

中国保险监督管理委员会 编著

国际保险 监管研究

Study on International Insurance Regulation

 中国金融出版社

国际保险监管研究

GUOJI BAOXIAN JIANGUAN YANJIU

中国保险监督管理委员会 编著



中国金融出版社

责任编辑: 亓 霞

责任校对: 孙 蕊

责任印制: 郝云山

图书在版编目(CIP)数据

国际保险监管研究/中国保险监督管理委员会编著. —北京: 中国金融出版社, 2003. 5

ISBN 7 - 5049 - 3074 - 1

I . 国…

II . 中…

III . 保险业 - 监督管理 - 研究报告 - 世界

IV . F841

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 036354 号

出版 **中国金融出版社**

发行

社址 北京市广安门外小红庙南里 3 号

发行部: 66024766 读者服务部: 66070833 82672183

<http://www.chinafph.com>

邮编 100055

经销 新华书店

印刷 北京华正印刷厂

尺寸 148 毫米 × 210 毫米

印张 6.75

字数 201 千

版次 2003 年 6 月第 1 版

印次 2003 年 6 月第 1 次印刷

印数 1 - 3090

定价 25.00 元

如出现印装错误本社负责调换

编审委员会

主 任:孙国栋

副 主 任:慕延廷

审 稿:李有祥 罗艳君 邢 彬

撰稿人员(按姓氏笔画排序):

王文璇	丰华兵	毋育生	史文平
邢 彬	朱 正	刘 勇	刘 梅
刘云海	刘长宏	关 凌	江先学
许彦峰	牟中枢	李有祥	李纯安
李 欣	李春亮	李俊杰	李 峰
吴昌健	吴朝生	张宗韬	张雪峰
罗艳君	陈 风	陈 杰	周曙光
胡 良	胡朝蓉	柯甫榕	段家喜
侯广庆	侯建新	姚庆海	袁玉梅
康爱锦	梁 涛	韩生玉	董 炯
曾于瑾	焦清平	廖小林	

序

坚定不移地实行对外开放的政策，是全面建设小康社会和加快我国现代化建设的必然选择，也是我们必须长期坚持的一项基本国策。我国保险业是实行对外开放较早的行业，自 1992 年美国国际集团上海友邦保险公司开业以来，我国保险业的对外开放已走过 11 年的历程。截至 2003 年 4 月底，共有 13 个国家 35 家保险公司在我国设立了 41 家保险经营机构。2001 年 10 月，我国成为国际保险监督官协会的正式成员。在加入世贸组织的过程中，保险业作出了积极贡献。根据加入世贸组织的承诺，在过渡期后我国保险业将面临全面对外开放的格局，加快发展、迅速提高我国保险业的国际竞争力成为当前的重要任务。

在发达的市场经济国家，保险业作为经济的助推器和社会的稳定器，在支持国民经济发展和社会进步方面发挥着重要作用。一方面，保险业作为金融业的重要组成部分，在优化金融资源配置、保障经济运行、支持经济发展方面有着特殊的地位；另一方面，保险业作为社会保障体系的重要组成部分，在提高生活质量、维护社会稳定、促进社会进步方面担负着重要的使命。要坚持学习和吸收人类文明的一切优秀成果，在保险业对外开放的过程中，除了引进资本、管理经验、技术手段和先进理念以外，还要借鉴发达国家成功的经验和做法，更好地发挥保险业的经济补偿、资金融通和社会管理功能，支持国民经济发展，促进社会进步。

必须看到，发达国家保险业的发展是与其经济和社会发展程度相适应的。截至 2002 年底，我国的保费收入 3053 亿元，保险公司总资产 6494 亿元，保险深度 3%，保险密度 238 元。改革开放以来，尽管

我国保险业保持了持续、快速、健康发展的良好势头，但与国民经济发展和社会进步不相适应，与保险业发达国家相比还有很大差距。因此，我们要立足于我国保险业发展的实际，在坚持循序渐进的原则的基础上，学习和借鉴国外的发展经验。

随着经济全球化和金融一体化的发展，保险业在对外开放的过程中，要始终注意正确处理对外开放、发展国际合作与维护国家利益和安全的关系。保险业是经营风险的特殊行业，随着我国保险市场对外开放的逐步扩大，国内保险市场与国际保险市场的联系日益密切，因此，要特别注意防范和化解国际风险的冲击，保证我国保险市场的安全、有效运行，维护金融市场稳定和国家经济安全。

中国保监会的成立是我国保险业不断发展壮大和金融体制改革不断深化的结果。经过近五年的发展，逐步建立健全了保险监管法律法规体系和全国集中统一的监管组织体系。如何积极应对保险业对外开放的新形势，尽快提高我国保险监管水平，是中国保监会面临的迫切任务。

为尽快熟悉和掌握国际惯例，更新观念，学习和借鉴国际先进的保险监管理念和监管经验，加强中国保监会与有关国家和地区的交流与合作，我们不断选派监管干部到国外的监管机构学习和培训。这些干部在学习、访问和查阅资料的基础上撰写了具有一定参考价值的论文。为实现培训成果的共享，现将这些论文汇编成册。希望大家本着“取厚续薄、择优于己”的原则，进一步深入研究适合我国国情的保险监管理论与实务，提高保险监管水平，推动保险监管工作更上新台阶。

吴定富

2003年5月

目 录

1	美国健康险市场研究
21	美国保险监管体系的基本框架及其借鉴
43	美国保险监管的地方与中央之争及其启示
54	美国的非寿险精算与偿付能力监管
65	从美国的公司丑闻事件看公司法人治理结构问题
75	新加坡保险监管(一)
89	新加坡保险监管(二)
100	香港保险业及其监管制度
115	香港的偿付能力监管与保险中介监管
130	澳门保险监管制度及其借鉴
158	英国的保险业及其保险监管
167	加拿大1998年金融体系改革及其借鉴
185	澳大利亚:适度保护被保险人利益
189	附录1 国际保险监督官协会:保险监管核心原则
195	附录2 世界银行:发展中国家的保险监管
201	附录3 新加坡:主要负责人任职资格管理
205	附录4 香港保险业联合会简介

美国健康险市场研究^①

梁涛 等

一、美国健康险市场概况

美国是世界上保险业最发达的国家之一。1999年,全美寿险公司的总保费收入为4905亿美元,其中人寿保险1203亿美元,年金2702亿美元,健康险1000亿美元。在过去的20年里,保费的构成发生了相当大的变化。1979年,人寿保险保费几乎占总保费收入的50%,而年金只占21%。相反,到1999年,人寿保险保费只占25%,而年金则超过50%。在这20年里,健康险的保费占比从1979年的33%下降到1999年的20%。

美国员工福利计划的发达是众所周知的。员工福利,是指雇主给雇员提供的、除了直接薪水以外的其他形式的补偿。美国商会年度调查显示,雇主所支付给雇员的总薪水中有40%用于员工福利。员工福利有三种形式:一是社会保险项目中法定的应由雇主负担的部分,包括联邦政府的社会保障计划(OASDI)、联邦政府专门为65岁以上的老年人提供的医疗保险计划(Medicare)、失业保险、工伤补偿保险;二是购买商业保险;三是退休和储蓄计划中应由雇主负担的部分。作为补偿雇员的一种方式,员工福利得以迅速发展有多方面的原因,其中最主要的原因就是税收优惠。根据美国的所得税体系,对于

^① 应美国信诺保险集团的邀请,2001年6月9~30日,梁涛、曾于瑾、李春亮、罗艳君、关凌、王文璇等6位同志组成的代表团赴美国进行了培训及访问考察。通过到美国高校上课、实地参观公司、访问有关政府部门等方式,了解了美国健康险市场及监管情况。

雇主来说，他们可以把用于员工福利的支出（即成本）像经营成本一样扣除而不需要交所得税；对于雇员来说，雇主为其提供的福利在当时一般是免税的，只有收到福利或养老金时才需要交税；就健康险而言，无论雇主提供的员工福利的金额多大，都是全免税的。

广义的健康险，通常由雇主出资为雇员购买，有时是指综合的或主要的医疗保险保障。然而，今天人们形容雇主为雇员提供的健康计划时最常用的两个术语就是按服务收费（fee-for-service）和管理式医疗（managed care）。健康险种类繁多，除了上述按服务收费和管理式医疗以外，还包括长期医疗保险、残疾保险、住院保险、重大疾病保险、特定疾病保险、住院补偿保险和牙医保险等。

健康险的承保人主要有商业保险公司、蓝十字蓝盾组织（通常是非盈利的）、政府保险计划、管理式医疗（HMOs、PPOs、EPOs）、雇主自保计划等。商业保险公司主要提供两大类健康保险，即医疗保险和残疾保险。

管理式医疗有健康维护组织（HMOs）、优先医疗服务提供者组织（PPOs）、排他性医疗服务提供者组织（EPOs）和服务点计划（POS）四种形式，通过预收固定的费用为其成员提供综合性的健康服务。大家最熟悉的管理式医疗形式是健康维护组织，它既是承保人也是医疗的提供者。

1996年，美国的健康险保费收入3336亿美元，其中商业保险公司1371亿美元，蓝十字蓝盾组织752亿美元，自保877亿美元，其他336亿美元。健康维护组织保费收入1066亿美元，其中蓝十字蓝盾组织200亿美元，保险公司204亿美元，其他662亿美元。资料显示，在1996年，美国人将他们个人可支配收入（即个人收入减去个人税收）的6%用于购买健康险。

二、美国的管理式医疗

（一）管理式医疗发展的原因

过去，美国人在很大程度上是依靠传统的商业医疗保险来为其支付医疗保险费用的，他们向保险公司支付一笔保费，然后保险公司按

照保单的规定支付他们的医疗费用账单。这一制度在过去曾经获得了成功，但后来在运作中遇到了一些实际的困难，医疗服务费用变得非常昂贵。这一现象产生的原因有八点：一是医疗服务提供者与消费者缺乏有效使用医疗服务系统的动机；二是公众对于医疗服务系统存有不现实的期望，而且对于保持个人的健康生活方式缺乏自我负责的态度；三是新的、昂贵的医疗技术的普及；四是由于人口老龄化所引起的针对慢性病的长期医疗费用的增加；五是医疗服务提供者由于害怕受到有关不当医疗行为的起诉而向病人提供多余的医疗服务；六是欺诈与浪费行为；七是法律上某些对于控制医疗费用的限制；八是缺乏用以决定最好、最有成本效益的治疗方法的相关信息。

如果再作进一步的分析，传统的医疗保险本身所固有的缺陷是造成其费用不断上升的根本原因。从医疗服务提供者来看，在传统的按服务收费的制度下，医疗服务提供者的收入与它提供服务的多少成正比，这种经济上的好处往往鼓励医疗服务提供者去提供昂贵的医疗服务。在缺乏监督与限制的情况下，这种制度注定要造成高成本的医疗服务。

从病人（被保险人）的情况来看，传统的医疗保险只是简单地支付被保险人的医疗费账单，即按实际服务付费。在这种制度下，消费者没有被鼓励去有效地使用该制度下的服务，他们几乎不关心或根本没意识到医疗服务的成本。当全部或大部分的账单都是由保险公司直接向医疗服务提供者支付时，消费者没有什么动机去审核医疗服务的成本效益及相对质量。

从管理上看，传统的医疗保险制度管理成本较高。这种制度创造了一个允许多样性、灵活性、人们可以进行选择的环境。这种环境不可避免地意味着传统的医疗保险制度缺乏行政管理上的规模经济效益，我们在那些集中资助或管理的制度中常可以看到这种规模经济。管理上的高额费用影响了一些规模较小的团体或雇主为其雇员购买商业医疗保险的能力，造成一些工作的人没有医疗保险，对社会也产生了不利的影响。

从导向上看，传统的医疗保险把资金导向治疗疾病，而不是预防

或早期制止疾病。医疗保险计划很少支付被保险人身体检查或其他预防性医疗服务的费用，实际上它们对于昂贵的住院治疗或专门治疗费用的支付比对于门诊和基本医疗费用的支付更为慷慨。这种重视疾病治疗而忽视健康保持的倾向，更助长了医疗费用的增加和对更为强化的医疗手段的依赖。

综上所述，传统的医疗保险方式已证明不能有效地控制医疗费用的增长。正是在这种情况下，一种全新的、将医疗服务的提供与资金供给结合起来的管理式医疗应运而生。

(二) 管理式医疗的组织形式

管理式医疗的组织形式，按其产生的先后顺序主要有健康维护组织、优先医疗服务提供者组织、排他性医疗服务提供者组织和服务点计划等形式。

1. 健康维护组织 (Health Maintenance Organizations, HMOs)。

最早的健康维护组织于 20 世纪 30 年代在美国西海岸出现，到 70 年代，全美共有 25 个健康维护组织。《1973 年健康维护组织法案》正式采纳了健康维护组织这一概念，并使之成为全国性的健康政策。该法案给健康维护组织提供了向雇主推销自己的机会。到 2000 年，全美已有 600 多个健康维护组织。有一些健康维护组织是由保险公司来经营的；其他的则不从属于保险公司而独立经营。与传统的医疗保险安排不同，健康维护组织通过雇佣医生和经营医院，或者与医生和医院订立医疗服务合同来直接向加入其管理式医疗的人提供医疗服务。在健康维护组织的安排下，管理式医疗的加入者或其雇主每月或每年交纳固定的保费，由此可以获得综合的一系列医疗服务，而不是像在传统的医疗保险模式下，由医疗服务提供者按照实际所提供的服务收取费用。健康维护组织自己承担实际医疗费用超过所收保费的风险。这种做法的目的是鼓励提高医疗服务的效率，并鼓励提供使加入者保持健康的一些医疗服务。

由于强调对于费用、医疗服务的使用及医疗服务者的使用控制，健康维护组织是最复杂的一种管理式医疗安排。它具有以下四个特点：

(1) 它们在收取固定保费的基础上，向自愿加入其系统的成员提供综合的一系列医疗服务；

(2) 可供选择使用的医疗服务提供者通常仅限于健康维护组织网络内的医生和医院；

(3) 只要加入者是从健康维护组织指定的医疗服务提供者处接受医疗服务，他们不必支付或只支付有限的现付费用；

(4) 使用门诊主治医生来审查、决定并管理有关需接受专门治疗或住院治疗的建议。

根据雇用及偿付医疗服务提供者的方式的不同，健康维护组织有四种模式，即全职雇员模式、团体模式、个人医疗从业者协会模式与混合模式。

2. 优先医疗服务提供者组织 (Preferred Provider Organizations, PPOs)。

雇员在选择加入健康维护组织时，面临两个问题：一个是放弃原来的商业保险计划，这同时意味着放弃自己自由选择医生的权利；二是如果使用健康维护组织网络外的医生或医院提供的服务，将得不到任何保障。在这种情况下，管理式医疗出现了第二代形式——优先医疗服务提供者组织。它是这样一种管理式医疗安排：一些医院或其他类型的医疗服务提供者与一家保险公司、或一个雇主、或一个第三方管理人、或其他的某个发起组织订立服务合同，以向该计划参加者提供医疗服务。大多数的优先医疗服务提供者组织都提供综合性的医疗服务。

与健康维护组织不同，优先医疗服务提供者组织允许计划参加者使用该组织外的门诊医疗服务提供者。但这样他们要支付更高的保费、分摊更高比例的医疗费用、负担更高的免赔额费用，所以他们还是被鼓励使用本组织服务网络的医疗服务提供者。

大多数优先医疗服务提供者组织包括以下三个要素：

(1) 服务网内的医疗服务提供者的数目是有限的。该类型管理式医疗的发起人（通常为保险公司）只和数目有限的符合所规定标准的一些医疗服务提供者订立医疗服务合同，所规定的标准可能包括成本

效率、服务范围或资信。

(2) 事先协商好的收费标准。服务网络内的门诊医生同意按照协商好的收费标准收费。

(3) 医药服务使用审核。服务网络内的医生同意遵守优先医疗服务提供者组织的医药服务使用程序。

参加优先医疗服务提供者组织的医疗服务者获得偿付的方式为：以打折后的价格按实际服务收取费用。医疗服务提供者经济上的好处主要在于求医的病人数量增加、更为迅速地获得偿付、未收账款与坏账的减少等。

3. 排他性医疗服务提供者组织 (Exclusive Provider Organizations, EPOs)。

优先医疗服务提供者组织出现后，一方面与健康维护组织进行竞争，另一方面也暴露了它对医疗服务提供者控制较松、对医药服务使用的审核不够有力等缺陷。排他性医疗服务提供者组织是由一些医疗服务提供者与一家保险公司、或一个雇主、或一个第三方管理人、或其他的发起组织订立医疗服务合同的一种安排。但排他性医疗服务提供者组织是一种更有限制性、受到更严格控制的组织。它对加入其服务网络的医疗服务提供者的选择更有限制性，对医疗服务提供者的资信要求更为严格。所以病人可以得到更高质量的医疗服务，但挑选医疗服务提供者的范围更小。在排他性医疗服务提供者组织中，其计划参加者只有使用其服务网络内的医疗服务提供者才有资格享受到应有的福利（即费用补偿），否则就要负担全部的实际医疗费用。这一点与健康维护组织一样。

如同优先医疗服务提供者组织一样，排他性医疗服务提供者组织的医疗服务提供者以打折后的价格按实际服务收费。他们同意遵守规定的医药服务使用审核程序，把病人推荐到与本组织订有合同的医疗服务提供者中接受专门治疗，把需住院治疗的病人推荐到属于本组织服务网络的医院。

4. 服务点计划 (Point of Service Plans, POS)。

服务点计划是一种相对比较新的管理式医疗安排，也是发展最快

表1 管理式医疗的组织形式及其特征

组织形式		特征
健康 维护 组织 (HMOs)	全职雇员模式	1. 参加者必须选择网络内的医院和医生 2. 由门诊主治医师审查、决定并管理参加者是否需接受专科治疗或住院治疗 3. 参加者不按实际服务付费，支付固定保费
	团体模式	
	个体医生协会模式	
	混合模式	
优先医疗服务提供者组织 (PPOs)		1. 鼓励参加者选择网络内的医院和医生 2. 允许参加者选择网络外的医院和医生，但是这样参加者可能要支付更高的保费、分摊更高比例的医疗费用、负担更高的免赔额费用
排他性医疗服务提供者组织 (EPOs)		1. 参加者必须选择网络内的医院和医生 2. 该组织严格选择高素质的医院和医生加入其网络，故参加者可以得到更高质量的医疗服务，但可供挑选的医院和医生更少
服务点计划 (POS)		1. 参加者不按实际服务付费，支付固定保费 (类似 HMOs) 2. 参加者在需要医疗服务时，可以选择网络内或网络外服务 (类似 PPOs)

表2 传统医疗保险与管理式医疗的主要区别

	传统医疗保险	管理式医疗
对医疗服务提供者的选择	没有限制	鼓励或限制使用网络内的医生
医疗服务提供者收费方式	按服务收费	固定 (按事先协商的数额收费，通常是保费的百分之几)
风险承担者	保险人	管理式医疗机构与医疗服务提供者分担风险
费用控制手段	无	建立经济上的奖励机制

的几种安排之一。服务点计划结合了健康维护组织与优先医疗服务提供者组织的特点，向计划参加者提供综合的医疗服务。然而，计划服务网络内的医疗服务提供者收取固定的保费，一般不按实际收费，这一点非常类似于健康维护组织。参加者在需要医疗服务的时候，对接

受医疗服务的方式可以进行选择，既可以使用规定的管理式医疗计划和服务网络，也可以使用计划外的医疗服务，但在后者情况下，其享受的福利相应减少，如分摊部分医疗费用或支付更高的保费。

服务点计划有三个特点：一是使用主要门诊医生来审查、建议专门治疗；二是允许参加者使用服务网络外的医疗服务提供者，但其享受的福利相应减少，并且必须递交索赔文件；三是参加者每次需要医疗服务可以选择使用服务网络内或服务网络外的服务。

（三）管理式医疗控制费用的手段

管理式医疗组织首要关心的事情，是以具有成本效率的方式提供高质量的、必要的、恰当的医疗服务，为了达到这一目标，管理式医疗组织使用了某些控制手段来管理具有成本效率的医疗服务。这些控制手段中最常用的是：对医疗服务提供者的偿付方式、选择医疗服务提供者并与其订立医疗服务合同的过程、“守门员”的审查监督作用及对医药服务使用的审核。

1. 通过对医疗服务提供者的偿付控制费用。

对医疗服务提供者的偿付在管理式医疗计划中是控制费用的一个重要工具。偿付方式往往含有风险分摊和节省费用奖励机制的成分，它们试图使服务提供者更多地意识到成本的概念，并最终会影响到服务提供者的医疗行为。而门诊主治医生在管理式医疗中起着关键的作用，他们是实际提供并管理医疗服务的人，对于控制成本与医药服务的使用是十分重要的。他们向计划的参加者提供基本的医疗服务，建议并决定进行专门治疗及提供后续服务。对他们的主要偿付方式为：

（1）薪金。在通常的情况下，管理式医疗组织的成功与否与门诊主治医生的经济利益是有联系的。几乎所有全职雇员模式的健康维护组织对医生的偿付都是以薪金为基础的，服务的质量、医疗服务的使用和盈利目标的是否完成经常会对薪金产生影响。一些医生与管理式医疗计划之间有某种风险分摊的安排，他们自己的表现和其他医生及整个计划的表现直接影响到他们收入的增加或损失。有时，门诊主治医生薪金的一部分，通常为 20%，暂时不发给他们。到年底对医疗计划的表现进行评审时，如果门诊主治医生的工作是有效率的，并且

管理式医疗组织的财务指标已经达到，暂予扣留的薪金则发还给他们；如果医疗计划成本超出收入，暂予扣留的薪金则用来抵消计划的财务损失。

(2) 固定保费。另一种比较常见的偿付方式是向门诊主治医师预先支付固定的保费，门诊主治医师则提供基本的医疗服务，并承担成本超过保费的风险。为了确定恰当的保费金额，门诊主治医师所提供的医疗服务范围必须加以明确的规定，以便估算基本医疗服务的总成本。在保费的确定过程中，还要考虑到一些具有高费用风险的病人对保费的影响而进行适当调整。保费按照每个成员每月的一个固定金额支付给门诊主治医师。

(3) 专门及住院治疗基金。一些医疗计划建立专门及住院治疗基金作为对医生另外的偿付方式。

2. 通过选择医疗服务提供者的过程控制费用。

在选择医疗服务提供者的过程中，通过对行医资格证明的审查、对不良行医行为的审查、对从业行为的调查等各个方面，对费用进行控制。

3. “守门员”的审查监督作用。

在许多管理式医疗组织中，“守门员”的审查监督是控制费用和使用医药服务的一个重要手段。管理式医疗组织中的所谓“守门员”负责指导、管理、监督、协调和提供基本医疗服务给管理式医疗计划的参加者。在健康维护组织与排他性医疗服务提供者组织中，“守门员”往往是医疗计划成员使用医疗服务的关键，这意味着所有非急诊医疗服务都要由“守门员”来提供或授权提供。“守门员”一般都由门诊主治医师担任。基本上讲，作为“守门员”的门诊主治医师在管理式医疗组织中控制并管理着医药服务的使用。

4. 通过对医药服务使用的审核来控制费用。

对医药服务使用的审核是控制医疗费用并保障医疗服务质量的另一个重要手段。与传统医疗保险对已发生索赔所进行的回顾性审核不同，管理式医疗对医药服务的审查主要是在提供医疗服务之前对其恰当性进行评估，以避免浪费和对病人形成潜在风险。用以控制费用与

医药服务使用的审核标准是：所提供的服务在医疗上是必须的；所提供的医疗服务的水平是恰当的。

各种管理式医疗组织都使用对医药服务的审核计划，主要包括病例管理、预先审核（住院前审核、非住院病人医疗服务的预先审核、对专科治疗的把握等）、住院期间费用审核、出院计划、回顾性费用审核等。

（四）管理式医疗的承保与费率的制定

管理式医疗的承保是对要参加医疗计划的某个团体或人群的风险进行评估的过程；制定费率则是根据对这种风险的评估计算出一个合适的保费。

1. 承保与制定费率所考虑的主要因素。

管理式医疗组织在其承保与制定费率的战略中，需要考虑以下几个主要因素：

（1）年龄和性别。一个团体的年龄与性别的分布结构是影响其风险的一个很重要的因素。年龄结构偏老的团体患病率也更高一些；生育年龄女性占比重较大的团体其医疗费用也偏高一些，因为可能会发生更多的与怀孕和生育有关的医疗服务或住院服务。

（2）行业。行业是评估某团体风险时所要考虑的另一个重要因素。它反映的是工作条件对身体健康状况的影响，此外，还可以间接反映潜在成员的生活方式、教育程度和收入等因素，这些也会影响潜在成员的患病率。

（3）成员所选择的医疗福利方案。成员选择的福利类型、成员分摊保费的比例、医疗服务的提供方式等，都会对整个计划的成本和成员所在团体的风险特点产生影响。

（4）法律上对费率制定方法的限制。针对某些特别的团体或人群制定费率时，如何根据以上的风险因素进行计算有具体的法律规定。

2. 不同组织的费率制定。

（1）健康维护组织的费率制定。每一个健康维护组织都必须得到所在州的监管机构发给的注册证书，这样它就成为具有州资格的健康维护组织。同时它还可以自愿申请联邦监管机构发予注册证书，这样