

# 通策商学院 通讯

>P7

## 国家卫计委：

开医院的最新标准，23年首次更新！

>P1

## 回归医疗本质

通策医生集团呼之欲出

>P55

## 对话口腔事业部 章锦才董事长

>P59

一个“赞”的价值有多大？

>P64

## 干货满满，知易行难。

《民营医院从筹建到运营的8大策略》  
内附通策一线点评

## 试刊号

通策商学院  
2017.07



通策要办一个商学院，这是通策多年商海实践的一个必然，也是通策奔向千亿市值的一个必然。办一个什么样的商学院，给到通策人什么样的东西，在起点这个地方暂时



还不好定义，或者说空间广阔。但是有一点非常确定，就是坚持案例式教学，也就是实践中学习，用丰田的话语就是“干中学”。这也可以当作是现代教育家陶行知先生行知观的商业实践性解读吧。通策商学院的宗旨应该跟“生活即教育”、“社会即学校”、“教学做合一”这些主张是异曲同工的。

通策的发展和成长并非一路坦途，而是满载着困惑和探索，挫折与奋进，无论是经验还是教训，都必然是通策的一个财富。而今，通策在全国有近十家三级规模等级的医院在筹建当中，过程中一方面是需要过往经验的分享，另一方面在攻城拔寨的同时也在产出着更多的实践真知。

由此，学习的一个环境要素就显现出来了，那就是交流。在移动互联的今天，我们每一个人已经被接入了网络，成为网络的深度用户，发起、参加，抑或被拉进一个又一个流动的沟通社群。尽管沟通碎片化提供了效率，但是社群沟通的质量取决于共识和目的，以及稳定的沟通机制。《通策商学院通讯》正是试图建立这样一种有共识有目的的学习群体的沟通渠道。虽然呈现在您面前的暂时还更多表现为单向的输出，但是唤起、引发更多的交流和分享才是根本的目的。

所以，在这一期的试刊号当中，无论是纯资讯的“产业新闻”，“政策先读”，还是学习型的“专题解析”，“商业前沿”，还有带有互动元素的“互动课堂”，“头脑风暴”，请把所有这些都当作是一种抛砖引玉，我们真诚相信真知在实践中，在通策几千位专家和医护为病人治疗和服务当中，在一个个在前线为通策开疆拓土的团队当中。我们也真诚地希望未来通策商学院的每一位学员都既是知识技能的获得者，更是通策经验的贡献者、分享者。

# 目录



## 01. 政策环境

国家卫计委：2017 年公立医院减少 385 个 P3

国家卫计委：开医院的最新标准，23 年首次更新！ P7

## 02. 产业新闻

国家卫计委牵头 三大健康医疗大数据集团鼎立 P27

恒大万达都争相开医院 医疗行业为何成为地产商转型的必争之地 P30

美远程医疗公司 Teladoc 投 4 亿美元并购哈佛医生资源 P32

## 03. 专题 PART-A

回归医疗本质 通策医生集团呼之欲出！ P1

## 03. 专题 PART-B

回归医疗本质 “医生集团” 面面观 P34

## 04. 名家访谈

对话通策医疗口腔事业部章锦才董事长 P55

## 05. 商业前沿

一个“赞”的价值有多大？ P59

## 06. 互动课堂

民营医院从筹建到运营的 8 大策略

内含多位来自通策一线的点评！ P64

## 07. 头脑风暴升级版 —— “头脑集群”

泰坦尼克求生秘笈 P73

## 09. 好书推荐

丰田模式 P77

## 08. 装备库

揭秘：医院精益管理五要诀 P73

## 回归医疗本质 通策医生集团呼之欲出

7月7日下午，吕董分享了题为《简单、合作、平台、信仰》的通策医疗主题报告，会中再次强调了“医生”的重要性的发展通策自己的“医生集团”的必要性。通策商学院将会议上的干货及部门的研究综合整理了一下，分享给大家。同时，在P34专题B部分摘选一些来自“方正证券”和“中国健康产业创新平台”就“医生集团”的研究和观点，供大家参考和学习。

### 来自通策的声音

在口腔事业部双引擎驱动一系列实践之后，其中的核心——“医生集团”的意义愈发凸显。以通策掌门人吕董的说法，“整个的通策医疗实质上就是一个医生集团，看看世界上一流的医疗机构，无论是梅奥还是凯撒，都是医生集团，而不是医疗集团。”。由此，医生集团在于通策不是一个概念，而是一个已经在实践的，并且要贯穿在通策医疗所有医疗事业版图里面，包括眼科、妇幼、肿瘤等各个事业部的核心理念。在通策集团新的战略当中，医生集团也不仅仅是医生们的事情，而是整个集团战略的一个核心点。围绕服务理念，一方面是全员服务于外部的客户，就是我们医院的病人，另一方面，所有的业务部门、管理部门、服务部门，也都是通过服务医生这个关键节点来服务于客户，创造价值的关键点还是在于医生提供的专业服务。

在通策的医生集团理念当中，首先，医生是医院的主人，医生团体来主导、控制医疗流程和质量，才能最最贴近医疗本质。其次，医生管理医生，一个医疗机构的专业水平的保持和提升，核心是医生团队的发展和提升，只能是医生帅队，按照医疗的规律来管理发展医生团队里面的各个专业力量。再次，医生发展优先，通策医疗事业的发展，必须以医生的发展为前提。医生成长快，医生团队扩大的快，才有通策医疗事业的有效扩张。公司的资源和服务都要向医生发展倾斜。医生强，通策医疗才强大。

在通策看来，这并不是一个什么新的想法，而是对通策做医疗十多年来发展实践的最实质的总结。举办通策牙学院，广泛地展开国际合作，院校合作，都是这个出发点。离开了这个实质，我们的道路就可能走偏，不是走向成功，而是走向平庸。比如三叶的发展，没有医生价值充分保证的医生生态系统，既不能保障诊所的稳定运营，更不能支持到诊所的连锁发展。以医生集团为核心，以诊所为

载体开展业务，由专业能力强的医生来主导会员治疗中的医疗定制，由医生委员会来推动医生培养，才能吸引回头客的医生来做诊所管理。

不同于相对于公立医院体系的各种医生集团概念，通策的医生集团本身就是面向市场，面向客户的，医生集团是一个生态圈，内涵上是提升医生群体的质，发展医生群体的量，外延上是要吸纳公司的各种服务资源，形成通策医疗事业发展的关键动力。所以，做好通策的医生集团，就是做大做强通策的医疗事业。

图表来源：通策医疗



## 国家卫计委：2017年公立医院减少385个

时间：2017-06-12 来源：医疗精英俱乐部 MBA

6月7日、8日，国家卫计委通过其官网分别发布了截止2017年2月底、3月底、1—3月的全国医疗卫生机构数，以及“全国二级以上公立医院病人费用情况”“全国医疗服务情况”等，共计8份统计文章。

这是继今年2月下旬发布以来，最新的一次数据更新。

据统计，截至2017年3月底，全国医疗卫生机构数达98.6万个，与2016年3月底比较，全国医疗卫生机构减少1254个，其中：医院增加1426个，基层医疗卫生机构增加4889个，专业公共卫生机构减少7188个。

截至2017年3月底，医院2.9万个，其中：公立医院12608个，民营医院16807个。与2016年3月底比较，公立医院减少385个，民营医院增加1811个。

基层医疗卫生机构92.9万个，其中：社区卫生服务中心(站)3.4万个，乡镇卫生院3.7万个，村卫生室63.8万个，诊所(医务室)20.4万个。与2016年3月底比较，诊所和社区卫生服务中心(站)增加，乡镇卫生院和村卫生室减少。

专业公共卫生机构2.5万个，其中：疾病预防控制中心3487个，卫生监督所(中心)3134个。与2016年3月底比较，疾病预防控制中心增加8个，卫生监督所(中心)减少3个。

表1：全国医疗卫生机构数(个)

	2016年 3月底	2017年 3月底	增减数
<b>医疗卫生机构合计</b>	<b>987289</b>	<b>986035</b>	<b>-1254</b>
<b>一、医院</b>	<b>27989</b>	<b>29415</b>	<b>1426</b>
按经济类型分			
公立医院	12993	12608	-385
民营医院	14996	16807	1811
按医院等级分			
三级医院	2141	2260	119
二级医院	7634	8059	425
一级医院	8906	9416	510
未定级医院	9308	9680	372

<b>二、基层医疗卫生机构</b>	<b>924253</b>	<b>929142</b>	<b>4889</b>
#社区卫生服务中心(站)	34233	34514	281
#政府办	18271	18105	-166
乡镇卫生院	36767	36676	-91
#政府办	36307	36243	-64
诊所(医务室)	197285	204082	6797
村卫生室	641982	638329	-3653
<b>三、专业公共卫生机构</b>	<b>31809</b>	<b>24621</b>	<b>-7188</b>
#疾病预防控制中心	3479	3487	8
妇幼保健机构	3070	3066	-4
专科疾病防治院(所、站)	1227	1204	-23
卫生监督所(中心)	3137	3134	-3
计划生育技术服务机构	19834	12654	-7180
<b>四、其他机构</b>	<b>3238</b>	<b>2857</b>	<b>-381</b>

注：#系其中数。

数据来源：赛柏蓝器械整理

表 2：2017 年 3 月底各地区医疗卫生机构数

	合计	医院	基层医 疗卫生 机构	专业公 共卫生 机构	其他 机构
总 计	986035	29415	929142	24621	2857
北 京	9924	641	9054	112	117
天 津	5467	426	4860	126	55
河 北	78821	1637	76078	1024	82
山 西	42393	1387	40478	456	72
内 蒙 古	24229	737	22846	572	74
辽 宁	35965	1185	33785	839	156
吉 林	20928	651	19701	426	150

黑 龙 江	20253	1041	18139	1020	53
上 海	5039	351	4495	112	81
江 苏	32175	1695	29143	1056	281
浙 江	31609	1140	29862	422	185
安 徽	24492	1049	22379	970	94
福 建	27692	585	26250	790	67
江 西	38231	599	36757	788	87
山 东	77709	2073	73519	1930	187
河 南	71411	1601	67309	2224	277
湖 北	36369	935	34719	549	166
湖 南	60865	1269	58042	1495	59
广 东	49316	1393	46230	1573	120
广 西	34389	551	32150	1648	40
海 南	5217	210	4879	119	9
重 庆	20002	720	19091	156	35
四 川	80018	2106	77121	713	78
贵 州	28069	1226	26225	589	29
云 南	24286	1200	22423	606	57
西 藏	6848	146	6556	144	2
陕 西	36710	1089	34156	1359	106
甘 肃	28231	453	25901	1761	116
青 海	6311	205	5922	180	4
宁 夏	4273	190	3986	87	10
新 疆	18793	924	17086	775	

数据来源：赛柏蓝器械整理



## 在《2017年3月全国医疗服务情况》统计中

### 2017年3月诊疗人次

2017年3月份,全国医疗卫生机构诊疗人次6.8亿人次,同比降低0.4%,环比提高10.3%。

医院2.9亿人次,同比提高0.9%,环比提高15.9%,其中:公立医院2.5亿人次,同比降低0.4%,环比提高16.1%;民营医院0.4亿人次,同比提高10.1%,环比提高14.3%。

基层医疗卫生机构诊疗人次为3.6亿人次,同比降低1.6%,环比提高6.1%,其中:社区卫生服务中心(站)0.6亿人次,同比提高2.2%,环比提高22.8%;乡镇卫生院0.9亿人次,同比降低6.5%,环比提高8.6%。

### 2017年3月出院人数

2017年3月份,全国医疗卫生机构出院人数达2036.4万人,同比提高1.8%,环比提高21.4%。

医院1587.4万人,同比提高3.3%,环比提高22.1%,其中:公立医院1324.7万人,同比提高1.3%,环比提高21.6%;民营医院262.7万人,同比提高14.8%,环比提高24.8%。

基层医疗卫生机构出院人数为362.9万人,同比降低4.5%,环比提高20.9%。

其他机构86.1万人。

## 在《2017年1-3月全国二级以上公立医院病人费用情况》统计中:

### 次均门诊费用

2017年1-3月,全国三级公立医院次均门诊费用为299.7元,与去年同期比较,按当年价格上涨3.6%,按可比价格上涨2.1%;二级公立医院次均门诊费用为198.1元,按当年价格同比上涨5.5%,按可比价格上涨4.1%。

### 人均住院费用

2017年1-3月,全国三级公立医院人均住院费用为13052.7元,与去年同期比较,按当年价格上涨1.1%,按可比价格下降0.3%;二级公立医院人均住院费用为5807.7元,按当年价格同比上涨5.4%,按可比价格同比上涨3.9%。

## 国家卫计委：开医院的最新标准，23年首次更新！

时间：2017-06-17 来源：中国数字医疗网

6月12日，国家卫计委下发了最新的《医疗机构基本标准（试行）》（下文简称《标准》）的最新通知，替换了1994年的旧版标准。《标准》对综合医院中医医院、中西医结合医院、民族医医院、专科医院、口腔医院、肿瘤医院、儿童医院、精神病医院、传染病医院、心血管病医院、血液病医院、皮肤病医院、整形外科医院、美容医院、康复医院、疗养院等的设立标准进行了明确规定。

此外，《标准》还指出，少数地区执行本标准确有困难的，可由省、自治区、直辖市卫生行政部门根据实际情况调整某些指标，作为地方标准，报卫生部核准备案后施行。尚未列入本标准的医疗机构，可比照同类医疗机构基本标准执行。民族医医院基本标准由各省、自治区、直辖市卫生行政部门制定。

### 医院基本标准

凡以“医院”命名的医疗机构，住院床位总数应在**20**张以上。

#### 综合医院

##### 一级综合医院

###### 一、床位

住院床位总数**20**至**99**张。

###### 二、科室设置：

（一）临床科室：至少设有急诊室、内科、外科、妇（产）科、预防保健科；

（二）医技科室：至少设有药房、化验室、X光室、消毒供应室。

###### 三、人员：

（一）每床至少配备**0.7**名卫生技术人员；

（二）至少有**3**名医师、**5**名护士和相应的药剂、检验、放射等卫生技术人员；

（三）至少有**1**名具有主治医师以上职称的医师。

###### 四、房屋：

每床建筑面积不少于**45**平方米。

###### 五、设备：

##### 二级综合医院

### 一、床位：

住院床位总数 100 张至 499 张。

### 二、科室设置：

(一) 临床科室：至少设有急诊科、内科、外科、妇产科、儿科、眼科、耳鼻喉科、口腔科、皮肤科、麻醉科、传染科、预防保健科，其中眼科、耳鼻喉科、口腔科可合并建科，皮肤科可并入内科或外科，附近已有传染病医院的，根据当地《医疗机构设置规划》可不设传染科；

(二) 医技科室：至少设有药剂科、检验科、放射科、手术室、病理科、血库（可与检验科合设）、理疗科、消毒供应室、病案室。

### 三、人员：

(一) 每床至少配备 0.88 名卫生技术人员；

(二) 每床至少配备 0.4 名护士；

(三) 至少有 3 名具有副主任医师以上职称的医师；

(四) 各专业科室至少有 1 名具有主治医师以上职称的医师。

### 四、房屋：

(一) 每床建筑面积不少于 45 平方米；

(二) 病房每床净使用面积不少于 5 平方米；

(三) 日平均每诊人次占门诊建筑面积不少于 3 平方米。

### 五、设备：

六、制订各项规章制度、人员岗位责任制，有国家制定或认可的医疗护理技术操作规程，并成册可用。

七、注册资金到位，数额由各省、自治区、直辖市卫生行政部门确定。

## 三级综合医院

### 一、床位：

住院床位总数 500 张以上。

### 二、科室设置：

(一) 临床科室：至少设有急诊科、内科、外科、妇产科、儿科、中医科、耳鼻喉科、口腔科、眼科、皮肤科、麻醉科、康复科、预防保健科；(二) 医技科室：至少设有药剂科、检验科、放射科、手术室、病理科、输血科、核医学科、理疗科（可与康复科合设）、消毒供应室、病案室、营养部和相应的临床功能检查室。

### 三、人员：

- (一) 每床至少配备 **1.03** 名卫生技术人员；
- (二) 每床至少配备 **0.4** 名护士；
- (三) 各专业科室的主任应具有副主任医师以上职称；
- (四) 临床营养师不少于 **2** 人；
- (五) 工程技术人员（技师、助理工程师及以上人员）占卫生技术人员总数的比例不低于 **1%**。

### 四、房屋：

- (一) 每床建筑面积不少于 **60** 平方米；
- (二) 病房每床净使用面积不少于 **6** 平方米；
- (三) 日平均每门诊人次占门诊建筑面积不少于 **4** 平方米。

### 五、设备：

六、制订各项规章制度、人员岗位责任制，有国家制定或认可的医疗护理技术操作规程，并成册可用。

七、注册资金到位，数额由各省、自治区、直辖市卫生行政部门确定。

## 中医医院

中医医院的门诊中医药治疗率不低于 **85%**，病房中医药治疗率不低于 **70%**。

### 一级中医医院

#### 一、床位：

住院床位总数 **20** 至 **79** 张。

#### 二、科室设置：

至少设有三个中医一级临床科室和药房、化验室、X光室。

#### 三、人员：

- (一) 每床至少配有 **0.7** 名卫生技术人员；
- (二) 中医药人员占医药人员总数的比例不低于 **60%**；
- (三) 至少有 **3** 名中医师，**1** 名中药士，**4** 名护士及相应的放射、检验人

员；

- (四) 至少有 **1** 名具有主治医师以上职称的中医师。

#### 四、房屋：

每床建筑面积不少于 **30** 平方米。

## 五、设备：

六、制订各项规章制度、人员岗位责任制，有国家制定或认可的医疗护理技术操作规程，并成册可用。

七、注册资金到位，数额由各省、自治区、直辖市中医（药）行政管理部门确定。

## 二级中医医院

### 一、床位：

住院床位总数 **80 至 299** 张。

### 二、科室设置：

（一）临床科室：至少设中医内科、外科等五个以上中医一级临床科室；

（二）医技科室：至少设有药剂科、检验科、放射科等医技科室。

### 三、人员：

（一）每床至少配有 **0.88** 名卫生技术人员；

（二）中医药人员占医药人员总数的比例不低于 **60%**；

（三）至少有 **4** 名具有主治医师以上职称的中医师、**1** 名中药师和相应的药剂、检验、放射等技术人员。各临床科室至少有 **1** 名中医师；

（四）每床至少配备 **0.3** 名护士。

### 四、房屋：

每床建筑面积不少于 **35** 平方米。

## 五、设备：

六、制订各项规章制度、人员岗位责任制，有国家制定或认可的医疗护理技术操作规程，并成册可用。

七、注册资金到位，数额由各省、自治区、直辖市中医（药）行政管理部门确定。

## 三级中医医院

### 一、床位：

住院床位总数 **300** 张以上。

### 二、科室设置：

（一）临床科室：至少设有急诊科、内科、外科、妇产科、儿科、针灸科、骨伤科、肛肠科、皮肤科、眼科、推拿科、耳鼻喉科；

（二）医技科室：至少设有药剂科、检验科、放射科、病理科、消毒供应

室、营养部和相应的临床功能检查室。

### 三、人员：

(一) 每床至少配有 1.0 名卫生技术人员；

(二) 中医药人员占医药人员总数的比例不低于 60%；

(三) 临床科室主任必须是具有副主任医师以上职称的中医师，至少有 1 名具有副主任药师以上职称的中药师和相应的检验、放射等技术人员；

(四) 工程技术人员（技师、助理工程师及以上人员）占卫生技术人员总数的比例不低于 1%；

(五) 临床营养师不少于 1 人；

(六) 每床至少配有 0.3 名护士。

### 四、房屋：

每床建筑面积不少于 45 平方米。

### 五、设备：

六、制订各项规章制度、人员岗位责任制，有国家制定或认可的医疗护理技术操作规程，并成册可用。

七、注册资金到位，数额由各省、自治区、直辖市中医（药）行政管理部门确定。

## 中西医结合医院

### 一级中西医结合医院

#### 一、床位：

住院床位总数 20 至 99 张。

#### 二、科室设置：

(一) 临床科室：至少设有中西医结合内科、外科与预防保健科；

(二) 至少设有中药房、西药房、化验室、X光室、消毒供应室。

#### 三、人员：

(一) 每床至少配有 0.7 名卫生技术人员；

(二) 中西医结合人员占医药人员总数的比例不低于 50%；

(三) 至少有 3 名医师，5 名护士，1 名药剂士，1 名中药剂士及相应的检验、放射人员；

(四) 至少有 1 名具有主治医师以上职称的中西医结合医师。

#### 四、房屋：

每床建筑面积不少于 35 平方米。

#### 五、设备：

六、制订各项规章制度、人员岗位责任制，有国家制定或认可的医疗护理技术操作规程，并成册可用。

七、注册资金到位，数额由各省、自治区、直辖市中医（药）行政管理部门确定。

### 二级中西医结合医院

#### 一、床位：

住院床位总数 100 至 349 张。

#### 二、科室设置：

（一）临床科室：设有六个以上中西医结合一级临床科室；

（二）医技科室：至少设有药剂科、检验科、放射科、病理科、消毒供应室；

（三）设立中西医结合专科或专病研究室（组）。

#### 三、人员：

（一）每床至少配有 0.98 名卫生技术人员；

（二）每床至少配有 0.35 名护士；

（三）中西医结合人员占医药护技人员总数的比例不低于 50%；

（四）至少有 3 名具有副主任医师以上职称的医师，其中至少有 1 名副主任医师以上职称的中西医结合医师；

（五）各专业科室至少有 1 名具有主治医师以上职称的医师；

（六）至少有 1 名主管药师和 1 名中药师及相应的检验、放射等技术人员。

#### 四、房屋：

每床建筑面积不少于 40 平方米。

#### 五、设备：

六、制订各项规章制度、人员岗位责任制，有国家制定或认可的医疗护理技术操作规程，并成册可用。

七、注册资金到位，数额由各省、自治区、直辖市中医（药）行政管理部门确定。

### 三级中西医结合医院

#### 一、 床位：

住院床位总数 **350** 张以上。

#### 二、 科室设置：

(一) 临床科室：至少设有急诊科、内科、外科、妇产科、儿科、耳鼻喉科、口腔科、眼科、皮肤科、针灸科、麻醉科、预防保健科；(二) 医技科室：至少设有药剂科、放射科、检验科、病理科、血库、消毒供应室、病案室、营养部和相应的临床功能检查室；(三) 设立中西医结合专科或专病研究所(室)。

#### 三、 人员：

(一) 每床至少配有 **1.1** 名卫生技术人员；

(二) 每床至少配有 **0.4** 名护士；

(三) 中西医结合人员占医药护技管人员总数的比例不低于 **60%**；

(四) 各临床科室的主任必须是具有副主任医师以上职称的医师，其中至少有 **40%** 为中西医结合医师或中医师；

(五) 至少有 1 名具有副主任药师以上职称的药师、具有主管药师以上职称的药师和中药师各 1 人和相应的检验、放射等技术人员；

(六) 至少有 1 名临床营养师；

(七) 工程技术人员(技师、助理工程师及以上人员)占卫生技术人员的比例不低于 **1%**。

#### 四、 房屋：

每床建筑面积不少于 **45** 平方米。

#### 五、 设备：

六、 制订各项规章制度、人员岗位责任制，有国家制定或认可的医疗护理技术操作规程，并成册可用。

七、 注册资金到位，数额由各省、自治区、直辖市中医(药)行政管理部门确定。

### 专科医院

#### 口腔医院

#### 二级口腔医院

#### 一、 牙椅和床位：



牙科治疗椅 20 至 59 台，住院床位总数 15 至 49 张。

## 二、 科室设置：

(一) 临床科室：至少设有口腔内科、口腔颌面外科和口腔修复科、口腔预防保健组、口腔急诊室；(二) 医技科室：至少设有药剂科、检验科、放射科、消毒供应室、病案室。

## 三、 人员：

- (一) 每牙椅(床)至少配备 1.03 名卫生技术人员；
- (二) 至少有 2 名具有副主任医师以上职称的医师；
- (三) 各专业科室(组)至少有 1 名医师；
- (四) 医生与护理人员之比不低于 1: 1.5；
- (五) 修复医师与技工之比为 1: 1；

## 四、 房屋：

- (一) 每牙科治疗椅建筑面积不少于 30 平方米；
- (二) 诊室每牙科治疗椅净使用面积不少于 6 平方米；
- (三) 每床建筑面积不少于 45 平方米；
- (四) 病房每床净使用面积不少于 6 平方米。

## 五、 设备：

六、制订各项规章制度、人员岗位责任制，有国家制定或认可的医疗护理技术操作规程，并成册可用。

七、注册资金到位，数额由各省、自治区、直辖市卫生行政部门确定。

## 三级口腔医院

### 一、 牙椅和床位：

牙科治疗椅 60 台以上，住院床位总数 50 张以上。

### 二、 科室设置：

(一) 临床科室：至少设有口腔内科、口腔颌面外科、口腔修复科、口腔正畸科、口腔预防保健科、口腔急诊室；

(二) 医技科室：

至少设有药剂科、检验科、放射科、病理科、消毒供应室、病案室、营养室。

### 三、 人员：

- (一) 每牙椅(床)至少配备 1.03 名卫生技术人员；

- (二) 医师与护士之比不低于**1: 1.5**;
- (三) 各专业科室主任应具有副主任医师以上职称;
- (四) 临床营养师**1**人;
- (五) 修复医师与技工之比为**1: 1**;
- (六) 工程技术人员(技师、助理工程师以上职称的人员)占卫生技术人员总数的比例不低于**1%**。

#### 四、 房屋:

- (一) 每牙科治疗椅建筑面积不少于**40**平方米;
- (二) 诊室每牙科治疗椅净使用面积不少于**6**平方米;
- (三) 每床建筑面积不少于**60**平方米。
- (四) 病房每床净使用面积不少于**6**平方米。

#### 五、 设备:

六、 制订各项规章制度、人员岗位责任制,有国家制定或认可的医疗护理技术操作规程,并成册可用。

七、 注册资金到位,数额由各省、自治区、直辖市卫生行政部门确定。

(注:目前我国不设一级口腔医院)

### 肿瘤医院

#### 二级肿瘤医院

##### 一、 床位:

住院床位总数**100**至**399**张。

##### 二、 科室设置:

(一) 临床科室:至少设有肿瘤外科、肿瘤内科、放射治疗科、中医(中西医结合)科、急诊室;

(二) 医技科室:至少设有药剂科、检验科、放射科、B超室、手术室、病理(包括细胞学)科、血库、消毒供应室、病案室、营养室。

##### 三、 人员:

- (一) 每床至少配备**1.06**名卫生技术人员;
- (二) 每床至少配备**0.4**名护士,医护之比为**1: 1.6**;
- (三) 副主任医师以上职称的医师占医师总数**10%**以上;
- (四) 至少配备**1**名营养士。

##### 四、 房屋:

- (一) 每床建筑面积不少于 45 平方米；
- (二) 病房每床净使用面积不少于 6 平方米；
- (三) 每床门诊面积不少于 1.5 平方米。

#### 五、设备：

六、制订各项规章制度、人员岗位责任制，有国家制定或认可的医疗护理技术操作规程，并成册可用。

七、注册资金到位，数额由各省、自治区、直辖市卫生行政部门确定。

### 三级肿瘤医院

#### 一、床位：

住院床位总数 400 张以上。

#### 二、科室设置：

(一) 临床科室：至少设有肿瘤外科、肿瘤内科、肿瘤妇科、放射治疗科、中医（中西医结合）科、麻醉科、急诊室、预防保健科；

(二) 医技科室：至少设有药剂科、检验科、影像诊断科、内窥镜室、手术室、病理（包括细胞学诊断）科、输血科、核医学科、消毒供应室、病案室、营养部和相应的临床功能检查室；

#### 三、人员：

- (一) 每床至少配备 1.1 名卫生技术人员；
- (二) 每床至少配备 0.4 名护士，医护之比为 1：1.6；
- (三) 副主任医师以上职称的医师不少于医师总数的 15%；
- (四) 护师以上职称的护士不少于护理人员总数的 30%；
- (五) 至少有 1 名具有营养师以上职称的临床营养专业技术人员；(六)

工程技术人员（技师、助理工程师以上）不少于卫生技术人员总数的 1%。

#### 四、房屋：

- (一) 每床建筑面积不少于 60 平方米；
- (二) 病房每床净使用面积不少于 6 平方米；
- (三) 每床门诊面积不少于 2 平方米。

#### 五、设备：

六、制订各项规章制度、人员岗位责任制，有国家制定或认可的医疗护理技术操作规程，并成册可用。

七、注册资金到位，数额由各省、自治区、直辖市卫生行政部门确定。

(注：目前我国不设一级肿瘤医院)

## 儿童医院

### 一级儿童医院

#### 一、 床位：

住院床位总数 **20 至 49** 张。

#### 二、 科室设置：

(一) 临床科室：至少设有急诊室、内科、预防保健科；

(二) 医技科室：至少设有药房、化验室、化实验室、X 光室、消毒供应室。

#### 三、 人员：

(一) 每床至少配备 **0.7** 名卫生技术人员；

(二) 每床至少配备 **0.25** 名护理人员；

(三) 至少有 **3** 名医师, 其中至少有 **1** 名具有主治医师以上职称的医师；

(四) 至少有 **4** 名护士和相应的放射、药剂、检验人员。

#### 四、 房屋：

(一) 每床建筑面积不少于 **45** 平方米；

(二) 病房每床净使用面积不少于 **5** 平方米；

(三) 日平均每门诊人次占门诊建筑面积不少于 **3** 平方米。

#### 五、 设备：

六、 制订各项规章制度、人员岗位责任制，有国家制定或认可的医疗护理技术操作规程，并成册可用。

七、 注册资金到位，数额由各省、自治区、直辖市卫生行政部门确定。

## 二级儿童医院

#### 一、 床位：

住院床位总数 **50 至 199** 张。

#### 二、 科室设置：

(一) 临床科室：至少设有急诊室、内科、外科、五官科、口腔科、预防保健科；

(二) 医技科室：至少设有药剂科、检验科、放射科、手术室、病理科、消毒供应室、病案统计室。

### 三、 人员：

(一) 每床至少配备 **0.95** 名卫生技术人员；

(二) 至少有 **3** 名具有副主任医师以上职称的医师；各专业科室至少有 **1** 名具有主治医师以上职称的医师；至少有 **2** 名具有主管药师以上职称的药剂人员和相应的检验、放射等卫生技术人员；

(三) 每床至少配备 **0.4** 名护理人员。

### 四、 房屋：

(一) 每床建筑面积不少于 **45** 平方米；

(二) 病房每床净使用面积不少于 **5** 平方米；

(三) 日平均每门诊人次占门诊建筑面积不少于 **3** 平方米。

### 五、 设备：

六、制订各项规章制度、人员岗位责任制，有国家制定或认可的医疗护理技术操作规程，并成册可用。

七、注册资金到位，数额由各省、自治区、直辖市卫生行政部门确定。

## 三级儿童医院

### 一、 床位：

住院床位总数 **200** 张以上。

### 二、 科室设置：

(一) 临床科室：至少设有急诊科、内科、外科、耳鼻喉科、口腔科、眼科、皮肤科、传染科、麻醉科、中医科、预防保健科；

(二) 医技科室：至少设有药剂科、检验科、放射科、功能检查科、手术室、病理科、血库、消毒供应室、病案室、营养部。

### 三、 人员：

(一) 每床至少配备 **1.15** 名卫生技术人员；

(二) 至少有 **10** 名具有副主任医师以上职称的医师；各专业科室的主任必须具有副主任医师以上职称；

(三) 至少有 **5** 名主管药师以上职称的药剂人员和相应的检验、放射、药剂等技术人员；

(四) 每床至少配备 **0.4** 名护理人员；无陪护病房每床至少配备 **0.5** 名护理人员。

### 四、 房屋：

- (一) 每床建筑面积不少于 45 平方米；
- (二) 病房每床净使用面积不少于 5 平方米；
- (三) 日平均每门诊人次占门诊建筑面积不少于 3 平方米。

#### 五、设备：

六、制订各项规章制度、人员岗位责任制，有国家制定或认可的医疗护理技术操作规程，并成册可用。

七、注册资金到位，数额由各省、自治区、直辖市卫生行政部门确定。

### 精神病医院

精神病医院是指主要提供综合性精神卫生服务的医疗机构。

#### 一级精神病医院

##### 一、床位：

精神科住院床位总数 20 至 69 张。

##### 二、科室设置：

(一) 临床科室：至少设有精神科门诊、精神科病房（男、女病区分设）、预防保健室；

(二) 医技科室：至少设有药房、化验室、X 光室、消毒供应室。

##### 三、人员：

(一) 每床至少配备 0.4 名卫生技术人员；

(二) 至少有 3 名精神科医师，其中至少有 1 名具有主治医师以上职称的精神科医师；

(三) 至少有 6 名护士。

##### 四、房屋：

(一) 每床建筑面积不少于 35 平方米；

(二) 病房每床净使用面积不少于 4 平方米；

(三) 病人室外活动的场地平均每床不少于 2 平方米；

(四) 通风、采光、安全符合精神病医院要求。

##### 五、设备：

六、制订各项规章制度、人员岗位责任制，有国家制定或认可的医疗护理技术操作规程，并成册可用。

七、注册资金到位，数额由各省、自治区、直辖市卫生行政部门确定。

## 二级精神病医院

### 一、床位：

精神科住院床位总数 **70 至 299** 张。

### 二、科室设置：

(一) 临床科室：至少设有精神科（内含急诊室、心理咨询室）、精神科男病区、精神科女病区、工娱疗室，预防保健室；

(二) 医技科室：至少设有药房、化验室、X 光室、心电图、脑电图室，消毒供应室，情报资料室，病案室。

### 三、人员：

(一) 每床至少配备 **0.44** 名卫生技术人员；

(二) 至少有 **1** 名具有副主任医师以上职称的精神科医师；

(三) 每临床科室至少有 **1** 名具有主治医师以上职称的医师；

(四) 至少有 **1** 名具有主管护师以上职称的护士；

(五) 平均每床至少有 **0.3** 名护士。

### 四、房屋：

(一) 每床建筑面积不少于 **40** 平方米；

(二) 病房每床净使用面积不少于 **4.5** 平方米；

(三) 病人室外活动的场地平均每床不少于 **3** 平方米；(四) 通风、采光、安全符合精神病医院要求。

### 五、设备：

六、制订各项规章制度、人员岗位责任制，有国家制定或认可的医疗护理技术操作规程，并成册可用。

七、注册资金到位，数额由各省、自治区、直辖市卫生行政部门确定。

## 三级精神病医院

### 一、床位：

精神科住院床位总数 **300** 张以上。

### 二、科室设置：

(一) 临床科室：至少设有精神科门诊（含急诊、心理咨询），**4** 个以上精神科病区，男女病区分开，心理测定室、精神医学鉴定室、工娱疗室、康复科；

(二) 医技科室：至少设有药剂科、检验科、放射科、心电图室、脑电

图室、超声波室、消毒供应室、情报资料室、病案室和 3 个以上的研究室。

### 三、人员：

- (一) 每床至少配备 0.55 名卫生技术人员；
- (二) 每临床科室至少有 1 名具有副主任医师以上职称的精神科医师；
- (三) 至少有 1 名具有副主任护师以上职称的精神科护士；
- (四) 平均每床至少有 0.35 名护士。

### 四、房屋：

- (一) 每床建筑面积不少于 45 平方米；
- (二) 病房每床净使用面积不少于 5 平方米；
- (三) 病人室外活动的场地平均每床不少于 5 平方米；
- (四) 通风、采光、安全符合精神病医院要求。

### 五、设备：

六、制订各项规章制度、人员岗位责任制，有国家制定或认可的医疗护理技术操作规程，并成册可用。

七、注册资金到位，数额由各省、自治区、直辖市卫生行政部门确定。

## 传染病医院

### 二级传染病医院

#### 一、床位：

住院床位总数 150 至 349 张。

#### 二、科室设置：

- (一) 临床科室：至少设有急诊科、传染科、预防保健科；
- (二) 医技科室：至少设有药房、化验室、X 光室、手术室、消毒供应室、病案室。

#### 三、人员：

- (一) 每床至少配备 0.84 名卫技术人员；
- (二) 每床至少配备 0.4 名护士；
- (三) 每临床科室至少有 1 名具有副主任医师以上职称医师。

#### 四、房屋：

- (一) 每床建筑面积不少于 40 平方米；
- (二) 病房每床净使用面积不少于 5 平方米；
- (三) 日平均每门诊人次占门诊建筑面积不少于 4 平方米。



#### 五、 设备：

六、 制订各项规章制度、人员岗位责任制，有国家制定或认可的医疗护理技术操作规程，并成册可用。

七、 注册资金到位，数额由各省、自治区、直辖市卫生行政部门确定。

### 三级传染病医院

#### 一、 床位：

住院床位总数 **350** 张以上。

#### 二、 科室设置：

(一) 临床科室：至少设有急诊科、传染科、预防保健科；

(二) 医技科室：至少设有药剂科、检验科、放射科、手术室、血库、消毒供应室、病案室。

#### 三、 人员：

(一) 每床至少配备 **1** 名卫生技术人员；

(二) 每床至少配备 **0.4** 名护士；

(三) 每临床科室至少有 **1** 名具有副主任医师以上职称的医师。

#### 四、 房屋：

(一) 每床建筑面积不少于 **55** 平方米；

(二) 病房每床净使用面积不少于 **6** 平方米；

(三) 日平均每门诊人次占门诊建筑面积不少于 **4** 平方米。

#### 五、 设备：

六、 制订各项规章制度、人员岗位责任制，有国家制定或认可的医疗护理技术操作规程，并成册可用。

七、 注册资金到位，数额由各省、自治区、直辖市卫生行政部门确定。

(注：目前我国不设一级传染病医院)

### 心血管病医院

### 三级心血管病医院

#### 一、 床位：

住院床位总数 **150** 张以上。

#### 二、 科室设置：

(一) 临床科室：至少设有急诊科、心内科（并设重症监护室）、心外科（并设重症监护室）、麻醉科。

(二) 医技科室：至少设有药剂科、检验科、放射科、输血科、手术室、核医学科、消毒供应室、病案室。

### 三、 人员：

(一) 每床至少配备 **1.03** 名卫生技术人员；

(二) 每床至少配备 **0.4** 名护士；

(三) 至少有 **15** 名具有副高级以上职称的卫生技术人员；

(四) 每临床科室至少有 **2** 名具有副主任医师以上职称的医师；

(五) 每医技科室至少有 **1** 名副高级以上职称的卫生技术人员。

### 四、 房屋：

(一) 每床建筑面积不少于 **60** 平方米；

(二) 病房每床净使用面积不少于 **6** 平方米；

(三) 日平均每门诊人次占门诊建筑面积不少于 **4** 平方米。

### 五、 设备：

六、 制订各项规章制度、人员岗位责任制，有国家制定或认可的医疗护理技术操作规程，并成册可用。

七、 注册资金到位，数额由各省、自治区、直辖市卫生行政部门确定。

(注：目前我国不设一、二级心血管病医院)

## 血液病医院

### 三级血液病医院

#### 一、 床位：

住院床位总数 **200** 张以上，其中专科床位不少于 **120** 张。

#### 二、 科室设置：

(一) 临床科室：至少设有急诊室、血液内科含三级科室：血液一科（各类贫血）、血液二科（白血病及各类恶性血液疾患）、血液三科（出凝血疾病）、血液四科（骨髓移植科）、预防保健科；

(二) 医技科室：至少设有药剂科、检验科（包括细胞形态室）、放射科、功能检查室、手术室、输血科、病理科、消毒供应室、病案室。

#### 三、 人员：

- (一) 每床至少配备 1.03 名卫生技术人员；
- (二) 每床至少配备 0.4 名护士；
- (三) 每临床科室至少有 2 名具有副主任医师以上职称的医师。

#### 四、 房屋：

- (一) 每床建筑面积不少于 60 平方米；
- (二) 病房每床净使用面积不少于 6 平方米；
- (三) 日平均每门诊人次占门诊建筑面积不少于 4 平方米。

#### 五、 设备：

六、 制订各项规章制度、人员岗位责任制，有国家制定或认可的医疗护理技术操作规程，并成册可用。

七、 注册资金到位，数额由各省、自治区、直辖市卫生行政部门确定。

(注：目前我国不设一、二级血液病医院)

### 皮肤病医院

#### 三级皮肤病医院

##### 一、 床位：

住院床位总数 100 张以上。

##### 二、 科室设置：

(一) 临床科室：至少设有皮肤内科、皮肤外科、真菌病科、康复理疗科、中西医结合科、性病科、预防保健科；

(二) 医技科室：至少设有药剂科(含制剂室)、检验科(含真菌检验)、放射科、手术室、病理科、治疗室、消毒供应室、病案室。

##### 三、 人员：

- (一) 每床至少配备 1.03 名卫生技术人员；
- (二) 每床至少配备 0.4 名护士；
- (三) 每临床科室至少有 2 名具有副主任医师以上职称的医师。

#### 四、 房屋：

- (一) 每床建筑面积不少于 60 平方米；
- (二) 病房每床净使用面积不少于 6 平方米；
- (三) 日平均每门诊人次占门诊建筑面积不少于 4 平方米。

#### 五、 设备：

六、制订各项规章制度、人员岗位责任制，有国家制定或认可的医疗护理技术操作规程，并成册可用。

七、注册资金到位，数额由各省、自治区、直辖市卫生行政部门确定。

（注：目前我国不设一、二级皮肤病医院）

### 整形外科医院

### 康复医院

康复医院是指主要提供综合性康复医疗服务的医疗机构。

#### 一、床位：

住院床位总数 **20** 张以上。

#### 二、科室设置：

（一）临床科室：至少设有功能测评室、运动治疗室、物理治疗室、作业治疗室、传统康复治疗室、言语治疗室；（二）医技科室：至少设有药房、化验室、X光室、消毒供应室。

#### 三、人员：

（一）至少有 **2** 名康复医师和 **4** 名康复治疗人员（指从事运动治疗、作业治疗、言语治疗、物理因子治疗和传统康复治疗的人员，并有兼职或专职的心理学和社会工作者各 1 名），并且康复治疗人员数不低于卫生技术人员数的三分之一；

（二）每床至少配备 **0.7** 名卫生技术人员；

（三）每床至少配备 **0.25** 名护士；

（四）至少有 1 名具有主治医师以上职称的医师。

#### 四、房屋：

（一）每床建筑面积不少于 **45** 平方米；

（二）主要建筑设施符合无障碍设计要求，并有扶手或栏杆。

#### 五、设备：

六、制订各项规章制度、人员岗位责任制，有国家制定或认可的医疗护理技术操作规程，并成册可用。

七、注册资金到位，数额由各省、自治区、直辖市卫生行政部门确定。

### 疗养院

### 一、床位：

住院床位总数 **100** 张以上。

### 二、科室设置：

(一) 临床科室：至少设有两个疗区、至少设有传统康复医学室、体疗室；

(二) 医技科室：至少设有药房、化验室、X 光室、心电图室、超声波室、理疗室；消毒供应室。

### 三、人员：

(一) 每床至少配备 **0.5** 名工作人员；

(二) 床至少配备卫生技术人员 **0.3** 名；

(三) 至少有 **12** 名护士；

(四) 至少有 **6** 名具有主治医师以上职称的医师，其中具有副主任医师以上职称的医师不少于 **2** 名；

(五) 各主要科室至少有 **1** 名主治医师以上职称的医师。

### 四、房屋：

(一) 平均每床建筑面积 **45** 平方米以上；

(二) 病房每床净使用面积不低于 **6** 平方米；

(三) 每床占地面积不低于 **250** 平方米；

(四) 绿化面积不少于可绿化面积的 **80%**。

### 五、设备：

六、制订各项规章制度、人员岗位责任制，有国家制定或认可的医疗护理技术操作规程，并成册可用。

七、注册资金到位，数额由各省、自治区、直辖市卫生行政部门确定。

## 国家卫计委牵头 三大健康医疗大数据集团鼎立

时间：2017-06-22 来源：新华网

随着中国健康医疗大数据股份有限公司 20 日宣布筹建，加上此前正在筹建的中国健康医疗大数据产业发展集团公司和中国健康医疗大数据科技发展集团公司，我国在健康医疗大数据领域已经初步形成了由“国家队”主导的三大集团公司格局。

20 日，国家卫生和计划生育委员会副主任金小桃告诉记者，组建以国有资本为主体的三大健康医疗大数据集团公司主要是为了落实党中央“没有全民健康就没有全面小康”及“推进健康医疗大数据应用”的精神，落实国务院办公厅 47 号文件要求，推动国家健康医疗大数据应用发展。这三大集团将以国家队的形式来承担国家健康医疗大数据中心、区域中心、应用发展中心和产业园建设任务，努力为提高群众获得感、深化医改新动力和增强经济发展新动能作出新贡献。

### 国家筹建三大集团公司

从此前发布的公开信息可见，三大健康医疗大数据集团均以国有资本为主体，三大集团由国家卫生和计划生育委员会统一牵头组织，由国家健康医疗大数据安全管理委员会（大数据办）统一监管。

4 月份，中国健康医疗大数据产业发展集团公司由中国电子信息产业集团公司、国家开发投资公司、中国联合网络通信有限公司、中国国有企业结构调整基金股份有限公司宣布正式筹建；随后，中国健康医疗大数据科技发展集团公司由中国科学院控股有限公司、中国银行、工商银行、中国电信、中国信达、广州城投等公司宣布筹建，公司将于 7 月底之前完成筹备，与相关试点城市政府签约，并进驻项目建设现场。

6 月 20 日，中国健康医疗大数据股份有限公司宣布筹建，由中国移动通信集团公司与浪潮集团有限公司作为发起方，携手国新控股、国家开发银行、工商银行、农业银行、中国银行、建设银行、交通银行等多家企业共同组建。

2016 年 6 月，国务院办公厅印发了《关于促进和规范健康医疗大数据应用发展的指导意见》（以下简称《意见》），将健康医疗大数据应用发展纳入国家大数据战略布局，并从夯实应用基础、全面深化应用、规范和推动“互联网+健康医疗”服务、加强保障体系建设等四个方面部署了 14 项重点任务和重大工程。三大集团公司的筹备成立将有助于推动该《意见》落到实处。

金小桃告诉记者，“组建以国有资本为主体的三个健康医疗大数据集团，目

标非常明确：一是通过健康医疗大数据应用促进优质医疗资源下沉到基层群众，努力提高人民群众获得感；二是通过健康医疗大数据支持三医联动、分级诊疗、异地结算和远程服务等，为深化医改注入新动力；三是通过健康医疗大数据应用发展，创新健康服务新业态，发展健康科技产品，推进覆盖一二三产业的全健康产业链的发展，促进数字经济为国民经济增添新动能。”

金小桃表示，健康医疗大数据是涉及到国家战略安全、群众生命安全以及隐私保护安全的重要战略性资源，以国有资本为主体建设三大健康医疗大数据集团公司，“这是承担国家使命、落实国家战略的重要举措”。在未来的健康医疗大数据应用发展过程中，欢迎各方力量加入国家重点项目建设、健康产业和数字经济发展队伍，实现共建共享共赢。

### **三大集团目标任务一致，发展各具特色**

三大集团公司的目标任务就是承担国家健康医疗大数据中心、区域中心和应用发展中心的建设和健康医疗科技文化产业园等经济发展运营工作。金小桃强调，三大集团所承担的建设任务，总体目标是一致的，但是有其区域特点，有其发展特色，形成集群优势，为国家经济发展注入新的活力，最终建成国民经济重要支柱产业。“特别是在产业发展上，各集团公司将根据各地不同的实际情况，形成不同的发展模式、产业形态及应用方向。”

据金小桃介绍，根据国务院要求，总体规划是建设一个国家数据中心，加七个区域中心，并结合各地实际情况，建设若干个应用和发展中心，也就是“1+7+X”的健康医疗大数据应用发展的总体规划。

一个国家中心将容纳全体公民健康医疗大数据，形成以“全息数字人”为愿景的健康科技产业生态圈，涵盖每个公民所有涉及到生产、生活、生命的全过程全周期的生理心理社会环境等数据，预计数据采集和应用的规模将达到 1000 ZB 以上。

七个区域中心，将按照国家总体规划、按照地域布局进行建设。“我们现在已经在华南和华东进行了国家第一批试点，也就是在福建省和江苏省两个省分别建两个区域中心。其他的区域中心也很快将通过调研、专家论证和国家批复以后进入正式建设阶段。”

X 个应用发展中心主要指国家中心和七个区域中心建设带动下，各省区市在依法依规负责收集汇聚上报国家的健康医疗大数据基础上，开展应用创新及产业园建设。

“通过这样的总体规划，我们在推动国家健康医疗大数据中心建设的过程中，既避免了过去数据分散、互不联通、共享困难形成的数据孤岛和数据烟囱等问题，同时也为既有区域集中应用和国家一体化大数据中心的建设提出了方向和要求。有利于健康医疗大数据采集、存储、应用过程中的互联互通和共建共享，有利于开发应用创新和产业集群发展。”金小桃称。

### **“对盈利模式担忧完全没有必要”**

对于外界担忧的盈利模式问题，金小桃表示，“担忧完全没有必要”。他举例说，美国的健康产业已经占到国民经济 GDP 总值的 14.5%，而我国现在占比不到 5%，具有极大的成长和发展空间。

金小桃认为，健康和长寿是人类共同的永恒追求。当前，随着经济社会发展和人民生活水平的提高，人民群众在健康方面的需求更加迫切和多元化，这为健康产业和医疗服务新模式新业态构造创造了良好的生态条件，健康医疗大数据以其广泛的应用性和特殊性未来将对经济发展产生重大贡献，必将成为我国国民经济的重要支柱产业。

金小桃坚信，健康医疗新兴战略行业的发展将为三大集团的国有资本保值增值提供坚强的支撑。

关于外界关注的安全和隐私保护问题，金小桃称，将通过政策法规来进行规范，通过先进技术加以实现。“现在已经制定了《健康医疗大数据安全管理办法》和授权责任方案等，即将发布。”

他透露，《健康医疗大数据安全管理办法》草案现在已经全部制定好，估计很快将全面出台。



## 恒大万达都争相开医院 医疗行业为何成为地产商转型的必争之地？

时间：2017-06-23 来源：华夏医界

### 地产商重金砸钱，争相开医院

6月16日，鲁能集团和互联网医疗平台微医的一项合作落定，此后鲁能将在它旗下的中高端地产项目中引入微医去年启动的家庭服务项目——微医全科中心。这个社区医疗中心会成为物业配套的一部分，以会员形式向业主提供服务。第一批合作地产项目将出现在文昌、海口、济南、重庆等城市。

和鲁能比起来，恒大、万达两大地产巨头的投资就更加大手笔。

去年，“恒大原辰医学美容医院”在天津开业。据恒大喊，这是亚洲规模第一的美容医院，医院总面积3.8万平方米，相当于5.4个足球场大小。其内部设有150多间手术室及咨询室，50多间VIP套房以及30多间治疗室。美容医院的合作方是韩国原辰医疗美容集团，医生团队也全部来自韩国。

在2016年年初万达就曾与英国国际医院集团（下称IHG）在北京签订合作协议，在上海、成都、青岛建设三座综合性国际医院，总投资150亿元，建成后该项目将由IHG运营管理并使用IHG品牌。

在今年4月，万达则宣布与四川大学华西口腔医院联手，双方将出资90亿元，在全国各地的万达广场里，开出300家牙科诊所。除了口腔诊所，万达还与成都市政府签署了一个700亿元的巨额投资协议，将引入2家国际顶级综合医院、8家国际一流专科医院，以及30家医疗相关企业，把成都打造成世界级的医疗产业中心。

随着中国消费人群收入的上升、健康意识的不断提高和老龄化趋势的出现，医美、养老和社区医疗这些处在“消费升级风口”的行当都在成为抢手生意，手握重金的地产商自然希望分一杯羹。以医美市场为例，据中国整形美容协会统计，2019年，中国的整容手术业规模将扩大一倍，达8000亿元，跃居世界第三大整容市场。

### 醉翁之意在于提高房产价值

而这些巨资砸下的医疗资源，还能提升所在商场或居住区的房产价值。

据房地产服务提供商Savills提供的数据显示，恒大的美容医院一经开业，附近住宅小区“恒大绿洲”的房价应声上涨了16%，而同期深圳华侨城集团开发的另一个小区房价只上涨了8%。

另一方面，国家政策正在扶持民营资本进入医疗体系。在土地成本日渐升高

的当下，医疗用地的价格优势也在推动着地产商人在医疗行业的投资。

2014年8月，深圳市土地房产交易中心发布《龙华新区民治三级医院项目土地使用权出让预告》，这是国内首次挂牌出让医疗用地，该项目用地50年期的综合楼面单价约为750元/平方米，而当时深圳住宅用地的均价已经过万。

医疗行业于是成为了地产企业的转型必争之地。

在今年年初的冬季达沃斯论坛上，万达董事长王健林在谈及万达转型的时候，表示除了打通万达线上线下业务的物联网之外，也在考虑在中国做连锁医院。国内鼓励民营办医和外国医生来华执业双重政策利好，万达在中国的大型商业中心的数量以及建设团队优势，都是万达考虑做连锁医院的因素。

恒大集团董事局主席许家印在2017年度工作会议上称，恒大已经由原来单一的“房地产业”发展成为“房地产+服务业”，并称到2020年，恒大内部的奋斗目标是，地产、金融、健康、文化旅游四大产业年销售收入超一万亿。目前恒大的健康产业还包括12家互联网社区健康管理中心和一个位于海南博鳌的国际医院。

除了恒大，另一家地产企业苏宁环球也对医美行业志在必得。去年7月，苏宁环球宣布和韩国ID健康产业集团联合出资50亿元成立医美产业基金，未来3年的目标是要建造50座旗舰医美医院，并力争成为亚洲第一规模的医美集团。从2015年开始，这个江苏地产商也提出了“大文体、大健康、大金融”三大战略的转型方向。

不过，离这些地产商的医疗帝国真正建立起来还有很长时间。以恒大为例，这个营收规模超过2千亿的庞大公司去年来自医疗板块的收入仅为6500万，来自养老地产的收入仅为1.84亿。现在只是这些地产商人们跑马圈地的时代。

## 美远程医疗公司 Teladoc 投 4 亿美元并购哈佛医生资源

时间：2017-06-21 来源：全球医生组织

日前，美国互联网/远程医疗的旗舰 Teladoc 宣布投资 4 亿美金，并购哈佛大学医学院医生创办的“最佳医生”第二建议咨询公司(Best Doctors with the Second Opinion)。

**将如此顶级医疗资源揽入怀中，一个字“值”！**

类似亚马逊收购“食品汇”(Whole Food)，意味着颠覆食品药品配送和药店零售行业格局，美国远程医疗服务和健康咨询业界，也将随着 Teladoc 的兼并而开始重组大战和格局划分！

由于整个医健行业郁闷太久了，移动通讯和互联网技术公司，包括智能手机、笔记本电脑和便携式 PDA 等厂商和技术服务平台，都在寻求新的业务增长点，梦想着瓜分医疗保健这一巨大蛋糕。Teladoc 这一举动无疑唤醒了业内竞争者。

近年来，美国各种商业医保机构，如 Aetna、Anthem、United Health，以及 Blue Cross 和 Blue Shield 等都开始承保远程医疗服务，特别是各州政府医疗服务监管部门放开对提供远程医疗服务的限制，例如取消了首诊必须先面对面诊疗咨询等要求。未来几年远程医疗将成为美国医疗服务的新常态化模式。

美国的远程医疗服务之所以进入了稳步发展的轨道，除了有较成熟的市场监管机制，与各种医疗保险服务的覆盖率分不开。

国内在远程医疗实践规范化方面，在远程医疗专业执业监管方面，以及医保承保细节等，仍需要一步一个脚印儿地落实。否则就在那儿徘徊。

美国的互联网+远程医疗服务之所以被医生、病人和医疗保险机构所接纳和应用，是因为病人和家属感觉到了便捷、等同的医疗服务水平和提供健康管理咨询等，特别是对亚急诊病症的咨询，通过互联网+远程医疗服务，病人和家属可以避免不必要的急诊就医和路途劳苦。

Teladoc 的 CEO 强调这种强强联合效果，强化了 Teladoc 精英医疗资源，包括全球范围内 450 种不同疾病专科和专项医生资源。Teladoc 下一步计划是通过全球互联网平台，提供全球范围内的远程医疗咨询服务，包括第二建议咨询。

“最佳医生”第二建议咨询机构始建于 1989 年，是由哈佛大学医学院临床医生创办的。现有全职医护人员 650 人，其中在波士顿地区有 270 位顶级专家医生。

在过去近二十年里，他们为全球患者提供远程咨询和第二建议服务。年初，他们和 IBM Watson 人工智能团队达成了合作协议，利用 AI 系统建立癌症患者的医护管理服务。

“最佳医生”提供的数据分析为患者和家属带来了巨大的经济获益，也便捷了医疗健康服务。自创建以来，他们已经为全球超过 4 千万会员/客户提供了远程咨询服务。正是如此业绩，Teladoc 将其兼并后，必将会进一步巩固其互联网+远程医疗服务领军地位。

## 回归医疗本质 医生集团面面观

编者按：

21 世纪最缺的是什么？人才！对于医疗机构而言，医生是最为重要和稀缺的医疗资源。通策商学院已将吕董分享的《简单、合作、平台、信仰》主题报告的干货及部门的研究综合整理了一下，分享给大家。（详见专题 A，P1），下文是摘选了一些来自“方正证券”和“中国健康产业创新平台”就“医生集团”的研究和观点，供大家参考和学习。

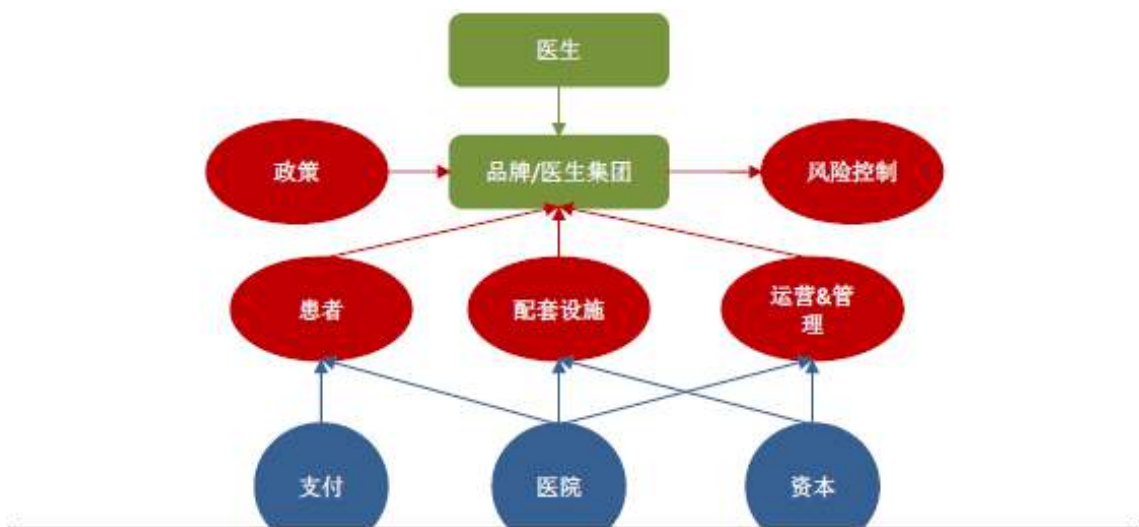
券商研究（方正证券）

医生集团：  
医疗服务重新定价

医生集团是指由至少两名医生为主体组成的独立法人，能够满足医生自由执业的患者来源、品牌构建、风险控制和运营管理需求，是医生资源配置的必由之路。目前国内的多点执业、社会办医、分级诊疗政策都有助于医生集团发展。

医生集团运营方式是与医院、资本合作，其中医院提供平台和患者，资本支持运营。医生集团发展到现在，人才、资金方面并不存在太多壁垒，要素在于政策、品牌、患者、配套设施、运营管理。

图表 1：医生集团相关政策整理



## 政策——

### 对医生集团起决定作用

医生集团发展到现在，政策才是最大困境。医生流动需要两个条件：第一，一个适合流动的大环境和流动点；第二，医生自身具备流动能力，年轻和年老的流动难，骨干容易。由于医学院和各大三甲医院依然是培养医生的最主要来源，医生需要从医院的体制中出来进行多点执业或者完全脱离体制。绝大部分医生还没有离开体制，选择多点执业方式加入医生集团，虽然国家政策鼓励医生多点执业，但很多医生并不敢光明正大的进行，担心院外执业会影响院内发展。

医生集团抢走了公立医院的患者，又在分级诊疗中引流了公立医院的患者，吸收了公立医院的医疗骨干，对公立医院产生负面影响。在部分大医院院长眼里，医生还是医院的，不是病人的，也不是医生自己的，对多点执业“不予支持”，甚至“沉默抵制”。

每家公立医院有资格和能力进行多点执业的医生本就不多，加上政策的不明确及院方态度的不明朗，医生集团的发展边际仍然有限，医生流出医院未来会受到一定程度的制约。可能主要体现在顶级专家的缓慢流出，但是长期来看这个趋势依然是存在的。

图表 2：大型公立医院面临挑战



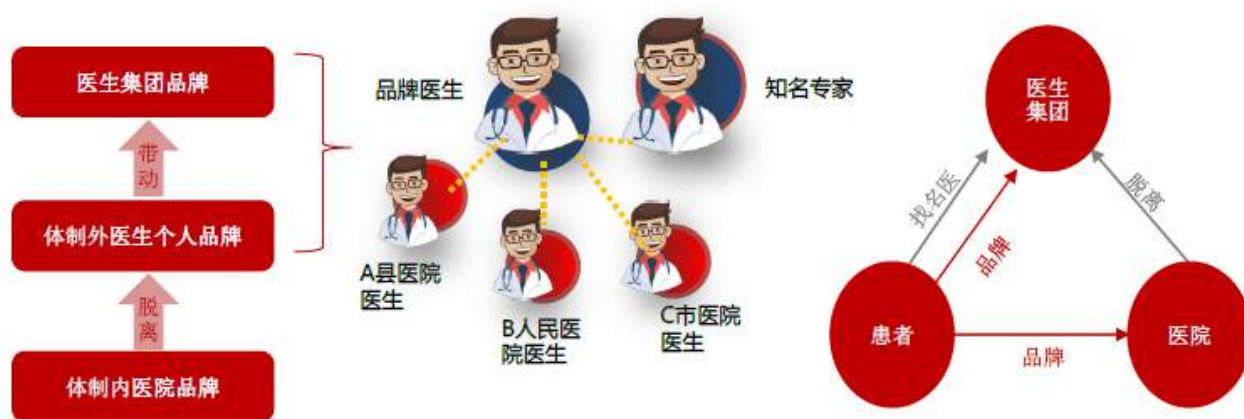
## 品牌——

### 医生集团运营前提

出于晋升和成长的考虑，中国医生脱离体制比较困难，有能力脱离的基本是副主任及以上级别，但是在脱离体制以后有一个很重要的问题：医生个人品牌的塑造。

目前中国患者就医大部分还是认准医院品牌，医院品牌不等同于医生品牌，所以当医生脱离医院的时候医生的个人品牌和医院品牌就产生了矛盾。医生脱离医院以后很有可能面临患者锐减的问题，医生集团火热期有部分医生脱离公立医院以后发现门可罗雀，是因为他们对体制内的医院品牌和自己的个人品牌有误解，认为病人是冲着自己的个人品牌去的，然而事实是大部分病人依旧是认准公立医院的医院品牌。

因此医生如果要脱离公立医院加入医生集团，必须考虑个人品牌的培育，可以通过互联网和基层布局帮助医生进行个人品牌打造。医生个人品牌打响之后还可以围绕特色医生品牌组成团队，带动医生集团其他成员的品牌建设。



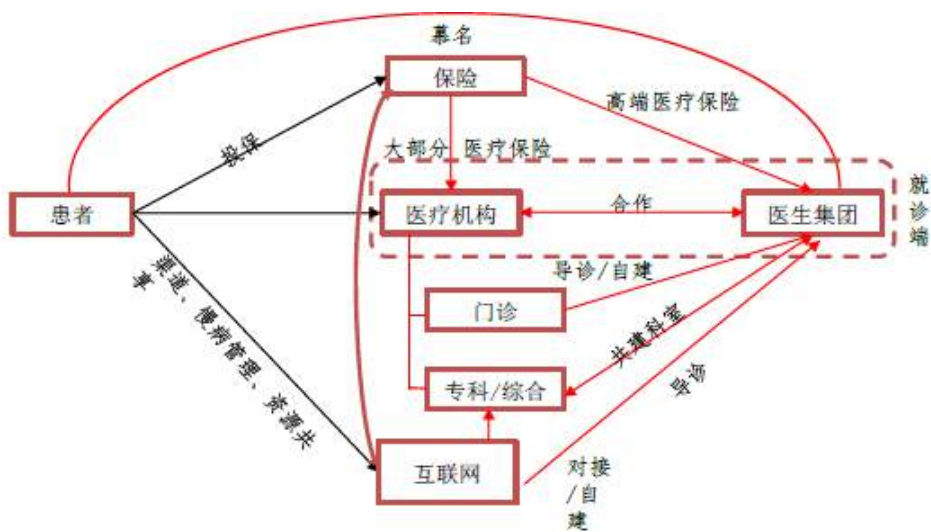
图表3：医生集团品牌作用

图表来源：方正证券研究所

### 医生集团的患者入口

患者的数量是医生集团的核心竞争力来源，有了患者数量，医生集团的收入才有保障，才有议价能力。医生集团的产业结构中，患者本身、保险、互联网、医疗机构、医生集团几个要素关系处于初级阶段，任何要素都有可能成为入口。当然仅仅有患者还不够，患者的背后是支付能力，只有与支付端接轨，医生集团才能走的长远。

图表 4：医生集团产业要素



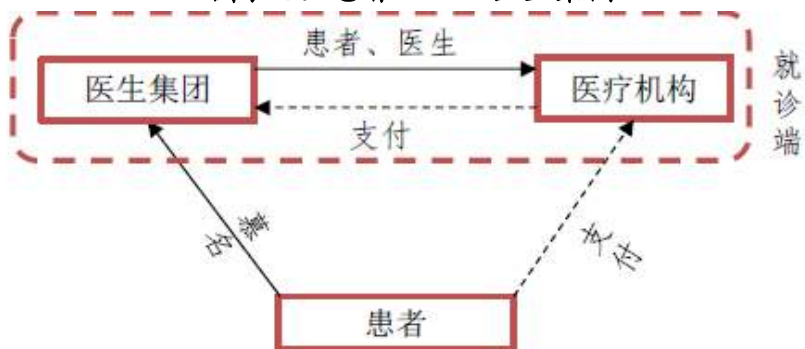
图表来源：方正证券研究所

### 患者 —— 医生集团

患者直接寻找医生集团，主要是通过医生集团品牌的营销，医生集团有不少名医，有着良好的个人品牌效应，不少患者慕名而来，这也是目前医生集团患者来源最主要途径之一。

一方面，慕名而来的患者边际增速极其有限，另一方面，目前由于医生集团的收费标准较高，尤其体现在动辄高达千元的专家门诊费上，患者对象为高端人群。因此，患者直接寻求医生集团的扩张边际上受限制。

图表 5：患者 —— 医生集团



图表来源：方正证券研究所

### 患者 —— 医疗机构 —— 医生集团

目前看来医生集团大多需要与实体医疗机构合作，医生集团要么与高端私立医院（比如和睦家）合作，要么与公立医院共建科室，少部分还有自己的实体医院（万峰医生集团）。

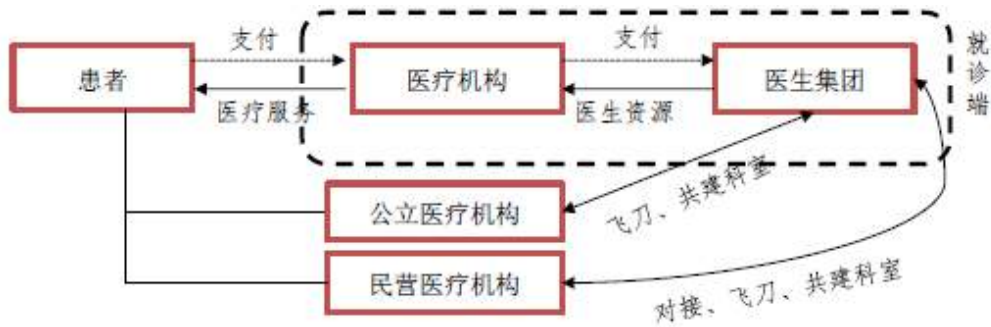
但是医生集团大多规模较小，还处于高速发展时期，部分医生集团走的是轻



资产化的道路，这也导致医生集团就诊地点受到极大限制，医疗条件往往也不如大型公立医院。

由于受到法规监管的限制，目前中国真正持有“医生集团”营业执照的医生集团只有寥寥数家，这也就意味着事实上大多数对外声称是“医生集团”的公司法律意义上是一个医生管理公司，不能接受医生注册，没法独立开展医疗服务。在结算方面，医生集团也无资格向病人收费，只能以咨询费名义与合作医疗机构分成。这也就导致支付方面医疗机构也很大的话语权。

图表 6: 患者 —— 医疗机构 —— 医生集团

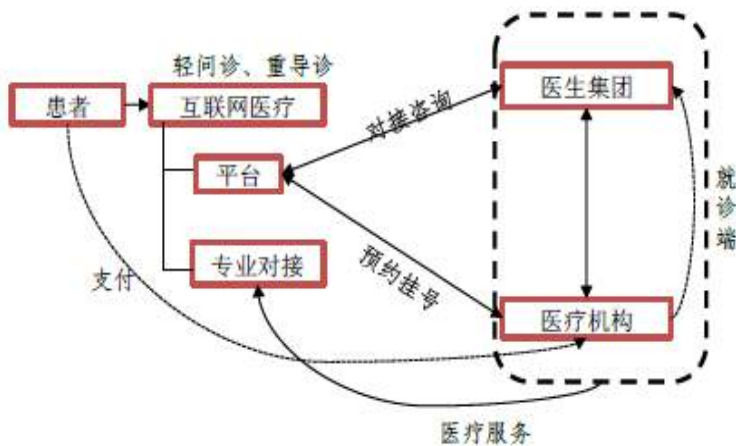


图表来源：方正证券研究所

患者 —— 互联网医疗 —— 医生集团

平台是联系患者与医生集团的纽带，互联网医疗平台在其中发挥作用较小，就现有的互联网医疗平台与医生集团的合作看来也存在诸多问题，例如挂号网上的张强医生集团只能通过电话预约，很多互联网平台并没有直接与医生集团合作，而仅仅将医生集团的介绍放到相应平台上，以增加 C 端的流量和粘性，但是最终还是要患者通过电话等传统方式预约。

图表 7: 患者 —— 互联网医疗 —— 医生集团



图表来源：方正证券研究所

图表 8: 互联网平台作用

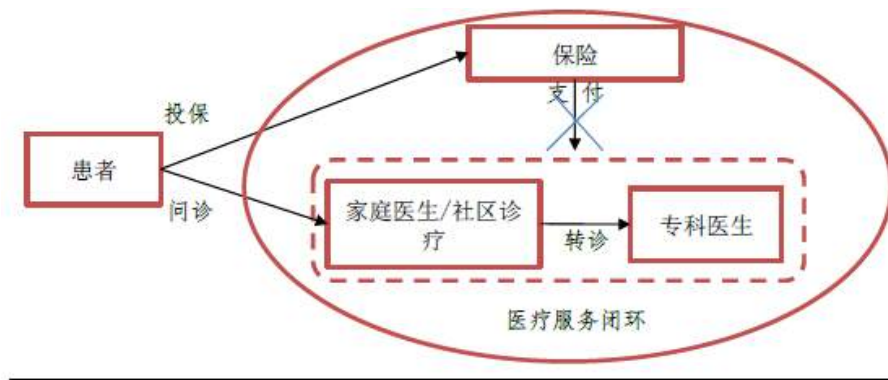
	在线问诊	对接医院	对接医生集团	与保险合作
春雨医生	√	×	√	×
丁香园	√	×	√	√
微医(挂号网)	√	√	√	×
好大夫在线	√	√	√	×
腾爱医生	×	×	√	×
平安好医生	√	√	√	√
名医生刀	×	√	√	×

图表来源：百度，方正证券研究所

## 患者 —— 商业保险 —— 医生集团

目前国内保险与医生集团合作还相对较少，一种是保险建立自己旗下的医生集团，这种建立起来的医生集团实际上并没有实体，医生大多也都是兼职；另一种是与拥有医生集团的互联网医疗平台合作（杏香园与平安健康合作），由于目前的医生集团大多为专科集团，所以保险与之合作一般较少。因此，目前国内商业保险更多充当医生集团的一种入口，并没有在患者背后起到核心支付作用。

图表9： 患者——商业保险——医生集团



图表来源：方正证券研究所

## 配套设施和运营管理

医生集团发展的另一个要素是相应的配套设施和运营管理，这也是医生集团在产业市场或二级市场与医院端、资本方合作的主要目的之一。目前医生集团主要有医生主导、体制内分级诊疗、平台化及管理服务组织四种模式，每种模式都可以分为专科及综合方向，本质来说都是医院提供配套与自身运营方式的不同：

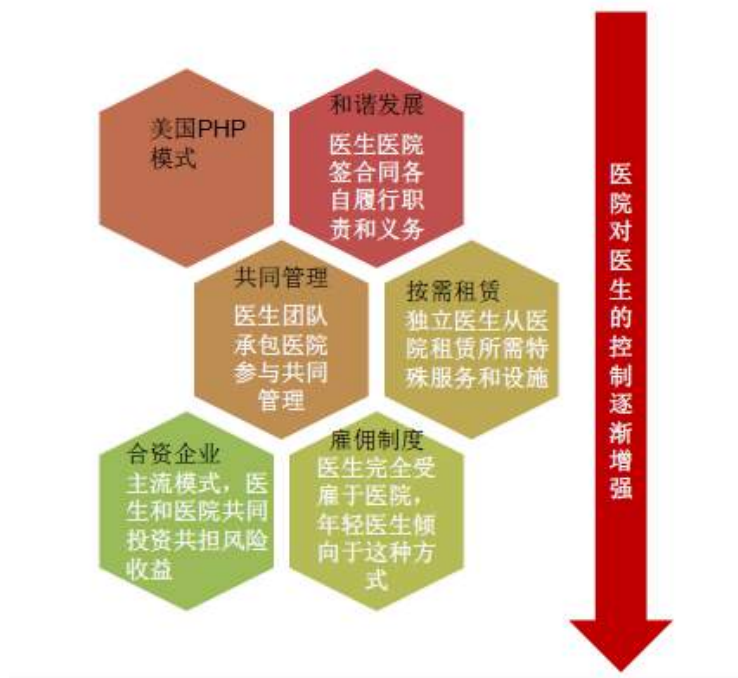
- 医生成为主导，自由执业，医生团队与医院签订合作协议，通过提供医疗服务取得分成收入或保险支付。医生主导的医生集团以专科为主，其医生多已脱离了体制。
- 医生不离开体制，多点执业，实现分级诊疗，促进医生资源由大型医院向基层医院平移；医生的收入来源于提供医疗服务获得的增量收益。
- 弱化医院的角色，搭建医生和患者直接沟通的平台；借助移动互联网技术，实现跨地域、跨医院、跨科室协同合作，医生通过提供服务获得收入，集团则通过管理收取费用。
- 不涉足具体医疗事务，负责医生集团的运营管理，法务支持等，能提供专业管理技术的收费性服务组织，具有专业化的服务和成本管控能力。通过收取加盟费和管理费营利。医师可与管理服务组织签约。

图表10: 医生集团不同运营模式



图表来源: 和君咨询, 方正证券研究所

图表11: 医生集团运营模式选择



图表来源: 方正证券研究所

医生集团需要支付体系配合

医生集团本质是医疗服务存量转移

医生集团方兴未艾，本质来说医生集团是存量转移，将公立医院内不合理定价转移至体制外进行市场定价。之所以迅速被接受，是因为国内需求很大，市场一直存在巨大的供给缺口。我们认为这种定价机制下存量市场空间非常有限，想

要走的长远，需要找到增量突破口。

下图是公立医院、医生集团以及美国诊疗的定价对比，我们不难发现医生集团收费尽管没有达到国际化（美国）的收费标准，但是相比三甲医院的收费标准还是高出不少。如果考虑中美收入差距（美国人均 GDP 大约是中国的 8-9 倍），那么相对而言，医生集团的收费高于美国私立医院。一般老百姓根本承受不起如此昂贵的医疗费用。

图表 12：公立医院、医生集团、国外医疗服务定价

单位：人民币	张强医生集团	四川省三甲医院收费标准	梅奥诊所收费标准
血管门诊诊费	500-1000	6	1100-3731
下肢静脉曲张日间手术	42000	单侧1220	
静脉血栓常规住院套餐	28000	3000	
颈动脉内膜剥离术	50000	2150	200000
下肢动脉转流术 (不含人工血管)	50000	3000	

图表来源：百度，谷歌，方正证券研究所

现在的医生集团大多为专科医生集团，即使是一些知名的例如张强医生集团也只能目前提供心血管方面的某些手术。可以认为，目前的医生集团主要关注大病、慢病等费用高的病种。

然而，医疗费用的分布有着明显的几何偏向特征，费用低的发生频率高，费用高的发生频率低。2003 年对上海嘉定区农村居民的卫生服务调查，当地农村居民 0-50 元的费用发生频率为 36.39%，2 万元以上费用的发生频率只有 0.26%。当时上海嘉定区农村居民人均纯收入在 7000 元左右。

治疗费用高的疾病发病率本来就低，再加上医生集团的高端定位，病人里能享受高端医疗服务的人就更少，医生集团的存量有限。以恶性肿瘤为例，根据 2014 年的《北京市卫生与人群健康状况报告》可得，北京市目前的恶性肿瘤发病率为 0.3%，医生集团目前瞄准的是高端收入人群，我们在这里采用胡润研究院最近的数据，北京有 10 万千万富翁，按此比例计算，每年大概有 300 位高端人群患病，这其中还包括到公立医院急诊的人数。

图表 13: 中国不同收入人群

分类	低收入人群 (12万以下)			中产阶级		富人群 (100万以上)				
	贫困人口	穷人	低收入	小康	中高收入	富人	富翁	富豪	大富豪	超级富豪
家庭收入	人均0.28万	低于3万	3-8万	8-20万	20-100万	100-1000万	1000万-1亿	1-10亿	10-100亿	100亿以上
人群数量	0.82亿	2亿	4亿	3.3亿	3亿	3500万人	200万人	6.3万人	1800人	90人左右

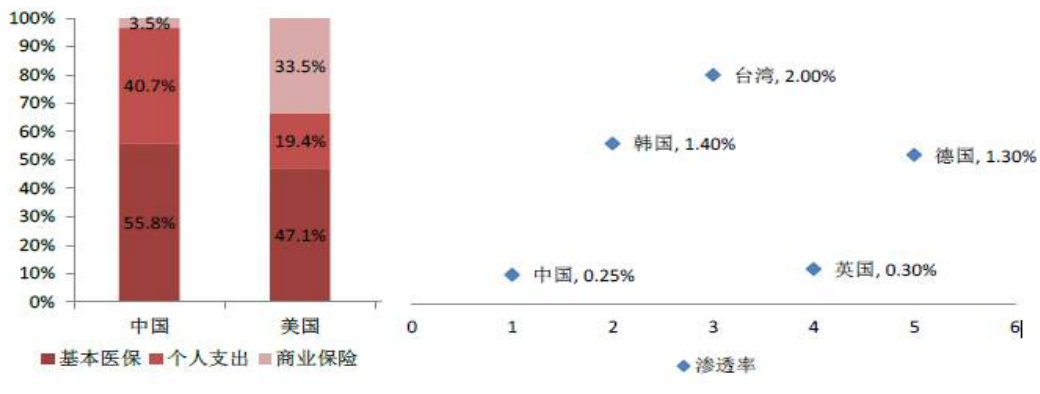
图表来源: 普华永道, 方正证券研究所

### 增量在于商业保险配合

既然医生集团的本质是医疗服务市场定价, 能承担这种定价的人群少, 但医疗需求并不会减少, 医生集团空间增量在于为患者找到合适的支付方式。

目前国内支付方式有基本医保、个人支出和商业保险, 其中个人支出部分占比高 40.7%, 商业保险仅占 3.5%, 而美国的商业保险占比为 33.5%。中国商业保险渗透率较低, 健康险总保费占 GDP 近 0.25%。

图表 14: 中美商业保险对比及保险渗透率

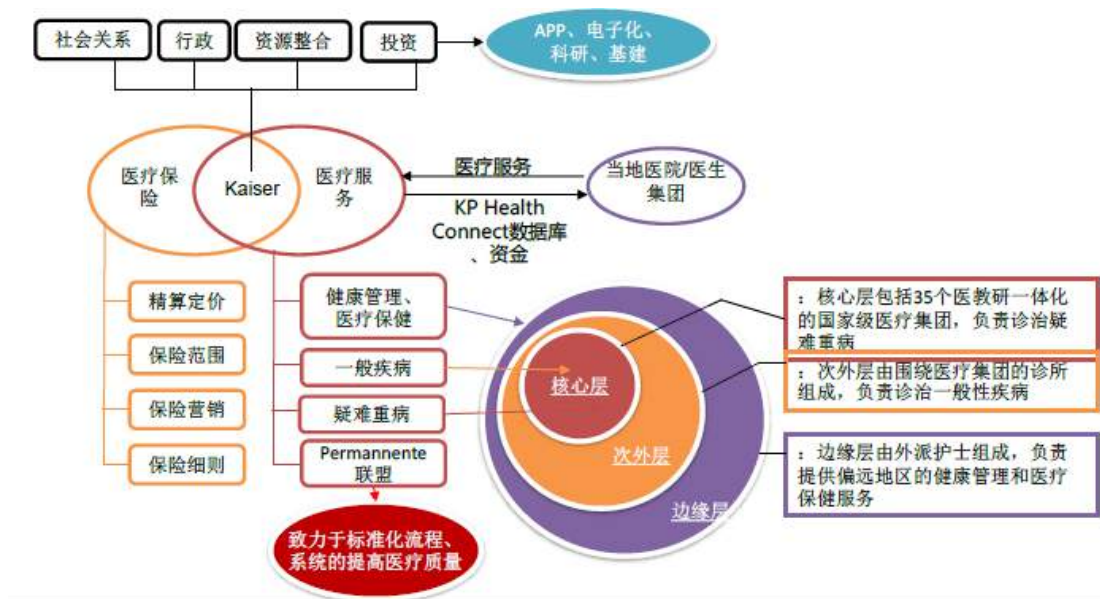


图表来源: 方正证券研究所

我们认为, 未来我国的保险体系将走向明显的双轨制, 绝大部分人享受基础医保, 商业保险则覆盖中高端人群, 而只有与商业保险结合的医疗服务体系, 才能形成完整的闭环。

以美国凯撒集团为例, 2013 年, 凯撒医疗集团在美国拥有 900 万会员, 17 万员工 (近 5 万名护士), 1 万 7 千名医生, 覆盖 8 个地区、9 个州和哥伦比亚特区, 年营业收入达 531 亿美元, 净利润 27 亿美元。整合式医疗的优势在于: 协调初级保健医师、专科医生、医院、药店以及实验室等之间的工作, 加强护理提供者之间的沟通联系, 提升护理质量, 为会员提供更多便利; 由于预防保健的工作效果较好, 在保持或提高服务质量的前提下可以降低成本; 利于促进创新。

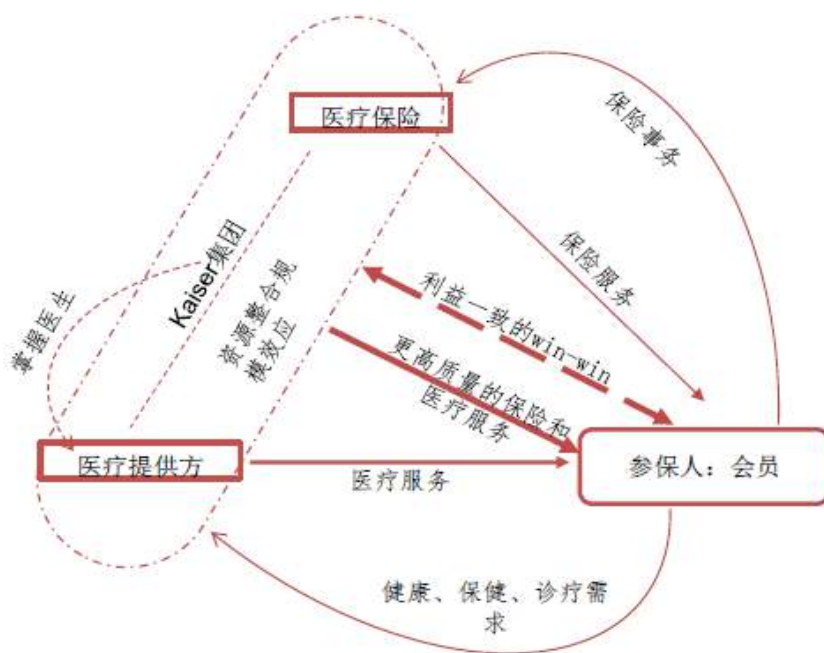
图表 15：凯撒集团



图表来源：方正证券研究所

- 凯撒医疗拥有自己保险，医院和医生集团，所以购买了凯撒保险，即相当于购买了凯撒整体的医疗服务。
- Kaiser 的核心是：医生控制在自己手里。对于医生来说，凯撒能够给他们提供高工资、好福利以及稳定的工作环境。对医院的所有权有利于管理医生的行为，对医生的考核是医疗服务的质量和值，医院的运营根本是通过费用控制来降低成本，推高盈利。因此医生的核心考虑是让病人少生病。HMO 管理者可以通过医生培训、绩效设置来给医生进行健康服务的动力，这样所谓慢病管理、术后管理、随访等手段才有可能进行。
- Kaiser 与其他医疗管理模式不同之处在于：创造出医生集团与保险之间新的关系和经营模式，更加符合医患双方的共同利益，达到win-win。
- 利用资源整合的方式，能够限制住医生多点执业以提高行医效率：凯撒集团的医生工作稳定，比较容易专注于单点的病患。这有些类似中国医院对医生的绑定。但中国医生被绑定有很多事医生无奈的选择，医院无法为医生提供满意的工资、待遇。
- 与其他保险公司不同。保险公司之前并无产品壁垒，任何服务均可抄袭、模仿、替代，所竞争的主要在于营销、规模，而Kaiser 通过闭环经营的方式，形成了垄断性优势。

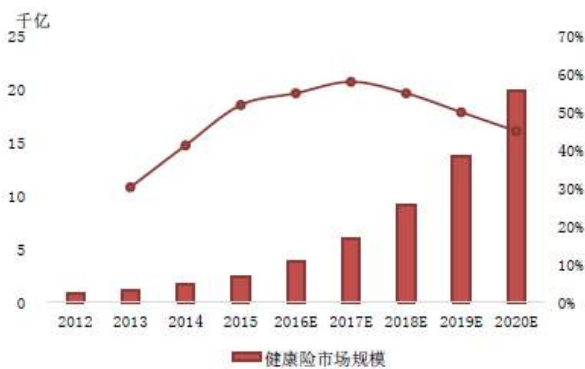
图表16: 凯撒集团的双赢模式



图表来源: 方正证券研究所

我国近年商业保险发展迅速, 2015 年中国健康险保费收入达到 2410 亿元, 同比增长 52%, 保持较高速增长的趋势。预计到 2020 年, 我国商业保险规模将达到 2 万亿。

图表 17: 我国商业保险市场规模



图表来源: 保险数据统计报告, 方正证券研究所

图表 18: 个人卫生费用总支出



图表来源: 卫生统计年鉴, 方正证券研究所

图表19：2006-2015 相关重要政策列表

(图表来源：方正证券研究所)

时间	政策	发文单位	主要内容
2006.9	健康保险管理办法	保监会	从经营管理、产品管理、销售管理、精算要求等方面规范健康保险行业的发展。
2009.3	关于深化医药卫生体制改革的意见	国务院	把健康险定位为基本医疗保障的补充
2013.9	关于促进健康服务业发展的若干意见	国务院	到2020年，健康服务业总规模达到8万亿元以上，基本建立覆盖全生命周期、内涵丰富、结构合理的健康服务业体系，把健康险作为健康服务业的重要板块，鼓励商保提供多样化、多层次、规范化的产品和服务。
2014.8	关于加快发展现代保险服务业的若干意见	国务院	对健康险重新定位为医疗保障体系的重要支柱。鼓励保险机构发展多样化健康保险服务，支持保险机构参与健康服务业产业链整合。
2014.11	关于加快发展商业健康保险的若干意见	国务院	2014年《关于加快发展商业健康保险的若干意见》凸显中央政府对发展商业健康保险的高度重视，重申和明确商业健康保险的内涵、功能，并指明发展道路。
2015.7	关于全面实施城乡居民大病保险的意见	国务院	在2012年起试点的基础上全面推进城乡居民大病医疗保险，由市级或以上统筹，从基本医保基金划出一定比例作为大病保险基金，由商保承办。
2015.8	个人税收优惠型健康保险业务管理暂行办法	保监会	投保人可凭购买税优健康保险享受个人所得税税前抵扣，明确开展税优健康险的经营、产品管理、业务管理以及信息系统管理等方面的监管要求。

## 医生集团的概念和模式

### 模式源流和创新 (中国健康产业创新平台)

医生集团 (Medical Group) 又称为“医生执业团体”或者“医生执业组织”，有多个医生团队组成的联盟或者组织机构。

“医生集团”可能属于医院，也可能是独立的“医生组织”，一般是独立法人机构，以股份制形式运作。

世界上大多数发达国家和地区的医生都采用医生集团的自由执业方式。据美国医疗协会 (American Medical Association) 2012 年的报告统计，83% 的美国医生在“医生集团”中行医。在美国“医生集团”模式已开展数十年，起步早、形式多样。有些集团是单纯由医生组织成立、独立运营的，而有些则是医生、医院及其他供应商的共同联合。

而国内“医生集团”模式起步晚，但随着国外“医生集团”模式的成熟和渗透以及国内政策的利好，国内“医生集团”模式逐步发展。2015年初，国家颁布《关于印发推进和规范医师多点执业的若干意见的通知》，要求最大程度上简化多点执业程序，鼓励探索备案制。

目前，国内主要的“医生集团”主要有：万峰医生集团、张强医生集团、杏香园医生集团、孙宏涛体制内医生集团、广州“私人医生工作室”等，形式各异，数量众多。



## 医疗需求迅猛增长

一方面，人口老龄化趋势明显，据国家统计局网站显示，从2005年至2014年，65岁及以上人口占总人口的比例从7.7%上升至10.1%，且呈现不断上升的趋势。人口老龄化的加剧拓展了人们对于医疗市场的需求。

另一方面，人们收入不断上升、生活水平日渐提高，在满足生活基本需求的同时，人们开始注重生活品质，经济水平的提升对于医疗需求的增加是重大利好。

## 多点执业政策

从2009年国务院发布《关于深化医疗卫生体制改革的意见》之后，国家对于推动义务人员多点执业的决心就逐步显现。在此之后，国家频频下发关于医疗人员多点执业的通知，尤其是2015年1月12日国家卫生计生委发布的《关于印发推进规范医师多点执业的若干意见的通知》。从此，多点执业成为了未来不可逆转的大趋势。在政策利好的大背景下，不少医生联合起来形成互助联盟，形成实质上的“医生集团”。

图表 1：多点执业 2015 年 1 月 12 日政策

时间	政策
2015年1月12日	国家卫生计生委发布《关于印发推进规范医师多点执业的若干意见的通知》，进一步放开了对于医生多点执业的管理，规定医师多点执业实行注册管理，相应简化注册程序，同时探索实行备案管理的可行性。条件成熟的地方可以探索实行区域注册，以促进区域医疗卫生人才充分有序流动。另外，国家对多点执业的要求从“取得第一执业地点的书面同意”改为取得第一执业地点医疗机构的“同意”

资料来源：奇璞研究

## 医生人心

“医生集团”模式为体制内医生提供了新的发展方向，也成为很多医生走出体制，探索市场化定价的一个积极尝试。一部分体制内的医生主张医生不离开医院的情况下，在工作之余采取医生多点执业的模式加入医生集团，医生集团对签约医生采取的多劳多得的奖励方式。并且越来越多的医生也考虑真正走出体制，形成真正的医生集团组织。“医生集团”在医生界引起的“躁动”可谓不小。

图表 2：代表性医生集团

医生集团模式	典型代表
体制外医生集团	张强医生集团
	万峰医生集团
	杏香园
	中欧医生集团
体制内医生集团	大家医联
	中康医生集团
	广州医生工作室
	心血管医生集团
移动医生集团	三甲医生集团
	微医集团

资料来源：奇璞研究

### 美国医疗集团发展历程

纵观美国医生集团的发展历史，我们可以发现医生要素的市场化释放是促进医生价值回归的重要因素，同时也是促使形成“医生-医院-保险公司”三足鼎立、相互制衡的医疗服务行业利益分配机制的重要变动力量。

1930 年以前，医生同时拥有医院的所有权和管理权，管理者只是扮演了次要角色；从 20 世纪 30 年代逐步发展到 70 年代，专业分工逐步出现，医生逐渐将精力关注于临床工作，医院的管理逐步交由专业的管理人员；

1974 年随着美国健康计划与发展法案的通过，管理者逐步加大对医疗资源的控制权，到 1983 年 Medicare 预期支付体系建立，管理者日益重视控制成本，医生主要关注患者治疗；

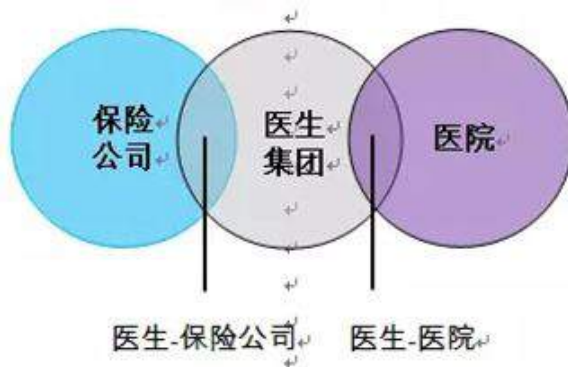
到了 90 年代以后，随着管理型医疗模式扩张，1984-1999 年独立执业医生开始下降，医生集团出现萎缩的情况，雇员医生开始增加，严苛的保险规定将医生集团推到医院一边，二者结合呈现紧密的趋势。

进入 21 世纪后，美国医生集团呈现两个发展态势：一方面由于和医保对接的成本逐年增长以及医疗信息化成本逐步提高，美国独立执业成本也水涨船高，导致雇佣医生比例逐步提高，小规模医生集团经营日益困难；另一方面，受到互联网对传统行业的改造，以及 HITECH、ACA 法案对医疗保险和电子医疗健康数据的标准建立，大型医生集团则出现与保险公司加速合作的态势，将医疗风险向医院转移。

## 美国医疗集团发展模式经验

由于美国医生团体可以独立执业，市场化地位得以确立，所以医生始终是医院方和医疗保险组织都争取的重要力量，从美国医生集团发展历程看，主要形成了“医生-医院”模式和“医生-保险公司”模式。

图表 3：医生成为保险公司和医院相互争取的力量



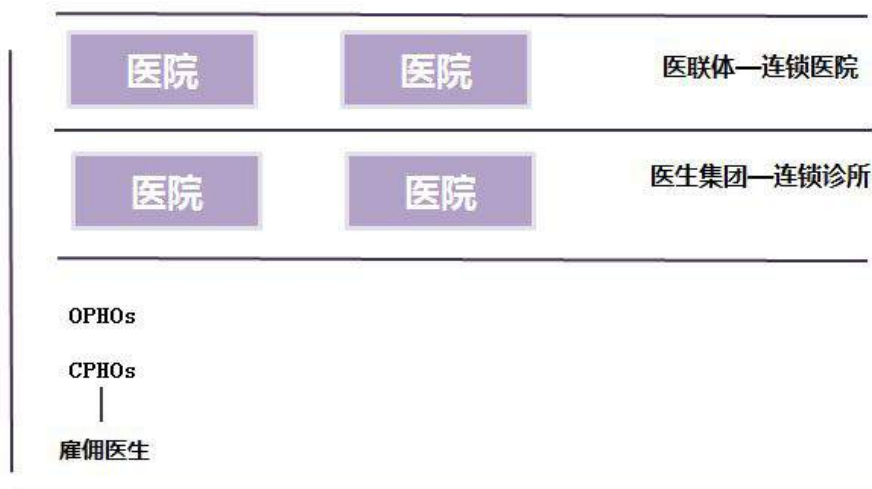
资料来源：奇璞研究

医生行为的判断主要是根据个人价值最大化，当保险一方给予的价格严苛时，医生集团倾向于与医院形成一体化，最为极端的情况就是脱离自由执业成为雇佣医生；当保险公司给予待遇优厚，风险向医院方推进时，医生集团更倾向于与保险公司合作，实现价值最大化。

### “医生-医院”模式

在 20 世纪 80-90 年代，当美国 HMO 组织逐步确立并扩大市场份额时，医生和医院都感到了极大的压力，促进了医生集团与医院的行业重组。一方面医院的横向联合形成医联体，并进而走向连锁医疗机构；二是医生的横向联合，发展出医生集团；三是医院和医生纵向的联合，比较极端的情况就是医院直接雇佣医生。

图表 4：医生成为保险公司和医院相互争取的力量



资料来源：奇璞研究

随着“医生-医院”模式的深入发展，逐渐形成了多种医生集团模式，主要包括：独立医生组织（Independent Physicians Association, IPAs）；开放的医生-医院组织（OpenPhysician-Hospital Organization, OPHOs）；紧密的医生-医院组织（Closed Physician-Hospital Organization, CPHOs）和完全一体化组织（Fully Integrated Organization, FIOs）。

以上这四类“医生-医院”模式的分类，主要是考虑医生与医院相互紧密关系：IPAs 医生最为自由，除了处理与保险公司合约这一工作以外，专注于患者服务疾病治疗；OPHOs 医生则需要借助医院设备、护理、病床等服务，但相对医院医生在经济上仍旧独立，采取与医院合约分成的方式实现医生个人或医生集团的经济独立；CPHOs 医生将于相关医院结为更紧密的关系，集中表现在业务上需要配合医院安排进行合作性医疗服务，更进一步有的 CPHOs 则需要医生签订排他性协议，医生服务逐步内化到医院组织，医院已经开始提供医生一部分固定收入；到了 FIOs，医生完全被雇佣于某一家医院，固定工资的比重很高。这些组织中的医院和医生个人关系呈现逐步由弱到强的过程。

图表 5：医生—医院组织模式

	独立医生组织	开放医生—医院组织	紧密医生—医院组织	完全一体化组织
协助保险签约	✓	✓	✓	✓
管理服务		✓	✓	✓
合作性医疗			✓	✓
医院排他性			✓	✓
完整所有权				✓
医生工资				✓
提供保险				部分
契约变迁	分成合约			固定工资合约

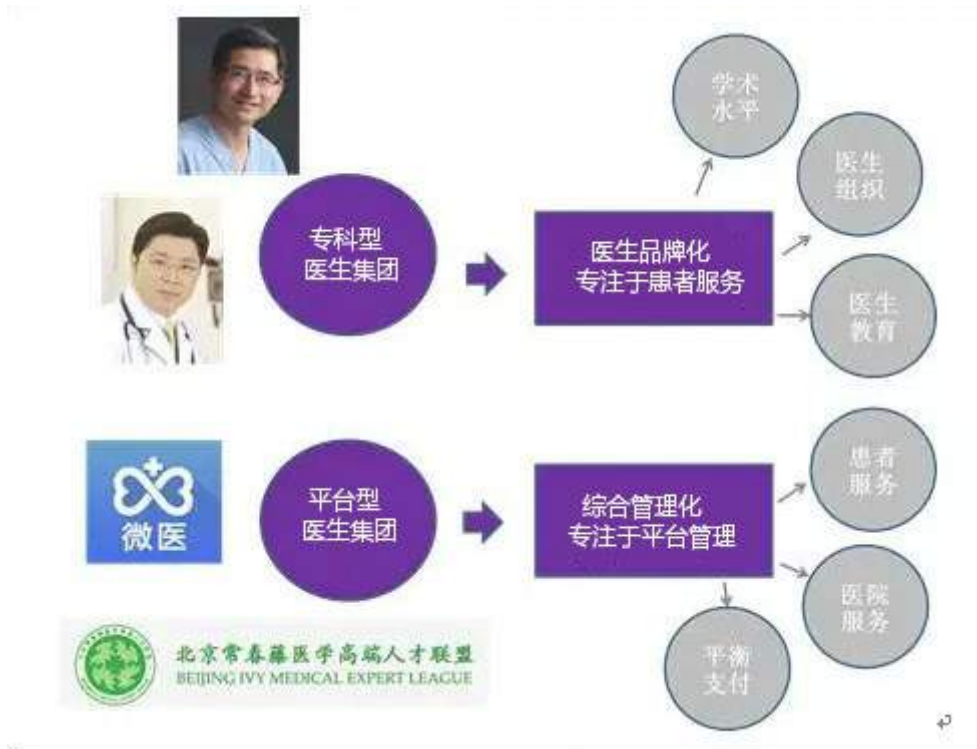
资料来源：奇璞研究

这类与医院形成某种合作形式的医生集团在美国占大多数，例如美国胜特思专科医生集团，即是医生话语权较大的具备医院的大型医生集团。胜特思专科医生集团已囊括了近 300 位的高端知名专科医疗专家和教授，同时还包括了专为名流服务的著名的海景医院霍格医院（Hoag Hospital）、橙县最大的综合医院教会医院（Mission Hospital）在内的 6 家知名医院，致力于照顾到国际患者的每一个需求，为其提供全面、量身定做的医疗服务。

## 医生集团的“专科型”与“平台型”

医生集团根据所涉及科室的范围，可以分为“专科型”和“平台型”两种。前者例如张强医生集团、万峰心血管专家联盟、哈特瑞姆心律专科医生集团等，都是围绕某一个专科而成立的医生集团，而且这些医生集团基本上都是独立单一的组织机构。后者例如人才联盟、挂号网的微医集团、中康医生集团等，都囊括了许多不同专科的医生团队，这些医生团队之间相互独立。换句话说，这些医生集团更多发挥的是平台的作用。而从各自发展的思路来看，几乎都是走向“医生集团+医院”的模式，这种发展思路的一个趋势就是专科型医生集团的“医生品牌化”以及平台型医生集团的“综合管理化”。

图表 6：不同类型的医生集团发展趋势



资料来源：北京常春藤医学高端人才联盟

由于医生集团组织方的经营模式差异，根据国外医生集团发展的趋势，专科型的医生集团将逐渐呈现医生品牌化的趋势，专科型的医生集团主要关注患者服务，通过不断增强该医生集团在所在专科领域的学术地位和水平、吸引组织该领

域内高端医生资源加入和持续对所在领域进行医生教育，不断扩展专科型医生集团在所在领域的行业地位，实现医生集团价值；

相对而言，平台型医生集团将逐步承担综合管理任务，提高医生组织和患者之间的交流效率，提升平台盈利水平，以优秀的管理能力取得各方对该平台的认可，这类平台型的医生集团可以向线下医院扩展或向医疗保险公司扩展，不断扩大平台影响力。

### **医生集团突破体制约束大势所趋**

美国近年来出现了雇佣医生比例逐渐提高的趋势，这是有其特殊医疗政策市场环境造成的，并不能说明雇佣医生是未来发展的主流趋势。

从美国方面来说，一方面美国医生具备成立各类医生组织协会的传统，医生协会通过代表医生在市场上谋求医生利益，保障了医生整体上在美国享受较高薪酬水平，即便医生“回归”医院，医生的服务价格已经被市场充分发现，医生的价值得到体现，医生协会组织的传统仍旧保持；另一方面，医生“回归”医院也是医生在权衡独立执业的成本、收益、风险等各类因素后自我选择的结果，而不是通过体制强制的结果。

反观中国医生现状，推进包括医生集团模式在内的独立执业，对我国医疗服务市场和卫生社会环境影响深远，具备积极的意义。

一是对医生而言，通过加入医生集团而促进医生服务市场化，促进医生服务价格的市场发现，通过市场化的价格体现了不同类型医生的服务价值，回归医生服务患者的本质；

二是对医院而言，通过医生独立执业，实现社区医院和全科医生直接对接医生，促进医疗体系下沉和分级诊疗，也进一步促进医疗公平性的增加，同时通过医院对接医生集团的方式，医院也将自己的资源更多地用于医院管理，促进医药分开，促进医院分工和医院管理的专业化提升；

三是对医疗保险而言，可以预见在独立执业条件下，中国的“医生集团+保险”商业模式开始出现，促进医疗保险由目前以经办业务为主，向健康管理性保险业务转变，推进医疗保险向本质回归。可见，推进包括医生集团在内的医生独立执业，对我国医疗体系重构具备深远影响和积极意义。

从目前现有的医生集团来看，仍旧一定程度上受制于目前的体制。在目前医生独立执业大环境还尚不充分具备的情况下，很多医生集团沦为了医生和患者之

间的“中介”，特别是“平台型”的医生集团，帮患者找到想看的医生，帮医生找到合适的患者。而这些患者的到来最终还是要到医生所在的公立医院接受治疗。

另一方面，医生如何突破体制束缚也是在我国医疗行业一直存在的问题，相信随着我国医生多点执业、自由执业等相关政策的出台，有利于医生集团发展的行业环境和社会环境不断改善，医生集团突破体制束缚是行业发展趋势所在。

### 医生集团的“互联网+”

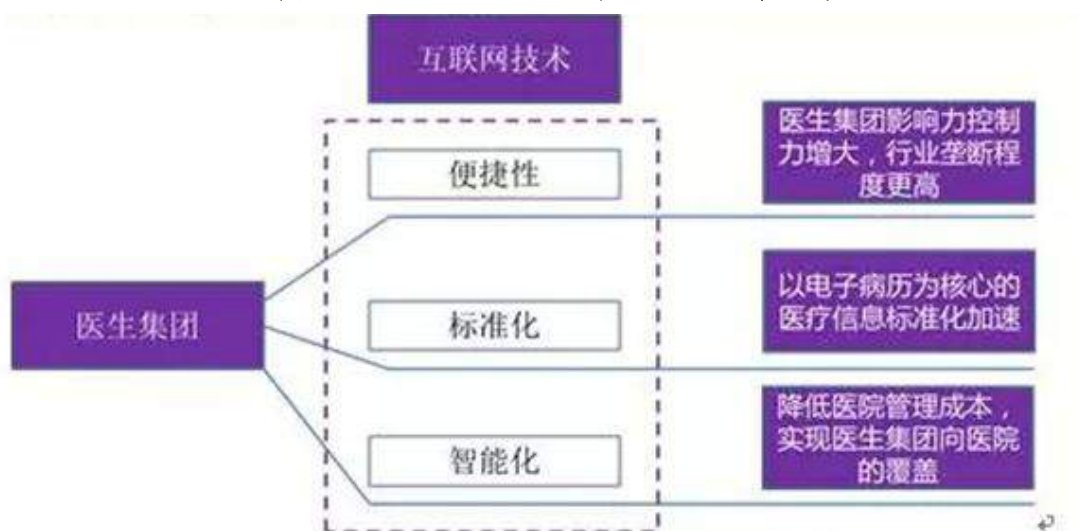
一是极大扩充医生集团的影响力。新媒体的传播模式使具备医生品牌的医生集团具备比以往更为强大的影响力，一方面是新媒体强大的宣传传播能力，使正面的或负面的信息迅速扩张覆盖面；另一方面则是医生集团可以利用移动互联平台，以较低的成本实现向患者提供医疗服务，进行远程协作医疗，和网络医疗教育，这些都使医生集团突破地域限制。传统的医生集团在某一专业领域可能有数十家医生集团，但在互联网条件下，某一专业领域只可能有少数几家医生集团，细分行业垄断趋势明显。

二是医生集团将加速医疗信息标准化。医生是使用电子病历的使用主体，如果没有医生有效的参与互动，面向未来的集约、可互操作、标准一致的电子病历就很难出现。以目前我国医疗信息化情况来说，大多电子病历已经处于“死数据”的状态。医生集团的规模扩大将有助于以电子病历为主的各类医疗信息标准化建立。包括远程心电中心、区域影像中心、区域检测中心等都将很容易实现和电子病历的嵌入，并进而催生出诸如电子病历系统供应商等细分医疗信息行业。

三是医疗管理智能化。传统上，由于医生集团的出现，患者服务主要由医生集团承担，进而促使医院人员将主要精力放在医院的管理方面，包括对护工等人员管理、财务管理、相关法律文书管理、医疗设备和医护设备管理、药品管理、医疗信息管理等方面，以降低整体管理成本为主要动力。

随着互联网技术、特别是移动互联网技术的发展，目前医院管理的综合成本不断降低，医生集团已经可以用较低的成本覆盖医院管理，这便会进一步加速医院向重资产化方向演变，“医生集团+连锁医院”的模式或许会成为未来医生集团切入医院行业的主要方式，例如凯撒集团已经开始出现了这种特点。

图表 7：“互联网+医生集团”的若干趋势



资料来源：奇璞研究

### 卫生服务管理系统的重构

医生集团的发展需要我国卫生服务管理系统的重构。目前我国医疗卫生管理体制条块分割、面向医院为核心的管理体制，将逐步向一体化管理、医生管理体系标准化和防治结合等方向发展。

1) 探索将医疗保险和医疗服务实行一体化管理。实行医疗保险和医疗服务统一管理，有利于提高卫生资源的利用效率，更好地控制医疗费用，是国际发展趋势。目前，我国三项基本医疗保险制度分属于不同部门管理，造成重复建设和资源浪费。

2) 探索建立医生管理标准化体系。我国目前医疗卫生管理体制较多的针对对象是医院部分的管理，对医生的管理应亟待加强，包括医生教育、医生培养和资格认定，医生组织与协会管理、医生服务价格定价机制、医生医疗信息档案、医生医疗保险等，为后续医生独立执业和医生集团体制下医生的正常流动提供政策保障。

3) 强化防治结合的服务理念。在医生集团提供医疗服务的行业环境下，将更加重视患者的疾病预防和日常保健工作，将卫生服务系统的管理理念逐步从重视治疗转变到重视预防上来。





### 感谢您对本次“医生集团”的专题感兴趣

- 本次“医生专题”整整霸占了22屏，您看完了，说明您是我们的真爱粉，同时也很高兴本次《通策商学院》试刊号的专题篇得到您的认可，看来我们在选题上没有跑偏那~
- 若您对本次节选自“方正证券研报《互联网医疗系列深度报告之七：医疗供给侧改革助力医疗服务市场化定价》的“医生集团”部分感兴趣，亦或是节选自“中国健康产业创新平台”的《“医生集团”发展模式简析》感兴趣的话，欢迎联系小编索要完整PDF版。      MAIL: [xuwenyan@eetop.com](mailto:xuwenyan@eetop.com)



通策商学院

2017. 07. 12

## 专家谈口腔发展

——访通策医疗口腔事业部董事长章锦才先生

### 对话口腔事业部章锦才董事长



#### 章锦才

中国科学院大学存济医学院副院长  
中华口腔医学会副会长  
教授，博士生导师，主任医师  
《广东牙病防治杂志》主编  
国际牙科研究会（IADR）会员  
亚太牙周病学学会主席（2005—2007）  
国际牙科医师学院院士（FIDC）  
主要从事牙周病病因与防治的研究  
浙江医科大学学士（1978—1983）、华西医科大学硕士（1983—1986）  
博士（1986—1989），美国加州大学旧金山分校博士后（1989—1992）  
历任华西医科大学口腔医学院副院长  
广东省口腔医院·南方医科大学附属口腔医院院长  
现任通策医疗投资股份有限公司董事，通策口腔医疗投资集团董事长

2017年5月3日上午，通策商学院有幸访问到了百忙之中的通策医疗口腔事业部董事长章锦才先生。章院长就目前口腔行业的环境分析、民营口腔医院与医学院附属口腔医院之间的关联、分级诊疗和医管分离以上4个话题做了深入的探讨。

#### 一、目前口腔行业的环境分析

国家对于口腔健康的重视，可以追溯到1989年。这一年由卫生部、教委等多部委联合签署，确定每年的9月20日为全国爱牙日。口腔行业的大环境主要是因为国民生活水平的提高、民众对口腔保健意识的增强，由此对口腔医疗的需求日益剧增。无论从国家层面还是普通民众都对口腔健康越来越重视。

公立综合医院（以下简称‘公立医院’）。因公立医院科室多、口腔科相对不被重视，加上管理上的问题，公立医院的口腔科普遍效率不高。公立的口腔专科医院情况会好一点，但因患者就诊量大导致公立医院的医生对于客户的维护意识比较薄弱。口腔医疗是医疗领域比较容易市场化的一个部分。社会资本、民间资本不断地涌入，使得公立的口腔医疗机构容易从公立主体剥离，并借助资本运作、改制等方式形成新型的口腔医院。

私人口腔诊所（以下简称‘私人诊所’）。口腔诊所适合口腔医生自己做，不

适合资本来做。首先因为高水准的口腔专家医生关注高品质的平台，注重自身的学术地位，所以规模小的私人诊所不容易聘到资历深技术好的口腔专家。其次医生数量少及其个人能力的局限性问题，导致私人诊所不太适宜做复杂的疑难病症，不能全方位的满足客户需求尤其是高层次客户的需求。再者，一旦资本介入医生开设的私人诊所，其运营的难度和不确定性大大增加。客户需求不被满足，内部运营机制混乱，以资本来驱动连锁口腔诊所的模式中长期不被看好。

民营口腔医院（以下简称‘民营医院’）。民营医院的优势在于具有极强的服务意识，且知晓自身的优劣势。未来公立医院主要解决基础保障型的病患就诊需求，而民营医院更多会对客户进行细分，专注于治疗疑难病例客户和VIP客户，从而提高服务的有效性。以通策医疗为例，注重医疗技术与质量，与大学医学院合作，重视人才培养，做到医管分离，按需定制个性化的治疗方案，将客户体验做到极致。以此为代表的一些做法将持续推动民营医院在口腔市场上的比重，且在口腔领域的未来发展中占据重要的位置。

## 二、民营口腔医院与医学院附属口腔医院之间的关联

医学院附属口腔医院是我国口腔市场中的龙头，具有人才优势和技术优势，但也存在体制僵化的弊端。民营口腔，结合我们通策医疗而言，通策医疗属于民营医疗体制，将民营医院的灵活管理机制（尤其是薪酬体系的灵活性），和大学医学院的技术学术的优势相结合，可将两者融合将优势最大化。

在机制体系的运营方面，可将大学医学院平台的专家技术优势结合民营医院的优质服务体系两者融合在一起。

在管理模式方面，可引进梅奥先进的管理模式和客户服务理念，将医疗团队建设的更标准化、职业化、精准化，为客户带来更优质的医疗服务。

就我们通策医疗而言，已经是一家拥有相当规模的口腔医院集团。因为规模大，比起公立医院我们可以在设备、耗材等方面将成本降下来，通常情况下可降至公立医院的1/3甚至1/2。民营医院以其市场化的机制和庞大的规模在成本控制方面较公立医院和私人诊所都有着显著的优势。

## 三、分级诊疗

近年来，国家稳步推进医改并且十分重视分级诊疗模式。90%常见病多发病可分诊至社区医院就诊，疑难杂症则去三甲医院就诊。而目前我们通策医疗的明星医院—杭口，以其“旗舰+分院”的模式与我国力推的分级诊疗模式不谋而同，

并成功实现快速增长，已是目前医疗服务发展的成功典范。分院在当地一般都占据着龙头的地位，总院作为旗舰店从规模体量和专家数量又比分院强，对周围的分院形成支撑。目前杭口还组建了浙江省口腔疑难疾病的诊治中心，将分级诊疗模式进一步完善。

#### 四、医管分离

在欧美的医疗体系中将医院业务管理和行政后勤管理分离的管理模式是非常普遍的。如果医管分离适用到中国的医疗体系中意味着院长统管医疗业务线，CEO 统管后勤运营行政事务线。在我国，台湾长庚医院也是学习欧美的医管分离管理模式来对医院进行运作的，将医疗业务线归科室主任管理，行政后勤运营线归口到行政主任这里。

医管分离带来的好处不言而喻，让专业的人做专业的事，例如医生只需管理业务，把控好医疗质量，更多的专注到医疗业务方面，而非花时间和精力去对付自己不擅长的行政后勤管理和其他行政职能事务。但是医管分离在国内的推行也存在着一定的难度，最为突出的是很难寻觅到精通医院管理的 CEO 人选。即使在公立医院的体系内，培养具有医疗管理才能的 CEO 人才群体也是目前我国医疗体系发展的大趋势。

#### 五、医务委员会

目前，医务委员会开展的工作主要是医疗质量、院感、护理质控标准的制定，通策旗下各医院医疗质量、院感、护理质控状况的检查监督、现场指导、人员培训，同时协助新建医院质控、院感、护理体系的建设。目前通策旗下主要以杭口为旗舰店的杭口集团，以后待北京、重庆、武汉等地的口腔旗舰+分院模式开设后，医生委员会的力量会越来越大，职能也会越来越广，职称的晋升、人员的聘用、新技术、新项目、新材料、新设备等的准入都将纳入到她的管理体系中。

医疗质量是医院发展的生命线，所以医务委员会今年工作的重点仍是抓医疗质量的管理。

#### 六、CM 客户管理

据有效数据统计，杭口几十万门诊量里单客消费满 3000 元/人的消费比例不足 10%。以上数据意味着杭口的主要客户还是停留在普通消费层级，高端消费水平的客户存在大量的流失。为了能将高端客户群体不再流失，我们将在以下几个

方面做有效的改善。

- ① 院内推行 CM 客户管理模式，让客户得到最精准的医疗解决方案和最贴心的医疗服务。
- ② 建立合理的内部分配机制，作为核心机制。
- ③ 对于疑难病症的客户管理要及时跟上，将口腔服务做成终身服务。
- ④ 儿牙的客户基数很大，需要做好服务的跟踪和延续工作，培养成终身客户。
- ⑤ 维护好所有的客户，将客户在不同口腔治疗领域中做好转化工作，成为终身客户。
- ⑥ 将院内体系搭建完善，尤其是服务体系和薪酬体系。前者服务于（患者）客户，后者服务于（医生）客户，让医生群体更有积极性。

做好客户服务的管理对民营医院而言是非常重要的，医院需要立足于长远，将一次性客户培养成终身客户，将优质客户培养成忠诚客户、全家客户。

## 七、分级诊疗制度下对专家的建议

建议在分级诊疗下的专家医生能多帮教青年医生，发挥专家的作用。建议专家医生一周组织一次疑难病例的讨论会议，提高资质浅的青年医生的治疗水平。同时也建议将考核主体由主任医生的个人考核转换到团队考核，积极调动主任医生等高级别的专家的能动性。

# 一个 “赞” 的价值 有多大？

莱斯利·约翰 (Leslie K. John)  
丹尼尔·莫孔 (Daniel Mochon)  
奥利弗·艾姆里希 (Oliver Emrich)  
珍妮特·施瓦茨 (Janet Schwartz) | 文  
刘筱薇 | 译 刘铮箏 | 校 钮键军 | 编辑

公司每年投资数十亿美元，创造并维持本品牌在社交媒体上的存在感。比如红牛资助某男子直播从12.8万英尺的高空跳伞，创下新世界纪录；快餐品牌 Chipotle 用自己创建的 Twitter 账号发奇怪的信息，还伪装成黑客攻击事件。

## WHAT'S THE VALUE OF A LIKE?

**用广告辅助社交媒体上的营销实践，可以提高投资回报率，并为联系最忠诚的客户创造机会。**

Facebook 是品牌的首选平台：80% 的《财富》500 强公司在 Facebook 上有活跃的面页。每天大量品牌衍生的内容（文章、照片和视频等）都会出现在这些页面和其他社交媒体平台上。所有内容都在诱导消费者关注本品牌，与品牌互动，并购买产品。连美国国务院也醉心于吸引关注者——为在 Facebook 上获得更多赞，2011 年到 2013 年间，国务院已经花费了 63 万美元。

市场营销人员对这些投资的解释是，吸引社交媒体的关注者，提升品牌曝光度，最终可以提高销售量。按照这个逻辑看，社交网络中支持某品牌（brand endorsement，又译为品牌认同，如在 Facebook 上给品牌点赞——译者注）的新粉丝会比没被圈粉前，花更多钱购买产品或服务，而他们对品牌的认同会促使朋友，或者朋友的朋友消费，最终品牌的生意会越来越红火。很多证据乍一看似乎都支撑该逻辑：多个品牌发现，在社交媒体上经常和自己互动的客户的确比不常互动的客户，花费的钱更多。comScore 和 Facebook 最近的研究产生了极大影响：两家公司发现，在一个月给星巴克的 Facebook 页面点赞的人，以及在 Facebook 上有朋友给星巴克点赞的人，比一般人的月消费高 8%，而且月交易频率高 11%。

但该研究和其他类似调查有一个致命的逻辑错误：混淆了起因和结果。吸引消费者在社交媒体上关注某个品牌的确可能促进消费。但也许关注某品牌的人本来就对该品牌有好感了，而这也正是为什么他们比不关注品牌的人消费更多。我们在过去 4 年内针对 1.8 万余人，开展了 23 个实验，利用 A/B 测试方法探讨一个反事实推理：如果关注者没有关注某品牌，会有什么行为表现？考虑到多家公司有数百万美元的市场营销预算流入社交媒体板块，这个问题问得十分必要——行为的差异对市场营销人员的资源分配，以及品牌社交媒体存在感的管理方式，都会有巨大影响。

我们在实验中测试了 4 种 Facebook 影响客户行为的模式；4 种模式的互动性逐级提升，实验复

杂性也相应提高。首先，我们测试“赞”某个品牌（也就是被动地关注该品牌）能否激发点赞者的购买欲。其次，我们调查点赞者的赞是否会对朋友的消费产生影响。第三，我们查看点赞是否会影响消费以外的事，比如能否说服人们养成有益健康的行为习惯。最后，我们测试花钱请 Facebook 在关注者的动态消息（news feeds）中展示营销内容，吸引更多人点赞，是否有助于促成有实际意义的行为变化。我们选择用 Facebook 作为实验平台，因为它是最主

## 仅在网络上赞品牌，既无法影响客户的行为或刺激购买行为，也不能刺激客户朋友的消费。

流的社交网络，但我们的发现应该同样适用于其他流行的平台。

结果很明显：社交媒体的效果并不像很多市场营销人员想象的那样。网络上的品牌认同，既无法影响客户的行为或刺激购买行为，也不能刺激客户朋友的消费。但利用营销内容促进对品牌的认同，会产生显著效果。由于社交媒体页面是忠诚客户的聚集地，所以这些页面成了品牌获取客户情报和关键人群反馈的独特渠道。市场营销人员利用从网页中获取的信息，可以制定更成功的社交媒体新战略。

### 测试赞的效果

基于心理学基本原理，我们有理由怀疑，赞一个 Facebook 页面很可能改变行为和增加销量。研究表明，如果行为不能反映出自身观点，人们就会产生“认知失调”（cognitive dissonance）心理；按照这个逻辑，在 Facebook 上支持某品牌的社交媒体用户的确更有可能购买产品。但这和我们的研究发现相悖。

本文作者莱斯利·约翰和奥利弗·艾姆里希，

### 核心观点

#### 课题

品牌每年在社交媒体营销上挥霍数十亿美元。但这方面的营销实践带来收入了吗？

#### 问题

市场营销人员经常混淆因果关系。鼓励消费者在社交媒体上关注品牌有可能会促进消费，但另一种可能情况是：原本就对品牌有好感的人更有可能关注品牌，而这才是他们消费更多的原因。

#### 机会

要充分放大社交媒体营销实践的效果，公司必须结合“推式”和“拉式”两种营销策略，用内容强化赞的效应。

与哈佛商学院同事迈克尔·诺顿 (Michael Norton) 和苏尼尔·古普塔 (Sunil Gupta) 在初期研究中, 邀请一半参与者在 Facebook 上给一个化妆品新品牌点赞, 而且多数人都同意了。另一半参与者没有接到邀请。所有参与者之后得到一份免费小样的优惠券, 而兑换优惠券就相当于消费了。两组成员兑换优惠券的几率相同, 这说明有没有被邀请赞 Facebook 页面, 根本不重要。我们在后续研究中, 延长了从发出点赞邀请到发放优惠券的时间, 发现两组兑换几率仍然相同; 我们还针对一系列既有品牌和新品牌展开实验, 依旧得到同样的发现。在 16 项调查中, 我们没有发现任何证据能够证明, 在社交媒体上关注品牌会改变人们的购买行为。

在第二组实验中, 我们试图确定, 赞某个页面是否对网络好友的行为有影响。人们在 Facebook 上给品牌点赞后, 一部分网络好友也会看到。他们接下来和品牌的互动, 比如发帖子、评论和分享, 还会出现在一些好友的动态消息中。同辈间口口相传的经典营销手段已被证实能够提高销量。但使用社交媒体时, 这种品牌认同的价值就降低了, 原因有以下几点。首先, 仅在 Facebook、Twitter、Instagram 等平台上关注品牌, 并不能保证品牌在支持者和朋友中有一定的曝光度。Facebook 的算法决定了用户的动态消息中出现的内容, 而用户给品牌的赞只能被几个朋友看到。但若没有此项干预措施, 用户平均每天会看到 1500 个帖子。其次, Facebook 用户可能不加选择地给品牌点赞, 也可能因为各种原因 (比如为获得折扣), 只点赞一次。

社交媒体上的品牌认同有什么效果? 我们的测试方法是, 请 728 位近期内赞过某个品牌的人, 提供 3 个朋友的电子邮箱。我们给每个朋友都发了一张该品牌的产品优惠券, 但提供的推荐信息都不一样。每个参与者的 3 个朋友中, 有一个人被告知, 他有朋友喜欢该品牌 (线下, 或者说传统意义上的“赞”) 并发给了他一张优惠券。另外有一个人被告知, 他有朋友在 Facebook 赞了该品牌并发给他一张优惠券。还有一个人只被告知, 他有朋友发给了他这

## 评估 Facebook 上赞的回报率

市场营销人员往往不知道如何证明社交媒体投资的投资回报率 (ROI)。吸引消费者给你的 Facebook 页面点赞, 会产生多大价值? 以下方法帮你轻松量化赞的价值。

你需要:

**一个指标。**你为什么收集赞? 是增加销量、改变线下行为, 还是为了其他目标? 你的指标必须反映可量化的行为。对有些指标的评估非常简单直接, 比如销量; 但评估品牌态度这样的指标时, 你需要做一些额外工作, 例如开展调研。

**邀请方法。**你要邀请消费者赞你的页面。比较简单的做法是, 获得目标顾客的电子邮件地址。

接下来按以下步骤操作:

**收集赞。**邀请一半参与者赞你的页面, 他们属于“特殊对待组”。其他人组成控制组。记录前一组被分派点赞任务的人。

**证实假设。**查看吸引赞的努力是否有效——你必须确保大部分人都接受了邀请。你发出邀请期间, Facebook 上增加的关注者人数大概就是接受邀请的人数。

**打广告。**在 Facebook 上打出一些广告, 让新关注者看到你的营销信息。你可以选择付费推广帖子。

**查看你的结果。**评估你在最开始确定的目标, 比如销量。如果特殊对待组的人平均花费高于控制组, 中间的差价就是一个赞的价值。当然, 你的结果可能包含一些“噪声”; 举例来说, 也许有人付款时使用的电子邮件地址不同于你档案中的地址, 所以你无法记录到这些消费。为提高准确性, 你要扩大样本范围, 并尽可能保证你的电子邮件列表实时更新。

张优惠券——这些人构成了控制组。

接下来, 我们对比了 3 组朋友的优惠券兑换率。我们发现, 被告知有朋友线下“赞”品牌的人中, 6% 兑换了优惠券; 而被告知有朋友在 Facebook 上赞品牌的人中, 只有 4% 选择兑换优惠券。控制组的兑换率是 5%; 也就是说, 在 Facebook 上赞品牌并不会促使朋友养成购买习惯。

### 数字和实际行为的差异

最后一组实验由本文作者丹尼尔·莫孔 (Daniel Mochon) 和珍妮特·施瓦茨 (Janet Schwartz), 以及杜克大学的丹·艾瑞里 (Dan Ariely) 和 Discovery Vitality 健康险公司的高管卡伦·约翰逊 (Karen Johnson) 合作完成。Vitality 是总部位于南非的保险公司, 为客户提供全面的健康计划。如果参与者做出有益健康的行为, 比如锻炼身体、购买有营养的食物、定期体检、打疫苗, 就可以获得点数,



并用点数兑换奖品。Vitality 想知道，鼓励客户给公司的 Facebook 页面点赞是否会影响到以上行为。根据这一诉求，我们邀请所有 Vitality 的新客户参与一个有关公司和 Facebook 的在线调查。我们随机挑选一组客户，邀请他们在 Facebook 上给 Vitality 点赞，没收到邀请的客户则组成控制组。我们在接下来的 4 个月中，对两组客户所积点数进行监控。

第一组客户给 Vitality 的 Facebook 页面点赞后，就可以和公司互动——Vitality 花血本打造其 Facebook 页面，上面的营销内容极具创意，包括 App 的设置。用户可以在 App 上分享其保持健康的成功故事，向健康专家提问，并在新健身活动即将推出时，参与舆论调查。但客户必须特意访问公司的页面，否则这些内容不会出现在他们的动态消息中——即使他们给公司点赞了也不行，因为 Facebook 的算法会将内容过滤掉。因此我们怀疑，Vitality 对 Facebook 页面上营销内容的投资可能打水漂了。特别是我们比较两组参与者时，发现他们的行为没有任何差异；被邀请赞 Facebook 页面的参与者并没有比其他组的人累积更多积分。这再一次证明，仅仅给页面点赞不会改变行为。换句话说，客户赞一家提供流感疫苗的公司，不代表他们真的去打一针流感疫苗。

### 释放赞的力量

好消息是，将赞转化成有意义行为的方法确实存在，而且就出自 20 世纪的“营销战略手册”：打广告。Facebook 每年的广告收入超过 220 亿美元。多数收入来自试图规避 Facebook 算法的品牌，用于确保品牌内容出现在极其醒目的位置，吸引到众多用户的眼球。

在和 Vitality 合作的后续实验中，我们依旧使用第一次实验的点赞组和控制组，证明了打广告方法的有效性。Vitality 连续两个月，花钱请 Facebook 每周展示两个帖子，但只有点赞组能看到。效果很明显：点赞组的参与者平均得到的积分比控制组多 8%。这个结果已经很成功了，毕竟劝人们去

健身房、购买健康食品或做出其他有益健康的行动，挑战性之大，显而易见。

对市场营销人员来说，该实验意义何在呢？社交媒体在过去 10 年内迅速普及，很多人预测，营销战略未来将发生革命性的转变。我们常听到，“推式营销”（push marketing，品牌对外宣传、推广产品和服务）将结束，“拉式营销”（pull marketing，利用社交媒体和其他渠道，让客户成为自己的一分子）

## 要充分放大社交媒体营销实践的效果，公司必须结合“推式”和“拉式”两种营销策略，用内容强化赞的效应。

将崛起。“多用柔道，少用空手道”已经成了流行语。但我们的研究表明，如果社交网络营销只用拉式策略，就不会有任何效果。现代社交媒体营销战略应结合新旧两种营销方式。

巧用“赞”的力量。Facebook 还没有向公司开放购买“重点展示”的权限——公司不能重点推广一些忠诚客户的帖子，但我们的研究表明，重点展示能够影响行为，帮助公司获得巨大价值。为克服这一障碍，精明的公司选择监控自身社交网络渠道，发掘有说服力的认同话语，然后将这些语言融合到自己的营销信息中。运动服品牌露露柠檬（Lululemon）通过追踪标签（比如“流汗生活”标签）和转发，收集由客户发起且有利于品牌宣传的内容。时尚零售商 Free People 在产品页面上放了客户的 Instagram 照片。Lamar 广告公司节日促销期间的广告牌展示了使用“感恩本节日”标签的客户照片。更多品牌还应用现在越来越普遍的“植入”（seeding）社交认同的做法——它们花钱请有号召力的意见领

袖试用本品牌并将“代言”内容发送给关注者。植入策略催生了几个自动匹配品牌与合适意见领袖的新平台，比如 ReadyPulse。

**让网络认同有意义。**给品牌点赞的行为不能影响到网络好友——这一现象背后的原因还包括，赞是种非常微弱的认同。我们的研究说明，赞的影响力和实际生活中的推荐相比，有一定差距。但 MIT 的希南·阿拉尔 (Sinan Aral) 及其同事所做实验说明，品牌认同（包括更广义范畴的品牌推荐）可以带来行为的改变。实验证明，如果人们仅仅被告知有朋友下载了某 App，他们下载并使用 App 的可能性较低；但若朋友本人推荐了这个 App，他们就更有可能使用该 App。另有实验表明，“更深层次的”社交媒体认同，可以缩小现实和数字推荐效果之间的差距。研究发现，如果你看到一些 Facebook 的帖子，显示 Facebook 好友正在使用某产品（不仅仅只是给产品点赞），那么你购买这款产品的几率就会提升。若产品使用者私底下发给朋友短信，推荐使用该产品，会更有说服力。但促成这么深层次的品牌互动，可能需要投入大量精力和资本。

我们的研究表明，品牌重点展示与客户的互动时，选择网络帖子和用户提供的其他内容，效果会非常好，因为这些内容比简单的“赞”更具创意，而且更有意义。例如猫途鹰 (TripAdvisor informs) 向浏览某旅馆信息的用户展示，他们有哪些 Facebook 好友曾在该旅馆订过房间。在政治领域，某次竞选活动发现，告诉选民他们有朋友投票了，可以刺激他们投票的积极性，从而提升投票率。但要留意的是：重点展示策略可能引发隐私权问题。如果你浏览的产品得到过 Facebook 好友的赞，你会在社交广告中看到这些好友的头像，而考虑到隐私权的问题，Facebook 决定不再播出社交广告。

**利用“拉式”营销找到最佳客户，并聆听他们的声音。**Facebook 的广告营销之所以有效，原因之一在于品牌的社交媒体页面能够吸引比较理想的受众群，而他们的赞为精准定位广告指了一条明路。但即使品牌决定不再投资广告，依然可以利用社交

媒体渠道，联系最忠诚的客户并获得情报。品牌不必利用快闪内容或其他诱惑性的手段吸引新关注者；实际上，这些策略还可能产生适得其反的效果——品牌可能吸引来对自己没有太多兴趣的人。选择拉式营销的公司应注重有机增长，让客户慕名而来。愿意在社交媒体上，费尽力气寻找某个品牌的人，几乎就可以说是该品牌最忠诚，也是最有价值的客户。这些客户组成的群体是品牌最大的资产：他们为促进产品开发、管理和交付，积极提供反馈；在品牌收到不公平投诉时替品牌辩护；还是新产品或服务最早的使用者和推广者。

举例来说，乐高玩具 (Lego) 利用自身社交媒体渠道，收集客户对新产品的意见并推销新产品线。德国定制化格兰诺拉麦片 (granola) 生产商 MyMuesli 请客户在 Instagram 上发布自己做的格兰诺拉混合麦片，之后在公司网站上出售一些客户制作的产品。荷兰皇家航空公司 (KLM) 显然把 Twitter 账号当成了收集客户反馈的工具；除了回复客户的留言，还将预计回复时间置于 Twitter 页面顶部，每 5 分钟更新一次，借此表明公司正在聆听客户的声音。如果客户知道自己的声音能够被听到，会更愿意提供信息，甚至可能在投诉不可避免时，表现得更客气一些。

**随着社交媒体的发展，人们对这一新营销渠道的热情也在高涨——**社交媒体带动销量的潜力被普遍看好。但近期针对 427 名美国市场营销人员的调查表明，80% 的人不能量化其社交媒体营销实践的价值。而针对《财富》500 强公司的调查显示，87% 的首席营销官 (CMO) 承认，他们不能证明社交媒体带来了新客户。我们的研究有助于解释，为何营销人员在社交媒体的使用上频频受挫——他们的方法错了。用广告辅助社交媒体上的营销实践，可以提高投资回报率并为联系最忠诚的客户创造机会。⑤

⑤ 莱斯利·约翰是哈佛商学院工商管理学副教授。丹尼尔·莫孔是杜兰大学弗里曼商学院市场营销学助理教授。奥利弗·艾姆里希是美国茨约翰内斯古滕贝格大学管理和社交媒体学教授。珍妮特·施瓦茨是杜兰大学弗里曼商学院市场营销学助理教授。

## 大家谈：民营医院从筹建到运营的8大策略

来自通策一线点评

医院筹建伊始应做好顶层设计 ...

刘猛-杭州口腔医院萧山分院



“天时地利人和”通向成功之路 ...

刘苏平-黄石现代口腔医院



医生关系处理好了，内部满意了，  
才能把患者服务好...

舒凯-武汉存济口腔医院



确定医院的发展目标时，从大到小，  
由远及近...

李晓丽-重庆存济口腔医院



员工能力（会不会）、员工思维模式  
（想不想）、组织治理（能不能）...

蒋彦英-重庆存济口腔医院



医疗市场同业异业合作，已是  
大势所趋...

马庆蒙-口腔事业部



新办一个医院最好还是早一点把医  
院团队确定下来...

龚正伟-杭州口腔医院城北分院





医院筹建伊始就应做好顶层设计，包括医院定位、发展目标，围绕定位和目标制定全盘发展计划，依靠计划去指导筹建工作。医院定位要考虑两方面因素，包括市场需求和自身资源供给能力，而且要有预见性的去做需求和供给分析，考虑各种因素的动态变化。

随着国家医疗改革深化，社会办医政策逐渐放开，恰又遇传统经济走入低谷，导致大量社会资本进入医疗领域，这无疑是对医疗领域前景的看好及其抗周期性。不乏投资成功者，但失败者更多，根本原因是盲目投资，只考虑市场需求，不自省自身办医能力。正所谓“背后有余忘缩手，眼前无路想回头。”

医院是治病的场所，治病是医院的使命。所以医院应当以治好病及治好更多人的病为终极目标。但医院的治病能力又是有限的，所以医院在筹建伊始需要根据自身可获得的资源划定医治的疾病范围，其中最核心的资源就是技术资源。如果再努力一点，还可以进行病种分类和技术分级，再结合当地相关病种发生率和医疗资源供给情况，就可以清楚地知道筹建一家医院需要多少房屋、设备、资金和人才及如何配置。当然，社会环境、经济状况、政治政策、人口结构等因素也是要考虑的。

医院薪酬体系应以激励组织去实现组织目标（使命）为核心原则。如果说上述对医院使命的分析是正确的，那么医院薪酬激励的方向就应该是让医院拥有的优势病种和优势技术越来越多，诊治的病人越来越多。所以，薪酬体系在保证效率和公平的前提下，更要激励医疗护理人员去学习和创新，不断掌握新技术。当然，这不等于说不需要服务，笔者认为技术与服务，犹如“皮之于毛”。

医院文化各有千秋，但是所有文化都应统一于使命。只有共识的使命才能凝聚人心，使命越伟大，凝聚力越强。所以，医院应不断强化使命（治病），强化技术（治病能力）的核心价值，逐渐在所有医护人员心中形成技术领先共识，谁技术强谁牛掰，每个人都能至少掌握一项强于他人强于他院的核心技术，建立这样以技术创新为核心使命的医院文化，才能让医院持续发展下去，不然就会落入技术落后、持续衰败的命运。

创造产品与价值，并实现交换，这是市场营销的核心。生物-社会-心理，这一现代医学模式决定了医院的价值选择，也是医院营销的终极手段——创造满意的就医体验。大多数民营医院始终效益不好，不是营销能力差，而是目光短浅，

没把握住医院本质。如果说营销组合是100分，产品、价格、促销、渠道这四个要素里，产品就是1，其他都是0，没有好的产品（就医体验），其他都是扯淡。医院营销不能过多依靠价格战，搞促销，花费大价钱买渠道，实际上不如大智若愚，牵住牛鼻子——就医体验。

#### 杭州口腔医院萧山分院（院长）——刘猛

自古凡成大事必在天时地利人和：一，天时方面：正如您所言，正直国家医改大政开启，放开民营资本进入，其次军队改革，大批军队优秀医疗人才离开体制千载难逢，三口腔医疗市场广阔，需求持续增长，民营蓬勃发展但布局各有侧重，大有抢占市场，战国争霸态势。二，地利方面：武汉地处中部，交通便利，教育资源丰富，人才济济，经济发展后劲十足，人力成本，物业投入相对低于沿海发达地区。再者当地政府大力支持，引资欲望强烈。武大口腔实力雄厚，但是除了本部之外，开了很多门诊部，并不是每一家都实力超凡，只是依靠背后的大树而已，战略上可以藐视，战术上重视而已。也曾听说有教授开诊所并不成功，也许事业成功并不全在技术，何况有些学术派并不一定是真正的实力派专家，况且其优秀人才也可以为存济所用，并不全是弊。三，人和方面：存济有通策旗下优秀的管理团队，运行多年的成功经验与范例，强大的资本与资源优势，高效的运行系统，我相信可以在有效的时间内组建一个优秀的集管理，医疗，保障的团队，开好局立好足，为未来的发展奠定良好的基础。

#### 黄石现代口腔医院（副院长）——刘苏平

文章从8个细项谈到了筹建运营中的问题，结合文章，个人从战略定位、人力资源、财务、市场营销、精细化管理5个方面来谈谈自身感受。

1、战略定位方面文章从市场调研、经营定位、发展目标方面做了细致的阐述，包括政策、人群、医学需求、经济状况等都有相应的涵盖到，分析的也比较全面

2、人力资源方面：文章从团队组建、薪酬制度、员工关怀几个方面谈到了引人、用人、留人的机制，并建立自身的企业文化

3、市场营销方面：文章是从内部和外部分别来谈的，内部，医院经营管理的各个方面要与市场营销相结合。外部，建立良好的客户关系以及病人管理，通过医疗服务的实质核心建立口碑。其他的营销计划、关系处理、途径、方式

只是服务于目的的手段而已。

4、 财务方面：文章没有具体谈到财务方面的体系管控问题，个人觉得项目从筹建到运营期间离不开财务的管控与数据支持，通过财务管理对资金管理、成本控制、监督控制对医院筹建中有力的保障。

5、 内部精细化管理：除风险管理外，内部精细化管理也很重要，医护团队是医院的根本，特别医疗质量是医院竞争力的核心，从内部管理开看，行政后勤管理体系搭建好，能为医生服务好是关键，医生管理相对可视化、人性化，医生关系处理好了，内部满意了，才能把患者服务好。

### 武汉存济口腔医院（营销发展处副处长）——舒凯

以上经营定位、目标计划、人力体系建设、薪酬体系、文化建设、市场营销、关系管理、危机管理 8 个事项确为医院筹备到经营所需开展之重点工作，罗列清晰，也有实践操作性，若要提出某些建议，以下为一些观点可供参考：

1、一般经营定位的确定主要是由内因外因决定，内因要分析企业愿景、资源、战略等，外因要分析市场人群、政府、竞争对手等。因此可适当加入内因的分析元素。

2、确定医院的发展目标时，有 2 种方式，一是从大到小，先形成总体战略目标，再形成战术目标，二是由远及近，先明确发展远景目标，再规划短期目标。由目标再制定计划，也是 2 种方式，一是从大到小，即战略计划及战术计划的整体与局部结合，二是长期计划与近期计划结合。近期计划可以半年为限，短期计划 1-3 年，中期 3-5 年，长期 5 年以上。

3、营销板块：一是根据医院定位明确营销主体思路，二是针对第二点的整体目标和计划制定营销板块目标及计划，三是制定计划之后再根据事情轻重缓急配置人员，四是计划的落地实施的监督及调整迭代，五是计划执行情况的经验积累运用在新计划中，持续形成更科学的计划。

4、 关系管理分为内外部两种关系关系，其中外部关系除以上外，还可考虑供应链关系、合作企业关系、相关社会团体关系等维护，可分重点、分类型、分轻重缓急建立和维护。

### 重庆存济口腔医院（营销运营总监）——李晓丽

通读了好几遍这篇文章，内容涉及的点很多，从战略到执行，涵盖人力、文化、运营、客户、风险等，对于新筹建医院的管理者来说，很有参考价值。

“趴下来仰视微观之前，先站起来俯视宏观”，对于新筹建的医院来说，既要关注细节执行，以医疗质量为生命线，服务质量为发展线，围绕医生核心能力、客户开发及维护开展一系列项目计划及措施；同时从宏观层面，谋定公司的战略目标及定位，“不谋全局者不足以谋一域”。

读完掩卷细细回味，回忆提炼文中脉络，检索脑海中存留的“八大策略”分别是什么，即便看了几遍依旧惭愧的不能说完整，“八大策略之间的逻辑关系是怎样的”亦感觉有些模糊。

这篇文章编载到商学院通讯里面给所有相关的伙伴们以指导和传播，“开卷有益”倒也不错，不过如果能兼顾内容的理论指导性及逻辑的系统严谨性，是不是更有传播价值，我思索着，有什么好的逻辑框架，能够将“八大策略”装在一起，还很有层次感，且便于理解和消化呢？

深知自己的格局、理论高度和实践经验都很浅薄，但还是斗胆臆想了一番，如果我是一个“裁缝”，我想借用大家熟知的杨国安教授的“杨三角”理论做“引线”，把这些八大策略、乃至九大、十大策略的“珍珠”串成一个大家容易接受和佩戴的“珍珠项链”。从企业成功的战略及组织能力提升两个层面，员工能力（会不会）、员工思维模式（想不想）、组织治理（能不能）三个维度来细致阐述倒也是一个不错的想法。

**重庆存济口腔医院 人事处猎头部副经理——蒋彦英**

今天很多经营好的企业，往往不是被市场及竞争对手打败，是被趋势打败的，尤其在医疗健康行业，科技发展日新月异。医疗市场同业异业合作，已经是大势所趋，没有一家可以解决所有的问题。

**口腔事业部（市场营销总监）——马庆蒙**

新办一个医院最好还是早一点把医院团队确定下来。比如在建设阶段，相比请临时各处凑起来专家医生来参与新医院的审图，不是说看图时间多少的问题，仔细不仔细的问题，而是说确定的医院团队更加能从新医院将来的经营角度，考虑学科设置问题，各个专业的医生团队如何组建，新医院的特色在哪里等等问题。

由此再来推敲斟酌的平面如何布局，流线是否合理，设施设备需要怎样的配置等具体的问题。又比如涉及到开业审批以及以后合规营业的问题，确定的医院管理团队在预先考虑、专业问题的沟通方面是会更加周到、更加有经验一些的。

杭州口腔医院城北分院（院长）龚正伟

## 民营医院从筹建到运营的 8 大策略

时间：2017-05-31 来源：医疗精英俱乐部 MBA

一个民营医院从筹建到运营，整个过程都必须细致考虑，网络上相关文章很多，但大多都是杂乱且没有针对性，只适合单一个体或是单一情况，对大部分医院管理者来说没有太大实际意义，反而会让自己更混乱，今天小编从医院定位选择到风险规避，给大家系统性的整理八个大方面的策略，希望大家能结合自身医院的情况，找到适合的策略。

### 一、分析当地医疗市场，找准医院经营定位

没有对当地医疗市场的深入调研和科学分析，妄谈医院经营方略必定是盲目的和低效的。对于医疗市场的调查分析可以从以下五个方面着手：

1. 调查分析当地疾病谱的构成，重点查清常见病、多发病的病种及发病率。
2. 调查分析当地现有医疗机构的学科情况，重点查清哪些学科已经发育成熟且地位稳固，哪些学科还很幼稚或者还是空白。
3. 调查分析当地经济状况与人群构成，重点查清当地群众的支付能力，进入医保人口的比例。
4. 调查分析当地医疗市场总量和发育程度，重点查清有无发掘的潜力；五是调查分析医疗投资的环境，重点查清当地党委政府及有关部门对待民营医疗机构的政策取向和基本态度。

通过以上五个方面的调查研究，可以初步决定医院的市场经营定位。

- 1、确定是办成综合医院还是专科医院。
- 2、确定面向什么群体，服务的主要对象是谁。
- 3、确定采取什么样的措施，从何种途径，迅速占领锁定的市场。

### 二、确定医院发展目标，制定切实可行计划



没有明确的发展目标,就没有方向和动力,也不能很好地凝聚医院领导层和全体员工。而目标是否正确与恰当,直接关系到医院发展的速度和结构。当然,没有切实可行的计划,再大再好的目标也不过是空中楼阁,墙上画饼。

医院发展目标应当包括近期目标和远期目标。近期目标一般在五年以内,要包含:准确迅速的市场切入,叫得响的专科品牌,有竞争力的服务质量,不断壮大的人才队伍,日益完善的医疗设施。远期目标则还包含:忠实可靠的客户群体,稳定可观的投资回报等内容。在认真测算的基础上,还可以对上述目标进行量化。

为了如期实现发展目标,必须制定下列计划:基础设施建设计划、医疗设备装备计划、人才培养与学科建设计划、医院文化与制度建设计划、医院营销与策划计划、财务管理与经济收支计划等等。

### **三、建立优秀人才培养队伍,健全相应专业学科**

医院竞争力的核心是医疗质量,医疗质量的核心是学科建设,学科建设的核心是技术人才。因此,能否建立一支优秀的人才队伍,从而健全相应的学科,关系到医院经营的成败。

人才队伍的建设一靠吸纳,二靠培养。吸引人才并留住人才,需要合理的待遇、事业的平台和融洽的氛围,三者有机的统一,光靠待遇留人是远远不够的。而培养人才既要有战略眼光,也还要舍得投入,从长远来看,民营医院的人才队伍建设应当主要依靠自己培养,而不是主要依靠挖别人墙脚。

民营医院当前在人才方面存在不少问题,退休医生占了相当大的比例,中年技术骨干奇缺。这里有市场供给方面的原因,也有人才观不当的原因,需要引起我们的注意。

### **四、确定合理薪酬制度,完善岗位激励机制**

医院核心竞争力的另一个重要方面是服务质量,提高服务质量的主要途径是调动员工的积极性,调动积极性的主要措施是岗位激励,岗位激励的主要手段是薪酬制度。

合理的薪酬制度有两个要点,一是对外要有竞争力,也就是说员工的报酬与其他同类医院比,与相似的其他行业比,要有成就感和自豪感。二是对内要有公平性,也就是说医院内部各岗位员工报酬要与他们所作的贡献一致,要有自尊和公平感。

当前多数民营医院的薪酬都是采取保密发放的办法,笔者认为这并不是科学的薪酬制度。在医院初创时期或者规模较小的时候也许切实可行,但随着医

院的发展壮大，必须建立公开科学的薪酬制度。神秘的“红包”只能作为薪酬制度的一种补充手段，而不能成为薪酬制度的主体。

### **五、营造独特文化理念，凝聚全院员工人心**

没有自己文化理念的医院是没有“灵魂”的医院，没有凝聚力的集体是乌合之众，是没有战斗力的。因此，要想长久地经营好一所医院，尤其是民营医院，必须有意识地营造属于自己的、独特的医院文化理念。

从当前民营医院所存在的问题来考虑，医院文化建设应当着重从以下四个方面着手，再根据主要领导的个人气质和文化背景，逐步形成不同于他人的“个性”。一是创新，就是超前的理念、远见的谋略和成功的实践；二是进取，就是不懈地追求、不断地探索和持续地发展；三是诚信，就是对事业的忠诚、对客户的守信和对社会的奉献；四是务实，就是负责的态度、扎实的作风和完美的效果。

从当前民营医院面临的生存环境来考虑，医院理念塑造应当从以下七个方面努力，即以人本管理为中心，以诚信经营为基石，以学习创新为动力，以竞争激励为平台，以优质服务为根本，以制度建设为保障，以低耗高效为目标。

最终达到这样一个理想的境界：精干高效的领导，团结协作的部门，竞争合作的员工，上下齐心的医院，医患和谐的局面。

### **六、精心开展营销策划，建立良好客户关系**

从广义来讲，医院经营管理的各个方面都与医院营销有密切关系，但从狭义来理解，医院营销的实质就是吸引病人，扩大业务；在短期内快速扩大医院影响，迅速打开局面；长期稳定地吸引一大批忠实客户。

首先，要建立医院营销机构，配备专业营销策划人员，组建营队伍，以医院特有的营销战略和营销方法进行培训，并制定有效的营销绩效考核奖励办法。

其次，要制订医院营销计划，明确营销的重点、主要的途径与方式、投入的经费预算、所要达到的目的等。

最后，精心组织实施。需要强调的是，要高度重视病人客户关系的管理，病人到医院来了，这仅仅是营销工作的第一步，如何做到让病人再来，并把没有来过的人带来，这才是营销的最高境界。

值得引起注意的是，少数民营医院采取不正当的、甚至是非法的营销手段，比如雇佣“医托”，这不仅损害了民营医院的声誉，而且有可能使医院面临重罚、直至被取缔的严重后果。从严格意义上讲，这不能算是营销手段。

### **七、畅通各种沟通渠道，争取社会各界支持**

1. 是沟通与政府有关职能部门的关系。沟通与卫生行政部门的关系，确保在行业准入与执业监管方面得到公平对待；沟通与药品监督部门的关系，这涉及药品和医疗器械质量监管；沟通与医疗保险部门的关系，这关系到医院能否纳入医保定点范围，这一点非常重要，应当作为民营医院公关的一个重点；沟通与工商管理部门的关系，这关系到医院广告宣传与营销竞争手段；沟通与税务部门的关系，以期获得税收优惠政策等。

2. 是沟通与新闻媒体的关系。尽可能增加医院正面宣传，在医院辐射区域树立“诚信”、“正统”形象。同时，尽可能减少甚至杜绝负面报道，避免跟媒体成为冤家对头。

3. 是沟通与政法部门的关系。当前，医疗纠纷是困扰医院的最头痛的问题之一，医院正常秩序和工作人员人身受到威胁的现象时有发生，处理好与当地政法部门尤其是当地公安机关的关系，有利于得到及时援助和公正处理。

4. 是沟通与当地社区的关系。积极参加社区的活动，支持社区的工作，通过社区回报社会，可以使医院被当地社区居民顺利接纳，从而迅速站稳脚跟，这对医院也很重要。

#### **八、构建风险管理机制，防范化解经营风险**

归纳起来民营医院最有可能遇到的风险与危机有五大来源：

- 1、是突发的重大医疗事故或医疗纠纷；
- 2、是媒体恶意炒作的负面报道；
- 3、是社会不良人员设置的医疗陷阱；
- 4、是个别执法人员的故意刁难；
- 5、是意外的火灾、盗窃和重大伤亡事件。

规避风险，化解危机，需要构建有效的风险管理机制，这牵涉到四个重要方面：

- 1、要有制度化、系统化的危机管理组织和作业流程；
- 2、要有高层领导的重视和直接领导；
- 3、要有良好的内部信息系统支持；
- 4、要有善于处置危机的管理人员。

# 头脑风暴

## 头脑风暴升级版 ——“头脑集群”

### 泰坦尼克求生秘笈

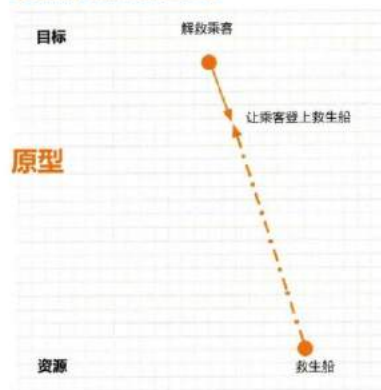
场景：1912年4月14日晚，在撞上冰山2小时40分钟后，皇家邮轮泰坦尼克号（Titanic）在北大西洋上沉没。2200名乘客及船员中，仅有705人在登上16只救生艇后被卡帕西亚号（Carpathia）救出。

关键词：创新思维可视化

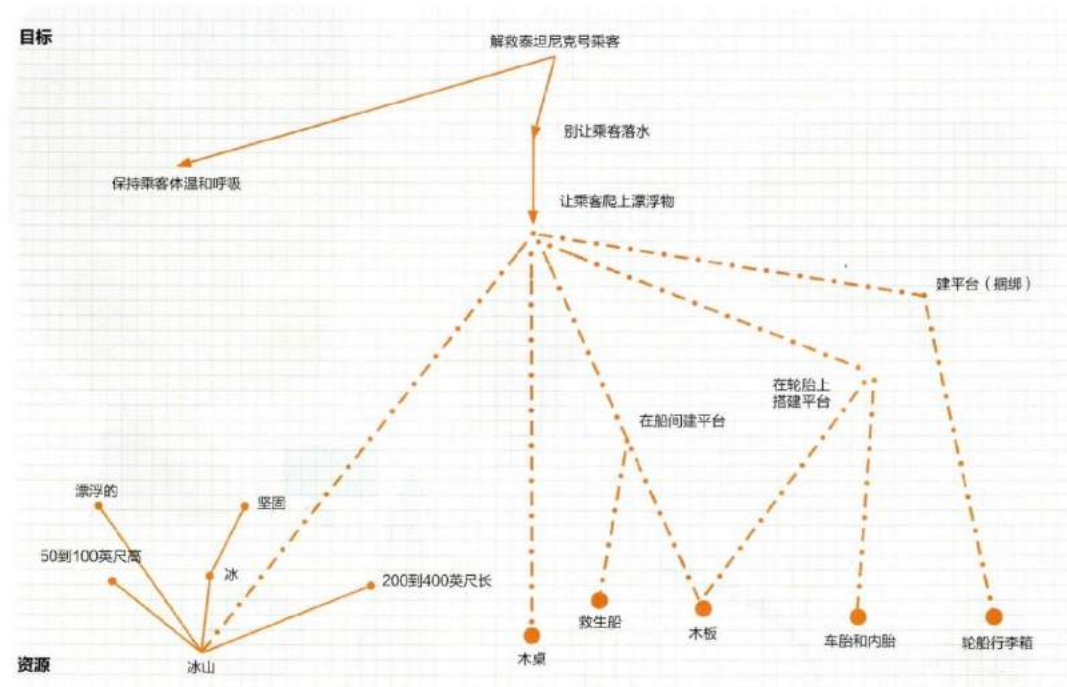
看图不解释——泰坦尼克号的求生攻略

您选哪个求生攻略呢？答案参见最后一页

泰坦尼克号的主要求生攻略



### 创新决策树



被忽略的泰坦尼克号乘客解救方案

## 揭秘：医院精益管理五要诀

时间：2017-06-08 来源：健康界



近日，有不少医院院长与我探讨医院如何实施有效的精益管理问题。作为我国卫生界最早开展医院精益管理课题研究的院长之一，我做了如下思考与回答：

### 第一，医院院长要有精益管理的思维。

医院的精益管理，是一种以较小的生产要素占用，而获得较大化的医院收益的管理过程，并且在这一过程中，努力使自己的人、财、物运营状态优良，其本质是医院运营管理的集约化、精益化、效能化。作为医院院长，在新的背景下，运营自己的医院应当要有精益管理的思维来统领自己的医院管理行为，要时刻牢记，在医院的组织中，要以人为本，努力打造医院运营要素的最优化配置。

### 第二，医院精益管理要有目标、愿景。

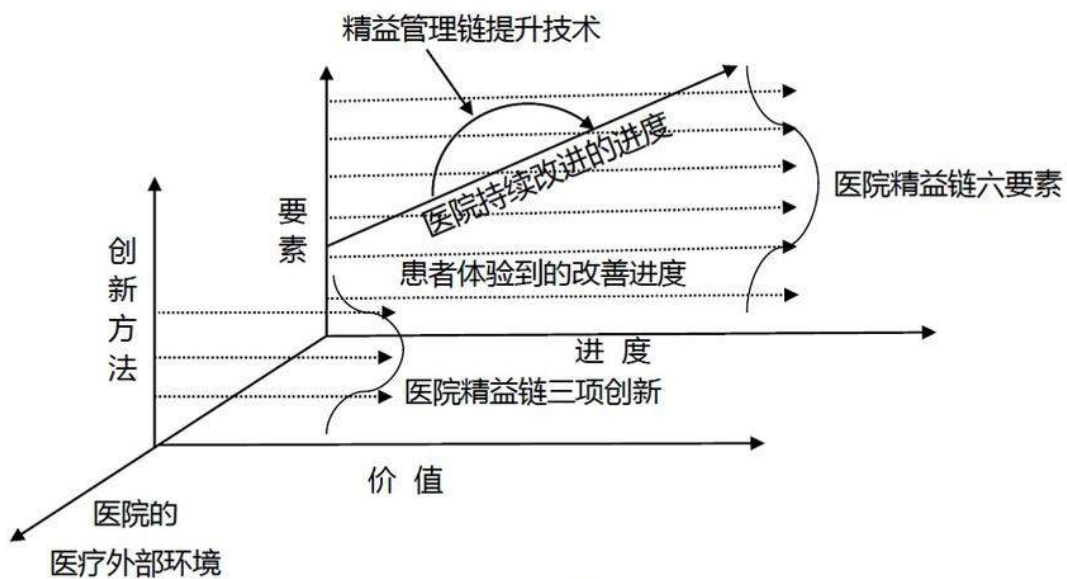
医院精益管理是现阶段医院发展的必然趋势，也是一个具体的医院管理行为过程。从粗放到集约、从规模到精益、从一般到卓越，这里都有一个提升、提炼的过程。在这一进程中，院长要运用目标管理的方法，不断设定自己医院精益转型的阶段性的目标、指标和标准，并通过有效地实施，让其转换成医院员工心目中的愿景与自觉行动指南。如果一般宽泛的医院精益管理，只能是口号，而不可能是行动和成效。



第三，医院精益管理要运用科学的管理工具和方法。



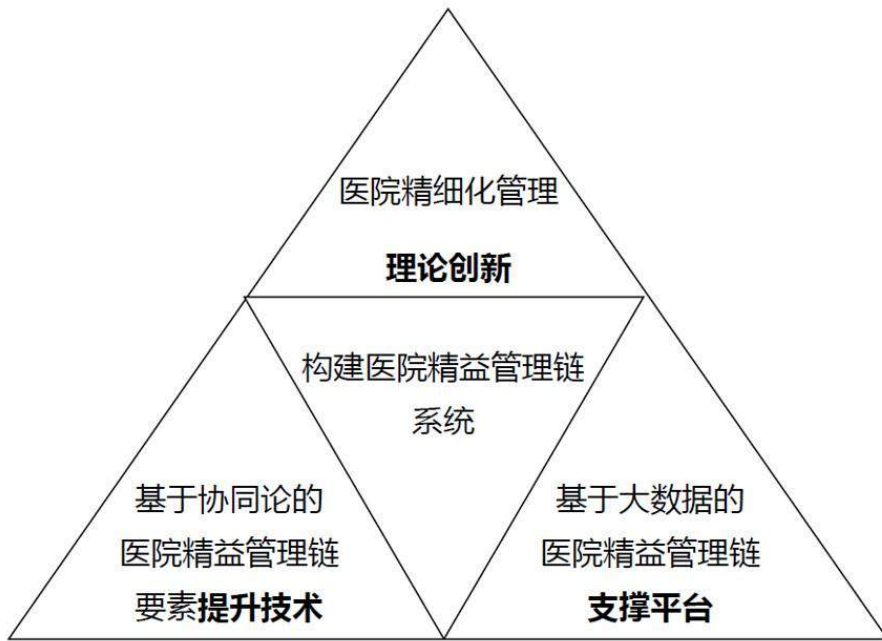
医院精益管理作为一个目标管理的过程，其评价方法与实施路径都尤为重要，这里我们特别强调院长要学会运用管理工具，来推动医院精益管理。实施之前要有个评价，实施之初要有个估价，实施之后也要有一个评定。这种建立在定量管理基础之上的科学管理，本身就是一种精益管理方法。当然，也不是所有的管理工具都是适用的，需要我们针对不同的要素、不同的阶段、不同的标准来选择进行。JCI 给了我们很好的启示，医疗质量都可以 PDCA 和循迹追踪，那么我们其他的医院管理要素，又有什么不可以实现的呢？



### 构建医院精益管理链的创新模型

#### 第四，医院精益管理要借助于医院信息化的平台来推进。

当今社会的一个显著特点，就是医院的信息化、智能化、大数据化等。德国的医院管理称之为医院管理 4.0 时代，也就是强调了这个行业时代特征。医院精益管理同样如此，如果没有信息化的平台应用，没有每天 24 小时的数据处理、信息分析和效能评价，那就无法实现医院的精益管理。医院精益管理的信息要求，主要有：一是实时动态性的挖掘，二是闭环的处理过程，三是 24 小时的网络在线评价，四是数据的自动化处理过程与警示信息的表达。

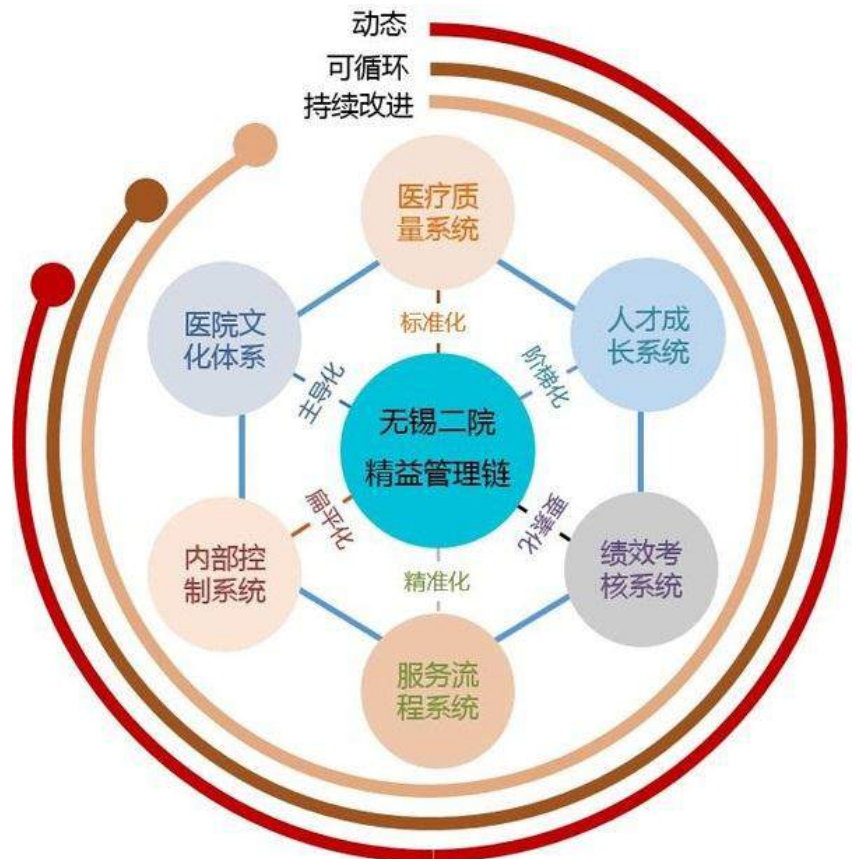


构建医院精益管理链的理论与创新研究体系

第五，医院精益管理要锁住要素，形成系统。2015年，我院的精益管理链课题获得了世界性医院管理大奖——IHF 国际杰出大奖。这一课题的世界性贡献就是我们第一个在全球范围内提出，医院精益管理要锁住管理要素，构成新系统，并采用链条式结构，来运营推动（详见《医院精益管理链》，中国协和医科大学出版社，

易利华编著）。

现在有不少医院院长把精益管理当成一种口号或政策，只是口中喊喊或浅尝辄止。事实上，医院精益管理是一种全新的医院管理系统，从医院领导者的思维，到医院管理理念，以及医院阶段性的运营目标，到医院各要素的锁定，都有着极其重要的管理学要求。可以说，医院的精益转型，离不开医院精益管理，希望更多的医院院长学会这一科学的管理方法和应用系统。最近我们正在开发大数据背景下的医院精益管理链应用系统，希望这一研究会会对全国的医院管理者提供一点帮助。





## 丰田模式，

一个如雷贯耳响亮的名字。即使所在的工作环境没有采取任何的精益制造的方法或理念，作为职场谈资它也一定是曝光率最高的几个名词之一了（没吃过猪肉，还没见过猪跑么？）。对于丰田模式的印象仅止于此，直到一本《丰田模式——精益制造的14项管理原则》的纸质书放到了我的桌上。还只读了一半，就迫不及待想推荐给别人。为了在这一期的《通策商学院通讯》

做好书推荐，我使用了搜索引擎（抱歉我

实在不愿意提那个名字），本来想省事找一个标准导读来用，没想到网上居然有——PPT版本，177页！滚条拉了一下，书里面的要点居然一个都没有遗漏。感谢这位PPT的作者，他让一本圣经级别的管理著作，变身成为一本叶永烈式的趣味科普。不过我真心不推荐用这种方式来解读丰田模式——不是因为网上还有更妙的一张图搞定丰田模式，不仅色彩鲜艳，而且逻辑清晰无瑕疵——而是建议您用读故事书的心情把自己沉浸进去，那不仅仅是原汁原味的问题，而是获取场景感。同样也不建议用Kindle，要纸质的！至少找一支笔，或者很多很多的笔，很多很多的颜色，一边读，一边在上面写写划划，直到整本书变成涂鸦，如果您真的喜欢那样做。

如果您曾经因为是某个畅销小说或者名著的读者而跑进影院看它的电影版，我想大概率是会扫兴而归的吧。您可以在微博微信上吐槽一下，也可以多花点时间上豆瓣做一点更专业的吐槽，狠批导演可不是目的，维护原作的正统光辉地位才是我们的诉求好不？所有这些口水式的东西都是那些跟您一样的读者试图引发您的共鸣，作为制片和导演，他们居然还成功地让人又掏了一笔钱！而当面对原著，在那个阅读空间里，您是在跟作者对话，跟丰田对话，跟世界对话。

最后，为了维护以上笔者自己的原则，本文坚决不剧透，敬请阅读原著。作者：丰田企业，执笔：Jeffrey Liker，翻译：李芳龄。

by：通策商学院



# 丰田模式

## 精益制造的14项管理原则

珍藏版

[美] 杰弗瑞·莱克 著  
Jeffrey Liker  
李芳龄 译

### 你的企业能够从丰田模式学到什么？

使业务流程提速两倍甚至三倍  
让车间制度成为质量的保障  
消除巨额的隐性浪费  
让每位员工都成为质检员

这本书将使你理解丰田何以如此成功，你可以将其中一些实用的创意变为自己的企业经营之道。

—— 丰田公司 加里·康维斯

当今全球的商界人士都希望实施丰田激进的管理制度，以加速业务流程、减少浪费、改进质量。但是，在各种精益管理工具、管理技巧的表象之下，丰田成功的真正根基又是什么？

《丰田模式》诠释了丰田所采用的14项精益管理原则，正是它们驱动丰田形成了专注于质量和效率的企业文化。本书还会使你获得能够应用到所有组织、各种业务流程的极富价值的洞见。你还会了解到如何将长远的企业哲学、流程管理、人员管理以及问题解决之道恰到好处地结合起来，借此帮助你的组织转型成为精益的学习型企业。

推荐序一  
推荐序二  
推荐序三  
推荐序四  
前言

## 第一部分 世界一流的丰田模式

### 第1章 卓越的作业流程 // 2

成功的秘诀：丰田 DNA 的双螺旋 // 5  
丰田生产方式与精益生产 // 6  
精益的误区 // 10  
永远存在改善的空间 // 12  
丰田模式：长期成功之道 // 15

### 第2章 全球最杰出的制造商：丰田家族与丰田生产方式

丰田家族：代代都展现一致的领导者 // 17  
丰田汽车公司：做对世界有所贡献的事 // 18  
丰田生产方式的发展：迈向高质量、低成本、短前置期之路 // 21  
核心原则：单件流 // 23  
改变世界的生产方式 // 24

做有益于顾客的事 // 77  
别让事业决策伤害到信任与相互尊重 // 81  
以自律自我与责任感来决定自己的命运 // 84  
丰田的使命说明与指导原则 // 86  
拟定坚定的目标，名留青史 // 88

### 第二类原则 正确的流程方能产生正确成果

#### 第8章 原则2：建立连续的作业流程以使问题浮现 // 92

多数作业流程中，有90%是浪费 // 92  
创造价值，还是制造浪费？ // 94  
连续流 // 95  
传统的批量生产思维 // 96  
为何流程速度越快越好 // 99  
节拍时间：单件流的心率 // 100  
单件流的益处 // 101  
连续流为何不容易实现 // 104

#### 第9章 原则3：使用拉动式生产方式以避免生产过剩 // 111

原则：由顾客拉动进行补货 // 113  
日常生活中的拉动式补货 // 114  
丰田的看板制度：在必要之处实施拉动 // 115  
预定速度表的推动式生产方式 // 118

#### 第10章 原则4：使工作负荷平均（生产均衡化） // 121

均衡化：使生产与流程均衡化 // 124  
存货的角色 // 129  
按单定制，但同时也均衡化 // 130  
服务业的均衡化 // 132  
艰难的推销：均衡化与连续流的结合 // 134

#### 第11章 原则5：建立立即暂停以解决问题、从一开始就重视质量控制的文化 // 138

暂停流程以内建质检（自动化） // 139  
使用对策与防范错误来解决实际问题 // 143

展现富创造力的精神接受挑战 // 27

### 第3章 丰田生产方式的核心：杜绝浪费 // 29

八大类未能创造价值的浪费 // 30  
传统的流程改进 VS. 精益改善 // 33  
丰田生产方式架构图：以架构为基础 // 34  
以人为核心 // 37

### 第4章 丰田模式的14项原则：丰田生产方式背后的文化基础 // 38

丰田模式并非只是工具与方法 // 38

### 第5章 绝不妥协的雷克萨斯 // 45

一款新车，一个新事业单位 // 46  
倾听顾客心声与竞争标杆 // 47  
达成无可妥协的目标 // 51

### 第6章 开创未来的普锐斯 // 55

第一阶段：“普锐斯”车款的蓝图 // 56  
第二阶段：新世纪、新燃料、新流程 // 58  
21世纪的汽车：重环保，保护自然资源 // 59  
来自公司高层的支持 // 61  
第三阶段：加速研发计划 // 62  
新总裁与新使命：由“普锐斯”当开路先锋 // 63  
最后的15个月 // 64  
丰田的新产品研发流程 // 68  
其他历经实践的原则 // 69

## 第二部分 丰田模式的14项原则

### 第一类原则 长期理念

#### 第7章 原则1：管理决策以长期理念为基础，即使因此牺牲短期财务目标也在所不惜 // 75

比赚钱更重要的使命 // 75

将质量控制简单化 // 145  
服务部门的内建质检 // 147  
内建质检是原则，不是技术 // 149

#### 第12章 原则6：工作的标准化是持续改善与授权员工的基础 // 151

标准化：持续改善与质量的基础 // 153  
限制型官僚制度 VS. 授权型官僚制度 // 154  
推出新产品的标准化工作 // 158  
以标准化作为授权的工具 // 159

#### 第13章 原则7：通过可视化管理使问题无所隐藏 // 160

清理它，使它可被看见 // 161  
可视化管理制度的目的是改善价值流 // 163  
在售后服务零件供应仓库以可视化改善流程 // 164  
可视化与办公室工作 // 167  
A3格式报告：以一页报告呈现你必须知道的东西 // 169  
以技术系统与人员制度促成可视化管理 // 169

#### 第14章 原则8：使用可靠且已经充分测试的技术以协助员工及生产流程 // 171

新技术要能支持员工、流程与价值观 // 172  
执行工作的是人，传递与流通信息的是计算机 // 173  
信息技术如何支持丰田模式 // 175  
丰田公司产品研发流程中的信息技术 // 177  
适当正确地实施技术 // 179

### 第二类原则 借助员工与合作伙伴的发展，为组织创造价值

#### 第15章 原则9：培养深谙公司理念的领袖，使他们能教导其他员工 // 184

从内部栽培领导者，而不是自外延揽 // 186  
丰田的第一位美国籍总裁 // 188  
管理者的第一堂课：顾客至上 // 191

总工程师：创新、领导与顾客满意的关键联结 // 192	第 19 章 原则 13：制定决策时要稳健，穷尽所有的选择，并 征得一致意见；实施决策时要迅速 // 256
丰田公司领导者的共同工作 // 195	在决策过程中充分考量 // 257
第 16 章 原则 10：培养与发展信奉公司理念的杰出人才 与团队 // 198	以多选择同步考量方法广泛考虑各种可能选择 // 259
团队的形式 VS. 团队的运作 // 199	通过撤回以达成共识 // 260
促进卓越的个人业绩，倡导有效的团队合作 // 200	以一页 A3 纸沟通并做出决策 // 264
在北美设立丰田工厂：只有一次建立正确文化的机会 // 200	充分的最前线学习有助于决策 // 268
丰田如何发展团队：无法以一分钟教导的模式 // 202	第 20 章 原则 14：通过不断省思与持续改善以成为一个 学习型组织 // 270
工作团队：解决问题的焦点 // 206	找出问题的根本原因，并提出对策 // 271
丰田公司兼容并蓄所有激励理论 // 209	找出根本原因：问五次“为什么” // 272
内部激励理论 // 210	务实的解决问题：七个步骤流程 // 275
外部激励理论 // 212	反省：责任、自我省思、组织型学习 // 277
人：持续改善的动力 // 213	流程导向 VS. 结果导向：考核的角色 // 281
第 17 章 原则 11：重视合作伙伴与供应商、激励并助其 改善 // 215	方针管理：引导并激励组织型学习 // 282
寻找坚实伙伴，以长期互惠方式共同成长 // 218	创造学习型组织：一次漫长之旅 // 285
福特和丰田对物流伙伴关系采取不同方法 // 219	第三部分 把丰田模式应用于你的组织
和供应商形成伙伴关系，但维持本身内部的能力 // 225	第 21 章 丰田模式在技术型与服务型组织中的运用 // 288
和供应商共同努力学习丰田生产方式 // 227	在服务型组织中辨识流程所遭遇的问题 // 289
以丰田生产方式挽救“生病的供应商” // 230	加拿大邮务公司：重复性服务作业的精益化 // 291
发展一个延伸学习的企业：对供应商授权赋能 // 233	通过改善研习营，绘制并实行价值流程图 // 295
第四类原则 持续解决根本问题是企业不断学习的驱动力	重点在于支持核心价值流程 // 307
第 18 章 原则 12：亲临现场，彻底了解情况（现地现物） // 241	第 22 章 借助丰田模式建立精益的学习型企业 // 310
深入了解并报告你亲眼所见的情形 // 242	管理高层致力于从基层建立全面文化 // 311
“大野圆圈”——观看与自行思考 // 244	六西格玛，精益，精益西格玛只是一堆工具吗？ // 318
根据亲自证实的资料来思考与陈述 // 245	为何文化变革如此困难？ // 320
观察美国，针对美国而设计 // 247	13 个诀窍帮助你的公司转型为精益企业 // 325
领导者也必须奉行现地现物原则 // 250	参考文献 // 331
Hourensou：高层主管的快速现地现物 // 252	
现地现物如何深植于迥异的文化之中 // 254	

## 头脑风暴升级版泰坦尼克号救生攻略答案：

如果您选择图上任何一个或以上救生攻略，恭喜您，救生成功！

如果您觉得都不够好，事实是：

大概60年前，176名爱尔兰移民到加拿大的乘客中，

127人在圣劳伦斯湾爬上一块浮冰，实现自救。

更多分析推荐参考《哈佛商业评论》2016年1月刊《创新，在意想不到之处》。

### 声明：

《通策商学院通讯》中的部分内容来源于互联网，通策商学院收集整理，仅作学习分享。如不慎侵害到您的权益，请告知，我们将尽快处理。联系方式：通策集团官方微信。（通策商学院）

