

继续教育本科教材

卫生经济学

Health Economics



第四军医大学

卫生经济学

鱼 敏 金新亮

第四军医大学

二〇〇二年二月

前 言

为适应函授的要求,面向新形势下函授教育发展的需要,根据学校训练部《关于下达函授教材编写任务的通知》要求,编写此教材。

本教材主要参考人民卫生出版社 1998 年出版的高等医药院校选用教材《卫生经济学与卫生经济管理》(魏颖、杜乐勋主编)基础上,结合目前国家和军队卫生体制的改革现状和发展趋势,按照军队卫生管理人才培养的需要和函授教育的特点编写的。主要供具有一定卫勤管理经验的在职军队卫生事业管理专业人员专升本使用,同时也适用于卫生管理本科生和本科生的选修课参考教材以及军队卫勤管理干部的自学与短期培训。

本书共分 12 章,共计 90 学时,其中面授 30 学时,自学 60 学时。第一章绪论,介绍卫生经济学的基本概念、研究对象、研究目的和研究方法,卫生经济学产生和发展过程,我国卫生事业的性质、地位和作用以及卫生经济学研究与卫生改革和发展的关系。第二章卫生服务需求,介绍卫生服务需求的概念、特点,需求定理和需求曲线,卫生服务需求价格弹性、收入弹性和交叉弹性的概念以及影响卫生服务需求的因素,运用卫生经济学的基本原理和方法,对卫生服务需求进行了系统的分析与探讨。第三章卫生服务供给介绍卫生服务供给的定义和特点,供给定理和供给曲线,卫生服务供给价格弹性的定义以及影响卫生服务供给者行为的主要影响因素和当前我国卫生服务供需基本状况和值得注意的问题。第四章市场在卫生服务中的作用介绍市场经济、市场机制的含义及其作用,卫生服务市场的概念和卫生服务市场的特殊性,外部环境对卫生服务市场的影响,卫生服务产品的种类及其特点,卫生服务中市场的作用以及 WTO 的有关规则和加入 WTO 后中国医疗卫生服务部门面临的机遇与挑战。第五章政府在卫生服务领域中的作用介绍市场失灵的含义及其主要内容,政府作用和市场机制的关系,政府在卫生服务中的作用以及政府作用实现手段。第六章卫生筹资和卫生总费用介绍卫生资源的概念,我国卫生资金的主要来源渠道,卫生总费用的含义,我国卫生总费用来源的测算口径,政府预算卫生支出、社会卫生支出和居民个人卫生支出,卫生总费用筹资分析和卫生资金使用效率和使用效益的含义。第七章卫生资源的优化配置介绍卫生资源优化配置的必要性,卫生资源优化配置的方式,卫生资源优化配置的原则,卫生资源配置的评价指标和评价方法,区域卫生规划的概念和必要性,制订区域卫生规划的指导思想和区域卫生规划的实施管理。第八章医疗保险制度介绍医疗保险的模式和支付方式,医疗保险需求和供给理论,医疗保险市场的特点和存在的问题,政府在医疗保险市场中的作用,保险费测算的内容与方法 and 我国医疗保障制度改革现状。第九章卫生经济分析与评价方法介绍卫生经济分析与评价方法的概念,卫生经济分析与评价方法的步骤和卫生经济分析与评价的基本方法。第十章卫生经济政策分析介绍卫生经济政策的概念,卫生经济政策的理论依据,卫生经济政策分析的目标,卫生经济政策的主要措施和卫生经济政策分析的基本方法。第十一章卫生机构的运行机制和政府的卫生经济政策介绍卫生机构的运行机制,卫生机构的改革内容,我国卫生经济政策的发展,我国现行卫生经济政策。第十二章卫生经济管理介绍卫生经济管理的概念,卫生经济管理学的研究目的和意义,卫生经济管理的形式与内容以及卫生经济管理的改革与发展。

本教材的第一章至第七章由金新亮副教授编写，第八章至第十二章由鱼敏教授编写。季林同志担任本教材的责任编辑，承担文字校对等工作。

同时，为了更好的掌握卫生经济学理论知识与专业技能，本教材在编写中，我们根据函授教育自学为主的特点，每章节精选教学内容，增加实例。在每章正文前注明了自学要点，每章正文后布置了思考作业题，书末附有 2 套综合测试题，供复习参考。

由于编者水平和经验有限，望对教材中存在的错误和不足提出宝贵意见。

编 者

二〇〇二年二月

目 录

第一章 绪论	1
第一节 卫生经济学的产生与发展	1
第二节 卫生经济学的研究对象和方法	9
第三节 卫生事业性质、地位和作用	11
第四节 卫生经济学研究与卫生改革	13
第二章 卫生服务需求	16
第一节 卫生服务需求的概念	16
第二节 卫生服务需求弹性	19
第三节 卫生服务需求的影响因素分析	21
第三章 卫生服务供给	25
第一节 卫生服务供给的定义与特点	25
第二节 卫生服务供给弹性及其影响因素	30
第三节 当前我国卫生服务供需基本状况和值得注意的问题	35
第四章 市场在卫生服务中的作用	42
第一节 市场和市场机制	42
第二节 卫生服务的相关市场	44
第三节 卫生服务市场	47
第四节 卫生服务中市场的作用	54
第五节 加入 WTO 后中国医疗卫生服务部门面临的机遇与挑战	58
第五章 政府在卫生服务领域中的作用	64
第一节 政府在卫生服务领域中作用的必要性	64
第二节 政府作用的领域	68
第三节 政府作用实现手段	74
第六章 卫生筹资和卫生总费用	78
第一节 卫生资金筹集	78
第二节 卫生总费用概述	81
第三节 卫生总费用筹资来源	84
第四节 卫生费用的有效利用与控制	88
第七章 卫生资源的优化配置	95
第一节 卫生资源优化配置的必要性	95
第二节 卫生资源优化配置的方式	98
第三节 卫生资源优化配置的原则	100
第四节 卫生资源配置的效益评价	101
第五节 区域卫生规划	105

第八章 医疗保险制度	112
第一节 医疗保险概述	112
第二节 医疗保险需求	117
第三节 医疗保险供给	124
第四节 医疗保险市场及存在的问题	126
第五节 政府在医疗保险市场中的作用	129
第六节 保险费测算	131
第七节 我国医疗保障制度的改革	134
第九章 卫生经济分析与评价方法	140
第一节 基本概念与基本步骤	140
第二节 卫生经济分析与评价的基本方法	142
第十章 卫生经济政策分析	154
第一节 经济政策概述	154
第二节 卫生经济政策	158
第三节 政策分析基本范畴与方法	166
第十一章 卫生机构的运行机制和政府的卫生经济政策	171
第一节 卫生机构的运行机制	171
第二节 改革卫生机构运行机制	173
第三节 我国卫生经济政策的回顾	174
第四节 卫生经济政策的完善	179
第十二章 卫生经济管理	185
第一节 卫生经济管理的概念	185
第二节 卫生经济管理学的研究目的和意义	187
第三节 卫生经济管理的形式与内容	189
第四节 卫生经济管理改革与发展	197
卫生经济学试题	201

第一章 绪 论

自学要点：1. 卫生经济学的基本概念、研究对象、研究目的和研究方法；

2. 卫生经济学产生和发展过程；

3. 卫生事业的性质、地位和作用；

4. 卫生经济学研究与卫生改革和发展的关系。

卫生经济学是一门新兴的经济科学。它以经济学和管理学的理论与方法为依据，着重研究医疗卫生服务过程中所发生的各种经济关系和经济活动，探索卫生经济运行的特点和规律，以达到经济合理地利用有限的卫生资源，满足人们日益增长的医疗卫生服务需要的目的。

卫生经济学的产生和发展是卫生服务社会化发展的必然结果。卫生发展是经济与社会发展的重要组成部分，它与经济发展有密切的关系。而且，卫生服务过程本身也存在着许多经济活动与经济关系。因此，必须认真研究卫生服务过程的经济问题，才能正确地引导和促进卫生改革与发展。

第一节 卫生经济学的产生与发展

一、外国卫生经济学的产生与发展

（一）卫生经济学产生前的卫生经济思想

17 世纪中叶，英国古典经济学家威廉·配第（Petty William 1623—1687）和 19 世纪英国的爱德文·查特维克（Edwin Chadwick）被称为卫生经济研究的先驱者。

威廉·配第是著名的经济学家和统计学家，他试图计量人的生命价值。他认为，评价一个人的生命价值应根据这个人生产的贡献。在这种思想指导下，他计算拯救生命的支出，并认为这些支出是一种很好的投资，因为效益大于成本。爱德文·查特维克是英国边沁主义和功利主义的信徒。他在 19 世纪前半叶对公共卫生法案有影响。他说，在艺术家眼里，人类是美的源泉；在生理学家眼里，人类只是一个物质的有机体或生物；因此，经济学家在发展经济学的时候，将人类看成是资本的投资，是对生产力的投资。查特维克认为，改善卫生条件是一项很好的投资，所预防的疾病带来的效益大于建设医院来治疗这些疾病所带来的效益。以后，又有不少人谈到卫生的经济问题，如威廉·法尔（William Farr），欧文·费雪儿，达米林等。威廉·法尔在统计学会杂志（1853 年）以及他以后关于生命统计的著作中（1885 年），计算了人的生命的经济价值。并运用他对人的生命价值的估计处理公共政策问题，包括税收政策以及卫生计划。

上述关于人的生命经济价值的思想（现在被称为人力资本理论），在 20 世纪 50 年代以前，并没有成为经济理论的主流，没有引起人们足够的重视。研究卫生领域经济问题的人，

将他们研究的题目称为医疗经济学，其内容主要包括搜集关于医院财务、效率和保险，以及医疗服务企业化的问题。但是，这些研究与卫生经济学关系不大，不需要经济理论来解释所观察的现象，还未形成独立的卫生经济学。

（二）卫生经济学的产生与发展

1. 历史的回顾

大多数当代卫生经济学家认为，卫生经济学作为经济学的一个分支而产生和发展，是20世纪50年代（美国）和60年代（英国）的事情。当时，有不少专业的经济学家开始应用经济学的原理与方法研究卫生领域的经济问题。

50年代美国对卫生经济学的研究，可以从1951年美国经济学会说起。当时，有六篇文章讨论卫生经济学问题。更重要的是，这些论文的作者，如金兹贝格（Ginzberg），哥德曼（F. Goldman），克拉曼（H. E. Klarman），哈里斯（S. Harris），库尔普（C. A. Kulp），罗森贝格（J. Rosenberg）等后来发展为美国第一代卫生经济学家。著名瑞典学派代表人物之一、制度经济学家、诺贝尔经济学奖获得者缪尔达尔（Myrdal · G）被一些人推崇为研究健康在经济上的重要性的第一位经济学家。他在《世界卫生组织记事》上发表《卫生经济问题》一文，被称为是卫生经济学的经典文献之一。

60年代，卫生经济学有十分显著的发展。1962年和1968年，美国先后两次召开卫生经济学专业的学术讨论会；1968年6月，世界卫生组织主持在莫斯科召开了第一次世界性的卫生经济学讨论会，发表了题为《健康与疾病的经济学》的会议纪要。这三次会议，使得卫生经济学作为一门独立的学科登上了学术论坛，标志着卫生经济学的形成。

英国卫生经济学家艾贝尔·史密斯（Abel Smith）从60年代开始在世界卫生组织的支持下从事卫生部门筹资与支出，即卫生费用研究。他首先从经济上明确卫生费用的定义，将卫生费用划分为投资性费用和经常性费用，又按照费用的来源将卫生费用划分为直接支付部分和间接支付部分。其次，他还从医学上划分卫生费用，将卫生费用划分为医疗费用、公共卫生费用、培养费用和研究费用。艾贝尔·史密斯对33个国家的卫生费用进行了比较分析。世界卫生组织《公共卫生报告》1963年第17期和1967年第32期报道了他的研究成果。

美国卫生经济学家赖斯（D. P. Rice）在60年代发表了两篇里程碑式的代表作。1966年发表的《计算疾病成本》，以后1967年与库博（B. Cooper）合写的《人类生命的经济价值》，这两篇著作系统地总结了计算疾病经济负担的人力资本计算方法。

70年代以后，卫生经济学有了进一步的发展。1973年7月，世界卫生组织在日内瓦召开国际卫生经济学讨论会；1975年6月，在美籍华人经济学教授胡德威主持下，召开了国际卫生费用与支出学术讨论会。1980年9月，在荷兰的阿姆斯特丹市，又举行了一次世界规模的卫生经济学讨论会。最近一次世界卫生经济学会年会于1996年5月于加拿大温哥华举行，中国卫生经济学会组团参加了大会。

2. 主要研究领域

在卫生经济研究的初期，卫生经济研究讨论的中心是政治性的。有人试图证明医疗市场的优越性。几十年的辩论几乎毫无结果，社会化的卫生保健制度与自由市场的卫生保健制度在西方各个国家继续同时存在。现在，经济问题突出起来，不论是社会化的卫生保健制度，还是自由市场的卫生保健制度，都存在资金短缺和效率不高的问题，也都存在效率

与公平的矛盾。一方面，卫生资源的可供量十分有限，医疗技术可行性和医疗资金可供量之间的鸿沟不断加宽，成为卫生工作必须解决的问题，成为卫生经济学得以迅速发展的土壤。

但是，在 60 年代，卫生经济学家主要从事数据的收集与整理，特别是费用数据的研究。很少从事治疗效果的经济研究。70 年代开始，卫生经济研究方法有了新的进展，用系统方法将投入与产出，资源与效益联系起来进行研究。到了 80 年代，卫生经济学的讨论进一步深化，认识到，没有一个卫生保健制度能向人民提供在医疗技术上可能提供的一切东西。展望今后卫生经济学的发展前景，许多学者认为，应着重研究下列 7 个领域：

(1) 卫生费用的发展趋势。市场经济国家卫生经济学认为，世界范围最大的卫生经济问题，是地区之间、各个阶层之间卫生费用的显著差异，它反映世界各国人民在接受卫生服务上存在十分严重的不公平现象。一方面，在发达国家，国民生产总值愈多，用于卫生服务的比重也愈高；在发展中国家，国民生产总值愈少，其中用于卫生服务的比例也愈低。另一方面，就是在贫困的发展中国家，城市少数人享受高级的卫生保健，其水平不亚于发达国家，而广大农村的卫生费用几乎等于零。这种不合理的资源分配能不能改变？卫生经济学者呼吁，不要只限于揭露不公平的事实，而应该从理论到方法找到解决不公平现象的办法。有人认为，这是卫生经济学面临的巨大挑战。

(2) 卫生保健制度。卫生经济学的研究认为，卫生保健制度的差异似乎对卫生服务质量的改善不起决定作用。总的说来，国家卫生服务制，全国健康保险制，社会健康保险制以及私人健康保险制均各有利有弊。但是，这绝不等于说，卫生经济学在深入分析不同制度的相对效果上没有工作可做。例如，梅纳特 (Maynard) 和洛伯洛克 (Ludbrook) 在 1981 年对欧洲各国不同制度进行研究，结果提示，荷兰的私人健康保险搞的不错。后来，魏尔 (Ware) 等 (1986 年) 在美国进行的研究提示，按服务项目支付费用能对穷人提供较好的服务，似乎比不断浮动收费率的预付卫生保健制度好。美国兰德公司经济学家纽豪斯 (Newhouse) 的健康保险实验证明，个人负担部分费用对病人就医行为没有显著影响；哈佛大学的肖庆伦博士 (美籍华人) 为政府制订医师付费标准，并认为按服务项目付费制要优于对医师实行按诊断分类付费的办法 (DRGs)。从理论上说，美国的健康维护组织 (HMO) 可以避免不必要的治疗，可以加强预防保健，但魏尔发现，上述结论并不一定合乎实际。他认为，按卫生问题付费是最好办法。但有人提出 HMO 病人的费用水平比按服务项目付费的病人费用水平低 40%。总之，卫生经济学应该为建立经济有效的卫生保健制度作出贡献。

(3) 内部市场。西方经济学家认为，只有两种分配资源的方法：一个是通过市场；一个是通过政府。据说，通过政府分配资源比较公平，但有两个缺点：第一，它使个人缺乏创造更多财富的积极性；第二，效率差，因为没有利润这个效率指标，很难判定什么是有效的工作，什么是无效的工作。其实，公平是相对的，但是，有可能相对地减少人与人之间的差别。问题在于，在减少人与人之间差别的时候，不要把个人争取更大成就的经济刺激也消除了。上述公平与效率的冲突，在卫生经济学领域十分突出。到目前为止，西方卫生经济学家提出的最好处方是，在政府主管的制度下，建立“内部市场”。这就是一个把市场上存在的对效率的刺激，移植到一个不取决于个人支付能力的医疗保健市场中来。就是说利用所谓模拟项目承包合同制度，去支付服务费用，尽可能与群众的需要相符合，用

承包合同“购买”所需要的东西，好象发生市场交换行为一样。这也有许多困难要克服，克服这些困难是经济学家的责任。

其次是美国实行的 HMO。这种形式需要进一步改进。另外英国将医疗保健的购买力委托初级保健全科医师来掌握，利用竞争和规章制度来确保资源的合理使用。

(4) 健康效益的衡量。在 70 年代以前，卫生保健效益的衡量主要只限于对期望寿命的分析和死因顺位的分析。其他效益的衡量方法，比如说，手术次数，入院人数，实际上是对活动的衡量，并非对健康本身的衡量。因为，没有人因为一次患病做数次手术而兴高彩烈。

因此，80 年代以来，出现了衡量医疗效益的新方法。它不仅研究生存，而且研究生活的质量。有两种方法，第一个称为“健康概况”(health profile)，它衡量病人健康水平的办法是评价下列参数：疼痛、精力、睡眠和疾病。第二个方法称为“健康指数”，这个方法规定一系列“健康状况”，并给每一状况一个相对分数。

(5) 关于基本理论。前面主要讨论一些比较具体的问题，现在讨论比较抽象的理论问题。特别是关于标准的经济学概念“需求”与模糊的社会学概念“需要”之间的关系问题。需求(demand)是由个人支付能力和支付意愿决定的。不同商品与劳务，上述两个因素的影响是不同的。对一般商品如面包，主要取决于支付意愿，但对于奢侈品如项链，则支付能力起决定作用。卫生保健的需求也受支付能力和支付意愿的影响。但目前在西方发达国家，人们强调说，支付能力不应该成为个人获得卫生保健的障碍。

但是，一旦卫生保健服务处于零价格下，西方标准的经济学理论就失效了。需求不再是资源分配的尺度，需要成为比需求更重要的概念。但是，从经济上研究需要的确更加困难。如果有更好的食物，没有人需要黑面包。因此，西方卫生经济学面临着研究什么是“需要”的决定因素的难题。要给需要程度确定价值，还要研究人的价值，以及个人自由的价值。

现在，一个新的理论转变开始发生。在 70 年代，西方卫生经济学认为医生是医疗需要的决策人，现在则有了新的认识。西方卫生经济学家认为，病人自己最了解自己的实际需要、最需要的治疗方式。可能这种治疗方式从医学观点看并不一定是最好的方式。因此，现在有人主张，在今后，卫生经济学研究的目标必须取决于病人自己认识的健康的优化，而不应该考虑医师认为什么是病人最好的治疗方式。这就是西方经济学所谓的消费者主权原则——经济学的基础。这个理论对于权威性的医疗专业来说，是很难被认识、被接受的。当然，卫生经济学的个人消费者主权，还应有社区消费者主权(区域卫生规划)。这些都是西方卫生经济学面对的困难的哲学问题，是今后卫生经济学发展中无法避免的。

(6) 经济学与医学的结合。西方卫生经济学家认为，卫生经济研究的一个重要课题是更加密切地加强与医师的合作。例如，在衡量生活质量时，某些医师已经深深地卷入卫生经济研究。有资料表明，通过健康访问调查客观地衡量病人自己感受到的健康状况(认识到的需要)，已经成为许多医务人员接受的概念。但是，合理分配资源的思想尚有一些医师不能接受。他们认为自己的医德责任要求他们对病人进行最好的治疗而不问其资源消费水平。尽管如此，也有资料表明，某些医疗专业的负责人已经有所认识。认识到医疗技术的可能性和资源的实际可供量之间的差距正在扩大。如何最好地分配资源，在什么情况下应该对病人进行治疗，与其说取决于医疗技术，不如说应该取决于经济可能性。如何使医务

人员认识到正确经济原则对于医疗服务的重要价值，还有许多工作要做。

(7) 卫生经济学的展望。西方卫生经济学的发展不到 50 年。在 50 年间，卫生经济学研究的队伍迅速增加。仅就英国而言，目前有 100 多名卫生经济学家。英国只有 5 000 万人口，按此比例计算，我国 12 亿人口该有 2 400 名卫生经济学专业人员。尽管如此，正如英国卫生经济学家艾贝尔·史密斯所说的，卫生经济学研究要进一步向人们证明自己的价值。许多西方卫生经济学家认为，在今后数 10 年，卫生经济学将在改善国际卫生保健的效果方面起重大作用。但卫生经济学家有责任向政治家和医师证明这一点，使卫生经济学专业为更广泛的各界人士所承认。

二、中国卫生经济学的产生与发展

中国卫生经济学的产生与发展大体经历了三个阶段。

(一) 孕育与诞生阶段

新中国成立后，卫生部门的经济工作者对卫生领域的经济问题，进行了认真的探索。但卫生经济学作为一门学科出现在卫生领域却只有二十几年的历史。

在党的十一届三中全会精神的指导下，卫生系统深入开展“实践是检验真理唯一标准”的讨论。1979 年元旦，当时的卫生部长钱信忠根据党的十一届三中全会精神对新华社记者发表了卫生部门也要按经济规律办事的讲话，提出了运用经济手段管理卫生事业的课题。同年 3 月，卫生部总结推广了黑龙江省延寿县药品管理改革，吉林省德惠县科室核算等经验。卫生部、财政部和劳动部联合发出“关于加强医院经济管理试点工作的通知”。同年 7 月，卫生部确定开展“五定”（定任务、床位、编制、业务技术指标、经费补助），使医院经济管理的内容扩展到定额管理、经济核算、考核奖惩等三方面。

为了推动医院经济管理工作，卫生系统开始研究医院经济管理的理论与方法，着重探讨医院经济管理的必要性，内容以及如何评价医疗技术经济效果，如何开展以花钱省、治好病为目标的技术经济责任制的问题。1980 年初，开展了对医疗成本和收费标准的研究与测算，发现在医院各领域，价值规律的作用不可忽视，发现医院亏本经营、恶性循环是广大人民群众看病难、住院难的重要原因。但是，按照传统观念，医院是消费性的福利事业单位，医院职工的劳动是非生产性劳动，不创造价值。甚至认为医院是上层建筑而不是生产力。实践证明，如果不更新观念，医院经济管理很难深入下去。是从教科书的条条出发，还是从实践出发，经济理论面临挑战。总之，医院的经济管理孕育了中国卫生经济学的产生。

1980 年 9 月，为了研究与解决医院经济管理当中提出的理论与实践问题，卫生部召开了一次医院经济管理座谈会，代表们就医院经济管理的重要性、指导原则和实施办法展开了热烈的讨论，涉及到医务人员的劳动是不是创造价值的生产劳动，医务人员的劳动是否应该合理补偿，如何才能合理补偿，如何正确认识医疗效果与经济效果之间的关系，如何正确认识卫生事业的福利性等卫生经济的基本理论问题。讨论当中代表们借鉴西方市场经济国家的卫生经济学，在会议的总结中，钱信忠部长指出“单纯依靠医院的经济管理解决不了卫生事业的经济问题”，围绕上述问题一场有重大实践意义的学术大讨论在我国卫生系统展开。在卫生部的指导下，1981 年 1 月在武汉市召开了医院经济管理理论研究座谈会。1981 年 9 月，在牡丹江市召开了“全国卫生经济学和医院经济管理学术讨论会”。会后，成立了中国卫生经济研究会筹委会，并决定筹办《卫生经济》杂志。经过一年的筹备，1983

年中国卫生经济研究会成立大会和第一届年会在广州召开，成立了中国卫生经济研究会（后改为中国卫生经济学会），这标志着中国卫生经济学的诞生。

（二）初步发展阶段

中国卫生经济研究经过了初步发展。在理论研究方面，讨论了医务人员劳动性质以及合理补偿的必要性与途径问题；卫生事业性质以及宏观发展战略方针与微观经营方针问题；卫生工作社会效益与经济效益关系以及卫生工作效益综合评价原则问题。为了提高研究的水平和扩大研究成果的社会影响，卫生部在北京举办高层次卫生经济研讨会，国内知名专家许涤新、钱俊瑞参加了研讨。这使卫生经济在上述重大理论问题上有了相对统一的认识。

首先，大多数研究承认了医务人员的劳动具有生产性质，或者说是一种对人类发展有效益的劳动，参与价值的形成与价值的分配。因此，为了使卫生事业继续进行和扩大发展，医务人员消耗的社会劳动必须合理补偿，这就为卫生事业实行多渠道、多形式筹集发展卫生事业的资金提供了理论根据。

其次，许多研究报告热烈讨论了卫生事业的性质，肯定了卫生事业的性质取决于卫生事业在经济与社会发展中的地位与作用，卫生事业是社会保障系统的有机组成部分。所以，政府应该对卫生事业实行一定的福利政策，卫生事业是公益事业。但它不是一般的公益事业，而是需要政府实行一定福利政策的公益事业。卫生事业性质的讨论明确了政府财政仍然是卫生筹资的主要渠道，同时明确了多渠道、多形式筹集资金的必然性和重要性，明确了卫生事业的发展不仅要坚持社会效益，也要讲究经济效益。社会效益是卫生发展的目标，经济效益是实现目标的手段。卫生事业性质的讨论为制订宏观卫生发展战略和微观营运方针提供了理论依据。在政策研究方面，更新了观念，开阔了思路，其效果体现与落实在政策上。卫生工作必须以社会效益为准则，卫生事业是社会公益事业。在宏观政策上，卫生工作必须坚持预防为主，依靠科技进步，动员全社会参与，中西医并重，为人民健康服务，把卫生工作重点放到农村的战略方针。在微观营运上，则应主动适应改革开放的经济环境，坚持社会效益与经济效益统一的原则，把外延扩大与增加卫生投入和内涵挖潜，提高卫生工作效益结合起来，把救死扶伤，发扬革命人道主义精神与切实贯彻多劳多得原则、改善医务人员物质生活待遇、实现医务人员劳动价值结合起来。政策研究落实在计划上。我国卫生发展的“八五”计划，可以说是十年卫生经济研究成果转化为政府决策的范例。它改变了以往以卫生资源自身发展为目标计划模式，实行以人民健康发展即卫生工作社会效益为发展目标的新模式。在实现计划目标的政策与措施的选择上，贯彻了成本有效性原则，注意成本效益评价，坚持预防为主，贯彻内涵挖潜与外延扩大相结合的方针。政策研究的结果落实在卫生筹资上，首先，我们继续努力用多种方式开发领导层，争取政府增加对卫生的投入；与此同时，从实行“两种收费制度”开始，逐步调整医疗收费价格，在充分考虑企业和个人经济承受能力的前提下，收费价格的调整采取小步走、不停步的策略。同时，有选择地实行卫生防疫与妇幼保健的有偿服务收费制度，以及各种形式的保偿制。职工医疗制度改革的研究，农民合作医疗与保险的研究也取得了一定的进展。政策研究的结果落实在区域卫生发展研究和综合效益评价上。区域卫生发展与综合效益评价的研究在如何调整资源配置结构上进行了十分有益的探索。总之，20多年来，卫生经济从理论研究向应用性政策研究迈出了可喜的一步。与此同时，也暴露了卫生经济研究队伍的一些不足与弱点。卫生经济学是一门应用经济科学，从理论研究向应用性政策研究，对我们这支年轻的学术

队伍提出了更高要求。不仅需要有坚实的理论基础，还需要充实许多周边的相关知识和技能。要脚踏实地地深入基层调查研究，向社会学习，向群众学习，向国内外一切有学问有实践经验的专家、学者求教。只有这样，卫生经济学这门新兴的应用经济学科，才能牢固地建立起来，对卫生改革与发展发挥更大的作用。

（三）深入发展阶段

1992 年春天，邓小平同志南巡讲话发表。接着中共中央第十四次代表大会把建立社会主义市场经济体制确立为我国经济改革的目标，卫生事业的改革与发展也要主动适应社会主义市场经济。在社会主义市场经济的大环境中，卫生改革与发展应该沿着什么方向前进，卫生事业在市场经济大环境中将处于什么样的地位，发挥什么样的作用，市场经济的宏观环境给卫生改革与发展提供了什么机遇，提出了什么新的挑战？这些重大理论与政策问题把卫生经济研究推向了一个新的阶段。

新阶段卫生经济研究的第一个特点，是各级卫生行政牵头组织纵向与横向协作，进行了各种形式的调查研究，就市场经济与卫生改革进行了全方位的多学科协作的课题研究，例如卫生防疫发展战略的研究、卫生人力发展研究、卫生服务总调查、卫生发展纲要的研究、农村合作医疗与保险的研究、职工医疗制度改革的研究，取得了十分可喜的进展。

新阶段卫生经济研究的第二个特点是世界银行经济发展学院与中国卫生部共同发起成立了“中国卫生经济培训与研究网络”。1991 年 6 月，卫生部与世界银行经济发展学院签定联合公报，成立了“中国卫生经济培训与研究网络”。该“网络”是世界银行在中国建立的四个培训网络之一。在卫生部的领导下，由卫生部卫生经济研究所及北京、上海、同济、华西、西安、哈尔滨、大连、山东、湖南等九所医科大学从事卫生经济研究与教学的人员组成。其宗旨是为加速我国卫生改革和发展，培训我国高层次卫生管理干部和中层计划财务管理干部，使他们能在当前经济转折时期，更新观念，适应市场经济的发展，转变自己工作的职能；积极开展卫生经济方面的研究，为我国卫生行政部门制定卫生经济政策提供科学的依据。使我国卫生经济的发展走上了一个新的阶段。

10 年来，“中国卫生经济培训与研究网络”先后在北京、成都及南昌等地举办了高层管理干部研讨会，讨论主题涉及卫生资源的筹集和利用；农村卫生资源筹集；中国卫生经济理论与政策。邀请了世界银行官员及国内外著名经济学及卫生经济学家共同切磋讨论。1994 年 9 月，“网络”又协助中国卫生经济学会举办“海峡两岸卫生经济学术研讨会”，交流两岸卫生体制及健康保险改革方面的经验。卫生经济学从无到有，研究队伍从小到大，研究领域从狭窄逐步拓宽，研究水平逐步由浅入深。在以下十大领域取得重大进展：

1. 关于我国卫生事业的性质。首先，卫生经济研究明确了卫生事业的一般经济性质。卫生服务具有生产性质。卫生人员的劳动是生产劳动，卫生行业属于第三产业，卫生服务是对人力资源的投资，不仅是健康投资，对经济建设有贡献，而且是健康发展，对人类生命质量的提高有贡献。第二，卫生经济研究明确了卫生事业在市场经济中的特殊生产性质。大多数卫生服务是公共产品或劳务，是具有外部作用的公益性产品或劳务。卫生事业属于社会公益事业。政府对社会公益事业负有不容推卸的责任，政府通过在卫生事业实行一定的福利政策来承担起它对人民应尽的责任。

2. 关于卫生事业的地位与作用。中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定指出：人人享有卫生保健，全民族健康素质的不断提高，是社会主义现代化建设的重要目标，是

人民生活质量改善的重要标志，是社会主义精神文明建设的重要内容，是经济和社会持续发展的重要保障。这段话，从理论上归纳概括了卫生事业的地位与作用。卫生经济研究对于上述理论概括的形成发挥了重要作用。

3. 关于卫生事业的市场环境与政府作用。卫生经济学界对于市场经济大环境下卫生事业的发展规律进行了深入的探讨。普遍认为，卫生事业的发展要与市场经济的发展相适应。与此同时，也清醒地认识到，单纯依靠市场机制不能实现卫生资源的合理配置，必须在有效发挥市场机制积极作用的同时，充分发挥政府对卫生资源合理配置的宏观调控作用。利用卫生经济政策和经济杠杆，有效发挥市场机制积极作用，限制与克服市场机制的消极作用。

4. 关于健康保障制度的建设。经过改革开放以来二十几年的探索，从理论上已经明确，中国城乡健康保障制度的建设，要从中国具体国情出发，广泛借鉴与参考各国成功的经验和失败的教训，努力走出一条既符合市场经济一般规律，又符合中国具体国情的中国健康保障制度建设的新道路。城市职工医疗保险制度的改革，在筹资上采取社会统筹与职工个人账户相结合的办法；在支付方式上，要逐步改变目前实行的按服务项目付费的办法，实行各种形式的预付制。乡村农民的医疗保障，要继续完善与推广各种形式的具有互助合作性质的医疗保障制度，在鼓励农民互助合作的同时，政府应该筹集一定资金，解决乡村贫民的卫生筹资问题。

5. 关于区域卫生发展规划的理论与实践。卫生经济研究从理论到实践论证了在市场经济条件下政府对卫生发展实行有计划的宏观指导和调控的必要性，以及在卫生领域市场失灵的环境下对卫生发展实行有计划的宏观指导和调控的基本卫生经济政策——制订与实施区域卫生发展规划的问题，进行了大规模的现场研究，解决了方向道路和指导原则。

6. 关于市场经济条件下宏观卫生资金运动的研究。对市场经济条件下宏观卫生资金运动规律性的研究，与政府卫生资金筹集、分配与使用的经济政策的制订、实施与评价有十分密切的关系。近年来，卫生部卫生经济培训与研究网络多次举行国际国内高层卫生筹资研讨会，帮助世界银行对我国卫生筹资进行系统研究，与国际卫生政策项目、国际儿童基金会、哈佛大学合作开展中国农村贫困地区卫生筹资与组织的研究。

7. 关于卫生总费用。中国卫生总费用的研究近年来取得了很大进展，一个与国际卫生费用核算体系逐步接轨的中国卫生总费用核算体系开始形成。卫生总费用数据信息的分析评价已经对政府卫生经济政策的制订与评价，特别是卫生筹资政策的制订与评价发挥重要作用。卫生总费用指标已经写入中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定。

8. 关于政府职能的转变。从计划经济向市场经济转变，客观上要求政府职能发生相应的转变。政府从企业的绝对管理者，转变为企业的相对管理者，只管宏观调控与协调服务，不管微观操作和运行；从企业最大的老板，转变为企业最大的顾客。在卫生领域，由于卫生服务的公益性，由于卫生领域市场功能失灵，政府仍需从供方支持卫生服务提供者，尤其是在体制转变时期；但政府财政支持的重点要逐步从对卫生服务提供者实施供方财政支持为主，转变为对卫生服务提供者实施需方财政支持为主。

9. 关于卫生服务提供者的行为规范。在市场经济条件下，卫生服务提供者组织与企业不同，它们中间的大多数是非营利组织，经营目的不是利润，而是为人民健康服务。医生需有政府颁发的行医证书。为了利用市场机制，提高卫生服务提供者的效率和积极性，政

府应给予卫生服务提供者自主经营的权利，并通过政府财政从供需双方对卫生服务提供者投入时所采用的支付方式去调控和规范卫生服务提供者的行为。

10. 卫生经济学科建设和队伍建设。经过 20 多年的努力，中国卫生经济学的学科建设和队伍建设都有很大进展。许多高等医学院校组建了卫生经济学教研室，已有数百名卫生经济学专职教师；卫生部卫生经济研究所已有近 20 名专职的研究人员。从学术梯队看，已有几十名获得相当学术成就的著名教授；中青年教师中，有 1/2 以上在国内外获得学位，有些中青年教师正在国内外攻读博士学位。卫生部通过卫生经济网络将这些教学研究人员组织起来，发挥了团队优势，在卫生政策研究与教学中发挥了很大作用。卫生部利用卫生经济学会和各种形式的协作组，开展群众性的卫生经济研究，发挥了更大的作用。现在我们有数以千计的学术论文在国内外杂志上发表，有许多卫生经济研究成果获奖。出版了许多教材和专著。卫生经济研究队伍的显著特点和优点，就是学术研究与实践紧密结合，逐步从仅仅解释现行政策，到为政府制订、实施与评价政策和规划提供理论与方法学的根据，发挥学术对实践的指导作用。

卫生经济学在我国还是一门比较年轻的学科。邓小平同志关于建设有中国特色社会主义的理论和《中共中央关于建立社会主义市场经济体制若干问题的决定》为社会主义市场经济体制制订了总体框架，也为我国卫生经济学的发展和研究指出了明确方向。中共第十五次代表大会的报告确立了邓小平理论的历史地位和指导意义，我们应该认真学习，适应市场经济的新形势，为发展具有中国特色的卫生经济学而努力，

第二节 卫生经济学的研究对象和方法

一、卫生经济学的研究对象和任务

卫生经济学研究卫生系统在提供卫生服务时发生的经济关系和经济活动。卫生经济学的任务，就是揭示上述经济关系和经济活动的规律，以便最优地筹集、开发、分配和使用卫生资源，达到提高卫生经济效益和社会效益的目的。

首先，卫生经济学研究卫生资源的开发。卫生资源指的是提供卫生服务时使用的各种经济资源。包括人力资源、物质资源以及信息资源。卫生资源的开发，不仅需要卫生部门广大职工的共同努力，而且反映社会经济发展对卫生系统的积极影响。寻找和扩大开发卫生资源的途径、研究如何合理组织卫生资源的开发过程，是卫生经济学的一个重要课题。由于卫生事业是劳动密集行业 and 智力密集行业，因此，卫生人力资源的开发，是卫生经济研究的一个重要课题。此外，卫生技术的开发、卫生设施的建设，卫生信息的收集、整理、开发、利用，也是卫生资源开发的重要领域。

第二，卫生经济学研究卫生资源的筹集和合理分配。卫生资源的筹集和分配是否合理；对于发挥这些资源的作用影响很大。在一定的社会经济条件下，可供卫生服务使用的资源是有限的。有限的卫生资源怎样分配、分配多少？卫生工作有很多不同的目标，在不同目标之间如何分配？实现同一个卫生目标有许多不同的方法和措施，在不同方法与措施之间如何分配？什么分配制度是合理的，怎样分配才能做到既有效率又公平合理？等等。

第三，卫生经济学研究卫生资源的最优使用。这就是说，要研究如何才能充分发挥现有卫生资源的效率，发挥它的潜力，使人尽其才，物尽其用。只有正确处理国家、集体与

个人之间的经济利益关系，协调卫生服务需要、需求与卫生资源供给之间的关系，认真开展区域卫生规划和卫生机构经济核算，才能提高卫生工作的效率、卫生保健效果和社会经济效益。

第四，卫生经济学研究卫生资源使用的目的。卫生资源的使用过程也就是卫生服务过程。但是，卫生服务本身，并不是使用卫生资源的最终目的。卫生工作的最终目的是为了保护人民的健康，是为了使人民的健康得到尽可能充分的发展。因此，我们不能简单地根据卫生服务的数量和质量来评价卫生工作的效果与效益。卫生服务是健康投资，它的效益，要由人民健康水平的提高，社会经济的发展，人民福利的满足来评价与衡量。如何正确评价与衡量卫生工作的效益，是卫生经济学研究的重要课题。

第五，卫生经济学研究与卫生工作、人民健康密切相关的经济活动。卫生这个词，在这里有两重意义。一方面是指健康，另一方面泛指卫生服务，卫生条件。社会生活当中，有不少活动，虽然不是卫生服务，但是，他们可以扩大、增强、维持卫生服务的影响，也可以缩小、妨碍卫生服务的影响。可以增进，也可以损害人民的健康。因此，认真研究与卫生有关的经济活动，是卫生工作的重要任务。从卫生工作的角度来研究这些经济活动的规律，就成为卫生经济学十分重要的研究题目。

总之，卫生经济学不仅仅是研究卫生服务的经济学，它还是研究健康与疾病的经济学。它不仅仅只局限于研究卫生部门内部的经济问题，而且要运用系统方法认真研究社会与经济生活的宏观环境对卫生服务，对人民健康的影响，进而研究卫生服务系统对人民健康的影响，特别是通过对人民健康的影响，进而研究卫生服务系统对宏观的社会经济生活所发挥的影响。

因此，卫生经济学不仅仅是一门部门经济学，它还是一门边缘经济学。从一定意义上说，卫生经济学主要是一门边缘经济学，它要求我们在研究与卫生服务相关的各种经济问题时，时刻都要使自己站在整个社会、整个经济发展的高度，把增进健康和防治疾病的社会效益当作卫生经济学研究工作的准则。

二、卫生经济学的研究方法

唯物辩证法是卫生经济学方法论的基础。唯物辩证法在卫生经济学研究过程中的具体运用，是通过抽象法、矛盾分析法、以及系统分析法实现的。

抽象法就是从现象到本质，又用本质来说明现象的方法。这种方法实质上就是排除次要矛盾因素的干扰，找出规律，形成经济范畴，并用经济范畴说明具体现象。所以，科学的抽象方法包括互相联系的两个方面：一方面是从具体到抽象，从现象到本质；另一方面是从抽象到具体，从本质到现象。前者是研究问题的方法，后者是叙述问题的方法。

卫生经济学的研究对象是卫生服务过程中发生的经济关系与经济活动。这类复杂的社会经济活动，是几乎不可能利用实验设计等人工条件，使对象处于不受干扰的地方，在纯粹形态下进行研究的。正如马克思所述：“分析经济形式，既不能用显微镜，也不能用化学试剂。二者都必须用抽象力来代替”。（《资本论》《马克思恩格斯全集》，第23卷，第8页）。因此，为了更有效地发展卫生经济学，必须善于运用抽象方法。

矛盾分析法就是运用对立统一规律分析社会经济现象的方法。对立统一规律是唯物辩证法的核心。它反映着一切事物的内在联系和发展变化的根本原因，是世界一切事物运动的普遍规律。卫生经济学所研究的经济关系与经济活动，有其固有的内在矛盾，这就是卫

生资源利用与卫生保健制度之间的矛盾。

唯物辩证法告诉我们，世界的各种现象不是彼此孤立地存在的，而是互相制约、互相联系着的整体。因此，我们对卫生经济现象的研究，也不能孤立地考察，而必须把他们与周围各种现象联系起来进行考察。卫生系统，要作为整个社会经济系统的一个环节来加以考察与研究。这就是说，在研究卫生经济问题时，要运用系统分析的方法，从内外环境的相互联系中去研究卫生系统，研究卫生服务与健康，经济发展之间的相互关系。

运用系统分析的方法研究卫生经济问题，常常采用下列具体方法：

第一，投入产出分析。投入，反映环境对系统的作用；产出反映系统对环境的作用。投入产出分析方法分析环境与系统的相互作用，寻找其中的数量关系与发展趋势，研究其合理性和规律性。使用的方法主要是卫生经济评价方法，计量经济分析方法。

第二，需要、需求与供给分析。通过健康访问调查，研究居民对卫生服务的需要，有支付能力的需求，预测与计算卫生资源的需要量；通过对卫生资源的现状分析和对开发卫生资源的潜力的研究，预测和计算卫生资源可供量；然后，以卫生资源的利用效率为中间环节将卫生资源需要量与可供量联系到一起，求得动态平衡。这是卫生计划与管理的基本方法。例如，微观经济学需求与供给分析，计量经济分析，以及宏观经济学关于总需求总供给平衡的研究。

第三节 卫生事业性质、地位和作用

一、卫生服务性质

（一）卫生服务的社会经济性质

社会经济活动是人类的基本活动，它包括生产、交换、分配和消费等各个环节，在市场经济条件下，市场行为既包括商品的交换活动，也包括劳务的交换活动。卫生服务属于专业服务领域，它提供的是一种特殊的专业服务，它是掌握现代公共卫生科学与医学知识的专业人员，运用各种公共卫生与医疗技术和医疗器械，以保护人民的健康为宗旨的劳务生产活动。卫生服务既然是劳务活动，就必然会有经济性质。

我国统计标准把卫生事业列为第三产业的第三层次，即属于提高科学文化水平和居民素质的产业部门，更具体讲，是属于提高居民素质的行业。卫生事业的产业性质，是生产社会化和社会分工的必然结果，是经济发展的客观要求，也是卫生服务的劳动性质决定的。随着国民经济的发展和人民生活水平的不断提高，对卫生劳务的需要将进一步增长。

（二）卫生服务的生产劳动性质

卫生部门是劳务生产领域的一个特殊部门。卫生劳动以劳务生产为主，同时兼有精神生产和物质生产的许多特征。在卫生机构中，劳动者主要是利用医院、病床、药品及物理的、化学的、生物的、电子的各种设备和技术手段为劳动资料，以病理学与生理学意义上的人体作为劳动对象，提供诊断、治疗、预防、保健等卫生劳务。卫生劳务新创造的使用价值是对人体进行检查、维护、修复等保障劳动力健康的生产性服务。卫生劳务新创造的价值应该得到社会的承认，消耗的社会劳动应该给予合理补偿。这种服务的生产性质同物质生产一样，客观上要求进行经济管理，实行经济核算，讲求经济效益，按客观经济规律办事。