

张先生每次住院,都要交数百元不在医保报销范围的“门槛费”,这合理吗

# 住院“门槛费”是啥费用



□记者 张喜逢 文/图

今年72岁的张先生是一名企业退休职工,经我市一家三甲医院确诊为淋巴瘤,从去年年底至今年5月,他每隔10多天就要住院接受化疗。他每次住院,都要交不在医保报销范围的“门槛费”。6个月里,光“门槛费”他就交了7次,累计3600元。张先生问:“门槛费”到底是什么费用?重复收“门槛费”是否合理?



张先生每次住院都要交“门槛费”



## 统筹基金起付标准(“门槛费”)

+ 一级医院 (含社区医院)	第一次住院	240元
	第二次住院	120元
	第三次住院及以后	120元
+ 二级医院	第一次住院	480元
	第二次住院	360元
	第三次住院及以后	240元
+ 三级医院	第一次住院	600元
	第二次住院	480元
	第三次住院及以后	360元
+ 三级甲等医院	第一次住院	800元
	第二次住院	600元
	第三次住院及以后	480元

## 医疗费用在起付标准至10000元的报销标准

三级医院:	在职报销 80%	退休报销 85%
二级医院:	在职报销 85%	退休报销 90%
一级医院 (含社区医院):	在职报销 90%	退休报销 95%

## 医疗费用在10000元至最高支付限额的报销标准

三级医院:	在职报销 85%	退休报销 87%
二级医院:	在职报销 90%	退休报销 92%
一级医院 (含社区医院):	在职报销 95%	退休报销 97%

绘制 寇博

## 疑问: 900多元个人承担的费用里,“门槛费”就480元

昨日,洛阳晚报记者在张先生家中看到了7张住院结算发票,7张发票显示的时间从今年5月中旬至11月上旬,“门槛费”累计3600元。

张先生说,自从他被确诊患了淋巴瘤后,身体免疫系统随之出现了一系列问题。他特别怕感冒、发烧,因每次感冒、发烧,他很难像普通人一样吃点药、输点液就能康复。

通常,他要接受住院治疗,以防止感染,加重病情。同时,对他这类病人来说,住院也是最安全、最常见的选择。

张先生说,他属于城镇职工医保,医保对他的疾病治疗起到了很好的经济保障作用。病情最重的一次他花了14000多元,经医保报销后自己只需承担5000多元。

然而,并非每次住院的治

疗费用都很高,有时费用还不到1000元。

“你看这次费用,经医保报销后我个人只需承担900多元,可‘门槛费’就480元。”张先生拿着一张11月12日的住院结算发票告诉洛阳晚报记者,他觉得每次住院都要交“门槛费”,对他这类需长期频繁住院的大病患者来说,加重了经济负担。

## 解答: “门槛费”到底是啥费用

洛阳晚报记者从市社会保险事业管理局相关科室了解到,医院向住院患者收取的“门槛费”,其规范名称为统筹基金起付标准,即城镇职工、居民医保住院医疗费用起付标准。参保人员只有在住院医疗费用超过起付标准后,超过起付标准的部分才可根据相关医保政策报销住院医疗费用,住院医疗费用没有超过起付标准的,不予报销。按照有关规定,“门槛费”不在报销之列,只能按病人自费费用扣除。

那么,这笔钱最终是医院收取的还是社保部门收的?相关部门的回答是,“门槛费”既不是医院单独收取的费用,也不是医保部门收取的费用。

市第一人民医院医保报

销科的工作人员说,“门槛费”并不是社保中心或医院额外向住院患者收取的费用。“门槛费”是个人负担部分,这笔钱作为病人住院治疗使用的费用,记入入院时的检查、药品等费用中。有一个简单的办法能证实这笔钱的去向,患者出院时根据结算清单核对账目,就可推算出“门槛费”已全部用于治疗。病人每次住院的医院级别不同,收取的“门槛费”也不同。

工作人员解释,假设病人属城镇职工医保,又属在职人员,在一家三级医院住院花费了5000元,除去600元“门槛费”,剩余的4400元才列入报销部分,但并不是说这4400元就能按照相应比例报销,因为这4400元还要除去需患者承

担的自费药物的费用,剩下的才能报销。如果其中自费药物有1400元,那么社保部门按照80%报销比例报销的金额应为(4400-1400)×80%=2400元,最后,患者自身承担的费用就为5000元-2400元=2600元,这2600元包括那600元的“门槛费”。

既然“门槛费”是个人承担部分,为何还要单独收取这笔费用?社保部门工作人员说,医院级别不同收取“门槛费”的标准就不同,级别越高收取的“门槛费”越多,制定这样一个“门槛”,其目的是为了引导人们合理就医,防止一些小病患者随意住院,让有限的医疗资源变得紧张,减少“小病大治”“该住院却住不进医院”等情况的出现。

## 详解: 住院“门槛费”收费标准及相关报销比例

洛阳晚报记者从市社会保险事业管理局医疗费用审核管理科了解到,按照我市相关政策规定,全市城镇职工基本医疗保险计算年度为当年7月1日至次年6月30日。

医疗保险年度统筹基金最高支付限额按全市统一规定执行,超出年度最高支付限额的部分,通过城镇职工大病救助途径解决。

另外,为了使医疗资源

得到合理利用,在医院级别不同“门槛费”收取标准不同之外,统筹基金支付医疗费用比例(报销比例)也不同。

一些医生建议,对于长期需要接受定期治疗的病人来说,根据自身病情,合理选择就诊医疗机构,也是减轻自身经济负担的有效方法。对于多数医疗机构都具备的诊疗条件,患者不妨选择那些“门槛费”低、报销比例高的医疗机构就诊。

## 大病患者: 期待适度调整“门槛费”收费标准

洛阳晚报记者了解到,2010年年底,我市相关部门对于市级城镇职工基本医疗保险等方面做出了调整,将市本级城镇职工医疗保险统筹基金年度每人最高支付限额从2.9万元调整到3.2万元;城镇职工基本医疗保险参保人员一个医保年度内在三级甲等定点医院住院,首次起付标准由600元调整为800元,第二次为600元,第三次及以后为480元……相关政策调整后,进一步缓解了人们“看病难、看病贵”的问题,然而,这也给一些长期需频繁住院治疗的患者带来一些影响。

张先生说,对于他们这

类大病患者而言,每次住院重复收取“门槛费”确实会影响家庭经济生活,希望相关部门在未来调整城镇居民基本医疗保险基金起付标准、支付比例和最高支付限额等方面时,能进一步考虑这类病人的实际就诊需求。

他认为,就目前医疗环境而言,对诸如淋巴瘤、白血病等大病,并不是多数医疗机构都具备诊疗条件,而且病人自己也希望在诊疗条件好的医疗机构接受治疗。收取“门槛费”是为了合理配置医疗资源,但对他们这类特殊病人来说,重复收“门槛费”确实加重了他们的经济负担。