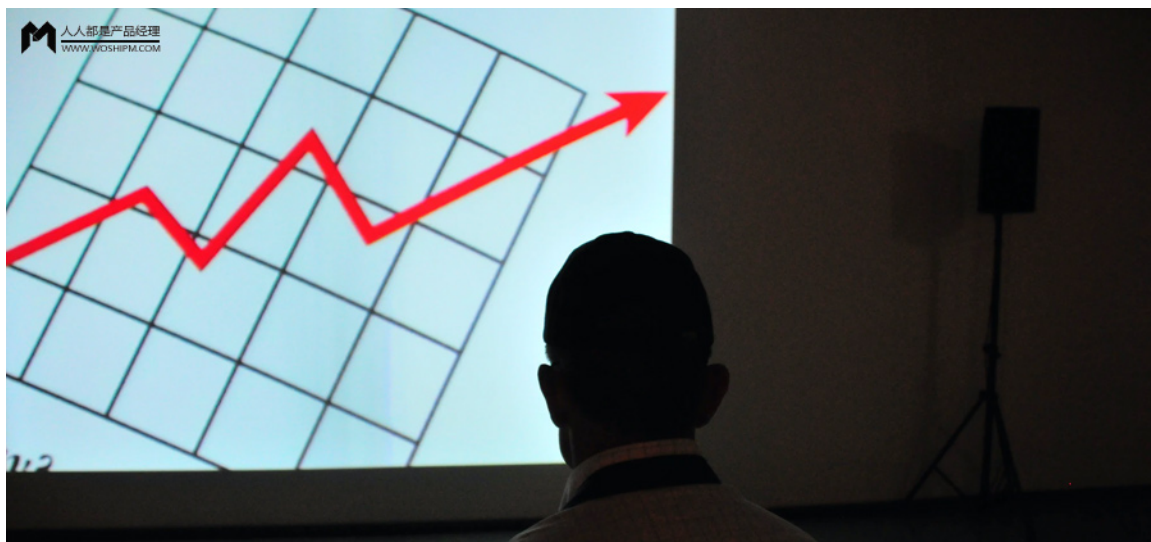


导语：本章节为回归价值医疗的最后一节，主要介绍 PBM 控药策略，众所周知患者一旦确诊疾病后，治疗费用往往最大的开销是在药品和耗材上，且一些慢病重症耗费更是巨大，一个是周期长，一个是瞬时耗费高，那么目前国内外有没有一个比较好的医疗支付模式，是可以给患者提供相对可靠保证的，同时减少个人医疗药品开支的方式呢？接下来给大家分享下 PBM 模式。



一、PBM 的价值

谈到这个问题，就不得不提 PBM（全称药品福利管理 Pharmacy Benefit Management）了，它是美国 20 世纪 60 年代出现的一类中介管理协调机构，介于患者、保险机构、药企、医院和药店之间。

主要目标是在不降低医疗服务质量的前提下，控制医疗开销，节省患者支出，提高医保资源使用效率，增加药品效益，主要盈利模式其实就是收取患者管理费，医药流通差价及返点。

PBM 公司首先会与药厂进行协商议价，以此来获得的 3% 药品折价，同时在达到一定销售比例之后，PBM 公司还可以拿到药企给予的销售收入返利 2%（在美国由于药品返利是合法的，所以可以实施，有些 PBM 公司也会将此收益让渡给患者或雇主，进一步降低药价），最后还会再找雇主或患者收取 1% 的会员费，整体利润率一般保持在 6% 的样子。

根据美国早些年的统计，PBM 出现之后消费者的现金支付从 1960 年的 96.2%下降到 1998 年的 26.6%，大部分都开始使用 PBM 进行支付报销，医疗和药品费用过快增长的趋势得到了有效的控制。

早期在美国最大的不包含邮购药品业务的 PBM 公司是美德医，后面随着互联网医疗的发展，又延伸出了在线处方的邮购业务，这一块比较有创新代表性的是 Pillpack。



PillPack 是一家通过互联网提供**数字化管理服务**的新型药店，比如电子处方、互联网购药、拆零分类、物流配送、用药提醒及医疗保险支付等，为用户提供**私人定制式的用药服务**（慢病管理平台）。公司总部位于马萨诸塞州坎布里奇。

主要职责就是“解决人们常常**忘记吃药**这个令人头疼的问题”，PillPack 为客户提供多种药物管理服务，包括**药物预分拣、包装和派送，用药提醒等**，用户可以**7 X 24小时**随时通过网络或电话联系公司的药房团队。

服务特点在于它不出售整瓶药物，而是按服药需求拆零，**按次装袋**，然后快递到家，并保证**100%的准时**。

微信号: jspvision

他们还提供药品拆零服务，将患者要服用多种药品拆分，按每次的小剂量多品种进行组合分装打包，以降低患者的服药难度，提高患者用药依从性。



药品化整为零

①药品拆零，每次一袋

所有药品按独立包装袋装好，用户一次只能从Pillpack定制的药箱中取出一袋药。

与传统单剂量小瓶（SDV）相比，Pillpack推动了多剂量药物分配（MDD:Multidose drug dispensing）和多剂量药物管理（MMM:multidose medication management）的流行。

②用药指导清晰，极度省心

每一袋都印有对应的药品信息，根据患者的个体以及病情的特性，按日分类并标注日期和剂量，同时再通过配套的APP，依照时间提醒患者用药，提高依从性。

微信号: jspvision

PBM 在针对长期慢病用药患者，效益尤其明显，因为慢病的天然属性就是用药依赖的。

举一个线下的购药场景：慢病患者由于长期用药，会依据处方定期到线下指定的一些药店“购药”，这些药店大家可以看做是 PBM 公司的药品前置仓，患者需要将自己的电子处方预先提交 PBM 公司审核，主要的判断依据是：

患者过往用药和当前身体状态，是否存在调药的必要；患者当前的医保情况，是否是可支付的状态；依据可配置的处方集中，该药品是否存在价格与药效最优。

尤其是最后一点，是控费的关键，若有同药效更低价的药品，则建议进行替代，提前给患者准备好放在药店自取，患者向药店支付自付部分费用（Co-pay），剩余部分由商保或社保（美国社保指 Medicare 与 Medicaid）报销，其实和我们国内的医保就比较类似了。

总结一下，从宏观医疗开销视角上，PBM 最大的价值其实就是在药品控费上面，同时自身多样性的盈利模式，也是非常受市场看好的。

二、PBM 的优势及运作机制

1. 优势 1：进行用药评价，促进药品的合理使用

这一点对于患者价值和 PBM 非常重要，其主要实施方案为以下 4 点：

与相关的医疗机构、学院及科研进行合作，制定处方集（有点类似于我国的医保基药目录，哈哈！可以当做是民间商业组织搞的目录了）；强制所有与 PBM 合作的医疗机构在目录当中选择药物，否则不予报销；患者用药使用权的审批，假如有特殊的用药情况，如一些新药或者不在当前处方目录中的药品，需要进行上报审批，由 PBM 和保险机构的联合评判小组进行审议，二次审核完成之后，再看是否进行报销，选择过程中会尽量减少高价且效果不显著的药品使用；药物联合运用警告，当医生开出处方之后，上传处方至 PBM 的审方系统，以检测其联合用药、副作用等，这些在现有的医院里面其实也有这套系统，也即前置审方功能，以及医师药师双签功能，以保证患者的用药安全；控制总体的处方量，避免超额度的大处方，鼓励医生小处方解决问题，遇到大处方，会让医师和药师进行个体化协商达成共识来处理。

2. 优势 2：实行疾病管理，提高患者的医疗质量

一般而言加入 PBM 体系中的患者，会携带自己大量的病例及处方数据，这就给 PBM 公司针对不同疾病的人群设计长效的动态健康监督机制提供了基础，常规的管理方式包括：

邀约医生药师对患者进行长期的科普教育，提升对疾病的认知；健康监测，包括患者日常的血糖，血压，饮食及运动的记录，全方面给予建议，帮助患者保持健康；有些患者容易漏服和忘服的情况出现，可以进行用药提醒，这样一定程度上可提高患者用药的依从性，降低大病风险；如遇到身体的异常症状出现，可以及时识别上报，与主管医师沟通

。

以下面的互联网医院中的糖尿病管理模式为例，基本就是顺应的这种疾病管理服务流程：

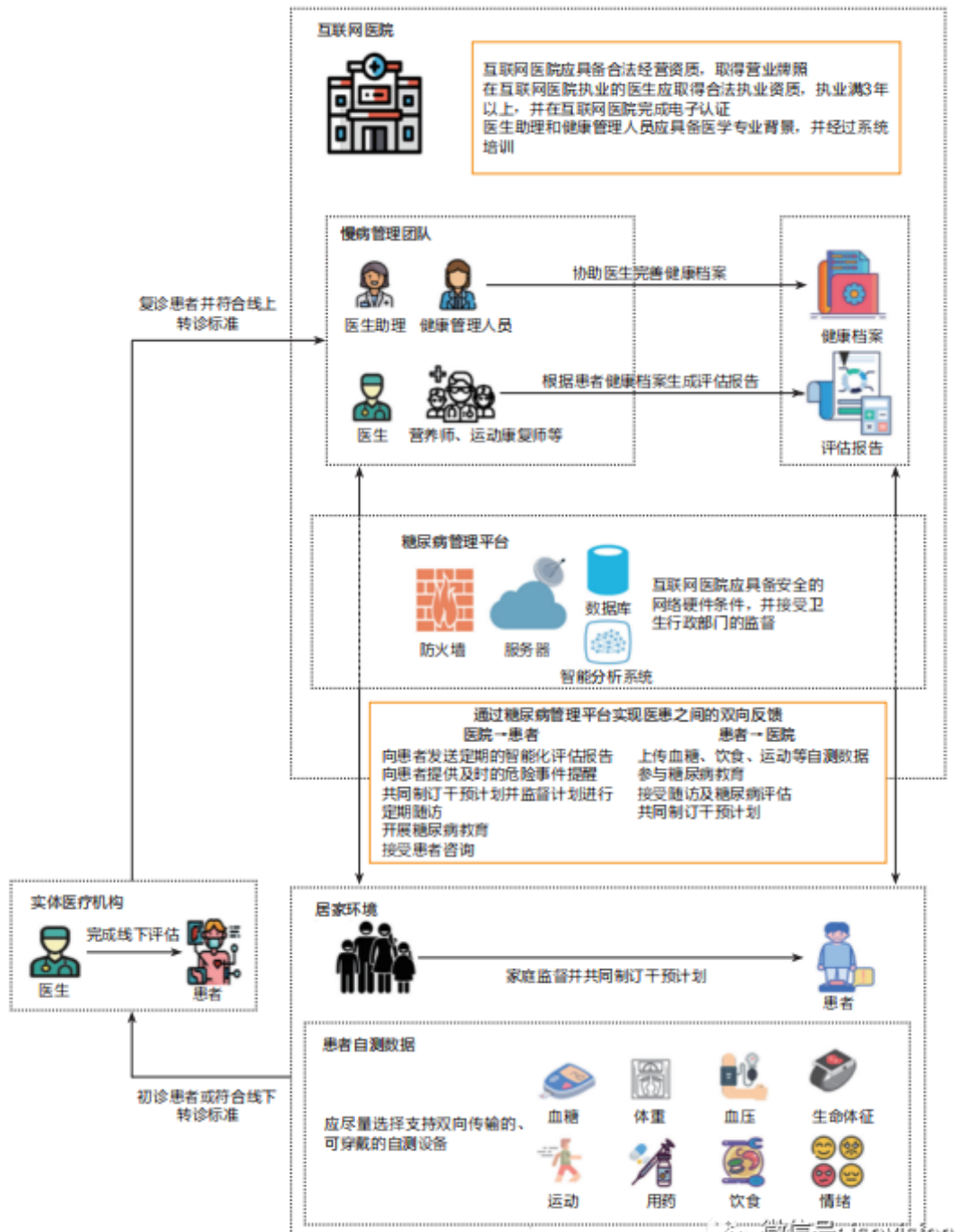



图2 线上、线下、居家管理闭环模式图

需要采集患者的相关健康档案数据：

附录1 互联网医院糖尿病线上管理健康档案范例

互联网医院糖尿病线上管理健康档案							
姓名		性别		年龄		编码	
经治医生		婚姻状况		教育情况		职业	
互联网操作能力		身高		体重			
心率		呼吸		血压		---	
既往史	既往疾病及用药情况						
	过敏史						
	手术						
	外伤						
	吸烟史						
	饮酒史						
	传染病病史						
家族史	父母			祖/外祖父母			
	兄弟/姐妹			子女			
现病史							
运动习惯				饮食习惯			依从性
化验指标							
标本	项目	指标		数值		提示	
血	血糖	空腹血糖					
		餐后2h血糖					
	糖化血红蛋白	糖化血红蛋白					
	血脂	总胆固醇					
		甘油三酯					
		高密度脂蛋白胆固醇					
		低密度脂蛋白胆固醇					
	肝功能	谷草转氨酶					
		谷丙转氨酶					
	肾功能	肌酐					
		尿素氮					
		肾小球滤过率					
		尿酸					
	电解质	钾					
		钠					
		氯					
		钙					
尿	---	尿蛋白					
		尿白蛋白/肌酐比					
心、肾、眼、足、周围血管及神经等靶器官损害情况							
伴发疾病							
代谢状况							
其他检查							

 微信号: jspvision

病情控制评估数据：

附录2 互联网医院糖尿病线上管理再评估数据收集表格范例

互联网医院糖尿病线上管理再评估数据收集表格									
日期					诊断				
症状变化									
相关检查	检测时间	空腹血糖	早餐后	午餐前	午餐后	晚餐前	晚餐后	睡前	随机
	检测结果								
	糖化血红蛋白								
用药情况	药品名称			药品名称			药品名称		
	用法用量	每日 次	每次	用法用量	每日 次	每次	用法用量	每日 次	每次
	药品名称			胰 岛 素	种 类		种 类		
	用法用量	每日 次	每次		用法用量		用法用量		
低血糖反应									
体征	身高		体重			生活方式	吸烟		
	体质指数				饮酒				
	腰围		臀围				饮食		
	收缩压		舒张压				运动		

注：管理方案来源于《互联网医院糖尿病线上管理中国专家共识》

3. 优势 3：个性化支付比例，合理控制医疗保险药品费用支出

PBM 针对不同类型的处方情况设计了不同的支付方式：

限品种：对于通过一致性评价的原研药和仿制药设计不同的支付比例，推荐使用仿制药和价格较低的通用药； 限单品：根据与药企的谈判结果动态调整保险支付比例，超过由患者自费； 限总量：在用药总额中限定保险支付的比例及金额，超过该部分也要求患者自费。

总结一下，PBM 的核心优势就是在于保障医疗服务质量的前提下，省钱！省钱！省钱！（重要的事情说三遍）。

如果说 DRGs 是主要服务于医保端的控费组织，那么 PBM 基本可以等同于商保端的控费组织了，同时前者更多是在治疗用医侧的控费，而后者多了一个疾病管理用药侧的监督控费了。

但是其实究其本质来说，DRGs 是一个分组标准，PBM 只是一种服务模式，它们之间是可以互相组合调用的，DRGs 可以用于商业保险，PBM 的模式也可以用于医保，比如现在国家推行的“4+7”的药品集中采购政策，其实就是一种变向的找药企压价的 PBM 了，做了其中一截的模式，所以我会认为 PBM 将会是未来医疗保险组织都会从事的一个主要方向，无论是医保还是商保，因为它确实是一个多方共赢，回归价值医疗的好模式。

三、美国主流 PBM 模式分享

目前美国 PBM 主要分为三类主流模式：

纯粹的 PBM 公司，通过与外部药品流通网络合作，构建自己的渠道，自己本身其实是一个纯信息技术公司，这边代表企业就是 ESI (Express Scripts Holding Company)，通过建立标准，信息化控费；从保险切入，基于自己长年沉淀的行业资源，以及用户基数，构建的“PBM+保险”的模式，这类代表企业是 UNH (United Health)，打造保险支付的闭环；从药品终端的流通领域切入，比如 CVS Caremark，它是全美最大的连锁零售药房，通过集中采购，挤占上游医药工业企业利润空间，后来与全美第二大的 PBM 公司合作，打造了保险与 PBM 的“药房+PBM+保险”模式。

目前美国市场占有率最大的是独立第三方公司 ESI，拥有约 34% 的市场份额，紧随其后的是连锁药店 CVS 的 Caremark，市占率为 26%。排名第三的是美国最大的医疗商业保险公司 UnitedHealth 的 OptumRX，市占率为 12%，这三家加起来，合计占据的 PBM 市场份额超过 70%。

1. 纯信息技术 PBM 公司：ESI 模式



美国 ESI 公司，全称 Express Scripts Holding Company，是全美最大的 PBM 服务提供方，也是美国财富 100 强公司之一。2017 年开始，每年合计经手超过 14 亿张的处方，市场占有率不断提升，2018 年被健康保险公司信诺集团以 520 亿美元收购。

ESI 公司可以为商保公司提供客户付费前的相关健康数据采集、另外在用医用药侧，可以干预就诊医疗机构、降低不必要的诊疗环节，制定受保药物清单、选择性价比较高的等效药物等来影响用药选择，同时还可以通过集采来整体降低药品采购价格，以此节约医疗保险费开销，ESI 的主要盈利模式包括以下几个方面：

针对药企：ESI 以较低的价格向上游(工业企业、药房)直接采购药品，收取配送服务费与差价。针对保险：帮助保险公司审核、理赔、支付，针对不同人群设计医疗保险计划，多变量费用预测模拟系统支持，药品报销目录管理，临床路径管理，费用支付模式管理等，向保险公司收取服务费。针对患者：ESI 帮助患者预约就诊，咨询医生，健康干预，科普教育等服务，向患者收取服务健康管理费。针对医院：提供医疗服务数据监控及测评，包括医生评价、医生用药模式分析和比对、药品费用的节省建议等。

2. 保险背景 PBM 公司：联合健康(UNH)模式



美国联合健康集团 UnitedHealth(UNH)是美国最大的健康保险公司，其中 OptumRX(药品福利管理公司) 是 Optum 子版块之一。2018 年，OptumRx 收入 695.44 亿美元，占

UNH 总收入的 37.9%，同比增长了 9.1%。全年共处理了 13.4 亿张药品处方，管理着 910 亿美元的医疗支出，为超过 6500 万人提供 PBM 服务。

OptumRx 收入模式与 ESI 类似，包含了零售药店网络管理服务，邮购和专业药房服务，药企折扣承包和管理，福利计划的设计和咨询，理赔管理，医疗保险的部分服务，以及遵从处方管理和法规的临床方案，药物审查和疾病药物治疗管理服务。

3. 医药商业背景 PBM 公司：CVS 模式（药房+PBM）



美国 CVS Health (CVS)集团是美国最大连锁零售药店。

除了上面 2 个模式中的保险计划咨询、理赔管理、药品邮寄等服务外，由于 CVS 具有强大的线下药房资源，且可以自主调动，已经将一部分零售药房升级为“便利诊所”，据悉目前已经有 1100 多家，患者可以直接在药房完成体检、轻症和常见病的诊断、健康咨询、药品开具等一系列的服务，提升了用户的口碑，以及药房的服务粘性。

一方面是增加了医疗服务履约的收入，二方面由于连锁药房属性，其对上游工业企业的议价能力更强，利润更高。

综上所述，虽然各家做 PBM 的切入点不同，但是基本也都是殊途同归，最终绕不开“医+药+险”的格局，国内其实有很多家机构也在模仿和尝试，比如上文提到 Pillpack 的模

式，中国也有一家公司叫“万户良方”在做，ESI 的模式国内的药联在做，还有很多企业其实已经具备 PBM 的原始资本了，只是受制于各类政策及市场的限制，开展比较缓慢，基本上可以说，任何一种在美国落地的 PBM 方向，在中国都有企业在做，只是我们暂时目之所及有限，不知道罢了。

四、PBM 现阶段落地难点

最后就来谈谈为什么推动 PBM 阻力这么大？中国与美国的现状差异，我认为核心还是国情大环境和发展阶段的差异：

表1 中美医保管理模式情况比较

比较	中国	美国
服务体系	公立医院为主体，以药养医	民营非盈利医院为主，市场化
保障体系	国家基本医疗保险主导	商业保险主导
监管体系	政府主导	行业协会主导
资源提供体系	部分市场化	市场化
信息技术	零售连锁信息化起步阶段	高度信息化，电子处方合法化
医药分开	医药不分，医院药房强势	完全分开，零售药店为主
价格谈判	医疗机构垄断，过度医疗	第三方PBM，有效制衡

微信号: jspvision

1. 医疗数据不足问题

PBM 在医保控费还有疾病管理方面，是需要有数据作为基础，而且还需要标准化，互联互通才行的。没有这些数据，搞 PBM 是无稽之谈，PBM 企业需要基于数据模型来监控医生的诊疗方案与患者长期的用药行为，而中国医院的信息化水平不高，据了解国家电子病历的评级需要达到 4 级之后，才能实现数据的互联互通，掌握患者入院到出院的全过程。

而到 2018 年的时候我国三级医院的评级也才 2.8 级，规划说是 2020 年达到电子病历 4 级，目前好像也没有看到具体的数据，所以还未可知，结果导致的现状依然是各医疗机构都是信息孤岛，没有形成统一的数据标准，无法为 PBM 的实施提供支撑。

2. 药房履约网点问题

第一点：是无处方外流的大额数量。我国公立医院目前依然还是占据药品销售渠道的核心地位，这个估计是很难撼动的，虽然国家也力推医药分家，处方外流，但是尚需时日，所以连锁药房并不是处方药品的主要销售终端，没有量就无法议价和扩品，更别谈后面的审方控药等问题了。

第二点：是承接网点不足。从医保定点或商保定点药房扩容趋势看，即使对医保定点药房网络进行扩容，但是其发展速度仍然受到经济利益及监管体制的限制，短期内医保定点药房无法做到全零售网络全覆盖。

第三点：是服务承接不住。药店、基层医疗机构等还没有完全准备好接受大规模处方外流的能力，这其中包括店员基础能力培训，系统的对接，药品品种目录的配种等各类问题，所以还需要时间，继续加强基础建设。

3. 药品目录定制问题

其实有很多药品对患者有价值，但是不在医保目录以内，患者无法获得赔付，所以商保其实可以为其做补充，但是这样的额外药品目录也需要由医疗专业评审会来制定和审核，但是又有谁来监管制定出来目录的合理性呢？

这一块的法律法规目前我还不得而知，但是至少明面上看，在制定和审核是会有一些政策阻力的，我国目前医保目录的制定权是在医保管理部门的，而美国的 PBM 企业已经完全主导了处方药品目录的制定全过程。

4. 保险费用结算问题

行政区划间隔性问题，医保实时理赔网络是由各省、地市医保为单位自行建设，相互之间的互联互通尚需时日。对于商保来说，那就更难了~






































虽然问题和阻碍很多，但是我相信最终依然还是会回归到价值曲线上的，只是时间问题，所以最后我们再来思考一下，如果要让 PBM 做成，有哪些核心要素要具备的。

五、PBM 未来成功要素

由易凯资本医疗健康组王斌、刘泽渊、周迪、盖瑞杰、孙琪松联合撰写的行业分析中提出，中国本土化 PBM 模型需要具备以下六大关键成功要素：

强大的药品议价权：保证 PBM 在对上游药厂以较低价格采购药品；**开具并审核处方能力：**保证 PBM 根据药品处方辅助患者合理用药；**足够的患者流量：**保证 PBM 有足够的患者基础及药品销量；**成熟的供应链体系：**保证药品以较高效率流通；**完善的支付端保障：**保证药品实现最终支付；**连续性慢病用药数据：**保证 PBM 了解慢病患者用药规律。

我个人看完之后，觉得总结的这六点，还是非常全面和精准的，目前国内效仿美国模式，落地 PBM 主要包含 5 类企业：零售连锁药店、医药流通企业、电商平台、商业保险公司以及医疗信息化企业。通过六大维度的对比，健康组成员将他们进行了分类，并在各项能力上打分并进行评析：

	零售药店	医药流通企业	电商平台	商保公司	医疗信息化企业
 强大的药品议价权					
 开具并审核处方能力					
 成熟的供应链体系					
 充足的患者流量					
 完善的支付端保障					
 连续性慢病用药数据					
 代表玩家	老百姓大药房 一心堂 益丰药房	国药控股 九州通	健客网 康爱多 壹药网	平安保险 微信号: jianke2016	海虹控股 万达信息

假设如果每一项分数的权值都相同，单项得分为 4 分，那么会得到下面一张分值表：

	A	B	C	D	E	F
	PBM企业能力评分表					
		零售药店	医药流通企业	电商平台	商保公司	医疗信息化企业
1	药品议价权	3	4	3	2	1
2	开具并审核处方能力	2	2	1	2	3
3	成熟的供应链体系	3	4	3	1	2
4	充足的患者流量	4	1	3	4	2
5	完善的支付端保障	2	2	1	1	2
6	连续性用药数据	1	1	1	3	4
7	合计总分	15	14	12	13	14
8						
9						
10						
11						
12						

微信号: jspvision

整体来看其实每种企业总分上差距都不大，但是如果非要判断目前状态下，谁最有可能最先把 PBM 规模化做起来，实话说我现在没有办法判断。

但是一个常识的逻辑是，在行业不同的发展阶段，看谁的能力相对最稀缺，那么就最有杠杆率，比如医药流通企业在药品议价和供应链体系拿到满分 4 分，就有 2 项杠杆优势，像商保公司在这一块很弱只有 1-2 分，就会选择陪医药流通公司来玩耍。

而医疗信息化企业在处方审核及用药数据记录上有 3-4 分，有 2 项杠杆优势，那弱的电商平台可能会找他来玩耍。同时他们在其他项目的分数上也有互补性存在。

另外还要看谁的整体能力相对没有短板，也即没有很拉胯的项目，谁就最有可能通过不断合作，对外整合资源，把自己的能力补齐，因为医疗行业不是一个单一的服务，尤其是对于疾病管理，是需要全程渗透的，是团战逻辑，而不是单兵逻辑，比如你只有健康咨询，后面没有开药，以及线下导诊的服务，最终你可能只能做到整体医疗价值链最浅层的业务，当然你可以靠单点先做切入，之后积累流量再做扩展。

总结一下，优势能力越稀缺，就越有更多伙伴找你合作，各项能力没有明显短板，便于快速构建医疗服务闭环，后面就是看各玩家谁构建能力的速度快，赢者通吃了~

六、结语

虽然 PBM 落地问题繁多，但是这也给了市场新的机会，像近些年的新晋的明星企业，如药联，镁信健康等也是发展势头迅猛，相信未来在此方面还会有所突破的。

好了，整个板块都分享完了，整体归结回来，就是一句话，未来商业健康险与医保集合兜底支付侧，“健康管理+DRGs+PBM”深度融合后夯实服务侧，我觉得才真正谈的上回归价值医疗，这对于我们每一个的健康都是重大利好，一起期待吧~

#专栏作家#

囧囧有神，微信公众号：囧神产品观（ID：jspvision），人人都是产品经理「2018 年度最受欢迎」专栏作家，起点学院导师。10 年互联网经验，产品运营专家，Team Leader，长年专注于产品、运营、数据、管理、行业洞察等内容领域。

题图来自 Unsplash，基于 CC0 协议