

中发改委明确把招标采购的权力交给地方,但是这些年来媒体报告了很多药品招标采购带来的弊端,医药企业、配送企业意见很大。2004年医药企业协会还专门给国务院提过报告,都认为这一制度不理想。

此外,基本药物进入和剔除经过几年实践好的进来,不好的出去。但这带来另外一个问题,一定定终身不好,但有一个好处,寻租只能有一次,要是一定不定终身,那寻租的权力就很大了,所以我觉得这也是个问题。

专家访谈

城镇职工基本医疗保险异地就医管理服务若干政策建议

《我国城镇职工医疗保险异地就医管理服务研究》课题组

【编者按】城镇职工医保是构成我国医保体系的支柱之一,《医改意见》中提出进一步完善城镇职工基本医疗保险制度,加快覆盖就业人口。近年来,随着医保制度的不断完善,在覆盖面不断扩大的同时,城镇职工医保异地就医管理问题成为医保制度完善过程中的一亟需解决的问题。人民大学公共管理学院卫生与医改发展中心主任王虎峰教授主持的《我国城镇职工医疗保险异地就医管理服务研究》课题组对此进行了有力的研究,课题组基于宏观卫生医疗体制、异地就医服务层面、管理层面等方面对于解决城镇职工医保异地就医问题提出了自己的建议。

异地就医管理服务需要坚持“以人为本”原则。在工作方面,管理部门或者经办机构工作的出发点不应该局限于“怎么方便管理怎么做”,落脚点应该是尽可能服务异地就医人群,各部门的工作理念和服务理念需要转变。报告认为异地就医管理服务的最终目的是破除因为异统筹之地的就医带来的种种障碍,能够实现和参保地人群平等的“市民待遇”,也就是异地就医人员拥有所在地参保人群同等的医疗保险权利。这也是异地就医管理服务工作的宗旨所在。

基于对异地就医管理服务的理论和现实分析,借鉴国际经验,本报告从体制层面、管理层面、服务层面提出相应建议并且提出分阶段的解决思路。

基于宏观卫生医疗体制的政策措施

落实地市统筹,提高医保统筹层次。统筹层次过低,统筹单元过多,是造成“异地就医”的一个体制原因。目前我国绝大多数地区的医疗保险只统筹到县(市)级,即使是在一个地级市层面上,也尚未实现医保基金的可携带。因此应首先提高基本医疗保险到地市级统筹层次,落实地市级统筹。统筹层次的提高短期不能够得到实现,并且随着时间的延长,这方面的工作难度会越来越大。历史和若

千实践的原因演变成我国医疗保险统筹单位分散的格局,要提高统筹层次涉及到利益格局调整,只能中央层面出台规定进行改革,从制度和体制方面进行革新。

在现有财政体制下,充分利用财政转移支付的杠杆促进统筹层次提升。在“分灶吃饭”的财政体制下,中央财政的转移支付承担了调节地区、人群差异,实现社会公平的重要功能。西部地区接受中央转移支付的同时,应明确财政资金分配应适应提高统筹层次的要求,不宜太分散。充分利用财政转移支付的杠杆实现医保统筹层次的提升。

合理分配卫生资源,以缓解技术原因产生的异地就医问题。卫生资源在城乡之间、城市之间的不均等分配在一定程度上增加了异地就医的需求,因此,技术原因造成的异地就医问题是卫生资源配置不均的问题。各级卫生部门应该合理进行卫生规划,缩小地区之间的卫生资源差距,若能减小各地之间卫生资源的差距,就能在一定程度上减少异地就医的需求量,从而减轻医疗保险管理和服务工作的压力。

建立健全属地化管理的配套措施。《意见》(最终稿)中强调医疗机构要实行属地化管理,这有利于区域卫生规划的实施。但同时,应建立健全异地就医相关的配套制度,明确异地协管、异地托管等机制的具体实施细则,如异地协管之间的责任分担、异地定点医院的确立标准,在就医环节为异地患者提供顺畅服务。

基于异地就医管理层面的政策措施

建立全体公民的异地就医管理框架。随着经济社会的发展,城镇职工的医保覆盖面有了新的扩展,农民工、灵活就业人群也已纳入城镇职工基本医疗保险范畴。同时,城乡居民也在纳入相应体系。这种情况下,应提出建立全民的异地就医管理框架,而不应再有多个异地就医的管理体系,以减少管理成本、提高服务效率。

异地就医政策应适应地区差异性,并对不同异地就医人群分类管理。异地就医政策应适应地区差异性,并对不同异地就医人群分类管理。针对地区之间经济发展状况、历史背景和地理因素的不同,各地应制定相应的异地就医管理办法:针对不同人群异地就医行为的差异性,也应区别对待。可以考虑划分门诊和住院、短期和长期、工作、旅游以及退休异地安置,考虑卫生资源不平衡和经济发展不平衡等因素进行分类管理。例如长江三角洲、珠江三角洲等地的区域经济一体化程度较高,应该探索放开异地定点,联合管理;青海等地区由于历史原因和自然环境因素引起的异地就医问题,应该有别于一般的异地生活定居,中央财政应该安排专项转移支付资金以支持该地区的异地就医管理服务;由于地理原因和经济发展程度或者医疗卫生资源差距原因,如邻近北京、上海、广州等地区的异地就医应该在就医环节加以疏导管理,建立统一的异地就医计划系统,有效分流并适当调控。同时,对于工作原因和非工作原因,主动还是被动选择异地就医应该在管理和待遇上有所区别,以体现合理性和公平性。对于长期和短期、门诊和住院的不同就医行为,在管理服务上也应该有所区别对待。

成立异地就医整体的协调机构和专家组，协调中央与各省之间、地方各部门之间政策并研究谋划思路。众所周知，解决异地就医问题的一个重要途径是提高医疗保险基金的统筹层次，然而，在短期内实现省级甚至全国统筹是不可能的。建议要在国家层面建立异地就医整体协调机制，并在中央一级政府设立专门的涉及相关部门的跨部委异地就医协调机构（例如异地就医管理服务协调小组）负责统筹、规划异地就医的协调管理。该机构的主要职能包括三个方面：一是制定规章制度，规范异地就医行为，保障异地就医中各个主体的利益；二是制定跨省的异地就医协调政策，实现不同省之间良好的接口管理，如在全省之间开发异地就医结算平台，供各地医保经办机构接入；三是中央财政投入，根据各地异地就医情况，对于基金不平衡以及管理服务量给予一定的资金调剂。对于发达地区与落后地区之间保险基金结算不同的基金不平衡需要调剂金发挥作用；对于发达地区与落后地区之间结算已经发生造成的基金空缺需要周转金的弥补，确保结算工作的连续性。这些都需要更高一级政策层面的财政投入。我们认为异地就医人群的管理服务有参保地管理向就医地管理的发展趋势。那么从中央层面来说，需要考察异地就医人员流动趋势、数量以及特点。可以尝试根据测算出来的异地就医人群数量将异地就医管理服务打包，中央能够明确地方异地就医管理服务量以及以此为依据投入资金。

除了中央层面需要成立协调机构，它发挥协调省级之间的异地就医，省内的异地就医的协调需要在省级层面设立专门的机构。中央层面和省级层面各有分工，构成完整的系统。

同时，成立异地就医管理服务专家组，这个专家组由中央一级政府官员、地方政府官员、地方办事人员以及学术领域学者组成。这个专家组的主要职责是研究异地就医管理服务现状和问题并且提供政策建议，为领导决策发挥智囊团的作用。

制定全国异地就医的基准政策，用“全国粮票”来弥补“地域粮票”的不足。虽然国家政策对城镇职工医疗保险做出了原则规定，但各地政策具体的在缴费基数、缴费年限以及待遇等方面各不相同。随着异地就医现象的越来越普遍，政策的不一致或者不统一带来了很多问题。建议由异地就医协调机构设定最低保障条件和待遇，规范报销办法，这有助于在各统筹区域之间实现异地就医报销的统一标准。如若办理了异地就医备案手续，异地就医发生的医疗费用在报销比例上应该和在统筹地区发生医疗费用的报销比例大致相同。另外，规范报销办法可以在很大程度上减少患者的垫付比例，减轻异地就医人员的经济压力。这利于实现异地就医制度内部的协调发展。其次，为确保医疗保险关系的接续，需要采取“累计”原则。也就是，一个人在流出地的缴费在流入地得到认同，并且患者以此为基础继续缴费。这样在一定程度上能够维护患者的权利，对此国家应有明确规定。城镇职工基本医疗保险、新农村合作医疗以及城镇居民基本医疗保险三大基本医疗保险制度之间很好的衔接和转换，也需要协调管理异地就医问题。

充分发挥政府部门的监管职责，规范异地就医各个环节的行为。异地就医行为

主要牵涉到四个主体，即患者、医院、参保地医保经办机构以及就医地医保经办机构。为了避免异地就医中的骗保、过度就医等行为，应该对异地就医中的不同主体进行事前、事中、事后监管。

加强异地就医行为的事前监管，从源头上调控异地就医数量和流向。建议医保机构协同当地定点医疗机构对异地意愿要有统计分析，针对突出问题，进行有效解决，从源头上调控异地就医数量和流向。

医院与所属地医保经办机构及时沟通患者信息，对异地就医进行事中监管。建议考虑设计全国统一的异地就医表格，医院接待异地患者时进行填写并报有关部门审查，从制度上堵上假就医、假发票的漏洞。

及时沟通患者信息仅为医院与医保经办机构之间的一种“约定”，并不存在一种制度上的规定，带有很大的随意性。现实情况是地方医保经办机构无权对来自外地的患者在本地定点医疗机构就医行为进行监管，那么其中就存在责任不明确以及监管的空白地带。因此国家需要出台明确规定授权地方医保经办机构对外地的患者在本地定点医疗机构的就医进行监管。

重视异地就医费用的审核，强化事后监管。调查显示，几乎有一半的被调查者认为应该重视异地就医费用的审核。但是目前医保机构并没有进行异地核查的办公费用，也没有全国协查的机制。因此，应考虑每年全国开展一次专项行动，统一组织人力、物力，可以委托中介机构，对重点申报进行联合稽查。

建立统一的信息标准和技术标准，实现信息共享。统一的信息标准需要以统一的技术标准为载体。首先是管理服务机构之间的信息传递需要类似于欧盟内部推行的标准化表格，这些表格记录和处理患者医疗基本信息，缴费记录、以及报销等内容，并在不同人群、机构沟通中使用，实现互认。其次，考虑到联网，必须统一联网技术规范和信息内容以及标准。再次，由医疗机构提供的医疗费用报销和费用结算清单和发票的格式和要求应该统一。这些细节影响到患者异地就医权益的实现。

建立互信机制和委托机制。虽然有一些地方进行了诸如异地协查、异地监管以及异地结算等方面的探索，但这只是极少部分地区间的协商或者签订协议的结果。互信机制和委托机制的建立已经迫在眉睫。现在各个地区对异地就医的协管并没有制度规定，也尚未有国家层面的关于地方经办机构应尽的异地就医协同管理服务责任和义务的明文规定。

针对低收入人群异地就医的情况，可以考虑鼓励发达城市在周边欠发达地区设立定点医院。调查中发现有16.5%的患者会由于收入、医疗费用等原因选择到经济发展水平较差的地方就医。因此，市中心区域应允许到郊区定点就医、经济发展水平相对较高的地方应考虑在周边欠发达地区设立定点医院，鼓励低收入人群到周边地区就医，实现异地就医人群的双向流动。这不仅可以满足这部分人群的卫生服务需求，降低就医成本，也一定程度上缓解了大城市大医院的拥挤程度。

基于异地就医服务层面的政策建议

正确引导异地就医，公平分配就医机会，注重医疗服务的连续性和协调性。

医院作为异地就医问题发生的起点和终点，既是问题的根源也是归宿。很多高层次的矛盾和问题都根源于就医环节的无序和混乱。医疗服务应从流出地和流入地两方面开展工作。

流入地医院需为异地就医者提供公平的就医机会。各统筹地指定定点医院统筹互认，形成异地就医定点医院联合体。对于异地就医者不能搞差别对待、歧视性对待、设置入院壁垒、乱收费等。给予就医者本地市民同等待遇。各地社保部门应给予流入地医院以本地医院同级待遇，使就医者获得异地就医机会上的平等。

抓住异地就医管理服务的关键环节，医疗机构要合理地引导就医流向。针对主动异地就医中住院为主要诊疗类型，且费用高这一情况，应对主动异地就医和异地住院人群进行重点管理。一是开展异地委托协查和监管，授权医保经办机构管理或进行异地定点医院管理；二是对异地转诊人群进行合理的引导、计划，避免盲目的异地就医行为，同时也避免就医人员过分集中而给大医院带来压力。

统一医保服务中结算手续标准，提高服务效率。统一结算手续标准。各地医保部门需要异地就医者提供的结算手续不统一，各地医院能为就医者提供的手续也各不相同，造成结算标准不统一，一部分异地就医的医保结算工作长期积压，医保部门压力很大。医保部门须加强管理，统一结算手续的标准，促进异地医保结算程序规范化、科学化，使异地就医医保结算有章可循，形成良性运转。

完善自身建设，提高服务效率。要提升服务层次，医保部门还需改进以下工作：医保部门要主动与本地（流出地）医院沟通和合作。共同做好转诊备案工作，并做好转诊异地就医医保付标准和必要手续的宣传告知工作。医保机构须设立专门的异地就医监管和结算中心，通过网上办理异地就医结算，提高医保机构办事效率。适当增加从事异地就医管理服务的人员配置，提高服务意识和效率。医保服务效率的提高和日臻完善，是对管理层次建设的间接促进，为建立更高更为有效的统筹层次奠定坚实的基础。

尽量统一药品、诊疗、医疗设施“三大目录”，提高异地就医管理服务的满意度。是否予以报销与异地就医管理服务满意度之间显著相关。有异地就医经历人群中，有62.8%由于“三大目录”的不一致而得不到报销。建议尽量统一“三大目录”，这不仅能够减轻医务工作者和医保机构工作人员的工作量，也有利于维护异地就医患者的利益，提高异地就医管理服务的满意度。

尽快改变垫付报销方式，实现跨地区联网结算。针对异地就医报销中以垫付方式为主，患者负担重的情况，建议应尽快改变垫付方式，缓解患者的经济压力。制定全国通行的标准化表格，以记录和处理患者基本信息、缴费记录、医疗情况以及费用等内容，并在不同人群、相关机构中使用，实现互认。同时，统一信息编码

标准和互联网技术规范，做到互联互通，为异地就医服务联网结算提供技术保障。

针对报销过程中出现的问题，应对异地就医的重点人群和关键政策进行重点宣传。针对退休前后时段异地就医频数激增的情况，应重点对即将退休的人群加强有关政策宣传；针对有28%的患者由于不了解政策，未能及时备案而得不到合理报销的情况，应重点宣传异地就医的备案程序。加强异地就医政策的宣传力度，不仅有利于参保人维护自身权益，也有利于缓解患者与医保机构之间由于不予报销而可能造成的冲突。

分阶段解决异地就医管理服务问题

建立医疗保险经办机构之间的互信机制、委托机制。医疗保险经办机构对异地就医人群进行管理的基础在于互相信任、互相委托，如果不能建立互信机制，一系列异地就医的管理办法都将得不到合理实施，后续的信息流、资金流的管理与协调也就无从谈起。互信机制建立的根本表现在于对彼此合作的就医项目信息都有相当程度的了解，并尽可能地避免道德风险与逆向选择行为的出现。此外，应建立异地医疗保险经办机构之间的委托协查、委托监管、委托报销、委托结算等机制，保证医疗保险经办机构对异地就医行为的管理和服务有章可循。

授权医疗保险经办机构对异地就医管理服务进行监管。现在我国各个地区之间的协管并没有国家层面的制度约束，难以界定相应机构之间的责任和义务，因而当发生异地就医行为时，由于找不到制度依据，换言之，因为没有对外来就医者进行监管的权限，异地就医发生地的医疗保险经办机构并不会主动对外来就医者进行异地就医管理服务的监管。所以，从中央到地方，应该授权给相应医疗保险经办机构协同监管的职能，从而使异地就医现象摆脱“无人管”的不利局面。

成立解决异地就医管理服务问题的部际协调组和专家组。为了更及时、更全面、更合理地解决异地就医管理服务上所出现的问题，需要成立相关跨部委的协调组和专家组，统筹考虑和整体设计异地就医政策和技术问题。

提供格式统一的异地就医清单。缺少格式统一的异地就医清单是导致异地就医管理服务需求不能被满足的客观原因之一。应为异地就医者以及医疗保险经办机构提供格式统一的、便于各地互认、查询、结算的异地就医清单以及各类不同功用的表格。

明确中央、省级机构在解决异地就医管理服务问题时的职责。由中央层面来规定全国统一的异地就医管理服务标准，并由中央层面来解决跨省的基本异地就医管理服务问题，而省级机构则负责解决省内的异地就医管理服务问题。

在解决了以上所提的几个方面的问题之后，应进一步做以下工作：出台提高统筹层次、规范接续关系和累计计算缴费年限等政策；测算异地就医服务量、资金量，建立调剂基金和周转基金。

目前，虽然异地就医管理服务需求具有迫切性，但是事实上需求量有多大，呈现怎样的发展态势，至今并没有确切的数字。在确定管理服务标准之后，应该进行

具体测算。同时，应建立异地就医调剂基金、周转基金。建立调剂基金的目的在于帮助解决在医疗保险统筹地区间因经济发展差异、医疗资源分配不均或其他原因所造成的医保基金的失衡以及服务工作量的不平衡。周转基金则用于解决医保机构同医疗机构的结算问题，避免让异地就医患者个人垫付应由医保基金支付的费用。

新医改将在争议中迈向有管理的市场化

余晖

【编者按】从新医改方案的讨论到出台，新医改一直在争议声中成长，政府制定出未来三年的改革重点，目标明确，但面临挑战。医改对于是政府多一点还是市场多一点，一直是争议的热点，新医改意见提出发挥政府主导作用，暂时性回答了这一问题，但在未来医改具体过程中，关于医保、公立医院改革等都可以看到市场的影子。五项改革的具体实施仍有许多值得商榷的内容，或许正如社科院余晖教授所说“医改将在争议中进行”，但愿有争议才有进步。

如果认为这次医改摒弃了市场化，全面回归公益性，是不准确的。新医改之前的“市场化”实际上是缺乏管理的市场化，是政府放权弃责的不良结果。我们不能把政府在实施以药补医政策的同时，依然实施低价医疗服务和歧视民营医院的政策，容忍公立医院从病人身上去创收说成是“市场化”。这次医改充分体现了既要发挥政府直接的主导作用，还要发挥市场机制，迈向有管理的市场化。

迈向有管理的市场化

这次医改是政府主导的。以前政府欠账太多，过于压制市场力量，现在要完善和普及全民医疗保险，政府就需要首先承担起应有的责任。如果认为这次医改摒弃了市场化，全面回归公益性，是不准确的。新医改之前的“市场化”实际上是缺乏管理的市场化，是政府放权弃责的不良结果。我们不能把政府在实施以药补医政策的同时，依然实施低价医疗服务和歧视民营医院的政策，容忍公立医院从病人身上去创收说成是“市场化”。这次医改充分体现了既要发挥政府直接的主导作用，还要发挥市场机制，迈向有管理的市场化。

这次医改没有否定市场机制的大量引进，如放松对民营资本的进入、药品的公开招标、医师多点执业、医保机构和医院的谈判机制等。这都体现了政府、社会、个人以及市场之间相互合作、相互补充，共同实现基本医疗卫生服务全民覆盖的方向和决心。

新医改方案通过市场机制来保障医疗效率及有效的供给竞争，通过加大政府投入建立全民医保体系来展现医疗卫生的公益性，体现了政府行政部门回归市场监管、社会管理和公共服务的正确角色。