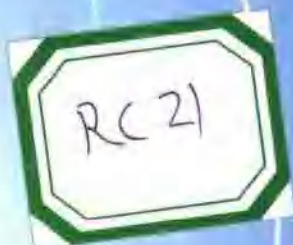


Eli Ginzberg 著

吉 农 李令堂 聂梅梅 译

21 世纪一瞥

A Look to the Twenty-first Century



明天的医院

TOMORROW'S HOSPITAL

第二军医大学出版社

明 天 的 医 院

——21 世纪医院一瞥

原 著 Eli Ginzberg

译 者 吉 农 李令堂
 聂梅梅

校 者 宛 玲 颜文京

第二军医大学出版社

内容提要

本书作者 Eli Ginzberg 教授系美国哥伦比亚大学艾森豪威尔中心从事人力资源保护的专家。他和他的同事调查了 1992~1994 年克林顿总统提出的国家卫生体制改革期间,美国卫生和医院市场出现的巨大动荡,以及政府、医疗行业、医院和医疗消费者等面临的问题、选择和实践结果,并预测了未来医院的发展。本书所用材料翔实,观点新颖,分析立论有据,有很强的可操作性,对我国目前正在进行的医疗卫生体制的改革有借鉴和参考价值。读者对象为医院管理人员、医学院校卫生管理专业的教师和学生、保险公司从业人员、社区医疗服务人员以及证券投资人员等。

图书在版编目(CIP)数据

明天的医院/(美)金兹伯格(Ginzberg, E.)著;吉农,李令堂,聂梅梅译.

—上海:第二军医大学出版社,2000.10

书名原文:Tomorrow's Hospital

ISBN 7-81060-089-3

I. 明… II. ①金… ②吉… ③李… ④聂… III. 医疗保健事业-体制改革-概况-美国-1992~1994 IV. R199.712

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2000)第 19802 号



明天的医院

原 著 Eli Ginzberg

译 者 吉 农 李令堂

聂梅梅

责任编辑 傅淑娟

第二军医大学出版社发行

(上海市翔殷路 800 号 邮政编码:200433)

全国各地新华书店经销

河海大学印刷厂印刷

开本:787×1092 1/32 印张:4.75 字数:106 800

2000 年 10 月第 1 版 2000 年 10 月第 1 次印刷

印数:1~3 000

ISBN 7-81060-089-3/R·054

定价:12.00 元

中文版致谢

献给 Thomas H. Meikle, Jr. 以示友情和谢意。

译 者 的 话

“Tomorrow's Hospital”是美国哥伦比亚大学艾森豪威尔中心人力资源专家 Eli Ginzberg 教授的新作。Eli Ginzberg 教授长期从事医疗体制、政策研究，也是当今美国研究卫生体制改革的专家。他的这本著作曾被翻译成 10 多种文字在世界各地出版。

1992 年，美国总统克林顿提出国家卫生体制改革以来，美国卫生和医院市场出现了巨大动荡，政府、医疗行业、医院和医疗消费者面临着一系列新的问题，做出了一系列新的选择。Eli Ginzberg 教授和艾森豪威尔中心的研究人员调查、总结和评价了美国卫生体制改革的实践结果。预测了未来医院的发展，出版了《明天的医院——21 世纪医院一瞥》的专著。本书观点新颖，立论有据，绘制了 21 世纪医院的蓝图。虽然预测未来是一件十分困难的工作，预测的准确性要通过实践来检验，但我们认为 Eli Ginzberg 教授的预测是严谨的、科学的、是有积极意义的。

目前，中国正在进行社会保障体制及医疗卫生体制的改革。国家各级医疗管理部门、医院、医务人员也面临着一系列新的问题。尽管中国和美国在社会制度、社会保障体制方面不相同，但美国卫生体制改革面临的问题、选择、实践结果，对我们仍然有一定的借鉴作用，世界医院发展的大趋势对我们的工作仍有

一定的参考价值。基于此考虑,我们将“Tomorrow's Hospital”译成中文,奉献给中国读者。

本书涉及美国医院的发展历史、卫生组织、医师组织及医院管理方面的专用语,尽管我们尽了最大的努力查译核准,但由于水平有限,难免有翻译不妥之处,恳请广大读者斧正。

本书的翻译工作得到吴金京、刘玉秀、石东、王好、周丽君和张卫红等同志的大力支持和帮助,谨此表示衷心的感谢。

愿读者与我们一样喜欢这本书,并从中受益。

译 者
2000 年 5 月于南京

前 言

写这本书的计划始于 1991 年秋。托马斯·弗农(Thomas Vernon)博士当时是 Pew Charitable Trusts 卫生和为人类服务项目的主任,他在指导建议起草的过程中发挥了关键的作用。现任 Trusts 主席丽贝卡·瑞梅尔(Rebecca Rimel)也提供了重要的支持。

卡罗琳·阿斯伯里(Carolyn Asbury)博士,1992 年被任命为卫生和为人类服务项目的主任,她同她的助手莫妮卡·斯泰格尔沃特(Monica Steigerwald)一起审阅了全部计划。位于哥伦比亚大学的艾森豪威尔人力资源节约中心的工作人员,特别是我,希望表达对 Trusts 的慷慨帮助以及其他官员、工作人员所作贡献的谢意。

40 多年来,艾森豪威尔中心曾经探索过各种各样有关社会变化方面的政策事项。导致该书出版的调查是在美国卫生和医院市场出现巨大动荡的时期(1992-1994 年)进行的。这场动荡主要是由克林顿总统提出改革国家卫生体制的、雄心勃勃的提议中所包含的不确定性引起的。

一般人坚持认为,由于总统提议的立法被取消,卫生体制将通过市场的力量进行改革。不可否认,这些力量十分强大。但是,由于目前几乎所有卫生基金的一半均由政府负责,在推测有关我们卫生体制的前途问题上,可以不考虑联邦或州政府的行动与否,这种想法将是一个严重的错误。

跟读者说句实在话,我和艾森豪威尔中心的工作人员都意识到绘制 21 世纪医院的设想方案是困难的。然而,我们相信没有成功把握的尝试总要比一点也不去尝试要好。

初稿完成之后,我们邀请了几位卫生政策研究组的成员进行了审阅,并邀请他们参加了在华盛顿举行的为期一天的研讨会,目的在于征求如何加强初稿力度的建议。承担这个繁重任务的人员有:哈尔·科恩、丹尼尔·福克斯、保罗·金斯伯格、杰克·哈德利、鲁斯·哈福特、罗伯特·海泽尔、弗雷德·海德、斯坦利·琼斯、詹姆斯·莱恩、托马斯·派尔、米歇尔·罗伯金、琳达·斯拽克、小詹姆斯·塔隆和巴巴拉·温。没有他们的慷慨奉献就没有这本书的出版。毋庸置疑,书中存在的任何缺点均由我们自己负责。

30多年来,我的长期助手与合作者米里亚姆·奥斯托的工作极大地丰富了艾森豪威尔中心所进行的所有卫生政策方面的研究。在这项研究工作的准备过程中,她实实在在的、认真仔细的编辑工作再一次发挥了重要作用。霍华德·伯利纳,一个多年的合作伙伴,帮助收集了作为前面几章基础的重要数据和历史资料。我们的高级助理安娜·B·达卡在研究的各个阶段,特别是在核实终稿中使用的统计数字和资料来源方面,奉献了她宝贵的专业知识。

艾森豪威尔中心的其他工作人员也作出了重要贡献。格雷戈里·格罗夫和克里斯托弗·朱罗斯基在研究、统计分析和草稿准备的各个阶段都提供了帮助。全部工作中最重要的是索萨娜·瓦什兹,他负责编辑工作、技术准备、统筹安排、会议组织和项目的总体勘漏。查尔斯·弗雷德里克对项目的财政和支持方面进行了高效和良好的管理,他的工作确保了会议的成功。

我向给予我支持的每一位朋友致以深深的谢意。

Eli Ginzberg

目 录

第一章	起点·····	1
第二章	统治年代·····	7
第三章	不祥征兆 ·····	26
第四章	即将来临的混乱 ·····	41
第五章	设想方案Ⅰ：在困难时期进行更好的管理·····	56
第六章	设想方案Ⅱ：医院——医生重组·····	70
第七章	设想方案Ⅲ：从独立医院到综合卫生计划·····	86
第八章	告别 20 世纪 ·····	102
第九章	跨入 21 世纪 ·····	115
第十章	展望·····	130
主要参考文献	·····	140

第一章 起 点

当本书所记述的研究开始时,国家卫生体制改革还没有出现,更不用说达到中心阶段了。但是到 1992 年夏季中期,正当总统选举热火朝天的时候,比尔·克林顿州长曾把这个项目作为非常优先考虑的项目,其重要性仅次于重振低迷的美国经济。1994 年夏,当第一份草稿接近完成之前,对国家卫生体制进行改革的许诺便无人问津了。9 月底,总统提交的卫生安全法案在国会议事日程上令人遗憾地被取消了。然而,1991 年,Pew Charitable Trusts 同意授权艾森豪威尔研究中心(Eisenhower Center)对数年后医疗部门可能发生的变革进行研究,这表明越来越多的人开始意识到,美国卫生系统中长期占统治地位的机构体制不久将经历结构和功能性的变化。

1991 年,医疗部门用于卫生保健的支出占国家总支出的 37%,这个数字不包括

治疗住院病人的医生的薪金,也不包括联邦、州和当地政府所减免的用于教学和社区医院的数目可观的税额,以及接受私人保健的雇主和雇员所享受的税务优惠待遇。那年,这些项目加上医院保健的直接费用约为 3 750 亿美元,是国家总支出 7 550 亿美元的一半。在 1994 年之前,这些数字几乎分别上升到 4 500 亿美元和 9 400 亿美元。抛开其他因素不讲,单就这个巨大的数字本身而言,就需要对医疗部门进行仔细的研究。

1991 年社会焦点集中在医院上的原因还有一些,该调查过程越来越引起人们重视的原因也很多。其中最重要的原因有:住院数和住院的总天数明显下降;医疗技术的进步为医生在急救设施中治疗病人提供了新的机会;越来越多的雇主决定,通过鼓励雇员参加一种或多种类型的有组织保健计划,包括保健组织(HMOs)等,以减少保健成本。保健组织和有组织保健计划的特点,不管是非赢利还是赢利组织,它们都有一个共同的战略,即把组织成员的医院使用率降低到赔偿保险范围内的人口比率之下。这种战略背后明显的动机是,无法控制病人住院是对保健组织和有组织保健计划生存的最大威胁,更不用说赢利了,因为成本最高的一类是住院保健。

新技术和参加有组织保健的人数不断扩大,为向院内保健提供高折扣的大型有组织保健计划提供了新的机会,它们的综合影响使医院床位更加趋于过剩。这反过来又使许多医院产生了严重困难,这些医院习惯于广泛的内部交叉补贴,习惯于用保健病人的部分收入弥补未能偿还或无法偿还的保健费用以及未获得资助的教育及研究活动。特别受影响的是那些接受大量穷困和未参加保险的病人的机构。

其他一些主要因素跟急性病治疗医院部门的麻烦不断增

加有关,即医疗保险和医疗补助长期难以支付;在同样或相关领域,医院倾向于引进昂贵的、高技术服务以提高竞争力,这导致了病人和付费者的成本不断增加;在许多农村地区,特别是在那些年轻人当中,病人弃当地医院而不就诊,喜欢去设备更好的、人员素质更高的较远的医院就诊,这种趋势正在不断增长。艾森豪威尔中心工作人员相信,现在必须对影响医院部门复杂的环境力量进行系统分析,以便阐明在即将发生的变化中存在的潜力和危险。

尽管公开发起的卫生体制改革已悄无声响,但是越来越多的证据表明,市场力量正在改变现存的医院工作及其惯用的运行方式。在许多市场领域,昂贵的服务项目未被充分利用,附近的医院已经决定进行合并或已经同意划分它们之间重复的专科服务。

在一些农村地区,越来越多的独立社区医院加入了非赢利的或赢利的连锁医院,在即将到来的竞争更为激烈的时代,这些连锁医院的出现将为它们的机构生存提供更大的保险。以城市为基础的学术性医疗中心正试图同较小的、主要座落在郊区的医院迅速建立起网络,希望它们能成为三级保健的可靠来源。这种趋势正不断增长。与此同时,许多大型教学医院已经在理想的城内和郊区位置建立起了流动保健设施。其他大型医院已经买下了初级私人保健业务,平均价格为150 000美元,最高为500 000美元。这种调整、重新组合和合并表明,国家独立慈善型医院的独特体制是怎样适应院内保健市场变化的。急性病治疗医院在美国卫生体制的结构和功能上仍然是重要的,但是,更为强劲的变革力量产生于私人保险系统,它们拥有富有的资产。医生们正重新组织许多新的渠道为病人服务。卫生市场提供的许多新机会以企业的形

式引导医生们进入各种各样的契约性安排,目的在于增加他们的收益和实现较大的利润。

近些年来,几个州政府已经进行了变革,目的在于减少成本,同时提高为一部分或所有人口提供的、过去没有完全做到的保险覆盖率。有许多很好的理由使人们相信,越来越多的州政府可能追求甚至加大它们促进卫生体制改革的努力。

在不久的将来,国家主要的卫生体制改革将不会成为国会或美国人民的首要目标。抛开这个可以理解的假设不管,联邦政府的影响不会被忽略。原因很简单,因为联邦政府是卫生和医院开支中最大的单一支付来源,几乎每3美元中它就占1美元。此外,作为医疗保险的最大支付者,联邦政府面临的主要挑战是:老人和残疾人的医疗服务和医院保健的成本加速上升。医疗保险信托(Trusts)基金会正处于资金不足的边缘,这一事实将对国会和联邦政府尽早着手政策修改行动构成压力。越来越多的州政府因为不断增加的医疗补助费用而面临严重的预算压力,联邦政府还被要求自动放弃的呼声所困扰,放弃之后州政府就可以锐意创新,信守阻止资金外流的承诺,同时确保有资格的人员继续接受国会委托的服务范围和质量。

如果发生意想不到的全国性流行病威胁,如80年代全国流行的艾滋病,联邦政府将再次被迫采取行动。有很多国家的主要教学医院负责为穷人提供无法偿还费用的大部分保健任务,以及支持医院进行教育和研究活动,如果允许低廉的病人保健税收危及这部分交叉补贴,联邦政府也将不得不干预。总而言之,即使在不久的将来进行系统的卫生体制改革的可能性不大,联邦政府在医院领域发挥的预期作用是不能被忽视的。

由于市场力量已成为卫生体制变革和重组的主要催化剂,下列与医院部门有关的趋势可能在不久的将来引起人们的注意:

- 所有支付者——私人雇主、州政府、联邦政府和处于中介地位的有组织保健计划,要求缓解医院和医生用于支付保险病人、未保险但又不能拒绝治疗的个人、有关间接(通过一些病人保健退还费用的部分偏转)活动,特别是医疗教育和临床研究的支出,这方面的压力将越来越大。医院将面临无法逃避的现实,即支付者将不会以高于国内生产总值两倍的增长速度继续为它们提供资金。

- 过去 15 年多的时间里,住院病人数和住院天数一直在下降,几乎所有医院市场领域都因此出现能力过剩现象。这也使医院保健的支付者们获得相当可观的折扣,因此对医院部门构成了威胁,引起收入下降。

- 从 80 年代早期开始,雇主们向他们的工人施加压力,要求他们加入各种有组织保健,从而不断努力控制他们为雇员提供的、不断增长的卫生保健费用。估计在 1994 年底有 5 000 万人加入了保健组织,这预示着对医院收入更多的责难。保健组织的一个重要目标就是减少它们成员的住院数量。

- 从 80 年代中期开始,联邦和州政府就没能支付医疗保险和医疗补助病人全部的医疗费用。为了补偿这些费用,医院通过向私营部门支付者追加约 30% 附加费的办法未实施交叉补贴。这些收入不仅弥补了公共部门支付者未支付的费用,而且弥补了医院的其他支出,如那些为未付保险的穷人提供保健的医院。但是,由于私营部门支付者越来越注意费用问题,这样巨大数额的交叉补贴不太可能会持续很长时间。

●坚决制止特权支出费用的计划。即使是在1993年末到1994年初联邦卫生体制的改革高度期间,克林顿总统也曾警告说,大量削减医疗保险的费用将是支持其计划中设立的两项新救济金的必要条件;为老年人开药方和为残疾人提供家庭护理。尽管这些项目不再列入近期的议事日程,联邦政府正面临着缓解老年人医疗保险费用的强大压力,就象州政府正在寻求控制他们为穷人和残疾人提供的费用一样。就国会和州立法机关在这方面所获得的成功面言,医院收入的前景非常模糊。

不需要再列举其他趋势来支持这种观点了,如未保险人数加速增加的趋势等,约5300家国家急性病治疗医院处在困难之中,这是一个不能不算重要的数字,在目前的混乱时期结束之前,作为更为广泛的美国卫生体制改革的一部分,医院部门将进行根本的改革。下面各章将追踪美国卫生事业的历史背景以及体制结构、功能和运作的轨迹,以及对目前混乱市场的正确评价,对更加全面深入地了解第二次世界大战后美国卫生体制可能的最大变革非常必要。

第二章 统治年代

在第二次世界大战刚刚结束的年代里,急性病治疗医院被推到了美国卫生体制的尖峰上。几组断断续续但相互影响的力量为此提供了动力:医疗药品的进步;公众对药物和医院保健不断增加的“口味”;联邦政府愿意对资助生物医学研究和设施建设承担责任的愿望;私人健康保险的迅速扩大。

由于后见之明的优势,我们现在知道,如同这些第二次世界大战后早期的发展一样重要,1965年通过的医疗保险和医疗补贴立法可能是将急性病治疗医院从一个突出位置提升到统治地位的唯一的最有效的因素。因此,本章将提出3个相关的问题:

第一,是什么导致在政治上处于保守的美利坚合众国,选择了一个建立在就业基础上的税收方法,这个方法可以确保大多数老年人在65岁的时候广泛地接受医院保健的保险项目,使他们用联邦政府补

贴的保险费购买用于医生服务的保险,并建立一种联邦-州政府联合财政体制,使指定类型的穷人能够接受广泛的医生和医院服务?第二,新立法的制定和执行是怎样产生这么多无意的和未曾预料的结果的?第三,80年代初以来,公共和私人部门的什么力量对急性病治疗医院的持续统治构成了威胁?

令人不可思议的是,第一个问题的部分答案是,医疗保险法案的通过与私人健康保险不断的成功有着密切的联系,私人卫生保险在第二次世界大战期间和结束后初期获得了相当大的动力,并在整个50年代和60年代早期继续取得迅速的发展。有4组数字可以说明这种要素。1940年,1200万美国人,占美国全国人口(13200万)的9%多一点,购买了私人卫生保险。1950年,这组数字分别为7700万和15200万或50%多一点。到1965年前,全国19400万人中有13900万人有了保险,平均在71%以上。简而言之,在四分之一世纪里,人口与健康保险的比例增加了8倍。

由于大多数美国人把获得健康保险作为他们工作的额外福利或者作为对受雇人员的依赖,50年代中期以后,公众和政治家越来越意识到,万一需要医院保健,有两类公民面临严重的危险:一类是退休的老年人(及他们的配偶);另一类是不同种类的穷人,即受雇于不提供保险项目并处于倒闭边缘的工厂工人,以及成千上万没有固定工作的人。私人健康保险覆盖的个人数量越多,老年人的弱点就越醒目。国会对此作出了反应,让州福利部门可以动用联邦资金,以便对未人保险的老年人提供医院保健资助。但是,由于大多数老人与福利体制毫无关系,并且继续采取回避态度,这种方法没有获得成功。