

全民医保制度下异地就医管理服务研究

——欧盟跨国就医管理经验借鉴

王虎峰

(中国人民大学 欧洲问题研究中心, 北京 海淀 100872)

[摘要] 异地就医管理服务,是全民医保制度下亟待解决的重大问题,也是加强和完善公共管理和公共服务的重要课题。异地就医的需求具有深刻的社会根源,并且越来越成为一种社会常态;异地就医管理服务是一种公共物品,需要国家层面承担责任,并且是需要强化监管的重点领域。基于我国国情,针对异地就医的制约因素和管理服务中存在的突出问题,借鉴欧盟跨国就医管理的经验,笔者提出成立全国的异地就医协调机构及专家机构、制定全国的异地就医基准政策、建立互信机制和委托机制、对异地就医实行分类管理等政策建议,以构建面向未来的我国异地就医管理服务的政策框架。

[关键词] 医疗保险; 异地就医; 管理服务; 欧盟经验; 政策框架

[中图分类号] R197.1 [文献标识码] A [文章编号] 1007-5801(2008)06-0077-06

我国全民医保时代即将到来,到2010年,医保覆盖面将达到90%以上,到2020年将实现“人人享有基本医疗卫生服务”。与此同时,异地就医管理服务也将成为全民医保面临的突出问题。据统计,我国异地就医住院人数约占医保住院总人数的5%左右^[1],在异地发生的住院医疗费用占医疗总费用的12%左右,2006年全国异地住院医疗费用达到90亿元^[2]。“看病难、报销难、负担重”的矛盾在异地就医人群中显得比较突出。异地就医管理服务不仅是医保制度内部的问题,更是社会层面公共管理和公共服务的问题。本文以城镇职工基本医疗保险为例,运用公共管理、公共经济学理论方法对我国异地就医问题进行分析研究,以期从公共政策视角对解决13亿人口

大国的异地就医管理服务提供思路和政策建议。

一、异地就医的社会根源

了解异地就医需求产生的社会根源及其变动和发展的趋势,有利于从根本上把握问题的实质,制定长期政策目标来适应社会发展的需求。从宏观上看,异地就医需求的产生与城镇化进程、人口老龄化以及地区发展不平衡有着十分密切的联系。

(一)我国城市化进程是人口流动和迁移的基础

改革开放30年来,我国城市化进程不断加快,投资热点不断转移,这使社会人口流动和迁移变得愈发频繁,异地工作、异地安置等现象大量出现。在

[收稿日期] 2008-11-22

[基金项目] 教育部人文社会科学重点研究基地中国人民大学欧洲问题研究中心重大项目(编号2007JJDGJW254)。

[作者简介] 王虎峰(1964-),男,河北武邑人,博士,中国人民大学公共管理学院副教授,中国人民大学医改研究中心主任,研究方向为公共卫生政策、卫生事业管理和卫生医疗体制改革。

城市化过程中形成的进城务工人员是一支庞大的特殊群体,它不仅壮大了城镇职工的队伍,同时也对异地就医提出了新的要求。据统计,改革开放30年来,我国城市化率从20%左右提高到44.9%,城镇人口达到5.9亿^[3],而目前我国城市化正进入加速阶段。这些因素都使异地就医服务压力不断增大,异地就医管理服务问题日益凸显。

(二)人口老龄化促使异地就医的需求不断增加
中国已进入老龄化社会。国家统计局2007年抽样调查数据显示,我国65岁及以上人口为10636万人,占全国总人口的比重达到8.1%,比2006年增加了217万人,比重提高了0.2个百分点,而且人口老龄化仍处于加速阶段^①。老年人因旅游、探亲、投靠子女等原因,大大增加了异地求医的需求。

(三)地区发展和卫生资源配置不平衡,使得异地就医管理服务问题更加突出

城市梯度是因地区发展不平衡而产生的现象,它造成卫生资源分布不均衡,产生了异地转诊就医的问题。不同城市有着不同的经济发展水平和不同的医疗水平,大部分人都会选择卫生资源丰富的大城市或者医疗水平高的医疗机构就医。调查数据显示,41%的被调查者是因为医疗技术原因到卫生资源好的地区就医的^②。由于转诊而产生的异地就医,已成为异地就医问题的一个重要方面。

(四)医保统筹层次过低,放大了异地就医的人数和服务量

目前,我国绝大多数地区的医疗保险统筹到县(市)级,医疗保险统筹层次过低,统筹单元过多,约有2600多个统筹单位^[4]。这种状况催生了大量的异地就医需求,也是导致异地就医管理困难的一个重要因素。

二、异地就医管理服务的理论分析

国内研究文献一般认为异地就医的突出问题是“看病难、报销难、负担重”,而提出的解决思路也多为立足于提高统筹层次,通过全国医保联网等医保制度内的方法来解决问题。笔者认为,应该从社会协调发展、公共管理、公共服务的角度去认识这个问题,深入研究异地就医管理服务的实质,并从公共政

策层面对异地就医问题加以解决。

(一)异地就医及其管理服务是社会发展到一定阶段的产物

人口迁移在很大程度上是工业化、城市化以及农业发展与技术进步的结果,是社会、经济发展的必然要求。二元经济结构理论^[5]表明,在社会现代化的进程中,社会分化为乡村传统农业经济和城市工业经济的二元经济结构,人口迁移是在二元经济结构下客观存在的现象。人口压力理论^[6]也认为,技术的发展将促成农业生产的进步,并逐渐引起农业生产率的提高,人口迁移是现代化进程中的客观现象。B.托马斯模型^[7]中谈到,城市化的主要表现之一为资本聚集,以及随着资本的大量聚集而产生的劳动力的聚集。显然,人口迁移是城市化过程中的一个必然现象。常态的人口迁移和人口流动,使得迁移的部分人群中出现了就医地和参保地分离的现象。当这部分人群在参保地外发生就医行为时,就产生了异地就医群体,以及不同程度的异地就医管理服务需要。

(二)异地就医管理服务是一种公共物品

纯公共物品具有三个特性:非排他性、非拥挤性和不可分割性;准公共物品具有其中的一些特性。这揭示了公共物品产生的前提是由于交易行为具有很强的正外部性,交易过程中存在信息不对称,使得市场机制无法有效提供该类产品。异地就医管理服务具有公共物品的特性。异地就医涉及两个或两个以上的统筹地区,在就医地对异地就医进行有效监督,能够提高整体的管理服务效率,降低基金支出和管理成本,减少社会的福利损失。可见异地就医管理服务具有很强的正外部性。此外,医疗服务市场具有天然的信息不对称,异地就医行为又强化了医疗保险经办机构与医疗服务机构、医疗机构与患者之间的信息不对称。在这种情况下,市场无法自发地提供异地就医管理服务。因此,笔者认为应将异地就医管理服务作为一种公共物品看待,进行适当的制度安排,以弥补市场失灵。

(三)异地就医管理需要中央层面承担相应责任
效率理论提出,应以效率为依据界定政府间的事权,凡下一级政府能够完成好的事务就不交由上一级政府处理,上一级政府只处理下一级政府难以

① 资料来源:国家统计局人口和就业统计司2007年全国人口变动情况抽样调查数据。

② 数据来源:中国人民大学医改研究中心《城镇职工基本医疗保险异地就医管理服务研究》课题报告(内部资料)

处理和解决不了的问题。公共物品受益范围理论认为,各级政府的事权或支出范围应当依据公共物品的受益范围来确定:公共物品受益范围遍及全国或多个地区的,应由中央政府负责或牵头负责;公共物品受益范围具有地方性、区域性特点的,由相应的地方政府负责提供。异地就医管理服务中的协调、联合监管、连续服务接口和建立统一信息标准等,都涉及多个统筹地区、多个经办机构。一个地区的地方政府显然不具备足够的权威来完成上述管理工作,而现行医保基金“分块统筹”、财政“分灶吃饭”的方式,又易将异地就医管理置入“无人管”的地带,使得多个地方政府之间的自发合作几乎成为不可能。因而,异地就医管理工作应由中央层面负相应责任。

(四)异地就医管理服务是应重点监管的领域

异地就医管理服务是应重点监管的领域。第一,按照经济监管理论,具有相对垄断性的行业,符合被监管的条件。提供异地就医管理服务的行业属于垄断性行业,垄断使其失去在竞争条件下所形成的不断发展的压力,不能在内部形成追求低成本、高效率的动力,这符合被监管的基本条件。第二,异地就医管理服务管理成本虚高是对其生产进行监管的重要原因。由于经办部门的无产权约束以及产出的非营利性,加之缺乏明确的考核指标,导致异地就医管理服务投入与产出之间没有明确的关系,使得管理成本与收入分离,管理成本虚高。第三,地方保护主义影响供给效率,这是对异地就医管理服务进行监管的另一个重要原因。地方政府出于保护本地区医疗机构利益和减少本地区医疗保险基金流出的考虑,会选择对本地就医人员和外地来本地的就医人员采取不同的态度,从而影响异地就医管理服务的供给效率。由此可见,异地就医管理服务面临种种风险,为了避免效率损失,应对其加强监管。

三、异地就医管理服务的制约因素和突出问题

(一)全国异地就医管理框架和协调机制缺失

异地就医管理服务涉及政府不同部门、不同统

筹地区之间的权力、责任分配,这样的责、权分配易出现交叉和空白地带。而国家层面尚没有跨部门的协调机构,没有全国医保机构和医疗机构通行互认的管理、服务和技术标准,没有异地协查机制,也缺少针对异地就医基金支出和协办服务不平衡的费用调剂和平衡机制。全国异地就医管理框架和协调机制缺失是一个根本性问题。

(二)各统筹地区医疗保险政策差异性大,异地就医结算、报销困难

基本医疗保险属地化管理,在强化统筹地区责权的同时带来了“药品、诊疗、服务设施三大目录”不一致的问题,这影响到异地就医患者的报销费用。数据显示,62%不予报销的情况与“目录外用药和诊疗”有关^①。目前药品代码、发票格式、费用清单不统一,在审核报销的时候需要经过“翻译”的过程,不符合本地规定的就不予报销,造成结算和报销困难。

(三)报销费用结算方式单一,患者垫付经济压力大

目前,异地就医的待遇支付主要采用垫付报销型,即由患者先垫付,再回当地医保机构报销。数据显示,因为异地工作原因而进行异地就医的人群当中,有76.6%被调查者是按垫付报销型办理的^②。个人先垫付将给患者带来沉重的经济负担,也不尽合理。

(四)监管成本高,审查困难,骗保时有发生

目前,异地就医处于监管盲区,查证难度大、成本高,对于小额费用,往往得不偿失。医保机构审核异地就医报销行为缺少必要的资金支持和人员保障,在缺人缺钱的情形下,审核异地发生的医疗费用难上加难。一些冒名顶替、弄虚作假、“骗保”的现象时有发生,对医疗保险基金造成严重损害。

(五)缺乏对异地就医人群分类管理

异地就医发生的原因不同,有工作原因和非工作原因之分,也有主动和被动之分。目前,各统筹地区对异地就医人群都是采取同样的“抑制性”报销办法和比例。数据显示,在异地工作人群中,有65.8%的患者在异地就医无法享受和参保地同等的报销水平,报销差异都高于10%,有的甚至高于

^① 数据来源:中国人民大学医改研究中心《城镇职工基本医疗保险异地就医管理服务研究》课题报告(内部资料)。

^② 同^①。

30%^①。对这类由于工作原因而在异地就医的人群,再采取这样有差别的报销办法是不合理的。

四、欧盟跨国就医管理方式及经验

2006年,欧盟公民中大约有4亿人次流动于欧洲其他国家。在意大利和卢森堡,平均每年因国内无相应服务申请到国外接受治疗的就超过10 000人次^②。欧盟组织对跨国就医管理服务发挥着积极的协调^③和促进作用,取得了较好成效。

(一) 欧盟国家公民跨国就医主要类型

欧盟公民四种常见的跨国就医类型为:本地居住、异地工作就医;短期旅居跨国就医;退休异地安置就医;异地计划就医。

这四种跨国就医方式费用结算的相同点是,流入地的医疗机构向流出地的医疗保险基金机构申报费用;其差异主要体现在个人自付比例方面,与以工作还是生活为目的、自愿还是被动以及居留时间长短有关。具体情况见下图。



图 欧盟公民四种常见跨国就医类型^④

(二) 欧盟层面设立专门的管理和协调机构,协调和监督跨国就医

在跨国就医管理和协调当中,欧盟层面的欧盟委员会、欧洲议会以及欧洲法院等几个组织共同发挥作用:

1. 欧盟委员会作为执行机构扮演核心推动者角色^⑤,主要负责提出欧盟跨国就医发展目标以及合作项目建议,例如引入和推进使用欧洲医疗保险卡的提议,制定社会保障相关法律和政策的提议。

2. 社会保障委员会(Social Protection Committee)和经济政策委员会(Economic Policy Committee)提供跨国就医政策咨询服务。

3. 欧洲议会听取和审议欧盟委员会报告执行进度以及制定部分社保法规。

4. 社会保障委员会审核欧盟委员会制定出来的政策,依据多数通过原则,政策通过之后成员国就需要对自己国家的政策作出一定修改。成员国也可以向欧盟委员会推荐政策。

5. 欧洲法院经常受理一些不在欧盟《欧共体1408/71号条例》(Regulations EEC No. 1408/71)和《欧共体574/72号条例》(Regulations EEC No. 574/72)规定范围内的公民医疗服务方面的特殊案例。这种情形一般是因为欧盟公民认为在欧盟规则下,国内的法律侵犯了他们的权利。

(三) 共同框架下制定开放协调机制(OMC)^⑥,促进不同医疗保险系统之间的协作

欧盟委员会建立了一个欧盟层面的跨国就医的共同框架,该框架主要包括以下几方面:确定欧盟层面所有卫生系统间的共同原则,以及医疗保健的标准;明确跨国医疗保险的详尽框架;确定患者跨国就医的权利和设定限制;成员国间在医疗保险领域的合作,包括检查和处方的互相认同、数据收集、服务信息的自由传递、医疗质量和安全标准等。

① 数据来源:中国人民大学医改研究中心《城镇职工基本医疗保险异地就医管理服务研究》课题报告(内部资料)。

② 资料来源:The Business Case for pan-European, 2nd Conference on European Cooperation in the Health Sector, 2008-02-20. http://www.regbas.ch/files/downloads/PPT_Stroetmann.ppt.

③ 欧盟社会保障的协调范围是31个国家,其中27个为欧盟成员国,另外4个国家是欧洲经济区国家冰岛、列支敦士登和挪威以及中立国瑞士,因此具有31个不同的社保系统,欧盟组织实际上是在31个统筹单位之上发挥协调作用。

④ 资料来源:2008年中欧社会保障项目跨省市医疗保险偿付高级研讨班材料。

⑤ 全称为The Open Method of Coordination。OMC早就出现,为了面对老龄化和技术发展的挑战,欧盟决定将OMC扩展到医疗卫生领域。2005年底被欧盟委员会提议,2006年春季欧洲议会通过这个提议。

欧洲委员会还建立了一个推动解决欧盟患者流动问题的医疗服务和医疗保障高层专家工作组(the High Level Group on Health Services and Medical Care),该工作组 2004 年开始工作,它召集来自所有成员国的专家,致力于欧盟国家在医疗服务和医疗保险方面的具体合作。

(四)制定欧盟统一的医疗服务接续和医保关系可携带的有关政策

欧盟早在 30 多年前就开始针对成员国之间的社会保障协调问题制定专门法令,并多次进行调整与扩充,最终形成《欧共体 1408/71 号条例》(Regulations EEC No. 1408/71)和《欧共体 574/72 号条例》(Regulations EEC No. 574/72)^①。主要内容有:

1. 医疗服务连续性。

最高层面政策规定医疗保险关系的“国民待遇原则”^②和“工作地原则”^③,医疗保险相关法令则明确规定欧盟公民在不同医疗机构和医生间就诊的连续性。《欧共体 1408/71 号条例》规定:只要欧洲公民(可能是来自其他成员国的移民)加入了某成员国的社会保障计划,那么该国社会保险经办机构就应当赋予他与本国国民同等的权利与义务。

2. 医疗保险关系可携带。

欧盟在跨国就医医疗保险协调上适用累计的原则。流入地的医疗保险经办机构必须考虑这个人在流出地的相关“纪录”,采取“累计”方式。这保证了人员流动时医疗保险资格和权利的连续性。

3. 报销原则。

法令规定跨国就医人员享受不高于在流出地就诊的补偿待遇的原则。法令赋予了欧盟公民在其他成员国获得与本国居民同等医疗服务的权利。跨国就医人员有权利获得不超过流出地的报销额度,并且需要承担额外的医疗费用带来的负担加重的风险。

4. 使用统一表格和医疗保险卡。

欧盟组织中推广标准化 E 系列表格 (E forms)

和“欧洲医疗保险卡(EHIC)”^③,统一跨国就医医疗保险信息标准。E 表格的作用主要体现在信息获取申请、社保接续、社保记录、待遇证明、应对特殊情况以及费用报销等方面。E 表格面向对象包括一般参保者、参保者亲属、雇员的雇佣者以及医疗保险管理机构。欧洲医疗保险卡可以帮助实现跨国凭卡看病和就地报销。

五、构建我国异地就医管理服务的政策框架

从异地就医产生的根源来看,一些因素如城市化、老龄化等是客观存在的,我们只能做适应性调整;另外一些因素如提高统筹层次、均等配置卫生资源等,则需要一个长期的过程。当前制约异地就医管理服务的关键点在于缺乏相应的公共政策支持。为此,笔者提出如下政策建议。

(一)成立全国异地就医协调机构和专家组,协调中央部门之间、各省之间和各统筹地区之间的政策并研究谋划解决方案

建议构建国家层面的异地就医协调机制,在中央一级政府设立专门的跨部委异地就医协调机构,如异地就医管理服务协调小组,负责统筹、规划异地就医的协调管理。同时,各省在省级层面设立相应的机构。中央层面和省级层面各有分工,构成完整的协调系统。

在中央一级协调机构组建异地就医管理服务专家组。专家组成员由专家学者、中央一级政策制定者、地方政策执行者以及公众代表组成。专家组的主要职责是研究异地就医管理服务现状和问题,并提供政策建议,为领导决策提供学术支持。

(二)制定全国异地就医的基准政策,用“全国粮票”来弥补“地域粮票”的不足

我国中央政府对医疗保险已经作出了原则规定,各地在实施中的具体政策不同,在缴费基数、缴

① 后者是前者的实施细则。

② 指确定发生异地就医时以工作地为标准纳入社会医疗保障系统。

③ 欧盟委员会 2003 年建议已经引入医疗保险卡的欧盟成员国实行统一的医疗保险卡。这张卡片可以使当事人在获取医疗服务时简化相关手续,它替代了以前的 E111 等表格。截至 2007 年 12 月 31 日,欧盟中有 1.73 亿人口拥有欧洲医疗保险卡,大约占总人口的 36%。在成员国中欧洲医疗保险卡的覆盖率不尽相同。

费年限以及报销目录和报销标准等方面有较大差异。随着异地就医现象越来越普遍,政策的不一致或者不统一带来了很多问题。建议由异地就医协调机构设定最低保障条件和标准,规范报销办法,在各统筹区域之间实现异地就医报销的统一标准,减少患者的垫付比例,减轻异地就医人员的经济压力。

为确保医疗保险关系的顺畅接续,需要对参保年限采取“累计”原则。应明确在城镇职工基本医疗保险、新农村合作医疗、城镇居民基本医疗保险三大医保制度各自内部和三者之间的关系接续及异地就医管理的原则和办法。

(三)充分发挥政府部门的监管职责,建立互信机制和委托机制

异地就医行为主要牵涉到多个主体,包括患者、流出地和流入地医疗机构、流出地和流入地医保经办机构等。现在国家层面尚未对地方医保经办机构在异地就医协同管理服务中应尽的责任作出明确要求,各地对异地就医的协管也没有正式规定。因此医保机构没有对外来就医者进行监管的权限,无法实施异地就医协同监管和相应服务。互信机制和委托机制的建立已经迫在眉睫。建议从中央到地方,明确授权给相应医疗保险经办机构协同监管的职能,从而使异地就医现象摆脱“无人管”的不利局面。

(四)针对异地就医不同原因和特点,实行分类管理

建议考虑区分门诊和住院、短期和长期、工作和

旅游以及退休异地安置等不同原因,并考虑卫生资源和发展等因素,对异地就医实行分类管理。例如长江三角洲、珠江三角洲等区域经济一体化程度较高地区,应该探索放开异地定点,联合管理;青海等地区由于历史原因和自然环境因素引起的异地就医问题,应该有别于一般的异地生活定居,中央财政应该安排专项转移支付资金以支持该地区的异地就医管理服务;北京、上海、广州的周围地区由于地理原因或者医疗卫生资源差距原因所导致的异地就医,应该在就医环节加以疏导管理,建立统一的异地就医计划系统,有效分流并适当调控。同时,对于工作原因还是非工作原因,主动还是被动选择异地就医,在管理和待遇上应该有所区别;对于长期还是短期,门诊还是住院,在异地就医管理服务上也应该有所区别,以体现合理性和公平性。

(五)制订统一标准,实现标准化管理

第一,统一结算手续标准。各地医保部门异地就医结算手续应该统一,医疗机构提供的医疗费用结算清单和发票格式也应该统一,以促进异地医保结算程序的标准化,使异地就医医保结算有章可循,顺畅运转。

第二,统一技术标准。医疗和医保服务机构之间的信息传递需要全国通行的标准化表格,以记录和处理患者的基本信息、缴费记录、医疗情况以及费用等内容,并在不同人群、相关机构中使用,实现互认。同时,统一信息编码标准和互联网技术规范,为异地就医服务提供技术保障。

[参考文献]

- [1] 王伟.建立区域协作平台 便利参保患者异地就医[N].中国劳动保障报,2008-04-25(1).
- [2] 何广胜,刘义平.建立异地就医一体化协管机制[Z]//医疗保险异地就医管理服务管理区域协作论坛之五,2008-04-25;34.
- [3] 邓建胜.我国城市化率达44.9%[N].人民日报,2008-11-17(9).
- [4] 刘斌.我国医疗保险体系的现状及发展方向[EB/OL].中国医疗保险网,(2008-4-25)[2008-10-21].<http://www.mib.com.cn/xinwenzhongxin/jiaodianxinwen/20080425/7721.html>.
- [5] W. A. Lewis. Economic Development with Unlimited Supply of Labor [J]. The Manchester School of Economic and Social Studies, 1954,22(2):139~191.
- [6] [法]A.索维.人口通论[M].查瑞传,等译.北京:商务印书馆,1983;275~292.
- [7] B. Thomas. Migration and Economic Growth [M]. Cambridge: Cambridge,1956: Chapter 7, Chapter 11, Chapter 16.
- [8] Riitta-Maija Hamalainen, Meri Koivusalo, Eeva Ollila. EU Policies and Health [M]. Helsinki: Stakes Publication,2004:44~45.
- [9] 董克用,王丹.欧盟社会保障制度国家间协调机制及其启示[J].经济社会体制比较,2008,(4):120.

(责任编辑 陈庆初)