



后疫情时代，互联网医疗的现实与未来

2021 年 01 月 09 日

互联网医疗 深度报告

作者	电话：	邮箱：

前言：

2020 年初，武汉爆发新型冠状病毒肺炎重大疫情，超过 4 万名医务人员驰援武汉，加入到抗击新冠肺炎的战役中。出于疫情防控的需要，大量患者滞留在家，大量实体机构停止营业；同时，由于医院是最容易发生交叉感染的公共场所，患者也不敢轻易前往；加之春节假期的因素等等，都促使了大量的医疗需求通过互联网的路径来解决。

在此背景下，京东健康、好大夫在线、平安好医生、阿里健康、丁香园等互联网医疗平台，以及徐汇云医院、中山大学中山眼科中心和中山大学附属眼科医院等一批公立医院等，都通过互联网医院推出了线上义诊、科普讲座的活动，不仅对新冠肺炎提供实时在线问诊服务，也对其他专科的患者开辟了一条新的就诊路径。从其自身优势来看，互联网医疗能够打破医疗资源在时间上和区域上的限制，减少线下预防、排查的压力，降低交叉感染的风险等；同时，患者通过线上购药、购买防护用品等，也减少了不必要的出门风险，助力整体防控行动的实现；调查数据显示，原本线下的很多诊疗咨询服务，都转移到了线上。据不完全统计，截至 3 月，互联网医疗领域已经出现超过 10 家互联网医疗平台和 20 家公立医院，调动逾 40 万名医生，通过互联网手段，服务了超过 500 万的患者。

与此同时，2 月 7 日，国家卫生健康委发布了《国家卫生健康委办公厅关于在疫情防控中做好互联网诊疗咨询服务工作的通知》，要求在疫情防控期间，要大力开展互联网诊疗服务。与此同时，工信部正大力推进信息技术在“在线医疗”“数字健康”方面的应用，加大 5G 等基础设施在医疗系统的布局，推动医院信息化、医疗设备智能化、在线平台便捷化。至此，有专家称，互联网医疗形成了抗击新冠肺炎疫情的第二战场，互联网医疗也迎来了普及与发展的历史机遇。

然而，互联网医疗的春天，真的来了吗？

当前，互联网医疗平台，医保支付普遍未接入，互联网首诊并未全面放开，只能做有限的复诊；同时，病例结构不统一，医疗信息壁垒仍旧存在，医生到第三方平台多点执业，部分仍受到所在医院的限制，医疗 AI、物联网、区块链、云计算等相关技术，在互联网医疗上的应用仍在探索阶段……

在后疫情时代，为了厘清互联网医疗的现实与未来，报告对互联网医疗政策进行了系统梳理和回顾，并对上千名居民和医生进行了问卷调研，了解其对互联网医疗的认知现状和使用情况等；同时，报告采访了十几位行业领袖、研究专家、以及投资人等，基于他们的视角来分析互联网医疗的发展困境和未来趋势。希望通过一系列深入研究，找到互联网医疗在技术、政策、模式等方面的发展路径。



报告目录

第一章 后疫情时代：互联网医疗的现状分析	4
1. 互联网医疗是医疗，医保，医药在互联网的呈现	4
1.1 互联网医院发展模式：	4
1.2 互联网+医保	8
1.3 互联网+医药	9
2. 疫情对民众互联网医疗认知的影响	10
2.1 居民问卷结果分析	10
2.2 医生问卷调研结果分析	14
第二章 后疫情时代：互联网医疗的发展困境	19
1. 基础层面：优质医疗资源短缺	19
2. 政策层面	19
2.1 互联网医院申请尚未放开，各省实际落地过程中执行标准不一	19
2.2 支付制度有待完善	19
2.3 互联网首诊问题有待解决	20
3. 技术层面	21
3.1 数据安全问题	21
3.2 新技术应用问题	21
3.3 安全隐私问题	21
4. 法律层面	22
第三章 后疫情时代：互联网医疗的发展趋势	23
1. 互联网“首诊”会在一定的疾病领域和场景下，逐步开放	23
1.1 现实场景中，首诊已经进行，并且解决很多的实际问题	23
1.2 是否开放首诊，更多取决医生和医疗机构对风险的把控，而不是行政命令	23
2. 合作共赢成为常态，跨界合作实现优势互补	23
2.1 医院主体互联网医疗发展壮大，第三方平台积极寻求合作	23
2.2 商业保险参与社保经办、服务外包成为趋势，商保和社保共同构成互联网医保的支付渠道	24
2.3 供给侧改革下药械生产流通企业转型医疗服务，形成互联网医疗+实体医院+医药综合模式	25
3. 新技术的发展与应用为互联网医疗发展关键所在，但 AI、物联网、云计算等新技术的价值需理性分析	26
3.1 新技术的发展和应用，只能作为线下诊疗的有益补充，线下诊疗线上化任重道远	26
3.2 互联网医疗的发展会随着新技术应用不断完善，但新技术内部之间存在着明显的异质性	26
第四章 后疫情时代：互联网医疗的政策建议	28
1. 精准定位：分场景、分病种有序适当开放互联网“首诊”	28
2. 渐进推进医保接入工作，尝试在整合型医疗服务背景下，探索医共体打包付费	28
3. 努力突破技术瓶颈，鼓励高新技术在医疗领域上的应用	29
4. 多措并举细化多点执业的规则，平衡医院和医生之间的关系	29
5. 健全互联网医疗相关法律法规，完善信息安全监督体系，推动行业健康发展	30



结语：共享经济时代的互联网医疗	32
-----------------------	----

插图目录

图 1 受访居民的地域分布情况	10
图 2 居民对互联网医疗了解和使用情况	11
图 3 互联网医疗服务使用类别	12
图 4 居民对互联网医疗各项属性同意程度	12
图 5 居民不信任互联网医疗的原因	13
图 6 居民未使用过互联网医疗的原因	13
图 7 受访医生区域分布	14
图 8 受访医生所在医院建设和接入互联网服务的时间	14
图 9 医院主导模式中主要建设方式	15
图 10 医院主导模式中医疗服务内容	15
图 11 疫情对互联网医疗服务建设进度的影响	16
图 12 医疗机构主导模式存在的问题	16
图 13 医疗机构主导模式的医生出诊安排	16
图 14 医护群体入驻第三方平台的比例	17
图 15 医护群体入驻第三方平台的原因	17
图 16 医生未入驻第三方平台的原因	错误!未定义书签。
图 17 主要国家在健康险赔付占医疗支出的比例	20

表格目录

表 1 互联网医疗的定价方式	5
表 2 医生对第三方互联网平台的评价	18
表 3 全国医院神经外科互联网影响力排行榜	24
表 4 全国医院肿瘤科互联网影响力排行榜	24



第一章 后疫情时代：互联网医疗的现状分析

1. 互联网医疗是医疗，医保，医药在互联网的呈现

互联网医疗至今在官方层面没有口径统一的完备定义。这与互联网医疗的外延随着技术的推动而不断扩大、互联网医疗业态形式随着社会发展而日趋丰富密切相关。

一般认为，医疗行业分为医疗、医药、医保三个领域。在中国的官方医改文件中，“三医联动”为常规表述，然而在长期医疗健康实践中，“三医联动”成效式微，其中一个重要的原因在于“三医”之间信息互通成本巨大，领域之间信息壁垒深厚。得益与互联网技术快速发展，近年来，随着大数据和 5G 技术的进步，信息技术或将成为打破信息壁垒、实现信息互通的重要手段。

在医疗领域，互联网医疗健康不仅延伸了医疗服务的时间和空间，还使既往被忽视的患者院前院后管理成为可能，部分医疗机构依托医院信息化建设进程，再造服务流程，逐步尝试医院从疾病治疗到健康管理的角色转变。患者也可以通过手机终端，实现与医疗机构的信息交互，服务管理等，大大提高了患者的就医感受。

在医药领域，公立医疗机构药品全面实施零差价政策，药房从“利润中心”成为“成本中心”。与此同时，药品生产厂商和流通企业也纷纷依托互联网医院搭建药品流通渠道，高效低成本的互联网渠道或将重建药品流通的新生态规则，从药品的研发到销售，流通到药事服务，互联网工具正在发挥越来越重要的作用。

在医保领域，互联网和大数据技术的应用或将推动我国医保从“被动支付”到“战略购买”的伟大转变，促进我国医疗健康理念从“治疗疾病”向“健康管理”跃迁。

1.1 互联网医院发展模式：

目前，被普遍接受的互联网医院建设模式主要有三种：一，线下实体医疗机构以底层数据化、服务互联网化为特征，通过 PC、APP、微信服务号、小程序等渠道，将既有线下服务向线上扩展延伸，包括但不限于预约挂号、费用支付、患者管理、远程问诊等等；二，医院与企业共建互联网医院，由线下医院提供医疗服务内容，由共建企业负责线上服务运营；三，完全由第三方搭建互联网诊疗平台，吸收医生、护士等医疗服务供给者以个体方式加盟，最终患者和医护在第三方平台上实现服务全过程。

1.1.1 线下实体医院自建互联网医院模式

上海的徐汇中心医院于 2015 年建成在线咨询系统，迄今为止，已经服务了 200 万人次。该院今年 2 月 26 日拿到了互联网医院的牌照，是国内早期建设互联网医院并开通医保商保支付的公立医院之一。以下为徐汇中心医院的朱福院长访谈内容。

“医院+互联网”是写入互联网医疗指导意见的主流模式

朱福：徐汇云医院在 2020 年 2 月 6 日至 2020 年 6 月 15 日期间，为群众提供网上指导 40 万人次；慢性病、常见病占比约 80%。徐汇云医院的模式是“医院+互联网”，医院作为承办互联网医院的主体，同时也是运营的主体；这个模式是国家卫生健康委和上海市卫生健康委写入互联网医疗指导意见的模式，也是国家未来提倡的主流模式，提供健康咨询和严肃医疗，并且注重线上线下结合。我们的互联网医院也是政府定价，区别于其他模式的企业自主定价。

（更多区别详见下表）

表 1 互联网医疗的定价方式

模式	定价	线上线下	闭环	医疗内容
医院+互联网	政府定价	注重线上线下的结合	能够形成 020 闭环	严肃医疗/风险医疗+无风险医疗/消费医疗
互联网+医生	企业自主定价	更多注重线上的体会	很难形成 020 闭环	无风险医疗/消费医疗为主

公立医疗机构开展互联网医疗重要性：

朱福：截止到 6 月 15 日，上海仅 24 家二级以上公立医院取得了互联网医院资质。目前大多数医疗机构还未放开；依据我们自身的运营经验，尤其是针对院外市场，医疗机构都需要借助互联网这个工具，来满足供给端（医生）和需求端（患者）的需求，提高诊疗的效率和便捷性。

总体而言，我认为二级以上的公立医院都需要开展互联网医院的平台。实现方式上，二级以上医疗机构以自主建设和运营互联网医院为主。基层医疗机构，如社区卫生服务中心、诊所，可以借助政府的平台或者第三方医疗平台，以全科医疗场景互联网化有助于用户培养，长久来看利于医疗效率提升。

第三方互联网医疗平台与公立医院互联网医疗的关系互补大于竞争

朱福：互联网医疗是主流医疗体系的补充，公立医院互联网和第三方互联网均为组成部分，医院和平台应以市场为导向满足患者需求，二者很可能形成互补、各取所需。互联网医疗的市场化促进了患者分层，有助于需要严肃医疗的患者获得严肃医疗服务（宏观层面促进分级诊疗的实现）。不应过度解读第三方平台与公立医院在医护资源、患者分配上的冲突，公立医院的互联网平台更多的是解决患者刚需的、真正的医疗需求；第三方平台更多的是解决消费级的、轻问诊的、风险较低的健康需求。“互补是主要的，竞争不是主要的；”从社会总体上看医疗资源的使用效率仍然上升（前提是第三方平台合规合法参与竞争）。

行业离不开医生，医生也离不开行业；从公立医院的层面看，医院需要有互联网医院来满足患者需求；从医生的角度来看，其也需要第三方的医疗平台来做多点执业。

1.1.2 医院企业共建互联网医院模式

采用此模式的有卫宁与浙江邵逸夫合作的纳里健康，以及在全国多地医疗机构或地方卫生健康委开展合作的微医集团。课题组专访了微医集团副总裁张贵民先生，请他从微医的角度解读后疫情时代互联网医



院的发展。

互联网医院的共建模式主要好处在于互相取长补短，各自发挥长处

张贵民：互联网医疗同现有医疗服务体系是深度融合而非颠覆关系，比如，互联网医疗可以为医院提供预约挂号、诊间支付等就医流程优化服务，能有效优化医院就医秩序，降低医院运营成本，提升医院的运营效率和服务能力；可以依托技术能力及线上、线下的服务网络，为医院输送更多对症患者，提升不同级别医疗机构之间的协作效率；同时，企业研发的诸多智能医疗产品，也可帮助医疗机构，尤其是基层医疗机构提高诊疗水平和诊疗效率。

通过疫情我们发现，很多医生对互联网医疗的理解还停留在多点执业和获得阳光收入层面。但本次疫情中，互联网医院在跨地域调配资源、缓解线下医疗机构压力方面做出了突出贡献，很多没有到前线的医生纷纷主动加入在线义诊队伍，牺牲个人休息时间服务大众。以微医为例，1月23日至2月13日期间累计上线医生人数近5.5万，是疫情前的12倍。

疫情特殊事件，验证了互联网医疗的价值，期间关于互联网医疗的医保政策也有突破，以微医的实际运营经验来看，对于共建模式持乐观态度。

张贵民：总的来说，互联网医疗在此次疫情期间被证明其价值，因疫情而生的“实战演练”，也考验了互联网医疗行业供应链和用户体验（内功）。医疗行业特殊的属性，要求覆盖诊前导流、诊中问诊、诊后开方、在线支付、药品配送的整体闭环，这些都将影响用户的留存度和黏性。

我们在湖北武汉、山东等地的微医互联网医院已经在当地医保部门开通了医保支付，不久前在山东济南更是开出了全国首张互联网医院医保电子结算单，被行业认为是近几年来中国数字健康行业的重要突破，这也能够极大地加强用户黏性。常见病、慢性病可以不用跑医院，在互联网医院上就能与熟悉的专家复诊、开药，对老百姓来说是很大的便利。

保险或成为未来互联网医疗的主要付费方

张贵民：就目前的行业实践发展来看，其营收来源主要有四种形式：第一种是用户的自费，这里又可分为稀缺服务的提供和简单医疗服务的及时供给；第二种是医保支付，从目前的实践来看，一方面可能是线上医疗服务的按次支付为主，未来也包括一些其他形式的支付；第三种是健康险，在切实打通医药保壁垒，可为中国商业保险公司提供优质医疗服务体系和相关数据服务，真正激活中国健康险的潜力；第四种是企业付费，可以是为企业的大客户提供优质高效的健保服务。

从上述收入渠道不难看出，互联网医疗良性发展、获取正向现金流的关键在于可在医-药-保-检-数闭环上形成高度竞争力。真正的竞争不是某一项服务供应侧，而是要形成贯通线上线下，打通医、药、检、数、保整个完整的闭环，且这个服务闭环的工作效率一定要高于现有医疗机构的效率，只有这样方可形成叠加优势，真正获得市场的认可。

互联网医疗的服务边界要符合医学规律

张贵民：我们对发改委、网信办提出探索“互联网医疗医保首诊”政策的看法持谨慎的欢迎态度。这是因为，从客观上来说，该政策确实一定程度上阻碍了疫情及部分特殊时期患者求医问药的效率，但我们也必须清醒地认识到，该政策也避免了线上诊疗过程中，因医患无法相见、缺乏检查检验环节而造成



的，潜在的误诊、错诊，最大限度地保障了医疗行为的安全、合规。因此我们认为卫健部门可以经过论证后先针对皮肤病、心理疾病、常见病等部分线上线下问诊效果基本无异的专病领域，酌情部分放开线上首诊的专病和医生要求。具体政策如何落地，还有待于更加具体的政策出台。

1.1.3 第三方平台建设互联网医院模式

以专业学术论坛起步的丁香园，如今已经成为行业规模最大，极具影响力的医疗媒体平台；旗下丁香医生，专注提供医学健康内容与医疗健康服务，也是最早一批拥有互联网医院牌照的三方平台，课题组专访了丁香园的创始人李天天。

疫情对用户和政府起到了很好的教育作用

李天天：此次疫情推动的不仅仅是互联网医疗行业，更是整个大健康产业的高速发展，它唤醒了用户对于健康的诉求。同时唤醒的还有对用户和政府的教育，第一是用户态度，大家会更加认同互联网大健康产业的价值，进而更愿意尝试和接受互联网产品传递的价值。第二是政府态度，政府之前对于互联网医疗是比较保守的，缓慢的。经过此次疫情的冲击，政府对于互联网医疗的价值和它所带来的便利性，会有更加深入的体会和认知。医疗本身是一个强监管的行业，政府的态度对行业的发展至关重要。

互联网可以重构分级诊疗体系

李天天：通过丁香园的探索，我们发现线上和线下的分级诊疗是不一样的。1月21号丁香园上线了运行地图，到今天它的流量已经达到了36亿人次。当天，我们同时启动了疫情科普内容的生产，一方面我们做了疫情的地图，另一方面我们做了大量的科普文章，获得了35亿人次的阅读量。

1月26日，丁香园上线了在线问诊，其链接放在了地图的页面里，放在了内容的科普类辟谣文章里面，我们认为，公众应该先去看一下科普内容，解决同质化问题及常见问题之后，如果还存在个性化或者更为复杂的问题，再通过里面的链接进行在线问诊。在过去的三个月，我们平台的在线问诊量一共是120万人次。

在71亿的流量中，科普文章和数据扮演的就是全科医生的角色，用户通过数据、科普文章、视频、辟谣卡片，解决了疫情期间大家普遍关心和恐慌的问题，在第一阶段问题没有得到解决的用户才会进入在线问诊环节。这组数据比例接近于6000:1，除了缓解医疗资源的严重不足和挤兑之外，用户体验也得到了非常好的提升。回到分级诊疗问题上，互联网医疗，不仅有助于线下的分级诊疗，甚至还重构了线上分级诊疗新的模式，出现了从数据到咨询问诊这样一个新的线上分级诊疗模式，这意味着，互联网医疗能做的绝不仅仅只是互联网咨询这一块，他能够满足更多的场景和需求。

聚焦院外场景，做健康生活向导

李天天：从广义上来说，丁香园的战略定位是做院外健康生活方式的向导。首先，我们经常会把健康和医疗放在一起讨论，实际上，健康和医疗是两个完全不一样的行业。我们的产品聚焦院外场景而非医院内，聚焦在生活方式的向导领域，这是一个很不同的定位，我们不是看病的医生，我们是把专业医生的专业能力变成老百姓能够听得到、听得懂、听得进的语言和产品，然后传播出去，帮助大众、帮助我们的用户提升生



活品质，改变生活方式。

1.2 互联网+医保

疫情期间，国家医保局和国家卫生健康委联合出台《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》。该《意见》被认为是医保政策向互联网医疗倾斜的标志性文件，但互联网+医保的概念范围远远不止于医保为互联网+医疗健康服务“买单”这么简单。在其他保险领域，保险的作用在于通过共济机制，个体在偶发灾难事件中所承担的风险。为了实现风控，在大部分商业保险领域都已经建立起了相对完善的数据采集和分级体系，基本实现基金池安全与保障水平的合理平衡。由于医疗行业生态关系复杂，参与角色众多，也就决定了医保的政策制定难度要远远高于其他险种。不过，随着互联网和大数据技术的快速发展以及技术在医疗健康行业的广泛应用，相信未来在技术的驱动下，“互联网+医保”一定可以助力医保政策的制定、执行、评估全流程更加完善。

关于互联网+医保的融合发展方向何去何从，课题组专访了国家卫生健康委卫生发展研究中心医疗保障研究室主任顾雪非研究员：

互联网医疗与医保的结合有两种思路：一是医保向部分服务项目开放支付；二是整合型医疗服务背景下，医保战略支付整体打包服务。

顾雪非：未来的发展趋势有两种思路可供参考，一种是传统思路下，有条件、有标准的服务项目的报销。需要制定线上诊疗服务标准，包括清晰的项目规范和相应的价格、医保支付标准。影像诊断、病理学、药学服务、精神心理咨询、重症监护、疾病预防、慢病管理、急诊等不同应用场景下应有不同的服务项目标准和软硬件要求。服务项目的编码和内涵制定，取决于某种线上服务能否达到诊疗目的和质量，因此线上服务项目数量必定远远低于线下。同类项目线上和线下的比价关系需要考虑，互联网医疗和分级诊疗的关系也需要慎重权衡，因为互联网的便捷性并不能解决优质医疗资源的稀缺性。此外，不同平台模式下的利益分配机制则决定了其能够持续发展。

另一种思路是在整合型医疗服务的大背景下，整个医共体打包付费。在这种机制下，医共体有动力去提供更高效的远程医疗服务，包括慢病管理、健康教育、慢病复诊等。以美国的凯撒医疗模式为例，其远程服务开展的很好，一个重要原因就是它的保险集团、医疗集团、医生集团实现了三位一体，为参保人提供会员制的服务。为了节省成本，提高会员满意度，其服务体系有强烈的自然驱动力开展线上线下无缝衔接的服务。它的首诊可以是线上，同时线下每个患者都有自己的家庭医生，整个服务供给体系自然重视对慢病的管理，以实现节约成本的目标。

我国整合型医疗卫生服务模式的实践主要表现为城市的医联体和县域的医共体。但目前在这两个体系中，互联网医疗的应用都存在不足，或存在线上线下服务脱节的问题，最终导致患者体验不佳。医共体的目标应是从疾病治疗为中心转为关注居民的健康管理，控制不必要的治疗服务，对不同健康风险的人群开展针对性的干预策略。同时，如果探索建立医保基金结余分成、按绩效付费等新型的激励机制，则成本效果好的线上线下一体化服务则很大可能会得到医共体的青睐——也就破解了互联网医疗项目规范、定价和支付，以及监管难题；因为互联网医疗服务成为医共体的主动行为时，医共体必须对其提供线上服务的边



界进行把握，同时也自然解决了互联网医疗和分级诊疗的融合问题。基于“价值”证据的实践，以人民健康为中心，以学科特点为基础构建分级诊疗和线上线下融合的医疗模式，是我们深化医改和推进健康中国战略的关键。

政策仍然是影响未来互联网+医疗的公平性的关键。

顾雪非：技术并不是影响医疗公平性的关键，是否公平仍然取决于政策的设定。人们获取互联网的资源本来就不公平。从年龄段来看，老年人获取互联网资源的能力相对相差，其可及性不如年轻人，而老年人却是更需要医疗的人群；偏远农村地区互联网资源相对匮乏。如果没有良好的机制，就会导致收入越高、受教育程度越高的人群获取优质医疗资源更为便利。因此是否公平这个问题是需要从辩证的角度去理解的。

互联网是否可以通过引导分级诊疗影响医疗资源的合理分配同样存在两面性，互联网医疗可以助力、也可以不助力分级诊疗体系的建设。现阶段，分级诊疗体系还没有完全厘清，分级诊疗相当于第三方付费机制选择权让渡的诊疗秩序重构。完全自费的情况，我们是无权干涉患者去哪里就医看病的。在这种体系重构的情况下，应该由我们的家庭医生作为协调员建议下一步就诊方向。

1.3 互联网+医药

2月1日，一则消息在缓解武汉疫情的同时，也让我们认识了互联网+医药物流公司竞争力：九州通接管湖北红十字会的紧急物资，2小时内就能完成物资的入库和分发……武汉红会半个月未能处置完成的仓库，九州通接管以后2个小时便整理完毕。九州通是最早接入互联网+医药的医药商业公司之一，2003年，成立好药师大药房连锁有限公司；在2016年1月，成立名为健康998的医药电商集团；工业企业方面，新华制药作为一家具有红色基因的国有药企，决策层于2014年布局医药电商；近年来，两家企业都取得互联网医院的牌照，都在逐步构建“互联网+医药+医院+患者”的健康服务闭环；我们分别采访了健康998医药电商集团的董事长及好药师总经理蒋志涛，以及新华电商的总经理兼新药制药副总何明坤。

发挥物流特色，搭建远程诊疗系统、审方系统，同时进行平台整合

蒋志涛：疫情期间九州通做了很多工作，当地政府希望有一个平台能够帮助解决当地社区居民用药的问题，一方面通过B2C，对100多万家社区居民建立了联系，有需求的时候可以通过网上下单的方式。后来为了满足当地需要，在湖北省开通了医保，一是医保通过线下的药店落地，我们以最快的速度承接了医保药品配送；二是跟实体医疗机构加强合作，比方武汉市中心医院，通过九州通的物流把药品送到家里。

健康998集团包括终端事业部、线下连锁、B2C商城、健康管理等，我们属于流通企业在互联网转型比较成功的案例，我们以九州通现有的产品、物流技术作为特色的。为各大医院建立整装系统、互联网平台，-远程医疗系统、审方系统等。同时也会把平台进行整合。服务对象当中，既包括消费者，同时也包括终端药店、诊所以及医院，服务不仅仅是给这些单位的产品驱动，同时也包括技术输送，以及提供的平台搭建医学科普、健康教育等。

互联网平台把工业企业、医疗机构、患者等有机融合

何明坤：我们是想着通过我们把工业企业和医疗机构以及消费者有机的融合到一起，各个医疗机构在这个平台上资源共享，把积累的经验反馈给工业企业，让工业企业能更精准的提供更好的产品。通过互联



网医疗这种综合性的大健康平台，对用户全程追踪、把控。一旦有适合的新的产品，可以通过这个平台用最小的成本精准的推送到所需要的用户手中，压缩中间的环节，从工厂直接到消费者，解决用户看病难、看病贵，提供一站式的医师药师服务。每一家三甲医院可以理解为是平台的入驻方。工业企业不止我们，整个电商板块有工业、有商业、也有零售，是全产业链的。更希望的是能找到适合这个区域用户用药的这种一站式的解决方案。我们设计的业务，比如说三家三甲医院合作，按传统的模式，几个三甲医院不能放在一个医联体，但是在我们这平台，可以匹配到这三家三甲医院里更适合的科室，后面会陆续再去扩张。我们建的是一个松散的、平等的，对每个用户来讲是全程可追踪的医疗平台，帮助用户足不出户一站式地匹配到最适合用户的三甲医院医疗资源，结合用户过去的病例和健康状况给出一个最好的解决方案。

2. 疫情对民众互联网医疗认知的影响

从媒体铺天盖地的报道来看，疫情极大的加速了公众对互联网医疗的认知和使用。为了全面系统地了解居民对互联网医疗认知现状、接受度、使用情况及对互联网医疗的评价，我们通过问卷法调查居民对互联网医疗选择、态度与评价的一系列认知与发现，历时 2 个月，共收集到有效问卷 1491 份，覆盖全国 33 个省、自治区、直辖市及香港特别行政区。

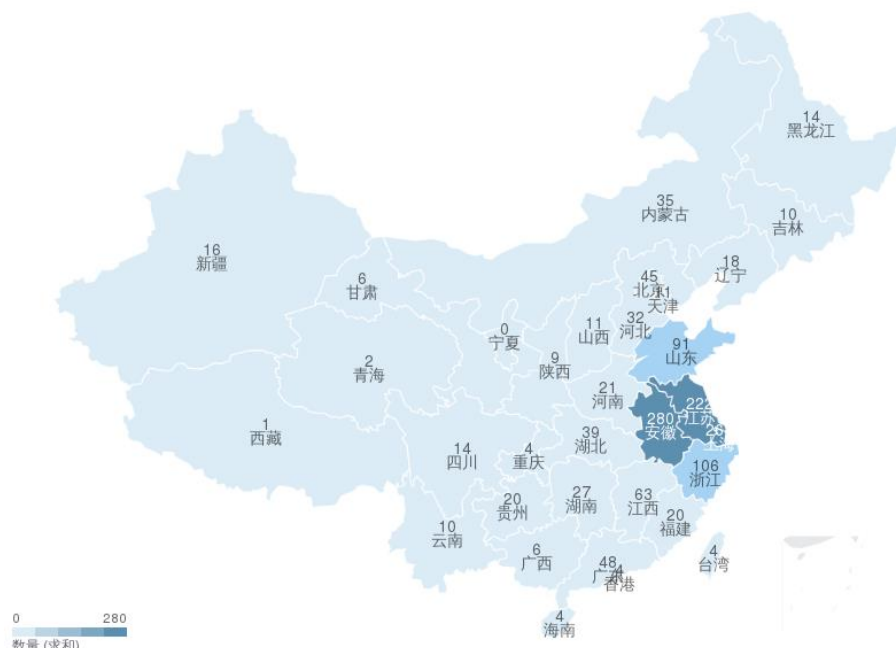


图 1 受访居民的地域分布情况

2.1 居民问卷结果分析

目前，被普遍接受的互联网医院建设模式主要有三种：第一，线下实体医疗机构以底层数据化、服务互联网化为特征，通过 PC、APP、微信服务号、小程序等渠道，将既有线下服务向线上扩展延伸，包括但不限于预约挂号、费用支付、患者管理、远程问诊等等；第二，医院与企业共建互联医院，由线下医院提供医疗



服务内容，由共建企业负责线上服务运营；第三，完全由第三方搭建互联网诊疗平台，吸收医生、护士等医疗服务供给者以个体方式加盟，最终患者和医护在第三方平台上实现服务全过程。

2.1.1 互联网医疗真实使用率维持在 22%，用户规模爆发与用户接受认知度脱节

自 2014 年互联网医疗进入启动期以来，互联网医疗市场备受关注。几经洗牌，而 2020 年又被称为互联网医疗的“爆发元年”。艾媒咨询发布的《2020 年中国互联网医疗行业发展专题研究报告》显示，中国移动医疗用户人数已经突破 6.35 亿人，占总体网民数量的 2/3 强；互联网医疗的用户数量突破主要发生在疫情期间，调研表示在疫情期间高达 74.4% 的网民曾经接触过在线就诊。相比 2015 年末，我国互联网医疗用户数量增长了 400% 以上，足以显示出互联网医疗市场话题之火爆。

然而，互联网医疗用户规模的爆发与使用深度并不同步，绝大部分互联网医疗用户对互联网医疗产品的使用停留在下载应用和有所了解阶段；经过我们的调查发现，六成居民对互联网医疗的作用停留在认知阶段，并且有 19.05% 居民对互联网医疗完全缺乏认知。深度使用病了解互联网医疗的居民仅占 22.07%。因此，互联网医疗用户规模的“爆发”与用户接受认知程度发生了脱节，如何转化缺乏认知及尚未使用的用户，深化用户使用率，将成为互联网医疗的发展关键。

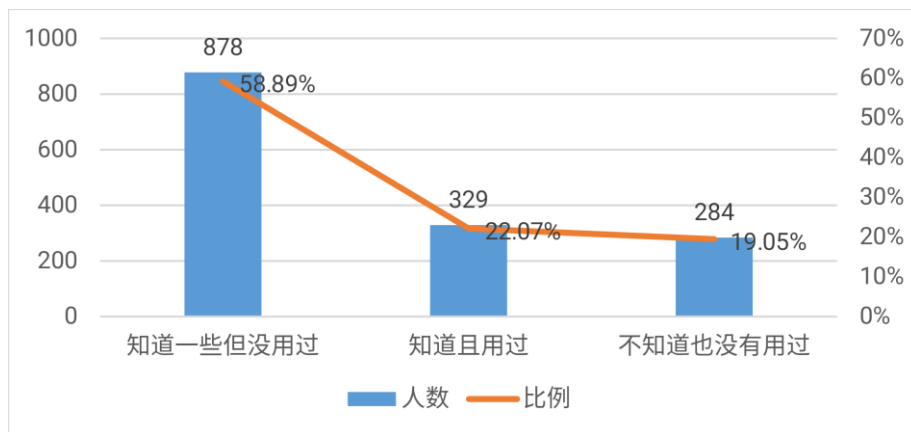


图 2 居民对互联网医疗了解和使用情况

2.1.2 互联网医疗深度使用率较低，实现用户留存是难点

伴随着各个利好政策文件出台，互联网医疗在专业性及规范性上得到质的提升，能够在常见病复诊、慢病管理、远程医疗等方面发挥重要作用。但根据调查发现，目前用户使用率最高的仍是预约挂号与在线咨询，在受访用户的互联网医疗总使用次数上分别占 37.6% 与 34.3%（图 3）。对于其它服务，比如在线购买处方药、常见病及慢性病复诊与管理、电子化转诊等层级较高的互联网医疗服务的使用率较低。另外，在互联网医疗的使用频率方面，近半数受访者一年仅使用 1-2 次，使用 6-9 次或 10 次以上的比例仅为 7% 与 5%。显然，过分集中于挂号、疾病咨询以及处方流转业务，互联网技术既没有进入深度诊疗领域，也未能在健康服务上发挥作用，行业融合任重而道远。

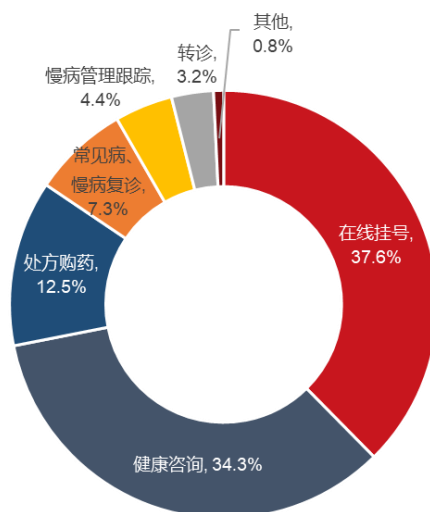


图 3 互联网医疗用户使用的主要功能

2.1.3 互联网医疗的优势正逐渐被居民所认可

当前，许多地方的“互联网+医疗”初步实现了患者、医疗机构及医生、政府多方共赢，呈现广阔发展空间。对互联网医疗的优势调查发现，超过半数的居民认为互联网医疗的优势体现在“缩短看病流程，节省看病时间”、“方便患者选择就诊时间”以及“患者足不出户，减少就医路上时间浪费”。对互联网医疗的属性进行 1-5 分打分调查发现，“互联网医疗可以缩短我等待医疗服务的时间，提高效率”高达 4.03 分，“我认可互联网医疗服务”达 3.68 分，7 项属性平均分为 3.38 分，表示居民基本赞同与认可互联网医疗的拥有自身优势。

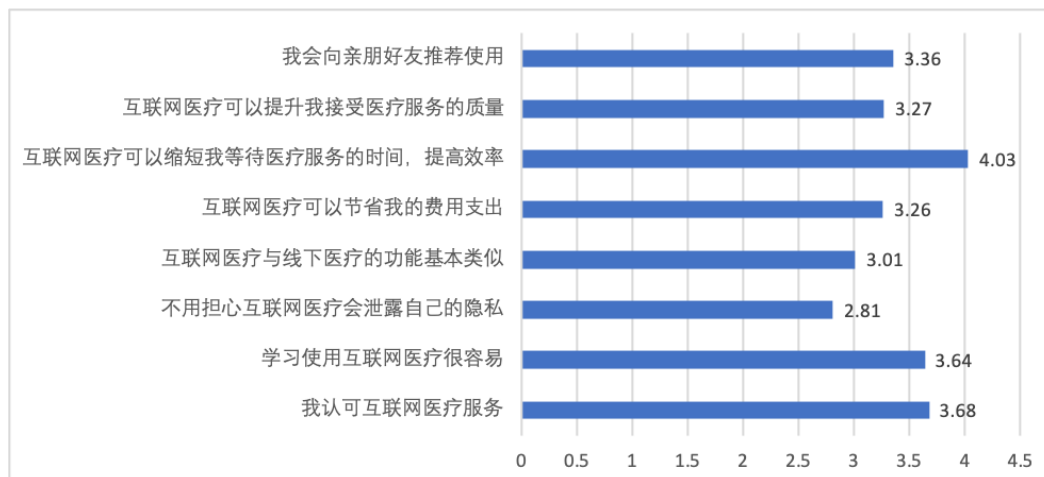


图 4 居民对互联网医疗各项属性同意程度

2.1.4 技术、运营管理及信息安全问题等成为制约互联网医疗发展的关键所在

互联网医疗发展仍在起步阶段，特别是运营管理及个人信息维护等远远滞后于现实发展需要，成为制约互联网医疗发展的重要瓶颈。对居民知道互联网医疗但未曾使用过的原因进行调查发现，“担心隐私泄露”成为最具影响力的三个选项之一；对已经使用过互联网医疗的居民对互联网医疗的质疑进行调查发现，超过半数的居民认为“现有技术、法律法规、运营体系均不成熟”、“医药广告太多，检索信息困难”、“不能保证自身隐私和信息安全”是互联网医疗的问题所在；在论及阻碍互联网医疗发展的障碍上，大部分居民选择“医疗关乎生命，其管理需要更慎重而严格”（70.15%）和“互联网真假难辨，担心遇到骗子和冒牌专家”（79.17%）。近半数居民选择“患者隐私和信息安全”、“网上诊疗缺乏科学性和严谨性”和“现有技术，法律法规，运营体系均不成熟”。

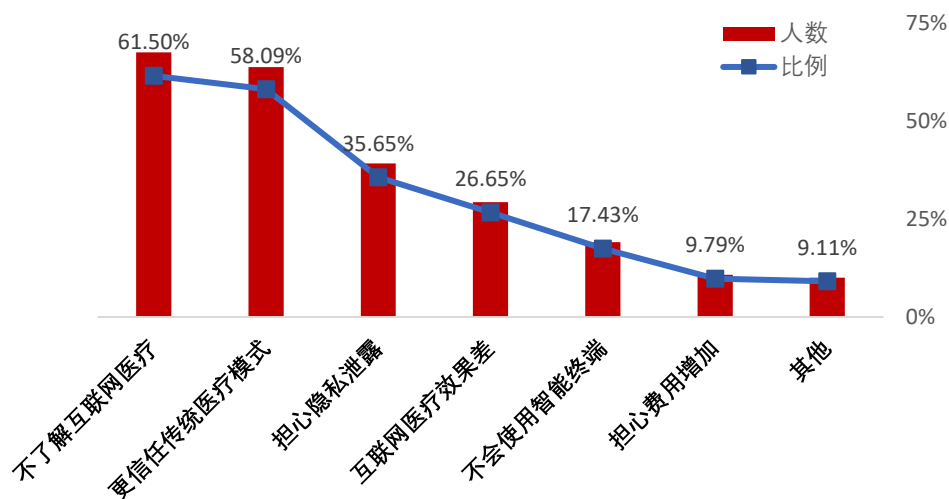


图 5 受访居民未使用过互联网医疗的原因

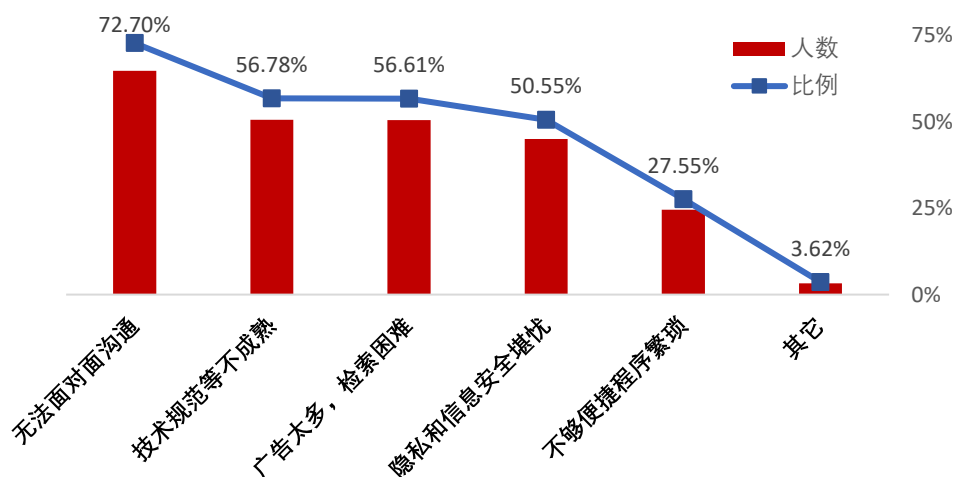


图 6 受访居民不信任互联网医疗的原因



2.2 医生问卷调研结果分析

本次调研共收集到有效问卷 322 份，覆盖上海、江苏、黑龙江、北京等 25 个省、直辖市、自治区。受访医生所属的医疗机构情况方面，94.81%来自公立医疗机构，75.09 来自于西医院，85.12%来自综合性医院；54.67%的受访医生来自于三级医院、各有 17.3%来自二级医院、一级医院，另有 10.73%来自于基层医疗机构；医生所属科室方面，69.55%来自于临床科室、15.57%来自于医技科室；职称方面，正高级职称、副高级职称和初/中级职称分别占 16.26%、26.99%、56.75%。

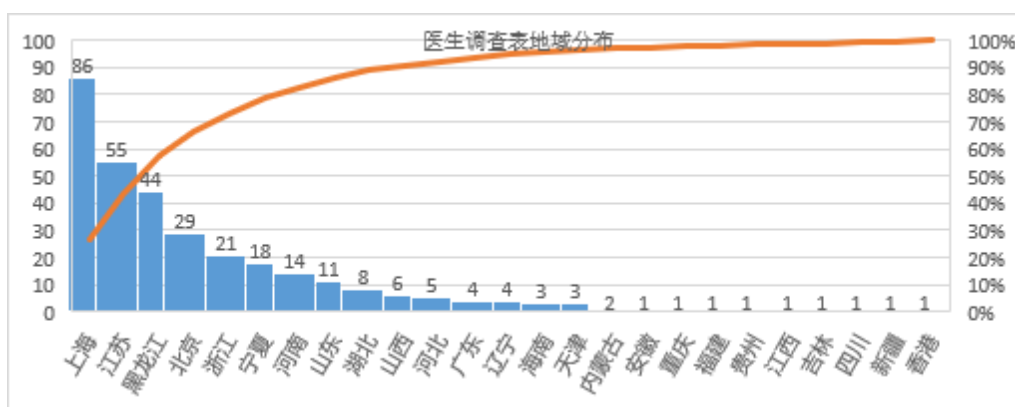


图 7 受访医生区域分布

2.2.1 实体医院的互联网医疗系统基础较好，且建设进程加快

在本次调研中，有 43.5%的受访者表示，医院在疫情之前就建设并接入了互联网诊疗系统；这可能和受访医生主要集中在上海、江苏、北京、浙江等发达地区有一定的相关性。受本次疫情影响，有 13.7%的受访者表示，医院在疫情后就快速建设并接入了互联网诊疗系统，有 14%的受访者表示，医院的互联网诊疗系统正在建设中；仅有不足 30%的受访者表示，医院没有建设计划。

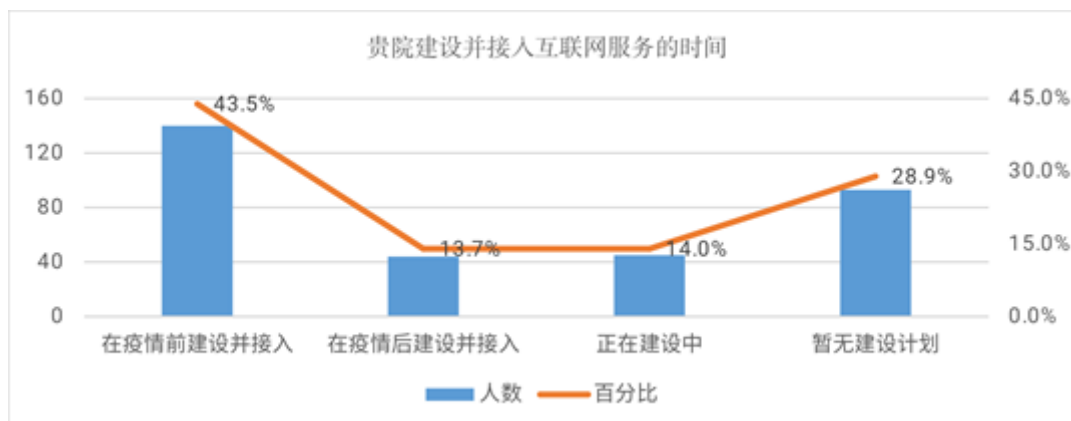


图 8 受访医生所在医院建设和接入互联网服务的时间

2.2.2 超过 60%的受访者表示，互联网医疗服务系统由医院自建，于第三方平台的合作成为最后选择

调查显示，在实体医院模式的互联网服务系统的建设方式中，约 60%的互联网医疗服务平台是由医院自建，近 24%的互联网医疗服务平台由当地政府部门统一建设，另有 15.3%的互联网医疗服务平台是与第三方平台合作（图 9）。开展的互联网医疗服务内容主要为门诊预约挂号、健康咨询、电子检验报告及解读、远程诊疗、电子病历、智能预诊等（图 10）。

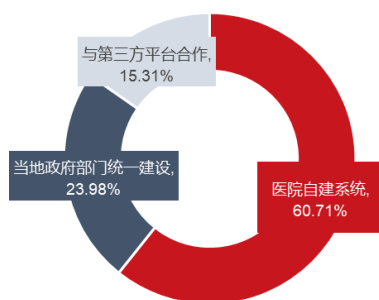


图 9 医院主导模式中主要建设方式

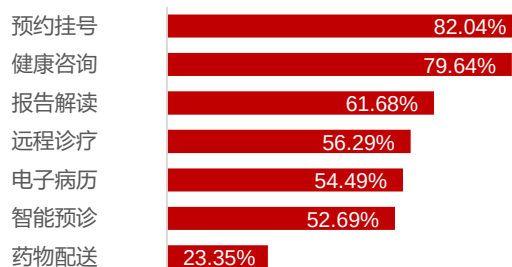


图 10 医生使用医院主导模式平台的主要用途

我们认为，实体医院主导的互联网医院，其本质是线下服务的线上延伸。实体医院从分级诊疗、医联体、医疗信息化等需求出发，通过底层数据平台技术打通 HIS 系统、信息查询管理、诊前诊后管理、转诊会诊等各类模块。医院主导模式在政策合规上有天然优势，对于纳入医保的也不会遇到太多政策障碍，更容易得到医保支付的支持，患者来源也有天然保障。

综合看来，过半受访医生对当前所在的医疗机构开展互联网医疗服务持乐观态度，其中 81%的受访者认为“互联网医疗服务有利于医生的职业发展”，77%的受访者认为“互联网医疗服务提升了全员的总体医疗效率”。具体到疫情期间，56.3%的受访者认为互联网医疗平台能够帮助缓解疫情期间的医疗资源紧张，符合监管层鼓励互联网医疗的初衷。

2.2.3 在疫情的背景下，大部分医务人员认为医院主导模式的互联网医疗服务建设进度将有所加快，但是提供的功能较为有限

由于运营主体为传统医院，依赖的医护资源为本院医护，医疗机构主导模式的互联网医院的行政性运营模式难以给予医护人员恰当的激励，导致医护人员对于额外的工作安排缺乏动力，技术尚未实现对慢病管理等传统耗时费力工作的升级赋能，互联网医疗优势提现有限。医护认为医院主导模式的互联网医疗服务患者



运营有短板，医护激励有障碍。

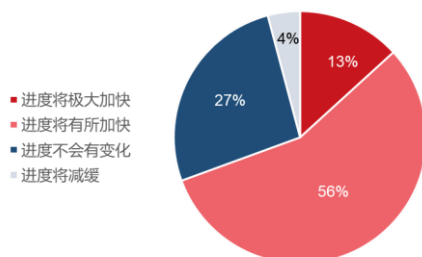


图 11 疫情对互联网医疗服务建设进度的影响

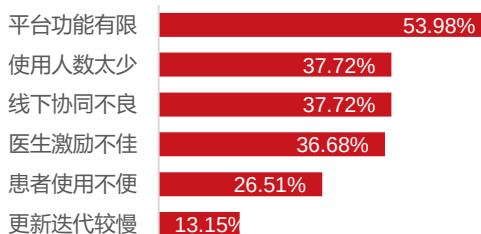


图 12 医生对医院主导模式平台的意见

此外，调查显示，对于互联网医疗平台的管理上，主要由医生诊间灵活参与或医生自愿随机安排（56.28%）。可以看出，公立医疗机构目前缺乏行之有效的成功范例，医院排班或科室安排都不是主流模式，凸显线下实体医院与线上平台相比，在医疗资源调配方面明显处于弱势

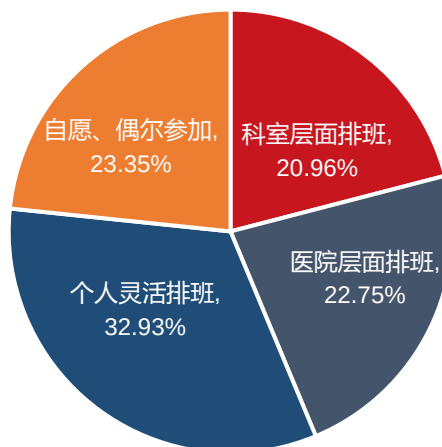


图 13 医疗机构主导模式的出诊安排模式

2.2.4 医生入驻第三方平台的比例目前较小，认可互联网医疗未来发展、打造个人品牌为主要原因

调查显示，目前仅 20.8% 受访医生表示自己已经入驻互联网医疗平台，显示出目前第三方互联网医疗平台在医生群体中的影响力和认可度比较高。进一步调查发现，入驻第三方平台的医生以临床科室、资历较深、职称较高的医务人员为主，护理人员、医技科室医生入驻第三方互联网医疗平台的比例较低。

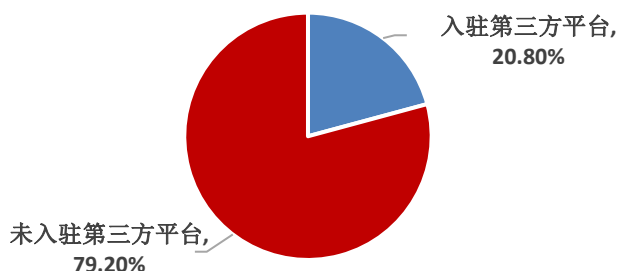


图 14 医护群体入驻第三方平台的比例

在医生对参与第三方互联网医疗平台的原因方面。高达 77.36% 的医务人员认同互联网医疗是未来医疗模式的发展方向，希望更多维度地参与互联网医疗；69.81% 的医务人员认为入驻第三方互联网医疗平台有助于塑造自己的个人品牌；认为自己入驻第三方平台是为了创造更多收入的医务人员占 56.60%，而 64.15% 的医务人员表示入驻第三方平台能够让自己创造更多社会价值；调查发现，长远发展与社会价值，而非经济回报，是医务人员入驻第三方平台的主要动力。

在没有入驻第三方互联网医疗平台的医生群体中，更多医生表示医院工作太忙、不了解商业互联网医疗模式和不愿意被患者在线评价成为了他们抵触第三方互联网医疗平台的主要原因。

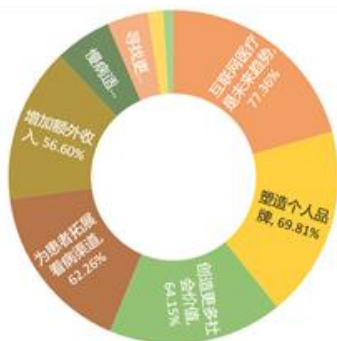


图 15 医护群体入驻第三方平台的原因

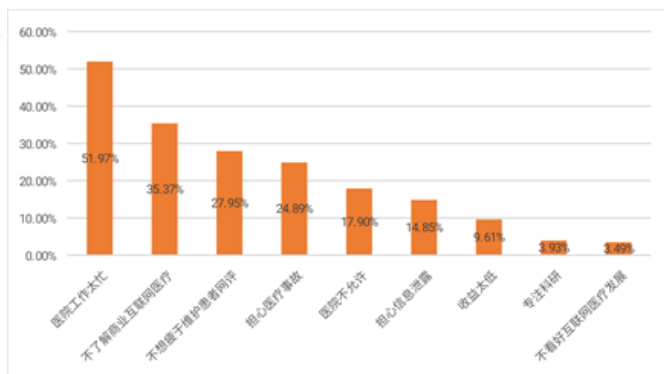


图 16 医生未入驻第三方平台的原因

2.2.5 医生群体对第三方互联网整体持积极态度

对于线上医疗模式下的医患关系，有高达 80% 的医生给予了较高的评价。同时也有较多的医生认为第三方互联网医疗模式的诊疗效率高于传统医疗模式（70%）、高于医院主导的互联网医疗（65%）。

医生心目中，第三方互联网医疗平台最大的问题在于医生资质的鱼龙混杂（72.7%），显示出了医生群体对商业化平台质控的不信任，这种不信任显著高于医生对于诱导消费、服务业气息浓厚、患者期望过高等因素的怀疑。未来第三方互联网医疗平台仍然需要从合规角度出发，严控平台风险，坚持医疗本质，让医生群体安心执业。

题目\选项	非常不同意	基本不同意	中立	基本同意	非常同意



我认为我参与的商业互联网医疗服务是合理合规的：	1(1.67%)	0(0%)	3(5%)	26(43.33%)	30(50%)
我认为商业互联网医疗服务的出现方便了患者解决健康问题	1(1.67%)	0(0%)	1(1.67%)	24(40%)	34(56.67%)
我认为商业互联网医疗服务的效率高于传统医疗	1(1.67%)	0(0%)	17(28.33%)	24(40%)	18(30%)
我认为商业互联网医疗服务的效率高于医院建设的互联网医疗服务	1(1.67%)	3(5%)	17(28.33%)	21(35%)	18(30%)
我认为在商业互联网医疗服务平台上交流医疗信息是隐私安全的	1(1.67%)	2(3.33%)	12(20%)	31(51.67%)	14(23.33%)
我认为在商业互联网医疗服务过程中的医患关系是融洽的	1(1.67%)	0(0%)	11(18.33%)	34(56.67%)	14(23.33%)
我认为在商业互联网医疗服务过程中平台方没有诱导过度诊疗行为	1(1.67%)	1(1.67%)	11(18.33%)	30(50%)	17(28.33%)

表 2 医生对第三方互联网平台的评价



第二章 后疫情时代：互联网医疗的发展困境

医疗这一概念囊括了诊疗行为、药品处方、健康管理、护理照顾等多个维度，这使得互联网医疗的概念天生便具有相当的广度与厚度。疫情的爆发，监管层认识到了让互联网医疗参与到常见病、慢性病复诊等居民健康管理活动的紧迫性与潜力，为互联网医疗的发展注入了新动能。然而，互联网医疗仍然受到诸多因素的制约。

1.基础层面：优质医疗资源短缺

现实当中，人们更愿意为优质的医疗服务埋单，但是优质资源只集中于少数的大型三甲医院，这些优质资源是众多互联网医疗平台争抢的对象（以及医院之间争抢的对象）；这些优质资源业余时间的生产力的释放，一定程度上满足了患者的医疗需求；但同时公立三甲医院开设互联网医院，降低了患者去大医院就诊的成本，一定程度上加剧了三甲医院的虹吸效应，将会使患者更少去基层医院。所以优质医疗资源的短缺，从基础层面上决定了高标准的医疗服务，无法实现大规模的商业化生产，也无法通过快速复制，降低生产成本，服务所有患者，这是所有互联网医疗都需要突破的模式限制之一。

2.政策层面

2.1 互联网医院申请尚未放开，各省实际落地过程中执行标准不一

理论上互联网医疗是医院互联网化的工具，对于医院的规模、性质等不应该限制。但实际上各个省份在落地的过程中，很多在2018年《国务院办公厅关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》，以及国家卫生健康委制定《互联网医院管理办法（试行）》等3个规范性文件的基础上，提出更加具体严苛的要求。

以《山东省互联网医院管理办法实施细则（征求意见稿）》为例，一是对互联网医院涉及的实体医院等级或类别有要求。限制为“医院”“妇幼保健院”“专科疾病防治院”类别（不包括社区医院）的医疗机构；独立设置的互联网医院，必须依托符合上述类别要求、电子病历三级以上水平的实体医疗机构。

二是线上依托线下有“一对一”的要求。医疗机构只能增加1个互联网医院名称，独立设置的互联网医院依托的实体医疗机构不得超过1家，不得依托已经将互联网医院作为第二名称的实体医疗机构申请独立设置的互联网医院，不得依托同一家实体医疗机构申请多家独立设置的互联网医院。如果一家互联网医疗公司和某家实体机构合作，它就不能再和别的医疗机构合作申请互联网医院；同时，如果实体医疗机构和一个专科互联网平台合作申请互联网医院的话，它就失去了和别的专科互联网平台合作申请互联网医院的机会。

三是执业要求更具体。医生需具有5年以上独立临床工作经验，医疗服务需在医患双方实时互相可视的环境下进行。此项规定，意味着只有高年资的医生可以通过视频的形式进行医疗问诊行为，图文问诊和电话问诊只能提供健康咨询服务。

2.2 支付制度有待完善

互联网医疗自诞生以来，支付问题一直饱受困扰；对于医保而言，医保资金安全高效的使用，和医保总额的控制，会是长期的主旋律，即使为三甲医院的互联网医院开通医保，其主要目的也是希望线上服务降低

成本增加效率，医保局希望通过互联网医疗少付钱，而非多付钱。那么第三方医疗平台的互联网医院，也没有充分的数据来证明互联网医疗会更省钱，更有效率；所以短期来看，医保并不会解决互联网医疗的支付问题。

好大夫在线创始人王航认为，商保在互联网医疗领域还大有可为。号召医保在互联网医疗中，将非必需诊疗的空间让给商保。好大夫在未来的发展规划中，也是“不急着要医保，而是对接商保”。

那么，商业医疗保险是否愿意为互联网医疗买单？

在整个互联网医疗的发展过程中，商业保险一直被寄予厚望，然而现实却是商业保险和互联网医疗一直貌合神离。甚至是去买医院、建医院也没有参与到互联网医疗当中，最主要的原因是保险公司无法干预医疗服务过程、控制医疗质量和费用，也就无法获得收益，而取得收益正是商业保险公司入场的根本目标。

也许，商业保险与互联网医疗可以紧密结合，但离理想预期还任重道远。未来的支付制度，能否形成医保覆盖居民的基础医疗需求，商业保险覆盖消费医疗需求、升级医疗需求的格局，仍然有待考量。

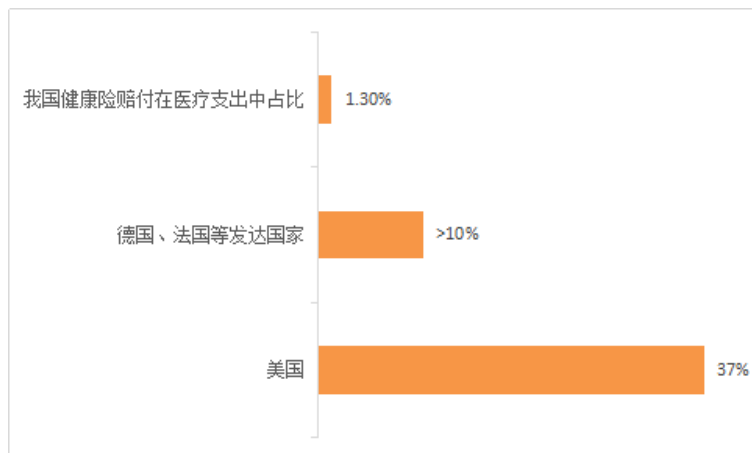


图 17 主要国家在健康险赔付占医疗支出的比例

2.3 互联网首诊问题有待解决

国家目前法律的约定互联网医疗是复诊，实际层面复诊比较难界定。要按照完全合规操作的话，病人应该是在线下首诊。关于复诊，《山东省互联网医院管理办法实施细则（征求意见稿）》的表述是：患者未在实体医疗机构就诊，患者需要提供实体医疗机构诊断为某种或某几种常见病、慢性病的病历资料，医师能够充分掌握患者既往病史、诊断和处方用药情况，在实时顺畅的医患沟通环境下，可通过互联网医院按照规定的服务范围提供复诊服务。

首先，很多患者在线下就诊时候，医师也未必能充分掌握患者既往病史、诊断和处方用药情况，很多的诊断和治疗，也是基于患者的症状和医师的经验来进行的。其次，很多疾病是否需要线下首诊，医疗专家也有不同意见；以皮肤病为例，上海瑞金医院皮肤科主任郑捷教授表示，“皮肤病具有较为直观、易复发、发病率高的特点，互联网诊疗可以减少皮肤病患者在医院的就诊次数，减少医疗开支，甚至提高患者的诊疗质量”。最后，我们认为对于互联网上的诊疗行为，如何才能做到科学、合理、准确，是管控的关键所在，而非首诊复诊。



3. 技术层面

3.1 数据安全问题

如果没有医疗信息化和互联互通的基础，所有互联网医疗节点可能只会成为一个个信息孤岛；如果做到互联互通，就需要保证其分享技术的高效和安全性问题。而随着互联网医疗的发展和医疗大数据的累积，数据的价值更加重要。

2018年2月，国内发生两起医疗网络安全事故，其中一起遭到了黑客2亿以太币的勒索，另一起则造成了医疗数据被强行加密、系统瘫痪和患者无法就医的后果。可以看出，互联网医疗对于医疗数据安全保障仍然十分薄弱。可以看出医院不愿意分享医疗数据，没有较完备的技术安全保证是重要原因。

人们需要能始终领先于风险的新技术和工具，来更好地保护系统和数据安全。当前区块链技术被给予厚望，该技术的发展有望使得互联网医疗企业的数据管理能力大幅提升。通过分散式储存并处理数据，数据泄露及毁坏的可能性大为降低，极大地方便了基于互联网诊疗场景的大规模数据采集和数据跟踪。

3.2 新技术应用问题

在“互联网+医疗”领域一直有一种说法：“技术的问题都不是问题”。但是在实践操作中，技术的问题往往才是阻碍应用的主要问题。

首先在数据的采集环节，还缺少高效实用的传感设备。虽然近年来VR、AR等技术取得了一定的进展，但是以传感器为核心的远程健康医疗数据采集技术一直未能有实质性突破。我国禁止互联网医疗开展疾病首诊服务，其主要原因正是缺少高效实用的传感器，导致医生无法快速正确获取希望得到的患者体格指标，也无法实现达到医疗需求级别的虚拟医患信息交互，这些技术局限导致了当前疾病首诊只能被禁止。如果互联网医疗要真正实现价值，需要在摄像、触感、声音等专业领域的传感器研发上有所突破。

其次，以数据传输和交互为目的的网络技术仍然无法达到医疗行业要求。在相当一段时间内，区块链技术被人为是解决当前数据共享安全的金钥匙，然而发展数年，既涉及隐私也事关国家安全的医疗健康数据仍然在传输和共享领域迟迟没有进展。甚至连基础的网络要求都没法实现，医疗场景中对于网络的稳定性、速率及安全性都有较高需求，而当前的技术并不能在经济成本可接受的范围内解决网络的问题。其结果是对信息交互延时要求极高的远程手术等想象中十分美好的互联网+医疗技术无法大规模实用开展，互联网+医疗只能停滞在远程问诊和远程阅片这样最初级的阶段。

第三缺少优秀统一的医疗健康大数据集成平台解决方案。目前尚没有区域统一的稳定、高效、安全、通用的数据集成平台，这也成为了影响医疗健康领域大数据化的关键。数据平台是数据存储和数据应用的基础，如何快速调取信息、实现数据的横向和纵向计算，真正让医疗健康大数据应用起来。当前我国的医疗健康大数据的典型特征是“孤岛+烟囱”，许多机构自身不同部门的数据都无法打通，更不提实现跨机构、跨区域、跨省的数据交互。未来能实现服务医疗健康行业的SaaS平台或有可能成为解决方案，但全国的医疗健康大数据建设目前仍然处于无序状态。

3.3 安全隐私问题

通过此次疫情的教育，大量的民众对互联网医疗有了一定了解，但并未真正使用的原因，很多是基于隐私安全问题。（在本次调研中，了解互联网医疗却并未使用的居民，超过一半的居民（50.55%）的居民是因为“不能保证自身隐私和信息安全”）。



“隐私这件事情是我们在发展互联网医疗中一个关键的必须重视的安全问题，国家包括卫生健康委对于隐私安全，数据安全这件事情也非常重视，很多文件里都有提到”。在我们对国家卫生健康委卫生发展研究中心数据中心主任游茂先生的采访中，隐私安全的问题，被游主任重点提到。从互联网的发展历史来看，隐私安全问题一直如影随形。

同时，在线医疗数据的所有权问题，医生使用的安全性问题，甚至有专家质疑互联网医疗平台能否管理好其积累的医疗大数据，这些问题在一定阶段内将持续存在。

电子病历的广泛应用，为数字化的医疗服务记录在所有医疗机构间的共享，带来了便利，对此，游茂主任表示：现在对于数据电子病历的管理，在原有的制度上其实也已经比较严格了，但是在新技术的推动下，可能会出现安全隐患，所以今后在隐私安全问题上一方面需要制度的完善，另一方面是利用技术的手段去解决。

4. 法律层面

疫情发生以来，国务院办公厅、国家卫生健康委、国家医保局等相关部门，出台了多项政策；各省卫健部门也很快推出了相关的政策的地方配套文件，但是在法律层面，对于互联网诊疗的上位法律仍然欠缺。

在《执业医师法》中，关于线下诊疗行为的规定，主客体清楚，权责清晰；但是互联网医疗中，很多内容并不适用，例如大家经常提到的医师执业地点和亲自检查。医师的线上执业互联网医院，算不算合法的执业地点？远程视频和电话问诊，算不算亲自检查？

药品销售曾经是线下医院最重要的收入来源，但是关于互联网医院能否销售药品的争议，一直没有定论。按照 2019 年 12 月 1 日实施的新《药品管理法》，网络销售药品将坚持线上线下相同标准、一体监管的原则。另外，网络销售的主体，必须是线下取得药品销售的实业主体，线上线下都要有药品销售许可证，网上销售药品，要遵守新修订的药品管理法关于零售经营的要求。但是 2019 年 11 月 22 日，国家发展改革委、商务部联合发布《市场准入负面清单（2019 年版）》规定，药品生产和经营企业不得违反规定采用邮寄、互联网交易等方式直接向公众销售处方药。

疫情期间，国家医保局、国家卫生健康委联合印发的《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》，明确了常见病、慢病患者在符合条件的互联网医疗机构复诊，诊疗费和药品费用可依规进行医保报销。针对该意见，很多专家解读为进一步为网购处方药扫清了障碍。但是在 6 月 3 日，济南市市场监管局向济南某药店，下达《行政处罚告知书》，告知药店存在采用邮售、互联网交易的方式直接向公众销售处方药行为，违反了《药品流通监督管理办法》被处罚。

所以，后疫情时代，互联网+医药何处从，希望法律层面能给出确切的答案。而整个互联网医疗的立法，更是任重而道远。

第三章 后疫情时代：互联网医疗的发展趋势

1. 互联网“首诊”会在一定的疾病领域和场景下，逐步开放

1.1 现实场景中，首诊已经进行，并且解决很多的实际问题

2020年4月10日，国家发改委出台《关于推进“上云用数赋智”行动 培育新经济发展实施方案》，提出可在卫生健康领域探索推进互联网医疗医保“首诊”制和预约分诊制。5月8日，国家卫生健康委出台的《关于进一步推动互联网医疗服务发展和规范管理的通知》提出在开展任何试验探索时，不得突破现有法律法规。两份文件，针对“首诊”态度略有差异。

调研显示，平安好医生、微医、阿里健康、好大夫在线、春雨医生、丁香医生等诸多互联网医疗平台在疫情期间开展的问诊咨询，80%与疫情有关，这些问诊如严格按现行规定，属于“违规”首诊。但另一方面，在相关管理办法中，缺乏对互联网医疗“首诊”概念的明确界定——是根据病人的自述、还是以往医院就诊记录尚无判断标准。从医学诊疗角度来看，现阶段互联网医疗“首诊”更像是一种分诊机制，它不是一个完整的诊疗过程，相当于问诊行为。

1.2 是否开放首诊，更多取决医生和医疗机构对风险的把控，而不是行政命令

为进一步规范互联网诊疗活动，与其通过行政手段“一刀切”的禁止，不如及时修订相关政策。由于医疗本身的特殊性，互联网医疗无法完全替代线下实体医疗机构。线下医疗机构应在专科导向、疑难杂症、手术操作等诊治服务上进行优化布局。根据场景需求，针对一些常见病、慢性病、多发病以及类似此次新冠肺炎的传染性疾病，可以“互联网+分级诊疗”模式为抓手，分病种、分场景，适当、有序开放互联网医疗“首诊”，加强供给侧管理，利用现代信息技术，帮助解决医疗资源与实际需求间的错配，为人民提供更加便捷、高效的优质医疗服务。

2. 合作共赢成为常态，跨界合作实现优势互补

2.1 医院主体互联网医疗发展壮大，第三方平台积极寻求合作

2.1.1 公立医院进入了互联网医院的集中建设期

截止2020年7月，全国已经有375家公立医院取得了互联网医院的牌照，而更多的公立医院，步入筹建互联网医院的大军。未来很长的一段时期内，无论是基于行政命令，还是基于发展趋势，互联网医院的建设，都将是公立医院很重要的命题之一。

从早期建设互联网医院的经验来看，无论是上海徐汇云医院，还是浙江大学附属第一医院，抑或鼓励医生参与第三方互联网医疗平台的医院，其积极的“触网”行为，都为医院赢得了品牌和影响力，以及医疗服务量的提升。我们以健康报社移动健康研究院发布的2017年全国医院互联网影响力排行榜数据为例：

神经外科	医院	科室访问量	服务患者数	患者口碑值	综合评分
1	复旦大学附属华山医院	6528 万	88746	20051	9.8
2	北京天坛医院	7723 万	77424	13879	9.6

3	首都医科大学宣武医院	5698 万	67763	10513	8.9
4	中国人民解放军总医院	3091 万	38395	5897	8.4
5	空军军医大学唐都医院	2617 万	22813	2375	7.4
6	北京协和医院	1927 万	18000	2910	7.2
7	上海长海医院	1098 万	14317	3911	6.7
8	中日友好医院	1361 万	15360	1014	6.0
9	空军军医大学西京医院	1213 万	7407	1449	5.3
10	中南大学湘雅医院	585 万	11471	3465	4.7

表 3 全国医院神经外科互联网影响力排行榜

全国 TOP10 的医院在第三方互联网医疗平台，加入第三方互联网诊疗服务平台的医生占比为 53%，而华山医院达到 63%。

肿瘤科	医院	科室访问量	服务患者数	患者口碑值	综合评分
1	天津医科大学肿瘤医院	8446 万	88170	21665	9.8
2	复旦大学附属肿瘤医院	8370 万	87650	25529	9.6
3	北京大学肿瘤医院	7246 万	70411	13263	8.6
4	中国医学科学院肿瘤医院	6985 万	63631	15780	8.4
5	中山大学附属肿瘤医院	3520 万	45170	17568	8.2
6	江苏省肿瘤医院	1441 万	13039	2278	6.3
7	河南省肿瘤医院	1425 万	10805	2879	6.0
8	山东省肿瘤医院	1427 万	12425	1702	5.6
9	湖南省肿瘤医院	816 万	17622	4614	5.5
10	辽宁省肿瘤医院	1280 万	11982	2604	5.4

表 4 全国医院肿瘤科互联网影响力排行榜

天津医科大学肿瘤医院，拥有肿瘤临床专业医生 290 名，其中 200 名医生加入了第三方互联网诊疗服务平台，开通比 69%。26 名医生其互联网访问量超过 50 万，76 名医生服务患者超过 100 人。在 2016 年、2017 年的排行榜中连续获得第 1 名

2.1.2 第三方互联网诊疗平台积极寻求合作

比较突出的案例包括，唯医骨科与多家线下实体机构合作，通过互联网诊疗平台，形成对线下实体机构的科室整体打包合作，技术支持合作等，成为专科互联网医院与线下实体医院合作的范例。

进入后疫情时代以来，作为互联网医疗的领军企业，好大夫在线不断和公立医院擦出火花。5 月，和北大医院皮肤科开展皮肤科义诊活动；6 月和上海新华医院开展儿科义诊活动；和复旦大学附属眼耳鼻喉科医院视光中心开展眼科义诊；7 月，和上海市第一妇婴保健院、上海红房子妇产医院开展妇产孕婴义诊活动等。

公立医院能够依靠其雄厚的医疗实力，建设起互联网医院；但是其运营能否适应互联网的节奏和规律，值得商榷。所以其和第三方互联网诊疗平台的合作，也是各取所需。

2.2 商业保险参与社保经办、服务外包成为趋势，商保和社保共同构成互联网医保的支付渠道



2.2.1 从医保的长远发展趋势来看，控制费用和优化支出结构并行

从医保资金的筹措方面来看，已经接近天花板；而面对人口深度老龄化，医疗需求不断上升的趋势，医保基金必须控费；同时，面对每年几千亿的不合理用药，必须优化支出结构。2019 版国家医保目录，调出 150 多个品种，批号撤销、临床价值不高、及滥用明显的药品；调入 148 个疗效确切、价格合理、癌症及罕见病等重大疾病治疗用药、慢性病用药、儿童用药等品种。

另一个重大举措就是带量采购，其主要目标就是降低医药费用支出，提高医疗服务的支出，体现医务人员的劳动价值。除了药品的带量采购，多地医用耗材的带量采购也在陆续推进。未来的很长时间，控费和优化结构都将是医保改革的重点。

2.2.2 商保保险公司参与医保部分险种的经办，取得一定的基础

大病医保是商业保险公司最先参与的险种。媒体报道的数据显示，大病保险每年大概有 150-160 亿的市场规模，而参与经办的保险公司还都会些许的亏损。但从经验、数据、资源等积累的角度讲，短期的亏损并无大碍。一是大病保险背后是更大的社保市场，二是赢得了口碑基础。如平安保险在深圳合作的重特大疾病医保，参保人使用《深圳市重特大疾病补充医疗保险药品目录》内的药品可报销 70%，不设起付线，一个医保年度内报销限额为 15 万元；

随着互联网医疗的发展，诊疗行为更加透明，大数据尤其是区域大数据，逐渐形成并指导医保的控费和优化支出；那么在国家大力推行简政放权的背景下，商保参与医保的经办，提高医保的运行效率，医保做好监督功能，将成为一种趋势。

2.2.3 商保和社保将同步构成互联网医疗支付渠道，解决居民的基本医疗需求和升级医疗需求

尽管公立医院开展的互联网医疗和第三方平台开展的互联网医疗，未来的发展中，谁会成为相对成功的医疗模式，一时还很难判断，但是双方之所以都能取得较快的发展，可以肯定的是都满足了居民的需求，解决了当下医疗的痛点。

我们认为，公立医院为主体运营的互联网医院，将优先保证居民的基本医疗需求，然后是高风险的、重大疾病的医疗需求；而第三方平台为主体运营的互联网医院，主要满足居民的升级医疗需求，所以，商保和社保在互联网医疗的发展过程中，缺一不可。将共同构成其支付渠道。

2.3 供给侧改革下药械生产流通企业转型医疗服务，形成互联网医疗+实体医院+医药综合模式

2.3.1 药械企业建设互联网医院，优势较多

药械企业具有以下几个特点，使得其在建设互联网医院方面，具有很大优势

第一，药械企业普遍体量较大，抗风险能力较高；

第二，药械企业普遍深耕医疗领域多年，更加了解医生和患者的需求，以及与实体医院合作的边界；

第三，与众多互联网医疗企业相比，药企企业具有后发优势；使得其既能够避免众多互联网医疗企业前车之鉴，也能够很好的结合其在擅长专科领域的研发实力，取得不错的效果。

2.3.2 线上线下结合，形成医疗服务的闭环

与众多互联网医疗企业不同的是，大多数药械企业向医疗服务的转型，普遍采取了线上线下结合的方式。如广誉远，其拥有线下中医医院和线上互联网医院——海南知了有方互联网医院有限公司。这一点也许和药



械企业的实体基因有关。

互联网医疗的本质还是医疗，是互联网对医疗的赋能。所以，如果缺少了线下医疗机构，很多医疗行为无法实现，就无法形成所谓的闭环。所以从互联网医疗的长远趋势来看，互联网医疗必须从线上延伸到线下。所以，从 2014 年开始，一部分互联网医疗企业，也已经开始布局线下的医疗机构。如丁香园开设的丁香诊所；杏仁医生和企鹅医生开设的企鹅杏仁诊所。

2.3.3 鼓励与监管并行，助推行业健康发展

对于药械企业建设互联网医疗，卫健部门只要把握好监管的红线，严控互联网诊疗的质量标准、安全标准、人员标准等问题，鼓励创新性的企业，参与互联网诊疗建设，共同助推医疗行业健康发展。

2015 年成为“医药电商元年”。2015 年中国网上药店市场销售规模约 100 亿元，6 年间火爆增长 100 倍，远超传统医药业约 20% 的年增长率；至 2019 年，中国医药电商的销售总额突破 1500 亿元。卫健部门未来的工作，也许就是医疗服务的监督方和购买方，谁提供的医疗服务好，卫健部门将优先购买谁的医疗服务。

3. 新技术的发展与应用为互联网医疗发展关键所在，但 AI、物联网、云计算等新技术

技术的价值需理性分析

3.1 新技术的发展和应用，只能作为线下诊疗的有益补充，线下诊疗线上化任重道远

互联网医疗的发展壮大，不谈业务本身的话，技术上需要解决两个核心问题，第一，就医的安全性问题，其中技术只能解决一部分问题，如网络技术上的安全性，可以通过区块链等技术在一定范围内进行解决；可以利用 CA 和人脸识别解决医生的身份问题，利用区域性的电子证照可以解决医生的资质背书问题，以云计算的方式存储就诊的图文、视频信息解决取证问题，但医疗本身的不确定性决定了患者的疾病不是一成不变的，由此产生的医疗纠纷如何进行责任认定还需要考虑。最早国家在出台互联网医院政策的时候，只提复诊，其中很大程度上主要是考虑到医疗的安全性问题，单纯从技术上联通医患双方无法解决医生除问诊之外对患者其他信息的收集，比如神情、体态等细微的差异，物联网的设备有一定帮助，但也仅仅是解决个别重要体征信息的规范化采集，目前还很难在线上还原线下的体验。

第二，线上诊疗和线下诊疗不是一件事，二者要形成差异化的互补模式，才能适应未来的发展。医疗不是单纯的诊疗过程，医生在治疗疾病中往往是“有时治愈，常常帮助，总是安慰”，患者寻求医生的帮助，很大程度上也是在寻求心安的一个过程，互联网诊疗可以让整个流程更高效，但是如何让整个流程更暖心，更能让患者感受到关怀才有可能养成患者对互联网诊疗的依赖，否则也只能是一个临时替代方案。

3.2 互联网医疗的发展会随着新技术应用不断完善，但新技术内部之间存在着明显的异质性

当前 5G 技术，人工智能，云计算，大数据以及区块链等已渗透到医疗领域各个环节。人工智能使医生知识经验大规模复制成为可能，有效提高效率 and 准确率，推动医学模式向智能化转变。云计算、大数据、分子生物学技术发展也使精准医疗模式走向成熟，推动医疗服务向个性化、精准化治疗发展。然而，这些新兴技术在促进互联网医疗中所起的作用存在很强的异质性，在未来可能会呈现出不同的发展趋势。

(1) 移动网络（5G）技术是基础。在互联网医院诊疗中，5G 技术具有无可比拟的优势，能够推动线上线下医院无缝融合，形成一体化联动模式，使得医疗服务将不受时间、地域限制，实现跨界跨地域医疗，在未来将是开展互联网医疗和其他新技术运行的基础。



(2) 物联网技术目前已经伴随健康管理市场在逐步改变居民行为习惯，但物联网技术的应用场景是消费级的市场，互联网医院既难以将物联网终端与线上平台整合，又无法以强制性手段将物联网终端与线上平台绑定；一种可能的思路是，医院向特定的人群投放，并承担收费、交付、回收等过程的复杂工作、照顾患者的负担，这样的方案实行难度交大，形成市场规模有困难。

(3) 云计算目前已经被很多的互联网医院所使用，相对成熟。但目前这块内容最大的问题还是互联网和医院内网需要多次穿透，在未来需要解决网络安全、数据安全等问题。

(4) 区块链目前更多以分布式记账的方式解决安全的问题，就单一一家医疗机构来说的话，诉求不太强，更多的应用场景还是在区域协作中。

(5) 人工智能目前仍然参照医疗器械的管理方式，目前影像识别类人工智能辅助诊断系统已经基本成熟，开始有部分商用系统获得了主管部门发放的牌照，但是人工智能在其他场景下的应用进展仍然缓慢，例如针对诊前导诊、诊中的综合临床辅助决策系统、诊后的随访辅助等还有待关注和推动。



第四章 后疫情时代：互联网医疗的政策建议

1.精准定位：分场景、分病种有序适当开放互联网“首诊”

当前全面开展互联网首诊条件并不成熟，且存在诸多风险，集中体现在医疗专业及服务认证制度不完善，患者生命体征信息采集的准确性以及医疗质量的安全性难以保证。因此在互联网医疗“首诊”开放之前，首当其冲，应及时建立专业及服务认证制度。严格遵循循证医学原则，以 UpToDate 等国际公认循证数据库为依据，形成专业医疗意见指导规划，建立 AI 辅助诊断支持系统。相关从业人员需通过专业与服务审核考试认证，方可进行在线诊疗行为。不断完善继续教育学习，建立从业医生评估年审认证制度，淘汰不符合要求的从业人员。

与此同时，如果政府要逐步放开互联网医疗首诊，重点要在患者生命体征信息的采集和医疗质量安全的管控上来有效规避风险，在互联网首诊的探索阶段，建议政府要精准定位，分场景、分病种有序适当开放互联网首诊。

第一，卫生健康部门要规定特定病种。对于一些特殊病种，如皮肤病，糖尿病和高血压等常见病和慢性病，远程生命体征信息采集可以取代面对面信息采集，患者可以通过穿戴监测生命体征的数字化诊断设备来提供准确信息，为医生首诊提供一手的准确资料。

第二，卫生健康部门要规定特殊患者。患者在线下医疗机构有完整的诊疗记录，而且诊疗记录是可信可互认的，尽管对此次就诊的互联网医疗机构来说是首诊，但从更大维度上也可以认为是复诊，可以提供互联网首诊服务。医生可以根据其前期的诊疗记录和个人健康档案提供远程医疗服务。

第三，卫生健康部门要规定特殊地区。对于中西部缺医少药的偏远地方，当地缺乏合格的全科医生和药品。这些偏远地方的人群在患病时，与无法及时就医相比，互联网诊疗就是一种次优的选择，其可以打破时间和地域上的限制，这种情况下开展互联网首诊能够极大提高这些地方人群的医疗服务可及性，解决医疗资源分布不均的问题。

第四，卫生健康部门要规定特殊场景。在疫情或急救等没有办法及时到医疗机构就医的情况下，互联网诊疗同样是一种次优的选择。这次新冠肺炎疫情就是典型案例，在诸多滞留在家无法到医院就诊的情况下，适当放开互联网首诊，显然能够释放更多医疗资源并救治更多患者。

互联网“首诊”分场景、分病种的有序开放，将进一步激发互联网医疗乃至大健康产业活力，带动技术发展和产业聚集。在后疫情时代，以医疗安全和质量为前提，对互联网医疗“首诊”开展积极探索，将会给互联网医疗带来新的发展机遇。

2.渐进推进医保接入工作，尝试在整合型医疗服务背景下，探索医共体打包付费

国家医保局《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》规定，“定点医疗机构提供的“互联网+”医疗服务，与医保支付范围内的线下医疗服务内容相同，且执行相应公立医疗机构收费价格的，经相应备案程序后纳入医保支付范围并按规定支付。”互联网医疗在后疫情时代的进一步推广，势必与医保接入并行并进。政策指出，开展互联网医疗业务的公立医疗机构，执行线上线下服务的合理比价，服务范围则由省级医保部门根据“医疗技术发展和本地区实际”设立医疗服务项目和相对应的价格，并确定是否纳入医保支付范围。我们认为，关于互联网医疗医保支付的推进，应当从其发展路径与实现方式两方面展开讨论。



发展路径：在医保服务项目的设立过程中，医保基金应扮演一种平衡者、调节者的角色。一方面，通过逐步将部分服务项目纳入医保报销范围，医保资金使用可以逐步引导患者积极、合理使用互联网医疗服务，建设公众对于公立医院互联网医疗服务的信任，建立起对线上/线下就诊分配的认知；另一方面，省级医疗保障部门掌握了互联网医疗项目的定价权与医保纳入决策权，可以实现对于互联网医疗平台发展节奏的调控，引导医疗机构将互联网医疗真正作为减少医疗资源滥用、增加医疗效率的工具。目前上海、北京、湖北等省份已经逐步试点互联网医疗复诊、购药纳入医保结算支付，未来应当在广度（更多的可医保结算科室和医疗机构）和深度（更多的可医保结算项目）两方面进一步拓展互联网医疗的应用范围。

实现方式：医共体打包付费模式是地区内各级医疗机构形成医共体，医保基金按区域内人头提前预付给医共体牵头单位，由牵头单位在医共体内部实行医疗资源调配和医保资金分配的模式；医共体模式下，医保资金在医共体内部“结余分成、超支自负”，各级医疗机构共享医保总额，共同推进分级诊疗、提升医疗效率。随着互联网医疗的进一步普及和在总体医疗服务中的比重上升，有必要进一步在重点区域推进医共体建设，同时探索医共体内部统一互联网医疗平台，建设区域内人群的健康档案库，统一医共体内部医疗信息标准，实现医共体内部各级医疗机构和互联网医疗平台的处方互认与数据互通。同时由医共体牵头单位负责日常运作与结算激励，按照区域内互联网医疗的普及程度与开展项目预留互联网医疗专用医保额度，以充分实现互联网医疗对整合型医疗体系建设的促进作用，同时避免互联网医疗平台中潜在的过度诊疗现象。

3. 努力突破技术瓶颈，鼓励高新技术在医疗领域上的应用

“互联网+医疗”使得医学模式发生了颠覆性变革。当前 5G 技术，人工智能，云计算，大数据已渗透到医疗领域各个环节并取得长足进步。但在互联网医疗领域，诸多技术难题仍亟待解决，如以传感器为核心的远程健康医疗数据采集技术一直未能有实质性突破。建议从以下两方面着手：

其一，要加快完善与互联网医疗相关的软硬件配套设施，更新和 5G 技术有关的软硬件设施，加快互联网医院的信息化建设，满足患者的就诊需求；同时，考虑到在 5G 技术主导的互联网医院建设和应用必须依靠同时掌握医学知识和信息技术的复合型人才，因此医院应建立完备的人才培养及激励机制，尤其注重学科交叉融合复合型人才培养，比如，很多知名高校都有自己的附属三甲医院，三甲医院可以依托高校，在高校内部直接建立跨学科的学生培养机制，实现医学知识和信息技术的无缝衔接。

其二，为了最大程度真正实现互联网医疗的价值，实现“1+1 大于 2”的效果，政府应双管齐下，持续加大科研投入，鼓励科研院所和 IT 企业加快技术研发，努力突破既有技术障碍。具体来看，针对高校科研院所，政府可以筹集专项资金，直接加大科研投入力度，重点支持相关高校高精尖传感设备的研发，依托高校强大的人才支持和国家重点实验室，助力科技攻关；针对 IT 企业而言，其本身技术力量就比较雄厚，政府可以给予这些相关企业税收优惠，激发市场的创新潜力，为技术创新营造一个宽松的市场环境，让更多有实力和技术的的高新技术企业互相竞争，从而达到鼓励技术创新的目的。

4. 多措并举细化多点执业的规则，平衡医院和医生之间的关系

现阶段，医师多点执业发展仍面临诸多困境，一方面是国家频频出台政策鼓励多点执业，另一方面是规则不健全，医院认为利益受损，导致医生多点执业医师受阻。我们建议从“设资质、分责任和促激励”三方面着手，促进多点执业的良性发展，盘活优质医师资源，促进医疗人才合理流动。

第一，设资质：设置从业医师的多点执业门槛，建立健全多点执业考核机制

建立监管机制，同质化考核管理准入和退出机制是保证医师多点执业有序。具体来看，国家卫生健康委



和各省市区卫生健康委可以委托第三方机构如医院协会、医师协会对医疗机构接受多点执业的诊疗范围、软硬件设施、医疗技术水平等进行评估，对多点执业医生的诊疗水平、医疗服务质量等进行考核，建立一个系统的多点执业医院信息库和医师信息库并实时更新，符合条件的医院和医师可双向选择。对于签订合同的医疗机构和执业医师，要加强对其实体的监督，及时将医疗机构的运行情况和医师的服务情况上传至信息库中，为医师及多点执业需求单位搭建透明的信息平台，并建立有效的准入和退出机制

第二，分责任：强化医疗责任分担，完善医生的医疗责任风险保障体系

医师对多点执业缺乏积极性或者持观望态度，其中很大程度上症结在于医疗责任分担不明确。鉴于此，原医院、执业对象医院及医生需要厘清医疗事故的责任承担，其中执业对象医院对多点执业期间发生的医疗事故和风险负责，执业对象医院应对多点执业医生投保相关医疗责任险，在医院内部建立较为完善的风险预防、保障及承担机制。同时，执业医师在多点执业时，也建议个人出资购买医疗意外保险，当发生医疗纠纷时，交由保险公司处理，这样不仅可以避免影响医师正常的诊疗工作，减小医师的赔付压力，还可以一定程度上提高医师参与多点执业的积极性，减轻多点执业医疗机构对于医疗意外的顾虑。

第三，促激励：平衡医院与医生的关系，建立健全多点执业医生与医院的激励机制

由于医疗机构之间存在着竞争关系，医师多点执业有可能给第一执业点医院带来人才流出、病源减少等风险，医院培养的人才由社会共享，使得大多医院对此多持保守态度。因此要平衡医院与医生的关系，激发医院对于多点执业的积极性。在省域或者市域范围内，当地卫生健康委可以鼓励医院和医师在区域医联体、医共体内办理多点执业，这样一来，通过模式的转化，让医生在区域医联体进行多点执业，能够最大程度上减弱医院管理者和执业医师之间的利益冲突，同时也促进了区域医疗资源的整合；针对跨省的多点执业情况，政府要对第一执业点医疗机构进行合理补偿，平衡多点执业医师与第一执业点的利益关系。例如，政府可以建立相应的补偿机制，对多点执业医师所属的第一执业点医疗机构进行补贴或通过财政转移支付补偿损失，努力协调双方之间的利益关系，找到最佳利益平衡点。

5.健全互联网医疗相关法律法规，完善信息安全监督体系，推动行业健康发展

互联网+医疗在给人们带来便利的同时，也带来了难以回避的现实难题，如法律法规缺位，个人隐私信息安全，互联网行业主体的权责界定，药品销售及监管等。本报告提出以下建议：

第一，加强制度的顶层设计，建立健全与互联网行业相关法律法规，改变“无法可依”的现实难题

当前我国还尚未出台专门针对互联网医疗行业的立法，致使在整个互联网医疗市场运行中，面临“主体权责不清晰、个人隐私信息被商业化利用以及药品销售缺乏监管”等诸多现实难题。因此，建议国家卫生健康委和医保局等卫生部门应主动牵头，根据互联网医疗的行业特征，加快制度的顶层设计，制定和完善与互联网医疗相关的法律法规，对线上诊疗的主客体，权利与责任进行清晰的界定，明确药品销售的范围主体，加强个体信息隐私的保护等，为互联网行业的发展提供法律保障。

第二，完善信息安全体系与个人信息监管体系，确保个人隐私安全

一方面，互联网医疗机构应创新、研究各种技术，增强“防火墙”“护城河”等软硬件建设，明确网络边界和严格的网络接入机制，从技术层面堵住信息泄露的漏洞。另一方面，加强人员安全管理，在可能的情况下，全面了解网络安全管理人员的基本情况，包括职业素养和信息安全等方面信息，确保加入互联网医疗机构后后疫情时代，其能够恪尽职守，遵守相应的规则制度和信息保密协议。建立起网络安全信息管理人员的诚信名单，并时时监督。

第三，健全互联网医疗服务主体责任追究制度，有责必究，促进互联网医疗的健康可持续发展

只有将责任落实到互联网医疗服务主体，才能从根本上规制不合法的行为。因此在相应的法律法规和信



息安全体系逐渐建立完善以后，为了规制互联网医疗服务的不合法行为，应明确各个环节参与主体的权利与义务，明确规定违法将承担的法律责任和对应的惩罚措施，通过法律追责机制和责任倒逼制度净化互联网医疗服务市场环境，促进医疗服务市场的健康可持续发展。



结语：共享经济时代的互联网医疗

共享经济时代，互联网思维对人们的生产生活带来了巨大的影响。随着“互联网化”的深入，许多的行业的业态发生着积极的改变：效率的提升、信任程度的提高、监管准入的严格化，不一而足；而在另一些行业，“互联网化”也带来了赛道过热、产能过剩、恶性竞争等一系列问题。无论如何，带着赞赏与争议，各类互联网产品从诞生之初的被怀疑、到被尝试、再到被追捧，一步步地走进了更多人的生活中。随着技术和政策瓶颈的突破，互联网的赋能脚步终于来到了事关国计民生的医疗行业；如何实现互联网医疗的有序良性发展？互联网医疗的理想模式是何种姿态？医疗行业相关方将在互联网医疗时代扮演什么样的角色？这都是亟需被讨论的议题。

截至今日，国家和地方层面已提出的互联网医疗相关概念包括互联网诊疗、互联网医院、远程诊疗、“互联网+”护理、“互联网+”家庭医生、“互联网+”医药流通等。近期，医保部门更是提出对符合要求的互联网医疗机构提供常见病、慢性病线上复诊服务纳入医保基金支付范围。无论哪一种互联网医疗发展模式，都尚未能够做到将患者的实际需求、监管层面的合规需求、政策倡导的“互联网+”医疗健康发展方向、以及医疗机构建设发展的实际需求紧密关联。一个好的互联网医疗模式，必定是个人、企业和政府多方参与的、满足医保/卫健/食药监等监管层合规要求的、对医护双方友好的、与医疗机构实际能力相匹配的、与其他医疗健康政策有机互动结合的。这样一种理想性的互联网医疗模式，是后疫情时代互联网医疗的发展方向。而为了创造这样一种理想模式的实现土壤，既需要互联网医疗平台的设计者和管理者坚持医疗服务社会初心、勿盲目追逐爆炒热点，也需要制度设计者具备制度创新能力与风险把控意识。我们衷心希望，疫情过后的互联网医疗，将会以一种高效、可靠、便捷的形态来到每个人的生活中，为我国公共卫生水平的提升做出切实贡献。