

全国科学技术名词审定委员会
征求意见稿



卫生经济学名词
CHINESE TERMS IN HEALTH ECONOMICS

2025
全国公共卫生与预防医学名词审定委员会
卫生经济学名词审定分委员会

征求意见时间：
2025年10月31日至2026年1月31日

内 容 简 介

本次公开征求意见的是第一版卫生经济学名词，内容包括：卫生经济学，卫生总费用，健康需求，卫生服务需求，卫生服务供给，卫生服务市场与政府作用，卫生服务要素市场，卫生资源配置，卫生筹资，卫生服务购买与支付，健康保险，卫生经济学评价，药物经济学，医生与医院行为，危害健康行为经济学，卫生系统改革，信息与技术 17 部分，共 1032 条。每条词都提供了定义或注释。



征求意见时间：

2025年10月31日至2026年1月31日

全国公共卫生与预防医学名词审定委员会委员名单

主任：高 福

常务副主任：刘剑君

副主任：李立明 梁晓峰 唐金陵

委员（以姓名笔画为序）：

么鸿雁 王 辰 冯子健 任 涛 刘起勇 刘雅文 孙全富 孙 新
邰堂春 陈君石 何 纳 沈洪兵 吴 凡 吴息凤 张玉森 张 本
金 曦 林东昕 罗会明 周晓农 郝元涛 胡国清 施小明 赵文华
顾东风 郭中平 夏彦恺 徐建国 曹务春

秘书长：张玉森

副秘书长：罗会明 任 涛

秘 书：亓 晓 马 静 刘梦冉 郑文静

全国公共卫生与预防医学名词编写委员会委员名单

总主编：刘剑君

委员（以姓名笔画为序）：

丁钢强 马 军 么鸿雁 刘起勇 吕 军 孙全富 孙 新 孙殿军
李 涛 吴永宁 张流波 邹 飞 孟庆跃 周晓农 郝元涛 胡国清
施小明 郭 岩 钱 序 夏彦恺

秘书长：么鸿雁

副秘书长：亓 晓

秘 书：马 静 刘梦冉 王琦琦 董 哲

征求意见时间：

2025年10月31日至2026年1月31日

卫生经济学名词审定分委员会委员名单

主 任：孟庆跃

副主任：陈 文

委 员（以姓氏笔画为序）：

方 海 江启成 刘国祥 陈迎春

秘 书：李 慧

卫生经济学名词编写分委员会委员名单

主 编：孟庆跃

副主编：江启成 刘国祥

委 员（以姓氏笔画为序）：

于贞杰 王丽丹 李慧 杨莉 张慧 张歆 屈水令 胡敏 潘杰

秘 书：李 慧（兼）

征求意见时间：

2025年10月31日至2026年1月31日

前言

卫生经济学作为一门独立学科在我国（不含港澳台地区）的发展始于20世纪80年代初，以1983年中国卫生经济研究会（后更名为中国卫生经济学会）的成立为重要标志。作为经济学的分支学科，卫生经济学是利用经济学的理论和方法，研究和分析卫生领域经济现象和规律的一门学科。随着我国医疗卫生事业迈向高质量发展阶段，卫生经济学在卫生领域的作用日益突出，其应用场景已覆盖卫生服务供需分析、卫生总费用、卫生资源配置、卫生健康人力资本、医疗保障、卫生项目和技术经济学评估、医药卫生体制改革、卫生体系研究等领域。

但在学科发展过程中，卫生经济学领域存在术语使用不规范、概念界定模糊、中英文对应不一致等问题，导致研究成果难以横向对比，政策执行中也易出现理解偏差。此外，面对全球公共卫生事件应对、国际卫生经济研究合作的增多，缺乏既与国际接轨、又契合本土实践的术语标准，这不仅制约了学术交流的深度，也影响了我国在国际卫生经济领域话语权的提升。推进卫生经济学名词术语的规范化、标准化，对推动我国卫生经济学教学质量提升、科研水平进步及政策科学制定，促进学科内部协作与国际交流，助力卫生经济学更好地服务于医疗卫生事业发展，具有非常重要的意义。

在全国科技名词委指导下，在全国科技名词委公共卫生与预防医学办公室（简称全国公卫名词办）统筹领导下，北京大学中国卫生发展研究中心于2021年牵头成立卫生经济学名词编写分委员会（以下简称“编写分委会”），启动“卫生经济学名词”编写工作。编写分委会由12位专家组成，孟庆跃教授担任主编，江启成教授、刘国祥教授担任副主编；同步成立卫生经济学名词审定分委员会（以下简称“审定分委会”），由6位卫生经济学资深专家组成，孟庆跃教授担任主任委员，陈文教授担任副主任委员。编写分委会和审定分委会的专家队伍覆盖面广，涵盖了我国从事卫生经济学研究和教学骨干力量，确保了学术视角的全面性与代表性。

工作开展过程中，编写分委会与审定分委会采用合并工作机制：根据卫生经济学的学科内容进行分组，每组由资深专家担任负责人，统筹组织组员开展名词编写；各章节编写完成后，先通过交叉互审排查问题，再召开全体讨论会及专题讨论会凝聚共识。审定分委会严格遵循“通篇全审、各有侧重”的原则，每位专家在保障学科体系内名词一致性的基础上，重点围绕名词的体系性、系统性、层次性、学术性、规范性与准确性开展审定工作。历经名词定名三审、预公布征求意见环节，卫生经济学名词于2024年2月形成正式公布稿；后续又完成名词释义的三审，于2025年9月形成卫生经济学释义预公布稿。

在名词编写工作中，编审分委会突破传统教科书框架限制，从“横向到边、纵向到底”系统性视角构建名词条目体系，全面纳入卫生经济学基础理论、学科发展前沿内容及具有中国特色的专属名词。最终形成的名词体系共分为17个部分，具体包括：卫生经济学、卫生总费用、健康需求、卫生服务需求、卫生服务供给、卫生服务市场与政府作用、卫生服务要素市场、卫生资源配置、卫生筹资、卫生服务购买与支付、健康保险、卫生经济学评价、药物经济学、医生与医院行为、危害健康行为经济学、卫生系统改革、信息与技术。

卫生经济学名词编审工作得到了全国科技名词委、全国公卫名词办以及业内专家多方面的指导与支持，在此谨

致以衷心感谢！同时，向参与卫生经济学名词编写与审定的每一位专家及其团队致以崇高敬意，感谢大家近四年的辛勤付出与卓越贡献！

尽管编写和审定人员作了最大努力，仍然难免存在疏漏和不妥之处，殷切期望学界同仁提出宝贵意见与建议，以便后续修订完善，共同推动卫生经济学术语体系成熟和发展。

卫生经济学名词审定分委员会

卫生经济学名词编写分委员会

2025 年 10 月



编排说明

一、本书征求意见稿是卫生经济学名词，共 1032 条。

二、全书分 17 部分：卫生经济学，卫生总费用，健康需求，卫生服务需求，卫生服务供给，卫生服务市场与政府作用，卫生服务要素市场，卫生资源配置，卫生筹资，卫生服务购买与支付，健康保险，卫生经济学评价，药物经济学，医生与医院行为，危害健康行为经济学，卫生系统改革，信息与技术。

三、正文按汉文名所属学科的相关概念体系排列。汉文名后给出了与该词概念相对应的英文名。

四、一个汉文名对应几个英文同义词时，英文词之间用“,” 分开。

五、凡英文词的首字母大、小写均可时，一律小写；英文除必须用复数者，一般用单数形式。

六、“[]” 中的字为可省略的部分。

七、异名包括：“全称”“简称”是与正名等效使用的名词；“又称”为非推荐名，只在一定范围内使用；“俗称”为非学术用语；“曾称”为被淘汰的旧名。

目 录

前言

编排说明

正文

1	卫生经济学.....	8
1.1	卫生经济学	8
1.2	卫生体系	9
1.3	卫生服务与体系效率	9
1.4	健康公平	10
1.5	卫生经济学组织	13
2	卫生总费用.....	14
2.1	卫生总费用	14
2.2	卫生费用核算	14
2.3	卫生费用核算方法	16
2.4	卫生总费用分析	17
3	健康需求	18
3.1	健康需求	18
3.2	健康生产	18
3.3	健康需求模型	19
4	卫生服务需求	19
4.1	卫生服务需求	19
4.2	卫生服务消费者行为	21

4.3	卫生服务需求弹性	22
5	卫生服务供给	23
5.1	卫生服务供给	23
5.2	卫生服务生产	25
5.3	卫生服务供给成本	28
5.4	卫生服务供给者行为	29
6	卫生服务市场与政府作用	30
6.1	市场	30
6.2	卫生服务市场	31
6.3	卫生服务市场失灵	32
6.4	卫生服务市场政府作用	32
7	卫生服务要素市场	35
7.1	卫生服务要素市场	35
7.2	卫生人力资源市场	35
7.3	医学教育人才市场	37
7.4	医疗器械市场准入	38
8	卫生资源配置	38
8.1	卫生资源配置	38
8.2	卫生资源配置标准	39
8.3	区域卫生规划	40
9	卫生筹资	40
9.1	卫生筹资	40
9.2	卫生资金筹集	41

9.3 卫生资金统筹 41

9.4 卫生资金分配 42

9.5 卫生资金使用 42

9.6 卫生筹资系统评价 42

10 卫生服务购买与支付 43

10.1 卫生服务购买 43

10.2 卫生服务供方支付制度 44

11 健康保险 47

11.1 健康保险概述 47

11.2 健康保险类型 47

11.3 健康保险市场 49

11.4 健康保险费用分担机制 50

11.5 健康保险筹资与运行 50

11.6 健康保险覆盖 52

11.7 健康保险监管 53

12 卫生经济学评价 55

12.1 卫生经济学评价 55

12.2 疾病负担及疾病经济负担 58

13 药物经济学 60

13.1 药物经济学 60

13.2 药品市场 60

13.3 药品政策与规制 60

13.4 药物经济学评价 63

13.5	疫苗经济学	64
14	医生与医院行为	66
14.1	医生行为	66
14.2	医院行为	66
14.3	医院经济管理	68
15	危害健康行为经济学	69
15.1	危害健康行为	69
15.2	健康危害行为公共政策	70
16	卫生系统改革	71
16.1	中国卫生系统改革	71
16.2	国际卫生系统改革	74
17	信息与技术	75
17.1	卫生信息经济学	75
17.2	基于信息技术的医疗技术和服	77

1 卫生经济学

1.1 卫生经济学

1.1 卫生经济学 health economics

利用经济学基本理论和方法，研究卫生领域经济现象和规律的学科。

体现医疗服务价值、用于医疗服务交换的货币表现形式。

1.1.1 健康经济学 economics of health

利用经济学基本理论和方法，研究健康需求和健康行为的学科。

1.1.3.1 医疗服务定价形式 health care pricing methods

医疗服务价格制定和形成的主体。

1.1.2 经济学基本理论

政府价格主管部门或者其他有关部门，根据法律法规规定，按照定价权限和范围制定的价格。

1.1.2.1 资源稀缺性 scarcity of resource

相对于人们的需要，资源是稀缺的。

1.1.3.1.1 政府定价 government regulated price

1.1.2.2 理性选择 rational choice

理性人目标最优化或效用最大化，即理性人趋向于采取最优策略，以最小成本获得最大收益。

行业组织对全行业提供的商品或服务做出的统一定价。

1.1.3.1.2 行业定价 professional organization's price

1.1.2.3 市场分析 market analysis

对市场供需变化各种因素及其趋势的分析。

在商品和服务供需市场均衡条件下形成的价格。

1.1.3.1.3 市场定价 market price

1.1.2.4 边际分析 marginal analysis

在资源一定条件下，为从备选方案中做出最优选择，对边际成本、边际收入和边际利润所进行的计量分析。

实现定价目标所采用的具体的医疗服务价格制定方法。

1.1.3.2 医疗服务定价方法 health care pricing method

1.1.2.5 帕累托最优 Pareto Optimality

又称“帕累托效率(Pareto Efficiency)”。给定人群和可分配资源，从一种资源分配状态到另一种资源分配状态变化中，如果没有任何人境况变坏前提下，使得至少一个人变得更好，就实现了理想的资源分配状态。

单位医疗服务成本基础上加上一定盈利率进行定价的方法。

1.1.3.2.1 成本加成定价 cost plus pricing

1.1.3 医疗服务价格 medical care price

参照相近或类似医疗服务价格或国际价格水平进行定价的方法。

1.1.3.2.2 参考定价 reference pricing

1.1.3.2.3 目标收益定价 targeted revenue pricing

在成本基础上按照目标收益率水平进行定价的方法。

政府规定某种产品或服务价格不得超过某个水平的价格

1.1.3.2.4 价格管制 price regulation

政府利用法律法规规定价格水平，比如对高端医疗服务和贵重药品实行最高限价。

1.1.3.2.4.2 限制加成率 markup limit

政府规定某种产品或服务加成率不得超过某个水平的比率。

1.1.3.2.4.1 最高限价 price limit

1.2 卫生体系

1.2 卫生体系 health system

首要目的用于维持和改善健康的所有技术手段和产品的总和。

以直接促进、恢复或维持健康为首要目标的组织、机构与资源的总称。一般认为，卫生体系目标包括健康、公众满意度和防范疾病经济风险等三个维度。

1.2.5 卫生信息 health information

首要目的用于维持和改善健康而收集、传输、处理、存贮、分配和分析利用的各种信息。

1.2.1 卫生服务体系 health care delivery system

直接提供医疗卫生服务的所有机构、组织和个人及其之间的关系的总称。

1.2.6 卫生体系管理与治理 health system stewardship and governance

1.2.2 卫生筹资体系 health financing system

支持卫生体系运行的卫生资金筹集、统筹和分配使用制度和机制的总称。

在特定环境下，管理者对卫生体系各类资源进行有效的计划、组织、领导、控制和协调，以实现卫生体系目标的活动过程。

1.2.3 卫生人力资源 human resource for health

卫生服务体系中，具备一定专业教育水平和具备医疗卫生服务或支持性服务能力的人员总和。

1.2.7 卫生体系绩效评价 health system performance evaluation

评价在一定卫生资源条件下卫生体系达到和实现目标程度的评价。

1.2.4 卫生产品与技术 health product and technology

1.3 卫生服务与体系效率

1.3.1 卫生服务效率 health care efficiency

在一定卫生资源投入条件下能够实现最大卫生服务产出，或者在既定卫生服务产出水平上使用最少的卫生资源投入的效率。

1.3.3 技术效率 technical efficiency

用最少的投入要素组合生产出既定的产品和服务，或既定成本产出最大的产品和服务的效率。

1.3.2 卫生体系效率 health system efficiency

在一定卫生资源投入条件下能够实现卫生体系目标最大化，或者在既定卫生体系目标实现程度下使用最少的卫生资源投入的效率。

1.3.4 配置效率 allocative efficiency

生产人们赋予价值最高的产品类型和数量，即资源一定条件下的最大产出的效率。

1.3.5 效率测量方法 efficiency measurement

测量和评价效率的方法。包括生产函数分析、数据包络分析和前沿随机分析等。

1.3.5.1 生产函数分析 production function analysis

在一定时间内，在技术水平不变的情况下，生产某种产品或提供某种服务时，投入的各种要素数量与生产该产品或提供该服务最大数量之间关系的分析。

1.3.5.2 生产可能性边界 production possibility frontier, PPF

又称"生产可能性曲线(production possibility curve)"。在既定资源和技术条件下所能生产或提供的各种商品或服务的最大数量组合。

1.3.5.3 前沿生产函数 frontier production function

在给定的生产要素组合和技术条件下，各生产或服务组织投入组合与最大产出量或服务量之间的函数关系。

1.3.5.4 数据包络分析 data envelopment analysis, DEA

一种评价生产或服务组织之间相对效率的非参技术效率分析方法。

1.3.5.5 随机前沿分析 stochastic frontier analysis

一种评价生产或服务组织之间相对效率的参数技术效率分析方法。

1.3.6 生产率 productivity

个人、团队或组织在一定时间内完成的工作量。

1.4 健康公平

1.4 健康公平 health equity

所有人无论其经济地位、种族、性别、年龄、所处环境等方面有何差异，均应获得均等的维持和改善健康机会的原则。

又称卫生服务利用纵向公平。不同卫生服务需要的人群应该得到不同的卫生服务或者对于不同健康状况的人应提供不同的卫生服务的特性。

1.4.1 卫生服务利用公平 equity in health care

所有人无论其经济地位、种族、性别、年龄、所处环境等方面有何差异，应获得均等的卫生服务的原则。

1.4.1.3.1 卫生服务可获得性 availability of health services

所有人无论其经济地位、种族、性别、年龄、所处环境等方面有何差异，都能获得应有的基本的医疗卫生服务的特性。

1.4.1.1 卫生服务利用差异 disparity in health care utilization

又称卫生服务利用不平等现象。不同地区或同一地区不同人群在门诊服务利用、住院服务利用、预防保健服务利用等方面的不均等的现象。

1.4.1.3.2 卫生服务可负担性 affordability of health services

所有人无论其经济地位、种族、性别、年龄、所处环境等方面有何差异，都能够支付得起医疗卫生服务费用的特性。

1.4.1.2 卫生服务利用水平公平性 horizontal equity in health care

又称卫生服务利用横向公平。有相同卫生服务需要的人群应该得到相同的卫生服务的特性。

1.4.1.4 卫生服务可及性公平 equity in access to health care

所有人无论其经济地位、种族、性别、年龄、所处环境等方面有何差异，其接受基本卫生服务的机会和条件是均等的，包括地理可及性和服务技术可及性的特性。

1.4.1.3 卫生服务利用垂直公平性 vertical equity in health care

1.4.1.4.1 技术可及性 technical accessibility

所有人无论其经济地位、种族、性别、年龄、所处环境等方面有何差异，对医疗卫生服务技术可及的机会和条件是均等的特性。

1.4.1.4.2 地理可及性 geographic accessibility

所有人无论其经济地位、种族、性别、年龄、所处环境等方面有何差异，获得医疗卫生服务的地理距离是均等的特性。

1.4.2 卫生筹资公平 equity in health financing

根据家庭或个人支付能力筹集卫生服务资金,支付能力强的人多支付,支付能力弱的人少支付的原则。

1.4.2.1 卫生筹资水平公平 horizontal equity in health financing

支付能力相同的家庭为医疗保健筹资做出同等的贡献的原则。

1.4.2.2 卫生筹资垂直公平 vertical equity in health financing

接受同样的卫生服务，支付能力强的家庭或个人支付更多的费用的原则。

1.4.2.3 卫生筹资代际公平 intergenerational equity in health financing

当代人和后代人在卫生资金筹集和利用等方面的权利均等，即当代人必须留给后代人卫生资金筹集和利用可持续发展的空间的原则。

1.4.3 资源配置公平 equity in health resource allocation

卫生资源在区域间或者人群间均等配置的程度的原则。

1.4.3.1 卫生人力资源配置公平 equity in human resource allocation for health

任何区域或社区，无论其经济发展、地理位置、所处

环境等方面有何差异，使其获得均等数量和质量的卫生人力资源的原则。

1.4.3.2 医院床位配置公平 equity in allocation of hospital beds

任何区域或社区，无论其经济发展、地理位置、所处环境等方面有何差异，都配置了均等数量和质量的医院床位的原则。

1.4.3.3 基本药物可及性公平 equity in access to essential medicines

任何家庭或个人，无论其经济地位、种族、性别、年龄、所处环境等方面有何差异，都具有均等的对基本药物的可及性的原则。

1.4.4 健康状况公平 equity in health status

又称健康产出公平。减少或消除可以避免的健康状况差异后的最佳健康状况的原则。

1.4.4.1 健康状况差异 disparity in health status

又称健康状况不平等。不同地区或同一地区不同人群间健康状况存在的差别。

1.4.4.2 健康贫困陷阱 health poverty trap

疾病导致贫困，贫困影响健康，陷于因病致贫、因病致病循环之中的现象。

1.4.5 公平性测量方法 equity measurement

测量和评价公平的方法。包括家庭灾难性卫生支出、因病致贫发生率和基尼系数等。

1.4.5.1 家庭灾难性卫生支出 catastrophic health expenditure

医疗卫生支出占家庭消费性支出比例超过某一阈值时，就会被视为此类支出常常会导致家庭陷入贫困或加剧贫困状况。

1.4.5.1.1 灾难性卫生支出发生率 catastrophic health payment headcount

发生灾难性卫生支出的家庭占全部家庭的比例。

布结合在一起全面反映一国贫困程度的指标。

1.4.5.1.2 灾难性卫生支出平均差距 mean catastrophic health payment gap

发生灾难性卫生支出家庭自付费用占家庭收入的百分比，与贫困线标准的差距之和，除以全部家庭数。

1.4.5.1.3 灾难性卫生支出相对差距 mean catastrophic health payment positive gap

发生灾难性卫生支出家庭自付费用占家庭收入的百分比，与贫困线标准的差距之和，除以发生灾难性卫生支出家庭数。

1.4.5.1.4 灾难性卫生支出发生率集中指数 concentration index of catastrophic health care payment

发生灾难性卫生支出家庭在不同收入人群中分布的数值。集中指数为负值，表示灾难性卫生支出较多发生在低收入家庭；反之，则集中在高收入家庭。

1.4.5.1.5 灾难性卫生支出差距集中指数 the concentration index of the catastrophic health payment gap

反映灾难性卫生支出差距在不同收入人群中分布数值。集中指数为负值，表示低收入家庭灾难性卫生支出差距相对较大；反之，则高收入家庭灾难性卫生支出差距相对较大。

1.4.5.2 因病致贫 poverty due to illness

因疾病费用支出导致的贫困。

1.4.5.2.1 因病致贫发生率 poverty headcount

贫困标准线以下人口中因病致贫的比例。

1.4.5.2.2 贫困距指数 poverty gap index

贫困标准线与人均收入之间的差值。

1.4.5.2.3 森贫困指数 Sen poverty index

阿玛蒂亚·森提出的将贫困人口数量、收入及收入分

1.4.5.3 洛伦兹曲线 Lorenz Curve

将收入或财产按不同人群或地区分为若干等级，横轴表示每一等级的人口数占总人口的累计百分比，纵轴表示每一等级拥有的财富的累计百分比，连接各点，即得反应财富集中程度的的图示。

1.4.5.4 基尼系数 Gini Coefficient

又称“洛伦茨系数 (Lorenz coefficient)”等于罗伦兹曲线与对角线之间面积的两倍的数值，取值在 0-1 之间，比值越大，表示差异越大。

1.4.5.5 泰尔系数 Theil Index

衡量人群或地区间收入不平等的指标，将总体差距分解为组间差距和组内差距，可以识别不同层次、不同组别公平性。

1.4.5.6 差异系数 the index of dissimilarity, ID

用于衡量区域间收入差异变化的指标。差异变动系数越大，区域差异就越大。

1.4.5.7 极差法 range method

一组数据中最大值减去最小值的计算方法。

1.4.5.8 集中曲线 concentration curve

横坐标为按收入水平排序人口累计百分比、纵坐标为健康累计百分比的一条曲线，如果各收入水平人群的健康状况是平等的，则集中曲线和 45 度对角线重合。

1.4.5.9 集中指数 concentration index, CI

集中曲线和 45 度对角线之间面积的 2 倍的数值，取值范围为-1 到+1 之间，用于衡量与经济水平相关的健康差异。

1.4.5.10 卡瓦尼指数 Kakwani index

反映卫生筹资的累进性或累退性的数值，数值等于卫生支出的集中指数与家庭可支付能力基尼系数之差。

1.4.5.11 集中指数分解法 decomposition method of concentration index

将健康或卫生服务利用集中指数分解为各影响因素对不公平的贡献度。

1.4.5.12 卫生资源密度指数 health resources density index, HDRI

衡量卫生资源地理分布和人口分布综合水平的指数。

1.4.5.13 阿特金森指数 Atkinson index

在测量收入不平等中反映社会对不平等厌恶或者对平等偏好参数的指数。

1.4.5.14 医疗资源空间可及性 spatial accessibility of health resources

居民获取基本医疗卫生需求在空间上的难易程度。

1.4.5.14.1 最短距离法 shortest path analysis

利用从居住地到最近医疗卫生服务点的距离、时间或费用等数据来衡量空间可及性,通常采用直线距离或交通网络距离来表示的方法。

1.4.5.14.2 引力法 gravity method

根据万有引力定律衡量医疗空间可及性,可解释为某医疗服务点对居民点的吸引力与其医疗服务供应能

力成正比,与相互之间的交通成本成反比的方法

1.4.5.14.3 两步移动搜寻法 enhanced two-step floating catchment area method

将区域细分,减少区域内部差异,评价空间可及性的方法。

1.4.5.14.4 胡夫模型 Huff model

在某一区域内存在多个医疗服务点,居民利用其中一个服务点的概率,该概率受到医疗点的状况和居民到该服务点的距离决定。

1.4.5.15 受益归属分析 benefit incidence analysis

测算公共支出在不同社会经济分组的受益分布,用来判断政府财政政策目标实现程度的分析方法。

1.4.5.15.1 静态受益归属分析 static benefit incidence analysis

在分析公共支出受益分布时,仅考虑一个时期的受益情况分析方法。

1.4.5.15.2 动态受益归属分析 dynamic benefit incidence analysis

在分析公共支出受益分布时,将历史比较和边际受益结合起来,分析政府公共支出的边际受益分析方法。

1.5 卫生经济学组织

1.5.1 国际卫生经济学会 international Health Economics Association, iHEA

从事卫生经济学研究、教育和管理等工作的会员组成的国际学术组织。

1.5.2 世界卫生经济大会 international Health Economics Association (iHEA) Congress

由国际卫生经济学会主办的每两年举办一届的全球学术会议。

2 卫生总费用

2.1 卫生总费用

2.1 卫生总费用 total expenditure on health,THE

一个国家或地区在一定时期内（通常是一年），全社会为提供卫生服务所消耗经济资源的货币价值，分为经常性卫生费用和固定资本形成费用。

2.1.4 卫生总费用名义值 nominal value of total health expenditure

用报告期当年实际价格水平反映医疗卫生服务总支出。

2.1.1 卫生费用 health expenditure

促进健康的各项卫生活动所花费的资金。包括健康促进与预防、诊断、护理、治疗、残疾和受伤的康复及医学教育和科研等资金。

2.1.5 卫生总费用实际值 real value of total health expenditure

消除价格影响因素后，各个时期的卫生总费用均采用基期的不变价格水平，或者一个特定时期的可比价格水平来计算。

2.1.2 经常性卫生费用 current health expenditure

核算期内居民最终消费的所有医疗卫生产品和服务的货币价值，反映居民对医疗卫生服务提供机构所提供医疗卫生用品和服务的最终消费。

2.1.6 卫生费用分配总额 total health expenditure by provider

一个国家或地区在一定时期内，从全社会筹集到的卫生资金在各级各类卫生机构分配的总额，它反映了卫生资金在不同部门、不同领域和不同层次的分配。

2.1.3 固定资本形成费用 Gross fixed capital formation

固定资本形成费用是指核算期内卫生服务提供机构获得的资产（扣除同类资产的处置价值），即在卫生服务提供过程中重复使用或者使用期限在一年以上的资产总价值，反映卫生服务提供机构提供医疗卫生用品和服务的资本性投入。

2.1.7 卫生费用筹资总额 total health expenditure by source

一个国家或地区在一定时期内，为开展卫生服务活动从全社会筹集的卫生资金总额，是从筹资角度分析与评价卫生资金运动。

2.2 卫生费用核算

2.2 卫生费用核算 national health accounts,NHA

又称“国民卫生账户(national health accounts,NHA)”。采用国民经济核算方法，以整个卫生系统为核算对象，建立核算指标和核算框架，专门研究卫生系统的资金运动过程。

生技术为基础的活动。包括服务口径、时间口径和空间口径。

2.2.1 卫生费用核算口径 accounting caliber of total health expenditure

卫生费用核算时所遵循的核算标准或规范要求。在卫生费用核算系统中，卫生费用核算口径被界定为以卫

2.2.1.1 卫生费用服务口径 service caliber of total health expenditure

卫生费用核算时针对卫生服务活动所给出的界定标准。卫生费用核算体系中的卫生服务活动被界定为以提高和维持人体健康状况为首要目标，通过利用有资质的医学和卫生学知识（医学、辅助医学和护理知识和技术，传统的、补充的和替代医学）提供的产品和服务。

2.2.1.2 卫生费用时间口径 time caliber of total health expenditure

卫生费用核算时针对卫生服务活动及其相应费用支付的发生时期所给出的界定标准。包括两方面：①明确各项特定活动所发生的时期，通常是一个财政年度或一个公历年度。②区分卫生服务活动和相应费用支付发生的时间。

2.2.1.3 卫生费用空间口径 space caliber of total health expenditure

卫生费用核算时针对国家公民的境内外卫生费用所给出的纳入标准。全国的公民或居民的卫生活动，即卫生费用核算应该包括那些暂时居住在国外的公民或居民的卫生服务费用，但不包括外国公民在本国发生的卫生费用。

2.2.2 卫生费用核算体系 system of health accounts

从卫生服务功能、卫生服务提供者和筹资来源（筹资机构）三个维度来描述卫生资金的运动情况。

2.2.3 卫生费用核算核心维度 core health accounting framework

卫生费用核算时所采用的最关键分析方向或角度。包括服务功能、服务提供机构和筹资方案三个维度。

2.2.4 卫生费用核算扩展维度 extended health accounting framework

卫生费用核算时基于卫生费用核算核心维度的向外伸展。包括筹资环节、生产环节和消费环节三个维度。

2.2.5 卫生费用核算框架 framework of health expenditure accounting

按照卫生资金的流动过程，综合利用基本统计法和平衡推算法对资金来源、分配、使用分别进行核算，其核算结果可通过矩阵平衡法进行综合分析。

2.2.5.1 卫生筹资方案 health financing schemes

针对卫生筹资制定的工作或行动计划。它是卫生筹资安排的主要形式，通过方案对人群获得的卫生服务进

行支付。

2.2.5.2 卫生筹资机构 health financing agents

管理卫生筹资方案的机构单位。

2.2.5.3 卫生筹资来源 revenues of health financing schemes

卫生资金的筹集渠道与筹集方式。

2.2.5.4 卫生服务提供机构 health care providers

在卫生费用核算范围内，通过开展或预期开展卫生服务活动而获得资金交换的各级各类卫生机构。

2.2.5.5 卫生服务提供要素 factors of health care provision

在卫生费用核算范围内，开展卫生服务活动所必需的基本因素或条件，是卫生服务提供中所必需的各种社会资源。

2.2.5.6 卫生服务功能 health care functions

在卫生费用核算范围内，开展卫生服务活动时的各类产品和服务所发挥的作用。

2.2.5.6.1 治疗服务费用 curative care expenditure

为缓解病伤症状，减少病伤损害的严重性等而利用医疗服务所支付的费用。

2.2.5.6.2 康复服务费用 rehabilitative care expenditure

为改善病人功能水平而利用服务所支付的费用。

2.2.5.6.3 长期护理费用 long-term care expenditure

接受护理和照顾所支付的费用。

2.2.5.6.4 辅助性服务费用 ancillary services expenditure

利用医疗辅助人员和医疗技术人员操作的支持性服务所支付的费用。

2.2.5.6.5 医疗用品费用 medical goods expenditure

利用医疗用品所支付的费用。

2.2.5.6.6 预防服务费用 preventive care expenditure

利用促进人群健康状况，区别于修复人体机能的治疗性服务所支付的费用。

2.2.5.6.7 卫生行政管理费用 health administration expenditure

制定、管理协调和监督卫生政策、计划、方案和预算所支付费用。

2.2.5.7 受益人群特征 characteristics of beneficiaries

依据人群的年龄、性别、疾病、社会经济状况以及地理区域分布进行相关分析。

2.2.5.8 卫生费用矩阵平衡核算 national health accounts by matrix

采用棋盘式表格，按照一定顺序分别在行和列上体现不同核算维度，不仅使每个维度的账户在总额上平等，而且相互对应，各账户之间体现严密的数量衔接，综合反映卫生资金的循环流程及内在联系。

2.3 卫生费用核算方法

2.3.1 来源法卫生费用核算 national health accounts by source

以卫生服务过程中的资金运行为核算对象，按照卫生资金的筹集渠道与筹资形式收集整理卫生总费用数据，核算全社会卫生资金投入总量及内部构成的方法。

2.3.1.1 国内口径

2.3.1.1.1 政府卫生支出 government health expenditure

各级政府用于医疗卫生服务、医疗保障、行政管理事务、人口与计划生育事务等各项事业的经费。包括上级财政拨款、本地区各级财政拨款、其他政府性基金卫生投入。

2.3.1.1.2 社会卫生支出 social health expenditure

政府外的社会各界对卫生事业的资金投入，包括社会医疗保障支出、商业健康保险费、社会办医支出、社会捐赠援助、行政事业性收费收入等。

2.3.1.1.3 个人现金卫生支出 out-of-pocket health expenditure

城乡居民在接受各类医疗卫生服务时的直接现金支付，包括享受各类医疗保险制度的居民就医时的自付费用。

2.3.1.2 国际口径

2.3.1.2.1 广义政府卫生支出 general government expenditure on health

又称“一般政府卫生支出（general government expenditure on health）”。狭义政府卫生支出和社会保障卫生支出。也称一般政府卫生支出（世界卫生组织口径中，一般政府卫生支出还包括外援卫生支出）。它是目前卫生总费用国际分类的指标，反映政府组织和机构作为筹资主体在卫生筹资中所发挥的作用。

2.3.1.2.2 狭义政府卫生支出 territorial government expenditure on health

又称“税收为基础的卫生支出（territorial government expenditure on health）”各级政府对卫生的支出，但不包括对其他筹资部门的转移支付，如对各类医疗保险项目的补助。

2.3.1.2.3 私人卫生支出 private expenditure on health

来自私人保险、个人现金卫生支出、为家庭提供服务的非营利机构（社会保险除外）和私立单位（社会保险除外）的医疗卫生支出。

2.3.2 机构法卫生费用核算 national health accounts by provider

一个国家或地区一定时期内（一般指一年），从全社

会筹集到的卫生资金在各级各类卫生机构分配的总额，反映了卫生资金在不同部门、不同领域和不同层次的分配。

各类卫生服务时所发生的费用，反映卫生费用在不同功能服务中的分布。

2.3.3 功能法卫生费用核算 national health accounts by function

根据卫生服务活动的功能进行划分，测算消费者接受

2.3.4 支出法卫生费用核算 national health accounts by spending

根据卫生服务提供要素进行划分，测算卫生服务提供机构在生产卫生服务和产品时的投入状况。

2.4 卫生总费用分析

2.4.1.1 人均卫生总费用 per capita total health expenditure

一个国家或地区的卫生总费用和该国家或地区的人口数的比值，是分析与评价不同地区、不同人群享有卫生保健服务公平性的重要指标。

社会卫生支出占卫生总费用的百分比，衡量社会各界对卫生服务贡献程度的重要指标，反映多渠道筹集卫生资金的作用程度。

2.4.1.2 卫生总费用占国内生产总值比重 proportion of total health expenditure in gross domestic product

一个国家或地区卫生总费用和该国家或地区国内生产总值的比值，反映在一定时期、一定经济条件下，全社会对卫生事业的投入力度和对居民卫生保健的重视程度。

2.4.2.3 个人现金卫生支出占卫生总费用比重

proportion of out-of-pocket health expenditure in total health expenditure

个人现金卫生支出占卫生总费用的百分比，反映一个国家或地区居民个人对卫生总费用的负担水平。各地区不同人群对卫生服务的自付比例可以反映不同地区居民卫生筹资负担和享受卫生服务的公平性。

2.4.1.3 国内生产总值平减指数 gross domestic product deflator

又称“国内生产总值价格指数（gross domestic product deflator）”。国内生产总值名义值与实际值之间的比值，反映不同时期国内生产总值价格水平的变动趋势和变动幅度。

2.4.2.4 政府卫生支出占财政支出比重 proportion of government health expenditure in fiscal expenditure

政府卫生支出占财政支出的百分比，可衡量一个国家或地区财政部门对本国家或地区卫生事业发展的支持和重视程度。

2.4.2 卫生费用结构分析

2.4.2.1 政府卫生支出占卫生总费用比重 proportion of government health expenditure in total health expenditure

政府卫生支出占卫生总费用的百分比，能够反映政府各部门对卫生工作的支持程度和投入力度，体现政府在卫生领域中的重要作用。

2.4.2.5 社会医疗保障费用占卫生总费用比重

proportion of social health security expenditure in total health expenditure

社会医疗保障费用占卫生总费用的百分比，是评价一个地区社会医疗保障覆盖程度和公平性的重要指标。

2.4.2.2 社会卫生支出占卫生总费用比重 proportion of social health expenditure in total health expenditure

2.4.3 卫生费用变化趋势分析

2.4.3.1 卫生总费用增长速度 growth rate of total health expenditure

报告期卫生总费用的增长量与基期卫生总费用发展水平之比，是衡量一个地区各年卫生总费用增减变化趋势和发展程度的重要评价指标。

2.4.3.2 卫生总费用年平均增长速度 average annual growth rate of total health expenditure

衡量一定时期内，卫生总费用各年平均增长变化程度和卫生总费用变化趋势。

2.4.3.3 卫生消费弹性系数 elasticity of health consumption

卫生总费用增长速度与国内生产总值增长速度之间的比例关系，是世界各国用来衡量卫生发展与国民经济增长是否协调的重要评价指标。

3 健康需求

3.1 健康需求

3.1 健康需求 health demand

在一定时期内，通过投入时间、金钱、物品等成本，人们在实现效用最大化过程中能够获得或者保持的身体、精神和社会适应健康的数量。

3.1.1 健康存量 health stock

个体或群体在某一时间点上的健康资本或健康水平。

3.1.1.1 健康折旧 health depreciation

健康存量随着年龄、疾病等的价值下降的现象。

3.1.2 人力资本 human capital

人内在的生产能力和知识，通过包括教育、培训、健康、经验、技巧等投资而获得的人力资产的经济价值总和。

3.1.3 健康资本 health capital

一种耐用的资本，可以产生健康。是一种人力资本，决定了个体劳动力供给和家庭物品生产的时间。

3.1.3.1 健康投资 health investment

通过医疗卫生服务、体育锻炼、生活方式改善等对个体健康进行投资，维持或者增加健康资本存量的行为。

3.1.3.2 健康消费 health consumption

健康可以使个体感到舒适，个体可以从健康直接获得效用的行为。

3.1.4 健康资本需求 demand for health capital

个体在实现效用最大化过程中，能够获得或者维持的健康资本的数量。决定了个体的家庭物品生产和健康资本投资。

3.1.4.1 边际投资效率 marginal efficiency of investment

随着资源投资的增加，边际健康投资回报的变化情况，在健康需求理论中指健康资本的投资边际产出。被用来研究年龄、工资率、受教育程度对健康需求的影响。

3.1.4.2 健康资本回报率 return rate of health capital

健康生产中要素投入的回报率，是健康资本提高增加的健康天数与健康资本投入的比率。

3.2 健康生产

3.2 健康生产 health production

通过医疗和非医疗资源要素投入生产健康的过程。

3.2.1 健康生产要素 health production input

健康生产过程中的医疗和非医疗资源投入，包括市场上可以购买的要素，例如医疗卫生服务、药品、食物、

装备，健康的饮食习惯、健身、时间等。

3.2.2 健康产出 health output

在格罗斯曼健康需求模型中为健康天数，健康生产的目的是维持和提高健康资本，增加健康天数。

3.2.3 健康生产函数 health production function

健康生产中要素投入与健康资本产出的函数关系，健康产出一般为健康天数。随着资源投入的增加，健康生产的边际产出下降。

3.2.4 健康生产要素边际贡献 marginal contribution of health production input

健康生产要素投入的边际产品，一个单位健康生产要素可以产生的健康天数的变化。

3.2.5 健康生产弹性 elasticity of health production

每增加百分之一的要素投入而产生的健康天数的百分比变化。可以为正，也可以为负。医疗卫生服务投入的健康生产弹性一般为正，而健康危害行为的健康生产弹性为负。

3.3 健康需求模型

3.3 健康需求模型 health demand model

少闲暇时间，劳动和闲暇是一个替代关系。

利用人力资本理论来解释人类健康需求和医疗服务需求的经济学模型。

3.3.2 格罗斯曼健康需求模型 Grossman model of health demand

3.3.1 劳动-闲暇替代 labor-leisure trade-offs

贝克尔（Gary Becker）的时间分配理论，后被应用在健康需求模型中。个体总闲暇时间可以被用于生产家庭物品或者被雇佣以获得收入。劳动时间增加就会减

格罗斯曼（Michael Grossman）在 1972 年提出决定人类健康和卫生服务需求的经济学理论模型。个体不仅是健康的消费者，也是健康的生产者。个体通过医疗卫生服务和其他投入来提高健康资本存量，生产出更多的健康天数。

4 卫生服务需求

4.1 卫生服务需求

4.1.1 卫生服务需要 health service need

种卫生服务。

从人们的健康状况出发，不考虑实际支付能力，人们应该获得的卫生服务及其数量。

4.1.2 卫生服务需求 demand for health service

卫生服务消费者在一定时期内、一定价格水平下，愿意购买而且能够购买的卫生服务数量。

4.1.1.1 个人感知到的需要 perceived need

人们主观上认为自己罹患疾病或为了预防疾病应该获得的某种卫生服务。

4.1.2.1 个人卫生服务需求 individual demand for health service

4.1.1.2 个人未感知到的需要 unperceived need

卫生服务消费者实际存在某种健康问题或患有疾病时，但消费者自身并未察觉或并不认为应该求医的某

一个人在一定时期内、一定价格水平下，愿意购买且能够购买的卫生服务及其数量。其类型及数量取决于消费者对价格、保障状况、收入水平（预算约束）、卫生服务效果等个人或家庭的消费目标和偏好。

4.1.2.2 市场卫生服务需求 market demand for health service

在某一特定市场、在一定时间内、一定价格水平下所有消费者愿意购买且能够购买的卫生服务及其数量，是个人卫生服务需求的总和。

4.1.3 卫生服务要求 want for health service

消费者主观希望获得的预防保健、增进健康、摆脱疾病、减少致残的卫生服务及其数量，不完全由自身的实际健康状况所决定。

4.1.4 卫生服务利用 health care utilization

实际发生的卫生服务及其数量，可以直接反映卫生系统为人群健康提供卫生服务的数量和工作效率，间接反映卫生系统通过卫生服务对居民健康状况的影响。

4.1.5 卫生服务需求函数 demand function of health service

把影响卫生服务需求量的因素作为自变量，把卫生服务需求量作为因变量，表示它们之间的关系的函数。 $Q_d=f(T,I,P,P_x,E,\dots)$ Q_d 代表卫生服务需求量， T 代表偏好， I 代表收入， P 代表该项卫生服务的价格， P_x 代表相关卫生服务的价格， E 代表消费者对未来的预期，还有其他影响因素等。

4.1.5.1 卫生服务需求表 demand schedule for health service

表示某项卫生服务需求量和该项卫生服务价格之间的关系的表格。

4.1.5.2 卫生服务需求曲线 demand curve for health service

在其他条件不变的情况下，表示某种卫生服务的需求量（通常标明在横轴上）与价格（通常标明在纵轴上）之间关系的曲线。

4.1.5.2.1 个人卫生服务需求曲线 demand curve for individual health service

在其他条件不变的情况下，表示个人对某种卫生服务

的需求量（通常标明在横轴上）与价格（通常标明在纵轴上）之间关系的曲线。

4.1.5.2.1.1 卫生服务需求量变动 moving along the demand curve for health service

其他影响卫生服务需求的因素不变的情况下，当需求价格发生变化时，卫生服务的需求量随之发生的改变，在需求曲线上表现为一条既定的卫生服务需求曲线上点的位置移动。

4.1.5.2.1.2 卫生服务需求变动 shift of demand for health service

卫生服务本身价格不变，但其他影响因素改变而导致卫生服务需求量的变动，此时需求量和需求价格间的数量关系发生改变。

4.1.5.2.2 市场卫生服务需求曲线 curve of market demand for health service

个人需求曲线的水平相加，反映在其他条件不变的情况下，某个固定区域内所有消费者对某种卫生服务的需求之和。

4.1.5.3 需求定理 law of demand

又称“需求法则”。需求量与商品价格之间存在的反向变动关系，即需求量变动的规律。一般情况下，当其他条件不变时，商品价格越高，对该商品的需求量越少，而商品的价格越低，对该商品的需求量越高。

4.1.5.3.1 替代效应 substitution effect

一种服务或商品的价格上涨，消费者可以用其他服务或商品来替代变得更贵的该种服务或商品，而减少该服务或商品的需求量的现象。

4.1.5.3.2 收入效应 income effect

一种服务或商品的价格上涨，导致消费者购买力下降，由此减少对该服务或商品的需求量的现象。

4.1.6 卫生服务需求特点

4.1.6.1 卫生服务消费者信息缺乏 lack of information of health service consumer

由于卫生服务是具有高专业性和高技术性的服务，消费者对医学的知识和信息缺乏，无法做出理性的选择的现象。包括，无法判断自身是否患病及患何种疾病，无法确定应该获得的卫生服务的数量和质量，对所获得服务的质量和价格也无法判定。

4.1.6.2 卫生服务需求被动性 passive demand for health service

由于信息不对称的存在，卫生服务消费者最终获得的卫生服务需求主要受到卫生服务人员的判断的影响，卫生服务消费者在被动状态下利用卫生服务。

4.1.6.3 卫生服务利用效益外在性 externality of health care utilization

部分卫生服务的利用表现出不仅消费者受益，也在消费者之外取得正效益，且未将这些影响计入价格和成本之中的特点。反之，消费者不去利用卫生服务，则

不仅影响消费者本人的健康，也会影响到周围人的健康。

4.1.6.4 卫生服务需求不确定性 uncertainty of demand for health service

由于个人发生病伤是偶发事件，且存在个体差异，同一患者在不同时期患同样的疾病，或患同一类疾病的患者，在临床症状、体征、生理生化指标等方面都可能有所不同的特点。

4.1.6.5 卫生服务费用支付多源性 multi-payer for health care

在卫生服务领域的筹资系统中，卫生服务费用是政府、单位和个体等共同支付，导致卫生服务消费者不是按照实际的卫生服务价格支付费用，因而改变了卫生服务消费者的消费行为以及卫生服务提供者的提供行为，最终影响卫生服务需求的数量和质量。

4.2 卫生服务消费者行为

4.2 卫生服务消费者行为 consumer behavior of health service

消费者为获得所需的卫生服务而选择、购买和利用卫生服务的活动。

4.2.1 效用 utility

物品或服务满足人们需要的能力，或消费者消费一定数量的商品所得到的满足程度。

4.2.1.1 总效用 total utility

在一定时间内，消费者消费某种商品或服务总的满足程度之和

4.2.1.2 边际效用曲线 marginal utility curve

用图表示不同条件下每增加一单位商品的数量的边际效用的变化情况的曲线。

4.2.1.2.1 边际效用 marginal utility

消费者从增加一单位某种商品的消费所获得满足程度的增加。

4.2.2 基数效用论 cardinal utility

主张用基数词来表示消费者效用数量的理论。该理论认为，效用是消费者在消费商品时所得到的满足，可以用数值来衡量和相加。消费者均衡的条件是花在每一种商品上的最后一单位货币所带来的边际效用都相等，每一种商品所带来的边际效用与该种商品价格之比都等于货币的边际效用。

4.2.2.1 效用最大化 utility maximization

消费者通过采用最佳方法和进行精确计算来使得自身的效用水平达到最大的行为。效用最大化是消费者的理性行为。

4.2.2.2 边际效用递减规律 law of diminishing marginal utility

在其他条件不变的情况下，超过某一特定消费量后，边际效用随着消费量的增加而减少的规律。

4.2.3 序数效用论 ordinal utility

主张用序数词来表示消费者偏好次序的理论，主要分析工具是无差异曲线和预算线。

- 4.2.3.1 无差异曲线 indifference curve

消费者在收入和商品（服务）价格既定的条件下能够买到的两种商品（服务）数量的最大组合点的轨迹。
- 能给消费者带来同等程度满足的两种商品的不同数量组合点的变化轨迹。

4.2.3.3 消费者均衡 consumer equilibrium

在其他条件不变的情况下，消费者实现效用最大化并保持不变的状态，是消费者预算线和无差异相切点。
- 4.2.3.2 消费者预算线 consumer's budget line

4.3 卫生服务需求弹性

- 4.3 卫生服务需求弹性 elasticity of demand for health service

反映了卫生服务需求量对卫生服务价格变动的反应程度。
- 卫生服务需求量变动与价格、收入、相关商品（服务）或替代品价格变动之间的关系

4.3.2.1.1 富有弹性 price elastic

当弹性系数大于 1 时，表示自变量的变动率大于因变量的变动率的特性。
- 4.3.1 弹性 elasticity

当两个经济变量之间存在函数关系时，因变量对自变量的反应程度，是因变量相对变化与自变量相对变化之比。

4.3.2.1.2 缺乏弹性 price inelastic

当弹性系数小于 1 时，表示自变量的变动率小于因变量的变动率的特性。
- 4.3.1.1 弧弹性 arc elasticity

自变量的一个相对变动（相对于变动前后的平均值）与因变量的一个相对变动（相对于变动前后的平均值）之比，是对需求曲线上两点之间的需求量的变动对于价格的变动的反应程度。

4.3.2.1.3 单一弹性 unit price elasticity

又称“单位弹性（unit price elasticity)”。当弹性系数等于 1 时，表示自变量的变动率等于因变量的变动率的特性
- 4.3.1.2 点弹性 point elasticity

自变量的一个无穷小的相对变动与因变量的一个无穷小的相对变动之比，是对需求曲线上某一点的弹性的精确度量。

4.3.2.1.4 完全无弹性 perfect price inelasticity

当弹性系数等于 0 时，表示因变量的变动对自变量变动无影响的特性。
- 4.3.1.3 弹性系数 coefficient of elasticity

用来表示弹性大小的指标，衡量因变量的相对变化对自变量的相对变化灵敏程度。

4.3.2.1.5 完全弹性 perfect price elasticity

当弹性系数等于 ∞ 时，表示因变量变动率相对于无穷小自变量的变动率为无穷大。
- 4.3.2 需求弹性 elasticity of demand

在一定时期内某种商品需求量的变动对其他因素(如价格、收入等)变动的反应程度。可分为需求价格弹性、需求收入弹性、需求交叉弹性等。

4.3.2.2 卫生服务需求收入弹性 income elasticity of demand for health service

反映消费者的卫生服务需求量变动对消费者收入水平变动的反应程度。
- 4.3.2.1 卫生服务需求价格弹性 price elasticity of

4.3.2.2.1 正常品 normal goods

需求的收入弹性为正的商品，消费者对这种商品的需求水平随着收入的增加而提高。

4.3.2.2.2 奢侈品 luxury or superior goods

需求的收入弹性大于 1 的商品，消费者对该商品的需求富有弹性。

4.3.2.2.3 劣等品 inferior goods

需求的收入弹性为负的商品，消费者对该商品的需求

水平随收入的增加而下降。

4.3.2.3 卫生服务需求交叉弹性 cross elasticity of demand for health service

反映某卫生服务需求量的变动对相关卫生服务价格变动的反应程度。

4.3.2.4 卫生服务需求保险弹性 insurance elasticity of demand for health service

反映卫生服务需求量的变动对医疗保险补偿水平变动的反应程度。

5 卫生服务供给

5.1 卫生服务供给

5.1 卫生服务供给 supply of health service

卫生服务提供者在某一特定时间内，在某一价格下，愿意而且能够提供的卫生服务的种类和数量。

5.1.1 卫生服务供给定理 law of health service supply

在其它条件不变的情况下，某卫生服务的供给量与价格之间成同方向的波动，即供给量随着服务本身价格的上升而增加，随其价格下降而减少。

5.1.1.1 总供给 aggregate supply

一个国家或地区在一定时期内（通常为 1 年）由社会生产活动实际可以提供给市场的可供最终使用的卫生服务产品的种类和服务总量。

5.1.1.2 供给量 supply volume

卫生服务生产者在某一既定时期内，某一价格水平上愿意并且能够提供的卫生服务和产品的数量。

5.1.1.2.1 市场供给量 market supply quantity

在一定的时期内，在一定价格或成本消耗水平上，所有卫生服务机构愿意而且能够提供的某种卫生服务

的数量，是个别卫生服务供给的总和。

5.1.1.3 生产者剩余 producer surplus

生产者在商品生产和销售过程中获得的净利益，等于生产者销售出的每一单位商品的市场价格与其边际成本之间的差额的加总。

5.1.1.3.1 单个生产者剩余 individual producer surplus

个体生产者在商品生产和销售过程中获得的净利益，等于个体生产者销售出的每一单位商品的市场价格与其边际成本之间的差额的加总。

5.1.1.3.2 总生产者剩余 total producer surplus

全部生产者在商品生产和销售过程中获得的净利益，等于全部生产者销售出的每一单位商品的市场价格与其边际成本之间的差额的加总。

5.1.1.4 利润 profit

机构在一定会计期间内所取得的总收益与总成本之间的差额。

5.1.1.5 收益 return

投资于某种资产的收入与净资产之间的差额。

5.1.1.6 供求定理 law of supply and demand

表明供给与需求间关系的定理。完全竞争市场中，任何一种物品的价格都会自发调整，使该物品的供给与需求达到平衡。

5.1.1.6.1 均衡价格 equilibrium price

市场上人们对某种商品的需求量恰好等于厂商愿意提供的供给量时的价格，由需求和供给共同决定。

5.1.1.6.2 均衡数量 equilibrium quantity

在均衡价格水平下的相等的供求数量。

5.1.2 卫生服务供给函数 function of health service supply

用函数来表示影响卫生服务供给的因素与卫生服务供给之间的关系。

5.1.2.1 供给变动 shift in supply

由供给函数中卫生服务价格以外的其他因素引起的供给变动。

5.1.2.2 供给量变动 shift in supply quantity

在供给函数中其他因素保持不变的条件下，仅由卫生服务自身价格变化所导致的服务供给量的变化，表现为沿着同一供给曲线的上下移动。

5.1.3 卫生服务供给曲线 curve of health service supply

以几何图形表示卫生服务的价格和供给量之间的函数关系，把价格与供给量联系在一起的曲线。

5.1.3.1 供给曲线 supply curve

在其他条件不变的情况下，反映卫生服务供给量（通常标明在横轴上）与卫生服务价格（通常标明在纵轴上）间关系的曲线。

5.1.3.1.1 短期供给曲线 short-run aggregate supply curve

反映短期中总供给与价格关系的一条曲线。在短期内，总供给量与价格水平呈同方向变动，总供给曲线是一条向右上方倾斜的线。

5.1.3.1.2 长期供给曲线 long-run aggregate supply curve

反映长期内总供给与价格的关系的曲线。

5.1.4 卫生服务供给弹性 elasticity of health service supply

卫生服务供给量的变动对卫生服务价格变动的反应程度。

5.1.4.1 供给的价格弹性 price elasticity of supply

供给量对价格变动的反应程度，价格每变动1%所引起的卫生服务供给量的变动百分比。等于卫生服务供给量变化的百分比/卫生服务价格变化的百分比。

5.1.5 卫生服务供给类别 category of health service supply

按照卫生服务生产的内容对供给进行的分类。主要包括医疗服务供给、预防服务供给、康复服务供给、保健服务供给、健康教育服务供给等。

5.1.5.1 医疗卫生服务供给 supply of medical service

在一定时期内，一定价格水平下，各级各类医疗机构及其医务人员愿意并且能够运用各种卫生资源为社会公众提供的诊断、治疗、康复等服务的数量。

5.1.5.2 公共卫生服务供给 supply of public health service

为保障社会公众健康，由公共卫生部门或其他卫生组织在一定时间内、一定价格水平下，愿意且能够提供的用以满足社会公共卫生需求的服务和数量。

5.1.5.3 家庭医生签约服务 family doctor contracted services

以全科医生为主体，采取家庭医生团队服务形式，与居民或家庭自愿签订服务协议，为其提供基本医疗、公共卫生和约定的健康管理服务。

5.1.6.4.1 一级价格歧视 first-degree price discrimination

按照消费者愿意为每一单位商品支付的最高价格来定价的策略。

5.1.6.4.2 二级价格歧视 second-degree price discrimination

根据消费者购买的商品量来确定价格的定价策略。

5.1.6.4.3 三级价格歧视 third-degree price discrimination

根据消费者的不同类型来确定价格的定价策略。

5.1.6.5 进入壁垒 barriers to entry

使组织难以进入某一产业并参与其中竞争的条件，是潜在进入组织和新进组织与既存组织竞争可能遇到的不利因素。

5.1.6.5.1 规模经济壁垒 scale economy barrier

由于规模经济形成的进入壁垒。在产业的市场需求有限，同时存在规模经济的前提下，一个或少数几个企业在最小有效规模进行生产并获得经济利润，如果再有新企业以同样的产量进入，则所有企业都可能亏损，这时新企业无法进入这一产业获利。

5.1.6.5.2 必要资本量壁垒 necessary capital quantity barrier

由于必要资本形成的进入壁垒。生产过程的资本密集程度越高，必要资本量越大，新企业筹措资金越困难，其资本费用就比在位企业高，因此新企业进入市场的难度也就越大。

5.2 卫生服务生产

5.2 卫生服务生产 health service production

组织医生、护士、医疗设备、药品、病房和病床等各种卫生服务生产要素，通过门诊、住院、公共卫生服务等卫生服务提供形式，最终生产出满足人们健康需要的卫生服务产品的过程。

5.2.1 边际收益 marginal revenue

每增加一单位商品销售所带来的总收益的增加。

5.2.1.1 边际收益递减规律 law of diminishing marginal revenue

在一定的生产技术水平下，当其余生产要素的投入量保持一定，连续增加某种生产要素的投入量，在达到某一点以后，总产量的增加额将越来越小的现象。

5.2.2 边际报酬 marginal return

既定技术水平下，在其余要素投入保持一定的情况下，增加一单位某要素投入所带来的产量的增量。

5.2.2.1 边际报酬递减规律 law of diminishing marginal return

反映生产要素增加带来的报酬变化的一种关系。在技术既定、其余生产要素的投入数量一定的情况下，将一种可变生产要素连续等量地增加到生产过程中，当这种可变生产要素的投入量连续增加并超过某一特定值时，所产出产品的增量下降，即可变要素的边际产量递减。

5.2.3 边际替代率 marginal rate of substitution

消费者在保持同等满足程度时增加一种商品的数量与该消费者必须放弃的另一种商品的数量之比。

5.2.3.1 边际技术替代率 marginal rate of technical substitution

在产量保持一定的前提条件下，增加一单位某种生产要素可以代替的另外一种要素的数量。

5.2.3.1.1 等产量曲线 isoquant curve

在技术水平既定的条件下，生产给定产量的两种生产要素有效组合的轨迹。

5.2.4 规模经济 economies of scale

在一定范围内，随着产量的增加，平均成本持续降低的现象。

5.2.4.1 内部规模经济 internal economies of scale

随着卫生服务机构规模的扩大，产量的增加大于投入的增加，生产每一单位服务产品的成本下降，从而形成的经济效益。

5.2.4.2 外部规模经济 external economies of scale

当整个卫生服务产业的产量（因机构数量的增加）扩大时（机构外部的因素），该行业各个卫生服务机构的平均生产成本下降，带来的成本优势。

5.2.4.3 聚集规模经济 rounding up scale economy

卫生服务产业与经济活动在空间上聚集后产生的经济效应，吸引经济活动向一定地区靠近的向心力，是导致城市形成与不断发展、扩大的基本因素。

5.2.4.4 规模收益递增 increasing return to scale

当所有生产要素等比例增长时，产量增长的比例超过生产要素增长比例的状态。

5.2.5 规模不经济 diseconomies of scale

生产规模扩大而导致单位产品成本提高的现象。

5.2.5.1 规模收益不变 constant returns to scale

在技术水平保持一定的情况下，生产要素投入量与产出量成同比例增加的情况。

5.2.6 范围经济 economies of scope

机构通过扩大经营范围、增加服务产品种类和生产多种服务产品而引起单位成本降低的现象。

5.2.7 卫生服务生产函数 health service production function

在时间和技术条件一定的情况下，生产某种产品时投入的生产要素数量与生产出该产品的数量间的关系。

5.2.7.1 卫生服务生产要素 factors of health service production

在卫生服务生产过程中所使用的各种资源的统称，例如土地、劳动力和资本等。

5.2.7.1.1 卫生服务生产要素最优组合 optimal combination of production factors of health service

等成本线和等产量线相切的点的生产要素组合。根据生产理论，为了获取利润最大化，理性的生产者追寻以最小的成本来生产最大的产量。也就是产量既定时使成本最小，或者成本既定时产量最大。

5.2.7.1.2 卫生服务生产要素市场 health service factoring market

卫生服务市场经济要求生产要素商品化，以商品的形式在市场上通过市场交易实现流动和配置，从而形成的卫生服务各种生产要素市场的统称。

5.2.7.2 总产量 total production

与一定的可变要素劳动的投入量相对应的最大产量。

5.2.7.2.1 平均产量 average production

平均每一单位的可变要素的投入量所生产的产量。

5.2.7.2.2 边际产量 marginal production

增加一单位可变要素投入量所增加的产量。

5.2.7.2.2.1 边际产量递减规律 law of diminishing marginal production

又称“要素报酬递减率（law of diminishing marginal production）”。增加一单位可变要素投入量所增加的产量。。反映生产要素增加带来的产量变化的一种关系。在技术水平及剩余生产要素投入量保持一定的条件下，随着某种可变要素投入的增加，每增加一单位生产要素所增加的产量最初可能是递增的，但最终呈现出递减状态。

5.2.7.3 生产要素投入 factor input

将生产要素土地、劳动和资本用于生产的过程。

5.2.7.3.1 固定投入 fixed input

在短期内生产者无法进行数量调整的那部分要素投入。

5.2.7.3.2 可变投入 variable input

在生产过程中随产量而变化的那部分要素投入。

5.2.7.4 生产函数 production function

在时间和技术条件一定的情况下，生产某种产品时投入的生产要素数量与生产出该产品的数量间的关系。

5.2.7.4.1 长期生产函数 long-term production function

在时间和技术条件一定的情况下，生产中所使用的各种生产要素的数量变化与所能生产的最大产出间的关系。

5.2.7.4.2 短期生产函数 short-term production function

在生产既定产品时，技术条件和固定投入（通常是资本）一定时，一种可变投入（通常是劳动）与可能生产的最大产量间的关系。

5.2.7.4.3 柯布-道格拉斯生产函数 Cobb-Douglas production function

由柯布、道格拉斯发现的一种常用的、用来表明投入和产出之间呈现规模收益不变特征的生产函数。

5.2.7.4.3.1 产出弹性 output elasticity

又称“生产弹性（output elasticity）”。当其他投入要素保持一定时，一种投入要素的既定百分比变动所引起的产出的百分比变动的数值。

5.2.7.4.3.2 生产力弹性 elasticity of productivity

又称“生产弹性（output elasticity）”。当其他投入要素保持一定时，一种投入要素的既定百分比变动所引起的产出的百分比变动的数值。。所有生产要素投入量均按相同的既定增长率变动所引起的产出的百分比变动的数值。

5.2.8 卫生技术 health technology

一切以促进健康、提高生存质量和生存期的疾病预防、筛查、诊断、治疗和康复等技术手段。

5.2.8.1 卫生技术扩散 diffusion of health technology

新的技术在医疗卫生服务市场中或不同市场之间被采纳和使用的过程。

采用明确的方法在卫生技术生命周期的不同阶段确定其价值的过程。其目的是为了在决策制定中提供信息，以促进公平、高效和高质量的卫生系统。

5.2.8.2 卫生技术评估 health technology assessment,HTA

5.3 卫生服务供给成本

5.3 卫生服务供给成本 cost of health service provision

卫生服务提供者在提供卫生服务时，为此而支付的所有代价。

5.3.1.5 间接成本 indirect cost

为提供某医疗服务项目，但不能直接追溯到各个成本对象的成本。

5.3.1 卫生服务总成本 total cost of health services

在生产卫生服务产品时，各种生产投入要素的市场价格总和。

5.3.1.6 无形成本 intangible cost

难以用市场价格直接表现的成本。

5.3.1.1 固定成本 fixed cost

成本总额在一定时期和一定业务范围内，服务量增减变动时保持一定的成本。

5.3.2 平均成本 average cost

一定范围和一定时期内成本耗费的平均水平。

5.3.1.1.1 半固定成本 semi fixed cost

成本总额在某一时期内，当服务量超过一定范围时才会变动的成本。

5.3.2.1 短期平均成本曲线 short-run average cost curve

在生产规模保持一定时，反映平均总成本与产量的关系曲线，呈现先降后升趋势。

5.3.1.2 可变成本 variable cost

成本总额与服务量的总数成正比例增减变动的成本。

5.3.2.2 长期平均成本曲线 long-run average cost curve

在生产规模可变化时，反映平均总成本与产量的关系曲线，呈现先降后升趋势。

5.3.1.2.1 半变动成本 semi variable cost

成本总额在一定时期和一定业务范围内随着服务量的变动而变动，部分受服务量增减而变化的成本

5.3.2.2.1 平均固定成本 average fixed cost

平均每生产一单位产品所耗费的固定成本。

5.3.1.3 混合成本 mixed cost

同时具有固定成本和变动成本的特点，包含部分固定成本和部分变动成本的成本。

5.3.2.2.2 平均可变成本 average variable cost

平均每生产一单位产品所消耗的可变成本。

5.3.1.4 直接成本 direct cost

为提供某医疗服务项目而能够直接追溯到各个成本对象的成本。

5.3.2.3 长期平均成本 long-run average cost

长期内生产每一单位产品平均所花费的成本。

5.3.2.4 短期平均成本 short-run average cost

短期内生产每一单位产品平均所需要的成本。

5.3.4.3 增量成本 incremental cost

因某一项决策的实施所带来的成本的变化量。

5.3.3 边际成本 marginal cost

每一单位新增生产的产品（或者购买的产品）带来的总成本的增量。

5.3.4.4 可缩减成本 avoidable cost

在正常经营运行情况下可降低的成本。

5.3.3.1 边际成本曲线 marginal cost curve

反映增加最后一单位产量所引起的总成本的增加与产量之间关系的曲线。

5.3.4.5 沉没成本 sunk cost

前期已经发生，与后期是否投入无关的成本。

5.3.3.2 长期边际成本 long-run marginal cost

在生产规模变动条件下，每增加一单位产量所增加的长期总成本。

5.3.4.6 机会成本 opportunity cost

将一项资源用于某一项目或方案时，其余项目或方案失去再使用这些资源的可能性，这些可能性的潜在收益。

5.3.3.3 短期边际成本 short-run marginal cost

在短期内，每增加一单位产量所引起的总成本的增加量。

5.3.5 成本函数 cost function

用来表明生产给定产量与最低成本之间关系的函数

5.3.4 经济学成本

5.3.5.1 等成本线 isocost curve

表示用既定的成本可以实现的两种及多种生产要素最大数量组合点的轨迹。

5.3.4.1 显性成本 explicit cost

通过成本会计计算得来的成本。

5.3.5.2 生产要素价格 production factor price

物质资料生产过程中必须具备的因素的价值的货币表现。

5.3.4.2 隐性成本 implicit cost

易忽略的及难以测量的成本，包括作为成本项目的机器设备和厂房等固定资本折旧费、企业主自己投入的资本的利息、企业家才能应得的报酬等。

5.4 卫生服务供给者行为

5.4 卫生服务供给者行为 behavior of health service provider

quality-quantity non-profit hospital

卫生服务供给的主体是提供卫生服务的人和组织，主要指医疗机构提供卫生服务的行为方式。

医院经营者的偏好是最大化质量和数量的组合，反映以提供公益性医疗服务为目的的医疗机构对公众利益的考虑，最大化公众利益的一种经济学模型。

5.4.1 医院行为模型 hospital behavior model

5.4.1.2 利润-背离非营利医院模型 model of profit-deviating non-profit hospital

研究医院如何做出决策和提供医疗服务的理论框架。

分析非营利性医院行为的一种经济学模型。医院的服务是为了社会公众利益而提供公益性的医疗服务，其

5.4.1.1 质量-数量非营利医院模型 model of

收入用于弥补医疗服务成本，实际运营中的收支结余只能用于自身的发展，可能表现出与利润最大化行为相似的特征

5.4.1.3 效用最大化模型 utility maximization model

假定医院决策者追求服务数量与质量两个目标最大化的模型

5.4.1.4 利润最大化模型 profit maximization model

假定所有医院目标都是谋求利润最大化的模型。为了实现该目标，医院应选择和需求曲线上边际成本曲线与边际收益曲线相交点的价格。

5.4.1.5 收入最大化模型 income maximization model

假定医院的服务目标是实现业务收入最大化的模型。

5.4.2 诱导需求理论 physician-induced Demand

用于解释卫生服务供给方向需求方推荐过多额外服务，需求方利用更多服务的理论。

5.4.2.1 价格刚性理论 price rigidity theory

一种阐述在竞争市场环境中诱导需求的方法，即随着需求或供给的变化但价格保持一定的现象。

5.4.2.2 罗默法则 Romer rule

医院提供的病床数量越多其使用率越高，病床数与使用率两者呈正相关关系的规律。

5.4.2.3 目标收入模型 target income model

在目标收入假定下，医生人数增长导致了更高的收费以维持医生个人收入不变的模型。

6 卫生服务市场与政府作用

6.1 市场

6.1 市场 market

狭义上是商品交换的场所，广义上为商品交换关系的总和。

通过竞争实现优胜劣汰的一种市场经济内在功能机制。在市场机制中，各个市场主体为自身利益而相互间开展竞争，由此形成的内部必然联系和影响。

6.1.1 市场机制 market mechanism

市场上供求、价格、竞争、风险等各种要素相互作用、相互制约所构成的经济运行的内在机理。是商品经济条件下，社会经济运行和资源配置的基础性调节机制，是商品经济的普遍规律即价值规律的具体表现和作用形式。规律即价值规律的具体表现和作用形式。

6.1.1.3 供求机制 mechanism of supply and demand

在市场交换活动中供求与价格、竞争等因素之间相互影响、相互制约的关系，是调节市场供给与需求矛盾，使之趋于均衡的机制。

6.1.1.1 价格机制 price mechanism

在市场运行过程中，市场上某种商品或服务的价格变动与该商品或服务供求变动的关系，是市场机制的核心。

6.1.1.4 风险机制 risk mechanism

在利益的诱惑下，风险作为一种外在压力与竞争及供求共同作用于市场主体，共同调节市场运行的一种约束机制。

6.1.1.2 竞争机制 mechanism of competition

6.1.2 市场结构 market structure

某一市场中各种要素之间的内在联系方式及其特征。

6.1.2.1 完全竞争市场 perfect competitive market

竞争不受任何阻碍、干扰和控制的市場結構。市場價格由市場供給和需求共同決定，每一個供給者和需求者都是價格的接受者。市場供給與需求趨於平衡，資源配置達到有效率狀態。

6.1.2.2 完全壟斷市場 monopoly market

只存在一個供給者和眾多需求者的市場結構。對於壟斷者所出售的產品，市場上不存在相近的替代品。

6.1.2.3 壟斷競爭市場 monopolistic competition market

許多廠商生產出售相近但具有質量差別的商品市場結構，介於完全競爭和完全壟斷兩個極端市場結構的中间状态。

6.1.2.4 寡頭壟斷市場 oligopoly monopoly market

一種同時包含壟斷和競爭的因素，但更接近於完全壟斷的市場結構，介於完全壟斷和壟斷競爭之間的一種市場模式。

6.2 卫生服务市场

6.2 卫生服务市场 health service market

由卫生服务的生产者提供给卫生服务消费者的一种经营卫生服务商品交换关系总和的市場。

6.2.1 卫生服务产品特性 features of health service products

卫生服务产品有别于一般商品的经济學特征，包括以服務形态存在、有大量公共产品、最终产品为健康水平改善等特性。

6.2.1.1 公共产品 public goods

既具有消費或使用上的非競爭性又具有受益上的非排他性的產品。分為准公共产品和純公共产品。

6.2.1.1.1 纯公共产品 pure public goods

在消費方面具有完全的非競爭性或受益上完全的非排他性公共产品。

6.2.1.1.2 准公共产品 quasi-public goods

具有消費或使用上有限的非競爭性或受益上有限的非排他性的公共产品。

6.2.1.2 个人产品 personal goods

又称“私人产品（private goods）”。具有消費或使用上的競爭性、受益上的排他性和缺乏外部效应特征的产品或服务。通常分为必需消费品和特需消费品两类。

6.2.1.2.1 必需消费品 essential consumer goods

在經濟學概念中，被社會認為人人應該得到的、服務價格彈性小、成本效益較好的產品。

6.2.1.2.2 特需消费品 specialty consumer goods

用於滿足某種特殊需要的、可根據人們的消費能力和偏好自由選擇的產品。

6.2.2 卫生服务外部效应 externality of health service benefit

部分人對某種衛生服務產品的消費可以對不消費這種產品的人發生間接的影響。

6.2.2.1 正外部效应 positive externality

部分人對某種衛生服務產品的消費可以對不消費這種產品的人發生間接且有益的影響。

6.2.2.2 负外部效应 negative externality

部分人對某種衛生服務產品的消費可以對不消費這種產品的人發生間接且不利的影響。

6.2.3 卫生服务市场特征 features of health service market

衛生服務市場是一個存在大量公共产品、具有外部性特征的市場。具有與一般商品市場共同性，同時也表現出特殊市場經濟主體、信息不對稱、壟斷和誘導需

求造成服务低效率等与一般商品市场的差异性特征。

份额，通过绝对的优势和控制权制造成的地域内垄断。

6.2.3.1 疾病的不确定性 uncertainty of disease

疾病的发生具有偶然性和突发性，其进展、严重程度、结局状态等难以准确预测。包括个体发病率不确定、疾病治疗效果的不确定、消费者健康状况以及对医疗服务的需求存在不确定性等。

6.2.3.2 技术垄断 technology monopoly

由于医疗卫生服务的技术复杂性，服务供方能够根据自己的信息技术优势，在提供医疗卫生服务过程中形成的垄断权。

6.2.3.2 信息不对称 information asymmetry

在医疗卫生服务市场交易中，服务提供者（医生）与消费者（患者）之间存在各自拥有的信息不均衡的现象。

6.2.3.3 所有制垄断 ownership monopoly

卫生服务市场中生产资料或服务产品的所有权由国家或政府所有，实行公有制保安全的管理体制形成的垄断。

6.2.3.3 供方垄断 supply monopoly

在生产集中和资本集中高度发展的基础上，一个或少数几个卖者对相应部门产品生产和销售的独占或联合控制。在卫生服务市场表现有地域垄断、技术垄断、所有制垄断以及保险垄断等。

6.2.3.4 保险垄断 insurance monopoly

卫生服务市场中保险机构作为服务供方通过药物目录、支付方式、定点政策等手段和控制权所形成的垄断性。

6.2.3.3.1 地域垄断 territorial monopoly

卫生服务市场中供方在某些地域性占有较高的市场

6.2.3.4 诱导需求 induced demand

由于供需双方信息不对称，医疗卫生服务的提供者在代表消费者作出消费选择时，可能会受到自身经济利益的影响而产生的需求。

6.3 卫生服务市场失灵

6.3 卫生服务市场失灵 health service market failure

市场机制无法有效率地分配和使用卫生资源以及带来的分配不公平的情况。

因素的市场。包括完全垄断市场、寡头垄断市场和垄断竞争市场三种类型。卫生服市场不能保持充分竞争，市场作用离开最优状态，因此发生市场失灵。

6.3.1 市场失灵 market failure

又称“市场失效，市场缺陷（market failure）”。由于市场机制不能充分地发挥作用而导致的资源配置缺乏效率或资源配置失当的情况。

6.3.2.2 市场垄断 market monopoly

卫生服务市场由于供需双方信息不对称、严格的准入规制、行业技术的高度专业性以及公立医疗机构主体份额的绝对优势等因素形成的垄断优势。

6.3.2 卫生服务市场失灵表现

6.3.2.1 不完全竞争市场 imperfect competitive market

完全竞争市场以外的所有的或多或少带有一定垄断

6.3.2.3 搭便车 free-riding

又称“搭便车困境（free rider problem）”。对公共产品的消费中，那些自己不为此产品付费，在别人付出代价去取得后，坐享其成果的行为。

6.4 卫生服务市场政府作用

6.4 卫生服务市场政府作用 role of government in health service market

政府通过对卫生服务投入、设置卫生机构、制定卫生政策、改革卫生体制等手段和形式对卫生服务市场进行的干预和调控。

6.4.1 卫生服务市场政府干预 government intervention in health service market

政府为克服卫生服务市场失灵，弥补市场机制的缺陷，促进市场发展，规范市场运行，对卫生服务市场的总体进行调节和控制的行为。

6.4.1.1 经济杠杆 economic leverage

政府运用经济利益的各种规定、准则和措施去指导和影响卫生机构的市场行为。

6.4.1.1.1 卫生服务价格 price of health service

卫生服务价值的货币表现形式。采取由政府指导下的有限接受市场调节的机制，以发挥价值补偿作用，调节卫生资源配置和医疗服务供求状况等作用。

6.4.1.1.2 政府投资 government investment

政府使用预算安排资金进行固定资产投资建设以影响卫生服务市场行为的活动。分为直接投资和间接投资两大类。

6.4.1.2 行政手段 administrative means

政府机关及其工作人员通过履行行政职能，依法对卫生服务市场有序运行进行的管理活动。

6.4.1.3 法律手段 legal means

运用法律、法规、政策等去规范卫生服务市场的运行和卫生服务机构的 market 行为，以实现政府对卫生服务市场的宏观调控。

6.4.2 卫生服务市场政府干预形式

6.4.2.1 医疗规制 medical regulation

政府从资源有效配置和服务的公平供给出发，确定医疗服务机构的产品或服务价格标准，并对个人或保险机构支付给医疗机构费用进行调节与控制的方法。主要包括准入规制、质量规制和信息规制等。

6.4.2.1.1 准入规制 access regulation

政府对进入卫生服务市场需要达到的条件或标准以及进入市场后需要遵守的相关规范所制定的相关制度。

6.4.2.1.2 质量规制 quality regulation

政府对医疗卫生服务的可靠性、遵照标准的程度及其结果的一种约束或限制。一般通过许可证制度、合格鉴定和审查制度等形式完成。

6.4.2.1.3 信息规制 information regulation

政府公布信息或者规定信息处于强势地位的一方应向信息处于弱势地位的一方提供商品或服务的详细和准确信息，以减少信息不对称带来的负面影响的规制方式。

6.4.2.2 政府规制 government regulation

作为对外部竞争约束的替代，政府必须对公共卫生机构提供公共产品的行为加以约束或规定，做出关于安全标准、价格规范、药品供应和废弃物监管等方面的制度安排。

6.4.2.2.1 经济规制 economic regulation

政府为防止垄断行业滥用市场力量，对商品价格、种类、市场进入和退出条件以及投资、财务、会计等方面的经济活动所进行的规制。

6.4.2.2.2 社会规制 social regulation

政府为了民众健康或安全，针对某些经济活动所引起的各种副作用和外部影响而制定的规章制度，并对实施情况予以监督。

6.4.2.3 供给能力规制 supply capacity regulation

在公共卫生产品供给与需求失去平衡情况下，政府通

过法律、行政或市场调节的手段对公共卫生资源供给能力进行调控的制度。

6.4.2.4 卫生服务政府购买 government purchasing of health service

由政府财政出资，采购所需的卫生服务或产品并向公众提供免费或低价的必要服务以达到对卫生服务市场影响和干预的一种形式。

6.4.2.5 转移支付 transfer payment

政府或其他单位无偿地支付给个人以及下级政府以增加其收入和购买力费用的行为，是一种收入再分配的形式。

6.4.2.5.1 转移支付模式 models of transfer payment

转移支付的方式或形式，通常有纵向转移支付、横向转移支付和混合转移支付三种模式。

6.4.2.5.1.1 纵向转移支付 vertical transfer payment

上级政府对下级政府的财政转移支付。

6.4.2.5.1.2 横向转移支付 horizontal transfer payment

同级政府之间财政资金的平行转移，一般是财力富裕的地区无偿向财力不足的地区转移支付。

6.4.2.5.1.3 混合转移支付 vertical and horizontal transfer payment

既包含上级政府对下级政府的财政转移支付，也包含同级政府间财政转移支付的方式。

6.4.2.5.2 转移支付类别 classifications of transfer payment

按照用途划分的转移支付方式。

6.4.2.5.2.1 一般性转移支付 general transfer payment

又称“体制性转移支付(Institutional transfer payment)”。上级政府依法将其财政资金转作下级政府财政收入的一种补助方式，是政府间财政关系的重要组成部分。

目的是缩小地区间贫富差异。

6.4.2.5.2.2 专项转移支付 special transfer payment

中央财政为实现特定的宏观政策及事业发展战略目标，以及对委托地方政府代理的一些事务进行补偿而设立的专项补助资金。重点用于教育、医疗卫生、社会保障、支农等公共服务领域。

6.4.2.6 投资审核 certificate-of-need ,CON

通过对医院设备的购买进行评价，要求超过最低限额的设备投资均需经过各级政府计划部门审核批准，是一项限制医疗设备过度投资的法规。

6.4.2.7 健康扶贫 health poverty alleviation

通过提升医疗保障水平，提高医疗服务能力，加强公共卫生服务等一系列综合措施，让贫困群众能够看得上病、看得起病、看得好病，确保健康有人管，患病有人治，大病有救助，防止因病致贫和因病返贫。

6.4.3 政府失灵 government failure

又称“政府缺陷、政府失效(government failure)”。政府在弥补市场机制的缺陷、干预经济运行的过程中，由于自身的局限性和其他因素的制约无法达到社会卫生资源配置的有效和公平的状况。

6.4.3.1 规制者利益 regulator interest

政府根据相应自身利益规则，制定和执行规制政策行为，在并非完全符合社会公共利益情况下，对微观市场主体实行的一种社会管理干预。

6.4.3.2 寻租 rent seeking

政府部门及其管理者以其拥有的特权向服务对象谋取非正当利益的行为。

6.4.3.3 官僚主义 bureaucracy

政府官员追求政府规模最大化、行为不受产权约束和利润支配，政府机构的高垄断性和缺乏对政府官员的有效监督，由此产生的一种脱离实际、不关心群众利益、只知发号施令而不进行调查研究的工作作风和领

导作风。

7 卫生服务要素市场

7.1 卫生服务要素市场

7.1 卫生服务要素市场 health service factor market

由卫生服务各要素形成的市场。卫生服务生产经营中利用的各种资源，以商品的形式在市场上通过市场交易实现流动和配置，从而形成各种要素市场。

7.1.1 卫生服务要素 health service factor

卫生服务生产经营活动中投入的各种资源的统称。包括卫生人力、药品、卫生技术、设备、信息等。

7.2 卫生人力资源市场

7.2 卫生人力资源市场 human resource market for health

一种卫生服务要素市场。以市场价值规律、竞争规律和供求规律为基础，引导医生、护士、医技及管理 etc 卫生专业人员的供求，促进其实现优化配置的一种内在机制。

7.2.1 卫生技术人员 medical personnel

在卫生领域提供医疗卫生服务的专业人员，包括医师（士）、护师（士）、药师（士）、技师（士）及其他卫生专业人员等。

7.2.2 卫生人力资源需求 demand of human resource for health

在一定时间和某一工资水平下，用人单位（卫生机构）愿意并且能够使用的卫生人力资源数量。

7.2.2.1 卫生人力价格 price of health manpower

卫生人力价值的货币表现形式。

7.2.2.2 边际服务 marginal service

其他生产要素投入不变的前提下，每增加一单位卫生人力投入所增加的服务量。

7.2.2.3 边际服务收益 marginal service revenue

每增加一单位的卫生人力资源投入所带来的服务量增加的收益。

7.2.2.4 边际人力成本 marginal manpower cost

每增加一单位卫生人力要素的投入所增加的成本。

7.2.3 卫生人力资源供给 supply of human resource for health

在一定技术条件和时期内，一定的价格水平下，卫生服务市场愿意并能够提供的卫生技术人员的种类和数量。

7.2.3.1 卫生人力资源数量 human resource quantity for health

在医院、基层医疗卫生机构、专业公共卫生机构及其他医疗卫生机构工作的人员总量，包括卫生技术人员、乡村医生和卫生员、其他技术人员、管理人员和工勤人员。

7.2.3.1.1 每千人口执业医师数 number of medical practitioners per 1000 population

一个国家或地区总人口中每千人中执业医师的数量，等于职业医师数/人口总数×1000。

7.2.3.1.2 每万人口全科医生数 number of general practitioners per 10000 population

一个国家或地区总人口中每万人中全科医生的数量，等于全科医生数/人口总数×10000。

7.2.3.1.3 每千人口注册护士数 number of registered nurses per 1000 population

一个国家或地区总人口中每千人中注册护士的数量，等于注册护士数/人口总数×1000。

7.2.3.1.4 每万人口公共卫生医师数 number of public health practitioners per 10000 population

一个国家或地区总人口中每万人中公共卫生医师的数量，等于公共卫生医师数/人口总数×10000。

7.2.3.2 卫生人力资源结构 structure of human resource for health

卫生人力资源中各类人员的构成，包括卫生技术人员占比、医院卫生技术人员占比、专业公共卫生机构卫生技术人员占比以及基层卫生机构卫生技术人员占比等。

7.2.3.2.1 卫生技术人员占比 proportion of health technicians

卫生技术人员在卫生人力资源中的比重，等于卫生技术人员数/卫生人员总数×100%

7.2.3.2.2 医院卫生技术人员占比 proportion of hospital health technicians

医院卫生技术人员在卫生人力资源中的比重，等于各类医院中卫生技术人员数/卫生人员总数×100%

7.2.3.2.3 专业公共卫生机构卫生技术人员占比 proportion of professional public health institution technicians

各类专业公共卫生机构卫生技术人员在卫生人力资源中的比重，等于各类专业公共卫生机构卫生技术人员数/卫生人员总数×100%

7.2.3.2.4 基层卫生机构卫生技术人员占比 proportion of primary health workers

基层卫生机构卫生技术人员在卫生人力资源中的比重，等于基层卫生机构卫生技术人员数/卫生人员总数×100%

7.2.3.2.5 医护比 doctor-nurse ratio

全称“医护比例”。医生与护士的比例，等于医生数/护士数，一般表示为两个数字之比，如某医院医护比为 1:2

7.2.3.3 卫生人力资源分布 distribution of human resource for health

卫生人力资源在空间（地理位置）、各个专业以及不同机构间等的配备情况。

7.2.3.3.1 卫生人力资源地理分布 geographical distribution of human resource for health

又称“卫生人力资源空间分布（spatial distribution of health human resource）”。卫生人力资源在地理空间的配备情况，主要包括城乡、区域等。

7.2.3.3.2 卫生人力资源专业分布 professional distribution of human resource for health

卫生人力资源在各个专业的配备情况，如专科和全科、临床和预防等不同专业间的分布。

7.2.3.3.3 卫生人力资源机构分布 institutional distribution of human resource for health

卫生人力资源在卫生机构间的配备情况。

7.2.3.3.4 卫生人力资源部门分布 sectional distribution of human resource for health

卫生人力资源在部门间的配备情况。包括公立和私营部门，卫生和其他部门等。

7.2.3.4 卫生人力资源流动 flow of human resource for health

卫生人员在空间或地理位置上的转移，如从一个地区转移到另一个地区，或从一个机构转移到另一机构。

7.2.3.4.1 区域间流动 inter-regional flow

卫生人员在地区间的流入或流出，包括城乡流动。

7.2.3.4.2 机构间流动 inter-institutional flow

卫生人员在卫生机构间的流入或流出。

7.2.4 卫生人力资源供需均衡 supply and demand equilibrium human resource for health

在一定时期内，社会对卫生人力资源的需求与卫生人力资源的供给相当，两者处于相对平衡的状态。

7.2.4.1 卫生人力资源短缺 shortage of health human resource

在市场的工资水平下，卫生技术人员的供给数量低于需求数量的状况。

7.2.4.1.1 卫生人力资源名义短缺 nominal shortage of human resource for health

依据人群患病情况或每千人口卫生技术人员数等计算的区域卫生人力资源需要量，利用此方法测定的需要量往往高于实际需求低于供给量，由此形成名义上的短缺。

7.2.4.1.2 卫生人力资源实际短缺 actual shortage of human resource for health

在一定时期内，某一地区的卫生人力资源供给量小于社会需求量的状况。可以分为暂时性短缺和长期短缺。

7.2.4.2 卫生人力资源过剩 surplus of human resource for health

在一定时期一定价格条件下，卫生人力资源供给大于社会对卫生人力资源需求的状况。

7.2.4.2.1 卫生人力资源相对过剩 relative surplus of human resource for health

在某一时期，某一地区卫生人力资源供给大于人们实际需求的状况，但从整体上看并非如此。如从全球看，卫生技术人员过多的集中于经济条件好的地区，导致该地区的卫生人力资源供过于求，形成卫生人力供给过剩的表面现象；而经济欠发达地区的卫生人力少，致使该地区的供给小于需求，形成实际的短缺。

7.2.4.2.2 卫生人力资源实际过剩 actual surplus of human resource for health

在一定时期内，从整个社会来看，卫生人力资源供给大于需求的状况。

7.2.5 卫生人力要素替代 human resource factor substitution

当一种卫生人力的价格上升，其需求量会下降，医疗机构可以通过提高另一种卫生人力的需求量来达到预定的产出量，不同类型卫生人力之间以及人力与设备等之间具有的替代性。

7.2.5.1 卫生人力边际生产率 marginal productivity of human resource for health

在其他条件不变的情况下，每新增一个单位的卫生人力投入量所带来的产出的增加额。

7.3 医学教育人才市场

7.3 医学教育人才市场 medical education labor market

7.3.1 医学教育 medical education

由医科院校为主实施的以传授医学或药学知识，培养从事医务工作所需能力为主要内容的教育。

7.3.2 准入控制 admission control

通过许可制度对医生、医疗机构和医学教育机构的数量和质量进行的控制。

7.3.2.1 执业资格 practice qualification

对具备一定学历的从事医疗活动的专业技术人员，通

过考试和注册确定其执业的技术资格，获得相应医疗文件签字权的一种制度。

对完成规定培训的医疗和护理等人员，在执业所进行的法定认证。

7.3.2.2 执业注册 practice registration

7.4 医疗器械市场准入

7.4 医疗器械市场准入 medical equipment market admittance

医疗器械进入市场需要进行登记注册和审批的规定。

7.4.2 医疗器械市场准入审查 medical equipment market admittance examination

核对检查相关医疗器械的资料，准许其申请者进入市场、参与竞争的过程。

7.4.1 配置规划 allocation planning

对一定时期，区域内医疗器械特别是大型仪器和设备的配备情况进行的规划。

7.4.3 医疗器械行政许可 administrative license of medical equipment

行政主体根据行政相对方的申请，经依法审查，通过颁发许可证、执照等形式，准予其从事医疗器械相关特定活动的行为。

7.4.2 配置审批 allocation approval

医疗机构获得配置许可证后，方可购置大型医用设备的规定。

8 卫生资源配置

8.1 卫生资源配置

8.1 卫生资源配置 health resource allocation

一个国家或区域内，将筹集到的卫生资源在卫生行业（或部门）内分配和转移的过程。主要包括构成卫生资源的诸要素，如卫生机构、人力、物力、财力资源以及卫生管理资源等，如何分配、分配的数量以及结构和布局等。

在一定时空范围内，区域内全部卫生资源的总量、结构与分布可以实现卫生服务供需平衡的组合状态。是卫生资源配置的初步优化，也是卫生资源优化配置的基础。

8.1.1.2 卫生资源优化配置 optimizing allocation of health resource

8.1.1 卫生资源 health resource

广义上是人类在一切卫生保健活动中所使用的社会资源。狭义上是在一定社会经济条件下，社会投入到卫生服务中的各类资源的总称，包括卫生人力资源、物力资源、财力资源、技术和信息资源等。

在一定时空范围内，区域内全部卫生资源在总量、结构与分布上，与居民的健康需要和卫生服务需求相适应的组合状态。

8.1.2 卫生资源配置方式

8.1.2.1 计划配置 plan allocation

8.1.1.1 卫生资源合理配置 rational allocation of health resource

又称“二级配置(Secondary allocation)”。以政府的指令性计划和行政手段为主对卫生资源进行配置的方式，

主要表现为政府统一分配卫生资源，统一安排卫生机构、发展规模、服务项目、收费标准等。是卫生资源配置的重要手段，是较高层次的配置。

8.1.2.2 市场配置 market allocation

又称“一级配置（primary allocation）”。按市场需求并通过市场机制将卫生资源在不同领域、不同地区、不同部门和不同机构间进行配置的方式。是卫生资源配置的基础手段。

8.1.2.3 复合配置 plan and market mixed allocation

在政府的宏观调控下，以市场配置为基础、计划配置为主导的卫生资源配置方式，即建立在政府宏观调控下的社会主义市场经济的卫生资源配置模式。

8.1.2.4 卫生资源整合 integration of health resource

把分属于不同主体、不同类别的卫生资源聚合到一起，形成相互分工、相互配合、有机统一的整体过程。

8.1.2.5 卫生服务融合 integration of health service

又称“卫生服务整合”。以人群健康需要为依据，将预防、医疗、保健、康复、健康教育和健康促进等服务进行整顿、协调和重组，以提供系统、连续、一体化的卫生服务的过程。

8.1.2.5.1 纵向整合 vertical integration

又称“垂直整合（vertical integration vertical integration）”。同类不同层级的卫生机构间，通过自上而下的整顿重组方式，扩大延伸服务范围，为服务对象提供不同层次、相互补充、连续性的服务的过程。

8.1.2.5.2 横向整合 horizontal integration

又称“水平整合（horizontal integration）”。在一定范围的医疗服务市场中，同一层次服务机构间为达到降低服务成本、发挥规模经济的目的而形成合作或联盟关系的行为。

8.1.2.5.3 并购 merger and acquisition

全称“兼并收购”。在卫生服务机构控制权变换过程中，各权利主体依据机构产权制度安排而进行的一种权利让渡行为（两个或多个卫生服务机构合并组成一个机构）。包括兼并和收购两种形式。

8.1.2.5.4 合并 combination

通过资产收购或者合同订立等方式，实现两个或多个卫生服务机构合为一体的行为。

8.1.2.5.5 合资 joint venture

由两个或多个卫生服务机构共同出资、共担风险、共享收益而形成的新的机构。

8.1.2.5.6 联盟 alliance

在一定范围的医疗服务市场中，部分或全体医疗服务机构的结盟。

8.1.2.5.7 实体整合 real integration

卫生服务提供者以资产和所有权整合为基础，形成一个独立法人机构对机构内资源统一管理和调配的资源整合形式。

8.1.2.5.8 虚拟整合 virtual integration

以技术和管理等卫生系统要素为纽带，卫生服务提供者通过签订契约或组建集团的方式形成联合体的资源整合形式，可以在没有共同持有资产和所有权下分享资源。是一种没有财务责任、易解散的松散型整合。

8.2 卫生资源配置标准

8.2 卫生资源配置标准 standard of health resource allocation

一定区域内各类卫生资源配置总量及主要结构和比例的量化规定。

8.2.1 健康需要法 health need approach

以居民健康水平为目标，分析预测实现目标需要的卫生资源种类和数量的一种方法。是卫生资源需求预测的重要方法。

8.2.2 健康需求法 health demand approach

以居民健康服务需求量为基础，分析预测需要的卫生资源种类和数量的一种方法。

8.2.3 卫生服务目标法 health service target approach

简称“服务目标法”，又称“工作量法（service target approach）”。以一定的卫生服务产量为目标，分析预测需要的卫生资源种类及数量的一种方法。

8.2.4 卫生人力/人口比值法 health resource /population ratio approach

通过对一定时期人口数及卫生人力人口比值的预测，进而推算目标年度卫生人力数的一种预测方法。

8.2.5 供需平衡法 supply-demand balance approach

一定时空范围内，以实现卫生资源供给量与居民对卫生资源的需求量之间达到平衡为目标，分析预测需要的卫生资源种类和数量的一种方法。

8.3 区域卫生规划

8.3 区域卫生规划 regional health planning,RHP

根据社会经济、居民健康状况和卫生服务需求等因素，以满足居民卫生服务需求、保护和增进健康为目的，确定一定区域内卫生发展的目标、模式和规模，统筹规划、合理配置卫生资源的过程。

8.3.1 医疗服务碎片化 fragmentation of medical service

由于系统性的激励机制不当或协调机制缺失，医疗机构提供服务过程中出现的服务被分裂成诸多零散的碎片、服务提供连续性差的现象。该现象会影响医疗服务的质量、降低医疗资源的使用效率。

9 卫生筹资

9.1 卫生筹资

9.1 卫生筹资 health financing

在一定时期和一定社会环境下卫生领域资金的筹集、合理分配和有效使用的总称。

部分人需要利用卫生服务时，其所发生的财务风险可以被这一群体的所有筹资者所分摊的一种功能。

9.1.1 卫生筹资功能 function of health financing

卫生系统在资金筹集、资金统筹、服务购买三个方面发挥的作用的总称。

又称“购买服务（purchasing）”。按照协议约定向特定的卫生机构购买其所提供的服务的过程。

9.1.1.3 服务购买 purchasing

9.1.1.1 资金筹集 revenue collection

卫生系统从政府、家庭或个人、组织或部门以及其他渠道筹措资金的方式。

为卫生系统筹集足够的资金，以确保所有人都能利用卫生服务，同时避免因为这些服务交费而遭受经济困难的目标总称。

9.1.1.2 资金统筹 pooling of resource

通过较大范围人群中的资金积累和管理，当群体中

9.1.2 卫生筹资目标 goal of health financing

9.1.2.1 卫生筹资中间目标 intermediate objective of health financing

卫生筹资的公平，效率，风险共担，可持续性。

9.1.2.1.1 卫生筹资可持续性 sustainability of health financing

健康状况的改善、筹资的风险保障、患者满意度的提高。

卫生体系能够使其用户和资金持有者有足够的资源用于继续进行某项有长期受益的活动的一种目标。

9.1.2.2.1 财务风险保护 financial risk protection

避免人们因支付医疗费用而导致经济困难或因病致贫的一种目标。

9.1.2.2 卫生筹资最终目标 final objective of health financing

9.2 卫生资金筹集

9.2.1 卫生资金 health fund

卫生资源的货币表现

9.2.2.4 个人自付 Out-of-pocket

患者在接受医疗服务时直接向服务提供者支付费用的一种卫生筹资模式。

9.2.2 卫生筹资模式 health financing pattern

卫生资金筹集的不同来源，主要包括税收筹资、社会健康保险筹资、私立健康保险筹资、使用者付费筹资、社区卫生筹资。

9.2.2.5 社区卫生筹资 community health financing

一个社区中的各个家庭为既定的一系列卫生服务相关费用筹集或协作筹集资金的一种卫生筹资模式

9.2.2.1 政府卫生筹资 general taxation

政府作为筹资主体通过税收渠道筹集资金并分配和使用于卫生领域的一种卫生筹资模式

9.2.3 卫生资金筹集机制 mechanisms of health financing

通过预付制和现付制两种不同机制完成卫生筹资的方式。

9.2.2.2 社会健康保险筹资 social health insurance contribution

国家通过立法强制要求雇主和雇员按一定的收入比例缴纳社会医疗保险费形成基金池，用于雇员及其家属就医补偿的一种卫生筹资模式。

9.2.3.1 预先支付机制 prepayment mechanism

在医疗费用发生之前，政府或保险方按一定的标准将医疗费用预先支付给医疗服务提供方的一种卫生资金筹集机制，支付标准在一定时期内是固定的，一段时期后按实际情况的变化再做相应的调整。

9.2.2.3 商业健康保险筹资 private health insurance contribution

由保险公司提供，消费者自愿参加和选择最适合自己的保险项目，根据个体疾病风险特征缴纳保险费形成基金池的一种卫生筹资模式。

9.2.3.2 现付制 pay-as-you-go system, PAYG

被服务者直接向服务提供者支付费用的一种卫生资金筹集机制，主要形式是现金支付。

9.3 卫生资金统筹

9.3 卫生资金统筹 pooling of health financing

在一定的区域范围内，统一筹划卫生资金的征缴、管理和使用的总和。

9.3.1 风险补贴 risk subsidy

对医疗风险低风险者对高风险者的交叉补贴。

9.3.2 收入补贴 income subsidy

从富人对穷人的交叉补贴，以体现公平性。

9.3.4.1 基金统收统支 unified revenue and expenditure

9.3.3 年龄补贴 age subsidy

在一定范围内医保基金按照统一费率及标准征收，统一纳入财政专户管理，基金支出按统一的支付政策用于疾病支付的一种卫生资金统筹机制。

从生命周期的生产时段对非生产时段交叉补贴。

9.3.4 统筹层次 pooling level

9.3.5 城乡统筹 urban-rural integration

保险基金统一筹集、管理和支付的层级，对应于我国各级行政区划层级，包含国家级、省级、市级以及县级等层次。

整合城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗两项制度，建立统一的城乡居民基本医疗保险制度，实行统一的覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理、基金管理的一种卫生资金统筹机制。

9.4 卫生资金分配

9.4 卫生资金分配 health fund allocation

资金分配结构，选择最适宜的资金投入方式和支付方式，将从全社会筹集到的资金在各区域，各级各类医疗机构，各类患者之间进行分配的过程。

一个国家和地区通过政府宏观调控和市场调节，优化

9.5 卫生资金使用

9.5 卫生资金使用 health fund utilization

个项目上，追求以最小的成本达到最大和最优的卫生服务产出的过程。

卫生服务的各个领域将分配到的资金合理运用到各

9.6 卫生筹资系统评价

9.6 卫生筹资系统评价 evaluation of health financing system

补助的受益状况以及卫生筹资系统对人群卫生服务利用（风险保护）的影响的一种方法。

从宏观和微观两个方面对卫生筹资方式是否合适、能否为卫生系统筹集足够的资金、资金的分配是否公平合理、资金利用率是否充分进行评价的方法。

9.6.2.1 家庭卫生筹资额 family health financing amount

采用家庭各种消费性支出数据测算每个样本家庭在各种卫生筹资渠道上的总支出。

9.6.1 卫生筹资系统宏观评价 macro evaluation of health financing system

利用卫生总费用信息工具，分析一个国家或地区卫生筹资的总体水平、筹资结构、卫生总费用发展趋势，对该地区卫生筹资体制及其政策目标的实现程度进行客观评价的一种方法。

9.6.2.2 家庭可支付能力 ability to payment, ATP

家庭各项消费总支出，包括家庭消费性支出、缴纳的直接税和社会保险支出

9.6.2 卫生筹资系统微观评价 micro evaluation of health financing system

利用居民家庭卫生服务调查资料，在家庭和个人层面，测量不同经济水平家庭卫生筹资负担状况、政府卫生

9.6.2.3 累进性筹资 progressivity of financing

在不同收入人群中，随着支付能力增加，卫生支出占可支付能力比例相应增加的卫生筹资类型。

9.6.2.4 累退性筹资 regressivity of financing

在不同收入人群中，随着支付能力增加，卫生支出占可支付能力比例相应减少的卫生筹资类型。

9.6.2.5 等比例筹资 proportionality of financing

在不同收入人群中，随着可支付能力增加，卫生支出占可支付能力比例不变的卫生筹资类型。

9.6.2.6 筹资效率 financing efficiency

在收益既定的条件下，通过降低筹资成本、减少筹资风险、优化筹资结构等方式，实现对最终投入产出比的影响的一种评价指标。

9.6.2.7 筹资成本 financing cost

又称“筹资费用（financing cost）”。为获得卫生服务进行资金筹集时所付出的代价，即消耗的人力、物力、财力。

10 卫生服务购买与支付

10.1 卫生服务购买

10.1 卫生服务购买 health care purchasing

购买主体将资源配置到卫生服务提供者并促使后者提供相应服务的一种机制。

10.1.1 服务购买基本概念

10.1.1.1 购买者 purchaser

代表全体或特定群体购买或委托提供卫生服务的组织，如政府或医疗保险机构。

10.1.1.2 提供者 provider

提供卫生服务的组织和个人，如卫生服务机构、卫生技术人员、药品企业等。

10.1.1.3 服务购买者与提供者合一 integration of purchasing and provision

政府利用一般性财政收入或者医疗保险基金直接向自己下设的卫生服务提供者下拨预算，促使其提供卫生服务的卫生服务购买模式。

10.1.1.4 服务购买者与提供者分离 purchaser-provider split

由制度上独立的购买机构（如医疗保险基金或专设政府机构）代表全体或特定群体向公立或私立服务提供者购买卫生服务的模式。

10.1.1.4.1 宏观层面购买 macro-level purchasing

中央政府通过单一保险基金向卫生服务提供者购买服务的模式。

10.1.1.4.2 中观层面购买 meso-level purchasing

地方政府、社会健康保险或商业健康保险向卫生服务提供者购买服务的模式。

10.1.1.4.3 微观层面购买 micro-level purchasing

基层卫生机构向卫生服务提供者购买服务的模式，该层面的购买规模相对较小。

10.1.2 被动性购买 passive purchasing

卫生服务购买者依据预先设定的预算约束或实际发生的医疗费用向服务提供者支付的模式。

10.1.2.1 预定预算 predetermined budget

卫生服务购买者根据卫生服务提供者的工作量以及往年预算的执行情况等综合因素对卫生服务提供者预先设定的预算。

10.1.2.2 追溯性补偿 reimburse retrospectively

卫生服务购买者在服务提供后被动地向供方支付已经产生费用的模式。

10.1.3 战略性购买 strategic purchasing

卫生服务购买者积极主动地提出购买服务的内容、数量、对象、价格及方式等，以人群健康结果最大化和卫生系统绩效提高为目标，对卫生服务进行有效率的购买。

10.1.3.1 委托代理理论 principal-agent theory

建立在非对称信息基础上委托人与代理人间博弈的理论。研究在信息不对称和利益冲突的情况下，委托人如何设计最优契约激励代理人，确保代理人的行为符合委托人的最大利益。

10.1.3.1.1 委托代理关系 principal-agent relationship

涉及非对称信息的交易关系，其中有信息优势的一方为代理方，另一方为委托方。在卫生服务领域，最典型的是患者作为委托人将医疗决定委托给医生。

10.1.3.1.2 战略性购买合约 strategic purchasing contract

购买者与提供者签订的用以规定卫生服务购买具体内容的合约，如购买者的目标、提供的具体服务类型、数量、价格、提供方式，以及交易和支付的方式、双方的收益和风险的分担机制等。

10.1.3.1.3 参与约束 participation constraint

又称“个人理性约束(individual rationality constraint)”。购买者与提供者签订的用以规定卫生服务购买具体内容的合约，如购买者的目标、提供的具体服务类型、数量、价格、提供方式，以及交易和支付的方式、双方的收益和风险的分担机制等。在委托-代理理论中关于委托人在进行激励机制的设计时所面临的一个约束条件。要使一个代理人有兴趣接受委托人设计的机制从而参与一个博弈的话，代理人在该机制下得到的期望效用必须不小于他在不接受这个机制时得到的最大期望效用。

10.1.3.1.4 激励相容约束 incentive compatibility constraint

在委托-代理理论中关于委托人在进行激励机制的设计时所面临的一个约束条件。在委托人不知道代理人的类型(不能完全观测到代理人所选择的行动)的情况下，代理人在所设计的机制下必须有积极性选择委托人希望他选择的行动。

10.1.3.2 支付方式 payment method

资金从所有者或具有配置权力的主体(政府、第三方支付者或患者)转移到卫生服务提供者的具体方式。

10.1.3.3 购买管理 stewardship of purchasing

国家或地方政府在卫生服务购买的宏观层面上对卫生服务购买职能的指导和协调，如制定国家或地方层面的战略性采购政策并监督政策的执行。

10.1.3.4 购买治理 governance of purchasing

卫生服务购买组织在卫生服务购买的中观层面上，为提高组织运行效率和实现购买目标的管理过程。

10.1.4 价值购买 value-based purchasing, VBP

强调成本效果并在给定可用资源的情况下实现最佳结果的一系列卫生服务支付和提供策略。

10.1.4.1 价值医疗 value in health care

又称“以价值为基础的卫生保健(value in health care)”。医疗服务提供时，以相同或更低的成本最大程度地获得医疗质量或医疗效果。

10.1.4.2 公正定价 fair pricing

卫生系统和患者个人均可承受的价格。

10.2 卫生服务供方支付制度

10.2 卫生服务供方支付制度 provider payment system of health care

资金从所有者或具有配置权力的主体(政府、第三方支付者或患者)转移到卫生服务提供者的支付体系，

包括支付方式及其支持体系，如签约、问责机制和管理信息系统等。

10.2.1 预付制 prospective payment system

在医疗费用发生之前，医疗保险方预先向医疗服务提供方设定医疗服务的范围和支付标准的方式。

10.2.2 后付制 retrospective payment system

医疗保险方在费用发生后，以被保险人实际发生的医疗费用为基础向医疗服务机构进行支付的方式。

10.2.3 事先支付 payment in advance

购买者对服务提供者的实际支付在服务提供之前。

10.2.4 事后支付 payment after delivery

购买者对服务提供者的实际支付在服务提供之后。

10.2.5 基于投入支付 input-based payment

购买者对服务提供者的工资、设备费用等投入进行支付。

10.2.6 基于产出支付 output-based payment

购买者对服务提供者提供的服务数量和费用等产出进行支付。

10.2.7 按绩效支付 pay-for-performance, P4P

购买者基于服务提供者的服务效率、质量、对健康结果的影响等绩效目标的完成程度进行支付。

10.2.8 单一支付方式 single payment method

购买者对所有服务采取同一种支付方式。

10.2.9 复合型支付方式 blended methods of payment

购买者对卫生服务提供者采取两种以上支付方式。如按人头支付、按服务项目支付、按床日支付等。

10.2.10 工资制 salary system

在一个时间段内，无论卫生服务人员服务的患者数量、服务数量或者提供的服务如何，支付单位都以固定金额支付医生的方式。

10.2.11 按人头付费 capitation

根据合同规定的时间(年、季度或月)，由保险机构依据医疗服务提供者服务的人口数和规定的人均定额标准，预先向服务提供者支付的固定费用。许多国家对全科医疗服务多采用这种预付方法。

10.2.12 按以资源为基础的相对价值标准支付 resource based relative value system, RBRVS

名词中的“的”无法省去

10.2.13 按服务项目支付 fee for service, FFS

简称“按项目付费”，医疗保险机构或患者根据医疗服务提供方提供的医疗服务项目和数量、每个服务项目的价格向医疗机构提供补偿或交费的方式。

10.2.14 总额预付 global budget

一种由医疗保险机构和医疗机构根据实际情况预先共同商定的某一医疗机构的年度总预算。该方法规定了医疗机构必须达到的服务目标，是将服务捆绑起来的一揽子服务的提供与付费。

10.2.14.1 支出上限制 expenditure cap

卫生服务购买者预先依据医疗服务成本及其服务量的增长，设定医疗保险支出的年度预算总额，以该预算总额作为支付的最高限度。

10.2.14.2 支出目标制 expenditure target

卫生服务购买者预先设定医疗服务支付价格及可容许的医疗服务实际利用增长率，结余留用，超支分担的支付方式。

10.2.15 按条目预算 line-item budget

卫生服务购买者根据卫生服务提供者在一段特定时间内投入的人力、设备、药品等资源项目或功能分配预算，支付固定的金额。

10.2.16 按病种支付 disease-based payment

对覆盖某个病种或疾病的所有服务以固定费用进行支付的方式，多用于住院患者费用支付。

10.2.16.1 单病种付费 single-disease-based payment

医院对单纯性疾病在住院时间内的所有服务按照疾病分类确定支付额度的医疗费用支付方式，是按病种支付方式的一种初级形式。

10.2.16.2 按疾病诊断相关分组付费 diagnosis related groups, DRG

对各疾病诊断相关组制定支付标准，预付医疗费用的付费方式。根据诊断、治疗手段和病人特征，每个病例会对应进入相应的诊断相关组。在此基础上，保险机构按照病例所进入的诊断相关组的付费标准进行支付。

10.2.16.3 按病种分值付费 diagnosis-intervention packet, DIP

在总额预算机制下，根据年度医保支付总额、医保支付比例及各医疗机构病例的总分值计算分值点值。医保部门基于病种分值和分值点值形成支付标准的支付方式。

10.2.16.4 门诊病例分组 ambulatory patient groups, APG

采用病例组合的方法，对门诊病人中具有相似的临床特征、资源消耗的病例进行分组的支付方式。

10.2.16.5 主诊断分类 major diagnostic categories, MDCs

主要诊断按解剖系统及其他大类目进行的分类。

10.2.16.6 病例组合指数 case mix index, CMI

是一种用于衡量医院病例组合复杂程度的指标,可以反映医院收治患者的病种、病情严重程度、治疗难易程度及资源消耗等方面的信息。

10.2.16.7 临床路径 clinical pathway

曾称“关键路径（critical pathway）”。根据患者诊断、年龄、疾病严重程度、风险因素评估(包括有没有营养风险、有没有营养不良)、是否手术，结合世界卫生组织(WHO)的国际疾病分类(ICD)编码，将患者分入若干诊断组，对其诊疗的步骤按序列出，并给出总的预付费用量的临床诊断与治疗规范性的流程和操作步骤。20 世纪从波士顿新英格兰医疗中心启动的一种医疗改革模式，旨在规范医疗行为、缩短住院天数、降低成本、保证质量。

10.2.17 按服务单元支付 service-unit-based payment

卫生服务购买者根据历史资料以及其他因素制定出服务单元费用标准，然后根据医疗机构实际发生的服务单元总数进行偿付的方式。包括按住院床日、住院天数和门诊人次支付等。

10.2.17.1 按床日支付 per diem payment

卫生服务购买者按照覆盖一个住院日所发生的所有费用进行支付的方式。一般应用于对住院服务的支付，以床日为支付单元。

10.2.17.2 按诊次支付 pay per visit

卫生服务购买者根据统计资料确定平均每门诊人次费用标准，然后按照总的门诊人次进行支付的方式。一般用于普通疾病的门诊支付。

10.2.17.3 以患者为导向病例分组支付方式 patient driven payment model, PDPM

根据患者的个体特征和长期护理需求对长期护理患者进行病例分组，基于每组病例组合权重计算每床日支付费用，并据此支付的方式。

10.2.18 捆绑支付 bundled payment

又称“整体打包支付（episode-based payment/package pricing）”。是一种基于临床界定的服务疗程的支付方式，包括不同卫生服务提供者提供的一系列卫生服务。

11 健康保险

11.1 健康保险概述

11.1.1 疾病风险 disease risk

人身罹患各类疾病的可能性,包括疾病发生的概率及疾病发生后的预期损失严重程度两方面。

为的总和。包括为维护人民健康的各类医疗卫生服务提供、各种医疗卫生资源筹集分配和使用方法等制度安排。

11.1.2 健康风险 health risk

直接作用于人的身体、影响人体健康的一种风险,包括因自然、社会和人自身发展的诸多因素,导致人出现疾病、伤残以及造成健康损失的可能性。

11.1.5 医疗保险 medical insurance

通过多方筹集资金建立基金池,对被保险人在因疾病或意外伤害所发生的医疗费用给予偿付的制度安排

11.1.3 医疗保障 medical security

通过立法规定国家、企业和个人的权利与义务,动员全社会的力量,通过筹集和支付资金、组织卫生服务和医疗物资的提供,分担社会成员的疾病风险,保障人群健康的一种社会保障制度安排。

11.1.5.1 大数法则 law of large numbers

通过大量的个体变量的汇集,消除偶然的、次要的因素所引起的个别差异,总结出的被研究总体在数量关系上稳定的、一般的规律

11.1.4 健康保障 health security

国家、社会、个人为化解健康风险所采取的一系列行

11.1.6 长期护理保险 long-term care insurance

又称“长期照护保险(long-term care insurance)”。为因为年老、疾病或伤残而需要长期照护的被保险人提供医疗护理服务费用补偿的一类保险

11.2 健康保险类型

11.2.1 健康保险模式 health insurance model

一个国家健康保险制度构成的各种要素的集合,一般包括覆盖人群、筹资机制、需方待遇保障机制、供方支付机制、基金安全机制、治理机制等。

通过国家税收形式筹集资金,用于补偿被保险人在保险有效期间因疾病、分娩或意外伤害而接受医疗服务时所发生的医疗费用,或补偿被保险人因疾病、意外伤害导致伤残或因分娩而无法工作时的收入损失的一类保险

11.2.1.1 社会医疗保险 social medical insurance

国家通过立法,采取强制性手段筹资医疗保险基金,当参保者因疾病、受伤或生育需要医疗服务时,根据有关法律或规定,由国家或社会向其提供必需的医疗服务并给予经济补偿的医疗保险模式

11.2.1.3 商业医疗保险 commercial medical insurance

又称“私人医疗保险(private medical insurance)”。商业保险组织根据医疗保险合同约定,按照自愿参与的原则,以人的身体为保障对象,向投保人收取保险费,建立保险基金,对合同约定的保险事故因其发生所造成的医药费或收入损失承担给付保险金责任的一种合同行为

11.2.1.2 以税收为基础的健康保险 tax-based health insurance

11.2.1.4 储蓄式医疗保险 saving medical insurance

全称“新加坡储蓄医疗保险(Medisave)”。政府通过立法，强制企业和职工缴纳保险费，以职工的名义建立保健储蓄账户，用于支付个人及其家庭成员的医疗费用的一类医疗保障模式

11.2.1.4.1 医疗储蓄账户 medical savings accounts

医疗保险基金管理机构为被保险人和退休职工设立的基本医疗保险账户或简称个人账户，用于被保险人生病或受伤时支付医疗费用

11.2.1.5 社区医疗保险 community-based medical insurance

依靠社区力量，按照“风险分担、互助共济、自愿参加”原则，在社区范围内多方面筹集资金，形成医疗保险基金，用来支付参保人员及其家庭的医疗、预防、保健等服务费用的一种医疗保障模式

11.2.2 中国基本医疗保险发展 the development of China basic medical insurance

11.2.2.1 公费医疗 public medical care/government employee health insurance

为保障国家工作人员健康而建立的，通过国家财政预算支出，由医疗卫生部门按规定向特定享受对象提供免费或部分免费医疗服务的一项制度

11.2.2.2 劳保医疗 labor health insurance

为保护企业职工的健康，通过企业提取的职工福利基金，对职工及其家属因病或因工负伤，按规定享受医药费用补助的一项社会保障制度

11.2.2.3 合作医疗 cooperative medical system

在各级政府的支持下，按照“风险分担，互助共济”的原则在农村社区范围内农村居民自愿筹集资金，用来补偿参与者的医疗服务费用的医疗保障措施

11.2.2.4 城镇职工基本医疗保险 employee-based basic medical insurance

针对城镇所有用人单位和职工，以强制参保为原则，以单位和职工共同筹资形成医疗保险基金，当参保者因疾病、受伤或生育而接受医疗服务时的医疗费用给予经济补偿的一类医疗保险

11.2.2.5 城镇居民基本医疗保险 urban resident medical insurance

针对城镇非从业居民，以大病统筹为主，群众自愿、明确中央和地方政府责任、统筹协调共同筹集资金形成医疗保险基金，当参保者因疾病、受伤或生育而接受医疗服务时的医疗费用给予经济补偿的一类医疗保险

11.2.2.6 城乡居民基本医疗保险 urban-rural resident medical insurance, URRMI

整合城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗两种，城乡居民以自愿原则参加，按照基金收支平衡的原则，由个人、政府、社会共同筹资而形成医疗保险基金，主要用于支付参保人员发生的住院和门诊医药费用的一类医疗保险

11.2.2.7 新型农村合作医疗 new cooperative medical scheme, NCMS

简称“新农合”。由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，以大病统筹为主的农民医疗互助共济的制度。其目的是为了解决农民的就医问题，减轻农民因疾病带来的经济负担，提高农民健康水平

11.2.2.8 大病保险 serious disease insurance

城乡居民医疗保险基金对参保的城乡居民因患大病时所产生的高额医疗费用给予补偿，避免参保者因为高额医疗费用陷入经济困难的一项补充性制度安排

11.2.2.9 城市定制型商业健康保险 urban customized commercial health insurance

由地方政府及相关部门指导、保险公司商业运作、与基本医疗保险衔接的地方定制型补充医疗保险

11.3 健康保险市场

11.3 健康保险市场 health insurance market

健康保险产品按照商品交换的原则，由健康保险承保人向被保险人提供健康保险服务的商品交换关系的总和

11.3.1 健康保险需求 demand for health insurance

消费者在一定时期内，一定医疗保险价格（费率）水平上，愿意并且能够购买医疗保险产品的数量

11.3.1.1 投保人 policyholder

与保险人订立保险合同，并按照保险合同负有支付保险费义务的人

11.3.1.2 被保险人 insurant

其财产或者人身受保险合同保障，享有保险金请求权的人

11.3.1.3 预期效用理论 expected utility theory

决策者在面对风险或不确定的前景时，基于期望效用最大化原则，通过比较期望效用值来做出期望效用最大化的决策行为。

11.3.1.3.1 预期效用 expected utility

按风险发生概率为权重进行加权计算所得出的效用值

11.3.1.4 风险偏好 risk preference

经济主体对风险较为偏爱的一种态度。与能够获得某一数额的确定性收益相比，消费者更愿意选择存在风险但是能够获得同样数额的风险收益

11.3.1.5 风险规避 risk aversion

经济主体对风险较为厌恶的一种态度。与存在风险但是能够获得某一数额的期望收益相比，消费者更愿意选择一个同样数额的确定性收益

11.3.1.6 风险中立 risk neutrality

经济主体对风险既不规避也不追求的一种态度。选择资产的唯一标准是预期收益的大小，而不管风险状况如何，是因为所有预期收益相同的资产将带来同样的效用

11.3.1.7 逆选择 adverse selection

在医疗保险市场中，由于投保人和承保人信息的不对称，即参保者个人比保险机构更了解自己的疾病风险情况，参保者在健康时往往参加医疗保险的意愿不强，而有病时更愿意参加医疗保险的行为。

11.3.2 健康保险供给 supply for health insurance

健康保险相关机构在一定的时期、一定的健康保险价格（费率）条件下，愿意并且能够提供的健康保险产品量

11.3.2.1 承保人 insurer

与投保人订立保险合同，并承担赔偿或者给付保险金责任的保险机构

11.3.2.2 再保险 reinsurance

保险人将自己承保的风险责任一部分或全部向其他保险人再进行投保的行为

11.3.2.3 风险选择 risk selection

保险人为追求利润最大化，选择吸纳健康状况良好的人群，拒绝健康状况较差或具有较高健康风险人群参保的行为

11.3.3 道德风险 moral hazard

健康保险的第三方付费，引起参保者或医疗机构健康态度和行为上的改变，导致健康服务需求额外增加的行为

11.4 健康保险费用分担机制

11.4 健康保险费用分担机制 health insurance cost-sharing mechanism

健康保险的投保人通过投保费用彼此连接，并互相承担风险的制度

被保险人在发生医疗费用后，先自付一定额度的医疗费用，其余费用全部或部分由医疗保险机构支付的保险设计

11.4.4 共付比 co-pay proportion

保险机构和被保险人按一定比例共同支付医疗费用，可以是一个固定的比率，也可以是变动的比率。

11.4.1 共担风险 risk-sharing

参保者和保险机构共同承担参保者接受卫生服务所带来的费用或成本消耗

11.4.5 封顶线 limit line

保险机构对投保人医疗费用进行补偿的补偿费最高限额，限额以上的费用由投保人个人支付

11.4.2 共付保险 co-insurance

保险机构和被保险人按照一定比例共同支付医疗费用

11.4.6 止损线 ceiling

投保者的自付金额达到一定限额后，超出部分全部由保险机构支付，投保者不需再行支付的保险设计

11.4.3 起付线 deductible

11.5 健康保险筹资与运行

11.5 健康保险筹资与运行 health insurance financing and operation

健康保险承保人通过政府、企业、投保人等多渠道筹集健康保险资金形成统筹基金，并在基金预算分配、待遇保障、费用支付等一系列制度安排下保证统筹基金正常运转的总和

11.5.1.3 均一费率制 flat-rate system

对于被保险人实行同样保险费率，与被保险人的薪资多少、职位高低没有关系的一种保险筹资设计

11.5.1 健康保险筹资机制 health insurance financing mechanism

为实现足够、有效率、公平的健康保险基金筹集的渠道与水平、各筹资主体责任、过程与方式的总和

11.5.1.4 现收现付制 pay-as-you-go plan

以同期所需支付的社会保险费用为依据，当期筹集当期使用，保持近期收付平衡的一种保险制度

11.5.1.5 完全积累制 completely accumulative system

根据长期收支平衡为原则来确定费率的基金筹集模式

11.5.1.1 社会保障税 social security tax

以纳税人的工资和薪金所得作为课税对象的一种税收

11.5.1.6 部分积累制 partial accumulation system

将近期横向收支平衡原则与长期纵向收支平衡原则结合起来，在满足现时一定支出需要的基础上，留有一定的积累以应付未来需要的一种保险制度

11.5.1.2 保险费率 premium rate

投保人向保险公司每年交纳的保险费除以所投保的财产金额所得的比值，以百分数计

11.5.2 健康保险费用测算 health insurance measurement

综合考虑人群的健康状况、疾病风险程度、医疗服务需求以及保障水平等各种因素,从健康保险费用的筹集、分配和使用等角度,对健康保险费用的相关数据进行统计、分析和预测的过程

11.5.2.1 纯保费 pure premium

又称“精算公平保费”。保险中受益人预期支付等于其实际应付医疗费用的保险费。是一个期望值,其值等于投保者因病治疗的平均成本。

11.5.2.2 保险因子 insurance factor

健康保险赔付率(补偿比)对医疗服务利用、医疗费用变化的影响程度。

11.5.2.3 趋势因子 trend factor

反映医药价格的上涨、人们对卫生服务需求的自然增长和由于卫生服务条件改善所引起的医疗费用的增加程度

11.5.2.4 赔付率 rate of payment

保险机构对投保者发生的保险范围内医疗费用的补偿比例

11.5.2.5 风险储备金 reserve fund, risk reserve

为应付超常风险或由费率预测的误差原因造成保险基金出现赤字而在纯保费之外筹集的专用后备基金

11.5.2.6 风险调整 risk adjustment

医保部门通过分析不同区域、不同基金的参保人群健康风险和疾病经济负担,在进行基金分配、支付和管理时进行优化,以调节不同区域、人群、医疗机构面临的风险差异。

11.5.3 健康保险运行 health insurance operation

以健康结果为目的的健康经济风险分担和健康维护、风险干预和战略购买的治理、筹资、购买和服务包设计等运行环节的总和

11.5.3.1 医疗保险基金 medical insurance fund

为补偿参保者医疗卫生保健支出,以各种方式建立起来、用于特定目的基金池

11.5.3.2 医疗保险基金分配 medical insurance fund allocation

健康保险基金在不同用途、不同领域之间的分配

11.5.3.3 统筹基金 social pooling funds

又称“基金池”。国家为保障参保人获得基本医疗服务权益,由健康保险经办机构或税务部门按照国家有关规定,在特定统筹区域内,按一定比例或额度向保障对象征缴的医疗保险费,结合政府补贴,由专门机构管理的专款专用财务资源

11.5.3.4 个人医疗储蓄账户 individual medical savings account

简称“个人账户”。医疗保险机构为参加基本医疗保险的个人设立的、用于偿付本人医疗费用的专用基金账户

11.5.3.5 门诊统筹 outpatient pooling

将参保人员的门诊费用纳入统筹基金报销的范围

11.5.3.6 基金结余 fund balance

基金收支相抵后的期末余额

11.5.3.7 基金预算 funds budget

经办机构根据健康保险制度的实施计划和任务目标编制的、经规定程序审批的年度基金财务收支计划。包括预算的编制、审批、执行和调整几个步骤

11.5.3.8 基金决算 final accounts

一定时间(通常指一年)后,健康保险经办机构根据财政部门规定的表式、时间和要求,对健康保险基金的收支情况进行清算汇总,并编制年度健康保险基金财务报告的行为

11.6 健康保险覆盖

11.6 健康保险覆盖 health insurance coverage

11.6.1 待遇保障 guarantee of benefits

为保障健康保险的实施和推进，而设立的健康保险筹资、补偿标准、保险关系转移接续等相关政策和制度。

11.6.1.1 待遇清单 benefits listing

全称“医疗保障待遇清单”。政府及相关机构制定的清单，用来明确医疗保险待遇的基本制度、基本政策、医保基金支付的项目和标准、不予支付的范围。

11.6.2 健康保险人群覆盖 population coverage of health insurance

健康保险受益的人群范围。健康保险的目标是全民覆盖。

11.6.2.1 健康保险覆盖率 health insurance coverage rate

一定地域内，健康保险在目标人群中的覆盖范围，等于健康保险的参保人数/总人数。

11.6.2.1.1 脆弱人群 vulnerable population

由于遗传、生理等特点的缘故，对自然环境、社会环境适应能力相对弱，对致病因素的抵御能力较差、自食其力能力低的部分健康人群。

11.6.2.1.2 脆弱人群覆盖率 coverage for vulnerable population

健康保险在脆弱人群中的覆盖范围，等于健康保险的脆弱人群参保人数/脆弱人群总人数。

11.6.2.2 参保机制

保险机制体内的不同保险类型的参保对象、参保水平、参保形式、筹资机构等要素之间的互相联系及作用机理。

11.6.2.2.1 强制参保 mandatory insurance

按照强制性社会保险原则，医疗保险通过国家立法提出符合条件的单位和个人必须参加医疗保险的条款。

11.6.2.2.1.1 雇主强制 employer mandate

保险中的强制条款，雇主必须按照规定的投保费率为劳动者投保。

11.6.2.2.1.2 个人强制 individual mandate

所有符合条件的个人必须按照规定的投保费率缴纳保费参加保险的法律要求。

11.6.2.2.2 自愿参保 voluntary insurance

投保人和保险公司在平等互利、等价有偿的原则基础上，通过协商一致，双方完全自愿订立保险合同建立保险关系的行为。

11.6.2.2.3 职业限制 occupational restriction

又称“工作锁定（job-lock）”。保险公司为了控制风险，对一些高风险职业进行限制或者不承保的现象。

11.6.2.2.4 健康保险可携带性 portability of health insurance

参保人可以随工作地或居住地转换而保留健康保险关系及其所积累的健康保险受益值的制度安排，携带方式包括异地就医和保险关系转移接续。

11.6.2.2.5 医疗保险犹豫期 hesitation period of medical insurance

又称“医疗保险冷静期（hesitation period of medical insurance）”。投保人、被保险人签收保险单后的一定时间内，可以无条件要求退保的期限。

11.6.3 健康保险服务覆盖 service coverage of health insurance

保险人按照健康保险合同或法律规定等对参保人所承担的责任和内容，所能为参保人保障的服务范围。除此之外，被保人也可能由于年龄、健康状态

11.6.3.1 医疗保障范围 medical coverage

为保障参保人基本医疗需求、规范基本医疗保险用药和诊疗等方面的管理，基本医疗保险规定的了医疗保险的报销范围。内容包括药品目录、诊疗项目和医疗服务设施目录。

11.6.3.2 目录管理

医保保险对纳入保障范围的药品、医疗服务项目、医用耗材清单进行专人管理，明确其使用范围、支付标准等规范，并有社会保障部门按照相关程序和办法进行动态调整的过程。是我国基本医疗保险的支付依据。

11.6.3.2.1 医疗服务项目目录 Medical consumables catalogue

又称“诊疗项目目录（diagnosis and treatment catalogue）”。符合基本医疗保险要求的各种医疗技术劳务项目和采用医疗仪器、设备与医用材料进行的诊断、治疗项目的总和。

11.6.3.2.2 基本医疗保险药品目录 national drugs catalogue of basic medical insurance

国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品清单，以及其他地方政府制定的可由基本医疗保险和生育保险基金支付费用的药品清单。

11.6.3.2.3 医用耗材目录 Medical service catalogue

由国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险基金支付费用的医用耗材清单，是医保基金支付范围的标准规范。

11.6.3.3 异地就医 cross-district medical treatment

参保人在其参保统筹地区以外发生的就医行为。

11.6.3.4 药品谈判 drug negotiation

为提升医疗保险基金使用效率、减轻患者负担、使有限的医保资金发挥最大的保障效能，医疗保险机构作为代表参保人的“团购者”，与药品“提供者”通过协商谈判，合理确定药品支付标准的过程。

11.6.3.4.1 医保支付标准 medical insurance payment standard

全称“基本医疗保险药品支付标准”。基本医疗保险基金所设定的医保目录内药品的费用支付标准。

11.6.4 健康保险费用覆盖 expense coverage of health insurance

健康保险费用补偿范围和补偿程度，即保险补偿额度占健康服务总费用的比例。

11.6.4.1 实际补偿比 actual compensation ratio, real compensation ratio

又称“实际报销比（real compensation ratio）”。参保人在各级定点医疗服务机构就医后所得到实际补偿的医药费用占应支付医药费用的比例。

11.6.4.2 政策补偿比 policy compensation ratio

又称“名义报销比”。在规定的政策范围内，即规定的服务包（包括药品、检查等）范围内，以及规定的起付线、封顶线等限制下，参保人应获得补偿的医疗费用占应支付医药费用的比例。

11.6.4.3 门诊共济 outpatient co-ordination

统筹共济、账户共济的总称。参保人在定点服务机构发生的符合健康保险政策范围内的普通门诊费用可纳入统筹基金支付范围进行报销，称为统筹共济；参保人的个人账户可在家庭范围内与其配偶、子女、父母共济使用，称为账户共济。

11.7 健康保险监管

11.7 健康保险监管 health insurance supervision

国家政府有关部门及医疗保险监管机构按照相关法律、法规、协议等对医疗保险系统中各方的行为进行

监督和管理，以保护参保人合法权益，维护医疗保险市场秩序，促进医疗保险行业健康发展。

药机构、医保经办机构、承办医保业务的其他机构等被检查对象不预先告知的现场监督检查。

11.7.1 反欺诈 anti-fraud

11.7.1.4 失信联合惩戒 joint punishment of dishonesty

医疗保险监管机构为保护保险消费者合法权益，维护保险市场秩序，促进保险行业健康发展，对各种欺诈骗保行为进行预防、识别、处理及管控的一系列制度和做法。

在有关部门和社会组织依法依规对医疗保险领域失信行为作出处理和评价基础上，通过信息共享，推动其他部门和社会组织依法依规对严重失信行为采取联合惩戒的措施。

11.7.1.1 保险欺诈 insurance fraud

11.7.1.5 定点机构管理 management of contracted health provider

假借保险名义或利用保险合同谋取非法利益的行为，主要包括保险金诈骗类欺诈行为、非法经营保险业务类欺诈行为和保险合同诈骗类欺诈行为等。

医疗保险管理部门对医疗机构与零售药店在定点申请、专业评估、定点确定、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节进行监督和管理的方式，以保证定点机构遵守医疗保障法律、法规、规章及有关政策，按照规定向参保人员提供医疗服务。

11.7.1.2 医疗保险欺诈风险 medical insurance fraud risk

欺诈实施者进行欺诈活动，给医疗保险行业、医疗保险消费者及社会公众造成经济损失或其他损失的风险。

11.7.1.5.1 定点零售药店 contracted retail pharmacy

自愿与统筹地区经办机构签订医保协议，为参保人员提供药品服务的实体零售药店。

11.7.1.2.1 过度医疗 excessive medical treatment

医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反临床医学规范和伦理准则，提供超过疾病实际需求的诊断和治疗的行为。

11.7.1.5.2 定点医疗机构 contracted medical institution

自愿与统筹地区经办机构签订医保协议，为参保人员提供医疗服务的医疗机构。

11.7.1.2.2 不合理诊疗 irrational diagnosis and treatment

医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反临床医学规范和伦理准则，提供不符合疾病实际需求的诊断和治疗的行为。

11.7.1.6 协议管理制度 regulation on agreements management

医疗保险经办机构对定点医疗机构和定点零售药店在协议签订、履行、变更、解除等方面制定的一系列管理制度。

11.7.1.3 欺诈风险识别 fraud risk identification

医疗保险机构对假借保险名义或利用保险合同谋取非法利益给医疗保险行业、医疗保险消费者及社会公众造成经济损失或其他损失的风险进行收集、发现、辨识和描述的过程。

11.7.1.7 透明监管 transparent supervision

医疗保险监管机构通过要求医药机构进行特定信息公开的方式，促进监管目标的实现。

11.7.1.3.1 飞行检查 flight inspection

国家和省级医疗保障行政部门组织实施的，对定点医

11.7.1.8 信用监管 credit regulation

医疗保障行政部门依据医疗保障信用管理制度，通过信用承诺、信用评价、信息共享、结果公开、结果应

用、信用修复等对有关单位和个人进行监督、规范、控制和调节等一系列活动的总称。

11.7.2 医保经办机构监管 supervision of medical insurance agencies

医保经办机构按照国家的有关法律法规，在一定区域和特定人群中，对医疗保障基金的筹集、管理、医疗费用结算和偿付等相关业务进行合理有效地开展医疗保障经办监督管理服务，保障医疗保障制度的顺利运行，促进人们健康。

11.7.2.1 功能型监管 functional regulation

依照医疗服务的功能划分监管机构的模式，如按照病种设立的医疗服务监管机构。

11.7.2.2 目标型监管 target-based supervision,

objective-oriented regulation

依据监管目标和内部控制重点划分监管机构的模式，以避免监管机构之间目标的重叠，如按照提升质量、保护病人权益、促进医院运行透明合法等目标设立监管机构。

11.7.2.3 机构型监管 institutional regulation

按照被监管机构的类型、监管主体的机构职能设立监管机构、分配监管职能的模式，如由审计部门监管财务，由卫生行政部门负责服务质量。

11.7.2.4 基金风险预警体系 funds risk alarm system

对医疗保险基金运行风险进行有效预警的综合系统。主要包括组织系统、数据系统和制度系统。

12 卫生经济学评价

12.1 卫生经济学评价

12.1 卫生经济学评价 health economic evaluation

依据成本和效果对可供选择的卫生服务方案进行比较分析的方法或过程

将未来的价值转化为现值的计算比率。

12.1.1 成本分析 cost analysis

对两个或两个以上疾病治疗方案的成本进行比较，以及对各种治疗方案成本构成进行分析的方法。

12.1.2 成本最小化分析 cost-minimization analysis, CMA

又称“最小成本分析（cost-minimization analysis, CMA）”。在项目的产出或效果、效益和效用没有差别的情况下比较不同措施的成本，选择成本最小的卫生保健项目、计划或干预措施的分析方法。

12.1.1.1 成本核算 cost accounting

医院将其业务活动中所发生的各种耗费按照核算对象进行归集和分配，计算出总成本和单位成本的过程。

12.1.3 成本结果分析 cost-consequence analysis, CCA

又称“成本-结果分析（cost-consequence analysis, CCA）”。计算并给出可供选择的医疗干预措施的成本和健康结果的分析方法。

12.1.1.2 贴现 discount

把将来某一时点发生的资金额换算成现在时点或相对于该将来时点的任何较早时点的等值金额。

12.1.4 成本效果分析 cost-effectiveness analysis, CEA

又称“成本-效果分析（cost-effectiveness analysis, CEA）”。通过比较不同卫生服务方案的成本和效果，对不同方案进行评价和选择，进而帮助决策

12.1.1.2.1 贴现率 discount rate

者在所有备选方案中确定最佳方案的分析方法。

12.1.4.1 效果 effectiveness

因卫生服务而带来的包括疾病治愈、身体功能恢复、生活质量提升以及预期寿命延长等健康改善的结果。

12.1.4.2 功效 efficacy

某一特定卫生干预措施、程序或服务产生有益结果的程度。

12.1.4.3 增量成本效果比 incremental cost-effectiveness ratio

两组卫生服务方案或干预方案成本之差和效果之差的比值。

12.1.5 成本效益分析 cost-benefit analysis,CBA

又称“成本-效益分析（cost-benefit analysis,CBA）”。通过比较某一方案或若干备选方案的全部预期效益和全部预期成本的现值，对不同方案进行评价和选择的分析方法。

12.1.5.1 效益 benefit

用货币单位量化实行某项干预措施带来的健康产出变化。

12.1.5.1.1 直接效益 direct benefit

可直接观察和测量的实行某项干预措施带来的卫生服务利用和成本减少等。

12.1.5.1.2 间接效益 indirect benefit

实行某项干预措施后所增加的患者的健康时间或劳动生产力恢复带来的收益。

12.1.5.1.3 有形效益 tangible benefit

实行某项干预措施后获得的可用实物或货币计量的收益。

12.1.5.1.4 无形效益 intangible benefit

实行某项卫生干预措施后减轻或者避免患者身体和精神上的痛苦，以及康复后带来的舒适和愉快等的收益。

12.1.5.1.5 边际效益 marginal benefit

增加一个单位产出所产生的额外效益。

12.1.5.1.6 净效益 net benefit

成本-效益分析中，效益现值与成本现值的差值。

12.1.5.2 投资回收期法 payback period method

又称“投资返本年限法（payback period method）”。以投资项目的各年现金净流量来收回该项目原投资所需要的时间，来确定方案是否可行的决策分析法。

12.1.5.3 简单收益率法 simple rate of return method

以达到设计产量的年份(即正常年度)所取得的现金净流量与原投资额之比，来确定方案是否可行的决策分析法

12.1.5.4 净现值法 net present value method,NPV method

根据货币时间价值的原理，消除货币时间因素的影响，计算计划期内方案各年效益的现值总和与成本现值总和之差的的决策分析法

12.1.5.5 内部收益率法 internal rate of return method,IRR method

根据方案在计划期内使其净现值等于零的贴现率是否高于平均收益率或标准收益率，来判断方案是否可行的决策分析方法

12.1.5.6 年当量净效益法 net equivalent annual benefit method

将备选方案各年实际发生的净效益折算为每年的平均净效益值，对备选方案进行评价和决策的一种分析方法。

12.1.5.7 陈述偏好法 stated preference approach

采用调查的方式，让被调查人表达疾病治疗方案所带来的效益，以此对偏好进行估算的一种分析方法。

12.1.5.8 显示偏好法 revealed preference approach

在实际购买决策行为中观察个人的偏好强度的一种分析方法。

12.1.6 成本效用分析 cost-utility analysis, CUA

又称“成本-效用分析（cost-utility analysis, CUA）”。分析和比较两个或多个卫生干预方案的成本和健康效用（如质量调整生命年、伤残调整寿命年）的一种卫生经济学评价方法。

12.1.6.1. 健康效用 health utility

人们对特定健康水平或生命质量的满意或偏好程度。

12.1.6.1.1 标准博弈法 standard gamble method, SG method

一种测量效用的方法，给受试者两种选择，一是在特定疾病状态下生活一定年限，二是有一定概率恢复完全健康，或者立即死亡。改变第二种选择中完全健康的概率，直到受访者认为两种选择无差异，该概率是疾病状态的效用。

12.1.6.1.2 时间权衡法 time trade-off method, TTO method

一种测量效用的方法，测定受访者认为在完全健康状态下生活多长时间，与在疾病状态下生活一年对其是无差异的，来反映疾病状态的效用。

12.1.6.1.3 视觉标尺法 visual analogue scale method, VAS method

又称“视觉模拟评分法（visual analogue scale method, VAS method）”。给受访者一个标尺，一端表示完全健康水平，另一端表示最差健康水平，让受访者在标尺上标记反映自己健康水平的位置，以该位置距最差健康水平端点的距离与整个标尺的长度的比例反映效用的一种效用测量方法。

12.1.6.1.4 健康调查量表 health scale

测量健康相关生命质量的标准化量表。

12.1.6.1.4.1 欧洲多维健康量表 EuroQol five dimensions questionnaire, EQ-5D

由欧洲生命质量学会（EuroQol Group）开发的测量健康相关生命质量的标准化量表，包括行动能力、自我照顾、日常活动、疼痛与不适、焦虑与抑郁 5 个维度，测量结果经转换可以得到健康效用值。

12.1.6.1.4.2 健康效用指数 health utility index, HUI

由麦克马斯特大学学者开发的测量健康状态、健康相关生命质量和效用的标准化量表，包括感官与沟通、情感、认知、疼痛与不适、自我照顾能力、身体活动能力等多个维度，直接测量得到健康效用值。

12.1.6.1.4.3 六维健康调查简表 short form-6 dimension, SF-6D

又称“六维健康状态分类系统（short form-6 dimension, SF-6D）”。由布雷热等人开发的包含身体功能、角色限制、社会功能、疼痛、心理健康及活力六个维度的测量健康状态的标准化量表。

12.1.6.1.4.4 良好适应状态质量评估量表 quality of well-being scale, QWB

由卡普尔首次提出的测量健康相关生命质量的标准化量表，包括移动、生理活动、社会活动、疾病症状四个维度，测量结果经转换可以得到健康效用值。

12.1.6.1.5 离散选择实验 discrete choice experiment, DCE

通过对受访者提供一系列不同属性水平的健康产品或服务的假设方案组合，询问受访者对方案的选择，测量其对方案的偏好的方法。

12.1.6.1.6 联合分析法 conjoint analysis method, CA

通过构建健康产品或服务不同属性水平的组合，询问受访者对各组合的偏好来分析各属性的重要程度，从而估计不同属性水平组合的效用的方法，是用于离散选择实验的分析技术。

12.1.6.1.7 优劣尺度法 best-worst scaling method,BWS

通过让受访者在一系列具有不同属性水平组合的健康产品或服务选项中，不断选择出最好的和最差的选项，评估受访者对选项或属性的偏好的方法。

12.1.6.2 生命质量 quality of life,QoL

又称“生活质量，生存质量（quality of life,QoL）”。包括不同的文化和价值体系中的个体对与他们的生活目标、期望、标准，以及所关心事情有关的生活状态的体验，包括生理状况、心理状况、独立能力、社会关系、生活环境、宗教信仰与精神寄托 6 个领域。

12.1.6.2.1 健康相关生命质量 health-related quality of life,HR-QoL,HRQoL

个体对其生理健康、心理健康、行动能力和社会适应状态的主观体验。

12.1.7 边际分析

12.1.7.1 成本效果阈值 cost-effectiveness threshold,ICER threshold

为了额外多获得一个单位的健康产出，决策者愿意额外多付出的最高成本。

12.1.7.2 绝对优势方案 absolute dominance

相比于其他方案，成本较低且效果较好的方案。

12.1.8 决策分析模型 decision analytic model

一种在不确定性情况下进行决策的定量分析方法。呈现各决策可选项的结果及其发生的概率，通过概率加

权的方法得到各选项的期望价值并做出决策。

12.1.8.1 决策树模型 decision tree model

一种描述在不确定性情况下进行选择的逻辑结构的静态决策分析模型，包括所有相关的决策选择、对应结果及其概率。

12.1.8.2 马尔可夫模型 Markov model

又称“马尔科夫模型（Markov model）”。通过设定与疾病相关的健康状态，以状态之间的转移概率模拟疾病的转归，计算每次转归的成本及健康结果，得到既定研究时间范围内疾病过程的总成本及总健康结果的一种模拟疾病长期发展的动态决策分析模型。

12.1.8.3 分区生存模型 partitioned survival model,PSM

一种模拟生命周期的决策分析模型。通过临床研究中的生存数据，模拟研究时限内各时点上无进展、疾病进展与死亡的个体数量或比例，拟合无进展、进展与死亡的曲线。

12.1.8.4 微观仿真模型 micro-simulation model

又称“微观模拟模型（micro-simulation model）”。在卫生经济学评价中，一种利用计算机技术模拟政策对微观决策单元(如个人、家庭或企业)的影响及其产生的宏观效果,用于预测疾病发病或死亡趋势以及总医疗费用的决策分析模型。

12.1.8.5 整体疾病模型 whole disease model,WDM

一种模拟疾病临床前期到疾病进展全路径的医疗费用与健康结果的决策分析模型，用于评价疾病临床前期到转归的干预措施的经济性。

12.2 疾病负担及疾病经济负担

12.2.1 疾病负担 burden of disease, burden of illness

疾病、伤残（失能）和过早死亡对健康和社会造成的总损失。

12.2.1.1 全球疾病负担 global burden of disease

全面描述不同国家、不同时间、年龄和性别的死亡率和伤残情况，量化数百种疾病、伤害和风险因素所导致的健康损失，以便改善卫生系统并消除不公平的一种方法。

12.2.2 疾病经济负担 economic burden of disease, cost of illness

征求意见时间:

2025年10月31日至2026年1月31日

由于发病、伤残(失能)和过早死亡给患者本人、家庭以及社会带来的经济损失和由于预防治疗疾病所消耗的经济资源的总和。

由于预防和治疗疾病所直接消耗的经济资源。

12.2.3 疾病负担测量指标

12.2.5.1 自下而上法 bottom-up approach

根据疾病的平均治疗成本与疾病发病率（患病率）的乘积来计算疾病直接经济负担。

12.2.3.1 潜在减寿年数 potential years of life lost,PYYL

12.2.5.2 自上而下法 top-down approach

又称“潜在寿命损失年（years of potential life lost,YPLL）”。疾病造成的实际死亡年龄与该年龄组人群的预期寿命之差的总和。

测量归因于某个疾病或某危险因素暴露的疾病经济负担的方法

12.2.3.2 质量调整生命年 quality-adjusted life years,QALYs

12.2.6 间接疾病经济负担 indirect economic burden of disease

全面考虑健康的生理、心理和社会适应各方面，把生命质量和生命数量相结合以时间为测量单位反映个体健康状况的综合评价指标

由于发病、伤残(失能)和过早死亡给患者本人和社会所带来的时间及劳动力损失而导致的经济负担。

12.2.3.3 失能调整生命年 disability-adjusted life years,DALYs

12.2.6.1 人力资本法 human capital approach,HCA

因疾病死亡和失能而损失的健康生命年的综合评价指标，可以评价疾病对人群危害程度，准确描述死亡和失能状态下损失的健康生命年。

根据患者损失时间而引起收入减少来测算间接经济负担的方法

12.2.3.3.1 早死所致生命年损失 years of life losts,YLL

12.2.6.2 摩擦成本法 friction cost method

因疾病早亡而损失的健康生命年

又称“磨合成本法（friction cost method）”。估计由于患者生病离开岗位到其他人完全能胜任该项工作这一过程中所产生的社会损失来测算间接经济负担的方法。

12.2.3.3.2 失能所致生命年损失 years lived with disability,YLD

12.2.6.3 条件价值评估法 contingent valuation approach,CVA

因疾病失能而损失的健康生命年

通过假定一个特定的情景和描述可能的情况，来询问受试者的最大支付意愿或最小接收意愿的一种为商品或服务估算价值的方法

12.2.4 疾病经济负担测算

12.2.6.3.1 意愿接受法 willingness-to-accept approach, WTA method

12.2.4.1 终身疾病经济负担 life-time economic burden of disease

个体为放弃某些商品、服务或者预期收益而愿意接受的最小补偿金额。

由于疾病、伤残、死亡给患者整个生命周期过程带来的经济损失。

12.2.6.3.2 意愿支付法 willingness-to-pay approach, WTP method

12.2.5 直接疾病经济负担 direct economic burden of disease

通过询问患者为避免某种疾病或死亡的发生而愿意支付的最多费用的方法	of disease
12.2.7 无形疾病经济负担 intangible economic burden	因疾病或失能给患者造成的痛苦、焦虑与不便所带来的生活质量的下降和其他相关成本的花费

13 药物经济学

13.1 药物经济学

13.1 药物经济学 pharmaceutical economy	应用于药品领域，研究如何以有限的药物资源实现最大限度的健康结果改善的一门学科。
英文又称"pharmacoeconomics"。将经济学原理与方法	

13.2 药品市场

13.2 药品市场 drug market	药品从原辅料采购、生产制造、批发配送、终端零售给最终使用者的整个过程。
-----------------------	-------------------------------------

由药品企业、流通商、医疗服务提供方、需方、药品费用支付方及监管方等共同组成，围绕药品的研发、生产、流通、定价和消费形成的特殊商品市场体系。

13.2.1 药品需求 drug demand

消费者在一定时期、一定价格水平下愿意购买且能够购买的药品数量。

13.2.1.1 药品需求价格弹性 price elasticity of drug demand

药品需求量变动对药品价格变动的反应敏感程度，是需求量变化的百分比与价格变化的百分比的比值。

13.2.2 药品供给 drug supply

药品生产企业在一定时期、一定价格水平下愿意提供且能够提供的药品数量。

13.2.2.1 药品供应链 drug supply chain

13.2.2.2 药品供应模式 drug supply model

药品在生产制造后到最终使用前的存储、配送和销售等环节形成的供给方式。

13.2.3 药品市场失灵 drug market failure

市场机制无法实现药品资源最优配置的情况，由信息不对称、产品外部性和市场垄断等因素导致。

13.2.3.1 药价虚高 artificially high drug price

全称“药品价格虚高”。药品售价没有遵循价值规律和正常的供求关系，远高于药品的生产制造和流通成本。

13.2.3.2 药品短缺 drug shortage

药品供给无法满足市场需求的现象。

13.3 药品政策与规制

13.3.1 国家药物政策 national medicine policy,NMP

国家制定和实施的有关药物管控的政策目标及其优

先领域、行动准则、工作策略与方法的法律、法规、规章、制度等指导性文件。

13.3.2 国家基本药物制度 national system for essential medicine	简称“药品集采”。采购主体采取量价挂钩的方式，寻求降低药品采购价格的药品采购方式。
建议作占位词，本条目不释义	
13.3.2.1 基本药物 essential medicine	13.3.4 药品使用规制
简称“基药”。适应基本医疗卫生需求，剂型适宜，价格合理，能够保障供应，公众可公平获得的药品。	13.3.4.1 医保药品目录 reimbursement drug list
13.3.2.2 基本药物遴选 essential medicine selection	经医疗保险管理部门遴选纳入医疗保险基金支付范围的药品清单。
按照“突出基本、防治必需、保障供应、优先使用、保证质量、降低负担”的功能定位，坚持中西药并重、临床首选的原则，参照国际经验合理确定基本药物品种（剂型）的过程。	13.3.4.1.1 医保药品目录准入 listing in the reimbursement drug list
13.3.2.3 基本药物目录 essential medicines list	药品经过企业申报、专家评审、谈判或竞价后被纳入医保药品目录的过程。
简称“基药目录”。适应基本医疗卫生需求，剂型适宜，价格合理，能够保障供应，公众可公平获得的药品的目录清单。	13.3.4.1.2 医保药品目录动态调整机制 dynamic adjustment mechanism of reimbursement drug list
13.3.2.4 国家基本药物政策 national essential drug policy	综合考虑药品临床需求、医保基金承受能力和新药上市情况，周期性调整医保药品目录的政策规定。
国家制定和实施的有关基本药物的遴选、生产、流通、定价、使用、报销、监测和评价等环节的相关政策。	13.3.4.2 合理用药 rational use of drugs,RUD
13.3.2.5 基本药物定点生产 designated production system of essential medicine	以药物最新的系统知识和理论为基础，安全、有效、经济、适宜地使用药物的临床实践过程。
为保障基本药物供应，对临床用量较小的个别品种实行指定企业生产的管理办法。	13.3.4.2.1 用药指南 medication guide
13.3.3 药品供应保障制度	综合运用已有医药学知识和科学证据，指导医师和药师合理使用药物的规则或推荐。
13.3.3.1 药品“双通道”管理机制 dual-channel management mechanism for drug	13.3.4.2.2 处方审核 prescription review
通过定点医疗机构和定点零售药店两个渠道，满足药品供应保障、临床使用等方面的合理需求，并同步纳入医保支付的机制。	对开方医生的资质、药品处方是否符合相关规定的审核。
13.3.3.2 药品集中采购 centralized drug procurement	13.3.4.2.3 药物使用监测指标
	建议作占位词，本条目不释义
	13.3.4.2.3.1 限定日剂量 defined daily dose,DDD
	当一种药物用于其主要适应症时，假定的成人每天平均使用剂量。

13.3.4.2.3.2 用药频度 defined daily doses,DDDs

以限定日剂量为单位计量某种药物的使用量，即药品实际总使用量与限定日剂量的比值，反映对该药的选择倾向性。

13.3.4.2.3.3 药物利用指数 drug utilization index,DUI

又称“ Δ ”。一种药物的用药频度与该药患者实际总用药天数的比值，用于评价用药合理性。

13.3.4.2.3.4 限定日费用 defined daily dose cost,DDC

又称“日均药物费用”。一种药物的总费用与该药用药频度的比值。

13.3.5 药品定价与支付规制

13.3.5.1 药品定价 drug pricing

13.3.5.1.1 药品加成 drug markup

医疗机构在采购和销售药品过程中，以实际购进价为基础，顺加一定的加成率作价销售，在利润率基础上所得的加成收入。

13.3.5.1.1.1 药品加成率 drug markup rate

实际购进价基础上增加的一定比例，反映药品进销差价与药品实际购进价格的对比关系，即药品进销差价/药品实际购进价格 $\times 100\%$ 。

13.3.5.1.1.2 以药补医 compensating hospitals using revenue from pharmaceutical sale

俗称“以药养医”。医院以药品加成收入来弥补医疗服务亏损的机制。

13.3.5.1.2 国际参考定价 international reference pricing,IRP

又称“外部参考定价(external reference pricing, ERP)”。根据所选取的代表性国家的药品价格确定本国该药品医保支付标准的方法。

13.3.5.1.3 内部参考定价 internal reference pricing,IRP

选择具有相同药理学、治疗学作用或适应证的一组药品，据其价格水平制定该类药品医保支付标准的方法。

13.3.5.1.4 基于价值定价 value-based pricing,VBP

基于药品的经济学价值即成本效果评估的结果，制定药品医保支付标准的方法。

13.3.5.1.5 药品利润控制 profit control of drug

通过控制每个药企生产、销售所有药品的总利润率，间接调控每个药品价格的方法。

13.3.5.2 药品支付政策

13.3.5.2.1 药品费用分担 drug cost sharing

参保患者的药品费用由其个人和医疗保险基金共同分担的机制。

13.3.5.2.1.1 定额自付 co-payment

参保患者在就医时自己支付一笔固定费用，剩余的医疗费用全部由医疗保险基金承担的费用分担机制。

13.3.5.2.2 药品风险分担机制 risk sharing agreement for pharmaceuticals,RSA

药品疗效的不确定性或超过医保预算的风险，由医疗保险基金与药企共同承担药品费用的机制。

13.3.5.2.2.1 财务风险分担 financial-based agreement,CSA

医保部门和药企签订协议，在赋予创新药准入医保目录机会的同时，要求制药企业分担部分成本，使医保基金承担的成本控制在其预算范围内的机制。

13.3.5.2.2.1.1 量价协议 price-volume agreement

医疗保险机构与药企签订协议，将价格与用量挂钩，当药品销售量或销售额超过某一约定数量时，降低药品价格的机制。

13.3.5.2.2.2 疗效风险分担 performance-based risk sharing agreement,PBRSA, outcome-based risk sharing arrangement, OBRSA

医保部门和药企签订协议，将药品在真实世界中的治疗结果作为触发事件，当治疗结果低于预期时，医保将要求药企降价、打折、返还已支付的医保基金，或调整未来医保支付的范围和标准，甚至要求药品退出医保目录的响应行为的机制。

13.3.5.2.3 患者援助项目 patient assistance

program,PAP

由药企向第三方组织捐赠药品，并由受赠组织发起的向特定条件患者提供药品以提高患者用药可及性的项目。

13.3.6 药品价格指数 drug price index

在给定时间段内，将基期或报告期的销售额作为权重，计算报告期价格和基期价格的比值，反映药品价格变化趋势和程度的指标

13.4 药物经济学评价

13.4 药物经济学评价 pharmaco-economic evaluation,PE, pharmacoeconomics

一项应用现代经济学的原理和研究手段，结合药学、临床医学、流行病学、生物统计学等多学科研究成果，识别、测量和比较不同药物治疗方案的投入和产出，有效提高医药资源的配置和利用效率的评价技术。

13.4.1 药物经济学评价研究

13.4.1.1 药物经济学模型研究 model-based pharmaco-economic study

一种采用图表、公式或数学处理程序等方式模拟干预措施对疾病转归影响的药物经济学研究方法。关注药物干预措施和重要临床事件及由此引起的健康产出和资源消耗的变化，在不同干预措施间进行经济性比较。

13.4.1.2 基于实效性临床试验的经济学评价 economic evaluation based on pragmatic clinical trial

一种在药物的日常实际应用环境中开展研究的药物经济学评价方法，旨在对不同临床治疗方案进行评价与选择。研究药物的选择通常采用已上市的有效药物作为对照而非安慰剂。

13.4.1.3 基于随机对照临床试验的经济学评价 economic evaluation based on randomized controlled clinical trial

将基于随机、盲法和对照原则的药物临床试验与药物经济学研究相结合的经济学评价方法。

13.4.2 预算影响分析 budget impact analysis,BIA

衡量一种新的医疗干预措施（如药品或诊疗技术）纳入医保支付范围后对医保基金支出净影响的分析方法。

13.4.3 药物经济学评价指南 pharmaco-economic guidelines, guidelines for pharmaco-economic evaluations

应用药物经济学理论制定的对药物进行经济学评价应该遵循的一般规范，旨在提出药物经济学评价的一般框架和规范。

13.4.4 药品临床综合评价 clinical comprehensive evaluation of drug

评价主体运用多种评价方法和工具对临床药品开展的系统化评判活动，通常围绕安全性、有效性、经济性、创新性、适宜性、可及性等6个维度展开数据分析与研判。

13.4.5 价值评估框架 value assessment framework

根据卫生技术的特性构建的评价体系，旨在评估卫生技术对卫生系统和患者带来的多维度价值。

13.4.5.1 多准则决策分析 multiple criteria decision analysis,MCDA

又称“多维决策分析”。为了协助决策者在各类研究证据和价值标准之间权衡取舍，进行多重目标的决策制定，综合运用多个评价维度进行总体评价的一种方法。

13.5 疫苗经济学

13.5 疫苗经济学 vaccine economics

利用经济学的方法,来研究疫苗的经济属性、销售、接种等行为,包括疫苗的供给和需求,疫苗市场分析,疫苗定价,疫苗犹豫及经济学评价。

又称“免疫规划外疫苗(non-national immunization program vaccine,non-NIP vaccine)”。没有包括在国家或者地方免疫规划中,由居民自愿接种的其他疫苗。

13.5.3 疫苗筹资 immunization financing

为了使居民能够接种疫苗而筹集的资金,不仅包括购买疫苗的资金筹集,还包括疫苗接种费用、运输费用、异常反应补偿费用等的筹集。资金来源包括政府、医疗保险、个人以及国际组织和其他国家的捐助。

13.5.4 疫苗监管规制

13.5.4.1 疫苗责任强制保险制度 compulsory insurance for vaccine immunization

疫苗上市许可持有人因疫苗质量问题造成受种者损害依法应负的赔偿责任为保险标的的保险。疫苗质量问题,是指疫苗不符合国家药品标准或者药品注册标准,影响安全、有效及质量可控的现象。

13.5.4.2 预防接种异常反应补偿制度 compensation system for abnormal reaction to vaccination

实施预防接种过程中或者实施预防接种后出现受种者死亡、严重残疾、器官组织损伤等损害,属于预防接种异常反应或者不能排除的,应当给予补偿。补偿范围实行目录管理,并根据实际情况进行动态调整。接种免疫规划疫苗所需的补偿费用,由省、自治区、直辖市人民政府财政部门在预防接种经费中安排。

13.5.4.3 疫苗信息公开制度 vaccine information disclosure system

疫苗上市许可持有人应当建立信息公开制度,按照规定在其网站上及时公开疫苗产品信息、说明书和标签、药品相关质量管理规范执行情况、批签发情况、召回情况、接受检查和处罚情况以及投保疫苗责任强制保险情况等信息。

13.5.5 疫苗经济学评价 economic evaluation of vaccine

13.5.1 疫苗经济学属性 economic attribute of vaccine

疫苗通常作为预防疾病的公共卫生措施,其自身具有显著的经济学的属性,主要包括外部性、公共产品、有益物品、跨期偏好。

13.5.1.1 疫苗接种外部性 externalities of vaccination

疫苗是具有典型正外部性的产品,当个体接种疫苗后,不仅其自身被传染的概率降低,也间接为其他个体提供了免疫保护的属性。

13.5.2 疫苗公平 vaccine equity

不同地区、性别、年龄、种族、收入、受教育程度等的人群在疫苗获得、疫苗接种、疫苗保护、疫苗可预防疾病负担等方面都基本一致的权利和效果。

13.5.2.1 免疫规划 immunization programme

又称“计划免疫”。按照国家或者地区确定的疫苗品种、免疫程序或者接种方案,在人群中有计划地进行预防接种,以预防和控制特定传染病的发生和流行。

13.5.2.1.1 国家免疫规划疫苗 vaccine in National Immunization Programme

又称“免疫规划内疫苗(vaccine in National Immunization Programme)”。居民应当按照政府的规定接种的疫苗,包括国家免疫规划确定的疫苗,省、自治区、直辖市人民政府在执行国家免疫规划时增加的疫苗,以及县级以上人民政府或者其卫生健康主管部门组织的应急接种或者群体性预防接种所使用的疫苗。

13.5.2.1.2 非免疫规划疫苗 non-national immunization program vaccine,non-NIP vaccine

运用卫生经济学评价方法，比较疫苗接种的经济投入和健康产出，为疫苗种类、接种程序、免疫规划决策提供经济学证据，促进卫生资源优化配置。

13.5.5.1 疫苗经济学评价模型

模拟疫苗接种决策和疾病自然转归过程，识别和量化疫苗接种相关的经济投入和健康产出，对不同疫苗接种方案的经济性进行判断。基于传染病疾病负担开展的疫苗经济学评价常用的模型可分为静态和动态模型。

13.5.5.1.1 疫苗经济学评价静态模型 static model of vaccine economic evaluation

模拟疫苗接种人群按事先确定的概率发生健康状态的转归，疾病的感染力不随患病人数及时间推移而变化。决策树模型（Decision Tree Model）和马尔科夫模型（Markov Model）是疫苗经济学评价中常用的静态模型。

13.5.5.1.2 疫苗经济学评价动态模型 dynamic model of vaccine economic evaluation

模拟疫苗接种前后个体自身、个体之间或个体与外界环境间的传染病交互作用。动态模型能反映疾病感染力随时间变化及个体间相互影响的动态特征，如群体免疫效应。

13.5.5.2 疫苗接种健康结果

13.5.5.2.1 疫苗功效 vaccine efficacy

随机对照实验中，比较接种疫苗的干预组感染疫苗可预防疾病的概率和没有接种疫苗的对照组感染疫苗可预防疾病的概率，显示疫苗可以降低感染疾病的风险。

13.5.5.2.2 疫苗有效性 vaccine effectiveness

在真实世界中，观察到的疫苗接种可以降低感染疫苗可预防疾病的风险，但有可能与随机对照实验中的疫

苗效力不同。

13.5.5.2.3 疫苗接种覆盖率 vaccination coverage

接种疫苗的人群中，全程接种疫苗剂次的百分比，也可以考虑不同剂次接种的比例和加强剂次的接种比例。

13.5.5.2.4 疫苗保护率 vaccine protection rate

疫苗可以保护接种者感染疫苗可预防疾病的比例，疫苗保护与接种剂次有关，可以降低疾病传播，但是有时候无法避免突破性感染，疫苗保护也有可能因为病毒变异而有所降低。

13.5.5.2.5 预防接种不良反应 adverse events following immunization,AEFI

在预防接种后发生的怀疑与预防接种有关的反应或事件。

13.5.5.2.6 疫苗安全性 vaccine safety

疫苗可以预防感染疾病而且安全。临床实验首先确保了疫苗安全性，之后在大规模人体试验后也确保疫苗安全性，疫苗上市后也会通过预防接种异常反应来评价其安全特性。

13.5.5.3 成本效果阈值下疫苗成本 threshold vaccine costs ,TVC

疫苗经济学评价研究中，被评价的疫苗接种具有成本-效果、成本-效益、成本-效用，其最高的疫苗接种成本价格。

13.5.6 全球疫苗免疫联盟 The Global Alliance for Vaccines and Immunisation,GAVI

2000 年成立的一个国际组织，通过提高公平的和可持续的疫苗应用，将公共部门和私营部门联系起来，致力于拯救生命和保护人类健康。全球疫苗免疫联盟主要资助中低收入国家获得疫苗。

14 医生与医院行为

14 医生与医院行为 physician and hospital behavior

14.1 医生行为

14.1 医生行为 physician behavior

经济学视角下能为医生带来最大收益的行为。

14.1.1 医生执业模型 model of physician practice

14.1.1.1 医生代理理论 physician agency theory

研究自利导向的医生和患者在信息不对称的情况下如何行动和决策的理论。医生代表患者或医保，按合同提供医疗服务，以实现预期结果并获得报酬。委托人授予医生部分决策权如处方、医疗服务。

14.1.2 医生经济激励 material incentive to physician

通过合理的分配方式，将医生的工作绩效与报酬挂钩，即以按劳分配的原则，通过分配量上的差异作为酬劳或奖励，以此来满足医生对物质条件的需求，进而激发医生更大工作积极性的措施。

14.1.3 医生非经济激励 immaterial incentive to physician

通过创造良好的工作氛围，满足医生自尊、自我发展和自我实现的需要，激发医生工作积极性的措施。

14.2 医院行为

14.2 医院行为 hospital behavior

医院作为医疗服务提供者，在运营和管理过程中所采取的一系列行动和决策，涵盖医疗服务的提供、资源分配、财务管理、质量控制、患者关系管理以及应对政策和市场环境变化的策略。

医疗服务所得收益可用于投资者经济回报的医院。

14.2.1 医院分类 categories of hospitals

14.2.1.1 按投资主体分类

14.2.1.1.1 公立医院 public hospital

主要指国有（主要包括政府部门举办、国有企事业单位等举办）和集体所有医院。

14.2.1.1.2 非公立医院 private hospital

除公立医院以外的其它医院，主要包括联营、股份合作、私营、港澳台投资和国外投资等医院。

14.2.1.2 按是否营利分类

14.2.1.2.1 营利性医院 for-profit hospital

14.2.1.2.2 非营利医院 non-profit hospital

为社会公众利益服务而设立和运营的医院，其收入用于弥补医疗服务成本，实际运营中的收支结余只能用于自身的发展，如改善医疗条件、引进技术、开展新的医疗服务项目等。

14.2.1.3 按医院等级分类

14.2.1.3.1 三级医院 tertiary hospital

向人口百万以上区域提供高水平专科医疗服务，并开展预防、保健和康复服务，承担相应的高等医学院校临床教学、培训和科研任务的区域性医疗机构，是省级或国家级的医疗、预防、教学和科研中心，高层次的医疗机构。

14.2.1.3.2 二级医院 secondary hospital

向含有多个社区的地区（人口一般在数十万左右）提供医疗服务，并开展预防、保健和康复医疗服务，承担一定教学培训和科研任务的地区性医疗机构。

14.2.1.3.3 一级医院 primary hospital

向一个社区(人口一般在 10 万以下)提供基本医疗、预防、保健和康复服务的基层医疗机构。

14.2.1.4 按医院专科分类

14.2.1.4.1 综合医院 general hospital

设一定数量的病床、各类临床专科(如内科、外科、儿科、妇产科、眼科、耳鼻喉科、皮肤科等)、医技部门(如药剂、检验、影像等)以及相应人员与设备的医院。

14.2.1.4.2 专科医院 specialized hospital

为诊治各类专科疾病设置的医院,如妇产医院、儿童医院、口腔医院、传染病医院等。

14.2.1.5 按就诊形式分类

14.2.1.5.1 线下医院 offline hospital

传统的提供医疗服务的各级实体医院。

14.2.2 医院规模 hospital size

医院的床位设置、建筑、人员配备、科室设置等方面的情况。

14.2.3 医院行为影响因素

14.2.3.1 医院所有制 hospital ownership

医院产权的占有形式。

14.2.3.1.1 医院产权理论 hospital property right theory

将产权理论引入医院管理,关于医院产权、激励与经济行为的关系,探讨医院不同的产权结构对收益-报酬制度及资源配置的影响,强调产权医院不同产权在经济交易中作用的理论。

14.2.3.1.2 医院服务效率 hospital service efficiency

医院在定量资金支持下,通过采用合理的管理方式以

及最优的生产要素组合,实现符合患者需要的最大化卫生服务产出的能力。

14.2.3.1.3 医院定价模式 hospital pricing model

医院在提供医疗服务过程中,结合特定治疗或服务所付出的成本、市场需求以及政策环境等,为各项医疗卫生服务制定价格的机制或方法。

14.2.3.2 医院外部治理 hospital external governance

政府和社会组织管理医院共同事务的诸多方式总和,通过形成一个合作网络来分担各种管理医院的公共事务和责任,是政府、社会组织与医院管理者的职责、权利和义务的制度安排。

14.2.3.3 医院内部治理 hospital internal governance

医院内部通过建立科学的管理结构、制度体系和运行机制,明确各参与方的责、权、利,形成内部制衡机制,以强化医院的公益属性,保证医疗服务质量与安全,提高医院管理水平与运行效率的制度安排。

14.2.3.3.1 法人治理结构 corporate governance structure

医疗机构领导层的组织架构,主要描述组织的所有者、决策者、监管者和执行者之间的关系。

14.2.3.3.2 国际公立医院法人治理改革模式

international public hospitals reform model of corporate governance

国际上通过各种途径实现公立医院法人化治理改革的模式总和。

14.2.3.3.2.1 医院管理局法人治理模式 corporate governance model of hospital administration

通过设立专门的政府行政部门来履行政府的办医职能,而其它涉及公立医院的政府机构则主要负责制定和改进相关制度以监管医疗机构,从而实现医院法人治理的一种模式。

14.2.3.3.2.2 医院网络董事会治理模式 hospital network board governance model

参照私人企业的管理模式，在公立医院内部建立董事会，董事会经政府授权，代表所有者与管理层有明确的权责关系和问责机制，使董事会和领导层共同负责改进运营、人力资源、工作流程和财务绩效的一种治理模式。

14.2.3.3.2.3 医院联合体法人治理模式 corporate governance model of hospital consortium

通过确立医院联合体的独立法人地位，建立协调一致的内部运行机制，完成联合体内部的医疗机构再布局，从而明确界定政府、社会、公立医院及联合体各自的职责、权利和义务，保证管办分开的一种医院法人治理模式。

14.2.3.3.3 中国公立医院法人治理改革模式 Chinese public hospitals reform model of corporate governance

国内公立医院与其行政部门脱离上下级行政隶属关系，转型为独立法人治理结构改革中形成的改革范式。

14.2.3.3.3.1 单个公立医院法人化 legalization of single public hospital

建立由政府部门和投资方组成的董事会对院长直接问责的法人治理结构，从而实现政事分开、所有权和经营权分离，明确医院所有权、决策权、经营权和监督权的分配与制衡，成为具有自主运营权、独立承担民事责任的法人实体。

14.2.3.3.3.2 公立医院管理机构法人化 legalization of public hospital management institution

通过成立独立于卫生部门的公立医院管理机构，作为事业单位法人对所属公立医院行使出资人责任，理清出资人与经营管理者的关系，加强对公立医院的管理问责，明确其独立承担民事责任的法人属性。

14.2.3.3.3.3 医院集团法人化 legalization of hospital group

通过整合医疗资源组建医疗集团、分离医疗机构与行

政机构之间的隶属关系，落实公立医疗机构集团的独立法人身份，从而实现政事分开、管办分离，进而使公立医院具备独立法人资格的组织形态。

14.2.3.3.4 公立医院改革评价 evaluation of public hospital reform

通过构建完善的指标体系，对公立医院综合改革效果进行评价的过程。

14.2.4 医院成本转移 hospital cost shifting

因为付费方没有向医院支付一组患者或服务应支付的金额，从而导致医院向另一组患者或服务收取更多费用的做法。

14.2.5 医院合并 hospital merger

两家或者两家以上彼此间独立运营的医院通过整合而形成一个主体，换言之，就是一家医院通过合并的方式控制另一家或几家医院的行为策略。

14.2.6 医院重组 hospital restructure

医院面对系统内外复杂多变的环境，为了谋求生存与发展，主动或被动地调整组织结构与经营策略的计划实施行为。

14.2.6.1 医联体 hospital alliance

全称“医疗联合体（medical association）”，是不同层级医疗机构组成的，以医疗资源或服务整合为目的的卫生服务提供和居民健康管理的统一体。

14.2.7 公立医院高质量发展 high quality development of public hospital

我国当前阶段公立医院发展转型的指导思想，其主要内涵包括推动公立医院发展方式从规模扩张转向提质增效，运行模式从粗放管理转向精细化管理，资源配置从注重物质要素转向更加注重人才技术要素。

14.3 医院经济管理

14.3 医院经济管理 hospital economic management

医院利用经济手段，全面管理医疗服务的生产、交换、分配和消费过程，合理规划和管理资源，以最小的成

本，最大化医疗服务的社会和经济价值，从而实现医院效益最大化的一种管理方式。

对医疗机构诊疗活动中发生的医疗服务项目、药品和医用耗材等价格行为的内部管理。

14.3.1 医院运营管理 hospital operation management

对医院提供医疗服务的直接资源进行有效的整合利用，以实现投入产出效率、效益和效能的最优化过程。

14.3.2 医院预算管理 hospital budget management

为确保医院预算资金规范运行而进行的一系列组织、调节、控制、监督活动的总称。

14.3.3 内部控制管理 hospital internal control management

医院为保证经营管理活动，高效、正常有序、合法的运行，采取对财务、人、资产、工作流程实行有效监管的系列活动。

14.3.4 医院成本核算 hospital cost accounting

对医院运营过程中实际发生的成本进行准确记录、合理的归集和计算，以获得成本对象成本信息的经济核算方法。

14.3.5 医院内部价格行为管理 hospital internal price behavior management

14.3.6 国有资产管理 state owned assets management

国家对包括医院在内的国有资产所有权的行使，管理权限的划分，资产的保值增值，收益的享有、处分等进行的监督。

14.3.7 大型医用设备配置管理 configuration management of large medical equipment

为合理配置和有效使用大型医用设备开展的规划、配置、审批以及监督的过程。

14.3.8 预算绩效管理 budget performance management

在预算管理中融入绩效的理念和要求，各个环节活动以绩效为核心导向，设定绩效目标，跟踪监控，评价资金的使用效益以及项目是否达到预期绩效目标的管理模式。

14.3.9 医院绩效评估 hospital performance evaluation

在科学合理的绩效计划基础上，根据可及可靠原则制订的评价指标，对医院效能与效益进行科学测量和评定的程序、方法、形式之总称。

15 危害健康行为经济学

15 危害健康行为经济学 economics of risky health behavior

15.1 危害健康行为

15.1 危害健康行为 risky health behavior

品需求变化的百分比。弹性的绝对值在长期比短期大。

对健康有危害的行为，是可避免死亡的重要原因之一，包括吸烟、酗酒、药物滥用、不健康的饮食、久坐的生活习惯等。

15.1.2 时间偏好 time preference

个体愿意用当前的效用去交换未来效用的偏好。是当前和未来效用的边际替代率。

15.1.1 危害健康产品弹性 elasticity of risky health products

危害健康产品价格增加百分之一，导致的危害健康产

15.1.3 同伴效应 peer effect

同伴之间相互影响行为，包括一组人的行为影响组内

个体行为的内生交互，一组人的外生特征影响个体行为的背景交互，和因为一组人具有相似特征或者环境而导致相似行为的相关效应。

15.1.4 时间不一致偏好 time-inconsistent preference

个体对商品和服务的偏好在不同时期有所变化。

15.1.5 双曲贴现 hyperbolic discounting

个体对于不同时期的同一收益的价值，采用不同的贴现率，即贴现的时间不一致性。例如对近期的价值采用低的贴现率，对远期的价值采取高的贴现率，个体更倾向于获得近期的收益，也可以正好相反。

15.1.6 认知限制 cognitive limitation

个体面对高度复杂的问题，无法实现效用最大化，这为危害健康行为的产生提供了一种解释。

15.1.7 有限理性 bounded rationality

个体虽然主观上希望做出理性选择，但是因为其认知限制而无法做出使自己效用最大化的理性选择。

15.1.8 成瘾模型 model of addiction

解释个体成瘾的心理学、医学和经济学模型，包括不完全理性成瘾模型、短视成瘾模型、理性成瘾模型

15.1.8.1 不完全理性成瘾模型 imperfectly rational addiction model

个体对于成瘾物品有稳定的偏好，但在短期和长期其偏好却有较大变化，表现为两个不同的个体一样，一个希望戒除成瘾物品的消费，另外一个却非常喜爱成瘾物品。

15.1.8.2 短视成瘾模型 myopic addiction model

个体对于成瘾物品的性质和危害存在认知不足，进而导致消费成瘾物品，以致上瘾。

15.1.8.3 理性成瘾模型 rational addiction model

研究理性个体选择消费成瘾产品的模型。成瘾行为使个体感到愉快，之前对于成瘾物品的消费能够增加现在对于成瘾物品消费的边际效用，个体对于成瘾物品的消费是理性的。

15.2 健康危害行为公共政策

15.2 健康危害行为公共政策 public policy for risky health behavior

通过制定公共政策来限制健康危害行为，公共政策基于全体公民的健康和效用，对个体健康危害行为加以限制，例如禁止在公共场所吸烟。

的广泛流行是一个对公众健康具有严重后果的全球性问题，呼吁所有国家就有效、适宜和综合的国际应对措施开展尽可能广泛的国际合作。

15.2.1 WHO 烟草控制框架 WHO tobacco control policy

第一份在世界卫生组织主持下的国际公约，2005年2月27日生效。优先考虑保护公众健康的权利，烟草

15.2.2 广告限制 advertising restriction

对危害健康产品的广告加以限制，例如禁止香烟广告。

15.2.3 有害健康产品征税 excise taxes on bads

对危害健康产品进行征税，以提高其价格，减少其需求和消费的行为。

16 卫生系统改革

16.1 中国卫生系统改革

16.1 中国卫生系统改革 health system reform of China

对基层医疗卫生机构（一般指乡镇卫生院、社区卫生服务中心）运行机制、投入体制和服务体系等进行系统的改变与革新。

16.1.1 医药卫生体制改革 health system reform

对公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系、药品供应保障体系等医药卫生体系以及对医药卫生的管理、运行、投入、价格、监管等体制机制的改变和革新。

16.1.2.1 一类保障二类管理 public and market mixed financing policy

对医疗卫生机构实行公益一类事业单位财政保障和公益二类事业单位绩效管理的管理模式。

16.1.2 医疗卫生服务体系改革 medical system reform

对提供疾病诊断、治疗与护理以及公共卫生预防与保健的服务进行系统的改变与革新。

16.1.2.3 公共卫生体系改革 public health system reform

对公共卫生机构的服务网络、服务功能进行系统的改变与革新。

16.1.2.1 公立医院改革 public hospital reform

在坚持公益性和社会效益原则下，对政府举办医院的管理体制、运行机制、监管机制、补偿机制、人事分配、药品供应和价格机制等进行系统的改变与革新。

16.1.2.3.1 基本公共卫生服务均等化 equal access to basic public health service

每个公民都能平等地获得包括计划免疫、妇幼保健、院前急救、采供血以及传染病、慢性病、地方病的预防控制等基本公共卫生服务的机会。

16.1.2.1.1 公立医院管办分开 supervision be separated from day-to-day operations in public hospital

将政府对公立医院的监督管理职责与公立医院的运营管理职能分开的管理体制。

16.1.2.4 社会办医 nongovernmental hospital

由企事业单位、社会团体等社会组织和个人，利用社会资本举办或参与举办的医疗卫生机构。

16.1.2.1.2 公立医院政事分开 government functions be separated from institution functions in public hospital

将政府作为出资人的举办监督职责和公立医院作为事业单位的自主运营管理权限分开的管理体制。

16.1.2.4.1 营利性医疗卫生机构 for-profit health provider

医疗服务所得收益可用于投资者经济回报的医疗机构。

16.1.2.1.3 公立医院医药分开 health service be separated from drug sales in public hospital

将公立医院的医治和用药分开，取消药品在公立医院加成的管理体制。

16.1.2.4.2 非营利医疗卫生机构 non-for-profit health provider

为社会公众利益服务而设立和运营的医疗机构，其收入用于弥补医疗服务成本，实际运营中的收支结余只能用于自身的发展。

16.1.2.2 基层医疗卫生机构改革 primary health care system reform

16.1.3 分级诊疗制度 tiered health care system

16.1.3.1 分级诊疗 tiered health care

全称“分级诊疗制度（tiered health care system）”。按照疾病的轻重缓急及治疗的难易程度进行分级，不同级别的医疗机构承担不同疾病的治疗，逐步实现从全科到专业化的医疗过程，其内涵包括基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的就医新模式。

16.1.3.1.1 基层首诊 gate keeping system

又称“首诊或首诊服务（gate keeping system）”。坚持自愿的原则，通过政策引导，鼓励常见病、多发病患者首先到基层医疗卫生机构就诊的政策，旨在优化医疗资源配置、降低就医成本。

16.1.3.1.2 双向转诊 dual referral

一种为优化医疗资源配置规范基层医疗机构与大中型医疗机构、专科医院之间患者有序流动的政策。

16.1.3.1.3 急慢分治 differentiate treatments for acute and chronic disease

根据急性、慢性疾病各自的特点，分流患者到适合的医疗机构就诊，提高不同类别医疗机构使用效率的分级诊疗模式。

16.1.3.1.4 上下联动 coordination in healthcare at different level

不同级别、不同类别医疗机构建立目标明确、权责清晰的分工协作机制，作为分级诊疗模式之一，旨在促进优质医疗资源下沉，推动医疗资源合理配置和纵向流动。

16.1.4 现代医院管理制度 modern hospital management system

以人民健康为中心，坚持公立医院的公益性，坚持政事分开、管办分开，把社会效益放在首位，实行所有权与经营权分离，实现医院治理体系和管理能力的医院管理制度。

16.1.4.1 经营管理 management and administration

16.1.4.1.1 经营管理自主权 autonomy in management and administration

公立医院依法依规进行经营管理和提供医疗服务，自主行使内部人事管理、机构设置、中层干部聘任、人员招聘和人才引进、内部绩效考核与薪酬分配、年度预算执行等经营管理模式

16.1.4.2 医务人员绩效考核 healthcare staff performance evaluation

对医务人员按照事先确定的工作目标和发展目标及其衡量标准，考察其实际完成绩效目标的过程。

16.1.4.3 医疗服务价格动态调整 update of medical services pricing

根据医疗服务成本和收入结构变化对医疗服务价格进行动态管理的机制。

16.1.4.4 医院薪酬制度改革 hospital's compensation system reform

根据医疗行业特点，旨在建立体现医务人员技术劳务价值的工资、薪金和福利待遇的标准、规定、程序和管理实践的管理体制的改革。

16.1.4.4.1 多劳多得 pay based on workload

体现医务人员付出工作量的薪酬分配方式。

16.1.4.4.2 优绩优酬 performance-based payment

体现医务人员成绩、成效或业绩大小的分配方式。

16.1.4.4.3 目标年薪制 fixed annual salary

医院根据绩效目标设定医务人员年度薪酬的分配方式，通常由基础年薪和绩效年薪两部分构成，旨在体现医务人员技术劳务价值、调动医务人员积极性、提高医疗服务质量和水平。

16.1.4.4.4 协议薪酬 agreed annual salary

又称“（negotiated annual salary）”谈判薪酬。医疗机构和医务人员根据工作岗位及绩效目标而商定的薪

酬。

16.1.4.5 财务资产管理 financial asset management

用财务规则对医疗卫生机构的收支、预算决算、会计核算、成本、价格、资产等所进行的管理工作。

16.1.4.5.1 总会计师 chief accountant

领导医疗机构经济核算和财务会计工作，参与医疗机构重要经济问题的分析和决策的负责人。

16.1.4.5.2 医院全成本核算 full cost accounting of hospital

又称“医院总成本核算（full cost accounting of hospital）”。对医院所有成本费用按费用要素进行归集、分配、计算总成本的过程。

16.1.4.5.3 内部审计 internal audit

又称“内部稽核（internal audit）”。与“外部审计”相对，由医疗机构单位内部的独立机构和人员对本单位的财政财务收支等经济活动进行的事前和事后的审查和评价。

16.1.4.5.4 预算决算 budget and final accounts

用货币的形式来反映医疗卫生机构未来某一特定期间的有关现金收支、资金需求、资金融通、业务收入、成本及财务状况和经营成果等方面的详细计划，并将执行结果编制的年度会计报告制度。

16.1.4.5.5 会计核算 accounting

依据《会计法》等有关法规，以货币为主要计量尺度，对医疗机构经济活动进行确认、计量、记录和报告的程序。

16.1.4.5.6 成本管理 cost management

医疗机构对医疗服务所消耗所有资源的货币进行的管理。

16.1.5 全民医疗保障制度 universal medical security system

在全民建立基本医保、大病保险、医疗救助、疾病应急救助、商业健康和慈善救助衔接互动、相互联通的医疗保障制度。

16.1.5.1 异地就医直接结算 settlement for cross-district medical treatment

在参加医疗保险所在地以外的医疗卫生机构就医而直接通过医疗保险报销的结算方式。

16.1.5.2 医疗服务价格改革 medical service price reform

在坚持医疗机构公益性、体现医疗服务价值和适应经济社会发展的前提下，对医疗服务价格制定、调整和评价体系的改变与革新。

16.1.5.3 医保支付制度改革 medical insurance payment system reform

为调节医疗服务行为、引导医疗资源配置，对使用医保资金支付医疗费用内容、比例和方式的改变与革新。

16.1.6 药品供应保障制度 Pharmaceutical Supply Assurance Framework

根据国家法律法规，制定生产、流通、招采、使用和评审等各环节的制度，旨在保障药品安全有效、价格合理、供应充分。

16.1.6.1 药品价格管理体制 drug price management system

根据国家法律法规，管理药品价格形成、监测和评价等各种制度的总和。

16.1.6.2 药品生产流通体制 drug production and distribution system

根据国家法律法规，管理药品生产、流通制度的总和，旨在提高药品供给质量疗效、确保供应及时、促进药品价格合理。

16.1.6.2.1 带量采购 volume-based procurement

在明确药品需求数量的基础上，生成规模优势，达到

以量换价的目的,从而提高采购效率、降低采购价格、节省采购成本的采购方式。	16.1.6.2.6 药品差价比价 price difference or ratio of drug	同种药品因剂型、规格或包装材料等方面存在差异而形成的价格之间的差额或比值。
16.1.6.2.2 量价挂钩 combination with quantity and price	16.1.6.2.7 药品零差率 zero drug markup policy	医疗机构在销售基本药物过程中,按购进价格出售给患者的管理模式。
招标前公布药品的采购数量,企业参考数量进行报价,采用大量集中采购以降低药品单价的采购模式。	16.1.6.3 药品质量监管体系 drug quality monitoring system	为保障药品治疗,对药品遴选、采购、处方审核、处方调剂、临床应用和评价等全程监督制度的总和。
16.1.6.2.3 招采合一 procurement integrated with bid	16.1.7 综合监管制度	对医疗卫生服务要素准入、医疗服务质量和安全、医疗机构运行、公共卫生服务、公共卫生服务、行业秩序和健康产业等全过程的监督管理制度。
将招标和采购合二为一的采购模式,改变招标定价、采购定量的模式。	16.1.7.1 以药养医 medical practice financed by drug sales	以医生的劳动来实现药品的高附加值,以药品的高利润拉动医院的经济效益,维持医院的正常运转的模式。
16.1.6.2.4 两票制 two-invoice system		
药品生产企业到流通企业开一次发票、流通企业到医疗机构开一次发票的药品流通管理模式。		
16.1.6.2.5 国际非专利药名 international non-proprietary names for pharmaceutical substance,INN		
又称“国际非专有或通用名(international non-proprietary names for pharmaceutical substance,INN)”。向世界卫生组织申请,并获得核准的药品正式名称,全球通用的唯一性名称。		

16.2 国际卫生系统改革

16.2 国际卫生系统改革 international health system reform	16.2.3 英国内部市场改革 UK Internal Market Reform	将市场竞争机制引入国民健康服务体系的改变和革新。
16.2.1 全民健康覆盖 universal health coverage	16.2.4 法国医院改革法 French hospital reform law	建立大区高校医院、大区医院、中心医院和基层医院(包括社区医院、农村医院和护理院)等医疗服务供应体系以及以此为基础的区域卫生规划和医院集团化管理体系。
16.2.2 奥巴马医改 Obamacare	16.2.5 德国整合卫生服务项目 Integrated care program in Germany	德国为增强医疗服务的协作性,将原在机构间分离的
美国总统奥巴马时期推行的促进全民健康覆盖的医疗改革,以政府主导,通过国民参加医疗保险、扩大对低收入者的医疗补助、给予商业医疗保险公司补贴、商业保险公司不能以疾病等理由拒绝或限制患者入保等方式。		

公共卫生、初级保健、二级医疗服务及住院服务进行整合的改革。

16.2.7 日本长期照护保险制度 Japan's long-term care insurance policy for the older

16.2.6 泰国全民健康覆盖 Universal Health Coverage in Thailand

泰国 2001 年向全体国民推行每诊次只需支付 30 泰铢（约 6 元人民币），即可在全国任何地方享受到卫生医疗服务的医疗保障制度。

又称“日本老年照护保险制度（Japanese long-term care insurance）”。日本强制 40 岁以上公民参加一个保险，用于支付老年人护理服务的保障制度，是将老年福祉制度和老年保健医疗制度结合的护理保障制度。

17 信息技术

17 信息技术 information and technology

17.1 卫生信息经济学

17.1 卫生信息经济学 health information economics

研究与卫生相关的信息这一特殊商品的价值，生产、流通和利用以及与其他经济活动关系的一门学科。

信息供给在数量上、质量上与社会需求的最佳量不匹配，导致信息生产不足、信息生产过剩和（或）信息自由泛滥的情况

17.1.1 卫生信息属性

17.1.1.5 信息时效性 information timeliness

信息发挥作用是有时间限度的，在恰当的时刻得以利用才会发挥其最大效能的特性。

17.1.1.1 信息租金 information rent

在一项交易活动中，交易一方凭借其信息优势而获得的、高于市场平均收益的超额回报金额。

17.1.1.6 消费无损耗性 consumption loss-free

信息可以为多个信息消费者同时拥有和使用，而不影响信息完整性，且使用后价值不衰减的特征。

17.1.1.1.1 信息寻租 information rent-seeking

信息拥有者凭借自己所掌握的信息以谋取和维护个人或团体利益最大化的行为或过程。

17.1.1.7 信息过载 information overload

卫生信息超过了医护人员患者等个人或医疗系统所能接受、处理或有效利用的范围的一种状态。

17.1.1.2 信息可见性 information visibility

一种对信息存在特性的描述。

17.1.1.7.1 信息规避行为 information avoidance behavior

旨在避免或延迟获取可获得信息的行为，导致信息规避行为的动机大致可以归纳为个人、信息和情景三类因素。

17.1.1.3 网络外部性 network externalities

使用网络产品不仅使消费者受益或受损，还能使其他消费者或非消费者受益或受损的一种特性。

17.1.1.4 信息市场失灵 information market failure

17.1.2 卫生信息的成本与价值

17.1.2.1 信息成本 cost of information

各类机构为获得或重置信息量而发生的各种耗费之和。

17.1.2.2 信息价值 value of information,VOI

卫生信息所具有的实用性与效益性，凝结在信息服务组织或个人信息服务过程中的一般(抽象)劳动，体现的是卫生信息生产者与卫生信息用户之间的一种经济利益关系。

17.1.2.2.1 信息使用价值 value of information utilization

信息产品能够满足人们某种需要的属性。

17.1.2.2.2 信息期望值 expected value of information

由于获得更多关于不确定性信息而出现的预期价值。

17.1.2.2.2.1 完全信息期望值 expected value of perfect information,EVPI

决策论里在没有完全卫生信息时的期望损失与在理想状态下的期望损失之差。

17.1.2.2.2.2 部分完全信息期望值 expected value of partial perfect information,EVPPI

针对一个随机变量若所收集的信息为不完全信息，则在拥有不完全信息后的最大期望值(即不完全信息期望值)与未拥有此不完全信息时的最大期望值之差。

17.1.2.2.2.3 样本信息期望值 expected value of sample information,EVSI

决策者在做出决策之前通过获取额外的样本从而可以获得对疾病治疗效果等预期效用的合理估计，

17.1.2.2.2.4 抽样期望净效益 expected net benefit of sampling,ENBS

决策者在做出决策之前通过获取额外的样本从而可以获得预期效用的增加量与获取额外样本所付出成本之间的差值。

17.1.2.2.3 信息价值分析 information value analysis

一种信息分析技术，有助于确定数据集中的哪些变量对指定因变量的值具有预测能力或影响。

17.1.3 卫生信息规制 health information regulation

医疗卫生及卫生信息管理实践中因信息的产生、获取、利用、处理、传播、存储等活动而产生的社会关系的法律规范的总称。

17.1.3.1 卫生信息标准 health information standards

在卫生相关事务处理过程中，对其信息采集、传输、交换和利用时所采用的统一的规则、概念、名词、术语、代码和技术。

17.1.3.1.1 信息安全 information security

为卫生信息数据处理系统建立和采用的技术，保护医疗卫生系统中的数据信息等免受偶然和恶意的原因而遭到破坏、更改和泄露。

17.1.3.1.2 卫生信息共享 health information exchange

为了充分发挥卫生信息的潜在价值，在一定范围内的组织和成员共同分享信息，力求最大限度利用信息的行为。

17.1.3.1.3 卫生信息互操作性 health information interoperability

又称“卫生信息互用性(health information interoperability)”。两个或多个卫生信息系统或组件交换信息，以及使用交换信息的能力，一般包括语法互操作性和语义互操作性两方面的内容。

17.1.3.1.4 信息治理 information governance

通过制定和实施法律、制度、规范和政策，对医疗卫生信息的全生命周期进行系统性和控制，以确保卫生信息的有效性和高效性。

17.1.3.2 信息安全等级保护 classified protection of information security,NCPS

根据医疗卫生信息的重要性和敏感程度，通过制定统一的管理规范和技术标准，对其进行分级分类，并采取相应的安全保护措施，以确保卫生信息在不同等级下的机密性、完整性和可用性。

hospital information

医院通过特定形式和程序，主动将医院概况、管理、财务以及重要统计数据信息向社会公众或依申请而向特定的个人或组织公开的制度。

17.1.3.3 医院信息披露制度 disclosure system of

17.2 基于信息技术的医疗技术和服

17.2.1 卫生信息技术 health information technology

运用数字化工具、信息系统及通信技术，系统采集、存储、共享和分析医疗健康数据，以提升临床诊疗效率、优化卫生资源配置、增强公共卫生决策质量的跨领域技术体系。

互联网端以开展在线医疗服务及健康服务的平台。包括实体医疗机构依托互联网自主开办及互联网第三方平台依托实体医疗机构独立设置两类模式。

17.2.1.1 医疗信息整合技术 medical information integration technology

将来自不同医疗部门和信息源的临床、诊断、治疗及患者健康数据，通过技术手段进行有效整合、共享和分析的相关方法总称。

17.2.2.2 “互联网+”公共卫生服务 internet+ public health service

以互联网技术为载体，通过居民电子健康档案提供的健康管理以及通过大数据技术提供的疾病预测、传染病监测等公共卫生服务的总称。

17.2.1.2 医疗物联网技术 internet of medical things technology

由互联网、云计算、大数据等物联网相关技术与医学健康领域技术融合所得的一种服务于医疗领域以实现医疗设备、医生、患者等多方之间全方位连接的技术。

17.2.2.3 “互联网+”家庭医生签约服务 internet+ family doctor-contracted service

以互联网技术为载体，通过网络在线提供的签约、健康咨询、预约转诊、慢性病随访、健康管理、延伸处方等家庭医生签约服务及基于信息化平台开展的技术支持、线上考评等配套措施的总称。

17.2.2 互联网+医疗健康 internet+ health

简称“‘互联网’+医疗”。互联网及相关信息技术与传统医疗健康服务深度融合而形成的一种新型医疗健康服务业态的总称。

17.2.2.4 “互联网+”药品供应保障服务 internet+ drug supply support service

以互联网技术为载体，在处方信息与零售消费信息共享基础上提供的药品网络销售、配送及短缺药品多源信息采集和供应等药品供应保障服务的总称。

17.2.2.1 “互联网+”医疗服务 internet+ medical service

以互联网技术为载体，由医疗机构提供的远程医疗、互联网诊疗及互联网医院等多种形式的医疗服务的总称。

17.2.2.5 “互联网+”医疗保障结算服务 internet+ medical insurance settlement service

以互联网技术为载体，通过信息系统对接整合、数据联通共享等方式提供的在线结算、异地结算及医保智能审核、实时监控等医疗保障结算服务的总称。

17.2.2.1.1 互联网医院 internet hospital

以互联网技术为载体，将医疗资源从医院内部延伸到

17.2.2.5.1 “一站式”医保结算 one-stop medical insurance settlement

参保人在定点医疗机构看病就医时直接支付各项保障政策补偿后剩余需个人负担费用的结算方式，是简

化结算程序的医保便民举措。

17.2.2.6 “互联网+”医学教育和科普服务 internet+ medical education and scientific service

以互联网技术为载体，将医学科学知识、防病治病方法、医学保健措施和健康理念等传播给公众，以提高全民健康意识，提升健康素养，倡导健康生活的服务总称。

17.2.2.7 “互联网+”人工智能应用服务 internet+ AI service

以互联网技术为载体，基于人工智能技术开展的临床诊疗及健康管理等服务的总称，旨在提高医疗服务效率、实现医疗信息共享和个人健康监测预警。

17.2.2.7.1 医疗健康智能设备 smart medical and health device

利用网络、通信及数字技术等，实现医疗信息的智能化采集、转换、存储、传输及医疗业务流程数字化运作的可穿戴或其他医疗设备。可实现医疗信息在患者、医务人员、医疗机构和医疗设备之间的互通。

17.2.3 智慧医院服务 smart hospital service

医院针对患者的医疗服务需求，应用信息技术改善患者就医体验，加强患者信息互联共享，提升医疗服务智慧化水平的服务模式。

17.2.3.1 数字疗法 digital medicine

由高质量软件程序驱动，为患者提供基于循证医学的治疗干预措施，用以治疗、管理、预防疾病。可以单独使用或与药物、设备、其他疗法一起使用，以优化患者护理和健康结果。

17.2.4 健康医疗大数据 big data in healthcare

在疾病防治、健康管理等过程中产生的与健康医疗相关的多方面数据。

17.2.4.1 人口健康信息平台 population health information platform

有效整合和共享全员人口信息、电子健康档案和电子病历等数据库资源，实现公共卫生、医疗服务、医疗保障、药品管理、综合管理等业务应用的信息平台。

17.2.4.1.1 电子健康档案 electronic health record,EHR

记录社区居民健康资料的系统电子文件。包括个体健康档案、家庭健康档案和社区健康档案等。

17.2.4.1.2 电子病历 electronic medical record,EMR

医务人员在医疗活动过程中使用医疗机构信息系统生成的文字、符号、图表、图形、数据、影像等数字化信息，并能实现存储、管理、传输和重现的医疗记录，是病历的一种记录形式。

17.2.4.1.3 电子处方 electronic prescription

由注册的执业医师和执业助理医师在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的电子医疗文书。

17.2.4.2 健康医疗大数据应用

17.2.4.2.1 精准医学 precision medicine

一种将个人基因组成、环境与生活习惯差异考虑在内的疾病预防和治疗的模式。

17.2.4.2.2 临床决策支持系统 clinical decision support systems,CDSS

通过应用信息技术，综合分析医学知识和患者信息，为医务人员的临床诊疗活动提供多种形式帮助，支持临床医生为患者制定诊断和治疗方案的一种计算机辅助信息系统。

17.2.4.2.2.1 人工智能临床诊疗决策支持系统 AI in clinical decision support system

通过应用人工智能技术，综合分析医学知识和患者信息，辅助医务人员做出临床诊断和治疗决策的工具。

17.2.4.2.2.1.1 智能医学影像识别 AI-enabled medical imaging

基于人工智能技术，对医学影像学技术扫描图像和手术视频进行分析处理，旨在为疾病诊断和治疗提供帮

助。

