

浅谈“数字难民”线上就医的破解方式

范梦婷

上海工程技术大学, 上海

收稿日期: 2022年7月3日; 录用日期: 2022年7月29日; 发布日期: 2022年8月8日

摘 要

数字时代来临, “互联网+”成了常态, 尤其是疫情当口, 互联网医院热潮来临, 面对着先进便捷的就医方式, “数字难民”却由于数字鸿沟的存在无法快速获取优质的医疗资源, 享受数字化就医优势。疫情此起彼伏, 已延续两年时间, 老年人在疫情下的就医问题急需关注, 破解老年人与互联网医院之间的难题也是养老相关的重要问题。本文提出了“数字难民”使用互联网医院的现实意义与目前存在的问题, 使用STATA.15.0软件对CGSS2017的数据进行分析, 研究表明居住地, 身体状况, 电子产品拥有数量和受教育程度对老年人使用互联网的积极性都有显著性影响。基于此, 提出破解“数字难民”互联网医院使用难题的对策建议: 结合多方力量, 赋能“数字难民”的数字能力; 加大乡村资源投入, 缩小城乡的互联网医院认知差距; 结合专业团队运营医疗平台, 运用社会资本投入宣传。

关键词

数字难民, 互联网医院, 养老

Talking about the Solution to the Online Medical Treatment of “Digital Refugees”

Mengting Fan

Shanghai University of Engineering Science, Shanghai

Received: Jul. 3rd, 2022; accepted: Jul. 29th, 2022; published: Aug. 8th, 2022

Abstract

With the advent of the digital age, “Internet+” has become the norm, especially at the time of the epidemic, and the boom in Internet hospitals is coming. Faced with advanced and convenient medical treatment methods, “digital refugees” cannot quickly obtain high-quality medical resources and enjoy the advantages of digital medical treatment due to the existence of the digital divide. The epidemic has continued one after another and has lasted for two years. The medical

treatment of the elderly under the epidemic needs urgent attention. Solving the problem between the elderly and Internet hospitals is also an important issue related to elderly care. This paper puts forward the practical significance and current problems of “digital refugees” using Internet hospitals, and uses STATA.15.0 software to analyze the data of CGSS2017. The research has shown that the place of residence, physical condition, the number of electronic products owned and the level of education have a significant impact on the enthusiasm of the elderly to use the Internet. Based on this, some countermeasures and suggestions are put forward to solve the problem of using Internet hospitals for “digital refugees”: combine multiple forces to empower the digital capabilities of “digital refugees”; increase rural resource investment to narrow the cognitive gap between urban and rural Internet hospitals; combine professional teams to operate medical platform, use social capital to invest in publicity.

Keywords

Digital Refugees, Internet Hospital, Pension

Copyright © 2022 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

“数字难民”是信息时代社会人口分类的产物，通常指 40 后，50 后等出生于数字时代之前的年长者，他们往往拥有不能习惯将生活与互联网较好融合，不习惯操纵电子设备等特点。自 2013 年电子支付火热起来，人们对互联网的使用率直线上升，但“数字难民”们大多还是习惯于现金，现场购物等传统方式，而对于活了大半辈子都没接触过互联网的“数字难民”而言，将生活与互联网融合无疑是一件难事。自 2020 年新冠疫情爆发，“互联网+”成了常态，网购，无接触办公，线上就医，出示健康码等都成为了大多数人生活中必不可少的一部分，“数字难民”们也在生活中不得不使用起互联网来。为了跨越“数字鸿沟”，国家相继出台许多关怀政策，并持续细化，致力于引导建设数字包容性社会。国家国务院办公厅于 2020 年 11 月 24 日印发《关于切实解决老年人运用智能技术困难的实施方案》[1]，具体提供了 20 多条举措，希望借此能有效帮助他们融入数字化社会。民生为国之大计，健康为民生之本，疫情期间互联网医院的存在解决了大多数人的求医问题，也凸显了互联网医院的重要性。但如何让“数字难民”们也享受到数字化就医的便捷，提升幸福感，甚至助其跨越“数字鸿沟”是一项长期性与系统性并存的大工程，需要社会各界的通力协作。

2. 互联网医院概况与发展现状

互联网医院即将实体医疗互联网化，并以实体医疗机构为依托建立的一种线上与线下相结合的虚拟医院，以慢性病诊断和部分常见病复诊为主的集问诊，处方，支付与药物配送的一体化服务平台[2]，是“互联网 + 医疗”中医疗服务领域的一种较新的业务形态，近些年来已快速发展[3]。其实，自 2015 年起国家就已开始发布相关政策，包括《关于积极推进“互联网+”行动的指导意见》与《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》。同年 12 月，全国第一家互联网医院在乌镇设立，支持开展在线问诊、远程会诊等功能。自 2020 年新冠疫情爆发以来，互联网医院的兴办总数迅速增长，兴办主体大量增多，因为疫情的缘故，群众大多响应国家号召，多地实行封闭管理，因此医疗市场需求暴涨，互联网医院的问诊量

也呈现了里程碑式的增长,这无形中也给了互联网医院一个绝佳的发展机遇,国家要求各医院开放互联网诊疗服务,将互联网医疗规范化并加强安全保障[4]。

当前互联网医院大致分为医院主导型与企业主导型两种类型,医院主导型一般是指在技术公司的支持下,由医院人员来负责互联网医院的运营工作,主要使用人员以本医疗机构人员为主,大多为实力较强的三级医院,主要服务内容包括预约挂号,分诊,部分常见慢性病复诊,开具检查,检验并线上预约,在线随访,远程会诊等,另外还包括一些健康管理,线上缴费等服务,主要优势在于拥有大量优质的医疗资源,医院口碑较好,比较熟悉医疗业务。企业主导型一般是依托实体医疗机构,但由企业主导互联网医院的运营,主要服务内容相似,与医院主导型相比拥有更好的运营管理能力及创新发展思维,缺点在于其口碑不如实体医院,受众群体不太稳定[5]。本文从以上两种形式的互联网医院形式出发,以上海市第一人民医院互联网医院与微医集团支持的乌镇互联网医院为例展开分析,其运行流程如图1所示。

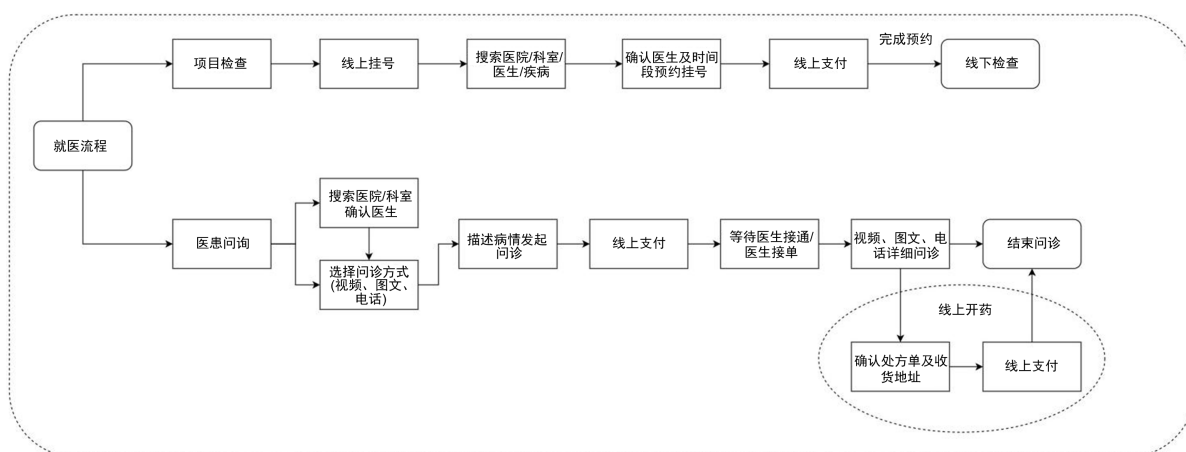


Figure 1. Flow chart of Internet hospital operation

图 1. 互联网医院运行流程图

针对以上互联网医院的就医形式概述可知,使用互联网医院可享受医生线上问诊,预约挂号,在线复诊开药,医保/自费结算,快递送药到家,在线开具检验检查,科普健康知识等服务的就医全流程闭环服务,对老年人的慢病管理相当友好,但目前的问题在于老年人多为“数字难民”,并不能很好地理解与掌握该流程,将互联网医院运用起来。根据中国互联网络信息中心(CNNIC)发布的第49次《中国互联网络状况统计报告》显示[6],60岁以上的老年人口中互联网普及率达43.2%,尚有半数以上的老年人还处于“数字难民”的阶段。且不说“数字难民”,在老年网民之中,也仅有33%的老年人能独立使用网上挂号,问诊。在此新冠疫情当口,许多“数字难民”停在家中,此时互联网医院的重要性凸显出来,如果“数字难民”们能接受并使用互联网医院无疑会为自身生活提供极大便利。

3. “数字难民”使用互联网医院的现实意义

3.1. 预约服务,提升就医便利度

“数字难民”大多拥有高龄,腿脚不便的特点。在互联网医院中,对于众多患者。医生不仅可以在线问诊,患者可以用最快的速度匹配上合适的医疗资源并了解自身病情,节省了传统形式中早起排队挂号的时间。对于需要做相应线下检查的项目也可以提前通过统一的预约平台,预约好自己想要检查的项目并进行线上支付,按照约定时间前往检查即可,同时支持线上医保支付与自费支付两种形式,这样一来既省去了传统形式中排队缴费的时间,也节省了排队做检查的时间,就医便利度大大提升。互联网医

院同时也支持送药到家,患者线上就诊,医生线上接诊,线上支付完成之后药品会直接配送至目的地[7]。

在互联网医院未兴起之前,大多高龄的“数字难民”遇到身体不适之时,往往需要早起去医院挂号排队问诊,这些腿脚不便的高龄老人在出行工具的选择上也大多为公共交通,耗费时间较长,出行舒适度较低,就医便利度也不高,一次就医往往会消耗半天甚至一天的时间,一旦这些高龄老人习惯于使用互联网医院的预约服务,首先他们不用拖着病体在出行上耽搁,其次省去了大量排队等待的时间,有效克服时间和空间上的障碍,鉴于高龄老人出行困难的特点,大大提升了他们的就医便利度。

3.2. 子女“云上陪诊”有益身心健康

我国已逐渐进入老龄化社会,但子女外出务工,不在身边的占比也较大,尤其在二三线城市居多。子女往往因为地域的距离而无法及时的参与父母的就医过程,了解父母的身体状况,异地子女对父母的关注度不够,久而久之也会影响老人的身心健康。

互联网医院支持实现“健康管理人”功能,从而实现子女“云上陪诊”,子女可以帮助老人预约服务,管理病历,并且会收到父母的就诊信息链接,点击进入后就能加入父母的问诊过程,实现三方互动,对父母身体状况做到时时把控,面面俱到[8]。同时也能有效减少老人的孤独感与焦虑感,提升就医体验与幸福度,克服了老人与子女之间物理距离的障碍,获得大多好评。对于子女在一线城市而父母在较偏远地区定居的场景下,互联网医院也可增加就医灵活性,均衡医疗资源,子女可以让居住在偏远地区的父母也享受到发达地区的医疗资源并全程陪伴。

3.3. 慢病管理,对“数字难民”友好

结合“数字难民”的特征我们得知,“数字难民”大多为60岁以上的高龄老人,而这些高龄老人也大多拥有一个共同特征:慢性病患者。基于此点,互联网医院的慢病管理,即“线上管家”功能对“数字难民”极其友好。

互联网医院支持根据就诊记录或电子病历,化验结果,电子处方,体检报告等进行整合,形成每位老人的专属个人健康档案。对于慢性病患者而言,其治疗过程往往不是一蹴而就的,涉及时间较长,在此期间患者往往可能因为个人原因换不同的医院就医,传统形式中往往会出现新医生不熟知患者过往病情而难以精准治疗或用药的情况,互联网医院上此种问题迎刃而解,因专属个人健康档案的存在,即使是在互联网医院上匹配到了全新的医生,也可以远程查看过往病历并直接就情况进行诊治。除此之外,互联网医院支持“线上管家”功能,可以根据患者的健康档案,辅助医生完成复诊任务,收集相关患者的意见反馈,协助医院运营。对于多为慢性病患者的高龄老人而言,复诊是常态,往往需要繁琐流程,每一次复诊都需要耗费大量的时间和空间成本,互联网医院支持线上复诊,根据图文,视频或电话的形式,快速高效便捷地使医患双方取得联系并以最快速度完成复诊,省时省力。其次,互联网医院也会根据患者的就医情况推送病情相关的健康小知识,使患者加深对自己病情的了解,并将小知识运用在日常生活中,有利于病情的治疗。研究证明,互联网医院管理下的全新医疗服务体系能够对慢性病患者的健康进行持续性,针对性的跟进管理,并有效改善其各项指标。

4. “数字难民”使用互联网医院存在的问题

鉴于前文中的“数字难民”互联网使用积极性的影响因素分析,结合当前使用情况得出以下几点“数字难民”使用互联网医院存在的问题。

4.1. “数字难民”对互联网就医操作学习不足

从“数字难民”的基本特征中得知,“数字难民”多为高龄老人,这类群体出生于数字时代之前,

大半辈子都没有接触过互联网或是数字化工具这种新型的形式,且文化水平普遍不高,在信息技术或是信息处理的方面的能力皆较低。想要快速上手互联网医院,就要先熟悉电子产品的操作和互联网逻辑,然而“数字难民”对于互联网的学习极少,多为旁人代劳,这使其既不熟悉产品操作,也会滋生给旁人添麻烦的想法,增加了老人对互联网使用的排斥心理。鉴于此,互联网医院对“数字难民”而言完全是一个了解甚少且难以上手的事物,因此会不由自主的对互联网医院产生排斥感。

4.2. “数字难民”对互联网医院的认知存在差异

从上文的分析中可知,居住地对互联网的使用积极性有显著影响,同理,城乡居民对于互联网乃至对互联网医院的认知都存在一定差异。对于城市老人而言,城市数字化程度高,基础设施更为完善,因此会自然而然的更快了解互联网医院知识,更容易由相关人士带领加入互联网就医的队伍。然而对于乡村老人而言,基础设施不够完善,网络覆盖面不够,留守老人较多,往往没有途径接收到互联网医院相关的知识灌输。尽管对于乡村的老人而言,互联网医院是他们获取优质医疗资源最快,成本最低的方式,但往往因为信息偏差,他们无法享受本科拥有的医疗资源[9]。

4.3. “数字难民”对互联网医院有不信任感

互联网医院对于“数字难民”而言是全新的事物,从他们的视角而言互联网医院并没有实感,更多的像一个虚幻的事物,且大多并不了解互联网医院的流程与其间的信息传递逻辑。首先,互联网医院的就医过程必不可少的需要录入个人信息和涉及付费交易,较多老人难免会对安全性问题存疑,担心个人敏感信息的泄露。其次,互联网医院的问诊是以图文,视频或电话的形式交流,对于大半辈子都是用传统形式线下就医,对互联网医院并不了解的“数字难民”而言,这种全新的方式带给他们更多的可能是怀疑,他们不确定手机背后的医生身份,无法面诊也会让他们担心不够专业,从而怀疑就医结果。互联网医院虽然近几年在国家的支持下开始兴起,但大多分布在城市,乡村患者接触互联网的机会较少,因而可能会存在信息壁垒[10]。

5. “数字难民”互联网使用积极性的影响因素分析

5.1. 数据来源

本文研究数据来源于2017年的中国综合社会调查(Chinese General Social Survey, CGSS)数据库,该调查是中国第一个集全国性,综合性与连续性为一体的大型社会调查项目[11]。该问卷以科学的抽样入户的访问方式,对全国各处10,000多户家庭展开了调查,回收问卷12,582份。本文,以“数字难民”的定义处理后得到有效样本4372个。

5.2. 变量设计

5.2.1. 因变量

本文的因变量为“数字难民”的互联网使用积极性,在CGSS2017年的问卷中,对于该变量的测量,调查问卷的具体问题为“过去一年您是否经常在空闲时间从事以下活动(上网)?”,其答案选项设置为“每天”,“一周数次”,“一月数次”,“一年数次或更少”,“从不”,“不知道”。本文将该问题抽象为“数字难民”使用互联网是否积极?”,并对其重新编码,将“每天”,“一周数次”和“一月数次”合并为“积极”(1=“积极”),将“一年数次或更少”,“从不”,“不知道”合并为“消极”(0=“消极”)。

5.2.2. 自变量

本文选取了以下变量作为自变量进行分析,包括:性别,受教育程度,经济水平,身体状况,居住地,是否与伴侣同住,是否与亲近子女同住和电子产品拥有情况。

“受教育程度”变量中，从原问题“您目前最高的教育程度是？”出发，将“没有受过任何教育”命名为“文盲”，赋值为1，“私塾，扫盲班和小学”合并为“小学”，赋值为2，“初中”赋值为3，职业高中，普通高中，专科，技校和成人教育合并为“初中以上本科以下”，赋值为4，本科与研究生合并为“本科及以上”，赋值为5。

“是否与伴侣同住”变量中，从原问题“现在您和您的同居伴侣居住在一起吗”出发，将“同住”赋值为1，将不住在一起，但同在或不在一个城市，在不同省或不同国家的选项合并为“不同住”，并赋值为2。

“电子产品拥有情况”变量中，从原问题“目前您个人拥有多少可以上网的设备(含台式机、笔记本电脑、平板电脑、智能手机手表、电子书等)？”出发，将“暂无”赋值为1，“2台及以下”赋值为2，“3台及以上”赋值为3。

除以上自定义的变量之外，还直接采用了性别，经济水平，是否与亲近子女同住，身体状况和居住地变量纳入模型，以上因变量与自变量的具体编码情况见表1。

Table 1. Variable assignment table

表 1. 变量赋值表

变量	变量类型	变量说明
因变量		
互联网使用积极性	二分变量	0 = 消极; 1 = 积极
自变量		
性别	二分变量	1 = 男; 2 = 女
受教育程度	多分类变量	1 = 文盲; 2 = 小学; 3 = 初中; 4 = 初中以上本科以下; 5 = 本科及以上
经济水平	多分类变量	1 = 远低于平均水平; 2 = 低于平均水平; 3 = 平均水平; 4 = 高于平均水平; 5 = 远高于平均水平
是否与伴侣同住	二分变量	1 = 同住; 2 = 不同住
是否与亲近子女同住	二分变量	1 = 同住; 2 = 不同住
身体状况	多分类变量	1 = 很不健康; 2 = 比较不健康; 3 = 一般; 4 = 比较健康; 5 = 很健康
居住地	二分变量	1 = 城市; 2 = 乡村
电子产品拥有情况	多分类变量	1 = 没有; 2 = 2台及以下; 3 = 3台及以上

5.3. 研究方法

基于2017年的中国综合社会调查(CGSS)数据(居民问卷),运用logit回归模型研究“数字难民”互联网使用积极性的影响因素。假定影响“数字难民”使用互联网积极性的变量有 n 个,这些独立变量的向量可表示为: $x' = (x_1, x_2, L, x_n)$, 设条件概率 $P(Y=1|x) = p$ 为使用互联网的概率,其logit回归模型见公式(1)。在具体分析中,采用STATA15.0来做分析。

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = a + (b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + \cdots + b_kx_k) \quad (1)$$

a 为常数, b 为关注变量和控制变量系数。

5.4. 描述性分析与实证结果

5.4.1. 描述性分析

从表 2 中可知我国老人对互联网使用是否积极的描述性统计分析结果, 经过差异性检验分析可知, 部分个体特征区别非常显著。从性别变量来看, 互联网使用积极的老年男性占比 22.26%, 女性占比 17.40%, 区别不大; 在受教育程度方面, 受教育程度越高, 其互联网使用积极性越强, 在学历为本科及以上的老人中, 互联网使用积极的老人占 62.50%, 而文盲老人中互联网使用积极的老人占比仅为 1.84%, 值得关注的是初中学历及以上的老人中, 互联网使用积极的占比已过半数, 这说明互联网使用其实对学历的门槛并没有很高; 经济水平变量中, 处于平均水平的老人互联网使用积极占比为 23.80%, 低于平均水平的老人互联网使用积极性偏低, 高于平均水平的老人互联网使用积极性较高但占比并未过半, 这说明经济水平变量影响并不大, 互联网使用积极性基本不会因经济水平的不同而变化; 在是否与伴侣同住的变量中, 同住与否的老人中互联网使用积极的占比皆为 22%左右, 可见该变量对互联网使用积极性几乎无影响; 在是否与亲近子女同住的变量中, 与是否与伴侣同住的变量相似, 互联网使用积极的老人占比皆为 20%左右, 同理对互联网使用积极性影响不大; 在身体状况变量中, 身体很不健康的老人的互联网使用积极占比为 7.73%, 而身体很健康的老人占比为 31.08%, 身体状况越好的老人互联网使用积极性越强; 在居住地变量中, 居住在城市的老人中互联网使用积极的占比为 30.42%, 而居住在乡村的老人的互联网使用积极占比仅为 7.73%, 可见城乡差异明显; 在电子产品拥有情况变量中, 暂时没有电子产品的老人的互联网积极占比为 14.58%, 可见老人对电子产品存在一定的渴望, 拥有电子产品的老人的互联网使用积极占比为 80%以上, 这说明只要拥有电子产品的老人大多都不会消极对待互联网的使用。综上所述, 老人的受教育程度, 身体状况, 居住地和电子产品拥有情况都会对互联网使用的积极程度产生影响。

Table 2. Descriptive analysis
表 2. 描述性分析

变量		占比%			P 值
		互联网使用消极	互联网使用积极	总计	
性别	男	77.74	22.26	100	0.748
	女	82.60	17.40	100	
受教育程度	文盲	98.16	1.84	100	0.000
	小学	93.05	6.95	100	
	初中	72.46	27.54	100	
	初中以上本科以下	47.44	52.56	100	
	本科及以上	37.50	62.50	100	
经济水平	远低于平均水平	93.51	6.49	100	0.673
	低于平均水平	85.20	14.80	100	
	平均水平	76.20	23.8	100	
	高于平均水平	60.52	39.48	100	
	远高于平均水平	75.00	25.00	100	

Continued

是否与伴侣同住	同住	77.74	22.26	100	0.006
	不同住	77.50	22.50	100	
是否与亲近子女同住	同住	80.00	20.00	100	0.457
	不同住	78.83	21.17	100	
身体状况	很不健康	92.27	7.73	100	0.002
	比较不健康	89.11	10.89	100	
	一般	77.30	22.70	100	
	比较健康	74.00	26.00	100	
	很健康	68.92	31.08	100	
居住地	城市	69.58	30.42	100	0.000
	乡村	95.83	4.17	100	
电子产品拥有数量	暂无	85.42	14.58	100	0.000
	2 台及以下	17.97	82.03	100	
	3 台及以上	1.79	98.21	100	

5.4.2. 实证结果

本部分将性别, 居住地, 身体状况, 电子产品拥有情况, 受教育程度, 经济水平, 是否与伴侣同住和是否与亲近子女同住变量引入 logistic 模型, 利用 STATA15.0 软件进行数据分析, 观察以上各因素对互联网使用积极性的影响情况, 具体数据由表 3 可知, 居住地, 身体状况, 电子产品拥有数量和受教育程度对互联网使用积极性都有显著性影响($P < 0.05$)。

Table 3. The logit regression model of the Internet use enthusiasm of the elderly

表 3. 老年人互联网使用积极性 logit 回归模型

互联网使用积极性	b 系数	标准误	Z 值	P 值	系数的 95%置信区间	
性别	-0.0602658	0.1872239	-0.32	0.748	-0.4272178	0.3066863
居住地	-1.880115	0.287638	-6.54	0.000	-2.443875	-1.316355
身体状况	0.3074295	0.0984454	3.12	0.002	0.1144801	0.5003788
电子产品拥有数量	3.258097	0.1637793	19.89	0.000	2.937096	3.579099
受教育程度	0.9763387	0.1044012	9.35	0.000	0.7717161	1.180961
经济水平	0.0516056	0.1224496	0.42	0.673	-0.1883911	0.2916023
是否与伴侣同住	0.8823179	0.3217911	2.74	0.006	0.2516189	1.513017
是否与亲近子女同住	0.1680335	0.2261195	0.74	0.457	-0.2751525	0.6112195

对于居住地方面, 由于城乡资源分布不均的问题存在, 导致其在思想和经济上的差异, 因此应酌情考虑从城乡差异出发, 展开不同的应对措施, 因地制宜。对于身体状况方面, 身体越健康的老人越对互联网使用富有积极性, 反之对于身体不健康的老人而言, 大多可能生活都无法自理, 互联网更是非必要

的事物，因此我们的互联网应对政策应以身体健康的老人为主体，对于身体不健康的老人的应对措施应以家人协助和人工通道为主。对于受教育程度方面，虽然受教育程度越高其对互联网使用的积极性越高，但初中以上的老人的互联网使用积极性已经很高，因此应结合社区与实体机构对老龄群体开设互联网相关的教学课程。对于电子产品拥有数量方面，数据表明拥有电子产品数量拥有的越多对互联网使用积极性越高，并且老年人只要拥有电子产品就都对互联网使用比较积极，因此应设计更多适合老年人使用的电子产品或 app，进一步提升老年人的互联网使用积极性。

6. 对策与建议

“数字难民”遇上互联网医院，拥有很多的现实意义的同时也存在很多问题，对此本文给出了相应的对策与建议。

6.1. 结合多方力量，赋能“数字难民”的数字能力

“数字难民”的数字赋能工作不是一蹴而就的，这些“数字难民”多为数字时代之前的高龄老人，数智认知匮乏，因此我们可以结合政府，社区，家庭三方力量。第一，政府致力于宣发互联网医院相关知识，禀明互联网医院对于老人的现实意义所在，并将宣发任务落实到各处，务必做到互联网医院相关政策“人人了解”，并大力倡导，逐渐落实建立覆盖百分之八十老龄群体的终身教育体系。第二，社区应运用社区资源，结合青少年志愿者与老年大学等社会服务机构，积极响应老龄群体终身教育体系的落实工作与互联网医院认知的加强工作。第三，家庭也应注意数字反哺，中小学可在相关课程中宣传互联网医院相关知识，并安排相关家庭教育任务，提升年轻一辈对与老年人分享数字知识的积极性。同时也可大力倡导互联网行业研发老年适用设备或 app，提高产品适老性，减轻老年人的“学习负担”。

6.2. 加大乡村资源投入，缩小城乡的互联网医院认知差距

对于城乡分布不均的问题，理应加大乡村资源投入，缩小城乡的互联网医院认知差距。第一，层层递进，以县，镇，村逐步深入，先从管理层抓起，加大管理层的互联网医院认知，务必使其牢记互联网医院的优势与重要性，便于其向下传达。第二，对“数字难民”开展爱心通道，与外出务工人员联系达成共识，使其成为老人的健康管理人，并在各村保留人工服务通道，接受留守老人的互联网操作求助，帮助乡村的“数字难民”都能享受到优质的医疗资源。第三，采用多种方式宣传，务必使全村人人知，并努力发挥全员的互联网学习的主观能动性，结合硬件设施的推动一起帮助乡村也加快融入数字社会。

6.3. 结合专业团队运营医疗平台，运用社会资本投入宣传

当今互联网医院虽一直在各方大力支持下迅猛发展，但互联网医院的运营管理现状并不乐观，尤其是公立互联网医院大部分处于“建而不用”的状态，并且当今不只是“数字难民”，即使是年轻人也有很多人对互联网医院并无许多了解，互联网医院的宣传与运营效果远不符合预期，从心理学角度而言，人总是会本能地排斥自己不熟悉的事物，这也直接导致了“数字难民”对互联网医院信任感不足。本文认为公立互联网医院之所以运营效果不佳，很大程度上是并未建立市场化的运营机制。研究表明，企业主导性的互联网医院各个数据远超公立互联网医院，由此可知专业运营团队对于运营方面自有一番独特心得体会与方法，因此建议实体医疗机构互联网医院与专业互联网行业团队相结合，采取互惠互利的共赢模式。

参考文献

- [1] 姚瑶. 公共卫生大事记[J]. 法人, 2021(1): 34-35.

-
- [2] 郭莉莉, 吴雅琴. 低成本视角下互联网医院协作治理机制研究[J]. 会计之友, 2021(16): 39-43.
 - [3] 杜学鹏, 吴晓丹, 贾宏明. 互联网医院发展的问题识别与对策[J]. 卫生经济研究, 2021, 38(1): 22-25.
 - [4] 姚永萍, 周宏, 邓静, 等. 新型冠状病毒肺炎疫情下互联网诊疗协同药物配送提升慢病管理效能实践[J]. 中国药业, 2020, 29(8): 39-41.
 - [5] 喻惠敏. 上海市互联网诊疗服务模式的研究与探索[D]. [硕士学位论文]. 南昌: 江西中医药大学, 2020.
 - [6] 陈亮. 互联网使用频率对居民健康影响的研究——基于 CGSS2015 数据的分析[J]. 湖北经济学院学报: 人文社会科学版, 2020, 17(10): 12-16.
 - [7] 王淼, 何悦, 张焜琨, 等. 国内互联网医院运营模式的比较[J]. 中国卫生资源, 2020, 23(2): 110-113.
 - [8] 吴昕颖, 董怡红, 毛洁. 上海互联网医院发展现状分析[J]. 中国卫生监督杂志, 2021, 28(3): 261-266.
 - [9] 程云飞, 李姝, 熊晓晓, 等. “数字鸿沟”与老年人自评健康——以北京市为例[J]. 老龄科学研究, 2018, 6(3): 14-25.
 - [10] 麻玲芝, 陈国英, 刘姣, 等. 患者对互联网医院认知及态度调查研究[J]. 医学信息学杂志, 2021, 42(4): 7-12.
 - [11] 徐龙顺, 李婵, 宋娜娜. 老年人医疗卫生服务感知的影响因素分析——基于 CGSS 的实证研究[J]. 西北人口, 2018, 39(1): 70-78.