

长三角地区就医费用跨省直接结算 政策效果分析

- 分析政策实施效果
- 诊断政策推进难题
- 提出政策优化建议

上海交通大学健康长三角研究院、中国城市治理研究院、国际与公共事务学院、行业研究院

2021 年 9 月

摘 要

为惠及异地生活和工作的长三角居民，助力长三角一体化进程，2018年9月苏浙皖沪三省一市在全国率先启动门诊费用跨省直接结算的区域试点，迄今已两年多时间。试点政策推行后，实施效果如何？是发生了跨区域患者“虹吸”？继续推进还存在哪些问题有待解决？

为了回答以上问题，我们对2018年9月-2020年9月长三角异地就医费用跨省直接结算的相关数据进行了分析。数据主要为统计数据与访谈数据两类，具体来源包括：由上海市（市本级、静安区、嘉定区）、苏州市、嘉兴市、湖州市医保中心以及上海仁济、瑞金、肿瘤、中山四家综合医院提供的月度统计数据；以及与上海市医保局、上海市医保中心、浦东医保事务中心、静安区医保中心、嘉定区医保中心以及嘉兴、湖州医保中心进行的现场座谈及电话访谈。

研究发现，长三角门诊费用跨省直接结算政策推行顺利，直接结算总量呈上升趋势；手工报销逐步由直接结算替代，施政前后以结构调整为主，总体增量并不显著。从人员备案类型、就医医院、就医费用来看，异地住院直结主要服务参保人疑难杂症刚性需求；而门诊直结在服务患者住院前置门诊需求的同时，还服务长期异地工作的日常门诊需求，三省一市实现互惠互利。此外，结果显示异地门诊直接结算量受到空间可达性的制约，以上海为例门诊直结主要发生在周边城市，可以说跨省门诊整体上有序可控，并未引发跨区域患者“虹吸”现象。

目 录

一、背景介绍.....	1
二、政策成效.....	2
（一）试点推行顺利，政策惠及更多参保人员.....	2
（二）结构调整为主，直结逐步替代手工报销.....	6
（三）患者受益面广，满足参保人的不同需求.....	8
（四）实现互惠互利，苏浙皖一市均有获得感.....	16
（五）就医有序可控，受空间可达性制约明显.....	17
三、现存问题.....	20
（一）信息化建设仍待加强，结算平台不稳定.....	21
（二）门慢门特政策差异大，病种覆盖不全面.....	21
（三）医保报销目录不统一，报销待遇差别大.....	22
四、优化建议.....	23
（一）做好异地联网工作，推进数字一体化.....	23
（二）进一步扩大门诊直接结算的病种范围.....	24
（三）逐步推进长三角医保报销目录的统一.....	24
（四）进一步加强异地就医的医保基金监管.....	24
（五）加强老年人等门诊重点人群政策普及.....	25

一、背景介绍

回溯我国医疗保障制度改革的发展之路，在“全民医保”以及“基本医疗保险制度整合”方面已取得了重大阶段性胜利。新时期，“异地就医结算难”这一困扰群众多年的民生问题，逐步成为了我国医保体系朝向“全国统一”方向改革的新靶点。

2018年9月28日，根据上海市委、市政府主要领导的批示要求，上海市医保部门主动而为、积极行动，在国家医保局和国家人社部的支持认可下，会同苏、浙、皖三省医保部门，在全国率先启动异地门诊费用跨省直接结算试点工作。“1（上海）+8（江苏省南通、盐城、徐州，浙江省省本级、嘉兴、宁波，安徽省滁州、马鞍山）”为首批试点地区。这些地区的异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员及异地转诊人员等4类参保人员，在办理相关证明并向本地（参保地）医保经办部门备案后，在试点医院门诊就医时，即可享受到跨省门诊费用直接结算的便利。

创新工作机制，构建跨部门跨区域协同平台；信息互联互通，打造门诊费用跨省结算系统；先试点后推广，逐步推动门诊结算政策落地；基于制度规范，持续优化简化门诊结算方案。长三角三省一市按照“坚持分级诊疗、立足现有基础、分步有序推进”的总体原则，积极配合，同步协调推进结算政策、经办、信息、监管等工作，大力推动了异地就医门诊费用直接结算试点工作。

迄今，距离试点开始已有两年多时间，经过“1+8”、“1+17”与长三角41市级统筹区的多阶段范围拓展，长三角门诊费用跨省直接

结算工作已实现市级统筹区与医疗机构两个层面的“全覆盖”。然而，试点政策推行后，实施效果究竟如何？是否会导致患者就医积聚的“虹吸”效应？还存在哪些障碍需要解决？这些问题还需要进一步分析与解答。

为了回答以上问题，我们结合 2018 年 9 月-2020 年 9 月长三角门诊费用跨省直接结算的相关数据¹，对政策效果进行了进一步分析。本报告确认政策取得的成效的同时，也发现了仍待解决的问题，并据此对门诊费用跨省直接结算政策的进一步推进提出了完善建议。

二、政策成效

（一）试点推行顺利，政策惠及更多参保人员

1、异地门诊直接结算人数、人次与费用提升显著

以苏浙皖患者至上海门诊直接结算为例，自 2018 年 9 月试点以来，苏浙皖至上海门诊直接结算的月度结算人数、人次（图 1）与费用（图 2）均呈现显著上升的趋势。受新冠肺炎疫情影响，2020 年第一季度异地门诊直接结算的就医人数与人次均呈现“V”字型。为排除疫情因素对就医数据的影响，对数据进行线性拟合，如红色虚线所示。至 2020 年 9 月，2 年时间苏浙皖民众至上海门诊直接结算人数累计已达 44 万人，人次达 147.5 万，结算费用达 3.1 亿元。

¹ 本报告数据来源包括统计数据与访谈数据两类，具体包括：由上海市（市本级、静安区、嘉定区）、苏州市、嘉兴市、湖州市医保中心以及上海市仁济、瑞金、肿瘤、中山四家综合医院）提供的月度统计数据；以及与上海市医保局、上海市医保中心、浦东医保事务中心、静安区医保中心、嘉定区医保中心以及嘉兴、湖州医保中心进行了现场座谈及电话访谈。

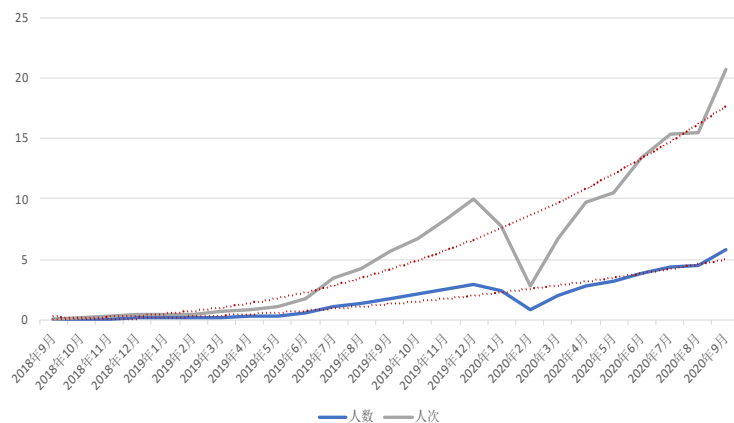


图 1 苏浙皖→上海：每月门诊直接结算人数、人次（万）

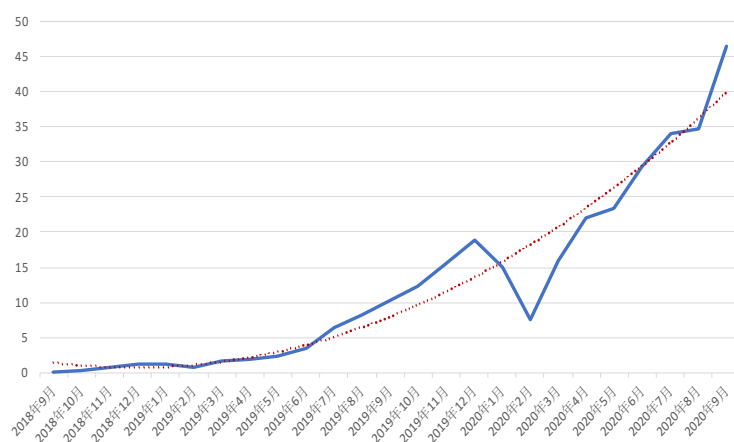


图 2 苏浙皖→上海：每月门诊直接结算费用（百万）

上海至苏浙皖的门诊直接结算量也呈现同样上升趋势（图 3，图 4）。自 2018 年 9 月至 2020 年 9 月，上海民众至苏浙皖门诊直接结算人数达 13.8 万人，人次达 50.6 万，结算费用达 8610 万元。

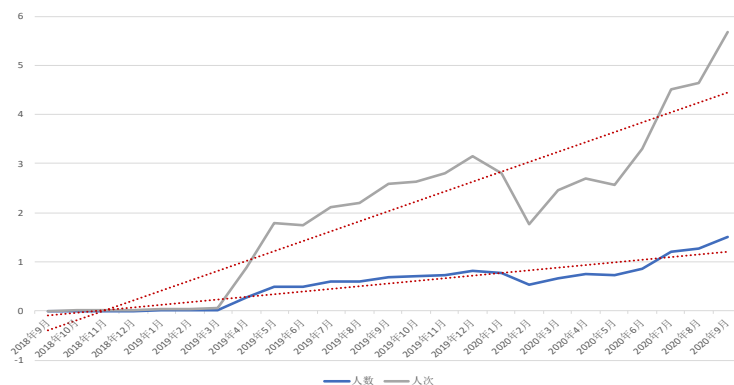


图 3 上海→苏浙皖：每月门诊直接结算人数、人次（万）

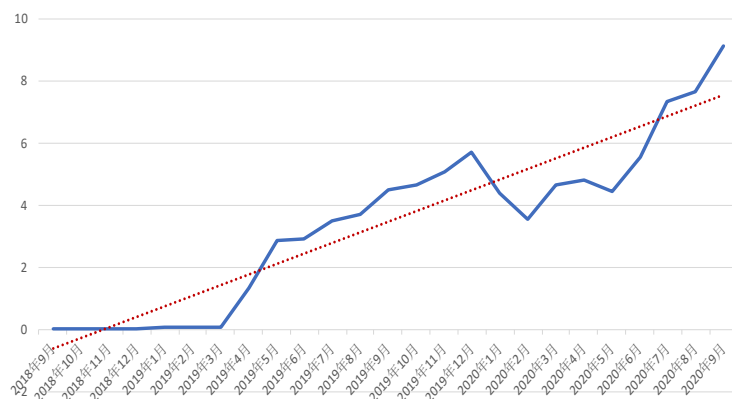


图 4 上海→苏浙皖：每月门诊直接结算费用（百万）

政策推行以来，试点城市经历了 3 次扩围¹，从原先的“1+8”逐步到三省一市全覆盖。用城市数量对结算人数进行标化，结果依旧显示了明显的增长趋势。如图 5 所示，以苏浙皖民众至上海门诊直接结算的人数除当期开通长三角异地门诊费用直接结算通道的城市数量可以发现，从探索期至互通期，试点覆盖城市的门诊直接结算平均人数同样呈明显上升趋势（蓝色实线）。从探索期、扩围Ⅰ期、扩围Ⅱ期至互通期，城市标化后每个时期门诊直接结算的月平均人数分别为 191 人、209 人、453 人、782 人（图 6）。以上结果表明，随着政策的顺利推行，不仅扩大了政策覆盖区域，每个区域的政策惠及人数也在持续增加。

¹ 从长三角门诊结算试点开展的时间线来看，有几个重要时间节点：2018 年 9 月首批试点开通；2019 年 4 月新增 9 个统筹区；2019 年 6 月，再新增 11 个统筹区，江苏、浙江两省实现全覆盖；2019 年 9 月，安徽最后 13 个试点统筹区进入，一市三省实现全覆盖；在此基础上 2020 年 9 月苏浙皖三省之间陆续实现互通。基于这几个时间节点，可以把直接结算工作分成不同阶段：2018 年 1 月至 2018 年 8 月为试点前；2018 年 9 月至 2019 年 3 月为探索期；2019 年 4 月至 2019 年 5 月为扩围Ⅰ期；2019 年 6 月至 2019 年 9 月为扩围Ⅱ期，2019 年 10 月至 2020 年 9 月为全覆盖及互通期（后续简称“互通期”）。



图5 门诊直接结算人数（按城市标化）的变化情况

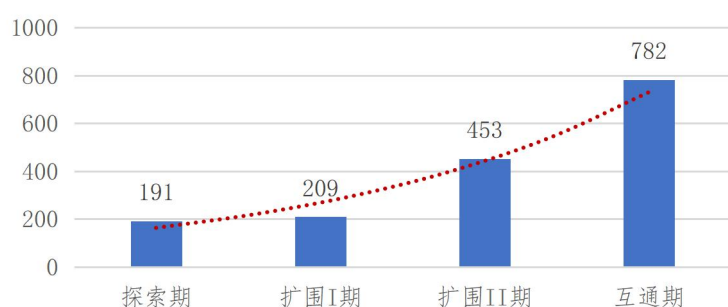


图6 不同试点阶段的月均门诊直结人数（按城市数量标化）

2、异地住院直结结算量也呈显著上升趋势

苏浙皖民众至上海住院直接结算人数、人次及结算费用亦呈现稳定上升趋势（图7、图8），2020年9月已达41915人次，相比2018年1月的6329人次，提升了562.3%。

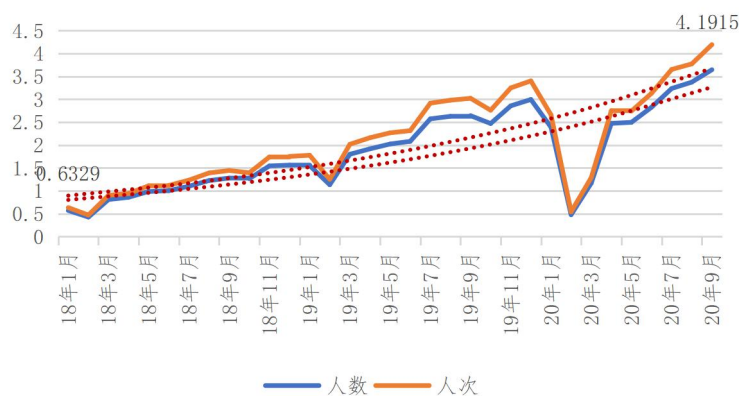


图7 苏浙皖→上海：每月住院直接结算人数、人次（万）

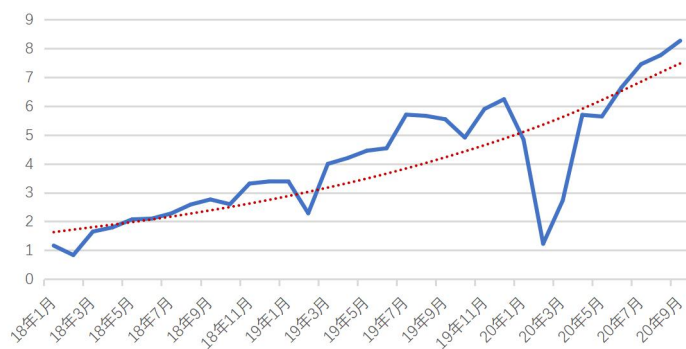


图8 苏浙皖→上海：每月住院直接结算费用（亿）

上海民众至苏浙皖住院直接结算人数、人次也呈现上升趋势，但上升速度相对较缓（图9）。2018年1月至2020年9月，从1291人次提升至2181人次，上升68.9%。

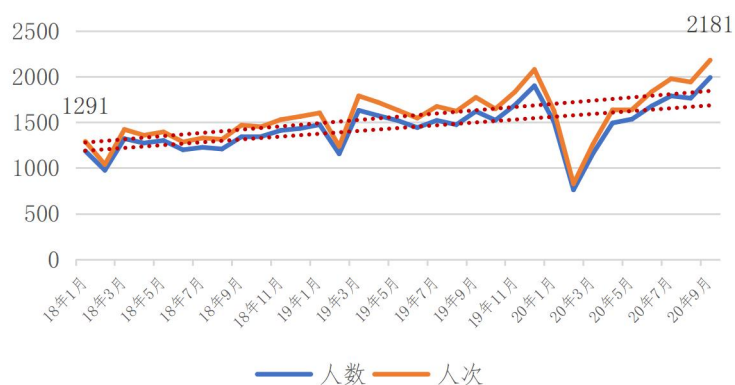


图9 上海→苏浙皖：每月住院直接结算人数、人次（人）

（二）结构调整为主，直结逐步替代手工报销

以上海至苏浙皖就医为例，从2018年10月至2020年9月，上海至苏浙皖门诊报销总量（直接结算人次+手工报销人次）从101872人次上升至124164人次，趋势呈现波动上升但增幅并不显著（2年提升了21.9%）。上海至苏浙皖异地门诊的手工报销比例从99.9%降低至55.5%（图10），下降趋势明显。

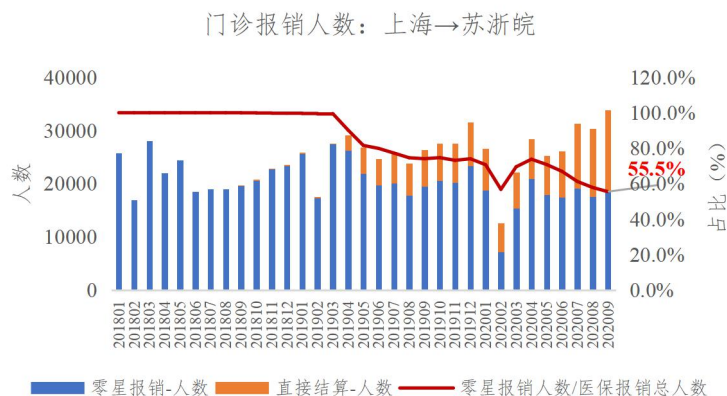


图 10 上海至苏浙皖异地门诊报销情况分析

以嘉兴至上海门诊为例，分析门诊费用跨省直接结算后异地门诊的前后变化情况，结果也显示了相似的情况。对比嘉兴→上海四家三级医院门诊直接结算人数与门诊总人数（报销+自费）的变化情况（图 11、表 1），虽然门诊直接结算人数增长迅速（2018 年 9 月 23 人→2020 年 9 月 1024 人），但是至四家医院的门诊总人数变化却不显著（2018 年 9 月 3561 人→2020 年 9 月 4156 人，仅增长 16.7%）。由此可知，直接结算后嘉兴→上海门诊就医需求没有显著增加，只是采用门诊费用直接结算的比例显著增加（0.6%→24.6%）。

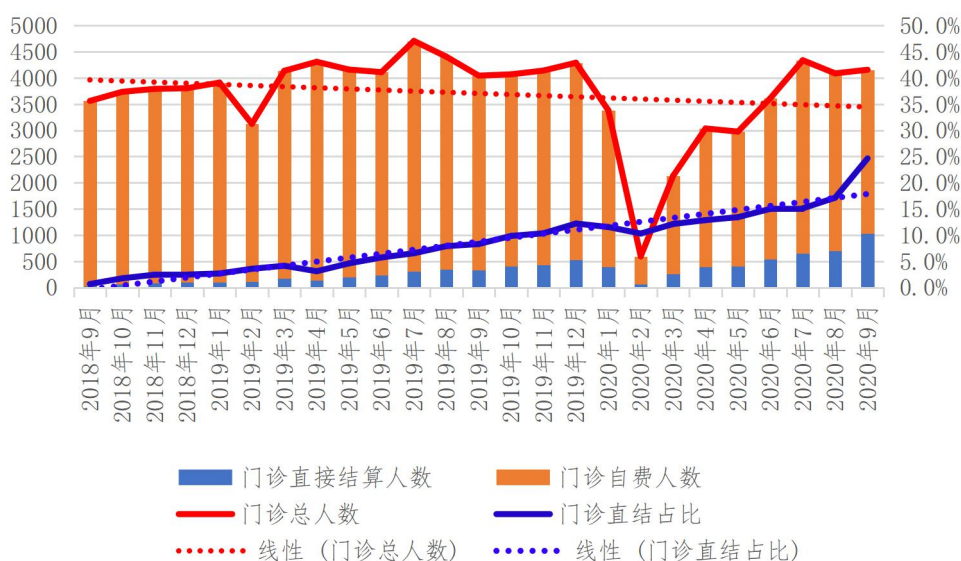


图 11 嘉兴-四家医院门诊直接结算人数、总人数

表 1 嘉兴→上海四家重点医院门诊就医情况——不同年份的同期比较

指标类别	2018 年 9 月	2019 年 9 月	2020 年 9 月
直结人数	23	335	1024
总人数	3561	4044	4156
占比	0.6%	8.3%	24.6%

以上结果表明，长三角门诊结算以总量控制，结构调整为主，逐步由原先手工报销替换为直接结算。

（三）患者受益面广，满足参保人的不同需求

1、异地门诊结算重点解决长期异地参保人员日常疾病门诊需求

（1）备案类型：以长期异地居住与安置人员为主

备案数据显示，在苏浙皖至上海门诊就医直接结算的三省民众中，异地安置人员和异地长期居住人员共 71.1 万人次，占比超过一半（50.9%）（图 12）；此外，对 2018 年 9-12 月和 2019 年 9-12 月就医人次进行比较发现，相对其他人群，异地安置退休人员增长率最高（提升 73.2%）（图 13）。而上海至苏浙皖异地就医，备案类型同样以异地安置退休（42.2%）、异地长期居住（31.9%）和长期驻外工作（25.7%）居多，异地转诊人员仅占 0.2%（图 14）。

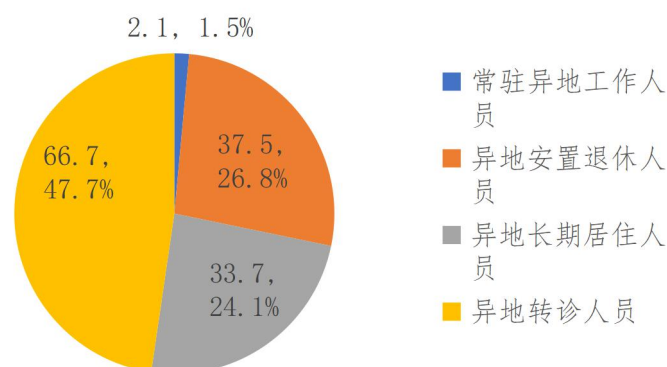


图 12 苏浙皖→上海门诊直结人员的备案分布情况

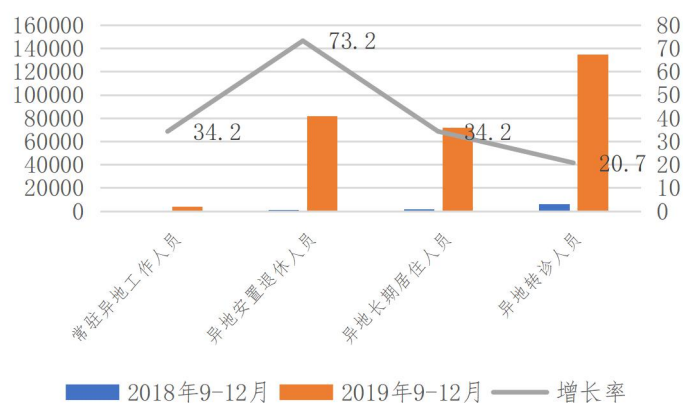


图 13 三省至上海门诊就医备案人员类型

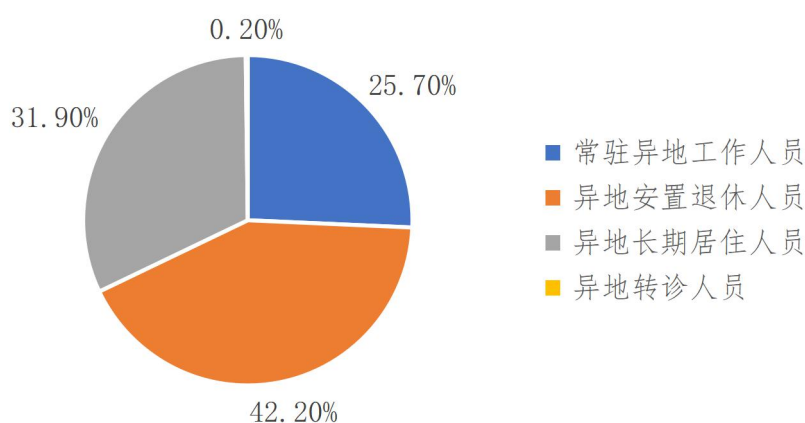


图 14 上海→苏浙皖门诊直结人员的备案分布情况

（2）门诊费用：异地门诊费用低于就医地平均水平

如下图所示，2018 年 9 月至 2020 年 9 月，上海患者至苏浙皖门诊的次均直结费用为 185.6 元，低于上海本地门诊次均费用（404.6 元），同时也低于江苏（297.4 元）、浙江（278.1 元）与安徽（255.2 元）的门诊次均费用；而苏浙皖至上海门诊次均费用（268.5 元），低于上海本地门诊次均费用，与参保地门诊次均费用基本持平¹。提示，

¹苏浙皖本地次均门诊费用来源《2020 年中国卫生健康统计年鉴》

长三角门诊直结重点解决了长三角长期异地居住人员的日常配药等必要但花费较低的门诊需求。政策的推行，使患者在享受医保结算便利化的同时，还享受到了与就医地同价甚至更低价的门诊服务。

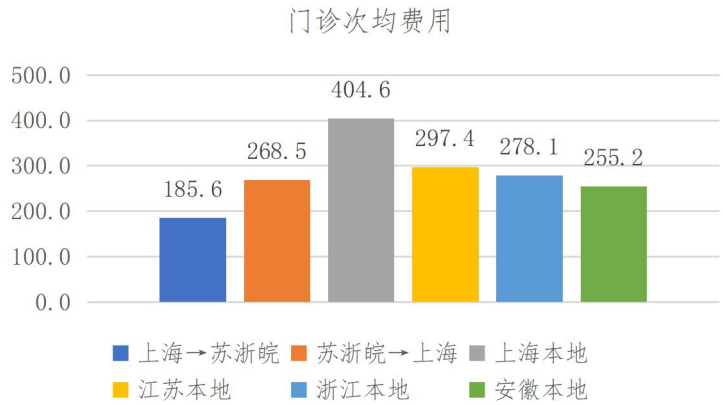


图 15 长三角异地门诊直结次均费用 vs. 沪苏浙皖本地门诊次均费用

(3) 门诊与住院关系比率：异地门诊与住院显示强相关

复旦大学附属肿瘤医院是苏浙皖→上海就医的重点医院。以肿瘤医院为案例，分析门诊费用跨省直接结算政策后，苏浙皖至上海门诊和住院就医的变化。从图 16 可以明显看出，门诊直结人数在互通期增长迅速，至 2020 年 9 月已逐步追上住院直结人数（图 16、图 17）；同时，2020 年 2 月以来，门诊直结人数与住院直结人数呈现了明显同步增长趋势，月均增长人数分别为 161.7 人（门诊）与 172.7 人（住院）；皮尔森相关性分析显示二者具有显著相关性，相关系数达到 0.961（ $P<0.001$ ）。

以上结果表明，长三角异地门诊结算一方面满足异地长期居住人员的日常就医配药需要，另一方面也较好解决了异地住院患者的住院前置门诊结算需求，患者不再需要为住院前的流程规定性门诊费用回

参保地手工报销。

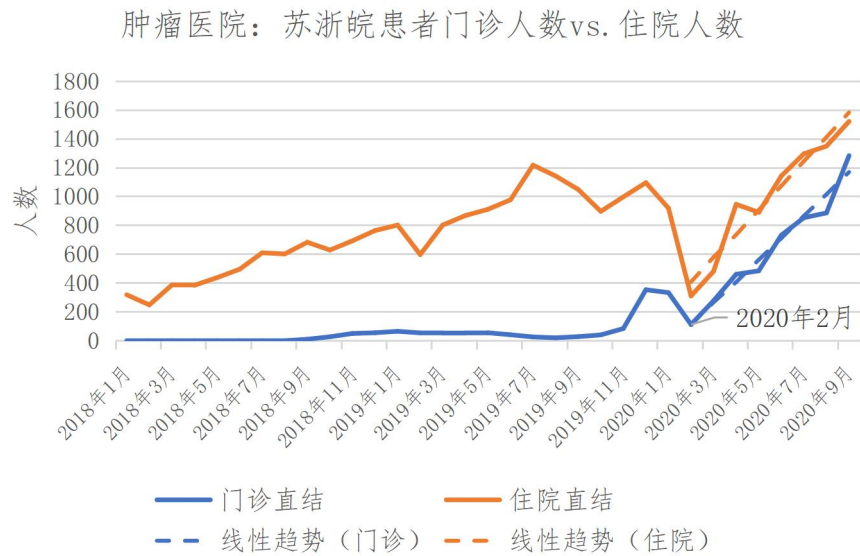


图 16 肿瘤医院苏浙皖门诊与住院就医人数的趋势分析

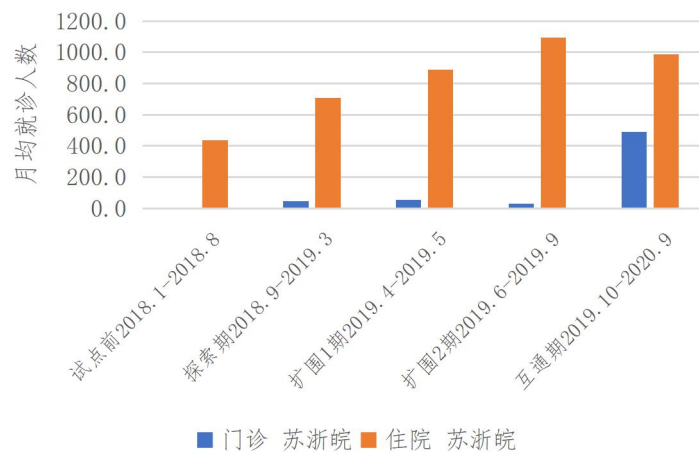


图 17 肿瘤医院苏浙皖门诊与住院就医人数的分阶段比较

2、异地住院结算重点解决临时转诊参保人员重大疾病就医需求

（1）备案类型：以“异地转诊人员”为主

以苏浙皖至上海为例，数据显示 2018 年 1 月-2020 年 9 月苏浙皖至上海异地住院的患者共备案 64.9 万人次，其中以异地转诊人员备案 53.5 万人次，占比超八成（82%）（图 18）。相对其他人群，异地

转诊人员占比较高且增长明显（图 19）。

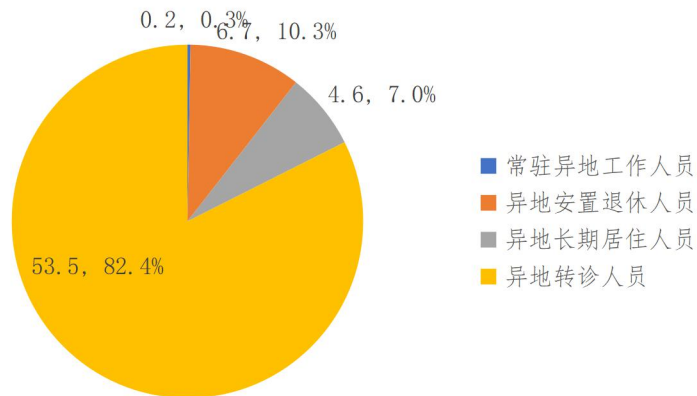


图 18 苏浙皖→上海住院就医四类人员分布情况（万）

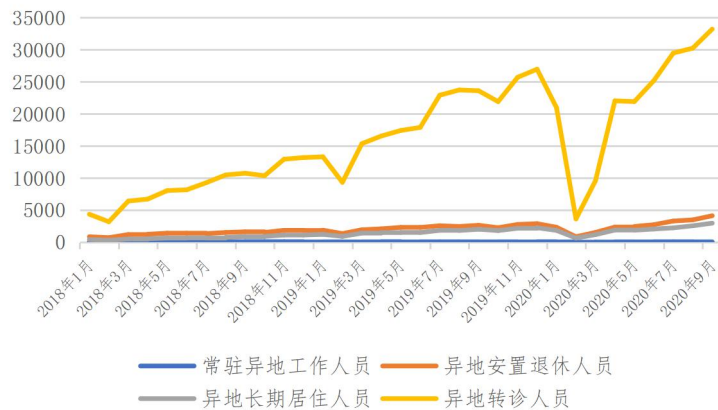


图 19 苏浙皖→上海四类人员住院就医人数变化趋势

（2）住院去向：追求优质资源，偏好解决疑难杂症的重点医院

异地住院中，优质医疗资源受到更多青睐。以苏州市至上海异地住院直接结算为例，分析长三角至上海异地就医跨省直结患者的去向。分析结果显示(图 20),2018 年 1 月至 2020 年 9 月,苏州市共有 11936 人在上海市住院就医使用医保卡直接结算,分布在 181 个医疗机构中。在这些患者中,有 85.4%的患者选择了上海的三级甲等医院(45 个),

有 67%选择了上海的全国百强医院（18 个）¹。

从具体的医疗机构来看（表 2），按照住院直结人数进行排序的前五位分别为：中山医院（占比 9.4%）、华山医院（6.6%）、瑞金医院（6.3%）、仁济医院（5.9%）、肿瘤医院（5.4%），综合起来选择这五家医院的患者占苏州→上海住院直结总人数的三分之一（33.7%）。

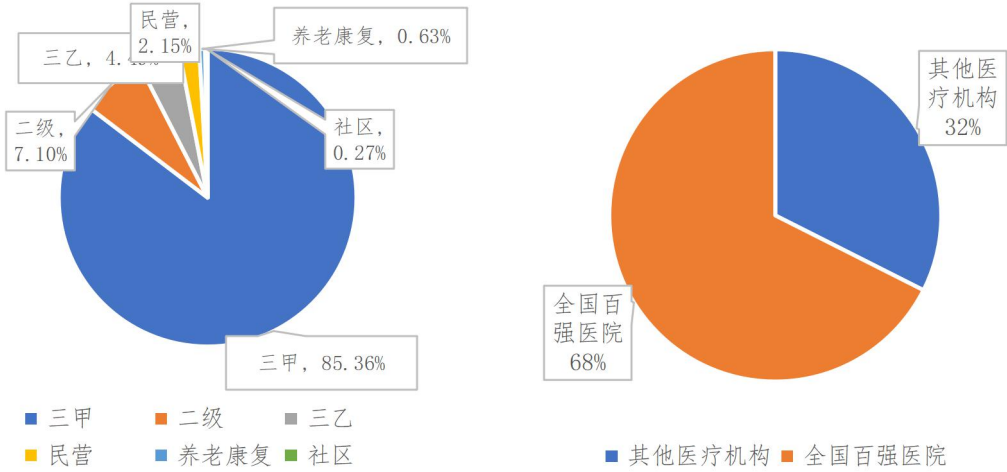


图 20 苏州→上海跨省住院直结去向分析

表 2 苏州→上海跨省住院直结目标医院排序

序位	医疗机构名称	占比 (%)
1	中山医院	9.4
2	华山医院	6.6
3	瑞金医院	6.3
4	仁济医院	5.9
5	肿瘤医院	5.4
.....		

更加偏好解决疑难杂症的重点医院。进一步将异地住院与本地住院进行分布比较，结果显示 2018 年 1 月至 2020 年 9 月，在中山医院、瑞金医院、仁济医院、肿瘤医院四个医院中，上海本地住院直结患者的分布比例为：中山医院占 31%，肿仁济医院占 37%，瑞金医院占

¹ 根据复旦大学《2019 年度中国医院排行榜》，上海共有 18 家医院获评进入全国百强。

23%，肿瘤医院占仅 9%（图 21）；而苏浙皖住院直结患者去肿瘤医院患者占比达到 27%，中山医院更是高达 48%，提示苏浙皖住院患者对中山医院及肿瘤医院有更强的偏好（图 22）。

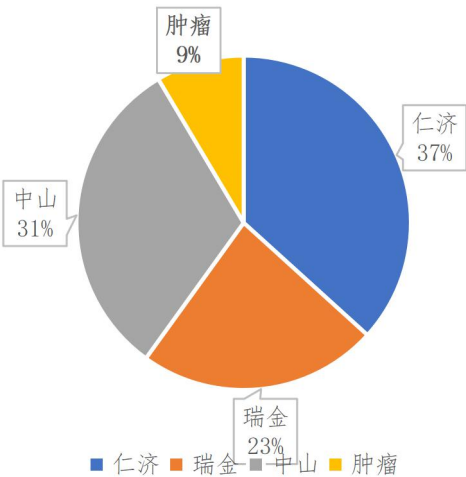


图 21 上海本地患者在四家三级医院住院结算比例

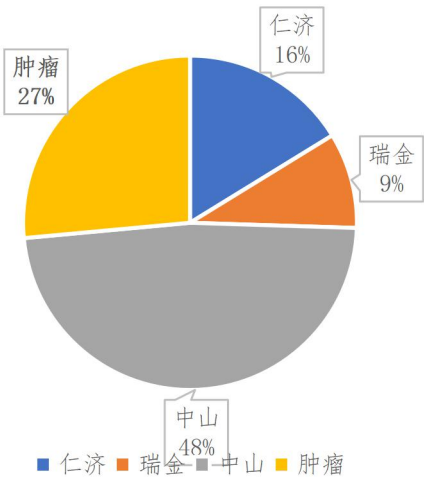


图 22 苏浙皖患者在四家三级医院住院结算比例

已知目前我国疾病死亡原因中，排名前五分别是恶性肿瘤（25.7%）、心血管疾病（23.6%）、脑血管疾病（20.6%）、呼吸系统疾病（10.4%）和损伤中毒等外部原因（5.7%）。根据复旦大学《2019 年度中国医院排行榜》的专科排名，中山医院的心内科（全国第 2）、心外科（全国第 3）、呼吸科（全国第 4）；肿瘤医院的肿瘤科（全国第 2）。结合四个医院异地住院结算的占比分析，提示苏浙皖异地住院结算更主要为解决肿瘤、心脑血管疾病、呼吸系统疾病等疑难杂症。这一结论与全国监测结果具备一致性，《2019 年度全国三级公立医院绩效考核国家监测分析有关情况的通报》¹指出，跨省住院的主要疾

¹ 中华人民共和国政府网。国家卫生健康委办公厅关于 2019 年度全国三级公立医院绩效考核国家监测分析有关情况的通报[EB/OL]. [2021-03-21]. http://www.gov.cn/xinwen/2021-03/31/content_5597121.htm

病为恶性肿瘤化疗、肺炎、脑梗死、支气管和肺恶性肿瘤、心绞痛、恶性肿瘤治疗后的随诊检查、慢性缺血性心脏病等。

(3) 住院费用：略高于就医地，更加聚焦解决疑难杂症

进一步分析中山、瑞金、仁济与肿瘤医院四家重点医院中患者的就医费用。如下图所示（图 23），苏浙皖至上海四家重点住院的直接结算人均费用分别为 25286.0（江苏）元，27529.0 元（浙江），24894.0 元（安徽），而上海本地住院人均费用为 22767.0 元。

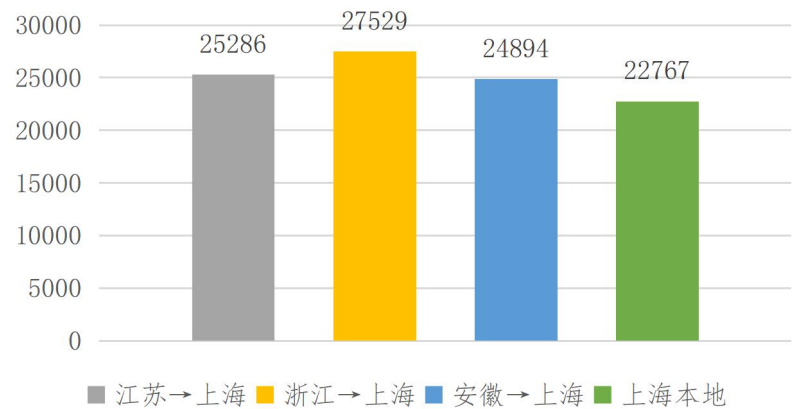


图 23 四家重点医院人均住院直接费用：苏浙皖→上海 vs. 上海本地
时间跨度：2018 年 1 月-2020 年 9 月
数据来源：中山医院、瑞金医院、仁济医院、肿瘤医院

按照四类人群分别测算人均住院费用（图 24），异地转诊人员的人均住院费用最高（222213 元），略高于上海本地人均住院费用（19272.3）元，其他三类人员的住院费用则低于上海市平均水平。

从结算费用的分析结果可以看出，苏浙皖→上海异地住院直接费用，尤其是转诊至上海的异地人员的住院费用，略高于上海本地的平均水平，提示异地就医要解决的问题须更高的花费，这进一步佐证异地住院主要解决疑难杂症。

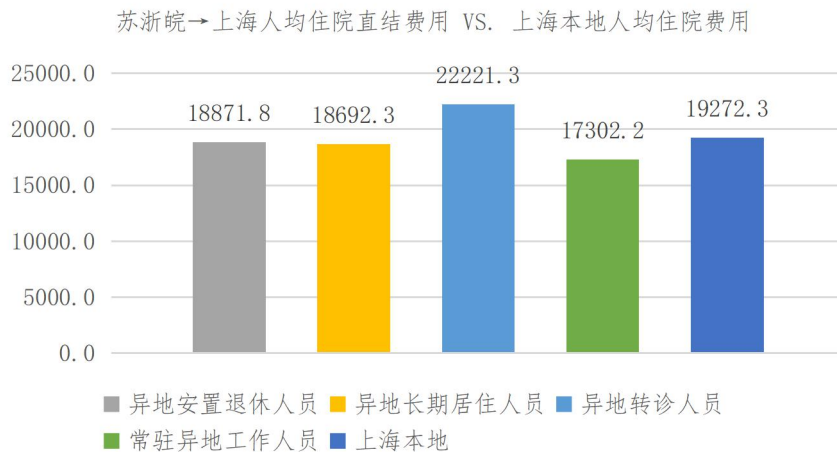


图 24 苏浙皖→上海四类人群人均住院直结费用 VS. 上海本地人均住院费用

时间跨度：2018 年 1 月-2020 年 9 月

数据来源：苏浙皖→上海住院直结费用来自上海市医保中心；上海本地人均住院费用来自《2020 年中国卫生健康统计年鉴》

（四）实现互惠互利，苏浙皖一市均有获得感

如下图所示，至 2020 年 9 月，苏浙皖→上海门诊直结人次与上海→苏浙皖门诊直结人次的比值为 3.65，远低于住院直结的人次比（19.22）。同时，与住院直结人次比值逐步上升的趋势不同，门诊的人次比值呈现明显下降趋势。

结果表明，长三角异地住院跨省结算主要是满足了苏浙皖至上海住院就医的需求（占双向总人次的 95%），上海至苏浙皖住院就医的需求量相对较低（占双向总人次的 5%），且需求差距在逐步扩大（比值不断上升）。而门诊跨省结算在满足苏浙皖至上海门诊就医需求（占双向总人次的 73%）的同时，也较大地满足了上海至苏浙皖门诊就医的需求（占双向总人次的 27%），且双向需求的比例逐步稳定。可以说门诊直接结算政策的推行，长三角三省一市实现了互惠互利。

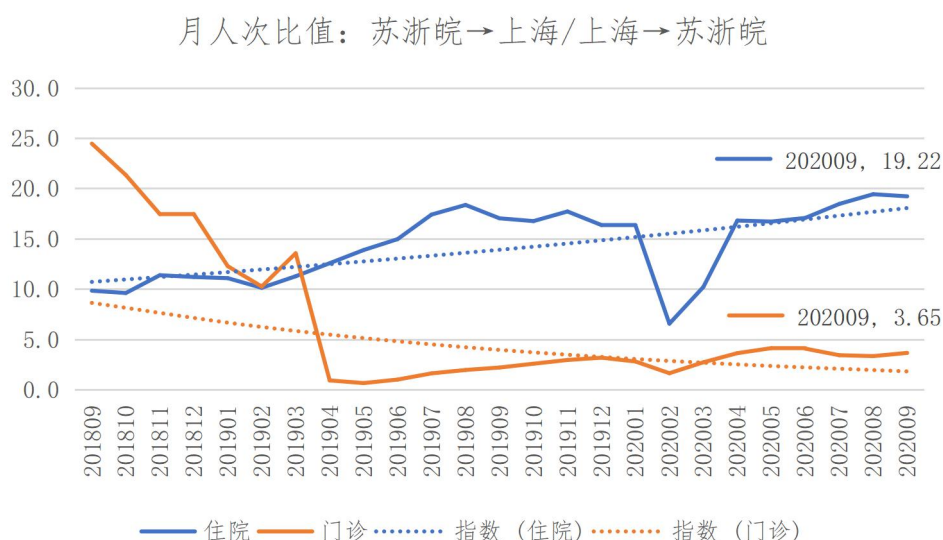


图 25 苏浙皖→上海直结人次与上海→苏浙皖直结人次的比值

（五）就医有序可控，受空间可达性制约明显

医疗资源的势能差是引导就医人群流动方向的主要动因之一，患者会从医疗资源低势能地区向高势能地区流动。由于复杂的原因，在长三角区域内，医疗资源的配置存在着巨大的区域势能差¹，如上海作为长三角乃至全国的医疗高地，在三省一市中的医疗势能最大。因此常有人担心异地门诊跨省直接结算的推进会像“开闸放水”一样，形成大规模异地就医聚集性流动，即所谓“虹吸”现象。这会加重就医地医疗负担，同时造成参保地患者严重流失，进而影响当地医疗卫生事业发展。

为了回应这种担心，助力门诊费用跨省直接结算政策在全国范围内推开，课题团队以上海为中心，对是否发生跨区域患者“虹吸”现象进行了细致的分析。具体结果如下：

从不同城市来看，长三角门诊费用跨省直接结算已经实现苏浙皖

¹ 杨安娣. 区域势能与国际直接投资研究[D]. 东北师范大学, 2002.

三省 40 个城市全覆盖。自 2018 年 9 月至 2020 年 9 月，苏浙皖各城市至上海四家三级医院门诊直接人数中，除上海本地民众以外，南通、宁波、嘉兴、苏州、盐城直接结算人数较高。

从不同城市来看，根据各城市人口对门诊就医直接结算人数进行标准化计算，即计算每个城市每十万人中至上海四家三级医院门诊直接结算的人数，以反映上海四家三级医院对当地的吸引度。各城市每十万人至上海四家三级医院门诊直接结算的人数中，除上海本地民众以外，舟山人数最高，达 400 人。其次为南通（170 人）、嘉兴（169 人）、宁波（109 人）等城市。

以各城市至上海四家三级医院门诊直接结算的人数除该城市开通长三角门诊费用直接结算通道的月份可以发现，除上海本地民众外，嘉兴（499 人）、南通（498 人）、宁波（356 人）、苏州（298 人）、舟山（293 人）、盐城（273 人）至上海四家三级医院平均每月门诊直接结算人数较高。分析显示，至上海四家三级医院平均每月门诊直接结算人数较多的城市主要分布在上海高铁 1 小时圈之内或周边(图 26)。

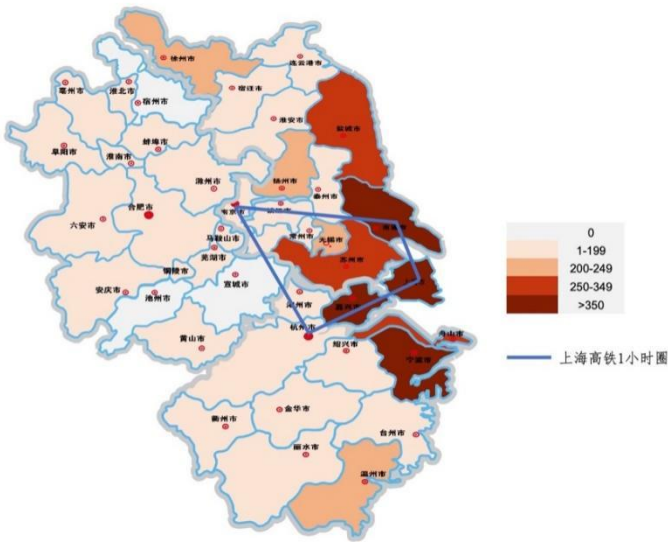


图 26 医院端-各城市每至上海四家三级医院门诊平均每月直接结算人数（人）

为进一步论证三省各城市到上海门诊就医人数与至上海距离的相互关系，对两个变量进行皮尔森相关性分析。相关系数取值在-1与+1之间，正值代表正相关，负值代表负相关，皮尔森相关系数绝对值越大则表明相关性越强。通过对三省各城市至上海门诊每月平均直接结算人数、每十万人直接结算人数、每十万人门诊就医人数与至上海距离进行相关分析，发现均呈现显著负相关（表 3），即各城市至上海距离越小，至上海门诊每月平均直接结算人数、每十万人直接结算人数、每十万人门诊就医人数越多。同时，每月平均直接结算人数与至上海距离的相关系数绝对值相对较大，因此，每月平均直接结算人数与至上海距离更加相关。

表 3 各城市至上海门诊就医人数与至上海距离相关性

	每月平均直接结算人数	每十万人直接结算人数	每十万人门诊就医人数
各城市至上海距离	-0.552**	-0.424**	-0.412**

注：1. 显著性水平：依统计学一般原则，表中“**”代表在 0.05 水平上显著相关

苏浙皖至上海四家三级医院门诊就医人数中，至上海高铁距离 2 小时内城市民众占比显著较高（图 27），自 2018 年至 2020 年 9 月，上海高铁 1 小时圈就医人数占苏浙皖 41 个城市总就医人数的 25%，上海高铁 1-2 小时圈就医人数占苏浙皖 41 个城市总就医人数的 40%。

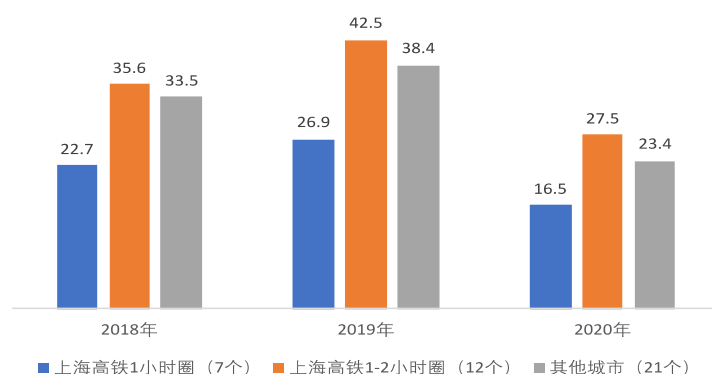


图 27 不同高铁时长城市至上海四家三级医院门诊就医总人数（万）

苏浙皖至上海四家三级医院门诊就医人数中，上海大都市圈 8 个城市占比显著较高（图 28），自 2018 年至 2020 年 9 月，占其他 32 个城市就医人数的 65%，占苏浙皖 41 个城市总就医人数的 40%。

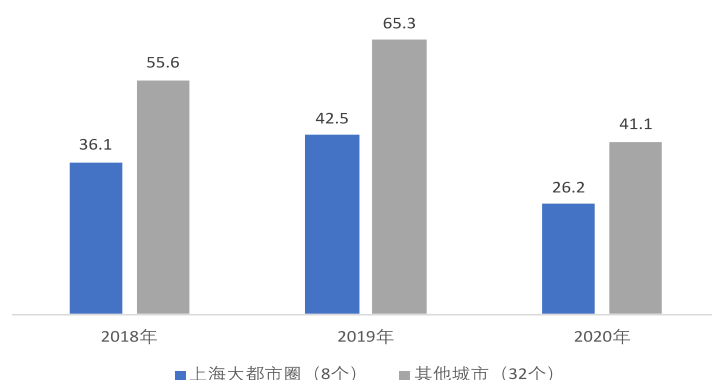


图 28 各城市至上海四家三级医院门诊就医总人数（万）

以上结果说明，苏浙皖至上海门诊异地结算仍主要集中在上海周边城市，跨省门诊受到空间可达性与出行便利性的影响制约明显。整体就医有序可控，并不会带来严重的跨省患者“虹吸”现象。

三、现存问题

分析结果显示，尽管门诊费用跨省直接结算试点的范围不断扩大，直接结算的人数人次不断上升，直接结算占比也不断提高，但是手工

报销依旧存在，患者异地直接结算需求未得到充分满足，有相当一部分异地患者依旧延续传统需要来回跑路进行手工报销。以上海居民为例，2018 年 10 月至 2020 年 9 月上海异地门诊患者中仍有 55.5%的人选择手工报销，异地住院患者中仍有 57.5%选择手工报销。通过调研，具体分析其原因可以归结为以下几个方面：

（一）信息化建设仍待加强，结算平台不稳定

异地结算系统是一个链条很长的系统，至少包括参保人所在统筹区平台、省平台、国家结算平台、就医地所在省平台、就诊定点医院平台等。但调研发现，目前所使用的异地结算系统不稳定，部分地区基础设施的软硬件还待提升，导致很多患者办好异地备案手续后仍然无法异地直接结算。

如湖州自 2020 年 4 月开始启用三代社保卡，而当时上海部分定点医院机构仍然使用二代社保读卡器，对其无法识别，参保人员只能返回湖州进行手工报销。为及时沟通解决结算系统不稳定问题，上海各区医保中心与所辖医疗机构之间建立了多渠道的协调沟通机制，如 QQ、微信等线上工作群组、定时的线下碰头会议等。但上海医保中心与浦东医保中心的工作人员都指出，至今仍然每天有因结算系统不稳定而导致直接结算出错的问题被频频报出。

网络结算系统的稳定性直接关系到异地门诊就医结算的便利性，短时间的宕机故障将会对医疗机构提供门诊服务产生巨大影响，这对于医疗机构的信息化建设提出了严峻挑战。

（二）门慢门特政策差异大，病种覆盖不全面

门诊慢性病（简称“门慢”）与门诊特殊病种（简称“门特”），是跨省异地结算的难点。各地区门慢、门特在疾病种类、起付线、医保报销比例等多方面均存在差异，且往往具有复杂的报销政策，试点以来仍难以实现异地门诊的直接刷卡结算。这也给参保人带来一定困扰，特别是普通病种已经实施异地门诊直接刷卡结算以后。异地就医时，有的参保人弄不明白自己看的疾病在就医地是普通病种还是门慢门特的病种。对于那些在参保地为门慢门特，但在就医地未被纳入的病种，就很容易造成医保卡误刷，误刷后医保报销待遇会受到影响，门慢门特与普通病种报销待遇差别还是很大的。

以安徽省为例，其门诊医保统筹主要以门慢门特为主，其中多项目目前仍无法在长三角地区范围实现门诊的跨省直接结算。数据显示，目前至上海门诊直接结算的三省参保人员中，安徽省较其他两省仍处于较低水平（图 29）。

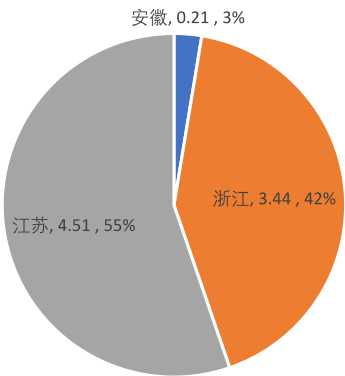


图 29 医院端-不同省份门诊直接结算总人数占比（万）

（三）医保报销目录不统一，报销待遇差别大

异地就医必须要有统筹，很长一段时间以来我国医疗保障制度改

革是从基层做起的，虽然我们已经建立了全世界最大的，覆盖超过13亿人口的医疗保障网，但是我们因为统筹层次不高，不同地区城乡之间还是存在着医疗保障发展不平衡、不充分的问题，导致不同地区的医保政策之间存在多方面的差异。

长三角跨省异地门诊联网结算规则中的一项就是执行就医地的目录。参保人员可以进行报销的药品目录、诊疗项目和服务设施项目依据的是就医地的规定。每个统筹地区设定的医保政策不尽相同，往往在参保地可以进行报销的药品和项目，在就医地却不能，这一差异性产生的医疗费用则只能由参保人员承担；另外药品服务等存在价格差异，也造成异地医保结算中的麻烦和问题。如上海静安区医保中心工作人员称：“有越来越多的上海民众选择去苏浙皖城市工作、生活和养老，在当地直接结算与回上海手工报销存在待遇差，若就医地基本医疗保险‘三个目录’与上海‘三个目录’相比范围面窄、数量少，那么直接结算比率就低”。上海市浦东医保经办中心工作人员称：“因为目录不一致导致的报销比例差别，时常有已经刷卡了之后发现不如手工报销划算从而选择退费的情况发生”。

四、优化建议

（一）做好异地联网工作，推进数字一体化

网络结算系统是实现异地医保互联互通的关键，保障其稳定运行对异地就医门诊结算工作的重要性无需多言。我们应当正视医保异地联网结算工作本身的复杂性，以及不同地区不同机构的信息化建设，在硬件、软件、人员上的不均衡与不充分。在明确责任的基础上，各

地各机构应当继续加强信息化投入，可以在财政、人事政策上予以一定的倾斜，优先保证基础设施与运维人员配置到位。

在各地完善异地联网的同时，进一步推进长三角医保经办服务的数字一体化，在医保待遇关系转移接续、异地就医备案、医保移动支付等方面，切实做到让数据多跑路，群众少跑腿，让长三角人民群众在一体化发展中有更多获得感。

（二）进一步扩大门诊直接结算的病种范围

目前，长三角地区门诊费用跨省直结只开放了个人账户和一般门诊统筹，仍未纳入各地“门诊特殊病”“门诊慢性病”和“门诊大病”等。为进一步满足参保人就医实际需要，建议在已有基础上进一步扩大门诊直结的病种范围，总结示范区对“尿毒症血透腹透”等门特门慢病种跨省直结的成功经验，结合三省一市门慢门特政策现状，按病种逐步将更多的门诊慢病门诊大病纳入到结算范围中来。

（三）逐步推进长三角医保报销目录的统一

报销目录不统一，患者异地报销待遇存在较大差异。为使三省一市民众切实享受政策带来的便利，还需进一步推进三省一市医保报销目录等报销政策的统一，以最终实现参保人在异地享受同等的报销待遇。过程中，应当首先充分调查厘清三省一市目录的差异，分析差异存在的原因，明确目录统一工作存在的障碍；在此基础上，由三省一市共同协商目录统一的实施方案，按照先试点后推广的原则，逐步推进药品、诊疗项目、医疗服务设施三个目录在长三角三省一市的统一。

（四）进一步加强异地就医的医保基金监管

医保基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”，对就医报销充分监管，避免欺诈、滥用、浪费，对保障基金安全尤为重要。异地就医行为监管难度大，一直以来都是医患共谋、过度医疗等问题的“重灾区”。

长三角地区异地门诊就医的需求量大、人次高，异地备案与直接结算人数也不断提升，这就要求我们进一步加强长三角异地就医医保基金使用的监管，建立健全长三角地区异地医保监管的协调机制，加强三省一市医保数据与患者就医信息的共享，并充分利用目前的医保结算平台，探索完善医保大数据的智能监管，确保医保基金安全。

（五）加强老年人等门诊重点人群政策普及

对政策了解程度不高，也是制约参保人异地就医成功刷卡的问题之一。下一步，建议适当加大门诊费用跨省直接结算相关政策的宣传力度，让更多的人了解优惠政策，降低异地结算患者盲目的选择额外治疗，减轻患者的经济负担。

尤其，应加强异地就医重点人群的宣传工作。社会人口老龄化加剧，投靠子女帮助照顾孙辈成为常态，老年人本身更多地门诊需求，这些原因导致老年人成为异地门诊就医的“主力军”；同时，老年人也因对新政策接受能力弱、理解不全面，成为了手工报销的“重点人群”。加强老年人的政策宣传，可以使宣传工作更聚焦，达到事半功倍的效果。