

# 跨省异地结算政策对患者就医选择及费用负担的影响

## ——基于北京某肿瘤医院的实证分析

陈治水\* 冷家骅 刘 忆 李卫红

北京大学肿瘤医院暨北京市肿瘤防治研究所 北京 100142

**【摘要】**目的:分析跨省异地结算政策对北京大学肿瘤医院住院患者的服务量影响,研究政策对外地患者产生的费用负担差异,评估政策效果,为政策完善提供实证证据。方法:回顾性资料分析,以 2017 年 3 月为政策干预起始月,利用间断时间序列回归分析 2016 年 1 月—2018 年 3 月间异地政策对住院服务量的变动影响;利用倾向性评分匹配性别、年龄、科室属性、诊断个数及其诊断类别等指标后,评估异地政策对外地患者费用负担的差异影响。结果:改革前后外地人群占比变动了 1.70%,但改革的即刻变化和趋势变化的统计学差异都没有显著性,改革当月外地人群出院量当即上涨 378.22 人次( $P > 0.1$ ),改革后趋势为每月上涨 28.08 人次( $P > 0.1$ );异地结算之后,实时报销的外地患者比手工报销患者的住院次均费用平均上涨了 402.70 ~ 726.81 元( $P > 0.1$ ),药占比高出 6.47% ( $P < 0.01$ )。结论:异地结算政策没有显著刺激肿瘤人群跨区域就医和增加患者的直接医疗负担,就医地目录政策可能会使得更多的患者流向宽目录省市。

**【关键词】**异地就医;费用负担;就医偏好;政策评价

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2020.01.007

### Analysis on the effect of trans-provincial offset medical settlement policy on medical behavior and cost burden: An empirical analysis based on a cancer hospital in Beijing

CHEN Zhi-shui, LENG Jia-hua, LIU Yi, LI Wei-hong

Peking University Cancer Hospital & Institute, Key laboratory of Carcinogenesis and Translational Research (Ministry of Education), Beijing 100142, China

**【Abstract】** Objectives: To analyze the effect of trans-provincial offset medical settlement policy on the service volume of inpatients in Peking University Cancer Hospital; to study the differences in the cost burden faced by the trans-provincial patients; and provide empirical evidence for the policy improvement. Methods: This article used the retrospective data analysis method taking March 2017 as the starting month of policy intervention and intermittent time series regression to analyze the policy impact on the inpatient volume during the period from January 2016 to March 2018. The propensity scores method was used to match the gender, age, departmental attributes, number of diagnoses, and the diagnostic categories of inpatients. Thereinafter, the differences in the cost burden were evaluated. Results: The proportion of trans-provincial patient changed by 1.70% before and after the policy; but the statistical changes were not significant, with the reform month immediately yielding an increase of 387.22 ( $P > 0.1$ ) and post-reform monthly upgrade of 28.08 ( $P > 0.1$ ). After the policy, the average treatment effect of hospitalization cost on the offset medical settlement varied in a range of 402.70 ~ 726.81 Yuan ( $P > 0.1$ ), while the percentage of the same effect produced by drug proportion was 6.47% ( $P < 0.01$ ). Conclusions: The offset medical settlement policy neither significantly stimulates people to seek medical treatment across the region, nor does increase the direct medical treatment and healthcare burden experienced by cancer patients. The wider range of medical insurance catalog is more likely to lead patient to making different choices based on the availability and cost-effectiveness of the cancer treatment means.

**【Key words】** Trans-provincial healthcare; Cost burden; Medical preference; Policy evaluation

\* 基金项目:国家重点研究计划资助(2017YFC1308800)

作者简介:陈治水(1987—),男,硕士,助理研究员,主要研究方向为医疗保险、卫生经济。E-mail:13488735941@126.com

通讯作者:冷家骅。E-mail:lengybc@126.com

自主选择就医是患者的基本权益,由于人口流动加速<sup>[1]</sup>、医疗资源配置地区差异<sup>[2]</sup>等因素,伴随着全民健康和全民医保的不断完善,异地就医成为当前医药卫生改革亟待解决的重大课题之一。次均费用高、丙类项目使用高、自付比例高、报销周期长、人数增长快等特征,是我国广大异地就医人群的痛点所在<sup>[3]</sup>,跨区域就医的跑腿垫资、间接成本、信息平台、基金监管等问题逐渐成为需要攻克的难题。人社部发[2016]120号以及京人社医保发[2017]35号等文件的相继出台,基本医疗保险异地就医住院费用直接结算的快速铺开,稳步破除利益藩篱,为医保改革找准了新的战略发力点。

国内对异地就医实时结算有不少理论探索,观点也不尽一致。一方面,付晓萌<sup>[4]</sup>认为即时结算政策简化了报销手续,一定程度上有助于减轻患者的经济负担;黄华波等人<sup>[5]</sup>通过梳理全国异地结算工作进展,提出即时结算政策促进了公平性,提升了患者对优质医疗资源的可及;何运臻等人<sup>[6]</sup>利用CHARLS数据,提出异地结算政策提升了居民对卫生服务的利用程度,发现年住院率上升了4个百分点。另一方面钟玉英等人<sup>[7]</sup>通过分析广东省肇庆市异地联网结算的住院人次和费用,发现异地即时结算政策导致异地三级医院的服务量增加并且对其分级诊疗产生不良影响;李志建等人<sup>[8]</sup>针对异地就医的潜在风险,认为政策会弱化基层医疗机构守门人角色,松绑了对医保次均费用等的限定,会给参保地的医保基金管理带来很大压力;杨茜等人<sup>[9]</sup>则利用医院数据,发现异地即时结算患者比当地医保患者的次均费用高出约5000元每例次。可见,我国异地结算政策的制度优势是不断提升就医的公平性与可及性,但对该政策是否会导致不合理就医行为的产生和医疗费用的快速攀升,是主要的争议点,需要大量的实证证据来证实。

另外,医改是一项世界性难题,欧美等国家也存在异地就医的管理困境,同样对跨境医疗进行着持续的探索与改革。随着卫生服务体系逐渐全球化,越来越多的人群选择跨境医疗,一方面与争取更先进的临床试验有关,另一方面也与相对更好的医疗资源相关。<sup>[10]</sup>欧洲议会和欧盟理事会在2011年颁布了《患者跨境医疗权利指令》(Directive on the application of patients' rights in cross-border healthcare)<sup>[11]</sup>,强化了跨境医疗患者的流动性和保障了医保覆盖。意大利的一项研究,分析患者就诊流动性时,计算区

域吸引能力指数(Regional Attraction Ability Index, RAAI),发现无论远距离还是跨国就诊,私立机构都具有明显优势。<sup>[11]</sup>Dimitrios指出跨境医疗指令有利有弊,需要从医疗、患者、保险支付多方来考虑,特别是当国外医疗费用较高时会明显地刺激医疗成本的增加,其解决方案在于授权定点医疗以及限定报销范围。<sup>[12]</sup>奥地利更是在该指令谈判之初,因为担心其会刺激患者流动的增加,并且可能得不到全部的医疗费用给付,甚至对议案提了反对票。<sup>[13]</sup>Natasha认为跨境医疗并没有带来患病人群选择境外就医的不良后果,该指令对提升本国内医疗卫生服务获益的证据也相对缺乏。<sup>[14]</sup>可见,欧盟成员国对跨境医疗存在多方争议,对异地就医的选择取舍和基本模式也策略各异,是需要研究的一个重要方向。

综上所述,异地就医政策的完善是医疗发展和医保制度成熟进程中必然需要面对的难题,但国内外都因其不同经济发展水平、医疗资源和医保待遇差异等因素,在落地过程中有着各种各样的权衡,其中较大的争议就是其是否会诱导医疗需求,以及是否会导致费用过快增长。本研究便是在此背景下,尝试以个案形式回答这两个问题,一是异地就医改革是否会带来外地患者的大量涌入?二是这项改革是否会增加患者的直接医疗费用负担?针对第一个问题,研究使用间断时间序列分析(Interrupted Time Series Analysis, ITSA),通过对比异地结算人群和北京医保人群两组人群的收治病例数量走势,分析该政策对患者的就医行为影响,以判断异地就医政策是否会快速增加外来患者的就医需求;针对第二个问题,利用倾向性评分(P propensity Score Matching, PSM)工具,通过对比外地人群中两组不同结算方式下的次均费用、药占比等费用负担指标,分析政策导向下给异地就医患者带来的费用负担变动差异,为政策的进一步落地与惠民提供证据。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料来源

研究为单中心回顾性资料分析,选取北京市某三级甲等肿瘤专科医院为个案样本。该医院是肿瘤学国家重点学科单位,专业优势是胃癌、乳腺癌、肺癌、结直肠癌、恶性淋巴瘤、恶性黑色素瘤等多类肿瘤的诊断和综合治疗,院内就诊患者中有近65%来自于全国各地,具有一定的代表性。从医疗机构 HIS (Hospital Information System) 下的医保 BI (Business

Intelligence) 获取基础数据资料, 该医保 BI 平台通过了开发与测试, 目前数据已运用于日常运营的考核工作, 平台数据稳定、可靠, 基本能够满足本研究对数据资料的分析需求。

异地政策只针对住院数据, 研究仅以住院病例作为分析对象。调取了 2016 年 1 月—2018 年 3 月之间的住院病例资料。2017 年 3 月为异地政策的起始月, 故将 2016 年 1 月—2017 年 2 月定义为改革前, 2017 年 3 月—2018 年 3 月则定义为改革后。间断时间序列分析中, 在研究期限内按月份抓取出院病例数量, 总患者病例数为 164 909 人次, 其中北京医保人群 37 422 人次、异地结算人群 127 487 人次。倾向性评分分析中, 选取了改革后 2017 年 4 月—2018 年 3 月一个整年的出院数据, 分析总病例数为 45 411 人次, 其中异地实时结算组与手工结算组的初始病例数分别为 5 069 人次和 40 342 人次。

## 1.2 分析方法

运用 Stata 软件进行统计分析并作图, 对计数资料(性别、科室属性、主诊断分类)进行卡方检验, 对计量资料(年龄、诊断个数)进行  $t$  检验, 同时利用两组时间序列分析的断点回归评估异地政策对北京和外地两组人群住院服务量的变动影响, 然后利用倾向性评分来推断异地政策实施后两组不同结算类型的外地患者的费用负担差异。

ITSA 是一种准实验设计, 不需要过多地考虑数据特点, 而通过直观地对比干预前后时间点能够得到较为稳健的政策影响结果, 其在卫生政策实证研究中逐渐得到运用<sup>[15]</sup>, 常规认为, 为保证统计结果的效力, 干预前后应有足够的时间点数据, 文献研究观点中有至少 6 个、8 个、12 个时间点等不同的推荐参考值。考虑到资料的可获得性、充分调取季度性资料以及不影响统计学效能, 本研究筛选干预时点前后分别有 14 个月和 13 个月的时间点数据。同时考虑到就诊服务量的季节性变动, 本 ITSA 中运用傅立叶转换来控制季节的影响。另外, 为了更好的控制干预前的混杂, 对于使用单组还是双组 ITSA, 研究设计为两组 ITSA, 以北京医保组为对照组, 以便尝试更好地平衡时间序列已存在的趋势因素。

PSM 基于反事实推断框架, 运用 PSM 可以相对地均衡实验组和对照组的组间差异, 用于控制偏差和混杂<sup>[16]</sup>, 在观察性研究中常常用于对实验组和对

照组的比较, 能通过对非随机分组数据处理因素与结局关系的估算, 使得干预效果更加接近“真实世界”。异地就医政策推行后, 由于全国各地推行时间进程不一以及参保人对政策信息了解不及时, 外地患者中有部分的患者享受跨省就医政策进而能够实现异地实时结算, 而剩下的部分依旧是回参保地进行医疗费用的手工结算报销。基于此本研究设计利用改革后的异地就医患者数据, 使用 PSM 工具来平衡两组不同结算方式下肿瘤患者人群的混杂因素, 进而尝试更加客观真实地对比异地就医改革政策对外地患者的直接医疗费用负担影响。

## 1.3 研究变量

ITSA 分析中, 研究变量仅包括医保属地类别、月份和月度患者出院服务量, 其中医保属地类别分为北京医保组和外地医保组两组、按照自然月份进行列示、而出院服务量为计数资料。

PSM 工具下的费用负担分析中, 倾向性评分的协变量包括: 性别、年龄、科室属性、诊断个数及其诊断类别。其中, 年龄和诊断个数为计数资料, 其中诊断个数指的是病案中所有诊断项里的诊断名称数量; 性别、科室属性和诊断类别为分类变量, 科室属性分为内科和外科, 诊断类别根据主诊断 ICD-10 的编码分为抗肿瘤治疗组、维持治疗组和其他治疗组, 其中抗肿瘤治疗指的是手术、放化疗、靶向治疗等具有积极价值的治疗, 维持治疗指的是姑息性或临终关怀治疗, 其他治疗特指随访、定期复查等非针对肿瘤疾病的任何诊治医疗行为。倾向性评分之后, 对比的费用效果指标包括次均费用和费用结构, 其中次均费用以实际数值表示, 未做对数转换。费用结构包括药占比、耗材占比、医疗费用占比、护理费用占比、医技费用占比和管理费用占比。北京市的病案首页收费分类包括 38 个细项归类, 借鉴 DRGs 对费用分类的方式将每个患者的住院费用细项归集为药占比、耗材占比、医疗费用占比、护理费用占比、医技费用占比和管理费用占比 6 项结构, 具体费用结构的计算如下:

$$\text{药占比} = \frac{\sum_{i=1}^n (\text{白蛋白类制品费} + \text{抗菌药物费} + \text{凝血因子类制品费} + \text{球蛋白类制品费} + \text{输血费} + \text{西药费} + \text{细胞因子类制品费} + \text{中草药费} + \text{中成药费})}{\sum_{i=1}^n (\text{患者住院费用})}$$

$$\text{耗材占比} = \frac{\sum_{i=1}^n (\text{检查用一次性医用材料费} + \text{治疗用一次性医用材料费} + \text{介入用一次性医用材料费} + \text{手术用一次性医用材料费})}{\sum_{i=1}^n (\text{患者住院费用})}$$

$$\text{医疗费用占比} = \frac{\sum_{i=1}^n (\text{核素治疗费} + \text{接生费} + \text{介入治疗费} + \text{精神治疗费} + \text{康复治疗费} + \text{临床物} + \text{治疗费} + \text{麻醉费} + \text{手术费} + \text{特殊治疗费} + \text{一般检查费} + \text{一般治疗费} + \text{诊查费} + \text{中医治疗费})}{\sum_{i=1}^n (\text{患者住院费用})}$$

$$\text{护理费用占比} = \frac{\sum_{i=1}^n (\text{护理费} + \text{护理治疗费})}{\sum_{i=1}^n (\text{患者住院费用})}$$

$$\text{医技费用占比} = \frac{\sum_{i=1}^n (\text{病理费} + \text{超声费} + \text{放射费} + \text{核素检查费} + \text{化验费})}{\sum_{i=1}^n (\text{患者住院费用})}$$

$$\text{管理费用占比} = \frac{\sum_{i=1}^n (\text{床位费} + \text{挂号费} + \text{监护及辅助呼吸设备费} + \text{其他费} + \text{输氧费})}{\sum_{i=1}^n (\text{患者住院费用})}$$

其中,  $i$  表示的是每个住院患者编号, ( $i = 1, 2, \dots, n$ )。患者住院费用指的是每个患者住院期间的直接医疗费用。一次性医用材料根据具体用途类别分为检查使用、治疗使用、介入使用以及手术使用四类,包括低值医用耗材和高值耗材。

## 2 结果

### 2.1 就医行为选择情况

研究选取了2016年1月—2018年3月共27个月的出院数据,对比北京医保组与外地医保组人群在异地政策改革前后的服务量走势变动。结果发现,北京医保组和外地医保组,在改革前人群占比分别为23.59%和76.41%,在改革后人群占比变为21.89%和78.11%,存在1.7%的人群变动。ITSA的统计结果见表1,本地医保的改革前基线趋势、改革即刻变化和改革后趋势变化均没有显著的统计学差异,其中改革前其出院量每月上涨2.175人次

( $P > 0.1$ ),改革当月当即下降17.007人次( $P > 0.1$ ),改革后趋势为每月上涨24.852人次、较改革前趋势变动增长了22.677人次( $P > 0.1$ )。对于外地医保,只有改革前基线变化差异有显著统计学意义,而改革前基线趋势差异、改革即刻差异和改革后趋势变化差异均没有显著统计学意义。具体来说,基线上外地人群每月比北京人群多2739.600人次( $P < 0.01$ );改革前外地人群出院量每月上涨32.676人次、比北京人群的出院量增幅多出30.501人次( $P > 0.1$ );改革当月外地人群出院量当即上涨378.224人次、比北京人群当月变动多出395.231人次( $P > 0.1$ );改革后趋势为每月上涨28.082人次、较北京人群出院量增幅多出3.230人次( $P > 0.1$ )。

表1 本地医保人群和外地医保人群在改革前后的间断时间序列回归分析

政策效果	系数	标准误	P 值
常数项	1 309.418	65.946	0.000*
北京医保组			
改革前基线趋势	2.175	9.238	0.815
改革即刻变化	-17.007	169.716	0.921
改革后趋势变化	22.677	15.101	0.141
北京医保组与外地医保组差异			
改革前基线变化差异	2 739.600	250.033	0.000*
改革前基线趋势差异	30.501	35.471	0.395
改革即刻差异	395.231	350.892	0.266
改革后趋势变化差异	3.230	42.210	0.939

注:运用 Newey-West 回归方法; \*  $P < 0.01$ 。

图1展示了序列回归的模拟结果。图中竖虚线将异地实时结算政策分为改革前和改革后两部分。可以直观看出,本地患者变动基本不大;而异地结算政策的改革当月,外地患者出现一定的即刻上涨,但其长期趋势来看,并没有出现大的变动。

### 2.2 费用负担情况

#### 2.2.1 均质性检验

考虑到直接对比两类外地人群可能存在不可比的情况,首先对病例样本进行统计学检验。结果见表2,可知实时结算组和手工报销组在性别和诊断数量上同质性尚好、没有显著的统计学差异( $P > 0.1$ )。但在其他维度,比如年龄、主诊断分类和科室属性方面的均质性较差、具有明显的统计学差异( $P < 0.01$ )。

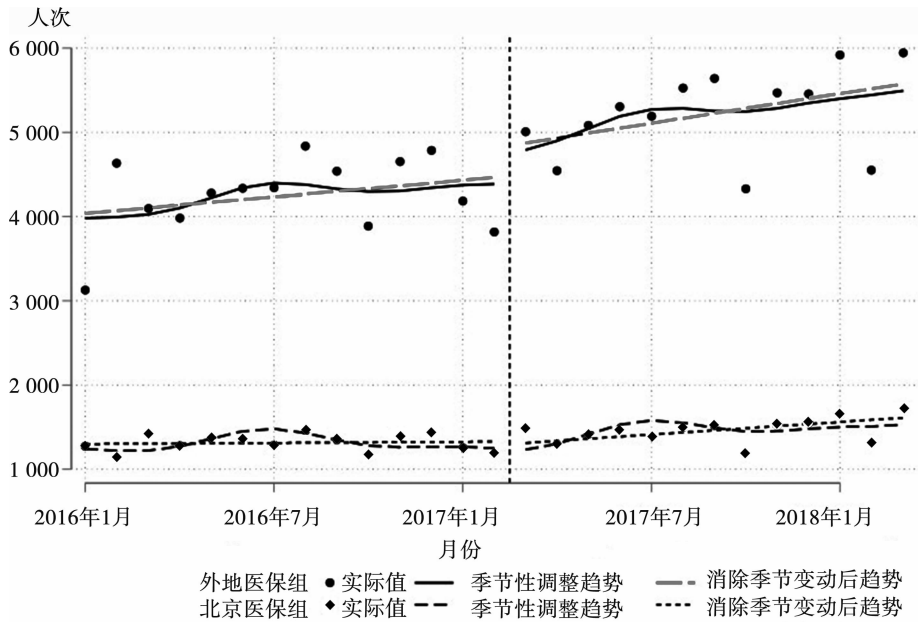


图 1 基于两组间断时间序列回归分析的服务量变化趋势

表 2 两组外地结算人群的均质性检验

基线变量	异地实时结算组	手工结算组	统计量	p 值
性别, n(%)			1.92	0.166
男	2 824(11.35%)	22 061(88.65%)		
女	2 245(10.94%)	18 281(89.06%)		
年龄/岁, $\bar{X} \pm S$	56.11 ± 11.65	54.60 ± 12.05	-8.42	0.000*
诊断数量/个, $\bar{X} \pm S$	4.22 ± 2.83	4.15 ± 2.69	-1.61	0.108
诊断类别, n(%)			47.63	0.000*
维持治疗组	4 030(10.77%)	33 396(89.23%)		
抗肿瘤治疗组	880(13.66%)	5 561(86.34%)		
其他治疗组	159(10.30)	1 385(89.70)		
科室属性, n(%)			36.45	0.000*
手术科室	1 555(12.62%)	10 762(87.38%)		
非手术科室	3 514(10.62%)	29 580(89.38%)		

注:性别、诊断类别和科室属性用的卡方检验统计量;年龄和诊断数量用的是 t 检验统计量; \* P < 0.01。

2.2.2 次均费用影响评估

首先不考虑自变量间的均质性,连同政策实施与否变量全部引入常规回归模型,结果发现各变量均具有显著的统计学差异 (P < 0.01),但模型的 R<sup>2</sup> 仅为 0.22,解释力相对不足,此模型发现异地实时结算导致外地患者的住院次均费用平均上涨了 1 694.38 元 (P < 0.01) (表 3)。为平衡样本间差异以及弥补解释变量相对不足,本研究利用倾向性评分对政策效果进行评估。通过匹配,结果发现异地结算政策带来的外地患者的住院次均费用平均仅上涨了 402.70 ~ 726.81 元,且没有显著的统计学意义 (P > 0.1),可以说基本没变化。倾向性评分的各变量密度图见图 2,结果发现匹配后基本重叠、即倾向评分后各变量间平衡性良好,分析结果相对可靠。

表 3 常规回归与倾向评分方法 (nnmatch、psmatch) 下

变量	次均费用的政策影响评估		
	回归参数	nnmatch 法	psmatch 法
性别	3 737.63(259.14)*	—	—
年龄	103.11(10.88)*	—	—
诊断数量	138.24(50.98)*	—	—
诊断类别	-17 924.50(316.67)*	—	—
科室属性	17 366.99(357.70)*	—	—
政策效应	1 694.38(405.35)*	402.70(412.89)#	726.81(436.00)#

注:nnmatch 和 psmatch 为倾向评分的两种方法;表格中的值指的是回归系数(标准误); \* P < 0.01, # P > 0.1。

2.2.3 费用结构情况

首先直接对比两组结算人群的费用结构,实时结算组人群的药占比较高、为 55.31%,高出手工结算组 5.91 个百分点(表 4)。同时发现其他费用里,

实时结算组占比均相对较低。另外结果发现,护理类费用占比较低、仅为 2.17% ~ 3.36%,而药耗类占

比却能达到 64.21% ~ 70.05%。

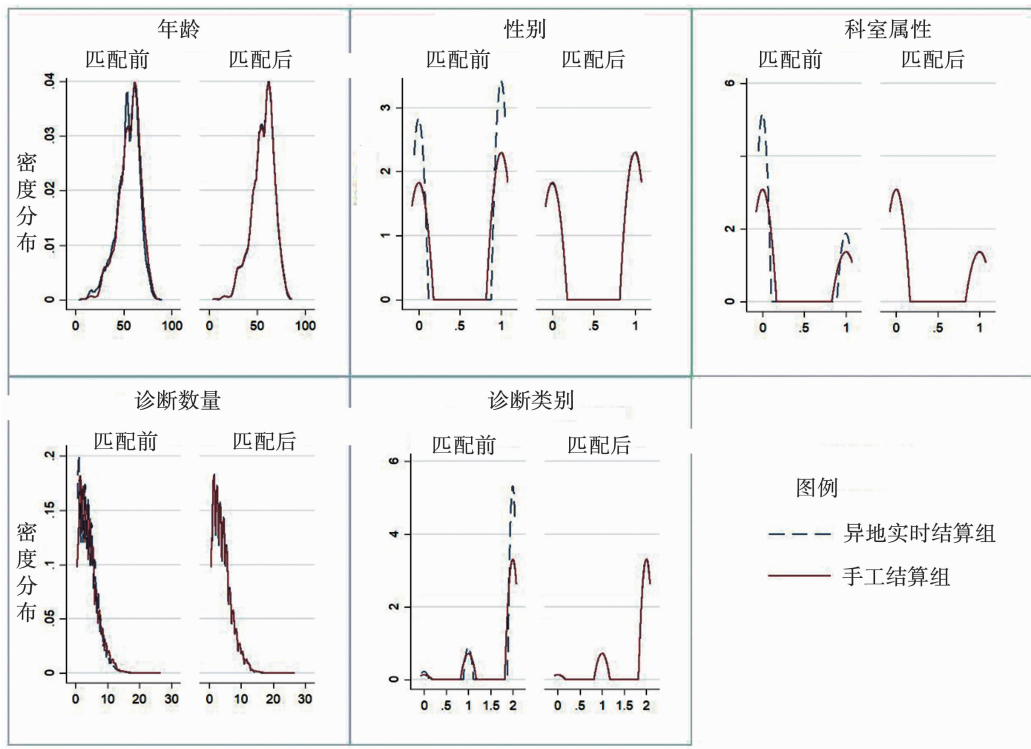


图2 各变量匹配前后的密度分布平衡图

表4 不同结算方式下的费用结构及其差异

费用结构(%)	手工结算组	实时结算组	与手工结算组差异
药占比	49.40	55.31	5.91
耗材占比	14.81	14.74	-0.07
医疗费用占比	14.89	11.65	-3.24
护理费用占比	3.36	2.17	-1.19
医技费用占比	10.70	10.6	-0.1
管理费用占比	6.84	5.53	-1.31

下一步直接用倾向评分对这6部分费用结构进行分析,以评价异地结算政策对费用结构产生的影响。表5结果可知,药占比两组间确实存在政策影响。另外,除了医技费用占比,其他类费用也都存在显著的统计学差异( $P < 0.01$ )。

表5 倾向性评分下异地政策对费用结构的评估结果

平均干预效应	系数	标准误	z值	p值	95%置信区间
药占比	6.47	0.50	12.97	0.000*	5.49 ~ 7.45
耗材占比	-1.21	0.21	-5.69	0.000*	1.63 ~ -0.79
医疗费用占比	-3.19	0.34	-9.43	0.000*	3.85 ~ -2.53
护理费用占比	-0.87	0.05	-17.18	0.000*	0.96 ~ -0.77
医技费用占比	-0.13	0.26	-0.52	0.602	-0.65 ~ 0.37
管理费用占比	-1.06	0.11	-10.04	0.000*	1.27 ~ -0.86

注:运用最临近方法进行匹配; \*  $P < 0.01$ 。

### 3 讨论

随着我国异地医保制度的快速推进与不断完善,异地实时结算人群数量逐渐增加。公开资料显示,截至2018年5月,我国异地就医平台备案人数为257万,实现异地就医直接结算的有50.2万,已覆盖全国9487家医疗机构,医保基金支付总计76.5亿元,基金支出占总费用比值为60.8%。<sup>[17]</sup> 异地结算工作存在战略性、整体性、创新性和渐进性<sup>[18]</sup>等特殊属性,是一项复杂而庞大的系统性工程,点多、线长、面广。统筹地区的系统对接、结算流程的顺畅快捷、部门与机构之间的沟通协作,方方面面都影响着政策的推进与落地。只有通过不断的政策制度探索与信息平台建设,适时评估各政策在不同统筹层次、不同就诊人群和不同流程环节中的潜在影响并加以改进,才能在合理诊疗和规范基金使用的基础上不断提升患者就医体验。本研究便是异地结算政策推进过程中的一项实证证据,一定程度上有助于回答最初的研究设计,也就是异地结算政策一方面没有实际增加外来患者的就医需求,另一方面也不会增加患者的直接医疗费用负担。

### 3.1 异地结算政策没有显著刺激肿瘤人群跨区域就医

有的学者担忧,实现即时结算,医疗资源较差的地区患者会流向大城市、大医院<sup>[19]</sup>,会加剧地区间医疗水平的不平衡以及加大医保资金的管控压力。可能由于肿瘤病种患者粘性和治疗周期性等特征,本研究结果显示,异地结算量的快速增加并没有带来外地患者比例的大幅增加(政策前后变动仅为 1.70%),并且从即刻变化和长远趋势来看也都不具备统计学意义,各月外地住院患者比例也持续相对稳定。这与既往一项研究类似,医保补偿的价格调节作用可能只对少数人群有效果<sup>[20]</sup>,而对整体人群的就医偏好影响不大。因尚缺乏其他地区或医疗机构类似的多样性研究,故本研究尚无法对此政策影响进行国内多样本横向对比。本研究与波兰的一项研究结果也基本类似,跨境结算并不会带来患者数量的快速增长。<sup>[21]</sup>但异地就医结算政策的实施,一定程度上降低了异地人群就医障碍,提高了卫生服务可及性<sup>[6]</sup>。可见,要逐渐满足外地肿瘤患者救治需求、缓解救治负担,同样要求肿瘤病种的分级诊疗路径和模式与异地结算的协同推进,切实做到便利患者就医,而不是纯粹放宽异地就医。在顶层设计上,可以设定门槛、简化流程,让更多应该享受异地政策的肿瘤人群,更快、更好的享受政策福利。

### 3.2 异地结算政策没有显著增加患者的直接医疗负担

王敏<sup>[22]</sup>等人认为医保会提升恶性肿瘤患者住院费用,本研究不支持该结论。另外,研究也未对患者的直接非医疗费用和间接医疗费用进行资料搜集。黄华波的研究显示,异地结算政策能够促使参保人员人均减少垫付资金 1.54 万元。可见仅对直接住院费用进行整体比较,改革的负担影响会被低估。单从本研究的粗略情况来看,外地患者的手工结算组会比实时结算组节省 1 694.38 元的住院费用,但实际原因在于两组的异质性较高,其中,实时结算组与手工结算组的人群手术率占比分别为 30.68% 和 26.68%,积极的抗肿瘤治疗占比分别为 17.36% 和 13.78%。控制协变量差异后,结果显示,在未对费用进行对数转换调整前提下,住院次均费用平均仅上涨了 402.70 ~ 726.81 元( $P > 0.1$ ),可以说基本变动不大。

### 3.3 肿瘤患者倾向于选择医保目录宽的省市就医

对次均费用进一步进行费用分类,研究发现外地两类不同结算方式的人群其费用结构存在一定的

差异化,最明显的结论是实时报销的人群药占比会比手工报销的人群高出 6.47 个百分点,异地直接结算人群看似对肿瘤用药有更高的依从性,这点与异地结算政策直接相关。政府文件规定,异地结算的基本政策是就医地目录、参保地待遇。跨省就医时,患者对医保目录比较敏感,会追求更优的报销策略。北京的抗肿瘤药物医保目录相对较宽<sup>[23]</sup>、且部分靶向药在 2017 年 9 月份已纳入了医保报销范围<sup>[24]</sup>,这就促使更多的异地患者来北京享受目录待遇,也就意味着今后越来越多的患者可能会逐渐流向医保目录更宽的省市。同时也提示,随着异地结算政策的深层次推进,有必要在将来严格推行统一的全国目录。当然,肿瘤的治疗存在一定特异性,费用结构及其临床用药的合理性<sup>[25]</sup>界定需要进一步科学验证,特别是针对异地结算患者,理顺其不同病种间费用的合理结构,进一步规范临床诊疗,促进医疗公平、医保公平,这对异地就医服务工作的不断完善具有积极意义。

### 3.4 异地医保结算政策的持续完善需要协同分级诊疗、统筹推进

当前,异地就医结算工作如火如荼。特别是 2019 年度的《政府工作报告》要求,要抓紧落实和完善跨省异地就医直接结算政策,尽快使异地就医患者在所有定点医院能持卡看病、即时结算,切实便利流动人口和随迁老人。这也就对统筹层次、系统建设和协作监管等多方面提出了更高的要求<sup>[26]</sup>。从异地就医的制度规划来看,陈婷<sup>[27]</sup>等人对比全国 21 个省份的相关政策,提出要整合城乡医保,提升统筹层次,协同分级诊疗,创新服务监管,为异地就医提供更多的便利。更深层次考虑政策工作的可持续性,高质量的医疗服务,往往伴随的是相对高的基金使用,基金的冲击将面临着新的挑战。同样更多的结算人群,带来了更多的病历审核压力,拒付风险和基金风险亦将增加,也就要求强化跨部门、跨机构、跨区域沟通,形成工作合力,共同保障有限医保基金的规范、合理使用。可见,医保与医疗实现融通,是完善异地实时结算政策的必然路径取向。

当然本研究也存在一些不足:首先,因为研究属于单中心回顾性资料分析,研究结果可能受到优势临床学科以及患者自主选择偏好的影响,虽然存在一定数量的样本量,但仍需要逐步确定合适的病例数量和扩展多中心以增强研究结果的可信度;其次,异地政策推行是一个渐进完善的过程,两组间断时间序列设计的政策时点选择也可能对准确的趋势影

响政策评估结果带来一定困难;再次,费用负担影响的因素繁多,本研究虽然利用倾向评分的计量方法,但协变量的选择当前并无统一规范的指标体系,本研究选取的协变量适用性和外推性值得进一步论证;还有,未能对比两组结算人员的间接医疗费用,一般来说,手工报销人群因为垫付以及报销周期的问题,往往间接医疗费用会高于实时结算人群,可能就低估了异地结算政策对外地患者费用负担的缓解程度。尽管如此,本研究在国内较早利用医院层面数据并依托计量经济方法来评估异地结算政策对肿瘤患者的影响,研究结果可为我国异地结算政策的推进、人群的管理、制度的统筹提供一定的参考依据。

**作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。**

### 参 考 文 献

- [1] 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, 33(1): 26-28.
- [2] 李蕾,李靖宇,刘兵,等. 医疗卫生服务模式与资源配置的国际比较[J]. 管理评论, 2017, 29(3): 186-196.
- [3] 黄华波. 打赢全国联网结算百日攻坚战[J]. 中国社会保障, 2017(7): 84.
- [4] 付晓萌. 跨省异地就医联网结算对医保管理工作的挑战[J]. 中国城乡企业卫生, 2019, 34(8): 224-226.
- [5] 周萍,黄华波. 跨省异地就医住院费用直接结算进展评价及绩效分析[J]. 中国医疗保险, 2018(7): 34-37.
- [6] 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.
- [7] 钟玉英,梁婷. 医保异地即时结算会否推高异地三级医院就医人次?——基于广东省肇庆市A区的分析[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(6): 35-40.
- [8] 李志建,方秉华. 异地就医即时结算现状及问题探讨[J]. 中国医院管理, 2015, 35(7): 67-68.
- [9] 杨茜,韩翠娟,王洁. 北京医院实行异地就医结算实践总结及问题分析[J]. 中国卫生经济, 2019, 38(10): 34-35.
- [10] Sanne E, Renske K, Kai R. Facilitating safe and successful cross-border healthcare in the European Union[J]. Health Policy, 2016, 120(6): 718-727.
- [11] Ekmekci P E. Patients' Rights in Cross-border Healthcare (Directive 2011/24/EU) and How It Applies to Turkey as a Negotiating Candidate Country[J]. Eur J Health Law, 2017, 24(4): 432-444.
- [12] Dimitrios A, Christopher S. The impact of cross-border patient movement on the delivery of healthcare services[J]. International Journal of Production Economics, 2013, 145(2): 702-712.
- [13] Thomas K. Subnational responsibilities for healthcare and Austria's rejection of the EU's patients' rights Directive[J]. Health Policy, 2013, 111(2): 149-156.
- [14] Natasha A, Rita B, Timo C, et al. The role of the 2011 patients' rights in cross-border health care directive in shaping seven national health systems: Looking beyond patient mobility[J]. Health Policy, 2018, 122(3): 279-283.
- [15] 朱星月,林腾飞,米源,等. 间断时间序列模型及其在卫生政策干预效果评价中的应用[J]. 中国药事, 2018, 32(11): 1531-1540.
- [16] Mnatzaganian G, Davidson D C, Hiller J E, et al. Propensity score matching and randomization[J]. Journal of Clinical Epidemiology, 2015, 68(7): 760-768.
- [17] 王君平,贺勇,王云娜. 异地看病,医保结算分分钟[J]. 人力资源开发, 2018(17): 89-90.
- [18] 黄华波. 探究跨省就医联网结算的四个特性[J]. 中国医疗保险, 2017, (12): 34-37.
- [19] 贺勇,李刚. 医保“全国漫游”,还差哪几步[J]. 决策探索(上半月), 2016(10): 42-43.
- [20] 赵绍阳,尹庆双,臧文斌. 医疗保险补偿与患者就诊选择——基于双重差分的实证分析[J]. 经济评论, 2014, (1): 3-11.
- [21] Kowalska-Bobko I, Mokrzycka A, Sagan A, et al. Implementation of the cross-border healthcare directive in Poland: How not to encourage patients to seek care abroad? [J]. Health Policy, 2016, 120(11): 1233-1239.
- [22] 王敏,张开金,姜丽,等. 恶性肿瘤住院患者直接经济负担影响因素及医疗保障制度研究[J]. 中国全科医学, 2010, 13(36): 4115-4118.
- [23] 杨谨成,贾贝,费小非,等. 我国各地医保目录中抗肿瘤药物类基本药物的收载情况分析[J]. 中国药房, 2015, 26(30): 4181-4184.
- [24] 冷家骅,刘忆,陈治水,等. 北京市医药分开综合改革对肿瘤专科医院的影响——基于北京某肿瘤医院医保数据的实证分析[J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10(12): 15-21.
- [25] 蒲兵,孙波,谢法东. 肿瘤患者化疗用药合理性调查及药学监护[J]. 中国药房, 2016, 27(5): 706-708.
- [26] 郑先平,刘雅,傅强辉. 社会医疗保险异地结算问题及对策探讨[J]. 中国卫生经济, 2015, 34(2): 25-27.
- [27] 陈婷,白雪,方鹏翥. 基本医疗保险异地就医政策设计探讨: 基于全国21省份政策的比较[J]. 中国卫生经济, 2017, 36(12): 25-27.

[收稿日期:2019-07-26 修回日期:2020-01-12]

(编辑 刘博)