



中再寿险
CHINA RE LIFE

2018-2019年度 人身险产品研究报告

产品精算部

2019年9月



中再寿险
CHINA RE LIFE

第一部分 保障类产品演进趋势

重大疾病保险2019年演进趋势

中端医疗保险2019年演进趋势

长期意外保险2019年演进趋势

第二部分 热门专题研究

中端医疗产品风险管理研究

健康管理服务研究

长期护理保险国际经验研究



中再寿险
CHINA RE LIFE

第一部分 保障类产品演进趋势



一、重大疾病保险2019年演进趋势

重疾险是目前健康险中最主力的产品线。从客户需求角度看，重疾险可以满足消费者对于大额医疗费用支出的保障需求；从保险公司角度看，重疾险是健康险中为数不多可以同时贡献规模和价值的产品类型；从代理人角度看，重疾险的销售可以为他们带来较稳定和可观的收入。虽然从国际发达保险市场的经验看，医疗险会逐渐取代重疾险的地位，但短期内受制于保险公司业务增长等战略诉求，重疾险在一定时期内仍然是最重要的保障性产品。

从宏观上看，在监管政策不断收紧、行业回归保障本源的背景下，全行业开门红连续两年受挫，各公司寄业务增长的希望于重疾险的销售上，2018年全行业重疾险新单保费收入已经突破了千亿大关，2019年有望继续保持增长态势。

从各公司策略上看，大部分公司仍然以升级迭代原有的品牌产品线为主，一个新的趋势是各大型险企为提高重疾险的销量纷纷采取了以附加险促进主险销售的策略。2019年是重疾险产品升级的瓶颈期，小幅改款和优化是主流，比如增加多次轻症或重疾责任的给付次数和给付金额、增加特定疾病额外给付等。

1、重疾险经营策略趋势

1.1 品牌产品线的迭代升级

对于已经形成市场影响力的“IP”级产品线，各家公司采取的策略是定期迭代。一方面，坚持品牌化的产品经营可以极大降低信息不对称的成本，提升市场影响力；另一方面，老品牌只有通过不断迭代才能维持其市场活力，保证持续稳定的产出。迭代的方式通常以保持原有产品架构不变，在原有基础上做小改款升级，费率水平略有提升。

以平安福为例，各年度主要升级点如下表所示。近期平安福进行了两次升级：第一次升级是在2018年11月，平安福升级到2019款，升级点在于增加了重疾和轻症的病种数量；第二次升级是在2019年7月，平安福升级到2019款II代，针对市场长期以来有争议的两个点做了升级：加入了轻微脑中风、不典型心肌梗塞、冠状动脉介入术等高发轻症；和附加长期意外险解绑，附加长期意外险变成了可选附加险。在2019年这个重疾险升级瓶颈期，平安选择了积极听取市场声音，对产品进行完善和提升。

年度	主要升级点
2013年	● 首款平安福上市
2014年	● 升级轻症病种
2015年	● 升级重疾病种
2016年	● 成人平安福增加病种数量，引入平安 RUN 概念 ● 少儿平安福上市，新增少儿专属附加险
2017年	● 少儿平安福加入轻症多次赔付、癌症多次赔付、疾病陪护金等责任
2018年	● 成人平安福加入轻症多次赔付、癌症多次赔付、轻症后涨保额的责任 ● 少儿平安福加入轻症后涨保额的责任
2019年	● 成人平安福增加了重疾和轻症的病种数量 ● 少儿平安福增加了重疾、轻症和特定疾病的病种数量 ● 和附加长期意外险解绑

和平安福类似，其他市场主流重疾品牌线的升级也是集中在轻症责任的设计上：国寿福臻享版将前代产品的轻症赔付次数由1次增加到3次；常青树多倍版2.0相比前代产品，将轻症二三次赔付的比例由统一30%提升至35%、40%；太平福禄康瑞升级成了福禄嘉倍，轻症二三次赔付比例由统一20%提升到了40%和60%。

1.2 重疾险优惠策略

在行业2018年开门红严重负增长的背景下，各大型险企为维持业务增长，纷纷转战重疾险市场，且通过价格优惠来刺激销量。2019年虽然开门红业绩仍不突出，但各家险企意识到了转型的重要性，经营策略也不再像2018年那样措手不及，价格战在2019年显得冷静了很多。

平安的优惠策略是面向老客户和家庭单的：平安在2019年4月推出附加重疾险“福保保”，重点面向“福”系列产品的老客户，保障责任类似精简版的平安福（只少了轻症涨保额和平安RUN）。老客户加保福保保，可免交最后5年的保险费，相当于费率75折优惠；平安在2018年推出了福上福，面向同时购买多份平安福的客户给予优惠，福上福相比平安福免交了最后一期保费。

太平在2018年推出了价格极致的重疾产品，但在2019年考虑到新业务价值的压力，通过升级产品的方式提高了产品费率水平。



1.3 市场细分经营

(1) 按照投保人经济实力细分人群

2018年开始，平安开始在平安福的基础上扩展福系列的产品体系，旨在满足不同客群的差异化需求。

平安的重疾险设计思路是将客户群分成中低端、中端和中高端，分别以大小福星（2019年7月上市）、大小平安福和大小满分（2018年6月上市）匹配这些客群。我们以成人重疾（大福星、大平安福和福满分）为例，说明三款产品的主要差异：

	大福星	平安福	福满分
目标客群	青年、中低收入	中等收入	中高收入
起保金额	3500元	5000元	10000元
产品结构	终身重疾/身故+（可选）额外轻症	终身重疾/身故+额外轻症+轻症后涨保额+平安 run	两全（保险期间至60、70、80岁）+重疾+额外轻症

需要注意的是，上述策略的结果是出现同一销售渠道多条重疾产品线并行的局面，若不同产品线间没有明确的规则、地域、激励水平做限定和区分，可能会导致各机构在确定销售策略上出现迷茫，最终导致次要产品线冲击主力产品线结果。

(2) 按照被保险人细分人群

由于少儿重疾险通常是一个家庭购买的第一份保单，且少儿群体的风险特性较好，因此各家公司均对少儿群体单独开辟了重疾产品线。

市场主流的少儿重疾险可以划分成三类：

产品类型	少儿定期重疾	少儿返本定期重疾	少儿终身重疾
保险期间	30年为主	30年为主	终身
产品架构	轻症+重疾+少儿特定重疾额外给付+身故返保费	轻症+重疾+少儿特定重疾额外给付+身故满期返还保费	轻症+重疾/身故+少儿特定重疾额外给付
销售渠道	互联网	代理人	代理人
产品定位	获客	通常是单独的产品线	通常是主力产品线的少儿版
代表产品	复星联合妈咪宝贝	太保少儿超能宝3.0	华夏常青树少儿版

互联网渠道的少儿重疾险竞争异常激烈，参与主体众多，且产品迭代频率高。此类产品的设计趋势是多次给付加分层给付。以复星联合推出的妈咪宝贝为例，该产品将重疾从轻到重分为轻症、中症、重疾、少儿特定重疾、罕见病重疾，分别设置30%、50%、100%、200%、300%的给付金额；此外该产品的轻症、中症和重疾责任均提供不分组多次给付责任。另外，保额递增是少儿险另外一种设计思路，以瑞泰晴天保为例，基本保额每两年增长15%，至多涨至初始保额的175%。

1.4 以附促主

自2018年底，“以附促主”的销售模式在重疾险市场出现并普及开来，代表公司包括新华、平安、太平等。组合方式通常为“重疾主险+附加健康险”，附加健康险以特定疾病产品居多，碎片化的保障责任容易切中客户痛点，满足其个性化的保障需求，且价格低廉。在这种销售模式下，对附加险设计包装一些话题感较强的亮点，并要求必须与主险组合购买，目的是将附加险产品作为促进主力重疾产品销售的工具，进而帮助渠道实现规模或者价值上的目标。以附促主的典型产品组合分析如下：

(1) 新华：2018年，新华在战略层面开启“以附促主”的销售模式，年底推出首款针对心脑血管疾病的专项保障产品“附加特定心脑血管疾病保险”，覆盖了33种高发的心脑血管轻重症疾病。该产品作为附加险，要求必须与主险绑定销售，新华主推的三种组合计划包括：搭配防癌险的“康爱护心保”、搭配健康险且回馈老客户的“健康无忧保”以及搭配年金险的“盛世惠心保”。

(2) 平安：平安在2019年推出的以附促主的附加险产品主要有三款，均为特定疾病保险，和大小福星同步推出，作为福系列重疾主险的可选附加险销售。三款产品分别是：附加白血病疾病保险、附加心脑血管疾病保险和附加肝肾疾病保险。

(3) 太平：太平以附促主的策略通过“共享荣耀”系列实现，该系列包括三款产品：特定心脑血管疾病保险、长期护理保险和附加多次给付重疾险。

① 特定心脑血管疾病保险，要求必须与重疾险搭配销售（满足一定条件的重疾险老客户可单独投保该产品）。

② 长期护理保险，被保险人进入失能或失智状态则给付护理金，该产品要求与重疾险或年金险或指定的分红两全险搭配销售。

③ 附加多次给付重疾险，作为主险单次重疾险的补充，赔付被保险人的二次及三次重疾，搭配销售的主险限定为福禄康瑞2018或福禄康瑞。

2、重疾险形态演进趋势

从产品形态角度，2019年未发现有明显架构性的变化，普通型终身重疾附带轻症多次赔付仍是市场上最主流的重疾险架构。下文将介绍并分析2019年重疾险升级的几个趋势。

2.1 轻症责任的升级

2019年各家大型险企重疾险的升级点均围绕轻症责任展开。以友邦全佑惠享2019为例，该产品的主要升级点如下：

- (1) 轻症种类从30种升级至60种；
- (2) 轻症最高赔付从3次变成7次；
- (3) 轻症给付金额随给付次数递增，七次的给付比例分别为20%、20%、30%、30%、50%、50%、50%；
- (4) 轻症保障取消75岁限制，延长至终身；
- (5) 轻症多次给付从分组变成不分组。

此外，如前文所述，平安福2019款II代增加了几种高发轻症；国寿福臻享版增加了轻症多次给付责任；常青树多倍版2.0和太平福禄嘉倍提高了轻症多次赔付的给付比例。

2.2 重疾多次给付的升级

华夏人寿在2019年推出了华夏福加倍版重疾，该产品为目前市场上赔付次数最多的重疾险，理论上可赔付112次。该产品的结构如下：选择了13种恶性肿瘤，包括肺癌、肝癌、胃癌等严重癌症，这些癌症的原发癌和转移癌均可得到一次赔付；另外该产品选择了癌症外的80种特定重疾，每种重疾可得到一次赔付。该产品通过巧妙的产品设计，将赔付次数提高到行业之最，但风险也被很好的管理：

- (1) 该产品的多次给付金额是从0%开始每年逐年递增的，从上一次重疾的确诊日起算，因此如果两次重疾的确诊时点相距较近，则赔付金额较低；
- (2) 该产品选择的80种特定疾病不包括状态类或者手术类的高发病种，而状态类和手术类疾病是最容易导致“一炮多响”的病种（例如急性心肌梗塞会导致冠状动脉搭桥手术）。

总之，该产品作为2019年创新性最强的重疾产品，在产品卖点和风险管控之间取得了一个很好的平衡点。

其余多次给付重疾的升级大多集中在给付金额上。重疾赔付额度随给付次数递增，是近年来在包含重疾多次给付责任的重疾险产品中一个新出现的趋势，例如首次重疾赔付100%基本保额，之后的重疾赔付逐次等额递增10%。采用这种设计的产品包括：复星保德信星满意、天安健康源悦享、光大永明超级玛丽多倍版等。有些产品多次给付保额的增加比例随给付次数而加速递增，如百年康倍保，重疾可赔3次，赔付额度分别为100%、150%和250%的基本保额。

2.3 失能/护理型重疾

中端医疗险流行后，重疾险的医疗费用支持功能被挤占，重疾险的功能和定位需要被重新思考。重疾里有很多疾病虽然并不会导致高昂的医疗费用支出，但是会导致被保险人进入失能或者长期护理状态，进而导致收入损失和护理风险，重疾险在收入损失补偿和护理支持方面的作用应该被突出。2019年7月，太保推出金福人生重疾产品，针对18-60岁由重疾导致的失能（六项日常生活活动不能完成三项或以上）和10种老年疾病（以严重阿尔兹海默病、脑中风后遗症为代表的护理型疾病）额外提供100%的保额给付。这种设计从产品形态的层面突出了重疾险收入损失补偿和护理支持的功能。

二、中端医疗保险2019年演进趋势

2016年，众安推出的“尊享e生”使得百万医疗一跃成为健康险市场的网红产品，并且热度持续增长，目前已经成为我国大陆人身险市场发展最快的产品线。2018年，百万医疗险全年的新单保费规模达到了170亿，2019年预计全年新单保费规模能达到300亿左右。预计到2021年，中端医疗险可累计覆盖超过2.9亿人。

近两年以来，寿险老7家公司均开发了自己的百万医疗代表产品，销售以线下渠道为主，凭借多年积累的代理人队伍，可实现数十亿的年新单保费规模。在线上渠道，百万医疗凭借产品简单、满足刚需且高性价比的特点，成为支付宝、微信等超大流量平台保险业务的主力产品。

1、中端医疗保险经营策略趋势

目前百万医疗险的销售方式主要包括代理人（线下）渠道和网销（线上）渠道两类。2018年中端医疗市场的大事件是蚂蚁金服长期好医保的上市大幅度提升了中端医疗险在网销渠道的占比。而到了2019年，各主要险企代理人渠道更加掌握了中端医疗险的产品定位和销售方法，代理人渠道的中端医疗险销量激增，几家公司在2019前半年的保费收入与2018年全年基本持平，个险代理人渠道仍然是中端医疗险的绝对主力渠道。

当前主流中端医疗险的销售模式有以下几种：

销售渠道	销售模式	代表公司
代理人渠道	和主险捆绑销售，以中端医疗险为引子，旨在促成重疾险或年金险业务	泰康、华夏
代理人渠道	可单独销售，旨在获取客户；有能力的机构或代理人可选择和主险捆绑销售	国寿、平安、太保
互联网渠道	通过纯互联网运营的方式销售	蚂蚁保险、微保
互联网渠道	名义互联网产品，实质为代理人线下销售	众安

2、中端医疗保险形态演进趋势

由于百万医疗险市场竞争已开始白热化，各家都在通过不断的迭代升级抢占市场份额。下表汇总了在2019年上半年有升级动作的中端医疗主力产品及其主要升级方式。迭代的方向主要可以总结为四个方面：细分人群、扩展医院范围、短期变长期以及增加肿瘤特药责任或服务。

公司	2019年升级后产品	升级点	主打优势
平安	e生保保证续保版	新增6年保证续保 新增恶性肿瘤津贴责任、恶性肿瘤豁免保费 30岁保费366元（续期396元）	品牌优势； 保障期限优势
泰康	健康尊享0	新增重疾定额提前赔付责任 新增无理赔可增长保额 新增肿瘤靶向疗法基因学检查费 30岁保费622元（续期649元）	服务优势： 为客户提供医疗费用直付、癌症个案管理等高端服务，同时提供特药保障。
众安	尊享e生2019版	新增重疾医疗责任 扩展特需医疗的疾病范围增加了指定移植手术和指定重大手术 新增术后家庭护理服务 新增肿瘤特药服务 30岁保费306元（含可选责任446元）	细分市场与服务优势： 增加多种向高端延伸的可选责任，并提供术后护理服务与特药保障，且可选择家庭单共享免赔额。
泰康在线	微医保	新增重疾住院津贴附加险 新增肿瘤特药附加险 新增恶性肿瘤海外医疗附加险（可选） 新增特定重疾特需医疗附加险（可选） 30岁保费276元（含可选责任432元）	细分市场与责任优势： 增加多种可选附加险，满足更高端的客户需求，并提供肿瘤特药保障。

2.1 细分人群

百万医疗险将客群扩展到保险的非标准体人群，即带病人群和老年人群。

针对各类患病人群可投保的百万医疗产品逐步丰富，继2018年众安尊享e生针对原发性高血压和2型糖尿病患者推出专属的慢性病扩展版产品（即众安安稳e生）后，轻松筹联合安心财险在2019年针对甲状腺癌术后康复患者推出了专属的百万医疗产品甲友安康，该产品通过剔除甲状腺癌复发转移的责任来管控风险，解决了目前市场上甲癌患者无险可投、保障缺失的现状。众安面向老年市场推出了尊享e生爸妈版，61-65岁人群可投保，续保年龄最高可到105岁，并通过2万的免赔额控制风险和保费成本。



2.2 扩展医院范围

部分公司针对那些追求较高就医品质且对费率不敏感的客户群体，将可保医院范围由二级及以上公立医院普通部拓展到了特需部、国际部、VIP部以及海外医院，产品责任范围向高端医疗延伸。

众安尊享e生2018-2019年的几次升级尤为典型：2018年1月，推出质子重离子版，将质子重离子医院纳入产品责任；4月推出特需升级版，为恶性肿瘤等疾病升级特需部、国际部、VIP部等特需医疗资源；6月推出尊享e生旗舰版，可选附加责任增加了赴日医疗；2019年3月，推出尊享e生2019版，扩展特需/国际/VIP部医疗的疾病范围增加了指定移植手术和指定重大手术。

和尊享e生类似，2019年微医保升级产品新增了恶性肿瘤海外就医、特定疾病扩展特需等附加险，为中高端客户提供了更多选择。

2.3 短期变长期

2018年以前，百万医疗险产品的保险期间均为一年，不含有保证续保条款。随着市场的发展和产品的迭代，近两年来市场开始出现一些可保证续保长达5-6年的中长期百万医疗产品。例如，2018年，人保健康联合支付宝推出的长期好医保，保证续保期间长达6年；2019年，平安推出了保证续保期间同样为6年的e生保保证续保版；微保推出了保险期间为6年的微医保长期医疗险，且加入了无理赔优惠条款，即如果被保险人在上一年没有理赔，则这个健康客户下一年的免赔额就能降低1千元，最多可以降低两次；生命推出了保证续保期间为5年的附加康悦人生百万医疗险。由于医疗险未来会面临医疗通货膨胀等确定风险以及医改和新药引进等不确定风险，市场上中端医疗产品的保证续保期间最长不超过6年。

中端医疗产品的长期存续取决于承保公司是否能对风险进行有效的识别和管控。本报告“中端医疗产品风险管理研究”将对此进行剖析。

特需医疗拓展阅读

特需医疗，是指医院在保证医疗基本需求的基础上，为满足群众的特殊医疗需求而开展的医疗服务活动，包括点名手术、加班手术、全程护理、特需病房、专家门诊等形式。特需医疗相比普通医疗更加注重患者的就医品质，而对治疗结果并无本质影响。

将特需医疗相关责任纳入中端医疗保险的风险分析：

1、过度就医产生的费用风险

一旦购买的中端医疗产品提供特需责任，无论合理与否客户必然会优先选择接受更加优质的医疗服务，这将会引起过度就医及医疗资源的浪费，也将为保险公司带来费用风险。

对于特需住院，同样的检查、同样的药品和普通部收费标准是相同的，最大的价格差异在于床位费。对于普通住院来说，床位费一般是几十到百余元不等，而“特需单间”北京大部分医院的价格在800-1000元，住一周就要5-7千元。除了这部分开销外，特需住院时所接受的检查、药物也是“质量优先”，医生对该病房的病人开药时，更多会考虑到疗效而非价格。

2、不同医院对于特需医疗的定价差异

当前，伴随医疗服务价格改革进程加快，我国公立医院开始“拥有”特需医疗自主定价权。2016年7月，国家发改委等4部门发文表态，公立医疗机构提供的非基本医疗服务实行市场调节价，明确提到特需医疗服务，市场竞争充分、个性化需求强的医疗服务。全国各省区市跟进时，一般将“市场调节价”解释为医疗机构制定或调整。例如，根据云南省文件，自2018年2月1日起，该省特需病房床位价格、门诊诊查费由医疗机构根据成本和市场情况制定和调价。

3、特需部是否可以使用社保

各家医院自行裁定特需部费用是否为自费。大部分医院的特需床位费均须自费，对于在特需医疗中使用的社保内药品是否需自费，各家医院的规定也有所不同。一些医院选择将特需全划为自费。

2.4 增加肿瘤特药责任或服务

随着医院控费力度的加强，癌症特药越来越难以在医院内购买，特药进社保但不进医院的现象频发，加上2018年《我不是药神》等热点事件对社会的影响，市场对于癌症特药保障的需求越来越强。

过去百万医疗险产品对院外购药是否在赔付范围内的处理不尽相同。平安e生保保证续保版在“责任免除”中规定了“非医院药房购买的药品”将不予赔付；长期好医保对于药品费的定义较为模糊，仅在时间上规定了“住院期间发生的合理且必须的”，未明确界定是否必须为院内购药；一些产品尽管在设计和定价时未考虑到院外购药的情况，条款中也并无明确说明，但迫于市场竞争的压力，在消费者线上购买的界面中额外说明将负担符合合理赔条件的院外购药，造成了费用上的风险。

2019年中端医疗产品的一个升级热点就是通过附加险或增值服务的形式提供肿瘤特药用药保障，此升级能够通过更为具象化的保障场景，让客户意识到特药保障的价值，增加产品的卖点，同时也解决了上文分析的院外购药给此类产品带来的问题。2018年，泰康和华夏已率先在其主力百万医疗中引入特药保障；2019年，更多的公司在百万医疗产品的升级中，加入了特药附加险或用药服务，例如泰康在线微医保和众安尊享e生2019版；还有公司推出了可独立销售的特药保险，用于获客或促进重疾、中端医疗等主力产品的销售，例如太平的药安心、友邦的都市丽人、微保的药神保等。

从风险管理的角度，特药责任同样具有意义。在癌症治疗中，药品费用可以在总医疗花费中占到60%的比重，对于药品费用的管理对于管控医疗险风险至关重要。美国管控医疗险药品风险的载体和途径是PBM（药品福利管理）：首先，PBM会代表保险公司和患者，和药厂进行谈判，以更低的价格为保险公司和患者谋取福利；其次，PBM会扮演核保的角色，为保险公司审核被保人的用药申请；最后PBM也会为患者提供包括：送药、费用直付等一系列服务。市场上的特药责任通常选择一到两家TPA作为PBM，TPA扮演的角色不再是常规的单纯为保险公司的客户提供健康管理服务，而是帮助保险公司管控和分散风险，实现了保险公司和TPA的深度融合。



三、长期意外保险2019年演进趋势

2012年百万保额返本自驾险上市，开启了长期意外险（自驾险实质是寿险，但是保障范围局限在交通意外，因此被习惯性的归类为意外险）热销的先河，此后，各大险企定期对此类产品进行更新迭代，每年新单保费规模稳定在100-200亿元。2013年平安福上市，长期意外险作为附加险捆绑销售，开启了大型险企重疾+长期意外险组合的销售思路，附加长期意外险每年也会为行业贡献百亿量级的新单保费规模。

返本自驾险及其升级形态在保险公司销售定位上的强化也值得关注。今年以来，由于行业整体增员难留存难的问题加剧，部分公司为解决人力问题，以意外险升级为抓手，保险公司进一步强化了利用返本意外险留存新代理人的功能，这一产品的形态、佣金水平及考核规则也更加贴近新代理人的“生存”需要。

1、长期意外保险经营策略趋势

目前长期意外险的销售渠道主要是代理人渠道。在长期意外险中，最畅销的产品莫过于返本自驾险，其典型特点为：

- (1) 其保费水平低，年交保费为1500-2000元，但保额通常可达百万；
- (2) 客户对于交通意外风险感知较强，且百万保额、返本、千元保费这些要素会极大降低消费者决策难度，销售难度相对较小；
- (3) 产品责任简单，代理人及客户都无需学习太多医学知识。

因此，保险公司通常以其来获取客户（在主流保险销售逻辑中，意外险通常被划定为人生第一份保单），也将其作为新代理人入门的产品。其他长期意外险通常作为主力重疾险的附加险销售，用于提升件均保费规模，最大限度挖掘客户价值。上述经营策略从长期意外险热销至今，并未发生趋势性变化。

产品类型	销售渠道	销售模式	代表产品
返本自驾险	代理人渠道	获取新客户 帮助新代理人开单、留存	太保安行宝 3.0 国寿百万如意行
长期意外险	代理人渠道	作为主力重疾险的附加险销售 用于提升件均保费规模	平安福附加长期意外险 国寿福附加长期意外险

2、长期意外保险形态演进趋势

返本自驾险作为各大型险企重要的获客产品，已形成固有的产品线，且不断通过升级优化维持市场热度。以太保安行宝为例：

年度	主要升级点
2014年	● 首款安行宝推出，保障驾乘车责任
2016年	● 升级为安行宝 2.0，加入了节假日意外身故和电梯意外身故责任，引入家庭保单概念
2017年	● 升级为安行宝 2.0 增强版，适应监管新规
2018年	● 升级为安行宝 3.0，加入行人和骑行责任

返本自驾险近两年的升级趋势可以总结为两点：扩展保障范围和增加生前保障。

2.1 扩展保障范围

近一年增加行人和骑行责任成为返本自驾险主要的升级点。过去的百万自驾险均以交通工具意外身故为主要保障内容，但从客户需求出发，行走、骑行作为频率最高的交通出行方式，也应该受到保障。2018年，平安和太保先后升级了自己的百万自驾险：百万任我行和安行宝，升级重点均是加入行人和骑行意外身故责任。

2019年5月，平安在司庆日推出了新产品线：安心百分百。和百万任我行不同的是，安心百分百把百万保额的保障由交通意外扩展到了所有意外，将交通意外身故责任设置为额外保障，且通过滞后返本期、延长交费期间等方式将年交保费水平维持在2500-3000元。该产品是对于返本自驾险的一次革命性的升级。该产品是平安根据自身业务经营中遇到的问题而开发的：新人留存问题是平安当前比较严峻的问题，平安个险渠道缺乏能够涵养新人的产品（形态简单、有吸引力、销售利益能维持新人留存）。而平安既有的返本自驾险百万任我行并没有有效解决该问题：

- (1) 产品责任具有局限性，有销售难度；
- (2) 产品属于电商渠道产品，无个险基本法利益；
- (3) 件均保费太低，无法帮助新人生存。

平安基于上述问题开发了安心百分百，由于销售利益高且享受个险基本法利益、首发推动力度大（各机构配套相应激励方案）、产品有吸引力等综合作用的结果，其在首发日实现了8个亿的保费收入。



2.2 增加生前保障

返本自驾险的保障范围只是局限在交通事故导致的身故，并不提供生前保障。事实上，围绕意外这个风险场景，被保险人存在对意外医疗、意外伤残、意外失能护理等一些列的保障需求。平安安心百分百提供了意外伤残可选附加险；泰康在2018年推出了全能保2018款，提供保障社保外用药的交通意外中端医疗险。





中再寿险
CHINA RE LIFE

第二部分 热门专题研究

一、中端医疗产品风险管理研究

1、研究背景

2016年以来，作为健康险中的网红，百万医疗产品成为了人身险市场各公司的必争业务。然而，这类产品也存在一系列的风险点，随着产品保费规模和客户群体的迅速扩展，这些风险点也逐步凸显出来。

百万医疗是费用报销型医疗产品，一方面，产品形态很多细节均会影响被保险人的医疗选择，从而会对医疗过程和产品赔付直接造成影响；另一方面，由于被保险人对于产品的理解更加深入，对产品潜在风险点的利用也在逐步强化。综合各方面的风险因素，预计百万医疗产品的赔付成本将以每年15%-20%的速度恶化。我们通过对既往理赔经验进行分析，不断总结该产品已经存在或未来可能出现的风险点，同时借鉴北美和韩国市场的商业医疗险风险管理经验，以帮助行业能够持续健康的经营中端医疗产品。

2、该产品的主要风险点及应对措施

2.1 定义风险

定义风险主要体现在条款中的保险责任描述、除外责任描述和释义的界定不清所带来的赔付风险。下文对典型风险情形做以列举和分析：

(1) 部分条款中“医院”定义只强调二级及以上但未强调公立，就会导致昂贵私立医院也被纳入保障范围。

(2) 部分条款中“病床费”没有除外单人病房，导致大量客户出现过度就医的现象。

(3) 不同条款对“材料费”的界定差异较大：根据我们对目前市场上热销的10家公司15款中端医疗产品条款中“材料费”定义的调研，严格程度各异；对心脏瓣膜、人工晶体、人工关节、心脏起搏器、血管支架等材料是否保的问题，这些产品中既有明确说明可保的，也有完全未提及的。

(4) 对于治疗方式的定义也要关注医学技术的进展。例如放疗的定义，若不严格限定放疗为“光子放疗”，则质子和重离子放疗也会被保障在内。

(5) 大部分条款对医院范围外购买的药品是否赔付无清晰界定。

(6) 可择期手术(例如腰椎间盘突出治疗手术等)、康复治疗器械和非处方医疗器械、实验性治疗、健康咨询类等，当前市场上较严谨的条款已将这些排除在外，但也有部分条款未明确说明。

(7) 目前很多公司对于等待期外的保险事件的定义模糊不清，例如：“被保险人在等待期内发生保险事故，我们不承担给付保险金的责任。”导致下列情形易出现理赔纠纷：等待期内出现症状但被保险人在等待期后确诊疾病；等待期内确诊疾病，但等待期外才开始住院。

综上，为避免条款定义不够清晰严谨带来的理赔风险，建议条款描述尽量精确详细，用正面清单和负面清单相结合的方式将保障范围界定明确。

2.2 特定群体定价不足风险

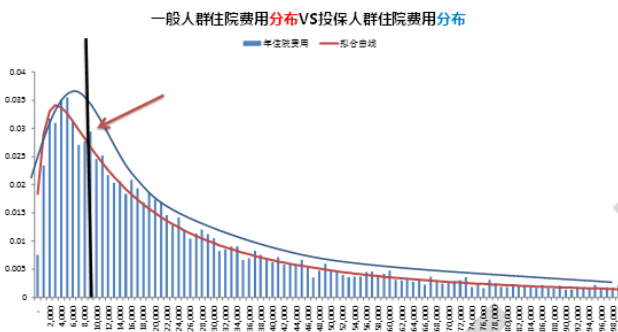
由于市场竞争的需要，各公司对于中端医疗险的定价普遍采用锚定竞品的方式。由于中端医疗产品经营初期缺乏定价基础，一些市场IP级产品针对特定人群的定价不充足，后续跟进的产品也并没有更正这个问题。从当前百万医疗产品的实际赔付经验看，非社保人群和50岁以上人群存在明显的定价不充分，以至于出现年轻人群为高年龄人群融资、社保人群为非社保人群融资的现象。一旦当承保人群的年龄结构、社保非社保人群结构发生不利变化，会导致业务出现亏损风险。另外45岁以上人群健康程度较差，建议线下销售的中端医疗产品引入高年龄体检的规则，可大幅度降低赔付风险。



2.3 过度就医（或医疗行为改变）风险

过度就医风险，或称医疗行为改变的风险，体现在住院费用和住院率两个维度。

购买了商业医疗险的客户，往往更倾向于使用高品质的自费药物和高质量的人工植入材料，更倾向于采用PET-CT、质子重离子、肿瘤免疫等先进的检查、治疗技术，这些都促使投保人群的住院费用相较于一般人群出现了明显偏移，如下图所示。



在产品的设计上，可针对容易诱发过度就医的责任予以赔付比例的限制或直接剔除出责任范围，比如有些产品不保障心脏支架等植入材料费。对于特需医疗这种仅用于提升住院舒适度的责任，尽量设置自负比例或限定入住条件。

2.4 产品的长期风险

从长期来看，百万医疗产品还存在一系列需要关注的风险点，主要体现在如下四个方面。

2.4.1 医疗费用通胀与住院率恶化

近年来，受医疗技术进步、人口年龄结构变化、国民生活方式变化等因素的影响，国内人均医疗费用逐年走高。就国民人口的数据来看，近十年的年人均住院费用通胀和年人均门诊费用通胀都在6%-7%的水平。而对于百万医疗险产品而言，由于免赔额的存在，医疗费用通胀对于赔付成本的影响会被放大。因此，医疗险的长期医疗通胀风险不容忽视。

根据卫生和计划生育统计年鉴近几年的数据，国民人口的住院率也存在持续的自然恶化，2003-2008年平均每年增长12%左右，2008-2013年平均每年增长3%左右。对于百万医疗产品，住院费用的增长也会引起费用超过免赔额的人数的增长，也就是存在免赔额的溢出效应，使得被保险人群住院率的增长幅度会更高。

2.4.2 带病体存续与健康体退保

当前网销渠道或代理人渠道单独销售的中端医疗产品续保率并不理想，在60%上下。一般而言，带病人群对医疗险的续保“粘性”要明显高于健康人群：就被保险人口总体来看，随着时间的推移，带病体倾向于继续投保，而健康体倾向于退保，也就是出现“选择性退保”；同时，首年有过理赔的人群，第二年的人均医疗成本显著提升，导致非健康体持续累积。长期上，受这一大趋势的影响，未来医疗险的赔付率将会出现系统性恶化。当前中端医疗产品的价格水平是基于健康人群构成的风险池确定的，一旦“选择性退保”出现，风险池的人群结构发生变化，就会导致保险成本大幅增加，且这种增加是无法通过调费来弥补的，届时保险公司的唯一选择就是停售产品。

2.4.3 政策风险

国家医疗卫生政策的变化，可能会给商业医疗险带来较大的系统性风险，并且这种风险无法预测。例如，新医改“医药控费”政策的落地，要求公立医院药占比降低到30%左右，医院为了控制药占比，会变相地增加医疗检查费用，从而从另一个方面增加商业医疗险的赔付风险。

2.4.4 医疗技术改革与新药引进的风险

医疗技术的进步与新型药物的引进，都会给商业医疗险的赔付带来风险。例如，低剂量螺旋CT（早期肺癌筛查的重要手段）的普及，CAT-R疗法（针对儿童和成人血液病）的引进，以及针对恶性肿瘤的靶向新药的获批，一方面提高了疾病的检出率和生存率，另一方面也会极大地增加医疗费用。

为了避免上述四个方面的风险点在未来引发较大的系统性风险，一方面，对于长期保证续保的百万医疗产品，其保证续保期限不适合无限制的延长，应限制在合理限度内，3-6年左右为宜，且不建议开发多年共用免赔额的形态，否则风险累计效应会被放大；另一方面，对于一年期产品，网销渠道建议通过互联网运营的方式（如自动续保扣费）来提升续保率，代理人渠道建议和长期主险捆绑销售、共同扣缴保费来提升续保率。对于一些新出现的昂贵药物，用类似市场上特药保险所采用的管理式医疗的模式来管理风险，也可以在一定程度上降低医疗费用增长的风险。

3、商业医疗险风险管理的国际经验

3.1 北美经验

3.1.1 医疗资源利用率与费用的管理

北美的商业医疗险市场，大部分采取管理式医疗的模式：被保险人在使用高费用的医疗资源或手术之前，需要先通知保险公司，取得保险公司的许可后再使用，保险公司直接对接医院（或医疗机构/专科医生）支付，医院与保险公司成为合作控费的利益共同体。这一模式可对医疗费用与医疗资源的利用率起到有效的控制作用，因此可有效管控医疗险的赔付成本。控费的对象包括：医院或保险公司认可的医疗机构、专科医生、昂贵耐用医疗器械、昂贵扫描与放疗技术、美容手术及可替代治疗手段等。

同时，在产品形态上，北美的商业医疗险一般也会设置免赔额和赔付比例，一个较为常见的设置是保险公司赔付80%、被保险人个人自付20%，也可对医疗赔付支出起到一定的管控作用。

3.1.2 逆选择的管理

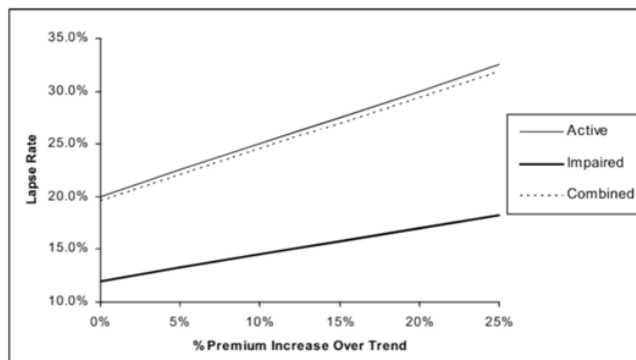
北美的商业医疗险产品，在产品定价时，会建立精细的逆选择模型，考虑逆选择可能发生的不同时间点：投保时、被保期间内、续保或终止时，从而将逆选择效应量化。

一般的商业医疗险产品在核保时会通过详细的健康问卷了解被保险人的身体健康情况，将既往症除外或严格限制承保额度，以此实现对逆选择的控制。由于美国的法律限制非常严格，不如实告知一旦被发现将直接视同欺诈并拒赔，因此被保险人不如实告知的情况很少，健康问卷能够起到有效作用。

政策因素也能起到一定的控制逆选择的效果。2010年3月，美国通过了平价医疗法案（Affordable Care Act, ACA），这一法案要求所有公民购买ACA指定的医疗险，否则会被罚税。而ACA框架指定的医疗险，与一般的商业医疗险不同，要求不能对投保人进行核保，也不能把既往症除外，在一定程度上类似中国的社保。ACA法案公布后，由于民众有了指定医疗险的保障，普通的商业医疗险市场的逆选择被有效降低。

3.1.3 选择性退保的管理

与逆选择的控制类似，针对选择性退保（即带病体存续和健康体退保），北美的保险公司也会通过建立预测性模型来在定价中实现风控。累积逆选择理论模型（cumulative antiselection theory model，即CAST model）是一个常见的用于预测选择性退保效应的模型。如下图所示，模型可将保费增长对健康人群和非健康人群退保率的影响程度分别进行量化。





3.2 韩国经验

与中国市场类似，韩国商业医疗险市场核保风险的一大来源是消费者行为因素，包括信息不对称造成的逆选择、理赔欺诈等道德风险、过度就医倾向等。在产品的核保上，韩国的保险公司主要采取基于赔付率经验分析的核保规则，在核保中考虑人口统计学因素、销售渠道、消费者的既往病史和职业等因素。同时，通过跨行业的信息与数据共享，建立数据驱动的风控模型，对投保人的告知行为进行回顾筛查，严格限制赔付风险高的人群投保。

韩国市场的风险管理也与产品形态的设计相结合。韩国的保险行业以对国家社保体系的详细研究为基础，提出了系统性的产品开发。在这一框架下，保险公司或再保险公司，会对医疗险赔付数据进行分析，通过科学的设置免赔额、赔付比例、责任限额等来控制风险，具体产品设计示例如下表；此外，韩国保险公司也会考虑其他保险对于医疗险赔付的影响，例如同时购买住院津贴定额给付保险和医疗险的被保险人住院天数更长，医疗花费更高。

住院责任	
保额设置	按照每种疾病来设置保额（通常为5千万韩元，折合约30万RMB）。同一原因导致的不同疾病、因不同原因同时罹患的不同疾病、治疗过程中发现的其他疾病均被定义为同一疾病。
赔付比例	使用社保情况下，区分社保内外费用：社保内费用90%，社保外费用80%；未使用社保情况下：赔付40%。
门诊责任	
保额设置	300K韩元/次，每个保单年度限180次。
免赔额	诊所1w韩元；普通医院1.5w韩国；高级医院2w韩元；药房8k韩元。
赔付比例	对于脊柱徒手理疗、注射等过度就医责任设置赔付比例。

二、健康管理服务研究

1、研究背景

1.1 健康管理服务的市场定位

与保险相结合的健康管理服务起源于20世纪60年代的美国，此后在欧洲、日本也逐步发展。

从国际经验来看，保险产品的健康管理服务市场定位与医疗体制密切相关，而不同医疗体制的核心差异在于对公平与效率的倾向程度。英联邦和美国的医疗体系可以视作分别对公平与效率存在倾向的两个极端案例。以英联邦（英国、澳大利亚等）国家为代表的医疗保障体系，其福利性质很强，政府是医疗费用的主要支付方，重点在于实现社会公平，但英联邦国家的医疗体系的服务效率较低，因此健康管理服务的切入点是提高医疗服务效率；而美国的医疗费用的主要支付方是商业医疗保险，商业化运作使其医疗体系效率较高但费用上升极快，因此，控制医疗费用并达成医疗体系中各方利益的长期均衡是美国健管服务的核心。

1.2 我国健康管理服务发展现状

保险产品搭配健康管理服务的模式在国内逐渐流行，根据《2018中国商业健康保险发展指数报告》的调研结果，85.7%的保险公司会为健康险客户提供与产品配套的健康管理服务，至2019年，主力公司的核心健康险产品几乎都已搭配增值服务，包括绿通、导医导诊、体检筛查等。

我国健管服务的发展源于保险市场竞争的推动，一方面，健康险市场规模及产品近年发展迅速，产品形态的演进空间逐渐缩小，而健管服务作为产品的补丁，发挥了提高产品保障水平和差异化程度的作用；另一方面，随着市场竞争愈发激烈，产品形态的走向偏激进，许多与医疗实务发展相关的风险逐步暴露，这使得产品的风险管理需要从多领域入手，而特定的健管服务，比如特药，有助于保险公司降低和转移健康险的风险。

从客户角度而言，健管服务从最初的绿通、导诊，扩充到目前比较新的特药和护理，尽管健管服务的成本、保障的充分程度在提高，但除了特药的市场反响较热，客户对于大多健管服务的感知度和接受度不强；而在保险公司层面，借助健管服务降低风险的探索也仍处于起步阶段，其成效尚需时间验证。

我国健康管理服务正处于与保险结合发展的初期，研究国际的发展经验，有助于深入地理解健康管理服务的本质并把握其未来发展的方向。

2、国际健康管理服务研究

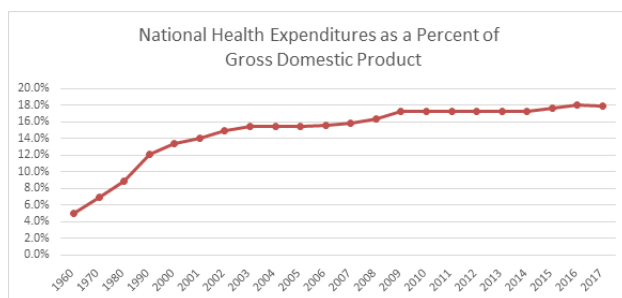
2.1 美国管理式医疗

美国的健康管理服务体系的核心是管理式医疗（Managed care, MC），这是追求将医疗服务供需两端在风险和利益上都形成捆绑的运营模式。医疗服务的需方（保险公司）事先将协商的保费支付给医疗服务的供方，医疗服务的供方由此承担过度医疗支出的风险、享受结余的利润，从而实现保险公司与医院、医生的风险共担、利润共享。

2.1.1 管理式医疗的发展历程

1960s—1970s：医疗费用支出剧烈上涨

美国国会于1965年正式通过了医疗保障计划（Medicare）和医疗救助计划（Medicaid），自此，政府也加入了原本已包含商业保险和雇主等的医疗费用支付方，第三方支付的模式助长了医疗费用不必要的增加和过度医疗；此外，美国的医疗技术进步快速，进一步加剧了医疗费用的膨胀。自1960至1970，美国的医疗卫生支出占比GDP从5%上涨到6.9%。需要改变医疗服务的体系以遏制医疗费用的上涨。



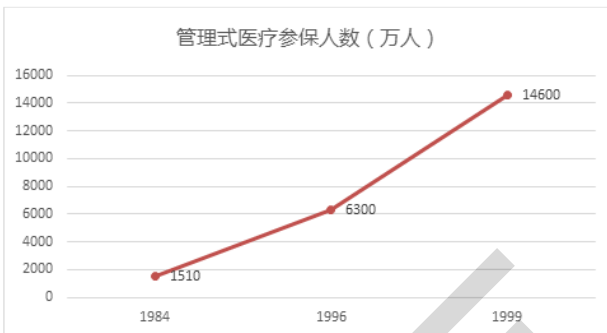


1970s—1980s: 《健康维护组织法案》出台

1970年以后, 医疗费用仍保持高速增长, 引起了社会各界关注。1973年, 美国联邦政府正式出台《健康维护组织法案》(Health Maintenance Organization Act), 新型的管理式医疗组织HMOs, PPOs也应运而生。

1990s: 管理式医疗发展的成熟期

HMOs和PPOs在20世纪80至90年代快速扩张, 趋于成熟, 逐步取代了传统的费用补偿型医疗保险。这一阶段的MC发展主要有以下三个特点:



并购频发

管理式医疗组织 (Managed Care Organization, MCO) 的竞争十分激烈, 小型MCO的折扣弹性、议价能力严重受制于分支机构数量和服务水平, 因此与规模较大、分支机构众多、技术水平更高的大型MCO相比, 很难获得大客户公司的青睐, 生存环境十分艰难。长此以往, 诸多小型MCO逐步被收购、吞并。

营利组织出现

MCO的巨大盈利空间被发掘, 一些初期非盈利的组织开始转向营利方向发展, 如当今美国健康险巨头安森 (Anthem) 的前身WellPoint, 始于1982年与加州的非营利的蓝十字计划, 至1993年, 蓝十字计划将其管理式医疗业务分离, WellPoint上市; 此后, WellPoint向营利转变, 至1996年, WellPoint完全进入了营利的运营模式。

出现新型管理式医疗组织

在HMO和PPO之外, 更多形式的管理式出现, 包括结合了PPO与HMO特点的额外点服务组织 (Point of Service, POS), 定点服务组织 (Exclusive Provider Organization, EPO) 和提供特定专科服务的特殊医疗服务组织 (Carve Out Organization, COO)。

2.1.2 主流管理式医疗的介绍

HMO—健康维护组织

HMO是最早的管理式医疗组织, 其组织了固定的医疗网络, 并且要求参保成员必须在固定的医疗网络内就诊。此外, HMO采用了全科医生制度, 非急诊外, 病人在转入专科、住院治疗之前, 需经过全科医生 (Primary Care Physician, PCP) 的引荐。HMO的限制较严格, 也因此费率较低。

PPO—推荐医疗组织

PPO是相对HMO对参保人限制更宽松的管理式医疗组织形式。首先, PPO允许参保成员在网络外就医, 并且也无须PCP首诊 (但仍需要Pre-Authorization以验证医疗服务的必要性)。PPO的灵活性决定了其费率更高。

POS—额外点服务健康组织

POS旨在结合HMO与PPO的特点以解决管理式医疗模式下医疗服务供需方的矛盾——自由就医与医疗控费。POS允许客户使用网络外的医疗服务 (类似PPO), 但又要求参保人员先通过PCP问诊 (类似HMO) 方可接受其他医疗服务。POS的费用相对较高。



2.1.3 健康管理服务的中美对比

美国的管理式医疗体系囊括了就医前的保健、筛查，就医中的导诊、治疗，就医后的药品和护理服务，是一套完整的闭环。中国的健管服务，目前来看，实质是对美国管理式医疗体系所形成的完整闭环的各个环节的剥离，以解决当下医疗体系中各类低效率、可控制度差（发展不成熟、缺乏统一标准、普及度低）的问题。

导医导诊

我国的导医导诊服务实际是美国管理式医疗中全科医生问诊制度的服务化剥离。我国目前尚无分诊制度，病患往往根据经验判断病症应属的专科范畴然后挂专科号检查，因此诊断不明、效率低下的问题普遍存在。

美国全科医生的分诊制度，一方面是医疗保险的控费关卡，另一方面也客观提高了分诊的准确性。并且全科医生自身也足以应付常见病。在美国，备受重视、成熟的全科医生培养体系为全科医生制度提供了人才基础。

院后护理

国内护理产业相对落后，根本原因是缺乏资本的涌入，这导致了实际中护理专业人才匮乏、护理标准的研究尚不充足，进而致使护理人才培养和整个产业的落后。目前，尽管国内已有一些机构投身于院后护理产业，并希望与保险产品结合，但是，保险公司、医院和医生、护理机构之间尚未能形成稳固的合作机制，服务可能仅仅流于服务本身，缺乏与保险的深度融合。

美国管理式医疗下，从医疗服务的支付，到对于病人住院的疗效及院后的管理通常紧密结合。医院与护理院构建合作关系，对于出院的病人，医院会向护理机构提供详细的出院指导。医疗和护理服务的支付方保险公司（如LTC产品）和联邦政府对于医院和护理机构存在制约的效力，如美国的medicare非常看重再住院率，对于再住院率较高的医院，会予以处罚。

特药

国内的特药服务的运营模式旨在构建保险公司和供方的合作框架，为客户提供更稳定的特药供应渠道。由于处方外流，医药分开在推行，院外购药逐步放开，而这部分外购药“合理且必要”的属性使得保险公司在实际理赔中往往予以报销。这实际上造成了保险公司对赔付成本的管控能力下降。并且，病人院外购药和保险报销过程也并非总是一帆风顺，特药供应的稳定性和费用对于客户而已都不够友好。从药品供应端（药厂以及药店、服务商）本身而言，也需要触达更多的患者。

基于此，将特药服务开发为保险产品，一方面保险公司将风险敞口较大的外购药责任转移给特药服务商，同时通过更稳定的特药供应服务客户；另一方面药品供应商通过特药服务与保险捆绑，获得了一批稳定的客源，已实现药品成本的摊销。

特药保险的设计思路借鉴了美国的药品福利管理（Pharmacy Benefit Management）。PBM最初的目的是平衡支付方（medicare）、供应方、医生、医院和患者的利益，在维持疗效的前提下，降低药品费用。药店会根据PBM对药方有效性的评估结果为患者配药，从而实现了过度或不当用药现象的改善。PBM融于保险产品，在自身营利的同时，也帮助保险公司控费、帮助药房获取客户、帮助患者提高疗效。

PBM的利润主要来源于药品差价、药房返点和保险控费的服务费。PBM为参保人指定药房，并由此向药房争取折扣。在药品销售过程中，PBM直接以折扣价与药房结算，进而从保险公司处赚取差价；此外，PBM可以将药厂的药品加入保险的药品清单，以此获得药厂的返点；另外，由于PBM可以影响药房的最终配药，能实现控费，其对保险公司也会逐单收取控费的服务费。

但是PBM的盈利模式和医药流通自带的高利润属性，决定了其经营理念最终向逐利靠拢，美国保险公司借助PBM控药费的效果也因此日渐式微。

我国的特药服务类似于美国健康管理体系中PBM环节的剥离，但与美国PBM不同的是，我国医药分离的制度尚未形成，大比例的药品供应仍在院内；此外，特药服务方兴未艾，其保障深度和广度尚不及PBM，而保险公司依靠流量处于较强势的地位。特药服务在当前政策下，会带去更多福利给保险公司和客户、有效剥离出特定癌症的药品风险，也为客户提供了特药可及性和支付问题的解决方案。

2.2 英国健康管理服务

英国的全民医疗体系和全科医生制度下，病人就诊需要先经过全科医生问诊方可转诊，但是全民医疗体系下，英国线下问诊的承载量不足，全科医生的预约时间过长，2018年英国的GP Patient Survey数据显示，30%的病人预约全科医生的等待时间大于一周。因此，无论是英国政府还是保险公司层面，构建健康管理服务体系的核心都是通过医疗服务的信息化以解决医疗服务效率低下的问题。

英国主流的运营模式是医疗险搭配信息化服务，信息化服务中，最主流的是全科医生在线问诊（digital GP），线上全科医生问诊的诊断意见和处方与线下具备同样的效力，这一服务在英国非常受市场认可。Avivia、Vitality、Cigna等知名健康险公司都为其医疗险搭配了在线问诊的服务。

此外，英国最大的商业医疗险公司Bupa的重资产运营模式，整合了护理院、医院、体检机构等多项医疗资源，形成完整的健康服务产业链，实现了以保险作为支付方，以自有的医疗服务资源输出融合了前端体检筛查、中期诊疗、院后护理为一体的服务体系，既提升了效率，也控制了费用。

英国还有以Vitality为代表的通过干预被保险人健康行为以降低未来理赔的健康管理服务，其核心是对客户的运动提供物质激励，如apple watch、高端健身卡等，来培养被保险人的健康习惯。

3、健康管理服务研究总结

我国的医疗体系下，医保和商保的支付比例介于英国和美国之间，预计随着医疗费用通胀及技术的进步，未来商保支付比例会提高，这将强化健康管理服务对医疗控费和提高保险保障效率的意义。

但是，健管服务的发展需要尊重一国的医疗环境，应避免盲目照搬先进经验。美国的管理式医疗存在的前提是商保为医疗费用的最大支付方，而我国医疗费用的最大支付方为社保，这种根本性差异决定了健康管理服务和保险产品融合的方式应该是不同的。

我国各地区的医疗政策和实操的差异也较大，考虑地区差异的区域化健管服务或许是健管服务发展的突破口。



三、长期护理保险国际经验研究

1、全球代表性长期护理保险市场

1.1 美国的长期护理保险

美国的长期护理保险起源于20世纪70年代，是长期护理保险出现最早的国家，也是目前全球商业护理险最发达的国家。美国长期护理保险给付以提供服务的报销为主。在美国，长期护理费用通常有3种承担模式：个人承担、公共财政支持和私人商业保险。但是通过私人商业保险方式应对长期看护风险的占比很小，截至2010年末，只有700万人左右支付了不足110亿美元的长期护理保险保费。因此，为缓解财政压力，美国政府正通过政策激励引导民众购买商业长期护理保险。

（一）人口老龄化程度不断加剧

美国老龄化程度不断加剧。据预测，美国战后的婴儿浪潮一代——出生在1946和1964 之间的7820万人，正在快步进入老年阶段，未来20年将是人口老龄化的爆发期。2014年，65岁以上人口已达到4500万，占总人口的14%，并且科技和医学的进步延长了人们的预期寿命，发生各种慢性疾病和残疾的概率大大增加，从而导致老年人的长期护理需求显著增加。据估计，美国65岁人口的预期剩余寿命为17.6年，其中有68%的人需要接受长期护理。

（二）社会文化导致家庭提供长期护理服务能力下降

随着家庭核心化趋势日益明显，家庭提供的长期护理服务逐渐不足。美国家庭通常是核心家庭，即由夫妻两人及其未婚子女两代人组成的家庭。子女一旦年满18岁，就要离开父母独立生活。与年轻人一样，老年人也必须遵守独立、自立的个人主义精神。所以，美国老年人必须为自己的养老和护理承担费用。随着美国家庭的核心化趋势日益明显，也使得老年人独居和与配偶同住的现象逐渐增多，因此，老年人生活照料变得不能仅仅依靠子女完成。

此外，一般而言传统的家庭护理将由妇女完成，但是随着现代化的不断发展，妇女已经不再仅仅局限于家庭当中，而是走出家庭开始就业或参与更多的社会活动。家庭小型化、家庭非正式护理的缺位，急切需要正式护理力量的介入。

（三）美国长期护理保险制度

美国采用社会保险为主，商业保险为辅的复合型保障模式。社会保险以Medicare（医疗保险计划）和Medicaid（医疗补助计划）两大社会医疗保障计划为主。根据美国国家医疗费用统计（National Health Expenditures），2017年医疗支出主要来自：私人商业医疗保险支出为1.2万亿美元，占医疗总支出的34%；Medicare支出为7059亿美元，占医疗总支出的20%；Medicaid支出为5819亿美元，占医疗总支出的17%；自费的总支出为3655亿美元，占医疗总支出的10%。

由此可见，美国的公共保障计划在长期护理保险体系中占据重要地位，是解决失能老人护理服务需求的重要方式。商业保险主要由完善的保险市场因需求而自行发展，并通过政府和监管机构制定相关法律法规规范保险市场，对购买商业保险实施税收优惠等措施鼓励市场自我完善，提供高效率的保险服务。

（四）美国长期护理公共保障计划

1、Medicare（医疗保险计划）

Medicare是由美国联邦政府针对65岁以上的老人或者符合一定条件的65岁以下的长期残障人士或晚期肾病患者开展的医疗保险计划。同时，申请人必须是美国公民或永久居民，且申请者本人或配偶已向国家缴纳医疗保险税10年以上。Medicare已成为美国一项较为健全的社会保障制度。

Medicare包括四个部分：住院保险（Part A）、补充性医疗保险（Part B）、医保优势计划（Part C）以及处方药计划（Part D）。Part A是强制性保险，资金来源于工薪税和联邦政府，无需被保险人额外缴纳保费。Part A主要覆盖患者住院费用、专业护理费用、家庭保健服务费用（主要是急性医疗服务）以及晚期病人收容所护理费用等。Part A给付护理费用的条件为被保险人住院3天以上，且在被认证的护理院中接受必需的专业护理服务，Medicare支付不超过100天的护理服务费用。Part B是针对符合Part A条件的投保人开发的自愿性保险，覆盖范围是住院保险未覆盖的项目，以门诊项目为主，主要包括门诊的医生和护理服务、康复治疗和家庭健康护理服务费用等。Part B给付护理费用补偿金的条件为：被保险人在出院14



天内需要在家中或Medicare的定点家庭健康护理机构接受治疗所必需的健康护理服务。2018年，Medicare为6000万名65岁以上、残疾或患有晚期肾病的被保险人提供医疗保险。综上，长期护理保障主要由Part A和Part B组成，并且Part A的护理期限较短，不能满足失能老年人的长期护理需求。另外，Part B要求投保人必须要遵守“治疗必需”的原则，也不能提供真正意义上的长期护理服务。

2、Medicaid (医疗救助计划)

Medicaid是美国州政府为低收入个人或家庭提供免费医疗护理援助的计划。目前，美国老年人长期护理服务使用者中约30%的人享受医疗救助待遇。

Medicaid 的覆盖对象有严格的收入水平限制，符合要求的人群分为以下几类：家庭低收入者、患有需要护理类疾病的未成年人、低收入孕妇、低收入残疾人和65岁及以上的低收入老年人。Medicaid的资金来源于联邦政府和州财政，其中联邦政府财政承担一半以上的出资责任，并根据各州不同的贫困线对各州进行资助。Medicaid可以对医疗护理费用进行补偿，包括因慢性疾病或意外伤害导致的长期护理费用。Medicaid覆盖范围包括护理院护理和家庭健康护理服务的费用，联邦政府对各州医疗的援助资助是通过向提供长期护理服务的运营者提供补贴。2018年Medicaid总支出为4076亿美元，其中用于老年人长期照护的支出为占比为16%。因此，Medicaid在美国老年人长期护理体系中具有重要的作用。

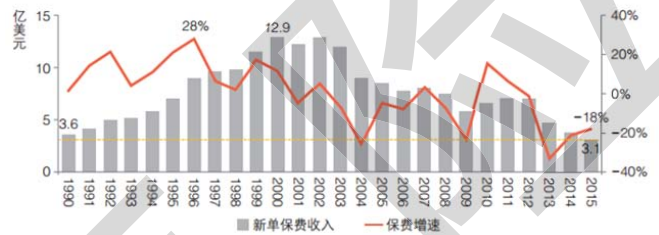
(五) 美国商业长期护理保险

在发达国家中，美国是唯一没有提供全民医保的国家，其只对老年人、残疾人、穷人、儿童、现役军人、退役军人等特殊群体提供公共医疗保险计划，而其他人的医疗保障完全由市场解决。

1、发展历程

美国的商业长期护理保险起源于1974年，最初只提供疗养院护理的保障，上市以来一直处于缓慢发展的阶段，截至1996年共售出不足500万份保险。1996年，美国出台联邦健康保险可转移及说明责任性法案（简称 HIPAA），根据法案条款规定，购买商业长期护理保险的个人和企业，如符合条件，可享受税收优

惠。此后商业长期护理保险得到迅速发展，但是进入21世纪后，随着经验恶化以及保费增加的原因，尽管美国民众对于商业长期护理保险的需求很大，商业长期护理保险的销量依然呈下降趋势。



美国传统长期护理的发展历程如下表所示：

年代	覆盖的服务	触发给付条件	核保手段	特征
1970s	疗养院护理	住院3天	基础程序	产品结构单一
1980s	增加家庭护理和通胀选项 (保额递增)	增加认知性损伤	基础程序+医疗记录	随着竞争强度的增加，产品的保障和保额迅速增加
1990s	增加生活协助 (Assisted Living)	ADL 触发条件	认知筛选	经验积累缓慢，产品风险状况增长；运营商的风险暴露加深，风险被低估
2000s	服务整合与创新 (护理协同、婚姻折扣等)	ADL 触发条件	风险分类 (血液与实验室结果)	担忧开始浮现；收益缩减，保费增加，使用新的假设

(1) 产品形态

传统长期护理保险产品有以下特征：

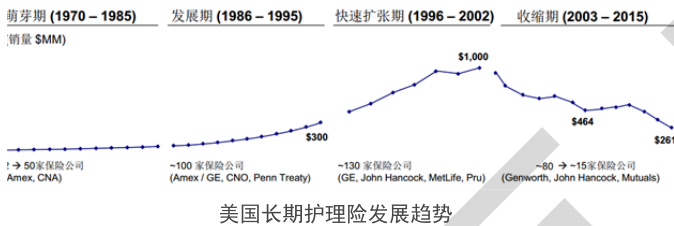
- ① 独立主险；
- ② 收费方式：平准保费，保费可调整；
- ③ 给付条件：发生6项日常生活活动 (Activities of Daily Living, 简称ADL) 不能完成2项或者出现认知性损伤 (cognitive impairment)；
- ④ 保额递增：NAIC要求保险公司必须提供抗通胀选项，常见的设计是保险金给付每年以5%的复利增长；
- ⑤ 给付类型：保险金可通过定额给付，也可通过费用补偿型给付；通常会给定一个给付期限（比如给付期3年）是主流；或者规定一个总保额，保险责任直至保额全部给付时终止；
- ⑥ 观察期：一般为30天到90天；
- ⑦ 现金价值：由于免税的要求，此类产品通常没有现金价值。

承保年龄	18-85岁
护理金给付责任	费用报销型 (也有定额给付型，但申请人必须能提供已接受护理服务的证明)
护理金给付年限	1/2/3/4/5/6年 (可选)
护理金增长幅度	每年3%或5%递增
LTC 状态认定标准	失能 (通过 ADL 表) 或认知功能障碍
LTC 状态认定机构	通常保险公司雇佣护士或者 TPA 进行评估



(2) 产品销量与推广难题

从美国长期护理保险的发展历程来看，商业长期护理保险经过多年的运作仍然只是一个很小的市场。1996年-2002年，美国长期护理保险经历较快速增长，主要原因是美国政府的税收支持。自2002年后，随着经验逐渐恶化以及伴随着保费的上涨，长期护理保险的销量出现大规模收缩。从趋势看，美国传统的单一责任商业长期护理保险（stand-alone LTC）业务出现较大程度的萎缩。根据LIMRA的统计数据，在2002年以前，美国商业长期护理保险规模持续增长，自2002年之后，新单业务逐步下滑，2015年新单件数约为12.2万件，新单保费收入也仅为2002年峰值的26%，与1990年相比也下降近14%。



截至2015年，仅有10%的65岁以上人口购买了商业长期护理保险，传统型长期护理保险推广困难主要有以下原因：

- ① 长期护理保险效用偏低：虽然理论上美国民众对于商业长期护理保险的需求很大，但是这种需求并不是有效需求；产品有“Use it or lose it”属性；
- ② 公共医疗的挤出效应：大多数消费者选择就是不购买商业长期护理保险，而是直接申请公共保障保险（Medicare & Medicaid）。社会救助将很多拥有一定数量财产，本有能力购买商业长期护理保险的人排除在市场以外，挤出了很大一部分对商业长期护理保险的需求。
- ③ 保费昂贵超过承受能力：长期护理保险通常价格昂贵（年交保费在4000-8000美金），价格昂贵使得购买决策异常复杂和艰难；
- ④ 有其他更好的选择：与其他迫在眉睫的支出相比，投保人更愿意通过投资来筹集长期护理基金，或者购买人寿保险为子女留下一笔遗产。

(3) 经验恶化与风险爆发

美国长期护理保险经验恶化主要由于以下几个方面：

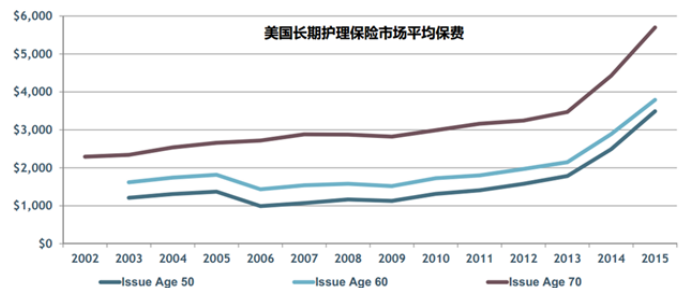
第一，退保率被严重高估。由于长期护理保险通常没有现金价值，是典型的退保支持型产品。精算人员高估的该产品的退保率，通常假设10%的终极退保率，但实际的退保率低于2%，因此超过预期的人没有退保，并且有超过预期的人可以获得给付，从而导致损失增加。

第二，市场长期处于低利率环境。由于长期护理保险产品久期长，即使在美国这样拥有发达债券市场的国家中，久期匹配也很难达成。并且由低利率时期带来投资收益率的下降，使得保险公司由于对未来投资收益的过分乐观，设定了过低的保费，进而危及长期财务平衡。

第三，人口老龄化导致赔付率增加。最初精算师厘定长期护理保险的保费时，由于缺乏经验数据，模仿残障失能收入保险的经验来建立模型。由于残障险通常是用于保护退休之前的工作收入，退休之后就用了不到了，但是长期护理险成本曲线更为陡，一般平均在被保险人80岁左右开始支付保险金，人口老龄化导致未来偿付增加，保险公司很难分散长期护理赔付风险。因此，由于赔付率的低估，进一步导致了美国长期护理保险经验的恶化。

(4) 长期护理保险保费上升

在行业错误定价的大环境下，保费上涨将不可避免。并且随着保费上涨，健康的承保人认为保单价值下降而退保（selective lapse），导致产品赔付经验进一步恶化，使得保险公司被迫再次涨价，从而导致新一轮的恶性循环。



为了降低长护险的赔付风险，保险公司对于长护险的形态做了如下调整：（1）极大缩短给付期间，由终身缩短为3-5年；（2）取消抗通胀条款（保额递增条款）；（3）增加给付等待期，进入LTC状态后需要持续180日；（4）增加现金价值，以提高退保率（对于退保支持型产品，健康客户退保率越高，保险公司风险越低）。

3、长期护理保险困境解决方案

由于受到经验恶化和保费上涨的影响，近年来美国长期护理保险新单持续出现负增长。2015年，美国有效长期护理保单约为720万件，覆盖率仅为2.24%，年缴保费收入约为124亿美元。为应对日益增长的人口老龄化风险，缓解公共财政压力，行业正积极探索突破商业长期护理保险发展困境的创新路径，提供多种创新型商业长期护理保障产品，主要提供以下解决方案：

（1）万能型长护险

万能型长期护理保险（Universal Long-Term Care Insurance）是新型长期护理保险的一种重要形态。被保险人所交保费进入万能账户，保险公司按月收取风险保费和其他管理费用。此类产品对于投保人有三方面吸引力：一是可灵活缴费并享受投资收益；二是可以按照自然费率缴纳保费，初期保障成本较低；三是可以自由设置保障水平、给付年限等，责任灵活。而对于保险公司，万能型产品可以与投保人共担投资风险，并且有权根据经营经验调整（包括增加）长期护理责任费率，使经营风险得到有效控制。

（2）长期护理与其他保险责任结合

近年来，美国市场上包含长期护理责任的“组合型”产品逐渐占据主导。其中，死亡责任和长期护理责任结合（Life-LTC Combination Products）型产品占有很大市场份额。相比于单一责任的传统长期护理保险，组合产品的责任更丰富，保单利益更确定，可以迎合更多消费者的需求。同时，利用死亡风险和长期护理风险的对冲，保险公司可以在更大程度上降低经营风险，从而降低产品价格。组合型产品能够从根本上破解商业长期护理保险的经营困境。2016年，美国个人组合型人寿保险产品对个人业务新单保费中约占22%，其中，组合长期护理责任的产品占据了64%的份额。



一类产品是通过寿险和长期护理附加险组合的形式，将长期护理保障捆绑在人寿保险之上，根据主、附险的关系不同，分为提前给付型（Acceleration Benefit Rider，简称ABR）和额外给付型（Extension of Benefit Rider，简称EOB）两类。提前给付型组合产品由长期护理附加险与主险共用保额，额外给付型组合产品是在主险之上叠加长期护理保障。

另一类创新形式是以年金和提前给付型（ABR）长期护理作为附加险的组合。此类产品的主险为万能递延年金、变额递延年金、数型递延年金。长期护理的部分作为附加险，在满足长期护理给付资格时可以提前给付主险账户价值。此类产品使得利润对发生率和退保率的敏感性降低，从而降低了保险公司的风险。

典型的长期护理险和寿险的组合示例如下图所示：





产品实例——AXA BRIGHTLIFE® GROW:

主险	AXA Indexed universal life
附加险	LTC 服务作为附加险；是提前给付型的人寿保险产品，可用于支付符合资格的长期护理费用。每月给付是长期护理开始时长期护理指定金额的一个百分比。护理金额减少死亡保额，但不减少主险现金价值。
LTC 保险给付方式	按月给付，每月给付额度可选择当前 DB 的 1%、2% 或 3%；提前给付额度上限为身故保险金的 20%-100%，可自由选择。
观察期	90 天或 60 天
LTC 触发条件	无法完成 6 项 ADLs 中的 2 项，或严重认知损害； LTC 保险金的扩展触发条件： 贫血症 (Anemia)、关节炎 (Arthritis)、II 型糖尿病 (Type II diabetes)、前列腺癌 (Prostate cancer)、睡眠呼吸暂停综合征 (Sleep apnea)、哮喘 (Asthma)、心脏病发作 (Heart Attack) 和抑郁症 (Depression)。

(3) 产品创新前沿

北美精算师协会 (SOA) 牵头成立了一个由长期护理保险专家组成的智囊团，旨在将创新思维引入长期护理保险市场。专家组近期制定两个新的长期护理保险产品概念：分别为 Life-Stage Protection 和 Retirement Plus。消费者对这两款概念产品显示出浓厚的兴趣，但由于在相应监管和税法修改生效之前，这两款产品暂时无法进入长期护理保险市场。以下是这两款产品的基本介绍：

产品名称	产品特征	受欢迎的原因
Life-Stage Protection	前期作为定期寿险，后期转为长期护理保险。该产品涵盖长期护理保障，保障水平从 10 万美元至 30 万美元不等。对于 43-47 岁的男性，每月保费从 63 至 186 美元不等。	能够尽早以较低的保费水平锁定长期护理保险，从而让消费者获得更高的福利水平。57% 的消费者认为这个产品概念非常适合他们未来长期的护理需求。49% 的消费者对该产品有进一步的兴趣。
Retirement Plus	类似于 401(k)/IRA 退休计划，但是有长期的医疗保险嵌入其中。该产品提供长期护理保险保障，水平从 10 万美元至 20 万美元不等。对于 43-47 岁的男性，每月最低供款从 119 至 225 美元不等。	消费者都希望获得额外的资金，以便在储蓄和投资账户耗尽时支付长期护理费用。对 75% 的消费者来说，死后将退休基金转移给受益人的特征也颇具吸引力。61% 的消费者认为这个产品概念非常适合他们未来长期的护理需求。48% 的消费者对该产品有进一步的兴趣。

1.2. 韩国的长期护理保险

(一) 人口老龄化程度不断加剧

韩国 2000 年人口老龄化率超过 7%，进入老龄化社会；2018 年人口老龄化率达到 14%，进入老龄社会。在韩国，长期护理保险制度全称为“老年人长期疗养保险制度”，专门为 65 岁以上高龄或身患老年疾病 6 个月以上、生活无法自理的老年人提供长期护理给付。韩国健康保险制度主要侧重于医院治疗，而长期护理保险制度主要侧重于居家护理和机构护理。假如老年人需要接受治疗和护理，则可以同时获得健康保险和长期护理保险双重给付。

(二) 韩国长期护理保险覆盖人群

韩国《老年人长期护理保险法》规定韩国长期护理保险的参保对象与医疗保险一致，覆盖全体国民。但是享受待遇对象的范围比较窄，包括 65 岁及以上的老年人，以及不满 65 岁但患有脑出血、脑梗死、痴呆症等老年疾病并需要长期护理的服务者。

韩国长期护理保险制度适用对象	
区分	适用对象范围
适用对象	患有老年疾病的国民
缴纳保险对象	18 岁以上缴纳国民健康保险者
有资格申请长期护理保险人员	65 岁以上或 65 岁以下患老年疾病的国民
领取长期护理给付	65 岁以上或经护理评级委员会认定为 1~6 级的 65 岁以下患老年疾病的国民

(三) 韩国长期护理险社会保险制度

韩国长期护理保险的筹资方式主要社会保险模式为主，长期护理保险与医疗保险共同基于工资征收，由国家医疗保险服务 (National Health Insurance Service) 集中征缴。个人和雇主各负担 50%，缴费额 = 参保对象缴费工资 * 国民医疗保险缴费率 * 系数，正式雇佣者的照护保险缴费率为工资的 0.38%，雇员和雇主分别缴纳 0.19%，自雇者的缴费率根据其资产情况、收入、年龄等多种因素综合确定。

在韩国，确定护理等级的指标共包含 5 大类和 52 个小项，护理等级共包括 5 级。通过基于 ADL 的调查，由地方的评估委员会来确定受益人的失能等级和资格。

根据韩国《老年人长期疗养保险法》规定，护理保险给付所需费用，由护理保险承担 60%，国家及地方财政负担 20%，使用护理保险的老年人负担 20%。使用居家护理服务，个人需承担 15%；入住护理机构享受服务，个人需承担 20%。



类别	服务方式	服务内容	备注
居家护理服务	上门照料	专业护理员访问老人家庭，帮助老人进行身体活动（洗浴、排便、洗头、更衣等）及家务活动（烹饪、购买生活用品、打扫、整理等），从而减轻家庭护理负担。	13540 韩元/半小时
	上门洗浴	专业护理员带洗浴设备访问老年人家庭提供洗浴服务。	使用洗浴车辆费为 72540 韩元/次； 只用澡盆洗浴费用为 40480 韩元/次。
	上门护理	专业护理员接受医生指示，访问老年人家庭，提供护理、辅助性诊疗、护理咨询或口腔卫生服务等。	30 分钟以内:34330 韩元， 30-60 分钟: 43060 韩元， 60 分钟以上: 51810 韩元。
	昼夜护理	在 1 天当中选择某个时间段将老年人接到昼夜护理设施，帮助老年人活动身体，并为提高或维持身心功能向老人传授护理知识。	最高 63070 韩元/12 小时
	短期护理	在 1 个月内选择 15 天时间，将老年人接到护理机构，帮助其活动身体，提高或维持身心功能。	最高 52830 韩元/天
	其他	护理保险给付以外的服务，主要对象为那些需要咨询、指导及帮助的老年人。	费用为个人负担。
设施护理服务	老年护理机构	向入住老年人提供饮食及日常生活服务的设施。	取得护理评级的老年人可以长期入住老年护理设施。
	共同生活家庭	向老年人提供家庭般的居住条件、饮食及日常生活便利。	
现金给付	对住在偏远山区或渔村的居家护理老人，向其家属提供特别现金给付。		

韩国长期护理保险提供的服务

（四）韩国商业长期护理险保险概况

2006 年单一责任的传统长期护理保险产品退出市场之后，捆绑了死亡、疾病等责任的组合型产品取得了很好的市场表现。在 2008 年上市之初，月销量将近 40 万单，达到传统产品累计销量的 13 倍。目前，在韩国市场长期护理保险产品主要分为社保链接型和独立型长期护理保险。

（1）社保链接型长期护理险

公司	韩国三星人寿	
主险	长护一次性给付金 (护理等级 1-2)	保额的 90%
	身故保险金	
	-长期护理给付前	保额的 100%
	-长期护理给付后	保额的 10%
	长护生存金 护理等级 1-2 后每 5 年给付一次，至多 5 次	保额的 10%
附加险	<ul style="list-style-type: none"> 意外死亡 癌症确诊 脑中风 	
保险期限	终身	
投保年龄	15-65 岁	

(2) 独立型长期护理险

类别	韩国教保人寿		韩国大都会人寿	
主险	确诊严重痴呆症或残疾	保额的 25%	确诊严重痴呆症或残疾	保额的 200%
	生存责任 1: 确诊后每月给付一次 保证给付 5 年, 最长 10 年	保额的 5%		
	生存责任 2: 确诊后每 3 年给付 1 次, 最多给付 3 次	保额的 15%		
	满期保险金	保额的 25%	满期保险金	保额的 50%
附加险	意外死亡		死亡	
	癌症确诊		意外死亡	
	脑中风、AMI 确诊		意外住院	
保险期间	至 85/90 岁		至 85/100 岁	
投保年龄	40-70 岁		40-70 岁	

(3) 独立型长期护理险衍生产品：失智保险

公司	韩国 DY 人寿	
主险	身故保险金	保额的 100%
附加险	确诊为严重痴呆症	保额的 20%
	确诊为中度或轻度痴呆症	保额的 2%
	观察期 2 年	
	癌症、中风、急性心肌梗塞确诊 手术、住院	
保险期限	终身	
投保年龄	45-75 岁	
核保	简易核保、4 条健康告知	

1.3. 日本的长期护理保险

(一) 人口老龄化程度不断加剧

日本是世界上老龄化速度最快的国家，并且还存在着家庭护理功能弱化、原有的老年保障制度存在弊端等社会问题，由此而出现的社会对长期护理服务的极大需求受到社会的重视。日本自 21 世纪初开始建设长期护理保险制度，目的是减轻高龄老年人的长期护理服务负担。至今日本长期护理保险制度已经实施将近 20 年，形成了比较成熟的保险机制。

(二) 日本长期护理保险覆盖人群

2000 年 4 月，日本开始实施《护理保险制度》，长期护理保险正式加入社会保险体系。它由地方政府来管理。其保险费 50% 由中央政府（占 25%）和地方政府（占 25%）财政负担，50% 由国民负担。国民缴纳的保险费中，66% 来自于 40—64 岁人员，34% 来自于 65 岁以上人员。

日本《介护保险法》规定年龄在 40 岁及以上的全体国民参加长期护理保险并要缴纳一定的保险费。65 岁以上人口随时可申请给付，40—65 岁的群体只有在患有阿尔兹海默症、中风等 15 种慢性疾病造成失能才可以享受给付待遇。

(三) 日本长期护理保险制度

日本长期护理保险采用强制政策，被保险人被分为两类。第一类称为第 1 号被保险人，是指 65 岁及以上的老年人。其缴纳与自己收入水平相对应的固定金额的护理保险费，一般每人每月缴纳保险费约 2900 日元，低收入者的保险费负担较轻。第二类称为第 2 号被保险人，是指 40 岁至 64 岁的人，大部分为保险费支付者。其护理保险费与医疗保险费一起缴纳，根据收入水平及所处区域缴纳不同数额的护理保险费，以适应不同老人护理负担差异。保险费按照全国医疗保险费的一个固定比例支付，低收入者可减免。

第 1 号被保险者在以下两种情况下可以得到护理保险服务：一是在因卧床不起、老年痴呆等原因需要经常护理时；二是在需要有人帮助料理家务或起居等日常生活时。第 2 号被保险人只有被确诊患有闭塞性动脉硬化、类风湿关节炎、慢性阻塞性肺疾病、脑血管疾病、老年痴呆等慢性疾病才能享受护理服务。由此可见，日本长



期护理保险社保体系的保障区别年龄，总体上向65岁以上的被保险人偏斜，65岁以上与40—64岁的被保险人的缴费和所享受的长期护理保障不同。65岁以上的被保险人既是长期护理保险的缴费者也是主要受益者，而40—64岁的被保险人为主要的缴费者。

日本长期护理保险给付包括居家护理与设施护理两种。实物给付为主，现金给付占比极少。按照“支援”和“护理”两种护理类型分出7个等级，并对每个等级有着具体的服务内容及时间规定。个人自付10%并要承担超出给付限额部分的费用。

（四）日本商业长期护理保险概况

日本商业长期护理保险，定位于提供该领域社保未覆盖的部分，即作为社会长期护理保险的补充，其补充内容可分为附加服务和超值服务。附加服务一般指一些延长护理时间或提供个性化的房间或膳食的服务，而超值服务主要是指帮助被保险人解决交通问题，帮助其改善家庭设施装置或为其提供送餐服务。商业长期护理保险的保险金给付的形式有：一次性给付、定期给付及一次性给付和定期给付相结合。

日本非寿险公司提供的商业长期护理保险随着社会保障体系的发展也分为两代产品：《护理保险制度》实施之前为第一代产品，之后为第二代产品。第一代产品始于1989年，投保范围为15到70岁，给付的条件是被保险人达到严重的老年痴呆或卧床不起，以费用报销的形式进行赔付，包括医疗费用、护理费用、支付给医院/诊所/护理机构费用及一些生活设施的添置费用等。第二代产品于2001年开始销售，为定额给付型产品。给付条件比第一代产品有所放宽，一般日常生活的护理也可以纳入给付条件，等待期由原来的180天缩短到90天，给付的形式一般包括定额给付、一次性给付、康复金及健康给付（类似国内的祝寿金）等形式。

典型的产品形态如下：

（1）社保链接型长期护理险

公司	日本明治安田人寿	
主险	介护生存金 (介护等级 2-5)	保额的 20%/年
	身故保险金 - LTC 前	保额的 100%
	身故保险金 - LTC 后	保额减去 LTC 生存金
附加险	介护一次性给付金 (介护等级 2-5) 轻度介护一次性给付金 (介护等级 1) 轻度介护保费豁免	
保险期限	终身	
投保年龄	40-80 岁	

（2）独立型长期护理险衍生产品：失智保险

公司	日本太阳生命	
主险	痴呆预防金 首次给付为第一年 末，之后每两年给付 一次，直至确诊为痴 呆	3 万日元
	确诊为痴呆症	100 万日元
	确诊为痴呆症后持续 180 日	200 万日元
	观察期 1 年	
	住院一次性津贴	3 万日元
	住院日额津贴	5000 日元
	住院手术津贴	5 万日元
	骨折治疗津贴	6 万日元
	身故保险金	60 万日元
保险期限	终身/10 年期	
投保年龄	20-85 岁	
核保	简易核保、6 条健康告知	

2、总结和启发

根据国际经验，在人口老龄化加速、社会赡养模式发生转变，以及社会长期护理制度初步建立但保障水平依然不足背景下，商业长期护理保险具有强烈的需求。发达国家商业长期护理保险的发展大多基于社会长期护理保障制度的完善和国民意识的到位，为社会长期护理保险提供补充。我国目前长期护理制度尚处于试点阶段，导致长护险的需求激发和市场教育难度较大。此外，社保长护制度通常为长护险的理赔鉴定提供了支持，但国内目前缺失长护险社保制度支持，理赔鉴定是长护险发展的阻碍之一。综上，长护险的产品设计和经营要同时克服市场教育和理赔鉴定的双重阻碍才能在中国市场得以成功。

参考文献：

1. Group Insurance, Skwire, Seventh Edition, 2016
2. Individual Health Insurance, Bluhm/Leida, Second Edition, 2015
3. Medicare Advantage 2013 Spotlight: Plan Availability and Premiums
4. 美国长期护理保险制度的经验及借鉴. 荆涛 杨舒中国卫生政策研究. 2018年08期
5. Japan' s Universal Long-Term Care System Reform of 2005: Containing Costs and Realizing a Vision[J] . TakakoTsutsui, NaokoMuramatsu. Journal of the American Geriatrics Society. 2007 (9)
6. Lessons from Public Long-Term Care Insurance in Germany And Japan. John Creighton Campbell, Naoki Ikegami, Mary Jo Gibson. Health Affairs. 2010
7. Population ageing and wellbeing: lessons from Japan' s long-term care insurance policy. Nanako Tamiya, Haruko Noguchi, Akihiro Nishi, Michael R Reich, Naoki Ikegami, Hideki Hashimoto, Kenji Shibuya, (...), John Creighton Campbell. The Lancet . 2011
8. Society of Actuaries Drives Innovation in the Long-Term Care Market; Conceptualizes New, Low-Risk Products That Could Help Ease Industry Challenges. SOA.
9. State of the U.S. Long-term Care Insurance Industry, NOLHGA Presentation to the NAIC, March 30, 2017
10. Long Term Care Insurance in the United States, Presentation to the China Association of Actuaries, Genworth, April 11, 2018
11. New Approaches in Long Term Care Reform Balancing Consumer Value and Carrier Risk. 2017 SOA Annual Meeting
12. Long-Term Care and the Middle Market Sizing the Opportunity for New Ways to Finance Long-Term Care, SOA, July 2018

免责声明：本报告基于本公司及其研究人员认为可信的公开资料撰写，但本公司及其研究人员对这些信息的真实性、准确性和完整性不做任何保证。

作者信息：

中国人寿再保险有限责任公司 产品精算部产品开发处

王明彦 孙文昭 孙啸辰 李世皓 丁莹

策划：

中国人寿再保险有限责任公司 产品精算部 张楚