10万亿级“医疗+保险”风口，多方混战已拉开帷幕

2018年5月4日，平安集团大健康生态旗下的平安好医生上市，市值一度超过600亿港元。而此生态下另一刚成立不到三年的平安医保科技，去年2月份A轮即完成11.5亿美元的融资，投后估值达88亿美元。除了平安集团，泰康保险集团收购拜博口腔，也是2018年险企在医疗健康领域大布局的重要事件。保险公司加速布局医疗健康生态，是其开拓健康险业务的重要抓手。

2012年以后，健康险就开始进入加速增长的爆发期，2018年健康险保费规模达5448亿，增速达24%，在整个保险行业增长疲软的当下可谓一枝独秀。其中健康险主要分为两大细分品类，其一是疾病险（主要是长期重疾险），占比达56.8%；其二是医疗险，占比达32.3%。一方面健康险近几年正呈现爆发式增长；另一方面保险越来越脱离纯金融产品属性，而更偏向医疗服务方向演进。

此时单纯卖保险已经无法完成业务闭环，而必须将医疗健康服务能力纳入进来，这样做既为了提升用户体验，也为了有效控制医疗支出成本。但在公立为主的医疗体系下，商业保险公司很难渗透其中，想要获得足够的医疗服务能力可谓难上加难。

打通医疗与保险，成为了健康险继续发展的首要屏障。在此背景下，不仅是险企，各类创业公司也蜂拥而至。

然而医疗与保险这两大生态，却又都是知识与资源门槛都奇高的

产业，想要同时玩转两大产业完成业务闭环，此创业门槛之高可想而知。

在困难面前，创业者纷纷跃跃欲试，投资人则个个摩拳擦掌。围猎“医疗+保险”万亿机会的战场，究竟是巨头的游戏，还是创投也能有的机会？

带着这个疑问，采访了数位创业者、企业高管及投资人。

此文将主要围绕以下三个问题的解答而展开：

1. 医疗与保险结合是否是一个时代级的机会？
2. 目前的赛道格局是怎样的？有哪些切入角度和模式创新？
3. 这个行业的前景规模有多大？

医改还需借助商保

2009年3月17日，政府开始推动新一轮的医药卫生体制改革（简称新医改），历时8年已经基本实现了全民医保覆盖。据国家医保局统计显示，截止2018年末基本医疗保险（简称医保）参保人数达134452万人，实现全国总人口95%以上的覆盖。

按众诺普惠CEO查佶的话讲，“医保的原则就是保范围（更多的参保人数），保基本（基本的医疗服务保障）。”

但与此同时新医改依然面临着报销比例低，居民医疗服务需求未被完全满足的问题。据《中国卫生健康统计提要2018》数据显示，2017

年个人卫生现金支出14874亿元，占全国卫生总费用的29%，也就是说老百姓看病自费比例依然很高。

1、百万医疗险崛起

2015年，众安保险推出尊享e生百万医疗险，迅速引爆了市场。百来块钱的保费，就能获得百万元以上的医疗费用报销保障，吸引了大量年轻人的购买。

随后各大保险公司纷纷跟进，近百款百万医疗险面世，医疗险也成为了推动健康险快速发展的重要推动力之一。2018年数据显示，百万医疗险累计投保人数达4,000万，预计2019年有可能接近1亿人。

赵鹏（化名）在保险行业深耕多年，现为某健康险公司高管，多年来见证了国内健康险从艰难起步到现在的快速增长，他向小饭桌回忆道，“其实十年前就有类似百万医疗险被开发出来，但当时人们的保险保障需求还没有被大量唤醒，而且当时的保险公司也缺乏像众安这样的强互联网运营能力，当时的产品就没能火起来。”

赵鹏认为，医疗险更符合健康险发展的方向。在健康险大类里，主要有两种产品，一种以赔付为主的重疾险，还有一种是以报销为主的医疗险。具体来讲，就是当一个人生病时，如果买了重疾险能获得一笔固定金额的赔付金，而如果买了医疗险则是花了多少医药费就按比例报销相应的医药费。显然赵鹏更偏向后者。

有此想法的不仅赵鹏一人，联想之星执行董事王一也表达了类似

看法。他认为认为优加健康做的是医疗健康产业的基础设施建设，而现在大部分健康险产品其实都是一个金融属性的期权合同，离开医疗服务本质上很难构成真正意义上的健康保障产品的。比如目前市面上600元的产品和5000元的产品在服务上并没有本质差别，患者自己找医院、自己挂号，保险也没有监督机制，对患者和医院都缺乏控制。

“医疗险在国内其实做的很压抑。而优加健康提供的服务就是给不同保障定位的健康险配备相应的医疗服务保障接口，让被保险人预知自己可能会享受到什么水准的医疗服务，让保险公司的产品能更具差异化。”王一补充说道。

在医疗险竞争激烈的当下，为了扩大自身的市场份额，各险企纷纷在性价比上开始下功夫。

相对来说，几百元的保费价格已经非常低了，赵鹏甚至认为百万医疗险已经接近快消品属性，已经不再是重决策的传统保险产品。因此为了提高性价比，保险公司就只能在服务上下功夫。

医疗险本身就和医疗服务有强相关性，但在传统的业务链条上，用户往往是事后拿着医疗发票找保险公司报销，保险和医疗是隔绝的。

此时险企皆有动力打通医疗健康服务，为用户提供购买保险后的一连串就医及健康管理服务。

但中国公立为主的医疗体系，只和医保做深度绑定，多年来和商

保根本没有直接的业务往来。而且公立医疗体系本身相对封闭，利益关系盘根错节，商保想要突破壁垒困难重重。

医院集团与三个主要支付方之间都有冲突，医保不断在结构性调整，对医院有控费要求；患者自费比例过高，经济负担大；商保虽然能作为自费的有效替代方案，但目前国内居民商保参保比例低，而且商保与医院之间数据没有打通，控费难度大。

医生集团（包括护士）顶着医院集团控费指标的压力，同时需要面对大量的医患矛盾。医生不仅工作强度大，而且由于医疗过程中巨大的信息不对称，医生集团往往要承受来自患者的不理解，甚至是敌意。

而患者作为个体，既缺乏医疗知识，也没有议价能力，无法也没有机会详细理解医疗治疗方案。药品、医疗器械、医疗辅材和医院集团的关系错综复杂，医院作为非盈利机构却有着多方利益博弈。正是医院、医生、医药、患者、支付方等之间存在着不同程度的痛点，才给了商保与医疗结合留足了创新创业的空间。

这里面既有大型保险公司做的内部医疗资源整合，也有创业公司从医疗服务供应网络搭建、理赔数据、用药管理、医疗管理系统等为切入口所做的创新。

而要解决以上所有痛点，最终必定会出现“医疗服务+健康险”的复合型巨头，实现内部的相互协调和制约。

至于该如何打破医疗与保险之间的壁垒，我们或许能从国外的医疗体制寻找一些启示。

2、中美德新横向对比

中国的医疗保障体系现状是医保为主，商保寥寥，自费比例高。

对比美国，美国是商保为主，医保只解决很基本的就医保障，想要获得更多的保障需要自行购买商业保险。

而且美国的商业保险盛行管理式医疗保险体系，即在一个健康维护组织（简称HMO）体系内，同时整合了保险公司、医院集团和医生集团，三者完全打通，形成了“利益共享，风险共担”的机制。

在HMO体系内，由于利益共享机制，医疗集团会更愿意帮助保险公司做患者的健康管理，以减缓疾病的发生，同时在治疗期间也更有动力选择更具性价比的治疗方案，以实现医疗控费的目的。

对比传统的医疗保险市场，HMO模式内患者的体验更好，保险公司也有能力对医疗机构形成制约减少过渡医疗的发生。

以德国为代表的欧洲大陆国家，则更多实行高福利型的基本医保制度。

德国的医保基本覆盖了90%以上的民众，而且在医保范围内可以实行很高比例的医疗费用报销，报销比例达80%以上。

而商保只是医保的补充，覆盖范围不到10%，且针对的主要是高收入人群的高端医疗需求。

我们的近邻新加坡的医疗保障体制和我们比较相似，也是医保实行广覆盖，但报销比例有限，需要辅助以商保作为补充，以兼顾基本保障和节约医疗资源两个目的。

但不同的是，新加坡会指定商业保险公司承办补充性的商保以覆盖大病、慢性病等患者的就医保障，居民的参保水平很高，基本实现了医保+商保的全覆盖。

我国目前基本实现了全民医保覆盖，但受限于社会发展水平和人口基数大等客观条件，不太可能发展成德国那样的高福利医保制度。而美国商保为主的医疗体系有其历史发展原因，在世界范围内也较为罕见，中国也不太可能实行。

而近邻新加坡的模式和我们比较相似，有很多借鉴意义。接下来中国医疗保障体系的发展方向应该是，大力推动商业保险的发展，作为患者自费的替代方案，实现医保+商保的全民化覆盖。而这也是新医改政策提倡的发展方向。

3、中国的管理式医疗保险探索

具体到商保与医疗的互动方面，在美国成型的管理式医疗保险模式则非常值得借鉴。

以美国最大的HMO机构凯撒医疗集团为例，集团拥有自己的保险公司、医疗集团、医生集团，保险公司卖健康险筹集资金，医院提供就医场所，医生提供诊疗服务，三位一体。目前，凯撒可以做到比其他医院降低 10%-20%的成本，已有30%以上的美国人选择凯撒作为参保单位。

其实管理式医疗不仅只有HMO一种模式。HMO系统比较封闭，不利于拓展，在此基础上，围绕和医疗集团的关系、是否指定家庭医生、是否可以自由选择医疗机构、在组织外医疗机构就医能否获得报销等方面，管理式医疗也发展出了不同的模式。

国内以公立为主的医疗体制，不一定适合自建医疗机构的HMO模式，中国的探索者可以借鉴管理式医疗的不同变种，基于本土市场的特征做更多本土化探索。

爬山式创业，起点不重要登顶才重要

“中国的健康险虽然正快速爆发，但仍处于初期发展阶段，对医疗机构的博弈能力仍在构建中。”愉悦资本创始合伙人李潇说道。

目前中国的医疗保障格局是，医疗提供方和支付方都是以政府主办的公立医院和医保为主，民营医院和商保都处于弱势地位。而商保想要切入健康管理业务，实现管理式医疗保险，就不可能只和民营医院玩，必须能切入占主流的公立医院体制。

因此现在的核心点就在于，谁能更快速的建立起一个覆盖范围大、服务深度足够的医疗供应网络。因为整个医疗体系非常庞大和复杂，因此能切入的角度就会非常多，各路玩家的打法也就大相径庭。

王一分析道，“最终能胜出的平台只会有2-3家，整个竞争的过程中就看谁的整合能力强。”虽然开始爬的起点各不相同，即切入点各异，但其实每路玩家都有机会成功，就看谁登顶的速度更快。

1）保险公司自建医疗健康网络

以平安和泰康为代表的大型保险公司，为了构建自己的HMO体系，纷纷开启了“买买买”策略。

泰康不仅收购了拜博口腔，还在2016年收购了和美医疗26.44%的股份，成为了其第二大股东。而且泰康还向百汇中国注资超过10亿元，百汇中国的母公司IHH是全球第二大的上市医疗集团。

平安不仅成立了平安好医生、平安医保科技等医疗健康平台，也收购或投资了大量的医疗机构，包括万家医疗、联想智慧医疗、药明康德等。

大型保险公司在学习凯撒医疗集团和联合健康集团构建自己的HMO体系，先在自己的生态内部实现医疗和保险的打通，同时助力自己的保险业务更具市场竞争力。

但如赵鹏所讲，保险公司的医疗资源不可能对外开放，只会服务

自己体系内的各保险业务。这种封闭式的HMO模式，一般扩张速度会相对较慢。

而且即使是自己体系内的医疗机构，保险公司想要完全打通，仍然困难重重。因为各医疗机构有自己的利益主张，想要让他们摒弃原来的模式全面转向HMO模式，仍挑战不小。

另外如果不能打入主流的公立医疗体系，这个HMO模式会十分受限。

2）互联网保险引入第三方供应商

众安是2015年最先推出百万医疗险的保险公司，而且凭借其互联网能力，迅速把产品打响。

为了维持优势，众安不断在自己的尊享e生百万医疗险上叠加医疗健康服务，包括就医绿色通道、医疗垫付、海外赴日医疗、肿瘤新特药服务、术后家庭护理等。

而众安引入医疗康复服务的方法也很互联网化，即接入第三方供应商的做法，自己只搭建平台，链接用户和服务供应商。

小饭桌向众安求证得知，众安将尊享e生产品定位为医疗健康生态的新连接器，广泛连接医院、体检中心、可穿戴设备、康复机构、预防接种机构、药品批发零售、护理机构、基因检测、医疗平台等医疗生态合作伙伴，建立保险公司、医疗服务供给方和用户三方之间的

开放式闭环。

不仅是众安保险，同为互联网保险企业的大象保险也是这种打法。

不过大象保险的切入角度不太一样，主要是从药品领域切入。通过和B2B医药平台药兜网战略合作，大象保险获取了大量医药方面的资源，主要探索医药和保险结合的新业务探索。

“通过用户需求数据反馈，我们去年决定和一些医疗场景做结合，不论是自己持股平台，还是引入第三方服务提供商，都是为了实现保险产品和医疗服务的打通，为用户提供更全面的医疗健康保障。”大象保险CEO杨喆如是向小饭桌阐述道自己的战略思考。

3）创业公司的双轮驱动

除了保险公司和互联网保险公司的自建与整合两种模式外，大量创业公司也在从自己的角度切入。

优加健康选择的是双轮驱动策略，以商保支付切入，从而撬动医疗和保险两大产业。具体讲就是一方面为保险公司提供增值服务从而完成支付方的整合，另一方面整合医疗服务网络同时为其带去流量，保险公司是最终的付费方，患者只是服务的载体。

优加健康作为第三方平台，在医疗的供给和支付两端做整合，双向输出价值。对于保险公司而言，其既能提供医疗服务还能实现医疗控费；对于医疗机构而言，其既能带来用户还能作为一种有效的支付

手段。

对于用户而言，优加健康则提供了从日常健康管理，到出险中的就医安排，以及出险后的康复管理等全链条服务。

优加健康是以第三方的角色，构建起了一个HMO的雏形，打破过去保险与医疗毫无关联的单向业务流程。

健易保和众诺普惠则都是从已病人群切入。

前者目前主要服务于药厂，帮助药厂开发保险产品，作为一种福利派发给患者，患者只要按医嘱服用药品，就能得到相应的保险额度。这样患者能得到保障，而药厂能保证自身的药品销售（很多患者因不遵医嘱服药而导致药品销售减少）。

“慢性病管理的关键就是用药管理，我们在药店场景触达用户，为这些慢性病患者用户提供保险产品和医疗服务。”健易保合伙人王春晓解释称，“中国有4.5亿慢性病患者，但现有的保险产品都是服务健康人群的，而健易保要主攻慢性病人群这个存量巨大的潜在市场。”

众诺普惠则主要是帮助已病人群提供医疗支付解决方案，其中就包括患病人群也能够购买的保险产品。

另外在儿科领域，众诺普惠联合一家国内顶尖的儿科医疗集团，在医疗体系内初步搭建了一个小范围的HMO模式。

其中众诺普惠主要负责搭建资源整合平台，同时联合保险机构进一步探索健康险市场。并且其还会参与到需求信息收集、产品设计、风控搭建、产品迭代等保险产品开发全流程，产品上线后还会通过自身的服务能力及平台网络开展活动策划及市场推广。

在众诺普惠CEO查佶看来，HMO的关键在于能建立起一个闭环，在闭环内最起码能实现医疗服务能力对某一类专科疾病的全覆盖。

“相比其他门类，儿科诊疗的诉求强烈，家长付费意愿强，且优质医疗资源相对稀缺。一家全科室覆盖的儿科医疗集团就可以解决绝大部分孩子的医疗需求，这样整个HMO体系才能吸引客户加入会员，并且保证诊疗闭环的完整性。同时结合众诺普惠为医院与保险公司搭建的风险共担机制，儿科HMO的雏形才得以成立。”查佶总结道。

4）数据切入的生态打通

另外在所有构建HMO模式的探索中，以数据切入也是一大方向。

谐筑主要是帮助保险公司做第三方理赔外包业务（简称TPA），通过其开发的系统，能实现对医疗报销发票上的信息做全明细的采集，尤其是用药数据，并实现全自动的理算。

有了这样明细的数据库，在后期谐筑还能反向帮助保险公司做产品开发，以及不一样的控费手段。

在HMO体系内，医院与保险公司是风险共担、利润共享的，因此

医院有动力控制医疗费用。但据谐筑CEO吴军介绍，在国内当前医疗和保险隔绝的情况下，要想控费就只能使用一些间接的手段。

比如有了用药明细数据，谐筑就能判断什么样的用药频率和程度是最佳治疗策略，就能把这些做成条款放进保险产品里，以侧面影响医院在对病人治疗时采取的治疗手段，从而降低医疗浪费的发生。

另外有了这些数据后，谐筑还能帮助患者做健康管理（或者是慢性病管理），指导其按时用药，以及日常生活节律，从而降低疾病的发生率，这样也能间接帮助保险公司降低赔付率，从而实现控费效果。

除了以TPA数据切入的尝试，还有一些公司从医院的医疗管理系统（简称HIS）切入，整合医院的内部运营数据做HMO探索。

但赵鹏提到，现实情况是各医院的HIS系统差异很大，系统层面的数据整合本身难度就很大。而且医院资源也是一个难关，想接入一家医院的HIS数据也非易事。

整体上，从数据切入也是一个大方向，但同时也存在很多挑战，需要创业公司有很强的资源优势和整合能力。

在整个HMO模式探索中，各路玩家由于资源优势各异，创业的起点差异很大。但整体上都做着市场教育的工作，在各个方面尝试打通公立医疗体系，教育着公立医疗体系对商保的认知和接受程度。

“最终HMO能大成时，需要各个环节都没有明显短板。我们看到趋势是逐渐向好的，商业医疗保险的大闭环正在加速建立。”王一说道。

10万亿级别的时代风口

横向对比的话，中国2017的卫生总费用为5.2万亿，占GDP的比例为6.2%，而发达国家普遍在10%以上，美国甚至高达18%。

随着国内中产崛起、消费升级、人口老龄化加剧等宏观因素叠加，卫生总费用占GDP的比重必定会进一步提高，向发达经济体看齐。

从GDP的总量来看，2018年中国GDP已经超过90万亿元，按目前的增速2020年将超过100万亿元。以10%的GDP占比来算，医疗大健康市场必将是一个10万亿级的大产业。

回到商保领域，用商保支付代替患者自费也是大势所趋，按当前医保与其他支付方式5.5：4.5的比例情况，商保未来面对也将是一个5万亿级别的大机会。

而在这个趋势中建立起的医疗健康服务网络，未来不一定只服务于保险企业，还有可能服务医保机构，以及有其它医疗健康需求的团体，比如大型互联网平台、大企业针对其VIP客户或者员工提供的医疗健康福利等。因此未来的市场前景更加可期。

具体到创业公司层面，在估值上也有参照对象。

美国的Multiplan是一家第三方医疗网络服务提供商，帮助医疗支付方控费，为医疗供应方导流。2016年被Hellman Friedman以75亿美元的价格收购，是医疗健康创业领域的成功案例。

李潇认为，在国内的创业项目中，最终也极有可能出现这样近百亿美金级的企业。市场广阔，创业切入点众多，巨头与创业公司一同角逐的“医疗+保险”战场，在未来存在着无穷多的变数，甚至有可能孕育出下一个时代的领袖型企业也说不定。