

Unit 10 Text A

美国医疗保健体系

美国是地球上最大、最具多样性的国家，我们的医疗体系反映了这一点。每年我们在健康保健上支付了近 2 万亿美元，这一数字几乎是我们国民经济的七分之一。尽管如此，我们仍是世界上为数不多并非所有公民都享受医保的国家之一。对许多美国人来说，健康保险最常见的是与工作绑定的福利，或是来自政府的项目，如联邦医疗保险和联邦医疗补助等。具有讽刺意味的是，尽管美国是世界上人均在健康保健方面投入最多的国家，尽管美国拥有世界上技术最先进的医疗体系，美国却不是世界上最健康的国家。当然，这并不能完全归咎于医疗体制。我们的健康保健成效甚微是由公共卫生和社会问题造成的。纵观美国社会，我们比其他国家的人相比身体更胖、承受的压力更大、生活里更缺少运动；我们的医疗体系不得不对应于美国人核心生活方式的公共卫生和文化问题。也许我们早该选择欧洲模式：多假期，少聚财，但我们没有。于是我们的生活就出现了一些问题。但让我把这些先放在一边，回到真正的健康保健问题，即：美国的医疗保健专业人士知道如何让我们保持健康，但因为医疗体系的羁绊，他们经常不能为病人所需的关怀。

美国的医疗体系支离破碎，制度复杂（州有州规，市有市政，各自为政），私人和公共官僚机构沆瀣一气，决定着病人可以得到的治疗。美国医生必须是天才才能了解在治疗和照顾每个病人时所要遵守的规则，不然会受到保险公司或其他机构的质疑。但是，相对于其他国家的人民，美国人对这种支离破碎的体制更加心安理得。纵观整个国家，我们对任何“单一”的东西持怀疑的态度：单一的健康保险支付体系即为一例。

我们国家急需找到一个让所有人都享受医保的方法，钱是症结之一。这很简单：如果政府有足够的钱，我们就可以补贴那些没有医保的群体，让他们享受医保。如果我们没有足够的钱，这就办不到。目前，一个四口之家平均需要花费 12,000 美元来购买医疗保险。如果要使购买医疗保险的费用变得合情合理，所需的收入要远远高于美国家庭的平均工资。这意味着，如果每个美国人都参保，纳税人就要负担昂贵的补贴。也许我们在短期内可以对此不置可否，但从长远的角度来看，我们不得不找到资金的来源。美国人并不愿支付更高的税额，也不愿

将更多的钱投入到医疗保健体系之中, 因为首先他们理所当然地觉得这个体系支离破碎。那么, 该怎么办? 答案在于我们经济学家所称的医疗保健体系的 *合理化* 上。体制合理化意味着要想办法为更多的人口提供更好的医疗服务的同时, 要缩减开支。目前许多独立估算结果声称我们在医疗保健方面的过度开支超过了 50%, 每年浪费的金钱高达 1 万亿美元。但仅靠出台一揽子光鲜的政策是不能解决问题的。医疗保健的全面分配从来就不是一个好主意。首先, 不能保证对最重要的事情我们会做出有效的决定。享受医疗保险的大多数人并未充分获得他们维持健康的所需: 如对慢性病、药物、治疗以及筛查的管理, 他们需要时却得不到。有些服务我们需要多提供, 即便我们减少提供其他一些服务。虽然医疗体系出了问题, 但是一些积极的策略会对我们医疗体系的合理化产生重大影响。尽管单独靠这些策略中的任何一个都不能完全解决问题, 但是如果五六个策略齐头并进, 我们至少可以朝着正确的方向前进。

我们可以做的第一件事是将医疗系统联网。借助医学界良好的信息技术, 我们能够取消各式各样的重复化验, 我们也会知道到底需要为每个病人做什么, 病人还可以参与自己的医护。当医生把病人的病历电子化, 医生不再需要在小纸片上做所有病历记录, 而这些有形纸片记录要搬来搬去, 所以电子化病历会大大提升他们的工作效率。但是将医疗系统联网的提议是昂贵的: 最低估算也是需要 5 年时间, 花费 1500 至 2000 万美元 (大约相当于美国一年医疗支出的 10%)。至少部分资金不得不由政府来支付, 因为政府承担了将近一半的医疗保健费用。

第二个重要策略是开展比较疗效的持久研究。新药是不是真的比旧药好? 相对于旧的治疗过程, 新的治疗过程是否更具价值? 如果我们对医护效果跟踪一段时间, 我们会对新药、时髦的诊断方法、新的医疗设备以及治疗方案有所了解, 就可以确定哪种更加有效。

第三个策略是更好地管理慢性病, 在预防疾病方面付出更多的时间和精力。这方面最典型的可能是糖尿病。我们知道如何更好地控制糖尿病, 如何保证病人不会继发肾病、失去四肢或出现视力衰退。但目前的指导思想和激励机制有些错位, 没有人因为预防了严重的疾病而得奖拿钱。

这就导向了第四项改革措施, 即改变医疗激励办法。我们不仅向医生支付劳动报酬, 对他们做得出色的地方也应当予以金钱上的奖励。我们可以激励保险公

司要更注重给病人更多的关怀，但并不因为提出只为健康人承保的理念而褒奖他们。如果我们能控制病人的病情不再恶化，我们就可以省钱。结果是，那些雇员够多，足以能够与保险公司协商医疗保险的费用、条款以及覆盖面的机构，即大雇主会得到较低的医疗保险价格。久而久之，住院人数就会减少，同时保险的价格就会降低。这不是因为我们规定不为他们的住院买单，而是因为如果他们能够更长久地保持健康，他们的住院需求就减少了。

上述这些方法并非相互排他性的。正确的做法是所有的方法都试一试。我把这些方法看做经典的供应方策略，它们让“产品”（在本例中是医疗保健）的流动更有效率。我们先要弄清哪些方法行之有效，诸如获取更好的信息技术，以更合理的方式回报医生等等，然后我们就应该在这些方面付诸行动。我相信大部分证据会证明这些供应方策略是有益的。

也有其他声音认为我们应当更多地限制对医疗保健的“需求”。持这一观点的人认为美国人并不珍惜自己花在医疗保健上的钱，因为对我们大多数人来说这是免费的福利而不是需要偿付的账单。如果医疗保健像其他市场一样，得到什么、买什么由自己负责，那么医疗保健的效果会更好。我认为这种观点行不通。我不赞成让消费者负责付钱买医疗保险，因为我认为他们做不好。例如，我们知道，人们非常不愿意做眼下需要付出代价，好处只在未来兑现的事情（为退休而储蓄就是一例）。但那不正是医护慢性疾病的特点吗？医治慢性病时人们需要帮助，所以对病人置之不理并非康庄大道。

也有人说：“让我们仅仅支付从医学上必要的东西。”问题是在医学上必要的东西名单很长，而可选择的选项名单又太短。在医疗保健方面，很难划清有无医学价值的界限。对一些病人有用的东西对其他病人则毫无价值。不论在哪里，也不论方案如何提，对医疗保健进行分配的提议并非易事。

这些将改变美国医疗体系的策略的共同点是合理利用资金和知识。如果情况合适，我们可以实施很多这样的策略。在未来的五年内，我们也会看到一些重要的变化，医疗保健体系将会驶入正道，朝着正确的方向发展。如果医疗保健合理化，我们能够让美国人变得更加健康，也会逐步将家庭医疗保险的平均费用从12,000美元降到\$10,000美元，甚至更低。这样做到人人有医保更容易，也使美国拥有世界上最好、最为合理的医疗保健体系。