

- clinical pharmacist performance appraisal system[J]. Chin J Mod Appl Pharm, 2019, 36(6): 745-748.
- [2] 刘联合, 吴建伟. 基层医院药师结合工作实践开展临床药学服务效果[J]. 中国药业, 2016, 25(6): 667-668.
- [3] 张永泽, 李树祥, 杨庆. 应用德尔菲法构建临床药师核心能力评价标准[J]. 中国药房, 2019, 30(6): 730-734.
- [4] 钱蕾, 刘玉秀, 黄晓晖, 等. 基于胜任力模型管理临床药师的思考与建议[J]. 东南国防医院, 2021, 23(3): 324-327.
- [5] 吴颖其, 张圣雨, 殷桐, 等. 公立医院“国考”形势下临床药师绩效考核体系的构建[J]. 中国药房, 2021, 32(18): 2184-2189.
- [6] 李建容, 谭安军. 三级医院临床药师岗位胜任力探析[J]. 中国当代医药, 2022, 29(24): 117-120.
- [7] 李洪坤. 三级综合医院临床药师绩效考核指标体系研究[D]. 青岛: 青岛大学, 2022.
- [8] 曹文静, 雷海波, 郭小兰, 等. 三级公立医院临床药师精细化绩效考核体系的构建[J]. 临床医药实践, 2022, 31(7): 523-525.
- [9] 郑婷婷, 李锦, 卞婧, 等. 以合理用药绩效管理促进医院高质量发展[J]. 中国卫生质量管理, 2022, 29(12): 47-50.
- [10] 王永, 鲍志伟, 胡霞, 等. 临床药学科绩效二次分配方案的实践探索[J]. 江苏卫生事业管理, 2020, 31(7): 882-884.
- [11] 王晓璐, 魏水易. 临床药师职业分析以及激励机制研究[J]. 中国医院管理, 2004, 9(18): 24-25.
- [12] 甄健存, 陆进, 梅丹, 等. 医疗机构药学服务规范[J]. 医药导报, 2019, 38(12): 1535-1556.
- [13] 苏延旭, 梁永红, 苏志恒. 基于实践能力培养的临床药学教学体系建构探析[J]. 高教论坛, 2018, 20(12): 36-39.
- [14] 劳海燕, 曾英彤, 陈孝, 等. 广东省药学会推动的药学门诊正式列入国家卫生健康委员会服务规范[J]. 今日药学, 2022, 32(2): 87-90.
- [15] 国务院办公厅. 国务院办公厅关于加强三级公立医院绩效考核工作的意见: 国办发 4 号[EB/OL]. (2019-01-31)[2024-07-16]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2019-01/30/content_5362266.htm.
- [16] 国家卫生健康委办公厅, 国家中医药局办公室. 关于启动 2019 年全国三级公立医院绩效考核有关工作的通知: 国卫办医函 371 号[EB/OL]. (2019-04-17)[2024-08-21]. http://www.nhc.gov.cn/yzygi/s3593g/201904/b83232-61bb8a4175a2046d2a93936_shm.
- [17] 汪琳, 杨沿浪, 储洁琼, 等. 以培养临床思维为导向的临床药师规范化培训探索[J]. 中国继续医学教育, 2020, 12(15): 55-57.
- [18] 董瑞, 陈侠李. 基于德尔菲法的临床药师岗位胜任力评价指标体系研究[J]. 中国药物与临床, 2024, 24(15): 1000-1005.

(收稿日期: 2024-11-11 修回日期: 2025-03-23)

• 卫生管理 •

紧密型县域医共体协同治理的优化策略*

李佩丽¹, 焦建鹏^{2△}, 徐静³, 毛兵⁴

(河南省人民医院: 1. 院长办公室; 2. 公共事业发展部; 3. 审计处;

4. 规划发展办公室, 河南 郑州 450000)

[摘要] 紧密型县域医共体建设是深化医疗供给侧改革的关键举措。县域医共体包括目标、政策、资源、服务 4 个维度协同治理逻辑, 但其在管理机制、资源配置、服务供给等方面仍存在些许问题, 应从深化体制改革、优化资源整合共享、完善医保支付监管、夯实信息化建设、筑牢健康服务根基等方面制定优化策略, 推动县域卫生健康事业高质量发展。

[关键词] 县域医共体; 国家政策; 协同治理; 发展策略

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2025.08.048

文章编号: 1009-5519(2025)08-1999-05

中图法分类号: R19-0

文献标识码: C

医疗卫生服务体系整合型改革被视为提升卫生服务可及性和卫生资源利用效率的有效路径。紧密型县域医共体作为医联体的 4 种主要组织形式之一, 在提高县域卫生资源配置效率, 推动分级诊疗秩序构建方面发挥着关键作用。自 2019 年县域医共体建设正式试点开展以来, 先后有山西省、浙江省、新疆维吾尔自治区及其他省份共 828 个县被确定为试点县^[1], 截至 2024 年 8 月底, 全国紧密型县域医共体数量已经发展到 2 171 个^[2]。协同治理强调多元主体的协同

合作, 通过整合各方资源、实现共同目标, 达到最优治理效果。本文系统梳理国家政策演变, 探析县域医共体协同治理逻辑、存在问题并提出优化策略, 以期对促进县域医共体持续高质量发展提供参考。

1 政策梳理及演变特点

自 2009 年新医改启动实施以来, 国家非常重视医疗卫生服务体系的重构, 陆续出台《关于推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的通知》《关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见》《关于

* 基金项目: 河南省 2022 年度医学科技攻关计划软科学项目(RKX202202001)。

△ 通信作者, E-mail: jiaojianpeng@126.com。

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20250616.1805.018\(2025-06-17\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20250616.1805.018(2025-06-17))

印发紧密型县域医疗卫生共同体监测指标体系的通知》等政策文件,可划分为 3 个发展阶段,见表 1。政策从分散到聚焦、从初步探索到逐步完善、从单一措施到多元化创新发展,政策协同性持续增强,为县域医共体的建设发展提供了依据和指引。

2 县域医共体协同治理的逻辑

县域医共体协同治理是一个复杂而系统的工程,蕴含着多维度且紧密交织的内在逻辑,见图 1。目标

协同为政策、资源和服务协同提供方向,政策协同为资源和服务协同提供制度保障,资源协同为协同提供物质基础,服务协同是目标、政策和资源的最终价值体现。这 4 个关键维度紧密相连、协同共进,融合成一个有机整体,推动县域医共体在优化医疗资源配置、提高医疗服务效能、护佑居民健康等方面发挥关键作用。

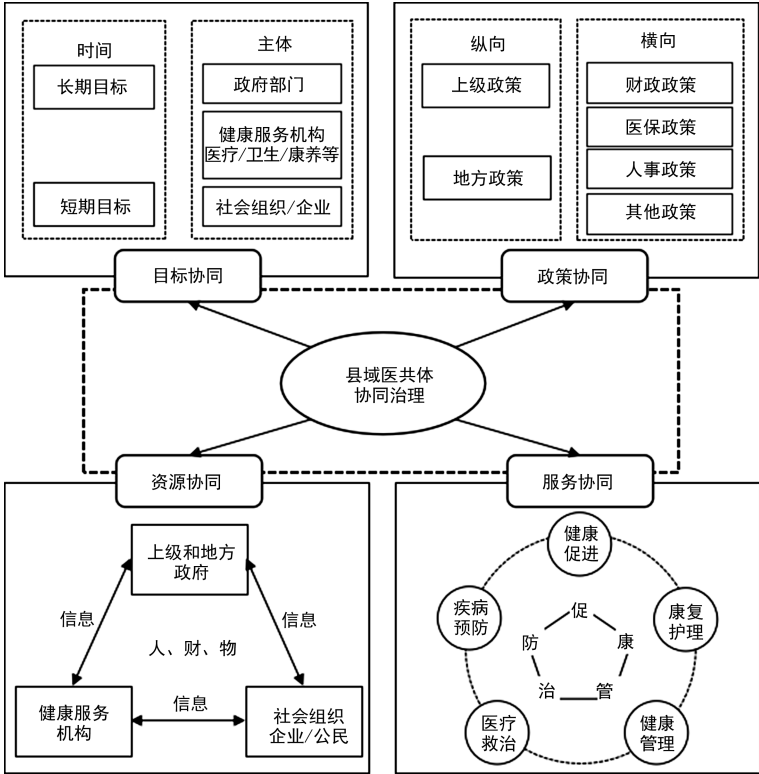


图 1 紧密型县域医共体协同治理逻辑架构图

表 1 不同发展阶段政策重点关注内容及阶段性特点

发展阶段	政策重点关注内容	阶段性特点
分级诊疗与医联体建设推进与规范阶段(2015—2018 年)	1. 分级诊疗模式:确立“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”方针,推进县域医共体等医联体建设,形成区域协同服务模式与各类共同体 2. 资源整合:以资源共享和人才下沉为导向,借助远程医疗等手段,促进医疗资源纵向流动与共享,包括医师多点执业推动人才流动 3. 转诊与医保:通过医保总额付费等改革,引导医联体内部转诊机制顺畅,持续探索医保支付方式适配医疗服务模式 4. 考核监管:构建医联体综合绩效考核指标体系,加强行业监管,规范医联体与分级诊疗建设,公布考核结果促竞争 5. 配套服务:完善医保、人事、价格、财政等配套政策,网格化布局医联体提供一体化医疗服务,推动县域综合改革与服务体系整合完善	医联体建设从探索走向规范,各类医联体模式不断涌现,县域医共体建设受到重视
县域医共体建设试点启动与逐步推广阶段(2019—2023 年)	1. 医联体建设:推进紧密型县域医共体试点,明确建设规范及指标体系,探索不同层级与范围的医联体建设及综合医改创新 2. 医保支付改革:对紧密型医联体总额付费,强化考核与分担,部分地区预付医保金,在 DRG/DIP 框架下协同“打包”付费 3. 资源整合协同:县域内统筹多方面管理,促进“县乡一体”,部分地区打包公共卫生经费,推动疾控与医共体协同,构建紧密型医共体及共同体 4. 人才管理:有条件地区实行“县聘乡用”“乡聘村用”,推动人才下沉基层,助力基层首诊和转诊 5. 监测评估推广:动态监测医联体成效,总结评估并推广经验,强化结果应用以提升建设质量	紧密型县域医共体建设先行试点并稳步推进,围绕医共体建设,医保支付改革、体制机制改革、社会办医参与及公卫机构协同等诸多方面改革协同开展

续表 1 不同发展阶段政策重点关注内容及阶段性特点

发展阶段	政策重点关注内容	阶段性特点
县域医共体建设全面推进与完善阶段 (2023 年至今)	1. 医共体全面推进:国家多部门联合推动,2024 年 6 月前省级推开,2027 年基本覆盖,从“五方面”目标设 20 项任务,含管理、运行、服务及政策等 2. 医保支持升级:从支付、价格、基层 3 个方面,如总额付费等举措深化对医共体建设支持,完善付费机制 3. 监测考核强化:开展医联体考核与县域医共体监测,印发新指标体系,以“五要点”设 14 项指标促发展 4. 医共体赋能:鼓励县级中医医院牵头医共体,推动疾病预防控制机构与县域医共体协同发展等	在全国范围内全面加速推进紧密型县域医共体建设,实现医共体建设的规模化与规范化。注重医保支付、监测评价等精细化管理手段应用,同时鼓励创新发展

3 县域医共体协同治理问题剖析

3.1 管理机制与多方协作困境 县域医共体建设涉及组织管理、人事编制、财政保障、医保支付、绩效分配等多个方面,需对原有县域医疗卫生服务体系进行系统性重构。受已有体制机制、利益约束等因素制约,医共体运行过程面临内部考核激励制度不完善,监管制度不健全,缺乏可持续利益分配机制等问题^[3]。此外,医共体内部各主体的发展水平不一、管理理念和文化、行为方式等存有差异,导致决策与执行过程中出现协调困难、效率低下等问题^[4]。

3.2 资源配置与信息支持障碍 县级医院存在专科服务能力不足、人才短缺、设备配置与临床需要尚不匹配等问题,耳鼻咽喉科、眼科、病理科等科室服务能力符合基本标准的医院占比仍不足 80.00%,平均每家具县级医院专科设备配置率 69.70%(对照基本标准)^[5]。部分地方政府财政投入不足,高层次人才引进困难,基层医疗卫生人员、护理人员和管理人员等岗位存在显著缺口^[6],高职称人员比例偏低。以河南省为例,基层医疗卫生机构(政府办)的财政补助收入占比仅为 32.60%^[7],乡镇卫生院高级职称人员仅占 3.75%,与高级职称占比 16.00%规定结构比例相差甚远^[8]。此外,乡镇卫生院和疾病预防控制中心医疗卫生机构面临着较为严峻的人才流失问题^[9]。医共体内信息化建设水平参差不齐,县、乡医疗机构之间的信息系统互联互通程度较低,电子病历、健康档案等数据的共享与共用面临困难,如江苏省基层卫生机构信息系统互联互通度也仅有 82.83%^[10]。先进信息技术与健康服务的融合应用尚显不足,导致医疗资源难以实现高效协同^[11]。

3.3 服务供给与健康需求错配 当前,我国已经迈入“中度老龄化”社会,60 周岁及以上老年人口已占总人口的 21.1%^[12],预计到 2040 年这一比例将上升至 28.0%^[13]。心脑血管疾病、癌症等慢性病发病率持续上升,慢性病死亡人数占居民总死亡将超过 80%,已成为危害群众健康的重大问题^[2]。县域医共体重医疗轻公卫的问题依然存在,同时基层医疗机构普遍缺乏先进的医疗设备^[14],且基层医疗卫生队伍“三低一高”(学历低、职称低、专业水平低、年龄偏高)现象普遍存在^[15],专科服务能力相对薄弱,难以满足老年人、慢性病患者等不同群体日益增长和多样化的健康需

求。县域医共体精细化、差异化服务供给不足,主动健康管理及预防保健服务措施缺失,无法提供全方位、个性化、连续性的健康管理服务,服务供给与健康需求之间的差距亟待弥合。

4 县域医共体协同治理的优化策略

4.1 深化体制机制改革,筑牢协同治理根基
4.1.1 构建多元主体协同共治格局 建立健全医共体法人治理结构,由政府相关部门、医疗机构代表、社会公众等多元主体共同组建管理委员会,以强化统一领导与管理效能。明确多元主体的职责边界,加强沟通协调与协作联动,同时强化监管力度,增强各部门协同监管效能^[3]。

4.1.2 完善政府投入与制度保障体系 包括财政投入保障、绩效考核、人才政策及监管评价等,具体措施为:各级政府设立紧密型县域医共体建设与发展专项财政资金,专项用于支持医共体基础设施和人才队伍培育等关键领域。完善医共体绩效考核体系,省级、地市级政府依据医共体在医疗服务质量提升、基层服务能力增强、医保基金使用效率优化、居民满意度提高等多维度绩效考核结果,按照差异化比例分配财政资金,激发医共体内部良性竞争活力。县级政府制定具有吸引力的医共体人才招聘优惠政策,简化招聘流程,优先引入紧缺专业人才与高层次人才,并为其提供住房补贴、科研启动资金等支持措施。完善县域医共体运行管理和服务质量监管与评价体系,在运行管理方面着重关注财务、人事、双向转诊等关键环节,在服务质量方面聚焦医疗安全、诊疗规范、合理用药、检查检验及患者满意度等核心指标,定期开展考核评估工作,规范医共体管理与服务行为,保障其健康、有序运行。

4.2 优化资源整合与共享,激发协同治理活力
4.2.1 打造统一的人力资源管理平台 打破县域医共体内人员编制和人事管理的固有壁垒,搭建统一的人力资源管理平台,制定医务人员柔性流动政策,并在职称晋升、薪酬待遇等方面加大政策倾斜力度,激发医务人员积极性。构建医共体培训教育平台,制定统一且系统的培训规划和课程体系,建立共享培训师智库和培训基地,同时健全科学的考核评价和激励机制,促进医务人员主动参与培训,提升专业素养^[16]。
4.2.2 健全物力资源共享机制 设立县域医共体医疗设备共享中心,借助信息化手段对医共体内的医疗

设备进行统一调配和智能化管理,实现设备预约,使用监控和维护管理的高效化,提升设备利用率。建立医共体药品采购联盟,制定统一药品目录,推行集中采购和配送模式,降低药品采购成本,满足临床用药需求。

4.2.3 实施财务集中核算与分级管理模式 加强成本控制和预算管理,提高资金使用效益,确保医共体财务运营的稳健性。制定医共体内部利益分配方案,明确县级医院、乡镇卫生院和村卫生室在医共体中的经济责任和利益分配比例,综合考虑业务量、服务质量、成本控制、患者满意度等因素进行合理分配,提高各成员单位的参与积极性和主动性。同时建立成本分摊机制,将医疗服务成本按照合适比例分担,实现风险共担^[17],增强医共体的整体抗风险能力。

4.3 完善医保支付与监管制度,强化协同治理保障 医保制度改革不仅是变革支付方式,而是对医保筹资机制、基金管理、基金监督等进行整体性设计^[18]。

4.3.1 精准核定医保总额预算 医保部门应综合考量医共体的历史服务数据、人口结构变迁、疾病谱变化趋势、医疗成本上涨等多方面因素,运用科学方法精准核定医保总额预算参数,优化补偿方式设计,提高医保基金使用效率和合理性^[3,19]。同时,建立医保总额预算动态调整机制,根据医共体实际运行情况适时调整预算指标,确保医保基金的安全合理使用,实现医保基金的可持续性。

4.3.2 创新医保支付与医共体协同机制 着力于深度挖掘医保政策的调节潜力,使其成为撬动医疗资源合理分配的关键杠杆。强化对基层医疗机构的政策倾斜,拓展基层医保报销的优势区间,科学构建起不同层级医疗机构在医保报销比例上的显著差异^[20],以此激发患者对基层首诊的选择意愿,培育双向转诊的有序就医格局。推动基本医疗保险与公共卫生服务在制度、资金、服务等方面的有效协同^[21],将预防保健、健康管理等服务纳入医保支付范围,激励医共体从单纯的疾病治疗向全面健康管理模式转型。

4.3.3 加强医保基金智能化监管 构建智能化监管平台,打造多元化、动态化的监管体系和医保信用评级体系^[22],借助现代信息技术手段,对医共体医保基金的运行情况进行实时监控、预警和深度分析,及时发现和查处违规行为。同时,将医共体医保行为信用评价结果与医保支付、奖惩措施等紧密挂钩,提高监管效率和精准度,保障医保基金的安全规范使用,促进医共体依法依规开展医疗服务活动。

4.4 夯实信息化建设,提升协同治理效能

4.4.1 推进区域医疗卫生信息互联互通 建立区域医疗卫生信息平台,制定县域医共体信息系统建设地方标准或行业规范,统一数据标准和接口,推进医共体内各成员单位信息系统的互联互通,达成患者电子病历及个人健康档案等数据的共享,确保信息能够在医共体内部流畅地传递与共用。

4.4.2 加强新技术赋能医共体服务升级 加大基层

医疗机构信息化建设投入力度,改善其基础设施条件,充分运用大数据、云计算、人工智能、物联网等信息技术手段,拓展医疗服务空间和内容^[11],开展预约诊疗、远程医疗、双向转诊、医疗质量监控、疾病预警、健康管理等多元化服务,进一步提升医共体医疗服务效率和质量,为居民提供更加便捷、高效的健康服务,增强居民对医共体建设的获得感和满意度。

4.5 筑牢健康服务根基,实现协同治理目标

4.5.1 提升基层公共卫生服务能力 加强基层公共卫生科室建设,充实专业人员力量,完善公共卫生服务绩效考核机制,充分调动人员工作积极性,提高服务质量。积极构建“互联网+公共卫生”服务模式,利用信息技术提升健康教育、预防接种、慢性病管理等公共卫生服务的管理效率和精准性,强化基层公共卫生服务的网底作用。

4.5.2 培育“以健康为中心”发展理念 构建县域内健康管理服务的协同联动机制,强化医防融合发展模式,以家庭医生签约服务为重要抓手,建立医疗与公卫融合、专科与全科联合、签约医生与团队协同的综合服务模式,推动县域医共体向健共体转型升级^[3,23]。

4.5.3 开展健康促进与教育“四位一体”强基行动 注重健康促进与健康教育的普及与推广,发挥健康科普专家引领作用,建立全媒体联动机制,打造新媒体矩阵^[24],提高居民的健康素养和个人健康管理能力,从而提升县域整体健康水平。

参考文献

[1] 宁艳阳. 紧密型县域医共体建设有了指南[J]. 中国卫生, 2024,19(3):38-41.

[2] 国家卫生健康委员会. 国务院新闻办公室“推动高质量发展”系列主题新闻发布会[EB/OL]. (2024-09-12)[2024-11-19]. <http://www.nhc.gov.cn/xcs/c100122/202409/ca93d6c8ae9e45a0a94e1b2657e60f2d.shtml>.

[3] 尚钊,刘雨晴,李跃平,等. 我国县域医疗卫生共同体建设问题的理论探讨与对策分析[J]. 中华医院管理杂志, 2022,38(5):321-326.

[4] 刘成驰,孔运生. 共生理论视角下安徽省县域医共体的建设困境及对策分析[J]. 中国农村卫生事业管理, 2024,44(9):664-668.

[5] 国家卫生健康委办公厅. 关于通报 2023 年度县医院医疗服务能力评估情况的函[EB/OL]. (2024-07-29)[2024-11-20]. <https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202407/c42b4639573f48ad9337c4b70ca685f2.shtml>.

[6] 光心慧,王珩,薛俊军,等. 基于米特-霍恩模型的紧密型县域医共体运行困境研究[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2021,21(6):533-537.

[7] 徐春光,董云宁. 河南省乡村医疗卫生体系建设:现状、问题与对策[J]. 农村·农业·农民, 2024,32(16):36-38.

[8] 崔天意. 河南省乡村医疗卫生体系现状及发展建议[EB/OL]. (2024-02-05)[2024-11-20]. <https://theory.dahe.cn/2024/02-05/1711120.html>.

[9] 段博珩,张光鹏,曾献军. 我国医疗卫生机构人员流失情况分析[J]. 中华医院管理杂志, 2022,38(6):425-428.

- [10] 蒋文秀,张冬梅,张芮,等.整体性治理下我国县域医共体信息化建设现状分析[J].中国医院管理,2023,43(1):57-60.
- [11] 陈玉兵,吴庆斌,潘志强.智慧县域医共体建设研究综述[J].中国数字医学,2023,18(11):1111-1116.
- [12] 邓燕玲.《2023 年度国家老龄事业发展公报》发布[N].中国老年报,2024-10-15(001).
- [13] 世界卫生组织.《中国老龄化与健康国家评估报告》[EB/OL].(2016-06-16)[2024-11-21].<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/194271/9789245509318-chi.pdf;sequence=5>.
- [14] 肖灵辉,骆俊.深化紧密型县域医共体建设现状及策略建议[J].中国农村卫生,2024,16(10):10-12.
- [15] 叶春风,许博,张维宁.推进改革创新管理促进乡村医疗卫生体系健康发展:河南省基层医疗卫生机构编制服务保障调研报告[J].行政科学论坛,2023,10(12):1214-1216.
- [16] 吴天旺,郑建煌,林杰,等.县域医共体框架下基层医疗卫生人才培养问题及对策研究[J].基层医学论坛,2022,26(34):334-337.
- [17] 刘莉,张克俊.健康中国背景下建设县域医共体的现实需求、实践探索与思路对策[J].农村经济,2024,26(2):90-102.
- [18] 王红波,张开然,龚曦.县域医共体与医保的协同发展:理论缘由、实践困境与优化策略[J].中国卫生政策研究,2023,16(9):911-917.
- [19] 黄胜利.当前县域医共体建设存在问题及对策思考[J].中国农村卫生事业管理,2019,39(12):838-841.
- [20] 乔迎迎,朱平涛.中国县域医共体实施现状及对策分析[J].价值工程,2019,38(23):110-112.
- [21] 马月霞,代宝珍.从健康管理走向健康治理:基本医疗保险与公共卫生服务体系协同发展路径研究[J].中国农村卫生事业管理,2023,43(2):78-84.
- [22] 戴悦,尚钊,薛冬羽,等.紧密型县域医共体政府监管的问题探析和对策研究[J].南京医科大学学报(社会科学版),2022,22(1):20-24.
- [23] 胡晓先.县域医共体建设的发展、现状及对策[J].中国农村卫生事业管理,2024,44(6):418-423.
- [24] 陶青柳,黄浩,罗蓝,等.健康促进与教育创新路径的研究[J].现代医药卫生,2024,40(22):3946-3949.

(收稿日期:2024-12-12 修回日期:2025-02-25)

• 卫生管理 •

新形势下我国互联网医疗监管风险与治理路径的研究^{*}杨 凌,刘 艳,周万里,李小燕[△]

(上海市浦东新区疾病预防控制中心/上海市浦东新区卫生健康监督所,上海 200136)

【摘 要】云计算、物联网、大数据等信息技术与传统医疗领域的深度融合,不仅推动了医疗服务模式的创新,而且极大地拓展了医疗服务的边界。然而,互联网医疗的迅猛发展也带来了诸多监管挑战,如体制机制、服务质量、信息安全、技术标准、医疗纠纷及伦理道德等风险。基于此,该文提出了构建多元主体、多方协同的内外监管体系、严格市场准入标准、深化“放管服”、改革、加强隐私保护等举措,以促进互联网医疗行业的健康发展。

【关键词】互联网医疗; 医疗监管; 发展历程; 治理路径

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2025.08.047

文章编号:1009-5519(2025)08-2003-05

中图法分类号:R197.323

文献标识码:C

“互联网+医疗”是以互联网为载体,借助移动通信技术、云计算、物联网、大数据等,与传统医疗健康服务深度融合而成的一种新型医疗健康服务体系^[1]。互联网医疗作为一种新兴的医疗服务供给模式,为用户提供了多元化的健康服务,例如在线挂号、医疗信息查询、远程医疗、电子病历管理及开具电子处方等。在优化医疗资源配置,便捷就医流程,提高诊疗咨询效率,满足人民群众日益增长的多层次、个性化医疗服务需求和推动医联体建设方面具有独特优势。然而,互联网医疗在高速发展的同时,也伴随着诸多潜在风险和监管难题,如准入标准、诊疗范围、医疗质量、数据安全、医疗纠纷责任认定等,给传统医疗监管

体系带来巨大冲击和挑战。目前,我国有关互联网医疗监管研究主要聚焦于制度建设、法律法规、监管平台和政策倡导等方面^[2-6],但研究未成体系且视角较为单一,较多研究停留在现象描述和问题分析层面,缺乏对互联网医疗监管风险系统、全面总结和提出优化互联网医疗监管的可行性举措。因此,本文在全面梳理互联网医疗发展现状基础上,系统识别当前及未来互联网医疗风险的隐患,并据此提出科学合理、具有前瞻性和针对性的监管策略,以期为实现互联网医疗新发展提供有益参考。

1 互联网医疗发展历程

1.1 发展阶段 中国互联网医疗的发展历程可以划

* 基金项目:上海市浦东新区优秀青年医学人才培养项目(PWRq2021-44);2023 年上海市“医苑新星”青年医学人才培养-公共卫生领导者项目(沪卫人事[2024]70 号)。

[△] 通信作者, E-mail: lxy603@sohu.com。

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20250610.1307.002\(2025-06-10\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20250610.1307.002(2025-06-10))