

借

21世纪高等医药院校教材

供医药经济与管理类专业用

现代卫生经济学



邱鸿钟 袁杰 主编



科学出版社

www.sciencep.com

21世纪高等医药院校教材

供医药经济与管理类专业用

现代卫生经济学

邱鸿钟 袁 杰 主 编

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书系统介绍了现代卫生经济学的基本理论和分析技术。主要包括卫生服务需求、卫生服务供给、卫生服务价格、卫生服务市场、卫生总费用、卫生资源配置、卫生成本核算、疾病经济负担与健康投资分析、临床经济学分析等。

本书可供医药经济与管理类本专科生、研究生、卫生事业管理者、医疗机构和医药企业的管理者使用。

图书在版编目(CIP)数据

现代卫生经济学/邱鸿钟,袁杰主编. —北京:科学出版社, 2005.8

(21世纪高等医药院校教材·供医药经济与管理类专业用)

ISBN 7-03-015954-3

I. 现… II. ①邱…②袁… III. 卫生经济学-医学院校-教材
IV. R1

中国版本图书馆CIP数据核字(2005)第081481号

责任编辑:方 霞 / 责任校对:钟 洋

责任印制:刘士平 / 封面设计:卢秋红 宋广通

科学出版社 出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

双青印刷厂 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2005年8月第 一 版 开本:850×1168 1/16

2005年8月第一次印刷 印张:14 1/2

印数:1—4 000 字数:339 000

定价:24.00元

(如有印装质量问题,我社负责调换<路通>)

《21 世纪高等医药院校教材 (供医药经济与 管理类专业用)》编委会

主任委员 申俊龙
副主任委员 陈家应 王梅红 邱鸿钟 景琳
佟子林 孙顺根 李琬 唐传俭
孙宏 徐江雁 何春生 黄明安

委员 (按姓氏笔画排序)

万毅	安徽中医学院
马义杰	青岛思达国际心脏(中心)医院
王悦	浙江中医学院
王梅红	北京中医药大学
方祝元	江苏省中医院
叶纪平	无锡市中医院
申俊龙	南京中医药大学
田侃	南京中医药大学
宁德斌	湖南中医学院
刘克基	辽宁中医学院
汤少梁	南京中医药大学
孙宏	辽宁中医学院
孙顺根	浙江中医学院
李琬	安徽中医学院
邱鸿钟	广州中医药大学
何春生	江西中医学院
佟子林	黑龙江中医药大学
余悦	江苏大学

邹延昌 山东中医药大学

张 晓 东南大学

张 琪 常州市中医院

陈 佳 福建中医学院

陈家应 南京医科大学

金 鑫 南京中医药大学

赵一梅 甘肃中医学院

赵坤元 昆山市中医院

袁 杰 江西中医学院

徐江雁 河南中医学院

徐 勇 苏州大学

唐传俭 南京中医药大学

黄明安 湖北中医学院

巢健茜 东南大学

彭宇竹 南京市妇幼保健院

彭智海 湖北中医学院

景 琳 成都中医药大学

鲁保邕 广西中医学院

谢 明 辽宁中医学院

《现代卫生经济学》编写人员

主 编 邱鸿钟 袁 杰

副主编 (按姓氏笔画排序)

何春生 张丽青 鲁保邕 熊季霞 黎东生

编 委 (按姓氏笔画排序)

叶 清 广州中医药大学

叶少霞 广州中医药大学

李永强 江西中医学院

邱鸿钟 广州中医药大学

何春生 江西中医学院

陈绍辉 江西中医学院

张丽青 河南中医学院

袁毓玲 广州中医药大学

袁 杰 江西中医学院

鲁保邕 广西中医学院

蒋建华 广州中医药大学

熊季霞 南京中医药大学

黎东生 广州中医药大学

总 序

经过同道们几年的艰辛努力,在科学出版社的大力支持下,我们《21 世纪高等医药院校教材(供医药经济与管理类专业用)》终于问世了。

历史跨入 21 世纪,我国高等教育也从精英教育走向大众教育,各高等院校专业在拓展,规模在不断扩大,出现一片喜人的局面。医药院校也不例外,在努力加强人文素质课的教育的同时,各中西医院校纷纷在拓展边缘学科,增设国际经济与贸易、市场营销、公共事业管理、医疗保险、卫生法学、药事管理等新专业和新专业方向。有的院校从每年招生几十人已经发展到现在的每年招生近千人。

但是各个学校的学科资源有差异,专业设置各不相同,同样专业的课程设置也不一样,相同的课程的教学计划也不相同。目前正是医药院校的边缘学科发展的“春秋战国”时期,各个院校是“八仙过海,各显神通”。在医药院校边缘学科发展的初期这是正常现象,但长期发展下去,对于学科规范化建设和专业品牌建设不利,对于全国高等医药院校统一培养职业化的高级应用型专业人才不利。

2003 年,有关中西医院校经过协商,决定组织全国部分中西医院校一起首先联合进行教材的编写工作。由南京中医药大学、南京医科大学等中西医院校和江苏康缘药业股份有限公司、江苏先声药业有限公司共同发起,于 2003 年 8 月在江苏省东海县召开了“第一届全国高等医药院校医药经济与管理系列的教材协编会议”,共有 16 所中西医院校参会。各院校经过开会协商讨论,决定对于会议选定的书目进行主编竞争制,最后确定:由南京中医药大学主编《国际医药贸易》、《卫生事业管理学》;广州中医药大学主编《卫生经济学》;南京医科大学主编《卫生法学》;浙江中医学院主编《医药人力资源管理》;湖北中医学院主编《医药市场营销学》;湖南中医学院主编《医药企业管理》;安徽中医学院主编《医药商品学》;黑龙江中医药大学主编《卫生信息管理》;东南大学主编《医疗保险学》。

接着,2004 年 7 月在南京中医药大学召开“第二届全国高等医药院校医药经济与管理系列的教材协编会议”,对于部分教材进行了统一校对审稿,并且议定了第二轮教材编写的主编单位以及参编单位。会议商定了今后准备继续编写的十几本医药经济与管理系列的教材,并决定以后每年召开一次关于教材的协编会议,同时进行同类学科的建设 and 专业建设的讨论交流。这对中西医药院校加强学术交流,统一专业规划,进行学科建设,具有重大意义。一方面,全国众多的医药院校

进行资源整合,统筹分工,协作编写教材,以后统一使用新教材,这有利于各院校的专业培养的课程的优化设置;另一方面,许多的新教材针对性强,弥补了许多医药院校边缘专业课程的教材空白,这对于新学科建设与新专业建设都具有积极意义。

二

一套系列教材要想在同类教材中占有一席之地,必须具备自己鲜明的编著特色与特性,这套教材也不例外。这一套系列教材,与以往的医药院校同类教材相比较,具有鲜明的专业特色,主要体现在以下方面:

第一,针对性强。中西医院校作为培养医药实用人才的基地,与其他综合类大学相比较,具有自己的特点,即培养专门的医药卫生类和医药经济与管理类的人才,知识背景和行业的针对性很强,市场需求差异特别显著。而医药卫生行业的特殊性决定了医药院校的新专业教材设置的差异性,必须既注重经贸、管理类学生的相应的中西医药基础理论知识,也要注重社会工作岗位的职业性和操作能力,在教材的编写上,要求教材必须根据中医药行业的特殊性,注重理论联系行业实际,注重与社会需求接轨。这套教材则具备了较强的针对性,针对当前医药卫生管理与医药经济贸易,编写了该系列教材。所以这套系列教材的特点是理论联系实际,内容与时代同步,针对中医药的行业特点,更注重在本行业培养交叉学科的新专业学生的实际能力与综合素质。

第二,新体例。这套系列教材在编写的体例上、风格上也增加了许多新内容。在引用最新的参考资料、网络资源信息、在教材章节的编写等方面都有所创新。突出体现了案例教学的特点,且许多章节关键问题的思考题型、重点显示、章末小结等与同类教材相比较,均有所突破。

第三,新内容。本套系列教材的编著过程中,掌握了最新的相关资料、信息,突破了以往教材体系古板、内容陈旧的局限。教材编写过程中吸收借鉴了同行专家的最新研究成果,参考了许多专著、论文。教材编写时,注重普及性与研究性的平衡。既有一定的理论研究深度,又照顾了教材的普及性。在编写方法上,也有所突破,许多教材中增加了新的典型案例,有利于学生的自习讨论,分析研究,有利于教师的组织教学。

第四,新协作。这套系列教材与以往的同类医药经济与管理类教材相比较,打破了以往单纯的中医药院校或者单纯的西医药院校组织编写的惯例。全国二十余所中西医院校通力协作,经过多次讨论分工,各院校发挥自己的优势特色,各院校的专家发挥自己的特长,在全国范围内组织精干力量集中编写。既保证了教材的质量,又填补了许多教材的空白。在编写过程中,还聘请了有关的大型中西医院的有关管理专家,一起参与讨论、编写、审稿,因此教材更具备实用性。

第五,新空白。这套系列教材共计 20 余本,涉及了医药管理与经济贸易专业的众多领域。其中增加编写了许多新教材,填补了许多相关领域的教材空白。如《卫生信息管理》、《医药物流》、《国际医药贸易》、《医疗服务营销》等许多教材都是紧缺教材和创新教材,对于高等中西医药院校新兴的边缘学科的建设与专业教学的完善具有积极的推进作用。

三

当然,推出这一套规模庞大的系列教材,毕竟是我们的一次新尝试。由于在编写过程中,涉及许多院校的众多教师,人员庞大,并且编写人员水平参差,加上一些学科是新兴学科,并无前例可鉴,因此教材的一些章节可能差强人意,有些结论尚待商榷,这也是本丛书的不足之处。敬请全国

的同行专家不吝指正,以利于以后更好的改进和完善。

四

本套丛书在编写过程中,既参照了国内外众多的专家学者的学术成果,同时也得到了江苏康缘药业股份有限公司和江苏先声药业有限公司的大力支持和资助,在此一并致谢!对此套系列教材的付梓付出辛勤汗水的全体同仁表示衷心的感谢!!医药管理与经济贸易类系列教材的编写必须与时代接轨,与社会主义市场经济相适应,其作为新兴的边缘学科正方兴未艾,需要我们不懈的共同努力。

编 委 会

2004年7月23日

目 录

(88)	.....	第三章
(94)	.....	第四章
(92)	.....	第五章
(101)	.....	第六章
(110)	.....	第七章
(116)	.....	第八章
(119)	.....	第九章
(121)	.....	第十章
(130)	.....	第十一章
总序		
第一章 导 论	.....	(1)
第一节 卫生经济学的产生和发展	.....	(1)
第二节 卫生经济学的研究对象和内容	.....	(3)
第三节 我国卫生经济政策的演变与改革的难点	.....	(5)
第四节 学习卫生经济学的意义与方法	.....	(6)
第二章 卫生服务需求	.....	(9)
第一节 卫生服务需求的概念与特点	.....	(10)
第二节 卫生服务需求的影响因素	.....	(14)
第三节 卫生服务需求弹性	.....	(17)
第四节 卫生服务需求的经济学分析	.....	(21)
第三章 卫生服务供给	.....	(29)
第一节 卫生服务供给概述	.....	(29)
第二节 卫生服务供给的弹性	.....	(37)
第三节 生产函数与供给模型	.....	(40)
第四节 我国农村卫生服务供给状况及其问题	.....	(47)
第四章 卫生服务价格	.....	(50)
第一节 医疗卫生服务均衡价格	.....	(50)
第二节 医疗卫生服务均衡价格形成的特殊性	.....	(54)
第三节 医疗卫生服务定价的原则和方法	.....	(56)
第四节 医疗卫生服务的价格	.....	(59)
第五章 卫生服务市场	.....	(66)
第一节 卫生服务市场的特点与产品分析	.....	(66)
第二节 影响卫生服务市场结构的因素	.....	(71)
第三节 卫生服务市场失灵与政府的宏观调控	.....	(74)
第六章 卫生总费用	.....	(81)
第一节 卫生总费用概述	.....	(82)
第二节 中国卫生总费用分析	.....	(86)

第三节 我国医药费用和卫生劳务费用分析	(88)
第七章 医疗保障制度	(94)
第一节 国外医疗保险制度的诸种模式与改革	(95)
第二节 我国城镇职工医疗保险制度的改革	(101)
第三节 农村医疗保障制度的改革	(110)
第八章 卫生资源的配置	(116)
第一节 卫生资源及其配置	(116)
第二节 卫生资源的优化配置	(125)
第三节 卫生资源配置效益的评价	(130)
第九章 卫生成本	(134)
第一节 概述	(135)
第二节 医疗机构成本分析	(138)
第三节 成本优化	(145)
第十章 疾病经济负担与健康投资分析	(147)
第一节 疾病经济负担	(148)
第二节 健康投资及其效益分析	(152)
第十一章 卫生经济分析与评价方法	(162)
第一节 卫生经济分析与评价概述	(163)
第二节 成本效果分析	(167)
第三节 成本效益分析	(170)
第四节 成本效用分析	(177)
第十二章 临床经济学分析	(183)
第一节 健康生产函数	(184)
第二节 临床成本-效益分析	(186)
第三节 医疗技术的经济学评价与价值分析	(188)
第四节 医生的经济行为分析	(191)
第五节 病人的保健消费行为	(196)
第十三章 我国卫生事业的性质与产权形式	(200)
第一节 我国卫生事业的性质	(201)
第二节 我国卫生服务机构产权结构的演变和发展	(204)
第三节 我国卫生服务机构产权改革及实践	(208)

第一章 导论

学习目标

了解卫生经济学的产生和发展的一般历史,熟悉卫生经济学的基本概念和学科性质,卫生经济学的研究对象和研究内容,卫生经济学对制定卫生政策和加强卫生管理的作用和意义,掌握研究和学习卫生经济学的基本方法,了解中国卫生经济改革的主要目标和发展趋势。

案例

医院欠费问题引发的思考

王大夫是某省城一家市级医院的外科医师,不但医术高明,而且医德很好。可是,王大夫今年不仅年终奖金要减少,而且先进个人的评选也会受到影响,因为最近他治疗的一个病人没有结账就不辞而别了,这个病人欠了医院 3000 多元。近年来,类似上述这种病人逃费的现象在很多医院都出现过,为了防止出现这种情况,一些医院采取了“一旦病人账上没钱,就停止用药”,或者“由负责的医护人员承担部分责任”等措施,尽管这些措施受到了社会的普遍批评,但医院实属无奈。

上面这种看似是道德的问题,其实质却是一个涉及卫生服务筹资、医疗保障体制等多方面的卫生经济学问题。医院为病人提供医疗服务的成本不能收回或不能得到足额的补偿,这已经是世界上一个普遍性的问题。不同国家对医院欠费问题有不同的解决办法,归纳起来可以分为覆盖全民的国家卫生服务体制、以社会医疗保险为基础的卫生服务体制和以保证重点人群为主的卫生服务体制三种模式。(引自:石光等. 解决医院欠费问题的国际实践. 医院管理论坛. 2003. 01)

您知道吗?

一个国家为什么会选择不同的医疗保障模式? 医疗保障模式与一个国家的经济发达程度,与卫生费用所占国民经济的比重,与医疗服务市场的供需关系,卫生资源的配置、卫生服务的成本与价格等诸多因素相关。而要了解卫生市场这些因素之间的关系及其变化规律,我们就必须学习卫生经济学。

第一节 卫生经济学的产生和发展

卫生经济学是伴随着卫生事业社会化而发展的。它的发展历史可以概括为:卫生经济学思想萌芽、传统卫生经济学和现代卫生经济学三个阶段。

在人类历史发展的早期,医学只是人与人之间一种自发的互助的道德行为,到了私有制社会,医学渐渐成为一种独立的职业和一些社会成员谋生的手段。在医生和药物等技术资源有限的情况下,卫生服务就不再是一个技艺问题,而同时也是一个涉及社会关系、社会伦理和资源分配的经济问题。于是医学便开始具有了技艺、经济和伦理的三重属性。

在人口分散的农业经济社会和个体行医为主的历史阶段,卫生服务的经济关系只是表现为医生和病人之间的简单的金钱支付关系。随着社会的发展,特别是城市的出现、社会分工和医院的形成,卫生服务提供者与服务对象之间、医疗机构内部的成员之间开始出现复杂的经济关系。由于疾病的传播性以及疾病与社会因素之间的密切关系,患病不再是当事人个人的不幸,同时也关系到社会人群的健康,关系到社会的稳定和经济的发展,因为人力资源的充裕和人群的健康是经济发展最为重要的因素。因此,早在17世纪,一些学者和政治学家就开始意识到了卫生、人口与经济发展的关系,探讨了结核、伤寒、天花等传染病的经济成本和费用。马克思和恩格斯在他们的经济学著作中也多处论述了卫生投入与再生产的关系,以及社会制度与劳动者健康状况的关系,这些论述成为现代早期卫生经济学和社会医学最早的思想见解。

卫生经济学作为一门独立的学科诞生于第二次世界大战后发达的资本主义国家,这一时期医学的社会化程度空前提高,因为城市化加速发展、人口密度增加、劳动条件恶劣、生活环境污染加剧、战争的破坏等社会因素导致许多疾病的发生和流行,控制疾病的传播已成为稳定社会的一个突出问题。伴随着科学技术的发展和社会生产的不断扩大,社会需要更多健康的劳动力参加到经济的竞争中来。同时也由于生产的社会化与生产资料私人占有制的矛盾加剧,迫切需要通过改善社会的福利状况来缓和阶级矛盾,稳定劳动力资源。于是,英、美、法等经济发达国家都开始关注卫生经济问题。在中世纪,作为宗教慈善事业的医学开始成为商品经济和市场经济中维护人力资源健康的一个要素,卫生投资成为维持社会再生产的一种必要成本。至20世纪初期,美国出现了医疗成本委员会,着重研究达到健康标准所需要的医疗卫生成本费用,这一时期美国学者西格瑞出版下了《医疗经济学概论》一书,第一次系统地提出了卫生经济学的概念和研究任务。

卫生经济学在其发展初期,对制定卫生政策方面的作用并不突出,在社会上也许远不如医学伦理学那样引人注目。可是,20世纪60年代以来,无论是个人医疗费用的支出,还是一个国家总医疗费用的支出,其增长幅度都超过了经济系统中其他多数商品和服务的支出。以美国为例,每年用于个人医疗服务的支出从1965年的356亿美元增加到1990年的5890亿美元。同期用于个人医疗服务支出的国民生产总值(GNP)从5%上升到10.6%。1990年的医疗支出比上年增加了11%,而同期的GDP只增加了7%,这种医疗支出的增长速度高于GNP增长速度的趋势,成为每届政府头痛的问题。分析还表明,医疗费用的增加并不一定意味着人均医疗服务数量的增加,而主要是因为医疗服务价格的上涨和服务类型的变化所导致的。因此,如何控制过快增长的医疗费用,怎样使医疗资源得到更合理公平的分配,使医疗服务更加有效率,成为一个社会热点问题。卫生经济学也随之蓬勃发展起来,并在政府制定卫生政策方面发挥越来越重要的作用。在卫生经济学的影响下,医学伦理从对个体的道德关注亦扩大到如何对待群体利益的经济伦理的视野。现在,卫生经济学已经成为一个世界性的学科,全世界有许多相关的研究组织,在不少发达国家,卫生经济学已成为影响政府制定有关卫生政策的重要理论基础。

中国卫生经济学的研究与发展源于近十几年卫生改革实践的推动。1982年“中国卫生经济研究会”成立于广州,下设8个专题组,后改称专业委员会,2000年又设立了“中医药卫生经济专业委

员会”,接着出版了《中国卫生经济研究》杂志和多种版本的《卫生经济学》教材。随着国内经济体制的改革和卫生事业改革的深化,卫生经济学的研究也越来越受到卫生管理决策层的重视,并得到越来越广泛的普及应用。

第二节 卫生经济学的研究对象和内容

一、卫生经济学的研究对象和内容

“economy”(经济)一词源于希腊文,原指对家庭收支方面的管理,17世纪冠上“politique”衍生出“政治经济学”一词,主要指对国家事务的公共管理的经济政策研究。19世纪中叶,“政治经济学”的含义和研究范围受到质疑,到19世纪末,“政治经济学”一词逐渐被“经济学”替代。现代,除了涉及一些经济政策问题的研究偶尔冠以“政治经济学”一词之外,世界各国经济学家通常用“经济学”一词。卫生经济学(health economics)是运用经济学的理论和方法研究医疗卫生领域中投入和产出的经济关系和经济规律的学科,是一门具有交叉或综合学科性质的医学社会科学。

经济学的两个基本假设是:经济个体是理性的(即会权衡经济成本或经济利益而采取最优行为);经济资源是相对稀缺和多用途的。如何将有限的稀缺资源有效地配置于多种需求和欲望正是经济学的基本研究目的。医疗卫生技术是一个科技含量高、知识密集的资源,因此,关于卫生资源配置的公平与效率就成了卫生经济学思考的核心问题。根据学科的研究取向,卫生经济学既是实证经济学,又是规范经济学。前者研究有限的卫生资源在卫生服务中是如何被配置和使用的,试图如实地描述卫生经济活动及其客观规律,估算卫生服务对国民经济发展的贡献;后者则提倡稀有的卫生资源应该如何被分配才公平,医院等经济体应该如何运转才有效率,它反映了经济学家的某种经济政策观和价值观。

从经济学研究的视野来看,卫生经济学既是宏观经济学,也是微观经济学。前者主要研究一个社会中卫生经济活动的总体表现,如卫生总费用、消费总量、卫生服务提供与需求等市场变量的运行规律以及各变量之间的相互关系;而后者则研究卫生经济的基本单元——消费者(病人等)、服务提供者(医院等)、资源拥有者(医院和药厂等)的经济决策规律,以及三者在生产、消费、交换等经济活动中的相互关系。

广义上,卫生服务或卫生生产过程包括卫生人力、资金、药品、设备器械、信息等劳动要素的相互作用。因此,卫生经济市场由医护人力资源市场、医院服务市场、医疗保险市场、医药贸易市场、医学教育市场、医疗技术市场构成,这些劳动要素和市场相互影响、相互依存,缺一不可。卫生经济学实际上是一个包括临床经济学、预防医学经济学、医院经济学、药物经济学、医学教育经济学等分支的学科群。

传统的西方经济学以社会资源的稀有性为理论前提,因此,西方国家的学者将卫生经济学的主要研究对象集中在卫生经济资源,即医疗技术或卫生生产力的有效利用方面。与此相比,社会主义国家的一些经济学者在相当长的时期内关注的却是卫生服务过程中的生产关系方面。事实上,任何生产过程都包括生产力和生产关系两个不可分割的方面,生产力和生产关系既相互适应、又相互制约和促进的对立统一是推动经济发展的基本动力。因此,卫生经济学理应研究卫生生产力和卫生生产关系诸方面的矛盾运动。

所谓卫生生产力,即医疗卫生行业或服务机构的服务能力,它由医疗技术专业人员、各类辅助人员、医疗技术、设备仪器、药物、辅助材料等要素构成;而卫生生产关系则是建立在卫生服务生产力基础之上,体现在生产、分配和消费诸环节中的人与人之间、政府与地方、团体和个人之间的关系。卫生经济学不仅要研究如何使卫生生产力取得更高的效率和更快的发展,而且要研究如何使有限的卫生资源得到合理消费和更公平的配置,如何使卫生设施更充分有效地得到利用。

二、传统卫生经济学研究的不足

西方卫生经济学引进我国已经有十几年的历史,虽然它的基本原理和方法仍然具有生命力,但是最近几十年来卫生经济形势发生了许多新的变化,传统卫生经济学逐渐显露出捉襟见肘的情况:

其一,近几十年来,各国卫生行业围绕效率与公平的经济改革一直是一个社会热点问题,改革涉及医疗保障制度、产权制度、医疗服务体制、医疗监督等多个方面,而传统的卫生经济学的许多内容和观点已经不能适应新形势的变化,特别是未能反映当代中国卫生改革的实际状况,也不能满足卫生政策对理论的需求。

其二,传统的卫生经济学主要偏重于从理论上对卫生事业的总体经济特征和经济运行机制进行研究,缺乏对医院微观经济、临床经济和医药贸易经济等现实问题的关注和分析,而住院费用、检查费用、药物价格的上涨,医院的经济运行状况难以令群众满意,几乎是世界性的问题。于是,从20世纪70年代以来,加强医院经济管理的呼声日益高涨。所以卫生经济学还要在微观层面上研究怎样评价一种或比较若干种医疗技术的成本与经济效益,使医疗方案更加合理,研究医院如何才能有效地经济运行与管理,如何对医院的基本投入、服务价格和支出、医疗成本进行控制,如何抑制医疗费用的过快增长。传统的卫生经济学还忽视了对病人消费行为的研究,其实一个完整的经济循环中,消费是必不可少的一个环节,实际生活中,正是病人的不合理的求医行为和过度需求,对卫生费用的上涨推波助澜。如按照经济学的“需求定律”,价格越高,消费者的购买量就越少,可是在临床中,价格越贵的药,反而越受到人们的青睐,病人为了减轻痛苦,宁肯弃廉追高。

其三,新的经济发展已经形成对传统经济学的挑战,卫生服务过程中的许多现实经济问题并不能由传统经济学作出合理的回答。例如,传统经济学的基本理论前提是假设资源的稀缺性,例如认为土地、劳动和资本等资源不可能取之不尽、用之不竭。在卫生服务领域,过去“群众缺医少药”是一种基本的社会现象,但随着社会的发展,卫生人力资源的丰富,知识经济开始取代农业经济和工业经济成为主流的经济形态,知识成为传统生产要素之外的第四要素,而医疗卫生行业是知识密集的行业,因此,知识经济也必将成为医疗卫生行业的主流特征。知识经济与传统经济最大的区别在于知识要素的再生性和充裕性,人类的智慧不会枯竭,科学技术的发明创造、技术革新永远不会停止,信息更新的速度越来越快。现在市场上医生人力资源不再难觅,药物供应更不再紧张。电子计算机和网络技术使原来狭隘的技术垄断、知识保守难以实现,不仅医生的服务市场扩大了,而且病人满足需求的方式、掌握信息的程度都比以前大大扩展了,过去病人因寻找适合自己的医生的成本太高而不得不听命于某个医生,而现在则可以通过互联网快捷方便地找到更多更好的医生资源,广泛地听取多个专家的意见。信息的丰足和透明度的增加,必然使服务的成本下降并带来市场价格的下降,这是传统经济难以企及的目标。知识经济条件下许多资源已经不再稀缺,从某种意义上说,物不再以稀为贵。相反,谁拥有越多的网上信息和对此感兴趣的网友,谁就

可赢得更多的经济利益,所以“物以多为贵”成为新经济的定律。麦特卡尔夫定律告诉我们,网络(医院)的价值与网络用户数量的平方成正比(即 N 个联结创造 N^2 的效益)。网络经济和网络卫生服务方式将无情地淘汰那种低效率、浪费和垄断式的旧经济体制和那种坐拥一方、封闭经营的医院。

其四,卫生经济学历来是传统经济学机械的翻版,缺乏对卫生经济伦理的思考。事实上,无论是医疗技术问题,还是卫生经济问题,都必然地内含伦理因素,新的卫生经济学不能不严肃地考虑经济成本、效益与伦理之间的复杂关系。卫生经济应该具有伦理、经济和福利经济的特质。因此,新的卫生经济学理应吸收“福利经济学”(welfare economics)的研究成果。

其五,传统的卫生经济学脱胎于政治经济学,理论性较强,而方法论显得十分薄弱,特别是计量经济学的方法引入不足,对卫生经济问题的分析缺乏基本的数学模型,抽象而不实用,所以对卫生事业改革、临床经济行为和药物研制等有关卫生经济活动的指导作用显得心有余而力不足,而新的现代卫生经济学应该具有数字经济和计量经济学的特征。

尝试克服传统卫生经济学的上述问题与不足一直是新一代卫生经济工作者的理想,这本书当然不可能全面完成这项艰巨的任务,但是总算将改革的任务与目标提了出来,并尝试走出了第一步,尽管这可能只是幼稚的一小步。本书以新的国际国内形势为背景,以当代卫生经济改革的实践为基础,兼收并蓄传统的和新的经济学理论与方法,尝试构建了一个新的卫生经济学框架。

第三节 我国卫生经济政策的演变与改革的难点

建国以来,我国有关卫生事业的管理体制、卫生机构的所有制形式、补偿机制、内部分配和核算方式等卫生经济政策曾发生过几次大的变化,在时间上大致可以分为三个阶段:

一、第一阶段

这一阶段为建国后至文革以前的 17 年。我国的卫生服务体系是建立在社会主义公有制基础之上的具有福利性质的行业,卫生资源的筹集和配置、医疗收费和药品价格、卫生服务的生产和消费、卫生服务机构的发展规模和速度都具有计划经济的特征,这一时期的卫生经济政策主要有:公费医疗、对医院和诊所免征工商业税、发展公立卫生机构等政策。这一时期的卫生经济政策具有突出的福利性,在所有制上具有以国家、集体办医等公有制为主体的特点,在卫生资源上具有强调计划性和公平性的特征。大跃进时期,由于受整个国民经济政策的影响,医院的自负盈亏做法受到批评,曾一度推行“看病不要钱”的供给制和医疗机构公有化。这种强调公平忽视效率、重视福利忽视成本、强调社会效益不计经济效益的体制使医院与医院之间、医生和医生之间缺乏竞争性,医院发展缺乏生机活力,国家对卫生事业的投资日趋短缺,医疗服务普遍实行低于价值或低于成本的价格,医院卫生资源浪费现象严重且得不到良性的补偿,医务人员缺乏工作积极性,缺乏对资源利用效率的责任感,工作效率低下,服务质量不高,远远不能满足人民群众对医疗保健的需要。

二、第二阶段

第二个阶段是从 1966 年到 1977 年的“文革”十年。低水平的供给福利性卫生政策基本没变,

但卫生机构和卫生人员因受政治运动的影响处于艰难的运行之中,连简单的再生产也难以维持。据1979年统计,全国卫生部门所属医院、公社卫生院的医疗成本总额为63.5亿元,收入42.8亿元,亏损20.7亿元,扣除当年国家财政补助的14.9亿元,仍亏损5.8亿元,如果再考虑到当年物价上涨水平,实际亏损远远高于上述数额。

三、第三阶段

这一阶段是从1978年到现在,改革开放的二十多年。十一届三中全会提出的“按经济规律办事,重视价值规律的作用”的精神,中共中央《关于经济体制改革的决定》中提出的“计划与市场内在统一”的观点,以及十四大提出的“社会主义市场经济”的理论为我国卫生经济的改革与发展提供了基本的指导思想。随着我国经济体制从计划经济转向为市场经济体制的改革,卫生事业也必须突破原来的经济运行和管理模式,建立适应新经济形式的经济体制。

对医疗机构的性质和卫生服务性质的重新认识是我国卫生事业改革的思想前提。事实上,卫生服务是一种知识密集型的劳动,它的生产就是卫生服务,它的产品就是健康的劳动力。其特殊性在于生产与消费的同步性,即提供服务的同时也就是病人消费的过程。它所生产的健康的劳动力是经济生产中最重要资源,它所创造的财富理应计入国民生产总值。同时,卫生服务过程中所需要的人力、物力和货币等资源并不因为它的福利功能而不遵循价值规律,因此,卫生服务具有科技、福利和经济的多重属性。

回顾我国卫生事业改革的历程,其特点是先从医院微观经济运行机制层次发动改革,进而深入到宏观卫生经济体制层次。1979年国家卫生部、财政部、国家劳动总局联合发布了《关于加强医院经济管理试点工作的通知》,1981年在总结试点经验的基础上又发布了《医院经济管理暂行办法》,从1985年到1992年间卫生部先后发布了一系列关于扩大医疗机构的劳动人事安排权、业务建设权、经营开发权和工资奖金分配权等深化卫生改革的若干政策性文件,指导和推动了我国城乡卫生服务体系的全面改革与发展。1997年中共中央、国务院发布了《关于卫生改革与发展的决定》,把建设具有中国特色的卫生服务、社会保障和卫生执法三位一体的卫生体系作为今后改革的方向;1998年发布了《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》,开始建构适应市场经济的医疗保障体系;2000年又发布了《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》提出了卫生工作全行业管理、医疗机构分类管理、医药分开核算,分别管理、调整医疗服务价格、整顿药品流通秩序,加强执法监督等一整套改革思路,中国卫生改革开始触及到体制等深层的问题。

然而,中国是发展中国家,人口众多,各地经济和文化发展极不平衡,历史遗留下来的问题盘根错节,因此,我国卫生改革的任务还任重道远。解放思想,实事求是,勇于探索,大胆吸收别国改革成功的经验,将是我国卫生事业改革与发展的基本趋势。

第四节 学习卫生经济学的意义与方法

明确学习意义有助于激发学习者的学习动机和兴趣,而知晓学习的方法有助于学习者取得更高的学习效率。

一、学习卫生经济学的意义

其一,有助于医务人员和医学生认识卫生事业的多维性质,完善知识结构。人类医学是一个