

2025 年医保合规观察： 基于全国行政处罚案件的实证分析与趋势研判

作者：卢意光 | 李亚亚

引言

医疗保障基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”，是医疗保障制度平稳运行的物质基础，其安全规范运行直接关系到亿万参保群众的切身利益，关系到医疗保障事业的可持续发展，更关系到社会公平正义与和谐稳定。近年来，随着我国医疗保障体系的不断完善，基本医保覆盖范围持续扩大，医保基金收支规模逐年增长。截至 2025 年底，全国基本医疗保险参保率稳定在 95%以上，医保制度在减轻群众就医负担、缓解“看病难、看病贵”问题上发挥了不可替代的作用。

为守护医保基金安全，国家持续完善监管法律体系，先后出台《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》(以下简称《条例》)等法律法规，明确了各类主体权责与违法红线。同时，国家医保局联合相关部门加大执法力度，开展专项整治，推进智慧医保监管建设，查处了大批违规案件，形成了强有力的监管震慑。尽管监管成效亮眼，但随着医保基金使用场景愈发多元化，医保领域违法违规行为呈现出多样、隐蔽、复杂的演化态势：部分定点医药机构存在违规收费等问题，少数参保个人通过冒名就医等骗保，个别经办机构因内部管理漏洞出现职务侵占骗保情况，这些行为给医保基金安全带来了持续挑战。

为全面呈现医保基金使用领域的监管态势，精准把握各类违法违规行为的演变规律，深入剖析背后的法律风险与监管短板，为各类主体提供切实可行的合规指引，本文基于 2025 年(及对比 2024 年)全国医保行政处罚案件数据，系统分析了当前医保基金使用过程中各类违法违规行的主要类型、分布特点及变化趋势。同时，结合相关法律法规与典型案例剖析，明确各类主体的法律责任，为医保监管部门优化监管策略、完善监管体系提供借鉴，旨在推动医疗保障事业高质量发展。

.....
如您需要了解我们的出版物，
请联系：

Publication@llinkslaw.com

基于上述研究目的，本文对 2025 年(及对比 2024 年)全国各级医保行政部门查处的医保行政处罚案件进行了系统分类梳理。梳理工作尽可能严格遵循“分类清晰、数据真实、格式保留”的原则，按照违法主体的不同，将案件分为定点医药机构、参保个人、医疗保障经办机构三大类，分别统计各类主体的违法违规行 为类别、具体违法行为及案件数量，清晰展现各类违法违规行为的分布态势与变化趋势，并基于此进行定 点医药机构违法行为的规律总结和趋势研判，最后提出优化双向合规医保监管生态的倡议和建议。

一. 各主体违法行为分析

(一) 定点医药机构违法行为

定点医药机构是医保基金使用的主要载体，包括定点医疗机构(涵盖医院、社区卫生服务中心、 诊所、卫生室等各级各类医疗机构)和定点零售药店，其医保基金使用行为的规范性直接影响医 保基金的使用效率与安全，也是医保行政处罚的重点对象。2025 年，随着医保监管力度的持续 加大，定点医药机构医保行政处罚案件数量持续增长，各类违法违规行为呈现出不同的变化特 征，具体分类统计如下：

违法类别	违法行为	2024 年案件量	2025 年案件量
基金损失类 违规	分解住院、挂床住院	904	1233
	违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方等	3338	4316
	重复收费、超标准收费、分解项目收费	6258	6626
	串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施	2233	2323
	为参保人员转卖药品提供便利	100	268
	将非医保支付费用纳入结算	1606	2046
基金欺诈类 违规	诱导、协助冒名就医、虚开费用单据等	533	811
	伪造、变造相关医学及电子资料	58	78
	虚构医药服务项目	209	234
	以骗保为目的实施基金损失类违规	124	137
管理规范类 违规	未建立医保基金使用内部管理制度	2	8
	未按规定保管财务、处方等相关资料	74	79
	未按规定传送医保基金使用相关数据	5	13
	未按规定报告医保监管所需信息	2	3
	未按规定公开医药费用等信息	0	2
	未经同意提供非医保支付医药服务	0	1
	拒绝监管检查或提供虚假情况	1	4

从以上数据可以看出，医保部门对于定点医药机构的监管力度持续加大，案件数量普遍增长，甚至某些类型案件成倍增长，如为参保人员转卖药品提供便利。可以预见的是，在未来医保基金监管方面，仍会保持高压态势。

(二) 参保个人违法行为

参保个人是医保基金的受益主体，其行为规范与否直接关系到医保基金的安全。近年来，随着医保监管力度的加大，个人违法违规使用医保基金的行为逐渐被曝光查处，全社会医保合规意识逐步提升，但仍有部分参保个人法律意识淡薄，受利益驱动实施违法违规行为。2025 年，个人医保行政处罚案件呈现出明显的增长态势，尤其是欺诈类违规案件激增，成为医保监管领域的新难点，具体分类统计如下：

违法类别	违法行为	2024 年案件量	2025 年案件量
基金损失类违规	将本人医保凭证交由他人冒名使用	4	10
	重复享受医疗保障待遇	4	2
	转卖医保药品获取非法利益	6	20
基金欺诈类违规	以骗保为目的实施基金损失类违规	5	21
	使用他人医保凭证冒名就医、购药	23	37
	伪造、变造相关资料骗保	9	41
	虚构医药服务项目骗保	11	40

其中，个人基金损失类违规行为中，“转卖医保药品获取非法利益”案件量大幅增长，主要与近年来“回流药”交易的蔓延有关，部分参保人员利用医保待遇低价购买药品后转卖牟利，形成了非法利益链条。个人基金欺诈类违规案件的全面激增，反映出部分参保个人仍然存在侥幸心理，以及医保监管力度明显加大。

(三) 医疗保障经办机构违法行为

医疗保障经办机构是负责医保基金征收、管理、支付、监管等工作的专门机构，其履职行为的规范性直接关系到医保基金的管理效率与安全，是医保基金安全运行的“守门人”。2025 年，随着医保经办机构内部管理制度的不断完善、内控机制的持续强化，医疗保障经办机构医保行政处罚案件数量始终保持低位，未出现大规模违规现象，但零星案件的存在仍警示我们，经办机构的内部风险控制不能有丝毫松懈。具体分类统计如下：

违法类别	违法行为	2024 年案件量	2025 年案件量
管理规范类违规	未建立管理制度、未履行相关职责等	0	0

违法类别	违法行为	2024 年案件量	2025 年案件量
基金欺诈类 违规	伪造资料、虚构服务项目骗保	3	1

需要关注的是，经办机构内部工作人员利用职务之便实施的违法违规行为，主要表现为与定点医药机构串通，伪造医疗文书、虚构医药服务项目，骗取医保基金支出，此类行为不仅造成了医保基金的流失，也损害了医保经办机构的公信力，必须加大内部监管力度，严肃追究相关人员责任。

结合 2025 年全国医保行政处罚案件的数据梳理，当前我国医保执法工作呈现出“监管更严格、重点更突出、手段更精准、覆盖更全面”的总体趋势，各类违法主体的违法违规行为亦随之演化。其中，定点医药机构作为医保基金支出的核心载体，成为监管的关键领域。

二. 定点医药机构医保监管规律及趋势

鉴于定点医药机构案件占比高、违法模式复杂，涉及基金支出核心环节且对行业合规具有广泛指导价值，本文将结合具体数据、法律法规与典型案例分析，深入剖析定点医药机构医保监管规律及变化趋势，明确各类违法违规行为的法律责任，以为后续的合规指引提供坚实的法律依据与实践支撑。

(一) 基金损失类违规是“重灾区”，监管持续加压

从案件数据来看，定点医药机构是医保行政处罚的主要对象，2025 年，其违法违规案件数量占全国医保行政处罚案件总量的 95%以上，且呈现持续增长态势。对比来看，2024 年定点医药机构违规案件总量约为 14800 余件，2025 年增至 18200 余件，同比增长 22.9%，反映出定点医药机构仍是医保基金监管的重点和难点。其次，从违法行为类别看，定点医药机构的违法核心集中于基金损失类违规，结合图表数据及执法实践，具体规律与变化趋势如下：

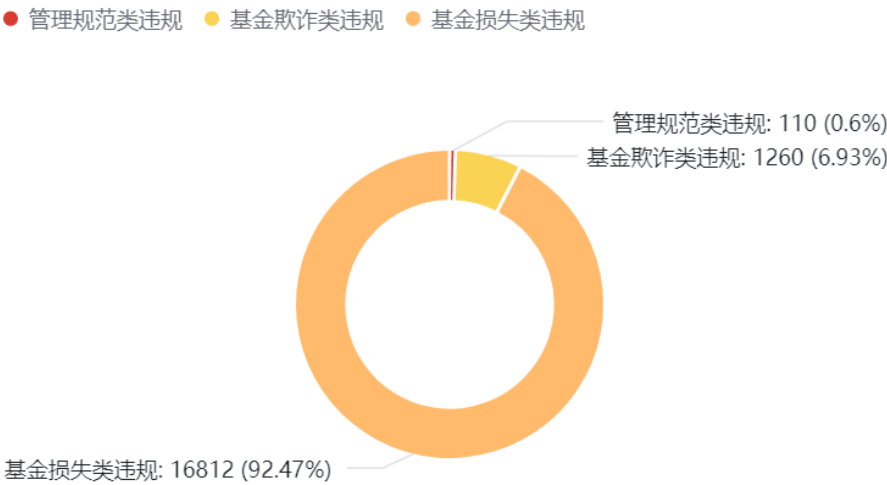


表 1 2025 年定点医药机构医保行政处罚违法类别占比图

从表 1 可以看出，基金损失类违规占绝对主导，直接侵蚀医保基金安全，成为监管重中之重。从占比数据来看，2025 年定点医药机构基金损失类违规案件占其总违规案件的比例高达 92.47%，远高于基金欺诈类违规(6.93%)和管理规范类违规(0.6%)，成为定点医药机构违法违规的主要表现形式，也是医保基金“跑冒滴漏”的主要渠道。这类行为虽大部分主观上无骗取医保基金的故意，但客观上导致医保基金不合理支出、造成基金损失，长期来看，对医保基金的可持续运行构成了严重威胁。

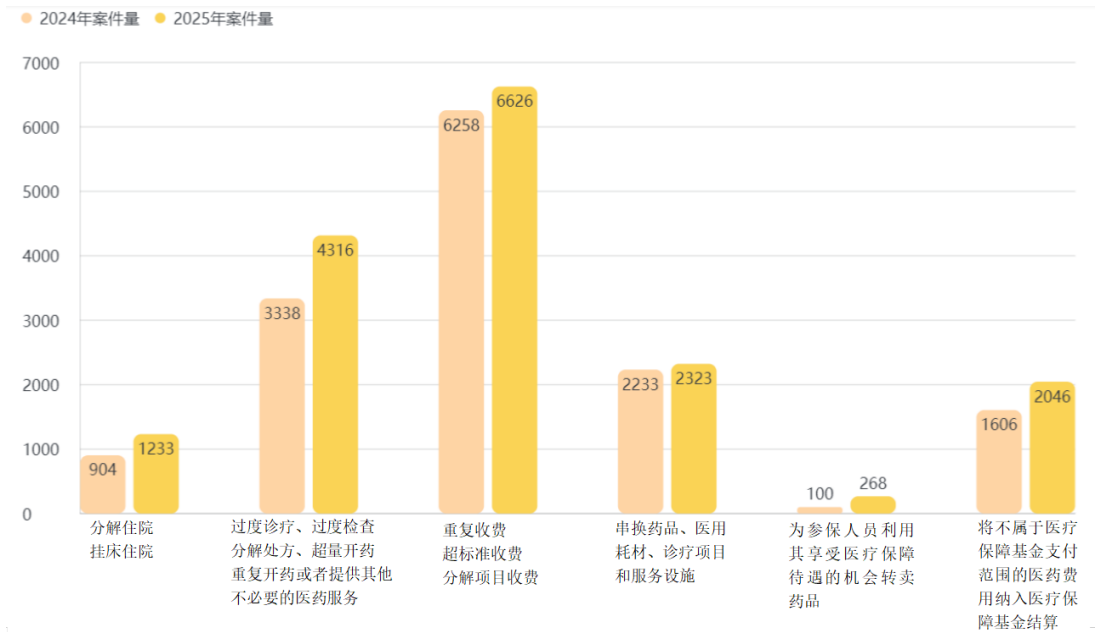


表 2 2024-2025 年定点医药机构基金损失类违规案件量对比图

从表 2 具体行为来看，各类基金损失类违规行为呈现出不同的增长趋势，其中高频违规行为的演变特征尤为突出，值得重点关注：

- (1) 重复收费、超标准收费、分解项目收费：高频高发，长期存在、治理难度较大，仍是监管重点。从案件数据来看，此类行为 2024 年案件量为 6258 件，2025 年增至 6626 件，连续两年位居各类违规行为之首，2025 年该类违规行为案件量占定点医药机构基金损失类违规案件总量的 39.4%，是医疗服务价格管理中需要持续规范的重点问题。这类行为主要表现为定点医药机构在提供医疗服务过程中，利用医疗服务的专业性、信息不对称性，对同一医疗服务项目重复收费、超出政府定价或指导价收费，或将一个医疗服务项目分解为多个项目分别收费，变相增加参保人员和医保基金负担。此类行为在各级医疗机构中均有发生，尤其是在大型三甲医院、专科医院中更为突出。究其根源，主要在于部分定点医药机构在经营过程中对医疗服务价格规范执行不到位，存在不规范收费行为，且此类行为往往通过复杂诊疗流程、电子系统操作等方式实现隐蔽化，导致监管识别与查处难度显著增加。

典型案例	某三甲医院违规收费案
基本案情	2025 年 5 月，当地医保局在对辖区内三甲医院开展医疗服务价格专项检查时，发现某三甲医院存在多项违规收费行为，严重违反医保基金使用相关规定。经详细核查， <u>该院的违规收费行为主要包括三个方面：一是分解项目收费</u> ，对“血常规检查”项目，在收取完整检查费的同时，额外收取“红细胞计数”“白细胞计数”“血小板计数”等分项费用，变相提高了检查费用； <u>二是超标准收费</u> ，对“床位费”“护理费”等项目，超出当地政府指导价标准，按更高等级的标准收取费用，其中普通床位费违规上浮 20%； <u>三是重复收费</u> ，对部分一次性医用耗材，在手术费用中已包含耗材费用的情况下，再次单独收取耗材费用，涉及手术项目 12 项、耗材种类 30 余种。经核算，该院违规收费金额共计 86.7 万元，其中导致医保基金损失 62.3 万元。
处罚决定	当地医保局依据《社会保险法》第八十七条、《条例》第三十八条规定，对该院作出行政处罚决定： <u>责令退回违规收取的医保基金 62.3 万元，并处造成基金损失金额 1.5 倍的罚款，共计 93.45 万元；同时对该院进行通报批评，要求限期整改，整改期间暂停其部分医保服务项目的结算资格；对该院医保管理负责人及相关科室主任进行约谈，追究其管理责任。</u>

从执法趋势来看，医保监管部门已将医疗服务价格检查作为重点工作，依托大数据监管手段，建立医疗服务价格监测体系，对定点医药机构的收费行为进行常态化监测、精准化核查，对重复收费、超标准收费等违规行为的监管力度持续加大。同时，畅通举报投诉渠道，鼓励群众、医护人员举报违规收费行为，形成全社会共同监督的良好氛围。

需要说明的是，虽然实践中“重复收费、超标准收费、分解项目收费”一般认定为行政违规，不认定为刑事案件，但是，如果有证据证明定点医药机构存在诈骗动机，以非法占有为目的，符合诈骗罪的构成要件，行政机关有可能将案件移送公安机关作为刑事案件处理(其他基金损失类违规同理)。

- (2) 过度诊疗、过度检查、分解处方等行为：增长迅猛，监管日趋严格，成为新的监管焦点。数据显示，此类行为 2024 年案件量为 3338 件，2025 年增至 4316 件，同比增长 29.3%，增长势头尤为明显，占定点医药机构基金损失类违规案件总量的 25.7%，已成为仅次于重复收费的第二大高频违规行为。这类行为主要表现为定点医药机构违反诊疗规范，对参保患者实施不必要的检查、治疗，开具超出病情需要的处方，分解处方、超量开药、重复开药等，导致医保基金不合理支出，同时也增加了参保患者的就医负担，损害了参保群众的合法权益。此类行为多发生在社区卫生服务中心、诊所、专科医院等机构，部分医师受经济利益驱动，过度追求检查、治疗、用药的数量，忽视了医疗服务的合理性与必要性。

当然，过度诊疗、过度检查的认定，实践中仍然存在较大争议，究其原因不同医务人员对不同患者、不同病症的认识会存在个体差别，且我国医疗行业目前不太可能对于所有疾病

的检查和治疗均明确规定检查项目、治疗方案和住院标准，很多情况下仍然有赖于医务人员的个人经验。这也是该类案件一般仅涉及行政处理，较少追究刑事责任的原因。

典型案例	某社区卫生服务中心过度诊疗案
基本案情	2025 年 3 月，当地医保局通过智慧医保监管系统大数据监测发现，某社区卫生服务中心存在过度诊疗、超量开药等异常违规行为，随即组织执法人员开展现场检查。经查， <u>该中心医师在为参保患者提供诊疗服务时，存在明显的过度诊疗行为</u> ：对普通感冒、轻微咳嗽等常见病患者，均开具血常规、胸片、心电图等不必要的检查项目，部分患者甚至被要求做 CT 检查；对高血压、糖尿病等慢性病患者，超剂量开具降压药、降糖药，且重复开具同类药品，部分患者的药品用量超出正常用量的 2 倍以上，存在用药安全隐患；此外， <u>该中心还存在分解处方的行为</u> ，将一次就诊应开具的处方分解为多次，变相增加医保基金支付金额，违规套取医保基金。经核算，该中心违规行为导致医保基金损失共计 32.1 万元。
处罚决定	当地医保局依据《条例》第三十八条规定，对该中心作出行政处罚： <u>责令退回医保基金 32.1 万元，并处造成基金损失金额 2 倍的罚款，共计 64.2 万元；对涉事的 5 名医师给予通报批评，暂停其医保处方权 6 个月，要求其参加医保政策及诊疗规范培训，考核合格后方可恢复处方权；同时要求该中心完善内部诊疗规范，加强医师管理与培训，建立过度诊疗防控机制，杜绝过度诊疗行为。</u>

- (3) 为参保人员转卖药品提供便利：增幅显著，新型骗保链条显现，监管难度加大。数据显示，此类行为 2024 年案件量为 100 件，2025 年增至 268 件，同比增幅超过 150%，是基金损失类违规中增幅最大的行为，占定点医药机构基金损失类违规案件总量的 1.6%。这类行为主要表现为定点医药机构，尤其是定点零售药店，在参保人员购药时，明知其购药目的是转卖药品、获取非法利益，仍为其提供医保结算便利，甚至协助其串换药品、虚开购药单据、伪造购药记录，帮助参保人员套取医保基金。

此类行为不仅违反医保监管规定，还可能涉嫌非法经营，其背后往往隐藏着“回流药”交易、新型欺诈骗保链条，严重扰乱了医保基金管理秩序和药品市场秩序。所谓“回流药”，是指参保人员利用医保待遇，以较低的自付比例购买医保药品后，将药品转卖给不法商贩，不法商贩再将药品转卖给药店或医疗机构，形成“参保人员购药—转卖—回流药店/医疗机构—医保结算”的非法链条，不仅导致医保基金流失，还可能因药品储存、运输不规范，存在药品质量安全隐患，危害群众身体健康。此类行为多发生在定点零售药店，部分药店在经营过程中，对医保合规要求重视不足，为提升销售额，主动配合参保人员转卖药品，甚至与不法商贩勾结，形成规模化的非法交易网络，隐蔽性强，查处难度大。

典型案例	浙江省嘉兴平湖市聚隆大药房协助冒名购药、转卖药品案
基本案情	2025 年 4 月，浙江省嘉兴平湖市医保局接群众实名举报，反映嘉兴平湖市聚隆大药房存在协助参保人员冒名购药、转卖医保药品的违规行为，医保局立即组织执法人员开展现场检查。经查， <u>该药房执业药师宋某某在明知参保人员持有非本人社会保障卡的情况下，未严格核实参保人员身份信息，通过登记虚假购药信息、隐瞒实际购药人身份等方式为其刷卡结算，提供医保报销便利</u> 。随后，宋某某主动提出留存该社会保障卡，将参保人员需自费购买的补肾强身胶囊、鹿茸、麦冬等非医保药品，串换成阿莫西林胶囊、沙格列汀片、阿卡波糖片等常用医保药品，在 1 个月内分 5 次为其办理医保结算，套取医保基金。为防止串换后药品进销存信息与实际库存不符，掩盖违规行为，宋某某还将其他顾客自费结算的药品费用，通过留存的社会保险卡进行医保报销，进一步套取医保基金，协助参保人员转卖医保药品、获取非法利益。经核算，该药房的违规行为导致医保基金损失共计 1.2 万元。
处罚决定	当地医保局依据《条例》第四十条规定，对该药房作出行政处罚： <u>责令退回医保基金损失 1.2 万元，并处骗取金额 2 倍的罚款，共计 2.4 万元；暂停该药房 6 个月涉及医疗保障基金使用的医药服务；对执业药师宋某某记 11 分，暂停其医保支付资格 6 个月，要求其参加医保政策培训，考核合格后方可恢复资格。</u>

- (4) 分解住院、挂床住院及违规纳入结算：持续上升，监管精准度提升，违规空间不断压缩。数据显示，“分解住院、挂床住院” 2024 年案件量为 904 件，2025 年增至 1233 件，同比增长 36.4%，占定点医药机构基金损失类违规案件总量的 7.3%；“将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入结算” 2024 年案件量为 1606 件，2025 年增至 2046 件，同比增长 27.4%，占定点医药机构基金损失类违规案件总量的 12.2%，两类行为均呈现清晰的上升趋势，反映出部分定点医疗机构仍存在通过此类违规行为套取医保基金的行为。

分解住院是指定点医疗机构将符合一次住院条件的参保患者，人为分解为多次住院，变相增加住院次数，多收取住院起付线费用，同时增加医保基金支付金额；挂床住院是指定点医疗机构为参保患者办理住院手续，但患者实际未在医院住院治疗，仅在医院挂名，医疗机构却按住院标准收取相关费用，违规套取医保基金。将不属于医保支付范围的费用纳入结算，则是指定点医药机构将自费药品、自费诊疗项目、美容保健项目等费用，伪装成医保支付范围内的费用，纳入医保基金结算，导致医保基金损失。此类行为主要发生在基层医疗机构、康复医院、护理院等机构，部分机构受经济利益驱动，利用医保监管的薄弱环节，实施此类违规行为。

典型案例	重庆市潼南区崇龛镇薛家村卫生室虚构诊疗服务、违规结算案
基本案情	2025 年 4 月，重庆市潼南区医保局联合卫生健康部门开展基层医疗机构医保基金专项整治行动，对潼南区崇龛镇薛家村卫生室开展现场检查时， <u>发现其存在多项违规行为，其中包括分解住院、挂床住院、违规纳入结算等问题</u> 。经查，该卫生室为参保患者办理住院手续后，部分患者实际未在卫生室住院治疗，仅每日到卫生室打卡签到，属于挂床住院；对部分符合一次住院条件的患者，人为分解为多次住院，多收取住院起付线费用；同时，该卫生室还存在将不属于医保支付范围的自费中药材费用，伪装成医保支付范围内的药品费用纳入结算，对未实施针灸、电针、推拿等理疗项目的参保人员虚计收费，虚构诊疗服务套取医保基金等问题。经核算，该卫生室违规行为导致医保基金损失共计 5.8 万元。
处罚决定	当地医保局依据《条例》第三十八条、第四十条规定，对该卫生室作出行政处罚： <u>责令退回医保基金损失 5.8 万元，对过度诊疗、违规结算等违法行为处造成医保基金损失 1 倍罚款，对虚构医药服务项目等行为处骗取金额 2 倍罚款，共计 17.4 万元；暂停该卫生室 6 个月涉及医疗保障基金使用的医药服务；对村卫生室医生何某记 10 分，后又发现何某存在将医保药品重复扫码结算行为，再次记 4 分，何某本年度支付资格记分累计达到 12 分，终止其医保支付资格，终止之日起 1 年内不得登记备案。</u>

随着智慧医保监管系统的推广应用，医保监管部门实现了对定点医疗机构住院行为的实时监测。监管部门通过核查住院病历、床位使用情况、患者就诊记录等，精准发现分解住院、挂床住院等违规行为，监管精准度不断提升，此类违规行为的生存空间也不断压缩。但实践中，仍有部分机构对医保合规要求把握不到位，存在违规套取医保基金的行为，从监管趋势来看，未来监管部门将强化常态化监管，加大查处力度，进一步遏制此类违规行为。

(二) 基金欺诈类违规稳步增长，高压打击态势持续

尽管基金欺诈类违规案件总量，从数据来看，相对基金损失类案件来说较少一些，2025 年占定点医药机构总违规案件的比例仅为 6.93%，但从案件数据来看，其呈现增长态势。2024 年案件量为 924 件，2025 年增至 1260 件，同比增长 36.4%，彰显了监管部门对故意骗保行为的高压打击态势。基金欺诈类违规的核心特征是主观上具有骗取医保基金的故意，通过虚构事实、隐瞒真相等手段，骗取医保基金支出，此类行为的社会危害性更大，不仅造成医保基金流失，还破坏了医疗保障体系的公平性和公信力，因此查处力度也更强。

从具体行为来看，“诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药，提供虚假证明材料，或者串通他人虚开费用单据”是基金欺诈类违规的主要表现形式，2025 年案件量为 811 件，占基金欺诈类违规案件总量的 64.3%；“虚构医药服务项目”“伪造、变造相关资料”等行为也呈现增长趋势，2025 年案件量分别为 234 件、78 件，同比均有明显增长，反映出定点医药机构骗保手段日趋多样化、隐蔽化。

典型案例	辽宁省抚顺市博爱医院串换诊疗项目欺诈骗保案
基本案情	2025 年 9 月，辽宁省抚顺市医保局根据国家医保局飞行检查移交线索，发现抚顺博爱医院存在涉嫌欺诈骗保的违规行为，立即立案调查。通过现场检查、病历核查、财务核查、人员询问等多种方式，执法人员发现该院存在诱导、协助他人虚假就医，将细胞浴、足浴及美容等非医疗项目串换为中医诊疗项目并进行医保结算等欺诈骗保问题， <u>属于典型的虚构医药服务、串换诊疗项目骗取医保基金的行为</u> 。该院通过虚假宣传，诱导参保人员到医院接受非医疗服务，随后将此类服务串换为医保支付范围内的中医诊疗项目，伪造诊疗记录、费用单据，套取医保基金。经核算，该院骗取医保基金金额共计 54166.97 元。
处罚决定	当地医保局依据《条例》第四十条规定，对抚顺博爱医院作出行政处罚： <u>责令退回医保基金 54166.97 元，对其欺诈骗保行为处骗取金额 5 倍罚款 270834.85 元，由医保经办机构解除该院医保服务协议；根据《辽宁省定点医药机构相关人员医保支付资格管理实施细则(试行)》规定，对医保医师岳某一次性记 11 分，暂停支付资格 6 个月；涉嫌欺诈骗保的相关案件线索同步移送公安部门，依法追究相关人员的刑事责任。</u>
典型案例	贵州省六盘水市某医院虚构诊疗服务项目欺诈骗保案
基本案情	2025 年 6 月，贵州省六盘水市医保局根据群众举报线索，对六盘水市水旷医院进行现场检查， <u>发现该院存在多项欺诈骗保行为，主观上具有骗取医保基金的故意，客观上实施了虚构诊疗服务的行为</u> 。经查，该院部分医生在休假未在院的情况下，病程记录中仍有其查房签名，属于伪造病历记录；康复治疗师虚构诊疗服务项目，对未接受康复治疗的参保患者收取康复治疗费用并进行医保结算；部分医生虚记“磁热疗法”治疗项目穴位数量，变相增加治疗费用，套取医保基金。经核算，该院骗取医保基金金额共计 438674.18 元。
处罚决定	当地医保局依据《条例》第四十条规定，对该院作出行政处罚： <u>责令退回造成损失的医保基金 438674.18 元，对虚构诊疗服务项目等行为处骗取金额 5 倍罚款 2193370.9 元；根据《贵州省定点医药机构相关人员医保支付资格管理实施细则(试行)》规定，对负主要责任的张某某、董某分别记 11 分、10 分，暂停医保支付资格 6 个月、3 个月；案件线索同步移送公安及卫生健康部门，依法追究相关人员责任。</u>

(三) 管理规范类违规小幅增长，合规底线要求强化

管理规范类违规案件量虽规模不大, 2024 年为 84 件, 2025 年增至 109 件, 同比增长 29.8%, 但此类违规行为的小幅增长, 反映出医保监管部门对定点医药机构合规管理的要求持续强化, 从“重处罚、轻规范”向“事前规范、事中管控、事后追责”转变, 倒逼定点医药机构完善内部管理制度, 提升合规管理水平。

从具体行为来看, 管理规范类违规主要集中在“未按规定保管财务、处方等相关资料”, 2025 年案件量为 79 件, 占管理规范类违规案件总量的 72.5%。此类行为主要表现为定点医药机构未按

医保监管要求，妥善保管医保结算凭证、处方、病历、财务账目等相关资料，导致资料缺失、损毁，无法配合医保监管部门的核查工作，既违反了医保基金使用的管理规范，也可能影响自身合法权益的维护。

三. 优化双向合规的医保监管生态

需要明确的是，医保基金的规范运行，离不开定点医药机构的依法合规经营，更离不开行政机关的依法行政，二者相辅相成、缺一不可——既要要求定点医药机构坚守依法使用医保基金的底线，也要督促医保行政监管部门恪守依法监管的原则，构建“双向合规、良性互动”的医保监管生态，这也是保障定点医药机构合法经营权益、推动医保监管工作规范化发展的核心前提。

(一) 恪守双向权责，筑牢双重底线

从依法行政的双向要求来看，一方面，定点医药机构作为医保基金使用的责任主体，必须牢固树立“依法用基金、合规促发展”的理念，严格遵循《中华人民共和国社会保险法》《条例》等相关法律法规，依法履行医保服务协议约定的义务，规范诊疗行为、收费行为和管理行为，主动防范医保基金使用中的法律风险。定点医药机构应当明确内部医保合规管理责任，建立健全医保基金使用内部管理制度，加强对医护人员、财务人员、医保管理人员的法律知识和医保政策培训，确保全体从业人员熟悉医保合规要求，杜绝违规收费、过度诊疗、串换药品等违法违规行为。同时，定点医药机构有权拒绝医保行政监管部门的违法监管行为，对超出法定权限、违反法定程序的检查、处罚，可依法申请行政复议、提起行政诉讼，维护自身合法经营权益。

另一方面，医保行政监管部门作为执法主体，必须严格恪守依法行政原则，坚持“法定职责必须为、法无授权不可为”，规范监管执法行为，保障定点医药机构的合法权益。在监管执法过程中，医保行政监管部门应当严格按照法定权限、法定程序开展检查、调查、处罚等工作，不得超越职权、滥用职权，不得随意扩大处罚范围、提高处罚标准；开展现场检查时，应当出示执法证件，告知定点医药机构检查的目的、范围和依据，尊重定点医药机构的合法经营自主权；作出行政处罚决定时，应当充分听取定点医药机构的陈述和申辩，依法告知其作出处罚的事实、理由和依据，以及申请行政复议、提起行政诉讼的权利，确保处罚决定合法、公正、合理。

(二) 立足执法实践，彰显发展成效

虽然目前公开数据没有披露 2025 年医保行政诉讼、行政复议案件数量，但根据公开信息，并结合 2025 年执法实践来看，医保行政监管部门的依法行政水平持续提升，主要体现在三个方面：一是执法标准更加统一，各地医保部门逐步完善医保行政处罚裁量基准，明确各类违法违规行为的处罚档次，避免同案不同罚、畸轻畸重的情况，保障定点医药机构在同等条件下受到公平对待；二是执法流程更加规范，依托智慧医保监管系统，实现执法线索发现、立案、调查、处罚、归档的全流程规范化管理，减少执法随意性；三是权利保障更加到位，建立健全执法公示、全过

程记录、重大执法决定法制审核“三项制度”，主动接受社会监督和定点医药机构的监督，确保执法行为可追溯、可核查。

(三) 聚焦短板提质，提升长效机制

同时，也应当看到，医保监管领域的依法行政仍有提升空间。部分基层医保监管部门存在执法人员专业能力不足、执法程序不够规范等问题，个别地区存在过度监管、简单化执法的情况，一定程度上增加了定点医药机构的合规成本。对此，医保行政监管部门应当进一步加强执法队伍建设，定期开展行政法、医保相关法律法规培训，提升执法人员的依法行政能力和专业素养；不断完善监管执法制度，细化执法流程，规范裁量权行使，避免执法随意性；加强与定点医药机构的沟通交流，建立常态化沟通机制，及时解答定点医药机构在医保合规、政策执行中的疑问，倾听其合理诉求，优化监管方式，推行柔性执法、精准执法，在严守医保基金安全底线的同时，为定点医药机构的合法经营提供保障。

对于定点医药机构而言，应当正确认识依法行政的双向意义，既要严格要求自身依法合规使用医保基金，主动配合医保行政监管部门的合法监管，及时整改自身存在的违规问题，也要增强权利意识，善于运用法律武器维护自身合法权益。在面对医保监管部门的检查、处罚时，应当积极配合调查，如实提供相关资料；对执法行为有异议的，应当依法行使陈述申辩、行政复议、行政诉讼等权利，避免因消极应对而丧失自身合法权益；同时，定点医药机构可以主动参与医保政策的意见征集、监管方式的优化建议等工作，与医保行政监管部门形成良性互动，共同推动医保监管工作的规范化、法治化发展，实现医保基金安全与自身可持续发展的双赢。

结语

2025 年全国医保行政处罚案件数据与执法实践充分印证，伴随监管体系的日趋完善与执法力度的持续加码，医保基金“跑冒滴漏”的突出问题得到有效遏制，基金安全防线不断筑牢。但不容忽视的是，在医疗服务模式持续创新、医保基金使用场景日益复杂的背景下，违法违规行为呈现出多样化、隐蔽化、复杂化的演变特征，医保基金安全仍面临诸多新挑战。

因此，守护医保基金安全需要多方协同发力。唯有以法治为引领，以监管为支撑，以合规为底线，凝聚监管部门、定点医药机构、参保个人、经办机构等各方合力，持续完善全链条监管体系，不断提升医保基金使用效率与安全水平，才能让医保制度真正惠及亿万参保群众，为医疗保障事业高质量发展注入持久动力，共同守护好这份关乎民生福祉的重要公共资源。

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