

县域参保患者异地就医费用现状及问题研究

——以江苏省句容市为例

邹玲红

(江苏省句容市医疗保障局 医疗保障监督管理所, 江苏 句容 212400)

摘要:针对当前基本医保基金运行压力大的严峻现实,以江苏省句容市为例,运用描述性分析方法分析异地就医政策实施后,异地就医人次、直接结算率、就医流向、异地就医医疗费用及占比等情况的变化,讨论存在的问题并进行原因分析。从促进三医的协同发展、提升县域医疗机构服务能力、优化异地就医医疗费用支付方式、细化监管考核机制、加强县域医保部门与重点地区的监管协作及对自费结算医疗费用的管理等 5 个方面提出控制县域地区异地就医医疗费用不合理增长的对策,以期保证基本医疗保险基金的安全运行。

关键词:县域;异地就医;医疗费用控制;基金可持续

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1009-4784(2024)03-0028-05

随着全国统一的异地就医结算和备案平台的不断完善,国家、省、市异地就医免备案、不降低报销比例等政策的相继出台,异地就医结算范围、人数、金额均在不断扩大。2024 年政府工作报告再次强调“促进基本医疗保险实现省级统筹”,将彻底打破区域间的就医限制,变“异地就医”为“一地就医”^[1]。参保人员在享受更为优质、公平的医疗服务的同时,快速增长的异地就医医疗费用也给医疗机构及医保基金的可持续运行和监管带来了风险。特别对县域地区来说,由于医疗机构服务水平有限,异地就医医疗费用增长更为迅速,再加上医保基金盘子小,承受能力不足,如何在新形势下控制异地就医医疗费用的不合理增长,成为县级医保部门亟待解决的问题。

目前已有不少学者围绕异地就医医疗费用的结算、监管等内容展开研究,如许正圆^[2]等、王新超^[3]等分别就门诊费用、异地就医费用等的结算问题展开分析,并针对困境提出建议;张芬^[4]等、王煜昊^[5]等分别就异地就医中的风险如何控制、费用如何监管等展开研究。但未见有学者专门针对县域地区异地就医医疗费用的现状及存在问题展开研

究,同时也缺少应用全样本数据的定量分析。本研究从县域出发,以江苏省县级市句容市为例,通过对县域参保人员异地就医现状及其医疗费用发生情况的分析,探究县域内异地就医医疗费用快速增长可能引致的风险,并提出控制异地就医医疗费用不合理增长的对策建议,以实现县域地区医保制度高质量可持续发展目标。

一、句容市异地就医及医疗费用现状

(一)句容市异地就医现状

1. 异地就医就诊人次不断增加。随着经济发展、人口流动性增加,以及人们对优质医疗资源需求的不断提高,句容市异地就医就诊人次不断增加。2022 年底,为提升居民医保门诊保障水平,句容市新增门诊特殊病政策,并规定门诊特殊病和住院共用年度费用限额 30 万元,由此导致居民医保参保人员异地就医就诊人次呈爆发式增长。数据显示,相较 2022 年,2023 年句容市职工医保参保人员异地就医总人次为 35.90 万,环比上涨 56.90%;居民医保参保人员异地就医总人次为 22.00 万,环比上涨 246.18%。

收稿日期:2024-03-11

资助项目:国家自然科学基金面上项目(72174078)

作者简介:邹玲红,女,高级经济师,管理学硕士。研究方向:医疗保险。

2. 异地就医平台直接结算率不断提高。随着异地就医直接结算平台的逐步完善,句容市异地就医直接结算范围也从市内、省内、长三角地区逐步扩大至全国29个省和新疆生产建设兵团的331个统筹区,异地就医平台直接结算率不断提高。数据显示,2023年职工医保异地就医平台直接结算34.84万人次,直接结算率达97.05%;居民医保异地就医平台直接结算20.83万人次,直接结算率达94.65%。直接结算率相较上年均呈增长态势,尤其居民医保,增长超10个百分点。

3. 临时转外就医成为异地就医的主要模式。异地就医主要包括异地安置就医(因工作、退休等原因在异地长期居住就医)和临时转外就医(因病情需要临时在统筹区域外转外就医)两种情况。市级统筹政策实施后,句容市作为镇江市代管县级市,其参保人员在镇江市范围内就医均不需办理任何手续,因此也无法区别就诊者属于异地安置还是临时转外就医。但从镇江市外异地就医结算数据来看,2023年句容市参保人员在镇江市外异地安置就医达27325人次,占异地就医总人次的15.90%;临时转外就医141541人次,占异地就医总人次的84.10%。这说明临时转外就医是异地就医的主要模式。

4. 异地就医人员主要流向省内其他统筹区域。从地理区位上看,句容市地处苏南,交通发达,距省会城市南京也仅40 km左右,进而导致句容市参保人员至统筹区外特别是镇江市外异地就医较为频繁。数据显示,2023年句容市职工医保参保人员在镇江市内其他地区就医10.10万人次,在省内其他统筹地区(镇江市外)异地就医24.21万人次,其中,在南京异地就医就有21.99万人次,占省内其他统筹地区就医总人次的90.84%。同期,句容市居民医保在镇江市内其他地区异地就医12.08人次,省内其他统筹地区(镇江市外)异地就医19.24万人次,其中,在南京异地就医17.34万人次,占省内其他统筹地区就医总人次的90.10%。此外,2023年职工医保参保人员省外异地就医1.58万人次,而居民医保仅0.77万人次。这说明不论是职工医保还是居民医保,镇江市外无疑是句容市参保人员异地就医的主要流出地,且在省内其他统筹地区就医者中90%会流向南京。

(二)句容市异地就医医疗费用现状

1. 异地就医医疗费用不断上涨。随着异地就医就诊人次的增加,句容市异地就医医疗费用也不断上涨。数据显示,相较2022年的21671.31万元,2023年句容市职工医疗保险异地就医总费用29561.66万元,环比上涨36.40%;其中医保基金支付分别为14944.90万元和22418.36万元,环比上涨50.00%。相较2022年的40665.40万元,2023年句容市居民医疗保险异地就医总费用52177.05万元,环比上涨28.31%;其中医保基金支付分别为20946.56万元和24772.97万元,环比上涨18.27%。

2. 异地就医医疗费用占比不断提高。相较2022年的40.67%,2023年句容市职工医保异地就医医疗费用占医疗总费用的45.58%,环比上涨12.07%。相较2022年的41.19%,2023年句容市居民医保异地就医医疗费用占医疗总费用的44.05%,环比上涨6.94%。这说明句容市异地就医医疗费用占总医疗费用的比重越来越大,职工医保和居民医保异地就医医疗费用均已接近本险种总医疗费用的一半。

3. 异地就医自费结算医疗费用仍然存在。虽然句容市异地就医医疗费用平台直接结算率已经达到95%左右,但有的参保人员不了解办理流程或不信任报销政策或未及时办理直接结算手续,以及可能存在的信息系统障碍等未能直接结算,采取自费结算模式,即凭自费发票回参保地手工报销,进而导致自费结算仍然存在。数据显示,2023年句容市异地就医医疗总费用81738.71万元,其中手工报销异地就医医疗费用11235.53万元,占比达13.75%。

4. 同一病种异地就医均次费用明显高于本地。由于发达地区大型医疗机构的医疗水平和收费标准也相对较高,参保人员异地就医医疗费用随之高涨。本研究以部分转外就医频率和医疗费用均较高(1万元以上)的重大疾病为例,对相同疾病诊断病种的全样本县域内就医医疗费用和转外就医医疗费用进行比较。数据显示,以宫颈癌为例,县域内三级医疗机构均次医疗费用(18528.32元)明显低于南京市三级医疗机构的就医费用(23532.33元),两者差额5004.01元(表1)。显然,这还是常见转外就医病种中费用差额较小的,心肌梗死费用差额可达22392.87元。

表 1 2023 年相同诊断县域内和转外就医费用比较

诊断	均次医疗费用/元		病例数/例		差额/元	差率/%
	县域内三级医疗机构	南京三级医疗机构	县域内三级医疗机构	南京三级医疗机构		
宫颈癌	18 528.32	23 532.33	39	46	5 004.01	27.01
胃癌	25 032.05	41 422.36	116	167	16 390.31	65.48
食管癌	25 689.29	36 942.96	76	100	11 253.67	30.46
乳腺癌	13 979.22	20 072.81	13	108	6 093.59	43.59
脑卒中	17 392.65	30 733.68	504	67	13 341.03	76.70
心肌梗死	21 037.48	43 430.35	53	18	22 392.87	106.44

注:表中系全市(并非抽样)病例数的费用均值,标准差略。

二、异地就医医疗费用快速增长引发风险分析

异地就医政策的出台、完善,使参保人员享受到了更为优质、公平的医疗服务,但快速增长的异地就医医疗费用也给本地医疗机构及医保基金的可持续运行和监管带来了风险。

(一)医保基金运行风险

由于职工医保的筹资水平相对较高,基金运行基本能达到“收支平衡、略有结余”。数据显示,2023 年句容市职工医保筹资总额为 75 946.89 万元,支出 54 349.24 万元,基金运行较为平稳。然而,与职工医保相比,2023 年居民医保人均年筹资仅 1 160 元,不足职工医保年人均筹资的 20%。但从待遇看,对于住院患者尤其是大病患者来说,居民医保与职工医保的报销待遇相差不大,由此导致居民医保基金收不抵支,仅 2023 年基金缺口就达 12 594.27 万元。加之近年参保人员的健康需求不断增加、医疗技术水平不断提升,居民到南京、上海等经济发达地区就医的人次快速增加,进一步增加了句容市居民医保基金的运行风险。

(二)医保基金监管风险

国家医保局《医疗保障行政处罚程序暂行规定》规定,“医疗保障异地就医的违法行为,由就医地医疗保障行政部门调查处理;仅参保人员违法的,由参保地医疗保障行政部门调查处理”。可见,异地就医违法行为主要由就医地医保部门处理。而对于就医地来说,因为参保人跨统筹区就医时使用的是参保地医保基金,即使存在违规行为,但因为未对就医地医保基金带来任何损失,加之国家层面也缺乏相关奖惩机制,使得就医地医保部门主观上缺乏监管的实际动力。实践中,就医地主动查处

异地就医违规行为并将违规金额退回至参保地医保基金账户的情况也较少,句容市自异地就医政策实施以来尚无此种情况。

虽然政策还规定参保地医保部门可通过区域协作、联合检查等工作制度,参与到监管中来,但目前国家乃至省级层面均未建立统一的区域协作和联合检查等工作制度,主要由参保地和就医地医保部门协商解决,但成效并不明显。以句容市为例,由于参保人员异地就医的医疗机构较分散,以其目前的监管力量实际也难以与所有异地就医地医疗机构开展合作监管,进而使得句容市 40%以上的医保基金支出主要依赖就医地医保部门监管,本地医保部门“鞭长莫及”。

此外,对部分选择自费结算的异地就医人员来说,由于其在就医时未出具医保凭证,发生的医疗费用数据也不会被上传至国家医保信息平台异地就医子系统,该部分医疗费用也就无法纳入就医地医保部门的监管范围,进而造成监管盲区。

(三)医疗机构运行风险

加强县域及基层医疗机构的服务水平,合理分流患者,让患者随医疗资源配置一起下沉,缓解看病难、看病贵问题一直是我国医改努力的方向。但是,与周边大城市优质的医疗资源相比,句容市县域医疗水平相对较低,不能完全满足参保人员的就医需求,导致异地就医人次不断增加。这也就意味着本地医疗机构病人的流失,使其难以获得足够的收入支持自身的运行和发展。对县域内的医务人员来说,也少了医疗实践和提升医疗技能的机会,影响诊疗水平的提高,同时会导致患者流失和诊疗水平之间形成恶性循环。

此外,由于医保部门对异地就医医疗费用采取按实结算,在医保基金“以收定支、总量控制”的政策背景下,一旦医保基金收支出现缺口,如果没有

往年结余可以调用,缺口只能全部由本地医疗机构承担,进一步增加了医疗机构的运行风险。

三、多措并举控制县域异地就医费用不合理增长

基于对以句容市为代表的县域地区异地就医及其医疗费用增长方面存在问题及可能引发的风险的分析,研究认为控制县域地区异地就医医疗费用不合理增长,根本措施在于三医的协同发展,尤其是加强医保部门与卫健部门的联动,不断提升本地医疗机构的医疗技术水平和服务能力,引导参保人员留在本地就医。同时,从省级乃至国家层面优化异地就医医疗费用支付方式,细化异地就医医疗费用监管考核机制。此外,就县域医保部门来说应加强与重点地区的监管协作,加强对自费结算医疗费用的管理。

(一)提升县域医疗机构服务能力

随着社会经济的发展,参保人员对健康的重视程度越来越高,再加上国家、省、市异地就医免备案、不降低报销比例等政策的不断出台,如果本地医疗机构的服务能力不能满足参保人员的需求,就会出现过度转外就诊的现象,造成异地就医医疗费用过度增长。因此,加强医保部门与卫健部门的联动,提升县域医疗机构的服务能力,以满足本地参保人员的就医需求是解决问题的根本。一方面,医保部门应该合理运用支付杠杆,通过科学确定机构预拨付、结算支付、绩效评价、协议管理等手段,引导医疗机构合理施治,同时加大对本土特色专科的扶持力度,支持县级医院专科能力建设;另一方面,卫健部门要加强县级医院与南京、上海等地知名三甲医院合作,建立医疗联合体或专科联合体,聘请在各专科领域有影响力的专家来院内坐诊并带教,让老百姓在家门口就能享受到省级专家的优质服务。同时,建立县域内紧密型医疗共同体,除下派技术骨干坐诊外,下派管理人员担任基层医院副院长,帮助基层医院改变管理理念,提高技术水平。通过服务能力的提升,将原本需要转市外就诊的参保人员留在本地就诊,力争实现习近平总书记提出的“大病不出省,一般病在市县解决,日常疾病在基层解决”的目标,从而减少异地就医人次和费用^[6]。

(二)优化异地就医医疗费用支付方式

目前,异地就医仍主要采取“按项目付费”的支

付方式,导致医疗机构控费意识差。随着医保支付方式改革的不断推进,本地患者的费用管理日趋严格,医疗机构为确保收入,容易对异地就医患者过度诊疗。对此,可从国家或者省级层面优化异地就医医疗费用支付方式,在总额预算管理下,实行异地就医与本地就医医疗费用相同的支付方式,超总控的费用则可根据考核情况,由医疗机构与医保部门共同分担。另外,对住院异地就医费用可实行DRG或DIP付费,按照同一规则入组、测算权重、点值,实现本地和异地患者“同病同治、同病同价”,有效减少异地就医中的过度医疗现象。有条件的地区还可以将门诊异地就医费用实行按人头付费,有效控制门诊异地就医费用的增长。

(三)细化异地就医医疗费用监管考核机制

虽然国家医保局、财政部印发《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》,要求建立异地就医医疗费用监管考核机制。但目前尚未出台具体的考核细则,考核工作也未能完全落到实处。为充分发挥就医地和参保地的监管责任,建议由国家或省级医保部门出台统一的考核细则,同时加强对就医地和参保地医保部门的考核。首先,考核制度的建立,包括是否建立异地就医医疗费用的常态化监管机制,是否建立双边或多边相互协作、联合检查机制等。其次,考核制度的落实,主要包括就医地参保部门对异地就医医疗费用稽核的次数;参保地医保部门通过数据分析筛选违规数据,向就医地医保部门提起协查申请的次数等。最后,考核制度的实效,对异地就医医疗费用查处违规率明显低于本地就医医疗费用查处违规率的扣除相应得分。同时,建立激励问责机制,对未实际开展监管或监管效果差的医保部门,由上级医保部门对其负责人进行约谈;对监管效果好的医保部门,树立典型,全国推广其经验做法。

(四)加强与重点地区的监管协作

当前,本地医疗机构的服务能力有待提升,异地就医医疗费用支付方式有待完善,同时监管考核机制也有待细化,应加快建立统一的区域协作和联合检查等工作制度。考虑到句容市一类县域医保部门普遍存在监管人手紧张、监管力量薄弱等问题,应加强与本市异地就医人员流向集中的重点地区的监管协作。一方面,定期筛选大额、可疑医疗费用,提请就医地医保部门协查;另一方面,对异地就医医疗费用排名靠前的医疗机构,参保地和就医

地医保部门可共同调查,查处的违规费用本金退回参保地医保部门,罚款则上缴就医地医保部门。

(五)加强对自费结算医疗费用的管理

尽管各地异地就医直接结算率不断提升,但仍有相当规模的自费结算费用存在。针对这部分费用的管理,一方面,应该进一步加大异地就医直接结算政策宣传,推进异地就医免备案手续工作的落实,完善异地就医平台信息系统建设等措施,扫清异地就医人员平台直接结算的客观障碍。同时,出台提高直接结算报销比例、对于因信息系统原因造成直接结算待遇降低的异地就医医疗费用给予补报销等政策,消除异地就医人员平台直接结算的主观顾虑,减少自费结算医疗费用的产生。还可探索将参保人员自费结算的医疗费用纳入定点医疗机构的总控管理,纳入 DRG 或 DIP 管理,树立定点医疗机构的控费意识。另一方面,参保地医保经办机构在进行医疗票据核对核查时,应与就医地经办机构加强沟通,确保费用真实性,对票据和文书等欺诈行为进行防范。此外,通过异地就医平台比对身

份信息,将参保人员自费结算的异地就医医疗费用数据同步上传异地就医平台,加强对异地就医自费结算医疗费用的监管。

参考文献:

- [1]新华社.政府工作报告:2024 年 3 月 5 日在第十四届全国人民代表大会第二次会议上[EB/OL]. (2024-03-05) [2024-03-09]. https://www.gov.cn/gongbao/2024/issue_11246/202403/content_6941846.html.
 - [2]许正圆,徐伟,黄晓青,等.长三角地区异地就医门诊费用直接结算现状、模式及难点[J].卫生经济研究,2022,39(2):70-74.
 - [3]王新超,李军,董志英,等.医疗保险异地就医费用结算困境与对策研究[J].中国医院,2022,26(9):47-49.
 - [4]张芬,刘焱.我国基本医疗保险异地就医的风险控制[J].医学与社会,2017,30(9):4-6.
 - [5]王煜昊,王丽娜,梁丽蕙,等.跨省异地就医的医保基金监管路径研究[J].卫生经济研究,2023,40(4):61-65.
 - [6]福建省人民政府.人民至上,深化医改护健康[EB/OL]. (2022-03-17) [2024-03-09]. https://www.fj.gov.cn/xwdt/fjyw/202203/t20220317_5861374.htm.
 - (编辑:李鑫梅)
-
- (上接第 27 页)
- [5]于婷,严波.以 DRG 为导向重塑公立医院全面预算管理体系[J].卫生经济研究,2023,40(12):56-59.
 - [6]张馨元,韩优莉,薄云鹊,等.由后付制向预付制转变对医生行为影响的实验研究[J].中国卫生经济,2020,39(4):28-32.
 - [7]胡洪贞,张晓倩,徐学敏,等.医患纠纷与溃坝理论逆向推断可及性的综合分析和应用[J].中国医院,2021,25(9):74-76.
 - [8]侯明,肖万超,刘静,等.DRG 支付改革背景下医院面临的挑战及绩效管理应对策略[J].江苏卫生事业管理,2021,32(11):1410-1415.
 - [9]杨晓霞.DRG 改革背景下的负向医疗行为及其治理路径[J].中国农村卫生事业管理,2024,44(4):275-279.
 - [10]孙璨,冯占春.中医院按病种付费支付方式改革现状分析[J].中国医院,2022,26(6):16-18.
 - [11]李君,冯芮华,刘双梅,等.基于不完全契约理论的 DRG 付费方式改革对医院行为影响研究[J].中国医院管理,2020,40(8):17-20.
 - [12]张霄艳,龙俞霖,王卓,等.DRG 改革中负向医疗行为问题及对策综述[J].中国医疗管理科学,2023,13(5):65-70.
 - [13]苏荣耀,陈洁瑶,黄晓婷,等.对 DRG 试点医院临床医师及住院患者的调查研究[J].现代医院管理,2021,19(3):54-56,66.
 - [14]廖藏宜,张艺艺.DRG/DIP 付费下异化行为表现及监管建议[J].中国医疗保险,2023(2):27-34.
 - [15]陈双慧,肖馨怡,吴海波.DRG 改革背景下负向医疗行为的成因分析及治理策略[J].医学与哲学,2022,43(20):37-40.
 - [16]金春林,王海银,孙辉,等.价值医疗的概念、实践及其实现路径[J].卫生经济研究,2019,36(2):6-8.
 - [17]马雷,李永生,朱晓伟.DRG 付费在某三级医疗机构的实施路径探索[J].中国医疗保险,2022(10):111-114.
 - [18]邓清文,魏艳,陈英耀.公立医院高质量发展的探索实践及实现路径[J].中国医院管理,2022,42(1):1-4.
 - [19]马萍,陈姝冰.我国医患关系研究的进路与省思[J].医学与哲学,2024,45(4):61-65.
 - [20]毛宗福.健全基金监管体制机制 助力医保事业高质量发展[J].中国医疗保险,2021(12):16,18.
 - (编辑:陈越)