

2023-2025 年度“解除医保协议”数据统计及法律分析

作者：卢意光 | 张颂淇

引言

医疗保障基金是人民群众的“看病钱”和“救命钱”，其安全规范运行直接关系到国家医疗保障制度以及医药行业的健康可持续发展。近年来，随着《医疗保障基金使用监督管理条例》及其实施细则等相关政策法规深入实施，大数据赋能下的智能监管模型逐渐铺开，医疗保障基金监管已进入飞行检查全覆盖、智能监管常态化、专项整治持续化、责任追究严格化的时代。

“解除医保协议”是医保机构惩戒欺诈骗保等违规行为的重要手段。对广大医药机构而言，一旦被解除协议，即意味着丧失医保基金结算资格，这往往会对机构的主营收入以及持续经营能力等产生较大影响。

值得注意的是，在近三年的解约现象中，不仅包含因触碰监管红线而被动解除医保服务协议的惩戒性案例，更多则是大量定点医药机构因难以化解合规成本与经营压力而做出的主动退出选择。

本文拟通过系统梳理 2023 年至 2025 年全国定点医药机构解除医保协议的统计数据，从解约事由与主体特征两大核心维度进行分析。在此基础上，结合监管政策法规体系的演进趋势，本文深度剖析驱动定点医药机构被动解约与主动退出的合规压力、经济动因及监管逻辑，以期为医疗健康产业的各方参与者提供有益的参考与指引。

.....
如您需要了解我们的出版物，
请联系：

Publication@llinkslaw.com

一. 数据来源与口径说明

为系统呈现 2023 年至 2025 年间定点医药机构解除医保服务协议的数据特征并分析其原因，本文选取的数据主要源自以下三大公开渠道，以确保分析样本的权威性、完整性与可比性：一是威科先行法律法规数据库收录的相关官方公告以及解除医保协议名单等；二是各级人民政府、医疗保障行政部门与医保经办机构官网发布的解除医保协议通报与公告；三是各级医保部门通过“曝光台”、“典型案例通报”等途径集中公布的、且最终处理结果包含“解除医保服务协议”的执法案例。

在数据筛选与处理标准上，为保障分析样本的科学性与有效性，本文对初步检索获取的底层数据进行了严格的人工清洗。在入库标准上，本统计仅保留明确记载具体解约事由，或能够准确判定机构主体类型的有效案例；在剔除标准上，则严格排除了仅通报解约结果而未披露解约原因的公告、与医保定点资格解除无直接关联的常规行政处罚案件，以及存在信息残缺或重复录入的无效数据。

二. 近三年解除医保协议数据概览

根据国家医疗保障局发布的数据，近三年来我国持续加强医保基金监管，打击欺诈骗保力度持续加大。2023 年，全国医保系统共追回医保基金 186.5 亿元，解除医保服务协议 4176 家¹；2024 年，全国医保系统共追回医保基金 275 亿元²；2025 年，全国医保系统共追回医保基金 342 亿元³。这种趋势充分说明了厘清“解除医保服务协议”的各类事由、剖析其结构特征，进而促使定点医药机构提升合规管理与经营水平的重要性。

(一) 定点医药机构解除医保协议原因分类统计分析

根据《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》(以下简称 2 号令)第四十三条与《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》(以下简称 3 号令)第四十条规定的具体解除医保协议情形，定点医药机构解除医保协议的原因可大体分为 13 类。具体分类统计如下：

1 国家医疗保障局：《2023 年全国医疗保障事业发展统计公报》

https://www.nhsa.gov.cn/art/2024/7/25/art_7_13340.html

2 国家医疗保障局：《2024 年全国医疗保障事业发展统计公报》

https://www.nhsa.gov.cn/art/2025/7/14/art_7_17248.html

3 国家医疗保障局：《2025 年医疗保障事业发展统计快报》

https://www.nhsa.gov.cn/art/2026/3/16/art_7_19918.html

定点医药机构解除医保服务协议原因分类统计（2023-2025 年）			
原因分类	2023 年	2024 年	2025 年
一、协议有效期内累计2次及以上被中止医保协议或中止医保协议期间未按要求整改或整改不到位	3	2	4
二、以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的	0	2	3
三、经医疗保障部门和其他有关部门查实有欺诈骗保行为	14	34	49
四、为非定点医疗机构、零售药店或处于中止医保协议期间的医疗机构、零售药店提供医保费用结算	10	11	8
五、拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展智能审核、绩效考核、监督检查等，情节恶劣	2	3	2
六、被发现重大信息或经营状态发生变更但未办理变更	3	37	42
七、存在重大违法违规行为且可能造成医疗保障基金重大损失的	1	2	3
八、被吊销、注销相关证照	13	30	101
九、法定代表人、主要负责人或实际控制人不能履行医保协议约定，或有违法失信行为的	1	2	1
十、未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的	0	0	1
十一、主动提出解除医保协议且经办机构同意	42	101	232
十二、根据医保协议约定应当解除协议	3	1	7
十三、法律法规和规章规定的应当解除的其他情形（未续签或放弃续签）	149	280	327

从近三年的数据可以看出，解除医保协议的定点医药机构总数呈现不断增长态势。但在具体解除医保服务协议事由上，则表现出一定的结构性分化特征。

第一，因惩戒性事由被动解除医保协议的机构数量呈持续增长态势。

作为被动解除医保协议的核心事由，因“经医疗保障部门和其他有关部门查实有欺诈骗保行为”而解除医保协议的定点医药机构的数量持续增加，自 2023 年的 14 家稳步增长至 2025 年的 49 家。与此同时，基于其他惩戒性事由而被动解除医保协议的案件量亦呈上升趋势。其中，因“以弄虚作假等不正当手段申请取得定点”、“存在重大违法违规行为且可能造成医保基金重大损失”，以及因违法违规导致“被吊销相关证照”而被解除协议的机构数量均在近三年持续增长。

以上数据直观反映出，近三年来医保监管已进入常态化、高压化阶段。医保监管部门构建了覆盖前端准入、事中阻断与事后惩戒的全链条监管网络，对欺诈骗保等各类恶性违约行为的打击力度不断加大，监管效果显著。

第二，因非惩戒性事由解除医保协议的机构数量占据绝对主导，且呈增长态势。

统计数据显示，因非惩戒性事由解除协议已成为当前解除医保服务协议的最主要构成部分。其中，因“主动提出解除医保协议且经办机构同意”与“未续签或放弃续签医保协议的”而解除协议的定点医药机构数量显著高于其他原因，这两类数据自 2023 年的 42 家与 149 家，分别增加至 2025 年的 232 家与 327 家。与此同时，因“被发现重大信息或经营状态发生变更但未办理变更”而解除医保协议的定点医药机构由 2023 年的 3 家持续增加至 2025 年的 42 家，此类情况在实务中多为机构已停止营业或转让但未办理变更手续。此外，因“主动注销相关证照”而自然退出的机构数量也呈现出逐年上升轨迹。

这些统计数据直观反映出，在当前医保基金监管的高压态势下，机构基于自身意愿的主动解约与放弃续签，叠加因停业转让、注销证照等客观经营状态变动引发的自然退出，共同构成了当前定点医药机构解除医保协议的最主要构成部分。

第三，因兜底类及抗拒监管、严重失信类事由解约的机构数量相对有限，近三年数据波动较小。

一方面，兜底类事由在归类时往往被其他事由所吸收。例如，“协议有效期内累计 2 次及以上被中止医保协议或中止医保协议期间未按要求整改或整改不到位”、“为非定点医疗机构、零售药店或处于中止医保协议期间的医疗机构、零售药店提供医保费用结算”以及“根据医保协议约定应当解除协议”。此类行为通常会先被定性为欺诈骗保等违规行为而被解除医保协议，只有在无法适用其他解除医保协议原因时，才会归类于该类兜底事由。

另一方面，抗拒监管与严重失信类解约事由发生频次较低。此类情形包括“拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展智能审核、绩效考核、监督检查等，情节恶劣”、“法定代表人、主要负责人或

实际控制人不能履行医保协议约定，或有违法失信行为的”以及“未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的”。在当前的高压打击态势下，对抗医保监管的成本显著增加。多数机构在触发此类情形前，往往已因欺诈骗保等其他违规行为被医保部门依法依规解除医保服务协议，或因无力承担处罚后果而终止经营。

例如，在国家医保局公布的河南省南阳市祥和大药房倒卖医保药品案中，涉事人员采取藏匿电脑、销毁药店数据等手段对抗检查。经查实，其抗拒监管行为，本质上是为了掩盖旗下门店倒卖“回流药”的欺诈骗保行为。最终，医保部门依法依规解除了该连锁药房旗下全部 8 家分店的医保服务协议，追回违规基金并处行政罚款。该案印证了，实务中的抗拒监管行为多为定点机构掩盖欺诈骗保等违规行为的从属手段，其解约事由最终仍被归结为欺诈骗保等违规行为。

此外，根据 3 号令第四十条规定，还有 3 类情形值得注意。分别为“发生重大药品质量安全事件的”、“因定点零售药店连锁经营企业总部法定代表人、企业负责人或实际控制人违法违规导致连锁零售药店其中一家分支零售药店被解除医保协议的，相同法定代表人、企业负责人或实际控制人的其他分支零售药店同时解除医保协议”、以及“将医保结算设备转借或赠与他人，改变使用场地的”。鉴于上述情形在近三年内的实际触发数据极微，且属于零售药店独有的监管条款，无法与 2 号令第四十三条中针对医疗机构的解除协议事由相对应，为确保对比分析时统计口径的一致性，本文未将其纳入前述表格。

(二) 解除医保协议主体分类统计分析

依据 2 号令及 3 号令的相关规定，本文将解除医保协议的定点医药机构划分为四类主体。基于 2023 至 2025 年的统计数据，具体分类统计如下：

定点医药机构解除医保协议主体分类统计			
主体分类	2023 年	2024 年	2025 年
综合医院，中医、专科及其他各类医院	23	26	48
社区卫生服务中心、中心卫生院、乡镇卫生院、街道卫生院、门诊部、诊所、卫生所、村卫生室	154	180	398
专科防治院、急救及医养特设机构	1	2	5
定点零售药店	320	438	558

整体来看，随着国家医保基金监管力度不断加强，各类医药机构主体解除协议的数量均呈现出上升趋势。深入分析主体结构，主要呈现出以下两大特征：

首先，解除协议的主体集中于零售药店与基层医疗机构，无大型公立综合医院。数据表明，定点零售药店与涵盖社区卫生服务中心、诊所在内的基层医疗机构，是解除医保协议的主要构成部分。相比之下，仅有部分中小型公立医院解除医保协议，公立综合医院则完全未被纳入解除协议名单。这反映了目前的监管特征，监管部门不会直接解除大型公立医院的医保协议，而是倾向于采取行政处罚、资金追回以及暂停涉事科室或医师医保支付资格等惩戒方式。

其次，解除医保协议的医药机构在规模上亦呈现扩大趋势。在医疗机构层面，解除医保协议的民营医院体量不断升级。以“江苏某医院骗保案”为例，该院作为具有相当体量的民营二级甲等综合医院，涉嫌通过伪造医学文书、虚假住院等手段骗取医保基金千万余元，最终不仅被直接解除医保服务协议，其法定代表人、院长等十余名核心人员更被采取刑事强制措施。此类典型事件表明，机构规模已不再是规避监管的屏障。同时，解除协议的范围也已触达部分中小型公立医院，打破了公立医院免于解除协议的认知。在零售药店层面，解除医保协议的主体也已从早期的单体药店，逐渐扩大至大型连锁零售药店。

三. 解除医保服务协议原因分析

(一) 医保监管相关政策法规体系逐步完善

近年来，围绕医保基金的从严监管要求，一套涵盖基础法规、监管技术与责任追究的相关体系已然构建成型：

首先，医保监管相关基础法规进入严格执行期。以《医疗保障基金使用监督管理条例》(国务院令 第 735 号)为核心，结合《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》(国家医疗保障局令 第 2 号)与《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》(国家医疗保障局令 第 3 号)，我国定点医药机构的准入、日常运行及退出机制已构建起坚固的制度基石。

其次，监管技术类配套政策已深度应用。依托《医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库管理办法(试行)》(医保发〔2022〕12 号)、《关于加强药品追溯码在医疗保障和工伤保险领域采集应用的通知》(医保发〔2025〕7 号)以及《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》(医保发〔2021〕48 号)，医保监管通过智能算法预警、药品物理溯源与支付逻辑约束，实现了由传统“人防”向智能化“技防”的升级。

例如，在国家医保局通报的“河南省南阳市祥和大药房倒卖医保药品案”，“内蒙古自治区乌兰察布市福华社区卫生服务站倒卖医保药品案”，“浙江省湖州市双林镇湖州双林新平民大药房违法违规使用医保基金案”，“黑龙江省双鸭山市参保人王某、集贤县双福医药公司紫玉分店药

店倒卖医保药品案”等典型案例中，医保部门均依托大数据筛查，精准锁定药品追溯码重复结算、较高频次大额购药等异常数据，进而查实医药机构违规行为，并依法解除其医保服务协议。

最后，责任追究类制度规范在近三年密集落地。2023 年，《医疗保障基金飞行检查管理暂行办法》(国家医疗保障局令第 6 号)的施行，确立了高规格、跨区域、常态化的医疗飞检机制；2024 年，《关于建立定点医药机构相关人员医保支付资格管理制度的指导意见》(医保发〔2024〕23 号)引入医疗从业人员积分制管理模式，将处罚主体向下穿透至核心医护人员。同年，“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》(法发〔2024〕6 号)将欺诈骗保行为纳入严厉的刑事打击范畴，明确了诈骗罪、掩饰隐瞒犯罪所得罪等在医保骗保案件中的具体适用，反映了对欺诈骗保的严惩态势。

这一严格的责任追究态势已在实务案例中得到印证。在国家医保局公布的“内蒙古自治区乌兰察布市福华社区卫生服务站倒卖医保药品案”及“黑龙江省双鸭山市参保人王某、集贤县双福医药公司紫玉分店药店倒卖医保药品案”中，医保部门在解除其医保服务协议的同时，将处罚穿透至个人，对涉案人员分别予以医保支付资格记 4 至 6 分的惩戒。

此外，《医疗保障基金使用监督管理条例实施细则》(国家医疗保障局令第 7 号)已于 2026 年 4 月 1 日正式生效，这预示着医保监管由阶段性整治转向常态化治理，针对定点医药机构的高压监管态势将长期延续甚至持续升级。

(二) 高压监管态势驱动定点机构解除医保协议

随着医保基金常态化监管体系的日益严密，部分医药机构依赖违规获利的原有经营模式难以为继。

一方面，违规行为的暴露致使定点医药机构被动解除医保协议。在当前智能化、高压化、常态化的基金监管态势下，大量定点医药机构过往隐蔽的欺诈骗保等违规行为，被智能反欺诈模型精准锁定，或在医疗飞检中被确凿查实，进而触发违规惩戒机制，被强制解除医保服务协议。

另一方面，违规盈利空间压缩倒逼定点医药机构主动解除或放弃续签医保协议。部分机构过往依赖套取医保基金等违规手段维持运转，而随着监管漏洞的弥合与核查手段的升级，其违规变现通道已被逐渐封堵。面对不断上升的合规运营成本与萎缩的灰色利润，这些机构在权衡投入产出比与违规受罚风险后，最终选择主动申请解除或放弃续签医保服务协议。

(三) 多重合规压力驱动定点机构主动解除协议

在严监管背景下，日益上升的合规成本与经营压力，已成为驱动大量定点医药机构主动解除或放弃续签医保服务协议的最主要经济与法律动因。

一方面，硬性技术改造推高了定点医药机构的合规成本。近年来，随着药品追溯码、电子处方平台以及 DRG/DIP 支付体系等新技术推行，定点医药机构需对其业务系统进行整体升级，并配备专职人员。这种严格的技术改造要求，抬高了行业的合规门槛。面对高昂的系统改造成本，资金承受能力较弱的中小微基层医药机构在权衡投入产出比后，最终无奈主动退出医保服务网络。

另一方面，医保药品利润空间收缩，动摇了部分医药机构维系定点资格的商业逻辑。随着药品集中带量采购常态化及“四同”药品价格治理等控价措施的落地，医保药品的微薄利润已无法覆盖众多中小型定点医药机构的运营成本。因此，部分具备条件的医药机构选择主动解除医保协议，战略性转向高端特需或纯自费医疗市场；而大量缺乏转型能力的机构，则因现金流断裂等原因被迫结业清算，最终引发了医保协议的大规模主动解除与自然消亡。

更为关键的是，刑事追责风险上升打破了定点医药机构的风险收益平衡。根据“两高一部”出台的指导意见，欺诈骗保行为明确以诈骗罪、掩饰隐瞒犯罪所得罪等追究刑事责任，且刑事立案金额标准低至数千元。对于流水庞大的医药机构而言，这一标准构成了较低的入罪门槛。而在实务中，“虚构事实”、“过度诊疗”等情形的边界较难精准界定，医护人员或药师的一次不规范操作，便可能导致机构面临行政罚款，甚至相关人员需面临执业资格吊销及刑事追责的严厉惩罚。在这种严格的责任承担机制下，主动解除医保协议便成为众多定点医药机构的选择。

例如，在江西省医保局通报的“石城县珠坑乡高巩村卫生健康服务室案”中，涉事人员通过虚构医疗服务项目等方式违规使用医保资金。经查实，该案造成的医保基金损失为 1.2 万余元。然而，尽管涉案金额较小，当地医保部门在依法解除其医保协议的同时，仍将涉嫌欺诈骗保线索同步移交公安机关立案调查。

(四) 控费政策与非对称监管致使医疗机构主动解约

首先，医保控费政策挤压了部分特色专科医疗机构的生存空间。以中医诊所为例，在严控基金支出的导向下，医保对中药材的报销往往实行严格的限价管控，且对诊费亦设有报销上限，导致坚持使用高品质药材或诊费较高的中医诊所，面临患者自付比例过高的窘境。受治疗成本差异影响，此类诊所患者大量流失，并向公立三甲医院集中。这种因支付政策引发的“客流虹吸效应”，导致大量基层特色诊所走向关停结业，或主动解除、放弃续签医保协议。

其次，监管执行的“非对称性”加剧了基层医疗机构的生存劣势，并客观上与分级诊疗模式相矛盾。在目前的医保监管形势下，即便公立三甲医院出现违规行为，医保部门往往以追回基金、罚款或限期整改为主，鲜有直接解除其医保服务协议的先例；而对于中小型医疗机构，监管部门往往依法依规直接解除其医保服务协议。这种执法尺度差异，不仅让处于弱势地位的基层医疗机构面临失衡的竞争环境，从而加速了其主动离场；更在客观上导致医保资源与患者群体向大型公立三甲医院回流，与国家引导患者向基层首诊的分级诊疗模式相冲突。

结语

综上所述，近三年全国定点医药机构解除医保服务协议的数据演变，客观反映了我国医保基金监管向智能化、常态化、高压化阶段迈进的演变进程。

在当前医保基金的高压监管态势下，部分医药机构因过往隐蔽的欺诈骗保等违规行为，被智能监控与医疗飞行检查等手段精准查实，从而面临被解除医保服务协议的惩戒。同时，大量基层与中小型机构因技术改造成本上升、医保控费政策致使利润空间收缩，叠加目前的严苛追责风险与非对称监管环境的挤压，最终做出主动解除、放弃续签医保服务协议以及关停结业等选择。

面对当前监管现状，以及医保监管新规带来的行业变革，定点医药机构应当健全其合规审查体系，将合规标准嵌入临床诊疗、药品流转与医保结算的全业务流程，从源头化解协议解除以及刑事追责风险。对于相关医药从业人员而言，应当严格遵守执业操守与诊疗规范，杜绝虚构事实、倒卖药品等违规行为。当然，在复杂的实务环境中，相关医药机构如果对法定性或解约决定存有异议，也应当依法积极行使陈述申辩权，通过行政复议、诉讼等正当途径寻求法律救济。

医保基金承载着公共财政资源与亿万群众的社会信任。厘清“解除医保协议”的法理边界，守住医保基金的安全底线，不仅关系到医药产业的健康可持续发展，更是维护国家医疗保障制度稳健运行与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