



林杨林

# 10年扩张300倍,对标3万亿市值巨头 财富拼图有“医”靠

## 收购狂潮

在林杨林看来,2018年以前,“万张床位”还是一个遥不可及的概念。这对应着百亿元级别的投资,2011年华润集团成立华润医疗,当时的规划就是“5年30家医院,2万张床”,计划投入200亿元到300亿元。

在2014年刚接手时,新里程的“前身”北京新里程肿瘤医院还只是一家100张床位的小医院。国企医院改制带来的机会是巨大的,相当于大批的“投资标的”被推入市场——2000多家企业附属医院,都需要在移交地方、关闭撤销、资源整合、重组改制这四条路中,择其一。

市场掀起了一波医院收购狂潮。通用医疗、国药集团、华润医疗、北大医疗等大型医疗集团资本纷纷入场,上市药企甚至跨行业的风险投资基金也大规模杀入。据统计,在最火热的2015年至2016年初,A股上市公司收购医院的案例有30起左右,总金额超过50亿元。

但事后看来,狂热中夹杂了许多不冷静。从2018年底开始,市场上就开始出现抛售医院,诸多此前很活跃的上市药企都在运营过程中“败下阵来”,出售不盈利的医院资产。

新里程并没有“蒙头狂奔”。投资出身的林杨林,给团队定的投资标的原则特别朴素:投资价格合理,还要兼顾医院未来的盈利性和成长性。

当时,国内收购医院的案例还比较少,行业比较新,并没有完整的方法论。大部分国企医院不是市场化运营,也“千院千面”,尽调和规划是个极其复杂的事。林杨林基本上是自己冲在第一线,他得对潜在目标非常熟悉,才能在收购区域选择、标的选择、股权结构设计、医院所有制形式、员工融合、经营模式等多方面有足够了解。

前面少踩坑,医院才有机会盈利。林杨林一直认为,医院不能获得合理利润,初期要抓住关键的一点,就是精细化的成本控制,以后则更看重其成长性。尤其是面对历经几十年历史的国企医院,如果整体的成本结构都是偏离行业的,后续的精化管理就会变得异常复杂。

挑战是每家医院的问题都不一样,新里程需要根据具体情况判断,很难形成一刀切的管理模式。“有的机构是资金问题,有的是机制问题,有的是人才问题,有的是医保问题,有的是管理问题。而且,由于地域不同,文化差异很大,比如绩效的设计,在偏南方的城市,效率就是生产力,而在偏北方的城市,稳定才是生产力。”

林杨林开始在内部加大战略规划的权重,尤其是如何保持战略的竞争优势和可持续性。他表示,“大方向不能跑偏,行走在这个大的轨道上,然后解决微观矛盾。”

## “改造”医院

在2018年突破万张床位后,林杨林开始系统地思考医疗集团的增长曲线和竞争力。做一个布局全国的医院集团,在全球都少有案例,持续扩张就更难了。

林杨林前期有不同的商业逻辑支撑,综合医疗机构是大健康行业的基础设施和产业场景,要用产业的眼光和区域的逻辑去思考发展路径。

他定出两条路径:如果医院规模没那么大,就改造成“老年医院+老年照护中心”的医养结合医院,这其实相当于一种老年专科医院;如果是规模大的,就要成为“1+N”的区域医疗集团,就是一个综合医院+多个专科医院。

“1+N”的区域医疗集团这个新提法,是林杨林在实际发展过程中的一个“心法”。他观察到,收购来的不少大型国企医院有一个特性:由一家总院和多家分院组成。比如兖矿总医院、晋城大医院、西山煤电总医院等,在过去母体企业的扩张过程中,跟随母体企业的生产基地成立了多个职工医院或医务室。

问题是兖矿总医院在经历过改制后,原本分属于各矿区的职工医院,名义上所有权归属于总院,但实际上已经属于独立运营了。

2018年新里程是“整体打包”完成收购的。这家医院有本部和东院区2个院区、8家分院和9个社区卫生机构,总计接近2500张床位,但每年亏损额近1亿元。而且这些医疗机构的档次还不同,对应着三甲(医院等级)、二甲、二级,以及一级和社区医疗。

初步盘算过后,团队发现尽管兖矿总医院有大额亏损,但主要来自于东院区和分院、社区机构,院本部总体的现金流是盈亏平衡的。

比较“麻烦”的一个情况是,两个主要院区只相隔约两公里。最初东院区没设院长,理论上是归总院一起管,但实际上是“放养”。直接结果是东院区的学科设置跟总院有重叠,两家医院甚至有了竞争关系,同时很多医疗资源是闲置的。

其实这些问题每个职工都看得到,但牵扯到多方利益,迟迟未改。新里程在医院重组后提出“院区重塑、人才选聘、绩效改革、信息化提升、供应链提升”五个重点,每一点都极具针对性。新里程接手的第二年,东院区就初步在专科化上有了口碑。

今年2月,东院区正式被批准改为营利性、三级专科肿瘤医院,也有了属于自己的名字“济宁新里程肿瘤医院”。它也开始扩张,兖矿总医院下属的一家一级分院,离济宁新里程肿瘤医院只有几百米远,被划分过来统一管理,成为承接康复病人的重要载体。

之后,兖矿总医院下属的分院又“裂变”出了专科医院。基础逻辑都是集中一个或几个分院的资源,在某个学科做到极致,进而扩大规模,既完成对一个分部的改造,又形成了“1+N”中的一个院区。

“1+N”战略逐渐有了路径,类似的改造还发生在晋城大医院、包钢三院等众多国企医院上。重塑经验也开始在全国其他非国企医院的发展中流动起来,包括兰考第一医院集团、瓦房店第三医院等。

去年初,林杨林针对行业特点和经济环境,进一步提出了“大学科战略”这一新发展目标:每家医院在3年时间内,做出4~5个学科,单个学科的收入在全院收入占比中达到10%。这极大地提高了学科资源的集中度,意味着几个单科可以支撑一半左右的收入,也会给院区运营带来极大的稳定性。而且,下一步的床位规模扩张也有了可能。

## 对标巨头

在新里程有了3万张床位、200多家医疗机构、40家二甲以上医院之后,林杨林开始在内部密集地讨论“管理式医疗”这个模式的落地可行性。

管理式医疗,简单理解就是“医疗+保险”。这一点都不新,10年前,中国第一波互联网医疗公司在描述自己的商业模式时,几乎都对标的是美国联合健康。这家美国的医疗服务巨头后端连接了覆盖全美国的医院、医生、药品、护理等全流程医疗服务,前端向个人和企业提供商保产品,医疗数据、药品、资金完全实现了闭环,去年营收超过3200亿美元,当前市值超过5000亿美元。

其实从2016年新里程有并购动作开始,林杨林就很清楚,他要做的也是中国版的联合健康。

但“医疗+保险”这几年被打上了一个问号。一边是医疗逐渐成了保险的“增值服务”,另一边是互联网公司生存艰难,最终跑出来的只有药品电商平台。

在新里程看来,医疗机构整体上不是一个充分开放的系统,无论是医生资源、医疗数据,还是诊疗流程,都是复杂且难以改造的。因此,把医疗放在保险之前,先解决医疗机构的规模化和标准化发展,再推进医疗和保险的融合,会减少不少难点、堵点。

2018年,刚成立不久的爱心人寿找到新里程想投资,也是讲联合健康的故事。但到了2022年,新里程反过来成了爱心人寿的大股东。今年9月,新里程对爱心人寿的第三轮增资获批。这次增资完成后,新里程持股比例达到26.72%。

在林杨林看来,如今二者的融合十分合拍:新里程有成体系的医疗和养老运营能力,爱心人寿有保险支付的优势。医疗的壁垒在于强大的运营能力,有资金实力不一定能管好医疗集团,保险公司的壁垒在于金融牌照,有资金实力同样不一定有牌照。

爱心人寿依然没有大面积地去推,毕竟这是新领域。它去年推出了一款“肺结节”保险产品,算是“医疗+保险”的第一次落地,而且是从疫情后大家最熟悉的专科领域切入进来。

这款产品主要内容包括医院提供的CT检查、日常的健康管理服务 and 投保重疾险,定价199元。如果患者按要求复查做CT、听医嘱,一年内如若患肺癌,就给予赔付。

几次调整销售策略后,产品推广得还不错。但这个试点并不“完美”。管理式医疗的理想闭环,应当是患者继续留在医院看病治疗肺癌,但确诊之后的肺癌患者更愿意上北京治疗,新里程和爱心人寿只能收到检查费和保险费。

因此,团队快速转向,重点结合医院的强学科推出保险产品。这又回归到管理式医疗的本质问题:庞大的医疗网络和专科专病的能力。

林杨林觉得,当下的医疗健康产业越来越冷静,正是企业发展的好时机。“医疗健康是个慢行业,其成长性和盈利性都有其行业规律。”此前大量资本的涌入导致医疗行业形成巨大泡沫,如今市场更加理性,他还是要不停地去尝试,这是个能做一辈子的大生意。

据中国企业家、中经网

拥有40家二甲以上医院、3万张床位,这是新里程健康集团(以下简称“新里程”)CEO林杨林最初进入医疗行业时,不敢想象的画面。2014年初进入医疗行业时,他只是想做一些专科医院的并购。当时,收购医院是一个很新的行业,是不错的投资标的。

然而,一个千载难逢的机遇改变了一切规划。2015年,国务院要求,国有企业要在2018年之前将主办的医院剥离出体系。很多上市公司、风险投资基金趁机杀入。其中,林杨林的新里程不算起眼。

事后看来,那一批国企医院有“馅饼”,也有“陷阱”。冲进来的资方很多都出现了“消化不良”,如今大多数都退出了这个赛道。

成功收购医院只是万里长征的第一步,后续的管理才是行业公认的难点。林杨林提到,医院投资只有20%跟投资有关,80%是社会管理工作。这也是大多数跨界资本退场的核心原因。

不过,这些已是“前尘往事”。如今,新里程在山东、山西、河南、江苏、川渝等区域优势明显的板块,已经开始落地“区域型医疗集团”,也就是有了医疗服务网络的雏形。而且,更前沿的“医疗+保险”模式也有了小范围试点。

”



兖矿总医院