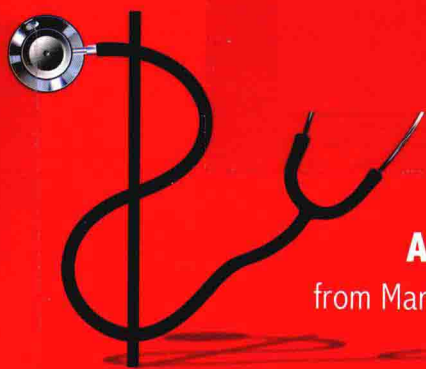


美国医疗保健 的经济演变

从马库斯·维尔比医疗
到管理式医疗

[美] 戴维·德兰诺夫 著 | 黄丞 许永国 译



**The Economic Evolution of
American Health Care:**

from Marcus Welby to Managed Care

DAVID DRANOVE

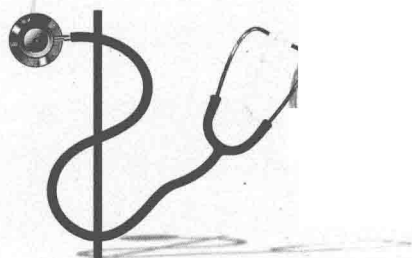
**The Economic Evolution of
American Health Care:**

from Marcus Welby to Managed Care

**美国医疗保健
的经济演变**

从马库斯·维尔比医疗
到管理式医疗

[美] 戴维·德兰诺夫 著 | 黄丞 许永国 译



图书在版编目(CIP)数据

美国医疗保健的经济演变:从马库斯·维尔比医疗到管理式医疗/[美]戴维·德兰诺夫(Dranove, D.)著;黄丞,许永国译. —上海:上海三联书店,2015.12

ISBN 978-7-5426-5014-6

I. ①美… II. ①戴…②黄…③许… III. ①医疗保健制度—研究—美国 IV. ①R199.712

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 285498 号

美国医疗保健的经济演变

从马库斯·维尔比医疗到管理式医疗

著 者/[美]戴维·德兰诺夫

译 者/黄丞 许永国

责任编辑/冯静

装帧设计/汪要军

监 制/李敏

责任校对/张大伟

出版发行/上海三联书店

(201199)中国上海市都市路4855号2座10楼

网 址/www.sjpc1932.com

邮购电话/021-22895559

印 刷/上海展强印刷有限公司

版 次/2015年12月第1版

印 次/2015年12月第1次印刷

开 本/640×960 1/16

字 数/220千字

印 张/19

书 号/ISBN 978-7-5426-5014-6/F·701

定 价/48.00元

敬启读者,如发现本书有印装质量问题,请与印刷厂联系 021-66510725

Preface

With the implementation of the Affordable Care Act, the United States continues its decades-long experiment with a market-based health care system. Decades ago, health care was largely financed by private health insurers that largely served as passive bill payers. Insurers slowly evolved into managed care organizations, which serve as intermediaries responsible for protecting their enrollees against financial catastrophe, while, at the same time, working with providers to hold down the cost of medical care. Even the government financed Medicare and Medicaid programs—for the elderly and the poor respectively — increasingly enroll their members in private insurance plans.

It did not have to be this way. During the twentieth century, at least six different Presidents tried to centralize the funding of health care within the federal government. The *Economic Evolution of American Health Care* chronicles the failure of these efforts and the rise of the United States' market-based healthcare

system. I show how the eventual dominance of managed care was neither an accident nor the result of a power grab or corruption. Rather, managed care organizations represent a sensible way to solve two related problems—moral hazard and information asymmetries. Managed care organizations earned a bad reputation (sometimes well deserved) that led to a consumer backlash, but research showed that managed care organizations successfully reduced costs and more than held their own in quality. Today, there is no viable alternative to managed care, and the Affordable Care Act affirms their dominant position in the U. S. healthcare marketplace. The Act has even introduced managed care principles into the Medicare program.

But the managed care approach is far from perfect, and by the early 2000s the flaws were readily apparent. Tens of millions of Americans lacked insurance and costs were again spiraling out of control. Code Red describes what went wrong with the managed care revolution, finding that payers and providers preferred to succeed by exploiting market power rather than creating value, while government rules and regulations held back some of the most promising innovations in healthcare delivery and financing. In Code Red I offer some prescriptions for market-based health reform, and describe the precursors to the health insurance exchanges that are central to the Affordable Care Act. But I also caution against putting all of our eggs into one market-

based approach—we just do not know enough to be certain as to what does and does not work. Unfortunately, President Obama used his political capital on a very specific vision for health reform, and the resulting problems have preoccupied the U. S. political debate ever since. As the political winds shift, it now appears that much of the Affordable Care Act may be undone, piece by piece, and the United States may have lost its best chance in a century for truly effective health reform.

Health care is a “normal good”, as economists like to say. This means that as the Chinese economy continues to grow, health spending will grow along with it. Chinese medical providers will surely become among the best in the world, offering the same state-of-the-art treatments that are routinely available in Western nations. But this will come at a steep cost, and more and more Chinese citizens will find themselves just one illness away from financial catastrophe. It seems likely that China will follow the same path as the United States, with a burgeoning private health insurance market and ever increasing healthcare costs. And, like the United States, China will be looking for solutions.

If China continues to pursue a market-based health economy, it will have one huge advantage over the United States—China can learn from the U. S. mistakes: We now know that incentives matters, it is important to gather and publicize information about

cost and quality, and it makes little sense to tie insurance to employment. Most of all, there is an ongoing need for experimentation in financing and delivery within a competitive framework. Some aspects of the Affordable Care Act are worth exploring, especially insurance exchanges (which can emerge in the private sector) and cross-subsidies to create risk pools. China is a hugely diverse nation and perhaps the most important take away from the American experience is that the market has a way of rewarding ideas that meet the diverse needs of a population.

David Drane

中文版序言

随着《患者保护与平价医疗法案》的实施,美国继续着几十年来的医疗保健体系市场化实验。数十年前,美国的医疗保健主要由私人医疗保险商筹资,那时私人保险商扮演的角色基本上只是被动买单的支付者。渐渐地,保险商演变成了“管理式医疗组织”(MCOs),这是一种负责保护参保人免于财务灾难同时与提供者携手共同遏制医疗成本的中介组织。就连由政府资助、分别为老人和穷人提供医疗保障的 Medicare 和 Medicaid 计划,也越来越多地让自己的参保人加入到私立的医疗保险计划中。

事情本来不必如此。在 20 世纪,至少有六位美国总统先后尝试由联邦政府集中进行医疗保健筹资。《美国医疗保健的经济演变》一书按时间顺序记录了这些努力如何失败以及基于市场的医疗保健体系如何在美国崛起的历程。书中透彻阐释了管理式医疗之所以最终占据主导地位,既非出于偶然,亦非权力争斗或腐败所致。管理式医疗组织其实是一招一箭双雕的妙计,它同时解决了道德风险与信息不对称这两个相关联的问题。尽管管理式医疗组织最终博得的是坏名声(有时候确实罪有应得),招致了消费者的

强烈抵制,但是,研究表明,它们成功地降低了成本且保持了质量。迄今为止,尚未有切实可行的新模式能取而代之,《患者保护与平价医疗法案》也肯定了它们在美国医疗保健市场的支配地位,甚至将管理式医疗的原理应用到了 Medicare 计划。

然而,管理式医疗还远远谈不上完美无瑕。到 21 世纪初,它的缺陷暴露得愈加明显。仍有数千万美国人没有医疗保险,医疗保健成本再度开始螺旋式飙升。《红色警报》一书阐述了管理式医疗革命出现问题的症结所在,得出的结论是:无论是支付者还是提供者,都更愿意通过利用市场权力而非创造价值来获得成功,而政府的条条框框与管制又抑制了某些最富有前景的医疗保健提供与筹资的创新。在《红色警报》中,我还提出了一些市场化的医疗改革建议,并介绍了作为《患者保护与平价医疗法案》核心的医疗保险交易所的前身。但是,我在书中也提出了别把全部希望寄托在市场化这一种方法上的告诫。毕竟,依我们既有的知识,尚无法明确断言究竟哪些办法管用,哪些办法不管用。遗憾的是,奥巴马总统将他的政治资本全部押到了一种极为特殊的医疗改革思路。从那以后,由此引发的种种问题始终是美国政治辩论的焦点。随着政治风向转变,《患者保护与平价医疗法案》的许多内容看来会被一点一点地废掉,美国人民或许已经丧失了在本世纪推行真正有效的医疗改革的最佳历史机遇。

经济学家常说,医疗保健是一种“正常商品”。这意味着,随着中国经济持续增长,医疗保健支出也会随之增长。中国医疗提供者肯定会跻身于世界上最优秀的提供者之列,提供西方国家的人民通常享有的同样一流的医疗服务。但是,这也意味着医疗成本

将会急剧升高。越来越多的中国人会发现,一旦患病就会陷入巨大的财务灾难。中国似乎有可能重蹈美国的覆辙:一边是欣欣向荣的私人医疗保险市场,一边是节节攀升的医疗保健成本。跟美国一样,中国也要寻求这些问题的破解之策。

中国若继续发展基于市场的健康经济,将会比美国享有巨大优势,因为中国可以从美国所犯的错误当中汲取到宝贵教训。如今,我们领教了激励的强大力量,也明白了搜集和扩散成本与质量信息有多重要,并且清楚将医疗保险与雇佣关系捆绑在一起毫无理由。最重要的是,必须坚持不懈地在竞争的框架内开展医疗保健筹资与提供的实验。《患者保护与平价医疗法案》的某些方面值得研究借鉴,尤其是医疗保险交易所(可以从私人部门生发出来)以及旨在实现风险共担的交叉补贴。中国是一个极其多元化的国度,美国的经历给中国带来的最重要的启示或许是:市场总是倾向于奖赏那些能满足国民多元化需要的奇思妙想。

戴维·德兰诺夫

2014.11.26

译者序

作为多年从事卫生经济学与医疗卫生管理研究的学者,当阅读到《美国医疗保健的经济演变》和《红色警报》时,我们不禁欣喜万分,如获至宝,急切地期望将这两本英文著作引入中国与读者共享,希冀为推动我国医改实践和深化相关学术研究献上绵薄之力。

《美国医疗保健的经济演变》是美国西北大学凯洛格管理学院著名卫生经济学家戴维·德兰诺夫潜心研究医疗保健产业组织与商业战略二十余载后精心撰写的第一本系统专著,书中诠释了美国朝野上下一个世纪以来推动医疗提供与筹资体系的制度变迁与创新实验的经济发展史,亦是一部系统凝练经济学者们半个世纪以来探索医疗保健经济的智慧结晶及其传承脉络的经济思想演变史。作者匠心独运、功力非凡,将每段重要的制度变革史实与相关的最前沿的经济学理论与经验研究发现井然有序、丝丝入扣、精妙天成地编织到一起,梳理出百年来美国医疗保健体系的来龙去脉,阐明卫生经济学运用的基本理论框架与重要实证结论,刻画出卫生经济学学术研究与医疗保健体系变革之间的相辅相成关系。在演示经济学如何从现实世界中提炼出科学问题以及如何将经济学

工具应用于分析和解决医疗保健实际问题方面,本书都提供了大量绝佳范例。

按书中所表,过去一个世纪的美国医疗保健的经济演变大体上可分为两个阶段。第一阶段是从 19 世纪末到 20 世纪 60 年代末,也即是书中所谓的“马库斯·维尔比”医疗时代。此阶段的变革主旋律是提高医疗的可及性。第二阶段是从 20 世纪 70 年代初到 20 世纪末,美国医疗保健体系从传统的由个体医生主导的“马库斯·维尔比”医疗、经过由政府主导的管制与规划、进而到由私人医疗支付者主导的“管理式医疗”。此阶段的变革主旋律是降低医疗的成本与无效率。这是美国历史上医疗保健制度变革最为剧烈的时代,也是本书所聚焦的历史跨度。从 21 世纪之初至今,我们姑且称之为“后管理式医疗”时代。医疗质量的提升成为推动美国医疗保健体系变革的新目标,但可及性与效率问题仍挥之不去,对该时期美国医疗保健体系演变与制度创新实验的最新经济学思考,以及对振兴美国医疗保健体系开出的政策处方,是本书姊妹篇《红色警报》研究的重点。

20 世纪 60 年代以前的美国医疗保健经济可以用“自由放任”来形容,政府的举措大都着眼于扩大健康保险的覆盖面与医疗服务的可及性,并未直接干预市场。1965 年 Medicare 和 Medicaid 的设立将美国医疗保健经济变成了联邦、州政府和私人医疗保险的大拼盘。但是,它们最初是按照传统责任赔偿保险来设计的,参保人可以随心所欲地选择提供者,提供者也可以无拘无束地控制医疗决策。美国这个时期的马库斯·维尔比医疗最突出的特征是,医生对医疗决策拥有至高无上的权威和自主性,患者完全授权并

信任医生,支付者也不干预医疗决策,只是默默地按服务项目向提供者付费。令人惊讶的是,医生在其并未受雇的医院也拥有不容置疑的权威,几乎完全控制了医疗决策,却无需考虑财务后果。医疗保险商也不干预医疗决策,它们只出售责任赔偿保险,允许患者自由地选择有资质的提供者就医,并对几乎所有医疗服务照单全付。医院管理者和医疗保险商都只是配角,医生处于医疗保健经济权力金字塔顶部。毫不夸张地说,这是美国医生的“黄金时代”。

到1970年,近90%的美国人已享有了较完备的医疗保险保障,无医疗保险的美国人则可以到获得希尔-伯顿慈善医疗计划资助并享有税收优惠的非营利医院就医。至此,美国医疗的可及性压力暂时消解了。大多数美国人都对这套体系相当满意。与此同时,医疗保健研究者们逐渐发现,这种不受第三方干预的“自由”的马库斯·维尔比医疗绝不是“免费的”。需求诱导、道德风险、技术变迁以及其他因素共同推动着美国医疗成本高位攀升。20世纪70年代末,马库斯·维尔比主宰的医疗保健体系终于走向衰落。

当曾被视为患者完美代理人的马库斯·维尔比医生逐渐走下神坛时,患者面临的医疗“选购难题”并未缓解。谁能代替他帮助孤立无援的患者解决所面临的“选购难题”呢?当然只能靠医生和患者以外的第三方。放眼医疗保健经济的整个产业链条,还有哪些组织能担当患者的合格医疗“导购员”,给高高在上的维尔比医生戴上适当的紧箍咒呢?面对20世纪70年代来势汹汹的医疗成本膨胀以及陆续曝光的医疗保健体系的无效率,美国人民被迫上下求索寻求解决之道,最后将求助的目标聚焦到负责为医疗服务买单的第三方支付者。接下来的三十多年发生的历史,正好印证

了那句口头禅“谁付钱,谁有话语权(you pay, you say)”。首先挺身而出的,是 Medicare 和 Medicaid 这两个最大的公共支付组织。诺贝尔奖得主、健康经济学的奠基人阿罗教授曾说,“当(社会)无法通过市场实现最优时,社会将设法通过非市场的方式来实现最优。这种说法并不新奇。毫无疑问,政府(至少在经济活动中)就是经常在或明或暗地承担着替代市场失灵的功能。”在 20 世纪 70 和 80 年代,试图充当患者代理人并“填补最优缺口”的,正是历来对医疗保健经济奉行“放手不管”原则的美国联邦与州政府。政府最初只是想通过打补丁的方式填补美国医疗保障网中的漏洞,本无意干预医疗保健市场。但是,Medicare 和 Medicaid 的设立将政府变成了美国医疗保健市场最大的采购者,其快速扩张刺激美国医疗总成本连续十年以两位数高速增长。随着医疗保健支出占财政预算的比例加速上升,捉襟见肘的 Medicare 和 Medicaid 管理者遂决定奋起反击,通过控制数量与价格双管齐下的策略,将维尔比医生及其患者的手脚捆住。于是,美国医疗保健经济迎来了政府规划与管制的时代。

20 世纪 70 年代,多数雇主仍寄希望于政府规划与管制能遏制医疗成本膨胀,当政府的有形之手干预失败以后,是一种历史悠久但勇于创新的私人支付组织提供了解围的市场化解决办法,这就是以“健康维护组织”(HMOs)为代表的“管理式医疗组织”(MCOs),当时,雇主们(尤其是面临国际竞争的大企业)急切地想要找到能一劳永逸地降低医疗支出的替代方案。它们发现,唯有管理式医疗能解燃眉之急。正是这些营利性私人组织,让美国西海岸预付团体诊所的星星之火形成燎原之势,发起了一场轰轰烈

烈的“管理式革命”。从此,美国医疗保健提供就从由维尔比医生主导过渡到由机构或组织主导的新阶段。20世纪90年代,雇主们纷纷转向管理式医疗,管理式医疗的参保人数占总人口的比例从20世纪80年代末的30%激增到十年后的90%以上。

管理式医疗的实质是私人保险商通过精心挑选特定的提供者网络、改变提供者的财务激励或者直接的命令与控制干预提供者的决策,设法剔除医疗提供中存在的道德风险。相对于传统的责任赔偿保险,管理式医疗组织制胜的三大法宝是选择性签约、创新的激励以及用量审查。传统美国医疗保健经济的提供者竞争是患者驱动的。MCOs则是通过选择性地跟那些开出最优惠价格的提供者签约,并拒绝给到未签约的提供者那里就医的患者赔付。与患者不同,支付者既有动力也有能力争取优惠的价格。由此形成了支付者驱动的提供者竞争格局。第二招是创新支付制度,让医生的薪酬与用量脱钩。比如,发放固定月薪或向初级保健医生按人头付费,借助预付制“经济学反转”的力量控制成本。当然,每种薪酬方案都存在潜在的效率与质量的激励冲突。第三招是直接审查提供者的使用量。用量审查是对广泛存在的医学实践差异的一种反应,它是基于成本有效性研究建立一套标准,并利用这些标准来评估患者要求的治疗。

大量证据显示,MCOs这种创新的商业模式成功地通过了市场检验。评判MCOs成功与否的最明显标尺是成本。学术界对MCOs节约成本的结论达成了高度共识。20世纪90年代中期是HMOs的黄金时代。多数研究者认为,美国医疗保健经济终于找到了解决选购难题的真正市场化的办法。然而,就在凯歌高奏的

巅峰时期,管理式医疗却意外地遭遇了来自媒体和医学界最严峻的挑战和鞭挞。最严重的指控是“商业的规范正在取代救死扶伤的准则,践踏医疗行业最神圣的价值观。”1997年初,克林顿总统甚至提出了一份允许患者自由选择提供者的权利议案,差点宣判管理式医疗成本控制的死刑。医生们的敌视情绪完全可以理解。毕竟,管理式医疗对医疗决策的直接干预和间接限制侵犯了他们的自主权,给他们套上了前所未有的财务紧箍咒。最令人费解的是,享受着难得的“制度红利”的美国消费者,竟然也加入了强烈抵制管理式医疗的行列。诡异的是,跟美国人极度反感管理式医疗的普遍认知不同,大多数 HMOs 参保人都对自己的保险计划相当满意。人们似乎忘记了半个多世纪以来美国公共部门与私人部门为消除传统医疗保健体系的无效率所遭遇的失败,全然不顾管理式医疗终于勒住医疗成本这匹失控的野马的事实,却毫无理由地怀念起马库斯·维尔比医疗时代,深陷于马库斯·维尔比医生的神话当中。

无论如何,HMOs 似乎都无力改变人们认为它们更多关注利润而不是患者的普遍看法。管理式医疗影响质量的证据尚无定论。但是,它影响信任的证据却是确凿无疑的。大多数美国人对医生的信任依旧,但就是不信任 MCOs。正如美国人对马库斯·维尔比医疗的喜爱是出于信任,他们对 HMOs 的敌视则是因为缺乏信任。当然,对管理式医疗的抵制并非完全是空穴来风。HMOs 在管理上的繁文缛节让普通患者望而生畏,对医疗决策的直接干预和间接限制则侵犯了医生的自主权。患者和医生都想获得自由转诊到任何专科医师和医院的权利,不愿意受限于 HMOs

的网络。这些因素,或许都是管理式医疗遭到强烈反对的原因。到 20 世纪 90 年代末,HMOs 开始主动从某些策略上做出让步。毫不奇怪,最先丢掉的法宝是最受医生痛恨的用量审查。多数 MCOs 逐渐放弃了传统 HMOs 极为重视的预付制。转向宽松得多的“优先提供者组织”(PPOs)预示着管理式医疗的进一步衰落。种种迹象表明,美国已从支付者真正努力控制成本的时代,进入管理式医疗“精简版”时代。MCOs 所青睐的成本削减策略大多已经打折扣或完全被抛弃。管理式医疗革命就像潮水,来了又去了。随着 MCOs 从市场上节节败退,美国医疗保健支出又恢复了向上攀升的势头。

正如德兰诺夫教授所云,美国医疗保健体系在不到三十年的时间里所发生的一连串的制度变革,确实是非同寻常。我们看到了美国是如何从患者完全信任医生的马库斯·维尔比医疗时代,过渡到公共支付者通过命令与权威直接干预医疗决策的政府规划与管制时代,随后迈入私人支付者借助创新的市场力量捆住医生和患者手脚的管理式医疗时代,最后又目睹了管理式医疗革命在巅峰时期深陷医生与患者的信任危机之中。阿罗在五十多年前强调过的医疗保健市场的不确定性与信息不对称性,以及由此引发的医疗服务的选购难题,为我们洞悉这些令人眼花缭乱的制度演变背后深层的经济学逻辑提供了重要思路。在管理式医疗崛起之前,选购难题几乎全靠维尔比医生来解决。20 世纪 70 年代,患者忍受了联邦与州政府为控制成本实施的种种管制,但这些管制皆以失败告终。20 世纪 90 年代主宰美国医疗保健经济的管理式医疗,则是对选购难题的市场化的解决办法。遗憾的是,患者不相信