

编辑导语：如何平衡好医疗行业中、医生和患者之间的利益需求，以求实现医疗行业未来的健康发展、回归价值医疗？本篇文章里，作者对此进行思考，针对未来医疗行业的支付模式进行了相关分析与设计预想，以求更合理地满足患者的价值医疗需求，一起来看一下。



医疗行业中实在是存在着太多矛盾点了，这一篇主要讨论医疗支付侧的矛盾问题。由于篇幅过大，已经拆成上、中、下三篇进行输出，分别会谈到商业健康险、DRGs 付费、PBM 服务模式。

## 01

我们先抛开公益和道德的层面，从商业视角来看待医疗支付侧的问题。

目前医疗开销最大的支付方是国家医保（其实主要来源还是雇主和员工缴纳），但是医保目前仅为人们已经得病之后的治疗类服务买单，如药品、器械、手术服务等，却不会为保持人们不发病的健康管理等预防类的服务买单。

而医院医生则是需要通过人们生病之后、去医治输出医疗服务后，才能从中赚取收益的，那么这里就会存在一个“患者保持健康和医生赚取收入”的悖论。



对于患者而言保持健康就是最大的收益了，而对于医生来说，则是需要多开药多做手术才能提升自己绩效，获得更多收入，虽然我这样说会很不舒服，但是当下确实如此。

你会发现这本身就是一个非常可笑的事情，前者是靠自己不病省钱，后者是靠他人生病赚钱。这两者完全在背道而驰，也非医者所崇尚的正道“上医治未病，中医治欲病，下医治已病”。

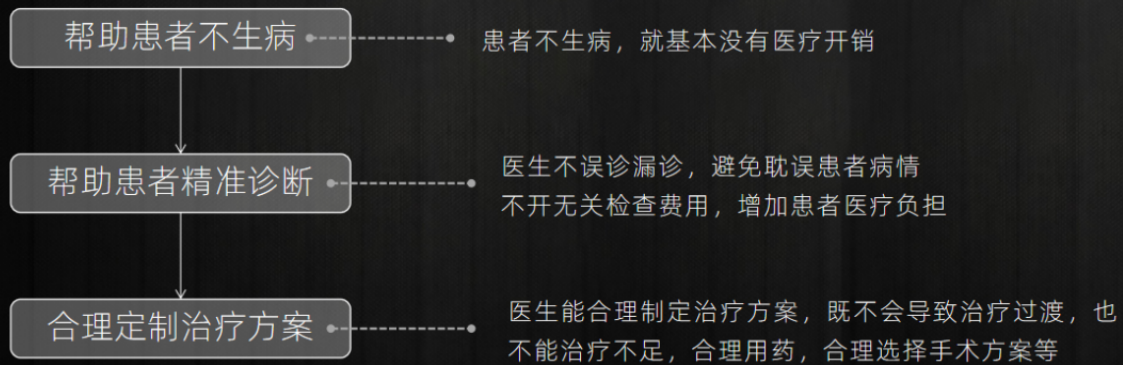
所以我在思考，有没有可能有一种模式出来，让患者和医生这两个角色之间产生的利益是正向协同，而不是互相攫取的反向博弈，是否存在着“患者越健康，医生赚的钱就越多”这一商业模式。

那么如何通过医疗支付的创新，推动医生的绩效考核制度变革，来激发医生更多地去保持患者健康，来获得高收入，成为了我目前思考的原起点。

那么医生要怎么做，才能保持患者健康、获得更高的收入、回归价值医疗的？

我认为是有三个递进层次的：

## 价值医疗理想的三个层次



微信公众号/头条号：  
回地产品观

价值医疗是追求性价比的医疗服务，  
帮助患者以同样或较低的成本取得医  
疗质量或医疗效果的最大化

微信号: jspvision

**不生病防未病，医生帮助患者不生病少生病，就是帮患者赚钱。生了病，医生能够精准诊断，减少误诊带来不必要的财力和精力的消耗。确诊后的治疗阶段，能够尽量减少医疗开销，合理定制治疗方案，同时协助患者保持长期健康；医生能做到的层级越高，越早**  
**在患者疾病的前置阶段介入，获得的收入奖励就越多。**

而我更加妄想的是，这种新模式能在“商业健康险+DRGs+PBM”三者联动起来后，去将患者的三层次价值医疗需求实现掉。

商业健康险本质是一种用户预付的创新支付方式，结合健康管理，可以让保险公司有动力去帮助患者控制疾病发生的概率，处于疾病的预防阶段；DRGs本质是一套医院管理工作，反向倒逼医生去进行更细致地检查，更精准地诊断，将用户分入正确的病例组别，处于疾病的鉴别诊断阶段；PBM则是药事福利管理，规定合理的药品目录，监督医生使用更具有疗效性价比的药物，有效控药，帮助患者和保险公司节省开销，是处于疾病的治疗阶段。



当然这三者目前也各有限制，而且落地条件也很苛刻，比如商业健康险只能覆盖部分有确定性医疗数据的疾病，不然只能玩对赌，DRGs 仅适用于住院的一部分病例，也不是所有都能覆盖，PBM 只能管药，但是对于手术方案上的溢价就管不了太多，因为人为属性太强。

同时三者结合要完全落地之前，还需要满足两个重要的前提条件，且缺一不可：

**全民健康意识提升到一定层级，也即全民主动购置健康险（类似国家医保一样）；全民医疗健康数据结构化归档（包括电子病历、健康体征数据、用药数据等等）。**

第一个条件是要保证医疗供给侧服务的支付来源，能够有钱付给医生们，第二个是要保证数字化医疗及支付有迹可循，可以不断根据大数据调整保费和支付费率等，保持支付的合理性，让此模式能可持续性发展。

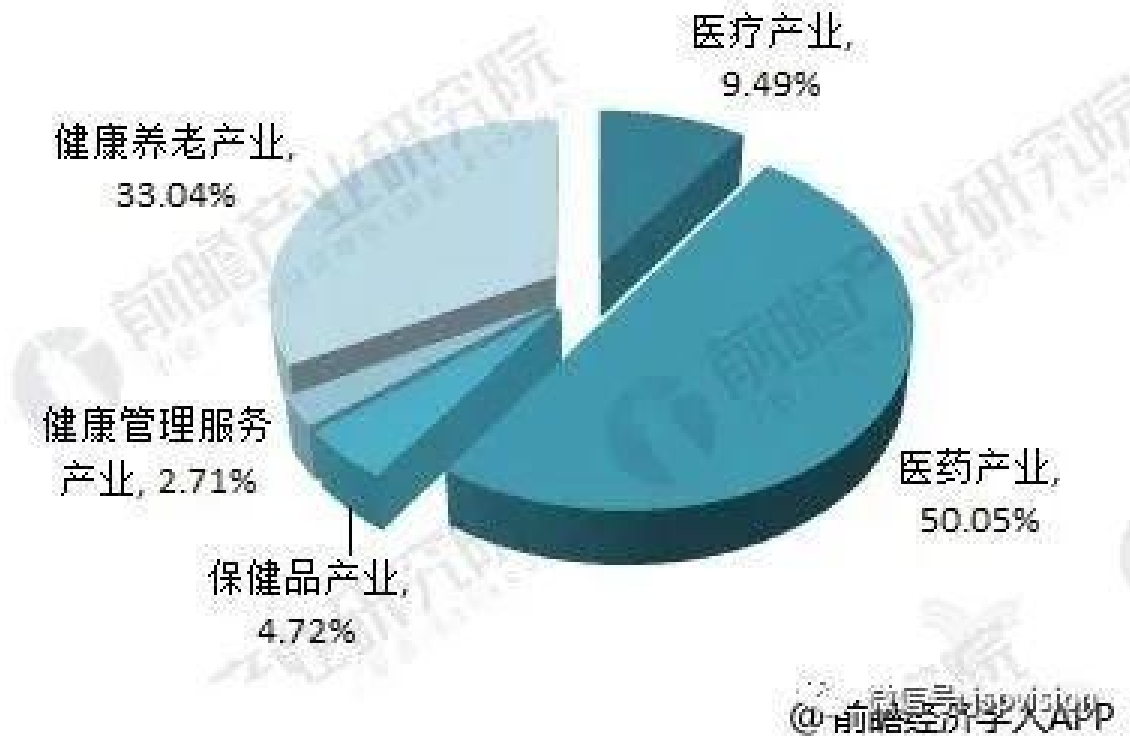
虽然困难重重，条件多多，但是这个模式依然在未来是非常具有想象力的，希望 2030 年的“健康中国”计划能够加速这一场支付变革的创新。

## 02

下面我就将“商业健康险+DRGs+PBM”的模式进行融合分析，首先来谈一下商业健康险。

预防未病的最好方式是健康管理，目前市场上谁才会有真正的动力为该服务买单？纵观整个医疗市场，“患——医——药——险”四个角色，医和药属于长期的依靠患者生命的高收入供给方，完全无动力为此改革付费，能付费的只有 2 个角色，患者和保险企业。一个是因为要保健，一个是为了要控费，降低出险率。

来自 2018 年的一组数据统计，我国大健康产业主要以医药产业和健康养老产业为主，市场占比分别达到 50.05%、33.04%；健康管理服务产业比重最小，只有 2.71%，更能说明此问题。



所以总体来说健康管理的服务并不成熟，不过未来发展的潜力也是巨大的，尤其是在 2020 年疫情催生之后。而短期来看，患者没有意愿直接为健康管理服务付费，这里注意，我说的是“直接”，主要原因可能是以下几点：

- 1) 大部分人不会对提升健康概率，进行确定性的投资。



用户要买的是健康，而不是健康管理。疾病的发生有 2 个重要的原因，一个是先天的遗传基因决定，二个是后天的生活行为习惯，而健康管理只能影响后天的生活习惯，只能降低概率，而不能说 100% 概率保证完全不生病。

这就好比你现在有一个有 2% 的几率彩票中奖 100 万，现在主办方告诉你，你再给我 3 万元，我把你的几率提升到 5%，你觉得有多少用户会愿意掏这个钱？

因为从心理学角度上来说，1%~99% 的概率是没有本质区别的，但是 99% 和 100% 的概率是有本质区别的，一个是有几率，一个是一定。所以与其我现在花钱做健康管理，还不如我病了直接付医药费呢，万一我一直保持健康，我还赚了，所以大部分人会抱着这个思想。

2) 大部分人对健康管理的收益的反馈没有强烈感知拿股票市场来做类比，比如我投资了一只好股票，我是可以立即在收益上能看到的，就是多赚钱。而健康管理的投资只是维系不生病，主观上患者群体的感知是没有明显增益的，所以参与健康管理的动力就依然不足了。

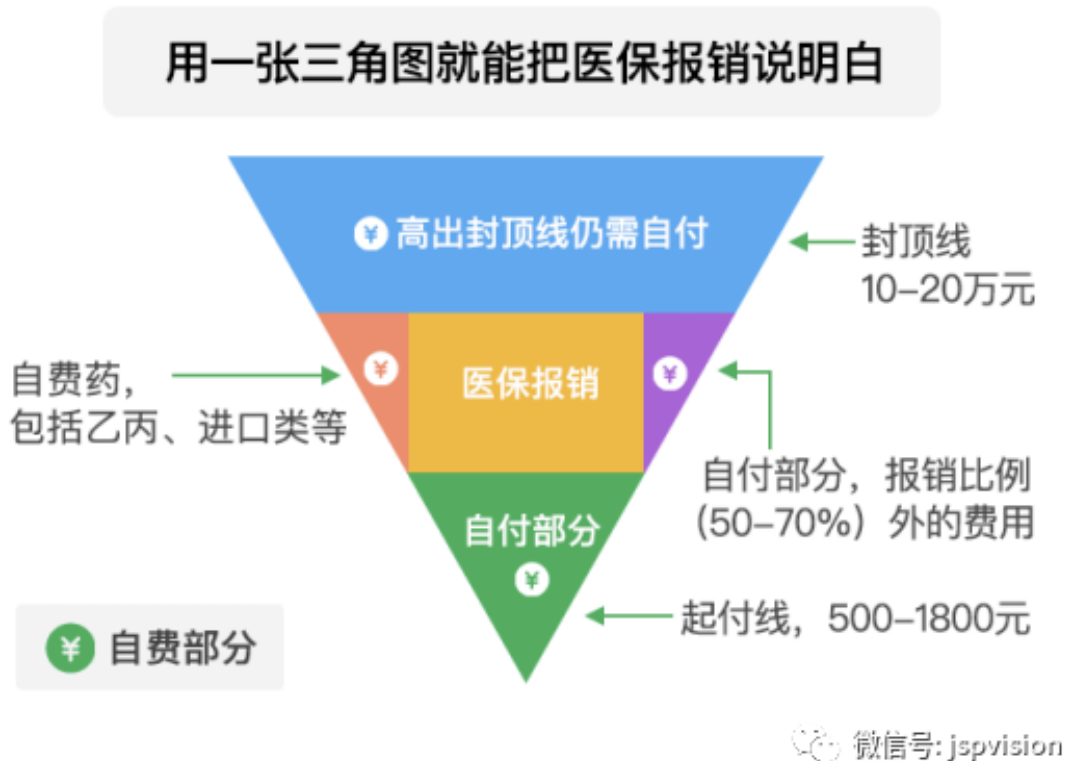
3) 已经满足健康需求的人，就很少去再为自己健康买单。

有一个段子非常有趣，说“人只有在自己生病的时候，才知道自己的器官在哪里”，而做健康管理是身体的回报，人在健康的时候，根本不会意识到它的存在。大部分社会人认为钱是第一位的，而在不健康的时候，健康的重要性才会优先于钱之前，所以人在健康的时候，你让他去做健康管理，他其实并不会很 care，因为我本来就没有病，需要你管理个啥？

这些其实本质上也都是基于人心理学上的问题，根据常识就能够推断出。所以患者这一端想直接支付困难重重，那我们再看另外一个角色“保险”，包括医保和商保。

当前我国的医保制度，大部分都是药品、检查或者手术服务进入医保，而这种健康管理的，比如饮食调整建议，行为习惯的监督等，这些并不会纳入医保中去，所以对于医生服务者，他们不会有动力去主动做这些事情，因为没人为它买单，患者也不会认为其有价值。

最后就导致只有一部分健康意识超前、且有一定收入保障的用户会为健康管理付费，保证自己的健康。但是另外一个有意思的是，患者虽然不会为健康管理买单，但是会对商业健康险买单，理由如图：



因为对于真正的患者就医用药需求，医保是只能保基本的，压根不是所有都能报！不满起付线、超过封顶线的部分医保管不管；而且自费药、进口药、ICU 病房等高额医疗费用医保也统统不管；即使能报销，也还有比例的限制！

所以商业健康险的出险，就可以作为医保的有力补充，全方面提升患者的健康保障，这也就是为什么患者要买医疗健康险的意义所在，因为把得病后的治疗的高额费用风险转嫁给保险公司了。

这个和用户买健康管理服务是完全不一样的逻辑，那个是买了只是一定概率降低发病，而这个是交了钱之后，只要在条款范围内的，保险一定都给把医疗开销都出咯，一个是概率性事件，一个是确定性事件。所以这样一种模式，也就造就了商业险大概率会成为健康管理服务的最大买单方，因为需要减少患者发病风险，节约出险开销。

帮助患者实现，第一层健康价值的“防未病”工作，更多就落到商业健康险公司的肩上了，因为他们有足够的动力，投保的患者健康被管理好了，出险和赔付就自然少了，保险公司变相就能获得更多的利益。

而且就一般来说花费在健康管理的开支费用，肯定会明显少于患者发病之后去到医院里面的治疗费用，靠“健康管理+健康保险”来实现患者的价值，实在是再合适不过的了。

但是我们也会发现原先很多保险公司是用偏金融属性的思维在设计保险产品，里面根本也没有涵盖健康管理的逻辑在里面，就是病了赔钱就完事了，患者你自己再去自己找门路就医。

这个其实是本末倒置的，真正的健康险是应该重医疗轻金融的，它有金融属性，但是是医疗行业产品，让健康险回归本质。即便到现在，普通人要买一款适合自己健康保障需求的保险都不容易，且不说对投保人还有一系列的年龄和既往病症病史的限制，导致真正有迫切需求的带病患者买不到。

贴一张健康险市场上产品对比图，大家感受一下，目前的健康险公司是不是“只管收钱，不管健康”，好像都没有聚焦在健康管理或者医疗服务，而是在赔付的条件和金额上，一路走到底。



公司	国富人寿	和泰人寿	横琴人寿	信泰保险	横琴人寿
产品	嘉和保重疾险	超级玛丽2020Pro	优惠宝	超级玛丽2号Max	无忧人生2020
基本投保原则	投保年龄	18-60周岁	0-50周岁	0-55周岁	0-55岁
	保障期间	至70岁/终身	至70岁/80岁/终身	终身	至70岁/终身
	最长缴费期	30年	30年/缴至70岁	30年	30年
	等待期	90天	90天	90天	90天
重疾保障	重疾种类	110种	110种	112种	110种
	赔付额	保额，0-50岁投保， 保单前15年额外50%	40岁前投保，保单前 15年赔150%，否则赔 100%	60岁前赔160% 否则100%	60岁前，重疾赔付 160%，否则100%
	赔付次数	1次	1次	1次	1次
中症保障	中症种类	25种	25种	25种	25种
	赔付额	50%/55%/60%	50%/60%	60%	60%
	赔付次数	3次不分组	2次不分组	2次不分组	2次不分组
轻症保障	赔付间隔	无间隔期	无间隔期	无间隔期	无间隔期
	轻症种类	40种	50种	50种	50种
	赔付额	40%/45%/50%	30%/45%/55%	40%	45%
其他	身故	【可选】18岁前3倍保 费	【可选】18岁前保费 18岁后保额	18岁前保费 18岁后保额（可选）	【可选】18岁前保费 18岁后保额
	被保险人豁免	轻症/中症	轻症/中症	轻症/中症/重症	轻症/中症
	投保人豁免	可附加	可附加	可附加	可附加
保费测算	可选责任	1.癌症多次赔付	1.癌症二次赔付；2.癌 症提前给付； 3.特定恶性肿瘤保险金	1.癌症多次赔付（附 加） 2.普通型新冠肺炎保障	1.癌症二次赔付120% 2.心血管疾病二次赔付 120%
50万保额，保终身，30年缴费，无身故责任					
	男30岁	5210元	5220元	5700元	5330元
	女30岁	4925元	4950元	4950元	5015元
50万保额，保终身，30年缴费，附加身故责任					
	男30岁	8470元	7705元	8600元	8000元
	女30岁	7775元	6835元	7600元	7295元

这显然是有悖于这一险种的设计初衷，但是要设计出这一产品来，对保险的设计者，基础的医疗数据采集，精算师的算法设计也是更高难度的挑战了，未来是需要更多个性化的带病体的健康险问世，来做商业险上的创新，才能开拓这一新兴细分的蓝海市场。

按照 2019 年数据，当年国内商业健康险赔付支出为 2351 亿元，占比全国卫生总费用仅 3.6%，远不及个人卫生支出（1.85 万亿元）占比总费用的 28.4%。而根据 2019 年 12 月银保监会等 13 部委联合发布的《关于促进社会服务领域商业保险发展的意见》，力争到 2025 年，健康险市场规模要超过 2 万亿元，所以未来商业健康险还有非常大的成长空间，至少是一个十倍速的市场。

而这其中最核心的问题就是，保险公司大部分不懂医疗行业，所以需要医疗和保险中的行业大佬们需要强强联合，推出一些创新支付手段，才有可能设计出真正意义上“好的健康险”，那才是对患者真正有价值的。

### 03

下面列举两个可探索的案例。

案例 1：商业健康险加入健康管理服务，前置干预控制医疗开销。

在当前的医疗服务市场中，其实存在着大量的医疗服务产品可以进行资源整合，按照这些服务产品的功效可以做一个简单的分类，如预防类、治疗类、康复类等。原来这些是离散不成体系的，而对于商业健康险而言，完全可以将其整合在一起，集中提供服务，来控制整体的医疗开支。

拿牙科这个垂直领域来说，商业健康险机构可开发一套针对口腔健康问题的健康保障产品，用户每年支付一定的保费之后，就可以享受对应的保险权益及健康服务，对于预防层面的洗牙服务、治疗层面的补牙、根管治疗、种牙等服务都可以设定相关准入条件，列入保险条款中。同时鼓励提醒保单效期内客户定期洗牙洁牙，并予以一定的保额奖励等。

如果患者在此之外依然发生更重大的牙病的问题，再进行核保赔付。通过此方式一方面帮助大部分患者预防牙病风险，另外一方面就算小部分患者出现更严重问题，也能获得保障。

所以商业健康险公司把健康管理服务纳入进来的好处，总结有以下三点：

**商保公司既提供保险权益，又提供健康管理服务，让客户得到的不仅仅只是未来的抗风险能力，还获得当下立即能感受到的服务，从而提升产品的市场竞争力，让用户们更多购买；商保公司将履约的合作医疗机构纳入自己的网点，同时能够提供稳定的客源。这些保单客户由于付费了，大家都有这个心理，花了钱就要把服务用足，所以大部分都会去定期、长期洗牙，有助于商保与医疗服务机构谈判议价，降低服务费用（包括洗牙和未来可能出现的齿科手术费用）；客户由于定期洗牙，将更深层次的牙病扼杀在摇篮之中，一定程度上降低了保险的出险概率，从而降低开支，提升利润空间。**

案例 2：基于药物真实疗效，药企与保险共担风险，分阶支付帮助患者节约药费。

这边以 XX 生物制药目前与 XX 保司（不说名字，主要是规避打广告的嫌疑）达成合作作为一个案例进行分享，合作的主要目标是保险和药企共担患者使用药物部分风险，针对临床治疗效果不确定的药品，制定基于产品疗效、用量、时间节点、适应症等的疗效效果

与支付费用的协议，延伸出的创新支付模式。协议构成有证据发展支付（CED）、按节点支付（CTC）、按疗效支付（PLR）三种形式。

### 1) CED

适用于临床证据不充分而临床急需药品。

在约定的时间内，会以厂家制定的价格先予以报销，然后根据后续收集的证据来决定是否继续/增加/取消支付，如果证据显示产品没有任何价值，支付方会撤回现有价格，再制定一个与现有标准治疗更低的价格方案。

### 2) CTC

适用于远期效果不明显的仿制药。

协议双方对一个或多个短期的治疗目标结果进行约定，通常为替代终点、生物标志物等节点指标，药品生产商在初始治疗阶段提供折扣或免费药品给支付方，一旦患者达到治疗目标，支付者将对药品进行支付，并纳入目录。

类似于分期付款，将早期支付费用延后，分散在数月甚至数年之间，一定程度上能缓解支付方的早期资金压力。此种方式主要是缓解支付方的顾虑：即使药品没有获益，患者仍然接受治疗。

### 3) PLR

适用于临床证据充分，但真实世界应用效果尚不明确的药品。

支付方鼓励高质量的护理，若药品未能达到预期效果（健康改善），药厂需还款/部分退款/价格调整，结果指标包括：短期临床结果（替代终点或 biomarker）、长期临床结果（主要终点）或依从性。

这种模式的创新其实就是以患者用药疗效价值为依托的健康管理的控费模式了，满足了患者第三阶段“合理治疗”价值医疗的层次需求。患者支付保费给商业健康险公司，商业健康险公司去找到市场上最对症，最有疗效的药品去帮助患者维持健康，通过基于疗效结果，给药企支付费用，来保证自己的合理营收。

诸如以上提到两类的模式，还可以在健康服务、疾病服务的各个阶段上去探索价值医疗的创新模式，所以商业健康险未来的玩法和创新点，还是非常之多的，敬请期待~

## 结语

商业健康险与健康管理服务，这两种业务模式利益一致，且市场空间巨大，互相融合体系化后，相信会是未来大健康领域支付端的一大利器。

但是光有这些还不够，支付标准的一些细节性的规则制定更是其中的重中之重。后面 2 篇文章会介绍 DRGs 及 PBM 的模式，有兴趣可以持续关注。

## #专栏作家#

囡囡有神，微信公众号：囡神产品观（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