

住一次院，办三次出入院手续

为规避“医保限额”，省城一城镇居民医保患者被“分解”住院

小楷正上幼儿园，父母为他参加了济南市城镇居民医疗保险。本来图的是生病时有个保障，等住院报销时却犯了难。最近，他突发急性化脓性阑尾炎，在济南市某三甲医保定点医院进行手术。一次性住院12天，却办了三次入院和出院手续，只为规避“报销限额”，而且2万多元的总花费中，只报销了2000多元。

本报记者 张亚楠 实习生 袁红

【奇怪】还没出院呢 就又办了重新入院手续

20日，小楷的爷爷孟先生向记者展示了医院收费票据和住院病案。住院病案显示，小楷分别于10月2日下午、10月4日下午2点多以及8日下午3点多先后三次入院，对应地在10月4日下午5点、10月8日下午4点多以及10月13日11点有三次出院记录。

住院收费票据显示，第一次住院花了11300元，第二次住院花了6649元，第三次住院花了2422元。其中第一次住院和第三次住院是自费，第二

次住院是通过城镇居民医保，一共花费6649元，其中报销2163元。

从住院病案可以看出，小楷的三次入院和出院时间甚至存在交叉，第一次入院后，还没出院，就有了第二次入院记录。这是为什么呢？

孟先生告诉记者，其实有两次出入院是办的假手续。“我孙子10月2日下午因为急性阑尾炎住院做手术，13日下午出来，这12天一直在住院治疗。”

【原因】为使用医保报销 伪造两次出入院手续

为何额外办理两次入院和出院的假手续，将一次住院分解为三次呢？孟先生的解释是，“为了能用点医保，不然一分钱也报不了。”

孟先生说，2日初次看病时，一听小楷参加的是市城镇居民医保，医生就不愿收，建议去济南市儿童医院接受治疗。但是孟先生觉得三甲医院更值得信赖。于是医生同意收治，但表示只能自费，济南市医保不能用，光手术花费就得一万块钱左右。“看着孩子疼成那样，我们也心

疼，自费就自费吧。”孟先生说。

不过，看着不断增加的治疗费用，孟先生一家还是吃了一惊。“我们跟医生商量，能不能通过医保报销一部分，减少点花销，于是医生给出了个主意，办理三回出入院的手续。”孟先生说。

不过医生表示，报销最多只能走6000多元的医疗费用，10月4日到8日的第二回住院就是为了报销量身定制的。收据显示，这6000多元的费用中，最终报销了2163元。

【医院】儿童报销 有6000多元定额限制

据了解，小楷加入的是济南市城镇居民基本医疗保险，每年缴纳40元保费。济南市城镇居民医保参保居民一个医疗年度内在一级医疗机构住院医疗的，个人负担20%，居民医疗保险基金负担80%，起付线为200元；在二级医疗机构医疗的，个人负担35%，居民医疗保险基金负担65%，起付线为400元；在三级医疗机构医疗的，个人负担45%，居民医疗保险基金负担55%，起付线为700元。据济南市医保办工作人员介绍，从700元起付线开始，直到15万元，在三级医院报销比例是55%。不过，这并不是说总花费的55%都可以报销，不同类别的药物以及检查、治

疗方式都会影响报销比例。医院将治疗、药物、耗材、检查等输入医保系统，系统会自动计算出报销金额。

小楷在某三甲医院做阑尾炎手术花了2万多元，根据医保办工作人员介绍，如果不是把一次住院分解成了两次自费和一次医保，报销金额会远高于2000元。

既然如此，为什么只有将一次住院分解为3次才能报销呢？为何可纳入报销的总额度只有6000多元呢？

对此，院方负责人不愿多说，只表示，对于济南市城镇居民医保儿童患者，市医保办有6000多元的报销定额限制，医院完全是按照医保办的规定办事。

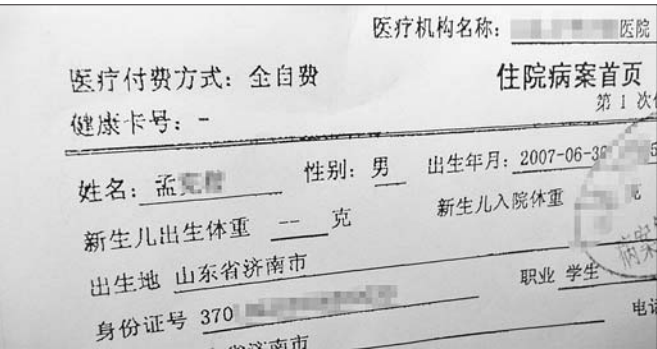
【医保办】定额为人均次 对具体治疗设限违规

医院究竟是按照什么规定办事？对城镇居民医保，济南市医保办是否规定了6000多元的报销定额？

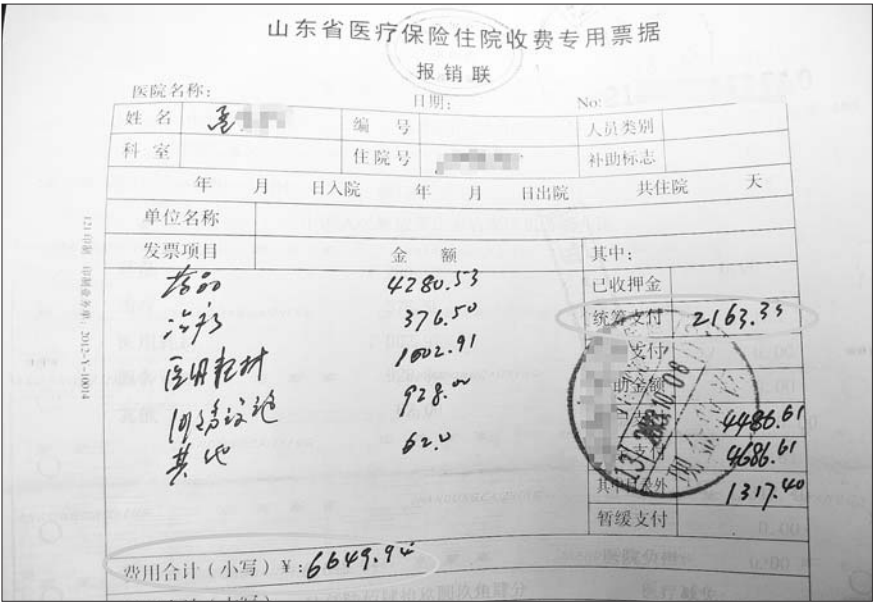
对此，济南市人社局医保办相关负责人表示，济南市城镇居民基本医疗保险患者的人均次费用有定额标准。在大部分三级定点医院，2013年济南市城镇居民基本医疗保险人均次儿童定额费用是6090元。如果人均次医疗费用超过了6090

元，超过的费用要由医院承担。

但是，这位负责人强调，人均次费用定额是指一个医院全年度收治病人的平均费用，只是针对医保部门和定点医院年终结算时，每位患者的具体治疗费用并不设限。在小楷这个例子中，医院通过分解住院对患者的报销额度设限是不合规定的，患者可以通过医保监督部门对医院进行处理。



一次住院病案首页显示付费方式是全自费。 本报记者 张亚楠 摄



10月4日到8日的第二次“住院”就是为了报销量身定制的，这次总花费6649元，报销了2163元。 本报记者 张亚楠 摄

延伸调查

医保限额为何屡遭“拆招”

要住院先签“自费协议”；出院后过段时间再住院；找有医保余额的医院让医生“走穴”做手术……为避免超出限额，不少大医院想出了许多“拒收”病人的招数。“医保”为何陷入如此尴尬的境地？

本报记者 李钢 张亚楠

尴尬>> 报销超限额，医院得自己掏钱

“医保部门给医院限额，医院只能将限额分下去。”省城一家医院的医保办负责人表示，这主要是因为现在医保对医院实行了“额度和人数双限制”。

前述负责人介绍，每年医保经办机构会和定点医院签订管理合同，其中最重要的条款就是费用支付问题。“比如，对一个病人的限额是6000元，对医疗机构的

医保病人数限制是2000人，两者相乘就基本是对医院的整个限额了。”但具体到不同的医疗机构，额度限制和人数限制各不相同，病人额度一般是按照医院级别，而人数限制是按照医院上一年度医保病人数，再按照一定比例增加，“比如5%或10%”。

“这就逼着医院把‘人头’指标和额度指标分到各

个科室，而科室再把指标分给医生，医生自己再分到每个月，他一个月能接几个医保病人，也就限定死了。”该负责人说，如果科室自己放开口子超额接医保病人，医院就会扣各个科室的钱，而科室再扣医生的钱。“在这种情况下，医生不得已自己发明了‘自费协议’的招数，有的有关系的或关系好的，可能还会给帮着出点别的招。”

目的>> 定限额是为控制过度医疗

济南市医保办相关负责人表示，定限额是为了控制医疗费用过度增长。“现在，济南市城镇居民医保采用的是人均次费用定额限制，济南市城镇职工医保采用的是总额限制，这两种医保支付方式目的都是以定额为杠杆控制医疗费用过度增长。”济南市医保办这位负责人说，参保人的报销费

用来自医保基金，合理使用医保基金，才能保证有需求的参保人在患病时都能享受到医保待遇。现在全国很多城市都在通过总额控制、人均次费用控制、单病种定额控制等医保付费方式控制医疗费用。

“其实，医保部门对医院实行限额，我们也能理解。”省城某医院的医保办

负责人表示，“医保基金毕竟是有限的，没钱你能怎么办？”

“从大的趋势看，医保总额预付制是遏制过度医疗的一个有效手段。”省政协委员、山大公共卫生学院教授徐凌忠表示，“实行总额预付后，控费就成了医生主动的行为，会大大减少大处方、大检查等出现的几率。”

专家>> 医保总额预付可引入调剂机制

为控制医疗费用过快增长，我国提出在全国推行医疗保险报销制度总额控制与管理制度。但不少地区推行后，出现了推诿病人等问题。

“这可能与限额标准确定、就医秩序等有关。”徐凌忠分析说，比如现有无序的就诊模式就加剧了大医院医保额度的紧张程度。“现在不管大病小病都去大医院，肯定会造成医疗资源的浪费。”对如何才能解决这些问

题？徐凌忠建议，医保经办机构对医院的总额预付应该增加一些调剂机制，“比方一些特殊大病应该特殊对待”，而医院内部则不应再将“指标”层层分解，而应该在院内调剂，“同时还应该配合增加病种付费等更加精细化的管理方式。”国家人社部2011年出台的《关于进一步推进医疗保险支付方式改革的意见》就指出，“采取按人头付费的，重点防范减少服务内

容、降低服务标准等行为；采取按病种付费的，重点防范诊断升级、分解住院等行为；采取总额预付的，重点防范服务提供不足、推诿重症患者等行为。”

专家举例说，精细化管理要做“分类给付”，比如同样的症状，拍X光片和做CT的报销比例不同；CT检查结果呈阴性和呈阳性，获得的医保给付也不同，这样还能大幅提高医保基金使用效率。