

强医疗服务监管，推进医院等级评审，全面实行医院信息公开制度，完善第三方医患纠纷调处机制。六是鼓励民营资本举办非营利性医院，加快形成多元化办医格局，满足群众多层次的医疗需求。

国际借鉴

欧盟国家异地（跨国）医疗服务的管理办法和经验

《我国城镇职工医疗保险异地就医管理服务研究》课题组

【编者按】欧盟的社会保障制度是世界上较为先进的社保制度之一，其流通性人口带来的异地就医问题与我国人口流动就医特点有诸多相似之处，欧盟的社保系统即很好的解决了这一异地就医管理问题。他山之石，其管理经验对于解决我国范围内的异地就医问题有很好的借鉴意义。由中国人民大学公共管理学院卫生与医改发展中心主任王虎峰教授主持的《我国城镇职工医疗保险异地就医管理服务研究》课题组对欧盟的异地医疗服务管理进行了深刻的分析和总结，并提出了对于我国异地就医问题的建议解决方案。

欧盟国家是现代社会保障的发源地，其社会保障的实践对我国具有重大借鉴意义，人员流动带来的欧盟公民异地（跨国）就医现象具有典型性。有数据表明，2006年大约4亿人次欧盟公民流动于欧洲其他国家。以意大利和卢森堡为例，平均每年因无相应服务申请到国外接受治疗的超过10000人次。随着欧洲联盟的正式建立和扩大，人口流动对异地就医管理服务提出了更多的挑战。

在欧盟的发展过程中，医疗保障及其政策越来越受到重视。随着欧盟内部各国间边界限制逐渐被取消，欧盟组织在异地就医管理服务方面发挥着积极的协调和促进作用，取得了较好成效。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），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。

我国是一个有31个省、直辖市、自治区（不包括台、港、澳）的中央集权国家，基本医疗保险统筹地区有2000多个。尽管在政治经济体制和文化背景等方面存在很大差异，但是欧盟对其范围内的异地（跨国）就医的管理经验是值得借鉴的。

欧盟异地就医管理

欧盟四种常见的异地就医类型为：本地居住、异地工作就医；短期旅居异地就医；退休异地生活就医；异地计划就医。这四种异地就医相似处主要体现在费用结

算方面，都是流入地的医疗机构向流出地的医疗保险基金经办机构申报费用；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。

总体来说，除了异地计划就医，其他三种情况下的异地就医都需要使用欧洲医疗保险卡。首先，异地就医人员享受到的医疗服务必须是流入地所覆盖的，个人费用承担部分需要依据流入地的规定。其次，流出地的医疗保险基金管理机构最终将费用结算给流入地的医疗机构。当然，两个国家已经签订费用互免协议的情况除外。

在医疗费用报销和结算时使用标准化表格或者医疗保险卡。依据不同情况的异地就医，相应使用E表格或者欧洲医疗保险卡。在接受医疗服务的时候，医院输入患者保险号，患者输入生日作为其密码进行认证，并即时的通过网络传输进行确认。

欧盟层面的异地就医信息规范和传递主要体现在E表格(E forms)和欧洲医疗保险卡的利用方面。

E表格是根据欧盟规定的原则，在欧盟成员国、三个欧洲经济区国家以及瑞士共同使用的标准化表格，这些表格的使用是为了简化和方便人们跨国社会保障的接续以及费用的报销。1993年至1997年共制定出31种表格。

——记录和传递异地就医管理服务全过程信息。从E表格主要作用来说，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表格的作用覆盖异地就医整个过程，标准化的表格记录统一的信息，实现全过程协调和异地就医连续。

——异地就医对象的广泛覆盖和促进异地就医管理机构之间的协作。从E表格面向对象来说，范围则十分全面和广泛。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。E表格信息不仅覆盖一般参保者，还包括异地就医过程中可能的相关对象尤其是医疗保险基金管理机构，体现了机构间良好的协调。

另外，E表格配合欧洲医疗保险卡使用能够实现医疗服务的连续性和医保关系的可携带。

报销标准与流出地规定密切相关，如果是计划跨国异地就医，属于住院还是非住院以及有没有得到流出地的医疗保险基金管理机构的授权许可很关键，只有得到授权许可才能报销。能够报销的病种和个人自付比例依据流出地的规定。例如在西班牙和英国接受医疗服务过程是免费的，但是在比利时和法国就必须先支付然后报销一部分。

其结算流程是，定点医疗机构向某国家医保机构提交结算申请，与保险机构通过网络进行数据交换。结算的过程直接关系到流出地的医疗保险公司，流出地医疗保险公司将病人在流入地报销费用返还给流入地的医疗机构。基于异地就医的信息网络平台，联结医疗机构、医疗保险管理部门以及医疗保险公司，进行数据交换。

欧洲医疗保险卡

——实现跨国凭卡看病和就地报销。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。这张卡可以简化跨国医疗服务手续以及便于报销。

——使用人群广泛，方便异地就医。自2004年6月1日开始截至2005年12月31日，欧盟陆续向其公民发放欧洲医疗保险卡。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，例如在意大利、奥地利等国几乎每个人都有一张，在罗马尼亚、希腊以及波兰等国还不到5%的人口拥有一张欧洲医疗保险卡。

——统一信息标准，确保医保关系的可携带。虽然这张医疗保险卡还不具有记载病人档案信息的功能，但是携带这张医疗保险卡就有权利享受异地医疗服务。异地就医时向定点医院出示医疗保险卡，医院经过核实，通过网络传输进行即时认证。统一信息标准有利于实现医保关系的可携带性。

异地就医管理服务案例——法国。法国的医疗保险属于社会保险型，是一个结合系统型的医疗保险体制，即社会医疗保险和商业医疗保险。法国的医疗保险因良好的医疗服务和较好的可及性而被称赞。

异地（跨国）就医患者至少在离开原国家近两年时间有良好的国家社会医疗保险缴费记录，才能享受表格E106的覆盖。例如对于来自英国到法国寻找工作的人说，就有可能享受两年半的免除缴费期（必须是在找到工作之前）。

除了上文提到的来自英国到法国寻找工作并且在找到工作之前可以享受两年半免除缴费期情况外，如果在法国居住，在其他国家工作的话，不需要在法国缴纳社会医疗保险费用，而是在工作的国家缴纳社会医疗保险费用。

如果是退休人员异地安置在法国，法国医疗保险系统覆盖70%费用，个人承担其余部分。如果是到法国短期居留或者旅游，病人异地就医后将得到一张收据。为了申请获得报销，需要以表格形式将EHIC里的信息传送给法国当地的医疗保险基金管理机构。获得报销的时候病人需要在收据上面签名和填写日期。一般能报销2/3的医疗费用。如果是到法国计划异地就医，法国社会医疗保险承担部分费用，病人本国的医疗保险基金管理机构将费用返还给法国的机构，病人能够报销的病种和自己需要承担的费用参照本国的规定。

欧盟在协调成员国提供异地就医服务中的作用

前面主要从异地就医类型、医疗费用报销和结算、信息规范和传递以及案例来探讨异地就医管理及服务。下面具体分析欧盟如何协调成员国提供异地就医服务。

欧洲联盟（简称欧盟，European Union—EU）由欧洲共同体（European

communities) 演变而来。欧盟的宗旨包括通过建立无内部边界的空间, 加强经济、社会的协调发展等。虽然欧盟成员国只有 27 个, 但是社保协调范围是 27 个欧盟成员国, 再加上中立国瑞士以及另外 3 个欧洲经济区国家冰岛、列支敦士登和挪威, 一共是 31 个国家。

欧盟成员国在医疗保障体系上各不相同, 欧盟也没有权力干涉各成员国社会保险制度的调整。在此情形下, 能比较顺利地解决异地(跨国)就医, 欧盟组织还是发挥了不可替代的协调组织作用, 主要表现在以下方面:

一是共同框架下制定开放性协调机制, 促进不同医疗保险系统之间的协作。

欧盟委员会建议建立一个欧盟层面的跨国异地就医的共同框架, 该框架主要包括以下方面: 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。

由成员国在共同体框架内商谈欧盟层面的跨国医疗保险制度, 然后由成员国政府将协商的结果贯彻到国内的医疗保险政策中。欧盟确定跨国异地就医的实现目标, 并确定实现目标的具体步骤, 同时界定达到目标的测量指标, 使用指标去进行成果评估。

欧洲委员会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。

二是在欧盟层面设立专门的管理和协调机构, 协调和监督异地就医。

在跨国异地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合力。欧盟委员会作为执行机构扮演核心推动者角色, 主要负责提出欧盟异地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。负责社会保障事务的社会保障委员会(Social Protection Committee) 和负责经济事务的经济政策委员会(Economic Policy Committee) 提供异地就医政策咨询服务。

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。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做出一定修改。成员国也可以向欧盟委员会推荐政策。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) 规定范围内的人口医疗服务方面的特殊案例。这种情形一般是因为欧盟公民觉得在欧盟规则下, 国内的法律侵犯了他们的权利。

三是医疗保险相关法令明确跨国异地就医“国民待遇”原则和报销额度原则。

《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。具体来说就是该国社会保险经办机构不能仅仅因为当事人不是本国国民而拒绝向其提供各项社会保障福利待遇。

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。异地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负担加重的风险。

四是统一制定欧盟层面医疗保险方案及实施细则，促进医疗服务连续和医保关系可携带。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)

医疗服务连续性。最高层面政策规定医疗保险关系“工作地原则”以及医疗保险相关法令中明确规定在不同医疗机构和医生间就诊的连续性。

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。

报销范围和标准。医疗服务涉及现金补偿和实物补偿两种方式。法令还规定异地就医人员享受不高于在流出地就诊的补偿待遇的原则。

五是利用 E 系列表格，推进使用欧洲医疗保险卡，规范异地就医行为和统一信息标准。E 系列表格和欧洲医疗保险卡使用的过程，是一个逐步完善的过程。不仅具有标准信息填写的要求，还具有信息的辨别功能，有利于不断统一医疗保险信息标准。

欧盟异地就医管理服务对我国的经验启示

通过以上分析，我们认为欧盟异地就医管理服务实践对我国具有重要借鉴作用。下面就欧盟异地就医管理服务对我国的经验启示进行总结，主要分为管理层面和服务层面。

管理层面。欧盟组织作为最高层面设立专门协调机构，建立政策协调机制。各成员国政府对异地就医管理服务直接负责，但存在行动难统一的问题，这种情形下欧盟组织最高层面设立专门机构协调各地的异地就医，承担主要协调责任。欧盟内部按照以工作还是生活为目的，自愿还是被动，居留时间长或短等情况，对不同人群实施不同的管理。异地就医不同类型人员享受不同的报销待遇标准。在欧盟内部这种待遇标准不是基于异地就医人员地位或者身份，而是考虑异地就医原因等基本因素。在欧盟内部的异地（跨国）就医，报销范围和标准依异地就医类型以及诊疗类型不同而不同，赋予了异地就医政策弹性。不同的异地就医类型以及不同诊疗类型的人群的报销范围和标准有所不同，反映

出政策的区别对待和弹性。

作为流入地的欧盟成员国的医疗保险机构会审核异地跨国就医患者在流出地(另一个欧盟成员国)的保险记录,发挥监管的作用。这种做法体现了对跨国异地就医人群的监管不仅仅是流入地医保机构的工作职责,也需要流出地的配合。欧盟组织中推广标准化表格和“一卡通”,统一跨国异地就医医疗保险信息标准。欧盟组织将统一信息标准作为一项基础工作来做。协调和克服各成员国医疗信息标准的不统一,不仅给各成员国实际异地就医管理服务带来了便利,而且直接照顾到欧盟公民中异地就医人员的直接利益。

服务层面。在欧盟中,采用“累计”方法,确保医疗保险资格的可携带性和医疗服务的连续性。医疗保险资格和关系的可携带性以及医疗服务的连续性直接关系到人员的医疗保障权利的实现是否持续。欧盟十分重视确保医疗保险资格的可携带性和医疗服务的连续性。欧盟最高层面政策规定“国民待遇原则”,确立面向所有欧盟公民异地跨国就医报销待遇“最低报销标准”原则。医疗费用报销比例是异地就医发生人群非常关注的一点。在确保欧盟公民享有医疗保险权利的前提下确立报销待遇最低标准原则,既照顾到跨国异地就医人群的感受和利益,同时赋予各成员国一定的自主性。