

医疗保险法律适用问题探究

潘红艳

(吉林大学法学院 吉林长春 130012)

内容提要: 医疗保险法律适用问题的根源在于保险商品自由化与保险类型法定的矛盾、对保险类型法定法律效果的认知缺失以及对投保人与保险人信息偏在认知的不足。解决问题的路径有三: 第一, 医疗保险运营是围绕着医疗危险的转嫁进行的, 根据所移转的危险属性, 医疗保险具有财产性特征, 从法律属性方面消除在医疗保险中适用损害填补原则的理论障碍。第二, 对人身保险不适用损害填补原则的理论基础“人身无价”的理念进行调试, 寻求人身保险适用损害填补原则的理论支撑。人身无价的理论只能推演出在人身保险中可以提供不受具体金额限制的保险保障, 并非在人身保险中不可以将人身定价。第三, 在人身保险合同的法律规定中做出医疗保险法律适用的例外规定, 为医疗保险适用损害填补原则提供立法层面的支撑。

关键词: 医疗保险 损害填补原则 法律适用

DOI:10.16092/j.cnki.1001-618x.2018.02.009

医疗保险的法律适用问题由来已久, 在统一的司法解释出台之前, 具有代表性的处理方法有两种: 第一, 补充型医疗保险属于人身保险, 不应当适用损害填补原则, 保险合同中有关扣除基本医疗费的规定应当无效。第二, 补充型医疗保险应当适用损害填补原则。比如, 《贵州省高级人民法院关于审理人身保险合同有关问题的通知》第1条规定“人身保险是对被保险人因疾病或遭受意外伤害需要治疗时提供经济上的保障, 补偿被保险人所支付的医疗费用, 避免与减少可能遭受的物质利益的损失, 其性质是一种损失补偿性保险, 被保险人不能

因疾病或遭受意外伤害而从中获利。”根据保监会2006年颁行的《健康保险管理办法》第4条的规定, 医疗保险按照保险金的给付性质分为费用补偿型医疗保险和定额给付型医疗保险。费用补偿型医疗保险是指根据被保险人实际发生的医疗费用支出, 按照约定的标准确定保险金数额的医疗保险。费用补偿型医疗保险的给付金额不得超过被保险人实际发生的医疗费用金额。定额给付型医疗保险是指按照约定的数额给付保险金的医疗保险。定额给付型医疗保险的保险金给付数额不以实际发生的医疗费用金额为限。上述保监会的规定为医疗保险

作者简介: 潘红艳(1975—), 女, 汉族, 吉林长春人, 吉林大学法学院副教授、硕士生导师。

本文为吉林大学种子基金项目“应对气候变化风险之保险法律制度研究”(项目编号: 2016ZZ048)的阶段性成果。

适用保险人代位权、重复保险两种体现损害填补原则的法律制度留下了余地,这与我国《保险法》人身保险不适用损害填补原则的规定相违背。

最高人民法院《关于适用〈中华人民共和国保险法〉若干问题的解释(三)》(以下简称《司法解释三》)对医疗保险法律适用问题作出了如下规定:保险人给费用补偿型的医疗费用保险金时,主张扣减被保险人从公费医疗或者社会医疗保险取得的赔偿金额的,应当证明该保险产品在设计医疗费用保险费率时已经将公费医疗或者社会医疗保险部分相应扣除,并按照扣减后的标准收取保险费。对这一规定进行反向解释可知:保险公司只有在保费厘定时已经将公费医疗或者社会医疗保险予以扣除,并按照扣除后的保险费率收取保费的,才可以拒绝赔付被保险人从公费医疗或者社会医疗保险取得的赔偿金额。该司法解释虽然没有采纳《司法解释三》征求意见稿中对费用补偿型医疗保险可以适用保险代位权、重复保险的相关

规定,^①但是对费用补偿型医疗保险的法律适用仍然做出了例外的规定,并未完全秉持人身保险不适用损害填补原则的做法。

依据保险标的的不同,我国《保险法》将商业保险划分为人身保险和财产保险两种类型。人身保险是以人的寿命和身体为标的的保险,包括人寿保险、健康保险和意外伤害保险。财产保险是以财产及其有关利益为保险标的的保险。^②保监会的《健康保险管理办法》中将费用补偿型医疗保险以及定额给付型医疗保险均归于健康保险,但健康保险属于人身保险范畴,不适用保险人代位权、重复保险、超额保险等体现损害填补原则的法律制度。^③学理上对如何解决医疗保险的法律适用问题争议颇多,有学者将上述问题归结为保险法类型化的立法缺陷。^④我国《保险法》几经修改,学界对保险法类型化的论争也经年未定,现行《保险法》并未对人身保险与财产保险的分类作出修改。在此背景下,评判和解决医疗保险司法适用所面临的难

① 在《司法解释三》征求意见稿中,包括如下规定:第32条[医疗费用保险的代位求偿权]被保险人因第三者的行为发生死亡、伤残或者疾病等保险事故支出医疗费用,保险人向被保险人或者受益人给付医疗费用保险金后,在给付金额范围内向第三者请求赔偿的,人民法院不予支持,但保险合同另有约定的除外。被保险人因第三者的行为发生死亡、伤残或者疾病等保险事故支出医疗费用,被保险人已经从第三者获得赔偿的,保险人在给付医疗费用保险金时要求扣减被保险人从第三者已取得的赔偿金额,人民法院不予支持,但保险合同另有约定的除外。[另一种意见]被保险人因第三者的行为发生死亡、伤残或者疾病等保险事故支出医疗费用,保险人向被保险人或者受益人给费用补偿型医疗费用保险金后,在给付金额范围内向第三者请求赔偿的,人民法院应予支持,但保险合同另有约定的除外。被保险人因第三者的行为发生死亡、伤残或者疾病等保险事故支出医疗费用,被保险人已经从第三者获得赔偿的,保险人在给费用补偿型医疗费用保险金时要求扣减被保险人从第三者已取得的赔偿金额,人民法院应予支持,但保险合同另有约定的除外。第33条[费用补偿型医疗费用保险的重复投保]投保人为被保险人在多家保险公司投保费用补偿型医疗费用保险,保险人主张按照其保险金额与保险金额总和的比例承担给付保险金责任的,人民法院应予支持,并要求保险人按比例返还保险费,保险合同另有约定的除外。[另一种意见]删除。最终的《司法解释三》去除了上述规定。

② 《保险法》第12条。

③ 我国《保险法》在第2章规定了保险合同,第2节和第3节分别为人身保险合同和财产保险合同。有关保险人代位权、重复保险等制度均规定在财产保险合同一节中,这种体例设置的目的在于财产保险才适用损害填补原则,人身保险不适用损害填补原则。并且,人身保险合同一节中第46条规定被保险人因第三者的行为而发生死亡、伤残或者疾病等保险事故的,保险人向被保险人或者受益人给付保险金后,不享有向第三者追偿的权利,但被保险人或者受益人仍有权向第三者请求赔偿,从而明确排除保险人代位权在人身保险合同中的适用。

④ 涂美《医疗保险适用损失填补原则之探讨——基于立法缺陷的视角》,载《上海保险》2007年第12期,第19页;李华《医疗保险补偿性研究》,载《安徽大学学报(哲学社会科学版)》2011年第2期,第109页。

题,理顺其中隐含的理论纷争,需要对下述三个问题进行探讨:其一,如何检视作为保险法分类标准的保险标的?医疗保险是否属于人身保险,其法律属性如何?其二,人身保险是否不应适用损害填补原则?其三,保险法的分类功能是否在于解决不同类型保险合同的法律适用问题?《司法解释三》遵从了实践逻辑,认为存在就是合理的,并未对保险法分类是否具有法律适用的功能、人身保险是否不适用损害填补原则以及医疗保险是否属于人身保险这些问题作出回答。医疗保险法律适用的问题纷争源起于实践中的医疗保险合同,因而对上述问题的探讨和溯源应当从对医疗保险的实践考察开始。

一、医疗保险的实践考察

保险商品中,涵盖医疗保险的商品种类繁多,包括癌症诊断保险金、癌症住院津贴保险金、疾病住院津贴保险金、疾病住院看护津贴保险金、住院药品津贴保险金、乳房重建整容费用保险金、手术费保险金、骨折津贴、救护车费用、意外伤害医疗保险金(对于被保险人在每次意外伤害中所支出的必要且合理的、符合本保险合同签发地政府颁布的基本医疗保险报销范围的医疗费用,保险人在扣除社会基本医疗保险或任何第三方已经补偿或给付部分以及本附加保险合同约定的免赔额后,对其余额按本附加保险合同约定的给付比例和门、急诊限额给付意外医疗保险金)、意外伤害住院津贴保险金、意外伤害住院看护津贴保险金、意外伤害住院误工津贴保险金(与第三人的误工费请求权竞合)、意外伤害住院药品津贴保险金、意外重大疾病保险金、意外重大疾病住院津贴保险金、计划生育手术意外医疗事故或并发症保险金、女性特定疾病(子宫内膜癌等)保险金。

上述保险给付保险金的原因可以归结为两

类:内生性危险——疾病造成的医疗费支出、外发性危险——意外伤害造成的医疗费支出。前一危险发生的保险金请求权常常与社会保障体系中的医疗保险竞合,涉及应否在商业医疗保险中扣除社会医疗保险的保险金的争议。意外伤害保险合同中约定保险金的给付要求扣除社会基本医疗保险或任何第三方已经补偿或给付的金额,其他类型的医疗保险对此均未作明确规定。后一危险如由第三人造成,保险金请求权与向第三人损害赔偿请求权竞合,对于保险人给付保险金后能否取得向第三人的代位权,保险合同中未加规定。

实践指向的医疗保险金包括两种形式:一种是医疗行为费用填补型的保险金,例如手术费保险金、救护车费用保险金等。这种类型的医疗保险金给付时,保险公司要求被保险人提供医疗费用发票及明细、医疗诊断证明、病历、出院小结、救护车费用收据等材料。另一种是定额给付型的保险金,保险实践中称之为津贴,如意外伤害住院津贴、意外伤害住院看护津贴等。前一种保险金的给付以实际医疗费用的支出为标准,后一种保险金的给付以住院、看护行为的发生为条件。两类医疗保险合同中均无可否重复投保、可否适用代位求偿权的规定。从是否包含扣除条款方面划分,医疗保险金包括两种类型:包含扣除条款的保险金和不包含扣除条款的保险金。结合保险实践中出现的医疗保险合同类型,笔者对以下四个方面的内容加以进一步探查,以期揭示实践做法与法律规定之间的差异,进而探知出现医疗保险法律适用难题的根源。

第一,考察保险公司涵盖医疗费给付条款的人身保险合同。在费用补偿型保险合同中,

保险公司一般会明确“补偿原则”,^⑤但并未在合同中直接约定适用诸如重复保险、保险代位权、超额保险等体现损害补偿原则的法律制度。^⑥在定额给付型保险产品中则无适用“补偿原则”内容的约定。

第二,考察实践中保险公司给付医疗保险金的方法。费用补偿型医疗保险金的给付措施是:如果投保人投保了一个以上的费用补偿型医疗保险,被保险人的医疗费用是由各家保险公司按比例赔付,各家保险公司的赔付总额等于医疗费支出的总额。换言之,实报实销的意外医疗账户是不能累计的。定额给付型医疗保险金的给付措施是:保险人依据保险合同的约定,向被保险人按照接受医疗行为的次数、住院的天数或者接受医疗行为的项目给付保险金。费用补偿型医疗保险金的给付直接由医疗费用的数额决定,定额给付型医疗保险金的给付与医疗费用的数额无必然联系。

第三,考察保监会对医疗保险的赔付方法的规定。保监会颁布的《健康保险管理办法》第29条规定,保险公司销售费用补偿型医疗保险,应当向投保人询问被保险人是否拥有公费医疗、社会医疗保险和其他费用补偿型医疗保险的情况。保险公司不得诱导被保险人重复购买保障功能相同或者类似的费用补偿型医疗保险产品。保险公司违反此规定则应承担相应的法律责任。

第四,考察保监会对医疗保险法律性质的认定。保监会在处理投保人投诉的回函中明确表示,由于费用补偿型医疗保险应遵循损失补偿原则,给付金额不得超过被保险人实际发生

的医疗费用,因而投保人在购买医疗保险时首先应区分医疗保险的性质。若是费用补偿型医疗保险,已经投保了社会保险或享有公费医疗或已经投保了其他保险公司的费用补偿型医疗保险的,没有必要再去投保费用补偿型医疗保险。保监会作出这一规定的理由是,不论被保险人投保了几份医疗保险,医疗费用只能报销一次,这样可以防止道德风险的发生,防止被保险人因保险而获取不当利益。

经过上述实践考察可知:其一,费用补偿型医疗保险与定额给付型医疗保险产品设计的直接依据是保监会对医疗保险所做的划分;其二,费用补偿型医疗保险中适用“补偿原则”合同约定的依据是保监会作出的规定;其三,实践中医疗保险给付保险金的做法源于保监会对此问题的规定。

二、医疗保险法律在适用中产生问题的根源

医疗保险业务源自于商业保险公司推出的保险品种,与保险实践以及保险消费者的需求关涉密切。一旦发生医疗保险争议诉诸保险法律,首先必须解决医疗保险的类型化问题。《保险法》的规定明确而直接,保险合同包括人身保险和财产保险,重复保险、超额保险以及保险代位权等体现损害填补原则的制度均规定在财产保险合同一节,从而在保险法的体例设置上排除了人身保险合同适用损害填补原则的可能。保监会的《健康保险管理办法》第4条规定,费用补偿型医疗保险的给付金额不得超过被保险人实际发生的医疗费用金额。可见,保

^⑤ 比如《安邦附加安康3号住院医疗保险A款条款》2.4规定:补偿原则,若被保险人已从其他途径(包括社会医疗保险机构、公费医疗、工作单位、本公司在内的任何商业保险机构等)取得补偿,本公司在保险金额的限额内对剩余部分按本附加险合同的约定承担相应的保险责任。

^⑥ 这与财产保险合同不同,财产保险合同中虽然不会直接以“补偿原则”的方式表述,但适用损害填补原则的重复保险、保险代位权以及超额保险等制度均有所体现。比如中国太平洋财产保险股份有限公司《家庭财产综合保险条款》第29条第3款、第30条、第31条、第32条和第33条的规定。

监会规定费用补偿型医疗保险适用损害填补原则。保险立法、保监会的行政法规、保险实践对医疗保险的法律适用标准不统一,导致出现了医疗保险虽然在类型上属于人身保险,但却适用损害填补原则的结果。追根溯源,医疗保险法律适用产生问题的根源包括如下方面:

(一) 保险商品自由化与保险类型法定的矛盾

商业保险公司设计医疗保险产品的出发点是保险消费市场的需求与保险人自身成本的考量。商业保险公司设计以及推出保险商品属于其经营自主权范围内事项。而法律适用的过程是一个以实践为出发点的抽象过程,从而出现了保险商品自由化与保险类型法定的矛盾。与典型财产损失险不同的是,医疗保险中均没有重复保险、超额保险以及保险代位权的规定,为上述损害填补原则制度的适用留下了诸多争议,体现出商业保险公司对医疗保险类型化这一问题的讳莫如深。一方面,在保险成本以及现实需求的考量下,商业保险公司有将医疗保险作为财产损失保险处理的实际需要;另一方面,在未来争端处理以及法律适用的考量下,商业保险公司囿于理论的屏障,未能将适用损害填补原则在保险合同中明示。

(二) 对保险类型法定法律效果的认知缺失

成文法中类型化的价值和判例法中类型化的价值有相通之处。在判例法国家,类型化至关重要,原因在于其司法裁判以先例为依据,相同类型的事实裁判结果是相同的。在成文法国家,类型化是决定适用某种法律规定的前提,因为法律规则的制定常常借助于类型的划分而采取不同的制度体系。“保险法采用的分类标准各不相同,虽然许多争议的问题涉及到不同原

则和规则的应用,然而这并非是保险法对保险进行分类的初衷。分类通常和保险法中特定原则或者规则相提并论,然而,依据风险对保险所做的分类因多种原因而存在。”^⑦如何看待保险法中所做的人身保险和财产保险的分类,其法律效果如何?学界对我国《保险法》作出人身保险与财产保险的分类存在诸多批评,但对以上问题鲜有回答。从公法与私法划分的角度看,保险法一直被视为私法的组成部分。保险法律规范具有任意性规范的法律属性,其对保险合同的类型化立法更多具有功能上而非强制性规范的意义。其功能性体现在对不同类型的保险适用不同的法律制度,如财产保险适用损害填补原则涵盖的超额保险、保险代位权、重复保险等制度,而人身保险则不适用这些制度。对某种具体的保险商品做简单的保险法类型化划分,进而得出在这种保险商品中适用某种法律制度的结论的做法,有悖于保险法的私法属性以及保险合同类型化的意义。这一点可以和物权法定做对比。在物权法领域,法律不允许创设超出物权法规定范围的物权类型,其原因在于物权的对世性。而保险商品属于合同范畴,应允许保险人的自由创设而非局限于保险法所做的分类。事实上,保险商品的推陈出新也是推动保险市场繁荣的原动力。如果因为保险法对保险的分类而限制甚至否定了保险商品的变化,实属本末倒置。换言之,保险法对保险的分类应当服务于而非限制保险商品的多样性,建立在保险法分类基础上的法律制度的适用应当体现和促进保险商品的多样性。

(三) 投保人和保险人在医疗保险运营中的法律地位差异认知不足

在保险关系中,投保人与保险人之间存在

^⑦ Robert E. Keeton, Alan I. Widiss: Insurance Law a Guide to Fundamental Principles, Legal Doctrines and Commercial Practices, West Publishing Co, 1988, P. 18.

信息偏在。保险合同的格式性与专业性构成了对投保人自由意志的限制甚至否定。投保人属于一般消费者,对医疗保险的法律属性、医疗保险的类型化以及医疗保险的赔付方式等缺乏系统全面的认知。保险人属于以营利为目的的商事主体,对上述关涉医疗保险的信息甚为了解。在医疗保险的运营过程中,向投保人销售产品的保险代理人因利益关联性而具有不当诱导投保人购买保险的动机,加剧了投保人与保险人之间的信息偏在。

据此可知,医疗保险法律适用问题的解决路径包括三个方面:理顺医疗保险分类标准的谬误,对医疗保险的法律属性进行合理界定;对人身保险不适用损害填补原则进行理论和现实调适;在人身保险中对医疗保险的法律适用做出例外规定。

三、医疗保险法律属性的合理界定

笔者认为,医疗保险分类标准的误读与矫正的关键在于医疗保险法律属性的合理界定。医疗保险是保险实务界对诸多承保医疗危险的保险商品的综合称谓,学理以及法律规范层面对医疗保险的界定并不相同。学理中的医疗保险有广义和狭义之分。狭义的医疗保险是指被保险人在遭受疾病、分娩或工伤事故发生医疗费用支出时,由国家或社会为其提供医疗费用补偿的制度。广义的医疗保险不仅包括直接医疗费用支出,而且还对因疾病、分娩导致残疾而失去劳动能力、收入减少时给予补偿,包括残疾经济补偿、护理经济补偿和疾病预防经济补偿等。^⑧我国保监会对医疗保险给出的定义是,以保险合同约定的医疗行为发生为给付保险金条件,按约定对被保险人接受诊疗期间的医疗费用支出提供保障的保险。^⑨在医疗保险实务中,

医疗保险包括社会医疗保险和商业医疗保险两种类型。^⑩医疗行为的范畴包括以恢复人体健康为目的的检查、治疗、理疗等行为。医疗费用包括诊断费、住院费、化验费及其他费用。

医疗费用是个实践概念,是针对医疗行为而产生的费用支出,是人身健康发生损害时为恢复健康采取治疗措施而产生的费用。医疗费虽然和人身损害联系,但其性质是财产性的,是可量化的。医疗费的支出是客观的,同其他所有财产损失确定方法并无不同,实践中经常以医疗费专用发票等证据显现。同时,医疗费支出是过程性的,需要医疗机构根据病患的治疗进程、治疗方案等具体情况确定。有鉴于此,医疗费的补偿措施包括两种:事先预支和事后凭发票等票据补偿。无论哪种补偿方式,其结果均是对医疗费客观支出进行财产性的补偿。医疗费的补偿是恢复健康的手段。实践中将医疗保险区分为费用补偿型医疗保险和定额给付型医疗保险的意义在于医疗费用补偿的时间不同。费用补偿型医疗保险需被保险人先行垫付医疗费,医疗过程结束后再凭发票等证据向保险公司请求保险金。这种保险金给付形式与财产保险中保险金的给付形式如出一辙。费用补偿型医疗保险金填补的损失也是被保险人实际医疗费用丧失的直接损失,并非被保险人健康受损的间接损失。将补偿型医疗保险归入人身保险的范畴,是对该种保险法律属性的误判,其性质为财产损失险。

这一误判的根源在于对保险标的在保险运营中的作用缺乏正确的解读。保险标的是保险合同的客体和必备要素,但在保险的运营过程中保险标的并非核心要素。保险的功能在于承

⑧ 贾晓兰《我国商业医疗保险可持续发展研究》,浙江大学出版社2009年版,第1页。

⑨ 保监会《人身保险公司保险条款和保险费率管理办法(2015年修订)》第11条。

⑩ 鉴于社会保险与商业保险实施目的、法律适用等方面的差异,社会医疗保险不在本文讨论之列。

保不同类型的危险,特定危险发生后,根据近因原则确定是否属于保险的承保范围,如果属于则进入损失确定的程序。这里的损失是特定危险造成的损失,对特定危险之外的损失保险公司不予理赔。可见,危险是保险运营的核心和决定性要素,保险标的作用在于确定特定危险的保险费率以及确定特定危险的损失范围。医疗保险运营过程实际上是发生医疗危险——确立医疗危险具体损失——对医疗危险造成的损失进行理赔的过程。其保险标的或称为保险客体——被保险人的健康,只是确定医疗行为发生的客观、可量化损失的相关因素。可见,真实的保险运营并不是围绕着保险标的进行的,而是以危险为中心进行的。更贴合保险运营的保险分类方法是“根据所移转的危险属性加以区分”,^①而非根据保险标的的不同进行划分。通过对实践中医疗保险业务的考察和医疗保险概念的探查可知,所谓以标的作为划分标准的统一概念的医疗保险并不存在。医疗保险是一个属概念,属概念以另一分类标准进行的类型化对种概念类型化不具有任何意义,逾越了类型化标准,无异于在一个界面中讨论属于另一个界面的问题。理顺的思路是放弃医疗保险这个界面,重新以新的类型化标准进行分类,然后才能进入问题的展开与讨论。论及的医疗保险更确切的概念是“涉及医疗的保险”,保险标的既包括被保险人的健康,也包括被保险人因健康受损而支出的医疗费用。费用补偿型医疗保险承保的并非被保险人的身,而是支付医疗费用的财产损失,被保险人身身损害仅是造成财产损失的原因而已,这与责任保险中被保险人造成他人人身损害而需承担财产责任是相同的。定额给付型医疗保险补偿的是被保险人生

命及身体遭受的损害,系属人身保险。“一概将医疗费用保险视为人身险,罔顾行政法规和保险业现状显然不妥。”^②

四、人身保险适用原则的科学定位

笔者认为,人身保险不适用损害填补原则的逻辑漏洞是导致当前医疗保险法律适用问题凸显的主要原因之一,对其反思及进行现实调试是非常必要的。

(一) 人身保险不适用损害填补原则的逻辑漏洞

保险制度的运行动力源自于建立在统计学基础上的精算法则,保险费的厘定关涉某种具体保险产品运行的成败。在推行道德伦理与科学精算之间,保险公司当然会回归营利主体的理性做法,不做卫道士而是尊重精算的结论,在此基础上设置保险条款,因此即使在“人身无价”的伦理基础上设置的人身保险合同与财产保险合同的立法分类也无法束缚保险公司的做法。他们在设计保险产品的时候自会因利而至,设法脱离立法的机械模式,更多考量成本效益的因素,因此出现了补偿性医疗保险的保险产品,造成立法的分类与现实的保险产品存在诸多差异,进而引发法律适用的纷争以及争议处理的分歧。

损害填补原则是保险法的基本原则,但在保险立法中并未做明确的规定,只是以重复保险、保险代位权、超额保险、不足额保险等具体的制度体现。保险利益原则是损害填补原则的对应制度,利益的反面即损失。财产保险具有可量化的利益属性,人身保险却无法以金钱量化,“人身无价”是人身保险不适用损害填补原则的伦理基础。但是这样的推理过程存在逻辑

^① Robert E. Keeton, Alan I. Widiss: Insurance Law, west publishing co, 1988, 18.

^② 上海市高级人民法院课题组《保险代位求偿权纠纷案件法律适用问题研究》载《法律适用》2011年第5期,第61页。

漏洞“人身无价”的理论只能推演出在人身保险中可以提供不受具体金额限制的保险保障,并非在人身保险中不可以将人身定价。伦理世界中的理想主义在商业世界的现实主义面前从来都无需制度的支撑,法律制度的生命力来源于清晰的制度边界和在此基础上的可实施性。人身保险遵从“人身无价”的理论并不能否定现实中投保人以自身支付保险费的能力以及对保险的需求为基础对自己的人身定价,既然投保人有权选择不同的保险金额为自己的人身投保,保险人为何无权选择不同的保险金额上限作为人身保险的定损基础?在医疗保险中,虽然存在“人身无价”和“健康无价”的理念,但在现实层面,健康受损和人身伤残时会导致可货币量化的费用支出。医疗保险的保险利益包含以货币支出回复健康的部分,这部分利益与财产损失无异,适用损害填补原则并无不妥。

(二) 人身保险适用损害填补原则的现实调试

在社会医疗保险领域,世界各国开始尝试医疗保险配给制度,其理论基础就在于生命的可定价性,可以采取统计学、经济学等方法为生命定价。2002年3月,美国政府公布了对在“9·11恐怖袭击事件”中遇害者家属的赔偿标准。政府将赔偿分为两个部分——以遇害者收入为基础的经济部分与非经济部分。非经济部分赔偿额是25万美元。一名妇女的母亲死于该事件,她认为美国政府公布的赔偿标准实际上就是宣布一条生命的价值是25万美元。^⑬同时,一些为医疗保险投保的人,包括澳大利亚和英国政府投保人在内,正在做意想不到的事情——用金钱为生命估价。现行的生命价格约为每年5万美元,不同地区会有几千美元的差别。^⑭加拿大安大略省温泽市的医疗服务所提供两种医保合同:个人年收入低于4,000美元

或家庭年收入6,500美元以内的投保人签一种合同,其他投保人签另一种合同;医生对其还会收取额外诊治费。这实际上就是根据病人贫富不同而实行的双轨制收费标准。^⑮

可见,从统计学和数学角度,我们可以用为普通商品定价的方法为健康定价——健康的价值是其内在价值与人力资本价值的总和。

五、域外立法例的借鉴——在人身保险中做出医疗保险法律适用的例外性规定

鉴于医疗保险的特殊性质,域外立法通常采取的做法是在人身保险中做出例外性规定,通过这种方式解决医疗保险法律适用的问题。在德国,人身保险区分为补偿性人身保险和给付性人身保险。补偿性人身保险适用损害填补原则的规定。《德国保险合同法》第192条规定:1.在疾病费用保险中,由于疾病或因意外事故导致的必要医疗费用以及其他议定范围内的项目,包括孕产费用以及按照法定程序对于早期疾病所做的诊疗及相关检查费,保险人应当承担保险责任。2.医疗费用或其他相关费用与被保险人所接受的医疗服务内容明显不对等的,保险人无须按本条第1款规定承担保险责任。3.合同当事人可以就疾病费用保险范围以外的其他附加承保范围,结合第1款规定,做出特别约定。4.日常住院补贴保险的保险人对必要的住院医疗费应按约定的日常医院补贴金额支付。5.日常疾病补贴保险的被保险人由于疾病或者意外事故导致劳动能力丧失的,保险人应按照约定的日常疾病补贴金额支付被保险人误工费用。6.长期护理保险的被保险人需要长期护理的,保险人对被保险人的护理费应当按照约定范围补偿,或者按约定的日常补贴金额支付。长期护理保险的保费支付参照适用本条第2款的规定。^⑯

^⑬ [美]戴维·德兰诺夫《你的生命价值多少》,李国芳译,中国人民大学出版社2004年版,第127页。

^⑭ 同注释^⑬,第2页。

^⑮ 刘广太编《加拿大医疗保险制度的缘起和演变》,世界经济出版社2011年版,第53页。

^⑯ 孙宏涛《德国保险合同法》,中国法制出版社2012年版,第102页。

在美国,医疗保险金支付依合同原则进行调控。但是,健康保险的承保范围过大时,联邦和州的一些法定条款可以规定某种方式使保险人能够限制承保范围。^①美国通过多种方式提供医疗费用的保险支付:1. 医疗服务给付计划。对被保险人的特定医疗服务,诸如为外科与免疫方面的医疗服务提供保障,以被保险人支付保险费作为交换。2. 损害赔偿保险。这是最通用的健康保险形式,在损害赔偿保险框架下,保险人直接为被保险人偿还医疗账单,该账单与双方所订立协议的条款一致。双方的协议可能提供所有费用的偿还而没有任何限制,也可能对同样的医疗服务仅提供“通常而合理”的费用。3. 独立或自保计划。当被保险人组织起来作为自我保险人并对其成员提供与健康有关的服务时,独立或自我保险就形成了。成员对该

计划支付保险费,作为交换,从已经与该计划签订合同的医疗服务者处获得服务。4. 混合计划。个人也可以运用许多具有其他保险特点的混合健康保险计划。例如,特选医疗服务机构(Preferred Provider Organization, PPO)就将医疗服务给付计划与保健组织的特点结合起来。参加PPO的保险公司借由与医院进行医疗服务价格谈判,实现向投保人提供保费更低的医疗保险的目标。我国可以借鉴上述做法,将医疗保险根据给付保险金填补损害类型的不同,分别适用不同的法律规定。对填补被保险人实际医疗费用支出损失的医疗保险做出适用损害填补原则的例外性规定,对填补被保险人抽象损失的给付型医疗保险则无须特别规定,与其他人身保险保持法律适用的一致性。

The Research of Judicial Application of Medical Insurance

Pan Hongyan

Abstract: The crucial problem of the judicial application of medical insurance lies in three aspects. First, the contradiction between the insurance liberalization and the types in insurance law. Second, unawareness of the legal affection of why there are different types of insurance in the insurance legislation. Third, unawareness of the information bias between the policy holder and the insurance company. There are three ways to solve this problem: first of all, the operation of medical insurance is passed around the medical risk. Due to the risk of property transference, medical insurance has the property characteristics. Thus, the barriers in the application of compensation principle of medical insurance could be swiped off. Second, make adjustment of the theoretical basis of “the body is priceless” and to seek the theoretical support for the application of the principle in personal injury insurance. Third, make an exception provision of the application to medical insurance from the personal insurance legislation and provide legal support in insurance law for the application of indemnity principle in medical insurance.

Keywords: medical insurance; indemnity principle; exception provision

(责任编辑:李 辉)

^① [美]约翰·F·道宾《美国保险法》,梁鹏译,法律出版社2008年版,第22页。