

基金项目：国家社科基金重大项目“现代医疗技术中的生命伦理及其法律问题研究”(PPcUFP^^) ;中南大学前沿研究计划重大项目“服务型政府法制化研究”(U=UTP]UF!]P) ;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”(PPNOT]XP) ;湖南省社科基金“百人工程”项目“经济法下的谨慎政府”([@N9]M) ;中南大学研

府负有提供医疗公共服务的义务。

相较于西方完善的医疗保障体系，我国政府并没有履行好医疗公共服务义务。近年来频繁发生的“天价医药费事件”、“贫妇剖腹自救事件”甚至“医闹事件”等，凸显出医疗保障的缺位，这与构建和谐社会的基本理念是相违背的。在新一轮医疗体制改革之际，我国政府应当切实保障公民健康权，履行公共医疗服务义务。

首先，宪法关于人权保障的条款是政府医疗服务义务的根本依据。我国《宪法》规定了政府保障公民基本权利的职责，确立了人权保障的核心地位。《宪法》第 00 条规定，“国家尊重和保障人权”，从根本法的高度赋予公民的基本人权，同时明确了保障人权的义务主体——国家。《宪法》第 X⑥ 条规定：“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。”这表明，我国政府承诺公民在疾病时有从国家获得医疗服务的权利，是健康权作为社会权的宪法体现。公民享有基本的医疗诊治，享有公平可及的医疗护理，不应当是执政者的政治口号，而应当在政府的义务范围上得到具体体现。

其次，国际公约明确了政府的医疗服务保障义务。我国是《经济、社会和文化权利国际公约》(PMZZ)的缔约国，应当切实履行公约中关于政府医疗服务义务的规定。《公约》第 PW 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，创造保证人人在患病时能得到医疗照顾的条件。”W]]] 年联合国经济与社会委员会第 PX 号《一般性评论》对《公约》第 PW 条予以系统化，要求成员国必须保证完成至少在公约中阐明的“最小基本水平的权利”的核心义务，并将政府的医疗服务义务概括为尊重的义务、保护的义务和履行的义务。^[2]尊重义务和保护义务是政府的最低义务，即政府不得通过公权力限制和侵犯公民健康；

决医疗不公问题,无疑是以新的不效率取代旧的不公平。世界银行对医疗服务的分类较为合理:第一类是公共卫生服务,属于公共产品,任何收入水平的人都可以消费或得到;第二类是基本临床医疗服务,完全放任市场提供会危害整体社会人力资本,政府有责任保证所有人获得基本临床医疗卫生服务;第三类是自由选择的医疗卫生服务,属于私人产品,由个人承担。^{[5][6]}这样的分类与《意见》的内涵是相契合的。《意见》所指的基本医疗既不同于计划时期的公费医疗,也不属于全民医疗保险,而是最基本的医疗卫生服务。根据上述分类,可以将医疗服务分为以下三种。

1. 政府应当免费提供的医疗服务

具有明显负外部性的传染病,应当由政府提供免费治疗。经济学理论普遍认为解决负外部性疾病的扩散必须由政府主导,市场是难以有效供给的。倘若国家以消极不作为的方式应对传染病的传播,将难以有效保障公民免受疾病的侵害。著名经济学家阿罗(A. J. C)曾指出,“在理想价格体系下,不接种疫苗的人必须给那些健康受威胁的人支付一个价格,该价格高到足以使他们觉得受到了补偿;或者其他人为了诱使不想接种疫苗的人接种疫苗,也必须支付一个价格。为了尽可能实现最优状态,有必要采取补贴、税收或强制等形式的集体干预”^[11]。这种集体干预的形式必然是通过免费的方式提供与外部性相对抗的医疗服务。当前,符合负外部性特征的传染病主要包括:传染性非典型肺炎、艾滋病、病毒性肝炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感、麻疹、流行性出血热、狂犬病、流行性乙型脑炎、登革热、炭疽、细菌性和阿米巴性痢疾、肺结核、伤寒、流行性脑脊髓膜炎、百日咳、白喉、新生儿破伤风、猩红热、布鲁氏菌病、淋病、梅毒、钩端螺旋体病、血吸虫病、疟疾。此类疾病的防疫、

我国政府医疗卫生支出仅占财政支出的11.6%,其中中央财政资金仅为11.6%。^[10]地方政府财政资金有限,难以向基层医疗机构提供充裕的资金,基本医疗设施、医疗卫生人力得不到保障,医疗公共服务无异于空中楼阁。实际上,自分税制改革以来,中央与地方之间财权与事权不均,地方政府的医疗公共服务职责超出财政负担能力,导致医疗服务的可及性差。2011年,国务院决定投入5000亿元用于保障基本医疗卫生,但中央财政资金仅占其中的10%,这无疑使地方财政背上了沉重负担。在以GDP增长为主要考核依据的大背景下,地方政府往往侧重于经济发展,忽视医疗公共服务的提供。

针对医疗服务最为短缺的基层医疗领域,需要加大中央财政转移支付力度以补充地方公共服务的不足,特别是需要出台一部财政转移支付法。通过法律制度的规定,明确政府的公共服务义务,使中央政府与地方政府的财权与事权相平衡。^②首先,要明确转移支付的法律性质,提高对基层医院的财政支付标准,实行纵向转移支付为主的支付方式,合理划分中央与地方财权与事权的范围;其次,免费医疗服务的资金既要转移支付给公立医院(特别是乡镇卫生院),弥补医疗设备短缺和资金不足的困境,又要通过医保机构补给患者,赋予患者的自主选择的权利,促使公立医院提高服务水平;最后,完善财政转移支付的监督机制,明确全国人大和地方各级人大的监督权,对基本医疗服务资金进行监督,并设立专门的医疗监管部门对医疗诊治的疗程、质量、费用进行评估。

!"明确公立医院经营权与监管权,保障成本价的医疗服务

公立医院作为事业单位应当提供成本价的公共医疗服务,不以营利为目的,政府对医疗服务的效果进行监督。根据法人治理的基本原则,经营权与监督权不能混同,否则监管权形同虚设。然而,当前卫生行政部门既办医院又管医院,集经营权与监管权于一身。政府既是局外人又是参与者,既是“球员”又是“裁判”。两权不分导致监督机制失灵,公立医院倾向于获取最大利润而不是提供成本价的医疗公共服务,导致天价医药费的出现。

对此,《重点实施方案》指出要:“界定公立医院所有者和管理者的责权,完善医院法人治理结构。”其根本目的是实现公立医院经营权和监管权的彻底分离,维护医疗服务的公益性,保障成本价医疗服务的供给。倘若卫生行政部门继续行使公立医院的经营权,将不能与监管权相制约,难以限制公立医院向营利性领域膨胀,必然不能保障成本价的医疗服务。因此,有必要组建独立的公立医院经营机构,单独行使医院经营权,将卫生行政部门限定于行使监管权。2011年11月北京医管局成立,开公立医院管办分离之先河,但这一破冰之举又多少令人质疑:卫生局局长兼任医管局

局长对管办分离的实质意义究竟有多大?就目前而言,制度的缺失是医院经营权与监管权不能彻底分离的关键。我国亟需制定一部《医院法》,规定公立医院提供成本价医疗的义务,明确医院的经营主体与监管主体。我国香港地区的《医院管理局条例》值得借鉴,该条例规定医管局属于法定的非营利性组织,“医管局应当有效率地运用医院病床、人手、器材及其他资源,以期在可获得的资源范围内尽可能提供最高水平的医院服务;就公众使用医院服务须付的费用向卫生局建议,且顾及不应有人因缺乏金钱而不能获得适当医疗的原则”。公益性的医管局行使公立医院的经营权,卫生部门限定于对医疗行业的监管,卫生部门与公立医院间的利益链条被割断,权力的制衡能够有效保障医院提供成本价的医疗服务。^[11]

#完善医疗竞争法律制度,降低自费医疗的价格

尽管自费医疗服务无需政府直接提供,但这并不意味着政府监管职能的让位。长期以来,医疗市场竞争秩序处于混乱状态,公立医院占据医疗市场的垄断地位,通过医药共谋、医药贿赂等不正当竞争行为排挤私立医院,通过药价垄断限制患者选择权,降低医药资源的配置效率。在自费医疗市场领域,应当建立完善的医疗竞争法律制度。

根据发改委制定的《关于进一步整顿药品和医疗服务市场价格秩序的意见》,公立医院被赋予药品加成费的特殊权力。其出发点是为了维持医院的正常运转,但医生在选择同样疗效的药品时,无不例外趋向于价格更贵的。因为药价基数越大,药品加成费就越多,所获得的利润也就越大,各地药品销售收入已达医院总收入的30%之多。^[12]药品加成本质上没有摆脱权力经济的桎梏,是对医药市场粗暴的行政干预。除了药品价格的行政干预,医疗行政垄断还包括卫生部门对办医权的垄断、医疗科研经费的行政垄断、医药市场的地区行政垄断等。政府的种种干预是对公立医院的过度保护,违背了市场法治的公平竞争原则。对此,应当严格执行《反垄断法》第10条之规定:“行政机关不得滥用行政权力,制定含有排除、限制竞争内容的规定。”并据此制定反垄断法实施细则,对医疗服务市场(特别是公立医院)进行价格规制,明确对昂贵药品和高端设备检查费的监管措施,取消公立医院药品加成权,维护患者的选择权和民营医院的公平竞争权。

除了垄断,医疗市场还普遍存在不正当竞争行为,最为突出的是医疗商业贿赂。2011年曝光的“国杏医疗公司案”表明医疗商业贿赂已经到了极为严重的地步,国杏公司表面上是医疗投资管理公司,实际上却是专业从事介绍医疗贿赂中介公司。医疗商业贿赂扭曲了医疗市场的公

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,充分发挥医疗保险机构的监管作用,构建公平、有序的市场秩序,推动医疗体制改革进一步前进。^[P2]

注 释:

! 在英国,尽管不存在“看病贵”问题,但却客观上存在“看病难”的问题,特别是骨科手术、心脏搭桥。有数据表明,病患从确诊到入院平均花费 ^ 周 Q]b 的病患需要等待 Q