

21世纪高等院校教材·公共管理系列

卫生事业管理学

董 军 主编



科学出版社

www.sciencep.com

(R-2997.0101)

卫生事业管理学

选用该教材的教师可以通过以下方式与出版社取得联系，以获得相关支持。

高等教育出版中心·经管法出版分社

电 话：010-64012800

E-mail: jingguanfa@mail.sciencep.com

销售分类建议：公共管理/卫生事业管理

本教材立体化教学支持系统包括：
多媒体教学课件

ISBN 978-7-03-025254-8



9 787030 252548 >

定价：29.00 元

21 世纪高等院校教材·公共管理系列

卫生事业管理学

董 军 主编

科学出版社

北 京

内 容 简 介

本书是在广泛参考国内外有关卫生事业管理学的专著、教材和文献的基础上,经过系统的综合整理编著而成的。全书内容共分为12章,分别就卫生事业、卫生工作方针、全球卫生目标与策略、卫生组织、卫生服务市场、医疗卫生需求与供给、卫生服务评价、健康保险制度、卫生立法与监督、卫生人力评价、区域卫生规划、国外卫生事业管理等方面进行了阐述。与已往同类教材的不同是删除了卫生事业各专业的微观管理部分,并建立了本学科的学科体系。

为了配合教师教学,本书配备有内容完善的教学课件。

本书可作为卫生事业管理专业的本科生、研究生教材,也可作为各类卫生管理者的参考书。

图书在版编目(CIP)数据

卫生事业管理学/董军主编. —北京:科学出版社,2009

(21世纪高等院校教材·公共管理系列)

ISBN 978-7-03-025254-8

I. 卫… II. 董 III. 卫生管理学-教材 IV. R19

中国版本图书馆CIP数据核字(2009)第143194号

责任编辑:王京苏/ 责任校对:陈玉凤

责任印制:张克忠 / 封面设计:耕者设计工作室

科 学 出 版 社 出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

源海印刷有限责任公司印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2009年9月第 一 版 开本:B5(720×1000)

2009年9月第一次印刷 印张:17 1/4

印数:1—3 000

字数:332

定价:29.00元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

《卫生事业管理学》编委会

主 编 董 军

副主编 李小华 肖胜军

编 委 (按姓氏笔画排列)

王 兵 王先俊 李 琦 李小华

肖胜军 陈曼丽 夏志宏 黄淑琼

揭建旺 董 军

前言

卫生事业管理作为一门学科在我国已经历了 20 多年的发展历程,随着学科研究的不断深入和学科内容的不断丰富,卫生事业管理学日趋成熟,对卫生事业管理的实践发挥着不可忽视的指导作用。按我国现行的学科划分,卫生事业管理学属于管理类的公共管理学科分支,它是卫生事业管理专业及公共事业管理专业的专业课程,也可以作为公共管理、医学等专业的选修课程。

卫生事业管理学作为一门应用学科,它既不同于管理学基础,又区别于部门管理学,属于宏观管理学的范畴。它重点研究卫生事业管理中的宏观管理问题,如卫生事业管理的基本特点和发展规律、卫生事业管理体制和运行机制、卫生事业管理的方针和政策、提高卫生事业整体功效的理论和方法,以及保障人民健康的制度和措施等。本书内容可分为 5 个部分,共 12 章。第一部分为卫生事业基本理论,主要介绍卫生事业的学科特点、方针、目标、策略和组织,其内容包括第一至四章;第二部分为卫生服务研究,主要介绍卫生服务市场、供需和评价,其内容包括第五至七章;第三部分为健康保险制度和卫生监督,主要介绍国内外健康制度、卫生监督和执法,其内容包括第八、九章;第四部分为卫生人力和规划,主要介绍卫生人力考核、培训、区域卫生规划,其内容包括第十、十一章;第五部分为国外卫生事业管理简介,其内容包括第十二章。

本书在编写上注重卫生事业管理的学科特点,重点阐述宏观卫生管理问题,与以往同类书籍编写的主要不同之处是删除了卫生事业各专业的微观管理部分,并建立了本学科的学科体系。这就使该书有了较好的科学性、系统性、实用性和可读性,既可作为卫生事业管理专业的本科生教材,也可作为研究生及各类卫生管理者的参考书。

本书是在广泛参考国内外有关管理学的学术专著、教材和文献的基础上编写而成的,并对有关内容进行了适当的扩充,其中有些内容是作者的观点。限于作

者的水平，书中如有不妥之处，恳请读者指正，以便做进一步的修改和补充。

最后，本人对武汉大学医学部的任习东及多年来支持我们教学工作的同事们表示诚挚的感谢。

作 者

2009 年 5 月 30 日于武汉大学

目 录

前 言

第一章

	绪论	1
第一节	卫生事业管理学概述	1
第二节	卫生事业	8

第二章

	卫生工作方针	16
第一节	卫生工作方针的演变和发展	16
第二节	新时期卫生工作方针	19

第三章

	全球卫生目标与策略	28
第一节	全球卫生目标与策略的形成与发展	28
第二节	人人享有卫生保健	34
第三节	初级卫生保健	42
第四节	全球卫生目标与策略的新进展	52

第四章		
	卫生组织	59
第一节	卫生组织体系	59
第二节	世界卫生组织简介	65
第五章		
	卫生服务市场	71
第一节	卫生服务市场分析	71
第二节	卫生服务市场机制	78
第三节	政府在卫生服务中的作用	87
第六章		
	医疗卫生需求与供给	98
第一节	医疗卫生需求	98
第二节	医疗卫生服务的供给.....	107
第七章		
	卫生服务评价	112
第一节	卫生服务评价概述.....	112
第二节	卫生服务评价的内容.....	118
第三节	卫生服务评价的方法.....	127
第八章		
	健康保险制度	138
第一节	健康保险制度的形成与形式.....	138
第二节	健康保险基金的筹集与支付.....	141
第三节	健康保险需求.....	150
第四节	健康保险市场经济关系.....	155
第五节	医疗保险模式.....	156

第九章	
	卫生立法与监督 167
第一节	卫生立法..... 167
第二节	卫生监督..... 180
第十章	
	卫生人力评价 196
第一节	卫生人员短缺与过剩..... 196
第二节	卫生人员考核..... 205
第三节	卫生人员聘任与培训..... 208
第十一章	
	区域卫生规划 212
第一节	区域卫生规划概述..... 212
第二节	区域卫生规划的编制..... 215
第三节	区域卫生资源的配置..... 221
第四节	区域卫生规划的实施与评价..... 231
第十二章	
	国外卫生事业管理简介 238
第一节	美国卫生事业管理..... 238
第二节	英国卫生事业管理..... 246
第三节	德国卫生事业管理..... 252
第四节	日本卫生事业管理..... 257
	参考文献..... 262

第一章 绪 论

► 教学要求:

1. 掌握卫生事业管理学的研究对象
 2. 掌握卫生事业的基本特征
 3. 熟悉卫生事业管理学的研究范畴与方法
 4. 熟悉影响卫生事业发展的因素
 5. 了解卫生事业管理学与其他学科的关系
-

第一节 卫生事业管理学概述

一、卫生事业管理学的对象

卫生事业管理学是近半个世纪以来形成的一门新的科学,它是在当代管理科学的进步、医疗保健服务系统的发展、公共卫生事业的发展及其他有关学科的发展的基础上形成的。

西方的管理科学理论多来自企业管理。管理是指对人、物、事、信息等组成的系统的运动、发展和变化进行有目的、有意识地控制的行为。管理科学则是对管理活动的科学概括和总结,是对有效管理的分析和研究,它既研究宏观管理,又研究微观管理。西方管理科学大体经过了古典管理理论、行为科学理论、现代管理理论 3 个发展阶段,并已形成了较为完善的管理理论体系。另外,近年来大科学、大工程、大企业的领导活动为领导科学的诞生提供了丰富的实践经验,系统论、控制论、信息论、政治学、未来学、决策科学都为领导科学提供了理论基础和方法。近半个世纪以来,西方开始把现代管理科学理论,特别是宏观管理的理论和方法运用到卫生事业管理方面,逐步形成了卫生事业管理学科的理论和方法。现代管理科学为卫生事业管理提供了重要的理论基础和方法基础。

卫生事业管理学科的发展是在医疗保健服务系统得到长足发展的基础上逐步形成的。医疗保健服务系统是与医学科学技术的发展、整个社会经济的发展,以及科学文化的发展紧密相连的。在相当长的历史时期中,医生作为个体劳动者存在,真正的医疗机构数量极少,只有少数军队医院,或是为了收治伤残病人的慈

善救济机关,或者是隔离医院等,因此,谈不上什么管理。到了20世纪初期,特别是第二次世界大战后,随着经济的飞速发展,人们对医疗保健的需求日益增长,医疗保健事业成了第三产业的重要组成部分,并且随着医疗费用占国民经济总收入比重的增长,医疗设施和技术的逐渐现代化,卫生系统内部管理显得越来越重要。因此,有关医疗卫生事业的计划、评估、医患关系、财务管理、信息管理、业务管理、物资设备管理、人力管理等内容都逐步形成了专门的研究课题,为卫生事业管理学科发展奠定了专业基础。

卫生事业管理学科是在公共卫生事业发展的基础上成长起来的。在19世纪工业化、城市化发展的基础上,环境卫生、传染病管理、生命统计和卫生法规等都有了很大的发展。随着社会的进步,健康成为人们的基本权利,健康保险与保障成为社会保障事业的重要组成部分,并逐步完善起来,这也使得卫生事业日益成为整个社会经济发展的重要组成部分。同时,随着政策学、经济学、法学等学科的发展和其在卫生事业中的不断运用,卫生政策学、健康管理学、卫生经济学、卫生法学、环境卫生管理学、工业卫生管理学等都逐步形成了专门学科。

从以上卫生事业管理学的发展历史和背景可以看出,该学科的研究对象是随社会学、经济学、保险学、法学及管理学等学科的发展而发展的。卫生事业管理学主要研究卫生事业管理中普遍性的问题:①卫生事业管理的基本特点和发展规律;②卫生事业管理体制和运行机制;③卫生事业管理的方针和政策;④提高卫生事业整体功效的理论和方法;⑤保障人民健康的制度和措施。

卫生事业管理学是研究卫生事业发展的规律及其影响因素,并运用管理科学、社会科学、经济科学等有关科学的理论和方法来探索如何通过最佳卫生服务把卫生资源和科学技术进行合理分配并及时提供给全体居民,进而最大限度地保障人民健康的一门应用学科。它重点研究卫生事业管理中的宏观管理问题,按我国现行的学科划分,卫生事业管理学属于管理门类的公共管理学科分支。

二、卫生事业管理学的研究范畴

卫生事业管理学是探索如何有效地开展卫生服务,保障人民健康的一门学科。它在研究社会人群健康与卫生问题的基础上,通过制定卫生政策、法规和规划,并以此为导向建立调控系统;通过对卫生服务组织与人力、供给与需求的研究,建立有效的卫生服务系统;并通过对卫生资源筹集、分配和利用的研究,建立卫生服务支持系统,如图1-1所示,从而形成一个协调有效的卫生服务体系、机制和运行环境。也可以说,卫生事业管理学以社会人群的健康和卫生问题作为研究基础,并在此基础上进行卫生政策、卫生服务提供、卫生资源配置、医疗保险等的研究,以实现健康目标。同时,开展对卫生生产力、生产关系、经济活动、有关卫生事业的影响因素等的研究,为卫生事业管理提供理论依据。因此,

我们可以把卫生事业管理学的研究范畴分为以下 3 个部分。

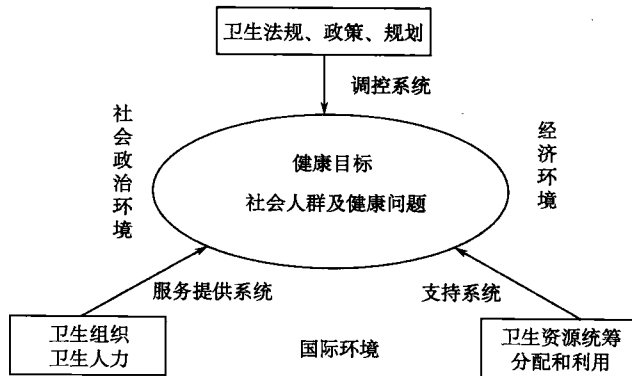


图 1-1 卫生事业管理学研究范畴示意图

（一）卫生事业管理基础性研究范畴

卫生事业管理基础性研究即卫生服务研究（主要是卫生服务评价），它是在充分了解社会人群健康状况、卫生需求与需要，以及卫生服务资源的配置和利用等基础上，探讨如何提供和利用卫生服务的供给机制，为卫生事业管理决策提供依据的一项研究。它包括卫生服务的计划、组织、调控、评价、服务利用及效益效果分析等，尤其是研究卫生服务的提供、接受和决策三者之间的相互关系。卫生事业管理基础性研究主要有以下内容。

1. 卫生事业与社会其他子系统的关系研究

社会其他子系统对人群健康状况及卫生服务系统有着重要的影响，如教育、农业、交通、社会福利等与卫生系统有密切关系。通过对卫生服务的研究我们将阐明这些社会子系统与卫生事业的关系，为各级各类卫生结构的设置提供科学依据，以便有效组织卫生服务并充分发挥卫生资源的作用。

2. 评价人群的医疗卫生服务需要

了解人群的医疗卫生服务需要的性质、程度和影响因素是卫生服务研究的重要内容。人口的数量和结构及患病率的特征对卫生需要量有重要影响，并且随着经济和文化水平的提高，人群的医疗需要也会有变化，通过健康询问调查可以了解人群医疗卫生服务需要不能被满足的程度及影响因素，且用以改善卫生服务。

3. 卫生资源分配和利用研究

卫生资源分配和利用研究是对卫生人力、物力、财力、知识和技术等卫生资源的数量、质量、结构和分布进行的研究，并对卫生资源的利用程度进行分析，从而为卫生计划的制定提供依据。

4. 卫生系统的组织结构研究

卫生系统的组织结构与功能是历史形成的产物,卫生组织的形式是在不同历史阶段根据卫生服务的具体任务而定的。对现有卫生系统组织结构进行研究,并根据新的任务进行改革,可以促进各级各类卫生机构的协调发展。

5. 卫生服务提供研究

提供卫生服务的内容、性质和方式等常常是卫生服务提供研究的重要内容,如预防、医疗、保健、康复之间的协调;初级卫生保健和二级、三级卫生保健的分工;一级预防和二级、三级预防之间的分工和协调;通科医疗和专科医疗之间的比例;门诊医疗与住院医疗之间的协调等。这些问题的研究有助于发挥卫生系统的功能。

6. 卫生系统的经济分析

卫生系统的经济分析是制定卫生计划的基础。对于卫生系统的费用的定量研究关系到卫生服务的全局,卫生计划必须了解卫生费用的来源、数量和组成,了解卫生费用占国民生产总值的比例。国家投资的卫生费用容易掌握,而集体、企业、社区、社会保险和个人的卫生投资难以掌握。卫生服务研究通过家庭卫生询问调查可以收集这些资料,研究卫生经费的来源、组成和去向,为卫生决策者提供依据。

7. 社区卫生服务研究

社区卫生服务是世界卫生组织竭力倡导的重点工作,也是卫生服务系统的重要环节,它主要研究社区卫生服务的管理模式、工作方式方法、资金的筹措与使用,并测量社区参与卫生服务的程度及取得的成效,以及适应于本地社区参与卫生服务的方式和方法。

8. 卫生服务效果评价

卫生服务效果评价是重点说明卫生目标的实现程度和卫生服务的效果和效益的过程。卫生服务效果评价的主要任务是分析社会卫生状况和人群健康状况,以及人群医疗卫生需求,以判断卫生服务的效果。评价结果可以起到合理配置卫生资源、提高卫生服务利用率、满足人群卫生服务需要的作用。卫生服务效果的评价包括单项卫生服务评价和综合性卫生服务评价,如对初级卫生保健、妇幼卫生服务进行的效果评价。

(二) 卫生事业管理学的核心研究范畴

1. 卫生方针政策

卫生方针政策的研究是应用社会科学、政治学、经济学、心理学、数学、统计学等进行卫生方针政策的理论研究。例如,研究卫生政策的主体与客体、政策目标、政策资源、政策形式;研究如何制定卫生政策,如何分析、评价卫生政策等。

2. 卫生服务的组织管理体制、管理模式和运行方法

卫生服务的组织管理体制、管理模式和运行方法的研究是指运用管理学的理论研究卫生的组织管理体制设置原则、方法,研究管理模式的利弊,以及通过与国外管理模式的比较,研究卫生系统的经营运行机制和发展机制。

3. 卫生法制管理

卫生法制管理研究是指研究卫生法规的制定、修改、实施、废止等活动,包括公共卫生与疾病防治、医政、药政、妇幼、中西医结合、医学教育、人事、财务等有关法律问题的研究。

4. 健康保障制度

健康保障制度研究是指从卫生资源的筹集、分配和利用等方面来研究国内外医疗保障制度的特点,包括健康保险模式的选择与评价、对医疗卫生机构的支付方式、基金管理办法、医疗费用的负担方式等,并探索我国医疗保障制度的改革与发展。

5. 卫生事业计划管理

卫生事业计划管理研究是指研究卫生事业发展,制定卫生事业发展规划,进行卫生资源配置,包括区域卫生规划、卫生人力规划、卫生费用预算计划等。同时,评价卫生事业发展与卫生资源利用,以及卫生人力状况。

(三) 卫生事业管理辅助性研究范畴

卫生事业管理辅助性研究范畴包括以下几个方面:

(1) 卫生生产力、生产关系、上层建筑 3 个方面各自内部和相互之间的关系。

(2) 卫生经济活动研究,包括医疗服务市场及其供需关系研究、政府宏观调控与市场运营机制研究等。

(3) 各有关学科理论和方法在卫生事业管理中的运用性研究。

(4) 卫生事业与人口、教育、文化、科技、社会经济、国际环境等因素的关系。

三、卫生事业管理学研究方法

卫生事业管理学的研究主要是借助流行病学方法、运用卫生统计学技术,以及有关社会科学的方法来开展的。主要方法有如下几种。

(一) 调查研究方法

调查研究是直接从自然存在的社会现象及人们的认识和行为中收集资料,并通过分析来发现问题或找出规律的方法,常用的有典型调查和抽样调查。典型调查可以获得最有代表性的第一手资料,以便总结经验,找出解决问题的办法,做好典型调查的关键是选好典型。抽样调查可以通过抽样设计、统计推断来分析问

题,其关键是要减少抽样误差并使样本有较强的代表性。

(二) 试验研究方法

试验研究是在一定的环境条件下,观察某项管理方案的实施情况,并进行分析评价。可分为单项试点研究和实验区综合研究。

1. 单项试点研究

单项试点研究是对卫生管理方案或管理过程的某一项或几项进行社会实验,以验证其可行性,并取得进一步完善措施的研究。例如,农村医疗保险制度改革方案试点研究、农村合作医疗研究等。这类研究范围小、问题单一、影响因素少,其目的是在通过试点研究的基础上对此加以推广。这类试验研究在选择地区、范围、人口结构、社会经济结构、卫生服务体系等方面有一定的限制。

2. 实验区综合研究

实验区综合研究是卫生事业多个项目或卫生事业某些项目与社会经济某些项目的综合性实验研究方法。卫生事业的组织实施、疾病防治、健康促进等各种措施的研究需要综合进行,如初级卫生保健示范县研究、妇幼保健示范县研究、卫生区域规划等均属此研究。这类研究要结合一定的社会经济和一定的人口因素,其涉及范围广、问题多、影响因素多。

(三) 分析研究方法

在卫生事业管理中,有目的地搜集国内外有关资料,并进行分析以找出卫生管理决策和管理过程的科学依据,是较常用的方法。比如利用已有的资料对国内外卫生事业的发展情况进行比较,对不同地区、不同经济水平等背景不同的卫生事业发展情况进行比较分析,从中探索其规律,寻找不同点,为今后的管理提供理论依据。分析研究的关键是资料的可靠性和丰富性,因此,在资料积累的过程中保证数据的真实可靠是今后获得正确信息的前提,同时,科学分析方法的正确选择也是获取可靠结果的重要根据。

四、卫生事业管理学与相关学科

(一) 卫生经济学

卫生经济学是经济学的一门分支学科,是主要研究如何最优使用医疗卫生的经济资源的科学,其中心课题是医疗卫生的经济效果。卫生经济学通过从数量上对医疗卫生投资进行分析,以实现医疗卫生部门资源的合理分配与有效利用,以最小的投入取得最大的收益。因此,它要研究医疗卫生部门及其投资的经济特征——医疗卫生需求和费用的增长、医疗卫生部门的经费管理、卫生服务的经济效益等。这样,卫生经济学必须对卫生事业管理进行研究,我们常常是在研究卫生经济学的同时也探讨了卫生事业管理。例如,美国诊断相关组制度(diagnosis related groups system, DRGs)是卫生经济学研究的成果,但它对医疗服务管理

和医疗机构的评价带来了很大影响。同时,在卫生事业管理的许多决策中也常常利用卫生经济学的方法。卫生经济学既包括管理经济学内容,也包括技术经济学的内容。前者是研究医疗卫生设施的管理和组织以提高管理的经济效益,后者则包括卫生系统的各种比例问题,以及卫生设施建设和改造的可行性论证、技术经济效果比较等。总之,可以认为卫生经济学与卫生事业管理学是难以分割的两门学科,其侧重点不同,但在研究中可相互借助。

(二) 卫生法学

卫生法学是研究卫生法律现象及其发展规律的一门学科,是医学、卫生学、药学等自然学科和法学相结合的一门边缘学科。卫生法是与医疗卫生保健有关的一般民事法、行政法及刑法等法律的总称。卫生法在健康促进、改善生活和工作环境、提高生命质量、提供高质量的医疗卫生服务等方面都具有重要作用。法制管理是卫生事业管理的重要手段。卫生事业管理学要研究卫生法,并借助法律手段,为保护和增进人民健康服务,同时做好立法,为医学新课题服务。

(三) 组织行为学

组织行为学是研究组织及组织与环境的相互作用,以及人们从事工作的心理活动和行为规律性的科学,即通过研究组织中人的心理活动和行为反应的规律性,提高不同层次管理者对人的行为的预测、引导和控制的能力,充分调动人的主动性和创造性,更有效地实现组织目标。卫生事业管理作为管理科学的一个分支学科,其管理职能同样包括计划、组织、人员配备、领导和控制,这些职能的实施都需要组织行为学的理论,特别是卫生事业管理中的领导职能与组织行为学的关系就更加密切。

(四) 流行病学

传统的流行病学主要研究流行病,主要体现为宿主、病原、环境三者的关系,此三者关系对流行病的管理起了很大作用。现在卫生事业已不仅重视疾病防治,更重视保持和促进健康,用生态学观点去考虑健康。因此,有关的卫生政策与管理也就必须适应这种变化。近代流行病学家进一步将流行病学的研究方法和知识运用到卫生计划、卫生政策的制定与卫生事业管理上来,并取得了不小的进展。1973年加拿大学者 Laframbose 建议把影响健康的疾病因素分解为生活方式、环境、保健系统与人类生物学4个范畴来研究。1976年,Dever在此基础上建立了卫生政策分析用流行病学模型,为政策分析评估、指导健康实践,以及卫生事业发展提供了理论依据。另外流行病学的方法在管理过程中的应用更加重要,如对确定卫生目标的重点、判定主要卫生问题、有关卫生政策分析与评估等,既有助于定性分析又能进行定量分析。

除上列学科外,与卫生事业管理学相关的还有管理学、医疗保险学、卫生统计学、健康教育学等。

第二节 卫生事业

一、卫生事业的概念

卫生事业(health service)是国家和社会在防治疾病、保护和增进人民健康方面所采取的措施的综合,也就是一切为人民健康服务或与人民健康有关的组织和措施。它包括的内容较广泛,如医疗、预防、保健、健康教育等卫生服务,初级卫生保健措施,区域卫生规划等。卫生事业是社会发展的一个重要组成部分,它关系到经济发展和社会稳定,在国民经济和社会发展中具有独特的地位,发挥着不可缺少、不可替代的作用。卫生事业的发展必须与国民经济和社会发展相协调,人民健康保障的福利水平必须与经济发展相适宜。

二、卫生事业的基本特征

(一) 卫生事业的公益性

卫生事业的本质属性是它的公益性,这是对卫生事业行业性质的界定。所谓公益是指公众的、公共的利益,即“人人需要、共同受益”,其核心是“公众受益,各方尽责”。卫生服务的提供是为了满足广大人民的共同需要,体现了发展卫生事业是人民的共同利益,通过共同参与而共同受益,是一种社会公益性事业。卫生事业的公益性特征表现在。第一,举办卫生事业不收取投资回报。卫生事业可以由政府或社会团体、个人举办,政府给予政策上的支持,但一般不收取投资回报,因为健康是人的基本权利,卫生事业是开展救死扶伤、防病治病、保障健康的事业,能够满足人类的健康这一共同需求。第二,卫生事业享有政府为满足社会共同利益的某些特权。卫生事业享有如免税权、土地征用权、公立卫生机构的费用优惠政策和卫生事业机构经营运行中的经济支持政策。这些政策都是为满足社会共同利益而制定的。第三,卫生事业机构承担相应的预防保健义务。卫生事业在政府的领导下进行卫生防疫、急救医疗、疾病流行调查与控制、健康教育、健康普查等社会义务工作。第四,政府对卫生工作进行政策干预。为保证人民群众的健康利益,政府制定了一系列的政策,如卫生服务报酬上的政策、卫生服务价格政策、区域卫生规划等,对卫生工作进行管理和干预。1997年我国颁布的《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》(中发〔1997〕3号)指出:“我国卫生事业是政府实行一定福利政策的社会公益事业。”这说明卫生事业具有公益性,政府要实行一定的福利政策。

(二) 卫生事业属于特殊的服务性行业

卫生事业利用医学技术为居民提供医疗卫生服务,从本质上说,它具有服务性行业的一般特征,即无形性、不可分离性、可变性和易消失性。同时,它

又有自身的专业技术性和效益的外在性。所以,卫生事业是一种特殊的服务性行业。

无形性是指服务是无形的,它与有形产品不同,在购买之前是看不见、摸不着的。有形产品是具有具体的特性和用途的物品,服务则表现为活动形式的消费品,它不能作为物可以离开服务者而存在。消费者在购买服务之前,无法准确判定服务,获得服务之后也并未具有所有权。在购买卫生服务之前,消费者往往不能说明他们需要的是什么样的服务,也不能判定他们将会得到什么样的服务,因此,消费者的购买风险较大,决策较难。

不可分离性是指服务的生产和消费是同时进行的。服务和消费不能分离,顾客往往会参与服务过程,享受服务的使用价值。正是由于服务和消费的不可分离性,服务性行业往往把生产和消费场所融为一体,服务场所的选择就成为做好服务工作的一个重要前提。

可变性是指服务取决于谁来提供及在何时和何地提供。服务性行业提供的服务不可能是完全相同的,即使同一个服务者所提供的服务也不可能始终如一,它与服务者、服务场所和服务时间等有关。因此,服务性行业不易制定和执行服务质量标准,不易保证服务质量。

易消失性是指服务不能储存,为消费者提供服务后,服务就立即消失,它不能像产品生产者那样,将淡季生产的产品储存起来,在旺季销售。如果某个时期市场需求量低,服务行业的生产能力就无法得到充分的利用,如果某个时期的市场需求量超过了生产能力,就无法满足一部分顾客的需要。

专业技术性是指医疗卫生事业是利用医学知识和技术为社会提供服务的,是一种技术密集型的服务,只有受过专门的医学教育和训练并获得行医资格的人,才能参与卫生服务的提供。

效益的外在性是指一般商品或服务带来的效益只有消费者本人享受,其他人不能因此获得任何效益,医疗卫生服务则不同,它在被消费的同时,受益的不仅是消费者本人,还有其他人。例如,对传染病的防治,受益的人不仅是接受服务的人,还有其周围的人。

(三) 卫生事业的社会经济性

卫生事业提供的卫生服务属于专业服务领域,它是一种特殊的专业服务,是由掌握现代公共卫生科学与医学知识的专业人员,运用医学技术和设备为人民提供的。在卫生服务过程中存在劳务交换活动,特别是医疗服务领域的劳务交换活动更加明显,这就使卫生事业具有社会经济的特征。但卫生事业的社会经济性又不同与其他行业,有其特殊性,它不能完全由市场调节,存在供方主动、需方被动和选择性小的特点。具体来说有以下特征。第一,垄断性。卫生服务的高度专业性和技术性是导致其垄断性的主要原因,由于卫生服务难以替

代, 这样卫生服务提供者就具有一定的特权, 从而产生地区性的垄断。第二, 主导性。由于卫生服务的需求者缺乏足够的医学知识和相关信息, 在供需交换中不能做出适当的决策, 而卫生服务提供者作为需求者的代理人, 处于主导地位。卫生服务提供者可以诱导消费者需求或创造需求。第三, 需求弹性小。由于卫生服务从总体上看属于维护生命健康的基本消费, 政府在本基本医疗方面实行价格调控, 另外, 由于第三方付费, 因此卫生服务的需求弹性减小。第四, 市场机制的局限性。对于基本医疗和危及生命的重病患者的医疗卫生服务, 价格机制的作用是有限的。并且, 由于卫生事业所占的主导地位, 以及医疗卫生服务的供给改变, 一般不会引起服务价格的改变, 因此, 供求机制的作用是有限的。第五, 不追求利润最大化。卫生事业不以追求利润为目的, 而是把社会效益放在第一位, 市场经济理论的商品提供者追求利润最大化的假设在卫生事业中不能被满足。

(四) 卫生事业的生产劳动性

卫生事业系统提供卫生服务必须要消耗一定人力、物力、财力, 即投入相应的生产要素, 同时, 通过医疗卫生服务而祛除人们的疾病, 保护社会成员的健康, 恢复劳动力, 是卫生服务劳动的成果, 即产出。对卫生资源投入与卫生服务产出比较的过程, 就是评价卫生服务经济效益的过程。所以, 卫生事业的生产性同物质生产一样, 客观上要求进行生产性衡量, 但又不能单纯用生产性来衡量, 它以社会效益第一、经济效益第二作为其衡量原则。

三、卫生事业的地位和作用

(一) 卫生事业是提高全体居民素质的重要条件

居民素质包括文化素质和身体素质, 即居民的科学文化素质和身心健康素质。提高居民素质既需要教育、科学和文化事业的发展以提高居民的科学文化水平, 使其掌握先进的技术和知识; 同时, 也需要卫生事业的发展, 使其在各种自然和社会条件下, 都较好地承担工作和社会责任。

(二) 卫生事业的发展水平是一个国家发展的重要标志

依照发展经济学的观点, 经济发展不仅指经济数量增长和人均占有物质财富的增长, 而且指经济社会的全面进步。衡量一个国家发展水平的指标, 不仅包括人均国民生产水平, 还包括居民拥有的文化教育程度和健康状况。随着科学技术的进步, 特别是卫生医疗技术的进步, 人类不仅能够调节物质资料的生产, 而且能够自觉调节人口生产。卫生事业在调节人口生产的过程中, 具有十分重要的地位, 它对于控制人口的数量、提高人口的质量, 都发挥着十分重要的作用。尤其是人类社会进步与医学模式的转变, 导致卫生事业的服务内容从防病治病向增进健康转变, 卫生事业的服务对象从为病人服务向为全体居民服务转变。随着卫

生事业服务与健康的概念转变,卫生事业的发展水平已经成为一个国家发展的重要标志。

(三) 卫生事业的发展是市场经济体制赖以存在的一个重要环节

现代市场经济发展有赖于与之相适宜的现代企业制度、企业经营机制、政府宏观调控机制、完善的社会保障体系等配套措施。应把完善社会保障体系,特别是把养老、失业、医疗的保障体系的建立放在首位,这样不仅把医疗卫生事业的发展列入市场经济发展的重要环节上,而且对医疗卫生事业的发展提出了更多要求。从表面上看这样做只是解决医疗费用的负担问题,实质上涉及的是建立一种怎样的医疗体制的问题。这里不仅涉及医院和卫生保健设施由谁来管理的问题,而且还有一个如何运行的问题,是建立一种怎样适应社会主义市场经济体制需要的社会医疗保障体系的问题。

(四) 卫生事业的发展是保持社会持续发展的基本要素

社会发展是一项浩大的系统工程,包括科学教育事业、社会保障事业、卫生保健事业、就业与人力资源开发利用、生态环境与资源的保护等。其目的就是要提高人民生活质量、人口素质和社会文明程度。经济、教育和卫生与社会发展的关系不能割裂开,三者都是改善人民生活质量不可缺少的部分。

医疗卫生事业作为国民经济的一个组成部分,是经济活动中的一个要素,就必然带有一个社会发展阶段的色彩。但人类社会的发展是一个持续的过程,对待卫生事业必须从建设一个持续发展的社会的角度去构想、去实施,就好像人类要从自然界中去获取资源,同时又必须再生资源一样,人类的经济发展程度越高,文明程度越高,就越需要卫生事业的发展。在建设一个持续发展的社会的过程中,卫生事业将显现既利用卫生资源,又保护人力资源的作用。

可见,经济发展和社会发展是相互依存、相互促进的,经济发展是社会发展的前提和基础,社会发展则是经济发展的结果和目的。经济发展不能自动带来社会发展,不能自动解决各种社会问题。从医疗卫生事业的角度讲,新疾病的威胁,就不是经济增长所能解决的。因此,在发展市场经济的同时,不能忽视医疗卫生事业的发展,在重视经济发展的同时,必须注意推动社会的全面进步,实现社会的持续发展。

四、影响卫生事业发展的主要因素

(一) 经济基础

卫生事业的发展速度与规模直接受经济基础的制约。不同国家和地区间常用卫生事业费用占国内生产总值(GDP)的百分比来反映卫生投入。发达国家和一些福利制国家的经济基础比较雄厚,因而其用于卫生事业的经费相对较多,一

般占国民生产总值的 6%~10%，有的超过 10%。因此，这些国家的每千人口医师数、每千人口病床数和人均医疗卫生费用较充足（表 1-1）。在发展中国家，特别是不发达国家，由于经济基础较差，广大居民得不到良好的，甚至是基本的卫生服务，这是这些国家卫生事业的发展受限制的主要原因。我国经济基础比较薄弱（表 1-2），这在一定程度上限制了我国卫生事业的发展。由于经济基础的不同，各国卫生资源的分配有明显的差别，即使在同一国家中，由于经济发展水平不同，地区间卫生事业发展状况和卫生资源拥有量也不同，居民的卫生服务需求也是不同的。因此在制定卫生事业发展规划和卫生服务组织管理过程中，应从社会经济发展状况出发，与社会经济发展相适应。

表 1-1 各国卫生资源状况比较

国家	每千人口医师/人 (1993~1999 年)	每千人口医院病床/张 (1991~1999 年)	人均医疗卫生费用 /美元 (2001 年)	医疗卫生费用占 GDP 的比例/% (2001 年)
中 国	1.7	2.4	49	5.2
日 本	1.9	16.5	2 627	8.0
泰 国	0.4	2.0	69	3.7
印 度	0.4	0.8	24	5.1
英 国	2.0	4.1	1 835	7.6
法 国	3.0	8.2	2 109	9.6
俄 罗 斯	4.2	10.8	115	5.4
波 兰	2.2	4.9	289	6.1
罗马尼亚	1.9	7.5	117	6.5
美 国	2.7	3.6	4 887	13.9
巴 西	1.3	3.1	222	7.6
澳大利亚	3.2	8.6	1 886	8.0
埃 及	1.6	2.1	46	3.9
尼日利亚	0.2	1.7	15	3.4

资料来源：《2004 年世界发展指标》和《2004 年世界卫生报告》

表 1-2 全国卫生总费用情况

费用项目	单位	1980 年	1990 年	1995 年	2000 年	2003 年	2005 年
卫生总费用	亿元	143.2	747.4	2 155.1	4 586.6	6 584.1	8 659.9
政府预算卫生支出	亿元	51.9	187.3	387.3	709.5	1 116.9	1 552.5
社会卫生支出	亿元	61.0	293.1	767.8	1 171.9	1 788.7	2 586.4
居民个人卫生支出	亿元	30.3	267.0	1 000.0	2 705.2	3 678.7	4 521.0

续表

费用项目	单位	1980 年	1990 年	1995 年	2000 年	2003 年	2005 年
卫生总费用构成	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
政府预算卫生支出	%	36.2	25.1	18.0	15.5	17.0	17.9
社会卫生支出	%	42.6	39.2	35.6	25.5	27.2	29.9
居民个人卫生支出	%	21.2	35.7	46.4	59.0	55.8	52.2
卫生总费用占 GDP 比重	%	3.17	4.03	3.54	4.62	4.85	4.73
人均卫生总费用	元	14.51	65.4	177.9	361.9	509.5	662.3

资料来源：《中国卫生年鉴》编辑委员会，2007

（二）管理水平

管理的目的是放大系统的功效，它是要在有限的资源下创造出最大的效益。相同资源条件下，管理水平的高低影响着卫生事业的发展。卫生管理水平反映在卫生保健组织体制、医疗保健制度、卫生人力资源开发、区域卫生规划、卫生事业经营管理、卫生改革、卫生工作重点部署等一系列活动中，管理作为卫生事业投入的要素之一，其水平高低、质量好坏，在一定程度上决定着卫生事业的“健康产出”。

（三）文化背景

文化背景是一个民族世界观、价值观、伦理观等的综合反映。它主要从 3 个方面影响卫生事业的发展：①卫生人力资源：主要是指培养的卫生技术人员和管理人员的质和量；②健康教育水平：是人们接受健康教育宣传，形成健康意识，建立健康生活与卫生行为等的程度；③卫生保健接受性：即卫生保健措施在居民中被接受的程度，文化背景较好的国家或地区，其居民对卫生保健知识易于理解，对卫生保健措施易于接受。因此，世界卫生组织把成人识字率，尤其是把妇女识字率作为评价卫生保健服务接受程度的一个衡量指标。我国人口的文化程度就相对较低（表 1-3）。

表 1-3 全国人口文化程度

文化程度	单位	1964 年	1982 年	1990 年	2000 年
大学	万人	288	602	1 613	4 571
高中（含中专）	万人	912	6 648	9 113	14 109
初中	万人	3 235	17 828	26 465	42 989
小学	万人	19 582	35 516	42 011	45 191
文盲半文盲人口	万人	25 805	22 996	18 003	—
占总人口百分比	%	37	23	16	—

资料来源：第二、三、四、五次全国人口普查资料

(四) 人口状况

人口状况包括人口数量、人口质量和人口构成,它既受卫生事业发展的影响,又反过来影响卫生事业的发展。各国人口状况如表 1-4 所示。人口数量决定人均卫生资源占有量,如千人口床位数、千人口医师数、千人口护士数。人口数量的增长在一定程度上抵消了卫生资源的绝对增长。人口年龄结构改变会对卫生服务提出新的不同要求,它反映出来的卫生服务的需要和需求不一样,卫生事业发展的重点不同。例如,育龄期人口比重增加,将引起新的人口出生高峰;老年人口的增加,会带来一系列社会、家庭问题,也会给卫生事业带来新课题。我国老年人口现状和变化趋势如表 1-5 所示。

表 1-4 2002 年人口状况

国家	总人口数 /百万	出生率 /‰	死亡率 /‰	期望寿命 /岁	人口密度 / (人/公里)
中 国	1 280.5	15	8	71	135
日 本	127.2	9	8	82	348
泰 国	61.6	15	8	69	119
印 度	1 048.6	24	9	61	342
英 国	59.2	11	10	78	248
法 国	59.5	13	10	80	107
俄 罗 斯	144.1	10	15	65	9
波 兰	38.6	9	9	75	127
罗马尼亚	22.3	10	13	71	97
美 国	288.4	14	9	77	31
巴 西	174.5	19	7	69	20
澳大利亚	19.7	9	10	80	2
埃 及	66.4	24	6	67	64
尼日利亚	132.8	39	17	49	139

资料来源:《2004 年世界发展指标》

表 1-5 中国人口结构的变化 (1950~2050 年)

单位: %

年龄组	1950 年	2000 年	2050 年
0~14 岁	33.6	24.9	16.3
15~59 岁	58.9	65.0	53.8
60~79 岁	7.2	9.2	23.3
80 岁以上	0.3	0.9	6.6

注: 资料与我国 2000 年人口普查数据有出入, 2000 年 0~14 岁人口占总人口的 22.89%, 15~64 岁占 70.15%, 65 岁以上占 6.69%

资料来源: Sivin 等, 2007

（五）科技发展水平

科技发展水平的高低直接关系到卫生事业的发展，尤其是医学科学技术的发展，使得基础医学、临床医学、预防医学得到了发展，并促进祖国医学事业的发展。高科技使许多新技术在卫生领域中得以应用，加速了卫生事业的发展，同时，也对卫生事业管理提出了更高的要求。

（六）生态环境

生态环境对卫生事业的影响主要表现在 3 个方面：①生态环境变化对健康的影响，包括对人类的生理、心理影响；②对疾病监测的影响，环境的变化会影响卫生事业疾病控制工作；③对生态环境的突然变化所引起的突发事件的紧急处理的影响。

（七）国际社会环境

健康作为人的基本权利的认识已日益国际化，特别是世界卫生组织所制定的“人人享有卫生保健”的全球目标，在卫生服务观念、卫生发展规划、卫生政策制定等方面对各国卫生事业的发展都有较大影响。

思考题：

1. 试论卫生事业的基本特征。
2. 试论卫生事业与社会经济发展之间的关系。
3. 卫生事业管理学的研究范畴。

第二章 卫生工作方针

► 教学要求：

1. 了解卫生工作方针的演变过程
 2. 掌握新时期卫生工作方针的内容及实质
 3. 熟悉新时期卫生工作方针的现实指导意义
-

第一节 卫生工作方针的演变和发展

一、20 世纪 50 年代卫生工作的四大原则

20 世纪 50 年代的卫生工作四大原则作为当时党和国家保护人民健康，与疾病作斗争的总方针和政策，是根据中国社会主义制度和建设社会主义总路线、总任务，居民健康状况，卫生资源条件，以及总结革命战争时期人民军队和人民政府医疗保健工作的历史经验而制定的。新中国成立初期，国家经济落后，人民健康水平普遍较低，人口死亡率为 25‰，婴儿死亡率为 200‰，人均出生期望寿命只有 35 岁。急性烈性传染病、地方病和寄生虫病严重威胁人民健康，鼠疫、霍乱、天花等传染病广泛流行，血吸虫病、疟疾、丝虫病、钩虫病、地方甲状腺肿和克山病等威胁极大，另外，结核病、性病等也广泛存在。当时卫生资源非常缺乏，卫生人员数量少、质量低，卫生机构少、分布不均衡，广大农民缺医少药，全国平均每千人拥有医生数为 0.67 人，其中，每千人拥有西医医生数只有 0.069 人，并且西医多集中在大城市，全国共有医院 2600 所，病床 80 000 张，全国平均每千人只有 0.15 张。

鉴于当时的卫生事业状况，要解决全国人民的健康保障问题，国家急需制定指导全局工作的“卫生工作方针”。在经过多方酝酿的基础上，1949 年 9 月，中央人民政府卫生部和中国人民解放军军事委员会卫生部（以下简称军委卫生部）召开了由各大军区部长参加的全国卫生行政会议，初步确定了全国卫生建设的总方针——“预防为主，卫生工作的重点应放在保证生产建设和国防建设方面，面向全国农村、工矿，依靠群众，开展卫生保健工作”。1950 年 8 月由中央人民政府卫生部和军委卫生部联合召开了第一届全国卫生工作会议，

讨论并确立了全国卫生工作的总方针和总任务。毛泽东主席给会议题了词：“团结新老中西各部分医药卫生人员，组成巩固的统一战线，为开展伟大的人民卫生工作而奋斗。”中央人民政府副主席、中国人民解放军总司令朱德亲临大会，作了重要讲话，指出：“政府和军队的医药卫生工作，应当确定为群众服务的方针，并依靠群众去推动和发展人民的卫生事业，过去 23 年的人民军队和人民政权，在共产党的领导下，是正确地执行了这一方针的，因此，我们卫生部门的义务工作者，能在困难条件下完成任务……中西医务人员要团结起来，相互学习，共同发挥特长，为群众服务。”最后，会议在交流和总结经验的基础上，确定了我国卫生工作的三大原则——“面向工农兵，预防为主，团结中西医”。1950 年 9 月经中央人民政府政务院第 49 次政务会议正式批准了卫生工作三大原则。1952 年 12 月第二届全国卫生工作会议总结了当时开展爱国卫生运动的经验，并根据周恩来总理的提议，将“卫生工作与众运动相结合”列入我国卫生工作原则，这样就形成了我国卫生工作的四大原则，即“面向工农兵，预防为主，团结中西医，卫生工作与众运动相结合”。

卫生工作四大原则的制定主要考虑以下 4 个方面的因素：一是老解放区和解放军卫生工作的经验；二是苏联卫生工作的经验影响；三是毛泽东同志在《延安文艺座谈会上的讲话》中提出的为什么人服务的问题；四是新中国成立初期中央有关政策。“面向工农兵”是指服务的对象，是我国卫生工作的方向，它说明卫生工作必须为人民群众服务，是作为一个重大原则问题而提出的；“预防为主”是卫生工作原则的核心，说明了卫生工作的重点应放在预防方面；“团结中西医”是指把中西医药卫生人员团结起来，更好地为人民健康服务；“卫生工作与众运动相结合”是群众路线在卫生工作中的运用，说明卫生工作必须动员群众参加，发动和依靠群众，使其行动起来同疾病作斗争。

在卫生工作四大原则的指导下，我国医疗卫生状况有了很大改善，急性烈性传染病、地方病和寄生虫病基本上被消灭或控制，人民健康水平有了很大提高。据 1990 年统计，人口死亡率由新中国成立前的 25‰降低到 6.3‰；农村婴儿死亡率由新中国成立前的 200‰下降到 25.4‰；城市婴儿死亡率由新中国成立前的 120‰下降到 16.5‰；育产妇死亡率由 15‰下降到 0.94‰；平均期望寿命由新中国成立前的 35 岁提高到 70 岁（表 2-1），这些健康指标，有的已接近国际先进水平（表 2-2）。四大卫生工作原则确定后一段时间，特别从 20 世纪 50 年代到 80 年代期间，随着社会经济、文化科技的发展，卫生工作方针的内涵也在发生变化，从而形成了新的观念。

表 2-1 我国解放前后主要健康指标的状况

时间	死亡率/‰	婴儿死亡率/‰		孕产妇死亡率/‰	平均期望寿命/岁
		农村	城市		
解放前	25	200.0	120.0	15.0	35
1990 年	6.3	25.4	16.5	0.94	70

资料来源：卫生部《卫生统计提要》，1991

表 2-2 我国 1989 年健康指标与部分国家资料比较

项 目	中国	美国	日本	法国	英国	苏联	印度
死亡率/‰	6	9	7	10	12	11	11
平均期望寿命/岁	70	79	81	79	78	74	58

资料来源：联合国儿童基金会《1991 年世界儿童状况报告》

二、20 世纪 80 年代卫生原则的变化

回顾我国卫生工作的发展历程，在四大卫生工作原则的指导下，卫生事业取得了巨大成就，但也有失误的地方。20 世纪 70 年代末以来，我国实行改革开放政策，卫生工作方针也在不断探索中进行调整。卫生工作四大原则（方针）提出后，在实践中主要有两个方面发展变化较大。

一是中医工作方面的变化。1956 年，毛泽东同志指出：“要以西方近代科学来研究中国传统医药学的规律，发展中国新医药学。”在卫生工作方面，进一步阐明了现代医药学与传统医学的关系，以及传统医药学的继承与提高的关系；在中医工作方面，开展了西医学习中医的活动，同时，培养了一批中西医相结合的高级人才，产生了一批中西医结合的研究成果。为了进一步推动中医工作的进展，1981 年 11 月成立了全国中西医结合研究会，并制定了《关于加强中西医结合工作的意见》，中医工作方针由“团结中西医”向“中西医结合”的方向发展，取得了明显的成绩。1985 年 6 月，中共中央书记处在《关于卫生工作的决定》中指出：“根据发展现代医药和传统医药的规定，要把中医和西医摆在同等重要的地位。一方面，中医学是我国医疗卫生事业发展的特点和优势，中医不能丢，必须保存和发展；另一方面，中医必须积极利用先进的科学技术和现代化手段，促进中医药事业的发展，要坚持中西医结合的方针，中医、西医相互配合，取长补短，努力发挥各自的优势。”1986 年，国家决定设立中医管理局，1988 年 5 月国务院决定成立国家中医药管理局，由卫生部归口管理。

二是农村卫生工作方面的变化。1965 年 6 月 26 日，毛泽东同志发出“把卫生工作的重点放到农村去”的指示，使农村卫生工作有了加强。大批医疗队到农

村巡回医疗,开展防病治病工作,并培养了许多农村卫生技术人员,农村三级医疗网普遍建立,合作医疗制度得到了普及,受到国内外一致的认可和赞扬。

另外,在卫生工作的其他方面也有了新的认识,1984年召开的第六届全国人民代表大会,在《政府工作报告》中提出了“预防为主,城乡兼顾,中西医结合”的卫生方针。这在当时是具有一定针对性的。随后,党中央又对卫生改革的目标作了指示,指出卫生工作首先要考虑社会效益,同时也要考虑经济效益。

三、20 世纪 90 年代卫生工作方针框架的形成

1990年全国卫生厅局长会议提出了草拟90年代的卫生发展与改革规划的计划。根据卫生部起草的《中国卫生发展与改革纲要》而提出的卫生工作基本方针“贯彻预防为主,依靠科技进步,动员全社会参与,中西医协调发展,为人民健康服务”经中央同意列入《中共中央关于制定国民经济和社会发展十年规划和“八五”计划的建议》之中。1991年4月,七届全国人大四次会议通过的《国民经济和社会发展十年规划和第八个五年计划纲要》确定的卫生工作方针为:“贯彻预防为主,依靠科技进步,动员全社会参与,中西医并重,为人民健康服务。”

四、新时期的卫生工作方针

1996年底,党中央召开了全国卫生工作会议,这次会议是在我国“九五”计划和2010年远景规划目标背景下召开的,是在世纪之交召开的卫生工作重要会议。在这次会议上,党和国家领导人江泽民和李鹏都发表了重要讲话,确定了我国卫生事业的性质,并通过了新时期的卫生工作方针。1997年,国务院发布了《中共中央、国务院关于卫生改革和发展的决定》,提出新时期的卫生工作方针是:“以农村为重点,预防为主,中西医并重,依靠科技与教育,动员全社会参与,为人民健康服务,为社会主义现代化建设服务。”

第二节 新时期卫生工作方针

一、新时期卫生工作方针产生的必要性

在卫生工作四大原则的指导下,我国卫生事业取得了较大发展,但仍存在着许多的失误。随着社会政治、经济、文化、科学技术的发展,卫生工作发生了巨大的变化,特别是我国确立了社会主义市场经济体制以后,卫生事业领域面临着深入的改革,20世纪50年代初所形成的卫生工作四大原则,已不能完全适应新时期卫生工作发展的形势需要。同时,20世纪90年代以来卫生观念的进步为新时期卫生工作方针的制定奠定了理论基础。因此,为了我国卫生事业的迅速发

展,必须对卫生工作方针进行调整,制定新的卫生工作方针。

(一) 20 世纪 50 年代以来卫生工作的失误

回顾我国卫生工作的发展历程,卫生事业确实取得了巨大成就,但是也有着许多失误,主要表现在 3 个方面。

1. 对待传统医学的民族虚无主义

卫生行政领导部门由于思想上认识不足,在如何对待中医与西医方面缺乏明确的政策规定,中医工作未得到应有的重视。并且所制定的一些错误条例和规定,限制了中医药的发展。

2. 在卫生领域三大差距扩大

在卫生服务领域存在的城乡之间、上下层次之间、防治之间的差距进一步扩大,特别是在卫生资源配置、卫生服务利用、医疗卫生需求的满足程度等方面存在着较大差距。

3. 农村卫生问题仍然没有得到解决

由于对农村合作医疗的错误认识和政策不到位,目前,我国农村绝大部分农民仍然是自费医疗,这严重影响了农民的健康保障。并且,农村卫生工作缺乏强有力的政策支持,初级卫生保健不能落实到位,仍然存在着“因病致贫”、“因病返贫”的问题。

(二) 20 世纪 70 年代以来政治、经济、科学技术和卫生事业的变革

20 世纪 70 年代末期以来,我国实行改革开放政策,社会发生了巨大变革,卫生事业必须适应这一新形势,调整卫生工作方针。

1. 政治方面

党的十一届六中全会在《关于建国以来党的若干历史问题的决议》中,纠正了长期存在的“左”倾错误,将党和国家工作重点转移到以经济建设为中心的轨道上来;广大的工人、农民、知识分子等仅仅是职业的区别,而不是政治阶层的划分;进行社会主义现代化建设需要社会全体成员的共同努力,所以卫生工作必须为全体人民群众服务。

2. 经济方面

党的十一届三中全会以来,整个社会经济生活发生了前所未有的变化,经济的发展、社会的进步、企业或事业的经营管理、人们的经济行为等都必须依照社会主义市场经济规律进行。社会主义市场经济体制的建立,有力地促进了社会经济的发展,为卫生事业的发展创造了有利的经济基础,同时,新的经济体制的建立,又给卫生事业带来了一系列的新问题。因此,卫生事业必须适应社会主义市场经济体制的要求,为社会经济的发展提供健康保障,进一步促进社会经济的发展。

3. 科学技术

我国科学技术的迅速发展,以及医学科学技术在医疗预防保健领域的广泛应用,极大地提高了医疗卫生服务能力。卫生事业的发展历史告诉我们,发展卫生事业必须依靠科学技术,只有采用了现代科学技术,才能实现卫生事业的现代化。

4. 卫生事业

新中国成立以来,我国卫生事业取得了巨大成就。同时,随着新经济体制的建立,我国卫生事业又面临着许多新问题,如将以往由政府单一的卫生投入机制改变为由国家、集体和个人共同投入的新机制,单位经营管理由平均主义改变为引入竞争机制的科学管理,在发展现代医学科技的同时进一步发展传统医学等。这些都需要有一个新的卫生工作方针来指导,以保证卫生事业改革的顺利进行和健康发展。

(三) 20 世纪 90 年代以来卫生观念的变化

20 世纪 90 年代以来,人们的卫生观念发生了较大变化,特别是“大卫生观”、“大科学观”的形成成为新的卫生工作方针提供了理论基础。

“大卫生观”是将社会卫生保健事业作为一个巨大的系统工程,它不单是卫生部门的事,而是全社会的共同任务;也不仅仅局限于卫生系统,而将卫生系统作为当代整个社会系统中的子系统,将卫生事业作为国民经济的有机组成之一。在这些系统的关系中,医疗卫生机构必须发挥其骨干和核心的作用,要从“封闭式”变为“开放式”,从微观拓展至宏观,从个体服务发展到群体服务。反映社会医疗卫生保健要求的“大卫生观”,要求构成一个由自我保健、家庭保健、社会保健、国家保健和国际保健的从个人到全球的保健体系。在这个体系中,医院必须从院内服务扩大到院外服务,面向基层,深入社区为群众提供集预防、保健、医疗、康复和心理健康服务于一体的社会卫生服务。将院内技术服务扩大到社会服务,除了要运用医疗技术预防和诊治疾病外,还要指导人们的劳动保护、职业选择、家庭生活、饮食结构、食品卫生、行为习惯、文化活动等,为人们的身心健康和社会适应提供帮助和条件。

1962 年,美国耶鲁大学科学史教授 D. 普赖斯首次提出“大科学观”的概念。它的本质特点是:①大科学是科技、经济与社会高度协同的科学;②大科学是各种学科渗透、综合和汇流的科学;③大科学使科学技术本身已经成为一个有机的大系统;④大科学是自学规划和系统管理的科学。这种“大科学观”使人们认识到医学科学的发展必须融入其他学科,并充分利用其他学科的成果来发展医学科学技术。

二、新时期卫生工作方针的内容

新时期卫生工作方针包含 3 个部分：第一部分是卫生工作的战略重点，包括以农村为重点、预防为主、中西医并重；第二部分是卫生工作的基本策略，包括依靠科技与教育，动员全社会参与；第三部分是卫生工作的根本宗旨，包括为人民健康服务，为社会主义现代化建设服务。

(一) 以农村为重点

农村卫生工作是我国卫生工作三大战略重点的第一个重点，它是实现“人人享受卫生保健”这一全球性目标的要求，也是解决农村卫生事业落后、农村大多人口医疗卫生保健薄弱问题的要求。如表 2-3 和表 2-4 所示，目前，我国农村卫生事业在资源拥有和服务利用方面都存在着困难。因此，必须加强农村卫生工作。做好农村卫生工作、保护和增进农民健康，是政府和国家义不容辞的责任。农村卫生工作对于推动农村社会和经济的协调发展，改变农村因病致贫，加强农村物质文明和精神文明建设具有十分重要的意义。

表 2-3 农村乡镇卫生院及床位、人员数

项目	1990 年	2000 年	2005 年	2006 年
乡镇数	55 838	43 735	35 509	34 675
机构数/个	47 749	49 229	40 907	39 975
中心卫生院	10 054	9 631	10 025	10 178
乡卫生院	37 695	39 598	30 882	29 797
床位数/张	722 877	734 807	678 240	696 231
中心卫生院	293 963	285 638	281 456	296 189
乡卫生院	428 914	449 169	396 784	400 042
人员数/人	889 219	1 169 826	1 012 006	1 000 112
卫生技术人员	776 925	1 026 244	870 500	859 945
医生	358 770	514 119	398 848	393 251
护士（士）	115 884	182 208	164 412	165 729
平均每院床位数/张	15.1	14.9	16.6	17.4
平均每院人员数/人	18.6	23.8	24.7	25.0
卫生技术人员	16.3	20.8	21.3	21.5
医生	7.5	10.4	9.8	9.8
护士（士）	2.4	3.7	4.0	4.1
每千农业人口乡镇卫生院床位数/张	0.81	0.80	0.78	0.81
每千农业人口乡镇卫生院人员数/张	0.99	1.28	1.16	1.16

资料来源：中国卫生统计年鉴，2007

表 2-4 乡镇卫生院医疗服务及病床使用情况

年份	诊疗人次/亿次	入院人数/万人	病床周转次数/次	病床使用率/%	平均住院日/日
1985	11.00	1 771	26.4	46.0	5.9
1990	10.65	1 958	28.6	43.4	5.2
1995	9.38	1 960	29.9	40.3	4.6
1996	9.44	1 916	28.6	37.0	4.4
1997	9.16	1 918	25.8	34.5	4.6
1998	8.74	1 751	24.2	33.2	4.6
1999	8.38	1 688	24.2	32.8	4.6
2000	8.24	1 708	24.8	33.2	4.6
2001	8.24	1 700	23.7	31.3	4.5
2002	7.10	1 625	28.0	34.7	4.0
2003	6.91	1 608	28.1	36.2	4.2
2004	6.81	1 599	27.0	37.1	4.4
2005	6.79	1 622	25.8	37.7	4.6
2006	7.01	1 836	28.8	39.4	4.6

资料来源：中国卫生统计年鉴，2007

1. 全面落实农村初级卫生保健工作

初级卫生保健是农村卫生工作的关键，是农村卫生工作的“龙头工程”。应将发展农村初级卫生保健工作纳入国民经济和社会发展的规划，并随着农村经济的发展逐步提高初级卫生保健水平。要制定具体实施方案，统筹安排人力、物力和财力，重点控制传染病、地方病，预防慢性非传染病；做好基本医疗服务、妇幼保健、老年保健、改水改厕等工作；普及医学科学知识，倡导健康生活方式。

2. 积极探索适合农村的医疗保障制度

政府要加强组织引导，支持多种形式的农民健康保障办法，建立适合农村经济状况的筹资方式和管理机制，并通过广泛的宣传教育，促使农民建立自我健康保障意识，积极参与医疗保障。目前，农村合作医疗制度仍是我国农村的主要医疗保障形式，应按照自愿量力、因地制宜、民办公助的原则，继续完善与发展。

3. 健全农村医疗卫生服务网络

要优化县、乡、村卫生资源配置，调整农村医疗卫生服务网络功能，改善服务质量，提高服务效率。乡镇卫生院和计划生育服务机构要按照其职能，突出服务重点，资源共享，避免重复建设。乡镇卫生院以公共卫生、预防保健为主；计划生育服务机构以计划生育为主。要根据区域卫生规划和农民的实际需要，调整

乡镇卫生院布局。鼓励县、市、乡、村卫生结构开展纵向业务技术合作。在农村医疗卫生服务网络建设中,发挥中医药的作用。县级卫生机构要贯彻城镇医药卫生体制的改革精神,落实对农村卫生技术指导的责任,发挥培训农村卫生人才的作用。县级预防保健机构要承担乡村卫生机构的转诊;县级卫生行政执法机构要根据卫生监督体制改革的精神和原则,充实力量,加大巡回监督力度。有条件的地区,可在乡镇派驻卫生监督执法人员,加强对农村公共卫生和卫生机构的监督。

4. 提高农村卫生技术人员的素质

一方面,要加强农村卫生技术人员结构调整,严格限制卫生技术岗位,控制非卫生技术人员比例。另一方面,加强在职卫生技术人员的培训,包括对乡镇卫生院院长管理理论和技术的培训,以及对卫生技术人员的全科医学知识和技术的培训。此外,鼓励高级卫生技术人员向农村流动。

5. 高度重视和做好贫困地区的卫生工作

各级政府要把卫生扶贫纳入当地扶贫计划,安排必要的扶贫资金,帮助贫困地区重点解决基础卫生设施,改善饮水条件,防治地方病、传染病,鼓励发达地区对口支援贫困地区的卫生工作的顺利进行。

(二) 预防为主

预防为主是我国卫生工作三大战略重点的第二个重点。预防为主是建国初期卫生工作四大方针之一,新时期的卫生工作方针继续把预防为主确定为主要内容,不仅是对我国建国以来卫生工作经验的总结,也符合世界卫生发展的潮流。实质上,预防为主反映了医学科学发展的客观规律;它是最高质量的医疗卫生服务,符合人民群众健康的最高利益;它是最高效益的医疗卫生服务,可以体现以最小的投入获得最高的效益的原则。

1. 预防为主应作为疾病控制的首要方针

20世纪50年代以来,我国以急性传染病、寄生虫病和地方病为主要防治对象的第一次卫生革命取得了巨大的成就。但是,由于影响疾病流行的社会和自然因素仍然存在,特别是市场经济体制所带来的人口和物质的大量流动,促成了部分疾病的传播,一些新发生的局部性传染病可能流行。例如,2003年中国所发生的“非典型肺炎”的传播就说明了这一点。另外,某些已经被控制的传染病也可能再度流行,如肺结核、性病。目前,传染病、寄生虫病和地方病的防治任务依然十分严峻,第一次卫生革命的任务尚未完成。同时,以慢性非传染性疾病和退行性疾病为主要防治对象的第二次卫生革命也已经来临,任务非常艰巨。但是,目前我国的防治力量尚不能满足防治慢性非传染性疾病的需要,更缺乏群体性防治的系统经验。两次卫生革命的艰巨任务要求卫生工作必须坚持预防为主的方针。

2. 政府对公共卫生和预防保健工作要全面负责

各级政府应加强预防保健机构的建设,并给予必要的投入,对重大疾病的预防和控制要保证必需的资金。预防保健机构要做好社会群体的预防保健工作,要宣传、动员群众采取综合措施,集中力量消灭或控制一些严重威胁人民健康的传染病和地方病;加强对经血液途径传播的疾病的预防和控制;积极开展对心血管疾病、肿瘤等慢性非传染性疾病的防治工作;增强对突发性事件引发的伤病及疾病暴发流行的应急能力,重视对境内外传染病发生和传播动向的监测。

3. 三级医疗、预防、保健结构都要贯彻预防为主的方针

要确实做好三级预防工作:一级预防是病因预防,针对病因及相关因素,采取增进健康和特殊的防护措施,使健康人免受感染和发病;二级预防是发病学预防,针对病人的发病早期,采取早发现、早诊断、早治疗措施,以控制疾病的发展和恶化,防止疾病复发或转为慢性;三级预防是病残预防,针对发病后期,采取合理的康复治疗措施,使病人病而不残,残而不废,帮助其恢复劳动能力,延长生命。

4. 加强卫生宣传,开展健康教育是贯彻预防为主的重要措施

为适应医学模式的转变和二次卫生革命的需要,要采取多种形式加强全民健康教育,提高全民的健康意识和自我保健能力,养成良好的卫生习惯和健康的生活方式。

(三) 中西医并重

新时期提出的中西医并重的方针,是“团结中西医”卫生工作原则的完善,其实质是保护祖国传统医学与西医共同进步的政策性思想,是振兴中医药并使中医药走向世界的政策保证。

1. 正确处理继承和发扬的关系

继承是发掘、整理中医药理论和防治疾病的医案、方剂,即继承中医药特色和优势;发扬是利用先进科学技术和现代化手段发展中医药。中医药首先是继承,但中医药也要现代化。应在增加中医药事业的投入基础上,加强中医药机构的重点内涵建设,提高中医药学术水平和临床疗效。

2. 正确处理两种医学体系的关系

应以科学的态度对待中西医两种医学体系。尊重历史、尊重科学,是中医药管理的主导思想。在人才培养方面,应积极扶持中西医结合队伍的成长和发展。在医学实践方面,注重中医与西医理论和方法的结合。

3. 重视中医药科学研究工作

利用现代高新技术,对中医药基础理论、重大疾病防治、中药生产关键技术及中医药走向世界等方面,组织协作攻关。中医药科研机构应与企事业单位取得联合,用以加快成果的转化。

（四）依靠科技与教育

依靠科技与教育是卫生工作的基本策略之一，是“科学技术是第一生产力”思想的具体表现。依靠科技与教育是我国经济建设时期的重要战略思想，同样适应于卫生事业的建设和发展，这是“大科学观”的体现，同时，也是我国卫生工作长足发展基本经验的总结。

1. 加强医学科学技术研究

医学科学技术应针对严重危害我国人民健康的疾病，在关键性应用研究、高科技研究和医学基础性研究方面突出重点，集中力量攻关，力求新突破。依靠医学科技，控制和消灭一些重大疾病的传播，有效防治各类疾病；依靠科技成果的普及和应用，促进我国医疗预防保健服务质量和水平的提高。

2. 办好医学教育

医学教育的目标应是培养适应社会需求、知识结构合理、德才兼备的专业队伍。所以，应加快发展全科医学，培养全科医生，并重视卫生管理人才的培养。

（五）动员全社会参与

动员全社会参与是卫生工作的又一项基本策略，它是卫生工作与群众运动相结合方针的发展和完善，是“大卫生观”的体现。

1. 各级政府重视，社会各部门协作

发展卫生事业、做好卫生工作、保护人民健康，是各级政府的重要职责，同时也是一项庞大的社会系统工程。必须坚持“大卫生观”的观点，在各级政府领导下，充分发动社会各部门协作配合，各尽其责，共同做好卫生工作。各级计划、财税、物价、农业等有关部门要认真履行自己的职责，积极参与和支持卫生事业，努力为卫生改革和发展创造必要的条件。

2. 积极开展爱国卫生运动

爱国卫生运动是具有中国特色的一大创举，根据实践中积累的经验，它可以概括为政府组织、地方负责、部门协调、群众动手、科学治理、社会监督。这是“大卫生观”观念在实践中的高度概括，也是动员群众和全社会参与卫生工作的较好方式，在控制和消灭传染病工作中可发挥重大作用，对提高城乡卫生工作现代化管理水平也有着积极意义。全社会参与对普及卫生知识，教育人民群众自重、自爱，养成良好的卫生习惯，形成良好的生活方式，十分重要。一个地区群众参与卫生工作的程度也体现了这个地区的精神文明建设水平。

（六）为人民健康服务、为社会主义现代化建设服务

为人民健康服务、为社会主义现代化建设服务是我国卫生工作的根本宗旨，是卫生工作方针的核心，是对卫生事业的改革和发展的基本要求，是卫生工作必须坚持的正确方向。

1. 卫生事业必须为人民健康服务

发展卫生事业、实现人人健康，是社会主义现代化建设的重要目标。人民健康水平是一个国家政治制度、经济发展和社会进步状况的综合反映。人民健康水平既是生产力发展的必需，也是生产力发展的目的。

2. 卫生事业必须为社会主义现代化建设服务

卫生工作为社会主义现代化建设服务，是把卫生工作明确地纳入社会经济发展的总规划体系，并要求卫生事业发展与国家经济和社会发展相协调。如果卫生事业发展滞后于社会经济发展，人民的健康就得不到基本保证，这不仅直接影响社会生产力，还会因疾病流行而造成损失，影响社会的稳定和经济的发展；如果提高保障健康的福利水平超越了经济发展的水平，国家负担会加重，人民群众承受不起，卫生事业也不可能协调、持续、健康地发展。

思考题：

1. 请谈谈你对“预防为主”这一卫生工作方针的认识。
2. 请谈谈你对“以农村为重点”这一卫生工作方针的认识。
3. 新时期卫生工作方针的实质是什么？
4. 阐述新时期卫生工作方针产生的必要性。

第三章 全球卫生目标与策略

► 教学要求:

1. 掌握初级卫生保健的概念及原则
 2. 掌握人人享有卫生保健的含义
 3. 熟悉初级卫生保健的内容和特点
 4. 了解人人享有卫生保健目标提出的背景
 5. 了解初级卫生保健策略的意义
-

第一节 全球卫生目标与策略的形成与发展

一、人人享有卫生保健目标提出的背景

人人享有卫生保健全球目标的形成主要受两方面因素的启发：一是 20 世纪 70 年代世界卫生状况分析；二是世界进步与发展对卫生的影响。

（一）20 世纪 70 年代世界卫生状况分析

世界卫生组织（World Health Organization, WHO）在其宪章中宣称：“享有最高标准的健康是每个人的基本权利之一，各国政府对其人民的健康负有责任，只有制定适当的卫生和社会措施才能完成任务。”20 世纪 70 年代初，世界卫生组织组织有关专家研究了 20 世纪 50 年代以来卫生保健工作的方法和效果，对世界卫生状况进行了调查，认为许多国家的卫生保健状况和社会经济状况都不能令人满意，主要存在以下问题。

1. 居民的生存条件恶劣

据世界卫生组织在 20 世纪 70 年代的调查发现，在发展中国家大约有 10 亿人口生活极端贫困，不能保证基本的营养，也得不到维护健康和生命所必需的卫生服务。世界卫生组织引用联合国粮农组织和世界银行的估计认为，全世界大约有 4.5 亿人的粮食不足以维持其基本生存的需要量；发展中国家大约只有不到 1/3 的人能够得到清洁的饮用水。全世界 154 个国家中，有 70 多个国家的人口人均期望寿命不到 55 岁；有 50 个国家的婴儿死亡率在 100‰ 以上，高者达到 200‰；而且许多妇女在育产期得不到基本的卫生保健服务。

2. 贫穷病、富裕病、社会病的威胁严重

发展中国的传染病、寄生虫病威胁着人民的生命并继续造成严重的后果。每年因传染病、脊髓灰质炎致残、腹泻而丧命的均有数百万人。在发达国家的病死率中,心脑血管病占 50%、癌症占 20%、意外事故占 10%。发展中国家这些疾病的病死率也在上升。

3. 受教育的机会不均衡,文化教育不普及

工业化国家的成人识字率为 100%,但在有些发展中国家却只有 20%,其中妇女则更低,为 10%左右。教育的普及程度与社会经济发展及个人收入有关,而受教育的多少又直接影响卫生保健工作的开展。由于文化素质低,许多人不懂得自我保健和家庭保健,也不能自觉地参加社区保健活动。

4. 社会经济发展不平衡

世界相当范围的地区,主要是在第三世界国家,大部分人仍然贫困,这是卫生事业得不到改善和疾病流行、营养不良、死亡率高的主要原因。据世界卫生组织 1977 年的材料,人均国民生产总值在 200 美元以下的有 12 亿人口,在这些人中,饥饿和严重营养不良的占 1/3 到 1/2。事实证明,居民的健康状况,特别是居民期望寿命和婴儿死亡率与经济发展水平有密切的关系。

5. 卫生资源分配不合理

多数国家缺少必要的卫生保健机构。据调查,发展中国家有 68%的人口得不到基本的卫生保健服务,卫生资源主要集中在城市,而且主要为少数富有者服务。据 1975 年的调查,在最不发达国家及地区中,平均每 10 万人中卫生技术人员不到 50 人,而发达国家则有 750 人。许多国家内卫生人员分布不平衡,城乡之间差别明显。此外,经费不足、计划管理工作不协调、社会经济部门合作不够等也是影响卫生人员分布不均的因素。

6. 人口剧增和老化

据联合国人口统计年鉴报道,在 20 世纪 70 年代以来,世界人口以 1.9% 的增长率增加,值得注意的是发展中国家的人口增长率超过了 2%,有 30 个国家达到了 3% 以上。此外,人口年龄结构也发生了变化,世界老龄人口增加。这些给卫生工作带来了新问题,大量的婴儿和儿童的喂养与照顾,老年人的赡养,都需要提供医疗卫生服务。

通过对世界卫生状况的分析,我们可以得出这样的概况:世界人口中的大多数从现有的卫生服务和医学发展中受益;卫生资源分配与利用的不均衡现象在世界各国存在;不同人群健康状况的差异悬殊。针对上述状况,世界卫生组织经过调查和论证,明确以下观点:卫生工作的重点应从大城市、大医院转移到农村及基层中去;应当从治疗疾病为主转移到预防疾病为主;应当从为少数人服务转移到为大多数人服务。

如何解决上述问题,世界卫生组织从中国农村卫生工作的经验中得到了启发。中国是一个人口众多的农业大国,又是一个经济文化落后的穷国。新中国成立以后,中国卫生工作坚持预防为主的方针,建立农村三级医疗预防保健网,开展群众的爱国卫生运动,创建合作医疗,农民保健水平迅速得到提高。1975年,当时的世界卫生组织总干事哈夫丹·马勒博士曾到中国考察,他看到中国农村卫生保健工作在较短的时间内取得的优异成绩,特别是广大农民获得了较好的卫生保健服务,健康水平明显提高,因而想把中国的宝贵经验推广开来,提出了使人人得到卫生保健服务的设想。

(二) 世界进步与发展对卫生事业发展的启迪

20世纪70年代中期后,受世界进步与发展的影响,世界卫生组织对卫生发展局势做出如下分析:

(1) 从世界卫生组织创建以来,许多新的主权国家不断涌现,各国之间的合作精神正在加强。

(2) 由于科学技术的进步与发展,人们认识到卫生与健康是人们应有的基本权利,人们的健康受到政治、经济、社会、文化、科学、技术和心理的影响;同时,人民的健康又对这些因素和整个社会的进步和发展产生影响。

(3) 人类生存环境变化比以往任何时候都大。

(4) 卫生事业正在不断变革以应付现有的和不断出现的新问题。但是,许多发展中国家的卫生体制与这种变化的局势不相适应,这种不完善的体制耗费了有限的资源,造成了卫生服务的不均衡,尤其是农村居民未享受到这种基本权利。

(5) 卫生系统必须进行一场变革以适应世界性的社会发展与变革。在这场变革中,单凭一个国家做出努力是不够的,有必要将各国的卫生体制统一起来全面考察,发动一场全球性的卫生变革。

由此,1977年5月召开的第30届世界卫生大会提出了2000年“人人享有卫生保健”的全球战略目标,使得“人人享有卫生保健”成为各国政府和世界卫生组织在20世纪的主要卫生目标,这标志着人类在卫生与发展的进程中进入一个新的历史时期。

二、初级卫生保健策略的形成

初级卫生保健并不是一个全新的概念,它是通过总结过去的各种卫生服务方式,并吸收了一些新的经验而逐渐形成的。

(一) 20世纪50年代和60年代的历史经验

早在1951年,许多发展中国家开始发动专门的群众运动来消灭疾病。大规模的防治疾病活动,使得梅毒减少,疟疾在一些地区得到了控制,并开始了消灭天花的运动。但正如世界卫生组织总干事马勒所指出的,在这些运动以后,必须

建立经常从事控制和预防疾病、促进健康的卫生服务机构,否则,这种运动仅能取得暂时的效果。许多影响健康甚至造成死亡的疾病如结核、胃肠炎、麻疹等仍在继续威胁着人类,新技术和新知识的应用常常达不到预期的效果。20世纪50年代和60年代以来的历史经验表明,沿用“西方”或某些集中管理的组织方式所提供的卫生服务,并不能满足全体人民对卫生保健的最低需要。

(二) 20世纪70年代的卫生改革

1972~1973年,世界卫生组织的一项关于医疗服务发展的研究表明,人们对医疗保健普遍感到不满。一些发展中国家,已经开始摒弃传统的西方保健模式,即单纯用高科技、昂贵的设备抢救垂危且不能挽回的慢性病人,而忽视早期预防性卫生服务,重视专科而忽视广大群众更为迫切需要的全(通)科医疗服务的模式,引用新的方法来满足人民对卫生保健的需要,把卫生保健列入政府的总体发展计划中,卫生决策有了原则性的改变。卫生服务的重点,从单纯治病转为防病治病,从面向城市转向面向一个完整的服务系统,卫生成为全社会经济发展的一个组成部分。1975年世界卫生组织发行了两本有关的国际刊物,宣传了这方面的政策,介绍了一些致力于卫生改革的国家的情况。同年,世界卫生组织总干事马勒博士到中国的考察也促进了初级卫生保健理论的形成,这些理论如下:

(1) 应用防治疾病的医疗服务的技术时,要充分考虑到人类生活中的社会经济和政治等方面的影响。

(2) 卫生保健理论的发展,要求卫生部门和其他部门工作相联系,需要各部门间的全面协调,强调卫生服务的社会公正精神。

(三) 第30届世界卫生大会与国际初级卫生保健会议

为了在全世界范围内推广和普及初级卫生保健,1977年5月,第30届世界卫生大会通过决议指出,各国政府和世界卫生组织在未来数十年中的主要卫生目标应该是,“到2000年世界上全体居民都能达到在社会和经济生活富有成效的健康水平”。健康不仅是指没有疾病与体虚,而且指身心健康、社会幸福的总体状态,是基本人权。

1978年在阿拉木图举行的国际初级卫生保健会议指出,初级卫生保健是实现“2000年人人享有卫生保健”目标的关键,会议发表了著名的《阿拉木图宣言》(*Declaration of Alma-Ata*)。会议是由世界卫生组织和联合国儿童基金会(UNICEF)联合主办的,这个会议的目的包括如下6个方面。

(1) 促进所有国家对初级卫生保健这一概念的理解。

(2) 在国家综合卫生体系及其服务机构的基础上,交流发展初级卫生保健的经验和情报资料。

(3) 评价全世界卫生和卫生保健工作的现状,与初级卫生保健的关系,并通过初级卫生保健改善卫生状况。

(4) 确定初级卫生保健的原则及解决实际问题的运筹学方法。

(5) 确定各国政府、国家组织与国际性组织在卫生技术合作和支持初级卫生保健工作中的作用。

(6) 提出有关开展初级卫生保健的建议。

会议宣布,当前世界亿万人民的卫生状况是不能令人满意的。会议号召,要采取新的途径开展卫生保健工作,消除富裕国家和发展中国家在卫生保健服务方面的差距,使卫生资源的分配更加均衡,达到“2000年人人享有卫生保健”的战略目标。

(四) 联合国大会的支持

在阿拉木图会议之后,1979年11月联合国大会通过了关于卫生是社会发展的一个组成部分的决议。在这项决议中,联合国赞同《阿拉木图宣言》,对世界卫生组织和联合国儿童基金会为实现“2000年人人享有卫生保健”所做的努力表示欢迎,并号召联合国有关机构,在各自的职权范围内支持世界卫生组织的工作。

1980年,联合国特别会议在审议国际社会发展新策略时,特别提到了世界卫生组织在实现“2000年人人享有卫生保健”全球卫生战略方面做出的贡献。这样,初级卫生保健的活动得到了联合国的承认,成为全球社会经济发展新策略的组成部分。

三、阿拉木图会议以来的主要进展

继阿拉木图会议以来,世界卫生组织又召集了一系列的有关会议,下列4个会议的主题反映了向人人享有卫生保健目标迈进的进展和新的要求,对实现2000年战略目标产生了重要影响。

(一) 开发领导层

1984年10月,在南斯拉夫布莱奥尼召开了“培养人人享有卫生保健的领导人”的国际学术会议,其目的旨在号召各国在实现全球卫生目标进程中重视领导的开发工作。会议提出,人人享有卫生保健目标没有强有力的领导是难以实现的,因此要造就一大批有能力并勇于和乐于迎接挑战的卫生领导干部。他们应具有一定的领导水平,有较高威信;他们应在事业上有创造性,有社会活动的积极性,能充分认识到增进健康活动与社会、政治、文化、经济等诸方面的联系;他们应能够灵活机动,改变目前困境,发动和组织群众朝着预定目标前进。会议还提出领导开发工作包括对最高领导的开发,也包括对各个层次领导的开发。

(二) 加强以初级卫生保健为基础的地区卫生体系

1987年8月,世界卫生组织在津巴布韦首都哈拉雷召开了“加强以初级卫

生保健为基础的“地区卫生体系”会议。会议指出地区一级是国家在组织、计划与实施初级卫生保健过程中最为关键的一级，也是目前最为薄弱的一级。这次会议发表了《哈拉雷宣言》，号召为加强地区卫生体系必须卓有成效地开展下列活动：制定支持地区发展的国家政策；给地区人力和财力管理更多的权限；发展地区计划管理程序，明确地区卫生目标与重点；加强社区参与；促进部门间协同行动；开发地区领导层；动员一切可以利用的资源；建立与初级卫生保健相适应的地区卫生体系，重新明确医院的作用与功能；进行卫生体系的研究；确保资源分配公平等。会议强调尤其应把注意力集中在5个方面：组织、计划与管理；资金与资源分配；部门间的协同行动；社区参与和人力资源的开发。这5个要素是开发地区卫生体系的五大支柱。

（三）人人享有卫生保健是一项持久性社会目标

在阿拉木图会议召开10年以后，1988年3月，在苏联里加召开了“从阿拉木图宣言到2000年中期展望”会议，会议发表了《关于重申和加强2000年及以后年代人人享有卫生保健责任的声明》，呼吁“人人享有卫生保健”应成为所有国家2000年及以后年代的持久性目标，建议各国要重申并加强人人享有卫生保健战略；加强为实现此目标的社会和政治行动（拟定政策与资源配置）；开发和动员各级领导；授权人民；建立持久的部门间合作关系；加强卫生体系；开发并合理使用科学知识和适宜技术；攻克难以解决的问题等。

（四）初级卫生保健的质量保障

1990年10月，世界卫生组织在我国上海市举行了“区域间初级卫生保健质量保障”会议。会议指出，虽然各国在实施初级卫生保健方面已取得了显著进展，但尚未对提供卫生保健的质量给予充分的重视。因此，初级卫生保健的质量保障将是今后各国初级卫生保健建设与发展的重要方面。良好的社区保健质量应包括：需求者卫生服务的可及性和可得性；卫生服务的适宜性；所提供的卫生服务既合理、有效，又利用较少资源；居民和社会参与确定重点卫生问题；重视增进健康和预防疾病及治疗等活动。报告明确提出，初级卫生保健质量保障的着眼点并非集中在少数病人身上，而是集中在全体人民健康状况的改善上，它将有利于改善卫生服务的能力和结果；增加卫生服务接受者的满意度和参与程度；提高卫生服务效率；保持良好的卫生保健服务水准及促进卫生部门与其他部门的协调。

第二节 人人享有卫生保健

一、人人享有卫生保健的含义

世界卫生组织在其建立之初的《组织章程》中提出 WHO 的目标是“使全世界达到最高可能的健康水平”。30 年以后这一目标被重新确认，成为全世界范围包括各国政府和全体人民共同的社会性目标。“最高可能的健康水平”（highest possible level of health）的含义是要求各个国家都应按本国的社会和经济能力尽力地改善人民的健康状况，使人民的健康状况与其社会经济水平相适应。

人人享有卫生保健（health for all, HFA）的目标意味着到 2000 年，世界上所有社会成员都能享受到基本的卫生保健服务，并且通过消除和控制妨碍健康的各种有害因素，使人们都应具有能使他们的社会和经济生活富有成效的那种健康水平，达到身体上、精神上和社会适应性上的完好状态，使之能够有效地工作，积极参加社区的社会生活。它包括以下含义：

（1）“人人健康”是使全世界人民达到最高可能的健康水平。

（2）“最高健康水平”的含义是要求各国按本国的社会经济能力尽力地改善人民的健康状况，使人民健康状况与社会经济水平相适应。

（3）“人人健康”意味着到 2000 年，全社会成员都能享受基本卫生保健。

（4）人民在身体、精神和社会适应上的完好状态。

（5）不是到 2000 年不再有人生病、或将治愈所有疾病。

（6）卫生资源得到相对公平的分配。

二、人人享有卫生保健的目标与指标

（一）具体目标

1977 年的世界卫生大会提出“到 2000 年世界所有人民都应达到使其社会和经济生活卓有成效的健康水平”的总目标后，1981 年，世界卫生组织又提出了到 2000 年世界各国根据各自的社会经济和卫生状况应达到的 10 个方面的具体目标：

（1）每个层级的所有人民至少已经使用基本卫生保健和第一级转诊设施；

（2）所有人在其可能的范围内积极参加自己及其家庭的保健工作，并积极参加社区的卫生活动；

（3）全世界的社区都能同政府承担起人人享有卫生保健的责任；

（4）所有政府对其人民的健康都担负起全部责任；

（5）全体人民都有安全卫生饮水和环卫设备；

（6）全体人民都能得到足够的营养；

（7）所有儿童都接受儿童主要传染病的预防接种；

(8) 发展中国家的传染病在公共卫生学的重要程度到 2000 年不应超过发达国家 1980 年的程度;

(9) 使用一切可能的方法, 通过影响社会的方式, 以及控制自然、社会和心理因素来预防和控制非传染性疾病, 促进精神卫生;

(10) 人人都得到基本药物。

(二) 人人享有卫生保健的进度检查指标

1. 卫生政策指标

1) 承担政治义务

承担政治义务是实现人人享有卫生保健必不可少的条件。在实现人人享有卫生保健战略的前期, 各级政府对政治义务的承担具有特别重要的意义。承担政治义务, 一般可以通过国家领导人政策性声明说明对全球卫生战略目标的支持及政府承担的责任; 在宪法、国会(人代会)和各种最高权力机构通过有关保护人人享有卫生保健的政策性决议等表示。

2) 卫生资源分配

政府的政策声明应转化为具体行动, 资源分配是政府承担政治义务的具体体现。因此应对人人享有卫生保健提供策略支持, 而分配足够卫生资源是支持的基础。世界卫生组织建议的卫生资源分配指标有: 国民生产总值用于卫生事业的比例(由于计算卫生费用的困难性, 我国卫生部门建议采用财政支持中用于卫生事业费用的比例, 全国各时期卫生事业费情况如表 3-1 所示); 国民生产总值中用于与卫生有关活动的比例(包括教育、社区发展、环境卫生、住房和营养等); 整个卫生资源中, 用于初级卫生保健的比例。由于卫生资源中用于初级卫生保健的比例是按照工作内容还是机构的层次来划分还缺乏一个明确的定义, 所以我国至今还未能计算出卫生资源用于初级卫生保健的比例。此外, 在考虑卫生资源指标时, 不能局限于费用指标, 同时应考虑卫生人力、设备、床位及机构等指标。

表 3-1 卫生事业费和卫生基建投资

时期	卫生事业费/亿元	卫生事业费占国家财政支出的比例/%	卫生基建投资/亿元	卫生基建投资占基建投资总额的比例/%
“七五”期间	354.06	2.53	95.55	1.31
1990 年	79.47	2.30	20.32	1.19
“八五”期间	619.82	2.37	244.27	1.04
1995 年	163.3	2.39	73.40	0.99
“九五”期间	1 129.64	1.98	632.95	1.12
1996 年	187.57	2.36	86.65	1.01
1997 年	209.20	2.27	104.31	1.05

续表

时期	卫生事业 费/亿元	卫生事业费占国家 财政支出的比例/%	卫生基建 投资/亿元	卫生基建投资占 基建投资总额的比例/%
1998 年	225.10	2.08	141.67	1.19
1999 年	235.60	1.79	147.43	1.18
2000 年	272.17	1.71	152.89	1.14
“十五”期间	2 194.93	1.71	...	...
2001 年	313.50	1.66	182.60	1.23
2002 年	350.44	1.59	231.50	1.31
2003 年	449.87	1.83	280.15	1.22
2004 年	479.62	1.68	...	...
2005 年	601.50	1.77	...	...

注：①卫生事业费系财政决算数，不包括公费医疗经费、中医事业费、医学教育与科研经费；②本表按当年价格计算；③2005 年卫生固定资产投资 550.2 亿元，占全国固定资产投资总额的 0.7%。

资料来源：中国卫生统计年鉴，2007

卫生资源的平均水平不能恰当地描述不同地区（如城乡）、职业、人群间卫生资源分配的实际状况。描述卫生资源的均衡承担、卫生设施、卫生人力和卫生经费在不同人群间的分布，有助于说明哪些人“能够享有卫生保健”，哪些人“还不能享有卫生保健”。按地区及人群分类计算资源指标，更具有实际意义，如不同地区按人口计算平均卫生费用；按人口平均的医院病床、医生和其他卫技人员数的比例计算平均卫生费用；按不同地区初级卫生保健费用占卫生费用的比例计算平均卫生费用等。

3) 社区参与

社区参与是政府承担政治义务后必须采取的行动。人人享有卫生保健绝不是卫生部门单独的义务，而是各级政府、社区组织和广大群众共同的责任。与初级卫生保健任务有关的各部门应建立协调机制，明确工业、农业、计划、财政、商业、环境保护和食品等部门在初级卫生保健中的责任。社区群众组织，如政党、工会、妇女团体等群众组织应积极参与初级卫生保健有关的活动。只有人人都参与，人人受教育，才能达到人人享有健康的目的。

4) 组织机构和管理程序

如果政府承担人人享有卫生保健的义务，则应建立一套适合于当地具体情况的组织机构与管理程序，它包括在卫生部门内部各机构之间及卫生部门同其他有关部门之间是否建立有效的联系；是否已经建立专门机构（如国家和地区的初级卫生保健委员会）来促进这种联系；卫生部门各司局是否参加初级卫生保健的管

理活动,以便保证各项工作相互协调;各专业团体和医学院是否参加有关发展初级卫生保健的研究、教育和服务工作等。

2. 社会经济指标

社会经济指标不能直接衡量人人享有卫生保健目标的进展,而是对这种进展有影响。一般来讲,这些指标不属于国家卫生发展策略中的具体目标和指标,应从其他国家机构(如国家统计局)取得。这些社会经济指标对下述的卫生服务提供指标和健康状况指标具有极为重要的影响。因此,有必要说明这些指标的含义及解释过程中可能产生的一些问题。

1) 人口统计指标

人口的数量、年龄、性别结构是编制各种卫生计划的重要依据。死亡率不仅是衡量人群健康状况的重要指标,也是制定卫生计划不可缺少的依据。人口自然增长率是衡量人口自然增长水平的指标。人口自然变动是引起人口增减的主要原因,但在特殊情况下,人口的机械变动(人口迁移),也可能成为人口增减的主要原因。

2) 国民生产总值

国民生产总值是反映经济发展水平的一项指标,是指一个国家或地区的国民经济所有部门的劳动者在一定时间内(通常为一年)提供的增加值的总和。国民生产总值以货币为单位,不仅包括了物质生产部门提供的产品价值,也包括非物质生产部门提供的劳务价值,能比较真实地反映国民经济发展的水平。国内生产总值(gross domestic product, GDP),则在国民生产总值中除去了国外投资、贷款及劳务输出数,具体地反映了一个国家本身的国民经济发展水平。按人口平均计算的国民生产总值是衡量经济发展水平常用的统计指标。

3) 居民平均收入

居民平均收入指各种人群收入的平均值,常用年平均工资及年平均收入来反映城乡居民的实际经济水平。

4) 劳动人口的就业率和失业率(待业率)

劳动人口的就业率和失业率综合反映国家经济发展水平、工业化程度,又可以反映社会安定状态及劳动人口的潜在能力。妇女在劳动者中的比例可以反映妇女自主的承担及她们在社会中的地位。社会负担系数是指15岁以下和65岁以上两部分人占人口的比例,其既反映人口年龄结构对社会负担系数的影响,又说明有劳动能力人口对赡养者承担的抚养责任。高出生率及老龄化可能提高社会负担系数值。

5) 15岁以上成人识字率(文盲率)

15岁以上成人识字率通常指15岁以上能写字能读的人数所占人口的比例。妇女识字率尤为重要,因为妇女在家庭中承担初级卫生保健的责任更为显著。文盲率是与识字率相对应的一个负指标。

6) 人均住房面积

人均住房面积反映居民的基本生活条件,既是社会经济指标,又是社会卫生指标。此外,还可用低于国家住房标准户数的比例说明住房困难的程度。

7) 人均热量供应量

食物和营养对健康状况,尤其对低收入人群的健康有着重要的影响,按人均计算的热量(千焦耳)供应量是一个有效地检查人均热量供应量的指标。但是,在不同时间,不同人群间(同一家庭中)存在差异,即使在总热量供应达到平衡的状况下,各种营养素供应量也可能存在不平衡的现象,必须进行详细分析,避免简单化。

3. 卫生保健指标

还没有一个综合性的指标能满意地描述卫生服务提供的程度。按可得性(availibility)和可及性(aceessibility)指标可以描述卫生服务的提供程度。可得性是指卫生机构的布局和卫生资源的提供情况,是叙述投入卫生资源的数量的指标,如每千人口拥有医生及护士数,每个卫生室的服务人口数等。可及性是指在一定资源条件下,制约群众接受卫生服务利用的因素与程度,如卫生机构的服务半径、路途时间、医疗保健制度及付费方式等。例如,步行1小时接受初级卫生保健服务;在15分钟内得到安全水供应及有女乡村医生提供妇女保健及计划生育咨询等,都属于可及性的指标。对于初级卫生保健的每一项内容,都应该明确物质可及性的指标,如安全水的条件,孕产妇系统保健的条件及免疫接种的具体要求等。经济可及性是指个人和社区支付卫生费用的能力。如果提供一种卫生服务,个人和社区缺乏支付能力,就是不可及的。文化可及性是指一些文化传统和风俗习惯制约群众接受或使其抵制某一类卫生服务,如有的群众不愿住院治疗、女病人不愿接受男医生检查等,都是文化不可及性的反映。

卫生服务覆盖率和卫生服务利用率从不同角度描述卫生保健接受的程度,前者从卫生机构出发描述卫生系统向群众提供服务的程度,后者从人群出发说明实际接受卫生服务的程度。具体指标有以下几个方面:

(1) 健康教育覆盖率。常用的指标有提供健康教育的数量、群众接受健康教育的数量,受教育者的知识、信念和行为的变化指标。

(2) 安全水普及率。即饮用安全水的人数和总人口数之比。各地对安全水的含义应做出确切的规定。

(3) 计划免疫覆盖率。即全程接种的儿童占应接种儿童的比例。在儿童中通过免疫接种预防的疾病有百日咳、白喉、破伤风、麻疹、脊髓灰质炎和结核病。

(4) 控制地方病。还没有一个适当指标综合描述控制地方病的进展,一般采用筛检法观察人群中某地方病的患病率,比较实施预防措施前后该患病率的变化情况。

(5) 常见疾病治疗。了解常见病的及时合理治疗是很有用的,可以将评价工作限制在1~2种常见的疾病上,如腹泻病人应用口服补液的比例,严重意外伤害患者在1小时到达医院的比例等。

(6) 药物供应。是否有供初级卫生保健使用的、经过选择的药品,特别是基本药物与疫苗供应程度。

(7) 妇幼保健。反映围产期的指标有产前检查率、孕3月接受第一次产前检查率、平均产前检查次数、新法接生率等。反映儿童保健的指标有健康儿童系统检查率(即1岁儿童每年检查4次,2~3岁儿童每年检查2次,4~6岁儿童每年检查1次)、生长发育监测率和贫血、佝偻病、腹泻、肺炎矫治率等。

(8) 卫生人力。拥有必要的卫生人员是普及卫生保健工作的前提。每千人口医生数、护士数、各类卫生人员之间的比例,卫技人员在不同地区和城乡的分布,初级卫生保健工作人员与卫技人员的比例等是描述卫生人力的常用指标。

4. 健康状况指标

1) 营养状况

营养状况是一项积极的健康状况指标,除了上述人均摄入热量指标直接用于衡量营养供给量外,衡量营养与健康状况有关的指标主要有:

(1) 儿童的生长与发育,特别是婴幼儿生长发育水平,是平均个体与群体营养状况使用最广泛的指标。测量幼儿的营养状况可以使用按年龄测体重、按身高测体重及按年龄测身高3种方法。目前的方法按年龄测体重能反映低于标准体重(当地同年龄、性别组体重平均值减1.96标准差,或使用国内、国际的体重平均值)的儿童比例,不仅可以评价个人的营养状况,而且可以评价社区的营养状况;按年龄测身高是一项反映儿童身材发育的指标,也是长期营养作用的结果;按身高测体重是一项反映目前反映儿童营养状况的指标,能反映个人营养不良的严重程度,测出低于统一标准儿童的比例,还可用来检查社区营养状况。

(2) 出生体重,是反映社区营养状况的一项重要指标。这项指标用每100名活产新生儿中体重低于2500克的比例来表示。最好在出生后体重显著下降前,即出生后几个小时内测量。新生儿低体重百分比计算公式为

$$\text{新生儿低体重百分比} = \frac{\text{出生体重不足2500克的活产婴儿数}}{\text{活产婴儿总数}} \times 100\%$$

出生低体重是危及婴儿存活及健康生长发育的最有意义的指标,也是衡量婴儿健康水平的敏感指标。出生低体重也反映母亲营养不足和健康不佳。出生低体重的比例高,说明孕妇健康状况不好或生育过密,产前保健不充分。某些疾病也可能导致新生儿体重下降(如孕妇患疟疾、地方性甲状腺肿、营养不良等)。

(3) 上臂中部周长,是衡量儿童营养状况的一种指标,与身高一起使用时尤为有用,但在精确性方面,确有不足之处。

2) 按每名活产婴儿计算 婴儿死亡率

$$\text{婴儿死亡率} = \frac{\text{某时期 1 岁以内死亡婴儿数}}{\text{同时期活产数}} \times 100\%$$

婴儿死亡率不仅是一项测定婴儿健康状况的指标,而且是反映居民健康水平及社会经济条件的指标;它可反映那些直接影响婴儿健康的卫生问题,如腹泻、营养不良、呼吸道感染、母亲的健康水平、围产期保健、计划生育等。无论是发达国家还是发展中国家,婴儿死亡率都与父母的社会经济水平呈负相关;它还能表明一定时期内国家卫生状况的变化。长期积累的统计数据表明,随着生活水平的提高和环境卫生状况的改善,人民获得良好的卫生服务及这些卫生服务具有较好可及性的情况下,婴儿死亡率稳步下降。

虽然多年来一直认为婴儿死亡率是最重要的健康指标,但是许多国家仍然不能提供准确的资料。有关报告给出的婴儿死亡率往往低估了婴儿死亡率的实际水平。因此,改善信息系统,提高婴儿死亡报告质量是值得重视的问题。

3) 幼儿死亡率及儿童死亡率

幼儿死亡率是指每千名 1~4 岁组儿童在 1 年中发生死亡的比率。计算公式为

$$\text{幼儿死亡率} = \frac{\text{某年内 1~4 岁儿童死亡率}}{\text{同年平均 1~4 岁儿童数}} \times 100\%$$

幼儿死亡率不包括婴儿死亡率,它比婴儿死亡率更能反映出影响幼儿健康的环境因素,如营养、环境卫生、传染病、意外事故等。这项指标比婴儿死亡率更能反映出贫困程度对幼儿健康的影响,因此是一项体现社会经济情况的敏感指标。例如,最不发达国家婴儿死亡率比发达国家的高出 10 倍,而幼儿死亡率高出 250 倍。只要改善社会经济条件,大多数幼儿死亡是可以避免的。

5 岁以下儿童死亡率可以综合反映出婴儿死亡率及幼儿死亡率。在某些不发达国家,5 岁以下儿童死亡数占总死亡的比例也是反映婴幼儿高死亡率、高出生率的一项指标。

4) 平均期望寿命

某一年龄的平均期望寿命是根据该地区死亡率计算的该年龄人口尚能存活平均年数。0 岁时的平均期望寿命称为出生期望寿命。平均期望寿命是从生存角度来观察人群健康的重要指标,也是一项体现社会经济发展状况的重要指标。平均期望寿命按性别分开计算更有意义,具体计算方法参阅卫生统计学书籍。

5) 孕产妇死亡率

孕产妇死亡率指妇女在怀孕期到分娩后 42 天内因妊娠分娩引起的死亡率。计算公式为

$$\text{孕产妇死亡率} = \frac{\text{某年内因怀孕分娩引起妇女死亡数}}{\text{同年出生数}} \times 100\%$$

孕产妇死亡率反映的是母亲怀孕和分娩期的危险性,受下列因素影响:社会经济条件、怀孕前的健康状况、怀孕和分娩期并发症及孕产妇保健措施,特别是围产期保健利用的及时性。

6) 普通出生率

以一年中平均每千人口的出生数来表示。计算公式为

$$\text{出生率} = \frac{\text{某年活产数}}{\text{同年平均人口数}} \times 100\%$$

出生率是衡量生育水平的基本指标。出生率及生育间隔短不仅与计划生育有关,也与儿童死亡率有关,儿童死亡率增高也可提高出生率。与出生率密切相关的是生育率。生育率一般指1年中每千育龄妇女中的生育数。

7) 总死亡率和疾病别死亡率

总死亡率是死亡人数占总人口数之比。计算公式为

$$\text{总死亡率} = \frac{1 \text{ 年中总死亡人数}}{\text{同年平均人口数}} \times 100\%$$

总死亡率受人口年龄构成的影响,可以采用标准人口组成计算标准化死亡率,也可以按年龄别分析年龄别死亡率。按疾病分别计算某种疾病的死亡率,如传染病死亡率。某些国家传染病死亡率降低后,慢性病已成为死亡原因。死亡原因还可以计算构成比,通常计算前10位或前5位主要死亡原因所占的百分比,这样分析对确定预防工作的重点有很大帮助。我国前10位疾病死亡率如表3-2所示。

表 3-2 2006 年部分市县前 10 位疾病死亡专率及死亡原因构成 (合计)

顺位	市			县		
	死亡原因	死亡专率	构成/%	死亡原因	死亡专率	构成/%
1	恶性肿瘤	144.57	27.25	恶性肿瘤	130.23	25.14
2	脑血管病	93.69	17.66	脑血管病	105.48	20.36
3	心脏病	90.72	17.10	呼吸系病	84.94	16.40
4	呼吸系病	69.29	13.06	心脏病	71.84	13.87
5	损伤及中毒	32.36	6.10	损伤及中毒	46.12	8.90
6	内分泌营养和代谢疾病	17.59	3.32	消化系病	17.00	3.28
7	消化系病	15.61	2.94	内分泌营养和代谢疾病	8.16	1.57
8	泌尿生殖系病	7.28	1.37	泌尿生殖系病	6.65	1.28
9	神经系病	4.95	0.93	神经系病	4.16	0.80
10	精神障碍	3.44	0.65	精神障碍	3.77	0.73

资料来源:中国卫生统计年鉴,2007

8) 发病率

仅以死亡率高低来衡量健康状况不一定能说明真实情况。存活本身并不是完善的健康指标,也不能显示出一个国家的不健康状况。发病率是指某个时期发生的疾病数和该时期受到疾病威胁的人数之比。将发病率作为健康状况指标,对于研究疾病的病因、机理、分布、预防及治疗出生都是有益的。分析不同社会经济条件和疾病的地区差别,有助于制定疾病的预防策略及评价工作效果。

9) 伤残率

伤残是指人的正常活动能力受到限制或丧失。伤残的形式有正常行为障碍、个人生活不能自理及不能进行日常生活的其他活动和运动等。伤残率以长期伤残人口占调查人口的百分比表示,即

$$\text{伤残率} = \frac{\text{长期伤残人数}}{\text{调查人数}} \times 100\%$$

多长时间才能视为长期伤残,应该根据实际情况确定,国际上还没有统一规定。

10) 社会及精神幸福

世界卫生组织提出健康是指“身体上、精神上和社会方面充满幸福的状态”。在社会和精神幸福方面可以用社会和精神卫生方面的指标,如自杀、凶杀、暴力、犯罪行为、车祸、少年犯罪、吸毒、酗酒、吸烟、药物滥用等。

社会幸福指标,有的国家把注意力集中在提高生活质量的积极指标上,即根据是否有足够的食物、安全水、环卫设施、住房等来衡量生活质量,还可加上教育程度、文化和卫生设施、良好社会生活、安全和舒适的环境等。有人提出把参加文化生活、体育和休息列为生活质量的指标。是否将个人对幸福的主观评价(包括对幸福、满足和安全感等)列为生活质量指标还在讨论中。

第三节 初级卫生保健

一、初级卫生保健的概念

《阿拉木图宣言》对“初级卫生保健”(primary health care, PHC)做出的解释为:初级卫生保健是一种基本的卫生保健,它依靠切实可行、学术上可靠而又受社会欢迎的方法和技术;它通过个人和家庭的充分参与而达到普及,其费用是国家和社会依靠自力更生和自觉精神在各个发展阶段上有能力担负的,初级卫生保健是国家卫生系统的中心职能和主要焦点,是国家卫生系统和整个社会发展的组成部分;是个人、家庭和社区与国家卫生系统保持接触的第一环,它使卫生保健尽可能接近人民生活和工作场所;是卫生保健持续进程的起始一级。

从以下几个方面理解初级卫生保健的真正含义。

第一，初级卫生保健的服务对象是全体居民，它使卫生保健服务最大限度地深入到人们工作和生活的场所；

第二，初级卫生保健的方法是经过实践检验的、有科学依据的，其费用是个人和政府支付得起的方法与技术；

第三，初级卫生保健的承担者除了卫生部门外还包括政府和各有关部门，并且通过个人、家庭和社区的广泛参与才能实现；

第四，初级卫生保健工作的重点是预防疾病、增进健康、控制和消除一切危害人民健康的各种因素；

第五，开展初级卫生保健的目的是使全体人民公平地获得基本的卫生保健服务，从而促使全体社会成员达到与社会经济发展水平相适应的最高可能的健康水平。

在世界范围内实施初级卫生保健 10 年后，针对一些国家对其认识的局限性，WHO 对其内涵作了进一步补充，其要点可概括如下：

(1) 初级卫生保健的实施将促使整个卫生事业（包括卫生系统内各个层次和机构）发生新的变革，使卫生资源的开发和利用都面向人人享有卫生保健的总目标。

(2) 初级卫生保健并非仅指个人和社区与卫生系统接触的第一级卫生服务，而是包含从第一级接触开始的一切级别的医疗预防保健服务。

(3) 实施初级卫生保健是实现“2000 年人人享有卫生保健”目标的基本途径，这一策略并非只限于农村，还包括城市。

(4) 初级卫生保健不仅适用于发展中国家，也同样适用于发达国家。

(5) 初级卫生保健的 8 项内容是开展初级卫生保健最低限度的基本活动，但绝不仅限于这些活动。

(6) 初级卫生保健并非是低水平的卫生保健服务，它旨在公平分配和使用有限的资源，把卫生资源的投入转向解决大多数人的基本卫生问题上。

(7) 初级卫生保健策略强调成本投入的效果和效率，而不仅仅是低成本，即最大限度地利用有限的卫生资源，为全国人民提供尽可能好的卫生服务，以达到尽可能高的健康水平。

二、初级卫生保健的意义与原则

（一）初级卫生保健的意义

初级卫生保健策略提出的重要意义主要表现在 4 个方面。

第一，体现了社会公正的原则。初级卫生保健理论强调的卫生保健是面向全社会和全体人民的，任何人都都有权利、有机会、有可能平等地享有卫生保健服务和卫生资源。

第二,揭示了卫生发展与社会经济发展的关系。当代人们对卫生发展与社会经济发展之间关系的认识正是受阿拉木图会议及其有关文件的启迪。1977年WHO通过的“人人享有卫生保健全球策略”,第一次明确提出了卫生状况的改善不仅来自于社会经济的发展,还是对这种发展的一项基本投资的观点。改善卫生状况与改善社会经济状况的行动应该是互相支持而不是互相竞争的,卫生状况的改善依赖于社会经济发展状况;同时,社会卫生状况的改善和人民生活质量的提高又将激发人们的认识和行动来支持社会发展进程,使之能有效地、积极地为社会经济发展做出贡献。

第三,明确了人人享有卫生保健是一项社会性目标,而不仅仅是一项卫生目标。《阿拉木图宣言》第2款明确指出:“达到尽可能高的健康水平是世界范围的一项重要社会性目标。”由此进一步明确政府和相关部门应承担保障和增进人民健康的责任。

第四,使卫生保健工作发生了根本性的变革。主要表现在3个方面:①体现了卫生服务的普及性,明确了卫生服务的对象和范围,卫生服务的对象不仅仅是病人,还应包括健康者和介于健康者和疾病者二者之间的人;②改变了卫生投资的重点,使过去多数卫生资源集中投放在为少数人口的高、精、尖技术和医疗服务的状况彻底改变,主张把更多的资源投放在预防保健和增进健康的活动中,尤其应重视对“高需求”人群和“低利用”人群进行卫生资源的优先分配;③强调健康水平的提高必须通过人人参与才能实现。

(二) 初级卫生保健的原则

下述四项原则是世界卫生组织在总结和回顾阿拉木图精神与发展历程之后提出的。

1. 社会公正原则

初级卫生保健思想的核心是实现卫生服务提供和卫生资源分配与利用的公正性。要确保人民最基本的卫生需要所必需的资源上和服务上的可及性和覆盖面,有效地减少卫生服务“利用者”和“未利用者”之间的差别,尤其是应把有限的资源优先用于缺医少药、疾病多发和高危险性人群和地区。这不仅意味着在可能的情况下增加卫生资源的投入,更重要的是根据需要重新布局和配置现有的资源。

2. 社区与群众参与原则

在改善卫生状况和健康水平的过程中,社区和人民群众将发挥重要作用。因此,必须进行大力宣传并动员人民群众和社区使他们充分了解初级卫生保健的意义和方法,充分认识到必须依靠自己的力量促进健康,每一个人都应对他们自己和家庭成员的健康负责,必须要调整自己的行为 and 生活方式,充分利用适宜的卫生技术和保健服务,成为当地政府和有关组织的合作者。

3. 部门协同原则

卫生目标在整个人类发展过程中具有高度优先权。初级卫生保健哲学观已揭示了不良健康与整个社会经济状况的密切相关性。初级卫生保健是社会经济发展的组成部分,因此,达到“尽可能高的健康水平”只靠卫生部门是不能实现的,必须由政治、经济、文化、生产等各个领域共同承担责任,必须有赖于卫生部门与各个相关部门。为促进人类健康的共同行动和协同关系,要有特殊机制建立和保持这种部门间通力合作的协同性。

4. 成本效果与效率原则

成本效果与效率原则意味着将采用一种以最少的成本产生最大效益的模式分配资源,并且这种效益的衡量标准应以大多数人健康需要的满足程度为依据。成本效果和效率原则还要求变革资源分配的模式,使资源投资方向从以医院和专科服务为主转向地区卫生体制和基层卫生工作方面。

这四项原则的提出是初级卫生保健哲学思想的核心的重要体现,并且是这一思想经实践检验之后的总结和概括,应成为我国实施初级卫生保健的重要指导原则。

三、初级卫生保健的内容与特点

(一) 初级卫生保健的基本内容

根据《阿拉木图宣言》,初级卫生保健要着眼于解决居民的主要卫生问题,它包括4个方面活动:

(1) 增进健康。保持倡导良好的生活方式,增强自我保健能力,开展心理和身体健康方面的活动。

(2) 预防疾病。包括对各种疾病的预防工作,采取有效的措施,预防各种疾病的发生。

(3) 医治病伤。在发病期间实行有效的治疗,控制病情发展,促进早日治愈。

(4) 康复服务。当病人疾病症状和体征出现时,应采取适宜的措施,防止并发症和残疾的发生,促进早日恢复健康。

《阿拉木图宣言》中提出初级卫生保健的具体内容因不同的国家和居民团体可有所不同,但至少应包括以下8项:

- (1) 对当前主要卫生问题及其预防和控制方法的宣传教育;
- (2) 增进必要的营养和供应充足的安全饮用水;
- (3) 提供基本的清洁卫生环境;
- (4) 开展妇幼保健工作,包括计划生育;
- (5) 对主要传染病的预防接种;

- (6) 对地方病预防和控制;
- (7) 常见病及外伤的恰当处理;
- (8) 基本药物的提供。

(二) 初级卫生保健的特点

从我国国情和卫生工作实际出发,初级卫生保健各种的特点主要有 5 个方面。

1. 社会性

初级卫生保健哲学观的提出明确了全体社会成员达到与社会经济发展相适应的健康水平既是卫生系统的中心任务,也是社会经济总体发展目标的组成部分。尤其是初级卫生保健的提供,第一次使卫生工作与整个社会经济发展紧密联系起来。因此,初级卫生保健工作具有广泛的社会性,全社会和各个有关部门要参与初级卫生保健的实施,各方尽责、共同受益。

2. 群众性

《阿拉木图宣言》中已明确“人民有个别地或集体地参与卫生保健的权利与义务”。初级卫生保健实施的成功与否在于群众的参与程度。人群健康水平的提高,“人人享有卫生保健”目标的实现都必须以人民自觉参与和积极配合为条件。例如,接受某种卫生保健服务、创造清洁卫生的环境、自觉控制和减少各种生活环境中有害健康因素等都与人民群众的健康意识、卫生保健参与程度和能力密切相关。

3. 系统性

初级卫生保健是庞大的系统工程,是一项跨学科、跨专业、跨部门的活动,涉及政治、经济、文化、生活各个领域,以及个人、家庭、群众团体和社区。必须进行统筹规划,系统地组织实施各个子系统的活动,使之能与主系统的要求协调一致,必须采取综合性措施(社会、政治、文化、环境、卫生、心理等)才能奏效。

4. 科学性

科学管理的程序和方法的采用是“人人享有卫生保健”目标实现的重要前提。根据国家总的规划目标,应制定并实施本地区的规划目标,在调查研究、制定目标、确立重点、拟订策略、组织实施及监督评价各个环节中,都必须采取科学的、实事求是的态度,并采用科学管理的程序和方法。

5. 长期性

从我国国情、社会卫生状况和初级卫生保健要解决的问题来看,我国初级卫生保健工作的任务是艰巨的。尤其是我国农村地区和各地发展不平衡,卫生资源匮乏,要实现农村地区“人人享有卫生保健”的目标还面临着许多困难和问题,诸如农村医疗保健制度的建立、农村医生队伍的稳定与提高、适宜技术的普及与

推广等，绝不是一朝一夕能完成的，必须进行长期的、坚持不懈的努力。

四、初级卫生保健的组织实施

（一）政府领导

健康是人类生存与发展的基本要求。人民，不论其社会经济地位高低，也不管是什么民族，从事什么职业，都希望自己得到必要的卫生服务、得到健康，这是每一个人的基本需求与权利。没有健康，就不能有效地从事社会经济劳动；得不到必要的生存与发展条件，也不可能有幸福的生活。卫生事业的基本任务是为全体人民提供医疗预防保健服务，保护并增进人民健康，保护、恢复和发展人的劳动能力，提高人口的健康素质，促进民族繁荣昌盛，推动生产力的发展。生活经济的发展又为卫生事业的发展提供了物质基础。因此，卫生事业的发展与社会经济的发展互为条件、互相促进。发展卫生事业应作为各级政府和全体社会成员的共同任务。初级卫生保健必须由政府领导与组织实施，这是能否在我国顺利推行初级卫生保健，实现“人人享有卫生保健”这一卫生战略目标的关键。

加强各级政府对初级卫生保健的领导，首先是加强政治思想上的领导，要真正把卫生工作作为精神文明建设的重要组成部分，与经济工作一样抓紧抓好，使卫生事业发展与社会经济建设协调发展。要根据当时当地的具体情况，确定卫生工作的具体政策及措施。各级政府领导要做好卫生部门、有关部门的领导及有关人员的思想工作，提高对初级卫生保健的认识，真正把它作为农村卫生工作的“纲”来抓。要把各项初级卫生保健任务及指标列入政府有关部门的管理目标，作为干部定期考核成绩的重要项目之一。

按照我国卫生事业实行的分级管理及地方化、区域化发展的原则，各级政府要在调查研究基础上，制定好当地初级卫生保健规划及计划，确定当地初级卫生保健的具体目标、重点及措施，并组织落实。特别重要的是要按照统一筹划、多方筹资、合理配置及有效使用的原则，解决好初级卫生保健的资源问题。要从经费上、人员上及物资上给予必要的支持。

要加强各级政府对初级卫生保健的组织领导，成立由政府及有关部门负责人组成的各级初级卫生保健管理机构，并拨专款用以促进初级卫生保健工作的开展。

（二）部门协调

1. 部门协调在初级卫生保健中的意义

2000年“人人享有卫生保健”的基本思想使全世界人民都能得到基本卫生服务，尽可能地保护并提高人民健康水平。为全体人民提供卫生保健服务是卫生部门的基本职责，但要实现“人人享有卫生保健”，仅仅靠卫生部门是不行的，还需要社会经济有关部门的协同行动。

社会经济活动的基本目的是促进社会经济发展,提高人民的生活水平与质量。为人民创造良好的生活劳动条件,提高人民生活水平与质量,使人民幸福应该是社会经济各部门的共同任务。健康是每个人的基本要求,是生活幸福的重要特征之一,也是人们能够积极从事社会经济活动的基本条件。因此,结合各部门的特点,参与初级卫生保健,在实现“人人享有卫生保健”中尽各自的职责,不仅是保护人民健康所必需的,也是推动各部门工作,促进社会经济发展的重要条件之一。

从初级卫生保健的内容看,不仅有应该由卫生部门提供的医疗及保健服务,还有合理营养、生活劳动条件的改善、环境污染及健康教育的控制等需要有关部门协调才能完成的内容。这些任务主要应该由农业、工业、商业、城乡建设、环境保护及文教部门共同的努力才能完成。各级政府的计委、经委及财政部门等是从计划、经济等方面起协调作用的重要机构。政府在执行初级卫生保健方面的基本职能之一就是领导和组织社会经济有关部门在初级卫生保健上的协调行动。

2. 有关部门在实施初级卫生保健中的作用

有关社会经济部门应根据初级卫生保健规划目标,结合本部门工作情况与特点协调活动,并将初级卫生保健规划目标与内容列入本部门工作规划与计划。

(1) 计划及财政部门,要把卫生发展与社会经济发展结合起来,将初级卫生保健纳入各级政府及各个单位的发展规划,并为此分配必要的资源,逐步做到卫生费用占国民生产总值的5%;要研究与监督卫生资源的合理分配与有效使用,保证重点、加强基层、加强农村、加强预防保健,提高卫生投入的社会与经济效益。

(2) 经济及贸易部门,包括计委、商业、外贸及供销部门,要把开展初级卫生保健所需物资的供应做好,加强商品(特别是食品及药品)质量监督,保证供应市场的各种商品不损害人民健康。要根据合理的营养要求,组织好食物的产、供、销,加强集市贸易及个体摊贩管理,保证食物供应数量,提高食品卫生质量。

(3) 农林牧副渔业部门,要结合农业规划及“菜篮子”工程,生产人民营养所需的各类农副业产品,为城乡居民提供优良的蛋白质及营养素;要研究推广食物,特别是蔬菜及水果的供应;要注意合理使用化肥及农药,防止食物污染;要做好人畜粪便的无害化处理,防止其对环境特别是水源的污染;要改进农业机械,提倡安全生产及安全用电,防止农业意外事故发生。

(4) 城乡建设、公用事业及环境保护部门,要把卫生基本建设纳入城乡建设规划及计划,按照卫生要求,做好城镇及农村规划,管理安排好道路、绿化和上下水道、垃圾及污物的处理、厕所等基本卫生设施;要加强环境卫生监测、环境保护,“三废”(废气、废水及废渣)治理及控制,提高环境质量,为城乡人民提

供卫生、幽静的生活环境；要按照卫生要求做好城乡住宅设计，保证新建住宅有必要的卫生设施，达到住宅卫生要求。在城镇规划、市政建设及住宅设计中，要为老年人及残疾人着想，为他们提供方便及必要的活动场所。要加强环境卫生队伍建设，保证环境卫生设施的合理使用及环境卫生服务质量，及时清运粪便、垃圾，做到无害化处理及综合利用。自来水公司及自来水厂要提高净水功能，做好饮用水消毒，保证供水量及供水的卫生质量。

(5) 工业及乡村企业部门，要结合生产防治，落实环境保护，防止环境污染；要坚持文明生产，重视劳动保护与劳动卫生，防止职业危害，特别要注意女工及接触有害有毒作业的职工的健康监测及劳动保护；要重视产品的卫生要求并做到安全使用，保护使用者健康。

(6) 交通运输部门要协助搞好交通检疫，保证车站、码头、机场、车辆、飞机及轮船的清洁卫生，防治病虫害。组织交通职工学习初级卫生保健、急救知识与技术，以便及时为旅客提供急救及医疗服务。食物运输部门及车辆要注意运输期间的食物卫生，防止污染，保证食品职工的劳动安全教育。

(7) 公安及民政部门要健全交通法规、严格交通管理、整治交通秩序、维护行人及行车安全，防治交通事故；要维护社会卫生秩序，依法查处损害公共卫生的行为；要与有关部门配合，做好流动人口管理，严禁卖淫、吸毒活动，以防止性病流行；要建设并管理好老年及残疾人养护机构，做好精神病人的社会性预防和管理，为他们提供有利身心健康的养老及生活条件。

(8) 教育部门要大力普及义务教育，提高人民的文化水平及卫生知识水平；要在幼儿园及中小学校中开展健康教育，从小培养儿童良好的卫生习惯；要定期进行师生的健康监测缺陷矫治及疾病防治；要在各级学校师生中普及初级卫生保健知识与技术，并组织他们积极参加各项初级卫生保健活动。

(9) 文化部门，包括文化、宣传、新闻、出版、广播、电视、电影等部门，要结合本部门工作，积极进行卫生知识宣传教育，普及“人人享有卫生保健”及初级卫生保健知识，使初级卫生保健的意义、目标及内容，家喻户晓，促进人人参与。要通过各种途径与方式，普及医疗保健知识，增强群众的自我保健意识，提高自我保健及家庭保健能力。要严禁有害人民，特别是有害青少年身心健康的书刊及音像出版物问世与流行。

3. 卫生部门在初级卫生保健中的职责

卫生部门在推行初级卫生保健中负有重要责任，主要包括以下几方面：

(1) 按公平负责原则，为全体人民提供卫生保健服务，包括计划生育、孕产妇保健、围产期保健、婴幼儿保健、儿童青少年保健、职业卫生服务、老年人及残疾人保健服务等。要为所有居民提供及时、有效的医疗和康复服务；要有计划地防治危害当地人民健康的主要疾病；要让群众了解健康危害因素，养成健康的

生活方式,增强健康意识,提高自我保健及家庭保健能力,能合理利用医疗服务。

(2) 各级医药及专科医疗机构要积极主动地支持基层卫生机构,通过转诊系统,指导基层卫生机构,为人民提供专科医学服务;要为基层卫生人员创造进修机会与条件,提供技术指导与支持性服务。

(3) 与有关部门协调行动,动员、组织群众参加各项与他们个人、家庭及社区有关的卫生活动,开展自我保健、家庭保健及社区保健。

(4) 改革医学教育,加强在职的继续教育,为初级卫生保健培训适宜人才。采取各项鼓励措施,增加支出,动员组织医药院校毕业生到基层、农村去,直接参与初级卫生保健,为群众服务;加强科学技术和科普工作中的医药卫生宣教。

(5) 调整科研方向,加强初级卫生保健、预防保健及卫生服务的研究,推广适用于基层的技术,提高医学卫生技术的社会效益。

(6) 各级卫生管理部门要提高卫生事业的科学管理水平,合理分配卫生资源,提高卫生资源的利用效率,提高卫生服务的社会与经济效益。

(7) 加强医学科技及初级卫生保健方面的交流与合作,包括国内、国际合作交流;要充分吸取、有效使用国际卫生资源,包括经费、人力、技术及经验,为我国初级卫生保健事业服务。

(三) 社区参与

社区指社会基层组织,如我国农村的乡和村,城镇的街道和里委,企业和学校等。社区参与卫生保健(community involvement in health, CIH)指社区组织及社区成员参与卫生保健的调研、决策、实施、评价,以及卫生资源筹措等。社区参与卫生保健是推行初级卫生保健,实现人人享有卫生保健的基本保证。国内外有关初级卫生保健的实践表明,离开了社区及群众的积极参与,初级卫生保健就不可能实现。开发社区资源,社区中的每个单位、每个家庭及每个人都对他自身的健康承担责任,积极参与社区卫生活动,这是实现“人人享有卫生保健”的一个重要条件。因此,《阿拉木图宣言》声称,“自力更生和社会觉悟是人类发展的关键因素。社区参与卫生决策及卫生防治规划的制定、实施和管理,是广泛采用的做法”。

社区是有组织的社会实体,有群众,也有领导。我国社区领导,如城镇街道及里委的干部、乡村干部,企事业单位及学校领导等,他们不仅是社会积极生活的组织者,也应该是城乡初级卫生保健的组织者与劳动者,应对本地区(单位)人群的健康负责。社区各级领导对初级卫生保健的重视与支持是顺利推行初级卫生保健的关键。

家庭是社会的细胞,家庭在推行初级卫生保健,实现“人人享有卫生保健”中起重要作用。每个家庭的主妇,既是家庭生活的组织者,也是家庭卫生服务的

提供者。她们在初级卫生保健中，特别是在建立健康的生活方式、采取预防保健措施、合理搭配饮食及营养，计划生育、围产期保健及婴幼儿保健，预防接种及家庭护理等方面能起重要作用。因此，要通过妇女组织，组织妇女学习初级卫生保健，提高她们对初级卫生保健的认识，引导她们积极参与家庭保健活动，使她们真正成为家庭保健员。对家庭中的其他成员，特别是儿童、青少年及老年人，进行健康教育及卫生指导，让他们知道并积极参与各项初级卫生保健活动，做一些力所能及的卫生保健工作。

城乡基层卫生人员在实施初级卫生保健中起关键作用。他们是初级卫生保健的参与者与组织者，大量初级卫生服务由他们提供；他们生活在群众中，与社区群众有密切联系；他们的工作直接影响到能否动员更多社区群众参与社区保健活动。因此，要重视基层卫生人员在初级卫生保健中的重要作用。根据初级卫生保健的需要，培训与配备必要的基层卫生人员，发挥他们的积极作用是实施初级卫生保健的重要环节。

（四）适宜技术与基本药物

适宜技术是指既合乎科学，适应当地实际需要，为促进卫生保健的提供者与利用者所欢迎，又为国家、社区及个人经济上能负担得起的卫生技术。它具有“投资少、见效快、效果好”的特点。首先，这些技术是合乎科学的，即有效的、可靠的；其次，这种技术是符合实际需要的，即为当地开展初级卫生保健所必需的；再次，这些技术是容易为广大初级卫生保健工作者所掌握和运用，又为广大居民所乐意接受的；最后，采用和推广这种技术不受当地经济条件限制，即价格便宜，为当地经济水平所能承受。

基本药物是指为保障大多数人卫生保健服务所必需的那些药物，即人群中大多数疾病的合理防治所必需的，并且是安全、有效的，可能提供的、使用方便的、价格适宜的药物。

采用和推广适宜技术和基本药物是关系到能否顺利实施初级卫生保健的一个重要因素。在实施初级卫生保健中，坚持采用适宜技术和基本药物，鼓励当地发展并推广这些技术和药物，是我国初级卫生保健政策的重要组成部分。在制定初级卫生保健规划和策略时必须考虑确定和发展适宜技术和基本药物。

我国是一个发展中国家，社会经济水平和科技发展水平都比较低，由国家大量投资兴办初级卫生保健还有困难。我国人口众多，而且人口主要在农村，大部分农民经济上仅仅达到温饱水平，卫生服务的支付能力有限；我国各地社会经济发展水平不均衡，各地农村经济状况，农民生活水平及卫生保健需求有很大差别，特别是“老少边穷”地区，经济不发达、卫生资源不足、卫生投入不多、卫生消费水平低。因此，从我国国情出发，研究并推行适合中国实际的，行之有效的，低投入、高效益的适宜技术和基本药物，是组织实施初级卫生保健的重要课题。

第四节 全球卫生目标与策略的新进展

一、21 世纪人人享有卫生保健

20 世纪 90 年代以来,世界卫生组织进行了一系列的人人享有卫生保健目标与政策的研究和讨论。从 1995 年开始,世界卫生组织就着手对人人享有卫生保健目标的更新工作,在 1998 年的第 51 届世界卫生大会上传达了《21 世纪人人享有卫生保健》文件,指出 21 世纪人人享有卫生保健的目的在于帮助实现 1978 年阿拉木图会议所发起的人人享有卫生保健的理想,并确定了 21 世纪的前 20 年的全球卫生重点和具体目标。

(一) 21 世纪人人享有卫生保健全球总目标

- (1) 使全体人民增加期望寿命并提高生活质量。
- (2) 在国家之间和在国家内部改进健康公平。
- (3) 使全体人民利用可持续发展的卫生系统提供的服务。

(二) 21 世纪全球卫生具体目标

- (1) 卫生公平。特别是儿童期发育不良的问题。
- (2) 生存。涉及孕产妇死亡率、儿童死亡率、期望寿命。
- (3) 扭转 5 种主要流行病的全球趋势。
- (4) 根除和消灭某些疾病。
- (5) 促进水、卫生环境、食品和住房的获得。
- (6) 促进健康的措施。
- (7) 制定、实施和监测人人享有卫生保健的国家政策。
- (8) 促进获得综合、基本、优质的卫生保健。
- (9) 实施全球和国家卫生信息和监测系统。
- (10) 支持卫生研究。

(三) 21 世纪影响健康的新趋势

- (1) 广泛存在的绝对和相对贫困。
- (2) 人口变化。
- (3) 老龄化和城市化。
- (4) 流行病学变化。
- (5) 传染病的高发病率。
- (6) 慢性非传染病、损伤和暴力发病率上升。
- (7) 全球环境和工业化对人类生存的威胁。
- (8) 新技术信息和远程医学服务。
- (9) 生物技术的新发展。

(10) 私立和公立部门及公民社会之间的卫生伙伴关系。

(11) 贸易、旅行和价值观，以及思想传播的全球化。

(四) 实现人人享有卫生保健总目标的两项指导性政策

(1) 使健康成为人类发展的中心，其含义是：良好的健康既是人类可持续发展的一项资源，也是一个目标；人民的健康是卫生发展政策正确性的一项指标。

(2) 发展可持续卫生系统以满足人民的需要，其含义是：卫生系统必须能对人民在其整个一生的卫生和社会需求做出反应；个人、家庭和社区对于健康的知情承诺是改善健康得以实现和维持的最佳保证；一个对社会敏感的卫生系统将考虑不同群体的社会文化和精神需要；通过确保卫生系统的财政可持续性来体现对健康的政治支持。

二、21 世纪初级卫生保健策略

为把实施初级卫生保健策略全面推向 21 世纪，1998 年 11 月 27 至 28 日在哈萨克斯坦共和国的阿拉木图市，WHO 总部和 WHO 欧洲区办公室联合召开了“面向 21 世纪的初级卫生保健”纪念大会。大会为 21 世纪卫生保健的开展明确了如下几点。

1. 对初级卫生保健的几点误解

(1) 初级卫生保健仅仅是以社区为基础的卫生保健。

(2) 初级卫生保健是个人和社区与卫生系统接触的第一级水平。

(3) 初级卫生保健仅仅是为了发展中国家的穷人提供的，他们不能提供真正的医生。

(4) 初级卫生保健常仅仅被归纳为 8 个（或更多）基本要素。

(5) 初级卫生保健仅仅是与农村地区有关、最简单的、低技术水平的应用，卫生工作者具有的是有限的知识和训练，并且它反对真正的医生、医院和现代技术。

(6) 初级卫生保健是廉价的。

2. 阻碍初级卫生保健因素的分析

(1) 许多国家对实现人人享有卫生保健的政策承诺不足。

(2) 在获得初级卫生保健所有要素方面未能实现公平。

(3) 妇女地位继续低微。

(4) 社会经济发展缓慢。

(5) 部门协作发展缓慢。

(6) 人力资源分布不平衡。

(7) 健康促进活动普遍不足。

(8) 卫生信息系统薄弱并缺乏基线数据。

(9) 污染、不安全的食品、缺乏安全水供应和卫生设施。

(10) 人口流行病的迅速恶化。

(11) 不适应使用昂贵技术和资源分布。

(12) 自然和人为灾害。

3. 初级卫生保健的进展和教训

(1) 初级卫生保健作为一种途径已对人人享有卫生保健目标的进展提供了动力和能量。

(2) 在确保获得初级卫生保健八项要素方面已取得一些进展。

(3) 初级卫生保健作为进入综合的卫生保健系统的要点仍然有效。

(4) 部门间的协作尚未完全实现。

(5) 调整卫生服务和卫生人员面向初级卫生保健原则仍然难以实现。

(6) 社区参与需要时间和所有方面的奉献精神有待加强。

4. 进一步强调了初级卫生保健的 5 个原则

(1) 全面的基本需要的可及性和覆盖率。

(2) 社区和个人参与及自力更生。

(3) 强调疾病预防和健康促进的综合卫生保健。

(4) 部门间的合作。

(5) 在可以得到的资源限度内采用适宜技术和成本效益。

三、2001~2010 年中国农村初级卫生保健规划

(一) 2001~2010 年中国农村初级卫生保健发展纲要

为了全面推进初级卫生保健在 21 世纪初期的发展,卫生部等七部委通过深入调研于 2002 年 5 月 20 日联合下发了《2001—2010 年中国农村初级卫生保健发展纲要》,该纲要认为:农村初级卫生保健是农村居民应该人人享有的,与农村经济社会发展相适应的基本卫生保健服务。实施农村初级卫生保健是我国社会经济发展总体目标的组成部分,是各级政府的重要职责。经过努力,我国农村已基本实现了 1990~2000 年初级卫生保健目标。为不断提供我国农村初级卫生保健水平,开创新世纪初级卫生保健工作的新局面,农村 2001~2010 年初级卫生保健发展纲要如下。

1. 总目标

通过深化改革,健全农村卫生服务体系,完善服务功能,实行多种形式的农村医疗保障制度,解决农民基本医疗和预防保健问题,努力控制危害严重的传染病、地方病,使广大农村居民享受到与经济社会发展相适应的基本卫生保健服务,不断提高农民的健康水平和生活质量。到 2010 年,孕产妇死亡率、婴儿死亡率以 2000 年为基数分别下降 $1/4$ 和 $1/5$,平均期望寿命在 2000 年基础上增加 1~2 岁。

2. 主要任务

(1) 落实疾病预防控制措施,重点控制传染病、地方病、寄生虫病、职业病和其他重大疾病,加强精神卫生工作,防止各种意外伤害。稳定计划免疫接种率,提高现代结核病控制策略的人口覆盖率。预防、管理慢性非传染病,做好老年保健。

(2) 提高乡、村卫生机构常见病、多发病的诊疗水平,规范医疗服务行为,为农村居民提供安全有效的基本医疗服务。

(3) 加强对孕产妇和儿童的管理,通过提高农村孕产妇住院分娩率,稳步降低孕产妇死亡率和婴儿死亡率,改善儿童营养状况,不断提高妇女儿童健康水平。

(4) 加大农村改水、改厕力度,提高农村自来水及农村卫生厕所的普及率,结合小城镇和文明乡镇建设,创建卫生乡镇,改善农村居民的劳动和生活环境。

(5) 开展健康教育和健康促进,积极推进“全国亿万农民健康促进行动”,提高农村居民基本卫生知识的知晓率和中小学健康教育开课率,倡导文明健康的生活方式,增强农村居民的健康意识和自我保健能力,促进人群健康相关行为的形成。

(6) 依法加大对公共卫生、药品和健康相关产品的监督力度,控制危害农村居民健康教育的主要公共卫生问题,努力抓好食品卫生、公共场所卫生和劳动卫生。

(7) 充分利用中医药资源,发挥中医药的特点和优势,不断提高农村中医药服务水平。

(8) 完善和发展农村合作医疗,探索实行区域性大病统筹,逐步建立贫困家庭医疗救助制度,积极实行多种形式的农民医疗保健制度。

3. 政府职责

各级政府应将农村初级卫生保健工作纳入政府工作目标,制定实施方案。建立健全政府领导、部门协作的初级卫生保健工作机制,明确相关部门职责,每年至少召开一次协调会议,研究解决初级卫生保健工作中的重点难点问题。各有关部门按照部门职责,明确分工、各尽其责、密切协作,确保各项任务的完成。

发展计划部门要将初级卫生保健纳入国民经济和社会发展规划,加强农村基础卫生设施建设,会同卫生部门制定并实施区域卫生规划,优化卫生资源配置。

财政部门要随着经济增长和财政收入的增加,调整卫生支出结构,加大对农村卫生的投入力度,切实落实各项财政补助政策,促进初级卫生保健目标的实现。

卫生部门要做好初级卫生保健工作的综合管理、业务指导和质量监督。加强农村卫生网络建设,加大卫生监督 and 监管力度,提高卫生服务质量和效率。

农业部门要加强对人畜共患病的预防和控制,配合促进农民医疗保障制度的

实施。

环境保护部门要加强对农村环境的监测和监管,严格监控污染物的排放,加强对饮用水源的监督管理,推进农村环境综合自理,努力提高农村环境质量。

爱国卫生运动委员会要负责改水、改厕的规划实施,组织改水、改厕新技术的交流、推广,负责农村环境卫生的综合监督指导。

中医药部门要制定切实发挥中医药在农村的优势与作用的具体政策措施,在农村卫生技术人员中加强对其中医药知识和技能的培训;在农村广大地区大力推广农村中医药适宜技术,规范中医药服务。

教育、民政、人事、劳动和社会保障、建设、水利、文化、计划生育、广播电影电视、药品监督、扶贫办等部门机构也应根据职责,落实有关措施,支持做好农村初级卫生保健工作。

4. 实施策略

(1) 分级管理。国务院有关部门负责制定农村初级卫生保健发展纲要,进行宏观调控和指导,组织全国性的监督和经验交流,并对全国农村初级卫生保健工作先进单位和个人进行表彰。各省、自治区、直辖市政府应按照纲要要求,结合本地实际,制定本地区农村初级卫生保健实施方案并报国务院有关部门备案,负责组织本地区初级卫生保健的具体实施和监督评估工作。

(2) 分步实施。各省、自治区、直辖市根据本地实际,明确 2001~2010 年分阶段实施的进度和要求,在巩固已有成果的基础上,科学规划、整体推进、全面落实。

(3) 分类指导。经济发达地区要不断深化初级卫生保健工作的内涵,进一步提高初级卫生保健服务工作,经济欠发达地区要结合西部大开发和扶贫攻坚计划,扶持西部及贫困地区农村卫生事业的发展,使主要危害严重的地方病、传染病和寄生虫病得到控制。

(4) 社会参与。鼓励和动员社会各界和农村经济组织继续关注 and 参与农村初级卫生保健工作,并在人力、物力、财力等方面提供支持和帮助,广大的农村居民也要承担起保护自身健康的责任,移风易俗、摒弃陋习,加大对自身健康的消费投入,积极参加初级卫生保健活动。

(5) 协调发展。实施初级卫生保健要坚持将增进农村居民身体健康、提高生活质量与促进社会文明建设相结合;将保护农村生产力与经济发展相结合,做到政府领导、部门协作,社会和个阶层广泛参与,在全社会树立起“大卫生观念”。

5. 保障措施

(1) 建立初级卫生保健工作督导制度,加强对初级卫生保健工作的监督与指导。各级政府要主动向人大、政协汇报并接受其对初级卫生保健工作的监督和建议,同时要充分发挥社会团体、新闻媒介、社会舆论和农村居民在初级卫生保健

实施中的监督作用。

(2) 继续深化农村卫生机构改革, 引入竞争机制, 转变服务观念和模式, 全面提高人员素质, 以比较低廉的费用为农村居民提供比较优质的基本医疗卫生服务。

(3) 推进初级卫生保健的法制化进程。各地要积极创造条件, 做好初级卫生保健立法工作, 逐步将农村初级卫生保健纳入法制化管理轨道。已经制定地方性法规的地区要依法严格进行监督管理。

(4) 建立分级监测和评估制度。将初级卫生保健有关统计指标纳入常规统计和调查, 以保证能及时准确地反映实施情况, 为科学决策提供可靠依据。国务院有关部门对全国初级卫生保健实施实行定期和不定期的监测评估。

(二) 2001~2010 年中国农村初级卫生保健参考指标

为帮助以省为单位制定符合省实际情况的第二阶段的初级卫生保健规划并且明确评价初级卫生保健的指标与标准, 《2001—2010 年中国农村初级卫生保健发展纲要》还提出了 10 大类指标, 以及按照我国东部、中部和西部不同经济地区提出了如表 3-3 所示的标准或要求。

表 3-3 2001~2010 年中国农村初级卫生保健参考指标

指标	东部地区 /%	中部地区 /%	西部地区 /%
1. 政府支持			
1.1 把初级卫生保健纳入政府工作目标和社会经济发展规划	100	100	100
1.2 政府对预防保健的投入	各省根据本纲要及有关规定自行确定		
2. 农村医疗卫生机构与人员建设			
2.1 乡村医疗机构覆盖率	100	90	85
2.2 执业助理医师和执业医师占在乡(镇)两级提供服务的医生总数的比例	100/85	100/75	100/60
2.3 乡镇卫生院、村卫生室提供中医药服务的比例	各省根据本纲要及有关规定自行确定		
3. 基本医疗管理规范率	95	90	85
4. 疾病预防保健服务			
4.1 主要慢性病管理率	50	35	20
4.2 现代结核病控制策略人口覆盖率	95	95	95
4.3 计划免疫接种率	95	90	85
5. 卫生监督			
5.1 食品卫生合格率	各省根据本纲要及有关规定自行确定		
5.2 公共场所卫生合格率	各省根据本纲要及有关规定自行确定		

续表

指标	东部地区 /%	中部地区 /%	西部地区 /%
5.3 劳动卫生监督合格率	各省根据本纲要及有关规定自行确定		
6. 妇幼保健			
6.1 孕产妇系统管理率	95	90	80
6.2 孕产妇住院分娩率	80	60	50
6.3 七岁以下儿童保健覆盖率	95	80	60
7. 环境卫生			
7.1 自来水普及率	75	60	50
7.2 卫生厕所普及率	65	55	35
8. 健康教育			
8.1 基本卫生知识知晓率	80	70	60
8.2 中小学健康教育开课率	100	90	80
8.3 人群健康相关行为形成率	70	60	50
9. 医疗保健			
9.1 多种形式的农民医疗保障制度覆盖率	各省根据本纲要及有关规定自行确定		
9.1.1 合作医疗覆盖率	各省根据本纲要及有关规定自行确定		
9.1.2 大病统筹覆盖率	各省根据本纲要及有关规定自行确定		
10. 居民健康水平			
10.1 婴儿死亡率	以 2000 年为基数下降 1/5		
10.2 孕产妇死亡率	以 2000 年为基数下降 1/4		
10.3 五岁以下儿童死亡率	以 2000 年为基数下降 1/5		
10.4 法定报告传染病发病率	150/10 万	200/10 万	300/10 万
10.5 五岁以下儿童中重度营养不良	以 2000 年为基数下降 1/4		
10.6 主要地方病患病率 (/10 万) 或地方病患病率五年下降百分比/%	各省根据本纲要及有关规定自行确定		

思考题:

1. 试论我国卫生工作方针与人人享有卫生保健目标的一致性。
2. 谈谈你对人人享有卫生保健的理解。
3. 为什么说初级卫生保健策略的提出,使卫生保健工作发生了根本性的变革。
4. 试论我国实施初级卫生保健应坚持的指导思想。

第四章 卫生组织

► 教学要求:

1. 掌握卫生行政组织的概念
 2. 熟悉卫生部的主要职责
 3. 了解世界卫生组织的概况
-

第一节 卫生组织体系

组织 (organization) 是为了实现一定的目标, 按照一定的规则、程序而设计的多层次岗位及其相应人员配备和权责隶属关系的权责角色结构。现代组织管理理论认为组织是一个系统。对于这个系统, 我们不仅认为是由部分构成整体, 更重要的在于用系统的观点去认识组织, 以系统整体为出发点去理解组织的各构成要素。在组织内部, 其纵向各层次之间的联系和横向各分工机构的联系形成封闭的回路; 在组织外部, 组织之间形成外在联系, 表现为组织系统的开发性。

根据世界卫生组织的定义, 卫生组织体系是指所有以促进、恢复和维护健康为基本目标的组织。按照这一定义, 所有与健康有关的组织或活动都包括在这个体系中。卫生组织体系存在的目的有两个: 一是实现为人民健康服务、提高人民健康水平的目标; 二是维持卫生组织自身的发展。按照性质和职能可将卫生组织分为卫生行政组织、卫生专业组织和学术团体。

一、卫生行政组织

(一) 卫生行政组织的概念

行政是政权职能的执行, 是有规划的、有组织的行政管理活动。行政组织体制是指行政机构构成的法制化和制度化, 即国家为执行政务、履行行政职能, 按照有关法规规定的原则、制度与程序所形成的国家行政管理机构体系。

卫生行政组织 (health care administration) 是指各级政府分管卫生工作的职能部门, 是在卫生工作方面行使政权的国家公务机关, 它是按照一定的法律程序建立

起来的,负责贯彻执行国家卫生工作方针政策、管理全国和地方卫生工作、制定卫生发展规划、制定医药卫生法规并对卫生法律法规进行监督检查的组织。

卫生行政组织具有以下几个特征:①权威性。卫生行政组织是国家政权在卫生工作方面的代表,它凭借国家赋予的权力行使卫生行政公务,所有卫生机构和与卫生工作有关的组织和个人都必须接受相应的卫生行政机构的管理。②服务性。卫生行政组织既是卫生工作的领导机构,同时,又是为卫生工作的服务性机构。它应为广大人民群众服务,应在机构设置、办事程序等方面尽量方便居民。③系统性。卫生行政组织在部门设置、层次划分、职权划分方面应形成具有较强功能并可以协调运转的体系。④法律性。卫生行政组织活动必须依法管理,依法行政是现代卫生行政管理的重要特点。

(二) 卫生行政组织体系

根据政府组织法规定,国家卫生行政机构按行政区划设立。在中央、省、地、县各级政府均设有卫生行政机构,它受各级政府的领导和上级卫生行政机构的指导,负责辖区内的卫生行政工作。在我国,国务院设卫生部,省设卫生厅,地、县均设卫生局。各级卫生行政组织均有其相应的隶属关系、职责范围、机构设置和人员编制。

(三) 各级卫生行政组织的职责

1. 卫生部

卫生部内设办公厅、人事司、规划财务司、卫生法制与监督司、妇幼保健与社区卫生司、医政司、疾病预防控制局、科技教育司、国际合作司、保健局等职能司(局、厅)。其主要职责包括以下方面。

(1) 推进医药卫生体制改革。拟订卫生改革与发展战略目标、规划和方针政策,起草卫生、食品安全、药品、医疗器械相关法律法规草案,制定卫生、食品安全、药品、医疗器械规章,依法制定有关标准和技术规范。

(2) 负责建立国家基本药物制度并组织实施,组织制定药品法典和国家基本药物目录。组织制定国家药物政策。拟订国家基本药物采购、配送、使用的政策措施,会同有关部门提出国家基本药物目录内药品生产的鼓励扶持政策,提出国家基本药物价格政策的建议。

(3) 承担食品安全综合协调、组织查处食品安全重大事故的责任,组织制定食品安全标准,负责食品及相关产品的安全风险评估、预警工作,制定食品安全检验机构资质认定的条件和检验规范,统一发布重大食品安全信息。

(4) 统筹规划与协调全国卫生资源配置,指导区域卫生规划的编制和实施。

(5) 组织制定并实施农村卫生发展规划和政策措施,负责新型农村合作医疗的综合管理。

(6) 制定社区卫生、妇幼卫生发展规划和政策措施,规划并指导社区卫生服

务体系建设,负责妇幼保健的综合管理和监督。

(7) 负责疾病预防控制工作,制定实施重大疾病防治规划与策略,制定国家免疫规划及政策措施,协调有关部门对重大疾病实施防控与干预,发布法定报告传染病疫情信息。

(8) 负责卫生应急工作,制定卫生应急预案和政策措施,负责突发公共卫生事件监测预警和风险评估,指导实施突发公共卫生事件预防控制与应急处置,发布突发公共卫生事件应急处置信息。

(9) 起草促进中医药事业发展的法律法规草案,制定有关规章和政策,指导制定中医药中长期发展规划,并纳入卫生事业发展总体规划和战略目标。

(10) 指导规范卫生行政执法工作,按照职责分工负责职业卫生、放射卫生、环境卫生和学校卫生的监督管理,负责公共场所和饮用水的卫生安全监督管理,负责传染病防治监督。

(11) 负责医疗机构(含中医院、民族医院等)医疗服务的全行业监督管理,制定医疗机构医疗服务、技术、医疗质量和采供血机构管理的政策、规范、标准,组织制定医疗卫生职业道德规范,建立医疗机构医疗服务评价和监督体系。

(12) 组织制定医药卫生科技发展规划,组织实施国家重点医药卫生科研攻关项目,参与制定医学教育发展规划,组织开展继续医学教育和毕业后医学教育工作。

(13) 指导卫生人才队伍建设工作,组织拟订国家卫生人才发展规划,会同有关部门制订卫生专业技术人员资格标准并组织实施。

(14) 组织指导卫生方面的国际交流合作与卫生援外有关工作,开展与港澳台的卫生合作工作。

(15) 负责中央保健对象的医疗保健工作,负责中央部门有关干部医疗管理工作,负责国家重要会议与重大活动的医疗卫生保障工作。

(16) 承担全国爱国卫生运动委员会和国务院防治艾滋病工作委员会的具体工作。

(17) 承办国务院交办的其他事项。

2. 地方各级卫生行政机构的主要工作

(1) 调查了解实践情况,总结、推广和交流各地的好经验。

(2) 贯彻国家有关卫生事业的方针、政策和各项规章制度。

(3) 按照实际情况因地制宜地制定卫生事业发展规划,并督促、检查实施。

(4) 实施具体的卫生监督执法工作。

3. 其他相关卫生行政组织机构

1) 爱国卫生运动委员会

爱国卫生运动委员会(patriotic health movement committee, PHMC)是由

国家机关与人民团体组成的一种特殊形式的政府组织，是党中央、国务院和各级党委、政府共同领导下的爱国卫生运动领导机构。其常设机构为爱国卫生运动委员会办公室，设在同级人民政府或卫生行政部门内。爱国卫生运动委员会的主要任务是：组织协调各地区各部门，将爱国卫生运动纳入发展规划；动员组织各行各业人民群众参与卫生运动；制定和修改各地卫生制度和卫生法规；进行爱国卫生运动的预测和决策，推动成员部门的工作经常化、制度化；推进城乡卫生基本建设，开展卫生宣传和监督管理。

2) 国家中医药管理局

1986 年经国务院批准，设立国家中医管理局，归口卫生部。1988 年中医管理局改称国家中医药管理局，仍归口卫生部，同时将原有国家医药管理局的中药业务划归中医药管理局管理。

3) 计划生育委员会

计划生育委员会是在国务院领导下的卫生行政组织机构，其主要任务是制定有关计划生育的方针政策，检查促进各地计划生育工作，进行节育知识的宣传教育、技术干部的培养、计划生育的技术指导。

4) 国家医药管理局

国家医药管理局是在国务院领导下的卫生行政组织机构，管理药品和医疗器械的生产、供应和质量监督。

5) 国家质量监督检验检疫总局

国家质量监督检验检疫总局是在国务院领导下的卫生行政组织机构，它承担着国境卫生检疫的任务。

二、卫生专业组织

卫生专业组织又称卫生业务组织 (health care organization)，是提供各类卫生专业服务的公益性组织，大部分是非营利性组织。卫生专业组织包括医疗机构、卫生防疫机构、妇幼保健机构、血液和血液制品生产机构、药品检验机构、基层卫生机构、医学科研机构、医学教育机构等 8 大类。

卫生专业组织具有如下特征：①服务性。卫生专业组织属于服务性组织，为居民提供医疗、预防、保健和康复服务，从健康的角度为居民提供技术性、生理性、心理性的服务。②专业性。卫生专业组织是利用专门的医学知识和技术来提供服务的，有较强的专业分工。③系统性。卫生专业组织在其任务、机构种类、专业设置等方面形成功能齐全的卫生服务体系。④公益性。卫生专业组织大多是非营利性机构，有较强的公益性。

(一) 医疗机构

医疗机构是指经卫生行政部门批准，并取得“医疗机构执业许可证”，从事

疾病诊断、治疗活动的组织，主要是指医院，同时，还包括疗养院、急救站等。医院是治疗疾病，提供医疗服务，救死扶伤，保障人民健康的组织。它的基本任务是医疗、预防、教学和科研。医院以医疗为中心，提供门诊、急诊和住院医疗服务；以诊疗、护理两大业务为主体，同时开展以医院为中心的扩大预防和社区医疗服务。医院可分为综合性医院、中医医院、医学院校附属医院和专科医院。专科医院包括传染病院、精神病院、结核病院、儿童医院、妇产医院、麻风病院、职业病院、肿瘤病医院、口腔医院、眼科医院、耳鼻喉医院、骨科医院、中西医结合医院等。

我国医院在管理体制上实行院长负责制，对医院的医疗、科研、教学、预防、管理等有统一的领导权和决策权，有权任免医院科室负责人，对医院经营管理有自主权。在医院内部实行职工代表大会制度，党组织则保证和监督党和国家的方针政策在医院的贯彻执行。医院的主要构成部门一般可分为诊疗部门、辅助治疗部门、护理部门、职能部门和后勤保障部门等。诊疗部门通常包括门急诊部和住院部。临床科室是医院诊疗组织的主要组成单位，按照不同的划分方法，可以分为许多不同的临床科室。辅助临床科室包括药剂、营养、放射、检验、超声、病理、理疗、中心实验室等医技科室。目前，我国医技诊疗科室相应部门的设置呈现中心化发展趋势。护理部门主要包括住院护理、门急诊护理、保健护理、医技护理等。职能部门包括两大类，一类是党群部门，另一类是行政组织部门。后勤保障部门在医院目前主要属于总务科。有些大型医院还设有医学教学、科研、医疗事故鉴定、药事管理、质量管理等辅助性部门。

国外现代医院组织模式多采用“一长三部”制，即医院设一位院长，下属医疗、护理、行政三部，在院长的统一领导下，医疗、护理、行政三位一体，共同完成医院的各项任务。这种组织模式层次少，部门分工明确，护理工作相对自成体系，较适合现代医院的管理。

（二）卫生防疫机构

卫生防疫机构是指为社会提供各种预防卫生服务的业务组织，包括卫生防疫站、各类专业防治所、国境卫生检疫所等专业机构。2001年卫生防疫体制改革，原省级卫生防疫站和部分地、县级卫生防疫站更名为“疾病预防控制中心”，同时，从卫生防疫站分离出从事卫生行政监督执法的执行机构“卫生监督所”。目前，卫生防疫机构主要是指疾病预防控制中心、卫生监督所、专科防治所（站）、卫生检验中心等。新成立的中国疾病预防控制中心是政府举办的实施疾病预防控制、公共卫生业务管理和服务的公益事业单位，它在卫生部领导下，开展对疾病预防控制策略和措施的研究，做好各类疾病预防控制工作规划；开展食品卫生、放射卫生、环境卫生、妇女儿童保健、职业卫生等各项公共卫生业务的管理；对全国疾病预防控制和公共卫生服务进行技术指导、培训和质量控制。该中心设有

14 个管理科室和 12 个专业所（中心），另外，还设有与卫生政策、卫生信息等有关的研究室（中心）。12 个专业所（中心）分别是传染病预防控制所、寄生虫病预防控制所、病毒预防控制所、性病艾滋病预防控制中心、慢性非传染性疾病预防控制中心、职业卫生与中毒控制所、营养与食品安全所、环境与健康相关产品安全所、辐射防护与核安全医学所、健康教育所、农村改水技术指导中心、妇幼保健中心等。

（三）妇幼保健机构

妇幼保健机构是指根据妇女儿童的生理特点进行经常性的保健工作，提高妇女儿童健康水平的卫生业务机构，主要是指妇幼保健院（所、站）。它以保健为中心，临床为基础，将保健、医疗、科研、防治相结合。

（四）血液和血液制品生产机构

血液和血液制品生产机构包括血站、单采血浆站和生物制品生产单位。2001 年全国省级中心血站有 27 个，地市级血站 276 个，单采血浆站 160 个，血液制品生产厂家 36 个。

（五）药品检验机构

药品检验机构是对药品质量进行监督检验的法定专业机构，主要是指药品检验所，其上级行政主管部门是各级药品监督管理局。

（六）基层卫生机构

基层卫生机构是指为社区居民提供基本医疗、预防、保健、康复和健康教育的卫生机构，其主要职能的开展是为了促进卫生保健工作。原在农村的乡镇卫生院，城市的街道卫生院，厂、矿企业的门诊部等均属于基层卫生机构，现均以社区卫生服务中心或站的形式存在。

（七）医学科研机构

医学科研机构是进行医学科学研究的专业性事业单位。按隶属关系分为国家级、省级和市级科研单位，包括中国医学科学院系统、中国中医研究院系统，以及卫生部卫生经济研究所和医院管理研究所等。

（八）医学教育机构

医学教育机构是培养卫生技术和卫生管理人才及对在职卫生人员进行培训的专业组织，主要包括各类高、中等医药院校。

三、群众性卫生组织

群众性卫生组织主要是指医学学术团体，它包括各类学会、研究会和基金会。全国隶属于中国科协、由科协和卫生部或国家医药管理局领导的学术团体有 17 个：中华医学会、中华预防医学会、中华护理学会、中国生理学会、中国解剖学会、中国中医学会、中国中西医结合研究会、中国生物医学工程学会、中国生理病理学

会、中国营养学会、中国药学会、中国防痨学会、中国麻风学会、中国心理卫生学会、中国抗癌学会、中国药理学会。由卫生部批准的全国性学术团体有 10 个：中国康复医学研究会、中国农村卫生学会、中国输血协会、中国卫生经济学会、中国卫生统计学会、中国宣教协会、中国优生优育学会、中国计划生育协会、中国人口学会、中国中药学会。在国家民政部登记注册的有中国医师协会。

第二节 世界卫生组织简介

世界卫生组织（World Health Organization，WHO）是联合国专门机构之一，是国际上最大的政府卫生组织，现有 192 个成员国。1946 年国际卫生大会通过了《世界卫生组织宪章》，1948 年 4 月 7 日世界卫生组织宣布成立，总部设在瑞士日内瓦。

一、WHO 的目标和职能

WHO 的章程规定了该组织在国家卫生工作中是一个起指导和协调作用的权威机构。其宗旨是“使全世界人民获得最高水平的健康”。1948 年 WHO 在其宪章中第一次提出“健康不仅是免于疾病和衰弱，而且是保持身体上、精神上和社会方面的完美”。1978 年国际初级卫生保健大会所发表的《阿拉木图宣言》对健康的定义作了新描述：“健康不仅是疾病与体弱的匿迹，而且是身心和社会的完美的状态。”1989 年 WHO 再次提出了健康的新概念，认为健康除了身体健康、心理健康和社会适应良好外，还要加上道德健康，只有这四个层次都健康才算是完全的健康。

1978 年，WHO 和联合国儿童基金会（United Nations Children's Funds，UNICEF），联合召开了关于初级卫生保健的国际会议，正式通过了《阿拉木图宣言》，它是一个以初级卫生保健为重点，“2000 年人人享有卫生保健”为目标的声明。“2000 年人人享有卫生保健”并不意味着疾病和残疾将不再存在或仍然都将受到医生和护士的照顾。它意味着健康资源的均匀分配，整个社区的参与，使每个人都将获得基本卫生保健；它意味着保健始于家庭、学校、工作场所；也意味着人们将使用更好的措施来预防疾病，减轻那些不可避免的疾病带来的困扰，并意识到健康的衰退不是无法避免的。

二、WHO 的主要任务

- (1) 根据会员国的要求，协助政府加强卫生服务。
- (2) 根据需要建立并进行管理及技术服务，包括流行病学和统计学的服务。
- (3) 为卫生领域提供信息、咨询和帮助。

- (4) 促进流行性、地方性疾病及其他疾病的根治工作。
- (5) 促进改善营养、住房、卫生、工作条件和其他环境卫生方面的工作。
- (6) 促进专业组织间的合作,以利于加强卫生工作。
- (7) 提出关于卫生事业的国际公约及协议。
- (8) 推动并指导卫生领域的研究。
- (9) 制定食品、生物制品及药物的国际标准。
- (10) 协助开展群众性的卫生宣传工作。

三、WHO 的主要工作

WHO 主要从事国际公共卫生工作,20 世纪 70 年代 WHO 提出了“2000 年人人享有卫生保健”的战略目标,进而调整了各项工作的方向,使之为这一目标服务。

1. 发展全面的卫生规划

提倡采用简单适用、经济合理的方法,来拟订、发展和管理卫生规划。

2. 传染病的预防和管理

(1) 实施《国际卫生条例》,对鼠疫、黄热病、斑疹伤寒、回归热等传染病进行国际卫生检疫;对霍乱、疟疾、流感、脊髓灰质炎等传染病进行国际监测,收集、处理、出版和散发传染病疫情资料。

(2) 消灭天花,确证 1977 年 10 月在索马里发现的天花病例是全世界最后一例天花。1980 年 5 月 8 日第 33 届世界卫生大会宣布全球消灭天花。

(3) 霍乱的流行病学监测。

(4) 建立流感国际监测网。

(5) 肝炎、脊髓灰质炎、黄热病的流行病学调查。

(6) 制定控制腹泻病例的特别规划。

(7) 加强疟疾、血吸虫病、丝虫病、钩虫病、利什曼病和麻风 6 种热带病的防治研究和对医护人员的培训工作。

(8) 协助会员国发展基层的综合性结核防治网,充分利用现有的有效技术手段防治结核。

(9) 制定“扩大免疫规划”,加强对白喉、百日咳、破伤风、麻疹、脊髓灰质炎和结核病的免疫规划和监测。

(10) 开展传染媒介的生物学、生态学研究及安全研究。

(11) 与联合国粮农组织合作,积极开展传人动物病的流行病学监测、预防和控制。

(12) 性传播疾病、艾滋病等流行病学研究。自 1988 年以来,12 月 1 日已被确定为“世界 AIDS 日”。

3. 非传染性疾病的防治

非传染性疾病的防治主要包括癌症、心血管疾病、遗传病、口腔卫生、精神卫生、免疫学等领域的研究。

4. 预防、诊断、治疗药物方面的主要工作

(1) 制定药物政策和管理规划。

(2) 药品质量控制。编辑和出版国际药典，建立药品的国际质量标准，主持药品的统一国际命名，出版季刊 *Pharmaceutical Information*，通报有关药品功效和安全情报。

(3) 生物制品。制定国际标准和质量控制，通过其合作中心向会员国提供抗生素、抗原、抗体、血液制剂、内分泌制剂的标准品，支持其改进现有疫苗。

(4) 化验技术。帮助会员国发展医药和公共卫生机构的化验业务，发展和推广新的化验技术，制定化验技术和试剂的国际标准。

5. 环境卫生

协助会员国加强环境卫生管理，拟订并实施基本环境卫生措施，评价和预防公害。

6. 家庭卫生和计划生育

7. 发展卫生服务，推行初级卫生保健

8. 发展卫生人力资源的工作

发展卫生人力资源的工作，积极帮助会员国确定对卫生人员的需要并拟订发展规划。

9. 卫生情报和文献服务

帮助会员国建立和改进卫生统计，收集、综合、保存和散发各国死亡率和发病率统计，帮助会员国改进卫生档案管理，向会员国提供图书业务服务，及时发布有关卫生方面的新闻。

10. 出版工作

几乎所有的 WHO 的出版物都是以英文和法文出版，有些也以阿拉伯文、中文、西班牙文及俄文发表。主要出版物有以下几种。

(1) 世界卫生论坛 (*World Health Forum*) 是以 6 种语言发表的季刊，为有关卫生及发展问题的信息讨论及交换提供了论坛。

(2) 世界卫生组织通报 (*Bulletin of the World Health Organization*)，双月刊，学术性杂志，刊登生物医学研究论文。

(3) 世界卫生组织月刊 (*WHO Chronicle*)，指导世界卫生组织主办的或有它参加的公共卫生活动情况及该组织的出版消息。

(4) 世界卫生 (*World Health*)，月刊，是一本通俗易懂，涉及广泛卫生问题的画册，以 8 种文字出版。

(5) 流行病学周报 (*Weekly Epidemiological Record*), 通报传染病疫情和发展情况。

(6) 世界卫生统计季报 (*World Health Statistical Quarterly*), 包括传染病统计及特殊公共卫生问题的统计。

(7) 世界卫生统计年报 (*World Health Statistical Annual*), 共三册, 第一册为生命和死因统计; 第二册为传染病统计; 第三册为卫生人员和医疗机构统计。

(8) 世界卫生组织正式记录 (*Official Records of WHO*), 包括总干事工作报告、规划预算草案、世界卫生大会和执委会会议记录和决议决定等基本文件, 以及每隔 6 年出版一次的《世界卫生状况》(*World Health Situation*), 分析世界卫生状况。

(9) 世界卫生组织技术报告丛书 (*WHO Technical Report Series*), 是 WHO 专家委员会、专家小组会议工作报告, 提供医学和公共卫生方面的最新学术动向及咨询意见。

(10) 公共卫生论文集 (*Public Health Paper Series*), 介绍公共卫生的当前动向和新观点。

(11) 世界卫生组织专著丛书 (*WHO Monograph Series*), 包括各种专业的技术著作。

(12) 国际卫生立法汇编 (*International Digest of Health Legislation*), 季刊, 全文或摘要刊登各国卫生立法。

(13) 人人健康丛书 (*HFA Series*), 刊登有关“人人健康”的政策、战略、方法及进程等文件。

四、WHO 的主要机构

1. WHO 的主要组织机构

1) 世界卫生大会

世界卫生大会是 WHO 的最高权力和决策机构, 每年 5 月在日内瓦举行, 由所有会员国参加, 大会主要任务是审议总干事工作报告, 通过两年一度的规划预算, 决定重要的政策问题。

2) 执行委员会

执行委员会是 WHO 的最高执行机构, 由 31 名在卫生领域技术上表现合格的人士组成, 每个人都是由大会选出并由会员国指派的, 被选出的会员国成员任期 3 年, 被指派为执委的人员都是以个人身份参与工作的。执委会每年至少举行 2 次全体会议。执委会的主要职能是执行卫生大会的决议及政策, 并为其提出建议, 总的来说执委会的工作是促进卫生大会的顺利进行。

中文、英文、法文、俄文、西班牙文、阿拉伯文是卫生大会和执行委员会的正式语言和工作语言。

3) 秘书处

秘书处是 WHO 的常设机构,是由大约 4500 名在卫生及其他领域的行政及专业人员组成,他们分散在总部、6 个地区办事处及各会员国承担着各自的工作。

秘书处由总干事领导,总干事由执委会提名,卫生大会任命,由 1 名副总干事及 5 名助理协助总干事工作。

4) 地区组织

WHO 有 6 个地区组织,每个地区组织由地区委员会及地区办事处组成,每个地区办事处就是该地区的主任。

非洲区办事处设在布拉柴维尔;美洲区办事处设在华盛顿;东南亚区办事处设在新德里;西太平洋区办事处设在马尼拉;欧洲区办事处设在哥本哈根;东地中海办事处设在亚历山大,中国属于西太区。

5) 驻国家代表和规划协调员

驻国家代表和规划协调员是指由 WHO 地区办事处派驻在同该组织有技术合作活动或有该组织援助项目的国际和地区,代表 WHO 协调 WHO 与政府卫生当局的关系,协助合作项目的执行,监督检查该组织派出的专家顾问的日常工作的人员。1981 年 5 月 WHO 在华设办事处,并委派 1 名协调员常驻北京。

2. WHO 的专业组织

1) 顾问和临时顾问

WHO 为完成某些专业性很强的任务而请的专家,包括同声传译、笔译和编辑人员,每年达 6000~7000 人。

2) 专家咨询团和专家委员会

WHO 咨询团有 47 个,包括传染病、慢性病、保健预防、妇幼卫生等方面的咨询团。

咨询团成员由总干事聘任,任期 3~5 年,他们用通讯方式或参加专家委员会议向 WHO 提供咨询服务或专业进展报告。

3) 全球和地区医学研究顾问委员会

全球和地区医学研究顾问委员会是 WHO 发展生物医学研究的最高咨询机构,由 1 名主席和 18 名委员组成,任期 4 年。1976 年起,各地区办事处也相继成立了地区医学研究顾问委员会。

4) WHO 合作中心

WHO 合作中心是 WHO 与会员国合作开展生物医学研究的一种组织形式。合作中心的任务是:收集和传播情报资料;参与研究和制定医药卫生方面的国际

标准和规范、统一名称（如国际疾病分类、药品和生物制品国际标准、食品卫生标准等）；保存和提供生物医学标准品和参考品；承担 WHO 统一规划下的研究任务，并协助组织进行科研计划、管理和评价；承担一定的科研培训任务。

这些合作中心的成立主要需要以下条件：在某个领域具有国家水平或国际水平，科技人员有长期的稳定性，人力和技术资源能为 WHO 提供专业服务，有能力完成 WHO 科研规划的研究项目，合作中心单位也可以享受 WHO 提供的技术咨询、科研设备资源、医学情报资料及派人出国进修的方便。

五、WHO 的规划与经费

WHO 的工作规划分为中期规划和年度规划，中期规划为 6 年，确定总任务、工作方向和方针政策，2 年一度的规划预算分为全球性、地区级和国家级预算。

WHO 的经费来源有两个：一是会员国缴纳的会费（正常预算）；二是泛美卫生组织、促进组织志愿基金、联合国系统（联合国开发计划署、人口活动基金、儿童基金会、控制药品滥用基金、环境规划署、紧急活动、难民事务高级专员署、旧宅署、世界银行等）提供的捐款和其他收入。

思考题：

1. 评价我国卫生专业组织设计的合理性。
2. 从转变政府职能的角度讨论我国卫生行政组织改革。

第五章 卫生服务市场

► 教学要求:

1. 熟悉卫生服务外部市场及内部市场的特点
 2. 了解卫生服务市场机制的功能及其运用
 3. 掌握卫生服务市场失灵的原因及其内容
 4. 掌握政府对卫生服务市场的宏观调控职能
-

第一节 卫生服务市场分析

市场（market）是商品经济的范畴。狭义上的市场仅指商品交换的场所，广义上的市场除了商店、集市等交易场所之外，还包括没有固定交易场所，通过广告、中间商或代理人等方式进行的商品交换，是指商品交换关系的总和。

在商品经济社会里，卫生服务市场是客观存在的。按照经济学的观点，卫生服务市场是指卫生服务产品按照商品交换的原则，由卫生服务的生产者提供给卫生服务消费者的一种商品交换关系的总和。首先，卫生服务市场是卫生服务商品生产和交换的场所，即发生卫生服务的地点和区域；其次，卫生服务市场是卫生服务提供者把卫生服务作为特定商品并以货币为媒介，提供给消费者的商品买卖交易活动；再次，卫生服务市场是社会经济体系的一部分，同统一的市场体系运行有着密切的关系。

卫生服务市场作为整个市场体系中的一员，在如何利用计划与市场机制方面很大程度上取决于卫生服务领域的外部环境变化和卫生服务本身的市场特点。以下将会分析卫生服务部门的外部环境变化及卫生服务的市场特点。

一、卫生服务的外部市场分析

对于处于社会主义市场经济环境下的卫生服务市场，它既受到外部环境变化的影响，也受到外部环境的制约。也就是说，外部环境的变化必然会促使卫生服务部门发生变化，卫生服务部门的改革也必须适应宏观政治经济体制的改革。卫生服务部门的外部环境可分为宏观政治、经济环境和卫生服务部门的相关市场。

（一）政治、经济、社会环境的变化对卫生服务部门的影响

在卫生体制改革的过程中，卫生决策者和卫生政策研究人员不能就卫生论卫生，应该认识到政治经济的变化对卫生服务部门的重要影响。我们在卫生政策研究与卫生管理的实践中发现，卫生体制的变迁和卫生部门的组织形式都带有很强的政治色彩。政党的交替、政府意识形态的改变直接影响到卫生体制的变化。例如，英国工党执政时，其卫生服务被视为“公共产品”，认为政府有责任组织和提供卫生服务，反对卫生部门的私有制，强调卫生部门的福利性和计划性特点，在其执政期间建立了以公共筹资和公有制为基础的国家卫生服务体制，由中央政府提供资金，向全体居民提供免费医疗。而当保守党执政时，其强调市场机制的优越性，反对政府过多的干预，所以自撒切尔夫人执政以后，英国开始了一系列的以引入市场机制、卫生部门放权管理和鼓励私立卫生部门发展为导向的卫生改革，建立起新型的卫生保健“内部市场”。

再如，美国的共和党和民主党具有不同的意识形态，前者在政治上较为保守，后者较为激进；前者重视市场的作用，而后者强调政府的干预。所以在美国民主党交替执政的过程中，不断施加政府干预措施，其中包括 1965 年建立老年人、残疾人和低收入者的社会健康保险计划，通过政府税收和社会保险工资税筹资，购买服务；卡特时期建立了医院成本控制法以控制卫生费用，提高经济效率，同时为了解决公平问题提出了全民健康保险计划（未通过）；民主党人克林顿上台之后就立即进行了以增加健康保险覆盖面和控制费用上涨为目标的卫生改革，不断加大政府干预的力度。

从我国的情况看，执政者意识形态的变化对卫生部门有直接影响。例如，在 20 世纪 70 年代末以前，我国政府强调集中计划，反对市场机制，所以那时包括卫生部门在内的所有经济部门都在国家的集中领导下活动，几乎不存在市场机制的作用；20 世纪 70 年代末政府的意识形态开始发生转变，以市场为导向的经济改革逐步兴起，卫生部门也开始了以打破大锅饭、放权和多种所有制为特点的卫生改革。

卫生部门除受政治因素影响外，还受经济体制和经济发展水平的影响。尽管并非所有市场经济体制的国家都采用市场性的卫生体制，但所有计划经济体制的国家都采用计划型的卫生体制。从国际发展趋势来看，卫生领域不能完全依赖于计划，也不能完全依赖于市场。卫生服务领域需要引入市场机制以提高资源的分配效率和使用效率，同时也需要计划，卫生计划起着指导和监督卫生服务市场的作用。

经济水平的变化，将对市场需方的就医行为发生影响。居民收入的增加，医疗支付能力的增强，导致需方对供方的要求更高，从而促进供方改善医疗服务质量和医疗服务管理，使供需达到更高水平上的平衡。

社会环境的变化,如健康水平、人口年龄结构、疾病谱、饮食结构、生活习惯的改变,将影响社会人群对卫生服务利用的数量和质量,从而也会对卫生服务市场产生影响。

(二) 相关市场对卫生服务市场的影响

除上述宏观政治、经济及社会因素以外,卫生领域直接受其相关市场的影响和制约。卫生服务市场是由三个相关市场组合而成,即卫生筹资市场、卫生服务市场、卫生服务要素市场。广义上讲卫生服务市场指这三个市场的组合体,狭义上讲卫生服务市场是指这三个市场中的第二个市场。因此,卫生服务的相关市场指的就是卫生筹资市场和卫生服务要素市场。

1. 卫生服务筹资市场

医疗保险市场是卫生筹资(health financing)市场的主体。在我国,由于过去实行的是计划经济体制,虽然卫生筹资是多渠道的,但往往是通过行政手段实现,且国家是筹资的主体,不存在多家筹资者相互竞争的情况,筹资市场基本没有形成。对今后中国是否建立筹资市场,专家们有不同看法。一部分专家认为,应当发展并完善筹资市场,可通过发展私人医疗保险,形成市场竞争,以拓宽筹资渠道,有效利用卫生资源。另一部分专家认为,中国不宜通过发展私人或商业医疗保险来建立卫生筹资市场。虽然我国的卫生筹资市场还不成熟,但是健康保险市场作为卫生服务的内部市场客观存在。在没有医疗保险(包括社会健康保险)以前,卫生服务市场的经济主体只有供需双方。随着健康保险的参与,卫生服务市场的两方交易活动,变成了“供方—健康保险—需方”的三方交易活动。由于健康保险的中介作用,价格对需方发挥间接的调节作用,使需方对价格的变动不灵敏,需方对价格的认识变得“模糊”。同时,由于健康保险的参与,健康保险对供方的影响随健康保险的措施和方案不同产生不同的结果。一种结果是对供方具有监督、管理作用,使供方改善服务,提高效率;另一种结果是对供方缺乏约束力,导致供方在医疗质量和价格上更加处于主动地位。

2. 卫生服务要素市场

卫生服务要素市场包括卫生人力市场、药品市场、材料市场、设备市场及资金市场等。这些市场既和卫生服务活动紧密相关,又和整个社会经济大环境密不可分。自从我国确定建立社会主义市场经济体制的目标以来,卫生服务要素的供给部门正逐步过渡成为以市场调节为主的经济主体,卫生机构与这些相关市场的经济联系也由以往的计划关系转变为以市场交换为主的经济关系。卫生服务要素的市场化,使卫生机构在配置资源时有了更多的选择余地。

1) 卫生人力市场

卫生人力市场是卫生服务相关市场中的一个重要组成部分。在计划经济体制下,卫生人力的供给和需求都要服从政府的计划。工资仅作为一种计划分配的手段而不是用来调节供求关系,更不是人力供求改善的市场信号。随着社会主义市场经济的推进,卫生人力市场正在发生着变化,一方面由于医学院校招生权的下放,卫生人力的供给不再完全服从政府计划;另一方面由于卫生机构管理权的下放和私有制卫生部门的发展,卫生人力的需求已逐步脱离政府的控制。在人力市场中,工资已不是计划分配的手段,包括奖金、浮动工资在内的工资水平逐渐成为调节人力供求的手段和人力市场供求状态的信号。

2) 材料市场和设备市场

卫生材料市场和设备市场与卫生事业的发展密切相关。改革开放前,卫生机构的材料和设备配置实行严格的计划与价格控制;改革开放后,市场机制已成为调节供求的基本手段。

3) 药品市场

在计划经济体制下,药品产、供、销服从于国家的计划。而目前药品的供给与需求已靠市场来调节。

4) 资金市场

在计划经济体制下,卫生机构的资金依靠政府的预算拨款,但在我国由计划经济向市场经济过渡的过程中,政府的预算同卫生机构的实际资金需求之间的差距被不断拉大,为了获取发展资金,卫生机构已开始利用贷款、发行股票等方式筹集资金,卫生服务的资金市场正在逐步形成。

总之,随着我国经济体制的改革,卫生服务的各投入要素部门正在或已经由过去的集中计划管理过渡成为以市场调节为主的经济部门,卫生机构与相关市场的经济联系由以往的计划联系转变为以市场交换为主体的经济联系。卫生服务投入要素产、供、销的市场化对卫生服务领域产生的最大影响是使卫生服务成本大幅度上升。卫生服务成本上升的原因是多方面的:第一,卫生服务要素供给与需求的市场化刺激了科学技术进步,新药品、新材料、新的诊疗设备的不断出现提高了卫生服务的技术构成与成本;第二,由于在计划体制下存在着药品、材料和设备的供给不足,当要素市场开放后,要素价格不断提高,导致了卫生服务成本的上升;第三,政府预算的不足及私立卫生部门的出现,导致了资金市场的出现,用贷款和发行股票的方式,获得了资金但追加了卫生服务的成本。

通过对卫生服务外部环境的分析可以看出,政治经济的变化对卫生机构有必然的影响,尤其是与卫生服务有关的那些相关市场的变化会直接导致卫生机构的经营、管理和组织行为的变化。外部环境的变化对卫生部门的冲击

是巨大的，影响是深远的，目前的改革措施并没有从根本上纠正这种冲击所带来的影响，卫生资源的使用效率和卫生服务分配的公平性仍值得深入探讨。

二、卫生服务的内部市场分析

在不同的经济体制下，医疗卫生服务可以作为商品进入市场，通过等价交换提供给消费者；也可以由政府直接设立和补助卫生服务机构，将医疗卫生服务以福利形式分配给社会全体成员。按照传统的习惯及专业特点，我们常将卫生服务分为4类：预防服务、保健服务、康复服务和医疗服务。根据卫生服务的经济学特点，我们可将卫生服务分为公共产品、准公共产品和个人消费品，其中个人消费品又可进一步分为必需消费品和特需消费品。

1. 公共产品

在经济学中，公共产品（public goods）有两个含义：一是共享性，就是你享用公共产品，不会减少他人对公共产品的享用，如收听电台广播；二是非排他性，其特点是产品一经提供，无论出钱者还是不出钱者均可以受益，而且无法阻止不出钱者的消费，如治理空气污染，无论出钱者还是不出钱者都可以呼吸到新鲜的空气，而且无法阻止不出钱者呼吸净化的空气。再例如，为控制血吸虫而采取的疫区灭螺措施，这种措施一旦完成，疫区的居民都可减少对血吸虫感染的危险，而且出钱者享受到安全的生活和劳动环境，不出钱者也同样可以享受到安全的生活和劳动环境。

对于这些公共产品，如水污染控制、环境卫生、饮水等，由于不出钱者和出钱者均可受益，所以所有的人都会试图“搭便车”。因此，在自由市场经济条件下，个人对这类公共产品的需求很小，供给者提供这类产品也不会获得理想的利润，所以，就不会生产这类公共产品。其结果是在自由市场的机制下，公共产品的市场会处于极端的萎缩状态，甚至根本不存在公共产品的自由市场。

由于公共产品消费人数的增加一般不导致成本的增加，而且一经提供就有众多的人享受，所以，从社会角度上考虑，公共产品具有很高的经济效率；然而，在市场机制下这种具有高经济效率和很强公益性的公共产品是没有人愿意提供的。所以，在卫生领域中利用自由市场机制的另一个严重问题是具有“公共产品”性质的卫生服务没有提供者。从这个意义上讲，自由市场机制在卫生领域中不能实现卫生资源的有效配置。

2. 准公共产品

准公共产品是具有外部正效应的产品，即一部分人对某种产品的消费可以对不消费这种产品的人产生间接的有益影响，如计划免疫服务、传染病治疗服务和

戒烟服务都是具有外部正效应的准公共产品。

在卫生领域中典型的准公共产品的例子是计划免疫接种。在某一社区内对易感人群接种了麻疹疫苗,则会使接种者患麻疹的可能性大大减少,使接种者受益,同时由于社区麻疹发病率下降,非接种者受到传染的机会也会减少,从而使非接种者也受益。

准公共产品的经济学特点是直接受益者对消费效益的估计要比其社会效益小得多。准公共产品的这一特点,使消费者对准公共产品的需求量总是小于社会的最佳需求量,从而造成社会对该类产品的需求不足,供给也不足。由于公共产品在市场机制下很少有需求与供给,准公共产品的供给也达不到最佳需求量;同时,由于这类卫生服务的社会效益高,所以若要提高卫生资源的分配效率,政府必须采取干预措施,采取公共筹资或政府提供的办法刺激人们的需求,单靠市场机制则不能实现资源的优化配置。

3. 必需消费品

卫生服务中的必需消费品是指那些被社会认为是人人应该得到的卫生服务,它具有排他性,而且没有外部效应。这类服务一般具有两个特点:一是从经济学上讲,这类服务的价格弹性比较小,也就是说,提高这类服务的价格,需求不显著减少,降低这类服务的价格,需求不显著增加,就像人们日常生活中用的盐、粮食一样,价格再高也得买,价格再低也不会显著增加消费量,卫生服务中这种必需消费品有急症就诊、接生、阑尾炎手术等;二是必需性卫生服务一般有显著的疗效,成本-效益好。

4. 特需消费品

特需消费品也称奢侈消费品,是指那些被大多数人认为可有可无的卫生服务(有钱可以消费,无钱可以不消费)。这类卫生服务一般具有这样的特点:一是这类服务的价格弹性较大,卫生服务价格的变化会导致需求的明显变化;二是这类服务没有确切的治疗和防病效果,成本-收益差,如美容手术、器官移植等。

为了探讨哪些服务能更多地引入市场机制,哪些服务更多地需要政府干预,我们将以上两种分类方法,结合起来组成一个卫生服务矩阵(图 5-1)。在这个卫生服务矩阵中,从上到下分别为预防服务、保健服务、康复服务和医疗服务;从左到右分别为公共产品、准公共产品、必需消费品和特需消费品。矩阵将卫生服务分为 16 类,其中每一类都具有不同的专业及经济学特点。一般地说,预防服务所含有的公共产品及准公共产品较少,属于个人消费品的较多。由于公共产品在市场机制下很少有需求与供给,准公共产品的供给也达不到最佳需求量;同时,由于这类卫生服务的社会效益较高,如欲提高卫生资源的分配效率,政府必须采取干预措施,采取公共筹资或政府提供的办法刺激人们的需求。由于必需消

费品的效率较高,而且获得这类性质的卫生服务被认为是一种基本权利,所以国家应该根据经济的发展情况尽力保证全体公民对这类卫生服务的可及性,特别是对那些缺乏支付能力的人群要通过特殊的补贴政策(社会保险,低收费)保证他们对基本卫生服务的利用。那些属于特需消费品的卫生服务公益性较低,而且费用高、效果差,靠公共筹资和国家提供去刺激人们对这类服务的利用不仅不利于提高卫生资源的使用效率,也缺乏可行性。因此对这类卫生服务应该更多地利用市场机制,限制人们对这类服务的消费,国家可以将有限的资金投入具有较高经济效率的卫生服务中去。从图 5-1 中可以看出,从左到右政府发挥作用的必要性降低,而市场发挥作用的必要性增强。因此越靠表左上方的卫生服务越需要政府计划与干预,越靠右下方的卫生服务越应该减少政府的计划与干预,越需要引入市场机制,让市场发挥资源的配置作用。这样,在卫生资源有限的条件下,既可以提高卫生资源的使用效率,又可以保证居民对基本卫生服务的可及性,改善卫生服务分配的公平程度。

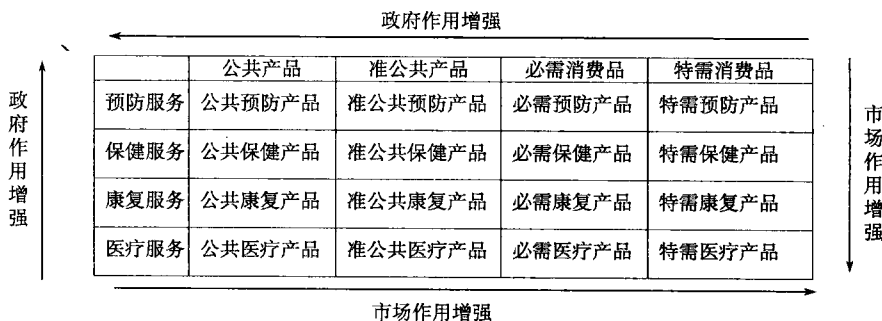


图 5-1 卫生服务分类与卫生服务产品矩阵

要提高卫生资源的使用效率,同时提高卫生服务分配的公平程度,卫生服务领域既需要政府的计划与干预,也需要适当地引入市场机制。然而,由于卫生领域既存在市场失灵,又存在政府失灵,单纯的市场机制或政府宏观调控在卫生领域中的作用都是有限的。只有将政府宏观调控与市场机制进行有机的结合,才能真正解决卫生服务的效率与公平问题。同时,由于各种卫生服务的经济特点不同,对计划与市场发挥作用的要求也不同。对于具有公共产品和准公共产品性质的卫生服务,需要政府计划与干预,对于必需消费品性质的卫生服务,也需要某种形式的干预措施,以确保公益性较高的卫生服务的充足提供,以及必需性卫生服务的公平可及性。对于那些具有一定特需性的卫生服务可以放入市场,让市场机制发挥作用。

第二节 卫生服务市场机制

一、市场机制及其功能

(一) 卫生资源配置的基本方式

人们的卫生需求是无限多样的,可用于满足人们的需求的卫生资源却是稀缺的。为了更好地满足无限多样的卫生需求,人们就应设法充分利用有限的卫生资源,以有限的卫生资源来最大限度地满足卫生需求。卫生资源的配置必须在合理配置和有效配置的基础上,达到优化配置。在供需平衡的基础上,充分有效地提供卫生服务,发挥卫生资源的最佳利用效率,获得最大的社会和经济效益。总的来说,卫生资源配置的方式主要有以下3种。

1. 计划配置方式

计划配置方式是以政府的指令性计划和行政手段为主的卫生资源配置方式,其主要表现是统一分配卫生资源,统一安排卫生机构、发展规模、服务项目、收费标准等。计划配置的方式是卫生资源配置的重要手段,是较高层次的配置,称为宏观配置。卫生资源的计划配置具体表现为行政、经济和法律3种手段。在社会主义市场经济条件下应逐步弱化行政手段,强化经济和法律手段。计划配置从全局和整体利益出发来规划卫生事业的发展规模和配置卫生资源,较多地体现了卫生事业的整体性和公平性,可以避免由于人为因素造成因民族、地域和经济差异等使居民得不到应有的健康保障。但必须克服传统计划经济观念的影响,注意市场机制的作用,否则难以实现卫生资源的优化配置。

2. 市场配置方式

市场配置方式即通过竞争、价格、供求等市场要素来实现卫生资源在不同卫生机构的分配。这种方式能够较好地体现效率原则,把有限的卫生资源配置到效率高的地方去,满足人们多方面、多层次的卫生服务需要。但是,由于我国卫生事业的性质,卫生服务市场是一个不完全的或者说是特殊的市场,因此,我们在实行市场配置卫生资源的过程中,并不是完全排斥计划。因为市场配置在资源利用和保护过程中只能起一种基础性作用,而不是起完全性调节的作用。所以,在卫生领域只有以计划配置为主、市场调节为辅,才能扬长避短、兴利除弊,使有限的卫生资源得到优化配置。

3. 计划市场相结合的配置方式

计划调节为主、市场调节为辅的卫生资源配置方式,是在政府宏观调控下,充分发挥计划调节的主导作用,辅以市场调节,使二者有机结合起来的卫生资源配置方式。计划调节和市场调节各有其优点和缺点、功能和适用范围。只有将两者有机结合,才能够充分发挥各自的长处,相互补充、取长补短,才会具有更强

的实用性和更广泛的适用范围。

（二）帕累托最优与市场机制

帕累托最优，也称帕累托最适度（pareto optimum），是意大利经济学家和社会学家维尔弗雷多·帕累托于 20 世纪初提出的资源配置最适度标准的概念。帕累托认为，当一种资源的任何重新配置，已经不可能在无损于任何一个人的前提下使任何一个人的处境较前变好，换言之，社会已经达到这样一种情况，即任何变革都不可能使任何人的福利有所增加，而不使其他人的福利减少，那么，这时的资源配置状态就是最优的。

帕累托最优条件主要包括这样几条。第一，消费最优化条件，即任何两种商品的边际替代率对任何两个消费者来说都一样大。所谓边际替代率即指每多消费或购买一件（单位）某种商品时，为维持总效用不变而不得不减少消费或购买另一种商品的件数（单位数）的这种数量比率。这是消费者之间配置消费品的最优条件，也叫做最优交换条件，它是使消费者的效用达到最大化所必需的条件。第二，生产最优化条件，即在既定技术水平下，任意两个同一部门生产同种产品的生产者，其两种要素投入的边际技术替代率都相同。所谓边际技术替代率是指在维持总产量不变时，每增加一单位某种生产要素的投入，不得不减少另一种生产要素投入的单位数的这种数量比率。第三，消费和生产同时达到最优化的条件，即任何两种商品的边际替代率同这两种商品对任何两个生产者的边际产品转换率相等。所谓边际产品转换率是指在既定资源和技术条件下，为多生产一单位某种产品而不得不放弃生产的另一种产品的单位数的这种数量比率。只有同时满足这 3 个条件，才能达到资源的最优配置。

正像帕累托所指出的，在完全竞争的条件下，由市场供求形成的均衡价格，能够引导社会资源作有效率的配置，使任意两种商品对于任意两个消费者的边际替代率相等，任意两种生产要素对于任意两种商品的边际技术替代率都相等，而且任意一个生产者的边际产品转换率都同边际技术替代率相等，从而达到任何资源的再配置都已不可能在不使任何人处境变坏的同时，使一些人的处境变好的所谓帕累托最优状态。

总之，在一个充分竞争的经济环境中，通过市场机制，可以达到资源的最优配置。

（三）市场机制及其功能

一般地说，市场机制就是由价格、供求、竞争等结构要素组成的互为条件、互为因果的有机制约体系，是一个由价格机制、供求机制、竞争机制等共同构成的机制系统。价格是市场机制的核心，是竞争的工具；供求是市场机制的根基，价格和竞争的作用都离不开供求这种变化；竞争是市场机制的动力。总之，价格、供求、竞争有着内在联系，三者总是交织在一起共同发生作用。市场机制的

作用,实际上就是价格、供求、竞争三大要素的相互制衡,最终形成市场供求均衡和均衡价格,使供求双方都得到最大满足,社会资源配置在均衡点上发挥出最大效益。作为卫生服务市场,由于其产品存在特有的属性,因而决定了卫生服务市场机制的特殊性。其价格机制表现为,医疗单位通过医疗价格与供求之间互相依赖、相互制约的关系来调节医疗产品生产、交换和医疗市场运行;供求机制表现为,医疗市场供求变动与价格变动之间是一种相互制约的互动过程;竞争机制表现为,各医疗单位为了争夺医疗市场、资金来源、先进医疗技术、技术人才等资源,实现自身经济利益,采取一切合法措施和手段同对手进行较量,其结果是优胜劣汰。此外,在价格、供求、竞争机制下还存在一些具体的市场机制和运行过程,即与竞争机制相联系的风险机制和督导制衡机制及其具体运行过程;与供求、价格机制相联系的工资机制、分配机制、激励机制及其具体运行过程。

市场机制作为市场经济体制的基本调节机制,在经济运行过程中发挥着多方面的功能,概括起来主要有以下几个方面。

1. 联系功能

联系功能是指市场通过商品交换活动把各个生产者、各个商品生产者和消费者彼此联系起来。它包括两个内容。第一,市场是各个商品生产者相互联系的纽带。在市场经济条件下,各个商品生产者由于社会分工而相互分离,市场则把他们彼此联系起来形成社会生产的有机整体。第二,市场是生产和消费的纽带。商品从生产者手中转到消费者手中,发挥使用价值的效用,是通过市场实现的。市场上的供求关系是生产者和消费者经济联系的直接表现形式。

2. 产品选择功能

在市场经济条件下,商品生产者是直接为市场生产的,他生产的产品是否符合市场需要,取决于市场的选择。在不同的市场状态下,市场的选择过程是不同的。在买方市场条件下,市场选择实际上就是买者的选择。这种选择直接影响着生产者的命运,使那些产品价格高、质量和服务差的企业走向停滞和衰落,而那些物美价廉、服务好和不断创新的企业则可以不断发展和兴旺。在卖方市场条件下,市场选择实际上成了卖者的选择。这种选择使那些缺乏活力、经营不善的企业也不担心生存问题,因而不能形成选择的有利刺激效应。这就是说,市场对产品的正常选择功能只存在于买方市场条件下。而卫生服务市场是特殊的市场,在总体上属于卖方市场,因此市场的产品选择功能无法得到充分体现。

3. 收入分配功能

市场价格、利率、工资的任何变动都是对市场参与者收入的重新分配。例如,某种产品价格的上涨,会直接提高生产该产品的企业的收益,同时也会增加使用该产品的消费者的成本或减少其收入;利率的提高,会增加资本贷出者的收入,同时会减少资本贷入者的利润;工资的提高,会增加劳动力供给者的收入,

同时又会提高劳动力需求者的成本,相应减少收入。因此,市场价格、利率、工资的形成变动过程,实际上就是收入分配过程,它像一把双刃剑,调节着不同市场参与者之间的利益关系。

4. 信息传导功能

市场传导信息是使市场经济体制具有较高效率的重要保证。市场传导信息的主要手段是发出价格信号,因而,价格的重要功能之一就是充当信号机,告诉生产者与消费者有关商品和服务的稀缺状况及供求情况的信息。任何经济体制均可分解为决策、信息和动力三大结构。信息结构的特征是它的传输渠道,是纵向传输还是横向传输。横向传输信息是市场机制的本质。在我国卫生服务领域的市场上,价格是政府计划制定的。由于各种原因,政府职能部门并不直接了解各种卫生服务的稀缺情况与供求关系,计划制定的价格不能正确地发挥它应该发挥的横向传输信息的作用,这是造成目前我国卫生服务资源配置不合理的一个重要原因,要求放开卫生服务收费价格的呼声此起彼伏。但使市场价格发挥正确的信息作用也是有条件的,这个条件就是自由竞争,供求双方均可以自由地进出市场,不存在自然和人为的障碍,供求双方均能对称地占有卫生服务的商品信息。如果不具备这些条件,就放开卫生服务收费价格的话,这个价格仍有可能被卫生服务市场上的垄断者所操纵而发生新的扭曲与失真。卫生服务领域市场机制的价格信息功能不健全,存在缺陷与故障。解决的办法有改革政府制定卫生服务收费价格,改项目收费为各种形式的预付制;适当引进市场机制,加强横向传输信息的作用;发挥筹资机构与卫生服务机构协商议价的作用,最后由政府审批。

5. 刺激功能

市场能够提供有效的刺激,促使供求双方采取相应的决策行为,使供方增产节约、提高效率、优化配置,使需方合理使用资金优化消费结构。市场发挥有效地合理地刺激应该具备下列条件。第一,供方当事人必须以追求利润为唯一目标。这就是说,市场刺激实际上就是利润刺激,让市场发挥刺激功能就是让供方当事人以追求利润为其经营活动的唯一目标。卫生服务事业中卫生服务机构能否以追求利润为其经营活动的唯一目标,如果不能以追求利润为唯一目标,在卫生服务领域听任市场机制发挥刺激作用,我们的卫生服务机构会产生何种效果。第二,价格必须是由供求双方协商议定,不受政府干预。在卫生服务领域,由于供方处于垄断或主导地位,需方被动,供求双方信息不对称。因此,政府不能不干预,如果听任市场机制发挥刺激作用,供方必然会诱导需求或创造需求。解决的办法就是要消除市场机制的不良刺激。例如,政府规定大多数卫生服务机构实行非营利经营体制,政府免征各种税金,实行财政补贴等。第三,需方当事人必须是正常消费者,他的行为必须服从于成本与效益的比较。如果成本很高,效益递减,他就应该停止购买行为。如果需方当事人享受公费与劳保待遇,丧失或弱化

了进行成本与效益比较的选择意识,市场价格的刺激是产生了,但反应不灵敏,效果并不合理,不能优化消费结构。解决的办法是制定收费价格不按全成本价格,按接近可变支出的直接费用定价;组建社会化的健康保险事业,使消费者拥有强大的代理人,能与医疗机构分庭抗礼,从而平衡供需关系。

6. 结构调整功能

结构调整指调节产品结构、企业结构、产业结构、地区结构、技术结构,使之合理化。市场机制具有这些结构调整的功能。然而,在卫生服务领域,市场的结构调节机制有一定限制度。例如,市场结构调整的以需定销、以需定产方式在卫生服务领域就受到限制。所谓需求,指的是人民群众有支付能力的有效需求,包括群众的支付意愿和支付能力。如果按照人民群众有支付能力的需求来配置卫生资源,安排卫生保健服务的话,那就不可能有普及的初级卫生保健。既然城市医疗保健支付能力强,那就应该在城市多发展大医院,农村支付能力小,那就少发展卫生保健网点,这种按市场机制配置资源的方法显然缺乏公平性。因此,在卫生服务领域不能听任市场机制配置卫生资源,应制定区域卫生规划,按照规划实行卫生服务全行业系统管理,统筹规划配置卫生资源。

综上所述,市场机制的基本功能在卫生领域受到一定的限制。现代市场经济有市场机制和政府宏观调控机制,我们应该深入探讨这两种机制,使上述两个运行机制在卫生服务领域更有效地结合起来,发挥合理有效的调控作用。

二、卫生服务市场机制的运用

卫生服务领域中引入市场机制的主要目的是提高效率,卫生领域中引入市场必须创造市场机制可以发挥作用的条件,并利用政府干预纠正卫生领域中的市场失灵现象。所以引入市场机制是有条件的引入,是在政府干预下的引入;卫生领域中所提到的市场是政府干预下的市场,不是自由市场,也不是市场化。我们以下从卫生筹资、卫生服务提供及经营管理三方面讨论市场机制的作用。

(一) 卫生筹资中市场的作用

卫生筹资(health financing)中利用市场机制就意味着将个人付费作为筹集卫生资金的手段之一。这里有3个问题:一是决定是否收费;二是决定收多少费;三是如何收费。发展中国家与发达国家相比,前者更趋向于提供免费或低价的卫生服务。在博茨瓦纳、布隆迪、莱索托、巴基斯坦、菲律宾和卢旺达等国家,病人支付的一次门诊费用仅相当于人均日农业收入的1/3;在布基纳法索、马拉维和厄瓜多尔等国住院服务是免费的。这些免费或低收费提供卫生服务的国家都面临着3个基本问题:①对高效率公共卫生项目投入不足。由于政府试图包揽一切,而政府的财力又及其有限,资金需要同实际投入之间有相当大的短缺。②资源的浪费。由于服务是免费的,人们倾向于多利用服务和药物并造成基层医

院床位与医生的利用不足,而大医院看病难的矛盾,这些都会造成资源的浪费,影响卫生资源的使用效率。③资源分配不公平。尽管政府提供免费的服务,但不公平的现象依然严重,城市居民所占有的卫生资源是农村居民的5倍之多。高收入者往往比低收入者从低收费中获得更多的好处。例如,在印度尼西亚,占人口40%的较低收入者,只能获得国家卫生投入的19%。为了解决这些问题,许多国家已经将收费和卫生服务价格改革作为重要的卫生改革政策之一。变免收费为收费及提高收费标准,有利于解决以上3个问题。首先,收费可以筹措到更多的资金,加强医院的成本回收能力,政府可以将资金重点投入到高效率的公共产品和准公共产品及必需消费品的卫生服务中去;其次,收费可以减少人们过高的不必要的需求和药物的浪费,同时用大医院价格高于基层医院价格的办法分流病人,达到提高效率的目的;最后,收费和提高收费标准可筹集资金,使政府拿出更多的财力支持农村卫生事业的发展,同时利用高收费的办法,解决卫生服务分配不公平的问题。关于收费高低没有统一的标准,1987年世界银行提出的原则是按边际成本收费,世界银行认为,按照边际成本收费既可以收回成本,又能提高技术效率。当然,是否按边际成本收费仍然是一个需要深入研究的理论问题。

我国自20世纪80年代开始进行医疗成本核算,20世纪80年代中期开始进行卫生服务价格的研究,到20世纪80年代末期开始上调卫生服务价格,并提出了实现按成本收费的卫生服务价格改革目标。实现按成本收费是就总体而言的,为了提高效率、增进公平,对不同的服务、服务对象及服务提供者应区别对待。表5-1列出了对卫生服务筹资原则的建议。从表中可以看出,为了提高效率,对公共产品和准公共产品应采用公共筹资的办法,其余卫生服务均可不同程度地利用个人筹资;对特需卫生服务、低疗效卫生服务采用高标准收费或按有管理的市场价格收费;为了提高公平程度,对高收入者和有保险者采用较高收费政策,而对低收入者和无保险者采用低收费政策。如果私立卫生机构提供基本医疗,应实行计划价格;如果提供特需医疗,可以采用有管理的市场价格;为了降低就医的间接费用,合理分流病人,鼓励就近就医,对基层医院实行低收费而对高层城市医院实行高收费政策。在筹资中引入市场机制的另一问题是在社会健康保险制度的改革中如何决定保险的享受范围和程度。享受范围是说哪些服务包括在保险范围内,哪些不包括在内(需自费);享受程度是指在享受范围的服务中,个人支付所占的比例,个人支付的比例越小享受程度就越高。各国社会健康保险的经验表明,使受保者享受全部的服务而且全部服务都靠公共筹资是不经济的(效率不高),也是不现实的。为了提高卫生资源的使用效率,社会健康保险最好只提供那些高效率的、必需性的卫生服务,而将特需性服务排除在外。为了避免道德损害导致的过多的利用,还要采取共同支付的方法限制需求、减少浪费。社会健康保险的享受范围和享受程度如何确定,可参照表5-1中提出的对卫生服务收费原

则的建议。许多国家将私立健康保险作为补充性的卫生筹资措施。例如,英国是以公共筹资为主的国家卫生服务制,但英国允许发展私立健康保险作为国家卫生服务制度的补充筹资方式,其主要思路是:国家尽管不能免费提供高效率的、基本的卫生服务,对于那些特殊的、成本很高的、没有良好疗效的服务,国家将限制免费提供;为了满足具有支付能力的居民的需求,可以发展私立健康保险,使他们在享受社会健康保险的同时,也能享受到自己出钱加入的私立健康保险。这样既能保证基本医疗的公平可及性,又能增加人们的选择机会。目前我国尚未广泛开展商业性健康保险,随着经济的发展,单靠社会健康保险是不能满足大众需求的。在这种情况下,引进市场机制,允许在区域卫生规划的指导下,开展商业性健康保险,也是卫生筹资中引入市场机制的措施之一。

表 5-1 对卫生服务筹资原则的建议

服务、对象、提供者	免费	计划价		市场价	目的和作用	
		低收费	高收费		公平	效率
公共物品性服务	★					★
准公共物品性服务	★	★				★
必需性卫生服务		★	★		★	★
特需性卫生服务			★	★		★
高疗效卫生服务		★				★
低疗效卫生服务			★			★
基本卫生服务		★			★	★
对高收入者			★		★	
对低收入者		★			★	
对有保险者			★		★	
对无保险者		★			★	
私立卫生机构				★		★
公立卫生机构		★	★		★	
基层卫生机构		★			★	★
城市卫生机构			★			★

2000 年世界卫生组织将卫生筹资的公平性作为卫生系统的目标之一。筹资公平性 (fairness of financing) 即每一个国家都有相应的卫生投入,个人或家庭对卫生的投入应当按照其收入水平和支付能力而定,而不是根据其获得的服务成本来确定。衡量卫生筹资是否公平应从 3 个方面来看:一是政府补贴如何分配和使用;二是卫生服务项目或保险覆盖了哪些人;三是疾病风险是如何分担的。公

平性要根据人群的公共期望和卫生系统的筹资机制来确定。建立抵御疾病风险基金,风险基金建立的前提是健康的人群为非健康人群保健做出贡献,这样患病的人群可避免疾病和经济的双重危害。风险分担是指每个人的贡献不一定相同,贡献的多少要根据其经济实力或收入来确定,经济状况越好其贡献越大。简而言之,筹资的公平性就是当家庭成员患病时避免出现贫穷。

(二) 卫生服务提供中市场的作用

世界上不少国家在卫生服务提供(health service provision)系统中实行私有制,还有些国家采用了公有制和私有制并存的卫生服务提供模式,大多数国家在卫生服务筹资系统上采用公共筹资和个人筹资相结合的方式。

私有制基础上的市场经济是老牌资本主义国家创造出来的经济模式。当我国走上市场经济的道路以后,就将公有制同市场经济联系起来,形成了公有制基础上的市场经济,即社会主义市场经济。然而,纯粹的国有制和纯粹的私有制是少见的,老牌资本主义国家也有国有制的成分,社会主义国家也有私有制的成分。改革开放以来,我国私营企业的发展已初具规模,国家对私营企业的发展持支持态度。近年来我国个体医生、私立医院等有了较大的发展。国家采取的政策,是在符合区域卫生规划要求,合理配置卫生资源的前提下,发挥个体办医的补充作用,这不能仅从经济角度上考虑私立卫生部门未来的发展如何,而应重点考虑其经营方向和社会效益,即是否以最小的成本生产出一定的符合人们需要的产品与服务,以及是否比公有制卫生部门有更高的生产效率、更好的治疗质量和服务质量。应当在目前公有制的主体上,正确利用私营卫生部门,要及时恰当地通过法规来规范它们的行为,使其合理收费、避免诱导、合理布局,否则就不能达到提高效率的目的。

在卫生服务提供方面,可以借助市场作用的是在以需要为导向的前提下,研究有支付能力的卫生保健需求与供给的平衡,并以此来制定卫生规划。卫生规划制定的基础有两个,一个是人们的健康需要,另一个是有支付能力的卫生服务需求。以需要为基础的卫生计划是根据居民的发病与患病情况,由疾病流行学和卫生经济评价技术、以成本有效性为序来判定基本的、必需的卫生服务量来制定人、财、物的计划提供量。以需求与供给平衡为基础的卫生计划是根据以往居民对卫生服务的实际利用量来计划未来卫生资源的配置量。后者假定过去居民对卫生服务的利用是合理、有效、公平的,不需要按照新健康观、卫生革命新形势、居民疾病变化新模式、初级保健新策略等做出调整与改革。国家可以在长期健康发展规划的指导下利用需求与供给综合平衡的计划方法制定短期的实施计划。

在理想的情况下,居民的卫生服务如果需要可全部转化为需求,需求又可以通过对卫生服务的实际利用得以实现,这种情况下,按需要和按需求作卫生服务计划没有任何区别,因为居民的需要等于需求,然而实际情况绝非如此。在通常

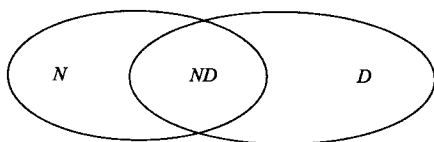


图 5-2 卫生服务需要与需求的关系

情况下，卫生计划与规划的专家认为有获得卫生服务的需要但由于认识或支付能力的原因居民不一定有这种需求；居民的实际需求有些是符合需要的，有些是不符合需要的。如图 5-2 所示，左边图形表示居民的卫生服务需要部分，右边图形表示居民对卫生服务的需求；两图相交部分（ND），表示需求正合需要的部分，这部分称为满足了的需要或称有效需求；左图减去有效需求剩余的部分（N）称为未满足的需要；右图减去有效需求剩余部分（D）称为无效需求，即不合需要的需求。从根本上讲，卫生计划的目标之一就是计划如何使居民通过有效的卫生服务需求来满足卫生服务的需要，理想的目标是使 $ND/N = ND/D = 1$ ，在这种情况下，全部的需要都得到满足，全部的需求都是有效需求，这就实现了卫生资源的有效使用，提高了卫生服务的效率。所以，为了提高卫生资源的使用效率，减少无效需求，同时也减少未满足的需要，在卫生计划的过程中，必须以居民健康发展需要为导向，同时考虑需求与供给的平衡。在社会主义市场经济的今天，我们在卫生服务计划中，要以居民健康发展需要为导向，同时考虑需求与供给的平衡，使需要的满足率（ ND/N ）和需求的有效率（ ND/D ）都得到提高。

（三）卫生部门经营与管理中市场的作用

在卫生机构的经营与管理中引入竞争机制是利用市场作用最主要的措施。在医院补贴一定的条件下，如果服务价格变动大于成本，医院获得营业剩余的能力取决于医院竞争的能力。要想通过竞争抢到顾客（病人），多提供服务以降低成本，医院必须减少浪费、提高质量，同时还可以通过降低服务价格的方法来吸引更多的病人。另外，为了降低成本，医院还可以进行技术革新，加强对固定资产的利用，通过加强管理等手段减少浪费。因此，引入竞争机制有利于提高社会卫生资源的使用效率。因此，在管理卫生事业的过程中，卫生决策者应能利用政策措施，为卫生服务部门创造竞争的环境和条件，通过合理竞争提高卫生服务的经济效率。

要在卫生领域中引入竞争机制，使卫生服务单位成为独立的经济实体，将其经营状况同单位的利益和职工的利益联系起来，其具体措施有 4 个方面。第一，分权经营，以项目竞争的方式获得政府的资助（如计划免疫，初级卫生保健），改变常规拨款的方式。第二，加强消费者对卫生服务的理性选择。消费者由于缺乏医学知识，往往不能做出理性选择，因而不能有合理的竞争，以下方法可以增强消费者的选择性：一是要求医院对主要卫生服务项目明码标价，建立医疗服务项目收费宣传栏，让消费者尽可能充分地了解各种具体服务项目的价目；二是政

府部门负责报告各医院的实际病种及一次就诊的费用,以及报告卫生服务质量评审结果;三是让掌握信息的医生或组织代替病人选择,如英国通过全科医生为病人购买专科和住院服务,促使保险部门和医院的竞争。第三,改革对医院和医生的付费方式(如改为按人头付费和按病种付费等),取消医生和医院靠需求诱导赚钱的经济机制,而代之以靠提高质量,降低价格来争取更多消费者以提高自身的盈利能力。第四,选择定点医疗卫生机构,这样可引导卫生服务提供者的竞争,通过竞争提高自身效率和质量,以获得定点机会。

总之,在卫生筹资、卫生服务提供及经营管理中都可以运用市场机制,但市场机制的引入是有条件的。正像有人所说,卫生领域中的市场就像一种游戏,而每种游戏都需要有一种规则,也就是说没有规则,市场机制在卫生领域中是不能有效地发挥作用的。要引入市场机制,就要同时加强管理,为引入市场机制创造条件。卫生服务中的市场是管理下的市场,是计划下的市场,决不是自由市场。在引入市场机制的同时,放松对卫生部门和单位的管理是错误的。

第三节 政府在卫生服务中的作用

市场经济和市场调节机制是人类社会有史以来建立的最有效的经济运行机制,因为它能有效地推动社会经济的发展。但是,市场调节是只“看不见的手”,它对经济的调节具有自发性、滞后性、分散性等局限性,因而市场调节不是万能的。它对于宏观经济的总量平衡、结构优化、公平竞争、公平与效率关系等问题要么显得无能为力,要么具有较大的负面影响。这些消极因素会伴随经济总量的增长和社会经济活动社会化程度的提高而日益严重,给社会经济的发展造成不利的影响或严重的损害。因此,现代市场经济都是在政府宏观调控下运行的市场经济,即在发挥市场机制的基础性调节作用下,同时发挥政府宏观调控这只“看得见的手”的作用,以弥补和纠正市场调节的局限性。可见,政府职能作用的正确发挥,对保证市场经济的健康发展具有重要意义。

一、市场失灵

市场失灵(market failure)是与市场功能相对应的概念,指市场机制不能或难以实现资源的有效配置。市场失灵通常指下述两种情况:一是指市场机制的调节结果未能使市场经济本身正常运转,反而导致了经济的失衡和混乱;二是指在某些领域或某些情况下,市场机制不能很好地发挥其优化资源配置的功能,或根本就不能发挥这种功能,反而成为优化资源配置的某种阻力。例如,在卫生服务领域一味强调市场机制的作用,淡化政府宏观调控的功能和作用,就会使卫生服务的提供者忽视公共产品、预防保健、基本医疗服务的供给,追求利润最大

化,从而导致市场失灵。

(一) 市场失灵的原因

在社会主义市场经济条件下,市场机制对资源配置起基础性作用。卫生保健领域利用市场机制的目的是为了实现卫生资源的最优配置(即帕累托最优),要达到资源的最优配置,必须满足自由竞争市场的一些基本假定——经济信息完全和对称、充分竞争市场、规模报酬不变或递减、企业或个人经济活动没有任何外部经济效应、交易成本可以忽略不计、经济当事人完全理性。但是,由于市场机制的局限性,在卫生保健领域,这些最重要的假定条件却没有得到满足。

1. 经济信息的完全和对称不可能

经济信息的完全和对称指买卖双方对交易的内容、商品的质量和衡量标准有完全充分的了解和对称的知识。在卫生保健领域,虽然允许广告宣传,但消费者仍缺乏对自己疾病的治疗诊断、处置需要、不同提供者的质量方面的信息。在卫生服务市场里,消费者由于缺乏医疗保健等知识,往往不能完全判断自己是否需要医疗服务,以及医疗服务的数量和质量。决定医疗服务数量和质量的是掌握专门知识的医生。这种供需双方信息不对称(asymmetric information),使得消费者处在一种被支配的地位。

2. 充分的市场竞争不可能

当每个经济当事人只能被动地接受市场价格,按价格信号决定自己的生产与消费,而不能以任何手段操纵价格时,这样的市场是充分竞争的市场。例如,由于农民摊贩的竞争,市场中不会发生乱开价、乱抬价的现象。在卫生保健领域,虽然政府计划定价,可以防止医生乱开价、乱抬价,但是,由于种种原因,医师乱开价乱收费的现象仍然时有发生,而且,目前实行医疗服务项目收费,患者不能事先知道自己购买的医疗服务总价格。虽然一次挂号、一项诊断、一包药品的价格是计划价格,但每门诊人次收费水平,每住院病人收费水平却可以受到不良行为的操纵。

3. 市场准入的障碍

在自由市场机制下,医生为了求得个人收入的最大化,当需求大于供给,卫生服务价格提高时,医生能迅速自由地进入市场,由于医生的竞争和供给的增加,卫生服务的价格会下降,而且提供者之间的竞争还会使服务的质量提高。而实际上,在卫生服务领域中,由于受到行医执照的限制,卫生服务的提供者不能自由进入市场,结果已经具有行医资格的人可以利用自己的职权垄断获得超额利润。

4. 规模报酬递减或不变的假设在卫生领域不存在

规模报酬递减或不变的假设是指随着市场规模的增加,产品的单位成本只会不变或增加,不会减少。因此,增加产量不会增加收益。例如,卖菜的农民菜摊

子再大,只会增加成本,不会增加效益。在卫生保健领域,医院增加床位,增加住院日,重复多次就医,多开药品,如果只增加医院成本,减少医院收益,那就具备了最优配置资源的条件。但事实上,医院这样做的目的是为了增加收益。

5. 企业与个人的经济活动没有任何外部经济效应的假设不存在

企业与个人的经济活动没有任何外部经济效应是指经济当事人的生产与消费行为不会对其他人的福利造成任何有利或不利的影响。在卫生保健领域,外部经济效应到处都有,预防接种利己利人,传染病的防治,如结核病的防治,可以控制传染源,利己利人。

6. 交易成本可以忽略不计的假设不可能实现

交易成本可以忽略不计是指人们可能相互达成自愿交易协议,增进彼此的福利。在卫生服务领域,交易成本是大于零的。消费者到医院看病,就和医院产生了交易,在这个交易过程中,交易的对象要寻找、交易的监督要实行、解决交易纠纷的安排要设立,违约行为要制裁、交易秩序要维护,这些活动都是有费用的,这就是交易费用。近年来,医疗纠纷的增多导致交易费用迅速上涨。由于信息不对称,消费者购买了伪劣药品导致健康受损,是消费者付出的额外成本。

7. 经济当事人完全理性的假设不可能实现

经济当事人完全理性是指个人在做出经济决策时,总能符合最大限度增进自己福利的目的。但在现实生活中经济当事人并不一直都是完全理性的。在卫生服务领域,由于消费者缺乏足够的信息而不能拥有主动权,也不能做出理性的选择。消费者(病人)在身患疾病的情况下,除了挂号就诊之外,根本不知道应该利用什么服务,病人对卫生服务的质量也没有准确的判断力,同时病人往往缺乏对卫生服务价格的了解,因此,病人在利用卫生服务时,不能对其支付的费用和获得的效益做出正确的估计,因而也不可能通过理性地选择,实现消费者效益的最大化。

(二) 市场失灵的范围和程度

市场经济学认为,市场机制虽然是经济活动的重要调节机制,但市场机制不是万能的。市场机制在一定范围内和一定程度上存在着失灵。

1. 市场功能局限

所谓市场机制的功能具有局限性,是指在满足一切理想条件,从而市场机制能够充分发挥作用的情况下,市场对一些经济活动仍然无能为力。在卫生领域,市场机制的局限性突出表现在这个机制不能解决卫生服务分配不公的问题,不能解决人人享有卫生保健的问题,不能解决因病致贫、贫病交加的恶性循环。这个局限性是市场机制固有的,是无法克服的。

2. 竞争不全

现实的市场不是完全竞争的市场,使市场的作用离开最优状态,因此发生市

场失灵。日本学者称由市场的不完全性而引发的市场失灵为市场缺陷。由于市场的不完全性具有经常性、大量性的特点,而完全竞争不过是理论家的想象。所以,这种市场缺陷是无法克服的。

3. 市场不完善

市场不完善包括两种情况:一是市场不发育;二是市场在运行过程中发生功能障碍,这就会使市场的功能不健全或遭受破坏而发生市场失灵。市场经济学认为,由于市场发育不全而引起的失灵是可以通过完善市场环境、减少政府干预加以克服。市场在运行过程中发生功能障碍,在卫生服务领域表现为垄断。垄断扰乱了市场秩序,导致不公正、不公平的竞争。这需要政府制定市场管理办法,加强政府干预来加以克服。

(三) 市场失灵的主要内容

市场失灵的主要内容具体表现在以下几个方面。

1. 市场机制不能解决宏观总量的平衡问题

自从凯恩斯的理论提出之后,现代市场经济学普遍认为,没有理由认为仅仅通过自由市场机制的自动反应就可以实现总需求与总供给的均衡。这就是说,宏观总量的失衡本身就是由市场失灵造成的,宏观总量的失衡反过来又会破坏市场机制的正常运行,造成更为严重的市场失灵,陷入宏观总量失衡和市场失灵的恶性循环。例如,市场机制不但不能制止通货膨胀,反而它的正常运行要以通货膨胀的制止为前提。在卫生服务领域也是如此,不能指望依靠市场机制就能够实现卫生资源的拥有量与卫生服务总需求之间的总体平衡。这个总体平衡只有依靠政府制定区域卫生规划并由政府业务主管部门实行全行业系统管理才能加以实现。

2. 市场机制不能解决长期发展问题

市场机制不能解决长期发展问题的原因包括3个方面。一是市场机制无法预测未来的经济变化。在市场上,价格显示的只是当前商品和各种生产要素的相对稀缺性,而并不能表明在未来各个时点上商品和各种生产要素的相对稀缺性,从而不可能导致资源的长期有效配置。二是市场机制无法掌握未来复杂的需求结构,从而不能保证未来的生产结构与需求结构的平衡。三是市场机制调节具有短期性特征,所以它无法解决长期问题。卫生服务领域也是如此,所以政府必须继续承担中长期卫生计划的任务。只不过这个计划的实现主要不是靠指令性计划,而是通过信息预报、项目预算、行业管理、立法控制、价格引导,实现指导性的区域卫生规划。

3. 市场机制不利于产业结构的调整

市场机制不利于产业结构的调整主要表现在。一是不利于实现产业结构的平衡,如仅靠市场机制不利于文化教育卫生等公共部门的发展。二是不利于实现产业结构的优化或高级化。单靠市场机制无法实现产业结构合理化的根本原因在

于,一方面是由于垄断和非垄断因素造成的资源流动的困难,大大限制了市场机制对产业结构合理化的调节作用;另一方面仅靠市场机制调整产业结构需要付出很高的成本,因为市场调整结构是通过兼并和破产来实现的,这不可避免地伴随着资源的浪费和破坏。三是对于新兴工业来说,起初它的生产效率低而成本高,这时单由市场调节就可能使它窒息或延缓它的发展,从而不利于产业结构的高级化。因此,现代市场经济国家,无不依靠政府的作用推动上述各有关行业的发展,其中就包括健康保障与卫生保健事业的发展。

4. 市场机制不能正确调节公共产品的生产和有效利用

公共产品是指那些在消费中不具有排他性特征的物品,如国防、社会治安、科学技术、机场、铁路、运河、供水、供电等部门,其产品或服务为公众所共享,具有不可分性、非竞争性和非排他性的特征。由于公共产品多为投资大、利润少、风险大的长期发展项目,如把它变为由市场组织或承担,必然会产生不足,进而影响社会资源的总体开发、利用程度和福利水平。因此,对于公共产品,市场机制是失灵的。在卫生服务领域,像卫生防疫等社会公益性很强、具有较高经济效率的公共产品的生产和有效利用,市场机制是无法调节的,从而无法实现资源的优化配置,这就必须通过政府的职能才能实现。

5. 市场机制调节难以解决外部效应问题

所谓外部效应是指一个人或一个厂商的活动对其他人或其他厂商的外部影响,或称“溢出效应”。外部效应分为正外部效应和负外部效应两种。例如,卫生服务给卫生服务的使用者带来直接的好处,同时又给卫生服务的非使用者带来间接的好处。暂且不提传染病的防治,就是非传染病的防治,受益者也不仅限于病人个人。家属、亲友、企业单位、社区乃至国家、民族都可以从疾病防治中受益,而且世代继承下去。民强才能国富,疾病防治是整个社会的健康投资,这就是卫生服务的正外部效应,或公益性外部效应。还有负外部效应,或公害性的外部效应。例如,大气污染、水污染、医源性疾病、药源性疾病、不良的卫生习惯、急性传染病的流行、吸烟与被动吸烟、酗酒、吸毒、交通事故等,都能带来负外部效应。社会为了获得最大的经济效果,应该鼓励那些能够带来正外部效应的活动,限制或制止那些可能带来负外部效应的活动,但靠市场机制难以达到上述目的。因为外部效应的存在,使社会利益和私人利益发生了不一致。发生正外部效应时,给社会带来利益,个人却不能得到报酬,私人利益小于社会利益;负外部效应给社会带来危害,但个人却又不必为此支付补偿损失的费用,私人利益大于社会利益。这种情况下市场机制无能为力,除了卫生服务是典型有外部效应的领域外,教育和职业训练、基础科学研究也是如此。

6. 市场机制难以调节自然垄断部门的发展

自然垄断部门是指这样一些部门,即其规模经济已经达到这样的程度,以致

从社会的角度看,若不把所有的生产集中在一个企业就会形成很大的浪费。煤气、电力、电话和邮政事业是这种自然垄断中最普遍的例子。在自然垄断的情况下,垄断者凭借自身的垄断优势,往往使产品的价格和产出水平偏离社会资源最优配置的要求,从而影响市场机制对经济的自发调节作用,降低了资源的配置效率。卫生服务领域里也不乏这类例子,如CT、核磁共振、大型专科病房、三级高层次医院等,市场机制很难发挥作用,无法阻止垄断的形成,使资源配置处于低效率状态。

7. 促进技术进步不能单纯依靠市场机制

市场机制对技术进步的促进具有重要的推动作用,但在促进技术进步的某些方面或领域,市场机制也会发生失灵。例如,在以高新技术为基础的大规模的研究与发展投资、需要经过较长时间才能取得经济效益的基础研究、卫生服务领域中某些基础科学等,不能单纯依靠市场机制。

8. 市场机制调节会导致收入分配不公平

市场不能解决社会公平问题,造成“市场失灵”。竞争和优胜劣汰是市场经济的基本法则,是市场经济具有生命力的重要原因。但在市场经济中,效率和公平往往不能实现统一。每个人的收入是由他进入市场前的财产状况、所受教育和训练程度、能力大小等决定的。这样,由于每个人的起点不同,利用市场机会的能力也不同,从而导致分配结果的巨大差异。收入分配的贫富不均、两极分化,是市场经济发展中不可避免的问题,它会制约社会发展,加剧社会矛盾。因此,单靠市场机制是不能解决社会公平问题的。卫生服务是一个由公平原则占主导地位的领域,人人享有健康与保健的权利,就是公平原则,卫生服务要为人民的健康保障服务,特别是为老年人、丧失劳动能力的病人、妇女与儿童服务,对这些易受伤害的人群的关怀与照顾是无法以市场机制为调节手段的。

综上所述,正确认识市场的功能及其失灵,是正确理解市场机制作用的前提。在卫生服务领域,市场失灵是大量的、普遍的,在许多情况下是无法克服的。因此,只能适当地引入市场机制,利用它来调动医务人员的积极性,作为对政府宏观调控的补充,而决不能盲目地不加分析地鼓吹市场化,被市场机制的某些貌似合理的现象蒙蔽。

由上可见,从卫生服务部门的具体情况和特点出发,公共卫生服务一般要作为公共产品,不宜对其进行商品化、市场化。对预防保健机构开展的部分有偿服务,在服务内容、收费标准、组织形式、收入的使用与分配等方面,政府要严格管理。对卫生服务市场的运行,要强调政府调控和市场调节相结合,而不宜片面宣传改革就是市场化。其中,对基本医疗服务,不能主要依靠市场机制进行自发调节,这样很容易导致卫生服务市场机制的失灵或被扭曲,引起资源的不合理配置和使用上的浪费。卫生服务市场的正常运行内在地要求搞好政府的计划、规

划、调控、监督和管理,但这种管理必须建立在对市场机制运行条件的全面和正确认识的基础上,不能违背客观规律。特种医疗服务,原则上可以放开价格,搞市场调节,但在特种医疗服务的界定和实施范围、收费标准、质量控制等方面,也要搞好政府管理,使之有章可循,有法可依。就医疗卫生部门的总体而言,其运行机制是规划导向的,而不是市场导向的。应以政府调控为主,市场调节为辅,它们两者具有互补性,但不具有相互替代性,任何一方都不可能替代另一方。至于两者结合的范围、程度和形式,则要视不同服务领域的具体情况而定,不能一刀切。

二、政府对卫生服务的宏观调控手段

(一) 政府作用的必要性

市场最优资源配置基本定理失效,就是因为它的基本假设常常不能成立,单靠自由市场机制达不到资源的最优配置,这是政府干预市场运作的理论依据,也是市场经济条件下政府职能的出发点。政府作为社会公共利益的代表,有义务在市场运作效果不合乎公共利益的情况下,伸出“看得见的手”进行宏观调控。

除了市场失灵之外,政府宏观调控的另一个理由是所谓“合成谬误”现象所引起的市场经济宏观失控。有些事情,从微观上看都是合理的,但如果人人都这样办,在宏观上一合成,就会发生危害社会的结果,如各式各样的投资热、建房热、各种各样的CT大战、核磁大战等。政府给医院一些微观性的政策,医院有了这些政策往往各自发展,使卫生总费用失控,就是“合成谬误”的例证。这时候,政府就应伸出“看得见的手”进行宏观调控。

政府调控经济能够优化资源配置。政府运用因时制宜的宏观经济政策能有效地调整总供给和总需求,弥补市场不足,使社会资源得到充分的利用,协调社会成员的利益,增进社会福利,促进经济持续稳定地发展。

1. 政府承担着组织改革、培育市场主体、促进市场发育的任务

中国的社会主义市场经济是在政府的规划和引导下进行的,在传统的计划经济向市场经济转轨的过程中,原有的管理体制已不适应且无力管理市场经济中出现的問題,新的与市场经济相适应的管理体制和法律体系又不完备,因此,政府要不断地根据改革进程中出现的新问题和新情况,调整改革的方案,制定与市场经济相适应的法律法规体系,规范市场行为、保护消费者利益,逐步建立起全国统一开放的市场体系。

2. 政府干预市场经济活动,纠正市场失灵

政府通过宏观调控调节总供给和总需求。政府运用直接投资的方式增加社会总供给,调整产业结构。政府采用计划引导、财政金融手段调节总需求和物价水平,抑制通货膨胀,保持宏观经济的均衡,实现经济结构的优化和高级化,促进

国民经济均衡稳定地发展。政府运用行政、法律和经济的手段治理污染、保护环境,消除有害的外部性,提高社会成员的整体利益。政府使用法律和行政手段,反垄断、反不正当竞争,维持市场的竞争秩序,改进市场效率。

3. 政府提供公共产品

政府担负着国防、公安、市政建设、文化科技、卫生教育等公共领域的任务,这些任务是私人不愿意或无力承担的,政府提供这些公共产品,有利于降低市场经济主体的成本、改善社会成员的利益,维护社会稳定。

4. 政府要保持社会分配的合理性、公平性

市场机制会促进收入差距扩大化,为了避免这种缺陷,政府要制定合理、有效的收入分配政策,调节社会成员的收入水平。同时,要建立社会保障体系,保障低收入阶层的生活,以维护社会公平和社会稳定。卫生事业宏观调控政策要有利于面向公共卫生、面向基层、面向农村,特别是面向农村贫困地区。

(二) 政府对卫生服务市场的宏观调控

十几年来,由于在卫生部门强调要搞好经济管理,学会按客观经济规律办事,由于卫生服务市场的特殊性,必须正确认识和注意发挥政府宏观调控(macro control)市场的作用,注意适应市场和机制,市场补偿的份额增加了,市场作用的力度增大了,这使一些人觉得,卫生改革就是搞市场化,充分发挥市场的作用,同时逐步缩小政府的作用,因而出现了一种忽视政府作用和摆脱政府管理的倾向,这是不妥的。的确,在原有卫生体制下,由于政府包揽一切,造成医院吃国家大锅饭的局面。通过体制改革,下放权力,改变了经费管理办法,扩大了医疗卫生机构经营管理的自主权,政府不再对医院包办代替。从这一方面来说,政府作用的相对缩小是必要的、正确的,因为政府本来就不应包办一切,去管那些既管不了又管不好的医院经济活动的具体事务。但针对卫生部门的特殊性所引起的市场失灵,又必须加强政府的调控与管理。从这方面来看,包括卫生主管部门的政府机构,应负起更大的责任,发挥更大的作用。政府对卫生服务市场的宏观调控主要表现在以下6个方面。

1. 建立健全医疗保障制度

为适应建设社会主义市场经济体制的需求,建立健全医疗保障制度,就要转变传统观念,即认为政府卫生主管部门只管卫生服务的供给,至于医疗资金的筹集、医疗费用的支付等涉及医疗制度的事务,那不是卫生部门要管和管得了的事情,甚至认为医疗制度是束缚医院的这种观念。应指出,这种观念已经过时,因为如何搞好医疗保障制度是建立社会主义市场经济体制这一课题必须解决的问题之一。医疗保障制度本来就不仅是劳动部、人事部、国家体改委、民政部等部门的事情,也是卫生部门的事情。它是保障全国人民身体健康的崇高目标,也是卫生部门及其全体员工应当为之奋斗的目标。医疗保障制度要有利于激励医患双方

的责任感,建立对医患双方的约束机制。从卫生服务的提供来说,它作为一种经济活动,不能不讲效率和资源的节约:一方面,医院应该得到合理医疗消耗的补偿,以实现医务劳动创造的价值;另一方面,要求卫生服务提供者负起合理使用卫生资源的责任。这两方面的问题,都只能通过建设科学合理的医疗保障制度,才能得到根本的解决。

2. 搞好区域卫生规划

实践证明,利用市场机制自发调节卫生资源分配,难以实现资源的合理配置与优化使用。各地出现的机构重复建设,对费用昂贵的高技术医疗的追求,如B超热、CT热,以及对防保工作的忽视,都是卫生服务市场失灵的反映。要解决这些问题,还得靠政府的宏观调控,合理分配卫生资源,增加卫生保健投入,加强农村初级卫生保健的建设,并通过制定和实施区域卫生规划,实行对卫生行业的全面管理,从而逐步解决各种盲目发展和重复建设所产生的问题。

3. 合理构建卫生服务市场的运行机制

在卫生服务市场,供方往往居于支配地位,形成某种形式的垄断,垄断又会抑制市场机制的有效运作。因此,政府要合理构建卫生服务的运行机制,逐步建立健全卫生服务市场的法规体系,以促进公平竞争,防止垄断因素的干扰。例如,制定医疗卫生机构条例、行医许可证制度,以规范卫生市场主体的行为和进入规则;规定药品的生产经营制度和颁布医院使用的基本药品清单,以保证药品的安全有效和节约医疗费用等。

4. 实行政府定价,搞好价格管理

卫生服务市场的特殊性要求不宜于放开卫生服务价格,实行市场定价,而是需要实行政府定价。但价格是市场的核心,实行政府定价必须遵循市场机制与价值规律的要求,以实现卫生消耗的合理补偿。政府定价应实行卫生服务收费加国家财政补助等于卫生服务的全额消耗,并有适度的结余的方法,同时根据成本的变化,及时对政府定价进行调整。价格一经确定,就要严格执行,加强价格管理,以防止卫生服务中不遵守政府定价而乱收费、多收费等问题的产生。

5. 掌握一定的资源分配能力

掌握一定的资源分配能力,以实现卫生规划和纠正市场偏差。按照建立社会主义市场经济体制的目标和要求,应通过政企分开,转换企业经营机制,使企业摆脱对政府的依赖,同时使政府解除对企业承担的无限责任,能够集中财力搞好基础设施建设,加强科学、教育、卫生等各项社会事业的建设。随着经济发展和体制改革的逐步推进,政府有必要也有可能逐步增加对卫生事业的投入,以实现人人享有卫生保健。掌握一定的资源分配能力,继续实行并改善对一部分卫生医疗机构的财政补贴制度,是实现卫生规划和纠正市场偏差的必要条件,也是发挥政府调控作用的一个重要方面。

6. 角色和立场的转换

卫生体制的转换,要求政府职能的转换,也要求政府主管卫生工作的部门实现角色和立场的转换。在传统卫生体制下,卫生部只管辖下属的医疗卫生机构及其提供的服务,他不能实行行业管理。由于原来实行的是国家财政拨款和统负盈亏制度,卫生部门所需物资以计划分配取代了商品交换关系,因此就形成了政府与医院之间的上下级关系,政府对医院既保护又束缚,从而自觉不自觉地站在部门的立场看待和处理问题,形成某种程度的部门保护主义。在卫生改革中,卫生主管部门应该代表谁的利益,为谁说话,已经是一个经常遇到的尖锐问题。市场经济体制是追求实际利益的体制,劳动者要取得报酬、企业要盈利,无不谋求实际利益。改革能否成功,在于政府能否站在维护全体人民根本利益和长远利益的立场,统筹兼顾各方面的利益关系,采取相互配套的改革措施。如果卫生部门、医疗保障机构、药品市场企业、医药公司、医院及其职工、就医者等,各从自己的本位利益出发,有利则改、各取所需,那么改革就不会成功。卫生体制改革也是一场革命,需要克服各种障碍,对付势力强大的各种利益集团。因此,在卫生改革中要加强政府领导,注意统筹兼顾各方面的利益关系,做好协调工作,坚持实行整体配套的改革措施,才能取得改革的成功。

(三) 政府作用的局限性

在市场经济中,政府发挥着各方面的经济功能,一个重要的原因是为了纠正、弥补市场机制的缺陷,或者恢复市场的功能,也就是说,正是由于“市场失灵”的存在,才有政府干预调节的必要。然而,市场的作用不是万能的,政府的作用同样也不是万能的。随着政府经济功能的扩大和加强,“政府失灵”现象出现了。政府为了克服市场机制的缺陷所采取的立法、行政管理及各种经济政策手段,在实施过程中往往会出现各种事与愿违的结果和问题,最终导致政府干预经济的效率低下和社会福利的损失。也就是说,政府在力图弥补市场缺陷的过程中,又不可避免地产生另外一种缺陷,即“政府失灵”(government failure)。

“政府失灵”的主要表现及其原因有以下几个方面。第一,政府官员也是经济人。在市场经济中,个人的行为是理性的,其首要考虑的是个人效用的最大化或利润最大化。政府官员同市场经济中的其他人一样,也具有经济人的特征,他们追求个人利益、忽视公共利益,其动机并不必然代表全社会的利益。因此,由他们组成的政府并不比其他机构更为圣洁,往往会产生通过工资外的收入增加个人利益的现象。这样,不仅会使各个政府机构为自己争取尽可能多的财政预算和权力,而且还会使政府决策可能达不到“帕累托最优”,无法实现资源最优配置。第二,政府决策能力的局限性。首先,制定正确的计划和进行正确的干预必须要有充分可靠的信息,但由于信息分布在无数个微观经济主体中,而且每时每刻都有新信息出现,因而政府掌握的信息往往是不完全的,甚至有时是失真的。因

此,政府不可能得出精确的结果,这就使政府决策缺乏科学性。其次,政府调控和决策往往需要巨大的财政能力,但政府的财政能力是有限的,而且要实现公平、人道主义等社会性目标,又没有足够的能力承担目标所引起的成本,就影响了政府干预经济、弥补“市场失灵”的能力。再次,政府调节的作用是有限的,而且各种手段与工具的影响是相互牵制、相互抵消的,无法取得明显效果。最后,政府的各部门都提供某种特殊的劳务,这类劳务供给被政府官员们所垄断,使政府行为缺乏竞争,从而政府官员提供的劳务无须进行成本收益核算,无须追求高效率,因此,与市场相比,政府的效率必然是低下的,致使“政府失灵”。第三,政府干预通常带有主观性。由于政府官员是追求利益最大化的经济人,他们也有自己的偏好和需要,因此,在做出决策时不可避免地要带进主观因素。同时,政府官员通常在若干年内要进行更换,因而,政府干预容易造成目光短浅的短期行为。第四,政府干预易产生“寻租”现象。政府的干预与调节容易形成权力集中,这样会引起许多人为了自身的利益进行行贿、拉关系、走后门、疏通关系等,进行“寻租”活动,使政府对自己形成正效应,避免负效应。这样也会致使一些政府官员腐败、堕落,最终导致政府干预失灵。

在卫生领域中进行政府干预和政府计划的目的是为了提高卫生资源的使用效率和提高卫生服务分配的公平程度,但有效的政府干预依赖于正直的决策者、科学的管理与决策及足够的计划管理能力。克服“政府失灵”,一是要求提高政府机构或工作人员的素质,提高政府的决策、政策或措施的科学性和效率;二是要求建立有中国特色的卫生事业管理体制。在卫生领域中单靠政府的集中计划和单靠自由市场机制都不能达到提高效率和改善公平的目的,政府干预有有利的一面,也有失灵的一面,政府干预的失灵要求市场机制发挥作用,但市场机制同样不是万能药,有它有利的一面,也有其失灵的一面,市场的失灵又呼唤政府的干预。在卫生事业管理中,政府作用与市场机制并举才是现实的卫生体制,只有两者的最佳结合才能保证卫生事业的发展向着效率与公平迈进,才能促进卫生事业社会目标的实现。

思考题:

1. 试分析卫生服务相关市场。
2. 卫生服务可以分为哪几类,它们各有什么特点?
3. 试述卫生服务市场中的市场机制及其功能。
4. 卫生服务市场失灵的原因和主要内容是什么?
5. 政府对卫生服务市场的宏观调控主要表现在哪些方面?

第六章 医疗卫生需求与供给

➤ 教学要求：

1. 掌握医疗卫生需求与需要的概念
 2. 掌握医疗卫生需求的特点
 3. 了解医疗卫生需求与供给的影响因素
 4. 熟悉医疗卫生服务供给行为模式
-

第一节 医疗卫生需求

一、医疗卫生需求的概念

经济学家把人们在一定的时期，一定的价格条件下愿意并能购买的商品或服务叫需求。可见，需求的形成有两个充分必要条件：一是人们的购买愿望；二是购买者有支付能力。如果只有购买的愿望而没有支付能力，或者虽然有购买力而没有购买愿望，都不能产生有效需求，从而不能在市场上发生实际的购买行为。医疗卫生服务是人类赖以生存的一类特殊商品（服务），人们为了得到这种商品（服务）同样也要付出代价。人们一般总会通过利用医疗卫生服务来解决健康问题，那就有了使用医疗卫生服务的愿望，但要得到这种服务还存在一个支付问题。医疗卫生服务同样存在两个充分必要条件，即购买愿望和支付能力，二者缺一不可，否则就不存在有效的医疗卫生需求，也就是说，医疗卫生需求是指居民对卫生保健服务实际发生的有支付能力的医疗卫生服务的接触。

医疗卫生需求分析的目的之一，就是确定通常情况下哪些因素对人们利用医疗卫生服务的影响最大。我们虽然不可能就每一个人对医疗卫生服务的利用情况做出完整的解释，但是，我们可以对其中某些对于大多数人来说的重要因素加以分析。需求分析就是试图找出那些对人们愿意购买多少医疗卫生服务影响最大的因素，以解释在不同人群及地区之间医疗卫生服务利用的变化。并且，我们可以对每一影响需求的因素加以预测，从而准确预测未来的卫生服务利用情况。

二、医疗卫生需求与需要

（一）医疗卫生需要与需求在含义上的区别

在讨论医疗卫生需求问题时，人们常常把它与医疗卫生需要混为一谈。严格来说，两者在经济学上的含义是不同的。需要是指人们对某种物品或服务的一种欲望和意愿。需要的产生有两个条件：一是人们对某种物品有缺乏的感觉；二是对该物品又有满足的愿望。例如，某人缺两颗牙，生活不方便，感到应该装义齿，这就构成了需要，但如果他认为没必要装义齿就谈不上需要问题。

不同人从不同角度看待医疗卫生需要时，其含义可以有所不同，但对需求的概念却是一致的。例如，公共卫生专业人员经过健康普查发现有 1 万人患肺结核，卫生保健人员就可以判断，需要对 1 万人进行肺结核的治疗，或需要对危险人群进行预防服务，但这仅仅是一种必要性，要实际发生医疗卫生服务，才能实现有效的需求。这就是说，上述的医疗卫生服务仅仅是从医学或科学角度认识的对卫生服务的需要问题。医疗卫生需要（need）一般可以定义为，根据现有的医学知识，医学专家们认为一个人为了尽可能的保持健康或变得健康应获得的医疗量。很多情况下，人们谈到的医疗卫生问题仅仅是需要，只有在考虑到支付能力等因素时才能算是医疗卫生需求（demand）。

（二）医疗卫生需要与需求在卫生政策和计划制定上的区别

在各个不同时期，有人主张，卫生设施与卫生人力计划应以人口的医疗需要的估计值为唯一依据，并取得了成功，如李和琼斯（Lee 和 Jones）在 20 世纪 30 年代的研究就是根据医疗需要测定一个国家医生需要量的经典性研究之一。用于医院建设规划的希尔-伯顿（Hill-Burton）公式也曾把需要作为衡量一个地区所需床位数的标准。它以每千人口 4.5 张床位作为一个地区是否应增加床位的标准，调整这一比例的唯一因素是该地区的人口密度。然而，医疗卫生需要与需求是从不同的角度来反映某种医疗卫生服务状态的，在卫生政策和计划制定上有着不同的出发点。

把需要作为国家卫生政策的基础基于这样一个假设，即需要本身就是或应该是医院或医生服务利用的主要决定因素。仅根据医疗卫生需要制定的政策或计划是建立在这样的假设基础上，即医疗卫生需要应当成为确定医疗利用的唯一标准。然而，并不是所有的人都同意这一价值判断的，人们在判断是否满足了医疗卫生需要的看法上可能不尽相同，并且，有些人可能不愿意支付必要的费用或花费必要的时间去接受医疗专家认为他们应该接受的全部医疗。仅仅根据医疗卫生需要来决定资源分配可能会导致分配失当，如果为满足医疗卫生需要估计的服务量超过人们实际的使用量，那么，仅以需要为根据进行的设施和人力的分配，就会导致本来可以用于别处或以另一种方式加以利用的资源利用不足；另一方面，

如果人们对医疗的实际使用超过仅以需要为依据提供的医疗量,那么就会出现过渡需求和候诊时间过长的情况。

把需求作为国家卫生政策的出发点基于这种假设,即人们以效用最大化的方式将资源分配于不同的货物与劳务上。然而,有人可能认为医疗并不提供任何效用,因为病人并不希望购买它。根据需求制定的计划能减少资源和病人时间的浪费。如果利用低于医疗需要,那么通过了解哪些因素影响需求,以及这些因素中某个因素的改变能导致需求产生多大变化,我们就可以增加需求,使按市场价格的需求量等于医疗需要;相反,如果在利用超过需要的地方希望减少利用,那么,通过影响对需求有作用的某一因素,我们也可以减少利用。

总之,需要是影响医疗卫生需求的因素之一,运用需求分析并不等于在作计划时可以置医疗需要于不顾,而是在估计利用时应结合其他需求因素。然后,我们的重点就在于准确地预测需求,一旦对需求做出预测,我们就可以依据社会政策目标来决定是应当增加或减少需求。

三、卫生需求的特点

(一) 消费者缺乏完全的医疗卫生服务信息

医疗卫生服务专业的复杂性和特殊性使医疗卫生服务消费者很难对医疗卫生服务质量和数量事先做出正确判断,因此,在接受医疗卫生服务时往往带有盲目性。第一,病人一般都是在医生安排下接受各种检查、服用各种药品等,至于这些药品和检查是否必要、合理,消费者自身难以做出判断,所以,他们在接受医疗卫生服务时必须依赖医疗卫生服务提供者。第二,消费者对医疗卫生服务的价格水平缺乏了解,往往是在不知道价格的情况下接受医疗卫生服务的,消费者也难以同其他商品或服务一样先进行比较而后选择接受,从这种意义上来说,医疗卫生服务的供需双方信息不对称,不存在平等的交换关系。第三,消费者不能明确肯定利用医疗卫生服务的效果如何。

(二) 医疗卫生需求的被动性

由于消费者对医疗卫生服务的无知,他自己能察觉到的卫生需求是有限的,患者大多是经过医生的检查后,在医生认可后才能真正有效地使用医疗卫生服务。患者的就医愿望与医生的判断在医疗卫生服务的质和量方面存在较大差异,在医疗卫生服务中占有较大比重的有效需求是由医生决定的。所以,对消费者来说,消费者是在明显的被动下得到的医疗卫生服务需求的满足,这种被动性的医疗卫生服务需求往往是在医生劝导下产生的诱发性的需求和医生创造性需求。总之,医疗卫生服务是一种需求量受医生判断影响并随之变化的行业。

(三) 医疗卫生需求的不确定性

对于某一人群来说,医疗卫生服务需求受人群的健康状况、社会经济状况、

健康教育水平、健康保障制度等影响,可以通过医疗卫生服务研究做出某种程度的预测,但对于个人来说,医疗卫生服务需求在一定时期是一个偶发事件,要想预测出哪个人将患病,很困难。

(四) 医疗卫生服务效益外在性

一般商品或服务带来的效益只有消费者本人能享受到,其他人不能因此获得任何效益。医疗卫生服务则不同,它在被消费的同时,受益的不仅是消费者自己,还有别人。例如,传染病的防治,当我们为易感人群接种疫苗或治愈患病者时,由于切断了传染病的传播途径,根除了传染病,那么受益者就不只是接受服务的个别人,它的受益面应是整个人群。医疗卫生服务需求的发生所带来的外部效益还表现在对家庭、企业和国家的一些间接利益等方面。

四、影响医疗卫生需求的因素

(一) 人口社会文化因素

在影响医疗卫生需求的因素中,人口社会文化因素包括人口的数量、人口年龄结构、性别、受教育程度、住房条件、交通方便程度等许多内容。

实际存在或自觉的疾患,以及对预防保健的需要,将决定个人在某个时点是否进入医疗市场。产生疾病和上医院对许多人来说是一种意外的事,因此,对于个人来说,疾病可能被认为是意外发生的事,但是,从整个人口的年龄和性别来考虑,疾病具有相当程度的可预见性。随着个人年龄的增长,发病率会增加,发病模式也相应改变,慢性病成为医疗需要的一种很重要的决定因素。尽管医疗支出对成年前男女大致相同,但在婚姻和年龄不变的情况下,成年男女的医疗需要存在差异,在成年后,妇女的医疗支出超过男性,这主要是产科费用造成的。然而,年龄与医疗服务之间并不是简单的线性关系,而且对于每类医疗服务表现也不同。例如,年龄与住院服务之间的关系就不同于年龄与牙科服务之间的关系,即使在住院服务中,不同年龄组存在入院和住院时间的差异。尽管这些人口特征影响医疗的各个部分的方式可能不同,但在解释各种服务利用的变化时却具有重要意义。

人口数量是影响医疗卫生服务需求的重要因素之一,人口数量的增加会导致更多的人进入医疗卫生服务市场,从而使医疗卫生服务需求的总量增加。当然,单纯从人口数量来看对医疗卫生服务的影响可能不够理想,人口结构往往对医疗卫生服务需求的影响更大。

性别对医疗卫生服务的影响是一个不确定的因素。从男性从事的职业来看,一些危害性或职业毒害的工作多由男性从事,因此,男性遭受生产性灾害和患上职业病的机会可能会多些。从女性生理特点看,育龄期妇女的医疗卫生服务需求较高。从多个方面看,男女的医疗卫生服务需求差别还不明显。

年龄和年龄结构对医疗卫生服务需求影响较大,特别是老年人口的增加,会增加人群医疗卫生服务需求量。

婚姻状况对医疗卫生服务需求有一定的影响,独身、鳏寡、离婚者比有配偶者的医疗卫生服务需求多。

人口较多的大家庭里,其成员间如果相互扶持、关系密切,会使医疗卫生服务需求减少。同时,医疗卫生服务与居住状况有关,居住条件较差、人口居住密度较大的地方,医疗卫生服务需求也较高。

教育也是医疗卫生服务需求的影响因素之一。接受较多教育的家庭能够辨别疾病的早期症状,从而更加可能及早治疗,即在预防性服务上多花一些钱,而减少了以后花在急性病上的钱。同时,较高的教育水平还可以提高家庭购买和使用医疗服务的效率。一个家庭受教育的年数可以用来近似衡量该家庭对医疗卫生服务需求的自觉性,对求医就诊的不同态度,以及在购买和生产中的效率。家庭之间的受教育水平的差异会带来医疗卫生服务使用和开支的差异。

(二) 经济因素

影响医疗卫生需求的经济因素有收入、价格和患者的时间价值。这些因素不仅影响患者是否就医,而且影响其一旦接受治疗要治到的程度。例如,经济因素可能对一名孕妇是否上医院影响不大,但一旦她入了院,这些因素可能影响她住院日的长短。

人口的平均收入水平对医疗卫生服务需求有明显影响。当需求者的收入水平改变时,其购买力就会改变,就会影响到人们的医疗卫生服务需求。国外有人对家庭收入与医疗保健开支的关系及收入对医疗服务的使用的影响作了研究,通过调查数据的分析发现,收入较高的家庭在医疗保健上的开支也较高,尽管随着收入的增加,用于医疗保健开支的百分比下降。也就是说,医疗保健支出的收入弹性小于1;即医疗保健支出增加的百分比小于收入增加的百分比。

但有研究认为医疗保健支出的收入弹性小于1,是由于在调查中没有消除临时性收入和考虑雇主缴纳的医疗保险费。第一,由于临时失业、发横财或其他意外事件的发生,一个家庭的收入在某一特定年份可能会畸高畸低。经济研究表明,总消费并不随收入的临时变动而消长。一个家庭的消费水平主要是由其预期的正常或持久性收入所决定。如果临时性收入对总支出只有很小的影响或没有影响,并且病人的家庭收入可能低于其正常收入,那么表明收入与支出几乎没有什么直接关系的调查资料就包括持久性收入,也包括了临时性收入。即使临时性收入对支出影响很小,调查所报告的收入还是将其包括了进来,因而调查所显示的收入和支出之间的关系可能被低估了。如果我们消除临时性收入的影响,医疗支出的收入弹性便会上升。因此,收入对医疗保健支出影响的估计值之所以较低,原因之一是难以从调查数据中确定持久性收入和医疗保健支出的关系。第二,从

调查数据中得出的收入弹性估计值偏低的另一个原因是调查数据一般没有包括雇主缴纳的医疗保险费。而这种雇主为其雇员的交费并不构成雇员的应税收入。如果对于一个收入较高的人,他的医疗开支的较大部分由第三方报销,则有关家庭收入与自付的关系的调查数据会低估真实的收入弹性。

按照经济理论,服务的价格与服务的利用呈反向关系,当价格下降,服务的购买或使用增加。但是,患者通常并不是按照医疗卫生服务提供者所规定的价格或收费支付费用,而是由第三方付款人或政府为患者支付部分或全部费用,所以,对需求价格弹性的任何估计都应以患者支付的净价格或本人负担的价格为准。一般认为医疗卫生服务的价格弹性较低,但是,它会随医疗卫生服务类型和疾病的严重程度的不同而有变化。

影响医疗卫生需求的另一个重要经济因素是时间价值。消费者的时间可以被认为是商品和服务的投入,在商品和服务中不仅要算财务成本,而且要算时间成本,这样我们才可能准确地解释和预测消费者的需求。要得到医疗,得花时间前往医院和等候就诊。以下举例说明时间成本差别怎样影响医疗服务的需求价格弹性。假定患者到诊所就诊自费价格为10美元,时间成本是20美元,则总的就诊价格是30美元。如果就总价格来说,医疗服务弹性是 -1.0 ,这表示总价格变化 10% 可能导致利用变化 10% 。如果自费价格下降 50% (即从10美元下降为5美元),仅仅使总医疗价格减少 20% (从30美元下降为25美元),因为价格弹性为 -1.0 ,总价格变化 20% 将导致利用变化 20% 。所以,当自费价格下降 50% ,利用仅仅增加 20% ,由此测得价格弹性为 -0.4 ,因此,对这种劳务的需求被估计为缺乏弹性价格。这样,当时间成本在总价格中占较大比例时,测得的需求价格弹性就可能变得较小,而时间价格弹性增加。

当第三方保险付费和政府补偿在医疗服务费用支付中占较大比例时,时间成本就可能在该患者的总成本中占更大比例,时间成本对医疗卫生服务需求具有重要影响,这一发现具有三项重要意义。①随着病人自费价格的减少,医疗卫生服务需求将对时间成本更为敏感。低时间成本的人比高时间成本的人更有可能接受医疗卫生服务,如果提供的医疗卫生服务量未能满足消费者的需要,其可能的配给方法是把医疗卫生服务配给有时间候诊的人。②要想增加某些人口对医疗卫生服务的利用,除了降低服务价格外,还要通过降低他们的时间成本以增加他们对医疗卫生服务的利用。例如,将诊所或医院设在更靠近人群的地方以减少就诊往返时间,在诊所多设诊室以减少候诊时间等。③计划者在确定医院的数量和规模时,应考虑将消费者的时间成本,连同机构成本一起都作为相关成本,如开展社区医疗卫生服务应尽量方便居民。

（三）健康状况

传统的消费需求理论假定，消费者购买货物和劳务是为了特定购买物所提供的效用。但是，近来消费需求理论在市场购买的货物和劳务与更基本的选择物品（即商品）之间作了区别。如果消费者需要的商品是良好的健康，那么，我们不仅可以通过市场上购买的货物和劳务，而且可以通过用于预防保健的时间来生产健康。在此框架下，医疗需求来自更为基本的健康需求。

根据迈克·格罗斯曼（Michael Grossman）的观点，医疗卫生服务需求来自基本的健康需求。他认为消费者对健康的需求出于两个原因：①健康是消费商品，它可以使消费者感觉良好；②健康是一种投资商品，健康状况可以决定消费者可以利用的时间量。生病天数的减少将增加用于工作和业余活动的时间，对于健康投资的报酬是生病天数减少的货币值。健康状况下降使消费者感到不适，对消费者来说也面临着各种损失，不论在金钱上，还是在精神上。因此，健康不佳的人需要利用医疗卫生服务来增进健康，减少损失。

把医疗需求视为健康的派生需求有三个方面的含义。①年龄的增长导致一个人的健康存量贬值加速。在整个生命周期中，人们将试图通过增加医疗支出和增加对医疗服务的利用来抵消部分健康存量的加速贬值。②个人对医疗的需求将随工资的增长而增长。工资越高，健康天数增加的价值也越大，因此，我们可以观察到工资的增长和医疗需求之间正相关的关系。③可以假定教育对医疗需求有一种抑制作用。受教育越多的人可以假定其生产健康的效率越高，因此，他们可能购买较少的医疗服务。

（四）医疗卫生服务提供者

对于医疗卫生需求来说，医生充当着顾问和服务提供者的双重角色。

在医疗服务方面，如进什么医院或接受何种形式的治疗，不是由患者决定而是由医生决定的，医生根据所了解的患者的经济状况和医疗需求代表患者做出决定。一方面，医生选择治疗方案时，不仅要考虑其功效，而且也要考虑对患者的相对价格。有关医院利用与患者医疗保险给付的许多研究证实，医生是代表患者做出这样的选择。例如，如果一位病人既可作门诊治疗，也可作住院治疗，但病人的保险只保住院治疗，那么对病人而言，住院治疗则更为经济合算，当然，这种由医生代表病人选择治疗方案的做法可能会造成卫生总费用的增加。另一方面，随着医院保险的发展，经济约束退居次要地位，医生可以为患者提供高质量的医疗服务。实际上，医生们在身体力行着维克托·富克斯（Victor Fuchs）所称的技术决定论，即医学将给予在技术许可范围内的最佳医疗，至于增加的边际效益是否超过生产它的边际成本，根本不予考虑。

但是，医生不可能完全从患者利益出发为其考虑，因为医生在决定提供哪种治疗方案时存在自己的经济利益。医生不仅作为顾问为患者着想，而且也作为服

务提供者为自己利益着想。例如,医生可以减少出诊,把往返的经济成本和时间转嫁到病人身上,可以通过多开检查单将一些费用转给病人或病人的第三方付费者,以保护自己不受可能发生的医疗纠纷诉讼的损害。同时,医生也可以诱导需求或创造需求,以维持自身收入水平或牟利。为减少或控制医生创造额外需求,西方国家提出了几层有意义的政策方法。第一,增加患者的医学知识,患者知识的增加可能会降低医生创造额外需求的能力。马克·波利(Mark Pauly)及萨特斯怀特(Satterthwaite)发现,某一地区医生供给增加,患者对每一个医生的了解程度下降;医生的需求曲线变得较为缺乏价格弹性,从而使得收费提高。但是,医生供给增加对患者利用医疗服务的影响,随着患者教育水准的提高而减少。第二,当患者被建议做手术时,患者(或代表患者的保险机构)可以通过事先征得保险机构的同意或从其他医生处听取第二意见的方式来获得更多的信息。第三,向医生提供经济刺激以避免不必要的外科手术。这种经济刺激主要是担心不必要手术中会引起的医疗事故诉讼。此外可以鼓励采用其他与医疗服务提供数量无关的医生补偿方式,按人头付费的补偿就是其中之一。

(五) 医疗保险

国外医疗保险研究表明医疗保险对卫生服务需求产生影响。这里以扣除保险和共付保险两种形式为例加以说明。

1. 扣除保险

被保险人在就医时先自付一定数额的费用,余下的医疗费用再由保险公司承担,这种保险称为扣除保险,自付金额称做起保线(点)。

图6-1表示扣除保险对人们医疗服务的影响,假设起保点为500元。那么,医疗费用在500元以内个人需支付全部医疗费用,此时,个人医疗服务需求与无保险曲线一致。AB段表示个人在自付范围内的医疗服务需求情况。当消费量达到 Q_1 时,个人自费部分已达到起保点。以后的医疗费用将由保险公司全部支付,个人自付价格为零。那么,个人医疗需求是对应价格为零的 Q_1Q_2 段。

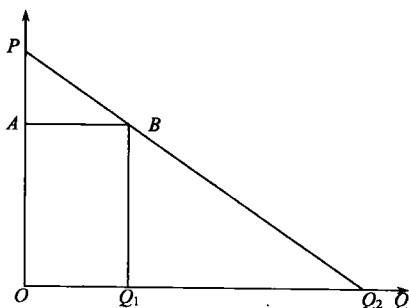


图6-1 扣除保险对需求曲线的影响

所以,扣除保险改变了个人医疗需求曲线,其作用程度取决于起保点的高低、预期的经济损失和家庭(个人)经济收入。

2. 共付保险

如果保险公司和病人共同承担发生了的医疗费用,双方支付部分根据共付率来决定,这种形式的保险称为共付保险,共付率一般指消费者支付的比率。如共

付率为 20%，就是指患者需支付 20% 的医疗费，而保险公司将支付其余的 80% 的费用。

共付保险的优点是保险公司为保险人分担了风险的同时仍然鼓励消费者寻求成本较低的医疗服务，共付保险的作用程度取决于需求的价格弹性大小。如果需求的价格弹性为无弹性，那么共付保险对消费者来说仅仅是减少了一笔医疗费。

共付保险对医疗服务需求的影响可以用图 6-2 来表示。假设共付率为 50% ($C=0.5$)、卫生服务价格为 10 元，个人需求为 4 个单位医疗服务。有共付保险之后，个人利用的医疗服务只需付 5 元。按照需求定理价格下降，医疗需求量会上升，比如说，从 4 上升到 6 个单位。这时，从市场角度看，价格为 10 元，卫生服务需求数量不再是 4 而是 6 个单位。因此，有了共付保险之后，需求曲线右移，移动幅度与共付率 C 的大小有关。

在实际的医疗保险计划中，扣除保险和共付保险常常是结合起来共同使用，这使得保险计划对医疗需求的影响更为复杂。例如，一次就诊医生的处方值没有超过起保线，而只是更接近这一限额。对于一个追求效用极大化的消费者而言，当离这一限额越远时，他的行为越接近没有保险时的行为，因为超过起保线的概率较小；如果离这一限额越近时，患者行为更接近共付保险时的行为。

起保线、共付率和医疗需求之间的关系可以用图 6-3 表示：

(1) 当起保线很高时，共付率对需求量的影响不大，而且起保线的变化对需求影响也不大。

(2) 当起保线很低时，共付率对需求量的影响很大，但起保线的变化对需求影响也不大。

(3) 当起保线居中时，起保线和共付率的变化对需求量有较明显的影响。

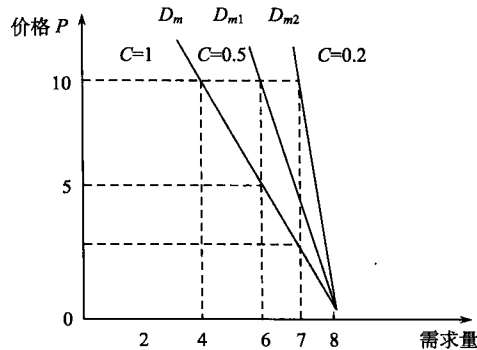


图 6-2 共付保险对医疗服务需求的影响

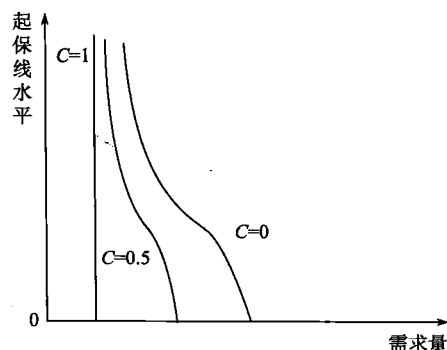


图 6-3 起保线、共付率对医疗需求的影响

第二节 医疗卫生服务的供给

一、医疗卫生服务供给的概念及其影响因素

(一) 概念

医疗卫生服务供给 (health service provision) 是指医疗卫生服务提供者在一定时期内, 在一定价格或成本消费水平上, 愿意而且能够提供的医疗卫生服务或产品的数量。

同一般商品一样, 医疗卫生服务的提供必须具备两个条件: 一是供给的愿望; 二是供应能力, 二者缺一不可。

(二) 影响医疗卫生服务供给的因素

1. 价格

同一般商品相比, 医疗卫生服务的供给受价格影响较小。但随着医疗卫生服务的进一步专业化及医疗技术水平的提高, 价格对供给的影响会越来越明显, 另外, 不同性质和类型的机构, 供给弹性也不同。

2. 成本

对于营利性机构来说, 如果卫生服务价格不变, 单位成本越高则利润就越少, 从而供给量越少; 对于非营利性机构, 如果资源投入一定, 成本越高, 能开展的服务项目和服务量就越少, 即供给量越小。如果资源投入随成本按固定加成率增加, 则成本越高, 开展的服务项目和服务量越多, 即供给量越多。由于医疗卫生部门不容易也不宜大批量生产, 医疗技术的提高和医生待遇的改善, 往往使单位成本上升, 如果购买力有限, 供给就会减少。

3. 相关服务项目的价格

有些医疗或检查项目在一定程度上可以相互替代, 如普通型阑尾炎手术治疗与保守治疗、面神经炎的针灸疗法与药物治疗、脑占位性病变的 CT 检查与 MR 检查等都可以相互替代。当一种服务的价格不变, 而其替代性服务项目价格上升时, 医疗机构就会转向提供替代服务, 而减少这种服务的供给量。有些服务项目之间则可以相互补充, 如手术与麻醉, 医用液体与输液设备等。当一种服务的互补品价格上升时, 这种服务的价格也随之上升, 提供者就会增加这种服务的供给量。

4. 医疗卫生机构

专业医疗生产和供给的经济实体是医疗机构, 假如其他因素不变, 医疗供给取决于医疗机构数。医疗机构由人员要素和物质要素所组成, 如果医疗机构数不变, 医疗卫生服务供给就受人员要素和物质要素的组成影响而变化。

5. 医疗技术

医疗技术水平反映医疗卫生服务供给的质量和数量,特别是质量。一般来说,科学的发展、技术的改革有利于疾病的发现和创造出新的治疗方法,扩大医疗卫生供给。

另外,卫生机构的体制、专业特点及所处的地理位置、自然条件和社会因素等也会影响其供给量。

二、医疗卫生服务供给的特征

(一) 即时性

卫生人员提供医疗卫生服务的过程,同时也是患者消费医疗卫生服务的过程。卫生服务不能提前生产,不能库存,只能在需求的同时边生产边供给,因此,卫生服务的生产行为与消费行为同时发生,中间不存在一般商品所需的流通环节。

(二) 专业性

医疗卫生服务要求医务人员具有专业知识和技术,只有受过专门的医学教育或训练并获得特定资格的医务人员才能进行卫生服务的生产和供给。因此,医疗卫生服务的供给受医学教育的规模和效率,以及行医制度的制约。

(三) 不确定性

由于患者的个体差异,医生提供的治疗手段往往具有试验性,对某一疾病的治疗方案也需因人而异,在这里,供给不能同一般商品一样进行批量生产。

(四) 无误性

医疗卫生服务涉及人的健康和生命,要求提供准确无误的服务,即提供高质量的服务,以保证所接受医疗服务的患者的安全性。

三、医疗卫生服务供给行为理论

医疗卫生服务的数量和质量取决于提供者的行为,这些行为按卫生服务的不同性质有不同的类型模式。下面对按卫生机构性质划分的营利和非营利两种类型进行分别分析。

(一) 单个营利性机构的供给行为模式

单个营利性机构的供给行为模式称为收入最大化模式。我们以一个诊所为例来说明。对于一个诊所来说,收入来源于业务收入和政府拨款、捐资、科研经费等非业务收入。在研究这个模式时,我们先不考虑非业务收入,并假定诊所对价格没有影响。例如,某诊所每诊治1个病人收入是12元,即边际收益是12元,单位固定成本为7元,工作人员的单位机会成本为5元,则总的单位固定成本的12元,如表6-1所示。

表 6-1 某诊所收入、成本和利润与工作量的关系

工作 量	总固定 成本 TFC	总变动 成本 TVC	总成本 TC	平均固 定成本 TFC/Q	平均变 动成本 TVC/Q	平均总 成本 TC/Q	边际成 本 MC	总收入 TR	政府 拨款	总收 入	边际收 益 $\Delta TR/\Delta Q$	利润 TR-TC
0	12	0	12.00									
1	12	6.75	18.75	12.0	6.75	18.75	6.75	12	0	12	12	-6.75
2	12	10.50	22.50	6.0	5.25	11.25	3.75	24	0	24	12	1.5
3	12	13.25	25.25	4.0	4.42	8.42	2.75	36	0	36	12	10.75
4	12	17.00	29.00	3.0	4.25	7.25	3.75	48	0	48	12	19.00
5	12	23.75	35.75	2.4	4.75	7.15	6.75	60	0	60	12	24.25
6	12	35.50	47.50	2.0	5.95	7.92	11.75	72	0	72	12	24.50
7	12	54.25	66.25	1.7	7.75	9.46	18.75	84	0	84	12	17.75
8	12	82.00	94.00	1.5	10.3	11.75	27.75	96	0	96	12	2.00
9	12	120.7	132.7	1.3	13.4	14.75	38.75	108	0	108	12	-24.7
10	12	172.5	184.5	1.2	17.3	18.5	51.75	120	0	120	12	-64.5

从表 6-1 中可以看出,如果诊所开始提供 4 个单位的服务,那么只能获得 19.00 元的利润,如果增加 1 个单位的工作量,增加的利润是 5.25 元,使总利润上升到 24.25 元。由于利润还会上升,诊所还会增加工作量,当工作量是 6 个单位时,利润达到最高点 24.50 元,此时 $MR=12$, $MC=11.75$,可以认为是 $MR=MC$ 时的利润。超过这一界限,由于 MC 将大于 MR ,使增加的收入不抵成本,因而总利润随工作量的增加反而减少。所以,在追求利润最大化的机构,其供给量在 MR 大于 MC 的前提下会不断增加,也就是说,其供给模式在追求 $MR=MC$ 时的供给量。

(二) 多个营利单位的市场供给模式

当一个市场存在多个营利性机构时,有两个因素影响其供给量,即机构的数量和能够影响单个机构供给行为的所有因素。

假定市场上有三家诊所,其在不同的价格水平上有不同的服务量(表 6-2)。假设该地区只有这三家诊所,那么总供给量应是在每一价格水平上这 3 个单位供给量的总和(图 6-4)。于是我们可以得到市场的总供给曲线,从而可以判断每一价格下的总供给量。

因此,凡能引起单个供给曲线外移的因素都可以使总供给曲线外移,并且,市场上供给机构的增加也可以使总供给曲线外移,外移的结果是在每一价格上供给量的增加。反之,曲线内移,供给量则减少。

表 6-2 某市场三家诊所市场供给行为

价格/元	服务量/单位		
	甲	乙	丙
1.0	5	3	6
1.5	10	6	9
2.0	15	9	12

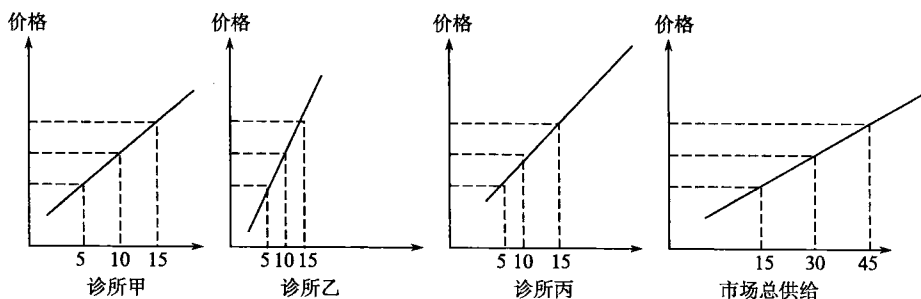


图 6-4 单个机构的供给曲线与其市场总供给曲线

(三) 非营利性机构的供给行为模式

非营利机构是指由政府或其他组织或个人所资助的向社会提供服务的机构。这些机构的工作不以营利为目的，其追求的目标是在保持收支平衡的基础上最大限度地提供服务量。

以单个诊所为例，如果其收入和成本仍用表 6-1 的数据，由于诊所现在追求的是最大可能的服务量，而不是利润，所以，只要收支平衡（表中 $TR=96$ ， $TC=94$ ，即 TR 与 TC 几乎相等），工作量会不断增加，从表中可以看出，该诊所的工作量会增加到 8 个单位。因此，产出最大化机构的工作量一般大于同样规模的利润最大化机构的工作量。

政府的固定拨款或其他捐赠款对非营利性机构的工作量有影响。假设该诊所得 25 元的固定资助，且这笔收入不与工作量挂钩，这等于该诊所的总收入增加了 25 元。在表 6-1 中，工作量为 9 个单位时的总收入是 108 元，如果加上 25 元，就成为 133 元，正好大于这一水平的总成本 132.7 元；但当工作量为 10 时，总收入是 120 元，加上 25 元，就是 145 元，不能弥补总成本 184.5 元，所以，该诊所的工作量会增加到 9 而不是 10 个单位。因此，政府或其他组织给予产出最大化为目标的非营利性机构的固定资助，会使其工作量提高。

思考题：

1. 分析卫生需求与卫生需要的关系。
2. 医疗卫生需求的特征。
3. 影响医疗卫生需求的因素有哪些？
4. 营利性营利机构与非营利性营利机构的供给行为有何不同？

第七章 卫生服务评价

► 教学要求:

1. 掌握卫生服务评价的程序
 2. 掌握卫生服务评价的内容
 3. 掌握影响卫生服务利用的因素
 4. 熟悉家庭健康询问调查方法
 5. 熟悉三维综合评价模型
 6. 了解卫生服务评价的分类
-

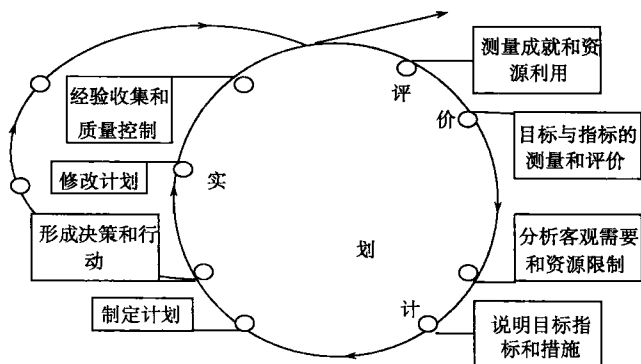
第一节 卫生服务评价概述

一、卫生服务评价的概念

卫生服务 (health service) 是卫生部门为了一定的目的使用卫生资源向居民提供医疗、预防、保健、康复等服务的过程。社会经济、科学技术和卫生服务是影响人群健康的 3 个主要因素。社会经济和科学技术既能直接影响居民的健康状况,又能通过卫生服务对居民健康状况产生深刻的影响。由于世界各国的社会经济水平、文化背景、卫生服务体系、生活方式,以及医疗保障形式等的不同,卫生服务所面临的问题也不一样。只有通过卫生服务评价,才能对社会卫生问题提出符合实际情况的决策。

卫生事业管理包括卫生工作的计划、组织、指导、实施、控制和评价的过程,其主要程序是由计划、实施和评价这 3 个环节所组成。计划、实施和评价是一个相互衔接、不断循环发展的过程,每一次管理过程的循环将管理过程引向更高的阶段,促进卫生事业的发展。卫生事业管理过程 3 个环节的主要内容如图 7-1 所示。

卫生服务评价是卫生服务研究的一部分,其目的是了解人群健康状况及卫生服务需要量;了解卫生服务资源的筹集、分配、结构和卫生资源利用情况;分析和研究居民健康状况、卫生服务利用、卫生服务效益量与卫生服务资源的关系;探讨卫生服务供需机制,为卫生事业宏观管理和科学决策提供依据。



美国公共卫生学院对卫生服务评价提出的定义是,卫生服务评价是判断预定卫生目标取得数量、进展和价值的过程。根据这一定义,卫生服务评价至少应包括5个方面的内容,即制定卫生目标、阐明目标取得的进展、测量和判断目标取得的效果、衡量得到目标取得的社会效益和经济效益、今后工作的建议等。具体地说,卫生服务评价是卫生事业管理学科的一个重要研究内容,同时,它也是卫生事业管理学研究的基础,它通过社会卫生状况的分析,了解人群卫生服务的供需和利用,以期合理使用卫生资源,满足人民群众卫生服务需要,提高卫生事业的社会效益和经济效益。

Shi Leiyu (1997) 认为卫生服务评价是利用一种或多种研究方法, 对卫生服务项目 (health program) 或卫生政策 (health policy) 的各个方面进行评估, 包括评估其组成、运行、影响和可推广性。评价的对象可能是一个特定的技术或产品 (如药品)、服务 (如疫苗接种)、健康问题 (如肿瘤) 或卫生服务问题 (如效率和公平性) 等。

Grembowski (2000) 认为卫生服务评价应包括 3 个内容, 即卫生项目的评价 (evaluation of health program)、卫生服务体系的评价 (evaluation of health care system) 和卫生服务评价 (evaluation of health services)。卫生项目评价是对减少或消除某一健康问题或达到一个特定目标而设立的项目评价。卫生服务体系的评价是为了对卫生系统的绩效进行评价, 最经典的模型是 1973 年 Donabedian 提出的“结构 (structure) — 过程 (process) — 结果 (outcome)”模型。卫生服务评价是评价病人获得卫生服务的结果和成本-效果。

根据以上观点,卫生服务评价是运用定量和定性的研究方法,对卫生服务、卫生服务项目、卫生政策、卫生系统等对象的相关性、可行性、适宜性、运行进展、效果、效率、影响和可持续性等方面进行的科学的、系统的研究,为改善卫

生服务和提高人民健康提供信息依据。

卫生服务评价的意义主要有 6 个方面：研究合理组织卫生事业的方针和原则，为卫生事业的科学管理提供依据；研究卫生服务与居民健康状况的关系，为改善卫生服务系统的功能探索可行途径；研究合理配置卫生资源的原则和方法，提高卫生资源的利用效率；研究卫生服务利用程度，以满足居民的卫生服务需求；研究居民的健康状况、卫生需求、卫生资源及卫生服务利用之间的关系，探讨卫生服务供需之间的矛盾及平衡；研究卫生科学技术和卫生资源的作用，提高卫生事业的社会效益和经济效益。

世界卫生组织专家委员会认为卫生服务评价可以发挥 3 个方面的作用：为各级各类卫生机构提供制定卫生计划的基本原则和方法；从当前任务看，卫生服务研究为解决卫生机构的实际工作问题提供原则和方法，不断提高工作质量；从长远的观点看，卫生服务研究将为制定卫生政策、策略和措施提供科学依据，有助于加强国家卫生系统职能，促进人人享有卫生保健目标的实现。

二、卫生服务评价的分类

卫生服务评价研究的范围十分广泛，可以认为在卫生服务研究的各个领域都存在着各种评价问题，因此，很难提出一个普遍适用的评价分类标准，现简述几种国外流行的分类方法。

（一）WHO 的观点

WHO 在《人人健康系列丛书》提出的卫生服务评价分为 6 方面。

1. 适合程度

适合程度（relevancy evaluation）是指制定的卫生政策是否适合社会经济发展的程度，提出的卫生计划是否符合人们的卫生要求，还可以评价提出的目标、政策、策略和措施是否符合当地的具体条件，技术和方法是否可行，经济上是否为国家、集体和个人所负担，群众能否接受等。

2. 足够程度

足够程度（sufficient degree）是指在制定计划时对各种主要卫生问题是否明确、是否重视，在人力、物力等方面是否给予保证。

3. 进度

进度（process evaluation）是指开展各项工作活动取得的进展同预期计划目标作比较，评价成功和不足的原因，提出修改计划的措施。检查计划的进展可以了解计划的进度，了解计划实施取得的成就，及时提出需要引起重视的问题等。

4. 效率

效率（efficiency）是指卫生规划或活动取得的成就同投入的人力、物力、财力、技术、时间的对比关系。

5. 效果

效果 (effectiveness) 是指规划执行过程中对解决某一卫生问题或改善卫生状况取得的预期效果。因此可以用来评价一项规划或服务的预定目标实际达到的程度。在可能的条件下, 目标达到的程度应该尽可能用数字来衡量, 卫生服务效果的很多指标是能够进行定量研究的, 否则, 就只能对计划的成效做出粗糙的定性研究。

6. 影响

影响 (influence) 是指卫生规划对社会经济、卫生状况所引起的变化, 评价影响的目的在于确定卫生规划和行动对社会经济和居民健康状况可能做出的成绩。

(二) 度纳皮定的观点

度纳皮定 (Donabedian) 在《卫生计划》一书中提出卫生服务评价, 可以划分为下列 3 类。

1. 结构

结构 (structure) 指医疗卫生机构网的组织、分布、结构、层次、类别, 卫生部门的人力、物力、财力、技术、信息等。

2. 过程

过程 (process) 包括诊断、治疗、预防、康复等工作活动, 完成工作的数量和质量。

3. 结果

通过卫生服务工作产生的结果和影响, 引起社会卫生状况变化及居民健康状况变化的指标, 均可属于结果 (outcome) 这一类指标。

(三) 萨盖脱的观点

萨盖脱 (Sackett) 在《预防医学和公共卫生》中提出卫生服务评价应该从下列 4 个问题进行评价:

- (1) 卫生服务是否有效;
- (2) 群众能否享受到有效的卫生服务;
- (3) 卫生服务的数量是否充分, 质量是否可靠;
- (4) 卫生服务的费用是否节省。

(四) 派克的观点

派克 (R. Parker) 根据系统的观点, 在阐明卫生服务系统组成的基础上, 提出了卫生服务评价的 7 个方面。

1. 卫生服务系统的组成

(1) 人群的医疗需求 (health need): 即根据人群的健康状况提出对卫生服务的客观要求。

(2) 投入量 (input): 评价指标有人、物力、财力、技术和信息等。

(3) 工作过程 (process): 即卫生系统开展的一系列的工作活动, 如门诊、住院、急诊、预防和康复等。

(4) 产出量 (output): 个人和社会实际接受的卫生服务次数, 如门诊量、住院量、预防接种数等。

(5) 结果 (outcome): 群众接受卫生服务产出量应该引起个人和社会卫生状况的变化, 如衡量居民健康状况和社会卫生状况的指标均属于这一类。

(6) 自然和社会因素。

2. 卫生服务评价的 7 个方面

(1) 投入量评价。评价一个地区或一项卫生计划的投入量是评价卫生规划的前提和基础, 如一个地区的卫生机构分布、医生、床位、经费和设备等是衡量这一地区卫生实力的客观依据。

(2) 产出量评价。其评价指标包括预防接种率、产前检查次数、产后访视人次、每人每年门诊次数和住院次数等。

(3) 工作过程评价。评价门诊流量和候诊时间、治疗病人的工作数量和质量、每人每年工作数量和质量、病床利用和周转等。

(4) 结果评价。反映居民健康状况水平、变动和影响因素。它是卫生服务研究中最直接、使用最广泛、效果最明显的一种方法。

(5) 效益评价。投入卫生资源与产出量的比值。

(6) 效果评价。投入卫生资源与取得结果的比值。

(7) 医疗服务需要量评价。从儿童人数和易感人数推算需要预防接种人数; 从出生率推算儿童保健机构工作量; 从患病率指标计算门诊需要量和住院需要量。

(五) 米尔顿·罗默的观点

米尔顿·罗默 (Milton Roemer) 根据卫生服务的内容建议从下列 8 个方面开展卫生服务评价:

- (1) 目标评价;
- (2) 医疗服务需要量评价;
- (3) 卫生服务利用和接受性评价;
- (4) 卫生资源评价;
- (5) 工作活动和态度评价;
- (6) 工作过程评价;
- (7) 结果和效果评价;
- (8) 费用和效益评价。

三、卫生服务评价的基本程序

(一) 确定和阐明目标

评价工作的前提是要确定目标。两类目标要加以区别：总目标是从总体上阐明计划工作应达到的目的，它往往能够说明总体的要求和大致方向，总体目标不一定能被具体地测量；具体目标是总体目标具体化了的的目标，是从内容、时间、对象、工作方式和方法等方面阐明总的详细特征，具体目标一定要能够加以定量化。

卫生服务的总目标是通过使用卫生资源和开展卫生服务工作，为个人、家庭和社会提供各种医疗卫生服务，达到治疗疾病、减少病残、减少劳动能力的丧失，以及延长寿命和提高人民群众健康状况的目的。当然，每一项卫生计划应该使制定的总目标和具体目标体现各自的特征与重点。为了使各类具体目标阐明总目标的共同特征，可以从下列6个方面详细说明总目标与一般特征，它们包括，说明总目标的对象是什么？在什么地方？计划发生在什么时候？什么样的卫生资源被使用？开展哪些工作？可能取得哪些成效？这6个问题在目标管理中称为“5W1H”，即从上述6个方面围绕目标的具体特征进行分析，是有用的分析目标的手段。

(二) 明确定义和测量标准

卫生服务评价经常需要的测量标准有健康状况、需求和医疗需要的评价标准；卫生服务的接受性和服务利用；卫生资源；工作和态度；标准和质量；结果和效果；费用和效益。

(三) 资料收集

掌握足够可靠的信息是科学评价的基础，没有信息就没有评价工作。卫生服务评价的资料来源于下列3个方面。

1. 常规的卫生统计报表

根据国家规定的登记报告制度，由各级医疗卫生机构定期逐级报告的医疗卫生工作报表是了解社会卫生状况和居民健康状况的基本资料，如卫生工作基本情况年报表，医疗机构年报、月报，传染病、职业病年报、月报等。

2. 日常工作记录

日常工作记录包括门诊、住院、病历、医学检验记录，以及各种报告卡如出生报告、死亡报告、传染病报告、职业病报告等。

3. 专门调查资料

卫生服务评价研究的问题大多是社会卫生问题，需要专门的调查，常用的调查方法有询问调查法、邮寄调查法、观察法和实验法。

(四) 资料分析

可以将资料分析划分为两个阶段。第一个阶段是将调查资料进行核对、整理

和分析。卫生服务调查所得数据,大多来自抽样调查,因此样本统计值之间的差别是否有显著性,必须进行统计处理。资料分析的第二个阶段是对取得的调查资料进行判断推理,得出具有规律性的结论。分析的过程从感性认识上升到理性认识,从具体的、众多的偶然事件中引出必然性的规律。以下两种不同的资料分析方法在卫生服务评价中应用得十分广泛。

1. 横向研究

横向研究指同一时期内比较不同国家、地区、部门和个人间卫生服务的水平。例如,在发达国家、发达中国和不发达国家间比较卫生资源状况和居民健康状况可以说明不同国家间卫生服务之间的差距。现状调查是横向研究的一种常用手段,通过随机抽样调查,对人群患病率、经济、文化、职业、卫生设施、卫生习惯、医疗保健制度等对卫生服务需要量及利用程度的影响进行研究,是横向研究的一个实例。

2. 纵向研究

纵向研究指同一时期在不同时期之间比较卫生服务变化发展的速度。例如,分析我国 50 多年来居民健康状况的历史变迁,可以有力地描绘新中国成立以来我国医疗卫生事业的成就。连续多次的现况调查可以提供有价值的动态变化资料,为连续性纵向研究提供信息。从时间阶段上划分的回顾性调查和前瞻性调查方法不仅适用于流行病学研究,同样适用于卫生服务研究,并且已经被普遍应用。

(五) 结果报告和建议

由于评价问题的特征及资料完整程度各不相同,不可能要求每一项评价工作严格遵守上述的每个程序,评价者可以根据实际情况自我把握。

第二节 卫生服务评价的内容

一、卫生服务需要和需求

(一) 概念

1. 卫生服务需要

卫生服务需要 (health need) 是依据人们的实际健康状况与“理想健康水平”之间存在差距而提出的对医疗、预防、保健、康复等服务的客观需要,包括个人认识到的需要,由专业人员判定的需要,以及个人未认识到的需要。

个人认识到的卫生服务需要和由医学专业人员判定的卫生服务需要有时是一致的,如表 7-1 所示的 A 和 D;有时是不一致的,如表 7-1 中的 B 和 C。其中, D 无卫生服务需要,因而不需要提供卫生服务; A 有卫生服务需要,有必要得到卫生服务; C 是个体认为有健康问题,而医学专业人员认为无卫生服务需要,主

要是个体疑病或存在医学专业人员认为无须提供卫生服务的极小健康问题所致；B 为个体实际存在健康问题，但尚未被个体所认知和察觉，只有当医学检查时确诊存在某种疾病或障碍时才需要得到卫生服务，如贫血、高血压、糖尿病、神经官能症、乳房肿块、早期肺癌等，因此，这部分人就不会有寻求卫生服务的行为，这种情况对健康是十分不利的。

只有当一个人认识到有卫生服务需要，才有可能发生利用卫生服务的行为。当无法认识到卫生服务需要时，最有效的解决方法是进行人群健康筛检，以确定哪些是已经发现了的需要，哪些是还没有被察觉到的需要（潜在需要），这无论对医疗服务还是对预防保健工作都有积极的意义。

表 7-1 个体与医学专业人员对卫生服务需要的确定

医学专业人员	个体	
	有卫生服务需要	无卫生服务需要
有卫生服务需要	A	B
无卫生服务需要	C	D

2. 卫生服务需求

卫生服务需求（health demand）是从经济和价值观念出发，指在一定时期内、一定价格水平上人们愿意而且有能力购买的卫生服务量。

卫生服务需求也分为两类。一类是由卫生服务需要转化而来的需求，即有需求的需求。人们的卫生服务需要只有转化为需求，才会具有寻求卫生服务的行为，才有可能去利用卫生资源，需求才有可能得到满足。但在实际生活中，由于种种主观和客观的原因，并不是人们所有的卫生服务需要都能转化为需求，除了取决于个体是否察觉到有某种或某些卫生服务需要以外，还与个体的收入水平、家庭人口、职业、文化程度、社会地位、享有的医疗保健制度、地理与气候条件、交通便利程度、风俗习惯及卫生服务机构的设置、提供的服务类型和质量等多种因素有关。例如，表 7-1 所示的 B，由于个体不知自己已存在健康问题，因而不会有求医行为，其需要不可能转化成需求。又如，一个病人由于收入低、支付不起医药费用而看不起病，或者由于交通不便、卫生服务质量等原因而不愿去看病。另一类是没有卫生服务需要的需求，是指从规范与专业的角度来评判，某些卫生服务被认为是不必要的或被认为是过分的要求。产生这种需求有患者和服务提供者两个方面的原因。就患者而言，主要是其不良的就医行为造成过度的卫生服务利用；就服务提供者而言，主要是其在不规范的卫生服务市场下所产生的诱导需求。

（二）常见的卫生服务需要量指标

反映卫生服务需要量的指标主要由疾病频数和严重程度两类指标组成，通常

通过家庭健康询问调查方法获得。

1. 疾病频数指标

(1) 周患病率=前两周内患病人(次)数÷调查人数×1000‰。国家卫生服务调查将以下三种有其一者称为“患病”：①自觉身体不适，去医疗机构、就诊、治疗；②自觉身体不适，未去医疗机构就诊、治疗，但采取了自服药或一些辅助疗法；③自觉身体不适，未去医疗机构就诊、治疗，也未采取任何自服药或一些辅助疗法，但因不适休学、休工或卧床1天及以上者。“两周患病”是指在入户调查的前14天内被调查的家庭成员出现上述情况之一者。

(2) 慢性病患者率=前半年内患慢性病人(次)数÷调查人数×1000‰。将下述二者有其一者称为患有“慢性病”：①被调查者在其被调查的半年内，经过医生明确诊断有慢性病；②半年以前经医生诊断有慢性病，在调查前半年内有发作，并采取了治疗措施。

(3) 健康者占总人口百分比，即每百调查人口中健康者所占的百分比。健康者是指在调查期间无急慢性疾病、外伤和心理障碍，无因病卧床、正常活动不受限制者，无眼病和牙病者等。

2. 疾病严重程度指标

(1) 两周卧床率=前两周内卧床人(次)数÷调查人数×1000‰；

(2) 两周活动受限率=前两周内活动受限人(次)数÷调查人数×1000‰；

(3) 两周休学(工)率=前两周内活动因病伤休学(工)人(次)数÷调查人数×1000‰；

(4) 两周每千人患病日数=前两周内患病总日数÷调查人数×1000‰；

(5) 两周每千人因病伤卧床日数=前两周内因病伤卧床总日数÷调查人数×1000‰；

(6) 周每千人因病伤休学(工)日数=前两周内因病伤休学(工)总日数÷调查人数×1000‰。

(三) 卫生服务需要量指标的应用

1. 预测医疗服务需要量

假设两周内一次性抽样调查的结果对全年有代表性，可采用两周指标平均值乘以26，并除以调查人数，得出全年每人每年患病、休工(学)及卧床人数。由于疾病指标存在明显的季节性变动，用两周抽样调查的结果推算全年疾病发生的频率及严重程度会存在偏差。如果能够在1年内抽样调查若干次或采用连续性抽样调查方法，1年内由调查员连续进行资料收集，计算出的患病、休工及卧床指标就能更准确地反映全年卫生服务需要量及其变动规律。

两周抽样调查结果从时间上延长可以计算全年卫生服务需要量，从调查人群可以推论一个区域内总人口中疾病发生的频率及严重程度的指标，作为制定区域

卫生规划的依据。

2. 计算疾病造成的经济损失

每人每年因病休工天数乘以人均产值，再乘以该地区总人口数，可以得出因病休工而引起的间接经济损失数。

3. 为分析卫生服务利用和合理分配卫生资源提供客观依据

根据患病人数可以估算门诊服务需要量；根据因病休工及卧床人数可以推测需住院人数，为分析卫生服务需要量提供依据。人群患病率、休工率及卧床率指标不仅可以计算卫生服务需要量，还可以进一步计算病床需要量和医务人员需要量，作为设置病床、配备人员和分配经费的依据。

二、卫生资源

（一）卫生资源的概念

卫生资源（health resource）是指社会投入到卫生服务中的人力、财力和物力的统称，包括卫生人力、费用、设施、装备、药品、信息、知识和技术等，是在一定社会经济条件下，国家、集体和个人对卫生保健综合投入的客观反映。一个国家拥有的卫生资源总是有限的，社会可能提供的卫生资源与实际需要量总是存在一定的差距。研究卫生资源的潜力是卫生服务研究的一项基本任务。

（二）卫生资源研究的内容

1. 卫生人力资源

1) 概念

卫生人力（health manpower）是卫生资源中最重要且具活力的一种，是制定与实现国家卫生发展计划的组成部分。卫生人力是指经过专业培训、在卫生系统工作、提供卫生服务的人员，包括已在卫生部门工作和正在接受培训的人员。卫生人力资源的研究主要研究卫生人员的数量、结构和分布。

2) 卫生人力研究的内容

（1）卫生人员的数量。卫生人员由卫生技术人员、管理人员、工勤人员和其他技术人员组成。卫生人员数量可用绝对数和相对数表示。绝对数表示卫生人力实际拥有量。2001年中国卫生机构中卫生人员共558.4万人，占卫生人员总数的55.9%。为了表达不同时期、不同地区卫生人力的水平，通常用相对数来表示。2001年中国每千人口卫生技术人员数为3.62人，每千人口医生数为1.69人，每千人口医师数为1.32人，每千人口护师（士）数为1.03人。

（2）卫生人力的结构。人力机构可反映卫生人力的质量，说明人力机构的合理性。卫生人力作为一个人才群，合理结构应包括3个方面。

年龄结构：年龄是衡量人员工作能力、技能和效率的综合指标，合理的年龄结构有助于发挥不同年龄层次的长处，保持卫生人力的延续性和稳定性。

专业结构：不同专业人员提供不同的服务。中国卫生专门人才中，医学专业人才占 70% 左右，中医中药专业人才占 5%，预防医学专业人才占 4% 左右。口腔、儿科、营养、检验、放射卫生、生物医学工程及卫生管理的高级人才严重缺乏，护理专业人员缺乏。中国医生与护士的比例为 1 : 0.42，而大多数国家医护之比为 1 : 2；中国护士与人口之比为 1 : 1750，多数发达国家为 1 : 140~320。

职称结构：职称反映一定的技术水平。在一个人才群中，只有一种层次人才，即使水平很高，效率也不一定很好。不同职称人员应有合适的比例。中国高、中、初三级卫生技术人员比例为 1 : 1.7 : 1，而世界卫生组织在中等发达国家制定的标准为 1 : 3 : 1。

(3) 卫生人力的分布：从卫生人员的地理分布来看，发达国家与发展中国家之间卫生人力的不平衡状况严重存在。发达国家每 10 万人有 1000 名卫生技术人员，而发展中国家只有 200 名。在一个国家内部，卫生技术人员的地理分布也存在不平衡状况，大多数国家的卫生技术人员集中在城市，广大农村普遍缺少卫生技术人员。中国农村人口占 75% 以上，卫生技术人员只占总数的 52%，而 20% 的城市人口却拥有 48% 的卫生技术人员。2001 年中国农村乡村医生和卫生员共 129.06 万人，平均每千农业人口的乡村医生和卫生员为 1.41 人。

2. 病床资源

住院服务是医疗机构提供服务的主要方式，病床的数量和分配是反映医院住院服务能力的重要标志，并且床位的状况是衡量一个国家或地区医疗卫生工作发展水平的重要标志。2001 年中国卫生机构总的床位数为 320.1 万张，其中医院床位数为 223.0 万张，占 69.6%，平均每千人口医院床位数为 2.39 张，

3. 卫生费用

研究卫生服务领域内经济活动的特征及规律，对合理分配卫生费用，提高卫生服务的经济效益有重要意义。

1) 卫生费用的概念

卫生费用有广义和狭义两种概念。广义的卫生费用是指一定时期内为保护人群健康直接和间接消耗的社会资源，包括一切人力、物力和财力消耗，以货币来计量；狭义的卫生费用是指在一定时期内为提供卫生服务直接消耗的经济资源。通常所提到的卫生费用是指狭义的卫生费用，是卫生费用研究的重要对象。

2) 卫生费用研究的内容

卫生费用研究的内容包括卫生服务过程中需要多少资金，卫生费用的构成和特点，卫生费用的分配和使用是否公平合理，健康需要、卫生资源和卫生服务利用之间是否平衡。此外，还包括费用的来源和去向，影响费用的因素及其变动趋势，卫生费用增长的原因等。

3) 卫生费用的来源

卫生费用的来源有 3 个方面,即来源于国家、集体和个人,如国家预算拨款的卫生事业费,工矿企业从福利基金按职工工资总额的一定比例用于劳保医疗的费用,农村从集体公益金中提取的合作医疗费,公费劳保职工支付的门诊挂号费和某些药品费,自费病人就诊支付的医药费等。

4) 卫生费用的分类

卫生费用可分为直接卫生费用和间接卫生费用两类。直接卫生费用是指因利用卫生服务而支付的费用,包括病人看病支付的各种服务费、化验费、药费及材料费等;间接卫生费用包括因病误工的工资、车旅费、营养费、照顾病人的误工工资等。间接费用不是卫生费用研究的重点,但在进行费用效益分析时,为了全面衡量因伤病造成的社会间接损失,必须全面计算直接费用和间接费用,才能对卫生服务的投入与产出做出全面的评价。从卫生服务的角度,还可将卫生费用分为医疗服务费、卫生防疫费、妇幼卫生费、医学教育及科学研究费等。

(三) 常用的卫生资源测量指标

1. 卫生人力和病床的测量指标

- (1) 每千人口医生(医师和医士)数;
- (2) 每千人口护师(士)数;
- (3) 每千人口技师(士)数;
- (4) 每千人口药剂师(士)数;
- (5) 每千人口病床数。

2. 卫生设施的测量指标

- (1) 每千人口卫生资产额;
- (2) 每千人口仪器设备额。

3. 卫生费用的测量指标

(1) 卫生费用占国民生产总值百分比说明卫生费用是否适应当地经济发展水平及人民群众卫生保健需要,以及一个国家或地区在多大程度上提供了必要的资源来保证卫生事业与社会经济协调发展。自 20 世纪 90 年代以来,发达国家卫生费用占国民生产总值的比例一般在 7% 以上,个别发达国家,如美国、加拿大、瑞典等超过 10%。中国卫生费用历年有所增加,但卫生费用占国民生产总值的比例,多年来一直徘徊在 4% 左右,仅相当于发达国家 20 世纪 50 年代初的水平,反映出中国卫生事业未能与经济同步发展。

(2) 人均卫生费用说明一个国家或地区卫生费用的人均水平,也反映卫生资源在不同地区、不同人群间的分配是否合理。性别、年龄、文化及医疗保健制度等因素对人均卫生费用有重要影响。

(3) 卫生各部门的投资比例反映卫生费用在各级医疗卫生机构中分配是否合理。

(4) 门诊和住院费用构成反映医疗机构内部费用分配和使用的特征。小医院药费所占比重较大；大医院诊治病人病情复杂，使用辅助诊断手段和昂贵的检查仪器，辅助检查的费用较多。医疗机构级别越高，辅助检查费用比重越大，药费保证相对越少。

(5) 医疗、卫生防疫和妇幼卫生费用的比例是卫生部门在费用分配时应该首先注意的比例。医疗服务提供的维护和康复医疗，是利用最频繁、消耗卫生资源最多的一项服务。中国卫生系统中 80% 左右的人力和费用使用在医疗服务系统。从卫生服务对健康的作用来看，卫生保健的重要性不容忽视。确定医疗、预防和保健服务三者之间费用分配的合适比例，不仅要考虑人群需要、服务利用，还要结合社会发展及文化传统等因素。

三、卫生服务利用

(一) 卫生服务利用的概念

卫生服务利用 (health service utilization) 是需求者利用卫生服务的数量 (即有效需求量)，卫生服务需要量和卫生资源供给量相互作用的结果，是综合描述卫生服务系统工作的客观指标。它直接描述卫生系统为人群提供卫生服务的数量和工作效率，并间接反映卫生系统通过卫生服务对居民健康状况的影响及对居民卫生服务需要满足的程度。分析卫生服务利用是评价卫生服务社会效益和经济效益的常用手段。

(二) 卫生服务利用的分类

卫生服务利用可以分为医疗服务利用，包括门诊服务利用、住院服务利用、预防保健服务利用和康复服务利用等几方面。卫生服务要取得满意的效果需要依靠卫生人员和群众两个方面的主动性。现阶段，医疗服务的主动性主要取决于群众，预防保健服务的主动性主要取决于卫生人员。

(三) 卫生服务利用资料的来源

卫生服务利用资料的来源主要有常规的医疗卫生机构的工作登记和统计报表，以及家庭人群健康询问调查等。中国卫生服务利用的资料主要来源于常规的卫生工作登记及报表。这类资料一般易于收集，积累时间久，观察系统，但由于一个地区的居民常常在不同的地点接受卫生服务，仅仅根据卫生部门登记报告资料不易判定人群利用卫生服务的全貌。对家庭进行抽样询问调查可以比较全面地了解与掌握人群健康状况和卫生服务利用状况。

(四) 常用卫生服务利用的指标

1. 门诊服务利用指标

人群门诊服务利用的指标主要有两周就诊率、两周就诊人次或人均年就诊

次数（可根据两周就诊人次数推算得到，这是估计门诊需求量的重要指标）、患者就诊率及患者未就诊率（是反映就诊状况的负指标）等，可用来反映人群对门诊服务的需求水平。

(1) 两周就诊率 = 前两周内患者就诊人（次）数 / 调查人数 $\times 100\%$ 或 1000% 。

(2) 两周患者就诊率 = 前两周内患者就诊人（次）数 $\div$ 两周患者总例数 $\times 100\%$ 。

(3) 患者未就诊率 = 前两周内患者未就诊人（次）数 $\div$ 两周患者总例数 $\times 100\%$ 。

2. 住院服务利用指标

反映住院服务利用的主要指标有住院率、住院天数和未住院率，可以了解居民对住院服务的利用程度，还可以分析住院原因、医疗机构、科别、辅助诊断利用、病房陪住率，以及需住院而未住院的原因等，从而为确定医疗机构布局、制定相应病床发展和卫生人力规划提供依据。

(1) 住院率 = 前 1 年内总住院人（次）数 $\div$ 调查人数 $\times 100\%$ 。

(2) 人均住院天数 = 总住院天数 $\div$ 总住院人（次）数。

(3) 未住院率 = 需住院而未住院患者数 $\div$ 需住院患者数 $\times 100\%$ 。

3. 预防保健服务指标

预防保健服务包括计划免疫、健康教育、传染病控制、妇幼保健等。常采用卫生机构登记报告和家庭询问调查相结合的方法收集资料，将实际接受的服务量与计划目标应提供的服务量相比较，如妇幼卫生服务利用指标有产前检查率、住院分娩率和产后访视率。

四、工作活动

卫生部门为一定目的而使用卫生资源，产生相对的工作活动，对其衡量的指标有工作活动的内容、数量和质量。从卫生服务接受者方面来考虑，可以衡量的指标是指接受卫生服务工作后产生的影响和结果。

测量医疗状况的主要指标有：①医院的数量及分类；②拥有床位数；③病床周转率及使用率；④入院出院病人数；⑤诊断符合率；⑥治疗率及病死率；⑦门诊数；⑧透视摄片数；⑨病理检验数等。

测量预防状况的主要指标有：①妇女保健、儿童保健数；②产前检查、产后访视数；③家庭访视；④卫生检测；⑤预防接种等。

工作活动研究可以从工作描述和工作测量两方面进行。

五、质量评价

质量评价要从卫生服务的组织和结构、工作活动和过程、结果和影响等多方面进行评价。WHO 制定的有关治疗、预防、康复、药品生物制品及卫生事业管理方面的一系列卫生标准,对卫生服务质量评价有十分重要的参考价值。

六、态度

态度指研究影响人们对待卫生工作态度的有关因素,从卫生服务提供者和接受者两方面了解对待卫生工作的态度和支持程度。它也是改善卫生服务质量的一个方面。

七、费用和效益

费用和效益可以从投入和产出两方面来评价费用。投入费用用于衡量一项工作花费的代价,凡是人力、物力、技术设备等资源都应该转化成货币单位,研究投入量和产出量之间的比值是选择方案、做出投资决策的依据,是评价卫生服务的经济效益的重要指标。

根据状况指标衡量疾病经济损失的指标主要有死亡率、患病率和发病率、疾病丧失劳动能力的程度、疾病引起疼痛和不适的程度、疾病的费用损失及对其他人的危害、疾病长短、疾病严重性、不采取防治措施时疾病的转归、疾病自行消失的可能性。

因疾病引起的经济损失可以分为:①直接费用(实际消耗费用),包括门诊、住院、护理、药物费用、训练研究费、设备服务费、基本建设费等;②间接费用(理论消耗费用),包括疾病、停工、死亡引起生产能力丧失而间接引起的经济损失、主要用疾病患病率、停工率和死亡率指标来衡量。

分析疾病造成的经济损失的常用方法有 3 种。

(1) 费用-效益分析,即采用定量分析方法计算一组投资决策项目投入费用及预期经济效益的比值。如果分析的是已经实施的项目,只计算投资费用及实际经济效益的比值。投资数及经济效益均以货币单位衡量。

(2) 费用-效果分析,即追求取得较好的社会效果。

(3) 最小费用分析,是费用-效果分析方法的一种。当比较两种方案时,如果取得的结果比较接近而可以不计较结果之间的差别时,可以直接将投入费用的大小作为选择方案的依据。

八、效果和结果

效果和结果评价直接说明卫生服务对居民健康状况改善程度的影响。

评价卫生服务结果的常用指标是死亡、疾病、丧失劳动能力、不适合和不满意。

效果评价可以从两个方面进行：一是评价试验方法是否有效，因为只有肯定方法的效果才能从经济效益上评价其是否值得推广；二是评价有效方法是否被群众接受，如果有效的方法不为群众所接受或群众不予合作时，出现无效结果并不能否定方法本身的效果。

第三节 卫生服务评价的方法

一、卫生服务评价的资料来源和收集方法

卫生服务评价所需的资料一部分是来自现有的常规统计资料，它的优点是比较容易获得，但是提供的信息不够全面，也无法反映卫生服务领域中所涉及的居民卫生服务需要、卫生资源和卫生服务利用等情况；另一部分则是通过调查来获得，可以根据设计者的调查目的来进行设计和调查，获得比较全面和完整的卫生服务信息。根据资料的来源，卫生服务调查可以分为卫生机构调查和家庭健康询问调查两大类。卫生服务调查可以提供人群健康状况、卫生服务需要量和需求量、卫生服务资源的配置及其卫生服务利用效率的资料，为制定卫生政策和进行卫生服务评价提供客观依据。

（一）卫生机构调查

卫生机构调查是从供方的角度研究卫生服务供给的特征，主要收集有关卫生资源、卫生服务利用等方面的资料。其目的在于分析卫生服务的主要水平（卫生服务供方能力）及其卫生服务的利用效率是否与居民卫生服务需要、需求相适应。

1. 调查对象

国家卫生服务调查中的卫生机构调查主要调查所抽取样本中的县（市或市区）及县以上医院（包括综合医院、中医医院）、卫生防疫站、妇幼保健站（所）、乡镇（街道）卫生院和村级（居委会）卫生组织等。

2. 调查内容

- （1）全县（市或市区）自然条件、人口状况、社会经济发展状况等情况；
- （2）全县（市或市区）卫生资源配置，包括机构、人力、床位和卫生经费等情况；
- （3）县及县以上医院（中医院）、卫生防疫站、妇幼保健所（站）等卫生机构的配置及其利用的情况；
- （4）样本乡镇（街道）卫生机构的配置及其利用情况；
- （5）样本村（居委会）卫生组织形式、卫生机构的配置及其利用情况。

上述调查内容用6份调查表分别调查不同类别、不同层次的卫生机构。采用的调查表为：①全县（市或市区）基本情况调查表；②乡镇（街道）卫生机构调查表；③村级（居委会）卫生组织情况调查表；④医院（县及县以上医院、中医院）情况调查表；⑤卫生防疫机构情况调查表；⑥妇幼保健机构情况调查表。

3. 调查方法

卫生机构调查采用文件抄录和实地调查相结合的方法。卫生统计表和日常工作记录已有的指标，可根据调查表的要求抄录；需要调查的指标由样本地区卫生局、被调查卫生机构的统计人员与有关人员配合进行实地调查。

（二）家庭健康询问调查

家庭健康询问调查（household health survey）是从需方的角度研究卫生服务的需要需求、服务利用和费用。它是收集卫生服务需要、需求和利用等资料的主要方法。家庭健康询问调查和卫生机构调查结合起来形成了对卫生服务供需双方的系统了解，对两者之间的相互作用及影响研究，为卫生政策分析提供了具有重要价值的建议。

1. 分类

按其研究方法可以把家庭健康询问调查分为一次性横断面调查、重复性横断面调查和连续性长期调查。一次性横断面调查的目的是为卫生计划人员提供疾病发生的频率、严重程度和卫生服务利用的资料。重复性横断面调查是一次性横断面调查的扩大，在1年内重复若干次类似调查研究，可以取得不同时间的患病率及卫生服务利用资料。连续性长期调查是在几年内连续调查，取得各年累积的患病率及卫生服务利用资料，供动态研究。

2. 发达国家的健康询问调查介绍

1) 美国

自1957年起，美国就开始全国家庭健康调查，由国立卫生统计中心负责设计、分析，联邦人口调查员负责资料收集。其调查设计为以户为调查单位，以家庭全部人口为调查对象，抽样设计为多阶段概率随机抽样法。将50个州按人口普查区划分为1900个地理区，随机抽取376个地理区作为初级抽样单位，每1个区中抽取30个小组，每1个小组抽取4户家庭。调查方法为直接派人到家中询问调查，18岁以上对象由本人回答，儿童则由母亲代替回答，调查对象不在家，由熟悉情况的直系亲属代替回答，失访者要重访，成人直接回答率要求达到60%以上。调查内容70%为基本调查内容，历年需包括人口学特征；2周内因病伤丧失劳动能力的人数和天数；2周内就诊和牙科就诊数；因慢性病活动限制及长期丧失劳动能力的人数；1年内因病伤住院人数、天数和手术天数；门诊、住院支付医疗费用数；最近一次就诊间隔时间等内容。例

如，1978 年询问享受健康保险种类、费用，1980 年询问住院患者医疗费用和健康保险等情况。

2) 英国

从 1971 年起英国每年连续进行家庭基本状况抽样调查，调查设计为调查员由经过 2 周训练的护士组成，调查对象为 16 岁以上的人。抽样设计采用两阶段分层随机抽取，第一阶段以行政区为分层标识，以人口确定初级抽样单位；第二阶段按经济收入分 13 个层次并结合邮政编码分类随机抽样。调查内容为健康状况自我评价，因病就诊次数，住院人数、次数、天数及等待天数，视力与听力，牙病，处方用药与非处方用药，健康保险等。其余还涉及人口学、就业、饮酒吸烟、婚姻生育史、经济收入、文化教育、家中拥有设备（汽车、冰箱、电视机和计算机等）数量、业余活动、参加群众社团活动、迁移等。抽样调查每年内容不完全一致。

3) 加拿大

加拿大的家庭健康抽样调查的基本模式来自美国，但又独具一格，尤其在调查的内容上增加了项目。1974 年起，调查设计为 15 岁以上居民作为调查对象。抽样设计是省一级分三层（市区、郊区和农村地区），按人口分 100 个初级抽样单位，然后随机抽样来确定样本。调查方法为健康询问调查包括家庭人员特征、社会经济特征、人口特征、患病率特征、行为生活方式及卫生服务利用等；体格检查和实验室检查如血液、尿液检查等。调查内容包括健康状况调查（自报健康状况、急慢性病、外伤、残疾、视听损害、活动受限，体检及实验室检查结果如血压、心肺功能、血红蛋白量等），卫生服务利用（服务项目、地点，不求医原因和使用药物情况），疾病影响（休工、伤残和卧床天数），危险因素测定（生活方式的调查，如饮酒、吸烟、体育活动、安全带使用、妇女病预防的行为因素，生物学指标的测定，疾病发展家族史，环境因素的测定等）。

以上 3 国的健康询问调查方法的比较如表 7-2 所示。

表 7-2 3 个国家健康询问调查方法的比较

国家	调查名称	起始年份	调查内容	调查方法	样本数	调查对象	抽样设计	负责执行单位
美国	全国家庭健康调查	1957	患病率、卫生利用、医疗费用	询问	4 万户 12 万人	全人口	多阶段概率随机抽样	国立卫生统计中心
英国	家庭基本状况	1971	社会经济人口、婚姻生育、患病、卫生利用	询问	1.2 万户 3.2 万人	16 岁以上	两阶段分层抽样	人口调查办公室

续表

国家	调查名称	起始年份	调查内容	调查方法	样本数	调查对象	抽样设计	负责执行单位
加拿大	全国健康大调查	1974	危险因素、健康状况、卫生利用及影响因素	询问、体检、实验室检查	1.2万户 4万人	15岁以上	分层随机抽样	统计局、健康研究分析处

3. 中国家庭健康询问调查的设计

中国自 1981 年中美合作在上海县进行卫生服务抽样调查以来，陆续在许多农村和城市开展了与国外家庭健康询问调查内容基本一致的调查，调查规模比较大的主要有卫生部组织的 1985 年的 10 省、自治区农村卫生服务抽样调查；1986 年的 9 省、市城市卫生服务抽样调查；1993 年和 1998 年的国家卫生服务调查。这些调查为卫生服务的抽样调查积累了丰富的经验。

1) 调查目的

掌握中国不同类型地区居民和特殊人群卫生服务需要和存在的主要健康问题，分析卫生服务需要的变化及影响因素；掌握卫生服务利用情况，探讨居民卫生服务需要向需求转化的程度、卫生服务需求与供给之间的关系及影响因素，评价卫生服务资源利用的效率，发现卫生资源配置和利用等方面存在的问题，为制定和实施区域卫生规划、合理配置卫生资源提供客观依据；了解居民医疗保障制度和医疗保健费用的情况，为健全中国城乡居民的医疗保障制度，完善国家卫生筹资政策提供信息；分析并依据中国居民健康状况、卫生服务需要、卫生服务利用及卫生服务资源之间的联系，探讨卫生服务供需的平衡关系，为卫生事业的改革和发展、宏观管理和科学决策提供依据。

2) 调查对象

根据调查目的来确定调查对象，即要划清调查总体的同质范围。家庭健康询问调查以总人口作为调查对象的总体，根据抽样抽中的样本住户的实际人口作为调查对象。所谓住户是指一起共同进行生活安排，提供食物和其他生活必需品的单身个人和 2 个以上的人群。所谓实际人口是指本住户的所有人员及虽无常住户口但在本户居住半年以上的人口，不包括虽有户口但离家半年以上的人口。因此，调查对象有以下特点：①共同饮食；②共同住房；③共同经济预算；④1 年之内累计居住半年以上。

3) 抽样设计

卫生服务调查抽样的原则是既要保证调查设计的科学性，即样本地区和样本个体对全国和不同类型地区有足够的代表性，又不至于过多增加样本量而加大调查的工作量，即兼顾遵循经济有效的原则。

抽样的方法是多阶段分层整群随机抽样法,具体抽样分4个阶段进行。

第一阶段是确定调查的样本县(市或市区)。全国各县、市差异大,首先要确定分层的基准。分层的指标是通过专家咨询法和逐步回归法筛选的10个与卫生有关的社会经济、文化教育、人口机构和健康指标,主要有第一产业就业率、14岁人口比例、文盲率、粗出生率、粗死亡率、婴儿死亡率、人均工农业产值、第二产业就业率、初中人口比例和65岁以上人口比例等。然后确定抽样的比例,通过主成分分析和聚类分析方法将全国的县(市或市区)分为5层,从各层中按一定的分配比例确定样本量。1998年国家卫生服务调查的县(市或市区)样本容量90个,在实际调查中增加部分城市,用来分析不同大小城市的差别。

第二阶段是确定调查的样本乡镇(街道)。以乡镇(街道)为抽样单位,以人口数作为标识,抽取的概率为1:160,从全国7000多个乡镇(街道)中整群随机抽取450个乡镇(街道),平均每个样本县(市或市区)抽取5个乡镇(街道)。

第三阶段是确定调查的样本村(居委会)。以村(居委会)为抽样的单位,以人口数作为标识,从每个样本乡镇(街道)中整群随机抽取两个村(居委会),抽取的概念为1:1120,共抽得900个样本村(居委会)。

第四阶段是确定最终的抽样单位即样本户。以户为单位,从每个样本村(居委会)中按20%的比例随机抽取住户,平均每个样本村(居委会)抽取60户,全国共5400户,抽样概率约为1:5000,并多抽6户作为备用。

4) 调查方法

调查方法是抽样一次性横断面抽样调查的方法。具体调查是采用入户询问的方法收集数据,经培训合格的调查员在对调查户进行摸底调查后深入样本户按调查表的项目对该户所有成员逐一进行询问调查。资料收集的工具是调查表,主要有住户一般情况调查表、家庭成员健康询问调查表、2周伤病调查表、调查前一年的住院调查表、孕产妇和婴儿情况调查表等。

5) 调查内容

(1) 备考项目:被调查户的地址,调查记录(访问次数、访问日期、完成情况),调查员和调查指导员的签名,主要作用是便于在重新访问和需要回访时提供信息。

(2) 基本情况:包括住户和居民个人的两个方面。

住户的基本情况通常主要包括住户的人口数、居住条件(居住面积、类型)、生活环境(饮水和厕所类型)、卫生服务可得性(家离最近卫生组织的距离、去最近卫生组织需要的时间)和经济状况(月收入、年支出和生活消费情况)、是否是贫困户及主要致贫原因等。

居民的基本情况主要有姓名、与户主的关系、性别、出生年月、婚姻状况、文化程度、就业状况、在岗次从事的职业、经常就诊的医疗单位、医疗保健形式等。

(3) 卫生行为和自我健康状况的判断: 居民的吸烟史(吸烟年限、数量、戒烟情况)、饮酒史、体育锻炼情况、与同龄人相比的健康状况、与去年相比的健康状况等。

(4) 居民健康状况及卫生服务利用: 2周患病(有无患病、疾病名称、持续天数、休工休学和卧床情况、自觉严重程度、转归等)和卫生服务利用(有无治疗、治疗方式、是否就诊、就诊次数、就诊医疗单位和科别、就诊费用、自我医疗情况及费用、未治疗原因等)情况; 前半年患慢性病(疾病名称、持续时间)情况; 前半年内活动受限和短期失能状况判断(有无活动受限或失能状况、持续时间)情况; 前1年内住院(有无住院、住院的原因、因病伤住院的疾病名称等)和卫生服务利用(住院次数、转院情况、住院类别与科别、等待时间、住院天数、有无手术、未住院的次数和原因、出院原因、住院费用、费用支付方式等)情况。

(5) 居民的意向和态度: 是否愿意参加合作医疗; 希望合作医疗的类型; 对医院的服务态度、技术和设备环境是否满意等。

(6) 特殊人群(孕产妇和婴儿)的调查: 对有分娩史和流产史的妇女进行调查, 了解妇幼保健卫生服务的开展情况, 内容包括妊娠次数和最近一次妊娠的结局、产前检查、怀孕期间有无患病、分娩的结局、分娩的地点、接生方式、产后情况、婴儿体重、喂奶和辅食添加、预防接种和生存情况等。

二、卫生服务评价的方法

卫生服务利用应以适度为佳。过度利用则造成浪费, 利用不足又使人群医疗卫生服务需要(求)量得不到满足。卫生服务研究的目的不仅要了解居民利用服务的数量和质量, 还要研究卫生服务需要、卫生资源和卫生服务利用三者之间的关系。利用卫生服务研究获得的资料, 将居民卫生服务需要、卫生资源和卫生服务利用的资料结合起来, 可以对卫生服务的利用做出评价。

(一) 世界卫生组织提出的评价模式

世界卫生组织根据1964年起在加拿大、美国、英国、阿根廷、南斯拉夫、荷兰和芬兰7个国家12个地区中进行卫生服务抽样调查的结果, 将卫生服务需要量、卫生资源投入量及卫生服务利用量三类指标按平均数作为划分高低的标准, 组成8类组合, 称为卫生服务综合评价模式(表7-3)。8类组合可以作为卫生资源配置的参考, 即参考卫生服务需要量和卫生服务利用程度, 确定卫生资源的分配。

表 7-3 卫生服务综合评价的模式

卫生服务利用	高医疗需要		低医疗需要	
	高资源	低资源	高资源	低资源
高	A 型	B 型	E 型	F 型
	平衡型			
	资源分配适宜	资源利用率高	资源利用过度	资源利用率高
低	C 型	D 型	G 型	H 型
	平衡型			
	资源利用率低	资源投入低	资源投入过度	资源分配适宜

A 型：资源充分、利用良好、人群医疗服务需要量很大，三者之间保持平衡。

B 型：医疗服务需要量大，卫生资源不足，卫生服务利用率高，低资源与高需要不相适应，由于卫生资源利用紧张，虽一时能保持平衡，但不能持久，B 型应向 A 型转化。

C 型：医疗需要量大，卫生资源充分，但服务利用率低，应研究卫生服务利用的障碍因素，提高卫生服务的社会效益。

D 型：资源投入不足，且利用率低，不能满足人群的医疗服务需要。应增加投资、提高利用率，满足人群的医疗服务需要。

E 型：资源充分，医疗服务需要低、卫生资源利用高。由于资源充分，人群中可能出现过分利用服务的现象。

F 型：低资源产生高利用，但是与人群医疗服务需要不相适应。可以认为低资源产生高利用，是卫生服务效益良好的标志。

G 型：医疗服务需要低，卫生资源充分，卫生服务利用低，说明卫生资源投入过多，应向 H 型转化。

H 型：医疗服务需要低，卫生资源充分，卫生服务利用均低，三者的低水平上保持平衡。

1993 年，我国开展了国家卫生服务总调查，该调查由卫生部主持，国家中医药管理局和省、自治区、直辖市卫生厅参加。现将该调查结果和世界卫生组织的 7 国 12 个地区调查值进行比较分析，综合评价我国卫生服务状况（表 7-4）。

表 7-4 我国主要卫生服务指标与世界卫生组织调查的比较

卫生服务指标	1993 年全国调查			20 世纪 70 年代
	全国	城市	农村	7 个国家
需要量指标				
两周患病率/‰	140.1	175.2	128.2	185.0
慢性病患率/‰	169.8	285.8	130.7	93.0
每人每年患病天数/日	29.0	38.9	25.7	22.0
每人每年住院天数/日	0.7	1.5	0.4	1.4
每人每年休工天数/日	6.2	4.5	6.8	5.2
每人每年休学天数/日	2.3	3.0	2.1	5.4
每人每年卧床天数/日	3.2	3.2	3.2	7.1
卫生资源指标				
每千人口床位数/张	2.4	—	—	10.1
每千人口医生数/人	1.58	—	—	1.51
每千人口护士数/人	0.91	—	—	5.59
卫生服务利用指标				
每千人 2 周就诊次数/人次	169.5	198.8	159.7	224.0
年每千人住院次数/人次	35.6	50.4	30.6	110.0
年每千人住院天数/日	712	1 512	428	1 489

资料来源：国家卫生服务总调查分析报告（内部资料），1993

我国城乡卫生服务指标与世界卫生组织调查的 7 国 12 个地区相比较，需要量中的 2 周患病率，每人每年住院天数，每人每年休学天数，每人每年卧床天数，以及卫生服务利用的三项指标均比 7 国 12 个地区的调查值低。与 7 国 12 地区相比，我国卫生资源供给也有一定差距，特别是护理人员较为短缺。结合世界卫生组织卫生服务综合评价模式，可以认为，我国卫生资源短缺，卫生资源与人群的卫生需要不相适应，居民的门诊和住院利用不足。

2000 年世界卫生组织在《2000 年世界卫生报告》提出了卫生系统绩效评价的新方法，即通过人群健康平均水平、健康水平的分布、反应性水平和分布及筹资的公平性 5 方面对卫生系统绩效进行评价。该报告首次对 191 个成员国卫生体系的绩效进行了排名，前 10 位的国家是法国、意大利、圣马力诺、安道尔、马其他、新加坡、西班牙、阿曼、奥地利和日本，中国排在第 144 位。

（二）三维综合评价模型

评价一个地区的服务综合情况，可以从 3 个方面进行。第一方面是居民卫生服务需要被满足的程度，即卫生机构提供的卫生服务在多大程度上满足了居民的

卫生服务需要。第二方面是卫生服务资源投入的效率。卫生资源是一种投资,和其他投资一样,卫生资源的投入也应该讲究效率。第三方面是卫生服务资源布局的合理性,即卫生资源的社会公平性原则,卫生服务需要多的地方,资源的投入量也应该多。基于此综合考虑,提出卫生服务复合指标,即卫生服务适宜度、卫生服务效率和卫生服务资源分配合理度。

1. 卫生服务综合评价指标的计算

选用2周患病率、2周每千人口卧床天数、慢性病患率、残疾率4个卫生服务需要指标;2周就诊率、住院率、未住院率、人均住院天数4个卫生服务利用指标;每千人口卫技术人员数、每千人口床位数、人均卫生事业数、年户均医药费用4个卫生服务资源指标。将这三大类指标首先进行去量纲和同趋势化等标准化处理,然后用秩和比法(RSR法)、综合指数法、线性加权求和法三种方法分别计算出卫生服务需要、卫生服务利用和卫生服务资源三个综合值,根据下面计算公式来确定复合评价指标。

$$(1) \text{卫生服务适宜度} = \frac{\text{卫生服务利用综合值}}{\text{卫生服务需要综合值}}。$$

$$(2) \text{卫生服务效率} = \frac{\text{卫生服务利用综合值}}{\text{卫生服务资源综合值}}。$$

$$(3) \text{卫生服务资源分配合理度} = \frac{\text{卫生服务资源综合值}}{\text{卫生服务需要综合值}}。$$

2. 卫生服务综合指标的意义和特点

1) 卫生服务适宜度

卫生服务适宜度是卫生服务利用量与卫生服务需要量之间的比值,反映居民卫生服务需要得到满足的程度,满足程度越高,适宜度就越高;反之,适宜度就越差。理想状态的适宜度为“1”,即卫生服务需求与需要相等,这种是卫生服务应达到的平衡状态。适宜度大于“1”,则说明该地区居民卫生服务需求高于卫生服务需要,可能存在过度利用。如果卫生资源充足,就应当适当控制,注意提高卫生资源的效率,如果卫生服务资源相对不足,存在过度利用的可能性就小。适宜度小于“1”,说明居民卫生服务利用少,而卫生服务需求较高,应注意提高居民卫生服务利用程度。

2) 卫生服务效率

卫生服务效率是卫生服务利用量与卫生服务资源量的比值。在卫生资源不足的情况下,提高卫生服务效率可以补偿资源的不足,并且,可以在低资源水平下达到高的卫生服务适宜度。如果卫生服务效率大于“1”,说明产出大于投入,卫生机构利用卫生资源提供卫生服务的效率高;如果卫生服务效率小于“1”,说明卫生机构利用卫生资源提供卫生服务的效率低。

3) 卫生服务资源分配合理度

卫生服务资源分配合理度是卫生服务资源量与卫生服务需要量的比值。它的含义是指卫生资源是否是按卫生服务需要来布局，即高的卫生服务需要量应该分配高的卫生资源量，这体现了资源分配的社会公平性原则。

总之，复合评价指标有较好的综合性，如卫生服务适宜度综合了卫生服务需要和利用两方面的内容，并显示出了需要与需求之间的匹配情况，揭示出一个地区总体的卫生服务供给满足当地居民卫生服务需要的水平，从而能为卫生决策部门制定卫生服务政策提供帮助。卫生服务效率从经济效益角度揭示了某地区卫生机构利用卫生资源的情况。卫生服务资源分配合理度从资源配置角度揭示了卫生资源的布局情况，提示我们在分配卫生资源时应着重注意卫生服务需要的高低，而不仅仅看卫生服务需要（利用）的多少。故从卫生服务适宜度、效率、卫生资源分配合理度 3 个方面评价一个地区的卫生服务综合水平，才能较准确真实地反映该地区的卫生服务实际情况。

3. 卫生服务综合指标综合评价三维模型

根据综合评价指标的意义、统计分布特点，卫生适宜度和卫生服务资源分配合理度以各自均数加减半个指标进行组合即为三维模型（表 7-5）。

表 7-5 卫生服务三维综合评价模型

效率		资源合理度					
		高		中		低	
		高	低	高	低	高	低
适宜度	高	A	B	C	D	E	F
	中						
	低	C	H	I	J	K	L

注：A——效率高，资源相对很充足，适宜度也高；
B——效率低，资源相对很充足，适宜度也高，需提高效率，存在浪费现象；
C——效率高，资源相对很充足，适宜度也高，属于平衡型；
D——效率高，资源相对很充足，适宜度也高，需提高资源效率；
E——资源相对不足，但效率高，适宜度也高，应投入资源，属效率补偿型；
F——资源相对不足，效率差，但适宜度高，此种情况在实际中不存在；
G——资源相对很充足，但适宜度差，而效率却高，需提高人群健康意识，促进利用；
H——资源相对很充足，但适宜度和效率都低，需要提高利用，进而提高适宜度和效率；
I——资源相对充足，资源利用效率高，但适宜度低，需要提高居民的健康意识，促进利用；
J——资源相对充足，但资源效率和适宜度均较低，需提高效率和居民的卫生服务利用程度，促进健康意识；
K——资源相对不足，适宜度低，而效率高，效率补偿了资源不足，需增加投入，增强健康意识，促进利用；
L——资源相对不足，效率低下，需增加投入，提高效率（首要），促进利用。

思考题：

1. 卫生服务需要量评价的意义。
2. 如何评价卫生服务利用。
3. 卫生服务需要量、卫生资源量、卫生服务利用三者之间的关系。

第八章 健康保险制度

➤ 教学要求：

1. 健康保险的需求理论及影响需求的因素
 2. 健康保险基金的筹集来源
 3. 健康保险的几种支付方式及其各自的特点
 4. 健康保险的几种模式及其各自的特点
-

第一节 健康保险制度的形成与形式

一、健康保险制度的形成

健康保险起源于西欧，可追溯到中世纪。随着西欧资产阶级革命的成功，家庭作坊被大工业取代，出现了近代产业队伍。他们在恶劣的环境中劳动，疾病流行、相互传染，工伤事故也不断发生，工人需要更多的医疗照顾。可是他们的收入低，个人很难支付得起医药费，不能承担因病、因伤带来的经济损失。于是，许多工人便自发地筹集一些资金，用于生病时的开支。这种形式极不稳定，常常是小范围的、短期性的，其抵御疾病风险的能力很低。18 世纪末 19 世纪初，民间保险在西欧发展起来，一开始是在某种行业或某些地区，由工人自愿组织起各种基金会和互助会，后来发展成为国家筹集医疗费用的重要途径。他们共同筹集资金，以偿付医疗费用，并对贫困的工人提供生活补助。这些组织就是健康保险的雏形。

随着社会经济的进一步发展，人们对于医疗保健需求的增加，使这些互助组织得以发展壮大，并逐步形成保险的组织和管理原则，成为一种行业即商业性医疗保险，也称自愿医疗保险或私人保险。19 世纪末自愿保险逐步转向社会保险。1883 年，德国颁布了《疾病保险法》，对保险覆盖的人群、保险基金、保险范围和组织机构都做出了规定，带有强制性。《疾病保险法》的颁布标志着社会医疗保险的诞生，标志着政府、企业开始介入医疗保险制度。此后，奥地利、比利时、荷兰、匈牙利等国也纷纷制定了相应的法律。1922 年以后，医疗保险由欧洲传入其他洲的国家，如亚洲的日本，南美洲的智利。第二次世界大战后，它在

世界各国广为流行。

在亚洲国家中,日本实施医疗保险制度比较早。1938年,日本颁布了《国民健康保险法》,按工薪收入和非工薪收入而分为健康保险和国民健康保险。首先从矿山开始推行,逐步扩大到一般企业;又从职工扩大到家属。1961年,日本在农村实行医疗保险制度,从而使社会医疗保险在全民中得以普及。1972年,日本国会专门为70岁以上老人建立了老年医疗保险制度。现在日本全国99.5%的居民均参加了各种不同种类的保险。

1948年,英国通过并颁布了《国家卫生服务法》,医疗保险范围扩大到全体公民。在资本主义国家中较早地实施了全民医疗保健制度,也称为国家医疗保险。它将医疗保险纳入了政府的职能范围,使人们有了更加稳固的医疗保障。

19世纪后期和20世纪初,由欧洲移民把互助会的概念传入美国,在美国形成了一种叫预付群体医疗的组织。该组织的成员每人预先交付一定比例的费用给医疗服务提供者,一旦生病就可免费医治。以后健康保险在美国有了很大的发展,1935年美国通过了历史上第一部社会保障法典《社会保障法》。1950年社会保障法修正案要求联邦政府为那些享受公共照顾的人支付医院、医生和其他卫生服务提供者的服务费。1960年美国大约有40个州实行了这种医疗救助制度。1965年美国国会通过了老年医疗保险法案。1966年正式实施以年满65岁以上的老年人为对象的老年医疗保险制度,即医疗照顾制度。美国还是当今世界商业性医疗保险最具有代表性的国家。

二、医疗保险制度的形式

纵观世界医疗保险制度,形式多种多样,可以从不同的角度进行分类。按医疗保险实施的形式,可分为自愿保险和强制性保险。前者也称为商业保险或私人保险,后者又称为社会医疗保险或法定保险。按费用分担的方式来分,也可分为扣除保险、共付保险、限额和巨额保险。按资金筹集的方式分类,可分为商业医疗保险、社会医疗保险、国家医疗保险、储蓄保险和社区合作医疗保险等5种形式。

(一) 商业性医疗保险

商业医疗保险(private sickness insurance)是把医疗保险作为一种特殊商品,按市场法则自由经营的医疗保险形式。在医疗保险市场上,卖方是指营利或非营利的私人医疗保险公司或民间医疗保险公司;买方既可以是企业、社会团体,也可以是政府或个人。商业医疗保险的资金主要来源于参保者个人及其雇主所缴纳的保险费,一般而言,政府财政不出资或不补贴。商业性医疗保险的特点为:①多投多保,少投少保;②是一种契约行为;③由市场机制调节,保险机构之间存在着激烈竞争;④有的以利润为经营目的,有的不以利润为经营目的,可

以得到政府减免税赋的优惠。

美国是商业性医疗保险最盛行的国家，其险种之多，范围之广是其他国家无法比拟的。它直接或间接地影响了美国医疗市场的运转。社会保险则处于次要的地位，大部分人参加各种私人或社会团体举办的私人保险组织，如传统的保险公司“蓝盾”、“蓝十字”和 20 世纪 70 年代及 80 年代发展起来的“健康维护组织”和“优先提供者组织”。尽管如此，目前仍有 3700 万人（约占美国人口的 12%）没有任何医疗保险。

（二）社会医疗保险

社会医疗保险（social sickness insurance）是通过立法的形式强制实施的一种社会保障制度。它是社会保险的一个组成部分，指社会劳动者因病、受伤或生育需要医治时，由社会提供必要的医疗服务和物资帮助。包括两个方面：一是因病不能工作，在生病期间给予投保人现金补偿；二是为投保人提供医疗卫生服务。

社会医疗保险相对于商业性医疗保险来讲有其不同的特点。保险机构或组织及其配套的一系列政策都是依照国家法律规定的，由国家法律规定保险的范围、权利、义务及给付标准，它不以营利为目的。政府机关除了立法和监督之外，通常直接参与保险的计划，实施及组织管理，或委托民间组织执行国家的医疗保健政策。社会医疗保险基金来源于雇主和雇员按一定的工资比例缴纳的保险费，政府也要给予一定的财政补贴。德国是最早实行社会医疗保险的国家，比较有代表性的国家还有日本和韩国。我国实行的劳保医疗和公费医疗属于社会医疗保险的范畴。到 20 世纪 80 年代初有近百个国家实行了社会医疗保险，其中一半是发展中国家，这说明社会医疗保险有着强大的生命力。

（三）国家医疗保险制度

国家医疗保险（national sickness insurance）是指以财政拨款作为医疗保险基金的主要来源，保障本国居民获得医疗保健服务的一种医疗保险形式。

国家医疗保险实际上是社会医疗保险的一种特殊形式，其特殊性表现在：

- （1）医疗保险基金绝大部分来源于国家财政预算拨款；
- （2）卫生部门直接参与医疗保健服务的计划管理、分配和提供；
- （3）医疗保健具有较高的福利性，覆盖面往往是全体公民。

由于卫生服务高度的计划性，在卫生资源配置上，医疗服务价格的变动失去了市场调节的灵敏优势，人们的医疗需求往往受到限制。

实行国家医疗保险制度的国家中，英国是最早，也是最具有代表性的国家。

（四）其他医疗保险制度

1. 储蓄医疗保险

储蓄保险（medisave）是社会保险制度的一种类型。它起源于 18 世纪英国

产业革命的“职业保障基金”。以后这种类型的社会保险制度逐步传到了英国的殖民地国家。现在,以新加坡为代表,马来西亚、印度尼西亚等发展中国家均采用了这种模式。

储蓄保险实际上是强制储蓄,强制劳方或劳资双方缴费,以职工的名义存入储金局,到退休和有其他用途时,连本带息发还给职工。

其他形式的保险是以整个社会或一个社区的人群来分担疾病带来的经济损失。储蓄保险则是在一个家庭,一代人或几代人之间,以足够长的时间延续来分担疾病风险。只有当全家无法负担医疗费用时,政府才从税收中给予补贴。

2. 社区合作医疗保险

社区合作保险(cooperate insurance)是指依靠社区的力量,遵循互助共济的原则,以多方机制来解决社区成员的医疗保健服务的一项综合性措施。将合作医疗保险将资金的筹集、经济损失的分摊和医疗保健服务的提供等由社区一体解决,能够较好地开展基本医疗及预防保健。但合作医疗保险资金力量有限、覆盖人群少、抗风险能力低。近来有些专家认为合作医疗制度是解决发展中国家,尤其是农村地区医疗卫生服务筹资、供给的最佳途径。我国的合作医疗和泰国的健康保健卡制度是社区合作医疗保险的代表。

我们将在后面的第五节通过对代表性国家的详细介绍来说明各种医疗保险制度的概况。

第二节 健康保险基金的筹集与支付

健康保险基金是通过法定或合同的形式,由企业或集体,以及个人在确定的条件下,交付规定数量的保险费而建立起的一种货币资金,用来支付投保者按保险条件规定的全部或部分医疗费用,是整个健康保险制度运行的物质基础。没有一定的健康保险基金,健康保险制度就难以正常运行,个人也难以享受到足够的医疗保障。

一、健康保险基金的筹集

(一) 健康保险基金的筹资金来源

从民办范围来看,大部分国家的健康保险基金的筹集是采用多方集资的办法,政府补贴、集体资助和个人出资三方共同负担。由于各国的社会经济制度、经济发展水平不同,各部分负担的比例也有较大差异,但完全由个人出资的健康保险越来越少。同时,一些国家还可能其他的资金来源,如调剂收入、转移收入、滞纳金、烟酒税收等。

政府补贴往往带有福利性,它包括中央政府补贴和地方政府补贴两个部分。补贴数额和比例,各国有较大差异,大多取决于该国的卫生保健制度、福利政策、社会制度和经济状况等因素。有的国家补贴数额较大,有的国家补贴数额较小,有的甚至没有补贴。英国、加拿大及北欧各福利性国家,政府补贴占健康保险基金的绝大部分。例如,英国医疗经费的89%来自国家税收;美国给予健康保险的补助只针对一定的特殊人群,如65岁以上的老人、穷人等;联邦德国、南斯拉夫等实行强制性保险的国家,政府给予一定的补助。

企业或集体资助是指雇员所在的企事业单位按照雇员的工资比例,为雇员缴纳一部分保险金,这是企事业单位对雇员应尽的劳动保护义务。在美国、日本等国以企业为单位参加健康保险的越来越多,这样可以避免一般消费人群不参加健康保险,而只是高消费人群参加的现象,使经济损失的分担在更大的范围内实现,以减少个人的经济损失。

个人出资可视为个人或家庭的健康投资,可通过自愿缴纳保险费的形式,也可采用强制性保险即扣除收入或采用纳税的形式。英国、加拿大和北欧一些国家个人缴纳的保险费是按收入比例提取的,一般为5%~9%。因此,保险费没有固定金额,而是根据个人收入来决定的,并且同个人的健康状况无关。收入高、富裕的人比收入低、贫穷的人要交纳更多的保险费,同时人人享有同等的保险待遇。这种个人出资形式较好地体现了公平性。

调剂收入是指在一定的保险统筹地域内,为体现医疗保险的调剂性、共济性,以提高其抗风险能力,由下级上交或上级补助的医疗保险基金收入。根据规定,个人医疗账户的本金和利息归个人所有,只能用于医疗支出,可以接转和继承,但不得提取现金或挪用。为了体现国家的政策规定,可以用“转移收入”来反映,当被保险人调入本地区,其个人账户的医疗基金随同转移,“转移收入”的金额等于个人账户本金和利息的结余额。滞纳金是指因用人单位拖欠缴纳医疗保险费而按规定收取的费用。

(二) 医疗保险基金的筹资模式

医疗保险基金的筹资模式大致可以分为现收现付制、积累制和混合制三种情况。这三种模式各自有着不同的特点。

现收现付制以“横向平衡”原则为依据,先测算出近年内需支付的保险费用,然后将这笔费用按一定的提取比例分摊到参加保险的各个单位。也就是说,每年筹集的医疗保险资金要全部用于支付当年的医疗费用,即由用人单位和在职工个人按工资总额的一定比例(缴费率)缴纳的医疗保险基金,能够且只能满足当年的医疗费用支出。这种筹资模式的特点一是“以支定收”,每年筹集的医疗保险费与当年的医疗保险基金支出基本平衡,略有节余;二是费率调整灵活,易于操作;三是医疗费用代际转移,体现了人与人之间的横向调剂;四是具

有通过再分配达到公平目的的特性。现收现付制的优点是“以支定收”，只需考虑短期资金平衡，不必承担长期风险；但它的缺点也是很明显的，当人口结构和劳动力的年龄结构发生变化时，由于没有长期积累，会增加现有人口和劳动力的负担。

积累制以“纵向平衡”原则为依据，在对有关的人口健康指标和社会经济指标（如患病率、工资率、平均医疗费用、通货膨胀率等）进行长期的宏观测算之后，将被保险人在享受保险待遇期间的费用总和按一定的提取比例分摊到整个投保期内，并对已提取但尚未支付的保险基金进行有计划的管理与运营。积累制的优点是可以用长期积累的基金对付可预见的和未能预见到的风险；它的缺点是积累的基金要承担保值和增值的风险。

混合制则兼具前两者的特点，是这两种方法的综合。在混合制中，医疗保险基金的收支呈“T”型平衡结构。一方面，在一定区域内的人群中“横向”筹集医疗保险基金，费用共济、风险分担；另一方面，保险费中的一部分资金进入个人账户进行“纵向”积累，以劳动者年轻力壮时积累的资金弥补年老体弱时的费用缺口，自我缓解后顾之忧。这种把社会共济保障与个人自我保障综合起来的筹资模式，既体现了社会公平的原则，又考虑到权利与义务对等的因素，有利于培养被保险人的费用意识，自觉约束医疗消费行为。

我国目前实行的“社会统筹与个人账户相结合”的筹资模式实质就是一种混合制的模式。

二、健康保险的支付

（一）健康保险支付的概念、特点及意义

1. 健康保险支付的概念

健康保险的支付，也称为健康保险费用偿付或结算。它是指由健康保险组织（机构）按照保险合同的规定，在被保险人接受医疗服务后，对其所花费的医疗费用或由于疾病或意外造成的收入损失进行部分或全部补偿。健康保险的支付是健康保险的一个重要环节，是健康保险的保障功能最终得以实现的有效途径。参保人和参保单位向健康保险机构缴付一定数额的健康保险费，建立健康保险基金，由保险机构为参保人确定医疗服务机构（医院或诊所），并与之签订合同。当医疗服务机构向参保人提供了医疗服务后，保险机构作为付款人，按合同规定，代替参保人向医疗保险服务机构补偿所花费的费用。由于现实中医疗保险对参保人由于疾病或意外造成的收入损失进行补偿的情况比较少见，医疗保险的支付主要是针对参保人所花费的费用进行补偿。

2. 健康保险支付的特点

（1）健康保险的支付环节将健康保险的提供者与医疗服务的提供者连接起

来,成为二者直接发生经济关系的纽带。这一特点使医疗费用的支付与享受医疗服务相分离,使医患之间的经济关系退到次要地位,解除了双方尤其是患者对费用的担忧。

(2) 医疗保险机构与定点(约定)医疗单位费用支付关系是一种法律关系。为了便于管理,一般医疗保险机构都会为参保人选定一家或几家医院,作为患者就医的医疗单位,被选定的医院叫做定点医院或约定医院。医疗保险机构与定点医院必须签订合同,确立双方的权利与义务关系。定点医院具有向参保患者提供合同规定的医疗服务的义务及承担医疗费用补偿的责任,同时有权对医疗机构进行检查和监督。医保双方的这种法律关系,保证了医疗费用补偿的可靠性。

(3) 医疗费用的补偿是有限的。医疗保险收取的保险费是有限的,因此,保障的范围和标准也是有限的,而且,一般都规定参保人就医也要自付一部分医疗费用,这样做的目的是控制医疗费用的不合理增长。在医患双方的关系中,患者对医疗的需求是无限的,又因为患者处于被动地位,医生很容易诱导病人的需求,这些都会造成医疗费用的增长。因此,医疗保险机构必须通过合同在费用补偿上限制医院提供过度的服务。

3. 健康保险支付的意义

(1) 经济补偿。医疗保险费用支付的主要作用之一就是由疾病导致的物质消耗及时进行补偿。对参保人来说,是补偿其由于疾病所造成的经济损失,帮助其尽快恢复健康;对于医疗服务提供者来说,是补偿其由于提供医疗服务所消耗的医疗资源和人工成本。

(2) 控制医疗费用的消费。有人形象地将医疗保险基金比喻成“蓄水池”、资金筹集是“入水口”、费用支付是“出水口”。医疗保险费用支付的多少及合理与否,直接关系到医疗保险基金“蓄水池”中蓄水量的规模。医疗资源是否能够得到合理有效的利用,甚至关系到医疗机构的正常运转和医疗保险制度的成败。目前,医疗保险费用支付方式的改革,已经成为世界各国医疗保险制度改革的重点。

(3) 配置卫生服务资源,把患者引入社区保健服务。医疗保险机构为了控制医疗费用的支出,会在保险合同中规定对不同医疗服务的不同支付比例或限额,鼓励患小病、常见病者进社区就医;同时,在日常生活中提供健康教育和健康促进,以及社区康复等服务,使患者不必盲目地追求高精尖的医疗服务。

(4) 配置医疗保险资源。医疗保险资源通过费用支付这个环节流向医疗服务提供者。因此,费用支付环节成为医疗服务提供者的经济来源和经济诱因。受经济利益的驱动,医疗服务提供者倾向于提供更多的服务,以换取更多的经济补偿。医疗费用支付方式就成为调节医疗资源流量的主要手段。因为,不同的费用支付方式会造成不同的经济诱因,影响并引起不同的医疗服务行为,导致不同的

后果。因此,医疗保险支付方式对医疗资源和医疗保险资源都起着导向的作用。

(二) 医疗保险费用的支付方式

医疗保险费用的支付方式从付费的时间上看,可分为现付制、后付制和预付制三种。现付,也称为直接支付,即支付投保人。投保人就医时自己先垫付医药费,再凭借费用凭据到保险机构报销。费用凭据一般要经过审核,如有不符合报销条件的,保险机构可拒付,医药费由病人自己承担。这种方式对医师来说实际上是实报实销,医师都很少考虑费用问题,病人虽要承担不能报销的风险,但病人在就医时对费用缺乏决策权,故容易引起医药费的失控。目前这种落后的支付方式正在逐渐减少。后付,即在提供了医疗服务后,医疗保险机构根据医疗费用开支的多少,向医疗机构或病人支付医疗费用。预付是指在医疗服务机构提供医疗服务之前,医疗保险机构就按合同向医疗服务机构提前支付费用。

从费用支付所发生的关系上看,可分为由医疗保险机构同医疗服务机构直接结算,以及参保人就诊时,先由患者垫付费,然后患者再凭借就医的诊断和费用凭证同医疗保险机构进行结算两种。

从医疗保险费用的具体支付方法上看,可分为按服务项目支付、按人头支付、按平均费用支付、按病种分类支付、总额预算制、工资制、以资源为基础的相对价值标准制。

1. 按服务项目支付

按服务项目支付,是指医疗保险机构根据定点医院所提供的医疗服务的项目和服务量,对它们做出费用补偿的办法,它属于费用后付制办法。具体地说,它是由医疗保险机构根据医院报送的记录病人接受服务的项目(如诊断、治疗、化验、药品、手术、麻醉、护理等)和收费标准的账单,向医疗单位直接付费;或先由病人垫付,病人再从保险机构得到部分或全部补偿。

这种支付方式是医疗保险中最传统,也是应用最广泛的一种费用支付方式。中国长期以来实行的劳保医疗和公费医疗制度就是采用按项目支付费用的办法,也叫实报实销。这种付费方式的优点是实际操作简便、适用范围较广;其缺点是因为医院收入同提供医疗服务的多少有关,所以具有诱导医疗服务机构提供过度医疗服务的倾向。医院通过增加服务项目和服务量,延长住院时间,争先购置先进诊疗设备,开贵重的进口药品等方法获取更多的费用偿付,造成卫生资源的浪费。同时,由于医疗费用由第三方保险机构事后支付,医院与病人都不关心费用问题,甚至可能出现合伙欺诈保险公司、报假账,获取更多的医疗保险资金的问题。第三方的保险机构出于被动的地位,它只能在事后对账单进行审查,从而难以有效地控制医疗费用的浪费。如果保险机构想控制医院避免其提供过度服务,必然要投入大量的人力、物力,高度介入医疗行为的规范和审查,这样,必将大大增加医疗保险机构的管理成本。按服务项目支付医疗费用的办法是引起医疗费

用上涨的主要原因之一。据国外研究估计, 12%左右的卫生医疗费用上涨是由于医疗保险机构按服务项目补偿造成的。

2. 按人头支付

按人头支付, 是指医疗保险机构按合同规定的时间(如1年), 根据定点医院服务对象的人数和规定的收费标准, 预先支付供方(医疗服务机构)一笔固定的服务费用。在此期间(1年), 医院和医生负责提供合同规定范围内的一切医疗服务, 不再另外收费。这种方式实际上是按一定时期、一定人数制定的医疗费用包干制。

按人头支付的优点是医疗费用采取按人头包干的形式预先支付给了医院, 结余归自己, 超支自付, 从而使医院产生内在的成本制约机制, 能自觉地采取费用控制措施, 如积极开展预防、健康教育、体检等活动, 以期最大限度地降低发病率, 减少费用开支; 鼓励医生以较低的医疗成本为更多的病人服务, 促进卫生资源的合理使用, 防止医生提供过量服务; 行政管理简单, 管理费用较低。它的缺点是可能出现医疗服务提供者为了节约费用而减少服务或降低服务质量的现象。为保证医疗服务质量, 按人头支付方式通常规定服务对象的最高人数限额, 以防止病人太多, 医院因对病人的照顾不周而降低服务质量。

丹麦、荷兰、英国最早实行按人头支付的办法; 意大利在1980年以前对部分参保人的医疗保险费用采取了这个办法, 1980年后全部采用此法; 美国健康维护组织广泛使用按人头付费方式; 印度尼西亚和哥斯达黎加也采用这种办法支付医疗费用。

3. 按平均费用支付

按平均费用支付也叫按服务单元支付或定额支付。根据参保人就医时间的长短可将医疗服务分为门诊服务和住院服务两部分。参保病人如果病情轻, 就医当日即可获得治疗, 并在治疗后可立即离开医院, 门诊服务的时间就短; 病人由于病情重, 需要留在医院继续诊治, 所花费的时间就比较长。因此, 在医疗保险费用支付办法的计算上也会不同。其总费用公式为总费用=平均服务单元费用×服务单元量。但对门诊医疗服务费用补偿则采用门诊人次费用标准, 对住院医疗服务费用采用平均住院费用标准。平均数的计算可采用算数平均数、几何平均数和中位数的办法。

对同一家医院来说, 按这种方式支付医疗费用, 所有病人每次门诊和每日住院费用都是相同的, 无论病人实际花费的医疗费用是多少, 都按此标准支付。西欧各国广泛采用这种方法, 但各国的费用标准与计算方法不尽相同。按住院日定额偿付的方法使医院或医生的收入与其提供服务的次数有关, 所以, 这种方式能够鼓励医院和医生降低每次门诊和每个住院日的成本, 但这种方法却在客观上刺激了医院和医生增加门诊次数和平均住院日数。对门诊来说, 虽然门诊费用标准

是事先确定的,但增加门诊次数,就可以增加服务量和收入;对住院来说,尽管住院的日费用标准是定数,但增加住院天数也可以扩大服务量并增加收入。这种状况使平均费用标准在某种程度上限制了所提供的服务量,但医生或医院可以通过增加服务次数达到增加服务量,以获取更多服务收入的目的,这也会造成医疗费用的增长。这就要求保险机构在与医院制定标准时要格外慎重,并且对医院制定监督机制。

4. 按病种分类支付

按病种分类支付(diagnosis related groups, DRGs)的全名叫按疾病诊断分类定额支付。它把医疗服务的全过程看成是一个计量单位和确定服务价格的标识。具体地说,就是根据国际疾病分类法,将住院病人的疾病按诊断、年龄、性别等分为若干组,每组又根据疾病轻重程度及有无合并症、并发症分成不同的级别,对每一组不同级别都制定相应的价格标准,按这种费用标准对该组某级疾病的治疗全过程,保险机构一次性向医院支付费用。实际上就是按医生所诊断的住院病人的病种进行定额付费。设计该方案的目的是通过统一的疾病分类定额支付办法,达到医疗资源利用的标准化。这种方式使医疗保险费用的支付与诊断的病种相关联,而与病人实际花费的医疗费用无关。

按病种付费方案最初是在20世纪70年代初由美国耶鲁大学卫生研究中心米尔(Mill)等人经过10年的研究提出来的。开始,DRGs作为病例组合的一种分类方案,被用于评价医院的医疗服务质量和管理效率上。1983年9月,该中心公布了第三代DRGs,联邦政府宣布于1986年10月在老年医疗照顾计划中用此方案支付出院病例费用。目前,在老年医疗保险计划的支付体系中,已有大约480种标准化的疾病分类(DRGs)。

该方案的优点是会激励医院从经济上以低于固定价格(标准价格)的费用来提供服务,保留固定价格与实际成本的差额。这在客观上将促进医院节约成本、缩短住院时间、减少诱导性消费;注意病人检查治疗的有效性,避免不必要的支出,在一定程度上能减缓和控制医疗费用上升的趋势。据统计资料显示,美国联邦政府在1983~1985财政年度,对医疗保险费用的补偿金额减少了大约68亿美元,如对长期肾透析的病人,采用DRGs后,政府支付给医院的费用平均每个病人减少了23 129美元。另外,DRGs的实施,有力地促进了医院对感染的控制。实施该方法以前,全美国每年与医院感染有关的直接经济支出约为50亿美元~100亿美元;实施DRGs后,医院为了降低成本,能够做到有效地控制感染,所获得的经济效益为医院诊治感染所花费用的95%。这一方面可以减少病人在医院受感染之苦,另一方面,可明显地改善医院的经济状况。

该方案的问题和缺点是如何为一个病人进行恰当的DRGs分组。医院有可能在自身利益的驱动下,为了多获取收入,在诊断界限不明时,使诊断升级,将病

人重新分类到高补偿价格的 DRGs 组中, 诱导病人做手术和住院, 让病人出院后再住院, 这样做缩短了住院日却增加了住院次数。实施该方案的困难在于如何恰当地进行病种分组。该方案的批评者基本上都是医院的管理人员, 他们声称, 对所有医院或各类病人建立分类系统是不可能的。在服务项目、服务质量及病例组合方面, 各医院的水平参差不齐, 将疾病划分成几个主要类别大组, 根本无法充分反映医院间的差异。这种简单的分组只能导致一个奖罚不公的支付补偿体系。

目前, 世界上已有 11 个国家采用了 DRGs 支付制度, 主要以欧洲国家为主, 如挪威、法国、比利时、英国、荷兰、瑞士、意大利、德国等, 除此之外, 美国、澳大利亚也采取了这种支付制度。它们都在对此方式进行了修改并付诸实施。欧洲国家希望借此方式来激励医疗服务机构的有效经营。

5. 总额预算制

由政府单方面或医疗保险机构同医院协商, 事先确定年度预算总额, 在该年度内, 医院的医疗费用全部在总额中支付, “结余留用, 超支不补”, 这就是总额预算制 (global budget)。总额预算制属于预付制的方法之一, 通常, 双方一年协商调整一次。在理论上, 年度预算的确定, 应当按照以往年度实际发生的医疗费总额, 兼顾参保人数变动、人口老龄化、疾病普遍化、通货膨胀、医药科技进步等因素, 确定一个“提前消费量”, 医保双方在此基础上, 再商定当年医疗费用的总预付额。

总额预算制的优点是从运行机制上消除了医疗服务供方提供过度医疗服务的经济动因, 促进医疗行为的规范化, 有效地控制医疗费用的不合理增长; 由于总额预算下的成本是固定的, 医院可主动地事先安排计划, 合理利用医疗卫生资源; 这种费用结算方式手续简便, 可降低管理成本。其缺点是医疗供方在预付总额既定的“硬约束”下, 可能出现医疗服务提供不足和医疗服务质量下降的现象; 确定年度预算总额是一件困难的事, 因为变动因素很多, 难以事先估计准确。

6. 工资制 (薪金支付)

社会保险机构根据定点医院医生或其他医疗卫生服务人员所提供的服务向他们发工资, 以补偿定点医院人力资源的消耗。一般是依据所提供的时间、医生的技术等级、服务队数量及质量来确定医疗服务人员的劳动价值。这种费用支付方式广泛应用于芬兰、瑞典、西班牙、葡萄牙、希腊、土耳其、印度、印度尼西亚、以色列等国家。实行全民医疗保险的国家, 如英国、加拿大和美国的健康维护组织等也使用此方法。

工资制的特点是医务人员的收入按固定数额支付, 与医务人员提供服务的质量和数量无关。这种方式的好处是医疗保险机构能够控制医院的总成本和人员开支, 医务人员的收入有保障。其缺点是缺乏对医生的激励机制, 不能调动医生的

积极性，可能会导致服务质量下降。

7. 以资源为基础的相对价值标准制

以资源为基础的相对价值标准制（RBRVs）是一种新的医疗费用支付方式。最近，此方式被用于美国的老年医疗保险计划。它的基本内容是根据医疗服务总投入的各类资源成本，计算出医生服务或技术的相对价值或权数，应用一个转化因子把这些相对价值转成收费价格。

相对价值是以成本为基础来确定的，确定相对价值是相当复杂的工作。大体上要为 7000 多项服务制定相对价值，为此，需要不断地对数据进行分析和更新。制定相对价值标准所依据的消耗成本包括医生的服务时间、服务的复杂性、服务所需要的技术及努力程度存在的差异、机会成本即接受不同培训时间的医生能够得到相应的回报率、开业的管理费用，如办公室人员工资及设备折旧等。RBRVs 的计算方法为 $RBRVs = (TW)(1 + RPC)(1 + AST)$ 。式中，RBRVs 为特定医疗服务的按资源投入为基础的相对价值；TW 为医生劳动总投入；RPC 为不同专科的相对医疗成本指数；AST 为以普通外科为标准的专科培训机会成本相对分摊指数。

RBRVs 制的优点是能全面合理地估计和比较每个医生服务资源的投入，并以此为基础使各种服务得到近似于理想的竞争市场中的补偿标准；有助于调节医生的服务行为，促使医生将其活动范围向诊断及管理性服务转移，减少不必要的外科手术；改善目前各医疗专业服务补偿水平不公平的现象，提高全科医生的收入，降低专科医生过高的收入。但是仍有不少人反对 RBRVs 支付制度，目前，该制度还处于研究阶段，需要进一步的完善。

实际上，医疗保险费用的支付方式多种多样，不仅仅限于以上几种。这些方式各有利弊，各有各的经济诱因，对医疗保险机构、医疗服务提供者及被保险人的影响也各不相同。表 8-1 从费用控制、服务质量和管理三个方面对上述几种支付方式进行了比较。医疗保险费用的支付方式决定着整个医疗费用的支出水平，

表 8-1 几种医疗保险支付方式的比较

支付方式	费用控制	服务质量	管理
按服务项目付费	很差	很好	非常难
按人头支付	非常好	良	非常容易
按平均费用支付	良	差	很容易
按病种分类支付	好	良	难
总额预付制	非常好	良	容易
工资制	良	差	容易
相对价值标准	好	好	容易

医疗机构的收入与效益及医疗服务的质量。医疗保险机构要慎重地选择合理的单一支付方式或组合方式。在目前的医疗保险制度改革中,支付方式的改革已成为核心内容之一。

第三节 健康保险需求

一、健康保险需求理论

(一) 健康保险需求的概念

健康保险需求指在特定的时间内,在一定价格水平上,消费者愿意并且能够购买的健康保险的数量。在其他条件不变的情况下,保险费下降,购买保险的数量就会增加;反之,就会减少。当保险的边际效用的增加等于购买保险的边际费用的增加量时,所购买的保险才是“适量”的。

(二) 健康保险需求的经济理论

根据健康保险的定义,人们购买100%的健康保险范围,只会在不收行政管理费用时产生。如果收取行政管理费,那么,人们的需求就低于100%。这是因为最后一个保险项目的价格较低时,才购买最后一项保险。在交纳纯保险费的基础上,如果加上行政管理费,最后购买的那项保险的费用就会超过其边际效用,故人们购买时,在边际效用与边际费用相等时,就会终止购买。

在分析健康保险需求时,经济学有两个基本假设:一是人人都有追求最大效用的愿望;二是财富的边际效用是递减的。现以医疗保险为例,如果用 W 代表财富,其效用函数就是 $u=f(w)$ 。假如一个人生了病,而又没有参加保险,他就是自己付医药费,即他的个人财富将从 W_3 降到 W_1 (图8-1),其效用也相应从 U_3 降到 U_1 。而如果他参加了保险,就必须首先放弃一部分财富,即从 W_3 降到 W_2 ,财富的总效用从 U_3 降到 U_2 。这样当他生病时,就可以避免更大的损失。所以人们一般面临两种选择,一是购买保险,只蒙受小笔损失,即支付了保险费;二是不买保险,要么生病蒙受大笔损失(这种可能性很小),要么不生病不蒙受损失(这种可能性很大)。

消费者是会因不能预料的病伤事故而购买保险,还是不买保险而自己承担风险,这要取决于哪种选择能给人们带来较高的预期效用。用 $E(u)$ 代表预期效用,用 $P(I)$ 代表生病的概率,则 $E(u)=P(I)U_1+[1-P(I)]U_3$ 这就是计算预期效用的公式。

假定:总财富 $W_0=10\ 000$ (元),不买保险后的财富 $W_1=2000$ (元),总效用 $U_3=100$,未参加保险者生病后的效用 $U_1=20$,买保险后的效用 $U_2=99$,生病的概率 $P(I)=0.025$,那么,就可以计算预期效用: $Eu=0.025\times 20+$

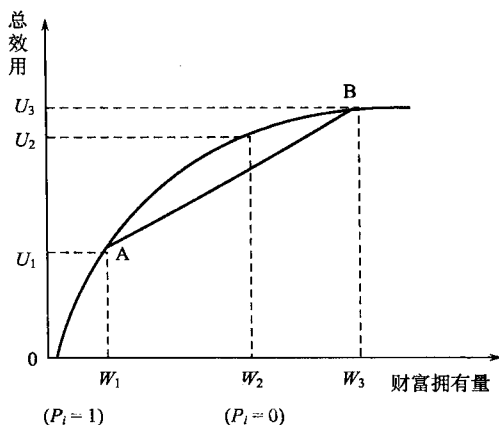


图 8-1 财富效用曲线

$(1-0.025) \times 100 = 98$ 。即：如果不买保险，其预期效用 $U_3 = 98$ ， $U_3 < U_2$ ($=99$) (图 8-2)，如果支付 $(W_3 - W_4)$ 作为保险费，那么，预期损失为 $(W_3 - W_1) P(I) = 8000 \times 0.025 = 200$ 元，这 200 元就是必须支付的保险费，即纯保险费。在支付了保险费之后，消费者的财富拥有量为 9800 元，这时所对应的总效用 U_2 将大于预期效用值 Eu (图 8-2)，因此该消费者将愿意购买医疗保险。

然而，因为保险公司还有管理费、索赔手续和利润等，所以它不是按照纯保险费出售医疗保险。我们加上上述各种附加费之后，再来检查人们是否愿意购买医疗保险，而且，还要预测各种附加费用的最高额可能是多少。

上例中，当保险费为纯保险费 200 元时，购买保险后的总效用大于没有购买保险的预期效用，因此，人们愿意购买医疗保险。当保险费用提高，消费者支付

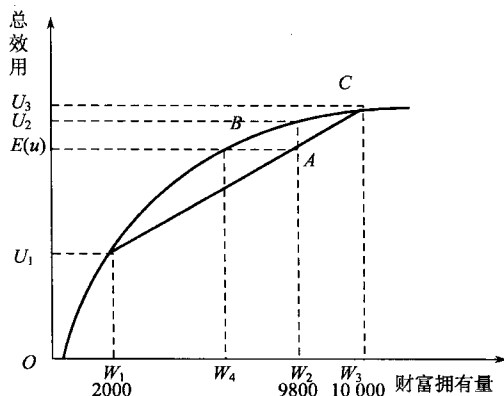


图 8-2 总效用、预期效用与财富的关系

保险后的总财富将减少,其总效用也会减少。当总效用减少到等于不买保险的预期效用 98 时,消费者对是否购买保险就无所谓了。假如总效用下降到预期效用水平之下,消费者就不会再购买保险。

如图 8-2 所示,当总效用等于预期效用 98 时(即 B 点),所对应的财富为 W_4 。 W_2 与 W_4 之差就是消费者所愿意支付的最高附加费用。 W_3 与 W_4 之差就是保险公司所能收取的最高保险费,这一费用又称为均衡保险费。

二、健康保险需求的影响因素

从上面的分析中,我们可以得出结论,只要消费者行为满足两个基本假设,且保险费确定在纯保险水平上,消费者都将愿意购买医疗保险。对于医疗保险需求的数量主要取决于人们是否能够接受纯保险以外的附加费及接受的最高水平。因此,对医疗保险需求的影响因素的分析也主要是从纯保险费以外的附加费的影响因素入手。以下是影响健康保险需求的主要因素。

(一) 疾病发生概率

图 8-3 表示在不同疾病发生的概率下,消费者愿意支付附加费的水平。从图 8-3 中可得知,疾病发生概率 P_i 接近 0 或 1 时,消费者愿意支付的附加费越来越少。这一规律反映出对于已定的事件,消费者不愿意参加医疗保险,而是把钱留给自己。这时,消费者不愿支付附加费给保险公司,因此,对医疗保险的需求也会下降。

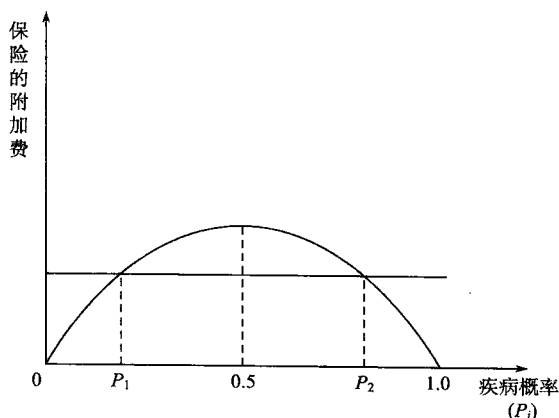


图 8-3 不同疾病概率下消费者愿意支付附加费的水平

当疾病发生概率接近于 0.5,即事件越不确定,人们越愿意支付更多的附加费,医疗保险的需求也就越来越多。

（二）疾病损失幅度

如图 8-4 所示，当预期损失大时，消费者在未投保而患病时的损失为 $W_3 - W_1$ ；当预期损失小时，消费者在未投保而患病时的损失为 $W_3 - W_2$ ，总效用曲线和预期效用之间的面积在大预期损失情况下要比小预期损失情况下大得多。假如人们受到大、小预期损失概率相等时，他们在保险费外愿交更多的附加费来降低大笔损失的风险。所以，疾病的预期损失越大，对医疗保险的需求量也越大。

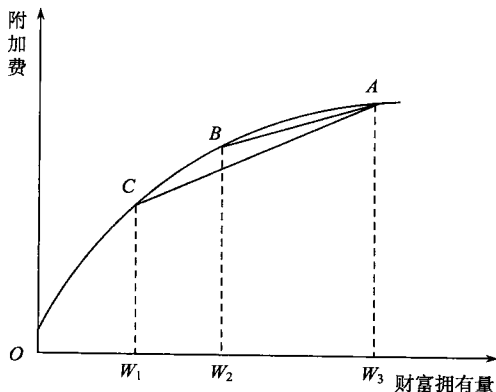


图 8-4 不同预期损失下消费者愿意支付附加费水平

（三）保险价格

如图 8-5 所示，其纵轴表示保险费的附加费，横轴表示病伤发生的概率，根据前面的分析结果可知，随病伤发生概率 P_i 的增加消费者支付的附加费也将增加；到一定程度之后，随病伤概率 P_i 的继续增加，消费者愿意支付的附加费将减少。在 $P_i=0$ 或 $P_i=1$ 时，人们愿支付的附加费为 0。因为出售保险的价格不可能等于纯保险费（保险费需包括推销、管理和索赔申请等费用），所以保险价格（附加费）以 AA' 线表示。保险费随着病伤概率上升而升高是由于事故发生概率上升、索赔申请增多、行政管理费用也会加大。

消费者将会愿意购买 $P_1 - P_2$ 之间的医疗保险，因为在这两点间消费者所支付的保险费低于他（她）们愿意支付的金额。消费者若购买保险，他的效用水平将会提高。

若价格上升到 BB' 线，这时价格高于人们愿意支付的金额，此时人们就不会去买保险。

图 8-5 中的虚线和实线曲线分别表示了疾病损失较大和较小的两种情况下消费者愿意支付的附加保险费。很明显，当具有相同概率时，人们愿意支付的附加费在损失大时比损失小时要多，所以对损失大的疾病其保险费会提高。

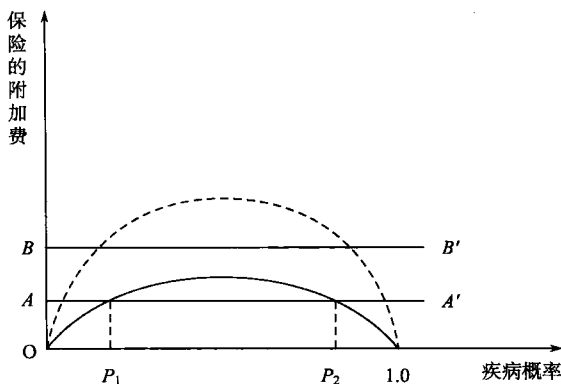


图 8-5 保险价格与保险需求关系

（四）消费者避险心理

不同消费者遇到风险时的行为是不同的，大多数消费者都会表现出避险行为，在其财富的效用线上就会呈现边际效用递减的现象，而且避险心态越重的消费者，效用曲线递减速度越快，对医疗保险的需求也就越大。

与此相反，有些消费者面对风险表现出冒险的行为，他们的财富效用曲线就不会表现出递减的趋势，甚至可以表现为递增的趋势，这样的消费者就不会购买医疗保险。

（五）消费者收入

对收入很高的消费者来说，病伤所导致的财富损失和购买医疗保险所导致的财富减少对其财富总量的影响都不大，对其效用的影响可以忽略不计。这样的消费者对医疗保险的需求就不大。对收入很低的消费者来说，其财富的效用曲线仍然在直线上升阶段，预期效用曲线和总效用曲线基本重合，这样的消费者不可能愿意付更多的附加费，所以他们的医疗保险的需求也较小。只有中等收入的消费者，他们对医疗保险的需求比高、低收入者要大。

（六）医疗技术的发展水平

在最近的几十年中，医疗技术进步使过去无法治疗的疾病有了治疗的方法。但是，这些治疗措施往往成本很高，如器官移植和低体重儿童的生存技术等花费相当高。一旦过去无法治疗的疾病变为可治疗的疾病，对这种疾病治疗的需求就会增加，从而使其财富损失的数量也增加。这种损失概率和损失数量的增加促使了人们增加对医疗保险的需求。

（七）其他

除上述影响因素外，消费者的健康状况、年龄、性别及种族等因素都对医疗

保险需求有着不同的影响。

健康状况对于医疗保险需求的影响表现为,健康状况越差的人,参加保险的可能性越大。但一些研究结果却与上述假设相反。造成这种现象的原因,一方面是收入、受教育程度等因素,许多人没有参加保险,小病得不到及时的治疗,造成健康状况差;另一方面是保险公司把身体健康状况极差的人排斥在外。

受教育程度对医疗保险需求产生正向的影响,受教育程度高的人比受教育程度低的人更容易接受医疗保险,对医疗保险的需求也越来越多。

一般说来,儿童和妇女更趋向于参加医疗保险,在种族方面,美国的白人比有色人种更愿意参加医疗保险。

第四节 健康保险市场经济关系

健康保险市场是健康保险经济活动与市场机制的有机结合体。市场机制是保险市场的主旋律。所谓市场机制是指价格机制、供给机制和需求机制三者之间相互制约、相互作用的关系。这三者之间的关系直接表现为价格与供求之间的关系。供求影响价格,价格调节供求。如果供给和需求相一致,市场处于均衡状态,形成均衡价格;如果供给大于需求,市场价格低于均衡价格就会刺激需求,抑制供给;如果供给小于需求,市场价格高于均衡价格,就会抑制需求,刺激供给。下面将会分析在健康保险市场中,第三方及卫生服务供需双方的经济关系。

一、第三方付款人

健康保险制度的实行,使病人和卫生服务供给者之间的双向关系转变为三角关系。在这种三角关系中,保险机构或政府作为第三方付款人,对卫生服务供给者进行补偿,病人免费(或只负担较小比例的费用)获得服务,这在一定程度上削弱了病人和服务提供者的经济限制,使资源的使用缺乏节制这一问题成为可能。因为保险公司或政府支付医疗费用,所以病人不关心医疗价格并尽量使用卫生服务,结果造成消费者过度利用卫生服务和医生对需求的诱导,如乱用药、乱开刀、做不必要的检查等,最终导致医疗费用的暴涨,经济效率下降。

二、保险机构和卫生服务提供者之间关系

保险机构之间的竞争要求保险组织和卫生服务者达成协议,尽量提供价格便宜、服务质量高和服务范围广的卫生服务。因此保险机构和卫生服务提供者之间的关系实质上是一种契约、协议关系。卫生服务提供者向投保人提供医疗卫生服务,保险机构按协议给予卫生服务提供者以补偿,保险机构和卫生服务提供者之间的协议应充分体现经济责任。

保险机构对卫生服务提供者的补偿方式直接制约着提供者的行为。保险中的现付制容易造成医疗单位提供不必要的卫生服务,以增加收入,结果会致使服务效率和质量下降。预付制较好地体现了保险机构和提供者之间的经济责任,促使供给者提高效率和质量,降低成本。后付制则体现了保险机构对卫生服务提供者的经济控制与制约,有利于控制费用。

三、保险机构和卫生服务消费者之间的关系

保险机构和消费者之间表现为消费者向保险机构交纳保险费,保险机构依据保险合同给予投保者经济补偿的关系。因此,他们之间的关系实质上是一种货币往来支付关系,消费者交纳保险费,得到免费或付少量费用的医疗服务,保险机构收取保险费,形成保险基金,间接支付卫生服务。他们之间的关系应遵循市场规则。

四、保险机构与政府、企业之间的关系

从世界范围来看,政府对保险机构都有不同程度的补助、优惠或干预。政府举办的保险机构属于政府的一个事业单位,经费主要来源于国家税收或社会健康保险基金。对于非政府举办的非营利保险机构,政府一般要给予经费补助、免税优惠或政府干预,确保人民的基本医疗服务得到保障。

许多国家的法律都规定企业必须为雇员的健康投保。企业缴纳的保险金是健康保险基金的重要组成部分。企业作为雇员的代表投保,那么企业和保险机构之间的关系是一种融资关系,同样应遵循市场规则。

第五节 医疗保险模式

实行医疗保险制度的国家,由于各自的经济发展水平不同及传统文化不同及价值理念不同,其制度运行也呈现出不同的特点。纵观世界各国的医疗保险制度,其形式多种多样,从不同的角度有不同的分类,关于这点前已述及,现在我们对有代表性国家的医疗保险制度的介绍来详细说明几种典型的医疗保险模式。

一、全民医疗保险制度模式

(一) 有代表性国家的全民医疗保险制度模式介绍

全民医疗保险制度模式(national health services, NHS),又称为国家卫生服务模式,是指政府直接举办医疗保险事业,通过税收形式筹措医疗保险基金,采取预算拨款给公立医疗机构,向本国居民直接提供免费(或低收费)医疗

服务。

英国在 1946 年通过并颁布了《国家卫生服务法》，开始实施全民医疗保险制度。英国国家医疗保险又称为国民卫生保健制度（NHS），它是政府通过税收筹措医疗卫生经费，按区域人口数和其他因素向国立医疗机构直接拨款，为全体居民提供免费或价格极为低廉的医疗预防保健服务的一种模式。国立医疗机构的经费 95% 来自政府拨款（其中 82% 来自普通税，14% 来自医疗方面的国民保险收入），另 5% 来自服务收费等。第二次世界大战后，英国政府预算用于 NHS 的经费占国内生产总值和政府预算支出的比例见表 8-2。

表 8-2 英国战后 NHS 费用占 GDP 和政府支出的比值

	1951/1952	1973/1974	1979/1980	1990/1991	1995/1996	1998/1999
全民卫生服务占 GDP 的比重/%	3.6	3.9	4.5	5.0	5.7	5.7
全民卫生服务占政府支出的比重/%	8.20	8.88	10.23	12.79	13.59	14.80

资料来源：劳动和社会保障部社会保险研究所，2000

加拿大也是实行政府管理的全民健康保险制度的国家。1966 年，加拿大联邦政府制定了《全民疾病保险法案》，1972 年实施全民健康保险。在加拿大的全民医疗保险计划下，政府直接举办医疗保险事业，老百姓纳税，政府收税后拨款给公立医院，医院直接向居民提供免费服务。所有公民不论经济状况如何，都自动成为医疗保险计划的投保人和保险享受者。所有的加拿大公民都可以在个人支付很少医疗费用的条件下，既能享有基本的住院医疗服务和门诊医疗服务，又不会因为医疗费用的支出而降低人们的生活水平。穷人或丧失经济能力的人及其家庭，可以申请部分或全部减免保险费，所有 65 岁以上的老人均可自动成为免费医疗保险的享受者，终身享受医疗保健服务。这种制度的具体内容有，国家立法、两级出资、省级管理，即各省医疗保险资金主要来源于联邦政府拨款和省级政府财政预算，各省和地区政府独立组织、运营省内医疗保险计划。保险内容上覆盖所有必需的医疗服务，医药适当分离。对于住院保险和门诊保险，除特殊规定的项目外，公众免费享受所有基本医疗保险。同时，鼓励发展非政府保险项目的商业性补充医疗保险，凡非政府保险项目均可由雇主自由投资，其所属雇员均可免费享受补充医疗保险项目。

（二）全民医疗保险模式的特点

纵观英国、加拿大的全民医疗保险模式，可以概括出以下主要特点。

- （1）医疗保险基金绝大部分来源于税收（包括一般税和特殊税）。据 1976 年资料统计，英国国民健康服务基金中的 88% 来自国库，8% 来自国民保险的保险费，3.5% 由受益者负担，0.5% 由其他方式筹集。
- （2）医疗服务活动具有国家垄断性。政府卫生部门直接参与医疗服务机构的

建设, 医院建设与日常运行经费往往通过预算拨给政府主办的医疗机构 (或者政府通过合同方式购买民办医疗机构或私人医生的医疗服务)。

(3) 医疗服务基本为免费或低收费服务, 体现社会分配的公平性和福利性。医疗服务一般覆盖本国的全体公民。英国对居民实行免费医疗, 90%以上的居民依靠国家提供的医疗保健服务。

(4) 医疗卫生资源配置、医疗服务价格等几乎不利用市场机制的调节功能, 居民的医疗需求往往受到一定程度的限制。由于医院属国家开办, 经费由政府定额提供, 医护人员领取国家固定工资。

(三) 全民医疗保险模式运行的效果

(1) 具有全民性和平等性。政府对所需要医疗的国民, 不论其贫富均提供医疗和保健服务。受保者不仅仅是生活贫困者, 而是所有国民。英国 90%以上的居民、加拿大 98%的居民依靠国家卫生服务制度提供医疗保障。

(2) 能有效的控制卫生总费用。全年的卫生总费用绝大多数来自于财政预算, 在总的卫生投入上政府能够事先控制。

(3) 有较好的初级保健系统。一般医疗服务体系分为三级组织, 绝大多数的全科医疗服务和健康护理服务都在社区完成。

(4) 缺乏需方控制, 医疗保健费用增长过快。由于全民医疗保险提供的是免费或者低价格的卫生服务, 卫生服务的消费者对卫生服务的利用程度与其经济利益不发生任何关系, 使得其费用控制的意识不强或者说费用控制意识很差。这就造成医疗卫生资源的极大浪费, 医疗保健费用增长过快。加拿大医疗保健费用 1978 年为 172.4 亿加元, 1986 年为 442.76 亿加元, 1998 年上升为 504 亿加元。1960~1989 年, 英国、加拿大医疗费用占国民生产总值比例的增长幅度分别为 48.7%和 58.1%。

(5) 病人得不到及时的医疗服务。医疗费用由社会保险机构直接付给医院、医生或者药品供应者, 医生的报酬与服务的多少及服务质量不发生任何连带关系, 导致医疗服务效率低下, 服务态度不好、质量也差, 病人排长队。据英国皇家医学会调查, 需要住院的慢性病人中有 65%的病人至少要等 1 个月的时间才能入院, 30%的病人需要等半年, 5%的病人需要等 1 年半以上。因此, 服务质量问题在这种免费的医疗制度模式中尤为突出。

二、社会医疗保险模式

(一) 有代表性国家的社会医疗保险模式介绍

社会医疗保险模式 (social sickness insurance) 是国家立法强制推行的医疗服务制度。由雇主和雇员依法共同缴纳医疗保险费, 政府通过社会医疗保险为参加者提供基本卫生服务。与国家卫生服务模式不同, 社会医疗保险不是一般意义

上的公民权利,只有参加者才能获得相应的医疗服务。尽管参加者的医疗保险费是依法收取的,但不是国家税收。目前,世界上有 100 多个国家采取了这一模式,其中有代表性的国家有德国和日本。

德国是世界上最早建立社会保险制度的国家。1883 年,德国颁布了《疾病保险法》,这是世界上第一个社会保险法律,被多数人认为是现代社会保险制度诞生的标志。德国在最初的立法中就已确立了社会保险的对象是从事经济活动的雇用劳动者,社会保险费由雇主和雇员共同负担,按工资收入的一定比例征集。德国的医疗保险由三部分组成,即法定的社会医疗保险、自愿医疗保险和其他保险中的医疗保险部分(如事故保险、退休保险、社会救济、战争受害者照顾和补助、警察和军队的免费医疗)。医疗保险的资金主要来源于雇主和雇员的缴费,政府不拨款,银行也不贷款。由于医疗保险实行分散管理,全国没有统一的医疗保险缴费率。费率由各医疗保险经办机构根据收支预算自行确定,报监督机关审批后实施。1999 年的全国平均缴费率是 13.5%,由雇主和雇员各负担一半,也就是说,雇主支付总工资的 6.75%,而雇员从自己的工资中支付 6.75%。缴费的基数是投保人的毛工资。缴费基数有上限和下限规定,每年调整一次,超过上限和低于下限的工资都不参加缴费。工资收入低于缴费下限的雇员不缴费,由雇主代缴。

日本的医疗保险制度始建于 20 世纪 20 年代初。1922 年,随着《健康保险法》的制定,日本首先建立了以受雇者为对象的医疗保险制度,其后又于 1938 年颁布了《国民健康保险法》,建立了以自营业者、农民为对象的国民健康保险制度。1961 年提出所有国民都有义务加入国民健康保险,从而使日本实现了全民皆保险。医疗保险的基金主要来自两部分,投保企业和个人缴纳的医疗保险和国家财政税收的补贴。保险费负担比率各地区间有一定的差别。其管理采用互助组合自主管理和政府管理并用的混合管理模式。日本医疗保险建立是为了稳定劳资关系、安抚劳动阶层、谋求产业和平。因此,最初的医疗保险虽然覆盖面不宽,但包括了伤病、死亡、分娩,甚至包括了家属医疗费用的支出和探视慰问费用。

(二) 社会医疗保险模式的特点

综观德国、日本的社会医疗保险模式,可以概括出以下主要特点。

(1) 社会医疗保险基金主要来源于雇主和雇员,按单位工资总额和个人收入的一定比例筹措,政府酌情给予补贴。社会医疗保险制度的筹资大多通过法律、法规强制地限定在一定收入水平范围内的居民身上,按规定数额或比例缴纳保险费(也有纳税方式),因而这类社会医疗保险又称为“法定医疗保险”。例如,日本的健康医疗保险的经费来源受雇者一般要交纳工资总额的 8.4%,由雇主和雇员各负担 50%。

(2) 社会医疗保险的主要特征是资金统筹、互助共济、现收现付,实质上是个人收入的再分配或者说是个人所得的横向转移,高收入者的一部分收入向低收入者转移,健康者的一部分收入向多病者转移,实现社会共济与稳定的目标。

(3) 强制加入为主,自愿加入为辅。例如,德国的医疗保险(对象分为一般劳动者和农业劳动者两种),一般都是强制加入,只有劳动时间少的就业者(一周少于15小时)、兼职者、工读学生等,才规定为自愿加入。其他国家如荷兰、日本等国家,虽都设有多种医疗保险制度,但一般也都是强制加入,只有对特定对象(自营业者、被抚养的家属及被抚养未成年孩子)才实行自愿参加。

(4) 患者本人负担少量医疗费。根据有关受益者部分负担的原理,各国医疗保险制度几乎都有患者本人少量负担医疗费用的规定,即在缴纳保险费的前提下,每次就诊患者还要少量负担医疗费用,如日本“健康保险”本人负担10%，“国民健康保险”本人负担30%；又如德国对部分药物实行本人少量负担,每剂药本人负担3~10马克。

(5) 法定医疗保险与自愿医疗保险结合。在德国,法定医疗保险是强制性的。自愿医疗保险主要投保对象是不参加法定医疗保险的独立经营者、自由职业者、国家官员和高收入者等。参加了法定社会保险的人,如果想享有标准更高的治疗和卫生福利,也可以参加自愿医疗保险。

(6) 实行自我管理。筹集的医疗保险基金,由相对独立的疾病基金会或医疗保险机构进行管理。德国按行业和区域划分了1270个疾病基金会,具体管理医疗保险业务。日本于1938年将厚生省从内务省分离出来,专门从事年金保险与医疗保险的职能。

(三) 社会医疗保险运行的效果

(1) 国家医疗保险制度同市场经济有机结合。根据医疗保险的需求,在国家宏观调控下灵活地调整费率,保险机构可独立自主、不受干扰。在德国,一方面,医疗保险部门加强与卫生部门的分工合作;另一方面,在医疗保险机构的业务运营中,强调自治原则,即在遵守国家医疗保险法律、接受国家监督下实行自我管理,按规定开展竞争、依法维护自身利益。各保险机构可以在规定的缴费上下限度内调整缴费标准。

(2) 医疗保险的受保率大。例如,德国凡入医疗保险的公民,不但可免费享受就医,而且可免费享受定期的健康检查。在职雇员长期卧床的,还可享受到医疗保险机构发送的疾病补贴。

(3) 医疗保险费稳定增长。在实行医疗保险的情况下,是以劳动所得为缴费基数,可按一定费率收取保险费,这不仅是一种与政府其他财政领域没有冲突的独立财源,而且保险费的用途是特定的,因此具有很高的稳定性。这与不具有独立财源,仅仅依存于政府财源的国家卫生服务模式,形成了鲜明的对照。

(4) 社会医疗保险制度突出的问题是医疗保险基金筹措与偿付实行“以支定筹,以收定支”的办法,这对医疗服务的供方与需方缺少有力度的制约措施,医疗保险基金的收与支的数量循环上升。

(5) 医疗基金的现收现付方式造成没有积累的后果。随着人口老龄化与人口负增长趋势的发展,年轻人与健康者的社会负担相对加重,并担心下一代人能否承受本代人的医疗保障及其他社会保障的重担,社会保障上的代际矛盾日渐突出。

(6) 医疗资源配置不合理,利用效率不高。一是为了竞争,医院拥有过多的现代医疗设备,如德国现在拥有的结石粉碎机太多,多得足够为欧洲所有肾结石患者提供医疗。二是浪费较大,参保者认为既然已经交了保险费,又能够享受到低价的医疗服务,如果不享受就不划算,导致卫生服务的过度需求。据估计,德国每年至少有 20% 的药品消费是没有必要的。

三、商业医疗保险模式

(一) 代表性国家商业医疗保险模式的概述

商业医疗保险模式(private sickness insurance)是把医疗保险作为一种特殊商品,按市场法则自由经营的医疗保险模式。在医疗保险市场上,卖方是指营利或非营利的私人医疗保险公司或民间医疗保险公司;买方既可以是企业、社会团体,也可以是政府或个人。商业医疗保险的资金主要来源于参保者个人及其雇主所缴纳的保险费,一般而言,政府财政部门不出资或不补贴。美国是商业医疗保险模式的典型代表。

美国政府虽然实施了几项社会保险制度,如以 65 岁以上老人为对象的“老年医疗保险制度”、以穷人为对象的“医疗困难补助制度”、以工伤等外伤工人为对象的“工伤补偿制度”、以少数民族为对象的“少数民族免费医疗制度”等。但这些社会保险制度仅容纳少部分人群,大部分居民参加了各种私人或者社团举办的商业性保险组织,还有 3000 余万人(约占全国人口的 12%)没有任何医疗保险。蓝盾(Blue Shield)和蓝十字(Blue Cross)是美国最大的两家民间医疗保险公司,覆盖人口 1.7 亿。投保人缴纳保险费后,医疗费用一般不用病人分担,公司作为第三方给医院和医生付费。此种模式采用按服务项目付费,对供给和需求双方都缺少有力的约束机制,因而医疗费用不断上涨。在美国还有名目繁多的营利性保险公司,大多数采用费用分摊的“共付保险”办法,以降低投保率。费用昂贵的服务项目往往作为独立保险项目,单独核算。参加这类保险的人约有 5400 万。20 世纪 70 年代以来美国出现了一些新型的非营利性的医疗保险组织,如健康维持组织、优选提供者组织等。

（二）商业医疗保险模式的特点

综观美国商业医疗保险模式，可以概括出以下主要特点。

（1）社会人群自愿入保，共同分担意外事故造成的经济损失。由保险人与被保险人签订合同，缔结契约关系，确定双方权利与义务。医疗保险作为一种特殊商品，根据社会不同需求产生的不同险种开展业务，其供求关系由市场调节。

（2）商业性医疗保险的特点是自由、灵活、多样化，以适应于社会多层次需求。保险公司之间互相竞争，主动吸引投保顾客，设立多种多样的保险险种，采用不同种类的筹资方式与保险提供方式，以满足消费者的多种需要。

（3）医疗服务供给与需求双方一般处于不对等地位。供方可以利用技术优势诱导需求，刺激消费，因而医疗服务供给完全由市场调节，往往出现“市场失灵”。医疗消费的膨胀，以及社会医疗总费用失控是商业性医疗保险模式的突出弊病。

（三）商业医疗保险模式运行的效果

（1）保险覆盖面不足，保障程度受限。由于参加医疗保险的非强制性，保险公司对参保对象有一定的选择性。例如，美国在 1997 年没有任何医疗保险保护的人数达 4340 万左右，约占人口的 16.1%，而穷困人群中的 31.6% 和儿童中的 30% 左右没有医疗保险。尽管美国法律规定医院不得拒绝为没有保险的人提供医疗服务，但是没有保险的人在获取医疗服务的便利程度、水平、时间上都会受到很大的限制。即便有保险的人群，由于保险种类的不同，在享受医疗服务的质量、水平、时间，以及个人负担费用上都会有很大的差别。因此，在美国这一世界上经济最发达的国家里，很多人获得合理的医疗卫生服务是有困难的或者是不足的，居民的一些基本健康指标仅排在世界的第 18 位。

（2）医疗费用高。美国是世界上医疗费用最高的国家，2000 年约 11 000 亿美元，占美国 GDP 的 14% 左右。高额的医疗费用和市场机制，刺激了美国医疗卫生业的发展，使得美国的高新医疗技术、最新的医药产品、高水平的医疗服务一直处于世界的领先地位。但是由于医疗费用上涨过快、过高，医疗保险费用的不断上涨，已给政府、企业、个人带来了沉重经济负担，一些企业、个人只好降低保障的水平，甚至放弃保险。因而使美国人获得医疗服务的总体水平反而不高，实际的平均健康水平和平均医疗质量还低于许多发达国家，这与美国高额的费用极不相称。造成医疗费如此之高的原因是多方面的，但是自由市场式的医疗服务和保险体制不得 not 成为主要原因之一。

（3）强调财务自理，即主要资金来源于投保人缴纳的保险费，避免了免费医疗所造成的滥用医疗资源的弊端。政府只提供特定医疗服务的余额补助，一定程度上可节约政府一大笔经费。医疗机构是独立核算单位，职责分明、相互制约，有利于形成竞争机制。

(4) 医疗保健制度不健全, 管理混乱。医院、医生对被保险人没有承担起相应的责任, 医疗质量低、浪费严重。据说美国每年用于管理、滥用和浪费的医疗资源达 800 亿美元。

四、储蓄医疗保险模式

(一) 代表性国家储蓄医疗保险模式概述

储蓄医疗保险制度是强制储蓄保险的一种形式。它是一种通过立法, 强制劳方或劳资双方缴费, 以雇员的名义建立保健储蓄账户 (即个人账户), 用于支付个人及家庭成员的医疗费用的医疗保险制度。这种模式以新加坡为代表, 马来西亚、印度尼西亚等发展中国家也采用这种制度, 属于公积金制度的一个部分。

从基金的筹集方式上看, 新加坡的医疗保险制度是以个人责任为基础, 政府负担部分医疗保险费用的制度。在整个医疗保险费用的支出结构中, 个人现款付费占 42%, 保健储蓄基金占 10%, 税收 (政府补贴) 占 28%, 医疗保险 (商业) 占 5%。

新加坡的医疗保险制度可分为 3 个层次, 即在全国范围推行的、强制性的、以帮助个人储蓄和支付医疗保险费用的保健储蓄计划; 非强制性的、对大病进行保险的医保双全计划; 政府拨款建立保健信托基金, 以帮助贫困国民支付医疗费用的保险基金计划。政府补贴、保健储蓄、医保双全、保健基金共同构筑了新加坡的医疗保险网, 保证每一个国民都能获得基本医疗服务。新加坡实行统一的医疗保险制度, 各个阶层之间在待遇上基本没有区别。

(二) 储蓄医疗保险模式的特点

综观储蓄医疗保险模式, 可以概括出以下主要特点。

(1) 以储蓄为基础的医疗保险模式有利于提高个人的责任感, 激励人们审慎地利用医疗服务, 尽可能地减少浪费。

(2) 以储蓄为基础的体制能更好地解决老龄人口医疗保健需要的筹资问题。随着人口老龄化, 以赋税为基础的体制日趋困窘, 青年人口比例下降, 将使医疗保健负担加重; 社会医疗保险和商业医疗保险都难以解决青年人和老年人之间费用负担上的“代沟”。强制性的储蓄医疗保险体制要求每个有收入的居民为其终生医疗保健需要而储蓄, 每一代人都要解决自身的医疗保健需要, 避免上一代人的医疗保健费用负担转移到下一代的身上。

(3) 新加坡医疗保险采用的是介于市场调节与政府包揽之间的医疗保健管理模式, 它不允许医疗保健服务完全由市场自由支配, 其特点是采用公积金医疗保健账户。它是一项全国性的住院保险计划。住院医疗费既不是由国家全部包下来, 也不是由投保人全部承担, 而是根据不同疾病等级由政府实行差额补贴。

(4) 政府补贴、保健储蓄、健保双全和保健基金四位一体、相辅相成, 保证

每个国民都能够获得基本医疗服务。新加坡的医疗保障制度全国统一,不存在行业区别的特殊照顾,即使政府高级官员也和一般雇员享受同样的医疗服务。

(5) 新加坡的储蓄医疗保险是以家庭为单位的“纵向”筹资,储存一定数额基金,延续使用,缓解疾病风险,同时增强了家庭的凝聚力,也符合东方国家的传统习惯。

(三) 储蓄性医疗保险模式的运行效果

新加坡医疗保险制度获得了一定的成功,全国的卫生保健工作也取得了很大成就,国民健康水平达到世界先进水平。

(1) 雇员缴纳的医疗保险费完全记入个人账户,存款属个人所有,透明度高。这与个人利益直接联系在一起,有利于对医疗资源使用的制约和对医疗单位的监督。

(2) 做好卫生事业发展的宏观规划,合理配置卫生资源。控制医生和病床数的有计划增长,不能任其盲目发展。为此,新加坡国立医科大学每年只招收 150 名学生,国外学成归来就业的人数控制在 30 人以内,大部分成为家庭医生和初级卫生保健人员。医院要增加病床或改变病床的等级结构,需要经卫生部审批。严格控制全国病床总数,且大部分为等级低的病房,以提高病床使用效率;优先保证基本医疗和初级卫生保健的需要,限制特需医疗。

(3) 严格控制高科技医疗设备在国立医院的普遍使用。医院开展新的医疗服务项目需经卫生部批准,只有那些确有疗效、已普遍使用、成本低廉的项目才允许开展。1992 年才开始允许 3 家医院使用核磁共振,以防止医疗费用上升过猛。

(4) 新加坡的医疗保险也有不足之处。一是强调“纵向”积累,缺乏“横向”互助共济;二是储蓄过度,资本过剩,一定程度上抑制了需求,进而影响经济增长,因为公积金在储存期内会员是不能动用的;三是政府将积存的公积金过度地投资于商业楼宇、旅店和酒店,这就促进了这些行业一定程度的膨胀,影响了经济的协调健康发展。

五、社区合作医疗保险模式

社区合作医疗保险 (cooperate insurance),又可称为基层医疗保险和集资医疗保障制度。社区医疗保险的对象可以是城市社区居民,也可以是农民,但一般是以农民为主。

我国农村正式出现具有保险性质的合作医疗保健制度是在 1955 年农业合作化运动的高潮时期。随着农业合作化运动的发展,山西、河南、河北等地区农村出现了一批由农业生产合作社举办的保健站。20 世纪 80 年代初,世界银行和世界卫生组织都曾派专家组来我国考察农村卫生医疗保健,他们在考察报告中指出,中国农村实行的“合作医疗保健制度,是发展中国家群体解决卫生经费的唯

一范例。尽管每个合作医疗的具体情况在全国有很大的差异,但是,总的说来,它是由群众集资、采取预付医疗保险金的形式,是解决群众基本医疗保健问题的一种医疗保健制度”。世界卫生组织在另一份报告中说,“初级卫生工作人员的提法主要受到中国的启发。中国在占 80%人口的农村地区发展了一个成功的基层卫生保健系统,向人民提供低费用的、适宜的医疗保健技术服务,满足大多数人的基本卫生需求,这种模式很适合发展中国家的需要”。

由于农村经济制度改革、农业生产责任制的推行和集体经济的瓦解,1982年后,农村合作医疗保健又逐渐衰落下去。据 1985 年的调查,全国实行合作医疗的行政村由过去的 90%以上迅速下降到 5%。1991 年,中央和国务院再次肯定了农村合作医疗保健制度,提出“稳定推行合作医疗保健制度”后,近些年,情况又有所回升,但也只有 10%左右的行政村实行了该医疗保健制度。2002 年,中央和国务院又提出要建立新型的以“大病统筹”为主的合作医疗。中央财政出资 50 个亿在中西部贫苦地区农村试点建立新型合作医疗,同时地方财政也要出资,这在以前是没有过的。

泰国的健康卡制度以家庭(户)为单位参保,一户一卡,超过 5 人再购一卡,50 岁以上和 12 岁以下儿童享受免费医疗。每张卡家庭自费出资 500 铢,政府补助 500 铢。为了推动健康卡的发行,政府规定只有当全村 35%以上家庭参加时,政府才给予补贴。健康卡所筹资金,由省管理委员会统筹(全国分为 76 个省),其中 90%用于政府医疗保健费用,10%用于自付管理费用。健康卡可用于医疗、母婴保健和计划免疫。健康卡持有者持卡到健康中心或社区医院就诊,当健康中心或社区医院认为需要转诊时,可转往省医院或地区医院,直至中央级医院就诊。到公立医院就诊(门诊、住院),除了规定的自费项目,如整容、配镜等以外,可就诊 8 次,每次限 2000 铢,全年限 16 000 铢,由就诊单位向省管理委员会结算。如到私立医院就诊,门诊费用自理,住院费用在年限额内按日均 300 铢补助确定。

合作医疗制度使得一个区域内资金的筹集、因病造成经济损失的分担及医疗保健服务集于一身,能够在基层单位提供较好的基本医疗和预防保健,对于保障基层老百姓的身体健康有很好的作用。其局限性是资金有限,覆盖人群少,抗御风险能力较差。有些专家认为,合作医疗制度是解决发展中国家,尤其是发展中国家的农村地区医疗服务的有效办法。

思考题:

1. 健康保险制度形成的过程?
2. 健康保险需求的概念,经济学理论及影响因素?
3. 健康保险供给的概念,经济学理论及影响因素?

4. 健康保险基金有哪几种筹集来源和筹集方式?
5. 健康保险有哪几种支付方式?
6. 医疗保险有哪几种主要模式,各自的特点?
7. 你认为医疗保险将来的发展趋势如何?

第九章 卫生立法与监督

► 教学要求：

1. 掌握卫生立法的程序
 2. 熟悉我国主要的卫生法规
 3. 熟悉卫生监督的分类
-

第一节 卫生立法

一、卫生立法产生的背景

随着现代医学模式的确立，人们越来越认识到医学与社会科学历史性结合的意义。从医学的人文社会属性方面人们已清楚地看到，必须积极运用伦理、法律等手段对各种医药卫生活动进行调整和规范。卫生法就是适应这一深刻的社会背景而形成和诞生的。

卫生法的兴起和发展，带有历史的必然性，具有鲜明的时代特征。随着人类社会的发展，物质文明和精神文明程度的提高，人类健康将受到越来越多的社会关注，卫生问题在各类社会问题中所占的地位，将会日益突出。因而，卫生法在现代社会中的地位和作用将显得十分重要。

在世界上，几乎所有古代文明国家都有卫生方面立法的记载。产生于公元前 18 世纪的古巴比伦《汉谟拉比法典》，不但是一部世界上最完整、最古老的奴隶制法典，而且还是一部论述详细、内容准确的医药卫生法典，它具体规定了有关传染病防治、食品卫生、医疗实施等许多重要问题。其中医药方面的条文有 40 余款，约占整个法典的 1/7。公元前 2000 年的古印度《摩奴法典》规定，医生出现医疗事故，依病人的伤残等级处以不同数目的罚金。公元前 6 世纪古罗马《十二铜表法》规定，医生疏忽而使奴隶死亡要进行赔偿。西方近代还有不少关于医生资格的认定和取得等方面的法令和规定，以约束医生、保护病人，同时又给医生和病人以法律上的保障。古代关于卫生方面的立法的共同本质和特点，就是在有限的医药卫生条件下，统治者通过颁布一定的卫生法律，来促进医药卫生事业的发展，维护人的生命健康，并在卫生实践活动中体现其当时的等级制度，

以巩固其统治地位。

与封建时代相比,资本主义社会卫生立法的内容和范围不断扩大,成文的卫生法规逐渐增加,卫生立法进一步得到加强并不断完善,基本形成了较为完备的医药卫生法律体系。

当前,国外卫生立法主要呈现出如下趋势。第一,卫生立法已从单项立法逐步向综合立法过渡,同时随着国际贸易和世界市场的形成和发展,医药卫生的国际交流活动也日趋频繁,卫生立法开始向国际间、世界性的合作格局发展,如建立世界性卫生组织;签订医药卫生方面的双边或多边协议或条约;举办世界性的医药卫生立法专题研讨会等。第二,随着社会的发展和新技术的出现,各国先后制定了一批新的卫生法规,卫生立法出现了重大进展,如器官移植和利用法、人造器官法、试管婴儿法、人工授精法、病人权利法等。第三,卫生立法开始涉及一些与道德、伦理、哲学等人文社会科学有关的敏感问题。例如,在人的死亡方面,涉及“脑死亡”标准问题、“安乐死”问题;在人的绝育方面,欧洲不少国家通过了绝育特别法、计划生育法、人工流产法等新的法律。

在我国古籍中,最早记载卫生方面的制度和法律的是《周礼》,其开卷篇《开宫》中,就记录了当时的卫生制度,规定了宫廷的保健组织、医生的专业分类、任务、职责、待遇和奖惩等事项。从秦代起,我国封建社会有了比较系统的法典,如《秦律》、《汉律》,因此,有关医药卫生方面的规定也在这些法典中出现。到了汉代,开始对医和药分别设官管理。随着社会经济和医药卫生事业的不断发展,唐宋时期卫生立法已经有了比较详细的记载,卫生活动有了系统的法律规定。例如,《唐律》是世界上封建社会中最系统、最严密的法典之一,其中许多条文涉及医药卫生。旧唐书关于《唐律》的记载中有:“凡律十有二章……今二十有七篇,分为三十卷……其中二十七是医疾。”关于卫生的律令,如医生不能欺诈骗病人,“诸医违方诈疗疾病而取得财物者,以盗论”。关于卫生保健方面的律令,如同姓不得结为婚姻,“同姓为婚者各徒三年”。宋、金、元时期,医药卫生制度在许多方面沿袭唐制,但在卫生立法上有所发展。宋代颁布的《安剂法》,规定医务人员人数及升降标准,这是我国最早的医院管理条例。元、明、清各朝代的卫生法规也有各自的成就。《元典章》是研究元代政治、经济、法律、风俗的重要资料,其中有关医生、医疗机构、药品管理、法医勘验、禁治庸医等都作了法律规定。明代《大明会典》不仅对医生的录用及从医作了严格规定和限制,还对合和御药错误、使用毒药杀人、庸医杀人的处罚,以及医疗事故与责任等都作了明确规定。清王朝则基本上沿袭了明朝的医疗制度。

总之,在中国古代社会,随着医药卫生活动的开展,统治阶级为保障自己的健康,也为维护自己的经济基础,建立了一些医药卫生制度,发布了一些卫生法令,制定并实施了一些卫生法规,客观上也给被统治者带来了一定益处,推动了

医学科学的进步和发展。

新中国成立 50 多年来,我国卫生法制建设虽然有过曲折,但总的来说经历了一个逐步发展和完善的过程。特别是改革开放以来,卫生立法取得了突破性的进展。目前,由全国人大常委会通过的卫生法律有《药品管理法》、《国境卫生检疫法》、《传染病防治法》、《红十字会法》、《母婴保健法》、《食品卫生法》、《献血法》和《执业医师法》等 9 部;国务院制定颁布或批准颁布的卫生行政法规有 24 个;卫生部制定颁布的卫生规章及其他规范性文件有 400 多部;此外,各省、自治区、直辖市也结合当地实际制定了一大批地方性卫生法规或规章,已初步形成由社会公共卫生、健康相关产品、卫生机构和专业人员监督管理三个方面组成的卫生法律框架,使我国的医药卫生工作逐步走上了法制化管理的轨道。

但是,由于我国卫生法制建设比较薄弱,许多卫生法规,如“临床医疗法”、“中医法”、“病人权利法”等,仍亟待制定。广大公民、医务工作者和法律工作者的卫生法制观念比较淡薄,而且,对卫生法学理论的研究和探讨还远远不够。所以,加强卫生法制建设,建立起我国的卫生法制体系的任务还相当艰巨,需要进一步的探索。

二、卫生立法的概念

(一) 卫生立法的定义

卫生立法即卫生法的制定,是指国家有权立法机关制定、修改、废止卫生法律、法规的活动。

在我国,卫生法的制定有狭义和广义两种定义。从狭义上讲,卫生立法专指全国人大制定的卫生法律,称为基本法;全国人大常委会制定的卫生法,称为基本法以外的其他法律。我国现今尚未制定卫生基本法。从广义上将,卫生立法是指有权立法的国家机关为保障人体健康,根据法定职权并通过法定程序制定医疗卫生法律和其他一切规范性卫生法律文件,及其他一切卫生法律规范的活动。它除了全国人大在宪法中制定有关卫生方面的法律规定和全国人大及其常委会制定卫生法律的活动外,还包括国务院制定卫生行政法规的活动、国务院有关部委制定卫生行政规章的活动、地方人大及其常委会制定地方性卫生法规的活动、民族自治地区的自治机关制定卫生方面的自治法规和单行条例的活动、特别行政区立法委员会制定卫生方面规范性法律文件的活动。除制定卫生方面的规范性法律文件的活动之外,对这些规范性法律文件的修改或废止活动,也属于卫生法制定的范畴。

(二) 卫生立法的程序

卫生立法程序包括卫生法的制定程序、修改程序及废止程序 3 个方面。在卫生立法活动中,除卫生法的制定需要依据法定程序外,卫生法的修改和废止同样

需要严格地依照法定程序进行。一般而言,卫生法的修改或废除由原制定机关进行,其程序也与制定程序基本相同。目前,我国卫生法律、法规、规章的制定工作的主要依据是《全国人民代表大会常务委员会会议事规则》、《行政法规制定程序暂行条例》、《中华人民共和国地方组织法》、《规章备案和审查规定》等。

1. 卫生法律的制定程序

(1) 立法准备阶段,包括进行立法预测,编制立法规划,做出立法决策。

(2) 立法提案,根据宪法的规定,全国人大科教文卫委员会和国务院可以向全国人大常委会提出制定卫生法案。

(3) 审议提案,经过委员会会议审议或专门委员会审议后,将提案提请全国人大常委会审议,提案在经过两次审议后由常委会投票表决。

(4) 公布施行,由中华人民共和国主席根据全国人大常委会的决定,以主席令的形式公布卫生法律。

2. 卫生行政法规的制定程序

(1) 编制立法规划。卫生部、国家药品监督管理局、国家中医药管理局、国家出入境检验检疫局根据需要及社会发展状况,提出立法项目草案,由部(局)务会议审定后上报国务院。经国务院统一部署,决定立法项目名称、等级和起草部门,具体工作由国务院法制办组织实施。

(2) 法规起草。列入5年计划和年度计划需要制定的卫生行政法规,由卫生部等分别负责起草。起草法规内容涉及两个以上部门时,应以一个部(局)为主起草,必要时成立专门的小组起草。在起草前,要深入调查研究,充分占有和分析材料;拟定好起草提纲及内容后,广泛征求意见,进行论证与调研。

(3) 法规的制定。根据《行政法规制定程序暂行条例》的规定,行政法规的制定包括以下步骤:草案的提出;草案的审查;行政法规的审议;行政法规的通过和公布。卫生部、国家药品监督管理局、国家中医药管理局、国家出入境检验检疫局均有权向国务院提出行政法规草案。草案由国务院法制局负责审查,经国务院常务会议通过或总理批准后,由国务院总理发布,或经国务院批准由国务院主管部门发布。

3. 卫生规章的制定程序

(1) 立法规划。各职能司按部(局)的部署提出年度卫生立法计划建设项目,送卫生法制与监督司或政策法规司统一编制下一年度立法计划,并由部(局)务会议审定。

(2) 规章起草。制定专业性规章以各职能司为主,卫生法制与监督司或政策法规司参与配合。卫生行政法规规定由卫生部等制定实施细则的,应在起草制定行政法规的同时进行起草实施细则的工作,其起草程序与行政法规起草程序相同,起草时可以请医药卫生、法律专家参加论证。

(3) 规章的制定。规章送审稿由起草单位经由卫生法制与监督司或政策法规司审核后,交部(局)务会议讨论通过,由部长或局长签发并发布施行。

(4) 规章的报批、备案。规章起草部门应在规章正式发布之日起 15 天内,向部(局)卫生法制与监督司或政策法规司报送规章和起草说明,备案报告等有关材料。由卫生法制与监督司或政策法规司在公布之日起 1 个月内上报国务院,由国务院法制办备案审查。每年 1 月底以前,卫生部、国家药品监督管理局、国家中医药管理局、国家出入境检验检疫局的卫生法制与监督司或政策法规司将上一年度制定的规章目录报国务院法制办备查。

4. 地方性卫生法规及卫生规章的制定程序

地方性卫生法规的制定程序。

(1) 由享有地方性法规制定权的地方人大常委会科教文卫委员会或委托卫生厅(局)组织进行法案起草工作。

(2) 享有地方性法规制定权的地方人民代表大会召开时的主席团、常务委员会、本级人民政府等可以提出议案。

(3) 由主席团将议案提请人民代表大会讨论,或先交付议案审查委员会审查后提请人民代表大会讨论。

(4) 议案经全体代表表决过半数通过后,由地方人大常委会公布施行。省、自治区的人民政府所在地的市和国务院批准的较大市的人大及其常委会制定的地方性法规,需报省、自治区的人大常委会批准后施行。

(5) 通过后的地方性卫生法规需报全国人大常委会和国务院备案。

地方性卫生规章的制定程序。

(1) 由享有地方性卫生规章制定权的地方卫生行政部门负责规章的起草,涉及其他职能部门的,由有关职能部门予以配合,并广泛征求意见形成讨论稿。

(2) 由当地人民政府法制局组织医药卫生法律专家参与论证并形成征求意见稿。

(3) 经当地人民政府法制局常务会议形成送审稿。

(4) 送审稿报送当地人民政府常务会议批准后公布施行。

(5) 经当地人民政府常务会议批准的地方性卫生规章,需报送国务院卫生部备案存查。

三、卫生立法的范畴

卫生法遍及医药卫生预防保健的各个方面,按照它们的性质进行归类,可以大致分为卫生监督与疾病控制方面、医药监督与管理方面、社会卫生方面、卫生科技与医学教育管理方面、妇幼卫生保健与计划生育技术管理方面以及科学技术发展在卫生中的新应用等 6 个方面。

（一）卫生监督和疾病控制方面

卫生监督和疾病控制方面主要包括传染病防治、食品卫生管理、学校卫生管理、化妆品卫生监督、国境卫生检疫、劳动卫生监督、公共场所卫生管理、放射防护管理等法律规定，如《食品卫生法》、《国境卫生检疫法》、《传染病防治法》、《公共场所卫生管理条例》、《尘肺病防治条例》、《学校卫生工作条例》等。

（二）医药监督与管理方面

医药监督与管理方面主要包括医疗机构管理、医护人员管理、医院内部管理、医疗事故的处理、药品卫生经营许可管理、新药监督管理、特殊药品监督管理、生物制品及血液制品监督管理、医疗器械监督管理等法律规定，以及药典、药品标准检验和药品广告商标管理等法律规定。这方面还包括中医、中药管理的法律规定。

（三）社会卫生方面

我国的卫生工作方针之一就是“动员全社会的参与”，卫生工作是为了全体社会成员的健康，同样全社会成员也对卫生工作负有一定的义务。社会卫生方面包括社会成员在卫生工作中的责任、卫生团体的管理和医疗保障制度的组织等，如《爱国卫生法》、《红十字会法》、《健康保险法》等。

（四）卫生科技与医学教育管理方面

卫生科技与医学教育管理方面主要包括医药卫生科研机构、科研计划、科研成果、科研仪器设备、科研基金、科研档案管理等法律规定，以及高等医学院校和中等卫生学校师资队伍建设和教育教学管理和学生培养等法律规定，如《医药卫生科研计划管理试行办法》、《医药卫生科研机构管理试行办法》、《医药卫生科研成果管理试行办法》、《医药卫生科研仪器设备管理暂行办法》、《医药卫生科研基金制试行条例》、《全国中等卫生学校工作条例（试行）》、《高等医学院校基础学科助教培养考核试行办法》、《关于培养临床医学硕士和博士学位研究生的试行办法》等。

（五）妇幼卫生保健与计划生育技术管理方面

妇幼卫生保健与计划生育技术管理方面主要包括妇幼卫生、妇女儿童保健、母婴保健和计划生育技术管理等法律规定，如《母婴保健法》、《女职工劳动保护条例》、《婚姻保健工作常规（试行）》、《女职工保健工作规定》、《家庭接生常规（试行）》、《托儿所、幼儿园卫生保健管理办法》等。

（六）科学技术发展在卫生中的新应用方面

科学技术日新月异地发展，在生命科学领域也取得了突破性进展，如人体基因组解密、克隆成为现实等。一些新的技术应用到医学上，对人类的传统伦理产生了冲击，如器官捐献、人工授精、基因技术、克隆技术和安乐死等。在这些新技术的应用上，暂时还没有制定专门的法律规定，在这些方面急需法律来规范。

四、卫生立法的原则

卫生立法的基本原则是指立法者在卫生法的创建过程中应遵循的基本原则，它是卫生立法的指导思想在卫生法创建过程中的具体化和实践化。我国卫生法应遵循宪法的基本原则，以邓小平理论和党的基本路线为指导，为实现社会主义现代化服务。从这一指导思想出发，根据《中华人民共和国立法法》的规定，结合我国卫生立法现状，现阶段我国卫生立法应坚持和贯彻以下几项主要原则。

（一）体现人民意志原则

卫生立法就是我国工人阶级和广大人民通过有权制定卫生法的国家机关，依照法定程序，把自己在卫生方面的共同意志上升为国家意志的过程。我国卫生法的社会主义性质和人民性决定了它必须体现广大人民在卫生领域的共同意志。我国卫生法是由有权制定卫生法的国家机关创制的，这就要求这些国家机关在制定卫生法的过程中走群众路线，做到在卫生法的起草、审议过程中，广泛听取广大人民群众的意见，实行立法机关和实际工作部门、专家学者相结合的模式，吸收专家和有经验的实际工作者参与卫生法的起草论证工作，严格依照立法程序办事，听取审议意见。卫生立法要体现广大人民的意志还要求卫生立法机关应以广大人民的共同利益为标准，立足全局、统筹兼顾，克服部门、行业保护主义的狭隘意识。

（二）维护法制统一和尊严原则

维护法制统一和尊严原则是指我国卫生法和其他各法律之间，各项卫生法律之间，以及卫生法律规范之间互相衔接，和谐一致，避免互相的重复和矛盾，维护法律的尊严。这就要求：

（1）卫生立法必须以宪法中的有关卫生工作的法律原则为依据。

（2）各立法机关应严格依照宪法和立法法规规定的立法权限和程序立法；严格遵循各法律渊源间的效力从属关系，地方卫生立法不得与中央立法相违背。低层次卫生立法不得与高层次立法相违背。

（3）保持卫生法的连续性、稳定性，及时立、改、废相结合，这是法制统一的必然要求。卫生法作为行为规范应保持其连续性、稳定性，但当卫生法已不适应变化了的卫生法律关系，或当卫生法与其他法律之间、卫生法律体系各层次之间、不同的卫生法律文件之间，以及卫生法律规范之间出现了严重冲突时，应及时地进行立、改、废，维护法制统一和尊严。

（4）提高立法技术，科学地构建卫生法框架体系，避免卫生立法中的互相冲突、重复，避免产生立法盲点，形成我国科学协调的卫生法律体系。

（三）从实际出发，从中国国情出发

从实际出发，从中国国情出发是辩证唯物主义思想路线在我国立法工作中的

运用和体现。从国情出发,就不能仅从书本或者主观愿望出发。从实际出发,就既要积极,又要慎重;既要考虑必要性,又要考虑可行性。在卫生立法中坚持这一原则,就是要从社会主义市场经济条件下的卫生事业改革和发展的基本现状出发,充分考虑到社会经济基础、生产力水平、人民群众文化水平、道德水平和觉悟程度等情况,坚持调查研究,坚持理论与实际相结合,正确处理好当前与长远,需要与可能的关系。

法是社会发展到一定历史阶段的产物,需要有坚实的社会基础。同样,卫生立法也必须适应社会主义市场经济的需求,适应卫生事业改革的需要,如有关脑死亡标准、安乐死、医疗保障制度等急需适用法律形式加以规范。同时对已经过时的,不适应市场经济需求的卫生法律规范及时做好修改和废止工作。所有这些都要严格按照立法规划进行,避免法与法之间的冲突,法律与法规、规章之间出现本末倒置,以及法律的超前或滞后。真正做到:①卫生法成熟一个制定一个,不搞贪大求全;②要有比较成熟的、实践检验证明是正确的经验;③掌握好原则性规定和具体规定的尺度;④要随着形势发展不断完善卫生法律。

(四) 原则性与灵活性相结合

所谓原则性就是要坚持卫生立法的社会主义性质,不能削弱和动摇。所谓灵活性是指在保证卫生立法的社会主义性质不变的前提下,在立法时不搞简单划一。原则性与灵活性是辩证的统一,原则性是前提,是不能动摇的;灵活性是实现原则性的必要保证。两者既不能颠倒,也不能对立。就我国现行立法体制在制定卫生规范性文件的权限上,既要把立法权高度集中于中央,同时又要在中央统一指导下,允许各地区,特别是少数民族地区,因地制宜地制定一些变通的卫生法律措施,以适应各民族、各地区的特点和需要。这对于维护我国卫生法律的统一,调动和发挥中央和地方两个积极性,保障人体健康,促进经济发展具有重要作用。

(五) 适当借鉴、吸收外国有益的经验

对有关的外国卫生法律,应当加以研究、分析,适当加以借鉴。对于其中反映保护人体健康的规律性、共同性的内容,对于有利于卫生事业发展的管理经验,对于国际交往中形成的国际卫生法规范和惯例,应当加以研究、吸收,但绝不能原封不动照搬照抄。

(六) 总结卫生工作实践经验与科学预见相结合原则

卫生立法一般是对卫生管理、卫生服务工作,以及卫生改革中的经验加以总结,并以法的形式加以确认和保护。总结实践经验始终是立法的主要方式,但对于卫生立法来讲,仅仅总结实践经验是远远不够的,由于总结性立法往往有明显的滞后性,而卫生法律关系是不断变化的,这就容易造成卫生法律的频繁修改和废止。任何事物的发展都具有连续性和规律性,现实中包含着未来的发展趋势,

所以我们完全可能在总结分析我国卫生工作现实经验的基础上,借鉴外国先进立法经验,科学地预测我们的卫生工作和卫生改革的发展趋势,做出超前性立法,在一定程度上减少卫生立法的频繁修改和废止。所以,在卫生立法中应坚持总结卫生工作实践经验与科学预见相结合的原则。

五、基本卫生法规概述

我国自1982年颁布第一部卫生法律《中华人民共和国食品卫生法(试行)》至今,全国人大常委会已颁布了9部卫生法律,它们是《职业病防治法》、《食品卫生法》、《药品管理法》、《国境卫生检疫法》、《传染病防治法》、《红十字会法》、《母婴保健法》、《献血法》和《执业医师法》。到现在为止,除了这9部有全国人大常委会通过的卫生法律外,还有国务院颁布的24部卫生行政法规,卫生部制定的多达400多个的卫生行政规章,还有大量的地方性的卫生法规和规章。

本部分将主要介绍以下的基本卫生法规。

(一) 食品卫生法律制度概述

食品卫生法上的“食品”是指各种供人食用或饮用的成品和原料,以及按传统来讲既是食品又是药品的物品,但不包括以治疗为目的的物品。

食品是人类生存和发展必不可少的基础物质。为了生存,人每天都必须摄入一定数量和质量的食物。食品的质量主要取决于有效营养成分含量的高低和食品的卫生状况。食品卫生状况又主要受两方面因素的影响:一是食品是否含有天然毒素等有害物质;二是食品在生产流通过程中是否受到污染。由于在现代社会,人们主要通过商品生产与交换的方式来获取食品,个人很难控制食品的卫生与质量,因此,世界各国普遍重视通过立法和行政监督来控制 and 保障食品卫生,这样就产生了食品卫生法。

食品卫生法就是国家制定的为保证食品卫生,防止食品污染和有害因素对人体的危害,保障人体健康,增加人的体质,调整食品生产经营活动中形成的各种社会关系和法律规范的总称。

中华人民共和国自建国开始就重视食品卫生问题,只是在方式上早先主要依赖单纯的行政管理,到20世纪60年代前后才开始食品卫生法制建设。1979年8月28日,国务院颁布《中华人民共和国食品卫生管理条例》,1982年11月19日,第五届全国人民代表大会常务委员会第二十五次会议通过《中华人民共和国食品卫生法(试行)》,取代了国务院颁发的上述管理条例,成为中国第一部食品卫生法。该法经过十几年的试行,取得了良好的成效,也积累了丰富的经验。在此期间,我国在政治、经济等各方面发生了巨大而深刻的变化。为了适应变化了的社会环境,有关国家机关对食品卫生试行法进行了近7年的修订准备工作,最终于1995年10月30日,由第八届全国人民代表大会常务委员会第十六次会议

通过了经修订的《中华人民共和国食品卫生法》并公布施行。

修订后的食品卫生法较全面地规定了有关食品卫生的各项基本法律制度,是我国食品卫生领域的主要法律。为了保障《食品卫生法》的实施,卫生部先后颁布了《食品卫生监督程序》、《食品卫生行政处罚办法》等近 80 部卫生行政规章和 400 多项食品卫生标准,各地方国家权力机关也制定了诸如《食品卫生法实施办法》等地方性法规。另外,从实质渊源角度看,包含在民法、刑法、经济法等其他法律中的涉及食品卫生的法律规范也是这个法律体系的组成部分。至此,一个较为完整的食品卫生法律体系在我国已经形成。当然,我国的食品卫生法还有进一步完善的必要。比如,就食品卫生标准而言,参照发达国家的经验,一个较完善的食品卫生标准体系应有 2000 个以上的标准,而我国目前仅制定了 400 个左右。

(二) 药品管理法律制度概述

药品管理法是调整药品研究、生产、流通和使用活动中产生的各种社会关系的法律规范的总和。

我国药品管理法主要是从药品的研究到药品的使用等各个环节,针对药品质量做出的明确规定。因此,从一定意义上说,我国药品管理法也是药品质量监督管理的法律规范的总和。

新中国成立以来,党和政府十分关心人民的身体健康,在注意发展我国医药卫生事业的同时,国家制定了一系列有关药品管理的法规。1984 年 9 月 20 日,第六届全国人大常委会第七次会议通过了《中华人民共和国药品管理法》,并于 1985 年 7 月 1 日起施行。这是新中国成立以来我国第一部药品管理法律,它把党和国家有关药品管理的方针政策,用法律的形式确定下来,将药品的质量置于国家和广大人民群众的监督之下,为加强药品的监督管理,保障人民用药安全、有效,维护人体健康提供了法律保证。

为全面贯彻落实《药品管理法》,强化药品的监督管理,1989 年 1 月 7 日,国务院批准发布了《中华人民共和国药品管理法实施办法》。国务院还先后颁布了《麻醉药品管理办法》、《医疗用毒性药品管理办法》、《精神药品管理办法》、《放射性药品管理办法》等行政法规。卫生部陆续制定发布了《新药审批办法》、《药品生产质量管理规范》、《医院制剂管理办法》、《进口药品管理办法》、《医院制剂管理办法》、《生物制品管理办法》、《戒毒药品管理办法》等多部药品管理的配套规章。同时,各省、自治区、直辖市也相应制定了一系列有关药品管理的地方性法规和规章。

(三) 国境卫生检疫法律制度

现在国际上通用的“检疫”(quarantine)是由意大利文“quaranta”一词演变而来的。1448 年,意大利为防止东方鼠疫传入其国内,在威尼斯设立了世界

上第一个检疫站,规定国外商船一律先在港外海面上停泊 40 天,如不发生疫情,方可进港装卸货物。检疫是指对传染病的监测和管理,分为动植物检疫和卫生检疫两种。

国境卫生检疫是指一国为了防止传染病由国外传入或者由国内传出,由国境卫生检疫机关根据有关法律、法规在国境口岸对出境入境人员、交通工具、运输设备、动植物,以及可能传播传染病的行李、货物、邮包等实施传染病检疫、监测和卫生监督的卫生防护措施,它是一种国家行为。国境卫生检疫根据口岸和交通工具的不同,可分为海港检疫、航空检疫和陆地边境检疫三种。

国境卫生检疫法是指由国家制定并认可的用来调整在国境卫生检疫活动过程中产生的各种社会关系的法律规范的总和。

为了维护国家的主权和尊严,防止传染病的传播,保证我国社会主义现代化建设的顺利进行,第六届全国人民代表大会常务委员会在总结我国近 40 年检疫工作经验的基础上,根据我国的具体国情,参照《国际卫生条例》、国际惯例及其他国家国境卫生检疫法,于 1986 年 12 月 2 日制定公布了《中华人民共和国国境卫生检疫法》(简称国境卫生检疫法),并于 1987 年 5 月 1 日施行。

为加强国境卫生检疫的工作力度,保证国境卫生检疫法的实施,卫生部还颁布了一系列国境卫生检疫法规,如《中华人民共和国国境卫生检疫法实施细则》、《传染病监测健康检查暂行办法》、《进口废旧物品卫生检疫管理规定》、《入境出境集装箱卫生管理规定》、《进出口动植物检疫法实施条例》、《国境卫生检疫行政出发程序规则》等。

国境卫生检疫法及其实施细则的颁布实施,标志着我国国境卫生检疫工作进入法制化的轨道。一系列配套法规的相继制定实施,使我国的国境卫生检疫基本上形成了比较完备的法律体系。

国境卫生检疫法有广义和狭义之分。狭义的国境卫生检疫法仅指国境卫生检疫法。广义的国境卫生检疫法不仅包括狭义的国境卫生检疫法,还包括所有有关国境卫生检疫的法规和其他法律中有关国境卫生检疫的内容,如《中华人民共和国刑法》中关于妨害国境卫生检疫罪的规定。

(四) 传染病防治法律制度

传染病防治法是调整预防、控制和消除传染病的发生与流行,保障人体健康活动中产生的各种社会关系的法律规范的总和。

传染病是由病源性细菌、病毒、立克次体和原虫等引起的一类疾病,它可以在人间、动物间或人与动物间相互传播。由于这类疾病具有传染性、流行性和反复性等特点,因而其发病率高,对人体健康和生命产生威胁,对国家经济建设的影响最大。

建国以后,党和政府采取了一系列综合性措施,大力开展传染病防治工作,

取得了显著成效。20 世纪 60 年代初期消灭了天花。鼠疫、霍乱等传染病也得到了较好的控制, 传染病总发病率明显下降。但是, 由于我国幅员辽阔, 人口众多, 城乡各地的经济、文化、卫生水平发展不平衡, 传染病又有所复发, 某些已被控制的传染病又在活化, 随着对外交往的增加, 一些新的传染病开始传入我国。因此, 我国传染病防止工作的任务还是非常艰巨的。

为了更好地预防、控制和消灭各类传染病的发生和流行, 保障人体健康, 促进国家经济建设, 1989 年 2 月 21 日, 第七届全国人大常委会第六次会议通过了《中华人民共和国传染病防治法》, 并于同年 9 月 1 日开始施行。1991 年 12 月 6 日, 经国务院批准, 卫生部发布了《中华人民共和国传染病防治法实施办法》。《传染病防治法》以保障人民的生命健康为宗旨, 总结了新中国成立以来传染病防治工作的经验, 在已实施多年的管理制度的基础上, 确定了传染病的预防、疫情报告与公布、控制和监督四项法律制度。

(五) 母婴保健法律制度

母婴保健法是指由各级机关制定的调整在保障和促进母亲和婴儿健康、提高出生人口素质中所产生的各种社会关系的法律规范的总和。

作为社会主义国家, 我国始终重视保护妇女儿童的合法权益, 并且已经取得了很大的成绩。中国的成立从根本上消灭了各种轻视妇女、残害妇女的各种制度, 妇女得到了彻底的解放, 成为政治上、经济上、人格上独立自主和平等的主人。

我国先后制定的 4 部宪法也都贯彻了这种精神。有关这方面的其他法律法规主要还有 1980 年颁布的《中华人民共和国婚姻法》, 1986 年民政部所颁布的《婚姻等级办法》, 1992 年卫生部颁布的《妇女权益保障法》, 1993 年卫生部、劳动部、人事部、全国总工会及全国妇联发布的《妇女保健工作规定》等。这些法律、法规的制定和颁布, 极大地促进了我国对妇女和儿童合法权益的保护, 同时也为制定统一的母婴保健法打下了基础。1994 年 10 月 29 日第八届全国人民代表大会常务委员会第十次会议通过了《中华人民共和国母婴保健法》, 自 1995 年 6 月 1 日起实施。这是我国所制定的又一部保护妇女、儿童权利的重要法规, 同时也是我国妇幼卫生史上的一个里程碑。此后, 卫生部又于 1995 年 8 月 29 日发布了《中华人民共和国母婴保健法实施办法》。同时 1995 年 8 月 4 日, 卫生部还发布了《母婴保健监督处罚程序》。至此, 我国已经建立起了初步完善的母婴保健法律体系。

(六) 献血法律制度

献血法是调整保证临床用血需要和安全, 保障献血者和用血者身体健康活动中产生的各种社会关系的法律规范的总和。

血液是生命之源, 也是医疗抢救活动中不可缺少的特殊物质, 其功能和作用是药物所不能替代的, 而且只能来自健康者的机体。公民献血, 救死扶伤, 发扬

人道主义精神,是履行社会义务、尊重社会公德的一种表现。公民献血制度的完善程度,充分体现出一个国家公民的道德水平、公民意识水平、文化知识程度和社会公德水平的高低。

为了规范公民献血工作,1978年以来,国务院、卫生部曾发布了一系列行政法规、部门规章,一些省、自治区、直辖市也制定了地方法规或地方行政规章。1978年,国务院批转卫生部《关于加强献血工作的请示报告》;1996年,国务院发布了《血液制品管理条例》。卫生部相继颁发了《全国血站工作条例》、《献血体格检查参考标准》、《无偿志愿献血奖励办法》、《关于加强输血工作管理的若干规定》、《采供血机构和血液管理办法》、《关于加强临床用血管理的紧急通知》以及《血站基本标准》、《单采血浆站基本标准》等配套规章。为了保证医疗临床用血需要和安全,保障献血者和用血者的身体健康,发扬人道主义精神,促进社会主义物质文明和精神文明建设,1997年12月29日第八届全国人民代表大会常务委员会第二十九次会议通过了《中华人民共和国献血法》(以下简称《献血法》),自1998年10月1日起施行。1998年9月,卫生部根据献血法制定发布了《血站管理办法(暂行)》。《献血法》及其配套法规的颁布实施,是我国医疗用血事业的重大变革,标志着我国血液管理工作进入了法制管理的新阶段。

(七) 医疗事故处理办法

在医疗过程中,要尽量避免医疗事故的发生。但由于医疗过程受多种因素影响,要完全杜绝医疗事故的发生也是不可能的。既然发生了医疗事故,就必须要进行处理,使医患双方的争议得到解决,这就产生了医疗事故处理制度。在我国历史典籍中,早已不乏这种制度规定,如宋代就曾以法律形式规定医生的职业道德及医疗事故的责任承担制度。

中华人民共和国成立以来,医疗事故,医疗纠纷的处理制度大体上经历了三个不同阶段。第一阶段是20世纪50年代,医疗事故的实体法律制度没有建立起来,主要是适用刑事法律进行类推定罪处罚,程序上则侧重于由司法机关依诉讼方式裁决。第二阶段是20世纪60~70年代,法律制度依然缺乏,甚至连先前的司法机构和司法处理程序也因“文革”动乱而被破坏,医疗事故发生后,主要是由卫生行政部门进行定性处理。第三阶段是70年代末至今,实行医法结合、行政与司法途径并用来处理医疗事故与纠纷。在此阶段,先是不少地方政府机关制定了本地方医疗事故处理规定。在此基础上,经多方努力,于1987年制定出了现行《医疗事故处理办法》,由国务院公布实施。

1987年6月29日颁布的《医疗事故处理办法》虽只是行政法规,却是我国目前处理医疗事故的基本法律依据。《办法》颁布后,卫生部根据他的授权颁发了《医疗事故分级标准》、《关于〈医疗事故处理办法〉若干问题的说明》等行政规章,并做出了若干执法解释意见。各省级地方权力机构颁发了自己的实施细则。最高人

民法院也就医疗事故诉讼中应用法律出现的问题做出了部分有关的司法解释。这些行政法规、行政规章、司法解释构成了我国现行的医疗事故处理法制体系。

第二节 卫生监督

一、卫生监督概念和属性

(一) 卫生监督的概念

卫生监督是政府卫生行政部门依据公共卫生法规的授权,对公民、法人和其他组织贯彻执行卫生法规的情况进行监督检查,对违反卫生法规、危害人体健康的行为追究法律责任的一种行政管理活动。卫生监督的目的是行使国家公共卫生职能,实现国家对社会的卫生行政管理,保护人民的健康,维护国家卫生法制的统一和尊严。其性质属于国家监督,是国家行政监督的一部分,同时也是国家卫生行政管理的重要环节。

(二) 卫生监督的属性

从卫生监督的定义我们可以看出,卫生监督的主体必须是卫生行政部门,它的对象是卫生监督的相对人——公民、法人和其他组织。这就表明卫生监督是政府行为,是行政职能。所以,卫生监督的行政性是其根本属性。这里所谓的行政性是说,卫生监督是政府的行政行为,是政府公共职能的体现。长期以来,人们对国家的公共职能的作用有所忽视,当今现代化的国家现实生活以不可抗拒的力量冲破了人们头脑中的思想禁锢,使得人们有可能客观地分析国家职能的真正含义。第一,任何政治统治的实现必须以完成一定的公共职能为前提。没有管理、协调等公共职能的有效措施,政治统治本身就无法实现。第二,国家的本质必须通过一定的公共职能活动得以体现。国家总是直接通过管理、协调等公共职能来维护公众的利益,以保障社会的长治久安。所以说,只要国家存在一天,公共职能便存在一天,只要国家不断发展,公共职能就会日趋膨胀。而卫生监督就是一种既独立存在,又与国家职能密切相关的公共职能,具体地说,就是公共卫生职能。总之,国家要实现社会经济的发展和社会生活的稳定,有赖于包括卫生监督在内的公共职能的充分行使。这便是卫生监督存在的主要机制。

在我国,随着法制建设和社会经济的发展,卫生监督作为一种行政执法行为已成为一种制度。它通过实施卫生法律、法规、强制和规范社会行为,最大限度地减少危害,控制环境,进而达到增进健康的目的。目前,这一制度已由国家以立法的形式加以确立。例如,《中华人民共和国食品卫生法》总则第2条明确规定:“国家实行食品制度。”《化妆品条例》第3条也规定:“国家实行化妆品制度。”

我们强调行政性的同时,又必须承认它的技术性,这也许是区别于其他许多

行政工作的显著特点。卫生监督的技术性与行政性并不矛盾。卫生监督的许多实际工作,如判断是否合法,是以检测检验数据作为判断标准的,没有这些数据,会很难甚至不能依法监督。所以,技术手段是卫生监督不可缺少的,也就是说,卫生监督有赖于许多卫生技术手段得以有效实施。因此,卫生监督的行政性与技术性是统一的。

二、卫生监督的功能与作用

(一) 卫生监督的功能

卫生监督的功能就是卫生监督所具有或应发挥出的效能。不同专业化的社会分工必然产生不同的监督功能。卫生监督的功能是在实现国家公共卫生职能过程中,普遍存在的制约、规范、预防和促进等作用。这些作用体现为卫生监督的具体功能。作为卫生监督的功能,它们各自既有其特定的含义和作用,相互间又有机联系、密切配合,形成了卫生监督的整体功能。各种功能只有形成整体功能并共同发挥作用时,才能有效地发挥卫生监督公共职能的作用。

1. 制约功能

制约者,原指一种事物的存在和变化,以另一种事物的存在和变化为条件。据此而论,它既是一种自然现象,也是一种社会现象。正是借助这种客观存在的相互制约作用,才保持了自然界和人类社会的平衡发展。就卫生监督制度而言,所谓制约,可归结为卫生行政机关的卫生监督行为对监督对象有关权力的限制和在具体行为上的牵制。例如,生产经营活动的各环节各阶段从卫生的角度进行检查、牵制或限制,以随时随地地纠正每项具体活动的偏差,从而实现社会生活各方面的协调运作。这种制约作用便是政府公共职能的体现。

2. 规范功能

法律自从产生以来,就起着规范和导向的作用。卫生监督作为抽象卫生法律的具体体现,则直观上显示了法律的规范作用。它通过对守法者的认可和对违法者的惩罚,在人们的行为坐标上亮起了指示灯。指出了什么样的行为是合法的,或者是法定必须执行的;什么样的行为是非法的,是必须禁止的,即有规范人们行为导向的作用。基于公共卫生法律规范有授权性规范与义务性规范之分,卫生监督的规范作用也分为确定性规范和选择性的规范。所谓确定性规范是卫生行政机关通过强制相对人的具体行为而体现出来的命令性和禁止性要求。例如,卫生行政机关对违反《化妆品卫生监督条例》的经营者施于处罚,这本身就意味着它要求化妆品经营者经营的化妆品,必须符合卫生标准和要求,否则就要受到惩处。不允许经营不符合卫生标准 and 要求的化妆品,这一禁止性要求,通过处罚得到了充分体现。有选择的规范则是通过卫生监督保障法授予人们的选择权,通过对具体卫生违法案件的处理,影响周围人们行为的选择。

3. 预防功能

卫生监督在某种意义上是强制和规范社会卫生事务或行为的一种制度,它在对社会卫生事务或行为进行法制管理的过程中,必须渗入到每项具体事务或行为之中,在参与中实施监督。这是卫生监督职能在实践中能够有效发挥作用,履行职责的一个重要标志。例如,对公共场所新建工程项目时要对其进行卫生审查,从规划、选址、设计、施工及竣工验收几个环节依次审查把关,发现不符合卫生标准和要求时,及时提出改进意见,采取积极有效的措施,使其符合卫生标准和要求,把有害健康的因素消除在建成投入使用之前,做到防患于未然。公共场所正常运营后,不仅不能放任自流,还要对其进行经常性的检查,强制性规范其经营行为,并及时发现和制止危害公共健康的各类隐患因素的产生。所以,卫生监督不是消极被动地监督,不是孤立单纯地针对一个或某些阶段的监督,而是积极主动地参与或渗透于监督对象的整个运作过程,提前发现和排除可能出现的危害健康的各种问题和潜在弊端。简言之,预防功能贯穿于卫生监督的整个过程。

4. 促进功能

卫生监督的目的不仅是发现问题,查处卫生违法行为,保护人民健康,而且还要通过对问题或违法行为的分析,找出和发现工作中的薄弱环节和产生问题的根源,总结经验教训,提出有针对性的弥补措施和解决办法,不断改善和调整社会涉及卫生活动的各个方面,对社会有关卫生系统运行过程及各环节、各要素之间不和谐的矛盾现象进行协调,以促使社会在涉及卫生活动的各个方面与社会整个运行过程及各环节和要素协调一致,和谐同步的发展。同时,卫生监督还要对卫生监督过程中发现的问题和工作中的薄弱环节,进行深入分析研究和梳理,从而形成强大的信息源,为卫生监督的决策者和执行者提供改进工作的科学依据,进而在管理制度和立法上最终完善社会保护人类健康的运行机制。总之,卫生监督在很大程度上能促进社会系统的各方面、各环节、各领域特别是涉及卫生活动的各方面得到不断地完善,从而有效地保护人民的健康和社会运行的良性循环,以及促使生产力水平不断提高。

(二) 卫生监督的作用

经过多年的努力,我国卫生法制建设成绩斐然,卫生法制管理的局面在我国已初步形成。因此,作为我国法制制度中重要组成部分的卫生监督,在我国社会组织和社会生活中所起的作用已日益突出,其所占的地位和其不可替代的重要作用不仅在理论上,而且 also 已被广泛的社会实践所证明。

1. 卫生监督为保障和提高群众健康水平发挥重要作用

卫生监督是使公共卫生法规的立法目标得以实现的基本保证。在群众的居住、旅行、工作、学习、劳动、生活、娱乐及饮食、用药等各方面发挥保护者的作用,才使许多疾病得以祛除;许多危害得以避免;许多不良影响得以减轻;生

活和生命质量得以提高。卫生监督工作与其他卫生工作的结合,与国家其他管理工作的结合,使我国群众得以生活在安定、安全和卫生的社会中,进而使人们健康水平有了很大提高。这其中固然是政治、经济、文化、卫生等多方面因素综合作用的结果,但公共卫生监督的作用是不能抹杀的。因此,只有充分发挥卫生监督的作用,才能实现公共卫生立法意图,才能始终有效地提高群众的健康水平和生命质量。

2. 卫生监督是实施国家职能,打击违反卫生法规活动的重要手段

随着经济体制改革的不断深入,市场经济体制的逐步确立,政府职能逐步转变,以往那种单纯依靠行政手段进行管理的方式,正在逐步过渡到法律手段和行政、经济手段并存的管理方式。目前,卫生监督作为法律手段之一,已成为政府法制工作中不可分割的组成部分。这是因为各级卫生行政机关贯彻执行卫生法规的过程本身,就是一种国家意志的体现,是国家职能的行使,且以国家强制力作为保证。因此,可以对违反卫生法规的行为,给予必要的制裁。

3. 实施卫生监督是保护国家、团体、公民个人有关卫生方面的合法权益的重要措施

随着经济建设的飞速发展,公共卫生问题已日益突出,工业三废、化学农药、生活废弃物、反射性污染物、粉尘、噪声、毒物等有毒物质不断增加,使生产、生活、学习和工作环境恶化,直接威胁着人民的身体健康。通过卫生监督可以控制和改善社会生产环境的卫生状况并提高其质量,防止各种有害因素对人体的危害,提高人群健康素质,从而达到保护劳动力,促进社会生产的发展和间接地为社会创造物质财富的目的。例如,公共场所卫生监督可使人们公共活动环境的卫生质量得到有效的保证;传染病监督可以使公民的健康与生命安全等合法权益得以有效维护和充分保障。从另一个角度讲,卫生监督可以充分保证国家、团体、公民三者在社会经济活动中有关卫生方面合法权益的实现。例如,卫生行政机关通过卫生检查、审核,对合格者发给“卫生许可证”,从而保证经营者合法经营的权利。显然,卫生监督关系到人们的衣食住行和生老病死,它贴近人们的生活,并成为现代社会组织和社会生活的重要组成部分,是现代社会充分有效的保护国家、团体和公民个人合法权益的重要措施。

4. 卫生监督的大力开展,能够促进卫生法规的自我完善

首先,卫生监督能把法律固定下来的卫生行政机关的各种管理关系加以确认落实,从而促进整个卫生管理系统合理有序、有规律地良好运行,真正做到从“人治”走向“法制”。其次,卫生监督有促进和完善卫生立法的作用,通过卫生监督实践,可以发现已制定的卫生法规某些不够完善的地方或难以操作之处。例如,依据《尘肺病防治条例》对企业的违法行为给予处罚时,要与劳动管理部门共同做出,这既有悖于行政执法独立审理案件的原则,又易于使其在具体操作上

互相扯皮产生内耗。再次,实施卫生监督的同时,还能为卫生立法反馈有价值的信息,以利于公共卫生法规的效用。例如,卫生监督实践可以真实地反馈出人员素质方面存在的某些不足,并找出人员配备上的差距,从而在队伍建设上有针对性地加以补充、加强和提高,进而通过素质良好、配备合理的卫生监督人员的活动,去获取卫生监督的最佳效益和效果。

5. 对于增强人的法制意识,卫生监督有着不可替代的作用

卫生监督活动的开展,无疑能够对促进精神文明建设与发展,提高各级公务人员和人民群众的法制观念,增加依法办事的自觉性,促进公民更好地知法、守法,认真地履行公共卫生法规所规定的义务,自觉地与违法行为作斗争等方面有着不可替代的重要作用。其中,特别是通过卫生监督,可以使公民直接懂得卫生法规提倡、禁止什么;鼓励、反对什么,从卫生法律中明确判断是非的标准,以指导自己的行为,进而增强卫生法制观念和提高卫生知识水平,使讲究卫生、保护健康成为公民的自觉行动,从而推动精神文明建设。

三、卫生监督的分类

对卫生监督进行分类研究,是为了更加深入地理解和掌握卫生监督制度,以正确引导卫生监督实践。

(一) 预防性卫生监督与经常性卫生监督

1. 预防性卫生监督

预防性卫生监督(preventive health supervision)是指卫生行政机关依据公共卫生法规的城乡规划和基本建设项目(新建、扩建、改建、续建等)所开展的设计卫生审查和竣工验收的监督活动。通过城乡规划的卫生审查可以全面、客观地评价区域性环境卫生质量、局部环境污染、卫生防护效益等,从而采取措施,用以防止、克服、避免自然灾害和工程灾害,进而创造出清洁舒适有利于身心健康,有利于生产、工作、学习和生活等良好的环境和场所。城乡规划卫生的主要内容包括合理确定各种建设用地,规划功能分区与布局,居住区规划卫生,公共场所规划卫生,工业区规划卫生,给水和排水规划卫生,居民健康保护等。建设设计卫生审查,主要针对工业、交通、农林、商业、卫生、文教、科研、旅游、市政、机场等对环境有影响的新建、扩建、改建和技术改造项目而进行的。通过建设项目的设计卫生审查可以对建设项目的规划、选址、布局、设施等进行全面审查,看其是否符合有关法规和标准的要求,进而在竣工验收时审查是否实际达到了卫生要求和卫生标准,使之在建设投入使用后不致发生局部不良环境危害或污染外界环境,从而减少或杜绝危害人群健康现象的发生。

预防性卫生监督旨在从规划布局和建筑设计上贯彻卫生要求,达到保护环境、控制污染和有关公害,增强人民体质、保障人民健康,并造福子孙后代的目的。

标。可以说,开展预防性卫生监督是贯彻预防为主方针最积极、最有效、最基本的工作方法。

2. 经常性卫生监督

经常性卫生监督(regular health supervision)指卫生行政机关定期或不定期地对管辖范围内的企事业单位、个人或有关社会组织遵守公共卫生法规的情况进行的日常性监督活动。经常性卫生监督属于实施进行之中的事中监督。这一监督可能是定期的,也可以是不定期的。例如,《化妆品卫生监督条例实施细则》第28条规定:“地市以上卫生行政部门对已取得《化妆品生产企业许可证》的企业,组织定期和不定期检查。”其第32条规定:“每年对辖区内化妆品批发部门巡回监督每户至少一次;第二年对辖区内化妆品零售者巡回监督每户至少一次。”卫生行政机关通过现场实地调查、巡回监督、抽样检验、定点监测及技术资料的审查等作出客观的卫生学评价,借此来全面了解认定生产经营单位、企事业单位及工作人员的生产经营许可证的持有情况,环境卫生、产品质量、污染状况及有无发生危害生产经营人员及消费者健康的隐患等,以便及时发现问题、查明情况、找出原因,进而采取措施并及时予以纠正。对于查出的严重违法行为,卫生行政机关则代表国家进行必要的行政处罚,对其中触犯刑律的,则提请司法部门依法追究其刑事责任。

(二) 羁束卫生监督行为与自由裁量卫生监督行为

卫生监督以受公共卫生法律、法规和规章拘束的程度为标准,可以分为羁束行为和自由裁量行为。

羁束卫生监督行为(restricted action of health supervision),指凡是公共卫生法律、法规和规章对行为的内容、形式、程序、范围、手段等实施了较详细、具体和明确规定的卫生监督行为。卫生行政机关实施羁束行为,必须严格依法办事,依照规定不能或很少能把自己的评价、权衡、裁量参与其间,不通带有随意性,否则就是违法行为。例如,申请开办化妆品生产的企业,必须具备规定的条件和要求,卫生行政部门才能发给“化妆品生产企业许可证”。不够条件和要求的不随意降低条件和要求发给其许可证。

自由裁量卫生监督行为(freely considered action of health supervision),是指法律规范在行为的内容、形式、程序、范围、手段等方面留有一定的选择余地或幅度,或者只作原则规定,可以由卫生行政机关依据对法律规范的理解和对相对人的行为状况的了解给予综合考虑,所采取的卫生监督行为,即这类行为是卫生行政机关可以斟酌、选择、掺杂自己的意志于其间的行为。

羁束与自由裁量的卫生监督行为的划分并不是绝对的。羁束是相对于“自由”而言的,羁束行为一般也存在一定的自由裁量的成分,公共卫生法规不可能对卫生监督在所有情况下所做出的行为都作了详细、具体、明确的规定。从当今

正在适用的公共卫生法律规范的总体情况看,卫生行政机关所实施的行政处罚,绝大部分都有自由裁量的余地或幅度。所以,在卫生监督活动中卫生行政机关和卫生监督人员一定要注意,不能滥用自由裁量权,自由裁量也必须合法、适当。自由裁量并不是无限制的,它也有一定羁束因素。公共卫生法规授权卫生行政机关实施某种行为,虽然没有规定任何一种具体方式、程序、限度,但是公共卫生法规授权时有着明确的授权目的。因此,卫生行政机关在实施自由裁量行为时,不准违反授权法的目的,更不能超越卫生法律、法规和规章规定的自由裁量范围。否则,依法行政就会变成专制行政、违法行政。

在卫生监督中,划分羁束行为和自由裁量行为的意义在于,首先是便于对不同的卫生监督行为提出不同的要求;其次是便于在卫生行政诉讼中,对不同的卫生监督行为,进行不同程度的司法审查和不同的判决。一般羁束行为只确定是否违法的问题,法院在卫生行政诉讼中可予以全面审查,若确定其违法,违反了法律规定的作为义务或不作为义务,即可以撤销;而自由裁量行为一般只确定行为是否适当的问题,法院在卫生行政诉讼中只审查其是否违反授权法的目的,是否滥用裁量权和是否越权等,而对其行为的方式、实施程序或限度的确定等,除非有失公正,否则法院一般不予审查和变更。

(三) 依职权卫生监督行为与依申请卫生监督行为

依职权卫生监督行为(health supervision in accordance with authority),即根据公共卫生法规赋予的职权,不待相对人的申请而由卫生行政机关主动做出的卫生监督行为。因其是不待请求而主动为之的行为,故又称为主动监督行为。卫生检疫机关对我国口岸实施的卫生检设行为;卫生行政机关对经销伪劣化妆品的违法行为人所实施的行政处罚行为等,都属于此类行为。采取依职权卫生监督行为应注意的是:首先,公共卫生法规规定无须相对人的申请的行为,卫生行政机关须主动做出,否则即为失职;其次,必须依职权做出,即卫生行政机关必须有做出监督行为的职权,并且这种职权必须在其权限范围内正确实施,超越职权及其权限实施的卫生监督行为,都是法律所禁止的,同样要求依法追究其责任。

依申请卫生监督行为(health supervision in accordance with application),是指卫生行政机关只是在相对人申请的条件下,才能依法采取的卫生监督行为,如审批、发放卫生许可证的行为;对生产特殊化妆品进行审批,并发给批准文号的行为。申请是相对人根据卫生法规的规定,为获得某种权力的单方意志体现,它是卫生行政机关被动的监督行为的先决条件。针对该类行为,卫生行政机关则负有作为义务。相对人申请,卫生行政机关必须给予一定答复,无论是拒绝还是批准,不得无故拖延或拒不答复。

一般依申请而做出的行为主要包括以下几个环节。

1. 相对人的申请

首先,相对人的申请必须向有管辖权的卫生行政机关提出,并且申请的内容必须是卫生法规所规定的事项。法规规定不能获得的权力或不能免除的义务,任何人或组织不能就此提出申请。其次,申请人必须具备从事所申请活动的行为条件,当申请人根本不具备所申请事项的行为条件,卫生行政机关可不予理睬。再次,申请有明确的意思表示,由上文已知,被动的监督行为是基于相对人的申请而采取的行为。因此,相对人必须有明确的意思表示,而且这种意思表示一般要求用书面形式。未经相对人依法申请,卫生行政机关不能主动给予。最后,还应具备法定手段,一般情况下,相对人申请某一活动仅有书面申请还不够,书面申请仅是相对人意思的表示,而相对人是否具备从事所申请活动的行为能力,还需要有其他材料加以证实,以供卫生行政机关审查决定。

2. 卫生行政机关的受理审查

卫生行政机关对申请一般应从3个方面进行审查,以决定是否受理。

(1) 是否有权受理。卫生行政机关首先要针对相对人申请的有关事项,审视自身的职权和职能,最终决定是否有权受理。如果不属管辖受理范围的,需向申请人说明情况,并退回申请。

(2) 所申请的事项是否符合法律规定。卫生行政机关必须依照卫生法规审查申请人欲获得的权利或义务免除是否符合规定的范围和条件,不符合卫生法规规定的不能受理。例如,某长期在国外工作的中国医生,回国时欲带回来艾滋病毒株,以便于科学研究。这一申请,违背了《艾滋病监测管理若干规定》第9条的规定。此类申请,除卫生部外,其他卫生行政部门不能受理。

(3) 提交的资料是否齐全。一般在申请人提交申请的同时,往往还需要提交有关附加材料。例如,凡申请发布化妆品广告的客户,必须向卫生行政部门办理“化妆品广告审批表”并应同时提交“化妆品生产企业卫生许可证”,该化妆品的生产批准文件、质量符合标准的证明、说明书、包装、商标注册证,以及卫生行政部门认为必要的其他有关材料。对此,卫生行政部门都要一一进行审查,对资料不全的,应告知申请人补办并另行申请。

3. 制定计划

卫生行政机关对申请人的申请一旦决定予以受理之后,便应当制定具体的审批计划,以保证按期完成。随着卫生法制建设的不断完善,目前有不少的卫生监督的时限已通过卫生法规固定化了。例如,对进口化妆品的审评,《化妆品卫生监督条例实施细则》规定:“国务院卫生行政部门接到全部申请材料后,应于六个月内组织化妆品安全性评审组评审,并在评审后两个月以内做出是否批准的决定。”这种规定,对于改善卫生行政机关的工作作风,提高工作效率有一定的意义。

4. 审议决定

对确定受理的申请事项,依照卫生法规规定的审批条件,做出是否批准或同意等决定。依法应当报经特定机关如政府首脑机关或上级卫生行政机关批准的申请事项,应写出书面报批意见,连同申请人的申请及其他附加材料一并上报。申请一旦获得批准就应当及时做出书面决定。

5. 告知与受领

依申请的卫生监督行为一经做出,即要将做出或决定的内容及时告知申请人。申请人领到决定书或决定书到达申请人所在地时,即为受领之时。

依职权的卫生监督行为和依申请的卫生行为,是按照卫生行政机关是否可以自动采取行为为标准划分的,其意义在于,它能明确和区分卫生行政机关在不同情况下的职责和责任,对于依职权行为,是卫生法规赋予卫生行政机关以某种职权,必须作为的要求,应作为而不作为即构成失职;对于依申请行为,卫生行政机关不能主动为之。如果相对人已提出申请,卫生行政机关不予以审查、答复或经审查确认申请合法却又不予以满足认可则视为失职。另外,拒绝也将招致否定的法律后果。

(四) 要式卫生监督行为与非要式卫生监督行为

我们依据卫生监督是否必须具备一定的法定形式为标准,还可以将卫生监督分为要式行为和非要式行为。

要式卫生监督行为(essential action of health supervision)是必须依据法定方式进行或必须具备一定的法定形式,才能产生法律效力和后果的卫生监督行为。例如,卫生部核发给新资源食品、保健食品的批准证书或批准文号,就必须是书面的,即是一种要式行为。与上一行为相对应,卫生法律未规定一定具体方式或形式,允许卫生行政机关依据情况自行选择适当方式或形式进行的卫生监督行为,称为非要式卫生监督行为(unessential action of health supervision)。这类行为无论是采用口头形式、书面形式,还是电话、电报等各种其认为适当的形式,都可以生效。例如,食品行业从业人员健康检查通知,即可以为口头、电话形式,也可以为书函形式,它们皆能达到告知被检查者的目的。

划分要式行为和非要式行为,便于卫生法规对不同的卫生监督行为做出不同的要求,从而达到既保障卫生监督行为的严肃性,又能保证卫生监督行为效率的目的。对于大多数卫生监督行为,由于它们直接涉及相对人的利益,卫生法规就必须规定明确的形式,以防止事后产生争议,一旦事后产生争议,也便于查明责任归属和解决争议。这也是贯彻依法行政原则的具体体现,即卫生行政机关的监督活动要执法有据,无法律根据不得为之。所谓法律根据当然包括卫生法规所确定的必要方式或形式。而少数卫生监督行为,不直接涉及相对人权益,特别需要赋予卫生行政机关自由裁量权,卫生法规将行为方式或形式的选择权留给卫生行

政机关,以有利于提高卫生监督行为的效率。一般非要式行为仅限于特定的场合和条件。此外,法院在卫生行政诉讼中,对于要式行为要审查其形式的合法性,对非要式行为只审查其形式是否有越权和滥用自由裁量权的现象。

四、卫生监督的组织管理体制

国外卫生监督组织管理体制演变至今,大体上可分为3种模式。

(一) 在卫生部门之外,设置卫生监督机关

在卫生部门之外设置卫生监督机关,此类型以英国为代表,卫生监督机关独立于卫生系统之外自成体系。英国属于一个传统法治国家,没有宪章可循,议会的法案就是法律。早在19世纪英国就颁布了《公共卫生法》(1875年)、《全国保险法》(1811年)等一系列法规。1982年卫生服务制度改组后,公共卫生服务根据服务内容的不同分别由中央政府机构、地方及一些私营工厂等组织来承担。

1974年根据英国《工作场所卫生及安全法》的要求,成立了全国卫生及安全委员会(HASC),由劳工部的劳工医疗咨询服务组织(EMAS)领导。这个法令不仅保障了工人的安全,而且也涉及与工程有关的其他人的安全问题。HASC下设执行委员会,设立各类专职监督员,并吸收有职业卫生经验和资历的医师参加,对工作场所及工作过程中出现的各种卫生及安全问题,代表国家进行监督。英国各类监督员具体包括工场监督员、矿山及采石场监督员,以及强碱工业、清洁空气、农业、铁路、放射化学、核装置、核爆炸、屠宰场等监督员。

环境卫生工作由地方政府负责,起咨询监督作用。工作职责范围包括住房监测、清洁空气、噪声、食品卫生、传染病防治、港口卫生监测等。编制比例为10万人口11.6个。为保障环境卫生,英国制定了许多法规,针对工业烟雾1956年及1968年制定了清洁空气法令,1952年伦敦发生大雾,超额死亡率在10万分之4000以上,促成了清洁空气法的颁布,1974年又制定防止空气污染法案,1960年制定了放射性物质法,1968年制定了离子放射法规,1970年制定了控制污染法等。实施中地方卫生部门往往与国家研究机构或一些民众团体联合起来推动法律的执行,并且环境卫生、住房、社区服务部门在区(20万人口左右)一级也都设有专门机构。

(二) 卫生监督机关散见于政府有关部门

国家各部门分头执法,卫生监督方面没有一个统一的监督机关,由各部门自成体系进行专业范围内的监督工作,美国、法国便属此类。

在美国,宪法中没有关于卫生问题的条款。他们认为,卫生问题从属于经济问题,不是独立存在的。在制定卫生法规时,法案要先送财政委员会进行立法预算,然后送法规委员会审查,再报国会批准。按照美国现有体制,卫生部门只负责部分执法任务。联邦政府卫生主管机关是卫生和人类服务部(DHHS)。目前,

美国食品及药品的质量监督和卫生管理,由食品和药品管理局(FDA)负责,这是一个权威性的监督机构,所属单位有药品评价及研究中心、生物制剂评价和研究中心、食品安全及应用营养中心、医疗装置及放射中心、兽医中心、国家毒理研究中心等。另外,属于FDA的派出机构在全国各地设有10个办事处、2个地区实验室、2个国家技术指导中心、22个地区办公室和128个固定监督点,以及8个附属协会和14个特别办公室。区域办事处以贯彻政策、法规为主,FDA实行监督员制度,设有专门的监督员让其在各自的指责范围内开展工作。FDA的主要职能是:起草制定各项法规;审批新药、食品添加剂和某些易用装置,并颁发营业执照;通过监督保证食品安全和符合卫生学要求,包括药品、生物制剂、医用仪器设备的安全、有效,化妆品安全,射线装置的安全;对有关生产部门进行监测,分析样品;对有关商品的虚假宣传及内容不确切的标签(或说明书)进行干预;对不符合规定的行为进行处理,处理类别一般是书面警告、责令停产或停售、收回(销毁)或没收,直至对发生的严重事件向法院提起诉讼,追究其刑事责任。监督检验经费由国会和各州每年拨给,一般比较充足,如1980年食品卫生监督检验经费36 184.4万美元,其中1/3用于监督,其他用于检验、宣传等。

另外,美国拥有50个州,按行政区划均设有公共卫生局。州公共卫生局是州政府的职能机构,其与国家级的卫生主管机关的关系不是领导与被领导的关系,而是一种协作关系,州公共卫生局有在本州内行使监督权不受国家卫生主管机关约束的自由。该局的基本职责是出生、死亡、人口统计的汇集,疾病报告,流行病控制,环境卫生管理(包括水质、食品药品餐馆的管理、放射物控制、有毒物质测试等),公共卫生实验室服务,妇幼卫生(包括学校卫生在内)及卫生教育等6大方面。在美国大多数县一级单位按行政区设立相应的卫生行政机关,另有一部分州公共卫生局以下不设县级卫生行政机构。县以下单位普遍没有预防工作系统。

职业安全与卫生管理局(OSHA)是职业卫生方面的一个监督机构,为劳工部的下属机构,是在美国国会1970年通过立法后成立的,其在全国设立10个地区性办事处和4个研究中心,有工作人员2000多人。OSHA的主要任务是:制定和颁布有关标准和法令;对工厂和企业实施卫生监督评价;监督各州职业安全与卫生的计划及其执行情况。其已建立全国性车间监测网络,为企业提供义务咨询和工作环境的监测。

环境保护局(EPA)成立于1970年,归总统办公室直接领导,其在全国设立10个分部,主要任务是控制、减少和消除环境污染,内容包括大气、水、噪声、农药、辐射和固体废物,制定环境卫生标准、立法和监督。该局设有管理环境卫生法规的法官,负责处理有关案件。此外,在全国还设有固定的监测站,负

责进行污染物的长期监督工作。

法国是西欧最大的国家，政府在社会事务和国家团结部内设立三个局，卫生总局、医院管理局和医药器械管理局，并在全国的 22 个行政区和 95 个省内各设卫生和社会事务局。法国卫生行政部门设有卫生立法专门机构，且把卫生立法看做是国际和国家卫生措施实施的主要组成部分。其卫生法规对“五大卫生”明确规定了各归属的有关部门。法律规定环境卫生监督监测由环境保护部门管理；劳动卫生监督监测由劳动部门负责；食品监督监测归属农业部门的兽医管理，其中食品卫生法由食品工业部负责贯彻；学校卫生由教育部门管理；放射卫生由核工业部门负责。卫生行政部门只在其中起协调与配合的作用。社会事务和团结部所属的卫生总局主要负责卫生医疗规划和卫生保健管理。但无论卫生监督工作归属于何部门负责，其都必须以国家的卫生法律为依据。

（三）卫生防疫站实施监督职能

卫生防疫站实施监督职能，这种类型实际上属于政府设立的统一卫生监督机关，但更具集中和集权特点，有别于第一类典型，故单列为一种进行论述。由卫生防疫站具体实施监督职能，以白俄罗斯和苏联为典型。

苏联实行国家卫生监督制度。1973 年颁布的《苏联国家卫生监督条例》在立法上保证了苏联国家卫生监督体系的建立。苏联卫生监督体系是国家保健部和各加盟共和国保健部下设的卫生防疫总局，主管全国卫生监督工作。各级卫生防疫站具有双重性质，既是保健部（局）下属的一个行政机构，同时又是卫生监督管理的业务机构。各级卫生防疫站在行政上隶属于卫生行政机关，但在监督职能方面直接受上一级卫生防疫站管辖，具有相对独立性，使监督工作不受干预，由卫生防疫部门代表国家进行卫生监督。苏联解体后，其原加盟共和国虽然陆续独立，但在卫生监督体系上一般仍保持着上述的组织机构。俄罗斯独立后，在联邦设立卫生防疫监督委员会，与卫生部并列。原先的各级卫生防疫站改为卫生防疫中心，由联邦卫生防疫委员会直接领导，全面负责公共卫生监督工作。目前，白俄罗斯正在进行改革。共和国卫生部（原保健部）的卫生防疫司和卫生防疫站已经合并，成立卫生防疫实体——卫生防病中心，设共和国卫生防病中心、地区卫生防疫站及市或区卫生防疫站。卫生防病中心全面负责预防性和经常性的卫生监督、企业的卫生监督和卫生防疫技术措施的实施。白俄罗斯有 6 个州，每州下设 6~7 个卫生防疫站，按业务功能分设病毒实验室、化学分析实验室、工业卫生、环境卫生、放射卫生、医院卫生等科室。其正在酝酿的改革一方面取消现有的铁道、工业部门、机场的卫生防疫站，统一归到共和国按行政区划分建站，只形成一套卫生防疫系统；另一方面，卫生防疫管理独立，与医疗分开，工作和经费预算单列，不再归属卫生部。

五、卫生监督的基本原则

在卫生监督活动中不仅要遵循“有法可依、有法必依、执法必严、违法必究”的基本要求，还应注意遵循以下原则。

（一）依法行政的原则

依法行政的原则是国家卫生执法机关或被授权的其他机关执法活动的最基本原则。国家卫生行政管理整个领域都应坚持依法办事，才能保证所进行的卫生监督行为合法、适当、有序、高效，才能达到保护公民健康的目的。

1. 以卫生法规为依据

以卫生法规为依据主要应包括以下3个方面：一是国家卫生行政机关进行的一切卫生监督活动都必须遵循卫生法规的规定，执行法规赋予的卫生行政权力，如果既没有行政组织法的根据，又没有特别法的授权，或者虽有卫生法规根据，而没有或超越卫生法规的授权，其所作所为应作为无效行为被撤销；二是一切卫生监督活动必须符合卫生法规的规定，不能与卫生法规相抵触，不允许有任何法外特权，虽然现代社会卫生监督机关所做出的行为不必都有直接的、具体的卫生法规依据，在缺乏依据的情况下，卫生机关可以根据法律的原则行事，可以自由裁量，然而卫生行政机关做出的任何行为均不得与法律规定相抵触，自由裁量不得违反法律的原则和超越法律的许可范围；三是卫生监督必须按规定的法定程序进行，否则将同样导致所做出的行为是无效行为。

2. 适用卫生法规准确无误

第一，卫生监督行为所用的卫生法规必须是现行合法有效的，即不得与更高层次的卫生法规相抵触，如适用的地方性卫生法规不得与卫生行政法规相抵触，特别是以规章作为卫生监督行为依据时，应注意规章是否符合卫生法律、法规的规定，若不符合规定便不能使用，同时，又不能是过期失效或尚未生效的卫生法规。第二，卫生监督机关所实施的卫生检疫、卫生行政处罚等一切卫生监督行为，都要在卫生法规所设定的范围之内。若当事人不属于卫生法规所调整的法律关系中的主体，就不能对其实施监督行为。第三，对当事人行为的认定和对事件性质的判断，必须符合卫生法规所确定的要件，有所适用的具体条款。

上述情况是法院受理卫生行政案件后，进行严格审查的重要内容，是法院对卫生行政机关作出的卫生监督行为合法性审查的关键和实质问题。因此，在卫生监督实践中必须严格掌握、认真合议，以确保适用的卫生法规准确无误。

3. 在法定权限范围内正当行使监督权

在行使卫生监督活动中，卫生监督机关一定要时刻注意本机关自己的权限范围，不能超越职权，同时，又要正当地行使职权，不滥用职权，这也是依法行政的一项重要原则。凡是超越职权和滥用职权的卫生监督行为，都是不合法的。

(1) 不超越职权是指卫生行政机关应在法律规定的范围内进行活动,行使职权。否则,超越职权,卫生监督行为的做出没有法律依据,即称为越权行为,换句话说,卫生行政机关的卫生监督行为的实施超出卫生法规定的范围、幅度和管辖权。超越职权主要表现在卫生行政机关没有法律依据或虽有法律依据,但却超越法律的授权,行使了其他行政机关的职权;超越管辖权,即卫生监督机关应当在管辖区域内行使职权,而却在管辖区域以外行使了职权;下级卫生监督机关行使上级卫生监督机关的职权。此外,在处理对象上、处理手段上的越权等,均属于一般的超越职权的行为。总之,不论是做出哪一种超越职权的行为,只要违反了依法行政的原则,一旦发生卫生行政争议,相对人诉之于法庭,卫生监督机关都会处于非常不利的地位。

(2) 不滥用职权是指在法定权限范围内,卫生监督机关正当行使卫生监督权力,并符合法律授予这种权力的目的,即是不滥用职权的内涵,反之,就是滥用职权。根据公正原则的要求,卫生监督机关在行使职权时,必须适当、合理,不能滥用职权,如果滥用职权就违反了公正原则,同时,也违反了依法行政原则。滥用职权其主要表现形式有:①不符合法律规定的目的,指卫生监督机关行使卫生监督权利的目的,不符合其所依据的卫生法规规定的目的,不是为了维护公共利益,保护人民的健康而是为了维护个人或小集团的利益,或者动机不纯,假公济私,以权谋私。②考虑了不相关因素和未考虑相关因素。卫生监督机关在做出卫生行政处罚决定时,把法律规定不应该考虑的因素作为依据,或者没有考虑法律要求应当考虑的事实。③处理决定不合理、不公正。法律被制定出来就具有国家强制性和普遍的约束力,对执法者来说也适用。执法者做出的决定在任何具有一般常识的人眼里都是不正确的决定还仍然坚持。另外,案件相同、不同对待;案件不同、相同对待,这都违反了在法律面前人人平等的原则,也违反了合法权益受到平等的保护,违法的行为要受到同等的追究的原则。④不作为或故意拖延,是指拒绝履行的不作为行为。例如,卫生监督机关对相对人许可证申请不予答复;对大范围的食品污染事故不予以及时处理,以致造成严重后果等。

除了在法定权限范围内正当地行使职权外,还要注意在自由裁量权范围内做出监督,卫生行政处罚时不能显失公平。就法院而言,其着重是对卫生监督行为的合法性进行审查,而对卫生监督行为的适当与否一般不予审查,但在显失公平时法院可变更判决。

(二) 遵守法定程序原则

根据行政法学原理,卫生监督的执法行为生效要件包括实体要件和程序要件,其程序要件要求卫生监督行为必须符合法定的形式、遵守法定的程序,才能产生相应的法律效力。在卫生行政执法工作中,则要求卫生监督行为必须符合卫生行政执法程序,否则,一旦管理相对人提出行政诉讼,不论卫生监督主体做出

的处罚决定是否正确,都会因程序违法而使执法主体处于不利地位。卫生监督程序是卫生行政执法主体依法对管理相对人做出具体卫生监督时应遵循的方法、步骤、期限及其所构成的行为过程。

卫生监督执法程序的基本目的在于保障卫生监督执法主体依法享有权利和承担义务,以达到执法工作公开、公正、顺序和效率的要求。所谓公开,要求卫生监督执法人员行使职务时要表明身份和意图,做出处理要书面告知处理依据和诉权等;所谓公正,要求卫生监督执法主体在执法过程中要平等对待管理相对人,并排除可能造成不平等或偏见的因素,如实行调查、听证、和议、回避制度,参加执法工作有一定的人数要求等;所谓顺序,要求卫生监督执法行为在步骤、时间上不能前后颠倒等;所谓效率,则要求在保障具体行政行为公正、准确的前提下,尽量减少不必要的环节,以提高卫生监督执法机关的工作效率。

一般违反规定程序主要表现在步骤、形式、方法、时限、顺序等方面。例如,规定卫生行政处罚决定以书面形式送达当事人,而卫生行政机关并没有制作决定书,仅凭罚款单就进行处罚属于违反法定形式;卫生监督人员未按照要求着装进行检查,或未出示证件则属违反法定方式;某法规规定卫生处罚应在案发后3个月内做出,而做出的处罚决定超过该期限,便为违反法定时限。

(三) 以事实为依据的原则

以事实为依据,就是要求卫生监督机关和卫生监督人员在运用卫生法律规范处理卫生违法案件时,必须一切从实际出发、尊重客观事实、忠于事实真相,以存在的客观事实为依据,决不能以主观想象为根据。据此要求卫生监督机关及卫生监督人员在办案过程中,必须深入现场实际进行必要的、及时的卫生学调查、流行病学调查等。既要调查收集对承担责任者不利的证据,又要收集对承担责任者有利的证据;既要了解案情各方面情节,又要了解各个情节之间的联系;既要查明违法行为的主观方面、客观方面,又要查明违法者主体资格和违法行为所侵犯的客体。总之,在充分占有证据的基础上,做到定性准确、处理恰当。

以事实为依据,还要求执法者必须坚持实事求是的精神,这也是以事实为依据的指导思想之所在。由于我国经济基础和种种客观原因所致,有些相对人的行为或产品一时达不到国家卫生要求或标准,因此,在卫生监督中,既要考虑“法不责众”,又要坚持“法必责众”。卫生法规规定了卫生监督机关有自由裁量权,一般对轻微超过国家卫生标准的,应以教育促进为主,处理中既要遵守标准,又要结合实际情况。例如,在进行食品卫生鉴定、处理食品时,应从我国国情出发,在坚持保证食用者安全的前提下,尽可能减少经济损失。但是对严重超过国家卫生标准而又不积极改进的,就要依法对其进行制裁。另外,坚持实事求是的精神,还要做到有错必究。卫生监督机关及卫生监督人员一旦发现其实施的行为有错误,便应勇于纠正过来,否则,卫生监督机关和卫生监督人员就要承担由此

引起的法律责任。

应当强调的是,以事实为依据,依法行政是辩证统一的,二者不可分割、偏废。离开客观事实,就不可能做到正确适用法律;反之,离开法律这一准绳,即使搞清了事实,也不可能正确解决问题。只有将二者结合起来,才能正确处理卫生违法案,保护相对人的合法权益。

(四) 独立审理卫生违法案件的原则

卫生监督机关依照法律、法规和规章的规定,独立地处理卫生违法案件,不受任何机关、团体或个人的干涉。独立处理的原则主要包含三个含义。

(1) 卫生违法案件由卫生法律、法规规定的卫生行政执法机关审查和处理,其他机关无权处理。

(2) 卫生监督机关处理卫生违法案件,依据的是卫生法规,按照法定的程序、原则和处罚范围、手段,对相对人进行处理。

(3) 其他机关、团体或者个人不得干涉卫生监督机关具体处理卫生违法案件。当前卫生监督工作的开展还有待深入,有些发布的卫生法规在贯彻执行上还很不力,特别是有些卫生法规调整的内容,涉及有关执法部门的分工协作问题。例如,对某企业出现的重大劳动安全问题的处理,一般都涉及劳动、工会等有关部门的配合、协同问题,在有些违法案件的处理中,有些部门目前还发挥着协同作用,在某种程度上影响着对卫生违法案件的独立审理。随着我国法制建设的逐步完成,各部门的职权会更加明确化、具体化,这一问题会逐步得以解决。因此,强调审理完善违法案独立性的原则,是依法行政的需要和要求,对树立和完善行政机关的权威性有着十分重要的意义和作用。

思考题:

1. 卫生立法的原则。
2. 卫生监督的概念、特征与功能。

第十章 卫生人力评价

► 教学要求：

1. 掌握卫生人力短缺与过剩的界定与测量
2. 熟悉卫生人力短缺与过剩的政策和卫生人员资格审核
3. 了解卫生人员聘任与培训

卫生人力通常是指经过不同卫生知识培训，并能根据人们对卫生保健的需要提供良好卫生服务的人。卫生人力包括正在服务的卫生技术人员和正在接受教育的各种潜在的卫生人员，主要由医生、注册护士和其他辅助卫生人员组成。

卫生人力是一种经济资源，也是一种卫生资源。第二次世界大战以后，世界各国为了发展卫生事业，将卫生人力的培训和规划作为优先事项来安排。20 世纪 50 年代以后，人们发现发展卫生人力的数量并不能完全解决卫生人力短缺的问题，更重要的是要提高卫生人力的质量。世界卫生组织卫生人力发展署在 20 世纪 80 年代提出，要把卫生人力系统、卫生人力规划和卫生人力发展三位一体作为各国卫生人力资源研究的方向。

医疗服务市场是由卫生机构市场、卫生人力市场和医学教育市场组成的。在医疗服务市场中，各类卫生人力又构成了几个独立的卫生人力市场。卫生人力是医疗服务提供所必需的一种投入。随着医疗服务需求量的改变，对提供医疗服务的卫生机构的需求量也相应变化，进而导致各类卫生机构对卫生服务投入的变化，其中，卫生人力是一个重要的方面。因此，对各类卫生人力的需求也是一种衍生需求，是由对医疗服务的需求衍生而来的。从卫生人力需求的角度来分析，卫生人员的短缺与过剩、卫生人员的聘任与考核和卫生人员的培训正是本章所要探讨的内容。

第一节 卫生人员短缺与过剩

一、卫生人力短缺与过剩的界定

测量卫生人力市场的运行效率，应该首先讨论卫生人力短缺与过剩的概念。

它是一个经常被用于反映市场运作不良程度的指标，并成为政府对运作不佳的市场进行干预的依据。

(一) 卫生人力短缺的定义

1. 卫生人力短缺的非经济学定义

卫生人力短缺的非经济学定义是指人们对卫生人力的有效需要量的相对短缺。它以人们对人们应该接受多少卫生服务量的主观价值判断为基础，或根据专业人员对人群所需卫生服务的适宜程度的判断。例如，某地区对医生的需求量应该更高、或对医生的需要量高于需求量、或医生所提供服务的价格太高使人们难以购买他们所需要的全部医疗服务等都属于卫生人力短缺。

卫生人力短缺的非经济学定义实际上是以居民对卫生人力的需要量或对卫生人力需要量的专业判断为基础的。例如，将经济发达地区医生在人口中所占的比例与经济不发达地区进行比较，比值的差异反映出经济不发达地区对医生的“需要”，即经济不发达地区为了达到经济发达地区该指标所需要的医生数。又如，根据人口的发病率及医生为该人口提供预防和治疗服务所需的时间来估计所需要的医生数，并与现有医生数比较来判断医生是否短缺。

2. 卫生人力短缺的经济学定义

在完全竞争市场中，当需求者对某一商品或服务所愿意支付的价格等于生产商品或提供该服务所需要的成本时，就可以达到市场均衡。如果需求者所愿支付的价格高于成本，说明该种商品生产的过少，因而造成短缺。但随着商品供给量的增加，生产该产品的成本也将增加，并一直增加到生产成本等于需求者愿意支付的价格为止。因此，在自由运作的市场中，最终是不存在短缺现象的。

通常我们可以从两种角度来看待卫生人力的经济学短缺。从第一种角度看，对特殊卫生人力的需求量（如医院对注册护士的需求量）可以超过在某一市场价格（工资水平）上的供给量。在这种情况下，医院注册护士短缺。从第二种角度看，在卫生人员的收入（反映了他们提供服务的价值）高于进入该行业所需要的费用（包括自付的培养费及时间机会成本）时，卫生人员短缺。

第二种角度的卫生人力短缺可以用图 10-1 来进行说明。 D_1 为各单位对某一类卫生人力的需求量， S_L 为长期的供给曲线，即在不同的工资率水平下期望从事该职业的人数。 S_1 是现有的人员数。因为现有接受过培训的专业人员所完成的工作量取决于工作时间的长短，以及在不同工资水平下从事该工作者的比例，因而该曲线不一定是垂直的。当供给量等于 S_1 时，工资为 W_1 。在自

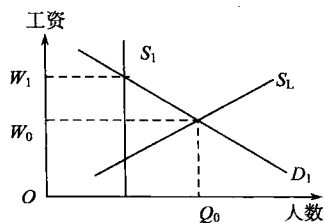


图 10-1 限制供给所造成的短缺

由运作的市场中,如果增加从事该职业人员的供给量,工资就会降到 W_0 。假如能够限制这些卫生人员进入市场, S_1 将不再沿着 S_L 向右移动,结果工资仍为 W_1 。工资 W_1 表示需求者对卫生服务供给者提供的服务所愿意支付的价格,它超过可以刺激卫生人员提供量增加的成本。通过对卫生人员短缺的经济学讨论,说明了应该利用哪些信息来确定是否存在或发生了经济学上的短缺。对于不同类型的卫生人力短缺都可以利用其中的一种方法来判定是否发生了经济学短缺,因此,下面我们将更为详细地讨论这些方法。

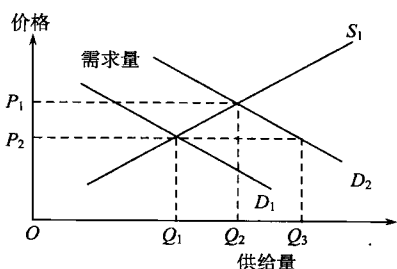


图 10-2 经济学短缺

如图 10-2 所示,在一定的价格水平下需求量大于供给量时,价格将提高到 P_2 ,需求量超过供给量的现象将消失。所有愿意支付价格 P_2 的人,都能购买到他们所想要购买的商品。对于这种较高的新价格,可能有一些支付能力较低的人,不能购买其他人认为他们所应该购买的商品,但可以通过向他们直接提供补贴的方法,使市场机制发挥作用,从而消除一般性短缺。

如果需求量从 D_1 增加到 D_2 ,但对服务价格进行控制,使之不能提高到新的平衡点 P_2 ,则在上述情况下将会发生经济学上的短缺。虽然需求量不断增加,但价格仍保持在 P_1 。虽然需求量增加到 Q_3 ,可是供给量仍为 Q_1 ,因此在这种价格下需求量高于供给量。

卫生人力经济学短缺分为两类,动态(暂时)短缺和静态(长期)短缺。在一定时期内,总会存在这两种卫生人力的经济学短缺。

1) 动态短缺

当需求量增加,但新价格还没有达到新的平衡点时,就会发生动态短缺或暂时短缺如图 10-2 所示。此时,需求量高于供给量,只愿支付 P_1 价格的人均难以得到他们想要得到的服务。但这种短缺最终将自行消失,价格将上升到均衡水平,短缺也不再存在。如果需求量继续增加,尽管供给量在不断增加,同时价格也在不断上升,但短缺将持续存在,若要达到均衡水平则需要花费更长的时间。供给量的增加及价格的升高,是动态短缺区别于静态短缺的主要特征。

2) 静态短缺

当卫生人力需求量增加而供给量没有增加时,无法达到市场均衡,此时将会发生静态短缺或长期短缺。其表现为价格受到控制,难以达到市场均衡水平。如果价格不能提高,供给者就不能支付较高的工资以吸引其他职业的人来从事该项工作。同理,对于从事某一职业的卫生人员,如果不增加单位时间的工资,人们将不愿延长工作时间。因此,假如不提高服务的价格,服务的提供者就不可能增

加服务量。在这种情况下, 只能通过其他提供卫生服务的方法来弥补。例如, 病人排队等待接受医生服务, 最终只有那些愿意等待的病人 (具有较低的时间成本) 才能获得服务; 降低服务的质量, 如医生减少了病人的诊治时间, 甚至医生拒绝接受病人。

在医务市场中, 静态短缺或市场均衡都有可能出现。相应的在医生人力市场中, 也会出现同样的情况。因此, 对这两类市场 (医生人力市场或医生服务市场) 分别进行分析是十分重要的。以图 10-3 为例, 左图代表医生服务市场, 右图代表一个有代表性的机构 (如独立的开业医生或医生团体)。两类市场的初始状态均为市场均衡状态, 服务价格等于 P_0 , 服务质量等于 Q_0 , 也就是机构边际成本曲线 (MC) 与市场价格 P_0 的交叉点。为了简单起见, 假设医生服务的提供和需求存在于市场中。在平均成本曲线 (AC) 与市场价格 P_0 的交叉点处, 该机构并没有获得超额利润, 得到的仅仅是正常的报酬率, 因此它将处于一种平衡状态, 既没有医生离开也没有医生进入。

同样假设医生服务与医生人力市场的初始状态为市场的均衡状态。若人员的收入增加, 可能会导致对医生的需求量从 D_1 增加到 D_2 。如果医生的数量不变, 则医生只能通过延长工作时间或雇佣辅助人员提高工作效率来增加服务量, 即沿供给曲线 (S_1) 向上移动, S_1 等于各机构的边际成本曲线之和。此时, 市场价格增加到 P_2 , 每一位医生都可以获得超额利润, 即从价格 P_2 到卫生服务供给量 Q'_2 时的平均成本之间的距离。价格的升高及市场中医生服务量的增加, 是对医生服务需求量增加的短期反应。但是, 如果在医生服务量增加的同时, 控制价格不让其升高, 那么在医生服务市场中就会发生静态短缺。由于没有超额利润 (或损失), 医生人力市场将仍保持原有的均衡状态。反之, 如果允许医生服务市场中的价格升高到均衡水平, 但不允许新医生进入医生人力市场, 则在医生人力市场中就会发生静态短缺。在这种情况下, 医生们可以获得超额利润, 医生人数即使增加也不会增加很多。因此, 医生人力的静态短缺表现为, 医生具有高报酬率 (超额利润), 较少人或没有人进入医生市场。

(二) 卫生人力过剩的定义

我们已经讨论了卫生人力短缺的定义, 即在卫生人力市场中, 当卫生人员获得高于正常的回报率或有超额利润时, 就会发生卫生人力短缺。反之, 当卫生人员的回报率低于成本时, 就会发生卫生人力的供给过剩。此时, 卫生人力的价格低于平均成本, 卫生人员提供的服务不能够弥补相应的成本, 因此也就得不到相应的回报。

当医生提供的价格增加速度低于成本增加速度时, 或当卫生人员提供服务的成本迅速增加 (如由于医疗事故而使保险金增加), 而卫生人员的费用又被政府

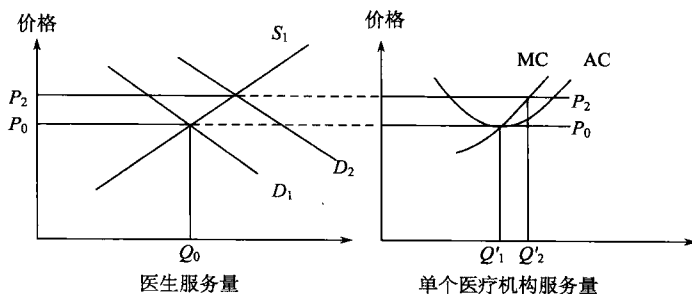


图 10-3 医生服务市场与单个医疗市场

或第三方支付者控制时,就会发生卫生人力供给过剩的现象,卫生人员的回报率也会降低。此外,如果卫生人力的增加速度高于对卫生人员所提供服务的需求量的增加速度,也会导致卫生人力的供给过剩。

二、卫生人力短缺与过剩的测量

通过对卫生人力短缺与过剩定义的学习,我们了解到,卫生人力存在非经济学短缺和经济学短缺,经济学短缺又可分为动态短缺和静态短缺两种不同类型。通常一般性短缺是根据专业或主观判断(即某种特殊专业的卫生人力需要量)来确定的。为了使我们能更好地判断是否存在卫生人力短缺、正确区分各类短缺,下面我们将讨论短缺与过剩的测量方法。

(一) 卫生人力与人口比值法

卫生人力与人口比值法(population approach)主要是根据卫生人力与一个国家地区的人口之间的比例来判断卫生人力的短缺与过剩,由规划者和政策制定者制定出期望的比例,根据这一比例对人员分布与人员配备密度进行适当调整,使卫生人力市场达到均衡。

卫生人力与人口比值法计算简便、应用简单,但存在一定的缺点。它只能提供一定区域人口所需的卫生人力,而不能控制各种卫生人力之间的比例。

(二) 卫生人力与设施之比

卫生人力与设施之比(standard staffing schedules)是根据卫生系统制定的配备卫生人力的标准,结合医院现有的卫生设施,房屋、病床、设备等条件来判断卫生人员的需求量。其前提条件是所定的标准必须是合理的和最佳的,可以满足提供卫生服务的需求。其主要公式为

$$\text{需要人数} = \text{设施数} \times \text{每一设施所需的标准职工人数}$$

（三）卫生人力工作负荷法

卫生人力工作负荷法（work load）是根据1年内医院所需完成的卫生服务量和每个医生所能完成的任务量的比例来判断所需卫生人力量，故也称为任务分析法。它是研究编制（staffing patterns）的一种方法，因此对于指导不同类型不同专业卫生人员的配备比例，提高服务效率是十分有用的。

根据工作负荷量来预测人力，一般通过服务的“关键动作”（critical action）量来估计需要的卫生人力，如计划免疫中的注射量、每医生或护士对病人的就诊量、实验项目类型分析等关键动作总次数来计算工作量及需要的卫生人力数；1年内的总工作量是根据人口预测、患病率及计划覆盖率来定，受地域性、人口流动性等因素的影响。后者需要的人力数还要考虑到期望工作时间、人员利用率、现有卫生人员的外出培训及辅助管理人员等因素，详细研究不同卫生服务（医院、门诊、预防服务）的编制和如何配备工作人员的数量、类型和公式，十分复杂且成本过高尚不太成熟，一般不作为基本方法用于全面研究各方面的卫生配备标准。其主要公式为

$$\text{需要人力数} = \frac{\text{1年内需要处理的病例（或任务）总数}}{\text{1个工作人员可以处理的病例（或任务）数}}$$

（四）卫生需要法

卫生需要法（health need approach）是指根据客观医学实践及疾病防治的标准和要求，规划一个地区、一定数量的人群所需要的卫生服务量及所需的卫生人力数。这里所说的需要是指扣除了社会经济、医疗制度、医疗费用、教育水平、风俗习惯、行为方式等影响居民卫生服务利用的因素后，居民对医疗保健的客观需要。

这种预测方法比较复杂，需要广泛的信息资料为基础，如居民发病和患病的流行病学资料，以及预测目标年度患病率、人口构成和估计的发病、患病人数、每次患病需要就诊（或住院）的次数（天数），由专家组制定卫生人员每年提供服务次数或时间，然后计算出目标年度卫生人力的需要人数。具体工作流程见图10-4。预测需要的许多参数如果没有统计资料可以提供的话，需要采用专家咨询法来收集。专家们可以利用自己的智慧和经验，根据具体情况和问题，提出标准和数量。

卫生需要法预测人力的需要量的基本出发点是最大限度地满足居民医疗需要量，没有考虑到社会经济及医疗制度等因素对居民医疗服务利用程度的影响，没有考虑实际的需要。因此是一种“理想的”卫生人力需要模式。由于上述原因，用需要法预测出来的卫生人力需要量往往比实际需求及政府所能支付的量要大得多。在计划经济条件下的区域规划中，卫生人力的需要量往往根据卫生需要法来估计。

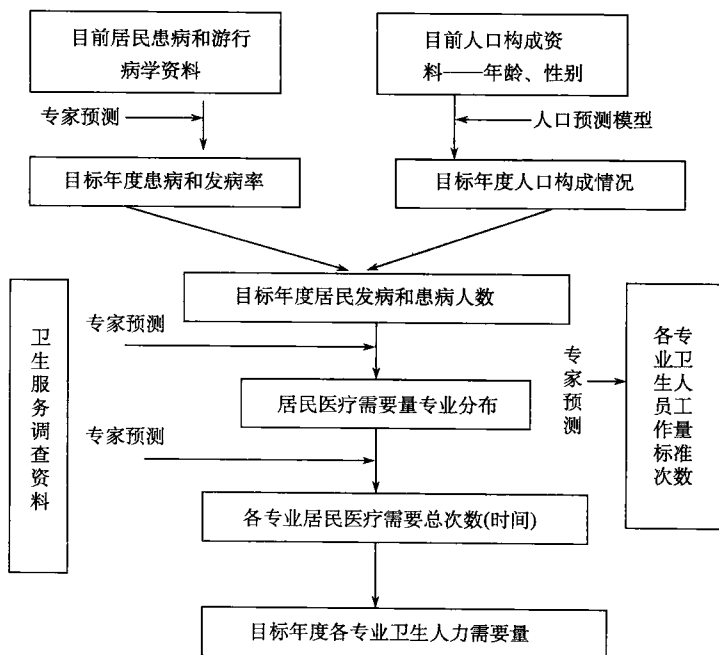


图 10-4 卫生人力需要量预测模型（卫生需要法）

（五）卫生需求法

正如前面所述的，居民利用卫生服务时，受到人均收入、医疗费用、享受保险制度、年龄、职业等因素的影响，因此在客观需要与实际需求之间存在着差异。卫生需求法（health demand approach）考虑到卫生服务利用的程度，即以有效的需求量（effective demand）为基础，从而客观地预测目标年度的人力需求量，使预测结果更有可信性和可行性。这种方法的假设是人们对卫生服务的费用均有支付意愿和支付能力，根据市场对卫生服务需求量来预测卫生人力的需求量。这种方法特别适合于市场经济条件下的国家和地区进行区域卫生人力规划，即卫生资源的分布和使用方面由市场来调节，根据未来人群的年龄构成、收入等因素的变化情况，预测需要什么类型的卫生服务以及各类卫生服务数量，从而预测为完成这些工作量所需要的卫生人力。

需求法的根据是市场需求的变化，因此需要更多的自变量因素和大量的信息资料，研究费用昂贵。这使需求法的利用受到许多限制，在具体的研究方法上，将利用率作为因变量，人均收入、保健制度、医疗费用、年龄、性别、教育水平、患病情况作为自变量，建立多元线性回归模型，对卫生服务利用率进行预测，根据目标年度各自变量预测值，得出需要的利用率再转化成卫生人力的需

求量。

(六) 服务目标法

服务目标法 (service target approach) 是指为达到一定的健康指标, 根据高层次卫生管理部门提出的服务目标来预测卫生人力需求量的研究方法。

当用服务目标法研究时, 关键是要确定各级医疗机构提供的卫生服务量 (就诊次数、时间) 和医疗设备的标准 (每一设备人员配备的标准), 然后根据不同专业卫生人员的工作量标准, 或医疗设备人员配备比例, 计算出卫生人力需求量。

卫生服务提供量的目标是由卫生管理人员及专家组根据卫生需要量、卫生需求量、卫生人力与人口比值等基础资料制定的。这一方法力求在居民需要量、需求量与医疗技术条件的可提供量、社会承受力之间寻求平衡, 是一种能比较准确地预测卫生人力需求量的方法。服务量计算是以居民健康状况、人口预测等资料为基础, 总服务量必须达到国家卫生目标的要求, 在人力预测中, 同样要考虑人员的利用程度和出勤情况等。常用公式有

人力需求量 = 目标年设备数量 × 每件设备人员配备数量

人力需求量 = 目标年需要处理病人总次数 / 卫生人员年人均处理病人数

总之, 上述预测人力需求量的方法是相互交叉的。在预测时往往同时采用几种方法, 以求得需求量的变动范围, 相互比较研究, 选择与经济发展相适应的卫生人力发展计划, 才能切合实际。

三、卫生人力短缺与过剩的政策

前面我们学习了卫生人力短缺与过剩的定义和测量方法, 可以对卫生人力市场的发展状况进行初步判断。下面我们将讨论当发现市场运行状况不佳时, 如何采取一定的措施来加以改进, 从而使卫生人力市场达到均衡, 维持市场的正常运行。

(一) 卫生人力短缺的缓解办法

1. 非经济学卫生人力短缺的缓解办法

我们知道, 如图 10-5 所示, 非经济性卫生人力短缺是一种以人的主观判断为依据的短缺现象。

假设 S_1 与 D_1 代表了医生供给与需求的起始状况。两条曲线的交叉点为 Q_1 , 而 Q_2 为以人口需要量或专业判断为依据的医生服务量。为了增加医生服务量通常所采取的政策性措施是使医生的供给量增加到 S_2 , 则医生服务量将从 Q_1 提高到 Q_2 。此外, 也可以通过移动需求曲线到 D_2 来使增加医生服务量达到 Q_2 的目标, 但这种方法不需要改变医生的供给量或医生数。采用对需求进行补贴的方法可以增加需求量, 如将医生服务作为保险所提供的一项服务内容。因此根据短缺

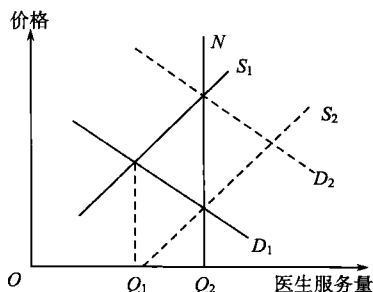


图 10-5 根据卫生人力短缺的一般性定义所制定的政策措施

的非经济学定义，医生服务的短缺量为 $Q_1 - Q_2$ ，可以通过增加医生数（从 S_1 移动到 S_2 ）或供给量不变而对需求方进行补贴（从 D_1 移动到 D_2 ）的方法来缓解。医生服务量沿着给定的供给曲线变化反映了现有医生服务能力的增加，可以通过延长服务时间或利用更多的辅助人员来实现，这种方法可以使医生的服务量有所增加。

在这些可供选择的政策性措施（改变供给量或改变需求量）中，哪一种更为适宜，取决于每项措施的成本、为居民带来的利益及增加服务的提供量所需要的时间。卫生人力短缺的非经济学定义没有涉及卫生人力市场运作的完善程度，尽管该定义认为应该拥有更多的医生，但实际上医生人力市场却正在进行有效的运作，当然也有可能医生数量确实低于维持医生人力市场有效运作所需要的医生人数。通常根据卫生人力短缺的非经济学定义所得出的相应政策性建议，总是通过政府拨款来增加医生人数的。

2. 经济学卫生人力短缺的缓解办法

1) 动态短缺

动态短缺是一种暂时性的短缺现象，对短缺的反应速度越快，供给弹性越大，则短缺持续的时间越短。反应速度是指在需求量大于供给量的情况下，价格达到均衡点所需要的时间。许多机构往往在经过一定时间后，才能够意识到在原有价格下所出现的卫生人力供给短缺问题，以及为了吸引更多的人才必须采取提高工资的措施。

根据动态短缺所提出的政策性建议与非经济学短缺及静态短缺有所不同。在发生动态短缺时，如果能够使市场中的需求方与供给方了解更多的信息，将会更快地达到市场均衡状态。将需求增加的信息提供给即将进入该行业的人员，并将同样的信息提供给需为此支付较高工资的雇主，这样可以缓解短缺，并缩短调整过程。对于需求量增加的行业，为新进入该行业的人员提供大量的补贴，有利于纠正短缺。

2) 静态短缺

当医生人力市场中存在静态短缺时，从政策的角度出发有两种缓解方法：一是允许服务价格的提高，这种方法是以抑制需求为代价的；二是放宽进入市场的条件，这样就可以使医生的人数有所增加，平均每个医生获得的利润将会不断减少，直到利润达到“正常”，且不再发生医生供给量的经济学短缺为止。如果静态短缺的发生是由存在着一些进入该职业的障碍所致，则采取向新进入者提供补

贴的方法并不能解决静态短缺问题,因为补贴不可能消除进入障碍。向有限的新进入者提供补贴,只能使目前已经具有超额利润的职业具有更高的回报率。

(二) 卫生人力过剩的缓解办法

医生人力的供给过剩问题比医生数量短缺问题更容易解决。如果人们发现医学教育的回报率较低,则申请进入医学院校的人数就会减少。在一定时期内,较低的医生供给量增加,将会达到一种新的均衡状态。但无论医生人力的供给过剩还是医生人数短缺,均会引起人们的不满。当医生人力供给过剩时,医生的收入就会降低,但如果医生数量发生静态短缺,医生服务的购买者则不但需要支付较高的价格,而且对医生服务的可得性也会降低;此外,使一些合格的申请者不能进入医学院校学习,即提高入校门槛也可缓解卫生人力过剩。

第二节 卫生人员考核

卫生人员考核是卫生人力资源管理的重要内容,它贯穿于卫生人力管理的全过程。卫生人力的发现、选拔、培养、使用、晋升和奖惩都需要进行考核。因此,卫生人员考核是科学管理的依据,是人力管理的核心问题之一。

一、卫生人员资格审核

卫生人员资格审核主要是指对卫生人员医师资格证书,以及卫生人员的医疗业务素质、医德医风等各项素质的考核。根据《中华人民共和国执业医师法》规定,1996年以前参加工作的医务人员必须参加医院的行医资格审核,1996年以后参加工作的卫生人员必须参加全国统一组织的医师证书考试,并要到当地卫生行政部门注册后方可上岗。

此外,针对不同职称的卫生人员还要实施分层考核的措施,确定不同的考核标准。考核要定期进行,要有连续性,并要进行平时考察,把平时考察与定期考核相结合。这样既有利于保证各级卫生人员进入卫生人力市场时具有一定的业务、道德素质,又有利于在职卫生人员不断充电以获得提高,从而适应他们所从事的本职工作,适应就医人员要求的不断提高和医学技术的不断发展。

二、卫生人员绩效考核

(一) 卫生人员绩效考核的意义

1. 有利于加强对在岗人员的管理

在社会主义计划经济向市场经济的转制过程中,医疗市场的竞争日益激烈,特别是一些区域卫生人力资源过剩,技术劳务价值得不到充分体现,使卫生系统与社会经济不相适应的矛盾更加突出。为了适应市场的需要、社会发展的需要,

以及人们对医疗卫生保健的需要,对在岗的卫生人员必须加强绩效考核,加强他们爱岗敬业的观念。通过对卫生人员绩效考核,得出每月的考核积分进而计算年度累积总分,实行工资与绩效挂钩,并且对年终累积得分排名靠前者给予一定的表彰和奖励;末位者予以一定的惩罚措施。这样使每个在岗医务人员认识到,上岗来之不易、守岗更加努力,从而积极工作、刻苦钻研,不断提高自己的医疗技术,勇攀医学高峰,以博取更多患者的信任和满意。

2. 有利于促进医疗卫生服务质量的提高

医疗卫生服务质量的提高是社会和医疗卫生机构共同追求的目标,而在对医务人员进行岗位量化考核中医疗卫生服务质量占有重要地位,所以,量化考核是促进医疗卫生服务质量提高的有力措施,是使医疗卫生机构在竞争日益激烈的医疗市场中处于不败之地的基础和保证。

在医疗卫生系统实施绩效考核既能使每个医务人员在自己的工作岗位上各司其职,对在医疗服务过程中的基础质量和环节质量层层把关,又能直接地反映出每个医务人员的医疗业务水平。对聘后岗位实施量化考核,将结果每月反馈于本人,使每个医务人员均能对自己的医疗质量和业务水平进行自我评价,以达到自我控制的目的;同时也能为科室、院部对临床医务人员的工作成绩进行评估提供依据,为医疗质量实施二级管理、三级控制,深层次地为加强医疗内涵质量建设打下基础。

3. 为卫生人才培养提供依据

卫生事业生存与发展离不开对医学科学的研究,推动医学科研发展的第一要素是人。如何发掘人才、培养人才、激励人才、使用人才,并充分发挥每个人的聪明才智,做到人尽其才、量才而用是对医务人员实施岗位量化考核的关键。为了发掘人才,应着手于对在岗人员的业务水平、个体素质、钻研技能进行综合量化考核,经评估后选拔事业性强、业务水平高、思想素质好的医务人员予以重点培养,通过评比,最后进入学科带头人的培养计划,以增强他们的独立工作和科研能力,为推动医学科研工作持续发展提供人才保证。

4. 提高卫生事业的社会效益和经济效益

实施对医务人员岗位量化考核是医疗卫生机构决策部门对医务人员聘后管理的一种有效措施,是选拔、培养、造就一批德才兼备的医务人员的基础。医务人员的医疗业务素质和医德医风,关系到能否吸引广大病员就医的重要因素,也是直接产生社会效益,提高医院经济效益的条件。加强在岗医务人员的量化考核,必定会使广大医务人员严格遵守医疗卫生单位的各项规章制度,认真执行临床各级人员考核细则,使每个医务人员树立“以病人为中心”的服务宗旨,努力提高医疗质量,为患者营造一个温馨、舒适的诊疗环境。通过日常服务来体现医务人员的规范服务,既吸引了病人,提高了卫生服务的经济效益,又加强了卫生事业

精神文明建设。

5. 促进医疗卫生部门内部分配制度的发展

医疗卫生部门对医务人员的奖金分配制度设计与实施效果好坏是决定其能否顺利开展新技术、新项目、新方法,使经济活动增强和社会效益增加的关键。对医务人员实施岗位量化考核在绩效支付体系中属于“以量定奖”和“以收定奖”方法的综合,是打破过去平均主义分配方案,建立绩效与分配挂钩的一项积极措施,促使医务人员工作模式发生根本改变,即从等患者上门就医转向主动为患者送医的可行方法,能有效地激发医务人员的主观能动性。

(二) 卫生人员绩效考核的标准

1. 对临床医务人员的考核办法

对临床医务人员的考核主要从工作质量、规范服务、工作数量这3个方面进行。

1) 工作质量

工作质量(quality)的考核主要是根据院科两级管理模式进行考核。考核内容为病史撰写,三级查房质量,处方质量,疑难、危重、死亡病例讨论分析,交接班制度,门诊三次确诊率,诊断符合率,治疗好转率,抢救成功率,院内感染率,术前讨论率,术前术后麻醉访视及对临床医生所提供的医疗卫生资源评估等。

2) 规范服务

规范服务(standard)主要包括医生规范操作、首诊负责制执行情况、对医院各级规章制度的执行和各科便民措施的落实情况,以及临床医生个人形象等。

3) 工作数量

工作数量(quantity)主要指诊断人次,床位使用率,床位周转率和非药品收入金额数。同时由于各临床医务人员工作特点、性质的不同,影响医务人员工作量的还有以下因素。

对上述3个方面的考核,还应该考虑如下系数:

(1) 岗位系数(post coefficient),是指不同职位医生由于在不同岗位所承担的医疗责任不同,所以对高、中、初级职称医生分档设定其岗位系数;

(2) 风险系数(risk coefficient),不同的专业科室医疗工作的风险不同,如急诊科、外科等手术科室风险较高,应根据相关科室人员所承担工作的风险程度而设定;

(3) 创新系数(new ideals coefficient),对参加学科建设、开展新技术、新项目、新疗法以推进医疗事业发展的医务人员设立创新系数,对“三新”开展取得显著成绩者,院部设立单项奖励制度。

对临床医务人员岗位实施量化考核标准应予以分类设计,按岗考核。经考核

后,计算出效益工资。

量化考核计算公式 $Y = (Q_1 + S + Q_2) \times P \times R \times N$

式中, Y 为月考核总分; Q_1 为工作质量考核分; S 为规范服务考核分; Q_2 为工作考核分; P 为岗位系数; R 为风险系数; N 为创新系数。

2. 对护理人员的考核方法

护理人员工作量是在执行医嘱的前提下产生的,所以护理质量和规范操作显得尤为重要。

(1) 工作质量,主要包括定期组织护理查房,护理病例讨论会,特级、一级护理合格率,护理技术操作合格率,基础护理合格率,急救物品管理合格率,消毒隔离合格率,以及认真、及时、准确执行医嘱,做好巡回,交接班制度等。

(2) 规范服务,主要内容是操作规范、语言规范、仪表仪容,遵守院规院纪、保持环境整洁,开展卫生宣传和健康教育,便民措施落实情况等。

第三节 卫生人员聘任与培训

在卫生事业的运行与发展中,无论是物质资源、资金资源或技术资源最终都由人来管理或由人来直接服务。卫生人才因素是卫生事业发展中最重要的因素,是卫生事业发展中具有决定性作用的战略问题。当代社会的各种竞争,归根结底是开发人才资源的竞争,谁想在激烈的竞争中保持优势地位,谁就必须拥有强大的人才队伍。所以行使正确的卫生人员聘任与培训机制,进行合理的人才储备和运用,是保持医院健康有序发展的重要环节。

一、卫生人员的聘任

(一) 卫生人员聘任的必要性

1. 新技术、新设备、新方法的要求

随着科学技术的不断发展,医疗技术、医疗设备、医疗方法都不断推陈出新。如何更有效地将新技术、新方法运用到医疗服务的实践之中,如何在最短时间内让新设备开始运作起来,这都要求我们有与之相应的医疗卫生人员。聘任制可以使卫生人员不断充电、开阔视野,提高自身的综合素质以此来满足不断发展的卫生人才需求。

2. 新学科、新方向的要求

随着科学技术的进步和人们对健康认识的逐步深入,社会心理因素对人类健康的影响正受到越来越多的关注。随着生物医学模式向生物、心理、社会医学的现代医学模式的转变,一些新兴的学科如康复医学、行为医学、环境医学正迅速兴起。面对医疗学科的迅速发展,许多新型的卫生人才不断出现以此来满足多方

面的卫生人力需求。

3. 科学管理的要求

现今,“向管理要人才,向管理要效益”已成为众所周知的口号。医院管理已成为医院发展中的首要因素,在医院整体运行中有着不可替代的特殊地位。完全可以这么说,如果没有一流的管理人才,就很难培养出一流的专业人才;即使出现一流的专业人才,也很难得以持续发展。目前,从全国范围分析,医院高层管理者主要来源于医疗技术骨干或学科带头人,虽精于专业却疏于管理,他们一般具有系统的医学知识和丰富的临床经验,甚至在某个专业领域享有较高的知名度和权威性,这些条件无疑有利于医院学科建设和国际交流。但他们多数没有接受过医院管理的系统培训,普遍不熟悉医院管理理论和方法技能,且投入管理的精力有限,缺乏与下属沟通的充足时间和科学管理的宏观思考,管理中主要运用传统的经验型封闭式管理方式。所以,现代中国需要一批医学科学家涌现的同时,也呼唤一批医院管理专家的产生。

4. 优质服务的要求

社会经济不断发展,人们的消费观念也不断改变。人们追求高层次医疗保健的要求也日益提高。经济条件较好的人已不再满足于一般的医疗服务,他们更注重选医生选护士、护理质量、手术一次性成功率等方面。所以医院必须要树立为不同层次的病人提供全方位服务的思想,满足社会各层次的医疗保健需求。这就对医务人员的道德观念、服务意识、服务态度、业务技能等各方面提出了更高的要求。

(二) 卫生人员的聘任原则

改革开放以来,随着我国社会主义市场经济体制的逐步健全和完善,要满足人民群众不断增长的卫生需求,卫生事业单位必须建立、健全各项卫生人员聘任制度。要以卫生部门制定的编制原则或有关部门制定的编制标准为根据,合理配置各类人员,根据业务需求和工作量控制人员总量,适时进行补充或淘汰,优化人员结构,提高人员素质。

对卫生人员的聘用要实行合同制,在加强职业技能培训,规范人员技术等级考核,提高素质的基础上,根据其职业工种、技能等级、实际能力等条件,采用竞争上岗、择优聘用、定期考核等办法,规范卫生人员进、管、出环节。

在聘任过程中,按照公开招聘、择优聘用、平等自愿、协商一致的原则,采用直接聘任、招标聘任、推选聘任、委任等多种形式,推行任前“公示制”。真正做到为卫生事业单位建立一支业务技能精、道德素质强的卫生人才队伍。

1. 公开招聘原则

卫生事业单位在聘任新进卫生人员时,必须事先公布短缺岗位的招聘人数、用人条件、职责等细则。按照公开、公平、公正的原则进行招聘,避免出现“走

后门”、“找关系”等现象发生。

2. 择优聘任原则

在卫生人员招聘过程中，一定要制定严格的聘用评价体系，采取考试与考核相结合的方式，择优聘用。应聘卫生技术岗位，必须具备相应的专业学历或规定的资格条件。非卫生专业技术人员不得参加应聘进入卫生技术岗位工作，已在卫生技术岗位的必须转岗。在实行聘任制过程中，对进入人员采取新人新办法，实行人事代理制。

3. 平等自愿原则

卫生人员的聘任，应坚持平等自愿、诚实守信的原则。招聘单位要做到明确岗位责任、任聘条件、聘用期限，做到职责明确、权限清晰、合理。应聘人员应依据自身承担能力，自主决定高、中、初级技术岗位的应聘，做到待遇清楚、要求明确，增加双方的透明度。

4. 协商一致原则

在聘任人员中，对优秀人才和技术骨干可采用不同的聘用方法，实行不同的聘期，给予较高的聘用待遇。相互协商，达成一致后签订一定的协议或合同，明确双方的权利和义务，做到有据可依，有章可循。

同时，在卫生人员聘任后，还要加强聘后管理，建立解聘、辞聘制度。建立和完善岗位考核制度，对聘任人员进行全面考核，并把考核结果作为续聘、晋级、分配奖惩和解聘的主要依据。使单位能按照规定的程序解聘职工，职工也可以按照聘用合同辞聘，畅通人员出口，增加用人制度的灵活性。对医疗机构等卫生服务部门中，服务质量、服务态度较差，但又不够解聘条件的人员，可实行诫勉制度，限期改正，到期不改的予以解聘。

二、卫生人员的培训

一直以来，卫生人力主要以医学正规教育培养。但随着科学技术的发展，医疗技术、医疗设备不断更新换代，疾病谱也不断发生变化，医学院校很难实现对毕业人员的跟踪培养。所以对在职人员的培训也就成为医院不断发展，在激烈的行业竞争中立于不败之地的主要环节。

（一）培训意义

卫生部门一直都十分重视卫生人员的在职教育。它包括业余、高、中等教育、函授教育、学术交流、自学考试等多种形式，是我国社会主义教育的一个重要组成部分。它广开学路，采用多种形式，多种渠道发展医学教育。当前我国正规教育校舍不够，经费有限，单靠这个途径培育人才是远远不够的，同时我国在职人员尤其是乡镇卫生人员普遍存在业务水平不高、专业结构不合理、知识老化等现象。有相当一部分卫生人员技术单一、信息不灵、方法陈旧，迫切需要更新

知识。

（二）培训途径

目前我国卫生人力在职培训主要途径有：职工医学院、医学院附设成人学院培训、广播电视中专培训、函授教育、到上级学院参观学习或专业进修学习、医学学术交流、医院组织短期专业培训班，以及自学考试等。

思考题：

1. 如何界定卫生人力短缺与过剩？
2. 怎么测量卫生人力短缺与过剩？
3. 怎样进行卫生人员资格审核？
4. 卫生人员聘任原则是什么？

第十一章 区域卫生规划

► 教学要求:

1. 掌握区域卫生规划的概念及特征
 2. 掌握卫生形势分析的内容和方法
 3. 掌握卫生问题以及规划目标的确立方法
 4. 熟悉各卫生资源要素的配置方法
 5. 熟悉区域卫生规划评价的指标体系
 6. 了解社区卫生服务的特征
-

第一节 区域卫生规划概述

一、区域卫生规划的概念

区域卫生规划 (regional health planning) 是当今国际卫生发展的先进思想和科学管理模式。20 世纪 50~60 年代, 世界上许多国家, 包括西方一些发达国家的卫生事业发展相当迅速, 大批的社会医疗机构和卫生教育、科研机构纷纷面世, 医学科技进步使新技术、新设备层出不穷, 这使卫生费用以超过经济增长的速度迅速攀升, 卫生事业发展处于无序状态, 卫生资源分配和利用不合理。面对全球卫生发展的这些新问题, 世界卫生组织 (WHO) 在组织世界各地专家对各国的经验与教训进行研究的基础上, 针对国家卫生计划与管理模式向各国倡导推行区域卫生规划。

区域卫生规划是指在特定的区域范围内, 根据本区域社会经济发展、人口结构、地理及生态环境、居民的主要卫生问题和不同的医疗卫生需要 (求) 等因素, 确定区域的卫生发展方向、发展目标、发展的优化模式及相应的政策措施, 从而进行统筹规划并配置卫生资源, 进行医疗卫生各要素的调配、组合和结构调整。通过符合成本效益原则的干预和均衡的发展战略, 改善和提高区域综合服务能力, 向全体居民提供公平、有效、经济的卫生服务, 以增进人群健康, 提高其生活质量, 促进国民经济的发展。

“区域”是一个地理学概念, 它有自己的地理位置 (一定的边界)、地貌、气

候等环境特征；同时，“区域”又是一个涉及社会科学的概念，有自己的体制、行政管理单位、经济结构及发展水平、人口及文化传统等方面的特征。这些因素对居民健康和卫生工作都有明显而又重要的影响。

“区域卫生”指的是“地区卫生体系”，世界卫生组织 1987 年在《哈拉雷宣言》中的表述是，地区卫生系统指全国卫生系统中具有一定自主权的组成部分，它包括生活在界定明确的行政与地理区域内的一定的城乡人口及对增进健康能够做出贡献的所有机构和部门。《哈拉雷宣言》提出的区域卫生系统具有以下要素：①既是全国卫生系统的一个组成部分，同时又有一定的自主权；②在一个明确界定的行政与地理区域内，其名称可因国家而异；③有一定的城市和农村人口，其规模亦可因国家而异；④所有可以动员用于增进健康的资源，包括人力、所有与卫生有直接或间接关系的部门，以及所有政府与非政府机构。

根据我国国情，一般来说，区域卫生规划的“区域”单元，以地区（市）级为宜。在一个地（市）级的行政和地理范围内，有较为完整的社会经济管理体系，有比较近似的生态环境和民风民俗，人口的卫生问题和社会经济情况的特异性比较大，制定的规划针对性较强。倘若再大于这一范围，卫生问题的多样性就会增加，规划的针对性就会减弱；地区（市）一级又具有提供一整套从基本的到高层次服务的卫生机构设施和综合服务的能力；能够筹措发展卫生事业的多方面的资源；同时，还有一定的权限，能够采取必要的政策和措施，进行宏观调控，并开展必要的改革。倘若再低于这一层次，综合服务、筹措资源和宏观调控的能力及进行改革的权限就会降低。因此，地（市）一级行政辖区的规模是较为适宜的区域卫生规划单元。我国由数百个地（市）级区域构成，如果这些区域都能因地制宜的制定出最有效、最经济的卫生发展战略，必将大大推动我国卫生事业的发展，以较低的成本、较好的卫生服务，不断地提高我国人民的健康水平。

二、区域卫生规划的特征和意义

（一）区域卫生规划的特征

制定和实施区域卫生规划的宗旨和根本目的是使医疗卫生服务体系和管理体制适应并满足区域内居民的医疗卫生需要与需求，保障和提高居民的健康水平。从规划的目的出发，区域卫生规划具有以下 5 个方面的特征。

1. 规划从区域和人群出发，以居民的主要卫生问题为规划依据

规划以居民健康指标为目标，而不是以床位、人员增长为目标。因此，正确地确定区域卫生发展的目标和方向，使卫生政策措施和各项卫生工作具有针对性，从而促进卫生事业各个方面有序的、协调的发展。

2. 规划以优化配置区域卫生资源为核心

区域卫生规划围绕区域人群健康目标这个中心，对区域各项卫生资源“规划

总量、调整存量、优化增量”，特别是对存量卫生资源从机构、空间分布上进行横向和纵向调整，推行卫生全行业管理，按照公平、效率的原则合理配置，使有限的卫生资源得到充分的利用，努力实现医疗卫生服务提供与居民医疗卫生需求之间的供需平衡。

3. 规划采取产出决定投入的计划模式

区域卫生规划要求采取的干预措施应符合成本-效益原则，推动卫生资源向效益高、成本低的卫生服务领域流动，更好地提高卫生事业的社会效益和经济效益。

4. 规划着眼于提高卫生系统的综合服务能力

区域卫生规划明确了各层次各类医疗卫生机构的功能及相互协作关系，从区域总体功能上互补，形成整体的、综合的卫生服务体系。

5. 有一套科学的管理程序

区域卫生规划从编制、实施到评价十分重视卫生管理体制、管理制度、技术措施和运作机制等方面的改革，注重建立管理信息系统，并充分利用这个系统为规划服务。

（二）区域卫生规划的意义

推行区域卫生规划管理，对深化卫生改革，促进卫生事业的发展具有现实的和深远的意义，主要反映在以下几个方面。

1. 实施区域卫生规划是卫生事业适应市场经济体制的需要

卫生服务作为一种特殊商品，脱离不了社会和经济体制外的环境对其的影响。在市场经济体制中，劳动力、资金、生产资料的市场化，势必带动、辐射和影响到卫生服务的整个方面，故卫生事业发展必须主动适应市场经济体制。区域卫生规划改变了计划经济体制下形成的卫生计划模式，更加有利于促使卫生事业从偏重数量、规模、速度的粗放型增长模式转向以内涵为主、注重质量和效益的集约型增长模式。另外，卫生事业的性质和卫生服务的特殊性使它又不能单纯依赖市场机制使资源得到合理配置并调解供求关系，一些发达国家和新兴工业化的国家与地区，如北欧、日本、澳大利亚、韩国等国家的经验表明，区域卫生规划是市场机制调节失灵下政府宏观调控、管理卫生事业的重要手段。

2. 实施区域卫生规划有助于促进卫生行业管理

长期以来，我国医疗卫生机构不是按区域、人群健康需要设置，而是按部门、地方的行政隶属关系设置，由多部门管理。医疗机构都在向“大而全、小而全”的目标发展，盲目地追求数量和规模的发展速度，造成条块分割、机构重叠的不合理格局，导致卫生资源盲目、重复配置，不少地方卫生服务供给与需求失衡。通过区域卫生规划，对卫生资源进行结构调整，对现有医疗卫生机构的布局、分级分工、服务网络和服务方式等进行改革，有助于改变现有卫生管理体制

制,促进卫生全行业管理。

3. 实施区域卫生规划是政府对卫生事业宏观调控的主要依据和重要手段

政府在卫生事业发展中承担着重要责任,必须对卫生事业的发展,卫生资源的配置实行宏观管理,而区域卫生规划正是政府对卫生事业发展实现宏观管理的主要依据和重要手段。政府可以通过区域卫生规划对整个卫生事业实行宏观调控,并且,可以在此基础上通过法律、行政和经济的手段,逐步强化对卫生事业的宏观调控力度,实现政府职能由“办卫生”向“管卫生”、由部门管理向行业管理、由经验管理向法制管理的转变。

4. 实施区域卫生规划是优化卫生资源配置的需要和解决卫生资源短缺与浪费并存问题的有效手段

在我国卫生事业的发展过程中,由于缺乏必要的宏观调控和行业管理,以致于医疗卫生机构、床位、人员膨胀过快,卫生资源配置不合理,利用效率不高。首先,主要的布局 and 结构不合理,总体上有 80% 的卫生资源集中在城市,造成城市卫生资源相对过剩,而占全国 3/4 人口的农村获得的卫生资源相对不足,并且,卫生资源的绝大部分用于医疗,而符合全体公众利益的预防、保健服务的卫生资源相对缺乏。其次,受现行体制的影响,相当于卫生部门的 1/3 以上的卫生资源分散在企业和社会各部门,难以纳入统一的宏观调控,导致卫生事业发展的失控和失衡。再者,在医疗技术配置上,忽视基础服务设备的装备,重复购置高精尖大型设备,在卫生资源总量原本不足的情况下又造成资源的闲置浪费。区域卫生规划的实施,为解决资源短缺与浪费并存的矛盾提供了有效手段,从而促进了卫生资源的优化配置和卫生事业的协调发展。

5. 实施区域卫生规划是改革医疗保障制度的需要

医疗保障制度改革实行医疗保障社会化、属地化,引进竞争机制,必然对现行医疗机构的布局、分级分工、服务体系和服务方式等产生重要影响。因此,迫切需要对医疗供给系统的布局、人力、物力等进行结构性调整。医疗保障制度改革的这些前提条件和基础性工作,正是区域卫生规划的主要内容和任务,所以,医疗保障制度改革需要制定和实施区域卫生规划。

第二节 区域卫生规划的编制

一、区域卫生规划的编制程序

区域卫生规划的编制程序一般分为 5 个步骤。

(1) 卫生形势和卫生问题分析。依据收集的与卫生规划有关的区域社会、经济及生态环境状况、居民健康与疾病状况、卫生资源状况等统计信息资料,按系

统分析法进行综合分析,客观地、正确地判断区域卫生形势现状,如主要影响居民健康的环境问题;影响区域居民健康的主要疾病;居民医疗卫生需要和需求;卫生资源的拥有量及利用供需平衡状况;卫生费用增长趋势及财政、社会承受能力;影响卫生事业发展的主要障碍因素;区域经济、人口、疾病发展趋势的预测等,为制定规划目标、政策措施和经费预算提供科学依据。

(2) 确定区域卫生规划的目标。根据卫生形势分析,找出居民的一般卫生问题和主要卫生问题,把解决居民主要卫生问题列为规划期的目标。

(3) 提出规划策略和政策措施。围绕规划目标,提出对策并制定各项措施。

(4) 编制规划预算。为完成规划目标,对采取的一系列政策措施和工作活动所需经费制定预算。

(5) 规划可行性论证确认的区域卫生规划正式上报区域政府或人大常委会,进行审核和修改,批准后颁布实施。

二、区域卫生规划的形势分析

规划的卫生形势分析,为编制规划提供客观、可靠的科学依据,是寻找居民主要卫生问题、确定规划目标和工作指标、选择策略措施的基础,正确地对区域卫生形势进行分析,关系到规划的正确性、客观性、科学性和可行性。

(一) 卫生形势分析的主要范围和内容

卫生服务及卫生事业发展涉及政治经济、社会发展、自然生态环境等许多方面,不能仅仅从卫生部门本身对区域卫生形势做出“诊断”。同时,在其发展过程中有着连续性,不能只是对现状进行分析,还必须进行回顾性和前瞻性的分析,以了解过去、预测未来,进行综合性的动态分析。

卫生形势分析的主要范围和内容有:

(1) 自然状况:包括区域的方位、地理、地貌、气候等。

(2) 政治社会状况:包括行政建制、人口、民族、资源、主要产业、交通、电讯、生态环境等。

(3) 经济状况:包括国内生产总值、国民收入、财政收支、卫生费用占有财政支出比等。

(4) 居民生活状况:包括家庭和职工经济收入、教育文化设施、居民文化程度、居住条件、个人支付卫生费用情况等。

(5) 居民健康与疾病状况:包括人口统计资料(死亡率、出生率、婴儿死亡率、5岁以下儿童死亡率、孕产妇死亡率、平均期望寿命等)、生长发育统计资料(出生儿低体重百分率、儿童青少年身高、体重、胸围指标等)、疾病统计资料(主要急慢性传染病、慢性非传染性疾病、残疾、地方病、职业病、意外伤害与中毒等发病率、患病率、死亡率及死因构成)等。

(6) 卫生资源状况: 包括卫生资源拥有量及分布状况(机构、床位、卫生人力、主要设备、业务用房、卫生经费等)和卫生服务消耗量(卫生费用支出、业务费收支、医疗保险费支出等)。

(7) 卫生服务状况: 包括居民医疗服务需求与利用, 如居民就诊率、住院率等, 以及居民预防保健服务需要与需求(饮水、计划免疫、健康教育、孕产妇及婴儿保健等)。

(二) 卫生形势分析的方法

卫生形势分析实际属于卫生服务研究的范畴, 因此, 区域卫生规划的制定应该建立在卫生服务研究的基础之上。卫生服务研究有一系列的理论和方法, 下面介绍几种与区域卫生规划编制较密切, 较适合其编制的方法。

1. 描述性研究方法

描述性研究阐明了卫生服务或健康状况在社会人群中的分布, 了解分布的趋势及其规律。具体可以从下面 3 个方面进行: ①从时间上分析卫生服务发展的速度, 通过系统分析若干年来卫生服务的变化, 了解卫生服务的状况和发展, 还可以预测卫生服务变化的趋势; ②通过对不同问题分门别类的分析, 如对医疗保健制度, 某种疾病、传染病、妇幼保健、卫生费用和卫生服务利用等情况的考察分析, 可以对区域卫生服务的结果、影响、效果及效益得出一个清晰的概念; ③进行不同地区间的比较, 了解本区域卫生服务的现状、水平及差距。

2. 分析性研究方法

分析性研究在于说明影响卫生服务与疾病发生频率的因素。例如, 慢性病患者率与年龄、性别、职业、文化、居民地区、饮水类型、人均收入、卫生设施、医疗保健制度、个人卫生行为等因素有关系, 可采用多因素的分析方法, 阐明哪些因素对疾病有重要影响作用。

3. 理论研究方法

理论研究方法应用数学模型从理论上阐明卫生服务与有关因素各变量间的函数关系, 如人口预测模型、病床需要量模型、卫生人力需要量模型及疾病分布概率模型等。

4. 系统分析方法

系统分析方法运用系统分析技术, 描述系统内部各要素之间的关系, 用分析综合的方法提供若干备选方案, 进行最优化选择和可行性评价。系统分析法是编制区域卫生规划最常用的、最主要的方法。例如, 结核病控制工作计划, 第一方案提出增设结核病防治机构, 配置编制增加专业防治人员, 新建工作用房和职工生活用房, 购置设备, 然后开展防治工作; 第二方案提出不新建机构和新建房屋, 而是利用现有卫生防疫站的资源, 扩大防疫站功能, 适当补充专业人员和必要设备, 把需要增加的经费投入购买防疫药品, 直接发给不住院家庭全监督化疗

的病人,投入用于三级预防保健网人员培训、查治管理、健康教育等。上述两个方案,运用系统分析法,经过优化选择和可行性评价后,显然,第二方案投入少、效益大、效果好,是群众满意的最佳方案。

5. 投入产出分析法

投入产出分析法主要阐述卫生服务投入量(卫生资源)与产出量(卫生服务利用)之间的关系。常用的两种方法是成本效益分析和成本效果分析。区域卫生规划采取产出决定投入的计划模式,运用这一分析方法和新投资方式,可以提高卫生服务的效益,以有限的卫生资源获得最佳的卫生服务。

6. 综合评价法

综合评价法研究人群健康状况及医疗卫生需要、卫生资源、卫生服务利用三者之间的相互关系。这是区域卫生规划制定、实施、评价全过程中运用的又一主要方法。采用综合评价分析,可以衡量本区域卫生资源,在供需关系上是处于平衡、短缺还是过剩状态;卫生服务利用水平是处于高或低的区间。进行这些分析,可评价卫生服务的效果及效益,作为规划卫生资源分配和决策的依据。

7. 发展预测法

发展预测法是回顾过去、分析现状、预测未来变化趋势的方法,这是前瞻性分析方法。区域卫生规划属中期规划,规划期一般在5年以上,预订终期的目标,其各项依据来源必须运用预测法。形势分析的表述,应该有定量的(绝对数、相对数)和定性的一般描述,在此基础上,对主要的、特殊的问题需要作重点描述。既要对现状进行分析,还应该有动态分析,有纵向(年度、层次)和横向(地区间)的分析。

三、区域内居民卫生问题分析

(一) 卫生问题的概念

从因果关系看,疾病只是致病因素作用的结果,而其原因是致病因素。因此,卫生问题应包括致病因素和疾病两个方面。从管理学的意义来说,致病因素更重要,因为管理的目的在于消除造成疾病的因素,而不仅仅在于治好几个病人。具体地说,卫生问题包含的内容是:

- (1) 各类疾病;
- (2) 各类不利于健康的因素,包括自然因素和社会因素。

(二) 卫生问题的分层

卫生问题可分为一般卫生问题、主要卫生问题、重点卫生问题3个层次。其主要度量准则为:

- (1) 卫生问题的作用强度。卫生问题的作用强度是指发病率、患病率和作用时间长短。

(2) 卫生问题的影响面。卫生问题的影响面是卫生问题的作用范围, 如一个村、乡、县或市等。

(3) 卫生问题的危害程度。卫生问题的危害程度表示质的方面的影响, 它包括致病、致残、致伤的程度; 潜在影响或长远影响的程度; 社会经济资源的消耗程度等, 它是卫生问题分层的决定条件。

(三) 区域内卫生问题的确立

依据区域卫生规划的任务, 区域内卫生问题主要侧重于两个方面: 一是居民主要健康问题; 二是主要卫生资源配置问题。

1. 居民健康问题

居民健康问题是指居民的健康状况及危害健康的主要原因(疾病及致病因素)。在一个区域, 可以有很多疾病、生态环境、行为等因素影响居民的健康。通过区域卫生形势分析, 可以在诸多的卫生问题中, 找到几个普遍性、关键性的卫生问题。下面介绍三种主要方法。

1) “三率”比较法

根据某疾病在人群中的发(患)病率、死亡率和伤残率进行评价, 分别采用“高、中、低”三级评定, 根据上述三项指标, 可对某疾病在本区域的相对重要性做出评价。

2) “三因素”比较法

根据3个因素进行评价: 一是某疾病死亡占总死亡的百分比; 二是平均死亡年龄; 三是防止工作的有效性。在死因谱前位, 并有可行的防止措施的疾病, 应为本区域的重点疾病。

3) 减寿年法

减寿年数是衡量居民健康水平的指标, 减寿年数表示死亡寿命损失量。某疾病减寿年数表示疾病对寿命影响的程度。凡损寿年数多、且死亡率高的疾病, 应为本区域的重点疾病。例如, 依据减寿年数, 可以确定初级卫生保健工作的一个重要目标是降低5岁以下儿童的发病率和死亡率。减寿年数计算方法比较复杂, 需要完整的死因统计资料。

确定疾病的重点用单一的方法都有一定的局限性。比如, 在婴幼儿死亡率高的地区, 按减寿年法分析, 造成婴幼儿死亡的主要疾病当然是重点疾病, 在现阶段这些疾病比慢性非传染性疾病重要。但是, 如果用比较法, 进行多因素分析和前瞻性分析, 很可能慢性非传染性疾病也是重点疾病, 同样应列为区域内居民的主要卫生问题。

2. 卫生资源问题

主要卫生资源问题的确定要做出如下分析: 一是居民对卫生服务的需求总量及各类各层次卫生服务质量的分析; 二是现有卫生资源对各类各层次卫生服务满

足程度的分析；三是卫生资源的利用是否有效、经济，是否能够解决已确定的健康问题的分析；四是对卫生资源总量、结构、层次是否均衡、短缺等方面的量化分析。

四、区域卫生规划目标的确立方法

区域卫生规划的出发点和归宿，是组织合理、有效的卫生服务，预防和控制疾病，促进人群健康，提高其生活质量。因此，区域卫生规划的目标，是指在规划期内要解决居民的哪些主要卫生问题及其所能达到的程度，即以居民的健康指标为规划目标，而不以机构、人员、设备的发展量为目标。

规划目标可划分为一般目标和重点目标，必须进行排序，这是制定相应的政策措施和编制规划预算的需要。规划目标的确定和排序，必须进行综合性的评价，下面介绍两种评价方法。

1. 问题排列法

问题排列法是将卫生问题按两个因素（表 11-1）排列比较，进行分析与评价。

居民某一卫生问题（疾病）按两个因素综合比较，重要性用“√”填入表中，可行性用“○”填入表中，然后可评定该卫生问题的相对优先级，这样，就可确定几个（一般为 5~7 个）主要卫生问题作为规划目标，并可对目标做出排序。

在使用问题排列法前，必须对上述两个因素事先做出评价。一是疾病的重要性，其评价方法已在前面做了介绍。二是可行性，其评价主要是针对疾病控制措施，其方法步骤一般为：首先，要确定有无有效控制措施；其次，如果有有效控制措施，则需要对这些措施从技术上、经济上的可行性进行评价；再次，从这些措施的可利用程度出发，对群众接受的可行性进行评价；最后，按上述分项评价结果，综合评定其可行性。

表 11-1 卫生问题排列法

		可行性			优先级排序
		大	中	小	
重要性	高				
	中				
	低				

2. 专家评价法

专家评价法是以专家为索取信息的对象，组织本领域和相关领域的专家运用

专业知识和经验,发挥专家的集体效应,对问题进行综合分析研究,从中找出规律并对问题做出评价。

专家评价法主要有个人判断、专家会议、头脑风暴法和特尔斐法。应用比较广泛的是特尔斐和头脑风暴法。

(1) 特尔斐法:特尔斐法是专家会议法的一种发展,它以匿名方式通过几轮通讯方式征求专家意见的汇总整理,作为参考资料发给每一位专家,供他们分析判断,提出新的意见。如此反复几次,意见日趋一致,越来越接近可靠。特尔斐法的3个特点是匿名、反复和定量分析。在确定主要卫生问题或规划目标时,可使用特尔斐法或专家会议法相结合的办法。

(2) 头脑风暴法:头脑风暴法是一种创造性的思维法,有可能在短期内得到富有成效的结果。头脑风暴法可分两类,即直接头脑风暴法与质疑头脑风暴法。质疑头脑风暴法是同时组织两个专家组,一组提方案,另一组对方案质疑。实践表明,头脑风暴法有利于排除折中方案,通过对所讨论问题的分析,提出切实可行的方案。在确定主要卫生问题或规划目标时,可使用质疑头脑风暴法。

规划目标的确定还可以有一些方法,如运筹学中的决策树法,经济分析法中的成本效益分析法、投入产出法等。总之,上述这些方法,单独使用难免有一定的局限性,故应该结合使用,进行综合评价。

第三节 区域卫生资源的配置

一、卫生资源配置的概念

1. 卫生资源

卫生资源是卫生服务提供过程中需要的全部因素,广义上包括卫生人力、卫生经费、卫生设施、卫生装备和药品、卫生信息等有形资源,也包括卫生技术、卫生服务能力、卫生管理等无形资源。狭义上仅指卫生资源中的人、财、物这些有形资源。按卫生资源的拥有时序,可将卫生资源分为存量(又称累积量)和增量两类,存量是指该地已拥有的卫生资源总量,增量是指即将拥有的卫生资源补充值。因此,卫生资源的配置包括两个方面:一方面是卫生资源的增量配置,或称初配置;另一方面则是卫生资源的存量再分配或转移,或称再配置,是通过存量再分配,改变分配不合理的现状,达到优化配置的目的。

2. 卫生资源配置

卫生资源配置有合理配置、有效配置和优化配置的提法。区域卫生规划的卫生资源配置指的是优化配置。

卫生资源合理配置强调卫生资源配置的合理性,以达到卫生服务的供需平衡。

卫生资源有效配置强调资源配置的有效性,使卫生资源得到充分利用,以提高卫生服务的效率和效益。

卫生资源优化配置是指在供需平衡基础上,充分有效地提供卫生服务,发挥卫生资源的最佳效率,以获得最大的社会和经济效益。它既要达到供需平衡,又要求效率和效益最佳,因此,它是以卫生资源的合理配置和有效配置为基础的。

对一个区域而言,资源优化配置不是固定的、一成不变的,它总是处于动态变化之中,随着时间的推移和社会、经济、卫生服务状况等变化,卫生资源的配置也应进行不断地调整,以求得新的平衡和优化。

二、各卫生资源要素的配置

(一) 卫生机构的设置

1. 卫生机构设置体系

目前,我国除少数地区外,现有卫生机构中拥有的卫生资源供给总量,已基本能满足当前经济水平的卫生服务需要及需求,如表 11-2 所示。总体而言,今后相当长的时期内,医疗卫生机构建设不在于规模的扩大,而在于改善内涵,提高质量和效率。

表 11-2 卫生机构数

	1950 年	1980 年	1990 年	2000 年	2005 年	2006 年
总计	8 915	180 553	208 734	324 771	298 997	308 969
医院	2 803	9 902	14 377	16 318	18 703	19 246
其中:综合医院	2 692	7 859	10 424	11 872	12 982	13 120
中医医院	4	678	2 080	2 591	2 620	2 665
专科医院	85	694	1 362	1 543	2 682	3 022
卫生院	—	55 413	47 749	49 777	41 694	40 791
街道卫生院	—	—	—	548	787	816
乡镇卫生院	—	55 413	47 749	49 229	40 907	39 975
疗养院(所)	60	470	650	471	274	264
门诊部(所)	3 356	102 474	129 332	240 934	207 457	212 243
妇幼保健院(所、站)	426	2 745	3 148	3 163	3 021	3 003
专科疾病防治院(所、站)	30	1 138	1 781	1 839	1 502	1 402
疾病预防控制中心(防疫站)	61	3 105	3 618	3 741	3 585	3 548
医学科研机构	3	282	337	405	263	248
其他	2 176	5 024	7 742	8 123	22 498	28 224

注:①2005、2006 年卫生机构数不再包括高等医学院校、药检机构和非卫生部门举办的计划生育指导站;②1990 年及以前的卫生机构数不含私人诊所;③疾病预防控制中心(防疫站)包括预防保健中心;④门诊部(所)包括门诊部、诊所、卫生所、医务室和护理站;⑤2006 年私人诊所 136 089 个

资料来源:中国卫生统计年鉴,2007

卫生机构按三大体系设置，如构架模式图 11-1 所示。

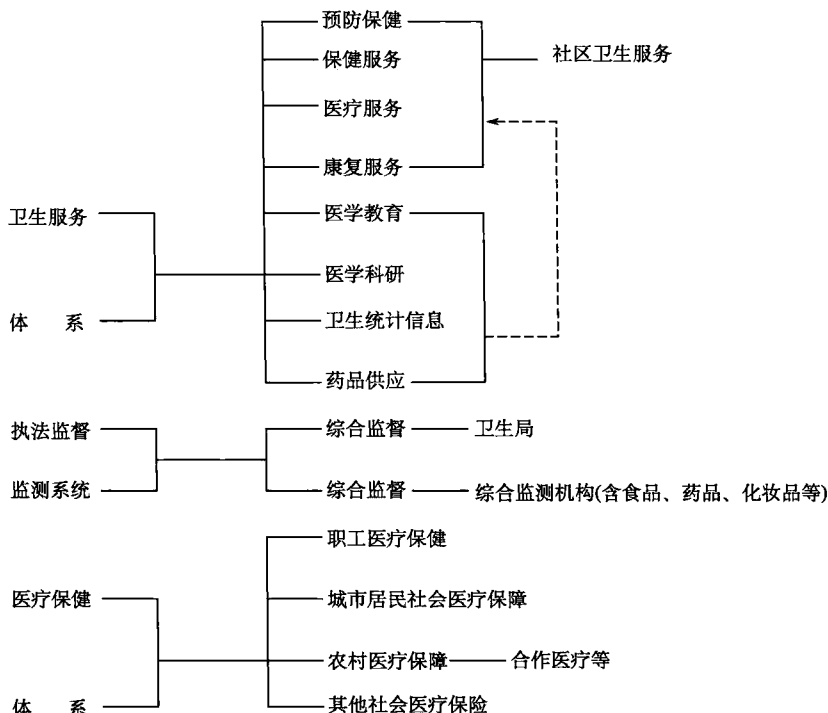


图 11-1 卫生机构体系

在卫生服务体系中，预防保健机构含疾病控制、妇幼保健、健康教育等，提倡建综合机构，改变一病设一机构的做法。原则上不设区级卫生防疫和妇幼保健机构，其功能可由地（市）级预防保健机构承担。在执法监督监测体系中，必须明确综合执法、行政法和监督与监测分离的原则，监测工作目前由疾病预防控制中心、药品检验机构和妇幼机构分别承担。在医疗保障体系中，城市职工、居民医疗保障不必另建医疗机构，农村人群医疗保障可建立合作医疗站。

医疗机构的设置比较复杂，应从优化卫生资源配置和适应医疗保障制度改革需要出发，规范医疗机构的设置。规范设置应考虑以下原则。①按类别设置，根据服务性质，医疗机构类别大致可确定为四大类，即综合医疗机构、急救医疗机构、中医医疗机构和专科医疗机构，其中，必须控制专科医疗机构的发展，除国家设置必要的专科医院（中心、门诊部）外，要严格控制社会组织和个体医生开设名目繁多的专科医院或诊所，应当加强综合医院的专科建设。②分层设置，按地（市）、县、乡（镇）和村四个层次，设置不同类别和规模的医疗机构，机构

类别不必层层对口,原则上县以下不必设立专科医疗机构和急救医疗机构,未设立中医药的县,可加强县综合医院的中医科建设。③城市按医疗服务圈设置,根据城市职工、居民工作、学习、生活等因素将市区分为若干个医疗服务圈,在一个医疗服务圈内,按卫生全行业管理原则,卫生部门和企业及其他部门的医疗机构统一规划,防止重复设置。一个地(市)原则上只需在市区设置一个有相当规模和能级的中心医院。地(市)所在地的行政区,应弱化区医院建设,而加强社区卫生服务建设。

2. 卫生机构设置应遵循的原则

(1) 合理布局:按地域、人口、健康状况等因素,均衡布局医疗卫生机构。

(2) 功能互补:综合医院(含中医药)、专科医院、预防保健机构等,在功能上进行互补,形成功能完整的卫生服务系统。

(3) 贴近人群:应以方便群众,保护和促进广大群众的健康为目的,建立社区卫生服务网络体系。

(4) 分级管理:按不同能级的医疗、预防保健机构,在其任务、功能、规模、设施等方面形成多个层次。

(二) 医院床位的配置

由于影响医院床位数需要(求)量的因素众多,一个区域医院总床位数应该有多少,每千人口床位应该有多少,配置的合适标准是多少,意见颇不一致。目前我国医院病床构成如表 11-3 所示。现介绍卫生部卫生经济研究所“区域卫生发展研究协作组”对床位配置进行计算的方法。

医院床位需求总数计算式为

$$\text{医院床位需求数}^{\text{①}} = \frac{\text{人口数} \times \text{年实际住院率} \times \text{平均住院天数}}{\text{每床位年均开放日数}^{\text{②}}} + \frac{\text{年净流入住院人数} \times \text{平均住院天数}}{\text{每床位年均开放日数}}$$

医院床位需要总数计算式为

$$\text{医院床位总需求数} = \frac{\text{人口数} \times \text{年平均需要住院率}^{\text{③}} \times \text{平均住院天数}}{\text{每床位年均开放日数}} + \frac{\text{年净流入住院人数} \times \text{平均住院天数}}{\text{每床位年均开放日数}}$$

① 非省会或中心城市流入住院量很少、或流入、流出量相近者,公式后半部分可省略不计。

② 每床位年均开放日数,按病床平均使用率 85% 计算,则每床平均开放日数应为 310.25 日。

③ 年均需要住院率系指已住院数与应住院诊疗而由于各种原因未能入院人数之和占人口数的百分率。

表 11-3 2006 年医疗机构床位数

	合计	非营利性	营利性	政府办	企业办
总计	3 496 033	3 326 327	158 824	2 814 144	374 968
医院	2 560 402	2 404 083	151 188	1 945 599	355 233
综合医院	1 902 894	1 808 983	91 918	1 393 218	339 401
中医医院	303 155	292 000	10 962	283 139	1 296
中西医结合医院	22 333	17 691	3 794	16 586	832
专科医院	320 503	275 463	42 943	243 927	13 433
护理院	3 661	2 598	1 063	1 546	221
疗养院	45 851	44 326	580	23 036	10 939
卫生院	710 308	705 199	1 955	686 707	1 061
街道卫生院	14 077	13 871	206	13 122	139
乡镇卫生院	696 231	691 328	1 749	673 585	922
社区卫生服务中心(站)	41 194	40 340	785	34 175	3 418
门诊部(所)	10 405	6 248	4 057	2 613	1 829
妇幼保健院(所、站)	99 291	99 141	150	97 602	178
专科疾病防治院(所、站)	28 013	26 525	72	24 018	2 230
急救中心(站)	550	465	20	394	80

资料来源：《中国卫生年鉴 2007》

用供需比的方法来对区域总床位的供需状态进行评估，即将区域实际拥有的床位数与医院床位需求（需要）数进行对比，求出比值，按如下标准评估：①供需比值为 1 ± 0.05 时为供需平衡；②供需比值超出 1 ± 0.05 但在 1 ± 0.15 范围内，为基本平衡；③比值超出 1 ± 0.15 范围，则为供需不平衡，比值小于 $1 - 0.15$ 者为短缺，比值大于 $1 + 0.15$ 者为过剩。

（三）卫生人力的配置

卫生人力，是卫生资源中的重要组成部分，一个国家或一个地区每千人口究竟拥有多少医生、多少护士（师）最为合适，也是一直在研究的问题。我国卫生专业人员构成如表 11-4 所示。

表 11-4 2006 年各地区卫生人员数

地 区	卫生人员	卫生技术人员	执业（助理） 医师	注册护士	每千人口	
					执业（助理） 医师	注册护士
总 计	5 619 515	4 624 140	1 994 854	1 426 339	1.55	1.11
东 部	2 493 488	2 045 420	868 281	660 897	1.81	1.38
中 部	1 767 797	14 41 373	606 440	430 410	1.39	0.99

续表

地 区	卫生人员	卫生技术人员	执业（助理） 医师	注册护士	每千人口	
					执业（助理） 医师	注册护士
西 部	1 358 230	1 137 347	520 133	335 032	1.40	0.90
北 京	166 276	126 903	52 795	45 647	4.40	3.80
天 津	78 631	62 057	25 266	20 010	2.67	2.11
河 北	279 663	234 133	106 086	57 952	1.54	0.84
山 西	178 994	149 371	68 145	44 694	2.07	1.36
内蒙古	120 575	102 336	50 409	27 601	2.15	1.18
辽 宁	273 374	216 457	94 321	76 796	2.24	1.83
吉 林	161 438	128 471	59 060	40 267	2.21	1.50
黑龙江	191 945	151 916	64 895	45 542	1.72	1.21
上 海	138 002	109 009	45 511	42 216	3.33	3.09
江 苏	334 508	275 368	114 590	85 955	1.57	1.18
浙 江	255 057	214 622	94 524	66 615	2.04	1.44
安 徽	204 498	169 181	69 421	50 392	1.06	0.77
福 建	124 909	106 586	46 051	35 910	1.35	1.06
江 西	142 682	119 761	51 436	37 870	1.17	0.86
山 东	395 897	336 669	146 391	103 843	1.58	1.12
河 南	374 924	300 712	115 481	82 850	1.14	0.82
湖 北	265 298	217 950	90 149	70 608	1.51	1.18
湖 南	248 018	204 011	87 853	58 187	1.31	0.87
广 东	408 972	332 829	130 551	114 445	1.63	1.43
广 西	162 725	133 924	56 661	46 756	1.16	0.95
海 南	38 199	30 787	12 195	11 508	1.47	1.38
重 庆	96 742	79 805	37 511	21 269	1.17	0.67
四 川	285 785	240 444	114 694	63 730	1.32	0.73
贵 州	95 654	82 324	41 147	23 641	1.05	0.61
云 南	145 621	121 424	56 476	39 837	1.31	0.92
西 藏	10 746	8 895	4 310	2 000	1.58	0.73
陕 西	168 190	139 065	60 566	40 703	1.62	1.09
甘 肃	99 431	85 581	36 018	22 985	1.38	0.88
青 海	23 509	20 119	8 575	6 739	1.68	1.32
宁 夏	27 852	23 591	10 991	7 652	1.87	1.30
新 疆	121 400	99 839	42 775	32 119	2.14	1.61

资料来源：《中国卫生年鉴 2007》

影响卫生人力的因素也和影响医院床位数的因素同样多而复杂。其中居民健康状况和卫生服务需要与需求及利用，决定卫生人力的客观需要与需求量。需要

与需求及利用度是可以通过卫生服务调查获得,根据卫生服务调查中所获得的居民2周患病率、就诊率、未就诊率、居民住院率、应住院而未住院率等资料,就可以推算出当地拥有的卫生人力(医生)与居民需要与需求之间是否平衡。

卫生人力的总量合理配置法,可分为4个步骤进行,由于医生在卫生人力中是具有代表性的指标,以医生配置为主要内容介绍如下。

第一步:据卫生服务调查(健康询问调查)中有关人口数、居民患病率、每患者平均就诊次数、需要医疗照顾率、居民住院率、平均每患者住院天数、每全时住院部医生年平均负责病床日等数据,按特定计算公式,计算出当地该年度临床医生需要(求)量,加上预防保健专业医生需求数(按比例法推算),计算出当地医生总需要(求)数。

第二步:将医生需要量与实际医生拥有数进行对比,求出供需比值,评价医生的供需平衡状态。

第三步:据平衡状态(平衡、基本平衡、短缺或过剩)对今后卫生人力资源分配做出政策调整,使之渐趋平衡、合理。

第四步:据当地各医学专业(如内、外、妇、儿、预防等数十余个专业)工作、工作量比例,进行专科医生数的分配。

区域医生需要总数的计算。

区域医生需要数由5个部分组成:①门诊医生需要数;②住院医生需要数;③主治医师以上医师需要数;④由于区域外流入就诊病人较多,而需额外增加的医生数;⑤预防、保健医生需要数。其计算公式为

公式1:门诊医生需要数计算公式

$$\text{门诊医生需要数} = \frac{\text{人口数} \times 2 \text{周患病率} \times \text{人均两周就诊次数} \times 26^{①} \times \text{需要医疗照顾率} \times \left(1 - \frac{X}{100}\right)}{\text{每全时门诊医生年均应处理门诊人次}^{②}} \times \left(1 + \frac{1}{10}\right)$$

公式2:住院医师需要数计算公式^③

$$\text{住院医生需要数} = \frac{\text{人口数} \times \text{年需住院率} \times \text{人均住院日}}{\text{每全时住院医生年均负责病床日数}} \times \left(1 + \frac{1}{10}\right)$$

① 式中26为将2周数据换算为全年数值的常数,分子中的X/100为当地居民至村卫生站(室)的乡村医生处就诊的比例。式末加1/10为从事非临床工作医生数。从事非日常医疗工作的医生数,指外出进行专业进修、学术会议、抢险救灾、支边、支贫、支农等活动,以及病、事假。(此10%乃据1998年世界银行与卫生部协作卫生I项目中通过特尔斐调查法取得的数据)。

② 每全时门诊医生年均应处理门诊人次计算方法为:每全时门诊医生法定工作日为254日[365-(104+7)=254日]乘以15(日均处理门诊人次)等于3810人次。

③ 本公式采用每全时住院医生平均分管床位数10张,每床位年均使用床日数,按医院病床使用率达85%计算,则每床年均使用日数应为310.25日。所以,每全时住院医生年均负责病床日为3102.5床日。

公式 3: 主治医师以上医师需要数计算公式

$$\text{主治医师以上医师需要数} = \text{住院医生需要数} \times \frac{7}{8} \text{①}$$

公式 4: 医疗中心城市, 其医疗服务范围超出地缘限制, 流入就医病人较多或有一定数量 (超出流出数), 需相应增加医生数, 其计算公式为

$$\text{增加医生数} = \frac{\text{外地流入门诊人数 (年)}}{3810} + \frac{\text{外地病人住院病床日总数 (年)}}{3102.5}$$

预防保健专业医生需要数计算方法:

根据我国的情况, 专家们建议目前以每万人口 3 名预防保健医生计算为宜。

(四) 卫生医疗设备的配置

卫生医疗设备是卫生资源中的硬件, 随着医学科学技术的进步, 医疗设备的更新换代期越来越短, 新技术、新设备不断问世, 各医疗机构为适应医学科技的发展, 千方百计添置高新设备, 提高本单位技术水平和社会影响, 吸引更多患者前来就诊, 增加经济效益和社会效益。然而, 医疗设备的购置必将消耗大量卫生经费, 并使医疗费用增加。因此, 合理配置医疗卫生设备是卫生资源优化配置的重要内容之一。

医疗卫生设备种类繁多, 有些是基本设备, 如一些常规检验设备、X 光设备、手术和急救设备等; 另一些为中档设备, 如 B 型超声波检查仪、自动生化监测仪、300~800mA X 光机、血气分析仪、血透仪等; 还有的是高档设备, 如 CT、ECT、DSA、MRI、1000mA 以上 X 光机、伽马刀、彩超等。目前我国医院部分医疗设备装备如表 11-5 所示。由于我国各地条件差别较大, 在此仅仅提出卫生医疗设备的配置应该遵循的原则。

表 11-5 2004 年医院主要医用设备台数及拥有率

	台数/台	拥有率/%
800mA 及以上 X 光机 (含 DSA)	2 017	10.1
800mA 及以上 X 光机 (不含 DSA)	2 262	11.2
X 线计算机断层扫描装置 (CT)	4 752	29.2
正电子发射型电子计算机扫描断层仪 (PET)	98	0.6
单光子发射型电子计算机扫描断层仪 (SPECT)	386	2.3
医用电子直线加速器 (LA)	683	4.0
伽马射线立体定向头部治疗系统	174	1.0
钴 60 治疗机	579	3.7
医用磁共振成像设备 (MRI)	1 110	7.2

① 7/8 为卫生部规定住院医生与主治、副主任、主任医师之比为 8:4:2:1 主治医师以上人员与住院医生之比即为 7/8。

续表

	台数/台	拥有率/%
彩超	7 613	35.7
B超	19 653	83.0
高压氧舱	2 503	13.3
人工肾透析装置	8 823	14.9
全自动生化分析仪	8 279	41.3

注：统计范围为 13902 个医院。资源来源于《中国卫生统计年鉴 2007》

1. 分级原则

分级原则即按照医疗卫生机构所处的不同层次，设备配置的品种和档次应有区别。

2. 功能原则

功能原则或称能级原则，按照医疗卫生机构具有的功能进行配置，如综合医院、专科医院、预防保健机构、疗养院、康复院等，其机构功能不同，设备也不相同。

3. 适宜原则

选择适宜技术和与之配套的适宜设备，应与当地居民卫生服务需要与需求及承受能力适应。适宜原则的含义包括实用价值高、价格适宜、维修有保证、当地需要、符合公平与效益原则等。

4. 共享原则

对于大型设备，如 CT、ECT、磁共振仪、伽马刀等，应提倡各单位共享共用，以提高设备使用率，避免卫生资源的浪费。

(五) 卫生经费的配置

卫生经费的配置在卫生资源优化配置中有举足轻重的作用，目前我国综合医院卫生经费情况如表 11-6 所示。

表 11-6 2006 年卫生部门综合医院收入与支出

	合计	中央属	省 属	省辖市属	地辖市属	县 属
平均每所医院总收入/万元	6 163.8	88 640.0	35 659.0	9 858.8	3 523.6	2 191.4
其中：业务收入	5 712.9	83 797.4	33 395.9	9 116.8	3 251.7	2 000.7
医疗收入	3 045.8	44 440.9	17 853.3	4 875.2	1 698.0	1 080.7
药品收入	2 559.4	37 285.1	15 044.0	4 068.6	1 490.2	876.7
其他收入	107.7	2 071.3	498.6	172.9	63.5	43.3
平均每所医院总支出/万元	6 124.4	87 815.3	37 218.5	9 696.8	3 393.7	2 132.2
其中：业务支出	5 834.9	85 185.7	33 809.8	9 415.9	3 307.9	2 029.3
医疗支出	3 456.4	51 504.5	20 040.0	5 611.3	1 929.2	1 192.3

续表

	合计	中央属	省 属	省辖市属	地辖市属	县 属
药品支出	2 312.5	32 917.0	13 552.5	3 688.9	1 337.7	803.3
其他支出	66.0	764.3	217.3	115.8	41.0	33.7
门诊病人人均医疗费/元	128.7	251.5	189.7	132.3	105.8	84.7
其中：药费	65.0	139.0	99.8	67.4	52.1	38.6
出院者人均医疗费/元	4 668.9	12 434.2	9 686.0	5 351.6	3 387.4	2 241.3
其中：药费	1 992.0	4 909.1	4 059.5	2 254.2	1 523.0	993.3
检查治疗费	1 211.8	3 322.1	2 442.6	1 479.8	820.1	549.3

资料来源：《中国卫生年鉴 2007》

卫生管理部门通过卫生经费的合理配置来实现卫生服务效率与公平兼顾的原则，同时，卫生经费配置应坚持如下原则。

1. 成本-效益原则

为防止高投入低产出，防止重复和低效投入，防止盲目投入，保证投入的有效和高效，投入前应有科学决策程序，进行充分论证；投入后应有阶段性效益评估，及时发现问题，并进行阶段性调整；投入完成后，应进行终末评估，评价投资目的的实现程度，总结经验教训，找出提高投入-产出效益的新途径，保证效益的提高。

2. 主要卫生问题优先原则

各地区根据区域卫生发展规划中提出的主要卫生问题进行经费配置，优先解决重点卫生问题的投入，如农村卫生问题、重大疾病控制（如地方病、流行病、损伤与中毒，以及对当地居民健康影响最大或构成死因前几位的一些疾病，如心血管疾病、肿瘤、呼吸系统疾病等）、社区综合性卫生服务的开展（需要启动资金），以及当地急需的重点卫生服务设施的建设等。

3. 向初级卫生保健倾斜的原则

在医学模式由生物医学模式向生物-心理-社会医学模式转换时期，卫生经费向预防、保健倾斜将是低投入高产出的有效投资，应该适当提高预防保健经费的比例，降低医疗投资比例。在今后相当一段时期，卫生投入中提高对农村和社区卫生服务经费投入的比例，有利于建立和完善农村及社区卫生服务体系，提高卫生服务的公平性。

4. 与当地国民经济发展相适应的原则

与当地国民经济发展相适应的原则即卫生经费的增量配置，必须与当地财政及居民承受力、经济发展程度相适应，应优化配置卫生经费的增量，而不可超前。

5. 兼顾供方与需方的分配原则

改革单纯对供方投入的模式为对供方和需方投入相结合的模式，目前可直接

向需方提供药品或预防、保健、基本医疗的补偿资金。一方面,这种投入对居民健康产生直接效果;另一方面,将有利于促进医疗卫生机构从片面追求数量与规模发展转移到内涵、质量和效益发展上,有利于提高卫生服务的质量和效益。

第四节 区域卫生规划的实施与评价

一、区域卫生规划实施的基础——社区卫生服务

(一) 概念

1. 社区

社区有各种不同的定义,我国著名社会学家费孝通给社区下的定义为:社区是若干社会群体(家庭、氏族)或社会组织(机关、团体)聚集在某一地域里形成的一个生活上相互关联的大集体。1978年召开的初级卫生保健国际会议,将社区定义为“以某种形式的社会组织或团体结合在一起的一群人”。在我国,城市社区一般是指街道、居委会,农村社区是指乡镇、村委会。

社区的构成必须具备5个要素:①一定数量的人口;②一定范围的地域空间;③一定规模的生活服务设施;④一定特征的文化背景;⑤一定的生活制度和管理机制。

社区是有组织的社会实体,有群众也有领导,社区领导不仅是社会经济生活的组织者,也是城乡社区卫生保健事业的组织者、管理者和领导者,他们对本地区、本单位人群的健康负责,是开展社区医疗预防保健服务的组织保证。

2. 社区卫生服务

社区卫生服务(community health services)是社区服务中的一种最基本的、普遍的服务,是在政府领导、社会参与、上级卫生机构领导下,由全科医生(general practitioner, GP)为主要卫生人力的卫生组织所从事的,融预防、医疗、保健、康复、健康教育、计划生育服务等“六位一体”的基层卫生服务。社区卫生服务的理念是以健康为中心、家庭为单位、社区为范围、需求为导向;其服务的特点是提供有效、经济、方便、综合连续的基层卫生服务;其目的是解决社区主要卫生问题、满足社区居民基本卫生服务需求。

社区卫生服务以家庭病床、预约门诊、上门诊疗护理、家庭访视、医学咨询、呼叫服务等形式开展。其主要服务内容有:开展疾病预防、建立健康档案、对家庭和居民开展健康教育和健康管理;负责常见病、多发病的治疗,开设家庭病床,提供家庭医疗服务;开展计划生育、围产期保健和儿童保健系统管理;开展双向转诊服务,提供急性病治疗后恢复期和慢性病稳定期的康复服务;实施社区卫生信息管理等。2006年我国社区卫生服务情况如表11-7所示。

表 11-7 2006 年各地区社区卫生服务中心诊疗人次及住院人数

地 区	诊疗人次	住院人数	地 区	诊疗人次	住院人数
总 计	105 642 902	654 928	河 南	227 754	1 844
北 京	33 904	718	湖 北	5 134 002	46 566
天 津	4 739 855	11 577	湖 南	1 891 212	18 413
河 北	177 869	619	广 东	7 637 166	44 310
山 西	459 040	9 378	广 西	15 426	31
内 蒙 古	642 080	4 680	海 南	25 658	
辽 宁	2 366 092	13 531	重 庆	1 684 030	27 624
吉 林	205 433	2 794	四 川	2 451 571	37 257
黑 龙 江	121 271	280	贵 州	441 894	2 211
上 海	36 999 333	135 948	云 南	869 417	14 719
江 苏	11 100 836	112 620	西 藏		
浙 江	18 659 983	43 572	陕 西	467 456	3 165
安 徽	982 747	29 989	甘 肃	406 031	2 173
福 建	3 202 925	26 885	青 海	6 684	456
江 西	970 390	18 248	宁 夏		
山 东	2 555 975	41 601	新 疆	1 166 868	3 719

资源来源：《中国卫生年鉴 2007》

（二）推进社区卫生服务建设的意义

1. 有利于卫生事业更好的适应社会需要

随着我国改革开放的不断推进，国民经济迅速发展，居民收入水平提高，生活得到改善，对卫生服务的需要与需求也发生了很大的变化。其突出表现在：一是普遍期望能就近、方便地得到卫生服务；二是需求内容除就医外，对预防保健的要求日益提高，既需要延长寿命又需要提高生活质量，既需要生理上的关心又需要心理照顾，而现在的医疗卫生服务体系并不适应这两个变化。全科医疗是理想的服务模式，推进社区卫生服务建设，提供就近、方便的卫生服务，可以满足居民的这部分需要与需求，使卫生事业更好地与社会需要与需求相适应。

2. 有利于卫生资源的合理配置

卫生服务的社会需要与需求大部分在基层，而由于体制等原因，我国城市卫生资源的 80% 却配置在社区以上的医疗和预防保健机构。推进社区卫生服务建设，可以引导卫生资源从上层向基层的流动，使之趋于合理，提高资源利用效率。

3. 有利于控制医疗卫生费用的过快增长

城市上层卫生资源过多，而社区基层卫生资源过少，导致了两个非常严重的问题：一是本应该在社区解决的医疗卫生问题，被吸引到了城市上层机构，特别是大医院，使大医院做了许多应是小医院或社区做的事情，技术效率不能充分发

挥；二是造成消费者直接费用和间接费用的增加，如对普通感冒的治疗，在社区基层只需几元钱，到大医院则需几十元，甚至上百元，还要付出时间和交通费用。社区卫生服务的开展将有利于合理分流病人，从而控制医疗卫生费用的不合理增长。

4. 有利于带动医疗卫生服务体系的调整

我国现有的医疗卫生服务体系，基本上还是医疗、预防保健机构垂直分立，在医学模式和医疗卫生服务需要与需求发生深刻变化的今天是与之不相适应的。社区卫生服务是以现代医学模式为指导的新型卫生服务模式，它直接面向人群，提供医疗、预防、保健、康复的综合服务。在我国要构建有效、经济的医疗卫生服务体系，社区卫生服务建设是基础。

5. 有利于城市医疗保障制度的改革与发展

城市职工医疗制度的改革与医疗保险事业的发展，需要医疗卫生事业与之相匹配，否则保险业筹集的资金都将被医疗卫生服务所消耗，这是一个世界性问题，解决的出路在于以下几个方面。

(1) 加强预防工作。预防是最经济的卫生服务。目前，我国面临着急性传染病和慢性非传染性疾病预防工作的压力。世界银行对我国疾病防治研究的结论是，如果从现在起抓紧对慢性病的预防工作，到2010年我国卫生总费用可以控制在GNP的5%~7%，否则将可能超过GNP的10%。巨大的卫生费用将是职工医疗制度改革难以维持和社会医疗保险难以发展的根本原因，而避免这一局面产生的关键之一是推进社区卫生服务，使预防工作尽快到位，落到实处。

(2) 通过控制医疗卫生服务成本来控制卫生费用。社区卫生服务的固定成本和变动成本都远低于城市上层的医疗卫生机构，同样的小病小伤，大医院和社区的费用支出相差可达几倍，甚至十几倍。因此，医疗保险改革的设计和今后的发展应是只允许那些在社区治不了的疾病，才能转诊到大医院，同时通过改变支付方式等办法，控制大医院的经营行为。

此外，在城市尚有50%左右的人口无医疗保险，实行社区卫生服务也有利于探索社区筹资、组建社区医疗保险，以逐步扩大城市医疗保障覆盖面，解决我国城市存在的这一问题。

(三) 社区卫生服务的特点

1. 具体性

社区卫生服务面对的是特定的社区，所要解决的问题是促进社区居民的健康和为居民提供各种具体的卫生服务。社区卫生服务的“具体性”主要体现为①地域的具体性；②人群结构的具体性；③服务设施的具体性；④文化基质的具体性；⑤情感互动方式的具体性。因此，要保障社区居民的健康，必须考虑到社区各种具体因素对健康和保健活动的影响，以便作出社区卫生诊断，拟订社区卫生

服务计划。

2. 综合性

社区卫生服务的综合性是指就服务对象而言,包括社区内的所有人群,而不分性别、年龄,不管疾病属于什么类型,针对社区内健康人群、无症状患者和患者3种不同人群采取综合策略的行动计划,其中重点服务对象为妇女、儿童、老人和残疾人;就服务内容而言,它包括了医疗、预防、保健、康复、健康教育,以及计划生育技术指导为一体的综合性服务,其中应以预防保健为重点并强调三级预防的观点,组成防治网络,将疾病防治有机结合起来;就服务层面而言,包括生物、心理和社会3个方面;就服务范围而言,包括个人、家庭和社区。

3. 连续性

当全科医生接受个人及其家庭为医疗保健对象时,就开始担负起为个人及其家庭提供连续性保健的责任,这种责任不因单一疾病的治愈或转诊而中止,且不受时间和空间的限制。社区卫生服务的连续性体现在向居民提供服务时间的连续性上,也体现在服务关系的连续性上,这种关系是指医生与居民个人及其家庭之间的一种长期卫生服务关系。

4. 协调性

社区卫生服务的协调性是指充分利用社区内或社区外的一切可以利用的资源,为个人及其家庭提供全面的卫生保健服务。因此,在社区卫生服务的服务内容、方式及组织形式上应协调一致。社区卫生服务内容包含医疗、预防、保健、康复、健康教育,以及计划生育技术指导为一体的综合服务,它向人群提供协调性的基本医疗和预防保健服务,促进居民身体、心理与社会健康协调发展。提供服务的形式由医生主动上门服务为主。在组织形式上将社区卫生纳入社区社会经济发展规划,将社区卫生服务纳入社区精神文明建设,促进社区卫生与社会经济协调发展。

5. 可及性

可及性是论述服务对象具备接受卫生服务的能力,可从地理、经济和服务三方面评价社区卫生服务的可及性。具体而言,卫生服务的可及性包括方便可用的卫生服务设施、固定的医疗关系、有效的预约系统、上班时间外的服务,还包括心理上的亲密程度、经济上的可接受及地理位置上的接近性。由于全科医生生活在他所服务的社区中,这样大大提高了卫生服务的可及性。

(四) 社区卫生服务组织形式

在我国,街道办事处是政府实行管理的直接面向人群的最基层的派出组织。改革开放以来,各级政府在社区一级组织了很多便民利民的社区服务,深受广大居民的欢迎,卫生服务就是这些社区服务的一个组成部分,在社区一级设立“社区卫生服务站”或“社区卫生服务中心”,其人员构成应以全科医生和护士为主,

具体形式可有多种。

(1) 市、区级医院派医生、护士到社区设站。派到社区的医护人员编制在原单位,工资由原单位发放,实行服务收费,奖励从收费中提取。

(2) 街道医院转型。以原医院为依托,组成若干社区卫生服务组或派若干组人员到社区设站作为医院的主业,统一管理、统一核算或分站核算。

(3) 区级预防保健机构与医院联合到地区设站。实行专业互补、联合管理、分别核算。

(4) 街道办事处或居委会办站。行政由街道管理,业务上由上级业务主管部门指导,医、护人员主要从街道医院聘请。

(五) 社区卫生服务机构设置

1. 社区服务中心设置

社区卫生服务中心设置应遵守的原则是:以社区居民需求为导向,便于落实社区卫生服务的各项工作任务;一般以街道办事处所管辖的范围设置,覆盖3~5万人,步行15~20分钟。具体要求如下。

(1) 基本设施:业务用房使用面积在600平方米以上,功能分区并符合卫生学及无障碍设计;不设置一般意义上的病床;具备开展社区六项服务工作的基本设备,以及必要的通讯和交通设备。

(2) 人员配备:专业技术人员须具备法定执业资格;至少有1名公共卫生执业医师;2000~4000服务人口配备1名全科医师,全科医师与护士及预防保健人员的比例不低于1:2,其他人员根据实际需要配备。

(3) 科室设置:一般应设置预防保健科、全科医疗科、药房、化验室、X光室、消毒供应室、信息资料室等。

2. 社区卫生服务站设置

社区卫生服务站设置应遵循的原则是:以社区居民需求为导向,作为对卫生服务中心难以方便覆盖的区域的补充;服务人口是一般1~1.5万人。具体设置要求如下。

(1) 基本设施:业务用房面积不低于60平方米,设诊断、治疗和健康教育室,符合卫生学要求;基本设备应与提供的卫生服务相适应,同时具备通讯和交通设备;配备基本药物120种以上,包括常用急救药品和中成药。

(2) 人员配备:专业技术人员需具备法定执业资格;2000~4000服务人口配1名全科医师,全科医师与护士及预防保健人员之比不低于1:2。

二、区域卫生规划评价内容及指标

(一) 规划评价的目的和意义

评价是区域卫生规划制定和实施中必不可少的重要环节。评价的定义各家表

述不一,世界经互组织(OEDP)(1992)的提法是:“评价是一种对尚在进行中或者已经完成的项目、方案、政策及其设计、实施和结果进行的一种尽可能系统的、客观的估量。其目的是确定目标的相关性和实现程度、开发效果的有效程度、影响力和持续性。评价应提供可信而且有用的信息,使获得的经验、教训能够用于收益人或捐助人的决策中去。”其他各家也对评价有大同小异的解释。总之,评价是一个过程,是一个贯穿项目从设计到实施乃至完工的全过程。因此,项目评价的目的,是对项目、方案、政策设计、实施手段和实施结果进行估量,并根据估量结果对其进行必要的调整,使其更具有科学性、先进性和实用性。

评价的意义和作用一是可获得有关实际事件和做法的信息;二是能对即将开展和正在进行的工作做出积极改进;三是引导我们对各种可能的决策做出最佳选择;四是更好地明确相关各方的责任,使工作获得尽可能理想的成果;五是可以帮助我们判断该工作的可持续性。

(二) 规划评价的指标

指标体系是一系列指标或一组指标的有机组合,它反映事物的一个侧面或整体的状态。作为规划评价的指标体系,必须体现规划的基本思想,体现指标间的相互依赖和相互影响的关系,反映资源投入、利用到产出的全过程,并考虑到指标的科学性、适宜性和可操作性。

区域卫生规划评价指标体系的制定在我国还没有成熟的经验,根据我国区域卫生发展研究者和管理人员提出的见解,评价指标体系的主要框架结构为以下几方面。

1. 投入指标

与卫生有关的社会经济指标子系统。

(1) 政策状况。例如,政府对卫生工作承诺的决定、卫生总费用占国内生产总值的百分比、享受各类医疗保险的人口比例等。

(2) 人口指标。例如,人口总数、农业人口数、人口自然增长率、人口结构(性别比、老龄化系数)、人口素质(成人识字率、适龄儿童入学率)等。

(3) 国民经济指标。例如,人均国内生产总值、人均国民收入、人均国内生产总值增长率、就业率、城市化程度等。

(4) 文化教育指标。例如,各类文化教育机构、健康教育节目在大众传媒中的播放全科等。

(5) 生活条件指标。例如,安全饮用水普及率、卫生厕所普及率、人均住房面积、恩格尔系数等。

(6) 通邮电指标。例如,乡村的通邮率、通公路率等。

卫生资源统计指标子系统。

(1) 卫生人力资源:包括预备人力资源和现役人力资源。预备人力资源是指

高等医药院校的年招生数、在校生数及毕业人数。现役人力资源是指目前的卫生人员总数、各类卫生技术人员数、每千人医生数、每千人护士数、每千农村人口村级卫生人员数等。

(2) 财力资源：包括投资（如卫生事业费占财政支出的比例等）、固定资产（如卫生部门房屋面积、仪器设备总值等）及设施（如病床数、千人医院病床数、高档设备拥有量等）。

2. 提供卫生服务的过程指标

卫生服务统计指标子系统。

(1) 医疗服务。例如，门急诊人次、危急病人抢救成功率、出院人次、治愈率、无菌手术感染率、家庭病床访视次数等。

(2) 预防保健服务。例如，12月龄儿童“四苗”覆盖率、食品卫生监督覆盖率、孕产妇系统管理率、住院分娩率、婴幼儿系统管理率等。

(3) 康复服务。例如，社区康复点覆盖率人数、社区精神病人管理率等。

卫生服务管理统计指标子系统。

它包括卫生主要的负荷（如平均每一医生承担的门诊人次和住院人数等）、利用（如病床使用率、出院者平均住院日、主要设备开机率）、维护（如主要设备完好率等）及提高（如卫生人员培训的人月数等）等。

3. 产出指标

健康统计指标子系统。

(1) 人口动态指标：包括粗死亡率、婴儿死亡率、5岁以下儿童死亡率、孕产妇死亡率、前十位分病种死因构成、平均期望寿命等。

(2) 残疾和伤残指标：包括主要疾病的报告发病率、患病率、伤残率等。

(3) 青少年生长发育：包括身高、体重、胸围、出生低体重儿（小于2500g）比例等。

(4) 影响居民健康行为的改善：包括吸烟率、盐摄入量、参加体育锻炼人口比例等。

服务效益统计指标子系统。

包括每一门诊人次平均费用及构成、药品材料周转天数、收入与支出比、居民人均因病卧床天数、居民人均因病丧失劳动能力天数等。

思考题：

1. 谈谈开展区域卫生规划的意义。
2. 如何进行卫生形势分析。
3. 如何评价区域卫生规划。
4. 试论社区卫生服务的意义。

第十二章 国外卫生事业管理简介

► 教学要求:

1. 掌握各国不同的卫生体制
 2. 熟悉各国不同的医疗保险制度的特点
 3. 了解各国医疗卫生服务体系
-

第一节 美国卫生事业管理

美国位于北美洲大陆中部，有 50 个州和 10 个特区，面积 937 万平方千米，人口 2.76 亿人（1999 年），其中白种人占 80% 以上，黑种人占 11% 左右，其他各族占 9% 左右。美国是一个联邦制的自由市场经济国家，宪法明确划分了联邦政府和州政府的权力范围，如外交、国防、税收等，对卫生服务的职权没有明确规定。管理体制和经济体制的多元化对卫生体制产生着重要的影响，其实行的是以各种健康保险制度为核心的多元化的医疗卫生服务制度，许多卫生服务分支系统，以不同的方式为不同的人群提供卫生服务，既有国家、地方所属的卫生组织和资助的健康保险，也有私人、慈善组织开办或社会公共基金资助的医疗机构和健康保险。各种不同的卫生服务组织独立或融合，为不同人群提供医疗保健服务；不同人群可以购买或享有一种或几种健康保险。

一、美国的卫生管理体制

美国卫生行政实行的是三级管理体制，即国家卫生和人类服务部、州一级的公共卫生局和州以下的市、区卫生局。美国作为联邦制的国家，宪法保护各州在所有社会事物（包括卫生）的自主权。

卫生和人类服务部的主要职责是制定国家卫生政策、规范、标准或指导原则；分配卫生事业经费；协调和提供特定人群、特殊疾病的卫生服务；协调不同卫生部门之间的关系；管理直属的卫生机构，其主要组织结构如图 12-1 所示。

州公共卫生局是州卫生事务的总管机构，它与联邦政府的卫生和人类服务部不是领导与被领导的关系，而是协作的关系，其不单纯是行政机关，而且也是业

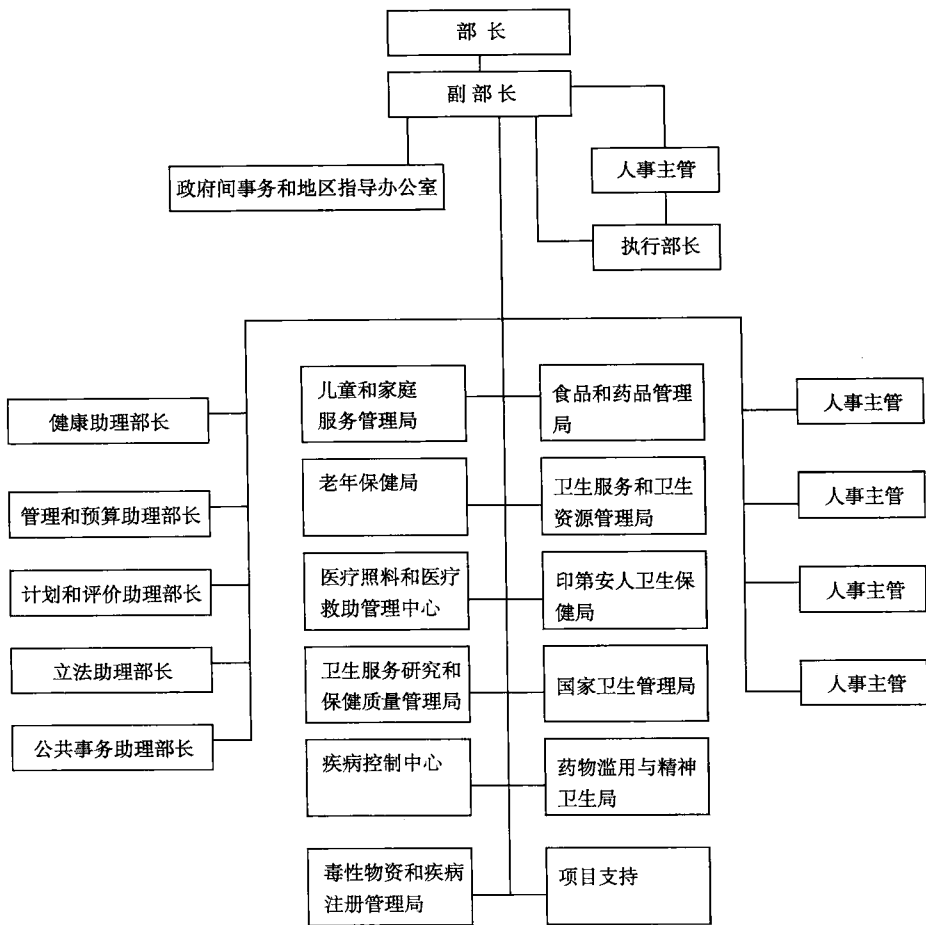


图 12-1 美国国家卫生和人类服务部组织结构图

务单位，有些州的卫生局还设有门诊部，完成部分医疗工作。州卫生局具有以下职责：①出生、死亡、人口统计和疾病报告；②传染病控制；③环境卫生管理；④公共卫生实验室服务；⑤妇幼卫生和学校卫生；⑥健康教育。地方卫生机构各州不一，大多数县一级设立相应的卫生机关，但也有不设县级卫生行政机构的。

州政府不仅在卫生事务管理方面有很大的自主权，而且各州的卫生行政管理部門的管理结构和功能范围也不尽相同。州卫生行政部门主要由州政府领导，国家卫生部对州卫生行政部门只有政策性指导或要求。例如，国家卫生部要求各州制定执行医师法，但各州在具体法规细则的制定上有较大的自主权。

市卫生局是卫生法律法规和疾病控制、卫生监督监测、检验等行政业务的具体执行者。“区”卫生局是在美国政府以外存在的一种非常独特的卫生保健机构，

介于官方和民办之间,这里所说的“区”不是行政区划,而是经济区域,它不是政府的职能部门,而是按经济区域由两个或两个以上的市共同设立的一个独立的实体,直接为区域内各镇提供全日制的公共卫生服务。“区”卫生局直接接受“区”卫生管理委员会的领导和管理,卫生局长由区域内每个镇的立法机构聘请代表参与组成,其规模与区域服务人口有关,一般一个镇1名,一个市最多有5名代表参加。“区”卫生局在完成州公共卫生法律规定的基本公共卫生服务任务后,可从州政府获取人均1.52美元的资助,同时地方政府还需提供配套资金。

“区”卫生局执行州公共卫生法律和地方法规,计划和协调成员镇的公共卫生工作,促进公众健康。其主要职责是:负责性病、结核病在内的传染病监测与控制;评价和编撰公共卫生统计,以确定社区的卫生需求和卫生状况;促进并实施健康教育;参与妇幼卫生和免疫活动;检查指导与环境有关的项目和投诉。

二、美国医疗卫生服务体系

美国政府对医院的管理主要是医院的规划设置和旧医院改造、登记注册医务人员的执照、监督检查医院质量及医院安全防护,不直接管理医院。医院由投资者自主经营,即使公立医院也同样由医院自主管理,实行董事会下的院长负责制。院长的任职资格特征有两类:一类是经济学或管理学毕业生,经强化的医院和卫生事业管理培训获得硕士学位者;另一类是受过商业管理或法学高等教育,再经强化的医院和卫生事业管理培训获得硕士学位者。美国医院的所有制具有多元性。近年来,由于总生育率下降、人口老年化、财政赤字导致卫生经费缩减,由于科技因素原因,非营利医院采取出售和合并的措施以求生存,使医院总数不断减少,股份制医院发展壮大并跨国经营,营利性医院的比例上升,医院与健康维持组织(HMOs)相互渗透。

尽管医疗服务业的市场竞争不断强化,但医院仍属于严格管理的行业。政府对医院的监督管理主要包括。① 质量控制:州发开业执照、联邦政府的确认和非官方组织(美国医学会、医院协会等组织建立的联合民间机构)的认可和鉴定。② 医疗设施和服务项目的控制:主要通过规划机构(非盈利组织)实施、阻止过量新建医院和重复设置服务项目。③ 费用控制:由于医院费用的快速上涨,联邦政府实施按疾病诊断付费方案(DRG)的预付制度。④ 服务利用的控制:主要是阻止不恰当入院和不恰当延长住院时间,以降低医疗照顾制和医疗支助制费用,通过服务利用审查组织(非营利具有专业标准)执行。克林顿总统执政后提出了医疗改革计划。① 增税要求:雇主必须为雇员办保险,否则须向政府多交纳雇员工资8%的税金,由政府来为雇员办保险。② 降低成本,通过保险市场竞争来降低保险费,从而控制医疗费用。③ 简化行政管理,将节省下的费用用于卫生事业。④ 卫生服务价格要适应公众的承受能力。

资金是影响医院发展的重要因素。目前政府的老年医疗保险和贫困医疗补助费用减少,许多医疗保险公司的付款也在减少,医院必须采取以下措施:① 停止高利率的银行贷款;② 采用交易合同的方法把部分医院资产“出售”;③ 免税证券借款;④ 发行股票,设置社区服务、预约门诊、家庭护理等服务方式,这种“家庭化”服务给人以宾至如归的感受,深受病人欢迎。例如,美国 Sherlock 集团公司通过建立护理院、家庭病床和门诊服务网使公司的收入在3年中增加了约74倍。缩减医院预算经费,大规模改组机构,减少管理人员,从而缩减了医院开支,同时改善了工作质量,提高了病人的满意率。采用强制性措施,利用强制性训练和教育课程对雇员进行全面培训和教育,不仅提高了工作人员的技能水平和预算消费意识,同时也大大减缓了实际的预算开支。

风险管理是一种专门管理经营模式,20世纪初广泛应用于工业、商业管理中,现已成为美国医院经营管理的重要方面,其分为承担风险、回避风险、减少风险和转移风险。主要体现在:① 医疗纠纷的处理;② 医院财产安全保护工作;③ 医疗技术保护;④ 医疗商品购销合同;⑤ 环境污染;⑥ 医务人员工伤及生命安全保障。

美国医院协会的《医院科室工作手册》是医院进行医疗质量管理标准。美国的医院协会作为中介组织具有极其重要的作用并执行着许多职能。例如,代表医院与政府交际,维护医院权益,提供医疗保险和医院管理咨询,通过网络进行一系列活动等,医院评审委员会每4年对医院进行一次质量评审。目前,在美国,综合质量管理(total quality management, TQM)受到重视,几乎70%的医院都采用了这一经营战略。TQM与以往的医院经营方式有很大区别,具体表现在:建立患者一览表(即从入院的整个时期,以1天为单位,项目涉及从患者的外观、检查、处置内容和实验场所到饮食情况等多方面),比较研究每一患者的一览表,同时针对这一疾病制定医疗行为的标准方案,以此方案为基础,经过几次反复试运行形成最终的标准,在对工作人员进行教育的同时实行标准,之后再继续对标准进行分析与修正。实行TQM的好处在于提高了医疗质量,使医院行为标准化,同时可降低成本。

在医疗费用管理方面,医疗费用的支付方(医疗保险公司和患者)以多种形式向医院支付医疗费用,但预付制(prospective payment system)占主导地位。DRGs制度,即诊断相关组制度(diagnosis related groups system);Capitation,即按人头付费的支付方式,主要在HMO内施行;Fee for service,即按项目付费;RBRVS(resource based relative value scale),即资源为基础的相关价值尺度。美国医疗保险公司控制医院医疗服务费用增长常用的办法为医疗服务的回顾性审核制度、医疗服务的同行审议、入院前的许可证制度、二次诊断的意见、拒付不合规定的医疗费用、实行个案管理、医疗费用支付办法、管理保健计划等。

美国的 HMO、Medicare 等医疗保险制度近年来不断进行改革、完善和提高,重视管理,加强医疗服务供需双方的制约力度,由此对美国的医疗系统和医院的运行状况产生了较为深远的影响。其具体表现为:医疗资源总量(医院数和床位数)得到了控制;住院工作量呈下降趋势;医院工作效率不断提高;医生收入得到了控制。尽管产生了上述几方面的良好势头,但医疗总费用仍呈上升趋势,卫生人力的增长并未得到合理控制。

从 20 世纪 70 年代开始,美国卫生人力的增长速度加快,且逐年递增,到 1990 年约有医师 59.4 万,每 480 人拥有一名医师。医师优厚的待遇,使大量外国医学毕业生涌入美国。美国政府增加对医学教育的投资是医师数量快速增长的主要原因,但在结构和分布上存在着严重不合理现象:预防和医疗的医师比例不合理,治重于防;专科和全科医师的比例不合理;医师与辅助人员的比例不合理;州之间分布不均衡;城市与农村地区之间分布不均衡;大城市中市中心区的贫民区与富人集中的郊区的医师分布不均衡等。2000 年,美国的医生总供给将大于总需求,目前采取鼓励去农村工作、让经过二次培训的专科医师从事初级卫生保健工作、建立全科和专科结合的医疗队等方法,以缓解供需矛盾。

美国的医学教育分三个阶段,即基础教育阶段、毕业后教育、继续医学教育。住院医师培训地点多选择在有条件的大医院中进行。对住院医师的考评分为临床能力评价、全国统考和专科鉴定三个方面。考试由美国医学专业联合会负责,该组织是相对独立的非营利性社会团体,受社会公认和法律保护。成绩分为优秀、良好、边缘和差四个等级,合格者发给鉴定证书。

在医院与医生的关系方面,美国大多数医院是开放性的,医生在医院工作虽然是固定的,但很少有医生全日制为医院工作。医生一般都有自己的诊所或联合诊所,或是有自己的家庭病人,医院外服务不受医院的限制,但以医院为主。另有的医生以诊所工作为主,把医院作为一种依托。如果诊断治疗病人需要使用医院仪器设备,医生即预约病人去医院。需要住院的病人,也由这些诊所开业医生去医院处理。这种方式不仅有利于提高诊所的医疗质量,而且使医院病房设备得到了充分利用。美国医院主要是一种医疗技术中心,并不强调组织中心的作用。本医院外的医生只要服从医院规章制度,信守经济合同,即可使用医院设备。1990 年 9 月美国建立了全国医师资料库,包括医疗事故处理、培训情况、医院和其他医疗保健机构的职业权限、职业性会员身份权限等信息储存中心。美国立法要求全国医院在涉及不明确如何处理的医疗活动和行为时可向资料库报告和查询。随着医疗制度的改革,越来越多的美国人加入各种不同形式的健康维持组织(HMO)。在美国有相当多的医师为 HMO 提供服务,人力构成有初级卫生保健人员、专科医师、护士及医师护理等。目前 62 % 的 HMO 成员通过网络服务模式提供服务,而不像以前那样使用以医生为单位的雇佣服务模式。在网络中提供

服务的医生具有更高的工作效率。据估测,网络中的医生每年有 5650 个服务合同,而雇佣模式的医生每年只有 4675 个服务合同。

三、美国医疗保险体系

在西方发达国家中,就医疗保险制度的建立而言,美国是最年轻的国家之一,比其他西方国家晚了近 40 年,直到 1935 年 8 月,美国国会才正式通过《社会保障法》;1965 年,国会又通过了《社会保障法修正案》;1966 年 7 月,公布了《老年人、残疾人的医疗照顾计划》和《穷人医疗救助计划》。

(一) 美国政府负责的主要医疗保险项目

1. 医疗照顾计划

1966 年,美国国会正式颁布医疗照顾计划(medicare)法案,1972 年进行了修订,由联邦政府的健康教育和卫生筹资局、社会保障局和财政部共同管理,其服务对象是 65 岁以上的老人和 65 岁以下因残疾或肾衰竭而接受社会救济,或接受铁路工人退休救济计划的人。该计划提供全国统一的医疗保险,覆盖面约占总人口的 12%,占医疗费用总支出的 18%左右。该计划分为住院保险和补偿保险两部分。住院保险属于强制性执行保险,主要用于重病治疗和护理,补偿保险属于非强制性的保险,由符合规定的老人自己决定是否参加,享受的项目主要是门诊化验、检查服务等。

不论是住院保险或是补偿保险,个人必须支付一定数目的医疗费,约占 17%;资金来自独立的社会保障税,按美国社会保障法规定,雇员按月工资的 1.3%与雇主按雇员月工资的 1.3%作为老年人医疗保障基金,交卫生部社会保障局统一管理。个人就医时,门诊费用全部免费,住院费个人首先支付 400 美元,其余住院医疗费用中,个人支付 20%,社保局支付 80%。

2. 医疗救助计划

医疗救助计划(medicaid)方案也是始于 1966 年,它是由联邦政府与州政府共同参与,为穷人提供医疗补助的保险计划。该计划由联邦政府负责总指导,由各州政府自行管理,资金来自各州政府和联邦政府的一般性税收,联邦政府提供一部分项目经费,州政府负责确定能够获得此项计划的补助条件及保险的覆盖范围。一般各州都根据本州居民的收入水平来确定穷人医疗援助计划的资格和标准,所以各州之间的救助标准存在着很大差异。穷人医疗救助计划是各州政府支出增加最快的项目之一。

3. 现役军人、退伍军人及家属和少数民族的免费医疗

现役军人、退伍军人及家属和少数民族的免费医疗受益对象为现役军人、退伍军人及家属和印第安人,这部分保险费用全部由联邦政府提供。另外,还有退伍军人医疗计划,其财源来自税收,由退伍军人局管理。

（二）美国其他的医疗保险形式

1. “蓝盾”和“蓝十字”健康保险

“蓝盾”和“蓝十字”是最大的两家民间非营利性健康保险公司。“蓝盾”由医院医生发起组织，于1930年成立，主要为门诊服务提供保险；“蓝十字”也是1930年成立的，由医院联合会发起组织，通过和其他成员医院的间断接触，为投保者提供住院服务保险。

1930年，当时正值美国经济大萧条时期，这两个组织为了保证医院收入而得以诞生。“蓝盾”和“蓝十字”保险不以赢利为目的，在税收方面享受优惠待遇，可免交2%的保险金税款。

目前，“蓝盾”和“蓝十字”保险计划已形成成为全国性的保险网络，成为专门的保险业实体，覆盖人群在1亿左右，每年保险金超过1100亿美元。该保险计划中的健康保险主要是作为社会健康保险的补充保险，主要参保者是私营企业的职工。

2. 健康维护组织型医疗保险

在美国健康维护组织型医疗保险（health maintenance organization, HMO）也属于私人医疗保险范围，但它又不同于一般的保险公司。美国政府依据1972年的《社会保障法修正案》，在1973年通过了《健康维护法案》，开始正式实施这种团体医疗保险制度。这是集筹资与医疗服务为一体的新型组织形式，由保险公司、医生、医院三方组成。

HMO有多种保险模式，分为雇员模式、网络模式、群体模式和个体医师协会模式。雇员模式是指由HMO自身雇用、管理的医生群体提供医疗服务；网络模式是HMO与多个医生群体签订合同，按合同提供医疗服务；群体模式是HMO与一个医生群体签订合同，医生在自己的诊所里为患者提供服务。

投保人依据合同期交纳保险金，到HMO指定的医生或医院接受服务，包括门诊、住院及预防在内的全面的免费服务。HMO努力保护成员健康，以减少以后对高昂治疗性服务的需求。他们往往把各州重点放在健康保健服务上，如重视健康教育（戒烟、减肥等），加强预防性出诊访视（比传统部门平均多50%），加强健康检查，筛选病人。注重于早发现、早诊断、早治疗，以避免提供非必要的服务，降低住院率、压缩住院期、较多地使用普通药物，并注意积极利用辅助人员协助医生在诊所和医院工作，从而提高了医生的工作效率和保健质量。

HMO把医生分两种，初级保健医生和专科医生。HMO按提供服务的人数向医院和医生支付固定金额，医院和医生对医疗费也承担风险。其采用合同的方式与分红制度来鼓励初级保健医生减少医疗费用。保险公司用合同的方式雇佣初级保健医生，投保人一旦确定了初级保健医生，不管投保人看不看病，保险公司根据人数，每个月定期付给初级保健医生固定的费用，即人头费，费用一般是

7~15美元。接受了人头费后,初级保健医生要对投保人所有的健康问题负责。投保人每次看医生时,只要付很少的分担费,一般每次门诊付费为2~20美元。另外保险公司用合同制度来鼓励初级保健医生减少医疗费用。检查项目越少、会诊次数越少、病人住院日越少,保险公司就越省钱;保险公司将省下的一少部分钱,用作红利分给初级保健医生;而初级保健医生使用的医疗费用越少,他的分红就越多,实际上这种分红制度是鼓励初级保健医生给投保者少做检查,少送专科会诊。否则,初级保健医生不但拿不到分红,还会被扣钱,而且初级保健医生不想办法降低医疗费用的话,保险公司有可能解雇医疗开销过多的初级保健医生。

HMO限制投保人只能在网络内找医生,病人若找网络外的医生或医院,保险公司不付医疗费用。保险公司规定每个投保人都要有一个指定的医生,未经指定医生建议或同意的诊疗费用,保险公司一般不付。初级保健医生当作保险公司的守门人,发挥控制医疗费用的作用。所有的诊断检查、会诊、住院都要经过初级保健医生的批准。病人不准用联网外的医生,也不准直接找联网内的专科医生,专科医生建议的一切检查,一定要经过初级保健医生的同意与安排,才能到指定的地方去做,HMO就是通过这些措施节约医疗开支的。

3. 优先提供者组织型医疗保险

1982年,优先提供者组织型医疗保险(preferred provide organization, PPO)首先在加州出现,它是建立在价格竞争和占领医疗市场的基础上,是传统的卫生保健提供者对日益发展的市场竞争的一种反映。

PPO由保险公司与医生、医院和其他“医疗供给者”签订合同,以计件制为基础,属于一种健康管理协议。在PPO的方案下,有一个医生名单,供患者选择,只要是选择这个医生名单上的医生,就可以到保险公司去报销。保险公司与医院和医生之间有合同,因而保费比较稳定,而且较便宜。PPO之所以受欢迎,是因为投保者能自由选择高质量的医疗机构,医疗供给者既有计件制的医疗费支付,又能确保一定数量的患者。

保险公司公开他们付给医生和医院诊疗费用一个最高额,假如医生与医院愿意接受保险公司设定的诊疗费用,他们就与保险公司签合同,成为保险公司制定的优先提供者。这些优先通过者组成一个网络,即优先通过者组织(PPO),投保人可以找优先提供者网络内的医生看病;可以到网络内的医院住院;医疗费用除了自己承担自付费用与分担费外,其他费用都由保险公司支付。

保险公司鼓励病人找网络内的医生与医院,这种保险对投保人、医生、医院都有好处,医生可以有多一些病人;病人可以省钱;保险公司财单处理方便。这种保险也可让投保人找网络外的医生,也可住网络外的医院,用网络外的医生和医院时,病人的负担较大,病人除了负担较高的自付费与分担费之外,还要承担

保险公司本身不负担的医疗费用。投保人到外州出差生病时,一般很难找到网络内的医生和医院,合同中有关于此项的协议,使病人可以选择网络外的医生,可以在外州看病。不管选择哪一个医生服务网络,保险公司不可能向投保人提供所有使其满意的医生,假如有疑难杂症时,最有经验的医生不一定在联网内,合同中有此项协议时,只要承担高一些自付费与分担费,病人就可以找到最合适的医生并接受自己认为最合适的治疗。若没有此协议,病人要承担全部的费用。

4. 损害赔偿型医疗保险

损害赔偿型医疗保险指被保险人支付保险费给保险公司,当他们生病时,可以去找任何医生或是到任何一家医院看病,医疗费用由保险公司支付。由于医疗费用完全由保险公司来支付,病人不仅要求最好的服务,而且大病小病都要保险公司付款,这样不仅使医疗费用增加很快,而且个人缴纳的保险费也跟着上涨。为了有效地控制医疗费用,保险公司对损害赔偿保险做了如下限制:第一不卖保险给已经有病的人;第二自付制,买保险的人要支付小病的钱,即自付费,然后保险公司才开始支付医疗费用,自付费的多少由保险费的高低来决定,保险费高,病人的自付费少,保险费低的话,病人自付费用高;第三共付制,保险公司要求病人分担一部分医疗费用,分担的比例为20%左右,但这个比例不是固定的,保险费高,病人负担的部分就会减少,保险费低,病人的分担部分就会增加。一般分担费有一个最高额,病人的分担费超过这个数目后,保险公司会全部付费。第四终身保险最高额,超过限制额以上的医疗费,保险公司不负责,理想的保险没有终身最高额的限制,便宜的保险不仅有终身保险最高额的限制,而且最高额很低。

第二节 英国卫生事业管理

英国位于欧洲西部,由大不列颠岛、爱尔兰岛东北部及附近的许多岛屿组成,面积244 200平方千米,分为英格兰、威尔士、苏格兰、北爱尔兰四部分;总人口5874万(1999年),居欧洲第三位,仅次于俄罗斯和德国。

一、英国国家卫生服务体制

英国国家卫生服务(national health service)体制的建立是在第二次世界大战之后,英国把战时形成的医疗体制规范化,于1946年颁布了《国家卫生服务法》,1948年建立了国家卫生服务体系,是世界上最早实行国家医疗卫生服务体制的国家。英国的国家卫生服务,是英国福利型社会的一大支柱,是向全民提供的从疾病预防到康复的综合保健医疗服务的制度。英国于1946年立法,从1948年开始实施,其后于1974年和1982年进行过两次大规模的机构改革,1984年

引进了综合管理制度。虽经几度刷新，但是国家卫生服务的原则——不管经济收入如何，所有国民都能享受医疗——得到国民强有力的支持并被严格遵守。

英国国家卫生服务体制的宗旨是英国居民不论其性别、年龄、文化和宗教都有权享受条件允许下的最好的免费医疗服务。

1993 年，英国对国家卫生服务的机构进行了重组，将 160 个地区保健局和 90 个家庭保健服务局合并为 80~90 个新部门，撤销了 14 个地方保健局，在卫生部内新设了 8 个地方局，1996 年明确了新机构的职能。1996 年 4 月 1 日起国家卫生服务体制（NHS）结构如图 12-2 所示。

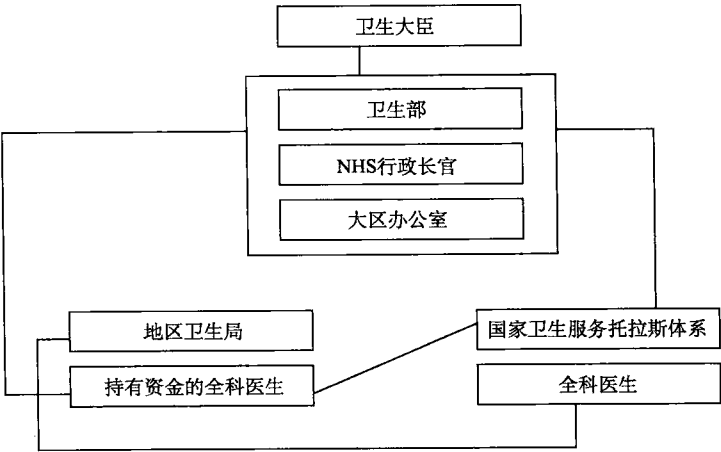


图 12-2 英国国家卫生服务体制结构（1996 年 4 月）

英国的国家保健服务制度是独一无二的。它是以税收作为筹资渠道，基于病人的需要而不是支付能力免费为全体公民提供的卫生服务的保健制度。NHS 实施 50 多年来，虽然一直锐意改革，但其基本政策和原则没有变化，是连续性最好的管理体制之一，也是一个公平性强、效益好的卫生服务系统。

国家保健服务制度极大程度地受到了英国政治体制的影响。英国是最早实行两党制的国家，由于主要是工党和保守党交替执政，两党不同的宗旨和施政方略对医疗卫生政策有重大影响。工党以人道主义理论为纲领，强调“社会福利”。NHS 方案正是强调福利政策的工党执政时制定的。保守党崇尚市场竞争，不提倡国家干预，因此，在 1989 年上台执政后提出了“内部市场”。由于 NHS 是民众关心的重大问题，每次大选，竞选者必然有解决 NHS 问题的政策承诺，因此，政府的更替必然出现 NHS 政策的改革。

纵观 NHS 50 余年的改革与发展历史，国家卫生服务的基本原则和宗旨没有发生变化，在卫生组织机构、服务提供方式及服务管理等方面始终围绕如何提供

经济、方便、优质的卫生服务进行系列的改革。比如,首先,从20世纪70年代起,曾多次精简卫生行政机构,调整卫生服务组织结构,以达到提高管理效能,为公众提供更加优质服务的目标;其次,为了节约服务成本,大力发展初级医疗服务,将卫生服务的重点从医院转移到社区;另外,在管理方式上进行了不断的探索和改革,如在1974年,将原来互相独立的医院、全科和社区服务三条线改为从卫生部到各级卫生局一条线管理,卫生服务以社区为中心,医院、全科医生服务、社区卫生保健三者相结合。20世纪90年代以来,加强经营意识、引入竞争机制是NHS的重要改革之一,即医院和社区卫生机构主要由各种委托机构和基金组织以购买服务合同的方式经营管理,形成卫生服务供方和买方关系,加强了医疗机构和卫生人员的费用意识。2002年,又提出了按结果付费,即根据服务工作量付费,并受到疾病种类和治疗类型的调节。按结果付费增加了付费的委托公司的透明度,形成了提高工作效率及服务质量的内在机制。

医学科学技术的发展,疾病的诊断和治疗水平不断提高,人口老龄化进程加快,医疗保健的服务成本急剧上升,这些都导致国家保健服务的费用负担过重。然而,由于国家对NHS的投入有限,卫生部门不得不通过提供耗资较少的社区卫生服务和加强预防保健等措施,减少居民的发病率,缓解供求矛盾。英国从20世纪50年代开始发展社区卫生服务,到80年代社区卫生服务已经相当成熟完善了。虽然卫生经费投入每年呈增加的趋势,但近10年来,英国的卫生费用占GDP的比例基本维持在7%左右,远远低于其他欧美发达国家,而人群的健康状况与其他发达国家相似甚至更好。因此,从经济学角度看,英国的卫生服务体系体现了高效益性。

2000年,英国卫生部出台了国家保健服务计划。它是未来10年“以病人为中心”的行动计划。计划明确提出了需要优先解决的重点领域和卫生问题,并针对相关问题制定了具体的目标、策略和措施。同时,作为卫生计划的一部分,该计划制定了国家卫生服务规范框架。国家卫生服务规范框架是一种对医疗保健特定领域进行改善的长期策略和标准(通常为10年),框架的制定和实施有助于加强服务提供的规范性和方向性。虽然国家卫生计划是未来10年的行动计划,但卫生部根据实际状况,同时制定阶段性计划(通常按3年为一阶段),如2000年提出的“2000~2003年健康与社会服务现代化”计划框架,以及2002年11月卫生部颁布的“提高、扩展与改革”的2003~2006年卫生政策和服务规范框架。地方卫生行政部门在制定地方卫生计划时,需要遵照国家卫生计划的原则和宗旨,同时结合国家卫生服务规范框架及当地实际情况,制定符合当地实际的地方计划。国家卫生计划的制定增强了卫生事业发展的规划性和方向性,减少了盲目性和不确定性,还使卫生保健制度的改革具有连续性和阶段性。

二、英国卫生管理体制

(一) 卫生部

卫生部下设的 8 个地区卫生管理机构,负责监督检查各地卫生管理机构和国家卫生管理委员会项目的实施情况。卫生指导委员会共有 99 个,每个委员会平均要为 50 万人服务,指导委员会按当地医疗水平提供权威性指导;国家卫生管理委员会共有 374 个,主要起监督作用,该委员会由财政部门、医学和护理部门的主任等组成,对他们所控制的服务区进行管理;基本医疗小组共有 481 个,由全体医生、社会其他成员如病人家属、护士、社保人员、卫生部门非行政人员和主任各 1 人组成。

卫生部主要政策的阐述通常由白皮书下达,详细资讯则通过行政长官的信传达,下发到国家卫生服务体系托拉斯和卫生局。每年 6~7 月卫生部出版的《计划与优先选择指导原则》,是卫生局和托拉斯制定其卫生计划的依据。

卫生部最重要的功能是为国家卫生服务建立政策框架、制定长远发展计划、确保资源合理分配和进行资源配置、掌管公共资金、制定卫生服务政策;对国家卫生服务体系提供的投资和资源分配方面与财政部进行协调;监控国家卫生服务体系卫生局及托拉斯的成效,以及在完成国家政策要求方面的成效。

卫生部经费的来源主要有如下几个途径:一是国家税收,这是国家卫生服务体系经费来源的主渠道,占 82%;二是各种保险,占 12%;三是其他收入,约占 6%。每年国家卫生服务体系的费用支出约为 300 亿~400 亿英镑。由国家财政拨款给卫生部,卫生部再下拨给各地区卫生管理部门,然后由地区卫生管理部门分别将款项拨给医院和全科医生,医院和全科医生每年度将当年经费使用情况和来年轻费预算情况逐级呈报给国家卫生部,由卫生部根据经费预算作拨款计划。

(二) 大区办公室

大区办公室建于 1996 年 4 月,同时原大区卫生局取消。大区办公室人员有严格的限制,一般限定为 135 人,主要负责开发卫生服务的购买职能和监控国家卫生服务体系托拉斯的成效,其功能主要包括:

- (1) 对卫生局进行管理,包括对其实施国家有关政策、确定优先选择问题,以及与卫生保健提供者签订合同等方面的管理,使其与卫生部的政策相一致;
- (2) 监控国家卫生服务体系托拉斯的成效,使其与投资标准相一致;
- (3) 提供对在托拉斯、非托拉斯之间的资金进行优先选择的咨询,促进筹资的主动性;
- (4) 批准托拉斯合理的资金投入;
- (5) 批准持有资金的全科医生的计划,并确定其预算;

- (6) 确保国家卫生服务体系内部市场的功能更有效;
- (7) 与有关的医学院校联络;
- (8) 确定在国家管理框架内, 本地区的管理研究及开发领域;
- (9) 建立社区卫生委员会;
- (10) 开发本地区的公共卫生功能。

(三) 地区卫生局

1996年4月, 地区卫生局与家庭卫生服务局合并, 其职能主要有:

- (1) 评价当地的人群健康状况和卫生保健需要;
- (2) 拟订实施国家优先选择的当地政策, 以满足当地人群的健康需要;
- (3) 通过与国家卫生服务体系托拉斯和其他提供者签订合同, 来实施本地区的卫生政策, 与全科医生、国家卫生服务体系托拉斯和其他提供者合作, 提供服务, 促进卫生保健效果; ①监控和评价当地卫生服务的提供和人群健康的变化, 确保实现目标, 提出应达到的成效; ②提出一些合作和法定约束的责任。

三、英国的卫生服务体系

国家卫生服务体系的服务内容包括全科医生服务、医院服务、社区服务、妇幼保健服务、急救服务, 以及牙科、眼科、药房服务等。

国家卫生服务体系赋予病人许多权利, 其集中体现在《国家卫生服务体系病人宪章》中, 其主要内容有: ①根据临床需要平等地获得医疗照顾, 而不是根据病人的经济条件、生活方式或其他任何原因。②每一人都可以注册一名全科医生, 而且能方便和迅速地更换你的全科医生。③急诊病人可随时通过自己的全科医生, 获得救护车服务和医院急诊服务, 也可以自己直接去医院急诊看病。④当你注册的全科医生认为需要时, 可以介绍你去任何医院找专科医生或去专科医院就诊。一般情况下, 转到就近的医院诊治。⑤病人有权获得对自己医疗方案清楚的解释, 包括医疗涉及的任何风险、副作用、并发症等, 再决定是否接受哪项医疗方案。⑥每人均能看到自己的健康记录, 并在法定权利下, 使自己的健康记录得到保密。⑦病人有权选择是否参加医学科及医学实习训练。⑧缩短等候就诊时间, 90%的病人应在13周内就诊, 其对社区卫生服务或全科医生有抱怨, 可以投诉, 对调查答复不满意的还可以上诉。

卫生设施主要为国家所有, 尽管近年来出现了私人医院、私人诊所, 国家卫生机构仍占绝对主导地位。大型专科医院、综合医院均为国立机构, 全科医生诊所、健康中心、社区医院等社区卫生服务机构亦由国家投资兴建、维护和添置设备。居民患病时必须先找自己的家庭医生或全科医生 (general practitioner, GP), 全科医生不能处理则将病人转诊给医院。卫生人员分为两大类: 一类是受聘于 NHS 医疗机构的专科医生、护士, 以及社区卫生机构的社区护士等, 此

类人员属国家职工；另一类为合同制雇员，主要是全科医生。

在英国无论是医院的医师还是社区的全科医生，首先要于高中毕业后在医学院学习 5 年，然后实习 1 年，取得医学学士学位，经注册取得注册医师资格，但不能单独执业。注册医师要在医院接受 2 年的临床各科轮转，然后向专科分化。其中愿意做全科医生的，要到社区卫生中心接受为期 1 年的师带徒式的在职培训，同时学习有关课程，然后可以取得全科医生资格。

护士也要在高中毕业后在医学院学习 3 年的护理课程，经考试注册获得注册护士资格。注册护士首先要到医院临床主要科室轮转，以取得实际经验和技能。要成为社区的护士，还要在此基础上在社区接受在职培训。

英国的卫生服务体系划分为基层的社区卫生服务和基层之上的医院服务。英国没有妇幼保健院和防疫站，妇幼保健服务及计划免疫等防病服务，主要在社区进行，社区解决不了的问题，由医院解决。

1. 社区医疗服务中心

社区医疗服务中心是由受过专门训练的家庭护士和专科医生组成，是家庭医生和医院之间的桥梁和纽带，其同时也为社区所在学校的学生提供就近、便捷的直接服务。社区卫生服务承担全体居民的各项初级卫生保健工作，内容包括传染病、慢性非传染性疾病及意外伤害的预防，以及疾病的初级诊疗和持续性照料，慢性病功能，社区的现场急救，家庭护理，妇女产前、产后保健，儿童保健，老年保健，重点人群的疾病筛查，社区康复，健康教育与咨询指导，计划生育指导等。社区卫生中心的人员主要有全科医生，作为技术权威负责社区卫生服务疾病的诊断、治疗、医疗保健、传染病预防监测、健康咨询、病人转诊等内容；各种护士，如治疗室内的临床治疗护士，从事家庭医疗护理的社区护士，从事儿童保健家庭照料的健康访视员，负责家庭接生及产前产后保健的助产士，负责精神病人社区护理、康复及心理保健的社区精神心理护士；此外，还有社会工作者，负责病人的有关社会福利问题的协调解决。

英国的全科医生均为政府雇员，其与当地卫生部门签服务合同，按注册病人多少，政府给予支持，全科医生的人均年薪为 4 万~5 万英镑。

全科医生是病人就诊的第一道大门，是病人接触到的第一线医生，能解决注册病人 90% 的问题，除急诊外，病人去医院急诊必须通过全科医生介绍。

全科医生与病人之间可以双向选择，每个人都可选择注册 1 个全科医生，全科医生也可以选择病人。一般是一个家庭在同一个全科医生处注册，每个全科医生平均注册 1800~2000 名病人，全科医生为每个人建立健康档案，使病人可以享受到各种基本医疗服务。全科医生可以单独开展医疗卫生服务，但大多数是由几个人合作开展工作，虽然都是全科医生，又各有一科专长，便于开展工作。全科医生与病人联系主要是通过信件或电话，病人都有全科医生的电话号码，很少

有面对面的服务。病人可以按约定时间看全科医生,或全科医生为病人家访,会诊病人约一半通过电话,一半通过家访完成。病人通过电话联系,由值班医生或护士用电脑记录电话内容,按病人来电的先后顺序、病情的轻重缓急排序,将病人转给全科医生或介绍医院以便及时处理,为病人提供更好的社区卫生服务。这样病人不用排队看病,同时也可以减少全科医生的人数,提高了服务效益。电脑随时进行记录并能保留、显示病情记录,有责任可以追究。同时,卫生管理部门也可以通过电脑随时抽查会诊率、诊断正确率和误诊率。

2. 地区综合医院

每一个地区设有综合医院,负责周围大约 50 万人的重症转诊及急症救治。入院的病人都能得到毕业于医学院校又具有 7 年以上临床经验的医生及受过专门训练的护士的照顾,凡患特殊病症(如癌症)的病人,医院将邀请有关方面的专家共同诊治或转至专科医院。

3. 专科医院

专科医院的门类较多,除了一部分国立的专科医院,还有私人的专科医院,私人医院具有较好的技术条件和诊疗环境。

另外还有一种私人老年人服务机构,即“老年人之家”,或称“小型老年人疗养所”,这种机构由私人开办,开展老年人的护理保健服务。

第三节 德国卫生事业管理

德国地处欧洲中部,面积为 356 910 平方千米,是中欧最大的国家,人口 8216 万(1999),为欧洲第二人口大国,仅次于俄罗斯,城市人口占全国人口的 60%。德国统一后,全国分为 16 个州,国家政体实行联邦共和制,外交、国防、货币、海关、铁路、航空、邮电等属联邦管辖,其余(包括卫生)由联邦和州政府共管,或由各州自治。

一、德国卫生管理体制

德国的卫生管理体制分为联邦、州和基层(社区)三级。联邦政府和州政府均有卫生立法权,联邦卫生部对州卫生行政部门有管理和指导的职能,在卫生服务的实施方面,也是一种合作关系。一般而言,联邦卫生部负责制定宏观政策或政策框架,各州负责具体实施,联邦卫生部不直接决定某个州具体的卫生事务。

(一) 联邦卫生行政机构

联邦政府的卫生事务并不是集中在一个部,与卫生工作关系密切的主要有四个部门。

1. 联邦青年、家庭事务及卫生部

联邦青年、家庭事务及卫生部相当于国家卫生部，主要负责国家卫生政策的制定和卫生立法，管理公共卫生、卫生预防、卫生协作、药品和麻醉剂、老年人及残疾人福利等工作。

2. 联邦劳动及社会事务部

联邦劳动及社会事务部主管社会健康保险制度覆盖的医疗保健工作，包括医院服务、康复、劳动保护等工作及其立法事务。

3. 联邦内务部

联邦内务部主管环境保护工作及其立法事务。

4. 联邦研究及技术部

联邦研究及技术部主管卫生科研工作及立法事务，由部长会议、医学行政执行小组和联邦卫生委员会（顾问团）等协调有关部委的卫生管理工作。

（二）州卫生部

州卫生部除执行联邦卫生法规外，监督疾病基金会和医师协会；负责学校卫生、口腔卫生、医院管理、传染病预防和治疗、急救医疗管理等工作；调整医学教育标准，从而间接控制医学院学生的数量；享有独立的卫生立法权。

（三）行政区卫生处

行政区卫生处除执行联邦和州卫生部制定的卫生法规外，还负责公共卫生服务、基层卫生保健工作，如卫生宣传教育、预防接种、疫情报告、卫生指导等；管理地方医院并负责对地方医院和公共疗养院的筹资。

二、德国医疗卫生服务体系

德国卫生保健服务系统有多种形式，私人医疗机构和公共所有医疗机构并存，病人可自由选择就医。目前，德国的实际医生人数约 15 万人（每 10 万人中约有 245 名医生），其中约 6 万~7 万人或 45% 从事私人开业诊所服务，病人可自由选择医生。对医生劳务的补偿，是在按服务收费的基础上，结合地方医生协会与健康保险公司事先制定的费用标准进行的。

德国法律对门诊服务和住院服务作了严格划分，门诊医生转诊病人住进某一医院之后，他不再去医院为这个病人看病。联邦德国的住院病人全部由医院雇用的医生提供服务，现在有 8 万左右的医生为医院雇用，领取医院薪金。在这些医生中，只有主任才有特权既提供门诊服务又提供住院服务。德国每千人约有 11 张病床，将近一半的病床是属公共所有，主要是市立医院的，35% 的病床是私人非营利社区医院的，还有 13% 的病床属于私人营利性医院。

德国的医院固定资产预算都要遵守地区规划，即使是私人营利性医院也要这样。而医院的营业资金，是由国家健康保险系统根据各所医院与健康保险机构地

区协会商定的按每床日平均成本计算的。联邦德国保健制度有一个特点就是所谓的“协商行动”，根据1977年联邦法规，全国卫生保健系统的所有负责人每年聚会一次。聚会代表来自协会（包括药剂师），法定及私人健康保健行业，药剂行业，主要工会和雇主协会，此外还有州、地方政府的代表。聚会的目的是制定这一年国家卫生保健系统经济发展的主要目标，确定卫生费用支出占GDP的比例。

在德国卫生保健系统内有各种价格制度。医院按住院天数而不是按病人实际费用结算，其价格每年由医院和健康保险基金组织商定，并由州政府核准，门诊和牙科则按价付现。药物的价格一方面取决于生产价格；另一方面由药商和药房标价，经联邦政府确认。

德国医院的现代化主要发生于20世纪70年代。1970~1977年，医院费用每年递增12.2%。在1988年，每千人口拥有7.4张病床；从1982年起，联邦政府开始遏制医院费用；1987年德国每张病床的住院费用为38 300美元。德国的医院有三种类型：①公立医院，由联邦政府、州政府或当地政府拥有和管理，占德国医院总数的51%；②非赢利性的、自愿资助的医院，常为宗教组织拥有，此类医院占德国医院总数的35%；③私立医疗机构，或称投资者拥有的医疗机构，其股份常为医生所有。前两种类型的医院所配备的医务人员主要是专职的住院医师。住院病人的每日补助费，包括上述领取工资的医生们的一切服务费，都从疾病基金中得到补偿。例外情况发生时，公立医院的一些主管人员还可向私人收取费用以补助其工资。德国的私立医院亦可通过协商，从疾病基金中得到一定补偿。病人按法定收费标准向医生付费，医生则应将所得报酬的一部分转交给医院。

德国所有医院都有两种经费来源，其日常经费大部分来自疾病基金，很少一部分则来自私人医疗保险，医院的基本开支，即使是私立医院，都由州政府资助，在少数情况下由慈善团体资助。在德国的“社会一致”这个概念中，疾病基金是强制性的，借以满足社会的保健需求，以及维持医院的经营费用。但同时这些医疗机构必须保持优良的医疗质量，有效地为人民服务。1986年以后，对医院经营费用的补助，主要由德国政府的年度总预算加以控制。该预算由各医院的代表和疾病基金管理机构就地协商。上述方法可避免保健费用无限制地增长，并能使所有病人受益，实际上是免费医疗。年度拨款率的协商是以下列各种因素作为基础，包括详细审查各医院的费用支出、医生的薪金、折旧费、规划的病房占有率、主要服务项目的单价等。各医院必须提供各项信息，这些讨论的目的在于确定供疾病基金会应用的每日平均费用，借以支付医院用于每位病人的消耗。自费病人所花的费用高于接受疾病基金补助的病人所花的费用。在德国的年度总预算中，如果病人住院天数超出预计天数，则对超出部分，医院仅得到25%的收入。例如，1年中医院收治病人的天数少于预计数，则对于病房的空闲期仍能得到

75%的补助。例如,协议双方对于预算不能取得一致意见,则交付仲裁。对于器官移植等花费很多的医疗措施,按各个病例,区别对待,以确保各项支付正确反映病例之间的差异,并考虑更为可靠的外部价格比较。

德国联邦政府对医院系统的管理主要通过制定政策和法律的手段。近年的焦点是努力遏制费用增长。此外,通过对医院系统各部门总消费额的控制,政府还对全国保健事业提出了若干综合性参数。它们以各成员组织的建议作为基础。各种保健组织、疾病基金管理机构、健康保险机构、雇主、工会、州政府,以及联邦政府的代表一起组成“保健协商组织”。该组织的主要目的是向联邦政府提出建议,借以提高保健系统的效力,向疾病基金的管理机构及医疗保险机构提供协商各种费用和合同的准则。1986年以后,保健协商组织的一个小组委员会在其每年的年度报告中提出各种医疗参数和经济参数,最高委员会的各项建议即以此为基础对各医疗机构的经费进行分配。州政府对联邦政府计划的实施通过下列各方面进行:对各地的疾病基金管理机构和医师联合会进行监督;拟订并实施州的医院计划,包括扩建和更新理疗站、购置新设备或取代旧设备管理州立医院包括教学设备;调整医学教学的标准,以及间接控制医学院校的招生规模。各地政府负责管理当地的医疗机构和各种传统的公共保健机构,经营和资助各公办疗养所。老年人的医疗不包括在公共和私人医疗保险计划中。当个别人的收入不能支付疗养费用时由当地的福利基金提供补助。

三、德国医疗保险制度

德国是世界上第一个建立社会保障制度的国家,从1883年首相奥托·冯·俾斯麦(Bismarck)时期首创社会医疗保险制度至今,已经有100多年的发展历史。德国政府的健康保险法从1883年生效,开始,它规定蓝领工人必须加入义务健康保险,后来,又规定全国大多数人口也必须加入,义务健康保险方案成为德国社会保障制度最早的方案。接着在1884年出台《意外事故保障法》,1889年与1927年又分别制定了《养老保险法》和《失业保险法》,1995年通过了《护理保险法》。

目前,德国的社会保障制度体现出法制健全、体系完备、项目繁多的特点,并已形成社会保险、社会救济和社会补偿(主要任务是给战争中致残者、军人的遗孀经济补偿)的社会福利三大体系,同时形成医疗保险、失业保险、养老保险、伤残保险和护理保险的五大支柱。

按照德国《社会保险法》规定,德国医疗保险体系是以法定保险为主体,同时,为体现多元化原则,私人保险也是德国医疗保险的组成部分,占有重要的地位。在德国,公民就业后可视其经济收入多少,自由地在法定的社会医疗保险和私人保险之间进行选择。同时,公民也可在参加法定社会医疗保险上,参加私人

保险机构所提供的补偿保险险种。而在法定和私人保险间进行选择所依据的个人收入标准,则由政府根据实际情况予以规定并适时加以调整,以保障法定保险在医疗保险中的主导地位。

德国义务健康保险制度的一个显著特征是坚持自我管理的原则,其并不像其他国家一样由政府设立专门的、集经营和管理于一身的机构,而是同时由几百个非营利性的私人保险基金组织运行。在义务健康保险制度中没有任何政府机构,政府只是负责立法,为卫生保障机构制定准则,然后将卫生保险服务交给非政府机构去经营管理。广义地说,政府起了一个独立的、法定的和半法定的卫生机构管理者的作用。

同时,德国医疗保险的另一个原则是团结原则,其规定:①收入较高者为收入较低者支付部分卫生费用;②有工作者(雇员)为退休者支付部分卫生费用;③较年轻者及健康者为较年长者及有病者支付部分卫生费用;④单身及无子女者为成家者及孩子们支付部分卫生费用;⑤男性为女性的某些疾病支付部分卫生费用。

1. 疾病基金会

在德国,为保健服务筹资与提供保健服务是两个不同的过程。全国 754 个疾病基金会承担了几近 90% 的人的健康保险。疾病基金会是一些自我管理、自我支持、自我筹资的机构,由选举出的董事会决定疾病基金会的收费率。董事会由被保险人及其雇主的代表即支付保险费者的代表组成。疾病基金会没有自己的医院,也不雇佣医生和护士。

2. 按收入缴纳保险金

根据德国法律规定,全体雇员及退休人员,凡收入低于某个标准者必须参加义务健康保险制度。这个标准由相关的法律条文规定,并且每年进行调整。1997 年在原联邦德国地区这个标准为月收入 6150 马克,原民主德国地区为 5350 马克。保险基金组织不得对投保人进行风险选择,包括年龄、性别、身体状况和家庭数量数量的选择,而保险费则由雇主和雇员双方各承担 50%,退休后原由雇主承担的部分则改由养老基金承担。医疗保险费一般平均为税前工资额的 13.6% 左右(各经济组织每年各有差别),而该税前工资也有封顶和保底线,超出封顶线的部分不计入缴费基数,不到保底线的免除缴费义务,封顶和保底线政府每年可以加以调整。同时规定,符合条件参加法定医疗保险的雇员,其家庭和未成年子女可自动成为被保险人,可不另外缴纳保险费即可享受同等的医疗保险服务待遇。另一些人,主要是收入超过上述最高标准和自己经营的人(非雇员),可以加入义务健康保险制度,也可以不参加。但是一旦他们的月收入降到国家标准以下,他们就必须参加义务健康保险制度。

德国有专门制度来为退休人员提供健康保险费用。退休人员的卫生费用通过

疾病基金会中的资金调节来实现资金重新分配和资金平衡。退休人员按国家规定的医疗保险费缴纳保险金,其中 50% 由养老基金分担。每个雇员也要为退休人员缴纳一笔特别的保险金,以补足退休人员的额外开支,因为退休人员所缴纳的保险金只能满足其卫生费用的 41%。

3. 医疗保险费用支付

德国医疗保险支付体系,是根据其门诊、急诊(包括初级卫生保健服务)与住院服务的特点,而被截然地分为两个独立的支付体系,同时在制定医疗保险支付政策时,始终坚持医疗保险给付不应以量取胜,而应从经济和医疗必需的角度出发和考虑的原则。例如,德国目前对开业医师的费用支付,主要使用的是点数法,即在总额预算下的按项目付费制度。这一操作主要在两个层面上展开,即先由联邦的医疗保险基金组织协会和联邦医师协会协商谈判后,按类别确定每个门诊服务项目的点数分配量。譬如,皮肤科一次常规检查为 11.66 点,一次 X 光检查为 900 点。同时,各州每年由州的医疗保险基金组织协会与州的医师协会通过谈判的方式,在当年医疗费用发生数的基础上,考虑其他有关影响因素(人口、工资和疾病谱变化)后,就下一年的预算进行协商确定,开业医师协会进行汇总。而基金组织则将预算资金划拨给医师协会,由医师协会根据当年所有医师提供服务所值的重点数和预算金额,计算当年每一点数的现金值,并相应地支付给提供服务的各个医师。点数支付制度的优点在于,它建立了这样一个机制,即鼓励开业医师的医疗服务提供,应当首先考虑必需性,而不是促使医师从经济收入多少考虑而诱导病人增加服务量,因此,使得医疗保险资金的利用更加经济和有效。

德国的住院服务费用支付,正处于较大的改革之中。原先医疗保险基金组织对在医院发生的费用全额支付,以后逐渐过渡到按照平均床日费进行支付,但在实行一段时期后,出现了医院为获得更多的费用而不必要地扩大病人住院天数的情况。因此,为了能使医院服务的成本效益更高,准确计算服务量,以控制费用增长,目前德国住院服务中部分已实行按病种付费的方式,其余服务则仍按平均床日费和专项付费(特殊治疗)的方式,具体运作由医院与基金会组织之间进行协商并签约确定。

第四节 日本卫生事业管理

日本是亚洲东部的一个群岛国家,由北海道、本州、四国、九州四个大岛及若干个小岛组成,总面积 37.7 万平方千米,其中山地占 76.0%。2000 年人口 1.26 亿,城市人口占 82%。日本是一个资本主义国家,是经济发达的工业国,1995 年人均国民生产总值跃居世界第三位,成为世界经济强国。

日本卫生保健制度的显著特征是以形式多样的健康保险构成了全民性的社会

健康保险体系。

一、日本卫生管理体制

日本的一般卫生行政体系为国家（厚生省）—都道府县（卫生主管科股）。通常，保健所的设置由都道府县根据《地域保健法》施行，指定的 33 个市和东京的 23 个特别区可设直辖的保健所。这些地方的卫生行政体系为：国家（厚生省）—政令市和东京特别区（卫生主管部）—保健所。

作为国家卫生行政机关的厚生省由厚生大臣办公厅和 9 个局（健康政策局、保健医疗局、生活卫生局、药务局、社会援护局、老人保健福利局、儿童家庭局、保险局、退休局），以及社会保险厅、审议会、地方支分部局组成，直管单位有国立医院，国立公众卫生院、检疫所等 19 个院所。

都道府县的卫生行政机关大多数是独立卫生部（局），下设若干科，如医务科、药务科、保健预防科、食品卫生科、公害科等，但使用名称各地略有不同。都道府县的卫生部（局）下辖机构除保健所外，还有卫生研究所、公害研究所、精神保健中心等。市、镇、村的卫生行政组织因地制宜。

人口在 100 万以上的大都市设有卫生局和清扫局；人口在 10 万以上的中等城市设有卫生局（包含清扫行政）；人口不到 10 万的城镇设有卫生科，也有含国民健康保险业务的保险卫生科。村级的卫生股较少，一般由居民负责卫生业务工作。

二、日本医疗卫生服务体系

日本医院有 5 种形式：综合医院、结核病医院、麻风病医院、精神病院及其他专科医院，但分布不均。医疗机构无病床或少于 20 张病床称诊所，诊所收留病人不得超过 48 小时。医院与诊所的分工尚不明确。其中，85% 的诊所和 76% 的医院是私有的，由于经济问题，公立与私立医院之间的关系十分紧张。在日本医院，院长本人必须是医生；病人可自由选择医院或诊所就医；许多医院财政自立，并且有经济困难；住院天数较西方国家长，因其收住慢性病人；因受保险制度限制，每 100 张床位的工作人员缺少；公立医院比私立医院大、设备好。

日本卫生保健与管理有以下特点：大多数医师从事私人开业，有的在诊所或医院；医疗方面有健康保险，人人可享受医疗服务，医疗仪器设备比较现代化；在公共卫生方面推广地区医疗即社区医学，广设地区保健所，主要工作人员为公共卫生护士；卫生保健立法详尽，依照法律进行医疗卫生管理；卫生宣传教育工作做得全面细致。

日本的私人医师并非都是一般概念里的开业医生，实际上是 6 年制大学毕业，继续攻读获得“博士”学位后的“专家”，绝大部分是“日本医学会”会员，在社会上有声望、有影响，政府很器重，对他们的政策也很优厚，形成了全

日本最有权威的业务咨询集团。

针对医院的大处方问题,日本政府采取了一系列措施,以减少医院总收入中药品所占的比重,实行医药分离。20世纪90年代初日本政府规定,90%的药品实行批发价,即90%的药品可以以相当于批发价或比批发价低的价格在市场上自由购买。1992年又将这一政策进行进一步调整,将批发价修正为合理的利润权同批发价的平均值。目前政府提出了“非处方药”的改革,这项措施导致了医生药品提成的进一步减少。

日本政府也在努力提高有关卫生服务质量信息的可获得性,减少医疗广告的限制,并在1997年开始第三方对医院的评价。2000年3月起318家医院自发进行定期评价,并公布评价结果。

受日本政府高度控制的日本保健系统,将大部分卫生服务和强制性的健康保险融合在一起。门诊服务按服务项目收费,住院服务实行按服务项目收费和按病种收费相结合的支付方式,结合方式取决于医院和疾病的种类,如慢性病的治疗实行按病种收费,而急性病的治疗实行按项目收费。医疗服务的收费基于政府指定的收费表,收费表每2年校正一次。

三、日本医疗保险制度

日本的医疗保险组织从大的方面来看,可分为两大类:一类是以产业工人、政府机关工作人员、公共卫生事业人员等在职职工及其家属为对象的“职工医疗保险”,亦称雇员医疗保险;另一类是以农民为主的“国民健康保险”;另外,还有老年医疗保险与退休者健康保险和长期护理保险制度。

雇员医疗保险中包括6个医疗保险组织,它们是以企业职工为对象的组织“国家公务员互助会”,以地方政府公务员为对象的组织“地方公务员互助会”,以公用事业职工为对象的组织“公共职业职工互助会”和以私立学校职工为对象的“私立学校职工互助会”。参加职工医疗保险组织的人数(包括家属)占总人口的60%以上,其余人员则参加“国民健康”保险,其成员除了农业劳动者外还有个体业者、建筑业者、医生及小企业(5人以下)职工和无业人员,该组织由县以下各级政府管理运行,如表12-1所示。

医疗保险组织的基金主要来源于雇主和雇员缴纳的保险费,国家和地方政府则根据各医疗保险组织的人员组成状况给予一定的补贴,补贴办法有每年一次性的补助或按照比例的补助。

雇主和雇员缴纳的保险费一般为本人工资的8%~10%,雇主和雇员各交一半,由于各保险组织的人员组成和健康水平的差异,交纳的比例各不相同。

表 12-1 日本医疗保险概况

名称	成立时间	参加者	开办者	保险费交纳比例（占投保人工资比例）		政府补助	报销比例
				雇主	雇员		
雇员医疗保险							
健康保险	1922.4	没有建立健康保险工会的企业雇员	政府	4.2%	4.2%	全额行政管理费和保险费总额 13%~16.4%	雇 员 本 人 90%，家属门诊 70%，住院 80%
		已建立健康保险工会的企业雇员	保险工会	4.49%	3.35%		
海员健康保险	1939.4	海员（限注册船只）	政府	3.6%	3.6%	全额管理费和每年补助 30 亿日元	
国家公务员互助会	1948.6	国家公务员	互助会	3.2%~5.05%	3.2%~5.05%	全 额 行 政 管 理 费	
地方公务员互助会	1962.9	地 方 政 府 公 务 员	互助会	3.45%~5.3%	3.2%~5.05%	全 额 行 政 管 理 费	
公共事业雇员互助会		盐 业、烟 草、电 信 电 话、国 营 铁 路	互助会	3.7%~4.3%	3.7%~4.3%		
私立学校职工互助会	1953.8	私立学校职工	互助会	3.8%	3.8%	部 分 行 政 管 理 费	
国民健康保险	1938.4	农业劳动者、建筑者、医生、个体人员	县以下各级政府	每户年交纳 10.13 万日元		全额行政管理费和总费用 50%	70%
老年医疗保险与退休者健康保险	1983 年和 1984 年	以上各组织中的老年人，70 岁以上或 65 岁以上卧床的老年人	各级政府及以上组织	门诊治疗每月自付 1000 日元 住院治疗每天自付 700 日元（1993~1994 年），对于低收入老年人，住院费用每天 300 日元，超过两个月免费。剩余部分由国家负担 20%，都道府县或市町村负担 10%，其余 70%由各医疗保险机构分摊			
长期护理保险制度		年龄在 65 岁及以上的所有居民（无论是否参加了健康保险），或 40~64 岁已参加健康保险的人	各级政府	长期护理保险是义务性保险，按照国家和个人各负担一半的原则筹资，国家包括中央政府、都道府县或市町村，按 2:1:1 的比例负担。个人投保金额根据被保险人的收入确定，具体金额的多少由各市町村根据所能提供服务的水平确定，原则上每 3 年进行一次调整。对于 65 岁以上老年人，保费的征收是从退休金中直接扣除或与国民健康保险费一起征收；对在职的 40~64 岁人口，则与健康保险费一起征收			

在医疗费用的报销上,凡参加报销者,均由医疗保险报销组织报销一定比例的医疗费用,各医疗保险组织的报销比例各不相同,随着政府采取的控制医疗费用政策的加剧,雇员本人的报销比例已由原来的100%降为90%,家属报销的比例也都相应的降至70%~80%。

由于第二次世界大战后日本的出生率不断下降、人口寿命不断提高,日本社会的老年问题日益突出,养老保险和医疗保险的压力十分严重。虽然日本已建立了以年金制为核心的养老保险和福利制度,但随着日本经济的不景气,日本中央政府对养老保险和医疗保险的支持已面临很大困难。于是,在2000年4月,日本实施了“介护保险”,期望通过市场化的运作和竞争机制的引入建立一种能减轻中央财政负担的新养老保险制度和养老保险制度。“介护保险”的实施以县以下地方政府为主体,其保险金的构成是政府承担50%,其中中央政府承担25%,县政府承担12.5%,市、町、村承担12.5%。“介护保险”的对象分为40~64岁和65岁以上人口的两类,他们分别承担保险金的17%和33%。该保险制度的运作为,首先,由需要介护者本人申请,再由政府组织的专门评估机构对老年人需要照顾的程度予以界定,分为部分介护、轻度介护、中度介护、重度介护、最重度介护和特重度介护6种。对于不同程度的介护,政府所给予的补贴不同,介护程度越高,政府补贴越多。政府鼓励民间企业和私人投资者投资的服务企业为老年人提供生活服务,并运用市场原则和竞争机制由需要介护者选择。

思考题:

1. 各国卫生服务管理体制对我国的借鉴意义。
2. 各国医疗保险政策对我国的借鉴意义。

参考文献

- 陈英耀. 2007. 卫生服务评价. 上海: 复旦大学出版社
- 程晓明. 2003. 卫生经济学. 北京: 人民卫生出版社. 8
- 程兆盛. 2006. 新加坡卫生事业管理及对我国的启示. 实用中西医结合临床, 6 (4)
- 仇雨林, 孙树菡. 2001. 医疗保险. 北京: 中国人民大学出版社
- 储振华. 1991. 国外卫生经济学概论. 南京: 南京大学出版社
- 董恒进. 2000. 医院管理学. 上海: 复旦大学出版社
- 杜乐勋, 张爽. 卫生经济学基本原理. 北京: 中国经济出版社
- 杜乐勋. 1994. 论医疗市场环境与市场机制失灵. 中国医院管理, 12
- 段云峰, 王小万. 2002. 日本卫生保健改革与发展趋势. 国外医学-卫生经济分册, 19 (4)
- 费尔德斯坦 P J. 1998. 卫生保健经济学 (第 4 版). 费朝晖等译. 北京: 经济科学出版社
- 高鸿业. 1995. 现代西方经济学. 北京: 经济科学出版社
- 龚幼龙, 韩复笑. 1992. 卫生服务研究. 长春: 吉林人民出版社
- 郭岩. 2003. 卫生事业管理. 北京: 北京大学医学出版社
- 侯文若, 叶子成. 1998. 城镇职工基本医疗保险制度全书. 北京: 中国言实出版社
- 胡浩波. 2000. 卫生事业管理. 北京: 北京大学医学出版社
- 胡善联. 1997. 卫生经济学. 上海: 复旦大学出版社
- 劳动和社会保障部社会保险研究所. 2000. 世纪抉择: 中国社会保障体系构架. 北京: 中国劳动社会保障出版社. 42
- 梁万年. 2003. 卫生事业管理学. 北京: 人民卫生出版社. 7
- 穆怀中. 2001. 社会保障国际比较. 北京: 中国劳动社会保障出版社
- 彭瑞聪, 高良文. 1988. 中国卫生事业管理学. 长春: 吉林科学技术出版社
- 史自强, 马永祥, 胡浩波等. 1997. 医院管理学. 上海: 上海远东出版社
- 宋承先. 1994. 现代西方经济学. 上海: 复旦大学出版社
- 王保真, 张笑天. 1996. 医疗保险原理与方法. 北京: 中国人口出版社
- 王芳, 卢祖洵. 2005. 英国卫生服务提供模式及卫生保健制定的主要特征. 国外医学-社会医学分册, 2 (4)
- 卫兴华. 1999. 市场功能与政府功能组合论. 北京: 经济科学出版社
- 魏颖, 杜乐勋. 1998. 卫生经济学与卫生经济管理. 北京: 人民卫生出版社
- 姚水才, 雷良莺, 刘谷稼. 1997. 区域卫生规划指导手册. 北京: 人民卫生出版社
- 叶露, 张朝阳, 刘利群等. 2003. 泰国卫生服务制度的启示与思考. 中国卫生资源, 6 (6)
- 张德. 2003. 人力资源管理. 北京: 中国发展出版社
- 张肖敏. 2000. 美国的卫生管理与医疗保险制度. 卫生经济研究, 7
- 张笑天. 2002. 美国医疗保险制度现状与借鉴. 国外医学-卫生经济分册, 19 (3)
- 《中国卫生年鉴》编辑委员会. 2006. 中国卫生年鉴 2006. 北京: 人民卫生出版社
- 《中国卫生年鉴》编辑委员会. 2007. 中国卫生年鉴 2007. 北京: 人民卫生出版社
- 朱敖荣, 张觉民, 毛磊. 1997. 中国卫生事业管理. 长春: 吉林科学技术出版社
- Christopher, Ham. 1999. Health Policy in Britain (4th ed). PALGRAVE

- Grembowski D. 2000. The Practice of Health Program Evaluation. Thousand Oaks: Sage Publications
- Rob, Baggot. 1998. Health and health care in Britain (2nd ed). Macmillan press LTD
- Shi Leiyu. 1997. Health Services Research Methods. Albany: Delman Publishers
- Singlefary M. 1994. Mass Communication Research-Contemporary Methods and Application. Longman Publishers, USA
- Sivin I, Campodomico I et al. 1997. Clinical performance of a new two-rod levonorgestrel contraceptive implant: a three-year randomized study with Norplant implants as controls. Contraception, 55: 73~80