



基于史密斯模型的远程医疗政策执行分析

罗益佳¹, 周典^{1,2}, 徐慧¹, 黄欣黎¹, 王露¹

1. 安徽医科大学卫生管理学院, 安徽 合肥 230032;

2. 安徽医科大学第一附属医院院长办公室, 安徽 合肥 230022

摘要:新形势下远程医疗服务是提高基层卫生服务能力及落实分级诊疗制度的重要举措,是实现健康中国战略的重要抓手。研究基于远程医疗政策推行现状,以史密斯模型理论为框架,从政策本身、政策执行主体、目标群体及政策执行环境四个方面对远程医疗政策的执行情况进行分析。结果显示,政策法规不完善、行业规范与技术标准不健全、执行机构协调性不足、目标群体接受度较低等因素使得远程医疗政策的执行受到影响。建议政府、各级医疗机构和有关部门采取积极的协调措施,完善远程医疗政策,推动远程医疗的长效实施与可持续发展。

关键词:政策执行;史密斯模型;远程医疗

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2020)03-210-005

doi:10.7655/NYDXBSS20200302

目前,我国卫生资源总量不足、结构不合理、资源配置不均衡等因素是制约不发达地区特别是偏远贫困地区患者获得优质卫生资源的关键。远程医疗是以网络通信和计算机科学为基础,利用现代远程通信技术、计算机多媒体技术以及移动互联网技术实现异地医疗服务,并通过信息化手段实现患者与医务人员、医疗机构、医疗设备之间互动的医疗行为^[1]。远程医疗与传统医疗模式互补,可促进优质资源下沉,增强基层医疗机构服务能力,为基层患者提供优质医疗服务。本研究以史密斯模型为理论框架,对远程医疗政策执行中的问题进行分析并评价政策执行效果,为改善远程医疗现状提供对策建议。

一、资料和方法

(一)资料来源

以中国知网(CNKI)网络出版总库中的论文为文献来源,第一步,令“学科领域=医药卫生科技”,“主题=远程医疗OR远程医学”(检索条件为“精确”查找),期刊“来源类别=CSSCI+CSCD+核心期刊”,限定时间范围为2000年至2018年,共检索到文献267篇。第二步,对文献进行人工筛选,剔除无

作者、无关键词、会议、征稿启事等无效文献,最终获得有效研究文献229篇。同时在国家卫健委等门户网站搜索远程医疗相关文件。

(二)研究方法

美国学者史密斯1973年在“政策执行过程”一文中提出史密斯模型(图1),该模型认为理想化政策、政策执行机构、政策目标群体、环境因素是政策执行过程中所牵涉到的4个主要变量,它们相互关联并对政策执行效果产生影响^[2]。

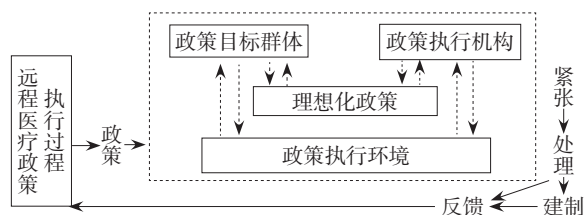


图1 史密斯模型

二、结果

(一)理想化政策

理想化政策如想被群众广泛接受并得以顺利执行需要具备合理、可行与合法的特征^[3]。

从政策的合理性来看,发展远程医疗可有效解

基金项目:安徽省科学技术厅安徽省中央引导地方科技发展专项资金“安徽省六安高质量医疗服务平台建设”(2018080802D0077)

收稿日期:2019-07-13

作者简介:罗益佳(1996—),女,安徽合肥人,硕士研究生在读,研究方向为医院管理与卫生政策;周典(1968—),男,安徽无为,教授,研究方向为医院管理与卫生政策,通信作者,ayfy_zhoudian@163.com。

决医疗资源分配不均、县域和农村医疗服务能力不足的问题。依托远程医疗服务平台,基层医院可有效利用大型综合医院的优质医疗资源,再利用初级卫生保健网络作用于乡镇和社区卫生服务中心,实现“基层检查,上级诊断”,为分级诊疗的实施带来了一种全新的实现方式,有利于提高基本医疗卫生服务的公平性、可及性。

从政策的可行性来看,远程医疗是世界范围内研究的热点并在众多发达国家、发展中国家取得重大进展。我国各地积极推进远程医疗,很多大型综合医院已建立远程医疗中心,一些机构建设了5G网络环境,如安徽医科大学二附院在5G网络环境下协同开展了远程手术,优质医疗资源下沉至基层,县级医院及基层医疗机构服务能力得以有效提升。

从政策的合法性来看,我国原卫生部早在1999年就发布了《关于加强远程医疗会诊管理的通知》(以下简称《通知》),原国家卫计委2014年后陆续颁布了《关于推进医疗机构远程医疗服务的意见》(以下简称《意见》)、《远程医疗服务管理规范(试行)》(以下简称《规范》)等政策文件,明确了远程医疗发展的方向,并提出了相应的要求和规范。

然而,远程医疗政策还不健全,在设计中存在缺陷与不足。从文献分析结果中可知,影响远程医疗顺利实施的最大障碍是缺乏完善的政策法规,占问题数的15.7%(36篇)。参与远程医疗的利益相关者众多,项目环节形式多样,我国尚未建立关于远程医疗的完整的法律框架体系,对远程医疗各方参与者的权利与义务及责任界定尚不够具体和清晰。《意见》《通知》和《规范》中的内容与规定较为笼统抽象,对医保政策、分级分类监管制度、统筹规划制度等缺乏明确规定^[4]。政策的可操作性不强,政策执行缺乏强制性。远程医疗政策法规的不健全,致使远程医疗无法实现依法归口管理、部门监管职责不明确,使日常监管中存在众多空白地带^[5]。目前国家尚未针对远程医疗服务项目制定统一的收费标准,多由医疗机构自主定价。由于缺乏科学合理的定价依据,占问题数的6.1%(14篇),医疗机构可能出现随意调整价格的现象。行业内无统一的具体规范、技术标准及实施细则,占问题数的9.6%(22篇)。各医院采用的软硬件不一致,信息传递所采用的信道不同,系统兼容性差,影响医疗信息的共享。此外,不同医院检测使用的仪器设备、试剂、标准各不相同,使医疗机构之间的检查结果无法互相认同,影响远程医疗的有效推进。

(二)政策目标群体

1. 患者

患者的正确认知、积极参与是远程医疗顺利发展的重要条件。在患者层面,影响远程医疗发展的

因素主要有三个方面:一是认知因素。患者对远程医疗的知晓率不高且认知有偏差,占问题数的3.9%(9篇)。多数农村地区居民不了解远程医疗,不少患者仅从字面意义去理解远程医疗,简单认为是通过视频看病;基层医疗机构面向术后行动不便者或老年人开展患者术后康复、居家养老及护理等业务时,远程医疗作为一种新兴事物难以被理解。认知不正确,导致患者接受远程医疗服务的意愿不高。二是习惯和安全因素。很多患者习惯与医生面对面交流,同时担心电子病历会使个人隐私泄露,对远程医疗的接受度较低。这一问题占4.4%(10篇)。三是经济因素。截至目前,全国仍有近半数省份尚未将远程医疗纳入医保报销范围,占问题数的2.6%(6篇),患者对价格敏感,参与远程医疗服务的意愿亦不高。

2. 医生

作为远程医疗服务的主体,医生是决定医疗服务质量的关键因素。上级医院医生可通过远程医疗为患者提供服务,将最新、最先进的医疗知识传播到基层医疗机构,将专家的经验传授给基层医疗工作者,解答基层医生在诊疗活动中遇到的各种疑难问题,帮助基层医院医师拓宽诊疗思路,提高诊疗技巧^[6]。推进远程医疗,必须充分发挥医生的主体作用,但目前医生参与远程医疗的主动性、积极性还不高。大型医院的医生因门诊和住院患者多,时间和精力有限,对远程医疗缺乏积极性;远程医疗服务需预约等候,协调多方机构与人员,未能有效利用上级医生的碎片化时间,医生参与远程医疗服务的主动性不强,这与文献分析结果一致(17.0%,39篇)。由于远程医疗改变了传统的医疗合作方式,基层医务人员可能需要听从素未谋面的上级医生的指导建议或命令,这对传统诊疗观念发出了新挑战^[7]。基层医生在远程医疗过程中,需要做更多的配合工作、增加了业务量,与让患者接受远程医疗服务相比,更愿意转诊患者。不少医院未建立远程医疗服务绩效评价体系,导致医生热情不高。

(三)政策执行机构

1. 政府

政府作为政策的制定者和引领者,给予远程医疗政策支持和财政投入,发挥统筹协调作用,引导和推动远程医疗健康发展。但政府支持和监管方面依然存在不少问题(7.4%,17篇)。一是政府统筹推进的力度需进一步加大。远程医疗是一项跨行业、跨地域的系统工程,需要合理规划、统筹推进,一些地区尚未制定规划,医院等机构各自建设。二是监管及实施的协同性不强。目前我国远程医疗仍处于政府职能部门各自为政,按现有职责分头监管的状态^[8]。政策实施缺乏协同性,政策执行遇到

阻力时难以及时有效化解。三是政府投入不够。一些地区尚未安排资金建设区域平台,大型医院面临远程医疗投入多、回报少的问题,需要政府予以补助。

2. 卫生健康行政部门

卫生健康行政部门承担着远程医疗规划、政策制定和实施、行业监管,以及部门间协调等重要职责。面对大型综合医院,卫生健康行政部门需要协调其他部门,解决远程医疗监管问题。各级卫生健康行政部门对远程医疗的监管内容主要包括医疗服务质量及价格、医疗服务人员准入、资产运营等^[9],但作为外部监督主体,卫生健康行政部门明显存在着专业性不强、监督力量薄弱等不足。

3. 医疗机构

上级医疗机构与基层医疗卫生机构之间存在较为明显的利益冲突(7.4%,17篇)。基层医疗卫生机构受医疗设备有限、技术水平滞后和医疗信息化水平较低等因素的制约,服务能力较弱,服务水平不高,认为其与大医院在竞争关系中处于劣势,广泛开展远程医疗会导致患者对基层医务人员的信任度降低,患者外流。同时受患者参与度不高的影响,基层医疗卫生机构对远程医疗的实施动力不足,医务人员仅对能够提升自身技术水平的远程教育培训感兴趣。上级医疗机构面临自身服务能力饱和、远程会诊方式固化、会诊人次受限、专家资源利用率低等问题,推进远程医疗的积极性不高。

4. 软硬件企业

软硬件企业是远程医疗的技术支持者,与远程医疗中心合作,发挥自身的专业技术优势,开发出配套的远程医疗系统,以追求经济利益为目标,同时兼顾一定的社会责任。作为第三方机构,软硬件企业也面临新的挑战。由于改变了医院保管生物数据及患者隐私的传统格局,大量的电子医疗记录及医疗数据掌握在企业手中,数据的存储安全面临着威胁(10.0%,23篇)。目前,保护患者隐私是研究的焦点。同样,保护医生隐私也不容忽视,目前只有少数研究探索了确保医生隐私的方法,如保护医生免受医院管理人员滥用职权或防止制药公司掌握医生用药习惯而贿赂导致灰色药品抽成等^[10]。此外企业还需克服远程医疗服务平台建设、运营和维护成本巨大等非技术性障碍。

(四)环境因素

1. 宏观环境分析

2018年印发的《国务院办公厅关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》、2019年印发的《国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革2019年重点工作任务的通知》等政策文件对当前和今后一个时期发展远程医疗作出了部署,为政策执行创造了

良好的政治环境。我国经济持续健康发展,城乡居民收入水平不断提高,为远程医疗发展提供了较好的经济保障。随着我国城镇化的加速、老龄化程度的加深、居民健康意识的增强、医保水平的提高,城乡居民对医疗服务体系提出了更高的要求。互联网技术的蓬勃发展、5G技术的出现,各种医疗信息如图像、声音、视频的采集、处理、存储、共享及平台的搭建为实施远程医疗提供可能,但远程医疗仍面临系统兼容性差、利用率低的问题(4.8%,11篇)。

2. 微观环境分析

医疗机构开展远程医疗时,平台搭建、耗材、设备等要素资源统一招标,基层医疗机构需采用与上级医院相同的第三方远程医疗服务商,议价能力较弱。远程医疗服务成本和定价均较高且不透明,患者无话语权,因此部分患者更愿意选择替代能力较强的传统医疗模式。受政策推动的影响,基层医疗机构虽积极响应号召开展远程医疗服务,但部分机构只开展了远程阅片和远程心电监护等低门槛的业务,无法满足有远程会诊、远程病理诊断甚至远程手术需求的患者。在政策鼓励下,未来可能会出现更多的远程医疗商业模式^[11],与现行的远程医疗模式竞争发展。

三、讨论

(一)完善远程医疗政策法规体系

坚持问题导向,加强政策法规研究和制定。2017年12月,《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法(草案)》提交全国人大常委会审议,这将是我国卫生与健康领域第一部基础性、综合性的法律^[12],其中对远程医疗信息交流和安全保障作了原则性规定。要进一步研究完善远程医疗相关法律体系,明确界定远程医疗服务各方参与者的权利与义务,并对可能产生的医疗纠纷或医疗事故的责任界限作出清晰划分和界定,立法加强远程医疗数据安全管理和患者隐私保护。根据相关政策文件精神,制定远程医疗发展的具体支持政策、远程医疗服务管理制度和监管制度。完善医保制度,将远程医疗服务项目纳入保障范畴,构建科学费用分担机制。制定合理的远程医疗收费标准,健全利益分配机制,完善补偿机制。制定和完善统一的行业规范、技术标准及实施细则,推广数据标准使用,统一数据接口,以实现医疗信息在不同医疗机构之间互联互通。

(二)加强针对目标人群的宣传引导

转变就医观念、诊疗观念,是促进远程医疗发展的现实需要。应充分发挥卫生健康行政部门的职能作用,通过多种途径和形式大力宣传远程医疗的意义、科学性、有效性。加强对基层特别是农村

和偏远地区患者的宣传,积极引导、释疑解惑,使他们了解并正确认识远程医疗,提高知晓率和信任度,形成新型就医观念。鼓励患者对病友自发介绍使用远程医疗的体验,形成雪球效应以带动潜在的远程医疗使用者。加强对医护人员的宣传教育,转变传统诊疗观念,提高运用远程医疗系统的能力,不断提升认同感和参与度。

(三)不断优化执行机构职责

针对远程医疗推进中存在的问题,应进一步优化执行机构职能并付诸实践。

在政府领导下,建立以卫生健康行政部门牵头的部门联动工作机制,协调解决远程医疗在政策、规划、法规、监管、伦理方面的问题。强化卫生健康行政部门的工作职责,可设立专司远程医疗的管理机构,增强卫生健康行政部门作为外部监督机构的监管执行力与执行效果^[13]。

医疗机构应根据《国务院办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》等政策文件,构建多形式医联体组织模式下的远程医疗服务体系,在经费投入、人员及设备配置、工作场地等方面给予倾斜,搭建一个好的远程医疗平台^[14]。开展系统性的远程医疗业务培训,建立远程医疗专家库,以权威专家作为后盾,具有丰富临床经验、较高专业技术水平、良好沟通能力的医技人员作为补充^[15],形成专业的远程医疗服务团队。加快远程医疗临床路径建设,优化流程尤其是加强基层医疗机构流程再造,努力提升远程医疗服务质量。建立远程医疗绩效评价体系,构建合理的利益分配与激励机制。强化院内监督,必要时可引入第三方监督机构。

软硬件企业应以需求为导向,遵循相关标准和规范,积极参与远程医疗系统建设,突破技术壁垒,提高系统兼容性,降低重复开发率。建立严格的管理和责任制度,严格保护医疗数据安全和医生、患者隐私。

(四)创造远程医疗顺利实施的良好环境

完善远程医疗投融资机制,财政对远程医疗建设予以倾斜,加大对基层医疗机构远程医疗软硬件的投入;加强信贷支持,在担保、贴息等方面给予科技企业支持。2017年《国务院办公厅关于支持社会力量提供多层次多样化医疗服务的意见》中鼓励社会办医机构为患者提供包括远程医疗在内的多种个性化辅助或增值服务。因此,应积极鼓励社会力量参与建设,以政府购买服务的

方式,引入社会资本建设远程医疗服务平台。借助物联网、互联网与移动技术,推动远程医疗的服务功能在适应经济社会发展与健康需求的基础上,不断朝着个性化、移动化方向发展,并逐步发展为面向个人的服务平台^[16]。

参考文献

- [1] 张静,黄涛.我国远程医疗法律问题初探[J].医学与哲学,2019,40(6):71-74
- [2] 王宏伟.中国地方政府政策执行力提升研究[D].上海:华东师范大学,2010
- [3] 李蓉.计划生育政策执行研究——几个典型案例的分析[D].济南:山东大学,2015
- [4] 顾海,刘曦言.多元主体视角下远程医疗协同监管体系构建[J].卫生经济研究,2019,36(11):25-28
- [5] 高亮.移动医疗服务法律规制研究[D].北京:北京中医药大学,2017
- [6] 牟岚,金新政.远程医疗发展现状综述[J].卫生软科学,2012,26(6):506-509
- [7] JEREMY M K. Virtual visits-confronting the challenges of telemedicine[J]. N Engl J Med,2015,372(18):1684-1685
- [8] 卢中南,谢洪彬,袁璧翡,等.我国远程医疗现况和监管策略探析[J].中国卫生监督杂志,2018,25(2):143-147
- [9] 翟运开,周翔,孙东旭,等.利益相关者视角下的远程医疗发展策略研究[J].中国医院管理,2018,38(2):7-9
- [10] JIN Z P, YU C. Telemedicine in the cloud era: prospects and challenges [J]. IEEE Pervasive Computing, 2015,14(1):54-61
- [11] 黄哲甫.远程医疗的商业模式探索[J].时代金融,2018(35):300-301
- [12] 杜鹏.远程医疗服务质量评价及提升策略[D].北京:中国科学院大学,2017
- [13] 丁伯新,周业勤.城市医疗集团发展远程医疗的SWOT分析[J].南京医科大学学报(社会科学版),2020,20(2):149-150
- [14] 黄靖,陈宪泽,金恒宇.基于史密斯模型的慢性病防治政策执行过程分析[J].广西中医药大学学报,2018,21(1):124-127
- [15] 朱瑞琦.基层医院视角下的远程会诊服务质量评价及实证分析[D].郑州:郑州大学,2018
- [16] 崔楠,顾海,景抗震.新医改背景下远程医疗发展的SWOT分析[J].卫生经济研究,2018(5):44-46

Implementation of telemedicine practice policy: an analysis based on the Smith model

LUO Yijia¹, ZHOU Dian^{1,2}, XU Hui¹, HUANG Xinli¹, WANG Lu¹

1. School of Health Management, Anhui Medical University, Hefei 230032; 2. Dean's Office, the First Affiliated Hospital of Anhui Medical University, Hefei 230022, China

Abstract: Promoting telemedicine under the new situation is an important measure to improve the capacity of primary health services and implement hierarchical diagnosis and treatment system. It is also an effective means to realize healthy China strategy. Based on the current status of telemedicine policy implementation, this study used the Smith model as a framework to analyze the implementation of telemedicine policy from four aspects: policy itself, policy implementation subject, and policy implementation object and policy execution environment. The results showed that the factors such as imperfect policies and regulations, inadequate industry norms and technical standards, insufficient coordination of implementing agencies, and low acceptance of the target group, have affected the implementation of telemedicine policies. It is recommended that the government, medical institutions at all levels and relevant departments should take active and coordinated measures to improve telemedicine policies and promote long-term implementation and sustainable development of telemedicine.

Key words: policy implementation; Smith model; telemedicine



启东市农村老年患者基层医疗机构基本药物 全额保障政策的效果评价

史航¹,王莹¹,刘平羽²,孙新华³,李歆^{1,4,5}

1. 南京医科大学医政学院,江苏 南京 211166; 2. 南京医科大学第二附属医院药学部,江苏 南京 210011;
3. 启东市卫健委医政处,江苏 启东 226200; 4. 南京医科大学药学院, 5. 全球健康中心,江苏 南京 211166

摘要:文章基于启东市参加基本医疗保险的70岁以上老年患者就诊数据,定量分析基本药物全额保障政策实施前后诊疗指标的变化,并对关键知情人开展定性访谈,以评价启东市农村老年患者基层医疗机构基本药物全额保障政策的实施效果,提出政策优化建议。结果显示,政策实施以后,受益人群平均每月出院人次增加478人次($P=0.001$),次均新农合医保补偿上升472.52元($P<0.001$),次均自付费用下降430.35元($P<0.001$),次均自付比例下降14.8%($P<0.001$),次均住院费用上升31.18元($P<0.001$)。访谈结果也表明,该政策减轻了老年患者的就医负担,提高了老年患者的住院卫生服务利用。为保证政策获得更好的实施效果,建议循序渐进地实施老年患者基本药物全额保障政策,加强配套措施的实施,杜绝浪费现象,并设立单独筹资渠道筹集资金。

关键词:全额保障;基本药物;实施效果;政策评价

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2020)03-215-005

doi:10.7655/NYDXBSS20200303

基本药物制度及基本药物的概念最先由世界卫生组织(WHO)在20世纪70年代提出,即不可或缺的、最基本的、最重要的、全部居民及卫生保健所必需的药品^[1]。国家基本药物制度是国家药物政策的核心,我国自2009年开始推进国家基本药物制度的实施^[2],2013年底基本药物制度已在全国所有政府办基层医疗机构及80%以上的村卫生室得以落实。

据统计,2000年我国65岁以上人口占总人口的比重已经超过了7%,正式步入老年型社会^[3-4]。《中国人口展望(2018)》指出,2017年老年人口将达到1.6亿(占比11.4%),2033年左右将突破3亿(占比21.0%)^[5]。《我国老年慢性病现状及发展趋势的报告》显示,60岁及以上人群慢性病的总患病率为54.0%,平均每年住院日为27.43天,每次平均住院总费用为2 618.16元^[6]。慢性病死亡占总死亡人数

的83.0%,是城乡居民死亡的主要原因^[7-8]。2010年我国慢性病防治花费占卫生总费用的比重达到69.98%,占GDP比重的3.22%。值得关注的是,占我国总人口13.32%的60岁以上人群却消耗了近一半(48.84%)的慢性病费用。2014年,我国慢性病在疾病负担中占比超过70%^[9]。而我国老年人享有医疗保障的总体水平不高,尤其是农村老年人,家庭和个人负担了主要的医疗费用^[10]。老年人口增多造成的疾病负担加剧,给正处在发展中的中国带来了巨大的挑战。

全额保障老年患者公平享有、合理使用基本药物,是指在现有国家基本药物制度的基础上,通过增加专项财政投入,全额保障老年患者在基层医疗卫生机构使用基本药物的费用,缩小老年人在基本医疗服务可及性上的差距,是保证老年人健康,提高老年人

基金项目:江苏省教育厅高校哲学社会科学基金“不同所有制下江苏基层医疗机构实施基本药物制度的效果比较评价及政策完善研究”(2017SJB0277)

收稿日期:2019-10-08

作者简介:史航(1990—),男,江苏淮安人,硕士研究生在读,研究方向为药事管理、卫生政策;李歆(1978—),男,江苏武进人,博士,教授,博士生导师,研究方向为药事管理、药物政策,通信作者, xinli@njmu.edu.cn。