

本书翻译受教育部人文社会科学重点研究基地
重大项目“新型农村合作医疗制度研究”
(05JJD840009)资助

第2版

健康经济学

【美】詹姆斯·亨德森 著 向运华 钟建威 季华璐 颜 韬 译

Health Economics & Policy

James W. Henderson



人民邮电出版社
POSTS & TELECOM PRESS

R1/3

2008

第2版

健康经济学

【美】詹姆斯·亨德森 著

向运华 钟建威 季华璐 颜 韬 译

向运华 王保真 审校

人民邮电出版社

北 京

图书在版编目 (CIP) 数据

健康经济学 (第2版) / (美) 亨德森 (Henderson J. W.) 著; 向运华, 钟建威, 季华璐, 颜韬 译.

- 北京: 人民邮电出版社, 2008. 1

ISBN 978 - 7 - 115 - 17445 - 1

I. 健… II. ①亨… ②向… ③钟… ④季… ⑤颜… III. 卫生经济学 IV. R1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 001087 号

James W. Henderson

Health Economics & Policy, 2nd Edition

ISBN 0 - 324 - 06365 - 2

Copyright © 2002 by South-Western, a part of Cengage Learning.

All Rights Reserved

Authorized Simplified Chinese Edition by Cengage Learning and PTPress and New Curves. No part of this book may be reproduced in any form without the express written permission of Cengage Learning and PTPress and New Curves.

本书中文简体字版由圣智学习出版公司授权人民邮电出版社独家出版发行。未经出版者预先书面许可, 不得以任何方式复制或发行本书的任何部分。

本书封底贴有 Cengage Learning 公司防伪标签, 无标签者不得销售。

北京市版权局著作权合同登记号: 01 - 2004 - 3117

版权所有, 侵权必究。

健康经济学 (第2版)

- ◆ 著 [美] 詹姆斯·亨德森
译 向运华 钟建威 季华璐 颜韬
审校 向运华 王保真
策划 刘力 陆瑜
责任编辑 颜林柯 樊妮
装帧设计 陶建胜
- ◆ 人民邮电出版社出版发行 北京市崇文区夕照寺街14号A座
邮编 100061 电子函件 315@ptpress.com.cn
网址 <http://www.ptpress.com.cn>
电话 (编辑部) 010-84937150 (市场部) 010-84937152
北京圣瑞伦印刷厂印刷
新华书店经销
- ◆ 开本: 850 × 1092 1/16
印张: 28.75
字数: 720千字 2008年1月第1版 2008年1月第1次印刷
著作权合同登记号 图字: 01-2004-3117

ISBN 978 - 7 - 115 - 17445 - 1/F

定价: 68.00 元

本书如有印装质量问题, 请与本社联系 电话: (010) 84937153

内 容 提 要

本书由美国贝勒大学经济学教授詹姆斯·亨德森写作，旨在以简洁直观、由浅入深的方式向学生传授健康经济学知识。全书分5编、共17章，内容以医疗保健市场及管理为主体，同时补充了相关经济学概念和基本原理；以医疗保健市场状况、影响因素分析和结论为基本，同时介绍了研究方法；以美国健康经济的历史和改革为重点，同时涵盖了全球健康经济的发展。基础性、全面性和启发性就是本书的特点。

本书附有大量专栏、附录和问题，既可作为医学院、药学院、卫生管理学院、公共卫生学院及公共管理、经济管理等相关文科学院的本科生、研究生包括公共管理硕士、公共卫生硕士等的学习和参考用书，也可作为卫生、社会保障、保险部门的领导干部和实际工作者的培训教材和参考用书。

中译本序言

全世界都日益认识到，没有一个国家能够向她的全体公民提供所有具有某些益处的健康保健。资源必须经过配置。每个社会都面临着挑战，即如何将资源尽可能公平地分配，并获得尽可能大的效益。

美国斯坦福大学经济学教授 维克托·富克斯

经济水平的提高、人均寿命的延长、医疗科学技术的发展，许多因素都在推动着人们对医疗卫生和健康需求的增长，从而推动着资源向这个领域的流动。无论是发达国家，还是发展中国家，都面临着如何分配社会资源、最大限度地满足人民多种需要的挑战。任何一个国家的医疗卫生体制，也都面临着如何公平有效地利用资源以满足人们日益增长的健康需要的挑战。以提高经济效率为核心的经济学，在医疗卫生和健康保健领域，正在发挥着越来越大的作用。

尽管只有短暂的四十多年历史，作为一门年轻的应用经济学分支的健康经济学，却在越来越多的国家里得到了飞速的成长和发展。吸引世界上第一流经济学家的人数、对主流经济学的贡献、发表的研究成果和获得的研究经费、对公共政策的影响等，无论从以上哪一个角度来衡量，健康经济学都已成为了一门获得了极大成功的新兴交叉学科。

中国从上个世纪 80 年代开始引进健康经济学。也许由于健康保健本身在中国经济发展阶段上的特定历史地位，社会对健康经济学尚未产生充分的需求，因而它还未得到人们足够的重视。同时，这也许是健康经济学在中国的发展始终局限在医疗卫生学科内部的原因，它既没有得到经济学家的重视，也没有成为一门严格意义上的交叉学科。

2003 年在中国大地上暴发的一场惊动世界的“非典”流行病，一下子把医疗卫生和健康保健在中国的新的历史地位突显了出来。2005 年开始的关于中国医疗卫生体制改革的争论，又进一步掀起了全国人民对医疗卫生领域关注的热情。如何解决人民看病贵看病难的问题、建立一个什么样的医疗卫生体制来更有效更公平地满足人民日益增长的健康保健需要，已经成为中国政府推进和谐社会建设的核心问题之一。在这样一个历史发展的大背景下，健康经济学在中国正面临着一个前所未有的历史发展机遇。

健康经济学主要研究如何有效使用社会的资源来最大限度地满足人们对健康保健的需求，增进和提高人民的健康水平。由于医疗卫生是改善人民健康的重要手段之一，如何有效使用医疗卫生资源理所当然地成为了健康经济学的重要内容。然而，医疗卫生只是影响人们健康的一个因素，经济收入水平、生活方式、环境、

教育、社会因素、心理等都是影响健康的重要因素。因此,健康经济学不仅应当涉及医疗卫生,还应当涉及影响健康的其他因素。然而,由于种种原因,健康经济学对于医疗卫生以外因素的研究还非常不充分。

尽管我国已经翻译介绍了一些国外的健康经济学(卫生经济学)书籍,我国学者自己也编写了这方面的书籍,这本由美国贝勒大学经济学教授詹姆斯·亨德森写作的《健康经济学与政策》,不仅涉及医疗卫生对健康的影响,并且对影响健康的其他因素,如社会文化、老龄化、法律和技术这4个非医疗卫生因素也展开了充分的分析。这些因素不仅在美国对于健康具有重要的影响,在其他许多国家,包括中国在内,也都具有重要的影响。因此,本书在这方面为我们提供了一个独特的视角,为我国从事健康经济学研究和健康保健实际工作的读者提供了特别有益的启发和信息。

健康经济学的成功发展,在很大程度上与它对卫生政策的影响密不可分。只有当这门学科对政府的卫生政策产生影响,对老百姓的日常需要产生影响,它才能得到迅速发展的动力和营养。在这方面,亨德森教授的书也提供了丰富的内容,形成了自己的特色。本书讨论了卫生政策最重要的两个方面:扩大人们获得医疗卫生服务的可及性,以及控制医疗费用的过度增长。这是任何一个国家医疗卫生体制都面临的两个最重要的问题。本书还提供了大量的实例,帮助读者理解健康经济学理论在实践工作中的具体应用。

健康经济学的发源地在美国,并且在美国得到了最迅速的发展。与此有关,大量流行的健康经济学教材都是由美国学者写作的。由于健康经济学是一门应用性很强的应用学科,这些教材都不可避免地美国的特殊国情联系在一起。亨德森教授的书,也详细分析了美国医疗卫生体制改革的历程和问题。然而,尽管美国国情与中国的不同,但是两国的医疗卫生体制改革都面临着一些具有共性的问题,如扩大医疗保险的覆盖人群、控制医疗费用的增长、确定政府和市场的分工、提高医疗服务的质量等。

亨德森教授的书避免使用大量的数理公式,它将一些难度较大的经济学推理放在附录中,而使用了通俗易懂的语言和图形。因此,本书特别适用于没有经过严格的现代经济学训练的广大读者群使用,是一本通俗易懂的教材。这对于想要了解健康经济学的一般读者、对于医疗卫生领域的实际工作者,以及对于卫生政策的决策者,都是一本非常实用的基础入门教材。

我自己非常荣幸有机会被邀请为亨德森教授的这本书的中译本作序。作为一个经济学学者,我从1992年起在美国专注于健康经济学和健康政策的学习和研究,深知翻译作为一门跨学科的健康经济学之不易。这要求译者本人具有经济学和医疗卫生两方面的知识背景。同时,由于本书涉及大量美国的特定材料,也要求译者对美国的医疗卫生领域有一定的了解。从我看到的各种国内译本中,本书的翻译质量是相当出色的,这为增进读者对译文的理解提供了一个重要的条件。

“它山之石,可以攻玉”,我们需要认真学习和借鉴别人有益的知识 and 经验。与此同时,随着我国医疗卫生体制改革的进一步推进和发展,如何根据中国本身的国情,密切联系中国的实际,发展适合中国需要的健康经济学,已经历史性地

落到了我们中国学者的身上。作为一个从事健康经济学研究和教学的学者来说,我非常希望本书的出版对于推动我国在健康经济学领域的研究、教学和实践起到进一步的促进作用,对于发展具有中国特色、研究中国问题的健康经济学起到进一步的促进作用。

复旦大学经济学院公共经济学系 蔡江南教授

2007 年 10 月写于上海复旦大学

前言

美国因为依赖私营部门为医疗保健制度供款而极为卓著。在医疗保健的支出水平超过 10 000 亿美元时，即使是私营企业制度的坚定支持者，对于私营部门能否在合理的价格水平上向每个具有医疗需求的人提供有质量的医疗保健都暗地持怀疑态度。美国医疗保健提供的未来意味着政府将承担更重要的角色吗？或者私营市场应成为为医疗保健供款的最主要工具吗？当前的医疗保健辩论集中在两个基本问题上：婴儿潮一代即将退休，老年医疗保险计划为确保制度可持续发展进行的改革；病人权利法案的通过以保证在管理式保健的制度下人们得到必要的保健。本书提出这些重要的经济学与政策问题，作为医疗保健辩论的背景。

本书的主要目标是让读者能够：

- 认识到经济学与医疗保健之间的联系，应用经济学的推理更好地理解相关的医疗保健问题。
- 在宽广的社会学、政治学以及经济学背景下，理解美国医疗保健提供制度的原理。
- 探索医疗保健制度的性质变化以及其对医疗从业、医疗教育与研究以及医疗政策的意义。
- 从经济学的角度分析医疗保健制度的公共政策。

依此目标，本书分 5 编，共有 17 章。

经济学工具

正文开始于对医疗保健产业全面的基本评述，注重于影响医疗保健提供与供款的经济学问题。第 1 章分析适用于医疗保健的经济学问题的性质。第 2 章论证经济学理解医疗保健问题的有用性，包括生存、死亡、残疾以及疾病等问题。第 3 章分析应用一般经济学模型研究医疗保健市场时遇到的问题。在这 3 章的每章章末都有技术性的附录。附录 1A 概括说明使用医疗保健价格指数来衡量医疗保健价格通货膨胀的挑战。附录 2A 是图表分析的基本介绍，附录 2B 介绍经验分析中所使用重要的统计学工具。第 3 章末尾的两个附录介绍消费者选择与生产的新古典模型。

对医疗保健的需求

第二编分析市场的需求方。第 4 章确定并描述影响健康与医疗保健需求的各

种因素。这一章研究并解释医疗保健质量与价格可观察到的模式。第5章讨论医疗保险市场,对私营保险模式与社会保险模式进行对照与比较。

影响医疗保健市场的供给因素

第三编论述医疗保健市场的供给方。第6章评估健康维护组织(HMO)与服务点数计划(PPO)等不同医疗保健提供制度在控制医疗保健成本方面的效率。第7章考察医疗保健从业者的市场以及其行为如何受到医疗保健部门最近改革的影响,特别是管理式保健改革的影响。通过讨论护士与牙医的市场对其他供给部门进行分析。第8章总结医院行为的主要理论并描述美国非营利医院在医疗保健制度中所起的作用。

干扰因素

第四编分析造成美国医疗保健制度支出上升的因素。以取首字母的缩写词来归纳这些章:SALT,这可以使讨论更有趣味。第9章是“S”,分析影响医疗产出的社会文化因素。第10章是“A”,论述老龄人口的影响。第11章是“L”,分析法律制度以及医疗事故如何影响医疗保健成本。第11章的附录介绍在包括非正常死亡的不同情况下如何评估生命价值的经济学方法。最后,第12章是“T”,研究技术变革如何成为支出上升背后的驱动力。

医疗政策问题

正文的最后一编公正地分析医疗政策与其经济应用。第13章分析政府、家庭以及宗教在促进医疗保健参与方面的作用;介绍老年医疗保险计划、穷人医疗救助计划以及其他政府计划,并分析其经济影响。这一章的附录讨论从经济数据中做出预测的一些问题。第14章的内容是补偿计划(诊断相关分组法与医药资源相对价值比例)最近的改革问题,以及其对医疗保健的数量、质量以及可及性的影响。第15章总结5个主要发达国家——加拿大、法国、德国、日本以及英国——医疗保健提供制度的重要特色。第16章描述美国医疗保健制度的措施并总结美国主要的政策选择。第17章再次论述从经济学方法到公共政策应当学习的重要教训。

第2版的新内容

自从本书第1版出版以来,我们见证了医疗保健提供和供款制度中的大量制度变革与政策变革。为了分析新出现的问题,我们有必要在第2版中进行几个重要的改动。两个版本最明显的差异是结构上的。将管理式的保健这一章前移,紧接医疗保险的一章,这使得主题的组织更有意义。另外一个变动是将“经济学在医疗保健中的实用性”的资料从第1章移到第2章,使得介绍性的资料更有条理。

第6~8章的大量篇幅重新撰写包括对资料的更具分析性的方法,更加强调经济学,而无损于非经济学专业学生的轻松理解。第2版在第6章的“管理医疗的

节约成本理论”下加入两节，论证管理医疗与按服务项目收费的质量差异，并着眼于管理医疗的公共形象。

第7章对劳动力市场进行理论分析，介绍经济学家对投入定价、投入需求以及人力资本投资的视角。新的一节提出了医生行为的几种理论，将医生视为垄断竞争者并将其视为不完全的代理人。这一章还增加了论述风险分担合同以及医生行为控制设计的新的一节。本章对财政激励的性质以及这些激励调整医生行为的能力进行了讨论。

第8章讨论了医院服务市场领域，这一章中新包含了一个关于多重医院制度的部分，这部分讨论了关于合并的经济学理论，并考察了在这个产业中关于合并的经验性证据。

公共政策部分的讨论是从第13章开始的，包括修正和扩展的部分，考察了不同计划和政策的经济后果。这一节对老年医疗保险计划和穷人医疗救助计划的经济后果进行了讨论。另外，第16章增补了关于州级医疗保险经济学的新材料。

当然所有的包括最新医疗保健成本和结果数据的图和表已经被更新。这些数据可以在我为方便本书阅读所建立的网站上找到，网址是 <http://hsb.baylor.edu/html/henderso/book.htm>；你也可以从这本书的官方网站链接 <http://Henderson.swcollege.com> 上搜索到相关数据。数据使用 pdf 格式，以方便阅读和转换为幻灯片形式使用这些数据。

教学特点

这本书最根本的特点集中在公共政策方面。把经济学作为技术工具是重要的，但是经济学本身并不是目的。相反，我将把这些理论当成学生们提出政策问题的分析工具。

每章都有一些“医疗保健提供中的问题”。它们总结了在医疗研究、流行病学、公共健康以及与卫生保健供给经济学相关的其他领域的重要研究。还有一个特点是，在大多数章节你能够发现对健康经济学做出很大贡献的个人简介。他们中有很多人是经济学家，还有一些是医生，他们每个人都对我们在医疗、医疗经济学以及医疗政策方面的观点有深远的影响。

背景知识的插页是为了展示经济学中运用图表分析的方法。这些方法和类似的图表经常在非正式的场合被经济学家所运用。那些经济学家和同行在午餐后闲聊时也许就是把它画在餐巾纸上以阐述自己观点的。这些主题包括生命价值的评估、如何计算回报率、弹性的概念、津贴的福利方面含义、雇佣法令的冲击、成本收益的计算、疾病预防的成本效力以及其他一些话题。开发学生们运用模型的能力是本书的重要目标。

层次

我的这本书本来是为非经济专业的学生写的，但是其中涉及了相当多的经济学知识，这足以给经济专业的学生提出挑战。我在贝勒大学所教班级的学生主要来自医学院预科的学生，还有很多是经济专业的学生，也有很多不是经济

学专业的学生，还有少数几个老年医学专业的研究生以及数量众多的商科的学生。我也把这本书用做我教的 MBA 研究生选修课程的教材。所有的这些学生都是很好的思考者，并且大多数学生表现良好，尽管有些以前没有上过经济学的相关课程。

本书适合于作为经济学系、医疗保健管理的研究生项目或者公共医疗学院、医学院以及护理和药剂学院提供的健康经济学课程的入门介绍。

鸣 谢

本书作者只有我一个人，我将对本书的内容负责。但是本书是一个巨大的项目，因此也不能将本书的完成归功于我一个人。我在贝勒大学的同事——Richard Chewning、John Pis ciotta、Samuel Seaman、Tom Kelly、Beck Taylor 对本书贡献巨大，他们花费了大量的时间和我讨论经济学和医疗保健问题。他们对本书的出版和修订所起的作用是无法估量的。很多能干的研究助手对本书的出版也做出了多年来的巨大贡献，尤其是 Heather Newsome、Leigh Ann Berry、Jamie Antal Faulkner。

美国有很多教师也对本书的第 1 版提出了很多修改意见，这对本书第 2 版的修订起了很大作用。他们的评论和建议对我是非常重要的，本书之所以变得更好也是因为他们做出了辛勤的努力。在这里我要感谢：

Paul Farnham, *Georgia State University*
 Stephen F. Gohmann, *University of Louisville*
 David C. Grabowski, *University of Alabama-Birmingham*
 Frank Harris, *University of California-Irvine*
 Lanis L. Hicks, *University of Missouri-Columbia*
 Kathy Kelly, *University of Texas-Arlington*
 Robert Lipp, *SUNY, Stony Brook*
 Ellen Magenheimer, *Swarthmore College*
 Lee Rivers Mobley, *Oakland University*
 Melissa Thomasson, *Miami University*
 Kendra Uhe, *Robert Morris College*

我也要感谢使用本书第 1 版甚至第 1 版前的讲义的我的学生们。他们使用这本正在修订中的著作将会使今后使用本书的无数学生受益。

当然，没有家人的支持和理解我也绝对完成不了本书，在这里我要感谢 Betsy、Luke 以及 Jesse，正是你们的理解、关爱和耐心才使我得以完成此书。至于 Luke，我期待在不远的将来你能出现在我的课堂上。

James W. Henderson

简要目录

第一编	健康与医疗保健经济学基础	
第 1 章	美国医疗保健：是危机还是谜团	1
第 2 章	运用经济学研究健康问题	19
第 3 章	医疗保健市场分析	56
第二编	需求方分析	
第 4 章	对健康和医疗保健的需求	97
第 5 章	健康保险市场	127
第三编	供给方分析	
第 6 章	管理医疗	153
第 7 章	医务专业人员市场	171
第 8 章	医院服务市场	201
第四编	干扰因素——SALT	
第 9 章	社会文化分析	224
第 10 章	人口老龄化	252
第 11 章	法律制度和医疗事故	267
第 12 章	医学技术	293
第五编	医疗保健提供中的公共政策	
第 13 章	扩大可及性的政策	322
第 14 章	控制成本的政策	345
第 15 章	全球卫生保健制度	364
第 16 章	美国的医疗保健制度改革	396
第 17 章	公共政策	426
	专业术语表	432

详细目录

中译本序言	3	问 题	44
前 言	7	参考文献	45
第一编 健康与医疗保健经济学基础		附录 2A 图示数据	47
第 1 章 美国医疗保健：是危机还是谜团	1	附录 2B 统计学工具	51
医疗保障提供的历史发展过程	2	第 3 章 医疗保健市场分析	56
战后的经历	3	医疗保健市场	56
高昂且日益上涨的医疗支出问题	4	医疗成本	57
医疗保健提供的变化	6	保健的途径	59
医疗作为商品的本质特征	9	医疗成果	59
十个关键的经济学概念	10	竞争市场模型	62
摘要与结论	11	市场失灵	63
问 题	13	市场力量	63
参考文献	13	外部性	67
附录 1A 医疗保健的价格指数	15	公共产品	68
第 2 章 运用经济学研究健康问题	19	医疗市场的市场失灵	70
经济学在医疗保健中的实用性	19	市场失灵的常见原因	71
经济学的重要假设	20	医疗市场的不完全性	74
科学的方法	21	医疗市场的政府干预	78
建立模型	22	管 制	78
解决问题	22	税收政策	79
经济最优化	22	政府失灵	80
需求与供给	25	摘要与结论	82
需求法则	25	问 题	83
需求的价格弹性	27	参考文献	84
供给法则	30	附录 3A 消费者选择的经济学	86
均 衡	35	附录 3B 营利部门的生产与成本	90
竞争模式	37	第二编 需求方分析	
企业行为理论	37	第 4 章 对健康和医疗保健的需求	97
福利含义	38	对健康的需求	97
不完全竞争	39		
摘要与结论	42		

健康的产出	98	医疗提供者选择	159
健康状况的衡量标准	100	成本分摊安排	159
健康状况的决定因素	104	医疗准则和使用评价	160
公共卫生和营养的作用	107	管理式医疗节省成本的证据	163
对医疗保健的需求	108	管理式医疗和按服务付费医疗之间质量差异的证据	164
作为一项投资的医疗保健	108	管理式医疗和它的公众形象	165
影响需求的几个因素	110	摘要与结论	166
测量需求	118	问 题	168
摘要与结论	121	参考文献	169
问 题	122		
参考文献	123	第 7 章 医务专业人员市场	171
第 5 章 健康保险市场	127	劳动力市场理论	171
历史背景	127	投入价格	171
保险的类型	129	投入需求	172
健康保险提供者	131	人力资本投资	173
私人保险需求	131	医生服务市场	176
风险与保险的理论	132	专科分布	177
健康保险和市场失灵	135	地理分布	180
信息问题	136	医师薪酬	180
在美国健康保险的提供	140	医生服务的定价	183
自我保险的实践	140	医师执业组织	183
未保险者的医疗	142	医师行为模型	186
有多少美国人没有保险	142	医生——垄断竞争者	186
谁是未保险者	143	医生——不完全的代理人	187
他们为什么没有保险	143	控制医生行为	189
缺少保险意味着不良健康吗	145	医生对激励体系有无反应	189
未保险者的安全网	146	经济激励影响的经验依据	190
摘要与结论	148	护理服务市场	191
问 题	150	牙医服务市场	193
参考文献	150	摘要与结论	195
		问 题	197
		参考文献	198
第三编 供给方分析		第 8 章 医院服务市场	201
第 6 章 管理医疗	153	美国医院简史	201
管理医疗的历史	153	美国式的机构配置	205
管理医疗计划的类型	155	医院分类	205
健康维护组织 (HMO)	156	医院支出	207
优先提供者组织 (PPO)	156	医院市场结构	207
服务点 (POS) 计划	158	医院行业非营利组织的作用	212
混合类型	158	非营利性组织形式	212
管理式医疗成本节省原理	158	非营利产业的竞争特性	213

医院行为的其他替代模型	214	问 题	265
效用最大化模型	215	参考文献	265
医生控制模型	216		
多医院系统的趋势	217	第 11 章 法律制度和医疗事故	267
联合理论	217	美国的赔偿法	268
联合的经验证据	218	医疗事故法的功能	268
摘要与结论	220	赔 偿	268
问 题	221	制 止	269
参考文献	221	惩 罚	269
		医疗事故诉讼的增加	269
第四编 干扰因素——SALT		索赔频率	270
第 9 章 社会文化分析	224	巨额的索赔	271
社会问题的本质	224	国际间差异	275
艾滋病在美国	225	赔偿法改革	276
艾滋病在美国的程度	225	医疗事故的成本	276
对人口的风险	227	诉讼增加的原因	278
医疗保健问题	227	改革的建议	282
世界范围的影响	229	摘要与结论	285
毒品滥用的后果	230	问 题	287
毒品滥用的特点与程度	230	参考文献	288
社会成本	233	附录 11A 不正当情况下死亡的生命价值	290
干预策略	234		
烟草和酒精滥用对经济的影响	235	第 12 章 医学技术	293
胎儿醇中毒综合症	238	新技术的普及	293
社会病理学	238	技术变化的经济学	294
美国的暴力问题	238	技术水平	295
未成年人怀孕	239	保险在技术普及中所起的作用	297
性传播疾病	244	器官移植的例子	297
无家可归	246	器官移植的历史	299
摘要与结论	246	当前的器官移植政策	299
问 题	247	为什么会存在捐献器官短缺	303
参考文献	248	制药业	305
		制药业的结构	305
第 10 章 人口老龄化	252	技术时代研究的角色	306
老龄化人口	252	广告和促销	311
寿命预期	253	政府的角色	313
老年人的医疗成本	255	制药业未来的方向	315
增加的服务强度	257	摘要与结论	317
长期护理成本	259	问 题	319
死亡的高成本	261	参考文献	320
摘要与结论	262		

第五编 医疗保健提供中的公共政策

第13章 扩大可及性的政策

老年医疗保险计划：老年人的医疗保健	322
制度特色	323
谁支付	324
谁受益	326
经济后果	327
穷人医疗救助计划：穷人的卫生保健	329
制度特色	331
经济后果	332
其他的经济问题	334
其他政府项目	336
国防部	336
退伍军人医疗保健项目	337
摘要与结论	339
问 题	340
参考文献	341

附录13A “预测”的注解

第14章 控制成本的政策

政策的选择	345
强制的费用表	345
总额预算	347
资源配给	349
美国的成本控制战略	350
诊断相关分组法	350
设定医生的收费：医药资源相对价值比例	
(RBRVS)	356
管理医疗策略	359
市场替代	360
摘要与结论	360
问 题	362
参考文献	363

第15章 全球卫生保健制度

国际比较	364
OECD国家的费用支出	365
医疗产出的国际比较	366
加拿大国民健康保险：医疗保险	366
法国：平等，自由，互助	372
德国：疾病基金	376

日本：公司是人民的	378
英国：国民医疗服务制度	383
摘要与结论	389
问 题	391
参考文献	392

第16章 美国的医疗保健制度改革

改革的推动力	396
道德问题：医疗保健是一种“权利”吗	397
改革的目标	399
谁被覆盖	399
提供什么服务	400
谁来付款，付多少	400
个别州的首创	401
夏威夷的全民保健	401
俄勒冈医疗计划	402
其他州的改革	404
医疗保险强制	404
强制的经济学	404
各州进行强制的方法	406
美国的政策选择	408
单一付费者制度的国家医疗保险	408
基于雇主的医疗保险	411
基于市场的方法	415
管理式的竞争	419
摘要与结论	421
问 题	423
参考文献	423

第17章 公共政策

稀缺性和选择	426
机会成本	426
边际分析	426
自利性	427
市场和定价	428
供给和需求	428
竞 争	429
效 率	429
市场失灵	430
比较优势	430
最后的思考	431

专业术语表

人们对未来医疗保健的关心主要围绕着三个主要问题：医疗质量、可获得程度和负担能力。随着私人医疗保险的覆盖范围逐渐缩小，未保险人数不断增加，近来出现的公众舆论显示医疗制度亟需改革。保险范围的差距和过去数十年中医疗费用的上升趋势使人们形成了一个共识：美国存在着医疗保健危机。那么，这场医疗保健危机的本质是什么呢？是医疗开支方面的危机，还是我们的医疗付费方式的危机？很多人都关心未保险的人如何获得医疗，以及现在有保险的人将来如何持续地获得医疗。另外，由于医疗保健正越来越多地由管理医疗（managed care）机构提供，人们也担心医疗质量会成为一个问题。

民意调查表明，大多数参加保险的美国人对他们自己的医疗保险计划的医疗质量感到满意。事实上，超过 80% 的美国人在评价他们或他们家人在过去 1 年中所接受的医疗时，都说好或者极好。但另一方面，人们对于能否获得医疗也确实存在着忧虑，大约一半人都担心如果他们得了重病，他们将没有能力负担他们所需要的医疗（Donelan et al., 1999）。

对于那些没有保险又缺乏自保能力的人来说，他们必须依靠公共援助或者私人慈善团体来支付他们所接受的医疗。甚至连有医疗保险的人也无法保证能得到持续的保障，因为大多数工人是从他们的雇员福利中获得医疗保险的，失去工作就意味着无法得到医疗保健。而且在目前公司小型化和国际职业竞争非常激烈的时代，就算是中产阶级也会感到不安。因此，如果在调查中有人回答对其所接受的医疗感到满意而同时又觉得医疗体制有缺陷需要重建，也不足为怪。

关于医疗危机，包括所存在的问题、成因以及更好的解决办法，专家们有着完全不同的见解（Blendon et al., 1993）。他们认为医疗保健危机是总费用增加的一种形式，而政府已无力维持两大主要计划——老年医疗保险计划（Medicare）和穷人医疗救助计划（Medicaid）的增长。但在关于危机的原因方面，专家们明显分为两派，一些人觉得主要是因为对医疗技术毫无限制的使用；而另一些人则相信罪魁祸首是对医疗保险使用的增加和税收优惠使个人得到过度保障。他们对这些想像出来的原因提出了建议性的解决方案：如果是因为技术被过度使用，则要合理限量使用；如果是因为医疗保险得到补贴，则要对其征税。

虽然未保险的人获得更少的服务和协调性的医疗，但他们确实可以通过公共诊所和医院的急诊室获得高质量的医疗。¹ 传统上，贫困医疗直接由纳税人和私人

1 从 1985 年开始，联邦法律（综合预算调整法案第 9121 条）把医院急诊室拒绝治疗任何要求医疗的病人的行为定为非法，不能因为病人没有医疗保险而将其推掉。