

医疗保险违规异地就医现象解析

近年来,伴随着我国医疗保险制度的探索与改革,医疗保险的违规异地就医现象日益凸显,暴露在医疗领域的诸多不尽人意的方面。笔者从现行的医疗制度入手,分析其出现问题的原因,并给出相应的对策。

医疗保险违规异地就医的成因分析

(一) 医疗服务产品市场的特殊性

医疗服务部门具有特殊性,特殊在它所提供的产品既有私人性、又有公共性。医疗产品的不确定性导致供需交易之间会存在由信息不对称引起的垄断势力。从患者(需方)身上引起的信息不完全来看,虽然一般情况下病人都在有限的医学病种类别之内,但病人病情的个性化很强,治疗方案有多种选择。消费者缺乏关于其医疗诊断、不同供应者质量的收费方面的信息。所以患者的自身状况的不确定性导致产品需求的不确定性。再从医疗服务提供方来看,可以认为,意识是医疗服务提供方的代表,与病人直接“谈判”。面对需方条件的不确定性和产品的不确定性,医生自然成为掌握“特权”的垄断者。特权来自所阐述的不确定因素,不确定性成就了医生的垄断者地位,同时埋下了追求自利的医生损害患者的种子,产生委托-代理中的道德风险。另外,产品的不确定性进一步加剧了医生的垄断力量,医生掌握着产品选择的垄断权利。医生是多个委托人的代理人,包括医院、药厂、医疗器材生产厂家等。作为多重代理人的医生如何权衡利益,如何决策将决定了最终谁受益、谁受损,而其中的弱势委托人将是受损风险最高者。

由于治疗服务的不可重复性和不可逆性,使医疗产品有使用的质量不确定性。一旦治疗方案确定实施了,无论治疗效果如何,已不同于实验室操作病人的治疗,不能重复或回到原来状态,即纠错成本很高。

(二) 医疗保险领域固有的“信息不对称”问题

在医疗服务领域里,由于医生提供医疗服务的垄断性,医生和患者双方处于严重的信息不对称地位。医生有诱导患者过度医疗消费的倾向,患者有“小病大医”的倾向。另外,医疗服务又不同于其他的服务,具有典型的“不可逆性”。因此,这些特征在异地就医方面也表现的非常明显。

(三) 医疗保险领域“第三方支付”方式的缺陷

我国医疗保险费用支付方式一直沿用计划经济体制下的后付制,即指在提供医疗服务之后,医疗保险机构根据医疗费用开支的多少,向医疗机构或病人支付医疗费用。后付制包括按服务项目支付和按服务单元支付。按服务项目付费是指,对医疗服务过程中所涉及的每一服务项目制定价格,按医疗机构提供服务的项目和数量支付医疗服务费用的形式。这是我国一直沿用、也是运用最广泛的一种医疗费用结算方式。这种支付方式最致命的缺点是难以控制医疗费用的迅速上涨,供给与需求双方都有“道德风险”的可能。这种支付方式本身就存在问题,在异地就医的情况下表现得更加明显,这是因为双方都缺乏监督。

解决医疗保险异地违规就医问题的途径

(一) 对拥有转院权的医疗结构转院费用结算实行总额包干制

参保职工的医疗费用如果是在“异地就医”,对其医疗费用的报销额度比在本地定点医疗机构就诊要低10%左右。建议可以把在异地就医的患者就诊报销比例再降低,同时提高患者个人自付的比例。另外,可以通过总额预付包干来控制管理“异地就医”医疗机构的行为,合理约束患者需求。



（二）提高统筹层次，方便患者医疗保险关系转移

医疗保险转移接续问题的症结在于其统筹层次低，保险关系异地转移很困难，这就为违规报销医疗费用埋下了可能。统筹层次的提高，患者可以在更大统筹范围内就诊，这样一方面方便监督管理，节约成本；另一方面，统筹基金的增加可以提高患者报销或者补偿的比例。在各统筹范围内，建立严格的双向转诊制度，控制患者的道德风险，降低医疗费用。

（三）监督管理方面，建立全国统一的信息化网络

信息系统对于异地就医监督和管理方面具有方便、快捷、效率高的特点。目前，新型农村合作医疗在异地就医方面，要求患者必选严格转诊手续，并且在急诊方面要求必须在3天内电话确认，这样就杜绝了患者欺骗医疗保险机构的可能。同时，在信息系统建立和完善的基础上，利用其信息系统优势建立全国医疗保险稽核协查机制。一旦发现异地就医费用报销审核出现疑问，异地医保经办机构可以代为稽核，结果也相对比较公平与客观。另外，要重视医疗服务市场中间层组织的作用。需要探索和发展其他的辅助机构，如医疗行业协会、民间医疗组织等，以此形成对医疗服务市场的监督和指导力量。

