



我国远程医疗的现状、问题及发展对策

孙倩倩¹, 周守君²

1. 南京医科大学医政学院, 江苏 南京 211166; 2. 江苏省肿瘤医院医保办公室, 江苏 南京 210009

摘要:随着信息技术及网络通信技术的发展,远程医疗的内涵在不断演变和丰富。我国远程医疗经过近30年的发展,尤其在新冠肺炎疫情促进下,政策体系逐渐完善,远程医疗协作网和互联网医院建设均取得一定成绩,但与此同时也暴露出一些问题,如法律法规不健全、服务定价和补偿机制不完善、系统平台功能不完善、医患双方认识不足、远程医疗专业人才缺乏等。结合发达国家远程医疗发展经验,应进一步加强我国远程医疗法律法规建设、健全财政补偿机制、完善远程医疗系统功能、加快远程医疗人才队伍建设,以促进远程医疗的持续健康发展。

关键词:互联网+;远程医疗;互联网医院

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2022)01-025-006

doi:10.7655/NYDXBSS20220106

随着分级诊疗政策的提出,5G、物联网、大数据、人工智能、可穿戴设备等新技术与医疗行业深入融合,在国家推动“互联网+”行动计划的背景下,尤其是在近两年新冠肺炎疫情推动下,我国远程医疗发展迅猛。远程医疗在优化医疗资源配置,带动基层医疗机构发展,降低患者医疗成本,提升患者就医体验方面发挥巨大优势。本文概括远程医疗的内涵,梳理美国和中国远程医疗发展现状,总结我国远程医疗发展存在的问题,并结合美国的发展经验,试图提出相应对策建议,以期为我国远程医疗事业的持续健康发展提供参考。

一、远程医疗内涵

随着网络通信技术及计算机技术的发展,我国远程医疗的内涵不断丰富。早期的远程医疗多指远程会诊。2014年,原国家卫生计生委员会对远程医疗进行了定义,即一方医疗机构邀请其他医疗机构,运用通信、计算机及网络技术,为本医疗机构诊疗患者提供技术支持的医疗活动。医疗机构运用信息化技术,向医疗机构外的患者直接提供的诊疗服务,属于远程医疗服务。远程医疗服务项目包括远程病理诊断、远程医学影像(含影像、超声、核医

学、心电图、肌电图、脑电图等)诊断、远程监护、远程会诊、远程门诊、远程病例讨论及省级以上卫生计生行政部门规定的其他项目^[1]。

根据远端连接对象,可以将我国远程医疗分为两种模式,一是医疗机构之间的远程医疗,即医一医模式,简称D2D(doctor-to-doctor)模式,如医联体内基层医疗机构通过远程医疗协作网向核心医疗机构专家寻求医疗帮助服务,包括远程诊断类、远程会诊类、远程病例讨论及远程医学教育类等,此种模式是远程医疗的初始模式^[2]。第二类是医疗机构利用信息化技术直接向患者提供医疗服务,即医一患模式,简称D2P(doctor-to-patient)模式,如医疗机构依托互联网医院直接向患者提供的慢性病复诊、远程监测、远程随访等服务。目前,远程医疗服务模式已逐渐由D2D模式向D2P模式方向发展^[3]。

二、远程医疗的现状

(一)美国远程医疗现状

美国是最早开展远程医疗,也是远程医疗应用层面最广的国家^[4]。自1996年起,美国陆续颁布《平衡预算法案》《跨州行医示范法》《健康保险携带

基金项目:江苏省卫计委信息化课题“肿瘤疾病防治分级诊疗与远程会诊、随访、健康管理应用系统研究”(X2017007)

收稿日期:2021-12-08

作者简介:孙倩倩(1987—),女,江苏南京人,硕士研究生在读,研究方向为医院管理;周守君(1967—),男,江苏射阳人,研究员,研究方向为卫生管理,通信作者,zhoushj408@163.com。

和责任法案(HIPAA)》《在医疗行为中正确使用互联网标准指南》《2013 远程医疗现代化法案》等多项法律法规,使美国在监管体系、补偿标准、患者隐私保护等方面政策体系日益完善,远程医疗得到良好发展。2020年3月,新冠肺炎疫情发生后,美国政府宣布将远程医疗服务纳入国家卫生计划,在立法上放松对远程医疗监管要求,允许联邦医保覆盖更多远程医疗和虚拟门诊服务,按照与线下咨询相同的费率向医疗机构报销费用,对临床医生和医疗机构违反HIPAA法案提供的远程医疗服务不进行处罚,同时减少跨州执业限制,允许对跨州执业者提供豁免权^[5],鼓励医生和患者使用远程医疗服务。仅2020年上半年,美国远程医疗利用率增加30倍^[6]。

(二)我国远程医疗现状

我国的远程医疗相较美国等发达国家,起步较迟,但得益于政策的支持和疫情的催化,目前在远程医疗覆盖面和互联网医院建设方面均取得不小成就,处于快速发展阶段^[7]。

1. 政策的支持

政策是促进远程医疗发展的驱动力。自2014年《关于推进医疗机构远程医疗服务的意见》出台以来,国家层面颁布了多项配套政策,支持远程医疗发展。新冠肺炎疫情发生以后,政策对远程医疗的关注和扶持力度显著提升,远程医疗的监管、定价、医保支付等政策体系逐渐完善,发展进入快车道^[8](表1)。

表1 2014—2021年国家层面远程医疗政策汇总

时间	名称	颁布部门
2014年	关于推进医疗机构远程医疗服务的意见	原国家卫生计生委员会
2014年	远程医疗信息系统建设技术指南	原国家卫生计生委员会
2015年	关于同意在宁夏、云南等五省区开展远程医疗政策试点工作的通知	国家发展改革委员会、原国家卫生计生委员会
2016年	远程信息系统基本功能规范	原国家卫生计生委员会
2018年	关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见	国务院办公厅
2018年	远程医疗服务管理规范(试行)	原国家卫生计生委员会、国家中医药管理局
2018年	互联网诊疗管理办法(试行)	原国家卫生计生委员会、国家中医药管理局
2018年	互联网医院管理办法(试行)	原国家卫生计生委员会、国家中医药管理局
2019年	关于完善“互联网+”医疗服务价格和医保支付政策的指导意见	国家医疗保障局
2020年	关于加强信息化支撑新型冠状病毒感染的肺炎疫情防控工作的通知	国家卫生健康委员会
2020年	关于在疫情防控中做好互联网诊疗咨询服务工作的通知	国家卫生健康委员会
2020年	关于推进新冠肺炎疫情防控期间开展“互联网+”医保服务的指导意见	国家医疗保障局
2020年	关于积极推进“互联网+”医疗服务医保支付工作的指导意见	国家医疗保障局
2020年	关于深入推进“互联网+医疗健康”“五个一”服务行动的通知	国家卫生健康委员会、国家医疗保障局、国家中医药管理局
2021年	关于互联网诊疗监管细则(征求意见稿)公开征求意见的公告	国家卫生健康委员会

在国家政策基础上,各省市结合地方实际,积极探索相关政策实施细则,促进政策从方向性到操作性转变。贵州省自2016年起陆续颁布了《贵州省医疗机构远程医疗服务实施管理办法(试行)》等12项政策,涉及监督管理、服务价格、责任分担、数据安全及评估激励等方面^[9];江西省2017年印发《江西省远程医疗服务体系建设(2017—2020年)》,明确远程医疗政策管理、服务、信息及运营体系四项重点任务^[10];江苏省2019年颁布《关于制定部分“互联网+”医疗服务项目试行价格的通知》《关于加强互联网医疗服务监管工作的通知》等,明确远程会诊、远程诊断、互联网医院三类“互联网+”医疗服务项目的试行价格,同时明确诊疗机构、人员、处方、诊疗行为、患者隐私与信息安全、医疗质量等内容的监管部门及监管要求^[11-12]。

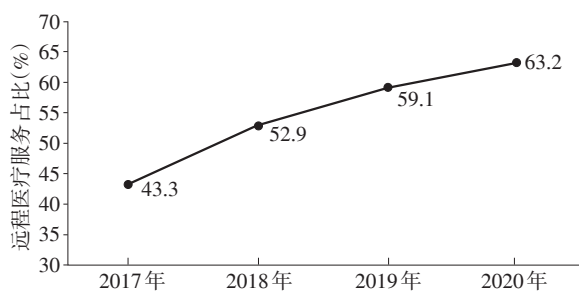
2. 疫情的催化

新冠肺炎疫情一方面催生国家远程医疗政策的密集颁布,另一方面加速医疗机构推进远程医疗服务。北京、湖北、江苏、浙江、广东等地利用已搭

建的互联网平台推出在线医师咨询,发热门诊、常见病、慢性病复诊和在线处方服务,有效缓解实体医疗机构就诊压力。钟南山院士团队通过广东省远程医疗平台对5例新冠肺炎重症和危重症患者进行远程会诊;江苏省通过搭建“江苏—黄石远程医疗服务平台”,组建7家医院近100名医生12小时轮流值守,远程为黄石医院提供阅片服务,为疫情防控铺开空中之网。除此之外,疫情提高了民众对远程医疗的认知态度和使用意愿^[13]。仅疫情暴发的前3个月,国家卫生健康委员会委属管医院互联网诊疗比2019年同期增加了17倍。一些第三方的互联网服务平台诊疗咨询量也比同期增长了20多倍,处方量增长了近10倍。

3. 远程医疗协作网建设

2017—2020年底,我国二级以上公立医疗机构开展远程医疗服务占比从43.3%上升至63.2%(图1),远程医疗协作网覆盖所有的地级市2.4万余家医疗机构,89.5%的城市医疗集团和县域医共体,在内部实现远程医疗。



数据来源于2017—2020年国家卫生健康事业发展统计公报。

图1 2017—2020年二级以上公立医疗机构开展远程医疗服务情况

4. 互联网医院建设

自2015年,我国第一家互联网医院乌镇互联网医院成立以来,截至2021年6月,我国互联网医院数已超过1 600家^[14]。部分省份如江苏省,已建成114家互联网医院,线上诊疗31.13万人次,成为全国首批“互联网+医疗健康”示范省建设单位,实现预约挂号、预约检查、在线复诊、远程会诊、在线支付、线上处方、药品配送等涵盖诊前、诊中和诊后一站式就医全流程的服务。

三、我国远程医疗发展面临的问题

(一)法律法规不健全

目前我国对于远程医疗的规范多见于政策性文件,尚未上升为国家层面的法律法规,对医疗机构、从业人员、医保基金监管、医疗责任认定、数据安全等方面的规定多等同于线下诊疗,缺乏应有的权威性和科学性。

1. 监管职能分散

远程医疗形式多样,涉及的参与方和环节众多,监管主体较多,法律关系也较为复杂。目前我国对于远程医疗的监管,没有明确的法律规定和职责划分,相关政府职能部门按照现有的职责分头监管,没有形成全流程的监管体系,以至于出现远程医疗机构准入门槛低、从业人员资质审核不明、设备标准不统一、远程医疗服务定价标准缺失和医保基金监管困难等问题。

2. 医疗责任认定不明确

远程医疗借助网络平台,由邀请方医疗机构、受邀方医疗机构、软件运营商、患者等多方参与。一方面,在邀请方和受邀方医疗机构间,由于缺乏权威法律的统一规制,邀请方与受邀方医疗机构间以协议的形式确定法律责任,协议约定的范围、内容等具有不确定性或者因不规范而流于形式,从而在发生损害时难以依约定进行责任的判定^[15]。另一方面,在医疗机构和第三方网络和软件运营商之间,由于法律制约尚不完善,若信息在传输中出现失误,如计算机病毒或“黑客”突然攻击等造成误诊

或漏诊时,无法追究其法律责任^[16]。

3. 数据安全与患者隐私风险

远程医疗以互联网为依托,数据安全与患者隐私保护一直是重点关注的问题。在互联网环境中,患者隐私以信息的形式存在,信息化和数字化的信息容易被病毒攻击,被黑客拦截、窃听,病历资料被复制、共享或深度挖掘^[17],引发数据安全隐患。同时在远程医疗活动中,接触患者信息的人员较多,除了患者本人和邀请方医疗机构外,还包括受邀方医疗机构、远程医疗平台提供者,因各环节工作人员意识淡薄或利益驱动等原因造成患者隐私泄露时,无针对性法律进行约束。

(二)服务定价和补偿机制不完善

远程医疗服务价格的高低不仅影响医疗机构提供该项服务的意愿,还在很大程度上影响患者对这种医疗服务形式的接受度与需求量。现阶段,我国对医疗机构远程医疗建设的财政补偿机制尚未完全建立^[18],购买远程医疗设备、搭建远程医疗平台、系统维护和人员培训需投入大量资金,一般医疗机构难以承受。除此之外,国家针对远程医疗沿用一般医疗服务的管理办法,没有制定相应的收费标准和明确的管理规定,更没有具体的激励政策。虽然部分省份根据当地经济发展水平及医疗成本尝试制订远程医疗服务项目价格,但按当前执行的价格根本不能覆盖其成本,不利于医疗机构发展远程医疗。新冠肺炎疫情期间,国家出台了多部政策文件支持符合条件的远程医疗服务项目纳入医保支付,各省市也基于当地医保基金承受能力,将部分远程医疗服务纳入医保基金支付范围,但在支付方式、支付范围及支付标准上尚不统一,严重降低了患者使用远程医疗的积极性。

(三)远程医疗系统平台功能不完善

远程医疗信息系统,应该具有支持远程医疗的核心功能,且能与其他医疗信息系统相融合。目前,远程医疗系统使用的便捷性、友好性及功能模块完备性尚需进一步完善。在管理端,对人员、科室、项目、诊疗记录、药品、数据安全等维护和管理功能固化,不利于医院根据管理要求重新扩展。在医生端,对患者分类管理、病历书写与保存、电子签名认证、处方流转、随访等功能尚不完善,不利于调动医务人员持续使用意愿;在患者端,系统互动性差,电子票据查询、既往病史调阅功能尚不齐全,针对特定人群,如老年群体的一键式登录、人脸识别、语音识别、可调节字体大小等功能尚未满足,患者体验满意度低。同时,医疗机构远程医疗系统与医疗机构内部医院管理系统、电子病历系统、影像系统、检验系统及互联网医院系统分散建设,信息互联互通困难^[19],如患者在互联网医院线上诊疗病情

发生变化,需要远程会诊时,需从医院内部系统导出患者信息,上传至远程医疗系统平台,降低了远程医疗系统的便捷性和时效性。

(四)医患双方认识不足

远程医疗的初衷,是优化医疗资源配置,为群众提供便捷优质医疗服务,同时加强医生间的技术交流,提高业务能力和诊疗水平,但医患双方对远程医疗的认识并不充足^[20]。从医生的角度,医务人员开展远程医疗服务前很少接受过专业培训,不熟悉远程医疗系统操作、诊疗规范及相关法律规定,部分基层医务人员对远程医疗的意义及作用了解片面,认为向上级医院申请远程医疗会暴露自己业务不精,导致患者不满和流失,思想上不愿意开展远程医疗服务。目前远程医疗执行线上线下统一定价,医院内部尚未建立完善的激励机制,无法从行动上调动医生参与远程医疗的积极性和主动性。从患者角度,国家层面对远程医疗的宣传多见于政策文件及医疗领域经验分享,大众媒体宣传不多,患者了解远程医疗的途径较少,不清楚远程医疗能开展哪些服务、具有哪些便利和优势。对于已经习惯与专家面对面交谈的就医模式,远程医疗虚拟的“面对面”就诊模式使患者对诊疗效果持有怀疑态度。同时,远程医疗目前仅支持部分常见病、慢性病患者在线复诊和处方,相较于线下诊疗活动,诊疗范围较窄且治疗效果不明显,医患双方对远程医疗的质量价值感知较低,参与积极性不高。

(五)远程医疗专业技术人才缺乏

医疗机构内远程医疗管理工作分散,二级医院内52.15%的医院未建立独立管理部门^[21],专业的远程医疗管理部门少^[7]。在人员配置上,由医务和(或)信息人员兼职负责,专职远程医疗管理人员和技术维护人员缺乏,既懂远程医疗技术、又有一定医学背景的复合型人才更是少之又少。远程医疗专业人才培养队伍建设,特别是复合型远程医疗专业人才培养刻不容缓^[22-23]。

四、远程医疗的发展对策

(一)建立健全远程医疗法律法规

建立健全远程医疗相关法律法规,完善现有法律如《执业医师法》《电子签名法》《侵权责任法》等与远程医疗的适配性^[23]。在监管体系上,可借鉴美国远程医疗监管经验,完善远程医疗监管体系建设,明确监管主体,成立远程医疗专业组织,探索包含卫生行政部门、医疗机构、专业组织、其他社会组织和个人的多元主体协同监管体系^[24],加强远程医疗提供机构、人员、设备、质量安全等的监管。根据风险等级,对远程医疗进行分类,执行不同的监管标准,促进一般健康咨询类远程医疗发展的同时,

严格监管风险等级高的诊疗类远程医疗^[25]。

在法律关系和责任划分上,组建由医学、法学、计算机、管理等方面的专家团队,探讨远程医疗利益主体之间的法律关系,明确发生损害时,各主体间的法律责任。医疗机构间和软件运营商之间以协议的形式确定法律关系的,应遵照《合同法》等相关法律的规定,规范形式要件和内容,避免出现合同无效的情形。

在数据安全和患者隐私保护方面,国家要尽快出台《个人信息保护法》,从法律层面保护患者数据安全和隐私^[26],医疗机构内应建立信息保护的规章制度,提高医务人员保护患者隐私的意识,加强诊疗过程管理,减少非必须工作人员接触患者隐私资料的机会,降低患者隐私泄露的风险,明确侵犯患者隐私时应承担的责任和处罚,在技术上进行加密保护,确保患者隐私在数据传输、存储、复制过程中的安全。

(二)加大财政补偿,制定合理服务定价

政府要加大对远程医疗财政补偿,建立远程医疗专项资金,用于远程医疗的系统建设、维护、运营等。国家层面出台统一的远程医疗服务项目成本测算办法,指导医院做好远程医疗成本测算^[27]。各级政府综合考虑地方经济社会发展水平、医保基金承受能力、参保人负担水平、专家劳务价值,尽快出台可实施的远程医疗服务价格和医保支付配套政策,形成国家、省、市三级管理制度^[28],构建政府、医疗机构、医务人员、患者、第三方运营商等利益主体均能参与的远程医疗服务价格制定和决策机制^[29]。同时,各地在探索慢性病、常见病远程复诊医保支付基础上,探索将更多疾病纳入医保支付,制定合理的报销上限与报销比例^[30],构建按疾病诊断相关分组付费、总额预付费等多种形式医保支付方式,完善远程医疗价格补偿机制。

(三)完善远程医疗系统平台功能

远程医疗信息系统的良好运行、便捷易用、功能完善是保障服务顺利开展的基础,也是影响医患双方满意度和持续使用意愿的最直观因素。创建友好的功能界面,针对不同人群,制定个性化功能需求,支持人脸识别、语音、指纹认证等多种形式登录方式,构建诊前、诊中、诊后全流程功能体系,实现从预约挂号到随访管理的功能覆盖。医疗机构定期对系统功能进行维护,对院内信息系统进行升级改造,实现院内医院信息系统(HIS)、电子病历(EMR)、实验室信息管理系统(LIS)、医学影像存档与通信系统(PACS)等互联互通,提升远程医疗的工作效率。

(四)加大宣传力度,提高医患双方认识

随着移动互联网及大数据时代的到来,医院领

导应关注远程医疗给医院带来的社会效益和品牌效应,重视远程医疗的基础设施建设和人才培养,通过院内橱窗、入院宣教、医生推荐等形式加强对所有来院患者远程医疗的宣传,促进远程医疗的发展。以讲座、培训等形式加大医务人员远程医疗相关政策的宣传,定期组织人员参与远程医疗系统和业务流程培训,制定与需求相应的考核激励机制^[31],将参与远程医疗次数与职称晋升、奖金分配挂钩,调动医务人员积极性。对于患方,针对不同群体,制定多元化的宣传方式。如年轻群体,利用微信、微博、抖音、视频号等网络媒介;老年群体,利用电视、报纸、社区宣传栏等多种实体渠道,通过典型案例宣传远程医疗的优势和便利,让患者充分认识和了解远程医疗,接受并愿意使用远程医疗服务。同时,积极探索远程医疗首诊服务,将远程医疗覆盖更多群体,提高医患双方对远程医疗的质量感知。

(五)注重远程医疗专业人才培养

人才是远程医疗可持续发展的核心要素。随着远程医疗的广泛应用,远程医疗的规模越来越大,医院要建立专业远程医疗管理部门,由管理、医疗、护理、信息等人员组成,制定相应的管理制度和岗位职责,专职从事远程医疗运营管理工作。同时,将远程医疗培训纳入继续教育管理,对医疗、护理人员定期开展培训和远程医疗实践活动,建立可持续发展的临床服务模式及医疗队伍^[32]。医学院校要开设远程医疗课程,培养一批既精通临床医学知识,又熟悉远程医疗网络技术的复合型人才,满足市场和社会发展的需要。

参考文献

- [1] 卫生计生委. 卫生计生委关于推进医疗机构远程医疗服务的意见[Z/OL]. [2014-08-21]. http://www.gov.cn/gongbao/content/2014/content_2792664.htm
- [2] 赵林度. 远与近:远程医疗服务模式创新[M]. 北京:科学出版社,2016:5-24
- [3] 关欣,刘兰茹,朱虹,等. 美国远程医疗对我国创新实践的启示[J]. 中国卫生事业管理,2019,36(8):565-568
- [4] 宗静. 互联网+时代的远程医疗服务研究[D]. 北京:北京化工大学,2018
- [5] ABDEL-WAHAB M, ROSENBLATT E, PRAJOGI B, et al. Opportunities in telemedicine, lessons learned after COVID-19 and the way into the future[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys,2020,108(2):438-443
- [6] 陈记. 数字医疗或成为下一个万亿美元产业[N]. 中国商报,2021-01-15(8)
- [7] 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):146-150
- [8] 鲍玉荣,姜琳琳. 我国远程医疗发展的回顾与展望[J]. 中国数字医学,2019,14(5):99-102
- [9] 张鑫,王晓华,徐卓钰. 基于应用视角下贵州省远程医疗建设现状与发展对策[J]. 卫生软科学,2020,34(1):3-7
- [10] 管细红,杜耀婷,兰昊. 江西省远程医疗服务体系建设现状及发展策略[J]. 现代医院,2020,20(10):1493-1495,1504
- [11] 沈大雷,程欣. 江苏明确“互联网+”医疗服务价格[J]. 医学与社会,2019,32(1):134
- [12] 江苏省卫生健康委员会. 省卫生健康委办公室关于加强互联网医疗服务监管工作的通知(苏卫办医政[2019]40号)[EB/OL]. [2022-01-13]. http://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2020/1/6/art_49499_8901616.html
- [13] 王佳丽,王嘉玲,张瑶,等. 新型冠状病毒肺炎疫情前后民众对在线医疗服务认知态度和使用意愿的变化及影响因素[J]. 中国健康心理学杂志,2021,29(3):363-367
- [14] 代小佩. 国内互联网医院超一千六百家[N]. 科技日报,2021-08-02(3)
- [15] 顾海,刘曦言,马珺茹. 我国远程医疗服务的发展现状、问题及对策[J]. 中国卫生管理研究,2018(1):112-125
- [16] 王雅洁,徐伟,杜雯雯,等. 我国远程医疗核心问题研究[J]. 卫生经济研究,2020,37(2):66-68
- [17] 杨晓毓. 现代数字医院网络安全隐患以及防范措施[J]. 财经界,2021(35):21-22
- [18] 管德坤,孙自学. 新时期我国远程医疗发展驱动、阻碍因素及建设重点分析[J]. 中国医院,2020,24(4):56-58
- [19] 张牡丹,蒋捷,刘健,等. “互联网+”远程医疗体系建设实践研究[J]. 医学信息学杂志,2019,40(6):13-17
- [20] 罗益佳,周典,徐慧,等. 基于史密斯模型的远程医疗政策执行分析[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2020,20(3):210-214
- [21] 余晓红,崔芳芳,翟运开. 二级医院远程医疗建设与应用情况分析[J]. 中国医院统计,2021,28(3):264-268,273
- [22] 李勇,贾文霄. 远程医学在新冠肺炎疫情防控中的应用与思考[J]. 中国数字医学,2020,15(5):81-83
- [23] 蒋廷慧,陈辉. 贵州远程医疗现状及对策研究[J]. 教育文化论坛,2020,12(3):116-119
- [24] 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
- [25] 卢中南,谢洪彬,袁璧翡,等. 我国远程医疗现状和监管策略探析[J]. 中国卫生监督杂志,2018,25(2):143-147
- [26] 司婷. 我国远程医疗规制研究[D]. 武汉:湖北中医药

- 大学,2018
- [27] 郑大喜,聂丽丽,王莉燕,等. “互联网+医疗”背景下的医保管理[J]. 中国医院,2021,25(6):5-8
- [28] 许航,王珂瑜,马晓静. 我国“互联网+”医疗服务价格管理现状与对策研究[J]. 中国卫生经济,2020,39(12):48-51
- [29] 刘剑. 我国互联网医疗服务价格管理的难点与对策建议[J]. 价格月刊,2020(3):28-32
- [30] 杨一驰,张雪晖. 将远程医疗纳入基本医疗保险的研究[J]. 中国社会医学杂志,2017,34(1):7-9
- [31] 蒋帅,孙东旭,翟运开,等. 我国远程医疗服务人员激励问题与对策探讨[J]. 中华医院管理杂志,2021,37(1):30-33
- [32] 徐健. 远程医疗应用现状、挑战及思考[J]. 医学信息学杂志,2021,42(9):58-62

(本文编辑:接雅俐)

The development status, problems and countermeasures of China's telemedicine

SUN Qianqian¹, ZHOU Shoujun²

1. School of Health Policy and Management, Nanjing Medical University, Nanjing 211166;

2. Medical Insurance Office, Jiangsu Cancer Hospital, Nanjing 210009, China

Abstract: With the development of information technology and network communication technology, the connotation of telemedicine is constantly evolving and enriching. After nearly 30 years of development in China's telemedicine, especially in the case of COVID-19, the policy system has been gradually improved, and the telemedicine collaboration network and Internet hospitals have made some achievements. However, at the same time, some problems have been exposed, such as imperfect laws and regulations, imperfect service pricing and compensation mechanism, imperfect system platform function, insufficient understanding between doctors and patients, lack of telemedicine professionals and so on. In the light of the development experience of telemedicine in the developed countries, we should further strengthen the construction of laws and regulations of telemedicine in China, improve the financial compensation mechanism, enhance the functions of telemedicine system, and speed up the construction of telemedicine talents, so as to promote the sustainable and healthy development of telemedicine.

Key words: internet plus; telemedicine; internet hospital