doi. 10. 3724/1005-0566. 20251206

基本医疗保险“保基本”的法理意蕴与规范重塑

孙淑云,赵　真

(山西财经大学法学院,山西　太原　030006)

摘　要:基本医疗保险“保基本”之法理内涵,即是保障人民疾病医疗之“经济安全”。基于基本医疗保险给付法制,通过规范基本医疗保险事故范围、医疗服务范围、费用分担范围,并适应经济社会发展予以动态调适,明确人民基本医疗保障给付请求权的具体限度。研究认为,立足“保基本”的法理内涵及其法制逻辑,我国现行基本医疗保险给付政策规范在“生存保障”之目的下,依据“适度保障”之限度而确立的“保大病兼顾保小病”之政策范围,与“保基本”理念还存在一定偏离。基于此建议,当前,借《医疗保障法》立法之机,需要正本清源,通过基本医疗保险给付的法制整合、法律保留与法治决策,重塑和优化基本医疗保险给付规范,促进基本医疗保险法制成熟和定型。

关键词:保基本;经济安全;基本医疗保险事故范围;基本医疗保险医疗服务范围;基本医疗保险费用分担范围

中图分类号:D922. 16　　**文献标识码**:A　　**文章编号**:1005 - 0566(2025)12 - 0060 - 13

Jurisprudential examination and normative reconstruction of the “ensuring the basics” principle in basic medical insurance

SUN Shuyun, ZHAO Zhen

(*Law school*, *Shanxi University of Finance and Economics*, *Taiyuan* 030006, *China*)

Abstract: The jurisprudential connotation of the “ensuring the basics” principle in basic medical insurance is to safeguard people's “economic security” in the diagnosis and treatment of illness. This principle is grounded in the legal system of basic medical insurance benefits, which defines the scope of insured events, medical services and cost-sharing, and is dynamically adjusted in line with socioeconomic development, so as to clarify the specific limits of people's right to claim basic medical insurance benefits. Based on the jurisprudential connotation of “ensuring the basics” and its legal logic, under the objective of “ensuring basic survival”, the policy scope of “prioritizing major illnesses while also covering minor illnesses” established in China's current policy documents on basic medical insurance within the limit of “moderate medical security” still shows a certain deviation from this principle. With the Medical Security Law on the legislative agenda, it is necessary to reconstruct and optimize the benefit norms of basic medical insurance through legal integration, legal reservation, and rule-of-law decision-making, so as to promote the maturity and regularization of the basic medical insurance legal system.

Key words: “ensuring the basics” principle; economic security; scope of insured events under basic medical insurance; scope of medical services under basic medical insurance; scope of cost sharing under basic medical insurance

收稿日期:2025-06-18　　**修回日期**:2025-11-01

基金项目:国家社会科学基金一般项目“《医疗保障法》立法疑难问题研究”(22BFX116)。

作者简介:孙淑云(1966—),女,山西运城人,山西财经大学法学院教授、博士生导师、山西财经大学社会法研究中心主任,研究方向为社会保障法。

一、问题的提出:基本医疗保险“保基本”究竟保什么

“保基本”系《中华人民共和国社会保险法》(以下简称《社会保险法》)第3条明确规定的基本医疗保险①之法制理念。但“保基本”具有概括性、抽象性和复杂性,其“实施仅停留在政策性文件主导的状态”[1]。“保基本”究竟“保什么”,基本医疗保险给付限度如何设定,相关国家政策表述不一,措辞各异,并未形成系统化的法制规范。学界亦聚焦于“保基本”之给付政策变迁,主要探讨“保大病”[2]“保小病”[3]还是“大小病兼保”[4],多在社会学、管理学、经济学等学科视域下,立足于基本医疗保险的制度运行效率、基金使用效率,或是通过模型设计、数据测算、效果评估等,评析“保基本”的政策取向及其利弊得失,“保基本”的法理意涵及其法制规范逻辑尚未得以明晰。

近来有法科学者提出“保大保小”的既有研究框架,设法从“生命健康之基本权利”的路径达成“保基本”的法理诠释[5]。这一法学研究实属难得,值得赞许,但其立论依据有失偏颇。一则,基本医疗保险所直接保障的权利是医疗保障权,而非健康权,二者是截然不同的权利概念。医疗保障权是社会保障权之子权利,属于社会权;健康权则是一项复合型权利,系自由权与社会权的结合体[6]。虽然基本医疗保障可以促进健康权的实现,但健康权本身的权利内容过泛,不能聚焦基本医疗保障的资金筹措与分配、医疗费用填补等制度核心,故不宜作为其权利基础,否则人民医疗保障权益保护极易在实践中落空。二则,基本医疗保险制度不能以权利为逻辑起点建构法律体系。医疗保障法制属于再分配系统的法律建制,具有构成性规则之特质,构成性规则先于由其构成的活动,是法制规范在先,而制度运行在后,人民医疗保障权益无法自然形成,必须仰赖国家立法予以塑造,故以健康权保障为切入点建构“保基本”之法制,存在逻辑悖论,其法学研究向度有待纠偏。

2025年6月,《中华人民共和国医疗保障法(草案)》(以下简称《医疗保障法(草案)》)提请十四届全国人大常委会第十六次会议审议,其第二章明确将基本医疗保险列为多层次医疗保障体系的支柱制度,亟待勾勒出合乎法治国要求的“基本”保障限度,为形成“内在联系、逻辑完整、良性协调的多层次医疗保障综合体系”[7]奠定坚实基础。有鉴于此,笔者不揣浅陋,从理念生成与政策变迁出发探寻“保基本”之政策内涵,从基本医疗保险本质属性切入深究“保基本”的法理意蕴及其规范逻辑,并系统检视我国基本医疗保险的给付政策规范,以期推进基本医疗保险法制成熟定型和高质量发展。

二、基本医疗保险“保基本”理念生成与政策变迁

依循基本医疗保险“保基本”理念的历史生成与政策演进脉络,秉持客观态度诠释“保基本”之政策取向,乃理性思维之惯常。

(一)基本医疗保险“保基本”理念之生成

新中国成立初期,我国借鉴苏联的国家医疗保险制度经验,将医疗保障资源向城镇倾斜,针对城镇机关事业单位人员、国营企业职工,分制建立了“国家—单位”“全包”的公费医疗和劳动医疗保险制度,由国家行政管制的医疗服务机构提供“免费”医疗服务,“泛福利化”风险不断加剧,不仅造成医疗资源浪费,而且远超社会生产力的承受范围,两项制度均难以持续运转。同一时代的农村,在医疗资源匮乏与农村集体经济初级发展约束下,由农民自发创建合作医疗制度,基金来源于农民按年缴纳的少量保费以及生产队公益金的部分提取,为农民提供“一把草药一根针”的低成本医疗服务供给。尽管传统农村合作医疗制度存在诸多刚性缺陷,但其以“适度保障”为理念,在医疗资源较为贫瘠的农村实现了90%以上的覆盖面,被世界卫生组织称颂为适于发展中国家国情的“成功经验”。

改革开放后,国营企业改制、农村集体经济式微,医疗资源配置从计划指令转向市场主导。经济基础的变动牵引医疗保障制度的结构性调适,

① 本文根据论证需要混用“社会医疗保险制度”与“基本医疗保险制度”,二者用词选择虽有差异,但其制度本质相同。

适应计划经济体制的公费医疗制度、劳动医疗保险制度、农村合作医疗制度,“渐进性”向适应市场经济体制的社会医疗保险制度改革转型。1994 年,国家体改委、财政部、劳动部、卫生部发布《关于职工医疗制度改革的试点意见》,要求改革计划经济体制下的公费医疗与劳保医疗,确保城镇全体劳动者获得“基本医疗保障”。1998 年《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》,要求设置药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施标准,按照“统筹基金和个人账户”分别划定支付范围,统筹基金支付参保职工的住院治疗费用或大病医疗费用,个人账户则支付门诊医疗费用或小额医疗费用。2002 年,《中共中央 国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》明确要求建立“与当地经济社会发展水平、农民经济承受能力和医疗费用需要相适应”的新型农村合作医疗制度。2003 年,国务院办公厅转发卫生部等部门《关于建立新型农村合作医疗制度意见的通知》,要求在省级层面制定合作医疗的基本药物目录,由各县(市)根据筹资总额合理确定基金支付范围、标准及额度,重点解决农民罹患传染病、地方病等大病而无力承受经济重负的问题。2007 年,《国务院关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》复制新型农村合作医疗的运行模式,明确保障目标为城镇非从业居民的大病医疗需求。在上述城乡三项基本医疗保险制度建设实践中,逐步形成了“保基本”理念的政策表达,相关部门领导将其解读为“生存的基本保障,是社会主义初级阶段的财政、企业和个人的承受能力决定的,使参保职工在患病时,能够得到目前所能提供的、低水平的、能支付得起的适度医疗保障”。因而,基本医疗保险给付根据“以收定支,收支平衡”的财务原则,基于有限筹资之约束,以“保住院大病”作为给付政策范围。可见,“保基本”之政策内涵分设为两个维度:一是“保”的目的,即基本医疗保险是对人民疾病医疗的“生存保障”;二是“保”的限度,即基本医疗保险只对危及人民生存的疾病医疗提供“适度保障”。

(二)基本医疗保险“保基本”理念的政策变迁

为适应社会主义市场经济体制的“渐进性”改革,依据“保基本”理念建立的城乡三项基本医疗保险制度长期处于改革完善进程中,并以之为基础,初步形成了政府举办的“2 + 3 + 1”“基本多层次”医疗保障体系架构,即核心基础层的职工基本医疗保险与城乡居民基本医疗保险制度②,上层的职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助与城乡居民大病保险三项补充医疗保险制度,以及底层的医疗救助制度。“保基本”所指向的给付限度也不断更新嬗变,呈现出以下 3 个向度的演进态势。

其一,由“保住院大病”向“保大额医疗费用”延伸,单独建立“大病补充保险制度”承担大额医疗费用保障。限于社会主义初级阶段的经济社会发展条件,城乡三项基本医疗保险事实上属于“初级社会医疗保险”,对灾难性医疗支出填补不足。故为补缺基本医疗保险支付限额上的高额医疗费用,劳动和社会保障部《关于印发 2001 年劳动和社会保障工作要点的通知》要求, 由国家财政与用人单位共同筹资, 针对公务员、参公管理的事业单位人员、企业职工探索建构大额医疗费用补助制度。2008 年卫生部颁布《规范新型农村合作医疗二次补偿的指导意见》,提出利用基金结余对已获得统筹补偿的参合农民进行再次补偿。2012 年国家发展和改革委员会等六部门联合出台《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》,为城乡居民大病患者创设大病保险制度,大病保险基金源自城乡居民医疗保险基金,系“基本医疗保险制度的拓展和延伸”,但委托商业保险机构承办运营。2021 年 1 月,国家医保局、财政部发布《关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》,将职工大额医疗补助、公务员医疗补助、城乡居民大病保险一并统称为补充医疗保险制度。虽然补充医疗保险在制度命名上看似与基本医疗保险分离,但是由于补充医疗保险并未脱离基本医疗保险的制度框架,故其实质系将“保基本”的给付限度提升为“保大额医疗费用”。2025 年 6 月全国人大公布的《医疗

② 2016 年 1 月 3 日国务院出台《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》,将新型农村合作医疗制度与城镇居民基本医疗保险整合统一为城乡居民基本医疗保险制度。

保障法(草案)》亦沿用了这一制度安排。

其二,由“保住院大病”向“保门诊小病”拓展,将“门诊费用”纳入基本医疗保险的给付范围。在初期的政策语境中,基本医疗保险依据就医类型区分“大病”与“小病”,针对住院上的“大病”实行统筹支付,门诊上的“小病”则需要个人自付。但是,现代社会的疾病谱日渐以慢性病为主,门诊“小病”亦具有就诊频次高、长期负担重之趋向,门诊“小病”与住院“大病”之间的界限越来越模糊,同样存在因病致贫返贫的经济风险。该问题早在2007年居民基本医疗保险试点启动之时,就已初步进入基本医疗保险改革的政策视野,提出在“有条件的地区可以逐步试行门诊医疗费用统筹”。2011年发布的《国务院办公厅关于印发医药卫生体制五项重点改革2011年度主要工作安排的通知》要求,普遍开展城镇居民医保、新农合门诊统筹,积极探索职工基本医疗保险门诊统筹,强调重点保障门诊多发病、慢性病,注重基金调剂使用与医保给付公平。2021年出台《国务院办公厅关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》,职工基本医疗保险门诊统筹改革进入实质性阶段,要求改革职工基本医疗保险个人账户,逐步实现个人账户资金向门诊统筹基金转移。

其三,将基本医疗保险“保基本”应保未保的部分归入医疗救助范围,并辅之以城乡居民大病保险予以兜底保障。部分经济困难群体虽为“保基本”的保障对象,但其因病致贫返贫风险更为突出,仅依据基本医疗保险运行的一般规则,仍然不能充分享有基本医疗保障。对此,2021年国务院办公厅颁布的《关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》明确指出,“对个人缴费确有困难的群众给予分类资助参加基本医疗保险,按照‘先保险后救助’的原则,对基本医疗保险、大病保险等支付后个人医疗费用负担仍然较重的救助对象按规定实施救助”,并强调“城乡居民大病保险向低保对象、特困人员、建档立卡贫困人口、低收入重度残疾人等困难群众倾斜,降低大病保险起付线并提高报销比例”。

综上所述,基本医疗保险“保基本”的政策内涵即“生存保障”之目的和“适度保障”之限度。为实现人民疾病医疗之“生存保障”,基本医疗保险给付限度虽然不断拓展,从最初的粗放式“保住院大病”向兼顾“保大额医疗费用”与“保门诊小病”转变,但囿于政策性文件中“保基本”之目的诠释抽象而模糊,致使基本医疗保险给付规范演绎较为粗粝,应然的适度给付边界仍未明确清晰,亟须对基本医疗保险“保基本”予以法理上的剀切阐释。

三、基本医疗保险“保基本”的法理意蕴与法制逻辑

鉴于我国冠以“基本”的社会医疗保险制度,是在尊重计划经济向市场经济体制转型的国情社情民情之基础上,对德国等国家“社会医疗保险制度”的借鉴与发展,故较为合理的法学研究路径,系从社会医疗保险的本质属性切入诠释“保基本”的法理意涵,并明晰基本医疗保险的给付限度及其法制规范逻辑。

(一)基本医疗保险“保基本”的法理意蕴

工业革命时期,实行机器集中化大生产,随之而来的是家庭单元与社区纽带的土崩瓦解,贫困人口阶层化、工厂事故规模化、职业疾病群体化等社会风险加剧形成,资本主义国家面临严重的社会危机。在劳资阶级斗争与政治博弈下,德国俾斯麦政府与自由放任的古典自由主义决裂,转而推崇德国新历史学派的国家社会主义,以强有力的国家干预修正自由经济,催生现代社会保险制度以削弱工人的革命诉求[8]。1883年,世界上第一部《疾病保险法》应运而生,依法建构社会医疗保险共同体,使得低收入工人群体普遍享有基本医疗服务及其费用补偿。此后,社会医疗保险制度在欧洲大多数国家普及,并在第二次世界大战后扩展到亚洲、非洲和美洲的很多国家和地区。

社会医疗保险系现代工业社会因应社会风险的制度结晶。社会风险的发生具有不确定性,并非能为个人主观左右,可该或然率有其一般性,所产生的危险也有其一致性,故得以产生“风险管理”之概念,社会保险的本质即“经济风险的管理机制”,其制度目标在于“经济安全”[9]。亦即通过社会保险金给付对疾病医疗之经济损失予以填补,以“维持或恢复国民的正常家庭生活”[10]。社

会医疗保险虽在“抵御疾病风险”之下建构,但其保险标的不是疾病风险所致的身体机能损害,而是因疾病风险产生的医疗需求所导致的经济损失,被保险人所获系“财产性法益”[11]。虽然在给付形式上,基于个体医疗需求的差异化、医疗服务结果的不确定、医疗成本的非线性增长等多方因素,社会医疗保险不能同养老保险、失业保险那般采取定额经济补偿,而采“非定额之实物给付方式”,但这并未改变社会医疗保险给付标的之保险金性质,保险人委托医疗服务机构向被保险人提供“适当的医疗服务”后,仍需为被保险人代偿相应医疗费用。因此,社会医疗保险中的治疗疾病之经济风险具体指向“医疗费用负担”[12]。进而,社会医疗保险给付之法制核心命题,即将“何种伤病之医疗”所产生的“医疗费用负担”归于“医疗保险给付”,才能够保证人民个体疾病医疗之“经济安全”。

(二)基本医疗保险保障人民疾病医疗“经济安全”之法制逻辑

作为社会医疗保险制度的发源地,德国历经百余年的法制探索,因应保障人民疾病医疗“经济安全”之抽象性,结合社会医疗保险“非定额实物给付方式”,从保险事故范围、医疗服务范围、费用分担范围等维度建构社会医疗保险给付法制,依法划设了社会医疗保险给付的具体限度,并适应经济社会发展予以动态调适。

其一,社会医疗保险事故范围。社会医疗保险事故范围,是指能够“激活”社会医疗保险给付的疾病或伤害(工伤之外的)等法律事实。基于伤病的概念内容处于发展变化中,德国《社会法典》并未对其进行严格的法律定义③。但依据相关法律规定,属于保险事故范围的伤病,其规范特征大致有二:一是该伤病具有“治疗必要”。德国《社会法典》第 5 编第 27 条第 1 款规定,若采取治疗手段对于疾病的确诊、治愈、防止恶化或者减轻病痛确有必要,则被保险人享有社会医疗保险给付请求权,具体包括请求心理和精神治疗、住院治疗、提供药物及其他医疗辅助器材等医事服务,并由社会医疗保险基金补偿基本治疗费用。此外,依据德国《薪资继续支付法》第 3 条第 1 款以及《雇主花费补偿法》第 1 条,雇员因同一疾病而暂时无法工作的,雇主有义务在雇员生病的前六周继续支付工资,但为减轻部分小型企业的经济负担,社会医疗保险基金在一定条件下需偿付该笔费用的 80%,且 6 周之后完全由社会医疗保险基金支付雇员疾病津贴,累积最长可支付 78 周[13]。事实上,伤病导致“劳动不能”通常意味着具有“治疗必要”,只因其作为雇员病假工资给付的法定要件,故予以强调之。二是该伤病具有“预防必要”。在消除或降低风险的意义上,若被保险人在身体和心理上能够积极参与预防保健计划,并且能够通过预防保健策略更好地与慢性疾病共存,则存在采取预防措施之必要④。故除疾病治疗外,德国《社会法典》第 5 编第 20 条至第 26 条将工伤与职业病的预防、接种疫苗的初级预防、癌症早期的诊断检查等健康风险评估与干预服务,也一并纳入社会医疗保险法定支付范围,社会医疗保险在实质意义上已经发展为健康保险。

其二,社会医疗保险医疗服务范围⑤。社会医疗保险属于经济安全之非对价性给付[14],且需遵循保险财务收支平衡原理以达成持续性给付,故不具有购买全部医疗服务的功能[15],基本医疗保险公共基金仅用于支付“治疗伤病所必需”的医疗服务内容。对此,德国《社会法典》第 5 编第 12 条第 1 款规定,社会医疗保险给付的医疗服务,应当充分、适当、经济,不得逾越必要程度⑥。学理上,德国学者将该条归纳为广义的经济性原则,要求社会医疗保险为伤病提供充分的治疗手段,且该治疗手段经实践证明能够有效地诊断、治疗伤病,并在针对同一治疗效果有复数诊疗手段时,选择相对经济者,即在“充分、适当”之考量基础上,再结合成本效益之权衡,确保对于伤病治疗系属“必

③ Vgl. Krauskopf/Wagner, 125. EL April 2025, SGB V § 27 Rn. 5-9.

④ Vgl. Krauskopf/Luik, 125. EL April 2025, SGB V § 23 Rn. 7, 8.

⑤ 此处采“医疗服务范围”之表述,涵盖提供药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材等医保给付内容。

⑥ Vgl. Krauskopf/Wagner, 125. EL April 2025, SGB V § 12 Rn. 5-10.

需”的医疗服务内容均纳入医保给付范围[16]。关于医疗服务对伤病治疗的“必需性”之判断,则应建立在循证医学之基础上;即以科学证据为依据,判定医疗技术是否可以纳入给付范围,在保证技术评估精确性的同时,有效利用有限资源并予以公平分配[17]。故对于门诊治疗、住院治疗、药品提供等服务范围的具体细节,则委任联邦级别或州政府级别的医保基金协会、医师协会、医院协会、评估机构等自治型组织,共同参与医保给付范围的决策形成,制定相关条例或实施细则[18]。

其三,社会医疗保险费用分担范围。社会医疗保险基金并非对给付范围内的医疗服务之全部费用支出进行经济补偿,被保险人需要在承受能力范围之内,自行负担部分医疗费用,以减少不必要的医疗需求抵御被保险人的道德风险,但必须确保个体疾病治疗的经济安全。德国社会医疗保险给付的费用分担范围,主要通过被保险人自付费用的三重结构性规范予以划定。一是弹性自付范围,即药品及医疗辅具的市场价格与参考定价之间的差额所产生的个人自付费用。药品及医疗辅具的定价基于市场竞争等因素而适时调整,由此产生的自付范围具有弹性特征。1989 年德国实施《医疗卫生改革法案》确立参考价格体系,以鼓励被保险人在参考限价之内进行治疗选择。例如,对于非专利保护的仿制药,依据通用名相同、药理上的可比性以及疗效上的可比性进行分类,每一类药品都确定一个可由医保公共基金报销的参考价格;若患者所用药品低于同类药品的参考价格,即按实际市场价格报销;若低于参考价格的30%,可豁免处方费;若高于参考价格,其差额则由被保险人自付[19]。对于有专利保护的创新药,2011 年出台的德国《药品市场改革法》规定,经对比已准入的参照药品后,如不存在额外效益,仍需按照参考价格体系确定医保支付价格[20]。由此引导被保险人(需方)降低对高价药品的需求,并引导药品生产者(供方)主动降价,有效控制第三方付费者(政府或保险公司)的费用支出[21]。二是固定自付范围,即在医疗服务的参考定价或谈判定价内(医保支付标准内),被保险人需要固定支出的个人自付费用。德国《社会法典》第 5 编第 61 条规定,被保险人应当负担医疗服务零售价格的10%,外加 10 欧元的处方费。三是个人自付上限,旨在防止被保险人不合理地承担共付额。自付上限以“经济共同体”为规范理念,依据共同生活的所有亲属用于维持生计的家庭总收入予以确定⑦。德国《社会法典》第 5 编第 62 条规定,个人负担的自付费用不得超过每年家庭总收入的 2%;对于因同一严重疾病而长期接受治疗的慢性病患者,负担上限降低至每年家庭总收入的 1%;对于部分慢性病患者若在患病前未定期进行健康检查,不能享受自费负担之减免。基于上述三重规范设定,若弹性自付费用加上固定自付费用未超出自付上限,则减去该笔自付费用的剩余医疗费用即为社会医疗保险基金的支付范围;若弹性自付费用加上固定自付费用已超出自付上限,超出部分的个人负担以及剩余医疗费用将均由社会医疗保险基金支付,由此极大地避免了国民因灾难性医疗支出陷入经济困境,从根本上保证国民患病医疗之经济安全。

其四,社会医疗保险给付范围之调适,是指社会医疗保险的具体给付边界因应医疗技术和社会经济的发展而进行机动性调整。由于社会医疗保险给付的具体边界经由法制规范化后,便构成了国民行使医保给付请求权的具体依据,故社会医疗保险给付的动态调适关涉国民之实体权益,必须通过法定程序对给付决策的调适过程予以规制。对此,2004 年德国出台《法定医疗保险现代化法案》,正式成立联邦联合委员会(G-BA),形成一个平衡多方利益关系的协商治理机制[22]。联邦联合委员会(G-BA)所颁布的关于医疗保险待遇范围及偿付标准的法令,均需对药品的成本收益、医疗干预项目的疗效价值等内容进行评估,并通过联邦医保基金协会(GKV)、联邦医院协会(DKG)、联邦医师协会(KBV)、联邦牙医协会(KZBV)4 个成员单位选派代表进行投票决策,且患者组织与自助团体提名的患者代表,有权参加咨询听证进

⑦ Vgl. Krauskopf/Baier, 125. EL April 2025, SGB V Vor § 61 Rn. 1-5.

行提案与讨论,决策过程及内容向公众公开,决策结果递交联邦卫生部审核[23]。同时,联邦联合委员会(G-BA)还会委任经联邦卫生部授权的卫生保健质量和疗效研究院(IQWiG),作为第三方机构开展卫生技术评估(health technology assessment,HTA),为国家卫生决策提供中立的技术支持[24]。对于医疗服务价格的具体支付标准,如门诊服务费用的"统一价值目录"(EBM)、住院诊疗项目的 DRG 付费标准等相关事项,主要在联邦及地方层面的医保基金协会与医师协会、医院协会的协商谈判中予以具体明确[25]。

综上可见,德国社会医疗保险在长期制度发展中形成了体系化的保障目的与保障限度之解释框架。我国基本医疗保险与德国社会医疗保险属于同质性制度范畴,通过借鉴德国成熟经验将基本医疗保险"保基本"之本旨,诠释为保障人民疾病医疗之"经济安全",并从保险事故范围、医疗服务范围、费用分担范围等维度延伸基本医疗保险给付边界之规范,其路径更加直观而清晰,有效弥补"保基本"于制度实践中的落地不足。

四、我国现行基本医疗保险给付政策规范偏离"保基本"理念

立足"保基本"即"经济安全保障"的法理内涵及其法制逻辑,我国现行基本医疗保险给付政策规范在"生存保障"之目的下,依据"适度保障"之限度而确立的"保大病兼顾保小病"之政策范围,与"保基本"理念还存在一定偏离。

(一)基本医疗保险事故范围被"缩限"

现行基本医疗保险法制中,尚未正面规范何种疾病或伤害能够纳入给付事故范围,仅《社会保险法》第 30 条以"但书"方式反向规定了基本医疗保险不予支付的四类事故情形,包括雇主责任下工伤保险基金保障的伤病事故、侵权责任下第三人或责任保险赔付的伤病事故、财政责任下基本公共卫生经费负担的传染病防治支出,以及属地原则下的国外及地区的就医自付。囿于此种反向排除的规范形式,对基本医疗保险事故范围规范较为含糊,故地方政策性规范文件往往在《社会保险法》第 30 条的基础上,又从基本医疗保险不予支付的诊疗项目类型中,抽离出如预防保健、不孕不育症、性功能障碍等事故类型,构成基本医疗保险给付事故之消极范畴雏形;部分地方还追加排除因斗殴、吸毒、酗酒、自残、交通事故、医疗事故等原因发生的医疗费用,不当缩限基本医疗保险给付事故范围。

首先,就规范权限而言,依据《中华人民共和国立法法》第 91 条第 2 款规定,无法律与行政法规的明确依据,地方政策性规范文件不得擅自减损公民权利或增加公民义务。地方政策性规范文件对基本医疗保险给付事故的扩张排除,属规范位阶之僭越,有违法制统一原则。在最高人民检察院发布的 2023 年度"十大行政检察"典型案例中,此类地方政策性规范经合法性审查,已被明确为违背上位法规定,令其予以废止,不得继续援引⑧。

其次,就规范内容而言,地方政策性规范文件混淆伤病事故的各类补偿责任,背反基本医疗保险给付的无因性。基本医疗保险按照社会性要求已对保险原理予以系统调整,消解保险事故之射幸性,定价模式去风险化,具有法定身份即取得待遇给付,而不论疾病损害形成原因。只是受于筹资有限和经济发展水平需要划设补偿限度,而不是对伤病原因限制排除。工伤保险对"故意犯罪、醉酒、吸毒、自残"等产生的医疗费用不予支付,原因在于其以"雇主责任"为法理依据,由雇主缴纳全部保费形成工伤保险基金,专项用于职业场域内的劳动灾害之风险转移。但是,基本医疗保险与工伤保险的承保风险不一,不应仿效。此外,关于"交通事故、医疗事故"等原因发生的医疗费用,只是在侵权责任的例外逻辑下,根据《中华人民共和国民法典》第 1179 条之规定,侵害他人人身应当赔偿包括以治疗和康复为目的之合理费用,故在机动车交通事故责任、医疗损害责任等第三人责任承担后,或者机动车交通事故责任强制保险、医疗责任强制保险等责任保险赔付后,基本医疗保险才无须予以重复报销,而交通事故、医疗事故引发的伤

⑧ 参见最高人民检察院 2023 年度"十大行政检察"典型案例八:杨某某诉某市医疗保障局劳动保障行政给付检察监督案,发布于 2024 年 1 月 26 日。

害本身,并非基本医疗保险不予支付的事由。

(二)基本医疗保险医疗服务范围被“缩减”

我国基本医疗保险给付政策偏向依据“财务收支平衡”原则确定基本医疗保险医疗服务范围,致使部分“诊疗伤病所必需”的医疗服务,因费用问题而未被纳入基本医疗保险给付框架。虽然在《基本医疗保险用药管理暂行办法》《关于城镇职工基本医疗保险诊疗项目管理的意见》等行政规章及规范性文件中,“价格合理”“费用适宜”与“临床必需”均属于基本医疗保险医疗服务准入的并列条件,但在实践操作上,医疗服务之经济性却跃升为核心评估条件。倚重经济性考量,倚轻诊疗之必需,在很大程度上缩减了人民应然享受的医疗服务内容。如在诊疗项目目录的制定上,对于国家目录中基本医疗保险不予支付或仅支付部分费用的诊疗项目,因“容易滥用”或“费用昂贵”,各省只可“适当增补,不得删减”,且需“严格控制调整的范围和幅度”。

相对城乡居民基本医疗保险,职工基本医疗保险的筹资水平较高,基金来源稳定,故其药品目录与诊疗项目目录范围较为广泛,能够覆盖较多的进口药、创新药以及微创手术等先进诊疗项目,医疗服务设施标准较高,住院病房条件选择丰富。而城乡居民基本医疗保险筹资水平较低,基金压力更大,药品目录与诊疗项目目录范围偏窄,以常用药、常规诊疗项目为主,偏向保障基础医疗服务设施,高价药、高值耗材或特殊治疗项目的纳入相对滞后,即使延迟纳入也为其设置一定的支付限制,严格约束城乡居民基本医疗服务的供给范围。然而,依据人民“经济安全”的基本保障逻辑,基本医疗保险待遇不应基于城乡户籍与职业身份而过多区别,被保险人之间的差别仅在于因收入差距所致的抵抗疾病经济风险之能力大小,政府应当着眼于基本医疗保险“收入再分配”之调节功能,通过城乡二元基本医疗保险制度整合,以及筹资管理与待遇给付的精巧设计,尽量平衡城乡收入差距并分散疾病经济风险,而非依循“以财定事”“以收定支”的给付逻辑。

(三)基本医疗保险费用分担范围之“偏误”

我国基本医疗保险给付政策中的医疗费用分担,亦是通过目录范围内被保险人的自付费用予以规范,但整体规则较为繁复,层层设限医保报销范围,对人民疾病医疗的经济安全关照不足。一是超限价自付,超限价自付与德国参考定价体系所引发的“弹性自付”类似,即在非独家药品竞价中,依据药品通用名,分类确定支付标准,对价格低于支付标准的药品,以实际价格为基础支付,价格高于支付标准的药品,高出部分由被保险人承担⑨。二是乙类先行自付,即将药品、诊疗项目、医用耗材等分为甲类目录与乙类目录,全额报销甲类目录的医疗服务,而乙类目录的医疗服务由于费用较高,需要被保险人先行负担部分费用。先行自付比例由各统筹地区自主划定,如北京、贵州等地实行“一刀切”政策,天津、江西等地则依据价格水平、药品类别等,形成多个先行自付比例区间[26]。三是起付线下自付,起付线是指基本医疗保险支付的最低阈值,高于该阈值的部分才能进入基本医疗保险的报销范围,低于该阈值的医疗费用由被保险人自付。四是封顶线上自付,封顶线是指基本医疗保险支付的年度最高限额,超出该限额的医疗费用部分,基本医疗保险不予报销。五是按比例自付,起付线之上、封顶线之下的医疗费用属于被保险人与统筹基金的共付段,在共付段内减去上述所有自付费用后,被保险人还需以一定比例对剩余医疗费用进行负担。进而,囿于缺乏“自付止损”之规范设计,人民实际自付率仍然偏高,“重特大疾病后顾之忧”还未从根本上解除[27]。

对此,我国虽然建立了大病补充保险制度予以因应,但也使得基本医保基金不仅承受了社会医疗保险团体内部的风险分担,且兼具商业健康保险与医疗救助之功能设定,模糊基本医疗保险“保基本”的边界,阻碍多层次医疗保障体系的协同建构。该种积弊在城乡居民医保制度中尤为突出。其一,由于城乡居民大病保险资金源于基本医保基金的统一划拨,保障范围依据国家医保目录确定,保险产品、参保价格等规则亦由各地医疗

⑨ 参见《2024 年国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录调整工作方案》中的附件《非独家药品竞价规则》。

保障行政部门设计,故基本医保支付限额之上的大额医疗费用本质上也属于基本医疗保险的保障范围,由此形成基本医保支付“起付线层层阻碍、封顶线层层叠加”的复杂境况,制度累退性显露。其二,虽然大额医疗费用补助依赖基本医保基金支付,可居民大病保险的运营主体却为商业保险公司,其负责医疗费用审核和报销事务的具体经办,甚至承担医疗保险基金之超支风险,故具有商业健康保险的制度取向。但是,政府作为委托方要求保险公司“保本微利”,因此与商业保险追求风险最小化的特质形成矛盾冲突,挤压保险市场项目的发育空间,造成其补充保障功能不足[28]。其三,由商业保险机构运营的居民大病保险除大额医疗费用保障外,还需运用基本医疗保险划拨的基金,对经济困难群体予以倾斜支付,辅助医疗救助实施“托底保障”。在“基本多层次”医疗保障体系中,基本医保支付的“叠床架屋”,致使“上层”的商业健康保险与“下层”医疗救助制度不同程度地“下移”或“上行”,制度功能较为杂乱。而在职工医保制度中,虽然大额医疗补助资金不完全来源于基本医保基金,各统筹地区或是单独筹资,或是由基本医保划拨与职工个人缴费相结合,但保障项目仍是基本医保目录范围内,在承办方式上以商业保险模式运营,难以言说到底是“补充”保障还是“基本”保障。根据公法上的辅助性原则,对于适度保障基准之上的、政府责任承担范畴以外的、政府职能所不能及的保障内容,才交由保险市场、社会组织等非政府主体,通过建立市场性质或互助性质的医疗保障制度作为基本医疗保障的有益补充。而伤病诊疗的高额医疗费用负担风险几乎必然危及人民生计和经济安全,理应属于基本医疗保险的经济补偿范围,即由政府肩负起社会互助共济与国民生存照顾之责。商业保险机构对“保基本”的介入,系将“保基本”的政府责任通过商业保险“自负盈亏”之机制转嫁到保险市场,混淆政府与市场之间的责任边界。

(四)基本医疗保险给付调适程序之“偏差”

目前,我国基本医疗保险的诊疗项目目录调整,主要采取专家评审形式,目录调整结果依赖于专家经验知识,缺少对客观证据的收集与运用[29]。医疗服务设施目录则由各省及统筹地区依据物价变化等实际情况进行差异化管理,缺乏固定的调整周期与规范流程。相较之,药品目录与医用耗材目录的动态调整机制已初步确立,其由国家医疗保障局主导企业申报、专家评审、谈判及准入竞价等程序,运用药物经济学评价、卫生技术评估等循证决策工具,从健康价值、经济价值、社会价值等多重维度,助力医保支付决策的科学性提升。但是,医保目录调整仅被定位为行政内部工作[30],决策形成的整体过程存在“法外治理”之风险。

一是有失决策中立性。2018 年,我国国家卫生健康委员会组建了国家药物和卫生技术评估中心,但并未配套建立部门协调等组织机制以及决策转化的应用机制[31]。仅是在医保目录谈判测算阶段由政府临时组建评估队伍,对各事业单位、研究机构、高等院校等卫生评估机构所制订的评估报告进行审核,评估结果质量参差不齐[32]。评估主体的分散化,无以保证决策权力的“无偏私”行使,极易诱发利益冲突与权力寻租。

二是有失决策一致性。由药学会编写发布的《中国药物经济学评价指南》,仅能算作药品评价领域自愿实施的评价建议[33],针对各类卫生技术的官方评价标准并未确立。在所采取的成本—效用分析中,成本效果比(ICER)的支付阈值多依据世界卫生组织(WHO)的推荐意见,患者生命健康测量的效用值来源则基于西方国家人群的通用量表和疾病特异性量表之结果,缺乏适宜中国人群的统一标准,在医保目录调整中加剧评估结果的异质性,导致同类卫生技术在不同地区“不公允”的准入差异。

三是有失决策参与性。医保目录调整涉及患者(被保险人)、医药生产企业、医疗服务供方等多方主体的利益,但评审规则及其程序却未赋予上述主体参与权。除确定的谈判价格外,拟准入或调出的药品清单对企业申报材料、专家评审意见以及审核依据等均未予以公示[34]。决策过程的低透明度不仅削弱决策的公信力,增加错误决策之风险,而且会间接侵蚀人民医疗保障权益之享有。

五、基本医疗保险“保基本”的法理回归与规范重塑

当前,全国人大常委会正紧锣密鼓地推进《医

疗保障法(草案)》的审议工作,迫切需要正本清源,矫正偏误,遵循“保基本”之法制理念,将基本医疗保险给付目标由“基本生存保障”升华为“经济安全保障”,通过基本医疗保险给付的法制整合、法律保留与法治决策,重塑和优化基本医疗保险给付规范。

(一)整合简化医疗保险“叠屋架床式”给付制度

基本医疗保险“叠屋架床式”给付制度设计,是人民基本医疗需求保障不足与“基本多层次”医疗保障体系割裂的症结所在,应当立足“经济安全保障”之目标对其予以整合简化。

一是职工基本医疗保险与城乡居民基本医疗保险的法制整合。“既为基本,就应统一而公平”[35],对人民基本医疗保险待遇进行差别对待的归类标准,必须与“经济安全保障”目标足够匹配。人民之间因城乡户籍与职业身份而存在的基本医疗保障差距,在城乡二元分割初期有一定正当性,但是随着我国城乡一体化加速推进,基本医疗保险制度应当以统一的居住证为依据识别参保人[11],公平覆盖包括灵活就业人群在内的全体人民。同时,基本医疗保险基金筹集应当以“量能负担”为基本原则,在参保人收入差异的客观基础上,妥适分配不同收入阶层的筹资责任,建立“同等费率、合理分摊、多方筹资、财政补贴”的风险共担之筹资机制[36],形成稳定且可持续的基金池以确保统筹基金安全,进而统一城镇职工与城乡居民的基本医疗保险制度。此外,经济弱势群体对医疗费用负担的敏感度会更为突出,为使其获得与普通参保人相当的经济安全,应当贯彻基本医疗保险社会适当性之公平理念,对于资助参保的特困人员、返贫致贫人口等保障对象,渐进式取消医保基金支付封顶,对超出个人或家庭负担限度的部分由基本医疗保险基金支付,并在少数高额费用患者和普通患者之间寻求最佳的资源分配组合[37],更广泛地实现基本医疗保险“所得重分配”之效能。但倾斜支付的药品、医用耗材及诊疗项目等医疗服务内容,需限于基本医疗保险“保基本”之法定框架内,不应与普通参保人有所区别。

二是补充医疗保险与基本医疗保险的法制整合。基本医疗保障制度内的补充医疗保险与基本医疗保险功能同质[7],本质上属于基本医疗保险的“二次报销”,主要解决目录政策范围内基本医疗保险支付限额之上的个人自付费用负担。但依据支付限额区隔基本医疗保险与补充医疗保险,并引入商业保险运营机制转嫁政府责任,以人民经济安全之减损置换统筹基金安全的规范设计,实为本末倒置之举。事实上,人性贪念常使得非自费性诱发消费需求的不当增加而产生自助餐效应[38],故对于保险财务结构波动以及财源收支平衡维持,道德防范与基金监管的法制建构才为根本解决之道。基本医疗保险制度应当由“以收定支”转向“以支定收”,依据需求水平厘定筹资和供给水平,持续优化医保待遇清单目录,推行以病种为主的多元支付方式,充分发挥“三医”协同治理功能,健全分级诊疗制度平衡医疗资源结构,从而让“政府的归政府,市场的归市场”,促进多层次医疗保障体系的协同发展。

(二)基本医疗保险给付之法律保留

我国宪法第45条第1款明确赋予公民疾病诊疗时享有物质帮助的权利,国家负有建设基本医疗保险的制度性保障义务。因应医疗服务技术专业性、动态变化性等固有特质,基本医疗保险规范秩序处于高度变动中,必然导致法制建构的规范位阶较低,以换取行政效率的弹性空间,为此,行政权力对公民基本医疗保障权利的限制应受法律保留之拘束。虽然基本医疗保险以给付行政方式建构,不属于侵害保留范围,但其不同于一般之给付行政,人民并非单方面享有国家资源分配下的反射利益,而是基于社会互助与危险分摊之保险机制,透过缴纳保费获得保险成员身份后的对价取得,由此与人民财产权保护相勾连,故社会医疗保险之授益性所附带的弹性空间,仅允许立法向行政分配部分裁量权,并不能使其逃逸于法律保留之外。我国台湾地区司法院大法官对此解释为,“全民健康保险为强制性之社会保险,攸关全体国民之福祉至钜,故对于因保险所生之权利义务应有明确之规范,并有法律保留原则之适用”⑩。

⑩ 参见我国台湾地区司法院大法官释字第524号文,2001年4月20日公布。

德国社会医疗保险关涉基本权利之核心规则亦为专属立法事项,法规制定需由法律授权。尽管我国基本医疗保险中居民医保区别于职工医保以自愿缴纳保费为原则,但地方政府通过财政激励、家庭联保等隐形约束推动制度全覆盖,已使居民参保具有“准强制”之性质,且从政府动支财源的侵益性、行政拒绝给付的救济性等层面而言,给付行政必须受法律保留原则支配[39]。具言之,基本医疗保险给付的法律保留适用可分为 3 个层次。

其一,基本医疗保险事故范围,是人民能否享有基本医疗保险给付的逻辑起点,应由法律予以正面界定,以“治疗之必要”与“预防之必要”作为伤病事故的给付要件。首先,基本医疗保险给付不论伤病损害之过错责任或因果关系,存在明确责任主体时亦不免除给付义务之履行,伤病事故发生且具有“诊疗必要”,当由基本医疗保险基金予以补偿,但需在损失填平原则下避免重复补偿。其次,基本医疗保险的保险标的应当涵盖“直接性”以及“累积性”的医疗费用负担风险,将部分具有“预防必要”的伤病也归入保险事故给付范围。诸如罕见病、慢特病等重大疾病显然偏离正常生理状态,具有防止恶化或存在治愈的可能性,但其治疗手段及项目偏向于高端福利保障,与基本医疗保险的社会属性存在固有张力,却无疑深刻影响着人民的正常家庭生活,危及人民经济安全,故此类疾病的经济风险便具有“跨期”管理的必要性,应当在基本医疗保险基金的购买力之内,将健康促进或疾病预防的项目手段纳入给付范围,利用有限资源控制该类疾病经济风险的实际发生。

其二,基本医疗保险医疗服务范围之确定原则,应予以法律保留,明确“诊疗伤病所必需”对基本医疗保险医疗服务范围的核心约束力。基本医疗保险医疗服务,本质处于国家与人民之间的法规范关系中,属于保险人与被保险人之间的基础保险内容,即医保经办机构作为国家的“公益受托人”,经法律授权以医疗保险人的主体地位,与医事服务机构缔结行政契约关系,医事服务机构作为行政辅助人向参加医疗保险的人民给付基本医疗照顾。而基本医疗保险医疗费用,则属于保险人与保险辅助人之间的委托关系内容,即医保经办机构依据行政辅助契约,向医事服务机构统筹支付被保险人所支出的医疗费用。因此,基本医疗保险医疗服务范围,因国家负有的生存保障之责而以人民经济安全为基点,旨在保障人民基本医疗需求;而基本医疗保险医疗服务的支付标准,则因医疗保险人承担的基金管理之责而以统筹基金安全为主线,旨在保证制度可持续运行。进而,医疗服务的价格高低,虽能影响基本医疗保险医疗服务支付标准之确立,却不得作为基本医疗保险医疗服务范围之限定依据,根本原因即“内部行政辅助关系无法对抗基础保险关系”。“容易滥用”或“费用昂贵”等经济性评估并非排除基本医疗保险医疗服务的决定事由,而是作为判断医疗服务对诊疗伤病之“必需性”的非否决性因素,即存在多个必需性的医疗服务选项时,以经济性为依据做出准入选择。

其三,基本医疗保险医疗服务之具体内容,需留有规范弹性以配合经济社会发展,故可经法律授权由行政规范补充制定基本医疗保险目录。“层级化法律保留原则中有关给付行政涉及公共利益之重大事项”,法规范模式必须遵守法律明确性原则与授权明确性原则,始符合宪法意旨[40]。法律授权至少包括授权目的、授权内容、授权范围三大要素,确保人民能够预见行政规范在何种情形下、以何种意图规定,并具有何种可能的内容[41]。由于基本医疗保险给付依托于立法形成与行政规范赋予,且构成国民之财产权限制,故对于“拒绝赋予”或“减少给付”等带有负面品格的国家决定,均需由宪法上的正当程序对国家决策行为予以规范考验,施以更为严格的程序正义原则,即依据重大行政决策程序订立,不得“发布规范行政体系内部事项之行政规则为之替代”⑪。由此,通过上述原则及程序订立的基本医保给付规范,自始获得调整被保险人之基本医保给付的规范效力,法院亦能够将其作为医保行政给付合法性的审查标准。

⑪ 参见我国台湾地区司法院大法官释字第 524 号文,2001 年 4 月 20 日公布。

（三）提升基本医疗保险给付决策程序之法治化水平

基本医疗保险医疗服务范围、医保支付标准以及个人自付比例之具体确定，将直接关涉基本医疗保险给付规范的终局形成，是人民基本医疗保障给付请求权的直接依据，故需借助循证医学的理念方法，尊重卫生系统运行的自组织机制，在法治框架内展开给付决策。

一是决策体系法治化。卫生技术评估体系是链接医学证据与医保给付决策之间的工具桥梁，其能够以多学科知识系统分析卫生技术或卫生干预在生命周期中的综合价值，已被主流国家广泛应用于医保给付准入与调出、共付水平之形成等决策中。卫生技术评估的国家机构应当履行统筹职能，以“人民经济安全”为根本价值导向，突出临床应用与经济风险化解，构建全域数据库平台，制定年度评估战略规划，研制标准化的评估规范指南以及综合评审维度，并针对孤儿药、中成药、靶向药等特殊项目额外拟定遴选指标体系。卫生技术评估的地方机构可基于区域医疗资源禀赋，开展差异化补充评估，但需符合国家机构实施的证据强度分级评价、评估方法合规验证以及评估报告技术审查。

二是决策程序法治化。基本医疗保险目录调整应当建立多方见证机制，畅通多方利益主体的制度性参与渠道。在卫生技术评估的准备阶段，通过医事服务机构对真实世界疗效数据的供给、医药生产企业对卫生技术特性档案的提供、患者群体借助离散选择试验等工具对健康偏好参数的表达，实现评估证据链之完善，增强评估结果的外部效度。在卫生技术评估的实施阶段，为避免利益冲突对评估结果的影响，需先行利益冲突申报，由评估方主动披露利益关联，并确立包含预评估听证、中期结果公示、终审结论申诉的全透明化程序，允许利益相关方对项目申报、材料审核、评审依据予以查询或质疑，若对决策结果存在异议可提交证据申请复核转由第三方重新评估。在卫生技术评估的决策转化阶段，应将包含临床价值、经济价值及社会伦理影响在内的各类考察因素，深度嵌入基本医疗保险带量采购的谈判流程，通过成本效果阈值测算和预算影响分析优化医保支付价格的形成路径，在尊重资源配置效率及患者支付能力的基础上，推动药品、诊疗项目、医用耗材及其价格的动态调整，确保医疗保险给付决策既满足技术理性要求的严谨性，又合乎公共政策必需的正当性。

六、结 语

基本医疗保险之“保基本”，既是我国基本医疗保险制度可持续发展的理念，也是实现社会公平正义的理念。基本医疗保险透过社会风险共担与费用补偿机制，有效减轻人民诊疗费用负担，保障人民疾病医疗之“经济安全”，阻断“因病致贫、因病返贫”社会风险传导。然而，“保基本”理念之落地与基本医疗保险给付限度的法制建构，仍面临普惠性公平与差异性需求的结构性张力。未来制度优化需着眼以下3个方面：一是完善基本医疗保险给付法制，围绕基本医疗保险事故范围、医疗服务范围、费用分担范围，重塑和优化基本医疗保险给付的规范体系；二是建立基本医疗保障水平的联动调整机制，使之适应于经济社会发展、人口结构及疾病谱变迁，最终在基础医疗需求保障与多元化健康服务供给之间达成制度效能的最优均衡；三是健全多层次医疗保障体系，在基本医疗保险制度定型基础上，运用商业健康保险的精算优势与社会互助保险的灵活性，填补基本医疗保险的保障盲区，形成政府主导、市场参与、社会协同的医疗保障治理格局。

参考文献：

[1]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[J]．学术研究，2021(6)：80.

[2]吕国营．基本医疗保险实质上就是大病基本医疗保险[J]．中国医疗保险，2013(8)：43.

[3]高传胜．包容性发展视角下城乡居民大病保险新政再思考[J]．社会科学战线，2016(3)：204-205.

[4]何文，申曙光．医保“保小病”能否兼顾健康保障与费用控制？[J]．保险研究，2018(11)：93-106.

[5]田蒙蒙．基本医疗保险“保基本”的法理重释[J]．社会科学战线，2024(1)：209-218.

[6]王晨光．健康权：当代卫生法的基石[J]．人大法律评论，2019(2)：101-102.

[7]孙淑云．多层次医疗保障体系化的法律调整与优化重塑[J]．甘肃社会科学，2024(6)：130，138.

[8]丁建定．社会福利思想[M]．武汉：华中科技大学出版

社,2019：103-107.
[9]钟秉正．社会保险法论[M]．台北:三民书局股份有限公司,2005：115-116,205.
[10]陈绫珊．社会保险[M]．台北:华立图书股份有限公司,2008：82.
[11]孙淑云．整合城乡基本医疗保险的法律制度研究[M]．北京:人民出版社,2022：137,412.
[12]蔡维音．全民健康之给付法律关系析论[M]．台北:元照出版有限公司,2014：93-97.
[13]多伊普勒．德国劳动法[M]．王倩,译．上海:上海人民出版社,2016:246-247.
[14]沈政雄．社会保障给付之行政法学分析:给付行政法之再开发[M]．台北:元照出版公司,2011:8.
[15]杨燕绥．社会保险法精释[M]．北京:法律出版社,2011:56.
[16]李文静．医疗保险法律制度研究[M]．北京:中国言实出版社,2014:320.
[17]约斯特．医疗保障支付范围决策:国际比较研究[M]．汤晓莉,何铁强,译．北京:中国劳动社会保障出版社,2011:4.
[18]姚玲珍．德国社会保障制度[M]．上海:上海人民出版社,2010：160-161.
[19]李孜,刘宇刚,陈偲演,等．德国参考定价制度对我国非独家药品医保支付标准的启示[J]．中国医疗保险,2023(3):48-49.
[20]叶冬炜,王莉,刘叔文．卫生技术评估在欧洲 4 国的应用及对我国的启示[J]．中国药房,2022,33(1):4.
[21]蔡江南．医疗卫生体制改革的国际经验:世界二十国(地区)医疗卫生体制改革概览[M]．上海:上海科学技术出版社,2016：268.
[22]Gerlinger T. Health care reform in Germany[M]. German policy studies, 2010,6(1):107-142.
[23]华颖．德国社会保障制度[M]．北京:中国劳动社会保障出版社,2023：123-133.
[24]吕兰婷,付荣华．德国卫生技术评估决策转化路径及方法探析[J]．中国卫生政策研究,2017,10(4):52.
[25]李珍,赵青．德国社会医疗保险治理体制机制的经验与启示[J]．德国研究,2015,30(2):94-95.
[26]赵辉．国家谈判药品先行自付比例的制定策略研究[J]．中国医疗保险,2023(9):41-43.
[27]郑功成,赵明月．面向未来的高质量医疗保障制度建设[J]．中共中央党校(国家行政学院)学报,2022,26(6):112.
[28]郑功成．多层次社会保障体系建设:现状评估与政策思路[J]．社会保障评论,2019,3(1):9.
[29]赵昕锐,符诗卉,田磊．我国医疗保险诊疗项目目录动态调整机制探讨[J]．中国卫生经济,2021,40(12):26-30.
[30]胡敏洁．论医疗保障目录动态调整的程序法保障[J]．浙江学刊,2024(4):70.
[31]施文凯,吕兰婷．基本医疗保险循证决策体系构建:卫生技术评估的作用[J]．中国卫生政策研究,2019,12(11):77.
[32]肖非易,李雪,李睿,等．卫生技术评估在我国医保决策领域应用的挑战与对策[J]．中国医疗保险,2025(1):113.
[33]唐密,赵亮,杨燕,等．中国大陆与其他国家(地区)药物经济学评价指南的比较研究[J]．中国药物经济学,2018,13(9):9.
[34]范长生,王丽莉,吴久鸿．医保目录动态调整背景下完善创新药准入的思路探讨[J]．中国医疗保险,2020(5):66.
[35]栗燕杰．基本医疗保险的法治之道[J]．中国医疗保险,2018(10):11.
[36]孙淑云．改革开放 40 年:中国医疗保障体系的创新与发展[J]．甘肃社会科学,2018(5):27.
[37]李珍．论大病保险回归基本医疗保险的历史必然性[J]．社会保障评论,2024,8(2):88.
[38]柯木兴,林建成．漫谈社会保险与个人账户制[M]．台北:三民书局,2006：160.
[39]杨东升．给付行政之法律保留适用探讨[J]．南昌大学学报(人文社会科学版),2016,47(1):68.
[40]台湾社会法与社会政策学会．社会法[M]．台北:元照出版公司,2015:286.
[41]王锴．论基本权利限制的明确性要求[J]．法商研究,2025,42(2):130-131.

(本文责编:默　黎)