

# 世界卫生 论坛

国际卫生发展杂志

1985年，第6卷，第1期



世界卫生组织 日内瓦

世界卫生组织委托中华人民共和国卫生部由人民卫生出版社出版本刊中文版

5-34c

过刊



# 世界卫生 论坛

国际卫生发展杂志

1985年，第6卷，第2期



世界卫生组织 日内瓦

世界卫生组织委托中华人民共和国卫生部由人民卫生出版社出版本刊中文版

5-346





# 世界卫生 论坛

国际卫生发展杂志

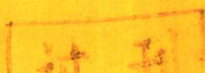
1985年，第6卷，第3期



世界卫生组织 日内瓦

世界卫生组织委托中华人民共和国卫生部由人民卫生出版社出版本刊中文版

5-34c





# 世界卫生组织 论坛

国际卫生发展杂志

1985年, 第6卷, 第4期



世界卫生组织 日内瓦

世界卫生组织委托中华人民共和国卫生部由人民卫生出版社出版本刊中文版

5-342

**世界卫生论坛**

1985年,第6卷,第1期

世界卫生组织 编

人民卫生出版社出版

(北京市崇文区天坛西里10号)

人民卫生出版社印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米16开本 5 $\frac{1}{2}$ 印张 127千字

1985年9月第1版 1985年9月第1版第1次印刷

印数: 00,001—2,400

统一书号: 14048·5147 定价: 1.35元

[科技新书目108—68]

863月4

37年 1月 22日 1094

**世界卫生论坛**

1985, 第6卷, 第2期

世界卫生组织 编

人民卫生出版社出版

(北京市崇文区天坛西里 10 号)

人民卫生出版社印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米16开本 5 $\frac{1}{4}$  印张 131 千字

1985年12月第1版 1985年12月第1版第1次印刷

印数: 00,001—2,000

统一书号: 14048·5199 定价: 1.30 元

[科技新书目 113 — 58 ]



**世界卫生论坛**

1985年，第6卷，第3期

世界卫生组织 编

人民卫生出版社出版  
(北京市崇文区天坛西里10号)

人民卫生出版社印刷厂印刷  
新华书店北京发行所发行

787×1092毫米 16开本 5 $\frac{1}{2}$ 印张 130千字  
1986年3月第1版 1986年3月第1版第1次印刷  
印数：00,001—2,200  
统一书号：14048·5286 定价：1.30元  
〔科技新书目123—68〕

**世界卫生组织论坛**

1985年，第6卷，第4期

世界卫生组织编

人民卫生出版社出版  
(北京市崇文区天坛西里10号)

人民卫生出版社印刷厂印刷  
新华书店北京发行所发行

787×1092毫米16开本 5 $\frac{1}{2}$ 印张 131千字

1986年7月第1版 1986年7月第1版第1次印刷

印数：00,001—2,200

统一书号：14048·5356 定价：1.30元



# 世界卫生论坛

1985年,第6卷,第1期

## 圆桌会议

失去控制的卫生保健费用:瑞士的经验

Jürg H. Sommer ..... 3

讨论:

Brian Abel-Smith; Jan E. Blanpain Pierre Gilliard; Bengt

Jönsson; Frans F. H. Rutten; Detlef Schwefel ..... 9

## 初级卫生保健

培养初级卫生保健观点

Merryl Hammond ..... 20

初级卫生保健自愿者:问题和可能

J. P. Ranken ..... 24

菲律宾培训农村卫生工作者:民间方法

Manuel M. Dayrit ..... 27

## 大事

获得性免疫缺陷综合征:现状 ..... 29

## 公共卫生实践

印度的免疫规划

R. N. Basu ..... 34

## 读者论坛

J. Jeyaratnam; Alok Vajpayee; Alberto Pinzon Sanchez;

Robert E. Morris; Asha Bai; Nimitta Bhatt;

William R. Brieger; Antoine Degremont ..... 37

## 生活质量

发病率下降

James F. Fries ..... 45

## 环境卫生

非电离辐射和健康

Michael J. Suess ..... 49

卫生与低造价的住房

Betsy Stephens, John P. Mason 和 Raymond B. Isely ..... 55

**药物**

基本药物的合理应用  
Henry S. Fraser ..... 59

按需选用药物  
B. Jøldal ..... 62

**人民与健康**

从人类发展来看疾病  
Thomas McKeown ..... 64

**传统医学**

植物与现代药物：科学与民间传统的结合  
N. R. Farnsworth ..... 69

**教育**

职业病医学及其专业大学  
Jean Spencer Felton ..... 71

皮肤病：一个公共卫生问题  
A. Nondasuta 和 R. Kotrajaras ..... 79

**图书**



# 失去控制的卫生保健费用： 瑞士的经验

Jürg H. Sommer

医药方面的供求关系与传统的自由经济模式大不相同。只有恢复竞争的市场，才能持久地把卫生费用降下来。在此之前，需要通过严格的管理和限制医学院校的招生来控制卫生费用。

卫生保健开支的急剧增长乃是一个全球性的现象。对增长的主要原因，发达国家的专家们在很大程度上都有一致的看法：

——人口的变化造成了人口平均年龄的老化；

——疾病的构成朝着与人口老化有关的、而且往往因生活方式诸因素而加剧的慢性病和残疾的方向改变；

——随着医疗技术的进步而采用了更为高级的诊断、治疗方式，并且扩大了保健的范围；

——公众和专业人员对技术的进步期望越来越高，而且，为了减轻病痛和获得舒适的条件，对非正规的应付性的家庭和社区的设施日趋摒弃，而对正规的卫生服务的依赖则加深；

——卫生部门工资的后来居上、专业性的增强和技术水平的提高造成了工资薪金开支的增加；

——经费的提供由个人的直接支付转由保险制度和政府支付<sup>〔1〕</sup>。

无疑，这些原因与瑞士情况也完全相符，而且其中大部分原因在将来还要继续发生作用。

据估算，在瑞士，卫生事业的总开支在1950年为国民总产值的2.8%，1960年增至3.3%，1980年达7%。1960至1980年间，国民总产值用于医疗保健的部分增长了一倍多，在20

年中，卫生保健总开支增长了十倍（见表）。1982年的预测为152亿瑞士法郎左右，即人均2400瑞士法郎（1090美元），占国民总产值的7.4%。

瑞士的卫生总开支

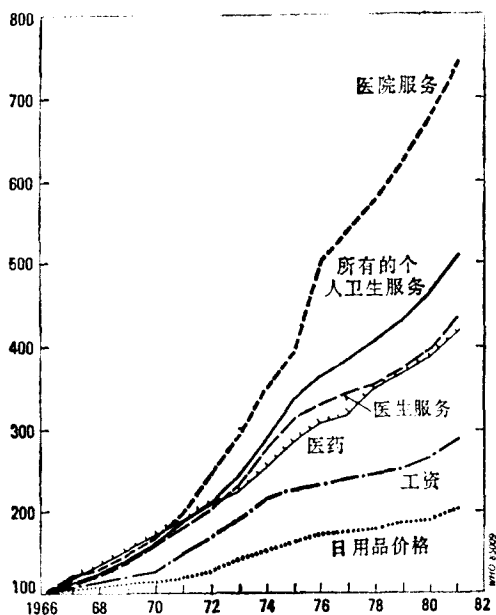
| 年份      | 卫生保健总开支  |            |
|---------|----------|------------|
|         | 瑞士法郎(百万) | 占国民总产值的百分比 |
| 1950年   | 600      | 2.8%       |
| 1960年   | 1200     | 3.3%       |
| 1970年   | 4400     | 5.0%       |
| 1980年   | 12300    | 7.0%       |
| 1982年预测 | 15200    | 7.4%       |

资料来源：“瑞士医学人口学：公共卫生和未来的展望，1900年~1971年~2000年”。1976年 Vaud 州洛桑统计局，Cygi, P. 和 Frei, A. 著：“瑞士公共卫生”。1982年Basle的Krebs 著。

如图所示，个人卫生服务开支的增长远远超过日用品价格的增长。在卫生部门中，医院服务的费用增长最高，其中最大的一项是人员开支，由1950年占医院总开支的44.3%增至1981年的77.6%<sup>〔2〕</sup>。

如果国家卫生保健政策不发生根本性的改

Sommer 医师在 Basle 大学教学医院工作，是研究瑞士卫生保健系统的效率和效益的瑞士国家第八号科研规划付主任。



1966~1981年瑞士的日用品价格、工资以及个人卫生服务的开支(包括分项开支)情况(1966年的平均费用标为100)

资料来源:1982年伯尔尼联邦社会保险署的“1966年以来在卫生保健费用、收支以及资产方面的趋势”。

变,那末,由于三大因素,使得我们所观察到的费用的升级难以下降。

### 1. 人口的老化

根据人口预测可知,到2000年,老龄(65岁和65岁以上)人口的比例将增至16%,到2040年则进一步增至24%。对医疗保健的使用随年龄而大幅度增加。如,高龄70的人其卫生保健平均费用是20岁人的5倍。若维持其它因素不变,到2040年,仅人口结构的变化一项就将使卫生保健开支增长23%<sup>[3]</sup>。

### 2. 医生人数的增长

在过去二十年内,医生人数增加了一倍多,而人口只增长了18%,结果,现在每400人中就有一名医生行医,是世界上医生/人口最高的比例之一。与此同时,瑞士大学每年新培养800~900名医生,因而,在1975和1990年间,其人数可望再增长一倍,在1975和2010年间可增长两倍。疾病保险基金的统计数字表

明,某一地区行医的医生越多,则该地区的人均费用就越高。

### 3. 急诊部门过多

五十年代和六十年代医院的发展是以人口增长的预测为基础的,而这一预测证明是太高了,结果在1980年,瑞士每1000人就有急诊医院床位6.7张,医院短期收容住院的能力比比比利时、加拿大、联合王国和美国要高出50%,平均住院日为14.3天,而美国只有7.6天。许多这种昂贵的短期住院床位都被只需要保健性护理、而不需要高级医疗服务的年迈体弱的老人所占据。

### 我们是否开支过多?

国民总产值中,用于医疗保健的“恰如其份”的比例究竟是多大,无人知晓。然而,翻阅一下文献便可发现,很少有证据能说明,在发达国家中,对医疗服务进一步投资会导致总死亡率和发病率的显著下降。西方国家之间人均卫生保健开支的差别可达200%,而他们在健康指标方面的差异大都不到5%,两者之间的相关性甚小<sup>[4]</sup>。一旦提供了最起码的合理的保健后,其它因素——饮食、生活方式、遗传、环境等——对健康和长寿的作用则比提供更多的医疗服务显著得多。瑞士目前每年都对医疗保健投资15亿瑞士法郎,我们如何才能得知瑞士人真正所要求的医疗保健究竟是多少?

标准的经济分析法要根据市场规律所发送出来的信号为基础。从理论上讲,可以假设具有明确喜好的消费者能够向各类供应厂商购买商品和服务。由于他们力图最大限度地使用这些商品和服务,因此从收入水平考虑,他们希望找到最便宜的供应厂商。而供应厂商则想最大限度地获取利润,这样,便能刺激他们,用尽可能低的成本生产出商品和服务,并提供消费者所想购买的各类档次的商品,否则,另一家供应厂商就可能把生意抢走。如果某一行业中有一组供应商效率低下,那么该行业外的其

它商行,为追逐利润就会打入市场,从而确保那些消费者按其收入情况而最希望购买的商品,能以最低的成本出产出来<sup>(5)</sup>。

瑞士的医疗市场却同这一模式有许多重大的差别。

1. 新的供应者不能自由进入市场;

2. 大部分医院是非赢利的,当他们亏本时,州和镇或多或少会自动地给予补贴,就这一点而言,他们抱的是铁饭碗;

3. 普通的患者缺乏知识,无法决定自己是否能从某一疗法中受益。因此,消费者有自主权的这一通常推论对患者是不适用的。

4. 消费者指望医生把他模糊的医疗需要转化为要求。由于医疗保健中拿不准的东西很多,而且也有多种多样可被接受的治疗方法,所以医生提出建议时有很大的余地。

5. 对所提供的每一项服务,疾病保险基金都付给医生固定的费用,因此,当新的医生进入市场时,并不产生价格的竞争。

所以,不论怎么说,瑞士的医疗市场并非竞争性市场。消费者和供应者都不会因为注意节约而获得好处。

——不能刺激参加保险的患者去寻求以较低的价格提供同样产品的供应者。该患者的疾病保险基金的所有成员将分担他享用医疗服务的任何费用,而对其本身保险费的影响则微乎其微。

——一个人开业医生提供的服务越多,其收入则越高。倘若一名医生避免提供了那些有疑问的或效果差的服务,那就会因收入减少而吃亏。在瑞士,医生的总收入只占卫生保健总开支的19%左右,但是他们却控制或影响着其余的大部分开支。而瑞士的卫生保健制度并不要求他们对自己的决定所产生的经济后果负责。大部分医生对自己所要的东西的费用一无所知,因而也就没有关心的实际必要了。

**1960至1980年间,国民总产值用于医疗保健的部分增长了一倍多,在20年中,卫生保健开支增长了十倍。**

——医院从疾病保险基金按日所付的费用收入越多,其亏本则越少,结果从医疗角度来说,造成了患者不必要的住院、住院时间不必要的延长以及费用的增加。

——疾病基金会只能控制保险金中自己的行政管理费这一部分。倘若基金力图控制要求支付的这一部分,那末,不论是消费者还是提供者都会反对,并且会在保险公司之间钻空子。

与竞争性市场相反,瑞士卫生保健制度鼓励开支,而不是节约开支。因此,当我们研究瑞士人所消费的医疗服务是否切实值那么多钱时,我们不能简单地依据市场规律。即使很可怀疑他们耗资过多,但也没有确凿的证据可说明瑞士人不愿意把国民总产值的7%或8%投入医疗保健。然而,当1982年底联邦政府召开控制卫生费用的全国性大会时,在其所大张旗鼓宣传的第一次会议上,的确出现了一种一致的看法,即瑞士人不再愿让这个百分比大大上升了。如果情况确实如此,那末,怎样才能进一步控制卫生保健费用使之与经济的其它部分相一致呢?

可以找出控制卫生保健费用的两大主要途径。

1. 全科和专科医生的人数、医院的规模和设备,以及其它医疗设施应更好地适合被服务的群众的需要;

2. 对现行的筹集资金和提供服务的制度加以改革,使之成为另一种制度,它既能奖励供应者想方设法提供质量好价格低的保健,又能奖励消费者积极寻求这种高效率的供应者。

**高龄70的人其卫生保健平均费用是20岁人的5倍。**

### 设施的控制

即使对医生或住院床位“恰到好处”的密度没有达成统一的标准,但通过国际比较可以看出,瑞士在这两个方面均投资过度,如果要在短期内实现节约,那末就需采取下列措施

1. 应审查每个州的医院系统的规模和范



围,找出在床位、人员和设备能力方面过量的地方。减少不必要的床位,自然就会缩短住院的时间。

2. 州和镇应该确保在自己的地区有充足的协调良好的各类家庭保健和辅导性的社会服务,以使老年人尽可能地留在家中。在老年化的社会中,控制卫生费用的日趋重要的途径就是要想方设法用有限的资源来满足老年人的需要。

3. 必须改变目前在培养医生方面极为自由化的政策。减少毕业生数。若每年只毕业250名医科学生,医生与人口的比率不用十年仍可增加到每300人一名医生,但是这样的措施至少可以使医生的密度趋于稳定,尽管是稳定在一个十分高的水平上。其结果是,瑞士只需要目前所有的五所学院校中的一两所就够了。

设施的控制是切实有效的,但是也有其限度,因为在这过程中,如果损害了我们所指望减少开支的人的经济利益,那么任何制度要压缩费用都是不能成功的。从长远的观点来看,不改变瑞士卫生保健制度中建立起来的鼓励增加费用的做法,那将会一事无成。

### 建立一个竞争性的医疗保险市场

我们在医疗保健方面实行了一种从灾祸保险借用而来的筹资办法,这种办法假设经济刺激对使用卫生服务的决定并不会产生重要的作用。灾祸(火灾、车、船祸)保险的根本思想是:损失是不可抗力所造成的,而且补偿的费用是能够用客观的方法所确定的。

而医疗保险,如美国经济学家 A. C. Enthoven 所正确指出的那样,根本不符合这一模式<sup>(6)</sup>。在决定寻求什么样的保健和提供多少保健方面,判断和选择的余地太大了。医疗诊断和治疗中充满了拿不准的东西,在大多数情况下,都不会只有一种正确的、标准的疗法,也许会存在好多种可被采纳的疗法。由于医疗保险能使患者获得更多的免费保健,从而使医生的报酬增加,它便导致人们要求越来越昂贵的保健,也导致人们去提供这些保健。在这个

资源有限的世界上,我们在医疗保健方面化费越多,在其它方面就化费越少。而我们目前设计而成的医疗保险制度就好象可利用的资源是无穷无尽的一样。一个基本的改革战略应该确保鼓励人们提出(或解答)一些棘手而又必要的问题,如:额外的住院日是否值得化费那么多钱?

由于对费用和医疗服务的使用能进行控制的不是保险公司,而是服务的供应者和患者,所以经济学家认为,解决卫生费用不断增长的办法是造成供应者之间的彼此竞争。这种方法的主要之点是使消费者按不同的保险费在几组供应者之间进行选择。消费者选择了一个高效率的供应者就能获益,而供应者也因做成了生意而得益。于是,低效率的供应者由于缺少患者而不得不改进或破产——现行的制度就会因此而发生显著的改变。这一竞争性的战略依靠的是(假定)消费者有选择合适的卫生保健计划的能力,如果他们掌握了有关成本和效益的必要信息,并且对他们慎重地进行选择给予经济的鼓励的话。由于消费者的喜好是如此之不同,所以现有的许多不同的供应者和保险制度就很可能最大限度地满足个人的要求。

在美国,有几批彼此竞争的供应者,他们被称为可供选择的资金来源和卫生服务系统,这包括集团预付款组织、独立的保险协会、初级保健网和优选供应者组织。他们都有一个共同点,即保险金都支付给某一组织,该组织本身就负责提供或安排综合性的医疗保健,并在提供服务时,至少承担一部分的经济风险。

保险金是根据人均每月固定的数额预先确定的,这样,保险机构就有固定的预算,并在该预算内来提供保健。提供的服务越多,并不等于收入越多,对疾病进行预防或用较低的成本进行治疗就能得益。在可供选择的的服务系统中,患者同意对医生进行有限的选择(指在该系统工作的医生),作为交换,他(或她)可以用较少的费用而获得自己所认为的较大的保险受益。与按服务项目进行收费的保险制度相反,供应者机构负责的则是一批加入保险的人

群，因而它能对可供使用的资源进行认真地规划，使之适应这一人群的需要。在美国，有证据表明，集团预付款的办法使卫生保健的人均总开支减少了10~40%<sup>[7]</sup>。

以下便是 Enthoven 在其“消费者选择医疗制度”一文中所提议的在各类医疗制度、包括按服务项目收费的传统医疗制度之间进行合理竞争的主要内容：

1. 应根据年龄、性别、地址和其它对确定医疗需求的预测起作用的因素按“保险统计法”对人群分类。

2. 各种医疗制度应根据其本身的成本和对自己在竞争性市场中所具有的承担能力的判断，对各类保险统计人群确定出自己的保险金。

3. 应要求各种医疗制度都负责起码的基本卫生服务。为了便于对价格进行比较，所有的政策都可以用基本的卫生服务和一些便于处理的保险受益来表述

**不论怎么说，瑞士的医疗市场并非是竞争性市场。消费者和供应者都不会因为注意节约而获得好处。**

4. 应要求各类医疗制度对某一地区为同样的保险受益而入伙的一类人中的每个人都收取同样的保险金。

5. 要求各种医疗制度都参加一年一度的政府监督下的公开报名，通过报名，吸收一切选定参加其保险的合格人员。

6. 要求各种医疗制度对所负责的医疗服务的家庭开支公布明确规定的年度限额。

7. 无力承担全部保险金的人可获得需偿还的赋税宽减额，以便帮助他们支付保险金。这种津贴可随着经济状况、年龄和家庭规模而调整，但是仅仅因为选择了更昂贵的医疗制度是不能获得补贴的。

**在美国，有证据表明，集团预付款的办法使卫生保健的人均总开支减少了10~40%**

只有在某一国家或地区进行测定，才能表

明所提议的市场战略是否有足够的法定保障，以防止在“风险的选择”或“优惠的定价”方面可能出现如 Milton 和 John Roemer 所告诫的那些弊病<sup>[8]</sup>。然而，任何制度都会有弊病，个人和公众的严密监督就是我们最好的办法。

### 资料的收集

为了对费用控制政策作出评价，政策制定者和决策人员必须掌握有效可靠的尺度来衡量卫生保健开支的实际增长水平和增长率。这种尺度可通过下述划区范围的人均开支的年度数据而获得：

——以人口为基础的开支数，以消除因患者流动而造成的差异；

——健康危险因子(年龄、性别等)的调整开支数，以作出地区之间卫生状况差异的校正；

——地区卫生系统控制之外的一般生活费因子的调整开支数。

由于采用定居人口划区范围的开支数，因特定患者的差异而造成的随机波动便最终达到了平衡。从理想的角度说，所采用的地区应是处于自然状态的卫生保健市场地区，也就是说，是居民很少到外面去求医的地区。

McClure 把有效的尺度称为“保险统计同等开支数”。有了这些开支数，便可以在各计划地区之间对卫生保健系统的充足程度和效率进行比较，并可以使我们更加准确地确定那些地区卫生保健系统的费用特征是可以被接受的，那些地区又被认为是过高和浪费的。对瑞士来讲，收集这种数据，以利于计划工作和确定指标，具有十分重要的意义。

由于高费用地区(即那些保险统计同等开支数大大高于全国平均数的地区)的浪费比低费用地区严重，因此，不论从效率还是公正合理的角度看，高费用地区与低费用地区相比，应维持较低的指标值。不过，从技术上说，精确地确定卫生保健开支最佳水平的“恰到好处”的办法是没有的，费用增长的指标值的选择是一个政治决策的问题。

\* \* \*

为何一个如瑞士那样的小国竟需要 500 多个疾病保险基金会？在它们 1965 年的特别协议中，这些基金会都力图在它们之间排除任何竞争，他们商定不宣扬与其它基金会比较，也不招收已加入其它基金会的成员。由于没有竞争的压力，它们对控制卫生费用的态度就十分消极。在医疗保健的经费来源和组织方式方面必须进行根本的改革。

当前，瑞士根本没有任何可供选择的服务系统。只要这种制度不建立，就很少能刺激开业医生对医疗保健采用更符合成本效益的做法。但是，卫生保健费用的不断增加和医生人数的迅速增长，或迟或早会迫使医疗服务的供应者去探讨关于如何为卫生保健筹集资金以及如何提供卫生保健的新思想。毋庸置疑，有关的消费者团体、商业界、劳工界以及联邦政府和州政府开始施加压力以改变卫生政策的时机已经到来。

### 参 考 文 献

1. Maxwell, R. J. *Health and wealth: an international study of health-care spending*. Lexington, MA, Lexington Books, 1981, p. 38.
2. Association of Swiss Hospitals. *Annual*

- Report* 1982, Aarau, 1983, p. 13.
3. Leu, R. E. & Frey, R. L. *Budget incidence, demographic change, and health policy*. Paper presented at 39th Congress on Public Finance and Social Policy, Budapest, August 1983.
4. McClure, W. *Journal of health politics, policy, and law*, 1:1 (1976).
5. Newhouse, J. P. *The economics of medical care: a policy perspective*. Reading, MA, Addison-Wesley, 1979, p. 49.
6. Enthoven, A. C. *Health plan, the only practical solution to the soaring cost of medical care*. Reading, MA, Addison-Wesley, 1980.
7. Luft H. S. *Health maintenance organizations: dimensions of performance*. New York, Wiley, 1981.
8. Roemer, M. I. & Roemer, J. E. *International journal of health services*, 12(1):111 (1982).
9. McClure W. *Comprehensive market and regulatory strategies for medical care*. Hyattsville, MD, Bureau of Health Planning, 1979, (PHS-HRA-230-77-0033), pp. 52, 54.



Brian Abel-Smith

## ——对卫生保健的供应者 加以控制会有很大风险

Sommer 医师一开头关于卫生保健开支的急剧增长乃是一个全球性的现象这一说法若在十年前就提出则更为恰当。可惜的是，在非洲和拉丁美洲，相当数量的国家已通过削减卫生开支对世界经济危机和严重的债务问题作出了反应，而且好几个发达国家，如比利时、丹麦、爱尔兰、荷兰和联合王国已削减了某几年的实际卫生开支，特别是综合医院的开支，或者已制订了这种削减计划。换句话说，卫生保健的费用并不是在所有的地方都失去了控制。

我下面仅仅针对更发达国家的情况发表一些看法。

我虽然同意 Sommer 医师对卫生开支很高的主要原因所开列的清单，但我并不认为这些原因都适用于每一个国家（例如，卫生部门的工资正在后来居上）。此外，在这份清单中，还有一个重大的遗漏，即遗漏了对提供过量的服务起鼓励作用的收费制度（医生按服务项目收费以及医院按住院日收款）所产生的影响。这具有关键意义的一点 Sommer 医师后来才提出来。人口老化的问题是一个微小的因素。根据 Sommer 医师的数字，它造成卫生保健费用的增长按预测每年还不到 0.5%，只要有一般的经济增长率，就可以轻而易举地吸收这种卫生费用小幅度的增长。

Sommer 医师问道：“我们如何才能得知瑞士人真正要求的医疗保健究竟是多少？”有人或许也会同样问道：“我们如何才能得知瑞士人真正要求的教育究竟是多少？”教师们认为教育方面的额外开支（不论是开设更多的班级，进一步增加辅助人员还是增加尖端设备）可能对学生有利，但是他们却至少无法使教育

开支额外地增加，也不会因此而得到益处。教育方面的开支问题在很大程度上是一个政治决策问题。后来，Sommer 医师在其文章中也确实指出费用增长的指标值的选择是一个政治决策的问题，那末，为何又偏偏把选择费用降低的指标值的可能性问题也是一个政治决策的问题这一点排除在外呢？

在某些国家里，通过紧缩预算、制定规章，或者通过从医疗保险到国家卫生服务的筹资方式进行改革，包括如意大利所进行的对医生的付酬办法的改革，已成功地控制了要求增加卫生保健开支的压力。

凡由中央政府预算或地方政府预算或者由两者结合提供全部或主要卫生经费的地方，从本义上讲，卫生保健的费用都是受政治控制的。在北欧国家、加拿大（就医院来说）和新西兰，长期以来就是如此，它们在对整个或部分的国家医疗保险制度规定最高限额的方法方面有独到之处。于是，在比利时、法国和荷兰对医院的预算最近也规定了限额。

在荷兰，对专科医生在医院外的收入也规定了预算限额。到 1986 年，老的或新的专科医生所提供的额外服务将导致收费水平按比例的下降。在联邦德国，几年来，对卫生保健系统各不同部门确定指标的作法尽管不具有约束力，但也并非一无成效。

在某些国家里，在对综合医院确定预算最高限额的同时，还鼓励采取较便宜的住院保健方案，包括低价格的长期住院设施和家庭保健。其它国家正在就改革医生服务付酬中按服务项目收费制度的比值比率问题进行谈判，以便对提供技术性的服务、尤其是对诊断用的检验减少经济上的刺激。此外，还采取了一整套措施来限制门诊病人的药费开支，如制定了正反两

作者系英国伦敦政治经济学院社会管理部教授。