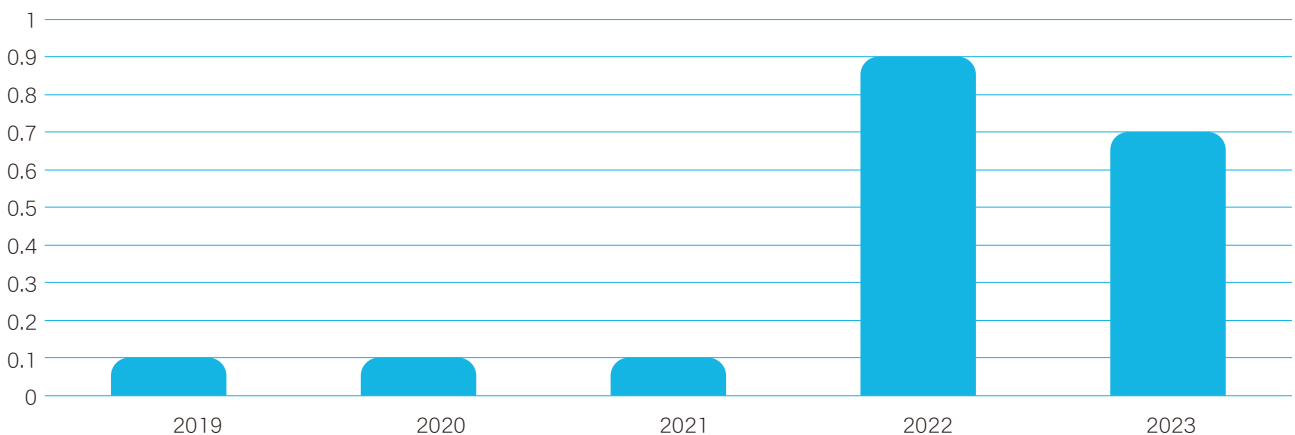
在这一趋势下，日本社会出现了两大交织的结构性问题。第一，认知症照护需求的迅速扩大。老年人口是认知症缺陷的主要患病人群。由于认知症的诊断和护理费用高昂且个性化，家庭往往难以在早期诊断和及时应对。第二，大量老年人由于收入和退休保障不足，陷入贫困，难以承担必要的医疗与护理支出。

日本厚生劳动省对全国认知症患者数量的推算结果显示，2025年，日本认知症老年人患者将达到**471.6万人**；而到2040年，随着战后婴儿潮一代步入老年人群体，这一数字将进一步上升至**584.2万人**，**约占65岁及以上老年人口总数的15%**。这意味着，**到2040年，每6.7名日本老年人当中就有一位认知症障碍患者**²⁸。

认知症障碍是一种渐进性且高度依赖照护的神经衰退性疾病。大量的独子化家庭也使得照护失能老人的负担落在了一个子女的身上，使其很难兼顾工作与自己的小家庭。这导致越来越多的年轻人因为照护负担过重被迫离职。

如图1所示，2019-2021年因照护离职率为**0.1%**，2022年激增至**0.9%**，2023年虽回落至**0.7%**，仍高于疫情前水平，显示长期照护对劳动力市场的持续冲击。

图1 日本2019-2023年因照护负担导致的离职率 (%) ²⁹



为应对认知症患者率持续攀升而引发的照护负担问题，东京海上日动火灾保险株式会社（Tokio Marine & Nichido Fire Insurance Co., Ltd.）与专注于神经科学领域的创新制药企业卫材（Eisai）于2023年9月联合推出针对阿尔兹海默症的保险业首创产品：**认知症照护保险（Dementia Care Support Insurance）**。

该保险主要面向60岁及以上的老年人，**首次诊断轻度认知障碍（MCI）给付30万日元**，用于PET等诊断费；**首次明确诊断阿尔茨海默病给付100万日元**。该产品同时将卫材公司开发的**认知功能数字检查工具“脑KNOW”**作为附加服务提供给投保人。

该保险的创新之处在于由事后赔付转向全程风控，既降低投保人病情恶化概率，又减少保险公司长尾赔付压力。

²⁸ 数据来源于日本厚生劳动省，<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/9-23-1c.html>

²⁹ 数据来源于日本厚生劳动省，<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/9-23-1c.html>

经济合作与发展组织（OECD）在其2024年对日本的经济调查报告中指出，日本老年人的相对贫困率约为**20%**，显著高于**OECD国家的平均水平12.5%**³⁰。

养老金净替代率

=

劳动者退休后领取的净养老金收入

其退休前净*工资收入

*“净”收入指的是扣除税收社保等以后拿到手的收入

OECD报告显示，2024年日本公共养老金的净替代率仅为**38.7%**，是OECD组织中净替代率最低的国家之一，**远低于OECD组织62.4%的平均水平**。

在老年贫困的背景下，越来越多的日本老年人被迫继续工作以维持生活。如图2所示，根据日本总务省统计局劳动调查数据，近十年来，日本老年人就业率持续上升。2021年起，**65-69岁老年人就业率已超50%**，并仍在持续增长。到2024年，**65岁以上劳动者人数已达930万人**。

图2 日本2012-2024年65岁以上老年人就业率（%）³¹

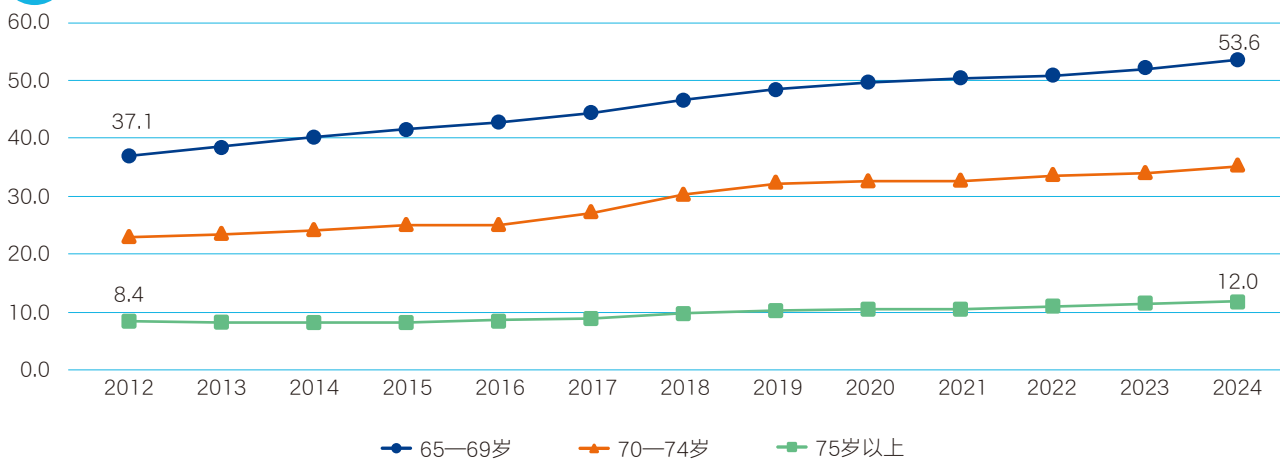
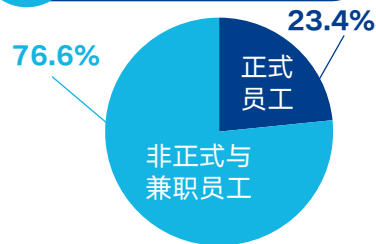


图3显示，截至2024年12月，**76.6%**的日本再就业老年人集中在非正规工作和兼职工作，印证了日本老年人的就业并非出于职业选择，而是出于必要的家庭经济考量。

图3 日本2024年65岁以上老年人就业类型（%）³²



老年人贫困现象严重、大量老年人口需要继续工作以满足生活所需。所以，商业健康险需要提供低成本、高覆盖的解决方案以弥补公共保障的不足。

软银股份有限公司（SoftBank Investment Corporation）推出了一款“**小额短期保险**”型的医疗险。该保险的首次投保年龄为84岁及以下，可保障住院、手术和先进医疗费用，且保费较低，以每日住院给付5,000日元的方案测算，70岁男性每月只需缴纳**4,345日元**的保费。

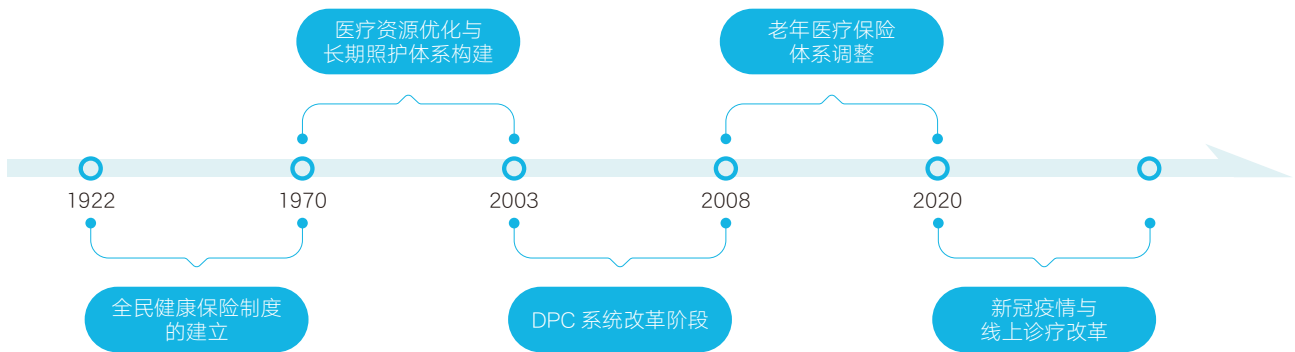
³⁰ 数据来源于日本总务省统计局劳动力调查

³¹ 数据来源于日本总务省统计局劳动力调查

³² 数据来源于日本总务省统计局劳动力调查

6.2 日本健康险改革时间线

本节回溯并梳理日本医疗保障制度的历史演进脉络。



◆ 全民健康保险制度的建立（1922-1970）

日本全民健康保险制度始于1922年《健康保险法》，旨在应对工业化带来的公共卫生危机，为产业工人提供保障。1938年引入国民健康保险（NHI），覆盖农民和个体经营者，但因自愿参与导致覆盖不足。1958年修订法律，强制所有居民加入NHI，并于1961年实现全民覆盖。1968年将患者自付比例降至30%，逐步建成以社会团结为基础的全民医保体系。

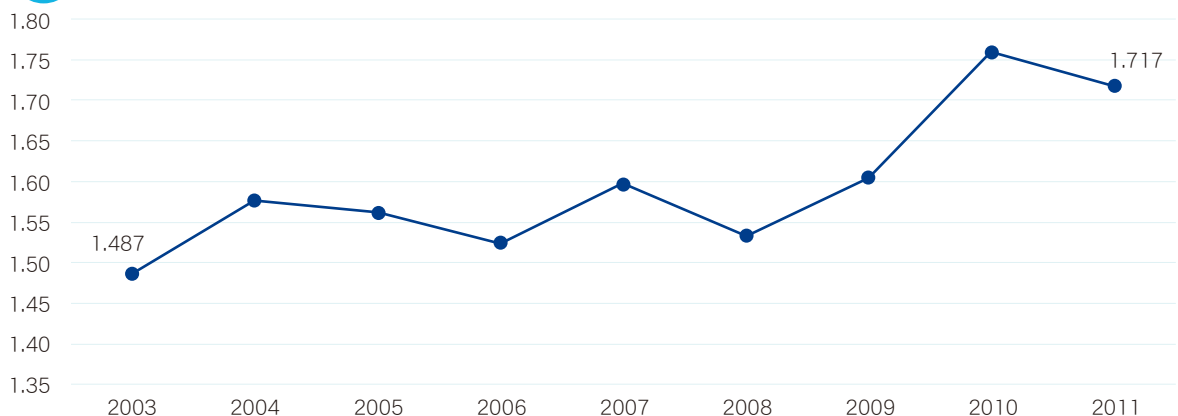
◆ 医疗资源优化与长期照护体系构建（1970-2003）

自20世纪70年代起，日本老龄化加剧，慢性病成为主要健康负担。同时，医疗资源分布不均，农村医生短缺问题突出。为此，政府于1970年推行“一县一医学院”政策以增加医生数量，并建立老年病医院体系。2000年，日本引入长期护理保险制度，为老年人提供全面护理保障，应对老龄化带来的社会挑战。

◆ DPC系统改革阶段（2003-2007）

进入21世纪后，日本社会面临的老龄化问题日益严峻，对医疗体系构成巨大压力。2003年，日本65岁及以上人口比例已突破19.0%，到2005年更是增至19.9%³³。这种加速的老龄化直接导致医疗费用持续攀升，如图4所示，2003年至2011年间，日本公共和私人医疗及长期照护支出占GDP的比例呈显著上升趋势，年均增长率达3.5%。

图4 日本2003-2011年私人医疗及长期照护支出占GDP比重（%）³⁴



³³ 数据来源于日本总务省统计局

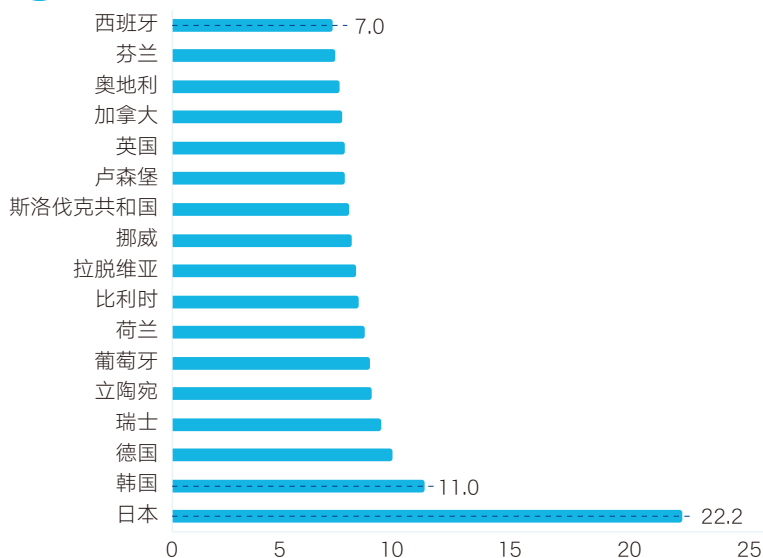
³⁴ 数据来源于世界卫生组织全球卫生支出数据库

自1961年现行健康保险制度的基础确立以来，医疗服务费用一直基于按服务收费（FFS）制度。日本的平均住院日（ALOS）远高于其他OECD国家。如图5所示，**2002年日本急性护理床位的ALOS为22.2天，位列OECD国家第一，远高于第二名韩国的11天**。这种低效率不仅加剧了医疗财政负担，也影响了医疗服务质量。

为应对医疗效率低下和费用高涨，日本**2003年引入诊断程序组合（DPC）支付制度改革**。该制度采用按日定额与分级支付相结合的混合模式，住院初期支付较高，随后逐级递减，以激励医院缩短住院时间、控制成本。

该政策实施后成效显著，2009年相对于2001年日本的人均总医疗费用减低额度为**4,725美元，住院时间缩短了7.45天**。2004年至2007年，日本亏损医院的比例从**52%下降到32%**，有效提升了医疗体系效率与可持续性。

图5 OECD国家2002年平均住院日³⁵



◆ 老年医疗保险体系调整（2008-2019）

2008年前后，日本人口老龄化进入“**超高龄**”时期。如图6所示，日本75岁及以上老年人群的数量急剧增加。面对超高龄化社会挑战，日本于**2008年建立“后期高龄者医疗制度”**，将75岁及以上老人医疗保障独立管理。

该制度将75岁及以上人群医疗保险费用的筹集方式进行了重大调整：**50%由政府财政负担，40%由75岁以下从业人员保险费负担，剩余10%由75岁及以上本人或地方财政承担**。

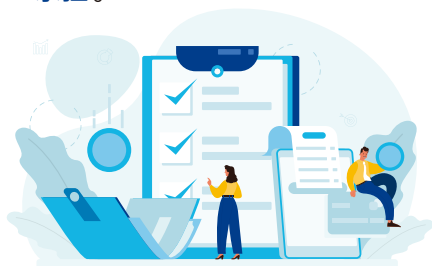
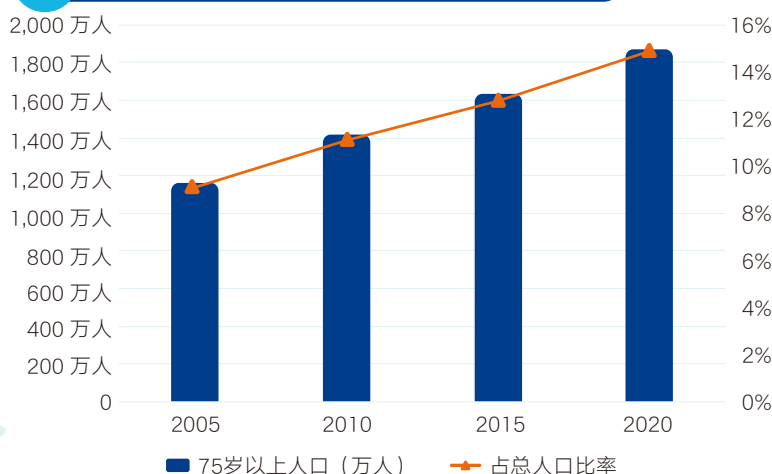


图6 日本2005-2020年75岁以上人口数及比例³⁶



◆ 新冠疫情与线上诊疗改革（2020-2024）

面对新冠疫情与深度老龄化双重压力，日本迅速**扩大远程诊疗规模**，2020年至2021年具备在线初诊资质的医疗机构从**600家增至1.6万家**。政府将在线诊疗纳入医保支付，并发布《全球卫生战略》，强化国内普惠医疗与国际卫生合作，旨在构建更具韧性、公平可持续的医疗卫生体系。

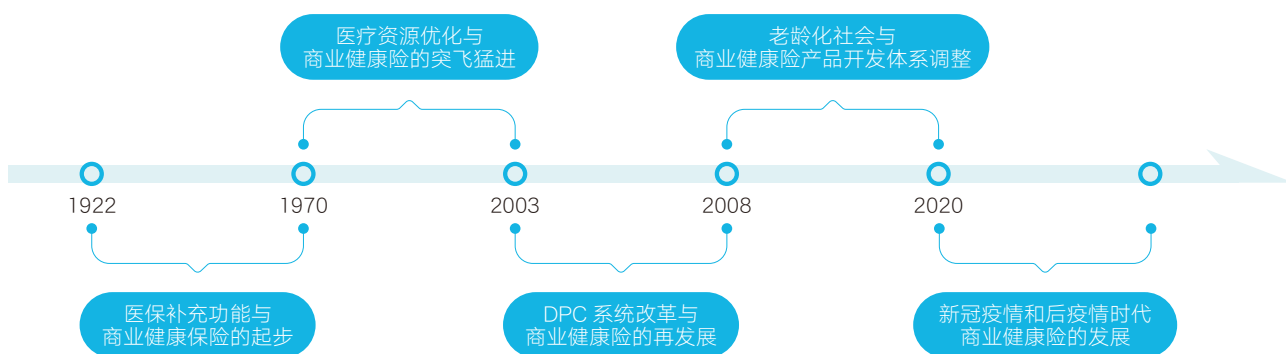
³⁵ 数据来源于经济合作与发展组织（OECD）

³⁶ 数据来源于日本总务省统计局

6.3 日本商业健康险调整时间线

商业健康险的发展轨迹并非孤立展开，而是深度嵌入于制度环境、政策导向与保障缺口的动态互动之中。

本节沿时间轴回顾商业健康险在各个制度改革阶段的适应路径与产品创新——从早期以住院津贴和手术补助为主的附属型保障形态，逐步演进至慢病管理、护理补充等差异化产品体系，再到针对DPC改革、老龄化冲击及突发公共卫生事件的多元化解决方案。

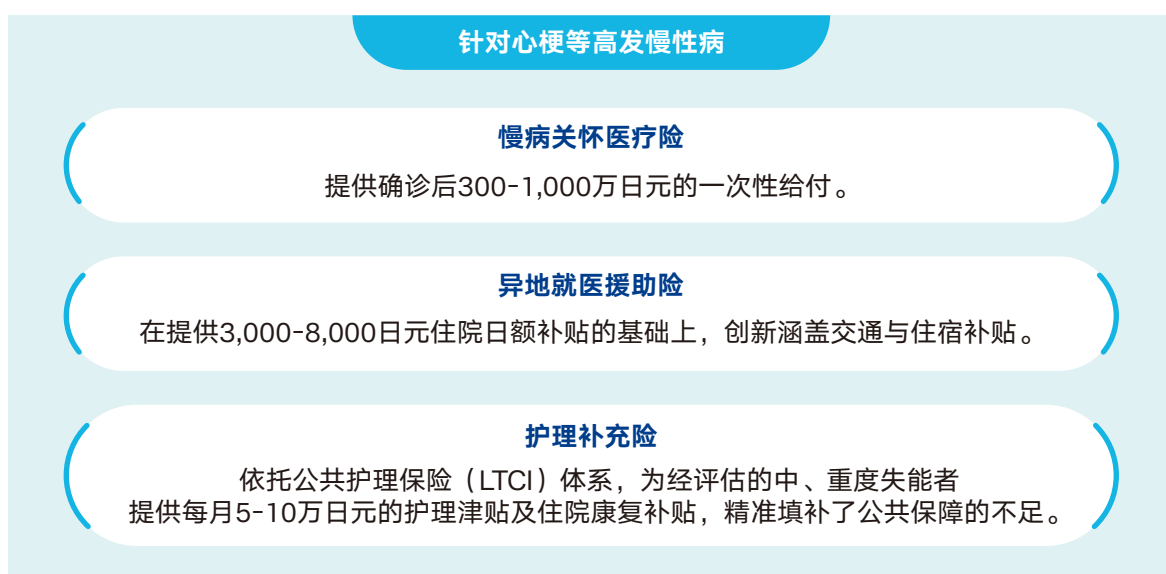


◆ 医保补充功能与商业健康保险的起步（1922-1970）

在这段时间内，日本政府通过强制雇员和居民参保，实现了覆盖广泛的基本医疗保障。商业险仅作为**补充**，提供低额、定额的津贴型产品，**依赖低赔付与广覆盖盈利**。在政府财政压力可控的早期阶段，日本政府并未大力推动商业保险的介入，这也决定了商业健康险在制度框架下的“**缓慢启动**”。

◆ 医疗资源优化与商业健康险的突飞猛进（1970-2003）

面对老龄化、慢性病高发及医疗资源不均等挑战，日本商业健康险转向精细化解决方案。



这些创新产品凭借高续保率和稳定的投资收益，构建了可持续的盈利模式。这不仅使商业健康险在2003年有效保单量**超2,080万份**，实现了可观增长，而且填补了公共医疗的制度空白，为应对超高龄社会奠定了坚实基础。

◆ DPC系统改革与商业健康险的再发展（2003-2007）

DPC医保支付改革虽成功缩短住院日、提升医疗效率，却导致医疗成本向门诊转移，患者负担加重，部分自费项目比例高达**50%-60%**，这为商业健康险创造了市场机遇。

面对新需求，保险公司推出两类创新产品：



不限住院天数的日额补贴险



融合远程健康监测与健康管理的组合险

这些产品运用精细化核保、数字化风控及模块化设计，有效控制赔付、维持利润，填补了DPC模式下的保障空白，为患者提供了关键的经济缓冲。

◆ 老龄化社会与商业健康险产品开发（2008-2019）

面对公共医保体系在认知障碍早期干预、长期护理支持、住院每日津贴以及先进医疗自付费用等方面的保障非常不足的情况，商业健康险精准推出**认知症与长期护理补充保险、小额短期医疗与慢性病管理保险、以及照护者支持与家庭综合保障**三大产品线。

认知症护理险提供**30-100万日元**的一次性确诊津贴和**50万-100万日元**的护理补贴，并配套专业认知训练服务；**小额医疗险**以**0.2%-0.5%的极低年费率**，提供住院津贴及先进疗法保障；**照护者支持险**则以**0.1%-0.5%的附加费率**，为家庭在职成员提供护理补贴和一站式服务支持。

这三类健康险产品紧扣“公共覆盖不足”的核心矛盾，通过差异化产品设计精准填补公共体系空白，构建了可持续的承保利润与利差收益，不仅为保险公司创造盈利，也为日本医疗保障体系提供了重要的民间补充力量。



◆ 新冠疫情和后疫情时代商业健康险的发展（2020-2024）

新冠疫情与老龄化趋势使日本医疗体系面临重压。商业健康保险借此快速转型，通过三类创新发挥补充作用。

推动远程医疗
专属保险的设计与推广

覆盖在线诊疗和
健康管理服务

设立感染病专项险

以小额灵活产品应对
突发公共卫生需求

开发慢性病管理险

结合智能设备与
动态保费机制
激励健康行为

INNOVATION 1

INNOVATION 2

INNOVATION 3

综上，日本的商业健康险模式已经从传统的“收保费-赔付差”逐步转变为“服务平台+健康干预+保险支付”的一体化体系，成为推动医疗系统可持续与个性化发展的重要力量。



PART 03

政府政策导向对健康险的影响

第7章

DRG/DIP 改革对健康险的影响

第8章

长期护理保险制度发展现状及展望

第9章

惠民保的外溢效应

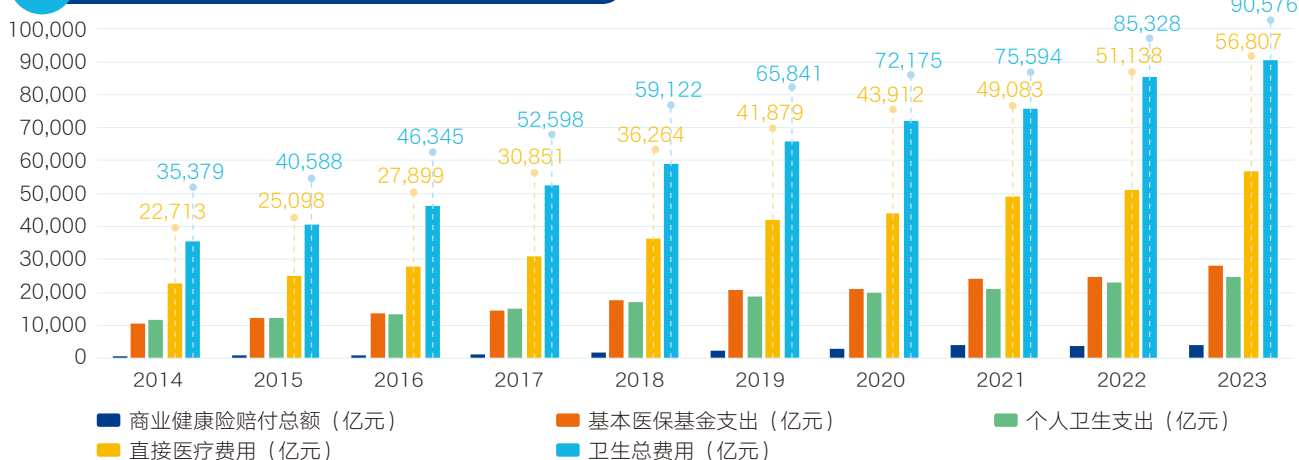
第7章

DRG/DIP改革对健康险的影响

7.1 DRG/DIP改革的背景与简况

随着人口老龄化进程的加速、医疗技术的发展以及居民健康需求的增长，传统“按项目付费”的医保支付模式的弊端开始日益显现，医疗费用持续过快增长。图1显示中国卫生总费用从2014年的35,379亿元飙升至2023年的90,576亿元，年均增长率近10%；直接医疗费用³⁷也从2014年的22,713亿元增至2023年的56,807亿元。快速增长折射的是医保基金巨大的支付压力和对其可持续性的挑战；核心矛盾在于收支增速不匹配，基金使用效率有待提升。而与此同时，患者的医疗费用负担亦日益加重。

图1 中国2014~2023年各类卫生费用变化情况³⁸



面对人口老龄化和医疗费用快速增长，中国自2021年启动DRG/DIP支付方式改革，目标是由“按项目付费”向“按病种/诊断相关分组付费”转变，以提升医保基金使用效率、规范诊疗行为并抑制过度医疗。

DRG — 疾病诊断相关分组 (Diagnosis Related Groups)

是一种将患者住院病例根据诊断、并发症、年龄、性别以及住院期间进行的医疗程序等因素，按照临床过程相似、资源消耗相近的原则进行分类的分组方案。DRG付费则是指医保部门对同组患者预先确定一个打包支付标准，而非按患者实际接受的每项服务付费。这种支付方式旨在通过预设支付金额，鼓励医院提高效率、缩短住院时间、降低治疗成本，从而避免不必要的收费和过度医疗。

DIP — 按病种分值 (Diagnosis-Intervention Packet)

按照“主要诊断+主要操作”规则将病例聚类成组，形成“一诊断、一操作、一病种”的组合。DIP付费是通过总额预算管理、病种组合、分值测定、点值计算、结算清算和监管考核等技术规范，确定各病种付费标准，并按各医疗机构提供服务的总点数以及地方医保基金支出预算得出每个点的实际价值，按此进行付费。与DRG类似，DIP也通过设定支付标准激励医疗机构规范诊疗行为，达到控费目的。

截至2025年4月，DRG/DIP基本实现全国覆盖，191个统筹地区实施DRG付费、200个实施DIP付费，符合条件的医疗机构覆盖率达100%，病种覆盖率达95%，医保基金覆盖率达80%³⁹。

³⁷ “直接医疗费用”指基本医保基金支出、商业健康保险赔付支出、个人医疗自付支出三者之和。

³⁸ 数据来源：国家卫生健康委《我国卫生健康事业发展统计公报》。

³⁹ https://www.stdaily.com/web/gdxw/2025-04/18/content_327494.html。

7.2 其它国家DRG/DIP改革的经验与启示

DRG/DIP医疗支付方式并非我国首创。自上世纪80年代诞生以来，其已在全球40多个国家和地区得到了推广和应用。美国和德国的改革为典型代表。

美国是DRG的发源地，于1983年首次将之应用于Medicare，并迅速在全国推广。DRG改革使Medicare费用支出的增长率从改革前的每年约16.5%降至改革后的每年约**9.2%**⁴⁰。

德国于2004年全面引入G-DRG系统。该系统引入后，病人的平均住院时间从2003年的8.9天降低至2017年的**7.3天**⁴¹。

在其它国家的改革实践中出现的最重要的一点经验教训是“**异化行为**”的普遍性：研究表明，DRG改革在控费、增效的同时，可能引起医院为控制成本而减少必要的医疗服务，导致医疗护理不足、医疗质量下降；此外，医院也可能通过**编码高编**（将患者更多分配至更严重的疾病分组）获得更高的收入⁴²。

7.3 中国DRG/DIP改革的总体影响分析

良性效应

◆ 医疗机构运营管理模式转变

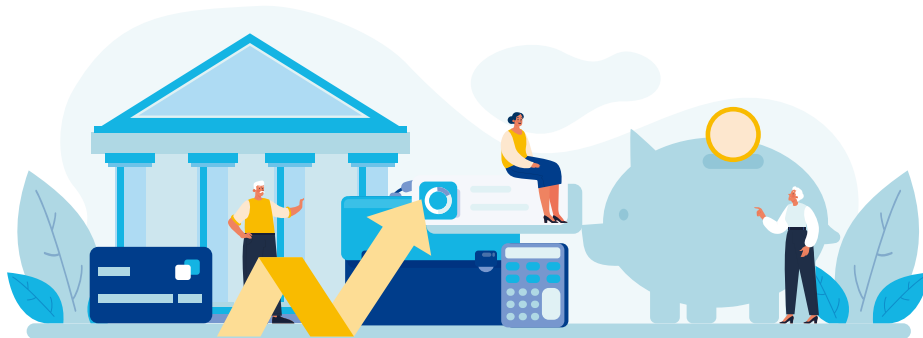
在DRG/DIP付费模式下，医疗机构的收入不再直接与提供的医疗项目数量挂钩，而是基于病种的预设支付标准。这种机制促使医院从“增收驱动”转变为“**成本驱动**”，即在收入封顶的前提下，通过优化和降低成本来获得合理效益。这促使医疗机构加强内部成本控制、规范诊疗行为、提高技术水平，并改革薪酬分配以优化绩效考核体系，从而推动了公立医院综合改革的进程，引导医疗、医药资源优化配置和医疗机构高质量发展。

◆ 患者就医体验与费用负担的改善

DRG/DIP改革普遍减轻了患者的医疗费用负担，简化了诊疗流程并提升了其规范性和透明性，提升了就医的便利性。例如，浙江省在实施DRG付费后，推动了检查检验结果全省范围内互认，从而节约了大量不必要的检查检验费用。

◆ 医保基金使用效率与监管水平的提升

DRG/DIP改革推动了**中国医保信息业务编码的标准化**，以大数据技术为依托的智能化监管体系得到建立和逐步完善，提高了对违规行为定位的精准度和执法效率。



⁴⁰ M. Davis, and S. Burner. Three Decades of Medicare: What the Numbers Tell Us. Health Affairs, 1995, 14(4): 231-243.

⁴¹ Wilm Quentin, Alexander Geissler, David Scheller-Kreinsen, Reinhard Busse. DRG-type hospital payment in Germany: The G-DRG system. <https://www.alexandria.unisg.ch/server/api/core/bitstreams/546bbf52-4b0c-419a-9c2c-061b02ef0534/content>.

⁴² T. Gluckman, K. Spinelli, M. Wang, A. Yazdani, G. Grunkemeier, S. Bradley, J. Wasfy, A. Goyal, A. Oseran, and K. Joynt Maddox. Trends in Diagnosis Related Groups for Inpatient Admissions and Associated Changes in Payment From 2012 to 2016. JAMA Netw Open, 2020, 3(12): e2028470.

DRG/DIP改革在带来积极效应的同时，也可能引发“异化行为”，导致患者的就医体验和医疗质量的下降，以及总体医疗费用的上升⁴³。

◆ 异化行为与治疗不足

医疗机构可能为控制成本而采取缩短住院时间、减少必要服务项目、降低用药标准等做法。这些行为可能导致治疗不足或质量下降，影响患者康复进度，增加患者再入院率和院内感染风险。

同时，为保证收益，医疗机构可能“挑选病人”，倾向于收治轻症或“结余率”高的病种，导致重症患者得不到及时有效的救治，影响医疗公平性。

◆ 异化行为与过度治疗

医疗机构为获得更高的利润可能进行“过度医疗”，即为提高病组权重而进行不必要的检查治疗。也有可能采取“分解住院”的方式，将一次连续治疗拆分为多次住院，增加患者就医的复杂性。

◆ 异化行为与费用转嫁

为获取额外收益，医疗机构可能出现“费用转嫁”，将住院期间的检查、药品等费用转嫁至门诊或要求患者自费购买，从而增加患者的实际经济负担。

7.4 中国DRG/DIP改革对商业健康保险的影响

7.4.1 总体影响分析

◆ 利用标准化数据进行精细化定价和风控

DRG/DIP改革推动了国家医保信息业务编码的全面落地和标准化，形成了**标准化诊疗与费用数据**。这些数据为保险公司提供了前所未有的、精准的医疗成本信息，有助于保险公司更精准地识别和管理风险，助力其开发**针对特定疾病、特定人群（如带病人群）、特定医疗服务（如创新技术）的保险产品**。这种数据驱动的精准化将显著提升商业健康保险的市场竞争力和服务水平。

◆ 促进产品创新和差异化发展

随着DRG/DIP改革的推进，**基本医保的支付将进一步标准化**，对于超出病组（病种）支付标准的高额医疗费用，基本医疗保险将无法覆盖，高值创新药，创新医疗器械和高端医疗服务的需求得到凸显。这将促使更多消费者关注并购买商业保险以弥补健康保障缺口，也将促使商业健康险从“补充报销”向“**差异化增值**”转型。商业保险公司可以顺应政策导向，将产品重心转向**医保目录外、特药和创新药、高端医疗**等领域的补偿，提供更具吸引力的差异化保障。

◆ 健康管理服务与业务模式的转型升级

为了更有效地控制赔付风险、提升客户粘性，商业健康保险应当向“**事前预防+事中干预+事后管理**”的全流程健康管理服务转型，借助医疗大数据发展的契机加快探索构建涵盖健康保障、健康服务、医疗护理、养老社区等“大健康”产业链、服务链和生态圈。

⁴³ 廖藏宜, 张艺艺. DRG/DIP付费下异化行为表现及监管建议. 中国医疗保险, 2023, (2): 27-34.

◆ 医保目录外高值药品/耗材保障受限降低了商保的实用价值

在DRG/DIP控费压力下，**医保目录外高值药品和耗材在公立医院内的使用受到限制**。但这一情况使得即使患者购买了涵盖高值药械报销保障的商业健康险，也可能无法获得所需的治疗，陷入“**有保难用**”的困境。这种困境降低了保险的实际保障价值，也损害了患者的就医体验。

◆ 医疗机构的异化行为将增加商业医疗险的理赔复杂性和风险

在DRG/DIP支付方式下，医疗机构可能采取各种“异化行为”，**增加商业医疗险的理赔审核难度、责任划分复杂度与道德风险**。例如，为减少住院期间产生的服务成本或避免超支，医疗机构可能采取“费用转嫁”，这会使得原本应由商业保险报销的住院费用，分散到门诊或自费渠道，增加了患者的就医环节和费用构成复杂性，使得保险的理赔审核变得更加困难，可能出现责任不清、重复报销或无法报销的情况，从而引发理赔纠纷。

◆ 市场认知偏差与产品定位的调整

市场对DRG/DIP的误读和不确定性增加了**保险的营销难度**。例如，人们认为DRG/DIP的改革的主要目的是降低医疗费用，所以百万医疗险以后将会变成“鸡肋”，引发了对百万医疗险未来价值的担忧。保险公司需增加与潜在消费者的沟通，加强对政策的解读和对产品价值的宣传。

7.4.2 对百万医疗险的影响

DRG/DIP改革旨在推动总体医疗费用的下降，对百万医疗险的良性影响是降低了其赔付压力，不良影响是削弱了其医疗补偿性功能，降低了百万医疗险的获得感和价值感。



7.4.3 对重疾险的影响

DRG/DIP改革对重疾险的主要影响体现在医疗费用下降后**重疾险赔付金的“替代性”更为突出**。重疾险的赔付是确诊即给付。DRG/DIP改革降低了患者的整体医疗支出费用，这使得重疾险赔付金在覆盖医疗费用之外，能更充分地用于弥补其他非医疗性损失，从而更有效地发挥其“收入替代”的核心功能，提升了客户“获得感”。

此外，由于DRG/DIP改革推动编码规范化及数据精细化，重疾险理赔依据更加清晰，有助于减少因诊断或治疗信息模糊导致的理赔纠纷、提高了理赔效率。

第8章

长期护理保险制度发展现状及展望

8.1 长期护理保险试点现状

8.1.1 政策发展

中国长期护理保险试点（以下简称“长护险”）始于2016年，首批确定了**15个城市和2个重点联系省**，2020年**新增14城**，至2022年3月已经覆盖**49个国家级与22个地方试点城市**。中国参加长期护理保险的人数也呈现增长，从2020年的10,835.3万人增长到2024年的**18,786.3万人**，几乎翻了一番。享受待遇的人数也同步增长，从2020年的83.5万人增加到2024年的**146.3万人**。

表1 中国长期护理保险政策试点总体概况⁴⁴

批次	第一批	第二批	自主开展地区
领导单位	人力资源和社会保障部	国家医疗保障局与财政部	
时间	2016年	2020年	
政策文件	《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》	《国家医保局财政部关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》	
数量	15+20	14	22
形式	无强调独立险种	长期护理保险独立险种	
保障范围	职工基本医疗保险参保人员并可根据实际扩大对象范围	职工基本医疗保险参保人员并可根据实际扩大对象范围	
资金筹集	优化、划转、调剂职工医保基金，建立多渠道筹资机制，无具体规定	具体规定以单位和个人缴费为主，同比例分担	
城市	承德市、长春市、齐齐哈尔市、上海市、南通市、苏州市、宁波市、安庆市、上饶市、青岛市、荆门市、广州市、重庆市、成都市、石河子市共15个城市 以及吉林省和山东省两个重点联系省份（包括吉林省吉林市、通化市、松原市、梅河口市、珲春市；山东省济南市、淄博市、枣庄市、东营市、烟台市、潍坊市、济宁市、泰安市、威海市、日照市、临沂市、德州市、聊城市、滨州市、菏泽市）共20个城市	北京市石景山区、天津市、晋城市、呼和浩特市、盘锦市、福州市、开封市、湘潭市、南宁市、黔西南布依族苗族自治州、昆明市、汉中市、甘南藏族自治州、乌鲁木齐市	浙江省（桐庐县、嘉兴市、义乌市、温州市） 以及江苏省（徐州市、无锡市、常州市、扬州市、泰州市、南京市、盐城市） 福建省（石狮市） 江西省（吉安市、井冈山市）
待遇支付	支付标准按照等级、服务方式不同差异化保障	支付对象为失能状态持续6个月以上经评估失能人员；支付标准按照等级、服务方式不同差异化保障	
经办管理	委托管理、购买以及定制护理服务结合	重点强调引入社会力量参与	

⁴⁴ 资料来源：国家人力资源和社会保障部、国家医疗保障局政策文件

8.1.2 保障对象与筹资机制

保障对象

保障对象可大致分为三类：安庆等市长护险的保障对象为参加基本医疗保险的职工；广州等市长护险的保障对象为参加基本医疗保险的职工和城乡居民；上海市长护险的保障对象为参加基本医疗保险的职工和60岁及以上的城乡居民。

表2 长期护理保险保障对象⁴⁵

筹资保障对象	地区
参加基本医疗保险的职工	安庆、承德、齐齐哈尔、重庆、天津、晋城、盘锦、福州、开封、湘潭、南宁、黔西南布依族苗族自治州、昆明、汉中、甘南藏族自治州、桐庐、嘉兴、义乌、温州、石狮、吉安井冈山
参加基本医疗保险的职工和城乡居民	广州、成都、青岛、南通、荆门、苏州、上饶、石河子、长春、宁波、吉林、通化市、松原、梅河口、珲春、济南、淄博、枣庄、东营、烟台、潍坊、济宁、泰安、威海、日照、临沂、德州、聊城、滨州、菏泽、徐州、无锡、常州、扬州、泰州、南京、盐城、呼和浩特、北京市石景山区、乌鲁木齐
参加基本医疗保险的职工和60岁以上的城乡居民	上海

筹资来源

从试点城市的方案来看，绝大多数城市都建立了多渠道筹资机制。其中，上海完全依赖医保基金的筹资，没有另辟其他筹资来源；除依靠医保基金，大多数试点城市还从个人、单位、财政补助、社会捐助等途径筹资，强调责任共担。

表3 长期护理保险筹资方式⁴⁶

序号	资金来源	地区
1	医保统筹基金	上海
2	单位缴费+个人缴费+财政补助	广州、宁波、青岛、成都、长春、吉林、通化、松原、梅河口、珲春、济南、淄博、枣庄、东营、烟台、潍坊、济宁、泰安、威海、日照、临沂、德州、聊城、滨州、菏泽
3	个人缴费+医保统筹基金+财政补助	荆门、南通、上饶、安庆、吉安井冈山、徐州、无锡、常州、扬州、泰州、盐城
4	单位缴费+个人缴费	重庆、承德、齐齐哈尔、北京市石景山区、天津、晋城、呼和浩特、盘锦、福州、开封、湘潭、南宁、黔西南布依族苗族自治州、昆明、汉中、甘南藏族自治州、乌鲁木齐
5	个人缴费	石河子
6	个人缴费+医保统筹基金	苏州、南京

注释:医保统筹基金--直接从基本医保的公共基金划钱；单位缴费--单位额外缴纳长护险基金费用；个人缴费--从医保个人账户按定额/定比例的方式划钱；财政补助--政府给予居民参保定额补助。

⁴⁵ 资料来源：各地区长期护理保险试点政策文件方案

⁴⁶ 资料来源：各地区长期护理保险试点政策文件方案

有定额、按比例以及定额和定比例混合三种方式。其中上海、广州、苏州、宁波、青岛、成都、长春等地明确了对职工和居民的不同筹资标准。

表4 部分城市长期护理保险筹资来源及缴费标准⁴⁷⁾

城市	资金来源	缴费金额（单位：人民币）
上海	医保统筹基金	<p>职工 医保统筹基金按缴费基数0.5%调剂</p> <p>居民 另定，少于职工医保基数比例调剂</p>
广州	单位缴费+个人缴费+财政补助	<p>职工 单位缴费（从单位职工医保统筹基金按缴费基数的0.15%/月划转）+ 个人缴费（≤35岁不缴费；35-45岁0.02%/月；45-退休0.08%/月；退休0.12%/月）</p> <p>居民 个人缴费和财政补贴按居民医保缴费基数的0.12%/年，在校学生为个人和财政各0.03%/年</p>
苏州	个人缴费+医保统筹基金	<p>职工 个人缴费24元/人*年+ 医保统筹基金划转84元/人*年；</p> <p>居民 个人缴费24元/人*年+ 医保统筹基金划转30元/人*年</p>
宁波	单位缴费+个人缴费+财政补助	<p>职工 单位缴费（从单位职工医保统筹基金划转45元/年）+ 个人缴费（从职工医保个人账户代扣45元/年）</p> <p>居民 个人缴费30元/年+财政补贴60元/年</p>
青岛	单位缴费+个人缴费+财政补助	<p>职工 单位缴费（从单位职工医保统筹基金按缴费基数的0.3%年划转）+ 财政补贴30元/年</p> <p>居民 个人缴费（从居民医保个人账户划转10元/年）+ 财政补贴20元/年</p>
成都	单位缴费+个人缴费+财政补助	<p>职工 单位缴费（从单位职工医保统筹基金按缴费基数的0.2%/月划转）+ 个人缴费（职工医保个人账户的0.1%/月，0.2%/月，0.3%/月）</p> <p>财政补贴 退休职工医保缴费基数的0.01%/人/月</p> <p>居民 成人个人缴费25元/年+财政补贴30元/年； 学生个人10元/年+财政补贴10元/年</p>

城市	资金来源	缴费金额 (单位: 人民币)
长春	单位缴费+个人缴费 +财政补助	<p>职工 单位缴费 (从单位职工医保统筹基金按缴费基数 的0.1%/月划转) + 个人缴费 (职工医保个人账户的0.1%/月)</p> <p>居民 个人缴费10元/年+省、市级财政各1元/年</p> <p>灵活就业人员 基本医疗保险费中划转0.1%, 个人缴纳0.1%</p>
荆门	个人缴费+医保统筹基金 +财政补助	筹资标准 90元/年, 其中个人为36元/年, 医保基金24元/年, 财政补助30元/年
南通	个人缴费+医保统筹基金 +财政补助	筹资标准 100元/年, 个人缴纳30元+医保统筹基金30元+ 财政补助40元
安庆	个人缴纳+医保统筹基金 +财政补助	<p>个人缴费 20元/年 医保基金 15元/年</p> <p>财政补贴 5元/年</p>
上饶	个人缴纳+医保统筹基金 +财政补助	<p>个人缴费 50元/年 医保基金 35元/年</p> <p>单位或财政 5元/年</p>
石河子	个人缴费	个人缴费 50元/年
承德	单位缴费+个人缴费	<p>单位缴费 以上年度工资总额的0.1%/年, 从单位职工 医保统筹基金划转</p> <p>个人缴费 以上年度工资总额的0.1%/年, 从医保 个人账户划转</p>
齐齐哈尔	单位缴费+个人缴费	<p>单位缴费 50元/年 (城镇职工医保统筹基金中划入)</p> <p>个人缴费 50元/年</p>
重庆	单位缴费+个人缴费	<p>职工身份参保 单位缴费 (从单位职工医保统筹基金按缴费基数 的0.1%/月划转) + 个人缴费 (职工医保个人账户的0.1%/月)</p> <p>个人身份参保 个人缴费 (职工基本医疗保险实际平均缴费基数 为基数, 按每人每月0.2%的费率筹集)</p>

47 资料来源: 各地区长期护理保险试点政策文件方案

8.1.3 评估标准

健康状况和护理需求的合理评估确保了长期护理服务的公平和效率，大部分试点地区都陆续根据国家医保局要求制定了相应的评估标准。各地制定的具体分值标准不同，导致长期护理保险服务待遇的享受门槛存在差异。

表5 部分城市长期护理保险需求认定和等级评定⁴⁸

地区	具体评估方案
上海	上海市生活能力评估量化
上饶	采用上海卫生发展中心丁汉升教授《上海老年照护统一需求评估系统》（上海市生活能力评估量化），在此基础上加入认知能力体系进行评估
广州	《广州市长期护理保险协议定点服务机构及评估管理办法》长护3、2、1级
青岛	《日常生活能力评定量表（ADL量表）》≤60分，评估3-5级； 《中文简易智能精神状态检查量表（MMSE量表）》≤9分），重度失智
安庆	国家医保局《长期护理失能等级评估标准（试行）》中度、重度失能人员（1-3级）
成都	<p>成年人 国家医保局《长期护理失能等级评估标准（试行）》中度、重度失能人员(1-3级)</p> <p>未成年人 《成都市长期护理保险未成年人失能综合评估标准体系（试行）》中、重度失能人员</p>
苏州	国家医保局《长期护理失能等级评估标准（试行）》中重度失能人员
重庆	国家医保局《长期护理失能等级评估标准（试行）》重度失能人员
荆门	国家医保局《长期护理失能等级评估标准（试行）》重度失能人员
南通	国家医保局《长期护理失能等级评估标准（试行）》中度、重度失能人员（1-3级）
长春	国家医保局《长期护理失能等级评估标准（试行）》中度、重度失能人员
宁波	国家医保局《长期护理失能等级评估标准（试行）》重度失能人员
齐齐哈尔	国家医保局《长期护理失能等级评估标准（试行）》重度失能人员
承德	巴塞尔指数（Barthel指数）评定量表≤40
石河子	巴塞尔指数（Barthel指数）评定量表≤40

⁴⁸ 资料来源：各地区长期护理保险试点政策文件方案

8.1.4 长期护理保险服务形式与内容

首批15个试点城市的长期护理服务形式，主要分为医疗护理、养老机构护理、居家护理、社区日间照护四种。大部分地区的政策明确规定了以居家照护和机构护理为主，服务内容涵盖基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理，同时对具体服务内容作了相应的规定，其中广州、南通等地将设备使用服务纳入保障，青岛、南通等地将心理慰藉、临终关怀、失智照护等纳入保障。

提供服务的机构主要有居家上门护理机构、养老机构、护理院、基层卫生机构、定点医疗机构、医养结合机构、辅具租售机构等，提供长期护理服务的机构需签订协议。

表6 首批15个试点城市长期护理保险服务形式与内容⁴⁹

地区	服务内容与形式	服务机构
安庆	医疗护理、养老机构护理、居家护理、上门护理	医疗机构、养老机构、护理机构、残疾人托养机构、居家护理机构
成都	机构护理、居家护理	医疗、养老、护理、辅助器具服务等机构
承德	机构护理、居家护理（基础护理、补充护理）	医疗机构、养老服务机构、社区卫生服务机构
广州	居家护理、机构护理、医疗护理、设备护理	医疗机构、养老机构、社区居家养老机构、家庭服务机构、设备服务机构
荆门	居家护理、机构护理、医院护理	定点医疗机构、养老机构、社区卫生服务中心、乡镇卫生院
南通	居家照护、机构照护。照护服务包括但不限于清洁照料、睡眠照料、饮食照料、排泄照料、卧位与安全照料、病情观察、心理安慰、管道照护、康复照护等项目	医保定点医院、护理院、社区卫生服务中心以及具备相应医疗资质或与定点医院、护理院、社区卫生服务中心签订合作服务协议的养老服务机构
宁波	机构护理、居家护理	养老机构、医疗机构、残疾人托养机构
齐齐哈尔	居家护理、养老机构护理、医养护理服务	护理机构、养老机构
青岛	居家照护、机构照护、日间照护。完全失能人员，设计专护、院护、家护和巡护4种服务形式。重度失智人员，实行“失智专区”管理，设计“长期照护”“短期照护”和“日间照护”3种服务形式	提供“家护”服务的社区医疗卫生机构；提供“院护”服务的老年护理院及具备医疗护理资质的养老机构；提供“专护”服务，少数由二、三级定点医院设立的专护病房；提供“巡护”社区护理机构和村卫生室
上海	居家上门照护、社区日间照护、机构照护	养老机构、社区养老服务机构以及医疗机构
上饶	医疗护理、机构护理、居家护理	定点医疗机构、养老机构、社区卫生服务中心、护理机构
石河子	护理机构护理、居家医疗护理、居家护理	护理院、医养结合养老院
苏州	社区照护、居家照护、养老机构、住院医疗护理	医院、社区卫生服务中心、护理院；养老机构、居家护理
长春	机构护理、居家护理（生活照料和医疗护理）	医疗机构、养老机构、护理机构
重庆	居家个人护理、居家上门护理、机构集中护理	政府委托第三方机构

⁴⁹ 资料来源：各地区长期护理保险试点政策文件方案

8.2 长期护理保险制度的国际比较

全球长期护理保险制度因经济水平、文化差异等因素呈现多元模式，主要分为社会保险型、社会福利型、商业保险补充型及混合模式，其核心要素可以为我国相关政策的制订提供参考；同时，美国、日本、德国等发达国家推行的失能保险，也为中国长护险制度的完善提供了参考意义。比较分析的具体内容请联系[复旦安联金融保险研究中心](#)。

8.3 上海市长期护理保险试点成效

8.3.1 上海长期护理保险试点制度简介

上海作为全国首批长护险试点城市，2017年先在金山、普陀、徐汇三区启动试点，2018年全市推广，2021年修订《上海市长期护理保险试点办法》，形成“统一评估、分类保障、居家为主”的制度特色，为全国提供了“大城市试点样本”。

表7 上海长期护理保险试点制度简介⁵⁰

项目	具体内容	
制度框架与筹资	筹资机制	医保划拨为主、财政补贴为辅
	职工医保	按用人单位缴费基数1%从统筹基金季度划转
	居民医保	按60岁以上人数，从居民医保筹资中按略低于职工人均水平调剂
	财政补贴	对低保户、低收入家庭等困难群体减免个人负担部分，2021年财政投入约5亿元
	基金运行	遵循“以收定支”原则，2017-2021年累计收入85亿元，支出82亿元，基本平衡
覆盖范围	从职工医保参保人逐步扩展至城乡居民医保参保人；2018-2021年受益老人从23.4万增至38.1万，占60岁以上老人的比例从4.6%升至7%	
评估体系	2019年实施“老年照护统一需求评估2.0版”，认知能力权重从5%提升至25%，新增22项认知评估指标（如时间定向、计算能力、情绪管理等）；使失智老人纳入保障范围，受益人群中失智老人占比从2018年的1.5%升至2021年的15%	
护理服务体系	居家护理	核心（2019年占比73.3%）
	服务频次	二级/三级失能老人每周3次，四级5次，五级/六级7次，每次服务1小时
	基金支付	90%
	服务人员	执业护士（80元/小时）、医疗照护员（65元/小时）、养老护理员（40元/小时）
	机构护理	按等级报销，二级/三级20元/天，四级25元/天，五级/六级30元/天，基金支付85%
社区服务	2020年将日间照料中心纳入试点，提供“一对多”照护；2021年长者照护之家达206家（床位数5,851张），日间照护机构831家	

⁵⁰ 资料来源：上海长期护理保险试点相关政策文件

8.3.2 上海长护险试点成效

受益面扩大，促进了老年照料机构发展

上海长护险保障对象为职工和居民医保参保人，待遇享受者为60周岁以上、经评估达到二至六级失能的参保人。受益面总体呈扩大趋势：2018-2019年受益老人从23.4万人增至**49.3万人**，占60岁以上老人比例从4.6%升至**9.5%**；2021年因评估标准调整下降至38.1万。

长护险推动了**老年照料机构的发展**。数据显示，从2018年到2021年，长者照护之家的数量从**155家增至206家**，日间照护机构从**641家增至831家**，长者照护之家的床位数稳定在**5,800余张**，服务能力持续提升。

减少医疗费用支出，降低失能老人死亡率，缓解医保基金压力

长护支出

不同失能等级、护理类型及医保类型的基金支出差异显著：居家护理支出高于机构护理，且随失能等级提升而增加；职工医保与居民医保支出略有差异，人均年基金支出为9,663.04元。

医疗支出

使用长护险后，失能老人的医疗费用、门急诊及住院费用增长不显著，但住院率下降。与未使用长护险的老人相比，使用长护险的老人医保支出更低，体现对住院等医疗消费的替代效应。

健康改善

使用长护险的老人死亡率显著下降，职工医保样本和居民医保样本分别下降18.9个百分点和13.2个百分点。随着护理强度提高，专业化的护理服务对维持老人健康状况呈现更明显的效果。

8.4 上海市长护险试点中的主要问题

上海试点虽成效显著，但在服务匹配、机构监管、公平性及基金可持续性等方面仍面临着许多的挑战，需要通过不断的系统性改革来破解，具体内容请联系[复旦安联金融保险研究中心](#)。

8.5 中国长护险制度的展望

为应对人口老龄化下日益增长的长期护理需求，中国长期护理保险制度的展望需聚焦四大关键方向：既需**夯实制度基础**，明确独立筹资与责任划分、优化服务供给方式；也需**强化执行保障**，提升照护岗位吸引力与质量；更要**注重政策协同与市场补充**，通过协调待遇补贴、发展商业长护险，逐步构建更完善、多层次的长护险体系，切实保障老年群体尤其是弱势者的护理需求。

独立筹资 与责任划分

- ◆ 立法确定长护险的独立险种地位；
- ◆ 在服务保障层面与医保明确划分边界；
- ◆ 利用大数据测算缴费水平及制度可持续性，向弱势老年人倾斜。

发展与保障 商业长护险

- ◆ 差异化设计产品；
- ◆ 完善政策激励；
- ◆ 统一失能评估标准；
- ◆ 强化消费者教育，建立信息披露产品。

优化服务供给 与方式

- ◆ 建议删除使用率极低的临床项目；
- ◆ 增加失智及刚需项目；
- ◆ 试点提供辅具租赁服务；
- ◆ 转变服务提供方式。

提升岗位引力 与质量

- ◆ 提高照护人员工资水平；
- ◆ 培育规范的养老服务机构；
- ◆ 加强监管与健全奖惩机制。

同时应注意**长护险与失能险之间的功能互补**：失能保险以经济补偿为核心，保障失能者的基本生活收入；长护险以服务供给为核心，解决失能后的实际照护需求。这种分工既避免了制度重叠，又形成了应对失能风险的完整保障链。

第9章

惠民保的外溢效应

党中央、国务院于2020年3月发布《关于深化医疗保障制度改革的意见》，强调补充医疗保险的重要性，并鼓励公共部门与商业部门合作提供此类保险产品。截至2024年底，中国全国已推出**298款城市定制型商业医疗保险（“惠民保”）产品**，累计**超3亿人次**参保。虽然得到快速普及，“惠民保”产品对整体健康保险覆盖范围和强度的实际影响还有待进一步的研究，特别是其对其它商业健康保险的外溢效应。一个关键问题是：“惠民保”是否真正增加了净保险覆盖，还是主要替代了原本会购买的商业保险？本部分基于《中国保险年鉴（地方版）》和某家具有代表性的商业保险公司（非惠民保承保公司）销售保险保单层级的数据，利用多时点双重差分法，将惠民保产品在各地的首次推出（时点）视为外生冲击，进行因果识别，定量分析这些相互作用，进而得出研究结论。

9.1 惠民保对商业健康保险购买的挤出效应

发现一：对商业健康保险购买量的挤出效应（广延边际）

研究发现，惠民保的推出，导致当地商业健康保险的新保单购买量在统计上显著下降了**近15%**。这一现象表明，惠民保在提高保障可及性的同时，也使得许多原本会选择购买纯商业健康保险的消费者转而优先参保惠民保。

发现二：对商业健康保险（重疾险）保额选取的挤出效应（集约边际）

除了新保单数量下降，惠民保的推出还影响了仍留在商业保险市场的消费者的保障额度选择。在惠民保推出后，继续购买商业保险的投保人，其平均保障金额下降**近15%**。

发现三：影响的年龄异质性

异质性分析发现，购买量下降层面的“挤出效应”在各年龄组中表现相似，但保额选取层面的下降则存在显著差异。年轻人（18-40岁）保额下降**约15%**；中年人（40-65岁）保额下降**约18%**；儿童（0-18岁）保额下降**约8.0%**。这表明，家长们仍然认为儿童需要更全面的保险保障以抵御不可预测的高额医疗支出风险，对惠民保的替代性感知较弱。

发现四：惠民保“特药目录”的进一步影响

在惠民保的诸多制度设计中，特定药品目录的引入是最具特色的部分之一。特定药品目录聚焦在价格昂贵的、主要针对肿瘤和罕见病治疗的药物上。惠民保通过将这些药物纳入保障清单并提供高额赔付，回应了公众对大病保障的核心诉求。这也使得惠民保与其它商业健康保险产品，特别是以**恶性肿瘤**为主要针对疾病的重疾险，出现了保障重叠。当惠民保将这些药物纳入保障范围时，可能影响居民对重疾险的投保意愿，从而产生挤出效应。

本章的研究发现：当惠民保包含特定药品目录时，商业保险投保量显著下降**约25%**；而对于那些未设置特定药品目录的惠民保，其对商业保险投保量的影响并不显著。

这说明，真正触发挤出效应的，并不是惠民保本身，而是其覆盖范围的“深度”，即产品性价比。当目录中的药品与重疾险保障更高重合时，消费者会更倾向于依赖惠民保—特定药品目录中新增一种药品，商业保险投保数量平均下降**约0.3%**。

这些现象揭示了惠民保在扩展普惠保障、降低居民健康风险暴露的同时，也在重塑商业保险的需求结构。

9.2 惠民保对商业健康保险消费者的教育作用

惠民保的广泛推广在一定程度上也起到了消费者推广的功能，带来了积极的外溢效应。

首先

惠民保的低保费和政府背书显著降低了普通居民首次接触保险产品的心理门槛，使大量原本未参保的人群了解到医疗保障的基本原理和运作方式，有助于提高全社会的保险认知水平和风险意识。

其次

惠民保在宣传过程中使健康管理、重大疾病保障和罕见病用药的知识得到广泛传播，加强了居民健康管理的意识，提升了对保险功能认知。

再者

特药目录的引入使得公众认识到高价创新药物的经济负担问题，增强了人们对风险共担和大病保障的认同感。由于惠民保已经覆盖了部分低风险人群关心的高额药品费用，这部分人群可能选择不再购买商业保险，从而导致留在商保市场中的消费者主要是风险更高、需求更强的群体，其在投保时往往会选择更高的保障额度，以确保能够覆盖潜在的高额医疗支出。研究发现，如果当地惠民保具有特药目录，对于仍然停留在商保市场中的投保人而言，其选取的商业健康保险平均保障额度（相较惠民保不具有特药目录设计的城市的商保投保人）上升了约30%。

9.3 惠民保与商业健康保险市场资源配置与格局演变

惠民保的出现不仅改变了个体的购买决策，还对商业健康保险市场的资源配置和竞争格局产生了深远影响。

发现一：商业保险公司定价策略的调整

从供给侧看，惠民保推出后，商业保险公司在面对惠民保竞争压力时普遍采取了价格下调策略，**件均保费平均下降约5%**，其中约三分之二来自需求侧的保障额度缩减，而另三分之一则可被归因于保险公司的主动降价。

此外，异质性分析显示，在惠民保提供更好特药保障的城市，件均保费下降幅度更大。这表明，当面临来自惠民保更直接的竞争时，商业保险公司会采取更强劲、更积极的定价响应。

发现二：惠民保承保与非承保保险公司之间市场份额的再分配

惠民保的推出在商业健康保险行业内部引发了剧烈的市场份额重组。承保惠民保（通常是组成共保体）的大型保险公司不仅因惠民保本身的保费收入实现增长，还可能借助政府合作所带来的品牌声誉提升销售机会，带动其健康保险业务扩张。相反，未参与承保的公司则面临保费规模下降和客户流失。

惠民保在扩大医疗保障覆盖、降低居民因病致贫风险方面发挥了积极作用，但其外溢效应也对商业健康保险市场带来了深刻影响。展望未来，应进一步推动惠民保与商业保险在产品的设计、风险共担和理赔服务上的联动，避免保障功能的完全重叠，促使两者形成互补而非替代的关系。唯有如此，才能既发挥惠民保的普惠价值，又维持商业保险市场的活力，实现多层次医疗保障体系的优化配置与社会福利的最大化。



PART **04**
**医疗科技与
健康险发展**

第10章
医疗科技对健康险的影响

第10章

医疗科技对健康险的影响

10.1 个性化保险产品与可穿戴设备的融合

近年来，健康激励计划与可穿戴设备的融合已成为全球保险行业的显著趋势。比较成功的产品包括美国的 **John Hancock Vitality Program**、**UnitedHealthcare Rewards**，南非的 **Discovery Vitality**，印度的 **GOQii Vital**，中国的“**平安RUN**”等。此类计划通过量化健康行为、提供即时奖励和保费优惠，成功激发了用户主动管理健康的积极性，同时为保险公司带来了多方面的积极效果。健康激励计划的全球化普及标志着保险行业从“被动赔付”向“主动健康管理”的范式转变。

健康激励计划提高了保险计划的用户参与度。通过可穿戴设备（如苹果手表、Fitbit等）实时监测步数、睡眠和运动数据，保险公司能够将抽象的“健康行为”转化为可量化的积分体系。例如，南非Discovery Vitality的参与者中，经过验证的锻炼量**增加了23%**；中国平安的“平安RUN”计划帮助近九成用户养成了定期运动的习惯，锻炼频率**提升25%**⁵¹。

健康激励计划降低了保险公司的赔付风险与运营成本。健康行为的改善直接减少了疾病发生率。例如，长期参与平安RUN计划的用户重疾发病率**下降18%**⁵²；Vitality Program的客户住院费用和医疗支出也大幅降低。这种“预防优于赔付”的模式帮助保险公司优化了风险池，降低了长期理赔压力。

表1 健康激励计划全球案例

公司/地区	健康激励计划	可穿戴设备	简要说明
John Hancock (美国)	Vitality Program	苹果手表、Fitbit	Vitality PLUS计划通过步数/锻炼达标积分，实现保费折扣并可以优惠价格获取苹果手表或Fitbit 数字保险人
UnitedHealthcare (美国)	UnitedHealthcare Rewards/ Motion Program	Fitbit、苹果手表、佳明等	可穿戴设备追踪日常步数、睡眠与活动，达标用户每年可获得最多约1000美元奖励（现金或Health Savings Account形式）
Discovery Vitality (南非/英国等)	Vitality	多厂商穿戴设备支持	全球许多国家的 Vitality 计划允许用户连接 Fitbit、佳明、苹果手表等设备获得运动积分兑换奖励
GOQii (印度)	GOQii Vital & coaching计划	自家 GOQii手环	提供可穿戴设备与个人教练结合的健康计划，用户通过佩戴设备完成运动目标可获取积分（Karma points），并用于兑换服务或慈善捐赠

⁵¹ 《平安RUN赋能传统保险 平安健康险探索健康管理之路》，泰然健康网，2024年12月30日 <https://www.trfsz.com/newsview928521.html>

⁵² 《从事后补偿到事前干预：“健康管理”成保险新“时尚”》，新华网，2019年10月31日 <https://www.workercn.cn/32843/201910/31/191031163822210.shtml>

一个突出的国际案例是加拿大的宏利保险（Manulife）公司推出的**Vitality计划**。Manulife Vitality是一项融合保险与健康管理的创新项目，核心理念是通过奖励客户健康的生活方式，激励客户积极参与健康管理，从而降低健康风险和保险费用。客户加入该计划后，不仅享受财务保护，还能通过积极健康的生活方式获取各种奖励。该计划的激励机制设计十分完善：客户通过日常健康活动，如步行、跑步、骑车、冥想甚至睡眠，都可以积累Vitality Points。这些积分具有多重用途：既可以兑换为保险费用折扣，也可以换取知名品牌的礼品卡、旅行折扣、健身俱乐部会员优惠以及免费健康筛查服务等。

表2 Manulife Vitality计划奖励项目⁵³

奖励类别	奖励项目	Vitality Plus	Vitality Go
保险折扣	保险费用节省	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 家庭定期寿险或万能寿险：首年节省10%，次年最高15% ◆ 健康/牙科保险：首年节省5%，次年最高10% 	无
健身追踪设备	苹果手表	免费或折扣获取	无
	佳明	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 免费vivosmart 5 ◆ 其他型号及智能秤30%折扣 	指定型号30%折扣
	Fitbit	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 免费Inspire 3 ◆ 指定产品最高40%折扣 	指定产品最高40%折扣
	Oura Ring	Oura Ring 4享15%折扣	Oura Ring 4享10%折扣
	WHOOP	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 12/24月会员\$40折扣 ◆ 服饰配件20%折扣 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 12/24月会员\$40折扣 ◆ 服饰配件20%折扣

10.2 人工智能技术在防骗保中的应用

根据国际保险监管者协会（IAIS）测算，全球每年**约有20%至30%的保险赔款涉嫌欺诈**⁵⁴。保险诈骗方式越来越隐蔽，团伙欺诈趋势越来越频繁。

目前，已发现的保险欺诈手段主要包括以下几种。（1）**投保欺诈**：发生事故之后再投保，进行保险诈骗；有预谋的投保高额保险进行保险诈骗；隐瞒实际情况投保进行保险诈骗，如带病投保；为不存在的人或物投保；重复投保，编造事故，多方索赔。（2）**出险报案欺诈**：张冠李戴式骗赔，主要采取移花接木，冒名顶替方式进行。（3）**索赔欺诈**：故意夸大损失进行保险诈骗，通过虚列损失项目，夸大损失数额或伪造、涂改原始费用凭证等方式虚报损失。

表3 保险医疗欺诈典型案例

典型案件	简介
虚假材料	某健康险平台发现异常数据：同一IP地址在凌晨2-4点密集投保600余份重疾险，投保人年龄、职业高度趋同，且均选择“甲状腺结节”既往病史项。经调查，犯罪团伙通过爬虫技术伪造电子体检报告，利用AI换脸技术通过在线健康告知审核，最终通过虚构甲状腺癌诊断材料索赔，涉案金额超2,000万元。
带病投保骗赔	2018年3月，胡某为其丈夫陈某投保。被保险人陈某2018年11月因病住院。2019年2月胡某为其申请理赔。调查人员走访医院，调查CT取样，发现被保险人投保前已进行颅脑CT诊断确诊，投保时故意未如实告知，欺诈性质明显。最终保险公司拒绝赔付。

⁵³ 数据来源于Manulife官网

⁵⁴ Ding N, Ruan X, Wang H, et al. Automobile insurance fraud detection based on PSO-XGBoost model and interpretable machine learning method[J]. Insurance: Mathematics and Economics, 2025, 120: 51-60.

随着人工智能技术的发展，保险公司开始构建系统化的智能反欺诈体系，其中太平金科的健康险反欺诈引擎是典型代表。该引擎的核心创新在于构建了**五维风险画像体系——整合客户信息、保单架构、历史理赔记录、疾病特征及代理人行为数据，通过机器学习构建动态评分卡模型。**

与传统人工审核不同，该系统深度挖掘历史拒付数据的潜在规律：例如（1）通过分析医疗单据中“费用重复相似度>85%”和“住院周期固定为7天倍数”等指标，精准识别挂床诈骗模式；（2）当代理人名下客户出现短期出险率突增200%时自动预警，切断欺诈链条；（3）对于时效性事件类，可以通过图谱关联方式去发现短期出险风险和出险高频风险。

图1 智能反欺诈体系建设



在健康险领域，目前业界也尝试引入AI算法，除了以图搜图发现重复理赔的应用场景外，业界还引入了**光学字符识别（OCR）技术**识别篡改风险，如票据大小写不一致、票据模板不一致等。此外，业界还探索了影像造假PS检测技术，提升预警案件的调查成功率，来降低调查成本。

图2 人工智能图片检测技术



Healthcare Fraud Shield、Alivia Analytics等国际风控公司也逐渐建立起应用于健康险异常检测的算法。人工智能与大数据正在深刻改变健康险反欺诈的格局。过去主要依靠人工经验和规则审核的方式，已经难以应对如今复杂、隐蔽、甚至团伙化的骗保行为。AI的引入让整个反欺诈体系从事后调查走向了实时预警，从单笔识别升级为网络化追踪。它不仅能迅速识别虚假住院、重复报销等明显异常，还能通过分析医疗行为、开药模式和设备使用等“灰色地带”，辅助判断是否存在过度医疗或道德风险。

表4 健康险风险防控的全球案例

机构	AI/大数据方案	应用场景	核心优势
Healthcare Fraud Shield	AI 驱动异常检测 + 多数据融合 + 规则引擎	健康险理赔前 / 后付款阶段	精细排查欺诈、浪费与滥用，减少误报，提高案件追踪效率
Alivia Analytics	行为建模 + 高级异常检测 + Payment Integrity	医疗保险理赔全过程 (FWA 防控)	提前标记“灰色区域”，结合合规与审计机制；强调人机协作与合规伦理
Shift Technology Claims Fraud Detection	AI / ML 分析 + 图谱关联 + 模型学习	包括健康险在内的多险种理赔欺诈识别	全球覆盖超 115 家客户，实时检测异常案件、减少误报
SAS Fraud & Financial Crimes	先进 AI / ML、文本挖掘、可解释性分析	健康险与其它险种的欺诈检测	平台整合数据管理和决策流程，提升调查效率与可视化分析能力

基础数据和**机器学习算法**是决定大数据反欺诈工作成效的两大核心要素。当前，人工智能技术的快速发展和专业人才的持续积累催生了先进的机器学习算法（如深度神经网络、图计算等），但算法效能的充分发挥始终依赖于高质量、多维度的数据支撑。

保险公司获取行业外部数据的来源有限，“**数据孤岛**”现象客观存在。受制于当前信息安全、保护公民个人信息等方面法律法规的限制，各保险公司除了本公司系统内既有的承保、理赔记录外，对于公共交通、基础医疗、银行信贷、税务等数据，尚无合法合规、统一规范的数据查询接口。

保险行业近年来在推动数据共享方面已取得显著进展。例如，已实现与中国保险信息技术管理有限责任公司（中银保信）开发的意健险风险管理系统的对接，能够通过实时调用行业数据库，对跨公司的投保及理赔异常信息进行风险提示，有效提升了行业整体的反欺诈能力⁵⁵。

⁵⁵ 《意健险智控平台--基于行业大数据损决策系统》，财信人寿，2025年6月10日，<https://www.fintechinchina.com/solutions/8441>



PART **05**
总结与展望

总结与展望

中国的医疗保障体系以“覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续”为目标，逐渐发展成了以**基本医疗保险为主体，大病保险为补充，医疗救助为托底，商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助等共同发展的多层次体系**。中国的医疗保障体系在追求“广覆盖”和“保基本”两个方面取得了巨大的成绩，但是也面临着诸多的挑战：

以低价、高效为核心的供给模式在追求全民覆盖的同时一定程度上损失了医疗质量。

1

基本医疗保险基金的有限性导致中低收入群体的自付压力较大。

2

基层医疗能力不足，设备、人才等资源匮乏。

3

商业健康保险市场发展不完善，保险产品在“补充性”、“多样性”、“精准性”与“可持续性”等方向上开发不足。

4

随着老龄化进程的加速，中国医保体系的健康、可持续发展面临着进一步的挑战。2001年中国65岁及以上人口占比**首次超过7%**，中国正式进入联合国定义的“**老龄化社会**”。之后十年，中国的老年人口比例加速上扬：2021年上升至**14%**，达到了“**深度老龄化社会**”的界限；2024年，该比例直接跃升至**15.6%**，老年人口总数突破2.2亿人。到2030年，中国的65岁及以上人口占比将达到**19.5%**，接近联合国对“**超级老龄化社会**”20%比例的定义；2050年预计将达到32.6%，2070年进一步攀升至41.3%。联合国《世界人口展望2022》还对中国高龄老人（80岁及以上）的数量做出了预测：预计2050年中国80岁以上人口将超过5,500万人，2100年有望突破1亿大关。

伴随老龄化社会发展的是人口结构的巨大变化。2003年中国人口金字塔的特征是底部（0-14岁）温和收窄，中部（30-39岁）宽大，顶部（60岁以上）相对狭小。显示出的人口结构信息为出生率温和偏低、中青年劳动力比例占优，老龄人口占比不高。然而，到了2023年，金字塔的底部（0-14岁）和中部（30-39岁）出现了大幅收窄，而顶部（60岁以上）所占比例显著增加。青壮年劳动力人口的减少和老年人口的增加推动了老年抚养比的上升。2024年中国的老年抚养比已跃升至23.2%，即每1,000个劳动力人口（15-64岁）需要抚养232个65岁及以上的老年人口。

老年人口的持续增长不仅预示着各类疾病发病率的提高、慢性病护理和长期照护需求的上升，也意味着中青年的抚养负担的加重，医保基金支出的持续高速增加。以上海为例，结合“沪惠保”的参与与理赔数据和上海市2030-2070年的人口结构的预测数据，按照医疗通胀为每年3%计算，本报告在第五章对上海市未来的基本医保报销支出做出了预测：在2045年将到达**341.71亿元**，到2070为惊人的**811.07亿元**。这无疑是对医保体系可持续性的巨大挑战。

面对挑战，中国的医疗体系也在不断的做出改革和创新以推动体系的进一步完善和可持续发展。这些改革与创新包括推进DRG/DIP医疗付费制度的改革，建立和推广长期护理保险制度，积极发展商业健康保险市场和由政府支持的普惠性保险等。同时，积极推动以医保大数据为核心的数字化基础信息平台的建设，深化数据共享的广度和深度，推动医疗科技的发展和在健康险产品设计上的应用。

DRG/DIP医疗付费制度的改革是将医保的支付模式从传统的“为治疗过程付费”转变为**按疾病诊断相关分组(DRG)/病种分值(DIP)进行精细化分类**，制定支付标准，然后打包付费。该项改革的目的是通过标准化支付方式，激励医院提升运营效率、控制医疗支出并促进医疗资源的合理配置。截至2025年4月，中国393个统筹地区中，DRG/DIP付费已基本实现全覆盖。其中**191个统筹地区实施DRG付费，200个实施DIP付费**，天津与上海两个直辖市兼具两种付费模式。**符合条件的医疗机构覆盖率达到100%，病种覆盖率达到95%，医保基金覆盖率达到80%**。对于商业健康险而言，DRG/DIP改革既是机遇也是挑战：一方面，标准化数据可以为精细化定价和产品创新提供支持，并推动健康管理服务模式升级；另一方面，高值药械使用受限和异化行为加剧了理赔的复杂性，削弱了百万医疗险的价值感。与此同时，重疾险因“确诊即赔”的特点，其收入替代功能反而更凸显。整体而言，DRG/DIP改革不仅改变了医保付费的模式，也正在深刻重塑健康险的市场定位和发展空间。

对于长期护理保险制度的建立，2016年首批建设试点开始启动，到2022年，中国49个国家级试点城市与22个地方试点城市已覆盖**1.45亿参保人，基金支出超过600亿元**。长期护理险的筹资机制与失能评估标准因地制宜，各地区根据自身境况而定制，目前正逐步向全国统一标准衔接。长期护理险制度的建立降低了医保基金不合理支出和失能老人的死亡率，但是仍然面临着服务供需错位、机构竞争不规范、医保人群健康效果差异及基金支出压力等问题。未来长护险的发展方向是推进独立筹资机制、优化护理服务供给、提升监管质量、协调民政补贴与长护险衔接，并发展商业长护险，构建多层次保障体系。

在推动商业健康保险发展方面，中国推出了由政府支持的“**城市定制型商业医疗保险—惠民保**”。该类保险是由地方政府相关部门指导、保险公司实际运作、居民自愿参保的一种补充医疗保险产品，其定位是在基本医保之后提供二次补充保障，主要为转移基本医保内大额自付费用的开销而设立。“惠民保”保费低，对投保者不设置年龄、健康状况、既往病史、职业类型等条件，因而实现了“**广覆盖**”，同时也对其它商业健康险产品的购买量和保障金额产生了一定的挤出效应。本报告第九章中的定量分析表明，惠民保推出后，**当地特定商业健康险新保单数量下降约15%，定额给付型保险平均保额下降近15%**；若惠民保产品涵盖特药目录，投保量下滑幅度进一步扩大至**25%**。惠民保产品的推出对商业保险的需求结构与行业格局带来了一定的改变，未来应重视两者的互补性而非替代性发展路径。

在推动信息平台建设方面，中国全面推进全国统一医保信息平台和医保大数据数字化基础信息平台的建设，包括**建立“一人一档”全民健康档案、“一药一码”药品全链条追溯**，以及“**一单一清分**”、“**一票一核验**”的**医疗数据精准核验机制**。同时，积极引入人工智能、大数据分析等先进技术，深度挖掘健康数据价值。在未来，国家基础信息平台也会逐渐向商业保险等补充保障主体开放，提供更多有价值的健康数据，更加便捷的技术接口与工具，帮助补充保障主体更好地利用数据。例如，为商业保险公司提供人群健康风险画像，使其能够更精准地设计保险产品，推动其进一步的开发带病体人群保险、长期护理险等产品；助力其开发智能化的理赔辅助系统，实现理赔流程的全自动化，进一步降低其理赔风险和运营成本。

2024年9月10日，中国国家医疗保障局在国务院新闻办公室新闻发布会上正式提出建立“**1+3+N**”的**多层次医疗保障体系**：“1”是指全国统一的医保信息平台和以医保大数据为核心的数字化基础信息平台；“3”是指基本医疗保险+医疗救助+大病保险的三重基础保障；“N”是指惠民保、商业健康保险、慈善互助等多元补充力量。世界各国的经验也表明分人群精准匹配，让社保与商保各归其位，建立多元化、多层次的保障体系是解决医疗保障体系“不可能三角”难题的唯一途径：**社保托底“广覆盖、保基本”；商业保险分层次“补短板、提品质”**。中国人口基数庞大，人均收入在不断提高，但是商业健康保险覆盖率还很低。所以，中国市场是商业健康保险发展的一片蓝海。未来商业健康保险的发展方向包括：（1）针对基本医保报销范围外的费用提供保障；（2）满足特定人群（如慢性病群体）的差异化需求；（3）提供更高品质的医疗服务。借助数据平台的建设和医疗科技的发展，中国的商业保险一定可以不断提供精准、灵活、满足不同人群个性化需求的产品，并且找到行业长期增长的路径，成为中国医疗保障体系中不可替代的“**生态协同者**”。