

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

“互联网+”医疗服务

2021年 第3期

(总第110期)

上海市卫生和健康发展研究中心

2021年6月15日

编者按 “互联网+”作为传统医疗服务方式的革新，对实现优质资源共享起到积极作用，是解决医疗资源供给不平衡不充分、促进优质医疗资源下沉、降低患者就医成本的重要举措。在国家对“互联网+”医疗服务的大力支持下，全国各省市积极探索“互联网+”医疗服务的发展。本期关注“互联网+”医疗服务项目定价与支付问题：研究上海市“互联网+”医疗服务项目定价现状与问题，系统梳理比较我国各省市“互联网+”医疗服务定价与支付政策的现状及存在的问题，分析我国“互联网+”医疗在线问诊平台服务项目及价格，为进一步完善我国“互联网+”医疗服务定价与支付提出政策建议；系统综述全球“互联网+”医疗服务项目定价及支付研究进展，分别介绍美国“互联网+”医疗服务项目内涵及定价支付经验，以及澳大利亚“互联网+”医疗服务项目定价的国际经验，为我国制定“互联网+”医疗服务相关政策提供参考和借鉴。



卫生政策研究进展

2008年11月创刊
第14卷第3期(总第110期)
2021年6月15日
(内部交流)

主管

上海市卫生健康委员会

主办

上海市卫生和健康发展研究中心
(上海市医学科学技术情报研究所)

编辑出版

《卫生政策研究进展》编辑部
上海市建国西路602号
邮编:200031
电话:021-33262061
传真:021-22121623
E-mail: phpr@shdrc.org
网址: www.shdrc.org

顾问: 郭惊雷
赵丹丹

主编: 胡善联

副主编: 徐崇勇
金春林(常务)
丁汉升
黄玉捷

编辑部主任: 信虹云

责任编辑: 张 苹 信虹云

编辑组成员: 杨亚州 楚玉玲

校对: 周 娜 汪 丽

目 次

专题研究

- 上海市“互联网+”医疗服务项目定价现状与问题研究
..... 罗雅双, 符雨嫣, 刘 昕, 等(1)
- 我国各地“互联网+”医疗服务定价与支付问题及对策
..... 梁红梅, 徐嘉婕, 彭 颖, 等(8)
- 我国“互联网+”医疗在线问诊平台服务项目及价格分析
..... 刘 昕, 罗雅双, 符雨嫣, 等(18)

他山之石

- “互联网+”医疗服务项目定价及支付研究进展
..... 王海银, 苏 霞, 王昊德, 等(27)
- 美国“互联网+”医疗服务项目内涵及定价支付经验
..... 符雨嫣, 金春林, 罗雅双, 等(34)
- 澳大利亚“互联网+”医疗服务项目定价的国际经验
..... 罗雅双, 刘 昕, 符雨嫣, 等(42)

征稿启事

- 征稿启事..... (50)

印刷单位: 上海市欧阳印刷厂有限公司
印刷数量: 700本

上海市“互联网+”医疗服务项目定价现状与问题研究

罗雅双 符雨嫣 刘昕 房良 金春林 王海银

【摘要】 文章对上海5家互联网医院进行实地调研, 调研结果发现上海存在互联网诊疗增长速度慢, 业务总量低; 疫情防控常态化后, 医生参与积极性不高; 互联网收费项目需求迫切; 其项目标准及规范不明确, 存在监管风险等问题。基于此, 文章提出现阶段“3+X”以及未来发展策略两部分政策建议。

“互联网+”医疗服务正处于高速发展阶段, 全国已有2000多家医疗机构开展了远程诊疗服务。2020年2月28日, 上海首批6家公立医院互联网医院上线, 截至2020年底有50家互联网医院挂牌运营。“互联网+”医疗服务作为传统医疗服务方式的革新, 对实现优质资源共享具有积极作用, 但互联网医疗服务价格却在很大程度上影响着人们的接受度与需求量以及医疗机构的提供意愿与提供量。采取科学合理的互联网价格管理手段, 有利于优化区域医疗资源配置。本文通过对上海5家互联网医院的调研, 挖掘目前互联网医院发展面临的问题与挑战并提出相关政策建议, 以期推动上海“互联网+”医疗服务有序发展, 为广大群众提供更便捷的优质医疗服务。

一、研究方法

(一) 现场调查

课题组对上海5家互联网医院进行实地调研, 其中4家综合医院(中山医院、瑞金医院、上海第九人民医院和仁济医院), 1家专科医院(上

第一作者: 罗雅双, 女, 研究实习员

通信作者: 王海银, 男, 副研究员, 上海市卫生和健康发展研究中心(上海市医学科学技术情报研究所) 卫生技术评估研究部主任

作者单位: 上海市卫生和健康发展研究中心(上海市医学科学技术情报研究所), 上海 200031

海市儿童医院)。调研对象共 17 人,包括 2 名医院院长、10 名行政科室人员、5 名临床医务人员。调查内容包括“互联网+”医疗服务项目管理、收费及调整情况,分析其运营经验及存在问题。同时开展逻辑推演分析,找到目前项目、定价及支付领域存在的关键矛盾和问题,建立重点问题解决清单,并提出可行的解决策略和方案。

(二) 关键知情人访谈

课题组邀请医保、卫生价格管理等多个利益相关方,对重点清单和解决方案开展知情人访谈,并证实和优化方案。

二、上海市“互联网+”医疗服务运行现状与问题

2020 年 2 月,上海市医保局联合市卫生健康委出台了《关于支持定点医疗机构开展“互联网+”医疗服务试点的通知》(沪医保医管〔2020〕15 号),确定公立医疗机构“互联网+”医疗服务收费标准,明确“互联网+”医疗服务与线下医疗服务实行同等的支付政策,鼓励定点医疗机构通过互联网等信息技术,为常见病和慢性病参保患者提供的复诊服务。课题组通过调研,发现上海“互联网+”医疗服务运营现状与发展困境。

(一) 公立医院“互联网+”诊疗服务总量较低

上海依托“互联网+”,通过智慧赋能,持续提升医疗机构服务能力和服务品质,切实改善患者体验。在新冠肺炎疫情防控中,上海积极开展“互联网+”医疗服务,为患者提供常见病和慢性病在线复诊服务。根据统计数据显示,截至 2020 年 12 月,上海具有互联网医院资质的 50 家医疗机构,累计开展互联网诊疗服务 12.23 万人次,仅占 2020 年公立医疗机构诊疗总次数的 0.56%。可以看出,上海互联网诊疗服务总量仍较低。

（二）医生在疫情防控常态化后参与“互联网+”诊疗的积极性不高

新冠肺炎疫情期间，上海37家市级医院1560多名专家在线提供新冠肺炎、发热门诊及慢性疾病咨询和科普服务。据统计，“新冠工作室”平台浏览量总计23.98万人次，市级医院累计互联网访问量239.83万人次。但通过调研访谈以及服务量数据可知，疫情防控常态化后，医生参与“互联网+”医疗服务的积极性不高。其原因主要包括：一是经济激励不足，公立医院“互联网+”复诊的价格为现行普通门诊25元，而市场化运作的“互联网+”医疗服务平台（如“好大夫”等）医疗服务价格在几百元不等；二是医生观念还未完全转变，医生虽然关注“互联网+”医疗的方便性，但在观念上仍以线下诊疗为主；三是大部分医生已满负荷工作，引入“互联网+”医疗服务可能是医生的额外工作量，进一步加重了医生的诊疗压力。

（三）“互联网+”医疗服务项目不能满足需求

当前，上海“互联网+”医疗服务项目仅有互联网复诊收费项目，远不能满足群众的需求。调研发现，目前反映迫切的“互联网+”医疗服务收费项目需求主要包括轻问诊（主要包括专科专病、用药指导及康复指导等）、互联网复诊、远程会诊、远程监测（如居家血透、远程肺功能监测、远程心电监测、远程睡眠监测等）以及部分病种的互联网诊断收费（如皮肤科问诊和心理咨询）。

（四）“互联网+”医疗服务项目标准与规范不完善

上海“互联网+”医疗服务项目标准与规范仍不完善。一是对于“互联网复诊”的界定较为狭隘，只简单以医院来划分，患者三个月内因同一疾病就诊才算复诊，而不是同一患者因同一疾病在一段时间内的就诊，且未考虑患者已做过基本的检查检验等因素。二是互联网诊疗项目的内涵不清，如问诊回复的方式（视频、语音、图文问诊）以及时间界定（是否实时回复）等均无明确标准要求。

三、上海市“互联网+”医疗服务项目定价建议与策略

基于医院调研的项目与定价分析，本文提出建立上海市互联网诊疗收费体系，短期发展策略与长期发展策略相结合，促进线上线下诊疗服务融合发展，以期将互联网医院建设同线下实体医院进行科学、合理的深度融合，真正实现优质医疗资源共享，达到改善患者就医体验的目标。

（一）现阶段政策建议

上海市“互联网+”医疗服务项目近期发展可以重点考虑3+X体系设立。其中，3是主体，确立涵盖多数与门诊问诊功能相匹配的诊疗项目；X是拓展项目，兼顾上海线上诊疗发展及特色。

1. 轻问诊项目

目前上海轻问诊项目分为免费项目和可收费服务。免费项目主要涵盖以下两个方面：一是与新冠肺炎疫情等特大公共卫生事件相关的公益性问诊、咨询类服务；二是以分诊导医功能为目的的就医咨询类服务（网上预诊与分诊），如网上疑难罕见病问诊预约等。可收费项目是指除开具检查化验单外，涉及到专科专病、用药、康复等具体的医疗问诊服务。

收费标准。建议根据诊疗时间长短制定价格，一般诊疗时间限定在10分钟内；根据服务形式来界定收费标准，服务形式可分为实时视频回复或非实时文本回复；根据医生类型来界定收费标准，医生类型可分为普通和专家。收费初期建议患者自费，发展成熟后考虑纳入医保支付。

项目监管。可公开“互联网+”医疗服务项目定价标准，建立投诉反馈机制，相关记录可查可追溯评估。

2. 互联网复诊项目

目前互联网复诊服务按内容基本可以分为两类，一类是简易复诊，主要是简单问诊和配药；另一类是非简易复诊，主要是需要对病情做进一步评估和复查。对于互联网复诊的定义范围，建议拓展为患者在本

的检查检验已经做过的前提下，该患者因同一疾病在一段时间内（如半年）的就诊均可定义为复诊。对于互联网复诊项目的收费上，可考虑根据医生职称、医院等级、问诊时间（正常工作时间与非正常工作时间）等来进行分级调整。监管上，同样需要根据项目内涵设定及可追溯资料进行抽查。

3. 远程会诊项目

远程会诊项目主要包括远程读片（病理、影像、心电）、远程诊疗方案讨论等。根据服务辐射机构区域可以分为两类：市内与市外，市内根据线上线下一致原则设定收费价格，市外根据机构间协商自主定价。收费上，根据学科投入数量进行设定，如单学科会诊、多学科会诊（Multi Disciplinary Team, MDT）等。

4.X 项目

X 拓展项目包括远程监测、皮肤病诊断、心理诊断等。远程监测项目建议将上海试点开展的居家血液透析治疗项目纳入监测范围，目前该项目已建立完善的监护流程、操作规范，项目内涵清晰，且该项目目前限定医院开展，病例数开展少，安全风险可控，此外将居家血液透析治疗项目纳入远程监测后有利于扩大上海在该领域的学科影响力。调研发现对于皮肤诊断，医生多数可以基于患者病患处图片，如简单湿疹图片来诊断开药，而心理咨询主要通过量表和沟通的方式来诊断，线上和线下差异小，因此线上建立皮肤病诊断、心理诊断等可操作性强。

（二）未来发展策略

1. 优化项目分类管理

目前，根据医疗服务价格项目管理体系，可将“互联网+”医疗服务项目分为原有项目与新增“互联网+”医疗服务项目。其中，对于原有项目应建立定期再评估机制，评估其使用量、价格补偿情况等方面内

容。而对于新增“互联网+”医疗服务项目，应接轨现有新增医疗服务价格体系，包括集体审议、专家评审、卫生经济学评价、监测评估以及动态调整等方面。鼓励医院积极向医保部门提交成本测算、经济性评估报告和价格建议等申报材料。例如，《国家医疗保障局关于推进“互联网+”医疗服务医保支付工作的指导意见》（医保发〔2020〕45号）文件中指出，对于医疗机构申报的新增“互联网+”医疗服务价格项目，要坚持以结果为导向、反映资源消耗规律、线上线下合理衔接的原则。

根据公立医院提供的医疗服务性质，医疗服务项目分为基本医疗服务与特需服务。其中，基本“互联网+”医疗服务主要实行政府指导价，按不超过医保部门所公布价格的标准收取服务费用；而满足个性化、高层次需求的“互联网+”医疗服务，实行特需医疗规模控制的要求和市场调节价政策。

2. 探索建立创新定价模式与机制

根据一些其他国家和地区（如美国、英国等）探索实践，在定价单元上采用按月支付、整合打包支付等手段，而非基于每次或单位时间。这些很好的实践经验，值得我们借鉴。首先，上海可以在按项目定价的基础上，探索按服务单元捆绑定价；其次，上海可以探索推进远程重症监控、远程家庭监控护理等项目采用按病种付费打包支付，根据患者年龄、会诊情况、治疗方式、疾病严重程度、合并症并发症等，将诊断、治疗相近的患者分为若干组，有医保予以定额支付；最后，上海可以建立线上线下服务价格融合机制，合理设置医疗保险费用控制总额，支持并正确引导医疗机构开展“互联网+”医疗服务，实现分级诊疗，提升优质医疗资源利用效率，避免过度医疗的发生。

3. 加强政府监管，促进“互联网+”服务高质量发展

“互联网+”医疗服务的快速发展过程中，即使制定了良好的价格规

范，但如果政府监管缺位，还会存在一定医疗质量无法保证、医疗机构强行服务和分解服务、医疗保险基金承受压力等风险。因此，卫生、医保等行政部门需要加强对“互联网+”医疗服务的监管，保障患者权益和医疗保险基金安全。一是在现有医疗服务标准的基础上，出台相应政策法规与标准，规范“互联网+”医疗服务行为；二是借助智能监控、大数据分析、医疗保险移动支付等技术加大医疗保险基金监管力度，对发生强制服务、分解服务、价格失信等违法违规和欺诈骗保行为的医疗机构和相关人员进行处罚，从而更好的规范医疗服务行为，保障医疗保险基金安全，维护患者利益；三是将互联网诊疗服务数量纳入医疗机构、医务人员卫生健康统计调查以及业务工作统计范围，并将医疗机构互联网诊疗服务开展情况纳入公立医院绩效考核、院长绩效考核以及医院内部绩效考核，充分调动医疗机构、医务人员参与互联网医疗服务的积极性。

（责任编辑：张苹）

我国各地“互联网+”医疗服务定价与支付问题及对策

梁红梅¹ 徐嘉婕² 彭颖³ 金春林² 陈永成¹

【摘要】 文章分析我国各地“互联网+”医疗服务定价与支付现状，从服务项目、价格标准、医保支付、利益分配机制4个方面深入剖析当前我国各地“互联网+”医疗服务定价与支付存在的核心问题，在此基础上，为进一步完善我国“互联网+”医疗服务定价与支付提出政策建议。

“互联网+”医疗服务是解决医疗资源供给不平衡不充分、促进优质医疗资源下沉、降低患者就医成本的重要举措。2018年4月，《国务院办公厅关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》（国办发〔2018〕26号），明确要求建立健全互联网诊疗收费政策。2019年8月，《国家医疗保障局关于完善“互联网+”医疗服务价格和医保支付政策的指导意见》（医保发〔2019〕47号）（以下简称“《意见》”），进一步明确了“互联网+”医疗服务的定价要求，并正式将其纳入医疗保险支付体系。新型冠状病毒（以下简称“新冠病毒”）肺炎疫情暴发后，互联网医疗相关政策密集出台，强调充分发挥互联网诊疗咨询服务在疫情防控中的作用，并加速推动“互联网+”医疗服务在全国的发展。2020年5月，《关于做好公立医疗机构“互联网+医疗服务”项目技术规范及财务管理工作的通知》（国卫财务函〔2020〕202号）（以下简称“《通知》”），明确了10项“互联网+”医疗服务项目和不同主体的利益分配关系等。

第一作者：梁红梅，女，硕士

通信作者：彭颖，女，高级经济师

作者单位：1. 江西中医药大学经济与管理学院，南昌 330004

2. 上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所），上海 200040

3. 中国福利会国际和平妇幼保健院（上海交通大学医学院附属国际和平妇幼保健院），上海 200030

在国家对“互联网+”医疗服务的大力支持下，各地积极探索“互联网+”医疗服务的发展，先后出台了关于“互联网+”医疗服务项目定价和医保支付的政策。本文通过检索我国省级行政区公开发布的关于“互联网+”医疗服务价格和医保支付的政策文件，系统梳理当前各地“互联网+”医疗服务定价与支付政策的现状及存在的问题，为进一步推进“互联网+”医疗服务定价与支付提供参考和建议。

一、我国各地“互联网+”医疗服务政策执行情况

通过检索各省医疗保障局（以下简称“医保局”）、卫生健康委员会（以下简称“卫生健康委”）及发展改革委员会（以下简称“发展改革委”）等官方网站，发现截至2020年7月20日，已有29个省级行政区印发了“互联网+”医疗服务（含远程医疗）价格和医保支付政策。依据重大事件时间划分，我国各省级行政区“互联网+”医疗服务政策执行情况可划分为3个时期：一是《意见》出台之前，贵州、广西、新疆、福建、四川、宁夏、北京、广东、湖北、内蒙古、江苏、云南等12个省级行政区已经印发了相关文件，探索“互联网+”医疗服务项目定价与支付；二是《意见》出台至新冠病毒肺炎疫情暴发，山西、山东、吉林、四川、青海、宁夏、湖北等7个省级行政区印发了“互联网+”医疗服务价格和医保支付政策，其中吉林省仅出台远程会诊医疗服务价格项目；三是新冠病毒肺炎疫情暴发以后，为充分发挥“互联网+”医疗服务在疫情防控中的优势作用，辽宁、天津、北京、江苏、上海、黑龙江、甘肃、广东、河南、安徽、海南、河北、内蒙古、江西、云南、陕西、重庆、湖南、吉林等19个省级行政区陆续出台“互联网+”医疗服务项目价格和医保支付相关政策，其中，辽宁、黑龙江、河北等3个省级行政区仅出台了互联网复诊医疗服务价格项目，安徽、海南、重庆等3个省级行政区仅出台了意见或通知，尚未有具体定价和支付。此外，于2020年2月

10日起,浙江省为保障慢性病患者新冠病毒肺炎疫情期间用药连续性,同时降低人流聚集带来的风险,医保部门支持有积极性、有条件的医院开通网上慢病复诊,积极探索“互联网+医疗+医保支付+物流配送”模式。基于此,本文剔除安徽、海南、重庆等未出台具体价格标准和医保支付的3个省级行政区,最终选定26个省级行政区为研究对象,对其印发的政策文件进行整理与分析。

二、我国各地“互联网+”医疗服务定价与支付问题

《意见》中明确提出了从项目管理、价格形成机制、医保支付政策3个方面完善“互联网+”医疗服务价格和医保支付政策,并规定了各利益相关主体的利益分配方式。鉴于此,本文将以服务项目、价格标准、医保支付和利益分配机制4个方面为切入点,分析我国各地“互联网+”医疗服务价格和医保支付政策的现状及存在的问题。

(一) 服务项目

1. 服务项目类别

服务项目是“互联网+”医疗服务覆盖范围的蓝本,制定规范统一的服务项目,既有利于服务范围的界定,又便于相关部门的合规管理。从目前各省级行政区出台的政策来看,“互联网+”医疗服务项目包括互联网诊察、远程会诊、远程监测、远程诊断以及其他共5大类项目(见表1),其中应用较为广泛的是互联网诊察、远程会诊及远程监测。《通知》明确规定“互联网+”医疗服务项目分为互联网诊察、远程监测、远程会诊和远程诊断4大类。通过对比发现,各省级行政区服务项目种类与国家规定较为一致,且结合实际需求开展特色服务项目,如甘肃和湖南的互联网心理咨询、江西的互联网(远程)影像学会诊、宁夏的远程睡眠呼吸监测过筛试验等。

表 1 26 个省级行政区“互联网+”医疗服务项目清单

项目种类	项目名称	省级行政区
互联网诊察	互联网复诊	山西、山东、四川、青海、宁夏、天津、甘肃、江西、陕西、吉林、湖南、辽宁、北京、上海、黑龙江、广东、河北、河南、云南、江苏、广西、福建、内蒙古
远程会诊	互联网心理咨询	甘肃、湖南
	远程会诊	山西、天津、江西、广西、新疆、河南、北京
	远程单学科会诊	山东、四川、青海、宁夏、甘肃、陕西、吉林、湖南、江苏、内蒙古、贵州、福建、湖北、河南
	远程双学科会诊	山东、四川、宁夏、陕西、湖南、福建
	远程多学科会诊	山东、四川、青海、宁夏、甘肃、陕西、吉林、湖南、江苏、内蒙古、贵州、福建、湖北
	远程病理会诊	山东、四川、甘肃、江西、湖南、宁夏
	同步/非同步远程病理会诊	青海、江苏、广西、内蒙古、贵州、湖北、北京
	互联网(远程)影像学会诊	江西
	切片数字转换及上传	江苏
	远程中医辨证论治会诊	广西、北京、贵州、湖北
远程监测	远程心电监测	山东、青海、宁夏、甘肃、湖南、广西
	远程起搏器监测	山东、青海
	远程除颤器监测	山东、青海
	远程胎心监测	山东、四川、宁夏、吉林
	远程睡眠呼吸监测过筛试验	宁夏
远程诊断	远程影像诊断	江苏、广西、贵州、福建、新疆、湖北、内蒙古
	远程超声诊断	江苏、内蒙古
	远程心电诊断	江苏、广西、内蒙古、贵州、福建、新疆、湖北
	远程病理诊断	江苏、广西、贵州、福建、湖北
	切片数字转换及上传	江苏
	远程检验诊断	贵州、湖北
	非同步远程病理诊断	新疆
其他	普通医师出诊费、家庭病床建设费、家庭病床巡诊费	天津
	远程教学	新疆

2. 服务项目特点

通过政策梳理发现，“互联网+”医疗服务项目主要存在 3 个特点。一是服务项目有待更新。《意见》明确规定仅发生于医疗机构之间不直接面向患者的服务不作为医疗服务价格项目，而新疆将远程教学列入医疗服务价格项目中。二是服务项目无统一的分类标准。如远程会诊类项目，山西和天津统一使用远程会诊大类，而山东、青海及宁夏等地将

其进一步细分为远程单 / 双 / 多学科会诊、同步 / 非同步远程病理会诊、互联网（远程）影像学会诊、中医辨证论治会诊等项目。三是《意见》明确规定公立医疗机构提供检查检验服务，委托第三方出具结论的，收费按委托方线下检查检验服务项目的价格执行，不按远程诊断单独立项，不重复收费。同时，《意见》并未对远程监测类服务项目作出明确规定。通过对比发现，在《意见》出台之前已印发相关政策的省级行政区基本都有远程诊断类服务项目，在《意见》之后出台具体定价和医保支付的省级行政区则无远程诊断类服务项目；远程监测类服务项目则相反。

（二）价格标准

1. 价格标准不一

通过对我国各地“互联网+”医疗服务项目的价格标准梳理发现，各省级行政区的价格标准有所不同。一是价格管理不同。如远程会诊，四川、宁夏等地实行政府调节，江西、天津和北京实行医院自主定价即市场调节。《意见》规定公立医疗机构提供“互联网+”医疗服务实行政府调节，个性化、高层次需求及国外、境外的“互联网+”医疗服务实行市场调节价，可以看出尚未清晰界定个性化、高层次需求及境外服务范围。二是同一项目定价原则不同。如同步远程病理会诊，内蒙古要求含图像采集、数字化转换，广西则规定不含图像的采集、数字化转换。三是同一项目价格差异大。如互联网复诊，河南一级医院最低为 2 元，四川三甲医院最高为 30 元。四是计价单位不同。如远程心电监测，山东 13.5 元 / 小时，江苏 50 元 / 次，湖南 80 元 / 日等。《通知》规定远程监测类计价单位为“日”。五是价格划分标准不一致。如河南以省级、市级、县级、乡级为划分标准，青海以三级医院、二级医院、一级医院为划分标准，宁夏以 A 类（三甲医院）、B 类（三乙医院和市二级医院）、C 类（基层医疗机构）为划分标准等。六是收费标准不同。如四川、山东等远程

单学科会诊按医疗机构等级和医师职称定价，宁夏、青海等按医疗机构等级定价。

2. 价格标准的特点

我国各地“互联网+”医疗服务项目的价格标准存在2个特点。一是“互联网+”医疗服务项目的价格标准与传统线下服务间的价格关系密切。如湖南、北京、上海等互联网复诊费用都参照线下收费标准。二是限定“互联网+”医疗服务项目受邀方级别。如江西规定省外三级甲等、省内二级及以上公立医疗机构为“互联网+”医疗服务受邀方；四川的远程会诊类、福建的远程双/多学科会诊、湖南的远程病理会诊和远程心电监测规定受邀方为三级医院。

造成以上现象的原因主要有4点：一是各省级行政区的计价单位尚未按国家统一标准修订；二是对“互联网+”医疗服务项目的范围界定不同，即服务项目的细分内容、服务价格的划分标准、时间限制和医务人员职称等均无统一的参照标准；三是大部分省级行政区无明确规定邀请方和受邀方医疗机构的级别、利益相关方的责任与义务；四是各省级行政区的“互联网+”医疗服务成本各有高低，导致同一服务项目在不同省级行政区存在明显差异。

（三）医保支付

1. 是否纳入医保支付

通过政策归纳发现，我国各地“互联网+”医疗服务纳入医保情况可分为4种：一是6个省级行政区将其纳入基本医疗保险；二是11个省级行政区将部分服务项目纳入医保支付；三是3个省级行政区在新冠病毒肺炎疫情期间，将其部分服务项目临时纳入医疗保险支付范围，确保患者不因费用问题影响就医；四是6个省级行政区仍将其列在医保范围之外，究其原因是由于各省级行政区的“互联网+”医疗服务项目仍

在探索中，尚未完善服务项目及价格的制定，因此不能确定是否纳入医保支付范围及其支付比例（见表 2）。

表 2 26 个省级行政区“互联网+”医疗服务纳入医保支付情况

是否纳入医保支付	省级行政区
纳入	山东、四川、河南、上海、河北、湖北
部分纳入	山西、宁夏、天津、江西、陕西、北京、内蒙古、福建、广西、贵州、新疆
临时纳入	吉林、黑龙江、江苏
未纳入	青海、甘肃、湖南、辽宁、广东、云南

2. 医保支付类别、范围与比例

通过政策梳理发现，各地“互联网+”医疗服务纳入医保支付主要有 3 个特点。一是在支付类别方面，部分省级行政区如山东和宁夏将远程胎心监测纳入生育保险并按相关规定支付，贵州将远程单 / 多学科会诊、远程中医辨证论治会诊、同步 / 非同步远程病理会诊 5 个项目作为“特殊诊疗”医保报销类别。二是在支付范围方面，为避免过度医疗和防止医保基金的滥用，部分省级行政区针对报销范围进行一定程度的限制。如宁夏、贵州严格规定医疗保险仅限于住院支付，且每个住院周期只支付 1 次费用，同时规定参保患者或家属单方面要求提请的远程会诊不纳入基本医疗保险基金支付范围；福建规定远程会诊按收费标准的 30% 纳入医保支付范围且最高不超过 90 元 / 次；山东规定远程监测类（除远程胎心监测）的医保支付每次不超过 24 小时等。三是在支付比例方面，部分省级行政区已明确医保支付的定额或比例，如江西规定三级医院和二级医院在“互联网复诊”项目上可分别报销 13 元 / 次、9 元 / 次，河南规定在疫情期间各地医保首付比例临时参照省直职工医保乙类首付比例 20% 等。

（四）利益分配机制

《通知》规定“互联网+”医疗服务由接诊医疗机构向患者收取医疗服务费用，再按照协议向远程医疗服务活动中的受邀方或提供第三方平台的机构等支付费用，故利益分配主体主要涉及邀请方、受邀方及技术支持方。通过对利益分配机制梳理发现，不同地区利益分配方式不同，可分为2种分配方式。一是自由协商。大部分省级行政区在利益分配方面未作出明确的支付比例，如江苏、内蒙古、湖北等规定利益方在利益分配方面采取自由协商的方式。二是明确分配比例。如新疆规定邀请方、受邀方按照4:6的比例分配远程诊断类费用；吉林规定邀请方和受邀方按2:8的比例分配省内远程会诊的费用等。此外，部分省级行政区以医联体来划分利益分配方式。如贵州规定医联体内部多为免费或象征性收取费用，非医联体则按双方自愿约定协议将医疗服务收费进行分配；福建要求紧密型医联体按照内部绩效分配管理进行分配，非紧密型医联体和其他医疗机构间远程会诊费用分配由邀请方、受邀方按照2:8的比例分配。

三、讨论与建议

（一）规范“互联网+”医疗服务价格项目及收费标准

各省级行政区在规范“互联网+”医疗服务价格项目及收费标准时可具体考量以下三点。一是在服务项目和定价机制上，因《通知》明确规定，医疗保障部门和医疗机构不得因服务对象、服务区域不同制定不公平的价格标准，建议各省级行政区按照国家统一标准修订服务项目和计价单位等，并规范服务项目的细分内容和服务价格的划分标准等。二是在定价成本上，因“互联网+”医疗服务很大程度上节约了患者的间接就医成本（如时间成本、交通成本、住宿成本等）、医生的时间成本和医院的物耗成本，但增加了医院软硬件设施成本，建议在定价时应充

分考虑医院在信息化建设上所产生的费用。三是在定价方法上，建议以比价为原则，以成本测算为依据，即采用更符合行业特点的成本测算方法（如成本当量法、作业成本法）进行“互联网+”医疗服务项目成本测算，结合现行医疗服务项目价格标准，制定既能让患者接受，又可体现医疗服务的共性成本和“互联网+”的额外成本的收费标准。

（二）明确“互联网+”医疗服务医保支付范围和方式

首先，临时纳入医保支付的省级行政区可在疫情结束后，通过评估“互联网+”医疗服务临时纳入医保支付的成效和影响来确定是否长期纳入医保、是否提升报销标准以及是否扩大医保支付范围。其次，《国务院办公厅关于进一步优化营商环境更好服务市场主体的实施意见》（国办发〔2020〕24号）明确提到将符合条件的互联网医疗服务纳入医保报销范围。故尚未纳入医保支付的省级行政区在充分考虑医保基金承受能力的基础上，可先将线上线下同类医疗服务（如互联网复诊、远程会诊等）纳入医保支付范围并实行相同的医保报销比例。最后，在医保支付方式上，因互联网诊疗服务都是门诊服务，放开“互联网+”医疗的医保报销后会对较早实施门诊统筹地区（如北京、天津）造成巨大的基金压力，需探索符合行业特点的医保支付方式，如总额预付下的按项目付费或打包付费。

（三）完善“互联网+”医疗服务纳入医保支付的配套措施

随着“互联网+”医疗需求激发，“互联网+”医保配套措施也备受关注。一是为了解决各省级行政区医保信息系统的差异性和医保异地结算问题，应加快建立全国统一、高效、兼容、便捷、安全的医保信息系统，实现信息互联互通，加强数据有效共享。二是各省级行政区根据本地区实际情况，推广应用医保电子凭证，逐步实现医疗保险脱卡支付和移动支付。同时为防止出现医保资源滥用和不合理诊疗行为，应加强利益相

关者关于“互联网+”医保的协议管理，如定点医疗机构与药店的线上协议管理、与医保医师签订在线合理诊断、合理用药等服务协议。三是借助信息化手段加强对“互联网+”医疗服务质量安全及医保基金的实时监控，强化对“互联网+”医保服务的事前、事中、事后监管，并委托专业的第三方审核互联网上每笔医保资金流的财务安性，辅之以网上支付安全的保障金制度。

（责任编辑：信虹云）

我国“互联网+”医疗在线问诊平台服务项目及价格分析

刘 昕 罗雅双 符雨嫣 房 良 金春林 王海银

【摘 要】近年来，“互联网+”医疗在线问诊平台的数量和规模快速提升。文章系统梳理了4个“互联网+”医疗平台的在线问诊服务项目及价格，为我国公立医疗机构“互联网+”医疗在线问诊服务项目内容制定与定价提供参考和借鉴。

“互联网+”医疗是以互联网技术为基础，实现不同地域间医疗资源和医疗服务的共享，是互联网与医疗行业融合发展的产物。“互联网+”医疗在线问诊是指患者可以基于文字、图片、电话或者视频等形式向医生咨询病情。近年来，“互联网+”医疗在线问诊的数量快速提升，尤其在新型冠状病毒（以下简称“新冠病毒”）肺炎疫情期间，“互联网+”医疗在线问诊服务的规模迅速扩大。

“互联网+”医疗在线问诊服务主要由公立医疗机构以及连接各医疗机构和医生的市场平台提供。目前，公立医疗机构“互联网+”医疗在线问诊服务主要存在以下几个待解决的问题：一是在线问诊服务形式较为单一，服务内容尚不明确；二是在线问诊服务价格制定过程中，具体需要考量什么定价要素，以及如何处理不同定价要素之间服务比价关系。本文系统梳理了平安好医生、微医、好大夫、丁香医生4个“互联网+”医疗在线问诊平台的服务形式和内容、项目定价要素、平台服务价格及比价关系，以期为公立医疗机构“互联网+”医疗在线问诊服务项目内容的制定和定价提供参考。

第一作者：刘昕，女，研究实习员

通信作者：王海银，男，副研究员，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）卫生技术评估研究部主任

作者单位：上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所），上海 200031

一、“互联网+”医疗平台在线问诊服务形式、内容及定价要素

(一)“互联网+”医疗平台在线问诊服务形式和内容

1. 平安好医生

平安好医生（原名“平安健康管家”）成立于2015年，是一项在线健康咨询及健康管理应用程序，由平安健康推出。平安好医生以医生资源为核心，提供实时咨询和健康管理服务，其中包括免费咨询、普通问诊、一对一家庭医生服务、名医专家咨询、问药购药、预约挂号和体检检测等服务。

名医专家在线问诊项目均由国内三甲医院医生提供咨询，医生职称为主任医师或副主任医师。在线问诊服务类型主要有图文咨询、语音咨询和视频咨询。其中，图文咨询一般包括：诊前评估1次；48小时内患者可追问，逾期服务自动结束；建议诊疗方案1次；根据患者需求，提供1次用药指导，以及1次院后关怀。语音咨询和视频咨询均不限制医生和患者的交流次数，服务期间可以随时咨询诊室医生。

2. 微医

微医成立于2015年，是全国首家互联网医院，开创了中国在线诊疗、处方流转、医保在线支付等新业态。微医互联网总医院广泛连接各级医疗机构和医生，持续推进新业态在全国范围内规模化落地运营。微医提供的服务包括在线问诊、预约挂号、极速问诊、海外就医，以及专家团队挂号及在线咨询服务等。

在线问诊项目可以由三级医院、二级医院以及一级医院的主任医师、副主任医师、主治医师提供咨询服务。问诊方式主要包括图文问诊和视话问诊。其中图文问诊是指患者通过文字、图片和语音进行问诊，医生利用业余时间为患者解答。视话问诊时指在预约时间内，医生根据患者的候诊顺序，通过电话、视讯与患者进行沟通。

3. 好大夫在线

好大夫在线创立于 2006 年，是中国领先的互联网医疗平台之一。好大夫在线平台提供的服务包括图文问诊、电话问诊、门诊精准预约、诊后疾病管理、家庭医生、疾病知识科普等。

在线问诊项目可以由三级医院、二级医院以及一级医院的主任医师、副主任医师、主治医师提供咨询服务。问诊方式主要包括图文和电话。其中图文形式包括图文问诊和一问一答。图文问诊的服务内容包括：需要患者提交自己的病情；医生接诊后问诊开始计时；问诊期间不限制交流次数；医生给出结论或者接诊 48 小时后，问诊结束；问诊结束后赠送 2 次回复机会（7 天内有效）。一问一答的服务内容包括：患者提交病情描述和图片资料后，医生通过语音或者文字解答；医生回答后，赠送患者 2 次回复机会（7 天内有效）。电话问诊是指医生为患者提供一次性的问诊通话服务。

4. 丁香医生

丁香医生成立于 2016 年，提供的服务包括在线问诊、查疾病、查药品、查医院、查检查或手术，以及查疫苗等。在线问诊主要是由三甲医院的主任医师、副主任医师、主治医师以及医师提供咨询服务。问诊形式主要是图文问诊。4 个“互联网+”医疗在线问诊平台服务形式比较见表 1。

表 1 4 个“互联网+”医疗在线问诊平台服务形式

项目	平安好医生	微医	好大夫在线	丁香医生
提供服务的医院级别	三甲医院	三级医院	三级医院	三甲医院
		二级医院	二级医院	其他级别医院
		一级医院	一级医院	
在线问诊服务形式	图文问诊	图文问诊	图文问诊	图文问诊
	电话咨询	电话咨询	电话咨询	
	视频咨询	视频咨询		

（二）“互联网+”医疗平台在线问诊服务项目定价要素

根据 4 个“互联网+”医疗平台服务形式及内容，总结其服务项目定价要素主要有四类，具体包括医院级别、医生职称、服务形式以及咨询时长（见表 2）。

表 2 4 个“互联网+”医疗平台服务项目定价要素

定价要素	平安好医生	微医	好大夫在线	丁香医生
要素类别	医生职称	医院级别	医院级别	医院级别
	服务形式	医生职称	医生职称	医生职称
	咨询时长	服务形式	服务形式	
		咨询时长	咨询时长	咨询时长

二、“互联网+”医疗平台在线问诊服务价格及比价关系

（一）平安好医生

基于平安好医生平台不同医生职称以及不同在线问诊服务形式中服务患者数前 50 名医生的共计 300 个问诊价格，计算得出最低价格、平均价格以及最高价格（见表 3、表 4）。其中，图文咨询及语音咨询时长，均通过线性折算为 10 分钟。

表3 平安好医生主任医师问诊服务价格

服务价格	图文咨询			语音咨询	视频咨询
	元/次	10元/10分钟	元/2天	元/10分钟	元/10分钟
最低价格	30	34	50	50	100
平均价格	70	92	122	182	316
最高价格	200	167	300	400	1000

表4 平安好医生副主任医师问诊价格

服务价格	图文咨询		语音咨询	视频咨询
	元/次	元/2天	元/10分钟	元/10分钟
最低价格	0.01	0	0	0
平均价格	65	86	82	117
最高价格	200	500	168	250

其中,主任医师的图文咨询(按次计算)、图文咨询(按10分钟计算)、图文咨询(按2天计算)、语音咨询(按10分钟计算)以及视频咨询(按10分钟计算)的在线问诊价格比价关系是1:1.31:1.74:2.60:4.51。副主任医师的图文咨询(按次计算)、图文咨询(按10分钟计算)、图文咨询(按2天计算)、语音咨询(按10分钟计算)以及视频咨询(按10分钟计算)的在线问诊价格比价关系分别是1:1.32:1.26:1.80。

主任医师和副主任医师,在图文咨询(按次计算)、图文咨询(按2天计算)、语音咨询(按10分钟计算)以及视频咨询(按10分钟计算)的在线问诊价格比价关系分别是1.08:1, 1.43:1, 2.22:1, 2.7:1。总体上,在不同服务形式中,在线问诊价格主任医师高于副主任医师。

此外,基于平安好医生平台主任医师在不同咨询时长情况下的语音咨询和视频咨询在线问诊价格,计算得出不同咨询时长的平均价格。其中,主任医师语音咨询问诊价格分别是26元/10分钟、37元/15分钟,47元/20分钟;视频咨询问诊价格分别是17元/10分钟、36元/15分钟,45元/20分钟。主任医师语音咨询10分钟、15分钟和20分钟的服务价格比价关系是1:1.78:1.93;视频咨询10分钟、15分钟和20分钟的服

务价格比价关系是 1:1.65:1.98。总体上，咨询时间越长，平均价格越高，其中 10 分钟和 20 分钟的服务价格比价关系约为 1:2。

（二）微医

基于微医平台不同医院级别、不同医生职称以及不同在线问诊服务形式中服务患者数前 50 名医生的共计 900 个问诊价格，计算得出在线问诊三级、二级以及一级医院医生的最低价格、平均价格以及最高价格（见表 5、表 6 和表 7）。

表 5 微医平台在线问诊三级医院医生的服务价格

服务价格	主任医师		副主任医师		主治医师	
	图文问诊 (元/次)	视话问诊 (元/次)	图文问诊 (元/次)	视话问诊 (元/次)	图文问诊 (元/次)	视话问诊 (元/次)
最低价格	5	30	0	20	0	20
平均价格	65	128	44	128	31	65
最高价格	300	600	300	600	200	299

表 6 微医平台在线问诊二级医院医生的服务价格

服务价格	主任医师		副主任医师		主治医师	
	图文问诊 (元/次)	视话问诊 (元/次)	图文问诊 (元/次)	视话问诊 (元/次)	图文问诊 (元/次)	视话问诊 (元/次)
最低价格	0	19	1	15	3.6	10
平均价格	82	156	41	70	29	51
最高价格	580	500	500	500	200	299

表 7 微医平台在线问诊一级医院医生的服务价格

服务价格	主任医师		副主任医师		主治医师	
	图文问诊 (元/次)	视话问诊 (元/次)	图文问诊 (元/次)	视话问诊 (元/次)	图文问诊 (元/次)	视话问诊 (元/次)
最低价格	0	20	0	20	0	10
平均价格	79	185	70	79	19	56
最高价格	1000	600	2010	350	100	200

基于微医平台在线问诊三级、二级以及一级医院医生的最低价格、平均价格以及最高价格，计算得出三级医院、二级医院与一级医院服务比价情况（见表 8）。由于微医平台一级医院与二级医院在线问诊服务中，

服务患者数前 50 名主任医生和副主任医师的服务价格存在极端值，因此三级医院、二级医院和一级医院在线问诊服务比价关系中的价格规律不明显。

表 8 微医平台三级医院、二级医院与一级医院服务比价情况

医生职称	图文问诊	视话问诊
主任医师	1:1.26:1.22	1:1.22:1.45
副主任医师	1:0.93:1.59	1:0.55:0.62
主治医师	1:0.94:0.61	1:0.78:0.86

（三）好大夫在线

根据好大夫在线不同服务形式中服务患者数前 50 名医生的共计 150 个问诊价格，计算得出好大夫在线问诊的最低价格、平均价格以及最高价格（见表 9）。其中，基于平均价格计算，图文问诊、一问一答和电话问诊服务价格的比价关系是 1:0.42:1.19。总体上，电话问诊的价格高于图文问诊和一问一答服务价格。

表 9 好大夫在线问诊价格

服务价格	图文问诊（元/次）	一问一答（元/次）	电话问诊（元/10 分钟）
最高价格	1000	300	1500
平均价格	218	91	259
最低价格	30	5	39

（四）丁香医生

基于丁香医生皮肤科不同服务形式中服务患者数前 50 名医生的共计 200 个问诊价格，计算得出丁香医生皮肤科在线问诊的最低价格、平均价格以及最高价格（见表 10）。其中，主任医师、副主任医师、主治医师以及医师的在线问诊价格比价关系是 1:0.78:0.79:0.62。总体上，丁香医生皮肤科在线问诊价格随医生职称提高而增加。

表 10 丁香医生皮肤科在线问诊价格

服务价格	主任医师（元/次）	副主任医师（元/次）	主治医师（元/次）	医师（元/次）
最低价格	10	19	19	19
平均价格	74	58	59	46
最高价格	328	159	129	258

三、对策建议

研究发现，在线问诊价格总体上随着医生职称提高和服务形式多元化而提高。但是，由于存在服务价格极端值的情况，微医平台不同级别医院在线问诊服务比价关系中的价格规律不明显。参考上述“互联网+”医疗平台在线问诊服务内容、价格以及比价关系，为我国公立医疗机构“互联网+”在线问诊服务项目内容、定价以及价格监督管理提出以下建议。

（一）细化“互联网+”在线问诊服务形式及内容

“互联网+”医疗平台的在线问诊服务形式包括图文、电话和视频咨询，服务内容包括服务时长、服务次数、服务流程等方面。在平安好医生和好大夫平台中，详尽描述图文咨询、图文问诊、一问一答等医疗服务的具体内容。公立医疗机构的“互联网+”在线问诊服务可以参考“互联网+”医疗平台的在线问诊服务项目和服务内容的细化方式，明确公立医疗机构的“互联网+”在线问诊医疗服务项目内容。细化公立医疗机构“互联网+”在线问诊医疗服务形式及内容是合理定价的基础。

（二）实现“互联网+”在线问诊服务的差异性定价

“互联网+”医疗平台的在线问诊服务基于不同医院级别、医生职称、服务形式以及咨询时长等定价要素给予提供服务的医务人员差异化定价。公立医疗机构在为“互联网+”在线问诊医疗服务定价时，也可以参考多元定价要素的模式，实行差异性定价原则，以此激励和吸引患

者选择不同的“互联网+”医疗服务。采取科学合理的“互联网+”医疗服务定价，可以实现区域医疗资源优化配置，促进优质医疗资源下沉，为患者提供及时优质的医疗服务。

（三）加强“互联网+”在线问诊服务价格的监督管理

互联网医疗服务具有公共产品或准公共产品性质，需要政府在价格监督管理中发挥主导作用。目前，“互联网+”医疗平台服务项目价格缺少监督管理。在“互联网+”医疗平台问诊服务中，具备相同服务项目定价要素的医生，其问诊价格变化范围较大。在微医平台的图文问诊和视话问诊服务中，一级医院和二级医院的主任医师服务平均价格高于三级医院主任医师。缺乏公平合理的医疗服务定价可能会抑制医疗机构提供医疗服务的积极性，对医疗资源的配置产生消极影响。

公立医疗机构也需要加强对“互联网+”在线问诊医疗服务价格的监督管理。公立医疗机构可以通过制定价格政策、对“互联网+”医疗服务进行成本核算，以及加强对“互联网+”医疗服务价格的监督考核，从而建立完善的价格信息披露机制，使“互联网+”医疗服务价格公平合理，维护公立医疗机构“互联网+”在线问诊服务提供方和患者的利益。

（责任编辑：张革）

“互联网+”医疗服务项目定价及支付研究进展

王海银¹ 苏霞¹ 王昊德¹ 孙梦婷²

罗雅双¹ 晏嵘³ 金春林¹ 顾源远⁴

【摘要】“互联网+”医疗服务是线下医疗服务的重要补充，在全球及我国逐步得到发展及广泛应用。但“互联网+”医疗服务的发展受到众多挑战，特别是定价及支付。文章从“互联网+”医疗服务定价及支付角度切入，系统综述全球“互联网+”医疗服务项目医保准入特征、支付及定价的关键要素以及创新支付方式，为我国有序推进“互联网+”医疗服务定价和支付提供理论依据。

“互联网+”医疗服务可以克服传统医疗服务中地理空间及医疗资源配置的限制，已逐渐成为全球各国医疗服务供给的重要工具之一。2019年世界卫生组织发布数字健康干预的首个指南，呼吁采用手机、平板电脑及电脑等媒介使用数字医疗，提升健康及基本医疗服务。2020年G20峰会也首次发布应用数字健康手段应对疫情的管理。研究显示，“互联网+”医疗服务已在经济合作与发展组织（Organization for Economic Co-operation and Development, OECD）国家得到广泛应用和发展。新型冠状病毒肺炎（以下简称“新冠肺炎”）疫情发生以来，“互联网+”医疗服务在中国防疫中发挥了重要作用，在我国也得到了快速的应用和发展。但“互联网+”医疗服务的发展受到众多挑战，特别是定价及支付。本文探索从“互联网+”医疗服务项目的定价及支付角度切入，系统综

第一作者：王海银，男，副研究员，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）卫生技术评估部主任

作者单位：1. 上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所），上海 200031

2. 南京中医药大学，南京 210046

3. 上海市医疗保障局，上海 200125

4. 麦考瑞大学，悉尼 2109

述目前“互联网+”医疗服务项目准入特征、支付定价的关键要素以及创新支付方式，为我国有序推进“互联网+”医疗服务定价和支付提供理论依据，以促进其在政策及实践中的应用。

一、资料与方法

（一）文献纳入及排除标准

1. 纳入标准

纳入标准：（1）描述互联网诊疗（包括远程医疗、互联网医院、移动医疗等）的研究；（2）包括按项目支付方式的研究；（3）研究内容包括具体互联网诊疗项目或相关病种，或互联网诊疗项目定价、支付等；（4）不限诊疗服务类型、诊疗形式（实时、非同步、监测等）、研究设计类型。

2. 排除标准

排除标准：（1）未涉及互联网医疗服务的研究；（2）以创新支付方式为主的支付研究；（3）系统评价及综述文章。

（二）文献检索策略

计算机检索 Pubmed、EMbase、The Cochrane Library（Health Technology Assessment, NHS Economic Evaluation Database）、CNKI、万方数据、中国生物医学文献数据库，检索时限为建库至2020年11月31日，同时追溯纳入研究的参考文献，以补充获取相关文献。检索采用主题词和关键词相结合的方式，检索词包括“telemedicine”“telehealth”“Fee for service”“fee schedules”“tariff”。

（三）文献筛选、资料提取

文献筛选、资料提取由2名研究人员独立进行并交叉核对，如遇分歧则提交第3名研究人员讨论确认。使用自制的资料提取表提取资料，提取内容包括：①纳入研究的基本信息，包括发表年份、第一作者、国

家或地区、保险类型等；②互联网医疗服务项目所属学科，服务类型（实时、影像、电话等），项目数量，具体项目名称；③项目支付，支付的主要方法及价值要素，与线下项目比价，创新的支付模式等。

（四）统计分析

采用定性系统评价方法，对结果进行描述分析。对整理的文本采用词云分析技术分析，以词云图进行描述。

二、结果

（一）文献筛选流程及结果

初筛出相关文献 3 586 篇，经过逐层筛选最终纳入 16 篇文献进行研究。其中，美国 12 篇，中国 2 篇，英国、德国、意大利、西班牙、加拿大分别为 1 篇。文献的时间最早为 2004 年，最新为 2020 年，2010 年以后共有 14 篇。文献筛选流程及结果见图 1。

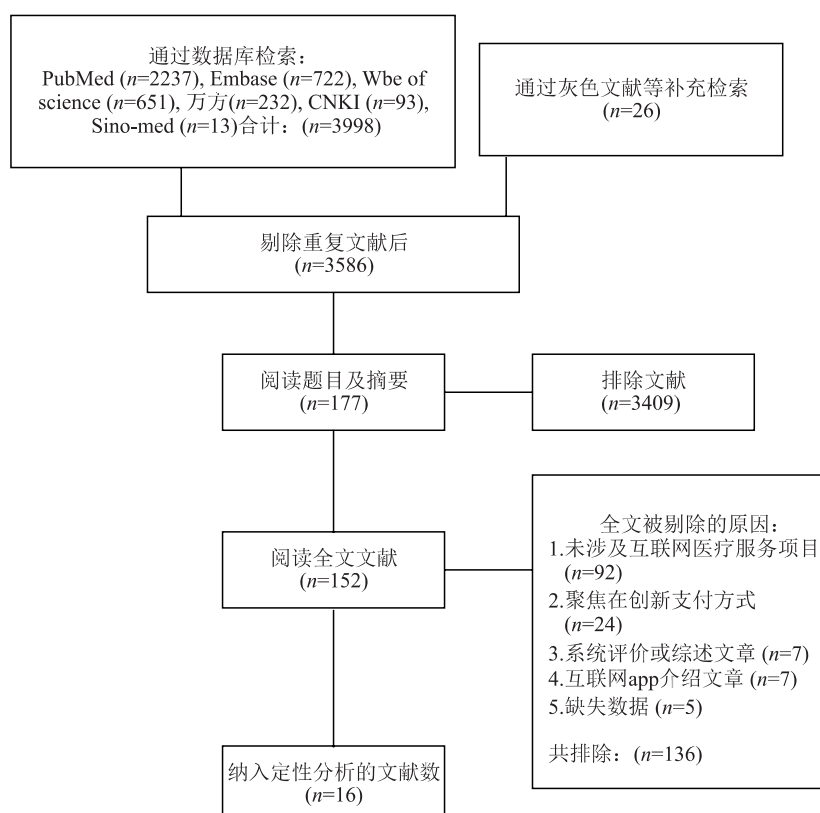


图 1 文献筛选流程图

（二）纳入研究的主要研究结果

1. 项目类别及类型

纳入研究的文献中，“互联网+”项目类型包括实时、电话及影像咨询三种形式，其中实时医疗服务项目比例最高。从服务类型来看，“互联网+”项目涉及诊断、治疗、监测等多种服务，其中诊断和治疗类占比最高，其次是监测类（见图2）。

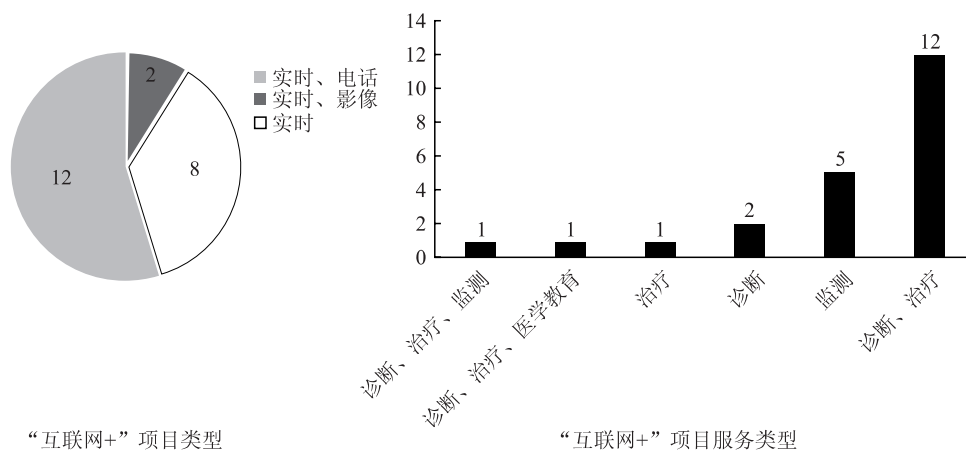


图2 “互联网+”医疗服务项目类型和服务类型

2. 项目覆盖学科及数量

“互联网+”医疗服务项目涉及的学科覆盖较广，9篇文献报道了多个学科，涉及项目数量212个。其中，一项美国私立保险研究至少覆盖76个学科。从具体学科文献来看，涉及常见慢性病、危重病、康复及公共卫生的新冠肺炎等。从项目数量来看，康复、肾病、喉科等专科涉及项目数量相对较多（见表1）。具体项目包括咨询类（如健康体检、心理治疗及健康咨询、药物管理、护理、康复、监测和随访等）、诊断类（如会诊、毒理、肾病、心衰、居家透析服务、ICU等诊断和治疗等）。

表1 “互联网+”医疗服务项目学科类别及项目数量

学科	文献数量（篇）	项目数量（个）
危重病学	1	1
心血管	1	1
新冠肺炎	1	1
毒理学	1	4
慢性病	4	4
儿科	1	5
神经内科	1	8
喉科	1	13
肾内科	1	18
康复	1	33
多学科	9	212

3. 项目支付及关键因素

项目支付保险包括公立、私立和两者兼有。支付定价的关键要素包括以下几个方面：一是时间，如5分钟、10分钟、20分钟等；二是服务形式，如实时、影像、电话等；三是服务强度，如投入人数及产出（单学科、多学科、多人）等；四是场景，如普通还是急诊、监测还是治疗等；五是区域，如针对不同区域设置不同的机构服务费等；六是专科类型，如不同的专科技术难度不同、价格不同（见图3）。



图3 项目支付价格的关键要素

4. 与线下项目比价关系及支付方式

“互联网+”医疗服务项目的支付价格主要有两部分构成。一是医生技术劳务费，多数通过点数形成。如美国包括工作相对价值单位(Relative Value Unit RVU)、实践 RVU 及医疗责任险 RVU 来设定。医生技术劳务相对线下医疗服务多数相同，如一篇文献报道与线下多数项目价格一致(>80%)。二是机构设施服务费，一般是定额支付，用于补偿互联网+服务设施成本。支付方面，多数文献仍是通过项目编码按项目支付，部分病种按月支付，如美国居家透析治疗按月付费，部分文献提出整合打包服务，如德国探索整合型服务合同，包括互联网监测服务等。

三、讨论

本文系统评价了“互联网+”医疗服务相关的研究。结果显示，目前相关研究数量有限，大部分文献集中在美国，部分来自中国及欧洲地区。这可能与各国的支付方式存在紧密关系。美国在支付体系上，按项目付费仍然占很大比例，各学科对项目准入及点数关注度比较高，相应的研究文献比较多。英国等欧洲国家按项目付费的比例很低，多数以按病种及人头付费方式，医生对“互联网+”医疗服务项目的准入及支付关注度小，相应的文献量较少。中国也以按项目付费为主，近几年国家发布多项支持“互联网+”医疗服务项目支付政策，因此相关研究逐步增多。但总体来看，该领域的研究文献仍然偏少。

在“互联网+”医疗服务项目准入上，美国发展较迅速。如公立保险已纳入 100 多个项目，私立保险也覆盖 76 个学科。服务形式包括实时、电话及影像等，内容涵盖了咨询、诊断、治疗、监测等。研究同时发现美国联邦政府与地方州政府间在“互联网+”医疗服务定价中存在较大差异，各州根据自身情况进行项目设置和定价，具有较大的灵活性。中国 2018 年对在线诊疗活动分为远程医疗、互联网诊疗及互联网医院三类，各地进行了价格及支付方面的探索。但总体来看，在项目设立上仍

比较少，主要包括互联网复诊、远程诊断、远程病理、检验及心电诊断等，对于居家医疗及监测等仍缺乏项目定价。建议中国及其他按项目支付的国家或地区借鉴美国经验，拓展“互联网+”医疗服务项目，以促进“互联网+”医疗服务项目的发展。

在支付标准设定要素上，欧美国家在定价要素考虑上区分较细。如针对不同的时间、不同的服务强度分类设置，同时考虑区域及运行结构，通过支付医务人员及机构服务费来实施。中国目前主要通过医院层级及职称进行区分，未针对时间及专科等要素进行分层，仍然需要进一步细化。另外，在支付方式上，国际部分国家探索采用按月支付、整合打包支付等手段，而非基于每次及单位时间，形成了很好的实践经验，值得中国及其他国家借鉴。

从线上与线下的比价关系来看，多数国家采用了线上与线下价格相近的做法，以鼓励在线医疗的发展。新冠肺炎疫情以来，澳大利亚提升了线上诊疗的价格标准，以进一步鼓励在线医疗的发展，起到了很好的助推作用。研究认为，线上价格的设定在参考成本的基础上，应根据在线医疗发展情况，灵活进行价格设置。如在初期可以与线下价格相等或更高，当发展成熟后，可以动态调整。

本研究存在一定的局限性：一是仅检索了公开发表的文献，可能存在发表偏倚；二是未进行质量评价；三是纳入研究的数量少，仅对结果进行定性分析，未能做定量整合。

综上所述，本研究结果提示，“互联网+”医疗服务定价在全球取得了一定的发展，美国在项目准入、支付价格设定及支付上值得全球其他国家借鉴，建议中国及其他国家和地区进一步提升“互联网+”医疗服务定价准入及创新支付方式，更好促进“互联网+”医疗服务项目和线下医疗服务的融合与发展。

（责任编辑：信虹云）

美国“互联网+”医疗服务项目内涵及定价支付经验

符雨嫣 金春林 罗雅双 刘 昕 房 良 王海银

【摘 要】 文章梳理美国“互联网+”医疗服务项目和管理现状、特征内涵、支付方式和定价方法等方面的相关经验，为我国制定“互联网+”医疗服务相关政策提供参考和借鉴。

“互联网+”医疗是以互联网为载体、以信息技术为手段，与传统医疗服务深度融合而形成的一种新型医疗服务模式的总称，是医疗行业新的发展方向，同时也有利于解决中国医疗资源不平衡和人们日益增加的健康医疗需求之间的矛盾。自2015年以来，我国互联网医疗规模不断扩大，应用场景也不断拓宽，已逐渐成为我国线下医疗的重要补充力量。然而，我国“互联网+”医疗服务价格形成机制仍不明确，存在以下几个关键问题需要解决：一是“互联网+”医疗服务项目规则如何建立的问题，是参照目前的综合类、检验类、诊疗类及中医类进行分类，还是基于其运行特点制定新的项目类别；二是“互联网+”医疗服务价格如何制定的问题，是否基于成本定价或者价值定价，如何处理与线下医疗服务价格间的相对关系。

美国于2010年颁布《平价医疗法案》(Affordable Care Act of 2010)后，支付方式由按数量和成本支付向按价值支付过渡，“互联网+”医疗得到了快速的发展。此后，美国不断优化对“互联网+”医疗服务的医保支付政策，逐步扩大支付范围，增加医保基金支出。基于此，对美

第一作者：符雨嫣，女，研究实习员

通信作者：王海银，男，副研究员，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）卫生技术评估研究部主任

作者单位：上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所），上海 200031

国“互联网+”医疗服务项目管理现状、特征内涵、支付方式和定价方法进行梳理归纳，可为我国“互联网+”医疗服务项目准入、项目内涵制定、价格制定和支付方式提供参考和借鉴。

一、美国“互联网+”医疗服务项目管理现状及特征内涵

（一）管理现状

在美国，联邦政府和州政府对“互联网+”医疗有着不同的政策、管理和支付体系。联邦政府层面设立了一些法案来保障“互联网+”医疗的安全性和可行性，由美国医疗保险和医疗补助服务中心（Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS）的 Medicare 来制定“互联网+”医疗的支付目录、条件和标准。州层面由各州的 Medicaid 来制定相关的支付政策。

从 2014 年起，Medicare 开始制定并每年更新“互联网+”医疗服务列表（telehealth services list）作为支付的依据。2014 年，列表仅有 4 个“互联网+”医疗服务项目，到 2020 年增加至 101 个。

在“互联网+”医疗服务项目准入方面，申请者可通过公开渠道提交“互联网+”医疗服务的增减建议，CMS 每年定期对所有建议进行审批并更新“互联网+”医疗服务列表。对于新增的“互联网+”医疗服务，申请者需要提交相应的证据，包括（1）是否准确描述服务内涵；（2）是否符合 CMS 的支付条件；（3）是否对患者产生了明显的临床效益。其中，临床效益是需要重点阐述的部分，需提交证明该服务临床效益的临床研究、专家评阅意见等。

除了“互联网+”医疗服务列表外，CMS 从 2019 年开始扩展 Medicare 对“基于远程通信技术的医疗服务”的支付。由于“基于远程通信技术的医疗服务”不能替代现有的传统的面对面医疗服务，CMS 未将其定义为“互联网+”医疗服务。

（二）特征及内涵

美国根据使用的远程通讯技术类型，将“互联网+”医疗服务分为以下4种模式：（1）实时视频会议（Live video）；（2）远程监护（Remote Patient Monitoring, RPM）；（3）储存—转发（Store-and-forward）；（4）移动健康（Mobile health）。其定义及适用范围见表1。

表1 美国“互联网+”医疗服务模式

模式类型	定义	适用范围	是否同步
实时视频会议	使用视听通信技术进行的“互联网+”医疗服务，可发生在医疗服务机构和发起方（即患者、护理人员或其他医疗服务机构）之间	远程医疗咨询远程诊断远程治疗	同步
远程监护	使用远程监护设备收集患者的健康数据，例如心率、血压、血氧水平等，并将该数据远程传输给医生，供医生进行医疗评估	慢性疾病管理传染病等特定疾病管理	异步
储存—转发	使用电子通讯系统将已有的数字图像、文档、预先录好的视频、电子病例信息传输给医生，一般是发生在医生与医生之间	远程诊断远程医疗咨询涉及的学科一般为放射科、病理检查科、皮肤科和眼科。	异步
移动健康	使用移动设备（如手机、平板电脑等）收集患者的个人健康信息，通常通过应用软件来实现	远程医疗咨询	异步

以上4种模式的“互联网+”医疗服务，仅实时视频会议这一模式被 Medicare 认为可替代传统的面对面医疗服务，纳入“互联网+”医疗服务列表。2020年 Medicare 最新列表中的101个“互联网+”医疗服务项目，类别涉及：（1）心理/精神类疾病远程诊疗；（2）慢性疾病（如终末期肾病、糖尿病）诊疗；（3）门诊/住院/重症监护的远程会诊；（4）健康行为的管理（酒精滥用、吸烟行为、性行为等）；（5）药品管理（阿片滥用、远程药品处方）等。

除了“互联网+”医疗服务列表外，Medicare 还支付部分“基于远程通信技术的医疗服务”，包括：（1）简短远程诊疗，可通过电话、视频、图像等对患者是否需要面对面医疗服务进行评估；（2）远程会诊咨询，

在医务人员间发生的、通过电话或视频的方式进行的咨询；(3) 线上疾病管理，包括疾病管理计划制定、远程监护等；(4) 远程生理监测等。

与 Medicare 不同的是，Medicaid 的“互联网+”医疗服务项目列表和支付政策是由各州政府来制定，因此每个州都有独特的“互联网+”医疗服务政策。以亚利桑那州为例，亚利桑那州的 Medicaid 纳入了实时视频会议、远程监护和储存—转发 3 种模式的“互联网+”医疗服务，涉及的具体项目类别包括：远程诊疗、药学管理、手术随访、远程诊断、远程监护等。

综上所述，Medicare 对“互联网+”医疗服务项目的界定较严格，仅纳入通过实时视频会议模式实现的医疗项目。而 Medicaid 对“互联网+”医疗服务项目的界定相对宽松，除了实时视频会议这类同步模式外，还纳入了远程监护、储存—转发等异步模式。

二、美国医保体系 Medicare 对“互联网+”医疗服务支付条件及现状

(一) 支付条件

Medicare 对“互联网+”医疗服务列表中的“互联网+”医疗服务按项目支付 (Fee-for-service)，支付条件包括以下三类。

一是仅支付通过实时视频会议进行的“互联网+”医疗服务项目。

二是发起人（受益人）必须位于合格的原始站点 (Originating Site)。原始站点定义为发起人（受益人）所在的位置。Medicare 对原始站点有一定限制：(1) 原始站点必须位于卫生专业人员短缺地区 (Health Professional Shortage Area, HPSA)；(2) 原始站点必须属于内科医生或职业诊所、医院、急诊医院、农村卫生诊所、联邦合格的健康中心、医院的肾透析中心等之一。

三是提供“互联网+”医疗服务的医疗人员类型有一定限制，必须

属于内科医生、执业护士、助理医生、助产护士、临床护士专家、麻醉师、心理医生及营养师之一。

近年来，美国 CMS 开始放宽对“互联网+”医疗服务的支付条件，如终末期肾脏疾病的管理，患者可以选择在家中接受“互联网+”医疗服务。同时，由于新型冠状病毒肺炎疫情的影响，Medicare 放宽了对原始站点的限制，患者可以选择在家中采用非实时视频会议的模式接受“互联网+”医疗服务，即上述提到的“基于远程通信技术的医疗服务”，如简短远程诊疗、远程会诊咨询、线上疾病管理等。

（二）支付现状

美国不同州和地区的 Medicaid 支付条件和政策不同。其中，50 个州/地区支付实时视频会议模式，16 个州/地区支付储存—转发模式，23 个州/地区支付远程患者监测模式。对以上 3 种模式都支付的州/地区有 10 个（阿拉斯加州、亚利桑那州、马里兰州、明尼苏达州、密苏里州、纽约市、俄勒冈州、德克萨斯州、弗吉尼亚州、华盛顿州）。大多数州的 Medicaid 已明确取消了由 Medicare 规定的原始站点的限定，并且有 19 个州/地区可为在家接受“互联网+”医疗服务的患者提供报销。

三、美国“互联网+”医疗服务定价方法

（一）“互联网+”医疗服务列表定价方法

美国“互联网+”医疗服务的定价分为两部分，一是“互联网+”医疗服务提供者（医务人员）的服务价格，二是原始站点（Originating Site）的机构服务费（Facility Fee）。

在医务人员的服务价格上，美国“互联网+”医疗服务列表中的医疗服务价格与其相对应的面对面医疗服务相等。该价格是由 CMS 根据相对价值比率模型（Resource-Based Relative Value Scale, RBRVS）制定。RBRVS 模型根据工作点数、实践成本点数和医疗责任险为每项医疗服

务确定一个加权值，即点数值。以最简单的评估和管理服务为例，服务时间越长、服务难度越大，则点数值越高、价格越高（见表2）。

表2 美国“互联网+”医疗服务评估和管理服务点数值及收费标准

收费代码	服务描述	工作 点数	实践 点数	医疗责任险 点数	收费* (美元)
99201	办公室就诊—新患者—10分钟	0.48	0.22	0.05	27.07
99202	办公室就诊—新患者—20分钟	0.93	0.41	0.09	51.61
99203	办公室就诊—新患者—30分钟	1.42	0.59	0.13	77.23
99204	办公室就诊—新患者—45分钟	2.43	1.01	0.22	132.09
99205	办公室就诊—新患者—60分钟	3.17	1.33	0.28	172.51
99211	办公室就诊—老患者—5分钟	0.18	0.07	0.01	9.38
99213	办公室就诊—老患者—15分钟	0.97	0.4	0.08	52.33
99214	办公室就诊—老患者—25分钟	1.5	0.62	0.11	80.48
99215	办公室就诊—老患者—45分钟	2.11	0.89	0.15	113.68

注：* 未根据地区进行调整。

在向原始站点支付的机构服务费上，CMS每年都会根据费率进行调整，2020年为26.65美元。若患者在家中接受“互联网+”医疗服务，则不需要支付机构服务费。

（二）非“互联网+”医疗服务列表定价方法

对于不在“互联网+”医疗服务列表中，但使用了“互联网+”医疗技术进行的医疗服务，其费用仅为向医生支付的费用。同样以评估和管理服务为例，G9481-G9485为对新患者进行的远程居家评估/管理，其工作点数和医疗责任险点数与传统医疗服务相等，而实践点数不同。由于远程居家评估/管理的实践点数为0，其费用低于传统的医疗服务（见表3）。

表3 美国非“互联网+”医疗服务评估和管理服务点数值及收费标准

收费代码	服务描述	工作 点数	实践 点数	医疗责任险 点数	收费* (美元)
99201	办公室就诊—新患者—10分钟	0.48	0.22	0.05	27.07
99202	办公室就诊—新患者—20分钟	0.93	0.41	0.09	51.61
99203	办公室就诊—新患者—30分钟	1.42	0.59	0.13	77.23
99204	办公室就诊—新患者—45分钟	2.43	1.01	0.22	132.09
99205	办公室就诊—新患者—60分钟	3.17	1.33	0.28	172.51
G9481	远程居家就诊—新患者—10分钟	0.48	0.00	0.05	20.90
G9482	远程居家就诊—新患者—20分钟	0.93	0.00	0.09	40.22
G9483	远程居家就诊—新患者—30分钟	1.42	0.00	0.13	61.11
G9484	远程居家就诊—新患者—45分钟	2.43	0.00	0.22	104.48
G9485	远程居家就诊—新患者—60分钟	3.17	0.00	0.28	136.03

注：* 未根据地区进行调整。

综上所述，美国“互联网+”医疗服务的定价与其他按项目付费的医疗服务定价方法相同，即采用 RBRVS 方法定价。CMS 已认定进入“互联网+”医疗服务列表的“互联网+”医疗服务项目价格与传统医疗服务价格一致，而未经 CMS 认定的“互联网+”医疗服务项目价格低于传统医疗服务项目价格。

四、经验总结和启示

(一) “互联网+”医疗服务的管理经验

CMS 对“互联网+”医疗服务的准入实行动态调整，一年一调。准入的模式为申请者（如医疗机构等）自主提交申请，并主动提供该医疗服务的疗效及其他证据，经 CMS 审核后决定是否新增或删减项目。我国的“互联网+”医疗服务项目可借鉴这一模式，对“互联网+”医疗服务目录实施动态调整，可通过医院申报模式或患者申报模式，并提交相关的证据清单，经相关部门审核后进入目录中。

美国根据“互联网+”医疗服务支持技术的类型将“互联网+”医疗服务分为 4 种类型，即实时视频会议、远程监测、储存-转发、移动健康。4 种类型可应用于不同的场景，如咨询、诊断、治疗、会诊、监护等。CMS 对四种“互联网+”医疗服务类型的准入和管理程度有所不同，如实时视频会议这一类型比较容易准入，而对储存—转发、移动健

康这些类型的准入和管理限制较多。我国目前未对“互联网+”医疗服务的支持技术类型进行管理和规范，其是否能达到和传统医疗服务相同的治疗效果也有待验证。建议我国相关部门借鉴美国的分类方法，制定我国的“互联网+”服务分类管理相关办法，有助于此类服务项目的准入和监管。

（二）“互联网+”医疗服务的定价及支付策略

美国的“互联网+”医疗服务与其他按项目付费的医疗服务定价方法相同，采用 RBRVS 方法，综合考虑一项医疗服务的工作点数、实践点数以及医疗责任险点数后制定价格。因此，部分“互联网+”医疗服务（居家咨询或治疗）由于未占有医院服务资源，其实践点数为 0，相比于传统医疗服务定价较低。大多数“互联网+”医疗服务的价格与传统医疗服务相等。我国可借鉴该定价方法，对于是否占有医院服务资源的“互联网+”医疗服务项目的定价分开考虑，未占有医院服务资源的，如远程咨询等，定价应较低；占有医院服务资源的，如远程会诊、远程治疗和远程监测等，定价应较高或与传统医疗服务定价相等。

美国对“互联网+”医疗服务的支付条件较为严格，Medicare 仅支付采用实时视频会议进行的“互联网+”医疗服务，各州的 Medicaid 对其他类型的“互联网+”医疗服务的报销相比于实时视频会议也较少。说明美国对“互联网+”医疗服务的态度仍较为保守，认为除了实时视频会议这一类型外，其他类型的治疗效果与传统医疗服务不对等。虽然由于疫情的影响，美国已暂时放开了支付条件，但我国在“互联网+”医疗服务上也应适量采取审慎态度，开展“线上”“线下”医疗服务的治疗效果及成本效果的对比研究，充分验证该类医疗服务的疗效及成本效果。

（责任编辑：张革）

澳大利亚“互联网+”医疗服务项目定价的国际经验

罗雅双 刘 昕 符雨嫣 王昊德 王海银

【摘要】 文章通过对澳大利亚和我国“互联网+”医疗服务和其项目定价要素的对比分析，发现存在的问题并提出政策上建议，包括依据互联网医疗服务目的及对象的不同进行分类管理、进一步扩大“互联网+”医疗服务项目内涵与范围以及加强互联网医疗服务价格的监督管理，发挥政府主导作用。

传统医疗领域的痛点长期存在，而互联网与医疗行业的融合为解决上述问题提供了更丰富的解决方案。“互联网+”医疗的内涵是为了促进个人及其社区健康，由医疗保健专业人员利用信息和通信技术（information and communications technology, ICT）交换有效信息，达到以诊断、治疗和预防疾病与伤害为目的的服务。在政策利好的推动下，互联网医疗迅速发展。2020年以来，互联网医院以及实体医院搭建互联网医院的数量均大幅增加，互联网医院已成为“互联网+”医疗健康的基础设施。根据易观分析统计，2019年中国移动医疗市场规模为1336.88亿元，较2018年环比增长35.6%。2020年中国移动医疗市场规模将近2000亿元，市场规模增长达46.7%，是2015年以来的最高增速。在“互联网+”医疗服务高速发展的背景下，通过研究澳大利亚“互联网+”医疗服务价格政策，并分析我国“互联网+”存在的问题，有利于完善我国相关价格政策，进而促进优质资源得到更有效利用，方便患者就医。

第一作者：罗雅双，女，研究实习员

通信作者：王海银，男，副研究员，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）卫生技术评估研究部主任

作者单位：上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所），上海 200031

一、澳大利亚“互联网+”医疗服务现状

（一）澳大利亚“互联网+”医疗服务项目历史沿革

澳大利亚是一个幅员辽阔的国家，人口密度相对较低，2 300 万人口中有三分之一居住在农村或偏远地区。与城市居民相比，居住在澳大利亚农村和偏远地区的居民由于其地理位置而处于劣势，并且总体上健康状况较差。2011 年 7 月，为方便向偏远农村地区持续性提供服务，进一步加强城乡医务人员之间交流互动，澳大利亚将“互联网+”医疗视频咨询纳入其医疗保险福利计划（Medicare Benefits Schedule, MBS），作为保险项目之一开始报销。新的医疗服务项目的制定有利于鼓励“互联网+”医疗服务的使用，为偏远地区的患者提供更多的专业医疗服务。通过借助视频咨询室的方式，“互联网+”医疗服务取代了以往面对面的咨询模式，这对于居住在农村或偏远地区的患者和医务人员均带来了益处。另外，“互联网+”医疗视频咨询涵盖了所有专业，通过视频就诊的报销金额高于面对面咨询，并且不限制视频咨询的使用方式。

（二）澳大利亚互联网医疗服务项目类型与数量

根据使用的远程通讯技术类型，澳大利亚“互联网+”医疗服务主要分为两种模式：实时视频会议（Live video, LV）和远程监护（Remote Patient Monitoring, RPM）。LV 根据患者端有无专业人员支持，分为患者端无支持的专科咨询服务、患者端有支持的专科咨询服务以及患者端支持服务。其中，患者端支持服务是指由全科医生、执业护士、护士从业人员，原住民卫生工作者或助产士在现场协助患者进行视频咨询。共包括四类服务：专科医生与患者直接沟通的咨询服务 6 项，患者端有卫生人员支持的专科医生咨询服务 110 项，患者端支持服务 23 项，远程心电监测 4 项。文献显示，2013 年 11 月至 2014 年 4 月，澳大利亚“互联网+”医疗仍然只占总临床活动的很小一部分（0.24%），“互联网+”

医疗在老年医学（1.93%）和精神病学科（1.46%）中应用较多。在初级保健服务中，全科医生提供了 85.9% 的“互联网+”医疗服务，其余 12.9% 由执业护士和原住民卫生工作者提供。

2020 年 3 月以前，澳大利亚医疗福利目录 MBS 列表中共有 143 项“互联网+”医疗服务项目。科室类别包括：一般性远程诊疗、疼痛医学诊疗、姑息医学诊疗、神经外科诊疗、妇产科、牙科、麻醉咨询、慢病管理（包括疾病管理计划制定等）、牙科等。澳大利亚政府还拨款为所有澳大利亚居民扩展医疗保险补贴的“互联网+”医疗服务，还为全科医生和其他卫生从业人员提供额外的激励措施。

（三）澳大利亚医疗保险（Medicare）对“互联网+”医疗服务的支付条件

澳大利亚医疗保险（Medicare）对“互联网+”医疗服务列表中的“互联网+”医疗服务进行按项目支付（Fee-for-service），支付条件包括：一是仅支付通过 LV 进行的“互联网+”医疗服务项目，咨询服务可以是非连续的；二是患者必须位于合格的地区；三是提供“互联网+”医疗服务的医疗人员类型有一定限制，必须是“互联网+”医疗执照认证的内科医生、执业护士、助理医生、助产护士、临床护士专家、麻醉师、心理医生及营养师等卫生专业人员。

2020 年 3 月，新冠肺炎疫情后，澳大利亚政府增设临时“互联网+”医疗服务 MBS 目录，开始放宽对“互联网+”医疗服务的支付条件：一是放宽了对原始站点的限制；二是患者可以选择在家中采用非 LV 模式接受“互联网+”医疗服务，即“基于远程通信技术的医疗服务”，如简短远程诊疗、远程会诊咨询、线上疾病管理等，共增加全科医生服务 8 项，执业专科医生 7 类 32 项。

（四）澳大利亚“互联网+”医疗服务项目定价方法

2011年，澳大利亚新的“互联网+”医疗 Medicare 编号的引入，专业医生通过视频会议提供的咨询服务可以要求 Medicare 额外支付面对面提供咨询最高标准计划费用的 50%~75%。当有支持服务时，专科服务线上线下比值为 1.5；当无支持服务时，专科服务线上线下比值为 1.75；故线上线下比值在 1.5~1.75 之间。

2020年3月，MBS 将“互联网+”医疗服务项目价格总体做了一个提升，以促进医生提供“互联网+”医疗服务。对于原有的 MBS “互联网+”医疗服务项目线上线下价格比值为提升为 2；新增加的 40 项项目，线上线下价格比为 2.176；故线上线下比值在 2~2.176 之间。从澳大利亚“互联网+”医疗服务项目定价要素来看，主要包括医生类别（全科医生、专科医生、顾问医生等），咨询时间（小于 5 分钟，5~24 分钟，25~45 分钟，45 分钟以上），是否为初诊（初诊费用是复诊费用的 2 倍）。总体来看，医生类别越高，咨询时间越长，对应的服务价格越高。

（五）澳大利亚“互联网+”医疗服务项目优势和不足

澳大利亚“互联网+”医疗服务项目定价的优势。一是服务范围界定清晰。医疗服务项目是“互联网+”医疗服务覆盖范围的蓝本，通过分类定价，有利于服务范围的清晰界定，也有利于医保部门的合规、监督等管理。二是定价要素丰富，澳大利亚“互联网+”医疗服务定价要素包含专业人员的类型、咨询时间、是否为初诊等，划分精确细致，同样有助于收费管理与医保部门监督审查。三是服务范围较广，澳大利亚允许医生通过“互联网+”提供初诊医疗服务。四是“互联网+”医疗服务价格高于线下面对面问诊，“互联网+”医疗服务医生供给意愿较强。

澳大利亚“互联网+”医疗服务项目定价不足。一是远程监护类项目较少，不利于“互联网+”医疗服务新技术的发展。二是支付条件对

患者所处地理条件有一定限制，必须位于农村或偏远地区，不利于“互联网+”医疗服务利用。

二、我国“互联网+”医疗服务项目现状

2018年4月，《国务院办公厅关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》（国办发〔2018〕26号）中，允许医生在线开展部分常见病、慢性病复诊，并可开具电子处方。

（一）“互联网+”医疗服务项目定价政策

2019年8月，《国家医疗保障局关于完善“互联网+”医疗服务价格和医保支付政策的指导意见》（医保发〔2019〕47号）提出，从项目管理、价格机制、医保支付政策和利益分配机制四个方面完善“互联网+”医疗服务价格和医保支付政策，并将互联网医疗服务项目纳入现行医疗服务价格的政策体系统一管理。

1. 国家层面相关政策

2020年3月，国家医疗保障局、国家卫生健康委员会联合印发《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》，进一步将常见病、慢性病“互联网+”复诊服务纳入医保报销范围。2020年10月，《国家医疗保障局关于推进“互联网+”医疗服务医保支付工作的指导意见》（医保发〔2020〕45号）明确，新增“互联网+”医疗服务价格项目，坚持以结果为导向、反映资源消耗规律、线上线下合理衔接的原则，科学确定项目名称、服务内容、计价单元、收费方式；定点医疗机构提供符合规定的“互联网+”医疗复诊服务，按照公立医院普通门诊诊察类项目价格收费和支付；发生的药品费用比照线下医保规定的支付标准和政策支持。

2. 省级层面相关政策

省级“互联网+”医疗服务项目政策相继出台，通过梳理各地价格

标准发现主要有以下几个不同点。一是价格管理方式不同。如关于远程会诊，四川省、宁夏回族自治区等地实行政府调节，江西省、天津市和北京市实行医院自主定价即市场调节。二是同一项目定价内涵不同。如关于同步远程病理会诊，内蒙古自治区要求含图像采集、数字化转换，广西壮族自治区则规定不含图像的采集、数字化转换。三是同一项目价格差异大。如关于互联网复诊，河南一级医院最低为 2 元，四川省三甲医院最高为 30 元。四是计价单位不同。如关于远程心电监测，山东省 13.5 元/小时，江苏省 50 元/次，湖南省 80 元/日等。五是价格划分标准不一致。如河南省以省级、市级、县级、乡级为划分标准，青海省以三级医院、二级医院、一级医院为划分标准。六是收费标准不同。如四川省、山东省等远程单学科会诊按医疗机构等级和医师职称定价，宁夏回族自治区、青海省等按医疗机构等级定价。

（二）“互联网+”医疗服务项目监管

新冠肺炎疫情期间，互联网医院服务以在线咨询问诊为基础不断做延展，满足防控疫情的需求。同时，诊疗全流程打通，互联网医院服务内容进一步丰富，诊疗模式得以升级。2018 年 9 月，国家卫生健康委发布《互联网诊疗管理办法（试行）》《互联网医院管理办法（试行）》《远程医疗服务规范（试行）》等三个文件，主要针对利用互联网技术开展诊断和治疗的核心业务，制定了互联网医院和互联网诊疗活动的准入程序。互联网医院进行准入审批前，首先要建立省级互联网医疗服务的监管平台。所有通过互联网开展的医疗服务，必须接入到互联网医疗行为监管平台。监管平台的监管对象包括互联网医院以及所有在线医疗服务，对医务人员资质、诊疗行为、处方流转、信息安全等方面进行监管。

（三）我国“互联网+”医疗服务项目定价存在的问题

我国互联网医疗政策体系正逐渐由框架确定过渡到细节设计阶段。

“互联网+”医疗服务项目及其定价，国家层面以及各省市都已有一定探索。一是在国家定原则、各省市定具体项目与价格标准的背景下，各省市项目价格必然存在一定差异。差异包括价格管理、同一项目定价内涵不同、同一项目价格差异大、计价单位不同、价格划分标准不一致、收费标准不同等。二是新兴“互联网+”医疗服务项目，如远程监护类项目较少，不利于“互联网+”医疗服务新技术的发展。三是缺乏完善的“互联网+”医疗服务项目价格监管机制。

三、讨论与建议

（一）推动“互联网+”医疗服务价格分类管理

关于“互联网+”医疗服务价格，我国应借鉴澳大利亚的经验，根据服务对象与内容的差异，对“互联网+”医疗服务价格实行分类管理。一是互联网医疗作为传统医疗服务的补充与延伸，可以实现医疗服务公平性和可及性，可以应对突发公共卫生事件，建议面向特定区域、特定人群实行政府定价或提供无偿互联网医疗服务。二是对于涉及医疗核心业务（如治疗、诊断等）的“互联网+”医疗服务价格，仍然实行政府指导价，少数特别项目（如特需项目）实行医院自主定价。三是对于不涉及医疗核心业务（如网络预约挂号、在线健康咨询服务等）方面的医疗服务价格，应完全由市场决定。

（二）进一步扩大“互联网+”医疗服务项目范围

在“互联网+”医疗服务项目范围上，澳大利亚允许医生通过“互联网+”提供初诊医疗服务，咨询内容丰富多样，包括咨询服务、健康评估、慢病管理、怀孕支持、饮食失调管理以及各种专科诊疗服务。同样，中国也应该在保证医疗安全的前提下，适当放开“互联网+”医疗服务项目范围，如开展皮肤病线上首诊（不规定只能是复诊患者）服务。国外研究证明，远程皮肤病学作为一种新的诊断、咨询和治疗辅助模式，

目前已是远程医疗领域发展最快、研究最全面的学科之一。

（三）进一步加强“互联网+”医疗服务项目价格的监管

与一般消费品不同，“互联网+”医疗服务具有一定公共产品或准公共产品性质，特别是涉及医疗核心业务的远程医疗服务具有公益性，必须坚持社会效益和经济效益并重，充分发挥政府在价格监督管理中的主导作用。一是对互联网医疗服务单元进行成本测算和监督考核。二是建立完善的价格信息披露机制，使互联网医疗服务提供者自觉接受各方面监督。三是加强互联网医疗服务项目定价政策监管，确保互联网医疗服务价格制定的公平合理，促进互联网医疗服务迅速发展，使广大互联网医疗服务提供者、患者和有医疗需求的健康群体可以直接、方便地参与到互联网医疗服务活动中，维护广大人民群众的健康利益。

（责任编辑：信虹云）

征稿启事

《卫生政策研究进展》杂志是上海市卫生健康委员会主管，上海市卫生和健康发展研究中心主办的卫生政策研究期刊，属于连续性内部资料性出版物（上海市连续性内部资料准印证第 K0649 号），2008 年 11 月正式创刊发行，每年发行 8 期，主要设有、医药卫生体制改革、专家解读、专题研究、他山之石、区县之窗、专家观点政策解读、信息动态讯息等栏目。现广泛征集优质稿件，欢迎作者踊跃投稿。征稿事项简述如下。

一、办刊宗旨

配合卫生健康事业的改革与发展，及时传播改革进展及相关政策研究成果，为决策者提供及时、可靠的卫生决策咨询信息服务。

二、读者对象

刊物出版后，进行赠阅，赠阅范围主要包括：世界卫生组织驻华代表处、世界银行驻华代表处，美国中华医学基金会合作项目单位；国家卫生健康委员会相关司局，国家卫健委卫生发展研究中心、国家卫健委统计信息中心；各省市卫健委规划发展处、财务处、政策法规处；上海市委、市人大、市政府、市政协相关部门，上海市卫生健康委员会领导及有关处室，上海市各区分管副区长、各区卫健委主要领导，上海相关医疗卫生单位；全国部分高校和研究机构的卫生政策研究专家和学者等。

三、来稿要求

1. 来稿主题应与卫生健康事业改革相关，如有 4～5 篇同一主题的一组文章，可单独与编辑部联系，编辑部将视稿件情况考虑是否专门成刊。每篇文章 5000～8000 字为宜。

2. 来稿应结构完整，论点明确，论据可靠，数字准确，文字精练。

3. 来稿作者信息包括姓名、单位、职称、职务、地址（xx 省 xx 市或 xx 县 xx 路 xx 号）、邮编、电话、E-mail 等信息。

4. 文稿中摘编或引用他人作品，请按《中华人民共和国著作权法》有关规定在参考资料中标明原作者姓名、作品名称及其来源等。

四、投稿事宜

文稿请采用 word 格式发送至以下邮箱：phpr@shdrc.org。凡被采用的稿件，编辑部会进一步与作者沟通修改事宜。稿件一经录用，编辑部会联系作者支付稿费并赠送当期杂志 2 本。不收取任何版面费。

五、联系方式

地 址：上海市建国西路 602 号 邮 编：200031

网 址：www.shdrc.org

微信公众号：卫生政策研究进展（过刊电子稿可从公众号查阅和下载）

联系人：张 苹 信虹云

电 话：021-33262062 021-33262061

邮 箱：phpr@shdrc.org

发送对象：

世界卫生组织驻华代表处、世界银行驻华代表处
国家卫生健康委员会相关司局、国家卫生健康委员会卫生发展研究中心、
国家卫生健康委员会统计信息中心
中国医学科学院医学信息研究所
美国中华医学基金会合作项目单位
上海市市委、市人大、市政府、市政协相关部门
各省市卫生健康委员会政策法规处、财务处
上海市卫生健康委员会领导及有关处室
上海市各区分管副区长、各区卫生健康委员会
相关医疗卫生单位
全国部分高校和研究机构



研究 传播 交流 影响

Research Dissemination Communication Impact

上海市卫生健康发展研究中心

(上海市医学科学技术情报研究所)

Shanghai Health Development Research Center

(Shanghai Medical Information Center)

中国 上海

Shanghai China