

伪造医学文书等骗取医保基金案件的法律分析

作者：卢意光 | 李亚亚

引言

医保基金是公共资源，是保证基本医疗保险制度正常运转的首要条件。国家建立健全医疗保障制度，是为了最大范围覆盖需要医药服务的广大人民群众。医保基金具有“蓄水池”与“稳定器”的双重功能，其可持续性直接关系到国计民生与社会稳定。一旦因欺诈、滥用等原因导致基金出现严重超支或流失，基本医疗保险制度的保障功能就会随之削弱甚至崩溃，从而导致无钱看病的社会风险，侵蚀社会根基。

当前，通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料骗取医保基金支出的案件，呈现出情形复杂、跨区域化等新特点，对监管与执法构成了严峻挑战。

为了精准识别此类违法犯罪行为，厘清行政监管与刑事司法的边界至关重要。本文依托威科先行法律信息库，以《医疗保障基金使用监督管理条例》(以下简称《条例》)相关法条序号及具体案由为检索要素，通过逻辑与(AND)、逻辑或(OR)等语义关联运算构建复合检索式，系统性提取裁判文书、行政处罚样本。为最大可能确保样本的相关性与解释效力，本律师团队对初步检索结果实施逐案甄别与人工复核，剔除无关、重复或裁判说理薄弱的文书，最终形成符合实证研究标准的分析样本。需要指明的是，第三方法律数据库仅收录依法公开的案件，受制于各地司法公开程度差异，无法涵盖全国所有生效文书。因此，所获数据并非全量统计，而是基于公开文书的抽样样本，但该样本来源统一、结构规范、经人工校验，仍能有效反映伪造医学文书骗取医保基金案件的行为特征与趋势变化，可作为本文实证分析的参考。

.....
如您需要了解我们的出版物，
请联系：

Publication@llinkslaw.com

一. 医保骗保的法律政策规制体系演进

医保基金监管的法律体系是一个由法律、行政法规、部门规章及规范性文件等共同构成的立体网络。对伪造医学文书等手段骗保行为的规制，也经历了从一般行政违约责任到行政监管与刑事司法双轨并行、多部门协同共治的发展过程。

(一) 核心行政规制

2021年5月1日起施行的《条例》是我国医疗保障领域首部专门的行政法规，标志着医保基金监管步入法治化新阶段。《条例》为打击伪造医学文书骗保行为提供了直接的法律武器，规定医疗保障经办机构、定点医药机构等单位及其工作人员和参保人员等人员不得通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书等有关资料，或者虚构医药服务项目等方式，骗取医疗保障基金，并制定了相关的财产罚、资格罚等。

此外，4月1日最新施行的《医疗保障基金使用监督管理条例实施细则》(以下简称《实施细则》)，作为《条例》的配套部门规章，标志着我国医保基金监管法治体系进一步完善。此次出台的《实施细则》，聚焦监管实践中的痛点难点，在监管体制、基金使用、监督管理和法律责任等方面进行了系统性细化和补充，实现了从原则规定到操作标准的转化。在行刑衔接的程序方面，《实施细则》明确，医疗保障行政部门在基金监管工作中发现行为人组织或者参与伪造处方、发票单据，伪造、篡改病理报告和基因检测报告等病历资料骗保的行为，涉嫌构成违反治安管理行为或者涉嫌犯罪的，应当及时移送公安机关。

(二) 刑事司法政策

尽管《条例》已规定行政处罚措施，但对于涉案金额巨大、社会危害性严重的骗保行为，仍需动用刑法予以惩处。长期以来，医保骗保在刑法中并无独立罪名，实践中多以诈骗罪等刑法罪名追究，但在主体认定、共犯处理等方面存在争议与困惑。2024年2月28日，最高人民法院、最高人民检察院、公安部联合发布并实施了《关于办理医保骗保刑事案件若干问题的指导意见》(以下简称《指导意见》)，这一文件的出台具有里程碑意义。《指导意见》系统性地回应了司法实践中的疑难问题。

首先，明确了定罪处罚原则。规定医保骗保犯罪依照刑法关于诈骗罪、贪污罪、掩饰、隐瞒犯罪所得罪等有关规定定罪处罚。这彻底澄清了医保骗保不构成独立罪名的认识，统一了法律适用标准。值得关注的是，《指导意见》明确骗取医保的行为不构成合同诈骗罪。医保定点服务协议是医疗保障部门为了实现医疗保障行政管理职能和公共服务目标，与定点医药机构协商一致订立的具有行政诉讼法上权利义务内容的协议。合同诈骗罪中的合同是平等市场主体之间订立的，具有市场经济交易关系的合同。定点医药机构利用医保定点服务协议，骗取医疗保障基金的，不构成合同诈骗罪。

其次,细化了不同主体的刑事责任。针对定点医药机构,明确机构以非法占有为目的,实施伪造医学文书等手段骗保的,对组织、策划、实施人员,以诈骗罪定罪处罚。机构的国家工作人员利用职务便利实施的,以贪污罪定罪处罚。这解决了单位能否构成诈骗罪主体的实践争议,将打击指向了具体实施犯罪的自然人。对个人实施同类行为,以诈骗罪定罪处罚。

最后,强调了“非法占有目的”与“诈骗罪”构造,将主观上的“非法占有目的”和客观上“虚构事实、隐瞒真相”的诈骗行为构造,作为认定刑事犯罪的核心要件,为区分行政违法与刑事犯罪提供了关键指引。

《条例》《实施细则》与《指导意见》共同构成了当前规制医保骗保行为的行政与刑事双层法律框架,前者侧重于事前的监管与事后的行政处罚,后者侧重于对严重危害行为的刑罚制裁,相辅相成,形成了从罚款停业到定罪判刑的完整惩戒梯度。

二. 各主体伪造医学文书骗取医保基金行政案例

(一) 定点医药机构行政案例

定点医药机构通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料,骗取医疗保障基金支出的,由医疗保障行政部门责令退回,处骗取金额 2 倍以上 5 倍以下的罚款;责令定点医药机构暂停相关责任部门 6 个月以上 1 年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务,直至由医疗保障经办机构解除服务协议;有执业资格的,由有关主管部门依法吊销执业资格。其中,责令退回与加倍罚款针对违法取得或损害基金的财产性后果;暂停部门相关医药服务与解除协议针对机构的医保服务资格;吊销执业资格针对有执业资格的责任人员,并非对机构本体的行政处分。该多措施分别靶向不同法律利益与对象,具备可以并用的制度逻辑。

定点医药机构包括定点医疗机构和定点零售药店,是医保基金使用的主要载体。经案件检索,其也是伪造医学文书等有关资料骗取医疗保障基金行为的重要主体,具体统计如下:

具体违法行为	2024 年案件量	2025 年案件量	出现频次
伪造病历、诊断、手术记录等	17	47	高频
伪造 DR、CT、超声等检查报告	5	17	高频
涂改医学文书	8	5	中频
伪造、变造处方	2	9	中频
伪造患者或医师签名	2	4	中频
伪造、变造、隐匿、涂改、会计凭证	0	2	低频
变造电子信息(医保结算记录、身份证号)	0	2	低频
其他(未列明具体违法行为)	6	4	/

从以上数据可以看出，伪造病历、诊断、手术记录及 DR、CT、超声等检查报告的行为被行政机关查处的频率较高。定点医药机构“所做部分心电图检查报告时间与患者住院时间不一致”“重复使用 MRI、CT 等影像”“部分患者彩超报告单检查时间、报告时间与图像采集时间不一致”等行为均有可能涉嫌伪造医学文书，进而触发《条例》第四十条第一款第二项的法律责任。

(二) 个人行政案例

个人通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料，骗取医疗保障基金支出的，由医疗保障行政部门责令改正，并处骗取金额 2 倍以上 5 倍以下的罚款；造成医疗保障基金损失的，责令退回；属于参保人员的，暂停其医疗费用联网结算 3 个月至 12 个月。依托威科先行法律信息库检索及人工筛查，个人伪造医学文书等骗取医保基金被行政处罚的案件，2024 年为 2 起，2025 年增长至 13 起。

其中，在个人伪造医学文书等骗取医保基金行政案件中，存在多名当事人因交通事故受伤，但签写了《外伤无第三方责任承诺书》或在《意外伤害责任承诺书》“外伤经过”栏填写“自己摔伤”“与他人无关”的不属实情况，未按交通事故事实描述，存在隐瞒第三方责任情况，导致意外伤害医保报销申报经区医保中心审核讨论通过后纳入医保报销。当事人隐瞒第三方责任进行意外伤害医保报销申报的行为造成了医保基金损失的后果。相关法律、法规明确规定了医保基金报销的适用情形，行为人通过签署虚假承诺书、隐瞒第三方赔付事实进行医保报销，破坏了医保基金支付秩序，侵犯了社会公共利益。

三. 各主体伪造医学文书骗取医保基金刑事案例

为依法惩治医保骗保犯罪，维护医疗保障基金安全，维护人民群众医疗保障合法权益，最高人民法院牵头会同最高人民检察院、公安部在深入调研、充分论证的基础上，于 2024 年 2 月 28 日发布并实施了《指导意见》，进一步明确医保骗保犯罪定罪处罚、法律适用、政策把握、办案要求及有关工作制度机制等相关问题。

(一) 定点医药机构刑事案例

关于准确认定医保骗保犯罪方面，定点医药机构以非法占有为目的，实施伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息、检测报告等有关资料，骗取医疗保障基金支出的，对组织、策划、实施人员，以诈骗罪定罪处罚；同时构成其他犯罪的，依照处罚较重的规定定罪处罚。定点医药机构的国家工作人员，利用职务便利，实施以上行为骗取医疗保障基金，以贪污罪定罪处罚。此外，对于定点医药机构骗取的医疗保障基金应当予以追缴。

典型案例	杜某君诈骗案
基本案情	2018年1月,重庆某医院注册成立,2019年5月成为定点医疗机构,被告人杜某君系实际负责人,经营过程中,杜某君推行让病人低价或者免费住院治疗、向“大额病人”返利等做法,通过医生、医助等工作人员向病人宣传、病人“老带新”等方式,吸引大量中老年医保病人住院治疗,并采取先开住院证办理住院手续再开检查单,或者虽先开检查单但在检查结果出来之前便办理住院手续等方式,将有住院意愿的病人全部收治入院,提供吃药、雾化、输水等基础医疗服务,并大量开具高利润抗生素等药品。为了使上述人员符合住院要求和逃避查处,杜某君指使或者默许医生、医助与检验科医技人员互相配合,修改住院人员的血常规检验报告、DR检查报告等,并将住院期间产生的药费、检查费等通过医保报销,骗取国家医疗保障基金390余万元。
裁判结果	人民法院经审理认为,被告人杜某君作为定点医疗机构的实际控制人,指使工作人员弄虚作假,篡改医学检验数据,制作虚假病历,使不需要住院的患者入院治疗,骗取医保费用,数额特别巨大,其行为已构成诈骗罪。依法以诈骗罪判处被告人杜某君有期徒刑十二年,并处罚金人民币五十万元;责令被告人杜某君退赔重庆市沙坪坝区医疗保障局国家医疗保障基金3,915,380.40元。

在杜某君诈骗案中,定点医疗机构将不符合住院指征的人员收治住院并以此骗取医保基金。有观点认为其行为构成合同诈骗罪,因协议履行中实施骗保且收益用于单位经营。但医保服务协议系行政管理性质,非平等市场主体间的经济合同,不满足合同诈骗罪的构成要件。《中华人民共和国刑法》没有规定单位可以构成诈骗罪的犯罪主体,故对定点医药机构不能以诈骗罪处理。依据《指导意见》,对组织、策划、实施骗保的直接责任人员,应以诈骗罪定罪处罚。杜某君作为医疗机构负责人,主导骗保行为,系犯罪的组织者与实施者,依法构成诈骗罪。本案定性聚焦个人刑事责任,而非单位责任,符合司法解释对医保骗保行为的打击导向。

(二) 个人刑事案件

行为人以非法占有为目的,实施伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息、检测报告等有关资料,骗取医疗保障基金支出的,以诈骗罪定罪处罚;同时构成其他犯罪的,依照处罚较重的规定定罪处罚。

典型案例	高某诈骗案
基本案情	被告人高某系某医药科技公司医药代表,负责推销公司用于治疗肺癌患者的药品,每销售一盒,提成200元至300元。2018年10月,该药纳入国家医保目录,医保报销的条件是相关基因检测结果为阳性。患者李某诊断为肺癌,手术后自费购买该药。2020年7月,高某找到李某,联系检测机构为李某做基因检测,检测结果为阴性。2020年8月至2021年2月,高某明知国家肺癌用药政策,在北京朝阳中西医结合急诊抢救医院等地,以编造患者基因检测阳性结果的方式,使患者通过医保报销开药,造成医保基金支出8万余元。高某退缴全部被骗医保基金。

裁判结果	北京市朝阳区人民法院经审理认为，高某以非法占有为目的，虚构基因检测结果，骗取医保基金，数额较大，其行为已构成诈骗罪。高某如实供述所犯罪行，认罪认罚，全额退赔，依法可从轻处罚。据此， 依法认定高某犯诈骗罪，判处有期徒刑九个月，并处罚金人民币一万元。
------	--

高某诈骗案是一起通过篡改患者检测报告骗取医保基金的典型案例。为将不符合医保报销条件的药物纳入报销范围，高某篡改关键检测数据，虚构报销依据。这种行为严重违背医保制度初衷，大量挤占本应惠及广大参保群众的公共医疗资源，既损害了诚实守信参保人的合法权益，也对医保基金的安全运行构成威胁，属于违法犯罪行为，依法应予打击。

四. 医保骗保行政违法与刑事犯罪的界分

当前，医保骗保行为呈现出涉案金额巨大、作案组织化程度高、手段专业化等显著特征，过往主要依靠行政处罚的监管模式，已难以形成足够的惩戒威慑力。2024 年，两高一部联合出台规定，在《条例》的行政规制基础上，新增刑事规制手段，明确医保骗保不设立独立罪名，需根据行为主体与具体行为，分别适用诈骗罪、贪污罪等刑法相关条款。在此背景下，如何精准划分行政违法与刑事犯罪的界限，成为亟待解决的新课题。清晰界分两者边界，既能确保制度功效最大化发挥，有效避免以罚代刑或泛刑化的倾向，更能推动实现制度法律效果与社会效果的有机统一。

医保行政违法，特指医保法律关系中的各类主体，在违反医保监管法规或服务协议的前提下，其行为尚未触及刑事犯罪的严重程度，可通过行政手段予以纠正和惩戒。而医保诈骗则与之存在本质区别，这类行为以非法侵占医保基金为核心目的，通过伪装成合法的医药经营、就医购药活动，实施全方位、系统性的欺骗，最终实现对医保基金的非法占有，二者的具体差异主要体现在以下方面。

(一) 主观方面：是否存在非法占有目的

行政违法中，行为人的主观意图往往是为了获取不当利益或规避管理规定，但其行为仍以一定真实的医疗服务为基础。常见情形包括因内部管理混乱、对政策理解偏差或为追求更高收益而实施的过度服务、不规范收费、病历书写瑕疵等。行为人通常承认医疗服务的部分真实性，主观上并非意图凭空捏造根本不存在的服务来非法占有医保基金。

而刑事犯罪的行为人核心主观要件是刑法上的“非法占有目的”。即行为人意图通过虚构事实、隐瞒真相的方式，将医保基金非法据为己有或使第三方非法占有。其行为脱离了真实的诊疗服务，旨在通过系统性欺诈手段，从医保基金中套取资金，如组织假病人住院、伪造整套医疗记录套取基金，或篡改关键检测报告使不符合报销条件的药品、项目得以报销，此种行为具有明确的侵占公共财产的故意。

医保骗保行为是否构成刑事诈骗，核心在于行为人是否具备刑法意义上的“非法占有目的”。行政违法中的违规行为往往源于管理疏漏、政策误读或追求超额收益等，行为人仍承认医疗服务

的真实性，其动机是违规创收而非无中生有。与此相对，刑事诈骗中的行为人彻底脱离了真实诊疗基础，其行为模式具有持续性、组织性与获利导向，此类行为已超越经济利益驱动，本质是对公共基金的掠夺。

(二) 客观方面：是否属于系统造假链条

系统性、规模化的欺骗行为，而非局部违规或轻微操作不当，是认定刑事骗保的重要客观标准。行政违法的虚假行为多为孤立、偶发的技术性违规，如病历书写不规范、收费项目登记错误，其数据仍可追溯至真实诊疗过程。而刑事诈骗则表现为全链条、有组织的系统性伪造，其特征不在于构建虚假服务流水。在杜某君诈骗案中，行为人不仅伪造纸质病历文书，更通过篡改核心医学检验数据，利用医保报销流程漏洞实现骗保闭环，使虚假诊疗信息在医保基金支付系统中合法化，完全符合诈骗罪客观要件。此类行为已非个体疏忽，而是依托技术手段构建的骗保流水线，彻底切断了医保支付与真实医疗行为之间的因果关联，构成诈骗罪中虚构事实、隐瞒真相的客观要件。

(三) 危害后果：是否达到犯罪追诉标准

医保骗保行为是否构成刑事犯罪，需综合考量危害后果方面，骗取医保基金的数额是否达到刑事犯罪的追诉标准；行为是否对医保基金安全、医疗保障秩序造成严重破坏；行为的社会危害性是否已突破行政监管范畴，达到必须动用刑罚制裁的程度。医保骗保数额标准为量化门槛，理论上，个人骗取医保基金数额达到3千元即构成诈骗罪，可以予以刑事立案；数额达3万元以上为“数额巨大”，处三年以上十年以下有期徒刑；50万元以上则属“数额特别巨大”，可处十年以上有期徒刑或者无期徒刑，并处罚金或者没收财产。

值得注意的是，地方在执行中存在弹性空间，地方可以结合本地区经济社会发展状况，在国家规定的数额幅度内，共同研究确定本地区执行的具体数额标准。上海市关于本市适用《关于办理诈骗刑事案件具体应用法律若干问题的解释》的工作意见中明确，诈骗财物价值6千元以上不满10万元为数额较大；诈骗财物价值10万元以上不满50万元为数额巨大。其中，如果诈骗救灾、抢险、防汛、优抚、扶贫、移民、救济、医疗、医保、社保款物的，诈骗财物价值达到3千元以上不满6千元，即可构成数额较大。

司法实践中，若行为人组织多人冒名就医或篡改检测报告提升报销比例，即使单次金额未达标准，但累计金额或行为持续时间足以体现主观恶性与社会危害性，亦可突破个案数额限制，启动刑事追责。

综上，医保骗保行为在法律上可分为行政违法与刑事犯罪两类，二者的本质区别并非仅在于金额大小，而在于行为的性质、动机与社会危害的深度。医保骗保行为在法律上是否构成刑事犯罪，关键在于其是否超越了行政违规的边界，演化为以非法占有医保基金为核心目的、通过系统性伪造诊疗记录、虚构服务项目等全链条欺诈手段实施的有组织骗保活动，且骗取金额达到司

法解释规定的“数额较大”标准，从而对医保基金的安全运行和公众医疗保障权益造成实质性、规模化破坏。此类行为不仅体现为对医保结算流程的局部操作瑕疵，更表现为行为人主观上具有持续性、牟利性的侵占意图，客观上形成骗保闭环，其社会危害性已远超行政处罚所能涵盖的范畴。司法实践中，主观方面、客观方面及危害后果方面需综合判断，主观恶意催生系统性造假，系统性造假放大基金损失，最终使行为越过行政惩戒边界，进入刑法规制范畴，三者不可孤立看待单一方面，精准认定违法行为的性质才能实现宽严相济、精准打击的法治目标。

结语

医保基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”，其安全稳定运行关乎国计民生与社会公平正义。伪造医学文书等资料骗取医保基金的行为，从技术性违规到系统性诈骗，侵蚀基金池，破坏医疗秩序，挑战法律底线。此类案件在定点医药机构与个人主体中均呈多发态势，行为手段日趋隐蔽与专业化。近年来，《条例》及其《实施细则》的出台，与“两高一部”《指导意见》的施行，共同构建了行政监管与刑事司法紧密衔接、行政处罚与刑罚惩戒梯度分明的立体化规制体系。

打击医保骗保，核心在于精准识别与有效惩处。这要求我们必须厘清行政违法与刑事犯罪的边界，以是否具有“非法占有目的”为主观标尺，以行为是孤立违规还是系统造假为客观分野，以危害后果是否达到追诉标准并严重破坏基金安全为量化门槛。唯有如此，方能做到过罚相当、不枉不纵，既通过行政处罚纠正一般违规，又运用刑罚利剑严惩严重犯罪。

维护医保基金安全是一项长期而艰巨的系统工程，它需要持续完善法律法规，扎紧制度的笼子，需要强化跨部门协同监管与行刑衔接，形成打击合力，更需要全社会增强法治意识，共同守护好这项宝贵的公共资源。既要维护基金安全，也要保障定点医药机构合法权益，更要坚守法治思维，通过法律、监管与共治的多维发力，确保医疗保障制度健康、可持续运行。

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