



高校社科文库
University Social Science Series

教育部高等学校
社会发展研究中心

汇集高校哲学社会科学优秀原创学术成果
搭建高校哲学社会科学学术著作出版平台
探索高校哲学社会科学专著出版的新模式
扩大高校哲学社会科学科研成果的影响力



诊疗“看病贵”

—— 医生行为及其干预机制

On High Expenditure for Patients

—— Doctors' Behavior and Intervention Mechanism

周良荣/著

光明日报出版社



高校社科文库
University Social Science Series

教育部高等学校
社会发展研究中心

汇集高校哲学社会科学优秀原创学术成果
搭建高校哲学社会科学学术著作出版平台
探索高校哲学社会科学专著出版的新模式
扩大高校哲学社会科学科研成果的影响力



诊疗“看病贵”

—— 医生行为及其干预机制

On High Expenditure for Patients

—— Doctors' Behavior and Intervention Mechanism

周良荣/著

光明日报出版社

图书在版编目(CIP)数据

诊疗“看病贵”:医生行为及其干预机制/周良荣著.

北京:光明日报出版社,2010.3

(高校社科文库)

ISBN 978-7-5112-0658-9

I. 诊… II. 周… III. ①医疗保健—费用—研究—中国

②医生—行为科学—研究—中国 IV. R199.2 R192.3

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 038995 号

诊疗“看病贵”——医生行为及其干预机制

作 者: 周良荣 著

出 版 人: 朱 庆

责任印制: 胡 骑 宋云鹏

责任编辑: 刘书永 钟祥瑜

责任校对: 徐为正 陈文斌

出版发行: 光明日报出版社

地 址: 北京市崇文区珠市口东大街 5 号,100062

电 话: 010-67078945(发行),67078243(总编室),67078235(邮购)

传 真: 010-67078227,67078233(发行),67078255(办公室)

网 址: <http://book.gmw.cn>

E - mail: gmcbs@gmw.cn

法律顾问: 北京市华沛德律师事务所张永福律师

印 刷: 北京大运河印刷有限责任公司

装 订: 北京大运河印刷有限责任公司

本书如有破损、缺页、装订错误,请与本社发行部联系调换

开本: 690×975 毫米 1/16

字数: 284 千字

印张: 15.5

版次: 2010 年 3 月第 1 版

印次: 2010 年 3 月第 1 次印刷

书号: ISBN 978-7-5112-0658-9

定价: 33.80 元

版权所有 翻印必究



序

健康是人类社会的基石。人人关注健康，这既是人的本能释放，也是社会发展的内在要求。人类社会越发展，人们越是关注自身健康、关注生命、生活质量。

健康是一种资本。个人投资健康，可以提高自身的市场竞争力和生存质量。国家（政府）投资健康，可以提升国家和民族竞争力，提升国家形象。

健康权是最基本的人权之一。国家保障公民的健康权，业已成为当今世界各国的共识和通常做法。所以，公民的健康问题越来越成为国家问题。

中国人从来没有像今天这样，如此关注自身健康，关注医药卫生改革，对医药卫生事业发展有如此的诉求和期许。中国政府从来没有像今天这样，在进一步推进医药卫生体制改革时如此审视过往，慎重前行，问政于民。

本书作者周良荣博士运用健康经济学、行为经济学和公共管理等相关理论，从医生行为及其干预切入，对我国医疗卫生改革面临的突出问题进行了探索性研究。其分析视角独具匠心：从“看病贵”问题导入，以医生行为目标的二重性为逻辑起点，进而以医生行为二重性目标分别指向不同目标（患者或政府）优于指向同一目标为主线逐层展开，得出了若干富有启示意义的研究结论。这种研究的思路优于同类研究，反映了作者的独到见解：（1）分别从医、患以及医患双方三个维度界定了“看病贵”的含义，多维度地剖析其特征，从定性和定量两个方面设计了48个独特的评价指标，并提出了具体的评价方法，进一步对我国1999~2005年看病贵的情况进行了考评。（2）针对患者不堪重负的医疗费用和日趋恶化的医患关系，提出了根据医疗服务对健康的重要性和国家财政承受能力，细分医疗产品理论，并根据细分的医疗服务重构医疗服务体系的设想。（3）基于我国现实生活中看病贵与看病难以及看病难和难看病（医生无病人可看）两个悖论的并存，提出了城市公立三级医院50岁以上名医“退院转社”以及政府购买“医学人才”进社区的制度设想，



以及农村卫生资源“下沉”，政府“收编”村医以尽快建立农村社区卫生服务体系的建议。

来源于实践，并且能够在更高层次上还原实践的理论才是真正有生命力的。周良荣博士在资料收集与处理以及社会调查难度较大的情况下，不畏繁难，进行广泛深入的调查研究，翻阅了大量国内外文献，进行了卓有成效的创新性研究。在研究方法上，他采取了“剥笋敲钉”式的递进分析，论点、论据、论证过程严密契合，力求使所研究问题的结论更加精确。

目前，我国医疗卫生制度处于改革的关键时期，《诊疗“看病贵”——医生行为及其干预机制》一书的出版，既丰富了该领域的理论成果，又具有重要的实践指导意义。

中国医疗卫生制度的动态发展过程中，新的现象，新的问题层出不穷，这些会引发新的思考，进行多种新的概括。然而，这些都是探索，而不是定论。其间，视野容有宽窄，角度容有反正，观点容有差异——总之，都需要锲而不舍的锐意探索。

我们期待着《诊疗“看病贵”——医生行为及其干预机制》一书的出版能够引起更多理论工作者和实际工作者对中国医疗卫生制度发展和改革的思考和讨论，也期待着《诊疗“看病贵”——医生行为及其干预机制》的作者更上层楼，在这一研究领域有更多的学术贡献。

赵曼

2009年10月19日



CONTENTS 目 录

导 论 / 1

- 1 研究背景 / 1
- 2 国内外有关研究评述 / 5
 - 2.1 关于医生行为的研究 / 5
 - 2.2 关于医生行为干预措施的研究 / 7
- 3 研究框架 / 8
 - 3.1 研究方法 / 8
 - 3.2 主要内容 / 8
 - 3.3 技术线路 / 11
- 4 研究的创新与不足 / 11
 - 4.1 创新点 / 11
 - 4.2 不足之处 / 12

第一章 看病贵与医生行为 / 13

- 1.1 看病贵及其评价指标与方法 / 13
 - 1.1.1 看病贵的含义及特点 / 13
 - 1.1.2 看病贵的界定方法 / 15
 - 1.1.3 看病贵的评价指标与评价方法 / 17
 - 1.1.4 看病贵的实证考察 / 21
- 1.2 医生行为的性质与特点 / 25



- 1.2.1 医生行为的涵义及分类 / 25
 - 1.2.2 医生行为二重性 / 28
 - 1.3 医生行为的特征 / 31
 - 1.3.1 生产与消费同时进行 / 31
 - 1.3.2 专业技术性和垄断性 / 32
 - 1.3.3 主导性 / 32
 - 1.3.4 不确定性 / 32
 - 1.3.5 公益性 / 33
 - 1.3.6 外部性 / 33
 - 1.4 医生行为的理论模型 / 33
 - 1.4.1 医生行为模型的含义 / 33
 - 1.4.2 医生行为模型的构成 / 34
 - 1.5 医生行为模型的历史影像 / 34
 - 1.5.1 医生职业专门化和严格的职业要求 / 35
 - 1.5.2 医生直面收费且收益丰厚 / 35
 - 1.5.3 医生有明确的道德目标与道德操守 / 36
 - 1.5.4 医生和医疗行业实行分类管理 / 36
- 第二章 医生诱导需求行为 / 38**
- 2.1 医生诱导需求的涵义及存在原因 / 38
 - 2.1.1 医生诱导需求的涵义 / 38
 - 2.1.2 医生诱导需求的原因 / 39
 - 2.2 医生诱导需求的模型 / 42
 - 2.2.1 价格刚性模型 / 43
 - 2.2.2 目标收入模型 / 43
 - 2.2.3 自行决定的无效用模型 / 44
 - 2.2.4 利润最大化模型 / 44
 - 2.3 诱导需求的实证研究 / 44
 - 2.3.1 手术量随外科医生增加而增加 / 45



2.3.2	医疗费用随医生人口比增长而增长	/ 45
2.3.3	医疗收费下降但医疗数量增加	/ 45
2.4	我国医生诱导需求实证分析	/ 47
2.4.1	医生对支付方式的反应	/ 47
2.4.2	医生对支付制度的反应	/ 49
2.5	医生诱导需求的后果	/ 54
第三章	影响医生行为的因素	/ 57
3.1	医疗卫生保健体制和制度	/ 57
3.2	患、保、医博弈中的医疗费用支付方式	/ 60
3.2.1	按项目付费	/ 62
3.2.2	按病种费用付费	/ 62
3.2.3	按人头付费	/ 63
3.2.4	按服务人次付费	/ 63
3.2.5	按住院床日付费	/ 63
3.2.6	总额预算制	/ 64
3.2.7	对医生的直接支付	/ 64
3.3	声誉机制	/ 65
3.4	信息不对称和代理关系	/ 69
3.5	监督机制	/ 71
第四章	医院医生行为的制度干预	/ 73
4.1	医生行为制度的涵义	/ 73
4.1.1	制度	/ 73
4.1.2	医生行为制度	/ 75
4.2	我国现行医生制度的基本特征	/ 75
4.2.1	卫生事业属于社会公益事业	/ 75
4.2.2	政府直接举办医疗卫生	/ 75
4.2.3	政府利用政策办医院	/ 75



- 4.2.4 事业单位走向企业化 / 76
- 4.2.5 医生嬗变成单一的“经济人” / 76
- 4.3 我国现行医疗卫生领域存在的主要问题 / 76
 - 4.3.1 财政投入所占的比重近些年来越来越少 / 76
 - 4.3.2 卫生绩效尤其是公平性较差 / 79
 - 4.3.3 医生工作效率与生产率增长不同步 / 80
 - 4.3.4 医院拥有剩余索取权和控制支配权 / 83
 - 4.3.5 形成了纵横交错的“利益地图” / 83
- 4.4 制度变迁与医生行为的正向干预 / 94
 - 4.4.1 健康公平与制度效率 / 95
 - 4.4.2 正向干预医生行为的制度设计 / 97

第五章 社区医生行为的制度干预 / 108

- 5.1 社区及社区卫生 / 108
 - 5.1.1 社区 / 108
 - 5.1.2 社区卫生服务 / 108
- 5.2 外国社区卫生服务制度借鉴 / 109
 - 5.2.1 德国、法国、奥地利的社区卫生服务制度 / 109
 - 5.2.2 美国的社区卫生服务制度 / 112
 - 5.2.3 英国的社区卫生服务制度 / 113
 - 5.2.4 澳大利亚、加拿大、日本的社区卫生服务制度 / 114
 - 5.2.5 泰国、南非的社区卫生服务制度 / 114
- 5.3 城市社区医生行为的制度干预 / 115
 - 5.3.1 社区卫生发展呼唤医生人力新制度 / 116
 - 5.3.2 “退院转社”的含义与制度设计 / 117
 - 5.3.3 “退院转社”的可行性 / 118
 - 5.3.4 实施“退院转社”的条件约束 / 120
- 5.4 农村社区医生行为的制度干预 / 121
 - 5.4.1 对现行农村卫生发展的反思 / 121



5.4.2 夯实农村社区卫生的硬件和软件 / 126

5.4.3 乡村医生行为干预的制度框架 / 127

第六章 医生行为的技术干预 / 135

6.1 循证医学 / 136

6.1.1 循证医学的涵义 / 136

6.1.2 运用循证医学干预医生行为的必要性 / 136

6.1.3 循证医学干预医生行为的应用 / 138

6.2 临床路径 / 140

6.2.1 临床路径的涵义 / 141

6.2.2 临床路径的特征 / 142

6.2.3 运用临床路径干预医生行为的目的 / 143

6.2.4 实施临床路径干预医生行为的方法 / 145

6.3 电子病历 / 146

6.3.1 电子病历的涵义 / 147

6.3.2 电子病历的特征和功能 / 148

6.3.3 运用电子病历干预医生行为的意义 / 149

6.3.4 电子病历干预医生行为的应用 / 150

第七章 医生行为的市场干预 / 153

7.1 政府失灵与非市场失灵 / 153

7.1.1 政府失灵 / 153

7.1.2 非市场失灵 / 158

7.2 较为混沌的市场导致医生行为扭曲 / 161

7.2.1 市场的形成和培育有悖于医疗卫生服务的特殊性 / 161

7.2.2 行政权力市场化导致医生处方权和医院事权市场化 / 161

7.2.3 药品市场的较为混乱导致有些医生沦为药品零售商 / 162

7.2.4 医药灰市加速成长 / 163

7.2.5 医药黑市屡禁不止 / 164



7.3	市场干预医生行为的路径	/ 165
7.3.1	细分并规范医药市场	/ 165
7.3.2	市场干预医生行为的方法	/ 166
第八章	医生行为的行政干预	/ 169
8.1	市场失灵的含义	/ 169
8.2	医疗市场上市场失灵的原因	/ 170
8.2.1	医疗市场不是标准的市场	/ 170
8.2.2	医疗服务的公共性	/ 171
8.2.3	医疗产品的外部性	/ 172
8.2.4	垄断	/ 173
8.3	医生行为行政干预的现状分析	/ 174
8.3.1	针对市场失灵的政府干预	/ 174
8.3.2	行政干预的含义	/ 175
8.3.3	现阶段行政干预医生行为的经验与主要问题	/ 175
8.4	医生行为正向行政干预的路径	/ 179
8.4.1	合理选择医疗卫生的干预重点和干预方式	/ 179
8.4.2	政府担负公共医疗卫生责任	/ 180
8.4.3	培育和完善特需医疗市场的市场机制	/ 180
8.4.4	科学考评医院和医生的绩效	/ 181
8.4.5	整顿医疗市场秩序以规范医疗市场	/ 181
结 论		/ 183
参考文献		/ 188
附件一	医疗保障制度改革建议	/ 193
附件二	湖南省城市社区公共卫生服务成本测算报告	/ 219
后 记		/ 233



导 论

1 研究背景

医疗费用过高或上涨过快是当今世界的普遍现象,医疗卫生保健体制改革业已成为世界话题和难题。各个国家,无论发达程度如何,都在寻求用有限预算来提供高医疗服务质量的有效方法。医生行为也就越来越受到世界的广泛关注。这似乎印证了 CHENG TSUNG - MEI 的卫生保健三个宇宙法则:人们总是抱怨他们国家的医疗保健制度,而不管国家制度的管理、财政结构及 GDP 的百分之几用于卫生保健;任何时候、任何地方总是有进行卫生改革的呼声;任何时间、任何地方上一次的卫生改革总是失败的。

处在崛起中的中国,经过 30 多年的改革开放,经济社会正在迅猛发展,人们越来越重视自身的生活生存质量、医疗保障水平以及健康权益。与之相伴而行的医疗卫生改革与发展也彰显着 CHENG TSUNG - MEI 的卫生保健三个宇宙法则。中国政府部门对于业已存在的“看病贵”问题有着广泛共识,但是,对近十多年来卫生改革的成败得失却有着截然不同的评断。

有的认为中国的医疗卫生体制改革“违背了卫生事业发展基本规律”,“基本上是不成功的”(葛延风,2005)。主要表现在医疗服务的公平性下降和卫生投入的宏观效率低下。

在公平性方面,不同社会成员医疗卫生需求的实际被满足程度,由于收入差距的扩大而严重地两极分化。在 2000 年世界卫生组织对成员国及地区卫生筹资与分配公平性的评估排序中,中国列第 188 位,在 191 个成员国中倒数第 4 名。

在卫生投入的宏观绩效方面,全社会的卫生投入水平大幅度提高,2002 年,卫生总费用占 GDP 的比重已经增至 5.24%,2003 年超过 5.4%。尽管如



此，居民综合健康指标却没有明显的改善。在某些领域特别是公共卫生领域，一些卫生、健康指标甚至恶化。改革开放前已被控制的部分传染病、地方病开始死灰复燃，新的卫生、健康问题也不断出现。在世界卫生组织 2000 年对 191 个成员国及地区的卫生总体绩效评估排序中，中国仅列第 144 位。

问题的根源何在？在于商业化、市场化的走向违背了医疗卫生事业发展的基本规律，引发了新的矛盾：

一是医疗卫生服务的公共品性质与商业化、市场化服务方式之间的矛盾。与一般消费品不同，大部分的医疗卫生服务具有公共品或准公共品性质。具有公共品性质的服务是营利性市场主体干不了、干不好或不愿干的，同时，也是个人力量所无法左右的。因此，这必须而且只能由政府来发挥主导作用，否则就一定要出问题。SARS 所暴露的公共卫生危机以及其他诸多问题的出现已经充分显示出问题的严重性。

二是医疗卫生服务可及性与商业化、市场化服务方式之间的矛盾。医疗卫生的普遍服务性质，决定了它必须能够及时满足每一位患者的需要。因此，医疗卫生服务体系本身必须是多层次的、布局合理的。商业化、市场化的服务方式不仅无法自发地实现这一目标，而且必然导致医疗服务资源在层次布局上向高端服务集中，在地域布局上向高购买力地区集中，从而使医疗卫生服务的可及性大大降低。改革开放以来，中国大城市的医院密集程度和拥有的高端服务设备数量已经达到了西方发达国家的水平，广大农村地区则重新回到了缺医少药的状态。

三是医疗卫生服务的宏观目标与商业化、市场化服务方式之间的矛盾。从全社会角度来讲，医疗卫生事业发展的合理目标应当是以尽可能低的医疗卫生投入实现尽可能好的全民健康结果。对于中国这样的发展中国家，只有选择成本低、健康效益好的医疗卫生干预重点及适宜的技术路线，才能实现上述目标。在商业化、市场化的服务体制下，医疗卫生服务机构及医务人员出于对营利目标和自身经济效益的追求，其行为必然与上述目标发生矛盾。在医疗卫生干预重点的选择上，只要将经济效益放在首位，就必然出现轻预防、重治疗，轻常见病、多发病、重大病，轻适宜技术、重高新技术的倾向。更为严重的是，一些医疗卫生服务机构基于牟利动机提供大量的过度服务，甚至不惜损害患者的健康。中国改革开放以来医疗服务价格以及全社会卫生总投入迅速攀升，但全民综合健康指标却没有得到相应的改善，其源盖出于此。

四是疾病风险与个人经济能力之间的矛盾。不同社会成员可能遇到的疾病



风险以及相关的医疗服务需求是不同的,个人及家庭之间的经济能力也是不同的。如果将医疗服务需求视为私人消费品,主要依靠个人和家庭的经济能力来抵御疾病风险,则必然有相当一部分社会成员的医疗服务需求无法得到最低程度的满足,他们的基本健康权利无法得到保障。这不仅有失社会公平,也会带来其他一系列经济与社会后果。因此,政府在医疗保障体制的设计上,必须在广覆盖的前提下,建立风险分担和社会共济机制。中国城乡医疗保障体制改革的实际结果,就是将医疗服务需求逐步演变为私人消费品。

有的认为卫生改革总体上讲是成功的(卫生部官员,2006)。表现在:

①人民健康水平不断提高。按照世界卫生组织确定的标准,衡量一个国家人民健康水平主要有三大指标:一是人均期望寿命,二是婴儿死亡率,三是孕产妇死亡率。新中国成立初期,我国人均期望寿命为35岁,目前提高到71.8岁(美国、印度、尼日利亚分别为77岁、61岁、49岁);婴儿死亡率,建国初为200‰,目前下降到25.5‰(美国、印度、尼日利亚分别为7‰、30‰、112‰);孕产妇死亡率,建国初为1500/10万,目前下降到50.2/10万(美国、印度、尼日利亚分别为8/10万、410/10万、700/10万)。这三大指标的变化,标志着我国国民的健康水平已经达到了发展中国家的较高水平。

②基本建立起遍及城乡的医疗卫生服务体系。经过几十年的努力,目前我国现有医疗、预防、保健、监督等各级各类医疗卫生机构近30万个。2004年,各类医疗机构床位数达到327万张,平均每千人3.1张(美国、印度、尼日利亚分别为每千人3.6张、0.8张、1.7张),卫生人员总数525万人,平均每千人有执业医师1.5人(美国、印度、尼日利亚分别为2.7人、0.4人、0.2人)。此外,还有乡村医生和卫生员88万人。一个遍及城乡的卫生医疗服务网络基本建立起来,药品的生产能力基本能够满足国内民众的医疗卫生需要。

③初步建立了城镇职工医疗保险制度,开展了新型农村合作医疗制度试点。经过10年的努力,我国基本建立了适应社会主义市场经济要求的基本医疗保险、补充医疗保险、公费医疗和商业医疗保险等多种形式的城镇职工医疗保障体系。目前,城镇职工参加基本医疗保险的约有1.3亿人,享受公费医疗的职工约有5000万人。从2003年开始,在全国31个省、自治区、直辖市的部分县,开展了由中央财政、地方财政和农民自愿参加筹资、以大病补助为主的新型农村合作医疗试点。2005年参加试点的农民人数达1.56亿人。

④重大传染病防治取得了明显进展。20世纪50年代,因传染病和寄生虫



病死亡的人数居于全国人口死因中的第一位。目前下降到第9位，并在发展中国家中率先消灭了天花和脊髓灰质炎等重大传染病。我国虽然是一个自然灾害频繁的国家，但多年来成功地实现了大灾之后无大疫。2003年我们战胜了来势凶猛的非典疫情，近两年又成功地控制了禽流感向人类的传播。我们正在认真落实各项有效措施，建立健全艾滋病、结核病、血吸虫病、乙型肝炎等严重传染病的预防控制和医疗救治体系。

⑤妇女儿童卫生保健水平进一步提高。目前，全国孕妇产前医学检查率达到90%，住院分娩率（包括在乡镇卫生院分娩）达到83%。婴儿死亡率，由建国初的200‰下降到2003年的25.5‰。5岁以下儿童死亡率，由建国初的250‰~300‰下降到2003年的29.9‰。

尽管各方对卫生改革成败看法不一，但对“看病贵”问题的客观存在却有着广泛共识。

那么，究竟什么是看病贵呢？对此，社会各界众说纷纭，莫衷一是。有的人说它是政府投入不足的问题；有的人说是医疗技术进步带来的问题；有的认为是患者收入低引发的问题。本文认为它是个医疗费用问题。贵与不贵是相对的。贵，从供方来看，是相对医药成本而言，指医药的定价或实际收费超过市场标准上限；从供求（医患）双方来看，是相对患者的实际心理和经济承受力而言，指收费标准或实际收费超过了患者的心理和经济承受力；从需方来看，是相对患者的支付愿望和支付能力而言，指医疗价格超过了患者的心理阈值和实际支付能力，或者说患者看病带来的健康效用远不及经济支付带来的负效用。

面对看病贵，患者无疑是受害者，但却没有真正的受益者。在现实社会中，医院和医生、患者、医疗保险机构、政府甚至药品生产经营者都不满意，每一方都认为自己是受害者，形成了典型的“囚徒困境”。

医疗费用与医生行为有着天然的联系。但是，历史和经验表明，医生行为与医疗费用过高或增长过快并没有必然联系，医疗费用过高或增长过快并不意味着看病贵。我国计划经济时期，在整个经济发展水平相当低的情况下，通过有效的制度安排，中国用占GDP百分之三左右的卫生投入，大体上满足了几乎所有社会成员的基本医疗卫生服务需求，国民健康水平迅速提高，不少国民综合健康指标达到了中等收入国家的水平，成绩十分显著，被一些国际机构评价为发展中国家医疗卫生工作的典范（葛延风，2005）。

换言之，医生行为可能带来医疗费用过高或增长过快，可能造成看病贵，



也可能相反。那么,医生行为与医疗费用尤其是看病贵究竟是什么关系?如何通过对医生行为的有效干预调控医疗费用,缓解乃至解决看病贵?本文就是在这种背景下选题并研究的。

医生是医疗费用的掌控阀门和始作俑者,医生行为是医疗费用发生的第一道也是最后一道关口。我们要厘清医生行为与看病贵之间的关系,就必须揭示医生行为规律包括医生行为性质、特征、内在矛盾及外在表现、影响因子、理论模型等。在此基础上探讨医生行为的干预机制。这些研究对于深化医生行为规律及其干预机制的理论认识,对于我国深化医疗卫生改革,缓解乃至解决看病贵,提高医疗保障制度效率和全民的医疗保障水平,具有直接的理论和现实意义。

2 国内外有关研究评述

2.1 关于医生行为的研究

国外关于医生行为的研究大多集中在医生的医疗行为。而医生医疗行为的突出表现是诱导需求。所以,关于医生行为的研究主要集中在医生诱导需求(Physician Induced Demand,以下简称PID)方面,围绕PID的定义、理论研究及实证分析展开,并将其作为卫生经济学或健康经济学的研究起点或中心。

什么是诱导需求呢?Rice(1983)的定义,即“医生所提供和推荐的那些如果患者具有和医生同等信息和知识就不会选择的医疗服务”;Eisenberg定义“诱导”为“那些消费者在信息充分条件下将不会选择的服务”;Pauly(1980)使用了相同的概念,医生帮助患者的“恰好是患者如果具备和医生相同知识和信息时将不会选择的各种医疗服务”;Frech认为“当进入市场的医生越多,他们给出的欺诈性建议就越多,最终使得健康保健的需求增加”。Donaldson和Gerard(1993)提出,PID是这样的一个需求量,由医生诱导的,在消费者信息充分的市场之外才可能出现的。Cutler和Zeckhauser(2000)认为,PID指的就是医疗提供者(医生或其他提供者)操纵病人接受比他们愿意得到的更多的服务,从而提高提供者收入的现象。

引用最为广泛的是Fuchs提出的概念。Fuchs定义的PID是“当医生影响患者的保健需求,而又不能与他对于患者最佳利益的解释相吻合时,就产生了PID”。Fuchs的定义对于界定医生诱导行为,理解诱导需求理论以及建立抑制



诱导的成本模型都有着重要的意义。定义中可归纳出PID的两条基本标准：第一，控制行为的动机必须是为了医生的利益，而不是患者；第二，医生通过影响患者需要来实施数量控制，而不是通过配给进行数量设定。

为什么会产生诱导需求？是什么力量限制着诱导的水平？既然需求没有被无限制地诱导，必定存在诱导的成本。Stano和Evans分别提出了两种较有代表性的诱导成本理论，Mcguire and Pauly（1991）利用模型使Evans和Fuchs的想法形式化。

传统的经济模型假设医生是患者的完美代理人，可以推出其他条件不变，供给的增加将降低医生的收费，从而降低医生的收入。现实的观察正好相反。为什么竞争市场会出现诱导需求？对于医生行为的解释有：①价格刚性模型；②目标收入模型；③医生防御性治疗。

如果医生按照服务收费，那么他们为什么不诱导到最大水平呢？任何卖方都能从更高的需求中得益，除非诱导有成本，否则医生应会因为追求收入而将诱导需求发展到一个无限高的水平。于是，在诱导需求的模型里，我们需要加入诱导的限制或成本包括实质成本（Stano，1987）和心理成本（Euans，1974）。

国外的研究没有注意到医生诱导需求与医生实施的诱导需求的区别，而医生诱导需求是基于医患双方信息不对称。雅诺什·科尔奈进一步注意到：一些保健服务的文献认为医生和病人之间信息不对称是其主要性质。尽管不对称性非常重要，我们并认为它是最重要的，但，即使病人本身就是医生，拥有同治疗他们的医生一样的信息，他们也有同其他病人一样的经历——没有什么东西可以同他们的生命或健康的价值相比。雅诺什·科尔奈的注意并不全面或与中国国情不完全吻合。除非医生给自己看病，否则，不管患者掌握多少信息，医生从维护自身权威和利益出发，诱导需求均难以幸免。

值得注意的是，国外学者是基于一定卫生保健体制和制度研究医生行为的，在既定的制度范围内，一些新的理论与实践也在成长。欧美等国的管理式医疗，已经将医生的预防保健和健康维护与促进的行为纳入研究视野。

国内卫生经济与管理界关于医生行为研究的文献正在成长中。一些西方医生诱导需求理论的介绍散见于各种书刊，在相关的专业杂志上关于医生行为表象描述性研究较多如非法行医、红包现象、药品回扣等，系统研究的几乎没有；研究个别医生行为现象背后原因较多，系统研究医生行为规律的几乎没有；研究个别医生行为现象如何治理较多，系统研究医生行为干预机制的几乎