

# 顶级医院骗保2300万 如何守住患者“救命钱”？

“以前我们一直以作为同济人感到骄傲和自豪，4月份通报的那件事情，让我们老一辈的觉得很丢人也很痛心。”华中科技大学同济医学院附属同济医院（以下简称“同济医院”）主任医师崔真已经退休数年，在知道武汉同济医院和“骗保”联系在一起时，感到十分不可思议。

国家医保局在4月20日公布了对其开展专项飞行检查的通报，通报显示，2017年1月至2020年9月期间，同济医院存在串换、虚记骨科高值医用耗材问题，骗取医保基金支付2334万余元。武汉医保局对武汉同济医院合计罚款5924万余元，责令该院暂停骨科8个月涉及医保使用的医药服务，依法依规向公安、市场监管、药监、卫生健康、纪检监察等有关部门移送该案问题线索。多名受访医生震惊于被曝光骗保的是一家全国知名的大三甲医院，也惊讶于骗保金额的庞大。公立医院骗保行为频发，反映出医保基金监管之困，而解决医院骗保，是一个世界性难题。



## “总是担心骨科要出事”

目前，同济医院作为国家卫健委委属委管的大型公立医院，拥有8个国家重点学科和30个国家临床重点专科。在复旦大学医院管理研究所发布的《2020年度中国医院综合排行榜》中，同济医院位列全国医院综合排名第六。

“在湖北省，我们认为同济医院是当仁不让的老大，是有标杆地位的。”武汉一家三甲医院急诊科主任秦文认为，同济医院违法使用医保基金，可能与其进医保时间较晚有关。

同济医院在2013年才接入武汉市医保，最初只有心脏大血管外科进医保，直到2021年1月，同济医院全院科室才进入武汉市医保。根据《楚天金报》2013年1月的报道，同济医院医保办主任夏俊当时表示，心脏大血管外科之所以率先

加入武汉市医保，主要是因为心脏大血管手术基本上都是疑难危重的大手术，患者希望在做手术时享受到医保。同济医院心血管外科也发现，通过合理管理、控制医疗成本，平摊下来，接收医保病人也能做到不亏损，因此该科决定率先进入医保。

通报显示，国家医保局之所以会对同济医院进行飞行检查，是因为接到了举报线索。飞行检查，指的是医保管理部门对定点医疗机构开展的不事先告知的现场检查。包括崔真在内的多名受访者猜测，举报者或是与同济医院骨科合作过的耗材供应商。

“骨科和耗材供应商是一条利益链上的。原本我们对骨科就不是很看得惯，他们的骨科耗材不是经过医院的器材科，骨科医生要用什

么，是直接打电话给供应商，供应商把东西送到手术室门口。骨科耗材利润高，骨科的医生也容易成暴发户。”崔真说，在同济医院，骨科算是有特权的，“我们总是担心骨科要出事”。

同济医院此次是以串换、虚记骨科高值医用耗材的方式骗取医保基金。近两年开始研究医院骗保类型的秦文说，每一种医用耗材都有单独的计价码，医院扫码计费，“串换”即医生虽然使用了便宜的A耗材，但用了高价的B耗材的计价码，高价耗材最后是病人出了一部分钱，医保出了大头。

此前一位举报过医院骗保的医生认为，这类违规行为十分隐蔽。“这种违规行为，医保局的工作人员很难发现，一般都需要有人举报，而且只有懂行、懂内情的人才能举报。”秦文说。

## 骗保背后的创收压力

公立医院骗保频发，背后有多重原因。江西省医保局待遇保障处处长蔡海清认为，医疗机构作为医疗服务的供给方，在政策许可范围内，根据不同的医疗费用结算方式，相应调整医疗服务行为，以争取获得更多份额的医保基金，是一种无可厚非的理性行为，问题是要把握好“度”。“对医疗机构及其医务人员来说，如果对医保政策不了解、不熟悉，再加上执行政策不严格、不坚决，甚至在心理上对医保政策存在排斥甚至对立的情绪，就很容易发生违反医保政策规定、甚至恶意骗保的行为。”蔡海清说。

至于医院骗取医保基金的根本原因，北京大学国

家发展研究院教授李玲认为，还是在于医院有创收的压力，“这涉及到医院的利益，科室的利益，每个医生的利益，而这是随医保制度而来的。”

蔡海清说，虽然国家在多个政策文件中一再强调，医疗机构“严禁向科室和医务人员下达创收指标，医务人员薪酬不得与药品、卫生材料、检查、化验等业务收入挂钩”，但从实际情况来看，明里暗里医务人员的个人收入还是与医院创收额挂钩。

在陈秋霖看来，医院骗保之所以长期存在，除了医院本身有动机，医保的机制也决定了医疗机构有机会骗保。

## 从博弈变为协作

2021年5月，《医疗保障基金使用监督管理条例》（以下简称《条例》）正式实施，作为中国医疗保障领域第一部专门的行政法规，其被视为中国医保基金管理开始步入法制化轨道的重要标志。

有多年一线工作经验的蔡海清认为，打击医院骗保的困难之一，在于医疗保障领域法制建设和标准化建设相对滞后，《条例》出台后，紧迫任务就是全面准确严格执行《条例》。

仅有一部条例还不够。中国社会保障学会会长、中国人民大学教授郑功成曾在2019年和2020年全国两会提出医疗保障立法议案，并参与起草《医疗保障法》草案（专家代拟稿），他曾表示，医疗保障是整个社会保障体系中唯一覆盖全民且涉及关系最复杂、业务链条最长的重大制度安排，以法定制、依法实施不仅是这一制度的内在

要求，也是国际通行的惯例，从德国1883年制定医疗保险法、日本首部社会保障法即医疗保险法来看，医疗保障制度对法制的要求要高于其他制度。

国家医疗保障研究院副院长、中国医疗保险研究会副会长应亚珍早前表示，实施DRG/DIP付费将有效改变长期以来医保被动买单、医院粗放发展、患者看病负担重的弊端，对三方来说，是一场互利共赢的改革。

在2021年，全国有30个DRG试点城市，71个城市启动了DIP付费试点。根据2021年11月底国家医疗保障局印发的《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》，到2025年底，DRG/DIP支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，基本实现病种、医保基金全覆盖。

（文中崔真、秦文为化名）  
（据《中国新闻周刊》）

## 公立医院骗保方式更隐蔽

在国家医保局于2018年5月31日挂牌成立前后，医保基金监管已经面临格外严峻的形势。

江西省医保局待遇保障处处长蔡海清对《中国新闻周刊》说，从当时已知的情况来看，通过违法违规违约行为套取医保基金的现象，不是有没有，而是多与少和大与小的问题，各式各样的手段花样翻新，奇招频出——分解收费，超标准收费，重复收费，套用项目收费，挂床住院，重复住院，门诊转住院，串换药品、耗材、诊疗项目，虚构医疗服务，伪造医疗文书票据，盗刷社保卡，伪造虚假票据报销，冒名就医，使用社保卡套取药品倒买倒卖，如此等等。

四川闰泽律师事务所合伙人邓明攀主要研究卫生健

康法学领域，据他梳理，民营医院和公立医院的骗保方式通常存在一些差别，民营医院的骗保方式更加明显，通常表现为挂床住院、降低住院标准、伪造医疗文书和病历、虚构诊断等方式骗保，并且这几种骗保手段往往相伴出现。

邓明攀说，相较民营医院，公立医院骗保方式较为隐蔽，因为“公立医院内部管理比较规范，职能部门比较健全，也面临着每年定期的财务审计”，公立医院的医保违规行为主要表现在过度检查、过度诊疗、串换高值医用耗材等方面。

而在实践中，过度检查、过度诊疗的界定难度较大。一位曾在武汉某三甲医院负责处理医患纠纷的工作人员认为，有些情况下，患者所认为的过度检查其实是医生的

自我保护，这不仅是因为医生要有足够的检查结果才能下诊断意见，也是因为医疗纠纷的证明责任多由医疗机构承担，医生会在诊疗中尽可能多做检查，作为证据。

中国社会科学院健康业发展研究中心副主任陈秋霖说，全国范围内医院骗保整体上有所好转。国家医保局成立以来，已经连续五年开展打击欺诈骗保专项整治行动，根据国家医保局数据，2018年至2021年10月，全国共检查定点医药机构约234万家次，处理约100万家次，累计追回医保基金约506亿元。仅在2021年全年，国家医保局就追回医保资金234.18亿元，组织开展飞行检查30批次，实际检查29个省份的定点医疗机构68家、医保经办机构30家。