

互联网诊疗 高质量发展调研报告

发布机构 | 八点健闻

研究团队 | 健闻智库

国家卫生健康委卫生发展研究中心黄二丹团队

上海交通大学医学院“荣昶·博医”卓越医学生培养计划团队

公益支持 | 京东健康



● ● FOREWORD

前言

根据中国互联网络信息中心(CNNIC)发布的第51次《中国互联网络发展状况统计报告》，截至2022年12月，我国互联网医疗用户规模达3.63亿，占网民整体的34.0%。另据统计，截至2022年6月，全国已审批设置了1700余家互联网医院，初步形成线上线下一体化的医疗服务体系。

互联网诊疗的兴起和发展，是技术、市场与政策合力的结果。随着移动互联网的普及和医疗卫生信息化的推进，互联网诊疗应运而生。2018年，《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》《互联网诊疗管理办法（试行）》和《互联网医院管理办法（试行）》等文件的出台，则在政策层面为互联网诊疗正式打开了“绿灯”，并初步构建起行业规范。

2020-2022年新冠疫情期间，线下就医不同程度受限，互联网诊疗获得广泛重视，行业规模迅速扩大。得益于市场需求的推动和政策的规范，互联网诊疗的业态不断成熟，在医疗体系中的价值也逐渐凸显。部分适宜线上就诊的患者转移到互联网诊疗平台，不仅可以避免线下就诊中的诸多不便，改善就医体验，还有利于推动分级诊疗、优化医疗资源配置，为满足人民群众不断增长的健康需求提供更丰富的选项。

本次“互联网诊疗高质量发展调研”的由头和起点，是2022年2月国家卫生健康委发布《互联网诊疗监管细则（试行）》，对2018年两个《管理办法》作了进一步细化。

从两个《管理办法》到《细则》，时隔四年，一以贯之的监管主线是将互联网诊疗的适用范围限定于“对部分常见病、慢性病进行复诊”。然而现实中，医疗机构、互联网医疗业界、医生群体对于互联网诊疗的边界至今认识不一，实践探索的丰富内涵，也已超出政策设定的简单边界，留下了广阔的模糊地带。

为求解互联网诊疗的监管与实践偏离的问题，健闻智库联合国家卫健委卫生发展研究中心黄二丹团队、“上海交通大学医学院‘荣昶·博医’卓越医学生培养计划”团队，于2022-2023岁末年初，对《细则》出台后的最新业态进行了专项调研。三方团队以最新政策剖析、医患问卷调研为基础，聚焦当前备受关注的线上诊疗范围的主题，对来自互联网诊疗一线的知名临床医生群体进行了深度访谈。这些医生分布各地各级公立医院，兼具线下线上诊疗的丰富经验，涉及妇产科、儿科、内分泌、肿瘤、皮肤、心血管、中医等多个专科，具有广泛的代表性。

为时两月的深度调研，令我们得以从一线医生的视角，探及互联网诊疗的深水区。我们收集了一线医生对于线上诊疗范围的切实反馈，尝试还原医患之间、医生与线上平台之间的真实互动场景，并据此提出有关互联网诊疗范围进一步明确优化的建言。

我们认为，2018年以来中国互联网诊疗的进程，是在蓬勃的市场实践与审慎的行业监管之间相互观察、频密互动的大背景下展开的。创新与约束、发展与规范，是持续不变的主题。此次调研的目标，正是为了在市场实践与行业监管之间构建上下通达的渠道，为中国互联网诊疗的高质量发展建言。

以下，我们简要回顾中国互联网诊疗的发展历程，并从“当前现状与难点”、“对策与建议”两个方面，择要概述调研之所得，期待各界的批评指正。

CONTENTS

目录

01

04 — 10

中国互联网诊疗发展回顾：
技术、市场与政策的合力

02

11 — 17

当前互联网诊疗的现状与
难点

03

18 — 26

推动互联网诊疗高质量发展的
对策与建议

01

中国互联网诊疗发展回顾： 技术、市场与政策的合力

1.1 互联网诊疗的兴起

1.2 建立规范，有章可循

1.3 疫情催化，快速发展

1.1 互联网诊疗的兴起

我国互联网诊疗的早期形态可以追溯到医疗机构之间开展的远程医疗，服务项目以远程会诊为主。远程医疗协作网络的搭建，最初是基于卫星通讯，进入21世纪，随着网络通信和计算机技术的发展，远程医疗平台逐渐转移到互联网。

21世纪头十年，城乡和区域医疗卫生事业发展不平衡、“看病难”“看病贵”等问题日渐突出，远程医疗作为缓解医疗资源分布不均、促进优质医疗资源下沉、推动分级诊疗的有效手段，成为2009年新医改的重要任务之一。

2014年，原卫生计生委在《关于推进医疗机构远程医疗服务的意见》中进一步提出：

地方各级卫生计生行政部门要将发展远程医疗服务作为优化医疗资源配置、实现优质医疗资源下沉、建立分级诊疗制度和解决群众看病就医问题的重要手段积极推进。将远程医疗服务体系建设纳入区域卫生规划和医疗机构设置规划……为远程医疗服务的发展营造适宜的政策环境。

2014年前后，正是互联网与传统行业融合发展如火如荼的时期，网购、外卖、共享打车……移动互联网正给日常消费领域带来深刻改变。随着医疗信息化建设的推进，医疗服务也开始从线下延伸至线上，服务内容从早期简单的信息查询、健康科普，逐步拓展到预约挂号、在线咨询等医疗服务外围环节。

政策层面对远程医疗的持续推动，也大大激发了行业的创新。就在这一年，广东省第二人民医院搭建的“广东省网络医院”正式上线。这也是全国首家获得卫生行政部门许可的互联网医院（当年新闻报道中称为“网络医院”）。与D2D（Doctor to Doctor）模式的远程医疗有所不同，“广东省网络医院”是在社区医疗中心、农村卫生室、健康小屋、大型连锁药店等地建立网络就诊点，患者在网络就诊点选择对应科室和医生，直接和医生视频沟通，医生在线作出诊断并开具处方，患者凭处方就近购药，从而完成就医全过程。这种D2P（Doctor to Patient）模式的远程医疗，已经接近今天互联网诊疗的形态。

2015年，国务院接连发布《关于积极推进“互联网+”行动的指导意见》和《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》，明确鼓励推广在线医疗卫生新模式，发展基于互联网的医疗卫生服务。2016年，“规范和推动‘互联网+健康医疗’服务，创新互联网健康医疗服务模式”还写入了《“健康中国2030”规划纲要》。

此后，“互联网+医疗”的概念迅速升温，乌镇互联网医院、银川智慧互联网医院等互联网医院如雨后春笋般涌现，到2017年，全国累计设立互联网医院接近100家。在这期间，虽然政策层面尚无明文，互联网医疗的先行者们通过线上问诊和电子处方，实质上已开始触及医疗服务的核心环节。

1.2 建立规范，有章可循

2018年是互联网诊疗发展中一个至关重要的分水岭。当年4月，国务院发布《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》，就互联网医疗如何健全服务体系、完善支撑系统以及加强行业监管和安全保障提出多项意见，互联网医疗在国家层面首次受到了高度重视。文件提出：

鼓励医疗机构应用互联网等信息技术拓展医疗服务空间和内容，构建覆盖诊前、诊中、诊后的线上线下一体化医疗服务模式。

允许依托医疗机构发展互联网医院。医疗机构可以使用互联网医院作为第二名称，在实体医院基础上，运用互联网技术提供安全适宜的医疗服务，允许在线开展部分常见病、慢性病复诊。医师掌握患者病历资料后，允许在线开具部分常见病、慢性病处方。

3个月后，国家卫生健康委、国家中医药管理局联合发布《互联网诊疗管理办法（试行）》《互联网医院管理办法（试行）》和《远程医疗服务管理规范（试行）》。三份文件对互联网医疗领域内不同板块进行了分类和解释，进一步明确了“互联网诊疗”“互联网医院”“远程医疗服务”等概念，并在准入、执业、监管等方面设置了部分基础性规则，在肯定互联网诊疗合法身份的同时，首次成系统地构建起该领域的行业规范。

关于互联网诊疗，《管理办法》定义如下：

医疗机构利用在本机构注册的医师，通过互联网等信息技术开展部分常见病、慢性病复诊和“互联网+”家庭医生签约服务。

开展互联网诊疗的主体，包括作为实体医疗机构第二名称的互联网医院，以及依托实体医疗机构独立设置的互联网医院。符合条件的医师可以同时在本医疗机构第二名称的互联网医院和第三方独立设置互联网医

院从事诊疗活动。

《管理办法》将互联网诊疗的范围限定在“部分常见病、慢性病复诊”，并且明确禁止对首诊患者开展互联网诊疗：

医疗机构在线开展部分常见病、慢性病复诊时，医师应当掌握患者病历资料，确定患者在实体医疗机构明确诊断为某种或某几种常见病、慢性病后，可以针对相同诊断进行复诊。当患者出现病情变化需要医务人员亲自诊查时，医疗机构及其医务人员应当立即终止互联网诊疗活动，引导患者到实体医疗机构就诊。

上述重要文件的出台，意味着互联网医疗行业开始步入有章可循的新阶段。在三年新冠疫情期间，互联网诊疗量得以快速增长，互联网医疗行业得以跨越式发展，一定程度上都要归功于这些政策的铺垫。

2018年之后，特别是在2020年新冠疫情爆发以来互联网医疗的快速发展中，也暴露出诸如处方违规、用AI替代医师接诊等问题。为进一步规范互联网诊疗活动，加强互联网诊疗体系建设，2022年2月，国家卫生健康委、国家中医药管理局发布《互联网诊疗监管细则（试行）》。《细则》在2018年三个规范性文件的基础上，依据医疗卫生领域现行法律法规，从医疗机构、医务人员、业务活动、质量安全等方面，进一步细化了互联网诊疗的监管措施。

《细则》中规定：

医师接诊前需进行实名认证，确保由本人接诊。其他人员、人工智能软件等不得冒用、替代医师本人提供诊疗服务。

处方应由接诊医师本人开具，严禁使用人工智能等自动生成处方。处方药应当凭医师处方销售、调剂和使用。严禁在处方开具前，向患者提供药品。严禁以商业目的进行统方。

关于互联网诊疗的服务范围，《细则》要求医师对患者是否符合“常见病、慢性病复诊”条件进行甄别，并

要求医疗机构明确互联网诊疗的终止条件：

患者就诊时应当提供具有明确诊断的病历资料，如门诊病历、住院病历、出院小结、诊断证明等，由接诊医师留存相关资料，并判断是否符合复诊条件。

医疗机构应当明确互联网诊疗的终止条件。当患者病情出现变化、本次就诊经医师判断为首诊或存在其他不适宜互联网诊疗的情况时，接诊医师应当立即终止互联网诊疗活动，并引导患者到实体医疗机构就诊。

至此，以行政规范性文件为主体的互联网诊疗监管政策框架初步成型。

1.3 疫情催化，快速发展

2020年新冠肺炎疫情爆发后，由于出行限制和院内交叉感染的风险，线下诊疗难以照常进行，互联网医院提供在线复诊、药品配送等服务，引导患者合理就医，成为抗击疫情的“第二战场”。互联网诊疗也因此再次获得政策上的大力支持。2020年2月初，国家卫生健康委发布《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》：

积极组织各级医疗机构借助“互联网+”开展针对新型冠状病毒感染的肺炎的网上义务咨询、居家医学观察指导等服务，拓展线上医疗服务空间，引导患者有序就医，缓解线下门诊压力。

充分发挥互联网医院、互联网诊疗的独特优势，鼓励在线开展部分常见病、慢性病复诊及药品配送服务，降低其他患者线下就诊交叉感染风险。

2月底，国家医保局和国家卫生健康委联合发布《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》，将常见病、慢性病“互联网+”复诊服务纳入医保基金支付范围，互联网医疗机构可开具电子处方，线下灵活配药。

2020年6月，国内疫情暂时缓和后，国家卫生健康委又发布《关于做好信息化支撑常态化疫情防控工作的通知》，要求推广疫情期间线上服务经验，大力发展“互联网+医疗健康”。

在疫情和政策的双重推动下，互联网医疗行业快速发展。全国互联网医院在2018年12月时只有100多家，到2020年发展至1000余家，截至2022年6月已超过1700家。截至2022年6月，我国在线医疗用户规模已达到3亿。

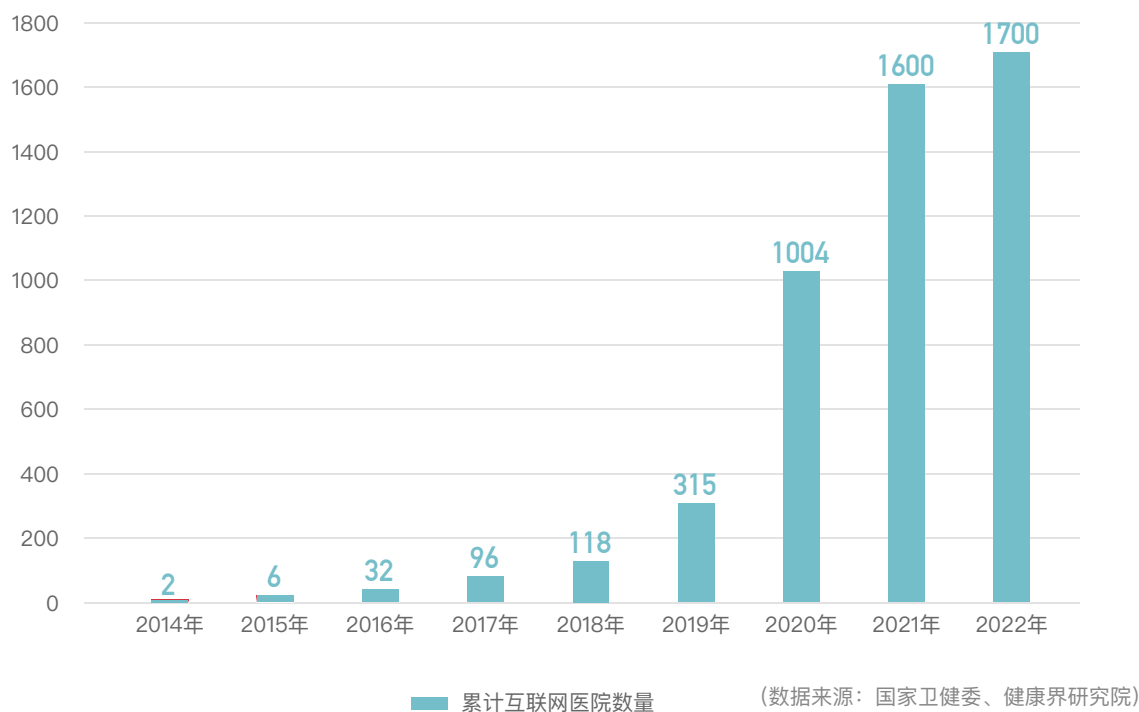


图1 2014年至2022年全国累计互联网医院数量

另据统计，2020年3月，疫情期间国家卫生健康委属（管）医院互联网诊疗比2019年同期增长17倍，部分平台型互联网医院互联网诊疗量同比增长20倍，处方量增长近10倍。上海市卫生健康委数据显示，2022年4-5月，上海市互联网医院服务总人次达到上年同期的5.2倍，处方量为上年同期的11.2倍。在2022年底的

疫情高峰中，互联网诊疗量再次大幅增长。以南京鼓楼医院互联网医院为例，该平台12月中下旬就诊量最多达1500多人次/日。在平台型互联网医院中，京东健康互联网医院2022年上半年日均在线问诊量超过25万人次，疫情高峰时期单日接诊量超100万人次。

2022年疫情期间，上海交通大学医学院“荣昶·博医”卓越医学生培养计划团队，围绕医务人员和患者对互联网诊疗的认知、参与情况、满意度等方面开展了一项专项调研。结果显示，随着互联网诊疗活动逐渐渗透到更大的人群范围，医患双方对于互联网诊疗的认知度、参与度和接受度都达到了较高水平。

接受调研的医务人员中，亲身从事过互联网医院相关工作的比例为54.5%；超过6成明确表示愿意（“非常愿意”和“比较愿意”）参与互联网诊疗。

■ 调研方法：

采用便利抽样方法，通过问卷收集一线医生及患者群体对互联网医院的认知、使用及满意度情况。医生端回收有效问卷266份；患者端回收有效问卷1448份。结合描述统计、交叉分析、IPA分析等统计方法，对调研结果进行可视化呈现。

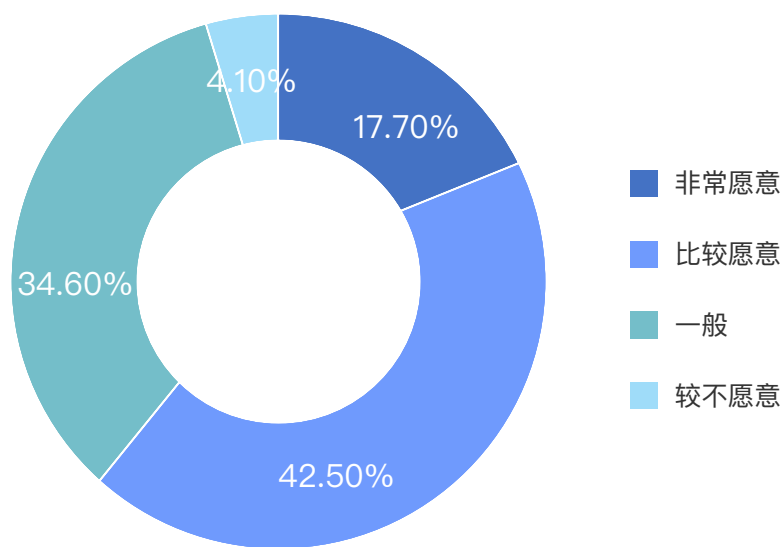


图2 受访医务人员参与互联网医院诊疗的意愿

作为互联网诊疗的服务对象，患者的接受度预示着行业未来的发展空间。在接受调研的患者中，对互联网医院“非常了解”和“比较了解”的合计超过43%，“完全不了解”的仅有4.7%。

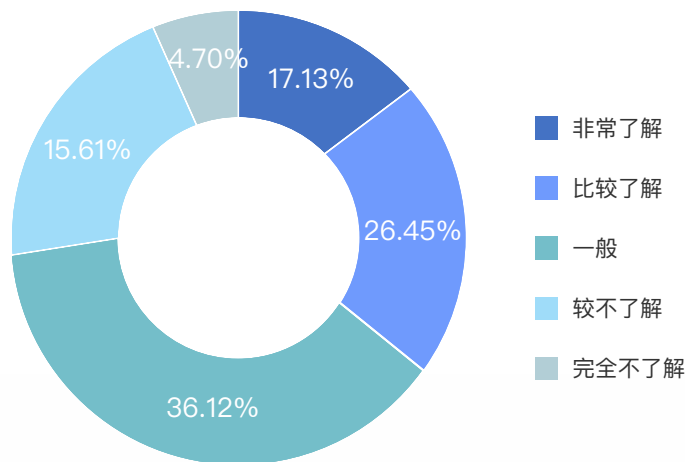


图3 受访患者对互联网医院的了解程度

接受本次调研的患者群体中，明确表示愿意（“非常愿意”和“比较愿意”）使用互联网医院的患者超过67%，只有不超过3%的患者明确表示不愿意使用（“较不愿意”和“非常不愿意”）。

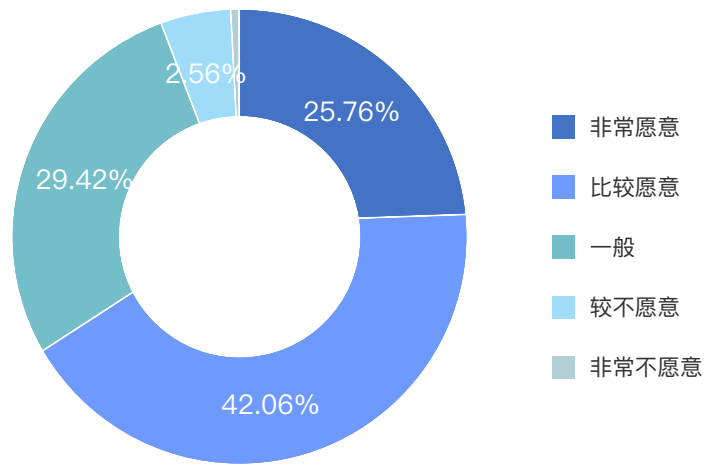


图4 受访患者使用互联网医院的意愿

调研显示，绝大部分患者和医生对使用互联网医院抱有比较开放的态度。如何为患者提供更优质、全面的服务，以最大程度发挥互联网诊疗在推动分级诊疗、优化医疗资源配置、促进优质医疗资源下沉等方面的独特作用，成为政策制定者、行业参与者需要持续探索解决的问题。

02

当前互联网诊疗 现状与难点

2.1 混合多元的互联网诊疗生态

2.2 线上诊疗范围的划定与实践发生偏离

2.3 线上、线下诊疗的二元对立，不符合现实需求

2.4 不同专科对线上诊疗的适用度存在显著差异

2.5 诊疗风险与线上或线下无关，主要取决于医生

2.6 医生对本院自建互联网医院参与度偏低

2.7 医生更看重第三方诊疗平台的综合支撑能力

2.1 混合多元的互联网诊疗生态

在《互联网诊疗管理办法（试行）》许可的范畴，目前互联网诊疗平台主要有三种模式：（1）实体医院自建互联网医院，通过PC、移动APP、微信服务号、小程序等渠道，将既有线下诊疗服务向线上延伸；（2）实体医院与企业共建互联网医院，由实体医院提供医疗服务，共建企业负责线上服务运营；（3）由第三方平台依托实体医院设立互联网医院，吸收医务工作者以个体方式加盟，最终患者和医护在该类平台型互联网医院实现诊疗服务全过程。

尽管政府部门的两个《管理办法》和一个《细则》，对互联网诊疗作出了“部分常见病、慢性病复诊”的界定，并将诊疗行为限定在“互联网医院”的范围之内，但一线医生早已自发利用丰富多元、形态和功能不断

更迭的互联网工具，在更为广阔的网络生态中，为自己的诊疗实践服务。通过调研访谈，我们发现医生们对互联网平台的运用呈现以下特点：

其一，从早期的BBS和QQ，到如今的微信、抖音及各类自媒体，广泛利用即时通信/社交/媒体内容平台，输出专业医学知识、打造个人品牌，汇聚患者/粉丝群体。医患沟通长期兼具咨询与诊疗的双重属性，二者并无明显界限。

其二，同时使用多个线上诊疗平台（医院自建互联网医院与平台型互联网医院），进一步扩大自己与患者群体的接触范围，增加医患互动的深度与黏性。有的医生通过各类互联网平台积累患者已达到上万人。

其三，偏好使用最具“网络效应”（最多人使用）的通信工具，在线上诊疗平台之外，加强与诊后患者的一对一持续沟通，自发地维持了治疗的延续性，最大程度实现了对患者的全周期服务。

上述混合多元的互联网平台与工具，交叉互补，缺一不可，构成了一线医生的真实执业环境。换言之，政策所规定的在互联网医院平台上对部分病种的在线诊疗，仅是广义互联网诊疗生态中的环节之一。

2.2 线上诊疗范围的划定与实践发生偏离

访谈中，大多数医生均表示不甚了解互联网诊疗相关政策的具体内容（包括对线上诊疗的范围约束），不同医生对“慢性病”“常见病”“复诊”等概念的理解千差万别。

其一，各医学专科对于“慢性病”“常见病”的定义差别很大。按一般理解，常见病是相对于少见病和罕见病而言。目前已明确的罕见病有7000多种，2018年5月，国家卫生健康委等五部门联合发布了《第一批罕见病》目录，共涉及121种疾病。至于慢性病，根据《中国防治慢性病中长期规划（2017-2025年）》，主要包括心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病、糖尿病和口腔疾病，以及内分泌、肾脏、骨骼、神经等疾病。

然而在临床实践中，由于病种复杂、病情多样，常见病与少见病、慢性病与急性病如何分野，目前并无明确界限。科室不同、资历水平各异的医生对于慢性病、常见病的认知也大相径庭。比如糖尿病，对成人而言应属常见病，但在儿童身上就是少见病；各类癌症属于少见病，在肿瘤科则属于常见病。即使在同一科室，低年资医生眼中的少见病，对资深专家而言，可能就是常见病。事实上，目前在各类诊疗指南中，

也并无对慢性病、常见病的标准定义。

陈博

浙江省立同德医院中医内科副主任医师

“

很多病一般人认为是少见病，对一个专科医生来说很可能就是常见病。从某种角度来说，“常见病和慢性病”的概念是次要的，我感觉最重要的是，互联网诊疗应该排除急危重症。”

”

其二，关于首诊和复诊，不同医生的判断标准也大不相同。有的医生认为，只要患者之前在任何正规医疗机构做过检查诊断，并能提供对应病历资料，就可以认定为复诊。有的医生则认为，自己首次接诊的患者，无论之前在任何地方做过诊疗，都属于首诊。对于有把握、可明确作出诊断的病情，医生往往会忽略线上只可复诊的约束；对于缺乏把握、难以即时作出诊断的病情，即便符合政策规定的在线复诊标准，医生也会自发要求患者提供进一步检查检验结果，或建议患者转至线下就诊。

其三，关于线上诊疗与线上咨询的边界，医生认为很难划定。大多数医生认可咨询也是一种重要的医疗服务，尤其是在家庭医生、全科医生的执业范畴内，咨询可以在相当程度上解决患者需求。《管理办法》和《细则》中规定，对于不符合线上复诊条件的患者，应当立即终止诊疗活动，有的医生表示，终止诊疗活动就意味着“拒诊”，有悖职业伦理，也不符合医院的“首诊负责制”。有的医生会采取相对灵活的方式，在无法在线作出诊断并开具处方时，便将该次诊疗活动视为咨询，甚至协调互联网医院平台退还患者的挂号费。

综上，医生的经验判断和自我约束，事实上在政策规定之外，构筑了另一条更具实操性、也更为有效的线上诊疗范围的边界。

2.3 线上、线下诊疗的二元对立，不符合现实需求

传统研究多从线上、线下诊疗的差异入手，强调线上诊疗的先天缺陷（缺乏面诊的直观体验、缺乏检查检验手段等），无意中加深了线上、线下诊疗的鸿沟。在深度访谈中，一线医生往往意识不到线上、线下诊疗的明显区隔，经常在无意识中逾越二者的边界。他们认为单纯依赖线下或线上，均已无法满足现实的诊疗需求。

其一，所有的医学专科，都可以实现线上、线下诊疗的互补，也亟需互补，这是当前诊疗实践的刚需。在医患沟通的早期阶段，线上问诊/咨询可显著释放线下门诊的压力，提高诊疗效率，起到类似预诊和分诊的巨大作用；在核心诊疗阶段，几乎所有的非急重症均可采取单纯线上，或线上、线下相结合的方式，达成更佳的诊疗结果；在后期的复诊、随访、康复管理阶段，互联网平台的作用尤其明显，但有时也必须与线下诊疗相结合。

其二，高质量的诊疗，必须置于医患之间立体、持续、良性的沟通之中。传统医疗服务的诊断、治疗与用药，并非医患关系的全部，它们还会与医生的服务态度、诊疗效率与服务便捷程度、医患之间的情感交流和彼此信任等要素相结合，共同构成高质量医患关系的整体内涵。在这个意义上，线上、线下的充分融合，有助于在狭义的诊疗之外，构建更多维度、更长链条的医患互动，确保治疗过程的延续性和完整性，最终实现促进患者健康的目标。

综上，互补而非替代，融合而非割裂，是当前医生群体对于线上、线下诊疗关系的真实理解。

吴育锋

河南省肿瘤医院呼吸内科
副主任医师

“

很多患者发现肿瘤的苗头之后，会到线上进行咨询，可能会找很多专家，综合不同专家的意见来解答困惑，最后选择一个自己最信任的专家来做治疗。大约七八成的患者初次到线上问诊时，只有一个初步的结果，可能只做了一个CT，我会要求他们再做一些后续的检查（比如穿刺等），提供更详细的病历。经过更深入的沟通，如果患者确定来我们医院治疗，通过互联网诊疗平台，可以直接在线协助他们办理门诊挂号或入院手续。肿瘤治疗最终需要到线下，我们的互联网诊疗平台慢慢成为患者入院过程中的一个环节，相当于预诊咨询和分诊。

”

2.4 不同专科对线上诊疗的适用度存在显著差异

尽管所有的医学专科都可以综合利用线下、线上诊疗手段达成更好的诊疗效果，但是否适合线上诊疗，专科之间的差异性是天性存在的。对此，各科室医务人员在实践中会有更直观的感受。

在调研中，超过80%的医务人员认为自己所在科室适合开展互联网诊疗，通过线上交流可以在一定程度上达到问诊的目的。具体到相关科室，皮肤科医务人员认为本科室适合线上问诊的比例达到100%，因为皮肤病疾病绝大部分不需要检验检查，有经验的医生通过图片或视频观察病灶即可作出诊断。皮肤病的治疗也大多借助口服或外用药物，患者无需前往医院即可获得。在外科、内科、五官科与口腔科，医务人员认为适合线上问诊的比例均超过80%。

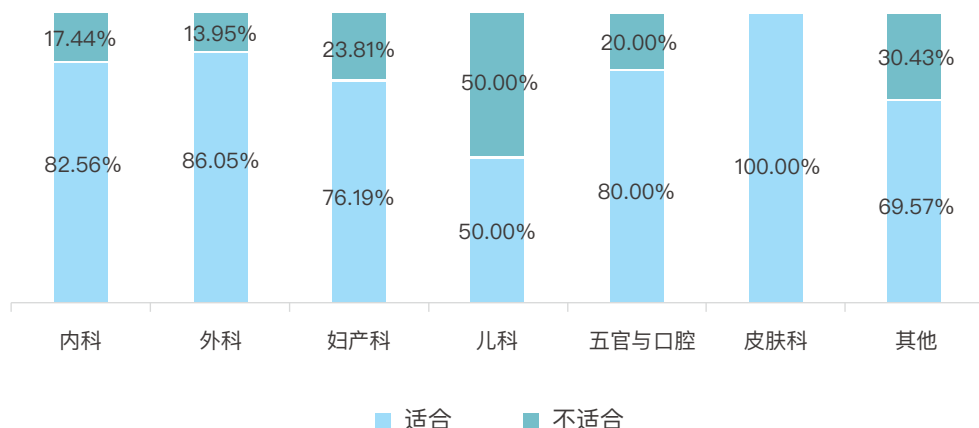


图5 不同科室的受访医务人员对自己科室是否适合线上问诊的认知

妇产科、儿科和其他科室医务人员对线上问诊认可度虽相对较低，但也认为能在特定人群、疾病和场景下找到互联网诊疗的发挥空间。例如儿科，有医生表示，自己接诊的患者中，大约3成无需任何处置，只需提供相关咨询以缓解家长的焦虑，还有3成只需简单开药，这部分患者需求完全可以通过线上解决。对于肿瘤、心血管等特定专科，受访医生表示，只能将线上诊疗作为辅助手段。

从医学专科的差异性出发，制定适用不同专科的互联网诊疗规范和标准，是所有受访医生的一致意愿。

徐炎

河南中医药大学第一附属医院儿科主治医师

“

在儿科，很多情况下家长只是来咨询“我的孩子这样正不正常？”比如趴着睡觉是不是正常？不正常的应该怎么办？再比如孩子发低烧，三十七八度，通常也只是建议观察，给予一些物理降温的指导，不需要进一步的医疗措施。还有一些可用药可不用药的情况，为了缓解家长的焦虑，会开一些营养补剂。大量类似这样的需求，如果去线下排队挂号，一系列操作下来，可能一天时间就没有了。

”

2.5 诊疗风险与线上或线下无关，主要取决于医生

医生是诊疗风险的第一责任人。医生基于职业声誉、自我价值认同、医患关系可持续性的考虑，自发地进行诊疗风险管理。

多数受访医生表示，线上诊疗并不会加大风险，线下

诊疗所有的风险，在线上也都存在。风险大小，取决于医生的专业水平和责任心。

客观上，由于医患沟通时差、检查检验手段缺失、患者提交病历资料的质量参差不齐、患者主诉表达不清、医生缺乏当面沟通的直观感觉（如对患者精神状态观察），都会在一定程度上令线上诊疗的风险增大。在线问诊过程中，医生判断病情都较为审慎，对于患者提供的诊断证明等病历资料，受访医生表示只

会作为参考，因为之前的诊断可能不准确，或者病情可能出现新的变化。

在实践中，如果遇到上述情况无法作出诊断，一个具备能力和经验、有责任心的医生，都会第一时间将这类患者转至线下就诊。

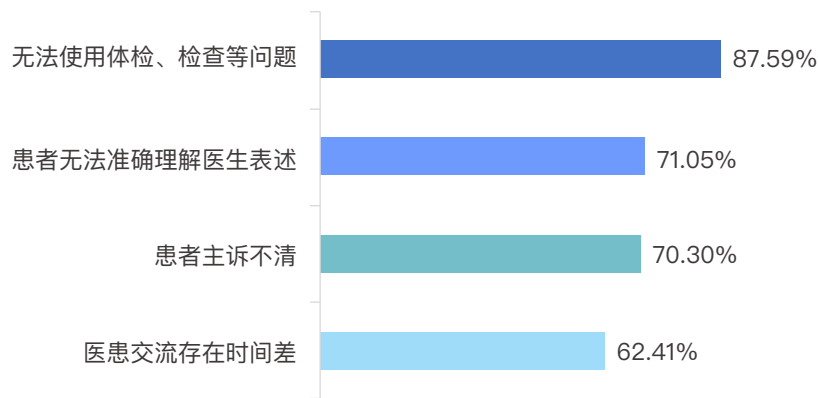


图6 受访医务人员认识下互联网医院存在的问题

相勇

赣州市皮肤病医院副院长、副主任医师

“诊疗风险的存在，本质上是医生的问题，与诊疗场景无关。医生的专业水平参差不齐，责任心也参差不齐，在诊疗过程中，如果有一些情况没有想到，或是被其他事务干扰，或是让学生代劳等等，就可能产生误诊。一个有专业水平和责任心的医生，在线上线下都懂得如何规避风险。不可能在线下认真看病的医生，到了线上就不认真。”

线上处方是政策监管的重点，旨在防止第三方医药零售平台借线上诊疗之名，行卖药之实。访谈中发现，医生在平台型互联网医院开具处方通常较为谨慎，一是担心患者用药风险，二是大多数平台的药品供应种类、配送能力有限。某些平台有成熟的自建药房或合作药房，对于医生开处方有一定的促进作用。具有平台型互联网医院处方经验的医生，往往高度重视平台专业药师的审方流程，认为此举能减少处方差错，降低风险。而在本医疗机构自建的互联网医院，医生开具处方多为满足患者复诊续方的需求。由此可见，医生在处方问题上亦有高度的风险防范意识。

吴捷

国家药品监督管理局南方医药经济研究所网监中心主任

“未来互联网医疗平台药品供给、配送质量的提升，一方面要靠政策的监管，一方面需要平台加强管理，完善服务流程。”

2.6 医生对本院自建互联网医院参与度偏低

在政策与疫情的双重作用下，出现了实体医疗机构自建互联网医院的高潮，但多数受访医生认为，实体医院的互联网诊疗平台在疫情期间的发展态势难以持续。

其一，实体医院自建互联网诊疗平台集中于2020-2022年间。其动力，一是源于政策倡导，二是响应政府在疫情期间的义诊号召，三是应对疫情期间线下诊疗量锐减的局面。但上述因素均不具有可持续性。

其二，实体医院对于自建互联网诊疗平台的态度矛盾。一方面，互联网医院可以引流患者、扩大医院知名度；另一方面，线上诊疗对于实体医院的收入贡献有限，医院最大的收入仍依赖检查检验和住院手术，因此必须将有限的医生资源投入到最具效益的线下诊疗之中。

其三，医生普遍反映本院自建平台的功能不够完善，使用体验较差，对医生参与线上诊疗的激励也十分有限，“用爱发电”不可持续。在访谈中，只有一位医生反映所在医院将线上诊疗量纳入医生职称评定指标，其余对医生在线问诊并无刚性要求，也没有相应的激励机制。实体医院自建平台的诊疗费用水平也偏低，难以体现医生的劳动价值。调研发现，受访医生在第三方平台型互联网医院的线上诊疗量普遍远远大于本院自建互联网医院，有的差距高达十倍之多。

2.7 医生更看重第三方诊疗平台的综合支撑能力

受访医生中，相当一部分是在本院自建的互联网平台首次“触网”。正是由于使用体验欠佳，促使这些医生自发寻求或应邀加入第三方诊疗平台，以期获得更好的服务支持。

平台型互联网医院可以为医生提供更周到的服务，包括专科的评估与筛选、患者流量的反馈、医生品牌与内容的推广、服务层级的设立、诊疗软件的持续更新、及时透明的报酬结算、帮助医生触达更多的患者等。

在第三方诊疗平台的选择上，除了中医习惯使用具有药材供给能力的平台（如甘草医生、小鹿医馆、药匣子等）之外，西医往往选择规模较大的互联网平台，包括京东健康、好大夫、春雨医生、微医、小荷医生、百度健康、爱问健康等。



推动互联网诊疗高质量发展 对策与建议

3.1 从线上线下融合为出发点，适度调整互联网诊疗监管框架

3.2 适度开放线上首诊，给予医生更大的选择权

3.3 根据专科特点建立线上诊疗负面清单，替代“常见病”“慢性病”的模糊界定

3.4 贯彻落实医生多点执业政策，促进医生与互联网诊疗平台的双向选择

3.1 从线上线下融合为出发点，适度调整互联网诊疗监管框架

当前医生的执业环境中，互联网已成为不可或缺的基本要素，混合多元的互联网平台及工具，不仅提升了医生的诊疗效率，降低了患者的时间与经济成本，也促进了诊疗资源的均等化；线上与线下融合的新型诊疗模式，大大拓展了医患沟通的广度与深度，从而达到更好的诊疗效果，构建更良好的医患关系，最终有利于实现更高水平的国民健康产出。

调研显示，超过50%的医务工作者认为未来互联网医院会和实体医院相辅相成，实现互助诊疗。有大约22%的医务工作者甚至认为互联网医院会成为趋势，发挥比实体医院更大的作用。

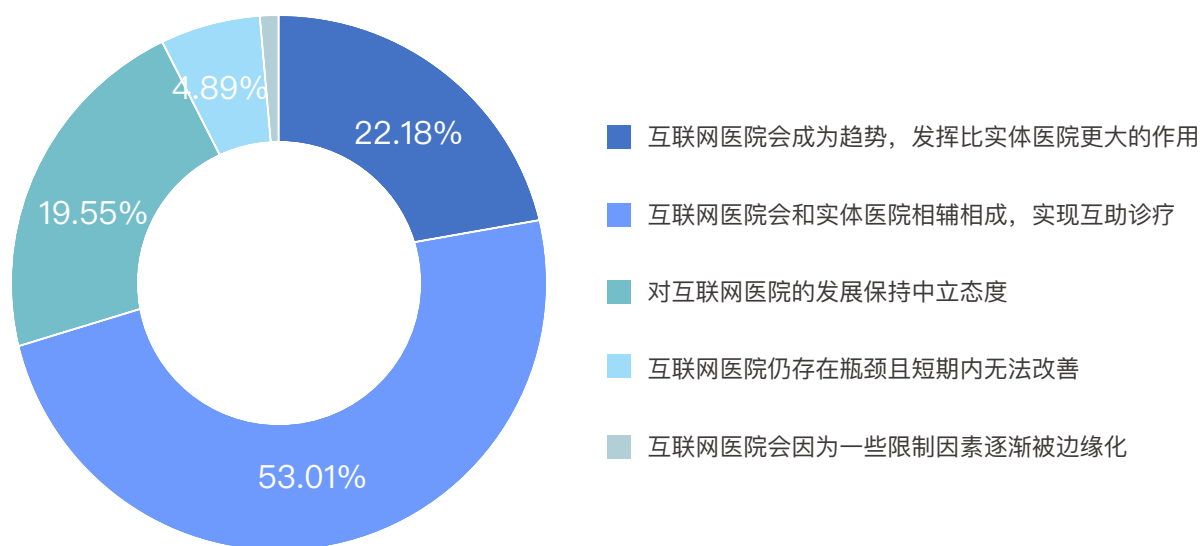


图7 受访医务人员对互联网医院未来发展趋势的看法

2018年至今的互联网诊疗监管思路，以对线上诊疗的风险防范为出发点，侧重对于线上、线下诊疗的区别性规范，与现实的诊疗实践有所偏差。建议以融合共

生、而非区隔定义的思路，对当前互联网诊疗的监管政策框架作出适度调整，通过优化顶层设计，促进中国医疗卫生事业整体的高质量发展。

傅虹桥

北京大学
健康发展研究
中心研究员

“

要厘清互联网诊疗的定位，它当然不是对实体医院的替代。把互联网诊疗理解成现有体系的一个补充，它串联起整个医疗服务，能够完善其中的几个环节，提供便利性、提高效率，这样比较准确。

”

庄一强

艾力彼GAHA
创始人、中国
医院协会原副
秘书长

“

拿公立医院跟民营医院的关系打比方，民营医院不会想着去替代公立医院，而是一个“有益补充”。同理，互联网医院也要找好自己的位置，争取打造一些差异化优势，错位发展。互联网医院要背靠一家真正的实体医院，再加上互联网提供的便捷，在诊前、诊中、诊后三个环节，依托“云大物移智”——云计算、大数据、物联网、移动互联网和人工智能，来帮助互联网诊疗的高质量发展。

”

曹艳林

中国医学科学院
医疗卫生法
治研究室主任

“

目前国家政策就是要所有的医疗服务回归到医疗的本质，所以互联网医疗也要服从医疗质量的监管。互联网医院在实体医院的基础上有一些新的特点，在监管上也要考虑到互联网的特性。

”

高解春

复旦大学
医院管理
研究所所长

“

互联网医院应该有线上的监管方式，患者满意度、接诊时间、患者投诉率等数据，如果都能及时接入监管部门的平台，对互联网诊疗进行量化监管，会更直观、更有效。

”

3.2 适度开放线上首诊，给予医生更大的选择权

当前政策的出发点，是将线下诊疗的监管规则，延展至线上诊疗，并后者实施范围作出限定。由于在真实的线上诊疗场景中，多数医生并未意识到线上线下的诊疗范围区隔，而是习惯性地根据自身的诊疗经验、自发的风险防范作出选择，我们建议适度放开线上首

诊，将线上首诊的选择权更多地交给医生。

开放初期，可在部分已得到实践充分证明、适合线上首诊的专科进行试点。在总结试点经验的基础上，未来可进一步将对于线上首诊范围的监管，转化为对医生个人线上执业行为的监管。由此，确立医生是诊疗行为第一责任人的定位，以便更充分地发挥充分发挥互联网诊疗打破地域区隔、惠及更多患者的天然优势，促进优质医疗资源的流动和共享，实现医疗服务均等化的目标。

陈秋霖

中国社会
科学院健康
业发展研究
中心副主任

“

线上首诊的试点，可以挑一些互联网诊疗经验相对丰富的科室、条件更成熟的地区，由专业能力更强、医德水平更高的医生来参与实践。建议逐步放开，发现问题可以回调。首诊放开以后，要制定相关的规范，划定红线，当医生发现患者可能不合适首诊，应该及时引导患者到线下就诊。首诊的风险主要是误诊和漏诊，如何确定首诊责任，医院方怎么界定，平台怎么界定，出了问题怎么解决？政策落地时，细则也要特别明确。

”

3.2.1 在部分适宜线上诊疗的专科试点首诊

一线医生在互联网诊疗的大量实践中，已经充分证明部分科室适宜开展线上首诊。以皮肤科为例，受访医生表示，皮肤科除皮肤肿瘤等少数疾病外，绝大部分

常见皮肤病都不需要检查检验，通过目视观察即可作出诊断，经验丰富的资深医生，依靠检查检验作出诊断的比例不超过10%。建议在皮肤科及其他对检查检验依赖程度不高的科室，开展互联网首诊试点。

霍勇

北京大学第一
医院心内科及
心脏中心主任

“

我觉得皮肤科和精神科等科室可以探索线上首诊。因为皮肤科和精神科医患沟通的方式，线上和线下的差别相对小一些。皮肤科的诊断主要是观察患者的皮肤，精神科更多的是做话疗。当然从深层次来讲，皮肤科的免疫病理学这一套，和我们心内科差不了太多，精神科的脑功能监测评估也非常重要，但是在线上接诊患者时，皮肤科和精神科等科室可以更多地进行初步诊断和筛选。每个科室都有适合应用互联网医疗的模式，只是不同科室应用的比例有高有低，关键在于如何有效地建立标准，而且这个标准不是一成不变的，5年10年以后，可能随着各种穿戴设备的应用，互联网诊疗的辅助条件更好了，行业标准也可能改变。

”

3.2.2 探索家庭医生与专科医生协同参与的线上首诊

根据《远程医疗服务管理规范（试行）》，医疗机构可根据患者的病情和意愿组织远程医疗服务，邀请其他医疗机构通过信息化平台为患者进行远程会诊（受邀方提供诊断治疗意见，邀请方明确诊断治疗方案）或远程诊断（邀请方实施医学影像、病理、心电、超声等辅助检查，由受邀的上级医疗机构进行诊断）。在实践中，不妨尝试将此种模式与互联网诊疗相结合。例如：患者可在签约家庭医生协助下，与互联网诊疗平台上的专家进行对接，原来D2P的互联网诊疗模式，变为D2D2P模式。家庭医生加入互联网诊疗的医患沟通过程，一方面可以直接为患者实施检查，并在当面沟通中更清晰地了解患者病情；另一方面，可以更专业高效地向线上专家传递患者信息，从而协助专家作出准确诊断。通过这种方式，互联网诊疗中无法开展检查检验和医患无法当面沟通的缺陷可以得到很大程度的弥补，使在线首诊成为可能。

探索签约家庭医生服务与互联网诊疗资源的融合，也可在客观上拓展家庭医生的服务能力与范围，增强家庭医生与社区内患者的沟通黏性和信任度，从而为实

韩崧

首都医科大学
附属北京同仁
医院眼外伤科
主任医师

“

对于偏远地区的患者，如果在当地有一个医生先配合把他的信息采集了，然后再上传，这样的线上首诊就会比较准确、到位和全面。

”

朱福

上海市徐汇
区中心医院
执行院长

“

医生端最喜欢用的功能，就是我们的远程社区医生会诊功能，还有转诊功能。比如一个心脏病患者需要装支架，社区医生是解决不了的，但可以通过互联网医院找到区中心医院的专科医生或者专家进行会诊；此外，如果这个患者需要到我们这里住院、看门诊或是装支架需要做检查，马上就可以通过互联网医院转到线下医院，患者不需要再排队、挂号。

”

3.2.3 在疫情等特殊情况下放开首诊

在传染病疫情突然爆发，或遇到重大自然灾害等特殊时期，当医疗需求暴增，线下医疗资源供给不足，互联网医疗平台可以充分发挥自身优势，分流患者，更高效地开展医疗救治，缓解线下医疗机构压力。

2022年12月，国内迎来奥密克戎变异株感染高峰之际，各地医院发热门诊告急，国务院联防联控机制就曾发布通知，放开新冠肺炎的线上首诊：

医疗机构（包括互联网医院、开展互联网诊疗服务的

医疗机构）可以通过互联网诊疗平台，依据最新版新型冠状病毒肺炎诊疗方案有关要求，为出现新冠肺炎相关症状的患者、符合《新冠病毒感染者居家治疗指南》居家的，在线开具治疗新冠肺炎相关症状的处方，并鼓励委托符合条件的第三方将药品配送到患者家中。

此政策极大释放了互联网医疗的能量，为抗击疫情作出巨大贡献。这一特殊时期的实践，也为探索互联网首诊积累了宝贵的经验，建议在后续政策修订中将其制度化、规范化，进一步完善线上线下一体化医疗服务体系。

3.3 根据专科特点建立线上诊疗负面清单，替代“常见病”“慢性病”的模糊界定

鉴于现行制度与诊疗指南无法对常见病、慢性病作出明确定义，互联网诊疗活动中，对于以上诊疗范围的确定，在各医学专科具有较大差异，存在医生自我裁量的空间，判断标准因人而异，不利于互联网诊疗的规范化开展。

为此，我们建议立法者、政策制定者与医学专家依据各医学专科的特点，共同探讨常见病、慢性病线上诊疗的细化范围，可探索建立线上诊疗负面清单，将明显不适宜线上诊疗的疾病（如急危重症）纳入其中。只有经过多学科充分研究和探讨的制度规定，才具有科学性和可行性，其合法性和合理性才能得到保障。

吴文育

复旦大学附属
华山医院皮肤
科手术室主任、
植发中心主任

“

通过互联网诊疗平台，可以更便利地管理大量患者，以确保治疗的延续性。我在线上累计管理的患者有2万多人，至少有一半是持续复诊和随访的。我觉得对于医疗服务体系，互联网诊疗是一个加分项，没有必要去限制它的应用。监管的方式，我建议做负面清单，因为绝大部分医生都是有底线的，并且有主动规避风险的意识，在互联网诊疗中会比线下更谨慎。

”

3.4 贯彻落实医生多点执业政策，促进医生与互联网诊疗平台的双向选择

当前一线医生更多选择平台型互联网医院开展线上诊疗，极少使用本院自建互联网医院。个中缘由，一方面在于本院自建平台运营推广投入不足，缺乏患者数量规模，难以形成网络效应——也即越多患者需求，

促进越多医生参与，从而推动平台持续升级优化；另一方面在于，平台型互联网医院在规模效应之外，更注重对医生开展线上诊疗的综合支持，为医生提供更便利的工作条件和更多的价值回报。

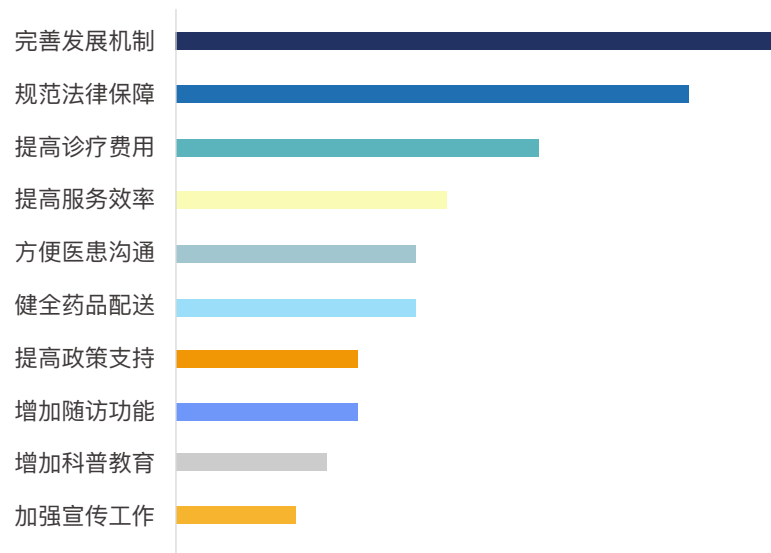


图8 受访医务人员对互联网医院未来发展的建议

与此同时，鼓励医生多点执业的政策虽倡导多年，但由于各医疗机构对医生不断加强管束，至今落地艰难。这一困境，在“前互联网时期”即已阻碍了医生资源在不同医疗机构之间的自由流动；在互联网医疗蓬勃发展的当前，又进一步限制了医生向更具规模效应、支撑环境更优的第三方诊疗平台的流动。由此，稀缺而优质的医生人力资源往往被困在低效的本院自

建互联网平台，具有更大资源整合能力的第三方市场化平台却常常面临医生资源不断流失的困境。

为此，我们建议进一步贯彻落实医生多点执业政策，促进医生与线上诊疗平台的自主双向选择，从而以市场手段配置互联网诊疗资源，充分释放互联网对于医疗行业的变革推动力。

【鸣谢】在调研访谈和报告撰写中给予大力支持的专家（以姓氏拼音排序）

中国医学科学院医疗卫生法治研究室主任 曹艳林

中国社会科学院健康业发展研究中心副主任 陈秋霖

浙江省立同德医院中医内科副主任医师 陈博

北京大学健康发展研究中心研究员 傅虹桥

攀枝花市中心医院妇产科主治医师 范伯林

复旦大学医院管理研究所所长 高解春

北京大学第一医院心内科及心脏中心主任 霍勇

首都医科大学附属北京同仁医院眼外伤科主任医师 韩崧

淄博市妇幼保健院中医科 副主任医师 司书鹏

首都医科大学附属北京朝阳医院泌尿外科主任医师 田龙

国家药品监督管理局南方医药经济研究所网监中心主任 吴捷

复旦大学附属华山医院皮肤科手术室主任、植发中心主任 吴文育

复旦大学附属华山医院内分泌科副主任医师 吴晞

河南省肿瘤医院呼吸内科副主任医师 吴育锋

北大纵横管理咨询集团高级合伙人、国家医保局课题专家 王宏志

海市健康促进中心社区卫生管理部主任 万和平

赣州市皮肤病医院副院长、副主任医师 相勇

河南中医药大学第一附属医院儿科主治医师 徐炎

中国卫生信息学会健康医疗大数据基层应用专业委员会主任委员 许速

艾力彼GAHA创始人、中国医院协会原副秘书长 庄一强

上海市徐汇区中心医院执行院长 朱福

北京中医药大学东直门医院脑病III科主任 赵晓东

参考文献：

- [1]孙倩倩,周守君. 我国远程医疗的现状、问题及发展对策. 南京医科大学学报(社会科学版),2022 年第1期.
- [2]刘阳,郭珉江,李亚子. 互联网医疗发展历程及趋势分析. 医学信息学杂志,2022年第43 卷第9期.
- [3]刘梦祺. 我国互联网医疗发展的现实困境及立法对策探析. 西南大学学报(社会科学版),2022年第48卷第 2 期.
- [4]陈绍辉,廖安泽. 互联网医疗监管制度的变迁与发展完善. 医学与法学, 2022年第6期.
- [5]晏子逸. 常态化疫情防控下互联网医疗面临的机遇与挑战. 中国国情国力,|2022年第2期.
- [6]移动医疗机遇与挑战：网络医院首次“领证”上线. <https://pharm.vogel.com.cn/c901100.shtml>
- [7]互联网医院在疫情中崛起：处方量同比增长超10倍未来发展可期.<https://mp.weixin.qq.com/s/o-pg-dEDdSyCZIBdkLfxhag>
- [8]新冠疫情走高致线上问诊量爆发式增长，它的作用不仅仅是买药.<https://www.jiemian.com/article/8616092.html>
- [9]疫情高峰过后在线诊疗“降温”了互联网医院尚需配套政策加持.<http://jiangsu.sina.com.cn/news/general/2023-02-08/detail-imyexvzx4320036.shtml>

互联网诊疗高质量发展调研报告



发布机构

八点健闻

研究团队

健闻智库

国家卫生健康委卫生发展研究中心黄二丹团队

上海交通大学医学院“荣昶·博医”卓越医学生培养计划团队

公益支持

京东健康

执笔名单

张翔 刘冉 黄二丹 胡旭康 张海扬 韩涛

何思怡 涂伍孜 徐儒逸 陈喆贤 庄文博 刘璘婕