

DOI: 10. 13766/j. bhsk. 1008-2204. 2014. 0414

# 中国医患关系的新制度经济学分析

仇雨临, 黄国武

(中国人民大学劳动人事学院, 北京 100872)

**摘 要:** 中国医疗卫生体系不完善, 但医疗需求却呈现出倍数增长的趋势, 这使得医患纠纷不断增加, 甚至导致了严重的医患冲突, 日益紧张的医患关系阻碍了中国医疗保障的进一步发展。运用新制度经济学的相关理论, 对中国的医患关系发展现状如人口流动的健康红利、医师成长的成本、“看病难、看病贵”的交易成本以及医患冲突的外部性等进行分析, 提出应提高统筹层次以促进成本内部化, 科学厘定产权以实现医保关系转移接续, 通过制度和经济手段约束医师行为, 建立多方筹资的医疗风险分担机制, 化解医患矛盾等途径, 构建和谐医患关系, 促进中国医疗卫生事业的进一步发展。

**关键词:** 医疗保障; 医患关系; 医疗风险分担机制; 新制度经济学; 健康红利

中图分类号: C913

文献标志码: A

文章编号: 1008-2204(2015) 01-0001-06

## New Institutional Economics Analysis of Doctor-patient Relationship in China

Qiu Yulin, Huang Guowu

(School of Labor and Human Resources, Renmin University of China, Beijing 100872, China)

**Abstract:** With the imperfect health care system and the increasing needs for medical care in China, it is not difficult to find more and more reports about the disputes, or even serious conflicts between doctors and patients in domestic hospitals, which obviously hinders the further development of medical care in China. The paper tries to use the new institutional economics theory to analyze the status of doctor-patient relationship in China, such as health bonuses of migration, cost of physician growth, transaction cost of “difficult and expensive” treatment and the external factors of the doctor-patient conflicts. The paper suggests that China need to improve the overall level of health care coordination so as to achieve cost internalization, promote scientific determination of property rights so as to transfer health care relation. China also needs to constrain physician behaviors by institutional and economic means and establish a multi-party financing mechanism to share the risk of medical care and thus resolve the conflicts between doctors and patients. Only then a sustainable development of medical care can be achieved in China.

**Key words:** medical care; doctor-patient relationship; medical risk-sharing mechanism; new institutional economics; health bonus

随着中国基本实现全民医保以及人们对健康越来越重视, 人们的医疗需求呈现出倍数增长的趋势。2003 年全国医疗机构总诊疗人次数为 20.96 亿人次, 入院人数为 6 092 万人; 2013 年全国医疗卫生机构总诊疗人次高达 73.1 亿人次, 入院人数为

19 215 万人<sup>①</sup>, 10 年增长超过 3 倍。由于医疗卫生体制相对不完善, 医患纠纷解决机制的发展滞后, 中国医患纠纷也越来越多。2013 年全国医疗卫生机构发生医患纠纷约 7 万件。<sup>[1]</sup> 引发的严重医患冲突, 甚至暴力伤医杀医事件也越来越多, 据中国医师协会

收稿日期: 2014-09-01

基金项目: 国家社会科学基金一般项目(13BGL114)

作者简介: 仇雨临(1960—), 女, 北京人, 教授, 博士, 研究方向为医疗保障、社会保障。

不完全统计,2013 年全国影响较大的伤医暴力案件共有 16 起。<sup>[2]</sup>不管是医师、患者,还是中国的医疗卫生体系都将成为医患关系日益紧张的受害者,因此,构建和谐医患关系已经成为中国医疗卫生事业进一步发展的重要问题。虽然,理论上和实践中对这个问题都进行了很多的探索 and 尝试,但都没有找到理想的解决途径,这也说明了具有世界性难题之称的医疗卫生发展与改革的复杂性和艰难性。

## 一、人口流动中的健康红利

中国经济发展不平衡,地区和城乡之间的较大差异促进了中国人口的大规模流动。根据国家统计局抽样调查结果显示,2013 年全国农民工总量为 2.69 亿人,外出农民工约为 1.66 亿人。<sup>②</sup>人口流动不仅给流入地带去廉价劳动力,同时也带去了健康红利。健康红利是指一定时期内某个地区年轻人口比重较高,疾病风险较小,医疗卫生资源使用较少,则该地区医保基金结余较多;在既定的缴费条件下,参保患者可以获得较高的保障水平,进而有利于该地区人们健康水平的提高。健康红利产生的主要原因有两个:一是人口流动,即一个地区主要是经济落后地区年轻劳动者,向经济发达地区流动,从而使流入地人口结构年轻化;二是国家整体人口结构中年轻人口比重较高,疾病风险较小。健康红利实质上只是在时间纵向上和地区横向上的一个特殊节点。因为随着时间变化,国家整体上非劳动人口比重会大幅度上升,即老年人口比重越来越大,而老年人口疾病风险较大,健康水平较差,花费医疗资源较多,医保基金支出较多。此外,中国的公务员和事业单位的职工在退休后不需要缴纳医疗费用,这些因素共同作用,使中国医疗保险基金面临巨大的挑战。而地区的人口红利,会造成不同地区之间的健康剪刀差,即流出地年轻劳动力流失,老年人口比重较高,疾病风险较大,医疗支出较多,基金收支平衡压力大。加之中国较严格的户籍管理制度,人口红利时期的劳动者,年老退出劳动力市场后,主动或者被动地返回原户籍所在地,即流出地。这样进一步加剧了流出地的医疗服务负担,而且这些流动劳动力年轻时往往从事技术含量低、工作环境较差、工作时间较长<sup>③</sup>和健康损耗大的工作,职业病风险较大。在中国医疗卫生行业实行分级管理,地方政府承担

主要的责任。流出地往往是经济落后地区,本身财力有限,投入的医疗卫生资源较少,这会加剧落后地区医疗资源供求矛盾,进而影响到当地人群健康水平的提高,造成新的不公平。健康的公平是全民医保中重要的内容,而健康红利导致医疗卫生资源的剪刀差,尤其是在中国医疗保险统筹层次较低的情况下,会进一步扩大地区之间优质医疗资源的分配不均,使得患者看病就医行为非理性化。

## 二、医师成长过程中的成本

由于医疗服务和医师岗位的特殊性,医师的成长也会产生成本。医师的工作实践性很强,需要长期的经验积累。而在这个过程中,患者就有可能成为医师成长的成本。即实际中由于医师技术水平、经验等导致患者病情加重甚至死亡。Brennan 等对大量随机抽取的纽约住院患者进行研究,发现有 3.7% 的人遭遇逆向选择,即由治疗过程导致的伤害,其中 13.6% 的伤害导致了死亡。<sup>[3]</sup>因此,在医师成长的过程中有不少患者成为医师技术提升、经验积累的隐性成本的承担者。尤其在中国缺少很好的责任承担机制的情况下,只有出现重大医疗事故或死亡时,才有可能通过制度的渠道追究医师或医院的责任。因而作为一个理性的患者,在合理避险的动机下,不会主动选择基层医疗机构就诊。这就造成中国基层医疗卫生资源使用率不高的现象,如 2012 年社区卫生服务中心(站)病床使用率为 54.6%,卫生院病床使用率为 62.1%。<sup>④</sup>

随着医师经验的积累,技术水平的提升,对患者病症的判断能力提高,治愈效果也大大提升。由于患者对健康的特殊偏好,其治愈后获得的健康效用往往高于其支付医疗服务的价格,而且中国的医事服务费受到一定程度的管制,整体上价格偏低,因此,患者的边际收益要大于边际成本,从而导致患者过度利用医疗资源尤其是优质医疗资源。如果医师不存在流动的话,在其成长过程中同一个地区的一部分患者承担成本,另外一部分患者受益,那么整体上该地区在时间纵轴中能实现均衡。但是中国医疗资源存在较严重的向上集中趋势,即当医师经验增长、技术水平提升后,其会向上一级医院、大城市流动。如庾波等采取分层抽样方法调查全国 5 219 家乡镇卫生院,发现 2012 年有 1 135 家存在非离退休

人员流出现象,共流出2 918人,并且流出人员中高素质人才比例相对较高。<sup>[4]</sup>这样原来时间纵向上的平衡由于医师的流动而被打破,尤其当医师流出了医保统筹地区后,在异地报销制度的约束下,患者不能随医师流动,否则患者需要承担较低报销比例的后果。因此,流出地的患者虽然承担了医师成长过程中的成本,但无法充分获得医师成长后的较高收益。相反流入地区得到了医师成长后的较高收益,而不需要承担医师成长过程中的成本,因此,从这个角度上说流入地获得一定程度的健康红利,而流出地承担了健康红利的成本。

由于健康红利的存在,对于具有风险规避倾向的理性患者来说,在经济成本允许下一般较少选择在社区、基层医院看病就医,而是直接找最好的医院和级别最高的医师。这实质上也是患者避免承担医师成长过程中的成本,而希望直接获得医师成长后带来的收益的一种理性选择。若患者都采取这种避险行为,选择去级别高的大医院看病,就会造成这些医院的拥挤、排队,从而形成了中国的看病难问题。因此,看病难实质上是优质医疗资源没有得到合理有效的配置。

### 三、“看病难、看病贵”的交易成本

大医院特别是三级医院挂号难,排队时间长,会增加患者的交易成本。患者“舍近求远”也会产生各种间接成本,如路费、食宿费等,此外,部分患者还要承担异地就诊导致报销水平下降的成本。但是,目前中国还没有建立完善、有效的双向转诊制度,以及家庭医师或者全科医师的守门人机制,尤其是在门诊个人自费较高的情况下。由此可见,难以从经济和制度的方面约束患者。患者寻找一个最佳的医师,会产生大量的搜索信息的交易成本,但目前中国并不存在一个评价医师个人技术水平的机制。因此,对一个普通患者来说,要寻找到一个最合适的医师,实际要花费的交易成本非常大。这样就促使患者从搜寻最合适医师向搜寻好医院转变。因为相对医师来说医院的数量要少得多,搜寻医院信息的成本也大幅度降低。而且,中国医院存在明显的分级制度,医院级别的高低由政府按照一定的标准综合审核、评定,这样根据政府公布的信息,患者收集医

院等级信息的交易成本几乎下降到零。这也进一步加剧了好医院如三级医院、三甲医院的拥挤,加剧了看病难问题。

此外,中国医师医疗服务的价值并没有完全通过货币的形式表现出来,医师技术服务费明显被压低,与医师的人力资本投入不匹配。在欧美等发达国家,医师收入往往是社会平均工资水平的3~5倍。而中国国家统计局年度数据显示,2013年卫生、社会保障和社会福利城镇单位就业人员平均工资为57 991元,略高于城镇单位就业人员平均工资51 474元。<sup>⑤</sup>即使按照中国医师协会的调查,中国医生平均年收入为67 516元<sup>[5]</sup>,约为城镇单位就业人员平均工资的1.31倍,也仅为发达国家的1/5~1/3。此外,在中国,不同级别医师技术服务的价值没有通过货币方式充分体现出来,即不同级别医师医事服务费没有形成合理的梯度,在价格上几乎不能实现病人的有效分流,增加了患者就诊级别较高医师的排队时间,进而加剧了优质医疗资源供给不足的问题。这些患者的很多疾病可以通过次优级医疗资源得到解决,但由于患者的边际成本小于边际收益,又缺乏有效的制度引导,其过度挤占了本应用于那些更需要的患者身上的优质医疗资源。而这些优质医疗资源对急需它的患者来说不具有弹性,即价格不能影响这部分患者的需求量,因此,这些患者愿意花费更多排队时间成本来换取这些服务,这样看病难问题进一步严重。

由于医师的工资与其人力资本投资不匹配,医师提供的医疗服务的实际价值和工资存在一个较大的差值。医师为了弥补差值,获得人力资本投资回报,就会采取其他方式来补偿,如缩短给患者看病的时间,开大处方和让患者做许多不必要的检查。这样实际上是减少了和病人充分交流的时间,降低了服务的质量。医师通过服务水平下降(服务时间减少)和给患者多做检查得到的提成等方式弥补其损失。而患者虽然获得了差值,但是排队产生的成本,大处方的费用,各种不必要检查导致的额外成本,以及服务时间缩短,服务质量下降,其得到低于市值的差价被这些方式抵消甚至超出。最终显性的医师医疗服务市场价值失衡通过隐性的方式得到均衡。而这个过程造成租值消散、社会损失,如医疗费用不断上涨、医师声望不断下降,医患矛盾不断加剧,进而使中国医疗保障发展陷入困境。

## 四、医患冲突的外部性

医疗服务是一个高风险的行业,医师水平、技术以及病人的体质和病情都可能影响医疗结果。随着国民对健康和治疗效果期望越来越高,医患关系氛围越来越紧张,医疗风险引发的暴力冲突越来越多,而政府采取的压制手段并不能从根本上解决医患冲突。<sup>⑥</sup>因为医患关系紧张,暴力不断的根本原因不是患者单方面造成,而且医患冲突的受害者不仅仅有医师,也包括患者。导致医患冲突的原因有:卫生服务向消费主义转移,患者要求和期望更高<sup>[6]</sup>;医院公益性较弱,医患双方信任不足;信息严重不对称,患者期望值过高,治疗达不到预期效果。随着医患关系越来越紧张,冲突中暴力事件不断,医师对医疗风险较大的患者可能会采取不治疗的消极对抗方式,来避免自己承担不利后果。因为医师掌握绝对信息优势,病人及其家属没有能力判断病人的病情是否严重以及能不能治疗,这样导致高风险患者会被医师的消极对抗而失去抢救的机会。同时为了避免不利的后果,医师一般会主动或者被动运用“防御性的医术”,也就是说让病人做一些只对减少医师风险有用而没有医学价值的实验测试和程序。<sup>[7]</sup>在中国出现的“以械养医”现象,就是其中的一种表现,而做大量价值并不大的检查将加大患者医疗负担,又进一步加剧了医患关系的紧张。

## 五、构建和谐医患关系

### (一) 提高统筹层次,成本内部化

对于因为不同地区人口流动产生的健康红利和成本,可以通过内部化的方式化解。首先,提高统筹层次。使流入地和流出地的劳动者属于同一基金支付范围,这样医疗保险基金在横向上可以实现健康的均衡。流入地和流出地同属于一个医保统筹区域,健康的成本和受益都在同一个范围内得到了分担和共享。最理想的统筹层次是全国统筹,这样既有利于全国人口的流动也有利于实现公平,但是目前各地经济条件相差较大,筹资和待遇无法短时间内实现统一,因此,可以逐步提高统筹层次。如在城乡统筹的基础上推进省级统筹,目前省级统筹具有有利的条件,因为中国流动劳动力省内流动的比例

开始反超跨省流动,2013年外出农民工中,7739万人为跨省流动,8871万人为省内流动,分别占外出农民工的46.6%和53.4%。<sup>②</sup>在实现省级统筹的情况下可以推进区域医疗保险调剂,根据劳动力人口流动的情况和集散程度,实现流入地和流出地的统筹。其中区域统筹不仅仅是流动劳动人口个人医保权益的统筹,更重要的是其家属尤其是儿童医保权益的统筹,保障其家属能够合理分享流动劳动者对流入地的劳动贡献价值。这也是在中国户籍制度短期内无法得到根本改变的情况下,降低户籍制度上所附着的社会保障权益的权宜之策,当条件成熟时可以取消户籍制度对国民权利的限制,使得劳动者年老后愿意且有能力在流入地生活和居住,享受相应的医疗保险待遇和其他福利,这样通过对劳动者生命周期的调节,实现健康红利和成本的均衡。

### (二) 明确产权,完善转移接续制度

医疗保险关系的转移接续有利于实现健康成本和受益的均衡。但是医保关系的转移接续不是简单的关系确认,而是医保权益的转移和承认,而影响医保转移接续的核心是医保基金的转移。如何实现基金公平和高效率转移涉及基金中个人产权的界定。科斯认为,不管产权归属谁,只要产权明确,都能实现资源配置的最优,也就是效率最高。<sup>[8]</sup>转移接续过程中基金的转移问题,主要是个人账户和社会统筹中产权的界定。由于个人账户中基金产权较为明确,虽然个人账户受到一定程度的限制,但是产权属于个人。因此,在实践中个人账户资金的转移相对来说比较容易,而关键的是社会统筹部分。因为制度设计时并没有明确产权归属,这样就导致转移接续的冲突。需要解决的重要问题是在实现产权明确的前提下实现对不同主体(参保人、流出地和流入地)的公平。因为社会统筹中有一个隐性的产权,这个产权是职工退休后的医疗保险权益对应的产权。中国《社会保险法》第27条明确规定,参加职工基本医疗保险的个人,达到法定退休年龄时累计缴费达到国家规定的年限的,退休后不再缴纳基本医疗保险费,按照国家规定享受基本医疗保险待遇。这实际上确定了社会统筹基金中有参加职工基本医疗保险的劳动者退休后的产权。如果不能计算一个合理的比例,流入地和流出地都没有动力积极实现劳动者医疗保险权益的转移接续。因此,需要中央政府通过大数据计算劳动者劳动年限和健康之间的

权重,引入质量调整生命年,它实质上是一个权重系统,它对每年的生命质量 $q$ 进行赋值,赋值范围从1(完全健康)至0(死亡)。质量调整生命年是卫生经济学中用来进行成本-效用分析的最基本的方法<sup>[9-10]</sup>。科学确定劳动者转移接续资金的比例和大小,使得流入地和流出地达到合理的均衡。

### (三) 增加医师显性收入,惩罚隐性收入

医疗服务具有较强的外部性,需要政府进行积极干预,如行医资格审核,颁发许可。行医许可是保护患者免于承担无行医资格者所造成成本的一种手段,即社会成本大于私人成本。<sup>[11]</sup>由于提高了进入医疗服务的市场门槛,会增加医师人力资本成本,也需要对其较高的投入进行补偿。发达国家医师的收入是社会平均收入水平的3~5倍,这其实是对医师价值和人力资本投入的认可。而在中国,医师的显性收入不能充分体现其价值,导致其需要通过其他隐性方式获得弥补,从而造成整个社会的损失。可以通过财政补贴或者增加医事服务费的方式提高医师的收入水平,使其获得一个正当的收入水平,与其人力资源投资匹配。同时制定严格的监管制度,对在有较高收入保障下,继续通过不正当手段获得利益的医师,采取严格的制裁措施,如5年、10年甚至终身禁止从医等。总之,通过制度和经济手段增加医师违规的成本,使其不敢也不需要通过开大处方、多做检查等途径来获得收入,保障医师回归到以治病救人为本的角色中。

### (四) 建立医疗风险分担机制,减少不信任因素

减少医疗事故导致的医患冲突和暴力事件,一方面需要在治疗前充分告知患者及其家属相关的情况和后果,降低对医疗技术的过高期望;另一方面由于医疗风险在治疗过程中不可避免,因此,需要建立多方筹资的医疗风险分担机制。通过医师、医院、社会等多方筹资,建立医疗风险基金,用来分担医师成长过程中的成本和风险,改变患者单方面承担的局面,减少患者向上集中的避险倾向,缓和医患关系。美国的经验显示,单一依靠市场来解决医疗事故风险,会导致商业医疗事故保险的失灵,如美国20世纪70年代中期医疗事故保险市场的瓦解,就因为医疗事故保险金无法与上涨的医疗事故索赔并驾齐驱,这导致了許多保险公司完全从市场上撤出。<sup>[12]</sup>由此可知,建立中国独特的医疗纠纷调解机制,也是完善医疗风险分担机制的有效途径,但是医院调解

机制需要改变患者信任度不高的现状,建立多方参与的调解机制,在调解之后作为申请医疗风险基金或者医疗事故基金赔偿的依据。而医疗风险基金可以交给非营利性的组织管理和运营。只有建立合理有效的医疗风险分担和化解机制,医患互信才能得以加强,病人充分信任医师,医师能够更有效和高效地治疗病人。<sup>[13]</sup>

## 六、结论

医患关系作为医疗卫生体系中重要的关系之一,影响中国整体的医疗卫生改革和发展。人口流动产生的健康红利,实质上隐含了地区之间医疗卫生资源逆向配置,即它不是缓解目前中国不同地区之间医疗卫生资源分配不均的要素,相反进一步加剧了经济较落后地区(主要是人口流出地区)医疗卫生资源的不足,使需求和供给更加紧张,导致国民就医看病的非理性化。此外,医师成长过程中的成本没有被合理分担,以及医师向上流动的倾向,又强化了患者向上集中就医倾向,产生了以下结果:一方面使得优质医疗资源被浪费,如大量一般疾病患者占据了优质医疗资源;另一方面,疑、难、重病患者不能及时充分获得急需的优质医疗资源。在各种因素作用下,医疗供需长期处于紧张状态,医疗机构过度营利性发展的趋势又削弱了患者对医生的信任基础;医疗服务本身具有较高的风险,而患者及其家属的消费主义倾向,对医疗服务持有过高期望,一旦没有达到预期,隐性医患矛盾会迅速凸显;部分患者或者家属甚至采取非理性、暴力等方式造成医师伤亡。这样的医疗环境直接或者间接促使医师采取更多的“防御性医疗行为”,而患者将承担更多的成本,这增加了其对医师不信任,进一步恶化了医患关系。最终不管是医师、患者,还是社会都成为“医疗环境”恶化的成本承担者和受害者。因此,构建和谐医患环境需要提高统筹层次,完善转移接续,增加医师显性收入,建立多方参与的医疗风险分担机制等。

### 注释:

- ① 数据来源于《2003年中国卫生事业发展情况统计公报》和《2013年我国卫生和计划生育事业发展统计公报》。
- ② 数据来源于国家统计局2014年5月12日发布的《2013年全国农民工监测调查报告》,网址为[http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201405/t20140512\\_551585.html](http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201405/t20140512_551585.html)。

- ③ 据《2013 年全国农民工监测调查报告》显示 2013 年外出农民工日工作超过 8 小时的比例为 41% 周工作超过 44 小时的比例为 84.7%。
- ④ 数据来源于《2013 年中国卫生和计划生育统计年鉴》。
- ⑤ 数据来源于国家统计局年度数据,网址为 <http://data.stats.gov.cn/workspace/index?m=hgnd>。
- ⑥ 2014 年 4 月 24 日,最高人民法院、最高人民检察院、公安部、司法部和国家卫生计生委联合公布了《关于依法惩处涉医违法犯罪维护正常医疗秩序的意见》,对医院内 6 类涉医违法犯罪行为进行严惩。该意见把显性的医患冲突隐性化,在短期内可以掩盖医患矛盾,但并没有从根本上化解冲突的根源。

#### 参考文献:

- [1] 陈竺. 怎样认识和有效构建和谐医患关系[N]. 人民日报, 2014-07-14(007).
- [2] “小病”为何屡屡引发血案[N]. 北京青年报, 2014-02-20(B02).
- [3] Brennan T A, Leape L L, Laird N M, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the harvard medical practice study[J]. The New England Journal of Medicine, 1991, 324(6): 370—376.
- [4] 庾波, 张光鹏, 郭伟龙, 等. 我国乡镇卫生院 2012 年卫生人员流出现状分析[J]. 中国卫生政策研究, 2014, 7(1): 40—44.
- [5] 修金来. 医生的价值与价格[J]. 中国医院院长, 2014, 222(7): 15.
- [6] 威廉·考克汉姆. 医学社会学[M]. 高永平, 杨渤彦, 译. 11 版. 北京: 中国人民大学出版社, 2012: 136.
- [7] Reynolds R A, Rizzo J A, Gonzalez M L. The cost of medical professional liability[J]. Journal of the American Medical Association, 1987, 257(20): 2776—2781.
- [8] Coase R H. The problem of social cost[J]. Journal of Law and Economics, 1960, 3(10): 1—44.
- [9] Garber A M, Phelps C E. Economics foundations of cost-effectiveness analysis[J]. Journal of Health Economics, 1997, 16(1): 1—31.
- [10] Gold M R, Siegel J E, Russell L B, et al. Cost effectiveness in health and medicine[M]. New York: Oxford University Press, 1996: 68.
- [11] 保罗·J·费尔德斯坦. 卫生保健经济学[M]. 费朝晖, 李卫平, 王相, 等, 译. 4 版. 北京: 经济科学出版社, 1998: 257.
- [12] 詹姆斯·亨德森. 健康经济学[M]. 向运华, 钟建威, 季华璐, 等, 译. 2 版. 北京: 人民邮电出版社, 2008: 270.
- [13] 沃林斯基. 健康社会学[M]. 孙牧虹, 屠敏珠, 王滨燕, 等, 译. 北京: 社会科学文献出版社, 1999: 226.

## 北京航空航天大学法学院喜获佳绩

2014 年 12 月 20—21 日,由中国空间法学会主办的“中国空间法学会第 11 届 CASC 杯国际空间法模拟法庭竞赛”(The 11th CASC Cup Manfred Lachs Space Law Moot Court Competition of China Institute of Space Law)在北京理工大学落下了帷幕。来自北京航空航天大学(以下简称“北航”)、中国政法大学、北京理工大学、北京外国语大学、中南财经政法大学、中国民航大学、湘潭大学及深圳大学等 9 所高校的 12 支代表队参加了此次比赛。北航法学院本科生叶冲、李晨和马可参加了比赛。叶冲同学获得了优秀辩手奖(outstanding oralist),薄守省老师获得了优秀领队奖,高琦老师获得了最佳组织奖。

此次比赛耗时长、知识深、难度大,参赛队员们在赛前都没有系统性地学习过外空法,他们通过此次比赛自行学习,拓展了对外空法相关知识的了解。不仅如此,此次比赛还培养了同学们遇到困难勇往直前的精神,提高了同学们独立研究与判断的能力,充实了北航法学院培养涉外法律实战人才的经验,更加深了该学院与其他高校的交流与合作。

Manfred Lachs 国际空间法模拟法庭竞赛是国际空间法学会举办的年度世界级模拟法庭大赛,比赛由亚太、北美、非洲及欧洲四大赛区组成,每个地区的冠军队将代表本地区参加全球总决赛。该赛全球总决赛由国际法院 3 位大法官亲自出庭审理,是当今国际最高级别的模拟法庭大赛。

(摘编自北航法学院网)