

<<医疗改革的经济学>>

图书基本信息

书名：<<医疗改革的经济学>>

13位ISBN编号：9787508611655

10位ISBN编号：7508611659

出版时间：2008-6

出版时间：中信出版社

作者：俞炳匡

页数：179

译者：赵银华

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

## <<医疗改革的经济学>>

### 内容概要

《医疗改革的经济学》从经济学的角度透析了医疗制度的架构，对医疗费用持续高涨、政府医疗保险的作用以及医疗改革政策执行的监督等方面进行厂深入的经济分析。通过国际比较和数据分析表明，医疗改革极其复杂，“大胆”的改革往往会带来意想不到的后果。改革绝不能在官僚垄断信息的情况下进行，也绝不能仅仅止步于简单的数字堆积和一时的心血来潮。在医疗制度改革中，仅仅考虑“官”和“民”的做法太过狭隘，还应该考虑由公众主导的、开放式的民间非营利机构(NPO)。这是一项值得深思的建议，对中国的医疗改革具有重要的借鉴意义。

## <<医疗改革的经济学>>

### 作者简介

俞炳匡，哈佛大学医疗政策管理学硕士；约翰·霍普金斯大学医疗经济学博士。  
现任纽约州罗彻斯特大学医学院区域预防医学系助理教授，从事医疗经济学的研究(特别是流感疫苗预防接种的经济评估)教学，涉及领域包括：高龄化对医疗制度的影响的国际比较，预防医学(特别是预防接种、基因筛选)的经济评估。  
曾任斯坦福大学医疗政策中心研究员，从事养老制度的国际比较研究；美国卫生部疾病管理预防中心经济学专家，从事包括遗传基因筛查在内的预防医学经济评估。

## &lt;&lt;医疗改革的经济学&gt;&gt;

## 书籍目录

总序序前言第一章 概述第二章 医疗状况的比较评估第一节 医疗问题的三个方面一、三个方面：就医条件、医疗成本、医疗质量二、经济、财政状况的恶化与医疗经济学的诞生三、日本的医疗经济学四、通过数据比较来评估日本的医疗状况第二节 医疗成本的比较一、国内比较：社会保障与医疗二、国际比较A：政府财政支出明细情况三、国际比较B：医疗费的水准与变化第三节 就医条件的比较第四节 医疗质量的比较第三章 医疗经济学能做什么第一节 医疗经济学的定义一、经济学本与“赚钱”无关二、会计学不是经济学的必需三、经济学的着眼点是社会整体四、合理分配货币“投入”的案例五、最大化非货币“产出”的案例六、个人的幸福度未必能带来社会整体的“效用提升”七、医疗经济学的严谨定义八、医疗经济学的研究范围第二节 医疗与经济学的关系一、容易让人迷惑的三点言论二、经济学能够介入的仅是医疗的某一方面三、经济学的客观性在哪里、有多高四、客观提案并不是唯一的第三节 专业研究生教育一、微观经济理论：政策讨论必需的知识二、微观经济学理论：医疗经济学专家必需的知识三、计量经济学：通过数据分析的方法提高政策研究质量四、通过数据搜集的方法提高政策研究质量懒人的英语学习方法：总序篇第四章 探寻医疗费高涨的根源第一节 五个可疑因素都不是主要原因一、从纽豪斯教授的研究来看美国总医疗费增长的主要原因二、医疗技术的进步是不可数值化的因素吗第二节 人口老龄化对医疗费的影响一、基于宏观数据(以国家为单位)的国际比较研究二、基于个人数据的研究三、高龄者健康状态对医疗费用的影响四、死亡前夕集中消耗的短期急性治疗费用能否得到削减第三节 医疗保险制度的“功”与“过”一、兰德公司的研究是讨论医疗保险所必需的基础知识二、道德风险三、人们为什么愿意加入保险四、兰德公司的医疗保险研究五、医疗保险制度是否有存在的必要第四节 医疗是必需品还是奢侈品一、“弹性”的概念二、医疗服务的收入弹性第五节 围绕“医生诱导需求”的争论一、“医生诱导需求”为何遭到质疑二、推算“医生诱导需求”所面临的问题三、对过去研究的总结四、过于简单的政策会引起“打鼹鼠效应”懒人的英语学习方法：资格考试笔试篇第六节 长期护理费与短期急性治疗费的决定因素是否不同一、区分短期急性治疗费和长期护理费的理由二、影响长期护理费用的因素第五章 改革路线图第一节 制度改革前必须明确的价值标准第二节 衡量效率的五个标准及其改善方案一、通过医疗保险的分散风险机能来提高效率二、减少浪费财力和人力资源的“政府管制”以提高效率三、通过控制医疗保险补偿项目来提高效率四、通过降低医疗费中的事务性经费(增加实际用于医疗的费用)来提高效率五、通过医院(诊所)间的竞争来提高效率第三节 美国的平均住院天数看似较短的原因第四节 高效的预防医疗将导致成本上升一、预防医疗的定义与分类二、延长一年寿命所需的成本三、“鼓励”吸烟可以削减政府医疗支出与工资支出懒人的英语学习方法：听说篇第五节 实施制度改革的社会基础一、用于政策评估的信息收集与限定研究目的的信息公开二、政策评估的中立性和透明化：公示有关“利益冲突”的信息三、培养从事政策评估的研究人员四、政策制定过程的多样化与透明化五、第三条出路——加强民间非营利机构的作用第六节 改革方案总结一、从导致医疗费高涨和效率低下的失败案例中汲取的教训二、从控制医疗费的成功案例中得到的经验三、结束语懒人的英语学习方法：辩论会议篇后记

## &lt;&lt;医疗改革的经济学&gt;&gt;

## 章节摘录

第一章 概述考虑到有些读者非常繁忙，故本章用一章的内容来概括全书的主要内容。

为此，本章内容特意采取了与第二章以后各章完全相同的结构。

第二章以后的内容相对独立，可在读完本章之后分章单独阅读。

诸位读者可根据个人兴趣选读。

第二章 概述医疗状况对比评估1.医疗问题的三个方面医疗问题涉及面广泛，为了对其进行归纳整理，第二章第一节从医疗成本、就医条件、医疗质量这三个角度出发，将医疗问题分为三类。

只有在维持医疗质量的前提下削减不必要的成本，才符合医疗经济学的本质目的，即通过改变资源分配最大限度地提高社会福利。

医疗成本、就医条件和医疗质量这三个方面联系非常紧密，医疗政策争论中经常提到的问题是：“医疗成本与医疗质量”或者“就医条件与医疗成本”，这两者是鱼与熊掌不可兼得呢，还是能够二者兼顾同时改善呢？

2.日本的医疗费（成本）较低讨论医疗问题尤其是医疗成本问题时，曾听到有人说“日本的医疗费年增长率很高”，但是，判断高还是低，必须要有某种标准，具体来说就是要有可供比较的对象。

因此，第二章通过量化比较详细地评估了日本医疗的相对状况。

通过日本国内比较，发现医疗支出在绝对数额和增长率两方面都要低于同为社会保障项目的养老金。

另外，在日本经济增长缓慢的20世纪90年代，虽然社会保障支出的高增长率经常遭到批判，但该增长率仍然低于公共事业费的增长率，与国债基本持平。

日本需要支出多少医疗费或社会保障费，这当然应该由负担这笔费用的日本国民来决定。

不过，与其他发达国家进行的比较相信也对决策具有一定的帮助。

与欧洲各国进行比较后，发现日本政府财政支出的具体内容具有如下特征。

包括医疗支出在内的总体社会保障支出所占比重较低。

以社会保障支出在GDP中所占的比例为基准，对主要发达国家进行比较后发现，1980年和1990年日本都处于最低水平，虽然2000年略超过美国，但依然低于欧洲各国的水平。

医疗支出在总体社会保障支出中所占的比重相对较高。

经济振兴对策费（日本的公共事业费包含在此项中）所占比重较高，是英国和瑞典的两倍、德国和法国的1.5倍。

纵观1970~2001年间各发达国家医疗总支出在GDP中所占的比重变化可以看出，自20世纪70年代以后，日本（2001年为8%）和英国在包括“七国集团”在内的主要发达国家中一直处于最低水平。

美国最高（2001年为13.1%），即使与位居次席的德国及紧随其后的法国、加拿大等国（2001年为9%~10%）相比也显得“鹤立鸡群”。

不仅仅是医疗总支出占GDP之比，即使在医疗总支出的绝对数额上，美国也高居世界第一，这一倾向在20世纪80年代以后越来越显著。

3.日本的就医条件绝不算差第二章第三节主要根据“生病后是否有钱到医疗机构就医”、“患者是否能够根据自己意愿选择医疗机构”、“选定医疗机构之后，到实际接受检查和治疗之前需要等待多长时间”等因素，对就医条件进行了详细的比较。

关于第一个方面及“金钱方面的顾虑”，包括日本在内的主要发达国家都不存在问题，只有美国例外地没有实施全民保险制度，无保险者人数高达总人口的19%，而且还有增加的趋势。

在其余两个方面，也可以说“日本的就医条件优于其他各国”。

在医疗成本比日本更低的英国，生病时必须先看私人医生，否则就无法到专科医生处就诊。

而在医疗成本高于日本的美国。

即便是已经加入医疗保险的患者，其就医条件也普遍不如日本。

虽然人们经常拿“日本的医疗是等待3小时、看病3分钟”、“美国的门诊每次诊疗时间是15分钟”这两句话来比较日美两国的医疗时间，但实际上在很多时候，美国患者为了得到“15分钟的门诊”往往要先耗费一周的时间来预约。

从20世纪80年代起，提倡“管理式医疗保险”的民间营利性企业席卷了美国民间医疗保险市场，但是

## &lt;&lt;医疗改革的经济学&gt;&gt;

其中绝大部分都对“患者选择医疗机构的自由”做出了若干限制。

而且，在“管理式医疗保险”出现以前，美国就已经有一些医疗机构宣称不给只拥有公共医疗保险的患者（低收入者）看病，因为对医疗机构来说，给公共医疗保险入保者诊疗的利润要低于民间医疗保险入保者。

4.日本医疗质量的国际排名依评估指标的不同上下变动较大第二章第四节对医疗质量进行了国际比较，虽然日本的情况相对较好，但依据比较指标的不同，其排位顺序上变动极大。

如果按照平均寿命、婴儿死亡率这一指标来进行比较，日本的水平高居世界第一二位。

人们通常认为，单位人口拥有的医生数量越多，先进医疗技术的普及率越高，实现的医疗质量也就越高。

按照单位人口拥有医生数量这一指标来衡量，日本在发达国家中排位较低，2000年甚至在“七国集团”中屈居末席。

如果根据单位人口拥有CT扫描仪数量这一指标进行比较，日本则在1990年后一直居于最高水平，按照1999年的数值，日本是号称“高科技医疗国家的代名词”的美国的6倍以上，是总医疗支出占GDP比例与日本同处“七国集团”最低水平的英国的13倍多（顺便提一下，CT扫描仪最早是由英国研发的）。

在人均拥有MRI设备数量方面，日本也是“七国集团”其他成员国的3~9倍多。

至于在CT和MRI设备上投入如此巨资后，日本的医疗质量能否得到相应的提高，这还有待评估。

如上所述，在日本的医疗资源分配中，分配给医疗工作者的份额较少，分配给CT、MRI等医疗设备的份额较多，那么，这种分配现状是否能够有效地提高患者的健康状况和满意度呢？

这也是医疗经济学的一个研究课题。

5.存在片面选取特定指标的可能对医疗制度的满意度和对实际医疗行为的满意度，是衡量医疗质量的另两项指标。

在衡量过程中，有些人可能会从特定立场出发片面选取那些有利于其自身观点的论据，这两项指标就是容易出现上述现象的典型例子。

这样说是原因的。

比如在“医疗成本”低于美国的英国和日本，由于能以较低成本提供良好的就医条件，所以这两个国家的患者对医疗制度的满意度相对高于美国。

可是另一方面，出于“等待时间长”、“诊断时间短”等理由，这两国患者对个人接受的“医疗行为”的满意度又要低于美国。

美国经常被当做日本医疗改革的榜样，然而约翰·

霍普金斯大学安德逊教授最近发表的研究论文指出，在衡量医疗质量的多项指标上，美国都在OECD30个成员国中排名靠后，而且自20世纪60年代以后还一直继续下滑。

诸位读者可能听说过，世界卫生组织（WHO）曾对191个国家医疗制度的“效率”进行评估并划定了等级排名。

依评定方法的不同，这种等级排名上下会有一些出入，比如日本在世界卫生组织2000年的报告中排在第9位，而在2002年的另一份报告中则高居第一。

虽然这些报告所采取的评估方法招致了很多批评，但是笔者认为，对旨在建立综合性评估方法这一行为本身，基本上还是应持欢迎态度的。

之所以这样说，是因为采用综合性评估方法，能够相对减少“出于特定利益而片面选取对自己有利的论据”这种情况的发生。

第三章概述医疗经济学能做什么1.医疗经济学的定义第三章第一节尝试利用“消元法”（排除法）和具体实例来定义医疗经济学。

首先，利用消元法，说明了医疗经济学“与赚钱无关”、“不一定需要会计学知识”、“与经营学不同”。

作为具体实例，又列举了“同样在3个小时内消费10万日元，怎样消费才能实现个人回报（如健康状况、效用或幸福度）的最大化”、“个人和社会整体的效用（幸福度）是否能够同时得到提高”。

严格来讲，经济学的定义是“研究如何配置稀缺资源并将其用于相互竞争目的的科学”。

## &lt;&lt;医疗改革的经济学&gt;&gt;

经济学进而又可分为微观经济学和宏观经济学两大类。

微观经济学从构成经济整体的经济个体[包括企业、医院等民间非营利机构(NPO)、公共医疗保险机构等]或消费者(患者、投保人)等的行为入手,来分析经济社会中的市场机制;而另一方面,宏观经济学则以一个国家整体经济的运行情况为研究对象。

对公共机构的研究传统上主要采取微观经济学的分析方法,同样,医疗经济学过去的研究也几乎全部采用了微观经济学的分析方法。

医疗经济学的研究对象范围较广,看了该领域最具代表性的学会即国际卫生经济学会

(International Health Economics Association, IHEA)举办的学术会议的主题,相信读者们就能明白了。这些主题包括:(医疗)保险与逆向选择;健康状态与医疗服务的因果关系;健康状态的集团间差异(如健康指标、就医条件等方面的差别);高龄化与被赡养者;传染病与贫困;(酒精、药物等的)中毒;肥胖及其成本;(医疗)技术的发展与变化;药物;医疗工作者及其教育培训;消费者(患者)与医生的行为模式;国际卫生问题;(医疗)评估的方法论;民营化;竞争与合作;计量经济学等等。

在日本存在某种误解,即把医疗经济学等同于“成本效果/成本效益分析”(CEA/CBA,一般指通过权衡收益与成本来评价公共项目可取性的一种系统经济分析方法)。

然而,从笔者在美国接受的医疗经济学教育内容(硕士课程和博士课程)来看,“成本效果/成本效益分析”只不过是医疗经济学中用到的诸多有效的分析手段之一。

上述学术会议和第三章介绍的教科书中揭示了医疗经济学的广泛研究范围,其中有很多课题单凭“成本效益分析”这一种分析方法是无法解决的。

2.医疗与经济学的关系在笔者印象中,在日本人们对医疗和经济学之间关系的看法还不够成熟,尚未形成既不迷信盲从也不厌恶抵触的冷静客观态度。

第三章第二节将通过分析某些经济学家的三类言论,来探讨之所以这样说的理由。

这三类言论经常令一般读者(包括医疗工作者)感到迷惑,具体内容是:经济学家提出的政策方案更具全局性和客观性,所以应当予以最优先考虑;经济学理论是客观的;基于客观的经济学理论,(要解决问题)只有唯一一种政策性应对方案。

笔者对这些言论全部持非常怀疑的态度。

——检验这些容易使人迷惑的言论,有助于阐明医疗经济学的实质,所以也相当于以不同于第三章第一节的形式来定义医疗经济学。

3.专业研究生教育第三章第三节根据笔者本人在美国接受的标准的医疗经济学教育,来说明专业研究生院中应开展哪些教育内容,以便使医疗经济学在政策建议和评估中发挥积极作用。

接受教育的对象,不仅包括从事政策建议(Policy Suggestion)、政策评估(Policy Evaluation)等政策理论研究的人才,还包括能基于实证研究结果来评议政策的实干家、临床医生。

具体来讲,就是圈定教授医疗经济学所需的微观经济理论和计量经济学知识的大致范围,并概括介绍旨在提高政策研究质量的数据搜集方法。

单凭某个院系来教授上述全部知识是不可能的,即便在教员数量众多的美国亦是如此。

所以,开设医疗经济学课程的医疗类、公共政策类研究生院最好能够效仿美国,与经济学研究生院之间建立正式的学分互换制度。

政策评估的方法也有很多。

出于科学性和客观性的考虑,在各发达国家,采用统计学方法进行的计量评估或数值评估对政策的制定具有很大影响力。

计量经济学也是统计学的一个分支,可以把它看做是一种中立的工具,用来检验经济学理论在现实世界中具有多大程度的妥当性,或者说能发挥多大的作用。

笔者认为,如果一种经济学理论不能支持采用统计学方法对现实数据进行分析得出的分析结果,那么它永远只是一种纯粹的假说。

医疗领域的政策评估对象范围很广。

“治疗高血压的新药A的治疗效果比已经广泛使用的B药高出多少”这类临床医学评估,实际上也与医疗政策紧密相关,所以也应被看做政策评估对象之一。

## &lt;&lt;医疗改革的经济学&gt;&gt;

这样说的原因是，在对“出于效果和安全性考虑，是否允许日本国内使用新药A”和“是否应当把新药A列入公共医疗保险的补偿项目”进行决策时，以下信息必不可少，即“与原来的8药相比，新药A的药效、副作用、价格有何变化”。

对某种药品、治疗方法和检查仪器的评估可以说是最微观的政策评估。

下面的例子则属于宏观（国家）层面的评估，例如对“实行养老保险后，从日本全国来看，家庭护理者的经济和身体负担得到了多大程度的减轻（或加重）”进行的研究评估。

第四章概述探寻医疗费高涨的根源1.5个可疑因素都不是主要原因——最大的黑幕是医疗技术的进步吗？

第四章引用医疗经济学过去的实证研究结果，讨论医疗政策中最受人关注的问题之一——探寻医疗费高涨的根源。

当然，探寻医疗费增长原因的根本目的并不是抑制医疗费，首先是为了使今后的医疗制度能够最大限度地提高社会福利。

其次是在实证研究的基础上正确地预测今后的医疗费支出，也就是说找到有可能导致医疗费浪费的因素，如果具备政策上的可行性，那么就制定相应的政策对该因素进行管理和控制。

换言之，在衡量决策过程中应优先注重哪项因素时，应考虑以下两点：对各项因素给医疗费上涨造成的影响进行客观的量化（比较各项因素影响程度的大小）；政策能够在多大程度上对各项因素进行控制和管理。

可能很多读者会感到意外，因为至少在总医疗支出和急性病医疗支出（现在占总医疗支出的大部分）方面，国际医疗经济学者们已经找出了导致医疗费高涨的根源。

尽管各发达国家的医疗制度之间存在差异，但研究得出的结果十分相似，即：被怀疑为“罪魁祸首”的五个因素都是无足轻重的。

这五个因素分别是人口的老龄化；医疗保险制度的普及；国民收入的增加；医生数量的增加（或“医生诱导需求”）；医疗产业与其他产业在生产率提高上的差异。

第一项因素即“医生诱导需求”，指的是医生把自身利益置于患者利益之上，提供没什么必要的医疗服务，从而诱发不必要的医疗需求。结果导致医疗费用的高涨。

具体来讲，如第四章第一节所述，这5项因素的影响全部加在一起，最多也只能解释美国总医疗费增长（1940～1990年）中的25%～50%。

也就是说，对医疗费增长起到另外50%～75%影响的“主犯”，是难以用定量（数值）方法测定出来的“其他因素”，而其中最重要的可能就是“医疗技术的进步”。

而且，该研究结果说明的并不仅仅是美国的特殊情况，美国之外的其他各发达国家所进行的类似研究也得出了相同的结果，所以可以说，该研究成果在发达国家中具有较高的普遍性。

然而令人遗憾的是，有些陈词滥调至今仍根深蒂固，如有的人仍然毫无根据地纠缠于上述5项次要因素，认为能够借此来抑制医疗支出，而有的人引用的论据竟然是无论在理论上还是在实证上可靠性都非常低的、二十多年以前的研究结果。

据笔者所知，国际上很多医疗经济研究者已经就“导致医疗费高涨的主要原因是医疗技术的进步”这一点基本达成了一致。

而且，由医疗技术进步导致的医疗费增长在很大程度上可以通过相应政策来进行控制，如“决定是否把某项新医疗技术列为医疗保险项目”、“规定某地区或单位人口拥有的昂贵医疗设备的数量”等。包括美国在内的发达国家过去均未将“医疗技术的进步”列为医疗费高涨的主要原因，因而在抑制医疗费增长方面仅仅取得了暂时性的轻微效果。

所以说，他们所采取的应对措施大多是反面教材。

为了佐证这一点，将分别在第二节（老龄化）、第三节（医疗保险）、第四节（国民收入）、第五节（医生数量）详细分析这几个次要原因与医疗费上涨的关系。

2.人口老龄化对总医疗费增长的影响几乎为零第四章第二节将通过4种类型的实证研究来介绍人口老龄化对医疗费的影响。

基于这一系列严密的实证研究的结果，笔者对日本国内关于“人口老龄化对医疗费增长影响巨大”这一普遍看法持非常怀疑的态度。



## <<医疗改革的经济学>>

第一类研究是评估老龄化对总医疗费增长的影响的一系列国际比较研究，其中采用可靠性较高的研究方法进行的最新研究表明：“即使老年人数量在总人口中所占的比例增加，其对总医疗费增长的影响也几乎为零”。

## <<医疗改革的经济学>>

### 编辑推荐

《医疗改革的经济学》对思考日本的制度改革影响颇深，堪称重大突破。

《医疗改革的经济学》作者先在日本接受了医师培训，然后意识到有可能通过经济学研究来透析医疗制度的架构，从此远赴美国，在医疗经济学的发源地接受锤炼，并且在比较研究领域结识了一些不可多得的志同道合者，并因此受益匪浅。

为了探求能够最有效地利用资源来服务社会的理想医疗制度，他满怀热情，孜孜不倦。

只有这样的作者才能完成这样的杰作。

<<医疗改革的经济学>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>