



“教育部人文社会科学研究青年基金项目”资助

医疗卫生服务的 政府供给效率评价与 投入机制创新研究

梁学平 著

南开大学出版社

“教育部人文社会科学研究青年基金项目”资助

医疗卫生服务的政府供给效率 评价与投入机制创新研究

梁学平 著

南开大学出版社
天津

图书在版编目(CIP)数据

医疗卫生服务的政府供给效率评价与投入机制创新研究 /
梁学平著. —天津:南开大学出版社, 2014.12

ISBN 978-7-310-04700-0

I. ①医… II. ①梁… III. ①医疗卫生服务—政府投资—投资效率—评价—中国②医疗卫生服务—政府投资—投入机制—研究—中国 IV. ①R199.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 265269 号

版权所有 侵权必究

南开大学出版社出版发行

出版人:孙克强

地址:天津市南开区卫津路 94 号 邮政编码:300071

营销部电话:(022)23508339 23500755

营销部传真:(022)23508542 邮购部电话:(022)23502200

*

天津市蓟县宏图印务有限公司印刷

全国各地新华书店经销

*

2014 年 12 月第 1 版 2014 年 12 月第 1 次印刷

230×155 毫米 16 开本 17.5 印张 2 插页 268 千字

定价:38.00 元

如遇图书印装质量问题,请与本社营销部联系调换,电话:(022)23507125

感谢“教育部人文社会科学研究青年基金项目”
的资助

前 言

良好的医疗卫生服务不仅是维护国民健康权益的重要保障，还是促进经济发展和保持社会稳定的重要推动力。各国政府都把医疗卫生领域作为履行政府职责的主要领域，责无旁贷地承担起医疗卫生服务的供给责任。然而，由于财政能力的有限性，政府对医疗卫生服务的供给能力也是有限的。因此，在医疗卫生领域，作为一种权威型的供给主体，政府不仅要考虑“在哪些方面恰当作为”、“如何作为”的问题，还要考虑“作为效果如何”、“如何提高作为效果”的问题。“在哪些方面恰当作为”和“如何作为”涉及到医疗卫生领域政府责任的厘定问题，“作为效果如何”涉及到医疗卫生服务的政府供给效率问题，“如何提高作为效果”则关系到医疗卫生的政府投入机制创新问题。如何依据效率原则对政府供给责任进行功能定位和构建供给责任分担机制？如何对医疗卫生服务的政府供给效率进行客观评价？如何设计更为有效的投入机制来保证有限的政府医疗卫生投入更有效率？这些关键问题的解决，需要我们进行更为深入的理论研究和论证。

改革开放以来，虽然政府不断加大医疗卫生服务的供给，但医疗卫生事业的发展水平仍与城乡居民日益增长的健康需求不相适应。对我国医疗卫生服务的政府供给效率进行客观评价，并对政府投入机制进行创新设计，提出具有一定操作性的政策建议，可以更好地服务于我国医疗卫生事业发展的政府投入决策。

本书系统研究了我国医疗卫生服务的政府供给责任、政府供给规模、政府供给效率、政府投入机制创新等问题，全书共分为七章。

第1章：导论。主要论述了研究的背景，诠释了研究中涉及的重要概念，阐述了研究的主要目标、主要思路、方法及要突破的难题，并对国内外有关医疗卫生服务政府供给问题的研究撰写了文献综述。

第2章：医疗卫生服务的政府供给责任和效率目标。首先，基于医疗卫生服务的分类和性质分析了不同类医疗卫生服务的供给责任归属和政府责任边界。其次，从健康的公平、健康的促进、医疗卫生资源的合理配置角度揭示了医疗卫生服务政府供给的效率目标，并进一步分析了医疗卫生服务政府有效供给的实现条件。最后，在分析政府间医疗卫生财政支出责任承担现状的基础上，进一步研究了政府间医疗卫生服务供给责任的错位问题，并探究了我国政府间医疗卫生服务供给责任错位的原因。

第3章：医疗卫生服务的政府供给规模。首先，在分析我国医疗卫生服务政府供给的总体规模现状的基础上，对政府供给规模进行了国际比较，得出我国医疗卫生服务政府供给规模明显偏低的结论，灰色关联分析结果揭示出人均国内生产总值、城镇居民可支配收入、农村居民人均纯收入、财政收入水平、财政分权水平、财政支出总水平等因素对政府供给规模产生重要影响。其次，利用变异系数指标考察了我国人均医疗卫生财政支出的差异程度，结合洛伦茨曲线并采用基尼系数指标剖析了医疗卫生政府供给规模的差异程度。再次，在考察了天津市、北京市、河南省、山东省、江西省医疗卫生服务政府供给规模现状的基础上，采用变异系数、基尼系数指标研究了各省份医疗卫生服务政府供给规模的差异程度，并进一步对省际间医疗卫生服务政府供给规模的差异程度进行了比较分析。最后，在分析我国医疗卫生服务的政府供给努力度指数的基础上，提出优化医疗卫生服务政府供给规模的政策。

第4章：医疗卫生服务政府供给的微观效率。首先，以天津为例考察了城乡居民对医疗卫生服务政府供给的满意度评价情况，并运用probit模型剖析了影响满意度评价的因素。其次，采用多元回归模型研究了我国医疗卫生服务政府供给对城乡居民医疗消费支出的影响，结论表明：医疗卫生服务的政府供给导致了城镇居民医疗消费支出较大幅度地下降和农村居民医疗消费支出较小程度上升。最后，采用面板数据模型研究了各地区医疗卫生服务政府供给对城乡居民医疗消费支出的影响，分析结果表明各地区医疗卫生服务的政府供给水平的提高会增加城镇居民、农村居民的医疗消费支出。

第5章：医疗卫生服务政府供给的经济效率。首先，基于医疗卫生

服务政府供给、健康人力资本、经济增长之间的关系对医疗卫生服务政府供给的经济效率进行理论分析，医疗卫生服务的政府供给不仅通过提升健康人力资本来促进经济增长，也直接刺激消费需求和投资需求，拉动经济增长。其次，利用 VAR 模型，并通过协整检验、脉冲响应、方差分解、向量自回归误差修正模型的计量分析方法，就医疗卫生服务的政府供给和人均经济产出之间的动态关系进行了实证研究，结论表明：短期内医疗卫生服务的政府供给水平能够对人均经济产出产生小幅的正向冲击，但长期内产生了较大幅度的负向冲击作用；随着时间的推移，医疗卫生服务的政府供给水平对人均经济产出的影响呈现逐渐加大趋势。再次，基于面板数据模型就医疗卫生服务的政府供给对地区经济产出总量和地区人均经济产出的影响进行了实证研究，结论表明：地区医疗卫生服务的政府供给促进了地区经济产出总量和地区人均经济产出的提高。最后，采用数据包络分析方法对全国各省市区医疗卫生服务政府供给的相对效率进行了评价，结论表明：医疗卫生服务政府供给的经济效率存在明显差异，各地区的经济效率变化呈现不同的趋势。

第 6 章：医疗卫生服务政府供给的配置效率。首先，对我国医疗卫生服务的人力资源、机构资源和财政资源的配置状况进行了分析，研究结果表明我国医疗卫生服务资源在总体配置、地区配置、城乡配置方面都存在较大差异。其次，采用数据包络分析方法，分别基于居民健康促进状况和医疗卫生机构服务状况，对全国各省市区医疗卫生服务政府供给的配置效率进行了评价，结论表明：我国各地区医疗卫生服务政府供给的配置效率差异很大。再次，利用面板数据模型对医疗卫生服务政府供给的配置效率的影响因素进行了实证研究，基于居民健康促进的面板模型分析结果表明，各地区医疗卫生支出的增加降低了医疗卫生服务的配置效率；而基于医疗机构服务促进的面板模型分析结果表明，只有城镇居民人均医疗消费支出、城镇化水平、人口增长水平才会影响医疗卫生服务的配置效率。

第 7 章：以效率为导向创新医疗卫生政府投入机制。首先，在分析目前我国医疗卫生政府投入的主要范围的基础上，以效率为导向对医改新时期医疗卫生政府的投入范围进行了科学界定。其次，在阐述国内外医疗卫生政府投入的主要形式的基础上，以效率为导向对医改新时期医

疗卫生的政府投入模式提出了政策建议。其次，在阐述国内外医疗卫生政府投入的主要融资机制的基础上，以效率为导向对医改新时期医疗卫生政府投入的融资机制提出具有可操作性的改革措施。最后，在明确划分政府间医疗卫生服务的供给事权和投入责任的基础上，以效率为导向提出了完善政府间医疗卫生投入的财权配置机制、协调机制的路径选择。

本书的创新点主要体现在如下方面：

第一，结合公共物品理论和卫生经济学理论，明确了不同类医疗卫生服务的性质，在此基础上厘定了不同类医疗卫生服务的供给责任归属和医疗卫生服务领域的政府责任边界。

第二，在考察我国政府间医疗卫生财政支出责任分布现状的基础上，从中央政府和地方政府之间、地方各级政府之间两个角度探究了医疗卫生服务政府供给责任的错位问题，并深度剖析其中的原因。

第三，对我国医疗卫生服务政府供给总体规模、各地方供给规模进行比较分析和差异分析的基础上，计算出医疗卫生服务政府供给努力度指数，并剖析了不同时期医疗卫生服务政府供给努力度指数的变化趋势和原因。

第四，综合运用计量经济分析方法、比较分析方法、数据包络分析方法（DEA）等方法，基于“微观效率——经济效率——配置效率”的三维效率框架，借助于 probit 模型、多元回归模型、DEA 模型、面板数据模型和 VAR 模型对医疗卫生服务政府供给的效率进行全方位评价。

第五，以效率为导向，从投入范围、投入模式、融资模式和分级投入机制四个方面对医疗卫生政府投入机制进行了政策设计。

由于学识有限，遗憾终究是存在的，呈现在各位专家面前的这篇著作，无论是结构还是内容可能都存在一些不甚完善之处，真诚希望各位专家、学者提出宝贵的意见和建议。具体意见和建议可发送到作者的电子邮箱 tjktlxp@163.com。

本书在撰写过程中得到了南开大学、天津商业大学各位专家学者的指导和支持，作者在此对有关专家学者表示衷心感谢！感谢天津商业大学经济学院院长刘小军教授、财政学科学术带头人巫建国教授提供的帮助。

本书还要感谢南开大学出版社编辑王乃合、夏冰媛、周敏老师在本书出版过程中提供的帮助!

作 者

2014年6月

目 录

第 1 章 导 论	1
1.1 研究的背景	1
1.2 涉及的重要概念	2
1.2.1 公共物品	2
1.2.2 医疗卫生服务	4
1.2.3 财政分权与政府间供给责任	6
1.2.4 医疗卫生服务的政府供给规模	7
1.2.5 医疗卫生政府投入	7
1.3 相关研究综述	8
1.3.1 医疗卫生领域政府作用的研究	8
1.3.2 医疗卫生政府投入规模和结构的研究	9
1.3.3 医疗卫生政府投入绩效评价	11
1.3.4 医疗卫生支付方式改革及影响	12
1.3.5 国内外研究成果的评述	12
1.4 研究的目标和要突破的难题	13
1.4.1 研究的目标	13
1.4.2 研究中要突破的难题	13
1.5 研究的主要思路和方法	15
1.5.1 研究的主要思路	15
1.5.2 研究的主要方法	16
第 2 章 医疗卫生服务的政府供给责任和效率目标	18
2.1 医疗卫生服务的政府供给责任	18
2.1.1 医疗卫生服务的分类	18

2.1.2	不同类医疗卫生服务的供给责任归属	19
2.1.3	医疗卫生服务政府供给责任的边界	20
2.2	医疗卫生服务政府供给的效率目标和实现条件	21
2.2.1	医疗卫生服务政府供给的效率目标	21
2.2.2	医疗卫生服务政府供给的实现条件	22
2.3	我国医疗卫生服务政府供给责任的现实分析	25
2.3.1	政府间医疗卫生供给责任的承担现状	25
2.3.2	政府间医疗卫生服务供给责任的错位	42
2.3.3	政府间医疗卫生服务供给责任错位的原因分析	48
第3章	医疗卫生服务的政府供给规模	51
3.1	我国医疗卫生服务政府供给的总体规模及其影响因素	51
3.1.1	我国医疗卫生服务政府供给的总体规模现状	51
3.1.2	医疗卫生服务政府供给规模的国际比较	57
3.1.3	医疗卫生政府供给规模影响因素的灰色关联分析	59
3.2	医疗卫生政府供给规模的差异程度分析	64
3.2.1	我国人均医疗卫生财政支出的变异系数	64
3.2.2	我国医疗卫生财政支出的洛伦茨曲线和基尼系数	65
3.3	部分省市医疗卫生服务政府供给规模的差异程度	68
3.3.1	天津市医疗卫生服务政府供给规模的差异程度	68
3.3.2	北京市医疗卫生服务政府供给规模的差异程度	74
3.3.3	河南省医疗卫生服务政府供给规模的差异程度	79
3.3.4	山东省医疗卫生服务政府供给规模的差异程度	83
3.3.5	江西省医疗卫生服务政府供给规模的差异程度	88
3.3.6	省际间医疗卫生服务政府供给规模的差异程度 分析	92
3.4	我国医疗卫生政府供给规模的优化	95
3.4.1	我国医疗卫生服务的政府供给努力度	95
3.4.2	我国医疗卫生服务政府供给规模的优化政策	98
第4章	医疗卫生服务政府供给的微观效率	100
4.1	医疗卫生服务政府供给的满意度评价——以天津为例	100

4.1.1	满意度评价的基本情况	100
4.1.2	医疗卫生服务政府供给满意度评价的影响因素分析	102
4.2	对城乡居民医疗消费支出的影响	105
4.2.1	对城镇居民医疗消费支出影响的回归分析	105
4.2.2	对农村居民医疗消费支出影响的回归分析	110
4.3	对城乡居民医疗消费支出影响的面板数据分析	114
4.3.1	对城镇居民医疗消费支出影响的面板数据分析	114
4.3.2	对农村居民医疗消费支出影响的面板数据分析	119
第 5 章	医疗卫生服务政府供给的经济效率	125
5.1	简要的理论分析	125
5.1.1	医疗卫生服务政府供给与提升健康人力资本的关系	125
5.1.2	健康人力资本和促进经济增长的关系	126
5.1.3	医疗卫生服务政府供给对消费、投资需求的直接影响	126
5.2	基于 VAR 模型的经济效率分析	127
5.2.1	计量模型的构建	127
5.2.2	数据说明	128
5.2.3	医疗卫生政府供给的经济效率的实证分析	129
5.3	基于面板数据模型的经济效率分析	139
5.3.1	基于地区经济产出总量的面板数据分析	139
5.3.2	基于地区人均经济产出的面板数据分析	145
5.4	基于 DEA 模型的宏观效率分析	149
5.4.1	DEA 方法简介	149
5.4.2	指标选择和数据说明	151
5.4.3	实证分析与结论	153
第 6 章	医疗卫生服务政府供给的配置效率	163
6.1	医疗卫生服务资源的配置状况	163
6.1.1	医疗卫生服务人力资源的配置状况	163

6.1.2	医疗卫生服务机构资源的配置状况	178
6.1.3	医疗卫生财政资源的配置	187
6.2	医疗卫生服务政府供给的配置效率分析	204
6.2.1	基于居民健康促进状况的配置效率分析	205
6.2.2	基于医疗卫生机构服务状况的配置效率分析	208
6.3	配置效率影响因素的面板数据分析	211
6.3.1	基于居民健康促进的面板数据分析	211
6.3.2	基于医疗机构服务促进的面板数据分析	217
第7章	以效率为导向创新医疗卫生政府投入机制	222
7.1	医疗卫生政府投入范围的科学界定	222
7.1.1	目前我国医疗卫生政府投入的主要范围	222
7.1.2	我国医疗卫生政府投入范围的界定	224
7.2	医疗卫生政府投入模式的改革	228
7.2.1	国外医疗卫生政府投入的主要形式	228
7.2.2	目前我国医疗卫生政府投入的主要形式	231
7.2.3	医改新时期我国医疗卫生政府投入模式的改革	240
7.3	医疗卫生政府投入的融资机制改革	245
7.3.1	国外医疗卫生政府投入的主要融资机制	245
7.3.2	我国医疗卫生政府投入的主要融资机制	248
7.3.3	新时期我国医疗卫生政府投入的融资机制的完善	249
7.4	科学构建政府间医疗卫生分级投入机制	253
7.4.1	明确划分政府间医疗卫生服务的供给事权	253
7.4.2	明确划分政府间医疗卫生服务的投入责任	254
7.4.3	完善政府间医疗卫生投入的财权配置机制	256
7.4.4	构建政府间医疗卫生投入的协调机制	257
参考文献		258

第 1 章 导 论

1.1 研究的背景

党的十七大报告明确提出“建立基本医疗卫生制度，提高全民健康水平”，把人人享有基本医疗卫生服务作为全面建设小康社会的一项重要奋斗目标。《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》和《医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009～2011年）》提出近期缓解“看病难，看病贵”问题，远期建立覆盖全体13亿城乡居民的基本医疗卫生制度，并“逐步实现人人享有基本医疗卫生服务”。党的十八大报告更是明确提出“完善国民健康政策，为群众提供安全有效方便价廉的公共卫生和基本医疗服务”。这些目标的实现，不仅需要政府加大医疗卫生投入，还需要政府完善医疗卫生投入机制。

改革开放以来，中国推行了三次大的医疗卫生体制改革，1985～1996年推行了第一次医疗卫生体制改革，1997～2006年推行了第二次医疗卫生体制改革，2007年以来推行了第三次医疗卫生体制改革。前两次医疗卫生体制改革的导向就是市场化，虽然有助于缓解财政投入的压力，但也导致了医疗卫生服务公平性和医疗卫生投入的宏观绩效的下降。2007年以来推行的新医疗卫生体制的改革旨在提高医疗卫生服务的公平性，实现人人享有基本卫生保健服务的目标，其根本落脚点还是要强化政府责任，特别是强化政府对医疗卫生事业的投入责任。伴随新医疗卫生体制改革的推进和政府投入责任的加强，政府不断加大了医疗卫生服务的财政投入。2000～2012年，随着卫生总费用的快速增长，我国政府预算

卫生支出由 2000 年的 709.52 亿元增加到 2012 年的 9055.48 亿元，占卫生总费用的比例由 2000 年的 15.47% 上升到 2012 年的 31.32%，占财政支出的比例由 2000 年的 4.47% 上升到 2012 年的 7.20%，占 GDP 的比重由 2000 年的 0.79% 上升到 2012 年的 1.74%。在卫生总费用构成中，我国政府预算卫生支出的平均增速（23.01%）高于卫生总费用的平均增速（16.40%）和个人现金卫生支出的平均增速（11.91%）。

尽管如此，2012 年政府预算卫生支出占卫生总费用的比例低于 1985 年医疗卫生体制改革以前的 38.58%，也低于 1978 年的 32.16%。2012 年政府预算卫生支出在卫生总费用中比重（31.32%）仍然低于社会卫生支出、个人现金卫生支出在卫生总费用中的比重（35.24% 和 33.44%）。根据《国际统计年鉴 2013》的有关数据，我国政府卫生支出占 GDP 的比重不仅低于 10.60% 的世界平均水平，也低于低收入国家 5.28% 的平均水平。

目前，政府对医疗卫生的供给规模仍然偏低，难以满足新一轮医疗卫生体制深化改革和实现人人享有基本卫生保健服务目标的需要。我国医疗卫生事业的发展水平仍与城乡居民日益增长的健康需求不相适应，“看病难、看病贵”问题依然突出。如何破解这个医疗难题，已成为政府亟待解决的重要课题。因此，研究医疗卫生服务政府供给的效率和政府投入机制的创新问题，对于促进我国医疗卫生事业发展和实现医疗体制改革目标具有重要意义。

1.2 涉及的重要概念

1.2.1 公共物品

公共物品（public goods），又称“集体消费物品”、“公共产品”、“共用物品”、“公共财货”等，是公共财政研究中最古老的概念之一。

1954 年，萨缪尔森首次从消费特征角度赋予了公共物品的严格定义。“同时性消费”是萨缪尔森定义公共物品严格的条件，可以等同于共同消费。萨缪尔森认为，公共物品的主要特征就是“同时性消费的非竞

争性”，围绕“非竞争性”可以划分公共物品和私人物品。1959年，马斯格雷夫将价格排他原则的非适用性引入公共物品的定义，将消费的非排他性与非竞争性并列，作为界定公共物品的两大标准之一。德姆塞茨（1970）、弗里德曼（1986）、皮尔斯（1986）、阿特金森和斯蒂格利茨（1994）、布朗和杰克逊（2000）、恩德勒（2002）等沿着萨缪尔森和马斯格雷夫的思路对公共物品进行内涵性分析。萨缪尔森（2004）将公共物品定义为：“公共物品是指这样的一类商品：将该商品的效用扩展与他人的成本为零；无法排除他人参与共享”。广为接受的公共物品定义也是基于这一角度给出的，公共物品应当是独立于私人物品之外，具有非竞争性和非排他性的产品或服务。总的来说，基于消费特征可以认为公共物品就是具有消费的非竞争性和非排他性的物品。公共物品最基本的特征是消费的非竞争性和非排他性，这是从与私人物品相对比的角度而言的。

布坎南（1965）认为公共物品是由供给过程所决定的，与物品本身的消费特征无关。布坎南认为公共物品是一个外延广阔的范畴，不但可以包括萨缪尔森的纯公共物品，也可以包括公共性程度很强的物品。按照布坎南的分析逻辑，尽管某些公共物品不一定具有消费的非竞争性和非排他性等传统定义公共物品的特征，但是如果是进入了公共组织部门供给的范围，就可以把它认为是公共物品。Olson（1995）、Eecke（1999）、Marmolo（1999）等沿着布坎南的思路对公共物品的内涵进行了分析。Olson（1995）基于从公共组织角度去分析公共物品，“任何物品，如果一个集团 $X_1, \dots, X_i, \dots, X_n$ 中的任何个人 X_i 能够消费它，它就不能不被那一集团中的其他人消费，这类产品便属于公共物品。”Marmolo（1999）认为物品的供给方式同时决定了物品的“公共性”，公共物品对应于政府供给，私人物品则对应于市场供给，公共物品被定义为由政府供给的一切物品，与物品的属性无关。可见，基于公共物品的供给特征，是否由政府或其他公共组织供给可以作为公共物品与私人物品的划分界限。凡是由政府或其他公共组织供给的物品都可认为是公共物品。由此看来，公共物品属于组织型交易物品，公共组织部门往往通过公共选择过程强制生产和供给，实行共同补偿原则。

在公共物品和外部性之间，有着很强的相关性。在一个偏好相互依赖且存在多个消费者或生产者的场合，当一种行为（例如生产或消费一

种物品)影响多于一个人的福利时,外部性就具有了公共影响。外部性的公共影响程度决定着物品的公共性,当物品消费或生产的外部性的公共影响涉及全体成员,则该具有外部性的物品可以称之为“纯公共物品”;如果物品消费或生产的外部性的公共影响只涉及部分社会成员,则称之为“准公共物品”。从外部性特征角度来说,公共物品是因存在外部性而具有一定的公共影响的物品,如公共医疗、基础教育、社会保险、环境保护、基础设施等。由于具有相当程度的公共性和消费的正外部性,需要政府介入来提供补偿和规制服务,以增加其公益性,减少不确定性、信息不对称等市场失灵。当然,对于某些物品,生产者或消费者不能或不愿对其外部性加以控制或内部化时,政府需要对其外部性加以控制或内部化时,这一控制或内部化的进程也属于公共物品。

基于消费特征角度可以把公共物品定义为具有消费的非竞争性和非排他性的物品;基于供给特征角度可以把公共物品定义为与公共组织相联系的具有强制性、“非等价”性、交易补偿性的组织型交易物品;基于外部性特征角度可以把公共物品定义为因外部性并具有相当程度的公共性而私人又不能或不愿对其加以控制或内部化的物品。本书认为公共物品应是政府或其他公共组织为满足社会及公众不断增长、变化的公共需求所供给的具有外在利益和一定公共性程度的共享性物品。公共物品的供给主体不限于政府,还包括市场和非营利组织。

1.2.2 医疗卫生服务

美国耶鲁大学教授温斯洛(Winslow, 1920)提出,“医疗卫生是一种预防疾病、延长寿命、改善身体健康和机能的科学和实践。医疗卫生通过有组织的社会努力改善环境卫生、控制地区性的疾病、教育人们关于个人卫生的知识、组织医护力量对疾病作出早期诊断和预防治疗,并建立一套社会体制,保障社会中每一成员都能够享有维持身体健康的生活水准,使每一位民众都能够实现健康及其长寿的天赋权利。”^①这个经典定义包括了疾病控制、环境卫生、预防疾病、健康促进等现代医疗卫生体系中较为核心的内容。医疗卫生服务的供给强调公益性、集体性和

^① 黄璜华.公共卫生护理概论[M].北京:科学技术文献出版社,1999.