

论全民健康促进型地方立法的规范性质与实践困境

王晶晶

(苏州大学, 江苏 苏州 215031)

摘要: 地方健康促进立法是落实健康中国战略的重要制度载体。制度实践显示, 此类立法大量运用倡导性规范, 陷入法律责任模糊、激励机制虚化, 跨部门协同机制失灵, 公权力干预与个人健康自主的边界划定等困境。既有研究多局限于促进型立法的概念梳理, 未能解释柔性条款何以产生现实约束力。倡导性规范的实效依托法律对社会秩序的软性引导, 通过程序约束、配套激励与部门协同机制完善, 可以为地方健康立法完善提供制度方案。

关键词: 促进型立法; 健康权保障法治化; 程序约束; “活法”

DOI: doi.org/10.70693/202606302766

引言

经过多年的建设, 特别是历经重大突发公共卫生事件的考验与推进, 我国已经形成了以宪法为根本依据, 以传染病防治、突发公共卫生事件应对为核心, 涵盖多个层级和领域的复合型公共卫生法治体系。²我国公共卫生法治正逐步从“被动防御”向“主动健康促进”转型, 健康促进型法律体系以《基本医疗卫生与健康促进法》为引领, 涵盖《精神卫生法》《母婴保健法》《职业病防治法》以及控烟、全民健身等相关法规。2026年1月1日正式施行的《杭州市全民健康促进条例》³是全国首部聚焦“全民健康促进”实现地方立法的规范。该条例共10章54条, 涵盖健康服务、健康保障、健康环境、健康生活、健康影响评估、健康产业、数智健康等内容, 其出台标志着我国健康促进立法从省级专项立法向市级综合立法延伸, 为全国健康城市建设提供了可复制、可推广的实践样本。河南、上海、四川、江苏等省市相继完成健康促进地方立法, 这些地方立法大量采用倡导性规范, 属于典型的促进型立法。与这一立法实践相呼应, 学术界围绕健康权的规范内涵、促进型立法的法理基础以及地方健康立法的实证分析展开了持续探讨。地方全民健康促进条例以保障公民健康权为核心宗旨, 涵盖了控烟、限酒、心理健康服务、健康信息采集、健身设施建设等多个领域, 体现了立法对公民健康福祉的积极关切。

埃里希(Eugen Ehrlich)的“活法”(living law)理论为我们提供了重要的理论资源——法律并非仅仅是国家制定的成文法条, 更是植根于社会群体内在秩序的“活法”。⁴健康促进立法的实效性, 恰恰取决于其能否有效识别、整合并引导社会生活中已然存在的健康惯习。与此同时, 卢曼(Niklas Luhmann)的系统论启示我们, 法律系统与健康生活世界的“结构耦合”(structural coupling), 构成了软法产生硬效果的深层机制。⁵

本文以地方全民健康促进条例为研究对象, 分析其规范特征、运作逻辑与实践困境, 试图回答: 健康促进立法的实效性来源于何处?“活法”如何入法? 国外健康权司法救济经验提供了哪些启示? 通过对这一问题的探讨, 本文希望从法理上为促进型立法的理解、适用提供新的视角, 并为地方健康立法的完善提供参考。

一、地方全民健康促进条例立法现状

我国地方健康促进立法尚处于起步探索阶段。由于“健康促进”概念具有广泛外延, 涉及控烟、全民健身、

作者简介: 王晶晶(2002—), 女, 硕士研究生, 研究方向为法学理论。

² 徐绪卿. 加强顶层设计坚定分类管理促进健康发展——对《中华人民共和国民办教育促进法实施条例(修订草案)(送审稿)》讨论的几点思考[J]. 国家教育行政学院学报, 2018, (09): 43-48.

³ 杭州市人民代表大会常务委员会. 杭州市全民健康促进条例[N]. 杭州日报, 2025-11-27(01).

⁴ [奥]尤金·埃里希:《法社会学原理》, 舒国滢译, 北京: 中国大百科全书出版社 2009 年版。

⁵ [德]尼克拉斯·卢曼:《法律的自我复制及其限制》, 韩旭译, 载《北大法律评论》第2卷第2辑, 北京大学出版社 1999 年版。

精神卫生、中医药等领域的专项立法数量更为庞大（如全国绝大多数省份均已出台《爱国卫生条例》《全民健身条例》等），但此类立法不属于本文“地方健康促进条例”的研究范畴。以“健康促进”命名的综合性地方性法规数量有限，主要以设区的市地方性法规和自治县自治条例为主要立法层级。根据公开信息统计，整理目前全国范围内已出台或正在审议的、具有代表性的健康促进类地方性法规及条款情况如下：

表 1 部分地方性法规及条款情况表

序号	规范名称	健康促进类地方性法规及条款情况
1	《杭州市全民健康促进条例》	杭州市人大常委会，设区的市地方性法规，已通过，于 2026 年 1 月 1 日起正式施行。该条例在全国率先聚焦全生命周期体重管理与健康影响评估。
2	《上海市爱国卫生与健康促进条例》	上海市人大常委会，省级地方性法规，已施行（全面进入常态化贯彻落实阶段）。该法规取代了传统单一的条块立法，实现了爱国卫生与健康促进的体系效能整合。
3	《深圳经济特区健康条例》	深圳市人大常委会，经济特区法规，已施行，自 2021 年 1 月 1 日起实施。
4	《五峰土族自治县健康促进条例》	五峰土族自治县人大，自治条例，已施行，自 2024 年起实施。
5	《珠海经济特区健康促进条例（草案）》	珠海市人大常委会，经济特区法规，目前已列入立法规划并处于审议推进阶段。

随着地方健康促进立法的陆续出台，相关实证研究也逐渐增多。从宏观层面看，我国卫生健康法律规范体系日益完善。当下，专家指出，应统筹推进法律规范制度完善、依法行政、法治宣传教育等工作，为全面建成健康中国提供坚实法治保障。在健康影响评估制度这一具体领域，国家卫健委于 2014 年在全国健康促进县（区）建设中启动试点工作，积极探索公共政策的健康影响评估。宜昌、杭州、深圳、银川、威海等城市先后制定了健康影响评估制度或试点方案，杭州市还发布了国内首个《公共政策健康影响评估规范》地方标准。2025 年 5 月，湖北省宜昌市人民政府发布的《宜昌市健康影响评估暂行规定》是健康影响评估领域第一个专门性地方政府规章。⁶“民主、平等、可持续发展和合伦理的证据使用等健康影响评估立法的价值目标被确认为共识，评估程序至少包括筛选、界定范围、评估、报告和监测五个基本步骤。

当然，当前当前我国地方健康促进立法数据统计关于健康促进地方立法的文本统计与样本选择上，存在局限特此说明，这构成了本研究需要进行方法论补强的背景原因。

第一，立法草案公开机制的不透明性引致的统计非穷尽。部分省市人大常委会正在审议的健康促进立法草案、阶段性征求意见稿尚未公开全文，导致实证研究在捕捉动态立法样本时存在信息不对称，统计难以做到绝对穷尽。

第二，立法命名方式的多元异质性引致的统计口径泛化。各地立法实践中语词使用不一，部分法规虽未直接冠以“健康促进”之名，但其在实质内容与规范建构上大量涉及健康促进的积极给付责任（如传统的《爱国卫生条例》或专门的《控制吸烟条例》）。统计口径界定的宽严程度，直接影响了实证分析的数据完整性。

第三，战略推进的动态性与统计静态节点的时效张力。随着“健康中国”战略由政策动员向制度化法治化深水推进，预计未来五年将有更多城市和法域正式启动健康促进立法进程。本研究所依托的文本数据，仅代表截至 2026 年现阶段的阶段性立法存量状态，具有转型期法治研究特有的动态变化特质。

上述立法统计的局限性恰恰证明了，由于各地在以健康促进为名立法、标准设定以及给付内容上的模糊与不清晰（如上海、杭州与深圳的差异），更加凸显了单靠实体条文统计的无力。在标准和口径如此不一的背景下，如何通过程序性的健康影响评估机制与跨部门协调程序来规制地方行政机关的推诿与裁量，才是超越静态条文统计、建构整全性健康保障路径的法理关键。

二、健康促进进行法治化的实践困境

尽管健康促进立法在规范类型上呈现出日益丰富的制度形态，在理论层面建构了多层次的法律运作机制，但从目前的地方立法实践来看，相关规定的落实情况并不乐观。综观现有研究，学术界在健康权理论、促进型立法

⁶ 宜昌市人民政府：宜昌市健康影响评估暂行规定[R]。宜昌：宜昌市人民政府公报，2025：第 5 期。

法理以及地方健康立法实证分析等方面取得了较为丰硕的成果。健康权的复合性规范构造得到深入阐释,促进型立法的规范特征日益明晰,地方健康立法的实践探索也被初步纳入研究视野。

(一) 责任条款模糊与激励措施虚化

促进型立法作为与传统管理型立法相区别的法律类型,近年来受到学界的持续关注。李艳芳较早对促进型立法进行了系统研究,认为促进型立法主要应用于规模尚未形成或者基础薄弱、需要鼓励引导的领域,主要解决供给不足的问题,是一种前瞻性立法。这一研究奠定了促进型立法研究的基本框架。⁷

在依法治国与以德治国相结合的背景下,因应改革状态下中国式法治现代化建设的实际需求,处于道德与法律交界处的“促进型立法”得以诞生与发展。从规范视角考察,促进型立法在规范效力上以倡导性规则为主,兼具弱强制性与强激励性;在权利义务安排上以授权性规则为主,兼具开放性与发展性。正是这些独特属性决定了该类立法的促进功能,主要表现为“刚柔相济”发挥法治的规范和德治的教化功能、“先行先试”形成目标导向并促进公众参与以及“精准滴灌”形成对重点领域突出问题的有效治理。在促进型立法的规范分析方面,有学者运用规范分析方法对我国促进型立法的体例结构、高频语词、规范要素进行了分析,指出促进型立法在体系结构、高频语词以及主体、内容、责任等方面与传统法律规范模式大有不同,对传统的法律规范结构提出了挑战。促进型立法应当严格遵守立法的合法性、必要性、现实性和可执行性原则,避免造成公共资源浪费,损害法律的权威。

健康促进立法的规范困境首先体现为责任条款的模糊性。对多部地方健康促进条例的文本分析显示,涉及政府职责的条款普遍存在有关部门、相关主管部门、相应部门等概括性表述。以《深圳经济特区健康条例》第四条为例,规定“市、区人民政府应当加强对健康工作的领导,将健康工作纳入国民经济和社会发展规划,建立健全健康工作协调机制”,但对于具体由哪个部门牵头协调、各部门的具体职责边界如何划分,条例未作明确规定。《五峰土族自治县健康促进条例》第四条⁸规定“自治县人民政府有关部门在各自职责范围内做好健康促进相关工作”,同样采用了“有关部门”的模糊指称。这种概括性规定在立法技术上固然有其灵活性考虑——便于适应政府机构调整、避免频繁修法,但在实施层面却可能导致实践中出现多头管理与无人负责并存的尴尬局面。当公民发现健康步道被占用、社区健康教育缺位、公共健身设施损坏时,往往不知道向哪个部门投诉、通过何种途径维权。责任条款的模糊性不仅削弱了立法的可操作性,也消解了公民监督的制度空间。

与责任条款模糊性相伴而生的是激励措施的普遍虚化。“对在健康促进工作中做出突出贡献的单位和个人,按照有关规定给予表彰和奖励”——类似条款在各地健康促进条例中反复出现,此类规范几乎成为条例的标准配置。然而,突出贡献的认定标准有待考察,表彰和奖励的具体形式与力度及负责部门也未明确。从法理角度审视,此类条款属于典型的法内倡导性规范,它们表达了立法者的价值取向和政策导向但缺乏完整的规范结构(行为模式+法律后果),难以产生直接的法律约束力。当激励性条款始终停留在原则层面,无法转化为可申请、可评审、可认定的具体制度时,其行为引导功能便大打折扣。原则性条款沦为宣示性条款,成为健康促进立法“软法困境”的典型表征。进一步分析,激励措施虚化的深层原因在于立法者对社会主体参与健康促进的制度激励需求认识不足。健康促进作为一项公共事务,需要政府、市场、社会多元主体的协同参与。社会组织、企业、个人参与健康促进的动力来源复杂多元,既有公益情怀,也有利益考量。单纯依靠表彰、奖励这类符号性表述,难以调动实质性的社会资源投入。从比较法视角观察,美国公共卫生立法中的激励措施往往与税收优惠、政府采购优先、特许经营等实质性利益挂钩,形成了更具操作性的激励制度体系。我国地方健康促进立法在激励措施的精细化设计方面仍有较大提升空间,需要从原则宣示走向细则配套,使激励性规范真正具备引导行为、调动资源的制度功能。

(二) 部门协同不足与基层执行乏力

健康促进立法的实践困境突出表现为部门协同机制的缺失。健康促进是一项典型的跨领域公共事务,涉及卫生健康、教育、体育、生态环境、城市规划、市场监管、民政等多个职能部门的职责范围。以中小学生心理健康促进为例,既需要教育部门落实学校心理健康课程与辅导服务,又需要卫生健康部门提供专业医疗资源与技术支持,还需要民政部门协同社区力量进行家庭支持,更涉及财政部门的经费保障。然而,对现有地方立法的考察表明,多数条例对部门协同缺乏明确有效的制度安排。《深圳经济特区健康条例》第六条规定“市、区卫生健康部门根据职责负责本行政区域内健康深圳建设相关工作的统筹实施”,但统筹协调机制的组成方式、运行程序、决策效力等核心要素均未细化。实践中可能出现:卫健部门大力推行健康教育进校园,但学校因课时紧张、升学压力而消极配合;体育部门积极推进健身设施建设,但规划部门无法配套用地指标;市场监管部门实施健康警示标识检查,但基层执法力量严重不足。条块分割、部门壁垒、信息孤岛等问题,使健康促进的协同合力难以真正形

⁷ 李艳芳.“促进型立法”研究[J].法学评论,2005,(3):100-106.

⁸ 五峰土族自治县人民代表大会.五峰土族自治县健康促进条例[N].三峡日报,2024-03-15(02).

成。部门协同困境的法理根源在于组织法缺失与程序法不足两大矛盾。拉伦茨强调,法律规范的完整实现需要组织规范与程序规范的配套支撑。实体规范规定了应当做什么,组织规范与程序规范则解决了由谁做、怎么做的问题。⁹地方健康促进立法普遍将重心放在实体规范层面,对组织保障与程序设计着墨不多。

基层执行乏力是健康促进立法的另一实践困境。许多条例将健康促进任务层层分解,要求乡镇人民政府、街道办事处开展健康促进活动、组织健康教育、配备健康设施。但与此配套的人员编制、经费保障、专业培训往往未能同步落实。《五峰土家族自治县健康促进条例》第四条规定“乡(镇)人民政府协助做好本行政区域内的健康促进工作”,但对于乡镇一级如何协助组织、经费从何而来、人员如何配置等问题未作规定。基层干部在调研中坦言:“条例要求很多,但人手有限、经费有限,只能挑容易做的、能看得见的先做。有些要求根本无法落实,只能停留在文件上。”。

(三) 国家干预与个人自主的边界待厘定

健康促进立法面临一个根本性的价值张力:国家有权干预公民的生活方式吗?当法律倡导合理膳食、适量运动,当政府推行健康体重管理、健康行为干预时,其正当性边界究竟在哪里?¹⁰

健康权具有双重规范结构。作为社会权面向的健康权,要求国家积极作为,采取立法、行政、财政等措施,为公民健康权的实现创造制度条件与物质基础。健康权作为一切健康诉求的规范基础,构成健康中国制度化建设的基石性权利。学界对健康权的研究主要围绕其权利属性、规范构造和国家义务展开。在中国语境下,健康权呈现为一种公私复合、消极属性与积极属性交融的综合性权利。张帅宇从宪法教义学角度进一步分析,认为健康权在防御权功能面向指向“风险—危险—侵扰”为递进阶段的生理损害和内心痛苦,在受益权功能面向则以宪法上的最低保护水平为实现要求,通过国家履行最低医疗卫生照顾义务和基本健康促进义务来界定健康权的积极获益内容。¹¹在健康权的法治保障路径上,学者们形成了较为系统的认识。武亦文与王和民提出,我国语境下的“健康促进”应解释为健康权的完整实现,其实现进路应运用“健康融入万策”框架。该框架应当包含政策论证制定机制、跨部门合作机制、健康审查机制和健康报告机制四大部分。¹²温世扬、刘景琪则从私法角度探讨了健康权的规范供给问题,指出《民法典》及相关司法解释虽推动了健康权保护规范的更新,但因规范的笼统性存在权利边界不清晰、权能构造未臻完善、行为规范与救济路径供给不足等问题。¹³关于健康权的私权边界,温世扬等学者认为,健康权与身体权的区分关键在于人身侵权行为是否造成人体组织器官的结构破坏或功能障碍。健康权人对健康利益不享有支配权。联合国经济、社会及文化权利委员会联合世界卫生组织在《第14号一般性意见》中明确指出,国家负有“尊重、保护、落实”健康权的三层义务——尊重义务要求国家不得干预个人健康自主,保护义务要求国家防范第三方健康风险,落实义务要求国家积极提供健康服务。健康促进立法正是国家履行健康权保护义务与落实义务的重要制度载体。¹⁴然而,作为自由权面向的健康选择,同样要求国家尊重个人自主——个体有权选择不健康的生活方式,有权拒绝国家对其行为的干预与引导。当健康倡导走向健康规训,当建议异化为要求,当柔性引导异化为隐性强制,就可能逾越国家干预的正当边界,侵害公民的自主选择权。

这一张力在健康促进立法实践中呈现出多种具体形态。信息性措施中的健康警示标识,看似仅提供信息而不强制行为,但其背后的行为心理学预设是“通过信息引导改变行为偏好”。当强制信息披露要求过于严苛,可能导致经营者被贴上“不健康”标签,实质影响其商业利益——这便产生了健康信息规制与营业自由的冲突。激励性措施中的税收优惠与财政补贴,看似仅提供激励而不进行强制,但当激励机制形成“健康行为受益、不健康行为受损”的制度环境时,实质产生了行为引导的强制效果。法律家长主义主张国家有权在一定条件下干预个人行为,以保护个人免受自身不明智选择的伤害。弱家长主义允许对信息不对称、认知能力受限的行为进行干预;强家长主义则主张国家有权对成年人完全自主的、但被视为“不理性”的选择进行干预。健康促进立法中的控烟规定、限酒措施、含糖饮料禁令,在不同程度上都带有家长主义色彩。如何在保障公共健康与尊重个人自主之间寻求平衡,既是健康促进立法的价值难题,也是检验法治国家正当性边界的试金石。美国公共卫生法学界提出的“跨

⁹ [德]卡尔·拉伦茨:《法学方法论》,黄家镇译,商务印书馆2020年版。

¹⁰ 田蒙蒙.“健康中国”的法理内涵及实现路径[J].河南财经政法大学学报,2026,41(2):37-51.

¹¹ 张帅宇.论宪法健康权的保护范围[J].人权,2025,(2):123-145.

¹² 武亦文,王和民.论健康促进实现的法治保障——以“健康融入万策”框架为基础[J].武汉大学学报(哲学社会科学版),2024,77(2):159-170.

¹³ 温世扬,刘景琪.健康权的私法内涵与规范供给[J].国家检察官学院学报,2025,33(2):130-145.

¹⁴ UN COMMITTEE ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS. General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (Art. 12)[R]. Geneva: United Nations, 2000: paragraphs 33-37.

学科方法”强调，健康干预应当遵循“证据本位”¹⁵。只有当干预措施具有充分的科学依据、能够切实改善公共健康时，其对个人自由的限制才可能具有正当性。这一思路为我国健康促进立法的价值权衡提供了有益参照。

综上所述，规范层面的模糊与虚化削弱了立法的可操作性，实践层面的协同不足与执行乏力制约了规范的实效性，价值层面的张力则提出了更深层次的正当性质疑。

三、地方健康促进立法的完善进路

基于上述规范类型分析与实践困境诊断，地方全民健康促进条例的完善应当聚焦“实效性”这一核心问题，在充分尊重软法特性的前提下，寻求增强规范效力的制度路径。健康促进立法的根本目标不是建立一套严密的法律强制体系，而是通过多样化的规范类型，有效引导社会行为、保障公民健康权。因此，应当在尊重健康促进立法基本属性的基础上，通过制度设计的精细化与程序保障的完备化，推动立法从政策宣示走向规范治理。

（一）明确政府责任，强化程序约束

破解责任条款模糊性的关键，不在于简单地将“有关部门”替换为具体部门名称，那样反而可能导致立法因机构调整而过时，而在于通过程序性规定强化责任的确定性与可监督性。程序约束是软法发挥效力的核心机制。具体而言，可以从以下几个方面完善制度设计：其一，建立部门职责清单制度，授权政府在条例实施后一定期限内（如六个月）编制并公布健康促进部门职责清单，明确牵头部门、配合部门及其具体职责，使“有关部门”的模糊指称在实施层面得以具体化。《深圳经济特区健康条例》第六条规定的“健康工作协调机制”¹⁶可以进一步细化为职责清单编制与动态调整机制，将抽象的协同要求转化为可操作的职责划分。其二，规定履职时限与报告制度，要求有关部门定期向本级人民政府或人大常委会报告健康促进职责履行情况，将履职进展纳入绩效考核体系。《杭州市全民健康促进条例》可借鉴预算公开、环保督察等领域的制度经验，建立健康促进年度报告制度，使政府履职情况可查询、可监督。其三，设置公众监督渠道，建立健康促进投诉举报平台，明确投诉处理时限与反馈程序，使公民在发现健康步道被占用、健康教育缺位时，能够找到明确的投诉对象与救济途径。程序性约束的核心逻辑在于：通过透明化、可问责的程序设计，将“应当”的要求转化为可操作、可监督的制度安排，使政府责任从抽象规范走向具体实践。以日本为例，日本在健康促进立法方面积累了丰富的经验。日本健康立法的显著特点是体系完善、分类精细。日本制定了《健康增进法》《母子保健法》《职业卫生法》等一系列专门法律，实现了对不同人群健康权益的全覆盖保护。每类人群都有相应的法律可依、有标准可参照。在具体制度层面，日本《健康增进法》整合了此前分散在《食品卫生法》《营养改善法》等法律中的相关规定，形成了统一的健康促进法律框架。该法规定了健康检查、保健指导、特定保健指导等制度，并以法律形式明确了国家和地方公共团体、医疗保险人、企业、国民等多元主体在健康促进中的责任义务。

程序约束的强化还需要与法律责任的明确相衔接。对于禁止性措施，应当保持罚则的明确性与可操作性；对于服务性措施，虽然不宜直接设置罚则，但可以引入行政问责、绩效考核、公众评议等软性约束机制。法律责任不仅包括制裁性责任，也包括监督性责任、说明性责任、补救性责任。健康促进立法的完善，应当根据不同类型规范的特征，配置多元化的责任形式，使责任条款真正发挥约束功能。

（二）细化激励机制，增强可操作性

激励措施要产生实效，必须从原则走向细则。从美国公共卫生立法的经验来看，有效的激励机制通常具备三个特征：激励标准明确、激励方式具体、激励程序公开。我国地方健康促进立法的完善，应当借鉴这一经验，在条例出台后及时配套《健康促进激励实施办法》等规范性文件，对激励机制的运行作出系统规定。

具体而言，细化激励机制需要解决三个核心问题：第一，激励对象的具体化。“突出贡献”作为不确定法律概念，需要通过类型化思维加以具体化。可以借鉴拉伦茨的类型化方法，建构“突出贡献”的典型示例类型——例如，长期参与健康促进志愿服务的个人、在健康社区建设中成效显著的单位、研发健康促进创新产品的企业等。对每一类型设置可操作的认定指标，使“突出贡献”从抽象概念转化为可衡量、可比较的实践类型。第二，激励方式的明确化。“表彰和奖励”的具体形式应当予以明确——表彰是何种层级（县级、市级、省级）？奖励是精神奖励还是物质奖励？物质奖励的金额标准如何确定？税收优惠、政府采购优先等实质性激励措施如何与表彰制度衔接？这些问题的明确，直接关系到激励措施能否真正调动社会主体参与的积极性。第三，激励程序的规范化。激励措施的授予应当遵循公开、公平、公正的程序要求，包括申报渠道的公开、评审标准的透明、评审过程的规

¹⁵ William Onzivu, 'Mind that Gap: International Climate Law, Health Protection and the United Kingdom's Climate Legislation', (2012), 21, European Energy and Environmental Law Review, Issue 2, pp. 79-91.

¹⁶ 深圳市人民代表大会常务委员会. 深圳经济特区健康条例[M]. 深圳: 深圳报业集团出版社, 2021: 1-12.

范、评审结果的公示。程序性的规定既保障了激励措施的公信力，也防止了激励过程中的权力滥用与利益输送。

值得强调的是，激励措施的细化还应当与健康促进的类型谱系相衔接。对于不同类型的健康促进参与行为，可以配置差异化的激励方式：对于长期性、持续性的参与行为，可以授予荣誉称号并给予定期奖励；对于创新性、引领性的项目成果，可以给予专项资助或政策支持；对于偶发性、临时性的志愿服务，可以通过积分兑换、实物奖励等方式予以即时激励。通过激励方式的差异化设计，形成覆盖多元参与形式的完整激励体系。

（三）构建协同机制，整合治理资源

健康促进作为系统工程，需要多部门协同发力、多元主体共同参与。破解部门协同困境，需要在地方立法中建立制度化的协同机制，将分散的治理资源整合为健康促进的合力。

具体而言，协同机制的构建应当包括以下核心要素：第一，建立健康促进联席会议制度。在县级以上人民政府层面设立健康促进联席会议，由分管卫生健康工作的领导担任召集人，卫健、教育、体育、环境、规划、财政、市场监管等相关部门为成员单位。联席会议负责统筹协调健康促进重大事项、审议健康促进规划计划、研究解决跨部门难点问题、督促检查各部门履职情况。第二，编制部门职责清单。在条例中明确授权联席会议制定并公布健康促进部门职责清单，将条例中“有关部门”的模糊表述转化为具体部门的职责条目。职责清单应当动态调整，定期更新，确保与政府机构改革相适应。第三，设置信息共享机制。建立健康促进信息平台，整合各部门的健康数据、项目信息、服务资源，实现信息互通、资源共享。信息共享机制不仅是协同治理的技术支撑，也是破除部门壁垒、形成工作合力的制度基础。第四，纳入政府绩效考核。将健康促进职责履行情况纳入政府绩效考核体系，设置科学合理的考核指标，使协同履职从软性要求转变为硬性约束。德国2015年通过的《加强健康促进与预防法》（以下简称《预防法》），被誉为德国健康政策的里程碑。该法的核心目标是加强“生活世界”（Lebenswelt）中的健康促进，促进社会保障机构与各级政府之间的合作，将健康促进理念持久、可持续地嵌入相关机构的结构和理念之中。¹⁷而如何实现从临时性政策激励向常态化结构锚定的平稳过渡，是现代公法学面临的共同难题。Dietrich和Schmidt对德国《预防法》实施效果的实证研究表明，由于该法将生活世界中的健康促进过度寄托于法定医疗保险机构有时限的项目化资助，最长周期为5年，导致大量高教机构在资助期满后因缺乏常态化的财政承接机制，使得健康促进重新退化为个别研究者的私人努力或偶发性捐赠，未能真正嵌入机构的组织结构之中。¹⁸这揭示了政策驱动型给付在面对刚性体制时的事实不确定性。健康促进工作仍然依赖个别研究者的个人努力或捐赠者的支持。针对这一组织法上的结构缺陷，德语区国家展现了不同的制度分野。Lückenbach等学者的比较研究进一步指出，德国模式过于依赖医疗保险机构的法团式主体地位；而瑞士与奥地利则通过更为整全的组织技术来冲抵属地主义的割裂。瑞士借由各州自治与联邦健康促进基金会的协同，实现了流动的属地化覆盖；奥地利则通过设立联邦全资的“健康奥地利有限公司”强化了中央维度的统筹与协调机能。研究还区分了健康促进立法的规范性正当化模式和功能性正当化模式（即“社会投资”策略），发现与社会投资相关的论证在三国立法讨论中日益增多，而规范性正当化的作用逐渐减弱。¹⁹协同机制的构建实质上是将健康促进从分散的部门事务整合为统一的政府职能。这一整合过程需要相应的组织载体与程序保障，使联席会议提供组织平台，职责清单明确职能分工，信息共享打破部门壁垒，绩效考核强化责任约束。四者相互配合，共同构成健康促进协同治理的制度框架。

结论

健康促进立法的发展，既是“健康中国”战略法治化的制度实践，也是国家治理能力现代化的重要体现。唯有尊重法律系统的自主运作逻辑，同时保持对健康生活世界的开放性与回应性，地方健康促进立法才能真正承担起保障公民健康权、推进健康中国建设的历史使命。健康促进立法的终极目标，不是用法律管住人，而是用文化浸润人。当健康成为社会风尚，当健康行为获得社会认同，当健康生活方式融入日常生活，法律就无须强制，行为自会发生。健康促进立法的最高境界，是“法立而不用”——法律条文存在，却因社会成员普遍遵守而极少动用强制。实现这一境界，需要健康促进立法与文化培育相结合。综上所述，健康促进立法的完善应当坚持“软硬相济”的治理思路：硬的一面，通过程序约束明确政府责任、通过细则配套增强激励实效、通过协同机制整合治理资源；软的一面，通过文化培育引导社会风尚、通过观念转变实现行为自觉。软硬之间不是对立关系，而是相互支撑、相互促进的关系——硬约束为软引导提供制度保障，软引导为硬约束奠定社会基础。唯有如此，地方健

¹⁷ 王祖书. 法官受制定法约束的理论谱系及其评价——基于德国法学方法论视角的考察[J]. 北方法学, 2014, 8(01): 123-131.

¹⁸ DIETRICH M, SCHMIDT S. Gesundheitsförderung an Hochschulen unter dem PräVG: Nachhaltigkeit und strukturelle Verankerung nach Ablauf der Projektförderung[J]. Das Gesundheitswesen, 2022, 84(08): 712-720.

¹⁹ LÜCKENBACH C, MÜLLER O, WEBER A, et al. Vergleich der Organisationsstrukturen der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland, Österreich und der Schweiz[J]. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 2024, 118: 45-56.

康促进立法才能真正从“纸面上的法”走向“行动中的法”，从政策宣示走向规范治理，为“健康中国”战略提供坚实的法治支撑。

参考文献

- [1] 徐绪卿.加强顶层设计坚定分类管理促进健康发展——对《中华人民共和国民办教育促进法实施条例(修订草案)(送审稿)》讨论的几点思考[J].国家教育行政学院学报,2018,(09):43-48.
- [2] [奥]尤金·埃里希:《法社会学原理》,舒国滢译,北京:中国大百科全书出版社2009年版。
- [3] [德]尼克拉斯·卢曼:《法律自我复制及其限制》,韩旭译,载《北大法律评论》第2卷第2辑,北京大学出版社1999年版。
- [4] 李艳芳.“促进型立法”研究[J].法学评论,2005,(3):100-106.
- [5] [德]卡尔·拉伦茨:《法学方法论》,黄家镇译,商务印书馆2020年版。
- [6] 田蒙蒙.“健康中国”的法理内涵及实现路径[J].河南财经政法大学学报,2026,41(2):37-51.
- [7] 张帅宇.论宪法健康权的保护范围[J].人权,2025,(2):123-145.
- [8] 武亦文,王和民.论健康促进实现的法治保障——以“健康融入万策”框架为基础[J].武汉大学学报(哲学社会科学版),2024,77(2):159-170.
- [9] 温世扬,刘景琪.健康权的私法内涵与规范供给[J].国家检察官学院学报,2025,33(2):130-145.
- [10] 王祖书.法官受制定法约束的理论谱系及其评价——基于德国法学方法论视角的考察[J].北方法学,2014,8(01):123-131.
- [11] DIETRICH M, SCHMIDT S. Gesundheitsförderung an Hochschulen unter dem PräVG: Nachhaltigkeit und strukturelle Verankerung nach Ablauf der Projektförderung[J]. Das Gesundheitswesen, 2022, 84(08): 712-720.
- [12] LÜCKENBACH C, MÜLLER O, WEBER A, et al. Vergleich der Organisationsstrukturen der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland, Österreich und der Schweiz[J]. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 2024, 118: 45-56.
- [13] UN COMMITTEE ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS. General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (Art. 12)[R]. Geneva: United Nations, 2000: paragraphs 33-37.
- [14] William Onzivu, 'Mind that Gap: International Climate Law, Health Protection and the United Kingdom's Climate Legislation', (2012), 21, European Energy and Environmental Law Review, Issue 2, pp. 79-91.

On the Normative Nature and Practical Challenges of Comprehensive Health

Promotion Local Legislation

Wang Jingjing

(Soochow University, Suzhou, Jiangsu, China)

Abstract: Local health promotion legislation serves as a crucial institutional vehicle for implementing the Healthy China strategy. Institutional practice reveals that such legislation extensively employs aspirational norms, leading to challenges including ambiguous legal liabilities, weakened incentive mechanisms, dysfunctional interdepartmental coordination, and unclear boundaries between public authority intervention and individual health autonomy. Existing research has largely focused on conceptual clarification of promotional legislation, failing to explain how soft provisions generate real-world enforceability. The effectiveness of aspirational norms relies on law's soft guidance of social order; through procedural constraints, complementary incentives, and improved interagency collaboration mechanisms, institutional solutions can be developed to enhance local health legislation.

Keywords: Promotional legislation; Legalization of health rights protection; Procedural constraints; "Living law"