

中华人民共和国医疗保障法

(2026年8月28日第十四届全国人民代表大会常务委员会第二十四次会议通过)

目 录

- 第一章 总 则
- 第二章 医疗保障体系
- 第三章 医疗保障基金
- 第四章 医疗保障服务
- 第五章 监督管理
- 第六章 法律责任
- 第七章 附 则

第一章 总 则

第一条 为了维护公民的医疗保障合法权益，规范医疗保障关系，优化医疗保障服务，健全多层次全民医疗保障体系，推动医疗保障工作高质量发展，落实健康优先发展战略、推进健康中国建设，根据宪法，制定本法。

第二条 在中华人民共和国境内从事医疗保障相关的筹资运行、待遇支付、公共服务、基金使用、监督管理等活动，适用本法；本法未作规定的，适用《中华人民共和国社会保险法》等法律、行政法规的有关规定。

第三条 医疗保障工作坚持中国共产党的领导，坚持以人民为中心，遵循覆盖全民、统筹城乡、公平统一、安全规范、多层次、可持续的原则。医疗保障水平应当与经济社会发展水平相适应。

第四条 公民有依法参加基本医疗保险的权利和义务，按照规定享受相应的医疗保障待遇。

第五条 县级以上人民政府加强对医疗保障工作的领导，强化医疗保障能力建设，促进医疗、医保、医药协同发展和治理，统筹协调、研究解决医疗保障工作中的重大问题。

第六条 国务院医疗保障行政部门在职责范围内负责全国的医疗保障管理工作。国务院其他有关部门在各自职责范围内负责有关的医疗保障工作。

县级以上地方人民政府医疗保障行政部门在职责范围内负责本行政区域的医疗保障管理工作。县级以上地方人民政府其他有关部门在各自职责范围内负责有关的医疗保障工作。

第七条 国家加强医疗保障法律法规和医疗保障知识的宣传教育，引导公民树立和践行健康管理理念，提高健康素养、医疗保障法治意识和参保意识。

第二章 医疗保障体系

第八条 国家建立健全以基本医疗保险为主体的多层次全民医疗保障体系。

第九条 基本医疗保险包括职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险。国家逐步完善基本医疗保险制度，加强统筹协调，促进公平统一。

第十条 职工应当参加职工基本医疗保险。职工基本医疗保险费由用人单位和职工共同缴纳。

鼓励无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员参加职工基本医疗保险。具体办法由国务院医疗保障行政部门会同国务院有关部门制定。

职工基本医疗保险的缴费标准，由统筹地区人民政府按照国家规定的缴费基数和基准费率范围确定。

第十一条 未参加职工基本医疗保险且未享有国家其他医疗保障的公民应当参加城乡居民基本医疗保险。

城乡居民基本医疗保险实行个人缴费和政府补助相结合，缴费标准与经济社会发展水平、居民人均可支配收入水平相衔接，合理划分个人和政府的筹资责任。

城乡居民基本医疗保险的个人缴费、政府补助标准，由省、自治区、直辖市人民政府医疗保障行政部门、财政部门按照国家规定确定，或者指导统筹地区人民政府医疗保障行政部门、财政部门按照国家规定确定。

特困人员、最低生活保障家庭成员、符合条件的防止返贫致贫对象等参加城乡居民基本医疗保险的，其个人缴费部分按照规定给予资助。

第十二条 国家建立健全参保长效机制，优化参保服务，完善激励约束措施，促进参保人员连续参保。

第十三条 基本医疗保险为参保人员提供公平适度的待遇保障，待遇标准由省、自治区、直辖市人民政府医疗保障行政部门、财政部门按照国家规定确定，或者指导统筹地区人民政府医疗保障行政部门、财政部门按照国家规定确定。基本医疗保险的待遇标准应当有利于分级诊疗体系的发展。

基本医疗保险参保人员发生的符合基本医疗保险药品、医用耗材、医疗服务项目等目录的医药费用，以及法律规定或者国务院确定的其他费用，按照国家规定从基本医疗保险基金中支付。

基本医疗保险参保人员享受待遇的起始时间，由省、自治区、直辖市按照国家规定确定。

参保人员不得重复参加基本医疗保险，不重复享受基本医疗保险待遇。

第十四条 职工应当参加生育保险。生育保险费由用人单位缴纳，职工不缴纳。生育保险费与职工基本医疗保险费统一征缴。生育保险基金与职工基本医疗保险基金合并建账。

国家完善生育保险制度，推进扩大生育保险覆盖范围。

第十五条 生育保险参保人员按照国家规定享受生育医疗费用和生育津贴待遇，其未就业配偶按照国家规定享受生育医疗费用待遇，所需资金从职工基本医疗保险基金中支付。

第十六条 职工大额医疗费用补助对职工基本医疗保险参保人员发生的高额医药费用予以进一步保障。居民大病保险对城乡居民基本医疗保险参保人员发生的高额医药费用予以进一步保障。

职工大额医疗费用补助、居民大病保险的具体筹资方式、保障范围以及待遇标准，由省、自治区、直辖市人民政府医疗保障行政部门会同同级财政部门按照国家规定确定。

鼓励用人单位为职工建立企业补充医疗保险。

第十七条 对符合医疗救助条件的困难人员给予相应的医疗救助。医疗救助的对象、方式和标准，依照有关医疗救助的法律、法规规定执行。

第十八条 国家鼓励发展商业健康保险、与医疗保障有关的慈善捐赠、医疗互助等，满足多样化健康保障需求。

第三章 医疗保障基金

第十九条 医疗保障基金包括基本医疗保险基金、医疗救助基金等。

医疗保障基金应当执行国家统一的财务和会计制度，专款专用，任何单位和个人不得隐匿、转移、侵占、挪用。

第二十条 税务机关应当按照规定征缴基本医疗保险费（含生育保险费）。基本医疗保险基金纳入社会保障基金财政专户管理。

第二十一条 医疗救助基金通过财政预算、社会捐赠等多渠道筹集，实行专项管理、专账核算，纳入社会保障基金财政专户管理。

县级以上地方人民政府根据经济社会发展水平和财力状况，合理安排医疗救助补助资金。

第二十二条 基本医疗保险基金管理遵循以收定支、收支平衡的原则，确保基金稳定、可持续运行。

统筹地区人民政府建立基本医疗保险基金风险管控机制，加强基金精算分析，构建中长期收支平衡机制和应急处置机制，保障基本医疗保险基金按照规定支付。

基本医疗保险基金预算应当按照收支平衡的原则编制。财政部门会同医疗保障行政部门加强基本医疗保险基金预算执行监督，强化预算绩效管理。

国家推进基本医疗保险省级统筹。

第二十三条 基本医疗保险基金支付范围由国务院医疗保障行政部门组织制定。

基本医疗保险基金支付范围的确定，应当立足基本医疗保险基金承受能力，满足参保人员合理医疗需求，坚持中西医并重，促进药品、医疗器械合理使用和医药服务质量提升。

省、自治区、直辖市人民政府可以按照国家有关规定，补充确定本行政区域基本医疗保险基金支付的具体项目和标准，并报国务院医疗保障行政部门备案。

第二十四条 国务院医疗保障行政部门应当对纳入支付范围的基本医疗保险药品、医用耗材、医疗服务项目等目录组织开展循证医学和经济性评价。评价结果应当作为确定、调整基本医疗保险基金支付范围的依据。

第二十五条 国务院医疗保障行政部门组织制定基本医疗保险基金支付范围、组织开展循证医学和经济性评价时，应当听取国务院卫生健康、中医药、疾病预防控制、药品监督管理、发展改革、民政、人力资源社会保障、工业和信息化、财政、市场监督管理等部门的意见，并采取适当方式听取医疗机构、药品经营单位、相关企业、专家和参保人员的意见。

第二十六条 国家建立并完善药品、医用耗材集中采购制度。

国家健全基本医疗保险基金支付机制，针对不同医疗服务特点，实行多元复合式医疗保险支付方式，实施并完善符合中医药服务特点的支付方式。

第二十七条 发生重大传染病疫情等紧急情况时，国务院医疗保障行政部门在听取国务院卫生健康、中医药、疾病预防控制、药品监督管理、工业和信息化等部门意见的基础上，可以会同国务院财政部门提出对基本医疗保险基金支付范围的临时调整方案，报国务院批准后实施。

第二十八条 基本医疗保险实行医疗机构、药品经营单位定点管理。

实行定点管理的医疗机构、药品经营单位（以下统称定点医药机构）应当建立并执行医疗保障基金使用内部控制制度，由专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作，组织开展医疗保障基金使用相关制度、政策的培训，定期检查本单位医疗保障基金使用情况。

定点医药机构应当妥善保管与医疗保障基金使用有关的资料，及时向医疗保障经办机构报送医疗保障基金使用相关数据，并向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需的必要信息。

第四章 医疗保障服务

第二十九条 国家建立健全医疗保障公共服务体系,规范统一医疗保障公共服务事项清单,提高服务标准化、规范化、便利化水平,实现医疗保障公共服务城乡全覆盖。

第三十条 医疗保障经办机构开展参保登记、关系转移、个人权益记录、待遇核定和支付、查询和咨询服务、医疗保障服务协议管理、核定国家规定情形的应缴费额等工作。

医疗保障经办机构应当建立并执行业务、财务、安全和风险管理等内部控制制度。

第三十一条 医疗保障经办机构应当建立健全集体协商谈判机制,与符合条件的医疗机构、药品经营单位签订医疗保障服务协议,规范医药服务行为,合理确定定点医药机构的医疗保障基金预算金额和拨付时限,明确双方违反服务协议的行为及其责任。医疗保障行政部门应当加强对服务协议订立、履行等情况的监督。

第三十二条 医疗保障行政部门、医疗保障经办机构建立健全基本医疗保险、职工大额医疗费用补助、居民大病保险、医疗救助等相衔接的医药费用直接结算机制,推行联网结算,提升结算效率。

参保人员在定点医药机构发生的医药费用中应当由医疗保障基金支付的部分,医疗保障经办机构审核后应当按照协议约定及时足额直接结算并拨付;因特殊情况不能直接结算并拨付的,参保人员可以向医疗保障经办机构申请报销。

医疗保障行政部门、医疗保障经办机构应当完善异地就医医药费用直接结算制度,优化异地就医直接结算服务。异地就医的参保人员在定点医药机构发生的医药费用中应当由医疗保障基金支付的部分,医疗保障经办机构应当按照规定审核后及时足额直接结算并拨付。

第三十三条 医疗保障经办机构应当加强对定点医药机构医疗保障基金使用相关制度、政策的培训和指导。

定点医药机构违反医疗保障服务协议的,医疗保障经办机构按照服务协议约定给予相应处理,定点医药机构及其相关责任人员有权进行陈述、申辩。

医疗保障经办机构违反医疗保障服务协议的,定点医药机构有权要求其纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改。

第三十四条 定点医药机构应当按照医疗保障基金使用管理等要求,严格执行实名就医、购药管理规定,按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务,遵守药品、医疗器械信息化追溯制度。

定点医药机构可以按照国家有关规定和医疗保障服务协议开展远程诊疗、在线复诊等互联网医疗服务。

第三十五条 参保人员应当持本人社会保障卡或者医保电子凭证就医、购药。参保人员有权要求定点医药机构依法如实出具费用单据和诊疗相关资料。

参保人员应当妥善保管本人社会保障卡、医保电子凭证，防止他人冒名使用。因特殊原因需要委托他人代为购药的，应当提供委托人和受托人的身份证明。

第三十六条 医疗保障行政部门通过医疗保障信息平台实现数据有效有序共享、运用。

医疗保障行政部门应当加强医疗保障信息平台数据处理全过程管理，规范数据管理和应用权限，保障数据安全和网络安全。

第五章 监督管理

第三十七条 县级以上人民政府应当向本级人民代表大会常务委员会报告医疗保障基金的收支、管理、监督检查等情况，依法接受监督。

第三十八条 医疗保障行政部门应当加强对医疗保障经办机构、用人单位、定点医药机构等单位 and 参保人员等个人遵守医疗保障法律、法规情况的监督检查。

财政部门、审计机关按照各自职责对医疗保障基金的收支、管理情况实施监督。

医疗保障经办机构应当定期向社会公布基本医疗保险参保情况以及医疗保障基金收入、支出、结余等情况，接受社会监督。

第三十九条 医疗保障行政部门应当加强与卫生健康、药品监督管理等有关部门的信息共享、分工协作，建立沟通协调、联合检查、联合通报、案件移送等机制。

第四十条 医疗保障行政部门依法履行职责，实施监督检查，有权采取下列措施：

（一）实施现场检查；

（二）查阅、记录、复制与监督检查有关的资料，对可能被转移、隐匿、灭失的资料予以查封、扣押；

（三）询问与检查事项有关的单位和个人，要求其对与检查事项有关的问题作出说明、提供证明材料；

（四）对隐匿、转移、侵占、挪用医疗保障基金的行为予以制止并责令改正；

（五）法律、行政法规规定的其他措施。

医疗保障行政部门实施监督检查时，被检查单位和个人应当配合，不得拒绝、阻碍检查或者谎报、瞒报。

第四十一条 医疗保障行政部门建立智能监督管理制度,对医疗保障基金使用情况实施动态智能监控。

第四十二条 国家鼓励公民、法人和其他组织对医疗保障工作进行监督。

任何单位和个人对违反医疗保障法律、法规的行为有权进行举报、投诉。医疗保障行政部门、税务机关、医疗保障经办机构等应当畅通举报、投诉渠道,对属于职责范围内的举报、投诉,应当依法处理;对不属于职责范围内的举报、投诉,应当书面通知举报人、投诉人并移交有权处理的部门、机构处理。有权处理的部门、机构应当及时处理,不得推诿。

医疗保障行政部门、税务机关、医疗保障经办机构等应当对举报人的信息予以保密,对查证属实的举报,按照国家规定给予举报人奖励。举报奖励所需资金按照国家规定安排。

第四十三条 医疗保障行政部门、税务机关、医疗保障经办机构、定点医药机构等单位及其工作人员对从事医疗保障相关工作中知悉的国家秘密、工作秘密、商业秘密、个人隐私和个人信息,依法负有保密义务。

第四十四条 医疗保障行政部门应当建立定点医药机构及其工作人员、用人单位、参保人员等的信用管理制度。

第六章 法律责任

第四十五条 国家工作人员在医疗保障工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的,依法给予处分。

第四十六条 医疗保障经办机构及其工作人员有下列情形之一的,由医疗保障行政部门责令改正;给医疗保障基金造成损失的,依法承担赔偿责任;对负有责任的领导人员和直接责任人员依法给予处分:

(一)未按照规定和医疗保障服务协议约定结算并拨付应当由医疗保障基金支付的费用;

(二)克扣或者拒不按时支付医疗保障待遇;

(三)丢失或者篡改缴费记录、享受医疗保障待遇记录等医疗保障数据、个人权益记录;

(四)未建立并执行医疗保障经办内部控制制度;

(五)未定期向社会公布基本医疗保险参保情况或者医疗保障基金收入、支出、结余等情况;

(六)其他违反医疗保障法律、法规的情形。

第四十七条 定点医药机构未建立并执行医疗保障基金使用内部控制制度的,被检查单位和个人拒绝、阻碍检查或者谎报、瞒报的,由医疗保障行政部门

责令改正，并可以约谈有关负责人；拒不改正的，处一万元以上五万元以下的罚款。

第四十八条 定点医药机构违法使用医疗保障基金的，由医疗保障行政部门责令改正，并可以约谈有关负责人；造成医疗保障基金损失的，责令退回，处造成损失金额一倍以上二倍以下的罚款；拒不改正或者造成严重后果的，责令其暂停相关责任部门或者人员六个月以上一年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务。

个人违法使用医疗保障基金的，由医疗保障行政部门责令改正；造成医疗保障基金损失的，责令退回；属于参保人员的，还应当采取暂停其医药费用联网结算三个月至十二个月的管理约束措施。

第四十九条 以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保障基金支出的，由医疗保障行政部门责令退回，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款；属于医疗保障经办机构的，还应当对其负有责任的领导人员和直接责任人员依法给予处分；属于定点医药机构的，还应当责令其暂停相关责任部门或者人员六个月以上一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医疗保障服务协议；属于参保人员的，还应当采取暂停其医药费用联网结算三个月至十二个月、限制其接受服务的定点医药机构范围等管理约束措施。

实施前款规定的违法行为，负有责任的人员为医师的，还应当依照《中华人民共和国医师法》的规定予以处罚。

第五十条 定点医药机构违反本法规定，造成医疗保障基金重大损失或者严重不良社会影响的，对其法定代表人或者主要负责人依法给予处分，五年内禁止其从事定点医药机构管理活动。

第五十一条 隐匿、转移、侵占、挪用医疗保障基金的，由医疗保障行政部门、财政部门、审计机关按照各自职责责令追回；有违法所得的，没收违法所得；对负有责任的领导人员和直接责任人员依法给予处分。

第五十二条 医疗保障行政部门、税务机关、医疗保障经办机构、定点医药机构等单位及其工作人员违反本法规定的保密义务，对负有责任的领导人员和直接责任人员依法给予处分。

第五十三条 违反本法规定，给有关单位或者个人造成损害的，依法承担民事责任。

违反本法规定，构成违反治安管理行为的，依法给予治安管理处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第七章 附 则

第五十四条 商业健康保险、与医疗保障有关的慈善捐赠、医疗互助等依照有关法律、法规规定执行。

第五十五条 国家建立健全长期护理保险制度。长期护理保险的筹资运行、待遇保障、基金使用、监督管理等的具体办法，由国务院医疗保障行政部门会同国务院有关部门参照本法有关基本医疗保险的规定制定。

第五十六条 本法自 2027 年 1 月 1 日起施行。