

建立异地就医一体化协管机制

时间: 2007-09-14

来源: 中国社会保障网

【字号:   】 [【我要纠错】](#) [【Email推荐】](#) [【发送】](#) [【收藏】](#) [【打印本页】](#) [【评论】](#) [【关闭】](#)

本文结合我国近10年来的城镇基本医疗保险运行状况和异地就医管理的客观条件, 提出依据现有条件, 立足统筹地区, 充分发挥异地协管作用, 建立全国一体化的异地协管机制, 即: 七个机制: 一是统一的异地协管机制; 二是灵活的配套机制; 三是规范的分工审核机制; 四是便捷的异地服务机制; 五是有效的技术支持机制; 六是合理的劳务补偿机制; 七是科学的工作评估机制。七个机制的核心思想是“一体化”与“异地协管”。所谓“一体化”是从宏观战略的角度出发, 强调全国统一组织、统一管理、统一协调; 所谓“异地协管”是从管理执行的角度考虑, 探讨“异地协管”如何管? 管什么? 界定出异地协管的责任边界。在机制设计上, 明确了异地协管业务规范的最低要求是杜绝冒名顶替与虚假发票。七个机制的实现方式与时间进度可在三年内分三个阶段完成, 即: 一年尝试, 两年提高, 三年成型。

七个机制的建立, 一方面可以降低异地就医管理的风险和不良社会影响, 充分满足参保对象的服务需求; 另一方面还可减轻城镇基本医疗保险统筹基金的支付压力, 建立异地就医的长效管理机制, 克服城镇基本医疗保险事业的发展瓶颈, 实现城镇基本医疗保险事业的健康快速发展。

异地就医是参保人在非统筹地区(或参保地区以外)发生的住院(紧急抢救)治疗行为。我国的城镇基本医疗保险实行属地管理, 全国有市县级统筹地区约2700个。当前, 随着我国市场经济的进一步建立和完善, 异地就医现象从数量上讲大量存在着, 而且, 随着灵活就业人员劳动关系转移, 城镇居民养老的地域转移, 人口流动率会不断上升, 异地就医人员数量会越来越多, 而且将在全国范围内较长时期存在。

一、异地就医管理的现状及存在的问题

(一) 现状

1、异地就医总体情况。因长期在外地居住或临时外出患急性病住院及转诊到统筹区外住院人数约占医保住院总人数的5%。在异地发生的住院医疗费用占医疗总费用的12%左右, 2006年全国异地住院医疗费用约为90亿元。其均次医疗费用也普遍比统筹区内高, 其中长住外地人员均次住院费用比统筹区高出约40%, 转诊到外地住院的平均住院费用约为统筹区内的5倍多。

2、异地就医人员的基本情况。目前全国各统筹地区共有异地居住人员450万人, 约占医疗保险参保总人数的3%。其中, 退休人员约占90%。异地居住人员中有45%在本省内, 55%的人在省外居住。

3、个人医疗负担情况。由于异地住院费往往高于统筹地区的住院费用, 异地住院人员医疗个人自付费比例也明显偏高, 据对湖北省的统计资料显示, 异地人员均次住院个人自付费用是统筹地区内住院人员的3倍。

4、异地就医的待遇支付。我国对异地就医人员城镇职工基本医疗保险待遇主要实施两种管理办法, 一是包干型: 统筹地区将参保人个人账户与统筹金按个人缴费的实际水平将额度包给单位或个人, 不再发生报销关系(或称退费型), 这种管理模式最大的问题是没有发挥社会保障的再分配功能。二是报销型: 将个人账户按年度退还给单位或个人, 在异地就医发生的住院或紧急抢救费用由统筹地区报销, 管理方式比较粗放, 一般采取“三个一”的管理方式, 即: 一张表、一个章、一堆发票。一年或半年办理一次。

(二) 存在的主要问题

目前, 我国的异地就医管理的现状不容乐观, 存在的问题值得关注。

1、双重标准: 异地就医人员管理比较统筹地区的参保人员管理而言, 统筹地区就医医疗行为发生在医、患、保三方机制有效监控范围内, 规则、监督、执行过程具有可控性, 而异地就医其医疗行为在异地发生, 患者身份、病情、治疗方案难以监控, 同在一个统筹地区参保, 虽然政策规定的待遇标准相同, 但现实状况往往是统筹地区和异地是双重标准。

2、成本高。(1) 专设窗口。统筹地区都必须设专人和窗口办理异地就医报销, 增加了人工成本和管理成本。(2) 手工审核。参保单位专管员或患者本人持有有效的住院发票、费用清单、出院小结等资料到统筹地区经办机构审核报销, 大量的凭据审核工作都是手工操作, 科学的管理技术设施无用武之地。(3) 程

序繁琐。个人账户资金办退操作繁琐，异地报销业务周期长、程序多，参保人报销须持证卡、病历、发票等文件，到窗口办事时往往才发现资料不全，从申报到取费可能会跑好几趟，大大增加了异地就医人员的个人负担和时间成本。

3、风险大。目前我国对异地就医的风险防控还缺乏行之有效的手段，由于制度设计上缺乏监控机制，导致冒名顶替、虚假票证、欺诈骗保、畸形高昂医疗费用频繁发生。与此同时，城镇基本医疗保险机构的领导还存在职务风险。

4、服务差。异地就医的服务能力和水平亟待提高，人少事多，且身兼数职，很多统筹地区的经办机构也不会将异地报销作为重要岗位，配备的工作人员的数量和质量都相当有限。

5、“双高”。异地就医往往导致“双高”问题非常突出，即城镇基本医疗保险统筹基金的支出高，参保人个人负担的比率高，这是因为异地就医人员往往大多数是在经济发达、医疗技术条件好的地区接受医疗服务，且过渡医疗服务行为没有得到有效的控制。

异地就医行为因发生在非统筹地区，时空上的限制加大了管理难度。城镇基本医疗保险经办机构面临着双重挤压，多花了钱，群众还不满意。

针对目前我国异地就医管理的现状和种种问题，建立完善的异地就医协管机制迫在眉睫。当前需要统一思想、集中优势、整合资源，设计出一种程序规范易于操作的一种机制，能够使全国城镇基本医疗保险经办机构统一行动，形成一种强有力的管理网络、管理氛围，建立健全异地协管的职责分工与制度安排，从总体上减缓异地就医管理失控的漫延势头，从根本上提高异地就医管理水平。

二、建立异地就医一体化协管机制的目标

（一）防范并杜绝医疗欺诈行为

全国形成联动的、协作的、有统一规范业务流程的一体化异地监管机制，能够将异地就医人员视同本地城镇基本医疗保险一样管理，重点对住院事实进行确认，为参保地区经办机构报销住院医疗费用提供了真实有效有凭据和手续。

（二）实现有医保监管的异地就医

通过国家劳动保障部门制定《异地就医管理规范》文件，要求各地将异地就医人员纳入当地城镇基本医疗保险经办机构管理职责范围。各地城镇基本医疗保险经办机构以协议方式要求定点医院对异地人员按城镇基本医疗保险规定管理，不合理检查与用药也按协议处理，同时建立各地区经办机构之间协查和违规处理反馈制度，实现对参保人员异地就医环节的有效监管。

（三）方便异地就医人员实现待遇

异地就医人员逐年增加，而社区综合服务功能尚未健全，异地就医人员报销难越来越突出，城镇职工基本医疗保险经办机构对异地人员在政策宣传与咨询、住院监管、费用审核及待遇支付等方面，为异地人员办理各项事务，确保异地就医人员的城镇职工基本医疗保险待遇。

（四）合理的个人异地就医负担

从统计情况看，各地异地就医人员个人负担明显高于本地住院病人。同样缴费而享受待遇不一，这对于同样参保的异地就医人员是不公平的。异地就医协管机制把异地就医的医疗行为纳入当地经办机构范围内，可改变医保范围个人支付比例高的现状，方便异地就医人员，减轻个人异地就医的负担。

（五）防止和杜绝冒领个人账户资金

通过由异地监管机构组织年审，对病故人员的个人账户及时进行注销，从而有效防止和杜绝个人账户资金的冒领行为。

七个机制的实现方式与时间进度，可在三年内分三个阶段完成，即：一年试行，按七个机制所设计的办法在全国各统筹地区推行实施。两年提高，在推行的基础上总结提高，确定适合的异地就医一体化协管业务流程。三年成型，把经过实践检验的确实可行的异地就医一体化协管业务流程变成可操作的业务需求，开发出异地就医管理软件，借助劳动保障部金保工程建设实施，完成异地就医协管全国计算机联网管理。

三、建立异地就医一体化协管机制

异地就医一体化协管机制，是由劳动保障部门领导的、分层次的、联动的、协作的、统筹地区按分工各尽其责的、有全国统一规范业务流程的、对异地就医实行有效监管的一种协管机制。它由七个机制相互配合相互作用组成，是一个有机整体。

（一）统一的异地协管机制

目前，针对我国异地就医人员的管理失控问题的解决，各种设想莫衷一是，存在比较大的争论，一种观点认为异地人员全部划归当地管理。笔者认为这种方法的不可行性在于全国各统筹地区的缴费与待遇水平不一致，会造成异地居住人员与统筹地区人员的待遇差异。另一种观点认为异地就医管理应借助金保工程，建设全国统一的网络管理系统，实行网上监控，网上结算，网上支付。笔者认为这是一种比较先进且一步到

位的管理方式，管理成本低、有助于管理水平和效益的提高，但是建设这样一个网络系统，从各统筹地区需求的提出，到全国汇总再到业务需求论证，从应用程序开发到网络系统建设，从管理部门设置到专业技术人员配备，都不是轻而易举的事。基于我国医疗保险近10年来的运行情况，依据当前医疗保险经办机构的基础条件，笔者认为研究和攻克异地就医管理难关的核心思想和关键是要立足于统筹地区，发挥异地协管作用，各地加强配合，立足于解决社会影响大、对医保基金安全威胁大的问题

异地协管应该说是解决异地就医管理难题最有效的途径。一是成本低。异地就医行为发生在异地，统筹地区发现疑似违规问题再派人到异地调查稽核，管理成本太高；异地协管是在全国范围内的协调管理，管理的地域分散性决定了全国通盘考虑的必要性。管理转由异地协管则不需要再投入成本。二是双赢。把一些管理方面的事交由异地完成，异地与统筹地区之间能量互换，形成互为异地，你帮我做事，我帮你做事，帮助别人就等于成全了自己，实现两地的双赢；三是管理意愿。异地就医管理已经成为城镇基本医疗保险经办机构共同关注和急需解决的问题，所以各地有加强管理的意愿且非常强烈。但是，我们还应注意到，异地管理低成本不等于没有成本，异地经办机构有监管的积极性，不等于有监管的自觉行为和良好的管理效果。

异地就医管理是一项协作性的工作，全国有2700个统筹地区在管理上自成体系，各统筹地区之间的横向关系不具备指令性权威，要把异地就医协管业务流程的操作落到实处，必须有一个权威部门对这项工作进行总协调。由劳动保障部社会保险管理中心牵头，形成严格的层次节制的组织，负责协调异地协管工作。

由劳动保障部发文要求各统筹地区经办机构加强异地就医管理，明确异地协管的具体职责。

一是参保人员身份确认。

二是参保人员享受待遇资格年审。

三是办理异地人员入院登记手续，将异地人员住院治疗纳入本地医保住院结算监控系统管理。

四是对异人员住院费用审核把关。规定异地统筹地区协管的最低工作要求，即：杜绝冒名顶替与虚开发票。规定协管地区进行异地住院费用审时做到，一要核对住院日均费用，与当地同类病种日均费用进行比较，若有异地人员住院日均费用高出本地住院日均费用的15%，则对医院进行稽核；二要填写《初审意见表》；将参保人《异地住院明细清单》、《初审意见表》用电子邮箱传到统筹地区；收到统筹地区审核后的《异地就医结算表》后，通知异地就医人员到指定银行领取报销金额。

五是负责为参保人员提供政策咨询和费用报销中的解惑。

（二）灵活的配套管理机制

异地就医委托当地经办机构管理的基本要求是要治理假冒住院、假发票、假费用、假清单等套取城镇职工基本医疗保险基金的违规行为，根据异地就医管理的需要，针对异地住院管理的各个环节，各统筹地区可根据自己的管理需要和实际条件采取相应的配套措施，常用的配套措施有：

1、工作站：地处偏远的统筹地区，可能会有一定数量的同类人员在退休后居住在内地同一个条件比较优越的城市，可能发生大批量的异地就医行为，为了更好地实施异地就医管理，可选择在退休人员相对集中的城市，依托当地的城镇基本医疗保险经办机构，在当地设置异地就医管理工作站。工作站一般有3-4人组成。

2、特派员：统筹地区针对重点城市发生异地就医频率高，医疗费用数量大的特点，为加强对这几个重点城市的异地就医管理，特派一名工作人员，经常在这几个重点城市之间流动巡查，明查暗访，重点检查，定期抽查。

3、专管员：对工作具有流动性成建制的参保行业和参保单位，大量的职工在异地工作，对这类行业和单位的管理，可采取由参保单位推荐一名医务人员担任专管员，城镇基本医疗保险经办机构对其进行政策与经办业务操作培训，培训合格后专门负责配合城镇医疗保险经办机构抓好异地就医管理。

4、协管员：统筹地区对发生异地住院费用报销业务量较大的地区，或经常发生城镇基本医疗保险报销欺诈问题的地区，可在当地招聘退休的医生担任协管员，由统筹地区经办机构定期派人对其进行业务指导，委托其协助管理部分异地就医业务。

（三）规范的分工审核机制

负责异地就医协管的统筹地区，其费用审核的职责为：通过初审把关杜绝冒名顶替和虚假票证；将异地就医人员纳入当地医保结算监控系统管理，控制医疗费不合理支出。统筹地区的职责为：由统筹地区根据当地政策规定按项目付费制的方法作出审核结论，并按最终审核结论支付异地报销医疗费。

1、就医地审核事项职责界定

一是防范冒名顶替行为。

（1）认真办理住院手续。办理住院手续一要填写《异地就医住院登记表》。二要查验证件，办理住院手续时医生是否在入院证上登记城镇基本医疗保险证号。三要病种和号码相符，现场核对实际病人入院证上诊断的病种，城镇职工基本医疗保险证是否真实相符。

（2）由收治的管床医生查验医疗保险证，并填写验证记录。

(3) 在医疗终结前进行一次检查。

二是防范虚假票证。有些城市出现专业制假公司，可以提供发票、假明细清单、假住院床位号，制假手段和技术专业化程度较高。排除虚假票证的重点是在票据之间的对应关系上找出破绽。

(1) 查票据的纸质、书写、签名、印章是否规范。

(2) 查票据之间的时间对应关系。一般在入院证、出院证、出院小结、住院费用明细清单、收费收据等票据作以之间相互比较，通过查时间、出院日期、查住院天数，可以查出一些问题。

(3) 查票据之间的号码。编号是否有重号，编号是否对应，住院号在各票单上反映是否一致，住院号与姓名是否一致。

三是防范天价医疗费和防止发生参保人个人负担过重。通过把异地住院人员的住院医疗费用与当地同类病人的日均费用进行比较，高低在10%-15%范围的属于正常，对高出15%以上的费用要进行重点审核，对不合理的用药与收费，通过与管床医生核实后予以扣减，对参保人个人负担过重的病案，要认真清查，凡不应由个人负担的费用一律追回

2、统筹地区审核事项职责界定

统筹地区经办机构审核人员根据《三大目录》规定范围内的一定比例，对异地管理部门提供的有效票据和资料进行逐项审核，并填写《异地住院医疗报销审核表》，由统筹地区将实际报销金额划入参保人在商业银行开设的银联卡，同时将异地住院医疗费报销审核结果反馈给异地管理机构。

(四) 便捷的异地就医服务机制

1、简化报销程序

异地就医人员过去报销医疗费要跑异地经办机构，要跑医院，还要跑统筹地区经办机构，有时因资料不全要来回跑几趟。新的异地就医协管机制，参保人只需带出院资料就可以在异地经办机构一次性办理相关报销手续，报销资料不再由参保人几处跑送审，直接由异地管理机构用电子邮件，对统筹地区发送报销资料，如：《异地人员住院申请表》、《住院明细清单》、《异地管理机构初审报告单》等。

2、一站式服务。

异地就医人员政策咨询、定点医院选择、住院管理、费用报销、个人账户资金转移、退付、查询，办理门诊重诊等各种业务等都可以在异地监管机构办理。

3、查询服务。

参保人可通过电话语音查询系统进行查询，也可直接到协管经办机构面对面查询，拓宽沟通渠道，增加服务满意度。查询

(五) 有效的技术支持机制

全国一体化的异地就医监管机制要有先进的管理技术支持。当前要创造条件配备先进的管理工具，其技术方案主要是：(1) 建立一个全国性的异地就医人员基本信息数据库，实行异地就医人员信息集中跟踪动态管理。(2) 建立全国各统筹地区城镇基本医疗保险经办机构信息查询系统，异地就医监管机构信息查询系统。(3) 建立统一的异地就医业务管理账、表、卡、册电子表格库。(4) 建立全国各经办机构异地监管业务综合统计分析系统。(5) 建立全国各经办机构异地监管工作自动评估系统。(6) 全国异地就医政策与管理语音查询系统。

(六) 合理的劳务补偿机制

异地协管对经办机构而言是有成本的，理应受到尊重和重视。如果我们的制度设计，不尊重异地工作人员的额外劳动，不提供相应的人力、物力、财力的保证，即便是建立了机制也无法保证机制的健康有序运行，异地就医管理的低水平运行将会成为常态。建立合理的协助监管劳务补偿机制非常必要。

钱从哪里来？答案是由国家劳动保障部门与国家财政部门协商，要么给钱，要么给政策，如果给钱，可由国家财政做出专项工作预算，根据各经办机构实际劳务成本和协管工作量，按照一定比例予以划拨经费。如果给政策，可由国家劳动保障部商财政部联合发文，明确地方异地协管经费的列支渠道，由统筹地区财政预算安排异地协管专项工作经费。

(七) 科学的工作评估机制

由劳动保障部制定《异地就医协管工作评估标准》，对每一例异地就医管理案例，由统筹地区填写评估表，由全国异地就医监管自动评估系统进行识别、积分，年度自动产生评估结果。劳动保障部在年终对各统筹地区异地就医协管机制运行情况进行检查与评估，公布各统筹地区异地就医协管工作评估结果。

(何广胜)

(刘义平)

相关新闻:

- “三位一体”构建被征地农民社会保障体系(2007-09-14)
- 社会保险欠费成因及改革思路(2007-09-14)
- 文登市城镇居民医疗保险的实践与思考(2007-09-14)
- 被征地农民社会保障工作的新背景、新突... (2007-09-14)

免责声明:

中国社会保障网对任何包含于或经由本网站, 或从本网站链接、下载, 或从任何与本网站有关信息服务所获得的信息、资料或广告, 目的是为公众提供资讯, 服务社会公众, 不声明也不保证其内容的有效性、正确性或可靠性。

任何单位或个人认为通过我们的内容可能涉嫌侵犯其合法权益, 应该及时向我们书面反馈, 并提供身份证明、权属证明及详细侵权情况证明, 我们在收到上述法律文件后, 将会尽快移除被控侵权内容。

以上声明之解释权归中国社会保障网所有。