

DOI:10.14137/j.cnki.issn1003-5281.2020.03.005

# 典型国家医疗保险立法及其启示

华颖

(中国社会科学院 人口与劳动经济研究所, 北京 100732)

**[摘要]**医疗保险既是现代社会保障体系的主干项目,也是社会领域法制建设的重要内容。中国的医疗保险制度正处于逐步成熟、走向定型的关键时期,借鉴德国、日本、韩国等先行国家的经验很有必要。德国、日本、韩国的医疗保险立法及实践的共性在于,三个国家均是立法先行、依法赋权明责、法律条款可操作性强、在维护制度稳定的同时适时修法,突出强制实施、全民参保、责任合理分担、互助共济等原则,并有健全的相关法律配套;其个性在于制度统一的形式不同、经办机构有别、保险支付范围有差异等。以典型国家为鉴,中国需要加快医疗保险法制建设,通过制定专门的医疗保险法为制度运行提供具体的法制规范。切实解除全民的疾病医疗后顾之忧、遵循权利与义务相结合原则以及建立责任合理分担机制、坚持互助共济的本质、维护基本医疗保险制度的统一性是加强中国医疗保险法制建设的应有之义。

**[关键词]**德国;日本;韩国;医疗保险立法;启示

**[中图分类号]**D922.16 **[文献标识码]**A **[文章编号]**1003-5281(2020)03-0034-08

作为现代社会保障体系的主干项目,社会医疗保险制度起源于1883年的德国,当时德国制定的医疗保险法开创了全球社会法领域现代社会保障立法的先河,自此这一制度成为解除社会成员的疾病医疗后顾之忧和维护国民健康权益的根本性制度安排。一百多年来,众多国家仿效德国建立了社会医疗保险制度,普遍奉行立法先行、以法定制的规则,揭示出成熟的医疗保险制度均运行在法治轨道上的普遍规律。医疗保险制度关乎所有社会成员的基本民生,这一制度的运行涉及众多主体和复杂环节,包括用人单位、参保人、医疗保险管理机构、医疗服务机构、医药机构、政府等主体的责权利,涉及资金筹集、基金运行、待遇支付、服务标准与监督等环节。如果没有健全完备的法律规范,就

很难妥善地处理复杂的利益关系,也无法给予各方参与主体清晰、稳定的预期。

中国已经进入全面建设社会主义现代化强国的新时代,民众诉求也已经进入全面升级转型阶段,只有妥善应对好民生升级的挑战,才能最终造就人民幸福的世界一流强国<sup>[1]</sup>,建立健全医疗保险制度是满足最具普遍意义的民生需求的必要措施。中国医疗保障制度正处于逐步成熟、走向定型的关键时期,理性地借鉴典型国家经验很有必要。鉴于中国确立的是社会医疗保险制度,在借鉴国际经验时理应以社会医疗保险制度的典型国家为参照,而德国、日本、韩国无疑是其中值得特别关注的先行国家。自从社会医疗保险制度在德国创制一百多年来,其经历了两次世界大战、纳粹统治、政权更

**[基金项目]**国家社科基金特别委托项目“中国社会法系列研究”(编号:18@ZH023)。

**[收稿日期]**2020-04-05

**[作者简介]**华颖,女,中国社会科学院人口与劳动经济研究所助理研究员,管理学博士。

迭、民族分裂、大小经济危机而经久不衰,至今仍基本保留着原始的基本构架和原则,惠及全民并发挥着有效的保障作用,无愧成为医疗保险制度稳定、成熟和可持续发展的典范。<sup>[2]</sup>日本和韩国选择的也是德国式的社会医疗保险制度模式,作为与中国有着相近的文化渊源和历史传统的近邻,日、韩两国因较中国更早地建立起社会医疗保险制度而积累了丰富的立法与实践经验。因此,本文聚焦于这三个国家的医疗保险立法情况,总结其规律与特色,以期为中国医疗保障法制建设提供有益的启示。

## 一、典型国家医疗保险立法的简要回顾

### (一)德国医疗保险立法沿革

德国是世界上首个通过立法实施医疗保险制度的国家。1883年,德国针对劳工的医疗保险法案颁布,开创了现代社会保险制度的新纪元,其基础为正式制度建构前既已存在的为数众多的互助团体。俾斯麦主导的医疗保险立法的新意和标志性意义在于,以国家行动的方式在全德范围内针对更广泛的劳动者推行法定的强制性医疗保险。在立法过程中,德国最大程度地保留了已存在的互助组织管理体制,对医疗保险实行国家监督下的劳资自治管理模式。这些自治管理组织经法制化后茁壮发展日益健全,并由私法人转变为公法人。<sup>[3]</sup>1911年,德国颁布了集医疗、工伤、老年和残障保险于一体的《帝国保险条例》,将医保基金会确定为具有自治权利的公法法人。二战后,德国得以恢复纳粹时期停滞的社会保险制度,医疗保险也因循最初确立的制度模式继续发展。进入20世纪70年代后,德国又首开社会法制法典化的先河,将各项社会保险立法及其他社会保障单行法编纂成《社会法典》。其中,1976年颁布的《社会法典第四册——社会保险总则》规定了包括医疗保险在内的整个社会保险法律制度的基本原则和基本概念;1988年12月颁布的《健康改革法》提供了医疗保险法的基本框架,同期将法定医疗保险的法规统一编纂法典化,形成了《社会法典第五册——法定医疗保险》并于1989年正式实施。

在法典确定的基本制度框架下,德国的医疗保险改革进展顺利。1993年实施的《医疗保健结构法》将竞争机制引入了当时尚存的1200多家医保经办机构之间,参保者有了自由选择医疗保险经办机构的权力。进入21世纪,《社会法典第五册——

法定医疗保险》围绕着新型付费方式、财务机制、医疗保险机构的组织体制、待遇支付的结构调整等进行了修订,包括2004年实施的《法定医疗保险现代化法》、2007年的《法定医疗保险竞争加强法》等,从而使德国的医疗保险法制更加健全、完善。

在一百三十多年的医疗保险立法实践中,德国虽然对相关法律进行过多次修订,但始终保持了首次立法所确立的权利义务相结合、筹资责任分担、社会团结、互助共济、劳资自治管理等基本原则。

### (二)日本医疗保险立法沿革

二战前制定的《健康保险法》(1922)和《国民健康保险法》(1938)奠定了日本医疗保险制度乃至整个社会保险制度的基石,对战后日本社会保障制度和社会法的发展产生了深远影响。《健康保险法》(1922)作为日本首部医疗保险法,将参保对象限定在一定规模以上的工厂与矿山的体力劳动者及其抚养的家属,兼具工伤保险的功能,受1923年关东大地震影响,该法推迟到1927年才实施。1939年,以白领劳动者为对象的《职员健康保险法》正式实施。1942年,按照蓝领和白领分设的健康保险制度被合并成一个健康保险制度并延续至今。

1938年的《国民健康保险法》是面向居民的医疗保险的最早立法,其覆盖对象为农民、自营业者等未被健康保险制度保障的人群。该法的制定有两个重要的时代背景。一是在二战期间“全民皆兵”的战时体制下迫切需要保障士兵的健康和战斗能力;二是当时严重的农村贫困问题亟需缓解。国民健康保险最初是自愿参保,于1942年改为强制设立、强制参保,由民间机构管理。因二战后日本社会陷入极度混乱,1948年,国民健康保险制度由市町村(最基层的地方自治体)政府直接管理,以维持运营,同时大幅度地强化了中央政府的财政支持力度。20世纪50年代,政府公务员、私立学校教职工等特殊职业也纷纷组建了本行业的“共济组合”,其中包括医疗保险。1958年,日本全面修订《国民健康保险法》并于1961年实施,修订后的法律要求所有市町村必须实施国民健康保险,未加入其他医疗保险的国民均被强制加入其所在地的国民健康保险。经过3年左右的时间扩大覆盖面,日本于1961年正式进入全民医保时代。<sup>①</sup>

在经历了保障水平不断提高和人口开始加速

<sup>①</sup> 参见李莲花、余乾生《日本医疗保障立法研究报告》,中国社会保障学会内部研究报告,2019年。

老龄化的时期后,日本医疗保险制度改革的重点转向医疗费用控制和筹资改革。1982年,为了减轻政府的财政负担,日本制定了《老人保健法》,首次在医疗保险中引进了不同制度之间的财政调整机制。2006年,日本制定了《高龄者医疗确保法》,根据该法新设立了“后期高龄者医疗制度”。至此,日本的医疗保险制度不仅覆盖了全民,而且能够适应人口老龄化的需要,提供了更加全面的医疗保障。

### (三) 韩国医疗保险立法沿革

20世纪60年代,韩国开始步入快速工业化时期,各项社会保障立法也始于这一时期。上台伊始的朴正熙政府希望通过社会保障立法稳定民心 and 政权、实现军政权的合法化。<sup>[4]</sup>韩国宪法明确提出国民的生存权和福利国家的义务,发展经济和建设福利国家被定为国政目标,一系列有关社会保障的法律得以制定。<sup>[5]</sup>1963年底制定并实施的《社会保障相关法律》是韩国社会保障的基本依据,医疗保险法律体系和制度开始建立。1963年,韩国颁布了《医疗保险法》,以雇佣300人以上用人单位的劳动者和农渔民为对象。<sup>[6]</sup>然而,由于当时韩国的政治、社会、经济条件不成熟,并且其采取的是自由参保而非强制性参保的方式,这种法制化几乎形同虚设。1977年,500人以上规模的大企业雇员被强制纳入医保范围,实质性的职员医疗保险制度正式建立,此时有486个医疗保险组合(即保险人)。随着韩国经济的迅猛发展,医疗保险不断扩大适用范围,但还是将参保人按职业和地区分别建制。1979年,医疗保险扩展至公务员和私立学校的教师。1987年,韩国修订了《医疗保险法》,将农渔民、城市个体工商业者、小商业者纳入保障对象。1989年韩国实施的城市地区医疗保险制度奠定了全民医疗保险制度的基础。1997年,韩国制定了《国民医疗保险法》。1998年,韩国统合地区医疗保险(227个保险组合)与公务员教师医疗保险,并建立了国民医疗保险管理公团。1999年,韩国制定了《国民健康保险法》。2000年,韩国整合国民医疗保险管理公团与雇员医疗保险组合(139个组合),组建了全国性的单一保险人——国民健康保险公团。由此,韩国实现了医疗保险制度的全国统一。

### (四) 基本结论

综上所述,在德国、日本、韩国的社会保障法制建设中,医疗保险立法处于优先地位<sup>①</sup>,这种选择与工业化进程对产业工人的需求及劳动力的健康维护密切相关,也与疾病风险的普遍性密切相关。

作为现代社会保障制度的起源国,德国首先建立的并非养老、失业保险等制度,而是医疗保险制度(1883年)和工伤保险制度(1884年),主要原因包括三个方面。一是疾病和工伤保险作为恢复劳动力的手段在当时具有现实紧迫性。国家发展必须依赖大量的健康劳动力进行工业生产,维护产业工人的健康与安全显得至关重要。二是体现了先易后难、单个突破的政治智慧。1881年,俾斯麦指出:“如果政府试图推出完整的保险立法计划以毕其功于一役,则社会将对这项任务的巨大规模感到恐惧。因此,社会领域的改革应该分步骤、渐进推进。”<sup>[7](P.27)</sup>为了瓦解广泛而强大的阻力,俾斯麦放弃了一步到位建立完整社会保险体系的想法,采取了先易后难、单个突破的方式。在疾病医疗保险、工伤保险立法后,养老保险(1889)、失业保险(1927)和长期护理保险(1995)在社会发展过程中逐渐成为必需,并相继完成了立法工作。三是前期非正式的疾病医疗互助保险实践以及立法中对自治管理传统的保留。在医疗保险和工伤保险两者之间,工伤保险实际上是俾斯麦政府尝试社会保险立法的起始点。由于对具体组织管理模式和筹资模式存在巨大分歧,扮演“试水者”角色的工伤事故保险法案在立法过程中一波三折,先后两次遭到议会否决。而在医疗保险正式立法前德国就已普遍存在的具有医疗保障功能的疾病基金为医保制度的建立提供了丰富的实践经验、思想准备和组织基础。因此,医疗保险立法最大化地保留了已有的疾病基金的特征,尤其是雇主、雇员缴费责任的合理分组和劳资双方共同自治管理,这使得医疗保险法案在议会以绝大多数赞成票通过,从而成为德国法定社会保险体系建设的开路先锋。<sup>[3]</sup>

20世纪20年代,日本正处于从农业国向工业国转变的过程中。受到一战战争余波和世界民族民主运动的影响,在日本民主浪潮的直接推动下,在野党于20世纪20年代初提出了劳动者疾病保险法。<sup>[8]</sup>1922年,该议案在国会通过后成为日本最早的社会保险立法<sup>②</sup>。

韩国在20世纪60年代掀起了社会保障立法

① 韩国医疗保险法是20世纪60年代初首批制定的多部社会保障法律之一。

② 在1947年颁布《劳动基准法》的同时,日本依据该法第8章“灾害补偿”的相关规定颁布了《劳动者灾害补偿保险法》,这一法律沿用至今。参见郝玉玲、官安《中日公务员及企业职工工伤保险参保实践与思考》,载《中国医疗保险》2012年第5期。

的高潮。1963年,韩国制定的医疗保险法是与其它社会保障立法同期展开的。不过,由于当时韩国的国家财力有限和经济发展优先的导向,这些法律真正付诸实施的范围非常有限,只有推动出口导向型经济增长的大公司和主导国家经济发展计划与建设的国家公务员才是当时医疗保险等社会保障制度真正的覆盖对象。20世纪60年代至20世纪90年代中期是韩国经济高速增长期,韩国从最不发达的国家一跃成为最发达的国家之一,长期遵循“经济增长第一,分配第二”的范式,然而,经济增速的下降、低生育率和劳动力市场的二元分化挑战了这种传统范式。<sup>[9]</sup>进入20世纪90年代以后,韩国社会保障制度建设明显加快,医疗保险制度也得以迅速统一并覆盖全民。

## 二、典型国家医疗保险立法的相似性

德国率先创立了社会医疗保险制度,日本、韩国仿效德国建立了本国的社会医疗保险制度。纵观典型国家的医疗保险立法实践,德国、日本、韩国三个国家主要具有五个方面的共性。

### (一)立法先行,通过法律赋权明责

德国、日本、韩国医疗保障制度的建立、发展和完善无不呈现立法先行、以法定制的特征,且立法者均为全国性的立法机构,避免了区域间的不公平。在制定并实施首部社会保险法后,德国医疗保险制度的改革和调整均以法律修订为先行,即建制与修订的动议必须通过议会立法或授权立法程序,在协商达成共识成为法律后才实施,这是德国一贯之的做法。日本的医疗保险制度同样具有立法先行、依法行政的特点,各种医疗保险法律不仅有明确的理念,而且对制度的主要结构都有较为详细的规定,因而在当事人的权利受到侵害时,法律即是诉讼的根据。在1963年制定了《医疗保险法》后,韩国于1977年通过修法引入了强制参保政策,医疗保险制度得以正式、全面实施;此后经历了十多次修订,医疗保险法制建设走向成熟,韩国明确规定由国民健康保险公团作为单一保险人运营覆盖全民的统一的健康保险制度。总之,韩国通过法律赋权明责,既使得制度创设与制度变革具有能够得到国民认同的合法性,又保障了制度的公信力和执行力,给行政、司法、医保管理机构、医疗机构等主体依法作为提供了依据。<sup>[2]</sup>立法先行不仅使医疗保险制度的运行规范有序,而且使民众对医疗保险

制度有着充分的信心和稳定的预期。

### (二)可操作性较强,能够为医保制度的实施提供具体依据

典型国家医疗保险的法律内容不仅有原则性规定,而且对医疗保险制度实施的各个方面都有较为完备的规制,可操作性强,从而能够为医保制度的实施提供具体依据。例如,德国现行医疗保险法律条款共计13章、328条,具体规制医疗保险筹资与支付范围、医疗保险经办机构、法定医疗保险的医疗服务机构,以及医疗保险经办机构与医疗服务机构的关系、违法违规处罚规定等。在日本应用最广的三部医疗保障法律是《健康保险法》《国民健康保险法》《高龄者医疗确保法》。《健康保险法》分11章并有附则,包括总则、保险者、参保者、保险给付、保健事业及福利事业、费用负担、健康保险组联合会、权利救济、杂则和罚则等内容;《国民健康保险法》分12章、128条并有附则,包括总则、保险者、保险给付、费用负担、保健事业、国民健康保险团体联合会、医疗报酬审查委员会、审查请求、监督、杂则和罚则等内容;《高龄者医疗确保法》分8章、171条并有附则,包括总则、前期老年人的保险者间的费用负担调整、后期老年人医疗制度、社会保险医疗报酬支付基金的老年人医疗制度相关业务、国民健康保险团体联合会的老年人医疗相关业务、杂则、罚则等内容。韩国的《国民健康保险法》分9章、119条,同样全面、具体地规制了涉及医疗保险制度及其实施的各个方面,包括总则、参保人、国民健康保险公团、保险给付、健康保险审查评估院、保险费标准和征缴方式、异议申请及审判请求、补充规定和处罚规定等。医疗保险立法的完整性与具体化使得这一制度能够全面、规范地运行在法治轨道上。

### (三)在保持法律稳定性的同时与时俱进地修订完善

医疗保险担负着解除公众疾病医疗后顾之忧的职责,只有维护制度的稳定性,才能给公众提供稳定的安全预期。然而,稳定性并不等于立法可以一劳永逸,医疗保险制度需要持续发展,制度运行的环境也会伴随社会的发展进程而处于不断的变化之中,因而相关法律需要适时调整。典型国家均在保持医疗保险基本制度和原则稳定性的同时,呈现出与时俱进地对其进行修订的共性。在德国,自1988年颁布《社会法典第五册——法定医疗保险》以来,迄今已经进行了近百次修改,其法定医疗保

险的一系列改革都是通过立法来规范和推动的,形成了一套具有调整弹性的医疗保险法律体系。如1993年实施的《医疗保健结构法》改变了医保机构间原有的按区域或行业封闭运行的状态,允许参保人自由地选择医保机构,从而首次将竞争机制引入各个医保经办机构之间;2000年出台的《法定医疗保险改革法案》要求从2003年1月1日起使用按病种付费的方式支付患者住院费用;2007年出台的《法定医疗保险竞争加强法》推行全民强制医疗保险,所有的国民和永久居民都必须依法加入法定或私人医疗保险体系。韩国的《国民健康保险法》自2000年实施以来已经进行了约30次修法。日本于1922年制定的《健康保险法》不断修订、适用至今。这些国家在医疗保险法制建设实践中的上述做法保障了医疗保险制度对时代发展的适应性。

#### (四)结构和重点内容具有相似性

从法律内容看,德国、日本、韩国三个典型国家的医疗保险立法均包括以下四个方面的重点内容。第一,强制参保,覆盖全民,待遇公平。全民参保、强制参保,即在法律上把全体国民均纳入医疗保险体系,在保障水平上实现了全民的公平性。德国和韩国以全国统一的制度覆盖全体国民;日本的医疗保险主要分为公司健康保险和国民健康保险两大类,具体制度更加细化,有些保险机构会提供法定保障之外的额外福利,但在基本保障水平方面全国统一,制度之间几乎没有差异。第二,责任合理分担,互助共济,有收入者缴费。德国法定医疗保险的保险费根据个人收入比例计算,自建制以来一直奉行劳资双方共同缴费的做法,所有缴费全部进入医疗保险基金并由全体参保人共享,充分体现出互助共济的本质特征,同时规定有收入者缴费并惠及其无收入的家属。日本公司健康保险的保险费也由雇主和员工各负担一半,可惠及在同一户家庭居住并由该员工供养的家属(如配偶、子女、父母等);申请国民健康保险者需由户主提交申请表(家庭成员在同一份表格上申请),保险费以税收的形式缴纳,以收入、净资产和家庭人数为基数计算,不同地区的保险税具体计算标准有差异。韩国也由雇主与雇员各承担50%的缴费责任,有收入者缴费,无收入者依附其抚养(赡养)人参保;除单位参保人及其被抚养(赡养)人以外的参保人则以参保人的收入、财产等各附加要素份数合计的保险费征收份数,乘以每份的对应金额得出保险费,而后适用折扣率等确定需缴纳的保险费,以家庭为单位

征缴。第三,自付费用封顶。尽管三个国家对于个人共付机制的规定有差异,但对个人自付额均设有上限,以此切实地避免了参保者因自付额过高而陷入困境。具体而言,德国法定医疗保险规定了个人需要支付医疗费用的封顶线,即个人每年自付的封顶线为税前年总收入的2%,对于某些慢性病患者为税前年总收入的1%。日本设有专门的高额医疗费保险制度,参保者1个月内需要自付的医疗费超过自费上限后,超额部分将由保险机构退还。韩国也有类似的规定,即如果患者承担的法定个人自付额超出法令所规定的上限,那么超出的费用由健康保险公团承担。第四,集中统一监管。德国明确由联邦保险监管局与卫生部分工协作,对法定医疗保险和长期护理保险进行监管,日本的医疗保险行政监管部门是厚生劳动省,韩国是保健福利部。这种集中统一的监管体制能够确保医疗保险法在全国范围内全面、有效地落实。

#### (五)相关法律健全,能够形成有效协同

典型国家中与医疗保险法并行的通常还有对医疗服务提供体系乃至公共卫生领域立法,并确保两者衔接顺畅,形成有效协同。医疗保险制度的有效实现离不开对医疗服务提供体系的有效管理。在日本,有关医疗服务体系的法律包括针对医务人员的法律和针对医疗机构的法律。前者主要有《医师法》《齿科医师法》,针对医生以外的医务人员的法律主要有《药剂师法》《保健师助产师看护师法》《诊疗放射线技师法》《齿科卫生士法》等;后者具有指导性地位的是《医疗法》,该法详细规制了医疗机构、医疗计划、医疗法人等。在德国,医疗服务方面的法律包括《医院筹资法》《医院报酬法》《医疗保健广告法》《电子医疗法案》等。韩国通过《药品事务法》《医疗服务法》和一系列与医疗设备有关的法律法规对医务人员、医疗机构及其协会等医疗服务提供体系方面的内容进行规制。可见,典型国家的上述做法能够确保医疗保险与医疗服务等协同推进。

### 三、典型国家医疗保险法制的差异性

典型国家医疗保险立法的共性反映的是社会医疗保险制度的普遍规律;而各国国情的差异性也不可避免地会对医疗保险制度产生影响,从而在立法上呈现出不同的个性。

#### (一)制度统一的形式不同

德国与韩国均采用一个法定的医疗保险制度

覆盖全民,其医疗保险制度具有高度的统一性。受历史路径的影响,日本仍然是通过按就业形态、年龄等划分面向不同类型参保者的多个制度实现对全民的覆盖,其多个制度虽然分立,但各个制度之间却有互助共济、资金调节机制,不同群体的医疗保险待遇相差不大,从而追求实质公平的统一性制度安排。<sup>[10]</sup>随着统筹水平的提高和中央政府介入的强化,日本医疗保险原有的分散性和多样性特征正在不断地淡化。

## (二) 经办管理机制有别

德国实行劳资自治管理和多元分散竞争经办模式,即由具有一定竞争性的、劳资双方(等额)代表自治管理的一百多家医疗保险机构(疾病基金)及其协会依法负责医疗保险的组织实施,参保者有自由选择保险机构的权力,联邦保险监管局与卫生部作为行政监管部门对医保制度实践负有监督之责。日本采取的是多元制度下的分散经办管理,全国有3000多个经办机构。<sup>①</sup>韩国经过对原碎片化制度的整合,从原有的分散经办发展为集中垄断经办模式,目前的医疗保险业务由法定的单一保险人依法统一组织实施,由保健福利部负监督之责。<sup>[11]</sup>

## (三) 共付机制有差异

德国的法定医疗保险缴费率是三个国家中最高的,相应地也提供最为全面的医疗保障,法律规定了少量定额的个人支付项目。日本的医疗保险视参保者的年龄不同,个人需自付10%~30%的医疗费用。多数参保者需要自付30%的医疗费,学龄前儿童和老年人通常自付20%的医疗费,75岁以上老人自付10%的医疗费,其余全部由医疗保险支付。韩国的医疗保险给付标准为:按医疗机构的不同级别,门诊和药店个人需要负担总费用的30%~60%;住院个人一般负担20%,癌症个人负担10%,一些种类的癌症个人无需自付;体检免费。可见,韩国医疗保险在缴费率不高(6%左右)的情况下,具有明显的以“保大病”和“治未病”为重点特征,即侧重于对花费昂贵的疾病的保障以及疾病预防和早期诊断,从而将有限的资源用于最需要的参保者。总之,上述差异性展现的是各国医疗保险制度与医疗保险立法的个性,这是由各国国情和医疗保险制度发展路径的差异性所决定的。

## 四、典型国家医疗保险立法的启示

德国、日本、韩国的医疗保险立法实践经本国

检验是成功的。德国的医疗保险创制一百三十多年来稳定而持续地发展至今;虽然日本按不同人群分别立法,但同样为全民提供了全面的医疗保障;韩国的医疗保险覆盖全民并被视为其福利国家的重要支柱。德国、日本、韩国三个国家的医疗保险制度在筹资公平性、健康保障目标的实现和整体满意度等方面都表现优秀。典型国家的立法实践带给我国的启示主要包括五个方面。

### (一) 健全法制,确保制度运行在法治轨道上

典型国家在建立本国的医疗保险制度时均奉行立法先行、以法定制、依法实施的规则。我国现行医疗保险制度是在传统的劳保医疗、公费医疗与农村合作医疗的基础上通过渐进的制度变革逐步建立的,试点先行、单项突破、自下而上、总结推广的改革策略决定了我国无法像典型国家一样先立法后正式实施,而是需要逐渐突破原有法制的规定,在不断探索中逐步成熟。我国的医疗保险改革已经进行了20多年,亟待通过立法来促使这一重要制度走向定型。基于中国幅员辽阔、人口众多、地区发展不平衡的现实国情和医疗保险制度涉及关系的复杂性,加之国家立法机关的程序性要求偏高,我国一步到位制定能够全面规制医疗保险制度的专门法律尚不现实。但主要依靠政策性文件为实践依据的现状却亟需改变。适宜的策略是要分两步进行:第一步是在梳理总结现行医疗保险政策性文件的基础上,由国务院先行制定行政法规——医疗保险条例,将相对成熟的政策性规制提升到法规层面;第二步是在总结行政法规在实践中的得失后,制定专门的医疗保险法,为制度实施提供全面且具体的法律依据。

### (二) 以切实解除全民疾病医疗后顾之忧为目标

典型国家均在工业化进程中完成了首次医疗保险立法,且都经历了从只覆盖部分劳动者到目前全民参保、强制参保的发展过程。特别是对个人自付额均设有上限,超过该限额则由医疗保险制度兜底,切实控制了个人风险。我国已明确全民医保的目标且覆盖率已稳定在95%以上,但因城乡居民属于自愿参保,尚有部分人没有医疗保险,同时,虽然医疗保险政策范围内的报销水平不断提升,但政

① 参见日本厚生劳动省《我が国の医療保険について》, [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuhoken/iryuhoken01/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuhoken/iryuhoken01/index.html), 2020年1月15日, 2020年4月4日。

策外的自费项目仍很多,疾病医疗的个人自负额偏高,特别是发生重特大疾病时个人的正常生活易遭受灾难性的破坏。因此,我国需要通过医疗保险立法将居民自愿参保转变为强制参保或自动参保,以确保医疗保险制度的有效全覆盖;同时,可参照典型国家的做法,通过立法改进医疗保险财务和报销政策,从当前以收定支的理念和财务模式转变为以支定收的理念和财务模式,从控制医疗保险基金支付额度转化为设定参保人个人自负费用的封顶额,以此切实地解除全民疾病医疗后顾之忧。

### (三) 遵循权利与义务相结合、责任合理分担的原则

典型国家的经验表明,社会医疗保险制度不同于福利国家的免费医疗制度,不仅要求参保人先履行缴费义务、后享受医疗保险待遇,而且要求由劳资双方均衡分担缴费责任。中国的现行医疗保险制度体现了权利义务相结合的原则,即使是对低保户等困难群体也采取由社会救助资金代缴医疗保险费的做法,以遵循先参保、后受益的原则,但筹资责任分担却持续失衡且呈现失衡加剧的趋势。例如,在职工基本医疗保险中,用人单位的缴费率为工资总额的6%,职工个人缴费率为2%,二者之比为3:1,一些地方还突破了这一比例,达到4:1,甚至更高;在城乡居民基本医疗保险中,2003年,农村新型合作医疗试点时确立的是政府补贴每人20元、个人缴纳10元,政府与居民的缴费之比为2:1,但近十多年来,政府补贴增长速度大大超过个人缴费增长速度,两者之比增长至3:1、4:1,上海等少数地区甚至超过10:1。这种责任失衡的筹资机制会导致政府的负担日益沉重,并且直接妨碍医疗保险基金的筹集与壮大,制约了医疗保障水平的提高。这使得医疗保险制度面临着持续性不断弱化的风险,不利于培养个人及其家庭应是维护健康第一责任人的意识。因此,中国应当通过医疗保险立法明确筹资责任的合理分担比例并维持其稳定性,包括适当地降低用人单位和政府的负担,强化个人的缴费责任。

### (四) 坚守互助共济的本质

互助共济既是典型国家医疗保险立法始终坚持的核心要义,也是医保制度具备相应保障能力的必要条件。德国的社会医疗保险制度自1883年创立之始就建立在健康者和生病者、年轻人和年长者、高收入者与低收入者之间的风险共担、互助共济的基础上,具有高度的再分配性。<sup>[12](P.87)</sup> 由于疾

病是所有人都面临的风险,只有遵循人人尽责、人人享有的原则,才能确保这一制度充分利用群体的力量来化解个体的疾病医疗风险。然而,我国在职工基本医疗保险制度中不当地引入了私有化的个人账户,致使相当一部分医疗保险基金不能统筹使用,并衍生出个人账户资金使用低效、违规等乱象。据统计,截至2019年底,全年职工基本医疗保险基金累计结存21850.29亿元,其中统筹基金累计结存13573.79亿元,个人账户累计结存8276.5亿元。<sup>①</sup> 据此,个人账户资金占整个职工基本医疗保险结存资金之比高达37.9%,即有近四成的医疗保险基金不能统筹使用。个人账户的设置不仅严重扭曲了医疗保险制度互助共济的本质,而且直接减损了这一制度近四成的保障能力,以致于造成个人账户医保资金大量闲置的同时一些大病患者又不能得到充分的医疗保障的现象。国家医疗保障局、财政部已经明令禁止各地为城乡居民基本医疗保险建立个人账户,对已经建立居民医保个人账户的也明确要求限期取消,这表明主管部门已经意识到个人账户对医疗保险制度的严重损害。然而,取消职工医疗保险个人账户意味着直接减损职工的既得利益,阻力难免,只有通过深化改革和相应的立法规制才能实施。因此,我国应当通过加快医疗保险法制建设来化解违背制度规律的医保个人账户,促使医疗保险制度回归互助共济的本质。

### (五) 切实维护基本医疗保险制度的统一性

制度统一是制度公平的直接保障。在典型国家中,德国、韩国均用一个法定医疗保险制度覆盖全民,日本虽按人群分立但通过相应的调剂制度来确保全民公平地享受相应的医疗保险待遇。我国建立的同样是社会医疗保险制度,打破了计划经济时期按单位或集体分割定制的格局,但由于受到路径依赖,仍是职工基本医疗保险与城乡居民基本医疗保险两种制度并存,且大多处于市、县级低统筹层次的状态。在中央缺乏统一政策规制的情形下,各地出台的政策性文件零散杂乱,导致各地医疗保险待遇相差很大。因此,我国应当通过立法进一步将职工与居民分设的基本医疗保险制度整合成统一的制度,使全民在同一制度的覆盖下享受公平的基本医疗保险待遇;同时,应按照《社会保险法》

① 参见国家医疗保障局《2019年医疗保障事业发展统计快报》, [http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/3/30/art\\_7\\_2930.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/3/30/art_7_2930.html), 2020年3月30日,2020年4月4日。

的要求,将医疗保险统筹层次提升至省级层面,并设立中央层级的调剂基金,在省级统筹的条件下确保基本医疗保险制度的统一和全民待遇的公平。虽然这一目标不可能一蹴而就,但当下我国仍需要予以明确并纳入立法,为2035年国家基本实现现代化时实现医保制度统一且普惠公平的发展目标提供有力的法律保障。

### [参考文献]

- [1]郑功成. 习近平民生思想:时代背景与理论特质[J]. 社会保障评论,2018,(3).
- [2]华颖. 德国医疗保险自治管理模式研究[J]. 社会保障评论,2017,(1).
- [3]华颖. 德国医疗保险自治管理模式研究[D]. 北京:中国人民大学,2014.
- [4]胡爱娣. 韩国医疗保险如何实现全民覆盖[J]. 中国社会保障,2004,(12).
- [5]张宝仁,张慧智. 韩国的社会保障制度分析[J]. 人口学刊,2000,(4).
- [6]金京玉,金玄武. 韩国社会保障制度的构筑[J]. 中国社

会保障,2001,(9).

- [7]Peter A. Köhler, et al.. The Evolution of Social Insurance,1881—1981: Studies of Germany, France, Great Britain, Austria and Switzerland[M]. New York: St. Martins Press, 1982.
- [8]杨黔云. 论影响现代社会保障制度发展的因素——对战后日本社会保障制度发展的历史考察[J]. 学术探索,2005,(4).
- [9]金渊明,陶冶. 没有福利制度的经济增长局限:韩国的经验[J]. 社会保障评论,2019,(3).
- [10]高山宪之,王新梅. 日本公共医疗保险制度的互助共济机制[J]. 社会保障评论,2020,(1).
- [11]韩国国民健康保险公团. 国民健康保险制度[EB/OL]. <https://www.nhis.or.kr/static/html/wbd/g/a/wbdga0101.html>,2020-01-15/2020-04-04.
- [12]郑功成,沃夫冈·舒尔茨. 全球社会保障与经济发展关系:回顾与展望[M]. 北京:中国劳动社会保障出版社,2019.

(责任编辑 屈虹)

## Legislation on Health Insurance in Selected Countries and Its Implications

HUA Ying

(*Institute of Population and Labor Economics, Chinese Academy of Social Sciences, Beijing 100732, China*)

**[Abstract]** As an indispensable pillar of the modern social security system, health insurance is meanwhile an integral part of social security legislation. The development of China's social health insurance system is at a crucial stage; thus it is necessary for China to learn from the experience of the selected pioneering countries regarding health insurance legislation, namely Germany, South Korea, Japan. The commonality of medical insurance legislation and practice in Germany, Japan, and South Korea lies in the fact that the three countries are preceded by legislation, empowered by the law, with clear responsibilities, strong operability of legal provisions, and timely amendment of the law while maintaining system stability, highlighting mandatory implementation, the principles of participation, reasonable sharing of responsibilities, mutual assistance and solidarity, as well as sound relevant legal support. The personalities of the three countries of Germany, Japan, and South Korea are different in the form of unified systems, different handling mechanisms, and different insurance payment ranges. Taking typical countries as a mirror, China needs to accelerate the construction of the medical insurance legal system and provide specific legal regulations for the operation of the system by formulating a special medical insurance law; and effectively relieve the worries of the whole country for medical treatment, follow the principle of combining rights and obligations, and establish a reasonable responsibility sharing mechanism. Adhering to the nature of mutual assistance and solidarity and maintaining the unity of the basic medical insurance system are its due meaning.

**[Key words]** Germany; Japan; South Korea; Legislation on Health Insurance; Implications