

基于三维分析框架的“互联网 + ”医疗服务医保支付政策量化研究

王嘉琳^{1*} 马骋宇¹ 张立强²

1. 首都医科大学公共卫生学院 北京 100069

2. 首都医科大学国家医疗保障研究院 北京 100037

【摘要】目的:为完善我国“互联网 + ”医疗服务医保支付政策提供参考。方法:从政策工具、参与主体和政策落点三个维度,分析我国 31 个省份已出台的“互联网 + ”医疗服务医保支付相关政策的分布特征,共收集政策文件 58 份,形成 1 585 个文本条目。结果:政策工具(X 维度)共筛选 597 个文本条目,其中,供给型、需求型、环境型分别占 20.6%、16.6% 和 62.8%。参与主体(Y 维度)共筛选 574 个文本条目,政策落点(Z 维度)共筛选 414 个文本条目。结论:政策工具存在结构性失衡,应提升互补性和协调性;参与主体的政策工具应用差异较大,应深化主体间的分工协同;政策落点的实践性不强,应加强环节间的紧密衔接;地区间政策分布不够均衡,应因地制宜优化政策设计。

【关键词】“互联网 + ”医疗服务; 医保支付; 三维分析框架; 政策工具

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2023.12.002

Study on quantitative evaluation of China's internet plus medical service medical insurance payment policy based on three dimensional analysis framework

WANG Jia-lin¹, MA Cheng-yu¹, ZHANG Li-qiang²

1. School of Public Health, Capital Medical University, Beijing 100069, China

2. National Institute of Healthcare Security, Capital Medical University, Beijing 100037, China

【Abstract】 Objective: To provide reference for improving the provincial Internet plus medical service medical insurance payment policy in China. Methods: From three dimensions of policy tools, participants and policy placement, the distribution characteristics of the Internet plus medical service and medical insurance payment related policies that have been issued in 31 provinces of China were analyzed. A total of 58 policy documents were collected, forming 1585 text items. Results: A total of 597 text items were selected for policy tools (X dimension), with supply based, demand based, and environmental based policy items accounting for 20.6%, 16.6%, and 62.8%, respectively. A total of 574 text items were selected for the participating entities (Y-dimension), and 414 text items were selected for the policy placement (Z-dimension). Conclusion: There is a structural imbalance in policy tools, and complementarity and coordination should be enhanced. There are significant differences in the application of policy tools among participating entities, and the division of labor and collaboration among participating entities should be deepened. The practicality of policy implementation is not strong, and close connections between links should be strengthened. The distribution of policies among regions is not balanced enough, and policy design should be optimized according to local conditions.

【Key words】 Internet plus medical service; Medical insurance payment; Three-dimensional framework; Policy tools

* 基金项目:北京市自然科学基金面上项目(9222003)

作者简介:王嘉琳(2001 年—),女,本科生,主要研究方向为互联网医疗。E-mail:wangjialin0219@126.com

通讯作者:马骋宇。E-mail:machengyu@ccmu.edu.cn

“互联网+”医疗服务是指以互联网为载体、由医疗机构和具有医疗资质的人员,通过信息技术与医疗健康服务深度融合,提供一定范围内的医疗卫生服务而形成的新型服务业态。作为医疗服务的新模式、新业态和新方向,互联网+”医疗服务将在优化医疗资源配置、改善医药服务供给侧格局、提高医疗资源使用效率等方面发挥重要作用。^[1]

近年来,中央和地方各级政府围绕“互联网+医疗健康”出台了一系列政策举措推动其发展。^[2]2018年4月,国务院办公厅出台《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》,明确将“互联网+”医疗服务作为医疗服务体系的重要组成部分,标志着“互联网+”医疗服务进入快速发展阶段。2019年8月,为更好地满足人民群众对便捷医疗服务的需求,国家医疗保障局出台《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》,正式将“互联网+”医疗服务纳入医疗保险支付体系,从支付项目、支付价格和支付政策等方面构建了“互联网+”医疗服务的医保支付体系。2020年11月,国家医疗保障局又发布《关于积极推进“互联网+”医疗服务医保支付工作的指导意见》,进一步明确了“互联网+”医疗服务的协议管理、支付方式、经办管理和监管措施等医保支付的配套政策。在国家政策发布后,各省也陆续出台相关政策,为各地促进“互联网+”医疗服务的医保支付政策落实和推进指明了方向。截至目前,全国31个省份均已发布省级政策文件。

全民参保背景下,“互联网+”医疗服务的医保支付政策,直接影响着群众的就医选择和医疗机构、医务人员的服务供给行为,是保障群众获得优质便捷医药服务、促进新业态发展的关键。^[3]“互联网+”医疗服务的健康有序发展离不开政策的科学引导,政策目标的实现离不开政策工具的科学运用。虽然国内学者已从不同视角对我国“互联网+”医疗服务的医保支付开展了丰富的研究,但对于医保支付政策的文本分析较少,缺少系统的政策分析框架。^[4-5]因此,本文基于政策工具理论,从政策工具类型、参与主体、政策落点三个维度构建政策分析框架,对“互联网+”医疗服务的医保政策进行量化分析,明晰现有政策的构成、政策工具的使用现状,为互联网医疗的医保政策优化提供参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

本研究的政策文件文本数据主要来源于31个

省份医保局官方网站,政策发布时间在2018年1月1日至2023年3月31日之间,将“互联网+医疗”“远程医疗”“互联网医院”等关键词分别与“医保支付”“医疗服务价格”等关键词组合进行查询并收集相关政策文件,同时借助北大法宝数据库(<https://www.pkulaw.com/>)补充查询,避免人工收集可能产生的遗漏和缺失。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:(1)发文单位为省级层面;(2)本省“互联网+”医疗服务医保支付的公告、通知、实施意见、管理办法等相关文件;(3)政策性质为现行有效状态。排除标准:(1)政策内容中只出现相关关键词,却无实际相关内容的文件;(2)相关政策解读、新闻报道、答疑解惑的文本内容;(3)和已纳入文件内容重复的文件。依据上述纳入排除标准,共检索到68份政策文件,排除10份不符合标准的文件,最终确定58份省级政策文件作为研究分析样本,目录示例如表1所示。

表1 “互联网+”医疗服务医保支付相关政策文件示例

序号	省份	发文机构	文件名称
1	北京	医保局	关于制定互联网复诊项目价格和医保支付政策的通知(京医保发[2020]7号)
2	天津	医保局	关于规范“互联网+”医疗服务价格和医保支付政策的通知(津医保局发[2020]12号)
3	黑龙江	医保局	关于新冠肺炎疫情防控期间开展“互联网+”医疗服务的通知(黑医保发[2020]9号)
...
58	新疆	医保局	关于积极推进“互联网+”医疗服务医保支付工作的通知(新医保[2020]112号)

1.3 研究方法

采用内容分析法,借助Nvivo 12.2.0质性分析软件,对纳入研究的所有政策文件的内容、类别、形式及重要性进行客观、系统和量化描述。分析步骤如下:(1)确立三维分析框架,将框架内容作为节点录入Nvivo软件中。(2)将纳入的所有目标文件导入到软件中,并对文本内容进行词频分析,了解文本的主旨内容。(3)将每份文件内容进行分段处理,使用软件对每项政策文本以句子或段落为单元进行编码,将符合节点要求的政策分析单元归类入各个节点,编码示例如表2所示。(4)对分类结果进行量化统计分析,最终得出结果。

表 2 政策文本编码情况示例

文本来源	政策条款	节点标记
江苏省物价局、原省卫计委、省人社厅《关于制定部分“互联网+”医疗服务项目试行价格的通知》	医疗机构开展“互联网+”医疗服务,要严格按照有关规定执行价格公示制度,……,接受社会监督。	政策工具—环境型—法规监管 参与主体—医疗机构 政策落脚点—服务监管机制
青海省医保局《关于完善“互联网+”医疗服务收费政策有关事项的通知》	设立“互联网+”医疗服务收费项目,包括互联网复诊、……、除颤器远程监测费用。	政策工具—环境型—标准规范 政策落脚点—价格项目管理
北京市《关于开展“互联网+”医保服务的通知》	定点医药机构要严格落实线上实名制就医,……,实现信息流、资金流、物流全程可监控。	政策工具—供给型—信息服务 参与主体—医疗机构/零售药店 政策落脚点—服务监管机制

维度)、政策落脚点(Z 维度)的三维分析框架(图 1),确定每个维度的测量内容和赋值依据,深入探析“互联网+”医疗服务医保支付政策文本的现状、特点与问题。各维度涵义和关键词如表 3 所示。

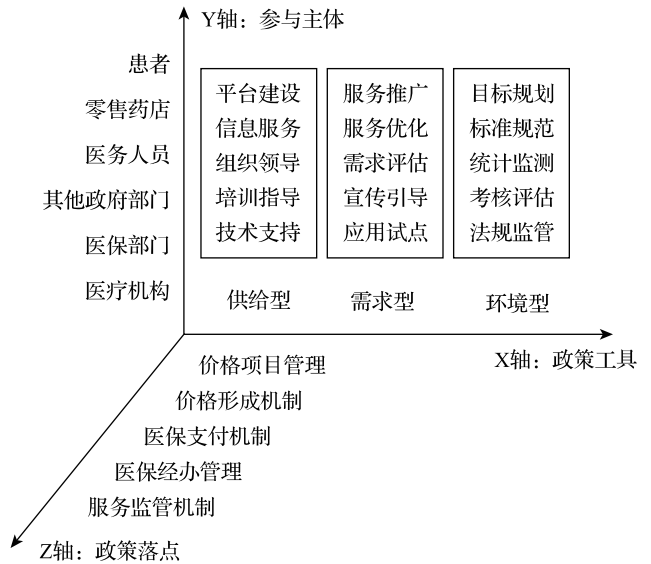


图 1 三维分析框架

2 三维分析框架的建立

本文构建基于政策工具(X 维度)、参与主体(Y

表 3 各维度涵义及关键词

维度	分类	具体含义	关键词示例	
政策工具	供给型	平台建设	支持“互联网+”医疗服务实施的相关平台的建设工作	监管平台、医疗服务平台、第三方平台
		信息服务	政府推进“互联网+”医疗数据采集系统的建设、信息管理、实名认证等服务	信息共享、实名认证、电子处方
		组织领导	医保部门、政府部门及医疗机构之间的组织协调	组织实施、协调工作
		培训指导	对医保、医疗机构内人员进行“互联网+”医疗服务医保支付相关的教育、培训等,提高其工作效率	政策培训、学习、培训方式
	需求型	技术支持	使用一定技术手段辅助医保支付政策的实施	医保技术支撑、技术手段
		服务推广	服务内容或服务项目的扩大和推广	推广线上服务、拓宽渠道、拓展功能应用
		服务优化	就医服务、医保经办等流程的优化	优化流程
		需求评估	根据患者的属性不同进行不同的服务开发与实施	个性化需求、病情需要、老年人
		宣传引导	相关部门针对服务内容进行政策宣传、舆论引导等工作	政策宣传、舆论导向、政策解读
	环境型	应用试点	对政策内容采取部分地区试点的工作	试点示范、试点省份
		目标规划	对政策想要达到的预期目标的规划	预期目标
		标准规范	“互联网+”医疗服务医保支付相关的标准及规范,如项目准入标准、价格形成机制等	标准、原则、规范
		统计监测	在实施过程中对价格等进行监测,以便及时发现并报告出现的问题	日常监测、数据标准字典库
考核评估	考核评估	在实施过程中进行考核及评估,以进一步调整政策制定工作	评估服务效果、审核	
	法规监管	通过设定法律法规、规章制度等措施,包括公示制度等,规范政策的实施并监督管理	合法依法、监督管理、公示	

表3 各维度涵义及关键词(续)

维度	分类	具体含义	关键词示例
参与主体	医疗机构	-	医疗机构、三甲医院、医院
	医保部门	-	医疗保障局、医保经办机构
	其他政府部门	-	卫健委、财政局(厅)
	医务人员	-	医务人员、医疗人员
	零售药店	-	药店、医药机构
	患者	-	患者、参保人
政策落点	价格项目管理	规范医疗服务价格项目的立项原则,项目名称、服务内涵、编码规则等项目要素	服务项目价格、项目管理
	价格形成机制	各个服务项目如何定价及定价依据	价格管理、价格标准
	医保支付机制	各个服务项目是否支持医保报销及报销标准	医保支付范围、支付标准
	医保经办管理	医疗保险基金的筹集、管理;与定点医疗机构、零售药店签订医疗保险合同;负责医疗保险费的结算和支付	协议管理、医保在线结算
	服务监管机制	对医保支付各个环节和流程所进行的监督管理工作	社会监督、监测监管

2.1 X 维度:政策工具维度

政策工具是达成政策目标的各种手段,本研究采用 Rothwell 和 Zegveld 的政策工具分类法^[6],即使用供给型、需求型及环境型三种政策工具对“互联网+”医疗服务医保支付政策进行归纳和分类。供给型工具,表现为对“互联网+”医疗服务医保支付体系建设的推动力,从政策供给层面直接推动;需求型工具,表现为对“互联网+”医疗服务医保支付建设的拉动力,从政策需求层面进行政策工具的使用,从而拉动医保支付政策的应用与落地^[7];环境型工具,为“互联网+”医疗服务医保支付提供支持性环境,维持医保支付政策实施的持久性与稳定性^[8]。

2.2 Y 维度:参与主体维度

根据“互联网+”医疗服务医保支付过程中可能涉及到主体的不同,本研究将参与主体划分为医疗机构、医保部门、其他政府部门、医务人员、零售药店和患者六个方面。

2.3 Z 维度:政策落点维度

政策落点是政策内容在“互联网+”医疗服务医保支付领域的落脚点,根据国家医保局《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》的主要内容,以及政策实施过程中涉及到的各环节,本研究将医保支付及支付相关的配套政策纳入政策落点,划分为价格项目管理、价格形成机制、医保支付机制、医保经办管理和服务监管机制五个方面。

3 结果

3.1 政策文件内容基本情况

纳入本研究的 58 份政策文件均为省级文件。

从政策目的来看,为建立及完善“互联网+”医疗服务定价方式及医保支付政策而制定的文件 40 份;为推动疫情防控期间“互联网+”医疗服务应用落地出台的政策文件 14 份;其他相关政策文件 4 份。从文件类别来看,工作通知有 50 个,指导意见有 7 个,管理办法有 1 个。从发文量看,2020 年发布的政策最为集中,占比为 65.5%。

利用 Nvivo 12.2.0 软件中的词频查询功能,对全部入选的政策文本中的词汇词频进行统计。出现频次较高的词汇有医疗、服务、互联网、机构、价格、项目、保障、支付和管理等(表 4)。

表4 政策文本中词汇及词频情况

词汇	频次	词汇	频次
医疗	3 006	定点	377
服务	2 152	健康	354
互联网	1 638	患者	343
机构	1 170	政策	332
价格	849	开展	328
项目	636	部门	316
保障	632	诊疗	269
支付	563	公立	247
管理	415	远程	241
提供	400	卫生	236

3.2 X 维度:政策工具分析

政策工具共筛选出 597 个文本条目,三个政策工具及其分类内容均有覆盖,但呈现不均衡分布(表 5)。供给型、需求型、环境型工具的编码数分别为 123(20.6%)、99(16.6%)和 375(62.8%)。供给型政策工具中组织领导(8.0%)和信息服务(6.9%)的政策条目较多,培训指导(0.7%)和技术支持(0.3%)政策条目较少;需求型政策工具中服务优化

(6.4%)的政策条目较多,应用试点(0.3%)和服务推广(2.5%)的政策条目较少;环境型政策工具中标准规范(34.8%)政策条目较多,考核评估(2.3%)和统计监测(3.4%)政策条目较少。

3.3 Y 维度:参与主体分析

参与主体共筛选出 574 个文本条目,覆盖 6 个主体的全部内容,其中医疗机构的政策条目最多(297 条,占 51.7%),医务人员(13 条,占 2.3%)和零售药店(16 条,占 2.8%)的政策条目较少(表 5)。

3.4 Z 维度:政策落点分析

政策落点共筛选出 414 个文本条目,覆盖 5 个政策落点的全部内容(表 5)。其中服务监管机制和价格项目管理落点的政策条目较多,分别为 121 条(29.2%)和 112 条(27.1%)。价格形成机制和医保支付机制落点的政策条目较少,分别为 44 条(10.6%)和 52 条(12.6%)。

3.5 两两维度交叉分析

由于三个维度的信息并不互为必要条件,政策工具、参与主体和政策落点维度得到的分析单元数并不完全相等,需要进行进一步的交叉分析,以探究维度之间的关系。

3.5.1 X—Y 维度交叉分析

X 维度和 Y 维度的叠加可以了解不同政策工具对不同参与主体的实施情况,如图 2 所示,不同颜色代表不同交叉维度出现的频次数,颜色越深代表出现次数越多,即两维度交叉的政策内容越多。

对参与主体施加的政策工具主要以环境型和供给型工具为主,频次最高的是针对医疗机构出台的

标准规范类政策工具,以及针对医疗机构和医保部门出台的法规监管类政策工具。而针对其他政府部门、医务人员、零售药店和患者的政策工具出现频次较少。

表 5 各维度分布情况

维度	分类	频次	占比(%)
政策工具	供给型		
	平台建设	28	4.7
	信息服务	41	6.9
	组织领导	48	8.0
	培训指导	4	0.7
	技术支持	2	0.3
	需求型		
	服务推广	15	2.5
	服务优化	38	6.4
	需求评估	22	3.7
	宣传引导	22	3.7
	应用试点	2	0.3
	环境型		
	目标规划	56	9.4
标准规范	208	34.8	
统计监测	20	3.4	
考核评估	14	2.3	
法规监管	77	12.9	
参与主体	医疗机构	297	51.7
	医保部门	195	34.0
	其他政府部门	27	4.7
	医务人员	13	2.3
	零售药店	16	2.8
	患者	26	4.5
	政策落点	价格项目管理	112
价格形成机制		44	10.6
医保支付机制		52	12.6
医保经办管理		85	20.5
服务监管机制		121	29.2

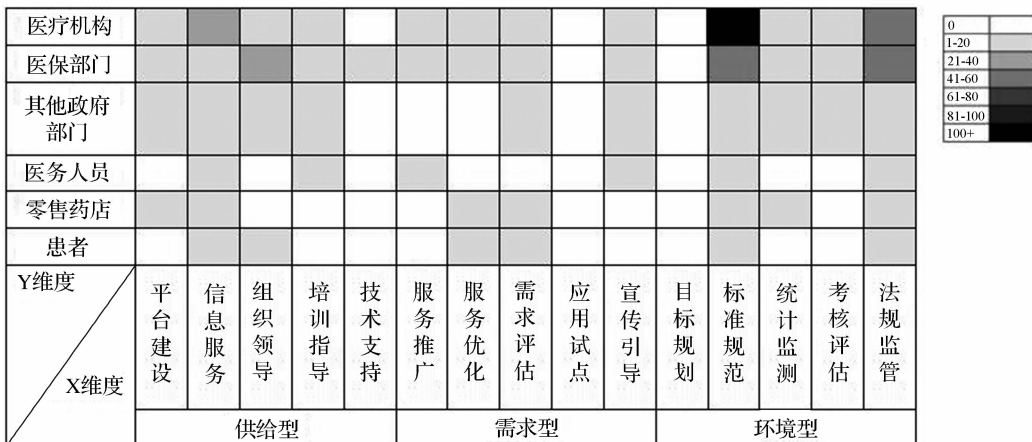


图 2 政策工具—参与主体交叉维度分布

3.5.2 X—Z 维度交叉分析

X 维度和 Z 维度叠加可以了解不同医保支付政策落点使用政策工具的情况,如图 3 所示,不同政策落点上使用的环境型和供给型政策工具较多。其中频次最高的是价格项目管理落点上的标准规范类政策工具和服务监管机制落点上的法规监管类工具。

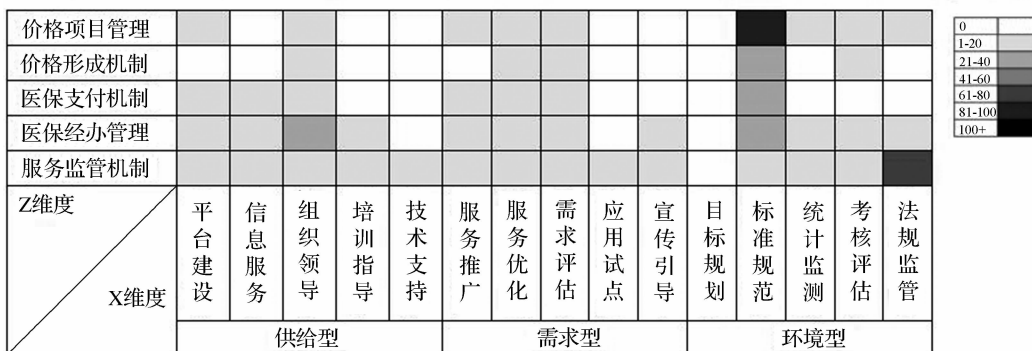


图 3 政策工具—参与主体交叉维度分布

3.5.3 Y—Z 维度交叉分析

Y 维度和 Z 维度叠加可以了解不同参与主体分别参与了哪些政策落点。如图 4 所示,医疗机构参与价格项目管理和服务监管机制环节,医保部门参与服务监管机制环节的政策频次较高。除了医务人员和零售药店未参与价格项目管理和价格形成机制两个环节外,其他政策分布相对均衡。

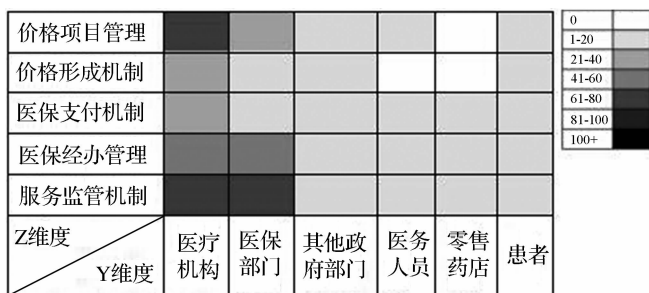


图 4 参与主体—政策落点交叉维度分布

3.6 政策分布与地区之间的关系

从文件数上看,天津和宁夏发布文件数最多,均为 4 份;山西、吉林、江苏、浙江、山东和海南均为 3 份。表 6 所示,除政策落点中的价格形成机制外,东部地区的政策条目数均多于中、西部地区,中、西部地区的条目数较为均衡。三维框架中差距最大的是政策工具中的供给型政策条目、参与主体中的其他政府部门条目和政策落点中的服务监管机制条目。

在“互联网+”医疗服务医保支付的各个环节,均运用到组织领导、服务优化、需求评估和标准规范 4 类政策工具,一定程度上兼顾了供给、需求和环境三方面政策工具的利用,而技术支持、应用试点、目标规划这 3 类政策工具则应用较少。

表 6 东、中、西部地区政策条目的分布情况(个)

三维框架	分类	东部地区	中部地区	西部地区
政策工具	供给型	71	31	21
	需求型	43	29	27
	环境型	147	107	121
参与主体	医疗机构	128	78	91
	医保部门	83	60	52
	其他政府部门	20	3	4
	医务人员	7	3	3
	零售药店	7	7	2
	患者	10	6	10
政策落点	价格项目管理	42	28	42
	价格形成机制	16	11	17
	医保支付机制	22	13	17
	医保经办管理	41	26	18
	服务监管机制	60	27	34
合计		697	429	459

4 讨论与建议

4.1 政策工具存在结构性失衡,应提升互补性和协调性

整体来看,目前各地政府对环境型政策工具的使用较多,部分政策维度甚至出现了过溢,而具有推动作用的供给型政策工具,以及具有拉动作用的需求型政策工具使用不足,政策工具总体分布不均,三类政策工具的结构有待进一步优化。

环境型政策工具中标准规范和法规监管类的政

策条目使用较为全面,而绩效考核和统计监测类的政策工具使用较少。原因可能是由于我国“互联网+”医疗服务发展尚处于探索阶段,政府希望通过标准化建设促进其发展,而对于实施中、后期的监测评估尚未引起足够重视。此外,环境型政策工具中目标规划出现了 56 个条目,基本覆盖了每个省的文件,但由于目标规划在文件中的表述宽泛,没有具体说明某一个参与主体或某一个政策落点需要达到的具体目标,在交叉分析中,大部分目标规划的政策条目无法对应到具体的参与者和政策落点上,这将导致政策规划目标不明确、政策实施效率低等问题的出现。为此,建议政府关注规划类政策的配套落实情况,制定更加具体、明确的发展目标,提升政策效力。

供给型政策工具中组织领导、信息建设类政策工具运用频率稍高,反映出政府对人员、信息等生产要素的供给较为重视。然而,技术支持、培训指导等政策工具应用匮乏,反映出目前的政策设计仍较为宏观,在实操层面的指导性不强,可能导致执行层面的参与者对“互联网+”医疗服务的接受度较低,适应性不足^[9],减缓了政策的落地与实施。建议管理者针对服务提供方需求,从互联网新技术应用、平台行为规范管理,以及线上线下结合模式等方面开展培训指导,促进“互联网+”医疗服务发展。在技术支持方面,应通过加强技术支持促进医疗机构与医保信息业务编码对接,打通互联网医疗服务平台与医院管理信息系统(HIS)之间的数据交换壁垒,协助执行主体更有效、更便捷的开展服务。^[10]

需求型政策工具通过政策应用拉动需求、扩大市场,对于拓宽产业发展空间具有深远意义。目前,需求型政策工具中服务优化、宣传引导类政策的应用较充分,但应用试点和服务推广类政策工具的应用明显不足,限制了“互联网+”医疗服务的多元化发展。随着互联网技术的发展,患者对“互联网+”医疗服务的接受度和需求将不断提高,宣传引导是需求方使用意愿提升的有效手段。与此同时,后续政策制定应考虑在应用试点和服务推广方面加以完善,针对不同患者的需求,扩展新的服务场景和服务内容,如老年人数字医疗融入模式、“互联网+”慢病管理模式、“互联网+”家庭医生服务模式等,通过开展试点和推广,总结好的服务经验,扩大产业应用范围,让更多患者受益。^[11]

综上,应进一步平衡各类政策工具的选取与使用,提高政策间的互补性。一是将环境型工具与供

给型工具结合,发挥其在激发参与主体活力,整合社会资源方面的优势,例如将目标规划类政策工具嵌入供给型政策工具,为供给层的平台建设和培训指导制定更为明确的目标,有效缓解供给型政策工具使用中的不足。二是强化需求类与能力提升类政策工具的良性互动,提升政策工具间的协调性,例如将需求评估与技术支持相结合,通过使用医疗大数据等技术手段,优化医保支付流程,精准评估参保人需求,促进“互联网+”医疗服务使用。

4.2 参与主体的政策工具应用差异较大,应深化参与主体间的分工协同

在参与主体维度中,由于各参与者的自身性质存在差异,其行使的功能也不尽相同,各政策工具的使用也存在较大差异,其中关于医保部门、医疗机构和医务人员的政策最为集中,占比超过 85%;而其他政府部门、零售药店和患者的政策工具较少。“互联网+”医疗服务政策需要兼顾供需双方,现行政策作用于患者的政策较少,可通过宣传引导、建立患者反馈机制等方式,体现政策的需求导向,通过关注异地医保患者互联网诊疗费用的直接结算、电子处方的跨统筹地区流转等需求,增强政策设计的针对性与政策落实的可操作性。^[12]

与此同时,“互联网+”医疗服务政策的全面实施需要建立多主体的协同合作机制。^[13]构建“医、药、险”三医联动的产业生态体系,打通卡点堵点,完善互联网医院服务流程,改进提升患者体验。但从目前的政策分析结果来看,医疗与医保系统的协同政策,如项目设立、项目分类、项目定价、医保定点机构管理等较为充足;而医保与医药系统的协同政策较少,关于互联网医疗的药品配送问题,线上药店的结算和监管问题均有待于进一步完善。政府应通过政策措施的完善,增强利益相关方的凝聚力,更好地为“互联网+”医疗服务的发展服务。

4.3 政策落点的实践性不强,应加强环节间的紧密衔接

目前,政策落点已覆盖了“互联网+”医疗服务医保支付的各个环节,但尚未建立起较为稳定的连接,其中服务项目管理、医保经办管理和服务监管机制方面的政策较为集中,而价格形成机制、医保支付机制的政策仍有待进一步深化,不同环节之间衔接不够紧密。“互联网+”医疗服务是新型服务业态,其价格形成机制和医保支付机制尚处于探索阶段,政策落点可操作性较弱。医保政策的设计需要适应新型服务模式的特点,一方面,对于价格形成机制,

大多地区仅提出了定价原则,但未给出明确的定价方法,各地在政策实施中,缺少对线上线下人力消耗及技术劳务价值的科学评估,表现为互联网医疗服务项目在各地的定价差异大,比价关系不明确。另一方面,医保支付机制是医保政策实施的关键环节,目前政策中涉及较少,大部分地区采用了按项目支付方式,建议积极探索支付方式改革与新技术应用的衔接,如“互联网+”家庭医生的按人头支付方式、线上线下相结合的慢病按病种支付等。^[14]与此同时,促进医疗机构绩效考核机制与医保支付机制相衔接,完善互联网医院运行的工作机制、分配机制、排班机制及激励机制,鼓励更多医院和医生参与互联网医院建设。

4.4 地区间政策分布不够均衡,应因地制宜优化政策设计

从政策条目数量来看,东部地区采用的供给型政策工具远多于中、西部地区。参与主体中其他政府部门的政策条目远多于中、西部地区,反映出东部地区更重视部门间协同。从各省市的政策分布均衡性来看,天津市和吉林省的政策条目分布较好,政策内容的覆盖范围较全面;相比而言,辽宁、江西、四川和甘肃等省的政策条目分布不够均衡,政策体系构建相对趋弱。从各地政策与国家政策的相似度来看,创新性政策不多,大部分省市政策只在国家政策的基础上进行了细化,少数地区对政策进行了创新,例如浙江省在服务监管方面提出建立省级集中的大数据智能监管系统。

我国的“互联网+”医疗服务仍处于起步阶段,政策的持续、有效推行,需要不同地区针对自身条件做出因地制宜的安排。^[15]东部地区较中、西部地区的经济情况、信息化程度发达,有更多的人财物去支撑“互联网+”医疗服务相关政策的实现^[16],而中、西部地区医疗资源相对欠缺,更需要通过政策支持,促进“互联网+”医疗服务的发展,改善地区资源配置不均衡、不充分的困境。可通过扩大医保支付范围、合理定价、优化结算流程、加强监管等政策,减轻欠发达地区群众线上诊疗的负担,实现医疗资源向中、西部地区的辐射,促进医疗资源均衡发展。^[17]

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] 王震. “互联网+”医疗服务纳入医保监管体系的建议[J]. 中国卫生信息管理杂志, 2021, 18(5): 589-592,

619.

- [2] 马思琦, 曹阳. “互联网+医疗”纳入医保支付的相关研究及政策建议[J]. 现代商贸工业, 2021, 42(35): 99-100.
- [3] 张婷, 康正, 张洪宇, 等. 公众视角下医保政策效能分析及提升策略研究[J]. 中国卫生事业管理, 2023, 40(1): 29-33, 80.
- [4] 崔文彬, 张焜琨, 顾松涛, 等. “互联网+”医疗服务纳入医保支付范围研究[J]. 中国医院, 2020, 24(3): 4-6.
- [5] 徐紫依. “互联网+”医疗背景下医保移动支付现状研究[J]. 中国管理信息化, 2021, 24(1): 125-127.
- [6] Rothwell R, Zegveld W. Reindustrialization and Technology [M]. Longman Group Limited, 1985.
- [7] 邱林萍, 宋国强, 周田田, 等. 基于二维分析框架的我国互联网医疗政策量化分析[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2022, 22(4): 332-337.
- [8] 李浩, 戴遥, 陶红兵. 我国 DRG 政策的文本量化分析: 基于政策目标、政策工具和政策力度的三维框架[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(12): 1603-1607.
- [9] 李振华, 代文瑶, 罗俐敏. 医务社会工作在互联网医疗中的发展路径:《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》对医务社会工作发展的启示[J]. 中国社会工作, 2021, 450(18): 4-7.
- [10] 付晓萌. “互联网+”模式下智慧医保在医疗服务中的应用与挑战[J]. 现代医院, 2019, 19(9): 1311-1314.
- [11] 郭亚红, 郭浩乾, 宁艳花, 等. 基于家庭医生签约服务构建老年人“互联网+”家庭护理管理模式[J]. 中国全科医学, 2023, 26(23): 2876-2881, 2887.
- [12] 邓勇, 周仪昭. “互联网+”医保服务中的规制缺陷和综合治理[J]. 中国医院院长, 2021, 17(7): 66-69.
- [13] 常浩然, 杨锦茹, 胡善菊, 等. 基于三维分析框架的我国药品集中带量采购政策量化分析[J]. 中国卫生事业管理, 2023, 40(2): 122-127.
- [14] 丁甜甜, 钱爱兵, 谈在祥. 国内外互联网医疗服务定价与医保支付政策对比分析[J]. 中国医院, 2022, 26(9): 10-13.
- [15] 杨叶, 张娟, 陈皓阳, 等. 我国互联网医疗政策执行困境及优化策略: 基于政策网络理论[J]. 卫生经济研究, 2022, 39(8): 14-17.
- [16] 据文胜, 陈校云, 殷伟东, 等. 我国互联网医疗政策的演进与发展[J]. 中国数字医学, 2021, 16(4): 1-8.
- [17] 蔺雪钰, 李吉人, 逄仕明, 等. “互联网+”医疗服务医保支付中的问题及对策[J]. 中国医疗管理科学, 2021, 11(2): 35-37.

[收稿日期:2023-10-11 修回日期:2023-12-09]

(编辑 刘博)