

# 公私联动多元并举的医疗保险 法律改革论

以美国的经验为视角

何佳馨\*

---

**摘要** 医疗保险制度的改革和完善,不管在西方发达国家,还是在中国等发展中国家,都是一个极为棘手的问题,而美国在这一方面,进行了许多探索,在法律制度设计上积累了一些经验。本文从比较法视野下的医疗保险制度改革、政府的引导作用、企业主的健康保险责任、税收法的杠杆力量、多元化的筹资渠道、非盈利性组织的功能、法律监管及其制度保障等七个方面,对此进行了比较充分的分析和论述,强调中国作为一个人口多、底子薄、法制欠发达的发展中大国,理应全方位地吸收各先进国家尤其是美国的立法经验,进一步完善我国的医疗保险制度。

**关键词** 医疗保险 改革 美国立法经验 比较法

---

众所周知,医疗保险制度的改革和完善,<sup>[1]</sup>不管在西方发达国家,还是在中国,都是一个极为棘手的问题。尤其是对中国而言,前一轮的医疗卫生制度的改革,已经被许多人认为是失败的,而新一轮的医改,还在进行之中,目前的成效无法预测。然而可以肯定的一点是,美国在健康保险法制发展、改革中的许多成功做法,是一笔宝贵的财富,值得我们吸收和借鉴。本文试图对此问题作一些分析和探讨,以求教于学界同仁。

---

\* 上海财经大学法学院讲师。本文是2011年度国家社科基金重大项目“法律文明史”(项目批准号:11&ZD081)第15子课题“社会法”的阶段成果。

[1] 医疗保险(Medical Insurance)与健康保险(Health Insurance)一词,虽然有所不同,即后者一般比前者要宽泛一些。但在本文中,因所指对象大体相同,故笔者没有刻意区分,视所述内容而一并使用。

为了验证美国经验的有益性,我们不妨先将眼界放宽一点,从目前几个发达国家正在进行的医疗保险法律制度改革中,来看美国医疗保险法律制度改革所处的位置和其所具有的借鉴价值。因为学术界一般认为,欧美医疗保险法律制度的差异主要体现在其对医疗保险的认识,“一种观点认为医疗保险主要是一种私人消费品,应该由个人来承担费用(如美国);另一种与之对立的观点则认为医疗保险是一种社会福利,应该由政府财政来承担所有公民因此而产生的费用(如欧洲)。”〔2〕那么,西方各国的具体情况到底如何呢?

德国是世界上第一个建立起健康保险制度的国家。1883年制定颁布的《疾病保险法》,为世界各国健康保险制度的诞生和确立树立了楷模,同时也奠定了德国依靠法律框架完善医疗保险制度的传统。百余年来,德国的医疗保险体系不断发展,逐渐演变为法律紧密规制下、由私人组织的非盈利疾病基金支付相关费用的模式。〔3〕20世纪90年代时,有88%的民众可以通过国家法定框架下的私人医疗保险项目解决现实需要,〔4〕其余民众则依赖纯粹商业化的保险公司进行医疗保障。但即使是这么一个“老牌的”、“经典的”健康保险法制国家,其制度的运作也不是平坦的。通过立法对健康保险制度进行的改革更是屡屡不断。如1992年,德国颁布了《医疗保险结构法》;1996年,颁布实施了《健康保险费豁免条例》;1998年,出台了《增进法定医疗保险公司之间的团结法令》;2002年,又制定了《药品开支限制法》;2003年,进一步颁布了《法定医疗保险现代化法》等等。仅从1977年至今,德国针对医疗卫生保险领域的法规,就做出了几乎使人无法相信的6000多次修订。〔5〕

即使经历了这么多次健康保险法律制度的修订,包括2003年《法定医疗保险现代化法》提出的宏伟改革计划,德国仍然无法解决医疗费用迅速上涨、法定医疗保险公司财政赤字极其严重的局面,至2003年亏空已经高达25亿欧元,至2004年整个医疗保险系统濒临破产。因此在2007年,德国被迫通过实施《法定疾病保险——强化竞争法》,开始了新一轮医疗保险制度的改革。该法律要求从2009年1月1日起,设立一个国家健康基金,法定的医疗保险机构只能从这个基金中领取每个医保参保人统一数额的医疗保险费(约每月170欧元)。同时,从2011年1月起,医保费从占工资总额的14.9%上涨到15.5%。该法律宣称,新的医改必须:①追求公平,对所有居民都实行强制性医疗保险,员工的医疗保险则由雇主提供,并且员工的家

〔2〕 Uwe E. Reinhardt, Reforming the Health Care System: The Universal Dilemma, *American Journal of Law & Medicine*, vol. 19, p. 22.

〔3〕 John K. Iglehart, Germany's Health Care System, *New England Journal of Medicine*, vol. 324, 1991, p. 503.

〔4〕 Uwe E. Reinhardt, West Germany's Health - Care and Health - Insurance System: Combining Universal Access with Cost Control, in U. S. Bipartisan Comm'n on Comprehensive Health Care, A Call for Action, Supp, 1990, p. 3.

〔5〕 参见赵新立:“德国医改:6000多次修订依然无终点”,载《法制日报》2011年1月18日。

人也能得到相应的保险;②强调效率,医疗服务领域引进更多的竞争机制,不管是私人的,还是公共的医疗机构,都对所有人公开;③讲究团结,建立一个公共医疗卫生基金,以统一全国范围内的法定医保费率,平衡人口不均衡地区的医疗费用风险;④加强国家的主导作用,同时也强调个人的责任。〔6〕由于德国的新一轮医保改革尚在进行中,所以现在还很难预测其成效如何。尤其是新医保改革法律同样也遭受到反对党的质疑和医疗界人士的示威抗议。因此,我国学者认为新的法律仍然无法从根本上解决德国健康保险机制中所存在的结构性问题,“德国的医疗制度改革是没有终点的”。〔7〕

英国也是世界上比较早建立国民健康保险法制的国家。1911年就通过立法,确立了全民健康保险法律制度,〔8〕主要由政府财政支付医疗保险费用,但不排除个别私人盈利机构的参与。〔9〕但是这个一度受到民众欢迎的全民健康保险体制,从20世纪80年代以来,就开始遭受了医疗费用支出迅速攀升,国家财政负担加重的困扰。同时,医疗保险管理机构缺乏效率、病人就诊等候排队的现象十分严重,甚至一个简单的手术也需要排队数月乃至一年以上。在这种情况下,要求改革原有的医保制度,控制医保费用、重新制定医保方案的呼声不断。〔10〕终于,受美国奥巴马医疗保险体制改革的鼓舞,从2011年起,英国也开始了对传统医保体制进行大刀阔斧的改革。

2011年1月19日,英国政府向议会提交了《卫生与社会保健法案》,公布了详细的医疗保险法制改革方案,就此启动了英国国家医疗保险服务系统建立60多年来规模最大、争议最多的新一轮改革。这次改革要求提高英国卫生部(NHS)的收费,增加民主性和公众参与性,提升医疗服务水平,精简健康医疗的组织机构。〔11〕英国国家医疗保险服务系统建立于1948年,奉行的原则是提供“所有人都能享受到的、以需要而非支付能力为基础的全面服务”。该服务系统在保证医疗服务公平性方面的确令世人称颂,但同时也存在着医疗资源严重浪费等许多致命缺陷。而《卫生与社会保健法案》则明确规定:第一,英国基层的社区全科医生将被赋予更大的权力。他们将和新组建的各全科医生公会一起负责为患者安排就诊的医疗机构名单,决定每年800亿英镑的医疗卫生拨款的使用。第二,在2013年前,撤消全部151个负责管理医疗卫生拨款的初级医疗机构,以减少中间环节。第三,允许私营医疗部门、志愿者组织,与国家医疗保险服务系统定点医院,在提供医疗服务方面展开竞争,让患者有更多的选择。英国首

〔6〕 Michael Stolpe, *Reforming Health Care: The German Experience*, for IMF Conference Public Health Care Reforms: Challenges and Lessons for Advanced and Emerging Europe, Paris, June 21, 2011, at <http://www.imf.org/external/np/seminars/eng/2011/paris/pdf/stolpe.pdf>, 2012-2-14.

〔7〕 赵新立,见前注〔5〕。

〔8〕 参见(英)索特曼(Richard B. Saltman)等著:《社会医疗保险体制国际比较》,张晓译,中国劳动社会保障出版社2009年版,页22。

〔9〕 Uwe E. Reinhardt, *Reforming the Health Care System: The Universal Dilemma*, *American Journal of Law & Medicine*, vol. 19, p. 22.

〔10〕 Jeremy W. Hurst, *Reforming Health Care in Seven European Nations*, *Health Affairs*, 1991, p. 9.

〔11〕 *Health and Social Care Bill 2011*, at <http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Legislation/Actsandbills/HealthandSocialCareBill2011/index.htm>, 2012-2-14.

相卡梅伦强调,由于精简了机构,减少了官僚程序,因此本次改革每年将为国家节省开支17亿英镑,也能够使医生从最有利于病人的角度设计治疗方案。<sup>[12]</sup> 与德国的情况一样,英国的这次大规模改革刚刚开始,尚不能看出其最终成效。

继德、英等国之后,北欧国家的医疗健康保险事业迅速崛起,并走向该领域的前端。20世纪50年代,被称为“从摇篮到坟墓”都享受国家福利的北欧五国中的瑞典,成为世界上典型的高福利国家之一。始于1955年的全民医疗保险法律制度,至80年代初几臻完善。<sup>[13]</sup> 1982年,瑞典通过卫生立法,规定本国公民在患病时领取“医疗费用补助”,16岁以下未成年人随其父母参加医疗保险。一家人中,只要有收入的成员将收入的2.8%缴纳医疗保险税(费),全家即可享受公费医疗待遇。瑞典建成的“福利型”医疗保险制度,实行统一性和普遍性原则,医保待遇覆盖到每一个居民,涉及内容广泛,保障水平高。不仅包括了门诊医疗、住院医疗和牙科医疗,而且还有各种医疗津贴,如病假津贴、怀孕津贴、伤残津贴等,瑞典人被世人称为是世界上最幸福的国民。

然而,这种既保“吃饭”又保“吃药”的高福利制度使国家背上了沉重包袱,难以为继,而国民则染上了“福利病”。因此,20世纪90年代开始,瑞典也开始了医疗保险制度改革。<sup>[14]</sup> 首先,政府开始转变职能,实行“政企分开”,医疗主管部门从“办医院、管医院”为主,转向“服务医院”为主;其次,推进医疗机构所有制的改革,在确保社会公平的前提下,引进企业化经营治理模式,调动医务人员的工作积极性;再次,变革卫生服务方式,控制医疗经费,建立国家和个人费用合理分担机制,提高个人付费的比例。如从1999年开始,个人支付的诊疗费用一年在900瑞典克朗内时,完全由个人负担,超出部分可凭票报销50%至90%;最后,成立“诊断相关组织”,负责确定和评估主要医疗手段价格。<sup>[15]</sup>

最后,让我们再来看一个亚洲发达国家——日本的情况。日本的健康保险制度建立得也比较早。1922年,日本就通过了历史上第一部《健康保险法》,规定雇员在10人以上的企业,必须为员工办理健康医疗保险。1958年,日本又通过《国民健康保险法》,将任意(自愿)保险改为强制保险,要求未加入医疗保险的国民必须全部参加。而从1961年开始,日本就实现了医疗“全民皆保险”的目标。由于日本民众的健康得到了比较好的保障,使日本的人均寿命一直位于世界最前列。据世界卫生组织《2010年世界卫生报告》称,2008年,日本人的平均寿命达到了83.02岁,比世界平均水平高出15.02岁。至2011年底,日本仍然维持了这一高寿水平。

但即使是如此好的健康保险制度,也仍然遇到了不少问题。随着20世纪80年代日本人口老龄化趋势的不断加强,医疗费用的攀升也是逐年加剧,给国家的财政带来了巨大的压力。

[12] <http://news.163.com/11/0121/15/6QUDM00500014AED.html>,2011年1月29日访问。

[13] Uwe E. Reinhardt, Reforming the Health Care System: The Universal Dilemma, *American Journal of Law & Medicine*, vol. 19, p. 22.

[14] Jeremy W. Hurst, Reforming Health Care in Seven European Nations, *Health Affairs*, 1991, p. 13-14.

[15] 参见晏惠:“瑞典:‘福利病’催生医保制度变革”,载《法制日报》2011年1月25日。

在不得已的情况下,日本开始对健康保险法制进行改革,于1982年通过了《老人保健法》,规定70岁以上老人及65岁以上卧床不起的老人,由其医疗费用全免,改为个人负担比例不超过总费用的10%。1984年,日本又修改《健康保险法》,规定职工个人必须承担医疗费用的20%。1997年,日本颁布了《护理保险法》,规定40岁以上的国民,必须加入并缴纳护理保险金,等到65岁以后就可依法享受政府规定的护理保险服务。2006年,日本国会又通过了建立后期老龄医疗保险制度的法案,并于2008年4月正式实施。该法案进一步规定:将老年人分为两个年龄层次:65岁至74岁和75岁以上。后者自己所负担的医疗费用仍然为10%,而前者则提高为占总费用的20%。<sup>[16]</sup>

仔细分析上述四个世界发达国家的所有这些医疗保险法制的改革措施,我们可以清楚地看到,它们的改革虽然形式多样,内容不一,但核心却都一致,就是希望通过立法手段,强化健康保险的管理体制和机制,严格控制医疗费用迅速上涨的势头,增加居民个人负担医疗费用的比例,减轻政府财政的压力,方便民众的看病就医,扩大健康保险的覆盖面和受惠群体。和中国相比,这四个国家都是小国,其中,德国和英国的人口都在6000万左右,大体为中国的20分之一。而瑞典更小,只有920余万人口,是中国总人口的140分之一。即使日本也就1亿多人口,不足中国人口的10分之一,但它们建立起来的以政府为主导的国民(全民)健康保险体制已经遇到了严重的挑战,甚至到了无法运转下去的境界。可见,要建立并维持一个全民的健康保险体系,政府要承担多么巨大的财政压力。

我国作为一个经济发展水平比较低、民众守法意识比较弱、人口又特别众多的大国,在建立并完善健康保险法制时,更加应该集思广益,吸收世界上各个国家不同的发展经验,尽量避免政府全包,走多元化发展完善之路。在这方面,美国所建立起来的公、私联动,多元并举的健康保险法制模式,为我们提供了一个比较好的范式。那么,美国的做法中,有哪些经验是值得我们借鉴吸收呢?笔者大体梳理了一下,美国的经验中,政府的引导作用、企业主的健康保险责任、非盈利性组织的功能、税收的杠杆作用、多元化的筹资渠道以及法律的监管及其制度保障等,都是值得我们借鉴的。

## 二

在美国的健康保险法制运作中,政府的引导作用十分明显。<sup>[17]</sup>

应该说,美国在建国以后相当长的一段时间内,奉行的都是“国家最少干涉,个人最大自由”政策。不管是在经济领域,还是在诸如健康保险这样涉及公民个人利益的“交易领域”,都

[16] 参见刘文莉:“日本:立法与投入护航医改”,载《法制日报》2011年1月18日。

[17] 美国医疗保险界认为,在当前世界,无论是支持市场调节,还是支持政府干预的医疗保险,都需要政府的规制。比如,即使是在市场调节的情况下,在消费者购买医疗保险时,重组税收优惠政策、保险收益的标准化、为消费者提供多少种类的产品选择以及给投保人多少时间的思考选择等等,都是需要政府行为干预的。参见 Randall R. Boubjerg, *Competition Versus Regulation in Medical Care: A Overdrawn Dichotomy*, 34 *Vand. L. Rev.* 965 1981. pp. 993 - 994.

主张让市场来发挥作用。美国人倾向于将健康保险项目视为商品,公民个人参加健康保险就是参加社会消费,投保人(被保险人)就是一名消费者,医院等医疗机构就是商品(服务)的提供者,保险公司就是第三方支付者。而保险公司为什么愿意支付,就是因为投保人与其订立了保险合同,进行了金钱(保费)的交易。因此,通过保险合同,就把投保人、保险公司和医疗机构组合在了一起,而他们之间的交易行为属于市场行为,政府是不能加以干预的。美国1935年《社会保障法》颁布实施以前,健康保险领域的状况就是如此。<sup>[18]</sup>

1935年《社会保障法》实施以后,受凯恩斯主义(国家干预理论)的指导,美国政府在社会保障领域里发挥的作用越来越大,并逐步从养老、住房、就业等,慢慢扩大至健康保险、医疗服务等领域,1965年更是有了突破性的进展:建立起了医疗保险照顾计划(Medicare)和医疗保险救助计划(Medicaid),前者由联邦政府埋单,后者由联邦政府和各个州政府一起承担。在这两个保险计划中,虽然享受对象被保险人自己也负担一部分费用,但主要的医疗费用由联邦政府和州政府出资。从1965年至今,美国通过政府强有力的干预,持续往前推进的主导作用,<sup>[19]</sup>终于将美国95%以上的人口纳入健康保险制度内,基本上实现了全民健康保险——虽然这一过程充满了坎坷和挫折,政府的主导作用、国家的干预政策不断地受到保守派的激烈批评,但政府在这一过程中所发挥的中坚作用,则是显露无已,在面对公共医疗体制挑战中展现出信心与实力。<sup>[20]</sup>

尤其是必须看到,在自由主义传统根深蒂固的美国,在各种利益集团势力极为雄厚甚至可以左右选举结果的美国,在将个人的自由与权利视为受到宪法保护而神圣不可侵犯的美国,政府能够通过法律,将任意(自愿)健康保险,改为强制健康保险(奥巴马的医改法案规定,每一个美国公民必须参加健康保险,否则将面临每年至少695美元的罚款)是需要非常大的勇气的。<sup>[21]</sup>从奥巴马为了让医改法案获得通过而做的一系列努力中,比如,在国会反复游说争取议员的支持;通过各种媒体宣传医改方针,奔走各地与普通民众沟通,甚至为医改而推迟出访澳大利亚和故乡印度尼西亚;发誓为医改可以只做一任总统;在一年左右的时间内为推行医改法案发表55次演讲!我们看到了美国政府在主导健康保险法制改革完善中的决心和毅力。特别是美国政府的上述主导作用,使我们认识到在当今世界,任何一个国家全民医保的实现,都无法仅仅依靠市场的力量。因为社会上总有一部分低收入群体支付不起任何医保费用,而私人医保又不愿意接纳疾病缠身的病人。因此,如果离开了政府的主导(直接或间接的干预作用),任何一个国家都无法实现全民医保。

[18] John E. Murray, *Origins of American Health Insurance: A History of Industrial Sickness Funds*, Yale University Press, 2007, p. 6.

[19] Stuart H. Altman & Marc A. Rodwin, Halfway Competitive Markets and Ineffective Regulation: The American Health Care System, *J. Health Pol.* vol. 13, 1988, p. 334.

[20] Leslie E. Gerwin, Planning for Pandemic: A New Model for Governing Public Health Emergencies, *American Journal of Law & Medicine*, vol. 37, p. 134.

[21] Allison K. Hoffman, Oil and Water: Mixing Individual Mandates, Fragmented Markets and Health Reform, *American Journal of Law & Medicine*, vol. 36, 2010, pp. 1-6.

反观中国的情况,在经济和社会各项事业发展中,我国本来就是一个政府起主要作用的国家,近几年国家整个健康保险体系的建立,也是在政府的主导下完成的。但和美国相比,和奥巴马这种为让国会通过医疗保险制度改革法案而不惜一切代价的精神相比,在发挥政府主导作用方面,我们还有许多事情可以做,如加快健康保险国家大法的制定;在增加对城镇居民、“新农合”补贴方面,分开层次,使其更加个性化;政府在监督健康保险法制运作方面,予以更多重视等。实际上,在发挥政府主导作用(主观能动性)方面,并不是中央政府才可以有所作为,各级地方政府乃至最为基层的县级政府,也可以做许多工作。比如,河南省信阳市平桥区是一个经济发展水平一般、GDP和人民生活水平接近中国平均水平的地区,但在2007年的一次区长办公会议上,政府做出决定(当然还没有上升到法律的层面),将当年区政府财政收入的10%,用来追加发展本区的健康保险事业,在245个行政村盖起了统一规格别墅式的村卫生室(每个室花费10余万元),将所有的村医都送到郑州大学医学院附属第一人民医院培训半年以上(人均花费7000元),从而大大提升了当地的医疗卫生水平,极大地便利了农民的就医,缓解了农民“看病贵、看病难和看病烦”的问题。<sup>[22]</sup>

### 三

在美国的健康保险体系中,企业主(雇主)为雇员购买的健康保险占据着重要的份额。<sup>[23]</sup>这一传统,自1911年蒙哥马利公司提出美国第一个团体医疗保险计划以来,至今仍然没有发生实质性的改变,<sup>[24]</sup>即使是在奥巴马2010年推出的新健康保险法案中,仍然非常强调企业的责任,规定雇员人数超过50人的企业,必须为雇员购买健康保险,否则将按每名雇员罚2000美元的标准处以罚金。考虑到小企业的经济实力不如大企业,所以法案规定建立医疗保险交易所,在政府的监管下,雇工50人以下的小企业和个人可以在交易所里通过联合议价,享受与大公司员工或政府雇员同样优惠的保险费率。这些规定,都体现了美国主流的健康保险法律理念:企业主必须承担起员工的健康保健责任。<sup>[25]</sup>

---

[22] 信阳市平桥区的这一事例,表明:虽然中国比较穷,在客观上无法与西方发达国家相比,但是在主观上,如果我们的政府努力一些,更加主动一些,我们还是可以做许多事情的。平桥区的这一做法,获得了卫生部的肯定和表彰。信阳市将其经验迅速推广到了全市,受到农民群众的热烈欢迎和普遍赞扬。

[23] Laura A. Scofea, *The Development and Growth of Employer - Provided Health Insurance*, *Monthly Labor Review*, vol. 117, 1994, pp. 3 - 10.

[24] 笔者也注意到,虽然美国大多数学者对雇主为雇员购买健康保险还是持肯定态度,并认为其在美国整个健康保险法律体系中起着主体作用,但也有个别学者的论文,认为雇主购买健康保险的方式已在逐步走向衰落。参见 Tim Westmoreland, *Can We Get There from Here? Universal Health Insurance and the Congressional Budget Process*, 96. *Geo. L. J.* 523 2007 - 2008, p. 523.

[25] David M. Cutler, *Employee Costs and the Decline in Health Insurance Coverage*, *Forum for Health Economics and Policy*, 2003, p. 27.

发达的雇主健康保险(商业健康保险),虽然也受到了某些人的批评,<sup>[26]</sup>被指责为忽视了健康保险中的公民权利,而这本来应当是由政府承揽责任的一项基本人权,<sup>[27]</sup>但整体上适应了美国社会的需求,为美国的健康保险事业做出了突出的贡献。<sup>[28]</sup>明证就是雇主健康保险占了国家总健康保险的近三分之二的份额。这种让企业分担健康保险责任,而不是由政府统包的做法,对于一个企业(公司)强国,市场经济最为繁荣的地区,自由主义传统根深蒂固的国度,以强调个人创业、个人奋斗为光荣的民族,深受基督教的伦理思想(同情、怜悯、互助、互济、仁爱等)影响的民众,以及劳工人数众多、工会势力强大等状况的国家美国,都是一个明智的选择。<sup>[29]</sup>当然,政府对雇主健康保险的资助、扶持,也是一个重要的客观因素。<sup>[30]</sup>

反观中国的情况,在整个健康保险体系中,职工的保险相对而言是比较充分的。受城乡二元结构的影响,受传统公费医疗制度的影响,中国企业职工的各项待遇,在总人口中是比较好的。在我们新一轮的医疗保险体制改革中,虽然取消了公费医疗和劳保医疗制度,但同时建立起的职工基本医疗保险制度,其保障水平在各类健康保险制度中仍然是最高的。

但现在面临的问题有二,一是以上这些保障,国有企业和大型企业的职工享受得比较充分,而民营小企业职工的状况则不尽如人意。1998年12月国务院发布的《关于建立城镇职工基本医疗保险的决定》,规定了基本医疗保险的水平要与社会主义初级阶段生产力发展水平相适应;城镇所有用人单位及其职工都要参加基本医疗保险(强制性保险),实行属地管理;基本医疗保险的费用,由用人单位和职工双方共同负担;基本医疗保险基金实行社会统筹和个人账户相结合。2011年7月1日生效的《社会保险法》更前进了一大步,不仅将各种各类企业的职工全部纳入职工基本医疗保险的范围,而且规定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,在按照国家规定由个人缴纳基本医疗保险费的前提下,都可以参加职工基本医疗保险。但《社会保险法》在实际贯彻执行时,还是遇到了许多问题。其中最为困难的,就是中国民营中小企业的生存环境并不理想,经济效益也不好。在这次国家整个社会保障制度运作以后,中小企业承担了五大保障负担:养老、医疗、生育、工伤和失业,压力极其巨大。笔者在上述河南信阳市调研时,该地的社保局长对笔者明确表示,如果国家对民营中小企业没有相关法律措施和一定的优惠政策,中小企业是

[26] Anja Rudiger, *From Market Competition to Solidarity? Assessing the Prospects of US Health Care Reform Plans from a Human Rights Perspective*, p. 129.

[27] Anja Rudiger, *From Market Competition to Solidarity? Assessing the Prospects of US Health Care Reform Plans from a Human Rights Perspective*, p. 124, p. 129.

[28] 而且现在在美国保险业界继续在探讨政府如何通过立法手段,来让雇主为雇员提供更多健康保险产品使雇员能够有更多的选择机会。参见 Randall R. Boubjerg, *Competition Versus Regulation in Medical Care: A Overdrawn Dichotomy*, 34 *Vand. L. Rev.* 965 1981, p. 990.

[29] Allison K. Hoffman, *Oil and Water: Mixing Individual Mandates, Fragmented Market, and Health Reform 2010*, *American Journal of Law & Medicine*, vol. 7, p. 38.

[30] Jana K. Strain, Eleanor D. Kinney, *The Road Paved with Good Intentions: Problems and Potential for Employer-Sponsored Health Insurance under ERISA*, *Loyola University Chicago Law Journal*, vol. 31, 1999-2000, pp. 29-31.



无法承受这五项社会保障费用的。二是中国目前正处在社会转型时期,即使是企业的在职人员,不断跳槽,经常变换工作单位的事情也是频频发生,如何确保这些因跳槽、变换工作单位而一时失去医疗保险待遇的从业人员的合法权益,也是我们立法在设计企业职工团体医疗保险时所要考虑的问题。<sup>[31]</sup>

而如何解决这些问题,美国在雇主健康保险上的一系列立法措施和对中小企业的优惠政策,给了我们许多启示。<sup>[32]</sup>如80年代中期美国通过的《1985年综合预算妥协法》做出规定,凡是拥有20名职工以上的企业,其雇主资助的一些个人保险因故中断时,必须给予连续待遇。为了与该法相协调,一些州同时规定了针对20人以下的企业健康保险连续性待遇问题。1999年通过的《健康保险转移与审计法》进一步对两类健康保险的连续性做出了规定:一类是“从团体到团体”,即因雇主的变化,从一个雇主转移到另一个雇主的职工健康保险,必须包括职工加入新健康保险计划的等待期,最长可以达到63天。另一类是“由团体到个人”,即如果职工失去团体健康保险资格,在他们加入新的个人健康保险计划之前的保险不得任意中断。<sup>[33]</sup>而2010年2月通过的奥巴马医改法案中规定拥有50名以上员工的企业都必须为员工购买医疗保险;不足50名员工的企业以及其他人员,可以通过政府成立的医疗保险交易局联合议价参保等,这些都值得我们借鉴吸收。

## 四

通过立法,利用税收这一杠杆,来调节社会各项事业的发展是西方发达国家的一贯做法,而美国在这方面做得更加娴熟和有效。<sup>[34]</sup>在健康保险领域,美国很早就开始通过税收优惠政策,来推动健康保险制度尤其是雇主购买健康保险制度的发展和完善。<sup>[35]</sup>按照美国的税收法律,健康保险费不在所得税和工资税的课税之列,这既鼓励了员工尽可能在工作中获得健康保险,也激发了雇主为职工购买健康保险的积极性,因为政府的税收优惠可以使雇主通过提供健

---

[31] 2009年12月,人力资源和社会保障部、财政部、卫生部联合发布《流动就业人员基本医疗保障关系转移接续暂行办法》后,部分地解决了这一问题。随着《社会保险法》第32条规定的实施,以及各地区具体办法的出台,此问题有望得到更好的解决。

[32] 包括下面要所说的税收优惠法律扶持,即“税收法律补贴,将健康保险的保费从雇主和雇员的应纳税收入中扣除。在计算雇主的应纳税额时,在健康险上的花费可以作为商业支出扣除,而且不计入雇员的应纳税收入之中。”参见Randall R. Boubjerg, *Competition Versus Regulation in Medical Care: A Overdrawn Dichotomy*, 34 *Vand. L. Rev.* 965, 1981, p. 988, 注[73]。

[33] 参见李超民编:《美国社会保障制度》,上海人民出版社2009年版,页203。

[34] Randall R. Boubjerg, *U. S. Health Care Coverage and Costs: Historical Development and Choice for the 1990's*, *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 1993, vol. 21, p. 141.

[35] 在现行税收法制下,投保人在健康保险上每花费1美元,就可以有70美分的退税。参见Randall R. Boubjerg, *Competition Versus Regulation in Medical Care: A Overdrawn Dichotomy*, 34 *Vand. L. Rev.* 965 1981. p. 985.

康保险待遇来吸引高层次人才。<sup>[36]</sup>

同时,保险的本质属性,是风险分担机制,由绝大多数不出事故(不患病)者所缴纳的费用来支付(赔偿)极少数遇到风险(患病)者。在健康保险方面,这一本质属性体现得更加充分。正是由于这一原因,在美国,最为发达的是企业团体健康保险,它成为私人商业健康保险的主体。<sup>[37]</sup>一方面,健康保险产品的销售,并不因人数的增加而提高成本,反而是参保者越多,人均成本就会越低,因此相对于个人参保,团体健康保险对企业主更加有利;另一方面,团体健康保险在同一计划下覆盖了老年人和年轻人,病人和健康人,因而进一步分散了风险,从而意味着有健康问题的人,不必再面对个人单独投保时所必须承担的高额保险费。正是在这个意义上,美国学者认为“雇佣是健康保险投保的天然基础。”<sup>[38]</sup>而税收优惠法律,则为企业团体健康保险的发展与繁荣,提供了强有力的制度保障。

不仅雇主(包括公民个人)购买健康保险享受上述国家的税收优惠,就是最近在美国非常流行的投保人“健康储蓄账户”(Health Savings Accounts,简称HSA)也享受到美国政府的税收优惠,即投保人储蓄在“健康储蓄账户”中的存款,只要是用于健康方面开支的,就不需要缴纳税款。<sup>[39]</sup>美国学界认为,在一套真正的退税法律规范体系中,一切压缩财政支出的措施(“健康储蓄账户”调动了公民的储蓄积极性,让其在健康保险上加大投入,减轻了政府的财政支出),都将以税收优惠的方式推出,因而每个国民都会从中受益(虽然各个阶层的实际得益是不同的),而这,也恰恰是税收法的根本立法宗旨。<sup>[40]</sup>

当然,美国在运用税收杠杆调节健康保险时,也是不断吸取经验教训,予以改正完善的。<sup>[41]</sup>比如,从20世纪70年代起,人们就对美国的健康保险中的税收优惠法律规定提出了不少批评。第一,这种税收优惠规定的目标定位偏高,造成了高收入者可以轻松承担健康保险,从而多得益,低收入者则承担不起健康保险,因而少得益甚至没有得益。由此带来的后果就是效益好的大企业健康保险水平高,效益差的中小企业的健康保险水平低,甚至无法提供健

[36] Henry J. Aaron, Leonard E. Burman, *Using Taxes to Reform Health Insurance*, Brookings Institution Press, Washington, D. C., 2008, p. 2.

[37] Wendy K. Mariner, Health Reform: What's Insurance Got to Do With it? Recognizing Health Insurance as a Separate Species of Insurance, *American Journal of Law & Medicine*, vol. 36, 2010, pp. 436-438.

[38] Henry J. Aaron, Leonard E. Burman, *Using Taxes to Reform Health Insurance*, Brookings Institution Press, Washington, D. C., 2008, p. 3.

[39] Tim Westmoreland, Can We Get There from Here? Universal Health Insurance and the Congressional Budget Process, 96 *Gre. L. J.* 523, 2007-2008, p. 535.

[40] 当然,在“健康储蓄账户”上的税收优惠对于高收入的投保人更加有利。比如同样是两位医疗保险的投保人,要从HSA上支出1000美元的自费用,如果一个投保人的收入需要缴纳300美元税款,那么在政府免掉这300美元税收之外,他自己还要出700美元;而另一位投保人的收入需要缴纳900美元的税款,那么,他自己此时只要出100美元就可以,因为他相抵的税款是900美元。Tim Westmoreland, Can We Get There from Here? Universal Health Insurance and the Congressional Budget Process, 96 *Gre. L. J.* 523 2007-2008, p. 535.

[41] Sherry Glied, *Revising the Tax Treatment of Employer-provided Health Insurance*, American Enterprise Institute, 1994, pp. 24-39.

康保险。第二,健康保险费的税收优惠规定增加了政府的财政开支,如统计数据显示,仅2009年一年,因企业的健康保险费税收优惠(保费不在所得税和工资税课税之列),政府就损失了1690亿美元。第三,税收优惠毫无节制。无论成本多高,只要是企业主购买健康保险,就一律实行税收优惠。<sup>[42]</sup>这种法律规定,造成了医疗保险市场上价格虚高和医患双方滥用医疗服务资源的假象。<sup>[43]</sup>归纳起来就是,这种税收优惠政策,让最不需要健康保险的人获益最多,财政上负担过重。同时因鼓励人们购买健康保险而导致医疗费用上涨过快,还不利于人才流动,不利于现在没有保险的人获得保险,是一项糟糕的机制。<sup>[44]</sup>

针对上述缺陷,美国政府在20多年的时间内,推出了一系列的改革措施。<sup>[45]</sup>比如,1983年里根总统执政时,提出一项法案,要求在不改变健康保险税收优惠的前提下,对保费的免税额度进行限制,即家庭设限175美元,个人设限70美元。但这一法案最终因缺少议员的支持而未能通过。2005年,布什总统接受联邦税制改革顾问小组的建议,重新为雇主承担保险的免税税制设定限制。顾问小组建议,对雇主承担保险的保费免税,家庭限定为每年11500美元,个人每年5000美元。此外,顾问小组还建议,终止所得税差别待遇(工资税不受影响)。当然,布什总统顾问小组的这一次建议也没有能够获得通过。2007年,布什政府又提出了一个更加富有想像力的税制改革法案:在雇主和雇员所上缴的税收中,雇主交的保费不再免税;雇员所缴纳的保费可以免税,但也有上限,即夫妻为15000美元,个人为7500美元。可惜这一法案也没有能够在国会两院获得通过。直至2008年大选,共和党人麦凯恩和民主党人奥巴马也都在竞选纲领中,提出了改良健康保险税收优惠的主张。这一切都说明,运用税收这一法律手段,对于推动健康保险的发展和完善,意义极为巨大。<sup>[46]</sup>

在我国,税收法制的建设也才刚刚起步,还有许多不完善的地方。就健康保险这一比较小的保险领域,税收的优惠措施虽然有所涉及,但非常简单,也不完善,在这方面强化立法鼓励措施还有巨大空间。尤其是在民营中小企业的健康保险方面,吸取美国税收法制正反两个方面的经验

[42] 由于这一个原因,美国在20世纪80年代曾有人提出将当时已经被纳入免税范围的健康保险项目如牙医服务、心理咨询、戒酒治疗、颈椎按摩、护理等,排除出税收优惠项目。参见 Randall R. Boubjerg, *Competition Versus Regulation in Medical Care: A Overdrawn Dichotomy*, 34 *Vand. L. Rev.* 965 1981, p. 991.

[43] Henry J. Aaron, Leonard E. Burman, *Using Taxes to Reform Health Insurance*, Brookings Institution Press, Washington, D. C., 2008, p. 3.

[44] Henry J. Aaron, Leonard E. Burman, *Using Taxes to Reform Health Insurance*, Brookings Institution Press, Washington, D. C., 2008, p. 7. 此外,美国为了鼓励中产阶层参加个人商业健康保险,通过立法建立了健康储蓄账户(HSAs)这一和医疗保险结合的形式,居民将钱存入该账户,用于参保、看病和保值,都是免税的,这吸引了一部分收入相对高而保健支出又相对比较少的富有群体,而带来的后果则是国家税收的减少。这也是近来受到美国税界广为批评的现象——尽管健康储蓄账户在提高健康保险管理水平、方便病人看病方面具有积极意义。Henry J. Aaron, Leonard E. Burman, *Using Taxes to Reform Health Insurance*, Brookings Institution Press, Washington, D. C., 2008, p. 9.

[45] Eleanor D. Kinney, *For Profit Enterprise in Health Care: Can it Contribute to Health Reform*, *American Journal of Law & Medicine*, vol. 36, 2010, pp. 406-408.

[46] David A. Hyman, *Follow the Money: Money Matters in Health Care, Just Like in Everything Else*, *American Journal of Law & Medicine*, vol. 36, 2010, p. 387.

和教训,建立适合中国国情健康保险税收优惠法制,就是一个非常重要且有价值的工作。

## 五

健康保险,耗费巨大,一方面,在筹措基金时,政府必须承担主要的责任,“至少在起步阶段,全民健康保险体系是需要政府的注资的”(即使是像现在在美国流行的“健康储蓄账户”,也需要某些形式的政府援助,才能帮助低收入人群购买健康保险)。<sup>[47]</sup>另一方面,光靠政府或是某个组织、团体出资,又都是无法承受的。尤其是在医疗技术日益进步,各种新药和先进治疗器械不断面世的情况下,各国的医疗服务和治疗费用都是无一例外的节节攀升。英国、法国、德国和日本等经济最为发达的国家,原来建立的医疗保险体制都是以政府承担为主的模式,现在也都已经到了赤字高悬、政府财政难以维系的地步,因而纷纷进行改革,紧缩政府开支,谋求筹资方式的多元化。即使在一些富裕程度比较高、人口又比较少、健康保险法制比较健全完善的北欧国家如瑞典等,政府统包健康保险费用的模式现在也面临着很大的财政赤字挑战,正在进行改革。

而美国,恰恰是在健康保险筹资多元化方面做得最为彻底的国家。在西方发达国家中,美国本来就是唯一一个不是由国家(政府)统包医疗保险的国家,其私人健康保险十分发达,<sup>[48]</sup>占据了整个国家健康保险费用的近三分之二份额。经过近百年的发展和完善,在美国形成了一个私人出资、企业让利、政府补贴和资助,共同打造国民健康保险法律体系的局面。<sup>[49]</sup>在健康保险中占据很大比例的企业主购买医疗保险,是由雇主和雇员共同缴纳保费(雇主出大部分)、政府予以税收优惠而构建起来的,发挥了雇主、雇员和政府三方面的积极性;医疗保险照顾计划(Medicare),是由联邦(中央)政府出绝大多数费用、由参保人自己出一小部分费用构成,且有着严格的准入资格限制,它解决了老年人和残疾人的看病问题;医疗保险救助计划(Medicaid),由联邦政府和州政府出大部分,参保人出一小部分,解决了社会上低收入群体的看病问题;<sup>[50]</sup>各州儿童健康保险计划,则由各州出大部分、联邦政府予以专项补助,解决了全国儿童和部分低收入家庭成员的看病问题;军人和退役军人以及印第安人等特殊群体的健康保险,则由政府出钱予以解决;而在此健康保险体系之上,人们如果还有进一步的健康保健服务要求,只要其经济能够承受,那么各种发达的商业健康保险都能够予以满足。

2010年奥巴马总统的医疗保险改革法案,在将原来的保险体系未能覆盖的3200万人口

[47] Tim Westmoreland, Can We Get There from Here? Universal Health Insurance and the Congressional Budget Process, 96 *Gre. L. J.* 523 2007-2008, p. 532, p. 533.

[48] Arnold S. Relman, Uwe E. Reinhardt, Debating For Profit Health Care and the Ethics of Physicians, *Health Affairs*, Summer, 1986, p. 5.

[49] Uwe E. Reinhardt, Reforming the Health Care System: The Universal Dilemma, *American Journal of Law & Medicine*, vol. 19, 2010, p. 34.

[50] Allison K. Hoffman, Oil and Water: Mixing Individual Mandates, Fragmented Markets, and Health Reform, *American Journal of Law & Medicine*, vol. 36, 2010, pp. 24-30.

纳入进来的时候,在筹资模式上走的也是多元化的道路,联邦和州政府、企业以及居民都出一点资金(比如在政府拿出9400亿的同时,对年收入超过25万美元的家庭,征收收入税)。因此,尽管对美国的这种多元的筹资模式批评声和改革措施不断,但它比由政府统一负担、统一埋单的单一筹资模式,给国家和民众带来了更大的选择余地。更加值得我们重视的是,美国的这种多元化的筹资模式是由一系列比较实用、可行和完善的法律予以规范和保护的,<sup>[51]</sup>因而不会因国家领导人的替换、政策的改变和经济状况的变化而受到影响(利用国会立法对其进行改革另当别论)。

我国是一个人口大国,又是一个经济发展水平比较低的穷国。在目前情况下,让国家全部包揽健康保险费用是不现实的。因此,借鉴美国的做法,通过多元化的筹资渠道,来构建健康保险制度,是符合目前中国国情的明智选择。多元化的筹资方式的合理性,大家都能认识到,在实践中也不会产生太大的分歧,但困难的是我们相关的法律规范还没有能够跟上。由于法律的缺位,许多应该到位的政府经费没有能够到位。同时,由于我国经济发展基础比较差,不仅政府没有很大的实力,就是企业尤其是民营中小企业,经济状况也不乐观,这样,多元化的筹资,轮到让中小企业这一元出资时,它们就无能为力了。此外,由于城乡二元结构长期的腐蚀,农民尤其是欠发达地区的农民收入很低,让他们这一元出的经费,有时也往往落空,而在如何提高农民可支配现金的收入方面,法律(即使政策)的鼓励也还是缺位的。因此,笔者认为,要借鉴西方发达国家好的做法和经验,首先要有一定的基础,要营造一种能够借鉴吸收这些经验的环境。在多元化筹资模式上,我们都已经认识到了这是中国当前所采取的比较现实可行的模式,但我们的相关立法还必须及时跟上。<sup>[52]</sup>

## 六

在美国的健康保险法制运作过程中,非盈利性组织发挥了重要的作用。所谓非盈利性组织,就是不以盈利为目的的健康保险系统,主要是指“蓝十字”(Blue Cross)和“蓝盾”(Blue Shield)组织,1977年它们联合组成“美国蓝十字和蓝盾协会”(Blue Cross and Blue Shield Association)之后,在推动美国健康保险事业发展上发挥了重要作用。至21世纪初,蓝十字和蓝盾组织的总部设在芝加哥,全国已经有了74个相互独立经营的分支机构,雇员达12多万人,为全美国70%的工业企业提供保险,有将近1亿人接受它所提供的医疗保险服务,全年健康保

[51] Wendy K. Mariner, Health Reform: What's Insurance Got to Do With it? Recognizing Health Insurance as a Separate Species of Insurance, *American Journal of Law & Medicine*, vol. 36, 2010, pp. 436-439.

[52] 在多元化筹资这个问题上,笔者调研的信阳市平桥区人民政府,也充分发挥了自己的主观能动性,做得比较好。他们首先通过政府出钱,改造了一批荒山野林,然后吸引国内民间资本(或农民集资)来建设茶园。这样,一方面发展了茶叶生产,增强了地方经济,解决了当地农民的就业问题;另一方面,又要求在赚取的茶叶生产利润中,拿出一定比例,支持新型农村合作医疗的建设,发展乡镇卫生院和村卫生所,支持村里的社会保障事业。

险资金总额达到 1040 亿美元。<sup>[53]</sup> 由于蓝十字和蓝盾组织所提供的健康保险计划属于按服务支付型,即它们只是为医疗服务付费,但本身并不提供医疗服务,因此,它们实际上只是一个健康保险的中介组织。

如果说医疗保险照顾计划、医疗保险救助计划等,构建了美国健康保险法制的实体内容部分,那么,蓝十字和蓝盾等这些非盈利性组织构成了让这些实体内容发挥效能的中介保障组织。<sup>[54]</sup> 这一点,也是值得我们思考和借鉴的。在我国,在实施健康保险法制方面,我们也有许多中介机构和组织,1999 年 12 月,中国保监会首次批准成立上海东大、北京江泰和广州长城等三家保险经纪公司进行试点,2000 年至 2001 年,三家公司挂牌营业。2001 年,中国保监会颁布实施《保险经纪公司管理规定》。2002 年,中国保险行业协会中介工作委员会成立。2004 年,保监会放开对中介机构的审批,中介机构发展迅速,从 2002 年的 100 多家,发展到 2010 年上半年的 2358 家,其中经纪公司有 381 家。2009 年 12 月,保监会修订颁布了《保险经纪机构监管规定》,提高了保险经纪行业的入门门槛,强化了保险中介机构和从业人员的要求和管理。

所有这些保险中介机构组织的法制建设,当然也包括了健康保险的中介组织建设内容,虽然取得了一些成果,但中国保险中介市场的规范发展非常缓慢,还没有构建成一个网络,效率也十分低下,存在着人才瓶颈、技术瓶颈(如我国保险的电子销售和网络营销才刚刚起步,而美国在这方面的保费收入已超过总保费的 25%—35%)和资本瓶颈(至 2010 年底,1883 家专业代理机构平均注册资本 159.57 万元,超过三分之二的机构其注册资本低于我国法律规定的 200 万元之下限),需要进一步建设和完善。<sup>[55]</sup> 同时,虽然中国的健康保险中介机构和组织以及其内涵与美国的非营利组织有许多区别,但美国双蓝组织的运作经验,以法律来规范健康保险的中介市场的做法同样也是值得我们借鉴和重视的。<sup>[56]</sup>

[53] 段昆:《当代美国保险》,复旦大学出版社 2001 年版,页 158。

[54] Robert Cunningham III, Robert M. Cunningham Jr., *The Blues: A History of the Blue Cross and Blue Shield System*, Northern Illinois University Press, 1997, pp. 3-9.

[55] 为此,有学者提出,在未来的十年中,应当注重保险中介的专业化、保险业产销分离、通过与中小规模保险公司为主要合作伙伴实现保险业的规模化发展(经营主体规模的扩大与资源集约化),以及保险中介专业的价值整合等发展战略。参见陈功、阎国顺:“新十年保险中介发展战略思考”(上、下),载《中国保险报》2011 年 11 月 1 日、11 月 8 日。

[56] 据 2010 年 3 月 4 日《法治周末》报道(记者朱雨晨):借鉴美国“双蓝组织”的经验,重庆人刘群和一批医院于 2006 年发起组建了一个互助性的不以营利为目的的民间医疗健康保险组织“惠民俱乐部”。该俱乐部规定,每个农村居民,每年只要缴纳 20 元会费,在定点的 8 家公立医院看病的所有药费的 13.6% 和检查检验费的 5%—20%,均可以获得现金的报销。这一报销不受当事人是否已经有基本医疗保险(“新农合”)以及是否已经在医疗保险全额报销了费用等的任何限制。该俱乐部通过与 8 家公立医院以及全国 1900 家药厂的合作,3 年间不仅以现金直补的方式为 30 多万会员报销医药费 3000 多万元,还使 8 家医院的药费大幅下降 2 亿多元,使药费占医疗费用的比例仅为 30%(全国平均数为 50%),从而使农民的看病难、看病贵问题得到一定程度的缓解。笔者以为,这一俱乐部的实践,虽然与美国的非盈利组织稍有区别,因为该俱乐部运作的结果是,参与运作的发起人、医院和药厂,都有微利可得,但却符合中国的国情——因为美国的非盈利健康保险组织是需要政府资助或民间捐款的,否则它们也经营不下去,而该俱乐部的微利,某种程度上恰是填补了政府资助或民间捐款这一资金来源渠道。

## 七

西方任何一个发达国家的健康保险体系,都是由比较发达健全的法律和法规加以规范调整的,英国、法国、德国、日本,以及北欧各国无不如此,美国也一样。早在殖民地时期,当时的统治者就用宗主国英国的济贫法来规范共助互济医疗服务行为。<sup>[57]</sup>之后,工伤保险基金的建立和运作,雇主购买健康保险的逐步流行,私人健康保险公司的崛起,以及20世纪60年代中叶的医疗保险照顾计划和医疗保险救助计划,90年代的各州儿童健康保险计划,乃至最近由奥巴马政府建立起来的准全民健康保险制度,其每一个进步,都是依靠国家法律的支撑。

美国运用法律来规范健康保险市场的进程,和其他西方发达国家有很大的不同。一方面,美国并没有像德国、日本等大陆法系国家那样,在创建健康保险制度时,以一部国家大法(如德国1883年《疾病保险法》,日本1958年《国民健康保险法》等),在整个国家的范围内,从无到有地建立起一个统一的全民健康保险制度,而是在某个方面、某个领域渐行性地制定法律,如1935年的《社会保障法》只是解决了失业等社会保障问题,尚未能顾及健康保险问题(草案中有,但正式提案中被删除),1965年《社会保障法》修正案第18条、第19条只针对65岁以上的老年人和残疾人以及低收入人群,1997年的立法只针对儿童,等等。

另一方面,美国的法律体系包括健康保险法律体制,是一个二元结构,既有联邦法,又有州法,而哪些事务归联邦立法监管,哪些事务归州法律监管,是由联邦宪法规定,或者由联邦最高法院根据联邦宪法的精神宣布,或者在实践中摸索提出来的。<sup>[58]</sup>就健康保险而言,美国长期以来一直认为保险公司的活动,是州的事务范围,监管责任也应由州法律来承担,联邦法律不进行干预。因此,到目前为止,虽然已经有了许多州的健康保险监管法律,但联邦还没有制定出一部统一的健康保险的监管法。<sup>[59]</sup>此外,近年来,美国最高法院和众多联邦法院通过若干案例表现出推动医疗保险制度的意愿和决心。<sup>[60]</sup>这

[57] Lawrence M. Friedman, *A History of American Law*, 2<sup>nd</sup> edition, New York, 1985, p. 89.

[58] Samuel T. Grover, Religious Exemptions to the PPACA's Health Insurance Mandate, *American Journal of Law & Medicine*, vol. 37, 2011, p. 628.

[59] 当然,美国也有联邦一级的监管法律,如2007年通过的《随收随付法案》(Pay-as-you-go,简称PAYGO),对联邦新增健康保险费用支出平衡方面予以监管,但这都是单行的、就某一个领域或方面而做出的监管规定,并不是一部统一的监管法。参见Tim Westmoreland, Can We Get There from Here? Universal Health Insurance and the Congressional Budget Process, 96. *Geo. L. J.* 523, 2007-2008, p. 524.

[60] David Orentlicher, The Clash between the Public interest in a Robust First Amendment and the Public Interest in Effective Protection from Harm, *The American Journal of Law & Medicine*, vol. 37, 2011, p. 302.

种现状和特点,既造成了美国健康保险法制的分散性、零乱性和不一致性,也留下了许多让保险公司和投保人多种选择的可能性,也为他国借鉴美国健康保险法律监管的经验提供了很大的比较优劣的空间。

就我国的情况而言,在健康保险领域的立法本来就比较滞后,在监管方面的立法更加滞后。我们虽然也制定了一些条例和规定,但在城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和“新农合”制度等方面,基本上只是国务院和卫生部等机构颁布的一些通知、决定和意见等,<sup>[61]</sup>国家层面的立法几乎还是一片空白。1995年的《保险法》和2010年通过的《社会保险法》都十分粗略。最近出现的许多健康保险领域里的犯罪案件,如针对投保人和医疗机构骗取医保基金、<sup>[62]</sup>保险公司违法违规操作、<sup>[63]</sup>保险中介组织经营不善、政府保险管理机构人员贪污渎职等,司法部门处理时往往感到无法可依。因此,认真梳理美国各州保险监管的法律体系,从中发现和找出适合于中国国情的一些立法经验和法律精神,对于我们加强健康保险领域内的监管法制建设,是有着现实意义的。

总之,“他山之石,可以攻玉”。虽然,在国家经济实力,商品市场的发展,医疗保险文化的历史积淀,以及公民法律意识(尤其是保险法意识)的培养等方面,中国比美国都要差许多,加上中国的人口比美国要多许多倍,即使拿出同样的钱,在美国和中国的保障水平也会完全不一样,等等原因,美国的有些做法是无法复制的。但美国的上述经验,至少可以给我们以启迪,使我们在建立和完善医疗保险以及进行医保改革的制度设计时,能够有所借鉴,做得更好一些。因此,在当前我国第二轮的医保改革处于不断向前推进之时,运用比较法的知识,多吸收一些他国的经验和教训,显然是有着重大意义的。

(责任编辑:徐爱国)

[61] 参见中国劳动与社会保障部网站, <http://www.molss.gov.cn/index/>, 卫生部网站 <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/wsb/index.htm>, 最后访问日期:2012年2月14日。

[62] 如2009年7月,佛山市顺德区一家医院,在短短一个月内,鼓动499名职工(包括家属)看了3000余次“病”,以冲高医院营业额和住院人数,骗取更多社保基金的划拨;《深圳商报》2011年1月28日透露,许多深圳市的医保定点医疗机构,往往虚开药价,把药品的价格提高以后,再以七折的“优惠”提供给病人,从中赚取由医保统筹基金埋单的那三折差价。除医疗机构以外,患者和不法之徒相勾结,利用一些社保基金报销的看病项目,骗取社保基金的案件也时有发生,如2010年8月24日,江苏省苏州市沧浪区法院就公开审理了江苏省历史上第一例社保基金诈骗案,涉及金额41万余元,犯罪嫌疑人11人。

[63] 如国家审计署公布中国人民保险集团股份有限公司、中国人寿保险(集团)公司2009年度资产负债损益审计结果,表明这两个公司都存在违规承保、违规理赔、违规支付手续费和私设“小金库”等行为,违规资金逾30亿元。[http://xmwb.news365.com.cn/cj/201102/t20110201\\_2950716.htm](http://xmwb.news365.com.cn/cj/201102/t20110201_2950716.htm), 最后访问日期:2011年2月7日。