

《谁将生存？健康、经济学和社会》

图书基本信息

书名：《谁将生存？健康、经济学和社会选择》

13位ISBN编号：9787208035225

10位ISBN编号：7208035229

出版时间：2000-10

出版社：上海人民出版社

作者：维克托·R.福克斯

页数：303页

译者：罗汉

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介以及在线试读，请支持正版图书。

更多资源请访问：www.tushu000.com

《谁将生存？健康、经济学和社会》

内容概要

《谁将生存?(健康、经济学和社会选择)》可以为中国解决同类问题并建立相关研究学科、最终为决策提供一个很好的借鉴、《谁将生存?(健康、经济学和社会选择)》资料详实、立论严谨、可读性又很强，其论述的许多问题发人深思。

《谁将生存？健康、经济学和社会》

书籍目录

增补版序

平装本序（1982年）

鸣谢

一 谁将生存？

引言 健康与经济学

第一章 问题和选择

第二章 谁将生存？

第三章 医生：团队的领袖

第四章 医院：希望之屋

第五章 药物：开启现代医学之门的钥匙

第六章 医疗费用的支付

结束语 健康与社会选择

二 健康、经济学和社会选择

1 哲学家必备的健康经济学知识

2 贫穷和健康：提出恰当的问题

3 从俾斯麦到伍德科克：对

《谁将生存？健康、经济学和社会》

精彩短评

- 1、绝对是卫生经济学的经典之作，虽是美国八十年代的东西，但是其剖析的问题直到今天依然存在。作品的框架和作者的分析思路尤其值得注意并予以好评，大量的数据和一针见血的评价让人可以一口气读完（虽然我不是）。对刚接触卫生经济学的人而言看这个绝对比看许多教材要来得实在些。
- 2、只看了第一部分，还不错。科普知识
- 3、拜形策老师所赐，读此书~
- 4、讲医疗的，不怎么感兴趣

1、只需要读第一部分和后记即可，第二部分可以略去。医疗资源与其他稀缺资源一样，都受制于经济学的资源合理配置原则。现在已经很少人主张，只要能治疗疾病，不顾医疗成本而无限制的投入医疗资源，显然，在治疗与不治疗之间，人们已经理解需要选择；另外，费用昂贵而效用未知的技术研究会耗尽医疗经费，从而直接减少用于研究的费用。医生对医疗成本也具有关键性的影响。经济学理论并不能使已有的结论立即应用于政策制定，它不是教条，而是一种方法，是一种思维工具，是一种考虑问题的手段；拥有它，将有助于你得出正确的结论。——凯恩斯一、资源对需求的相对稀缺性，向所有人提供高质量的服务是不可能实现的诺言；二、资源的多用途性，资源选择中的个人偏好程度；健康与医疗之间的关系 因果，对立如何面对连年激增的医疗费用问题，如何降低医疗费用（包括医疗资源使用率和医疗价格）？一、增加医疗资源的供给，以期拉低医疗价格二、大力宣传全民保健意识，以减少医疗资源使用率三、国家政策强制控制医疗资源使用率及采用药品限价制度四、引入医疗保险的兑赔额，正向奖励维持自身健康的投保人五、通过权利人“医生”来控制医疗费用究竟采用以上五种方法中的哪一种来降低医疗费用呢？下面让我们一一分析，逐个击破！问题一：为什么增加医生人数、医院的数量，增加药品研发和医疗科技的进步，不能降低死亡率及患病率？今天，越来越多的人逐渐意识到，增加医生的数量和增加药品研发和医疗科技的进步与国民健康状况的改善没有任何重要的联系；换言之，今天，人类主要杀手是心脏疾病、癌症，意外事故、自杀及他杀，行为因素的影响越来越大，而医疗护理至今仍无法成功地改变人们的行为；同时，我们不得不承认，医疗资源不论在贫穷国家还是在高福利的瑞典，都是稀缺的，每一个国家都在由遗传因素、气候条件和其他自然力量限定的范围里通过比较健康与其他目标的重要程度，选择着自己的死亡率。如果我们的目标是提高全民的健康水平，我们就必须付出一定的代价。这就是边际成本与边际收益的博弈。一旦医学进步，人员和设备的配置达到了一定的基本水平，再追加的医疗投入就没有那么明显的效果了。此外，我们还要考虑医疗人员的人力投入和医疗资本投入之间的最优配置比例。心理资本提升这个概念就是考虑到当投资能产生令人满意的回报率时健康投资才会发生。关注身心健康和接受教育都是对人力资本的投资。然而，不同的人拥有不同的健康贴现率。国家虽然能有效的使社会躲过多种危险，但是保养身体在很大程度上仍是一个个人问题，他要求拥有一定的生活方式。随着经济与收入水平的提高，单一因素影响婴儿死亡率的可能性越来越低，宗教文化、种族习俗、受教育水平、经济发展、社会结构、医疗护理和其他因素共同影响生育结果的情况越来越复杂和多元化。不得不承认，即使把医疗服务使用到极致，可能也无法使美国与瑞典（世界死亡率最低国家）的死亡率差距有点短，目前看来，改变个人行为仍是减少心脏病、癌症及其他不幸事故发生的最有潜力的办法。而婴儿死亡率主要取决于母亲的身体状况和心理状况。喜人的发现是关于受教育时间与健康状况的正相关关系，比较合理的解释是，良好地教育能增强人们的自信，减少社会和工作带来的压力；另一种解释是，教育和健康都属于人力资本投资的一种，个人和家庭进行此类投资的意愿程度和能力大小的差别几乎相当。观察比较男女死亡率就可以发现，当女性的生活方式与男性越相似，二者死亡率的差异就越小；而婚姻状况对于男性死亡率的影响大大高于女性：在所有发达国家中，未婚者的死亡率都明显高于已婚者，而45岁-54岁未婚男性的平均死亡率更是已婚男性的两倍，研究表明：妻子的受教育状况与丈夫的健康水平存在正相关关系。另一种支持“生活方式影响死亡率”的实例是内华达州与犹他州的婴儿死亡率的差异。即使这两个州在收入水平、教育状况、城市化程度、气候人均医生人数、人均医院床位数等方面都非常相似，然而两个州的婴儿死亡率却相差悬殊。那么，究竟是什么因素导致了内华达州的高死亡率呢？答案是，犹他州居民基本上都是摩门教教徒，他们过着无烟无酒，平静安稳的日子；内华达州烟酒消费量都很高，离婚率和迁徙率也很高。长期看，人们的健康状况会受医疗状况影响，但是起作用的主要是科技进步，而不是医疗服务数量的变化。在发达国家，医疗服务对预期寿命的编辑效用微乎其微。现在再来看看，医生对控制医疗费用的举足轻重的作用：医生不但把控着病人治疗的整个流程，决定住院、手术、检查、用药等事宜，对其他医疗服务人员有指令权，即使药剂师能够使用另一种药物作为替代品为病人节省治疗开支，药剂师也不可以这样做，而是必须遵从医生的药嘱，正是医生的这种垄断地位构成了这个职业的高收益。这还不包括医生对医疗器械的采购、住院支出和院外药物支出及康复护理等方面的决定权。当然，病人有时也主动要求住院，这是因为，对于同样一个手术，住院时保险公司的赔付比不住院给的更多；然而对心脏病患者而言，住院治疗与在家治疗的效果毫无差别。经济学家肯尼斯阿罗指出，医疗需求和医疗结果的不确定性排除了通过市场竞争寻求最

佳方案的可能性，并导致了各种法律和习俗的产生，他们赋予了医生无以伦比的权力。越来越多的研究表明，80%的疾病属于官能性疾病，他们病程自限：产生、持续、消亡；10%的疾病根本无药可救；剩下10%的疾病医学科技的重大发现才能起到一点作用，但是成本相对可观。这就不得不对医生的“非治疗”作用重视起来，在生命结束之际，在“治疗”已无能为力之时，“护理”显得更加重要。的确，目前医疗费用的结算均以提供的服务而非治疗的效果为依据，既然医疗费用与治疗效果之间可以完全脱节，那么为什么一定要强调企业员工心理咨询服务的效果达成率呢？西德尼医生主张医疗机构应该以四种服务模式为主：1.为怀疑自己生病的人设立的检查鉴别评估分类中心；2.为健康者提供免疫治疗及健康维持服务；3.为慢性病患者提供治疗和康复训练；4.由专业医生组成的为急性病、意外突发伤害服务的治疗中心；针对医生数量地域性分布不均问题：医生们和其他职业人群一样偏向于落户经济发达，文化设施齐全的地区，这并不表示美国医生总数的增加就必然会带来偏远地区医生人数的增加。相反，增加医生人数反而会带来极大地资源浪费，至少在外科等部分领域，医生已经供大于求了。那么，为什么外科医生间的竞争没能降低手术费用呢？原因之一是有一部分费用用来讨好那些有权转诊的内科医生、或其他医生了。有些批评家指出，外科医生的这种过剩能力造成了很多不必要的手术，事实上，接受不必要手术的则责任与其说是医生的圈套或医院的创收，不如说是病人的强烈要求。当孩子患上周期性咽喉痛等类似毛病时，父母们往往央求医生为孩子切除扁桃体；接受剖腹产的女性之所以如此之多，除了医生与医院的责任外，与她们自身的认知也很有关系。事实一再证明，现在医生在其专业分支领域内接受的深入细致的培训，其成本过于高昂，以至于这样培养出来的人才不适于提供基础护理、预防治疗、康复治疗和紧急救护，而这几种都是现在需求旺盛的医疗领域。加大初级保健医生的培养队伍势必要解决资格认证和医生执照监管的问题。这就要求大多数医生要转变角色，不再是直接为病人提供治疗，而是全权负责病人的健康状况。如何看待医院？增加医院的床位数，引进新的医疗设备究竟能多大程度上的提高医疗效率，医院规模对效率的影响究竟有多少？由于过去医疗知识匮乏，医疗水平有限，医院最初的只能是为穷人提供一个等待死亡的场所；随着现代医学科技的进步，医院逐渐成为医生的工作车间，医生们认为医院就像是修理车间，是进行治疗的地方。而现在，一些医院逐渐担任起社区的保健中心和康复中心，这些医院更重视预防医学、保健护理、康复服务、临终关怀等。他们能否引领新一代医院模式的变革？在现行的医院融资体制下，医生和医院受托人都缺乏足够的动力去推动这项改革；即使他们不这么做，也不会得到惩罚。当人均护理人员占有量连年增加，而医患关系依然剑拔弩张，我们不禁要问增加的那些医护人员在干什么。其中一个原因是：他们在操作和保养医院里那些复杂精密的仪器设备；不同于其他行业，有形资本促进劳动力需求减小的情况，大多数医学领域的新发展都会增加对劳动力的需求。劳动力人均成本的增加和医护人员雇佣数量的猛增直接导致了医院成本的激增。然而制度法规带来的第三方融资使医院不用担心没有钱；老年保健医疗制度和医疗补助制度的建立，使以成本为偿付标准的服务量猛增了75%，然而，这对健康状况有影响吗？结论是，投入医院服务的资源虽有明显增加，但是人们的健康状况丝毫未有改善；同理，如果投入的资源不增加，人们的健康状况是否会恶化呢？从数据来看，我们很难解释，为什么住院人口的比例在不断上升，首先是因为，医生让病人住院将给医院带来收益，医院往往会在床位空缺时，给医生施加压力，要求补足空缺床位；而病人为了能得到保险公司的住院赔付，也宁愿住院；同时政府将扩张病床数作为考量国家医疗水平的重要指标之一，盲目扩张病床数量，最终，我们看到的现状就是：病床数年年增加，住院人口年年增加。试想如果把美国对药物的管制标准施加在手术上，情况会如何？假设除非有足够确凿的证据证明手术的有效性和安全性，否则就不嫩实施手术。扁桃体切除手术能通过有效性测试吗？肺癌手术能通过测试吗？我们是否应该把精力放在阻止具有潜在危险的药物进入市场？药物的过量使用、滥用、误用构成了美国的一个主要健康问题。从健康角度来看，美国过量使用最严重的一种药物是酒精。即使人们明知在伤害自己身体，但因为从药物中得到了其他满足而执意过量使用药物。那么政府是否有义务强制人们保持健康？比如禁用酒精、香烟、限制不健康食品、限制暴饮暴食，强制锻炼身体。。。很明显，政府加强对药物的开发和销售的监控会严重阻碍人类与疾病的斗争；而由于药品销售体系及专利垄断，导致药品行业缺乏价格竞争，所以目前的药物价格超过必要的水平。近年来，政府在护理保健领域支出中承担的比例不断上升，（包括残障人士及老年慢性病患者）然而，仍然有许多人赞成以医疗补助的形式进行收入再分配，而反对直接对收入进行再分配后让个人决定自己的资金用途。其实，通过改变医疗服务人员的奖励机制，我们就可以运用支付机制消除不必要的住院治疗，控制医生的药方，从而在总体上限制医疗成本的攀升。

问题二 低收入是导致身体不好的原因吗？在实施普遍医疗保险制度的国家，当实际收入增长时各

《谁将生存？健康、经济学和社会》

等级间的死亡率差距保持不变的发达国家不仅是英国、瑞典，也包括很多北欧国家。甚至有些国家是负相关的关系。德意志帝国的腓斯麦公爵把强制性国民健康保险制度带到了西方。今天，几乎世界上所有国家都建立了自己的国民健康保险几乎。然而，由于消费者的直接成本小于社会提供服务的真实成本，所以相对于其他商品和服务，他们往往会过度消耗医疗服务。这导致了严重的福利损失。

章节试读

1、《谁将生存？健康、经济学和社会选择》的笔记-第176页

健康与社会选择（结束语）

作者的主要建议：

- 1、综合性的普遍保险制度
- 2、分散的服务体系
- 3、由参加者分摊费用的支付体制
- 4、不同保健计划间的竞争
- 5、打破保健人员的各种雇用限制，试行协会许可证制度、充分利用“医生助理”
- 6、合理的医生供给
- 7、合理的住院治疗

2、《谁将生存？健康、经济学和社会选择》的笔记-第223页

从俾斯麦到伍德科克：对国民健康保险制度的“疯狂”追随

《法律与经济学》1976.8：347-359页

伍德科克：1975年美国联合工会（UAW）主席，带头推动政府建立一项综合性的普遍国民健康保险制度。

强制性的国民健康保险之所以之所以在世界各地广为盛行的原因有：

- 1) 美国已经建立了隐形的国民健康保险制度——那些没有投保的人都是搭便车者。
- 2) 控制服务提供者的企图——希望对医院和医生掌握一定的控制权
- 3) 有利税率——
- 4) 外部效应
- 5) 市场无权决定生死
- 6) 平均主义壮大
- 7) 家长式作风
- 8) “不公平税收”的补偿
- 9) 家庭力量的削弱
- 10) 宗教力量的削弱
- 11) “政治”角色

3、《谁将生存？健康、经济学和社会选择》的笔记-第255页

克林顿计划：一个研究者对改革者的审视

《健康》1994春季刊102-114页

乔治·斯蒂格勒：“一位学者应该思想开放，并做到客观性、理性。一位改革家则必须把他的计划吹得天花乱坠。改革和研究鲜少能够齐头并进”。（Chicago Today,1966:30）

克林顿计划长达1250页，内容庞杂。要点是：保险范围、资金筹集、补贴、统一费率、医疗联盟、风险调整、费用控制、国民健康委员会。

几个错误的假设：

- 1) 雇主支付医疗费用。——实际上雇主支付的医疗费用一部分就是雇员的工资，一部分可能转移到生产的产品中。

《谁将生存？健康、经济学和社会》

- 2) 小企业无力承担医疗保险。——如果医保的托管费率根据企业大小而不同，那么所得税和失业保险为什么不这么做？
- 3) 医疗支出削弱了美国企业的国际竞争力。——住宿费 and 理发费会影响竞争力吗？日本食品价格高影响了日本的全球竞争力吗？
- 4) 扩大承保范围可以降低支出。——RAND医疗保险实验证明：承保范围越大，看病住院的人就越多，总支出也就越高。预防治疗有助于延年益寿，但通常会增加医疗费用。
- 5) 医疗改革能极大地改善人们的健康状况。——医疗的融资方式和组织方式的差异对健康的影响微不足道。影响人们健康的因素是：基因；物质环境（空气、水、社区和工作场所的安全性）、个人行为（吸烟、饮食、运动）。

保健政策的三个问题：使保险与雇佣关系分离；必须驾驭医疗技术变革，但又不能破坏它；老龄化社会

4、《谁将生存？健康、经济学和社会选择》的笔记-第287页

经济学、价值观和医疗改革

这是本书的最后一篇文章，原文发表于《美国经济回顾》1996.3的1-24页，也是该年美国经济协会第108次会议的主席演讲稿。感觉作者所讨论和关心的问题正是当下中国面临的问题，也就是说：在医疗健康问题上中国和美国的差距可能是15-20年，而不像我过去想象的差30-40年。

两个信息：1) 美国的医疗支出占GDP的比重30年从6%增长为14%；2) 健康经济学博士增加了11倍

过去篇：

在医疗健康方面存在三种观点：浪漫主义（保健专业人员）、技术至上（医生、工程师或医疗政策制定者）和经济学家。经济学对健康的贡献是：引入了稀缺性、替代性和多样性三个概念。浪漫主义不承认稀缺性，而技术至上者没有认识到人类需求（偏好）的多样性，他们把“生产”健康的责任全部加诸治疗投入。而经济学的边际原理使人们明白大部分决策都会牵涉到增加一点还是减少一点的问题，如果他们考虑到与之相关的成本和收益，他们就能做出更优的决策，这种方法比计算“最大化”更加有效。

肯尼思·阿罗：“能否复原和会不会患病一样难以预料”。（1963-951页）健康状况和治疗结果的不确定性是从实证角度和规范角度理解医疗部门的关键。健康经济学研究的主要概念：风险厌恶、道德危险、不对称信息、慈善行为的外部性等。

现在篇：——研究方法

通过对美国健康经济学家、理论经济学家和开业医师（普通的、外科的和非外科的）的调查问卷，涉及实证问题（7个）和政策价值问题（13个）两个方面的20个简短叙述的是非判断，发现：健康经济学家在实证问题上的看法相当一致，但在政策价值问题上一致性大大降低。这应该与价值观差异有关。

另外，对于实证性问题，三者回答的正确率分别是80%、52%和53%。

进一步地，作者以被调查者对国民健康保险和保险公司业务问题的回答为依据构造了两个指数：国民健康保险指数和喜迎保险业务精算模式指数（两者负相关）。进而分析得出：理论经济学家比较注重后者带来的效率，而健康经济学家和开业医师则侧重于再分配效应。

《谁将生存？健康、经济学和社会》

将来篇：

- 1) 明确价值观的差异所在，并寻求解决的途径
- 2) 经济学家要找出大部分政策价值问题中蕴含的实证问题，以减少问题的不确定性
- 3) 经济学家有责任去研究政策和价值观之间的联系，并研究不同价值体系的经济和社会影响
- 4) 经济学家还必须弄清自身的价值观对其政策建议的影响，且更坦率地向其他人阐明实证研究和价值观在他们的政策建议中各自起到的作用。

结论：经济学家之间以及美国公民之间的不同价值取向构成了制定有效政策的主要障碍。

作者的政策建议：

- 1) 建立普遍的医疗保险体制——全民医保

途径：对全体国民征税并向穷人和病人发放隐性补贴；或者简体拖个体制并根据收入发放显性补贴。作者倾向于前者，认为后者的管理成本高，且会严重扭曲激励机制。

- 2) 有综合医疗体系提供包括住院医疗、就诊服务和处方药品在内的各项服务。采取有管理的竞争模式。

- 3) 建立一个私营的大型技术评估中心，并从行业内的每一笔医疗支出中提取一小部分做为资金来源。该机构的职能是：支持有关医疗技术成本效益的研究，推动这方面系统知识的发展和传播；赋予符合成本效益的医疗模式以合理性。

5、《谁将生存？健康、经济学和社会选择》的笔记-第204页

贫穷和健康：提出恰当的问题

《穷人的医疗保健》1993

对穷人的医疗保健问题提出一些问题以供思考

- 1、哪些是穷人？
- 2、贫穷和健康之间有何联系？
- 3、低收入是导致身体不好的原因吗？
- 4、如何解释贫穷和健康的相互联系？
- 5、学校教育和健康的相关性为何如此显著？
- 6、低收入是如何影响健康状况的？
- 7、贫困者面临的最重要的健康问题是什么？
- 8、在贫困者的健康问题中，哪些最容易解决？
- 9、除了促进健康以外，还有其他向穷人提供治疗的理由吗？
- 10、我们可以采用什么政策工具帮助穷人？
- 11、美国人为什么不愿意给予贫困者医疗补贴？
- 12、向贫困者提供医疗的最有效途径是什么？
- 13、什么是“双重”医疗模式？
- 14、什么是基本的治疗？

6、《谁将生存？健康、经济学和社会选择》的笔记-第174页

大部分主要健康问题归根结底还是一个价值取向的问题：我们是什么样的人？我们希望过什么样的生活？我们要为子孙后代建立一个什么样的社会？我们有多重视个人自由？有多重视物质进步？又有多重视精神世界？我们自己的身体健康有多重要？邻居的身体健康又有多重要？只有明确承认相互之间存在着一定的依赖关系，承认对他人负有一定的责任，我们所珍视的个人自由和独立才能得以存在：这个道理看色荒谬，实则千真万确。

《谁将生存？健康、经济学和社会》

7、《谁将生存？健康、经济学和社会选择》的笔记-第58页

婚姻者往往比未婚长寿~其中鳏居和离婚又比单身汉高。挺有意思的

8、《谁将生存？健康、经济学和社会选择》的笔记-第81页

"毫无疑问，医生都喜欢在市区落户。在美国的都市县中，人均拥有的医生数量是非都市县的3倍。"
哈哈，原来不只是中国国情啊。

9、《谁将生存？健康、经济学和社会选择》的笔记-第1页

1、从经济学家探讨健康和医疗问题。

经济学的观点建立在对世界的三个认识上：其一，与人类的需要相比，资源是有限的，我们必须做出选择；其二，资源有多种用途，增加一种用途的资源必然减少其他用途的资源投入；其三，人们的需要千姿百态，而且不同需要的相对重要程度也会引人而已。在这三个条件下，经济学的基本问题就是如何配置稀缺资源，从而更好地满足人类的需要。

2、面临的问题：医疗费用的剧增；医疗享有权问题；健康水平的决定因素

3、大多数医疗保健改革方案都试图控制成本，主要的对策有：

(1)希望通过改变供给来拉低价格并最终减少成本。增加医院和医院数量来使收费下降。（但医疗卫生领域真的是这样的吗？供给增加是否真的能带来价格的降低？）

(2)提高人民健康水平来达到减少使用量的目的。发展预防医学，健康教育和改善环境。

(3)依靠行政管理和计划来控制成本。医院计划委员会、使用审查委员会和药物汇编等手段。

(4)试图通过修改健康保险条款，大量引入兑赔额和部分保险，从而加强患者的成本意识。

(5)通过医生来控制费用。偿付方式来改变能够给予医生以控制费用的强大动力。

4、与未来相比，人们更重视现在。人们对未来的态度各不相同，即他们有不同的贴现率。它可能与人们对未来确定性的预期有关，也可能取决于过去对一个人的影响。

5、现代医疗队延年益寿的总体贡献很大，但根据对发达国家的观察，当医疗数量超出一定的变动范围后，其边际效用极小。寿命长短和人均收入之间的传统联系消失了。生活方式与个人行为作为为“谁将生存”的主要决定因素。

6、有一派观点认为住院比例是随床位空缺而变化的：即使我们在医院里设置更多的床位，它们也会被住满。这一主张被称为“雷默定律”。供给能在市场中创造需求。

7、经验告诉我们，管制很少带来价格的下降，却常常会导致低效率和高成本的产生，最后管制会阻碍技术的变革和制度创新。（中国的药品管制也是这样的吗？）

8、行业集中指数（concentration ratio）就是行业前四强（或前八强）在行业总产出中所占的比例。在美国制造业中这一系数并不很高。但一些特殊原因使制造业的集中系数不像在一般行业中那么能说明问题。大多数制药公司只能生产规类别的产品，而一类药物是无法替代另一类药物。要真正了解制药业的竞争结构，就必须按产品类别分别计算集中系数。

9、价格歧视

制药公司为什么实行价格歧视？因为通过销量对价格变动变动敏感的市场中削价，而在其他市场中维

《谁将生存？健康、经济学和社会》

持统一价格，制药公司就能获得最大化利润。而实施统一价格，或是只按成本定价相比，价格歧视的实施者获益更多。

10、结束语

本书从两处入手：探讨健康和收入、教育和生活方式等社会经济因素的关系，仔细烟具医生、医院和药物等医疗体系的主要组成部分。作为主要决策者的医生具有至关重要的作用。

医生对于享有权问题同样重要。医疗服务享有权问题主要还是归结为基础治疗和紧急治疗的享有权问题。这也就是寻找一个能长期全权负责一个家庭的全部保健需求的医生或医疗组织的问题。造成这一问题的根源是医学分支的发展，而非医生的全面短缺。

医院也是一致医疗成本上升的环节。降低医院成本的主要途径可以是降低住院率——消除不必要的住院治疗、缩短住院时间，关闭低效率的医院，并且在剩余的医疗机构建立更密切的合作关系能带来进一步节约。

药物在成本控制中也很重要。挖掘出这些潜力主要取决于医生。

10、《谁将生存？健康、经济学和社会选择》的笔记-第191页

哲学家必备的健康经济学知识

全书共分两大部分，第一部分是“谁将生存？”用六个章节和一个结束语阐述了健康经济学领域涉及的一些问题，包括医生、医院、药物、医疗费用的支付等方面的问题。第二部分是“健康、经济学和社会选择”方面的论文集。这一篇是论文集的第一篇，原文发表于《美国哲学学会公报》第140期，1996.6

健康经济学给出平价医疗体制运作的三个指标：医疗技术、公共健康水平和医疗享有权。在考虑任何一个指标时，都必须从稀缺资源配置的公平性和有效性出发。

健康经济学的基本问题源于风险厌恶和道德风险这一对矛盾。医疗消费总是高度集中于一部分人身上，而对于个人来说它常常又是难以预测的。无论在哪一年，5%的人口会占用50%以上的医疗总支出。为了避免收到巨额医疗账单，大部分人宁愿支付一定数额的保险费（因为人们一般都是风险厌恶的）；但投保后的人们总是倾向于消耗比没有保险时更多的医疗服务，这就是道德风险。

健康经济学的第二个基本问题：高收入者比低收入者更重视医疗保健，即前者的边际收益高于后者。因而公平分配医疗资源和让每个人享有选择自由，使其边际成本等于边际收益的两种要求之间产生矛盾。

《谁将生存？健康、经济学和社会》

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:www.tushu000.com