

第4版

卫生保健经济学

Health Care Economics

〔美〕 保罗·J·费尔德斯坦 著

Paul·J·Feldstein

费朝晖 李卫平 王 梅 译
汪 宏 吴 明

费朝晖 校定



经济科学出版社

图字：01—98—2694 号

Health Care Economics 4th Edition

Copyright ©1993 Delmar Publishers INC., A Division of International Thomson Publishing Inc.

©中文专有出版权属经济科学出版社

版权所有 不得翻印

卫生保健经济学第4版

Health Care Economics 4th Edition

[美] 保罗·J·费尔德斯坦 著

Paul J. Feldstein

费朝晖 李卫平 王 梅 译

汪 宏 吴 明

费朝晖 校定

*

经济科学出版社出版、发行 新华书店经销

北京印刷一厂印刷

出版社电话：62541886 发行部电话：62568479

经济科学出版社暨发行部地址：北京海淀区万泉河路 66 号

邮编：100086

*

787×1092 毫米 16 开 28.75 印张 800000 字

1998 年 12 月第一版 1998 年 12 月第一次印刷

印数：0001—1000 册

ISBN 7-5058-1613-6/F·1139 定价：46.00 元

译者的话

摆在读者面前的这本《卫生保健经济学》是美国学术界的一部有影响的教科书，也是使用最为广泛的卫生经济学教科书。自从1979年由德尔玛出版公司出版第一版以来，已再版了四版。本书中译本是根据1993年英文版第四版译出。

本书作者保罗·J·费尔德斯坦是美国加利福尼亚大学卫生管理系教授，美国卫生经济学界的著名学者，他1961年获得芝加哥大学经济学博士学位。费尔德斯坦教授除了长期从事教学和研究工作以外，还曾在美国总统预算管理办公室、社会保障署以及世界卫生组织等机构工作过。他到目前为止已经出版了6部专著，他最近出版的新作有《卫生政策问题：从经济学的观点看卫生改革》和《卫生立法的政治学：一个经济学的观点》。

本书由费朝晖、李卫平、王梅、汪宏和吴明等五人共同翻译。1994年中国卫生经济培训和研究网络的师资赴世界银行经济发展学院和美国哈佛大学考察学习期间，我们得到了费尔德斯坦的这部《卫生保健经济学》。回国后我们一直想把它译出来，介绍给我国的学术界和从事卫生经济学教学与研究的同仁。几经周折，卫生部卫生经济研究所引进了版权。我们从1996年秋季开始翻译本书，由于各自工作繁忙，我们不得不利用业余时间和节假日来进行全部翻译和校对工作，前后历时近2年，终于完成了这一艰难的工作。应该说本书是担任翻译工作的全体同志互相切磋、通力协作的结果。

本书的翻译分工如下：费朝晖翻译第四版序言、第一至五章、第十七章、第二十一章；汪宏翻译第六至九章、第十二章；王梅翻译第十章、第十一章、第二十章（第十一章、第二十章由王盼初译）；吴明翻译第十三章、第十四章、第十九章；李卫平翻译第十五章、第十六章、第十八章及全书复习题。全书最后由费朝晖统校。为了便于读者进一步深入研究，我们还在书末附上了原文参考文献索引。

我们衷心感谢卫生部卫生经济研究所所长魏颖教授对本书翻译工作的大力支持。

我们还要感谢美国哈佛大学的学者刘远立研究员和 Winnie Yip 教授所给予的帮助与指导。

最后，我们还要感谢经济科学出版社的责任编辑张惠敏同志，她的辛勤工作使得本书能够尽快与我国读者见面。

限于译者水平，译文中的不当之处，尚祈广大读者批评指正。

中文版序言

应本书中文版译者之约，我很高兴为本书中文版的广大读者写几句话。

当今世界各国的医疗服务需求以及医疗费用都在持续攀升。在卫生保健领域，各国都面临着两大难题。第一是经济效率问题，即应当怎样把医疗服务产业、保险公司、医生和医院更有效地组织起来，把经济激励机制和政府宏观调控更加有机地结合起来，进一步提高效率。第二个是再分配问题，即应该为低收入人群提供多少医疗补助，如何对这部分弱势群体提供补助，补助资金又如何筹集？

虽然本书是为学习、研究美国的卫生保健系统而写的，但所考察的问题却具有普遍性。例如，什么因素影响医疗服务需求？价格和经济激励对医疗服务利用有何重要影响？医疗保险的理论是什么？管理保健（Managed Care）是如何运作管理的？在新的管理保健形势下，医院和医生又是如何应对调整的？如何确定卫生人力是短缺还是过剩？政府在卫生保健领域应发挥哪些作用？要达到人人享有健康保障，有哪些可行的途径？

尽管美国的卫生保健部门经历了巨大的变化，但如何进一步提高效率，为低收入者提供医疗保障，仍然是摆在决策者面前的最重要的问题。

据我所知，中国目前的卫生保健部门以及医疗保险制度正在进行大刀阔斧的改革。我本人充满兴趣地关注着这场改革的进程。希望这本书中文版的面世，对于中国读者了解医疗服务系统的组织、筹资，医疗保险的理论和实践以及政府卫生政策制定和评价等方面有所裨益。

保罗·J·费尔德斯坦

1998年11月12日

第四版序言

作为卫生保健经济学入门教科书，本书不仅提供了研究医疗服务的分析方法，而且通过大量实例运用，阐明了经济学对于理解那些影响医疗保健部门的公共政策的重要性。本书的内容要求读者对大学本科的微观经济学课程中的有关经济学概念有一定的了解，当然，我们在讨论经济学在医疗保健领域的适用性时，重温了一些经济学的概念。由于学生们（尤其是本科生）对医疗保健问题的了解程度不一，本书提供了不少描述性的内容及定义。

本书可作为卫生经济学课程一个学期的教科书。考虑到教师对于所授课程应涉及的内容看法不一，所以本书中所包括的内容比一个学期的正常教学内容要多。有兴趣的同学若想深入进行专题研究，可以参考书中所列近期和过去资料索引。

在本书撰写过程中，我力图澄清那些学生们感到困难的或是在课堂上没有说透的问题。例如，根据学生们的意见，我感到有必要阐明经济分析与公共政策背后的价值判断之间的关系，所以，我在有关章节强调了这些问题。

本书的重点放在个人医疗服务的提供和筹资上面，而不是泛泛谈论卫生和卫生服务。为此，我们侧重介绍了联邦和州的立法、当前的政策问题，如医疗服务筹资及对服务提供效率的关注，这样安排也许更为妥贴。在前几章，我们讨论了个人医疗服务与健康的关系。然后，本书重点论述了为了提高医疗服务的筹资和提供的公平性与效率，相应的公共政策的定义、评价与选择。

自本书1979年第一版发行以来，医疗部门已经发生了巨大的变化，卫生政策也在不断发生着变化。对全民健康保险的关注潮起又潮落，现又再次提上议事日程。前些年对医生短缺的担心，已为可能出现医生过剩的担心所替代。医院也从按成本费用报销制转而面临预付的、固定的价格。老年医疗保险计划（Medicare）下的医生付费也经历了类似的变化。医疗服务部门的结构也在变化，从独立的社区医院转变为垂直一体化的医院联合体。有管理的保健，包括健康维护组织（HMOs）和优惠服务提供者组织（PPOs），在各种医疗服务提供形式中异军突起，发展极为迅猛的。

本版采用了医疗部门的最新数据、最近的有关立法信息，参考了最新文献资料和研究成果。与此同时，我还试图为读者提供一个认识这些变化发生的历史的视角。除此以外，有几章内容做了很大的改动，为了节省篇幅还删去了药品产业一章，附录中的复习思考题也做了修改。

在撰写本书和教授这门课程的过程中，我从其他卫生经济学家的著作那里受益匪浅，从全书所引用的大量参考文献就可见一斑。我想就此感谢我能干的研究助手 Courtand Reichman 在准备此版过程中所起的作用。我还想感谢我从前的研究助手们，他们是 John Goddeeris, Thomas Wickizer, Robert Miller 和 Darell Graham, 我的同事 Peter Buerhaus, Ron Vogel, Jerry German, Judy Lave, John Kuder, Carolyn Watts 和 Jack Wheeler 在本书前几版中提供过有益的建议，谨表谢意。

保罗·J·费尔德斯坦

图书在版编目 (CIP) 数据

卫生保健经济学：第4版/[美] 费尔德斯坦 (Feldstein, P. J.) 著；
费朝晖等译. —北京：经济科学出版社，1998. 12

书名原文：Health Care Economics

ISBN 7-5058-1613-6

I. 卫… II. ①费… ②费… III. 卫生经济学 IV. R1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (98) 第 36846 号

责任编辑：张惠敏

责任校对：徐领弟

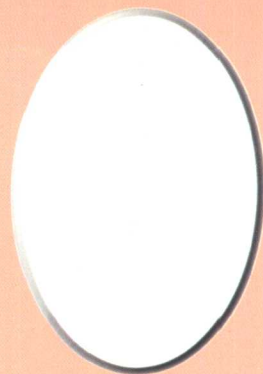
版式设计：周国强

技术编辑：刘 军



作者简介

本书作者保罗·J·费尔德斯坦是美国加利福尼亚大学卫生管理系教授，美国卫生经济学界的著名学者，他1961年获得芝加哥大学经济学博士学位。费尔德斯坦教授除了长期从事教学和研究工作以外，还曾在美国总统预算办公室、社会保障署以及世界卫生组织等机构担任过重要职务。



近半个世纪的
公费医疗和劳保医
疗制度将完成其历
史使命，新的职工
基本医疗保险制度
将取而代之。在此
之际，我们奉献给
大家这本书。

相信：

它会对我国医
疗制度及社会保障
制度的完善起到促
进作用！

相信：

它有助于个人
学会如何选择医疗
服务，树立自我保
险意识！

目 录

第一章 卫生保健经济学引论.....	(1)
1.1 医疗费用的趋势	(1)
1.2 经济学对卫生政策的贡献	(3)
1.3 医疗服务必须做出的基本选择	(4)
1.4 经济学对于医疗保健研究的适用性	(8)
1.5 医疗服务提供的数量与质量之间的交替关系.....	(9)
1.6 结束语	(10)
第二章 健康的生产：医疗服务对健康的影响.....	(11)
2.1 医疗保健既是医疗服务业的产出又是健康的投入	(11)
2.2 应用健康生产函数确定医疗保健资源分配	(12)
2.3 健康生产函数的经验研究	(15)
2.4 健康生产函数的应用	(19)
第三章 医疗保健部门概览	(23)
3.1 医疗保健市场综述	(23)
3.2 医疗保健部门模型的运用	(27)
3.3 结束语	(30)
第四章 医疗保健价格变化的测量	(32)
4.1 医疗保健业产品定义的使用	(32)

4.2	消费价格指数 (CPI)	(33)
4.3	医疗消费价格指数 (MCPI)	(37)
4.4	代表性疾病组的治疗费用：另一种医疗价格指数	(47)
	附录：以健康保险费来测定医疗保健价格	(52)
第五章 医疗保健需求 (54)		
5.1	需求分析的目的	(54)
5.2	需求与需要：政策和计划的出发点	(54)
5.3	医疗需求模型	(57)
5.4	需求分析的运用	(69)
5.5	医疗单位面临的医疗保健需求	(72)
	附录：共同保险对医疗需求的效应	(73)
第六章 医疗保险需求 (76)		
6.1	医疗保险术语	(76)
6.2	医疗保险需求理论	(79)
6.3	医疗保险需求理论的应用	(86)
6.4	逆选择	(88)
6.5	在“道德损害”情况下的医疗保险需求	(89)
6.6	小结与评论	(92)
	附录 I：“蓝十字”医疗保险的分配低效问题	(94)
	附录 I：作为就业附带利益的医疗保险的税收优惠	(96)
	附录 II：扩大保险给付范围对健康保险费的影响	(97)
第七章 医疗保健服务供给概述 (101)		
7.1	医疗保健服务供给的决定因素	(101)
7.2	生产中的经济效率评价	(103)
第八章 医疗保险市场的运行与结构 (106)		
8.1	医疗保险市场的需求方	(106)
8.2	医疗保险市场的供给方	(108)
8.3	医疗保险市场的运作	(112)
8.4	结束语	(117)
第九章 医生服务市场 (120)		
9.1	概述	(120)

9.2	医生费用、收费及病人的背景资料	(122)
9.3	医生服务市场结构	(125)
9.4	医生定价与行医行为：诱导需求	(132)
9.5	老年医疗保险计划下的医生付费	(135)
9.6	医生服务市场的运行	(144)
第十章 医院服务市场		(150)
10.1	背景	(150)
10.2	影响市场结构的主要因素	(155)
10.3	医院行为	(166)
10.4	医院行为模型	(167)
10.5	医院的竞争	(176)
10.6	医院的运营	(179)
第十一章 管理调控与医院运营		(184)
11.1	概述	(184)
11.2	管理的理论和实践	(185)
11.3	对医院资本投资进行调控管理的可能结果	(192)
11.4	医院服务价格的管理	(199)
11.5	结束语	(211)
第十二章 医疗保健的市场竞争		(214)
12.1	医疗服务竞争的出现	(214)
12.2	广告在医疗服务市场中的作用	(219)
12.3	健康维护组织 (HMOs)	(223)
12.4	优惠服务提供者组织 (PPO)	(231)
12.5	竞争市场存在的问题	(232)
12.6	结束语	(241)
第十三章 卫生人力短缺与过剩的定义、测量及政策		(243)
13.1	卫生人力短缺的定义	(243)
13.2	卫生人力短缺与过剩的测量	(249)
第十四章 医生人力市场		(257)
14.1	医生职业的进入障碍	(258)
14.2	医生作为价格歧视的垄断者	(261)

14.3 改革医生人力市场的建议	(266)
第十五章 医学教育市场：公平与效率	(269)
15.1 医学教育部门的经济效率	(269)
15.2 现行医学教育筹资系统的公平性	(277)
第十六章 注册护士市场	(282)
16.1 注册护士市场运行的测度	(283)
16.2 联邦政府对护士培训的资助	(290)
16.3 可比价值的经济学分析	(295)
16.4 结束语	(298)
附录：买方垄断市场中工会对注册护士的工资及雇用的影响	(300)
第十七章 卫生保健的政治经济学	(302)
17.1 概述	(302)
17.2 卫生团体对立法的需求	(304)
17.3 卫生团体成员自身利益的定义	(304)
17.4 立法行为的分析框架	(305)
17.5 卫生团体立法成功的影响	(322)
第十八章 政府在卫生医疗保健中的作用	(324)
18.1 市场缺陷	(324)
18.2 市场失灵	(327)
18.3 用实物补贴进行再分配	(330)
第十九章 全民健康保险：医疗保健再分配的一种方式	(335)
19.1 全民健康保险方案的效率	(335)
19.2 评价全民健康保险方案的具体标准	(342)
19.3 为什么美国没有实行全民健康保险	(360)
第二十章 长期护理服务市场	(367)
20.1 概述	(367)
20.2 长期护理服务的需求	(367)
20.3 长期护理服务的供给	(376)
20.4 长期护理服务的资金筹集	(387)
20.5 结束语	(391)

第二十一章 卫生经济学结束语	(393)
参考文献.....	(397)
附录：复习题	(432)
专业名词中英文对照表.....	(441)

卫生保健经济学引论

1.1 医疗费用的趋势

个人医疗服务支出的增长超过经济系统中其他多数商品和服务支出的增长。每年用于个人医疗服务的支出，从 1965 年的 356 亿美元，增加到 1990 年的 5 890 亿美元。1965 年，国民生产总值（GNP）的 5% 被用于个人医疗服务（见表 1-1）。到 1990 年，用于个人医疗服务支出的 GNP 已达 10.6%（同期医疗总费用约为 6 700 亿美元，占 GNP 的 12%）。1990 年的医疗支出比上年增加了 11%，而同期 GNP 只增加了 7%。医疗支出持续以高于 GNP 的增长速度在增长。如果这种趋势不能得以遏制，个人医疗服务的消耗将在美国生产的商品和服务中占有越来越大的比例。

个人医疗保健支出的增加，原因之一是由于接受服务的人口增加了。然而，人口每年的增长速度不到 1%（0.9）。为消除人口变化的影响，我们计算人均支出。我们发现在过去的 25 年中，人均医疗支出的年增长率仍然非常接近医疗总费用的年增长率。人均医疗支出从 1965 年的 180.73 美元增加到 1990 年的 2278 美元。

医疗费用的增加并不一定意味着人均服务数量的增加。费用的增加在很大程度上是由于同一种服务价格的上涨，以及所提供的服务类型的变化。消费物价指数（CPI）表明，医疗价格的上涨速度一直很快。自 1966 年起，医疗价格开始以前所未有的速度上涨；直到 70 年代初，联邦政府对整个经济实行全面的价格管制，医疗价格加速上涨的势头才得到遏制。医疗部门实行经济稳定计划的时间比其他经济部门要长。随着价格管制的撤消，医疗价格再度迅速上涨。70 年代末，随着通货膨胀率的上升，医疗价格也随之上扬。80 年代初，通货膨胀率下降，医疗价格的增幅也相应下降。然而，医疗价格的上涨幅度一直高于通货膨胀率。医疗总费用年增长幅度的大约 2/3 是由于医疗价格的持续上升所引起的。

1966 年通过的老年医疗保险计划（Medicare）和穷人医疗救助计划（Medicaid）使医疗部门发生重大变化。老年医疗保险计划是联邦政府资助老年人得到医疗服务的计划。穷人医疗救助计划是由联邦和州共同筹资以解决穷人的医疗问题的计划。1966 年以前，私人部门在医疗行业占主导地位。1965 年，80% 的医疗开支是由私人支付的。老年医疗保险计划和穷人医疗救助计划的实施对医疗部门既有短期影响，也有长期影响。到 1990 年，尽管私人部门的总费用增加了（从 1965 年的 280 亿美元增加到 1990 年的 3 500 亿美元），但在个人医疗总支出中所占的比重却下降到 60%。联邦政府（而不是州政府）支付的医疗费用占个人医疗总支出的比例增加了

表 1-1 个人医疗保健支出的趋势^①

年度	合计 (10 亿 美元)	总年 增长 %	占 GNP %	人均总 年增长 %	医疗价 格指数 年增 %	私人支 出(10 亿美元 元)	私人 支出年 增长 %	占合计 %	私人支 出年增 长 %	公共支 出(10 亿美元 元)	公共 支出年 增长 %	占合计 %	公共支 出年增 长 %	联邦支 出(10 亿美元 元)	联邦支 出年增 长 %	州和地 方支出 (10 亿 美元)	州年增 长 %
1950	\$ 10.9		3.8			\$ 8.5	78.0			\$ 2.4	22.0		\$ 1.1	\$ 1.3			
1955	15.7	7.6	3.9	5.8	3.8	12.1	77.1	7.3	5.7	3.6	8.5	22.9	6.3	1.6	9.1	2.0	9.0
1960	23.9	8.6	4.6	6.7	4.1	18.5	77.4	8.9	7.0	5.2	7.6	21.8	5.5	2.2	7.5	3.0	8.5
1965	35.6	8.6	5.0	7.0	2.5	28.1	78.9	8.7	7.1	7.7	8.2	21.6	6.8	3.6	12.7	4.1	6.5
1966	39.4	10.7	5.1	9.4	4.4	29.5	74.9	5.0	3.7	10.1	31.2	25.6	30.0	5.3	47.2	4.9	19.5
1967	44.7	13.5	5.5	12.3	7.1	29.3	65.5	0.7	1.5	15.1	49.5	33.8	47.1	9.5	79.2	5.6	14.3
1968	50.5	13.0	5.7	10.9	6.1	32.5	64.4	10.9	9.6	17.7	17.2	35.0	16.4	11.4	26.7	6.4	14.3
1969	57.1	13.7	5.9	12.0	6.9	36.8	64.4	13.2	12.2	20.1	13.6	35.2	12.4	13.2	15.8	7.0	9.4
1970	64.9	13.6	6.4	12.5	6.4	42.6	65.6	15.8	14.9	22.5	11.9	34.7	10.4	14.5	9.8	7.9	12.9
1971	71.3	9.9	6.5	8.7	6.5	46.4	65.1	8.9	7.3	25.6	13.8	35.9	12.5	16.8	15.9	8.8	11.4
1972	79.4	11.4	6.5	10.3	3.2	51.4	64.7	10.8	9.6	28.8	12.5	36.3	11.5	18.9	12.5	9.9	12.5
1973	88.6	11.6	6.5	10.7	3.9	56.7	64.0	10.3	9.2	32.0	11.1	36.1	10.0	21.1	11.6	11.0	11.1
1974	101.6	14.7	6.9	11.4	9.3	62.4	61.4	10.1	9.2	38.6	20.6	38.0	19.2	25.8	22.3	12.8	16.4
1975	116.6	14.8	5.2	13.8	12.0	70.7	60.6	13.3	12.0	46.1	19.4	39.5	18.4	31.4	21.7	14.7	14.8
1976	132.8	13.9	7.4	12.9	9.6	80.3	60.5	13.6	12.6	51.5	11.7	38.8	10.6	36.1	15.0	15.4	4.8
1977	149.2	12.3	7.5	11.4	9.6	90.8	60.9	13.1	12.0	57.9	12.4	38.8	11.3	41.0	13.6	16.9	9.7
1978	167.2	12.1	7.4	11.0	8.4	101.5	60.7	11.8	10.6	65.2	12.6	39.0	11.4	46.4	13.2	18.8	11.2
1979	188.6	12.8	7.5	11.7	9.3	114.7	60.8	13.0	11.9	74.4	14.1	39.4	12.9	53.1	14.5	21.3	13.3
1980	218.3	15.4	8.0	13.9	11.1	131.3	60.1	14.5	13.3	87.1	17.1	39.9	14.9	63.5	19.6	23.6	10.8
1981	253.2	16.0	8.3	14.9	10.7	150.2	59.3	14.4	14.7	101.6	16.6	40.1	15.7	74.9	18.0	26.7	13.1
1982	284.1	12.2	9.0	11.1	11.6	170.6	60.0	13.6	11.4	113.5	11.7	40.0	10.5	84.0	12.1	29.5	10.5
1983	312.4	11.1	9.2	8.4	8.8	187.2	59.9	9.7	8.4	125.3	10.4	40.1	9.3	93.4	11.2	31.8	7.8
1984	338.6	8.4	9.0	7.4	6.2	202.7	59.9	8.3	7.3	135.9	8.5	40.1	7.4	101.8	9.0	34.1	7.2
1985	367.2	8.4	9.1	7.4	6.3	218.6	59.5	7.8	6.8	148.7	9.4	40.5	8.5	111.8	9.8	36.9	8.2
1986	398.2	8.4	9.4	7.4	7.5	235.8	59.2	7.9	7.1	162.0	8.9	40.7	7.8	120.2	7.5	41.7	13.0
1987	436.7	9.7	9.6	8.6	6.6	258.8	59.3	9.8	8.6	177.8	9.8	40.7	8.8	130.3	8.4	47.5	13.9
1988	480.0	9.9	9.8	8.9	6.5	287.4	60.1	11.1	9.9	192.7	8.4	40.1	7.4	141.7	8.7	51.0	7.4
1989	530.7	10.6	10.2	9.5	7.9	315.3	59.4	9.7	8.8	215.4	11.8	40.6	8.9	158.4	11.8	57.0	11.8
1990 ^②	589.1	11.0	10.6	9.7	8.7	350.0	59.4	11.0	9.7	239.1	11.0	40.6	9.5	175.8	11.0	65.3	11.0

资料来源: Daniel R. Wald 等“卫生总费用”, 卫生筹资评论, 秋季刊, 3, 7, 8, 表 1-3; 美国人口普查局, 美国统计摘要, (1981 及 1986), 第 102 和 106 版。表 779 和 796; Helen C. Lazenby 和 Suzanne W. Letsch, “卫生总费用”, 卫生筹资评论, 1990 年冬季版, 第 12 卷, no. 2, 1-26。

注: ① “个人医疗保健支出”等于卫生保健总支出减去管理费、政府公共卫生活动、研究及医疗设施建设支出。

②1991 年为估计值。