

前海再保險觀察

QIANHAI REINSURANCE OBSERVATION

第12期

2025年6月

美国健康保险公司的价值型健康保健服务研究（下）

文 / 朱爱华 前海再保险研究院

刘蓉 前海再保险研究院

主办：前海再保险股份有限公司

内容 Content

前言	3
一、价值型健康管理的创新支付应用	4
(一) 基于 VBC 的创新支付模式和方法	4
(二) 保险公司在创新支付中的关键作用	9
(三) 典型的价值型创新支付项目举例	10
二、基于价值型医疗健康保健的保险产品设计 (VBID)	15
三、价值型服务的成效	17
(一) 价值型服务的评价和评估	17
(二) 2010 年全面推开价值型医疗健康服务后医疗花费 增速明显放缓	21
(三) 健康保险在产业链中的枢机作用越来越强	25
四、价值型健康管理服务研究的启发	29
结语	32
关键词汇和缩写	33
引用文献	35

前言

当前，我国健康保险正处于战略转型的关键节点，如何推动健康保险与健康管理服务深度融合，已成为行业亟待破解的核心命题。在这一背景下，借鉴海外成熟市场的发展经验，探寻健康保险发展的底层逻辑，筛选出契合健康保险风险管理要求、真正具备价值的健康管理服务项目与运营模式，进而构建健康保险发展新生态，对行业突破发展瓶颈、实现高质量转型具有迫切的现实意义。

本研究延续上篇与中篇的研究脉络，聚焦美国健康保险市场，深入剖析基于价值的健康保健服务创新支付模式，以及与之适配的保险产品的设计。通过梳理美国十余年价值型健康保健服务实践，总结其取得的显著成效。报告结尾部分，结合我国健康保险市场特点，提出美国经验对国内发展价值型健康管理服务的启示与建议，期望为国内商业健康保险转型发展提供有益参考。未来，我们还将基于对海外市场的持续研究，提出贴合国内市场需求的价值型健康管理服务项目方案，并积极推动落地实施，助力行业发展。



一、价值型健康管理的创新支付应用

美国市场上，CMS 引领推动价值型健康管理项目的创新支付，主要的目标是通过有价值的健康管理服务介入，提升整体医疗服务的效率，提高慢病为主的疾病的治疗效果，降低医疗费用，减少赔付。CMS 通过 NQF 的平台进行创新支付项目的筛选、论证，挑选最有价值的健康管理服务项目和创新的支付模式和方法结合，并渐次将有价值的健康管理服务项目投入应用。

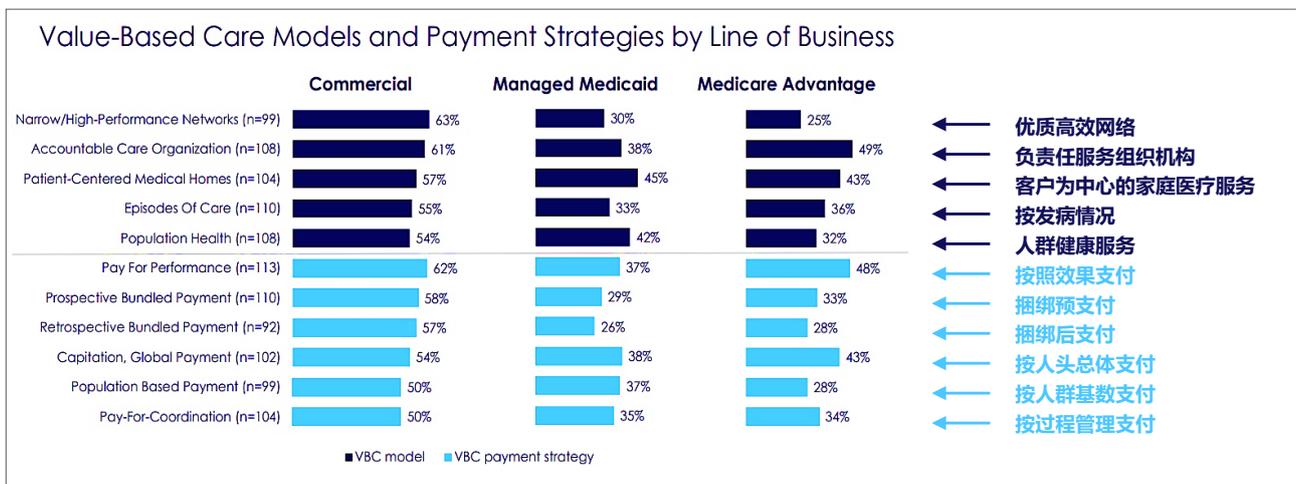
除了 CMS 这个最大的创新支付的推手以外，其他的创新支付项目大都由价值型健康管理的服方、药品器械商等在推动，呈分散状态，体系化的健康管理服务创新支付模式较少，保险公司通常是按照 CMS 的要求使用新的创新支付项目，或者和第三方一起推动。

(一) 基于 VBC 的创新支付模式和方法

2010 年的美国平价医疗法案 (Affordable Care Act, ACA) 推出后，在 CMS 的带领下，美国市场的基于 VBC 的创新支付改革加速，市场上推出了诸多的创新型支付计划 (programs)，这些创新支付的项目根植于价值

型医疗健康保健服务模型之上。基于 VBC 的支付方式改革被称为创新支付模式 (Alternative Payment Models, APMs)。引用美国学者的研究，基于 VBC 的创新支付模式和方法详见图 1。

图 1. 不同健康保险计划的价值型服务方式和支付模式图



来源：Change Healthcare, ORC International ⁽¹⁾

为了使价值型健康管理服务能和创新支付连接起来，形成创新型价值服务支付模式，美国保险市场选择了适合创新

支付的服务和模式在如下服务场景中应用。

1. 基于 VBC 的创新支付的应用模式

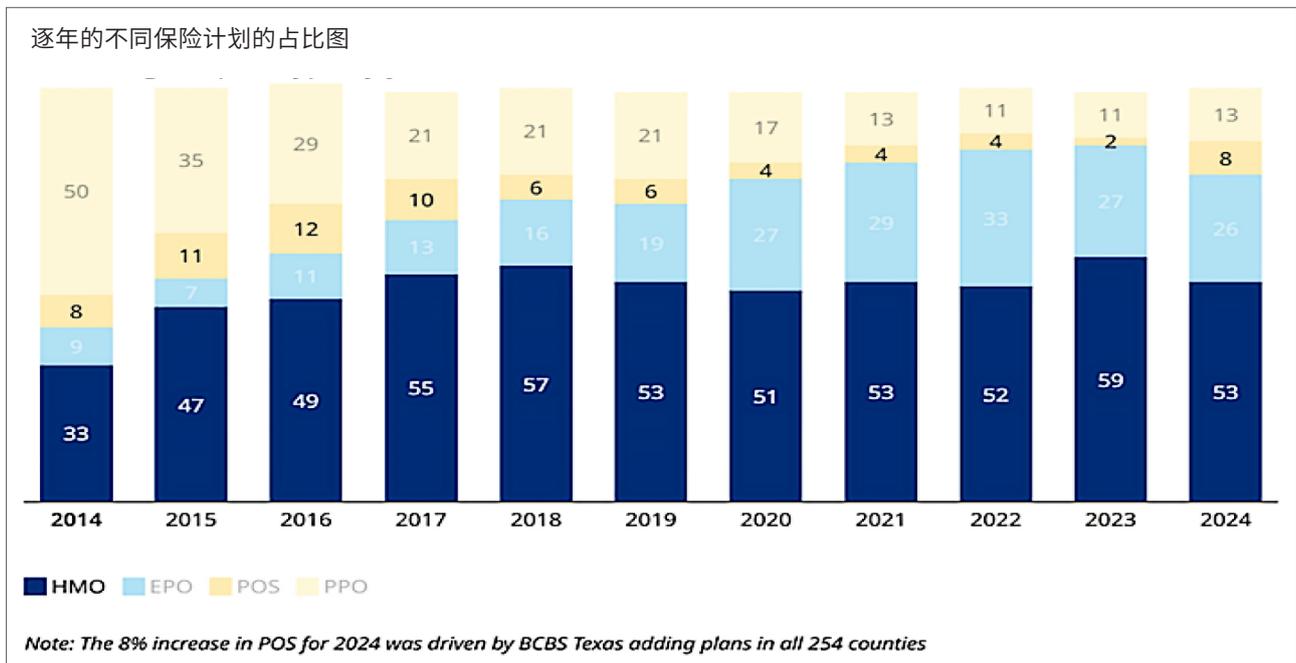
1) 精选优质高效的窄服务网络 (Narrow/High-Performance Networks)

在 ACA 法案推出后，作为支付方 CMS 和保险机构都要求和医疗服务方签署基于价值型服务的协议，服务方承诺达成服务价值和质量的目标，通过窄网络，让客户更多在窄网络中享受服务，达到以数量换取质量的目标。CMS 和健康保险机构纷纷推出高质量服务 (quality measures) 倡议，寻找创新方法，通过更严格筛选的网络，以及与服

务供应商建立基于价值的健康护理合作伙伴关系来控制成本。

在《平价医疗法案》(Affordable Care Act) 实施的头十年里，窄医疗网络比例激增。2024 年，健康维护组织 (HMO) 和独家提供者组织 (EPO) 计划占比达到 79%，远高于 2014 年的 42%。而网络限制较少的计划，如 PPO 保险计划则从 2014 年的 58% 下降至 21%。

图 2. 不同服务网络健康保险计划的历年占比变化图



图片来源: Oliver Wyman Health ⁽²⁾

2) 负责任的保健服务组织 (ACO)

负责任的保健服务组织 (Accountable care organizations, ACOs) 是由医生、医院和其他医疗保健服务提供者自愿组织起来，承担照护特定人群的责任，在服务的结果

和成本与历史基准相比有所改善和提升时，服务组织将分享节省的医疗费用或其它降低的成本费用。这种模式在 2010 年以前已经开始运行了，在 2012 年后，ACO 作

为《患者保护和平价医疗法案》(Patient Protection and Affordable Care Act) 规定的一部分, ACOs 模式在美国正式实施。ACO 模式有“四重目标”: (1) 改善服务患者群体的健康护理体验; (2) 改善服务人群的健康状况; (3) 降低人均医疗保健成本; (4) 确保积极的提供者体验。

负责任的保健服务组织作为一种系统级方法被实施, 以解决质量差异和遏制不断增长的医疗保健成本, 以支持更好地管理患者。

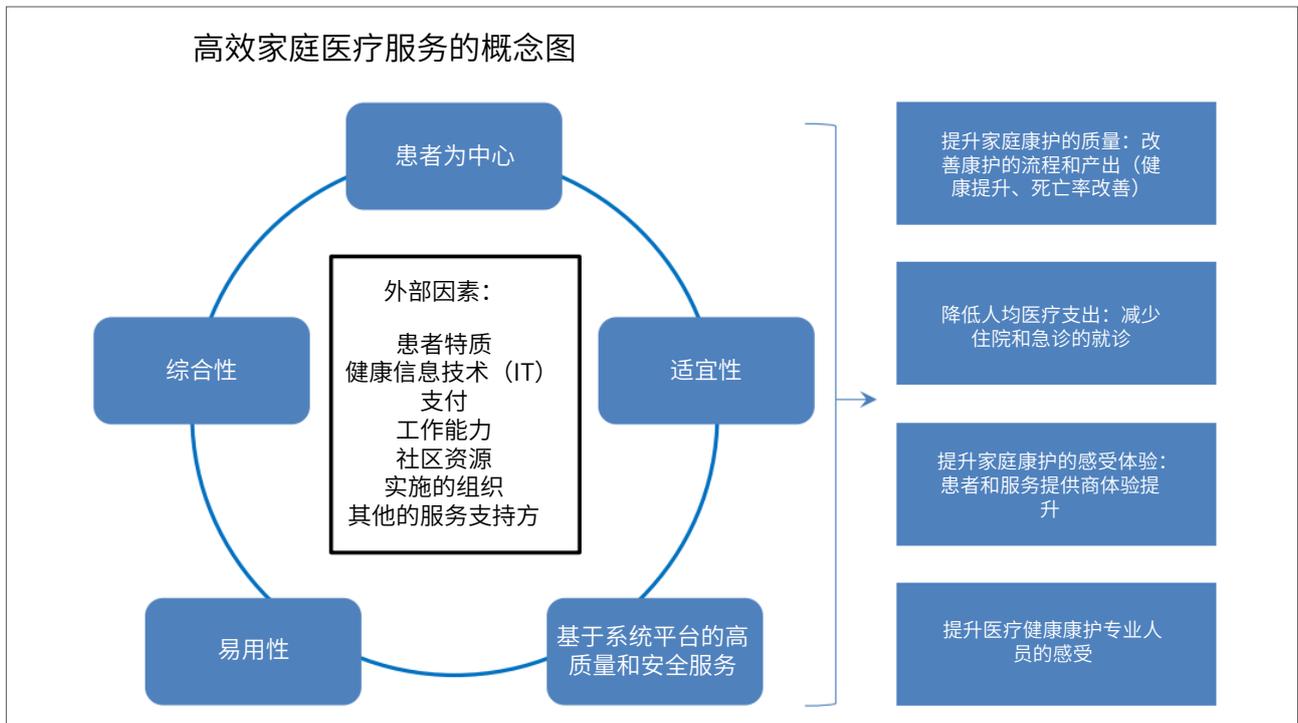
负责任的保健服务组织 (ACOs) 是由医生、医院和其他医疗保健提供者组成的团体, 他们自愿走到一起, 为他们的医疗保险患者提供协调一致的高质量医疗服务。当一个 ACO 成功地提供高质量的医疗服务, 并更明智地使用医疗费用时, 它将分享它为医疗保险计划节省的资金。⁽³⁾

3) 以客户为中心的家庭医疗服务 (Patient-Centered Medical Homes)

以客户为中心的家庭医疗服务是美国儿科学会在 1967 年引入的“医疗之家”概念, 使用循证指南和最佳实践的健康照护模式, 它让医疗服务中心提供或安排患者可能需要的所有护理的责任, 帮助患者解决可能面临的医疗、行为和生活的挑战。PCMHs 在患者和临床护理团队之间建立了更好的关系。美国家庭医生学会、美国儿科学会、美国医师学会等, 2007 年将“以客户为中心的家庭医疗服务”定义为一个旨在重塑初级保健的创新模式, 为患者提供“可获得、持续、全面、协调”的健康服务, 这个服务是在家庭和社区的背景下提供的。⁽⁴⁾

以患者为中心的家庭医疗 (PCMH) 模式提供高质量、具有成本效益的初级保健的新模式。PCMH 模式是以患者为中心、以团队为基础的方法, 协调整个卫生健康体系的患者护理。PCMH 模式可以达到有效的慢性疾病管理、提高患者和提供者满意度、节省成本、提高护理质量和增加预防保健。对保险机构来说, 这种模式可以降低患者的住院率, 并提升患者的护理感受和体验, 所以是美国 CMS 以及保

图 3. 以客户为中心的家庭医疗服务框架图



图片来源: CMS

5) 群体健康管理服务 (Population Health)

为特定群体，例如 Medicare、Medicaid 中的特定群体、企业团体等，进行健康管理项目的计划、评估、服务资

源安排、介入干预、收集数据、进行服务质量监控和改进等，提供服务。

2. 基于 VBC 的支付方式

基于以上的一些场景，在其中构建创新支付方式，支付通常使用的支付方法有如下一些。

1) 按效果付费 (Pay for Performance, P4P)

按效果付费是和传统的按服务付费 (Pay for Service) 相对应的一种付费方式，是推动按服务数量付费向服务质量付费改革的一项措施。在按效果付费的支付方式中，服务提供者如果达到某些预先确定的质量和效率标准、指标，就会得到付款人的对应费用支付。在服务提供者和付费方之间建立了一种激励机制，将医疗健康服务提供者的收费与他们提供的医疗服务质量和效率挂钩，来改善患者的医护健康。这种模式鼓励医生、医院和其他医疗健康服务提供者通过达到特定的性能指标或质量标准来获得额外的经济奖励。

P4P 计划通常基于以下几个方面设定绩效指标：(1) 临床检查指标：如慢性病患者的血压、血糖水平控制指标，或感染率降低程度指标等。(2) 患者满意度指标：包括患者对服务的评价，如等待时间、沟通能力等方面。(3) 成本效率指标：如将不必要的重复检测或减少住院的天数和费用奖励挂钩。(4) 预防保健指标：比如客户接种疫苗的比例、筛查癌症的比例等。

按绩效付费的支付方式目前已被美国的 Medicare 和商业保险公司普遍采用。

2) 捆绑支付 (Bundled Payments)

捆绑支付 (Bundled Payments) 是一种价值型的创新型支付方式，在这种模式下，商业医疗保险商或医保会为一组相关的医疗服务支付一个固定的整体费用，而不是为每项单独的服务分别付费。这种支付方式通常用于那些涉及多个服务提供者和多种服务的复杂医疗健康服务案例，如

关节置换手术、心脏病发作后的康复、慢病管理等。在捆绑支付模式中，商业保险公司或医保会预先确定一个覆盖整个治疗周期的固定价格，这个价格包含了周期内的所有相关费用。这个固定价格可能被支付给一个主要的医疗健康服务提供者，然后这个服务提供者再负责分配这笔款项给所有参与治疗和服务的其他医疗健康专业人员和机构。

捆绑支付有两种方式，一种是前瞻性捆绑支付 (Prospective Bundled Payments)，另一种是回顾性捆绑支付 (Retrospective Bundled Payments)。前瞻性捆绑支付的例子包括如：应用在关节置换手术、一些心血管疾病的治疗、慢性疾病管理、癌症治疗、精神卫生和成瘾治疗中。回顾性捆绑支付会根据服务后如出院后再入院率管理、患者满意度和体验的高低情况、临床指标达标情况、理赔成本节约情况、慢性疾病管理效果等来捆绑支付服务费用。

对于保险公司而言，捆绑支付的好处有：服务成本控制、服务效率提高、服务质量改进等。这种支付方式的挑战在于，如何和服务方进行风险分担、减轻服务方的财务压力，以及需要较好的服务协调能力等。

3) 按人头支付，按总额打包支付 (Capitation, Global Payment)

“按人头付费” (Capitation) 和“总额打包支付” (Global Payment) 是两种比较特殊的保险公司和医疗保健提供者之间的支付模式，也是使用较早的支付方式，它们旨在控制成本并可能改善医疗质量。在新的医疗健康环境下，它仍然能发挥较好的作用。

在按人头付费方式下，保险公司会向医疗健康服务提供者支付固定费用，这个费用是基于每个注册的会员或者说是“人头”。这种模式也可能导致医生有动机减少不必要的

医疗服务，以避免成本超支。按人头付费也被称为基于人群的付费方式（Population-Based Payment, PBP）。

总额打包支付是一种打包式的支付方式，通常用于特定的疾病管理或治疗方案。例如，对于糖尿病患者的年度医疗健康服务，保险公司可能会支付一个涵盖所有预期检查、药物和治疗的固定金额。这鼓励医疗提供者高效地管理患者的整体健康，而不是仅仅针对单个服务付费。

这两种支付方式都试图将医疗提供者从传统的按服务付费（Fee-for-Service）模式中解脱出来，按服务付费可能激励过度服务和不必要的治疗。通过使用按人头付费或总额打包付费的方式，医疗体系希望促进更加经济有效和以患者为中心的医疗健康照护。

通过这种方式，保险公司和医疗服务提供者共同致力于改善患者群体的健康结果，同时控制医疗成本，实现医疗资源的合理分配和使用。这种模式在慢性病管理和长期护理方面尤其有价值，因为它鼓励预防性和综合性的护理，而不仅仅是反应性治疗。

4) 为医疗和健康的运营提供支付 (pay for coordination)

这种模式为特定的护理保健的协调运作支付服务付费，支付给特定类型的健康保健和护理整合服务提供者。最典型的例子是“医疗保健之家”（health care homes）模式。

在这种模式下，医疗保健之家每月收到一笔服务付款，之后开始协调管理为特定群体提供护理的协调运作服务。协调管理的目标是确保患者，特别是慢性病患者，在恰当的时间得到恰当的护理，同时避免不必要的服务重复和防止差错。

这种模式在初级保健提供者中获得了巨大的支持。明尼苏达州 2008 年的卫生保健改革法案包括了促进卫生保健之家发展和建立卫生保健之家认证要求的条款。支付给保健之家的费用是根据病人的慢性健康和护理协调需求。现在要知道明尼苏达州的保健之家模式是否成功还为时过早，因为对保健之家的支付只是最近才开始，而且获得认证的保健之家的数量很少。

这些好处包括有可能改善和加强医患关系以及患者和提供者之间的沟通；提高患者和家属参与护理决策的水平；提高在如何、在何处、由谁提供某些护理方面的灵活性。该模式旨在减少提供不必要的护理（例如，重复的检查和程序，无用的护理）和一些效率低下的护理（例如，对可以由紧急护理或医生办公室更好处理的疾病进行急诊室访问），从而提高效率。这种模式的局限性是协调服务的范围难以明确界定，定价困难，服务受体的期望值不同，协调服务需要大量的时间，有工作量的瓶颈。⁽⁶⁾

（二）保险公司在创新支付中的关键作用

在价值型的健康管理服务中，保险公司扮演着重要的管理枢纽和组织作用，医生、诊所医院及第三方服务方等都是管理过程中需要调用的资源，保险公司发挥的作用包括如下一些方面。

1. 制定健康管理服务项目计划

保险公司从保险产品、客户的健康风险状况、健康需求、

医疗和花费状况等出发，确定健康管理服务的目标，制定出科学的健康管理计划和方案。健康管理服务计划可以是针对整个群体的计划，也可以是针对特定风险特征人群的计划，或者是为单个团体和个人客户量身定制健康管理方案等。根据服务计划，推动和触发健康管理服务项目的开展，采取有针对性地干预措施。

2. 确定健康管理服务的目标群体

保险公司对客户群体进行分类和风险分层，识别出特定的患者群体，这个群体可以基于地理位置、年龄、性别、疾病状态或其他因素，评估人群的需求和风险特征，针对不同人口和群体配置管理行动计划和干预类别。

3. 制定支付模式和方法，进行预算分配

根据群体的历史医疗健康花费、成本和预期的健康需求，确定支付模式和方式，制定预算或支付总额，预算的费用可能包括预防、诊断、治疗、后续护理和等医疗、健康管理协调的费用。

4. 给医生等服务提供方支持，发挥沟通协调作用

给提供服务的医生、护理人员、健康管理服务人员提供支持，向服务提供方提供管理相关信息，增加他们参与度。组织传达服务方、个人的需求、权利和责任。

5. 进行健康风险评估和调整

对服务目标对象的健康风险进行评估，区分不同风险层次的人群。考虑患者群体中的健康风险差异，对支付金额进行相应的调整，以确保提供者不会因为患者群体的复杂性而受到财务上的不利影响。对已经提供服务的人群的健康

风险改善情况进行评估，监测人群风险特征的变化情况。

6. 制定健康管理的绩效指标并考核

保险公司设定一系列的绩效指标，这些指标可以是过程性的（如肿瘤筛查率）、结果性的（如降低再入院率）或体验性的（如患者满意度）等，用这些指标用于评估提供者的绩效，并进行定期考核，将其绩效和服务费用支付挂钩。

7. 数据与分析

使用大数据和分析工具来监控患者健康状况、服务利用情况和成本，以持续优化支付策略和医疗服务质量。收集和整合不同来源的数据，进行数据集成和分析，用于指导开展人群健康管理活动。

8. 支付与激励

根据提供者达到或超过预定绩效指标的情况，支付相应的金额。如果服务提供者能够提升健康结果，同时降低医疗健康花费，控制成本，根据激励方案，服务方可能获得额外的奖励。

9. 反馈与改进

定期评估绩效指标和支付机制的有效性，与医疗、健康服务提供者合作，不断调整和改进行支付模型。

（三）典型的价值型创新支付项目举例

1. 基于价值的家庭医疗健康服务（Value-Based Care Models: Medical Homes）

新的基于价值的家庭医疗健康服务模式也被叫做以患

者为中心的家庭医疗保健（Patient-Centered Medical

Homes, PCMHs) 模式, PCMH 不只是一个物理位置上的服务模式, 它从整体上协调的病人医疗、护理措施, 由病人的主管医生牵头, 指导病人的整个医疗、护理保健团队开展服务。在基于价值的医疗保健模式中, 医疗保健不是孤立存在的, 而是以患者为中心的。PCMH 可以协调护理团队中所有提供者之间的电子医疗记录 (EMR) 进行共享, 允许单个医生及服务人员能看到团队中其他成员执行的检测结果和过程, 数据共享可减少冗余护理和相关成本。

在美国大约有 1400 个健康中心以及 12000 个提供家庭健康照护的服务网点, 这些服务中心和网点提供整合、统筹性的服务, 协调的服务也包括像慢病、牙科、精神健康这方面的服务。政府的卫生资源和服务管理局 (The Health Resources and Services Administration, HRSA) 在推动这方面服务网络的建设。HRSA 持续对保健中心进行投资, 以确保资源有限社区的患者获得高质量、以患者为中心、负担得起的保健服务。在这样做的过程中, 卫生服务局不仅推动保健中心的发展, 还为其监督提供了标准和指导方针。NCQA 联合 HRSA 有专门的 PCMH 中心和服务网点质量认证标准。

以北卡罗来纳州“健康之家”为例。由北卡罗来纳州卫生与公众服务部和北卡罗来纳医疗援助部门的赞助, 北卡罗来纳州的社区护理实施了 PCMH 模式, 叫做北卡罗来纳社区保健护理中心 (Community Care of North Carolina, CCNC), CCNC 帮助北卡罗来纳州的 14 个区域建立网络,

实施 Medicaid 和服务缺乏人群的护理保健改进计划。CCNC 通过连接北卡罗来纳州 100 个县的医疗服务提供者和社区组织, 将医疗服务扩展到农村社区。Medicaid 健康之家计划协调 Medicaid 和 Medicare 双重资格的慢性病患者的医疗保健和社会服务, 包括精神和行为健康。健康之家为 Medicaid 和 Medicare 双重资格的慢性病患者提供全面协调的护理。健康之家模式整合了初级、急性和行为健康服务, 并将患者和家庭与非医疗服务联系起来。保健之家寻求通过减少急诊室的使用、住院和再入院以及对长期护理设施的依赖来降低成本和提高护理质量。

保健之家模式主要包括如下一些功能: 综合护理管理、护理协调、健康促进、综合过渡性护理, 包括住院和其他情况下的随访、病人及家属支持、转介至社区及支援服务、使用健康信息技术来协调护理等。

健康之家负责在领域内开发和实施保健管理服务和提供者服务, 改善健康结果并提供有效的护理管理服务, 包括临床评估过程、目标设定和高需求个体的护理计划。ccnc 整合了包括支付方和提供者在内的多个来源的数据, 并利用这些数据改善其所管理人群的健康结果和降低成本。在实践和团体层面创建工具和可视化, 改善社区初级保健的提供。数据还用于改善护理管理和提供者服务的绩效和效率。

2. 基于价值的负责任组织医疗健康服务 (Value-Based Care Models: Accountable Care Organizations)

负责任医疗健康组织 (ACOs) 最初是由 Medicare 和 Medicaid 服务中心 (CMS) 设计的, 旨在为医疗保险患者提供高质量的医疗服务。在 ACO 中, 医生、医院和其他医疗保健提供者作为一个网络团队工作, 以尽可能低的成本提供尽可能好的保健协调和照护。团队的每个成员都分担风险和回报, 在降低成本的同时, 鼓励改善获得健康保健的机会、质量和患者健康结果。这种方法不同于按单个服务

项目收费的医疗保健, 在按服务项目收费的医疗保健中, 个体的服务提供者被激励订购更多的检查和服务项目, 并服务于更多的患者, 以获得更多的报酬, 而不管患者的结果如何。

CMS 将 ACO 定义为: “医生、医院和其他医疗健康服务提供者自愿走到一起, 为他们所服务的医疗保险患者提供

协调一致的高质量护理保健。” CMS 为 ACOs 医疗保健提供者提供财务激励，以协调不同环境（如医生办公室、急诊科或医院、康复机构和疗养院）对患者的护理。当 ACO 达到某些质量标准时，达到标准的医疗保健提供者可以分享节省的费用。

与 PCMHs 一样，ACOs 也是以患者为中心的组织，患者和医疗服务提供者在医疗决策中是真正的合作伙伴。与 PCMHs 一样，ACOs 也强调团队成员之间的协调和数据共享，以帮助在整个患者群体中实现这些目标。临床和索赔数据也与支付方共享，以证明在医院再入院、不良事件、患者参与和人口健康等结果方面的改善。

截至 2022 年第一季度，美国共有 1010 家 ACO 组织，签

订了 1760 份公立和私立 ACO 合同，覆盖 3200 多万患者。Medicare 医疗保险的拳头 ACO 模式，医疗保险共同节约计划（MSSP），到 2023 年有 456 个 ACO。这个 MSSP 计划在 2022 年带来了 18 亿美元的医疗费用支出节省。⁽⁷⁾
⁽⁸⁾

CMS 在考核 ACO 的价值型服务时，从如下的四个方面分 30 多项进行评价：

- 病人 / 保健者的服务经历 7-8 项评价；
- 保健协调 / 患者安全 6-10 项评价；
- 预防性的健康服务 8 项评价；
- 为健康高危人群的服务 5-12 项评价。

3. 基于价值的慢性肾病（CKD）服务

终末期肾病（ESRD）是一种医学状况，肾脏功能永久丧失，需要持续定期进行透析或肾脏移植以维持生命。为 ESRD 提供的医疗健康服务是一个综合性的服务，保险福利通常为其相关的服务支付费用。由于其提供的服务在降低死亡率，降低并发症相关的费用是非常重要的，和服务的结果和价值来捆绑进行支付是合理的支付方式。从医疗健康服务机构购买基于价值的终末期肾病服务，是 CMS 引领的保险行业较早推出基于价值支付的服务项目之一。在 2012 年的支付改革计划中，基于价值的 ESRD 支付项目是 CMS 推出的主要质量激励项目。⁽⁹⁾

这个项目中以四个目标的达成情况支付相关服务费用，这四个目标是：专业的透析流程管理、治疗效果提升、病患安全以及满意度。目标将是减少医疗保健支出，提高患有慢性肾脏疾病或终末期肾脏疾病的成员的患者预后。其评价的是综合性服务，包括服务的多个方面和结果，有助于服务提供者从结果出发来安排相关服务。服务提供方不单单只是提供透析服务，还需要提供其他综合的服务内容，以达到最佳的治疗结果。

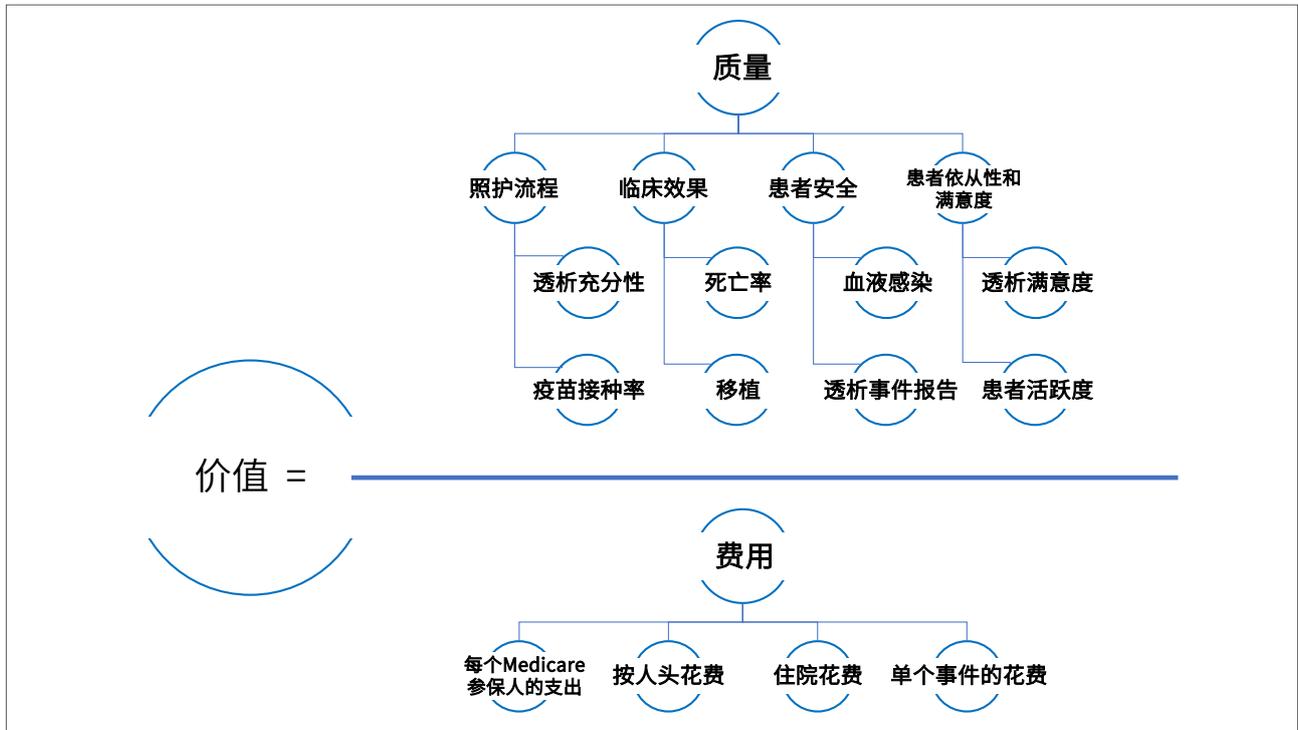
除了针对 ESRD 的价值型服务支付，保险公司通常也会在更早期为慢性肾病（CKD）者提供价值型的健康管理服务。例如，2021 年 4 月，蓝十字和明尼苏达州蓝盾宣布与 DaVita 综合肾脏护理机构达成一项基于价值的肾脏健康护理协议，针对患有慢性肾脏疾病或终末期肾脏疾病的保险成员提供服务。服务包括如下一些内容。

- 服务团队的伙伴，将协调项目工作人员、肾病医学专家和初级保健服务提供者等，为目标对象提供恰当服务；
- 提高目标人群对慢性肾脏疾病的认识，以便及早发现疾病进展，实施慢性肾病关键管理策略。会员将通过面对面和虚拟渠道，通过以社区为基础的努力，接受有关慢性肾脏疾病的教育；
- 早期干预，强调通过药物和健康食物摄入来管理合并症；
- 对于患有晚期慢性肾脏疾病或终末期肾脏疾病的会员，将提供预防性肾脏移植和家庭或中心透析，以及预防住院的措施；
- 利用数据分析识别风险参保成员，并和肾脏病护理联

盟的合作，帮助供应商了解哪些患者处于危险之中，

哪些治疗方法在他们的阶段最有用。

图 5. 慢性肾病的服务价值分解图



图片来源：Sri Lekha Tummalapalli. Value-Based Care and Kidney Disease: Emergence and Future Opportunities. Adv Chronic Kidney Dis. 2022 Jan;29(1):30-39.

4. 急性心梗后的β阻滞剂的持续用药管理服务（Persistence of Beta-Blocker Treatment After a Heart Attack, PBH）

在美国，每 34 秒就有一人心脏病发作，是一个巨大的健康和医疗负担。临床指南建议在急性心肌梗塞后服用β受体阻滞剂，以防止再次心肌梗塞发作。β受体阻滞剂通过降低心率，减少了心脏和血管承受的压力，心肌梗塞发生后持续使用受体阻滞剂可以提高生存率和预后。^{(10) (11) (12)}

这是一个 HEDIS 的健康管理服务项目，HEDIS 在 2000 年前就将 PBH 列为了典型的服务项目之一。其管理的目标对象为管理年度中急性发作的 18 岁以上的急性心肌梗塞患者，管理的内容是管理其出院后接受β-受体阻滞剂治疗持续 6 个月。管理效果的评价指标是，从患者出院日

期至出院后 179 天内，其按要求持续使用β-受体阻滞剂的达标百分比。这些β-受体阻滞剂药物包括：卡维地洛，拉贝洛尔，心得乐，普萘洛尔等药物。

管理的最佳实践动作包括：

- 告诫患者，如果突然停止用药可能导致心脏病发作、高血压加重或焦虑加剧等并发症；
- 如果患者同时服用多种药物，需要在不同时间服用时，为每位患者制定服药时间表；
- 建议患者在药物到有效期时设置提醒或警报；
- 协助患者了解潜在的副作用和避免药物副作用的方

- 法；
- 利用药盒保证按时按量用药；
- 与相关数据平台连接，及时接收入院、出院、转移入院和出院转移数据 (ADT) 数据，以及相关诊断信息；
- 与患者的心脏病专家和药剂师合作，帮助确保一致的信息、随访和监测药物依从性；
- 提供戒烟信息和其他适当的健康教育计划，以消除危险因素；

- 排除用药禁忌情形，例如对 - 受体阻滞剂治疗不耐受或过敏的患者；有哮喘、慢性阻塞性肺病、低血压，心脏传导阻滞 > 1 度或窦性心动过缓者。

PBH项目已经成为了商业保险公司普遍提供服务的项目，对防止心肌梗塞的再次复发，以及减少其导致的死亡等严重后果有重要的作用，可以有效降低后续的医疗费用支出和负担。⁽¹³⁾

5. 基于医疗器械产品的价值型服务

美敦力是心脏起搏器等领域知名的医疗器械商，也在实践价值型的服务，和保险合作，共同承担治疗的风险。

安装起搏器的患者有较高的术后感染风险，可能会导致患者再入院进行治疗以及重新安装。美敦力的 Tyrx 产品可吸收抗菌包膜，不仅可有效降低术后感染风险，提升患者的临床疗效，而且可帮助医疗服务机构节约患者再入院治疗所带来开支（注：在美国捆绑付费模式下，患者术后再入院的相关开支由医疗服务机构来承担）。美敦力与多家医疗服务机构达成价值医疗的合作项目，推动 Tyrx 和起搏器等植入设备的搭配使用，并由双方共担财务风险。在本项目成功推出之后，美敦力将相同的价值医疗模式应用于其他产品，包括植入式心律转复除颤器、药物涂层球囊、冷冻消融等业务。

美敦力同样尝试结合自身产品建立慢性病管理的新模式，

并与医疗服务提供方、支付方等多方达成基于临床疗效的财务风险责任共担等合作模式。例如在糖尿病领域，美敦力建立了 Diabeter Clinics 诊所来管理 I 型糖尿病患者，利用胰岛素泵、血糖监控系统、医患交流工具等整合治疗和监控技术，实现患者有效的自我管理。该项目降低了患者的糖化血红蛋白水平以及入院治疗的频率，为支付方节省了 8.7% 的医疗开支。另外，针对肥胖作为众多慢性病的高危因素之一，美敦力也开展了类似的疾病管理项目。美敦力建立了 Kliniek 诊所，来推广以胃绕道手术为主的肥胖管理方案。方案覆盖了患者筛选、围手术期和术后的长期管理，并且通过一个跨学科（营养学、心理学、运动指导、临床医学）的团队来为患者提供长期的体重和预后管理支持。美敦力的慢性病管理项目在前期成功试点的基础上，正在逐步推进到包括亚太地区的全球市场。⁽¹⁴⁾



二、基于价值型医疗健康保健的保险产品设计（VBID）

基于价值型医疗健康保健的保险产品设计（Value-Based Insurance Design, VBID）是由美国的 CMS 在 2020 年 1 月首先推出的基于价值型健康保险服务的保险计划设计方案（我们国内说的保险产品）。VBID 的概念起源于雇主投保的团体保险计划，旨在将患者的自付费用与他们使用服务的临床价值相结合，例如，根据血脂管理的情况减少高胆固醇患者的他汀类药物的共付费用。CMS 扩展了 VBID 的传统含义，包含了更大范围的选项。VBID 将价值型健康保健服务和保险计划结合，鼓励保险计划的参与各方共同努力，鼓励使用高价值的治疗、健康服务，鼓励更健康的行为，使用推荐的价值型健康管理项目，增强受益人的健康，并减少卫生支出，获得最佳的服务效果。

CMS 设计的 VBID 模式包括四种，其中通用的有：VBID 弹性方案模式（VBID Flexibilities）、奖励与激励模式（Rewards and Incentives）、现金返还模式（Cash Rebates），另外还有一个临终关怀福利模式（Hospice Benefit）。⁽¹⁵⁾

1. VBID 弹性方案模式

可用于：

- 提供 VBID 补充福利及服务（如与初级健康保健有关的福利、使用信息技术和新技术的价值型服务）
- 减少高价的医疗物品、服务或 Medicare 的 D 部分处方药的费用分摊。

保险公司可以在某些健康管理中对提供者或参与者提供这个福利，或者在个案管理 / 疾病管理 (CM/DM) 计划中使用这个新福利。

2. 奖励与激励模式 (RI)

可以为完成某个健康提升目标的行动（例如预防性筛查或个案管理 / 疾病管理 (CM/DM)）提供奖励，如提供奖励卡或礼品卡等。

3. 现金返还模式

返还可用于一些 Medicare 优先医疗保险计划中的优质保单，价值型服务的结果较好者可享受低于基准的费率。在 2021 年和 2022 年，这些保险计划被允许将其 Medicare 优先医疗保险计划（Medicare Advantage, MA）返还的一部分作为现金福利给参保人。

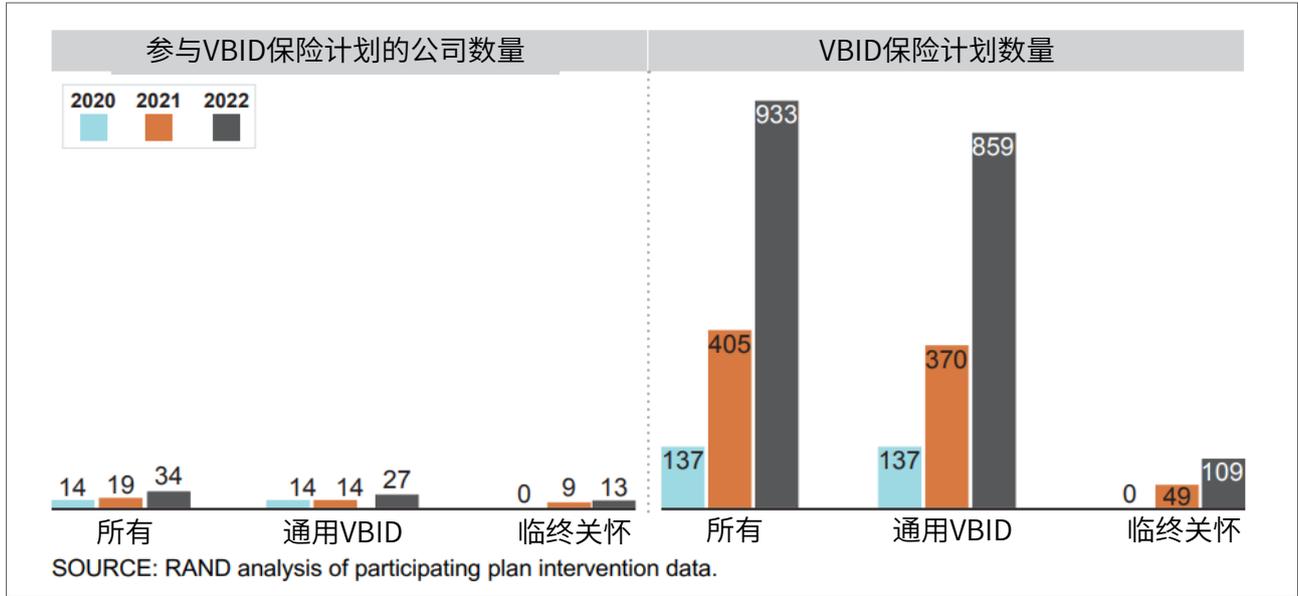
4. 临终关怀福利模式

把临终关怀服务放入 VBID 保险计划中。选择使用有安宁疗护保险责任的保险人，可以把安宁疗护福利作为其 MA 福利中的一部分。（与医疗保险将安宁疗护作为服务收费福利覆盖的模式测试相反）。参与的保险人必须通过服务网络提供和缓疗护和过渡性并行疗护 (TCC)。保险人也可把临终关怀补充福利作为额外赠送的福利。

VBID 的保险产品计划在 2020 年由 CMS 推出后，使用 VBID 的保险人（Parent Organizations, PO）和使用的保险产品计划都在不断增加，参与的保险人从 2020 年的 28 家增加到 2022 年的 74 家，使用 VBID 的保险计划也从 2020 年的 137 个增加到 2022 年的 933 个，覆盖人群数量达到了 717.88 万人，针对的人群主要为慢病群体以及社会弱势群体。VBID 产品和业务的效果还在观察和积

累数据中。

图 6. 2020 年到 2022 年参与 CMS 的 VBID 的保险公司数和保险计划数



图片来源：RAND Health Care ⁽¹⁶⁾



三、价值型服务的成效

经过近二十年的价值型医疗保健服务的实践，市场中关于价值型服务的成效的研究也越来越多，从市场多个方面的反应看，价值型健康保健服务已经得到了市场的认可，也受到了资本市场的追捧。根据麦肯锡的研究报告，美国资本市场上，在实施价值型医疗健康保健服务中表现良好的保险公司其估值明显高于价值型服务推动不力的公司。从既往的实践来看，保险行业的价值型医疗保健服务变革给商业健康保险注入了新的发展动力。

（一）价值型服务的评价和评估

价值型服务的实施中，评价和评估是一个重要的环节，因为服务支付方会根据评价的结果支付不同数量的服务费用，服务结果的评价攸关服务方的收益。

美国保险公司的价值型服务的评估和评价主要有两套系统，一套是 HEDIS 的健康管理项目评估体系，另一套是 CMS 的绩效奖励计划评价体系。为了获得项目评价所需要的数据和信息，CMS 推动建设了专门的系统平台包括 MIPS、APMs 等系统。评价内容包括各种管理指标达成率、临床效果、客户安全性和满意度等内容。

市场上为美国 CMS 的 Medicare 保险用户提供服务的商业保险公司，其价值型医疗健康服务也由 CMS 进行评价和评估，评定星级，星级评定结果确定保费支付的水平。今年在美国市场上，出现了哈门那（Hunama）和联合健康（UNH）起诉 CMS 的事件，商业健康保险公司就 CMS 的星级评价结果，起诉 CMS 的评估不公平，而导致了商业保险公司在来年的业务和收入会收到巨大的影响。CMS 的星级评价就是基于价值型医疗保健服务的一套评价体系。

1. HEDIS 的服务评价

HEDIS 数据集的最大优势是其作为数据收集平台，收集数据是为了能对健康管理服务进行客观的评价，并且将这些收集的数据和保险公司关心的疾病发生率、医疗事件发生率、医疗费用等能做很好的连接。所以，HEDIS 是健康保险公司广泛接受和使用的数据平台，同样也认可其评估和评价方式和结果，HEDIS 以数据为基础的服务评价科学、客观，和 HOS、CAHPS 相比，主观性较低。

HEDIS 的服务评价指标是以服务措施（Measures）的达成率为主，构成了一套达成率评价的体系。下面图 7 是一个 HEDIS 对一些服务机构的数据评价表示例。

表中可以看到不同服务机构的各种（包括疫苗、铅检测、乳腺癌筛查、宫颈癌筛查等）管理动作的达成率，绿色为较好者，红色为较差者。

图 7. Tennessee 州的安泰、蓝十字、联合健康等几家保险公司的 HEDIS 服务项目评分表（节选）

HEDIS MY2021 Plan-Specific Rates: Effectiveness of Care Measures										
Measures	AGE	AGM	AGW	BCE	BCM	BCW	TCS	UHCE	UHCM	UHCW
MMR	86.37%	84.43%	75.67%	86.13%	82.73%	82.84%	81.51%	87.83%	85.40%	79.81%
HiB	85.64%	84.18%	75.18%	85.89%	84.18%	80.54%	79.81%	86.13%	86.86%	75.91%
HepB	90.27%	87.83%	88.08%	91.73%	89.29%	88.81%	85.16%	91.48%	89.05%	84.43%
VZV	85.40%	82.97%	75.18%	86.13%	82.48%	81.75%	81.75%	87.35%	84.18%	80.05%
PCV	74.94%	77.37%	59.85%	74.94%	72.51%	63.99%	67.88%	76.64%	75.43%	60.83%
HepA	84.91%	83.45%	75.43%	86.13%	82.48%	81.27%	82.00%	87.59%	85.64%	78.83%
RV	71.53%	75.67%	66.18%	74.94%	74.45%	63.50%	55.23%	72.51%	73.72%	60.10%
Flu	47.20%	48.18%	28.22%	43.31%	49.46%	32.36%	56.93%	48.91%	52.55%	27.49%
Combination 3	69.10%	70.32%	53.53%	68.86%	67.40%	58.15%	62.77%	69.34%	69.34%	53.53%
Combination 7	59.12%	64.68%	47.93%	62.04%	61.31%	49.64%	45.01%	61.07%	61.56%	45.50%
Combination 10	36.98%	42.34%	23.11%	33.33%	40.39%	23.84%	34.79%	36.74%	43.80%	21.65%
Immunization for Adolescents(IIMA)										
Meningococcal	75.91%	80.78%	73.24%	79.08%	73.97%	71.78%	69.34%	75.43%	79.81%	68.61%
Tdap/Td	81.02%	90.75%	83.21%	85.16%	85.16%	80.54%	75.18%	84.91%	87.10%	77.86%
HPV	28.95%	38.20%	29.68%	33.09%	29.20%	26.76%	34.06%	31.87%	35.28%	27.74%
Combination 1	74.70%	80.54%	71.78%	78.83%	73.97%	71.78%	68.61%	74.94%	79.56%	68.13%
Combination 2	28.22%	37.31%	28.95%	32.85%	28.22%	26.52%	32.85%	31.14%	34.55%	26.52%
Lead Screening in Children(LSC)	72.26%	73.48%	61.80%	74.94%	69.34%	67.15%	72.99%	72.99%	79.08%	60.83%
Breast Cancer Screening(BCS)	39.61%	45.35%	46.08%	52.49%	50.26%	54.65%	36.36%	49.68%	49.58%	47.91%
Cervical Cancer Screening(CCS)	52.80%	52.55%	54.74%	61.19%	61.32%	66.32%	27.49%	53.04%	57.66%	52.31%
Chlamydia Screening in Women(CHL)										
16-20 Years	48.60%	45.87%	54.26%	43.12%	41.49%	52.61%	48.67%	47.10%	46.33%	54.22%
21-24 Years	57.13%	55.97%	64.08%	48.91%	49.04%	61.90%	37.59%	55.91%	56.45%	65.76%
Total	51.68%	50.37%	58.17%	45.75%	44.44%	57.04%	47.82%	50.61%	50.76%	59.17%
Respiration Conditions										
Appropriate Testing for Pharyngitis(CWP)										
3-17 Years	75.05%	77.90%	76.18%	86.79%	88.75%	88.08%	87.98%	86.59%	90.54%	87.84%

图表来源：TennCare⁽¹⁷⁾

HEDIS 的这种评估和评价方式科学、简单、直观、客观，经过了多年的使用和验证，已经被证明是一套科学有效的健康管理服务评价模式。由于许多健康保险计划都使用了 HEDIS，这些措施都有明确的定义，EDIS 也被医疗保健提供者和实践使用，可以使用 HEDIS 来对计划进行比较。目前 HEDIS 也已经被用于商业健康保险的健康保险产品的服务评价，并且每年定期向社会公布，帮助客户来选择保险机构和保险产品，已经成为了客户选择的重要参考指标。

根据 HEDIS 的数据，由于保险机构持续进行客户宫颈癌筛查管理，导致近 30 年来美国妇女的宫颈癌发生率下降

了 50%，HEDIS 中包括的宫颈癌筛查项目是宫颈癌发生率下降的主要措施之一。⁽¹⁸⁾

NCQA（HEDIS 平台所属公司）有一个用于质量评价的质量指南针系统（Quality Compass®），是一个交互式、基于网络的服务质量比较工具。用户可以通过系统平台查看 HEDIS、CAHPS 评估结果，并与平均值和其他基准的比较。

HEDIS 基于自己过去的健康管理数据以及 CAHPS 等来源的数据，每年对保险公司的诸多保险产品计划进行评估，并将评估结果对外公开发布，这个评估可以帮助保险客户进行保险产品计划的选择，在健康保险服务领域有较强的

市场影响力。⁽¹⁹⁾

2. CMS 的服务质量评价体系

CCMS 是美国政府负责 Medicare 和 Medicaid 管理的机构，负责老年人、社会弱势人群的保障计划的制定，保险计划实施的监督，保证 Medicare 和 Medicaid 的质量和效率。根据 2015 年医疗保险获取和 CHIP 再授权法案（MACRA）的规定和要求，CMS 的支付制度向价值型服务支付方式（Pay For Performance）转换，建立了基于绩效的激励支付系统（The Merit based Incentive Payment System, MIPS），这是将医疗保健行业从按服务收费转变为按价值付费的重要举措。其在推动实施用 MIPS、HOS 等评价体系来评价市场上的医疗保健和保障服务，纳入其星级评分系统（Star Rating System）或者叫服务质量评价系统（Quality Rating System, QRS），并根据评分对保险保障计划的开展按价值支付和激励。

CMS 建立了一整套的管理和评价体系，其中包括：

- CMS-HCC, CMS-Hierarchical Condition Category, CMS 的病种分级系统，是一个类似 DRG 的支付系统，加入了 CMS 的风险调节因子（Risk Adjustment Factor, RAF）；

- MERIT, Measures Under Consideration Entry/Review Information Tool, 纳入支付的措施的录入和监控工具，用于纳入 CMS 支付目录内的医疗保健措施的管理；
- MMS & Quality Measurement, Measures Management System & Quality Measurement, 医疗健康管理项目管理和质量管理体系；
- MIPS, The Merit based Incentive Payment System, 基于绩效的激励支付系统是用于为价值型医疗健康服务支付激励的系统；
- HOS, Health Outcomes Survey, 医疗健康服务完成后的健康改善情况调查，是 CMS 为健康服务消费者提供的健康服务调查系统；
- SRS or QRS, Star Rating System or Quality Rating System, 星级评分系统或者叫服务质量评价系统，CMS 根据多个来源收集的数据对保险保障计划的开展按价值支付和激励的系统。最近 HUMANA 和 UNH 和 CMS 之间出现的诉讼争议，就是对这个系统给出的结果的争议。

图 8. CMS 的 MIPS 的评分构成示意图⁽²⁰⁾



来源：CMS

由于CMS负责管理的是针对65岁以上老年人的Medicare和儿童等弱势群体的Medicaid，老年人为医疗服务消费的主要群体，所以CMS的质量评价体系更多地偏向

于医疗服务质量的评估，将院外的健康管理服务也更多地分配给医生，并加入到评价考核中。

图9. MIPS的打分举例图



来源：CMS

3. CAHPS 服务评价

CAHPS 数据库由医疗保健研究和质量机构 (AHRQ) 赞助。CAHPS 数据库的主要目的是便于比较不同类型服务商之间的 CAHPS 调查结果。每年，数百个健康计划、政府机构和购买者同意将 CAHPS 健康计划调查的结果纳入 CAHPS 数据库。参与调查的发起者收到报告，将计划层面的结果与国家和地区基准进行比较。公众可以免费获得汇总级结果的报告，包括国家和地区基准以及特定产品类型的基准。

医疗健康服务消费者评价系统 (Consumer Assessment

of Healthcare Providers & Systems, CAHPS) 根据不同的服务类型提供不同的评价体系：⁽²¹⁾

- 住院评价 (Hospital CAHPS, HCAHPS)；
- 家庭健康护理评价 (Home Health Care CAHPS) ；
- 蓝十字蓝盾评价调查 (HCBS CAHPS Survey) ；
- 按服务栏目支付的评价 (Fee-for-Service CAHPS) ；
- Medicare 不同计划的评价 (Medicare Advantage and Prescription Drug Plan CAHPS) ；
- 透析中心评价 (In-Center Hemodialysis CAHPS) ；

- 成人 Medicaid 评价 (Nationwide Adult Medicaid CAHPS) ;
- 临终关怀评价 (CAHPS Hospice) ;
- 门急诊手术评价 (Outpatient and Ambulatory Sur-

- gery CAHPS) ;
- MIPS 项目的评价 (CAHPS for MIPS) ;
- 急诊评价 (Emergency Department CAHPS) 等。

4. 个人健康风险的评估和评分工具

相比于 HEDIS 的价值型健康管理体系以及 CMS 的价值型医疗保健管理体系，商业健康保险公司更喜欢对参保人单个个体和团体的健康、疾病和医疗风险进行评估，这可以让健康保险公司更加直接地了解单个个体和团体风险的大小，以及开展健康风险管理之后，健康风险的变化和改善状况，可以帮助商业健康保险公司进行核定定价，同时积累风险管理的数据，更能有助于保险公司的运营管理。

美国市场上，除了 HEDIS 的价值型健康管理和 CMS 的价值型医疗保健管理项目措施的评价体系以外，也有针对单个人和团体的风险和服务效率评估工具，如 Cotiviti 公司开发的 DxCG 智能系统。DxCG 是 Cotiviti 在 1997 年推出的业内最早的风险评估和预测建模解决方案。医疗保健的支付者可以使用 DxCG 的风险调整器和预测模型来更好地调整医疗保健预算和支付，在医疗保健费用支付机构的精算工作中发挥重要的作用，服务商、健康保险、政府医保和研究人员已经将 DxCG 用于医疗保健服务的各个方面。

DxCG 具有以下的一些功能：

- 量化承保人群的健康风险，识别高危人群；
- 评估个人、特定分组和人群的疾病负担；
- 预测未来人群的医疗费用，生成医疗和护理费用预算；
- 监控业务线的风险变化趋势；
- 根据风险承受能力评估再保险选择；
- 提出对个人进行有针对性干预的措施；
- 分析人群健康和护理管理的质量、结果、管理效率；
- 衡量医疗保健服务资源的使用效率，基于同类群体或基准进行评估绩效；
- 评估供应商服务效率差异，建立基于价值的供应商支付系统。

总之，DxCG 系统可以帮助商业健康保险公司建立基础模型和分析、建立预算和承保模型、进行医疗保健服务分析和效能评估。⁽²²⁾

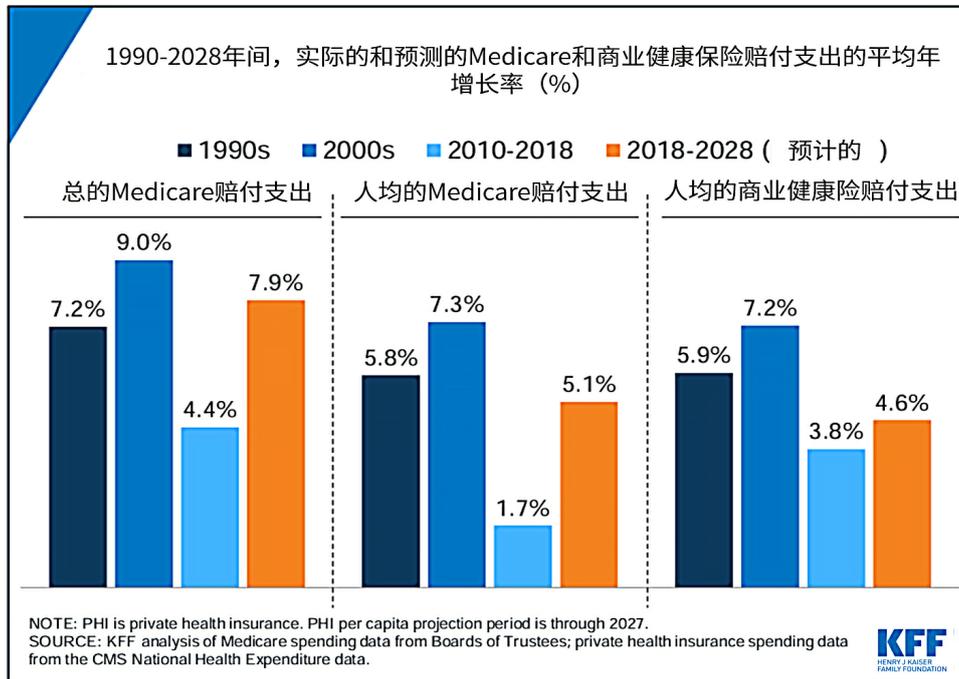
(二) 2010 年全面推开价值型医疗健康服务后医疗花费增速明显放缓

众所周知，美国的医疗保健费用开支占 GDP 的比重是全球之最，人均的医疗保健费用逐年上升。2022 年，其人均的医疗保健支出达到 13617 美元，占 GDP 的比例达到 17.4%。⁽²³⁾

2010 年之前医疗健康费用的增长率常年高于其 GDP 增长的速度，但在 2010 年之后增长率出现了明显下降。根据健康保障研究机构 KFF 的数据，2000-2010 年，Medicare

的人均支出增长率为 7.3%，2010-2018 年下降为 1.7%；相同期间，商业健康保险的人均支出增长率从 7.2% 为下降为下降至 3.8%，下降幅度明显。下图是 KFF 研究机构发布的上世纪 90 年代到 2018 年前后的 Medicare 保险、商业健康保险的增长率对比，显示 2010 年以后 Medicare 和商业健康保险的人均花费增长率明显下降。⁽²⁴⁾

图 10. 不同年代时间段美国 Medicare 医疗保险和商业医疗保险人均支出比较图

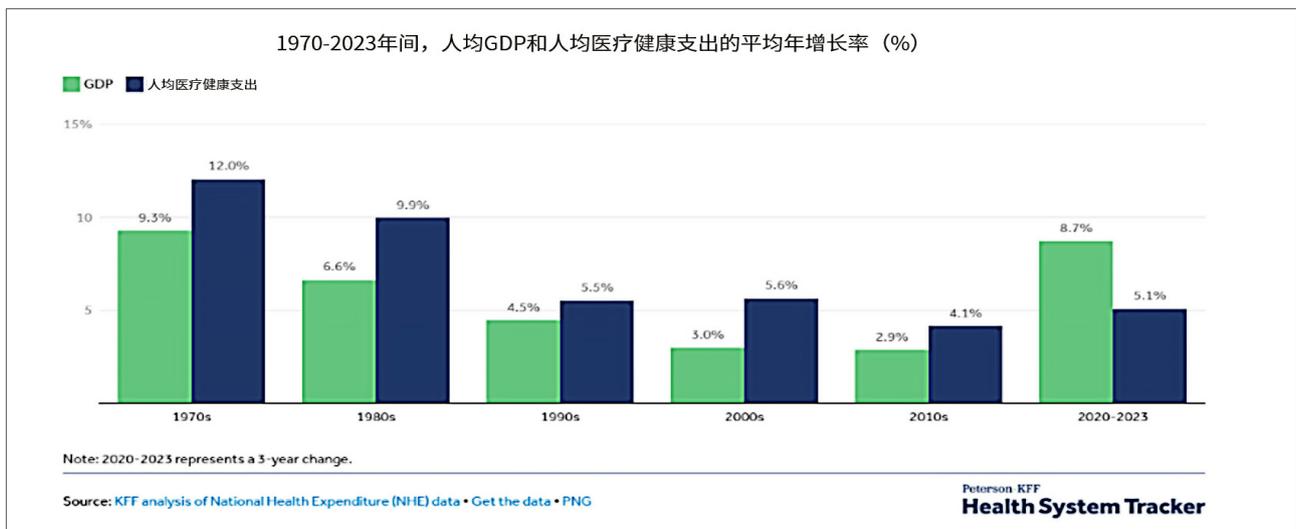


图片来源：Kaiser Family Foundation 研究机构（KFF）

专业医疗健康保障研究机构 KFF 的研究数据表明，在 2020 年以前人均医疗健康费用支出的增长率均高于 GDP 的增长率，到 2020-2023 年全人口的人均医疗保健费用

的增长率，已经低于人均的 GDP 增长率。⁽²⁵⁾ 价值型医疗健康保健服务的效果开始显现。

图 11. 上世纪 70 年代到 2023 年的不同阶段人均 GDP 和医疗健康支出增长率比较图

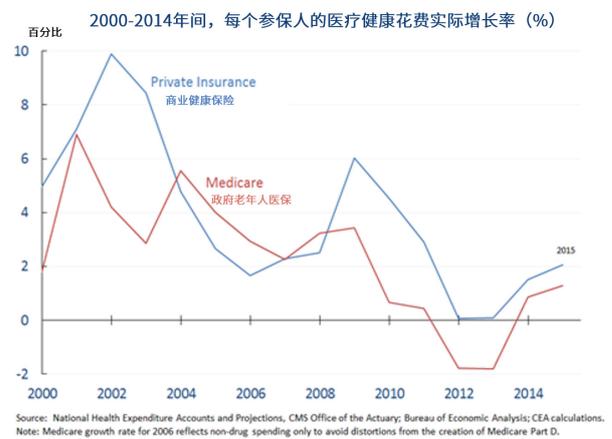
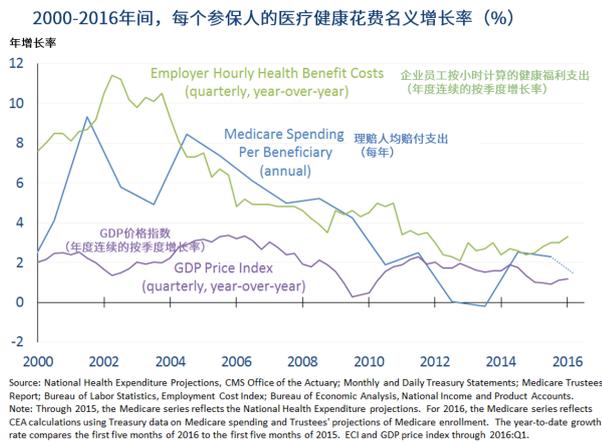


图片来源：Kaiser Family Foundation 研究机构（KFF）

2010年后，美国医疗保健费用支出的增长率呈现明显下降趋势，更接近或低于美国GDP增长的速度。而在此期间，美国健康保险市场的一个重大变化就是全面推广价值型医疗健康服务（VBHC），VBHC的全面实施是导致这一变化的关键因素之一。因实施时间还较短，VBHC在医疗保健费用支出中的作用尚有待进一步观察。

具体的健康保险计划中，政府的Medicare保险的人均费用在2010年其实际增长率增速控制在2%以下，2012年Medicare的人均费用实际增长率为-2%。商业健康保险的人均医疗花费实际增长率高于Medicare，但也处于明显的下降趋势中。⁽²⁶⁾

图 12. 美国 2000-2014 年实际参保人医疗费用增长趋势图

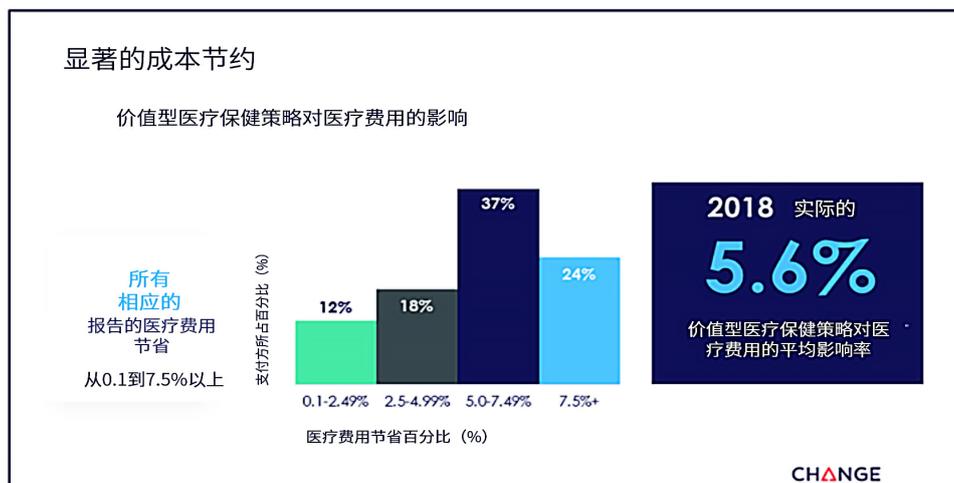


来源：美国 CMS 精算办公室—National Health Expenditure Accounts and Projections.

CHANGE HEALTHCARE 的研究数据表明，价值型医疗保健服务的支付模式，节省了医疗费用的支出。2018 年价

值型医疗保健服务的支付改革节省了 5.6% 的医疗费用支出，效果非常明显。⁽²⁷⁾

图 13. 价值型医疗保健服务的支付医疗费用节省比例分析图



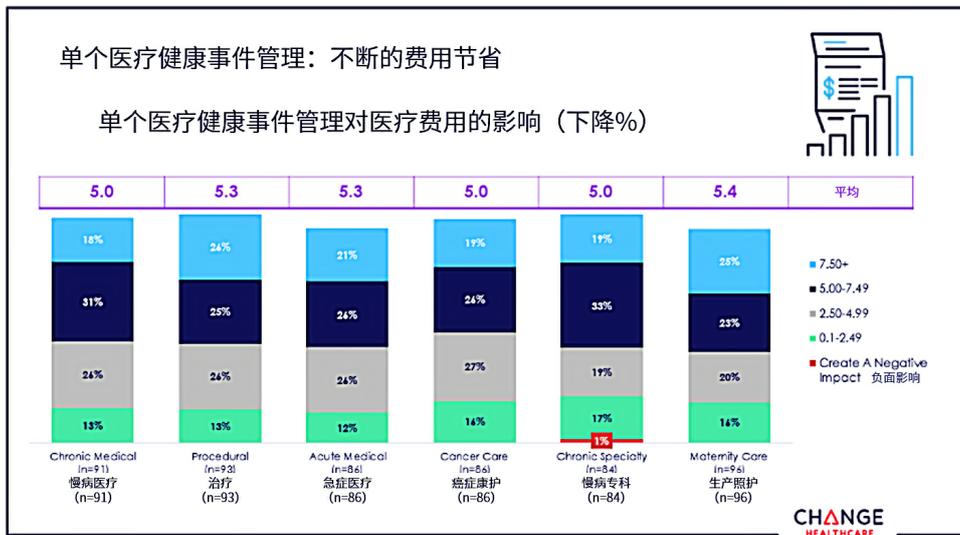
图片来源：CHANGE HEALTHCARE

具体到不同的客户健康状况和健康场景，价值型医疗保健服务的支付模式的控费作用有所不同。

按疾病或医疗片段（Episode）支付是价值型服务支付的一个典型模式，根据 CHANGE HEALTHCARE 的研究，按疾病或医疗片段支付模式在不同的情况下均能降低医疗

费用支出，例如在慢病中有 31% 的病例能节省医疗费用 5%-7.49%，有 18% 的病例能节省 7.5% 以上；癌症患者有 26% 的病例可节省 5%-7.49% 的医疗费用，有 19% 的病例能节省 7.5% 以上。总体上，平均节省医疗费用支出达到 5% 到 5.4%。⁽²⁷⁾

图 14. 不同单个医疗健康事件（Episodes）使用价值型支付模式的费用节省比例分析图



图片来源：CHANGE HEALTHCARE

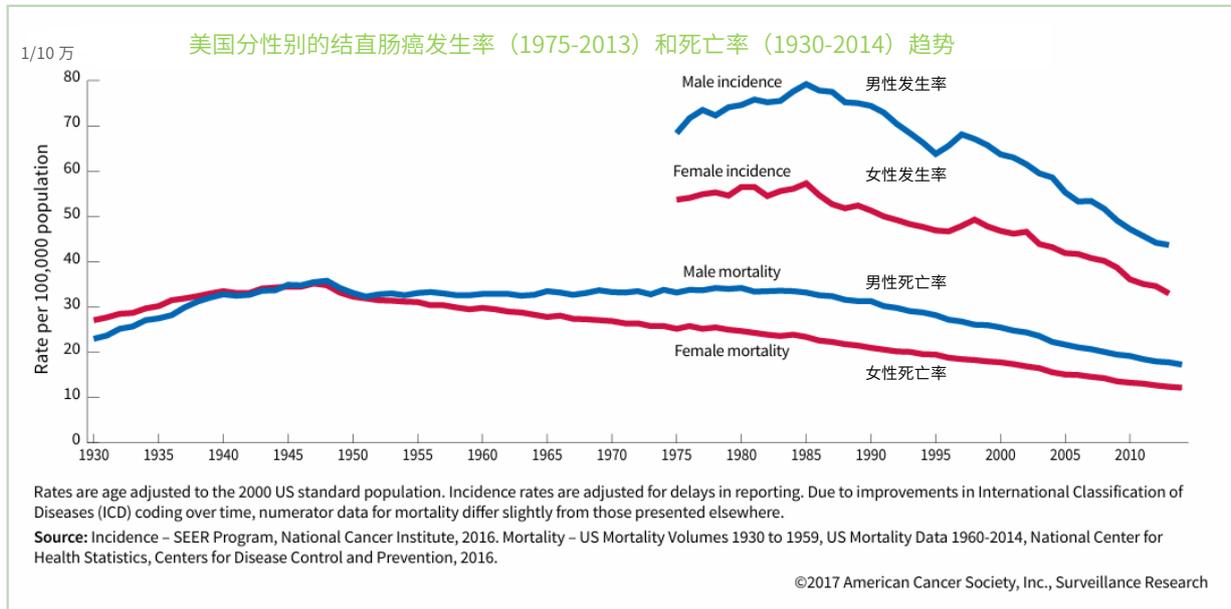
除基于价值型医疗保健服务支付方式的改革带来的医疗费用支出节省外，价值型健康管理服务导致的重大疾病发生率的降低，同样也间接地节省了总体医疗费用，降低了医疗费用支出的增长速度。近三十年来，美国国民的癌症发生率和死亡率呈明显的下降趋势，其中宫颈癌的发生率与上世纪 90 年代相比，下降了 50% 左右，这很大程度归功于保险公司为客户提供的常规宫颈癌筛查。

保险公司防癌管理的重点包括预防结直肠癌、宫颈癌、乳腺癌、肺癌、皮肤癌等。其中，结直肠癌筛查是美国保险公司防癌管理的重点，结直肠癌的发生率也呈现明显下降的趋势（见图 15）。除癌症的发生率、死亡率呈明显下降趋势外，美国近年癌症的五年生存率也有了显著提高，所有癌种 5 年生存率从 1970 年代中期的 49% 增加到了

2018 年的 68%⁽²⁹⁾，在全球处于领先水平。在法规推动下，美国健康保险公司提供的价值型健康管理服务，包括防癌筛查和管理，因其广泛的覆盖性和可及性，在癌症预防工作中发挥了至关重要的作用。



图 15. 美国分性别的结直肠癌 1975-2013 年的发生率及 1930-2014 年死亡率趋势图



来源：美国癌症协会发布的《2023 美国癌症最新统计报告》⁽²⁸⁾

（三）健康保险在产业链中的枢机作用越来越强

随着 2000 以后价值型医疗保健服务观念的兴起，及至 2010 年《平价医疗法案》(ACA) 和 2015 年的《Medicare 准入和 CHIP 再授权法案》(MACRA) 全面推动价值型医疗保健服务及进行基于价值型服务的支付创新以来，美国的

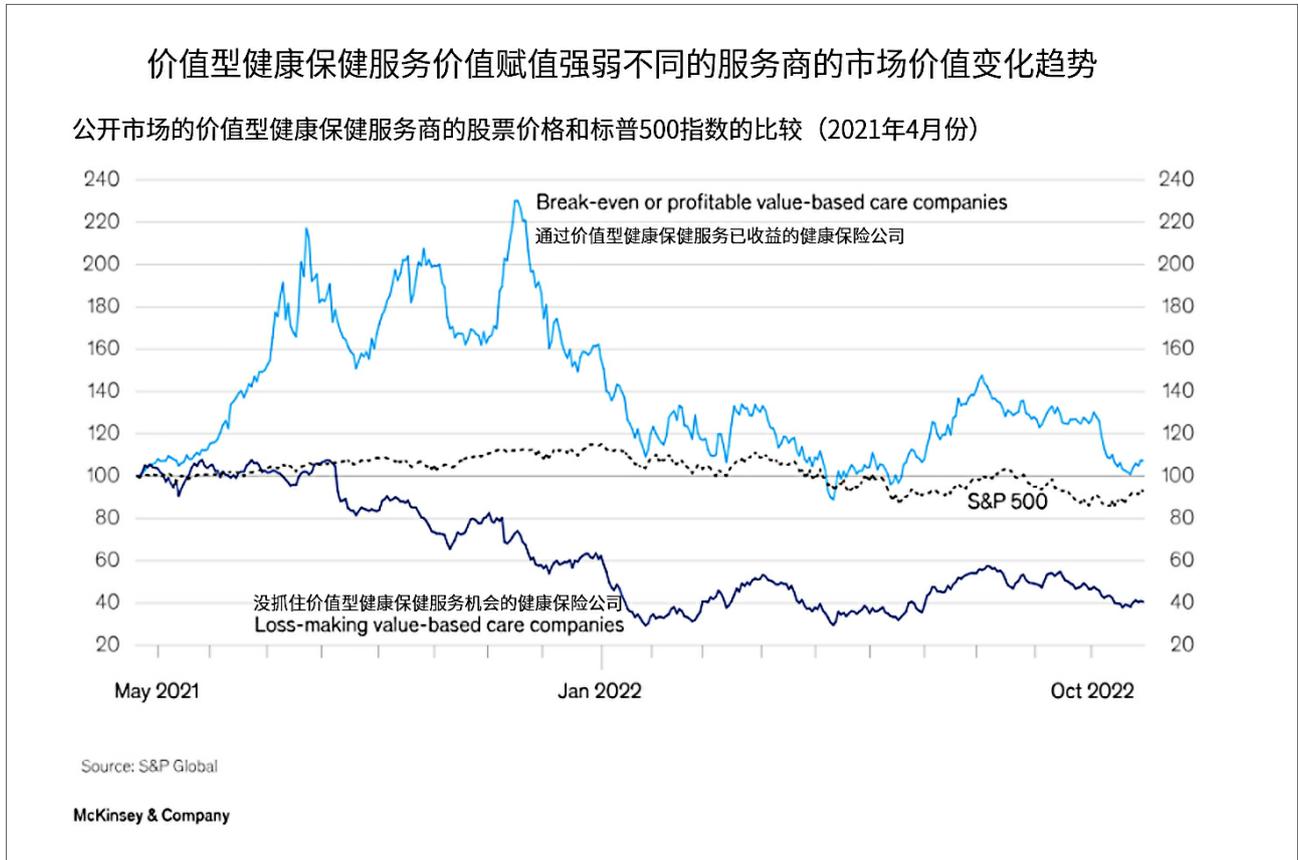
商业健康保险公司普遍转向了实施价值型服务，积极进行战略调整，构建新业务模式，加快基于价值型服务的业务转型，在价值型服务的基础上建立新生态。

1，价值型服务提升了保险公司的价值和市值

美国健康服务业务的收入占比和利润贡献逐年增加，以美国联合健康 (UNH) 为例，2022 年后健康服务在其总营收和利润中达 50% 左右。在这些健康服务中，OptumRx 的药品福利管理 (PBM) 贡献尤为突出，2020 年其营收占比达到 24.1%，利润占比为 19.8%；此外，Optum-Health 的健康管理服务也呈现良好增长态势，其利润贡献从 2017 年的 12.0% 增长至 2020 年的 15.1%。

价值型服务不但没有削减商业健康保险在健康保障体系中的关键作用，反而使健康保险在整个健康生态体系中发挥越来越重要的枢纽作用，商业健康保险公司积极进行产业和生态的重组和重塑，令价值型服务将健康保险和健康服务产业融合更加深入，采纳价值型健康管理服务的健康保险公司其业务和市值仍保持较高的增长。

图 16. 基于价值的医疗保健服务的资本市场好、坏表现之间的估值差距趋势图



图片来源：麦肯锡⁽³⁰⁾

2，价值型服务重塑了健康保险行业的服务生态

商业健康保险公司在 2010 年的 ACA 以及 2015 年的 MACRE 等的健康保险法规推出后，开展了一轮围绕 VBHC 的战略变革和行业布局，建设有利于自身发展的新行业生态，取得了良好的成效，这种主要包括如下一些方面：

1) 围绕医药的行业布局

在 HEDIS 的 90 项健康管理服务措施中，用药管理相关的项目有 15 项左右，如：抗抑郁用药管理（AMM, Antidepressant Medication Management）、哮喘用药管理（AMR, Asthma Medication Ratio）、降血脂用药管理（MAC, Medication Adherence for Cholesterol

(Statins)、糖尿病用药管理（MAD, Medication Adherence for Diabetes Medications）、心梗后的 β 阻滞剂用药管理（Persistence of Beta-Blocker Treatment After a Heart Attack, PBH）等。在 TSPSTF 推荐的 52 项预防性健康管理服务中有 8 项是用药管理服务。用药管理的服务是 VBHC 服务中的一个重要管理服务组成。在 2010 年以后健康保险行业、医药流通及 PBM 行业的大规模的兼并重组，例如有 2017 年 CVS 美国的连锁药店巨头以 675 亿美元收购了 Aetna，CVS 还运营着一家大型药品福利管理机构 Caremark。2018 年，美国健康保险公司信诺保险（Cigna Corp）收购药品福利管理公司快捷药方（Express Scripts Holding Co），Walgreen

和 Cigna, CVS、快捷药方 (ESI) 和 UnitedHealth 的 Optum 控制着 PBM 市场的三分之二以上。商业健康保险公司围绕客户及用药管理进行了新一轮的行业整合。

2) 围绕家庭医疗保健服务的布局

客户患者除了在医院、诊所等医疗场合的就医及健康服务以外，其余的部分都属于家庭医疗保健的范围，在医疗服务以外，美国的保险公司近年来密集布局家庭医疗保健服务产业，美国联合健康在扩展其健康管理服务业务的同时，近年来大手笔收购了家庭医疗和护理机构和业务。其集团旗下的 Optum 于 2021 年以约 35 亿美元收购家庭医护公司 Landmark Health。2022 年 3 月，United Healthcare 宣布以 54 亿美元的估值收购了美国第二大家庭医护机构 LHC。美国联合健康对家庭护理机构的收购，清晰地表明其在整合家庭医疗和护理业务的战略意图。在这一过程中，健康管理服务发挥了业务协同的重要作用。

3) 围绕老年康复护理服务的布局

康复护理服务也是价值型服务的重要组成部分，HEDIS 项目中和康复护理服务相关的项目包括：老年人健康护理预计划服务 (Advance Care Planning, ACP)、老年人照护服务 (Care for Older Adults, COA)，包含功能状态评估 (Functional status assessment)、药物治疗评估 (Medication review) 和疼痛评估 (Pain assessment) 等。为了服务老年客户和需要康复护理的客户，美国的商业健

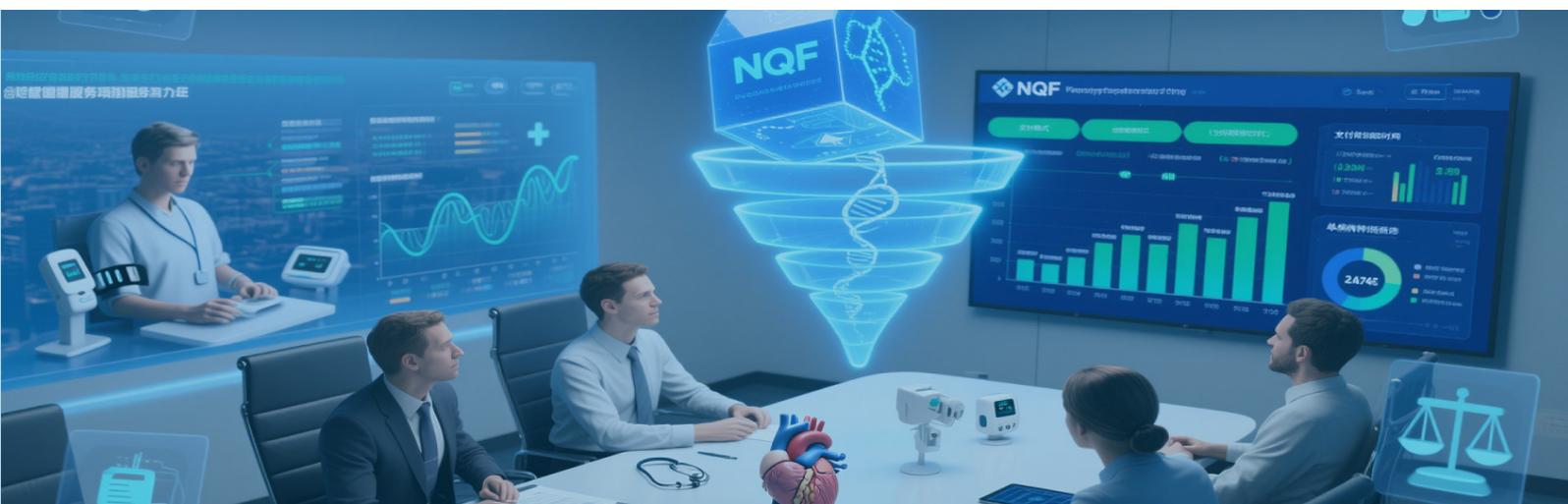
康保险公司也是大手笔进入康复护理的领域，加强和商业健康保险的 VBHC 服务项目的连接。Kindred 为美国最大的家庭医护机构，2017 年 12 月，Kindred healthcare 宣布被 TPG、WCAS 和 Humana 组建的财团收购，总收购价格约为 41 亿美元。Humana 占 Kindred at home 40% 股权。2021 年 8 月以 81 亿元估值，收购 Kindred at home 其他 60% 股权。通过这些兼并收购，美国的几家商业健康保险公司已经控制了市场上前几大的康复护理机构。

4) 围绕临终关怀服务相关的布局

临终关怀服务业务是商业健康保险公司提供的健康保险保障业务之一，围绕着这项服务，美国的商业健康保险公司也在积极进入这个业务领域。2023 年 6 月份，联合健康宣布，旗下的 Optum 将以每股 101 美元的现金交易收购一家主要的居家健康护理和临终关怀公司 Amedisys (总价值 33 亿美元)。

5) 围绕耐用器械相关的布局

耐用器械服务是美国商业健康保险保单中的常规责任之一，提供包括耐用医疗器械 (Durable Medical Equipment, DME) 和家庭医疗器械 (Home Medical Equipment, HME) 的服务，保险公司通过制定器械名单以及器械服务商的名单等来对接器械服务商和保险公司的健康服务。



3，价值型服务使商业健康保险公司在健康产业的影响力加强

保险公司提供的价值型健康管理服务加深了健康保险和健康服务的融合，会导致健康服务领域的市场集中度增加，引发健康保险公司在客户和业务上的垄断倾向。最近，美国最大的健康保险公司联合健康已受到美国司法部的反垄断调查，调查重点集中在其保险部门与 Optum 医疗服务部门之间的关系，以及这种关系是否限制了市场竞争。这一案例也从侧面证明了健康保险和健康管理可以高效协同融合发展，商业健康保险公司对客户健康消费有重要的影响力。

总之，美国保险行业 VBC 的推行，目前已经普遍被保险公司接受，并在 VBC 的基础上之上建立了新的业务模式，而 VBC 恰恰为健康保险公司建立新的业务模式、新行业生态提供了抓手和入口。除了乘机扩大医疗保健服务以外，还包括家庭医疗服务业务、康复护理服务业务、临终关怀服务业务以及耐用器械服务等大健康产业的服务。



四、价值型健康管理服务研究的启发

虽然最近关于美国医保制度、医疗健康服务在GDP中的高占比、超高健康保险保费、商业健康保险公司的拒保拒赔、保险巨头的反垄断调查、高管被害等等的负面新闻不断，但不可否认的是，美国的商业健康保险仍然是最专业的商业健康保险市场，健康保险公司的经营实践和经验被全球同业在学习。有效地“组织”（Organize）健康服务产业中各个服务资源并形成特定的模式（或叫“组织”，Organization）是美国健康保险发展中的经验，例如HMO（Health Maintenance Organization，健康维护组织）、MCO（Managed Care Organization，管理式医疗保健组织）、ACO（Accountable Care Organiza-

tions，负责的医疗保健组织）等。在ACA、MACRA等立法推动价值型医疗保健服务以后，价值型医疗保健服务正在重新改变美国健康保障服务行业的生态，其中一条线是以价值型健康管理服务为主线，连接起健康保险和非医疗健康服务业务。这些非医疗健康服务业务包括疾病预防、慢病管理、大病院外管理、康复护理、家庭保健、临终关怀、药品器械服务等，通过特定的价值型健康管理服务项目，和健康保险连接起来。这些是我们国内商业健康保险可以学习和借鉴的融合发展道路，我们需要寻找和制定出适合国内发展的特定健康管理服务项目目录。

1. 健康保险和健康管理服务有巨大的融合发展空间

美国商业健康保险的数据显示，美国商业健康保险市场上的商业健康保险公司业务组合中，健康管理服务业务的占比增加，健康管理服务业务的增长速度较快。从中可以看到，健康保险和健康管理服务有巨大的融合发展空间。

健康保险和健康管理有着共同的风险管理目标：

- 提升客户的健康水平，预防疾病，降低疾病和重大疾病的发生率；
- 降低医疗事件的发生；
- 及早治疗重大疾病前高风险病症，降低重大疾病带来的医疗负担和经济损失。

这些健康管理的目标就是健康保险降低理赔赔付率的目标。在共同的目标下如何有机地将健康保险和健康管理进行连接和融合，是一个巨大的挑战，需要经过长时间的摸

索和实践。美国市场的实践表明，健康保险和健康管理之间可以进行有机的衔接，来达到上述的共同目标。通过融合发展，健康保险公司可以在医疗服务、医药、康复护理、居家健康、临终关怀、耐用器械等领域发挥重要的作用，达到提升客户健康以及壮大自身健康服务业务的目的。

通过美国健康保险市场的研究表明，健康保险可以在健康保险的生态下发展出庞大的健康服务业务，并且这些健康服务业务可以成为健康保险生态中的重要组成部分。连接健康保险业务和健康服务业务的纽带就是健康管理服务，健康管理服务中筛选出来的价值型健康管理项目是关键，这些关键的价值型健康管理服务项目是健康保险和健康管理服务融合发展的秘诀所在，值得我们国内的健康保险做深入研究并推动实施。

2. 研究和学习 VBC 服务项目，制定服务中国市场特点的价值型健康管理服务项目目录

美国的医疗保障保障是商业化程度极高的模式，政府的医疗健康和保险投入，较大程度依赖市场化的运作。例如，美国政府为老年人和弱势群体提供的 Medicare、Medicaid 保险，均是通过商业健康保险市场在运作，政府发挥监督管理的智能。所以是希望由市场来完成医疗保障的功能，为了能使商业健康保险保障发挥卫生保健、公共卫生的能力，社会花费了巨大的力量在研究、推荐、立法层面，推动利用商业的、经济的手段来进行卫生防疫。类似于我国的疾控、卫生防疫功能，政府希望通过商业化来完成，疫苗接种、卫生防疫等是保险公司的服务责任范围。美国有多个权威机构在研究、迭代、推荐健康管理服务的项目，例如 HEDIS 的管理项目、USPSTF 推荐的 A、B 项目、NQF 的背书项目库、CQMC 的推荐项目、CMS 的要求的高质量服务项目等等，立法规定 USPSTF 推荐的 A、B 项目为健康保险公司提供服务强制项目。商业健康保险公司要提供这些价值型健康管理服务项目，将这些价值型健康管理服务项目和保险赔付责任联系起来，确保提供的

服务能达到提升客户健康、降低赔付的目的。

通过三四十年的实践和更新迭代，已经形成了体系化的价值型健康管理服务体系，包括科学的价值型服务项目集（列表）、服务界定、服务手段、服务目标、评价标准等，其中沉淀积累了多年的经验，非常值得我们借鉴。举例如癌症预防，保险公司应该重点在结直肠癌、宫颈癌、乳腺癌、肺癌、皮肤癌等五种癌种上面，对每一个器官的癌症预防要做的关键措施也有明确的规定，这是多年迭代的结果，癌症发生率和死亡率下降的结果也证明了这些预防措施的效果有效。

我们可以在研究美国多个机构推荐的价值型健康管理服务项目的基础上，筛选出适合国内保险市场的价值型健康管理服务项目，形成项目目录，通过行业管理机构或权威机构鼓励和推荐保险行业公司使用。以价值型健康管理服务项目为纽带，将健康保险和健康管理服务联系起来，融合发展。并在此基础上建立保险行业的健康服务生态体系，从而开展健康服务业务。

3. 建立以 VBC 项目为基础的服务标准化体系，建设发展底座

针对行业价值型健康管理服务目录中的每个项目，建立这些项目的项目界定、项目服务内容、服务目标、关键指标、数据等的标准化体系。用标准化的体系，能使行业步调一致，提高效率。建立行业共同语言，共同目标，共同数据和沟通结构，共同评价指标。使用行业有限的资源，搭建出新的服务生态体系。

价值型健康管理项目的标准化给行业带来如下一些好处：

- 识别最佳实践。标准化便于进行对比和比较，发现不同模式的长处和短处，加速进行升级迭代，尽快形成行业最佳实践。
- 建立评估机制。设计标准化的评估工具和手段，利用

收据的数据，对服务效果、质量、客户满意度、成本效益以及保险客户的赔付情况等，定期进行定量和定性的评价。鼓励优质服务实现长期稳定良性、可持续发展。

- 促进多方协作，提升效率。价值型健康管理服务是一项跨医疗服务、健康服务、健康保险、团体和个人协作的工作，通过制定和执行统一的标准，可以降低沟通障碍、减少误解和冲突、增强互信，简化工作流程、降低成本、提高决策和实施的速度，提高整体效率和运营水平。
- 统一数据标准，加强经验积累。制定数据标准体系，促进不同健康管理系统之间的信息共享，增强数据

分析和挖掘功能，建立强大的数据分析能力，用于跟踪和评估患者健康结果、治疗过程和服务成本，通过大数据建立健康管理服务项目和保险理赔之间的联系，为健康管理提供决策支持。

- 用技术标准化推动先进技术应用于服务。采用先进的健康管理技术，如大数据、人工智能等，提高健康

管理的科学性和准确性。鼓励行业机构投资于先进的IT基础设施，如电子健康记录(EHR)系统、远程监控技术和数据分析工具等，以便更高效地管理信息和支持决策制定。

在标准化领域，推动进行行业标准、地方标准、团体标准、企业标准等的标准化工作。

4. 建立基于结果的VBC科学评价模式

在健康管理领域建立基于结果的VBC科学评价模式，将健康管理的增值服务和价值型健康管理服务进行明确区分。为每项价值型健康管理服务项目建立清晰的服务目标，并将服务目标的达成情况和服务评价挂钩，并和服务支付之间建立联系。借鉴美国的HEDIS的评价指标和方法，可为每一项价值型健康管理服务确定一个关键的管理动作，并将管理动作的达成率作为评价指标，根据这个达成率来评价健康管理服务的质量。

举例如结直肠癌的防癌管理中，可以将符合要求的结直肠

镜检查的比率、FIT检查的比率设计为防癌管理的服务目标，用达成比率和目标比率或行业平均比率进行对比，来评价防癌管理服务的质量高低。

这种评价方法的道理在于，定期进行防癌筛查的客户的癌症发生率要明显低于不筛查的客户，防癌筛查和癌症发生率降低之间有数据关系，所以用防癌筛查的比例高低来衡量防癌管理是一个科学的评价方法。除了上述结直肠癌防癌管理服务项目以外，其他的价值型健康管理项目可以使用类似的方法进行服务效果评价。

5. 建立基于VBC的支付模式和健康服务价值体系

价值型健康管理服务是推动健康保险和健康服务融合发展的最佳通道，行业推动价值型健康管理服务势在必行，目前尚处于学习认知阶段，借鉴海外成熟健康保险市场经验，加快行动和推动行业建立基于VBC的支付模式和服务价值体系是改变目前发展停滞的一个良方。

推动行业建立基于VBC的支付模式和健康服务价值体系，改革传统的按照服务量定价和支付的模式。这是一个复杂的且至关重要的系统性工程，需要行业形成共识，涉及医疗健康服务的提供、支付方式的改革以及健康服务质量的

整体提升，积极利用先进技术，并需要行业管理层、医疗和健康服务机构、支付方以及团体个人的共同努力和协作才能完成。

改变传统的按照服务量的服务定价模式，建立新的价值体系，不是一蹴而就的，但借鉴成熟市场经验及早进行行业规划和顶层设计，可以大大加快发展和转型的速度，避开弯路，触及健康保险发展的真谛，以成为我国健康保障体系中的一个重要组成部分。

结束语

虽然近期对美国健康保险的高保险收费、低服务效率、过高的拒保拒赔比率以及服务垄断等的批评较多，但不可否认的是，美国的健康保险仍然存在着许多的先进经验值得挖掘和学习。本报告希望通过对美国健康保险市场的价值型健康管理服务的深入研究，可以给国内的商业健康保险和健康管理服务融合发展的道路寻求方向和借鉴之处，缩小我们的探索时间和成本。

编排 / 朱爱华 前海再保险研究院

关键词汇和缩写

- **VBC, VBHC**: Value-Based Health Care, 价值型医疗健康保健服务
- **CMS**: Centers for Medicare & Medicaid Services, 美国 Medicare 和 Medicaid 保险服务局
- **NQF**: National Quality Forum, 国家质量论坛
- **CQMC**: Core Quality Measures Collaborative, 核心高价值服务项目措施协作机构
- **NCQA**: National Committee for Quality Assurance, 全国质量保证委员会
- **HEDIS**: Healthcare Effectiveness Data and Information Set, 医疗保健有效性数据和信息集
- **USPSTF**: U.S. Preventive Services Task Force, 美国预防服务工作组
- **ACA**: Affordable Care Act, 评价医疗保健法案
- **HRSA**: Health Resources and Services Administration, 卫生资源和服务管理局
- **Medicare**: (美国) 国家老年人 (65 岁以上) 医疗保险
- **Medicaid**: 美国政府提供的医疗补助保险计划
- **APMs**: Alternative Payment Models, 替代支付模式
- **ACO**: Accountable Care Organizations, 负责的医疗保健组织
- **MIPS**: Merit based Incentive Payment System, 基于 Merit 的激励支付系统
- **ESRD**: End-stage renal disease, 终末期肾病
- **MERIT**: The Merit based Incentive Payment System, 基于绩效的激励支付系统
- **CAHPS**: Consumer Assessment of Healthcare Providers & Systems, 医疗健康服务消费者评价系统
- **MMS**: Measures Management System, CMS 的医疗健康管理项目管理系统
- **VBID**: Value-Based Insurance Design, 基于价值的保险计划设计
- **HOS**: Health Outcomes Survey, 健康服务调查系统
- **UNH**: United Healthcare, 美国联合保健公司
- **CKD**: Chronic Kidney Disease, 慢性肾病
- **HMO**: Health Maintenance Organization, 健康维护组织
- **PPO**: Preferred Provider Organization, 首选医疗保健服务商组织
- **POS**: Point of Service, 服务点保险计划 (一种可使用 PCP 转诊和网络外就诊的保险计划)

- **COA**: Care for Older Adults, HEDIS 的老年人照护计划项目代码
- **EPO**: Exclusive Provider Organization, 独家医疗保健服务商组织
- **PCMH**: Patient-Centered Medical Homes, 以病人为中心的家庭医疗
- **P4P**: Pay For Performance, 按效果支付
- **PBP**: Population-Based Payment, 按人群支付
- **EMR**: Electronic Medical Record, 电子医疗记录
- **CCNC**: Community Care of North Carolina, 北卡州的社区保健机构
- **MSSP**: Medicare Shared Savings Program, Medicare 医疗保险共同节约计划
- **PBH**: Persistence of Beta-Blocker Treatment After a Heart Attack, HEDIS 的心脏病发作后 β 受体阻滞剂持续治疗项目代码
- **CM/DM**: Case Management/Disease Management, 个案管理 / 疾病管理
- **RI**: Reward and Incentive, CMS 的奖励与激励计划
- **MA**: Medicare Advantage, Medicare 优选保险计划
- **TCC**: transitional concurrent care, 和缓疗护和过渡性并行疗护
- **PO**: Parent Organizations, 只参与 VBID 的保险人
- **MACRA**: Medicare and CHIP Reauthorization Act, Medicare 医疗保险和儿童健康保险的再授权法案
- **CHIP**: Children's Health Insurance Program, 儿童健康保险计划
- **SRS**: Star Rating System, CMS 的星级评分系统
- **QRS**: Quality Rating System, 服务质量评价系统
- **RAF**: Risk Adjustment Factor, CMS 的风险调节因子
- **AHRQ**: Agency for Healthcare Research and Quality, 美国医疗保健研究和质量管理局
- **DxCG**: 是 Cotivig 公司的做个人和团体健康风险评估和管理的系统产品名称
- **KFF**: Kaiser Family Foundation, 凯撒家庭基金医疗保健研究机构
- **PBM**: Pharmacy Benefit Management, 药品福利管理
- **MCO**: Managed Care Organization, 管理式医疗保健组织

引用文献

- 1 Fred Pennic. The State of Value-based Care in 2018: 10 Key Trends to Know. Change Healthcare. <https://hitconsultant.net/2018/06/18/value-based-care-trends/>. Accessed Jan. 16. 2025.
- 2 Terry Burke, Travis Kistler, and Shyam Vichare. Understanding Why Narrow Networks Dominate The ACA Exchange. Oliver Wyman Health. <https://www.oliverwyman.com/our-expertise/perspectives/health/2024/march/understanding-why-narrow-networks-dominate-the-aca-exchange.html>. Accessed Jan. 16. 2025.
- 3 Michael Wilson. The impacts of accountable care organizations on patient experience, health outcomes and costs: a rapid review. J Health Serv Res Policy . 2020 Apr;25(2):130-138. doi: 10.1177/1355819620913141. <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/1355819620913141>. Accessed Jan. 16. 2025.
- 4 Aparajita Zutshi etc. The Medical Home: What Do We Know, What Do We Need to Know? A Review of the Earliest Evidence on the Effectiveness of the Patient-Centered Medical Home Mode. Mathematica Policy Research, Princeton, NJ. AHRQ Pub. No. 12(14)-0020-1-E. February 2014.
- 5 Division of TennCare. 2020 Episodes of Care. Tennessee TennCare. <https://www.tn.gov/tenncare/health-care-innovation/episodes-of-care/technical-documents.html>. Accessed Jan. 16. 2025.
- 6 Janet Silversmith. Five Payment Models The Pros, the Cons, the Potential. Minnesota Medicine. February 2011.
- 7 Asher Wang, Sara Debab, etc. Medicare Accountable Care Organizations In 2022: Renewed Growth And Improved Savings Show Small Rebound From The COVID-19 Pandemic. HealthAffairs. Oct. 19 2023. <https://www.healthaffairs.org/content/forefront/medicare-accountable-care-organizations-2022-renewed-growth-and-improved-savings-show>. Accessed Jan. 16. 2025.
- 8 David Muhlestein, etc. Growth Of Value-Based Care And Accountable Care Organizations In 2022. HealthAffairs. Dec. 2 2022. <https://www.healthaffairs.org/content/forefront/growth-value-based-care-and-accountable-care-organizations-2022>.
- 9 Centers for Medicare & Medicaid Services. ESRD Quality Incentive Program. CMS. <https://www.cms.gov/medicare/quality/end-stage-renal-disease-esrd-quality-incentive-program>. Accessed Jan. 16. 2025.
- 10 Go, A.S., D. Mozaffarian, V. L. Roger, E. J. Benjamin, J. D. Berry, et al. “Heart disease and stroke statistics—2014 update: a report from the American Heart Association.” Circulation 2014. 129:e28-e292. doi: 10.1161/01.cir.0000441139.02102.80
- 11 American Heart Association. “About Heart Attacks.” . AHA 2016. <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-attack/about-heart-attacks>. Accessed Jan. 16. 2025.
- 12 American Heart Association. “How do beta blocker drugs affect exercise?” . AHA 2013. http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/More/MyHeartandStrokeNews/How-do-beta-blocker-drugs-affect-exercise_

UCM_450771_Article.jsp. Accessed Jan. 16. 2025.

- 13 National Committee for Quality Assurance. Persistence of Beta-Blocker Treatment After a Heart Attack (PBH). HEDIS. <https://www.ncqa.org/hedis/measures/persistence-of-beta-blocker-treatment-after-a-heart-attack/>. Accessed Jan. 16. 2025.
- 14 Marc Van Aperen. The Nederlandse Obesitas Kliniek and Medtronic Plc Join Forces in the Battle Against Morbid Obesity. Hospital & healthcare Management. <https://www.hhmglobal.com/industry-updates/press-releases/the-nederlandse-obesitas-kliniek-and-medtronic-plc-join-forces-in-the-battle-against-morbid-obesity>. Accessed Jan. 16. 2025.
- 15 Centers for Medicare & Medicaid Services. Medicare Advantage Value-Based Insurance Design Model. CMS. <https://www.cms.gov/priorities/innovation/innovation-models/vbid>. Accessed Jan. 16. 2025.
- 16 Christine Eibner, Dmitry Khodyakov, etc . Evaluation of Phase II of the Medicare Advantage Value-Based Insurance Design Model Test, First Three Years of Implementation (2020–2022), RAND Health Care, September 2023.
- 17 Tennessee Division of TennCare. Comparative Analysis of Audited Results from TennCare MCOs for Measurement Year (MY) 2021. TennCare. Nov. 2022.
- 18 American Cancer Society. “Key Statistics for Cervical Cancer.” ACS 2020. <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/about/key-statistics.html> Last modified July 30. Accessed Jan. 16. 2025.
- 19 Agency for Healthcare Research and Quality. Databases Used for Health Plan Quality Measures. AHRQ. <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/setting/health-plan/databases.html>. Accessed Jan. 16. 2025.
- 20 CMS. MERIT 打分
- 21 Agency for Healthcare Research and Quality. CAHPS Databases. AHRQ. <https://www.ahrq.gov/cahps/cahps-database/index.html>. Accessed Jan. 16. 2025.
- 22 Cotiviti. About us. Cotiviti Healthcare Analytics Company. <https://www.cotiviti.com/about>. Accessed Jan. 16. 2025.
- 23 Anne B. Martin, Micah Hartman, Benjamin Washington, Aaron Catlin. National Health Expenditures In 2023: Faster Growth As Insurance Coverage And Utilization Increased. HealthAffairs. Dec. 18 2024. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2024.01375>. Accessed Jan. 16. 2025.
- 24 Juliette Cubanski, Tricia Neuman, Meredith Freed. The Facts on Medicare Spending and Financing. KFF Issue Brief. August 2019.
- 25 Matthew McGough, Emma Wager, Aubrey Winger, et al. How has U.S. spending on healthcare changed over time? Peterson-KFF Health System Tracker. December 20, 2024. <https://www.healthsystemtracker.org/>

chart-collection/u-s-spending-healthcare-changed-time/#Total%20national%20health%20expenditures,%201970-2023. Accessed Jan. 16. 2025.

- 26 Jason Furman, Matt Fiedler. Updated Health Care Spending Projections Show Continued Slow Growth in Health Costs. Obama White House Archives. July 13, 2016. <https://obamawhitehouse.archives.gov/blog/2016/07/14/updated-health-care-spending-projections-show-continued-slow-growth-health-costs>. Accessed Jan. 16. 2025.
- 27 Fred Pennic. The State of Value-based Care in 2018: 10 Key Trends to Know. Change Healthcare. Jun. 18 2018. <https://hitconsultant.net/2018/06/18/value-based-care-trends/>. Accessed Jan. 16. 2025.
- 28 American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2023. ACS. <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/2023-cancer-facts-figures.html>. Accessed December 12, 2024. Accessed Jan. 16. 2025.
- 29 National Committee for Quality Assurance. Colorectal Cancer Screening (COL, COL-E). HEDIS. <https://www.ncqa.org/hedis/measures/colorectal-cancer-screening/>. Accessed Jan. 16. 2025.
- 30 Zahy Abou-Atme, Rob Alterman, Gunjan Khanna, Edward Levine. Investing in the new era of value-based care. McKinsey & Company. December 16, 2022. <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/investing-in-the-new-era-of-value-based-care>. Accessed Jan. 16. 2025.

关于前海再保险

前海再保险股份有限公司于 2016 年 12 月 5 日在深圳前海成立，是国内首家国有资本控股的混合所有制再保险公司，以专业、稳健、创新为特点，以风险管理为专长，为客户提供财产与意外险再保险、人寿与健康险再保险，投资和咨询业务等产品和服务。2021 年，前海再保险依托博士后创新实践基地正式成立前海再保险研究院。

前海再保险秉承“让保险更可靠，让世界更有力”的使命，“立足前海、携手香港、聚焦中国、辐射全球”，为客户提供有竞争力的风险管理和资本管理综合解决方案，致力于成为国际化的风险管理和资本管理专家。

前海再保险获得贝氏国际评级“A-”，展望为稳定。



前海再保险股份有限公司

深圳市南山区海德一道 88 号中洲控股中心 A 座 37 层

电话: +86 0755 88980900

www.qianhaire.com