

卫生经济 及政策分析

eisheng jingji ji zhengce fenxi

周绿林 编著



东南大学出版社

卫生经济

及

政策分析

周绿林 编著

东南大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

卫生经济及政策分析/周绿林编著. —南京:东南大学出版社, 2004. 12

ISBN 7-81089-887-6

I. 卫... II. 周... III. 卫生经济学 IV. R1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 121773 号

卫生经济及政策分析

出版发行	东南大学出版社
社 址	南京市四牌楼 2 号
邮 编	210096
电 话	(025)83793328
印 刷	南京京新印刷厂
开 本	700 mm×1000 mm 1/16
印 张	16.50
字 数	323 千字
版 次	2004 年 12 月第 1 版第 1 次印刷
定 价	26.50

* 未经本社授权, 本图书内任何文字图片不得以任何方式转载、演绎, 违者必究。

目 录

第一章 绪论	(1)
第一节 卫生经济学的产生和发展	(1)
第二节 卫生事业的性质	(6)
第三节 卫生经济及政策分析的对象和方法	(10)

微观分析篇

第二章 卫生服务需求分析	(15)
第一节 卫生服务需求概述	(15)
第二节 卫生服务需求的弹性	(17)
第三节 卫生服务消费者行为理论及分析	(22)
第四节 卫生服务需求的影响因素分析	(26)
第三章 卫生服务供给分析	(28)
第一节 卫生服务供给概述	(28)
第二节 卫生服务供给弹性	(30)
第三节 卫生服务供给者行为理论及分析	(32)
第四节 卫生服务供给的影响因素分析	(36)
第四章 卫生服务市场分析	(39)
第一节 市场与市场经济概述	(39)
第二节 卫生服务市场分析	(41)
第三节 政府对卫生服务市场的宏观调控	(49)
第五章 医疗服务成本与价格政策分析	(51)
第一节 医疗服务成本概述	(51)
第二节 医疗服务成本核算	(53)
第三节 医疗服务成本分析	(57)
第四节 医疗服务价格政策分析	(60)



第六章 医院经济管理与经营机制	(67)
第一节 医院经济管理	(67)
第二节 医院经营机制	(75)

宏观分析篇

第七章 医疗保障制度及政策分析	(80)
第一节 国外医疗保障制度及政策分析	(80)
第二节 我国医疗保障制度及政策分析	(86)
第八章 卫生总费用分析	(97)
第一节 卫生总费用概述	(97)
第二节 卫生总费用核算	(101)
第三节 卫生总费用分析与评价	(105)
第四节 卫生总费用筹集与有效利用	(112)
第九章 疾病经济负担与健康投资效益分析	(115)
第一节 疾病经济负担概述	(115)
第二节 疾病经济负担的计算	(116)
第三节 疾病经济负担的研究与分析	(118)
第四节 健康投资及其效益分析	(123)
第十章 卫生人力的经济及政策分析	(129)
第一节 卫生人力经济分析概述	(129)
第二节 卫生人力需求预测	(132)
第三节 卫生人力供给预测	(135)
第四节 卫生人力的经济政策及分析	(140)
第十一章 卫生服务的合理组织	(144)
第一节 卫生服务的结构经济	(144)
第二节 卫生服务的规模经济	(149)
第三节 卫生服务的布局经济	(151)
第四节 卫生服务的时序经济	(156)

第十二章 卫生资源配置与资本运营	(158)
第一节 卫生资源配置.....	(158)
第二节 卫生机构国有资产管理.....	(163)
第三节 卫生机构资本运营.....	(169)
第十三章 卫生经济政策分析	(173)
第一节 卫生经济政策分析概述.....	(173)
第二节 卫生经济政策分析的方法.....	(176)
第三节 我国卫生经济政策分析.....	(180)

技术分析篇

第十四章 卫生服务的经济分析与评价方法	(186)
第一节 卫生服务的成本—效益分析.....	(186)
第二节 卫生服务的成本—效果分析.....	(191)
第三节 卫生服务的成本—效用分析.....	(194)
第十五章 药物经济评价及政策分析	(199)
第一节 药物经济评价概述.....	(199)
第二节 药物经济评价的方法与步骤.....	(201)
第三节 药物经济政策分析.....	(207)
第十六章 卫生财务管理与财务分析	(213)
第一节 卫生财务管理的原则和任务.....	(213)
第二节 卫生财务管理的内容和方法.....	(214)
第三节 卫生财务分析.....	(218)
第十七章 卫生经济计量分析	(226)
第一节 计量分析的内容、特点和步骤.....	(226)
第二节 单方程计量经济模型.....	(229)
第三节 联列方程计量经济模型.....	(236)
第四节 计量经济模型在卫生领域中的应用.....	(239)
常用英汉词汇	(244)
参考文献	(251)
后记	(253)

第一章 绪 论

卫生经济政策是国家宏观经济政策的组成部分,是政府发展和管理卫生事业的重要手段。对卫生经济及卫生经济政策进行分析旨在选择最优政策方案,实现卫生政策目标。本章就卫生经济学产生和发展的历史进程及其原因、卫生事业的性质、卫生经济及政策分析的对象和方法等问题进行了阐述和研究。

第一节 卫生经济学的产生和发展

一、卫生经济学的产生和发展

卫生经济学(health economics)是一门新兴的边缘学科,属于部门经济学范畴,也是一门应用科学。

卫生经济学产生有其深刻的社会原因,它是适应卫生事业社会化需要而产生的,是在提高和解决卫生事业发展过程中的诸多经济问题基础上发展起来的。作为一门有理论体系的学科,它是近代社会化大生产和卫生事业社会化的产物。

经济是一切社会生活的基础,也是卫生事业的基础。但在自然经济的社会环境下,卫生活动和社会经济虽然有着“某种联系”,但是不可能产生卫生经济学。因为在奴隶社会和封建社会,尽管社会上已经出现了以医疗服务为职业的专门行业,但由于当时社会生产力水平和社会化程度不高,科学不发达,虽有为王室服务的御医和与农民联系的民间医生,但总体上医疗卫生还处在走街串户的个体阶段,医疗卫生行业人数少、规模小,医疗卫生与经济的关系还很简单,对卫生经济现象的分析没有也不可能理论化和系统化。虽然亚里士多德也谈到过农民与医生在生产、交换中包含的工作量关系,但那只是偶然提及的简单见解。

卫生经济学的萌芽始于社会化大生产出现后的资本主义社会。由于社会生产和科学技术迅速发展,与劳动力商品化伴生的医疗行为商品化,出现了医疗服务社会化的医院,卫生事业也逐步摆脱个体劳动的性质,医疗卫生服务与社会发展的关系日益紧密,反映和分析医疗卫生经济活动的经济思想日益增多。在英国、法国、俄国有一些思想家,在他们的著作中反映了对卫生经济的认识。如 1664 年,古典经济学家威廉·配第(William Petty)在《献给开明人士》一书中论述了卫生、人口和社会经济发展之间的关系,触及了卫生的经济效益问题和人的生命价值问题。按当时计算每个英国人价值为 69 英镑多,若能预防导致 10 万人死亡的瘟疫,可减

少近 700 万英镑的损失,他提出“改善卫生条件是一项很好的投资”。1853 年俄国人口学家罗斯拉夫斯基也注意到卫生与人口发展中的经济意义。

18 世纪末,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准来衡量公共卫生事业的效果。1832 年,担任英国的救贫法实施情况调查委员会委员艾德文·查德维克(Edwin Chadwick)在参与济贫事业中,曾提出“疾病造成的经济损失”这一观点,以及通过增加医生报酬和进行疾病预防来减少疾病治疗费用的办法。1853 年英国经济学家维里阿姆开始用一个人的纯收入来解释人生命的经济价值。法国人还运用成本与效益的方法,分析消灭蚊虫、防治疾病对开凿巴拿马运河所产生的巨大效益。

特别应该指出的是,马克思和恩格斯所创立的政治经济学中也包含了诸多的卫生经济思想。如在《资本论》、《英国工人阶级状况》、《论住宅问题》等著作中,在揭露资本主义卫生事业本质的同时,对卫生保健与人口生产、物质资料生产的关系,对医务劳动的特点与性质等问题作了精辟的论述。

自 19 世纪 30 年代开始,从欧洲到美国,公共卫生问题引起了更多的关注。许多有识之士针对劳动条件恶劣使很多劳动者和居民患病的事实,要求政府进行卫生改革,且应依靠社会 and 科技力量防病治病和增进健康。面对德国工业化兴起和阶级矛盾的激化,德国政府着手建立疾病和工伤保险制度,1881 年颁布社会保险法,次年正式建立疾病保险,并逐步扩大到全体雇佣工人,1911 年扩展到了普通居民。在德国影响下,比利时、奥地利和北欧一些国家也相继推行医疗保险。英国于 1911 年制定了国民健康保险法,开始实施义务健康保险,全英约有 1 500 万人参加。此时美国将含有疾病保险内容的工人补偿法推广到 10 个州。

随着疾病保险的实施,有关疾病统计、医疗计划、费用计算、医疗保险业的筹资和支付等卫生经济问题受到了更多的关注和探讨。不过,上述有关卫生经济问题的若干理论见解还只是个别的,并没有形成关于卫生经济的专门论著和进行系统的理论分析,卫生经济学作为一门新学科产生的条件还未完全具备。

进入 20 世纪,由于科学技术的进步,生产社会化程度的提高,卫生事业的社会化程度也迅速提高,卫生与社会经济发展的联系也更加紧密起来。这客观上要求并促使人们对卫生活动中的经济关系和经济活动进行科学的分析。1933 年美国组织医疗成本委员会,研究达到健康标准所需要的医疗成本费用。1935 年,统计学家达布林设想一个人的货币价值是从毛收入中扣除生活费,再将净所得乘 2.5% 的利率,由此计算卫生工作效益。

美国的医疗制度不同于欧洲国家,其医疗服务价格完全由市场调节,医疗市场竞争激烈,社会与民众对医疗费用变化比较敏感,这促进了研究的深入。1940 年,

美国学者西格瑞斯特(H. E. Sigerist)发表了《医疗经济学绪论》一文,提出医疗经济学应阐明阻碍现代医学应用的社会经济条件,分析贫困与疾病给国民经济带来的损失,并致力于解决医疗价格与患者的经济能力之间的矛盾。该文因为阐述了医疗经济学的定义及其研究的重要意义,而被视为卫生经济学发展史上划时代文献。不过当时认为,卫生事业仅仅是出于人道主义而与经济不相干,因此,卫生经济理论不可能全面深入系统地展开。

第二次世界大战后,卫生经济学作为一门独立的学科在发达的资本主义国家很快兴起,其重要原因是普遍推行的“福利政策”引起的卫生费用急剧增加。西方发达国家由于科技革命的推动,在社会财富迅速增长的同时,医疗技术的发展和應用带来医疗费用的迅速上涨,甚至达到昂贵的水平,给工人和普通居民增加了很大的经济负担。为了缓和国内阶级矛盾,保证资本正常运转所必需的生产条件和社会环境,发达国家纷纷推行“福利政策”,他们建立起各种形式的医疗保险和医疗照顾制度,把通过税收从社会取得的部分财富用于医疗保健费用,给居民以不同程度的医疗保健照顾。20世纪50年代初,英国就实行了全民免费医疗制度,随后日本、美国、法国、联邦德国等国陆续推行社会医疗保险制度,促使医疗需求不断增长,卫生费用迅速膨胀。如瑞典的卫生费用,1950年占国民生产总值3.4%,1970上升到7.3%,1979则达到9.5%;美国的卫生费用,1940年占国民生产总值4.1%,1960年占5.2%,1970年占7.4%,1985年占10.6%,1992年达14.0%。美国1993年卫生费用达到9000亿美元,人均约4100美元。英国卫生支出占财政支出的比重,1977年就高达11%。卫生费用激增,提高了企业成本,也加重了财政负担,从而引起经济学家的关注。自20世纪50年代起,人们陆续就卫生资源的开发和费用筹措,卫生资源的分配和利用,卫生投资的效益,医疗费用的上涨及其控制等问题进行一系列研究,使得卫生经济学产生并迅速发展起来。

1952年,瑞典经济学家缪尔达尔(Myrdal G)在《世界卫生纪事》上发表题为《卫生的经济方面》的论文,从社会整体出发论述卫生事业对经济发展的重要意义。

1958年,美国学者默希金在华盛顿出版的《公共卫生报告》上发表了《卫生经济学的定义》一文,第一次提出“卫生经济学”一词,强调卫生经济学是“研究健康投资最优使用的科学”。1962年,他又发表论文《卫生是一种投资》,提出“健康投资”和“智力投资”的概念,并进而论证这两种投资对促进经济发展的重大作用。

1961年,《公共卫生经济学》杂志创刊。

1963—1967年,英国经济学家艾贝尔·史密斯(Abel Smith)发表了两篇有分量的报告:《六国卫生服务耗费财政与资源研究》、《卫生支出及其对卫生计划关系的国际研究》,后者收集了30多个国家卫生费用的有关材料。

1966年,法国人德斯坦在《怎样使卫生计划与经济计划结合》一文中,论述健



康与经济的关系,健康是经济发展的手段,是经济发展的结果,也是经济发展的目标。卫生经费既是个人和社会生存的一种必要消费,也是一种发展性消费。

随着对健康投资意义认识的提高,社会对疾病、健康的概念的改变,以及医疗服务的商品化等问题,使得医疗卫生与经济学之间的关系、医疗卫生内部的经济规律越来越引起医学界、经济学界和政府的共同关注,卫生经济学作为一门新兴学科不断得到发展。世界卫生组织(WHO)也积极倡导和支持开展卫生经济学研究。早在1957年WHO就成立一个研究小组来计算人口的健康水平。1968年WHO在莫斯科召开卫生经济学讨论会,会议认为研究卫生事业的管理与效果是卫生经济学的一项基本任务,会议出版了论文集《健康与疾病的经济学》。1973年WHO在日内瓦召开了卫生经济学讨论会,会议认为:卫生经济学是“日益重要的主题”,发表研究报告《卫生经济学》。据1977年英国出版的《卫生经济学注释书目》统计,1920—1974年,西方学者发表的有关卫生经济学的著作和论文就有1491篇。一些国家还先后建立了卫生经济学的研究组织和学术团体。

总之,国外卫生经济学发展较快,根本原因是,卫生产业的兴起,各国卫生福利和医疗保险的发展。二战后,交叉科学、经济学和管理学等学科的发展及国际交流和国际组织的大力支持,也极大地促进了卫生经济学的建立和完善。

二、卫生经济学在中国的兴起

新中国成立后,党和政府十分关心人民的身体健康,我国的卫生事业有了很大的发展,并取得了举世瞩目的成就。随着国民经济的发展和有计划的建设,发展人民卫生保健事业,开始提出了经济方面的问题。建国初期,部分地区的医院曾进行过成本核算,当时收费接近劳动消耗,国家给予少量补助,然而这并没有坚持下来。20世纪50年代实施至今的劳保医疗制度和公费医疗制度,城镇企业职工、国家机关工作人员等几乎实行免费医疗,经费由国家财政和地方财政、企业经费拨给。卫生事业的福利性被片面地理解,收费越低,减免越多,反被视为社会主义优越性的表现。1958年、1960年和“文革”时期三次大幅度降低了医疗和药品的收费标准。由于不重视经济规律在卫生事业发展中的作用,不讲卫生经济效益,以及僵硬的卫生管理体制,给卫生事业带来“独家办、一刀切、大锅饭、不核算”的弊端,加之卫生事业经费和投资不足,致使医疗卫生机构入不敷出,难以为继,卫生事业的发展不能适应经济建设的要求,不能满足人民日益增长的医疗保健需要。

我国社会主义卫生事业的社会化发展,客观上要求对卫生事业进行经济分析和经济管理。党的十一届三中全会冲破“左”的思想束缚,重新确立了解放思想、实事求是的思想路线。由于用实践的标准检验和总结我国卫生事业发展的历史,也由于对外开放,扩大了国外经济文化交流,国外卫生经济学的传入,人们逐渐认识到卫生事业也必须按经济规律办事。1978年3月,卫生部在南昌市召开计划财务

工作会议,针对当时医疗单位存在的看病不挂号,诊疗用药漏收费和积压浪费现象,重点研究增收节支问题。1979年元旦,原卫生部部长钱信忠提出,卫生部门也要按经济规律办事,要学习企业管理的经验。由此开始,卫生部组织有关人员研究卫生经济学,并进行卫生经济体制改革的试点,这在理论和实践上推动卫生经济学在我国的建立和发展。

1981年1月,卫生部在武汉召开医院经济管理研究座谈会。同年3月,在总结试点单位经验的基础上,公布了《医院管理暂行办法》。1980年起,卫生部会同财政部、北京市卫生局到一些医院进行医疗成本调查,分析医院大量赔本的原因。1982年2月,国务院批转了卫生部关于医院赔本问题的报告,要求各省、市、区搞两种收费试点,即对公费医疗、劳保医疗按不含工资的成本收费,对自费患者仍原标准收费,取得经验后推广。

卫生事业改革实践中出现的新问题,迫切需要从理论与实践的结合上给予正确的说明。因此,对卫生经济现象和理论的专门研究提上了日程。1980年,部分医学院校的经济学教师开始了有关卫生经济学资料的搜集、翻译及研究。1981年8月,卫生部在牡丹江召开卫生经济学和医院经济管理学术讨论会,成立中国卫生经济研究会筹备委员会,决定出版卫生经济杂志和编写卫生经济学教材。1982年12月,中国卫生经济研究会在广州正式成立,1984年,中国卫生经济研究会改名为中国卫生经济学会。接着,全国许多省、市、自治区都纷纷成立卫生经济学会。与此同时,卫生经济学学术刊物相继出版。自《中国卫生经济》创刊后,《卫生经济研究》、《国外医学·卫生经济分册》等具有全国影响的杂志相继问世。中国卫生经济研究会于1982年编写出版《卫生经济若干问题》,并于1985年改写成《卫生经济学》一书。此后,出版了一批卫生经济学专著和教材,如《卫生经济学》和《卫生经济学概要》等。日本、美国、英国等国有关卫生经济学的专著也翻译出版。我国部分医学院校先后开设卫生经济学课程,建立卫生经济学会研究和管理的人才培养基地。上海、北京、哈尔滨等地的医学院校招收了社会医学与卫生事业管理专业的研究生。

卫生经济学在我国兴起20年来,建立了从事卫生经济研究的学术机构,形成了由卫生部门的理论工作者、教育工作者和实际工作者,以及包括国内著名经济学家在内的庞大的研究队伍,对诸如卫生事业的性质、地位和作用,卫生事业的发展战略,卫生事业的管理,医疗市场的供给和需求,卫生劳务价值,医疗成本,卫生事业的管理体制和卫生事业的运行机制等方面的理论进行研究,取得了很大的成绩,为卫生领导和决策部门提供了有关改革的资料、设想和方案,对推动卫生事业体制改革,提高卫生事业的管理水平,建设有中国特色的社会主义卫生事业作出了贡献。

卫生经济学在我国的兴起和迅速发展,从根本上说,是我国社会主义卫生事业发展和卫生经济体制改革的客观要求。新中国成立以来,我国的卫生事业有了巨大的发展,在我国的社会主义建设和人民生活中的作用越来越大。但是,我国还处在社会主义初级阶段,卫生经济发展水平还不高,高度集中的卫生经济管理体制阻碍着卫生事业的发展。如何建立与发展符合我国国情和与社会主义市场经济相适应的卫生经济管理体制,具有十分重要的意义。卫生事业的发展需要卫生经济理论的指导,卫生经济理论研究离不开卫生事业的实践。我国的卫生经济学在这种理论和实践的相互作用中开辟着美好的未来。

第二节 卫生事业的性质

卫生事业的性质是其地位和行业特征的集中反映,是卫生事业区别于其他社会事业的内在规定性。明确卫生事业的性质、意义十分重要。从理论上说,它是建立卫生经济学科体系的基础,是制定卫生改革和发展方针的理论依据,也是认识卫生事业地位作用的起点。从实践上说,它决定卫生事业建设和发展的方向和道路,关系卫生事业的发展模式、投资体制、政府职能及卫生服务机构的补偿模式,影响医疗保障制度的改革和人民群众的切身利益。

一、关于卫生事业性质的认识过程

对社会主义卫生事业性质的认识,在我国曾经历了漫长而曲折的过程。建国以后很长时间,人们普遍把卫生事业看作纯粹的福利事业,是政府和社会团体通过再分配形式给劳动者或社会成员的一种物质帮助和照顾。1956年卫生部和财政部联合发文,明确规定卫生事业属福利事业性质,国家免征医院、诊所的工商税。1958年卫生部又提出,医院和卫生院由国家实行财政补助,为减轻患者经济负担,要随生产发展逐步实行免费医疗。

在这种福利观的思想指导下,形成了卫生事业“国家办、大锅饭、一刀切、不核算”的僵化模式。医疗卫生机构由国家包办,成为国家卫生行政机构的附属物,卫生资源采用供给制的分配方式,无论资金还是物资都无偿调拨,卫生机构人员工资全部纳入国家财政,医疗卫生服务实行低收费、甚至免费,卫生经费的分配不与医疗卫生单位的贡献大小、服务好坏挂钩,卫生机构吃国家的“大锅饭”,医务人员吃单位的“大锅饭”。这种卫生福利事业办了几十年,一方面显示出很大的成效,使人民群众得到诸多实惠。另一方面又日益暴露出种种弊端:一是由于医疗卫生机构无自主经营权,习惯于“等靠要、吃皇粮”,听凭计划安排,从而丧失工作主动性、积极性和创造性,更无竞争性。二是平均主义“大锅饭”,助长了消极怠工的懒惰行为,导致服务效率、质量低下。三是由于医疗价格失真,政府又补偿不足,使卫生事

业越办越穷,陷于困境。四是单纯的福利照顾过度刺激社会的医疗需求欲望,一些人因为看病不花自己钱,热衷于小病大治,开大处方,造成医疗资源严重浪费,国家和单位不堪重负。这些问题的积累,致使卫生事业的发展严重受阻,医疗卫生实施得不到改善,卫生服务的供需矛盾尖锐,到头来广大人民群众的健康利益受到损害,于是20世纪80年代普遍出现了看病难、住院难、手术难的现象。

十一届三中全会以后,在解放思想、实事求是思想路线指引下,一些活跃在卫生经济领域的理论工作者和实际工作者率先开始了对卫生事业性质的反思,继而引起了经济学界、社会学界、医学界乃至全社会的广泛讨论。20世纪80年代许多人提出了卫生事业不仅具有福利性,而且具有生产性、经济性、商品性、公益性、文化性等特点。还有人提出卫生事业既是福利事业,又是第三产业,具有双重属性。20世纪90年代初,卫生部门集中各方意见,提出了卫生事业是“公益性福利事业”的定性观点。一方面强调卫生事业的目的、宗旨是为了防病治病、保障健康,其机构单位的设施与所提供的服务是为了满足人们的需要,不以营利为目的。另一方面又指出福利性不等于“国家全包”、“看病免费”、“无限满足”,作为公益性的卫生事业应体现“公众受益,各方尽责”的原则。公益性理论的提出对卫生改革起到了积极的推动作用,并进一步引导了对卫生事业性质的深层次探讨。1992年发表邓小平“南巡讲话”,党的十四大明确提出了建立社会主义市场经济新体制,人们的思想得到进一步解放,卫生经济界和医务界又展开了“市场经济与卫生改革”的大讨论,就社会主义市场经济条件下卫生事业的目标定位、改革取向达成了基本共识。

1996年底,《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》明确提出:“我国卫生事业是政府实行一定福利政策的社会公益事业”,从而科学地阐明了卫生事业的本质属性,为医疗卫生改革的深入发展指明了前进方向,为妥善处理卫生服务在市场经济下的各种经济关系、合理筹集和分配卫生资源提供了理论依据。

二、卫生事业性质的内涵

卫生事业作为政府实行一定福利政策的社会公益事业,蕴含着公益性的本质属性、福利性的社会属性、生产性和产业性的基本属性。

1. 公益性 所谓“公益”,泛指公众的、公共的利益,是指“人人需要,共同受益”,核心是“公众受益,各方尽责”。把公益性作为卫生事业的本质属性,一是由卫生工作的任务目标决定的。健康是人的基本权利,也是社会进步的标志,卫生行业承担防病治病、维护健康的职责,是为了满足社会公众的共同需求。二是由卫生事业的社会主义性质决定的。作为社会主义卫生事业,必须坚持全心全意为人民身心健康服务的根本宗旨,不以营利为目的,保障“人人享有卫生保健”。三是由卫生服务的特殊性决定的。卫生服务具有垄断性,医疗服务提供者可以凭借自己在职权、技术等方面的优越性,诱导“需要”,导致市场失灵,对此必须加强政府监管。四

是由社会主义初级阶段的基本国情所决定的。由于社会生产力的不发达,我国卫生保健服务的社会化、现代化水准较低,国家不可能包揽全民的卫生福利,必须走多形式、多渠道的办医道路,发动全社会参与这一公益事业。

卫生事业公益性特征主要体现在:

(1)举办卫生事业不收取投资回报。由政府举办或社会上其他单位、团体举办的公益性医疗卫生机构,政府给予政策上的支持,其收益不得用于投资回报。

(2)卫生事业享有政府给予的某些特权。如享有免税权、土地征用权、经费补偿、费用优惠等政策。

(3)卫生事业机构应承担公共卫生义务。如在政府卫生行政部门指挥安排下,参与和承担社会卫生防疫、急危重病抢救、流行病调查与控制、健康教育、健康普查等疾病防治和健康促进工作。

(4)政府对卫生工作实行政策干预和法制管理。如对卫生规划、服务价格、办医资格、行业标准、政策支持予以规范、协调、监管。

(5)卫生事业整体的公益性与局部的福利性兼容。公益性事业可以实行福利政策,给予消费者低收费甚至免费,也可以保本经营或微利运营,但应始终坚持以社会效益为最高准则,服务于广大人民群众利益。

2. 福利性 “福利”是经济学中相对于“工资”而言的个人消费分配的一种补充形式。福利不与劳动者直接挂钩,它是政府或社会团体通过再分配形式给劳动者或社会成员的一种物质帮助或照顾。福利事业必定体现不同程度的公益性。

在我国,卫生事业的“一定福利政策”的属性,是由社会主义制度的社会属性和防病治病的医学上的自然属性决定的,也是由社会经济发展水平所决定的。是从国家利益、社会利益、集体利益出发,通过政府提供一定的福利政策的形式,承担社会人口基本卫生保健方面的照顾和优待。这种照顾和优待,是与现实生产力相适应的,国家社会力所能及的,有一定范围、限度和差别的卫生“福利”。只能保障必需,不能满足需要,有别于过去那种国家和单位大包大揽的纯福利。

政府对卫生事业实行一定的福利政策主要体现在:

(1)把卫生事业纳入经济和社会发展规划,保证必要的投入,主要用于简单再生产的补偿性投入和扩大再生产的建设性投入。如对某些政策性低收费或免费项目予以消耗补偿,开列预防保健、卫生执法监督基本经费。投资兴建必要的卫生机构及项目。

(2)保持医疗卫生这一社会性事业的公正性。对公共卫生,预防保健,基本医疗服务,卫生重点和弱势群体,老、少、边、穷地区,给予政策扶持,优先照顾。

(3)建立社会医疗保障制度。医疗保障基金的筹集,按照不同人群的实际需要和可能,由国家、集体、个人三方面合理负担,政府承担一定责任。根据控制风险和

大数法则,建立社会统筹与个人账户相结合的城镇职工医疗保险制度和农村合作医疗保险制度。

(4)政府不举办营利性医疗机构。政府和社会举办的非营利性医疗机构,执行政府规定的医疗服务指导价格,不以营利为目的,切实保障人民群众的基本医疗。

3. 生产性 很长时间里,受前苏联政治经济学的影响,人们认为只有物质生产劳动才是生产性劳动。因而把卫生事业机构所提供的卫生保健服务,当作不创造价值和国民收入的非生产性劳动,把卫生事业看作纯消费事业,排斥卫生部门确立价值、成本、效率等观念,结果导致卫生事业投入不足、补偿不力、效率不高,影响了卫生事业的发展及其社会功能的发挥。

现在看来,以是否生产物质产品作为划分生产与非生产劳动的传统观念已不适应现代社会经济发展的需要,应代之以依据能否提供满足社会生产和居民生活需要来确定是否具有生产性。满足生产需要、创造物质产品的工农业、建筑业、运输业等,固然有生产性,满足人们生活、消费需求,提供精神产品和劳务产品的科技、教育、文化、卫生事业及社会服务行业同样也具有生产性。医疗卫生部门以劳务生产为主,兼有精神生产和物质生产的许多特征。在医务劳动中,劳动者主要是利用医院、病床、药品以及物理的、化学的、生物的、电子的各种设备和技术手段,以人体为劳动对象,提供防病治病、保健康复等卫生劳务,其新创造的使用价值主要体现在对生产力的源泉——人的健康保护方面。随着社会进步、经济发展,人们的卫生保健需要日益提高,医疗卫生服务越来越成为社会化服务体系中不可缺少的有机组成部分。

卫生部门生产或提供卫生劳务消费品,必然要消耗一定的人力、物力和财力,即投入相应的生产要素;同时,通过医疗卫生服务,解除人们的疾苦,维护社会成员的健康,恢复和提高人们的劳动能力,促进社会经济发展,即产出成果、效益。因此,卫生服务的生产性与物质生产一样,客观上要求实行经济核算,讲求效率和效益。

4. 产业性 产业是一些具有相同特征经济活动的集合或系统,包括国民经济的各个行业。产业形成是社会分工发展的结果。随着社会生产力和科学技术的发展,社会分工越来越细,行业分化日益复杂。20世纪30年代,英国经济学家阿·费希尔首先提出了关于三个产业的划分界限:第一产业为人类提供满足最基本需要的食品,主要是农业和畜牧业;第二产业满足其他物质产品需要,以工业为代表;第三产业则是满足人们除了物质需要以外的各种劳务需要,包括以各种服务生产为特征的产业。第一、二产业主要生产有形物品,第三产业主要从事“无形”服务。

1985年,国家统计局根据上述标准细化了我国产业分类,2003年进行了重新划分。根据重新印发的《三次产业划分规定》(国统字[2003]14号),第一产业是指

农、林、牧、渔业；第二产业是指采矿业，制造业，电力、燃气及水的生产和供应业，建筑业；第三产业是指除第一、二产业以外的其他行业。第三产业包括：交通运输、仓储和邮政业，信息传输、计算机服务和软件业，批发和零售业，住宿和餐饮业，金融业，房地产业，租赁和商务服务业，科学研究、技术服务和地质勘查业，水利、环境和公共设施管理业，居民服务和其他服务业，教育、卫生、社会保障和社会福利业，文化、体育和娱乐业，公共管理和社会组织，国际组织。

卫生事业产业属性的提出，反映了社会经济体制转轨时期卫生行业实现两个根本转变和可持续发展的客观要求。有利于政府和社会正确认识卫生行业，拓宽投资渠道。有利于突出卫生活动的经济特征，引进经济学新的观念、方法和理论，积极运用产业政策，促进卫生资源的优化配置。有利于提高卫生改革与发展的全局意识，促进卫生与经济社会协调发展。

第三节 卫生经济及政策分析的对象和方法

一、卫生经济及政策分析的对象

任何一门学科都有其特定的研究对象。关于卫生经济及政策分析的对象，国内外尚无统一的论述，其表述也有很大的差异。

西方卫生经济学者关于卫生经济学的研究对象，主要是围绕如何优化使用稀缺的卫生资源及其效果评价上展开的。如第一个给卫生经济学下定义的美国学者默希金在 1985 年指出：“卫生经济学是研究分配于治疗疾病和增进健康的经济资源的最优使用。有两个基本问题：卫生服务‘市场’的组织和健康投资的经济作用。”西方卫生经济学研究成果虽然有关于医疗卫生制度的经济分析，但主要是从技术经济角度，研究分配于卫生事业的经济资源的最优使用。研究集中于卫生技术或卫生生产力方面。

世界卫生组织关于卫生经济学的阐述是多方面的。1973 年，世界卫生组织在《卫生经济学》一书中强调指出：“卫生经济学研究用于卫生保健服务的经济资源的数量；这些经济资源的组织和筹措；分配和使用于卫生保健目的的经济资源的效率；以及预防、治疗和康复性卫生保健服务对个人和国家生产率的影响。”1975 年世界卫生组织关于卫生经济学的观点有，“卫生经济学是经济学在公共卫生管理中的运用”，“可以帮助卫生管理者保证服务设施得到与货币相等的价值，从而也通过卫生服务设施保证消费者得到与付出货币相等的价值”，“卫生经济学的主要作用是将现代管理程序和技术运用到实践中去，根据需要，使资源利用合理化，以提供有效的卫生服务”。

原苏联卫生经济学家希斯特沃给卫生经济学下的定义如下：“卫生经济学是一

门科学,它研究在总的国民经济计划发展的体系中,卫生工作的地位和相互关系,研究寻找正确利用卫生资源的方法,评价保护居民健康措施的效果,以及这些措施由于改善了居民健康状况而对社会物质生产的改变的影响。”

上述关于卫生经济学的定义的表述虽然有某些差异,但是都强调卫生资源的最优使用,把提高卫生工作的经济效益和社会效益,看成是卫生经济研究的共同目标和主要任务。

我国学术界对卫生经济学研究对象的表述,经过 20 年的理论研究和实践,认识趋于一致,认为,我国的卫生经济学是一门新兴的部门经济学,它是为社会主义卫生事业服务的,必须以马克思主义经济学为基础,从卫生生产关系和卫生生产力统一的关系中去研究卫生服务的生产、分配、交换和消费过程中起作用的客观经济规律,探讨这些经济规律发生作用的条件和形式,以便运用这些规律及时调整卫生领域的经济关系和经济体制,合理组织卫生生产力,以促进卫生事业的更快发展。简而言之,卫生经济学是研究卫生服务中经济和经济活动的关系。

卫生事业是国民经济中的一个重要部门,属于第三产业的一个层次。由于医疗卫生的特殊性,它提供的是一种服务形态的消费品。卫生事业作为一个特殊的经济部门,是非物质的劳务生产部门,卫生服务过程实际上也就是卫生劳务的生产过程。而任何生产过程都包括生产关系和生产力两方面,因此,卫生经济学必然要研究卫生生产关系和卫生生产力两个方面。

卫生生产力是指掌握一定医学科学技术的人,运用医学科学技术手段,与疾病和致病因素作斗争的能力,它反映了卫生活动过程中人与物的关系。卫生生产力水平主要取决于卫生人员的医学科技水平、防治经验和劳动熟练程度、医疗器械和设备的装备程度、药品和卫生材料的种类和有效性、以及卫生活动过程中生产力诸要素的结合。卫生生产力的水平是由社会生产力水平决定的,它将随着社会生产力的发展而发展。卫生经济学研究卫生生产力,不是具体研究卫生服务中的技术问题,而是研究卫生服务中的技术状况及使用方式,研究卫生服务能力发展的经济问题,及可能对卫生工作过程的经济关系产生何种影响。例如,对 CT 和核磁共振技术,卫生经济学不是研究它在医学领域如何有用,而是研究它对医疗费用的影响问题,以及它所产生的社会效益和经济效益问题。

卫生服务总是在一定社会中,以一定方式结合起来进行的。卫生服务过程中必然发生一定的人与人之间的关系,即卫生生产关系,它体现在卫生劳务的生产、交换、分配和消费诸环节中。卫生生产资料所有制形式是卫生生产关系的基础,它决定卫生生产关系的性质。卫生生产关系是随着社会生产关系、社会生产力和卫生生产力的变化而变化的。就卫生生产关系研究而言,要研究卫生事业的经办、占有和受益者之间的利益关系,卫生生产、交换、分配和消费是如何进行的,以及存在