

价值导向型医院

医疗服务提供商的变革议程



BCG

THE BOSTON CONSULTING GROUP

波士顿咨询公司（BCG）是一家全球性管理咨询公司，是世界领先的商业战略咨询机构，客户遍及所有地区的私人机构、公共机构和非营利机构。BCG与客户密切合作，帮助他们辨别最具价值的发展机会，应对至关重要的挑战并协助他们进行企业转型。在为客户度身订制的解决方案中，BCG融入对公司和市场态势的深刻洞察，并与客户组织的各个层面紧密协作，从而确保我们的客户能够获得可持续的竞争优势，成长为更具能力的组织并保证成果持续有效。波士顿咨询公司成立于1963年，目前在全球48个国家设有85家办公室。欢迎访问我们的网站：www.bcg.com了解更多资讯。



价值导向型医院

医疗服务提供商的变革议程

ELISABETH HANSSON

BRETT SPENCER

JAMES KENT

JENNIFER CLAWSON

HEINO MEERKATT

STEFAN LARSSON

目录

3	医疗服务提供商面临的挑战
5	医院运营的更好方式 传统医院运营模式的局限性 价值导向型运营模式的优势
12	价值导向转型议程 评估组织准备成熟度 定义最重要的疗效指标 分配患者人均成本 实施快赢举措 提升服务职能成效 价值导向型方法的体制化
19	推荐阅读
20	致读者

医疗服务提供商面临的挑战

全球医疗服务提供商均面临着超乎寻常的各种压力。尽管医院的成本控制与其他运营改良方案已推行数十年，成本仍旧继续上涨，对医院预算造成持续的压力。医院科室预算和临床流程的严格管理进一步增加了组织结构的复杂性，导致员工士气低落、闲散松懈。同时，市场竞争也愈发激烈。英国等拥有公共医疗体系的国家在不断鼓励私有化；而在美国，私营医院已经在发挥重要作用，医疗服务提供商开始逐渐整合。世界各地的支付机构均在呼吁提高医疗效果的透明度，并开始尝试价值导向型支付和医保体系。患者的需求日益增加，同时也面临更多的选择。

为了应对这些压力，几家领先机构正在开发一种全新的运营模式，也就是我们所说的价值导向型医院体系（the value-based hospital）。这些医疗服务提供商通过监控特定患者群体的医疗效果，同时理解在临床路径中实现这些效果所需的资源和成本，而采取完全不同的方案实现持续改进。同时，医疗服务提供商还通过提供更好的医疗效果和更高的医疗服务价值（效果成本比率）推动组织改进议程，并从同行中脱颖而出。对医疗效果和价值实现的关注为广泛的员工群体创造了共同的语言，帮助员工增强合作并追求共同目标。采用此方法的领先机构包括美国的Kaiser Permanente和克里夫兰诊所（Cleveland Clinic）、德国的Martini-Klinik和Schön Klinik以及芬兰最大的医疗服务提供商Terveyshälsö。¹

克里夫兰诊所的首席执行官Toby Cosgrove博士将价值导向型方法称作“能够改变医疗面貌的突破”。²但是大多数医院尚未踏上征程。

尽管质量管理方案已经实行多年，医院相比其他行业仍然落后数十年。

我们相信，价值导向型医院体系不仅仅是另一种改善方案。与过去尝试的方案相比，价值导向型体系可以更有效地提供医疗服务和运营医疗组织。该方案以患者及其治疗效果作为医院运营的核心，依托医院临床领域的参与度、领导力和协作力，从而确保医院管理层和临床医生之间开展更具建设性的互动，保证共同提供具有成本效益的高质量医疗服务。

波士顿咨询公司一直以来与行业领先者合作，并致力于理解价值导向型医院体系的关键成功因素。此外，我们还为越来越多的医院提供落地支持，帮助它们采用这种新的运营模式。我们的工作反映出：该模式可帮助位于任何起点和监管环境中的医院进行价值导向型转型，快速实现持续改善，并尽早收获积极成果。本文中的示例和案例研究显示，医院不需要具备所有数据和系统才能看到成果。只要将那些致力改善患者疗效的合适人员组织起来，通过一个结构化的过程来推进，就能实现显著改良。在客户项目中，我们曾看到有些组织在仅仅三个月的时间内实现了近30%的工作效率和其他方面的改善。

在本报告中，我们将介绍价值导向型全新运营模式能为医院及其他医疗服务提供商的新优势，分享我们最近在美国和欧洲帮助客户引进价值导向模式的项目经验，并为任何希望把患者价值置于战略和产品核心的医疗服务提供商提供六步式的转型路径。

注：

1.如欲了解更多有关Kaiser Permanente的详情，请参见BCG于2013年5月出版的聚焦报告《The Accountable Care Organization: If You Build It, Will They Come?》以及2016年8月出版的聚焦报告《基于疗效竞争：价值导向型医疗的制胜战略》。如欲了解有关Cleveland Clinic的详情，请参见Toby Cosgrove, “Value-Based Health Care Is Inevitable and That’s Good”, 《哈佛商业评论》博客网络, 2013年9月24日, <http://blogs.hbr.org/2013/09/value-based-health-care-is-inevitable-and-thats-good/>。如欲了解有关Martini-Klinik的详情，请参见《基于疗效竞争》以及Michael E. Porter、Jens Deerberg-Wittram和Clifford Marks, “Martini Klinik: Prostate Cancer Care”, 哈佛商学院案例N9-714-471, 2014年3月。如欲了解有关

Schön Klinik的详情，请参见Michael E. Porter、Emma Stanton、Jessica A. Hohman和Caleb Stowell, “Schön Klinik: Eating Disorder Care”, N9-712-475, 2012年3月；以及Robert S. Kaplan、Mary L. Witkowski和Jessica A. Hohman, “Schön Klinik: Measuring Cost and Value”, 哈佛商学院案例N9-112-085, 2012年3月。如欲了解有关Terveystalo的详情，请参见本出版物附录《医疗服务价值对我们的意义：与Terveystalo CEO Yrjö Närhinen的访谈》。

2. Toby Cosgrove, “Value-Based Health Care Is Inevitable and That’s Good”, 《哈佛商业评论》博客网络, 2013年9月24日, <http://blogs.hbr.org/2013/09/value-based-health-care-is-inevitable-and-thats-good/>。

医院运营的更好方式

价值导向型医院提供了一套完全不同的医院运营模式来运营医院、跟踪绩效并组织医疗服务的提供。为了理解具体原因，我们从回顾医院的组织和管理医疗服务的方式开始。

传统医院运营模式的局限性

每个医院都希望以高性价比的方式提供高质量护理服务。但是当今大多数医院的组织形式很难实现这一目标，甚至在许多情况下不可能实现。

三个主要的组织特点阻碍了可持续性改进。

职能性组织架构。典型的医院在许多方面均可被视为传统职能性组织最后的精神堡垒。各科室按医学专科进行规划：心血管科、胸外科、风湿科、放射科等等。在许多医院中，可以共享资源的项目，如急救护理、重症监护和外科手术等通常被安排组成各自独立的科室。尽管科室之间通过诊断或治疗转诊可实现高度正式沟通，但各科室的表现仍然按照其各自的预算及自身特定的KPI进行衡量。此外，在各室或病房之间一般不共享激励措施。

在过去主要通过提高专业化水平和医生专长来提升医疗服务，并且替代性治疗和诊断手段的选择都相对简单的时代，这种职能性较强的组织结构是合理的。但是职能型组织结构也存在重大的组织缺陷：各个专科相对独立使得医院难以以整合性方式优化完整的临床路径，并管理成本。尽管可以跟踪各科室的绩效和成本，但在整个护理链条中，往往没有一个单独的科室能对特定患者人群的医疗效果负责。这

甚至可能对科室内的医生与其他科室医生开展跨科室的合作造成负面激励效果。各专科之间的交接通常需要重复的数据和工作（典型的例子就是重复的实验室检验、患者问诊和检查）。

范围狭窄的绩效指标。严格的职能型架构所引发的问题，往往会因为医院所采集的绩效指标而放大。在我们的经验中，大部分医院均对财务指标（按科室，通常按科室经费是否控制在预算内进行衡量）和流程指标（强调等待时间和独立科室的生产效率）进行跟踪。一些医院对“质量”进行跟踪，但“质量”通常被定义为治疗过程与治疗指南相比的合规程度（实际上为流程效率），或者通过评估患者填写的满意度问卷来衡量。但这些方法强调高效的工作效率或主观体验，而非针对患有特定疾病或经历特定治疗的患者的实际治疗成果。由于治疗某一具体病症而产生的成本往往分摊在多个不同科室，使得很难获得清晰的完整认识，因此在实际操作过程中很难有效控制成本，因为没有人能够“负责”或“管理”整个临床路径中的成本与质量的权衡。

关注患者疗效提供了一种考虑成本的新方法。

管理层和医生之间的分歧。一个高度分散的组织架构，以及不直接与医院存在的关键目的——即改善患者健康和福祉——相挂钩的绩效指标体系，常常导致医院管理层和临床人员之间的文化脱节。科室管理者专注于通过管理

科室预算和员工排班，最大化科室的工作效率。而临床医生尽管希望患者获得最佳的临床效果，但对预算和排班的控制力十分有限，同时对患者治疗效果的数据掌握不足，也不了解对疗效产生影响（或不产生影响）的成本情况。

医院的这种行为并非由于医院员工不愿合作的固有态度，而是医院体系的不同参与者在面临有限的资源以及实现期望的目标所面临的局限性时所做出的符合逻辑的选择。¹实际上，管理者和医生都经常抱怨传统运营模式所带来的局限性。一方面，医院管理者通常在对医疗护理一项工作的临床医生施加影响上感到无能为力。另一方面，热忱敬业的医生常常感到医院体系对他们提出的指标和目标要求与患者治疗没有太大关系，同时他们也缺乏必要的信息和工具来真正推动医院绩效的改善。管理层和医生之间的分歧往往源于这些在目标、资源和局限性上的不匹配，而传统的医院组织和运营模式则是造成这一不匹配的根源。

价值导向型运营模式的优势

价值导向型运营模式则完全不同。它的出发点是收集和分享医院为患者提供的实际医疗效果的数据。

以系统性的方式对治疗效果进行跟踪主要出于两个原因。首先，提供高质量医疗效果是任何医院机构的根本目标。高质量医疗效果是患者希望从医院获得、也是支付方愿意买单的主要原因。第二，也是更为重要的一点，医疗机构只有先知道它将产出怎样的效果，才能真正理解其绩效表现，以及为客户所提供的价值——即在某一成本水平下所达到的治疗效果。（参阅附录“医疗效果指标标准化发展”。）

关注医疗效果还有第三大优势。它可为管理者和临床医生提供一种全新的思考成本的方式：所产生的成本是否真的为患者所在意的治疗效果做出贡献。

对患者真正重要的成本。按照定义，医疗效果是针对某一个具体的疾病、症状或治疗而言的，因此根据患者人群不同，医疗效果的定义也有所不同。同样，价值导向型医院中关注的成本，也是针对在特定疾病或症状下达到预期的疗效目标所需的每位患者的人均成本。

因此，跟踪成本的正确方式不应该按照各个专科进行划分，而是应该按照治疗某个特定患者人群而在整个临床路径上所开展的活动及使用的资源进行跟踪。²（参阅图1）一旦医院

为经受相似病症或医疗状况的患者人群建立起按每位患者跟踪的成本体系，它就能更好地确定哪些成本能够（或不能）推动高质量的医疗效果。

临床医生是任何医院机构的关键影响者。

临床医生参与的力量。由于临床医生注重提供高质量疗效，因此强调对疗效的关注将成为在价值导向型改善议程中促进临床医生参与度的有力机制。事实上，没有临床医生在一段足够长时间内的有效参与，任何改变都不可持续。

临床医生是任何医院机构的关键影响者。临床医护人员与患者接触最为密切，同时了解具体医疗操作。的确，没有临床医生对变革工作的承诺和投入，一切变革都将难以开展或获得可持续的成效。更为重要的是，只有临床领域的各个层级及其整个临床路径的相关科室都共同参与，医院才能打破科室之间的组织壁垒，推动真正有效的合作，促成对持续改善有益的知识和想法的分享。

对治疗效果和患者人均成本的可见性的显著增强，结合跨科室的临床医护人员的全体参与，在医院中创造了一种新的行为驱动力。新的疗效和成本数据提供了一个涵盖整个医疗服务价值链的综合性视角，为临床医生推动医疗创新提供了新的资源基础。同时，新的数据也使得兼顾两个原本难以并存的目标成为了可能——这两个目标即临床医生旨在提供高质量的医疗服务的目标，以及医院管理者旨在提供上述服务的同时尽可能降低成本的目标。简而言之，临床医生发现在此新医疗模式下，与跨科室的医生以及医院管理层开展真诚的合作，共同推动高质量、低成本的医疗服务，符合他们自身的利益诉求。（参阅附录“价值导向型医院体系和转化医学”。）

培养可持续的竞争差异因素。一旦医院建立了适当的以患者为中心的疗效指标体系，同时拥有了一批在经过重新设计的运营流程上高效工作且积极参与变革的临床医生团队，那这家医院就拥有了在快速变化的市场上识别自身优势并将其转化为可持续的差异化竞争优势的资本。通过“在疗效上竞争”，医院可以吸引更多患者，获得更好的经济效益，并建立起对不断变化的医疗市场环境的可持续的应对能力。³（参阅图2）

医疗效果指标标准化发展

随着全球各地越来越多的医疗服务提供商开始注重提供高质量的医疗服务，疗效指标的标准化开始不断发展。非营利组织“国际医疗效果衡量联盟”（ICHOM）的工作恰好说明了这一点。ICHOM的使命是汇聚疾病登记领导者、患者群体代表和其他专家，共同定义并发布全球统一的疗效指标。ICHOM由BCG、哈佛商学院迈克尔·波特战略和竞争力研究所以及瑞典卡罗林斯卡学院于2012年成立。

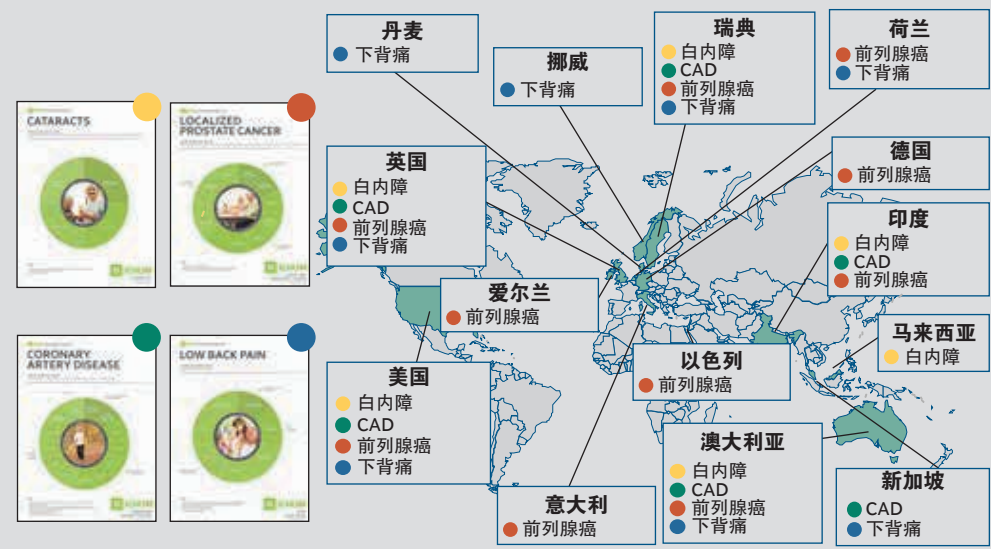
2013年11月，ICHOM为四大病症发布了首套标准化指标和风险调整变量：冠状动脉疾病、局部前列腺癌、下背痛和白内障。（参阅下图）自那时起，全球近200家医院均对在其内部疗效跟踪上使用ICHOM指标表示出浓厚的兴趣。2014年，ICHOM计划为另外8种病症制定标准化疗效测量指标；到2017年，ICHOM指标预计将扩大到50多种

病症，占工业化国家超过50%的医疗负担。

参与ICHOM早期工作的医院管理层将此计划视作改善质量和管理成本的关键举措。加州大学洛杉矶分校医疗系统首席医疗官Tom Rosenthal博士表示：“衡量对质量改善至关重要。医疗体系中每位从业人员都有义务积极参与改善护理质量。”按照美国心血管研究基金会主席兼CEO及美国心脏病学会前CEO Jack Lewin博士所述：“我们需要衡量并管理医疗服务及其成本和质量。这是个重点关注领域，我很高兴看到在全球各地都在提高对这个领域的认识。”¹

注：
1. 如需观看视频，请访问<http://www.ichom.org/news/conferences/>。

ICHOM与领先的临床医生合作制定疗效指标的国际标准



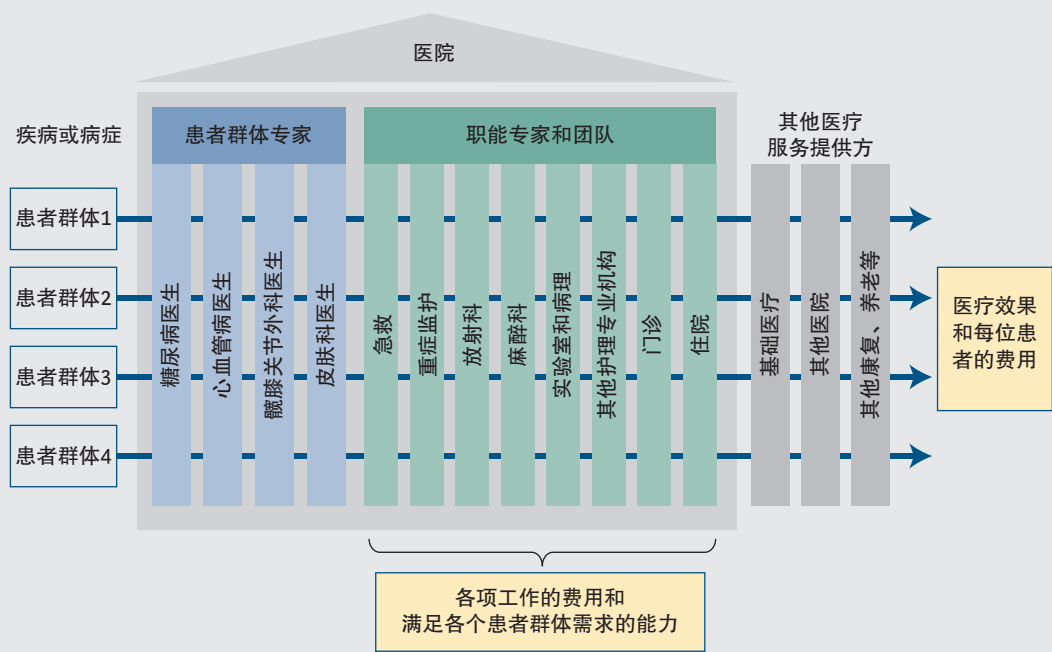
来源：ICHOM。
注：CAD = 冠状动脉疾病。

在一些情况下，一些医院选择专注在某一需要高度专业化能力的疾病领域（如前列腺癌），并致力于成为在此领域的国际领导者。⁴ 采用这一战略的医院，往往充分利用其在临床实践和研发领域的深厚经验，通过系统化的方式，卓有成效地持续改进那些患者最关注的疗效指标，并以此来吸引那些希望获得高质量疗效的患者。（参阅附录“在TEXAS HEALTH RE-

SOURCES推动医疗效果提升和价格透明”。）

在另一些情况下，如在糖尿病或充血性心力衰竭等慢性疾病领域，一些医院则努力成为一体化的医疗服务提供商，以肩负起为某一特定患者人群提供完整的医疗护理服务的使命，提供包括初级医疗、二级医疗以及一些三级医疗在内的完整服务内容。一体化的医疗服务提

图1 | 价值导向型医院医疗护理过程中对不同患者群疗效与费用的追踪



来源：BCG分析。

价值导向型医院体系和转化医学

对学术医疗中心而言，增加对测量和理解患者疗效的关注也带来了额外的好处：有机会在研究和医疗服务交付之间建立更好的联系。在过去15年中，所谓的转化医学——“从实验室到床边”成为了生物医学研究的主要目标。然而，专科职能型组织的传统医疗保健模式更关注效率而非医护质量，数据管理也较为薄弱，无法满足临床研究甚至大学医院组织的需求。这种脱节是许多国家临床研究的数量下降的主要原因。

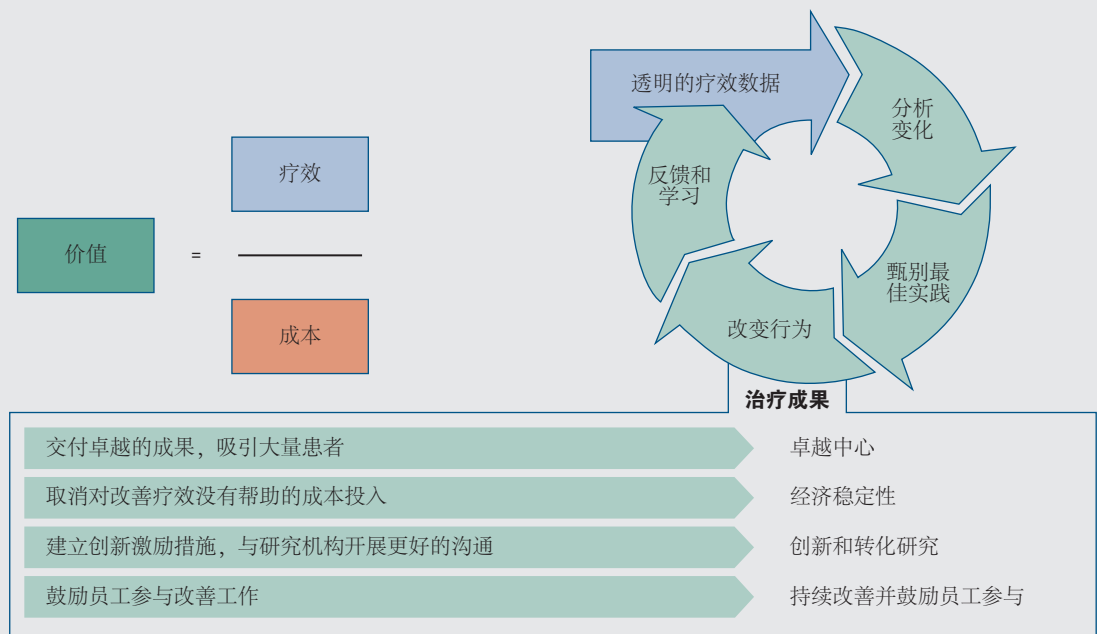
大部分医疗研究关注疾病和患者群体，测量最终结果和疗效，以及严格的数据管理和分析。这种在日常服务过程之外单独收集数据的要求不仅增加了研究成本，也造成了文化壁垒，使人认为研究是为了特殊的利益，而对临床实践和医疗效果的改善有限。当测量真实医疗效果成为医疗服务的一部分时，就有可能促成研究和临床实践的统一。最近对大规模、低成本、基于登记信息的随机临床实验的使用就很好地证明了这一原则。

在这些临床实验中，定期由特定疾病登记处收集疗效数据，并将数据用于评估现有临床实践和治疗的效果。

例如：一个由瑞典、丹麦和冰岛研究人员组成的团队最近开展了一项“多中心、展望性、随机、受控、开放性临床实验”，旨在测试冠状动脉血栓形成吸引术的效果，该技术越来越多地与经皮冠状动脉介入治疗（PCI）结合使用，治疗患有ST段抬高性心肌梗死（STEMI）（一种类型的心脏病）的患者。¹临床试验记录了来自瑞典冠状动脉血管造影术和血管成形术登记处（Swedish Coronary Angiography and Angio-plasty Registry）的7,244位STEMI患者的数据。患者被随机分配并接受手动机械性血栓抽吸及PCI疗法或仅PCI疗法。研究发现，在PCI疗法之前进行定期血栓抽吸并不会显著减少死亡率，因此并不有助于提升医疗价值。

注：
1. Ole Fröbert, et al., “ST段抬高性心肌梗死过程中的血栓抽吸”（Thrombus Aspiration during ST-Segment Elevation Myocardial Infarction,）《新英格兰医学期刊》（New England Journal of Medicine），2013年10月，<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1308789>。

图2 | 就医疗效果开展竞争有助于改善医疗服务提供商的表现



来源：BCG分析。

在TEXAS HEALTH RESOURCES推动医疗效果提升和价格透明

在达拉斯华兹堡地区25家医院中，Texas Health Resources (THR) 是德克萨斯州最大的非营利性医疗服务体系，为超过620万人的地区提供服务。最近，THR开始与BCG合作为雇主、保险公司和个人消费者开发一套价值导向型捆绑式产品。新的产品旨在提供综合性覆盖（包括整个治疗过程中的医生和设施）和完全透明的定价和条款及治疗效果。

THR的新型捆绑式服务是由THR及其临床医生合作为具体医疗程序所开发的与治疗过程相关的产品，例如：腰椎板切除术（主要用于减轻由腰椎椎管狭窄导致的腿疼的手术疗法）或冠状动脉旁路移植术。临床医生牵头制定疗效指标，确保通过高效、具有成本效益的治疗方式，并提供高质量的治疗、积极的患者体验和卓越的价值创造。之后，由专长于所选手术的医生、手术室员工和提供分析及财务支持的THR员工组成多学科团队，重新设计临床护理路径，以期更好地实现治疗效果。

THR首席医疗官Daniel Varga博士认为，对高质量疗效的关注以及临床医生分享由于更高效的治疗所带来的好处，确保了医生对此项目的有力支持和参与。

THR的新产品旨在应对美国医疗体系汇总的两个新特点，在某种程度上也是《平价医疗法案》(ACA)的产物：鼓励通过相对大额的自费比例改善质量和保险计划。

美国医保改革过程中的主要争议主题之一就是当前体系的医疗质量参差不齐。因此，ACA为改善医疗质量制定了多种激励措施。THR首席战略官Jonathan W. Scholl认为，THR在为北德州患者提供高质量且一致的护理体验上一直处于领先地位。新型价值导向型服务是推动此领域发展的另一步。

同时，在美国，越来越多的医保人群不得不面临自费比例增加的现实。这些消费者希望每一块钱都花得物有所值，并对价格和质量的事先透明度要求更高。医疗保险市场上的购买增加预计将加剧这一趋势。新的产品具有透明的价格和治疗效果，因此十分适合此客群。

最后，雇主和支付方将此类产品视作与医疗体系分担可控风险的方法，同时能提供较高透明度的医疗成果。他们也可利用这些产品加强“小而美”的产品的吸引力，更好地协调护理服务并管理成本。

供商通过管理患者人群的健康状况，以帮助其获得最大化的医疗价值，同时往往也运营着自有的一体化医疗服务价值链。但它们也可以作为中间商，帮助患者找到最佳的独立服务提供商，并将其服务与自身的系统进行整合以提供独特的医疗服务能力。（参阅附录“医疗服务价值对我们的意义：与Terveystalo CEO Yrjö Närhinen的访谈”）

注：

1.如欲了解更多有关组织行为对目标、资源和局限性的合理应对，请参见Yves Morieux和Peter Tollman的著作《六条简单法则：如何简单地管理复杂性》（Six Simple

Rules: How to Manage Complexity Without Getting Complicated），哈佛商学院出版社，2014。

2.见Robert S. Kaplan和Michael E. Porter的著作《伟大计划：如何解决医疗保健中的成本危机》（The Big Idea: How to Solve the Cost Crisis in Health Care），《哈佛商业评论》，2011年9月，<http://hbr.org/2011/09/how-to-solve-the-cost-crisis-in-health-care/ar/1>。

3.如欲了解更多有关此主题的信息，请见《基于疗效竞争：价值导向型医疗的制胜战略》（Competing on Outcomes: Winning Strategies for Value-Based Health Care），BCG聚焦报告，2014年1月。

4.如欲了解更多有关前列腺手术的信息，请见《基于疗效竞争：价值导向型医疗的制胜战略》（Competing on Outcomes: Winning Strategies for Value-Based Health Care），BCG聚焦报告，2014年1月，以及E.Porter、Jens Deenbergh和Clifford Marks的著作《Martini Klinik：前列腺癌护理》（Martini Klinik: Prostate Cancer Care），哈佛商学院案例N9-714-471，2014年3月。

医疗服务价值对我们的意义： 与TERVEYSTALO CEO YRJÖ NÄRHINEN的访谈

Terveystalo是芬兰领先的医疗保健服务提供商，目前全国150家医疗诊所网络中共有6,500位医疗保健专家，其中18家诊所提供普通医院的专科治疗。约90万名患者（占芬兰总体人口的17%）通过Terveystalo诊所获得部分或全部医疗服务。Terveystalo在采用疗效指标和使用价值导向型公司管理方法上一直在业界处于领先地位。最近，BCG资深合伙人Stefan Larsson与Terveystalo的CEO Yrjö Närhinen就公司的方法开展讨论。



Terveystalo在整个芬兰医疗体系中扮演什么角色？

芬兰公共医疗服务体系提供约82%的医疗保健服务。我们在剩下18%的私营医疗服务提供商中占据约三分之一的市场份额。我们约有一半的收入来自近19,000家与我们签约的为员工提供初级护理服务的芬兰公司。剩下的收入来自私营医护机构，由个人自费支付或由保险公司支付。我们甚至有时还会接到来自公共医疗体系自身的合约，例如：在公共体系中需要较长等待时间并希望缩短特定医护服务时间延误的情况。

作为希望在高质量医护服务上领先同业的公司的CEO，您对医疗保健背景下的“价值”有什么看法？

价值对体系中不同的参与者有着不同的意义。对于患者而言，价值是医护质量。对于医生而言，价值是进行良好的医学实践的能力以及为患者提供最佳医护的能力。对于支付机构而言，价值不仅是尽量减少保险的直接成本，还包括尽量减少疾病所带来的间接成本。

对我们而言，价值一直与客户紧密关联。我们需要向公司或个人展示他们值得把钱花在我们的服务上。例如：如果我们帮助雇主减少慢性病患者的病假次数，就可以为客户创造价值。但我们逐渐发现，将完善的价值作为所有利益相关方的统一“货币”可在改善医疗质量的同时提高治疗效果。

在Terveystalo，您通过何种方式改善医疗效果并创造更好的价值？

我们相比其他企业而言更具优势。因为我们大部分客户都希望了解可以通过我们的服务获得什么价值，因此我们经常需要提供数据。在早些年代，问题主要集中在我们是否可以减少公司需

要支付的病假数量？或者帮助它们避免伤残退休金？这些担忧构成了“骨架”——建立汇报系统和文件记录的根本需求。这也帮助我们聚焦疾病预防、年度体检以及相关领域。

拿糖尿病举个例子。芬兰对糖尿病的治疗建立了非常完善的治疗指南，但对于医疗服务提供方和患者是否很好地遵守这些指南以及是否实现目标等方面的数据寥寥。我们建立了一些数据显示出芬兰整体适龄工作人口中超过 9% 的人患有前驱糖尿病或糖尿病，因此显示出我们未能按照指南对糖尿病患者进行完全监督。然而，得到妥善管理的患者平均每年的病假天数比未得到妥善管理的患者少10天。

因此，我们建立了一个项目，确保可以妥善监督并更好地管理我们的糖尿病患者。我的首席医疗官Juha Tuominen与临床医生紧密合作并创建了记分卡系统，方便医生了解哪些患者患有糖尿病，以及其疾病是否得到妥善管理、是否错过任何关键化验等等。我们的医生可以利用国际认可的糖尿病注册表，按临床、跨区域或与瑞典及芬兰的平均值进行绩效衡量。

通过提高数据可见性并利用数据塑造护理模型，我们就能够积极地管理特定的患者人群。作为额外的收获，我们也可以获得相关数据并回报给支付机构。这样可以帮助支付机构限制休假时间。也可以帮助医生更好地为患者提供治疗服务，这是医生所关注的，也是其行医的初衷。当然，对患者也有好处，因为患者可以获得更好的医护服务以及更好的医疗效果。

您认为治疗的质量和影响力是Terveystalo的竞争优势，如何对“治疗效果”开展竞争？

我们认为客户永远拥有选择权。如果公司对我们的服务感到不满，他们可以去找别的公司。因此，我们需要不断完善自身并展示出我们所创造的价值。一旦我们可以展示出价值，价格上就不再会有压力。这也是促使我们从竞争对手中脱颖而出的主要因素。

我们用乳腺癌筛查举个例子。在芬兰，法律要求地方政府为超过一定年龄的女性提供乳房X光检查。尽管法律如此规定，但并非所有女性都能获得乳房X光检查服务。由于我们拥有全国的医疗诊所网络，因此我们制定了全国筛查流程。筛查本身高度分散。我们甚至在芬兰北方与世隔绝的小村庄中使用移动设备来进行筛查，确保女性无需远行即可获得服务。但对筛查数据的分析高度集中，以便遵循严谨的科学流程并利用规模效益，在减少成本的同时提高早期癌症筛查能力。通过有意识地改善诊断质量，我们现在在芬兰已经实现了85%的乳房X光检查。

您并没有医学背景，您曾经在宝洁消费品部门工作。在管理医疗保健系统中有什么挑战？

医疗保健是高度专业化的服务业务。这意味着它是一项关乎信任和尊重的业务。因此任务管理十分复杂。医疗保健目前正处于这种转型环境中，取得成功需要同时具备多种能力。我们需要了解对方的语言并尊重对方的专业技能。我们需要平衡支付机构、个人和专家之间的需求。没有人能给出所有答案。我们需要开展对话、建立团队合作，并从不同的视角和角度观察问题。

价值导向转型议程

虽然越来越多的医院领导者看到了新的价值导向型运营模式带来的希望，但许多人仍因察觉到转型的挑战而犹豫不决。毕竟，价值导向型医院的先驱者也是通过数十年的组织转型才达到了今天的成就。然而，通过近期与美国和欧洲医院的合作，我们总结了推动价值导向运营转型的六个步骤，可以最有效地帮助医院启动转型之路，并加快转型的速度。

评估组织准备成熟度

第一步是通过对照我们在与其他领先的价值导向型机构合作中开发出的一套全面标准，评估一家医院在多大程度上对开展价值导向型医疗服务转型做好了准备。这第一步将不仅能让管理团队了解组织目前的能力范围，而且有助于在组织中获得认同支持，为战略方向选择收集有价值的输入，并且辨识适合开展初期试点的领域。

为了解释这一过程，请看位于瑞典哥德堡的萨尔格林斯卡大学医院（Sahlgrenska University Hospital）的近期经验案例。作为北欧最大的医院网络之一，萨尔格林斯卡为哥德堡地区70万居民提供急诊和基础医疗，并为瑞典西部170万居民提供专科医疗。此外，这家医院是瑞典仅有的两家能进行儿科心脏手术以及各年龄层患者的心、肺、肝移植的医院之一。

然而，与许多欧洲公立医院一样，萨尔格林斯卡面临着所在地区政府的巨大控费压力（地区政府是瑞典公共医疗体系的主要支付方）。而且，随着瑞典公共医疗体系给予患者更大的选择权、引入价值导向型报销机制，医院面临

的竞争加剧，因此需要决定应该将资源重点投入哪些专科领域。

2013年秋，萨尔格林斯卡大学医院CEO、医学博士Barbro Fridén决定，将价值导向型医疗作为该院的三大战略重点领域之一。价值导向型方法以患者数据为依据，对于以体外受精为研究方向的Fridén而言十分具有吸引力。但是，她不想等到所有合适的数据都到位之后再行动，而是希望更快采取行动。

BCG在与萨尔格林斯卡医院高管团队合作时，使用了图3所示的评估工具。通过这一工具，对某一特定疾病或症状的领域的医疗服务能力评分，使用1至5量表，横跨三个关键维度：

疗效和成本衡量标准、医疗质量提升过程、基础设施和组织。萨尔格林斯卡成立了十个疾病专题团队，分析该院在关键疾病或症状领域的表现。评估成果为医院管理层的初步战略方向讨论提供了基础。通过这个过程，医院管理层对医院的优势领域达成了共识，并对亟待改进患者价值的领域形成了初步设想。

基于评估结果，医院决定开始四项试点举措，每项举措各针对某一特定疾病或治疗，包括：躁狂抑郁症、前列腺癌、髋关节置换术、儿科心脏手术。在选择试点对象时，使用了以下一系列标准：该患者人群的规模和财务重要性；是否存在明显的提升空间可以获得“快赢”；是否对医院的竞争差异化具有战略意义；以及能否获取优质数据。但无论情况如何，每一个领域必须能够找出一位充满活力的临床领导者，有兴趣尝试新模式，并且有能力

图3 | 医院对价值导向型医疗准备程度的自评表

		急性淋巴细胞白血病（急淋）		结肠癌	躁郁症	精神分裂症	髋关节置换手术	类风湿关节炎（类风关）	乳腺癌	前列腺癌	糖尿病	冠状动脉血栓形成	平均分
1	疗效（衡量标准类型）	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	4	4.7
	疗效（患者报告的衡量标准）	5	5	3	4	4	5	5	5	4	3	4	4.2
	疗效（数据库使用）	4	5	3	3	5	5	5	5	5	3	4	4.2
	患者人均成本	2	3	4	2	3	3	4	2	2	3	3	2.9
	患者流动（流程映射）	4	4	4	4	4	5	所有患者群属于弱项表明需要开发新方法、使用外部最佳实践				4	4.4
	患者流动（流程衡量标准）	5	3	3	4	1	2	1	2	2	3	5	2.9
	覆盖面	2	3	2	3	4	4	5	5	5	4	3	3.5
2	数据质量	1	患者群中的唯一弱项急淋团队在数据质量衡量标准方面尤其欠缺，但他们可以向类风关团队学习，运用与他们相同的控制方法					5	5	5	5	3	3.9
	透明度	4						5	5	5	4	5	4.4
	汇报环	5	3	3	4	1	2	1	2	2	3	5	2.9
	分配	3	4	5	4	5	5	5	5	4	3	5	4.3
	临床医师	2	3	2	1	2	1	2	2	3	5	2	2.3
	监督	1	3	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4.2
	指标运用	4	4	4	5	5	3	3	4	4	2	4	3.8
3	创新	5	3	3	2	4	4	5	5	5	5	4	4.0
	采用率	4	5	5	2	4	4	4	4	4	5	5	4.2
	时间量	4	5	5	3	3	4	4	4	4	5	5	4.2
	基础设施	4	4	4	4	4	5	5	5	5	4	5	4.4
	组织结构 和治理（资源）	5	3	3	4	1	2	1	2	2	3	5	2.9
	组织结构 和治理（结构）	3	3	4	4	5	2	2	2	2	3	3	3.1

来源：BCG 分析。
注：数据仅用于示例。该评估采用 1 到 5 量表，表示对价值导向型医疗的准备度高低，1 表示低，5 表示高。

和意愿来激励自己的同事参与其中。这些领导者作为整合者将性质各异、服务于不同患者群的临床团队组织到一起。试点项目完成之后，他们通常将承担正式职责，负责管理并推动相应对其患者人群的医疗服务的持续改进。

定义最重要的疗效指标

一旦组织明确了要对哪些病症和患者人群先期开展价值导向型的试点举措，下一步就是建立多学科团队来共同定义对这些患者人群最重要的疗效指标。

这些团队成员必须具有广泛代表性，涵盖医疗服务各主要环节中的医疗和其他职能领域专家，以及患者代表。在这些临床医疗团队中，有一些成员是第一次与医疗服务价值链上其他部分的同事合作。在我们合作过的一家医院中，有一个老年骨科学试点团队，其中包括了骨科医生、康复专家和老年医学专家。多年来，这些专科专家一直互相推荐患者，但从未一起讨论过如何才能更好地共同管理整个临床治疗路径。

萨尔格林斯卡的髋关节置换术团队开发了一份计分卡，用于追踪疗效。

至于疗效衡量标准的制定，问题往往不是衡量标准是否存在，而是这些标准是否真正在医疗管理中落实运用。以萨尔格林斯卡的髋关节置换术试点团队为例。对于髋关节置换术，找出合适的疗效指标是相对简单的。在瑞典，有一份不断更新的髋关节置换术记录簿，30多年来一直收集该国所有接受此种手术的患者数据。但关键挑战在于，如何使数据更便于使用、更具有实际指导意义。所以，团队摒弃了过去每年一次从记录簿被动接收该临床单元结果的做法，而是制定了一份“计分卡”，每月发送给本单元的临床医生，以便他们能以远比过去快的速度，采取行动、适应调整。（图4为萨尔格林斯卡大学医院使用的这份在线计分卡。）

例如，推出计分卡不久之后，该临床单元发现，住院恢复期间摔倒的患者数量激增。团队成员讨论了新的数据，注意到每一例摔倒的患者在入院时，医院都疏于进行风险评估，即便此评估是该单元的正式程序指导准则的一部分。通过确保患者入院时接受系统性风险评

估，临床医生可以辨识出高风险患者，更好地为他们的术后恢复进行规划。

分配患者人均成本

一旦定义了合适的疗效衡量标准之后，专家团队就可以讨论每一个步骤是如何促进疗效、减少成本的。准确描绘临床路径需要一套定义明确、前后一致且又灵活变通的方法论。一致性之所以重要，是因为这一方法论需适用于所有患者群，而且组织需开发一套共同语言体系，既便于内部使用，也便于与外部沟通（如其他医疗服务提供方和支付方）。而灵活性也很重要，目的在于集思广益，以便深入挖掘特别重要的流程步骤，并且按特定患者群的特殊情况加以调整。

但是，即便具备了最好的方法论，团队也必须获得医院中所有参与患者治疗的各临床部门的管理者的支持，才能促成真正的疗效提升。我们的经验是，制定和讨论临床路径的过程中，能挖掘出许多临床团队日常工作难点。当职能和临床单元的管理者充分掌握了这些情况后，他们往往能快速做出决定，解决部门壁垒造成的效率低下问题。

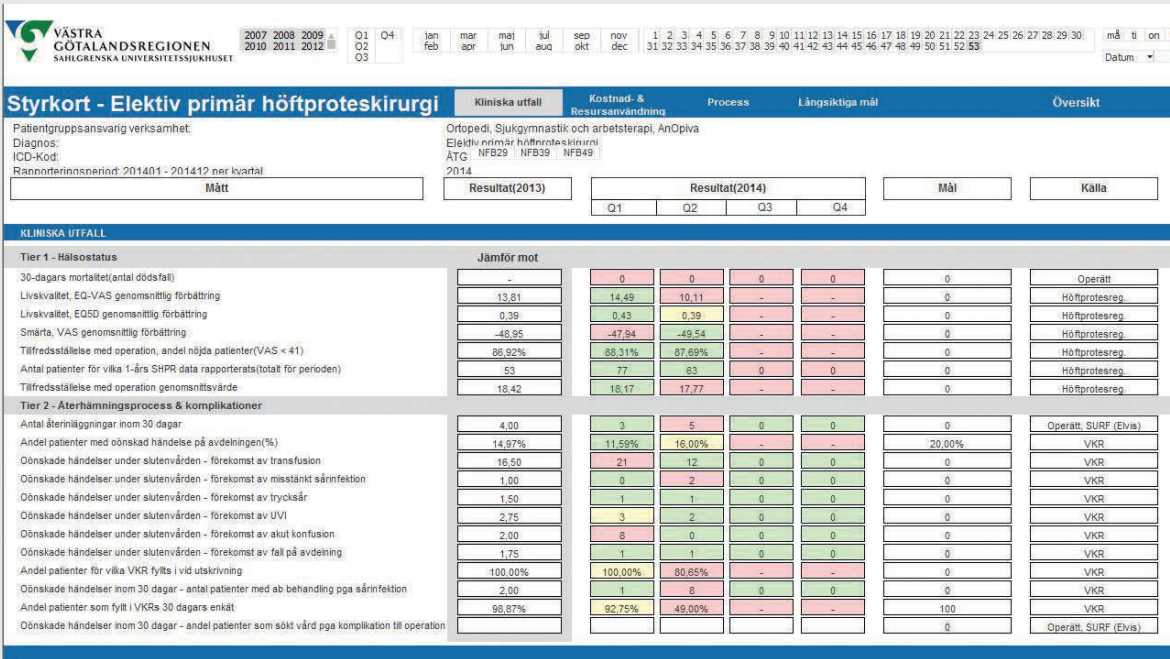
为关键行动进行成本分配时，面对错综复杂的现实情况，保持务实态度十分必要。在萨尔格林斯卡的髋关节置换术价值链上（从诊断到手术再到康复）进行成本映射时，医院现有的成本体系起不了多大作用。所以，试点团队采用了一种粗略的“资源导向型”方法，根据这一治疗过程中各步骤所用资源、采取的行动、患者住院时间，将各类成本进行分配。虽然这一方法并未完美地将所有成本进行患者人均分配，但足以初步揭示大多数成本是如何产生的。随着团队工作的推进，成本分配模型将得到细化。但是，即便是这次初步的成本重新分配，也足以让萨尔格林斯卡的各个团队明确了各自需要提升的关键领域。

实施快赢举措

与发现和收集新数据同等重要的是，试点团队在讨论这些数据、探讨其对临床实践的意义时，所发生的学习过程。这再一次凸显了团队构成的重要性。

例如，在萨尔格林斯卡医院，Fridén院长坚持要求髋关节置换术团队应该不仅包括外科医生和康复专家，还应包括护士和护理助手。将护理人员纳入团队（他们在恢复期间和患者接触时间最多），促成了重要的发现。例如，在一次会议中，有一位护理助手提到，许多患

图4 | 借助月度计分卡，萨尔格林斯卡医院的髌关节置换术团队追踪疗效



来源：萨尔格林斯卡大学医院。

者在术后出现恶心，而这一术后并发症不仅降低了治疗质量，而且也延长了这些患者的住院时间，从而提升了成本。因此，团队设计了新的步骤，进行常规化的术后恶心症状监测，找出可减轻症状的潜在干预措施。

竞争差异化将提升患者数量和经济稳定性。

试点团队发现了诸如此类提升临床效果的机会，就能将这些想法立即转化为实施方案。一旦实施之后，对疗效和成本的影响力也可加以测试。在试点团队的努力下，三个月内，萨尔格林斯卡医院的髌关节置换术单元将手术效果提升了超过30%。

提升服务职能成效

通过患者群试点，往往能为医院服务职能（例如急症病房的例行程序、放射科的时间安排、门诊可安排的专家类型）提供一系列建议，从而更好地支持针对具体疾病的临床路径。随着建议的积累，专科科室需要考虑如何改变自身流程、角色、职责以及绩效指标，以求更好地满足高价值患者医疗的需求。

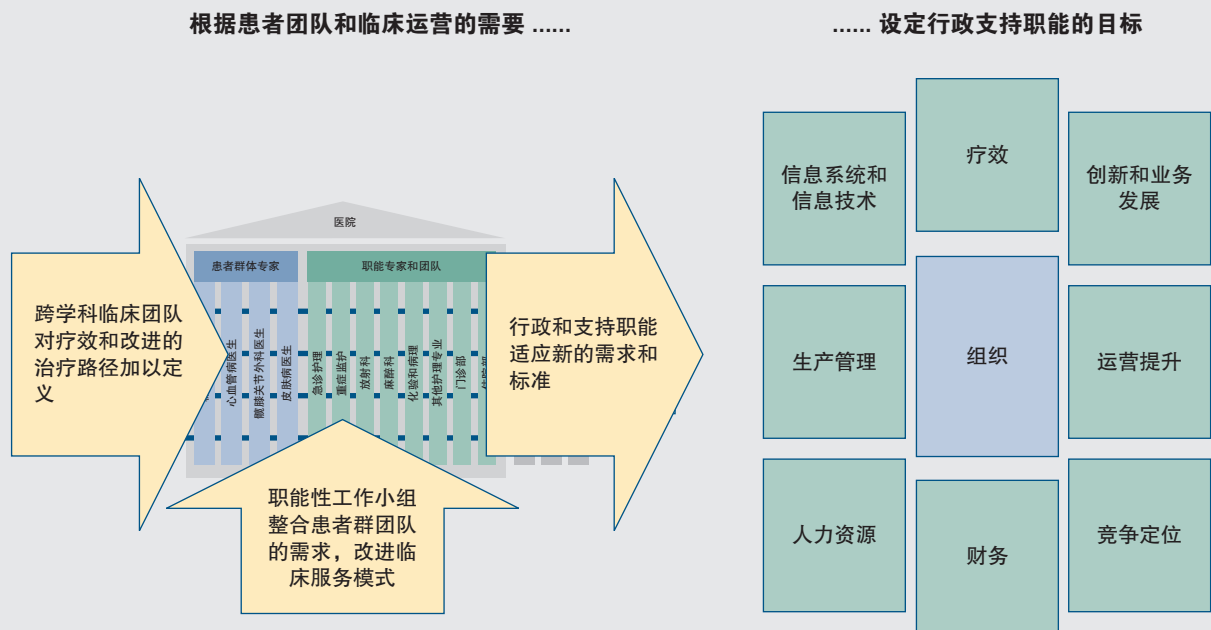
例如，在我们合作的一家医院中，住院患者可优先于门诊患者进行核磁共振成像（MRI）。食道癌患者在为治疗做准备时，一般通过门诊就医和诊断，而不需住院。但这家医院常规做法是，让患者在医院住上代价不菲的一个晚上，只是为了让患者能最快获得所需的MRI诊断。在为这家医院绘制流程分析图时，这一变通方法很快被发现。因而，医院调整了MRI时间安排的例行常规，使急需诊断的门诊患者和住院患者能享有同等的服务。

价值导向型方法的体制化

试点过程的最后一步，是让团队制定建议，以便使得疗效和患者人均成本的持续跟踪成为组织日常管理的一部分。为了实现这一点，往往需要对治理方式进行一些澄清，包括团队中的新角色；也需要对IT系统进行一些修改，尽可能提升数据收集和分析自动化程度；还可能需医院改变财务控制的例行做法。这些行动为建立一个能够自我巩固循环的持续改进机制奠定了基础，让医院能够发挥优势、制定竞争差异战略、提升业务量、增强经济稳定性。（参阅图5）

例如，萨尔格林斯卡医院通过髌关节置换术试点，现在已经建立了一种持续改进的能力。通过已经开发的详细计分卡，这一治疗单

图5 | 患者群团队的工作将逐渐在整个医院组织中促成改变



来源: BCG 分析。

元获得了数据支撑来推动另一个重大改进项目, 被称为“快速轨道”的术后恢复新方法。(临床研究显示, 接受髌关节置换术的患者, 在术后越早能下床行走, 手术的疗效就越好。¹⁾

“快速轨道”采用的是切入点小而有效的医疗服务创新方法——为患者设定期望值 (24 小时后起身行走), 将同一天做此手术的四位患者安排在同一病房, 鼓励他们开展具有建设性的康复竞赛; 并且移走病房中的电视, 在走廊另一头安排电视活动室, 为患者创造下床行走的动力——从而加速患者康复。用这一方法, 萨尔格林斯卡医院的目标是提升长期疗效, 将平均住院时间从现在的4-7天缩短至2天。这一变化将大大提升患者价值。

随着医疗机构努力将价值导向型方法制度化, 最终必将面临一些全局性问题——尤其是IT的作用及其对医院组织的意义。在我们之前描述的那种以数据驱动的方式中, 组织信息系统的质量是重要的成功因素。但是, 组织不应等待此类系统到位之后才开始进行价值导向型转型。经验告诉我们, 积极投入转型的临床团队, 可以找到不需新增大量IT投资就能有效地跟踪疗效和成本的方法。一旦医院开始采

用一组集中的疗效指标来了解了每个患者群的成本情况, 就能辨别未来IT投资的优先重点, 从而进一步支持价值提升——例如, 自动收集和分析数据, 将新的疗效指标纳入医院的电子病历系统, 改进财务会计系统等等。

组织架构设计也是如此。价值导向型模式的一些先驱者已经采取了更大行动: 将整个组织按各种疾病进行划分。例如, 2008年, 克利夫兰诊所 (Cleveland Clinic) 进行了一次大规模重组, 摒弃了原来按传统医学学科分类的组织结构, 推行了一种以多学科中心 (multidisciplinary institutes) 为基础、按疾病领域进行组织的新组织结构——例如消化疾病和呼吸疾病 (包括肺、呼吸和过敏)。每个研究所将一种疾病或身体系统的内、外科室结合起来。所有中心都被要求公布疗效, 并进行成本测量。通过在旗下75个医疗服务站点使用相同的规程和电子病历, 克利夫兰诊所实现了医疗服务的一体化。²⁾

通过这一变革, 克利夫兰诊所的医疗模式变得更以患者为中心, 树立了各种临床路径的成本全局观, 促成了疗效和效率提升所需的配合与统一。作为转型计划的一部分, 克利夫兰

诊所还成立了内部的“质量与患者安全研究所”，对每个疾病团队定义的疗效加以跟踪。

但是，组织也可以采取一些步骤，而不进行彻底的重组。例如，可以建立一种矩阵结构，正式任命传统功能性组织中的临床专家作为整合者，负责横向监督一类患者人群的整体体验。这样的患者群“负责人”同时向业务线管理层以及一位跨科室负责价值导向型医疗工作的高管汇报。当然，必须赋予这些新的领导者充分的权力，以便其推进变革。（参阅附录“慕尼黑市立医院的价值导向型整合”。）

据 我们的经验，试点疾病群最初经历六个步骤，需要在大约6-9个月内集中开展工作。在此期间，组织根据自身实际情况调整和细化方法，并进行测试，通常需要两轮患者群试点。（参阅图6）

当然，一家大型医院网络通常要应对200多种疾病，要实现逐一完全覆盖并对IT和医院组织进行重大改革，需要更长时间——大约两到三年持续的努力。为了支持机构进行这一重大转型，BCG成立了BCG医疗价值中心，旨在帮助医院和其他医疗机构的高管，建立推动转型所需的经验和能力。除了对医院管理层和变革团队提供实践辅导，并为工作组成员进行培训。此外，该中心还将协调医疗机构之间的交流，本着持续改进的精神互相学习。

医疗机构面临的多重压力并不会消失。一直以来对运营效率的注重，已经达到了极限。医院和其他医疗机构的高管需要制定新的成功战略。价值导向型医院将其所有组织成员统一到同一个目标上，这一目标吸引并激励着所有员工围绕变革议程而努力，也为社会提供了一种成本集约、质量优良的可持续性医疗服务模型。

慕尼黑市立医院的价值导向型整合

作为德国最大的公立医院之一，慕尼黑市立医院拥有四大独立运营的分部，均位于慕尼黑市，其69个独立科室均有各自的医学总监，全院在慕尼黑大都市区域拥有30%的市场份额。由于当地市场产能过剩（慕尼黑的医院床位与住院患者之比是德国平均水平的两倍，而德国已经比OECD组织成员国的平均水平高出了70%），该院已经连续亏损十年。新的欧盟规定对公共补贴进行了限制，要求医院必须自己寻找可持续发展的运营模式，避免破产命运。

2013年，BCG开始与慕尼黑市立医院合作制定新的战略方向。这项工作背后的指导原则是：为了有效整合与削减成本，唯一的出路就是不要把关注点仅仅放在成本上。因而，团队一开始就提出了如下问题：为了确保我们提供的医疗服务质量最高，运用什么样的医疗概念才是合适的？

团队深入研究了医院网络中各个单元的强项，制定了一个运营模式，使四个分部不再各自为政，而是形成一个整体网络。通过辨别医院在哪些方面创造了患者价值（例如有一些专科单元拥有足够患者数量，能够提供高质量疗效），团队制定了一系列标准，不仅针对哪里可削减，还有哪里需投入。于是，关键问题发生了变

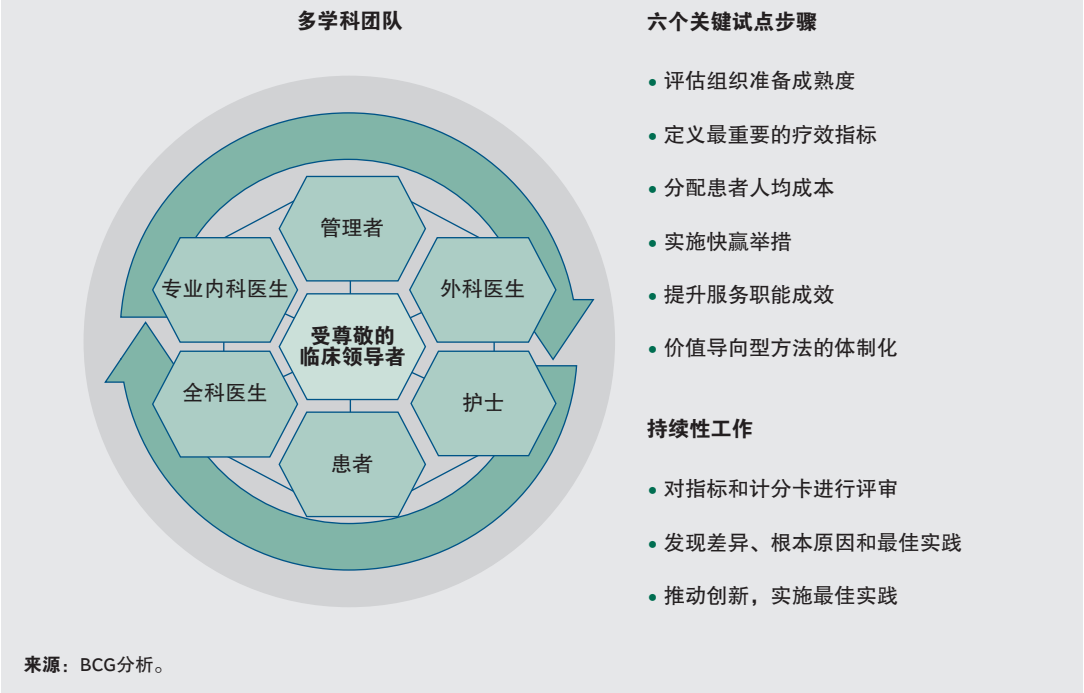
化：如何在我们的强项领域增加床位数量？

为了回答这一问题，需要与临床医护人员进行广泛而深入的互动，对临床实践进行大量讨论和细致检查。通过这些互动，团队发现了一些已取得积极的患者疗效、具有广阔增长前景的科室。于是，目标是保持这些高绩效的核心单元，同时对其余单元进行整合。例如，网络中有一家医院尤其擅长康复治疗。团队建议将这家医院变成整个网络的康复中心，关闭其他三家医院的康复单元。

最终的战略计划要求进行大规模整合（从69个科室精简成40个），将化验室和药品供应等支持性服务加以集中，并忍痛割爱大幅裁员（裁去医院原有8,000名员工中的2,000人）。然而，人们达成了相对较强的共识，对新的战略表示支持。

大部分医院成员都认识到，目前的组织结构在经济和医疗两方面都是不可持续的。此外，由于新的战略建筑在医院不可小觑的强项基础之上，而且因为转型的过程是协作式的，因而新战略不仅包括痛苦但必要的削减，更包括务实可行的增长路线图。正如一位医学总监所说：“终于，我们有了一个可以信赖的概念。”

图6 | 多学科临床团队驱动价值导向转型议程



注：

1. Kristian Larsen等人，“髌和膝关节置换术围手术期护理及康复干预提速行之有效”，Acta Orthopaedica, 2008年4月，<http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/17453670810016632>。

2. Toby Cosgrove，“价值导向型医疗势不可挡、大有裨益”哈佛商业评论博客网络，2013年9月24日，<http://blogs.hbr.org/2013/09/value-based-health-care-is-inevitable-and-thats-good/>。

推荐阅读

波士顿咨询公司近期出版的其它相关报告和文章：

《基于疗效竞争：价值导向型医疗的制胜战略》

BCG聚焦报告
2016年8月出版

《如何定义医疗效果》

BCG文章
2016年8月出版

The Accountable Care Organization: If You Build It, Will They Come?

BCG聚焦报告
2013年5月出版

Alternative Payer Models Show Improved Health-Care Value

BCG聚焦报告
2013年5月出版

Health Reforms Should Focus on Outcomes, Not Costs

BCG文章
2012年10月出版

Progress Toward Value-Based Health Care: Lessons from 12 Countries

BCG聚焦报告
2012年6月出版

What Value-Based Health Care Means for Pharma

BCG文章
2012年3月出版

Improving Health Care Value: The Case for Disease Registries

BCG聚焦报告
2011年12月出版

From Concept to Reality: Putting Value-Based Health Care into Practice in Sweden

BCG聚焦报告
2010年11月出版

致读者

关于作者：

Elisabeth Hansson是波士顿咨询公司合伙人兼董事总经理，常驻斯德哥尔摩办公室。**Brett Spencer**是波士顿咨询公司合伙人兼董事总经理，常驻芝加哥办公室。**James Kent**是波士顿咨询公司合伙人兼董事总经理，常驻伦敦办公室。**Jennifer Clawson**是波士顿咨询公司联席董事、BCG全球价值导向型医疗领域团队经理，常驻马德里办公室。**Heino Meerkatt**是波士顿咨询公司资深合伙人兼董事总经理，常驻斯德哥尔摩办公室。**Stefan Larsson**是波士顿咨询公司资深合伙人兼董事总经理，BCG支付方和医疗机构领域以及价值导向型医疗领域的全球负责人，常驻斯德哥尔摩办公室。

致谢：

本报告在BCG医疗保健专项的支持下成文。作者要感谢Arne Köhler、Jan Willem Kuenen、Gabriel Österdahl、David Sadoff、Kathryn Sasser、Andreas Ringman Uggla、Eric Wåhlgren和Adina Welander对该研究的贡献。作者还要感谢Robert Howard在本报告的撰写过程中所提供的协助，以及报告的编辑和制作团队成员：Katharine Andrews、Gary Callahan、Catherine Cuddihee、Angela DiBattista、Abby Garland和Sara Strassenreiter。

与我们联系：

如果您想与我们深入探讨这一议题，请联系作者或BCG大中华区医疗保健专项的专家。

Elisabeth Hansson
合伙人兼董事总经理
BCG斯德哥尔摩
+46 8 402 44 00
hansson.elisabeth@bcg.com

Brett Spencer
合伙人兼董事总经理
BCG芝加哥
+1 312 993 3300
spencer.brett@bcg.com

James Kent
合伙人兼董事总经理
BCG伦敦
+44 207 753 5353
kent.james@bcg.com

Jennifer Clawson
联席董事
BCG马德里
+34 91 520 61 00
clawson.jennifer@bcg.com

Heino Meerkatt
资深合伙人兼董事总经理
BCG慕尼黑
+49 89 23 17 40
meerkatt.heino@bcg.com

Stefan Larsson
资深合伙人兼董事总经理
BCG斯德哥尔摩
+46 8 402 44 00
larsson.stefan@bcg.com

BCG大中华区医疗保健专项专家：
黄培杰 (John Wong)
资深合伙人兼董事总经理
BCG大中华区医疗保健专项领导人
BCG香港
+852 2506 2111
wong.john@bcg.com

夏小燕 (Magen Xia)
合伙人兼董事总经理
BCG大中华区医疗服务业务负责人
BCG上海
+86 21 2082 3000
xia.magen@bcg.com

如需获得有关BCG的详细资料，欢迎访问：bcgperspectives.com
或登陆我们的大中华区网站：www.bcg.com.cn

如欲了解更多BCG的精彩洞察，请关注我们的官方微信账号，
名称：BCG波士顿咨询；ID：BCG_Greater_China；二维码：





BCG

THE BOSTON CONSULTING GROUP

阿布扎比
阿姆斯特丹
雅典
亚特兰大
奥克兰
曼谷
巴塞罗那
北京
柏林
波哥大
波士顿
布鲁塞尔
布达佩斯
布宜诺斯艾利斯
卡尔加里
堪培拉
卡萨布兰卡
金奈

芝加哥
科隆
哥本哈根
达拉斯
丹佛
底特律
迪拜
杜塞尔多夫
法兰克福
日内瓦
汉堡
赫尔辛基
胡志明市
香港
休斯顿
伊斯坦布尔
雅加达
约翰内斯堡

基辅
吉隆坡
拉各斯
利马
里斯本
伦敦
洛杉矶
罗安达
马德里
墨尔本
墨西哥城
迈阿密
米兰
明尼阿波利斯
蒙特雷
蒙特利尔
莫斯科
孟买

慕尼黑
名古屋
新德里
新泽西
纽约
奥斯陆
巴黎
珀斯
费城
布拉格
里约热内卢
利雅得
罗马
旧金山
圣地亚哥
圣保罗
西雅图
首尔

上海
新加坡
斯德哥尔摩
斯图加特
悉尼
台北
特拉维夫
东京
多伦多
维也纳
华沙
华盛顿
苏黎士