



科思论丛

异地就医 管理服务机制研究

赵 斌 著

RESEARCH ON THE GOVERNANCE
AND SERVICE SYSTEM OF
CROSS-REGION HEALTH CARE



社会科学文献出版社
SOCIAL SCIENCES ACADEMIC PRESS (CHINA)



科思论丛

本书由中国劳动保障科学研究院资助出版

RESEARCH ON THE GOVERNANCE
AND SERVICE SYSTEM OF
CROSS-REGION HEALTH CARE

异地就医 管理服务机制研究



赵斌 著



社会科学文献出版社
SOCIAL SCIENCES ACADEMIC PRESS (CHINA)

图书在版编目(CIP)数据

异地就医管理服务机制研究 / 赵斌著. -- 北京 :
社会科学文献出版社, 2017.5

(科思论丛)

ISBN 978 - 7 - 5201 - 0515 - 6

I. ①异… II. ①赵… III. ①医疗卫生服务 - 管理体制 - 研究 - 中国 IV. ①R199.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 056576 号

科思论丛

异地就医管理服务机制研究

著 者 / 赵 斌

出 版 人 / 谢寿光

项目统筹 / 刘 荣

责任编辑 / 刘 荣 韩晓婵

出 版 / 社会科学文献出版社·独立编辑工作室(010)59367011

地址:北京市北三环中路甲29号院华龙大厦 邮编:100029

网址:www.ssap.com.cn

发 行 / 市场营销中心(010)59367081 59367018

印 装 / 北京季蜂印刷有限公司

规 格 / 开 本:787mm×1092mm 1/16

印 张:10 字 数:129千字

版 次 / 2017年5月第1版 2017年5月第1次印刷

书 号 / ISBN 978 - 7 - 5201 - 0515 - 6

定 价 / 79.00 元

本书如有印装质量问题,请与读者服务中心(010-59367028)联系

 版权所有 翻印必究

前 言

异地就医现象源自我国常态化人口迁移和基本医疗保险属地化管理之间的不适应，是我国高速城市化、工业化和经济要素迁移的外在表现之一。这一议题与我有着不解的缘分。早在 2008 年，我初入中国人民大学求学，所接触的第一个医保课题就是异地就医管理服务机制研究。在当时，我国异地就医管理服务仍以垫付报销制为主，参保者饱受垫付难、报销难的困扰，经办机构也深陷监督审核难、骗保多发的困境中。2009—2010 年，我在国务院医改办（国家发改委社会司）实习期间，正逢新一轮医改热火朝天推进的初始阶段，异地就医问题是当时亟须解决的问题之一。必须承认，短短数年间，在各级政府及工作人员的努力下，我国异地就医管理服务机制取得了极大进步，省内异地就医联网实时结算基本实现，跨省异地就医也出现了诸多自发的跨省协作机制。但是，社会对于异地就医管理服务机制的诉求仍然强烈，异地就医问题仍然占据了报纸、人大议案的诸多版面。

其实，从异地就医管理服务机制的发育情况看，如果不考虑全国随意流动就医的不合理诉求，当前的制度已基本能满足异地就医管理服务需求。不考虑新农合制度，参保人实际可以通过各种方式（实时结算、垫付报销等）在国内进行异地就医，虽不甚便捷，但不至于没有渠道。同时，我国省内异地就医联网实时结算基本实现，

各省参保者能够顺畅地到本省医学中心城市（多为省会城市或副省级城市或计划单列市）就医；在许多区域，如泛珠三角、泛长三角、西南片区、西北片区等，自发搭建的跨省异地就医协作平台也基本满足了参保者到区域医学中心城市就医的需求。与我们一直师法的欧盟跨国就医机制相比，我国异地就医便捷性并不输之，甚至更胜一筹。

为何异地就医问题仍然如此火热？这恐怕要追溯到我国 2009 年新医改。新医改的最大成就是实现了医保全覆盖和待遇的快速提升，这提高了参保者对医疗服务的消费能力，民众诉求已从病有所医转为病有优医，就医倾向也从基层医疗机构转为本地高级别医疗机构，从本地优质医疗机构转为省内优质医疗机构、区域内优质医疗机构乃至全国最优质医疗机构。这催生了诸如郑州一附院这种航母级医院的出现，各级医学中心城市优质医疗机构门庭若市、一床/一号难求、黑市号源价格快速飙升，部分三线、四线城市的县级医疗机构甚至部分地市的三级医疗机构则床位富余甚多。

必须向诸位读者道歉，这本专著仅聚焦在基本医疗保险管理服务机制研究方面，并未深究深层次的问题，所提建议和思考也仅是“打补丁式”的对策，并未讨论根本性解决方案。当然，根本性解决方案意味着制度的重构，本身也不可行。本专著更加关注怎样才能有序就医和便捷就医以及如何提高监管能力和完善信息系统等方面的问题，实际上治标不治本，难以根除异地就医问题，仅能在改善管理服务质量以及提高经办能力、监管能力和民众满意度方面提出相关建议与对策。

我国的异地就医现象是当前大时代的产物，有着深厚的社会历史背景。除医疗保险制度问题外，本书还有深层次的问题并未讨论，尚待进一步研究。例如：医疗服务市场发展和变化（医疗资源配置结构的变化）与异地就医之间的关系；异地就医机制带来的公平性问题，顺畅的异地就医管理服务机制的受益人群分布问题；反馈到

各类媒体中的异地就医难问题的主要发生人群有哪些，其诉求是怎样的，这些诉求是否应作为基本医疗保险制度改革的优先选项；异地就医现象很大程度上源于人民对生命的追求和对本地区医疗机构的不信任，如何完善；随着我国城镇化和工业化的基本完成，经济日渐稳态的情况下，异地就医现象是否会自然减弱；中央和地方政府之间的事权和财权划分与异地就医管理服务之间存在怎样的关系；在属地管理情况下，异地就医管理服务的付费方式改革和控费机制改革；等等。

本书还想提醒各位实务界和学术界的领导、专家，过于便捷的异地就医管理服务机制可能有如潘多拉的盒子，一旦打开，带来的可能不是赞誉，而更多的是各类新问题，甚至灾难。这些问题包括：形式上解决了地域间就医不公平的问题，却难以缓解低收入人群使用不足的问题；如果无法有效控制和有序运行，便捷的异地就医很可能加剧医疗资源地域分布不均衡的情况；等等。这些问题对于分级诊疗机制、支付制度改革、医疗费用控制、医疗资源配置合理化等一系列制度都将提出新的要求。本书更多的价值可能是一本历史史料，让读者了解我国为异地就医做了什么，为什么要做这些，以及当前面临的一些问题。这些都是未来进一步研究的基础，也万望实务界领导结合本地实践审慎借鉴。

另外，在这里必须向诸位读者道歉，本专著可能出现重复的问题，原因是本专著的原型是研究报告，研究报告采取的是总报告加分报告的结构，其中总报告是分报告的汇总、凝练和提升。作为专著出版时，为保障每一章节逻辑的全面，可能存在些许重复问题。

本书得以出版，必须感谢如下老师、领导和同事的帮助。首先，必须感谢中国人民大学王虎峰教授。王老师是我医疗保障领域研究的引路人，他带我做的第一个课题就是异地就医管理服务机制研究，这些研究经验是本书的重要基石。当然，也要感谢当时的课题组成

员（戴莉师姐、王永才同学、赵兵同学、文裕慧同学、侍二琳同学等），当时的讨论对我理解这一问题大有裨益。其次，我要感谢金维刚所长和王宗凡主任。两位领导在我进行本研究时给予了极大的帮助。特别感谢人社部社保中心张锋同志。张锋同志是医疗保险经办管理领域的高才，我的许多思路 and 想法都来自与他的讨论，感谢他慷慨的资料支持。当然，课题组成员也对本研究做出了巨大贡献，这里一并谢过，就不一一列举。特别要感谢我的家人，尤其是夫人、岳母和宝兹。夫人和岳母大人悉心照料宝兹，让我能够腾出时间认真地从事研究，非常感谢；这里，也向我家宝兹郑重道歉，爸爸无法陪你尽情玩耍，甚是抱歉，但爸爸很欣慰你的快速成长。

此外，还要感谢董克用教授、李珍教授、仇雨临教授、吕学静教授、褚福灵教授等著名学者对本书的指导和帮助；感谢顾雪非师兄、关博师兄、王超群师弟、易春黎博士、陈曼莉博士、曹琦师姐、刘芳师妹等同仁对本研究提出的宝贵意见和给予的帮助；感谢所内诸位领导和同事对本研究的支持和帮助，对我的关照和忍让；感谢中国劳动保障科学研究院对本书出版的资助，感谢科研处李艺副处长、俞贺楠博士的协调和帮助；感谢人社部医保司、社保中心、医保研究会及云南、福建等地方人社部门对本研究的支持和帮助；感谢社会科学文献出版社刘荣副编审、韩晓婵编辑为本书出版所付出的辛勤劳动。

最后，以“医疗卫生政策关乎千万人生命和健康”来与诸君共勉，烦请切记此类研究和工作与千万人的生死相关，万望谨慎。当然，也希望能够与诸君一同努力推进中国的医改工作，共建健康中国。

赵 斌

2016 年 10 月于北京

目 录

第一章 绪论	1
一 研究背景和意义	1
二 异地就医的概念、成因和分类	3
三 文献综述	6
四 理论框架、研究内容和研究方法	19
第二章 我国省内异地就医管理服务现状研究	22
一 省内异地就医管理服务的发展历史	22
二 省内异地就医联网结算机制现状	24
三 省内异地就医联网结算平台的基本规律和做法	25
四 省内异地就医实时结算案例	31
五 省内异地就医实时结算服务的成绩和问题	40
六 讨论和建议	43
第三章 我国跨省异地就医管理服务协作模式和运行情况	47
一 跨省异地就医的基本情况	47
二 跨省异地就医管理服务协作模式	54

三	跨省异地就医典型案例	59
四	跨省异地就医存在的问题	70
五	跨省异地就医需要解决的关键问题	71
六	相关建议	72
第四章	我国异地就医管理服务机制模式总结和运行情况	75
一	异地就医管理服务机制的发展演进	75
二	异地就医管理服务机制现状	84
三	异地就医运行情况分析	91
四	异地就医管理服务机制取得的成就	97
五	异地就医管理服务机制存在的问题	99
第五章	欧盟国家跨国就医管理服务机制研究	101
一	欧盟跨国异地就医管理服务机制的发展和演进	101
二	欧盟境内跨国异地就医人群	104
三	欧盟层面规范跨国异地就医的基本原则	105
四	欧盟层面的协调机制	106
五	合作协议	108
六	管理服务	109
七	其他形式的跨国异地就医管理服务协作	112
八	典型案例	112
九	启示	119
第六章	异地就医管理服务关键问题讨论	121
一	异地就医诊疗和就诊行为的监管	121
二	实现全国范围内异地就医实时结算的方式选择	123

三 异地就医信息的互联互通	124
四 异地就医财务层面的互联互通	125
五 普通门/急诊、个人账户和门诊大病的 异地就医管理服务	126
六 异地就医管理服务经办能力不足	127
七 顺畅的异地就医结算和有序的就医秩序之间的矛盾 ...	128
八 异地安置人员和长期异地居住人群之间的区别	130
 第七章 完善异地就医管理服务机制的相关建议	132
一 基本目标	132
二 基本原则	132
三 具体建议	133
 参考文献	138
 中国劳动保障科学研究院 2016 年“科思论丛”系列图书	145

第一章 绪论

一 研究背景和意义

所谓异地就医，简言之即在参保统筹地域之外的就医行为。这一情况，早在公费、劳保医疗时代就已存在。但在当时单位制社会管理模式，数量极为有限，并未引发社会关注。

随着我国改革开放的逐步深化，我国进入了农业社会向工业社会、计划经济向市场经济的双转型时期。飞速提高的城市化程度和速度带动各种资源在城乡之间、不同城市和地域之间频繁地迁移和流动，人口流动和迁移日益频繁和常态化。

特别是 2009 年新一轮医改后，我国在 2011 年基本实现了全民基本医疗保险覆盖。全民医保情况下，常态化的人口迁移与基本医疗保险以地市级为主的属地化管理之间的不适应加剧，使得参保者就医时参保地和就医地不同的现象日益频繁，异地就医服务管理需求不断上升，异地就医问题开始凸显。特别是，早期缺乏不同地区之间有效的异地就医管理服务协作，以垫付报销制为主的异地就医管理服务模式使得这一问题更加明显，参保者垫付难、报销难问题，难以稽核确认，从而出现骗保等问题，不断见诸报端。

从文件和实践看，实现异地就医的顺畅和有序是 2009 年以来新一轮医改的重要目标之一，各项医改文件普遍涉及这一内容。

2009年《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》及其配套文件《医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009—2011年）》都提出“以异地安置的退休人员为重点改进异地就医结算服务”，“建立异地就医结算机制，探索异地安置的退休人员就地就医、就地结算办法”。人力资源和社会保障部等部委发布了《关于基本医疗保险异地就医结算服务工作的意见》（人社部发〔2009〕190号），对解决这一问题提出了原则性意见。之后，各地积极探索解决异地就医结算问题的方法。为进一步解决异地就医问题，人力资源和社会保障部2014年发布《关于进一步做好基本医疗保险异地就医医疗费用结算工作的指导意见》（人社部发〔2014〕93号）。2016年，李克强总理在政府工作报告中亦提出加快推进基本医保全国联网和异地就医结算，并在答记者问时承诺2016年要基本解决省内异地就医结算问题。

但是，从效果上看，当前异地就医管理服务机制并未完全满足民众的要求，异地就医结算手续虽逐步顺畅但仍较复杂，监管虽有所改善但效果有限，各地平台的运行还不顺畅，有序异地就医的目标并未实现，“盲目”、“浪费”的异地就医行为数量过多，“亟须”的异地就医却因为部分管理服务机制短板而十分艰难。因此，存在进一步完善基本医疗保险异地就医管理服务机制的需求。特别是当前各项研究中也缺乏对异地就医工作的总结、评估和研究。党的十八届三中全会所作出的决定再次明确指出：“要坚持全覆盖、保基本、多层次、可持续方针，以增强公平性、适应流动性、保证可持续性为重点，全面建成覆盖城乡居民的社会保障体系。”异地就医管理服务机制作为医疗保障制度适应流动性的重要环节，也需要进一步完善。为此，有必要对当前异地就医管理服务机制的改革和运行情况进行评估，并对需要进一步完善的方面提出相关建议。

二 异地就医的概念、成因和分类

（一）异地就医的概念

异地就医是指基本医疗保险的参保人到统筹地区以外的医疗机构就医或者购药，并且获得基本医保补偿的就医行为。异地就医产生的根本原因为基本医疗保险的属地管理基本原则与民众医疗需求不适应。一般而言，异地就医是一种跨统筹地区的就医行为，可分为异地安置、异地工作、转外就医及异地急诊四大类。^① 在基本医疗保险语境下，“异地”指个人参保的统筹地区以外的中国大陆境内的其他统筹地区，“就医”指参保人发生了就医或购药行为。

一般而言，我国当前的异地就医行为可分为三种不同的层次：第一种层次的异地就医行为指参保者到县统筹区以外但仍处在与其参保统筹区同一地市范围内的医疗机构就医或购药；第二种层次的异地就医行为指参保者跨地市到省内另一地区医疗机构就医或购药；第三种层次的异地就医行为指参保者跨省到其他地区的医疗机构就医或购药。

异地就医管理服务则是指医保经办机构对发生异地就医的参保人群所提供的管理和服务的统称。

（二）异地就医的成因

从表面来看，异地就医具体表现为以下七种形式：

第一，历史原因导致的异地就医。主要体现为：计划经济时期支援二线、三线建设的人员从中西部省份退休后，返回上海、北

^① 戴伟，龚勋．异地就医管理存在的问题与对策[J]．中国药物经济学，2007，24（10）：29-32.

京、天津等原籍地居住。如青海 20 世纪六七十年代全国各地的援建人员退休后回原籍安置，形成了为数众多的省外异地就医人员，全省职工医保异地就医人数近 28 万人，占全部职工医保参保人员的 31.2%。

第二，人口流动的常态化，特别是在区域间经济联系日益紧密、劳动人口迁移日益常态化的情况下，异地工作、异地出差等导致的异地就诊和购药情况日益频繁。

第三，就近就医产生的异地就医。有些地方行政区划狭长，到其他省市或地市医疗机构的距离更近，更为方便。如甘肃省地形狭长，部分统筹地区参保人员省外就医比到省会兰州就医更加便捷；内蒙古地形狭长辽阔，东部的呼伦贝尔市、兴安盟、通辽市、赤峰市赴东三省就医，乌海市、阿盟到银川就医，都比赴呼和浩特市更为方便；山东省东营市利津县参保者赴滨州市就医。

第四，原行业统筹单位采取异地集中参保方式，加之这类单位职工分布点多、面广、线长，导致异地就医情况较多。

第五，独生子女政策背景下，越来越多的老年人在退休后随子女异地居住，产生了相应的异地就医需求。

第六，经济发展、收入改善后，选择更宜居地区居住产生的异地就医。随着收入提高，人们更注重生活品质，选择到更加宜居的地方居住的情况增多，导致了相应的异地就医需求。省层面主要是北方省份参保者赴相对温暖湿润的南方省份居住，如东三省参保者赴海南省居住；内陆省份参保者到沿海城市居住。地市层面则主要是内陆城市赴沿海城市、自然环境较好城市居住，如山东省内陆地市参保人员赴威海、日照、烟台、青岛等海滨城市居住。

第七，医疗资源配置不均衡导致的转外就医情况。分两种情况：一种是区域内医疗资源匮乏、技术水平有限，许多疑难杂症确实无法处理，不得不转外就医。这是医疗资源的分布和配置的问题。如

内蒙古由于医疗机构水平相对较低,省内异地就医情况较少,大部分患者选择转诊到北京、天津、东三省就医;西藏由于医疗技术水平较低,较重疾病患者大多转到西安、成都、北京和上海等地就医。另一种则是因追求更高质量医疗服务产生的异地就医需求,因为对本地区医疗机构和资源的不信任而选择转外就医。跨省转外就医主要表现为主动要求赴区域医学中心(北京、上海、广州、西安、成都等地)就医人群的增加;省内异地就医则主要表现为赴省会和经济发达地区就医人群的增加。

根源上,异地就医现象源自日益频繁的人口流动与基本医疗保险属地化管理原则之间的不适应。异地就医的需求产生于人口流动的增加、医疗卫生资源的地区分配不均、医保统筹层次过低以及居民对高水平医疗服务的日益重视。随着我国城市化进程的推进,我国当前的流动人口不断增加,导致医保参保人员在一地缴费而在另一地工作、生活、出差、旅游的现象日益普遍,由此产生了医保参保人员对异地就医需求的不断上升。同时,由于我国经济发展水平存在明显的地域差异、城乡差异,人们不断提升的对健康的重视程度以及不断增加的对高水平医疗服务的需求,与地区间配置不均的医疗卫生资源形成了愈加明显的矛盾,进而导致患者为追求高水平医疗服务而跨医保统筹区前往优质医疗资源集中的经济发达地区和大城市就医。基本医疗保险统筹层次较低则是致使异地就医出现问题的重要政策因素,过低的统筹层次不但放大了异地就医的需求,而且使得异地就医面临诸多制度障碍,产生了异地就医“看病难”、“看病贵”以及报销难等问题,根据测算,如果实现了地市级统筹,将可以解决约80%的异地就医问题,实现“同城无异地”^①。

除医保统筹层次低外,致使异地就医问题不断凸显的原因还包括各地医保政策不同、医保信息不联网、医保机构协作度低等制度

^① 吴光,破解异地就医难,曙光在前! [J].中国医疗保险,2009(7):21-23.

问题。属地化的医保管理制度，不同的医保待遇、报销政策、操作标准以及信息系统，以及实时联网系统和协管体系的缺乏，导致各地医保信息无法实现有效、规范的连接；地区间医保经办机构相互合作对异地就医行为进行监控的机制的薄弱进一步加重了异地就医问题。

（三）异地就医人群的分类

通常，按照发生异地就医的原因，可以将异地就医人群分为五类：一是退休后在非参保地长期居住的人群以及其他在非参保地长期居住的异地安置人群；二是受单位派遣，长期在非参保地工作的异地工作人群，以及在异地常住的人口；三是成建制的异地流动工作的群体；四是因病情需要（或个人要求）转至非参保地医疗机构就医的异地转诊人群，如有疑难杂症、重大病患需要异地转诊的群体；五是因临时出行（如出差、学习、探亲、旅游等）而需在非参保地医疗机构接受急诊的异地急诊人群。

在现实管理工作中，上述依照发生原因的分类并不利于进行异地就医管理服务。因此，部分统筹地区以半年或一年为标准，将异地就医人群分为长期和短期异地就医两种。同时，也常依据异地就医发生原因的主客观程度，分为主动的异地就医和被动的异地就医两种。

三 文献综述

（一）我国异地就医的概念与现状

1. 异地就医的概念

不同的学者对异地就医的概念有着不同的理解和界定。大部分学者认为异地就医中的“异地”指参保统筹区之外的地区，也有较

少一部分学者认为异地就医中的“异地”指户籍地以外的地区。因而，对于异地就医就有两种定义：一种是指基本医保参保人到参保统筹地区以外的医疗机构就医或购药，并获得基本医保补偿的就医行为；另一种则是指基本医保参保者在其户籍地以外的医疗机构就医或购药，并获得基本医保补偿的就医行为。当前大部分学者都在研究中采用第一种定义，仅有极少数学者认同第二种定义。

2. 异地就医的现状

当前的异地就医现象主要涉及四类人群：异地安置人员，即退休后在非参保地长期居住的人群以及其他在非参保地长期居住的人群；异地工作人员，即受单位派遣，长期在非参保地工作的人群；异地转诊人员，即因病情需要而转至非参保地医疗机构就医的人群；异地急诊人员，即因临时出行而需在非参保地医疗机构接受急诊的人群。

一般而言，我国当前的异地就医行为可分为三种不同的层次：第一种层次的异地就医指参保者到县统筹区以外的但仍处在与其参保统筹区同一地市范围内的医疗机构就医或购药的行为；第二种层次的异地就医指参保者跨地市到省内另一地区医疗机构就医或购药的行为；第三种层次的异地就医指参保者跨省到其他地区的医疗机构就医或购药的行为。

在实际的政策制定和实施上，因为制度、技术以及管理等方面的限制，各地对上述不同的四类异地就医人员以及三种不同层次的异地就医行为往往设有不同的政策规定，但综合各地情况，可以看到，尽管各地异地就医具体政策各有不同，但在政策制定和实施上具有一定的共性：

第一，从异地就医人数和费用占统筹区总就医人数和费用的比例上可以看到，异地就医人数占统筹区总就医人数的比例很低，但其报销费所占比例较高。2007 年底，湖北省异地就医总人数仅为