



首都经济贸易大学  
Capital University of Economics and Business

# 专业硕士学位论文

我国高端医疗保险发展问题研究

培养单位： 金融学院

专业名称： 保险

作者姓名： 李浩

指导教师： 张小红 王小青





首都经济贸易大学  
CAPITAL UNIVERSITY OF ECONOMICS AND BUSINESS

# 专业硕士学位论文

我国高端医疗保险发展问题研究

培养单位：金融学院

专业名称：保险

作者姓名：李浩

指导教师：张小红 王小青

# **Research on the Development of High-end Medical Insurance in China**

Candidate: Li Hao

Supervisor: Zhang Xiaohong   Wang Xiaoqing

Capital University of Economics and Business, Beijing, China

# 独创性声明

本人郑重声明：所呈交的论文是本人在指导教师指导下独立进行研究工作所取得的成果，论文中有关资料和数据是实事求是的。尽我所知，除文中已经加以标注和致谢外，本论文不包含其他人已经发表或撰写的研究成果，也不包含本人或他人为获得首都经济贸易大学或其它教育机构的学位或学历证书而使用过的材料。与我一同工作的同志对研究所做的任何贡献均已在论文中作出了明确的说明。

若有不实之处，本人愿意承担相关法律责任。

学位论文作者签名： 李浩

日期：2019年6月9日

## 关于论文使用授权的说明

本人完全同意首都经济贸易大学有权使用本学位论文（包括但不限于其印刷版和电子版），使用方式包括但不限于：保留学位论文，按规定向国家有关部门（机构）送交学位论文，以学术交流为目的赠送和交换学位论文，允许学位论文被查阅、借阅和复印，将学位论文的全部或部分内容编入有关数据库进行检索，采用影印、缩印或其他复制手段保存学位论文。

保密学位论文在解密后的使用授权同上。

学位论文作者签名： 李浩

日期：2019年6月9日

指导教师签名： 张小红

日期：2019年6月9日

## 摘要

随着我国社会经济不断发展，社会对医疗保障的需求也在持续扩大，医疗保险市场逐渐成为人身险市场中极为重要的一部分，由于高端医疗保险凭借其广泛的医疗网络和全面高质量的保险保障解决了基本医疗保险与普通商业医疗保险存在的诸多问题，因此高端医疗保险作为一种私人化程度较高的产品，受到我国高净值人群的广泛关注。

本文在阐述我国高端医疗保险产生和发展的基础上，详细介绍了高端医疗保险市场的现状和市场主流产品的内容，结合目前高端医疗保险的发展，具体分析其存在的问题，借鉴发达国家在高端医疗、私人医疗保险制度的经验，提出相应的解决办法，即监管机构明确高端医疗保险的定位，加强市场监管；市场供给主体强化业务管理能力和产品创新能力；消费者规范自身行为。只有监管机构与市场各主体充分履行自身职责，相互协调、相互促进才是保证高端医疗保险稳步发展的前提。

**关键词：**高端医疗保险；医疗资源；第三方管理；直付费网络

## **Abstract**

With the continuous development of China's social economy, the demand for medical security has continued to expand. The medical insurance market has gradually become an extremely important part of the personal insurance market, but some problems have gradually emerged in the process. However, high-end medical insurance solves the problems of basic medical insurance and general commercial medical insurance with extensive medical network and comprehensive high-quality insurance. Therefore, high-end medical insurance is a highly personalized product and is subject to high net worth by China. extensive attention.

On the basis of expounding the emergence and development of high-end medical insurance in China, this paper introduces the status quo of the high-end medical insurance market and the content of mainstream products in the market. Combined with the current progress of high-end medical insurance, this paper analyzes the different situations in different regions and points out that The existing problems, drawing on the experience of foreign developed countries in high-end medical and private medical insurance systems, propose corresponding solutions. That is, the regulatory agency clarifies the positioning of high-end medical insurance and strengthens market supervision; the market supply entity strengthens business management capabilities and product innovation capabilities; consumers regulate their own behavior. Only the regulators and the various entities in the market fully perform their duties, and mutual coordination and mutual promotion are the prerequisites for ensuring the steady development of high-end medical insurance.

**Key words:** High-end Medical Insurance; Medical Resources; Third Party Administrator; Direct Payment Network

# 目 录

第1章 绪论.....	1
1.1 选题背景与意义.....	1
1.2 文献综述.....	2
1.2.1 国外文献研究综述.....	2
1.2.2 国内文献研究综述.....	3
1.3 研究内容与研究方法.....	5
1.3.1 研究内容.....	5
1.3.2 研究方法.....	6
1.4 本文的创新与不足.....	6
第2章 高端医疗保险的界定及相关概念辨析.....	7
2.1 高端医疗保险相关概念界定.....	7
2.1.1 高端医疗保险.....	7
2.1.2 高端医疗保险中的第三方管理.....	8
2.2 高端医疗保险与其他健康险的对比分析.....	9
2.2.1 高端医疗保险与传统重疾险.....	9
2.2.2 高端医疗保险与百万医疗保险.....	10
2.3 小结.....	12
第3章 高端医疗保险的产生与发展.....	13
3.1 高端医疗保险产生的动因.....	13
3.1.1 高端医疗保险的供给层面.....	13
3.1.2 高端医疗保险的需求层面.....	15
3.2 高端医疗保险中第三方管理的引入.....	16
3.2.1 引入第三方管理的动因.....	16
3.2.2 第三方管理的运作流程.....	18
3.3 我国高端医疗保险产品的保障内容.....	19
3.3.1 地域保障范围.....	19
3.3.2 医疗保障范围.....	20
3.3.3 直付医疗网络.....	21
3.3.4 预授权规定.....	22
3.3.5 全球医疗救援.....	22

3.3.6 附加增值服务.....	23
3.4 我国高端医疗保险的发展现状.....	24
3.4.1 直付医疗网络建设有待完善.....	24
3.4.2 高端医疗保险产品不断推出.....	24
3.4.3 高端医疗保险市场发展遭遇瓶颈.....	25
3.5 主流高端医疗产品对比.....	25
3.6 小结.....	27
<b>第4章 高端医疗保险发展中存在的问题.....</b>	<b>28</b>
4.1 法律与监管制度不完善.....	28
4.1.1 对第三方管理的法律规定与监管制度不完善.....	28
4.1.2 对第三方管理机构的监管存在难度.....	29
4.2 医疗资源分布不均衡.....	29
4.2.1 医疗资源地域分布不均.....	29
4.2.2 医疗资源层次分布不均.....	30
4.3 高端医疗保险产品的依赖度过高.....	30
4.3.1 经验数据不足, 专业人才匮乏.....	30
4.3.2 依赖国外成型产品, 缺乏产品创新.....	31
4.4 高端医疗保险存在无法提供长期性保障的风险.....	31
4.5 消费者的自身素质与消费观念有待提高.....	32
4.5.1 消费者对高端医疗保险缺乏信任.....	32
4.5.2 逆选择与道德风险问题严重.....	32
4.6 小结.....	33
<b>第5章 完善高端医疗保险的对策建议.....</b>	<b>34</b>
5.1 完善相关法律, 强化市场监管.....	34
5.1.1 明确法律地位, 规范市场行为.....	34
5.1.2 强化对第三方管理机构的监管.....	34
5.2 充分开发医疗资源, 建立新型医疗服务机制.....	35
5.2.1 加强第三方管理与医疗机构的服务融合.....	35
5.2.2 放宽医生执业限制, 充分利用社会医疗资源.....	36
5.3 提升保险公司与第三方管理机构的业务能力.....	36
5.3.1 增强保险公司与第三方管理机构的信息管理能力.....	36
5.3.2 提高保险公司的产品研发能力和创新力.....	37
5.4 为消费者合理制定后备保险计划.....	37
5.5 加强对消费者的正确引导.....	38



5.6 小结 .....	38
结论 .....	39
参考文献 .....	40
致谢 .....	42

## 第 1 章 绪论

### 1.1 选题背景与意义

随着我国社会经济不断发展,社会对医疗保障的需求也在持续扩大。同时,中国的商业医疗保险尚处在发展的初级阶段,还有很长的路要走。来自国家医疗保障局统计数据:2018 年,全国跨省就医人群中采用直接结算的人数为 131.8 万,是 2017 年的 6.3 倍;医疗费用为 319.4 亿元,是 2017 年的 6.6 倍;医保基金支付共 188.5 亿元,是 2017 年的 6.7 倍;基金支付比例为 59.0%<sup>①</sup>。

由于生活和工作压力的不断升高,现代社会的各种病症已经呈现出低龄化、复合化的特点,即病患平均年龄越来越低,小疾诱发大病已屡见不鲜,由此导致社会公众预期所负担的医疗费用也越来越高。2018 年初,一篇《流感下的北京中年》引起了人们的关注,2017 年冬天,流感来势凶猛,据监测数据,中国所报告的流感病例数量远高于过去三年同期。作者作为在北京生活的中年男子,将岳父从流感到去世的经历记录了下来,作为北京广大中产阶级的一员,在一场看似普通的流感面前根本不堪一击<sup>②</sup>。在这样的背景下,可以看出我国消费者急需通过商业医疗保险来解决自身的健康保障问题。

此外,我国富裕人群不断增多,中产阶层越来越庞大,人们对高端医疗的要求也在不断增长。根据调查数据显示,截至 2017 年 5 月,中国大陆地区超千万元的高净值人群约 187 万人,年增长率为 11%。而这些群体购买健康保险所占的比例达到 80%,他们购买健康保险的最大目的是患病后可以获得稳定的现金流保障,但同时,有近 60%的人希望享受到更加优质的医疗服务<sup>③</sup>。中高收入群体不断增多,消费能力不断提高,对健康的重视程度也變得越来越高,这些因素都为高端医疗保险的发展提供了潜在的动力。

但是,我国基础医疗保障还不完善,自费医疗占很大的比重,就医地点也都是特定的机构,同时商业医疗保险的免赔额、用药限制等方面也无法满足一些高净值人群的医疗需求,因此作为一种“高端产品”,北京、上海等一线城市的高端医疗保险加速发展。2005 年 10 月,保险服务提供商 GBG 与中国大地财产保险股份有限公司在高端医疗保险方面进行了合作,二者在中国联合推出了全球医疗保险,包含覆盖全球范围的多个医疗保险计划,这也是中国第一款全球医疗保险产品。由于我国高端医疗保险发展经验不足,难以在短时间内构建合作医疗网络来为被保险人提供高质量医疗服务,因此多数公司都选择与国外险企或第三方管理机构合作,共同经营高端医疗保险,而在此过程中,

① [http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/2/28/art\\_7\\_942.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/2/28/art_7_942.html)

② <http://news.sina.com.cn/c/nd/2018-02-12/doc-ifymfmc2053054.shtml>

③ <http://www.zhongyi9999.com/news/guoneijingji/2016-11-04/97185.html>

由于政策、市场行为、消费者环境等因素的影响，高端医疗保险在推进过程中产生了许多问题，总的来说可以分为三类，即法律监管问题、市场主体问题和消费行为问题。这些问题的解决对高端医疗保险乃至整个健康险市场的发展都有较大的积极作用。

本文将高端医疗保险、第三方管理机构及其模式选取为研究对象，针对其中存在的一些问题提出建议，希望能对我国高端医疗保险的发展有所借鉴。

## 1.2 文献综述

### 1.2.1 国外文献研究综述

“高端医疗保险”在本质上来说是我国的本土化概念，是我国借鉴国外医疗健康管理模式而来的产物。高端医疗保险第三方管理则是国外与之对应的私人医疗保险制度的实践。因此国外文献的主要关注点在于健康保险第三方管理模式和各个国家的私人医疗保险制度。由于第三方管理模式已经在海外运行多年，发展相对成熟，因此对我国高端医疗保险的发展有着重要的借鉴意义；私人医疗保险制度也是海外许多国家探索多年的一种社会医疗健康保障体制，在控制医疗费用方面发挥着独特的作用。

#### 1.2.1.1 关于第三方管理机构的作用方面

Nyman J A (2003) 对第三方管理机构的风险管控与道德风险防范方面进行了研究。他指出，由于疾病的发生和治疗效果存在不确定性，而疾病发生率又存在一定的规律性，即随着年龄增长，发病率会越来越高，而这种确定性与不确定性的对立会导致较强的道德风险进而降低市场效率。而第三方管理机构则能在一定程度上缓解这一问题，第三方管理机构可以通过与直付医院的密切联系来掌握被保险人的健康信息，较大限度的降低道德风险发生的可能性。Copal Yelp (2010) 的研究重点是关于第三方管理机构是如何发挥无现金住院职能的。他认为，第三方管理机构以保险公司医疗服务提供方的身份向病人提供“医疗辅助服务”，使被保险人得以在保障范围内享受高质量“免费医疗”。但Baicker (2006) 认为，管理式医疗建立的核心是控制医疗过程不合理的费用支出，是一种将第三方医疗服务与保险资金相结合的健康管理模式，在有效控制卫生服务成本的同时保证了医疗服务的质量。例如，他对以 HMO（健康维护组织）为代表的美国管理式医疗计划与按服务项目收费的传统医疗计划进行比较，最终得出结论：健康维护组织成员的人均医疗成本比传统医疗计划降低了 28%，平均住院时间降低了 10% 左右。

#### 1.2.1.2 关于国外私人医疗保险的发展现状方面

Amber L Vera (2006) 提到，管理式医疗将资金的筹集与医疗服务的提供相结合，是美国最受欢迎的医疗保险经营方式，帮助保险公司减少了大量保险资金的赔付，成功

地结束了自 20 世纪 60 年代以来美国持续了三十多年的医疗费用上涨趋势，与 1993 年的预测相比，美国的年人均医疗费用降低了近 400 美元。Ashoke S Bhattacharyya 等(2008)就中国、印度的健康保险市场进行了深入的研究，他们着重关注健康保险对融资建设方面的发展现状，并提出了具有说服力的总结，他们认为两个发展中国家都应该做好政府医疗项目建设，只有如此才能切实保障民众的医疗需求。

### 1.2.2 国内文献研究综述

由于高端医疗保险是我国用于同基本医疗保险相区分而使用的概念，在理论上并不存在高端医疗保险的定义，因此只有国内学者对其进行了界定，且由于高端医疗保险在中国仍然属于面向特定人群的小众产品，目前还处在发展的初始阶段，很多消费者只是刚刚有所了解。目前国内没有专注于此领域的研究专著，而已有的期刊或文献也大多局限于高端医疗保险的某些方面，譬如第三方管理机构所提供的直付费服务、高端医疗保险现存问题等内容。

#### 1.2.2.1 关于第三方管理模式的界定方面

刘有成(2007)指出，第三方管理机构本质上属于保险中介性质的机构，目的在于为保险公司提供医疗管理，是保险公司得以开展高端医疗保险业务。所以，它是一个服务性的独立组织，服务于保险公司，对其中医疗保险产品进行专业的服务支撑。保险公司采用专业第三方进行业务管理，实际上代表了该行业正在迈向专业化。在业务内容方面来讲，郭斐(2010)认为第三方管理机构属于服务性的机构，主要以健康管理公司或者咨询公司等形式存在，其主营业务涉及到医疗网络建设、保单管理、保险理赔、客户维护等诸多方面。

#### 1.2.2.2 关于高端医疗保险的优势方面

吴洁(2013)认为高端医疗保险的特点及优势可以总结为：第一，高保额、高比例报销；第二，不限定医院和医疗服务；第三，附加服务多样。同样的，李飞飞(2014)认为高端医疗保险的优势在于以下几点：第一，保障额度高；第二，不限定医院和医疗服务；第三，突破社保限制；第四，直接赔付，即被保险人在直付网络医院看病时不需要支付现金，结算业务则由医院与保险公司直接对接。这样一来，使被保险人不需要将时间耗费在支付问题上，这在保险领域被叫做“理赔前置”。此外，高端医疗保险需要对医疗资源进行整合，建立直付医疗网络，因此周晓宁，王佩(2011)从公立医院发展运作的角度，剖析了特许医疗服务的发展情况，也分析了保险公司和医院之间的纵深链接，同时对这种合作的前景予以展望，认为医疗网络的建设作为现阶段高端医疗险和普通医



保之间最显著区别所在，对高端医疗险的未来发展至关重要。而董蓄、束诣斌（2012）从公立医院高端服务方面进行分析，认为商业保险直接理赔在高端医疗服务市场中有大量的需求，政府应当对提供高端医疗保险的保险公司和第三方管理机构提供政策支持，并大力促进医疗服务供给者全面多层次发展，使高端医疗保险的直付医疗拥有更加广泛的应用范围。

### 1.2.2.3 关于高端医疗保险的现存问题方面

李飞飞(2014)对我国高端医疗保险发展中所遇到的问题进行了研究，提出我国目前医疗保险的发展中存在的问题，很多公司并没有足够强的保险意识，他们不会积极的为员工购买保险。高端医疗保险的发展目前仅仅处于初始阶段，而发达国家在此领域已经发展到了定制化的层面上，我们国家距离那个层次还有很长的距离。最后她就如何加快推进高端医疗保险的普及，整合最全面的客户信息，进行个人定制等解决方案提出了自己的见解。而王传东（2015）认为，医疗资源的分配不均与高端医疗资源不足是限制其发展的重要因素之一。他认为虽然北上广深这样的一线城市聚集了极为可观的医疗资源，在这些城市中生活的高端医疗保险被保险人可以十分方便的享受高端医疗保险所带来的福利，但由于中国各地经济水平不同，各地高端医疗网络的建设水平也不尽相同，因此高端医疗保险的优势无法完全体现。他以山东省为例，指出即使作为经济较为发达的地区，在地域思想上还是难以企及北上广深等大城市，并且该省份没有积极的推广高端医疗保险的相关知识，所以制约了客户群体的拓展。最后则是医疗资源不足的问题，许多公立医院不愿与保险公司或第三方管理机构合作，而绝大多数的公立医院才是真正医疗资源的所有者，因此高端医疗资源相对不足的问题较为严重。另一方面，肖扬（2018）指出了我国保险公司在高端医疗保险经营上过于依赖外企的问题。由于高端医疗保险在中国兴起时间较短，并且其发展十分依赖医疗网络，而医疗网络问题恰恰是我国保险公司的短板，因此许多保险企业直接借用国外险企建立的医疗网络，同时又缺乏自身数据积累和产品研发经验，因而逐渐沦为了国外险企的“出单公司”。

### 1.2.2.4 关于高端医疗保险的发展方向方面

杨星（2013）分析了卫生部的统计数据，总结了高端群体的消费状况，然后指出，对于商业保险而言，真正需要满足的其实是多层次的医疗保障需求，面对我国高净值人群日益增长的趋势，尤其应当注重高端医疗保障需求，把握新医改的时机，对医疗需求进行深入分析，积极争取政府和主管部门的支持，强化医院、险企和第三方管理机构之间的联系。对服务和管理模式进行优化升级，不断提高服务水平，拓宽市场规模。范丽丽（2013）借助相关科学数据，以直观的报表形式，深入研究了关于高端医疗保险的风控策略问题，并对国内高端商业医疗保险产品的设计思路、风控的依据加以探索，然后

指出了应该如何去发展高端医疗保险行业。她认为可以通过免赔额设定、区别核保、规定与授权和引入第三方管理的方式进行风险管控。而李怡（2015）认为高端医疗保险的推进落实，其实是加强保险产品保障性的有力举措，可以健全国内健康管理体系。随着高端医疗保险的不断本土化，并向中层收入群体靠拢，它的发展必将对整个健康保险市场产生重大影响。另外，王传东（2015）认为发展高端医疗保险需要宏观层面的政策支持。出台政策支持鼓励公立医院与保险公司的合作，会在一定程度上改变保险公司在与公立医院合作过程中的弱势地位，同时增强内资保险公司在高端医疗保险市场的竞争力。同时，加快保险公司与医疗机构之间数据共享的建设。一方面，有利于加强国家医疗体制机制的建设，实现医疗大数据化，同时也使得保险公司充分准确的了解客户在投保前身体健康状况，进而精确地把控承保风险，提高承保能力，同时也提高了所有客户的保险体验。

## 1.3 研究内容与研究方法

### 1.3.1 研究内容

本文深入研究高端医疗保险和第三方管理，针对国内医疗保险行业发展的现状，从目前已有的研究和已经总结的发展经验吸取有价值的内容，对高端医疗保险和第三方管理进行深入分析，总结了目前我国高端医疗保险发展面临的种种问题，结合现在的社会环境提出发展策略及建议。本文主体包括以下几大内容：

第一部分是绪论。主要对本篇论文的主题即高端医疗保险的研究背景、意义、现状进行了概括，同时也表述了文章存在的优势与不足。

第二部分是对高端医疗保险的界定和相关概念的辨析。在此部分中，首先对高端医疗保险和第三方管理的定义进行了具体阐述，进而分析了高端医疗保险的特点，即“一包二高三突破”。最后将与高端医疗保险相关的概念即“传统重大疾病保险”和“百万医疗保险”进行了对比分析，重点强调二者与高端医疗保险的区别。

第三部分为高端医疗保险的发展现状。这部分主要在供给与需求两个方面对高端医疗保险产生的动因进行了分析，广义上来讲，高端医疗保险的供给方主要有保险公司、第三方管理机构和公立及私立医疗机构；而需求方则分为高净值人群与企业。此外还对第三方管理模式进行了详细的分析，介绍了第三方管理模式的运作流程、引入第三方管理的动因。最后对高端医疗保险市场现状与高端医疗保险产品进行了详细阐述，并对市场在售几款高端医疗保险的产品相互类比和分析。

第四部分是关于发展现状和问题的剖析。高端医疗保险的发展面临着法律制度监管方面、市场方面与产品本身方面的问题。

第五部分针对以上分析的问题指出了具体的应对办法。

### 1.3.2 研究方法

(1) 资料分析法:主要是借助图书馆数据库,搜集该领域的研究文献,然后对类似的观点进行整合,并且对研究成果进行整理,系统性的对其进行分析。

(2) 比较分析方法:本文在与发达国家健康保险发展的比较基础上对我国高端医疗保险的发展进行研究,通过国际之间的比较来发现我国健康保险的发展过程中存在的问题,从而提出有针对性的措施进行克服,达到促进我国高端医疗保险发展的目的。

(3) 系统分析法:发展高端医疗保险事业必须充分考虑多方利益诉求,毕竟与高端医疗保障有关的参与者非常多,而且医疗保险需要依托强大的支付网络而运行,同时涉及到中国保险业的发展、财富人群的分析、医疗网络建设、国外医疗保险的发展等,因此文章为了得出较为全面的结论,需要从各个主体的角度分别进行分析并进行整合,得出针对高端医疗保险发展的建议进行分析。

(4) 归纳总结法:本文的研究重点在于从高端医疗保险供给者与需求方两个不同的角度对其法律政策、市场行为与产品本身的问题展开研究,进一步揭示监管的合理性和有效性,并有针对性的提出解决方案。由于保险公司与第三方管理机构之间存在千丝万缕的联系,而且这些联系散布在各个方面,不胜枚举。所以本文以最具代表性的要点、特点进行说明。

## 1.4 本文的创新与不足

本文将高端医疗保险的发展与第三方管理相融合,这种研究方法具有前瞻性和突破性,因为过去的研究皆是基于基本概念和内容进行的。通过分析高端医疗保险与第三方管理之间的运行模式和内在逻辑来展望我国高端医疗保险未来的发展,并从高端医疗保险的四个主体即保险公司、第三方管理机构、医院和被保险人多个角度全面了解我国高端医疗保险存在的问题并提出相应对策,更加具有说服力。

本文的不足在于国外相关资料多侧重于第三方管理机构和第三方管理模式,而国内的第三方管理尚未普及,没有太多的资料进行对比和分析,仅有的研究成果也局限在概念方面、特征方面,主要形式为报刊、新闻等,而且研究的侧重点对发展模式和发展方向较少有涉及。因此提出的问题和相应对策建议停留在理论分析层面。

此外,由于高端医疗保险具有私人化、定制化的特征和数据获取的不可得性,因此本文难以开展定量分析,只能进行定性研究。

## 第2章 高端医疗保险的界定及相关概念辨析

我国商业医疗保险市场中存在着多种产品，细分有高端医疗保险、百万医疗保险等，它们虽然在本质上都属于商业医疗保险的范畴，具有许多医疗保险的相同点，但又在多个方面存在明显的不同之处。此外，许多消费者都认为高端医疗保险可以对重大疾病保险实现替代，但高端医疗保险与重大疾病保险从本质上存在着许多不同。因此，有必要对高端医疗保险的概念进行界定，并在分析其特点的基础上与健康险市场中的其他险种进行对比。

### 2.1 高端医疗保险相关概念界定

国外并没有高端医疗保险的概念，我国国内的所谓高端医疗保险是借鉴国外医疗保险制度，由国外险企和第三方管理机构传入中国并逐步发展而来的，因此我国并不存在高端医疗保险的官方定义，称之为“高端”的原因主要是同基本医疗保险和普通商业健康保险进行区分。事实上高端医疗保险是最接近国外健康管理模式的一种保险产品，对我国建立新型医疗健康管理体制有着极为重要的意义，因此本文首先对高端医疗保险的概念进行界定，由此展开对高端医疗保险的探讨和分析。

#### 2.1.1 高端医疗保险

##### 2.1.1.1 高端医疗保险的界定

顾名思义，高端医疗保险是专为具有较高经济支付能力的人设计，具有全面的保障责任和广泛的覆盖范围，可以实现医疗费用直付，并且保险金额超高的商业医疗保险。

高端医疗保险是商业健康险中的一种，但与普通商业健康险不同，高端医疗保险突破了社会基本医疗保险的就医地域限制，并采取直接结算的方式，最大程度上为被保险人提供便利，帮助被保险人节省时间并降低就医成本。高端医疗保险可在特需门诊、私立医疗机构就诊，也可在全球范围内选择就诊区域，用药范围没有限制，覆盖范围广泛（一般含门诊，住院，大病，牙科，生育，健康体检等），且可选择特殊疾病、紧急医疗救援等保险保障项目等。高端医疗保险的客户群基本都是一些中产阶层，他们拥有较高收入和较高社会地位，生活品质相对较好，因此高端医疗保险成为了医疗保险中高端服务的代表。



### 2.1.1.2 高端医疗保险的特点

高端医疗保险的特点主要有以下三个方面：

一包，就是指费用包含的范围广泛，即高端医疗保险承保了多项医疗费用。虽然高端医疗保险的保障范围内存在可选保障内容，如牙科、眼科和孕产等受投保人主观意愿控制的项目，但只要投保时将可选保障纳入自己的保险计划中，那么在保险期间内发生的所有医疗费用均可进行理赔。

二高，就是指保额和便利程度都比较高。所谓高保额就是指高端医疗保险在保额上比普通医疗保险的保额高。一般来说高端医疗保险的保额有一百万、三百万、五百万等，随着人们生活水准及保险意识的提高，高端医疗保险的保额也有逐渐上升的趋势，现在的高端医疗保险产品已经出现了一千万，甚至三千万的保额；高便利性则是指高端医疗保险的被保险人在就诊时不需要自行支付医疗费用，而是通过保险公司所提供的高端医疗保险卡进行支付，同时，客户还可以享受到免预约专家门诊，使用绿色通道，甚至可以享受陪诊。如果是外籍投保人，还可以提供双语服务。

三突破分别指的是对就诊地域范围的突破、对就诊医院类型的突破和对医保用药限制的突破。首先，普通医疗保险的医疗保障仅限于国内，而高端医疗保险可以根据客户的需求选择保险覆盖的区域，例如环球计划、环球（除美）计划、亚洲计划等等。第二，高端医疗保险所覆盖的医院范围很大，即使是公立三甲医院的高干病房、国际部，抑或是特需门诊，甚至那些私立、外资医院都囊括在内。凡是医疗计划中列明的医院，被保险人都可以去就诊。第三，高端医疗保险的保障内容中基本对药品使用不存在限制，即使是进口药、高端医疗器械、高端检查都涵盖在保险计划中，甚至还能覆盖到包括国际紧急救援和高端体检这样的高端服务。

### 2.1.2 高端医疗保险中的第三方管理

由于高端医疗保险要为被保险人提供国际化、私人化的医疗服务与其他健康管理服务，因此对建立广泛的医疗网络具有较高的需求。但保险公司出于成本因素的考虑往往不会为医疗网络进行过多的建设，在此背景下，第三方管理机构逐渐被引入中国，并在高端医疗保险的发展过程中起到了不可替代的作用。

#### 2.1.2.1 第三方管理的概念

第三方管理，即第三方管理者，是国际医疗保险理赔中存在的行业概念。简而言之，第三方管理公司作为一个独立的第三方组织，为保险公司的健康保险业务提供专业的高端服务。服务内容主要包括客户信息管理、风险管控、理赔处理和医疗网络开拓与维护等。

### 2.1.2.2 第三方管理的起源

第三方管理模式最早来自美国。19 世纪,美国的一些公司在员工的退休养老金管理等问题上达不成一致意见,因此公司与员工最终决定采用第三方管理公司对养老金进行管理,此后,该模式又被推广到健康险领域,保险公司将此块业务承接给第三方专业机构来做。到目前为止,美国的健康险行业普遍采用此种方式,而且已经成为行业标志。由于健康险不断发展,侧面带动了第三方管理的同步推进,第三方管理已经在该行业占据重要地位。

### 2.1.2.3 第三方管理发挥的作用

通过对具有成熟的第三方管理模式的国家(如美国和英国)的研究可以发现,第三方管理机构作为独立的第三方参与健康保险业务,提供专业的保险管理服务,其属于一个独立机构,性质既不是保险机构也不是医疗服务机构,而是属于第三方服务提供商。第三方管理机构通过与医疗机构联合,搭建一个非常专业的数据系统,该系统支持数据共享,旨在打造多元服务体系,满足更多的客户的需求,有效的促进高端医疗保险的发展。

第三方管理机构可以使被保险人明确权利和义务,对资料真实性的法律意义有明确的认知,降低逆选择与道德风险的产生。传统的商业健康险存在严重的信息不对等称的问题,即被保险人和保险公司完全处在不同的信息层面上,但是引入第三方之后,第三方管理机构可以很好的解决这个问题,很大程度的减少保险公司的信息闭塞问题,从而促进信息对等,降低理赔风险。

在我国高端医疗保险中,保险公司主要通过与第三方管理机构合作,借助其构建的医疗网络和专业性的服务来为高端医疗保险的被保险人提供保障。除此以外,借助第三方管理机构的费用管理和理赔管理,可以有效降低赔付率和案均理赔费用,进而促进高端医疗保险市场的发展。

## 2.2 高端医疗保险与其他健康险的对比分析

从本质上讲,高端医疗保险属于健康保险的范畴,因此为了更加直观的对高端医疗保险的特点进行理解,选取了健康险中最实用、受众最广的重大疾病保险和市场中较为火爆的百万医疗保险分别与高端医疗保险进行比较。

### 2.2.1 高端医疗保险与传统重疾险

重大疾病保险是以被保险人患保险责任范围内的重大疾病为保险金给付条件的定

额给付型保险，即保险公司确定赔付责任后将保险金一次性给付给被保险人。因此可以看出，重大疾病保险和高端医疗保险的性质不同，虽然有部分保险责任重合，但两者并不能相互替代，主要区别有以下几点：

第一，从保险责任来看。高端医疗保险的保险责任比重大疾病保险更加广泛。

高端医疗保险的保险责任不以疾病种类划分，只要是医疗费用都在该保险的保险责任覆盖范围内，甚至将疫苗接种，怀孕分娩等专项医疗费用包括在内，保障全面。此外还有其他附加服务，例如招商信诺旗下的高端医疗险带有紧急救援服务，为被保险人提供信息咨询、证件行李遗失援助、医疗咨询、紧急医疗转运、医疗送返、入院担保服务等。

而重大疾病保险的保障范围有限，保险公司一般只就《重大疾病保险的疾病定义使用规范》中所规定的25种重疾和其他特约疾病进行赔付，恶性肿瘤等一般都未包含在重大疾病保险的保障范围之内。

第二，从补偿机制来看，高端医疗保险实行报销制，而普通重疾险则是一次性赔偿支付。

高端医疗保险的保险金给付方式是费用补偿，且只能用于补偿保险责任范围内的医疗项目产生的医疗费用，被保险人不会因治疗疾病得到额外收益。

而在重大疾病保险中，被保险人只要患符合保险合同保障范围内的重大疾病后就能获得保险金赔付，且保险人所赔付的金额不是被保险人的实际医疗费用，而是双方事先在保险合同中商定的金额。换言之，被保险人患有合同中约定的疾病后，不管实际医疗费用是多少，保险公司都会依据保额进行赔付，并且不会干涉保险金的用途。

第三，从实际用途来看。根据马斯洛所创的需求层次理论，从最基础的生理需求开始，往上依次是安全需求、尊重的需求，最后是实现自我。由此角度来看，高端医疗保险体现了被保险人的“尊重与自我实现的需求”，而投保重大疾病保险则出于被保险人的“安全需求”。

高端医疗保险作为一种消费型产品，其推出的目的是在当前医疗资源匮乏的大背景下满足社会上少数群体的特殊需求。

而重大疾病保险的意义不单是对医疗费用的弥补，更重要的是固定金额保险金的给付可以在一定程度上弥补医疗费用的不足，使被保险人在发生重大疾病后能不用工作，安心在家休养，此时体现出的工作收入的损失补偿才是重大疾病保险的一个最重要的补偿功能。

### 2.2.2 高端医疗保险与百万医疗保险

百万医疗保险是一种根据保额特征命名的医疗保险，指的是医疗费用报销额度可达100万以上的一种短期消费型医疗保险。其在维持较高保障额度的同时通过细化风险，

设置免赔额等措施降低了保费，所以百万医疗保险最大的特点就是保费低廉，保障额度较高。

百万医疗保险和高端医疗保险的相同点主要有两个方面，分别是产品类型和保险责任。就产品类型来说，百万医疗保险和高端医疗保险都是以被保险人生病住院期间的花费为补偿对象的短期消费型医疗保险，均不具备返还性质，保险期限均为一年。短期消费型保险，就是一种在一定保险期内可以给被保险人提供保障的保险，如果在规定的保险期间内未出险，则保单失效，被保险人续保需要继续缴纳保费。

在保险责任方面，随着百万医疗保险的不断发展，其保险责任也在扩大，例如众安保险推出的尊享 e 生百万医疗保险，经历过两年的市场考验，在 2018 年进行了一次升级，增加了“被保险人罹患癌症和良性脑瘤，可以到二级以上医院的特需部、国际部、VIP 部接受治疗，100%报销治疗费用”以及可选拓展的“质子重离子医院治疗”的保险责任，这无疑是在百万医疗保险“高端化”路上一次尝试，百万医疗保险通过拓展“质子重离子治疗”的方案，使得它在保险责任方面更加接近高端医疗保险。

对于两者的区别来说，高端医疗保险可以说是百万医疗保险的一部分，是百万医疗保险的进一步拓展，而百万医疗的保障内容并不如高端医疗保险详实。从百万医疗保险的定义看，只要保额达到百万以上，保险期限为一年即可被称为百万医疗保险。因此高端医疗保险完全符合这一要求。反过来讲，高端医疗保险涵盖许多百万医疗保险没有的保障内容，例如全球紧急救援服务、私人医疗保健管理等。

上述百万医疗保险的质子重离子拓展条款中提到，保险责任中不包括客户在上海质子重离子医院接受的化学疗法、肿瘤免疫疗法等所产生的药品费用。这也在一定程度上体现了百万医疗保险和高端医疗保险的区别，即百万医疗保险更偏重于传统的健康保险，通过设定免赔额与用药、治疗方法等限制，将道德风险控制在保险公司可以承受的范围，而不是像高端医疗保险一样，偏重于质量，尽可能的在保险责任范围内为被保险人提供更高品质的医疗服务。

除此之外，两者的区别还体现在以下方面：第一，在赔偿金额方面，百万医疗保险要扣除医保报销部分，并且多数产品为了减少小额赔付控制赔付成本而设有一万元的免赔额；而高端医疗保险可以选择不设置免赔额。第二，在保险金赔付方面，百万医疗保险的被保险人就医时需要先自付治疗费用，再根据住院期间的实际花费向保险公司申请保险金；高端医疗保险多与医院、医疗机构、第三方医疗服务商合作，开通就医直付，即就医费用结算不需要经过被保险人，而是有保险公司和医疗机构之间直接结算，极大地提高了被保险人的就医体验，也将投保人的道德风险和心理风险控制在了一定的范围内。



## 2.3 小结

通过以上描述可以看出，高端医疗保险作为商业医疗保险中偏向高端化的细分产品，与重大疾病保险和百万医疗保险存在着许多相同与不同之处，并通过与第三方管理机构的合作避免了许多普通商业医疗保险的不足。

高端医疗保险与传统重疾险相比，其主要特点在于保险责任的广泛性、保险金的补偿性和心理需求的高层次性；而与百万医疗保险相比，虽然两者在短期性的产品类型、保险金的补偿性上具有相似之处，但高端医疗保险在就医体验上有着百万医疗保险所没有的独特优势，高端医疗保险凭借直付医疗网络给予了投保人极高的就医体验。同时，在百万医疗保险的发展中，其“高端化”的趋势明显，日后可能会有保障更加全面高端、保费更低的百万医疗保险出现。

## 第3章 高端医疗保险的产生与发展

### 3.1 高端医疗保险产生的动因

由于我国医疗资源高度集中于一线城市的公立医院中,与具有就医需求的人数极不匹配,导致这些医院的就医体验较差,因此许多对价格因素不敏感的人群产生了更加注重服务质量的医疗需求。适逢国内健康险发展遭遇瓶颈,高端医疗保险计划由一些国外险企和外企高级管理人员带入中国,逐渐引起了国内高净值人群的注意。由于这种保险涉及的主体较多,因此要从供给与需求两个层面分别进行分析。

#### 3.1.1 高端医疗保险的供给层面

##### 3.1.1.1 国内健康险发展遇困境,险企抢占高端市场

与国外相比,中国商业保险的发展时间相对较短,市场尚不成熟。有数据显示:截至2014年底,中国的医疗保险支出占整个医疗保障系统的比例不到3%。并且商业健康保险的保费收入所占比例仅为整个健康险保费收入的8%,但是发达国家的医疗保险支出比较多,占到了20%到30%之间,商业健康险的保费也超过了10%,由此可见发达国家健康险市场比我国发达得多<sup>④</sup>。根据多个国家的实际数据对比可以得知,商业健康险的覆盖率往往和赔付支出之间是反比的关系,就是说当覆盖率低时,赔付就高。我国的商业健康保险行业不完善,信息不对称导致的逆选择和道德风险尤为严重,究其根本原因,在于这些保险公司没有明确的发展目标,没有核心技术力量,导致整个保险行业呈现出较低的专业化程度,较弱的风控能力以及较差的服务质量。

高端医疗保险的出现有望成为医疗险市场中打破发展桎梏的破局之作。加上国家政策环境的支持,保险公司具有发展高端医疗保险的积极性。

首先,中国保险市场开放以后,我国不断扩大对外资企业的支持力度,行业限制逐渐去除,外资保险公司实现了国有化待遇,因此,外资企业源源不断的将新险种引入保险公司,高端医疗保险逐渐在中国兴起。

此外,新《保险法》允许财产保险公司经营短期健康保险产品和意外险产品。政策的支持使财产保险公司进入医疗保险市场,扩大了高端医疗保险市场的竞争规模。

最后,新医改也对商业健康保险的进一步发展提供了政策支持,在《关于深化医药卫生体制改革的意见(2009)》中特别提出了关于商业健康险的发展意见,支持保险公司大力推广商业保险,不断开发适合用户不同需求的各类险种,精简理赔程序。而且还鼓

<sup>④</sup> <http://finance.sina.com.cn/money/insurance/bxdt/20140904/030520206412.shtml>

励个人以及广大的企业积极参与商业健康险的投保，参加多种渠道的补充险，从而全面的满足各种保险需求。也就是说，支持商业健康险广覆盖、保基本、可持续，要求保险公司根据这些特点和要求开展商业健康保险，并支持和鼓励在此基础上实施针对不同需求的差异化健康保险产品策略。

在多种因素的共同推动下，面向中产阶层人士的高端医疗险产品逐渐受到了越来越多人的关注，不少保险公司也开始注意到高薪酬人士这一类型财富人群的保险需求，准备大力开发高端医疗保险以满足此群体的个性化健康险需求。

### 3.1.1.2 第三方管理方兴未艾

由于高端医疗保险要为投保人提供相当完备的高端医疗服务，因此构建直付医疗网络极为重要，但限于保险公司的定位和成本控制的要求，让保险公司自行建立健康医疗网络显然不切实际。同时，高端医疗保险作为由国外私人医疗保险计划演变而来的一种产品，其发展不免受到国外发展模式的影响。私人医疗保险计划最重要的组成部分之一是第三方管理机构，它们可以通过与医院进行合作的方式实现高质量的服务，并借此将三方有机结合在一起。此外，第三方医疗和健康管理模式的出现也改善了保险公司缺乏医疗专业性、客户资料不全面等问题，使整个医疗保险市场信息不对称的问题得以有效缓解。

### 3.1.1.3 高端医疗机构发展迅速

早在 1970 年前后，广州南方医院就对“特需医疗”服务付诸了第一次实践，服务对象主要是外籍人士、华侨和当地高收入人群。在服务空间、服务流程和管理方式等方面都不同于一般医疗服务，充分体现了医疗服务主动、全程、系列、准确、快捷、高效、优质和个体化的特征。

在中国，高端医疗机构的主要形式有三种类型，即综合医疗机构、专科医疗机构、公立医院的国际医疗部。

关于高端综合医疗机构，截至 2018 年，全国约有 29 个高端医疗品牌，其中 11 个采用了连锁经营模式运作，并在许多地方设有分支机构或诊所。

当前，我国一线城市的高端专科医疗机构所包含的医疗领域更为广泛，从妇产、儿科到眼科、牙科，以及肿瘤科都涵盖在内。据统计，北上广已经拥有逾 40 家的高端专科医疗机构。门槛较低的牙科、眼科、体检这类领域所占比例较高，超过了 60%<sup>⑤</sup>。这些年来，妇产科和儿科大有提高需求的趋势，两类科室比例合计差不多在 17%，很多人愿意付出更高的诊疗费获得更优质的服务<sup>⑥</sup>。

⑤ <http://www.chyxx.com/industry/201809/679832.html>

⑥ <https://wenku.baidu.com/view/57a18abc81c758f5f61f67ce.html>

高端医疗服务的蓬勃发展,使保险公司和第三方管理机构建立直付医疗网络成为了现实,高端医疗保险便有了进一步发展的可能性。

### 3.1.2 高端医疗保险的需求层面

#### 3.1.2.1 高净值人群快速增长, 高端医疗保险需求旺盛

中国社科院社会学研究所近年的一项研究认为,中国中产阶级的规模正以每年 1% 的速度不断扩张。2015 年,中产阶级约占中国人口总数的 27%-28%<sup>⑦</sup>。中高收入群体日益增多,消费能力不断提高,由于中产阶级对健康水平的重视程度较高,对医疗服务的要求也高,因此成为高端医疗保险的发展的潜在动力。随着我国中产阶级的消费需求不断扩大,医疗险必然将迈入高速发展阶段。

同时,我国普通商业医疗保险存在着许多缺点。普通商业医疗保险的报销比例有限,药品的使用方面也存在着诸多限制,保障范围也较窄,只能报销基本的住院费,普通药品的费用,手术费,像门诊费和体检费则不在其列,更加不能满足特需医疗这样高质量医疗的需求,投保人在中国境外发生的医疗费用也无法报销。此外,多数商业医疗保险还存在着用药限制,很多进口药都不在报销范围内。并且由于我国医疗资源分配相对不均衡,绝大多数医疗资源都集中在一线城市,医院环境脏乱、就医极其耗费时间等,导致就医体验很差。最后,我国商业医疗保险保额偏低。受我国医疗保险制度建设理念的影响,虽然我国经济水平不断增长,但普通医疗保险的保额始终太小,无法为投保人提供足额保障。

综上所述,高净值群体的不断增长为中国高端医疗保险的发展提供了大量潜在客户和受众,在普通商业医疗保险无法满足高净值人群就医需求的社会背景下,高端医疗保险具有着极为广阔的市场和发展前景。

#### 3.1.2.2 满足企业外派员工福利待遇的需要

很多企业的规模伴随着经济发展而扩大,较为成功的企业不满足于国内市场的竞争,他们希望走出本地,占领海外市场。因此有相当多的公司派遣员工到国外进行市场拓展,而且近年来,这种派遣趋势逐渐加强,异地调动、异国派遣的人员不断增加。

由于异地派遣是一份特殊性质的工作,对外派员工的管理也成为公司的主要工作之一,外派员工存在流失的风险,会影响公司本身的经营和发展。因此,企业除了给员工提供经济层面的优厚待遇以外,还会给予外派员工更好地福利待遇。根据太和顾问发布的《2017 年度员工异地派遣专项调研报告》<sup>⑧</sup>,外派人员的年龄多分布在 30-40 岁,在

<sup>⑦</sup> <https://news.qq.com/a/20100203/001430.htm>

<sup>⑧</sup> [http://www.taihe.com.cn/Html/HotSpot/Host\\_eight.html](http://www.taihe.com.cn/Html/HotSpot/Host_eight.html)

重要的职能管理类、市场营销类和技术研发类岗位就职的高级管理人员居多。这类人群往往是企业最重要的人，因此更加需要医疗和健康方面的保障。而面对异地派遣人员这样特殊的职业群体，由于其工作区域经常变化，需要全球化的医疗保障需求；并且这类人的医疗风险比普通投保人要高得多，迫切需要保额高、保障全面且服务优质的医疗保险。所以高端医疗保险这种以就医质量为主要卖点，具有全球范围保障的医疗保险最能契合这类人群的保障需求。

由上述分析可得，高端医疗保险的产生是由供给与需求两个方面的原因共同造成的，分别涉及了四个市场主体即保险公司、第三方管理机构、医院和被保险人。在供给方面，保险公司需要高端医疗保险来进一步抢占国内健康险市场；第三方医疗管理机构随着中国国际化水平的提高而进入国内市场，在客户管理和医疗管理方面发挥着独特作用；而私立医院的不断发展为高端医疗保险的产生提供了现实基础。在需求方面，高净值人群的快速增长，个人高端医疗保险需求快速上升；而企业福利建设需求的日益提高也使得团体高端医疗服务不断发展。

## 3.2 高端医疗保险中第三方管理的引入

美国是世界上最早存在第三方管理的国家。当时的保险公司为了更好的执行保险计划，或者实现团体自保的目的，往往采用具有专业服务能力的医疗中介机构对医疗资源进行整合，因此第三方管理机构应运而生。第三方管理机构为保险公司提供管理服务，是美国管理式医疗的重要组成部分。在我国，第三方管理的实践主要存在于高端医疗保险中，二者相互结合，协同进化和发展。

高端医疗保险发展要素首先是对优质医疗资源的掌握，其次还要健全直付医疗网络，该网络要能覆盖更广泛的领域，只有这样才能具备核心竞争力。由于中国保险业发展时间不长，发展程度不高，大多数保险公司都没有完善的医疗网络，所以只有寻求第三方专业机构搭建直付网络，并维护网络系统和理赔服务。由于国外第三方管理机构发展较早，已有不少先例证明了第三方管理存在多方面优势，无论是在网络建设还是理赔、风控环节，都有独特的优势，并为整个国家的健康保险市场发展做出了巨大贡献。但在我国，高端医疗保险的第三方管理机构却存在着业务量小、医疗网络构建困难等亟待解决的问题。所以要针对我国的现状，分析我国第三方管理的发展难题，针对性的提出适宜我国高端医疗保险乃至整个商业健康险市场发展的管理模式来说非常重要。

### 3.2.1 引入第三方管理的动因

高端医疗保险的核心竞争力在于健康管理，非现金服务以及跨区域高质量医疗等，而第三方管理机构在这类业务的经营方面上具有保险公司无法超越的专业性，因此在高

端医疗保险的经营中，第三方管理机构是必不可少的。

在普通商业医疗保险中，信息不对称的状况较为严重，这种信息不对称普遍存在于医院和患者以及医院和保险公司之间。如果保险公司与医疗机构进行直接合作，在核保、理赔时会产生风险。比如核保时，医疗机构可能会因为利益诱惑，将更多患者吸引过来参加就诊，导致风险人群扩大，这样一来，赔付率就会提升；再比如理赔时，医疗机构为了增加自身收入，可能会故意夸大医疗需求，而这种情况又很难避免，因为保险公司不可能及时的掌握这么足够的信息，也就无法对医院进行监督，因此会导致高昂的医疗服务成本。所以，为了解决这个问题，很有必要使用第三方管理机构，将被保险人、保险公司和医疗机构结合在一起，实现信息共享。具体来说，第三方管理的作用有以下三点：

#### 3.2.1.1 控制逆选择和道德风险

第三方管理机构通过专业的信息系统和风险管控措施能够从核保和理赔等多个环节有效控制逆选择和道德风险。

首先，在核保环节中，第三方管理机构作为独立于保险公司和医疗机构以外的第三方，可以通过与二者签订协议来帮助保险公司严控核保标准，从而杜绝医疗费用的非合理攀升。

其次，在理赔环节中，理赔的流程需要第三方管理机构的参与，也需要其进行监督。通过资格审查、就诊病历查看等专业化运作，使保险公司的工作量大大减少，在处理大量核赔、理赔作业的同时，第三方管理机构的系统能够有效管理所有被保险人的健康信息，包括既往疾病、慢性疾病、重大疾病和健康报告等，为核保和理赔的判断提供详尽的数据支持，最终达到控制逆选择和道德风险的目的。

#### 3.2.1.2 提供更好的就医体验

对投保人来讲，第三方管理机构可以通过专业的医疗咨询改善他们的就医体验。

首先，在被保险人购买保险时，能够有效避免保险公司可能存在的误导性描述，同时第三方管理机构通过对被保险人提供咨询与健康管理，缓解被保险人过度医疗的倾向。

其次，被保险人在就医时能够享受第三方所提供的高质量就医环境和更加便捷的就医服务，例如免现金结算、绿色通道等。

最后，高端医疗保险有相当一部分受众群体是跨国工作的外国人及其家属，需要多语言服务。而第三方管理机构设立有服务中心，可以通过多语言服务热线为国外客户提供 24 小时不间断服务，解决了客户群体全球化所带来的问题。



### 3.2.1.3 提高医疗资源利用效率

对医院来说,首先,面对目前中国医疗仍有待发展的市场环境,第三方管理机构的出现能够使医院信息得到整合,进而规范医院的操作流程,扩大高端医疗机构的客户群体,形成多层次全面发展的医疗格局。

此外,引进第三方管理模式还能有效提高医疗资源整体利用效率,从而减轻保险公司的赔付压力。根据美国管理式医疗的实践经验,第三方管理机构通过与医疗机构协商、对医疗过程进行监督管理等手段,成功使美国自19660年前后持续近了三三十多年的医疗费用攀升的趋势得以结束,当前,美国的人均医疗费用较1993年减少了近400美元<sup>[3]</sup>。

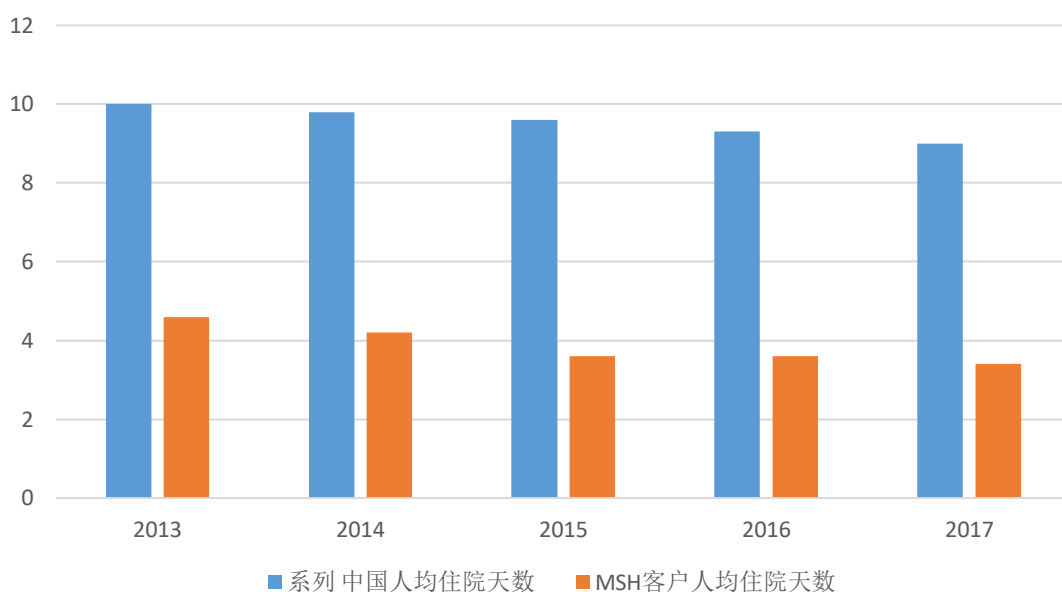


图 3-1 MSH 客户与中国社会人均住院天数的对比

数据来源: <https://wenku.baidu.com/view/6ff7d9c3763231126fdb1101.html>

在中国市场的短暂实践中,第三方管理机构的作用也在其应用领域逐渐显现出来。以当前中国高端医疗保险市场中影响力较大的第三方管理服务商之一 MSH(万欣和)为例。如图 4-2 所示,在 2017 年,万欣和高端医疗保险客户的人均住院天数只有 3.4 天,但是我国这一数据则达到了 9 天<sup>⑨</sup>,这巨大的反差无疑证明了医疗效率在第三方管理机构的管控下能够得到较大提高的事实<sup>[19]</sup>。

### 3.2.2 第三方管理的运作流程

在高端医疗保险的整个运行过程中会涉及四个主体,它们分别是被保险人、医疗机

⑨ [http://www.nhfpc.gov.cn/zwgkzt/pwstj/list\\_4.shtml](http://www.nhfpc.gov.cn/zwgkzt/pwstj/list_4.shtml)

构、第三方管理机构以及保险公司，而第三方管理机构始终贯穿于整个过程之中，第三方管理的运作流程为：

第一步，被保险人投保高端医疗保险之后，会同时成为第三方管理机构的会员，拥有一张私人就诊卡，当被保险人有就医需求时便可以自行选择高端医疗保险内容所载明的医院进行就诊。第三方管理机构会对医院上报的费用估计进行审核，医疗机构收到授权通知后即可对被保险人进行治疗，实现全程无现金就诊。

第二步，第三方管理机构对被保险人的医疗费用上报格式有具体的规定，医疗机构要按照这个规定将被保险人最终产生的各项费用提交至第三方管理机构进行结算。

第三步，第三方管理机构对医疗机构提交的清单费用进行审核，并按照固定的时间与医疗机构、保险公司结算费用，同时赔案数据将作为产品研发和费率调整的重要数据进行留存。

### 3.3 我国高端医疗保险产品的保障内容

对高端医疗保险的产品分析将主要围绕其所提供保障的特点进行展开。高端医疗保险的特点在其保障范围与保障内容、高端服务等方面都有所体现。在保障范围与保障内容方面，高端医疗保险最大的特点在于无医疗范围限制，即无就医地域限制和医疗层次限制，自由性较高，可选医疗保障较多；在高端服务方面，最主要的一点即为全球医疗救援，在必要时获得专属紧急救助。对于高端医疗保险的受众群体来说，高端医疗保险完全满足了他们“全球化、专属化、定制化”的特点。

#### 3.3.1 地域保障范围

根据地域保障范围将高端医疗保险进行划分，分别为：全球、全球除美国（加拿大）、亚洲、中国大陆地区。最昂贵的是含有美国的保险计划，其原因在于美国境内的医疗服务费用高昂，赔付金额很高，因此保险费用也最为昂贵<sup>[21]</sup>。

表 3-1 典型高端医疗保险按照保障地区的设置特点<sup>[23]</sup>

保障地区	中国大陆	大中华地区	全球除美国 (加拿大)	全球
人均保费 (人民币)	5,000-12,000	10,000-18,000	16,000- 30,000	30,000- 60,000+
保障限额	通常在门诊设置日限额和多 项目限额	较少的设置日限额， 部分项目设置限额	通常无日限 额或项目下 呢	无日限额和 项目限额
药品和诊 疗项目	突破社保医疗规定，除外部 分特殊项目，如先天性疾 病，海外医疗转运等	突破社保医疗规定， 按照方案设计的限额 进行承保	突破社保医 疗规定	突破社保医 疗规定

### 3.3.2 医疗保障范围

就现在已有的高端医疗保险产品来讲，主要有核心医疗保险保障，以及可选医疗保险保障。如果一个地区的高端医疗保险发展较好，也比较完善，那么其保障内容一般囊括以下 7 部分：住院、门诊、全球紧急医疗救援与运送、牙科、孕产、体检、眼科。近年来，很多福利项目在不断的扩充，保障的项目已经不再局限于门诊费和住院福利等项目，随着现阶段很多疾病的发病逐渐年轻化，越来越多的人注重预防保健方面的需求。生育福利的关注程度也越来越高。

多数公司在设计保额时，对核心保障项目比较突出，一般保额设置会超过 100 万，保额的高设定不会过度影响保费厘定，这是由于风险保费的费率会随着保费的不断增高而变得越来越低。同时，保险公司会根据单项目的市场平均经验值来对可选医疗保障的赔偿限额进行具体设定，譬如说，外资医院的生育服务项目套餐费用一般在 5 万到 7 万，也就是说平均 6 万，而对于体检费用而言，外资医院价格居于 2000 元到 3000 之间，不过牙科的保障金额就难以确定了，因为跨度很大，可能是 3000 元，也可能是 1 万元，甚至是 2 万元，因此，不同的高端医疗保险在可选医疗保障方面的保额设置会有较大差异。

表 3-2 核心医疗保险保障和可选医疗保险保障

核心医疗保险保障	可选医疗保险保障
住院医疗保险福利-日间留院治疗	生育保障-承保常规生育及其并发症 健康体检保障-提供常规体检和其他附加检查等
门诊医疗保险福利-日常门急诊治疗	牙科保障-提供检查和恢复性牙科治疗保险 眼科保障-承担视力检查和其他相关费用保障

3.3.3 直付医疗网络

高端医疗服务强调直接结算，也就是说被保险人在网络内机构接受医疗服务时不需要自己进行支付，医疗费用结算时，医疗机构会将账单发送给第三方管理机构，经审核确认无误后第三方管理机构再要求保险公司对费用进行支付，很多医疗机构会和保险公司签订直接结付服务协议。这在很大程度上为被保险人提供了方便，简化了就医程序，精简了理赔手续，这正是高端服务的精髓所在。那些高端医疗服务的提供商一直在不停的破除旧的就医程序，不断的简化管理理赔手续，超越社会基本医疗保险范畴，强化就医的便利条件，聚焦于高端服务的本质，充分满足被保险人的需求。我国的专家门诊资源并不充足，所以很多高端医疗服务提供商开始瞄准这块服务领域，为被保险人提供绿色通道，可以直达专家门诊，这也是吸引投保的有效方式。

在高端医疗保险中，昂贵医院的就医保障也是各家保险公司吸引客户的重要手段之一，常见昂贵医院一般如下表：

表 3-3 高端医疗保险昂贵医院名单

所在地区	医院名称
中国大陆	和睦家医疗集团、百汇医疗集团、上海天坛普华医院、上海东方联合医院、国际 SOS 诊所、北京国际医疗中心、美国医学中心、国际外科手术中心、上海德视佳眼科门诊、北京德视佳眼科诊所、北京明德医院
中国香港	香港港安医院、明德国际医院、香港养和医院

因为这些医院收费过高，所以属于特别约定类的一类医院，保险公司会根据承保区

域的不同来设定就诊赔付金额。

### 3.3.4 预授权规定

当被保险人去保险所覆盖的医疗网络内就医时，医院一般会根据流程向保险公司或第三方管理机构申请授权，在收到审核通过的信息后安排投保人的就诊，这就是所谓的预授权设定。

以招商信诺高端医疗保险计划为代表，其预授权条款有：

如果被保险人进行以下治疗和检查项目，那么要提前经过相关批准，可以是公司直接批准，也可以是第三方管理机构的批准：

- 住院治疗；
- 住院时购买辅助器材；
- 复杂牙科治疗；
- 家庭护理；
- 门诊肿瘤治疗；
- 羊水穿刺检查（35岁以下的孕妇）；
- PET-CT检查，立体定向放射治疗（简称伽玛刀治疗）；
- 其他保险计划中需要预先批准的医疗项目。

通过预授权，第三方或者保险公司参考医院提供的信息对被保险人的治疗情况进行跟踪与记录，不仅可以借此加强对投保人治疗情况的监督，防止过度医疗，还可以加强第三方医疗机构的风险控制，避免在理赔时出现的很多不必要的问题。

### 3.3.5 全球医疗救援

在高端医疗保险中，有一项非常具有代表性的高端服务，那就是全球医疗救援。它的意思是被保险人可能会在缺乏足够医疗设施的地区遇到紧急状况，那么救援服务应想尽一切办法，可以派遣各类交通工具将被保险人安全送达医疗结构进行救助。具体的救助内容有：

1、紧急就医，承担费用。如果被保险人情况紧急，救援机构应该利用专业知识、专业授权医生提供专业的就医建议，将被保险人送往医生建议的合适的医院，并且负责相关就医费用，以上救援措施都要经过授权医生的建议。

2、医疗转运。假如当地的医疗设施无法满足被保险人的就医需求，而且授权医生也认可这一点，并支持被保险人送往更合适的救助机构进行救助，那么救助机构将为被保险人提供符合需求的医疗设施、交通工具、医疗人员等，将被保险人转运到更为合适的医院。

3、运送回国。当被保险人脱离了危险，授权医生或者主治医生一致认为被保险人可

以回国了，那么救援机构需要安排交通工具将被保险人安全的送回国，救援机构一般会采用正常的国际航班，或者比较经济的运输方式回国内医院继续治疗，并由保险公司承担相应的运送费用。

4、紧急口讯传递。应被保险人的请求，授权医生可以与国内专属医生进行联系，适时传达病情。另外也可以向指定亲属传递口讯。

5、安排亲属探病。如果被保险人的住院天数预计超过 5 天（不包括 5 天），被保险人的亲属可以通过救助机构的安排对被保险人进行探望，交通费用由保险公司负责。

6、子女运送回国。如果被保险人尚有低于 18 岁的子女滞留国外，救援机构有责任将未成年人运送回国，把他们送回国内居住地，由保险公司承担相应费用。

7、遗体安葬或遣返回国。被保险人发生保险事故身故的，救援机构会将被保险人的遗体送至国内居住地，相关费用也是由保险公司负责。

8、紧急搜救。如果遇到紧急事故，或者紧急意外伤害，救援机构应该立刻安排紧急救援。

9、付款保证与结算。付款保证是要向提供治疗的治疗机构提供的，相关费用产生在被保险人名下，将由医疗机构予以结算。对于本保险未涵盖的费用，但是保险公司却额外承担的部分，被保险人应在付款后一月内将其退还给保险公司。

10、旅行前后的资讯服务。被保险人无论是在旅行前还是旅行期间都可以享受 24 小时咨询服务。

全球医疗救援服务不仅是高端医疗保险的标志性高端服务，也是全球医疗计划的重要实现手段。这项服务对经常性国际差旅或国际旅行的被保险人都有很强的保障意义，普通医疗保险根本无法涵盖此项内容，最大程度上满足了被保险人对高质量医疗保障的需求。

### 3.3.6 附加增值服务

是否能为被保险人提供基础保障以外的增值服务，既是保险公司目前发展战略的重点，同时也是被保险人在面对众多保险公司时进行选择的考虑点之一。高端医疗保险是针对对保险价格不敏感而更加注重医疗和服务质量的群体设计的保险计划，必然会有许多增值服务存在。这种增值服务主要包括健康管理、医疗协助等。

市场中有许多的保险公司已经或多或少的开展了健康管理的服务措施，例如，平安由南非引进的“健行天下”计划，具体是指凡是购买了其健康保险的被保险人均可通过健康生活来换取积分，然后兑换相应等级的增值计划，而获取积分的方法十分多样化，可通过办理指定健身房的会员卡，穿戴相关设备记录每周的运动情况并上传体检的报告等方法，产生相应的积分可以兑换油卡等礼物。通过这样的方法可以帮助被保险人加强锻

炼,增强体魄,养成健康良好的生活习惯,从而降低保险的使用率,提高保险公司的经济效益,并且保险公司可抽取部分利润返还给被保险人,强化双方的合作,从而达到双赢的局面,这一方法及其理念已经获得市场的广泛认可并且被大量运用在保险行业中。同时,许多公司推出了手机 APP 服务,对自我诊断和医院介绍等信息进行了全方位的介绍,通过引导被保险人在日常生活中养成良好的生活方式和健康观念,达到提高被保险人的产品体验、降低医疗需求等多个目标。

医疗协助则是为了优化公立医院和部分三甲综合医院的就医体验所提供的现场协助服务,第三方管理机构在医疗网络内的医院派驻专员为就诊的被保险人提供细致的服务,包括填写住院信息表,陪诊,就医指导,儿童看护等,使客户的就诊体验大大提高。主要覆盖的医院有:中日友好医院国际医疗中心、北京协和医学院医院、东方医院、华山医院全球医疗中心、上海儿童医学中心特殊服务的诊所等。

### 3.4 我国高端医疗保险的发展现状

#### 3.4.1 直付医疗网络建设有待完善

目前,很少有保险公司建立自己的直接支付医疗网络,大多数公司都选择与国外保险公司或第三方管理机构进行合作,推出或直接使用国外的成熟产品,如太平养老与 Mobility Saint Honoré (以下简称“MSH”)、中国大地财产保险股份有限公司和 GBG、永诚与 Bupa 等等,这些公司都是采取这样的方式,通过自有或合作的方式建立健全的医疗网络为消费者提供高端有效的医疗保险服务。在具体实践过程中,第三方管理机构作为第三方,其独立性较高,可为保险公司和医疗机构之间建立联系,方便双方的沟通和交流,强强联合为被保险人提供医疗保险服务。以此角度来看,第三方管理公司有着双重身份,其与保险公司合作时体现着“保险服务”提供者的身份,为被保险人提供日常保健信息;当与医疗机构合作时又体现着“医疗服务”提供者的身份,在被保险人出现就医需求时依靠第三方管理机构会员的身份进行免现金治疗。根据上海市 2016 年的统计资料,当年与保险公司进行合作的医院共有 24403 所,与 2015 年相比增长了一倍。其中,公立医院约有 6001 所,私立医院有 12719 所,其他医疗机构约有 4183 所<sup>⑩</sup>。

#### 3.4.2 高端医疗保险产品不断推出

2005 年 10 月,闻名全球的保险服务商——GBG (Global Benefits Group) 与中国大地财产保险公司宣布合作,且在中国推出高端医疗保险,同时也是国内第一个全球医疗保险产品。在此之后又有中国平安健康、太平养老、美国友邦等十多家公司推出相类似

<sup>⑩</sup> 《2016 年度上海市产寿险公司健康险、意外险业务年报》



产品。2014 年 8 月，平安健康与全球福利经纪公司美世共同为中小企业员工推出了高端医疗福利解决方案。

根据统计资料，2014 年上半年，平安健康、招商信诺、大地产险和太平养老 4 家公司高端医疗保险业务的保费收入为 6.2 亿元，同比增长 24%，其中平安健康险占比为 34%<sup>11</sup>。根据易观智库发布的 2017 年海外医疗市场特别分析，截至 2016 年，海外医疗市场已达 7.3 亿元<sup>12</sup>，并且保持持续着高速增长的态势。

### 3.4.3 高端医疗保险市场发展遭遇瓶颈

目前，在我国的高端医疗保险市场中，仅有十余家保险公司提供高端医疗险产品，并且以外资险企为主，主要的公司有招商信诺、英国保柏、美亚、万欣和、安盛、友邦、安联、泰康人寿、平安健康、太平人寿等。在为期不长的的发展过程中，高端医疗险，尤其是针对个人的保障计划曾被多次叫停，停售原因多为逆选择行为导致的超赔现象。例如，明亚保险经纪和平安健康在 2015 年前后，合作推出了明亚“99 个人保障计划”，但该项目在开售两年后便被迫停售。此款产品设置了 12 个月等待期的孕产条款，许多参保人员在等待期结束后的第二年就开始生育，为保险公司带来了大面积赔付，使其严重亏损，甚至让公司在很长一段时期内都陷入低谷期。直到现在，高端医疗保险依然处于亏损状态，但由于高端医疗保险针对的客户为高净值人群，他们对于保险公司而言属于核心客户群体，因此，多数公司依然采取该方案用以联系客户，保持与客户之间的粘性，为其提供优质的服务，加强双方的合作，提高该产品为公司的带来的其他价值。

虽然高端医疗保险市场表现一般，但随着国家医疗卫生体制建设的深入，医疗机构的不断发展、保险公司经营能力的提高以及消费者意识的不断觉醒，未来高端医疗保险必然会在整个健康险市场中占有一定程度的份额。

## 3.5 主流高端医疗产品对比

由于高端医疗保险的同一种产品存在着不同保障范围的区别，因此选取了销量最大的 6 款不同高端医疗保险中的“全球除美保障计划”进行对比，并以 24 岁男性为代表进行了保费测算。

---

<sup>11</sup> <http://insurance.hexun.com/2014-09-04/168166669.html>

<sup>12</sup> 《海外医疗市场专题分析 2017》

表 3-4 市售主要高端医疗保险产品对比<sup>13</sup>

保险公司名称	安联(Allianz)	保柏(Bupa)	招商信诺 (Cigna CMB)	万欣和(MSH)	众安
年度上限	9,450,000	31,500,000	8,000,000	16,000,000	16,000,000
免赔额	0	0	0	0 (包含昂贵医院)	昂贵医院不在保障范围内
住院保障	赔付至年度上限	提供保障	提供保障	提供保障 (30 天等待期)	提供保障 (30 天等待期)
病房类型	单人病房	单人病房	私人病房	单人 (境内) 双人 (境外)	单人病房
门诊保障	75,000	78,750	200,000	80,000 (30 天等待期)	提供保障 (30 天等待期)
处方药	提供保障	18,900	提供保障	提供保障	提供保障
体检保障	不提供	5,040 (6 个月等待期)	不提供	3,000	不提供
疫苗接种	4,000	4,725	不适用	3,000	不提供保障
牙科保障	15,000 (20%/50%自付)	12,600 (50% 共保额)	10000 (含共保额)	2000 (20%自付)	3,500 (含共保额)
牙科等待期	10 个月	6-12 个月	6 个月	无	90-180 天
在中国的门诊理赔	直付	直付	直付	直付	直付
保费 (RMB)	27,248	30,981	31,032	34,527	19,350

通过以上的对比可以发现，各家高端医疗保险的保障项目基本相同，主要区别在于住院保障是否包含昂贵医院、门诊保障等待期的设置以及非核心医疗保障内容，包括疫苗接种保障、体检保障以及牙科保障等。

13 寰宇保险代理个人保险计划

### 3.6 小结

本章首先阐述了高端医疗保险产生的动因，高端医疗保险的产生存在着供给与需求两方面的原因。保险公司、第三方管理机构和医院作为高端医疗保险的供给方，都对高端医疗保险提出了不同的要求；在需求方面则存在着个人高品质医疗保障需求和企业福利体系的建设需求。

其次，高端医疗保险的服务模式决定了引入第三方管理具有必要性。在我国医疗资源不充足、保险信息不对称的市场环境下，第三方管理模式的应用在一定程度上控制了逆选择和道德风险，使医疗资源得到充分利用，进而使得被保险人享受到高质量的医疗服务。尽管高端医疗保险快速发展，但其市场表现并不尽如人意，利润率较低，沦为与高净值客户保持合作关系的工具。

因此，找出当前高端医疗保险发展过程中存在的问题并具有针对性的提出建议具有极大的现实意义。

## 第4章 高端医疗保险发展中存在的问题

由于我国高端医疗保险的发展时间较短,产品设计等很多方面不符合我国的市场环境和社会环境,导致高端医疗保险产品在理赔管理、风险管控等方面出现波动,且现阶段我国高端医疗保险的发展无法满足我国国民对于健康生活日益增长的市场需求,这其中除了保险公司能力不足、第三方管理机构发展不充分的问题外,还存在着法律政策、市场监管、医疗资源分配和消费者行为等多个方面的问题。

### 4.1 法律与监管制度不完善

相关法律的缺失容易造成高端医疗保险产品、第三方管理机构鱼龙混杂的现象,使得政府监管和法律制度难以对我国高端医疗保险的业务行为进行规范,不利于高端医疗保险业务乃至整个健康险市场的长远发展。如果没有明确的管理制度对市场各主体的责任进行规范,一旦出现纠纷,被保险人的合法权益将很难得到真正保障。

#### 4.1.1 对第三方管理的法律规定与监管制度不完善

在中国,由于政府对第三方管理机构的准入条件和业务内容缺乏明确规定,导致第三方管理机构存在着形式混乱、业务范围和业务开展缺乏有效的监管的问题;同时,第三方管理机构的业务内容得不到法律的明确支持,在当前医疗资源相对垄断的市场环境下,往往会出现保险公司与第三方管理机构议价权不足的问题。

##### 4.1.1.1 第三方管理机构经营资质不足与恶性竞争

随着我国高端医疗保险的发展,许多新的第三方管理机构不断进入市场,监管部门由于缺乏法律依据,并且国内很多现有的第三方管理机构都以咨询公司或健康管理公司等形式存在,监管机构对其资格审查、业务规范等都存在困难,如果政府对此种现象不加以规范,会导致第三方管理市场陷入恶性竞争的局面,缺乏相关资质的公司无法为被保险人提供优质的医疗服务,损害高端医疗保险的稳定发展和被保险人的利益。与此同时,过度的长期竞争可能会导致降低管理费用以提高其竞争力,其服务质量也将下降,这些因素都会影响中国高端医疗保险市场的稳定和长期发展。

##### 4.1.1.2 保险公司与第三方管理机构缺乏相应话语权

对于保险公司与第三方管理机构来说,保险公司需要依靠第三方管理机构所构建的医疗网络来为高端医疗保险的被保险人提供医疗服务,因此掌握着医疗网络优势的第三方管理机构往往拥有更高的议价权,保险公司为了增强与其的合作通常会给予更高的手

续费和佣金，长此以往可能会导致保险公司出现偿付能力不足。

此外，第三方管理机构与医院之间同样存在着不合理的市场行为。我国第三方管理机构在构建支付医疗网络时面对的客户群体大多是高端医院或公立医院的高端服务部门，在中国医疗资源稀缺的大环境下，医院并不缺少客户，对加入直付医疗网络的意愿较低，因此在与第三方管理机构的协商中拥有很高的议价能力。而且公立医院的性质使其在医疗行业中具有一定程度的垄断性，所以第三方管理机构与医院进行合作以及协调双方职责及费用时，通常相对处于弱势，使得盈利机会大大减少。该现象对于我国第三方医疗管理机构的公平发展产生了不利影响，并且致使被保险人的部分利益无法得到保障。

#### 4.1.2 对第三方管理机构的监管存在难度

根据保监会的规定，海外保险公司无法直接在国内销售产品，必须寻找一家国内注册的保险公司进行合作，因此一些外资保险公司会寻找自身在国内的合资公司进行出单，或寻找市场规模较小的险企进行合作，降低其出单和分保的费用。

由此，我国高端医疗保险市场就形成了这样的局面：国内多数高端医疗保险产品直接照搬国外产品并在全球范围销售，也就是说许多国外险企和第三方管理机构借助自身医疗网络优势与国内保险公司合作，目的是借用国内公司的品牌来“出单”。这种原本提供中介服务的国外险企在国内市场兼顾销售其固有产品的行为，在本质上属于地下保单的“阳光化”，是触及监管底线的行为。但由于缺乏相关监管规则，监管部门只能看到国内保险公司的情况，对为其提供第三方管理服务公司的牌照、资本金、偿付能力等基本信息都无法全面掌握。因此这种局面对国内利益相关方特别是高端医疗保险的消费者埋下了极大的隐患，一旦国外保险公司和第三方医疗机构因为达不到预期利润而撤出中国，那么高端医疗保险投保人的合法权益和相关利益将难以得到保障。

### 4.2 医疗资源分布不均衡

我国高端医疗保险对医疗机构地域与层次两个层面的全面发展提出了很高的要求：只有直付医疗机构网络全面铺开，高端医疗保险才能摆脱一线城市的限制，拓展更多城市的广大消费者；同时只有更高层次医疗机构得以发展，才能为消费者提供高端医疗保险应当提供的高质量服务。而在我国医疗卫生体制中，医疗资源由于政策、经济等多方面的原因，往往更加倾向于一线城市与公立医院，同时其优质资源所铸就的知名度也吸引了大量的患者前来就医。这些因素都阻碍着高端医疗保险的发展。

#### 4.2.1 医疗资源地域分布不均

在医疗资源的地域分布上,我国绝大多数的高端医疗资源都分布在少数几个城市,许多中小型城市的医疗需求只能靠几家公立医院来满足。因此在这些城市,高端医疗保险赖以生存的直付费医疗网络也就很难建成,以山东省为例,省内支持直付费的医院非常少,作为省会的济南只有千佛山医院一家,而青岛做为国际化程度较高的城市,其直付费网络内的医院稍多,有市立医院和和睦家医疗、湛山国际医疗等。由此可见,在医疗资源不丰富的地区有一定数量的高端医疗保险需求没有得到释放,即使有客户存在高端医疗保险需求,也会由于享受不到便捷的医疗服务而放弃购买高端医疗保险。

#### 4.2.2 医疗资源层次分布不均

在医疗资源的分布层次上,作为高等级的公立三甲医院往往拥有优质的医疗服务与管理,医生的医疗水平也更加具有优势,因此三甲医院比普通私立医院吸纳更多优质医疗资源,如高素质的医生、优质的合作平台等。同时各种优质的资源也吸引了大量的患者前来就医。然而,就私立医疗机构而言,其最大的问题在于没有足够的高素质医生任职,且消费者对其的信任度较低,这样一来,私立医疗机构的先进设备便成了摆设,对于一些高端、复杂的诊疗服务无法应对,久而久之便会使情况更加严峻,一点一滴的失去病患,加剧医疗资源分布不均匀的情况。

### 4.3 高端医疗保险产品的依赖度过高

由于高端医疗保险在中国发展时间较短,并且对保险公司的业务能力提出了较高的要求,因此存在着经验数据不足、缺乏产品创新的问题。

#### 4.3.1 经验数据不足,专业人才匮乏

健康险的精算方法与寿险的计算大有不同,健康险的产品定价依据是同类业务被保险人群的理赔和运营收益,并且还需要对疾病率、费用、利润等方面做出假定,结合被保险人生病次数和每次的费用支出等因素来综合计算,但由于高端医疗保险产品较为小众,缺乏国内被保险人的经验数据,因此国内保险公司开展高端医疗险业务时往往直接借用国外管理型医疗保险的数据。由于经济和社会环境不同,国外保险或再保险数据与国内状况并不符合,会导致精算假设不匹配,最终影响保险公司的预期利润。

另一方面,保险公司缺乏专业的高端医疗服务团队。高端医疗保险的业务流程需要专业的服务团队对投保人和第三方管理机构进行有效沟通和对接,但现阶段我国对这种人才的培养并不重视,而这种专业人才的缺失不仅会降低高端医疗保险的服务质量,还会影响保险公司在利益三方的议价能力,在保险公司与国外第三方管理机构的合作中,保险公司长期处于劣势地位,不利于我国高端医疗保险的自主发展。

#### 4.3.2 依赖国外成型产品，缺乏产品创新

在高端医疗保险经由一些外企高管的私人管理计划传入中国并在中国社会逐渐流行的过程中，国外险企始终扮演着主导者的角色，我国保险公司虽然多以合作者的身份得以参与高端医疗保险的销售与理赔，但缺乏自主性，高端医疗保险的产品开发和客户服务与渠道拓展等多个核心内容都被国外保险公司和国外第三方管理机构所控制，对国外险企和国外第三方管理机构的依赖性很强。究其原因，有以下几点：

首先，高端医疗保险的全球服务性导致国外保险公司有先天优势。由于高端医疗保险需要在全球范围内为被保险人提供高质量医疗服务，这对保险公司的服务能力和渠道构建能力提出了极高的要求。由于我国保险业发展时间较短，保险公司的发展尚不全面，保险市场也尚不规范，险种范围多局限于传统人身险与健康保险，对需要建设直付医疗网络的高端医疗保险鲜有涉及。

反观国外保险公司与第三方管理机构，由于国外私人医疗盛行多年，这些国家的保险公司有经营高端医疗保险的先天优势，与第三方管理机构也有丰富的合作经验。这其中最具有代表性的是美国的管理式医疗，管理式医疗把医疗服务的提供与提供医疗服务所需资金的提供结合起来，在收取雇主为其雇员购买的医疗保险费以后，保险公司会与医疗机构合作，进而获得较低的医疗服务价格。在合同的执行过程中第三方管理机构还会监督医疗服务过程的各个方面，拥有参与医疗服务的过程并进行决策和管理的权力，以控制医疗费用。由此可见，与国外保险公司和第三方管理机构相比，国内保险公司并不具备优势。

其次，国内保险公司普遍不重视高端医疗保险，缺乏产品创新动力。由于高端医疗保险的核心经营大都掌握在国外保险公司和第三方医疗保险机构手中，并且保险公司建立直付医疗网络或全球服务能力的成本和难度太大，因此多数国内保险公司并不重视高端医疗保险的业务，或是直接套用国外公司的产品，这又进一步降低了我国保险公司进行产品创新的动力。

#### 4.4 高端医疗保险存在无法提供长期性保障的风险

前文中提到过，高端医疗保险作为短期消费性健康保险，和重大疾病保险有着根本上的区别，重大疾病保险作为长期性的险种，可以给予被保险人持续性的保障，而高端医疗保险一旦停售，消费者将无法继续获得相应的保障。

虽然很多的高端医疗保险中都存在着“自动续保”条款，但对于高端医疗险来说，只有“保证续保”条款才能视为对被保险人提供的续保保证。保证续保意味着如果被保险人存在续保意愿，保险公司必须在保险合同到期后无条件为被保险人进行续保，即一旦承



诺保证续保，保险公司就失去了在续保时对被保险人进行核保的权力，不论被保险人患有何种疾病，保险公司都不能拒保。而高端医疗险中的自动续保条款则是指保险合同到期后，客户若没有主动通知保险公司终止该合同，保险公司会自动从约定账户里扣除保费，以保证保险合同继续有效。同时，保险公司有重新审核保单的权利，如果评估结果显示客户不适合投保，则可终止保单。在对产品的实际调查中可以注意到，所有的高端医疗保险产品计划书都会有以下提示：“本保险为非保证续保产品，存在升级换代等‘类停售’风险，并可能导致发生过赔付的客户不能连续投保。”

因此，被保险人得不到有效的长期性保障，而保险公司一旦承诺保证续保，就会面临较大的道德风险和心理风险，这是现阶段短期险种难以解决的问题。

## 4.5 消费者的自身素质与消费观念有待提高

由于当前我国保险市场发展尚未完善，消费者的保险理念有许多不足，因此会导致对保险产品缺乏信任和逆选择、道德风险等问题。

### 4.5.1 消费者对高端医疗保险缺乏信任

由于消费观念的影响，消费者对国内市场中的保险普遍存在不信任的情况，在这种心理预期的影响下，许多经济情况较好的消费者对高端医疗保险持观望或消极态度，此前较为流行的赴港投保就是由这种原因造成的。

我国保险消费者通常会有忽视风险、看重收益的心态，只关注眼前的得失而忽略长远的利益。高端医疗保险作为一种新兴事物，很多人对这一保险并不了解。而且由于高端医疗保险提供的服务与普通商业健康保险相比更注重高质量，因此保费较高，因此许多消费者会为了减少成本而放弃高端医疗保险。

其次，我国实行的是全面医保政策，缴纳少量保费便可在一定程度上得到医疗保障，因此，大多数消费者在参与社保后便对其它类型的商业健康险的关注度大大降低。这就造成投保人对商业健康保险的认识不充分甚至出现偏差，很不利于高端医疗保险的运行与推广，因此改变投保人对我国高端医疗保险的认知是推进其发展不可或缺的一步。

### 4.5.2 逆选择与道德风险问题严重

逆选择风险在高端医疗保险中较为严重。首先，有的消费者存在“轻保障，重收益”的非理性消费观念，而高端医疗保险作为缴费期为一年的昂贵短期健康保险尤其会受这种理念的影响，有些投保人在购买高端医疗保险后往往会为了“不亏本”而出现频繁就医的情况。另外很多投保人会为了以较为便宜的价格享受到牙科、眼科或孕产等高端医疗服务而购买高端医疗保险，导致这类原因赔付概率非常高，保险公司为了防止逆选择的

发生，通常采用在此类保障中增加等待期与共保比例条款，而这些条款并不能保证赔付率降低，同时这种条款的存在又可能会妨碍真正有该项就医需求的投保人得到应有的保障。例如上文中提到，明亚保险经纪与平安健康于 2015 年前后合作推出的明亚 99 保险计划中包含生育保障，虽然保险公司在产品中设置了 12 个月等待期，但很多被保险人在等待期结束第二年开始生育，导致赔付过高，亏损严重。

#### 4.6 小结

阐明高端医疗保险中存在着的问题是分析高端医疗保险发展建议的基础，现阶段我国高端医疗保险尚处于初级发展阶段，其问题大致可以分为以下几类：在法律与监管方面，存在着法律不完善与监管困难的问题；在市场主体方面，由于高端医疗保险的市场主体较多，与之对应的，存在着医疗资源分布不均、第三方医疗机构和保险公司行为不规范，以及消费者道德风险及逆选择等问题。

## 第5章 完善高端医疗保险的对策建议

### 5.1 完善相关法律，强化市场监管

#### 5.1.1 明确法律地位，规范市场行为

完善的法律体系是我国高端医疗保险及其第三方管理模式顺畅运营的前提。应从法律上对其进行明确，使高端医疗保险业务和第三方管理受到法律约束，同时也使各市场主体能够受到法律的保护。对此，相关部门必须尽快出台完整的规章制度解决这一难题。对第三方医疗健康管理机构的准入机制、监管归属、营运机制和退出机制等方面制定科学合理的解决方案，将健康险的第三方管理业务彻底纳入到政府的法律体系中，为被保险人提供相应的保障。

#### 5.1.2 强化对第三方管理机构的监管

在医疗保险监管制度领域发展程度较高的国家，例如美国和印度，都通过法律法规对相关保险机制进行支持，并制定全流程的监管制度，保障消费者权益。

美国联邦政府、国家管理委员会和地方政府都针对私人医疗保险制定了一系列的法律规范和监管体系。针对第三方管理机构在组织机构、业务规范等方面存在的问题，美国联邦政府分别颁布了健康保险实施办法、健康维护组织规章等相关法律法规进行规范，还成立了管理式医疗评估机构—国家质量管理委员会(NCQA)。此外，联邦政府劳动部、健康与公共卫生部、健康保险资金管理部等部门也都针对第三方管理制度的不同方面制定了相应的监管政策。

虽然印度的商业健康保险发展程度并不高，但由于第三方管理模式引入较早，因此印度监管机构已经制定了相应的监管制度对第三方管理进行监督。根据2001年制定的《健康保险第三方监管条例》，印度保险监管机构将第三方管理机构定性为保险中介，并从经营资格、业务范围和收费规定多个方面进行了规范和限制。具体表现在：

**经营资格方面**，《条例》明确规定，第三方管理机构的运行资金至少达到1000万卢比才能营业，且规定外资比例不能超过总资产的25%。**业务范围方面**，第三方管理机构可以同时与多家保险公司签订协议，保险公司也可以与多家第三方管理机构进行合作，在合理监管的基础上，使保险公司和第三方管理机构获得更大的自由，促进了市场的合理竞争。此外，该条例还规定，印度的第三方管理机构向被保险人收取额外的服务费用是违法行为，同时不允许其单独销售健康保险保单，从而规范了整个保险市场主体的行为。

因此，监管机构要加强对市场参与者的行为监督，防止第三方管理机构存在违规行

为。具体来说，可以归结为以下三点：

第一，对第三方管理机构设立严格的准入条件。比如，第三方管理机构必须是经过法律批准，与一定数量的医疗机构建立合作关系，具备足够的医疗服务网络建设能力后方可正式与保险公司进行合作。另外，应严格要求第三方管理机构的规模及标准，主要包括第三方管理机构的专业化团队能力、风险管控能力等。

第二，设立规范的退出机制。比如，若第三方管理机构的任何一方委托人提出终止合伙时，应提前六个月通知另一方，且依据相关法律法规对接下来的工作进行完善和交接；若在执行第三方健康管理合同中产生争议，允许当事人依法申请仲裁或诉讼等，维护自身的合法权益。

第三，规定会计要求和准备金要求。相关部门应该重视起来，对准备进入第三方管理行业公司的财务状况有所要求，以保证中国商业健康保险的稳定发展。首先，必须对第三方管理机构的财务制度进行严格审核；其次，应当按照保险公司准备金制度要求第三方管理机构建立风险准备机制。在医疗结算过程中，如果资金不足则可以先使用这部分资金弥补损失，但同时必须设定最低金额。若公司的准备金小于该比率，应提出要求让公司股东补充相应的准备金，直到达到安全值为止，从而避免出现公司在亏损时出现资金不足的情况。

## 5.2 充分开发医疗资源，建立新型医疗服务机制

### 5.2.1 加强第三方管理与医疗机构的服务融合

鉴于中国高端医疗发展过程中存在医疗资源地域分布不均衡的问题，因此必须加快第三方管理机构与三甲医院、大型国有医院或小型民营医疗机构之间建立长期稳定的合作机制的进程，使高端医疗保险的直付医疗网络覆盖更多的城市，满足全国范围内的高端医疗保险需求。

具体来说，第三方管理机构可以借助在国外已经成型的发展模式引进国外先进的管理式医疗手段，结合我国的市场现状，探索最适合我国的是新型医疗发展模式。同时积极推广第三方管理与医疗机构建立“医疗卫生服务共同体”机制，使第三方管理机构不仅仅是为保险公司或高端医疗保险的被保险人提供账户管理、理赔等事后的服务，还应当借助所拥有的专业全面的数据管理系统，充分利用该系统来对医疗服务机构或被保险人的诊治过程、医疗费用、道德风险进行严格的监控，以促进我国医疗保险市场的规范性发展，从而使得第三方机构以医疗卫生体系重要组成部分的身份为我国整个医疗健康行业做出贡献。

### 5.2.2 放宽医生执业限制，充分利用社会医疗资源

为了解决我国医疗资源层次分布失衡的情况，应最大化发挥公立医院的医疗资源、人力资源等优势，在情况允许时，可考虑适当放松医生在执业过程中的限制，充分提高医疗资源的利用率。医师多点执业可以有效缓解当前医疗资本集中于公立医院的问题，使医疗资本得到合理的优化配置，同时也可以增进社会公众对私立医疗机构的认可度，从多个方面促进高端医疗保险的发展。同时，在国家相关政策的支持下，可适当地调整医疗服务的价格，引入市场定价机制，高端医疗技术服务的价值能够充分的体现出来。进而改善我国医疗资源分配的不合理现状，促进医疗机构的发展的同时实现高端医疗保险客户体验的不断提升。

## 5.3 提升保险公司与第三方管理机构的业务能力

### 5.3.1 增强保险公司与第三方管理机构的信息管理能力

信息管理能力是高端医疗保险得以持续健康发展的必要条件之一，国际上较大的健康保险公司在打造健康保险产业链上已经取得了一定的经营成效。比如 1969 年，健康评估的概念由英国著名健康险公司保柏（BUPA）率先提出，如今该公司在英国境内已经有五十多家康复中心和二百多家疗养院，占据英国健康和保健预防服务的领先地位<sup>[32]</sup>。由于高端医疗保险设计的责任主体比普通保险更多，因此要想杜绝逆选择和道德风险问题，信息管理能力尤为重要。为此，保险公司和第三方管理机构应建立相对独立的专业信息管理系统，以加快各方信息沟通的能力。要做到提高二者的信息管理能力，应当做到以下几点：

第一，提高保险公司的高端客户服务能力。大大增强产品开发，承保（建立客户档案，医疗计划，医疗网络），客户服务（呼叫中心），索赔，数据分析，精算等各方面的能力，将国外成熟模式与中国目前的市场形势相结合，探索中国高端医疗保险发展的最佳途径。

第二，建立一支高度专业化的团队，打造自己独特的专业网络技术平台。通过拓展专业队伍，开发创新产品，加强医疗队伍建设，增强自身吸引力，适应高端医疗保险客户需求。

最后，还应加强第三方管理机构的风险管理能力。第三方管理机构作为客户医疗信息的直接接触者，应与直付医疗网络合作，建立完整的医疗费用资料和其他数据库，并建立有效的信息共享机制。第三方管理机构还应与保险公司及相关监管机构保持密切联系，以获取有关中国各种疾病的发病率、治疗和治疗渠道的最新信息。并通过与医院建立的数据库，了解被保险人群的疾病，医疗费用和就诊次数等信息。不断优化自身服务，

提高自身服务水平和服务能力。

### 5.3.2 提高保险公司的产品研发能力和创新力

现阶段，我国高端医疗保险的主动权基本掌握在国外保险公司手中，国内保险公司沦为外资险企的“出单公司”。为了解决这一局面，除了政府与监管部门制定严格的规章制度对市场行为进行整治以外，保险公司也应当提高对高端医疗保险市场的重视，增强与国内第三方管理机构的合作，加大投资力度建设自身的医疗网络，同时提高产品创新能力，使高端医疗保险产品更符合我国消费者的需求。具体来说，可以分为以下几点：

首先，提高我国保险公司国际化程度，实现高端医疗保险业务全球化。因为只有实现全球化发展，才能真正把握高端医疗保险的核心竞争力。中国的保险公司应借鉴成熟的国外私人医疗保险管理经验，准确定位高端医疗保险，加强市场拓展，总结足够的经验和数据，进而提升对医疗风险的识别、评估能力；同时聘用专业化技术和团队降低经营风险，吸取先进经验供中国保险公司参考和借鉴，将中国高端医疗保险业务推向全球化。

其次，可以向中端客户进行产品渗透，扩大高端医疗保险的受众群体。高端保险客户群体需要保险公司进一步深度挖掘，因此应当在逐渐了解本地市场的过程中关注中端收入群体。在我国，有着数量极为庞大的中等收入群体，随着社会的不断发展，他们也存在着一定的高端医疗保障需求，为了满足这一部分消费者群体的需求，高端医疗保险“中端化”也是一个值得尝试的新路径。要做到高端医疗保险中端化，可以在当前高端医疗保险的保障内容中对一些需求弹性较大的保障进行缩减，以达到降低保费，满足中端客户需求，从而实现高端医疗保险客户群体扩大化的目的。

## 5.4 为消费者合理制定后备保险计划

虽然对于高端医疗保险这种短期消费型医疗保险来说，保险公司出于风险防范角度的考虑无法实现保证终身续保，但保险公司在制定整个高端医疗保险时可以将长期健康保险以附加可选条款的形式增加至高端医疗保险计划中，一旦高端医疗保险停售或无法续保，则免去核保政策按照约定条件为被保险人提供的长期健康险。这样就使得被保险人在获得高端医疗保险的高质量保障的同时免去没有长期健康保障的尴尬境地。

保险公司可以通过与第三方管理机构的合作对被保险人的医疗数据、身体状况等进行详尽的掌握，使得被保险人的发病率等都纳入保险公司的精算假设中，经过合理的计算后，该“免核保险种变更”条款并不会对保险公司的偿付能力造成较大影响，因此在理论上有充足的实施可行性。

这种策略在一定意义上来说可以视为“个人定制保险”的范畴，既可以免除被保险人没有长期保障的后顾之忧，赢得被保险人的信任，同时又可以在一定程度上扩大高端医疗保险的受众群体，增加保费收入，扩大高端医疗保险的影响力，促进高端医疗保险市场乃至整个健康保险行业的进一步发展。

## 5.5 加强对消费者的正确引导

为了解决消费者对高端医疗保险认识不足的问题，保险公司应当树立积极心态，在规范自身市场行为的基础上引导我国保险消费者，提高全民健康意识，面向全社会加大保险宣传教育力度，加快消费者对保险行业的认同。

首先应当加快文化价值体系转型，营造与社会主义市场经济体制相适应的社会文化环境。具体而言，要建立实用，长效的消费者教育机制，加大对高端医疗保险的宣传力度，综合运用多种媒体，普及和加强各级消费者的保险知识。其次，加强信息披露，通过简化产品信息和术语的处理，使消费者对产品信息有更深入，更全面的了解。最后，规范自身行为，强化服务能力建设，努力为高端医疗保险消费者提供更好的产品服务。

总而言之，保险行业作为服务业的一种，高端医疗保险的主要服务对象为高净值人群，消费者的产品粘性极为重要，因此保险公司要始终树立以消费者为先的产品创新理念与服务理念，才能改善消费者对保险公司的不信任和对保险产品的消费热情，从而促进高端医疗保险的发展。

## 5.6 小结

由本章描述可以看出，针对当前我国高端医疗保险发展中监管者与各方参与者存在的问题都有不同的对策和解决方法。首先，法律与市场监管是一个保险产品生存和发展的基础，只有得到法律的明确和支持才能在保险市场中得以生存，只有得到完善的监管才能有进一步发展的可能；其次，高端医疗保险的全面发展离不开各个市场主体的共同努力。对医疗机构来说，拓展和完善医疗资源地域分布和层次分布不仅可以扩大高端医疗保险的市场覆盖面，还能有力促进自身发展，长远来说对我国建立完善的社会医疗保障制度也颇有益处；保险公司与第三方管理机构作为荣辱与共的两个产品供给者，强化自身业务管理能力和产品创新能力不仅可以提高自身盈利能力和客户满意度，促进高端医疗保险的发展，也对整个行业的健康险业务起到着推动作用；而消费者作为保险产品的最终受益人，只有增进对保险产品的理解，杜绝不良心理因素，才能防止自身利益受到损害，得到高端医疗保险的全面保障。



## 结论

通过对我国高端医疗保险市场的探究，可以得出以下结论：

首先，高端医疗保险的产生和发展是由供给与需求两个方面的多个因素共同影响的结果。在供给方面，高端医疗机构的不断发展和第三方管理机构的引入为高端医疗保险的产生奠定了基础，而我国商业医疗保险发展的不完善使得保险公司有着积极拓展市场的动力；在需求方面，随着现代社会医疗成本的加大和患病概率的提升，社会公众的医疗保障需求愈发高涨；同时，高净值人群也对满足自身要求的医疗保障计划存在着较大的需求。

其次，第三方管理模式在高端医疗保险的整个业务流程中起到不可替代的作用。对保险公司来说，第三方管理机构的客户管理能力和医疗网络建设能力能够有效降低客户的心理风险和医疗成本；对被保险人来说，第三方管理机构提供了保险公司所不能及的高质量服务，同时还能有效降低社会医疗资源的浪费。

最后，我国高端医疗保险尚且还处于探索发展的阶段，必须借鉴发达国家的成功经验，大力研究发展适合我国市场情况的高端医疗保险。现阶段我国的高端医疗保险供给仍然不足以满足广大社会群体对高端医疗保险的需求，在先进的医疗资源、高质量的客户服务能力上都存在着不足。同时，由于高端医疗保险需要有最专业的技术和服务人员、最完善的数据资料，这都对我国本土的第三方管理机构提出了很高的要求，因此要从根本上实现我国高端医疗保险长期健康的自主发展，增强自身创新能力和业务开拓能力。

在商业健康险多层次发展战略中，高端医疗保险是必不可少的一部分，随着国际交流的不断加深和企业国际化程度的加大，高端医疗保险的市场需求必然持续上涨。高端医疗保险需求的不断上升也会促进我国整个商业健康保险市场的不断健全和发展，因此未来我国保险公司和第三方管理机构的业务能力和服务能力必然会有较大提升。

## 参考文献

- [1] Copal Yelp. A Study on Cashless Hospitalization[J]. Acharya Institute of Health Sciences, 2010, 23(1):35-55.
- [2] Arrow K J. Uncertainty and the welfare economics of medical care[J]. The American Economic Review, 1963:941-973.
- [3] Amber L. Vera. Explaining the decline in health insurance coverage[J]. Health Affairs, 2008, 18(2):30-47.
- [4] Bhattacharyya, Puneet K. Sopra. Health Insurance in China and India: Segmented Roles for Public and Private Financing[J]. Health Affairs, 2008:1005-1015.
- [5] Manning et al. A controlled Trail of Effect of a Prepaid Group Practice on Use of Service[J]. New England Journal of Medicine, 1984:1505-1510.
- [6] Miller, Luff. Managed care plan performance since 1980: A literature analysis[J]. Journal of America Medical Association, 1994, V19:1512-1519.
- [7] Jonnie Bokhara, Maarten Lind boom, Bas van der Kalua. A Dynamic Analysis of the Demand for Health Insurance and Health Care[J]. European Economic Review, 2012, V6:669-690.
- [8] Kenneth Arrow. Uncertainty and the welfare Economics of Medical Care[J]. American Economic Review, 1963, V31:220-253.
- [9] Caraway Koa, White Plains. The Effects of Uncertainty on The Demand for Health Insurance[J]. The Journal Risk and Insurance, 2004, V71:41-46.
- [10] Nyman J A. The Theory of Demand for Health Insurance [M]. Stanford: Stanford University Press, 2003: 30-41.
- [11] Devas-Walt, Carmen, Praetor, Baudette D, Cheryl Hill. Income Poverty and Health Insurance Coverage in the United States[R]. Washington U.S: Census Bureau 2005.
- [12] Richard Wolfe, Donald Parker, Nancy Napier. Employee Health Management and Organizational Performance[J]. The Journal of Applied Behavioral Science, 1994, V30:22-42.
- [13] Nicole Renee Baptiste. Tightening the Link between Employee Wellbeing at work and Performance-A new dimension for HRM[J]. Management Decision, 2008, V46(2):284-309.
- [14] Ronald Luepke, Michael Tattle. Health and Productivity as A Business Strategy[J]. Journal of Occupation and Environmental Medicine, 2007, V12: 99-130.
- [15] Richard A. Wolf Donald F. Parker, Employee health management: Challenges and opportunities [J]. The Academy of Management Executive, 1994, V5:70-92.
- [16] 郭斐. 保险公司出招高端保险[N]. 中国经营报, 2011-07-04.
- [17] 陈滔, 谢洋. 我国商业健康保险发展展望[J]. 西南金融, 2010(1):43-46.
- [18] 杜菲. 高端医疗与商业保险合作前景广阔[N]. 中国保险报, 2013-06-03.
- [19] 庞雪峰, 孙东雅. 美国健康保险公司发展情况及对我国的启示[J]. 保险实践与探索, 2009(6):74-80.

- [20]冷翠华. 高端医疗险痛点:直付医疗网络成本太高三甲医院太难搞[N]. 证券日报, 2014.9.
- [21]罗洋. 我国高端医疗服务中商业保险与社会保险融合发展研究[D]. 南京: 东南大学, 2017.
- [22]陶杰. 高端医疗保险的核心竞争力研究[D]. 上海: 华东理工大学, 2016.
- [23]王传东. 中国高端医疗保险市场影响因素分析[D]. 山东: 山东大学, 2015.
- [24]王旭鹏. 论中国商业健康保险直付理赔模式的实现[D]. 四川: 西南财经大学, 2014.
- [25]方欣叶, 施莉莉, 王贤吉, 王力男, 付晨, 金春林, 何达. 高端医疗服务发展的国际经验与启示[J]. 中国卫生政策研究, 2015(8):5-9.
- [26]田惠敏, 李怡. 我国高端医疗保险第三方管理模式问题研究[J]. 中国市场, 2015(18):104-112.
- [27]肖扬. 认识身边的高端医疗保险[N]. 金融时报, 2018-05-23.
- [28]陈滔. 中国商业健康保险经营和发展战略[J]. 财经科学, 2003(03).
- [29]顾昕. 中国商业健康保险的现状与发展战略[J]. 保险研究, 2009(11):26-33.
- [30]黄昊. 第三方参与管理医疗保险费用控制研究[J]. 知识经济, 2013(19):78-79.
- [31]魏迎宁. 走专业化道路努力推进健康保险跨越式发展[J]. 保险研究, 2003(12):2-5.
- [32]秦蓉蓉, 陈翔. 管理医疗及对我国医疗保险的借鉴意义[J]. 特区经济, 2006(8):368-370.
- [33]张笑天. 美国医疗保险制度现状与借鉴[J]. 国外医学(卫生经济分册), 2002(3):98-104.
- [34]王庆莲, 谭婉琳. 管理式医疗在中国的应用前景—从控制医疗费用的角度[J]. 内蒙古科技与经济, 2012(12):11-12.
- [35]姜子霞, 王云霞. 医疗保险费用结算办法浅谈[J]. 山东经济, 2002(7):50-57.
- [36]罗敏. 商业医疗保险的逆选择风险和道德风险控制问题研究[D]. 四川: 西南财经大学, 2005.
- [37]郭燕青, 张持晨, 郑晓, 郑建中. 管理式医疗在中国发展的 SWOT 分析[J]. 卫生软科学, 2016(6):44-47.
- [38]胡爱平, 王明叶. 管理式医疗—美国的医疗服务与医疗保险[M]. 北京:高等教育出版社, 2010.
- [39]马继伟. 健康保险中的四方博弈[J]. 科技和产业, 2011:118-121.
- [40]马蔚妹. 医疗保险费用控制的制衡机制研究[D]. 天津: 天津大学, 2010.
- [41]陈伟. 医疗保险机构与定点医院的混合博弈[J]. 管理科学文摘, 2006:22-24.
- [42]边文霞. 医疗保险欺诈信号传递博弈分析[J]. 首都经济贸易大学学报, 2004(5):69-72.

## 致谢

不知不觉中，研究生的学习和生活即将结束。回顾这两年来学习生活，在我们漫长的人生旅途中是那么的短暂，但这短短的两年却是我整个六年大学生活中收获和成长最多的岁月。两年的研究生生活不仅使我的知识结构和处事能力得到了锻炼，更重要的是各方面的素质都得到了提高。如今完成硕士毕业论文走向社会，感恩一路曾帮助过，指点过我的老师、同学和朋友！

首先，发自内心的感谢我的导师张小红老师，无论是论文的选题、整个论文思路的构建，还是论文写作、修改的整个过程，老师都严谨、细致、耐心的帮我指导和修改论文，老师特有的严谨务实的治学态度深深地打动了我，也无时无刻不在感染着我。小红老师不仅在保险专业研究方面造诣深邃，而且视野广阔、知识渊博。在读期间，老师对我们循循善诱，严中带爱，为我们的进步时刻操劳。无论是治学态度上，还是工作作风上，老师都起到了表率 and 榜样的作用，使我终身受益。在此谨向亲爱的小红老师致以诚挚的感谢和崇高的敬意。同时，我的校外导师也对我的学习提供了很大的帮助，在百忙之中与我深谈，使我找到了学习和未来工作的方向。

其次，感谢首都经济贸易大学保险系所有的老师们，给我提供了这么好的学习环境和 Learning 资源，在学习期间给予我以巨大的帮助，使我顺利的完成学业。感谢各位老师！人生的每个阶段都值得好好珍惜，今后我会更加勤奋学习、认真研究，也衷心祝愿各位老师身体健康，事业顺利，生活美满！

最后，要感谢所有在我论文写作、修改过程中对我提供帮助的同学们，感谢舍友们在资料查找、文字润色等方面的无私帮助！在学生生涯的最后一段时光，朋友的关怀无时无刻不在鼓励着我，祝舍友、同学们学业有成，一帆风顺！