

中国在线医疗行业研究报告

2015年

www.iresearch.com.cn



海量行研报告免费读

1

中国医疗行业现状

2

中国在线医疗行业发展简析

3

中国在线医疗行业发展现状

4

中国在线医疗行业企业研究

5

中国在线医疗行业发展趋势

医疗在人民生活中地位

医疗为刚性需求，且日益受重视

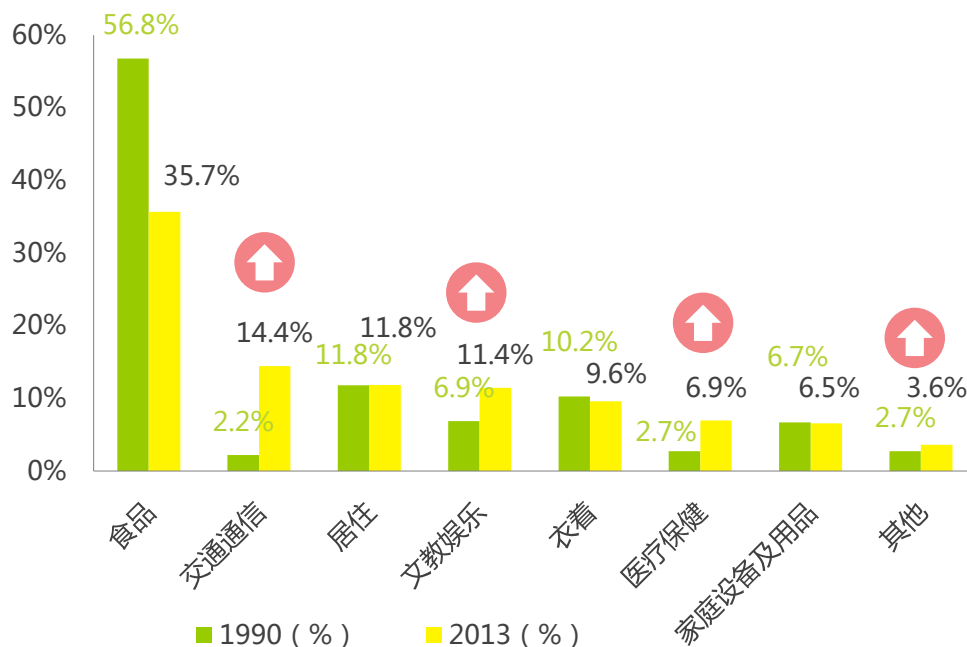
马斯洛需求层次理论认为，人的需求按照层次依次为生理需求、安全需求、社交需求、尊重需求和自我实现需求，其中生理需求是最基本的需求。生理需求包括衣、食、住、行和健康等最基本的温饱需求，其中健康和医疗需求又是人们温饱需求中的需求。

中国统计年鉴数据显示，2013年我国医疗保健人均支出占比为6.9%，同1990年相比，上涨4.2个百分点。医疗保健人均支出占比的提高，一方面来自医疗费用的上涨，另一方面则来自人们对于健康的重视程度的提高。

2015年马斯洛需求层次



1990、2013年中国人均各项支出占比对比



注释：中国统计年鉴中只有城市居民和农村居民人均各项支出的绝对值，本报告用城市居民比重和农村居民比重对人均各项支出求加权平均值来代替中国人均各项支出绝对值，进而求出各项支出占比。

来源：2014年中国统计年鉴。

中美医疗体系对比

(1) 中国准入监管严格，不利于在线医疗行业创新

中国的医疗卫生监管体系以**政府为主导**，中国医院协会等社会组织发挥行业自律作用。政府监管组织结构是**由上而下的垂直监管体制**，从中央到地方都有相应的监管机构设置。中央医疗卫生监管机构**对医疗机构和人员的准入监管严格，而在医疗服务质量方面的监管上缺乏力度**。

美国医疗卫生监管体系复杂，**政府监管和非政府监管并重**。政府对医疗机构的监管是**行业管理，其对医疗机构的服务质量的监督是重点**。此外，在美国非政府监管机构也发挥重要作用，如医疗机构认证联合委员会的认证已作为全美大多数医疗机构进入国家医疗保险体系的主要依据。

艾瑞分析认为，中国卫生监管机构对准入监管严格，不利于在线医疗行业的创新。

2015年美国三类政府医疗监管机构特征对比

项目	国家医疗保险和救助服务中心	州许可和核证机构	业内医疗审查组织
机构性质	联邦政府机构，向国会以及健康与人权服务部负责	州政府的一部分，向州政府和立法机关负责，与国家医疗保险和救助服务中心有合同关系	私人组织；与国家医疗保险和救助服务中心有合同关系，在一定范围内监督医疗服务质量
监管目标	设定准入条件以促进医院服务质量和安全的提高	提高医疗服务质量	保证医疗服务质量，同时保证医疗保险项目的完整性
监管范围	医院监管是其监管职责的一部分，除了管理医疗保险和救助项目，还负责其他医疗服务职责	监管30多种不同的医疗机构，以及其他一些公共医疗和卫生资金	监管医疗保险项目中的所有服务提供方
检查方式	依赖于州政府和医疗机构认证联合委员会，没有具体的时间间隔	有自己调查程序，与医疗机构认证联合委员会类似	关注国家医疗保险和救助服务中心确定的有关医疗服务质量的重点领域，受理申诉
强制措施	拥有广泛的制裁措施：拒绝支付，罚金，终止准入	有类似与国家医疗保险和救助服务中心的制裁措施，包括吊销许可证	很少利用制裁措施

参考文献：马旭东,胡瑞荣,赵明钢.中美两国基本医疗卫生体制及有关情况比较.现代医院管理[J].2014.4.

中美医疗体系对比

（2）制度因素导致我国医疗服务方强势

中美医疗服务体系的差异主要表现在医疗机构上：（1）从所有制方面来看，我国医疗机构以公立医院为主，其他社会资本医院为辅；而美国医疗机构在所有制形式上表现非常多元，既有公立医院，同样也有私立非营利性医院和私立营利性医院。（2）从医疗机构之间的关系来看，我国由于缺失分级诊疗制度，导致大医院与基层医疗机构抢医生资源和病患资源，他们之间的关系呈现竞争关系；而美国则有完善的分级诊疗制度，基层医疗机构负责首诊，解决病患小的医疗需求，而大医院承担疑难杂症等专科医疗需求，基层医疗机构同大医院之间是协作的关系。

艾瑞分析认为，我国医疗机构以公立医院为主，并且缺少分级诊疗制度，导致三甲大医院虹吸优秀医生资源和病患资源，导致大医院过度膨胀。医疗服务方过于强势，导致我国在线医疗服务企业对大医院依赖性非常大。

2015年中美医疗服务机构对比

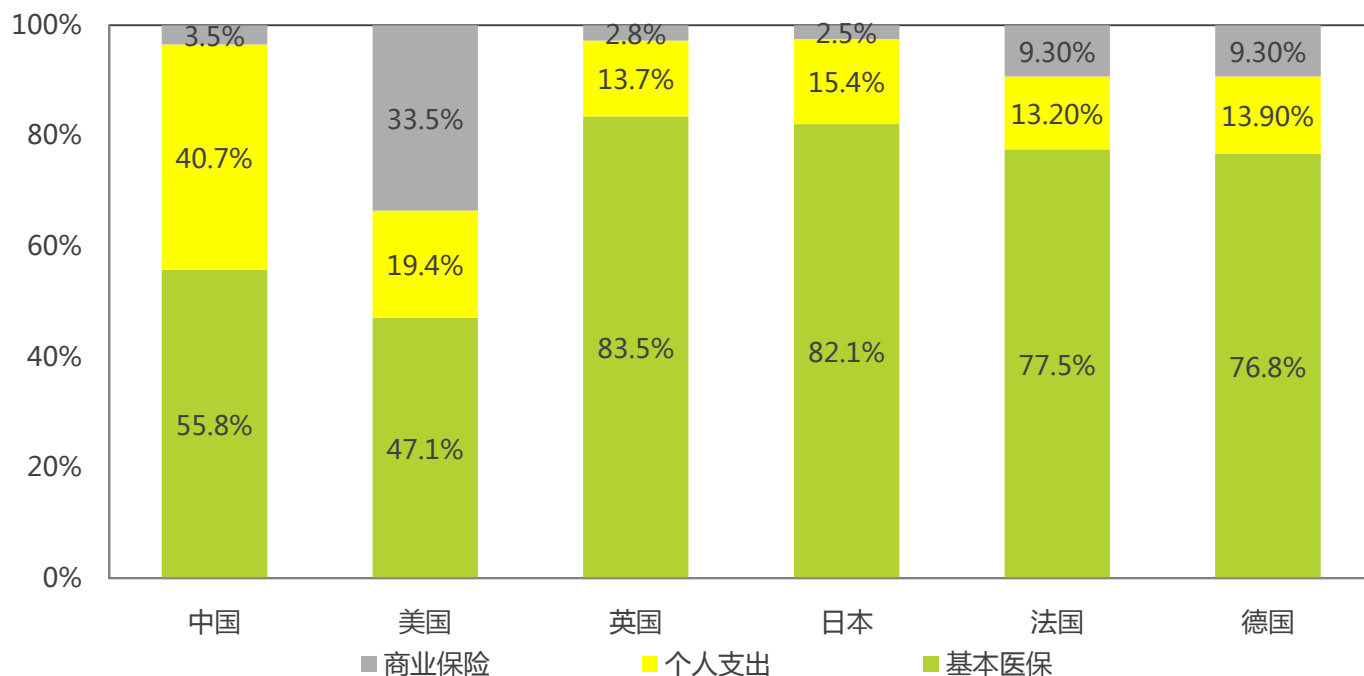
中国医疗服务机构	美国医疗服务机构
● 所有制方面 我国医疗机构以公立医院为主，社会资本医院为辅。	● 所有制方面 美国医疗机构所有制形式多元，有公立医院、私立非营利性医院和私立营利性医院。
● 医院组织管理体制方面 我国公立医院实行院长负责制，院长作为医院的法人全面负责医院行政管理。	● 医院组织管理体制方面 美国多数医院实行董事会制度，董事会是医院的最高权力机构。
● 医疗机构之间的关系方面 我国缺失分级诊疗体系，基层医疗机构同大医院之间是竞争关系，大医院同基层医疗机构在医生资源和病人资源上展开竞争。	● 医疗机构之间的关系方面 美国有完善的分级诊疗体系，基层医疗机构承担首诊任务，基层医疗机构不能解决的问题，转诊到大医院。因此，基层医疗机构同大医院之间是协作关系。

中美医疗体系对比

(3) 中国商保缺失，缺少在线医疗有力推动者

对于中美支付体系的差异，我们主要从两国医疗支出结构这个角度进行对比分析。从医疗支出结构来看，我国医疗费用支出以政府主导的基本医疗保险和个人支付为主，这两项占到医疗总支出的96.5%；而美国则是以政府主导的基本医疗保险和商业保险为主，这两部分占比达80.6%。同美国相比，我国公民医疗负担较重，同时缺少商业保险作为补充支付方。艾瑞分析认为，以美国在线医疗行业发展历程来看，商业保险在其中发挥了非常重要的作用。商业保险出于控制医疗费用等目的，会积极推广在线医疗服务，并为其买单。而我国个人支付比重大，且缺少商业保险作为补充，因此，在线医疗行业缺少大的支付方和推动者。

2013年世界主要国家医疗支出结构



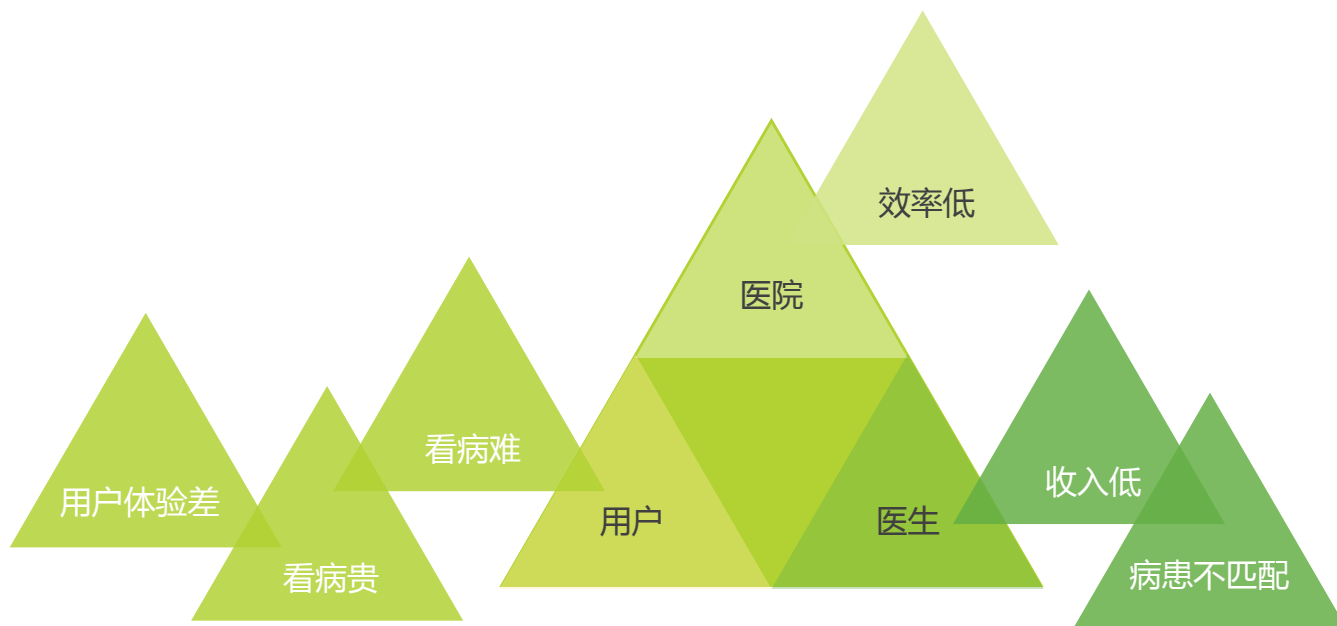
来源：世界卫生组织数据库。

中国医疗行业痛点分析

(1) 医疗行业痛点为在线医疗行业机会点

医疗行业中主要参与者为医院、医生和用户，三方中各自痛点明显。（1）就医院而言，三甲等大医院病患集中，处于超负荷运行状态，而非三甲医院缺乏优秀医生资源，缺少病患资源，医疗资源存在浪费，运行效率不高。（2）就医生而言，低年资医生工作量大，而收入低；高年资医生病患不匹配，缺少匹配的疑难杂症病患。（3）就用户而言，看病难、看病贵和用户体验差是突出痛点。总而言之，我国医疗行业中存在多处痛点。艾瑞分析认为，医疗行业的多处痛点，恰恰是在线医疗行业的机会点。在线医疗企业对于行业痛点的分析，结合医改、药改的推进，运用互联网和移动互联网对医疗行业进行改造升级，进而解决三方痛点。

2015年中国医疗行业医院、医生和用户三方痛点



中国医疗行业痛点分析

(2) 分级诊疗制度缺失加剧看病难问题

看病难是一个假象，并非每个医院看病都非常难，而是三甲医院等知名大医院看病难，其具体表现在三甲医院挂号资源紧张，候诊、化验和检验等候时间长，床位紧张等方面。中国卫生和计划生育统计年鉴数据显示，2013年我国三级医院有1787所，占医院总数的7.2%，而三甲医院的诊疗次数却高达12.4亿人次，占医院总诊疗次数的45.2%，这也意味着7.2%的医院承担45.2%的诊疗服务，这样一组数据反映出，三甲医院就诊人数多、就医难度大。另外，26.2%的一级医院却仅承担6.4%的诊疗服务。可见，看病难，并非是普遍现象，而是三甲等知名医院看病难。

艾瑞分析认为，中国出现三甲医院看病难的问题，其原因主要有两点：(1)医疗资源分布不均衡是根本原因。中国卫生和计划生育统计年鉴数据显示，2013年我国三级医院拥有执业医师59.1万名，平均每所医院331名，而一级医院平均每所仅拥有14名，三级医院是其一的24倍。(2)分级诊疗制度的缺失加剧了大医院看病难的问题。我国缺失分级诊疗制度，缺少首诊把关，病患在就医时具有非常高的自主选择性，不论大小疾病均可选择三甲医院或非三甲医疗机构就医。在这种情况下，病患大都涌入三甲医院，进而加剧三甲医院看病难的问题。

2015年中国各级医院发展情况



预览已结束，完整报告链接和二维码如下：

https://www.yunbaogao.cn/report/index/report?reportId=1_21728

