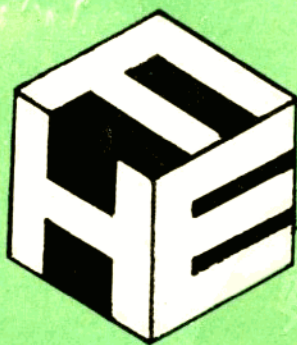


国外卫生经济学概论

AN INTRODUCTION TO FOREIGN HEALTH ECONOMICS

主编 储振华 副主编 郝寿昌 高大林



南京大学出版社



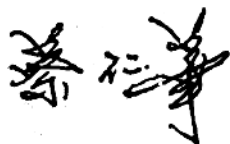
书 前 絮 言

健康是人类生存与发展的基本要素，也是世界各国认同的公民基本权利（当然，这项基本权利在不同国家的实现程度，不能不受到社会制度与经济文化条件的制约）。基于对健康意义的共识，世界卫生组织把“2000年人人享有卫生保健”定为全球性战略。随着卫生保健服务的社会化和医学科技发展的国际化，以卫生资源筹集、分配与利用为主要内容的卫生经济学，也日益成为一门具有特定意义的国际性学科。

国外卫生经济学起步较早，著述甚丰，尤其是在卫生资源开发利用方面取得可观的研究成果。“他山之石，可以攻玉”，无疑是至理名言，但如何采石、炼石与用石，却并非易事，也不无争议。实践证明，自我封闭、一概排斥与唯“洋”是从、照抄照搬，都不是科学的、实事求是的态度，也根本无助于我国的卫生经济研究和卫生事业管理。

近10年来，江苏省医学情报研究所在引进、消化、利用国外卫生经济学术成果方面，坚持从国情出发，以我为主，“洋”为中用，发挥了开拓性作用，取得了我国卫生经济学界公认的成效。最近，又组织有关专家学者合作编写本书，观点与资料融合，理论和应用并重，可读性与可操作性俱佳，再一次提供了借鉴国外学术成果的成功范例。我从中获得了丰富的知识和多方面的启迪，深信读者们将会有同样的感受。

90年代我国卫生发展与改革面临着严峻的挑战，资源筹措、结构调整、机制转换等大量卫生经济问题有待我们研究解决。热诚希望我国卫生经济学界同仁、本书作者和广大读者携手合作，立足我国实际，借鉴国外经验，共同探索具有中国特色的社会主义卫生事业发展道路，共同为繁荣我国社会主义卫生经济学而多作贡献。

A stylized handwritten signature in black ink, consisting of three characters: '金' (Jin), '仁' (Ren), and '华' (Hua), which together mean 'Jin Ren'.

1991.9.

目 录

书前絮言

第一章 卫生经济学发展史……………(1)

1.1.卫生经济思想的产生……………(1)

- 1.1.1.古代卫生经济现象 1.1.2.封建社会的卫生经济现象 1.1.3.资本主义初期的卫生经济思想

1.2.卫生经济学的萌芽时期……………(4)

- 1.2.1.卫生费用和健康投资概念的形成
- 1.2.2.人力资本理论的萌芽 1.2.3.社会政策与卫生经济

1.3.卫生经济学的形成和发展……………(9)

- 1.3.1.卫生经济学在美国的兴起 1.3.2.近代卫生经济学的发展

第二章 卫生经济学的基本论点……………(16)

2.1.西方现代经济学家对卫生经济学的解释……………(16)

2.2.苏联和东欧一些国家的学者对卫生经济学的理解……………(21)

2.3.世界卫生组织提出的卫生经济学观点……………(26)

第三章 卫生服务的生产理论……………(29)

3.1.卫生服务的经济特性……………(29)

3.2.卫生服务的产出……………(31)

3.3.卫生服务的生产性……………(32)

第四章 卫生服务价格……………(45)

4.1.医疗价格概述……………(45)

4.1.1. 医疗服务产品	4.1.2. 成本与价格
4.1.3. 价格上涨影响因素	4.1.4. 价格变化测量方法
4.2. 市场机制下的医疗价格	(56)
4.2.1. 医疗市场	4.2.2. 医疗保险与价格
4.2.3. 医生垄断与价格	4.2.4. 信息、竞争与价格
4.3. 非市场机制下的医疗价格	(57)
4.3.1. 价格政策	4.3.2. 价格政策的局限
4.3.3. 价格体制改革	
第五章 卫生服务的需求与供给	(63)
5.1. 医疗需求理论	(63)
5.1.1. 需求行为	5.1.2. 资源与需求
5.1.3. 需要与需求	5.1.4. 需求理论研究
5.2. 医疗需求的特点和决定因素	(66)
5.2.1. 医疗需求的特点	5.2.2. 医疗需求的决定因素
5.2.3. 有关医疗需求的几个问题	
5.3. 医疗供给	(72)
5.3.1. 医疗供给的特点	5.3.2. 医疗供给的决定因素
5.3.3. 医疗供给中的一些问题	
5.4. 医疗供给对国民经济的影响	(77)
第六章 卫生服务费用	(79)
6.1. 卫生费用概念	(79)
6.1.1. 卫生费用含义	6.1.2. 卫生费用划分
6.2. 各国卫生费用发展概况	(80)
6.2.1. 资本主义国家卫生费用的变化	
6.2.2. 苏联及东欧国家卫生费用的变化	
6.2.3. 发展中国家卫生费用的变化	

6.3. 各国卫生费用比较.....(85)

- 6.3.1. 卫生费用的来源和分配 6.3.2. 卫生费用增长的原因及对策

第七章 卫生服务的成本—效益分析和成本—效果

分析.....(94)

7.1. 分析方法和理论的产生与发展.....(94)

7.2. 卫生服务的成本—效益分析.....(99)

- 7.2.1. 成本—效益分析的定义 7.2.2. 成本—效益分析的分类 7.2.3. 成本—效益分析的步骤 7.2.4. 成本—效益分析方法

7.3. 卫生服务的成本—效果分析.....(107)

- 7.3.1. 成本—效果分析的定义 7.3.2. 成本—效果分析的方法

第八章 卫生保健制度模式.....(111)

8.1. 卫生保健制度的构成要素.....(111)

- 8.1.1. 卫生保健制度的组织系统 8.1.2. 卫生保健资源的开发和利用 8.1.3. 卫生保健制度的经济支持 8.1.4. 卫生保健制度的管理因素

8.2. 卫生保健制度的演变.....(115)

- 8.2.1. 从自费医疗到民间互助医疗 8.2.2. 医疗保险制度的兴起和医疗保障制度的建立

8.3. 卫生保健制度的分类.....(119)

- 8.3.1. 罗默博士的分类 8.3.2. 克里兹库瓦斯基博士的分类 8.3.3. 其他主要分类观点

第九章 苏联的卫生经济.....(126)

9.1. 卫生人力和卫生设施状况.....(127)

- 9.1.1. 卫生人力 9.1.2. 卫生设施

9.2.卫生经济	(130)
9.2.1.卫生经费的来源与分配	9.2.2.医疗费
用	9.2.3.卫生经济学教育
9.3.卫生服务与卫生经济管理	(133)
9.3.1.卫生服务	9.3.2.卫生经济管理
第十章 美国的卫生经济	(138)
10.1.卫生管理与卫生服务	(139)
10.1.1.卫生行政管理体制	10.1.2.卫生服务
10.2.卫生人力和设施	(142)
10.2.1.卫生人力	10.2.2.医疗机构与床位的发展和利用
10.3.卫生经费	(144)
10.3.1.个人卫生服务费用的支付方式	
10.3.2.卫生费用的上升	10.3.3.卫生费用上升的原因
10.4.卫生保健制度	(146)
10.4.1.医疗保险的形式	10.4.2.医疗保险组织
10.4.3.卫生保健制度的弊端及其改革	
第十一章 英国的卫生经济	(153)
11.1.卫生保健制度	(154)
11.2.卫生经费	(155)
11.2.1.卫生经费的筹集与分配	11.2.2.卫生经费的发展
11.2.3.卫生费用的上涨与控制	
11.3.卫生人力	(161)
11.4.私人医疗服务的发展	(163)
第十二章 德国和法国的卫生经济	(166)
12.1.德国的卫生经济	(166)

12.1.1.卫生经济状况	12.1.2.卫生经济政策	
12.1.3.卫生事业与卫生经济管理	12.1.4.医疗保险制度	
12.2.法国的卫生经济		(173)
12.2.1.卫生经济状况	12.2.2.卫生事业与卫生经济管理	
12.2.3.卫生经济政策		
12.2.4.医疗保险制度		
第十三章 瑞典、丹麦、芬兰和挪威的卫生经济		(181)
13.1.瑞典的卫生经济		(181)
13.1.1.卫生保健制度	13.1.2.卫生经济状况	
13.2.丹麦的卫生经济		(184)
13.2.1.卫生保健制度	13.2.2.卫生经济状况	
13.3.芬兰的卫生经济		(187)
13.3.1.卫生保健制度	13.3.2.卫生经济状况	
13.4.挪威的卫生经济		(190)
13.4.1.概况	13.4.2.卫生保健制度和卫生经济状况	
第十四章 日本的卫生经济		(192)
14.1.社会经济与卫生事业发展		(192)
14.1.1.社会经济状况	14.1.2.卫生事业及其发展状况	
14.2.医疗保险体制		(194)
14.2.1.发展简史	14.2.2.体制模式	
14.3.卫生费用		(197)
14.3.1.费用收支制度	14.3.2.费用的筹集与分配	
14.3.3.医疗费用的上涨与对策		
第十五章 加拿大和澳大利亚的卫生经济		(203)

15.1. 加拿大的卫生经济.....	(203)
15.1.1. 基本情况	15.1.2. 卫生保健制度
15.1.3. 卫生人力状况	15.1.4. 卫生费用
15.2. 澳大利亚的卫生经济.....	(210)
15.2.1. 卫生状况	15.2.2. 卫生服务管理
15.2.3. 卫生费用	
主要参考文献.....	(216)
附录: 本书资料统计表索引.....	(218)
后 记.....	(220)

第一章 卫生经济学发展史

1.1. 卫生经济思想的产生

1.1.1. 古代卫生经济现象

西方卫生经济学者对卫生经济学史的研究，最早是从古代卫生经济现象开始的，有关卫生经济的现象则追溯到医疗行为的起源。

在原始公社时期，原始人群处于共同劳动、共同享受的集体生活，由于生产能力很低，不可能有剩余产品，轻微病人照样参加劳动，对危重病人则是被抛弃甚至杀死。这种将病人从社会中抛弃的现象是由于当时落后的经济条件所决定的。

到奴隶社会，奴隶可以生产剩余产品，由屠杀奴隶改为强制奴隶劳动以及买卖奴隶，古代奴隶社会就是以奴隶制为社会经济基础的社会。

从奴隶社会到封建社会初期，奴隶和雇工一旦有了病，随时都有被解雇的可能，奴隶主和封建贵族可以用廉价取得更健壮的劳动力。可见健康的体质无论是对奴隶还是贵族都是至关重要的。在奴隶的买卖市场和选择被雇用者中，健康是唯一的条件。

1.1.2. 封建社会的卫生经济现象

从欧洲医疗发展的整体历史来看，8世纪到12世纪期间，

收治病人的设施是修道院，由修道院的僧侣担任医疗，这种修道院式的医疗刚开始则是一种宗教心理，后来发展到对穷人的一些慈善，治疗方法除有一定经验技巧的僧侣担任外，还加上迷信观念。修道院治疗的经济基础是修道院本身募集的财力，病人不需要付钱。

在10世纪时，医疗技术已经有一定的发展，11世纪时，修道院医疗开始衰退，当时已出现一些具有一定医学知识的人，这些人有的被贵族看中选为侍医，另有一些人自己开业行医。到12世纪和13世纪，医疗已基本上从修道院的僧侣手中传至民间俗人。

中世纪封建社会的医疗与经济的关系是，医生的经济生活一种是由王室贵族承担，另一种是以等价交换为基础，还没有形成医疗市场。

据资料记载，在法国巴黎1272年仅有医生61人，1395年减至32人，1500年为72人，这种现象几乎一直到17、18世纪没有多大改变。在18世纪中期的伦敦，如果病人都要到医生那儿求医的话，一名医生每天就得接待1,200名患者。

1.1.3. 资本主义初期的卫生经济思想

卫生经济学领域的形成是随着医疗行为的商品化而开始的，所谓医疗行为的商品化就是在医疗行为的报酬上形成社会性的价格。医疗行为作为一个商品来说，就是劳动力商品化在市场上的体现，社会性价格的形成是以医疗行为的社会性价格的完成为前提的，劳动力的商品化是以雇用劳动的发生为前提条件，卫生经济学领域的形成是雇用劳动产生以后出现的。

在资本主义初期，“人的经济价值”和“民力”的概念

已经完成。人的经济价值就是将人作为一种“财产”、“资源”或“资本”，其实这种观念早在奴隶买卖时就已经出现，奴隶的价值是用金钱来表示的。其次在公元9世纪初，英国政府在法庭上对被杀害者的赔偿金额就是以被害者的经济所得为依据。

“民力”就是民众的力量，它的体现依据是人口数量。初期资本主义时期西方一些国家的君主开始利用侍医编写“国情”，首先人口数是衡量一个国家强弱的基础，其次是国王的健康状况和整个国家民众的健康状况，它反映当时国家的生产力和军事力量。

1660年德国的国王侍医康林库（Konringu）是当时的有名的医学、哲学诸方面的名手，他将当时有关行政、政治、军事、人口、健康等知识综合在一起，编写成反映国家实际情况的“国情论”。

另一位德国医学家，侍医约翰·乔基姆·比彻（Johan·Joachim·Becher）于1668年发表了《国家兴亡，特别是国家人口增长和扶养能力增强原因的政治论》一文，认为人口是组成国家的素材，人口越多，国家就会越强大，但是也有一定的界限，这就是国家对人口的扶养能力。也就是说，随着人口的增长，国家必须增强对人口的扶养能力。

1650年前后，法国和德国的一些医生开始提出了“国家医学”的论述。认为保护民众的健康是国家的义务，对于健康问题统治者应该依据法律和行政政策来决定哪些是民众可以获得的，哪些是不可以获得的。进而还有人提出应该将预防与治疗一样作为国家卫生行政的重点。

18世纪中期有一位叫做富兰克（Franku）的医学家提出

“医学警察”的论述，认为政府应该采取手段保护民众的健康，他于1777年完成的《完全的医学警察制度》一书，全书共六卷，详细地记叙了公共卫生和个人卫生的体系。富兰克是意大利的一位医生，也是公共卫生行政官员，他的“医学警察”的思想对当时的欧洲有很大的影响，后来有人评论他是“将国家的健康问题作为社会经济问题的一个重要内容来认识的政治家”。这是西方资本主义初期产生的对健康问题和经济之间关系的认识。

1.2.卫生经济学的萌芽时期

1.2.1.卫生费用和健康投资概念的形成

在医疗费用上形成社会性价格的前提条件是雇用劳动的产生，但是雇用劳动的产生并不是自然地形成医疗费用价格的原因，当然雇用劳动的产生和社会平均劳动价格的形成对社会平均医疗费用价格的形成有很大关系。然而，在现实的历史上，人为的、政策性的因素在医疗费用价格的形成上也起很大作用。产业革命时期英国实行的教贫法就能充分说明这一点。

死亡和疾病的经济损失虽然早已被人们所认识，但是初期的概念只是认为对工人及其工人互助团体的损失，至于对资产阶级是否也有损失，这在18世纪末期才逐渐被提出来，当时出于资产阶级的利己主义，在英国出现了作为公共卫生运动的指导理论——健康投资论，并以减少救济金的支出额为标尺来衡量公共卫生事业的效果。这时，最引人注目的“由疾病造成的经济损失”这一观点产生了，其代表人物是艾德

文·查特维克 (Edwin·Chadwick, 1800—1890年)。

此人于1832年担任英国的救贫法实施情况调查委员会委员，他对当时霍乱流行问题、贫民的增加等试图通过对救贫法的改革（采取法律手段）和公共卫生行政的改革来加以解决，这些问题也正是资产阶级为了扩大劳动力市场必须解决的。1834年他写出的“救贫法调查报告”中认为，救济对象应该将有无劳动能力者区分开来，减少对有劳动能力者的救济可以消除懒惰，减少贫困化。在他后来担任事务局长后，又对救贫措施中的医疗服务进行改革，并且涉及到疾病的费用，他提出减少疾病费用的二个方法是：一是对医生的报酬实行统一管制，二是进行疾病预防。并认为采取预防措施的费用最终将会低于不断发生的疾病所需的费用，劳动条件和生活条件的恶化所造成的疾病和死亡，不但要增加政府救贫费用的支出，还会加速劳动力市场的缩小。

1.2.2. 人力资本理论的萌芽

继艾德文·查特维克之后，英国的公共卫生行政官员约翰·西蒙 (John·Simon) 提出了以下见解：霍乱和其他急性传染病在肮脏生活环境的工人居住区经常发生，由此而造成的劳动力损失是巨大的，然而为改善生活环境包括铺设上下水道在内的投资，与不进行这些改善而失去的劳动力价值作比较，这是非常合算的。并说：“对卫生的轻视是吝啬的错误，热性病和霍乱的流行是对便宜肮脏住宅和不清洁用水付出的高额代价。”

此后，鲍德文·莱瑟姆 (Baldwin·Latham) 将“健康投资”的观点进行了具体化，他以库洛敦市上下水道、公共浴室、屠宰场等卫生工程完成后的1855年为界线，将完成前的

8年与完成后的20年间的人口死亡率作了比较,1855年以前每年每千人口死亡数为24.3人,1855年以后降为19.56人,减少了4.74人的死亡。1855年以后的20年内平均人口是43,912人,20年内挽救了生命的人口数为 $(43,912 + 1,000) \times 4.74 \times 20 \approx 4,163$ 人,其中劳动力人口以2,081人(一半)计算,以平均年所得191英镑的最低标准计算,20年的所得大约是397,471英镑,加上节约了的丧葬费和这些卫生工程后减少了的疾病费用等总共收益约531,375英镑,而这些卫生工程的总费用只是约267,656英镑,实际收益是投资的二倍。

19世纪后半期被称为卫生经济思想的萌芽期,其中有独到见解的代表人物是约瑟夫·西蒙茨(Joseph·Simonds)他的卫生经济思想体现在他1850年和1851年发表的两篇文章中,在文中他对疾病的成本作了详细计算(见表1-1、表1-2)。他的最出色的观点是将疾病的经济损失分为短期和长期两种,即除每日的损失外,还有寿命的缩短,这是卫生经济学中不可忽视的。

表1-1 英国某地居民疾病的总损失(1846—1850年)

(1) 由死亡造成的人力资本的损失

15,114,000美元 [死亡人数(37,785人) × 奴隶价格(400美元)]

(2) 由死亡造成的劳动所得损失

17,003,250美元 [37,785人 × 1/2(死亡者中劳动力人口) × 900美元(平均所得)]

(3) 由疾病造成的所得损失

2,173,875美元 [4,347,750 × 0.5美元(每日劳动所得)]

(续前表)

*以死亡数：患病数=1：20计算，即 $37,785 \text{人} \times 20 = 755,700 \text{人}$ （患病人数）， $755,700 \times 14 \text{日}$ （平均每人患病日）=10,579,800日， $10,579,800 \times 1/2$ （可劳动日数）-942,150（星期天和节假日等应休息日数）=4,347,750日（损失日数）

(4) 死亡的费用566,775美元 [$37,785 \text{人} \times 15 \text{美元}$ （丧葬费）]

(5) 疾病费用10,579,800美元 [$755,700 \text{人}$ （患病人数） $\times 14 \text{日}$ （平均患病日） $\times 1 \text{美元}$ （医疗费、慈善费）]

总计：(1)+(2)+(3)+(4)+(5)=45,437,000美元

表1-2 可以预防的疾病费用

(1) 对当时英国某地的死亡率从62.2‰降至可能达到的目标30‰时，人口总数 $13 \text{万} \times 62.2\text{‰} - 13 \text{万} \times 30\text{‰} \approx 4,000 \text{人}$ （减少的死亡数）， $4,000 \text{人} \times 20$ （患病者倍数）=80,000人（患病人数）， $80,000 \times 14 \text{日}$ （平均患病日数）=1,120,000日（患病日数）

(2) 由死亡造成的人力资本损失

1,600,000美元 [$4000 \text{人} \times 400 \text{美元}$ （奴隶价格）]

(3) 由死亡造成的劳动所得损失

400,000美元 [$4,000 \times 1/2$ （可劳动者数） $\times 200 \text{美元}$ （1846—1849年和1850年头四个月内的平均所得数）]

(4) 可能预防的死亡损失

(2)+(3)=1,600,000美元+400,000美元
=2,000,000美元

(5) 可能预防疾病的劳动所得损失

350,000美元 [$1,120,000$ （患病日数）减去应休息的日数 $\times 0.5 \text{美元}$ （每日平均劳动所得）]

(6) 可能预防疾病的损失总额

$$(4) + (5) = 2,000,000 + 350,000 = 2,350,000 \text{ 美元}$$

(7) 丧葬费等费用

$$60,000 \text{ 美元} [4,000 \text{ 人} \times 15 \text{ 美元 (丧葬费)}]$$

(8) 疾病的费用

$$1,120,000 \text{ 美元} [1,120,000 \text{ (患病日数)} \times 1 \text{ 美元 (医疗费和慈善费)}]$$

(9) 可能预防疾病的支出费用

$$(7) + (8) = 1,180,000 \text{ 美元}$$

(10) 可能预防疾病的总费用

$$(6) + (9) = 2,350,000 + 1,180,000 = 3,530,000 \text{ 美元}$$

1.2.3. 社会政策与卫生经济

18世纪初期，德国资本主义的广泛基础是家庭工业，而制造工业和机械工业还比较落后，亚麻工业是当时的重要出口工业。到19世纪初期，西欧地区的亚麻纺织工业出现激烈竞争的局面，英格兰等地区首先在亚麻工业上进行技术改造，使用较新的设备，产品质量和价格都遥遥领先。而德国，一方面由于统治阶级和商人的压榨，导致种植亚麻的农民获得甚微，另一方面由于家庭工业的分散性，不利于引进先进的机器设备，所以仍然采用手工操作，工人们生产条件很差。这种恶劣的劳动条件加上肮脏的生活环境，以及饥饿等原因，出现了空前的伤寒大流行。

到19世纪30年代，从欧洲到美国，对公共卫生问题的关心程度普遍提高，很多有识之士对政府提出了进行卫生改革的强烈要求，并且列举出民众的很多患病事实，抗议政府在经济政策和社会政策方面的不公平现象。