

为人群购买健康

按健康结果付费

作者 David A. Kindig, MD, PhD
译者 石 光 李明柱 周子君
郭 岩 吴 明
审校 蔡仁华 张成玉 汪 宏



人民卫生出版社

为人群购买健康

按健康结果付费

Purchasing Population Health
Paying for Results

作者 David A. Kindig, MD, PhD

译者 石 光 李明柱 周子君

郭 岩 吴 明

审校 蔡仁华 张成玉 汪 宏

Translated by Guang Shi, Mingzhu Li, Zijun Zhou, Yan Guo, Ming
Wu from the original 1997 publication with the permission of the
University of Michigan Press and the support of the Milbank
Memorial Fund

经密歇根大学出版社允许、承蒙 Milbank 纪念基金会支持，
根据 1997 年英文原版翻译

University of Wisconsin Madison School of Medicine
Milbank Memorial Fund

People's Medical Publishing House

威斯康星大学医学院
Milbank 纪念基金会
人民卫生出版社

Purchasing Population Health

Paying for Results

Copyright © by the University of Michigan 1997

All rights reserved.

No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, or otherwise, without the written permission of the publisher.

为人群购买健康

按健康结果付费

中文版权归人民卫生出版社所有。

未经出版者书面同意,本书的任何部分不得以任何方式复制或传播,包括电子、机械方式或信息存储和检索系统等。

图字: 01 - 2000 - 3318

为人群购买健康

按健康结果付费

作 者: David A. Kindig

译 者: 石 光 等

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 67616688)

地 址: (100078)北京市丰台区方庄芳群园3区3号楼

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 **印张:** 11.5

字 数: 173 千字

版 次: 2001年2月第1版 2001年2月第1版第1次印刷

标准书号: ISBN 7-117-04143-9/R·4144

定 价: 18.50 元

著作权所有,请勿擅自用本书制作各类出版物,违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

中文版前言

《为人群购买健康》对中国卫生改革的启示

本书写作的初衷是为西方国家以市场为基础的卫生体制提供一种改善健康效果的新方法,即通过引进激励机制,利用有限的卫生资源最大限度地增进人民健康。尽管中国卫生体制的演进与美国有着显著的差别,但是,由于中国的卫生体制改革正试图引进市场机制,所以,本书讨论的许多原则对中国也颇具潜在价值。我们认为应考虑下列几点:

(1)如果没有规制和管理,单靠市场力量无法实现效率、公平和健康结果的改善。

(2)卫生保健的过程不等于健康结果,因此,卫生改革应致力于将激励机制与健康结果结合起来,而不是和卫生保健过程相联系。

(3)卫生保健只是健康的决定因素之一,因此,决定健康的教育、就业、环境等相关部门之间以及卫生系统内部应该进行协作与整合,以利用有限的卫生资源,最大限度地增进人民的健康。

(4)对于健康结果需要进行定性和定量的测度;开发健康结果的综合测度指标,对于中国引入市场机制以改善健康结果是关键的挑战之一。

美国的卫生保健体制介绍

本书的重点内容之一是关于美国的卫生体制,我们称之为“没有体制的体制”,它经历了 150 年的变迁,演进的动力来自科学与技术、复杂而强大的医疗职业集团、消费者与政府的影响、国家的总体社会与政治环境。它深深地植根于私人医生和医院组织。而且,美国的卫生体制通过私人保险以及政府的穷人医疗救助和老年医疗保险计划,成功地增加了社会对卫生服务领域的投入。但是,迄今为止,这些卫生资金的来源并未得到有效的控制,也没有成本控制和质量保证的责任制。

自从 60 年代开始,随着越来越多的先进医疗技术的利用,卫生服务成本开始上涨,因此,美国开始在卫生体制的规制和改革方面进行有益的尝试。美国的卫生费用占 GDP 的比重,已从 1960 年的 6% 上升到 1998 年的 14%。在 70 年代,美国政府试图控制卫生费用的增长,采取了许多措施,如控制医疗设施的建设和大型医疗设备的购置、控制医生和医院的服务价格。人们认为这些措施并不成功,并被 80 年代以及 90 年代的市场措施所取代了。美国老年医疗保险计划的按诊断相关分组付费、健康维持组织按人头筹资的措施具有更强大的激励作用,效果更好些,虽然美

国卫生费用增长速度有所减缓,但仍是全球最高的。

美国的卫生总费用如此之高,人们期待其卫生体制一定会有很好的绩效。毫无疑问,美国的卫生服务体制是全球最复杂的,有支付能力的人以及有医疗保险的人可以获得最先进的医疗技术服务,但是,其质量指标却不高:美国残疾调整期望寿命男性为 67.5 岁,女性为 72.6 岁,根据世界卫生组织最新报告,美国卫生体制的综合绩效指标列全球第 37 位。此外,美国尚有 4 500 万人口没有医疗保险,这些人的医疗服务难以得到保障。

那么,应该怎样改革以解决成本、质量以及医疗保健可得性的问题?有些人可能会说,应该建立国家卫生服务体制,就像加拿大或欧洲国家那样。这样可能会解决没有医疗保险人群的医疗费用支付问题,因为市场力量不能在卫生资源的地方发挥作用。但是,政府主导的卫生体制也不能自动控制医疗成本、确保医疗质量,这一结论已经得到了其他国家以及美国老年医疗保险计划经验的证实。而且,由于美国的历史传统以及私人部门的广泛参与,建立政府主导的卫生体制缺乏政治可行性。

但是,如果缺乏规制和管理,由私营部门提供卫生服务等公共产品会带来问题。市场不会自动兼顾公平与效率,市场的良性运转要求消费者掌握大量的信息,成为知情的消费者。但是,正是由于健康结果信息的缺乏,才造成了美国卫生服务体制的市场失灵。目前,美国的经济激励只和卫生服务的提供挂钩,缺乏与健康结果的联系。

《为人群购买健康》的观点是,如果经济激励和健康结果指标结合起来,以市场为基础的卫生体制会使卫生花费获得更好的健康结果。在市场经济中,市场力量如果能和经济激励适当结合,就会确定和提供最具成本效果的服务,患者和社区人群就会寻找到改善健康投资的最大机会,避免花费过多的卫生费用。

要达到这种效果,需要定义健康结果、确定健康结果的决定因素。本书广泛讨论了这两个主题。简而言之,人群健康定义为健康调整期望寿命,它是生命长度和生活质量的综合指标。这种广义的健康结果指标要求平衡决定健康的相关因素,如医疗保健、环境、社会经济状况以及人们的行为。由于资源有限,需要对每种健康决定因素的边际回报进行经济学研究。

本书对中国卫生政策的意义

当中国的卫生政策决策者和卫生专业人员致力于为中国人民建立面向 21 世纪的效率与效果俱佳的卫生体制时,为人群购买健康的观念对他

们有何启示呢?

中国目前的卫生体制起源于1949年,其主要特点可以概括为以下几方面:(1)由三级卫生服务网提供卫生服务;(2)基层医务人员掌握最基本的医疗技能和廉价的医疗技术,满足广大人民基本的卫生需要;(3)重视传染病的预防工作,积极改善公共卫生;(4)在城市地区医疗费用由工作单位承担,在农村地区医疗费用由社区(合作医疗)所提供。由于这种独特的卫生服务体制的良性运作,中国利用其有限的卫生资源,显著地提高了人民的健康状况,人均期望寿命从1952年的35岁增进到1985年的68岁。

80年代,中国政府和人民开始市场化的宏观经济改革计划,如何将卫生保健体制与市场经济体制相结合、进一步提高人民健康水平成为中国卫生体制改革的关键。在这一改革过程中,中国也面临了一系列前所未有的挑战。例如在市场机制下,从卫生资源筹集的角度,如何解决卫生资源的投入不足,如何控制卫生费用的过快上涨,如何提高医疗保险的覆盖面与承保能力;从卫生资源利用的角度,如何提高卫生资源的使用效率,如何不断提高卫生服务质量,如何兼顾卫生服务的效率与公平等。

本书作者以市场经济体制为背景,介绍了美国卫生事业发展过程中的经验与教训,并提出了未来美国卫生事业发展所面临的挑战以及解决这些问题的设想。这些问题和设想包括:如何将市场经济激励机制与卫生服务结果(即健康水平的提高)相结合,更合理地利用有限的卫生资源;如何建立与市场机制相适应的政府规制和管理体制,兼顾卫生资源投入的效率与公平,确保卫生资源投入与健康产出紧密相联;如何发挥非卫生保健因素的作用,提高总体人群健康水平;如何开发既包括生命长短、又包括生命质量的健康综合评价指标,合理评价各类卫生保健措施和跨领域、跨部门的健康促进计划,为将市场经济激励机制与卫生服务结果(即健康水平的提高)相结合提供科学基础。对这些问题和设想的研究,将有利于在卫生改革过程中建立更好的有成本效果的卫生体制,更有效利用有限的卫生资源来提高人群的健康水平。

因此,我们期望《为人群购买健康》一书对于中国的卫生改革也会有很重要的意义。当然,实施有成本效果的改革策略和资源的合理配置等措施需要一定的过程,协调健康的多种决定因素,或者利用综合健康状况指标测度健康结果等措施的实施也不会是一帆风顺。随着经济的增长,中国将增大对社会经济与环境方面的投资,卫生投入也必将增加。当资源增加时进行改革往往容易一些,但是,消减卫生投入时进行改革则困难

重重。也许中国能够成功地解决怎样合理利用卫生资源最大限度地增进人民健康,而不是仅仅增加卫生投入而忽视健康结果的改善。当卫生政策遵循这样一种途径进行时,就要开展更多的研究,建立健康结果的测度指标和激励机制以实现上述目标。我们希望中国卫生经济和卫生服务方面的研究水平不断提高,使健康结果的研究成为他们工作的中心内容之一。我们坚信西方国家的研究人员愿意在如此重要的研究领域与他们合作。

我们感谢中国的同行对本书的精心翻译。如果没有中国卫生经济研究所、密歇根大学出版社、纽约 Milbank 纪念基金会的合作与支持,本书的中文版将不会成功地出版。

David Kindig

汪 宏

于美国威斯康星州 麦迪逊

2000 年 9 月

(石光 译)

前 言

自从 Victor Fuchs 的经典之作《Who Shall Live? Health, Economics, and Social Choice》于 1974 年问世以后,才有人试图对影响美国人民健康和卫生保健的因素进行深刻的分析。David Kindig 凭借其临床医生、全国社区卫生项目经理、重点卫生科学中心负责人、教师和政策分析者的丰富阅历,对此进行了深入浅出、全面系统的分析,并指出了今后的行动方向。如果说 Victor Fuchs 改变了许多人对健康的认识,使人们了解了医疗保健对人民健康只起有限的作用,那么,David Kindig 为我们提供了将健康状况与卫生规划、公共卫生机构以及卫生服务提供者的绩效联系起来的方法,以提高人民的健康水平。

Dr. Kindig 的优势之一是拥有 Fuchs 的著作出版以来人群健康问题研究 20 年的成果,这些研究最近由 Evans、Barer 和 Marmor 在《为什么有些人健康而其他人不健康?》一书中进行了总结,他从中形成了其基本的理论模型。Kindig 还有一个优势,就是能够纵览卫生经济学、管理学和卫生保健的发展,尤其是市场力量和管理保健在过去 10 年的巨大影响。Kindig 通过把握不断出现的新观念以及从当今管理保健和公共卫生中获得的经验,卓有成效地实现了他为自己制定的目标:

探索这些关系并提出进行变革的可行方法。《为人群购买健康》成为医疗保健、公共卫生、卫生经济学、社会学和现代管理学的复合体,其目标是使花费的每一个宝贵的铜板取得最大的健康。

本书的中心内容是 Kindig 的一种构想:将人群健康的一种具体指标“健康调整期望寿命(HALE)”与医疗保健、公共卫生和对决定健康的非医学领域的投资联系起来。与许多测量人群健康状况的传统指标不同,该指标将生命的长度和质量结合起来了。尽管国家卫生统计中心、疾病控制与预防中心、美国公共卫生服务局花费了数年时间开发健康生命年的指标,该指标仍然未能与健康的购买联系起来。虽然该想法很令人感兴趣,但是,如果不显著改善美国现行的各自为政的信息系统,则很难实现。Lasker、Humphreys 和 Braithwaite 在其文章《建立强有力的联系:公众的健康与国家信息基础设施》(1995 年 6 月 6 日,卫生部副部长办公室、美国卫生与人类服务部、美国公共卫生局公共卫生数据政策协调委员会报告)中,确定了建立综合卫生信息系统的要素,该信息系统要求信息收集要及时,并满足多种需要。为了确保公共卫生机构、其他卫生机构以及

卫生计划责任分明,综合卫生信息系统的建立是必要条件。该系统必须能够提供信息,不仅提供全国的信息,还要提供各州以及地方的信息和卫生计划的信息。

Kindig 在《为人群购买健康》一书中,不仅在重视经济激励、人群健康、绩效测量和落实责任等方面有诸多贡献,而且,还出色地回顾并总结了影响健康的因素、促使卫生成本上涨的力量,以及影响卫生成本的政策、边际收益递减的概念、医疗服务投资越来越多的局限性和不同人群卫生服务的需要和配给等。当我们迈向 21 世纪时,对于那些对最重要的卫生政策问题感兴趣的读者来说,即使他在本书中没有富有创建地提出“为人群购买健康”的思想,这本书也是颇有价值的。

Philip Lee, M. D.

加利福尼亚 旧金山

(石光 译)

序

尽管拙作是笔者在 1995/1996 年潜心研究与思考一年的具体产物,但本书的写作目的并非为了学术研究。美国的卫生保健制度的发展,无论就其成本还是就其质量来说,均到了关键时期,即处于向购买健康进发的转折点上。本书的基本目的就是面向商界、政界的读者和卫生专业领导人士,因为他们对于购买健康这一崭新思想的理解与支持将至关重要。如果本书言之有据、令人信服,他们将开始思考从公共部门和私人部门的投资中获得更多的健康结果,坚持在供方系统中应用这种结果绩效指标。此外,我希望本书的信息将有助于卫生专业技术和卫生管理方面的学生,期待本书所提供的资料将帮助那些试图深入回顾这些原始研究的人们。

我之所以能够提出这一思想,除了这一年紧张而缜密的思考以外,更重要的是得益于我有幸经历的非常广泛的职业生涯,这些经历始于 1962 年在芝加哥大学学医和攻读博士学位的生活。经过 7 年的学习,我不仅受到了基础医学技能的训练,而且深刻地了解了严格观察实验方法。也正是在芝加哥南部,我从一种相对悠闲的大学生活起步,进入了社会环境,当时正是需要敏锐地发现日益严重的现实问题的历史时期。

尽管我从朋友和同事更加奔放、更加激进的风格中学到了不少东西,有时甚至要嫉妒他们,但是,我的天性总是令我花费更多的精力和时间思考更加可行、更加现实的方法,从事情的内部进行变革。在 1967/68 年度,我任美国大学生医学会主席期间,曾领导该组织向实用主义转化,改变现有的医学教育和卫生服务体制,例如,我们的组织在建立社区卫生服务组织和全国卫生服务公司方面发挥了作用。

在我的职业生涯中关键的事件是由 Harold Wise 提供的一次机遇,使我离开了芝加哥的生物医学专业,到位于布劳克斯的 Martin Luther King Jr. 街道卫生中心和孟特费罗医院建立“社会医学地方项目”。这对于一个初出茅庐的医生来说确实是个千载难逢的好时机,并从此开创了 my 职业生涯:历任联邦政府项目的医学官员、一家大型城市非营利性医院的主管和一家专业卫生科学中心的领导。本书提出的一些观点和讨论均根植于这些管理思想和哲学思想。早在 Martin Luther King 时,就萌生了这样的观点:健康早已超出了医疗保健的范畴,还需要有关的工作和环境参与,不同的卫生专业队伍对于卫生服务根据不同的文化特点有效的提供是必不可少的,而且,一个社区的健康不仅取决于寻求卫生保健的人群,

同样依靠那些未寻求卫生保健的人群。在我职业生涯的早期,就获得了对卫生的这种更加广泛、更加复杂的理解,而且这种获得方式比在医学院学到的更加扎实,对问题的理解比仍在医院或学术环境中工作的人更为深刻。

而且,我在那里还得到了一个惨痛的教训:当时参与“经济发展机会办公室”工作的许多人的好主意都不能在示范工程中维持,因为随着时间的推移以及社会、经济态度的变化,这些主张的基本内容都黯然失色了。在蒙特费罗医院和医学中心 Martin Cherkasky 的严格要求下,我在管理方面更加成熟。我从来没有向往过医院的管理工作,但是,在这种承担着社会责任和艰巨管理任务的独特机构工作和学习的机会真是棒极了,同时也是难熬的一段时光。当我步入不惑之年,更加明白了“没有资源投入,就没有使命”的含义,对于资金的使用与产生社会有用结果的力量之间难以实现的平衡有了更明智的认识。我还懂得,如果组织机构要取得最大的效果,不能过分依靠外部的管制,但是,一些贯彻始终的结果和评估机制是必不可少的。唯其如此,那些程序、习惯、自身利益和政治等因素才不至于成为实现目标的阻力。我认识到,只有一个机构的金钱与时间预算才能说明其真实的目的,而不论它的任务书是怎样宣称的。将追求的结果融入稳定而适当的筹资机制和管理过程中正是这些经历的结晶。

引发我思考购买健康结果的另一个重要事件,是1991年我担任老年医疗保险(Medicare)支付预审委员会委员。医院的费用在1984年实行按诊断相关分组付费(DRG)的改革后增长平稳,但是,在没有进行规制的精神病医院、门诊手术以及家庭护理等领域,费用的增长速度却十分危险。看到市场资本在寻找机会并大肆在未规制的领域投资,使我认识到,通过规制不能实现卫生费用的控制和健康结果的改善……但是,如果经济激励和健康结果一致,健康结果的改善能够以不可思议的方式获得改善。

正是在这同一时期,我产生了作一年休假研修的念头,对购买健康结果进行探索。当然,我已经意识到了 Paul Ellwood 和 Al Tarlov 富有启发性的对医疗结果的思考,但是,还没看到在人群的水平上利用医疗结果改善健康状况和结果的证据。这一时期最能激发我思考的文章有两篇。第一篇是1992年 Steve Shortell 所写的文章:《国家卫生改革的模式》,提出了应该用健康状况的流行病学指标指导全国和地方卫生投资的思想。然而,该文是在全国卫生改革的环境下完成的,如何使经济激励产生实际效

果并不明确。另一篇文章是 Bob Evans 和 Greg Stoddart 合著的《消费卫生服务、生产健康》，当他们令人信服地将许多研究和经验综合起来、揭示出影响健康的多种因素之后，激发了我的敬畏之情和探索意识。我十分荣幸得到了优先使用《为何有些人健康，有些人不健康？健康的决定因素》(Evans, Barer 和 Marmor 1994) 一书中某些章节草稿的特权，用于两个医学管理研究生班的授课。这一经历促使我在温哥华度假研修，并在加拿大承蒙 Bob Evans、Morris Barer、Clyde Hertzman 及其同僚的厚爱，从他们那里学到了很多。

从一开始，我就十分清楚，为人群购买健康结果将有赖于对健康状况的全面测量。我在蒙特利尔和医疗保险支付预审委员会已经目睹了经济激励的强大影响力，并对他们的权力充满了敬意，同时担心他们可能滥用权力。我在想，如果国民经济总量的七分之一转向这种购买健康的标准，如果 DRG 经过医疗保险支付预审后仍然发生潜移默化的变化（正像医院调整其诊断编码到较高的支付类别一样），那么，人群健康结果的变化则会深奥复杂、不易判断。显而易见，我需要更多了解的正是健康结果测量的理论和技术。

根据 Milbank 纪念基金会的 Dan Fox 和 Robert Wood Johnson 基金会的 Steve Schroeder 的意见，我见到了时任英格兰北部约克大学卫生经济中心主任的 Alan Maynard。我在约克大学度过了研修生活的前 6 个月，学习始于 70 年代早期的质量调整生命年的工作。我永远也不能回报 Alan Maynard、Alan Williams、Trevor Sheldom 和 Wendy Taylor 给予我的友情。Alan Williams 给我以知识的启迪和新思想、新概念，尤其他早期与 Tony Culyer 合作，将卫生需要定义为“受益潜力”更使我顿开茅塞，使一个美国公民相信，供给、需求和支付能力就是卫生经济学必须提供的全部内容。我还受到位于利兹的纽菲尔德研究所 David Hunter 和 Gerald Wistow 的帮助，了解了社区卫生服务和英国联合委员会的信息。

我在英国和加拿大分别度过了 6 个月的研修生活，使我深刻洞察了在美国如何提出问题和解决问题的文化与历史关系。在为 Victor Sidel 填写参加在瑞典卡罗琳斯卡举办的关于美国卫生体制研讨会的表格时，我被一个问题问住了，“决定美国卫生保健制度的社会和哲学基础是什么？”我寻思片刻，回答道：“事实上，我们美国人不按那种方式行事……我们主要依靠技术创新进行运作。”1996 年 Seymour Martin Lipset 出版的跨国政治分析专著《美国的例外论：一把双刃剑》对这一问题的分析很及时、意义重大，有助于我们理解美国社会和经济政策所实施的个人主义方

法。它帮助我对克林顿健康保障法案失败的理解,强化了我的管理直觉:更加注重技术的购买标准将比一个庞大、集中的全国项目有更多、更现实的实施机会。

在此,我还要感谢纽约 Bronx 的蒙特利尔医院和医学中心的 Victor Sidel 对我早期的鼓励和指导。威斯康星大学预防医学系的同仁对本书的完成作出了许多贡献,他们是 Denny Fryback, Colleen McHorney, Nancy Dunham, Jay Noren, John Mullahy, Barbara Wolfe, Mark Sager, Dan Wikler, Rochy Schulz, Don Kettl, Jim Sykes, Don Libby 和 Donn D' Alessio。威斯康星大学校长 Donna Shalala 女士在早期就给予鞭策勉励,在她的要求下,我的想法最初在 1992 年《威斯康星女校友杂志》的“独到见解”专栏发表,文题为《卫生服务体系应该生产健康》。还有许多人从不同的视角读过本书或其部分内容,改变或丰富了我的思想。这些人包括:Don Detmer, Bill Roper, Bob Graham, Doug Conrad, Jo Boufford, Fitzhugh Mullan, Dan Fox, Harry Peterson, Howard Zuckerman, Steve Shortell, Dennis Prager, Roger Schenke, Phil Lee, Steve Schroeder。我要特别感谢 Colin Day, Bernie Cohen, Gary Filerman, Geoff Anderson, Paul 和 Helen Kindig 通读、编辑了本书的全部手稿。Janet Sailor, Sarah Justus, Michele Wuetrich 为我提供了高质量的辅助和图书情报工作,Rhonda Dix 和 Diana Western 绘制了医学插图。我在各种专业工作中的高效率直接归功于助手 Penny Anderson 无私奉献和尽职尽责,她在我离开威斯康星的海外研修期间,确保了工作运转顺利、井然有序;她还负责协调本书的各项出版事宜,包括编纂本书的索引。

我要特别向密歇根大学出版社的 Rebecca McDermott 表达感谢之情,她是本书的编辑。我将终生难忘当年那奇异的一幕:当我着手寻找出版社时,发现她的一封信,问我是否认识哪位作者正在写作人群健康方面的书。她的勉励、批评、友谊和对 **Big Ten** 地区大学生篮球联赛的热爱,最终使得本书更具人情味,而且,毫无疑问具有更好的质量。

最后,如果没有我的挚爱和伴侣 Mary Norton Kindig 35 年来以及过去 1 年半的关爱和支持,要完成该项目是不可能的。无论是在我孤居他乡,还是在我的写作遇到困难、畏缩不前时,她都给了我无数的帮助。在英国和加拿大有她陪伴,使我的生活丰富多姿,增添我对这段经历的眷恋。此前,作为一名社会工作者,她还完成了《战胜 Alzheimers 病和其他精神疾病》一书,使许多复杂的医学概念深入浅出、通俗易懂。本书中任何在她看来还不清楚之处都加以删节或作了进一步解释,如果拙作对于

没有医学背景的读者来说,不觉晦涩难懂的话,这要归功于她了。

本书几乎所有的观点都不出自于我本人,恰恰相反,它们汲取了各方人士、各种来源和各部门学科的成就。我的贡献仅仅是试图将这些概念和经验汇集起来,形成更加宽泛的论点。对于本书是否揭示了真理,能否为改善人群健康结果提供具体、现实的指导,我愿承担全部责任。

(石光 译)

缩 略 词

ADL	日常生活活动能力
ADA	美国失能法
CDCP	疾病预防和控制中心
DRG	诊断相关分组
DALY	失能调整人年
FAACT	责任基金会
GDP	国内生产总值
HEDIS	健康计划雇主数据和信息库
HALE	健康调整期望寿命
HCFA	卫生筹资管理局
HMO	健康维持组织
IOM	医学研究所
IADL	日常生活工具使用能力
JACHO	卫生保健组织认证联合委员会
NCHS	国家卫生统计中心
NCQA	国家质量认证委员会
NHS	英国国家卫生服务制度
OEO	经济发展机会办公室
OECD	欧洲合作与发展组织
PHS	美国公共卫生服务
QALY	质量调整生命年
SHMO	社会健康维持组织
WHO	世界卫生组织
YHL	健康生命年

目 录

中文版前言	i
前言	v
序	vii
缩略词	xiii

第 1 章	卫生发展的前景：为人群购买健康	1
-------	-----------------	---

第 2 章	量一量体温：看看我们的健康状况如何	11
-------	-------------------	----

第 3 章	卫生保健的高昂成本：我们卫生花费是否得到了最大的健康结果	23
-------	------------------------------	----

第 4 章	健康结果的测量	37
-------	---------	----

第 5 章	健康的多种决定因素	59
-------	-----------	----

第 6 章	定量配给是否合理	85
-------	----------	----

第 7 章	管理的界限	95
-------	-------	----

第 8 章	不同人群的卫生需要是否也不相同	111
-------	-----------------	-----

第 9 章	促使“为人群购买健康”的实现	125
-------	----------------	-----

第 10 章	行动的条件和惯性的代价	143
--------	-------------	-----

参考文献	149
译者后记	163

第1章 卫生发展的前景： 为人群购买健康

我们得到的支付仅仅是为了我们所做的工作，并不是为了我们实现的目标。

——Philip Lee, M. D., 1995

美国卫生保健行业是一个花费9 000亿美元却不知怎样测量其主要产品——健康的产业。

——Dennis Fryback, 1993

基本论点

美国的卫生保健系统尽管消耗了巨大资源，但仍困难重重。我们在医疗技术方面的成就独步天下，但是，我们投入的每一个美元所获得的健康产出却很不理想。迄今为止，无论市场改革还是规制改革方案，都没有阐明甚至承认这一现实。本书从医学、经济学、社会学、伦理学和管理学等多种学科的研究中得出的基本论点是：我们只有将健康结果指标作为购买私人 and 公共部门服务的标准，才能获得最大的健康。

我们的卫生费用位居世界第一

现在，大多数美国人都意识到他们的卫生保健费用很高，这或者是他们的亲身体验，或者是从报纸和电视有关医院和保险计划重大改组的连篇报道中得出的结论。美国卫生费用占国内生产总值（GDP）的比重，已从1960年的5.0%增长到1993年和1995年的13.6%。1993年，其他国家卫生费用占GDP的比重分别为：加拿大10.2%、德国8.6%、日本7.3%、英国7.1%；换算成人均卫生总费用指标，美国为3 331美元，加拿大1 971美元，德国1 815美元，日本1 495美元，英国1 213美元。

如此之高的卫生费用，如果在其他任何产业，都会被认为是经济增长的奇迹！为什么在卫生领域不能呢？第一，高额的卫生费用对于我们的国际竞争对手来说，提高了我们的产品的价格；一个经常被引用的例子就是：在底特律生产的汽车，其卫生福利的成本比所用钢铁的价格