

# 异地就医与本地就医费用及其结构的差异： 基于医保大数据的研究

陈昕欣 封 进 钱梦岑

**[摘要]** 对异地就医行为的监管,一直是医疗保险管理经办的薄弱环节。本文利用中国西北部某地级市居民医保的住院赔付数据,比较异地就医和本地就医医疗费用的差异,以考察异地就医中是否存在基金使用不合理带来的费用增加。在控制了疾病种类、患者个人特征和医院机构等基本特征后发现,异地就医患者的医疗费用要比本地就医高出 44%;从分项费用来看,药费是造成本地和异地住院费用差异的重要因素;实施单病种付费的疾病、治疗方案差异性越小的疾病,异地和本地医疗费用差距越小。本文的结果说明,异地就医中存在“基金管理缺位”带来的医疗支出增加,可为进一步完善异地就医直接结算政策、推进异地就医支付方式改革提供政策参考。

**[关键词]** 异地就医; 医疗费用; 医保基金

**[中图分类号]** F840.684 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1004-3306(2024)09-0105-12

**DOI:** 10.13497/j.cnki.is.2024.09.008

## 一、引言

为切实缓解患者异地就医“垫资跑腿”等痛点难点问题,我国自 2016 年开始启动了跨省异地就医直接结算制度,覆盖范围不断扩张,经历了“从省内到省外,从住院到门诊”的发展历程。已有研究指出,这一政策缓解了患者的医疗费用负担,促使更多参保居民前往异地高质量医院就医(吕思诺等 2023; 钟玉英等 2020),有助于缩小发达地区与欠发达地区间的健康不平等(高娜娜等 2023)。

我国对异地就医直接结算实行就医地统一管理。但就医地医保部门缺乏对异地就医的监管激励机制,异地患者使用的并不是就医地的医保基金,而开展对异地就医的监管不仅需要增加监管成本,还会影响当地医疗机构的“声誉”。由于异地就医缺乏有效的监督和管理,医疗机构为了自身利益,可能会利用自己掌握的私人信息,对异地就医患者收取高额的医疗费用(Clemens et al. 2014; Ganju et al. 2021)。根据《全国医疗保障事业发展统计公报》2021 年我国居民医保参保人员住院 1.53 亿人次,其中异地住院 1627 万人次,占当年住院总人次的 10.63%,异地住院费用 2845 亿元,占当年住院总费用的 23.3%。这表明异地就诊的次均住院费用要远远高于本地住院。

在此背景下,本研究比较异地就医和本地就医医疗费用的差异,以考察异地就医中是否存在基金管理缺位带来的费用增加。这一研究的难点在于,影响异地就医和本地就医费用差异的因素很多,既有个人层面的个人健康需求偏好、收入水平、疾病严重程度等,也有本地与异地医疗质量的差异,控制这些因素之后再进行比较才能说明基金管理缺位的影响。为此,本文利用中国西北部某地级市居民医保的住院报销数据,分析医疗机构是否会根据住院病人的医保所在地提供不同的医疗服务,收取不同的医疗费用。

与以往的文献相比,本文的边际贡献主要有以下方面。首先,既有研究注意到了异地就医患者的医疗费用要远高于本地就医患者(尚波波等 2021; 王煜昊等 2021),这不仅出现在中国,在美国等发达国

**[基金项目]** 本文得到国家自然科学基金(72334002)资助。

**[作者简介]** 陈昕欣,东北财经大学经济学院讲师,经济学博士,研究方向:健康经济学、社会保障, E-mail: cxxlinda@163.com; 封进,复旦大学经济学院教授,经济学博士,研究方向:健康经济学、社会保障, E-mail: jfeng@fudan.edu.cn; 钱梦岑(通讯作者),复旦大学公共卫生学院副教授,经济学博士,研究方向:健康计量经济学, E-mail: qianmengcen@fudan.edu.cn。

家也存在同样的现象(Basu et al. 2007; Welch et al. 1993),但多采用定性的方法进行比较分析,鲜有采用严谨的经济学定量方式来解释这一现状。本文利用实际发生的患者和医疗机构数据,基于双重代理人的理论,从基金管理缺位的角度切入,分析本地就医与异地就医患者的医疗费用差异。其次,医疗机构是否能够按照“同病同价同效”的原则对在就医地接受治疗的患者进行治疗是降低异地就医参保人医疗负担的重要保障,明确本地就医与异地就医患者费用与结构的差异是医疗保险监管方未来将异地就医费用纳入支付方式改革、加强监管并满足医保精细化管理的必然要求,本文的发现能够为进一步完善异地就医直接结算政策、推进异地就医支付方式改革提供政策参考,具有重要的实践意义。

## 二、文献回顾与理论分析

委托代理是信息经济学的核心问题。在医疗市场中,委托代理关系所引发的信息不均衡尤为突出。不同于常见的股东与高管、中央与地方政府的代理关系,在医疗保险体系中,医生是患者与医保机构的双重代理人(McGuire 2000)。患者作为医疗服务的需求方,缺乏专业的医学知识,对医疗服务的具体细节了解有限。医生作为医疗服务的供给方,了解医疗服务的全部信息。因而在医患关系中,病人是委托人,医生则扮演着代理人的角色。在医疗保险机构与医生的关系中,医保机构委托医生向医疗保险的参保人提供医疗服务,医生掌握医保机构所不了解的医疗服务信息,医保机构是委托人,医生是代理人。

目前大多数研究关注的是医患间的委托代理问题,以探讨是否存在供给方的诱导需求,或者医生的利他主义行为(Crea et al. 2019; Lundin 2000)。Fang et al.(2021)基于中国药品零加成的准自然实验并建立理论模型发现,仅在药品和非药品服务的需求在一定程度上由医生诱导的情况下,药品加成会导致药品花费的提高和非药品服务的减少。这支文献还实证检验了供给方对经济激励的反应(Alexander, 2020; Dafny 2005; Fang et al. 2017; Gruber et al. 1996; Wu 2019; Yip 1998)。

关于医生与医疗保险商之间委托代理行为的文献相对较少。仅有的几篇中,Blomqvist(1991)认为,在健康维护组织(Health Maintenance Organization)中,医生作为HMO的员工,与医保机构的利益一致,削弱了医生作为医疗机构代理人造成的道德风险,在一定程度上提高了效率。Hellerstein(1998)假设医生的效用函数既包括患者的间接效用,也涵盖保险支出。以开处方为例,若医生注重患者的效用,则报销比例的提高会降低医生开具仿制药的可能性。Tang et al.(2020)则发现,相较于医患间,医疗服务供给方与支付方的委托代理问题更为严重。

本文从异地就医与本地就医的费用差异切入,探讨医生与医疗保险商之间的委托代理行为。异地就医与本地就医的费用差异,缘于医生根据患者的身份信息(本地患者或异地患者)选择治疗方式和手段,根源是医生与医疗保险机构之间的委托代理关系。医生是本地医疗机构的代理人,更在意本地医保部门的利益和支出(Crivelli et al. 1998),若患者选择异地就医,由于监管缺口的存在,医生会鲜少关注异地部门的利害关系,医生自身的经济利益占据上风。

需方的疾病严重程度、收入水平和个人的健康投资偏好等因素会影响患者的就医选择,以及本地就医与异地就医费用的差异。疾病严重程度越高的患者,越可能前往质量更高、技术条件更好的异地医院就医(Adams et al. 1991; Basu et al. 2001; Thorsen et al. 2023)。这类患者往往消耗更多的医疗资源,诊疗时间更长,导致异地住院的费用比本地住院高。高收入的患者能够承担高昂的交通成本和食宿成本(Kornelsen et al. 2021),有更多的机会前往异地就医(Sanders et al. 2015; Tai et al. 2004)。Ding et al.(2023)利用中国四百万肾病患者的异地就医数据,发现在中低收入城市中,大多数患者愿意前往本省的高等级医院就医;而高收入城市的患者则有更多途径进行跨省就医。高收入的患者也能够负担更昂贵的医疗费用,也会导致异地住院的医疗费用比本地住院高。风险厌恶程度高的个体,更有可能参加医疗保险且医疗支出更高(Condliffe et al. 2014),对医疗质量的要求也更高。因此,对健康偏好较强的患者,更愿意前往高质量的异地就医,造成异地住院的费用比本地住院高。风险厌恶程度高的个体,更有可能参加医疗保险且医疗支出更高(Condliffe et al. 2014),对医疗质量的要求也更高。因此,对健康偏好较强的患者,更愿意前往高质量的异地就医,造成异地住院的费用比本地住院高。

供方医疗质量差异是形成异地-本地医疗费用差异的关键原因。距离和医疗质量是患者就医选择的两大重要因素。为追求更高的医疗质量和声誉,患者常常会绕过距离最近的医院(詹佳佳等,2022; Avdic et al. 2019; Gutacker et al. 2016),甚至会选择跨统筹地区就医(Balia et al. 2014; Balia et al. ,

2020; Ding et al. 2023)。而提供更高医疗质量的医院要承担更多的成本( Ghandour et al. ,2022) ,定价也相对更高,造成异地住院花费的医疗费用比本地住院高。

异地就医的基金管理缺位是异地就医的医疗费用高于本地就医的重要原因。我国三大基本医疗保险制度在建立之初,就确立了“属地化管理”的基本原则,以县(市)为单位进行统筹,且筹资和待遇标准与当地经济发展水平相适应(王琬,2021)。截至2020年底,我国共有600多个医保统筹地区,各统筹区拥有各自独立的医保信息系统,彼此之间无法联通。当前我国异地就医实行“就医地目录,参保地政策”的结算规则。就医地目录是指,支付范围按照就医地三个目录(基本医疗保险的药品目录、诊疗设施目录以及医疗服务设施目录)执行;参保地政策是指,起付线、报销比例和封顶线等报销政策执行参保地区基本医疗保险的相关政策。在这一规则下,由于无需动用就医地的医保基金,就医地医保局没有动机对异地就医进行监管,而患者参保地医保部门也鞭长莫及,形成了异地就医的监管空白。Feldstein(1973)指出,当对医疗服务的供给方缺乏有效的监督和控制时,医生为实现自身利益最大化,可能会利用自己所掌握的私人信息优势对本地就医患者和异地就医患者收取不同的医疗费用(Feldman et al., 1991; Ganju et al. 2021)。加之近年来取消药品加成、支付方式改革等控费政策大刀阔斧地推进,医疗机构的营业收入和利润有所下滑(何庆红等,2021),出于利润最大化的考虑,医院有动机为异地患者开设大处方、大检查,导致异地就医费用上涨。

随着医保支付方式改革的不断推进,对本地患者实行DRG/DIP等预付制改革,每个病种组都有相对固定的支付标准,医疗机构为确保获得良好的结付率和年度绩效考核,会根据各病种组的超支情况,适当改变诊疗方式或调整病种结构(Cook et al. 2020; Lai et al. 2022; Verzulli et al. 2017)。而对异地就医的患者,仍然采用“按项目付费”的支付方式,医疗机构的控费意识不足,医生会选择与本地医保患者不同的诊疗方式和手段(曹楠等,2022),产生了向异地就医患者的策略性转嫁行为(马超等,2022)。

在临床实践中,某些疾病既可以在门诊作为门诊慢性病或特殊病种进行治疗(如尿毒症、恶性肿瘤化疗等),也可以选择住院治疗。但是由于近年来各地政府对住院医疗进行严格控制,而对门诊的管控相对较轻,医疗机构常常通过“门慢/门特+住院”的综合治疗方式来为本地患者实现合理的治疗。但是由于门诊慢性病或门诊特殊病病种在2022年之前尚未能实现异地就医直接结算<sup>①</sup>,异地就医的患者如果进行门诊治疗,需要全额垫付治疗资金,待治疗完成后再返回参保地进行手工报销。全额垫付的支付模式会给财务条件差的参保人群带来明显的经济压力。异地就医的患者为了减轻个人负担,会更加倾向于选择可直接报销的住院方式进行治疗,避免需要全资垫付的门诊(吕思诺等,2023;尚波波等,2021)。简而言之,本地患者可将部分住院费用转移到“门慢/门特”,而异地就医患者只能选择住院治疗,也造成了异地患者住院的费用高于本地患者。

基于以上分析,本文提出假说:基金管理缺位是异地就医的医疗费用高于本地就医的重要原因。

### 三、数据与计量模型

#### (一) 样本城市

样本所在城市地处中国西北部。表1列示了2019年样本城市的经济发展和医疗状况:地区生产总值超过2000亿元,人均地区生产总值超过50000元,大致处于全国中位数水平;第二产业占比在全国处于领先地位,是一个工业城市;医疗资源在全国处于中等偏上的位置,人均医生数和人均医疗机构床位数均位于第四分位;所有三甲医院均位于中心城区。

样本城市于2020年初完成了城乡居民医疗保险整合,取代了原有的新型农村合作医疗和城镇居民医疗保险。考虑到制度变更以及新冠疫情的影响,本文主要使用2018~2019年新型农村合作医疗的报销数据。在医保支付方式改革方面,样本城市既不属于DRGs付费国家试点的30个城市,也未进入区域点数法总额预算和病种分值付费试点的71个城市。仅仅在2016年下半年,推出了针对100余个病

<sup>①</sup> 国家医保局、财政部于2022年7月印发《关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》(医保发[2022]22号)提出“要将群众需求大的门诊慢特病相关治疗费用逐步纳入跨省直接结算范围”。截至2023年5月,所有统筹地区试点跨省直接结算的门诊慢特病,包括高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊治疗、肾透析、器官移植术后抗排斥治疗。(资料来源: [https://www.gov.cn/yaowen/liebiao/202305/content\\_6874202.htm](https://www.gov.cn/yaowen/liebiao/202305/content_6874202.htm))。

种的单病种付费。

表 1 样本城市的经济社会与医疗资源状况

指标	单位	范围	分位区间	平均值
地区生产总值	亿元	2000~2300	Q3	3213.6
第二产业占比	%	47~68	Q5	39.3
年末户籍人口	万人	300~450	Q3	447.25
人均地区生产总值	元	50000~60000	Q3	62999.5
医院卫生院数量	家	70~95	Q3	113.7
医院卫生院床位数	张	19000~22000	Q4	22078.3
医生数	人	8000~12000	Q3	12476.2
每千人床位数	张	4.9~6.2	Q4	4.96
每千人医生数	人	2.7~3.5	Q4	2.8
农村居民纯收入	元	13000~13500	Q2	16021

注: 根据相应的指标将全国所有城市均分为 5 组, 这里的分位区间表示样本城市的相应指标处于第几分位。数据来自《2020 年中国城市统计年鉴》。

## (二) 数据

本文所使用的数据来源于样本城市 2018 和 2019 年全年的新型农村合作医疗住院赔付数据。数据中主要包括个人信息、疾病诊断和医院信息、费用信息。个人信息包括性别、年龄、参保地等; 诊疗信息包括疾病诊断名称、入院时间和出院时间、入院科室、住院天数等; 医院信息包括医疗机构名称、级别和类型; 费用信息包括总费用、自费用、医保报销费用, 以及各分项费用, 如药品费、耗材费、手术费、检查化验费等。

表 2 本地就医与异地就医的描述性统计

	本地就医		异地就医	
	均值	标准差	均值	标准差
男性	1.424	0.494	1.464	0.499
年龄	47.63	24.797	41.976	23.46
二级医院	0.634	0.482	0.178	0.382
三级医院	0.182	0.386	0.814	0.389
Charlson 共病指数	0.531	0.999	0.792	1.309
过去一年内住院次数	0.922	1.94	1.507	2.53
总费用(元)	5115.001	7441.468	20107.83	29517.458
药品费(元)	1399.24	1847.746	5498.158	9876.246
检查费(元)	839.814	1281.587	1981.552	2725.95
手术费(元)	423.296	1255.678	1803.059	3515.589
治疗费(元)	710.296	1608.264	2471.835	6796.378
护理费(元)	124.468	219.314	406.335	999.62
住院天数	9.128	5.197	10.161	11.931
样本量	791099		38754	

表 2 区分患者的就医目的地, 展示了相应的描述性统计结果。异地转诊就医<sup>①</sup>的参保人中男性占比更大、平均年龄更小、疾病更为严重。本地就医的患者多前往当地二级医院, 而异地就医的患者则更多前往三级医院。从次均医疗费用上来看, 异地就医患者各项医疗花费均显著高于本地就医。无论是本地就医还是异地就医, 药品花费都是医疗花费的重要组成部分, 占医疗总花费的 27% 以上。

## (三) 研究设计

本文旨在分析本地住院与异地住院的费用差异, 采用如下的回归设定:

<sup>①</sup> 根据患者的生活状态, 异地就医人员大致可分为两类: 常驻异地人员和异地转诊人员。近年来, 随着我国居民医疗服务需求的不断增长, 异地转诊人员正逐步取代异地安置人员成为异地就医的主要人群。2017 年, 基本医保异地就医中转诊人员为 49.1%, 意味着近一半的异地就医人员是异地转诊人员, 是本文关注的主要人群。本文将常驻异地人员的就医定义为本地就医, 若医疗机构也会利用自己的信息优势对常驻异地人员收取高额的医疗费用, 则会导致对系数的低估。

$$Expense_{ic} = \alpha + \beta OutofCity_{ic} + IndControl_i + Diag_{ic} + Tier_h + Sev_{ic} + \varepsilon_{ic} \quad (1)$$

其中因变量  $Expense_{ic}$  表示患者  $i$  本次就诊  $c$  的总费用及各分项费用(取对数),  $OutofCity_{ic}$  表示患者的本次就诊是否为异地就医,  $IndControl_i$  代表患者特征,如患者的年龄、性别和参保地等。而  $Diag_{ic}$  表示病种层面的固定效应,是为了控制患者所患疾病的不同带来的费用差异。

本地-异地的费用差异,还可能是由医疗质量的差异导致的,为此,在回归方程中控制了医院等级  $Tier_h$ 。我国医院大致可分为三级十等,划分标准主要包括医院规模、技术水平、医疗设备配备状况、管理水平以及医疗质量等各方面的指标。此外,即使同为三级医院,其医疗质量也会有所差别。本文参考詹佳等(2022)的做法,加入了测度医院声誉的指标,用“是否上榜西北地区综合实力榜单”来度量,数据来自历年度的复旦大学“中国医院排行榜”。

疾病更严重的患者,往往更愿意前往异地就医。因此,控制了患者的疾病严重程度  $Sev_{ic}$ 。借鉴袁洛琪等(2022)的做法,本文计算了经年龄调整的查尔森合并症指数(Charlson Comorbidity Index, CCI),可在一定程度上反映患者的疾病严重程度和死亡风险(Bannay et al. 2016; Charlson et al. 1994)。此外,还加入了过去一年内的住院次数作为患者疾病严重程度的另一代理指标。

我们关注的系数是  $\beta$ ,在控制住个人层面可观测的特征和医疗质量差异后,  $\beta$  即代表由于本地就医和异地就医在监管力度上的不同,所导致的住院费用差异,可归为“基金管理缺位”。标准差聚类在病种层面。在稳健性检验中,进一步分析了患者自选择和医院遗漏变量的问题,并从疾病治疗方案的异质性及监管强度方面进行异质性评估。

#### 四、实证结果

##### (一) 图像初探

首先绘制费用分布图,以直观分析本地就医与异地就医患者的费用分布差异。由于二者之间的差异可能是由于其他医院特征和患者特征导致的,先通过下式先控制住这些可观测的特征,选用回归方程的残差项来绘制本地就医与异地就医的费用分布图像:

$$Expense_{ic} = \alpha + IndControl_i + Diag_{ic} + Tier_h + Sev_{ic} + \varepsilon_{ic} \quad (2)$$

变量的具体含义与式(1)相同。如图1所示,在控制住一系列可观测的患者特征与医院特征后,本

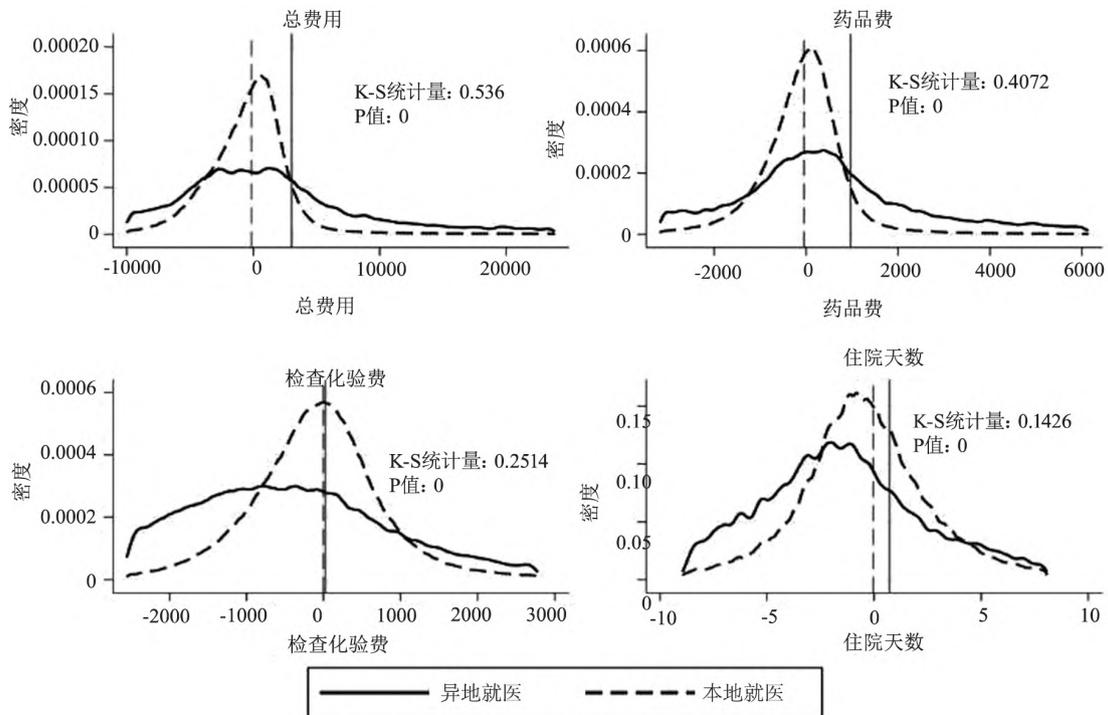


图1 本地就医与异地就医的费用比较

地就医与异地就医的费用分布存在显著差异,其 Kolmogorov-Smirnov 统计量在 1%的水平上显著。相较于本地就医,异地住院的费用分布离散程度更大。从均值来看,异地就医的医疗费用大致比本地就医高 3182.76 元。而从各分项费用来看,前往异地就医患者的药品费用比本地患者高 1010 元,相当于本地住院患者药品费用的 72.2%(1010/1399.24)。尽管两类患者的检查化验费在均值上差别不大,但相较于本地就医患者的正态分布,异地就医患者的检查化验费分布呈现明显的左偏,这启示我们异地患者的检查费用可能比本地患者低。在住院天数上,由于部分极端值的影响,异地就医患者的住院天数均值比本地就医患者多约 0.74 天;但从整体分布来看,异地就医患者中住院时长较短的人占比比本地患者多。这可能是由于异地就医患者需要考虑异地住宿、交通等非直接医疗负担,参保人会主动减少住院天数,而且异地医疗机构病床周转率相对较高。

### (二) 基准回归结果

表 3 列示了回归方程(1)的结果。在不加入任何控制变量时,异地住院的次均费用比本地住院高出 121%;在相继控制住个人特征、疾病信息以及医院层面的特征后,如第(4)列所示,患者异地住院的次均费用仍然比本地住院高 43.9%。这与徐强等(2022)发现的省内异地就医的例均费用比本地就医高 46.7%类似。这意味着,医疗机构的确有很强的动机根据患者的医保所在地不同提供差异化的医疗服务,从而收取不同的医疗费用。这一结果具有鲜明的政策含义。随着异地就医直接结算政策的逐步推行和完善,前往异地高质量医院就医的人次越来越多。而异地就医患者又与本地就医患者之间存在巨大的医疗费用差距。这会导致更多的医保基金从欠发达地区流向发达地区,加剧了欠发达地区的医保基金收支不平衡问题。因此,采取措施强化对患者异地就医费用的监管刻不容缓。

表 3 异地就医与本地就医的医疗费用差距

	(1)	(2)	(3)	(4)
变量	总费用取对数			
异地就医	1.208*** (0.0638)	1.010*** (0.0709)	0.963*** (0.0600)	0.439*** (0.0338)
观测值	829855	829854	829854	829854
R-squared	0.096	0.306	0.465	0.701
个人特征	否	是	是	是
医院特征	否	否	否	是
疾病信息	否	否	是	是

注:(1)括号内为聚类在病种层面的标准误;\*、\*\*和\*\*\*分别表示在10%、5%和1%的水平上显著;(2)模型中个人特征包括:年龄、年龄平方项、性别、患者所在县的固定效应;(3)疾病信息包括:疾病种类固定效应、住院日、患者过去一年内的住院次数、经年龄调整的charlson共病指数;(4)医院特征包括:医院等级和医院声誉;(5)所有模型均控制了年份固定效应。

### (三) 费用结构

进一步比较分项费用,说明异地就医中可能存在的基金不合理使用。表 4 汇报了药品费、检查费和诊疗费的回归结果。结果表明,在控制住可观测的患者个人特征、疾病信息和医院特征后,异地就医患者的药品费比本地住院高 39.5%,而药品的自费费用则比本地住院高 140%。这表明,由于异地就医的基金管理缺位,医疗机构出于利润最大化的考虑,会利用自己的信息优势,诱导异地就医患者购买更多药品,且这些药品大多不在医保目录内,加重了异地就医患者的负担。

异地就医患者的检查化验费用虽然比本地就医低,但自费的检查化验费却更高。这可能是由于异地就医患者多为转诊病患,在本地医院已经完成了基本的检查和化验。同时,异地医疗机构为赚取更多的收入,也有激励让患者检查一些不必要的项目,体现在异地患者自费的检查化验费用,比本地住院的患者高 90.4%。

异地住院患者的手术费比本地就医患者高 40.4%。相较于本地医院,异地医疗机构往往拥有更高的医疗质量,有能力也有动机采用更为激进的手术治疗和诊治患者。可见,本地就医和异地就医的费用差距,主要是由药品费和手术费的差异造成的,但药品很难体现出两地治疗质量的差异。这亦反映出异地就医费用中存在不合理之处。

表 4 异地就医与本地就医的费用差距: 各分项费用

对数形式	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	分项费用			自费费用		
	药品费	检查化验费	手术费	药品费	检查化验费	手术费
异地就医	0.395*** (0.0470)	-0.145*** (0.0333)	0.404*** (0.148)	1.401*** (0.146)	0.904*** (0.256)	-0.371*** (0.0901)
观测值	829853	829853	829854	829851	829854	829854
R-squared	0.415	0.526	0.558	0.250	0.223	0.169
个人特征	是	是	是	是	是	是
医院特征	是	是	是	是	是	是
疾病信息	是	是	是	是	是	是

注: 与表 3 相同。

### 五、内生性问题与异质性分析

本小节首先从患者自选择问题和医院遗漏变量两个角度说明本文存在的内生性问题以及相对应的解决方案,接着从医生自由裁量空间和监管难度两个维度,进一步分析本地就医与异地就医的费用差异。

#### (一) 内生性问题处理

##### 1. 患者自选择问题

尽管本文尽可能控制了一系列会影响本地与异地住院费用差异的特征,但仍然可能存在遗漏变量误差与自选择问题。例如,我们采用的是来自行政部门的医保报销数据,数据中并不包括参保人的收入和受教育程度等社会经济信息,所以在回归分析中可能遗漏掉了收入水平和健康偏好等个人层面的关键因素,导致高估或低估异地就医与本地就医的费用差距。针对这一问题,这里采用两种方案加以解决。

首先,直接在回归方程(1)中加入个体固定效应,以在一定程度上解决了患者自选择和个体层面遗漏变量的问题,结果如表 5 第(1)列所示。由于加入个体固定效应后损失了很多观测值,我们同时汇报了利用列(1)的样本进行基准回归的结果,如表 5 第(2)列所示。可以发现,前两列中核心解释变量“是否异地就医”的系数差别不大,表明我们的估计鲜少受到个体自选择和相应遗漏变量的影响,也可在一定程度上证明结果的稳健性。

表 5 内生性问题处理

对数形式	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	加入个体 FE	与(1)同样本	PSM	加入医院固定效应		
	总费用			总费用	药品费	其他费用
异地就医	0.512*** (0.0498)	0.519*** (0.0418)	0.430*** (0.0262)	0.231*** (0.0398)	0.814*** (0.0677)	0.313*** (0.0490)
观测值	486550	486550	89399	29165	29165	29165
R-squared	0.766	0.589	0.572	0.503	0.386	0.452
个人特征	是	是	是	是	是	是
疾病信息	是	是	是	是	是	是
医院特征	是	是	是	是	是	是

注: (1) 括号内为聚类在病种层面的标准误; \*、\*\* 和 \*\*\* 分别表示在 10%、5% 和 1% 的水平上显著; (2) 第(1)~(3)列的控制变量与表 3 相同,第(1)列加入了个体固定效应,列(2)采用与列(1)相同的样本,但未加入个体固定效应,第(3)列报告了倾向得分匹配后的结果。第(4)~(6)列加入了医院固定效应,个人特征包括年龄及其平方项、性别、参保类型;疾病信息包括疾病种类固定效应、住院日、年龄调整的 charlson 共病指数。所有模型均控制了年份固定效应。

其次,利用倾向得分匹配法克服样本选择性偏差,通过 Logit 模型估计患者选择异地就医的倾向性得分,并根据其得分,寻找相匹配的本地就医样本:

$$\Pr(\text{OutofCity}_{ic} = 1 | X_{ic}) = \frac{\exp(\beta X_{ic})}{1 + \exp(\beta X_{ic})} \quad (1)$$

其中,  $X_{ic}$  代表协变量向量, 包括式(1)中的个人特征  $\text{IndControl}_i$ 、疾病严重程度  $\text{Sev}_{ic}$ 、疾病信息  $\text{Diag}_{ic}$  以及医院等级  $\text{Tier}_h$ 。

然后, 运用常用的最近邻匹配(nearest neighbor matching)方法进行异地就医和本地就医样本的匹配。图2是两组样本在匹配前后的核函数密度图。可以发现, 匹配后, 两组样本分布不均衡的情况得到了显著改善, 较好地满足了共同支撑假设。

利用倾向得分匹配后的样本, 重新进行回归分析, 结果如表5第(3)列所示。患者异地住院的次均费用比本地住院高43.0%。这与表3基准回归的结果相差无几, 说明自选择问题对本文结论的影响不大。

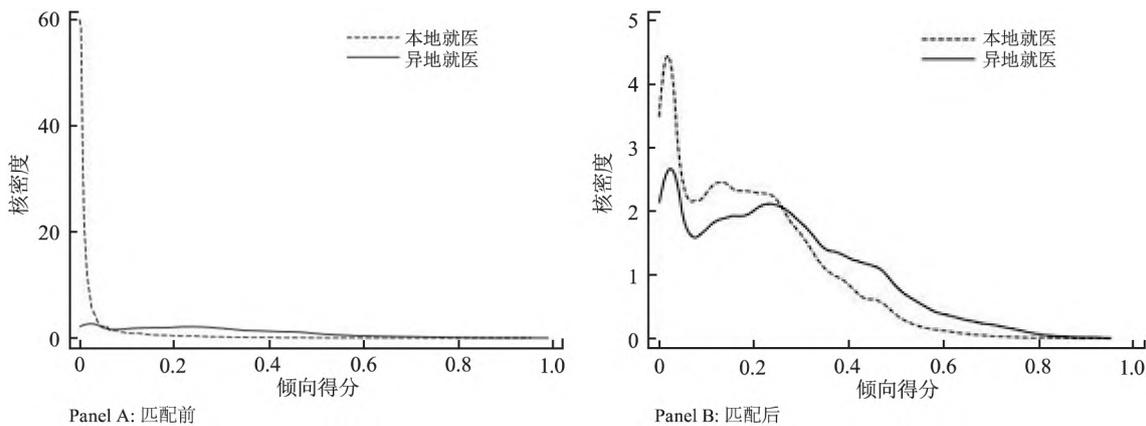


图2 匹配前后核密度图

## 2. 医院遗漏变量

从表3可以看出, 加入医院等级之后, 异地就医与本地就医的费用差距下降了一半。这表明本地患者与异地患者前往了不同等级的医院就医。本地就医的患者多为常见病、多发病, 前往一级二级医院可以治疗相对应的疾病。而异地就医的参保人多患有更为严重的疑难杂症, 通常要前往高级别的三级医院求医问药。除了医院等级和医院声誉外, 医院层面其他未控制住的特征(如医院特殊的诊疗方式)是否会影响对费用差距的估计?

在本文的数据样本中, 异地就医中有50%以上的观测值是前往当地省会城市就医。基于此, 我们摘取出这部分前往省会城市就医的样本, 与省会城市本地患者2013~2017年的报销数据集<sup>①</sup>合并, 构成新的分析数据集。回归方程与(1)式类似, 不同的是这里加入了医院固定效应, 就控制了医院层面不随时间变动的特征。从表5第(4)列可以看出, 与省会城市本地患者相比, 从样本城市前往省会城市的异地就医患者的次均住院费用高大约23.1%。这意味着, 我们确实遗漏了某些医院层面的特征, 高估了两地之间的费用差异, 但即使控制住医院固定效应, 本地就医与异地就医之间的费用差距仍然存在。这一结论也得到了既有文献的证实, 韩进松等(2023)指出, 山东省省内异地就医医保患者平均住院费用比本地医保患者高18.1%。

我们还利用这一新的分析数据集, 比较了前往省会城市的异地就医患者, 与省会本地患者之间在分项费用上的差距, 见表5最后两列。在控制住医院固定效应及患者特征后, 异地就医患者的药品费用比省会城市本地患者高81.4%; 而其他费用如化验检查费、手术费、床位费等仅比省会本地患者高31.3%。药品销售收入是医院收入中的重要一环。由于异地就医的医保基金使用管理缺位, 医疗机构出于盈利动机会利用自己的信息优势, 诱导异地患者消费更多药品。

<sup>①</sup> 这一数据集来自中国医疗保险研究会的抽样调查数据, 该数据库覆盖全国66个城市的城乡居民和城镇职工参保患者就诊信息, 对该数据库的具体描述见朱凤梅(2021)。我们只摘取了基准回归所用样本城市的省会城市记录。

(二) 异质性分析

1. 疾病异质性: 医生自由裁量权的大小

由于医生的诊疗服务无法做成标准化和规范化的产品。对于同一类型的疾病,用什么药、是手术治疗还是药物治疗,需要由医生的专业技术判断。而不同种类的疾病,医务人员自由裁量的空间也会有所差异。例如,手术修补是临床上治疗腹股沟疝的最常用做法;而对于冠心病,则根据患者自身病情,有药物治疗和手术治疗两种不同的诊疗方案可选择。那医生自主裁量权的大小,是否会影响本地就医与异地就医之间的费用差异?

本文借鉴臧文斌等(2020)的做法,利用同一种疾病本地就医的医疗费用数据计算变异系数衡量每个疾病种类的费用分散程度,识别医生可自主选择的医疗服务数量和诊疗方式空间,以反映医疗机构自主裁量权和诱导需求的能力。在回归方程中引入是否异地就医与疾病花费变异系数的交互项,结果如表 6 第(1)列所示。交互项结果表明,异质程度更大的疾病,异地就医的患者比本地就医患者支付更多的住院医疗费用。在控制其他因素不变的情况下,疾病的变异系数 CV 每增加一个单位,异地就医患者要比本地就医多支付 39.2%的次均住院费用。

前文提到,样本城市于 2016 年下半年推出了针对 100 余种疾病的单病种定额付费,包括椎间盘突出、分娩、骨折等疾病。单病种定额付费是按照诊断明确、技术成熟、并发症少、疗效确切的原则,挑选出常见的、单一的疾病诊断组为对象(陈晨等,2023)。不论对本地就医还是异地就医患者,医生对于单病种疾病的自由裁量权要小于其他疾病。这里同样在回归方程中加入是否异地就医与是否为单病种的交互项。结果表明,对于按项目付费的疾病,异地就医患者比本地就医多支付 56.4%的次均住院费用;而对于单病种定额付费的疾病,异地就医费用仅比本地就医多支付 41%的次均住院费用,见表 6 第(2)列。这与我们的预期相同,单病种付费的疾病异质程度较小,无论本地医院还是异地医院,其治疗方案和临床诊疗路径差异不大。即使对异地就医监管存在漏洞,异地医疗机构也难以通过采取不同的治疗方案等途径来收取高额的医疗费用。因此本地就医与异地就医之间的费用差异较低。

2. 监管难度的高低: 省内就医与省外就医

异地就医的患者可能选择省内较发达的城市就医,也有可能前往省外就医。相较于省内就医,对省外就医的监管难度更高,省外就医的信息不对称问题更为严重,医务人员诱导需求的动机更强。为此,我们在回归方程中同时加入省内市外就医与省外就医两个虚拟变量,结果如表 6 第(3)列所示。可以发现,在控制疾病严重程度后,患者前往省外就医的医疗费用比省内市外就医的医疗费用高 27.3%。这与预期相符。

表 6 异质性分析

变量	(1)	(2)	(3)
	总医疗费取对数		
异地就医	0.112 (0.0858)	0.564*** (0.0353)	
异地就医 X 变异系数	0.392*** (0.0831)		
异地就医 X 单病种		-0.155* (0.0840)	
省内市外异地就医			0.459*** (0.0423)
省外就医			0.732*** (0.0318)
观测数	829031	829854	829854
R-squared	0.566	0.565	0.565
个人特征	是	是	是
疾病信息	是	是	是
医院特征	是	是	是

注:为计算每种疾病对应的变异系数,第(1)列仅选取了样本量大于 50 的疾病种类,共计 166 种。

六、结论与政策建议

我国医疗保险的“属地化管理”与区域性医疗资源配置失衡诱发了异地就医问题。当参保人的医疗服务需求无法在本地得到满足时,患者会选择到医疗资源更为集中、更优质的区域寻求治疗。对异地就医的监管,一直是我国医疗保险管理经办过程中的难点和痛点。本文利用我国西北部某地级市详尽的住院赔付数据,比较异地就医和本地就医医疗费用的差异,考察异地就医过程中是否存在基金管理缺位带来的费用增加。在控制住一系列患者特征、疾病信息和医疗机构特征后,稳健地发现,异地住院患

者的医疗费用显著高于本地患者。异地就医中的高药品费用是造成两地医疗费用差距的关键因素。药品收入是医院销售收入中的重要一环,医疗机构出于自身的盈利动机,会利用信息优势诱导异地就医患者消费更多的药品,特别是不在药品目录内的药品,异地就医患者的检查化验费比本地患者低,但异地医疗机构会诱导患者接受更多的自费检查项目,加重了患者的就医负担。异质性分析则表明,疾病异质性程度越大,本地就医与异地就医的费用差距越大;而技术成熟、疗效确切的单病种付费疾病,本地就医与异地就医之间的费用差距则较小;随着参保地与就医地间的距离增加,监管难度提高,跨省异地就医医疗费用高于省内市外异地就医的医疗费用。本文结论说明,异地就医中确实存在由于基金管理缺位带来的医疗费用上涨问题。

近年来,随着异地就医直接结算政策的不断推进和完善,异地就医人次迅速增长。本文的研究结论说明异地就医会导致医保基金从医疗资源欠发达地区流向发达地区,加剧了欠发达地区的基金收支不平衡,不利于医保基金的平稳持续运行。强化对异地就医的监管已刻不容缓,基于此,提出如下政策建议:

首先,信息系统升级和数据采集是对异地就医进行有效监管的基础和前提。国家异地就医直接结算平台的建设使得参保地和就医地之间的数据及时传输成为可能,促进了地区间医保数据和患者就医信息的共享。已有研究指出,信息共享有助于减少处方药的开药频率,减少药物滥用(Buchmueller et al. 2018; Grecu et al. 2019)。各地要开展基于医保大数据的异地智能监管。具体而言,就医地和参保地根据各自形成的规则库和知识库,将异地就医的患者数据纳入医保基金的监管范围,筛选可疑的结算记录和诊疗记录。同时,还要积极探索参保地和就医地协同监管,共同确保医保基金的安全持续运行。针对确切的欺诈骗保问题,就医地要主动反馈给参保地,并及时退回涉案部分医保基金;而参保地也要及时与就医地联系,申请日常协查。

其次,逐步推进异地就医支付方式改革。支付方式改革是我国基本医疗保险控制医疗费用过度上涨的重要手段,改革方向是从按项目付费转向预付制,包括总额控制、按病种付费 DRG 和按病种分值付费 DIP 等。既有研究发现,我国的支付方式改革优化了费用结构,抑制了医疗资源浪费,医疗费用过快增长的势头得以控制(朱凤梅 2021; 袁洛琪等 2022; Lai et al. 2022)。但支付方式改革分统筹区推开,患者异地就医的费用通常没有被涵盖在支付方式改革的范畴之内。若支付方式改革只针对本统筹区内的参保居民,对异地就医的患者仍然实施按项目付费,会导致医院的策略性转嫁行为,造成异地患者的就医费用增加(韩进松等 2023; 马超等 2022),加剧参保地医保基金的运行风险。

国家医保局、财政部于 2022 年 6 月 30 日联合印发《关于进一步做好基本医疗保险异地就医直接结算工作的通知》(医保发[2022]22 号),明确提出要鼓励地方探索 DRG/DIP 等医保支付方式改革在异地就医结算中的应用,引导定点医疗机构合理诊疗。具体而言,就医地医保部门要将所有住院费用均纳入 DRG 付费管理,包括异地参保人员住院的费用。这就确保了医院收治本地、异地住院病人得到的费用一致。在这方面,浙江省做出了示范:实施全省统一的 DRGs 点数付费模式<sup>①</sup>。异地患者在浙江省住院的费用仍由参保地医保报销,但纳入浙江省各地市统筹区的 DRG 监管,例如金华、舟山和宁波。这有助于避免医疗机构对异地就医患者的过度诊疗行为,缩减政策实施差异造成的本地-异地住院费用差异,实现本地与异地患者“同病、同治、同价”。

最后,就医地要将异地就医患者的医疗费用纳入对当地医疗机构的审核监管和绩效考核评价。一方面,要更新完善医疗机构的考核评价指标体系,增加异地就医直接联网结算率、异地就医次均住院费用与本地就医比值等相关指标。另一方面,对异地就医费用值排名靠前的医疗机构,纳入重点监测范围,建立住院病组费用监测制度,定期分析通报。

#### [参考文献]

[1] 曹楠,王滢鹏,万彬,等.江苏省某三甲医院异地就医医保患者住院医疗费用分析[J].中国医疗保险,2022,

<sup>①</sup> 浙江省医保局、财政厅和卫健委于 2019 年 12 月联合印发了《浙江省基本医疗保险住院费用 DRGs 点数付费暂行办法》,详见 [http://ybj.zj.gov.cn/art/2019/11/27/art\\_1229113757\\_5641\\_42.html](http://ybj.zj.gov.cn/art/2019/11/27/art_1229113757_5641_42.html)。

- (11): 84-87.
- [2] 陈晨,臧文斌,赵绍阳.医保预付制改革对医院行为和医疗费用的影响研究——基于单病种定额付费的改革[J].经济评论,2023,(3):133-151.
- [3] 高娜娜,胡宏兵,刘奥龙.医疗保险异地就医直接结算对居民健康的影响研究[J].财经研究,2023,49(6):94-108.
- [4] 韩进松,吕传爱.DRG付费下异地与本地住院患者就医费用分析——基于某肿瘤医院的实证分析[J].中国医疗保险,2023,(1):55-58.
- [5] 何庆红,赵绍阳,刘国恩.医药分开改革对医疗费用和医疗质量的影响[J].世界经济,2021,44(12):178-200.
- [6] 吕思诺,封进.异地就医门诊直接结算政策对医保基金支出的影响[J].金融研究,2023(7).
- [7] 马超,杜妍蓉,唐润宇,等.DIP支付方式改革、医疗费用控制与医院短期策略性应对[J].世界经济,2022,45(11):177-200.
- [8] 尚波波,徐伟,胡紫馨,等.恶性肿瘤放、化疗异地就医费用与就医地本地费用结构比较分析[J].中国卫生经济,2021,40(12):41-44.
- [9] 王琬.中国异地就医直接结算:政策价值、实践效果与优化路径[J].学术研究,2021,439(6):89-95.
- [10] 王煜昊,徐伟,许正圆,等.江苏省三市不同类型跨省异地就医人员就医行为、医疗费用分析[J].中国卫生经济,2021,40(6):23-27.
- [11] 徐强,张智勇,巩玉强,等.关于省内异地就医纳入DRG付费的必要性及可行性研究[J].中国医疗保险,2022,(10):58-62.
- [12] 袁洛琪,何庆红,秦雪征.医保支付方式改革与医疗服务供给——来自四川省A市医保总额控制的证据[J].保险研究,2022,(7):96-113.
- [13] 臧文斌,陈晨,赵绍阳.社会医疗保险、疾病异质性和医疗费用[J].经济研究,2020,55(12):64-79.
- [14] 詹佳佳,傅虹桥.医院声誉、空间距离与患者就医选择——基于病案首页数据的分析[J].经济学(季刊),2022,22(1):343-364.
- [15] 钟玉英,王凯然,梁婷.政策促进还是政策摩擦?——医疗保险异地结算与分级诊疗的政策交互作用研究[J].公共行政评论,2020,13(5):120-143.
- [16] 朱凤梅.医保预付制改革的效果研究——来自中国CHIRA数据的实证检验[J].保险研究,2021,(3):112-127.
- [17] Adams E K,Houchens R,Wright G E,et al.Predicting Hospital Choice for Rural Medicare Beneficiaries: The Role of Severity of Illness[J].Health Service Research,1991,26(5):583-612.
- [18] Alexander D.How Do Doctors Respond to Incentives? Unintended Consequences of Paying Doctors to Reduce Costs[J].Journal of Political Economy,2020,128(11):4046-4096.
- [19] Avdic D,Moscelli G,Pilny A,et al.Subjective and Objective Quality and Choice of Hospital: Evidence from Maternal Care Services in Germany[J].Journal of Health Economics,2019,68:102229.
- [20] Balia S,Brau R,Marrocu E.What Drives Patient Mobility Across Italian Regions? Evidence from Hospital Discharge Data [M]//Levaggi R,Montefiori M.Health Care Provision and Patient Mobility: Health Integration in the European Union.Milano: Springer Milan,2014:133-154.
- [21] Balia S,Brau R,Moro D.Choice of Hospital and Long-Distances: Evidence from Italy[J].Regional Science and Urban Economics,2020,81:103502.
- [22] Bannay A,Chaignot C,Blotière P,et al.The Best Use of the Charlson Comorbidity Index with Electronic Health Care Database to Predict Mortality[J].Medical Care,2016,54(2).
- [23] Basu J,Friedman B.Preventable Illness and Out-of-Area Travel of Children in New York Counties† [J].Health Economics,2001,10(1):67-78.
- [24] Basu J,Friedman B.A Re-Examination of Distance as a Proxy for Severity of Illness and the Implications for Differences in Utilization by Race/Ethnicity[J].Health Economics,2007,16(7):687-701.
- [25] Blomqvist Å.The Doctor as Double Agent: Information Asymmetry,Health Insurance, and Medical Care[J].Journal of Health Economics,1991,10(4):411-432.
- [26] Buchmueller T C,Carey C.The Effect of Prescription Drug Monitoring Programs on Opioid Utilization in Medicare[J].American Economic Journal: Economic Policy,2018,10(1):77-112.
- [27] Charlson M,Szatrowski T P,Peterson J,et al.Validation of a Combined Comorbidity Index[J].Journal of Clinical Epidemiology,1994,47(11):1245-1251.
- [28] Clemens J,Gottlieb J D.Do Physicians' Financial Incentives Affect Medical Treatment and Patient Health? [J].American Economic Review,2014,104(4):1320-1349.
- [29] Condliffe S,Florentino G T.The Impact of Risk Preference on Health Insurance and Health Expenditures in the United States[J].Applied Economics Letters,2014,21(9):613-616.
- [30] Cook A,Averett S.Do Hospitals Respond to Changing Incentive Structures? Evidence from Medicare's 2007 Drg Restructuring[J].Journal of Health Economics,2020,73:102319.
- [31] Crea G,Galizzi M M,Linnosmaa I,et al.Physician Altruism and Moral Hazard: (No) Evidence from Finnish National Prescriptions Data[J].Journal of Health Economics,2019,65:153-169.
- [32] Crivelli L,Zweifel P.Modeling Cross-Border Care in the Eu Using a Principal-Agent Framework [M]//Zweifel P.Health, the Medical Profession and Regulation.Boston,MA: Springer US,1998:229-257.
- [33] Dafny L S.How Do Hospitals Respond to Price Changes? [J].American Economic Review,2005,95(5):1525-1547.
- [34] Ding J,Yang C,Wang Y,et al.Influential Factors of Intercity Patient Mobility and Its Network Structure in China[J].Cities,2023,132:103975.

- [35] Fang H ,Gong Q.Detecting Potential Overbilling in Medicare Reimbursement Via Hours Worked [J].American Economic Review 2017 ,107( 2) : 562–591.
- [36] Fang H ,Lei X ,Shi J et al.Physician-Induced Demand: Evidence from China'S Drug Price Zero-Markup Policy [R ]: National Bureau of Economic Research 2021.
- [37] Feldman R ,Dowd B.A New Estimate of the Welfare Loss of Excess Health Insurance [J].American Economic Review , 1991 81( 1) : 297–301.
- [38] Ganju K K ,Atasoy H ,Pavlu P A.Do Electronic Health Record Systems Increase Medicare Reimbursements? The Moderating Effect of the Recovery Audit Program [J].Management Science 2021 68( 4) : 2889–2913.
- [39] Ghandour Z ,Siciliani L ,Straume O R.Investment and Quality Competition in Healthcare Markets [J].Journal of Health Economics 2022 82: 102588.
- [40] Grecu A M ,Dave D M ,Saffer H.Mandatory Access Prescription Drug Monitoring Programs and Prescription Drug Abuse [J].Journal of Policy Analysis and Management 2019 38( 1) : 181–209.
- [41] Gruber J ,Owings M.Physician Financial Incentives and Cesarean Section Delivery [J].The RAND Journal of Economics , 1996 27( 1) : 99–123.
- [42] Gutacker N ,Siciliani L ,Moscelli G et al.Choice of Hospital: Which Type of Quality Matters? [J].Journal of Health Economics 2016 50: 230–246.
- [43] Hellerstein J K.The Importance of the Physician in the Generic Versus Trade-Name Prescription Decision [J].The RAND Journal of Economics ,1998 29( 1) : 108–136.
- [44] Kornelsen J ,Khowaja A R ,Av-Gay G et al.The Rural Tax: Comprehensive Out-of-Pocket Costs Associated with Patient Travel in British Columbia [J].BMC Health Services Research 2021 21( 1) : 854.
- [45] Lai Y ,Fu H ,Li L et al.Hospital Response to a Case-Based Payment Scheme Under Regional Global Budget: The Case of Guangzhou in China [J].Social Science & Medicine 2022 292: 114601.
- [46] Lundin D.Moral Hazard in Physician Prescription Behavior [J].Journal of Health Economics 2000 19( 5) : 639–662.
- [47] McGuire T G.Chapter 9 – Physician Agency [M]//Culyer A J ,Newhouse J P.Handbook of Health Economics: Elsevier , 2000: 461–536.
- [48] Sanders S R ,Erickson L D ,Call V R A et al.Rural Health Care Bypass Behavior: How Community and Spatial Characteristics Affect Primary Health Care Selection [J].The Journal of Rural Health 2015 31( 2) : 146–156.
- [49] Tai W C ,Porell F W ,Adams E K.Hospital Choice of Rural Medicare Beneficiaries: Patient ,Hospital Attributes ,and the Patient-Physician Relationship [J].Health Services Research 2004 39( 6p1) : 1903–1922.
- [50] Tang M ,Wu Y.Medical Providers as Double Agents in a Universal Health Care System: Evidence from Generic Pharmaceutical Adoption in Taiwan [J].Empirical Economics 2020 59( 1) : 169–203.
- [51] Thorsen M L ,Harris S ,Palacios J F et al.American Indians Travel Great Distances for Obstetrical Care: Examining Rural and Racial Disparities [J].Social Science & Medicine 2023 325: 115897.
- [52] Verzulli R ,Fiorentini G ,Lippi Bruni M ,et al.Price Changes in Regulated Healthcare Markets: Do Public Hospitals Respond and How? [J].Health Economics 2017 26( 11) : 1429–1446.
- [53] Welch H G ,Larson E B ,Welch W P.Could Distance Be a Proxy for Severity-of-Illness? A Comparison of Hospital Costs in Distant and Local Patients [J].Health Services Research ,1993 28( 4) : 441–458.
- [54] Wu B.Physician Agency in China: Evidence from a Drug-Percentage Incentive Scheme [J].Journal of Development Economics 2019 140: 72–89.
- [55] Yip W C.Physician Response to Medicare Fee Reductions: Changes in the Volume of Coronary Artery Bypass Graft( Cabg) Surgeries in the Medicare and Private Sectors [J].Journal of Health Economics ,1998 17( 6) : 675–699.

**The Differentials in Medical Expenditures and Their Structure between Cross-Region and Local Medical Treatments:  
Based on the Research on the Social Medical Insurance Big Data**

CHEN Xin-xin ,FENG Jin ,QIAN Meng-cen

**Abstract:** The regulatory oversight of cross-region medical treatments remains a persistent vulnerable facet within the framework of the social medical insurance management.Leveraging on the hospitalization claims data from a specific prefecture-level city in northwestern China ,this study rigorously investigates differentials in medical expenditures between cross-region and local medical treatments.The primary objective is to discern whether the observed escalation in costs associated with cross-region medical treatment is a consequence of irrational fund utilization.After controlling basic characteristics such as disease types ,patient characteristics and hospital attributes ,our empirical results reveal that medical expenses incurred by cross-region patients surpass those of their locally-treated counterparts by a notable 44%.In terms of itemized expenses ,medicine costs are an important contributor to the observed disparity between local and cross-region inpatient expenses.Furthermore ,the gap in medical expenditure is smaller for diseases subject to single-disease payment and with smaller differences in treatment methods.Our study suggests that the discerned increase in medical outlays in the context of cross-region medical treatment is attributable to a “lacuna in fund management”.In terms of practical implications ,this paper provides policy insights ,particularly for refining the direct settlement policy for cross-region medical treatment and promoting the payment method reform for cross-region medical practices.

**Key words:** cross-region medical treatment; medical expenses; social medical insurance fund

[编辑: 孟慧新]