

宏观卫生经济学

轩志东 罗五金 编著



人民卫生出版社

图例(CIP)目录册查并图

主理人:京北一.善会学求志并\学将经主工做家

出版社,2008.11

ISBN 978-7-117-10669-2

宏观卫生经济学

The Macro - health - economics

轩志东 罗五金 编著

数;如果本书出版早一百年,全世界接受的将不仅是阶级斗争的学说,而且接受社会合作竞争学说,那世界可是完全不同于现在的世界。

在本书付梓之际,首先要感谢我的导师罗五金教授。没有导师的指导和教诲,我是不可能完成学位论文的。导师是资深卫生经济学家,他丰富的理论知识和长期的研究经验为我提供了最有力的支持。他的指导是灵感的源泉,他的鼓励是前进的动力。

感谢姚岚教授。在我博士生一年级时期,带领我考察了重庆黔江卫生工作,参加了北京和上海的专家会议,使我在短期内熟悉了中国卫生工作实践状况和卫生经济学及其相关学科理论状况,对于完成博士论文更加充满信心。

感谢我的硕士生导师胡善联教授。胡教授的指教,让我在卫生经济学领域奠定了学术基础。

感谢给予支持的老师们和同学们,限于篇幅,恕不一一列出他们的姓名。

学将经主工做家

金正理·求志并·善

出版发行:人民卫生出版社(中组部)行发室行

地址:北京市丰台区右安门外大街2号

邮编:100078

网址: <http://www.pphq.com>

E-mail: pphq@pphq.com

电话:010-67602524 010-67604830

印:北京人卫印厂

编:罗五金

开:787×1092 1/16 印张:18.2

字:388千字

版:2008年11月第1版 2008年11月第1次印刷

书号: ISBN 978-7-117-10669-2 R·10669

价:36.00元

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

宏观卫生经济学/轩志东等编著. —北京:人民卫生出版社,2008. 11

ISBN 978-7-117-10666-5

I. 宏… II. 轩… III. 宏观经济学:卫生经济学
IV. R1

中国版本图书馆CIP数据核字(2008)第149500号

著者 轩志东 罗五金

宏观卫生经济学

编 著:轩志东 罗五金

出版发行:人民卫生出版社(中继线 010-67616688)

地 址:北京市丰台区方庄芳群园3区3号楼

邮 编:100078

网 址:<http://www.pmph.com>

E-mail: pmph@pmph.com

购书热线:010-67605754 010-65264830

印 刷:北京人卫印刷厂

经 销:新华书店

开 本:787×1092 1/16 印张:16.5

字 数:388千字

版 次:2008年11月第1版 2008年11月第1版第1次印刷

标准书号:ISBN 978-7-117-10666-5/R·10667

定 价:36.00元

版权所有,侵权必究,打击盗版举报电话:010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

序

中国改革开放 30 年来,在中国特色的社会主义前提下,中国卫生经济学界究竟应该具备什么样的卫生经济学理念?有哪些是我们与时俱进的先进思想?从国外我们究竟应借鉴哪些成功的经验?有哪些基本理论是我们学科的发展基础?学科理论的挖掘究竟有多大的潜力?卫生经济学的政策取向是什么?政府职能转变从何处找到切入点?单靠计划和市场的区别能解决中国现有的卫生经济政策问题吗?面对这一系列问题的提出,作为科技工作者,更作为长期在卫生经济学教学、理论与实践探索的学者,我们一直在进行着执着的追求与探索。经过十余年的努力,我们认识到,卫生经济学作为部门经济学,仅靠原有的卫生经济学理论是不可能解决上述问题的。我们意识到,卫生经济学似乎还有更多、更大、更强的理论体系尚需发现和探索。围绕着这一理念,一届又一届的博士对该学科进行了研究,首先开始研究这一课题的是姚岚博士,她的论文题目是《宏观卫生政策的理论与实践》。通过一系列的研究,我们深有感触:在中国要解决好 13 亿人的医疗保健问题不是件容易的事,必须通过多学科理论来支撑卫生经济学的发展,解决好资源布局问题,社会公平、公正、效果、效力,平衡各方的利益关系,优先发展领域,维护社会稳定,优先扶持贫困人口,加速社会保障进程。这就是我们提出的“宏观卫生经济学”领域的创新思维。我们相信,在国际国内有一大批政治家、社会学家、经济学家、卫生管理学家、卫生经济学家都在极度地关注着这一研究领域;我们更相信,有一大批未来的新生力量,密切地注视着该学科的发展前沿,为人类的科学事业去探索,去创新。本书的读者对象是政府官员、教学科研人员、本科生和研究生等,既可作为学生教科书、干部培训教材、也可作为资政决策和理论研究工作参考用书。值得一提的是,该书的学科体系还有待完善,敬请学界前辈、同行、同事提出宝贵批评意见。

罗五金

2008 年 8 月 1 日

目 录

825	精文学卷
725	目录
第一章 绪论	1
第二章 宏观卫生经济学的理论支撑体系	10
第三章 宏观卫生经济学的基础理论探讨	31
第一节 经济学基础理论的学习与劳动交易价值论、社会合作竞争理论的提出	31
第二节 公平、效率、公正的理论与宏观卫生经济学	60
第四章 卫生服务物品生产和分配的结构及其运行规则	87
第一节 卫生服务物品生产和分配的结构	87
第二节 卫生服务物品生产和分配结构的运行规则	106
第五章 我国改革开放以来宏观卫生经济政策的实践	117
第一节 改革开放以来的宏观卫生经济政策	117
第二节 改革开放以来宏观卫生经济政策的社会效率评价	123
第三节 改革开放以来宏观卫生经济政策的社会公平评价	142
第六章 宏观卫生经济政策的理论研究	152
第一节 国家卫生财政政策的宏观调控机制研究	152
第二节 国家卫生税收政策的宏观调控机制研究	166
第三节 宏观卫生经济政策与社会经济发展关系的研究	175
第七章 国际卫生经济制度比较研究	182
第一节 市场经济运行方式与计划经济运行方式的比较研究框架	182
第二节 美国和英国卫生体制交易区域效率公平的比较分析	184
第三节 美国和英国卫生体制社会合作区域效率公平的比较分析	207
第四节 美国和英国卫生体制比较分析的结论及其注意事项	218
第八章 我国未来宏观卫生经济政策的框架	221
第一节 未来宏观卫生经济政策框架	221
第二节 现代医院制度框架	225

2 目 录

第三节 从现实向未来宏观卫生经济政策框架转变过程中应解决的 三个基本理论问题	233
第九章 宏观卫生经济学发展前景展望	244
参考文献	253

第一章

绪 论

卫生服务物品的社会生产和社会分配,是居民健康的重要影响因素。社会生产的效率问题以及社会分配的公平问题,必须立足于整个国家或者地区才能够最大程度地解决。现有的卫生经济学理论,属于微观范畴,不能够担当此重任。因此,有必要开发用于解决卫生服务物品社会生产效率和分配公平问题的宏观理论,创建宏观卫生经济学学科。

宏观卫生经济学是在国家或者地区层面上,研究宏观环境、卫生经济制度、卫生经济政策对于卫生服务物品社会生产效率和分配公平的影响,及对于居民健康平等影响的一门科学。

本书研究的是:

一、宏观卫生经济学的理论支撑体系

在宏观卫生经济学的理论支撑体系研究方面,阐述了系统论、卫生事业管理学、卫生经济学、社会医学、制度经济学、人力资本理论、福利经济学、宏观经济学、社会学、公平理论,“人民健康优先”理念和人本主义经济学等学科理论在创建和发展宏观卫生经济学学科过程中可能起到的作用。同时,指出了其中的一些理论在解决卫生服务物品社会生产效率和分配公平问题时的不足之处,对此进行了修正和发展。

例如,在人力资本理论领域,我们认为,Michael Grossman 的健康资本模型存在着根本的缺陷。其一,他的健康资本是假定的、虚无的,也是不能够观察到的,或者说是根本不存在的事物。其二,健康资本的折旧率也是假定的,没有具体所指。其三,健康资本的影子价格也是假定存在的,也没有具体所指。这些缺陷使得 Michael Grossman 健康资本理论模型成为了神学。我们的修正意见是,健康资本就是作为社会系统的产出或者生产要素的生命和健康时间;健康资本的折旧率,就是死亡概率;健康资本的价格,就是生命和健康时间的价格。确定了健康资本的概念,找到了健康资本的折旧率和价格,就可以像 Michael Grossman 那样对健康资本进行供给与需求分析,边际分析。

又如,在福利经济学领域,帕累托原理及其相关的所有概念,都是独立于社会制度的安排,都没有考虑生产、交易和市场机制的社会制度基础。我们把制度概念引入帕累托原理,改进了帕累托原理,得出了制度决定效率、公平决定效率、效率与公平统一于制度,帕累托最优状态也是最公平状态的结论。

再如,在选择公平理论考察卫生服务物品的社会分配公平时,我们认为,根据世界卫生工作的理论研究和实践结果,应该采用罗尔斯主义公平理论。在利用“人民健康优先”理念进行社会政治和社会经济决策时,还应该记住“穷人健康问题优先”的人本理念。

二、宏观卫生经济学的基础理论

在宏观卫生经济学的基础理论方面,我们提出了劳动交易价值论、社会合作竞争理论,论述了社会合作竞争理论与罗尔斯主义公正理论的联系,阐明了这些理论构建宏观卫生经济学的作用。

1. 劳动交易价值论 在社会生活中,人们互通有无,一种物品交换得来的其他物品的数量就是该物品的交换价值。取得物品一方的人,为将自己可能获得的“省免”的劳动时间量最大化,必定会利用自己在市场中的经济权势和政治权势以及对延迟取得物品时间的忍耐能力,尽可能使得自己付出的劳动时间量最小,即将“省免”的劳动时间量的域值集合的下限尽可能地向下挤压。让与物品一方的人,为将自己可能获得的“增殖”的劳动时间量最大化,必定会利用自己在市场中的经济权势和政治权势以及对延迟让与物品时间的忍耐能力,尽可能使得自己获取的劳动时间量最大,即将“增殖”的劳动时间量的域值集合的上限尽可能地向上推移。当让与物品一方的人的“增殖”的劳动时间量的域值集合与取得物品一方的人的“省免”的劳动时间量的域值集合相交时,交换才可能成功。交集就是可能实现的交换价值的集合。具体实现的交换价值,依据交换的“业务规则”,由双方讨价还价来确定。

交换价值的实现是使用价值在人们之间的转移,是通过“增殖”的劳动时间量和“省免”的劳动时间量对物品的使用价值、财富、劳动痛苦、克服自然阻力的劳动力在人们之间的分配。物品让与者与物品取得者在交换过程中的地位和能力如果不平等,就会使得物品让与者的“增殖”的劳动时间量减少,也可能减少到零,甚至低于零;或者就会使得物品取得者的“省免”的劳动时间量减少,也可能减少到零,甚至低于零;必定会使得交换的结果不平等,一方或多或少地剥夺另一方的劳动成果。在交换过程中的地位和能力不平等,如果是由于社会结构和(或)交换的“业务规则”造成的,那么,长此以往,就会使得社会阶层急剧分化,具有政治权势和经济权势以及因为占有较多财富而具有延迟交换时间的社会阶层,就会剥夺没有政治权势和经济权势以及因为占有较少或没有财富而不能延迟交换时间的社会阶层的财富,社会财富向少数人集中,形成社会财富分配的不公平,引发社会动荡。

我们发现了交换价值的实现过程。交换价值,是从政治经济学中价值和使用价值的概念延续而来的。为了过渡到主流经济学,与主流经济学的概念相衔接,我们引入制度经济学的交易概念,把“交换价值”改成“交易价值”。为了方便应用,我们把对于交易价值实现过程的论述概括为“劳动交易价值论”。

康芒斯的制度经济学认为交易是社会活动的最小单位,把交易分为买卖的交易、限额的交易和管理的交易三种类型,限额的交易又包括限价的交易和限量的交易。在此基础上,我们明确提出,社会物品的生产和分配完全由买卖的交易完成的制度,是纯粹的市场经济制度;完全由限额的交易完成的制度,是纯粹的计划经济制度。或者通俗地说,市场经济制度就是买卖的交易,计划经济制度就是限额的交易。

根据劳动交易价值论,我们证明了,无论在社会效率方面还是在社会公平方面,市场经济制度都优越于计划经济制度。

2. 社会合作竞争理论 通过社会合作竞争,人类增强了生产的能力,得以生存和发

展。社会合作有两种方式,一是竞争过程中的合作,是竞争规则;二是竞争过程之外的社会合作,是社会合作规则。前者源于博弈者的共享知识框架;后者源于博弈规则基于其上的这个更大的共享知识框架。

对于社会合作竞争理论的发现,是从对物品使用价值和交换价值源泉的重新认识开始的。

物品使用价值有两个来源,一个是劳动,另一个是承载劳动或者劳动作用于其上的自然物质。在劳动本能与自然物质结合生产物品使用价值的过程中,大自然以最博大的仁爱,毫无厚此薄彼地、毫无情感地将其出产的自然物质给予了人们。在她给予的自然物质的恩赐面前,人人平等。对于物品使用价值源泉的再认识,是社会合作竞争理论的伦理学基础。

劳动交易价值论论述了交换(交易)价值的源泉。交换价值实现过程中的公平程度主要在于社会结构和社会规则,社会结构的安排是否使得物品交换双方对交换事件的地位和能力平等,社会规则是否对全体劳动者具有普适性。社会结构和社会规则是全体劳动者共同参与形成的人与人之间的合作与竞争的关系,共同安排或认可,共同制定或执行。要使得使用价值(社会财富)分配公平,就要使得交换价值在平等的交换中实现;要使得交换价值在平等的交换中实现,就要改良和改善社会结构和社会规则;要改良和改善社会结构和社会规则,就要共同安排社会结构,共同制定社会规则。因而,这些有关使用价值源泉的论述,就构成了社会合作竞争理论的政治学基础。

从社会生产进化过程中认识到的社会合作竞争关系是:源于生产的、以社会分工为前提的合作是客观存在的,是人类生存的基础;社会分工同一工种内的竞争是为了进入由社会分工形成的生产过程合作的结合点,没有进入结合点的竞争失败者也是以有效的方式维持和促进着社会生产过程合作。

从社会分配进化过程中认识到的社会合作竞争关系是:社会制度是社会成员普遍认可的社会物品分配的规则,是社会合作的规则。物品交换本身就是社会合作,一切社会制度都是以物品交换为基础,并为物品交换服务的。物品交换规则是基础的社会制度;其他的社会制度距离社会物品交换较远,但都是与社会物品交换联系着的。

在开发社会合作竞争理论过程中,利用社会学、经济学、哲学、认知论等方面的知识论述了制度产生和变迁的物质基础,以共享知识框架解释了社会竞争规则和社会合作规则,结合哲学、伦理学、医学社会学、社会医学、管理学等方面的知识论证了社会合作竞争理论。

同时,利用社会合作竞争理论解释了社会制度变迁的原因,解释了政府及其职能的变迁。人们只有确立了人人平等的思想,使得个人的快乐和幸福建立在保障他人的快乐和幸福基础之上,合作共享社会通过竞争最大效率地生产成果,制度的变迁才能向着社会昌盛不衰,永恒持续的方向发展。缺少社会合作规则,或者社会合作规则不完善时,竞争过程中的博弈规则将保持不变或者不会有根本的变化,有的只是竞争中博弈者地位的转变。

社会合作竞争理论的解释能力,能够使之成为研究社会物品生产和分配制度的基础理论,也因而可以作为研究卫生服务物品社会生产和社会分配制度的基础理论,作为宏观卫生经济学的基础理论。

根据社会合作竞争理论,把社会物品的生产和分配划分为两个区域,社会合作区域与

社会交易(竞争)区域。社会合作区域是政府职能发挥作用的地方,社会交易区域是市场职能发挥作用的地方。在交易区域,实行买卖的交易就是市场经济制度,实行限额的交易就是计划经济制度。交易区域存在着正反面的合作与竞争,社会合作区域是社会竞争结果之外的社会合作;只有社会合作区域的社会合作与社会交易区域的社会竞争和社会合作有效地结合,才能促进社会生产效率的提高和社会分配公平程度的改善。这个划分,规定了宏观卫生经济学研究的大框架。

3. 社会合作竞争理论与罗尔斯主义公平理论的联系 为了奠定宏观卫生经济学的理论基础,我们把罗尔斯主义的“公正即是公平”理论引入了研究,并论述了社会合作竞争理论与“公正即是公平(justice as fairness)”理论之间的联系。

社会合作竞争理论认识的交易区域市场竞争是基于社会合作的市场竞争。市场就像一枚硬币有两个面,一个面是社会合作,另一个面是社会竞争,只有在一起合作,才能存在竞争。作为市场一个面的社会合作,它要求参与社会合作的人们政治平等,意识自由,机会公平。这是由“公正即是公平”理论的第一原则(即平等原则)所决定着的一面。作为市场另一个面的社会竞争,它要求人们充分地利用自然存在着的各自的差别优势(如:体能的差别优势,智力的差别优势,以及其他方面的差别优势。)最大可能地争取自己的利益。社会竞争的一面是由“公正即是公平”理论的第二原则(即不平等原则)所决定着的一面。社会合作竞争理论的社会合作,“公正即是公平”理论的第一原则(平等原则),规定着社会公平;社会合作竞争理论的社会竞争,“公正即是公平”理论的第二原则(不平等原则),规定着社会效率。社会合作竞争理论把市场竞争看作是基于社会合作的市场竞争,也就是把社会效率看作是基于社会公平的。市场竞争不应损害其基础社会合作,社会效率也不应优先于社会公平。从社会合作竞争理论得出的结论“社会效率不应优先于社会公平”,与“公正即是公平”理论第二优先原则关于社会公平与社会效率关系的论述是一致的。

市场之外的社会合作是政府主导的,以社会物品再分配的形式对于市场竞争中出现的社会物品分配不公平进行矫正的社会合作方式。这种社会合作是直接向弱势居民提供社会物品以弥补他们在市场竞争中获得的不足或者损失。市场之外的社会合作,首要的是公平,对于社会物品再分配应当公平地实施。这方面应当由“公正即是公平”理论的第一原则(平等原则)和第一优先规则(自由优先)调节。社会资源是有限的,市场竞争最能够保证社会资源配置的效率。因而,市场之外的社会合作,在保证公平优先的前提下,也应当充分地发挥市场竞争的优势,实现社会合作的最大效率。利用市场竞争方式实现社会物品再分配下的最大效率,是“公正即是公平”理论的第二原则(不平等原则)规定的事情。

“公正即是公平”理论的第一原则就把社会合作竞争理论的市场竞争的社会合作与市场之外的社会合作联系起来,第二原则就把市场中的竞争与市场之外社会合作前提下的竞争联系起来。

更进一步,我们提出了社会公平决定社会效率、公平与效率统一于公正的理论论断;并在提出社会效用概念的基础上,对于公平与效率统一于公正的理论论断进行了数学证明。

在上述理论的基础上,我们构造了衡量社会平等程度的平等系数,即 X 系数,期望生

命平等系数和卫生服务利用量平等系数,以及期望寿命极差系数。 X 系数优于 Gini 系数。

三、宏观卫生经济学的微观基础

宏观事物是以微观结构为基础的。宏观事物现象的解释要依靠微观基础。宏观卫生经济学的微观基础是卫生服务物品生产和分配的结构及其运行规则。

1. 在医疗服务物品生产和分配结构研究方面的发现

(1) 在医疗服务物品生产和分配供给链条的各个环节上都有一种利益驱动的力,各个环节上的力的方向是一致的,都是从供给链条的远端指向靠近患者的近端,最终是从患者之处获取经济利益。

(2) 在需求链条上,患者从医疗保障机构获得的经济支持是很有限的;从医疗保障机构指向患者的需求方面博弈力的强度,相对于供给链上各个环节的指向医生、进而指向患者的供给方面博弈力的强度而言,是比较小的。

(3) 医院在与医疗保障机构的博弈中,处于诊断治疗技术强势地位,总是会利用强势地位争取更大的利益。如在开放的医疗服务市场中,医院获得的不当利益相对较小。在封闭的医疗服务市场中,医院获得的不当利益相对较大。在政府职能转变不充分时,医疗保障机构中的监管者在与医院的联系中存在着损害患者利益的可能性,“医疗保障机构中的监管者与医生”环节是利益联系环节。

(4) 在交易中,患者来自社会规则的权势,只有是进入交易的自由,退出交易的自由。患者进入和退出交易的自由,对于医生利用技术权势牟取不当利益的行为是一个有效的约束措施。现实中的医疗服务市场如果受到政府的管制,如果没有公平、自由的竞争,就不能够使得调节医疗服务物品交易的社会规则有效地保护患者进入交易和退出交易的自由。

(5) 政府和政府官员与医疗服务物品供给链条上每个参与者的利益联系力度都明显地大于与需求链条上参与者的利益联系力度。这种利益结构,明显地存在着强化医疗服务物品供给链条上参与者的技术权势、经济权势和政治权势的态势,客观上不利于患者的需求。

从这些微观基础研究的现象出发,我们是否可以得出结论:在设计医疗服务物品社会生产和社会分配的制度时应该立足于市场竞争机制。

2. 在公共卫生服务物品生产和分配结构研究方面的发现

在市场经济制度环境中,公共卫生问题控制的社会管理职能归于政府所有,公共卫生问题控制的事务职能归于公共卫生服务物品生产者,行政职能与事务职能应当分别开来。

政府向居民提供公共卫生服务物品,进行管理的交易和限额的交易的行爲,是通过中间环节公共卫生服务物品生产者来实施的。由于政府规定了公共卫生服务物品的价格和生产数量,公共卫生机构把公共卫生服务物品分配给居民的方式也是限额的交易。当然,根据政府的授权,公共卫生机构在某些时候对于居民还有一定的管理权限。

无论是公立医疗机构还是非公立医疗机构,其与患者的关系,存在着买卖的交易。

3. 在医疗服务物品生产和分配结构的运行规则研究方面的发现

医疗服务物品生产和分配的结构本身决定了医疗服务物品可以成为买卖交易的对象,决定了人们(包括自然人和法人)对于医疗服务物品的生产和分配可以成为市场经济主体。医疗服务物品

能否成为买卖的交易的对象,人们(包括自然人和法人)对于医疗服务物品的生产和分配能否成为市场经济主体,不在于市场本身,而在于政府的政治选择,在于职业人群的伦理选择,在于社会利益集团和阶层力量博弈的结果。

从劳动交易价值论和“公平与效率统一于公正”理论结论出发,得出结论:在市场经济制度和社会文化框架内,为达到最大社会效率,医疗服务物品生产是应该采取与外部市场经济制度一致的市场配置资源方式,而不应该采取与外部市场经济制度不一致的计划配置资源方式;是应该采取市场经济运作方式,而不应该采取计划经济运作方式。为实现最大社会公平,医疗服务物品分配是应该采取与外部市场经济制度一致的市场经济分配方式,而不应该采取与外部市场经济制度不一致的计划经济分配方式。我国当今医疗卫生领域社会问题的严重性已经证明,我们没能有效地将医疗卫生领域内的计划经济运行方式与其外部的市场经济运行方式结合起来。

根据这一理论研究结论和实证研究结论(后面叙述),我们可以毫不犹豫地做出选择:在民族复兴的道路上,对于卫生服务物品生产和分配结构的运行,应该采取以卫生市场经济制度为基础的社会合作制度;而不应该采取计划方式宏观卫生经济政策,包括卫生计划经济制度,以卫生计划经济制度为基础的社会合作制度。

4. 这部分研究还论述了政府对于医疗服务物品生产和分配结构运行应遵循的行为规则。见第四章。

5. 在公共卫生服务物品生产和分配结构的运行规则研究方面的发现 对于一些可以直接施用到居民个人或者居民家庭的公共卫生服务物品,要在市场中实行买卖的交易,由市场制度竞争机制来组织公共卫生服务物品的生产和分配。政府对于居民个人或者居民家庭购买公共卫生服务物品承担最后费用支付责任。

对于不能够分割到居民个人或者居民家庭实施应用的公共卫生服务物品,要以限额交易的方式由政府向公共卫生机构购买;公共卫生机构根据政府购买的数量组织公共卫生服务物品的生产,并向居民集体提供公共卫生服务物品。

四、国际卫生经济制度比较研究

我们选择美国与英国为研究样本,根据社会合作竞争理论规定的框架,进行了卫生经济制度比较性研究。

在交易区域,除了医疗机构内门诊等待时间由于两国的统计口径不同而不能做出比较结论之外,在所有有关效率比较的方面和所有有关公平比较的方面,数据和事实都证明了英国卫生计划经济制度的效率低,公平程度低,美国卫生市场经济制度的效率高,公平程度高。

在社会合作区域,在解决社会阶层之间和地区之间卫生不平等方面,英国国家计划命令体制的国民卫生保健服务体系(NHS)的成效差,美国由公共健康计划覆盖和私人健康保险覆盖组成的社会合作制度的成效好。

由此,我们可以得出结论,英国卫生计划体制的效率和公平程度低,美国卫生市场体制的效率和公平程度高。

也由此得出结论,以卫生计划经济制度为基础的社会合作不能够达致卫生高效和公平;以卫生市场经济制度为基础的社会合作能够达致卫生高效和公平。

五、对我国改革开放以来宏观卫生经济政策实践的研究

我国政府目前还没有明确的国家的宏观卫生经济政策体系。国家层面的宏观卫生经济政策,散在于各个相关的法规、条例和文件之中。

1. 宏观卫生经济政策 在社会合作区域,政府采取的宏观卫生经济政策一直是计划经济制度,改革开放以前的宏观卫生经济政策是计划经济制度,改革开放以来的宏观卫生经济政策也是计划经济制度。

在交易区域,从建国开始到2000年之间半个世纪内,政府一直对于医疗服务物品实行指令性价格,毫无疑问是计划经济制度。2000年以后至今,政府对于医疗服务物品实行指导性价格,也是计划经济制度范畴。虽然目前整个卫生系统置身于正在逐渐成熟的市场经济制度之中。

2. 宏观卫生经济政策的社会效率 利用国家卫生服务调查数据研究发现,我国宏观卫生经济政策的社会效率低下,使得居民住院医疗直接费用经济负担增加,居民住院医疗直接费用经济负担增加使得与疾病损伤因素关联的贫困家庭数量增加。

3. 宏观卫生经济政策的社会公平程度 利用国家卫生统计数据证明,我国宏观卫生经济政策的社会公平程度低下;由于社会大系统实行市场经济制度,在时间维度上的绝对卫生公平程度得以改善;由于卫生系统实行计划经济制度,在时点上的相对卫生公平程度稳定不变。

4. 我国宏观卫生经济制度的选择 基于在全社会实行市场经济制度的环境中,卫生计划经济制度社会公平程度低下和社会效率低下的这一客观事实,在提高居民健康水平、改善居民健康公平性的道路上,应该选择结合卫生市场经济制度。

六、宏观卫生经济政策的理论研究

1. 国家卫生财政政策 我们梳理了我国现阶段对于卫生服务物品生产和分配的财政政策,分析了其理念,指出了现有卫生财政政策理念的不足之处。我们认为,卫生财政政策资助经济主体的顺序应该是公共卫生服务物品生产和分配机构、医疗保障机构、患者、医生、医疗机构。在研究中,还分析了卫生财政转移支付需要量的影响因素,设计了卫生财政转移支付需要量的计算方法和计算公式。

2. 国家卫生税收政策 通过回顾国家卫生税收政策,解剖其理念,我们找出了政府对于卫生服务物品生产和分配的税收政策理念之错误所在。我们提出医疗机构内在利润的概念,并进行了论证。应该向公立医疗机构和其他非营利医疗机构征收税收;应该实行差别税率,以调节医疗服务物品结构和区域卫生事业发展速度,促进社区卫生服务工作发展。

3. 宏观卫生经济政策与社会经济发展关系的研究 我国现阶段应该制定有效的宏观卫生经济政策,促进卫生总费用增长,合理调整卫生总费用的结构,增进社会健康资本数量和质量,以此促进国内生产总值的增长。

七、我国未来宏观卫生经济政策的框架

根据以上理论规范研究和数据证实研究结果,在社会合作竞争理论规定的范围内,我

们设计了我国未来宏观卫生经济政策的框架。

1. 设计未来宏观卫生经济政策框架的理念

第一,实行卫生市场经济制度。

第二,在社会交易(竞争)区域,实行买卖的交易。政府的职责在于为买卖的交易建立公平、公正的政治制度和交易规则框架,消除和抑制交易过程中的政治权势、经济权势和技术权势,确保和促进买卖双方对于交易物品的自主权和对于交易对方的自由选择权。

第三,在社会合作区域,实行社会合作。社会合作不仅是要“人民健康优先”,而且是要“穷人健康问题优先”。政府要通过税收组织财政收入,以财政支出组织社会合作,对于没有社会竞争能力或者社会竞争能力较弱的居民提供帮助。社会合作的目的在于向贫困居民提供社会竞争区域的交易能力,使得他们能够在健康需要时获得必须的卫生服务物品,达到卫生服务物品社会分配公平。在针对贫困居民健康的社会合作中,政府应当承担全部的政治责任和主要的筹资责任,且是对于特别贫困、没有经济能力对于自己健康承担责任的居民承担全部的筹资责任;政府应当建立起覆盖基本公共卫生服务项目和基本医疗服务项目的医疗救助制度;应当建立起覆盖全体老年居民的社会医疗保障制度。社会合作要与社会竞争相协调。政府应当鼓励和支持以市场方式组织的社会合作,如营利性健康保险组织和非营利性健康保险组织。

2. 未来宏观卫生经济政策的框架

(1) 社会合作区域的宏观卫生经济政策框架

第一,政府举办贫困居民医疗救助制度。医疗救助制度救助对象是:年龄阶段处于国家法定工作时期而家庭经济处于贫困状态的居民;家庭经济处于贫困状态的未成年居民;已经达到国家法定退休年龄的老年居民。

第二,政府举办覆盖全体老年居民的社会医疗保障制度。老年居民社会医疗保障制度与贫困居民医疗救助制度相衔接。当某个老年居民没有雇主为其交纳老年社会医疗保险费用,而他本人又没有经济能力交纳老年社会医疗保险费用时,政府应当以贫困居民医疗救助的方式为其交纳老年社会医疗保险费用。当某个老年居民在利用社会医疗保障制度规定的卫生服务物品时,在没有经济能力自己支付社会医疗保障制度规定的一定比例个人费用的情况下,政府应当以贫困居民医疗救助的方式为其承担支付剩余经济费用的责任。

第三,政府支持举办非营利性社会医疗保险机构。非营利性社会医疗保险机构可以由政府举办,还可以由居民举办,也可以是民办公助方式。政府举办的贫困居民医疗救助制度、老年居民社会医疗保障制度、非营利性社会医疗保险机构都是在医疗服务物品生产和分配链条的需求一侧,其职能是以货币形式向居民提供购买医疗服务物品所需的交易能力,或者采取向医疗机构直接支付货币的方式,或者采取居民先购买后报销的方式,而不是由政府直接组织医疗服务物品生产,直接组织医疗服务物品分配。

从现实到未来宏观卫生经济政策的框架,有两条道路可走:①现有医疗制度体不变,建立未来宏观卫生经济政策框架的医疗制度体,逐步过渡。②改造现有医疗制度,建立未来宏观卫生经济政策框架的医疗制度体,一步到位。

(2) 社会交易区域的宏观卫生经济政策框架

第一,政府退出卫生服务物品生产和分配的领域,实行中国特色的社会主义卫生市场

经济制度。

第二,对于卫生服务物品取消价格限制,实行买卖的交易。由市场竞争形成卫生服务物品价格,以市场价格机制配置卫生服务物品生产要素,分配卫生服务物品。

第三,居民(患者)成为平等的市场经济主体。居民(患者)有在多个医疗机构之间选择交易对象的自由,有退出交易的自由,增加居民自主选择权。

第四,医疗机构成为平等的市场经济主体。医疗机构之间有平等竞争交易对象的权利。医疗机构对于卫生服务物品及其生产要素拥有依法确立的产权;对于生产什么卫生服务物品,如何生产卫生服务物品,以什么价格购买生产要素,以什么价格出售卫生服务物品,拥有依法确立的自主权。

第五,完善医疗保险市场,鼓励居民举办营利性商业医疗保险机构。在同一个地区可以有多个医疗制度体,营利性商业医疗保险机构与非营利性社会医疗保险机构具有同等的市场经济主体地位,自由、公平竞争,反对垄断。

第六,政府制定卫生服务物品交易规则,削弱和消除在交易竞争过程中出现的不平等现象。要以公平和公正的规则,促进和确保居民(患者)与医疗机构在交易中处于平等地位,医疗机构与医疗机构在市场竞争中处于平等地位,居民(患者)与居民(患者)在市场竞争中处于平等地位。

第七,建立现代医院制度。

3. 现代医院制度框架 在研究中,我们提出了设计现代医院制度的4项原则:自由原则、自主原则、普适规则原则、产权边界清晰原则。并据此设计了现代医院制度框架。此外,还开发出了卫生事业性质的新理论,即公域性理论。

八、宏观卫生经济学发展前景展望

在前面研究的基础上,我们认为宏观卫生经济学的体系,从基础到学科分支,其层面应当依次是:

最基层,宏观卫生经济学的基础理论和理论支撑体系。理论支撑体系由众多学科组成,是宏观卫生经济学的研究方法和工具。基础理论规定了宏观卫生经济学的研究框架、方向和范围。宏观卫生经济学基础理论应该是劳动交易价值论、社会合作竞争理论、效率和公平统一于公正理论。

第二层,宏观卫生经济学的微观基础。微观基础是卫生服务物品的社会生产和社会分配结构及其运行规则。

第三层,宏观卫生经济学的主干分支。主干分支包括:国际卫生经济制度和宏观卫生经济政策比较研究;国家卫生经济制度和宏观卫生经济政策研究;国家卫生财政政策研究;国家卫生税收政策研究;国家货币政策对于卫生事业发展影响的研究;国家药品经济政策的研究;居民医疗保障制度的研究。

第四层,宏观卫生经济学的次干分支。每个主干分支又可以分出若干次干分支。例如,主干分支国家卫生税收政策研究,可以分出:卫生税收政策与市场效率和市场公平、卫生税收政策与税负公平、卫生税收政策与居民卫生服务利用和健康公平等若干次干分支。

对于宏观卫生经济学的微观基础、主干分支和次干分支,提出了研究领域和研究方向。展望未来,经过几代人的探索,宏观卫生经济学一定会成为一门独立的学科。

第二章

宏观卫生经济学的理论支撑体系

任何一门学科都是在其他众多学科理论上发展起来的。构建宏观卫生经济学理论支撑体系的学科主要包括系统论、卫生事业管理学、卫生经济学、社会医学、社会学、经济学等学科。

一、系统论

一般系统论的主要创始人路德维希·冯·贝塔朗菲(Ludwig Von Bertalanffy)把“系统”定义为定量测度 $Q_1, Q_2 \cdots Q_n$ 特征的相互作用的一系列要素 $P_1, P_2 \cdots P_n$,定义为相互关联的元素的集。他认为,存在着系统的一般原理,不论其组成要素以及其相互关系或“力”的种类如何。在严格的形式中,一般系统论具有公理性质,即在“整体”概念下概括的观点是严格从“系统”概念及其所适用公理中演绎出来的。这些具有公理性质的观点是从系统定义中得出的一系列概念,系统的非加和性、整体性、集中化、个体化和终极性,等等。贝塔朗菲还指出,在自然和社会的各类学科中具有整体化的普遍倾向,这种整体化是系统一般理论的核心。

乔治·J·克利尔认为,一个系统由某些事物的一种集合和这些事物之间的某种联系组成,前者叫集合T,后者叫关系R。这里“关系”一词是被用在广泛的意义上的,包括一整套的近似术语,例如约束、结构、信息、组织、相互作用、相依性、相关联结、耦合、连接、相互结合、范型等等。

系统论,既是一种哲学观,又是一种方法论;既研究系统要素、系统结构、系统功能、系统环境、系统行为等方面,又研究系统的整体性、有序性、层次性、动态性、相关性等特征。

宏观卫生经济学的理论与实践研究,需要系统论的指导,需要借鉴系统论的思想。宏观卫生经济学研究的客体是卫生系统。卫生系统与其外部环境共同构成社会系统。卫生系统是社会系统的要素,或称为子系统,其功能应当符合社会的需要。外部环境要求卫生系统与之相协调,并制约或者促进卫生系统的发展。

卫生系统整体的经济运行规律是宏观卫生经济学的研究对象。表述卫生系统整体经济运行规律的是卫生经济制度。卫生经济制度与其外部环境相互作用,由卫生经济制度与其外部环境共同构成的社会制度系统规定着卫生经济制度的发展。一国卫生经济制度的形成是其社会制度系统长期演化变迁的结果。要研究卫生经济制度,就必须研究卫生经济制度与其外部环境的关系,就必须研究社会制度系统对于卫生经济制度的作用。

在卫生经济制度这个系统中,卫生财政政策体系和卫生税收政策体系是其中的构成要素。需要解剖分析不同卫生经济制度下的卫生财政政策体系和卫生税收政策体系,需

要探讨卫生经济制度对于卫生财政政策体系和卫生税收政策体系的规定和制约作用。

卫生财政政策体系和卫生税收政策体系调控和影响卫生服务物品生产和分配系统。需要分别调查卫生财政政策体系和卫生税收政策体系与卫生服务物品社会生产效率和社会分配公平之间的关系。

卫生服务物品生产和分配系统运作情况直接影响居民健康状况。需要确定卫生服务物品生产和分配系统运作情况与居民健康水平变化和居民健康公平程度变化之间的因果关系和数量关系。

在剥离系统层面进行分解研究的基础上,需要断定和测量卫生财政政策体系和卫生税收政策体系与居民健康水平变化和居民健康公平程度变化之间的因果关系和数量关系;断定和测量卫生经济制度与居民健康水平变化和居民健康公平程度变化之间的因果关系和数量关系。

在世界范围内,国与国之间,地区与地区之间是并行系统。宏观卫生经济学需要进行国家和地区之间的对比研究。通过对比研究来明晰外部环境、卫生经济制度、卫生财政政策体系和卫生税收政策体系、卫生服务物品生产和分配系统、居民健康水平变化和居民健康公平程度各个层面之间的因果关系。总而言之,宏观卫生经济学就是要把宏观卫生经济体制作为一个系统,解剖这个系统的要素结构,分析它的功能行为,从整体上认知它与外部环境的关系,把握系统与系统之间、系统与要素之间动态的相互作用关系。

二、卫生事业管理学

宏观卫生经济学是认知卫生系统整体经济运行规律,借以设计适宜的和有效的宏观卫生经济政策,对于卫生系统实施干预,使其产出和分配符合社会期待的一门学科。为在整体上认知卫生系统的经济运行规律,应用卫生事业管理学理解卫生系统结构的各个组成要素是必要的。如果没有对于卫生系统各个组成要素的基本理解,就不可能理解卫生系统的整体结构。如果没有对于卫生系统各个组成要素之间相互作用的基本理解,就不可能对于卫生系统整体运行中的经济现象做出合理的解释,概括出规律性的认知,不可能设计出有效的、适宜的宏观卫生经济政策。

以2002年出版的、美国斯蒂芬·J·威廉斯(Stephen J. Williams)和保罗·R·托伦斯(Paul R. Torrens)的著作《卫生服务导论(第六版)》为例,那本著作介绍了美国卫生系统的历史变迁、卫生系统结构和筹资、卫生服务供给者、药品、卫生技术人员、政府卫生政策和策略、卫生服务质量评价和促进,以及公共健康和卫生服务中的伦理问题。我们如果要研究美国的宏观卫生经济政策,就必须以这些方面的知识为基础。

再以2003年出版,梁万年主编的《卫生事业管理学》为例,书中讲解了我国的卫生服务体系、卫生保健制度、卫生改革与发展、政府卫生管理政策和策略、卫生系统绩效评价、卫生服务质量管理、卫生技术人员管理等方面的知识。如果缺乏这方面的知识,或者这方面的知识结构不完备,那么,要做好中国宏观卫生经济政策的研究工作也是不可能的。要开展宏观卫生经济学研究工作,就必须对于卫生系统的结构和运行机制有透彻的认知。卫生事业管理学是研究卫生系统结构及其运行机制的学科,是构建宏观卫生经济