

我国基本医疗保险异地就医结算政策的演变及趋势

——基于政策文件的分析

谢莉琴* 胡红濮

中国医学科学院医学信息研究所 北京 100020

【摘要】以异地就医结算政策文件为依据,采用内容分析法,提炼我国政府部门应对异地就医问题所印发的政策文件的基本要素,以分析异地就医结算政策的发展历程、基本特征及发展趋势。异地就医结算政策的演变可划分为三个阶段:政策探索期、政策发展期、政策推广期。政策总体呈现渐进式发展,具体表现在:政策对象扩大与聚焦并存、政策工具从多元探索到一元为主、具体措施从模糊到精准,政策范式符合第二序列变迁特征,政策议题地位从边缘向核心转变。在今后相当长的一段时间内,异地就医将作为一项重要政策议题,沿着既有政策范式渐进变化。

【关键词】基本医疗保险;异地就医;政策文件

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2021.06.007

Evolution and trend of the cross-pooling healthcare policy of basic medical insurance in China: Based on content analysis of policy document

XIE Li-qin, HU Hong-pu

Institute of Medical Information, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

【Abstract】 Using the content analysis method, the paper abstracted the basic elements of the policy documents issued by Chinese government to deal with the problem of the cross-pooling healthcare, so as to analyze the development process, basic characteristics and development trend of the policy. The evolution of the policy can be divided into three stages: policy exploration period, policy development period and policy promotion period. The policy presented a gradual development, which was manifested in: the coexistence of expansion and focus of policy objects, the change of policy tools from multiple exploration to unitary, the change of specific measures from fuzzy to precise, the policy paradigm in line with the characteristics of the second sequence of changes, and the change of policy topics from periphery to core. For a long time in the future, the cross-pooling healthcare will be an important policy topic, which will gradually change along the existing policy paradigm.

【Key words】 Basic medical insurance; Cross-pooling healthcare; Policy document

异地就医是指参保人在参保统筹地区外医疗机构就诊的行为。长期以来,异地就医患者费用报销困难、经办机构监管缺位等问题引发了社会的广泛关注。实施异地就医结算政策是一项重要的民生工程。近年来,政府部门将解决异地就医费用报销难的问题作为主要政策目标,将推广异地就医直接结算作为主要的政策工具,并取得了一定成效。本文以基本医疗保险异地就医政策文件为依据,采用内

容分析法,系统梳理异地就医结算政策的具体内容,从而提炼出政策的发展历程、基本特征及发展趋势。

1 资料与方法

政策文件是公共政策的主要载体之一,是对政策体系以及政策制定、实施过程的客观文字记录,政策文件中的话语体系能够反映出决策者对政策问题

* 作者简介:谢莉琴(1986年—),女,博士,副研究员,主要研究方向为医疗保障、卫生信息管理。E-mail: xie.liqin@imicams.ac.cn
通讯作者:胡红濮。E-mail: huhongpu416@126.com

的理解及其价值取向,从而可以在很大程度上反映政策变迁。^[1-2]

本文以我国政府部门应对异地就医问题所印发的政策文件为依据,通过内容分析法对政策文件的主题信息进行梳理,分析出政策文件中相关主题的本质性事实及其发展走向,以分析异地就医结算政策发展历程、基本特征及发展趋势。基本步骤如下:(1)构建内容分析框架。考虑到具体文件特点及可操作性,选取政策对象、政策问题、政策目标及政策工具四个政策要素制定分析框架。(2)选择分析样本。以“异地就医”“异地结算”“跨省就医”“直接结算”等术语为主题词,通过检索政府网站和权威数据库以及调研访谈方式收集自1998年职工医保建立至2020年12月,中共中央、国务院、国家级医保管理部门及其下设司局印发的、涉及相关内容的正式文件,共获得103个涉及异地就医内容的国家级正式文件。根据政策文件中具体措施规定的详细程度,将相关政策分为两类:仅规定了总体

方向和目标的纲领性政策58个,明确了具体行动方向和步骤的计划性政策45个。(3)代入分析框架。成立两名研究人员组成研究小组,每个成员分别按照分析框架,对每一份政策文本进行分析,独立找出该文件的四维度要素。(4)一致性评价。两名研究人员各自完成所有政策文本的分析后,判断结论的一致性程度。若一致性程度较低,则在对结果进行充分讨论的基础上,重新进行样本分析,直至一致性检验程度较高。(5)做出判断或得出结论。以最后一轮分析结果为基础,对政策要素进行最终的分析与修正。

2 异地就医结算政策发展历程

本文以重要政策文件出台为节点,并结合政策完善程度,将异地就医结算政策划分为三个阶段:政策探索期(2009年以前)、政策发展期(2009—2015年)、政策推广期(2016年以后)。各阶段异地就医结算政策要素如下(表1)。

表1 各阶段异地就医结算政策要素

阶段	政策对象	政策问题	政策目标	政策工具
探索期 (2009年以前)	异地安置、转诊职工、稳定就业的农民工	费用结算	政策对象费用可以报销且方便报销	垫付报销、委托经办、直接结算、转移接续等
发展期 (2009—2015年)	省内异地安置、转诊人员、各类流动就业人员	费用结算	政策对象住院费用结算便捷化	直接结算、转移接续
推广期 (2016年以后)	跨省异地常驻人群、异地转诊人群	费用结算与监管	结算便捷、待遇适宜、监管有力	以直接结算为主

2.1 政策探索期(2009年以前)

2009年以前是基本医疗保险制度建立和完善的阶段,医保部门工作重心在扩大基本医疗保险覆盖面、提高筹资水平和保障水平,因而对涉及少部分人群的异地就医问题重视程度相对较低。因此,这一阶段,涉及异地就医内容的中央级政策文件数量较少,而且主要为纲领性文件,解决异地就医问题的具体措施主要由地方政府进行探索和实践。因此,将这一阶段称为“政策探索期”。

对该阶段政策文件进行分析发现,最初的政策对象是参加职工医保的异地安置和转诊人员。随着国家对农民工问题的重视,异地就医结算政策也将稳定就业的农民工纳入政策体系。政策问题是政策对象医疗费用结算困难问题,是直接被社会公众察觉并引起关注的问题。围绕政策对象的异地医疗费

用结算困难问题,相应的政策目标是采取行动使政策对象异地医疗费用结算更加便捷化。政策工具呈现出实验性、多元化的特点,政策工具的具体措施还比较模糊,在中央纲领性政策文件的引导下,地方政府结合实际情况制定了多项具体措施解决辖区内的异地就医问题,主要包括垫付报销、直接结算、转移接续等。

2.2 政策发展期(2009—2015年)

2009年,我国基本医疗保险制度基本实现了人口全覆盖,在筹资水平、保障水平、管理经办服务水平等方面都有了较大提升。在制度日趋健全的背景下,涉及少数人的异地就医问题逐渐显现出来,成为公众、媒体、研究人员、政府部门共同关注的社会问题,相关内容第一次写入了由中共中央、国务院印发的政策文件中。在最高级别纲领性政策文件的引导

下,其他纲领性文件以及计划性文件的数量都明显增长,政策具体措施逐渐清晰和完善,各地也积极探索形成了多种政策执行模式。因此,将这一阶段称为“政策发展期”。

相比于政策探索期,这一阶段的政策问题和政策目标变化不大,依然是围绕政策对象的异地医疗费用结算困难问题,相应的政策目标是采取行动使政策对象异地医疗费用结算更加便捷化。政策对象和政策工具发生了一定变化。首先是政策对象扩大。随着居民医保制度的建立和完善,少部分城乡居民的异地就医问题也引起了关注,政策对象中增加了参加居民医保的异地转诊人员。同时,提出将城乡各类流动就业人员纳入现有基本医疗保险体系,不再局限于稳定就业的农民工。此外,政策对象主要集中于省内异地就医人员。其次,政策工具更加聚焦,以直接结算和转移接续为主,具体措施也相对明确。随着信息化建设的推进,垫付报销、委托经办、邮寄报销等政策工具逐渐退出。

2.3 政策推广期(2016 年以后)

随着异地就医结算政策工具的不断完善和细化,省内异地就医人员通过直接结算措施实现了费用结算便捷化,异地工作的职工、少部分稳定就业流动人员通过转移接续措施实现了属地参保,从而解决了异地就医问题。然而,大多数流动就业人员及随迁家属、异地安置退休职工、跨省就医人群仍然面临着医疗费用报销难的问题,呼吁全国联网的声音较高。在这个背景下,各级医保管理部门开始着手解决日益增多的跨省就医问题。2016 年,《中央政府工作报告》要求加快推进基本医保全国联网和异地就医结算,随后涉及异地就医相关内容的文件数量迅速增加。因此,将这一阶段称为“政策推广期”。

分析发现,政策对象更加聚焦,以跨省异地安置人员为主,其次是符合转诊规定的人群,相应的政策目标依然是实现这部分人群跨省住院费用结算便捷化以及解决监管问题。主要的政策工具进一步缩小到以直接结算为主,即通过直接结算实现费用结算便捷化,保障参保人的医疗保险待遇权。政策工具的具体措施也更加具体、规范。现阶段正处于政策推广期,因此,本文将现阶段异地就医结算政策要素总结如下(图 1)。

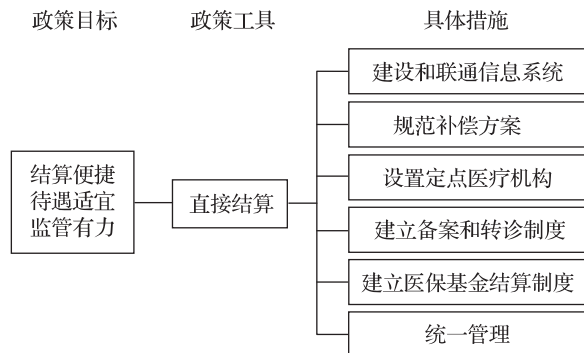


图 1 现阶段异地就医结算政策框架

2.3.1 政策对象分类

本文根据异地就医需求和引发异地就医的主要因素,将异地就医需求人群即政策对象分为两大类,即异地长驻人群和异地转诊人群。

异地常驻人群主要是由于人口流动(异地工作、居住、随迁等)导致的异地就医人群。这类人群大多数参加的是户籍地基本医疗保险,长期处于参保地和常驻地分离的状态,罹患疾病时一般在工作地或居住地就近就医,从而成为异地就医人群,因此,称为“异地常驻人群”。根据异地常驻人群的职业特点,也可以将其进一步分为三类:一是稳定就业人员,一般在流入地正规部门就业并与用人单位建立稳定的劳动关系,例如常驻异地职工、稳定就业流动人口等;二是灵活就业人员,以流动就业人员为主;三是未就业或退休人口,主要是流动就业人员的随迁家属、异地安置退休职工等。

异地转诊人群是指疾病已经发生,短期内到参保统筹地区外大型医院或专科医院就诊,因此,称其为“异地转诊人群”。根据异地就医需求产生的原因,可以将异地转诊人群进一步分为三类:一是受统筹地区内医疗水平限制,必须转诊到医疗水平更高的统筹地区外医疗机构的人群,这类人群需求的产生具有客观性;二是主动寻求更优质或更便捷的统筹地区外医疗资源的人群;三是因出差、旅游、探亲等原因在统筹地区外医疗机构发生急诊的人群。

2.3.2 政策问题分解

(1) 医疗保险权益受损

异地就医产生的医疗费用往往不能直接结算,需要先行垫付,再持相关票据返回参保地向经办机构申请报销。申请审核程序往往比较复杂,报销周期较长,或因报销材料不全等问题甚至需要参保人多次往返两地、反复协调,既不方便也增加了参保人

的经济负担。对于长期工作和居住在异地的流动人口、异地安置退休职工来说,返回参保地报销医疗费用增加了食宿费用、交通费用和时间成本等间接成本,在获取保障待遇上更加困难。此外,异地就医产生的医疗费用补偿比例相对较低,一般情况下仅报销住院费用。综上所述,异地就医参保人医疗保险待遇权往往未得到充分保障,大量人群处于“有医保、难保障”(医疗费用结算便捷性差)或者“有医保、低保障”(保障水平不足)的境遇。

(2) 医疗行为监管缺位

长期以来,对异地就医行为的监管,一直是异地就医管理经办的薄弱环节。在医疗保险领域,监管措施不到位,会诱发大量道德风险。参保地经办机构缺乏有效手段确认异地就医行为的真实性和合理性,因此,诱发了骗保套保、过度医疗等道德风险。^[3]

首先,经办机构对医疗服务需方行为监管成本高。由于未建立异地就医协作机制,患者持纸质凭证申请报销,经办机构往往只能通过电话甚至赴外地医疗机构现场审核,需要医疗机构的配合。这样的监管方式需要消耗大量的人力、物力和时间成本。此外,由于不熟悉就医地的诊疗规则,可能产生较大的争议处理成本。因此,在实际工作中,一般仅针对大额或高度可疑凭证进行审核。很多地区都发现了利用虚假发票骗取医保基金的欺诈案件。2017年《全国医保基金审计报告》显示,参保人通过伪造异地就医发票等方式骗取医保基金1 007.11万元。

其次,经办机构对医疗服务供方行为监管缺位。外地患者往往是现金支付的重要来源,不受就医地医保总额控制等医保支付方式的限制,经办机构缺少有效措施监管外地医疗机构诊疗行为的合理性,医疗机构存在诱导需求、过度医疗等行为,最终导致参保人实际补偿比例过低,自付费用过高,损害了参保人的权益。^[4]

2.3.3 政策目标及实现路径

异地就医结算政策的目的是提高医疗保险结算便捷性,减少参保人的经济负担,强化对异地医疗行为中供需双方的监管,从而为异地就医参保人群提供一个结算便捷、待遇适宜、监管有力的就医环境,最终实现医疗保障制度对异地就医参保人的实际覆盖,维护异地就医基本医疗保险权益,避免异地就医人群“有医保、难保障”或者“有医保、低保障”,从而增强和保证医疗保障制度“公平性、适应流动性、可持续性”(图2)。

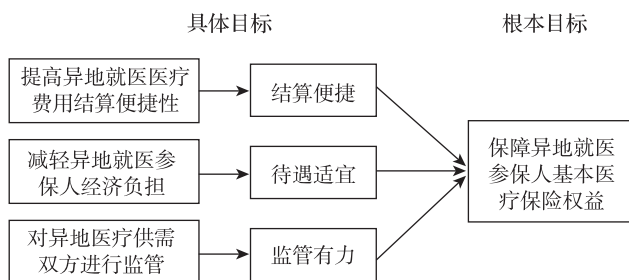


图2 异地就医结算政策目标

政策目标的实现遵循渐进执行路径。总体来说,异地就医直接结算分五步实施:第一步,实现省内异地就医医疗费用的直接结算;第二步,在2016年全面实现各级医保信息系统的联通;第三步,2017年起,在系统联通基础上,开展跨省就医结报试点和推广,将跨省安置退休职工和转诊人员纳入住院费用直接结算范围;第四步,从2018年起逐步将异地长期居住人员、常驻异地工作人员、农民工、“双创”人员等纳入住院费用直接结算覆盖范围;第五步,从2019年开始试点跨省门诊费用的直接结算(图3)。

2.3.4 政策工具及具体措施

异地就医结算政策的主要工具是通过技术手段即实施异地就医直接结算,提高异地就医人群结算便捷性。具体措施包括:①建设和联通信息系统。

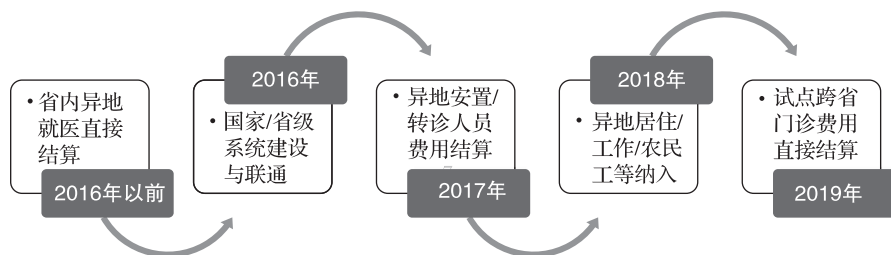


图3 异地就医结算政策目标实现路径

直接结算的实施,需要实现异地就医诊疗信息和医疗费用信息的共享,主要做法是建立自上而下的医保信息系统,实现各层级医保信息系统与医疗机构信息系统的联通。联通的主要目的在于实现医保数据的交换共享以及国家平台与省级平台、各级医疗机构信息系统的系统交互,为制度运行监控、信息决策支持和跨省就医管理提供数据支撑。②规范补偿方案。省内异地就医补偿方案由各统筹地区制定。跨省就医补偿方案通常执行“就医地目录、参保地标准”,即支付范围(指基本医保三大目录)一般按照就医地的相关规定,起付线、封顶线和补偿比等支付标准一般按照参保地的相关规定。③设置定点医疗机构。定点医疗机构遴选条件包括服务能力、服务对象(异地患者较多)、与医保信息系统联通情况等。此外,还要综合考虑医疗机构级别和类别,既要针对转诊患者的三级医疗机构,也要有方便流动人口就医的二级及以下医疗机构,综合与专科医疗机构比例也要适当。④建立备案和转诊制度。直接结算措施应当与分级诊疗制度相衔接,建立合理的备案和转诊制度,以引导参保患者合理就医。一般情况下,参保人在发生异地就医行为前,需要通过规定的渠道向参保地经办机构备案,后者依照有关规定为参保人办理异地就医备案或转诊手续。⑤建立医保基金结算制度。医保基金主要采用先预付后清算的方式,即参保省份向就医省份预付 2 个月的医保基金。⑥统一管理。跨省就医一般实行属地化管理,即由就医地经办机构为异地就医参保人提供相关服务和管理,内容主要包括遴选定点医疗机构、监管医疗机构和患者行为、核查医疗费用、上传诊疗信息等。

3 异地就医结算政策发展的基本特征

渐进决策理论认为,决策者无法做到全面理性决策,往往不是重新开始思考某一个工作或项目,而是对当前工作进行渐进的、边际的调整或修正,在社会稳定的前提下,逐渐实现决策目标。^[5-6]该理论核心思想可概括为:按部就班、积小成大、稳中求变。^[7]我国政府部门在决策时一般采用的也是渐进决策模式,即在原有政策的基础上做适当的增补、调整或修改,以适应新的社会状况,避免产生较大社会震荡,比较典型的应用就是“试点—推广”模式。^[8]基于异地就医结算政策文件的分析发现,该政策沿着既定的政策目标,在实践中不断调整政策工具及具体措

施。渐进决策理论可以很好的解释异地就医结算政策的整体演变。解决异地就医人群的医疗费用报销问题,可以说是政府部门的既定目标,随着制度的完善和技术水平的提高,异地就医结算政策体系渐进发展、逐步完善,每一次的改变都是基于前期的政策执行情况做出适当的增补和调整,在渐变过程中逐步接近政策目标。

3.1 政策对象:扩大与聚焦并存

政策对象的扩大表现在三方面。首先,是从职工医保参保人逐步扩大到城乡居民医保参保人。其次,从稳定就业的农民工扩大到各类流动就业人员。再次,从省内异地就医人群逐步扩大到跨省就医人群。

近年来,异地就医便捷性与就医秩序、医疗资源配置之间的关系引起了研究者和决策者的关注,直接结算政策对象进行了相应的调整,限定为“符合转诊规定”的参保人,一般情况下仅补偿异地住院费用。同时,提出建立健全异地转诊措施,推动异地就医直接结算与促进医疗资源下沉、推动医联体建设、建立分级诊疗制度衔接。另一方面,由于地方利益难以协调,特别是部分异地就医患者流入省份的利益受损,异地安置退休人员的范围限定为“长期异地居住且取得了居住地户籍”,使得政策对象的范围缩小。

3.2 政策工具:从多元探索到一元为主

2009 年以前,政策工具呈现出实验性、多元化的特点,主要工具包括垫付报销、委托经办、邮寄报销、直接结算、转移接续等。随着实践经验的积累和信息化水平的提高,垫付报销等工具逐渐退出,政策工具集中在直接结算和转移接续。但是,2016 年以前,大多数流动就业人员及随迁家属、异地安置退休职工、跨省就医人群仍然面临着医疗费用报销难的问题,直接结算成为 2016 年以来的最主要的政策工具,政策着力点发生了改变。

3.3 具体措施:从模糊到精准

政策工具的具体措施主要有完善异地就医补偿方案、推进医保信息化建设、建立异地就医协作机制、加强异地就医监管、完善医保基金管理制度、建立备案和转诊制度等。这些政策配套措施也经历了从无到有、逐步健全的过程。例如,异地就医补偿方案由执行参保地政策和标准逐步调整为执行就医地目录、参保地补偿标准;医保信息化经过多年发展,

逐步形成了“国家/省两级平台、国家/省/市/县多级业务网络并存”的形式。异地就医监管、备案和转诊等在早期文件中较少提及,近年来,作为必要的配套措施写进了政策文件。

3.4 政策演变的路径:第二序列变迁

根据 Hall 的政策变迁序列理论,政策范式是由各种理念和标准组成的框架,指明了决策者所要解决问题的性质、总体性目标以及实现这些目标所采用的手段或政策工具及其精确设置。^[9]根据这些要素的变化,可以将政策演变分为三种类型。第一序列变化过程指政策总体目标和政策工具基本不变,根据政策实施情况、外部环境变化等对具体措施做出适度调整;第二序列变化过程指总体目标不变,根据以前的经验调整政策工具及其具体设置;第三序列变化过程指政策目标、政策工具、具体措施同时发生变化。第一序列变化一般为常规决策,第二序列变化意味着政策的渐进变迁,第三序列变化则意味着发生了政策范式的转移。^[10]通过对异地就医结算政策范式要素分析发现,多年来异地就医结算政策总体目标并未发生实质性的变动,始终围绕政策对象异地医疗费用结算便捷化,仅在政策对象范围上更加聚焦;政策工具发生了“从多元探索到一元为主”的变化,政策着力点发生了变化,以推进异地就医直接结算为主要着力点;具体措施根据实践经验发生了“从模糊到精准”的调整变化。异地就医结算政策体系发生了第二序列的变化,并未发生重大变化,即并未发生范式转移。

3.5 政策议题的地位:从边缘到核心

2009 年以前,医保工作的重点在于制度的扩面以及筹资和支付水平的提高,“异地就医”仅为基本医疗保险体系建设中的一个“边缘”议题,涉及异地就医内容的中央级政策文件主要为纲领性文件,且数量较少。2016 年以后,加快推进跨省就医直接结算连续 6 年被写入中央政府工作报告,成为政府部门的重点工作之一。在中央政府强大的行政力量的推动下,跨省就医直接结算全面开展,“异地就医”从基本医疗保险体系建设中的一个边缘议题转变为核心理论之一,各种文件、特别是明确目标和行动步骤的计划性文件数量激增,具有更高的政策效力,在很

大程度上反映了国家对异地就医问题的重视程度。

4 异地就医结算政策的发展趋势

在今后相当长的一段时间内,“异地就医”将作为一项重要政策议题,沿着既有政策范式渐进变化,以跨省异地安置人员以及符合转诊规定的短期需求人群为主要政策对象,将解决异地就医费用结算的便捷性问题作为主要的政策目标,将推广直接结算作为主要的政策工具和着力点。中央及地方政府将继续投入大量资源实施这一策略。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 黄萃. 政策文献量化研究[M]. 北京: 科学出版社, 2016.
- [2] 姚德超, 刘筱红. 农民市民化政策范式变迁与发展趋势——基于政策文本的分析[J]. 中国农业大学学报(社会科学版), 2016, 33(6): 30-36.
- [3] 辛琳. 信息不对称理论研究[J]. 嘉兴学院学报, 2001(3): 38-42.
- [4] 李珍, 赵青. 德国社会医疗保险治理体制机制的经验与启示[J]. 德国研究, 2015, 30(2): 86-99, 143.
- [5] Lindblom C, Charles E. The Science of ‘Muddling Through’ [J]. Public Administration Review, 1959(2): 79-88.
- [6] 胡仙丹. 渐进决策理论: 借鉴、反思及审视[J]. 中国集体经济, 2011(9): 96-98.
- [7] 丁煌. 林德布洛姆的渐进决策理论[J]. 国际技术经济研究, 1999(3): 20-27.
- [8] 周望. 中国“政策试点”研究[D]. 天津: 南开大学, 2012.
- [9] Hall P A. Policy paradigm, social learning, and the state: the case of economic policymaking in Britain[J]. Comparative Politics, 1993(3): 275-297.
- [10] 曹琦, 崔兆涵. 我国卫生政策范式演变和新趋势: 基于政策文本的分析[J]. 中国行政管理, 2018(9): 86-91.

[收稿日期:2021-04-20 修回日期:2021-06-04]

(编辑 赵晓娟)