

卫生经济学

肖体平 郑宗秀 主编

WEISHENG
JINGJIXUE

河南人民出版社

前 言

卫生经济学在我国诞生和发展，是在党的十一届三中全会以后，只十年多一点时间。但在社会主义卫生事业的建设和发展中，日益显示其重要意义。为了帮助卫生工作者，特别是卫生管理人员学习卫生经济学基本理论，提高业务素质，以适应卫生改革和发展的需要，我们邀请我省部分高等医学院校政治经济学教授和长期从事卫生管理的干部及从事财会工作的高级会计师等共同编写了这本卫生经济学，作为大专院校和卫生管理干部培训教材，也适合有兴趣于卫生经济学的同志学习参考。

本书以马列主义为理论基础，以党的十一届三中全会，特别是十三届七中全会精神为指针，总结我国十年来卫生经济研究成果和卫生改革的实践，探索深化卫生改革的方向、途径及其运行规律，以便建设具有中国特色的社会主义卫生事业，不断提高人民的健康水平和卫生综合效益。编写中吸收各家之长，尽量作到理论结合实际，力求作到系统性、科学性、实用性。

卫生经济学在我国还是一门新兴起的学科，许多问题都在探索、研究中，因此本书在理论观点方面，存在不足乃至错误是难免的，热忱希望专家和同行指正。

河南省卫生经济学会

1991年6月

目 录

前 言

| | |
|-----------------------------------|------|
| 第一章 卫生经济学的对象、任务和方法 | (1) |
| 第一节 卫生经济学的产生和发展 | (1) |
| 一、卫生经济学在不同社会制度国家的兴起 | (1) |
| 二、卫生经济学在中国改革大潮中崛起 | (6) |
| 第二节 卫生经济学的对象和任务 | (9) |
| 一、卫生经济学的对象 | (9) |
| 二、卫生经济学的任务 | (13) |
| 第三节 学习和研究卫生经济学的方法和意义 | (14) |
| 一、学习和研究卫生经济学的方法 | (14) |
| 二、学习和研究卫生经济学的重大意义 | (18) |
| 第二章 卫生劳动和卫生事业的性质 | (22) |
| 第一节 卫生劳动的生产性 | (22) |
| 一、卫生劳动和卫生劳务生产的产生 | (22) |
| 二、卫生劳务生产的基本特征 | (23) |
| 三、我国的卫生劳动是社会主义生产劳动 | (27) |
| 第二节 卫生事业的福利性和经济性 | (30) |
| 一、我国卫生事业的福利性 | (30) |
| 二、我国卫生事业的经济性 | (35) |
| 三、卫生事业的福利性和经济性的关系及其实质 | (39) |
| 第三章 卫生事业和卫生效益 | (42) |
| 第一节 卫生事业的地位和作用 | (42) |
| 一、卫生事业在国民经济和社会发展中的地位 | (42) |
| 二、卫生事业的作用 | (43) |
| 第二节 以社会效益为最高准则 | (47) |
| 一、卫生服务的社会效益与经济效益 | (47) |

| | |
|-----------------------------------|-------------|
| 二、卫生服务必须以社会效益为唯一准则 | (49) |
| 三、提高卫生服务两个效益的基本原则和途径 | (51) |
| 第三节 建设有中国特色的社会主义卫生事业 | (54) |
| 一、建设有中国特色的社会主义卫生事业的指导思想 | (54) |
| 二、建设有中国特色的社会主义卫生事业的基本要求 | (55) |
| 第四章 卫生劳务的再生产 | (58) |
| 第一节 卫生劳务再生产的性质、内容和特点 | (58) |
| 一、社会再生产和卫生劳务再生产 | (58) |
| 二、社会主义卫生劳务再生产的内容 | (59) |
| 三、社会主义卫生劳务再生产的特点 | (60) |
| 四、卫生劳务再生产的基本形式 | (62) |
| 第二节 卫生劳务的简单再生产 | (62) |
| 一、卫生劳务简单再生产的概念 | (62) |
| 二、实现卫生劳务简单再生产的条件 | (63) |
| 第三节 卫生劳务的扩大再生产 | (67) |
| 一、卫生劳务扩大再生产的概念 | (67) |
| 二、卫生劳务扩大再生产的基本形式及其运用 | (68) |
| 第五章 卫生健康投资与发展战略 | (74) |
| 第一节 卫生健康投资 | (74) |
| 一、健康投资的概念 | (74) |
| 二、健康投资的社会经济意义和作用 | (75) |
| 三、我国健康投资的性质和特点 | (76) |
| 四、卫生事业健康投资 | (78) |
| 第二节 卫生发展战略 | (81) |
| 一、卫生发展战略的概念 | (81) |
| 二、制定卫生发展战略的指导思想和客观依据 | (82) |

| | |
|----------------------------------|--------------|
| 三、卫生发展战略目标和战略重点 | (83) |
| 四、卫生发展战略步骤和战略措施 | (86) |
| 五、区域性卫生发展战略研究 | (88) |
| 第六章 卫生事业的所有制结构和管理体制 | (94) |
| 第一节 我国卫生事业的所有制结构 | (94) |
| 一、卫生事业多种所有制经济并存的必然性 | (94) |
| 二、我国不同所有制卫生机构的地位和作用 | (97) |
| 第二节 我国原有卫生事业管理体制 | (104) |
| 一、我国卫生事业管理体制的建立和演变 | (104) |
| 二、原有卫生事业管理体制的特点和弊端 | (107) |
| 第三节 我国卫生事业管理体制的改革 | (110) |
| 一、我国卫生事业管理体制改革的的原则 | (110) |
| 二、我国卫生事业管理体制改革的方向 | (111) |
| 三、从部门管理向行业管理过渡 | (114) |
| 第七章 卫生保健制度 | (117) |
| 第一节 我国卫生保健制度的性质和特点 | (117) |
| 一、卫生保健制度的分类和评价 | (117) |
| 二、我国卫生保健制度的性质和特点 | (120) |
| 第二节 我国的预防保健制度 | (122) |
| 一、预防保健的目的和意义 | (122) |
| 二、预防保健的主要内容 | (124) |
| 第三节 我国医疗保健制度的主要形式 | (127) |
| 一、公费医疗制度 | (127) |
| 二、劳保医疗制度 | (129) |
| 三、合作医疗制度 | (130) |
| 四、自费医疗制度 | (131) |
| 第四节 我国卫生保健制度的改革和完善 | (132) |
| 一、公费医疗和劳保医疗制度的改革 | (132) |

| | |
|------------------------------------|-------|
| 二、合作医疗制度的改革 | (135) |
| 三、对健康保险制度的探讨 | (136) |
| 第八章 卫生事业的计划管理 | (139) |
| 第一节 卫生事业有计划按比例地发展 | (139) |
| 一、有计划按比例发展我国卫生事业 的必然性和必要性 | (139) |
| 二、卫生事业和国民经济有关部门的比例关系 ... | (141) |
| 三、卫生事业内部的比例关系 | (145) |
| 第二节 卫生事业计划的任务、内容和指标 | (147) |
| 一、卫生事业计划的任务 | (147) |
| 二、卫生事业计划的内容 | (147) |
| 三、卫生事业计划的指标 | (154) |
| 第三节 卫生事业计划的编制 | (155) |
| 一、卫生事业计划的编制程序 | (155) |
| 二、编制卫生事业计划的依据 | (156) |
| 三、编制卫生事业计划的原则和方法 | (157) |
| 第四节 卫生计划的实施和评价 | (159) |
| 一、卫生计划的实施 | (159) |
| 二、卫生计划的检查和评价 | (161) |
| 第九章 卫生资源的开发与管理 | (163) |
| 第一节 卫生人力资源的开发和管理 | (163) |
| 一、研究卫生人力资源的意义 | (163) |
| 二、卫生人力资源的现状分析 | (165) |
| 三、卫生人力资源短缺的原因 | (170) |
| 四、卫生人力供给分析 | (171) |
| 五、卫生人力资源需求的预测 | (172) |
| 六、卫生人力管理 | (174) |
| 第二节 卫生财力资源的筹集和利用 | (175) |

| | |
|---------------------------------|-------|
| 一、卫生财力资源的概念 | (175) |
| 二、卫生财力资源的筹集 | (175) |
| 三、卫生财力资源的合理分配 | (177) |
| 第三节 卫生物力资源的开发和利用 | (179) |
| 一、研究卫生物力资源的意义 | (179) |
| 二、合理开发、利用卫生物力资源的途径 | (180) |
| 三、加强对高技术设备的管理 | (182) |
| 第十章 预防保健的着眼点和经济补偿 | (184) |
| 第一节 预防保健的着眼点 | (184) |
| 一、健康的观念——现代健康观 | (184) |
| 二、健康教育 | (185) |
| 三、自我保健 | (192) |
| 第二节 预防保健服务的特点和补偿 | (200) |
| 一、预防保健服务的含义和一般特点 | (200) |
| 二、预防保健的主要特点 | (202) |
| 三、预防保健费用的补偿途径 | (206) |
| 四、预防保健费用面临的困难 | (208) |
| 第三节 预防保健的有偿服务 | (210) |
| 一、预防保健有偿服务的可行性探讨 | (210) |
| 二、预防保健有偿服务的管理 | (213) |
| 第十一章 初级卫生保健及其资金的筹集 | (215) |
| 第一节 2000 年人人享有卫生保健 | (215) |
| 一、2000 年人人享有卫生保健的提出 | (215) |
| 二、2000 年人人享有卫生保健的含义 | (218) |
| 三、2000 年人人享有卫生保健的全球指标 | (218) |
| 四、“2000 年人人享有卫生保健”检查指标 | (220) |
| 五、2000 年人人享有卫生保健的意义 | (221) |
| 第二节 初级卫生保健 | (222) |

| | |
|---|-------|
| 一、初级卫生保健的发起 | (222) |
| 二、初级卫生保健的含义 | (223) |
| 三、初级卫生保健的主要内容 | (224) |
| 四、初级卫生保健的基本原则 | (224) |
| 五、初级卫生保健的特点 | (225) |
| 六、初级卫生保健与“2000年人人 享有卫生保健”目标的关系 | (226) |
| 七、初级卫生保健与目前我国农村卫生 工作的关系 | (227) |
| 八、我国初级卫生保健指标 | (227) |
| 九、我国实现初级卫生保健的步骤 | (228) |
| 第三节 初级卫生保健经费/费用的筹集 | (230) |
| 一、经费/费用的概念 | (230) |
| 二、经费/费用的项目构成应明确的界限 | (231) |
| 三、经费/费用的筹集 | (233) |
| 四、加强管理 | (234) |
| 第十二章 计划经济和医疗市场 | (236) |
| 第一节 医疗卫生部门实行计划与市场相结合 的必要性和模式 | (236) |
| 一、医疗卫生部门实行计划与市场相结合 的必要性 | (236) |
| 二、医疗卫生部门计划与市场相结合的模式 | (237) |
| 第二节 医疗市场及其特点 | (238) |
| 一、医疗市场的存在及其发展 | (238) |
| 二、医疗卫生服务市场的特殊性 | (242) |
| 第三节 医疗卫生部门实现计划与市场 相结合的途径 | (243) |
| 一、认真执行卫生方针政策和各项 | |

| | |
|--------------------------------------|-------|
| 指令性计划 | (244) |
| 二、坚持和发挥公有制医疗卫生机构 的主体地位和主导作用 | (244) |
| 三、改善卫生主管部门的职能 | (245) |
| 四、正确处理社会效益与经济效益的关系 | (245) |
| 五、充分发挥社会上层建筑各环节的重要作用 ... | (246) |
| 六、逐步完善医疗卫生市场体系 | (246) |
| 第十三章 医疗费用补偿 | (247) |
| 第一节 医疗费用 | (247) |
| 一、医疗费用及其构成 | (247) |
| 二、医疗费用变化的趋势 | (249) |
| 第二节 医疗费用的合理补偿 | (254) |
| 一、医疗费用的补偿途径 | (254) |
| 二、医疗收费标准 | (255) |
| 三、医疗费用补偿机制的完善 | (256) |
| 第十四章 医院经济管理与经营机制 | (259) |
| 第一节 医院经济管理 | (259) |
| 一、经济管理的概念、层次和特性 | (259) |
| 二、医院经济管理的必要性 | (262) |
| 三、医院经济管理的原则 | (264) |
| 四、医院经济管理的内容 | (266) |
| 第二节 医院经营管理责任制 | (267) |
| 一、医院技术经济责任制的特点和内容 | (268) |
| 二、医院技术经济责任制的形式 | (270) |
| 第三节 医院经营机制 | (275) |
| 一、医院经营机制的含义 | (275) |
| 二、建立医院经营机制的客观依据 | (276) |
| 三、完善医院经营机制的途径 | (277) |

| | | |
|--------------|---------------------------|-------|
| 第十五章 | 医院的分配制度与分配形式 | (283) |
| 第一节 | 医院分配的特点和基本原则 | (283) |
| 一、 | 医院分配的特点 | (283) |
| 二、 | 卫生事业预算管理办法对医院分配的影响 ... | (285) |
| 三、 | 医院分配的基本原则 | (287) |
| 第二节 | 发展和完善以按劳分配为主体 | |
| 的多种分配形式..... | | (289) |
| 一、 | 以按劳分配为主体的多种分配形式 | (289) |
| 二、 | 按劳分配形式的新探索 | (292) |
| 三、 | 贯彻按劳分配原则应当处理好的几种关系 ... | (294) |
| 第十六章 | 医院经济核算和新会计制度 | (297) |
| 第一节 | 医院经济核算 | (297) |
| 一、 | 医院经济核算的意义和特点 | (297) |
| 二、 | 医院资金运动 | (300) |
| 三、 | 医院成本核算 | (304) |
| 第二节 | 医院新会计制度 | (307) |
| 一、 | 医院会计制度改革的必要性 | (307) |
| 二、 | 医院新会计制度改革的基本内容 | (309) |
| 三、 | 医院新会计制度的实施 | (312) |
| 第三节 | 医院内部审计 | (313) |
| 一、 | 审计的概念和意义 | (314) |
| 二、 | 社会主义审计体系 | (314) |
| 三、 | 审计监督活动的原则 | (315) |
| 四、 | 审计与会计的关系 | (316) |
| 五、 | 医院内部审计机构和人员 | (318) |
| 六、 | 医院内部审计的任务和职权 | (318) |
| 七、 | 医院内部审计工作的程序 | (320) |
| 八、 | 审计报告和审计档案 | (321) |

第一章 卫生经济学研究的对象、 任务和方法

社会主义卫生经济学诞生在我国社会主义现代化建设、改革的80年代。社会主义卫生经济学是社会主义经济科学的一个分支，属于社会主义部门经济学，是发展着的边缘交叉学科，也是一门实用性较强的年轻的应用科学。科学的研究对象，关系着学科的发展方向和基本内容。学习和研究社会主义卫生经济学，首先要了解它的产生和发展，它所研究的对象、任务和方法。

第一节 卫生经济学的产生和发展

一、卫生经济学在不同社会制度国家的兴起

卫生经济学作为一门新兴的部门经济学，已在不同的社会制度的国家里相继问世。这是社会化大生产和卫生事业社会化发展的必然结果。

在资本主义以前的各个社会发展阶段，由于自然经济占统治地位，科学技术很落后，生产力水平低下，且不说原始社会，即使在奴隶社会和封建社会，尽管可用一定的经济力量来兴办以医疗服务为职业的专门行业，但由于其规模小、人员少，设备技术极为简陋，服务对象有限，医疗行业内部及其与整个社会其他部门之间的经济关系也很简单，不需要也不可能对这些简单的经济活动作理论分析和概括。当时中外一些著名的学者和经典都有这方面的阐述，如希腊哲学家亚里斯多德（公元前384—322年）曾指出，农民与医生之间存在着一种商品交换关系，已初步指出医疗劳动的生产性和应有价值。我国儒家经典之一的《周礼》，

记载了公元前 11 世纪西周医学出现分科，即：食医（营养）、疾医（内科）、疡医（外科）及兽医四科，规定了严格的制度。如规定医师医病必须记录病历，年终要考核以确定其待遇多少，即：“岁终则稽其医学，以制其食，十全为上，十失一次之，十失二次之，十失三次之，十失四为下”。这都说明发展医疗生产力，需进行必要医疗分工和严格制度管理的必要性。公元前 3 世纪，《内经》中的“素问·征四失论”中指出：“不适贫富贵贱之居”，已提出疾病和健康状况与社会经济条件有密切关系，并指出：“是故圣人治已病治未病，不治已乱治未乱，此之谓也。夫病已成，而后药之，乱已成而后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸兵，不亦晚乎？”说明预防为主具有重要效益的经济观念。东晋最出色的医学家葛洪曾提倡“便、廉、验”的治疗观，他按病名分类，按病类施方，检查很方便，而且收集整理好多验方，药物容易得的草木不用贵品。说明他注意资源耗费要与医疗效果的统一。明朝著名医学家李时珍所著《本草纲目》在强调精研药治、济世救人的同时，还非常强调用药要适当，否则会出现“不及则功效难求，太过则性味反失”。充分说明药量过多过少都会造成浪费，对社会和患者百害而无一利。这些古代的卫生经济思想对发展当时的卫生事业起过积极作用，对后人也有十分重要的启迪意义。但受历史条件的限制，它不可能成为一门独特的卫生经济科学。

随着社会生产力和商品经济的发展，资本主义生产力方式的确立，资产阶级及其政府在资本原始积累的基础上，通过发展科学技术，加强对劳动人民的盘剥，使经济有了迅速发展，从而也促进了卫生事业的发展。与此同时，一些资产阶级经济学家也提出发展卫生事业能得到好的经济效益的主张。如英国的威廉·配第（公元 1623—1687 年）在《献给开明人士》一书（1664 年）中指出：疾病和死亡会造成经济损失，预防疾病就能减少损失和

增加财富。举例说明，假若瘟疫死亡人数比平常多死 10 万人，而人均价值是 69 英镑多，则王国便会受到 700 万英镑的损失。因此建议王国政府“拨款 7 万英镑，以预防这一百倍的损失。”英国另一经济学家爱德华·查德威克于 19 世纪 40 年代提出改善公共卫生的主张。他认为改善公共卫生条件是一项很好的投资，它为预防疾病带来的效益，将大大超过投资建设医院进行治疗带来的效益。法国人还应用成本与效益分析方法，分析消灭蚊子、防治疾病对开凿巴拿马运河所产生的明显经济效益。当时（1878—1899 年）法国人开凿运河期间，由于疟疾和黄热病流行，造成大量劳工死亡，使工程难以为继。后来，在医生协助下，先消灭蚊子（当时每消灭一只蚊子，平均花 10 美元），从而控制了疾病的发生和流行，避免了 7 万多劳工的死亡，以此换算成金额竟达 8000 万美元的效益，并保证了运河工程的顺利完成。这些资产阶级经济学家的思想主张，对于建立资本主义卫生经济学是起到积极作用的。全世界无产阶级和劳动人民的伟大导师马克思和恩格斯基于解放全人类，实现共产主义的远大理想，运用其创立的辩证唯物主义与历史唯物主义的理论对资本主义生产方式的产生、发展和灭亡的规律进行了科学分析，创立了无产阶级政治经济学，从而为我们认识资本主义卫生事业的本质和建立社会主义卫生经济学奠定了坚实的理论基础。

进入 20 世纪，特别是第二次世界大战以后，由于科学技术和生产力迅速发展，使资本主义生产和卫生事业社会化程度大为提高，卫生部门内部的经济关系、经济活动则更为频繁复杂，它与其他部门、单位以至居民家庭的经济关系也更为密切，卫生事业已成为资本主义社会经济发展的一个重要组成部分。因此，它要求人们重视其积极作用，研究总结其内部经济活动的规律，提高卫生经济效益，这是资本主义卫生经济学产生的客观必然性。另外，随着科学技术和卫生事业社会化的发展，医学模式逐步由

生物型向生物、心理、社会型转变，它不仅要求重视致病自然因素，而且更要求重视致病社会因素的研究，不仅从生理生化的角度研究单个人体，而且强调整个人群的心身两个方面的健康，这就会涉及心理学、伦理学、社会学、经济学、法学、人口学等一系列科学领域，从而使传统医学结构向着多学科综合性转变，出现了医学科学和有关社会科学相互渗透、相结合的一系列应用和边缘学科。因此，卫生经济学的产生也就成了必然。卫生经济学首先在西方发达资本主义国家兴起的直接动因是，垄断资产阶级及其政府面对资本主义基本矛盾日益加深，国内阶级矛盾日趋尖锐，为了缓和国内阶级矛盾，维护其统治，保证资本正常运转所必需的生产条件和社会环境，不得不采取某些改良措施，实行某些“福利政策”，即通过税收从劳动者取得的贡赋的一部分用于医疗保健费用，给社会阶层以不同程度的医疗保健照顾，建立各种形式的医疗保险和医疗照顾制度。这是资产阶级及其政府关心卫生保健，实行卫生福利措施的根本政治经济原因。然而，由于“福利政策”的推行，卫生费用急剧增长，它不仅直接加重了无产阶级和劳动人民的经济负担，占去其收入的相当份额，而且使资本主义企业成本相应提高，影响资产阶级获得更多的利润，并加剧了财政经济危机。因此，资产阶级政府及其经济学家高度重视关注卫生保健经济问题，分析卫生费用增长的原因，研究卫生资源的开发、分配和合理使用，制订控制卫生费用增长的措施，以求摆脱卫生费用危机。资产阶级卫生经济学就是在这种时代背景下产生发展起来的。

根据世界卫生组织的文献报道，卫生经济学开始形成于本世纪50年代。1952年，瑞典经济学家缪尔达尔在《世界卫生组织纪事》杂志上发表论文《卫生的经济方面》，论述了卫生对于经济的重要意义。1958年，默希金在华盛顿出版的《公共卫生报告》中发表一篇题为《卫生经济学定义》的论文，把卫生经济学

定义为研究健康投资的最优使用的科学，并提出卫生经济学的任务，主要是研究卫生服务的供求与健康投资对经济的影响。这些论文的发表，是卫生经济学产生的重要标志。

60年代，卫生经济学的研究和教学在一些发达资本主义国家逐步开展起来。1962年，美国人默希金在《政治经济学》杂志上发表论文《健康是一种投资》，文章以“人力资本”论为基础，论证健康投资对保护劳动力和促进国民经济发展的作用。1963年，英国人赛尔在《英国医学杂志》上发表论文《医疗保健的经济效益》，指出卫生费用是能增加国民收入的生产性投资，不仅仅是一种消费性费用。1966年，法国人德斯坦在《怎样使卫生计划和经济计划结合》文章中指出，健康是经济发展的手段，是经济发展的结果，是经济发展的一个重要目标。此外，库拉曼在其所著《保健与医疗的经济学》一书中对卫生经济学提出了一个重要定义，认为卫生经济学就是经济学在卫生领域里的应用，包括对卫生服务资源数量和价格的确定，以及对资源配置所产生效益的经济分析。1968年6-7月，世界卫生组织在莫斯科召开第一次国际性的卫生经济学讨论会，出版论文集《健康与疾病的经济学》，主要讨论最优使用卫生资源、卫生事业的管理与效果等。

卫生经济学在西方发达国家的产生和发展，引起了世界其他国家的高度重视和积极反响。无论在社会主义国家，还是第三世界发展中的国家，都立足于本国实际，对面临的卫生经济问题进行了理论方面的研究分析，力求掌握其规律性，以便用于指导卫生事业的实践，争取更好的效益。于是，卫生经济学便在世界范围迅速地发展起来。

卫生经济学在社会主义国家得以产生和发展，与资本主义卫生经济学相比，既有客观条件相同之处，即都是社会化大生产、卫生事业社会化和医学模式发生变化的必然要求，也有其在理论

指导、内容和目的迥然不同的方面。资本主义卫生经济学是资产阶级经济理论和人力资本论为其理论基础的。所谓人力资本论，是美国经济学家西奥多·舒尔茨为代表提出的。他们认为：资本有物质资本和人力资本两种形式。人力资本是体现在劳动者身上的，以劳动者的数量和质量表示的资本。人力资本是通过对人力的投资（教育、卫生保健等）而形成的资本。由于支付了保健投资，增加了家庭成员的健康，保证了家庭成员获得较多收入的能力，这不仅是家庭保健支出的收益，而且将保证和推动经济增长，增加国民收入，使社会也得到收益。与资本主义卫生经济学不同，社会主义卫生经济学是以马克思主义理论、特别是马克思主义经济理论为理论基础的。卫生经济学的内容由于所反映的社会生产关系所规定的经济规律和目的不同，因此社会主义卫生经济学与资本主义卫生经济学在性质上也是根本不同的。由于不同社会制度决定的生产目的的不同，因此也决定各个不同制度所形成的理论体系是存在着本质的区别的。在苏联，国家对卫生保健事业实行集中统一的有计划的领导，因此，苏联学者认为，与卫生经济学紧密相连的卫生计划理论是国民经济计划理论的重要部分。第二次世界大战后，苏联经济学家在致力于研究资本主义卫生事业的社会与经济问题的同时，也研究了社会主义卫生事业的计划与管理等问题，创立了社会主义卫生经济学。我国已翻译出版的苏联卫生经济学著作有：《资本主义卫生事业的社会与经济问题》、《发达社会主义时期卫生事业的计划与管理》、《苏联卫生经济与卫生计划》等。其他社会主义国家在卫生经济学方面的研究，也都有程度不同的进步与发展。

二、卫生经济学在中国改革大潮中崛起

卫生经济学在马克思主义理论、特别是马克思主义经济理论

的指导下，经过中央卫生部领导的倡导，各级卫生部门的支持，广大经济理论研究者 and 实际工作者的共同努力，紧密结合我国卫生改革和建设的实际，积极探索，不断研究总结实践经验，吸取国外有益成果，在党的社会主义初期阶段基本路线的光辉照耀下，终于于80年代诞生了。

社会主义卫生经济学在我国的诞生和问世，标志着我国卫生事业的发展 and 人们的认识水平进入了一个新的阶段。我国卫生事业随着社会主义制度的建立 and 党对人民健康的高度重视，党和政府积极兴办卫生机构，增加对卫生事业的投入，增添医疗设备，培养医务人才，实施城乡结合、以防为主、防治结合的三级预防医疗网络，普遍实行了多种形式的社会主义医疗保健制度，对保障人民身体健康，促进卫生事业社会化都起了积极作用。这为卫生经济学的建立创造了必要的前提。但是，由于“左”的思想影响，片面强调了卫生事业的福利性，讳言卫生事业的经济问题，错误认为福利事业不存在经济问题 and 经济规律，不讲核算，不计成本，浪费现象十分严重，使有限的卫生资源不能发挥其应有的作用，影响了卫生事业的发展 and 卫生经济学的建立。

党的十一届三中全会以后，卫生系统在“解放思想，实事求是”的马克思主义思想路线指引下，认真总结了历史经验和教训，初步认为卫生事业的改革，不仅要按医学科学规律办事，还须按经济规律办事。在卫生部领导的倡导下，部里一方面组织有关人员研究卫生经济问题，一方面组织下属单位进行卫生经济体制改革。1980年9月，卫生部为研究医院经济管理中提出的理论和实践问题召开了座谈会，明确指出要研究卫生经济学。1981年1月，卫生部在武汉召开了医院经济管理研究座谈会，讨论了我国开展卫生经济理论研究和加强医院经济管理等课题，成立了“卫生经济理论研究协作组”。同年8月，卫生部在黑龙江省牡丹江市召开了“卫生经济学和医院经济管理”学术讨论会，就卫生经