

中国异地就医直接结算：政策价值、实践效果 与优化路径*

王琬

[摘要] 异地就医直接结算是服务民生的重大工程，也是我国医疗保障领域协同推进精细管理和深化改革的重要决策。本文构建了基于理念—制度—技术方案的分析框架，以异地就医直接结算为对象，探讨在改革与管理协同推进背景下的医疗保障政策发展逻辑及其实践效果。结论认为，异地就医直接结算的目标是推进医保高质量发展，不仅要着眼于政策本身的调整，提高公共管理服务效能，更需要进一步深化医疗保障制度改革，全面推动医疗服务体系建设，并不断强化信息化、标准化建设和大数据资源的应用开发。

[关键词] 异地就医 直接结算 政策价值 实践效果 优化路径

〔中图分类号〕F840.61 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕1000-7326(2021)06-0089-07

异地就医问题源自我国医疗保险属地化管理与人口流动常态化之间的不适应，社会经济发展、人口结构变动、医疗资源分布失衡等因素进一步加剧了这一问题。随着新医改的推进，全国各级部门和地方政府开始联合探索异地就医改革之路，并逐渐建立起以异地安置人员为重点、省内联网结算为基础的直接结算机制。2014年之后，中央政府开始统一部署、加快推进跨省异地就医直接结算工作，国家异地就医结算平台全面建成，符合规定的省内和跨省异地住院费用实现直接结算，门诊费用跨省异地就医直接结算试点工作逐步展开，并预计将于2021年底在全国范围内基本实现跨省门诊费用直接结算。异地就医直接结算是服务民生的重大工程，也是新时代中国特色医疗保障制度建设的重要内容，其不仅是完善基本医保经办管理、促进公共服务均等化的关键举措，也涉及我国医药卫生体制改革发展中的诸多深层次问题。如何以推进医保高质量发展为目标，协同处理好管理与改革的关系，调整和优化政策设计，真正让人民群众有获得感、幸福感和安全感，这值得深思。建制理念、制度设计以及技术方案是决定社会保障制度建设的重要因素，并遵循科学的理念优于制度设计，合理的设计优于技术方案选择的基本逻辑。^① 基于这一议题，本文构建了基于理念—制度—技术方案的分析框架，在中国社会变革与经济发

一、异地就医直接结算的政策价值

异地就医直接结算是推进医保高质量发展的重要举措，是我国医疗保障制度应对外部变化的主动变

* 本文系国家社会科学基金项目“政府购买服务视角下的大病保险供给机制研究”(17CZZ026)的阶段性成果。

作者简介 王琬，对外经济贸易大学保险学院副教授(北京，100029)。

① 郑功成主笔：《中国社会保障改革与发展战略——理念、目标与行动方案》，北京：人民出版社，2008年，第17页。

革, 涉及医保属地化管理、人口流动常态化、医疗资源配置失衡等关键问题。这一政策不仅是提高医保管理服务效能的重要措施, 亦是倒逼医保制度整合进程的改革手段。

(一) 医保属地化管理

医疗保险属地化管理是异地就医问题产生的根源, 异地就医直接结算正是为了解决参保群众异地就医过程中的看病难、报销难等问题而推出的惠民政策。

我国基本医保制度从建立之初就确立了“属地管理”原则, 以县(市)为单位统筹, 且筹资待遇水平与当地经济发展和医疗消费水平相适应。由于各统筹地区经济发展水平、医疗服务技术、基金运行情况等存在较大差异, 各地基本医保目录不统一, 筹资水平、起付线、封顶线以及报销比例等也不尽相同。根据规定, 当参保人在其所属统筹地区定点医疗机构就医时, 只需向医疗机构支付个人负担的费用, 属于医保基金统筹范围内的部分由当地医保经办机构与定点医疗机构定期结算。而当参保人离开其所属统筹地区到其他地区就医时, 参保人需要先自行垫付所有医疗费用, 再回到参保地报销。这期间, 参保人面临着较大的资金垫付压力, 报销手续繁琐且耗时较长, 异地就医难问题凸显。为了解决这一问题, 新医改启动伊始国家就推出了有关异地就医结算服务改革的相关指导意见, 确定首先从省内异地就医住院费用开始探索, 以异地安置退休人员为重点人群。截至 2020 年底, 我国共有 600 多个医保统筹地区, 异地就医直接结算业务仍以省内跨统筹区异地就医为主。

随着医疗保障制度改革的全面展开和持续深化, 城乡医保整合进程加快, 统筹层次逐步提高, 统筹范围逐渐扩大, 跨地区的异地就医需求逐渐在省际之内得到满足, 跨省异地就医成为异地就医直接结算的主体。2016 年, 《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》颁布, 为推进异地就医结算服务改革, 建立全国统一的异地就医结算平台奠定了基础。2020 年, 《中共中央、国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》再次明确, 要巩固提高统筹层次, 全面做实基本医疗保险地市级统筹, 鼓励有条件的省(自治区、直辖市)推进省级统筹。这一时期, 异地就医直接结算作为一项重要的民生工程被大力推进, 改革的重点也从省内转向省际。

异地就医结算的改革倒逼效应也正在逐渐释放。在制度层面, 直接结算机制打破了统筹地区之间的孤立状态, 医保基金开始跨区域流动, 结算方式的改变将倒逼医保政策逐步统一。在管理层面, 异地就医直接结算信息平台的建成也进一步倒逼医保信息化、标准化进程加速, 进而促进政府公共服务的均等化。目前, 基于异地就医直接结算平台覆盖范围的扩大, 跨区域的医保一体化改革方案已处于酝酿之中。例如, 由中央政府亲自牵头设计的长三角地区基本医疗保险政策一体化方案, 将为深化我国全民医保改革、推进区域经济社会一体化发展提供先行经验。

(二) 人口流动常态化

医保属地化管理本质上是基于户籍的人口固化管理。但大规模的人口流动与迁移带来了异地就医需求的不断增长, 人口流动常态化趋势必然给传统的医保关系带来挑战。第七次全国人口普查数据显示, 全国人户分离人口共计约 4.93 亿, 其中流动人口约 3.76 亿。^① 为适应社会流动背景下的医保关系, 满足流动人口就医需求, 异地就医直接结算的覆盖对象从我国特殊历史背景下的异地安置人员扩展到了农民工、外来就业创业人员、老年人等重点群体。

在流动人口队伍中, 外出农民工这一群体随着城镇化进程的推进日益庞大。2020 年, 全国农民工总量 28560 万人, 其中外出农民工 16959 万人, 与之类似的还有数量日益增加的外来就业创业人员。^② 这些流动人口离开户籍地前往经济较发达的他乡工作, 他们或与之同行的家属在生病时往往会选择在工作地就近就医。但由于医保实施“属地化管理”, 他们在就医期间产生的医疗费用往往需要返乡才能得到充分报销, 其权益难以得到有效保障。因此, 外出农民工、外来就业创业人员等流动人口在为城市建

① 国家统计局:《第七次全国人口普查公报(第七号)》, 2021 年 5 月 11 日。

② 国家统计局:《中华人民共和国 2020 年国民经济和社会发展统计公报》, 2021 年 2 月 28 日。

设积极奉献的同时，也对异地就医结算的发展提出了新的要求。2017年以来，农民工和“双创”人员的异地就医问题越来越受到关注，随着异地就医直接结算系统的开通，其异地就医质量逐步提升，不仅“看得起病”，而且“敢看病”。

随着人口老龄化加剧和异地养老的日益普及，老年群体也成为了流动人口中的一个特殊群体。我国养老模式以“家庭养老”为主，由子女为老年人提供日常照料和精神生活慰藉。作为赡养人的子女在异地工作，有些老年人退休后会选择前往子女工作所在地与其共同生活。此外，有些老年人因探亲、季节性旅居等原因也会长时间在异地生活。相对年轻人而言，老年人患病率更高，且往往有多种并发症，对医疗服务的需求相对更大。目前，异地养老的老年人户口一般留在原参保地，但在生病时往往选择就近就医，这就意味着该部分老年人在就医过程中所产生的费用还要回到原参保地报销。异地就医直接结算系统开通后，异地居住的老年人可在当地直接解决就医和报销问题，较好地适应了人口老龄化和老龄人口流动的特征。

异地就医直接结算也在一定程度上促进了人口流动。异地就医直接结算作为医保制度适应社会经济发展的政策调节机制，与人口的社会流动具有双向互动性，其不仅是基本医保适应人口流动常态化的回应措施，某种程度上也是促进人口自由流动的重要保障。这是因为，异地就医直接结算的推行有利于保障流动人口异地就医的基本权益，在提升其就医便利性与可及性的同时，减轻了其资金压力与疾病经济负担，进而增强了流动人口的城镇融入感，促进了城乡一体化进程。

（三）医疗资源配置失衡

医保属地化管理是将参保人享有的医保权益限制在统筹区域内，但我国同时还存在着医疗资源在区域之间分布失衡的问题。伴随着生活水平的提高，居民健康期望与标准也不断提升，并转变为对医疗服务需求的升级。在医保属地化管理的背景下，参保人的医疗服务需求在统筹区域内难以满足，自然倾向于到医疗资源更集中、更优质的区域寻求更有效的治疗，从而产生了日益突出的异地转诊需求。

医疗资源配置失衡一直是制约我国医药卫生体制改革的重要瓶颈。异地就医直接结算有助于提高高水平医疗服务的可及性，却可能在一定程度上加剧医疗资源的不均衡发展。近年来，我国医疗资源供给持续增加，但医疗资源分配不均衡的问题却依然严峻。截至2020年6月底，全国卫生医疗机构总数达到101.6万家，但按医院级别划分，东部地区中三级医院数量为1097所，而中部和西部仅分别为602所和705所。^①医疗资源丰富或医疗水平高的区域往往成为患者转诊就医的首选。截至2019年底，全国医疗机构双向转诊患者2463万例次，其中上转患者1739万例次，下转患者724万例次。^②2019年，我国异地就医患者流出比例最高的前5个省为西藏、安徽、内蒙古、河北、甘肃，而患者流入前5位省份为上海、北京、江苏、浙江、广东，即异地就医流出病人基本集中于中西部地区，而流入省份集中在东部地区。^③异地就医人数流入排名靠前的省市都是我国经济发达地区，医疗资源区域间的分配不均扩大了参保人异地就医的需求，参保人异地就医需求的增加又进一步加剧了医疗资源区域间的不均衡，经济不发达地区医疗机构的生存环境有可能进一步恶化。

在居民医疗服务需求不断提升的大背景下，异地转诊人员正在逐步取代异地安置人员成为异地就医的主要人群。2017年的一份报告显示，基本医保异地就医中转诊人员占比为49.1%，这意味着几乎一半的异地就医结算人员是异地转诊人员。^④异地就医直接结算只是管理手段的更新，虽然能在短期内解决参保人医疗费用问题，但也会带来食宿、交通、转诊等大量间接成本。要从根本上保障参保人便捷

① 国家卫生健康委员会：《2020中国卫生健康统计年鉴》，北京：中国协和医科大学出版社，2020年，第11页。

② 《国家医疗保障局关于政协十三届全国委员会第三次会议第4425号（医疗体育类605号）提案答复的函》，医保函〔2020〕109号。

③ 国家卫生健康委员会：《2019年国家医疗服务与质量安全报告》，北京：科学技术文献出版社，2020年，第5-13页。

④ 仇雨临：《对异地就医结算政策的进一步思考》，“中国医疗保险”微信公众号，2017年9月28日。

就医, 还需要优化地域之间、城乡之间医疗资源的配给, 强化分级诊疗, 协同推进医疗服务体系与医疗保险制度改革。

二、异地就医直接结算的实践效果

(一) 异地就医直接结算的总体进展

1. 覆盖对象与范围。异地就医直接结算的覆盖人群不断扩展, 覆盖范围不断扩大, 经历了“从省内到跨省, 从住院到门诊”的发展过程。在政策覆盖对象方面, 由最初的“以异地安置人员为重点”扩展到异地定居退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员和转诊转院人员等四大类异地就医人员, 并将外出农民工和外来就业创业人员全部纳入结算范围, 切实保障了 1 亿多外出务工人员的基本医保权益。在覆盖范围方面, 全面实现跨省住院费用直接结算后, 上海、江苏、浙江、安徽“三省一市”于 2018 年率先开通了跨省异地就医门诊医疗费用直接结算系统, 随后西南 5 省和京津冀地区也相继作为试点地区开通门诊跨省直接结算系统。2021 年 2 月 1 日起, 京津冀、长三角、西南 5 省全部接入国家异地就医结算系统, 联通普通门诊费用跨省直接结算服务, 并新增了山西等 15 个省份为试点省份, 进一步扩大了异地就医门诊费用直接结算的试点范围。

2. 定点医疗机构。为了加强就医管理, 方便患者就医, 各省需按照规定开通定点医疗机构并接入国家系统。2018 年底, 全国跨省住院患者超过 500 人次的定点医疗机构全部接入异地就医结算平台, 基本实现了异地就医医疗机构的全覆盖。截至 2020 年底, 住院费用跨省直接结算定点医疗机构数量已达到 4.44 万家。门诊费用跨省异地就医直接结算试点工作自开展以来, 医疗机构的接入数量也快速增长。截至 2020 年底, 京津冀、长三角和西南 5 省(区、市)等 12 个先行试点省份开通联网定点医疗机构 1.02 万家, 联网定点药店 1.18 万家。^①

3. 异地就医备案平台。建立国家统一的备案平台, 是维护异地就医秩序的重要政策保证。截至 2020 年底, 国家平台备案 771 万人, 累计结算 724.83 万人次。为了推进异地结算信息化、智能化建设, 全国统一线上备案试点地区持续扩大。2019 年底, 国家异地就医备案小程序正式上线, 2020 年底, 自助开通异地就医直接结算服务试点启动。天津、山西等 22 个省的 170 个统筹地区作为试点地区开展全国统一的线上备案服务, 成功办理备案 6.48 万人次, 极大地简化了办理流程, 提高了备案效率。

4. 医保基金支付情况。全国跨省异地就医直接结算系统自上线以来, 医保基金运行稳定。截至 2020 年底, 在住院方面, 通过系统结算的医疗费用支出总计 1759 亿元, 其中医保基金支付 1038.43 亿元, 基金支付比例为 59.04%; 在门诊方面, 京津冀、长三角和西南 5 省区等 12 个先行试点省份普通门诊费用跨省直接结算累计达到 302 万人次, 医疗总费用 7.46 亿元, 医保基金支付 4.29 亿元, 基金支付比例为 57.51%。根据国家医保局公布的月度数据测算, 异地就医次均住院费用约为 2.5 万元, 次均门诊费用约为 250 元。

(二) 异地就医直接结算的政策效果

实现医保高质量发展, 重点在于“增强公平性、适应流动性、保证可持续性”, 保障人民群众基本医疗保险权益, 提升人民群众获得感和幸福感。基于此, 可以从公平性、流动性与可持续性三个维度, 评估异地就医直接结算的社会经济效益。^②

1. 公平性。公平是基本医保的核心价值诉求, 指参保人平等获得和享有医疗资源与服务的能力。异地就医直接结算提高了医疗费用的可负担性和医疗资源的可及性, 但地区之间医疗保障政策差异带来的待遇差距却逐渐显现出来, 成为医疗保障制度改革亟需正视的问题。一是提高了医疗费用的可负担性。异地就医直接结算推行后, 参保人只需结清个人自付费用, 基金支付部分由医院垫付, 有效减轻了其经济负担。截至 2020 年底, 医保基金累计为住院患者支付 1038.43 亿元, 为门诊患者支付 4.29 亿元, 相

^① 数据来源于国家医疗保障局, 下文没有特别注明的数据均类同。

^② 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》,《中国医疗保险》2018 年第 7 期。

当于缓解了患者之前所承担的 1042.72 亿元垫付压力。由于异地就医往往还涉及住院押金、餐费、路费等其他间接支出,对于经济条件较差或医疗费用支出较高的参保人而言,这一政策的减负效应更加明显。二是提高了医疗资源的可及性。由于医疗资源发展不均衡,人民群众的医疗服务需求难以得到满足。异地就医直接结算为参保人跨统筹地区就医提供了经济保障,将其统一纳入就医地管理,并享受与就医地患者相同待遇,在一定程度上提高了优质医疗资源的可及性。尤其是国务院将农民工与双创人员也全部纳入异地就医直接结算对象之后,这一作用得到了更广泛的体现。三是地区之间医疗保障政策差异带来的待遇差距仍然较大。异地就医直接结算虽然能够在更大区域范围保障参保群众的医疗保障与就医权益,却难以解决我国医疗保障待遇差异客观存在的问题。异地就医直接结算政策按照“就医地目录、参保地政策”开展,医保待遇差的根源就在于参保地和就医地之间报销目录的不同。异地就医直接结算有效提升了参保人的就医便利性和医保获得感,但“待遇差”问题的出现却让这种获得感打了折扣。^①这需要医保政策坚持公平价值取向,不断从顶层设计上完善优化,逐步削弱制度设计缺陷产生的负面影响,最大化政策的社会效益。

2. 流动性。人口流动常态化是城市化进程的必然结果,异地就医直接结算适应了流动性发展的客观需要,但异地转诊的负面效应却日益严重。中国人口流动与迁移的影响因素十分复杂,它既受到社会主义市场经济体制改革这一特殊历史事件的影响,也叠加了工业化、城镇化、老龄化等多重因素,从而形成了异地退休安置人员、农民工、双创人员、异地转诊患者等特殊群体。异地就医直接结算在一定程度上满足了这些群体的异地就医需求,适应了社会流动性发展的需要。在老龄化背景下,老年人口的异地就医需求逐年增加。与年轻人相比,老年人的健康状况普遍较差,住院的概率更大,患慢性病的比例也更高,其就医往往呈现频次高、单次花费少的特点。异地就医直接结算开通后,异地居住的老年人可在当地解决就医和报销问题,很好地适应了人口老龄化和老龄人口流动的特征。同时,随着农村人口大量涌向城市,农民工和“双创”人员的异地就诊问题也越来越受到关注。这两类人群的就医需求主要集中于基层医疗机构和门诊,基层医疗机构占比率和门诊覆盖率两项指标的高低反映了农民工和双创人员的异地就医质量。截至 2020 年 10 月 30 日,全国住院费用跨省直接结算定点医疗机构中二级机构覆盖率已达到 92.2%,门诊跨省异地就医直接结算试点工作也处于快速推进之中,农民工和双创人员的异地就医质量正在逐步提升。然而,异地就医直接结算在适应社会流动性的同时,也需要高度关注由医疗资源差异带来的异地转诊患者及其就医行为对医疗服务体系长远发展的影响。转诊人员的跨地区就医需求主要源自区域之间医疗资源的分布不均,呈现出向大城市、大医院靠拢的特征。根据对长三角地区门诊跨省直接结算的调查,截至 2019 年 4 月,转入上海的就医人数是转出人数的 10 倍,转入就医的结算费用是转出费用的 20 倍。^②可见,异地就医直接结算提升了就医便利性,但长期来看却可能对区域之间医疗资源的均衡发展产生不利影响。

3. 可持续性。异地就医直接结算的可持续性不仅涉及医保基金的稳定运行,也关系到医疗服务体系与技术支持体系的支撑能力。在医保基金方面,近年来异地就医直接结算给医保基金带来的压力呈增加趋势。一是结算人次持续增加,2019 年结算人次为 272 万人,是 2018 年的 2 倍,2017 年的 12 倍多;二是次均住院费用持续攀升,职工异地就医次均住院费用由 2018 年的 17670 元上涨至 2019 年的 18328 元,居民次均住院费用由 2018 年的 14016 元上涨至 2019 年的 14887 元,一些地区异地就医患者的次均费用支出明显超过本地患者,且差距还在进一步拉大;三是住院费用占当年参保地医疗费用总支出的比重上升,居民异地就医住院费用占比由 2018 年的 21.2% 上涨至 2019 年的 24.1%,职工住院费用占比也由 15.4% 上涨至 16.7%;四是整体医疗费用提升,特别是相对落后地区就医人员的流出给当地医

^① 梦瑶:《当异地就医直接结算遇到“待遇差”问题,怎么办?》,“中国医疗保险”微信公众号,2020 年 1 月 20 日。

^② 廖祖达、滕晓梅、朱丽莉等:《上海市在长三角门诊跨省异地就医直接结算中的转出与转入情况分析》,《现代医院》2020 年第 3 期。

保基金带来较大考验。对此,亟需加强对医保基金支付的管理与监控,并将异地就医产生的医疗费用统一纳入医保基金预算,以保证基金运作的可持续性。在医疗服务体系方面,异地就医直接结算给现有分级诊疗体系带来了一定挑战。这是因为,异地就医直接结算导致的趋高就医现象不仅加剧了医疗费用上升,还带来了大医院医疗负担过重而基层医疗机构资源闲置的双重后果,造成了医疗资源配置的结构性失衡。对京津冀地区的一项调查显示,截至2018年底,北京和河北作为就医地的跨省直接结算住院医疗费用分别为107254.25万元和1572.16万元,相差68倍。^①但从对医疗机构的追踪研究来看,跨省异地就医直接结算目前尚未激励患者大规模选择跨省就医,恶化分级诊疗格局。以北京大学肿瘤医院为例,异地就医直接结算政策实施后,医院收治的外地患者占比没有出现大的波动,选择跨省就医的更多为疑难重症患者。^②因此,异地就医直接结算的推行需要与分级诊疗互相配合,推进有序转诊,以保证医疗资源的可持续发展。在技术支持体系方面,异地就医直接结算提高了基本医保管理服务效能。一是通过信息管理、自动结算、智能审核等方式,切实提高了工作效率和准确度;二是依托金保工程实现了全国联网和实时共享信息,很大程度上遏制了由道德风险引发的骗保行为;三是建立了全国异地就医结算系统和备案系统,为参保人异地就医提供了更加便捷的服务。然而,由于制度分割的历史原因,目前仍有一部分地区的基本医疗保险国家平台与新农合国家平台处于分裂状态,国家平台也尚未直接参与资金结算。将异地就医结算引向深化,仍需要深入推进医保制度整合,并进一步提升信息化支持与管理水平。

三、医保异地就医直接结算的优化路径

异地就医直接结算政策有效提升了参保群众的获得感,但随着社会经济的发展、人口结构的变动以及医改进程的深化,其背后所隐藏的医保待遇差异过大、基金风险持续增加、医疗资源发展不均衡等问题也逐渐显现,亟需突破发展瓶颈,从根源上解决问题。异地就医直接结算是衔接医保管理与改革的着力点,推进医保高质量发展,不仅要着眼于这一政策自身的调整,加强精细化管理,更需要以高质量发展为目标导向,进一步深化医疗保障制度改革,协同推进医疗服务体系和信息平台建设。^③

(一) 制度体系:持续深化医疗保障制度改革

异地就医直接结算是我国医疗保障制度改革不断深化的产物,其发展具有阶段性特征。随着我国医疗保障改革进入攻坚期,更应以制度建设为主线深化改革,从国家层面考虑进行顶层设计和制度优化。一是积极推进基本医疗保险省级统筹。推动有条件的地区稳步推进基本医疗保险的省级统筹,逐步建立一体化的基本医疗保险体系,在省内保证基本医疗卫生服务的公平性、可及性、适宜性,以一套标准推动基本医疗保险体系与经办管理的标准化,通过提高基金统筹层次逐渐解决省域之内的异地就医结算问题。二是推进基本医保参保模式转变。大规模的人口流动和人户分离现象表明,现行医保制度依据户籍参保并在当地享受医保待遇的规定不能适应参保人的需要,这种状况必须改变,即将现行以户籍为依据的参保政策调整为覆盖全部常住人口的参保模式。三是统一基本医保待遇水平。从国家层面建立统一的医保目录是解决异地就医结算“待遇差”问题的根本途径,可以以建立基本医保待遇清单为契机,统一基本医保三大目录并完善其动态调整机制。

(二) 运行机制:不断提高服务水平与监管能力

服务能力和监管能力是体现异地就医直接结算公共服务效能的两个重要维度。一方面,要积极打造便民高效的异地就医结算服务。不断改善和优化医保经办机构与定点医疗机构的协同机制和执行路径,加大“科技+异地就医直接结算服务”力度,力争实现信息供给端“多跑路”和参保者“少跑路”。另

^① 刘云华、贺伟、范样改:《跨省就医直接结算行稳致远的思考——基于北京市的实践》,《中国医疗保险》2018年第7期。

^② 冷家骅:《异地就医直接结算阶段性落地与制度性思考》,《中国社会保障》2018年第5期。

^③ 郑功成:《面向2035年的中国特色社会保障体系建设——基于目标导向的理论思考与政策建议》,《社会保障评论》2021年第1期。

一方面,要加强对异地就医直接结算服务的综合监管,构建集经办机构智能监管、定点医疗机构行业监管、异地就医参保者自律监管以及社交媒体监督为一体的综合监管体系。其中,就医地监管是重点,应将异地就医人员纳入就医地统一管理,为其提供与就医地参保人相同标准的服务和管理,严厉打击医保欺诈行为。

(三) 服务体系:积极推进医疗服务体系改革

与异地就医同步配套的则应是优化医疗资源配置,强化分级诊疗制度。为了使患者的就医需求得以就近满足,减少异地就医现象,需要继续强化分级诊疗制度,引导医疗资源下沉,增强基层医疗机构服务能力,使得居民在最小距离内、最大便利条件下享受到最优的医疗资源,这才是真正的便捷化就医。更重要的是,如果更多的居民选择就近就医,根据自己的就医需求选择适合自己的就医机构,那么大医院的就诊压力将大大降低,即医疗资源配置的优化能够引导患者流量分布的合理化,从而减少无序就医现象,缓解“看病难”问题。可见,异地就医结算更需要优化地域之间、城乡之间医疗资源的配给,引导居民有序就医、便利居民就近就医理应成为努力的方向。

(四) 技术支撑:加快医保信息化、标准化建设

医保信息化、标准化是异地就医直接结算的重要技术支撑。在信息化建设方面,需要从国家层面建立统一的异地就医管理平台,对异地就医相关的工作实施一揽子管理。目前,部分地区基本医疗国家平台与新农合国家平台仍处于分裂状态,不仅造成了管理上的不便,而且不利于城乡居民保险的深度整合。与此同时,全面推进国家账户清算模式,将各省资金信息直接在国家经办平台汇总,由国家经办机构统一对各省数据进行归集、拨付、对账和轧差结算,以简化结算程序、节约结算成本。^①信息的标准化则是实现直接结算和有效管理的重要基础,应大力推进疾病编码、药品编码、诊疗编码、结算代码、信息传输等技术标准的统一,并对在此过程中形成的大数据资源进行有效管理和开发利用。其中,统一编码是标准化建设的关键,国家医保局已经发布了包括药品、医用耗材在内的15项医保信息业务编码标准,并开始在全国推行。随着统一医保编码的应用,异地就医全国联网结算的推进速度也将进一步加快。

四、结语与展望

中国医疗保障制度的改革与发展不仅成就斐然,也因其在许多领域的政策创新与试点为社会政策理论研究提供了丰富的素材。从中国医疗保障制度的政策演变逻辑可以看到,正是理念、制度与技术三大要素交互作用,推动其管理效能不断提升,改革进程不断深化。异地就医直接结算是基本医保应对社会经济环境变化的主动变革,其形成与发展也契合了这一政策演变逻辑:以医保高质量发展为价值导向,立足于解决人民群众异地就医现实困难;以信息化平台和大数据应用为技术支撑,推进公共服务精细化管理和服务效能提升。且基本医保随着医保改革的深化和外部因素的变化不断进行政策调整,即“结算对象从异地安置人员扩大到职工与居民,结算区域从省内扩展到省间,结算范围从住院覆盖到门诊”。

然而,如果仅立足于技术与管理层面,异地就医直接结算政策仍难以从根本上解决我国医疗保障制度发展“不平衡、不充分”的问题。异地就医直接结算的最终目标是实现以公平、便捷为价值理念的医保高质量发展,不仅需要进行技术管理层面的参数式政策调整,更需要从深层次推进制度体系构建,例如,基本医保制度的全面整合,医保统筹层次的切实提升,医保参保模式的根本转变以及医保、医疗、医药三大领域的协同发展。异地就医直接结算政策的演变逻辑蕴藏了中国式改革智慧,这一公共服务管理机制的创新不仅是改革的产物,亦已成为“倒逼”改革的驱动因素,这也是其价值所在。

责任编辑:张超

^① 康蕊、朱恒鹏:《跨省异地就医直接结算资金清算方式研究》,《中国医疗保险》2019年第4期。