

欧盟跨境就医管理模式对中国跨省异地就医的经验借鉴

何运臻* 冯旅帆 侯志远

复旦大学公共卫生学院 上海 200032

【摘要】随着欧洲一体化进程的深入,如何有序管理公民在各成员国之间跨境就医成为欧盟一项重要议题。多年来欧盟社会医疗保险在保障患者跨境就医上已建立一套较为完善的管理模式并受到全世界关注,其社会保障的实践对我国跨省异地就医管理具有借鉴意义。本研究通过系统梳理欧盟跨境就医管理模式,并着重比较欧盟与中国在异地就医对象、异地就医授权、服务机构、就医服务类型、异地医保报销五个方面的异同,为进一步完善我国跨省异地就医管理提供经验借鉴。本研究建议,各省应同步推进跨省就医政策,加快相关工作的落实;增强参保地医保管理机构的审核权限和能力以构建有序就医秩序;同时,在严格审核下拓宽更加合理的跨省就医服务机构网络;最后,鉴于医保对异地就医机构行为缺乏了解,应通过国家异地就医网络,加强医疗机构提供异地就医服务中的监管。

【关键词】 欧盟; 异地就医; 医疗保险; 跨省就医

中图分类号: R197 文献标识码: A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2018.01.003

Experience and reference to China's trans-provincial healthcare from European cross-border healthcare management

HE Yun-zhen, FENG Lv-fan, HOU Zhi-yuan

School of Public Health, Fudan University, Shanghai 200032, China

【Abstract】 With the development of integration process, how to manage citizens' cross-border healthcare between member countries in an organized way has become a major agenda for European Union (EU). Through great efforts over years, a well-functioning mechanism has been established by EU's social health insurance and has been of global interest. It's believed that China's trans-provincial healthcare management can learn a lot from this mechanism. This study aims to provide experiences and reference to China's trans-provincial healthcare management by overview EU's mechanism for cross-border healthcare and then analyzing the differences between China and European Union in terms of object of management, authorization, service institutions, types of healthcare services, and reimbursement of medical insurance in different places. This study suggests that it's necessary for each province to officially introduce relevant policies in order to speed up and facilitate the establishment of trans-provincial healthcare management mechanism. Moreover, to achieve orderly seeking medical treatment, health insurance agencies should be endowed with approval power to authorize patient trans-provincial application. Meanwhile, the network of health institutions which are entitled to provide services to trans-provincial patients should be expanded. Along with such expansion, and given the lack of understanding on behaviors of health institutions in different provinces for a specific local health insurance agency, it's required that national trans-provincial healthcare management system should take an active role in putting such health institutions under supervision.

【Key words】 European Union; Cross-region healthcare; Medical insurance; Trans-provincial healthcare

自欧洲共同体(欧洲联盟的前身)成立以来,随着欧洲一体化进程的深入以及货物、服务、人员、资

金自由流动基本原则的广泛适用,欧盟内患者流动性不断增强。这使得欧盟早在 20 世纪 70 年代便面

* 作者简介:何运臻,男(1993 年—),硕士研究生,主要研究方向为卫生经济。E-mail: heyz16@fudan.edu.cn
通讯作者:侯志远。E-mail: zyhou@fudan.edu.cn

面临着如何协调各成员国社会医疗保险系统以保障患者跨境就医等一系列问题。尤其是进入 90 年代以来,欧盟委员会、欧洲法院以及欧洲议会在欧盟层面,通过加强各成员国社会保障系统在跨境医疗保障政策方面的协调与合作来应对跨境就医管理所带的挑战,并取得不俗的成绩。随着社会经济的发展和城镇化进程不断推进,我国患者跨市、跨省就医的现象也日益普遍,给仅以市、县为统筹单位进行管理的医疗保险带来极大挑战。尽管欧盟跨境就医是针对患者在不同国家之间的流动,与我国内部跨省异地就医在范围上不同。但本质上,无论是国内跨省就医还是跨境就医,都涉及到跨地区医疗保险、患者与服务提供者之间的冲突与协调等问题。同时欧盟各成员国隶属于同一个体系,均接受欧盟层面的统一领导,且随着一体化的深入,各成员国之间与传统意义上的本国与外国有所不同。基于此,欧洲公民跨境就医的现象具有典型性,而我国在异地就医管理上仍处于初级阶段,欧盟社会保障的实践对我国跨省异地就医管理具有借鉴意义。本文拟通过研究欧盟跨境就医管理的模式与做法,为探索我国跨省就医管理提供借鉴。

1 资料与方法

国际上有学者提出,完整的异地就医政策分析框架应涵盖行动者、内容、制度框架、过程和背景五个维度。^[1]本研究聚焦于制度框架维度,在结合中国、欧盟异地就医实际情况的基础上,进一步将该维度细分为适用对象、异地就医授权、医疗服务、费用报销和质量管理五个方面作为本研究的主体框架。以异地就医为主题,在 Pubmed、Google Scholar、中国知网等中英文数据库进行相关文献检索,同时在国家及各省(直辖市)卫生计生委、人力资源与社会保障厅官方网站搜集我国跨省就医政策。按照本研究主体框架所涵盖的五个方面,分别对欧盟和中国的异地就医管理模式进行比较。

2 欧盟异地就医管理体制

2.1 欧盟跨境就医的历史根源与发展

跨境就医是指欧盟公民在其来源国以外的其它成员国接受医疗服务。长期以来,欧盟国家间的跨国异地就医就成为一个非常普遍的社会现象,因此,如何保障和提高患者流动性是欧盟政治议程上的一

个重要方面。根据德国 Techniker Krankenkasse 医疗保险公司估计,该公司 2003 年约有 7% 的参保人跨国接受非急诊医疗服务,而在 2008 年该数字上升至 40%。^[2]早在 20 世纪 70 年代,欧洲国家之间的异地就医便引起欧洲经济共同体的注意。此后,一系列政策与机制相继出台,如社保协调法规 883/2004 号条例^[3],用于保障欧盟各国家的国民/社会医疗保险参保患者能够在欧盟其它国家接受医疗服务并且得到费用报销。2011 年,欧洲议会和欧盟理事会通过了《患者跨境医疗权利指令》(Directive on the Application of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare)(以下简称第 2011/24 号指令),进一步强化患者移动性,规定任何拥有社会医疗保险的公民均可在欧盟流入国接受医疗服务并在流出国得到报销,只要所接受的医疗服务同样被其在流出国所参保的医疗保险覆盖。^[4]

2.2 跨国就医法律框架

当前欧盟关于公民跨国就医服务与管理的法律框架主要由社保协调法规 883/2004 号条例、第 2011/24 号指令、相关具体实施条例以及一系列欧洲法院判例法组成。第 883/2004 号条例最初是在欧共体第 1408/71 号条例的基础上演变而来,于 2004 年被欧洲议会批准通过。其规定了欧盟成员国之间的社会保障协调机制,并认为在事先获得授权的情况下,欧盟公民可跨境接受医疗服务,相应费用得到来源国社会保障计划报销。2011 年,在综合先前第 883/2004 号条例以及一系列欧洲法院判例法的基础上,欧盟通过和发布了第 2011/24 号指令。与先前第 883/2004 号条例仅强调保障、促进跨境医疗服务不同,第 2011/24 号指令强调赋予患者更加全面和丰富的跨境医疗权利。如该指令允许所有欧盟公民可无需事先获得授权便可在欧盟任何国家接受医疗服务,或规定仅在特定情况下需事先获得授权后才接受跨境特殊医疗服务。但事先授权制度在该指令中被视为是跨境医疗费用报销的例外规定,即对可以适用事先授权制度的医疗服务种类进行了限制规定。^[5]同时,该指令更加强调欧盟各成员国之间在医疗服务领域的协同合作应当更加深入。具体措施如各成员国建立国家联系点,向患者提供跨境就医信息;以及促进各国医师处方的互认,即患者来源国应认可流入国服务提供机构所开具的处方,提高医疗服务的可接续性等。^[6-7]

2.3 跨境就医管理模式

需要指出的是,欧盟公民可通过 3 种途径来寻求跨境医疗服务并获得补偿。首先是通过购买特定商业医疗保险来获得相应保障,如近十年来兴起的旅游保险。^[8]其次是在与所参保医疗保险有合作协议的异国指定医疗机构就诊。^[9]最后是在欧盟社保法规第 883/2004 号条例或第 2011/24 号指令的保障下,拥有社会医疗保险的公民可自由在各成员国之间接受跨境医疗服务。由于这种建立在社会保障计划上的欧盟跨境就医管理模式对我国具有典型借鉴意义,因而也是本研究所关注的重点。作为欧盟当前关于跨境就医的两条主要法规,尽管第 883/2004 号条例和第 2011/24 号指令在最初设计时所体现的政策逻辑和所针对的场景不同,但在跨国就医管理的实践中两者并非完全相互独立,而是在适用对象、跨境就医途径、费用报销等方面有所重叠。^[10]

2.3.1 跨境就医的对象

简单来说,第 883/2004 号条例和第 2011/24 号指令仅适用于拥有社会医疗保险的欧盟公民,但在具体适用对象上两者有所差别。首先,社保法规 883/2004 号条例根据公民出国目的和当前住所国(居住地所在的国家),将跨境就医的对象划分为以下三种类型:非计划医疗(unplanned care)、计划医疗(planned care)和移居在其他成员国。其中非计划医疗是指公民最初出境时不以看病就医为目的,但在境外因突发事件而导致的就医,具体包括本地居住但异地工作和短期旅游两种跨国就医。^[11]计划医疗则指公民出境时以看病就医为目的,如境外转诊。移居到其他成员国的跨境就医是指公民在来源国参加社会医疗保险,但定居在其他国家且在流入国发生的就医。而与第 883/2004 号条例不同,2011/24 号指令仅根据医疗服务类型将以下三种服务定义为计划医疗:(1)需要住院超过一天的住院服务,或涉及高端医用设备且费用昂贵的门诊服务;(2)具有一定危险性的医疗服务;(3)医院提供的跨境医疗服务有潜在安全和质量问题。^[12]但是,指令不区分非计划医疗,公民在境外期间因突发事件而导致的医疗服务项目(除了上述定义的计划医疗服务外),均由医疗保险保障。另外,第 2011/24 号指令不承认已移居到其他成员国的公民所发生的跨境就医。

2.3.2 公民跨境就医的授权

对于非计划的跨境医疗,公民无需事先获得流出国保险机构的批准,在就医结束时可直接通过欧洲医疗保险卡^①(European Health Insurance Card, EHIC)获得相应补偿。但对于计划医疗和已移居到其它国家的公民发生的跨境医疗,则需要获得流出国社会医疗保险机构的事先授权,并且在特定情况下,公民申请跨境医疗可以被驳回。比如对于 883/2004 号条例下的计划医疗,当该跨境医疗项目不属于流入国医疗保险福利范围,或考虑到公民当前身体状况和可能病程,在合理医学期限内,相同医疗项目能够在流出国被提供时,申请将不被批准。

2.3.3 跨境就医的服务机构和医疗服务

第 883/2004 号条例框架下的跨境就医被限定在社会医疗保险定点公立医疗机构,公民在私立医疗服务机构、或尚未与社会保险机构签订协议的医疗机构接受医疗服务均不可获得报销。而第 2011/24 号指令认为医疗服务是一种经济活动,适用《欧洲联盟条约》关于任何经济活动遵循自由流动的原则。因此该指令进一步扩大了跨境医疗服务的范围,不对医疗服务提供机构进行限制,增加公民选择权。服务类型方面,883/2004 号条例下的非计划医疗体现就医地原则,即凡是就医地可以提供的医疗服务均可报销,但要求所提供的医疗服务对于患者当时的疾病状态来说确属“医疗上必须(medically necessary)”^[13]而计划医疗则体现的是参保地原则,公民所接受的服务项目必须包含在流出国社会医疗保险福利包内,否则不予授权。同时,若跨境医疗服务包含在流出国社会医疗保险福利包内,且流出国医疗服务机构同样可以提供及时、同等疗效的医疗服务,那么提前授权将不被批准。

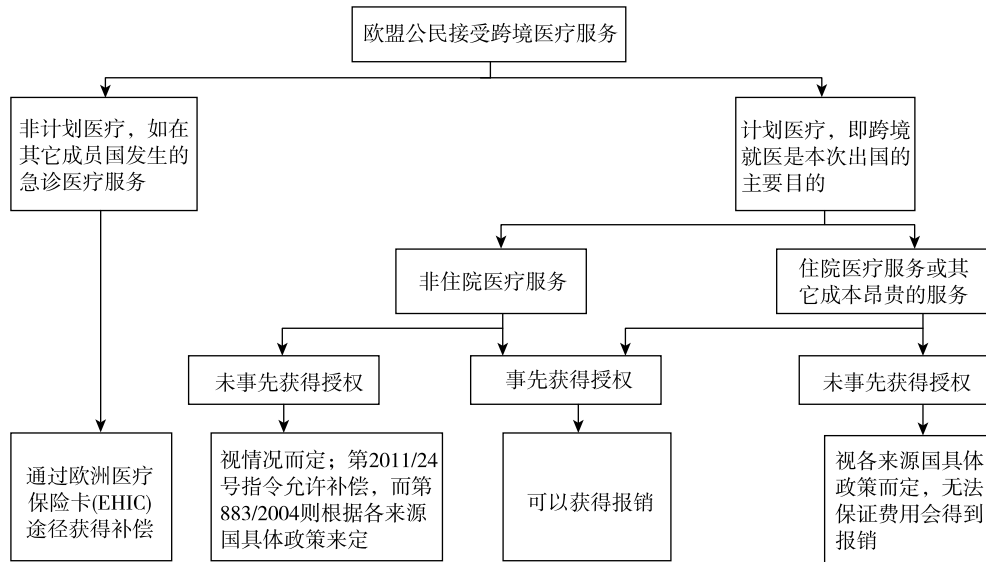
2.3.4 跨境医疗服务费用报销

总的来说,第 883/2004 号条例(包含欧洲医疗保险卡在内)和第 2011/24 号指令在跨境医疗费用报销上存在较大差异。无论是 883/2004 号条例下的非计划医疗还是计划医疗,服务费用报销都体现就医地原则,即根据流入国的医疗服务价格及其社会保险偿付水平,流出国的社会医疗保险机构计算相应补偿金额。而对于 2011/24 号指令,则体现参保地原则,即根据流出国社会医疗保险的偿付标准和相同服务项目的价格来计算保险偿付金额。^[13]报销方

① 欧洲医疗保险卡用于社保法规第 883/2004 号条例下的非计划医疗服务费用报销。

式上,883/2004 号条例和 2011/24 号指令均允许两种报销方式——即时结算和非即时结算,但 2011/24 号指令范围下的跨境就医以非即时结算方式为主。即时结算包含三个主要环节,先由医疗机构垫付应报销金额,进而当地(流入国)社会医疗保险机构对医疗机构进行补偿,最终流出国社会医疗保险机构再与流入国保险机构清算费用。而非即时结算是指患者先垫付,再由流出国保险直接对其进行补偿。

正如前文所述,欧盟跨境就医管理的两条法规在费用报销等方面并非相互独立,而是有所重叠。在实际操作过程中,常常会出现患者同时适用两种报销途径的场景。此时患者被允许选择其中一种对自身更为有利的报销途径,但不允许两种途径双重报销。除此之外,也存在患者仅适应一种报销途径的场景,如患者跨境并在私立医疗机构接受服务时,仅能通过第 2011/24 号指令下的途径实现费用偿付。



来源: World Health Organization (2014)

图 1 欧盟公民跨境就医流程

2.3.5 跨境医疗服务质量管理

保证医疗服务质量,是跨境就医管理过程中不可或缺的一部分。欧盟迄今为止通过诸多措施来保证跨境服务的质量,如推动国家、地区之间使用统一的临床指南和临床路径来保证诊疗规范性和安全性。^[14]除此之外,为了保证患者接受医疗服务的连续性(continuity of care),欧盟在国家层面呼吁使用标准化的出院日志小结,如统一出院小结的结构、标题、数据要求等格式,并强调通过信息网络的方式加强出院日志小结在医疗机构之间、医疗机构与初级保健医生之间的传递,从而保证快速、有效地将患者在境内与境外的医疗服务衔接起来。^[15]

3 跨境就医管理案例——德国

3.1 德国医疗保险体系概况

德国属于社会医疗保险,约 88% 的人口由社会健康保险(Social Health Insurance, SHI)所覆盖,其余 12% 由私人健康保险覆盖。SHI 主要通过雇主和雇员的缴费进行筹资,并将所筹集基金分配给社会组

织疾病基金会(Sickness Fund)。当前德国约有 130 家疾病基金会,是社会健康保险的经办机构,负责医保基金的管理与支付。^[16]保障范围和水平方面,大多医疗服务可全额报销,仅处方药和住院服务需要患者共付一定金额,但整体不会超过患者家庭收入的 2%。

3.2 德国社会健康保险下的跨境就医现状

德国是最早开展跨境就医工作并将患者跨境就医权利写入国家法律的欧盟国家之一。据德国第二大疾病基金会 Techniker Krankenkasse (TK)统计,该公司 800 多万名参保者中,约 40% 在 2008 年发生跨境计划医疗,其中仅有 1% 申请费用报销。^[2]整体上,跨境就医呈现就医人数不断增多,但尚未对医保基金管理形成压力。跨境就医人群以 60 岁以上老龄人为主,占比近 80%。人群职业特征方面,70% 为退休人员,职工、家庭主妇和家庭丈夫分别占 16%、10% 和 4%。同时,2010 年 TK 公司一份调查显示,患者选择跨境计划医疗的主要原因有之前良好的就诊体验(43%)、医疗旅游(39%)、节约就医成本

(32%)、对跨境服务提供者的信任(19%)以及为了寻求更好的服务质量(15%)。^[16]

3.3 德国社会健康保险跨境就医管理模式

德国社会健康保险跨境就医管理制度框架主要由第 883/2004 号条例与第 2011/24 号指令构成,具体管理模式如下:

(1)所有 SHI 参保者无需事先申请,可直接前往其它欧盟成员国接受跨境门诊急诊医疗服务,只要该服务被本国 SHI 覆盖即可。如参保人只要持有欧洲健康保险卡,就可以在法国任何一家医院及药店接受服务。结算时,健康保险卡实时与疾病基金会结算,报销比例在 70% 左右。^[17]

(2)所有 SHI 参保者在申请获得授权后,可在其他欧盟成员国接受跨境住院服务,且要求该服务被本国 SHI 覆盖。当本国医疗服务提供机构无法在合理时间期限内提供同样服务时,患者的跨境就医申请必须被批准。

(3)跨境就医费用报销有第 883/2004 号条例和第 2011/24 号两条途径可供选择。前者体现就医地原则,按照就医地医保偿付标准与当地服务价格计算报销金额,而后者与之相反,体现参保地原则。患者可根据实际情况,选择福利最大化的途径进行报销。

4 中国当前异地就医管理现状

4.1 跨省就医政策背景

改革开放以来,东西部经济发展存在较大的差距,而交通的日益便利使得经济落后地区的居民为寻求更大的经济利益,得以流入城市等经济发达地区寻求工作机会。中国 2010 年人口普查资料显示,约有 5 800 万因单位派遣或进城务工等原因的异地长期居住或工作人员。^[18]大量异地工作或居住人员对异地就医提出新的要求。同时,在人口日益老龄化的大背景下,越来越多老年人因投靠子女而选择异地安置,但因户籍等原因医疗保险关系未能及时转移,使得异地安置人群对跨省就医医保结算服务有较大需求。另一方面,中国当前医疗卫生资源配置不均衡现象依然严重,如东部沿海地区拥有全国近 45% 的卫生人力资源。^[19]医疗水平相对落后地区的居民为了能够满足自身医疗需求,希望通过转诊到大城市等医疗水平发达地区就诊^[10],从而产生异地转诊问题。2009 年中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》提出,切实加强及改进以异

地安置退休人员为重点的基本医疗保险异地就医结算服务,正式拉开我国基本医疗保险异地即时结算工作的序幕。截至 2015 年,全国已有 28 个省份建立了省内异地就医结算系统,且 90% 的新农合统筹地区实现省内异地即时结算。^[20]在基本实现基本医疗保险省内异地结算的基础上,2016 年 5 月国家卫生计生委、财政部发布《关于印发全国新型农村合作医疗异地就医联网结报实施方案的通知》(国卫基层发[2016]23 号)(以下简称《实施方案》),要求 2017 年基本实现新农合转诊住院患者跨省定点就医结报。2016 年 12 月,国家人力资源和社会保障部、财政部发布《关于做好基本医疗保险跨省异地就医住院医疗费用直接结算工作的通知》(人社部发[2016]120 号,以下简称《通知》),提出进一步推动跨省异地就医工作的展开。

根据各省政策文件和新闻报道资料整理发现,跨省异地就医直接结算工作已在全国范围内全面铺开。其中新农合方面,已有江苏、河南、贵州、陕西、云南、甘肃和海南七省出台了关于开展跨省就医费用即时结报的意见通知或具体实施方案。而城镇医疗保险方面(包括城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险),各省相关正式政策文件较为鲜见,但基本都已开展工作,如北京、江苏、海南和吉林等 27 个省份已经接入国家异地就医结算系统。

4.2 跨省就医管理模式

本文所指的跨省异地就医人员是指在省外定点医疗机构接受住院服务的患者。直接结算指住院期间的医疗费用在出院结算时,患者只需支付自付部分金额,而保险报销部分先由医疗机构垫付,而后再由参保地医疗保险经办机构对该医疗机构进行偿付。

4.2.1 跨省就医的对象

城镇基本医疗保险和新农合在定义跨省异地就医的对象范围时有所不同。《通知》将需要接受跨省医疗服务的对象划分为拥有城镇基本医疗保险的异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员以及异地转诊人员,并且当前以解决异地安置退休人员的跨省就医直接结算问题为主。而《实施方案》所规定的对象仅仅是跨省转诊人员。

4.2.2 跨省异地就医授权

城镇基本医疗保险和新农合规定患者在跨省就医之前,必须在参保地医保经办机构处办理异地就医备案手续。尽管具体细节上有一些差别,《实施方

案》和《通知》均规定跨省就医的对象在办理异地就医备案手续时,患者需要在跨省异地就医定点医疗机构范围内选择所要前往就诊的服务机构。同时,对于长期异地居住和长期外出务工人员,《通知》鼓励其可依据《居住证暂行条例》在居住地办理居住证,参加务工地或居住地基本医疗保险。对于暂不能参加务工地或居住地基本医保的,《通知》规定其只需在移民前在参保地医保经办机构办理相关备案手续,患者可在患病时在居住地直接前往当地定点医院就医,无需再次办理异地就医手续。

4.2.3 跨省医疗服务费用报销

无论城镇基本医疗保险还是新农合,跨省异地就医的服务报销目录执行就医地原则,即只要患者所接受的服务被涵盖在就医地医保支付范围内,就可以享受参保地医保的偿付(基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准)。但对于异地就医的福利待遇,则执行参保地原则,即异地就医服务所享受的医保偿付水平由参保地医保相关政策规定(如起付线、报销比例及封顶线)。

表1 欧盟、中国异地就医管理模式比较

| | 欧盟 | 中国 |
|-----------|--|---|
| 异地就医对象 | 欧盟根据公民出国目的和当前住所国,将跨境就医对象分为以下三种: ①非计划医疗:公民不以跨国就医为目的出国,但在境外发生急诊服务 ②计划医疗:第883/2004号条例和第2011/24号指令有不同的定义。前者将任何以就医为目的跨境公民均划分为计划医疗,如境外转诊;而后者但凡需要住院超过一天或设计费用昂贵设备的服务,均可划分为计划医疗 ③移居其它成员国 | 城镇基本医疗保险:异地安置退休人员、异地长期居住人员、长期外出务工人员、异地转诊人员 新型农村合作医疗:异地转诊人员 |
| 异地就医授权 | 非计划医疗的公民:无需获得流出国医疗保险机构的事先授权 计划医疗和已移居到其它国家的公民:需要获得流出国医疗保险机构的事先授权 | 无论何种类型的对象,均必须办理异地就医备案手续。其中对于长期异地居住或外出务工人员,可凭借异地居住证办理医保关系转移 |
| 异地就诊机构 | 第2011/24号指令不对医疗服务提供机构有任何限制 第883/2004号条例仅认同已签约的社会医疗保险定点公立医疗机构 | 已签约的跨省就医定点服务提供机构,均为公立医疗机构 |
| 异地就医的服务类型 | 非计划医疗:就医地原则,要求所接受的医疗服务项目对于患者当时的疾病状态来说确属“医疗上必须” 计划医疗:参保地原则,公民所接受的服务项目必须包含在流出国社会医疗保险福利包内 | 就医地原则,所接受的服务类型必须包含在就医地医保福利包内 |
| 报销水平 | 883/2004号条例:服务费用报销体现就医地原则,即根据流入国的医疗服务价格及其社会保险偿付水平,流出国的社会医疗保险机构计算相应补偿金额 2011/24号指令:体现参保地原则,即根据流出国社会医疗保险的偿付标准和相同服务项目的价格来计算保险偿付金额 | 执行参保地原则,根据参保地的起付线、报销比例及封顶线来计算偿付金额 |
| 报销方式 | 883/2004号条例和2011/24号指令均允许两种报销方式——即时结算和非即时结算 2011/24号指令范围下的跨境就医以非即时结算方式为主 | 即时结算 |

5 对我国跨省异地就医管理的启示

与我国情况不同,欧盟成员国的跨境医保管理涉及到国家主权问题,因此更注重协调。欧盟实行协调性的医疗保障政策,一方面在于欧盟没有统一各个成员国医疗保障政策的必要,协调性的医疗保障政策已经最大程度地保障了欧盟成员国的自主权,并不会妨碍欧盟经济一体化的进程;另一方面,欧盟各个成员国社会经济状况、医药卫生体制和医疗保障支出水平也有明显差距,没有实行统一医疗保障政策的可能性。而我国的异地就医问题根植于医保统筹水平低、各统筹地区之间条块分割,因此应当更多地关注医疗保险政策的统一性^[21],并明确提

高保险统筹层次和整合三大基本医疗保险才是治本之道。然而当前各地整合医保进度不一,且大多仍以市级为统筹单位,跨市和跨省就医结算问题仍然长期存在。因而在逐步提高医保统一性如鼓励有条件地区整合医疗保险、提高医保统筹层次的同时,还应当关注异地医保之间的协调性,积极推进跨省医保结算工作,做到标本兼治。^[22]

5.1 各省同步推进跨省就医政策

政策文件是政府出台和实施,用于解决社会问题,具有指导、调节和控制功能。与欧盟出台一系列法案和具体实施方案(如规范各成员国医疗保险IT系统建设标准)用于支持跨境就医管理不同,当前我国各省出台文件进度不一,除了江苏、河南等七省出

台相关政策外,其余省份尚未出台关于开展跨省异地就医费用直接结算的通知和具体实施方案。政策文件的缺失,一定程度上反映出各省政府在跨省异地就医管理过程中缺乏完善的顶层设计,这可能会进一步导致各省相关部门在推行跨省就医工作由于缺乏政策依据而出现工作职责模糊、操作流程不规范以及各地信息系统建设标准不统一等问题。^[23]因此,国家及各省有关部门需加快跨省异地就医即时结算政策和具体实施细则的出台与落实,保证异地结算工作持续性的同时,做到从国家或省级层面统筹、协调跨省异地就医监管方式、结算流程、医保支付和信息系统建设的规范与标准。

5.2 增强参保地医保管理机构的审核权限和能力,构建有序就医秩序

卫生资源分配不均衡、医疗技术水平的地区差异是跨省就医现象产生的原因之一。^[24]当前我国患者盲目、无序就医现象普遍存在,一些本可以在参保地接受同等治疗的患者,仍选择去优质医疗资源集中地区如北京、上海或省会城市接受服务^[25],造成医疗资源极大浪费。如今跨省就医直接结算的推行在提高患者医疗服务可及性的同时,也一定程度上加剧患者盲目就医现象的发生。^[22]这种不必要的跨省就医不仅给参保地医保基金带来支付压力,也加剧就医地医疗资源的紧张。^[26]欧盟跨境就医管理中同样存在无序就医现象,对此欧盟通过严格执行“守门人制度”来应对。若相同医疗项目能够在合理期限内由参保地医疗机构提供,则异地就医原则上不予批准,从而一定程度上减少盲目异地就医现象。反观我国跨省就医管理,尽管医保规定患者在异地就医前需事先办理备案手续,但不具有对异地就医申请做出限制性管理的功能,缺乏“守门人制度”,无法规范跨省就医现象。本研究认为,各省在跨省就医管理中应借鉴欧盟经验,严格执行“守门人制度”和分级诊疗。对于跨省就医申请,若相同医疗项目能够在合理期限内由参保地医疗机构提供,则原则上不予批准。而对于已移居或长期到其它省份务工人员,一方面出台措施允许其医保关系转移,纳入居住地管理,并要求该部分对象在患病就医时严格执行居住地分级诊疗政策。

5.3 拓宽跨省就医服务机构网络

根据资料显示,虽然国家异地就医结算系统已连接 27 个省份的医保系统,但该国家平台目前仅仅起到信息中转的作用,尚不能真正实现对跨省就医

进行统一管理。因此当下跨省异地就医模式以各省份之间点对点的合作为主,而不是在全国范围以网状形式全面铺开的模式。^[25]如来自吉林省的患者只能前往与该省签订合作协议的海南省就医,而不能自由选择其他省份。这些局限均一定程度上限制患者异地就医的选择权。基于此,进一步推进异地就医工作应以拓宽跨省就医服务提供机构网络为主,通过筛选、考核及签订服务提供合约的方式,允许部分具有高质量、成本效益或可提供差异化服务的二级医疗机构、专科医院提供跨省医疗服务,并加强监管。需要指出的是,规范无序就医与提高患者选择权之间并不矛盾,即允许患者在多种服务机构之间就医并不会加剧无序就医现象。因为两者在时间上存在一前一后的关系。首先,在异地就医前期,参保地医疗保险应审核异地就医申请,根据患者疾病状态做出是否批准的判断,以此来规范无序就医现象。只有在患者获得批准后,才有后续的患者选择权。另外,提高患者选择权还需要真正发挥国家异地就医结算系统的统筹管理功能,改变当前点对点的模式,允许患者在全国范围内自由流动。

5.4 通过国家异地就医网络,加强医疗机构提供异地就医服务中的监管

医疗服务市场由于信息不对称、不确定性等特征,存在诱导需求现象。由于缺乏相应的监管机制,流入地医疗机构对异地就医人员实行差别待遇,乱开大处方、大检查等现象较为普遍,导致诱导需求现象在异地就医过程中更为明显。研究显示,62.9%的调查对象认为异地就医过程中存在过度医疗行为,其中 47.8% 的对象有过使用进口药品和器械的经历,且这些药品和医疗器械往往不在医疗保险报销范围内,需要患者自费。有 27.5% 的对象接受过不必要的检查,而另外 24.7% 的对象则认为接受了不必要的治疗项目。^[25]因此,政府应加强跨省就医监管,在保证跨省就医的服务质量的同时降低医药费用。本研究认为可借鉴欧盟经验,首先将异地就医管理与临床路径、规范诊疗相衔接。推动各省份使用统一的临床指南和临床路径来规范医疗行为、减少变异、降低成本以及提高质量,最终保证异地诊疗的规范性和安全性。同时,为了保障患者接受医疗服务的连续性,应推动不同地区、级别的医疗机构使用标准化出院小结,并以网络的方式加强出院小结在患者流入地、流出地医疗机构之间的传递。另外,

依托国家就医结算平台,建立完善协作管理机制。将跨省就医纳入就医地医保部门管理范围,明确参保地和就医地医保职责、费用分担、纠纷调处机制等。允许就医地医保部门对异地就医人员就医行为进行审查,发现有严重违规行为的服务机构,可暂停其直接结算或提供异地医疗服务的权限。^[27-28]

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] Legido H. Analysing arrangements for cross-border mobility of patients in the European Union: a proposal for a framework[J]. Health policy (Amsterdam, Netherlands), 2012, 108(1): 27.

[2] Techniker Krankenkasse. TK Europe Survey 2009: German patients en route to Europe. Corporate Development Department (UE) and the Scientific Institute for Benefit and Efficiency in Healthcare (WINEG)[R]. 2009.

[3] Gramlich E M. Different Approaches for Dealing with Social Security[J]. American Economic Review, 1996, 86(2): 358-362.

[4] Baeten R, Palm W. Preserving general interest in healthcare through secondary and soft EU law: the case of the Patients' Rights Directive [M]. In: Neergaard U, Szyzszak E, Gronden J, Krajewski M (editors). Social Services of General Interest in the EU. The Hague: T. M. C. Asser Press, 2012.

[5] 张文. 欧盟《患者跨境医疗权利指令》研究[D]. 合肥: 安徽大学, 2015.

[6] Greer S L. Avoiding another directive: the unstable politics of European Union cross-border health care law[J]. Health Economics, Policy and Law, 2013, 8(4): 1-7.

[7] 聂建刚. 欧盟《患者跨境医疗权利指令》实施及其借鉴[J]. 全球科技经济瞭望, 2014(10): 8-12.

[8] Leggat P A, Carne J, Kedjarune U. Travel insurance and health [J]. Journal of Travel Medicine, 2000, 6(4): 243-248.

[9] Knai C, Brusamento S, Legido-Quigley H, et al. Systematic review of the methodological quality of clinical guideline development for the management of chronic disease in Europe [J]. Health Policy, 2012, 107: 157-167.

[10] National Health Service European Office. Patient choice beyond borders - Implications of the EU Directive on cross-border healthcare for NHS commissioners and providers [EB/OL]. (2011-05-11)[2017-04-10]. http://www.nhsconfed.org/~media/Confederation/Files/public%20access/CrossBorderHealthcare_final_20110511_EZ.pdf

[11] 王虎峰. 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[J]. 中共中央党校学报, 2008(6): 77-82.

[12] Glinos I A, Baeten R. A literature review of cross-border patient mobility in the European Union[R]. Brussels: Observatoire social europeen, 2006.

[13] Bermejo D C. Cross-border healthcare in the EU: Interaction between Directive 2011/24/EU and the Regulations on social security coordination [C]// ERA Forum. Springer Berlin Heidelberg, 2014.

[14] Knai C, Brusamento S, Legido-Quigley H et al. Systematic review of the methodological quality of clinical guideline development for the management of chronic disease in Europe [J]. Health Policy, 2012, 107: 157-167.

[15] Organization W H. Cross-border health care in Europe [R]. World Health Organization, 2014.

[16] Kifmann M, Wagner C. Implications of the EU patients' rights directive in cross-border healthcare on the German sickness fund system. [M]// Health Care Provision and Patient Mobility. Springer Milan, 2014.

[17] 李乐乐, 张知新, 王辰. 德国医疗保险制度对我国统筹发展的借鉴与思考[J]. 中国医院管理, 2016, 36(11): 94-96.

[18] 国务院人口普查办公室. 中国 2010 年人口普查资料 [M]. 北京: 中国统计出版社, 2012.

[19] 蒋萌, 李宏. 我国医疗卫生人力资源发展与区域配置的统计分析[J]. 中国管理信息化, 2014(20): 97-99.

[20] 张雅清. 关于我国医疗保险跨省异地就医问题的研究[J]. 北方经贸, 2016(4): 116-117.

[21] 曾极. 基本医疗保险异地就医结算法律问题研究[D]. 重庆: 西南政法大学, 2015.

[22] 何运臻, 侯志远. 基本医疗保险异地结算政策对卫生服务利用的影响研究[J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(5): 67-71.

[23] 胡大洋. 异地就医管理误区与难点分析[J]. 中国医疗保险, 2014(3): 41-43.

[24] 李志建, 方秉华. 异地就医即时结算现状及问题探讨[J]. 医疗保险管理, 2015, 35(7): 67-68.

[25] 武晶. 山西省榆次区城镇职工基本医疗保险异地就医结算研究[D]. 太原: 山西财经大学, 2016.

[26] 郭珉江, 郭琳. 流动人口异地就医即时结算现状与问题研究[J]. 中国卫生经济, 2014(1): 26-28.

[27] 张永, 郑先平, 刘雅, 等. 流动人口医疗保险异地结算面临的问题与对策[J]. 卫生经济研究, 2015(12): 36-39.

[28] 黄华波. 跨省就医即时结算: 风险与监管[J]. 中国医疗保险, 2014(10): 16-18.

[收稿日期:2017-04-17 修回日期:2017-05-18]

(编辑 薛云)