

世界卫生组织组织编写

国民卫生总费用核算 指导手册

征求意见稿

中国卫生经济研究所组织翻译

翻译：赵郁馨、张毓辉、万泉等

审校：杜乐勋、徐联英等

致谢

《指导手册》得到了世界卫生组织(WHO)(得到了日本和荷兰的资金支持),世界银行(得到了挪威信托资金的支持)的支持以及联合国国际发展机构通过其合作伙伴关系对卫生改革项目的支持。经济合作与发展组织(OECD)在其总部为本手册的指导委员会承办了三次会议,瑞典国际发展机构为本手册主持召开的赞助人和捐助者会议作承办单位,该会议还邀请了若干国家的卫生核算工作组参加。瑞典国际发展机构还帮助本手册资助了凯瑟林娜 乔兹博格(Catharina Hjortsberg)提供的咨询服务。瑞文得 瑞恩—爱莉亚(Ravindra Rannan-Eliya)参加手册工作的费用有一部分是亚太国家卫生核算网络提供的,该网络得到洛克菲勒(Rockefeller)基金会的资助。《指导手册》的最后编辑出版工作是由克尔 卡瓦贝特(Kei Kawabata)管理,由李查得 波(Richard Poe)支持的。《指导手册》编辑出版过程的初期阶段是在克劳迪娅 科拉(Claudia Corra),纳塔莉 爱托巴(Nathalie Etomba),安娜 摩尔(Anna Moore),基蒂 罗斯穆森(Kitt Rasmussen),特里 圣—阿莫(Terri Saint-Amour),和伊迪斯 伊索(Edith Asio)的支持下完成的。

本手册的主要作者有:彼特 波曼(Peter Berman),帕特丽夏 海曼得兹(Patricia Hernandez),吉恩 皮埃尔—波丽亚(Jean-Pierre Poullier)瑞文得 瑞恩—爱莉亚(Ravindra Rannan-Eliya),和丹尼尔 沃尔多(Daniel Waldo),《指导手册》中使用的Appia实例也是由丹尼尔 沃尔多(Daniel Waldo)完成的。本《指导手册》的其他作者有:塔尼亚(Tania Dmytraczenko),凯瑟林娜(Catharina Hjortsberg),克尔 卡瓦贝特(Kei Kawabata),A.K 南得库莫(A.K. Nandakumar),和埃博拉汉姆 谢哈特(Ibrahim Shehata)。

另外,D.贝阿撒哈汗(D. Bayarsaikhan),波罗 帕莉(Paolo Belli),洛根 布鲁哲尔(Logan Brenzel),苏姗娜 德(Susna De),洛伦佐 菲格里欧莉(Lorenzo Figliuoli),查鲁 加格(Charu Garg),罗伯特 吉林厄姆(Robert Gillingham),曼弗雷德 赫博9Manfred Huber),史蒂芬 乔斯特(Stephan Jost),路斯 利维(Ruth Levine),阿凯科 米德(Akiko Maeda),泰肯德瓦母维斯(Takondwa Mwase),伊娃 奥洛斯克兹(Eva Oroszcz),雷梅斯 普鲁克霍斯卡斯(Remis Prokhorskas),玛格代林娜 雷兹(Magdalena

Rathe), 伯格姆 萨博瑞 (Belgacem Sabri), 侯塞因 沙丽汉 (Hossein Salehi), 乔治斯克博 (George Schieber), U撒塞因 (U Than Sein), 梅泰普 塔特 (Mehtap Tatar) 和安德鲁 汤普森 (Andrew Thompson) 等.对本《指导手册》提出了自己的见解。

本《指导手册》的主要作者和赞助人在他们主持和参加的专题研讨会、座谈会、交流会以及进行的国家卫生核算 (NHA) 的国家培训中对本手册所进行的审议和检验使本手册受益非浅。本指导手册的指导委员会由彼得·波曼 (Peter Berman), 卡林·卡沃那佛 (Karen Cavanaugh), 罗伯特·爱姆瑞 (Robert Emrey), 曼弗雷德·休伯特 (Manfred Huber), 克尔·卡瓦贝特 (Kei Kawabata), 约翰·兰格布朗娜 (John Langenbrunner), A.K.南德库默 (A.K. Nandakumar), 吉恩·皮埃尔—波丽亚 (Jean-Pierre Poullier), 亚历山大·S·普雷克 (Alexander S. Preker), 埃博拉汉姆·谢哈特 (Ibrahim Shehata), 丹尼尔·沃尔多 (Daniel Waldo) 等专家组成。指导委员会对《指导手册》的编辑出版进行了指导。经济合作与发展组织 (OECD) 的曼弗雷德·休伯特 (Manfred Huber) 对本书主要作者提供了技术指导, 以确保《指导手册》尽可能地与经济合作与发展组织 (OECD) 的国家卫生核算系统指导手册保持协调一致。

吉恩·皮埃尔—波丽亚 (Jean-Pierre Poullier) 于1970年在经济合作与发展组织开始的具有开创意义的工作是本《指导手册》编辑出版工作的基础。今天致力于此项活动的专家队伍扩大了, 这个《指导手册》反映了集体的智慧和那些从事中、低收入国家卫生核算的人们的经验。

参加本书中文版翻译的人员有: 赵郁馨、张毓辉、万泉、黄洁平、付文琦、谢欣、...

参加本书中文版审校的人员有: 杜乐勋、江启诚、刘国祥、徐联英。

《卫生总费用核算指导手册》

(中、低收入国家应用指南)

前言：

技术进步、人口迁移、出生率和迅速变化的疾病与死亡模式，以及像 HIV/AIDS 这样的公共卫生问题都要求更加有效地使用卫生资源，而且，在许多情况下，要求使用更多的卫生资源。在许多国家里，卫生保健是由复杂的、变动的政府与民间机构（包括营利与非营利的法人实体）相结合来提供的。在这样的环境下，决策者需要关于卫生领域的资金来源和使用情况的可靠的全国信息，尤其想要那些在国际间具有可比性的信息，以提高卫生系统的绩效。

国家卫生核算有助于提供这些信息。卫生核算描述的是卫生资源在卫生系统中的使用情况。如果卫生核算的应用是有规则的进行的，那么它就可以追踪卫生支出的走向和趋势，是卫生保健监控和评价不可缺少的要素。卫生费用核算的方法学还可以用来进行一个国家卫生系统所需要的筹资预测，最后，它还能提供在国家之间进行卫生费用对比的可能性，这对于确定卫生部门绩效目标和里程碑有特殊价值。

当国际社会寻求更好的缓解世界贫困的方法，确保中、低收入国家人民有更好的健康水平的时候，国家卫生核算（NHA）为跟踪投入到卫生领域的外部资源提供了方法学基础。卫生核算可以促进对脱贫战略所用资源的执行状况进行监控。

设计国家卫生核算的目的是为了对国家卫生系统的一些问题做出精确的回答。卫生核算系统的编纂和展示卫生费用。它可以搞清楚花了多少钱，在哪里花的，花在了什么项目或什么人身上，一段时间以来都发生了什么变化以及怎样与那些情形相似的国家相比。它是评价卫生系统的成就以及确定需要改善的机遇的一个必不可少的手段。长远来看，一个国家可以建立卫生核算程序，并且制作一个标准的时间序列表格，对卫生系统在实现卫生系统的国家目标方面的进展进行更加彻底的评估。世界卫生组织、世界银行、联合国国际发展机构和其它一些合作伙伴合力制作了这一《指导手册》以协助有关国家开展对国家卫生费用的测算。

《指导手册》的制作受益于同经济合作与发展组织的密切合作，该组织的一

个名叫“卫生核算系统”的手册是这本《指导手册》的基础。我们的目的就是要提供一种工具或手段,使得有关国家卫生核算国家队的核算师能够利用经济合作与发展组织那些已经开展卫生核算的国家的经验,并籍此开展对话,以便能够促使在制定卫生费用测算的国际标准方面取得进展。

我们的希望是:这份手册以及它的不断更新,会促进那些对开展国家卫生核算感兴趣的国家在这方面的的工作。我们希望它成为培训卫生核算专业人员的一种有效手段。《指导手册》反映了国家卫生核算方面许多著名的专家们的一致意见。但我们也清楚地认识到,每一部新出现的国家卫生核算(NHA)指导手册都会引发有关到核算卫生费用的特殊问题的正确方法的一系列新的问题。因而,《指导手册》仅是在这一旅程上的第一步而不是最后的终点。

世界卫生组织政策依据和信息执行董事

克里斯托福 JL 默里(Christopher J L.Murray)

世界银行人类发展网络执行副总裁

罗伯特 郝滋曼(Robert Holzmann)

联合国国际发展机构全球卫生局

安娜 皮特森(Anne Petersen)

卫生总费用核算指导手册绪论

国家卫生核算是对国家卫生体系的资源流动进行系统的、全面的、连续的监控。卫生核算是一种特殊的工具，它为包括政策设计、执行、对话、监测、卫生干预政策的评价在内的卫生政策的管理程序提供信息。它为政府决策者、非政府部门中有实力地位的人物及管理层提供决策依据以帮助他们在提高卫生系统绩效的努力时做出更好的决策。

《指导手册》利用了经济合作与发展组织（OECD）所承担的制定卫生核算标准方面的大量工作成就。经济合作与发展组织成员国国家卫生核算的专家们 10 年努力的最大成就就是 2000 年经济合作与发展组织发行的“卫生核算系统”的手册。在这一手册中提出了卫生核算的分类和测量方法。在这套卫生核算系统中具体化的标准已被欧盟所采用，作为其成员国工作的目标。而且，许多不是经济合作与发展组织成员国的国家也决定以这套卫生核算系统的标准作为他们的账户的基础。这套卫生核算系统的框架和其它国家核算系统的框架相联系，可以有助于卫生核算系统的实施。经过一段时间，卫生核算系统可以逐渐形成为一套真正的卫生核算的国际标准。本《指导手册》鼓励各国以 OECD 国家的这套卫生核算系统的标准作为他们自己卫生核算的基础，当他们希望使用一套能促进国际比较的卫生核算框架时，就更要以 OECD 那套核算系统为基础。

这套《指导手册》与 OECD 的卫生核算标准体系有所不同。但它们之间绝大部分的差异是非常小的，这就使得中低收入国家能很容易地应用卫生核算规则。

然而，《指导手册》在一个非常重要的方面和 OECD 的卫生核算系统的标准有重大差异。在经济合作与发展组织（OECD）的卫生核算体系（SHA）中对一系列称为卫生支出的活动所划定的界线是“由机构和个人通过医学、辅助性医学以及护理知识和技术而进行的活动。”而这本《指导手册》认定的卫生费用是那些主要目的是提高、恢复、维持国家和个人健康的活动所发生的费用。这一广义的界定包括传统医学和基础设施的发展（而这些在 OECD 的卫生核算系统的框架中仅出现在备忘录的项目中）。还有一点不同，我们甚至鼓励各国卫生核算人员在运用 OECD 的卫生核算系统的卫生费用概念时，允许按照 OECD 的卫生核算系统的卫生费用概念做出的估计值与制定国家政策时所选用的概念所做出的估计值不

同。

本《指导手册》中所叙述的卫生核算方法所具有的特征对于卫生核算在政策的形成和评估方面的成功使用是至关重要的。它具有综合性，涵盖整个卫生系统和所有在该系统内部起作用 and 受益于该系统的法人实体。它具有一致性，它对所评估的每一法人实体和所评估的每一项业务都采用相同的概念、定义、和原则。它具有可比性，在时间和空间上都具有可比性，允许对逐年变化的卫生费用进行评估，也允许对不同的地理、政治实体方面的差异进行评估。它具有协调性，可以与其它各种经济总量测量系统之间相互协调和兼容，以便在整个经济背景下对卫生费用进行考察和检查。它们具有及时性，当决策者需要时就可以提供准确、有效的信息。它们具有准确性，以使决策者能安全地使用其所含的信息做出合理的决策。它们具有敏感性，对政策所关注的问题具有敏感性，为优秀的宏观经济规划提供所需要的详细信息。它们具有可重复性，用户能够评估核算系统所包含的数据的有效性，工作人员能够对核算数据进行更新和扩充。

我们无论怎么强调设立国家卫生核算组织的重要性也不过分。这里指的是要建成一个有组织的“家”，及稳定的技术力量以对正在发生的费用进行评估。国际经验表明一个国家卫生核算评估的时间序列数据比一次性的操作练习要好的多。一个时间序列数据可提供有时间背景的宝贵情况，通过它，分析家们可以观测既定年份的数据。它还提供筹资和消费走向的模式，据此，可以评估实现卫生系统目标方面的进展状况。连续、可比性的评估需要连续、稳定的方法和数据，而稳定的卫生核算工作机构的设置又会促进这些方法和数据的连续性和稳定性。国际经验还表明，将从事卫生核算的机构设置于中央政府内部是最有效的。

在卫生核算设立过程中至关重要的一环就是形成一个用于准备卫生核算的可靠的数据库。事实上，在任何一个国家卫生核算的初期都同样是致力于测算国家卫生费用的估计值以及对卫生费用核算项目可以利用的数据的收集整理和评价。国际经验表明，形成信息目录、确认有效数据方面的盲点和弱点对制作一个高质量的卫生核算来说绝对是一必不可少的步骤。本质上，这种工作反映了生成卫生核算的固定成本，而且，对此做足够的投资可以减少以后各轮测算估计的成本。

《指导手册》中设计的框架仅仅是形成具有国际可比性的卫生核算的一个初

始步骤。对于绝大多数国家来说，在此所描述的框架短期内就可以完成，也许这需要相当的努力，但对其它国家来说，建立框架仅仅是一个中期目标。不会有哪两个国家具有完全可比的卫生系统，也没有两个国家具有完全相同的卫生核算。

《指导手册》是朝着国际公认的标准所迈出的重要的一步，也是叙述国家卫生系统的资金流动，以及上述资金流动对居民健康的影响的重要的一步。

正如卫生核算本身那样，本《指导手册》的内容必需被视为是前进中的工作。作者试图浓缩国际上卫生核算人员的成功实践。通过积极的使用国际上的一些方法、经验和案例研究，国际范围内卫生核算人员可以集中他们的知识和精力以提高他们的工作并且建立和改善卫生核算的专家队伍。《指导手册》能够帮助大家实现上述目标的程度越大，我们撰写本手册的目的实现程度越好。开展卫生核算的国家所获得的教训能够用来更新和完善这本《指导手册》的程度越大，那么，我们的目的实现程度就更好。

第一章 国民卫生核算与本指南引论

1.01. 编辑出版国民卫生核算指南的目的是为各国建立和完善国民卫生核算（NHA）提供概念性和可操作性的信息。本指南反映了NHA国际标准的进展，以及在实际工作中发展贴切和有用的卫生核算获得的最有实践性的经验。本指导手册供那些必须测算本国卫生费用数量和特征的分析专家使用，同时，也供那些指导国民卫生费用核算的高层卫生管理人员和政策制定者使用。

1.02. 简单的说，国民卫生核算（NHA）是反映国民卫生费用各个方面的一套表格。表1.1是一个国民卫生核算的实例。卫生核算与其他形式的费用审查的区别在于下述的一个或多个方面：

- A 对卫生系统所有费用的类型和目的、所有当事人进行严格的分类。
- B 不论费用的来源、目的和目标如何，全面测算所有卫生费用。
- C 使用严格的方法收集、整理和测算所有与卫生费用有关的资金流动。
- D 具有一个可以进行持续性，而不是一次性研究的结构。

1.03. 如果结构合理的话，国民卫生核算可以和其它报告系统一起，对整个卫生系统的绩效提供一个全貌。由于国民卫生核算与测算国内生产总值的国民经济核算在概念上类似，因此国民卫生核算可用于描述卫生支出与整个经济产出的内在联系。卫生核算所揭示的筹资方式有助于理解政府、产业部门、家庭以及国际组织（如红十字会、红新月会等）在购买卫生服务中所起的作用。由于对卫生服务提供者和卫生服务功能进行了标准化分类，国民卫生核算可以展示卫生服务和卫生保健商品的筹资、提供及其产出效果之间的关联。

国民卫生核算在卫生系统及其绩效衡量中的地位和作用

1.04. 由于发展国民卫生核算的根本目标是为卫生系统的管理和政策制定提供支

持，因此，首先阐述为什么要发展国民卫生核算，以及如何能有助于达到卫生系统的目标是非常有用的。

1.05. 任何一个国家都有自己的卫生系统，卫生系统可以描述为“其主要目的就是提高、恢复和维持健康的所有活动。”(1) 无论是特意创建的还是逐渐形成的，卫生系统都存在，并让社会和民众受益。卫生系统动员卫生资源并开通卫生资源流向卫生机构的渠道，将卫生资源用于个人和社会消费。这种对商品和服务的消费使民众受益，从而使整个健康达到一个新的水平。

1.06. 卫生系统的绩效表现在卫生系统运作的各个侧面。卫生系统对人群的健康产生影响。筹资与风险共担的机制在某种程度上可以从经济上抵御疾病经济负担，并防止由于灾难性卫生支出而导致家庭成为贫困户。此外，还有其他一些因素，如对其所服务的人还要有尊严及隐私方面的责任。对卫生系统绩效的评价不仅要从社会及民众受益的水平来评价，还要从卫生服务的社会分配来评价。如果卫生体系被认为是社会对居民想要得到的一定的有益的结果及其要求公平分配这些有益的结果的承诺的话，那么，卫生体系的绩效就是卫生系统的承诺实现上述目标的程度。

国民卫生核算是政府公务员提高卫生系统绩效的一种投入

1.07. 政府或其它部门可以用多种方式使用卫生核算。除了描述卫生系统的财政状况外，国民卫生核算还可以提供制定更好卫生政策的相关信息。各国建立和利用卫生核算的经验已经证明了卫生核算对回答下列问题是非常有帮助的。

1.08. 如何动员和管理卫生系统的资源？卫生核算有助于提供用于评价卫生系统能得到的财政资源的充足与否的依据，也有助于思考增加卫生体系能得到的资源的战略。卫生核算揭示了为筹集、组织、集中资金，以及支付卫生产品和服务而创建的公共及私人机构的社会结构类型。

1.09. 谁对卫生服务付费？支付了多少？由谁对卫生服务付费，筹资负担程度与他们的负担能力相对比有多大，这些问题揭示了财政保障制度的性质和财政负担的公平性。了解谁支付了卫生费用，对制定卫生政策和干预措施是很有价值的信息。例如，很多国家都在公共财政上权力下放，社会服务上更多地依赖于省、市提供资金。卫生核算可以显示这些安排在人群中进行风险共担的方式有多合理或有多公平。卫生核算也可以表明支付或购买卫生服务的机构是如何补偿卫生服务提供者的，其效果如何？

1.10. 谁提供了商品和服务？他们利用了哪些资源？回答这些问题需要描述费用在不同的卫生服务提供者之间是如何分配的，以及费用在卫生系统所使用的生产要素之间是如何分配的。这些是经济计划和经济效率分析的范畴，这些都是决策的关键点。

1.11. 卫生资金在卫生系统所提供的不同的服务、干预措施和行为间是如何分布的？卫生核算显示了卫生系统都生产了什么产品和服务以及在不同的产品上都花费了什么。按照卫生服务功能分摊费用资源是衡量卫生系统实际轻重缓急顺序的有价值的手段。这些信息可以显示出资源的分配是否能反映卫生系统的实际重点领域，例如，卫生核算揭示了集体的公共卫生干预措施、生殖健康、心血管疾病所要支出的费用份额。类似的方法也极好地表明了那些转移资源分配重点的政策是否有效。

1.12. 谁从卫生支出中获益？对这个问题可以从不同的角度来回答，包括按照收入分组、年龄分组、性别分组、地理区划分组、健康状况分组或所提供的干预类型分组等。关于用货币金额来衡量的卫生支出的受益对象在什么地方的知识是卫生费用公平性的重要测量方法。

1.13. 国民卫生核算作为政策分析的一种工具其魅力就在于：其方法是独立于国家卫生保健筹资结构之外的。卫生核算不仅在单一支付者模式和多个支付者模式中同样较好地发挥作用，在以公共提供者为主的系统里以及公、私混合的系统里也同样

较好地发挥作用；不仅在变化较快的系统中较好地发挥作用，在处于稳定状态中的系统也同样较好地发挥作用；不仅在面对传染病流行挑战的系统里能较好地发挥作用，而且，在那些受到人口老龄化挑战的系统中也同样能较好地发挥作用。

1.14. 卫生筹资信息能有助于改善卫生系统绩效。筹资信息对强化那些能改善卫生系统功能的政策是不可缺少的。同时，也有助于一些重要因素的衡量，这些因素可以解释卫生系统运作结果以及卫生系统是否有效地实现其结果。例如，在很多国家，更多的资金和妥善管理的财政资源是改善卫生系统的中间步骤。而且，使卫生保健沉重经济负担能够公平的分配，特别是减少对穷人的负面影响，这些都是卫生系统的目标之一。

1.15. 尽管国民卫生核算已被证明是组织和提供有关卫生系统财政信息的有效的方法，但它不能回答所有的卫生政策问题。卫生核算关注的是卫生系统的资金问题，而且国民卫生核算的数据是卫生费用。卫生核算自身无法辨别支出的有效性和无效性。为了回答很多的卫生政策问题，国民卫生核算的信息必须与非经济数据相结合，如流行病学研究、人口调查、以及类似的事情等。

卫生费用分析

1.16. 国民卫生核算的表格对同一个目标，即全国卫生总费用采取不同的角度进行分析。尽管每张表格取决赖于观察卫生费用时所用的角度，但至少理论上，虽然观察的角度发生变化，目标本身却没有改变。

1.17. 发展和利用卫生核算的国际经验告诉我们，可以从许多角度进行考虑。有些角度方面在实际中适合进行总费用的测算，另一些适合评价和制定卫生政策。作为一个整体，这些角度阐述了构成卫生核算的系统运作的几乎每一个方面。这些方面包括：

A 筹资来源：通过筹资机构，对卫生系统提供资金的机构或实体。

- B 筹资机构：疏通筹资机构提供资金的渠道、并使用这部分资金购买或支付卫生核算范畴内的活动的机构或实体。
- C 卫生服务提供者：是指那些由于交换或参与提供了卫生核算界定范畴之内的活动和产品而得到资金回报的实体。
- D 功能：是指卫生核算界定范畴之内的各类商品、提供的各类服务或完成的各类任务。
- E 资源成本：是指被卫生服务提供者或筹资机构用来生产所消费的商品、服务或从事的卫生活动所需的要素或投入。
- F 受益者的人口统计学特征：在卫生核算的范畴内，对那些获得卫生服务和物品或受其影响的人口进行符合政策要求的分组，如年龄、性别、种族、城乡或少数民族等。
- G 受益者的社会经济状况：在卫生核算范畴内，对那些获得卫生服务和物品或受其影响的人口进行符合政策要求的分组，如受教育水平、收入、财富或职业等。
- H 受益者的健康状况：在卫生核算范畴内，对那些获得卫生服务和物品或受其影响的人口进行符合政策要求的分组，典型的分组如健康或疾病状况、身体机能、获得的干预类型等。
- I 地区：包括在卫生核算界定范畴之内的筹资实体或对卫生核算界定范畴之内商品和服务消费的实体的次国家级组别。

卫生费用分类计划

1.18. 为了解发生在国家卫生核算体系之内的大量的活动，卫生核算人员要有效地利用能允许他们概括经济活动的分类计划。这些分类计划将按照上面提到过的一个或多个方面具有共性的活动分组，而且，这些分类计划是国家卫生核算（NHA）方法论的核心部分。

1.19. 一个分类计划应满足下列标准：

- A 应当描述一个重要的政策相关方面，而且应该以政策相关方式进行细分。
- B 进行细分时既不遗漏也不重复，使某一项业务都归于某一类，且必须只归某一类。
- C 尽可能的尊重和反映现存的国际标准和惯例。
- D 使用现有数据执行此分类计划应该是可行的。

1.20. 卫生核算人员在执行这些准则时可能会有些矛盾。例如，国家政策可能会指示卫生核算人员使用与在其它国家不同的分类目录。

1.21. 各国卫生系统相似的地方很多，差别也很多。这些差别可追溯到各国的文化、历史、经济结构和社会政治机制。它不仅对政策制定者出了难题，对卫生核算人员也出了难题。大家知道，政策制定者希望更好的提供卫生服务和更好的从世界范围内为卫生服务筹资；卫生核算人员则希望能够更好的测算卫生费用，所以他们都需要测算卫生费用。幸运的是（至少对卫生核算人员来说），卫生系统的基本构成单位在国与国之间是极其相似的。国家卫生系统趋于行使相同的功能或执行相同的任务，其机构实体通常也具有相同的特征。因此，各国的费用分类计划是基本相似的。有的国家有一些现成的分类项目可用，尽管有些分类项目不是专门为卫生核算设计的。对这些分类计划将在第三章和第四章中进行描述，这些核算项目是国民经济核算和其它统计报告系统提供的。

卫生核算的国际分类

1.22. 本指南将介绍如何利用国际合作与发展组织（OECD）出版的《卫生核算系统 2》中建立的卫生核算的国际分类（ICHA），来实施国民卫生核算。ICHA 是一个综合性的分类系统，包括三个重要的方面：卫生筹资机构、卫生服务提供者和卫生服务功能。它的设计是与大量现存的分类计划和国际经济统计实践——尤其是与国民经济核算系统（SNA）¹是一致的。在 OECD 卫生核算系统（SHA）中的分类还附有对计划中每一项的详细定义。

1.23. 卫生核算人员采用国际分类计划作为工作的基础的原因如下。首先，可以使卫生费用的国际比较成为可能。其次，国际分类计划已经经过了相当的审核和确认，使用它们可以节约起始阶段的时间和成本。再次，在使用与国民收入核算人员使用的相同的分类时，卫生核算人员能发现重要的规模经济。而且，正如已经提到的那样，国家卫生体系内在的相似性使得国际分类计划可以很直接地就被应用。

1.24. 本手册使用 ICHA 就是因为它已被广泛地应用于各种卫生系统结构。还由于它已经在很多卫生核算项目应用中得到验证，采取 ICHA 核算方法的不仅有经济合作与发展组织（OECD）的发达国家也有一些是正在创建卫生核算的中、低收入国家。

方格 1.1 世界各国实施卫生核算系统的经验

本指南使用经济合作与发展组织（OECD）卫生核算系统（SHA）作为发展卫生核算的基础，但并不是所有的国家都使用卫生核算体系（SHA），有些卫生核算建立在本国国民经济核算系统（SNA）框架之上，成为其卫星账户。而另一些国家的卫生核算有其长期形成的结构，这一结构是与卫生核算体系（SHA）或国家核算体系（SNA）相一致的程度不同而不同。随着 2000 年 5 月，SHA 指南的公开发表，许多国家开始创建或调整本国的卫生核算，以向卫生核算体系（SHA）的标准看齐。

经济合作与发展组织（OECD）成员国处于实施卫生核算系统（SHA）手册的不同阶段。到 2002 年夏季，已有 18 个国家基本完成了对卫生核算系统（SHA）的主要的研究或正在研究，6 个国家准备进行该项研究，3 个国家已考虑应用但尚没有分配资源，还有 3 个国家仍没有开展的计划。有些国家根据卫生核算系统（SHA）的框架定期进行报告，但更普遍的是，卫生核算系统（SHA）的应用仍处于试验阶段，结果尚没有正式公布。

对于许多经济合作与发展组织（OECD）以外的国家来说，卫生核算系统（SHA）最大的吸引力在于第一次提出了将卫生支出的水平和构成与同一地区其他国家进行比较的方法，但是，这些国家由于有些情况至今尚不能完全实现卫生核算系

统。亚太地区国家卫生核算的专家获得了早期的卫生核算系统（SHA）草案，中国香港特别行政区最早根据 ICHA 分类体系建立了国家卫生核算（NHA）系统。韩国也用卫生核算体系（SHA）代替了本国早期的卫生核算框架。澳大利亚和日本提高了他们既表现卫生核算系统（SHA）框架又表现本国核算框架的能力。

斯里兰卡刚刚建立其第一个官方国家卫生核算系统时就选择了以卫生核算体系（SHA）为其基础，而且，其 1990__1999 年的第一次评估结果已于 2001 年发表。之后，中国香港特别行政区、萨摩亚群岛和泰国也都公布了以国民卫生核算系统（SHA）为基础的国家卫生核算评估结果。到 2003 年，又有其他一些国家处于以卫生核算体系（SHA）为基础建立国民卫生核算系统的不同阶段，如孟加拉国、印度尼西亚、马来西亚、蒙古和尼泊尔等等。

在本指南制作期间，爱沙尼亚公布了以卫生核算系统（SHA）为基础的卫生核算结果，该地区的其他国家也在准备进行这样的测算过程中。在美洲，玻利维亚、智利、哥伦比亚、哥斯达黎加、厄瓜多尔、危地马拉、洪都拉斯、尼加拉瓜、巴拿马、巴拉圭、特立尼达和多巴哥、乌拉圭和其他一些国家开始进行卫生核算工作，纳入了卫生核算系统框架的部分内容。在中东地区，阿尔及利亚、伊朗、摩洛哥和突尼斯也在进行类似的工作。

1.25. 但是，刻板的坚持国际卫生核算分类系统（ICHA）并不是本指南的初衷，国际分类方案可推动卫生核算的政策应用，如果卫生核算工作对为其提供资金的人没有帮助的话，它是不可能长期存在下去的。无论何处，本指南都将促进卫生核算小组理解卫生系统的政策问题，从而使卫生核算能对决策者产生最大的利用价值。这可能需要形成一个有别于国际卫生核算分类系统（ICHA）的本国分类方案。然而，即使卫生核算的国内政策应用没有采纳这样的国际分类方案，但建立可转换为国际分类方案的本国分类仍然是可能的，至少可以在概括的水平上进行转换。有时，可以在现行的国际分类下，将本国的分类作为子分类项目。或者，可以将国际分类与本国的分类建立交叉关系，从而能用任何一种分类系统报告核算结果。尽管满足国

内政策需要仍然是国家卫生核算 (NHA) 的首要目标, 但卫生核算的可比性是其重要的第二目标。

卫生核算与国民收入核算的异同

1.26. 在建立卫生核算过程中, 卫生核算人员与从事国家核算的人员不可避免的会相互影响。那些不熟悉宏观社会核算的人, 将会发现掌握国民经济核算系统的背景知识是非常有用的。那些掌握了国民经济核算系统 (SNA) 的人将会看到国民经济核算体系 (SNA) 与国民卫生核算系统 (NHA) 框架之间有很多相似的地方, 同时也会发现有很多不同之处。本指南中所形成的国民卫生核算 (NHA) 方法的正式框架已经在卫生核算手册 (SHA) 中加以阐述。在那里用了整整一章的篇幅讨论了卫生核算与国家核算的比较。(请见《卫生核算系统》的 1.40 到 1.42 及整个第八章)。(2) . 在国民经济核算系统与卫生核算系统之间建立一个相互沟通的人行横道的工作正在进行中。完成之后, 这一人行横道将会有利于展示国民收入的卫星核算系统原来就是国民卫生核算, 以及国民卫生核算的行星系统原来就是国民收入核算。如果这项工作未完成, 指南的这一部分将对卫生核算系统的特征作出简要总结, 并且说明了卫生核算系统与国民核算系统的关联。尽管两种核算所关注的重点不同而产生了差异, 但在方法学上两者有相似性。国民经济核算和卫生费用核算的核算人员之间的协作不仅是可能的也是我们希望实现的结果。

1.27. 首先, 这两种账户在产出上具有相同的概念, 商品与服务是用同样的方法来定义的 { 请见国民经济核算系统 93 (SNA) 的 6.7 到 6.13 }, 所以, 产品的界定也是以这种方法进行的。这对于下面所列的经济活动的核算尤其重要: 包括个人服务的自我核算 { 请见国民经济核算系统 (SNA93) 的 6.17 到 6.22 段 }; 未获批准和非法提供的卫生服务与商品 { 请见国民经济核算系统 (SNA93) 的 6.30 到 6.31 段 }; 地下交易 { 请见国民经济核算系统 (SNA93) 的 6.34 到 6.36 段 }。在强调产出方面两种核算使用的是相同的方法。{ 请见国民经济核算系统 (SNA93) 的 6.44 到 6.52 段 }。

1.28. 其次,国民卫生核算人员和国民收入核算人员采用相似的方法进行数据测算。它们依赖很多相同的数据来源,在将数据转换为核算中的要素时,也采用相同的技术方法。所以,很明显,希望他们之间能够紧密合作。

1.29. 第三,两种核算都尽力测算所提供的商品和服务对现有资源的利用情况。无论提供者是否记录,对固定资本的消耗都要测算且包括在所提供的商品和服务价值之内。{ 请见国民经济核算系统(SNA93)的第五章第一部分 }。尽管这对决策者来说可能是一个陌生的概念,但这是卫生服务消费不可忽视的一部分,而且可能是政府在生产卫生保健服务时的重要的、隐藏的成本。

1.30. 由于上述相似性,所以测算的国内生产总值与所测算的卫生费用在实质上就具有可比性。这是非常重要的,因为一个经常使用的国与国之间以及不同时间之间进行比较的卫生费用测量方法就是测算卫生费用占GDP的比重。所以,卫生核算人员不仅要考虑卫生核算系统(SHA),也要将国民经济核算系统(SNA93)作为工具包的重要部分。

1.31. 从国民经济核算系统93(SNA93)的角度考虑,尽管国民卫生核算(NHA)和国民经济核算系统的很多卫星核算具有许多相同的特点,但也有一些差别。这些差别主要在于核算时处理资源流动的方式。

1.32. 首先,国民卫生核算(NHA)与国民收入核算在社会经济活动的基本观点上是不同的。国民卫生核算(NHA)描绘了经济中卫生保健品和服务的消费和筹资情况,而国民收入核算描绘了商品、服务的生产以及生产所涉及的要素的情况。这本身不会影响到商品和服务的价值,但将从根本上改变测算所需要的信息的类型。

1.33. 其次,两种核算对政府卫生项目的处理有不同之处。他们从概念上是测算生产商品和服务的同一价值。然而,国民收入核算将社会保险计划的支出作为对家庭的转移支付,而随后家庭作为商品和服务的购买者来处理 { 国民经济核算系统

(SNA93) 段落 8.38 和 8.39), 国民卫生核算却把社会保险项目作为商品和服务的直接筹资人来处理的, 两者有明显的区别。

1.34. 第三, 两种核算在处理雇主对卫生服务的支出时也有所不同。国民收入核算人员将雇主支付的健康保险金作为对工资的补充, 而对商品和服务的最终消费是由家庭支付的 { 请见国民经济核算体系 (SNA93) 的 8.8 段 }。国民卫生核算与其相反, 将这部分资金的支付作为雇主的贡献。此外, 在国民收入核算中, 雇主开办的门诊的支出作为其主要产品的生产成本, 而在卫生核算中, 将其作为卫生费用的一部分。因而, 尽管在两种核算中, 这些活动的货币价值相同, 但在两种核算中揭示货币价值的方式却有所不同。

1.35. 最后, 国民卫生核算 (NHA) 与国民收入核算在如何确定所涉及的交易的界线方面有所不同。国民卫生核算 (NHA) 是以对卫生保健的消费为界线的, 而国民收入核算是以卫生保健的生产为界线的。因而, 国民经济核算揭示的是药品的总值, 而不管这些药品是否是进口的, 而卫生核算揭示的仅是国内药品的消费总值。而且, 如果从宏观的角度来看的话, 这不成问题, 因为, 在产品或消费的价值如何测算上没有概念上的区别。但将这些交易在卫生系统与经济系统的其他系统之间区分时, 会有一些问题。

1.36. 从总体上说, 国民卫生核算 (NHA) 与国民收入核算的差别是由两种核算的目的造成的。卫生核算对于那些想知道资金是如何在卫生体系的行为者之间流动的卫生系统的管理者来说是有用的。国民收入账户对国民经济的管理者来说是有用的, 这些管理者对于跟踪所生产的产品和服务的类型, 及其生产要素感兴趣。

1.37. 国民卫生核算与国民经济核算的专业人员之间有一个实际的不同需要在此提一下。国民经济核算人员负责对整个经济的测算。经常是, 必须将总体水平的可靠信息在各种类型的产品和服务之间进行分配, 比如: 要想得到对于零售业的相对可靠的评估, 那么就要按产品种类分配信息。对一种商品的高估会被对其它一种商品

的低估所抵消，总量仍平衡。对比之下，卫生核算人员却仅侧重于卫生保健品和服务的分配，他们有时间和精力精练数据以使评估为最佳。其结果是，在国民收入核算中显示的卫生品的项目数据极有可能与在国家卫生核算中所显示的卫生品的项目数据不同。有些这样的偏差的后果不大，或是没有什么后果，而仅仅是对总的销售额是怎样分散在不同类别的产品上的理解的不同。有些不同表示的却是卫生保健系统总产品价值估计值的不同。二套核算的工作人员之间的讨论有助于确定所公布的数字的不同在多大程度上属于前者，在多大程度上是属于后者，进而，会导致两套核算的更好的评估。

国民卫生核算的程序与本指南的结构

1.38. 进行卫生核算的程序需要经过三个阶段，本指南将分成三部分来分别对每个阶段进行阐述。第一阶段是组织阶段：解决项目所需的参数，项目人员配备和资源的准备，建立卫生筹资系统的基本框架，设计卫生核算的结构等，本指南的第2章到第5章将讨论这些问题。第二阶段确定数据来源、分类，并且检查这些数据来源对于卫生核算的准确性和有用性，确定信息方面的不足和差距。这些是6章到8章的主要内容。第三阶段，把对各种费用的评估值组装在一起，在信息确切的情况下进一步对缺口进行评估，这个阶段的也是对卫生总费用进行周期性的测算的阶段。第9章到第14章将关注这部分内容。

工作开始前的思索

1.39. NHA 的目的是一种组织和提供国家卫生系统经济数据的方法，以利于政策评价和实施。

1.40. 对卫生费用的测算是不可能一点不差，完美无缺的。所有国家，无论他们的系统有多精巧，都将硬的财政数据与软的评估数据，以及对难以测算的项目的外推结合起来。卫生核算既是一种艺术也是一门科学。要有一个国民卫生核算小组以解决一些不确定的事宜，这个小组应该将精力首先集中大的项目，而不要陷于对一些

小的项目的准确性纠缠不清。他们会发现常识和思路开阔是随时都可能应用的最有价值的工具。

1.41. 在建立卫生核算的整个过程中，脑子里要记住决策者想要和需要知道的内容是非常重要的。了解政策目标和这些目标的预期将允许卫生核算人员建成能决策者的决策提供尽可能的支持的卫生核算。政府高层对国民卫生核算(NHA)的支持是必要的，如果核算的结果能对这些人提供有益的决策信息，那么他们就有可能对国民卫生核算的其它结果给予关注，而且继续他们对卫生核算的支持。

1.42. 最后，卫生核算是一个逐步完善的过程，理解这一点非常重要。一个国家早期的卫生核算可能并不完善或缺少很多细节资料，随着卫生核算的逐渐成熟，潜在的数据来源将得到确证和加强，将会引入更多的细节和卫生系统的更多的方面。因此，当阅读本指南时，卫生核算人员不能在初次尝试时，就对完成指南所描述的每一个方面的工作失去信心。他们应选择卫生核算结果使用者最关注的方面线进行，并将精力和资源集中在这些方面。即使在卫生核算已经做了十几年的国家，也仍处于不断完善的状态。

表 1.1 1997 年斯里兰卡国民卫生核算，筹资来源与卫生服务提供者平衡表（OECD SHA 模式）

	OECD SHA 分类	卫 生 总 费 用	HF.1 公 共 政 府	.HF.1.1 非社会保 障基金	HF.1.2 社 会 保 障 基 金	HF.2 私 人 部 门	HF.2.1 私 人 社 会 保 险	HF.2.2 其 他 私 人 保 险	HF.2.3 私 人 家 庭 直 接 现 金 支 付	HF.2.4 非 营 利 性 组 织 (不 包 括 社 会 保 障 机 构)	HF.2.5 公 司 (不 包 括 健 康 保 险)	HF.3 其 它
由卫生服务提供部门提供的卫生服务和商品												
医院	HP.1	11245	9648	9648	0	1597	0		1430	0	167	
护理和家庭保健机构	HP.2	25	25	25	0	0	0		0	0		
门诊服务提供机构	HP.3	6849	953	953	0	5896	0		5368	472	56	
内科医师	HP.3.1	4083	10	10	0	4073	0		4073	0		
牙医	HP.3.2	0	0	0	0	0	0		0	0		
其他开业医师	HP.3.3	0	0	0	0	0	0		0	0		
门诊服务中心	HP.3.4	829	829	829	0	0	0		0	0		
检查和诊断实验室	HP.3.5	1190	0	0	0	1190	0		1190	0		
家庭保健服务提供者	HP.3.6	0	0	0	0	0	0		0	0		
其他门诊服务提供者	HP.3.9	612	114	114	0	498	0		26	472		
医用商品零售机构	HP.4	6742	0	0	0	6742	0		6742	0		
配剂师	HP.4.1	4761	0	0	0	4761	0		4761	0		
其他医用商品销售机构	HP.4.2-4.9	1289	0	0	0	1289	0		1289	0		
公共卫生提供和管理机构	HP.5	1663	1663	01663	0	0	0		0	0		
公共卫生管理	HP.6	1436	1329	1329	0	107	0	107	0	0		
政府	HP.6.1	1314	1314	1314	0	0	0		0	0		
社会保障	HP.6.2	15	15	15	0	0	0		0	0		
其他社会保险	HP.6.3	0	0	0	0	0	0		0	0		
其他私人保险	HP.6.4	107	0	0	0	107	0	107	0	0		
其他卫生管理机构	HP.6.9	0	0	0	0	0	0		0	0		
其他部门	HP.7	423	423	423	0	0	0		0	0		
职业性卫生服务	HP.7.1	5	5	5	0	0	0		0	0		
私人家庭	HP.7.2	0	0	0	0	0	0		0	0		
其他次要提供者	HP.7.9	419	419	419	0	0	0		0	0		
其他	HP.9	6	6	6	0	0	0		0	0		
合计		28389	14047	14047	0	14342	0	107	13540	472	222	

数据来源：斯里兰卡国家卫生核算（2001 年）

第二章 组织起来开展国民卫生核算，收集资料描述卫生系统

2.01. 卫生费用核算的目的是获得一个国家的卫生信息。通过它，可以有针对性的制定卫生计划和政策，促进对卫生系统的绩效评估。要做到这一点，卫生核算人员必须要描绘出经过卫生系统的卫生资源的流动情况，勾画出这一系统的整体状况，以使我们能得到关于卫生系统的详情。

2.02. 卫生费用核算这个过程本身就需要人力、物力资源结合起来共同承担核算项目。另外，还需要对“卫生系统是什么样子的”进行一些宏观的，经常更新的说明。这些就是本章的主题。

设置卫生核算项目

卫生核算的项目成本

2.03. 实施和维持国民卫生费用核算所需的费用因各国具体情况不同而有所差异。所需资源的数量取决于这个国家卫生系统、财务信息系统的现况。如果从现有资料中能够获得足够的的数据来估算国民卫生费用，那么这个费用就会很低。如果需要外国专家的意见和建议，费用就会很高——但是开始时，外国的资金可能会资助一部分。如果在该项目上的合作机构能捐赠一些实物形式的资源，如：人力、计算机和工作空间，那么，额外的预算也不会很多。尤其当一个国家以前已经做过，并且是由政府机构来进行核算，由于这已成为经济分析的常规部分，费用就会更少。在一些有卫生核算的实际数字的国家里，第一年的费用在 5-7.5 万美元之间（不包括新的调研工作的费用），接下来每年的费用大部分都用在经常性的统计上面。许多国家由外国资助来完成原始的整套卫生费用核算方法系统。

建立卫生核算的活动时间表

2.04. 经验表明在大多数国家里，卫生费用核算可以由 3-6 个分析员兼职工作 12-18

个月完成。基本的数据很容易得到，但是如果想进行更完整、更详细、更具体的分析，特别是由于特定目的要进行家庭调查或卫生服务提供者调查，或者是在第一次实施卫生费用核算的国际分类时，则需要更多时间。同样，如果预算和其它行政报告制度的分类编码需要修改，也需要更多的时间和金钱。

确定卫生核算项目的承办单位

2.05. 不同国家的权威机构都已采取了不同的办法来确定卫生核算项目的工作地点。在选择项目工作地点时应该考虑到四个因素：

- › 制定卫生政策的机构和人员可以很容易的得到结果
- › 政治和机构的干预应尽量缩小，以使核算工作继续而不会受到太大的来自于政治上的或机构变动上的影响
- › 卫生核算项目来自不同机构的代表要能很容易地凑到一起进行项目合作
- › 要能很容易地接触到制作卫生核算所需要的信息

2.06. 要能最好地满足这些要求的地点设定因国而异。地点可以是政府部门，像卫生部、财政部、或计划部门。或者它也可以是政府的专门机构，像国家卫生监察部门、国家卫生经济研究所；或者国家卫生信息统计中心；或者是国家卫生服务的筹资主体。在一些国家里，卫生核算项目是设置于一所大学或非政府研究所的，尽管在与政府相关联的机构之外的这样的设置，要将这些项目长期维持下去会有一些困难。

卫生核算所需要的资源

2.07. 像其它生产过程一样，卫生费用核算也有赖于生产要素。基本上，这些要素分为三大类，那就是“人力（人），资本（工具）和原材料（数据资料）。”

人力

2.08. 在很多国家里，制作卫生核算的任务是由几个在政府相关机构工作的专家组

成的小组来圆满地完成的。但在有些情况下，仅仅是由一个人来完成。

2.09. 尽管国家卫生费用测算还不能职业化，但一定的技巧和技能还是需要的。国家卫生核算小组或成员、或核算分析人员、卫生核算人员应该从那些熟悉国家经济统计和有核算经验的人员中选取，从那些了解国家卫生政策的人，和那些拥有使用卫生系统内不同实体提供的数据和信息经验的人中抽取。小组成员并不都需要经济学的培训，但至少有一个卫生经济学方面的专家，哪怕仅是一个咨询人员而不是小组的成员也会大有帮助的。卫生核算人员最重要的一个特征就是对数据熟悉，愿意对一些可疑数字提出质疑，并且愿意去寻找并考虑用现存的数据来源代替这些有疑问的数据。

2.10. 如果可以的话，小组成员最好能有来自不同部门的人员。背景不同可以帮助获取多种数据来源，也能够对测算结果给出更确切的评价。

2.11. 经验表明卫生核算小组也应该有个指导委员会。来自于利益相关组织的高层次的代表组成的委员会能够帮助这一项目运行在正确的轨道上。这样的组织包括卫生部、财政部、计划部、国家统计局；社会医疗保险机构；学术团体；供方和需方机构。形成卫生核算通常需要这些不同的组织或机构的支持以及卫生系统的管理者的支持。而且，让那些能够要求他们的机构提供卫生核算所需要的数据或信息的代表进入到委员会中会大有益处的。筹划指导委员会作为一个中间部门把结果传达给政策制定者，同时也帮助把卫生核算小组建设成为国家级高层社会政治的专门机构。

工具

2.12. 国家卫生核算是数据密集型的一项操作，但是维持卫生核算所需要的实际工具并不多。在一台台式计算机上使用标准的电子表格程序就可以建成核算所需要用的表格。用同样的电子表格程序还有助于形成图形和图表。大多数这些程序都与用于收集基础信息的现成的数据库软件有联系。

2.13. 尽管卫生核算不需要很强的计算能力，但也有需要对大量的调查数据进行处理的时候。在这种情况下，可能就需要其它一个组织(如：国家统计局)来处理这些数据。如果没有这样的机构的话，那就需要计算能力更强的台式计算机和一套更好的统计软件包来完成这项工作。

数据资料

2.14. 卫生核算需要大量的数据资料。这一主题将在第 6-8 章详细论述，这里只做一番简述。要完成对卫生费用和各个细项的测算，就需要政府和私人部门各种类型的数据。这些数据可以很容易的在像国家金融账户和记录、医疗保险机构的报告和现存的调查中得到。利用现有的信息就可以做卫生核算的很多工作，甚至有限的或不完善的信息有时也能产生出有用的结果，并激起人们去收集更多信息的兴趣。但是，如果进行的是特殊的国家卫生核算项目就需要收集一些新的数据，筹划指导委员会的一个主要作用就是倡导收集新的数据资料，并保证工作人员能够得到所有的现存的数据资料。如果相关研究做的非常好，那么，与数据的收集一样重要的就是能自主地用更好的估计值来替代一直由官方公布的统计数据。一套卫生系统核算的价值取决于构成核算数据基础的数据的质量，也取决于收集数据的人员。

形成国家卫生核算的初步框架

2.15. 本指导手册后面的章节会详细描述卫生系统中各要素的精确定义，但先对这一系统是个什么样子有个总体的了解非常重要。就像当探险家考虑对某一领域做更详细的描绘时，会先从已有的地图开始一样，这种卫生系统的初步框架是核算人员用来指导对系统内资源流动的分类和评估的。这种框架可能以某种形式存在着，或也可能需要将脑子里的能够提供资料的人写下来，但是无论哪种情况，把对资料的回顾作为行动的开始都是一种很好的方法。

2.16. 表 2.1(见第 16 和 17 页)给出了一个国家卫生保健系统的粗略的框架。与本指导手册中描述的许多卫生核算活动一样，尤其是形成阶段的活动，各种各样的数据输入会有益于这种表格框架。主要的资料信息的提供人员——筹划指导委员会的

成员，以及来自部级、董事会、同业公会的分析员以及学术分析人员，每个人都有自己的观点，这些观点也能为核算粗略的框架提供附加的信息。核算小组成员初期花费很大力气采用头脑风暴法来研究卫生核算粗略框架是很值得的。

2.17. 这一框架对于卫生核算小组很有指导意义。不必要把像表 2.1 中的表格那样的表格中的每一个小格子都填充非常详细的信息。实际上，那就是卫生核算想要提供的一部分。这一初步框架的价值在于它提供了信息来源、数据以及其它额外的主要信息提供者的方向(即上哪去找)。另外，这一初步框架使核算小组能够组织协调早期的努力，以使他们能够处理在系统里看起来是主要行为者的部分。

2.18. 这一框架应该被视为一个初步的、而不是最终的结果。后来的工作者把早期的框架在小的细节和大的方面都做了改动。同样，卫生费用的核算也可以改变对卫生系统所持有的一般观点。卫生核算小组在工作的时候，应该牢记他们所承担的工作，对于数据、相对的位置及卫生系统里各行为者的活动都应该保持有一种开放的思想。这一框架建成以后经历的第一次改动可能就是在核算小组对卫生支出进行分类和定义的时候，这也正是我们下一章所要讲述的内容。

表 2.1 黎巴嫩卫生子系统一览表

卫生子系统提供的补助	覆盖面	主要筹资来源	供方-付方的关系	覆盖率	机构的规模
可以获得的服务种类和补助	覆盖面,以及对于特殊人群入选标准的确定	描述主要的筹资来源	筹资方和供方之间的关系	被覆盖的人数占总人口的百分比	机构数、人员数和床位数
公立机构/卫生部属机构					
1. 提供全面的公共卫生服务:初级卫生保健服务与预防性、治疗性的卫生服务; 2. 还履行下列筹资功能:对没有保险的人提供住院服务;对化疗、开放性心脏手术、透析、肾移植和慢性病的药物治疗有一定的限制	没有参保的人; 对于全体人口的基本医疗和治疗性服务给予很高的补助	财政部(总的税收收入); 共付制; 捐助; 世界银行贷款	卫生部向私人开业者购买服务; 卫生部自己也经营医院,对其工作人员支付工资	43%	9 个公共医院(482 张床位); 23 个初级卫生保健中心; 176 个诊疗所
国家社会保障基金					
治疗性卫生服务、药物、开放性心脏手术、肾移植、肾病;不包括口腔护理、眼科治疗、免疫接种和到国外治疗的花费	在正规私人部门工作的人,合同工和其他依靠工资生活的人; 受益者的家属	政府拨款; 工资税; 共付制	有自己的医疗机构,但主要依靠私人部门提供服务	30%	国家社会保障基金主管经营的一个卫生部属医院
公务员的互助共济					
治疗性服务,包括住院、内科治疗和急救护理、药物治疗;对口腔护理、眼科治疗以及到国外治疗的费用加以限制;对于开放性心脏手术、肾移植的补助和卫生部属一样,包括所有的肾透析	政府雇员及其家属	财政部; 共付制	从私人开业者购买医疗服务	8.8%	
陆、海、空三军(军队、ISF、GS、SS)					
提供治疗性服务,包括住院、内科治疗、急救护理、药物治疗; 以共付的形式提供口腔护理和眼科治疗; 对到国外治疗的费用加以限制; 提供开放性心脏手术、肾移植、肾透析的服务	在部队和国家安全部门工作的人员以及他们的家属	财政部; 从国防部预算得到的转移支付	部队有自己的医疗机构,对其工作人员支付工资。它也从国家社会保障基金购买服务,在特殊情况下,也会向私人开业者购买服务	11%	合同制的一个医院
私人医疗机构					
自己拥有或经营,提供初级医疗和治疗性服务的私立诊所、医院; 自己拥有和经营的药店	私人保险的受益者(自保型) 公司雇员和他们的家属; 所有愿意支付费用	直接现金卫生支出; 保险费支出; 雇员和雇主的支出;	合同形式的私立医院和诊所,按服务付费或通过第三方支付(政府,保险公司或雇主)的形式	所有愿意付费的人,卫生部和政府其他部门寻求服务的病人	147 个医院,10387 张病床(占全部床位的 90%,占全部医院的 88%); 1405 个药店和 3146

	的人	卫生部，CSC 和其他政府部 门的支出			个注册药店； 110 个初级卫生服 务中心和 734 个诊 疗所
--	----	---------------------------	--	--	-------------------------------------------

来源：黎巴嫩国家级卫生帐户（2000）。

第三章 卫生费用的定义和分类

3.01. 形成国民卫生核算框架的早期工作就是要决定卫生核算中要包括哪些服务不包括哪些服务。根据《世界卫生报告 2000 (1)》的定义，卫生系统包括“所有以促进、恢复或维持健康为基本目标的活动”。假定健康是人类生活这个不可分割的整体中的一部分，很多事情，不管是做过的还是没做过的都会对其产生影响，所以，将活动简单的分为“为了健康”和“非为了健康”是很困难的。在经济系统中发生的大量交易活动中，在测算国民卫生费用时，应该测算哪些活动，哪些应该排除？为了能够在支付者之间（和国家之间）进行卫生费用测算结果的比较，以及对不同时间进行的国民卫生核算结果的比较，在进行决策时应该采用一致的原则。

确定国民卫生核算的口径

3.02. 从国民卫生核算(NHA)的目的出发，口径是这样确定的：国民卫生费用包括所有以促进、恢复或维持全国和个人健康为基本目标的活动所发生的费用。我们使用这个定义时，不考虑提供这些卫生活动和向这些活动付费机构和实体的种类。

3.03. 经合组织（OECD）在卫生核算系统（SHA）手册中已经提出了专门关注于卫生服务的口径(p.42)：一个国家的卫生活动包括机构或个人运用医学、辅助医学和护理学的知识技术，来实现下列目标的活动：

- › 促进健康，预防疾病
- › 治疗疾病，减少过早死亡
- › 对因患慢性疾病而需要护理的人提供关怀服务
- › 对因损伤，失能，和残障而需要护理的人提供关怀服务
- › 提供和管理公共卫生
- › 提供和管理卫生规划、健康保险和其他保健基金

3.04. 本指导手册认识到许多国家都可能希望将在卫生核算系统(SHA)手册中描述的费用口径扩展。在卫生核算系统(SHA)中，卫生费用被限定于以医疗技术为基础的活动。在本指南中，从非正规的或可能是非法的医疗服务提供者，甚至那些不具备行医资格的医疗服务提供者那里购买的商品或服务可以允许或适宜于包括在卫生核算内。从传统医疗服务提供者那里购买和接受的可能不使用西方医学或对症医疗技术的商品和服务也可以包括在卫生核算里。

3.05. 无论如何解释建立卫生核算口径的标准，都很难应用这个标准---或任何标准来一个一个的界定在经济系统中发生的大量交易活动。因此，卫生核算人员要以其他统计当局对交易活动的分类归纳的数据为依据或在一般情况下从事与健康相关活动的实体所归纳的数据为依据。主要的目的在于指明购买商品和服务的种类或购买者购买活动的意图。

3.06. 上面所确定口径(范围)所包括的活动有一个重要的特征，即对资源的利用。如果没有对资源的使用就没有交易活动，这样的活动也就不会被卫生核算所测算。例如，很显然决定戒烟与健康有关的。然而，只有当产生与戒烟有关的医疗产品和服务消费时，这些费用才进入卫生核算，而戒烟活动本身的费用并不是。再举一个例子，一个家庭成员照顾另一个家庭成员所消耗的商品和服务应包含在卫生费用内，但那种护理人员的无偿劳动，与用来测量经济活动总的产出相似的处理方法一样，不被计入卫生费用。

3.07. 还没有什么清晰的界限能够区分哪些活动包含在卫生核算口径而哪些活动不应包含在内(见表 3.1)。这种不明确性的原因就是，事实上所有的活动都以某种方式影响着健康，这点可以从卫生系统与社会服务系统界线不清上反映出来。例如，安装基本的公共供水和卫生设施系统对健康会产生影响，但以供水为原始目的的系统的构建却不在卫生核算的范畴内。但是为了减少疾病而进行改水处理却可以包括在卫生核算范畴之内。另一个常见的例子是在很多国家实施的食品和营养活动。这些规划包括将营养不良的儿童带到特别的设施内进行喂养的项目，进行营养健康教育和咨询以消除营养不良，学校午餐和午餐补助项目，对基

本食品项目的全面补助，等等。这些活动可能不是卫生部门提供的，而是其他部门如社会福利、农业和教育部门提供的。基本目标的标准有助于区分哪些服务是健康相关的费用，那些不应该包括在卫生口径内。如果项目的基本目标是健康促进，例如，为治疗急性营养不良康复的喂养项目应该包含在内。然而，当项目的基本目的是一般的收入补助，例如，对基本食品项目的一般食品补助，这样的规划不应被包含在国民卫生费用中。这样的项目可能会产生一些健康效益，可能很多国家将这些费用看作是卫生相关的费用而包括在卫生核算内，这样会降低卫生费用研究对政策的有用性，因此对这样的费用加以区分是重要的。

表 3.1 应该包括或不应包括在国家卫生费用中的活动

活动类型	可能与卫生有关的活动	可能与卫生无关的活动
供水和相关卫生活动	饮用水质量检测 ;以消除水源疾病为目的的水质保护建设活动	建设和维持巨大的城市供水系统，以保证城市居民用水
营养维持活动	进行营养辅导和实施喂养规划以降低儿童营养不良	以收入补助和保障为目的的普通学校午餐项目和食品价格补助
教育和培训	对医务人员和辅助医务人员的医学教育和在职培训	对医师或卫生工作者所进行的普通中学教育
研究	医学研究 ;以提高规划绩效为目的的卫生服务研究	生物学和化学方面的基础科学研究

3.08. 为区分这两类活动（包括还是不包括），卫生核算人员必须做出判断或依赖其他人对这些活动基本目的判断。一旦做出对是否将此类经济活动纳入国民卫生核算的判断，就需要对每一年都进行相同处理，因为今年包括此类经济活动而下一年不包括此类经济活动会破坏卫生核算的时间连续性，将很难通过卫生核算分析卫生费用的趋势。

3.09. 单纯依据活动参与者的特点来确定一类活动是否包括在卫生核算口径内是不可靠的。例如，医院可能提供社会咨询，或者卫生部门可能提供职业培训（而

不是职业治疗)。这样的活动有利于健康，但不是以健康作为根本目的的，因此不应该被包括在卫生核算内。

3.10. 当然在实践中，进行这种排除可能是困难的，也可能是很难实施的，例如有时“非卫生”的活动和“卫生”活动是混在一起的。卫生核算人员力求了解理论与实践的变化，但不应陷入不切实际的追求纯粹理论情况的泥潭。如果相同的错误分类在每年都发生了，那么由此产生的结果的趋势应该不会由于受到影响而扭曲，测算结果是可取的，这是对当前的卫生费用进行合理的准确的测量，而不要去追求那种永远都实现不了的“精确”测量。

3.11. 在某种意义上说，决定包括或排除一项活动是专断的。这也是所有分类方法的特点。卫生核算的目标是在做出这种决定时保持一致性并为这种决定进行详细地论证，从而下年的卫生核算和本年的卫生核算能够保持一致。

国民卫生核算的时间和空间口径

3.12. 除了根据活动类型确定的口径，国民卫生核算(NHA)还有空间和时间的口径。卫生核算覆盖全国的卫生费用，但这种测算不仅仅局限于在国家境内发生的活动。准确地说，它被定义为全国的公民或居民的卫生活动。即卫生核算包括那些暂时在国外的公民或居民的卫生服务费用，以及外国机构在我国所支付的卫生费用部分(双边援助机构)。卫生核算不包括外国公民的卫生费用-----这在技术上是卫生服务的“输出”。(在实际中很难做到。但在很多中低收入国家问题不大，因为在这些国家这个数目不大，即使卫生核算不包括“输出”服务也不会降低对卫生核算的精确性。)

3.13. 卫生核算的时间口径有两个要素。第一，选择一个特定的活动所发生的时期。通常是一个财政年度或一个公历年度。这种选择看起来不重要，但在实际中会产生一些问题。例如政府机构可能按财政年度报告费用情况，而私立部门按公历年度报告费用情况。这时卫生核算人员需要调整报告的数字，统一测算的时期。

13.14. 另一个要素是区分卫生活动和相应的支付活动发生的时间。在实际中需要进行权责发生制(accrual accounting)与收付实现制(cash accounting) 的选择。卫生核算应该使用权责发生制核算方法,费用记录在发生经济价值的时期内,而不是使用收付实现制方法,现金收支发生后才将费用记录。例如,如果住院日发生在上一个财政年度的最后一个月,但支付是在新财政年度的第二个月,那么这项业务应当记入上一个财政年度。卫生核算人员会在其数据来源中遇到各种核算做法,有的是权责发生制方法有的是收付实现制方法。他们的工作就是尽可能的将所有的数据转换为按照权责发生制进行核算。(注解4)

(注解4)也可以搞一套按收付实现制方法计算的卫生费用数据和财政部的数据比较

按功能对卫生费用分类

3.15. 由于卫生核算的口径是根据活动的特点定义的,那么就on应该根据活动各自的特点进行分类。这种分类法是在按卫生服务功能的 OECD 卫生核算国际分类(ICHA-HC)中建立的(见表3.2)。ICHA-HC 根据卫生服务提供者、与卫生服务活动相关的机构和参与者划分商品和服务的类型的。同时,它的重要作用不仅体现在确定哪种交易活动应该包括在卫生核算范畴内,还体现在它决定哪些交易活动应该归入哪类功能的卫生费用。

3.16. 在这种分类目录中,大量的细节是讨论代码的延伸。因此,“分配给门诊病人的医疗商品”(HC.5)包括“药品和其他卫生低值易耗品”(HC.5.1)和“医疗器械和其他耐用品”(HC.5.2);反过来,“药品和其他卫生易耗品”(HC.5.1)包括“处方药”(HC.5.1.1)、“非处方药”(HC.5.1.2)和“卫生低值易耗品”(HC.5.1.3)。

3.17. 在卫生核算人员执行 ICHA-HC 目录时有几点需要考虑。首先,核算方案是非常详细和具体的,很少国家能收集全所有类别的信息。因此,经常和实用的类别数只限于那些相关的和可行的类别。第二,尽管卫生核算在数字上只是保留两位小数,但我们建议在工作表中保留的越详细越好。(在后面我们将进一步说明

这一点)。

3.18. “预防和公共卫生服务”类(HC.16)对许多国家都有特别的意义,将这一分类目录进一步细分是很有用的。例如,在“传染病预防”(HC.6.3)和“非传染性疾病预防”(HC.6.4)类别下,国家级的核算小组可能希望在传染病预防类别下能够单列某些特定疾病,以便反映对这些疾病的预防所做出的努力程度,比如艾滋病和结核病。倘若国民卫生核算小组能得到信息来进一步细分至明细类别的话,为了达到上述目的,可以增加明细类别。本章的附录有斯里兰卡和马来西亚公共卫生活动分类目录的例子,和根据基本公共卫生功能分类的目录。

3.19. ICHA-HC 分类目录将直接包括在目前卫生服务的功能和与卫生基础设施相关的功能区分开来,每个卫生服务提供机构(HC.R.1)的固定资产构成通常是用于建立或改造医院的有形设施或其他的服务提供者的。对履行卫生相关功能的机构的固定资产投资,如建筑和科研培训机构的设备投资等应包括在 HC.R.2 to HC.R.5.。如果希望分别显示这些固定资产支出,那么可以通过作为高一级分类下的明细类别来显示。

3.20. 理论上 ICHA-HC 能够对卫生活动进行细分,但在实际中,许多活动你可以知道它们属于卫生核算的范畴但却无法根据功能清楚的界定。这种理论和现实的差距可以通过引入“未具体划分的类别”来解决,这种分类在表 3.2 中可以看到,如 HC.nsk and HC.R.nsk。

确定国民卫生费用的总额

3.21. 尽管政策制定者希望并且需要得到其国内资助的各种卫生服务的相当详细的信息,他们也同时希望和需要一个总数。费用总额可以反映卫生系统规模和增长的大致状况。它也提供了思考卫生费用详细分类的背景情况。因此,应该谨慎地确定费用总额的方法。

3.22. 在经合组织的卫生核算系统(SHA)手册中已经提出了三种卫生费用测算方

法来进行国际间比较：

- › 个人卫生总费用。这是 HC.1 到 HC.5 分类下所有费用的总和,包括特定个体(与集体卫生和公共卫生服务相区别)直接使用的商品和服务的费用。
- › 经常性卫生总费用(TCHE)。这种测算方法是测算 HC.1 到 HC.7 类别下费用的总和。因此包括上面所界定的个人费用加上集体卫生服务支出和卫生系统筹资机构的运作费用。
- › 卫生总费用 (THE)。这种总数包括 TCHE 加上卫生服务提供机构(HC.R.1)的资本形成。

3.23. 除了 TCHE 和 THE,卫生核算系统(SHA)手册鼓励各国测算与卫生相关的支出的其它因素(类别 HC.R.2 到 HC.R.7),并将这部分作为“备忘录”报告。

3.24. 国际经验表明,各国的政策制定者对什么是卫生总费用的认识是不同的。从国际政策目的出发,有些国家可能希望将除资本投资外的卫生相关活动也包括进来进行测算。诸如医学教育和与卫生相关的职业培训、医学科研和与健康相关的营养和环境规划这样的活动,应被看作是卫生系统的整体成分而包括在卫生总费用的国家测算中。

3.25. 与功能分类目录一样,本指南鼓励卫生核算人员做两件事。第一、他们应建立最能说明政策制定者的需要和关注的总数。这个总数可能是 TCHE 或 THE,或者也可以包括 ICHA-HC 分类中所有与卫生相关的功能或者包括这种分类在各国的差异,只要这种方法本身能够长时间地保持一致性、被界定清楚的,并能向卫生核算的使用者解释。这个总数可以称作国民卫生费用(NHE)或不论什么其它的能表明这种方法的意思的名称。第二,构建国民卫生费用框架的方式应该考虑使 TCHE 和 THE 可以进行国际间的比较。(在本指导手册的其他部分,“国民卫生费用”这个术语指的是所选择的费用总额)。

总结

3.26. 向其他所有模型一样，国民卫生核算(NHA)也是一个构造。这个构造必须要能满足国家决策者的政策需要并能够和其他国家进行比较。

3.27. 本章是这个框架的起点。卫生核算的总体口径是根据经济系统中活动的功能来设定的。这些活动以提高健康状况、改变健康相关行为或改善系统绩效或筹资为目的。按口径开展卫生核算的工作就落到了卫生核算的工作人员身上了，这项事业成功与否取决于对核算结果所做出的判断的质量。

3.28. 落到卫生核算人员身上的另外一个任务就是对卫生核算所要测算费用的活动如何衡量其价值的问题。有些情况下可以采用交易发生的市场价值来完成，另一些情况下，需要通过生产商品或服务的资源的价值来测算其“市场”价值。在上述两种情况的任何一种情况下，都需要注意采取与其他经济报告系统相同的方法来测算交易和活动的价值。

3.29. 国民卫生核算(NHA)的政策分析人员在寻找分析素材时，应该从决策者那里寻求他们关于如何从国家的分析高度和目的来观察和处理与卫生相关的费用。卫生核算应为决策者提供根据国家目的所需要或必需的信息。以 ICHA-HC 分类为基础严格的形成分类目录和对卫生费用的一种或两种总量计算方法的审慎选择将满足这种需要，同时还可提供用于向国际组织报告和国际比较的数字。

3.30. 第 4 章所讨论的是如何以有效的、实际的方式对卫生费用按照其他方法进行分类的问题。

附录：预防和公共卫生服务的分类目录

3.31. 国民卫生核算更需要为预防和公共卫生服务而对 ICHA-HC 分类目录进行修改。这些功能不仅往往是低、中收入国家卫生系统的重要部分；因而成为政策制定者所关注的焦点，而且根据不同国家的组织方式他们的功能也差别很大。

3.32. 在附录中我们给出三种预防和公共卫生的分类框架---两种来自实际的国家经验,一种是假设的方案。我们给出这三种框架的目的不是推荐其中的一种框架或认为 ICHA-HC 分类是没有用的。我们的目的是强调卫生核算人员应从国家目的的角度采用(或可能采用)国际分类目录。我们按照与 ICHA-HC 分类的差异程度由小到大的顺序说明这三个案例。

斯里兰卡

3.33. 斯里兰卡卫生总费用(SLNHA)的测算领导者召集了一个工作组来研究如何在 SLNHA 中运用 CHA-HC。工作组召集卫生部、政策研究所(IPS)、联合国儿童基金会和联合国人口基金的代表,以确保所选择的分类得到总体上的同意。表 3.3 (29-31 页)给出了 SLNHA 对预防性和公共卫生服务费用的功能定义。除了 F6.1 和 F6.3 附加的明细分类,其分类借鉴了 ICHA-HC 分类。在分类中可以很明显的看出 SLNH 分类和 ICHA-HC 分类的结合。

3.34. 作为决议的一部分,形成了分类的明确文件。例如,小组说明作为公共卫生活动一部分但却是与其它卫生提供者相关的免疫接种被包括在其他相关分类中,而没有在 F6 中列出。

马来西亚

3.35. 马来西亚国家卫生核算(MNHA)使用包括预防和公共卫生的“医疗服务核心功能”分类目录,如表 3.4. 所示。

3.36. 这个例子显示了关于 ICHA-HC 分类的两种不同类型的决定。第一,马来西亚决策者对疾病的公共教育活动比较重视,因此卫生核算人员将这些活动从疾病预防活动中单列出来,对它们进行各自的编码。第二、马来西亚把食品卫生和饮用水控制看成是公共卫生活动的基本部分;把它划入 ICHA-HC.R.4 类内的与健康相关活动,并在预防和公共卫生服务小计下给它一个编码。

3.37. 尽管马来西亚把按功能分类卫生活动适应了他们国家的特点,但是,马来

西亚卫生核算人员仍可以按标准 ICHA-HC 的分类以便进行国际比较和报告 ,在此基础上构建马来西亚国民卫生核算(MNHA)。

表 3.4 马来西亚国家卫生核算 (MNHA) : 作为医疗服务核心功能的预防和公共卫生服务分类

MNHA编码	MNHA描述	ICHA-HC编码
1.6	预防和公共卫生服务	HC.6 + HC.R.4
1.6.1	妇幼卫生服务、计划生育和咨询	HC.6.1
1.6.2	学校卫生服务	HC.6.2
1.6.2.1	体检	
1.6.2.2	齿科医疗	
1.6.3	传染性疾病的预防	HC.6.3 (部分)
1.6.3.1	艾滋病HIV/AIDS	
1.6.3.2	带菌带毒有机体传播疾病	
1.6.3.3	其它	
1.6.4	非传染性疾病的预防	HC.6.4 (部分)
1.6.5	健康教育	
1.6.5.1	传染性疾病预防	HC.6.3 (部分)
1.6.5.2	非传染性疾病预防	HC.6.4 (部分)
1.6.6	食品卫生和饮用水管理	HC.R.4
1.6.7	其他	HC.6.9

基本的公共卫生功能

3.38. 第三个公共卫生功能分类目录的例子是以基本公共卫生功能(EPHF) (3)的早期工作为基础的。这种特别的分类没有得到任何国际组织认可或被任何国家所采用，但它却有启迪作用且与经济合作与发展组织(OECD)的卫生核算系统 (SHA)手册附录 9.3 的 IHCA-HC 框架有所交叉。在 3.5 中我们经过一些改动后对其进行了重新复制。(见 32 和 33 页)。

3.39. 表 3.5 中的目录显示了如何对本指南第三章所提出的卫生核算的口径进行扩展。危险因素的控制(EPHF 5 部分)及对突发性和灾难性事件提供服务(EPHF 8 部分) 既没有在第三章的口径内, 又没有包括在 ICHA-HC 的所有类别中。从国家政策分析的立场上看, 将这些包括在卫生核算的口径内是完全可以接受的; 但为了国际间比较和向国际组织汇报, 应该对这种扩展加以详细地说明, 而且尽可能的采用允许对这两套活动分别报导的方式来收集数据和列表。

3.40. 案例也说明了分类目录和 ICHA-HC 的各种分类有所交叉。采用表 3.5 中显示的分类目录将使得卫生核算人员很难按 ICHA-HC 的类别报告自己国家的卫生费用。(同样, 这些卫生核算人员在任何情况下按照 ICHA-HC 分类法进行分类时, 都可能因为该国公共卫生的建制和报告方式而遇到很大的困难。)在这种情况下, 卫生核算的国际比较将被限制于那些在 HC.1 到 HC.5 类别下及 HC.6 和 HC.7 相结合类别。但这并不一定是卫生核算建设过程中致命的缺点, 因为国内的实用性比国际的可比性更重要。然而各国的卫生核算人员必须确保政策制定者能够意识到测算结果在比较上的局限性。

表 3.2 按卫生服务功能划分的卫生核算国际分类(ICHA-HC)

ICHA 编码	说明
HC.1	治疗服务
HC.1.1	住院治疗服务
HC.1.2	日间治疗服务病例
HC.1.3	门诊治疗服务
HC.1.3.	基本医疗和诊断服务
HC.1.3.2	门诊病人牙齿科保健
HC.1.3.3	所有其他专科医疗服务
HC.1.3.4	所有其他门诊治疗服务
HC.1.4	治疗性家庭保健服务
HC.2	康复保健服务
HC.2.1	住院病人康复保健服务
HC.2.2	日间治疗病人康复保健病例

HC.2.3	门诊康复保健
HC.2.4	康复型家庭保健服务
HC.3	长期护理保健服务
HC.3.1	住院病人长期护理服务
HC.3.2	日间长期护理保健病例
HC.3.3	长期护理服务：家庭保健
HC.4	辅助性医疗服务
HC.4.1	门诊实验室
HC.4.2	影像诊断
HC.4.3	病人运送和紧急救援
HC.4.9	所有其他各种辅助服务
HC.5	用于门诊病人的医疗商品
HC.5.1 ,	药品和其它医疗易耗品
HC.5.1.1	处方药
HC.5.1.2	非处方药
HC.5.1.3	其它医疗易耗品
HC.5.2	医疗器械和其它医疗耐用品
HC.5.2.1	眼镜和其他眼科用品
HC.5.2.2	整形外科设备和其他修复术器械
HC.5.2.3	助听器械
HC.5.2.4	医技用品，包括轮椅
HC.5.2.9	所有其他各种医疗商品
HC.6	预防和公共卫生服务
HC.6.1	妇幼卫生服务；计划生育和咨询
HC.6.2	学校卫生服务
HC.6.3	传染性疾病的预防
HC.6.4	非传染性疾病的预防
HC.6.5	职业卫生保健
HC.6.9	所有其他公共卫生服务

HC.7	卫生管理和健康保险
HC.7.1	一般的政府卫生管理
HC.7.1.1	一般的政府卫生管理（除社会保障之外）
HC.7.1.2 ,	社会保障基金的行政管理、运作和后勤保障
HC.7.2	卫生管理和健康保险：私人部分
HC.7.2.1	卫生管理和健康保险：社会保险
HC.7.2.2	卫生管理和健康保险：其他私人保险
<i>HC.nsk ,</i>	未标明类别的卫生保健费用
HC.R.1-5 ,	卫生相关的功能
HC.R.1	卫生服务提供机构的资本形成
HC.R.2	卫生人员的教育和培训
HC.R.3	医学科研和发展
HC.R.4	食品卫生和饮用水控制
HC.R.5	环境卫生
<i>HC.R.nsk ,</i>	未标明类别的卫生保健相关费用

注：斜体字是OECD 卫生核算系统指导手册1.0种目录的扩充。

表 3.3 斯里兰卡国家卫生核算(SLNHA):预防和公共卫生服务支出功能分类的定义

SLNHA 编 码	分类 标题	SLNHA分类说明	ICHA-HC 编码
F6	预防 和 公 共 卫 生 服 务	<p>这一分类包括以提高人群或特定细分人群健康状况为目标的服务的费用,与治疗功能障碍的个人医疗服务相区别。许多这些活动的支出是由卫生事业机构作为他们一般的活动以整体的形式提供的。尽管SLNHA已经提供了相关支出的细目分解,典型的例子是预防接种服务和活动,以及特定生殖健康规划,我们不在这里计算这些规划。</p> <p>注意对这些项目中的许多项目都可以归类以形成与其它分类相关的类别。尤其是,这些项目可以确定或定义为:</p>	HC.6

		<p>1. 专家所定义的安全孕产妇服务，由孕产妇保健组成。 (F6.1.1)</p> <p>2. 妇幼保健，也叫做家庭保健，由孕产妇保健、健康婴儿保健、婴幼儿保健和计划生育服务 (F6.1.1–F6.1.3)。</p> <p>3. 生殖健康服务包括孕产妇保健和计划生育服务 (F6.1.1, F6.1.3, F6.1.4)。</p> <p>4. 分娩服务被认为是属于个人治疗性服务(F1)。</p>	
F6.1	家庭卫生和生殖卫生服务	这一类包括服务的口径很宽，主要包括生殖健康、妇幼保健和家庭保健的成分。	HC.6.1
F6.1.1	孕产期保健	孕产妇保健服务包括所有以向母亲提供产前和产后服务为目的的服务，包括向营养不良的孕妇和哺乳期母亲提供营养补充，如微量元素、铁和维生素。(Thriposhaya)。	
F6.1.2	婴幼儿保健	本类包括旨在促进和提高婴儿和学龄前儿童健康和发展为目的的特定活动。它包括婴儿健康服务、成长监测和成长促进及饮食补充。	

表 3.3 斯里兰卡国家卫生核算(SLNHA):预防和公共卫生服务支出功能分类的定义 (续)

SLNHA 编 码	分 类 标 题	SLNHA分类说明	ICHA-HC 编 码
F6.1.3	计划生育 服务	包括以提供、宣传计划生育方法和咨询、和支持这些活动的健康教育	HC.6.4
F6.1.4	其他生殖 卫生服务	包括以促进男女双方进行健康的生殖活动为目的，而没有包括在上面分类中的生殖健康服务。这些服务包括生产、性行为、儿少卫生、生殖道感染和状况的治疗，包括生殖系统癌症、更年期疾病和为预防先天畸形的遗传建议服	

		务。以预防和治疗性传播疾病的规划归于本类。	
F6.2	学校卫生 服务	包括以促进和维持学校儿童健康为宗旨的特定项目和服务。这些服务一般由学校提供。	HC.6.2
F6.3	传染性疾 病预防及 管理	这一类别包括：特定传染性疾病的义务报告/通告和传染性疾病的流行病学调查；探索疾病可能传播途径的研究；肺结核和麻风病的管理和控制（包括高危人群的系统监测）； 免疫/疫苗接种规划（义务和自愿的）；妇幼保健的预防接种。这里不包括：职业健康接种；对旅游观光的传染性疾病人疫苗接种；和为维持食品安全和卫生环境的卫生服务	HC.6.3
F6.3.1	免疫	这里包括提供免疫/疫苗接种服务的特殊规划，包括作为日常妇幼健康保健而提供的免疫服务，女孩和妇女的风疹免疫。如果使用已有的其他服务设施提供免疫服务，诸如妇幼保健（MCH）服务，这里只计算边际成本。	
F6.3.2	性传播疾 病	包括控制、治疗和管理包括艾滋病在内的性传播疾病的特殊规划。	

表 3.3 斯里兰卡国家卫生核算(SLNHA):预防和公共卫生服务支出功能分类的定义 (续)

SLNHA 编 码	分 类 标 题	SLNHA分类说明	ICHA-HC 编 码
F6.3.9	其他未分类 规划	包括在前面没有明确分类的服务。这类包括健康教育、疾病预防和促进健康的生活环境和生活行为，等直接针对非传染性疾病和状况的公共卫生服务。它包括疾病监督控制中心，避免有害行为风险的项目和提高人群健康状况规划的卫生服务。	HC.6.4

F6.4	非传染性疾病的预防和管理	本类包括：反对吸烟、饮酒和药物滥用的干预活动，诸如反对戒烟活动；社区工作者活动；自助组织提供的活动，普通健康教育和公共的卫生信息；健康教育活动；和倡导更为健康的生活方式的的活动；和信息交流等与酗酒和吸毒相关的活动。不包括公共卫生环境监控和环境状况的公共信息。	
F6.5	职业卫生服务	职业卫生服务包括提供给个人或作为雇员和工人群体的卫生服务。这些服务种类很多，诸如从业前和从业后的职工健康监测（常规体检）和治疗服务（包括急诊服务）。我们没有区别雇用的部门，包括向家庭提供服务的政府和非营利性机构，但这不包括组成家庭实际最终消费而不是中间消费的卫生服务或商品的实物报酬。	HC.6.5
F6.9	所有其他未分类的公共卫生服务	本项包括大量各种其他公共卫生服务，诸如血站、器官库的运营和管理，和准备、发布公共健康信息等在其他地方没有归类的活动。它包括公共卫生环境监测和环境状况的公共通告。	HC.6.9

表 3.5 以公共卫生基本功能为基础的分类 (EPHF)

EPHF说明	ICHA-HC
1. 传染性和非传染性疾病的预防、监测和控制	
免疫	HC.6.3
疾病暴发控制	HC.6.3
疾病监测	功能交叉. (HC.6. 和HC.7.)
损伤的预防	HC.6.4 (和 功能交叉.)
2. 健康状况监测	
监测发病率和死亡率	功能交叉. (HC.6. 和 HC.7.) 功能交叉.
健康促进、预防和服务规划的效果评价	(HC.6. 和 HC.7.)

公共卫生职能的效果评估	HC.6. 和HC.7.
评估人群的健康需要和风险以确定哪些人群亚组需要服务	(HC.6. and HC.7.)
3. 健康促进	
促进提高健康的社区参与活动	HC.6.9 and HC.7.
提供有关健康和生活技能的信息和教育	功能交叉. (HC.6. and HC.7.)
4. 职业健康	(HC.6.5)
设立职业健康和安全生产标准	HC.7
5. 保护环境	
生产、保护和获得安全的水资源	(HC.R.4)
食品质量和安全控制	HC.R.4
提供足够的排水设施、污水和固体废弃物处理服务	HC.R.4
有害物质和垃圾管理	
提供充足的带菌媒介控制措施	none
保护水和土地资源	HC.6.3
确保发展政策、计划、规划和方案中包括环境卫生方面的内容	(HC.R.5)
防止和控制大气污染	
确保充足的环境卫生预防和促进服务	战略方面
确保对环境有害因素进行足够的检查、监测和控制	(HC.R.5)
辐射控制	战略方面 战略方面
	HC.R.5
6. 公共卫生立法和规制	.
评价、阐述和颁布卫生法规、规章和管理程序	HC.6.
保证足够的立法来保护环境卫生	功能交叉. (HC.1. - HC.4.)
卫生检查和颁发许可证	HC.6

表 3.5 以公共卫生基本功能为基础的分类 (EPHF) (续)

EPHF说明	ICHA-HC
7. 公共卫生管理	
确保卫生政策、计划和管理	HC.6.1 (交叉部分)
在阐述和实施公共卫生政策时采用科学的证据	
公共卫生和公共系统研究	HC.R.3
国际卫生合作、协作	HC.6.1 (和交叉部分)
8. 特殊公共卫生服务	
学校公共卫生服务	HC.6.2
突发灾难性事件卫生服务	None
公共卫生实验室服务	HC.6.3
9. 脆弱和高危人群的个人服务	功能交叉
孕产妇服务和计划生育	HC.6.1
婴幼儿服务	HC.6.1

注：cross-funt.:功能交叉

来源：引自 OECD 《卫生核算系统》附件 9.3。

第四章 卫生系统机构分类

4.01. 在上一章，我们介绍了 OECD 卫生费用核算国际分类中的按功能分类（ICHA-HC），作为把卫生费用核算活动和事务按其性质分类的一种方法。本章，将介绍卫生费用核算国际分类（和其它来源）中卫生系统各种参与者（actors）的分类方法——筹资机构、卫生服务供方机构、筹资来源和受益者——以及用于生产所提供的卫生物品和服务的资源。

4.02. 正如 1.19 小节中所说，任何分类方法的类别都需要既没重复也没遗漏。不能重复指每一交易（或其它分析单位）不能被划分到两个或两个以上的分类项目中。不能遗漏指每一交易都能够被划分到某一类中。两者合在一起就指每一宗交易都被准确的分到某一类中。分类方法的这两个特点对卫生费用核算的成功与否是至关重要的。有遗漏的分类方法会导致卫生费用核算在覆盖面上存在缺口。而不相互排斥的分类方法则可能由于重复计算导致卫生费用的核算夸大卫生支出。尽管在计划中没有遗漏相当容易办到，但不违反不重复的要求却是非常精细微妙的。比较具有代表性的是，如果某个分类涉及卫生费用的两个或两个以上属性，例如提供者类型和功能类型，就容易违反不重复分类的要求。或者如果分析单位包括卫生费用属性的多重价值，例如医疗中的诊断费用，也容易违反不重复的要求。卫生费用核算人员必须尽力确保其分类方法（或决定准则）既体现不重复要求又体现无遗漏要求。

筹资机构分类

4.03. 筹资机构的分类方法使核算人员能够对购买卫生保健服务的代理机构进行分类。筹资机构包括从各种渠道筹集卫生资源的机构，以及直接购买卫生保健的单位（例如家庭和公司）。使用经济合作与发展组织(OECD)卫生核算系统指导手册(SHA)的核算人员请注意，这一部分里参与者被称为“筹资来源”。“筹资机构”一词在

本指南中被用来强调这些单位作为卫生资金筹集者和分配者的作用；“筹资来源”（下面将予以说明）指为筹资机构提供被筹集和分配的资金单位。

4.04. 尽管本指南所提倡的分类方法是以 ICHA-HF (见表 4.1) 为基础的, 尽管同时也有所扩充。与 ICHA 中的功能分类法一样, 国民卫生核算(NHA)可能按 ICHA-HF 的两位数标题列出与政策相关的筹资机构明细分类。例如, 在中央政府 (HF.1.1.1) 一类中, 各国可能会为卫生部、教育部、其它部门等增加一些明细分类(见第九章)。同样, 如果存在多种社会保障基金, 则比较恰当的做法是在 HF1.2 下为不同类型的主要资金增加明细分类项目。例如, 墨西哥的卫生费用核算, 由于政府对分别追踪研究各种卫生费用比较感兴趣, 因此该国列出了健康保险的每一个主要项目作为单独的明细分类项。

表 4.1 OECD 卫生费用核算筹资机构的国际分类

ICHA-HF 编码	说明
HF.1	政府
HF.1.1	领土政府
HF.1.1.1	中央政府
HF.1.1.2	州/省政府
HF.1.1.3	地方/市政府
HF.1.2.	社会保障基金
HF.2	私立部门
HF.2.1	私人社会保险
HF.2.2	其它私人保险
HF.2.3	家庭现金支付
HF.2.4	为家庭提供服务的非营利 机构 (除社会保险外)
HF.2.5	私营企业和公司(健康保险 除外)
HF.3	其它

4.05. 对家庭现金卫生支出 (HF.2.3) 进行同样处理也是比较恰当的。中低收入国

家的经验表明家庭卫生支出通常占估算的卫生总费用的一半以上。分析人员如果想把家庭卫生支出进一步分解，以便区分用于以下方面的费用：政府卫生机构费用、医疗保险共付费用及扣除费用、治疗服务费、药品费用以及其他投入。这可以通过三位数的明细分类项目实现。⁵

4.06. 卫生费用核算（以及其它形式的社会核算）中，保险计划可分为三类。社会保障制度（HF.1.2）是法律法规要求实施的⁶（4）。社会保险制度（HF.2.1）仅对有限的人群开放；具有代表性的是，参加社会保险的人必须是公司的职员（或退休人员）或贸易团体或协会的成员，或者这些人的家庭成员。其它私人健康保险（HF.2.2），即通常所谓的可自愿参加的医疗保险，任何社会成员都可以加入（尽管通常存在参保的医疗条件）。

4.07. ICHA-HF 方法在筹资机构分类上遵循国民经济核算系统（SNA）。在国民经济核算系统（SNA）和卫生核算系统（SHA）中，把类似私立公司活动的政府行为归入私立活动一类。因此，把政府职员医疗保险计划算为私人社会保险，并且如果准国有企业有较大的自主决策权，则他们也被算为私立公司。

4.08. 然而，这可能不总是简述国家政策的方式。与卫生有关的政府保险资金或准国有企业的活动可视为政府的重要政策工具，并且这些决策者希望把它们包括进其它的政府卫生支出中。

⁵ 从技术上来说，这一处理方式把筹资机构和提供机构类型结合起来，但是在HF. 2.3 中这是一种可以接受的拆分，因为这些分类既具有不重复性又具有不遗漏性。

⁶ SNA93（联合国统计署、国际货币基金组织、世界银行、欧盟和经合组织1993）对社会保障制度进行了说明：“4.111. 社会保障基金是一种特殊类型的事业单位，存在于各级政府——中央、省和地方。在对社会保障基金进行定义之前，有必要从总体上对社会保险进行简要说明。社会保险计划试图向社会成员，或者向企业职工及其家属等，提供社会福利，不足资金主要通过社会捐助来获得。社会保障是由政府强制实施和控制，覆盖整个社会或大多数社会部门的社会保险。他们通常包括职工或单位或者两者的强制性交纳的费用，并且受益人的受益条件由政府决定。社会保障计划包括各种保障方案，以现金或实物形式为以下方面提供保障：老人、伤残或死亡、生存、疾病、孕产妇、工伤、失业、家庭补助、健康保健等。通常个人支付的费用和其所面临的风险之间没有直接联系。社会保障必须区别于养老保险或其它社会保险，因为它们是由单位和其职工相互协议决定的，保险利益和其交纳的保费相联系。

“4.112. 因为社会保障基金在组织上是独立的，因此社会保障基金可能和别的政府部门行为不同，拥有自己的资产和债务。因为它们有自主权，所以它们是独立的事业单位，它们拥有自己的资产和债务，并且从事自己账户的财务交易。然而，关于社会保障的机构安排因国而异，有些国家它们可能和政府的其它财务紧密结合在一起，以至于引发了对它们是否应该作为一个独立的明细部门的争议。在社会保障支出和受益中可能是有意使筹集、支出的金额不同以实现政府与向社会成员提供社会福利的社会保障之间没有直接联系的政策目标。例如，为了影响总体经济需求，社会保障费用可能被提高或降低。不过，只要它们仍然是独立的资金，它们必须被作为独立的机构对待。请参见11.4小节，和下面的经济合作与发展组织(OECD)卫生核算指导手册（SHA）。

⁷ 准国有公司指那些政府控制的按私立部门公司方式经营的公司。在国民经济核算系统(SNA93)中它们被称为“准公司”。（见国民经济核算系统SNA93中4.106-4.110节）。

此外，国有铁路、石油公司，以及航空公司有时会发生亏本（包括其卫生保健成本），这可以通过政府预算采取费用支出的方式表现出来。

4.09. 为了强调对国家卫生核算筹资机构重组的潜在需要,而又不脱离 SHA/SNA 对政府职员保险和半国营企业行为的分类惯例,本指南在 ICHA-HF 中引入了关于公共部门(HF.A)和非公共部门(HF.B)的概念(见表4.2)。这只是一个建议;如果 SHA/SNA 对上述政府活动的处理不是政策问题,那么就没有必要采用这种调整。如果是政策问题,那么就按以下步骤进行。第一,把政府职员医疗保险作为 HF.2.1.1 子分类,私立部门职员保险作为 HF.2.1.2 子分类。第二,把半国营企业作为 HF2.5.1 子分类,私营企业作为 HF.2.5.2 子分类。第三,把政府总支出(HF.1)和 HF.2.1.1 与 HF.2.5.1 结合得到公共部门支出,从私立部门中减去 HF2.1.1 和 HF2.5.1 得到非公共部门支出。按照这些步骤,能够使决策者了解全部的政府行为;同时,也能够使那些对卫生核算与本国国民收入账户和其它国家结果相比较感兴趣的人,了解 SHA/SNA 结构中的数据。假如能够获得单独的政府职员保险和半国营企业的数据记录,该操作还是比较简单的。

表 4.2 根据 OECD 卫生筹资机构国际分类设计的筹资机构分类

编码	说明
<i>HF.A</i>	<i>公共部门</i>
HF.1.1	领土政府
HF.1.1.1	中央政府
HF.1.1.2	州/省政府
HF.1.1.3	地方/市政府
HF.1.2.	社会保障基金组织
<i>HF.2.1.1</i>	<i>政府职员保险</i>
<i>HF.2.5.1</i>	<i>半国营企业</i>
<i>HF.B</i>	<i>非公共部门</i>
<i>HF.2.1.2</i>	<i>私立单位保险</i>
HF.2.2	私人保险企业(除社会保险外)
	家庭现金支付
HF.2.3	为家庭提供服务的非营利机构
HF.2.4	(社会保险除外)
	<i>私立非半国营企业和公司(社</i>

<i>HF.2.5.2</i>	会保险除外)
HF.3	其它

注：表中斜体字为SHA1.0版本指导手册中

ICHA-FC的延伸部分。

卫生保健供方分类

4.10. 本指南建议，应使用延伸的经济合作与发展组织(OECD)的 ICHA-HP 分类，来描述从事卫生产品、服务或与卫生核算口径相一致的活动的实体。延伸的经济合作与发展组织(OECD)的 ICHA-HP 分类见表 4.3。

表 4.3 根据 OECD 卫生核算的国际分类标准制定的供方分类方法 (ICHA-HP)

编码	说明
HP.1	医院
HP.1.1	综合医院
HP.1.2	精神病院和戒毒所
HP.1.3	专科医院 (除精神病院和戒毒所外)
<i>HP.1.4</i>	<i>非对抗治疗系统医院 (例如中医院、印度草医院等)</i>
HP.2	护理与居民保健机构
HP.2.1	护理机构
HP.2.2	居民精神迟滞、精神卫生保健及戒毒机构
HP.2.3	老年社区保健机构
HP.2.9	其它居民保健机构
HP.3	门诊部所
HP.3.1	医生诊所
HP.3.2	牙科诊所
HP.3.3	其它卫生从业人员
HP.3.4	门诊保健中心
HP.3.4.1	计划生育中心

HP.3.4.2	门诊精神卫生保健与戒毒治疗中心
HP.3.4.3	独立外科门诊中心
HP.3.4.4	透析中心
HP.3.4.5	其它多科室门诊合作服务中心
HP.3.4.9	其它社区门诊和一体化保健中心
HP.3.5	医学诊断实验室
HP.3.6	家庭卫生保健服务供方机构
HP.3.9	其它门诊卫生保健供方机构
HP.3.9.1	急救服务
HP.3.9.2	血液和器官库
HP.3.9.3	替代医学和传统医学从业人员
HP.3.9.9	其它门诊保健服务
HP.4	医疗商品的零售和其它供方机构
HP.4.1	药剂师
HP.4.2	光学眼镜和其它视觉产品的零售及其它供给者
HP.4.3	助听产品的零售及其他供给者
HP.4.4	医疗器械的零售及其他供给者(光学眼镜和助听产品除外)
HP.4.9	药品和医疗商品的其他销售者及提供者
HP.5	公共卫生的提供与管理
HP.6	卫生行政管理和保险
HP.6.1	政府卫生行政管理
HP.6.2	社会保障基金
HP.6.3	其它社会保险
HP.6.4	其它(私人)保险
HP.6.9	其它卫生行政管理机构
HP.7	其它产业
HP.7.1	职业卫生保健服务供方机构
HP.7.2	提供家庭式保健的私人家庭
HP.7.3	生产卫生保健间接产品的其他产业

<i>HP.8</i>	<i>提供卫生相关服务的机构</i>
<i>HP.8.1</i>	<i>研究机构</i>
<i>HP.8.2</i>	<i>教育和培训机构</i>
<i>HP.8.3</i>	<i>提供卫生相关服务的其它机构</i>
HP.9	其它
<i>HP.nsk</i>	<i>类型不明的供方机构</i>

注：斜体字表示为SHA1.0版本手册中ICHA-HP的延伸或补充部分。

4.11. 所提供的服务和提供这些服务的实体的区别非常重要,有时也是一些混乱的根源。卫生保健服务通常可以在各种条件下提供。例如,普通传染病急性发作的门诊治疗(例如疟疾),可能发生在以医疗辅助人员为主的社区诊所,也可能发生在区级卫生中心,私人开业诊所,医院门诊部。在这种情况下,服务的类型并不与某一特定的卫生供方机构类型一致。利用HC(见表3.2)和HP(见表4.3)分类制定国民卫生核算(NHA)表格为卫生费用信息添加了丰富的内容。

4.12. 按所有权类型在ICHA-HP内把供方机构进一步分类,可能对与公共和私人卫生保健筹资相关的政策目标有较大用处。例如,决策者可能对地区医院是否会代替卫生部部属医院作为保健医院比较感兴趣,或者他们可能对私立部门医生数量相对于公共部门的增长感兴趣。卫生核算人员可以通过区分各种利益群体供方机构的所有权明细分类,为该争论提供信息。例如,综合医院的分类(HP.1.1)可以按表4.4再分为明细分类。根据政策需要,类似的明细分类可以应用到其它供方机构。

表 4.4 综合医院 (HP.1.1) 可能的明细分类范例

编码	说明
HP.1.1	综合医院
HP.1.1.1	政府所有综合医院
HP.1.1.1.1	中央政府所有综合医院
HP.1.1.1.2	地方政府所有综合医院
HP.1.1.2	社会保险所有综合医院

HP.1.1.3	私有营利性医院
HP.1.1.4	私有非营利医院

4.13. 并非所有的 ICHA-HP 分类在各国的国民卫生核算(NHA)中都适用，可能有些分类需要更详细的信息。例如，有的国家可能没有什么护理和居民保健机构（HP.2）或者这些机构与医院整合在了一起。相比之下，社区门诊中心和其它一体化保健中心（HP.3.4.9）在门诊服务上可能存在较大的差异，因此对详细的评价比较感兴趣，例如那些非营利组织、政府、和其它组织。在这种情况下，卫生核算人员可以对其进行分类，把认为与国家政策无关的分类结合起来，略去那些本国没有的供方机构分类（尽管在表格的解释材料中指出缺少该分类比较有益），或者为现有的 HP 分类添加附加的子分类。如果这样做，为了进行国际比较，必须小心谨慎，以保持 ICHA 分类的编码和先后顺序，或者在国家分类方法和 ICHA-HP 中搭建一条通道。

4.14. ICHA-HP 必须进行扩展或延伸，使卫生核算包括传统医学（见 3.04 小节）。建议扩展内容见表 4.3 中的斜体部分。此外，如果在某一国家没有这一类供方机构分类，或者如果已经决定把该类服务的供方机构除外，那么就不需要这一新的分类。如果该类供方机构存在，并打算对其进行计算，但是它们的数据不是独立的，则把它们放在“其它”类 HP.x.9 中是完全可接受的（例如 HP.1.9 或 HP.3.9）。

4.15. 对采用非对抗疗法的医院，增加一个分类（HP.1.4）。有一些国家，尤其是在南亚和东亚，非对抗疗法是非常重要的供方机构分类项目。该分类项目被引进来以获得像印度草医或中国中医医院一类的费用，它们不是常规的采用对抗疗法医院的一部分。

4.16. 提供门诊保健的替代或传统医学供方机构分类（HP.3.9.3）也被添加进 ICHA-HP 中。如上所述，此举旨在获得采用非对抗疗法的其它供方机构费用。

4.17. 所有其它门诊保健服务供方机构的分类（HP.3.9.9）应包括许多低收入国

家各种非正式和没有完全资格的卫生保健供方机构,而不管这些服务是否得到法律的认可。

4.18. 新的1位数分类已经被增加到 ICHA-HP 中以记录没有提供卫生保健服务但从事与卫生相关活动的机构。提供卫生相关服务的机构(HP.8)包括研究中心、学术机构、以及其它类似机构。如果国家卫生费用定义口径比卫生核算体系(SHA)定义口径大(见 3.22 小节)就要用到该分类。

4.19. 按照对 ICHA-HP 的处理方法,为那些从事卫生核算口径内活动但又不能被分配到 HP 中的任何其它分类的机构增加一个分类(HP.nsk)。这样的机构应该很少,因为如果没有别的方法,它们多数可以通过名称来确定分类。

筹资来源分类

表 4.5 建议筹资来源(FS)分类

编码	说明
FS.1	公共支出
FS.1.1	领土政府支出
FS.1.1.1	中央政府费用
FS.1.1.2	地区及市政府费用
FS.1.2	其他公共支出
FS.1.2.1	公共资产收益
FS.1.2.2	其它
FS.2	私人支出
FS.2.1	单位支出
FS.2.2	家庭支出
FS.2.3	为个人提供服务的非赢利机构
FS.2.4	其它私人支出
FS.2.4.1	私人资产收益

FS.2.4.2	其它
FS.3	其它

4.20. 有一些国家，如果卫生筹资系统筹资途径不同，或者作为对新的筹资策略反应而使筹资急剧变化，就可能对筹资来源分析特别感兴趣。尽管指出了卫生费用筹资来源分析的重要性，但卫生核算体系(SHA)指导手册在 ICHA 中没有包括正式的筹资来源分类。本指南推荐一种分类方法，如表 4.5 所示，对购买卫生保健和相关服务的资金来源进行分类。该分类与现行的 ICHA 分类和国民经济核算的筹资来源分析相一致。其设计是为了反映卫生系统中一些重要的政策利益。本分类方法的详细分类见附录 B。

4.21. 本分类方法尝试区别在经济理论上可能引起不同行为的各种资金。研究发现卫生保健消费者对同样金额的现金支付和医疗保险保费支出表现行为并不相同。对现金支付的反应和对由单位支付的同样金额的反应也不相同，与对征收同样金额的所得税反应也不相同。

4.22. 在此方法中，FS.1 包括了所有的公共资金。它又被进一步分解为：FS.1.1 包括作为区域政府的一般收入而产生的所有的资金。包括那些专门用于卫生保健但却是以附加值、收入、或财产税而征集来的税收。比如：在一些国家里，政府规划是部分地由专门为此目的而发行的彩卷来赞助的。在这种情况下，彩卷应该包括在 FS.1.1 里。由信用资金或其它的由政府所拥有的卫生机构的财产的收益而产生的资金归入 FS.1.2. 类里。

4.23. 政府不采取税收形式征收的用于社会保障的工资税没有被算入 FS.1.1 类中。这些费用应该根据交纳费用的来源分别列表给出。职工交纳的社会保障和社会保险费用被归类到家庭支出（FS.2.2）中。

4.24. FS.2 类中包括全部私人资金。除了公共和私人社会保险项目外，雇主资金（FS.2.1）还包括直接由雇主单位自己为卫生保健活动提供的资金支持，像自我保险或自己经营的卫生设施。同样，家庭资金（FS.2.2）包括缴纳社会保障费

用和缴纳私人保险费用的那部分资金,以及直接支付给供方的共付性的保险费用或支付那些保险计划不承担理赔责任的服务费用。本类包括支付给供方的“灰色市场”费用。(如果可能)还应包括服务的市场交换价值,例如:传统行医者行医的市场价值,如果测算这些费用,必须把它们包括进筹资来源和筹资机构里。FS.2.3 类为报告年份的国家非营利机构卫生费用。其它私人费用的最主要来源(FS.2.4)为私人资本市场融资,其费用数据由私立卫生机构的资本股息和债务利息支出组成。还包括供方或保险公司用来支付本期费用的贷款的净流量。

4.25. FS.3 类是本期来自国外的资金所使用的科目。国外资源,例如双边和多边的国际援助以及国外机构或个人捐助的资金,但这个科目里只包括这些资金中当前一段时期所发生的费用。但是,身在国外的家庭成员的汇款则被归入 FS.2.2 类。多年使用的外部资源应按这种方法记录,例如,如果资金使用期限为三年,每年使用的资金份额相同,那么在各年的卫生费用核算中都应包括三分之一的费用。

4.26. 表 4.5 所示分类方案,可以通过增加明细分类进行扩展,来适应特定政策利益收入来源(例如 4.22 中提到的彩票)。无论何时,建立明细分类时,要切记明细分类必须既没重复又无遗漏:发生的费用必须放在适当的——并且是唯一的明细分类上。

受益人群分类方法

4.27. 有许多方法可以了解谁利用了卫生核算(SHA 指导手册中表 3.2)中的商品、服务、以及活动或从中受益。人口特征的具体分类主要取决于决策者的政策利益,并且各个国家应具体情况具体对待。然而,就像卫生系统本身那样,各国之间政策利益的人口特征往往是类似的。本指南对一些分类的共性特征进行讨论,包括人口统计学、地理学、社会经济状况和健康状况。

4.28. 在许多情况下,有关人口特征的分类方法往往不止一种。例如,年龄分组可以按不同的分割点或人口分组数进行。卫生费用问题可以利用国际疾病分类

(ICD)、WHO 疾病负担分类(5)、或其它分类方法进行疾病分类的明细区分。其它情况(主要是地理分组),则没有国际标准可以指导卫生核算人员。

4.29. 这里对分布和分析范围的分类方法仅仅是一个建议。国家政策需要和数据的可得性将决定最终采取什么分类方法。卫生核算人员的主要责任是确保分类方法是与政策相关的,以及各种分类之间既不重复又无遗漏。然而,如果各国使用它国和国际组织已经使用的分类方法,那么该分类方法的国际可比性和政策利益将得到增强。

按人口统计学特征进行的人口分类

4.30. 在绘制人口统计表时,许多国家使用相似的年龄/性别分类。有时这些分类比较粗,例如仅分为65岁以上年龄组和65岁以下年龄组。而另一些分类则又太细,细到以每年或每5岁为年龄分组。

4.31. 表4.6给出了总体目标分类。该分类不是说明性的,而是指导性的给出能有卫生政策意义的人口分组。

表 4.6 年龄/性别分类举例

年龄	性别
婴儿(0-12个月)	男女性
	男性
	女性
幼儿(1-4岁)	男女性
	男性
	女性
学龄期儿童(5-14岁)	男女性
	男性
	女性
生育期成人(15-44岁)	男女性

	男性
	女性
成人 (45-64 岁)	男女性
	男性
	女性
成人 (65-74 岁)	男女性
	男性
	女性
老年人 (75-84 岁)	男女性
	男性
	女性
高龄人 (85岁以上)	男女性
	男性
	女性

按社会经济特征进行人口分类

4.32. 与按年龄分组一样,出于政策利益的严格的社会经济分组在各国都是不相同的(并且通常即使在一个国家从一个政策问题到另一个政策问题,其分组也是不同的)。家庭经济状况是使用最广泛的,分类通常是基于家庭的收入或家庭消费性支出之上(更多的是使用后者,因为收入难于测算)。在许多情况下,卫生核算人员对分类的选择是由国家统计机构的标准和习惯以及其能够获得的调查数据决定的。第 14 章所展示的一个普遍性的做法是利用费用数量分组,即按家庭的收入分布把人口等分。另一个做法是把人口分为生活在贫困线以下的人口和生活在贫困线以上的人口。

4.33. 收入/支出分组可能不是决策者感兴趣的唯一社会经济分布。其它情况包括种族或宗教同盟,职业或就业,教育、以及城市/农村等。

按健康或疾病状况对人口进行分类

4.34. 按健康状况或疾病状况对卫生费用细分，或者，用与其相关的方法，按所关注的特别的健康或疾病状况的活动来细分卫生费用，可能对分析卫生资源在特定卫生条件下的分配非常有用。为了对从卫生费用中受益的人口分类，许多国家已经成功地使用 ICD，按病种分组或者按病例分类，或者按卫生问题/干预人群分类，例如生殖健康或者 HIV/AIDS 的保健与预防。把费用和特定 ICD 分类联系起来，或者甚至把费用和这些分类组别联系起来（正如疾病负担框架所示），有可能成为有益的追踪研究资源分配的方法。与健康状况变化的进一步联系可能有助于形成一种强大的监控和评价方法。

4.35. 制定描述卫生系统分类方法的时候必须小心谨慎。通常，一种方法必须包含既不相重复又无遗漏的分类。然而，在疾病或治疗的情况下，人们可能被分到多个类别中，这样就违反了不相重复的要求。这一问题可以有許多解决方法。其中一种解决方法是改变分析单位，使之从人数改变为人次，这时就可以很容易地使其符合既不相重复又无遗漏的要求。如果可以获得卫生系统中每笔交易的详细信息，这种方法非常有用。第二种方法是只利用分类方法解释部分卫生系统（例如生殖健康）。因为部分分类可能发生重叠，其和可能超过全国卫生总费用，并且实际测算全国卫生费用时，该方法并不适用。但是如果决策者对卫生系统在所关注的特定领域运行情况比较感兴趣时，该方法对展示结果非常有用。

4.36. 世界卫生组织(WHO)全球疾病负担(GBD)分类可能是按照健康状况对国民卫生费用进行分类的比较适合的方法。该方法是以 ICD-10 为基础的，而且 ICD-10 在各国之间已经被标化，且被广泛用于流行病分析。用单一的测算方法，国际上使用 GBD 来获得国家的基本描述性数据。表 4.7 中的分类可以根据需要和按可得到的数据详细程度的允许进行扩展或压缩；它们通常被精简，集中在与决策相关的数量大、成本高的干预或诊断群体，例如肾衰，结核病、疟疾、HIV/AIDS、糖尿病、营养不良，以及高血压。

表 4.7 WHO 全球疾病负担 (GBD) 分类

编码	说明
GBD.1	传染病、孕产妇疾病、围产期疾病和营养不良
GBD.1.1	传染病与寄生虫病
GBD.1.1.1	结核病
GBD.1.1.2	性病
GBD.1.1.3	HIV
GBD.1.1.4	腹泻
GBD.1.1.5	儿童病
GBD.1.1.6	脑膜炎
GBD.1.1.7	肝炎
GBD.1.1.8	疟疾
GBD.1.1.9	热带病
GBD.1.1.10	麻风病
GBD.1.1.11	登革热
GBD.1.1.12	日本脑炎
GBD.1.1.13	沙眼
GBD.1.1.14	肠线虫感染
GBD.1.1.15	呼吸道感染
GBD.1.1.16	孕产妇疾病
GBD.1.1.17	围产期疾病
GBD.1.1.18	营养不良
GBD.1.1.19	其它传染病、孕产妇疾病、围产期疾病及营养不良
GBD.2	非传染性疾病
GBD.2.1	恶性肿瘤
GBD.2.2	其它肿瘤
GBD.2.3	糖尿病
GBD.2.4	内分泌与营养失调
GBD.2.5	精神失调
GBD.2.6	感觉器官失调

GBD.2.7	心血管疾病
GBD.2.8	呼吸道疾病
GBD.2.9	消化道疾病
GBD.2.10	泌尿与生殖系统疾病
GBD.2.11	皮肤病
GBD.2.12	肌肉骨骼疾病
GBD.2.13	先天畸形
GBD.2.14	口腔疾病
GBD.2.15	其它非传染性疾病
GBD.3	伤害
GBD.3.1	意外伤害
GBD.3.1.1	道路交通事故
GBD.3.2	蓄意伤害
GBD.3.2.1	自我伤害
GBD.3.2.2	凶杀与暴力
GBD.3.2.3	战争
GBD.3.3	其它伤害

对用于生产卫生保健商品和服务的资源进行分类

4.37. 上述分类是侧重了卫生系统的产出,观察用来生产这些商品和服务的资源的情况也有非常有益的。资源支出分析可以产生很多政策利用,包括对人力资源的支付政策、投资政策、药品支出政策、以及其它主要投入的政策形成。此外,在许多国家,该类型的信息是卫生核算人员工作开始时可以获得的第一位的——有时甚至是唯一的明细划分的支出数据。

4.38. 有一些国家,不管利用什么分类,都已经准备好了资源成本类的特别明细的分类,但是应尽可能使用定义明确容易接受的分类方案。国际货币基金组织(IMF)政府财政统计手册包含费用的经济分类,国民经济核算系统使用同样的

明细分类项目。这些相似的分类已经被政府用作描述像卫生部或社会保障基金组织等单位的公共支出的标准框架。税收报告，审计报告，和特殊分析常常使用具有可比性的明细分类。即使在卫生核算处于初期发展阶段的国家，其趋势也是发展与 IMF 标准相一致的分类。因此本指南推荐一种比较容易和 IMF 框架相联系的分。该分类见表 4.8，如结合其它分类方法，可以进行分解或扩展来满足政策需要和数据要求。

表 4.8 资源成本 (RC) 或经济分类

编码	描述
RC.1	经常性支出
RC.1.1	职工和业主的补偿费用
RC.1.1.1	工资
RC.1.1.2	社会捐助
RC.1.1.3	非工资性劳动收入
RC.1.2	供给品和服务
RC.1.2.1	物品供应
RC.1.2.1.1	药品
RC.1.2.1.2	其它供应品
RC.1.2.2	服务
RC.1.3	固定资本消费
RC.1.4	利息
RC.1.5	供方机构补助 ^a
RC.1.6	家庭转移支付 ^a
RC.1.9	其它经常性费用
RC.2	资本性支出
RC.2.1	建筑
RC.2.2	移动设备
RC.2.2.1	交通工具
RC.2.2.2	其它
RC.2.3	向提供者转移的资本 ^a

a 如果按供方机构资源费用分类，该项并不适用。

4.39. 利用资源成本法测算国家卫生费用时必须小心，防止重复计算。一个单位的费用可能是另一个单位的收入，这些跨部门的流动资金必须进行处理，以获得只在最后阶段用于卫生部门的资源。

分类思想总结

4.40. 对卫生系统参与者及卫生活动进行分类的结果，很可能第2章中所描述的系统初期框架将会得到进一步发展。这是卫生核算活动的自然结果，并且确实是一个有益的结果，因为它澄清了在初期框架中的什么地方可能是对卫生系统所做的片面理解。

4.41. 本章所讲的分分类有助于从几个方面细分国民卫生费用：是谁分配了资金？是谁提供了资金？是谁实施了这些活动？这些活动是如何产生的？谁受益？他们构成了按二维方式交叉地对费用进行列表的主要科目，这种按照二维方式对费用进行交叉列表的方法是形成或提出卫生核算表格或矩阵的步骤。

4.42. 本指南尽可能利用 ICHA，建议国民卫生费用核算人员也这样做。我们已经举例说明了各国相关分类与 ICHA 分类相结合的方法，而不降低其国际可比性。

4.43. 各国卫生核算人员应按几种不同的方式采用国际分类方法。第一，为了更好地反映各国的机构构成，政策利益，以及各国的状况，各国可引进适当的明细分类。第二，在某一特定国家，消除无关的分类或明细分类，尽管卫生核算人员应在各国卫生核算(NHA)表格的解释材料中注明这一处理。第三，如果上述分类结果或者编号方式不符合各国的具体情况，可以进行调整。在这种情况下，各国有时可以制定它们自己的编号方式。如果调整能够使各国卫生核算(NHA)相关性增强和更有用，调整是非常重要的。然而，分析人员应尽可能在保留 ICHA 分类的一位或二位序号上的整体结构，或者制定一个适合各国的方法与标准分类访

求的图表式交叉分类。

4.44. 制定各国的国民卫生核算框架的关键就是采纳国际分类标准。整个核算过程的生命力和有效性取决于在本阶段谨慎的确保各国的分类框架能够是一个具有政策相关性、综合性、一致性、标准化，在不同时间的稳定性，以及具有实施可行性的分类框架。

第五章 国民卫生核算表

5.01. 在 1.02 节,我们把国民卫生核算(NHA)描述成一套反映一个国家卫生费用的各个方面的表格。本章将介绍这套表格的种类和绘制方法,以便能够支持正确的制定政策,促进良好的宏观调控。

5.02. 编制 NHA 表格有两个目的,其一是列出国民卫生费用的估计值,估计的方法得到卫生决策者的共鸣。这里介绍的以及其他类似的表格都与下列基本卫生政策问题有关:

- 健康和卫生保健资源是如何动员的?谁花的钱?谁为他们提供了所花的钱?怎样花的以及所花的钱是怎样提供的?

- › 对这些资源是如何组织和管理的?
- › 提供的是什么样的产品和服务,谁是这些产品和服务的提供者?
- › 谁利用了这些产品和服务?

5.03. 编制 NHA 表格的另一个目的是为了促使卫生总费用的测算能够更加方便些。下面的章节会清楚地谈到,国民卫生费用的测算并不是简单地数字加减问题:必须仔细比较不同的数据来源所提供的信息,这些信息反映了卫生保健系统的不同方面特征;确定哪些方面没有数据。这里所介绍的一些表格提供了一个测算框架,明确了数据的缺陷、重叠以及存在的其他问题,以及哪些方面能够填上数据。

5.04. 这里介绍的表格是卫生核算人员可以照葫芦画瓢依样绘制的“菜单”,但有用的表格远不止这些。各国的决策者都有着他们自己特有的信息要求,这些信息要求必须用卫生核算的数据来加以满足。当 NHA 表格提供了与卫生系统的非财务数据相联系的信息时(如卫生费用和发病率、死亡率和防治结果相联系的信息),它的作用就大大增强了。

5.05. 这里介绍的表格不是最低限度的填报要求,还没有哪个国家——无论它的卫生核

算发展得多成熟——能同时测算出所有这些表格。有许多国家按期地测算绘制其中的一些表格，有些表格有时候填写，有时候不填写。本章界定了在资源、数据和国家政策目标允许的条件下，卫生核算人员应该填写的核算范围。 测算所有表格或只测算其中一部分，总比一张都不填写要好。虽然在一般情况下多填写几张表格总比少填写几张好，但是，如果受到资源限制，能够集中精力绘制几张主要的表格可能更可取。到底选择哪些表格，不仅要考虑其潜在的用途，还要考虑绘制的可行性。

国民卫生核算(NHA)表格结构

5.06. 本章介绍的表格与在第三、四章中介绍的分方法结合起来。这些分类方法与卫生核算制度（SHA）手册所推荐的方法一致，都来源于已经建立 NHA 国家的经验。所描述的卫生费用的方面包括：

- › 筹资来源：卫生系统中通过筹资代理人给卫生系统提供资金的机构或实体；
- › 筹资代理人：筹资代理人由一些机构和经济实体组成，他们是上述筹资来源向卫生系统提供资金的渠道，也是利用上述资金支付或购买卫生服务的代理人，所支付和购买的商品和劳务可以纳入卫生费用核算的范畴；
- › 卫生服务提供者：通过交易获得资金或按照计划预期可以得到资金，从而提供可以纳入卫生费用核算的范畴的卫生服务和卫生有关产品的实体；
- › 卫生服务功能：提供了卫生系统所需的产品和服务，开展了相应的活动，对居民健康发挥的功能；
- › 资源成本：服务机构或筹资主体提供产品和服务所需的要素或投入；
- › 受益人——接受卫生产品和服务的人或从卫生活动中获益的人（受益人分类方法有多种，包括按年龄和性别分，按社会经济状况分，按健康状况分和按所在地区分）⁸

5.07. 本章每张 NHA 表格都是二维表格，显示了上面所列的卫生费用不同方面信息。一个维度为资金“来源”，另一个维度为资金“用途”。习惯上来源维度按列排列，利用维度按行排列。按这种惯例，表 5.1 中每个单元格表示的是第 j 类资金“来源”中用于

第 i 类资金“用途”的资源数量（在 i 上花去的 j）。与数学的习惯不同，数学矩阵按行列排列，NHA 表格按列行排列；这种习惯是卫生核算长期以来形成的传统，反映了资源从来源到利用的流动过程。

表格 5.1 NHA 典型表格结构

利用维度	来源维度				
	来源1	来源2	...	来源n	来源合计
利用1	费用11	费用12	...	费用1n	费用1
利用2	费用21	费用22	...	费用2n	费用2
...
利用m	费用m1	费用m2	...	费用mn	费用m
利用总和	费用1	费用2	...	费用n	总费用

5.08. 已经建立卫生核算的国家的经验表明上面所列维度中的三个方面对准确测算卫生总费用很重要，包括筹资代理人、服务机构和服务功能。因此，这些方面交叉列表绘制的表格是测算合计总数或部分合计数的重要的工具，适用于本章介绍的所有表格。⁹

⁸受益人可以根据人口学特征、社会经济状况、健康状况和地区进行细分，见 1.17 节。

⁹如上所述，本章介绍的表格与SHA手册中的表格是一致的。手册中包括 10 张测算表：

- › 表 1. 按保健服务功能、医疗服务供方和筹资代理人分类的经常性卫生费用。
- › 表 2. 按保健服务功能和提供行业分类的经常性卫生费用。
- › 表 3. 按医疗服务供方行业和筹资代理人分类的经常性卫生费用。
- › 表 4. 按功能和筹资代理人分类的经常性卫生费用。
- › 表 5. 包括卫生相关活动的卫生总费用（表 4 中的 HC.R.2 到 HC.R.7）。
- › 表 6. 按 ICD 分类的个人卫生费用(HC.1 到 HC.5)。
- › 表 7. 按年龄和性别分类的个人卫生费用。
- › 表 8. 卫生保健价格指数。
- › 表 9. 卫生保健国际贸易。
- › 表 10. 卫生保健行业人员状况。

其中有些表比较容易测算。尽管经合组织成员国都宣布要尽力测算所有表格，但大多数使用SHA的国家都只是集中精力测算表格2-5。

- › 按筹资代理人和卫生服务提供者分类的卫生费用 (FAxP)；
- › 按卫生服务提供者和服务功能分类的卫生费用 (PxP)；
- › 按筹资代理人和服务功能分类的卫生费用 (FAxF)；
- › 按筹资来源和筹资代理人分类的卫生费用 (FSxFA)；
- › 生产卫生产品和服务所需的资源成本；
- › 按年龄和性别分类的卫生费用；
- › 按社会经济地位分类的卫生费用；
- › 按人群健康状况分类的卫生费用；
- › 按地理区域划分的卫生费用。

5.09. 下面对每一张表格作出说明，包括表格的一般情况。第三、四章介绍的分方法只是用在合计的水平上，表明表格是如何绘制的。在实践中，卫生核算人员可以更加详细列出明细分类或各国特有的分类方法。

按筹资代理人和卫生服务提供者分类的卫生费用

5.10. 按筹资代理人和卫生服务提供者分类的卫生费用 (FAxP)表(见 57 页表 5.2)反映了资金从不同的筹资代理人向不同的卫生服务提供者流动的过程。它回答了卫生系统内“谁资助了谁”的问题，即哪类支付者和购买者出资给卫生系统中哪类卫生服务提供者。

5.11. FAxP 表格有许多重要的用途。它说明了资金是如何分配给不同的卫生服务提供者的——例如，总费用中多大比例流入到与门诊医疗服务有关的医院。这种分配比例是一个有用的指标，可以看出实际中的分配重点(与理论上的重点恰恰相反)。由于不同的筹资代理人的支付和购买方式常常都不相同，所以本表也是评价这种差异的起点。

5.12. 与其他的国家卫生核算表格一样，FAxP 表和其他 NHA 表格结合起来可用来探讨重要的卫生问题。比如说，知道了某类卫生服务提供者的总费用以及他们提供的服务的

数量,就可以测算出单位服务项目成本。这样就提供了一个进行各类卫生服务提供者成本-效率比较的基础。举个例子,如果一国卫生核算可以将医院费用分为政府和非政府办的医院费用,并且每类医院的入院总人数是知道的,那么,我们就可以测算出每类医院的人均住院费用。这样的总体比较是观察效率有用的第一步,但想详细说明其差异的话,就有必要进一步分析其他因素,如病例组合和医疗技术。

5.13. 卫生费用核算经验已经表明 FAxP 表格是测算卫生总费用的一个重要工具,应该成为卫生核算开始操作时期的核心工作。

按卫生服务提供者和服务功能分类的卫生费用

5.14. 卫生费用按卫生服务提供者和服务功能分类(PxF)表(见 58 页表 5.3)反映了不同卫生服务功能的费用是如何通过各类卫生服务提供者分配的。也就是说,它告诉我们“谁做了什么”。本表提供了一个有用的观点,即各种卫生服务提供者所提供的各类服务所占的卫生费用。举个例子,在许多国家中,公共卫生服务提供者包括医院和门诊机构。在 PxF 表中,我们可以审核公共卫生总费用(HC.6),分清医院和门诊机构公共卫生费用所占的比例,发现公共卫生这种重要的卫生功能定位在何处。

5.15. 本表在卫生总费用测算过程中也被证明是有用的。FAxP 表和 FAxF 表也都应成为卫生费用核算项目优先关注的重点。

按筹资代理人和服务功能分类的卫生费用

5.16. 卫生费用按筹资代理人和服务功能分类(FAxF)表(见 59 页表 5.4)反映了谁为哪类服务筹资。它突出强调了一些卫生政策必须考虑的重要的资源问题。例如,政府希望通过分配稀缺的资源给重点服务项目(如传染病的控制),以改善卫生系统绩效,实现政策目标。FAxF 表可以用来说明资源分配到各重要卫生服务的详细情况,还可以显示出公立筹资机构和私立筹资机构在各种卫生保健功能以及相关活动上的相对重要性。

经验表明本表是测算卫生总费用的一个重要工具，应予以及早关注。但是，在许多国家本表单独测算不出来，必须与上面介绍的两张表或两张之一同时测算。

按筹资来源和筹资机构分类的卫生费用

5.17. 卫生费用按筹资来源和筹资机构分类(FSxF A)表(见60页表5.5)强调的是卫生系统中资源的筹集模式。它所解决的问题是“资金来自哪里”，说明了筹资来源对每个筹资机构投入了多少资金。本表还说明了每一来源在每一筹资机构的筹资和总支出中所起的作用。它还可以显示出各主要筹资来源中哪些对卫生保健系统的筹资最重要。例如，家庭和企业通常通过直接支付以及购买社会保险和商业保险来参与卫生总费用筹资。可以用FSxF A表测算这些筹资贡献以及它们的相对大小。

5.18. 在筹资来源分类中，一些资金被列入政府财政收入类。我们可以进一步追溯这些资金，发现它们是企业、家庭以及其他部门所缴纳的税收。这些进一步的分析有助于对“卫生筹资发生率”(incidence of financing)进行评估，有些国家对“卫生筹资发生率”进行评估是筹资公平性分析的一部分。

生产卫生产品和服务所需的资源成本

5.19. 生产卫生产品和服务所需的资源成本表可以以两种不同的方式绘制，用来说明劳动力、药品供应、医疗设备和建筑等的价值在卫生总费用中所占的比例。它是卫生系统总体绩效的主要监测工具，而且是分析生产效率和资源利用的基础。由于资源成本分类是政府财政统计、税收统计以及其他公共报告体系的标准分析工具，所以本表的“项目线性排列”(line item)方法通常是各国走上开发比较详尽的国民卫生核算所要走的第一步。

5.20. 本表的两种表达方式在纵列指标的使用上截然不同。如果按卫生服务提供者的资源成本绘制(PxRC)，特别是当将其与卫生保健活动和结果的其它方面的信息联系起来时，重点是比较不同生产方式的效率差别。如果将筹资代理人作为纵列指标(FAxRC)，

本表可以用来评估不同的筹资和分配策略是如何影响到不同的“投入”构成的。

卫生费用在不同的人群中分布表

5.21. 到目前为止所讨论的表格的内容都是集中在卫生系统内与卫生产品、服务以及活动相关的筹资机制，下面介绍的表格是有关卫生费用在人群中的分布情况。经济学家把这种类型的项目细分称之为“收益发生率”（benefit incidence）分析。

5.22. 简单了解不同人群的卫生费用占卫生总费用的比例有助于形成一个有关卫生费用的分布特征——公平性的大体情况。比方说，收入最低的20%的人口，通常他们的健康状况也是最差的，如果这些人口使用的卫生费用只占卫生总费用的10%，这一条就暴露了在卫生费用的全面公平性方面所存在的严重缺点（不公平）。

5.23. 卫生核算是对单因素统计分析的补充。按人口维度和其他维度如筹资代理人、卫生服务提供者、服务功能以及筹资来源进行二维交叉列表，不仅可以更加准确地测算卫生费用，而且可以更加丰富地展示卫生系统的公平性。例如，对来自某类筹资代理人的卫生资金在某类人群中的分配进行测算，可以揭示出人群中谁为谁进行了卫生保健筹资。现在许多国家的政策制定者正试图了解穷人所接受的卫生保健服务有多大比例是靠政府机构筹资的，又有多少是靠贫困家庭的直接支付。

5.24. 按其他维度绘制二维交叉列表也会得到许多有用的信息。比方说，知道哪类卫生服务提供者提供的妇幼卫生服务最多，这对政策制定者是很重要的，他们可以据此设计干预措施，改善妇幼卫生服务。按功能细目分类可以帮助分析者了解公共卫生服务费用或住院医疗费用在人群中的分布情况。

5.25. 综上所述，我们可以绘制各种不同的国民卫生核算(NHA)表格来描述卫生费用在人群中的分布情况。每种表格都有自己的卫生政策针对性。本指导手册只是对这些表格

进行了说明，但是国家卫生政策制定者可能需要其他同样重要的表格，而国民卫生费用核算人员也应该能够编制这些重要的表格。

按年龄和性别分类的卫生费用

5.26. 表 5.6 就是一个按年龄和性别分类的卫生费用表格。该表要描述的是卫生产品和服务在不同的年龄别、性别（如儿童、老年人或育龄妇女）的分布。这类信息可以用来评价特定支付者所期望的年龄别、性别目标实现程度；例如，卫生部经过努力提高了儿童卫生费用或妇女生殖健康费用。本表还可以帮助政策制定者评价社会保险在特定人群中（如老年妇女）的实际覆盖情况。本表的第二个维度还可以换成卫生服务提供者（P）、服务功能（F）甚至筹资来源（FxS）。

按社会经济地位分类的卫生费用

5.27. 个人卫生保健筹资构成是否随着其社会地位的不同而改变？这种问题可以利用国民卫生核算(NHA)表格（按筹资代理人和受益人社会经济地位二维交叉绘制）中的信息来回答（见第 62 页表 5.7）。利用家庭收入或家庭支出指标将人口划分为五分位组，我们可以从卫生核算中看出特定支付者对弱势人群的投入力度以及不同人群的卫生支出负担比例。将时间考虑进来，卫生核算可以说明试图改善卫生保健费用负担分布的政策是否取得了预期的效果。

5.28. 可以利用其他变量如卫生服务提供者和服务功能来绘制类似的二维交叉表格。按卫生服务功能和社会经济地位二维绘制的表格有助于评价特定类型卫生服务按受益人支付能力供给情况。此类分析已广泛应用于卫生保健公平性研究，说明了与政策相关的不合理分布，如低收入人群在门诊医疗上的私人支出比例很高，高收入人群接受的公立医院服务比例很大。社会经济指标如教育、职业声望、人种和民族，可以用来说明社会中最弱势人群受国家卫生保健制度保护的程度。

按人群健康状况分类的卫生费用

5.29. 按人群健康状况列出国民卫生费用是一项更具挑战性的卫生费用核算工作。它需要可靠的来自卫生服务提供者和病人的健康状况或诊断数据，但通常这些数据很难获得。另外，许多卫生工作如常规检查和非特异性症状主诉都不能产生明确诊断。这表明大量的卫生工作都不能归为明确的类别。要想把卫生活动划分成界限明确、无遗漏的类别也是很困难的。事实上，根据健康问题、疾病种类将卫生支出作个完整的分配是非常困难的——但通常都不需要完整的分配情况，许多政策问题都只集中在一两个健康问题上。

5.30. 尽管表 5.8（见第 63 页）这个例子，将筹资代理人作为纵列变量，但如果没有更适于政策分析的变量，卫生服务提供者或服务功能变量可能是合适的。利用筹资代理人可以说明谁为特定健康问题买单以及有多少资金投入于这些保健问题。利用卫生服务提供者变量可以说明谁为特定健康问题提供卫生服务以及有多少资源投入到这些健康问题。利用服务功能变量可以说明处理特定健康问题所使用的卫生保健服务类型以及有多少与服务相关工作（用筹资方式表示）投入到这些健康问题。这类问题中每个都很重要，都有不同政策和工作计划的针对性。卫生核算人员必须适应当前和未来的政策需要来测算这些表格。

按地理区域划分的卫生费用

5.31. 社会和政府常要求卫生核算人员测算各地区间的各类筹资代理人的卫生费用。通常可以根据国家政策关注重点来确定这些地区的定义——省、州或地区、经济区等。在管理或财政权力下放的国家，按地理区域划分非常有用，因为这类表格可以用来评价各地财政对卫生费用的影响。

5.32. 表 5.9（见第 64 页）就是一个按地理区域划分卫生费用的表格。和本章介绍的其他表格一样，使用卫生服务提供者或服务功能变量比使用筹资代理人变量进行二维列表更适于政策需要。比方说，政策制定者可能希望了解不同地区各类卫生服务提供者

的工作量。这里介绍的表格仅是一个说明地区分布的例子；国家政策关注热点将影响到实际变量的选择及其分类。

时间：作为卫生核算表格中的一项

5.33. 由于时间趋势在卫生系统分析中的重要性，许多国家已经在卫生费用核算表中纳入了时间变量。表 5.10 即是一例（见第 65 页）。

5.34. 尽管这些表格展示了卫生核算所能展示的一些重要的卫生费用信息，但在本指导手册中并没有直接说明。指导手册强调的是测算年份要与需要一致，测算多年费用的目的是为了交叉审核这些数据。卫生费用核算小组应尽可能实用地测算出可靠的卫生费用时间序列表。表 5.10 就是来自本章介绍的具有代表性的时间序列表，可以作为这些表格的榜样。

形成成套的卫生核算表格

5.35. 当卫生核算人员考虑他们的工作计划时，他们应明确两个问题。第一，要测算哪些表格？第二，哪些表格应先测算，哪些可以稍后测算？

5.36. 第一个问题的答案取决于国家的政策要求。我们必须满足国家政策制定者的特殊信息需要。这些需要可能很明显，也可能要与潜在用户讨论后才可确定。无论是哪种情况，与这些用户展开讨论后再确定一整套卫生核算表格才是明智的做法。除了国家政策问题外，国家还可能有其他方面的需要。比如，欧盟成员都保证按卫生核算系统(SHA)手册来测算卫生费用，其中许多表格——不是所有——也出现在本章中。最终，根据这些表格在测算要分配的总量上的用途，或是否可用在其它表格的二维交叉列表中，有些表格(在上述两方面有用途的表格)自然要纳入卫生核算。

5.37. 至于哪些表格应先测算，这也要根据各国的具体情况。各国卫生费用测算经验表明应从筹资主体分析开始。接下来的测算工作安排要看数据的可得性和质量。本指导手

册第九到十四章总结了不同的测算方法 ,并详细介绍了如何根据现实的例子安排测算工作 ,还虚构了一个拥有中等数据量的国家应如何测算。

表 5.2 按筹资代理人和卫生服务提供者分类 (FAxP) 的全国卫生总费用

卫生服务提供者	筹资代理人									合计	
	HF.1公共政府			HF.2个人					HF.3 其他		
	HF.1.1各级政府			HF.1.2 社会保障基金	HF.2.1私人社会保险	HF.2.2其他私人保险	HF.2.3家庭直接支出	HF.2.4非营利性服务机构			HF.2.5民 营公司
	HF.1.1.1 中央政府	HF.1.1.2 州、省政府	HF.1.1.3 地方、市政府								
HP.1医院											
HP.2护理机构和居民保健机构											
HP.3门诊机构											
HP.4药品零售机构和其他医疗商品提供机构											
HP.5公共卫生项目的提供与管理											
HP.6卫生行政管理 与保险											
HP.7其他行业											
HP.8 卫生相关服务 提供机构											
HP.9其他											
全国卫生费用											

注：本表同 OECD 的 SHA 手册中表 3。

绘制过程中，可根据实际需要添加行和列。本表样仅起说明目的。

只有当全国卫生费用的定义比 SHA 中定义更广时，HP.8 才适用。

表 5.3 按卫生服务提供者和服务功能分类 (PxF) 的全国卫生总费用

服务功能	卫生服务提供者									合计
	HP.1 医院	HP.2 护理机构和 居民保健机 构	HP.3 门诊机构	HP.4 药品零售机 构和其他医 疗商品提供 机构	HP.5 公共卫生项 目的提供与 管理	HP.6 卫生行政管 理与保险	HP.7 其他行业	HP.8 卫生相关服 务提供机构	HP.9 其他	
HC.1 医疗保健服务										
HC.2 康复保健服务										
HC.3 长期护理保健 [加行]										
全国卫生费用										

注：本表同OECD的SHA手册中表2。

绘制过程中，可根据实际需要添加行和列。本表样仅起说明目的。

只有当全国卫生费用的定义比SHA中定义更广时，HP.8才适用。

表 5.4 按筹资代理人和服务功能分类(FAxF)的全国卫生总费用

服务功能	筹资代理人									合计	
	HF.1公共政府				HF.2个人						HF.3 其他
	HF.1.1各级政府			HF.1.2 社会保障基金	HF.2.1私人社会保险	HF.2.2其他私人保险	HF.2.3家庭直接支出	HF.2.4非营利性服务机构	HF.2.5民营企业		
	HF.1.1.1 中央政府	HF.1.1.2 州、省政府	HF.1.1.3 地方、市政府								
HC.1医疗保健服务											
HC.2康复保健服务											
HC.3长期护理保健											
[加行]											
全国卫生费用											

注：本表同OECD的SHA手册中表4。

绘制过程中，可根据实际需要添加行和列。本表样仅起说明目的。

表 5.5 按筹资来源和筹资代理人分类 (FSxFA) 的全国卫生总费用

筹资代理人	筹资来源										合计
	FS.1公共资金				FS.2私人资金					FS.3 ^a 其他	
	FS.1.1.1 中央政府财 政拨款	FS.1.1.2 地方和市政府 财政拨款	FS.1.2 其他公共资 金	合计	FS.2.1 用人单位基 金	FS.2.2 家庭互助基 金	FS.2.3 非营利性 服务机构	FS.2.4 其他私人 资金	合计		
HF.1.1.1中央 政府											
HF.1.1.2州、 省政府											
HF.1.1.3地 方、市政府											
HF.1.2社会保 障基金							a				a
HF.2.1私人社 会保险							a				a
HF.2.2其他私 人保险							a				a

GBD.1.1.2 性传播疾病											
GBD.2 非传染病											
GBD.3 损伤											
合计											

注：疾病分组仅作例子。真正的分类应根据实际情况确定。

^a分析者应明确所使用的合计指标。

^b注释应包含疾病变量如何划分，以免相互重叠。

表 5.9 按筹资代理人和地区分类^a全国卫生总费用

地区	筹资代理人										合计
	HF.1公共政府				HF.2个人					HF.3 其他	
	HF.1.1各级政府			HF.1.2	HF.2.1私	HF.2.2其	HF.2.3家	HF.2.4非	HF.2.5民		
	HF.1.1.1 中央政府	HF.1.1.2 州、省政府	HF.1.1.3 地方、市政府	HF.1.2 社会保障基金	HF.2.1私 人社会保 险	HF.2.2其 他私人保 险	HF.2.3家 庭直接支 出	HF.2.4非 营利性服 务机构	HF.2.5民 营公司	HF.3 其 他	

地区											
地区											
地区											
[加行]											
全国卫生费用											

注：地区应在国家范围内，并根据决策的水平确定，如有必要可以对小类加以汇总（如直辖市）。

^a分析者应明确本表是按居住地测算还是按服务区域测算。

表 5.10 政府卫生支出的功能分类，尼泊尔，1990-2000 年

卫生部卫生支出按功能分类 (Rs. 1000)	1990/91	1991/92	1992/93	1993/94	1994/95	1995/96	1996/97	1997/98	1998/99	1999/2000
医疗保健服务	304469	386869	478479	598456	807697	1047330	1089940	1540959	1793431	1986473

住院服务	96794	112760	136199	162175	257741	281617	281767	505113	637507	549209
门诊服务	207675	274109	342281	436281	549956	765713	808174	1035847	1155924	1437264
康复保健服务				185						
辅助卫生保健服务	6390	4137	5208	6748	20416	12591	8423	9209	9266	10452
门诊医疗商品	16683	58539	12961	52152	156245	195262	232736	156028	317394	295110
预防和公共卫生服务	434006	427440	448929	534916	532114	490432	503089	536795	489690	591213
卫生行政和健康保险	66018	69338	132586	76843	203139	284301	804883	737954	891189	927960
卫生保健机构资本形成	15524	39576	106036	117994	74000	121393	147642	133088	130151	189828
卫生总费用	843090	985899	1184119	1387294	1793611	2151309	2786713	3114033	3631121	4001036
卫生相关功能	41780	37452	30448	74058	276423	384205	671268	736006	276102	316480
卫生部卫生支出按卫生服务提供者分类 (Rs. 1000)	1990/91	1991/92	1992/93	1993/94	1994/95	1995/96	1996/97	1997/98	1998/99	1999/2000
中央政府医院	56787	66251	72815	120848	239448	252706	265520	572795	720137	614151
地方医院	10000	10700	37700	72530	271759	375500	662175	728300	269300	309500
地区医院	22895	26500	33000	33000	43000	49000	51450	53800	63800	64000
区医院	48596	57635	71055	73200	79053	98305	95879	103195	124987	105933
中央非医院医疗服务机构	9045	6872	9125	10724	24990	16602	12102	13465	13948	14916
区非医院医疗服务机构	165483	225783	283909	366777	437996	628769	654456	792369	864707	1169889
政府公共卫生服务机构	456993	443756	499933	536877	527540	481921	494410	530039	482508	586749
中央行政管理和其他机构	112077	182329	203288	243469	439282	628314	1207514	1041076	1349636	1426578
传统医学										
Singha durbar vaidyakhana*	2994	3525	3822	3927	6966	4397	14475	15000	18200	25800
总费用 (包括卫生相关功能)	884870	1023351	1214647	1461352	2070034	2535514	3457981	3850039	3907223	4317516

注：单位以千卢比计。

资料来源：国际数据、尼泊尔卫生经济学会、斯里兰卡政策研究所。孟加拉国、尼泊尔和斯里兰卡卫生服务筹资和提供公平性。科伦坡，卫生政策研究所，2001，(<http://www.ips.lk>)。

*政府补助的草药供给位于Singha Durbar。

