

有关云医疗的市场前景分析和具体策划

云医疗的目地：

根据病人的需求，为患者提供家庭个性化医疗咨询和服务，更好的为消费者服务，更快的占领家庭医疗市场份额，促进企业社会效益和经济效益长足、稳定发展。

中国医疗市场的现实分析和走向

我国社会医疗卫生改革的进展情况，包括对出现的一些问题的看法，以及对将来一些改革走向的分析与判断，话题围绕当前医疗卫生事业发展的形势所展开。政府以前更多地讨论的是如何落实以经济建设为中心，如何坚持两个基本点，但是最近，尤其是本届政府，加大了对医疗卫生事业的关注力度。改革开放 20 多年以来搞了社会主义建设，但最后出现的结果是，虽然GDP 在快速增长，但大家对公共服务普遍不满意，显然社会是在畸形地发展，用政治化的语言讲就是没有让改革开放的成果公平地惠及老百姓。医疗卫生服务实际上是公共服务中最突出的一部分，当今社会上对医疗卫生服务问题普遍关注。

1、中国的卫生投入和健康水平

首先看我们国家和社会用在卫生、健康方面的花费变化情况。我们中国常用的一个词“卫生”，在外国和“健康”是同一个词——“health”。健康好理解，就是提高一个人的生存质量，不得病，

心理、生理、社会适应都处于一个良好的状态。这是世界卫生组织下的定义。但是卫生到底是什么呢？卫生就是保卫生命。卫生的工作领域存在和发展的目的是什么？还是在于保卫生命。中文的“卫生”在以往多年的卫生事业发展中，没有几个人能够正确理解。因此就出现了一个情况，行业利益凌驾于社会利益之上，往往更多强调的是卫生本行业的自身发展，却忘了一点，即我们发展卫生事业的目的是什么。发展卫生事业不是为了自己，也不是为了养活 600 万卫生行业的职工，而是为了保卫生命。

卫生总费用在国外有个专用的名词叫做“卫生帐户”，用来反映我们在维护百姓健康方面花费了多少资源。从 1978 年到 2003 年连续 26 年间卫生总费用的变化趋势看，九十年代中期以来中国卫生总费用的增长速度是非常快的，但是从 1978 年至九十年代中期卫生费用增长速度相当和缓。在 1978 年改革开放之初，一年用在健康方面的花费是 100 亿人民币左右，政府的投入，加上个人的投入，再加上工矿企业及全社会的投入，一共才 100 亿。到 2003 年全社会用在健康方面的投入已经达到 6600 亿。用中国卫生总费用占国内生产总值的比例来衡量用于健康方面的投入和国内生产总值的变化，1978 年，中国卫生总费用占 GDP 的比例是 3% 左右，到 1995 年也只有百分之三点几，到 2003 年上升到 5.62%，最近 8 年的增长速度是最快的，而且从 1995 年以后卫生总费用的增幅远远压过 GDP 的增幅。从亚洲金融风暴以来我们的物价水平是相当低的，曾连续 18 个月物

价都是负增长，卫生总费用还是以这样的快速度增长，就会带来一些深层次的问题。

再看产出的情况，我们花费了那么多的资源，到底健康方面的情况怎么样？在国际上要衡量一个国家和地区的国民素质是否健康，一般是用三个指标：一是期望寿命，就是社会上的老百姓能够活多大年龄；二是婴儿死亡率，它是衡量新生儿和五岁以下儿童的保健水平的一个指标；三是孕产妇死亡率。

对健康水平的总体评价是：总体上达到发展中国家的较高水平，投入产出效果较好；这主要得益于环境卫生改善、营养和重视疾病预防工作以及适宜卫生技术的采用；但近年来健康改善速度有所下降。

2、中国医疗卫生服务供给形势

先看医疗卫生服务供给体系情况。中国医疗卫生机构的设置基本上是接近政府行政区划和政府机构的设计来设置的。中国在行政管理上划分为五级政府：中央、省、地市、县区、乡镇（街道），每级政府都设有卫生机构（医院、疾控中心、监督所等），此外还有企业举办的及私立医疗机构、中外合资合作医院以及军队医院。从机构所有制的情况看，有企业举办的，也有私人举办的，从八十年代中期我们也允许外资进入医疗机构提供服务，控股举办医院，控股比例可高达70%，而在加入WTO前外资进入的比例只能到30%，不能够控股，2001年调整了政策，允许外资达到70%，但不准独资。中国在医疗服务领域中的开放程度加入WTO后是发展中国家中最开放的，许多国家都把医疗卫生等涉及百姓生命健康的领域设为保密性的领

域，是不开放的，包括加拿大、英国、欧盟、美国的许多领域都是不开放的。我们在军队中也有一些医疗机构，都类似一个小社会。

从机构的设置数量来看，1950 年全国卫生医疗机构非常少，到1989 年全国卫生医疗机构已经达到十七八万所，这几年我们在推行卫生资源的重组和调整，推行区域卫生规划工作，同时农村撤乡并镇工作也在深入推行。最近几年的卫生机构数量有所减少，但是现在依然接近 30 万所左右，包括各种规模的医疗卫生机构，如医院、防疫站、卫生监督机构、妇幼保健机构等。全国的疾病控制中心现在一共是 3500 多所，在每一个县都有一座，每一个市辖区也都有自己的机构，国家的疾病控制中心在北京的玄武区。

1998 年进行全国的机构改革。改革以后，格局与资源就不一样了。比如说，在以前，高校老师都是国家干部，国家干部是通过公费医疗进行保障的。公费医疗在 1998 年以前受国家卫生部宏观管理；改革以后，公费和劳保医疗管理都统一调整到了劳动和社会保障部。行政管理的框架方面也发生变化，1998 年的时候，国务院认识到，在推进国有企业改革过程中，由于职工的保障不到位，很难建立所谓的现代企业制度，很难关停并转效益不好的国有企业，所以提出建立城镇职工基本医疗保险，试图把公费医疗和劳保医疗并轨。1998 年国务院发布关于城市职工基本医疗保险的 44 号文件。文件出台以后发现，执行和落实起来也很困难。现在总的来说，医疗服务的提供是卫生部在组织和进行监管。医疗服务的筹资格局现在也不一样了，保险和财政分别负责一部分。

2000 国务院体改办牵头出台了关于城镇医改的指导意见及配套文件。这也是最近几年非常有影响的文件，目的是同时推进医药、医疗保险、医疗服务三项改革。

在农村方面，2002 年召开了一次全国农村卫生工作会议，出台了中共中央国务院关于农村卫生工作的决定。

以上过程中产生了两个比较重要的决定：一是1997 年关于卫生改革与发展的决定，二是 2002 年关于农村卫生工作的决定。2002 年的决定中提出恢复和重新建立新型农村合作医疗制度。

2002 年，国家在重点解决农村和农民看病以及卫生服务方面，提出要恢复、重建合作医疗。现在，中国农村新型合作医疗服务发展得非常显著。2006 年 2 月月底，国务院将召开全国社区卫生工作大会，将出台的关于社区卫生服务的指导意见。国务院把抓社区卫生服务发展当作解决看病难、看病贵问题的突破口。

3、居民医疗服务需要和需求情况

中国卫生改革涉及的方面比较多，我们应把主要精力放在医疗服务方面，重点解决老百姓普遍反映的看病难、看病贵问题。

SARS 以后，中央花费很大精力来推动公共卫生体系的建设。我们在公共卫生领域大幅度增加投入，但在医疗方面始终没有解决好，而且问题越来越严重。即使卫生工作做得很好，或者将来做得更好，但如果占卫生资源的 80%或 85%都是医疗方面的资源，如果医疗方面的问题解决得不好，社会依然不会满意。

先了解一下医疗资源的变化情况。全国上规模的医院，如县级以上的医疗机构，在建国初期只有不到 3000 所，到 1980 年全国已达到 10000 所，2004 年达到 18000 所左右。这不包括农村的乡镇卫生院或城市内的诊所、门诊部、医务室等。从床位数来衡量，到2004 年全国有床位 230 万张左右，如果把乡镇卫生院床位和城市基层卫生床位加起来，全国有 330 万。可以看出，医疗资源增长也是非常快的。再看最重要的医生人力资源。现在全国医生数是 180 万，1980 年的时候我们只有 100 万人左右；护士数从 1980 年的 40 万人，增长到 2004 年的 130 万。现在全国卫生系统的工作人员一共是 600 万左右，有 82 万工作在农村的乡村医生不在统计之内，正规的工作在企事业内的卫生人员大概是 520 万到 530 万左右。许多卫生部门，把发展自己作为发展事业的最终目的。在那些信息不对称的服务领域，如果允许供方获利的话，它就会利用自己的信息优势来为自己谋利，损害被服务对象的利益。比如医院可以让患者多做一些不必要的检查，多服用一些不必要的药物，多在医院住上一个月等。

卫生领域贯彻科学发展观就是希望资源能够被广大老百姓所利用。现在，因为经济困难，不能在医院救珍的人数增加，因病致贫、因病返贫的现象也很多见。对在老百姓所承受的费用的问题，看一下从 1990 年到 2004 年医院门诊中患者的医疗费用状况。1990 年时，患者看一个门诊平均只要花 10.9 元钱；到 2004 年，增长到 108.2 元钱；2005 年平均 200 元以上。门诊费用主要是两部分，一是药费，一是检查治疗费。药费所占的比例在下降，但检查治疗费的变化情况

就非常有政策感，1990 年到 2000 年在下降，2000 年后又上升，2000 年后国家有一个城镇医疗卫生改革的指导意见。医院是非常聪明的，把检查治疗费做大，看上去药费的比例下落，但实际上老百姓花费的总费用没有下降。实际上这是在和老百姓捉迷藏，没有多大社会价值，调来调去只不过调了几个构成比，老百姓最后承受的绝对数还是增加的。

当前医院行业的效益不好，不如九十年代初期。现在医生每天的诊疗人次大概 4.7—4.8 人次，不如九十年代的 5.2 人次。每个医生担负的住院床数 2004 年比 1996 年有所提高，但是服务效率在下降。病床使用率在 1985 年时曾经达到 87%，但 2004 年只达到 72%。所以现在大量的资源在闲置，大医院还可以，但二级医院以下，市级医院包括乡镇医院大量的资源在浪费，有八九十万张病床是空的。一方面总体上资源不足，另一方面资源浪费非常严重。

我们国家 1993 年以来，每 5 年做一次全国卫生服务总调查，在每个省、市、区都做，用连续 10 的数据做一个时间数列分析。我们发现，当前的问题也非常棘手，无论是城市还是农村，2003 年与 1993 年相比，患病以后未就诊的比例都是升高的。本来国家举办这么大的医疗卫生事业，就是想帮助老百姓，现在出现的问题是越来越多的人不去利用这些，而到不正规的医疗单位需求服务的反倒有所增加。到底是什么原因导致老百姓有病不能获得服务呢？在城市和农村起主要影响作用的都是同一个因素：经济困难。为什么会经济困难呢？主要来自两个方面：一是供方的价格太高，二是绝对收入水平太低。

用人均数来分析，到 2003 年超过 500 元。关于卫生总费用和GDP增长的关系，从 1995 年以后，卫生总费用一直高于GDP 的变化。卫生总费用在 2003 年占 GDP 的比例是 5.62%，如果用国际上统一的口径，推算卫生总费用的话，大概应占GDP 的 6.1%，所以也就不是 6600 亿，应该在 9000 亿左右。

中国卫生总费用的结构是极其不合理的。分成三部分，包括个人现金支出、社会卫生支出和政府预算卫生支出，个人现金支出占了56%，社会卫生支出占了 27%，政府预算卫生支出只占 17%。这就是老百姓反应强烈的原因，钱主要是老百姓个人花的，这6600 亿听起来不少，但那不是政府的花费，不是政府的卫生支出，而是把社会老百姓各个方面的利益加在一起的支出，其中主要的是居民的个人支出，政府的花费只有 17%。

中国从 1990 年到 2003 年，公共支出部分占卫生总费用的比例越来越小，个人的卫生花费比例越来越高，如果老百姓现在不反映看病贵那就不正常。事实上这么多年中国卫生总费用主要花费是来自于个人，不是来自于政府。在十六届五中全会上，关于“十一五”期间的整个国民经济收入发展规划当中，也提出来要认真研究并逐步解决群众看病难、看病贵的问题，国家发改委、卫生部等单位都针对这个问题向国务院提交过研究报告。

经过 2000 年的医疗机构分类管理改革，到 2003 年非营利性医疗机构 13.5 万个，占 48%；营利性医疗机构 14.6 万个，占 52%。医院改革的国际基本经验是：医院所有制与医院绩效之间没有必然的

联系，医院所有制发生改变后没能有效提高医院效率，竞争机制一般不会在总体上控制费用，但可能有利于提高患者对服务的选择权，公立医院的改革形式是多样化的，私有化是其中的候选方案之一。

4、医疗服务改革问题探讨

医疗体制改革有几个方面的目的：一是希望通过第一轮改革设计进一步发挥政府在医疗卫生领域的主导作用。主导作用不仅仅意味着投钱，还包括政府在规划、监管和在宏观上平衡供需局面的作用。二是通过改革集中财力办好一部分公立医院，让它们切实行使社会安全网的作用。在国外可以看到，公立医院并不是特别包办的服务，而是针对最广大、最普通的人群的，是提供最基本的服务的，对于没有保险的人群，公立医院也起到一个保险者的作用。美国有三千几百万人没有医疗保险，但不是说这些人没有医疗保障，这些公立医院就是这些人最后的避难所，公立医院有职责为没有保险的人进行救治。三是通过发展私立医疗机构来满足特殊用户的需求。不同人群都到公立医院就诊，然后高端的、低端的医疗技术都由公立医院来提供，战线有些过长。对于那些特殊医疗服务完全可通过市场机制让私立医院，特别是营利性的私立医院提供。四是发展社区医疗服务。因为政府的资源是有限的，资源配置的时候要提高效率的话，应该把政府资源首先放在公共卫生领域。五是控制医疗费用过快增长。这已经成为这几年的焦点问题。

进行医疗体制改革，要加强政府对医疗服务领域的监管。政府不仅是所有者，还应该是监管者。有不同性质的投资者，更应该发挥政府在宏观调控以及监管方面的作用。

由于我国地域广阔，各个地区经济实力不平衡，导致全国医疗资源分布不合理和医疗水平参差不齐，已远远不能适应当今医疗技术和医疗需要的发展。全国现有各级大中小卫生院（所），计生、妇保站等医疗机构约 40 余万个。但是许多高尖端、高精端的医疗设备和高水平的医生都集中在如北京、上海、广州、杭州、南京等大中城市，难以满足普通老百姓的需要。看病难、看病贵的问题，一直是个重大的、难以解决的大问题。老百姓迫切需要在适当的时间，不出门或者不出远门，就近就可以享受到相对较好的医疗资源，但是国家却不能提供相应的资源给老百姓，这是个困扰政府和老百姓的大问题。由于医院本身属性所限，同时三十年改革尚未涉及其核心内容，国家的资金实力也有限，所以在这过程中总会出现这样或者那样的问题。

随着网络技术，信息通信领域的长足发展，网络经济，知识经济再不是 IT 等高科技行业的专利，2011 年人们最常谈论到的医疗保健 IT 主题是关于移动设备、数据破坏和患者的隐私权等问题。根据 ID Experts 总结专家的观点，2012 年将不会有什么不同。事实上，专家们继续预测了移动设备和社交媒体的使用、应急预案乃至其后续影响的上升态势。11 位行业专家们概述了 2012 年医疗数据的发展趋势。

1、移动设备可能意味着困扰。Ponemon 研究所创始人和主席 Larry Ponemon 说，医疗保健机构不会对在工作场所越来越多的移

动设备的使用而引起的数据破坏风险产生免疫力。最近的一项研究/证实，**81%**的医疗保健服务提供者使用移动设备来收集、存储和/或传输某种形式的个人健康信息(PHI)。但是，他们中有**49%**的人确认他们没有采取措施以保证他们的设备的安全。

2、大量的集体诉讼即将出现。Wiley Rein 律师事务所的合伙人 Kirk Nahra 预计，2012年集体诉讼案件将会增加，这将极有可能是由于患者起诉医疗机构未能保护他们的 PHI 。在过去的一年中对组织机构的几起类似诉讼案件就有数件，其中的一些是涉及商业合作和泄露患者资料的事件。不管后果如何，这些案件对各家公司的巨大风险和成本的显著影响是肯定的。

3、 社交媒体的风险将会增加。Apgar & Associates 公司的 CEO 兼总裁 Chris Apgar 预言说，由于许多医师和医疗保健组织转向使用社交媒介，这些社交媒介的不正当运用将增加 PHI 的泄露。最近的一个例子就是一名医疗保健工作者将患者的敏感信息贴到他的 Facebook 上去了。根据 ID 专家所说，医疗保健组织通常不会开发一个社会媒介应用方案，这就为雇员通过个人的社交网页泄露 PHI 留下了某种灰区。

4、 云计算不是万应药。此外，Powers Pyles Sutter 和 Verville 学校的校长 James C Pyles 说，该技术已超越了安全性并带来了前所未有的责任风险。按照 Pyles 所说，云计算使用的资源更少，对医疗服务提供者来说是一个有吸引力的选择，尤其是在伴随着 HIEs 费用增加的情形下。但是，随着隐私和法律问题的不断出现，ID 专

家说：一个“有隐私的实体”需要“在披露受保护的健康信息之前与云计算供应商签订周密的联营业务协议。”

5、 对商务伙伴的信赖可能导致新的风险。Walker 公司的总裁 Larry Walker 认为经济不动产将迫使提供保健服务者继续外购许多他们需要的功能。这包括当涉及保密性和安全性时，即使商务伙伴被认为是“该商业链中的薄弱环节”，仍向第三方或商务伙伴购买这些功能。

6、 医疗保健机构或许会看到风险的后续影响。ID Experts 的共同创建者兼总裁 Rick Kam 说，由于数据泄露所导致的身份信息盗窃和医疗身份信息盗窃会造成对患者的财产和情感的伤害。这经常会导致患者转向求助于其他的医疗保健提供者。根据 Ponemon 的研究，一名患者的平均终身价值超过113,000美元。

7、 移动设备在该产业中的比重将很大。顾问和博主 Christina Theilst 再次向大家说明了平板电脑、智能手机的使用，以及怎么继续增加平板电脑在医疗保健的应用。根据 CompTIA 的调查，实际上，有接近三分之一的医疗保健提供者在访问 EMRs 或 EHRs 时使用移动设备。ID Experts 说，随着这一移动技术的猛烈冲击，医疗保健的提供者需要平衡实用性、安全性和当采用承包商及雇员的使用条款时三者之间的关系。

8、对“故意疏忽”的强调将导致 HIPAA 强制措施的加强。Adam Greene 合伙人 Davis Wright Tremaine 说，下一年的重点将有关于 150项 HITECH 法案的审计和对 HIPAA 规则实施修改后的最终规则

