

432

R1  
Q81

# 新编卫生经济学

邱鸿钟 黎东生 主编

华南理工大学出版社

·广州·

## 图书在版编目 (CIP) 数据

新编卫生经济学/邱鸿钟, 黎东生主编. —广州: 华南理工大学出版社, 2001.3 (2002.2 重印)

ISBN 7-5623-1643-0

- I. 新…
- II. ①邱…②黎…
- III. 卫生经济学
- IV. R1

华南理工大学出版社出版发行

(广州五山 邮编 510640)

责任编辑 丁春玲

各地新华书店经销

广州市新明光印刷有限公司印装

\*

2002年2月第1版第2次印刷

开本: 850×1168 1/32 印张: 11.625 字数: 302千

印数: 3001~6000册

定价: 20.00元

主 编：邱鸿钟 黎东生

副主编：袁毓玲 ·金 鑫 倪天文  
黄泽駸

编 委：（按姓氏笔划顺序排列）

叶 清 叶少霞 申俊龙

吕玉波 邱鸿钟 许星莹

林剑鸣 金 鑫 胡延滨

赵 峰 凌子平 袁毓玲

倪天文 傅诗济 黎东生

# 目 录

<b>第一章 导 论</b> .....	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.....	8
第四节 学习卫生经济学的意义与方法 .....	10
<b>第二章 卫生服务的需求和供给</b> .....	15
第一节 卫生服务需求和供给概述 .....	15
第二节 卫生服务需求和供给的有效性 .....	20
第三节 我国卫生服务供需的基本状况及其分析 .....	26
<b>第三章 卫生服务市场</b> .....	35
第一节 卫生服务市场概述 .....	35
第二节 卫生服务市场的特点和影响因素 .....	39
第三节 市场机制在卫生服务中的作用 .....	43
第四节 政府在卫生服务市场中的作用 .....	48
第五节 努力培育和发展卫生服务市场 .....	53
<b>第四章 医疗保障制度</b> .....	59
第一节 医疗保险概述 .....	59

---

第二节	医疗保险需求与医疗保险供给 .....	72
第三节	医疗保险市场 .....	77
第四节	我国医疗保障市场制度改革 .....	81
<b>第五章</b>	<b>卫生资源的配置</b> .....	<b>101</b>
第一节	卫生资源的优化配置 .....	101
第二节	卫生资源优化配置的评价方法 .....	106
第三节	我国卫生资源状况分析 .....	109
<b>第六章</b>	<b>卫生费用</b> .....	<b>115</b>
第一节	卫生总费用概述 .....	115
第二节	中国卫生总费用分析 .....	123
第三节	我国医药费用和卫生劳务费用分析 .....	127
<b>第七章</b>	<b>卫生成本</b> .....	<b>137</b>
第一节	概 述 .....	137
第二节	医疗机构成本分析 .....	144
第三节	成本优化 .....	156
<b>第八章</b>	<b>卫生服务价格</b> .....	<b>159</b>
第一节	概 述 .....	159
第二节	卫生服务定价原则和方法 .....	163
第三节	我国卫生服务价格的改革 .....	167
<b>第九章</b>	<b>临床经济学分析</b> .....	<b>175</b>
第一节	健康生产函数 .....	175
第二节	临床成本-效益分析 .....	179
第三节	医疗技术的经济学评价与价值分析 .....	185

---

第四节	医生的经济行为分析	190
第五节	病人的保健消费行为	199
<b>第十章</b>	<b>医院的经济体制与运行机制</b>	<b>206</b>
第一节	医院的产权制度改革	206
第二节	医疗机构的分类管理	215
第三节	医药分开核算与分别管理	223
<b>第十一章</b>	<b>现代医院的经营</b>	<b>230</b>
第一节	医院经营管理的概念	230
第二节	医院经营的市场运行机制	234
第三节	医院经营战略的制定	239
第四节	现代医院的人本经营	242
第五节	现代医院的创新经营	246
<b>第十二章</b>	<b>医院效益的评价方法</b>	<b>250</b>
第一节	医院效率的测量方法	250
第二节	医院综合效益的评价方法	253
第三节	医院效益相关指标的核算	265
<b>第十三章</b>	<b>医药贸易经济分析</b>	<b>268</b>
第一节	医药贸易经济的特点	268
第二节	当代国际医药贸易的发展态势	272
第三节	加入世界贸易组织后中国医药贸易所受的影响 及对策	279
<b>第十四章</b>	<b>卫生服务的知识经济学</b>	<b>285</b>
第一节	知识经济的基本特征	285

---

第二节	卫生信息产业·····	291
第三节	对知识的经济学分析·····	293
第四节	知识经济下的医院发展对策·····	298
附录一	·····	302
附录二	·····	348

# 第一章 导 论

在学习卫生经济学的基本理论与分析方法之前，我们首先要搞清楚什么是卫生经济学，卫生经济学主要研究什么，卫生经济学对制定卫生政策和加强卫生管理有什么贡献，怎样研究和学习卫生经济学，中国卫生经济改革的主要目标和问题是什么等入门知识。

## 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产生和发展的。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。

在人类历史的童年，行医只是一种人与人之间互助的道德行为。到了私有制社会，行医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，卫生服务就不再仅仅是一个技艺问题，同时也是一个涉及到社会关系、社会伦理和资源分配的经济问题。于是医学便开始有了技艺、经济和伦理的三重属性。

在人口分散的小农经济社会里，在个体行医为主的历史阶段，卫生服务的经济关系只是发生在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，卫生服务与服务对象之间、医疗机构内部人与人之



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的发达资本主义国家，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。另一方面，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段矛盾，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写下了《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，在制定卫生政策方面的作用并不突出，在社会上也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 5 890 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% 升到 10.6%。1990 年的医疗支出比上年增加了 11%, 而同期的 GNP 只增加了 7%, 这种医疗支出增长速度高于 GNP 的增长速度的趋势, 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服务数量的增加, 而主要是服务价格的上涨和服务类型的变化所造成。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的分配, 使医疗服务更加有效率, 已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着越来越重要的作用。从某种意义上说, 卫生经济学使医学伦理从对个体的道德关注扩大到如何对待群体的经济伦理的关注。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几十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”), 接着创办了《中国卫生经济》杂志, 出版了一些卫生经济学的教材。随着国内经济体制改革和医疗制度改革的深入, 卫生经济学的研究也越来越受到决策层的重视。

## 第二节 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。现在，除了涉及到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 Economic）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，是一门具有学科交叉或综合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（即经济成本或经济利益的最优行为），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之中，正是经济学的基本研究目的。医疗卫生技术是一种科技含量高、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；后者则研究稀缺的卫生资源应如何被分配才公平，医院等主体应该如何运转才更有效率，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的经济学，也是微观的经济学。作为宏观经济学，它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；作为微观经济学，它主要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（医院和药厂产权拥有者等）的决策规律，以及三者在生产、消费、交换等经济活动中的相互关系。

从广义上看，卫生服务或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、医学教育市场所构成，这些要素和市场相互影响，相互依存，缺一不可。因此，卫生经济学理应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等方面。与此同时，社会主义国家的一些经济学者在相当长的时间内关注的却是卫生服务过程中生产关系的一面。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用，又相互制约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和各类辅助人员、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、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分配，如何使卫生设施更充分有效地得到利用。

西方卫生经济学被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，但是最近几十年来世界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，特别是不能反映当代中国卫生改革的实际状况和理论需求。

其二，传统的卫生经济学偏重于从卫生事业的总体上研究卫生事业的经济特征和经济运行机制，缺乏对医院微观经济、临床经济和医药经济贸易问题的关注和分析，而医疗费用上涨、昂贵设备的购置、药物价格的上涨，使经济运行状况难以令人满意，这几乎是世界性的问题，20世纪70年代以来，加强医院经济管理的呼声逐渐高涨。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运行与管理，如何对基本投入、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，其实在一个完整的经济循环中，消费是必不可少的一环，在实际生活中，病人不合理的求医行为和过度需求，也为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，价格越贵的药品，反而越受到人们的青睐，病人为了维护生命，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，“群众缺医少药”曾经是一种基本的社会现象，但是，随着社会的发展，医生人数的增加，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，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，信息会不断更新。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，病人因寻找合适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。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。网络（医院）的价值与网络用户的数量的平方成正比（即  $N$  个联结创造  $N^2$  的效益，即麦特卡尔夫定律）。网络经济和网络卫生服务体系将无情地淘汰那种低效率、浪费和垄断式的旧经济及那种坐拥一方，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的现实指导作用显得心有余而力不足；而未来新的卫生经济学应该具有数字经济和计量经济学的特征。

近年来许多学者从不同的方面进行了有益的探索。本书以当

代卫生体制改革的实践为基础，兼收并蓄国内外最新的研究成果以及新的经济学理论与方法，力图为改变传统卫生经济学模式作出初步的尝试。

### 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随着经济政治形势及党和政府大政方针的变化曾发生过几次大的变化，在时间上大致可以分为三个阶段：第一阶段为新中国成立后至文革以前的 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，这一时期卫生经济政策的主要内容有：公费医疗政策、对医院和诊所免征工商业税政策、发展公立卫生机构的政策等。这一时期的卫生经济政策在卫生事业上的属性具有突出的福利性，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，医院自负盈亏的做法被取消，曾一度推行“看病不要钱”的供给制，医疗机构完全公有化。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，医院发展缺乏生机和活力。当时的做法使医疗服务普遍实行低于价值或低于成本的价格，医院卫生资源浪费严重且得不到良性的补偿，医务人员缺乏工作积极性和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。

第二阶段是从 1966 年到 1976 年的“文革”10 年，低水平的供给福利性卫生政策基本没变，但卫生机构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 1989 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，如果把当年物价上涨水平考虑进去，实际亏损远远高于上述数额。

第三阶段从 1977 年到现在，即改革开放的 22 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为市场经济，卫生事业也开始突破原来的经济运行方式和管理模式，逐步建立起适应新经济形势的卫生体制。

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。卫生服务的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，然后推进到改革宏观经济体制层次。1979 年国家卫生部、财政部、国家劳动总局联合发出了《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再颁布了《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。1995年，中共中央、国务院颁布了《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监督三位一体的卫生体系作为今后改革的方向；1998年颁布了《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年又颁布了《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、医药分开核算和分别管理、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体制等深层的问题。

然而，中国为发展中国家，人口众多，经济实力不够强大，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，对从西方发达国家借鉴学习来的管理经验尚不熟悉，因此，我国卫生改革的任务任重而道远，甚至可能还会有暂时的混乱与波折，但改革开放的步伐不会因此而停止。解放思想，实事求是，大胆吸收别国成功的经验，将是我国卫生改革与发展的大趋势。

## 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，而知晓学习的方法则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

一个医学生和医务人员，除了学习医学技术知识之外，学一