

Deloitte.

德勤

中国医疗服务行业

冲浪蓝海



目录

前言	1
1.医疗服务市场迅速扩容	2
2.医改政策将深远影响医疗服务市场格局	4
3.民营医院和诊所：政策利好，创新是成长的驱动力	6
3.1 民营医院的发展现状和趋势	6
3.2 民营医院的发展策略	14
4.公立医院和社区医院：增强核心实力以提高服务质量，效率和可及性	24
4.1 公立医院发展所面临的困境	24
4.2 公立医院应对之策	25
附录：营利性或非营利性医疗机构现行主要税收政策对比表	32

前言

中国医疗服务市场规模巨大，并且在人口老龄化、城镇化、财富增长以及基本医疗保障制度等因素的驱动下迅速扩容。2013年我国卫生消费总额3.2万亿元，在过去9年保持了17.2%的复合增长率。然而相对于高收入国家7.7%的水平，我国医疗卫生支出仅占国民生产总值的5.6%。考虑到人口和消费的巨大基数，不难看到我国医疗服务市场在将来还有很大的上升空间。

与此同时，医改政策正向纵深发展。政府持续加大投入以确保全民享有基本的医疗卫生服务，同时也鼓励社会资本投资以提升服务质量满足民众多层次多元化的需求。新医改的深入为社会资本进入医疗服务行业带来了机遇，同时也在深远地影响市场格局。

民营医院相对于公立医院仍处于弱势，但在政策的强力支持下正步入飞速发展的阶段。机构投资者和产业资本纷纷涌入，借助资本的力量，民营医院将更快地实现资源整合并加速市场扩张，在管理、医疗技术、服务质量以及规模化运营各方面实现升级。然而市场的飞速扩张往往伴随着更高的风险，因而审慎的决策必不可少。我们认为民营医院战略定位上应当综合考虑地方经济发展水平、供需状况以及医改和税收政策，结合自身实力以确定恰当的医疗服务板块和进入模式。

就增长点而言，我们看好四个服务板块。其一是高端医疗。高端医疗将会出现在服务地域上的下沉，同时以往热门专科在服务人群上也会出现从一般民众向富裕人群的转移。另外将医疗和旅游相结合的服务也有望成长起来。其二是专科连锁。服务性和可复制性强的细分专科细分领域有望出现投资热点。与此同时，医疗体制改革的推进尤其是医疗人才流动性加强后，民营医院有望进入技术壁垒更高的专科领域。其三，综合医院方面，资金、人才、管理各方面都意味着更高的进入壁垒，但同时也意味着建立起公众知名度的医院的地位将难以被撼动因而先动优势明显。因此，各路资本对于综合医院的布局将会提上日程。另外，对生活质量的重视以及保健意识的增强也将推动健康服务领域飞速发展，资本市场以及传统医疗机构对于远程医疗、移动医疗以及可穿戴设备的热忱就是最好的佐证。

公立医院在我国的医疗服务系统里仍然占据主导地位，不仅提供约90%的服务量，也汇聚了优质的医疗资源和医疗人才。然而国家医药卫生体制改革一方面将迫使公立医院重塑收入机制、提升效率削减成本，另一方面也将其推向市场并可能面临患者和人才的外流。面对新的市场格局，我们建议公立医院从以下五个方面着手：改变绩效管理体系、改善患者体验、引入营销管理与患者建立稳固互信的关系、建立标准化的医疗服务和临床流程以及完善医院信息系统。

吴苹

全国领导人
德勤中国生命科学与医疗行业

蒋筱睿

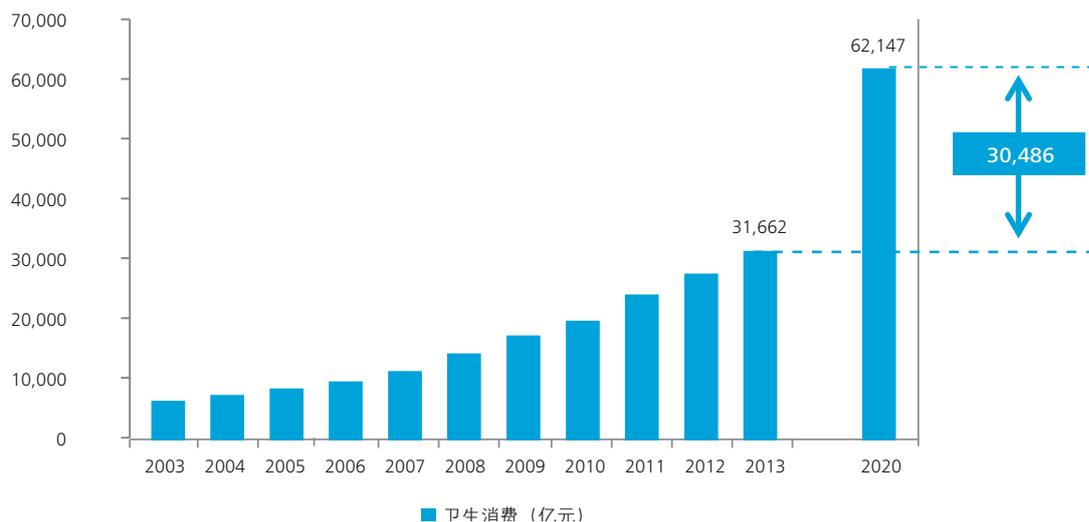
企业管理咨询领导人
德勤中国生命科学与医疗行业

医疗服务市场迅速扩容

我国2013年卫生消费总额为3.2万亿元，是2004年的4.2倍，年复合增长率17.2%。虽然卫生消费增长飞速，在GDP总额中的占比仍仅为5.6%，低于高收入和中高等收入国家水平（图2），如果该占比能在2020年达到卫计委在《“健康中国2020”战略研究报告》中所提出的6.5%-7%的目标，我国卫生消费市场将达到6.2 - 6.7万亿元¹规模。

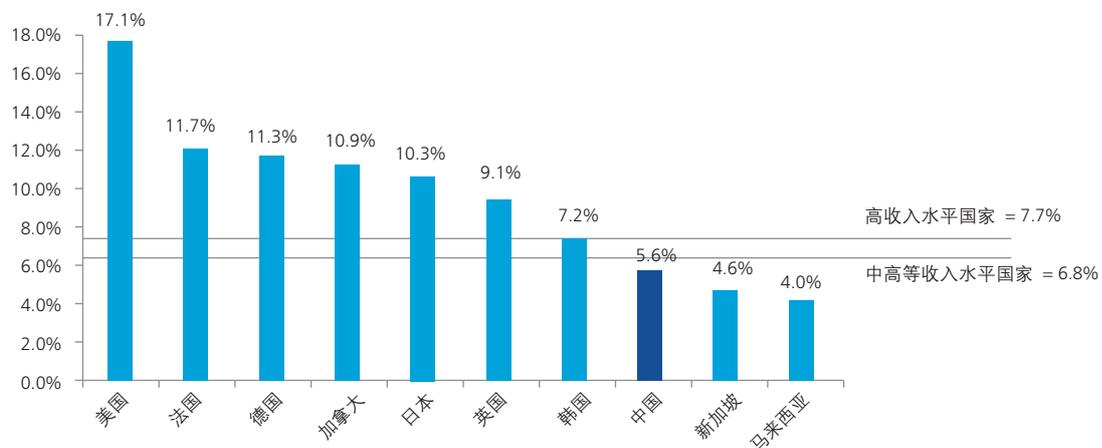
从需求方来看，人口的老龄化、城镇水平的提高、生活方式的改变、财富的增长以及全民医保制度的推进都正在驱动医疗服务市场迅速扩容。相对于飞速增长的医疗服务需求，供给的增长步伐却极为缓慢，2013年卫生机构数量为2004年的1.2倍，卫生人员1.5倍，卫生机构床位数1.9倍。

图1：我国卫生消费



数据来源：卫生统计年鉴，德勤分析

图2：卫生消费占GDP百分比（2013）



数据来源：世界银行，德勤分析

¹ 根据我国2013年GDP和GDP增速估算。估算假设GDP增速保持在7.7%。

人口老龄化

我国人口规模大且老龄化的速度有所加快。根据统计年鉴数据，我国老龄人口占总人口的比率逐年提高，从2004年的7.6% 上升到2013年9.7%，已达到1.3亿人。老年人发病率高，疾病医治疗程长且常伴有并发症，同时老年人也多患有慢性疾病需要长期护理和用药，因此是医疗服务的高消费群（图3）。人口的老龄化势必伴随着更高的对于医疗服务的需求。

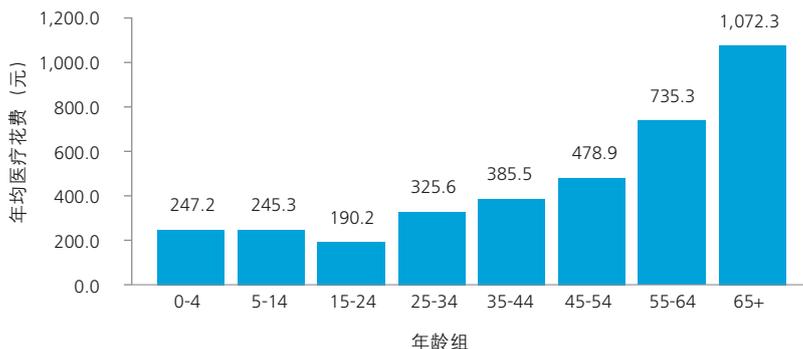
城镇化的推进

随着经济结构的调整和国家政策的推动，我国城镇率正在不断提升，城镇人口比率从2004年的41.7%上升到2013年的53.7%。城镇化将拉动居民收入转而增加对医疗服务的消费需求。根据国家统计局2013年数据，城镇居民医疗保健的消费支出是农村居民的1.8倍。另外，城镇化还将带来居民生活方式的转变。以城市人群为主的疾病将会有增长的趋势，这也会推动对特殊领域的医疗需求。

医疗消费需求呈现多层次、多元化

民众收入水平的提高、财富的积累以及健康观念的转变将持续推动医疗消费需求向多元化、多层次的方向发展。消费者更加注重隐私，愿意为好的服务和高质专业的医疗技术支付溢价，由此带动了高端医疗的成长；对生活质量的重视和保健知识的增加促进了康复医疗的发展；不同年龄层次的需求促使了不同专科领域的形成；从“有病才医”向注重保健的观念的转变更是拉动了健康服务产业，推动医疗服务的范畴从单纯的疾病治疗向养生、保健护理等多元化的领域拓展。医疗消费需求多层次多样化的趋势将驱动整个医疗服务产业纵向增长，而整个产业蛋糕的增长又将伴随着行业的进一步细化，推动需求向纵深发展。

图3：不同年龄组的年均医疗费用



数据来源：李玲教授，北京大学国家发展研究所，第八届中国健康产业高峰论坛

基本医疗保障制度的推进

在过去几年里，基本医疗保障制度不断完善，在广覆盖、保基本的基础上，覆盖深度也逐步提高。据发改委消息，2014年上半年，我国城镇职工医保、城镇居民医保和新农合医保三项基本医保参保率稳定在95%以上，城镇居民医保和新农合政府补助标准提高到每人每年280元，政策范围内住院费用支付比例分别达到70%以上和75%左右。同时国家还积极推动大病保险，卫计委在2014年2月发布《国务院医改办关于加快推进城乡居民大病保险工作的通知》指出，尚未开展城乡居民大病保险试点的省份要在2014年6月底前启动试点工作。基本医疗保障制度的逐步推进将持续提升民众的支付能力，拉动医疗服务需求。

医改政策将深远影响医疗服务市场格局

国务院2009年4月发布《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》，打响了我国新一轮医药卫生体制改革的发令枪。此次医改以把基本医疗作为公共产品向全民提供为核心理念，保基本、强基层、建机制为基本原则，推进医疗、医保、医药三医联动，在过去5年里取得了显著的成绩。分级诊疗的医疗服务体系已基本建成，基层首诊、分级诊疗、双向转诊的就医秩序的建立正在推进；覆盖全体居民的基本医疗保障制度框架初步形成，覆盖面和保障深度不断扩大；医保支付制度改革正在进行，对医疗费用的控制作用初步显现；公立医院改革进入攻坚期，围绕政事分开、管办分开、医药分开所进行的机制创新不断推进。医药卫生体制的改革将持续向纵深发展，在保证全民基本医疗服务的可达性和可支付性的基础上，提升质量满足民众的多层次多元化的需求。新医改的深入为社会资本进入医疗服务行业带来了机遇，同时也开启了公立医院机制和体制改革的征程。

“在2009到2015年间，医改政策主要集中在建立基层的医疗服务体系和基本医疗保障制度上，应对的是医疗服务可及性和可支付性的问题。在2016年到2020年间，我们预计中国医改政策将把重点放在医疗服务质量的提升上面。

蒋筱睿，德勤企业管理咨询，合伙人

分级的诊疗服务体系

我国医疗资源分布不均且多集中于大城市大医院，导致患者无论疾病严重程度都喜欢在大医院就医，大医院不堪重负而城市社区医院、乡村医院和卫生所却又所无人问津。分级诊疗的服务体系正是为了应对看病“两头难”的问题，通过建立覆盖城乡的基层医疗卫生服务体系来引导患者在基层就医，起到合理分配医疗资源的作用。其主要措施有三方面：一是通过加大对县级医院的投资，建立以县级医院为龙头、乡镇卫生院和村卫生室为基础的农村医疗卫生服务网络。二是建立医疗联合体，开展双向转诊等机制来促进医疗资源的纵向流动；三是加强基层人才队伍的建设，通过培养全科医生，让基层医生在大医院接受培训等方式来提升基层医院的医疗服务能力和水平。目前我国已经基本建成了基层医疗卫生服务体系，从2007年到2013年，基层医疗卫生机构增加了近3.7万个。从《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》可以看到，改革重点将会是在提升基层医疗卫生机构的服务能力和建立基层首诊、分级诊疗、双向转诊的就医秩序，比如《方案》提出2015年基层医疗卫生机构达标率达到95%以上并要力争县域内就诊率提高到90%左右。

全民医保体系的建设

医保体系的建设涉及两个方面。一是建立覆盖城乡居民的多层次的医疗保障体系，解决民众基本医疗需求的支付问题。基本医疗保障体系包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗和城乡医疗救助以覆盖城镇就业和非就业人口、农村人口以及城乡困难人群。在保障基本医疗需求得以满足的基础上，鼓励发展多样化的商业保险以满足民众多样化的健康需求。医保制度在覆盖面和覆盖深度上的推进以及商业保险的展开有利于提高民众的支付能力，增强医疗服务需求。另一方面是医保的支付制度的改革，结合疾病临床路径的实施对医疗费用的增长起到约束；向基层倾斜，引导民众在基层就医，促进分级诊疗制度的形成并且通过纳入非公立医疗机构延伸到对非公立机构医疗人员的监管。医保支付方式的改革将会推动医保定点医院的盈利模式的转型，医院将在医保费用的约束下更加注重成本控制 and 效率提升。

公立医院改革

公立医院是我国医改中最为核心的难点和焦点。“以药补医”形成了公立医院扭曲的补偿机制，削弱了它的公益性；医院规模过大导致了医疗资源配置的低效，也对民办医院造成了挤出作用；管理职责的不清又减弱了政府的监管作用。公立医院改革以“坚持公益性，调动积极性”为主调，其任务主要包括两个方面。

- 探索政事分开、管办分开的机制。要做到这一点，不仅要转变政府职能，使政府部门从公立医院的具体事物中摆脱出来，而且还要完善公立医院的法人治理结构，承担具体的管理职能。具体形式主要是经营权的转让（如政府隶属机构、大型公立医院或者民营企业对其托管）和所有权的转让（管理层收购、股份合作制等）。
- 调整公立医院的收入结构，解决“以药补医”的问题。按照医改相关政策，取消药品加成之后，减少的收入“缺口”将通过增加政府收入、药事服务费和技术服务费来解决。据卫生年鉴数据，我国综合医院药品销售收入占总收入的比例虽然呈现下降的趋势，但在2012年仍高达39.7%，可见该项改革的难度。同时政府财政投入的增加也意味着政府需要加大对公立医院治理和运行机制的监控以提高政府投入的效益。

国务院办公厅在2014年5月发布的《深化医药卫生体制改革2014年重点工作任务》中，把推动公立医院改革被放在了首要位置，并硬性规定了各项任务的具体完成时间，显示我国医改开始向纵深方向有力推进。《任务》指出，县级公立医院改革是公立医院改革的重中之重，将新增700个试点县（市），覆盖50%以上的县

（市）、5亿农村人口。药品加成在县级医院的取消势必加大对财政补助的需求，当地政府有可能加速推动公立医院改制和托管，为社会资本进入医疗服务行业打开了一个窗口。另外《任务》还强调了公立医院的规划布局，提出在原则上不再扩大公立医院规模，这也为社会办医留出了空间。

多元化办医

我国医疗供给严重滞后，同时公立医院运营效率较低，导致医疗供需失衡。多元化办医的基本方向是公立医院回归公益本质满足基本医疗需求，同时引进社会资本补充医疗服务满足多元化的需求。社会资本的参与不仅可以增加供给还可以激活市场竞争倒逼公立医院提高效率和服务质量。自2009年以来国家多次出台政策支持社会资本办医，力度也不断加强。在2014年医药卫生体制改革的重点任务中，政府再次就放宽准入条件，优化办医政策环境以及推进医师多点执业做出部署，而各地也在实施细则中逐步推进。比如北京不仅取消医师多点执业在地点数量的上限而且在办理程序上也无须经过医院审批。商务部下发通知，允许境外投资者在北京市、天津市、上海市、江苏省等7个省（市）设立外资独资医院。随着各项要求在未来各地实施细则中进一步落实，民营医院的发展还将加速。

各市、区政府应发挥政府平台的作用，整合区域性公立、私立医疗资源及周边资源，如医疗后勤、体检、研发等，促进形成“医疗生态圈”，充分发挥有限资源的协同效应。当然，这一整合资源的任务亦可以由商业机构担当，利用上下游供应链的合作关系，凭借网络消费者平台实现以轻资产整合重资产建立生态圈的目标。

吴苹，德勤中国生命科学与医疗行业，全国领导人

民营医院和诊所：政策利好，创新是成长的驱动力

“要在行业里取得领先地位，民营医院就需要不断地创新和提高。正如美国JCI所提到的那样，要不断提高品质，不断创新产品，不断地完善服务”

赵兴力，和美医疗，医疗副总裁

“在将来，民营医院会是那条“鲇鱼”，推动公立医院的改制和发展，促使公立医院提高效率、提升服务质量。”

江天帆，凤凰医疗集团，董事兼财务总监

“民营医院一开始是做公立医院的追随者和补充者，接着会在一些强的科室上作有限的竞争者，在将来随着自身实力的增强还会力争做超越者。目前我们还在走第一步：追随、填空。”

郭跃，上海仁济医疗，总裁

3.1 民营医院的发展现状和趋势

政策支持不断加强，将持续利好民营医院

1985年国务院发布《关于卫生工作改革的若干规定的报告》，提出“放宽政策，简政放权，多方集资，开阔发展卫生事业的路子”，由此拉开了我国社会资本进入医疗行业的帷幕。在过去30年，社会资本办医政策经历了1985年到1992年的初探阶段，1992年到2005年的市场化推动阶段，2005年到2009年的市场化之过的争论和反思阶段，在2009年新医改发布之后逐步明晰。中国医改以“人人享有基本医疗卫生服务”为战略目标，因而“保基本”将会是基调，公立医院作为提供基本医疗服务的主体，将保持在医疗卫生服务行业中的主导地位。与此同时，政府将支持和引导社会资本进入医

疗服务行业共同发展，其目的有三，一是通过多元办医增加医疗卫生资源，缓解供需矛盾，满足大众多层次、多元化的需求；其次是运用民办医疗分流患者，为政府腾出资源以提升基本医疗服务，其三是发挥民营医院的“鲇鱼效用”，激活市场竞争推动公立医院提高效率和质量。2013年国务院办公厅发布“十二五”医改规划，明确提出2015年非公立医疗机构床位数和服务量要达到总量的20%²，同时配套政策在放宽社会资本准入标准和改善社会办医环境方面变得更加具有针对性、更加实在，对公立医院的改革力度也逐步加大（表1）。可以看到，中央政策的不断加码以及在各地实施细则的落地将持续利好参与市场化竞争的民营医疗企业和参与公立医院改革的医疗服务企业。

表1: 2009年之后私人资本进入医疗行业的相关政策

发布时间	发布部门	文件	主要内容
2009.4	国务院办公厅	《关于深化医药卫生体制改革的意见》	提出形成投资主题和方式多样化的办医体制 <ul style="list-style-type: none"> • 鼓励社会资本兴办非营利性医疗机构 • 引导社会资本参与公立医院改制 • 适度降低公立医疗机构比重
2010.2	卫计委、国家发展改革委等	《关于公立医院改革试点的指导意见》	<ul style="list-style-type: none"> • 选出16个城市作为改革试点，试点内容包括引导社会资本发展医疗，加快形成多元化办医体制
2010.12	国务院办公厅	《关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构的意见》	<ul style="list-style-type: none"> • 放宽社会资本准入限制，鼓励社会资本参与公立医院改制，调整和新增医疗资源优先社会资本； • 优化社会资本办医环境，包括税收价格政策、医保定点，用人环境、学术环境、设备购置、政府购买等方面
2011.2	国务院办公厅	《医药卫生体制五项重点改革2011年度主要工作安排》	<ul style="list-style-type: none"> • 强化区域卫生规划，控制公立医院建设，新增、调整卫生资源优先考虑社会资本 • 鼓励民办普通医疗机构、高端医疗机构，控制公立医院开展特需服务比例
2012.2	卫计委	《2012年卫生工作要点》	在推进公立医院改革试点部分提到鼓励和规范社会资本举办医疗机构
2012.3	国务院办公厅	《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案的通知》	明确提出大力发展非公立医疗机构 <ul style="list-style-type: none"> • 提出2015年非公立医疗机构床位数和服务量要达到总量的20% • 放宽准入：鼓励社会力量和境外投资者举办医疗机构，有资质的人员开办私人诊所 • 引导社会资本以多种方式参与公立医院改革 • 进一步改善执业环境，鼓励非公立医疗机构向高水平、规模化大型医疗集团发展
2013.10	国务院办公厅	《国务院关于促进健康服务业发展的若干意见》	再次强调推进多元办医格局的任务，在放宽市场准入、规划布局、投融资引导政策以及财税价格政策方面作了较为细致的补充
2014.1	国家卫生和计划生育委员会	《关于加快发展社会办医的若干意见》	强调卫生规划的作用，就社会办医中存在的关键壁垒和障碍作出了针对性意见，政策较早期更加实在、更易操作包括： <ul style="list-style-type: none"> • 在放宽准入主体、服务领域、大型医用设备配置以及完善医保、财税、投融资引导政策、审批手续方面都有详细指导意见 • 完善运营环境包括人才、学术、专科建设和信息化建设
2014.4	国家发展和改革委员会等	《关于非公立医疗机构医疗服务实行市场调节价有关问题的通知》	<ul style="list-style-type: none"> • 非公立医疗机构医疗服务价格实行市场调节 • 营利性非公立医疗机构可自设服务项目 • 非营利性非公立医疗机构按照《全国医疗服务价格项目规范》设立服务项目
2014.5	国务院办公厅	《深化医药卫生体制改革2014年重点工作任务》	提出重点解决社会办医在准入和运营环境方面政策不到位和支持不足的问题，制定了相应的实施时间表。
2014.6	国家卫生和计划生育委员会	《关于控制公立医院规模过快扩张的紧急通知》	提出控制公立医院扩张过快，给基层医疗卫生机构和非公立机构发展保留空间

数据来源：政府公告，德勤分析

² 中国社科文献出版社2013年10月发布的《民营医院蓝皮书》指出，2015年实现社会办医服务量达全国总量20%的目标有一定难度。

民营医院发展迅速，但与政府制定目标相距仍远，增长空间大

我国民营医院在近几年呈现飞速增长的态势。截至2014年6月，全国民营医院已经发展到11737家，是医改前数量的两倍多，在2008到2013年间保持了约16%的复合增长率，同时民营医院数量占全国医院数量的比例也由2008年的27%上升到2014年6月的47%，呈现出公立医院数量占比减少、民营医院增长的趋势。不仅仅是民营医院数量，其提供的服务量也快速增长，2014上半年的诊疗人次达到14581万人，出院人数为866万人，较去年同期分别上升14%和19%。

虽然民营医院数量占比已接近一半，但诊疗人次数和出院人数仅为全国服务量的10%左右，反映民营医院规模偏小、服务能力相对较弱的状态，与国务院“十二五”医改规划提出的在2015年达到服务总量20%的目标还相距较远。我国医疗消费市场是个快速扩张具有巨大潜力的市场，随着新医改的深化和市场医疗服务资源配置机制的逐步建立，民营医院市场份额还将继续提升，保持快速增长。

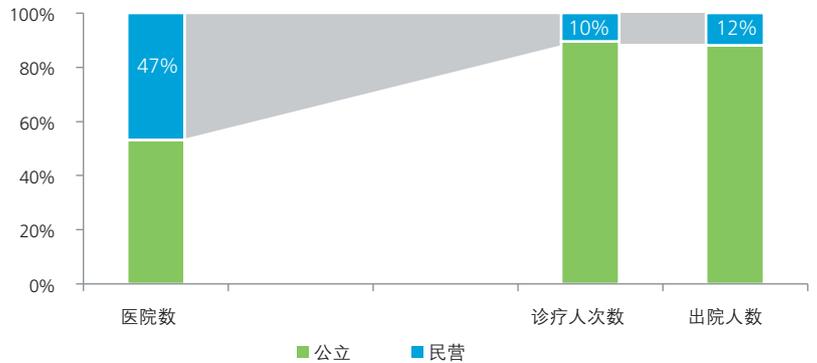
资本助力行业加速成长，投资风险和机遇并存
近年来，在政策环境利好而医疗服务供需又极不平衡的情况下，我国掀起了投资医院的热潮。借助资本的力量，民营医院能够实现在流程管理、人力资源、仪器设备等各方面的资源整合和提升，同时还可以加速市场扩张，做大规模并提高品牌知名度。在强大资本的推动下，民营医院的发展有望提速，不仅在服务的量上快速增长，在医疗质量、服务内容等方面也实现升级。

图4：中国民营医院数量



数据来源：卫生统计年鉴，德勤分析

图5：公立、民营医院数量和服务量占比



数据来源：卫生统计年鉴，德勤分析

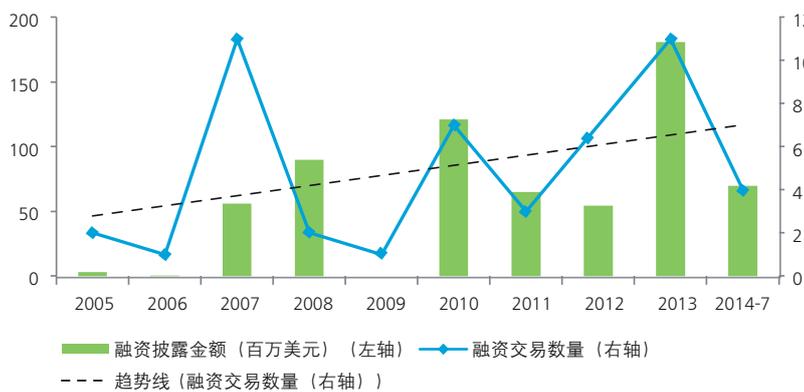
• 机构投资者热捧医院和医院管理类企业

医院和医院管理类企业在过去几年受到风险投资机构 and 私募股权投资机构（VC/PE）的青睐且交易规模不断增大。2013年到2014年7月一年半的时间里，VC/PE融资交易量和披露交易金额分别已占到过去10年总量的27%和39%，达到15宗和2.5亿美元。投资领域以专科医院为主，过去10年专科医院VC/PE融资交易量占总量的84%，如鼎辉创投相继投资了安琪儿医疗、伊美儿、新世纪儿童医院和温州康宁医院；红杉中国也投资了安琪儿医疗、北大国际康复医疗以及兰景口腔。原因主要有两个方面：首先专科医院不象综合医院那样大而全因而投资金额较小，培育周期也相对较短。其次，我国大部分民营医院采取与公立医院差异化的经营策略所以多以特色专科为经营项目，而其中以服务为导向、可复制性强的连锁专科医院增长性强成为投资热点。就综合医院而言，具有清晰的盈利模式的医院集团如凤凰医疗和上海仁济医疗也获得资本追捧。

• 医院并购活跃，产业资本抛出橄榄枝

医疗服务行业越来越被视作未来消费的增长热点，大型企业纷纷通过并购、参股等多种方式涉足和拓展医院投资，因而2013年以来医院并购活动极为活跃，在一年半的时间里，并购交易数量和交易金额均创新高，分别占过去10年总量的35%和64%。就并购交易的买方企业来看，65%来自药企和医疗器械企业（其中药企占58%），投资动力主要有两方面：一是占有医院这个强大的销售渠道，实现产业链的延伸发挥协同效应；二是看好医院的获利能力，企业试图打造大健康产业集团。如复星医药在先后投资了高端品牌医院和睦家和3家民营医院之后，在2013年再举收购三级甲等医院禅城医院60%的股份，现已形成沿海高端医疗和二线城市城市专科和综合医院相结合的医疗服务业务的初步布局，并计划在2015年达到1万张床位的规模³。甘肃独一味生物制药股份有限公司也在2013、2014年先后收购7家医院，并在2013年底更名为“恒康医疗集团股份有限公司”以反映其在制药和医疗上下游的战略布局。并购交易买方的第二大类来自非相关行业，占总量的23%，如联想控股收购拜博口腔。这类企业投资医院主要是看中投资回报，反映目前医疗服务行业的火热程度。

图6：医院和医院管理类行业VC/PE投资金额及交易数量



数据来源：ChinaVenture，德勤分析

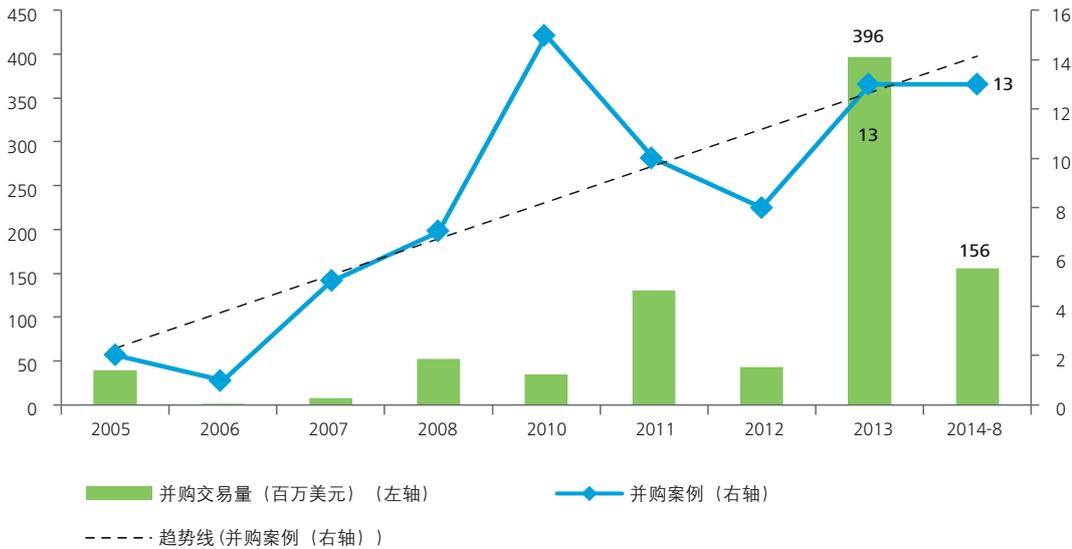
³ 中金公司

表2：2013-2014年医院并购交易

公布时间	收购方	目标公司	交易额 (百万美元)	收购权益
2014-08-20	恒康医疗集团股份有限公司	瓦房店第三医院	81.89	70.00%
2014-06-16	联想控股有限公司	拜博口腔	N/A	N/A
2014-06-12	北京同仁堂国药有限公司	福明堂	N/A	50.00%
2014-05-09	安徽安科生物工程（集团）股份有限公司	北京惠民	4.48	55.00%
2014-05-09	恒康医疗集团股份有限公司	赣西医院	N/A	5.00%
2014-05-09	恒康医疗集团股份有限公司	赣西医院	N/A	75.00%
2014-03-17	永鼎集团有限公司	永鼎医疗	26.06	100.00%
2014-03-17	恒康医疗集团股份有限公司	辽渔医院	20.82	100.00%
2014-02-10	恒康医疗集团股份有限公司	邛崃福利医院	9.77	100.00%
2014-01-24	山东新华医疗器械股份有限公司	东南手外科医院	0.57	55.00%
2014-01-24	山东新华医疗器械股份有限公司	东南骨科医院	7.49	55.00%
2014-01-21	华润股份有限公司	矿山医院	5.05	100.00%
2014-01-01	广州市久邦数码科技有限公司	卓正医疗	N/A	N/A
2013-11-04	康美药业股份有限公司	Meihekou TCM Hospital	N/A	100.00%
2013-11-04	康美药业股份有限公司	友谊医院	N/A	100.00%
2013-11-04	康美药业股份有限公司	梅河口妇幼保健院	N/A	100.00%
2013-10-16	贵州百灵企业集团制药股份有限公司	天源医院	0.23	100.00%
2013-10-15	天洋投资控股有限公司	Allied Overseas	194.92	74.52%
2013-10-09	上海复星医药（集团）股份有限公司	禅城医院	109.82	60.00%
2013-07-01	康健国际投资有限公司	广州宜康	15.83	40.00%
2013-06-27	甘肃独一味生物制药股份有限公司	蓬溪医院	12.68	100.00%
2013-06-06	甘肃独一味生物制药股份有限公司	德阳医院	2.38	100.00%
2013-06-01	爱尔眼科医院集团股份有限公司	光明医院	5.96	100.00%
2013-05-24	无锡鸿意地产发展有限公司	无锡明慈医院	3.17	100.00%
2013-04-16	新乡市中心医院	新乡中心医院东区医院	28.99	80.00%
2013-01-10	甘肃独一味生物制药股份有限公司	肿瘤诊疗中心	22.43	85.00%

数据来源：公开资料，德勤分析，另：此表所列项目非完全统计，仅提供范例作用。

图7：医院并购一览⁴



数据来源：ChinaVenture，德勤分析

无论是为了获取投资回报，还是实现整体的产业布局，可以看到医院投资机遇和风险并存。既有金陵药业收购宿迁人民医院将其转亏为盈，天图资本投资凤凰医疗获得超过8倍的回报，也有化源集团并购新乡5家医院的3年后黯然退出，双鹭药业出让新乡中心医院东区医院所持股份。医院属于重资产行业，建设和运营成本高且培育周期长，同时医院项目的成功在极大程度上取决于医疗服务团队的技术能力，

因此在短期内将医院做大做强风险较高。其次，我国民营医院普遍存在财务、内控等方面的不规范操作。如果要民营做大并实现资本对接，如何将流程、管理制度规范化将是必须要应对的问题。其三，我国医院管理没有成熟的管理模式，投资后的运营将是另一难点。最后，资本密集进入必然推高医院的估值，将进一步增加投资成本和风险。因此选择恰当的时机和目标市场、运用相应的投资和管理方式提升医院价值是投资成功的必备条件。

⁴ 2010年并购案例数量大是由于爱尔眼科收购扩张连锁网点。

医院管理的重要性将日趋突显

大量资本的涌入带来民营医院的快速增长，而投资之后如何对医院进行管理并提升其价值成为重中之重。同时社会资本参与公立医院改革是医改的一个重要组成部分，无论是改制收购还是托管，都对加强医院管理以提高医院运营绩效提出了要求。医院的管理具有其自身的专业性和复杂性，而在目前的医疗体系下，我国医院的一些特性如财务体系不透明、渠道返点现象普遍、无法自主决定药品进价以及政策法规上的风险更是增加了管理的难度，因此随着社会办医的进一步推进、竞争的逐步加剧以及医疗资源配置的市场化，医院管理的重要性将日趋突显。我们认为有以下几个方面需要考虑。首先，管理层是医院的领航者，决定了医院的发展战略，组织运作模式和绩效管理机制，因此管理层的选择至关重要。目前大部分投资医院的主体为投资机构、药企和非医药行业的企业，因而管理经验和技巧相对缺乏。

《E药经理人》在采访各大投资机构及业内人士就表示，医院管理层最好由专业的第三方管理团队来担任，或者在保证医院总体发展方向不变的基础上保持原有的管理层。比如凤凰医疗就是作为第三方管理机构通过管理输出来提升被托管医院的运营效率，被托管医院的投资回报时间一般在4到5年。而复星医药收购宿迁钟吾医院后则把医院具体的管理事务交由原来的管理团队。其次，运用企业化管理来改善医院运营。民营医院肩负治病救人的社会责任，但同时也要讲求自己的生存之道以较小的投入得到最大的产出，这就需要运用企业化管理策略。医院可以通过对自身优劣势和市场环境的深入分析来确定发展战略，定位目标人群并打造恰当的服务产品组合，也可以实施全面质量管理，采用标准流程、引入信息技术来提高医疗服务质量和医院效益。其三，医疗队伍的打造。医疗队伍是医院的价值核心，而民营医院普遍面临的问题就是医疗人才的缺乏，因此如

“我认为凤凰医疗真正的春天应该是3到5年之后，当机构投资者、医药企业完成了前期的扩张进而考虑提升医院价值的时候。医院价值的增长点在于管理，好的管理理念、管理体制、严格的成本控制体系以及集团化的运营模式，而这正是凤凰医疗可以提供的”

江天帆，凤凰医疗集团，董事兼财务总监

“目前资本快速涌入医疗服务行业，而接下来的一个趋势将是管理人才和资本的结合。医院管理有其自身的独特性，需要有对该行业和医疗运行规律有着深刻认识，并将其与管理科学结合起来的人才，光靠资金是远远不够的”

胡旻，德勤审计服务，合伙人

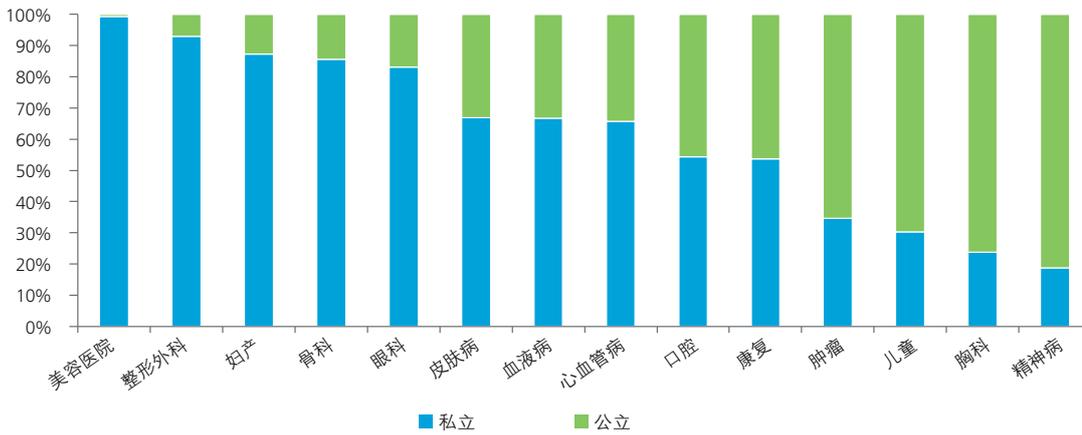
何管理并提升人力资源的利用效率也是要应对的问题。如上海仁济医疗不仅重视招募和留住优秀人才，也相当注重医疗人才的培养和人力资源的使用效率，其中一个策略就是采取专家带领团队诊疗病人的方式，既减轻专家的工作负担同时也增进了技术分享促进了医疗团队的培养。

低门槛的“特色专科”仍为主要经营项目，拓展新的发展方向将成为趋势

由于早期技术、人才、公众认知度等方面的短板，大多数民营医院采取与公立医院差异化医疗服务的竞争策略，选择技术人才要求相对较低、医疗风险较小、资金回报速度较快且民众医疗服务需求无法在公立医院得到满足的专科领域，并在过去数年取得了快速的扩张。其中妇产科医院增速最快，从2003年的23家扩张

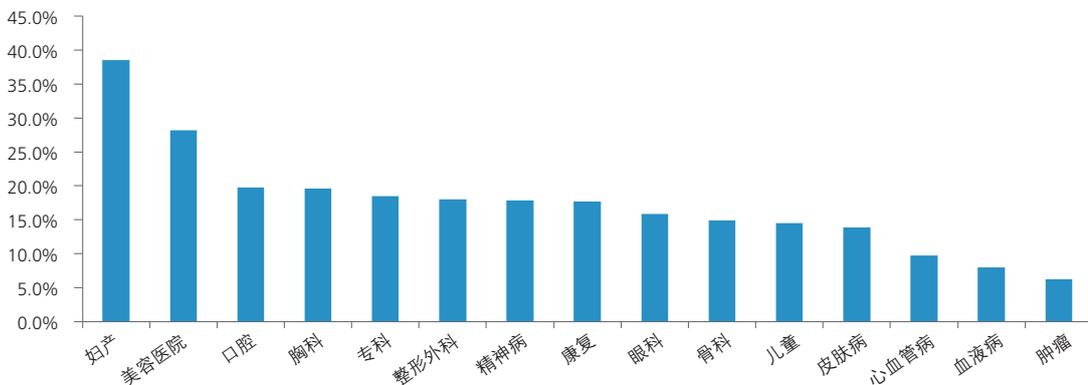
到2012年的432家，年复合增长率高达39%。另外，美容整形、口腔增速均在18%以上，康复、眼科、骨科以及儿童医院也以14%-17%的增速扩张。截至2012年，全国的专科医院有62%为民营，美容整形、妇产、骨科以及眼科民营医院的占比均超过80%，而皮肤病、血液、心血管、口腔以及康复民营医院也在60%左右。（图8、9）

图8：各专科医院中民营和公立医院数量比例对比（2012）



数据来源：卫生统计年鉴，德勤分析

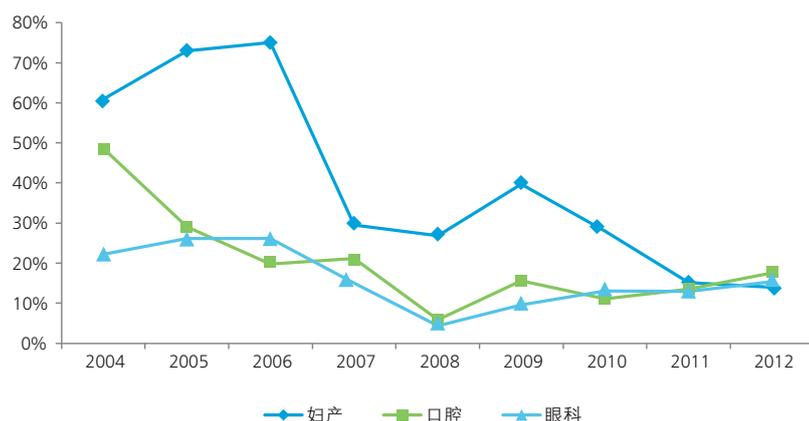
图9：各专科民营医院数量年复合增长率（2003-2012）



数据来源：卫生统计年鉴，德勤分析

应当看到的是，经过数年的发展，一些传统的热门专科领域开始放缓扩张。如妇产医院的增速从2004年的61%降至2012年的14%，口腔从49%降至18%，眼科从22%降至15%（图10）。可以预见，随着竞争进一步加剧，这些市场将日趋饱和，而社会资本需要转而拓展新的方向，比如技术壁垒较高的专科领域、综合医院和高端医疗都将形成各自的增长点。我们在下一章节会对此详细论述。

图10：民营医院数量增幅



数据来源：卫生统计年鉴，德勤分析

医院规模化运营是发展方向

政策引入社会资本旨在激活市场竞争，倒逼公立医院提高运营效率和服务质量，因而民营医院最终的发展趋势必将是规模化的经营，以高质高效的医疗和服务与根基已深的公立医院竞争。医院规模化经营的关键并不仅在于医院/诊所网络快速稳健地扩张，同时其专业的管理能力以及协同效应和规模效应也至关重要。医院可以通过病人双向转诊、疑难杂症会诊以及在各医院调配专家等方式对各医院资源进行规划安排，促进资源的合理运用和分享并实现优势互补；可以设立药品配置中心、检验中心、质控中心，分享大型仪器来精简部门减少开支；还可以凭借规模提升议价能力降低成本。另外大规模还有利于增加公众的信任感、打造品牌形象并拓宽市场。

民营医院已呈现出规模化运营的趋势，主要表现为两种方式。一是专科连锁网络，如爱尔眼科在2003到2014年11年间在24个省（直辖市）布局共设立70余家眼科医院并运用“三级连锁”的商业模式为患者提供高水准、多层次的眼科医疗增值服务，是我国国内首家上市的医疗机构。另一种是综合性的医疗集团，如凤凰医疗通过收购和托管的方式目前旗下已有12家医院和28家社区医疗机构，在北京形成了从社区卫生、基本预防保健、重症诊疗等服务为一体的综合医疗服务体系。该集团通过集团式的管理提升医院运营效率同时发挥集团的规模效应，通过二次议价降低医疗药品、耗材方面的成本。

3.2 民营医院的发展策略

民营医院战略定位的考量因素

民营医院的战略定位需要考虑以下几个纬度：

- 城市经济发展水平。当地人群的经济承受能力和支付能力以及对医疗服务不同层次和品质的需求决定了医院在服务领域和运营规模方面的定位。比如高端医疗针对的是富裕人群，而这类人群多分布于北京上海等一线城市且相对于整体大众来说数量较少，因此目前高端医疗类医院多分布于一线城市且规模有限。
- 当地医改政策。各地在医改政策细则落实和推进程度不同，因而民营医院在进入和运营方面所遇到的政策法规壁垒以及市场竞争环境也各不相同，在服务领域、进入模式以及竞争策略方面也需要做相应调整。比如江苏省宿迁市在2000年就已开始医疗改革并在2003年成为全国仅有的全是民营医疗机构的地级市，其政策环境已相当成熟，因而政策壁垒相对较低。但由于民营医院之间的竞争已相当激烈，供给日趋饱和，因此如何在医疗服务和价格上制胜并夺取市场份额会是重要的考虑因素。相对而言，在一些“试点”城市，虽然部分政策细则的落实还有待探索，但是整体政策环境宽松，公立医院改革正大力推进，同时社会资本又未充分涉足，因此有可能是较好的市场切入点。

- **税收优惠政策考量。**在人口老龄化和医改步伐加快的进程中，伴随着国家相关政策的密集出台，民营医院的快速发展值得期待。但现有税收优惠政策出台时间较早，且向非营利性医疗机构（以公立医院为主）倾斜，和行业发展的现状及趋势的契合度有待提高，政策的系统性及前瞻性亦显不足（详见附件）。因此，我们预期未来国家会从行业角度统筹规划，制定或完善配套的税收优惠政策来鼓励和支持其发展。对于行业的潜在投资者，建议应考量现行税收优惠政策下税务成本的经济性，并对未来的行业政策保持密切关注以评估其带来的税务成本变化和对经营模式的影响。
- **供需状况。**由于大多患者趋向于就近就医，医疗服务有较强的服务半径限制，因此投资者应当考虑当地人群的疾病谱、分析市场潜力和医疗服务的供给。存在供需不平衡的市场会是较好的选择。
- **医疗服务项目。**投资者应当结合市场状况和各服务板块的市场前景确定自己的经营项目。比如专科医院投资额度相对较小且运营也更加容易，但是进入壁垒小因此较容易复制，有可能会面对激烈的竞争并挤压盈利空间。相比之下，综合医院投资周期长风险高且经营管理难度大但较难以复制，一旦确立了公众认知度，较难被取代，先入优势明显。投资者应当结合自身实力和投资目标选择恰当的医疗服务项目。
- **进入模式。**投资医院大致有新建、收购私立医院以及收购或者托管公立医院四种模式。我们将会在下节详细分析这四种模式的利弊和发展态势。

民营医院服务板块的选择

民营医院还处于发展初期，相对于公立医院在综合实力和运营环境方面都处于弱势，因此采取差异化经营仍将是民营医院战略定位的主调。结合上述战略定位的考量因素以及对目前民营医疗服务行业的观察，我们认为医疗服务行业有以下几方面的增长热点。



高端医疗服务

- **高端医疗是针对富裕人群所提供的个性化、高质量的医疗服务。**据德勤2011年对消费者的调查显示，仅有21%的消费者医疗体系满意，在对服务价格敏感度不高或者享有高端医疗保险的情况下，消费者自然会转向高端医疗。可以看到，国民收入的提高，中高收入人群的崛起，商业保险的发展以及民众健康意识的加强还将持续推动我国对高端医疗的需求。与此同时，政府为了保证基本医疗需求得以满足已提出限制公立医院特需服务的供应量，进一步拉大高端医疗的供需差距，因此民营医院在该板块有望保持快速增长。我们认为高端医疗服务还将出现三个趋势。
- **高端医疗在地域上的下沉。**高端医疗的目标客户主要为在国内工作的外籍人士和中国本土高端人群如企业家、高级管理人员、富商以及名人。这类人群目前多聚集于北京、上海等大型城市，因此高端医疗医院和诊所也多分布于一线城市。随着国民收入的进一步提高以及大型城市的辐射效应的发挥，高端医疗会向二线城市扩展。如和睦家早期运营主要集中于北京和上海，而目前已扩展到无锡、广州和天津并计划在将来向成都、青岛等二线城市延伸。
- **早期一些热门的专科领域在服务人群上的转移。**我国民营医院早期的经营项目主要是技术门槛相对较低的专科领域，竞争激烈且同质化严重，因而选取高端专科医疗服务以获得和公立医院和其他私立医院差异化定位成为应对之策。如和美医疗正是顺应了民众生活水平的提高、中高端人群的崛起以及对于妇女儿童健康越发重视的趋势，同时也是为了应对中低端妇女专科医疗服务同质化竞争的问题，从早期的中端妇女专科医疗服务向高端妇儿医疗转型。
- **医疗旅游在全球呈现一个快速增长的态势，**消费者选择去医疗质量较高而价格相对较低的国家接受治疗并观光旅游如印度、泰国。我国具有相对较低的医疗服务价格，高水平的专业人员和丰富的旅游资源。从长期来看我国医疗服务的供给将在政策的带动下日趋丰富，医疗旅游有望成为新的热点。

案例分析：和美医疗

和美医疗由林玉明先生创立，于2002年在太原市建立了第一家女子专科医院 - 山西现代女子医院，首创中国女性专科医疗服务的运营模式。自此之后，公司不断拓展市场，在十余年的时间里先后在北京、重庆、武汉、长沙、广州、成都等大中城市建立了30余家品牌连锁医院。公司先后创立了“现代女子”、“丽人”和“和美”三个品牌。与前两者不同，“和美”的定位是高端妇儿，布局点也主要选择北京、深圳等支付能力强的大型城市，是公司近几年的发展重点和转型方向。

和美医疗的成功源自于其管理层对行业政策和市场状况的敏锐观察力、出击专科市场独特的战略眼光和优秀的运营能力。

- 在不同时期采取不同的差异化竞争策略。在早期由于医生资源相对缺乏，公司以大型医院不太重视而市场又有极大需求的中端妇女专科作为切入点，从科室细分、服务项目增设、装修特色以及新技术开展等各方面来进行差异化经营以弥补自身在专家技术无法于大型公立医院相媲美的短板。在后期，当公司积累了一定的专家技术力量之后，顺应国家“鼓励发展高端医疗保健”的政策，开始向精细化拓展，与09年成立“和美事业部”，打造“和美”这个高端医疗品牌。特别是在近几年，政府限制公立医院特需服务的政策导向下，考虑到中低端妇女专科竞争同质化严重，和美把重点放在高端医疗上并开始转型。
- 结合资本以迅速拓展市场取得先发优势。公司引入资本（鼎辉创投、建银国际）加速扩张，在过去6年间新办20余家医院。同时公司也通过外来资本规范内部财务和管理机制，为后期上市打好基础，目前已开始筹划海外红筹架构。
- 多年深耕培养管理人才把控医院运作，通过标准化体系运营旗下医院，在实现快速扩张的同时确保医疗服务质量和安全。和美各连锁医院的运作由总经理来把控，而管理人员均为公司多年培养，从基层做起，深知和美医院的运营模式。集团层面设有多个职能部门对旗下医院的医疗质量和医疗安全进行监督管控，并促进医疗技术和知识的分享，在体制上确保标准化的管理、医疗流程和最先进的医疗技术在整个集团网络里得以复制。公司注重不断提升服务质量，引进国际先进医疗服务理念，不仅与哈佛国际医学联盟达成战略合作关系，并且是国内为数不多的获得国际JCI认证的民营机构之一。

专科连锁

专科是社会资本扩张最为迅速的领域。根据卫生统计年鉴，2012年我国共有1760家民营医院，在过去10年实现了19%的年复合增长率。相较于综合医院，专科医院的投入成本低，对于技术和人才的需求规模较小因而进入门槛低。在经营方面，由于致力于某个专业，在专家的聘用、人才的培养以及品牌的打造等方面都更有聚焦点，管理难度低，同时特色专科的策略使民营医院可以开展错位竞争，避免与公立医院直面抗衡。由于这些特性，专科医院一般培育期较短，利润率较高，在早期颇受社会资本的青睐并打造了许多优秀的连锁品牌如爱尔眼科、瑞尔齿科、通策医疗等。随着资本的进一步涌入，在战略定位上可以考虑下面两个方向。

• 服务性的可复制的专科连锁

民营医院虽然在综合实力上无法与公立医院抗衡，但可以在服务和价格两方面寻求突破以获得竞争优势。消费者愿意为好的服务支付溢价，因此优质的服务不仅给予了民营医

院定价权并在某种程度上回避了医保定点的瓶颈，同时，服务不涉及过为复杂的医疗技术，且又是公立医院最为缺乏的，可以为民营医院达到取长补短的目的。另一方面，持续的价格优势（或者相等的价格提供更好的服务）必然来自于对成本的严格控制。专科医院规模较小因而连锁的经营模式和快速而稳妥的扩张能力是制胜关键。医疗服务行业的成长会伴随着医疗领域的细化，而风险低、服务导向和可复制性强的细分领域将会出现新的投资热点。

在这一类医院中，对医疗器械依赖度高而对医生和技术能力要求相对较低的专科领域值得关注。比如运用准分子激光技术的爱尔眼科在11年间扩张到70余家连锁医院，具有放疗及影像技术的泰和诚医疗在全国55个城市开设了140家肿瘤放射治疗和影像诊断中心。这类医院的医疗服务技术特性弥补了民营医院人才技术短板，同时由于流程标准化极易复制因而可以快速扩张取得规模优势和品牌效应。随着医学技术的进一步发展，医学仪器的功能将更加强大，这一领域有望出现更多的后起之秀。

图11：运用差异化竞争获得竞争优势



数据来源：德勤分析

• 壁垒略高的专科领域

不同的病种领域有着不同的发展时机。在过去十来年里，妇产、口腔、眼科等专科连锁医院得到了飞速发展。这些领域进入门槛较低，注重服务、可以和公立医院起到互补作用，因而在早期吸引了大量投资。但门槛低就意味着竞争对手增加迅速和市场日趋饱和，因此随着民营医院技术和综合实力的提高，壁垒略高的行业将成为新一轮投资热点，比如儿童医院在近两年的扩张有所加速（表3和图12）。在长期，随着国家医疗体制改革的进一步推进，特别是当医疗人才可以自由流动之后，民营医院将会有能力进入壁垒更高的专科领域如骨科、肿瘤、脑科等。

图12：儿童医院数量



数据来源：卫生统计年鉴，德勤分析

表3：儿童医院竞争优势分析

供应	<ul style="list-style-type: none"> • 目前全国仅有89家儿童医院，62家公立，27家民营 • 儿科科室在公立综合医院中出现萎缩态势 <ul style="list-style-type: none"> - 发展意愿低：儿科用药少、检查少，综合性医院发展儿科的意愿较低 - 诊疗难度高：儿童无法准确表达身体不适，且不配合医生检查，容易造成误诊 - 医护人员积极性低：与内科、外科相比，儿科相对规模小，在科研、论文方面不易出成果
需求	<ul style="list-style-type: none"> • 儿童是大部分中国家庭的中心。而据国家统计局数据，我国2013年儿童人口为2.38亿（0-14岁） • 供给紧缺因此排队时间长是普遍问题
发展态势	<ul style="list-style-type: none"> • 过去5年收入的年复合增长率为20.4% • 2012年利润率为5.6% • 儿童医院扩张在2011和2012年开始增速，分别为18%和35%（图12）
案例	<ul style="list-style-type: none"> • 鼎辉创投对新世纪儿童医院进行了A期投资，目前该医院已从鼎辉投资时的一家医院增长到了三家运营、三家在建。

数据来源：德勤摩立特分析，德勤分析



综合医院

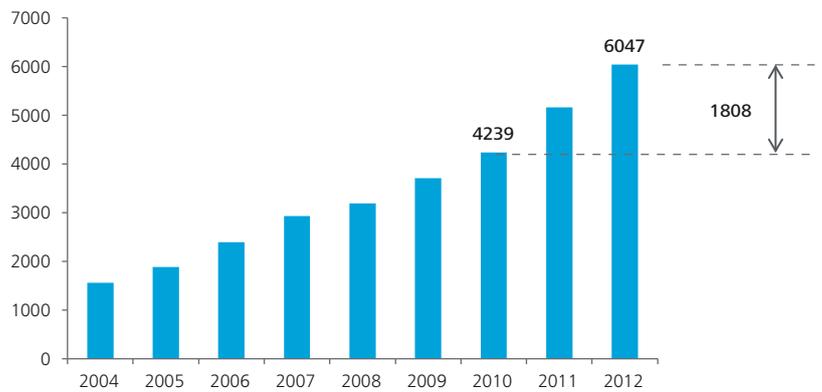
综合医院目标为大众市场，科室全，对医疗服务人员的需求大，投资成本高。同时由于要满足大众需求，其对医保的依赖度高且容易和公立医院形成直接竞争，因此目前民营的综合医院多采取做具有特色专科的综合医院的策略，旨在结合综合医院的规模优势和专科医院的差异化经营优势。

综合医院会将是社会资本投资的另一热点。首要原因是我国医疗资源的严重供需不平衡，且供给在地域又分布不均。患者具有在本地寻求医疗服务的趋向，因此根据各地供需状况建设综合医院或者收购、托管运营不理想的医院完全可以通过弥补公立医院所不能满足的大众医疗需求而获得一席之地。其次，政策利好。今年9月召开的国务院常务会议提出要加快推进“补短板”工程建设，综合医院的建设是今明两年抓紧推进的项目之一。会议还提出要更多吸引社会资本参与促进项目顺利实施，可见政府对民营综合医院的支持力度还将加强。不仅是宏观政策，微观层次上政策细则的落实也为民营医院打开了大门。比如北京今年就继续取消医师多点执业地点上限之后，取缔了医生需经主管单位批准的审查要求。医师多点执业的推行将盘活现有的医疗资源，为民营医院注入成长的核心力量，帮助其打造医疗团队并提升品牌认知度。另外，医保定点资格的获取也变得更加容易，为在民营综合医院就医的患者解决了支付方面的后顾之忧。

相对于专科医院，综合医院对资金、人才、管理等方面都有更高的要求。正是由于这个特性，综合医院更加难以复制，一旦在服务半径内建立了公众认知度，很难被取缔，先动优势明显，因此目前医疗服务供需极不平衡的状况为社会资本进入综合医疗创造了一个良好的时机，各路资本都在迅速抢占市场。据卫生年鉴统计，2012年我国共有6047家民营医院，2011和2012两年就新增1808家，占存量的30%。

进入综合医院的先动优势明显，各路资本迅速抢滩布局综合医疗

图13：民营综合医院数量



数据来源：卫生统计年鉴，德勤分析

表4：综合医院投资案例集锦

投资方	被投资医院	医院性质	投资方式
凤凰医疗	北京健宫医院	综合医院	收购
	北京燕化医院、北京门头沟区医院等11家医院	综合医院	托管
上海仁济医疗	20余家医院（大部分为综合医院）	综合医院	新建+托管+收购
复星医药	和睦家医院	高端医疗	间接持股
	安徽省济民肿瘤医院，广州南洋肿瘤医院	专科医院	收购
	湖南省岳阳广济医院，江苏省宿迁钟吾医院，佛山市禅城区中心医院	综合医院	收购
信帮制药	台州市立赞扬医院、台州市赞扬康养中心	综合医院	新建
	贵州省肿瘤医院	专科医院	收购
开元投资	贵州省安顺医院，贵医附属白云医院，贵医附属乌当医院	综合医院	收购
	西安高新医院	综合医院	收购
金陵药业	西安圣安医院	综合医院	新建
	宿迁市人民医院	综合医院	收购
华润医疗	南京鼓楼医院集团仪征医院	综合医院	收购
	云南省昆明儿童医院，广东三九脑科医院	专科医院	收购
国药集团	武钢总医院	综合医院	收购
	新乡市中心医院、新乡市第二人民医院、新乡市第三人民医院	综合医院	收购
阳光人寿	新乡市妇幼保健院和新乡市中医院	专科医院	收购
	阳光融和医院	综合医院	新建?

数据来源：医药经理人，德勤分析

案例分析：凤凰医疗集团

凤凰医疗集团是一家大型的民营医疗集团，自2000年后参与国有公立医院改革，现在北京区域运营11家综合医院，1家中医院，1家妇幼保健医院和28个社区诊所，其中掌握产权的是北京健宫医院拥有80%的股权，其余皆为托管，形成了包括社区卫生、重症诊疗等服务的综合医疗服务体系。凤凰医疗于2013年11月在香港上市，作为我国首家登陆国际资本市场的医疗运营商，其市盈率高达24倍，创造了超额认购534倍的记录。凤凰医疗倍受市场关注，不仅在于其拥有医改概念反映了投资者对于中国医疗市场潜力的期望，还在于通过产业化方式参与公立医院改革并取得了良好的业绩。2014年上半年公司收入同比增长20.8%至5.07亿元，股东应占盈利上升63.6%至0.82亿元。

凤凰医疗上市的业务模式为社会资本参与公立医院改革提供了借鉴。公司收入主要由三个部分组成：综合医院服务、供应链业务和医院管理业务。综合医院服务收入来自于其投资控股的北京健宫医院的医疗服务收益，2014上半年该模块的收入占总收入的48.8%，是公司业务收入的主要来源之一。另一大来源是供应链业务，2014上半年占总收入的47.9%。凤凰医疗通过子公司参与医疗器械、医用耗材和药品的供应链业务。由于旗下的医院网络均坐落于北京，公司得以整合医院网络对器械、耗材和药品的需求，运用二次议价从供货商获得大额购买的优惠，再以当地政府设定的招标价格出售给医院网络，两者差价即为供应链业务收入。集团的医院网络规模以及未来网络扩张尤为重要，是其发挥规模优势获得有利议价的基础。医院管理业务收入来自于公司对公立医院进行带资托管所获得的托管费用。凤凰医疗通过管理和资本输出取得医院经营管理权，不涉及医院产权问题也在一定程度上避开了公立医院非营利性性质因而无法分派利润的难题。公司以整个集团利益最大化方式运营医院，提高医院运营效率的同时也加强了对上游耗材、器械以及药品供应的掌控。虽然医院管理业务收入在公司总收入的占比相对较小，2014上半年仅为3.3%，但为公司打造医院网络提供了一个快速低成本的途径，也为其在时机成熟时收购目标医院奠定了基础。

凤凰医疗的成功有很多可圈可点的地方：

- 把握了国家医改的契机。凤凰医疗在初期主要运用新建医院的方式，由于经营管理能力还在积累阶段，人才技术上又难以和公立医院抗衡，经营效果一般，同时投资回收期较长，公司后续逐渐退出了所有权。2000年后，凤凰医疗把握住了国家公立医院改革的契机，积极参与北京公立医院改革试点，通过托管、收购公立医院的方式快速打造医疗服务网络。
- 采取多种方式进入医疗市场并以医院集团为主导进行市场化经营。公司定位为医疗管理和运营的集团化公司，以托管、收购公立医院相结合的方式在北京布局医院网络，由此避免产权，医院属性等难点。同时公司通过服务业务以及整个价值链服务的整合达到资源的协同作用，以集团利益最大化的方式来运营医院。
- 基于医院网络实现产业链上的拓展。由于我国医院在医药产业链条中处于强势地位，公司得以将医药流通企业的部分利益内部化。
- 资本运营以整合资源。公司在股份改造基础上实现资本上市，为后期整合行业、金融资源做大集团规模奠定了基础。
- 通过标准化的管理系统运营旗下医院并在集团内共享资源以实现协同效用。如在各集团医院引入公司通用的管理程序，通过职业院长来把控日常运营，运用公司的资讯科技和管理系统来辅助管理等方式来快速复制管理模式和医院文化；通过在医院集团内部共享专家支持以达到技术知识的传播和复制并提升各医院诊疗质量。

案例分析：仁济医疗投资有限公司

上海仁济医疗集团于2003年成立，是由上海交通大学附属仁济医院倡议成立，由仁济医院联合社会资本创办的从事医疗管理和运营的股份制有限责任公司。在十余年的时间里，集团通过投资、托管和新建的方式迅速扩张，现运营20多家二级和二级以上医院并取得了良好的业绩。如仁济2004年受浙江省苍南县政府委托管理的苍南县人民医院已由一家二级乙等医院跃升为三级乙等医院，业务收入从托管前的4500万元上升到5.2亿元；其托管的由江苏永鼎股份有限公司投资兴建的苏州永鼎医院在短短的一年内主要经营指标均较托管之前提高了50%以上。

上海仁济医疗迅速而又稳健的扩张得益于上海仁济医院强大的技术后盾和品牌优势、先进的医院管理体系、灵活的业务模式以及对医改政策较好的把握。

- 依托仁济医院的人才、技术和品牌优势带动集团医院。上海仁济医院迄今已有170年历史，是一个学科门类齐全，集医疗、教学、科研为一体的综合性三级甲等医院，在民众中有很强的美誉度。仁济医疗正是依托上海仁济医院强大的人才、技术实力和品牌优势来打造医院网络。集团通过对仁济医院优势技术资源的整合，以多种形式向其投资托管的地方医院进行输出和复制。在专家的派遣上采取常驻、定期和临时会诊等多种方式，结合当地患者需求提供技术支持并采取专家带队的方式以促进技术在当地医院的分享和复制。集团尤为注重提高医疗人才的使用效率，以医生为中心来组织有效的医疗活动和整合资源，最大可能地发挥医生的效用。上海仁济医院的品牌是仁济医疗的另外一大优势。集团在技术输出的同时发挥品牌的辐射效用，带动整个集团医院的公众认知度。
- 运用专业和标准化的医院管理体系确保成员医院的内生性增长。医院的运营复杂而自成体系，因此在纳入医疗集团后是否能够实现快速的增长取决于集团的管理能力。仁济医疗结合国内外医院管理的先进经验，研发和制定了医院专业和商业管理产品体系，将标准化的管理制度、医疗服务和临床流程切实运用于集团医院运营的日常实践中。集团采用2+1的管理理念：“1”是指“仁术济世”的医疗道德和评估体系。“2”是指在技术实践层面上，一方面强调对常见病、多发病治疗技术的规范化和精细化，打好基本功建立口碑；另一方面加强技术学习和进修，提升医疗服务能力。在夯实专业技术实力的同时，仁济基于各成员医院的实际情况，调整医疗服务项目组合，打造特色专科，以特色闻名。
- 采取灵活的业务模式实现快速扩张。医院是资产和人才密集性投资，仁济医疗采取多种形式进入目标医院包括托管、收购、股权合作以及新建在长江三角洲和华东地区布局以打造医院集团。目标医院包括综合和专科医院，选择主要基于当地医疗市场供需状况、相对竞争状况和医院资质。集团注重管理和托管模式的可操作性，根据各地医疗卫生体制现状、当地政府要求以及医院性质和运营状况来确定管理的形式和深度。
- 把握医改政策和时机。在早期我国医疗市场开放程度相对较低的情况下主要采取托管模式进入医疗服务市场，在实现快速布局的同时积累经验探索符合我国国情和医改政策的管理和托管模式。随着医疗服务市场的开放，中央政策对社会办医的支持力度加强，各地方政策也相继落地，同时社会资本对医疗服务市场投资力度不断加大，仁济转而把重点放在新建医院，目标是在3到5年新建5-8家60000张床的医院。



健康服务

随着我国经济水平的提高，民众对于自身健康越发重视，医疗相关消费也开始突破“有病才医”的观念，呈现多层次、多样化的需求。同时，顺应医疗消费需求的转变，国务院于2013年11月印发《关于促进健康服务业发展的若干意见》，首次提出“健康服务业”的概念，指出健康服务业包括医疗服务、康复保健、健身养生等众多领域，并且明确今后一个时期的主要任务将是推进健康养老服务、中医医疗保健服务等多样化的健康服务。健康服务不同于医疗服务，后者以生病为前提，而前者则是基于医疗服务的前移和后延。“前移”可以涵盖健康咨询、家庭保健、中医保健等新兴服务而“后延”则可以包括术后康复、月子中心、老年人慢性病管理和康复护理等领域。相对于医疗服务，这些领域技术壁垒不高，启动资金要求较低，服务性强且是大型公立医院无暇顾及的，因而在政策支持下有望快速增长。其弊端在于大部分健康服务不在医保范围之内。随着我国商业保险的推进，这一难点有望的到缓解，市场会进一步扩大。

传统的服务提供者可以利用微信等网络平台，推进与健康服务消费者的距离，更好地发挥健康管理的数据管理优势，提升消费者体验并成功实现二次销售。

吴苹，德勤中国生命科学与医疗行业，全国领导人

医院投资进入模式

医院投资主要有收购私立医院、托管和收购公立医院以及新建四种方式。下面我们就这几种模式的优劣势以及发展态势进行探讨。应该注意的是，这四种模式各有利弊，投资者应当结合自身实力和目标进行综合的考量。对于集团化运作的企业，可以考虑多元化的投资模式实现稳健扩张。

- 收购私立医院。收购方一般通过资金、管理、技术或者品牌的输出来提高医院运营效率，培育期相对较短又可以保留原班医疗人才因而是目前比较常见的一种模式。不足之处在于被收购医院大多存在历史问题，在某些情况下无法完全贯彻投资方的运营理念和运营方式。另外，目前收购竞争激烈，大幅抬高了医院估值，也出现了一些医院所有者惜卖而投资方持观望态度的态势。
- 公立医院托管。新医改以来，各地政府积极探索多元化办医，推进公立医院改制，而托管是实现医院所有权和经营权分离的有效途径。托管方通过改善公立医院的运营效率获取医院管理费和供应链相关利润。由于不涉及公立医院产权，不仅政治“风险”小，长远来看也可被当作将国有资本从部分医疗服务性领域中退出的过渡措施；另外，社会资本可以帮助处理医院不良债权问题，更新医院设备等硬件设施，缓解当地政府的财政压力，因此颇受欢迎。就托管方的角度来看，被托管医院已是医保定点医院，同时又有自己的医疗班底，相对于新建医院培育期短且风险小，因此公立医院托管是目前社会资本进入综合医疗另一比较常用的方式。2013年上市的凤凰医疗就为公立医院托管提供了一个较成熟的模式。当然，由于政府持谨慎态度，被托管的公立医院多为经营不善且医疗技术相对薄弱的医院，因此对托管方管理或者技术输出的能力有着较高的要求。同时，医院多要求保留原有机制，如职工身份不变，医院属性不变等，因此托管方在引入先进的管理方法和机制的同时也会遇到体制的天花板。另外，托管合同具有期限性，存在合同不续约，托管方有失去所托医院的风险。

• 收购公立医院（参与公立医院改制）。由于公立医院在医生资源、公众认知度等多方面相对私立医院更有优势，因此是不错的收购选择，然而政府对于公立医院的产权改革持极为谨慎的态度且目前并未对社会资本如何参与公立医院改制有明确规定，因此推进极为缓慢。从投资者的角度来看，参与公立医院改制主要有四个难点。首先，公立医院财务体系不透明，因此在对医院的估值方面会有困难；其次，收购谈判往往要涉及多个政府部门且还需要获得医院管理层甚至是员工的支持，因此谈判周期长且谈判失败的风险高；其三，公立医院均为非营利性医院。按照国家相关法律规定，非营利性的医院利润只能用于医院内部投资，因此入资后如何对利润进行分配（对于上市公司如何将业绩体现在报表中）成为难点。如果采取非营利性医院转换为营利性医院的方式，医院会有两

方面的风险。一是国家对非转营持既不鼓励也不反对的态度⁶，因此政策还有不确定性，另外转换性质也意味着医院失去一些现有的福利如政策补助、税务优惠等，会降低医院的利润；其四，国家资本退出的医院多为经营不善，因此历史包袱重；同时投资者还要应对如何保障医生权益和社会地位以留住人才等问题，后期在经营上也会有困难。

• 新建医院。相对于前三种模式，新建私立医院面临较长的审批和建设流程、投资额度大、盈利周期长且风险高，但是优势在于所建医院没有历史性问题，投资者对其有更强的控制力。在过去，由于政策向公立医院倾斜，民营医院在医保、人才等方面处于劣势，新建的私立综合医院增长较慢。随着政策支持力度的逐步增大，为民营医院创造一个更加公平的运营环境，社会资本会更多地采取这种模式进入综合医院。

表5：综合医院投资模式对比

对比纬度	收购私立医院	托管公立医院	收购公立医院	新建
• 进入壁垒	较低	不涉及公立医院产权，较快	谈判周期长且谈判失败的风险高	较长的审批和建设流程
• 前期投资	较大	较小	较大	较大
• 产权	有所有权	无所有权	存在产权不清晰的问题	有所有权
• 培育周期	较短	较短	较短	较长
• 运营难度	有历史遗留问题，且医生资源、公众认知度一般不如公立医院	机制改革会遇到体制的天花板	机制改革会遇到体制的天花板	相对较容易
• 投资收益	绝对量较高	托管方收受托管费用，绝对量较小	由于产权不清晰，医院属性也不清晰，具有不确定性	绝对量较高
• 案例	弘毅投资通过弘和医疗并购杨思医院	凤凰医疗托管北京燕化医院	凤凰医疗收购北京健宫医院	仁济医疗新建常熟东南医院

数据来源：德勤分析

⁶58号文规定，社会资本举办的非营利性医疗机构原则上不得转变为营利性机构，却需要转变的，需经原审批部门批准并依法办理相关手续。

公立医院和社区医院：增强核心实力以提高服务质量，效率和可及性

4.1 公立医院发展所面临的困境

在国务院办公厅发布的《深化医药卫生体制改革2014年重点工作任务》中，公立医院的改革已排在了重点任务中的第一个。按照《任务》安排，公立医院的改革将在城市和县两个层面上同步推进，县级公立医院试点将新增700个，覆盖50%以上的县，同时城市公立医院综合改革试点将继续扩大，2014年每个省份要有1个试点城市。医疗改革一方面将公立医院推向市场，另一方面减少医院医药收入，运用医保支付制度控制其所收费用。随着医改的深入，公立医院将面临一系列的挑战。

- 医药加成的取消将迫使公立医院重塑收入机制。公立医院改革的重点之一是通过取消药品加成来建立科学的补偿机制，恢复公立医院的公益性。按照医改政策，在取消药品加

成之后，医院收入将从服务项目收费、药品加成和财政补助三个渠道缩减成服务项目收费和财政补助两个渠道，所造成的收入缺口将通过增加政府补助和医院提高服务项目收费和加强成本控制等方式来共同承担。卫生统计年鉴数据显示，2012年我国综合医院药品销售收入占总收入的39.7%，而财政收入仅占7.5%。药品加成的取消将大幅减少医院收入，同时政府所能增加的补助有限，可见收入缺口还将主要依靠公立医院改变运作机制。因此医院应当主动拓宽收入渠道，比如我国医疗服务收费标准往往被制定得过低因而收不抵支，医院可以合理调整医疗服务收费标准，体现医务人员技术和劳务的价值。另外医院也可以充分利用其医疗技术上的优势开设高附加值医疗服务项目。

图14：财政补助和药品销售收入占综合医院总收入的比例



数据来源：卫生统计年鉴，德勤分析

公立医院改革不能一蹴而就，而是需要两方面的持久努力。一是外部环境的改革，需要恰当的顶层设计，以及政府、社会、医疗系统各方包括医院医生的共同努力和规划；另一个方面是医院内部的改革。在医改推进的前提下，公立医院需要适应改革的大潮，调整自身完善机制，肩负起治病救人的公益性使命。

张翀宇，上海瑞金医院，副主任医师

- 医保支付制度改革将倒逼公立医院提升运营效率、降低成本。在全民医保制度下，医保是公立医院的主要收入来源，而通过医保支付来实行供方费用的控制是国际趋势。国务院办公厅发布的2014年工作任指出，要继续完善医保付费总额控制，加快支付方式的改革。各地也积极开展医保支付新制度的试点，如北京相继开展了总额支付和按病种付费的试点。付费方式的改革意味着公立医疗机构提供一定服务的收入受到封顶控制，因此其盈利模式势必从收入最大化向成本最小化转移，效率、成本将成为公立医院经营状况重要的衡量指标。

- 市场化的资源配置下，公立医院有可能面临人才和患者的外流。民营医院在过去五年取得了飞速的发展，医院数量复合增长率14%，病床复合增长率21%。虽然目前民营医院相对于公立医院仍然处于弱势状态，但随着社会资本和管理医疗人才逐渐向民营医院汇聚，其实力将逐步加强最终形成公立医院有力的竞争对手。另外，作为推动多元化办医中重要举措的医生多点执业也在逐渐推进。多点执业制度下，医生可以根据自身的技能和需求自由流动，市场可以充分发挥作用达到医生资源的合理配置。然而目前我国多数医生都粘附于公立医院，资深的医生更是集中在三甲医院。随着多点执业的推行，公立医院将可能面临医生资源外流的压力。

4.2 公立医院应对之策

我国公立医院存在管办不分、政事不分的问题。在这样的体制下，一方面医院内部管理和医务人员缺乏积极性，另一方面政府既承担了监管方的角色又是产权的管理主体，监管力度有限，市场竞争不充分。体制上的不合理是导致公立医院运营效率低下的一个主要原因，因此采用合理的治理模式，理清所有权和管理权方面将是必然趋势。就运营机制方面来看，我国公立医院无论在品牌、技术还是人才方面目前都处于领先地位，因此应当抓住有利时机，加快资源整合和业务运营的精细化，提升竞争实力，在日趋市场化的医疗服务市场中赢得一席之地。

改革绩效管理体系

尽管医疗改革已实行多年，很多公立医院还在实行“大锅饭”阶段的绩效管理体系，没有真正实现按劳分配，更没有根据医院的愿景和目标来定制详细的绩效管理体系与指标。医疗服务市场的竞争最终还是人才的竞争，缺乏完善的绩效管理体系，无法将指标落实到员工个人，就无法激励员工向着医院的整体目标而努力。通过构建科学合理的绩效考核体系，有利于促进员工提高工作积极性和热情，增加个人和医院业绩，进而提高医院竞争能力，促进可持续发展。尤其在竞争日益激烈的医疗市场环境下，公立医院都需要构建企业化的绩效考核体系，提升自身业绩，以保持市场领先地位。只有将考核指标与愿景、目标和战略重点相结合，细化到个人，员工个人目标才能和组织目标相一致，确保向同一个方向努力。

公立医院在制定有效的绩效管理体系时，应基于以下框架，包含四个方面的内容：

- 医院战略及运营模式应为整体的绩效管理体系提供指导性作用。其中包括战略愿景、监督和组织架构。在构建组织绩效管理体系时，组织内是否有愿景、是否有战略、是否有目标是首先最需要理清的关键点。其次管理层和组织的政策在变革管理中能起到怎样的监督作用也是另一重要考量点。同时，组织整体架构如何、组织内是否有明确的汇报结构和岗位责任也是需要明确的一个关键方面。
- 医院绩效管理是一个将组织战略转化为可实施的绩效管理的体系。其中可以包括平衡记分卡和绩效指标。综合平衡记分卡需要包括运营、财务、质量和患者满意度评估等各方面，同时应该和组织的战略保持一致。其次，绩效指标是否明确，是否是根据适当的方法论、清晰的目标和指标管理方法来设置的也是绩效管理体系中的重要方面。

- 组织的运营管理水平是组织绩效提升项目的基础。其中包括员工的管理知识（组织内部是否有针对选定的医护人员和工作人员的正式培训）；学习、培训和发展（组织是否对所用的员工进行一定的投资并提供培训课程和发展机会）；方法论（事件的进度是如何记录的，事件是如何汇报的，当发现提升机遇时，是如何处理的，当遇到挑战时，是如何解决的）。运营管理水平还涵盖了信息系统（现有的信息系统是否能够进行数据管理并生成报告）、沟通（信息是如何在内部和外部之间沟通的）这两方面。
- 组织文化与关系强度是维持绩效管理体系运作的重要纽带。其中，组织参与度、领导力和激励因素都是医院管理者需要反复思考的一些方面：怎样使所有级别工作人员和医护人员都参与其中，如何让医护人员及其他工作人员领导自身建设工作，组织内是否有适当的激励和奖励措施等。

在确定具体绩效指标前，应在医院内部对愿景、目标、整体发展方向和战略重点取得共识。德勤管理咨询在为某大型三甲医院定制绩效考核体系时，发现该医院员工对医院的整体愿景、目标和战略重点理解不一，认同感不足。根据这个现象，德勤协同医院管理层先理清并与员工们沟通了以上三个最重要的考量点，取得共识后，遵循了以下一系列原则进行了绩效考核体系的改革。

具体原则包括：

- 指标必须和医院愿景和战略目标相对齐；
- 重视3到6个最关键的指标，该指标必须能被客观衡量且数据来源可靠；
- 通过不同的评估范围，表现对团队建设的重视，提倡团队内和团队间的互动，分享领先治疗方案；
- 认可团队表现和表扬优秀的个人或团队，提供及时的反馈，并公开提供个人、团体和组织的绩效记分卡；
- 使用公平、客观、透明的激励方式并根据制定的标准执行；
- 告知员工表现和评估标准，合理管理员工期望值并展开讨论会了解员工们的顾虑，根据反馈继续优化。

改善患者体验

根据德勤2011年中国医疗服务调查，众多患者认为公立医院在服务品质方面存在较大提升空间。47%的患者认为公立医院的服务并不以病患为本；32%认为目前公立医院的医疗服务不能满足他们的需求；45%的患者认为治疗的等待时间过长。随着医疗技术向不同层级医疗机构的全面普及，民营医院规模的飞速增长，和民众对医疗消费需求的多元化、多层次发展；公立医院将会直面技术壁垒逐渐消融、民营医院竞争者日渐壮大和服务内容与患者需求无法匹配的尴尬局面。为了避免患者被大量分流，公立医院必须弥补自身短板，真正构建以患者为中心的服务理念，全方位的改善患者体验以维持其地位市场地位。

提升患者体验的制度必须有全方位的体制，创造专业的患者体验程序。患者体验是患者入院由始至终的整体过程，患者满意度和投诉率是整个过程中产生的结果。和目前公立医院内普遍认为的患者体验是医生和护士的事情不同，其实从患者决定入院开始，到患者出院的过程中，每一个患者接触过的工作人员都是患者体验的缔造者。从电话接线员到医院安保人员，从住院处收费人员到医院食堂打菜师傅；每一个人都参与塑造了患者在医院内的整体体验。

患者体验的基础必须是一个完整的程序，不仅是一个“特别项目”。医院需要在核心价值层面对患者体验达成共识，需要了解患者体验的驱动力和患者观点，针对患者观点设计流程，并激励所有与患者接触的工作人员，开展培训。德勤管理咨询在帮助国内某顶尖三甲医院提升患者体验时，曾使用以下基于循证实践的

纬度来分解患者体验的驱动力：尊重，沟通，教育，知识，生理，心理，参与，协调性与整合性，转诊至下级医疗机构和可及度。以尊重为例，尊重是指注重患者的价值、需求和偏好；包括与文化、尊严、隐私、个性化的相关问题；认识生活质量的重要性；与患者共同做出治疗计划。具体细节包括需要工作人员用患者喜欢的名称来称呼患者；按患者的喜好或要求给其分配病房/病床的位置；对患者的需要即时回复或完成等。同时德勤也帮助该医院建立了专门的患者体验与投诉办公室，设立患者体验基金以激励优秀工作人员，收集患者体验数据、分析趋势并与该医院的绩效考核体系挂钩。若缺乏对患者核心价值观的共鸣、激励因素和领导力，就不能有效的提倡各个团员的参与度；无法打造极致的患者体验。

当然，患者也不是永远正确的，在打造最佳患者体验的同时也需要考虑如何管理患者期望值。通常情况下，在患者入院前与患者进行沟通，告诉患者住院期间的大致会做哪些检查和治疗、生活环境的基本情况，可以帮助患者合理预期住院生活。根据德勤建议，某三甲医院在患者入院前使用纸质材料和录像的形式来告知患者该如何预期他们的住院生活：包括有关夜晚安静程度会受抢救患者情况打扰；护士会根据事情的轻重缓急来回应按铃请求；疼痛管理和如何与医师沟通的解释说明等。同时该医院也会要求患者入院后共同维护住院体验：要求非单人患者减少夜间噪音，要求患者举报未被打扫干净的房间；鼓励患者常规询问医师护士们是否有洗手等。经过项目设计与最终实施，半年后该医院的患者满意率从之前的55%上升至了92%的领先水平。

引入营销管理，与患者建立稳固互信的关系

医疗服务营销管理是以患者的需求为中心，通过研究目标人群的需求准确定位市场，整合医疗资源，向患者提供医疗服务的一系列活动。我国医疗服务市场在政策的有力支持下逐步开放，正从过去的“卖方市场”转向“买方市场”；多点执业的推进和民营医院自身的积累正逐渐消融技术壁垒，公立医院的垄断地位将被打破，竞争越演越烈。大型公立医院要想在竞争中获得一席之地，满足患者的医疗需求，与患者建立稳定、相互信任的医患关系，就必须引入市场营销管理的理念。引进营销管理有助于树立公立医院的品牌形象，改善医患关系。“以病人为中心”正是体现了营销管理中营销从顾客出发的理念。通过导入市场营销，医院会逐步从以往“一切以医院为中心”的旧观念中走出来，真心实意为患者服务，全方位提高患者就医体验，通过优质的医疗服务吸引顾客。其次，我国民众的医疗需求正向着多层次多元化的方向发展。营销管理有助于公立医院从原来僵化的管理模式中脱离出来，基于目标人群的需求和自身的技术力量进行市场细分和市场定位，提供差异化的服务提升自身的竞争实力。另外，公立医院的品牌推广也利于加强与民众的交流，增加患者黏度，扩大公众认知度并做大市场份额。

公立医院开展营销管理首先应当树立正确的营销观念。营销的实质在于需求管理而不仅仅是做广告。因此营销策略的推进需要明确以患者为中心的服务目标，由营销部门的人员协同科室的医护人员来共同完成。其次，公立医院需要加强对服务市场的调研，分析目标客户，以市场行情为导向，基于顾客需求定位恰当的服务项目组合。在品牌营销方面，公立医院由于公益性质在公众中已具有较好的认知度。因此品牌营销应当注重提升医院医疗水平和服务品质在公众中的形象。营销手段可以采取多种方式结合的办法，除了采用广告之外，还可以通过专家进社区服务，在电视和广播电台开通大夫问答节目，开通绿色通道等方法来提升公众对医院的认同。

医联体的建立有助于医院开展营销管理。由于实现了资源的纵向共享，各级医院能够针对自身状况和患者需求作出更加精准的战略定位、确定恰当的产品组合并且有效的整合资源。比如医联体中的中心医院可以承担难度较大的（通常也是附加值较高的）的治疗，把小疾小病或者康复治疗转诊到收费较低的下级医院，这样一方面可以充分利用上级医院的专家，让他们从医治小病中解放出来，把足够的时间花在重病诊治上，实现医疗服务价值的最大化；另一方面可以增加下级医院病患者流量，提高其资源的使用率；这样的转诊制度也可以减少患者的医疗成本提高服务质量，提升整个医联体的公众认可度。其次，医联体中心医院对下级医院的技术输出可以提高下级医疗机构的医疗服务能力和服务水平，进而提升下级医院对上级医院的支持能力，从而提升整个联合体的运营效率。另外，医联体的建立可以帮助成员医院把握住医生资源。在医生多点执业完全推行、医生自由执业之后，拥有更多医疗服务机构平台的医联体会具有更多的患者渠道，因而更能吸引医生，把握住相对稀缺的医生资源。目前各地方试点比较常见的方式是三级医院联合区域内若干一、二级医院和社区服务中心、乡镇卫生所，形成联盟，居民就近签约，实行社区就诊，逐级转诊的医疗模式。然而多数医联体仅停留在技术协作和信息互认的层次上，组织形式相对松散，并没有建立起合理的利益分配机制和激励机制，因此效果比较差也很难形成长效机制。相对而言，紧密型的医联体由于实现了联盟成员人、财、物统一调配，经济一体化，因此更加容易优化资源配置，如上海瑞金集团就属于后者。具体操作上，医联体的各级公立医院需要构建知识技能成长链、医疗分工整合服务链、数据链、医联体内部激励机制和患者认同链条以满足持续增长的医疗需求。

表6：各地医联体实践

医联体	合作细节
北京大学人民医院	在自愿的前提下，不同医院通过信息系统与北京大学人民医院进行业务合作。遵守共同规则，组成医疗卫生服务共同体，但各自产权和决策权完全按独立。院长王彬称之为“契约结盟模式”
马鞍山市市立医院集团	在与企业医院竞争中，马鞍山市政府将市属公立医疗机构整合成市立医院集团，集团成为市级医疗国有资产的投资、管理、运营的责任主体，对当地医疗资源配置进行总体规划
北京朝阳医院医疗联盟	北京朝阳医院医疗联盟由两家三级医院、两家二级一和7家社区服务中心组成，涉及市卫生局直属医院、军队医院、区政府卫生局直属医院等不同性质的机构，属于区域内跨系统、跨行政管理层次的合作
镇江市第一人民医院	镇江市第一人民医院采取托管模式：社区资产由区县卫生局所有，但是托管给大医院组建集团，管理权和干部任命权都归属集团
淮安市第一人民医院	淮安市第一人民医院通过兼并等形式来承办4家分院，依靠自身三级医院的诊疗技术，提升二级医院的规模功能，提升社区卫生服务
武汉市第五医院	武汉市第五医院是武汉市汉阳区政府卫生局直属医院。区卫生局将辖区内11家社区划拨6家给医院，并实现了资产和管理权的转移。

数据来源：《激辩医联体》，德勤分析

建立标准化的医疗服务和临床流程

标准化的医疗服务流程是提高服务质量、优化资源运用并提升医疗安全的有效措施。国际医疗卫生认证联合委员会（JCI）的认证体系要求医院具有标准化的患者收治、转诊、出院以及保证患者在整个诊疗过程中得到连贯和协调的服务的流程。我国卫计委发布地关于进一步改善医疗机构医疗服务管理工作的通知中也提出，各医疗机构应当以病人为中心，科学、合理地设计医疗服务流程简化程序。基于患者的需求并运用标准化的流程，医院可以协调各项服务和人力资源，促使工作团队有机结合，减少部门间的推诿，提高患者的治疗效果并最大限度地利用医疗资源。比如患者预检和标准化的病床分配规则避免了部门之间不必要地用于协调资源的时间，同时也可以将病人快速分配到合适的病床。床位实时监控和各科室护理人员相互调配的流程可以帮助缓解部门突发性的患者过多的压力，减少医护人员的工作量并确保患者获得安全和恰当的治疗。有效的出院和转诊制度可以确保患者需求和医疗资源的最佳匹配。基于早期制定的诊疗和出院计划并结合患者的康复状况，医院得以在恰当的时候让患者出院或者转诊，使其得到适合的支持性或者不同类型的医疗服务，另一方面医院医疗资源也得以释放，向有相应医疗需求的其他患者提供服务。医疗服务协同的流程则保证了医院不

同部门、不同专业人员所提供的医疗服务与患者需求相符，同时也保证医生、护士和其他医务人员获得充分的信息，减少工作的重复和资源的浪费。

相对于医疗服务流程的标准化，临床路径管理则是针对患者治疗本身的一种质量管理模式。基于对患者的诊断，以循证医学为指导，临床路径管理通过对某些病种的检查、手术、治疗、护理等活动的标准化和精细化来规范医疗行为，控制治疗风险，提高治疗效果并优化资源利用。它起源于20世纪80年代的美国，目前已在欧美和部分亚洲国家广泛应用并取得了良好的效果，也被JCI列为医院评价评审的核心标准之一。中国起步相对较晚，1998年后，国内医院开始尝试少数病种的试点工作。2009年国家卫计委正式启动全国临床路径管理试点工作，截至2011年底，全国共有3467家医疗机构，共计25503个科室尝试临床路径管理。试点工作取得显著成效，显示临床路径管理有助于保障医疗安全、提高服务效率、规范临床用药、控制不合理的医疗费用并提高患者满意度（表7）。2012年10月，卫计委发布关于“十二五”期间推进临床路径管理工作的指导意见，制定未来三年工作目标，要求到2015年末各省（区、市）内所有三级医院、80%的二级医院应当开展临床路径管理，并逐步增加临床路径管理专业和病种数。

表7：全国临床路径管理试点评估

指标		试点结果
医疗安全	入径和完成人数前10的病种病人病死率	0%
	入径和完成人数前10的病种病人医院感染率	0%
	入径和完成人数前10的病种手术病人手术部位感染率	0%
	随机抽取的病种病死率	下降0.12%-1.34%
服务效率	平均入院日	90%试点病种呈下降趋势
	计划性剖宫产、结节性甲状腺肿和慢性鼻窦炎术前住院日	下降0.06-0.16天
临床用药	随机抽取的病种次均药品费用	66%试点病种下降4.5%-65%
	随机抽取的病种抗菌药物次均费用	88%试点病种下降9%-65%
医疗费用	路径完成人数前10的病种的临床路径组次均住院费用	90%的病种住院费增长幅度低于非临床路径组
患者满意度	临床路径组患者满意度	97.3%，高于非临床路径组

数据来源：政策法规司，德勤分析

完善医院信息系统

医疗信息化运用计算机科学、网络、通信以及数据库技术来管理信息的存储、获取、分享和运用，支持医疗服务工作以及临床和管理的决策。随着医学的快速发展、人们对医疗服务水平要求的不断提升以及政府通过医保对医疗费用更加严格地控制，医院管理变得越发复杂，信息技术成为医院发展不可或缺的工具。医院信息化有利于提高服务质量。患者医疗护理过程往往需要涉及各个医护专业人员、患者和患者家属之间的频繁沟通以及各医疗项目甚至是医院之间的协调。信息技术在不同照护点上可用度的加强将会在很大程度上促进沟通，并随着服务和临床流程的不断优化而拓展，支持连贯性的医疗服务。比如电子病历系统的使用可以加速住院部、门诊部以及急诊部之间的信息共享，使医护人员在第一时间便利地看到患者病史了解情况，让患者在不同部门间的转移变得更加方便，同时也减少了由于信息不对称而让病人重复做检查的可能性。信息化也有助于保障医疗安全，电子病历以及药品知识库的联网可以对医嘱进行自动纠错，同时也减少了由于错抄错认而导致开药错误的可能性；随时随地可以便利地获取的患者过敏、用药等详细信息可以帮助医护人员作出正确地临床决策；心电信息系统、手术麻醉监护系统则可以准确记录麻醉用药等信息，提高手术成功率。信息技术的应用还可以提升运营效率降低成本。电子病床监控体系可以帮助医院更好地调配护理人

员，使各个部门得到恰当的人员配置，减少不必要的人力成本；医护人员需要遵守的服务和临床流程可以被编入信息系统方便医护人员随时查找。另外对于多渠道数据（包括管理、财务、临床以及多医院的数据）的深度挖掘、整合、分析和使用有助于临床和管理决策，助推医院实现智慧转型。

医院信息化的纵深发展会经历医院管理信息系统（HIS）和临床信息系统（CIS）的建立并最终向区域性医疗信息化（RHIN）拓展。医院管理信息系统是主要针对医院人流、物流以及财流，为医疗工作和管理服务的系统。临床信息系统则是以患者为中心，对患者临床医护数据进行采集、存储、处理和传输的系统，包括医嘱处理系统、医生工作站系统、护理信息系统、实验室系统、影像存储和传输系统（PACS）等。医院管理信息系统满足了医院日常管理自动化的需要，同时又为临床信息的收集提供了数据基础和流程支持，因而大部分医院始于医院管理信息系统的建立并逐步过渡到临床信息系统。另一方面，临床信息系统不仅支持医护人员的日常医护工作，其收集的大量数据可以帮助医院管理者更加深入的了解医院服务群体的特征和需求以及医疗服务环节中的问题，深化医院管理信息系统的使用。基于这两者的基础上，区域医疗信息化旨在实现区域性的医疗信息分享，包括医院和医院之间以及医疗服务行业中各机构如医院、医疗支付方和医药设备供应方之间的信息共享。

一些发达国家把运用医院信息系统以保障医疗安全、提高医疗质量和效率放在了支持医疗事业的首位并已先后进入了推进区域信息化的阶段。美国是医疗服务高度市场化的代表并且信息化已经达到了很高的水平。2000年以后大部分医院已经进入以电子病历为核心的全院信息系统的整合阶段。美国政府也积极推动医院信息化，在2009年签署的复苏与再投资法案中将约190亿美元的财政资金用于激励电子病历的推广为区域化的信息共享提供了条件，同时也提出建立国家健康信息网络（National Health Information Network）并启动专门项目通过建立技术标准和规则来促进医疗机构信息系统之

间的相互操作性。英国实行的是全民公费医疗，因而采取了完全由政府主导的电子病历建立模式。政府与多家跨国卫生信息机构签署逾60亿英镑的合同以搭建全国性的卫生信息网基础设施。我国在2002年的《全国卫生信息化2003-2010年发展纲要》中提出医疗服务信息系统和区域卫生信息化的建设目标，在2009年的医改方案中更是把建立使用共享的卫生信息系统作为支撑深化医药卫生体制改革“四梁八柱”的八柱之一。从之后的一系列政策可以看到（表8），政府将持续大力推进并投入区域性医疗平台的建设，而医院管理和临床信息系统的建立是区域信息化得以实现的基础。

表8：我国政府推进医疗信息化的相关政策

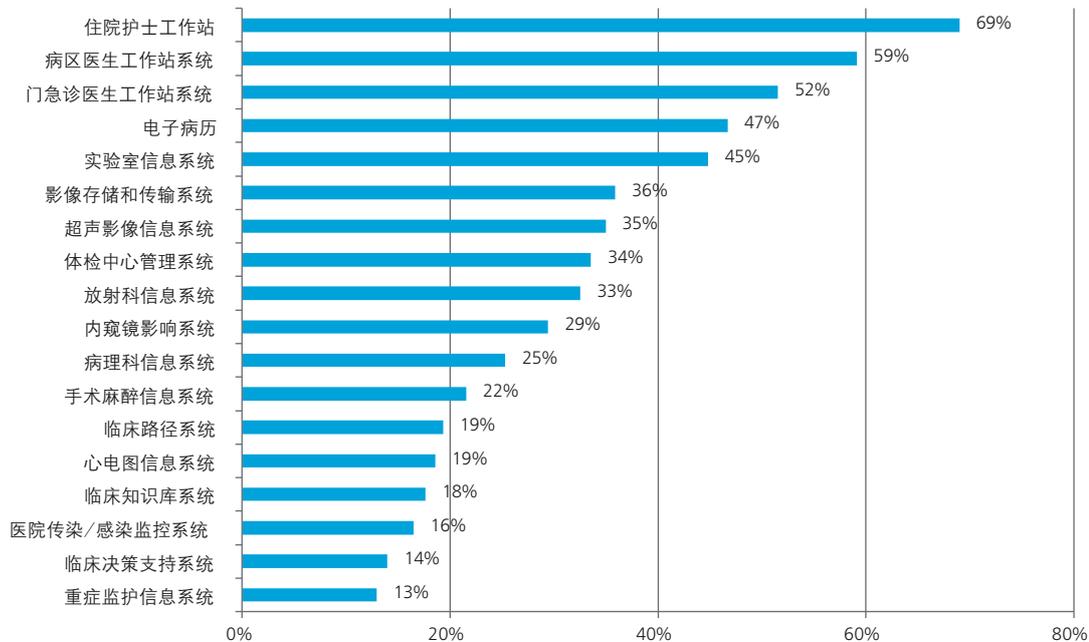
年度	政策	解读
2002年	卫计委印发《全国卫生信息化2003-2010年发展纲要》	把信息化建设纳入卫生事业发展的总体规划，明确提出了区域卫生信息化和医疗服务信息系统的建设目标
2006年	中共中央办公厅、国务院办公厅发布《2006-2020年国家信息化发展战略》	明确我国信息化发展的战略重点之一是加强医疗卫生信息化建设
2009年	《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》	建立实用共享的医药卫生信息系统被纳入支撑深化医药卫生体制改革“四梁八柱”的八柱之一。
2011年	卫计委“十二五”卫生信息化建设工程规划	确定我国卫生信息化建设路线图“3521工程”，即建设三级卫生信息平台，加强公共卫生、医疗服务、新农合、基本药物制度、综合管理5项业务应用，建设健康档案和电子病历2个基础数据库和1个专用网络建设，
2012年	国务院印发《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》	提出要发挥信息技术的辅助决策和支撑作用，推进电子病历、电子健康档案、医疗服务等数据体系的建立，加强信息平台的建设。
2013年	工业和信息化部印发《信息化发展规划》	指出医疗信息化发展重点包括建立电子健康档案和电子病历，建立医疗机构管理信息系统并加强区域卫生信息共享。

数据来源：德勤分析

就目前我国医院信息化状况来看，大部分医院已经建立了HIS系统⁷，接下来HIS与医疗保险以及各种临床应用系统的集成会是主要的发展趋势。另一方面，CIS系统的普及率还较低，根据中国医院协会信息管理专业委员会2012-2013年对1067家医院的统计信息，除了住院护士工作站系统、病区医生工作站系统以及门急诊医生工作站系统以外，其余临床信息系统的实施比率均不足50%。同时该调查关于医院认为最应该使用信息技术解决的问题的数据显示，“提高医疗质量、保障医疗安全、降低医疗差错与意外”，“提高临床业务效率支持医院流程再造”和“降低医院运营成本、支持医院经营成本核算”占选择比例的前三位，分别为83%、81%和69%，由此可见医院对CIS系统具有较强的需求，医院的CIS建设还将快速推进。其次，我国医疗信息化存在“信息孤岛”问题。医院在选择和建立系统之前没有做充分的自身评估和统一的规划，导致医院内部系统之间协调性差，无法发挥系统的潜能；各医院系

统之间相互独立，缺少标准化的电子病历以及业务流程；在供应商方面，研发出来的信息系统兼容性相对较差。这些因素对下一步医联体内各医院互通互联以及最终的区域医疗信息化也会造成困难。我国医院信息化建设应当充分利用后发优势，避免缺乏规划导致的后期整合方面的难题。其三，我国大部分医院对对信息系统的处理，在广度和宽度上还有待拓宽。如图15所示，影像存储和传输系统、电子病历、手术麻醉信息系统等CIS系统虽然对临床的医护和决策工作有着重大意义，但是目前的应用率仍然较低。另外，我国医院，特别是大型的三甲医院在过去十年积累了大量的临床和管理信息，对这些数据的深度挖掘、分析和运用可以用于临床流程的设计、财务和临床风险的评估，以深化医院的决策和管理。然而目前也很少有医院运用数据仓库等智能分析技术来支持决策。

图15：临床信息系统已实施比例（2012-2013）



数据来源：中国医院协会信息管理专业委员会，德勤分析

⁷ 卫计委统计信息中心早在2007年对全国3765所医院所做的信息化调查就显示，门急诊收费、药房管理系统，住院病人费用管理等系统的使用均已超过80%。

附录：营利性和非营利性医疗机构 现行主要税收政策对比表

项目*	非营利性	营利性
<p>医疗服务收入</p> <p>(医疗服务是指医疗服务机构对患者进行检查、诊断、治疗、康复和提供预防保健、接生、计划生育方面的服务, 以及与这些服务有关的提供药品、医用材料器具、救护车、病房住宿和伙食的业务)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 非营利性医疗机构执行政府规定的医疗服务指导价格, 享受相应的税收优惠政策。(卫医发[2000]233号) 对非营利性医疗机构按照国家规定的价格取得的医疗服务收入, 免征各项税收。不按照国家规定价格取得的医疗服务收入不得享受这项政策。(财税[2000]第42号) 	<ul style="list-style-type: none"> 营利性医疗机构医疗服务价格放开, 依法自主经营, 照章纳税。(卫医发[2000]233号) 营利性医疗机构按照国家规定缴纳企业所得税, 提供的医疗服务实行自主定价, 免征营业税。(国办发[2010]58号)
<p>非医疗服务收入</p> <p>(如租赁收入、财产转让收入、培训收入、对外投资收入等)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 对非营利性医疗机构从事非医疗服务取得的收入, 应按规定征收各项税收。 非营利性医疗机构将取得的非医疗服务收入, 直接用于改善医疗卫生服务条件的部分, 经税务部门审核批准可抵扣其应纳税所得额, 就其余额征收企业所得税。(财税[2000]第42号) 	<ul style="list-style-type: none"> 照章纳税
<p>自产自用的制剂</p>	<ul style="list-style-type: none"> 对非营利性医疗机构自产自用的制剂, 免征增值税。(财税[2000]第42号) 	<ul style="list-style-type: none"> 对营利性医疗机构取得的收入, 直接用于改善医疗卫生条件的, 自其取得执业登记之日起, 三年内对其自产自用的制剂免征增值税。(财税[2000]第42号)
<p>药房</p>	<ul style="list-style-type: none"> 非营利性医疗机构的药房分离为独立的药品零售企业, 应按规定征收各项税收。(财税[2000]第42号) 	<ul style="list-style-type: none"> 对营利性医疗机构的药房分离为独立的药品零售企业, 应按规定征收各项税收。(财税[2000]第42号)
<p>房产、土地、车船</p>	<ul style="list-style-type: none"> 对非营利性医疗机构自用的房产、土地、车船, 免征房产税, 城镇土地使用税和车船使用税。(财税[2000]第42号) 	<ul style="list-style-type: none"> 对营利性医疗机构取得的收入, 直接用于改善医疗卫生条件的, 自其取得执业登记之日起, 三年内对营利性医疗机构自用的房产、土地、车船免征房产税、城镇土地使用税和车船使用税。(财税[2000]第42号)

*实践中亦有观点认为, 财税[2000]第42号文件中有企业所得税的政策在2008年新企业所得税法实施后业已失效; 在新企业所得税法体系下, 仅符合条件的非营利组织收入可享受企业所得税免税待遇。

联系我们

欲了解更多信息, 敬请联络:



吴莘
全国领导人
德勤中国生命科学与医疗行业
电话: +86 21 61411570
电子邮件: yvwu@deloitte.com.cn



蒋筱睿
企业管理咨询领导人
德勤中国生命科学与医疗行业
电话: +86 21 23166271
电子邮件: sherylljacobson@deloitte.com.cn



梁晴
税务与法律领导人
德勤中国生命科学与医疗行业
电话: +86 21 61411059
电子邮件: mliang@deloitte.com.cn

研究和撰稿人

许思涛
合伙人
德勤中国研究与洞察力中心
电话: +86 10 85125601
电子邮件: sxu@deloitte.com.cn

陈岚
总监
德勤中国研究与洞察力中心
电话: +86 21 61412778
电子邮件: lydchen@deloitte.com.cn

丁虹
经理
德勤中国研究与洞察力中心
电话: +86 21 23166595
电子邮件: anding@deloitte.com.cn

致谢

特别鸣谢专家们拨冗参与采访，并对于此篇报告的大力支持。

凤凰医疗集团董事兼财务总监	江天帆
和美医疗董事局主席兼总裁	林玉明
和美医疗副总裁	赵兴力
和美医疗副总裁	陈伟
景林投资董事总经理	汤国平
上海仁济医疗总裁	郭跃
上海瑞金医院副主任医师	张翀宇

感谢以下同事对此篇报告的大力支持。

吴莘 合伙人
德勤中国企业风险管理服务

蒋筱睿 合伙人
德勤中国企业管理咨询服务

梁晴 合伙人
德勤中国税务与法律服务

许思涛 合伙人
德勤中国研究与洞察力中心

陈岚 总监
德勤中国研究与洞察力中心

丁虹 经理
德勤中国研究与洞察力中心

胡旻 合伙人
德勤中国审计服务

郑群 合伙人
德勤中国审计服务

赵锦东 总监
德勤中国审计服务

杨晟 合伙人
德勤中国财务咨询服务

俞超 总监
德勤中国企业管理咨询服务

刘晓 副总监
德勤中国企业管理咨询服务

吴迪 高级顾问
德勤中国企业管理咨询服务

朱英 经理
德勤中国生命科学与医疗行业

关于德勤全球

Deloitte (“德勤”) 泛指德勤有限企业(一家根据英国法律组成的私营担保有限企业, 以下称“德勤有限企业”), 以及其一家或多家成员所。每一个成员所均为具有独立法律地位的法律实体。请参阅 www.deloitte.com/cn/about 中有关德勤有限企业及其成员所法律结构的详细描述。

德勤为各行各业的上市及非上市客户提供审计、税务、企业管理咨询及财务咨询服务。德勤成员所网络遍及全球逾150个国家, 凭借其世界一流和高质量专业服务, 为客户提供应对最复杂业务挑战所需的深入见解。德勤拥有约200,000名专业人士致力于追求卓越, 树立典范。

关于德勤大中华

作为其中一所具领导地位的专业服务事务所, 我们在大中华设有22个办事处分布于北京、成都、香港、上海、台北、重庆、大连、广州、杭州、哈尔滨、新竹、济南、高雄、澳门、南京、深圳、苏州、台中、台南、天津、武汉和厦门。我们拥有近13,500名员工, 按照当地适用法规以协作方式服务客户。

关于德勤中国

德勤品牌随着在1917年设立上海办事处而首次进入中国。目前德勤中国的事务所网络, 在德勤全球网络的支持下, 为中国的本地、跨国及高增长企业客户提供全面的审计、税务、企业管理咨询及财务咨询服务。在中国, 我们拥有丰富的经验, 一直为中国的会计准则、税务制度与本地专业会计师的发展贡献所长。

本文件中所含数据乃一般性信息, 故此, 并不构成任何德勤有限企业、其成员所或相关机构(统称为“德勤网络”)提供任何专业建议或服务。在做出任何可能影响自身财务或业务的决策或采取任何相关行动前, 请咨询合资格的专业顾问。任何德勤网络内的机构不对任何方因使用本文件而导致的任何损失承担责任。

©2014。欲了解更多信息, 请联系德勤华永会计师事务所(特殊普通合伙)。

SH-020-14



这是环保纸印刷品