

德国《疾病保险法》缘起、内容与借鉴

□ 高和荣, 汤珍妮

摘要: 着眼于国家统一与社会凝聚, 传承德国行会互助保险精神, 深受官房学派特别是国家干预主义、工人运动以及将社会问题转化为非政治的技术问题和制度调解思想的影响, 德国于 1883 年出台、1884 年实施了世界上第一部社会医疗保险法律。该法注重普遍性和强制性, 明确了强制参保特别是强制低收入者参保、以支定收筹集资金、基本医疗服务普遍享有和监管主体多元等原则, 体现了人类解决医疗费用负担问题的最初原理和基本精神, 彰显了社会医疗保险的社会团结价值。德国《疾病保险法》的精髓在于它把促进国家认同与增进社会凝聚作为重要目标和使命, 采取累进缴费、基本普惠的社会互济原理而摒弃“多缴多得、长缴多得”的商业保险法则。这对我们切实解决民众看病难、看病贵问题, 积极探讨如何通过社会医疗保险制度的改革以增进社会融合, 具有十分重要的现实价值。

关键词: 疾病保险法; 社会医疗保险; 弱者优先; 社会凝聚

中图分类号: D951.6

文献标识码: A

文章编号: 1671-7023(2024)06-0085-07

德国于 1883 年出台、1884 年开始实施人类历史上第一部社会医疗保险法律《疾病保险法》, 将医疗特别是医疗费用支出当成非个人因素, 进而将医疗保险转变为政府强制性的制度安排, 有效解决了社会团结问题。2024 年是德国《疾病保险法》实施 140 周年, 该法所蕴含的促进社会团结、实现社会互济的理念延续至今, 成为各国社会医疗保险制度的共享准则。德国的这部民生法律引起了各国学者的兴趣, 同样引发国内学者的关注, 如陈晨、黄万丁试图通过梳理德国法定医疗保险体系的发展经验, 提出我国基本医疗保险应引入退休人员缴费与家庭联保模式^[1]。王宏波围绕德意志帝国社会保险制度体系建立的动因和内容, 揭示了社会保险制度的稳定运行离不开坚实的经济基础、中央的强大执行力与政治保障^[2]。胡川宁总结了德国法定疾病保险主体的历史嬗变, 提出我国医保改革应以社团法人为改革方向, 实现“管办分开”和“法人自主权”^[3]。已有研究大多从德国社会医疗保险制度汲取经验, 鲜少关注《疾病保险法》这部法律何以诞生这一前提性问题。这就需要回到德国《疾病保险法》本身, 研究当初德国为什么出台这部法律, 为什么把互济作为社会医疗保险的基本准则, 为什么把社会凝聚当成社会医疗保险的首要任务, 这些思想与原则对于今天深化我国社会医疗保险制度改革有何借鉴价值? 沿着历史制度主义的路径追溯人类最早的社会医疗保险制度设计, 透过当年德国国内对医疗保险法案的激辩, 揭示其理念主张、价值取向和精神实质, 形成对我国基本医疗保险制度改革的启示与借鉴。

一、德国《疾病保险法》的历史探索

德国从最初个别行会内部的互助保险到设立小范围的保险项目, 再到国家建立起以医疗保险制度为首的社会保险体系, 最终制定出《疾病保险法》, 持续三百余年的探索。

早在中世纪, 德国制造业兴起, 但劳动保护的缺失引发大量的劳动伤害, 催生了一些工人团体组建行业工会、建立医疗互助基金以应对劳动风险, 其中最具代表性的是 16 世纪哈尔茨山区矿工兄弟会成立的矿工基金会, 每当矿难事故发生, 矿工们自发募集捐款来帮助受伤的矿工和已故矿工的遗属。后来, 兄弟会定期收集捐款以资助生病的、暂时或永久残疾的或死亡成员的家属, 这成为德国最早的互助

作者简介: 高和荣, 厦门大学公共事务学院教授, 博士研究生导师; 汤珍妮, 厦门大学公共事务学院博士研究生

基金项目: 教育部哲学社会科学重大攻关项目“新时代提高保障和改善民生水平研究”(18JZD043)

收稿日期: 2024-10-09

保险实践^[4]。然而,这种互助保险制度尽管能够解决本行业群体的疾病治疗费用困难,增强成员对组织的凝聚,却难以为社会大众所认同。因为在笃信天主教的民众看来,保险是一种投机而罪恶的存在,个人保险计划是一种非法的高利贷;资产阶级则将保险看作不可预测的赌博,称购买者“不是在做计划而是在押注未来……他们是非理性、失控且自我毁灭的”^[5]⁵⁰。这一差评直到17世纪后才逐渐发生转变。

一方面,作为国王智囊的官房学派推崇重商主义和国家干预,主张将保险作为保障国家财富、维护国家统治的重要工具。正如其代表人物尤斯蒂所言,许多人陷入不幸并非因其个人责任,他们是命运的受害者,但对他们提供必要援助却会造成国库负担,而通过保险之类的制度可以将利益损失分摊给许多人,由此个人就不会被打倒在地,国家就会更加安宁^[6]。于是,官房学派陆续发起了丧葬基金、孤寡基金、嫁妆基金等保险项目,声称这些保险有助于促进婚姻维系、道德约束、社会稳定和人口增长。他们还分别参考了法学家和统计学家对射幸合同和风险投资的研究,试图制定合理的保险价格。18世纪末,保险业彻底与赌博脱钩,保险逐渐与诸如秩序、谨慎、远见、节俭、责任与贡献等家庭美德结合起来,普鲁士政府也看到了这一点,删除已经设立的火灾保险、寡妇和孤儿基金等中的投机元素^[5]⁴⁹⁻⁵⁰。另一方面,尽管普鲁士的保险业愈发成熟,但从商业保险到社会保险的转变并非一个自发过程,而是缘于19世纪以来普鲁士快速工业化给不断壮大的工人阶级带来的生存压力。当时,数百万人口离开农村涌入城市,他们靠劳动力谋生,工作时间很长却只能获得极低的工资,加上经济波动很大,繁荣时期的失业率可以低至1%,而低迷时期的柏林有三分之一的工人失业^[7],没有积蓄的工人苦不堪言。为缓和阶级矛盾,普鲁士政府于1854年颁布了《工人保险援助机构法》,授权地方政府要求工人加入互助基金,供款从工人工资中扣除且雇主需支付至少一半的保费^[8]。事实上,恶劣的生存状况还催生了代表工人利益的社会民主党的壮大,该党1863年成立后不到30年的时间就从一个没有议会席位的小党迅速成长为第五大政党。社会矛盾的加剧、工人运动的兴起助推普鲁士乃至德意志帝国社会医疗保险制度的建立。

不仅如此,当时的德国虽然实现了统一,但新加入的南部各邦依旧存在强大的离心力,加之国内政治流派众多,无产阶级政治力量强大,对国家政权的巩固带来巨大压力。俾斯麦的重要任务就是要彻底结束民族分裂,争取各方支持中央政府,为此,他发起了“文化斗争”来削弱南方天主教势力,采取“胡萝卜加大棒”做法压制工人运动,通过了《反社会党人法》,积极筹备社会保险计划以阻止社会民主党继续扩大影响力。他说:“《反社会党人法》的通过意味着当局给出了一个承诺,即必须采取更积极的措施来消除社会主义运动的正当性。”为了消除社会主义,就要“发展一点社会主义”^[9]^[10],尽可能将社会问题转化为“非政治的技术问题和制度调解”^[5]⁴⁶。保守党和自由党对此表示同意,主张制定新的社会政策使工人阶级与国家重新建立联系,通过一定的资源分享避免整个社会的“共产”,促进不同阶层能够在家长制政府的指导下彼此照顾。由此,中央政府承担起改善工人阶级生活状况的责任,将社会立法作为拉拢工人阶级、缓和阶级冲突、为国家政权赢得支持的手段。彼时正值保险项目流行于贵族和资产阶级圈层,其所具有的强制性储蓄、收入维持、风险再分配和相互性等属性和特征契合了自由派和保守派、资产阶级和贵族对社会的看法,自然就进入政策制定者的眼帘。通过保险去缓和社会矛盾、增进社会凝聚、维护国家统一成为最广泛的共识。

另外,《疾病保险法》的产生在一定程度上受到法国公共养老金制度的影响。作为疾病保险法案的提案者与倡导者,俾斯麦曾多次访问法国并作为大使在巴黎生活过,他肯定法国1850年建立的国家补贴式养老金制度,认为这种公共养老金制度增强了法国人对政府乃至对整个国家的认同。他指出法国人对政府的忠诚本质上是为了不失去每年40法郎的养老金收益,且拿破仑三世获得工人的支持就是因为实施了这个制度^[11]。因此,为了最大限度地获得工人支持,就必须让最大多数人口参加社会保险,使社会形成一个有机整体。于是,俾斯麦主张采取强制而非自愿保险,认为强制性才是社会保险的核心,否则无法充分发挥社会保险的社会整合功能。也就是说,保险业的成熟、官房学派的倡言、工人运动的兴起特别是俾斯麦内阁对社会保险的认知助推了德国社会医疗保险制度的建立。

二、德国《疾病保险法》的艰难诞生

面对日益高涨的劳工运动以及名义统一实乃分裂的德国,俾斯麦迫切需要一种能够消解工人运动、

增强国家凝聚力的制度。为此,他担任首相之初就成立了一个专门审查劳工问题的委员会,给商务部长伊岑普利茨伯爵写信,指出阻止社会主义运动的唯一方法是在现有政治和组织框架内尽可能合理地吸收社会主义主张,而由雇主、雇员供款加上中央政府补贴以保护所有经济弱势群体免受重大风险的社会保险体系就具有这样的功能^[12]。然而,当时的内阁流行自由主义经济理论,俾斯麦所提倡的国家干预措施遭到冷落^[11]。

不过,威廉一世的遇袭冲击了德国统一的政治与社会基础,催生了社会凝聚类制度的建设。1878年,威廉一世在两个月的时间内连续遭到两次暗杀,如此密集的袭击事件让议会上下一致认为有必要采取一定措施以减少社会冲突,平息社会不满,促进社会凝聚。一部分保守派人士公开表态支持老年和伤残保险,俾斯麦内阁和威廉一世本人表示应当由特定机构为老年或因工致残人群提供帮助。第一个提交到议会社会保险提案是事故保险法,俾斯麦阐释了提案的理由和动机,是引导无产阶级不再将国家视为一个为保护高阶层而设置的机构,而是一个服务于他们需要和利益的机构,为此应容许社会主义元素被引入立法。俾斯麦认为这种做法并不是一种创新,而是现代国家理念的进一步发展,是基督教伦理的要求:国家除了保护成员现有的权利外,还应履行促进所有成员福利的义务^[9]。

遗憾的是,事故保险法未能立即获得通过。自由党抨击提案中的中央政府补贴是国家社会主义和俾斯麦独裁统治的象征,社会民主党则认为补贴相当于中央政府对企业的直接馈赠,主张保费应由雇主单独缴纳。对此,俾斯麦试图用烟草专卖计划为提案中的中央政府补贴提供资金支持,但仍遭各方反对。提案失败八个月后,议会意见迎来了转折。1881年11月,威廉一世委托俾斯麦在会议开场时宣读诏书,指出不能仅仅通过镇压社会民主来治愈社会罪恶,还须积极促进工人福利,因此他再次向国会推荐社会凝聚类的制度议题,希望通过社会立法增进劳动者福祉,以便抓住时机为国家内部和平提供新的持久保障^[4]。

威廉一世的这封诏书清晰地表达出他们不仅希望建立事故保险制度,还希望建立一个涵盖工人所有重大风险的帝国保险体系作为化解阶级冲突、凝聚社会共识的制度安排。于是,俾斯麦以《疾病保险法》补充《事故保险法》,同时将这两项提案提交到议会,引发了激烈辩论。

一方面,《疾病保险法》要不要采取强制性原则?自由党推崇自由放任原则,主张自愿保险;天主教中央党支持强制保险,认为强制保险重申了每个人作为社会成员的身份,有助于抵抗社会原子化、利己主义和道德堕落;社会民主党对保险的强制性没有异议,但他们宣称《疾病保险法》没有解决造成工人痛苦的根源,只是试图“贿赂”工人,使他们自满;而保守党提出强制性社会保险能够将工人与抽象的国家联系在一起,培育工人对国家的忠诚。从保险原理来看,自愿保险使参与保险计划的雇主处于竞争劣势,最终导致所有人都被迫退出计划,尤其是最需要保险却又面临更高保费的高危职业工人^{[5]58}。按照俾斯麦的观点,整个疾病保险体系的核心就在于其强制性,这不仅仅因为所有人都必须得到救赎而非任凭个人的自由意志,还在于团结国民、确保国家政权安全和社会稳定^[12]。最终,“疾病保险法”的强制性原则得以保留。另一方面,要不要设立统一的帝国保险管理机构?俾斯麦希望疾病保险从属于一家政府银行而非私人保险公司,因为它必须赚取利润且不够安全^[4]。但是,天主教中央党强调分权反而有助于利用集体共同利益增强社会团结,并遏制阶级冲突,主张给予地方机构尽可能大的管辖权。代表私人银行家利益的自由党反对由非营利性的中央银行来管理疾病保险。社会民主党要求由工人而非中央政府或雇主来掌管疾病保险,他们称愿意让工人支付全部费用。由于建立统一的疾病保险管理机构希望渺茫,俾斯麦最终作出妥协,放弃国家补贴并允许让已有的疾病基金来管理疾病保险计划,但他要求疾病基金必须提供最低福利,按法律规定进行投资并按时提交年度报告。

不过,社会各界对《疾病保险法》普遍认同。其中,企业主和资产阶级认为疾病保险计划有可能平息劳工骚乱,强化工人的职业道德。按照哈科特的说法,疾病基金创造了一个“取代无产阶级的保守阶层”,将工人保守化的同时不会导致跨阶级的财富再分配,这比激进的改革要好得多^{[5]26}。但是,雇主们对分担缴款模式感到不满,称缴款将严重削减他们的利润,这些利润本可以为经济扩张提供资本。医疗供方支持《疾病保险法》,因为它并未对医方和疾病保险基金之间的合同安排、病种项目和支付条款等作出不利于自身的规定,实际上,法案颁布后医疗从业人员的数量和收入都得到了迅速增长。工人也支

持该法案,因为他们更关心如何尽快解决眼前的医疗费用负担而不是改变社会的长期斗争。在工人的敦促下,最初投反对票的社会民主党接受了法律赋予他们的部分计划控制权^{[13]115-116}。于是,经过一年多的辩论和修订,1883年6月正式通过了世界上第一部《疾病保险法》。

三、德国《疾病保险法》的核心要义

1883年通过、1884年实施的《疾病保险法》由九章共88条构成,其内容不仅反映了当时德国社会各界的共识,还体现了社会医疗保险最初的理念、精神和原理。

第一,强制低收入工人参保。1884年实施的这部法案强制低收入工人加入,它规定所有日薪低于6.7马克的雇员自动参保,雇主须在员工上岗后三天内为其进行保险登记,雇员家属可以自选是否参保,日薪高于6.7马克的雇员不强制参保,其他从业人员有权加入社区医疗保险。不过法律免除了农业工人、林业工人、自营职业者、公务员、流动工人(从事工作时间不到一周)、学徒和家庭佣人的强制性保险,反映出该法案的目标群体是工业工人而非农业工人或其他群体,尤其关注中低收入工业工人。这一理念构成了社会保险的精髓。该部法案的出发点是回应城市工人阶级的诉求,而农村生活的分散性限制了农业工人的集体行动,加上当时的农场主仍然对农业工人实行家长式统治,要想强制农场主为农业工人投保相当困难,这一豁免因此得到了农村议员的支持^{[13]69}。尽管如此,该法案的实施使得参加疾病保险的人数翻了一番:1880年德国只有5%的人口缴交疾病保险费,而1885年疾病保险覆盖率达到10%。强制参保特别是强制低收入者参保体现了社会医疗保险互助共济原理。

第二,采取以支定收方式筹集资金。该法案延续了行会互助保险传统,规定各基金的财务独立运行,保险费用由雇员和雇主按照2/3及1/3比例共同承担。不过,具有成熟运营经验的矿工基金可以自行协商雇主与雇员的缴费比例。虽然1883年的《疾病保险法》并没有规定统一的费率,各基金可以根据日均工资、工资等级和个人实际收入等自行确定,但该法案限制缴款金额不得超过日均工资的2%,只有当基金入不敷出时才允许雇主和雇员商议是否提高费率。反过来,如果基金出现经常性结余则缴费额可适当降低,最多可减少相当于日均工资1.5%的金额。在支付方式上,雇主和雇员的保费份额均由雇主支付给疾病基金,其中雇员保费以工资扣除的方式支付;如果雇主没有按时付款,雇员不会受到处罚,而雇主必须支付违约期间所有雇员的医疗费用,且可能被处以罚款^①。以支定收理念以满足医疗需要为逻辑起点,促进医保基金高效使用和规范运营;规定费率区间这一做法有效减少了疾病基金的收支差异,缩小了不同群体的医保待遇差距。

第三,参保者普遍享有基本医疗服务。《疾病保险法》规定了医疗服务和疾病津贴(病假工资)的最低水平:参保人生病后可以获得免费的治疗、药品、眼镜、物理支撑器具等服务,参保人丧失工作能力时则从第三天起获得相当于当地普通工人一半日薪的补贴,产妇分娩后的三周同样享有该补贴。这些福利补贴最长时间为十三周,但允许基金通过补充福利延长到最多一年。除此之外,疾病基金还向已故成员的遗属支付相当于当地日均工资二十倍的死亡抚恤金。对于离职的雇员,只要他们继续支付保费并且留在他们以前居住的或最后受雇的市辖区,疾病基金都应为其保留获得基本医疗服务的权利。不过,参保人因酗酒、打架、斗殴或其他不当行为而受伤患病,市政当局有权拒绝向其发放疾病津贴^②。也就是说,最低福利水平的制度设计满足了工人基本的看病就医需要,增强了社会整合与社会凝聚,同时对不当行为导致的伤病不予报销,有助于社会规则的确立与恪守。

第四,监管主体多元性。《疾病保险法》根据不同行业和职业将疾病基金分为地方基金、公司/工厂基金、行会基金、承包商基金、矿工基金以及辅助基金等六种,基金由雇主和雇员双方选举产生的代表所组成的行政委员会管理,代表权依据雇主和雇员的供款比例设定。不过公司/工厂基金是一个例外:法

^① 资料参见 Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter. Deutsches Reichsgesetzblatt Band 1883, Nr. 9, 1883, S. 73-104, § 8, 10, 20, 31, 53, 62, 64, 74, 80-82.

^② 资料参见 Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter. Deutsches Reichsgesetzblatt Band 1883, Nr. 9, 1883, S. 73-104, § 6, 11, 20, 21.

律允许雇主代表担任行政委员会主席,雇主有权制定规章制度。中央政府希望通过授予雇主额外的行政权力来平息劳工骚乱,遏制工人运动的发展。除了参保资格标准由中央政府制定外,其他行政职能均由疾病基金承担,包括一揽子福利方案的设计、基金的收支管理、与医方的谈判签约、医疗费用报销、医疗服务使用情况审查及服务质量监测等。中央政府不需要与医方接触,只对疾病基金的运营进行监督,如审核年度账目、核查被保险人及就诊信息等^[14]。这些安排均继承德国行会互助保险的精神及传统,管办分离的制度设计在一定程度上促进了社会医疗保险治理体系内必要的利益结构平衡,成为后来各国和地区的基本遵循。

四、德国《疾病保险法》的有益借鉴

基于《疾病保险法》实施的德国社会医疗保险制度已有 140 年的历史。在经历了两次世界大战、国家的分裂与统一,特别是面临福利危机时,德国的社会医疗保险系统仍然展现出较强的韧性,社会医疗保险制度最初确立的普遍性与强制性相结合以促进国家统一、增强社会凝聚、减少社会对抗,以及累进缴费、基本普惠、协同控费等理念、原则与精神,成了《疾病保险法》的核心要义,更是人类社会医疗保险制度的共享准则。这对于我国深化医疗保险制度改革,切实解决民众看病难、看病贵问题,促进社会医疗保险增进社会凝聚具有重要的借鉴价值。

第一,促进国家认同是《疾病保险法》的重要目标。德国最初颁布《疾病保险法》以建立社会医疗保险制度是为了巩固统一大业,防止国家再度分裂,因而具有国家“稳定器”功效。1871 年的德意志帝国名义上统一,然而各州依然保留了包括税收、司法、执法甚至是军队在内的自治权,整个帝国呈现出表面上统一但实际上各自为政局面。不仅如此,民众在思想上也未建立起对统一政体、统一社会的认知和国民身份的认同,更看重自身的种族、地域和信仰,特别是南部和西部的天主教徒与北部和东部的新教徒之间依旧存在较大分歧,这种对抗性价值体系成为国家实质统一的巨大障碍。更为严峻的是,社会劳资矛盾和阶级对抗不断升级,威胁新生政权的稳固。这就需要俾斯麦政府尽快健全行政机构体系,重塑国家权威,缓和阶级矛盾,增强社会凝聚,避免国家再度分裂。此时,全国统一的《疾病保险法》及其社会医疗保险制度的实施密切了民众与国家的联系,有助于塑造民众对国家的忠诚。

借鉴德国《疾病保险法》的思想,我们中国应深入推进基本医疗保险的省级统筹,积极探索基本医疗保险的区域统筹,打破地区、参保身份及筹资方式的藩篱,逐步消除差异化的参保资格、筹资方式及待遇享有办法,统一基本医疗保险的筹资方式及医疗费用补偿标准,构建全体社会成员共同认可的基本医疗保险制度,持续增强医疗保险制度的公平性、统一性、安全性和规范性,更好地促进社会团结。还要积极思考、谋划基本医疗保险如何融入台港澳同胞、实现基本医疗保险海峡两岸暨港澳台统筹,增进港澳台地区民众对祖国的归属感、认同感和向心力。

第二,增进社会凝聚是《疾病保险法》的核心使命。俾斯麦政府通过的《疾病保险法》及其所实施的社会医疗保险制度采取的供款与消费相分离的政策就是致力于保护弱者、增进社会凝聚,坚持供款即缴费根据工资而非个人风险或缴款意愿,医疗服务取决于参保者的实际医疗需求。也就是说,不论参保者的缴费能力、参保时长或地理位置,所有被保险人都平等享受基本医疗服务与疾病津贴,这成为社会保险的基本准则,也就是我们所说的弱者优先、兼爱贫富、社会共济。这些准则充分体现了风险共担和团结互助精神,表现为让高收入人群关心低收入人群,就业者支持失业者,健康群体体恤患病群体,以跨阶层、跨生命周期的互助机制保护弱者,这样的团结互助精神自然会促进社会凝聚,缓解社会对抗,促成德意志帝国此后数十年的社会力量动态平衡与社会秩序相对稳定^[15]。

国家统一必然要求社会团结,社会团结来源于社会成员对社会共同体的认同。推动社会认同需要给予中低收入以及其他弱势群体支持,降低这些群体的不平等感及相对剥夺感,减少其他社会成员对该群体的刻板印象。就基本医疗保险的现实来看,我国基本医疗保险制度在不同地域、职业、身份、阶层之间存在区隔,这不利于社会认同的形成与社会共识的凝聚,对此,应强化基本医疗保险互助共济功能,逐步消除待遇享有的身份限制,深化医疗服务供给和资源分配的公平性。与此同时,要完善筹资机制,对

灵活就业人员、农民工、新就业形态人员制定更加合理的缴款计划,逐步取消上述群体参与城镇职工医保的户籍限制;注重制度的横向公平,实行差异化缴费和统一化待遇补偿,明确缴费是社会成员享有医疗保障的充分但非必要条件,积极完善大病保险和医疗救助制度,让部分收入低于一定水平的社会成员少缴费或不需要缴费就可以享有政府的医疗救助,确保人人享有基本医疗服务,减少社会排斥,发挥基本医疗保险在促进社会稳定与长治久安方面的功能。

第三,普遍与强制构成《疾病保险法》的鲜明特性。德国的《疾病保险法》最初排除了农林业工人等低收入群体,其目的是减少改革阻力。通过采取渐进改革,德国社会医疗保险覆盖范围不断扩大,囊括了失业工人、无收入的受抚养人、退休人员、农民、残疾人、学生等群体,并且从20世纪末起由联邦劳动局和地方福利机构共同承担失业、退休及贫困群体的医疗保险费,让后者获得与就业人群相同的医疗福利,体现了无差别性原理^[16]。截至2023年,约88%的德国人口参加了社会医疗保险计划,11%的人口购买了替代性私人医疗保险,其余人群如军人、警察和难民等通过特定的政府计划获得医疗保险^[17]。覆盖率如此之高,其背后就在于强制性以及无差别性在发挥功效。

借鉴德国《疾病保险法》的做法,我国应该把普遍性与强制性作为基本医疗保险的基本要求,普遍性意味着所有社会成员都做到应保尽保,强制性意味着国家要让每位社会成员能够参保并为他们提供保障。就前者而言,截至2022年底,我国基本医疗保险尽管参保率在95%以上,但参保稳定性不足,全国共有2517万灵活就业人员、流动就业人员、自由职业者和农村居民等群体“脱保”“停保”“断保”^[18]。对此,要加强调查研究,剖析这类人员不愿参加城乡居民基本医疗保险的原因,从筹资与补偿、保障基本与应对大病相统一的高度解决这一难题,加大对基本医疗保险共济性质、保障优势和疾病风险的宣传力度,采取强制手段和办法强化各类人员积极参保。要以法律法规形式固定各方主体利益调整和福利再分配方式,明确参保人的权利与义务、待遇范围与边界,以强制力实现基本医疗保险应保尽保,满足民众的基本医疗需求。

第四,累进缴费、基本普惠是《疾病保险法》的最初法则。德国《疾病保险法》采取适度累进缴费及基本医疗服务普惠准则,强调所有参保者均应缴费,缴费额度依据参保者的收入水平,收入越高缴费额度就更高,而收入越低缴费额度则相对低一些。另外,《疾病保险法》规定收入高于一定水准的人群可以不参与强制医疗保险计划,这不仅回应了医生希望保留一部分市场来增加额外收入的诉求^{[13]209},而且引导高收入群体参加私人医疗保险,有助于多层次医疗保险体系的建立。私人医疗保险不同于社会医疗保险的最大区别在于它建立在多缴多得、长缴多得的健康风险精算法则和运行规则之上,健康风险较高的群体需缴纳高额保费,缴费金额随着年龄的增加而增加;保费缴交越多或缴交时间越长,参保人的医保待遇就越优厚。当然,私人医疗保险因其高额的投保缴费、更多的医疗服务消费以及更高的报销价格而获得医生的支持,并让参保者享有优先服务待遇^[19]。

德国《疾病保险法》表明,基本医疗保险制度应坚持基础普惠原则,特别是在我国多层次医疗保险体系中,基本医疗保险提供的医疗待遇具有普惠性质。近年来,我国基本医疗保险坚持参保者承担相应缴费责任,收入越高缴费越多,而基本医疗保险的待遇水平则按照医疗费用发生情况给予相应的补偿。同时,应不断扩大报销范围,提高基本医疗保险报销比例,稳步提升门诊保障水平,持续释放制度红利,让基本医疗保险更加普惠。这就需要我们科学探索基本医疗保险普惠共享的项目费用、边界范围,形成更加合理的普惠机制,满足民众基本的医疗需要。在此基础上,积极发展各类商业医疗保险,满足群众更加丰富、更为差异化和个性化的医疗保障需求,织起一张互济共担的健康保障安全网。

第五,协同控制医疗费用支出是《疾病保险法》的可靠保证。1883年的法案规定了疾病基金需要满足参保人的基本医疗需求,因此,医生理论上可以进行他们认为必要的医疗行为并获得全额报销。这意味着德国的社会医疗保险制度从实施之日起就面临着成本控制问题,德国最初采取约束初级保健医生、通过调节医生的薪资来影响他们的医疗行为,但很快就遭遇医生的反对和罢工,中央政府介入后于1913年颁布了《柏林公约》,规定基金和医生之间的合同必须由疾病基金和医生协会集体商定,实行联合管理。“二战”结束后,快速上涨的医疗费用支出使得德国颁布《医疗成本控制法》,相继出台有关缴费水平设置、总额预算控制,设置药品参考价格、引入免赔额、限制高成本技术设备使用,制定统一评价

标准以及审查医院年度质量报告等政策措施,延缓了社会医疗保险费用支出的增速,医疗费用支出占国内生产总值的比例较为稳定^[20]。

德国的这一做法表明,医疗是一个包含医生、医院、医保、患者、药械等多主体在内的博弈整体,涉及政府、药械企业、医院医生、私人医疗机构、医保基金以及患者等各个方面,充满着高度的逆向选择与道德风险,只有采取协同管理才可能实现控费与保基本医疗服务的平衡。就我国而言,我国基本医疗保险坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”,注重运用总额预算控制医保费用支出,通过协议监管、行政处罚、行刑衔接、飞行检查等方式跟进医保基金监管。然而,医疗行业专业性强,牵涉众多博弈主体和价值目标,如果没有合理的预算设置机制和精准有效的监管手段,总额预算和按病种付费的改革成本很可能以医疗服务供给减少、医疗服务质量下降等形式转移给患者。这就要求积极构建医保、医疗、医药等多方主体参与的协商谈判机制,在医疗资源供给、药品定价、绩效考核评价、争议处理等进行有效衔接,把握实际医疗需求的变化,积极探索更加科学合理的医保定价与支付方案。

参考文献:

- [1] 陈晨,黄万丁.德国法定医疗保险的成功经验及启示——基于参保机制视角[J].社会保障研究,2022(2):103-111.
- [2] 王宏波.德意志帝国的社会保险制度与社会稳定[J].经济社会史评论,2020(1):25-34+127.
- [3] 胡川宁.德国法定疾病保险主体的历史嬗变与反思[J].德国研究,2020(2):69-81+146.
- [4] Sigerist H E.From bismarck to beveridge:developments and trends in social security legislation[J].Journal of public health policy,1999,20(4):474-496.
- [5] Eghigian G.Making security social:disability,insurance,and the birth of the social entitlement state in Germany[M].Ann Arbor:University of Michigan Press,2000.
- [6] Oberholzner F. From an act of God to an insurable risk: the change in the perception of hailstorms and thunderstorms since the early modern period[J]. Environment and history, 2011, 17(1): 149-150.
- [7] Hobsbawm E. Age of Capital: 1848—1875[M]. London: Hachette UK, 2010: 258.
- [8] Bärnighausen T,Sauerborn R.One hundred and eighteen years of the German health insurance system:are there any lessons for middle- and low-income countries? [J].Social science & medicine,2002,54(10):1559-1587.
- [9] Gibbon I G,Dawson W H.Social insurance in Germany,1883—1911[J].The economic journal,1912,22(87):457.
- [10] [法]让-雅克·迪贝卢,爱克扎维尔·普列多.社会保障法[M].蒋将元,译.北京:法律出版社,2002:16.
- [11] Meerhaeghe M V. Bismarck and the social question[J]. Journal of economic studies, 2006, 33(4): 284-301.
- [12] Ashley A. The social policy of bismarck: a critical study, with a comparison of german and english insurance legislation [M]. London: Forgotten Books, 2018: 42-50.
- [13] Katzmann L S. The German sickness insurance programme 1883—1911: its relevance for contemporary American health policy[D]. University of London, London School of Economics, 1992.
- [14] Scheck R. Germany, 1871-1945. A Concise History[M]. Berg: Oxford, 2008: 32.
- [15] Jopp T A,Streb J.Social insurance and its consequences for workers' living conditions[M]//An Economic History of the First German Unification.London:Routledge,2023:217-235.
- [16] Iglehart J K. Germany's health care system[J]. New England Journal of Medicine, 1991, 324(7): 506.
- [17] Bundesministerium für Gesundheit. Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung[EB/OL]. (2023-09-29)[2024-09-20]. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/geschichte.html>.
- [18] 国家医疗保障局. 2022年全国医疗保障事业发展统计公报[EB/OL]. (2023-07-11)[2024-09-20]. https://www.gov.cn/lianbo/bumen/202307/content_6891062.htm.
- [19] Jere Allen Wyson, Thomas Abel. Universal health insurance and high-risk groups in West Germany: implications for US health policy[J]. The milbank quarterly, 1990, 68(4): 529-531.
- [20] World Health Organization. Global health expenditure database[EB/OL].[2024-02-26]. <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>.

(下转第104页)

Communicative Cognitive Models and Procedural Governance Systems of Artificial Intelligence Legislation

ZHAO Ze-rui, *Shanghai Jiao Tong University*

Abstract: The current legislative research on AI governance is generally characterized by a functionalist cognitive view, i.e., AI is understood as a computer's simulation of the brain's functional structure. This cognitive view induces legislative subjects to believe that AI has a plannable linear development pattern and can be centrally planned and regulated by a single governance subject proposing universal, clear and neutral entity governance rules. However, this kind of entity governance legislative thinking is easy to fall into the dilemma of dichotomy between safety and development. In order to break the legislative paradox of "supervision leads to extinction, and permissiveness leads to chaos", the main body of legislation needs to re-cognize the technical principles and risk complexity of AI from the perspective of communication, and formulate unified procedural rules around the two-order and three-category communication links in its life cycle to ensure the recursive nature of risk communication and the relative proportionality of the rights and responsibilities of risk decision-making, so as to make the law integrated into the dynamic production process of AI governance rules, and guide the stakeholders of specific scenarios to make multiple and agile value measurements.

Key words: artificial intelligence legislation; communication; due process; human-computer interaction; risk sharing
责任编辑 胡章成

(上接第 91 页)

The Origins, Content and References of the German Health Insurance Act

GAO He-rong, TANG Zhen-ni, *Xiamen University*

Abstract: Focusing on national unity and social cohesion, Germany introduced the world's first social health insurance law in 1883, which came into effect the following year. This law was influenced by the spirit of mutual aid found in German guilds and the ideas of Cameralism, especially those related to state intervention, the workers' movement and the transformation of social issues into technical problems that can be resolved through institutional mediation. The law emphasizes universality and compulsory coverage, particularly for low-income individuals, and establishes principles for funding based on contributions, ensuring universal access to basic medical services and incorporating diverse regulatory bodies. It reflects the fundamental principles and core spirit of human's efforts to address the burden of medical expenses, highlighting the value of social solidarity in social health insurance. The essence of the German Health Insurance Act lies in its aim to promote national identity and enhance social cohesion as key goals and responsibilities. It adopts a progressive contribution system based on mutual support, rather than the commercial insurance principle of "the more you pay, the more you receive." This is of great practical value for us to effectively solve the problem of difficult and expensive medical treatment for the public and actively explore how to enhance social integration through the reform of social medical insurance system.

Key words: Health Insurance Act; social health insurance; priority for the vulnerable; social cohesion
责任编辑 王婷婷