



《医疗保障法》立法论纲

——来自地方立法的启示

中国政法大学民商经济法学院教授 娄宇

【摘要】《中华人民共和国医疗保障法》作为我国医疗保障领域的基本法，立法目标是健全多层次的医疗保障体系，通过规范相关行政主体之间以及行政主体与相对人之间的法律关系，实现公民的医疗保障权。该法应当秉承管理法的功能定位，发挥整合各项制度和协调政府各部门职能的作用，构建合理的内部体系和结构。目前，浙江、江苏、上海三个省市已经颁布相关的地方性法规，有必要通过“提取公因式”的方式凝聚共识。“十五五”时期，建议将医疗保障体系框架内各项制度的地位和衔接机制、基金安全平稳运行的举措，以及对定点医药机构和参保人行为的要求、多方主体的监督措施和协同机制、规范统一的公共服务和医药管理制度，作为中央层面立法的核心内容；将建立新型险种、实现医疗信息数据共享和保障特殊患者群体权益，作为特色内容；删减一些地方性制度，促进医疗保障制度在全国范围内平等实施。

【关键词】 医疗保障法 地方立法 多层次医疗保障体系 管理法 医疗保障权

【中图分类号】 D622/D922 **【文献标识码】** A

【DOI】 10.16619/j.cnki.rmltxsqy.2025.23.011

20世纪90年代中期以来，与社会主义市场经济建设同步，我国逐步建立起与经济体制相匹配的医疗保障制度。目前已经形成以基本医疗保险为主体，大病医疗保险为补充，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业医疗保险、慈善医疗救助、医疗互助等其他医疗保障协调发展的多层次医疗保障体系，并尝试建立与公民健康权保障密切相关的长期护理保险制度。医疗保障事业“以人民健康为中心”的政策性目标已经非常清晰，结构性制度和制度体系也已经基本定型。2021年6月15日，国家医疗保障局发布《医疗保障法（征求意见稿）》（以下简称“征求意见稿”）。在此之前和之后，浙江省、江苏省、上海市陆续颁布地方性法规，为中央统一立法先行先试，积累了丰富的经验并提供可资借鉴的样本。

2021年9月，国务院办公厅印发《“十四五”全民医疗保障规划》，将“法治医保”作为医疗保障制度建设的目标之一，提出以建立健全法律法规体系、规范医疗保障行政执法两大任务作为法治支撑。

娄宇，中国政法大学社会法研究所所长、民商经济法学院教授、博导，中国政法大学社会法与社会政策研究中心主任。研究方向为劳动法和社会保障法、保险法，主要论文有《平台经济从业者社会保险法律制度的构建》《〈社会保险法〉修改的点与面》《论作为社会保险法基本原则的“精算平衡”和“预算平衡”》等。



2023年9月,《中华人民共和国医疗保障法》(以下简称《医疗保障法》)被列入全国人大常委会立法规划二类项目,即条件成熟时提请审议的项目。此后立法进程加速:2024年年底通过的《全国人大常委会2025年度立法工作计划》将该法列为预备审议项目,2025年4月,国务院常务会议讨论并原则上通过《中华人民共和国医疗保障法(草案)》(以下简称“草案”),决定提请全国人大常委会审议,并于2025年6月,在中国人大网公开了该草案全文,向全社会公开征求意见。可以预见,在不久的将来,我国医疗保障领域第一部高位阶立法将正式颁布。在此关键节点,有必要对已经颁布的三部省级地方性法规进行系统性的归纳和总结,通过“提取公因式”的方式凝聚共识,为中央层面立法的目标、功能、体系结构、核心内容与特色内容等一系列重点问题提供参考,在筑牢理论根基的同时,为立法实践提供必要建议。

医疗保障地方立法基本情况与“征求意见稿”的比较

《浙江省医疗保障条例》。2021年3月26日,浙江省第十三届人民代表大会常务委员会审议通过《浙江省医疗保障条例》(以下简称“浙江条例”),这是我国医疗保障领域第一部省级地方性法规,颁布时间甚至早于“征求意见稿”,具有重要的探索意义,但同时也存在一些局限。一方面,该条例在体例方面与“征求意见稿”和之后颁布的省级地方性法规有较大差异,分则由医疗保障体系、基金、待遇、经办和服务、监督管理、法律责任六部分构成,而之后发布的“征求意见稿”和其他省级地方性法规都将医疗保障体系列为参保、缴费、待遇三个部分,医疗保障待遇也不再具有独立的地位,医药公共服务和医疗保障经办则由于涉及的法律关系不同,分列为两章;另一方面,该条例由于与2021年5月1日起实施的《医疗保障基金使用监督管

理条例》(以下简称“监管条例”)几乎同时颁布,且在2021年12月8日国家医疗保障局、公安部联合发布的《关于加强查处骗取医保基金案件行刑衔接工作的通知》(以下简称“行刑衔接通知”)、2023年8月16日国务院发布的《社会保险经办条例》(以下简称“经办条例”)之前颁布,因此并未充分体现“行刑衔接通知”和两部条例的内容,立法依据主要是《中华人民共和国社会保险法》(以下简称《社会保险法》)和《中华人民共和国基本医疗卫生法》,在基金监管、经办服务等内容方面显得比较单薄。同时“浙江条例”对医疗保障医药管理和经办服务部分的统领作用也不明显。

《江苏省医疗保障条例》和《上海市医疗保障条例》。2023年1月19日,江苏省第十四届人民代表大会第一次会议审议通过《江苏省医疗保障条例》(以下简称“江苏条例”),2024年12月31日上海市第十六届人民代表大会常务委员会第十八次会议审议通过《上海市医疗保障条例》(以下简称“上海条例”)。相较于“浙江条例”,这两部地方性法规不仅在结构和内容上有较大改动,而且呈现出一系列趋同特征,体现出两个省市在《医疗保障法》的目标定位上取得了基本共识;此外,这两部法规坚持把医疗保障基金的使用和监督管理作为核心内容,统领医疗保障的医药管理,在内容上更加丰富充实。

首先,在基本结构和内容上,这两部地方性法规均由八章组成,除第一章总则,第七章法律责任和第八章附则为各类法律都具备的常规内容外,分则均为第二章医疗保障体系、第三章医疗保障基金、第四章医疗保障医药管理、第五章医疗保障经办服务(公共服务)、第六章监督管理,在编排顺序和表述上高度一致。“浙江条例”中的第二章医疗保障体系和第四章医疗保障待遇在“江苏条例”和“上海条例”中被整合为第二章医疗保障体系,在各类医疗保障单项项目的表述上更加紧凑,也反映了立法者不再关注各



类单项项目的结构性制度，而是突出项目之间的衔接以及主管机关职能分工和配合的功能主义导向，立法的目标定位更加统一和清晰。

另外，颁布时间更晚一些的“上海条例”，虽然整体篇幅略短于“江苏条例”，但其第一章总则更丰富，同时，第二章医疗保障体系大幅缩减，篇幅仅为“江苏条例”的一半。考虑到在大陆法系的立法传统中，总则具有提纲挈领的体系整合功能，倾向于提炼法律原则和抽象性概念，^[1]《医疗保障法》旨在“通过法律手段调整、优化并重塑多层次的医疗保障体系”，^[2]而非对现有制度简单汇编；与之类似地，第二章医疗保障体系更多的是对各项医疗保障制度的参保人、参保条件、缴费、待遇领取条件以及政府责任等单独规定，发挥其填补《社会保险法》《中华人民共和国慈善法》《社会救助暂行办法》等法律法规中结构性制度漏洞的作用，因此“上海条例”的整合特点更为显著，这都为国家统一立法贡献了优质参考范本。

其次，在核心内容上，“浙江条例”全文8000余字，“江苏条例”和“上海条例”均有明显的扩容，分别达到13000余字和10000余字，且增加的内容主要分布在第一章总则、第四章医疗保障医药管理、第五章医疗保障公共服务（经办服务）、第六章监督管理和第七章法律责任。虽然“浙江条例”的医疗保障基金部分在篇幅上长于后两部立法，但是在内容上多为基本医疗保险基金的筹集程序和筹资标准，而“江苏条例”和“上海条例”将这些内容整合到第二章医疗保障体系中，并对表述方式进行有效精简，对医疗保障医药管理和经办服务部分的统领作用更明显。迄今为止，我国在医疗保障领域颁布的两部高位阶立法分别为前述的“监管条例”和“经办条例”，未来的《医疗保障法》作为这两部立法的上位法，应当对相应的基金使用和监督，以及经办服务中的各方法律主体之间的权责义关系予以规定，尤其要发挥行政主体的执法依据和行政相

对人行权依据的功能。

医疗保障事业的内部医药管理（包括监督管理）和外部参保缴费经办分属于干预行政和给付行政两个领域，各自遵循的法律原则和基本制度不同，前者更注重内容、客体、范围的认定和限定，遵循严格的“调整密度”原则，后者则以框架式立法为主，遵循效率原则，法律一般规定不给付的情形，具体给付细则由下位法规定为宜。^[3]因此，医疗保障医药管理和公共服务（经办服务）分列为两章，作为执法依据的监督管理单列一章，更为合理，否则在立法逻辑上会陷入混乱。

《医疗保障法》的立法目标、功能与体系结构

目前，我国已经形成以基本医疗保险和生育保险、医疗慈善、医疗救助、商业医疗保险等制度为“四梁八柱”的医疗保障体系，但是长期以来，各项制度的功能及其在医疗保障体系中的定位比较模糊，相互之间缺乏合理有效的衔接，承担管理监督职能的各类行政机关之间也没有建立起畅通的沟通合作渠道，难以在制度运行层面保障公民健康权。自2018年起，中央和各地区陆续组建起专门的医疗保障行政机关，将分属于人社部门、卫健部门、民政部门、发展和改革委员会等部门的医疗保障事业归属一个部门实施，多部门彼此封闭实施的行政执法和公共服务成为历史。^[4]应当说，行政管理改革走在立法之前，虽然在实践探索层面为立法积累了大量的经验，尤其是以“监管条例”“经办条例”“行刑衔接通知”为代表的行政法规和规范性文件，为医保事业规范安全运行奠定了基础，但是政策性文件主导仍然不利于实现制度的统一性、公平性、可持续性，需要以法治思维推进改革并促进制度走向成熟和定型。^[5]依法治国、建设社会主义法治国家的前提是有法可依，编纂一部统筹协调各类



医疗保障制度，形成一套完备且层次清晰的制度体系的法律，将近年来医疗保障行政部门统一管理，以及与其他政府部门分工合作的机制实践写入该法，被提上日程。在宏观层面上，立法的目标、功能与体系结构呈现递进的逻辑关系，法律要实现的目标决定了其功能定位，进而决定了其采用何种结构展开。

立法目标是健全多层次的医疗保障体系和优化医疗保障服务。立法目标是政策制定者期望的最终结果，明确目标是法案早期质量的控制机制。^[6]在我国已经基于《社会保险法》《社会救助暂行办法》《慈善法》《中华人民共和国保险法》等法律法规建立了基本医疗保险、医疗救助、医疗慈善、承担社会保障功能的商业医疗保险等制度的前提下，为什么还需要再单独制定一部《医疗保障法》？相关的理论研究形成四种基本观点，第一种认为，《医疗保障法》作为相关领域的基本法和综合法，以实现公民医疗保障权为宗旨，将多层次医疗保障体系作为调整对象，由此决定该法由多层次医疗保障、定点医药机构规制、医疗保障实施主体和执法主体三个主要部分组成；^[7]第二种认为，《医疗保障法》是我国社会保障法律体系的组成部分，与《社会保险法》、《中华人民共和国社会救助法》等并列，位于同一位阶，旨在统一基本医疗保险制度，构建多层次的医疗保障制度体系，由此决定了该法以经办服务、医疗服务、药品供应为主要内容；^[8]第三种认为，医疗保障是医保、医药和医疗交融的领域，因其涉及的法律关系多元且复杂，与其他社会保障项目区别较大，构成社会保障法律体系的独立“子体系”，故《医疗保障法》的立法目标是以基本医疗保险的法律关系为内在逻辑展开相关的制度设计和规范体系；^[9]第四种认为，我国的医疗保障体系由基本医疗保险、医疗救助、医疗慈善等子项目构成，分列在《社会保险法》等法律中，为避免条文重复和立法资源浪费，应当将界定多层次医疗保障体系的功能和衔接机制

作为立法目标，由于我国的医疗保障事业由国家建立并主导实施，因此明确相关行政机关的职权并建立行政机制是该法的主要内容。^[10]

以上各种观点分别从调整对象、法律位阶、法律关系、体系构成四个角度对《医疗保障法》的立法目标进行了界定，均具有一定的合理性，而形成的共识是医疗保障具有不同于其他社会保障制度的特性，系由多项制度共同构成的一套有机系统，其中既有各类社会保障制度，又有与这些制度密切相关的医药和医疗服务制度。我国已经基于《社会保险法》、“监督条例”等法律法规，初步建立了医疗保障体系的各类社会保障制度和医药、医疗服务制度，因此健全体系和优化服务成为《医疗保障法》的立法目标。与此同时，《社会保险法》等法律旨在构建各项社会保障制度和医药医疗管理制度，《医疗保障法》旨在统合这些制度中与医疗保障相关的内容，因此《社会保险法》不宜作为《医疗保障法》的制定依据。

法律构建制度的基本路径是规范各类主体的法律关系和保障权利、利益，基本方法是将法律关系抽象为权责义的语言，并设置追责机制。因此健全体系和优化服务的立法目标在法律表述上可以落实为，通过规范医疗保障关系，健全医疗保障体系和优化医疗保障服务，维护公民的医疗保障权益。另外，考虑到医疗保障体系是我国公共卫生体系的重要组成部分，^[11]而加强公共卫生体系建设是全面推进健康中国建设的有效举措，因此全面推进健康中国建设也可以列为立法的政策性目标。

“征求意见稿”第一条列出规范医疗保障法律关系、健全高质量多层次医疗保障体系、维护公民医疗保障合法权益、推动医疗保障事业健康发展四项目标，并规定依据宪法制定本法；“草案”则删去健全体系的目标，增加了推动健康中国建设的目标，但都缺少一些重要内容。基于以上分析，应当以宪法作为立法依据全面完整地规



定规范关系、维护权益，健全体系、优化服务、推动医疗保障事业高质量发展。

管理法定位下的制度整合和职能协作。立法目标决定法律的功能定位。法律调整社会关系的手段无外乎私人自治和国家管制。按照各自承担的功能，私人自治的方式包括赋予和确认私权，让平等的民事主体自主设置权利和义务，以及在市场经济下形成的不平等民事关系中，施以倾斜性的保护措施，这两种类型的法律可以称为权利法和保护法；国家管制的方式包括通过公权力限制和禁止特定行为，塑造和维护社会秩序，以及通过倡导和鼓励特定行为，以市场主体构建社会秩序，这两种类型的法律可以称为管理法和促进法。^[12]

医疗保障体系由各类社会保障制度和医药医疗服务制度组成，其中自愿参保的居民医疗保险和职工社会保险、慈善、商业保险等制度建立在契约的基础上，具有私人自治的属性，同时还包含一些政府促进的要素；强制参保的职工社会保险、社会救助具有强烈的法定属性，符合法定条件必须参保和缴费，只有满足法定条件才可以申领待遇，^[13]而我国各类社会保障制度以及相关的医疗医药服务均由政府经办、监督和管理，^[14]具有较强的行政管理和行政执法色彩，遵循“法无明文规定不可为”的基本原则。

由于建立在契约基础上的医疗保障制度为数较少，单项制度也不应当过多地出现在以构建制度体系为主要立法目标的《医疗保障法》中，且这些制度的内部行政管理也归属于管理法的范畴，因此在法律功能的层面上，应将《医疗保障法》定位为管理法为宜。与前述建立健全多层次医疗保障体系、优化医疗保障服务的立法目标相结合，可以将《医疗保障法》的功能界定为在管理法的定位下实现制度整合和政府职能协作。

另一个问题是，在管理法的定位下，保障公民医疗保障权的立法目标如何实现？或者更确切地说，如果《医疗保障法》将统合制度体系和

协调政府职能作为自身编纂的功能主义路径，那么公民可否依据相关的条款行使权利、维护利益？《社会保险法》颁布前后，有学者提出类似观点，《社会保险法》的相关表述将调整的社会关系定位于一种管理与被管理、命令与服从的关系，社会保障法应当以权利为本位，以构成维权依据作为目标和主导，而使得该法大部分条文变成单纯的行政法律制度。^[15]这样的质疑在《医疗保障法》立法中同样存在。无论从“征求意见稿”，还是从“浙江条例”“江苏条例”“上海条例”，乃至新发布的“草案”来看，基本上都是按照管理法的定位编纂的，大多数条文的基本表述方式都是建立某一项制度，或者某项制度按照一定的结构性设计实施，而类似“某法律主体有权实施或不实施一项行为”的表述则难找到。

本文认为，形成这一现象的原因有二，第一、社会保障是一项由国家建立，依靠公权力运行的法律制度，具有立法先行的特征，在缺乏相关立法的情形下，社会不可能自发生成这类制度，这与权利法有着本质的差异，因此相关立法的功能之一即是构建结构性的制度；第二、我国的社会保障类立法由相关行政部门起草，并由社会学、管理学学者主导编纂，因此法学理论贡献不足，这种现象也普遍存在于《医疗保障法》的中央立法草案和地方性法规中。

《医疗保障法》赋予和维护公民医疗保障权，发挥作为维权依据的功能，这是毋庸置疑的，但其作为社会保障领域的一部法律，构建和优化制度体系、确定行政机关的职能分工并作为行政执法的依据，也是题中之义。为解决上述问题，一方面，可以在体系构建的立法表述优化权利义务的内容，例如，“上海条例”第二十二项规定，本市实行长期护理保险制度，建立稳定的筹资机制，为符合国家和本市规定的长期失能人员的基本护理需求提供服务或者资金保障，此表述既实现建立长期护理保险制度和运行机制的功



能,又兼顾法律主体和权益内容,值得在其他条款中推广;另一方面,应当在制度构建的条款中归纳公民的维权依据,允许司法机关作为裁判依据,如“江苏条例”第二十七条规定,县级以上地方人民政府应当建立健全疾病应急救助制度,对需要急救但身份不明或者无力支付急救费用的急重危伤病患者给予救助。发生的急救费用由疾病应急救助基金按照规定支付。相关患者即可以据此向医疗保障机关提出救助请求。

体系结构。一部法律的功能定位决定了其以何种体系结构编纂。“江苏条例”“上海条例”的章节名称大致相同,“草案”整体上也遵循了这个结构,表明我国中央和地方立法者在这个问题上形成了基本共识。“江苏条例”的特殊之处是将第二章医疗保障体系分为四节,分别规定了基本医疗保险、大病医疗保险、医疗救助、其他医疗保障,“草案”的特殊之处是将“江苏条例”和“上海条例”的第四章医疗保障医药管理和第五章医疗保障公共服务(经办服务)合二为一,统称为医疗保障服务。据此,由于《医疗保障法》的功能是健全多层次的保障体系,因此应当在界定各项医疗保障制度在整个体系中定位的基础上设计衔接机制,而非再将每项制度单独规定一次,以避免与《社会保险法》《医疗救助法》等重复。而医药管理和公共服务(经办服务)分属不同的行政管理领域,行政相对人不同,基本立法理念也不同,简单地汇编在一起,内在逻辑不统一,显得杂乱无章。当然,“草案”之所以将这两个行政领域的事务合并在一章,可能是考虑到相关内容比较单薄,一共只有6个条款,分列为两章与其他各章篇幅上不够平衡。本文认为,“江苏条例”和“上海条例”中的协议管理机制以及与行政监管的关系、定点医药机构的内部管理制度、服务、药品和医用耗材价格形成机制、集中采购制度、异地就医制度、医保部门与其他行政部门的职能分工与协作等内容,都应当补充进去,由此全面系统地体现职能

协作法的功能定位。

《医疗保障法》的核心内容与特色内容

一部法律的体系结构,直接反映其核心内容;同时,立法实践中常存在一些特色内容——其虽可能并非由该法的立法目标和功能所决定,却与特定领域的需求紧密相关。考虑到立法成本较高,若等待这些特色内容所属的领域立法时机成熟后再作规制,不仅将错过宝贵的立法机遇,还可能导致相关领域的事务长期处于“无法可依”的状态中。因此,在法律的制定过程中,需要因时因势将此类特色内容纳入其中。^[16]

当前,医疗保障体系框架、基金管理、医疗保障服务、监督管理是《医疗保障法》的核心内容。在《医疗保障法》的起草单位——国家医疗保障局的官方介绍中,医疗保障体系框架设专章规定,明确较为成熟定型的医疗保险险种的参保范围、筹资方式和待遇保障等;围绕医疗保障基金的运行管理,将统一的财务和会计制度、基金的支付范围、对定点医药机构和参保人员使用基金行为的规范,作为独立的一章;为优化医疗保障服务,将规范统一医疗保障公共服务事项清单、建立医药费用直接结算机制和异地费用结算制度,作为独立的一章;为加强对医疗保障基金收支管理的监督,将多元主体监督体系、监控手段和惩戒手段,也作为独立的一章。^[17]2021年“征求意见稿”的篇章结构中,筹资和待遇以及监督管理相关内容篇幅占比较高,但因当时“监督条例”尚未颁布,立法素材较少,因此基金管理的内容很少,而公共管理服务和医药服务(尤其后者)篇幅占比较高。后续“江苏条例”和“上海条例”沿用该体例,“草案”将公共管理服务与医药服务归为一章,医药服务占比减少,存在一定改进空间。

此外,长期护理保险、患者大数据信息和罕见病的相关内容,也应成为《医疗保障法》的特



色内容。虽然严格来说,长期护理保险并非医疗保障体系的组成部分,但其运行机制和主管职能部门与医疗保障项目有较多共通性,建议借此立法机会将该险种业已成熟的结构性制度写入。在信息时代,参保患者群体的大数据信息成为具有重大价值的资产,引导医药机构和商业保险机构合规合理使用这些信息,成为新时代医疗保障事业无法回避的问题。罕见病具有高致残率和诊疗缺口,在尊重和保障特殊弱势群体权利成为社会进步和时代之音的大背景下,《医疗保障法》可考虑以合理的立法方式予以回应。

核心内容。按照《医疗保障法》的目标规划,核心内容中应当体现医疗保障体系框架内各项制度的地位和衔接机制、基金安全平稳运行的举措以及对定点医药机构和参保人行为的要求、多方主体的监督措施和协同机制、规范统一的公共服务和医药管理制度四项。

首先,医疗保障体系框架。如前所述,基于《医疗保障法》的立法目标和功能定位,直接规定各项保障项目的人群、筹资方式和待遇等结构性制度并非最优选择。当然,如果基于时效性和政策考虑,有些结构性制度对于开展体系构建非常必要,且已经被医保实践证实为成熟定型,也可以个别写入,这是节约立法资源的有效举措。综合三部地方性法规,这一部分应当明确多层次医疗保障体系的构成、各构成制度的地位和相互之间的联系。“草案”尚缺少这一规定,应当增补。“上海条例”中的“建立以基本医疗保险为主体,医疗救助为托底,补充医疗保险、医疗互助、商业健康保险、慈善帮扶等共同发展的多层次医疗保障制度体系”值得借鉴。另外,该条例中医疗救助、商业健康保险与基本医疗保险的衔接办法等也应当吸收进体系框架这一章。而“草案”中的禁止重复参保和禁止重复享受待遇、生育保险费与职工基本医疗保险费统一征缴等规定,涉及各项医疗保障项目的衔接,应当予以肯定。

“草案”中鼓励灵活就业人员参保职工医疗保险和生育保险的规定扩大了职工医疗保险参保范围,有利于在全民医保基础上进一步推动全民公平医保。这一规定不仅具有现实意义,在我国绝大多数地区已经放开灵活就业人员在就业地参保的限制之后,也具备可操作性。但是,“草案”第十条规定未参加职工保险且未享有其他保障的公民应当参加居民保险的新举措,可能给参保和费用征缴工作带来压力,建议以鼓励和引导措施实施之,如可以将参加基本医保作为申领医疗救助的前提条件。

其次,基金安全平稳运行。基金部分的立法功能,主要是通过规范收支来维护基金的安全平稳运行。“草案”和地方立法均规定各类医疗保障项目执行国家统一的会计制度、财务制度和预决算制度,依据收支平衡原则建立补贴制度,推进省级统筹等。“征求意见稿”、地方立法中均规定了基金的先行支付和追偿制度,而这在“草案”中没有体现,“草案”的医疗保障基金一章中增加了医药机构定点管理和参保人诊疗规范。

基金的先行支付和追偿,是一项自《社会保险法》颁布以来即引发争议的制度,在法律实践中存在两个问题。一是此制度被束之高阁,参保人和医疗机构为了快速获得基金支付,往往隐瞒第三人侵权的事实,经办机构支付之后也无动力去追偿;^[18]二是参保人隐瞒事实被发现后,又成为欺诈骗保的“重灾区”,以上各类主体都会被追责。^[19]《医疗保障法》应当正面回应这些问题,寻求根本的解决方案。“上海条例”的相关条款删去了“第三人不支付或无法确定第三人”的表述,直接规定基金支付第三人负担的费用,经办机构有权追偿,此举尊重社会现实,又创新基金的先行支付功能,可供中央立法借鉴。此外,医药机构定点管理和参保人的行为规范与基金收支管理的关联性不高,从法律性质上看,应当归属于监督管理一章,这也是各地方立法形成的共识。



再次，监督管理。从《医疗保障法》的体系来看，基金一章着眼于基金的收支和管理，监督管理一章则聚焦对医药定点机构和参保人行为的监督，重点主要是明确各行政机关、立法机关的职能分工与合作，同时界定定点机构和参保人违规行为的法律性质。在“监督条例”“行刑衔接办法”等法规规章陆续颁布的前提下，此章的立法素材已经非常丰富。从地方立法的经验来看，“草案”中还应当增加各级政府的统一领导和协调、社会各方面的参与机制以及前述的行为规范三项内容。医保部门与公安部门加强在会商机制、线索通报、信息共享、宣传教育、奖惩机制等方面的协作配合，构建医保基金行政处罚与刑事司法有机衔接、优势互补的运行机制，是医保实践中被证明行之有效的措施。“草案”中应当专设一个条款，规定公安部门的配合协作和联合执法机制，在增强医保执法的权威性的同时，提高执法效率。

又次，医药管理和公共服务。医疗保障体系以医疗保险、医疗救助等为主要组成部分，并以医药、医疗服务和经办服务为参保人获得医疗保障待遇提供机制性保障，这决定了《医疗保障法》遵循实物和服务给付原则。^[20]由于医疗保障经办机构不具备诊断和治疗的能力，只能作为参保人的代表，委托医药定点机构发放药品、器械，实施医疗服务，因此其与遵循现金给付原则的养老保险等存在明显差异：养老保险经办机构的重点任务是保管资金、实现保值增值，而医保经办机构还承担着建立医药价格机制、集中采购、通过集体协商谈判机制和服务协议规范医药服务行为，以及向参保人提供登记、核定缴费、关系转移接续、咨询等服务的职能。考虑到前述医药管理和经办服务分属于干预行政和给付行政两个不同的领域，且各自都形成了丰富的制度实践经验，因此应当将其分列为两章为宜：《医疗保障法》应当在医药服务一章中，增加医疗服务协议的法律性质、与行政监管的职能分工与信息

沟通机制、国家组织的以及省级联盟的医药集中采购机制、药品政府指导价和市场调节价的实行范围、创新药品进入目录的机制、多元复合医保支付方式的实施和管控机制，为医药服务领域的执法管理提供依据；在经办服务中，除了细化全国统一的公共服务事项清单制度之外，还应当增加便民措施的框架式条款，鼓励和引导各统筹地区丰富和完善就医和购药服务措施。

特色内容。综合已经颁布的中央立法规划和地方立法，建议在《医疗保障法》中写入长期护理保险、医疗信息共享机制、罕见病用药支付等相关内容。

首先，长期护理保险。建立长期护理保险制度是现代国家解决照顾护理需求的重要举措。按照党的二十届三中全会的决策部署，该制度将以独立险种、覆盖全民、政策规范统一、契合我国国情为目标加快建设。从待遇的性质来看，医疗保障提供疾病的诊断和治疗服务，长期护理保险提供失能之后的照护服务，虽然二者有较高的关联性，如重大疾病造成伤残之后即产生照护的需求，应当建立衔接机制，但是二者分属于两个不同的社会保障领域，存在较大的功能性差异。

“征求意见稿”中写入了长期护理保险，引发较大的争议，而之前和之后颁布的三部地方立法均有这一制度的表述，“草案”则不包含该制度。本文认为，未来的立法中应当将长期护理保险作为特色制度予以规定，除了地方立法形成的共识之外，还基于《医疗保障法》的管理法定位和立法时机的考量：各级医疗保障部门负责长期护理保险工作的规范和指导，立法规定可作为未来的执法依据，同时借本次医保立法的“东风”赋予该险种以法律地位，也可作为加快相关制度建设的法律依据。

其次，医疗信息共享机制。在大数据时代，参保人群体的医疗健康信息具有重要的意义，不仅可以应用于药品研发创新、临床诊疗、普通商业健康保险产品开发等商业领域，而且在确定



医药产品政府指导价、医保集中采购、目录调整、发挥社会保障功能的商业健康保险产品研发等公共领域，也有重要的参考价值。^[21]“草案”第三十一条规定通过建立医疗保障信息平台实现数据共享和运用的制度，并确定保护个人信息、数据和网络安全的原则，这与“征求意见稿”相比，是一个巨大的进步，但是仍然较为简略。“上海条例”相关条款则规定，在维护数据安全、保护个人信息和商业秘密前提下，依托医保大数据创新实验室平台等建立医疗机构、医疗保障部门与商业保险公司、医药企业间的数据合作利用机制，强化数据在创新药品研发、临床诊疗、商业健康保险产品开发等场景中的应用，同时支持符合条件的创新药品和医疗器械进入商业健康保险支付范围。此规定不仅考虑较为周全，而且大数据利用的合作主体和合作机制也更加明确，可以作为立法的参考。

再次，罕见病用药支付。维护公民医疗保障合法权益是落实《中华人民共和国宪法》第四十五条规定的公民社会权益的具体体现，也是《医疗保障法》的出发点和最终归宿。罕见病是患病率极低、人数极少的疾病，大多与先天性基因缺陷有关，往往需要终身用药，患者确诊难度大，医疗费用支出高，因此罕见病患者及其家庭尤为困难。

《中华人民共和国药品管理法》《药品注册管理办法》都规定了支持罕见病新药研制的措施，以及罕见病用药的优先审批程序和审批时限，国家医疗保障局近年来也发布多部指导性文件，优化罕见病药品目录准入程序，推进医保目录准入谈判，建立健全“双通道”购药落地机制，提升罕见病用药的保障水平。目前，罕见病在“征求意见稿”和“草案”中都没有体现，在地方立法中，“江苏条例”建立了罕见病保障资金单独筹资和省级统筹的制度，并规定省级罕见病用药保障范围谈判机制和专门的定点医疗机构诊疗机制。未来立法可以新增相关条款，建立健全

各地在国家医保药品目录内罕见病用药支付的制度，同时鼓励商业保险机构研发罕见病患者保障产品，综合发挥管理法和促进法的功能，既维护制度的统一实施，又赋予经营主体充分的自主空间。

结语

《医疗保障法》是我国社会保障领域的高位阶法律和基础性法律，其编纂和颁布标志着全民医保制度迈向法治化的新阶段，同时承载着亿万参保人殷切的法治期许。我国目前正在加速这部法律的审议进程，在这个关键的历史节点上，地方立法形成的共识应当为全国统一立法提供可资借鉴的经验，这些经验可以总结为：在健全多层次医疗保障体系的立法目标指引下，秉承各项制度整合和政府多部门职能协作的功能定位，合理安排法律的体系和结构，在核心内容和特色内容上达成一致。

（本文系中国政法大学第十批青年学术创新团队“科技革命背景下的社会法和公司治理现代化研究”的阶段性成果，项目编号：25CXTD08）

注释

[1]朱明哲：《法典化模式选择的法理辨析》，《法制与社会发展》，2021年第1期。

[2]孙淑云：《多层次医疗保障体系化的法律调整与优化重塑》，《甘肃社会科学》，2024年第6期。

[3]哈特穆特·毛雷尔：《行政法学总论》，高家伟译，北京：法律出版社，2000年，第111～114页。

[4]王宗凡：《医疗保障的功能定位与治理机制：关于成立国家医疗保障局的思考》，《中国医疗保险》，2018年第4期。

[5][7]郑功成：《从政策性文件主导走向



法治化：中国特色医疗保障制度建设的必由之路》，《学术研究》，2021年第6期。

[6]H. Xanthaki, *Drafting Legislation: Art and Technology of Rules for Regulation*, Oxford: Hart Publishing, 2014, p. 101.

[8]华颖：《医疗保障立法应紧抓五个关键问题发力》，《中国医疗保险》，2021年第9期。

[9]孙淑云：《新时代医疗保障立法的实践与创新》，《人民论坛·学术前沿》，2024年第18期。

[10]娄宇：《“医疗保障法”的定位是功能整合法和职能协助法》，《中国医疗保险》，2021年第9期。

[11]中共中央党史和文献研究院：《增进人民健康，建设健康中国——学习〈习近平关于健康中国论述摘编〉》，《人民日报》，2024年11月26日，第6版。

[12]王锡铎：《国家保护视野中的个人信息权利束》，《中国社会科学》，2021年第11期。

[13]王天玉：《职工基本医疗保险个人账户的权利构造》，《法学》，2021年第8期。

[14]郑功成：《从政府集权管理到多元自治管理——中国社会保险组织管理模式的未来发

展》，《中国人民大学学报》，2004年第5期。

[15]郑尚元、扈春海：《中国社会保险立法进路之分析——中国社会保险立法体例再分析》，《现代法学》，2010年第5期。

[16]G. Eckert; S. Meurer, *Gesetzgeber als Helden: Figuren der Ermächtigung Zwischen Antike und Moderne*, Göttingen: Wallstein Verlag, 2024, S. 67f.

[17]《打牢“病有所医”制度基础 医疗保障法草案首次提请审议》，2025年6月28日，<https://mp.weixin.qq.com/s/meib6L2tIGB8pr7qeZ95fw>。

[18]金维刚主编：《〈社会保险法〉实施评估研究》，北京：中国言实出版社，2016年，第170页。

[19]应亚珍、郝春鹏主编：《中国医疗保障基金监督管理发展报告（2023-2024）》，北京：社会科学文献出版社，2024年，第84页。

[20]E. Eichenhofer, *Sozialrecht*, Tübingen: Mohr Siebeck Verlag, 2024, S. 24.

[21]王逸伦：《医疗保险参保人信息发掘、共享的处理规则——以社会法权利保护理念为指导》，《保险研究》，2024年第12期。

责编/桂琰 美编/梁丽琛

Outline for Legislation on the Medical Security Law —Insights from Local Legislation

Lou Yu

Abstract: As the fundamental law governing China's healthcare security sector, the Healthcare Security Law aims to establish a multi-tiered healthcare security system. By regulating legal relationships among relevant administrative entities and between administrative bodies and their counterparts, it seeks to realize citizens' right to healthcare security. This law should uphold its functional role as a management law, serving to integrate various systems and coordinate the functions of government departments to construct a rational internal framework and structure. Currently, Zhejiang, Jiangsu, and Shanghai have enacted relevant local regulations. It is necessary to consolidate consensus through a process of "extracting common factors." During the 15th Five-Year Plan period, it is recommended that the following elements form the core content of central-level legislation: the status and coordination mechanisms of various systems within the healthcare security framework; measures for the safe and stable operation of funds; requirements for designated medical institutions and insured individuals; supervision measures and coordination mechanisms involving multiple stakeholders; and standardized public services and pharmaceutical management systems. Establishing new insurance types, achieving medical information data sharing, and safeguarding the rights of special patient groups should be treated as distinctive features. Certain regionally specific provisions should be streamlined to promote equitable implementation of the healthcare security system nationwide.

Keywords: Healthcare Security Law, local legislation, multi-tiered healthcare security system, administrative law, healthcare security rights