

2023-2025 年医保刑事案件法律分析

作者：卢意光 | 赵丹蕾

一. 引言

医疗保障基金是我国社会保障体系的重要制度安排，也是保障居民基本医疗需求的重要公共资金来源。作为典型的民生类财政支出，医保基金既承担着维护参保群众基本医疗权益的重要功能，也直接关系到医疗服务体系的稳定运行以及社会保障制度的长期可持续发展。

近年来，随着我国基本医疗保险参保人数长期稳定在 13 亿人以上，医保基金收支规模持续扩大，其资金安全问题逐渐成为社会治理的重要议题。在此背景下，国家监管部门和司法机关不断强化对医保基金违法违规行为的治理力度，通过制度建设与执法实践的持续推进，逐步形成了覆盖行政监管、行政执法与刑事司法衔接的综合治理体系。2025 年《政府工作报告》要求“严格医保基金监管”，而 2026 年《政府工作报告》则是提出“坚决打击欺诈骗保”。

值得注意的是，随着医保基金监管强度不断提升，医保骗保行为所呈现出来的犯罪形态也在不断演变。从早期以个人零散骗保为主的行为形态，逐渐出现部分定点医药机构参与的系统性骗保，再进一步延伸为围绕骗保行为形成的药品回收、资金转移、销赃等多环节违法犯罪链条。骗保行为的多样化趋势，使医保基金治理的复杂性明显提升。

结合近年来公开裁判文书数据以及医保监管政策的发展脉络可以发现，我国医保领域刑事案件在案件结构、涉案主体及犯罪模式方面均呈现出阶段性变化。特别是在近三年间，医保相关刑事案件类型不断丰富，围绕骗保行为衍生的下游犯罪明显增加。在此背景下，对医保领域刑事案件进行系统梳理，不仅有助于总结当前医保违法犯罪的主要形态，也能够为医疗机构、医务人员及参保个人提供更为清晰的合规风险提示。

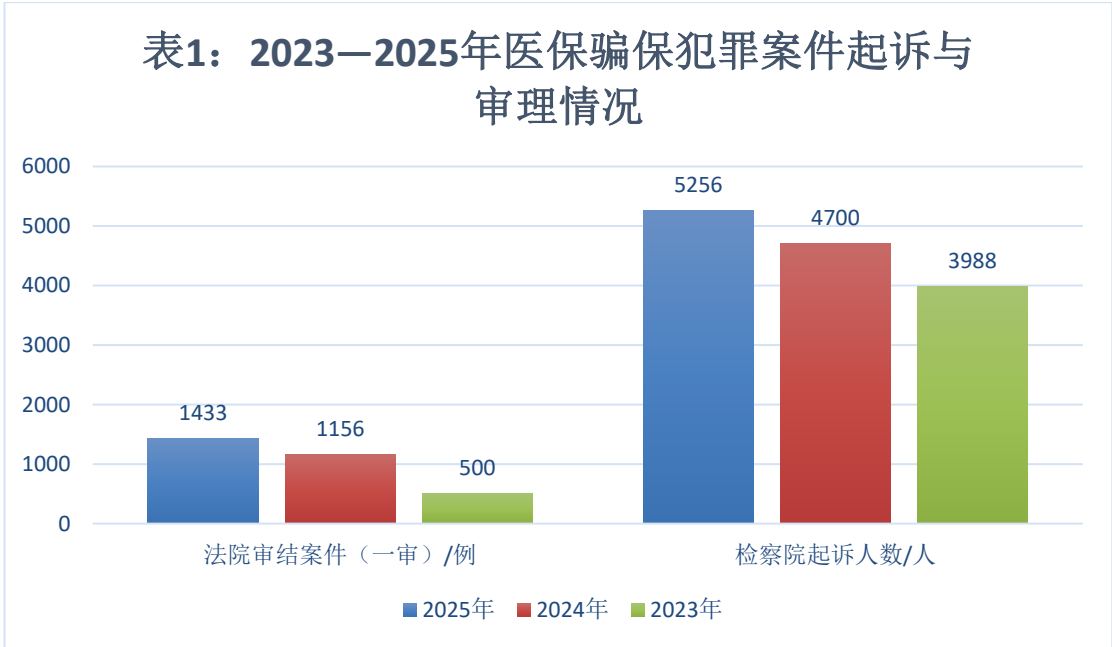
.....
如您需要了解我们的出版物，
请联系：

Publication@llinkslaw.com

本文在梳理 2023-2025 年医保领域刑事案件数据及典型案例的基础上，结合作者办理医保类型案件的一线实践，以及我国医保监管政策的演进情况，对医保基金领域的刑事治理趋势进行系统观察与分析。

二. 近三年医保相关刑事案件数据概览

根据最高人民法院及最高人民检察院公布的数据，近年来我国对医保骗保犯罪的刑事打击力度持续加大。2023 年全国法院一审审结医保骗保犯罪案件 500 件；2024 年全国法院一审审结医保骗保犯罪案件 1156 件 2299 人；2025 年全国法院审结医保骗保犯罪案件 1433 件 2807 人。与此同时，检察机关持续加大对社保、医保领域欺诈骗保犯罪的打击力度，2023 年全国检察机关批准逮捕医保领域欺诈骗保犯罪 1054 件 1619 人，提起公诉 2037 件 3988 人；2024 年，检察机关共起诉医保骗保犯罪 4700 余人；2025 年专项整治行动中起诉相关犯罪 5256 人。

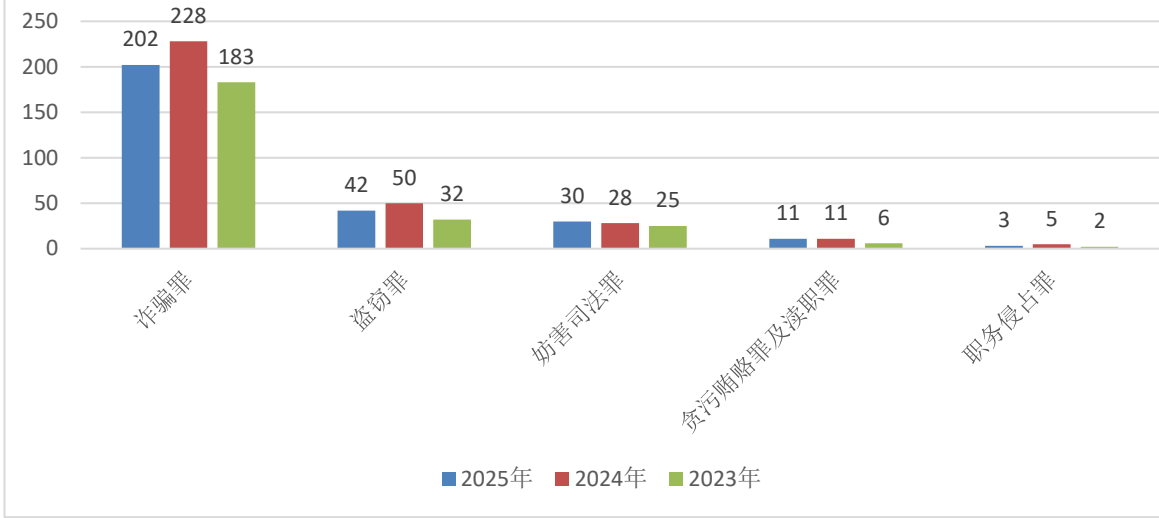


在案件罪名结构方面，根据威科先行数据库公开裁判文书的检索结果，2025 年全国医保相关刑事案件主要集中在诈骗罪、盗窃罪、妨害司法类犯罪、贪污贿赂类犯罪以及职务侵占类犯罪等五类罪名。其中，妨害司法类犯罪主要包括掩饰、隐瞒犯罪所得罪以及帮助毁灭证据罪；贪污贿赂类犯罪及渎职犯罪则主要涉及贪污罪、滥用职权罪及受贿罪等罪名。

需要指出的是，第三方法律数据库所收录的裁判文书并不能完全覆盖全部已生效判决，因此相关统计结果并不代表全国案件的全部数量，而是基于公开裁判文书形成的样本数据。但该类数据仍可以在一定程度上反映医保领域刑事案件的罪名结构及其变化趋势。

基于上述检索结果，可以发现案件罪名主要分布如下：诈骗罪仍然占据绝对主体地位，其次为盗窃罪以及妨害司法类犯罪，涉及贪污贿赂及职务侵占的案件数量相对较少。具体数据详见表 2。

表2：2023-2025年医保领域刑事案件公开裁判文书罪名分布情况



(一) 案件数据结构分析

从近三年的案件数据来看，医保刑事案件总体规模持续增长，但在案件结构上呈现出一定的分化趋势。

第一，医保骗保犯罪案件数量快速增长，诈骗罪仍为主要适用罪名。

根据最高人民法院公布的数据，2023年至2025年，全国法院一审审结或审结的医保骗保犯罪案件分别为500件、1156件和1433件，案件数量呈现明显增长态势。其中，2024年案件数量同比增长131.2%，2025年在此基础上继续增长24%。在司法实践中，上述医保骗保犯罪案件绝大多数以诈骗罪定罪处罚，其行为方式主要表现为虚假住院、挂床住院、虚构医药服务项目、伪造医学文书以及串换药品等，通过虚构医疗服务事实骗取医保基金。对于一些争议较大的行为，比如过度检查、过度治疗、低指征入院等，则更多以行政处罚为主。

与此同时，检察机关在医保领域刑事打击力度也在持续加大。随着医保基金监管力度不断加强，行政监管与刑事司法衔接机制逐步完善，医保骗保案件被发现并移送司法机关处理的数量明显增加。从整体趋势来看，在持续高压监管背景下，一些较为粗放、低成本的骗保行为正逐步受到遏制，但组织化骗保案件仍然保持较高数量。

从法院及检察院公开的数据，以及作者的办案体会，宽严相济+认罪认罚导致大量案件分流。其一、医保骗保多为非暴力、可退赃的案件，大量适用不起诉/附条件不起诉/缓刑/免于刑事处罚；其二、检察院起诉4715人中，一部分在审查起诉/审判阶段被分流，没走到一审宣判环节；其三、从犯、初犯、偶犯、全额退赃、认罪认罚，不判实刑甚至不起诉案件较多，因此，可以看到法院审结数比检察院公布的数量明显要少。

第二，医保账户盗刷类案件逐渐增多。

盗窃罪案件数量在近三年间呈现出一定波动，但总体保持较高水平。根据公开裁判文书统计，2023 年至 2025 年涉及医保领域的盗窃罪案件数量分别为 32 例、50 例和 42 例。此类案件主要涉及医保个人账户资金被盗刷或非法使用的问题。随着医保电子凭证逐步推广以及个人账户资金规模扩大，医保账户安全问题正在成为新的监管关注点。

第三，围绕骗保行为形成的下游犯罪数量逐年上升。

妨害司法类犯罪案件数量近年来也呈现出逐渐上升的趋势，从 2023 年的 25 例增长至 2025 年的 30 例，该类案件主要包括掩饰、隐瞒犯罪所得罪以及帮助毁灭证据罪。相关变化表明，医保骗保行为已经逐渐形成较为完整的违法犯罪链条，部分人员开始专门从事药品回收、资金转移等环节，从而形成围绕骗保行为的“下游产业链”。

第四，职务犯罪案件数量虽少但影响重大。

涉及医保基金的贪污、受贿以及滥用职权等职务犯罪案件数量虽然整体不高，但在个案中往往具有较大的社会影响。此类案件通常涉及医保监管部门工作人员或公立医疗机构负责人，其行为不仅损害医保基金安全，也对医疗保障体系的公信力造成较大冲击。根据公开裁判文书统计，2023 年至 2025 年相关案件数量分别为 6 例、11 例和 11 例。(注：裁判文书数量并非全部案件数量)

此外，职务侵占罪在医保领域也有所出现，但总体数量较少。公开裁判文书显示，2023 年至 2025 年相关案件数量分别为 2 例、5 例和 3 例，主要涉及个别医疗机构内部人员侵占单位资金或医保结算资金等情形。

总体来看，在 2024 年最高人民法院、最高人民检察院和公安部联合发布《关于办理医保骗保刑事案件若干问题的指导意见》后，司法实践中对医保骗保案件的罪名适用逐渐趋于细化。对于通过虚构医疗事实骗取医保基金的行为，原则上以诈骗罪定罪处罚；对于盗刷医保凭证、窃取他人医保账户资金的行为，依法以盗窃罪定罪；对于明知药品来源于骗保仍收购、销售牟利的行为，则依法以掩饰、隐瞒犯罪所得罪追究刑事责任。

从案件结构整体观察，我国医保刑事犯罪仍然以骗取医保基金的诈骗行为为核心，但围绕骗保行为衍生出的盗窃、销赃以及妨害司法等犯罪类型正在逐渐增加，医保领域违法犯罪呈现出一定程度的链条化发展趋势。

(二) 医保监管政策演进对刑事案件的影响

医保刑事案件数量变化，与我国医保基金监管政策的持续强化密切相关。自 2018 年以来，我国医保基金监管体系经历了从机构整合到制度完善，再到综合治理的逐步发展过程。

2018 年医保监管体制重构。国家医疗保障局正式成立，标志着我国医保基金管理体制进入新的阶段。此前，医保基金监管职责分散在多个部门，监管力量相对分散。国家医保局成立后，医保基金监管权力逐步集中，监管体系开始逐步完善。同年，国家医保局启动“打击欺诈骗保专项行动”，重点整治虚假住院、挂床住院、分解收费等骗保行为。

2019 年制度化监管逐步推进。《医疗保障基金使用监督管理条例》开始进入制度设计阶段，医保监管逐渐从专项整治向制度化监管转变。各地医保部门开始建立医保智能审核系统，通过数据分析识别异常诊疗行为，从技术层面提升监管能力。

2020 年至 2022 年期间，国家医保局持续推进医保飞行检查制度。所谓“飞行检查”，是指医保监管部门在不提前通知的情况下，对定点医疗机构进行突击检查。这一制度显著提高了医保监管的威慑力，一批涉及金额较大的骗保案件在飞检过程中被发现并移送司法机关处理。

2023 年行政执法与刑事司法衔接逐步强化。各地医保部门开始与公安机关、检察机关建立更加稳定的案件移送与协作机制，对涉嫌犯罪的骗保行为及时移送司法机关处理，医保基金监管逐步进入行政执法与刑事司法协同治理阶段。

2024 年刑事裁判标准进一步统一。最高人民法院、最高人民检察院与公安部联合发布《关于办理医保骗保刑事案件若干问题的指导意见》，对医保骗保行为的刑事定性问题作出系统规定。该意见明确了医保骗保行为的主要表现形式，并对不同主体实施骗保行为适用的罪名进行了明确划分，从而进一步统一了司法实践中的裁判标准。

2025 年监管规则进一步细化。国家医保局发布《医疗保障基金使用监督管理条例实施细则》，对医保基金使用、监督检查以及法律责任等问题进行了更加具体的制度规定，进一步完善了医保基金监管体系。

总体来看，上述政策措施的持续推进，使我国医保基金监管逐步形成了以行政监管为基础、行政执法与刑事司法衔接为支撑的综合治理格局。

三. 医保刑事犯罪结构的阶段性演变

从更长时间维度观察，我国医保刑事犯罪大致经历了三个发展阶段。

(一) 早期阶段：个人骗保为主

在早期阶段，医保骗保行为主要集中在个人层面。随着基本医疗保险制度的逐步建立和覆盖范围的不断扩大，一些参保人员开始通过虚开医疗票据、冒用他人医保卡就医、虚报医疗费用等方式骗取医保基金。这一时期骗保行为整体规模较小，案件金额普遍较低，主要表现为零散的个人违法行为。

(二) 中期阶段：定点医药机构参与骗保

进入 2018 年前后，随着医保基金规模不断扩大，一些定点医药机构开始通过虚假住院、挂床住院、分解住院等方式系统性骗取医保基金。这一阶段骗保行为的组织化程度明显提高，涉案金额也显著增加，一些案件涉及金额达到数百万元甚至数千万元，偶然也看到过亿元的案件。与此同时，部分定点医药机构还通过伪造病历资料、虚构诊疗项目等方式骗取医保报销资金，使骗保行为逐渐呈现出专业化特征。

(三) 当前阶段：产业链骗保

近年来，随着医保监管力度不断加强，一些骗保行为逐渐从单一行为向更复杂的产业链结构演变。例如，一些人员专门从事医保药品收购，通过组织慢性病患者集中购药，再将药品转售至下游渠道牟利。同时，还有人员专门从事资金转移、销赃等环节，形成了围绕医保骗保行为的完整违法链条。这一变化表明，医保骗保行为已经逐渐从单一违法行为演变为具有一定组织结构的黑灰产业链问题，这也对监管部门和司法机关提出了更高要求。

四. 医保刑事犯罪的主要类型

从近年来公开裁判文书所反映的案件结构来看，医保领域刑事案件主要集中在诈骗罪、盗窃罪、职务犯罪以及妨害司法类犯罪四类。医保骗保的犯罪主体包括定点医药机构人员、参保人员及其近亲属、职业骗保团伙以及其他人员，部分案件还涉及药品生产企业，不同主体在医保基金使用与管理过程中的权责边界存在明显差异，行为模式与法律评价亦有所不同。结合司法实践，可以按照“主体类型+行为方式”的分析路径，对相关犯罪形态进行结构化梳理。

(一) 诈骗罪

在当前医保刑事案件体系中，诈骗罪仍然是适用最为广泛的罪名。从近年来公开裁判文书以及司法统计数据来看，通过虚构医疗服务事实骗取医保基金的行为，构成了医保领域刑事犯罪的主体类型。其犯罪主体涵盖普通参保人员、医护人员以及定点医药机构管理人员等多个群体。结合案件情况观察，医保诈骗案件的行为主体大致可以分为个人骗保、医护人员骗保以及定点医药机构骗保三种类型。

1. 个人骗保

在个人层面的骗保案件中，骗保行为多表现为通过虚构或夸大医疗需求骗取医保报销资金。较为典型的行为模式包括虚开或多开医保目录内药品、冒用他人医保凭证就医开药、集中收集医保卡进行批量购药等。

实践中，一些人员专门通过组织慢性病患者集中购药的方式获取医保报销药品，并在报销后以低价回收，再通过下游渠道转售牟利。这类行为实质上是以非法占有医保基金为目的，通过虚构医疗支出事实骗取医保支付资金，依法应当以诈骗罪追究刑事责任。

例如在吉林某法院审理的一起案件中，被告人在医院周边通过发放名片、留下联系方式等方式，招揽有意出售医保药品的慢性病患者，并授意其前往指定药店使用医保卡多开治疗糖尿病、心脑血管疾病等药品。被告人随后以明显低于市场价格回收药品，并转售至下游渠道牟利，形成“刷卡购药—集中回收—转售牟利”的运作模式。经查，该案药品销售金额约 20 万元，其中造成医保基金损失 4 万余元。法院最终认定相关行为构成诈骗罪并依法追究刑事责任。

2. 医护人员骗保

医护人员作为医疗服务提供者，在诊疗记录、处方开具以及费用录入等环节具有专业优势，一旦利用职务便利实施骗保行为，往往具有隐蔽性强、专业性高、取证难度大等特点。司法实践中较为常见的行为方式包括：在诊疗过程中虚构患者用药或治疗情况，将不符合医保报销范围的药品或项目替换为医保目录项目进行申报；通过虚假住院、挂床住院、虚开费用项目等方式套取医保基金；或通过篡改电子病历、伪造医学文书等方式制造虚假诊疗记录。

例如在河南某法院审理的一起案件中，某民营专科医院在接收十余名患者住院治疗期间，相关科室负责人明知部分康复治疗项目并未实际实施，仍在医保结算申报中予以列支，同时虚开床位费等费用项目。通过上述方式，该院共骗取医保基金 7 万余元。相关资金经个人账户收取后用于医院经营及个人支出。法院最终认定相关人员行为构成诈骗罪并依法追究刑事责任。

3. 定点医药机构骗保

在一些案件中，骗保行为甚至由定点医药机构管理层统一组织实施。此类案件往往涉及定点医药机构法定代表人、负责人或财务负责人，管理人员通过安排工作人员分工协作，虚构患者住院记录、制作虚假病历资料、伪造收费票据等，从而形成完整的骗保操作流程。常见的操作模式包括：组织虚构患者住院记录、伪造整套病历资料；虚构医药服务项目并制作虚假收费票据；通过串换药品、虚增药品数量、多人医保卡结算等方式提高医保报销金额，从而实现系统性套取医保基金。

如在河南某法院审理的一起案件中，某民营医院法定代表人兼负责人作为主要决策者，在 2021 年至 2024 年期间，组织、指使多人分工协作实施骗保行为。具体操作模式为：由相关人员虚假登记患者入院、住院治疗信息，伪造入院记录、出院记录、手术记录等核心病历材料，同时制作虚假护理记录、影像报告、检验单据及住院收费票据，形成一整套完整的医

保报销材料。材料制作完成后，由相关人员在医保系统中申报，并将纸质资料提交医保部门审核报销，资金最终拨付至医院账户。经审计认定，该案共骗取国家医保基金 348 万余元。一审法院认定，多名被告人以非法占有为目的，分工协作、相互配合，行为已构成诈骗罪。其中，医院法定代表人在共同犯罪中起主要作用，被认定为主犯，判处有期徒刑十二年并处罚金；财务负责人被判处有期徒刑七年并处罚金；其他参与人员根据在共同犯罪中的地位和作用，分别被判处有期徒刑并适用缓刑。违法所得依法追缴并发还医保部门，不足部分继续追缴。

在本案件中，涉案金额特别巨大，主犯面临十年以上有期徒刑的重刑风险，而财务、病历制作、材料报送等环节的参与人员，同样难以以“执行分工”为由免责。因此，在组织化骗保案件中，即使是从事病历整理、资料提交等辅助工作的人员，也可能因参与共同犯罪而承担刑事责任。

当然，根据作者的观察，认定定点医药机构骗取医保基金，由机构负责人承担刑事案件的办案态度近年来有所改变，一是定点医药机构一旦涉及欺诈骗保就关门停业的做法在逐步得到改变，不少机构虽然正在接受调查，但仍然正常营业或执业；二是认定犯罪金额方面，刑法“抑谦性”在很多案件中得到体现，“疑罪从无”、“证据不足不起诉”等观念也在不少案件中得到运用。

(二) 盗窃罪

除诈骗行为外，医保领域另一类较为常见的犯罪类型为盗窃罪，主要涉及医保个人账户资金安全问题。

随着医保电子凭证以及个人账户资金规模不断扩大，一些不法人员通过非法获取他人医保账户信息实施盗刷行为。常见模式包括通过捡拾、盗用他人医保卡及密码，或冒用他人身份信息，刷卡购买药品后转卖牟利；与定点零售药店勾结，通过虚构购药记录、虚开购药票据等方式，套取医保个人账户资金；通过秘密窃取、非法泄露等方式获取他人医保账户信息，进而转移账户资金或消费等形式。

与诈骗行为不同，这类行为并非通过虚构医疗事实骗取医保基金，而是直接秘密窃取他人账户资金，因此依法应当以盗窃罪定罪处罚。这一现象也反映出，在医保信息化程度不断提升的背景下，个人账户信息安全同样成为医保监管的重要议题。

(三) 职务犯罪

在部分案件中，医保基金管理、审核或使用环节的公职人员利用职务便利实施违法行为，构成贪污、受贿或滥用职权等职务犯罪。尽管案件数量相对有限，但其对医保制度公信力的影响往往

更为严重。此类犯罪的涉案主体为医保领域公职人员，或受国有单位委托管理、经营医保基金的人员，核心是利用职务上的便利，实施侵占、挪用医保基金的行为。

1. 贪污罪

在四川某法院审理的一起案件中，被告人在被派遣至某县相关部门从事医疗救助信息审核、录入工作期间，利用负责填报、审核救助资料的职务便利，多次编造其亲友符合医疗救助条件的信息，并将其混入正常救助名单，骗过审核程序后交由财务拨付资金。经查，其通过上述方式将共计 68 万余元医疗救助金拨付至七名亲友的社保账户，随后再通过转账等方式归集至本人账户，用于个人消费，数额巨大。法院认定，该行为系利用职务便利非法占有公共财物，构成贪污罪。鉴于其主动投案、如实供述犯罪事实，具有自首情节，且自愿认罪认罚并退缴全部赃款，法院依法从轻处罚，最终判处有期徒刑二年五个月，并处罚金人民币十万元。

2. 滥用职权罪

在河南某法院审理的一起案件中，被告人在担任某公立医疗机构负责人期间，长期滥用职权，安排工作人员为百余名残疾儿童办理大量虚假住院手续，累计虚构住院上千次。具体操作中，通过伪造医学证明、篡改电子信息资料、虚构医药服务项目、虚开医疗服务费用等方式，套取医保资金共计 230 余万元，致使国家利益遭受特别重大损失，社会影响恶劣。法院经审理认为，其一方面利用管理职责安排实施虚假住院行为，构成国有事业单位人员滥用职权罪；另一方面，其非法占有部分医保资金，构成贪污罪。最终数罪并罚，决定执行有期徒刑四年，并处罚金人民币 20 万元。

3. 受贿罪

在湖北某法院审理的一起案件中，被告人在担任某县公立医院眼科负责人期间，负责向医保局上报人工晶体等耗材采购计划工作。借医保集中采购政策实施之机，其利用直接确定采购数量及供货厂家的职务便利，将某企业产品纳入采购计划，从中获取销售利润。随后，该业务人员为维持合作关系，请托其在临床使用中优先选用相关产品，并承诺按使用数量给予“回扣”。在一年多时间内，医院共采购使用涉案人工晶体一千余枚。被告人分五次收受所谓业务“回扣”共计 40 万元。法院经审理认为，被告人利用职务便利，在医疗耗材医保采购过程中为他人谋取利益并非法收受财物，构成受贿罪。依法判处有期徒刑二年五个月，缓刑三年六个月，并处罚金人民币十五万元，违法所得予以追缴上缴国库。

(四) 下游犯罪

随着骗保产业链的形成，围绕骗保行为出现的掩饰、隐瞒犯罪所得罪以及帮助毁灭证据罪等案件数量也逐渐增加。因此，围绕骗保行为形成的“下游犯罪”同样值得关注，此类行为同样被纳入刑法规制范围，依法追究刑事责任。

1. 帮助毁灭、伪造证据罪

在山西某法院审理的一起案件中，在某骨科医院涉嫌医保诈骗案立案侦查的情况下，工作人员胡某明知相关资料可能是证明该医院涉嫌医保诈骗重要证据，仍将上述资料以废纸价格销售至张某经营的废品收购站，涉及病历高达 5308 份、会计凭证 118 本、出入库单 24 本，致使侦查机关在对该案重新立案侦查时缺乏关键性证据。法院审理认为，被告人胡某明知他人可能涉嫌违法犯罪，为帮他人逃避或减轻法律责任，帮助转移、毁灭相关证据材料，情节严重，判决被告人胡某犯帮助毁灭证据罪，判处有期徒刑一年。

2. 掩饰、隐瞒犯罪所得罪

在上海某法院审理的一起案件中，王某 1、吴某夫妻在杨浦区设摊，授意他人用医保卡骗保购药后低价收购，再转卖给王某 3；王某 1 本人还持 9 人医保卡骗保购药 60 万余元。王某 3 明知药品系骗保所得，仍通过已故父亲账户收货款，累计转售 180 余万元；下家王某 5、谷某继续层层加价倒卖，王某 5 更指使两个女儿协助整理药品、送药。法院审理后认定，王某 1、吴某、王某 2 构成诈骗罪，分别获刑 12 年、缓刑、11 个月；王某 3、王某 5 等 5 人明知是犯罪所得仍掩饰、隐瞒，构成掩饰、隐瞒犯罪所得罪，分别获刑 6 年 9 个月至 2 年不等。

上述案件表明，医保骗保行为已经逐渐演变为涵盖购药、回收、转售、资金转移等多个环节的违法利益链条。

五. 医保刑事治理趋势研判

综合近三年案件数据与政策变化，可以发现我国医保刑事治理呈现出若干明显趋势。

在制度层面，2024 年“两高一部”印发的《关于办理医保骗保刑事案件若干问题的指导意见》，进一步明确了刑事边界。该意见明确指出，本意见所指医保骗保刑事案件，是指采取欺骗手段，骗取医疗保障基金的犯罪案件；医疗保障基金包括基本医疗保险(含生育保险)基金、医疗救助基金、职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助、居民大病保险资金等。

指导意见对定点医药机构及个人骗保的行为方式作出系统列举，包括诱导、协助冒名就医，伪造、变造、隐匿、销毁医学文书，虚构医药服务项目，分解住院、挂床住院，重复收费、超标准收费，串换药品，将不属于医保支付范围的费用纳入结算等情形，并明确不同主体分别适用诈骗罪或贪污罪定罪处罚。对于盗刷医保凭证的行为，依法以盗窃罪定罪；对于明知药品来源于骗保仍收购销售的，依法以掩饰、隐瞒犯罪所得罪定罪。

综合 2025 年的案件数据与司法政策走向可以看出，医保基金领域的刑事治理正在从“个案打击”转向“体系治理”，呈现如下明显趋势，折射出医保监管的重点方向：

1. **定点医药机构组织化骗保风险仍居高不下。**医疗机构负责人牵头实施的系统性骗保案件，普遍存在涉案金额巨大、医学文书造假专业化、骗保手段隐蔽等特点。与个人骗保相比，医疗机构骗保行为往往涉及金额巨大，对医保基金安全造成的影响更为严重，此类行为仍是未来医保监管及司法打击的重点领域，医疗机构内部合规管理亟待加强。虽然如上文所述，在具体案件中会有些许变化，执法相对来说更加规范，也会考虑当地就业、就医实际情况，但总体趋势没有变化，定点医药机构仍然应当予以足够的重视。
2. **全链条打击逐渐成为司法治理的重要方向。**随着骗保行为逐渐形成完整的产业链结构，掩饰、隐瞒犯罪所得罪、帮助毁灭证据罪等下游犯罪案件数量持续上升，单纯打击骗保主体已经难以从根本上遏制违法行为。司法机关正在逐步加强对药品收购人员、销赃渠道以及资金转移环节的追责，从而形成对骗保行为的整体治理。
3. **技术监管手段正在持续升级。**随着医保信息化建设不断推进，医保监管部门可以通过大数据分析识别异常诊疗行为，例如异常高频住院、不合理用药以及异常收费等情况。这种基于数据分析的监管模式将显著提高骗保行为被发现的概率。
4. **行政监管与刑事司法衔接机制不断完善。**近年来，各地医保部门与公安、检察机关逐步建立案件移送和协作机制，对于涉嫌犯罪的骗保行为及时移送司法机关处理，使医保监管体系逐步形成“行政执法+刑事追责”的协同治理格局。

六. 结语

总体来看，我国医保基金监管体系正在迈向行政执法与刑事司法协同治理的新阶段。随着监管政策不断完善以及信息化监管手段不断提升，医保骗保行为的违法成本将持续提高。

对于定点医药机构而言，应当建立完善的医保合规管理制度，加强病历管理、收费管理以及医保结算管理，从源头防范骗保风险。对于医护人员而言，应当严格遵守诊疗规范，不得参与虚构诊疗行为。对于参保个人而言，也应当依法规范使用医保凭证，避免参与任何形式的骗保行为。当然，如果认为执法不当，也应当积极陈述申辩，进行法律救济。

医保基金承载着公共财政资源与社会信任。守住医保基金安全底线，不仅关系到医疗保障制度的可持续发展，也是维护社会公平正义的重要内容。

如您希望就相关问题进一步交流，请联系：



卢意光
+86 21 3135 8668
yiguang.lu@llinkslaw.com

如您希望就其他问题进一步交流或有其他业务咨询需求，请随时与我们联系：master@llinkslaw.com

上海

上海市银城中路 68 号
时代金融中心 19 楼
T: +86 21 3135 8666
F: +86 21 3135 8600

北京

北京市朝阳区光华东里 8 号
中海广场中楼 30 层
T: +86 10 5081 3888
F: +86 10 5081 3866

深圳

深圳市南山区科苑南路 2666 号
中国华润大厦 18 楼
T: +86 755 3391 7666
F: +86 755 3391 7668

香港

香港中环遮打道 18 号
历山大厦 32 楼 3201 室
T: +852 2592 1978
F: +852 2868 0883

伦敦

1/F, 3 More London Riverside
London SE1 2RE
T: +44 (0)20 3283 4337
D: +44 (0)20 3283 4323



www.llinkslaw.com



Wechat: Llinkslaw

本土化资源 国际化视野

免责声明：

本出版物仅供一般性参考，并无意提供任何法律或其他建议。我们明示不对任何依赖本出版物的任何内容而采取或不采取行动所导致的后果承担责任。我们保留所有对本出版物的权利。

© 通力律师事务所 2026