发展难点总结：

患者对象受限：

1. 有证据表明：患有慢性病或长期疾病者、残疾人更有可能去卫生机构就诊；
2. 研究发现在电子卫生信息获取行为上存在显著差异。在非裔美国互联网用户中，这些差异是主要的，与个人和家庭健康问题和经历有关；

3、社会弱势群体，包括社会经济地位较低的群体，群体和少数群体不太可能寻求保健信息，

原因包括沟通不平等，不信任医学界，以及获得护理方面的不平等；

4、那些曾经被帮助过或知道的人、那些从网上健康信息中得到帮助的人是在网上搜索或跟踪症状的可能性增加了五倍以上，在网上进行互动健康活动的可能性增加了8倍以上；

5、与在线健康信息进行互动或社会互动的网络受众患者人群与个人及家庭健康状况高度相关；

6、研究发现，女性更倾向于进行电子保健。

7、这可能是由于公众接受程度的差异。老年人口通常需要更多的时间来熟悉操作。

8、与RCT阶段相比，app用户的收入水平显著提高，说明收入较高的人群在做出健康保险计划决策时，可能更倾向于寻求信息和在线帮助。阻碍低收入人群寻求在线保险帮助的障碍可能是上网时间有限、缺乏在线寻找信息的兴趣、对工具缺乏熟悉程度或不舒服在网上输入个人信息。

9、因为它能够接触到的弱势群体很少能够亲自接触到，或者那些需要更多指导而不能通过面对面会议实现的群体;在线工具可促进这些群体的卫生公平。可能需要有系统的传播和实施计划，以接触目标人群。

10、在传播阶段，来自圣路易斯市或县的SMHP用户比来自密苏里州其他县的SMHP用户花费更多的时间在工具上;在RCT组中未观察到这种关联。年龄(r =。24, P<.001)与两期SMHP总使用时间呈正相关;然而，它与在RCT阶段使用SMHP的总时间有更强的正相关(r=.32,P<.001)。慢性疾病的数量只与在RCT阶段使用SMHP的总时间呈正相关(r=。23日,P = .003)。

11、在传播阶段，只有少数SMHP用户填写了他们的个人和家庭信息，并审查了最后的医疗保险计划建议。这可能表明人们不愿在网上公开个人健康信息。研究发现，人们感知到的健康信息敏感性会影响其披露健康信息的意愿。当感知到的利益大于感知到的风险时，在线用户才会选择分享私人信息。

(SMHP：show me health plan一种线上调查医保app，RCT:随机抽查的对照组，)

经济发展衰退：

1、COVID-19大流行的破坏性影响远远超出公共卫生范畴;许多行业都停滞不前，全世界的失业率都在上升，经济正接近最严重的生活衰退；

2、在美国，过去两个月里申请失业，经济的严重衰退可能会导致前所未有的资金激增没有保险或保险不足的人。

3、个人医疗保健成本很高，当病人的经济能力与支付能力严重受损时。美国没有医疗保险的病人的选择稀少。一些公司和慈善机构正在为改善医疗保险的获得而进行努力，但大幅度增加自付医疗费用可能会导致很多病人破产。

互联网医院系统：

1. 准备和培训:尽可能多地了解互联网医院这个系统，它的需求，以及它的期望。探索员工的看法和角色，以解决之前关注的问题和障碍。中心医院和支线医院之间的实地访问有助于了解地方文化和制度问题。让每个人都参与进来，预测潜在的障碍。对团队进行新系统的培训，寻求反馈。

2. 标准化和加速认证:认证延迟实施，并且有时，医生他们缺乏处方特权或电子处方健康记录(EHR)访问。标准化流程并使用测试保持模拟会话确保患者在第一次医疗前获得完整的治疗过程和功能。

3.技术:远程医疗的一个基本原则是使用最简单的技术来实现需要。通过电子病历、在线平台或智能手机进行视频会议访问。我们发现基本系统在大多数临床情况下是足够的。如果额外的物理检查是需要的，有现场提供者或更高技术的设备听诊可能是合适的。大多数医院会面都可以通过一个智能手机视频连接，这是最为便捷的应用程序。卫生系统已经给予临时豁免使用标准视频会议平台(如Skype、FaceTime)。无论使用何种技术，都要有一个备份计划。避免计划失败时，有后续的计划降低后果带来的影响。

4. 宽带:拥有无限数据的宽带能力是至关重要的。与本地资讯科技支援部门沟通，以确保有足够的互联网在所有病人和医生的位置连接。如果医生在家工作，在治疗前先进行测试Internet速度，并确保它将能支持医生完成整次治疗过程。

5. 反馈和快速改进:来自前线员工的输入在一个两端远程保健方案至关重要。在部署和地址的几天后收集反馈问题。使用计划-做-学习-行动的方法来快速提高质量。

药物输送(IHDD)：

1. 虽然网络医院的便利性和无所不在使其成为一种很有前途的途径，通过它可以克服患者和医生之间的地理限制，但在患者和他们的处方药物之间仍然存在一个“社会距离”障碍。
2. 网络处方科室排名前5位的是感染性疾病(572,41.4%)、肾脏病(264,19.1%)、内分泌科(145,10.5%)、心血管病(107,7.8%)和神经内科(42,3%)。感染性疾病和神经病学的患者中，大多数选择了药物输送服务，而其他诊断的患者中，大多数倾向于取药。
3. 传统的网络医院要求患者去医院或药店买药，在疫情期间可能会引起更多的感染。药物拾取过程可能增加急性感染性疾病的风险，特别是对免疫系统抑制或残疾的患者，这可能导致严重的健康恶化。另一方面，市外和省外的患者可能难以找到他们需要的确切处方药物，因为这些药物可能在当地的医院和药店无法买到。

4、新的医院-制造商-病人运输模式还有待进一步评估。

5、在IHDD的业务流程和管理方面，还需要有正式的规章制度。

6、IHDD配送排名前10位的省份主要集中在东北、东部和中部地区。原因之一是这些地区是经济相对发达的地区，他们的居民受过高等教育，这确保他们更好地了解IHDD的好处，相对经济较落后地区的居民来说对IHDD的使用率更高。

7、药物传递的安全性。

①医院选择了声誉良好的配送服务公司作为合作伙伴。顺丰快递作为行业领跑者，是第一家同时与药企和医院合作的物流公司。环境温度和冷链药物运输有着悠久的历史。

②一旦患者下了订单，一个跟踪号码就会通过短信发送到他们的手机上。药物的处理信息被自动更新并发送给患者。快递员将药品放入客户指定的储物柜，这些储物柜通常离患者住所很近，这样患者就可以使用随机密码获取药品。这一过程可有效减少病毒传播，同时为患者提供方便。

③将从制造商的仓库发货。这将减轻医院药店的巨大压力，并减少交通费用。

医保：

1、“互联网+医保”有利于拓展线上医疗的发展空间。通过“互联网+医保”，给互联网医疗机构赋权，这样也有利于让互联网医疗机构更好发挥出积极作用，有利于医疗领域的正常竞争，有利于促进医疗领域健康发展。

常见病、慢性病线上问诊纳入医保支付，互联网医疗机构有了更大的权力，也就更应该加强对互联网医疗机构的规范，这样才能避免“滥权”。比如定点医疗机构，必须具备互联网诊疗服务、互联网医院等资质；同时，还要加大对互联网医疗机构的监管。

2、历史上医保卡取代纸质凭证，医保支出有一个迅速上升的过程。可以预见，如果互联网医疗井喷式发展，医疗费用也会水涨船高。医保控费非常考验精细化管理能力，如果发生大面积的医患合谋骗保与滥用互联网医疗项目，会严重打击政府推动的积极性。但是如果用总额预算制度或者“一刀切”的方法，又会打击医院的积极性，甚至影响整个行业的生态。可见，互联网的报销不适合采用与线下医疗共用预算的模式，而是要有所区分，避免互联网新业务影响原有业务收入。

3、在“医保额度总量不变”的大前提下，“互联网＋医保”的横空出世意味着利益的重新切分，新的市场规则尚在确立。

在分羹线上医保支付的各方势力中，最为强势的依然是大型公立医疗机构。据有关机构统计，目前的互联网医院中，公立医疗机构占八成，且多是在几个月的疫情期间大跃进式地上马。公立医院是传统的既得利益者，掌握着处方来源和医保配额，绝不甘愿把有限的资源共享给互联网平台电商和药店，而是依托自身的药房固守城池。

4、在实施线上医保报销的同时，医保基金线上监管权责界定也面临挑战：

国家将符合条件的互联网医疗服务纳入医保支付范围，一方面，完善早期互联网医疗的政策缺陷，保障参保人受益。另一方面，由于国家对医保数据尚未健全统一监管，医保基金涉及对象广，牵涉主体多，权责界定较为模糊，针对医疗机构及患者的信息安全及基金监督制度的建立仍是当前面临的一大挑战。多年来，政府层面缺乏对监管权责的清晰界定。另外，在经济利益的引导下，医患双方容易出现过度医疗、过度消费等骗保行为。加上我国缺乏针对互联网医疗的“事前、事中与事后”方面的全流程监管，缺乏权责统一的监管责任体系，难以真正为医保基金的安全使用撑起制度的保护伞。

但依现实的政策导向以及实践效果观照，以上各药品销售主体都存在显见的弊端：

公立医疗机构将线下的模式和资源照搬到线上，线上

线下通吃，垄断地位更加强化，与分级诊疗的医改大方

向相悖，若再任由其形成“医＋药”的闭环，医药不分，

更是医改的倒退。

对于互联网医疗平台自带电商或垂直医药电商来说，

由于医保的属地化属性，更适合“网订店取／网订店送”

互联网医疗监管对策研究

针对患者用药安全、患者维权难、监管主体分散、信息安全及未引入医疗保险等

问题，欧美国家已经出台了较为成熟的法律法规，但我国依旧处于起步和探索阶段，

不少学者给出了自己的对策与建议。

1. 未来互联网医疗的发展趋势必然是走向电子处方制度化，这有益于政府部门对

互联网医疗深入监管。对于医药电子商务平台，主要从药物质量控制、销售合法性、

售后不良反应等角度进行监管，并严格把控药品配送流程。

1. 患者维权:①与线下医院一样，互联网医疗不可避免也会发生医疗事故，闫涵通过研读《侵权责任法》发现，在医疗纠纷中，线上医疗患者胜诉率相比线下医疗高。在线上医疗纠纷的责任认定中，应当与线上医疗特性相结合，如线上咨询服务、线上建议不应属于医疗行为。②医生在线上的发生的一切行为，应由该医生线下执医单位承担相应责任。线下医疗机构是线上医疗的发展基础，应当明确责任应该由实体医疗机构承担而非线上医疗机构或医生个人。

3.互联网医疗的监管应注重多部门协调。现如今互联网医疗本身的服务内容及范围超越了原本的医疗范畴，并引入新的参与方。这就需要除卫计委之外的其他部门参与进来，如工信部、科技部、卫计委等部门，在政策制定、落地、监管等方面进行积极合作。为方便监管，卫计委不应任由互联网医疗企业随意选择区域提供线上医疗服务，可尝试划定区域，让线上医疗机构在限定区域开展线上医疗活动。

4. 政府部门应在构建线上医疗平台框架中发挥主导作用。此外，政府部门需在政策、资金与技术三方面予以支持，引导社会其它力量加入，实现线上医疗创新。

5.信息安全及患者隐私保护：①建议按照个人责任制和分类审核的形式，健全信息安全制度。设置电子病历监管标准，并严格要求线上医疗平台规范存储患者健康档案。根据线上医疗的特征，确定电子病历的线上平台管理对象、管理流程，保障患者信息不被泄露。②加强从业人员的隐私保护意识培养和专业素质教育。

6.也有学者提出，互联网医疗如想在监管上取得突破，需与医保相挂钩。胡文秀通过剖析远程医疗利用互联网将卫生资源重整分配的价值特征，提出将远程医疗纳入医保。汪祥松等采用演化博弈论，发现政府如果增加对社区基层医院线上医疗的资金投入，提高患者医保报销比例可以驱使患者选择去社区医院接受治疗。

4.1 互联网医疗监管存在的问题

4.1.1 诊前：准入机构多散乱，信息不对称

（1）准入机构多散乱

（2）医患身份信息不对称

好大夫在线有专业的运营团队负责医生资质审核，对于每一位开通网站的医生，

都会人工与医生所在医院的科室进行核实，确保医生信息属实，同时会有专人在卫计

委官网查验医生的《执业医师资格证》，核对医师资格及执业地点。另外，好大夫在

线还设有专门的团队对医生的执业信息进行动态核实，出现变更时及时更新。虽然好

大夫在线平台上的医生资质真实有效，每位医生都标注了所属医院、职称职务及咨询

专业范围，但由于平台系统缺乏人脸面部校验，无法确保网站上公示的医生与为患者

提供互联网服务的医生为同一个人。作者从事互联网医疗工作，参与观察中发现，不

乏优质正副高级医生临床事务繁忙且收费高昂，让初级及中级医生帮忙刷单，为患者

看病。如何杜绝高年资医生将自己的登陆端口给低年资医生，让其帮忙代笔看病，是监管需要考虑的重要内容。

好大夫在线并未要求患者实名认证，任何人均可以使用微信登陆或手机号注册登

陆，好大夫在线缺乏患者身份识别机制。手机端患者可以上传本人、家庭成员、亲戚、

朋友及其他任何人的医疗信息进行就诊，患者信息缺失，无法确保检查资料是否归属

手机端本人，导致医生无法提供精确的医疗服务，如果发生医疗纠纷，责任无法划分。

（3）医疗信息不对称

国发[2015]40 号指出互联网医疗应当将开展疾病复查作为主要工作任务，这意味

着医生在好大夫在线开展诊疗工作的关键即对患者既往就诊信息进行判断，如病人为

初诊患者，医生将终止医疗服务。由于在基础设施建设方面，我国并未实现医疗机构

之间信息互通，医生无法通过数据桥接获取病人既往就诊史，医生多通过患者自述途

径判断病人是否为复查病人，但这种途径并不可靠，医生缺乏有效路径确认患者是否

真的有在其他医院就诊过，另外多数患者受学历、缺乏医学专业相关知识等因素影响，

无法准确阐述疾病名称，不明确自身历史用药情况。互联网医疗平台与线下医院之间

由于信息壁垒，医生与患者双方存在信息不对称的现象，患者医疗信息不详实、检验

结果无法共享，医生缺乏有效信息支撑，难以展开互联网诊疗工作，患者就诊体验较

差。互联网医疗平台如与线下医院信息不互通，不利于医生全面掌握患者病情，诊断

开具处方等诊疗行为均受影响，在购药方面线上线下信息不互通，不易控制病人的药

量，容易导致治疗同种病相似的药物超量。

4.1.2 诊中：诊疗流程不规范

（1）禁止初诊患者执行力度差

2018 年 4 月，卫计委颁布新规，其中明确规定通过网络可以对慢性病、常见病进

行复诊并开具电子处方，但一律禁止医生通过互联网对初诊病人进行诊断。

作者对好大夫在线的林博士进行访谈，笔者就“互联网医疗禁止初诊”向林博士

探讨该政策是否科学有效。

“还有这样的政策吗？国家考虑到首诊安全，建议还是以面对面诊疗为主。严格

来说初诊的确不合适，没有辅助检查，看不到病人的实际情况，没有相关检查和

数值，无法判断。但是按照发展趋势来说，初诊早晚都会放开。”

作者又针对互联网上禁止初诊这一政策咨询了温州某三甲医院梁姓主任医生，教

授，博士生导师，同时也是好大夫在线医生。

“我并不清楚有这一政策，但是禁止在网上初诊做的是对的。可能有些皮肤病的

确是能结合视频或图片去下诊断，建议还是要分类，部分疾病适合互联网上去诊

断，部分并不适合。互联网医疗，我个人更倾向用于咨询，确定性的诊断和治疗

不适合在互联网平台上去做，毕竟依据不强。”

首先，对好大夫在线端的 5 名资深医生进行访谈，发现其中有 3 个医生并不清楚

禁止线上初诊相关政策，医生具备医生资格证书，不代表医生具备线上诊断的能力，

互联网诊疗还需医生学习掌握互联网医疗相关政策。当前好大夫在线仅要求医生群体

通过医生执业证书的验证，对线上诊疗规则的掌握并无要求。其次，好大夫在线平台

并没有强制要求病人上传既往资料，平台仅在患者就诊时提示“本次咨询的疾病去医

院就诊过吗？曾经的就诊经历，是给医生的重要参考”，如本次咨询的疾病没有就诊

过，依旧可以继续咨询，医生环节和平台环节并未按照国家要求禁止网上初诊。

（2）电子病历缺失

病历作为诊疗活动的一种记录形式，应由医务人员分析、记录、整理，应当符合

完整、规范、真实客观的要求。电子病历必须使用医学术语，确保语句通顺，符合逻

辑，记录完全，具备接诊医生签名。

在对患者的调查中，发现患者指出在既往线上就诊经历中，医生回复规范性欠佳。

且当前互联网医疗平台仅具备问诊记录，缺乏规范的电子病历记录形式。在医疗平台

全部订单版块， 缺乏电子病历版块。

（3）违规开具电子处方

当前对于电子处方的监管制度相对完善，医生开具电子处方，经由互联网医疗平

台药师审核诊断与药物是否匹配，审核通过后药师电子签章，药师资格和医生已通过

银川审批局审核备案，每一张电子处方均由银川卫计委与好大夫在线专家委员会共同

监管。

但依旧存在违规开具电子处方的情况。2018 年 7 月 31 日，上海某三甲医院主治医

生在患者尚未提交既往病史的情况下，作为初诊患者，医生仅根据患者文字描述，为

患者诊断疾病，并开具电子处方，当病人回复手持电子处方在线下药房无法买药，医

生提醒可通过好大夫在线直接付费快递邮寄。

国务院于 2018 年 4 月在促互联网医疗健康红头文件中指出，互联网医疗允许用于

常见病、慢性病的复诊，在掌握患者病历资料后，允许开具电子处方。银川卫计委明

确指出，医生缺乏足够信息支撑判断，不能做出诊疗行为。患者缺乏线下实体医院就

诊经历，属于首诊患者，医生依旧为其开具电子处方。该医生具备足够的互联网医疗

经验，截止 2018 年 7 月，已为 2166 名患者就诊。药师审核电子处方仅能看到患者诊

断与年龄、姓名等基础信息，电子病历暂未对药师开放，药师仅判读诊断与电子处方

是否相匹配，药物剂量是否合理。

4.1.3 诊后：患者隐私暴露，医疗纠纷责任认定困难

（1）患者数据安全挑战

保障患者医疗信息安全，可促进互联网医疗发展。然而，监管措施不到位或线上

医疗企业员工安全意识不足可能导致患者问诊信息及身份信息的泄露。针对患者身份

注册信息和问诊记录等相关隐私数据的信息安全监管，可进一步规范互联网医疗平台。

好大夫在线平台发布如下免责声明，患者与医生的问诊记录，属于平台与医患三方共

有，平台有权限使用相关内容。如果担心咨询内容泄露，需与医生协商，在医生同意

的情况下，由平台管理员设置隐藏。此声明属于患者与好大夫签署的协议之一。

一方面，以上声明意味着好大夫在线有权单独将患者信息用于其他用途，患者隐

私并未得到合理保证，除非患者主动向医生提出申请，可将个人信息设为隐私状态。

另一方面，作为患者不易注意到好大夫在线的免责声明，此免责声明难以引起患者重

视。

2017 年 5 月，智慧银川大数据中心二期封顶，所有互联网医疗平台运营数据必须

存储在智慧银川大数据中心，且向政府监管中心接口，接受实时监管，其中包括好大

夫在线。作者根据智能监管平台对数据安全监管的有效性咨询了温州某省级三甲医院

信息中心王主任。

“监管是管理的一种意图，主要是防止互联网医疗企业出现动作的偏差。通过这

种监管手段并不能完全保证防止数据的泄露，肯定是没有办法完全杜绝的。”

从访谈内容得出，政府监管平台并不能完全杜绝容数据存在被篡改、丢失、泄露

等不完整性风险。

（2）医患管辖权归属冲突

互联网医疗平台对于医疗纠纷的处理比较麻烦和模糊，虽然国家已经出台互联网

医疗管理办法，但互联网医疗平台不像实体医院具有具体的组织监管和控制，监管相

对松散，管理容易出现空缺，不能达到实际的监管目的。

如果好大夫在线平台上的医生注册点不在银川，究竟是由银川政府去监管还是归

医生注册点所在地卫计委管辖亦或是好大夫平台管辖，这涉及到虚拟互联网医院的监

管。笔者对银川卫计委工作人员进行访谈，该工作人员提到：

“只要跟银川发生相关诊疗行为的我们都会监管，如果是在银川以外的诊疗行为，

这些患者和医生，我们是无法监管的。因为好大夫在线这个平台不单单是为银川设计

的，好多国内的大医院都可以用。”

（3）纠纷责任认定困难

好大夫在线平台方便患者精准找到大医院的医生，省去长途跋涉之苦，为患者节

约了旅途费用、住宿费用等，又能面见名医，但如同线下实体医院，纠纷不可避免。

因医生利用碎片时间进行就诊，医生的就诊场地可能是嘈杂的车上、信号较差的家中，

就诊场地不尽人意，使得线上医疗服务被中断、视频不清晰、语音不顺畅，这些都是

目前我国法律的空白点，并无相应法律或政策对诊疗技术设备标准和诊疗场地进行规范。因为医生利用私人空闲时间进行互联网诊疗活动，如遇上医生临床较忙的情况，

部分付费患者不能及时得到回应或有可能得到医生应付性的回应，这将降低患者满意

度。

在好大夫在线平台上，查看患者对医生的评价，发现患者有以下抱怨:

1.（微整容患者）视频的时候大夫在车上光线强烈，看的不清楚，只用了十二分

钟，我还没说完就挂电话了；

2.付了 280 元的视频挂号费，医生推荐我去没听说过的美容医院，我不同意，医

生立马说，那你退出视频吧，把钱退了。但是没人联系我，之前的客服电话也打不通；

3.医生几句话就打发我了；

4.医生说视频看不清，不如照片来的确切，没有给出实质性的意见，说还要去面

诊（远程视频费用价格高）；

5.虽然医生耐心的解释了病情，但远程视频信号不好，影响看病；

6.焦医生态度不好，草草了事，对患者沟通过于简单粗暴。名声在外，令人失望；

7.好大夫在线说给我会诊报告，但电话好大夫在线不接，微信也不回复；

8.医生工作环境不太好，易受外界干扰；

9.医生比较忙，感觉整个视频看病过程，医生都是匆匆忙忙，说话还有口音，加

上药名生僻，听不明白，对药物副作用也没有详细交代。

好大夫在线在官网页脚设置了免责声明。指出以线下实体医院的面对面诊断为主，

线上医生给的建议不具备替代线下医院就诊的作用。医生及其他网友的言行，不等同

于平台行为，不意味着平台认可同意。请仔细阅读，该平台不承担由此产生的法律责

任。好大夫在线平台明确表示患者，如发生纠纷行为，好大夫在线可作出调节，但不

对调处结果承担相应法律责任。这样的声明往往被患者忽视，如发生医疗纠纷，并无

专业机构进行调解与追责。

4.1.4 诊疗全程：支付体系不健全

（1）线上收费随意

由于医疗资源的不对称，互联网医疗可有效满足患者需求，平台的服务形式多种

多样。但好大夫互联网医院的服务费用相差价格根据就诊医生所在医院、职称，差异

巨大：1）免费的义诊服务；2）极速问诊版块：二甲医院医院主治医生极速图文服务

只需 9 元，极速电话 19.9 元，三甲医院主治医生极速图文 19 元，极速电话 29.9 元，

其中极速电话由医助对症推荐；3）图文问诊，价格从 10 元以下到 700 元不等；4）远

程视频门诊费用从 239 元至 2180 元每 15 分钟不等；5）预约手术（不含手术费）：手

术预约费从 100 元到 2800 元不等；6）名医电话：20 元每 10 分钟到 500 元每 10 分钟

不等。大部分三甲医院主任医师的服务费非常昂贵，堪比大城市私立医院 VIP 门诊费

用，加重偏远地区患者经济负担。而且，大多数线上诊疗并不属于医保范畴，只有少

数患者可自行承担。尚未真正与医保对接，无法覆盖大部分人群，由市场决定只为小

众服务。因为在公立医院，普遍服务费用较低，门诊费用多为 10 至 20 元不等，所以

在工作额外时间，医生群体选择抬高服务费用以快速获取额外收入，对患者而言，互

联网医疗费用较高。实体医院门诊费用较低，医生利益空间小，医药分离之后，收入

减少，医生将互联网医疗视为 VIP 患者的线上通道，增加收入的另一种途径。

（2）医疗保险推进受阻

2017 年 3 月 20 日，银川市人民政府官网发布一则新闻，指出好大夫在线平台的

医保结算系统已正式投入运行，实现医保基金互联网线上结算运营。2018 年 12 月，作

者针对银川人民政府官网的新闻致电银川市社保处，咨询医保运营现状，在访谈过程

中社保处工作人员谈到当前线上医保推进工作受阻。

4.2 互联网医疗监管中存在问题的原因

4.2.1 监管制度不完善

（1）医疗机构、医患准入制度不健全

互联网医疗提供的服务项目容易复制，导致同质化严重，互联网医疗市场激增。

而医疗机构准入机构多散乱的根本原因在于监管部门设置的准入门槛低，并未制定合

理制度对医疗机构进行筛选。银川卫计委当前只在准入前做医生身份认证及执业医师

资格证认证，缺乏有效手段监测医生是否会在诊中被替换，对于非银川本地患者，监

管权限有限，无法要求患者实名制。对于医疗平台允许非实名制患者入驻的问题，并

未予以处罚。

（2）价格指导制度不健全

好大夫在线定价情况也是“千人千样”，从免费到几元乃至上百不等，定价随意，

对医生业余时间提供的服务，目前并没有相关的定价要求。虽然已经有很多城市探索

制定互联网医疗收费体系，但收费标准难统一、报销标准待完善等问题依然存在，在

国家出台收费与报销标准出台之前，好大夫在线医疗服务价格可能依然会呈现“百花

齐放”的业态。互联网医疗收费差异较大，根本原因在于我国尚未制定线上医疗的收

费标准，由医生个人决定价格。

（3）违规诊疗处罚制度不健全

线上诊疗规则不同于线下，医生熟悉实体医院诊疗规则，获取执业医师资格证，

不代表医生掌握线上诊疗规则。医生在线上提供医疗服务，如不熟悉诊疗规则，容易

违规诊断及开具电子处方。其根本原因在于处罚制度不健全，难以引起医生群体重视。

（4）纠纷处理制度不健全

互联网医院管理办法第四章第三十二条指出，已经获取互联网医院牌照的机构，应独立作为法律责任的主体。如互联网医院属于实体医院的线上拓展形式，则由实体

医院作为法律责任的主体。互联网医疗平台的合作各方根据合同承担相应的法律责任。

例如，患者与好大夫在线发生医疗纠纷，应当向银川行政审批中心即登记机关，申请

处理纠纷，患者有权依据法律法规进行追偿。

银川政府与好大夫在线签约，授予好大夫在线互联网医院牌照，如果发生纠纷，

理论上来说，由服务方承担相应责任。在监管方面，原则上是按照属地化管理，由银

川政府进行监管。但事实上，好大夫在线平台是面向全国的，银川政府只能对银川市

民的互联网医疗行为进行负责，除银川市民外的其他患者在好大夫在线发生的互联网

医疗行为，如有纠纷，只能找好大夫在线处理，好大夫在线并未在平台显示纠纷处理

电话，只有邮箱与在线投诉与建议两种途径，纠纷处理结果、处理效果并不透明，无

法有效保护患者权益。线上医疗纠纷处理制度并不健全，包括责任的划分、如何取证、

处理原则缺乏规定。

（5）监管依据不健全

禁止初诊政策依据不健全。首先，在线上诊疗，如何确定病人为复诊病人，依据

是病人自述还是其它凭据，调研中有医生认为，对好大夫在线平台而言，好大夫在线

的复诊病人应当源于好大夫在线所依托的实体医院，全国范围内的其他医院患者至好

大夫在线就诊，应当属于初诊患者，然而国家并未解释复诊定义。互联网医疗管理办

法中提及的常见病和慢性病，医学上有四千多种常见病，界定标准究竟是什么，由谁

来解释，目前缺乏相应细节化法律法规。其次，文中采访的梁主任与林博士均认为禁

止初诊政策导向性正确，但可适当放开适合线上初诊的疾病。通过调查发现，线上禁

止初诊政策执行不佳主要有以下原因，部分医生并不熟悉线上诊疗规则，质疑禁止初

诊政策合理性，且禁止初诊政策并未提及执行细节，加上医患双方医疗信息不对称，

导致医生不易执行、卫计委缺乏监管依据。

4.2.2 监管机构设置不完善

（1）监管力量单薄

卫健委信息监管能力有限，在监管中依靠单方力量力不从心。此外，监管者如果

无法获取与诊疗行为相关的全程数据，无法有效处理线上医疗纠纷。且存在系统数据

库被篡改的风险，监管机构不易取证。数据安全的风险并不完全源于监管存在盲区，

有一定程度源于从业人员的主观因素。对于医护人员和信息技术人员，往往只注重技

术教育，忽略了道德伦理与法制教育。总之，对于信息安全的监管，单靠监管一方的力量并不足够，需法律法规的约束、监管部门有效监管及从业人员教育三者合力出拳。

（2）监管平台不成熟

银川市卫计委于 2018 年 5 月开通智能监管平台对好大夫在线等平台医生的诊疗活

动进行质量把控，监管平台本身具备智能化监管的能力，对于异常医疗行为可及时通

知监管人员；对于数据不完整的业务进行提示；监管平台对诊疗活动的把控有一定作

用，但智能监管平台不足以判断医生在诊疗过程中用语是否规范。

（3）跨地域监管职能划分不明确

一个地处温州的患者如通过好大夫在线平台就诊，对诊疗效果不满意，应该找银

川卫生监管部门为其还是找温州地区卫生监管部门维权亦或是找到医生登记注册的实

体医院，异地医疗行为的管理，会出现管辖冲突、不明确的问题，这些身处灰色地带

的医生和患者，目前并没有政策明确监管权的归属。分离医生个人行为与所在医院的

关系，为监管带来挑战。

4.2.3 医疗机构之间存在利益壁垒，营利目的强

（1）医疗机构之间存在利益壁垒

2018 年 4 月，国务院在促互联网医疗发展意见中提到，加快线上与线下医疗机构

信息共享。对此，笔者采访温州某省级三甲医院信息中心王主任，了解互联网医疗平

台与其他医院实现信息互通共享的可及性。

“线上线下医疗信息互通并不容易实现。第一，因为数据交换的各种问题还是很

多的。第二，在医疗行业里头，公立和民营本身属于两个方面的力量，这两种力

量之间，很难轻易携手。而且说实在的，任何一家公立医院都有上级主管。对吧？

所以你说与互联网医疗平台之间信息互通，其实院长也决定不了这个事情。”

对于互联网医疗平台而言，无法实现和其他医院之间信息共享整合，平台医生将

缺乏判断患者是否符合复诊要求的依据，进而无法按照国家要求实现平台用于复诊的

功能。线上线下医疗信息不互通，不利于医生进行诊断及开具电子处方，容易造成重

复给药。但站在公立医院角度，公立医院普遍对企业从事医疗核心行业缺乏信任，由

于好大夫在线的企业性质，开放数据库进行对接弊大于利，大数据开发存在数据被盗

用售卖的风险，无法保障本院患者的隐私信息。再者医疗机构本身对医疗数据的分享

比较保守，好大夫在线与线下医院之间的信息壁垒其本质是行政壁垒及利益壁垒，实

现信息互通需从根本上打破壁垒，解决利益矛盾，消除行政区划限制。

（2）医疗企业营利目的强

好大夫在线创始人王航表示，好大夫在线想要规模化盈利，轻问诊必须转向重问

诊，并向线上诊疗深化。好大夫在线属于互联网医疗企业，企业以盈利为主，互联网

医疗的本质是医疗，医疗是一门严肃的学科，由企业主导互联网医疗行业，亦背离医

疗公益性的初衷。好大夫在线为了盈利，于 2016 年关掉不盈利的业务，积极转型。

备诊疗资质后，平台的盈利主要从患者诊金和治疗费用中抽成。如果好大夫在线严格

遵守卫健委以复诊为核心的发展模式，缩短服务半径，减小服务范围，将丢失寻求线

上诊断的病人流量，很难获得足够的用户来支撑其发展。卫计委对好大夫在线平台功

能的定义，即以常见病、慢性病复查为主要功能，这与好大夫在线对盈利需转向重问

诊的观念是背道而驰的，根本原因在于企业盈利目的强。

4.2.4 技术不成熟，医保基金池压力较大

银川市医保处工作人员针对医保无法融入线上医疗的问题提到：

其实好大夫在线当前并没有纳入医保，都是自费。因为互联网医疗缺乏面对面这

个环节就无法刷医保卡，我们需要解决医保卡脱卡支付的问题。

互联网医疗的医保主要由挂号问诊及电子处方两大块组成，不涉及检查，使医保

报销并不像线下医院那样复杂，另外互联网医疗医保保险额度限定的政策，有效降低

医保基金的风险，但互联网医保的进展并不顺利。

医保工作进展受阻主要源于技术与成本两大原因，技术层面源于脱卡支付技术并

不成熟，成本方面源于医保资金池压力大，据 2017 及 2018 年银川市及本市级医保基

金预算执行情况显示（如表 4-2 所示），近两年来，银川城乡居民基本医疗保险基金

收支结余分别为- 27161 及- 10678 万元。面临结余比例偏低、支出增长率超过收入增长

率的问题，如让互联网医疗接入医保，以后可能存在较大的资金缺口。目前医保需要

覆盖的面较多，例如门诊大病与护理康复。面对日益萎缩和老龄化的劳动力，医保资

金池压力较大，不易大规模覆盖互联网医疗各种服务项目。除上述原因外，还有以下

三方面因素阻碍医保工作推动。第一，医保处方需要由签订医保服务协议的医生开具，

目前全国已签订医保服务协议的医生并未联网，查不到相关信息，鉴于配套设施的缺

失，医保中心只能认可当地医生开具的电子处方。第二，病人如不选择线上药房直邮，

持电子处方去线下药房购药，需要确保电子处方的真实性，当前电子处方并无防伪标

志。第三，如果病人在线下通过医保已经买了治疗高血压的药，在线上出具线下诊断，

并未出示用药情况，那么线上医生又开出相同药物，平台和医保处无法控制病人的药

量，治疗同种病相似的药需要注意药物超量，部分病人会找不同的医生开同样的药物，

线上线下尚未实现一体化，容易出现电子处方医保审查不到位的情况。

4.1 互联网医疗监管存在的问题

4.1.1 诊前：准入机构多散乱，信息不对称

（1）准入机构多散乱

不管是患者还是医生，对互联网医疗均有实际需求和呼声，在双方的需求和国家

政策的鼓励下，实体医院开始在母医院基础上建立互联网医院子医院。除此之外，越

来越多的非医疗行业创业者，纷纷进入互联网医疗领域，截止 2018 年底，互联网医疗

平台多达 2000 个，市场规模持续扩大，如图 4-1 所示。入驻互联网医疗的主体多且杂，

容易成为莆田系医院的一方沃土。企业和投资商入驻互联网医疗，其本质是医生资源

的争夺。互联网医疗平台之间服务缺乏特色，并无太大区别，服务模式被其他平台模

仿复制。由于医生资源有限，各大互联网医疗企业提供的线上服务项目同质化严重，

大多未找到盈利模式。同一个医生，除了在好大夫在线上岗、还有可能在平安好医生、

微医、自己注册执业医的本院线上平台等多重互联网医疗平台执业，对于医生本身而

言，选一个安全可靠的互联网医疗平台可有效提高医院和个人声誉，而管理制度不齐

全、利益熏心的平台，会影响医生乃至医生所在医院的声誉，医生面对众多服务功能

类似的互联网医疗平台，难以抉择。

准入机构与国家对互联网医疗功能定位不一致。卫计委对好大夫这类平台的定义

是用来实现分级诊疗的工具，进行常见病、慢性病复查，而好大夫在线偏向商业化经

营，服务范围主要偏向重问诊。

（2）医患身份信息不对称

好大夫在线有专业的运营团队负责医生资质审核，对于每一位开通网站的医生，

都会人工与医生所在医院的科室进行核实，确保医生信息属实，同时会有专人在卫计

委官网查验医生的《执业医师资格证》，核对医师资格及执业地点。另外，好大夫在

线还设有专门的团队对医生的执业信息进行动态核实，出现变更时及时更新。虽然好

大夫在线平台上的医生资质真实有效，每位医生都标注了所属医院、职称职务及咨询

专业范围，但由于平台系统缺乏人脸面部校验，无法确保网站上公示的医生与为患者

提供互联网服务的医生为同一个人。作者从事互联网医疗工作，参与观察中发现，不

乏优质正副高级医生临床事务繁忙且收费高昂，让初级及中级医生帮忙刷单，为患者

看病。如何杜绝高年资医生将自己的登陆端口给低年资医生，让其帮忙代笔看病，是监管需要考虑的重要内容。

好大夫在线并未要求患者实名认证，任何人均可以使用微信登陆或手机号注册登

陆，好大夫在线缺乏患者身份识别机制。手机端患者可以上传本人、家庭成员、亲戚、

朋友及其他任何人的医疗信息进行就诊，患者信息缺失，无法确保检查资料是否归属

手机端本人，导致医生无法提供精确的医疗服务，如果发生医疗纠纷，责任无法划分。

（3）医疗信息不对称

国发[2015]40 号指出互联网医疗应当将开展疾病复查作为主要工作任务，这意味

着医生在好大夫在线开展诊疗工作的关键即对患者既往就诊信息进行判断，如病人为

初诊患者，医生将终止医疗服务。由于在基础设施建设方面，我国并未实现医疗机构

之间信息互通，医生无法通过数据桥接获取病人既往就诊史，医生多通过患者自述途

径判断病人是否为复查病人，但这种途径并不可靠，医生缺乏有效路径确认患者是否

真的有在其他医院就诊过，另外多数患者受学历、缺乏医学专业相关知识等因素影响，

无法准确阐述疾病名称，不明确自身历史用药情况。互联网医疗平台与线下医院之间

由于信息壁垒，医生与患者双方存在信息不对称的现象，患者医疗信息不详实、检验

结果无法共享，医生缺乏有效信息支撑，难以展开互联网诊疗工作，患者就诊体验较

差。互联网医疗平台如与线下医院信息不互通，不利于医生全面掌握患者病情，诊断

开具处方等诊疗行为均受影响，在购药方面线上线下信息不互通，不易控制病人的药

量，容易导致治疗同种病相似的药物超量。

4.1.2 诊中：诊疗流程不规范

（1）禁止初诊患者执行力度差

2018 年 4 月，卫计委颁布新规，其中明确规定通过网络可以对慢性病、常见病进

行复诊并开具电子处方，但一律禁止医生通过互联网对初诊病人进行诊断。

作者对好大夫在线的林博士进行访谈，笔者就“互联网医疗禁止初诊”向林博士

探讨该政策是否科学有效。

“还有这样的政策吗？国家考虑到首诊安全，建议还是以面对面诊疗为主。严格

来说初诊的确不合适，没有辅助检查，看不到病人的实际情况，没有相关检查和

数值，无法判断。但是按照发展趋势来说，初诊早晚都会放开。”

作者又针对互联网上禁止初诊这一政策咨询了温州某三甲医院梁姓主任医生，教

授，博士生导师，同时也是好大夫在线医生。

“我并不清楚有这一政策，但是禁止在网上初诊做的是对的。可能有些皮肤病的

确是能结合视频或图片去下诊断，建议还是要分类，部分疾病适合互联网上去诊

断，部分并不适合。互联网医疗，我个人更倾向用于咨询，确定性的诊断和治疗

不适合在互联网平台上去做，毕竟依据不强。”

首先，对好大夫在线端的 5 名资深医生进行访谈，发现其中有 3 个医生并不清楚

禁止线上初诊相关政策，医生具备医生资格证书，不代表医生具备线上诊断的能力，

互联网诊疗还需医生学习掌握互联网医疗相关政策。当前好大夫在线仅要求医生群体

通过医生执业证书的验证，对线上诊疗规则的掌握并无要求。其次，好大夫在线平台

并没有强制要求病人上传既往资料，平台仅在患者就诊时提示“本次咨询的疾病去医

院就诊过吗？曾经的就诊经历，是给医生的重要参考”，如本次咨询的疾病没有就诊

过，依旧可以继续咨询，医生环节和平台环节并未按照国家要求禁止网上初诊。

（2）电子病历缺失

病历作为诊疗活动的一种记录形式，应由医务人员分析、记录、整理，应当符合

完整、规范、真实客观的要求。电子病历必须使用医学术语，确保语句通顺，符合逻

辑，记录完全，具备接诊医生签名。

在对患者的调查中，发现患者指出在既往线上就诊经历中，医生回复规范性欠佳。

且当前互联网医疗平台仅具备问诊记录，缺乏规范的电子病历记录形式。在医疗平台

全部订单版块， 缺乏电子病历版块。

（3）违规开具电子处方

当前对于电子处方的监管制度相对完善，医生开具电子处方，经由互联网医疗平

台药师审核诊断与药物是否匹配，审核通过后药师电子签章，药师资格和医生已通过

银川审批局审核备案，每一张电子处方均由银川卫计委与好大夫在线专家委员会共同

监管。

但依旧存在违规开具电子处方的情况。2018 年 7 月 31 日，上海某三甲医院主治医

生在患者尚未提交既往病史的情况下，作为初诊患者，医生仅根据患者文字描述，为

患者诊断疾病，并开具电子处方，当病人回复手持电子处方在线下药房无法买药，医

生提醒可通过好大夫在线直接付费快递邮寄。

国务院于 2018 年 4 月在促互联网医疗健康红头文件中指出，互联网医疗允许用于

常见病、慢性病的复诊，在掌握患者病历资料后，允许开具电子处方。银川卫计委明

确指出，医生缺乏足够信息支撑判断，不能做出诊疗行为。患者缺乏线下实体医院就

诊经历，属于首诊患者，医生依旧为其开具电子处方。该医生具备足够的互联网医疗

经验，截止 2018 年 7 月，已为 2166 名患者就诊。药师审核电子处方仅能看到患者诊

断与年龄、姓名等基础信息，电子病历暂未对药师开放，药师仅判读诊断与电子处方

是否相匹配，药物剂量是否合理。

4.1.3 诊后：患者隐私暴露，医疗纠纷责任认定困难

（1）患者数据安全挑战

保障患者医疗信息安全，可促进互联网医疗发展。然而，监管措施不到位或线上

医疗企业员工安全意识不足可能导致患者问诊信息及身份信息的泄露。针对患者身份

注册信息和问诊记录等相关隐私数据的信息安全监管，可进一步规范互联网医疗平台。

好大夫在线平台发布如下免责声明，患者与医生的问诊记录，属于平台与医患三方共

有，平台有权限使用相关内容。如果担心咨询内容泄露，需与医生协商，在医生同意

的情况下，由平台管理员设置隐藏。此声明属于患者与好大夫签署的协议之一。

一方面，以上声明意味着好大夫在线有权单独将患者信息用于其他用途，患者隐

私并未得到合理保证，除非患者主动向医生提出申请，可将个人信息设为隐私状态。

另一方面，作为患者不易注意到好大夫在线的免责声明，此免责声明难以引起患者重

视。

2017 年 5 月，智慧银川大数据中心二期封顶，所有互联网医疗平台运营数据必须

存储在智慧银川大数据中心，且向政府监管中心接口，接受实时监管，其中包括好大

夫在线。作者根据智能监管平台对数据安全监管的有效性咨询了温州某省级三甲医院

信息中心王主任。

“监管是管理的一种意图，主要是防止互联网医疗企业出现动作的偏差。通过这

种监管手段并不能完全保证防止数据的泄露，肯定是没有办法完全杜绝的。”

从访谈内容得出，政府监管平台并不能完全杜绝容数据存在被篡改、丢失、泄露

等不完整性风险。

（2）医患管辖权归属冲突

互联网医疗平台对于医疗纠纷的处理比较麻烦和模糊，虽然国家已经出台互联网

医疗管理办法，但互联网医疗平台不像实体医院具有具体的组织监管和控制，监管相

对松散，管理容易出现空缺，不能达到实际的监管目的。

如果好大夫在线平台上的医生注册点不在银川，究竟是由银川政府去监管还是归

医生注册点所在地卫计委管辖亦或是好大夫平台管辖，这涉及到虚拟互联网医院的监

管。笔者对银川卫计委工作人员进行访谈，该工作人员提到：

“只要跟银川发生相关诊疗行为的我们都会监管，如果是在银川以外的诊疗行为，

这些患者和医生，我们是无法监管的。因为好大夫在线这个平台不单单是为银川设计

的，好多国内的大医院都可以用。”

（3）纠纷责任认定困难

好大夫在线平台方便患者精准找到大医院的医生，省去长途跋涉之苦，为患者节

约了旅途费用、住宿费用等，又能面见名医，但如同线下实体医院，纠纷不可避免。

因医生利用碎片时间进行就诊，医生的就诊场地可能是嘈杂的车上、信号较差的家中，

就诊场地不尽人意，使得线上医疗服务被中断、视频不清晰、语音不顺畅，这些都是

目前我国法律的空白点，并无相应法律或政策对诊疗技术设备标准和诊疗场地进行规范。因为医生利用私人空闲时间进行互联网诊疗活动，如遇上医生临床较忙的情况，

部分付费患者不能及时得到回应或有可能得到医生应付性的回应，这将降低患者满意

度。

在好大夫在线平台上，查看患者对医生的评价，发现患者有以下抱怨:

1.（微整容患者）视频的时候大夫在车上光线强烈，看的不清楚，只用了十二分

钟，我还没说完就挂电话了；

2.付了 280 元的视频挂号费，医生推荐我去没听说过的美容医院，我不同意，医

生立马说，那你退出视频吧，把钱退了。但是没人联系我，之前的客服电话也打不通；

3.医生几句话就打发我了；

4.医生说视频看不清，不如照片来的确切，没有给出实质性的意见，说还要去面

诊（远程视频费用价格高）；

5.虽然医生耐心的解释了病情，但远程视频信号不好，影响看病；

6.焦医生态度不好，草草了事，对患者沟通过于简单粗暴。名声在外，令人失望；

7.好大夫在线说给我会诊报告，但电话好大夫在线不接，微信也不回复；

8.医生工作环境不太好，易受外界干扰；

9.医生比较忙，感觉整个视频看病过程，医生都是匆匆忙忙，说话还有口音，加

上药名生僻，听不明白，对药物副作用也没有详细交代。

好大夫在线在官网页脚设置了免责声明。指出以线下实体医院的面对面诊断为主，

线上医生给的建议不具备替代线下医院就诊的作用。医生及其他网友的言行，不等同

于平台行为，不意味着平台认可同意。请仔细阅读，该平台不承担由此产生的法律责

任。好大夫在线平台明确表示患者，如发生纠纷行为，好大夫在线可作出调节，但不

对调处结果承担相应法律责任。这样的声明往往被患者忽视，如发生医疗纠纷，并无

专业机构进行调解与追责。

4.1.4 诊疗全程：支付体系不健全

（1）线上收费随意

由于医疗资源的不对称，互联网医疗可有效满足患者需求，平台的服务形式多种

多样。但好大夫互联网医院的服务费用相差价格根据就诊医生所在医院、职称，差异

巨大：1）免费的义诊服务；2）极速问诊版块：二甲医院医院主治医生极速图文服务

只需 9 元，极速电话 19.9 元，三甲医院主治医生极速图文 19 元，极速电话 29.9 元，

其中极速电话由医助对症推荐；3）图文问诊，价格从 10 元以下到 700 元不等；4）远

程视频门诊费用从 239 元至 2180 元每 15 分钟不等；5）预约手术（不含手术费）：手

术预约费从 100 元到 2800 元不等；6）名医电话：20 元每 10 分钟到 500 元每 10 分钟

不等。大部分三甲医院主任医师的服务费非常昂贵，堪比大城市私立医院 VIP 门诊费

用，加重偏远地区患者经济负担。而且，大多数线上诊疗并不属于医保范畴，只有少

数患者可自行承担。尚未真正与医保对接，无法覆盖大部分人群，由市场决定只为小

众服务。因为在公立医院，普遍服务费用较低，门诊费用多为 10 至 20 元不等，所以

在工作额外时间，医生群体选择抬高服务费用以快速获取额外收入，对患者而言，互

联网医疗费用较高。实体医院门诊费用较低，医生利益空间小，医药分离之后，收入

减少，医生将互联网医疗视为 VIP 患者的线上通道，增加收入的另一种途径。

（2）医疗保险推进受阻

2017 年 3 月 20 日，银川市人民政府官网发布一则新闻，指出好大夫在线平台的

医保结算系统已正式投入运行，实现医保基金互联网线上结算运营。2018 年 12 月，作

者针对银川人民政府官网的新闻致电银川市社保处，咨询医保运营现状，在访谈过程

中社保处工作人员谈到当前线上医保推进工作受阻。

4.2 互联网医疗监管中存在问题的原因

4.2.1 监管制度不完善

（1）医疗机构、医患准入制度不健全

互联网医疗提供的服务项目容易复制，导致同质化严重，互联网医疗市场激增。

而医疗机构准入机构多散乱的根本原因在于监管部门设置的准入门槛低，并未制定合

理制度对医疗机构进行筛选。银川卫计委当前只在准入前做医生身份认证及执业医师

资格证认证，缺乏有效手段监测医生是否会在诊中被替换，对于非银川本地患者，监

管权限有限，无法要求患者实名制。对于医疗平台允许非实名制患者入驻的问题，并

未予以处罚。

（2）价格指导制度不健全

好大夫在线定价情况也是“千人千样”，从免费到几元乃至上百不等，定价随意，

对医生业余时间提供的服务，目前并没有相关的定价要求。虽然已经有很多城市探索

制定互联网医疗收费体系，但收费标准难统一、报销标准待完善等问题依然存在，在

国家出台收费与报销标准出台之前，好大夫在线医疗服务价格可能依然会呈现“百花

齐放”的业态。互联网医疗收费差异较大，根本原因在于我国尚未制定线上医疗的收

费标准，由医生个人决定价格。

（3）违规诊疗处罚制度不健全

线上诊疗规则不同于线下，医生熟悉实体医院诊疗规则，获取执业医师资格证，

不代表医生掌握线上诊疗规则。医生在线上提供医疗服务，如不熟悉诊疗规则，容易

违规诊断及开具电子处方。其根本原因在于处罚制度不健全，难以引起医生群体重视。

（4）纠纷处理制度不健全

互联网医院管理办法第四章第三十二条指出，已经获取互联网医院牌照的机构，应独立作为法律责任的主体。如互联网医院属于实体医院的线上拓展形式，则由实体

医院作为法律责任的主体。互联网医疗平台的合作各方根据合同承担相应的法律责任。

例如，患者与好大夫在线发生医疗纠纷，应当向银川行政审批中心即登记机关，申请

处理纠纷，患者有权依据法律法规进行追偿。

银川政府与好大夫在线签约，授予好大夫在线互联网医院牌照，如果发生纠纷，

理论上来说，由服务方承担相应责任。在监管方面，原则上是按照属地化管理，由银

川政府进行监管。但事实上，好大夫在线平台是面向全国的，银川政府只能对银川市

民的互联网医疗行为进行负责，除银川市民外的其他患者在好大夫在线发生的互联网

医疗行为，如有纠纷，只能找好大夫在线处理，好大夫在线并未在平台显示纠纷处理

电话，只有邮箱与在线投诉与建议两种途径，纠纷处理结果、处理效果并不透明，无

法有效保护患者权益。线上医疗纠纷处理制度并不健全，包括责任的划分、如何取证、

处理原则缺乏规定。

（5）监管依据不健全

禁止初诊政策依据不健全。首先，在线上诊疗，如何确定病人为复诊病人，依据

是病人自述还是其它凭据，调研中有医生认为，对好大夫在线平台而言，好大夫在线

的复诊病人应当源于好大夫在线所依托的实体医院，全国范围内的其他医院患者至好

大夫在线就诊，应当属于初诊患者，然而国家并未解释复诊定义。互联网医疗管理办

法中提及的常见病和慢性病，医学上有四千多种常见病，界定标准究竟是什么，由谁

来解释，目前缺乏相应细节化法律法规。其次，文中采访的梁主任与林博士均认为禁

止初诊政策导向性正确，但可适当放开适合线上初诊的疾病。通过调查发现，线上禁

止初诊政策执行不佳主要有以下原因，部分医生并不熟悉线上诊疗规则，质疑禁止初

诊政策合理性，且禁止初诊政策并未提及执行细节，加上医患双方医疗信息不对称，

导致医生不易执行、卫计委缺乏监管依据。

4.2.2 监管机构设置不完善

（1）监管力量单薄

卫健委信息监管能力有限，在监管中依靠单方力量力不从心。此外，监管者如果

无法获取与诊疗行为相关的全程数据，无法有效处理线上医疗纠纷。且存在系统数据

库被篡改的风险，监管机构不易取证。数据安全的风险并不完全源于监管存在盲区，

有一定程度源于从业人员的主观因素。对于医护人员和信息技术人员，往往只注重技

术教育，忽略了道德伦理与法制教育。总之，对于信息安全的监管，单靠监管一方的力量并不足够，需法律法规的约束、监管部门有效监管及从业人员教育三者合力出拳。

（2）监管平台不成熟

银川市卫计委于 2018 年 5 月开通智能监管平台对好大夫在线等平台医生的诊疗活

动进行质量把控，监管平台本身具备智能化监管的能力，对于异常医疗行为可及时通

知监管人员；对于数据不完整的业务进行提示；监管平台对诊疗活动的把控有一定作

用，但智能监管平台不足以判断医生在诊疗过程中用语是否规范。

（3）跨地域监管职能划分不明确

一个地处温州的患者如通过好大夫在线平台就诊，对诊疗效果不满意，应该找银

川卫生监管部门为其还是找温州地区卫生监管部门维权亦或是找到医生登记注册的实

体医院，异地医疗行为的管理，会出现管辖冲突、不明确的问题，这些身处灰色地带

的医生和患者，目前并没有政策明确监管权的归属。分离医生个人行为与所在医院的

关系，为监管带来挑战。

4.2.3 医疗机构之间存在利益壁垒，营利目的强

（1）医疗机构之间存在利益壁垒

2018 年 4 月，国务院在促互联网医疗发展意见中提到，加快线上与线下医疗机构

信息共享。对此，笔者采访温州某省级三甲医院信息中心王主任，了解互联网医疗平

台与其他医院实现信息互通共享的可及性。

“线上线下医疗信息互通并不容易实现。第一，因为数据交换的各种问题还是很

多的。第二，在医疗行业里头，公立和民营本身属于两个方面的力量，这两种力

量之间，很难轻易携手。而且说实在的，任何一家公立医院都有上级主管。对吧？

所以你说与互联网医疗平台之间信息互通，其实院长也决定不了这个事情。”

对于互联网医疗平台而言，无法实现和其他医院之间信息共享整合，平台医生将

缺乏判断患者是否符合复诊要求的依据，进而无法按照国家要求实现平台用于复诊的

功能。线上线下医疗信息不互通，不利于医生进行诊断及开具电子处方，容易造成重

复给药。但站在公立医院角度，公立医院普遍对企业从事医疗核心行业缺乏信任，由

于好大夫在线的企业性质，开放数据库进行对接弊大于利，大数据开发存在数据被盗

用售卖的风险，无法保障本院患者的隐私信息。再者医疗机构本身对医疗数据的分享

比较保守，好大夫在线与线下医院之间的信息壁垒其本质是行政壁垒及利益壁垒，实

现信息互通需从根本上打破壁垒，解决利益矛盾，消除行政区划限制。

（2）医疗企业营利目的强

好大夫在线创始人王航表示，好大夫在线想要规模化盈利，轻问诊必须转向重问

诊，并向线上诊疗深化。好大夫在线属于互联网医疗企业，企业以盈利为主，互联网

医疗的本质是医疗，医疗是一门严肃的学科，由企业主导互联网医疗行业，亦背离医

疗公益性的初衷。好大夫在线为了盈利，于 2016 年关掉不盈利的业务，积极转型。

备诊疗资质后，平台的盈利主要从患者诊金和治疗费用中抽成。如果好大夫在线严格

遵守卫健委以复诊为核心的发展模式，缩短服务半径，减小服务范围，将丢失寻求线

上诊断的病人流量，很难获得足够的用户来支撑其发展。卫计委对好大夫在线平台功

能的定义，即以常见病、慢性病复查为主要功能，这与好大夫在线对盈利需转向重问

诊的观念是背道而驰的，根本原因在于企业盈利目的强。

4.2.4 技术不成熟，医保基金池压力较大

银川市医保处工作人员针对医保无法融入线上医疗的问题提到：

其实好大夫在线当前并没有纳入医保，都是自费。因为互联网医疗缺乏面对面这

个环节就无法刷医保卡，我们需要解决医保卡脱卡支付的问题。

互联网医疗的医保主要由挂号问诊及电子处方两大块组成，不涉及检查，使医保

报销并不像线下医院那样复杂，另外互联网医疗医保保险额度限定的政策，有效降低

医保基金的风险，但互联网医保的进展并不顺利。

医保工作进展受阻主要源于技术与成本两大原因，技术层面源于脱卡支付技术并

不成熟，成本方面源于医保资金池压力大，据 2017 及 2018 年银川市及本市级医保基

金预算执行情况显示（如表 4-2 所示），近两年来，银川城乡居民基本医疗保险基金

收支结余分别为- 27161 及- 10678 万元。面临结余比例偏低、支出增长率超过收入增长

率的问题，如让互联网医疗接入医保，以后可能存在较大的资金缺口。目前医保需要

覆盖的面较多，例如门诊大病与护理康复。面对日益萎缩和老龄化的劳动力，医保资

金池压力较大，不易大规模覆盖互联网医疗各种服务项目。除上述原因外，还有以下

三方面因素阻碍医保工作推动。第一，医保处方需要由签订医保服务协议的医生开具，

目前全国已签订医保服务协议的医生并未联网，查不到相关信息，鉴于配套设施的缺

失，医保中心只能认可当地医生开具的电子处方。第二，病人如不选择线上药房直邮，

持电子处方去线下药房购药，需要确保电子处方的真实性，当前电子处方并无防伪标

志。第三，如果病人在线下通过医保已经买了治疗高血压的药，在线上出具线下诊断，

并未出示用药情况，那么线上医生又开出相同药物，平台和医保处无法控制病人的药

量，治疗同种病相似的药需要注意药物超量，部分病人会找不同的医生开同样的药物，

线上线下尚未实现一体化，容易出现电子处方医保审查不到位的情况。

1. 待在家里的规定限制了人们外出，这增加了健康管理的难度，特别是慢性病管理。有发热门诊的医院要求医务人员参与新冠肺炎防控和治疗，减少了对其他疾病的关注。事实上，在新冠肺炎大爆发的城市，慢性病的管理已经成为一个关键问题。？？？？

**一、非裔美国人互联网用户使用电子保健:**

**新工具能解决旧的差距吗?**

1、有证据表明：患有慢性病或长期疾病者、残疾人更有可能去卫生机构就诊，

2、研究发现在电子卫生信息获取行为上存在显著差异

在非裔美国互联网用户中，这些差异是主要的

与个人和家庭健康问题和经历有关。

3、社会弱势群体，包括社会经济地位较低的群体

群体和少数群体不太可能寻求保健信息

原因包括沟通不平等，不信任

医学界，以及获得护理方面的不平等。

4、那些曾经被帮助过或知道的人

那些从网上健康信息中得到帮助的人是

在网上搜索或跟踪症状的可能性增加了五倍以上

在网上进行互动健康活动()的可能性增加了8倍以上。

5、在线卫生资源可以通过社会扩大其受众

基于网络的营销活动。

与在线健康信息进行互动或社会互动

与个人及家庭健康状况高度相关。

6、研究发现，女性更倾向于进行电子保健

二、COVID-19和美国医疗保险难题

1、COVID-19大流行的破坏性影响消失了

远远超出公共卫生范畴;许多行业都停滞不前

全世界的失业率都在上升

经济正接近最严重的生活衰退

2、在美国，医疗保险是很大的

由雇主和超过3000万人提供

在过去两个月里申请失业，

这样的衰退可能会导致前所未有的资金激增

没有保险或保险不足的人。

3、驱动

个人医疗保健成本甚至更高

当病人的支付能力严重受损时。

美国没有医疗保险的病人的选择

是稀缺的。一些公司和慈善机构正在斗争

改善了医疗保险的获得，但大幅度增加

自付医疗费用可能会导致很多

病人破产。

三、在COVID-19大流行期间，将远程保健作为农村医院的一种工具

响应

1. 准备和培训:尽可能多地了解这个系统，它的需求，以及

的期望。探索员工的看法和角色，以解决之前关注的问题和障碍

实现。中心医院和支线医院之间的实地访问有助于了解

地方文化和制度问题。采访对现场工作人员进行了直接和间接的采访

远程保健应对COVID-19

参与到服务中来，让每个人都参与进来，预测潜在的障碍。

对团队进行新系统的培训，寻求反馈，并尽可能多地将其纳入其中

可能的。

2. 标准化和加速认证:认证延迟实施，并且

有时，医生可能会惊讶于他们缺乏处方特权或电子处方

健康记录(EHR)访问。标准化流程并使用测试保持模拟会话

确保患者在第一次轮班前获得完整的通路和功能。

3.技术:远程医疗的一个基本原则是使用最简单的技术来实现

的需要。多种产品提供了兼容hipa的同步技术

通过电子病历、在线平台或智能手机进行视频会议访问。我们有

发现的基本系统在大多数临床情况下是足够的。如果额外的物理

检查是需要的，有现场提供者或更高技术的设备

听诊可能是合适的。大多数医院会面都可以通过一个

智能手机视频连接，这是他们口袋里最容易携带的应用程序。虽然

应该考虑到HIPPA的遵守，卫生系统已经给予临时豁免

使用标准视频会议平台(如Skype、FaceTime)

大流行。无论使用何种技术，都要有一个备份计划。如果某样东西可能失败，它

会的。

4. 宽带:拥有无限数据的宽带能力是至关重要的。

与本地资讯科技支援部门沟通，以确保有足够的互联网

在所有病人和提供者的位置连接。如果提供者在家工作，进行测试

Internet连接速度，并确保它将支持您的系统。

5. 反馈和快速改进:来自前线员工的输入在一个两端

远程保健方案至关重要。在部署和地址的几天后收集反馈

问题很快。使用计划-做-学习-行动的方法来快速提高质量。

四、“新冠肺炎大流行期间的互联网医院+药物输送平台:观察性研究”

药物输送IHDD：

1. 虽然网络医院的便利性和无所不在使其成为一种很有前途的途径，通过它可以克服患者和医生之间的地理限制，但在患者和他们的处方药物之间仍然存在一个“社会距离”障碍。
2. 网络处方科室排名前5位的是感染性疾病(572,41.4%)、肾脏病(264,19.1%)、内分泌科(145,10.5%)、心血管病(107,7.8%)和神经内科(42,3%)。感染性疾病和神经病学的患者中，大多数选择了药物输送服务，而其他诊断的患者中，大多数倾向于取药
3. 传统的网络医院要求患者去医院或药店买药，在疫情期间可能会引起更多的感染。药物拾取过程可能增加急性感染性疾病的风险，特别是对免疫系统抑制或残疾的患者，这可能导致严重的健康恶化。另一方面，市外和省外的患者可能难以找到他们需要的确切处方药物，因为这些药物可能在当地的医院和药店无法买到。
4. 这可能是由于公众接受程度的差异。老年人口通常需要更多的时间来熟悉IHDD的操作。
5. 待在家里的规定限制了人们外出，这增加了健康管理的难度，特别是慢性病管理。有发热门诊的医院要求医务人员参与新冠肺炎防控和治疗，减少了对其他疾病的关注。事实上，在新冠肺炎大爆发的城市，慢性病的管理已经成为一个关键问题。？？？？

6、IHDD配送排名前10位的省份主要集中在东北、东部和中部地区。原因之一是这些地区是经济相对发达的地区，他们的居民受过高等教育，这确保他们更好地了解IHDD的好处。

7、药物传递的安全性。

医院选择了声誉良好的配送服务公司作为合作伙伴。顺丰快递作为行业领跑者，是第一家同时与药企和医院合作的物流公司。环境温度和冷链药物运输有着悠久的历史。

一旦患者下了订单，一个跟踪号码就会通过短信发送到他们的手机上。药物的处理信息被自动更新并发送给患者。快递员将药品放入客户指定的储物柜，这些储物柜通常离患者住所很近，这样患者就可以使用随机密码获取药品。这一过程可有效减少病毒传播，同时为患者提供方便。

将从制造商的仓库发货。这将减轻医院药店的巨大压力，并减少交通费用。

1. 新的医院-制造商-病人运输模式需要进一步评估。
2. 在IHDD的业务流程和管理方面，还需要有正式的规章制度。
3. 支持健康保险计划决策的网络工具的传播(展示健康计划):横断面观察研究
4. 研究表明，收入较高的人群在做出健康保险计划决定时，可能更有可能寻求信息和在线帮助。
5. 基于网络的资源可能是一种有效的方式来补充个人对学习健康保险和计划选择的帮助。网络支持可能特别重要，因为它能够接触到的弱势群体很少能够亲自接触到，或者那些需要更多指导而不能通过面对面会议实现的群体;在线工具可促进这些群体的卫生公平[13,14]。然而，开发和传播网上资源不同于亲自支助讲习班，可能需要有系统的传播和实施计划，以接触目标人群。
6. 为了进行分析，收集了人口统计信息，包括年龄、性别、收入、联邦贫困水平、慢性病数量和居住县。在分析期间，在传播阶段的用户被分为两组:开始使用工具但未完成所有部分的用户(即开始组)，而完成工具组定义为完成工具并看到其健康保险计划选项的用户。
7. 在传播阶段，来自圣路易斯市或县的SMHP用户比来自密苏里州其他县的SMHP用户花费更多的时间在工具上(Wilcoxon Rank Sum |Z|近似=2.01,P=.04);在RCT组中未观察到这种关联。年龄(r =。24, P<.001)与两期SMHP总使用时间呈正相关;然而，它与在RCT阶段使用SMHP的总时间有更强的正相关(r=.32,P<.001)。慢性疾病的数量只与在RCT阶段使用SMHP的总时间呈正相关(r=。23日,P = .003)。
8. 与RCT阶段相比，传播工具用户的收入水平显著提高，说明收入较高的人群在做出健康保险计划决策时，可能更倾向于寻求信息和在线帮助。阻碍低收入人群寻求在线保险帮助的障碍可能是上网时间有限、缺乏在线寻找信息的兴趣、对工具缺乏熟悉程度或不舒服在网上输入个人信息[27-29]。为了更好地将该工具传播给更多的目标受众，并提高其知名度，未来的工作可以将工具信息纳入其他辅助程序和网站。
9. 在传播阶段，只有少数SMHP用户填写了他们的个人和家庭信息，并审查了最后的医疗保险计划建议。这可能表明人们不愿在网上公开个人健康信息。研究发现，人们感知到的健康信息敏感性会影响其披露健康信息的意愿。当感知到的利益大于感知到的风险时，在线用户选择分享私人信息[32,33]。

7、低完成率也可能与SMHP用户当前的保险状况有关。例如，在2016年周期中已经注册健康保险的SMHP用户可能已经完成了教育部分，以了解更多关于健康保险的信息。在这种情况下，资格和您的计划部分与这些用户不相关。此外，密苏里州以外的用户不会从成本计算器中受益，这是密苏里计划特有的;这可能解释了为什么有些用户没有完成该工具。