

心理健康经济学研究进展^{*}

李庭辉 黄子媚

摘要:心理健康经济学正成为健康经济学的重点关注领域。本文在系统梳理相关文献基础上,概述这一研究领域的发展过程。心理健康经济学围绕劳动经济学、福利经济学和宏观经济学三个方向的心理健康问题开展研究。本文从劳动者心理健康的影响因素、效应、成本分析与干预来阐述劳动经济学中心理健康研究进展;从心理健康的福利最大化、服务资源分配、成本效益与干预分析来阐述福利经济学中的心理健康研究进展;从心理健康与国民收入、经济状况、引发的经济成本效应来阐述心理健康与宏观经济关系的研究进展。最后,本文进一步讨论了未来研究的方向。

关键词:心理健康经济学 劳动经济学 福利经济学 成本分析

据估计,全球三分之一的人在他们的一生中会出现精神障碍,在综合医院就诊的患者中,三分之一为心理障碍患者(Chesney et al, 2014; Steel et al, 2014; Vigo et al, 2016)。在此背景下,劳动者心理健康引起了广泛关注,心理健康经济学研究呈现显著增长趋势。心理健康问题在国内得到高度重视,但心理健康经济学研究的文献非常零散。同时,心理健康服务、企业生产率与劳工心理健康管理、心理健康的经济影响等问题均成为经济学研究中的重要内容。基于此,本文尝试在梳理心理健康经济学发展的基础上,重点阐述劳动经济学、福利经济学、宏观经济学中的心理健康研究进展,并对未来研究方向进行展望。

一、心理健康经济学发展阶段与研究方向

心理健康是指个体能够适应动态发展的环境,具有完善的个性特征,且其认知、情绪反应、意志行为都处于积极状态,能保持正常的调控能力(WHO, 2013)。尽管心理健康经济学是健康经济学的的一个分支,但其研究阶段与方向具有自身特征,即两个阶段、三个方向:20世纪初期至60年代为心理健康经济学发展初始阶段,研究方向以劳动者心理健康管理为主;20世纪60年代以后至今为心理健康经济学的快速发展阶段,研究方向涉及心理健康政策与行为、心理健康宏观管理两个方面。

(一)劳动者心理健康管理研究阶段

20世纪初期至60年代是心理健康经济学发展的初始阶段,其研究侧重于劳动者的心理健康管理,经济学的研究多与企业管理相关联。20世纪初期,国外研究者对劳动者工作压力及其管理开展广泛研究,涉及劳动者因压力过大引起个体身心疾病、组织效率降低等突出问题。在初始阶段,两个代表性事件促进了心理健康经济学的发展:其一,1908年弗兰克·帕森斯在美国波士顿组织推广的职业指导运动;其二,1924—1932年间以梅奥为首的霍桑实验。在这两个代表性事件的推动下,20世纪40年代开始,一批应用心理学家深入到美国企业,为企业管理者 and 员工提供关于个人心理管理与帮助的专家解决方案,即员工帮助计划(EAP)。基于此,许多研究者将劳动经济与心理健康结合研究,即将企业劳动生产率、工作场所、失业和提前退休等与劳动者心理健康管理结合研究;同时,

^{*} 李庭辉、黄子媚,广州大学经济与统计学院,邮政编码:510006,电子邮箱:lith@gzhu.edu.cn。基金项目:国家自然科学基金项目(19BTJ049)。感谢匿名审稿专家的修改建议,文责自负。

EAP 也将企业劳动生产效率等内容一同考虑到其中。

尽管劳动者心理健康管理研究属于心理健康经济学研究的起始阶段,并且研究不聚焦,但是该阶段研究的一些内容是其后续研究的重要部分之一,如心理健康的社会成本问题等。Thomas & Morris(2003)从劳动经济学角度,以英国为案例研究了劳动者因抑郁而旷工的成本。Greenberg et al(2003)将心理健康问题引起的成本分为三类:包括直接成本、与抑郁症相关的自杀引起的死亡率成本、与职场抑郁症相关的成本,并据此利用相关数据对成本进行了测算。McTernan et al(2013)在澳大利亚两个州进行了基于人口的电话调查,通过访问获取关于工作中心理健康问题的数据。他们利用这些数据,一方面研究劳动者工作压力和欺凌对抑郁的影响,另一方面研究工作压力和欺凌对生产率造成的损失,并研究其影响路径。心理健康问题给社会造成了巨大负担,而劳动者在工作场所中出现的心理健康问题造成的负担尤其突出,因为这涉及企业组织效率、劳动者个人的心理健康管理等。心理健康问题也是劳动者旷工、出勤、病假、工作事故、失业和提前退休的主要原因。

在劳动者心理健康管理阶段,心理健康经济学研究只是属于起步阶段,所以心理健康研究占主导地位。心理健康涉及精神病学、心理学、职业治疗等多个学科。心理健康经济学涉及的主要内容是心理健康管理和指导所付出的成本,企业也逐步从职业指导开始扩展到社会指导与心理保健。随着精神保健从基于医院的模式向社区保健模式的转变,特别是这种转变增加了服务和干预的覆盖面和可用性,健康经济学成为指导精神卫生政策和评估精神卫生干预成本和效益的有力工具。20世纪60年代以后,心理健康经济学迅速发展。阿罗的经典论文《不确定性和福利经济学》(Arrow, 1963)的发表标志着健康经济学开始正式作为一门学科得以确立和发展。以此为基础,心理健康经济学研究内容从劳动者心理健康管理逐步扩展到心理健康行为与政策、心理健康宏观管理两个方面。

(二)心理健康行为与政策研究

20世纪60年代以后,心理健康经济学的一个重要研究内容是心理健康行为与政策,心理健康行为研究重点是将心理健康与劳动经济学结合,研究行为经济学下的人力资本等问题;心理健康经济政策研究则将心理健康与福利经济学相结合。

心理健康经济学初始阶段的企业 EAP 计划等研究阐述了劳动与心理健康问题之间的关系,但并没有将心理健康作为人力资本中的构成要素。20世纪60年代以来,美国国家经济研究局(NBER)认为心理健康经济学应将心理健康作为人力资本中的构成要素,进而研究该要素与企业生产效率等的关系;同时也把心理健康等纳入消费者效用函数中。例如,Mushkin(1962)明确提出将健康作为人力资本的构成部分。Becker(1964)认为消费者从市场上购买各种物品,并结合自己的“时间”生产可获得效用的消费品,即将心理健康纳入家庭消费者的效用函数。Grossman从20世纪70年代开始推进人力资本模型在健康方面的应用,这些研究成为比较完善的医疗需求理论。Grossman(1972)认为健康资本能够通过生产健康时间来增加消费者效用,所以心理健康可以作为提高消费者满足程度的耐耗资本品,且存在折旧问题。消费者可以通过生产健康的方式来补充健康资本的消耗,健康生产要素包括医疗保健服务、生活方式、环境教育等。Grossman(2000)还对纳入健康的人力资本模型进行了三方面的扩展,即同时考虑投资模型和消费模型、加入不确定的影响、引入共保率。

心理健康经济政策研究则是将心理健康与福利经济相结合:一方面在 EAP 计划基础上高度关注职工心理健康;另一方面将全社会福利和企业员工福利结合考虑。福利经济学在这两个方面中更加关注社会福利和企业员工福利的结合。社会福利关注社会目标的实现程度,是一些公共卫生政策关于如何分配资源以产生最大社会福利的决策基础(Baujard, 2013)。福利经济理论的应用意味着社会中个人作为一个群体的福利被考虑(Slothuus, 2005)。尽管心理健康是个人福利问题,但心理健康对企业效率、社会成本等均会产生非常大的影响,进而影响全社会福利。心理健康政策研究与其他产品市场研究存在显著差异,其原因在于心理健康不是商品,存在市场失灵。由于疾病结果和治疗的高度不确定性以及信息不对称,使得医疗保健领域存在市场失灵,导致不完全竞争和外部性。

医疗保健领域的市场失灵和不完全竞争,导致医疗保健市场不符合完全市场竞争原则,卫生部门不能够使用竞争激烈市场的监管方式进行监管,需要通过非市场机构对非完全市场竞争的低效进行纠正(Borges et al, 1963)。O'Campo et al(2015)考察了2000—2013年间不同福利国家的失业保险政策,发现失业保险政策对贫困和健康的影响与人们的预期具有强关联性,因此,同样的失业保险政策对人们的心理健康影响具有一定的差异。Li et al(2021)从福利经济学的角度研究了中国省级社会经济福利因素与老年人抑郁症状的关系,发现两者之间存在显著负相关,老年人的医疗福利也与抑郁症呈正相关。Chisholm et al(2016)使用OneHealth工具的心理模块,计算和模拟2016—2030年间36个国家的治疗成本和健康结果发现,无论对国家还是对企业,劳动者心理健康均会产生相应的成本,而企业EAP计划则是从微观角度减少心理健康成本的方式之一。

(三)心理健康宏观管理

心理健康宏观管理从资源配置管理、心理健康与经济之间相互关系这两方面开展研究。其中,资源配置管理的核心仍然是稀缺资源配置的公平性和有效性,但心理健康政策管理中面临的基本问题是风险厌恶和道德风险。对于个人来说,心理健康消费是不确定的,它总是高度集中于一部分人身上。在这种背景下,大部分人的风险规避意识会导致道德风险的形成,进而引发医疗资源的过度需求。同时,这种过度需求并不能够通过价格进行调整,1974年美国联邦政府委托兰德公司(Rand Corporation)执行的一项为期五年的健康保险实验研究表明,健康保险制度会导致心理健康需求中的道德风险。道德风险与健康服务市场的结构具有强关联性,在心理健康政策管理中需要针对市场结构调整医生行为,避免道德风险。在心理健康管理中,医生引致需求(physician induced demand, 以下简称PID)也是管理中具有争议性的主题。Evans(1974)强调医师为实现自身利益最大化,从而形成心理健康保健等引致需求,进而导致医疗的负效用,并形成心理成本。Stano(1987)分析认为,“引致”与广告效果一致,有其实质的成本投入,也受限于报酬递减。医生存在将“广告效用”最大化或者追求利润最大化的多种可能。医生引致需求现象有着重要的政策内涵:控制医疗费用增加的政策不能只从需求面着手,同时还要搭配医生引致需求层面政策。

心理健康管理涉及许多宏观成本,相应地,心理健康与宏观经济的影响成为其研究重点内容之一。全球疾病负担研究进一步推进了心理健康的经济影响研究。Li et al(2020)等研究发现,信贷周期与主观幸福感具有非常强的关联性,且预期寿命、慷慨程度等在两者关系中起到中介效应。Huang et al(2020)等研究发现,国民收入对心理健康具有显著的异质性,这种异质性体现在对不同类型心理健康、不同收入水平和心理健康影响的具体机制三个方面。从20世纪90年代的全球疾病负担研究开始,利益相关方、研究人员和政策制定者一直在讨论增加全球精神健康保健投资的必要性。精神障碍会对社会和经济造成严重的影响,也是影响幸福感和生产率的主要原因之一(Doran & Kinchin, 2020)。心理健康状况对生活的所有领域都会产生重大影响。例如当心理健康出现异常时,劳动者在学校或工作的表现、与家人和朋友的关系以及参与社会的能力均受到影响。精神障碍也会给社会造成巨大的经济负担。心理健康资源的短缺难以满足人们日益增长的需求,预期寿命的增加和医疗费用的指数增长等诸多因素都在推动着人类对医疗卫生和心理健康需求的增长。心理健康经济学的目标不是降低医疗成本,而是优化医疗成本和收益,以实现资金的最佳价值(Razzouk, 2017)。心理健康经济学能利用经济学理论评估稀缺资源是否有效地利用,进而进行合理的心理健康资源配置。LaMontagne et al(2014)通过经济学、医学、公共卫生和心理学等跨学科研究,创造性地提出了工作场所的干预措施,以预防工作人群的心理健康问题。

二、劳动经济学中的心理健康研究

随着社会对因压力过大引起的劳动者身心疾病和组织效率降低等问题的广泛重视,对劳动者心理健康进行了广泛研究,这类研究整体而言属于劳动者心理健康行为与政策研究内容。其具体研究领域体现在劳动者心理健康问题的成因和效应分析以及管理成本的分析与干预等方面。

(一) 劳动者心理健康问题的影响因素

劳动者心理健康问题的影响因素主要包括工作环境、心理资本、劳动者个人身体状况。

1. 工作环境。工作环境是劳动者产生心理健康问题的重要原因之一,主要体现在劳动者工作中的压力、劳动组织和职场欺凌三个方面。首先,劳动者工作压力与心理健康问题存在正相关关系。Karasek & Theorell (1990)通过构建工作需求控制(JDC)模型,阐述了工作压力对劳动者心理健康的影响及其机制。根据JDC模型,劳动者能应对短期内面临的工作压力,但当长期面临工作压力时,员工将缺乏适当激励来激发相应行为以适应工作压力,从而增加残余压力,进而对身心健康产生有害影响。McTernan et al(2013)从心理社会安全角度解释了工作压力对心理健康风险的影响,并通过研究社会安全与工作环境,特别是与工作压力之间的关系,进一步分析了工作压力作用于心理健康的机制。其次,劳动者对组织效率的满意度成为心理健康风险的来源之一。劳动者满意度低的组织很少关注劳动者心理健康和劳动者的工作需求。此时,劳动者工作需求与企业管理者关注形成矛盾,即劳动者工作需求很多,但劳动组织帮助劳动者应对工作需求的工作非常有限。当企业组织较少关注劳动者工作需求和满意度时,员工的组织行为被忽视,进而对员工的心理健康造成较大影响(Kuroda & Yamamoto, 2019; Salyers et al, 2013)。同时,相关研究充分证明了劳动者对工作环境的消极预期与心理健康之间存在双向影响。例如,劳动者对组织满意程度低(Dollard et al, 2012; Idris et al, 2012; Law et al, 2011)、组织对劳动者关注程度低(Law et al, 2011)等均会对劳动者心理健康风险产生显著影响,而心理健康出现问题反过来也会影响劳动者对组织的满意度等。最后,职场欺凌是导致劳动者产生心理健康问题一个重要因素。它包括贬低、挑选和孤立目标同事(Vartia, 2001),是一种特别严重的心理社会风险,通常被认为是抑郁症的先兆。Semmer et al (2007)系统阐述了欺凌和抑郁之间的关系,认为欺凌直接威胁到劳动者,会使其产生极大的心理压力,这种心理压力成为劳动者抑郁的重要原因之一。Bowling & Beehr(2006)认为职场欺凌是对一个人自我形象的威胁,进而导致抑郁。职场欺凌和抑郁之间关系不仅在理论层面得到充分的说明,在实证研究中也得到充分论证。如Quine(2001)以护士职业为研究对象,Vartia(2001)以市政工人为研究对象,均实证研究了职场欺凌与心理健康危机的关系。研究结果均发现,职场欺凌能增加抑郁等心理健康风险。同时发现,工作环境缺乏预防和管理欺凌的政策会加剧和助长职场欺凌现象,进一步加剧劳动者心理健康危机。Tuckey et al(2009)研究了职场欺凌与心理健康危机的机制,结果表明职场欺凌对劳动者心理健康影响程度与工作压力具有关联性,原因在于高工作压力会加剧资源竞争,加强工作目标挫折,增加压力和人际冲突的可能性。

2. 心理资本。心理资本也是引发劳动者心理健康问题的主要原因之一。它是指一个人以适当的方式使用所有内在资源(认知、情感和行为)来满足自己的需求,并为他人需求做出贡献的能力(Ho, 2012)。Avey et al(2009)从员工心理出发测试心理资本,并以此研究员工工作压力与自愿离职之间的关系,发现员工工作压力与自愿离职呈现显著的负相关关系。Avey et al(2011)对心理资本进行荟萃分析表明,心理资本与良好的员工态度(工作满意度、组织承诺、心理健康)、良好的员工行为和多种绩效测量(自我评价、主管评价和目标)均存在显著的正相关关系。同时发现,心理资本与有心理健康问题的员工态度(离职意向、工作压力和焦虑)和行为均存在显著的负相关关系。劳动者心理资本通过多种途径影响劳动者心理健康,如劳动者不适应工作要求导致的过度紧张和心理健康异常;劳动者不胜任本职工作而导致的心理健康异常;劳动者因不满意工作的性质而引起的烦恼、焦虑、情绪不安、注意力分散等导致心理健康问题;劳动者还可能由于不适应生产环境等主观因素导致劳动者产生心理健康问题。Estiri et al(2016)以伊朗公立医院的护士为样本研究了心理资本对心理健康的影响,同样发现两者具有显著的正相关关系,而这些正向促进作用有利于提升医院运行效率。与其他研究样本不完全一样,Avey et al(2010)使用面板数据研究了积极心理资本(positive psychological capital)对劳动者幸福感在时空两个维度的长期影响,结果表明,积极心理资本对劳动者幸福感具有正向促进作用。Krasikova et al(2015)以1889名美国陆军士兵为样本,将心理资本的影响扩展到药物滥用。

研究表明,对于心理资本较高的士兵来说,在作战等相关部署前后期,其心理健康并没有发生显著变化,也不存在药物滥用问题。该项研究同时发现,心理资本对心理健康诊断的影响受士兵整体健康感知的调节。Yu & Li(2020)研究发现,心理资本能调节工作—家庭冲突与焦虑、抑郁症状的关系。比如,心理资本是改善矿工心理健康的重要途径,因此,管理者应加强企业组织对心理资本的支持和投资,以改善矿工的心理健康。

3. 劳动者个人身体状况对心理健康问题也会产生影响。Ohrnberger et al(2017)分析指出,劳动者过去的身体健康状况会对后续心理健康产生显著影响,影响机制有直接和间接两种渠道。Nakayama et al(2001)认为个人的身体健康习惯会对心理健康产生显著性影响。上述文献分析更多从心理预期等角度阐述,在本质上也可以归入广义心理资本范畴。

(二)劳动者心理健康问题的经济效应

劳动者心理健康问题产生的经济效应主要体现在影响组织效率和引发社会成本两个方面。

从劳动者心理健康问题对组织效率的影响来看,劳动者心理健康危机影响了企业组织运行效率,进一步阻碍了社会生产力的提升。劳动者能拥有良好心理健康状态是高效和有竞争力的生产力的基石。良好的心理健康会使其更有韧性,更有能力克服障碍,能更快和更好地适应生产需求的变化,更好应对不确定性对社会生产的冲击,进而有利于企业和社会的稳健运行。当劳动者出现心理健康问题时,往往会导致出勤率低下、企业会因为雇佣有心理健康问题的劳动者而造成损失、生产效率低下等问题,这些影响会阻碍社会经济的生产力发展。Bubonya et al(2017)分析了心理健康与劳动者旷工、出勤的关系,研究发现,在报告心理健康状况不佳的工人中,缺勤率大约高出5%。心理健康状况不佳的劳动者出现旷工和出勤率低下时,往往与劳动者失去动力、同事之间冲突、与客户关系恶化、自我价值感不强等有强关联性,这些都会降低企业运行效率。McTernan et al(2013)对澳大利亚的两个州进行了电话调查及其跟踪随访,根据其调查样本的研究结果发现,劳动者心理健康不佳会给企业生产和劳动者医疗支出两个层面带来损失。患有临床和亚临床抑郁症的劳动者(由于病假、缺勤或低效出勤)造成的生产力损失达到80亿澳元;同时,为了对劳动者心理健康问题进行治疗,企业需要承担社会责任,尽管这些成本可以通过治疗心理健康防止劳动损失得到一定补偿,但事实上使得企业承担更多的成本。此外,心理健康不佳还会对工作效率产生影响。Hilton et al(2010)研究发现,劳动者存在不同程度的心理健康困扰,其中9.6%的员工有中度的心理困扰,4.5%的员工有较高的心理困扰。心理困扰程度与企业生产率呈现显著的反向关系,且在不同经济周期阶段具有一定差异,尤其在全球经济危机阶段表现得更为显著。Rost(2005)研究了劳动者抑郁的治疗与工作效率的关系,发现可以通过对劳动者心理健康的治疗来保证劳动者工作效率的提高。企业治疗劳动者心理健康可以为其节约每人每年1982美元,同时每人通过减少缺勤节省619美元。Chisholm et al(2016)通过对心理健康出现问题的劳动者治疗成本与企业获得收益进行比较研究发现,在抑郁和焦虑治疗上每花费1美元,可以获得4美元的回报,进而显著地提升企业的劳动生产率。

此外,劳动者的心理健康问题会引发社会成本,包括直接和间接成本(Hoedeman, 2012; LaMontagne et al, 2014)。劳动者心理健康问题产生的直接成本具有显示性,故容易分析和测算;间接成本更多地来源于隐性影响,研究范围相对广泛。从直接成本来看,心理健康问题引发的成本包括直接医疗成本、直接非医疗成本和非正式医疗成本等。为了治疗心理健康疾病,国家或个人需要支付巨额的卫生保健费用,对社会产生直接成本。Oliva-Moreno et al(2009)在研究精神疾病对社会经济的影响中,使用心理健康发病率数据对成本进行了估计,研究表明,2002年西班牙精神疾病直接医疗成本占总成本的39.6%,公共医疗成本占总成本的7.3%,非正式医疗成本占总成本的17.7%。从间接成本来看,心理健康问题引发的成本包括劳动者因健康问题引发的旷工、失业、索赔、劳动效率损失等。Dewa et al(2007)研究发现,心理健康出现问题的劳动者旷工和失业的概率均高于正常的劳动者,精神疾病患者的失业率从30%到52%不等,相对于心理健康的劳动者,其就业机会减少11%,导致其年收入相应减少20%以上。此外,许多伤残索赔也由精神障碍引起,如加拿

大 1/3 的伤残索赔是由精神障碍引起的。心理健康异常的劳动者失业、索赔等进一步导致企业劳动效率的间接损失,Oliva-Moreno et al(2009)研究发现精神疾病引发的劳动生产率损失占总成本的 42.7%。在美国,39%的严重残疾津贴索赔人是精神障碍者(Huxley & Thornicroft, 2003)。还有相关文献对比研究了劳动者心理健康问题引起的直接成本和间接成本。劳动者的心理健康问题对整个社会造成的成本相当于欧洲国家国内生产总值的 3%~4%,远大于与治疗 and 卫生系统利用相关的直接成本。例如,在英国,因抑郁而旷工的成本估计是直接成本的 23 倍(Thomas & Morris, 2003)。在美国,62%是由于缺勤、低效出勤和失业造成的间接成本是直接成本的 4 倍(Greenberg et al, 2003)。Bloom et al(2011)使用产出损失价值或经济增长方法,估计了 2011—2035 年间由精神、神经和药物使用等心理健康问题引发的对全球经济的累计影响,其损失约为 16.3 万亿美元。心理健康问题造成的全球疾病负担超过了心血管疾病、慢性呼吸系统疾病、癌症和糖尿病带来的疾病负担。

(三)劳动者心理健康管理成本分析与干预

劳动者心理健康管理包括对心理障碍的劳动者治疗等成本分析和心理健康问题干预两个方面。

劳动者心理健康管理成本分析方法包括自上而下法和自下而上法。自上而下法以资源消耗的总成本为出发点分析心理健康成本。在分析与核算过程中,将总成本区分为固定成本和可变成本,其核算数据均从管理数据库中回溯而得。自上而下法非常容易评估短期内的固定成本(如人力资源),但对于可变成本的评估相对较难。自上而下法评估可变成本较为困难,一方面是可变成本因素较多,而考察较多因素的可变成本将花费过多时间,且不一定与心理健康成本相关。另一方面是可变成本异质性强,使得测算的可变成本不准确,例如药品等项目因病人而异,差别太大(Drummond et al, 2007)。而自上而下法评估心理健康成本的优点在于从管理数据库回溯数据,在数据基础上相对可靠。自下而上法是通过搜集资源消耗的所有微观个体数据,进而将单个微观成本加总核算得到总成本。其优点在于能够使用在管理数据库中难以获取的差异化数据,因为在成本计算中,涉及病人、家属、保健专业人员或医疗记录收集服务消费频率的数据(Razzouk, 2017)。在医院环境中,卫生专业人员和医疗记录的信息经常缺失,使得其数据可靠性不足。基于此,从下而上的经济健康成本分析从病人和家属中收集的数据质量优于保健服务机构提供的数据(Byford et al, 2007)。当然,来源于病人和家属数据可能存在记忆偏差,而通过日记方式搜集其数据可以将记忆偏差最小化(Byford et al, 2003)。Broulikova et al(2020)使用自下而上的方法分析了捷克住院病人和社区精神卫生服务的单位成本,为捷克的精神卫生改革提供了信息和决策支持。Carvajal-Arango et al(2021)采用自下而上及定性定量相结合的混合研究方法评估和识别建筑工人的幸福感,并进一步分析了幸福感的影响因素。自下而上法能够充分考虑患者之间的成本差异,但由于其搜集的数据更多依赖于病人或者家属,故时间成本更高。

在经济学研究中,不仅需要考虑直接成本,还需要考虑时间等机会成本,相应地,经济学研究通常结合自上而下和自下而上两种方法的优势,根据数据的可用性和分析成本的可行性,创造出了一种混合方法。在对劳动者心理健康成本分析与评估过程中,管理者和研究人员在选择评估成本的方法时通常会全面考虑其目的、方法、特点、优势和劣势等;在分析劳动者心理健康成本时,应该考虑到机会成本在产生更多收益方面是否比直接成本更有价值。劳动者健康的增加往往表现为其预期寿命的延长和发病率的降低,但它也会导致对保健服务的支出减少。Garrison et al(2010)以投资一种新药的研究和开发为例,充分说明了心理健康成本的多重考虑。他们认为新药投入的市场交易不仅应使制药业获得利润,而且还应改善健康和个人生活质量,最终使效用和福利最大化。

对劳动者心理进行干预是预防劳动者心理健康危机的一个重要内容。有效的干预措施可预防劳动者心理健康疾病,以便在可持续的工作环境中形成良好的心理健康习惯与行为。其主要包括提供专门治疗、支持性就业及支持性住房等。就专门治疗而言,针对精神症状造成的损害提供专门治疗是有效的干预措施之一。企业通过各部门提供专门的干预措施治疗心理健康问题和由此造成的精神障碍等,可以使劳动者获得更高的心理资本,进而有助于劳动者有效地重返工作岗位。劳动者

心理干预的专门治疗对劳动者、雇主和整个社会都会产生利益。劳动者个人层面的利益包括增加劳动者收入和提高工作满意度以及改善整体健康状况等。企业层面的利益方面包括员工保留、减少缺勤、提高生产率和绩效等。社会层面的利益包括促进社会的和谐发展,同时减少社会各方面的成本等。支持就业是一种成本效益高的干预措施。通过支持就业可以减少对精神病院的使用,减少心理健康防疫和精神卫生支出,同时也能够稳步降低精神保健成本。支持就业直接帮助有心理健康问题的人找到合适的工作,并支持他们在工作中取得成功。Drake & Wallach(2020)认为就业在心理卫生保健中至关重要。失业会恶化心理健康,而就业可以改善心理健康。他们认为支持性就业是一种循证干预,可以帮助大多数有心理健康问题的劳动者在有竞争力的就业中获得成功。与大多数心理健康治疗不同,就业使劳动者自力更生,并产生其他有价值的结果,包括获得自信、学会尊重他人、增加个人收入和融入社会。它不仅是一种有效的短期治疗,还可以随着时间的推移减少对心理健康系统的依赖。支持性住房也是对心理健康问题进行有效干预的措施之一。Rudoler et al(2018)对多伦多成瘾与精神健康中心住院治疗的严重精神疾病患者进行了考察,将其住院精神卫生保健的成本与高支持住房成本进行比较发现,与住院治疗相比,高支持性住房计划节省了成本。

除对干预措施进行研究外,一些文献对干预效果进行了比较分析。Basu et al(2012)从社会角度对不同心理健康干预(即提供住房和病例管理项目)方法的有效性进行比较研究发现,应针对特定工作环境制定相应的干预措施。LaMontagne et al(2014)认为特定工作环境制定的干预措施并不是最有效的心理健康干预方法,因此提出了既注重消除与工作有关的压力因素,又注重发挥工作的积极方面和工人的积极能力,以惠益劳动者心理健康多方面的综合干预方法。在干预战略上,避免暴力和骚扰以及应对压力的各种措施可以促进劳动者形成良好心理健康,预防心理健康危机,避免心理健康问题对工作环境和效率产生不利影响。

三、福利经济学中的心理健康研究

福利经济学中的心理健康研究属于心理健康行为与政策管理范畴,其研究内容主要体现在心理健康服务资源配置问题和心理健康效益评估与分析方面。

(一)心理健康服务资源配置

心理健康服务资源配置的目标是实现心理健康最大化(Razzouk, 2017),即一方面要求降低在心理保健和改善等领域的支出成本;另一方面要求增加心理健康等方面的福利。心理健康服务成本的降低表现为降低医疗保健等直接成本;心理健康福利增加往往表现为延长预期寿命和降低心理健康疾病的发病率。经济学中的资源配置以效率为主,而福利经济学中的资源配置更兼顾效率与公平(Razzouk, 2017)。产品市场和货币市场等的均衡是以效率为主的经济资源分配的重点研究内容;资源配置效率和资源配置中的利益多重性是福利经济学中心理健康服务资源配置研究的重点内容(Baujard, 2013)。心理健康资源配置效率的目标是指实现公众偏好最大化,利益多重性则是从个人的预期角度研究公平问题,这一点也与经济学中的资源配置最优化有所差异。

1. 心理健康资源配置效率是指心理健康资源投入与收益之间的比值。心理健康资源配置效率达到最优状态要求以最低的成本提供特定的心理健康服务,或从给定的预算中获得最大的心理健康收益(Knapp, 1999),主要用于判断资源配置效率的状态,或者判断在特定的预算范围内的成本是否合理(Kluge, 2007)。福利最大化是在完全市场竞争下获得的配置效率的产物(Rothbard, 1997),而福利经济学中的心理健康资源配置效率将经济效应最大化与心理健康服务价值最大化有机结合起来,拓展其在心理健康领域的应用。心理健康领域配置效率与医疗保健系统运行目标直接关联。医疗保健是心理健康的贡献者,心理健康本身又是更广泛的福利贡献者,故医疗保健目标可以延伸至心理健康改善以外的更广泛的社会目标。

心理健康资源配置的目标包括公平性与社会性。从公平性来看,心理健康资源配置的总目标是全社会心理健康收益最大化,符合公众对心理健康的预期,这一点与市场化的经济效率有差异。例

如,从市场运行效率来看,将心理健康服务专家集中在一个地方可能会提高生产效率,但从心理健康配置总目标来看其并不一定最有效,因为心理健康服务资源配置要求社会公众预期有效。心理健康服务专家的集中可能妨碍某些特定群体获得服务,对另一些人造成不利影响。心理健康资源配置要求考虑更广泛的社会福利,不仅与心理健康系统的总目标有关,而且与社会福利或正义的更广泛目标有关。从社会性来看,心理健康资源分配需要与社会其他目标相关联。心理健康资源配置需要解决社会问题,包括心理健康不平等、促进对个人自主权、尊严和病人偏好的尊重,甚至包括与特定技术的道德要求的生物伦理问题(Schokkaert, 2015)。在全球政策议程中,心理健康资源配置目标范围更为广泛,不仅要求恢复心理健康症状,还要恢复社会角色和社会公众参与,更需要恢复具有心理健康危机的人员在社会领域和工作场所获得相应地位的机会(Razzouk, 2017)。

2. 心理健康服务资源配置的利益多重性是由心理健康服务交易利益主体多重性决定的。在一般均衡且完全竞争框架下的商品与服务市场交易大都只涉及买卖双方的双边交易。但在心理健康资源配置交易中,第三方支付者、公共法规和政府精神卫生机构都参与了心理健康部门的交易,即在心理健康资源配置过程中不仅会涉及心理健康服务的生产和消费两个主体,还涉及政府精神卫生机构等。心理健康服务市场的复杂性源于依赖自由市场分配心理健康保健资源时产生的各种缺陷(Frank, 1990)。在精神卫生领域的交易中,不同的利益主体拥有不同的利益。心理健康服务资源的目标包括三个:为其客户提供高质量服务、最大化本部门的收入(或专有供应商的利润)、为本部门员工创造一个好的职业发展环境(Razzouk, 2017)。心理健康服务资源消费者的目标是确保个人福利达到最大化,即根据个人偏好获得心理健康服务效用最大化。因为个人的体验和经历甚至文化价值等都对幸福感的获得产生显著影响,故心理健康服务效用最大化在不同个体之间存在显著差异。政府精神卫生管理机构的目标是确保其负责的资金得到适当使用,进而使得资金发挥最大的社会效应。在涉及的三个利益主体中,如果心理健康服务提供者的目标被不加限制地追求,那么在很大程度上会与其他利益主体目标发生冲突。如心理健康服务提供者根据自身目标提供高质量服务则需要配置过多的资源用于专业发展和便利设施。此时,法规、支付方法和外部质量控制则成为心理健康服务提供者的高成本,政府精神卫生管理机构的社会效用最大化目标也很难实现。Neil et al (2003)回顾了澳大利亚在心理健康质量方面的支出,讨论了心理健康资源配置和干预选择决策的影响因素。研究发现,澳大利亚的心理健康治疗的服务使用和支出模式存在不平衡现象,包括过度依赖住院治疗,资助的社区住宿水平低,提供社会心理治疗、康复和资助就业方案的不足等。另外,心理健康服务资源配置应该考虑治疗效率、公平和人道主义,而不是疾病负担的差异。Callahan(1999)认为基于传统的功利主义、成本效益、道德和政治论点对心理健康服务资源进行配置是困难的,提出了基于医学目标配置心理健康资源的方法。该方法要求心理健康服务资源配置更多地强调减轻痛苦和照顾那些无法治愈的人等长期医学目标,而配置心理健康服务资源不完全取决于有效医疗保健支出标准。这一方法拓展了心理健康服务资源配置效率的内涵,即认为医疗保健支出的效率理念应该适应于医疗目标,而不是让这些目标适应于效率。

3. 心理健康服务资源配置决策包括宏观与微观两个层次。从宏观层次来看,心理健康服务资源配置的目标是社会的福利最大化,即服务资源分配满足一般公众偏好,这种一般的公众偏好并不能够使得全社会每个人都实现个人的偏好最大化,而是社会总福利最大化(Garrison et al, 2010; Smith & Barnett, 2003)。宏观层次的心理健康资源配置决策以公共决策为基本出发点,心理健康的效果是不容易衡量或可见的,故对个人心理健康状态的强异质性并不加以重点考虑(Brazier, 2008; Chisholm et al, 1997)。同时,精神疾病影响判断、选择以及偏好表达,个人心理健康信息并不能够捕捉个人的精神健康结果,因而在进行宏观决策时很少考虑异质的心理健康问题(Chisholm & Stewart, 1998)。从微观层面来看,心理健康服务资源配置依赖个人的福利观,即心理健康最大化目标是根据个人的偏好实现福利最大化,关注所有个人偏好之和的最大化。所有个人偏好之和的最大化是个体根据自己的判断,表达产生更多快乐和满足的结果偏好和渴望是什么,但从社会总福利来

看,并不一定使得全社会福利最优(Drummond & McGuire,2004)。

(二)福利经济学中的心理健康效益评估与分析

福利经济学中的心理健康效益评估涉及心理健康效益评估和效益分析两方面。

1. 心理健康效益评估。心理健康效益评估理论存在差异的核心在于对福利的定义不同。根据对福利定义的差异,心理健康效益理论可区分为福利主义和非福利主义。从经济的角度来看,效益代表消费者的相关利益(Gafni, 1997),在心理健康经济学中具体分为三个主要类别:心理健康效益(如临床症状得到改善),综合健康效益(通过估计效用,如 QALYs,质量调整生命年)及货币化评估的健康效益(效益通过货币价值表示)。福利主义认为效益是以货币衡量的,进而对货币化的福利效益进行评估,即福利主义者评估价值偏好的货币条件;非福利主义认为效益是公众的多数偏好,在效益最大化评估中应该以偏好为基础,即非福利主义者评估价值偏好的效用(顺序水平根据偏好强度)。两者都以结果(健康或福利)最大化为目标,使用偏好评估效益。以福利主义为出发的评估中,条件估值(CV)、愿意支付方式(WTP)和离散实验选择等均为主要因素。CV法以心理健康服务所产生的社会效益为基础,通过直接调查获得治疗心理健康效益和健康状况的货币价值(Diener et al, 1998)。WTP方法是基于个人对心理健康产品或服务表达的偏好及个人在真实市场中的行为两个原则来评估其所获得的效益,同时效益以货币方式进行计量(Klose, 1999)。其符合经济原则的福利理论,能更全面地捕捉服务消费主体的效益,在政策决策中更容易解释。离散选择实验与WTP的方法原理是一致的,只是其通过实验方式获取数据。非福利主义方法是基于偏好对心理健康效益进行评估,但偏好在不同利益相关者中存在差异,如公众、患者和专家的偏好存在显著差异。在非福利主义的方法中,经济评估的效益被分为两大类:一类不基于客户偏好(所谓的衡量标准),评估的标准衡量方法是基于特定和非特定心理健康疾病症状的量表。另一类基于客户偏好(所谓的价值),评估结果价值的方法有标准博弈法、时间权衡法、评分量表和比例量表。

在心理健康领域,结果并不仅仅侧重于疾病症状,而更多的是侧重社会甚至全球的相关功能。这是因为心理障碍会减弱社会主体的社会功能与全球功能,包括工作、休闲和人际关系的能力。因对最相关结果的明确定义和一致性缺乏共识,且相关结果有时是无形和难以衡量的,故心理健康结果的性质相当复杂。精神障碍还会产生与健康无关的负外部性,如旷工、教育失败、对社会福利的更多需求以及更频繁的污名化行为。所有这些外部因素不仅会影响患者的生活质量,而且会阻碍其过上正常的生活,具体包括不能作为公民参与社会活动,不能为社会的发展和创新做贡献,不能创造财富等。因此,心理健康效益不仅是健康,还包括福利、机会、公民身份和生产力等(Brazier, 2008)。

2. 心理健康效益分析。福利经济学中的心理健康效益分析往往通过对比方式实现,即对最大化效益进行评价,并进行比较分析,通过比较两个或两个以上竞争性替代方案的成本和结果以验证效益是否超过成本(Byford et al, 2003),进而在实践中选择最优方案。由于度量健康的尺度是货币单位,所以卫生部门通过成本效益和成本效用分析,将经济原则调整为福利以外的方法,以便最大限度提高健康效益,并指导公共卫生资源的分配。福利经济学中的心理健康效益分析方法均基于成本效益的对比,主要包括五类:成本效益分析(cost-benefit analysis)、成本效果分析(cost-effectiveness analysis)(Byford & Sefton, 2003)、成本效用分析(cost-utilities analysis)(Luyten et al, 2016)、成本结果分析(cost-consequences analysis)和成本最小化分析(cost-minimization analysis)。其主要差异在于不同类别的对比或者追求目标不同。成本效益分析是从成本收益出发,在成本一定情况下使得福利最大化。这种方法具有两个基本特征:以货币单位评估收益;假定收益始终大于资源成本。该方法最大化效益目标是在心理健康资源一定的情况下使得货币计量的社会福利最大化(McIntosh et al, 2012)。成本效果分析以自然单位为基础,在考虑干预措施的共同效果时,估计每单位效果的增量成本,一般在干预政策效益时使用。成本效果分析与成本效益分析的差别在于计量单位不同(分别为自然单位和货币单位),使用背景也存在不同(Byford & Sefton, 2003)。成本效用分析则是通过多指标转换进行比较和评价的分析方法,该方法以效率定义为出发点,将相关多指标通过对比等方式转换为单一指标,通过单一指标

评价心理健康效益。例如,将评估心理健康发病率(死亡率)得到的估计收益与预期寿命相乘,进而得到心理健康质量效益的比较分析指标。该方法与后面阐述的成本结果分析方法在指标综合方面具有一致性,但成本效用分析是基于指标转换的分析方法,不涉及综合评价等。成本结果分析是通过多种特定量表(如生活质量、精神症状、社会参与)衡量多种结果,并通过统计综合评价方式,计算不同方案的综合评价分值,进而得到最优方案的心理健康效益分析方法。成本最小化分析则是基于多种心理健康治疗方法产生相同结果的假设,设定干预措施取得同等的效益,确定哪种干预措施与较低的资源消耗有关,进而选择心理健康资源消耗最低的干预方案。不同国家(地区)会采取不同的评价模式来评价心理健康效益,同时在评价模式选择中还存在路径依赖、心理健康配置方式、社会伦理等方面因素的影响(Ferraz, 2015)。例如,美国传统上使用的方法是成本效益分析方法,而英国则采用成本效用分析和成本效果分析来指导心理健康资源配置。

四、心理健康与宏观经济的关系研究

心理健康与宏观经济之间的相互关系属于心理健康的宏观经济管理范畴,现有研究文献主要关注宏观经济变量对心理健康的影响和心理健康对宏观经济的影响方面。

(一)宏观经济对心理健康的影响

现有文献重点研究了国民收入和经济波动对心理健康的影响,并分析了劳动者本人的社会经济状况在这种影响中的机制。

1. 国民收入对心理健康的影响。国民收入对心理健康有正反两个方面的影响。从积极影响来看,主要源于国民收入提高会使得人们生存和生活必需的满足程度得到更大程度的提高,进一步提升对精神生活的需求。国民收入与人民自身的生存和需求发展密切相关,提供了基本的生存条件,满足人们的基本生活需求。与此同时,较高的国民收入为获得更好的教育、获取更好的营养和医疗提供了更多机会。收入越高的人越有可能满足自己的需求,对自己的生活质量相对满意。从消极影响来看,国民收入提升与闲暇时间在一定程度上存在反向关系,闲暇时间的相对减少会增加心理健康异常。收入提升伴随着工作质量和劳动者素质的提升,这也给劳动者造成一定的压力。高收入人群往往会花更多的时间在工作上,用于缓解心理压力的时间相对较少,导致抑郁症的患病率更高。Huang et al(2020)基于2007—2017年间的面板数据,探讨了国民收入对不同类型心理健康的异质性影响。国民收入的增加有利于提升人们的幸福感,减少焦虑性障碍的患病率,但会增加抑郁症的患病率。Jenkins et al(2008)对英格兰、苏格兰和威尔士的家庭进行调查发现,低收入和精神障碍之间存在着一定的相关性,并且这种相关关系与债务和经济困难相关联。

国民收入分配的不平等程度对心理健康有负向影响。国民收入不平等主要涉及社会公平性。社会公平性的降低会对心理健康带来许多负面的影响。Kahn et al(2000)发现较高的收入不平等增加了心理和身体健康状况恶化的风险。Messias et al(2011)以州为样本研究收入不平等和抑郁症之间关系后发现,收入越不平等,抑郁症的发病率越高。在对人均收入、拥有大学学位的人口比例和65岁以上人口比例进行调整后,该关系依然存在。Patel et al(2018)认为收入不平等和抑郁风险之间存在统计上显著的正相关关系。Schneider(2016)对收入不平等与幸福联系的研究进行了批判性的讨论,并为社会科学家提出了一些策略,以寻求收入不平等对主观福利影响的新见解。

2. 经济波动对心理健康的影响。经济危机会对心理健康产生负向影响,经济周期的不同阶段对心理健康影响存在差异。Bartoll et al(2014)研究了经济危机期间西班牙人的心理健康状况,结果表明,在经济危机期间,男性(尤其社会经济地位较低的男性)心理健康不佳导致的患病率增加,而妇女心理健康状况不佳导致的患病率略有下降。Gili et al(2013)调查了在西班牙初级保健机构就诊患者状况与经济衰退之间的关系。2010年的调查显示,与2006年危机前相比,情绪障碍、焦虑、躯体形态障碍和酗酒等心理健康患者的比例显著增加。研究表明,2006—2010年经济危机期间,初级保健患者中大多数类型的精神健康疾病(特别是抑郁症的患病率)大幅增加,失业和抵押贷款支付困难是主

要风险因素。Katikireddi et al(2012)评估了2008年经济衰退前后人们心理健康的短期差异,并探讨了这些变化因性别、年龄和社会经济地位而存在差异的原因和方式。研究结果表明,在过去十年中,社会经济不平等有增加的趋势,这种变化具有性别异质性。在经济衰退开始的两年内,男性的心理健康状况恶化。Gudmundsdottir et al(2016)探讨了冰岛青少年在国民经济剧烈变化时期的长期幸福趋势,并确定哪些群体在经济危机中最脆弱和最具弹性。研究结果表明,2000—2010年间,即使发生经济危机,青少年的幸福感仍增加5%,且与父母良好的关系可以保护青少年免受国家经济危机可能带来的负面影响。Golberstein et al(2019)在2001—2013年间的全国健康访谈调查中发现,经济状况对儿童心理健康的影响具有临床和经济意义。随着经济的疲软,儿童的心理健康状况逐渐恶化;且针对情感问题的特殊教育服务也会增加。此外,信贷周期也会对心理健康产生影响。Li et al(2020)检验了信贷周期与幸福感之间的关系,并研究了两者之间的传导渠道,发现信贷周期与幸福感呈负相关;在不同的信贷期间,信贷周期与幸福感之间的传导渠道不同。

3. 社会经济状况变化对不同劳动者心理健康产生的影响存在差异。劳动者社会经济状况不佳通常与高精神疾病发病率、更多的残疾和较差的卫生保健机会有关。Lorant et al(2003)进行荟萃分析并评估了抑郁症与个人社会经济状况的关系。研究结果表明,社会经济状况不佳个体的抑郁风险较高,但新发的概率低于持续性抑郁的概率。抑郁症患者的社会经济不平等存在异质性,根据精神障碍的测量方式、社会经济地位的定义和测量以及诸如地区和时间等背景特征的变化而不同。Koster et al(2006)研究了社会经济状况与老年人抑郁发病之间的关系,结果表明,低文化、低收入人群发生抑郁症的危险显著高于其他人群。在老年人中,低社会经济地位会显著提高抑郁症的发病率。此外,Lorant et al(2007)使用1992—1999年间比利时家庭的面板数据,采用全球抑郁量表评估抑郁,结果表明,物质生活水平的降低与抑郁症的增加有关。

(二)心理健康对宏观经济的影响

心理健康状况对宏观经济产生的影响主要体现在:心理健康危机会对宏观经济变量和劳动生产率产生影响,并造成一系列经济成本及其管理问题。

1. 心理健康危机会对宏观经济变量产生影响。心理健康对宏观经济的影响主要体现在心理健康对就业率、收入及产出等方面。首先,心理健康对就业率有影响。就业率是衡量精神疾病患者经济健康状况的一项重要指标。爱尔兰的一项调查发现,三分之一的爱尔兰雇主认为患有精神疾病的雇员比其他雇员更不可靠,超过50%的雇主认为雇用精神疾病的人风险更大(NESF, 2007)。在经济困难时期,对患有精神疾病的人来说,可能会进一步放大失业和心理健康污名的共同影响。Evans-Lacko et al(2013)对27个欧盟国家的研究表明,在对精神疾病有更多污名化看法的国家,精神疾病患者更容易失业。这种关系在不确定的经济环境下更加重要,因为没有适当支持,精神病患者难以找到一份新工作。在英国,精神障碍患者的失业率比普通人群高40%(Dewa et al, 2007)。其次,心理健康对收入会产生影响。Link(1982)通过分析来自华盛顿高地研究(the Washington Heights study)的社区和门诊样本的数据,研究患有精神疾病和收入之间的关系,结果发现,在控制了疾病的严重程度后,精神疾病状态和收入之间存在负相关关系。Sharac et al(2010)通过对比是否经历过精神疾病病耻感的个体的收入发现,两者之间存在显著的工资差异。Baldwin & Marcus(2006)比较分析1139名患有情绪障碍、精神病或焦虑症的员工和66341名未患此类疾病的员工数据发现,对于所有类型的精神障碍患者,患有严重精神疾病的工人明显拥有更低的工资。再次,心理健康将对产出造成负面影响。心理健康问题通过不就业、旷工和出勤率影响经济产出(Layard, 2016)。心理健康问题使人们更难在工作中表现出色。一方面,有精神疾病的人更容易休病假。据统计,三分之一到一半的请假休息日可归因于精神疾病。员工缺勤可能是由工作氛围造成,但至少80%的缺勤是由于潜在的心理问题使其无法应对工作。另一方面,有精神疾病的人出勤时也表现出工作效率不高,当一个人患有精神疾病时,他的工作效率会降低。与其他人的比较表明,由精神疾病引起的低效出勤所减少的产出至少和旷工一样多(Layard, 2016)。

2. 心理健康疾病对劳动生产率具有负向影响。由于出现心理健康疾病,劳动者会消极工作,甚至出现缺勤、旷工等情况,极大降低了劳动生产率。快乐生产工人理论认为工人的幸福感的提高对劳动生产率具有正向作用。然而,劳动生产率增长给工人福利造成的损害不可忽视。Isham et al (2021)通过对快乐工人理论的系统梳理,并使用实地调查获得工人的样本数据进行实验研究发现,工人的幸福感对劳动生产率具有促进作用,且存在显著的因果关系;其中,资源密集型产业起到关键作用,即劳动密集型产业工人幸福感对劳动生产率的积极作用更强。研究中也有关证据表明,当企业一味追求劳动生产率的增长时,员工的幸福感和长期的生产率都会受到影响。Berndt et al(2000)利用全国性大型公司劳动生产率数据与雇员医疗索赔相关数据,研究了具有精神障碍员工与其他员工在医疗保健使用和工作效率方面的差异。结果发现,在医疗保健方面,具有一种或者多种心理健康疾病员工的费用支出显著高于其他员工,而生产效率显著低于其他员工;但是,被治愈员工的年平均缺勤率和平均工作效率没有显著差异。Hilton et al(2010)通过心理健康症状来评估员工的工作效率,进而分析了心理健康状况对劳动生产率的影响。研究表明,劳动生产率受到心理困扰水平的显著影响。随着心理压力水平的增加,生产率会下降。

3. 心理健康危机产生的经济成本及其管理问题不可小觑。国家和企业均需要针对心理健康疾病设立相应的保障基金,进而产生了巨大的社会成本,这些成本不仅包括费用支出,还包括时间成本。Stewart et al(2003a)评估了抑郁症对美国劳动力成本的影响。研究结果显示,抑郁症患者生产时间总量显著低于非抑郁症患者,且工作效率明显下降。根据研究数据测算,81%的生产时间损失是由于抑郁症患者工作时效率下降造成的。其中,重度抑郁症患者失去的生产时间占到48%。Stewart et al(2003b)使用 American Productivity Audit(APA)对28902名美国工人的随机调查样本,研究了健康状况对企业和宏观经济所产生的成本。结果表明,在企业层面,与健康相关的生产时间损失每年花费雇主2258亿美元(每年1685美元/员工),其中71%的员工体现为工作表现下降。从宏观层面看,心理健康带来的经济成本因群体而异。女性的个人健康生产时间损失高出30%;吸烟者的生产时间损失是不吸烟者的两倍;高需求、低控制工作的工人每周平均生产时间损失最低,而低需求、高控制工作的工人每周平均生产时间损失最高。在宏观层面,与心理健康有关的生产时间损失费用往往可以通过比较进行评估,但在微观层面很大程度上不可观测。

五、总结与启示

心理健康经济学的发展为国家加强社会心理服务体系和政策制定提供了新的角度,注入了新的活力。心理健康服务体系的构建任务非常紧迫。而我国心理健康经济学研究进展落后于经济社会发展需要,亟须从理论和实证角度进行研究。在此基础上,高效、有力的心理健康干预政策将会有助于提高人民群众的获得感、幸福感、安全感。心理健康经济学越来越受到理论界和实践界的关注,然而有针对性的文献还十分有限。世界百年未有之大变局加速演变,第四次工业革命对劳动者提出了较大挑战,新冠肺炎疫情大流行影响深远,迫切需要进一步拓展和丰富我国心理健康经济学研究。基于以上分析,本文提出未来研究的四个方向。

首先,劳动经济学研究应该持续向心理健康领域拓展。经济学特别是劳动经济学研究为劳动者心理健康问题积累了丰富的研究基础。其至少可以从以下两个方面拓展:(1)劳动方式等对心理健康的影响研究。未来可通过劳动需求和供给机制以及基于内部劳动市场模型的劳动方式特点,分析劳动方式给劳动者心理健康带来的影响,研究企业对心理健康起到的作用及其机制等。(2)劳动方式改变对心理健康影响的研究。要打破以往劳动方式以雇佣习惯为主体的思维,从改善劳动时长、工作生活平衡等方面入手,改变雇佣习惯,并进一步研究这些劳动方式改变对劳动者心理健康的积极作用。

其次,福利经济学研究需要向心理健康进一步深化。福利经济学致力于研究社会经济运行的目标,实现社会经济运行目标所需的生产、交换、分配的最适度的条件等。福利经济学研究侧重于市场

效用的最大化研究,但效用最大化并没有考虑人类福利的主观特征,特别是心理健康所带来的福利效应。因此,基于福利经济学的心理健康研究可以从如下几个方面拓展:(1)如何评估心理健康带来的经济学福利。心理健康等同样属于福利经济学的重要内容,需要将其纳入社会福利的评估。(2)心理健康的成本效应分析。这需要在福利经济学研究中,科学地分析满足心理健康福利需求,以及积极应对消极的心理健康情绪所带来的成本,包括医疗成本和隐性的经济损失等。(3)心理健康资源配置效率研究。福利经济学研究的分析工具主要涉及市场化的资源,其效应更多侧重货币化的计量,未来需要进一步将与心理健康相关的资源配置效率纳入福利经济学中进行研究。

再次,将心理健康纳入宏观经济评价。在未来研究中,需要进一步把国民幸福作为宏观经济发展目标的重要标准,把社会发展看作是促进社会福利的主要途径,提高社会总体福利水平。改革开放以来,经济快速发展、社会巨大变化对国民心理健康产生了重要影响,而国民心理健康状况又深刻影响经济发展和社会和谐。所以在未来研究中,需继续深化心理健康与宏观经济之间的关联性研究,特别是心理与公共健康对宏观经济的影响等方面的研究。

最后,心理健康保健技术的不确定性和个体偏好的异质性同样值得心理健康经济学家进行深入研究。心理健康保健技术不仅是干预心理危机的一种非常有效且方便、经济的服务形式,也是对心理危机干预的一种重要途径,在处理心理应激和预防心理问题行为上发挥着积极作用,从经济学角度看是一种高效率的方式。心理健康具有典型的个体偏好异质性,需要针对不同的偏好提供异质性的心理健康保健技术。所以未来研究中,需要上述多方面结合起来进行研究。

参考文献:

- Avey, J. B. et al(2009), "Psychological capital: A positive resource for combating employee stress and turnover", *Human Resource Management* 48(5):677-693.
- Avey, J. B. et al(2010), "Impact of positive psychological capital on employee well-being over time", *Journal of Occupational Health Psychology* 15(1):17-28.
- Avey, J. B. et al(2011), "Meta-analysis of the impact of positive psychological capital on employee attitudes, behaviors, and performance", *Human Resource Development Quarterly* 22(2):127-152.
- Baldwin, M. L. & S. C. Marcus(2006), "Perceived and measured stigma among workers with serious mental illness", *Psychiatric Services* 57(3):388-392.
- Bartoll, X. et al(2014), "The evolution of mental health in Spain during the economic crisis", *European Journal of Public Health* 24(3):415-418.
- Basu, A. et al(2012), "Comparative cost analysis of housing and case management program for chronically ill homeless adults compared to usual care", *Health Services Research* 47(1):523-543.
- Baujard, A. (2013), "Welfare economics", GATE Working Paper 33.
- Becker, G. S. (1964), *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education*, The University of Chicago Press.
- Berndt, E. R. et al(2000), "Health care use and at-work productivity among employees with mental disorders", *Health Affairs* 19(4):244-256.
- Bloom, D. et al(2011), "The global economic burden of noncommunicable diseases", Geneva: World Economic Forum.
- Borges, A. P. et al(1963), "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *Journal of Health Politics Policy & Law* 53(5):941-973.
- Bowling, N. A. & T. A. Beehr(2006), "Workplace harassment from the victim's perspective: A theoretical model and meta-analysis", *Journal of Applied Psychology* 91(5):998-1012.
- Brazier, J. (2008), "Measuring and valuing mental health for use in economic evaluation", *Journal of Health Services Research & Policy* 13(3):70-75.
- Broulikova, H. M. et al(2020), "Costs of mental health services in Czechia: Facilitating an evidence-based reform of psychiatric care", *Applied Health Economics and Health Policy* 18(2):287-298.
- Bubonya, M. et al(2017), "Mental health and productivity at work: Does what you do matter?", *Labour Economics* 46:150-165.

- Byford, S. et al(2007), “Comparison of alternative methods of collection of service use data for the economic evaluation of health care interventions”, *Health Economics* 16(5):531–536.
- Byford, S. et al(2003), “Because it’s worth it: A practical guide to conducting economic evaluations in the social welfare field”, <https://www.jrf.org.uk/report/because-its-worth-it-practical-guide-conducting-economic-evaluations-social-welfare-field>.
- Byford, S. & T. Sefton(2003), “Economic evaluation of complex health and social care interventions”, *National Institute Economic Review* 186(1):98–108.
- Callahan, D. (1999), “Balancing efficiency and need in allocating resources to the care of persons with serious mental illness”, *Psychiatric Services* 50(5):664–666.
- Carvajal-Arango, D. et al(2021), “Assessment of subjective workplace well-being of construction workers: A bottom-up approach”, *Journal of Building Engineering* 36:1–10.
- Chesney, E. et al(2014), “Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: A meta-review”, *World Psychiatry* 13(2):153–160.
- Chisholm, D. et al(1997), “QALYs and mental health care”, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 32(2):68–75.
- Chisholm, D. & A. Stewart(1998), “Economics and ethics in mental health care: Traditions and trade-offs”, *Journal of Mental Health Policy and Economics* 1(2):55–62.
- Chisholm, D. et al(2016), “Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis”, *Lancet Psychiatry* 3(5):415–424.
- Dewa, C. S. et al(2007), “An international perspective on worker mental health problems: Who bears the burden and how are costs addressed?”, *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie* 52(6):346–356.
- Diener, A. et al(1998), “Health care contingent valuation studies: A review and classification of the literature”, *Health Economics* 7(4):313–326.
- Drummond, M. F. et al(2007), *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, Oxford University Press.
- Drummond, M. & A. McGuire(2004), *Economic Evaluation in Health Care: Merging Theory with Practice*, Oxford University Press.
- Dollard, M. F. et al(2012), “Psychosocial safety climate as an antecedent of work characteristics and psychological strain: A multilevel model”, *Work & Stress* 26(4):385–404.
- Doran, C. M. & I. Kinchin(2020), “Economics of mental health: Providing a platform for efficient mental health policy”, *Applied Health Economics and Health Policy* 18(2):143–145.
- Drake, R. E. & M. A. Wallach(2020), “Employment is a critical mental health intervention”, *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 29(e178):1–3.
- Estiri, M. et al(2016), “The impact of psychological capital on mental health among Iranian nurses: Considering the mediating role of job burnout”, *Springerplus* 5(1):1–5.
- Evans-Lacko, S. et al(2013), “The mental health consequences of the recession: Economic hardship and employment of people with mental health problems in 27 European countries”, *Plos One* 8(7):1–7.
- Ferraz, M. B. (2015), “Health economics, equity, and efficiency: Are we almost there?”, *Clinicoeconomics & Outcomes Research* 7:119–122.
- Frank, R. G. (1990), “Mental health economics”, *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 17(3):189–191.
- Gafni, A. (1997), “Willingness to pay in the context of an economic evaluation of healthcare programs: Theory and practice”, *American Journal of Managed Care* 3(S):S21–S32.
- Garrison, L. P. et al(2010), “Good research practices for measuring drug costs in cost-effectiveness analyses: A societal perspective”, *Value in Health* 13(1):8–13.
- Gili, M. et al(2013), “The mental health risks of economic crisis in Spain: Evidence from primary care centres, 2006 and 2010”, *European Journal of Public Health* 23(1):103–108.
- Golberstein, E. et al(2019), “How do economic downturns affect the mental health of children? Evidence from the

- national health interview survey”, *Health Economics* 28(8):955—970.
- Greenberg, P. E. et al(2003), “The economic burden of depression in the United States: How did it change between 1990 and 2000?”, *Journal of Clinical Psychiatry* 64(12):1465—1475.
- Grossman, M. (1972), *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*, Columbia University Press.
- Grossman, M. (2000), “The human capital model”, In: A. J. Culyer & J. P. Newhouse(eds), *Handbook of Health Economics*, Elsevier.
- Gudmundsdottir, D. G. et al(2016), “How does the economic crisis influence adolescents’ happiness? Population-based surveys in Iceland in 2000—2010”, *Journal of Happiness Studies* 17(3):1219—1234.
- Guntzviller, L. M. et al(2020), “Stress, social support, and mental health among young adult hispanics”, *Family & Community Health* 43(1):82—91.
- Hilton, M. F. et al(2010), “Using the interaction of mental health symptoms and treatment status to estimate lost employee productivity”, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 44(2):151—161.
- Ho, L. S. (2012), *Principles of Public Policy Practice*, Springer Science & Business Media.
- Hoedeman, R. (2012), “Sick on the job? Myths and realities about mental health and work”, *Tijdschrift Voor Praktijk Ondersteuning* 20(5):234—235.
- Huang, Z. et al(2020), “Are there heterogeneous impacts of national income on mental health?”, *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(20):1—22.
- Huxley, P. & G. Thornicroft(2003), “Social inclusion, social quality and mental illness”, *British Journal of Psychiatry* 182:289—290.
- Idris, M. A. et al(2012), “Psychosocial safety climate: Conceptual distinctiveness and effect on job demands and worker psychological health”, *Safety Science* 50(1):19—28.
- Isham, A. et al(2021), “Worker wellbeing and productivity in advanced economies: Re-examining the link”, *Ecological Economics* 184:1—9.
- Jenkins, R. et al(2008), “Debt, income and mental disorder in the general population”, *Psychological Medicine* 38(10):1485—1493.
- Kahn, R. S. et al(2000), “State income inequality, household income, and maternal mental and physical health: Cross sectional national survey”, *British Medical Journal* 321(7272):1311—1315.
- Karasek, R. A. & T. Theorell(1990), *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*, New York: Basic Books.
- Katikireddi, S. V. et al(2012), “Trends in population mental health before and after the 2008 recession: A repeat cross-sectional analysis of the 1991—2010 health surveys of England”, *BMJ Open* 2(5):1—9.
- Klose, T. (1999), “The contingent valuation method in health care”, *Health Policy* 47(2):97—123.
- Kluge, E. -H. (2007), “Resource allocation in healthcare: Implications of models of medicine as a profession”, *Medgenmed Medscape General Medicine* 9(1):57—57.
- Knapp, M. (1999), “Economic evaluation and mental health: Sparse past ... fertile future?”, *Journal of Mental Health Policy & Economics* 2(4):163—167.
- Koster, A. et al(2006), “Socioeconomic differences in incident depression in older adults: The role of psychosocial factors, physical health status, and behavioral factors”, *Journal of Psychosomatic Research* 61(5):619—627.
- Krasikova, D. V. et al(2015), “Effects of psychological capital on mental health and substance abuse”, *Journal of Leadership & Organizational Studies* 22(3):280—291.
- Kuroda, S. & I. Yamamoto(2019), “Why do people overwork at the risk of impairing mental health?”, *Journal of Happiness Studies* 20(5):1519—1538.
- LaMontagne, A. D. et al(2014), “Workplace mental health: Developing an integrated intervention approach”, *BMC Psychiatry* 14:1—11.
- Law, R. et al(2011), “Psychosocial safety climate as a lead indicator of workplace bullying and harassment, job resources, psychological health and employee engagement”, *Accident Analysis and Prevention* 43(5):1782—1793.
- Layard, R. (2016), “The economics of mental health”, IZA World of Labor, No. 321.
- Li, T. et al(2020), “Does the credit cycle have an impact on happiness?”, *International Journal of Environmental*

- Research and Public Health* 17(1):1—19.
- Li, W. et al(2021), “Association between socioeconomic welfare and depression among older adults: Evidence from the China health and retirement longitudinal study”, *Social Science & Medicine* 275:1—10.
- Link, B. (1982), “Mental patient status, work, and income: An examination of the effects of a psychiatric label”, *American Sociological Review* 47(2):202—215.
- Lorant, V. et al(2007), “Depression and socio-economic risk factors: 7—year longitudinal population study”, *British Journal of Psychiatry* 190:293—298.
- Lorant, V. et al(2003), “Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis”, *American Journal of Epidemiology* 157(2):98—112.
- Luyten, J. et al(2016), “Economic evaluation of mental health interventions: An introduction to cost-utility analysis”, *Evidence-Based Mental Health* 19(2):49—53.
- McIntosh et al(2012), *Applied Methods of Cost-Benefit Analysis in Health Care*, Oxford University Press.
- McTernan, W. P. et al(2013), “Depression in the workplace: An economic cost analysis of depression-related productivity loss attributable to job strain and bullying”, *Work and Stress* 27(4):321—338.
- Messias, E. et al(2011), “Income inequality and depression prevalence across the United States: An ecological study”, *Psychiatric Services* 62(7):710—712.
- Mushkin, S. J. (1962), “Health as an investment”, NBER Working Paper, No. 5.
- Nakayama, K. et al(2001), “The relationship of lifestyle factors, personal character, and mental health status of employees of a major Japanese electrical manufacturer”, *Environmental Health and Preventive Medicine* 5(4):144—149.
- Neil, A. L. et al(2003), “Allocation of resources and psychosis”, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 37(1):15—23.
- NESF(2007), “Mental health in the workplace”, National Economic and Social Forum, Dublin.
- O’Campo, P. et al(2015), “Social welfare matters: A realist review of when, how, and why unemployment insurance impacts poverty and health”, *Social Science & Medicine* 132:88—94.
- Ohrnberger, J. et al(2017), “The relationship between physical and mental health: A mediation analysis”, *Social Science & Medicine* 195:42—49.
- Oliva-Moreno, J. et al(2009), “The socioeconomic costs of mental illness in Spain”, *European Journal of Health Economics* 10(4):361—369.
- Patel, V. et al(2018), “Income inequality and depression: A systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms”, *World Psychiatry* 17(1):76—89.
- Quine, L. (2001), “Workplace bullying in nurses”, *Journal of Health Psychology* 6(1):73—84.
- Ramirez, A. J. et al(1996), “Mental health of hospital consultants: The effects of stress and satisfaction at work”, *Lancet* 347(9003):724—728.
- Razzouk, D. (2017), *Mental Health Economics*, Springer Nature.
- Rost, K. M. (2005), “Improving depression treatment by integrated care”, *Journal of Managed Care Pharmacy* 11(3S):S5—S8.
- Rothbard, M. (1997), “Toward a reconstruction of utility and welfare economics”, In: M. N. Rothbard(ed), *The Logic of Action One*, Edward Elgar.
- Rudoler, D. et al(2018), “Cost analysis of a high support housing initiative for persons with severe mental illness and long-term psychiatric hospitalization”, *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie* 63(7):492—500.
- Salyers, M. P. et al(2013), “Job satisfaction and burnout among VA and community mental health workers”, *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 40(2):69—75.
- Schneider, S. M. (2016), “Income inequality and subjective wellbeing: Trends, challenges, and research directions”, *Journal of Happiness Studies* 17(4):1719—1739.
- Schokkaert, E. (2015), “How to introduce more (or better) ethical arguments in HTA?”, *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 31(3):111—112.
- Semmer, N. et al(2007), “Occupational stress research: The Stress-As-Offense-To-Self perspective”, *Occupational Health Psychology* 2:43—60.

- Sharac, J. et al(2010), "The economic impact of mental health stigma and discrimination: A systematic review", *Epidemiologia E Psichiatria Sociale* 19(3):223—232.
- Slothuus, U. (2005), "Economic evaluation: Theory, methods & application", https://www.sdu.dk/-/media/files/om_sdu/centre/cohere/working+papers/20005.pdf.
- Smith, M. W. & P. G. Barnett(2003), "Direct measurement of health care costs", *Medical Care Research and Review* 60(3):74S—91S.
- Stano, M. (1987), "A further analysis of the physician inducement controversy", *Journal of Health Economics* 6(3):227—238.
- Stansfeld, S. & B. Candy(2006), "Psychosocial work environment and mental health—A meta-analytic review", *Scandinavian Journal of Work Environment & Health* 32(6):443—462.
- Steel, Z. et al(2014), "The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980—2013", *International Journal of Epidemiology* 43(2):476—493.
- Stewart, W. F. et al(2003a), "Cost of lost productive work time among US workers with depression", *Journal of the American Medical Association* 289(23):3135—3144.
- Stewart, W. F. et al(2003b), "Lost productive work time costs from health conditions in the United States: Results from the American productivity audit", *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 45(12):1234—1246.
- Thomas, C. M. & S. Morris(2003), "Cost of depression among adults in England in 2000", *British Journal of Psychiatry* 183:514—519.
- Tuckey, M. R. et al(2009), "Workplace bullying: The role of psychosocial work environment factors", *International Journal of Stress Management* 16(3):215—232.
- Vartia, M. A. L. (2001), "Consequences of workplace bullying with respect to the well-being of its targets and the observers of bullying", *Scandinavian Journal of Work Environment & Health* 27(1):63—69.
- Vigo, D. et al(2016), "Estimating the true global burden of mental illness", *Lancet Psychiatry* 3(2):171—178.
- WHO(2013), *Mental Health Action Plan 2013—2020*, World Health Organization.
- Yu, M. & J. Li(2020), "Work-family conflict and mental health among Chinese underground coal miners: The moderating role of psychological capital", *Psychology Health & Medicine* 25(1):1—9.

Research Progress on Mental Health Economics

LI Tinghui HUANG Zimei

(Guangzhou University, Guangzhou, China)

Abstract: Health economics is a branch of economics, and mental health economics is becoming one of the key focus areas. Based on a systematic review of the relevant literature, this paper provides a comprehensive overview of the development of research on mental health economics. Mental health economics focuses on mental health in three main areas: labor economics, welfare economics, and macroeconomics. Firstly, the article describes recent advances in mental health research in labor economics in terms of the influencing factors, effects, cost analysis, and interventions of workers' mental health. Secondly, it describes the latest developments in mental health research in welfare economics in terms of mental health welfare maximization, service resource allocation, cost-benefit and intervention analysis. Thirdly, it illustrates current research on the relationship between mental health and macroeconomics in terms of mental health and national income, economic conditions, and the induced economic cost effects. Finally, the article discusses the prospects for further research.

Keywords: Mental Health Economics; Labor Economics; Welfare Economics; Cost Analysis

(责任编辑:刘洪愧)

(校对:刘新波)