

医疗服务市场失范的经济法规制

陈云良, 何聪聪

(中南大学法学院, 湖南长沙, 410083)

摘要: 医疗市场化改革以来, 政府过度注重经济增长速度, 忽视了公民健康权, 没有有效保障基本医疗公共服务。医疗服务市场出现的失灵应当通过经济法加以规制, 以实现医疗公平性和普遍均等化。当前, 医疗服务的市场调节失灵包括信息不对称、不正当竞争和医疗商业贿赂。政府并没有履行好国家调节职能, 降低了医疗可及度, 出现了公立医院垄断、医疗公共服务缺位的双失灵。通过经济法规制医疗市场, 应当完善医疗信息公开制度, 细化反垄断法执法标准, 彻底实现管办分离, 保障基本医疗公共服务的供给。

关键词: 医疗服务; 市场失灵; 政府失灵; 健康权; 经济法规制

中图分类号: D912.29

文献标识码: A

文章编号: 1672-3104(2012)03-0063-06

当前, 我国社会经济发展已经取得了举世瞩目的成就。但是, 经济总量的增长并未推动公共服务水平的提高。在医疗服务领域, 资源配置不均、政府宏观调控措施粗糙、公民健康权得不到保障的问题仍然突出。医疗服务市场运行失范, 表明医疗服务的过度市场化是一种错误, 政府应当承担供应者的责任, 因此现有医疗制度亟待加以完善。

为更好地推进医疗服务发展, 《十二五规划纲要》确立了转变经济发展方式的战略措施, 纲要指出: “深化医药卫生体制改革, 建立健全基本医疗卫生制度, 加快医疗卫生事业发展, 优先满足群众基本医疗卫生需求。”可见, 政府已经意识到保障公民生命健康权的重要性, 即只有在保障基本医疗服务的前提下才能更好地发展经济。在医疗领域, 转变经济发展方式就是不单纯以经济效率作为唯一评价标准, 还应当注重医疗服务的公平性和可及性。我们认为, 解决医疗服务市场失范问题, 实现公平与效率的统一, 通过经济法规制医疗市场或许是一种行之有效的手段。

一、经济法应当规制医疗服务市场

(一) 规范医疗服务市场的制度选择

从法律调整的对象和客体来看, 当前以医疗服务

为规制对象的法律法规主要集中在民法、行政法和刑法等传统法律部门中。如《侵权责任法》第七章“医疗损害赔偿”对医疗机构的说明义务、保密义务和过错推定责任的相关规定;《医疗机构管理条例》对医疗机构的设立、登记、审批、执业和监督管理所作的行政管理方面的规定;《刑法》第330条对危害公共卫生犯罪行为的规定。上述法律制度对规范医疗服务行业及其从业人员, 维护医疗市场的正常运行起到了一定的作用。但从立法宗旨和调整目的来看, 它们都难以直接规制医疗服务市场失范问题, 特别是难以实现新医改所确立的“公平与效率统一, 政府主导与发挥市场机制作用相结合”以及“人人享有基本医疗服务”的目标。

传统法律部门之所以集体失语, 根源在于其立法宗旨与医疗改革实质公平的契合度不高, 所保护的法益也与维护人民健康权益有所偏差。具体来看, 民法是私法, 私法以维护个体自由竞争、保障意思自治和合同自由为基本准则, 维护的是形式公平。但是个体权利的行使可能超过合理范围, 滥用自由竞争的权利将导致不正当竞争, 不合理的医疗价格很可能侵犯患者的合法权利。在医疗市场领域, 私主体(医院)权利滥用表现得尤为明显: 综合性医院集中过多的大型仪器和高端设备, 通过“大处方”“过度医疗”等方式攫取巨额利润;^①公立医院垄断药品销售市场绝大部分的

收稿日期: 2011-10-08; 修回日期: 2012-03-02

基金项目: 中南大学前沿研究计划重大项目“服务型政府法制化研究”(ZYZX10ZDA01); 国家社科基金项目“转轨经济法: 西方范式与中国现实之抉择”(11BFX041); 中南大学研究生学位论文创新基金资助项目(2011ssxt011)

作者简介: 陈云良(1965-), 男, 湖南双峰人, 中南大学法学院教授、博士生导师, 主要研究方向: 经济法, 政府公共服务; 何聪聪(1988-), 男, 江苏如皋人, 中南大学法学院硕士研究生, 主要研究方向: 经济法。

份额,药品价格机制失灵,患者难以选择到价格低廉的药物。而在农村地区,基础医疗设施落后,医疗资源供给短缺,公共医疗的可及性差。民法基于意思自治、个体自由竞争的基本原则难以规制上述不合理现象,特别是将医疗服务作为一种牟利产品来经营,本身就是依据民法的意思自治、自由选择理念,衍生出市场唯利性与医疗公益性相混同的悖论。而经济法作为国家调节市场缺陷之法,其以社会本位利益为准则,以公权力限制个体滥用自由竞争权利为手段,以维护社会整体公平的理念恰恰弥补了民法调整医疗服务市场的功能不足,能够有效承担起维护医疗市场公平竞争、保障患者就医选择权的任务。

行政法和刑法都属于公法的范畴,但两者在调整和规范医疗市场的作用上并不明显。行政法主要调整行政机关对医疗行业的行政管理关系,其重心是控制和规范卫生行政机关的权力,以保障医疗机构的合法权益。从权力运行的方式来看,政府对医疗行业行使的行政管理权带有强烈的命令性和强制性,若行政相对人违反规定则要受到较严厉的制裁。而医疗服务市场侧重于经营性发展,更适合间接的、引导性的调控方法,这是行政权在调整功能上所不具备的。刑法主要规制的是严重的犯罪行为,其维护的是最低限度的公平正义。在医疗领域,刑法主要规定医院不履行紧急救治义务、转诊义务和保密义务等引发的不作为犯罪,以及由此应受的刑罚,几乎没有涉及医疗市场运营秩序和政府对于公民健康权的保障。与此相对应,经济法在立法宗旨、调整手段和调节方式上更契合规制医疗市场的运营,有利于降低医疗价格,保障医疗服务的可及性。因此,医疗服务市场应主要由经济法来调整。

(二) 经济法规制医疗服务市场的基本原则

1. 公平优先,兼顾效率

医疗市场化已经被证明是失败的改革。国务院在《关于深化医药卫生体制改革的意见》(2009)中提出医疗卫生体制改革“应当坚持公平与效率统一,政府主导与发挥市场机制作用相结合。强化政府在基本医疗卫生制度中的责任,维护公共医疗卫生的公益性,促进公平公正。同时注重发挥市场机制作用,提高医疗卫生运行效率、服务水平和质量”。在医疗服务的公平与效率上,应当遵循没有公平就没有效率的原则。因为“效率来源于公平,来源于市场主体的公平竞争。维护市场自由、公平就是维护市场得以依存的基础,就是维护市场本身”。^[1]医疗行业保障的是公民健康,首先要实现公平,其次才是效率。如果医疗服务单纯依靠市场机制自发调节,在追求利益最大化的动机驱

动下,医院常常利用诊断权收取高额医疗费,出现天价医药费也就不足为奇,这种片面的效率是无法体现医疗公平的。在医疗市场中,公平理念还肩负着更深层次的含义——人人都有维护自身健康的权利,公民获取医疗服务的权利应当是平等的。具体来看,医疗服务的公平原则包含两方面的内容:其一,政府应当提供基本的医疗服务,保障其福利性,克服市场唯利性;其二,患者在获取基本医疗服务的机会上享有平等地位。

2. 普遍均等化原则

经济学理论认为医疗服务属于典型的私人产品。当前,多数学者包括新医改方案将医疗服务界定为公共产品的性质并不正确,因为这混淆了公共产品和外部性的关系。患者接受医疗服务是为了治愈自己的疾病,并且一位医生只能同时为一个患者服务。根据萨缪尔森的公共产品理论,公共产品是指在使用上具有非竞争性,在收益上具有非排他性的产品。^[2]医疗服务并不具备其中任何一点特征,应属于私人产品的范畴。但在医疗服务这块特殊领域,僵硬地套用私人产品交由市场运行的规律也不可行。人类社会发展到20世纪,以福斯多夫、狄骥为代表的学者认为国家应对公民尽生存照顾义务,这一理论逐步演变成公民享有基本医疗服务的权利,并成为现代政府的法定义务。我国政府参与缔约的多个国际条约表明保障公民健康权是政府应当履行的职责。如《世界人权宣言》(1948)第25条规定“人人有权享受为维持他本人和家属的健康和福利所需的生活水准,包括食物、衣着、住房、医疗和必要的社会服务”。《经济社会文化权利公约》(1966)第12条规定“缔约各国应当预防、治疗和控制传染病、风土病、职业病以及其他的疾病;创造保证人人患病时能得到医疗照顾的条件”。据此,政府干预医疗服务市场应当保障每个公民获取普遍均等的医疗服务,维持最低水准的生存健康。

二、医疗服务市场失范的表征分析

由于医疗服务市场存在垄断、信息不对称、不完全竞争等市场失灵因素,因而需要政府的干预。但是,政府在干预医疗市场时又出现了行政垄断、缺乏有效监督等政府调节失灵现象,公权力并没有按照经济法的调整范式来规制医疗市场。长期以来,我国医疗市场存在着市场调节失灵的与政府调节失灵的双重缺陷,这成为了看病难、看病贵的主因。

(一) 医疗服务中的市场调节失灵

1. 医患间信息不对称

与一般商品的双向选择不同, 医疗服务是典型的单方供给制。诺贝尔经济学奖获得者阿罗(Arrow)在其经典论文《不确定性和医疗保健经济学》(1963)中论述医疗市场的特征时指出“医疗市场中医患双方处于信息不对称状态, 从而使购买医疗服务出现很大的风险和不确定性”。^[3]医生同时扮演两种角色, 既是医疗服务的供给者, 又是医疗服务的选择者。患者通常缺乏专业医学知识, 必须依据医生的判断接受服务。而医生对医疗服务的质量、效果、价格更熟悉, 具有信息优势。尽管两者存在事实上的委托代理(Principal-Agent)关系, 但患者并不拥有最终消费权, 只能听从医生的安排来选择检查项目、药物治疗和住院服务。现实中, 医院为增加收入往往给医生设定创收指标, 与奖金和福利相挂钩。在监管缺位的情况下, 医生常常利用自身信息优势误导患者, 诱导患者过度消费, 侵犯了患者的知情权和公平交易权。医疗信息不对称导致了医疗市场中常见的“供给者诱导需求”和“道德风险”等问题, 大大降低了医疗服务的公平性。

2. 供给者滥用市场支配地位

在某个地域, 通常只有少数几家权威医疗机构组成医疗网络, 医疗服务供给者有极强的价格控制能力, 出现了“以药养医”“以设备养医”和价格协调行为, 呈现寡头垄断市场的特征。^[4]当前医疗服务价格畸高, 其中很重要的一个原因是由医疗机构滥用支配地位引起的。公立医院本应以公益为经营目的, 但其大多数情况下却凭借经济优势地位, 实施权利滥用行为, 侵犯患者合法权益。医院滥用市场支配地位的行为表现为对患者进行大量检查, 提高收费范围, 增加额外的辅助治疗费。尽管从制度层面上看, 《医疗事故处理条例》和《侵权责任法》对医疗事故诉讼的举证方式采取举证责任倒置原则, 医生为规避法律风险, 倾向于让患者做更多的检查。但是, 近年来发生的“天价医药费事件”表明公立医院并不是为了规避风险, “大处方”“大检查”的泛滥表明医院完全是滥用治疗权, 侵犯患者的知情权和选择权。^②此外, 医院在提供医疗服务时滥用市场支配地位还表现为强制性搭售行为。医药不分和药品加成权是公立医院的特有权利, 能够在出售药品的价格上增加 15% 的费用。^[5]占据市场支配地位的大型公立医院在为患者选择药品时无不选择更贵的, 因为药品价格越贵, 所获得的加成药费越多。同时, 医院在提供服务时限制患者只能选择本院药品, 侵犯了患者的自主选择权和民营药店的公平竞争权。

3. 医疗不正当竞争行为泛滥

尽管新医改实施了基本药物制度, 但在医疗市场

中“医药共谋”“医疗商业贿赂”现象仍屡禁不止。2011 年 6 月曝光的“劳克医疗贿赂案”表明医疗不正当竞争行为已经泛滥, 医疗贿赂引发的高价药成为看病贵的主因之一。在全国公立医院中, 医疗贿赂已经成为普遍现象, 甚至出现了医疗人员主动索贿的行为。以“劳克案”为例, 一家普通疾控所的受贿金额竟高达 300 多万元。^[6]为逃避监管, 医疗贿赂也变得更加隐蔽, 更加专业化, 甚至演变出专门的医疗贿赂公司。医疗商业贿赂扭曲了医疗市场的公平竞争秩序, 使遵守诚信经营的药品生产企业和医疗机构处于竞争劣势, 医疗资源得不到合理配置, 患者不堪重负。除了医疗商业贿赂, 医疗市场还存在大量的发布虚假广告、使用混淆性用语等不正当竞争行为, 通过夸大治愈率和治疗效果, 诽谤、诋毁竞争对手的方式误导患者, 违反了医疗服务市场的诚信原则, 侵犯了患者的知情权。

(二) 医疗服务中的政府调节失灵

正因为医疗服务存在上述市场缺陷, 所以需要政府的干预。然而, 政府本身并不是一个完美的调节者, 其并不一定能够代表社会利益。公立医院将没钱的病人置之门外的现象时常发生, 足见政府的调节并不见得可靠。

1. 难以规制的行政垄断

我国公立医疗机构长期处于卫生行政部门的直接管理之下, 多年来实行的是医疗卫生行业垄断, 政府既是医疗服务的生产经营者, 又是医疗市场的监督管理者。行政管理的制度结构与企业营运的运作模式相互混同, 企业法人制完全沦为医疗行政管理的附庸。过多的政府干预和行政垄断导致医疗资源总量不够, 分配不均, 在营运的外部环境上没有竞争者, 造成经营的低效率。具体表现在: 政府是卫生资源配置的惟一主体, 应当建立多少医院、配置多少床位、购置哪些设备、提供什么服务、医疗服务价格制定等均由卫生行政部门决定。在医疗体制改革中, 政府既是推进医疗改革的主导者, 又是被改革的对象。这种角色的多重性和矛盾性造成了政府行为的复杂性: 一方面积极倡导改革; 另一方面又表现出对改革的保守和被动。因此, 政府对医疗服务市场所采取的各种管制措施也往往存在相互矛盾的情形。这一点在新医改中表现得尤为明显: 政府对公立医院给予较多的补偿, 政府允许其出售药品时享有 15% 左右加成药费的特殊权利; 而对民营医院的准入资格更为严格, 在税费减免优惠、财政定额补助上也较少, 在医保定点资格上审批更为复杂, 自购医疗设备的限制更多。

医疗服务的行政垄断限制了市场竞争, 削弱了竞

争机制的建立和市场正常运转,剥夺了医疗主体的独立人格,阻碍了市场的自由、统一和公正,最终破坏了医疗服务的功能发挥,成为妨碍建立和完善现代医疗市场体制的绊脚石。

2. 基本医疗公共服务缺位

基本医疗公共服务是公民维系自身生命健康的最低水准,是实现医疗服务均等可及的重要保障。在现代国家,保护公民健康权已经成为政府的一项基本义务。政府有责任向全体公民提供基本医疗产品,使每一位公民病有所医。我国是《世界人权宣言》和《经济、社会、文化权利国际公约》的缔约国,保护公民健康权是政府的一项国际法义务。同时,提供基本医疗服务也是我国宪法所明确规定的义务。^③

当前,我国政府在基本医疗服务保障方面还存在不足,与发达国家医疗支出占政府财政支出10%以上相比,我国医疗卫生支出仅占财政支出的4.57%,其中中央财政资金仅为2.28%。^[7]在基层医疗机构,政府投入不足成为当前基本医疗公共服务不足的主因。2011年7月,笔者在湘中农村进行社会医疗保障调研时发现,基层乡镇卫生院的医疗设施陈旧,难以保障该地区农民的基本健康:在医疗硬件设施方面,仅仅拥有4架病床;在医疗人力资源方面,地方政府仅承担3名全科医生的工资,卫生院难以有效提供医疗服务。政府投入不足导致低收入群体健康权缺失,即使是感冒发烧等小病也毫无保障。加之新农合以保大病为主,基本药物制度没有得到较好的执行,普通疾病的治疗费用依然昂贵。

国务院在《深化医药卫生体制改革的意见》(2009)中把基本医疗当做一项公共产品向全体公民提供,但在《医药卫生体制改革近期重点实施方案》(2009-2011)中并未明确政府应当提供哪些医疗设施、哪些基本诊疗项目以及如何降低医疗服务费用。可见,政府并未履行好提供公共服务的职责,公民的健康权依然处于制度缺位的窘境。

三、通过经济法规制医疗服务市场

针对医疗市场存在的双重缺陷,必须通过法律的规制和保障方能矫正。这一方面需要运用国家干预手段直接或间接调节医疗服务市场主体的权利义务分配,化解市场调节失灵引发的医患矛盾;另一方面又需要规定国家提供适宜医疗服务的义务,并对其干预市场的行为进行法律规制,以防止公权力干预过度而窒息市场活力。

(一) 对市场调节失灵的规制

1. 完善医疗保险和医疗信息公开制度

纠正医疗市场信息不对称,不但需要完善医保监管职能,而且应当严格执行《消费者权益保护法》,保障患者知情权。医疗信息不对称产生的原因分为两种,一种是由于医疗行业本身的技术壁垒产生的,技术壁垒在医患双方间自然形成了供给信息失衡;另一种是制度设计本身的缺陷所致,信息公开的方式和途径不疏浚。

针对第一种情形,有学者认为很难从技术层面加以纠正。^[8]实质不然,从制度层面上来看,建立专业的医疗监管机构和有效的第三方支付体系能够对医疗机构形成有效的制约。医疗保险机构的专职人员对医学知识很熟悉,与医务人员之间的信息不对称程度较轻,由他们去规范医院和医生的诊疗行为,约束力很强。而且医疗保险机构是医疗服务交易的最后支付主体,它要负责支付患者的医疗费,因此有足够的积极性去维护患方利益,能够对医生诱导需求形成有效制约。第二种情形是导致信息不对称的主因,主要由制度缺位所造成。应当通过经济法规定医院的强制说明义务,并完善医疗信息公开法律制度。政府应建立医疗信息公开制度,从法律层面上引导和规范医疗信息的公开主体,完善信息公开的途径和内容。通过公众媒体以及政务公开等途径向社会公布医疗信息,包括诊断及反映医疗服务质量指标、收费细目的信息和医疗服务的主要内容等。

2. 细化医院滥用市场支配地位的规制标准

医院是提供医疗服务的机构,属于《反垄断法》所界定的“经营者”范畴。适用《反垄断法》中关于滥用市场支配地位的一般条款,即第17条第4款“没有正当理由,限定交易相对人只能与其进行交易或者只能与其指定的经营者进行交易”。该条文适用于规制医药交易中医院对药品企业进行排他性销售的限制行为。此外,第17条第5款规定了“没有正当理由搭售商品,或者在交易时附加其他不合理的交易条件”。该条款适用于对医药交易过程中存在的捆绑搭购行为的制约或禁止。当然,仅仅依据这两条规定还不足以全面规制现实中医院滥用市场支配地位的行为。因为医院之间的合并合营行为,医院之间的信息交换以及限制竞争行为比较隐蔽,确定医院在该地区是否构成支配地位比较困难,直接适用《反垄断法》的一般条款存在难度,需要进一步细化规制医疗垄断的实施细则。美国于1994年颁布的《司法部和联邦贸易委员会关于卫生领域执行反托拉斯法的声明》对医疗机构滥用市场支配地位的行为作了细化规定,值得我国借鉴。该

《声明》将医疗行为分为“安全区”与“非安全区”。以医疗合并为例,属于安全区的条件为:“在最近的三年的时间内,合并各方均只有平均不到100张的病床;在最近的三年的时间内,除非在极端的特殊情况下,各方的平均日门诊病人数均不到40人。”属于非安全区的情形采用了计算竞争者市场份额的赫希曼集中程度指数(HHI),如果指数的值超过1800,被认为是“高度集中的”;如果低于1000,则被认为是“非集中的”。^[9]相较而言,我国《反垄断法》对医疗行业的规制还比较粗糙。针对此,应当完善《反垄断法》中关于滥用市场支配地位条款的规定,制定反垄断法实施细则,明确滥用市场支配地位在医疗领域的适用标准,维护医疗市场的公平竞争。

3. 严格规制医疗不正当竞争

医疗不正当竞争的逻辑主线可以归纳为:公立医院享受药品加成费——医院为获取更多利润出售昂贵的药物——导致质次价高的药物泛滥——滋生医疗贿赂和虚假宣传。针对医疗商业贿赂行为,应当严格执行以《反不正当竞争法》为主体的法律制度,对基本药物的生产商、代理商实行招标采购制,对非基本药物、医疗器械的生产商和代理商严格执行《反不正当竞争法》中关于商业贿赂的相关规定。明确执法主体,加强工商行政管理机关的处罚权,完善举报人保护和奖励制度,构建公平、有序的医疗服务市场,推动公共医疗服务的良性发展。针对医疗广告虚假宣传等不正当竞争行为,需要完善《广告法》中“广告不得含有虚假的内容,不得欺骗和误导消费者”的相关规定,并在《医疗广告管理办法》中明确工商行政管理机关的事前审批制度,实行惩罚性处罚机制。对于受到损害的患者提出侵权赔偿时,应由广告主、广告经营者、广告发布者三者承担连带责任。

(二) 对政府调节失灵的规制

1. 实现公立医院所有权和监管权的彻底分离

卫生行政部门既办医院又管医院,集所有权与监管权于一身。公立医院的所有权和监管权混同导致监督机制失衡、出资人缺位、公共医疗服务效率低下等弊端。所有权是绝对权,所有权主体行为的内在动力在于尽可能地获取收益,不能有效履行对公立医院的监管职责。应当把这两部分权力分由不同的机构来行使,而不是像目前一样集中在卫生行政机关,即实现国家所有权与行政管理权的分离。倘若卫生行政机关继续享有公立医院的所有权,其与管理权之间不能相互制约,难以限制公立医院的赢利性动机,进而不能保障基本医疗服务供给。对此,有必要组建独立的公

立医院所有机构,单独行使医疗服务所有权,与卫生行政部门分别行使办与管的权力。

2011年7月北京医管局成立,开启了公立医院管办分离的破冰之举,但卫生局局长同时又兼任医管局局长不免令人质疑其实质意义有多大。^[10]可见,当前政府还没有认识到彻底实现两权分离对于保障基本医疗服务的重要意义。实际上,一些地方早已开始了管办分离的改革实践,并取得了成功。2005年无锡成立了独立的医疗管理中心履行国家出资人职责,不但将国有资产所有权从卫生行政部门分开,还将市场规制权与国家投资经营权分开。^[11]卫生行政部门限于市场监管职能,切断与公立医院的利益链条,保障了基本医疗的可及性。2011年是新医改的收官之年,重点是要改革公立医院运营模式。但目前看来成效不明显,关键原因是指导思想不明确,对政府在医疗市场中的身份和职能认识不清,我们认为核心步骤就是要实现所有权和监管权的彻底分离。

2. 保障基本医疗公共服务

要实现新医改设定的人人享有基本医疗服务的目标,政府应当提供基本药物、基本医疗器械、基本医疗人力保障和基本检查项目。全国绝大多数人在基层医疗机构就医,基层医疗公共服务的供给不能仅仅由地方政府负担,中央政府也应当承担起平衡地区差异、保证经济不发达地区的公民享受均等高效医疗服务的职责。

针对基本医疗服务缺位的现状,特别是保障基层医疗服务的供给,需要加大财政转移支付力度以补充地方财政的不足。当前,我国还没有制定财政转移支付法,地方政府的财政资金在公共医疗卫生上的支出十分有限,加之在以GDP总量为主要考核依据的背景下,地方政府往往忽视医疗公共服务,侧重于经济发展。2009年,国务院决定投入8500亿元用于基本医疗卫生,中央财政资金仅占其中的1/3,这无疑使地方财政背上了沉重包袱。从财政转移支付的角度来看,首先应当合理配置财政转移支付的医疗资金结构,适当减少对大型综合医院的资助比例,提高对基层医院的财政支付额度;^④其次,医疗服务中的低价诊疗项目主要由中央财政资金转移支付给公立医院(特别是乡镇卫生院),以弥补当前基本医疗服务缺位的困境;再次,一般性的医疗服务主要由医疗保险机构补给需方(即患者),赋予患者自主选择的权利,促使公立医院提高医疗服务水平,降低医疗服务价格;最后,完善财政转移支付的监督机制,建立疗程、项目、费用等量化指标,对政府提供基本医疗服务的可及性进行评价。

注释:

- ① 新医改实施之前,某些地区核磁共振仪等高端设备的覆盖率甚至超过发达国家的水平,这些高端设备的检查费用成为医院收入的主要来源。参见:刘军民。公共财政下政府卫生支出及管理机制研究,经济研究参考,2005,(94):2-20。
- ② 近年来,全国各地频现“天价医药费”事件,哈尔滨曝光的“550万医药费事件”彻底暴露了医院滥用职权,收取了大量无合理依据的医疗检查费。
- ③ 我国《宪法》第45条对此作了明确规定,“中华人民共和国公民在年老、疾病或者丧失劳动能力的情况下,有从国家和社会获得物质帮助的权利。国家发展为公民享受这些权利所需要的社会保险、社会救济和医疗卫生事业”。
- ④ 目前,中央财政专项转移支付中农村合作医疗补助资金仅占2.6%,应当逐步提高到8%~10%。数据来源: http://www.gov.cn/zxft/ft98/content_903353.htm。

参考文献:

- [1] 陈云良. 经济法应当有所作为[J]. 甘肃政法学院学报, 2001, (6): 28-33.
- [2] Paul Samuelson. The pure theory of public expenditure[J]. The Review of Economics and Statistics, 1954, (36): 387-389.
- [3] Kenneth Arrow. Uncertainty and the welfare economics of medical care[J]. The American Economic Review, 1963, (53): 941-973.
- [4] 阮敏. 我国医疗服务行业寡头垄断市场行为的制度分析[J]. 商业时代, 2008, (8): 95-96.
- [5] 发改委, 等. 关于进一步整顿药品和医疗服务市场价格秩序的意见[EB/OL]. http://www.gov.cn/zwggk/2006-06/02/content_298610.htm?, 2011-10-01.
- [6] 付中. 一个U盘引出最大医疗贿赂案[N]. 法制晚报, 2011-06-16(A10).
- [7] 曹斯. 四部委负责人就医改等热点话题答记者[N]. 南方日报, 2011-03-10(A2).
- [8] 张录法. 医疗机构信息公开现状及对策研究[J]. 情报科学, 2006, (2): 275-278.
- [9] Lambertini. Vertical differentiation in a generalized model of spatia competition[J]. The Annals of Regional Science, 2001, (35): 227-238.
- [10] 刘苗. 我国首个省级医院管理局成立[N]. 南方都市报, 2011-08-01(A13).
- [11] 陈云良. 国家调节权: 第四种权力形态[J]. 现代法学, 2007, (6): 15-22.

Regulation on the anomie of medical service market by Economic law

CHEN Yunliang, HE Congcong

(School of Law, Central South University, Changsha 410083, China)

Abstract: Since the health care market reforms, our government has placed over-emphasis on economic growth and ignored the citizens' health right, while failed to provide basic medicalcare services. In order to achieve equity and universal equalization, the failure of medical market should be regulated by economic law. Currently, market failure of medical services include asymmetric information, unfair competition and commercial bribery. The government didn't perform the functions of economic regulation, while increasing market imperfections, which leads monopoly of public hospitals and absence of medical public service. When government regulates the health care market, it should consummate medical information disclosure system, detail anti-monopoly law standards, realize the separation of holding and managing hospitals, and protect the supply of basic medical public service.

Key Words: medical service; market failure; government failure; health right; regulation by economic law

[编辑: 苏慧]