引自：医疗保健行业：它在哪里带我们？ 作者A. S. Relman

医生不能再集体对影响经济学的问题采取行动实践，无论他们的意图是保护公众还是仅仅是为了保护公众这个职业的利益。 个别医生的广告和营销，过去被认为是不道德的医生或医疗设施组并被有组织的医学所禁止，现在受到保护 - 事实上，鼓励 - 由联邦贸易委员会。广告现在通常赞美该服务

广告现在通常赞扬由医生组成的个体医生或医院和门诊设施的服务。 其中大多数不仅仅是告知公众有关医疗服务的可用性。 使用适合消费品的光滑营销技术，他们引诱，哄骗，有时甚至吓唬公众使用所宣传的服务。

我最近在洛杉矶时报看到了这种广告的一个特别令人震惊的例子。 加利福尼亚南部的一个独立成像中心敦促公众在其新的“露天”成像仪中进行磁共振成像（MRI）研究，甚至没有建议需要先前的检查或医生转诊。 该广告列出了各种常见疾病，MRI扫描可能提供这些疾病的有用信息且计划吸引大量担忧患者

许多受人尊敬的机构和声誉卓着的从业者做广告，以便将他们的服务引起公众的注意。 但在医疗广告中，通知和促销之间存在着微妙的界限; 随着竞争的加剧，这条线路模糊不清。 医生和医院越来越多地使用营销和公共关系技术

在受到反托拉斯法的保护之前，美国医学协会（AMA）不鼓励这种广告，绝大多数医生都不赞同这种广告。 但是现在在电视广播和广告牌上无处不在

四种常见方法是（a）私营部门（美国，瑞士），（b）国家卫生服务（英国），（c）省政府健康保险（加拿大）和（d）社会保险（法国，荷兰，德国）。由Otto von Bismarck于1883年创立，德国法定健康保险（SHI）计划为该国99.9％的人口提供保险，由私人非营利组织管理，法律授权代表付款人和提供者行使权力。如果忽视社会的更广泛利益，联邦政府就会干预公共产品的利益。 2012年通过的SHI医疗保健结构改革法创建了第三个护理部门，称为综合性门诊专科护理。后者（IASC）和其他努力（2004年）试图减轻由于以前隔离门诊和住院护理服务而对整合造成的负面影响。隔离可以追溯到1931年由总理海因里希·布鲁宁（HeinrichBrüning）颁布的法令，该法令允许私人执业医师垄断门诊治疗，并且基本上禁止医院提供门诊治疗（紧急法令是医生罢工的直接结果）

经济学家Robert J Evans认为，加拿大省级医疗保健中的平等精神反映了一种类似于法律面前平等的原则[29]。 加拿大制度是公共基金（政府税），私人提供者和全民覆盖的不完美混合体，其范围广泛，价格合理，单一支付，省级管理但作为“国家”

加拿大体系中的崇高理想主义只是对美国医疗工业综合体的一个有毒的圣杯。 大型制药公司，制造商和保险公司投入超过5亿美元来游说美国政界人士，甚至更多的投资用于委托研究“替代事实”，以宣传以加拿大制度为蓝本的美国国家医疗保险计划不起作用。 超过25亿美元进入政党的金库，使美国人相信他们将获得较低的医疗保险覆盖率和较少的加拿大制度选择。美国政治势头朝着最低的可能性

美国对可能性最低分母的政治势头是保护企业利益的工具，例如利润丰厚的透析业务。 减少因透析引起的需求，成本和死亡的措施和药物经常遭受混淆，或似乎陷入与马基雅维利精明精心策划的长期争议中。 科学和医学的公共文盲推动了利润优化的惯例。 那些了解并能揭示这些肆无忌惮的做法的人未能维持他们的谴责和沉默助长重复。

美国医疗工业综合体的弊端并非美国独有。 许多医疗设备制造商都是全球性的。 在设备和设备领域普遍存在的以产品为导向的制造业务模式是核能。 该产品应该拼写为profifor公司，任何分享设备或设备的零件，功能或信息的尝试都被视为对盈利能力有害。 这是一般观察，而不是美国医疗工业综合体独有的特定行为。

这也是医疗制造业必须将自己与其他垂直行业区分开来的地方。 医疗和保健系统中使用的设备和设备必须针对性能进行优化，通常可以集中于一种生理功能，并且可以一次用于一个人或一个患者。 心率监测器不能同时进行多任务和监视Jane和Joe。 因此，大多数其他领域的业务原则（最佳实践，风险共担，供应链，规模经济和类似的运营经验教训）是相对无菌.