

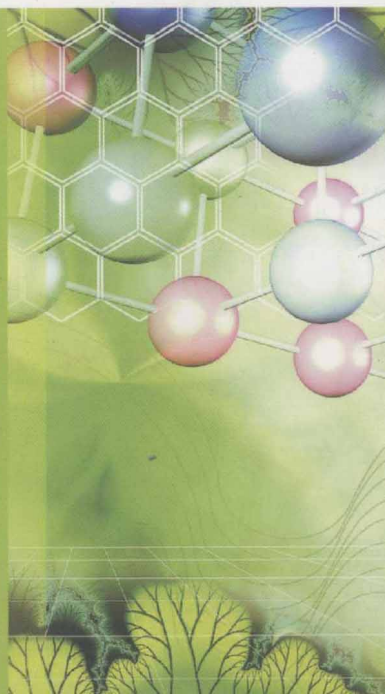
GUO DU YI LIAO

# 过度医疗分析及防范

GUO DU YI LIAO FEN XI JI FANG FAN

贺敬波 周指明 袁力克 著

湖北长江出版集团  
湖北人民出版社

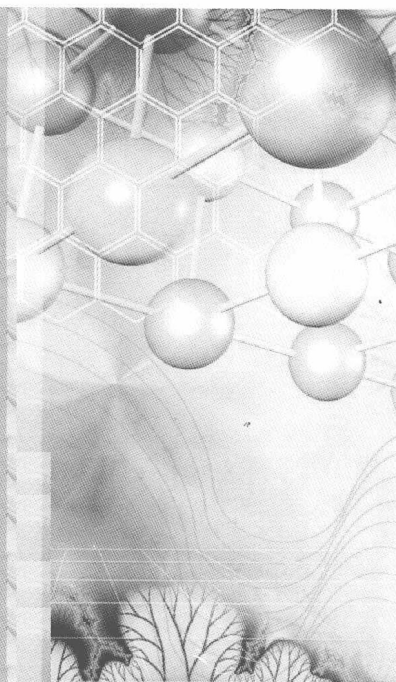


GUO DU YI LIAO

# 过度医疗分析及防范

GUO DU YI LIAO FEN XI JI FANG FAN

贺敬波 周指明 袁力克 著



鄂新登字 01 号

图书在版编目(CIP)数据

过度医疗分析及防范/贺敬波,周指明,袁力克著.  
武汉:湖北人民出版社,2010.11

ISBN 978 - 7 - 216 - 06576 - 4

I. 过…

II. ①贺…②周…③袁…

III. 医疗事故—防范—研究

IV. R197.32

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 200238 号

过度医疗分析及防范

贺敬波 周指明 袁力克 著

出版发行: 湖北长江出版集团  
湖北人民出版社

地址:武汉市雄楚大街 268 号  
邮编:430070

印刷:武汉中远印务有限公司  
开本:880 毫米×1230 毫米 1/32  
字数:380 千字  
版次:2010 年 11 月第 1 版  
书号:ISBN 978 - 7 - 216 - 06576 - 4

经销:湖北省新华书店  
印张:13.625  
插页:3  
印次:2010 年 11 月第 1 次印刷  
定价:32.00 元

本社网址:<http://www.hbpp.com.cn>

# 序 言

同其他行业的供方诱导需求相比,由于信息不对称等原因,医生的诱导需求尤为引人注目。贺敬波、周指明、袁力克所著《过度医疗分析及防范》是国内第一部对过度医疗进行详细分析的专著。该书循序渐进地沿着以下分析路线进行了剥笋敲钉、环环相扣的阐释论证,其分析视角独具匠心,得出了若干富有启示意义的研究结论。

一是致力于相关理论范畴的究根溯源,从过度医疗的最基本的概念界定入手,研究了过度医疗的相关经济学理论,对若干重要的分析范畴进行了梳理与阐述,如医疗服务产品的公共性、外部性、替代品和互补品,营利性医院和非营利性医院,医院的价格竞争和非价格竞争,医疗保险支付方式等,并对过度医疗的国内外研究动态进行了归纳与评价。

二是通过对过度医疗的表现形式、过度医疗“度”的分析、过度医疗的鉴别和识别,尤其是几种临床常见的过度医疗的表现形式进行了归纳,为人们识别过度医疗提供了可资借鉴的路径。

三是从医疗市场因素、患者因素、疾病因素、医生因素、医院因素、政府投入、政府管制、医患信任危机等八个方面探讨过度医疗产生的原因,并提出相应的规避与防范措施。

本书的研究特色在于理论的研究与来源于第一手调研的实证分析有机结合,从而凸现其政策价值。对医疗卫生工作者、卫生行政管理者、医疗保险工作者、医学和社会保障专业的学生和感兴趣的相关人群研究过度医疗及防范问题有所裨益。

中南财经政法大学公共管理学院院长  
博士研究生导师、教授

2010年9月9日

# 目 录

前言 .....	1
第一章 认识过度医疗 .....	2
一、你被过度医疗了吗 .....	2
二、什么是过度医疗 .....	4
(一)过度医疗的定义 .....	4
(二)过度医疗的分类 .....	5
三、过度医疗的表现形式 .....	14
(一)过度检查 .....	14
(二)过度用药 .....	14
(三)过度手术 .....	14
(四)过度保健 .....	15
四、几种常见的过度医疗 .....	15
(一)冠心病介入治疗 .....	15
(二)剖腹产手术 .....	17
(三)肝炎的治疗 .....	17
(四)抗生素的使用 .....	19
(五)大型设备的检查 .....	21
五、过度医疗的“度”是什么 .....	23
(一)规范性医疗准则 .....	23
(二)个人和社会经济承受能力 .....	27
六、影响过度医疗“度”的因素 .....	28
(一)过度医疗涉及伦理分析 .....	28
(二)医学科技的进步提高了过度医疗的“度” .....	31
七、过度医疗是国际流行病 .....	33
八、过度医疗的危害 .....	35
(一)在宏观上导致医疗费用过度上涨 .....	35

(二)微观上加重患者的经济负担	36
(三)医患纠纷增多,医患社会矛盾突出	37
(四)医源性疾病增加	38
(五)不利于医院的长远发展	41
(六)不利于提高医生的业务水平	41
九、哪些不是医生的过度医疗	42
(一)疾病的诊断和鉴别诊断不属于过度医疗	43
(二)危重或疑难病例的诊治不属于过度医疗	44
(三)可近性增加不属于过度医疗	47
(四)小地域差异不属于过度医疗	47
十、医生的两难境界	48
十一、过度医疗与适度医疗	52
十二、患者如何避免过度医疗	54
(一)小病去社康,大病去医院	54
(二)做科学的患者	55
(三)检查少用套餐、不做不必要的检查	58
(四)少用辅助贵药,多用国产药	58
(五)对医疗过程和医生信任	59
第二章 相关经济理论及研究进展	60
一、医疗服务产品的经济学特征	60
(一)医疗服务的基本特征	60
(二)医疗服务产品的公共性与非公共性	62
(三)医疗服务产品的外部性	65
(四)医疗服务的替代品和互补品	67
(五)医疗服务产品是信任品	68
二、医疗市场的经济学特征	69
(一)医疗服务的需方——患者的经济学特征	69
(二)医疗服务的供方——医疗机构的经济学特征	78
(三)医疗服务的支付方——医保机构的经济学特征	93
(四)医疗市场的信息不对称	99

三、诱导需求的文献综述	101
(一)诱导需求的实证研究	101
(二)诱导需求的产生原因	107
(三)诱导需求的治理	110
四、防御性医疗文献综述	112
(一)防御性医疗的实证研究	113
(二)防御性医疗形成的原因	119
五、文献研究简要述评	122
(一)美国和中国诱导需求的程度悬殊	122
(二)单个医生的诱导需求研究甚少	124
(三)防御性医疗行为在国内外普遍存在	125
<b>第三章 过度医疗谁之过</b>	<b>126</b>
一、医疗市场的因素	126
(一)信息不对称与过度医疗	126
(二)特殊的委托代理关系与过度医疗	130
(三)医生的中心地位	137
(四)医疗市场中的垄断	143
二、患者的因素	146
(一)医疗保险支付下,患者的医疗消费倾向过度	146
(二)患者的不理智期待	148
(三)患者的盲目和受骗	149
(四)患者的怀疑和自疑	151
三、疾病的因素	152
(一)医学科学的复杂性	152
(二)医疗技术的未知性	153
(三)医疗技术的双面性	154
(四)疾病谱变化带来的影响	155
四、医生的因素	155
(一)我国医师收入低	156
(二)医生的培养和执业成本高	163

(三)我国医生过度医疗的收入和成本 .....	165
(四)医生过度医疗的行为心理分析 .....	171
(五)医生为了掌握核心新技术 .....	173
五、医院补偿机制因素 .....	175
(一)公立医院改革历史 .....	175
(二)公立医院补偿不足 .....	177
(三)公立医院负担过重 .....	185
(四)公立医院的经济性行为 .....	189
六、政府投入不足和不公平 .....	190
(一)政府投入不足 .....	190
(二)医疗卫生资源配置不合理 .....	198
七、政府规制失灵 .....	203
(一)管制制度供给不足 .....	204
(二)管制措施不当 .....	204
(三)政府失灵与寻租 .....	216
八、医患信任危机因素 .....	218
(一)信任——医患关系的核心 .....	218
(二)医患信任危机与暴力医疗纠纷 .....	221
<b>第四章 过度医疗的防范 .....</b>	<b>230</b>
一、加强政府投入 .....	230
(一)明确政府责任,加大财政支持力度 .....	230
(二)明确不同医疗服务产品的提供方式 .....	231
(三)拓宽公共卫生资金筹资渠道 .....	232
(四)坚持和发挥公立医院的公益性 .....	232
(五)提高公共卫生财政投入的效率 .....	233
二、强化声誉机制的医生自律 .....	234
(一)声誉机制失效原因 .....	234
(二)医院产权结构与医生个人声誉 .....	237
(三)医生自律的外部条件 .....	242
三、医院监管的设置与重要内容 .....	249



(一)我国医疗监管的主要问题 .....	249
(二)我国医疗监管的设置 .....	251
(三)建立完整的医疗规制体系 .....	252
(四)对规制者的规制 .....	256
(五)医疗质量管理 .....	257
(六)实施单病种付费 .....	262
四、第三方购买者对医疗机构的监督 .....	279
(一)医疗保险机构的第三方付费功能 .....	279
(二)医疗保险机构的第三方购买功能 .....	280
(三)强化医疗保险机构对医疗供方的监督 .....	283
五、健全“治未病”为主的预防保健体系 .....	288
(一)“治未病”的历史 .....	288
(二)“治未病”受重视的原因 .....	290
(三)“治未病”内容 .....	294
(四)“治未病”的健康管理体系优势 .....	300
(五)对“治未病”健康工程未来工作的建议 .....	305
六、大力发展社区医疗 .....	306
(一)社区医疗的重要意义 .....	307
(二)国外社区卫生服务介绍 .....	314
(三)我国社区医疗服务现状与问题 .....	320
(四)发展城市社区医疗服务的建议 .....	328
七、重塑医患信任 .....	334
(一)塑造制度信任 .....	334
(二)建立人际信任 .....	336
(三)营造关系信任 .....	340
第五章 几种常见疾病的诊疗指南 .....	343
一、小儿感冒中医诊疗指南 .....	345
(一)范围 .....	345
(二)术语和定义 .....	345
(三)诊断 .....	345

(四)辨证 .....	346
(五)治疗 .....	347
二、咳嗽的诊断与治疗指南(2009年版) .....	350
(一)咳嗽的分类 .....	351
(二)病史与辅助检查 .....	351
(三)急性咳嗽的诊断与治疗 .....	353
(四)亚急性咳嗽的诊断与治疗 .....	354
(五)慢性咳嗽常见病因的诊治 .....	354
(六)其他慢性咳嗽的病因及诊治 .....	358
(七)慢性咳嗽病因诊断程序 .....	360
(八)常用镇咳与祛痰药物 .....	361
(九)慢性咳嗽的经验性治疗 .....	363
三、中国高血压防治指南(2009年基层版) .....	364
(一)高血压的检出 .....	365
(二)高血压的诊断与评估 .....	366
(三)高血压的治疗 .....	371
(四)高血压的预防和教育 .....	383
(五)高血压的管理 .....	386
(六)社区高血压患者的双向转诊 .....	388
(七)基层高血压防治工作考核评估 .....	389
(八)附件 .....	391
四、中国2型糖尿病防治指南(2007年版)摘登 .....	408
(一)2型糖尿病的诊断 .....	408
(二)糖尿病的治疗 .....	410
(三)糖尿病的管理 .....	413
参考文献 .....	419

# 前 言

看病难、看病贵是我国政府和国民关注的热点，而过度医疗为医疗费用的快速上涨起着推波助澜的作用，本书是国内第一部对过度医疗进行详细分析的专著。全书共5章，主要内容有什么是过度医疗、过度医疗的表现形式、几种临床常见的过度医疗、如何识别过度医疗、患者如何避免过度医疗；过度医疗的相关经济学理论，如医疗服务产品的公共性、外部性、替代品和互补品，营利性医院和非营利性医院，医院的价格竞争和非价格竞争，社会保险支付方式；过度医疗的国内外研究进展；从医疗市场因素、患者因素、疾病因素、医生因素、医院因素、政府投入、政府管制、医患信任危机等八个方面探讨过度医疗产生的原因；并提出相应的防范措施。适用于卫生行政管理者、医疗卫生工作者、医疗保险工作者、医院管理和社会保障专业的学生和感兴趣的相关人群参考。

本书在编写的过程中力求通俗易懂、深入浅出、生动形象。在编写过程中得到湖北省人大常委会蒋大国副主任，中南财经政法大学赵曼教授、吕国营副教授，湖北省文联李传锋教授，湖北人民出版社傅爱民及易简编辑，深圳市第八人民医院关春保教授、黄居科副教授的大力支持和指导，在此表示衷心的感谢。

由于编者水平有限，本书内容难免存在缺陷，恳请专家、同道和使用本书的广大读者批评指正。

贺敬波 周指明 袁力克

2010年8月30日

# 第一章 认识过度医疗

## 一、你被过度医疗了吗

我们都是凡夫俗子，都不可避免地会生病而去医院，到医院你有这样不愉快的经历吗？

**案例 1** 赵女士患急性阑尾炎，需要住院做手术。入院前，医生让她做了一大堆检查，赵女士数了数，一共有十几张检验、检查单！除了血常规、尿常规、大便常规、B 超外，还有超声心动图、CT、磁共振等，好像把医院现有的仪器设备查个遍。

**案例 2** 钱先生今年 40 多岁，几个月前因感冒、头疼就花去了近 1500 元的医药费。医生听说他有头疼的症状后，首先建议他做头部磁共振成像检查，花了 1200 多元，结果没有任何问题。

**案例 3** 77 岁的杜治政是《医学与哲学》杂志主编，在医学哲学、医学人文圈内素有声望。他有一次亲身经历：“有一次我老伴的情况是晚上血压升高，医生的意见是一定让她做脑动脉造影。我知道这造影剂一旦打进去可能发生激烈反应，有一定风险，于是比较警惕，就想请熟人会诊。结果一位权威的专家认为没有需要做造影的迹象，而没有做脑动脉造影，之后我老伴啥事也没有。”

**案例 4** 李某，男 13 岁，主诉：急起头痛，发热 4 天，神志欠清 2 天；查体：颈抵抗，眼底视神经乳头模糊；血常规白细胞总数增高， $16 \times 10^9/L$ ；临床怀疑化脓性脑膜炎，进行 CT 检查，结果回报：头部 CT 未见异常；腰穿检查：CSF 压力增高，外观混浊，白细胞数  $900 \times 10^6/L$ ，中性粒细胞为主。临床诊断：化脓性脑膜炎；给予抗生素治疗，3 天后病人体温明显下降，症状改善。治疗第 4 天，通知患者作 MRI 检查，结果回报：头部 MRI 未见异常。入院第 16 天，体温正常，一般状态良好，复查 MRI 未见异常。患者治愈出院。

让我们来分析以上案例：

**案例 1** 急性阑尾炎患者，手术前检查血常规、尿常规、大便常规、阑尾部位 B 超是必须的，超声心动图除了怀疑有器质性心脏疾病外，其他情况下是不必要的，至于 CT、磁共振则是多余的。

**案例 2** 中年男性，因感冒、头痛而进行头部磁共振成像检查，医生应该多观察病人几天，等感冒好了后，头仍然疼痛时再做，因为感冒也会引起头痛症状。

**案例 3** 这是一个老专家的经历，患者主要是血压高而不是脑动脉瘤等疾病，脑动脉造影术依托较为先进的大型医用设备，对脑动脉瘤等疾病的发现较有价值，但是，“倘若医生滥施检查，这个设备也就背离了研制的初衷”。杜治政说。

**案例 4** 从医学专业知识角度讲，诊断脑膜炎的金标准是腰穿。根据李某的腰穿检测结果“CSF 压力增高，外观混浊，白细胞数  $900 \times 10^6/L$ ，中性粒细胞为主”，结合该病人临床表现，可以明确诊断其为化脓性脑膜炎，而且据此诊断实施的治疗也明显有效。但医生后期仍然为病人开了两次 MRI 检查，这两次 MRI 检查对患者的诊断治疗意义不大，是典型的过度医疗<sup>①</sup>。

以上的疾病治疗不仅浪费了患者的时间和金钱，而且加重了患者的心理负担，使患者在疾病折磨的基础上，雪上加霜。

### 链接：

医生也会被过度医疗。一名梅医生在常规体验中，X 线片上发现左肺下叶有一阴影，体检中心的放射科医生建议进一步诊治。梅医生就近到一家市级三甲医院就医，正好有一位同学在这家医院，同学带领到胸外科，一位副主任医师接诊，开 CT 检查单，接诊医生看 CT 片子后，认为炎症、肿瘤、结核都有可能，需要住院进一步诊断治疗。因为是周末梅医生没有住院。星期一，梅医生又去就诊，另一位副主任医师接诊，同样认为无论是炎症、肿瘤都需要住院，梅医生想住院后做检查方

<sup>①</sup> 赵德利：《过度医疗个案审读》，《医学与哲学》2003 年第 9 期。

便、可以进一步明确诊断治疗,就住进了医院。住院后,管床医生就按术前准备做全身各项检查,B超、X线、心电图、血尿粪常规等。梅医生心里嘀咕,还没有明确诊断怎么就是术前检查准备手术。下午梅医生带CT片、胸片到另一家医院去看片,想进一步明确诊断,该院影像科医生认为是左肺下叶背段渗出性病变,抗炎治疗一周后复查。这是住院的第一天。住院第二天,查房时,管床医生和护士长一阵教训:“你要做手术了,拿着片子乱跑什么?主任要安排这个星期手术。”梅医生对管床医生说:“能否用抗炎药物,治疗观察一下?”医生说:“不需要,反正要手术。”后来,梅医生又通过同学找管床医生才答应第二天开始用抗生素。第三天,科主任查房,认为是炎性假瘤,不能完全吸收,需要手术治疗,并将梅医生妻子叫去专门做工作,下午又让去做了CT加强检查。住院第四天,查房时梅医生对主任提出个人看法:“如果明确诊断是恶性病变,要求立即手术,如果是良性病变,尽量采用保守治疗。”主任坚持自己的意见。第五天,管床医生又给开出许多检查:核磁共振、B超、X线片等,后在梅医生反对下取消,只拍了X线片,片子显示阴影发生改变。第六天,梅医生要求出院,管床医生不同意办出院。第八天,梅医生坚决要求出院,管床医生又开CT检查单,做CT,然后带药出院。CT片子上显示阴影已大部分吸收。出院两周后复查CT,阴影已完全吸收。梅医生出院时结账,花了5400多元。

资料来源:《从就医经历谈过度医疗》,《医学与哲学》2005年第3期。

## 二、什么是过度医疗

### (一)过度医疗的定义

所谓过度医疗(Overtreatment),是指医疗行业提供了超过个体和社会医疗保健实际需求的医疗服务(杨同为,2002)。杜治政(2005)把过度医疗定义总结为:由于多种原因引起的超过疾病实际需要的诊断和治疗的医疗行为或医疗过程。这个定义要点:一是这种诊断和治疗对于该疾病是多余的、不必要的,甚至是有害的;二是过度医疗是一种行为或过程,还未成为实践的诊疗计划或设想不能称为过度医疗。张

忠鲁(2003)认为过度医疗的基本特征有:(1)诊疗手段使用超出疾病诊疗的根本需求,不符合疾病规律和特点;(2)采用非“金标准”的诊疗手段;(3)超出当时个人、社会经济承受能力和社会发展水平。李传良(2006)从法律视野认为过度医疗是医疗机构及其工作人员在医疗活动中,违反法定及约定义务,提供了超出个体及社会医疗保健实际需求的医疗服务,造成了服务对象人身伤害及财产损失的行为。

总的来说,过度医疗是多种原因引起的超过疾病和患者实际需要的诊断、治疗和保健的医疗行为或医疗过程。

## (二)过度医疗的分类

过度医疗有不同的分类方式,从产生方式分,一类是病人强行索要而产生的,一类是医生有意为之而产生的;从过度医疗的内容分,过度医疗分为过度检查、过度用药、过度手术、过度保健。

从医生的主动性分,过度医疗分为两种,一种是医生主动的过度医疗即诱导需求,一种是医生被动的过度医疗即防御性医疗。前者是医疗行为主体医疗机构或医生个人故意地实施行为,其目的是为了获取非法的经济利润。后者是医疗机构或医生个人被动地采用过度医疗,其目的是避免医疗风险或减轻医疗风险的后果。二者都是超过疾病和患者实际需要的诊断、治疗和保健的医疗行为或医疗过程。

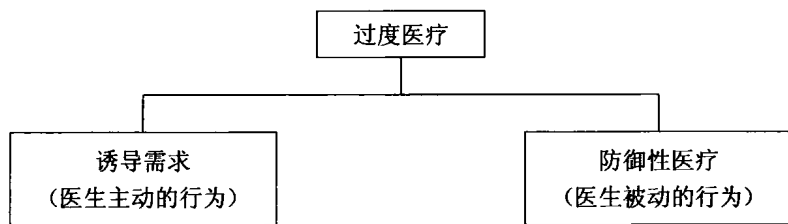


图 1-1 过度医疗的分类

### 1. 诱导需求

诱导需求(Supplier-induced Demand),也称供方诱导需求,是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。通俗地讲诱导需求是医疗服务提供者医院和医生为了自身的利益,利用掌握的专业知识和信息优势诱导患者进行不必要的消

费。

诱导需求的特征可以总结为：(1)不符合患者的最佳利益；(2)是在患者不具有和医生同等信息和专业知识的条件下产生；(3)是医生的一种影响(诱导)患者需求的行为。

医疗服务产品同其他产品和服务一样，都有供给者(卖者)和消费者(买者)，对于一般产品，如果供方产品的价格高或供方让消费者多买不必要的产品，消费者就不会同意，例如某商场一支牙膏的价格要30元，或牙膏推销员让你一次买牙膏20支，你会转身就走，不会买他的产品。但对于医疗消费而言是刚性的，是必须的，如得了急性心肌梗塞，就得马上抢救，容不得患者耽误，否则有生命危险；得了急性阑尾炎，就要马上手术，否则阑尾炎穿孔，并发腹膜炎，也会有生命危险；生命只有一次，在这种情况下，即使医疗消费再贵再多，患者都要治疗，不会“转身就走”。

同其他产品或服务不同的是，医生同时具有双重身份。人们患病需要治疗时，病人有可能自我治疗，但这种情况的可能性小(感冒等小毛病除外)，因为自我治疗可能耽误了病情，甚至造成生命的代价，所以患者得病以后，要到医院委托医生为自己治疗。当病人来到医院诊治，也就和医生建立了契约关系，意味着病人将给自己治病的权利甚至自己的生命交给医生，委托给医生为自己治疗疾病。医生在委托—代理关系中充当双重的角色，一是以病人利益代理人的身份向病人推荐治疗方案，二是充当医疗活动的提供者，在医疗活动中获得相应的经济利益以维持经营和发展。在这种双重角色中，医生就有能力和机会向患者建议并实施过度的医疗消费。

在其他行业也存在供方诱导需求问题，如汽车修理商要车主购买不必要的修理项目，理财师向客户推销对他自己有利的理财产品。但在医疗服务行业，卫生服务的提供者——医生的诱导需求程度要大。理财产品你觉得不合算，你可以不购买，也就不会有诱导需求，就算理财师有诱导需求的愿望也难以实施；车坏了，汽车修理商提供的修理项目，车主不得不要，但汽车修理商诱导服务的程度不如医生的诱导需求，这是因为医疗服务行业，医生和患者的信息不对称程度要更明显。



通俗地讲,医生和患者掌握的专业知识和信息不一样。医疗服务具有很强的专业性和知识性,医学是所有科学门类中公认最深、最难、最复杂的学科,几乎要运用所有的自然科学和社会科学方法与技术手段。医学科学不仅要有生物学、化学方面的知识,还要涉及声学、光学、力学等各种物理知识,不仅要有细胞、基因等分子科学,还需要数学、天文、地理、心理学、美学、伦理学等综合学科知识。大多数公众即使关注到一些医疗问题及相关研究,其兴趣也很难维系。即使有了关注的兴致、参与的意识,也不是所有的人都有能力接受信息和获取信息,这需要一定的知识和技能。现代社会是一个不断趋于精细分工和高度专业化的社会,就临床医学而言,医疗分科也越来越细,如临床医学从内科、外科、妇科、儿科、中医、五官科,逐渐分到2级学科、3级学科和4级学科,外科又分为普通外科、骨科、脑外科、胸外科、泌尿外科等,普通外科又可分为肠胃外科、肝胆外科、甲状腺外科等等,越到大医院分科越来越细。一个内科医生很难掌握外科疾病的治疗,更不用说医学“门外汉”对医学的了解。这样患者到医院看病,他只得听医生的安排,患者没有鉴别医生是否过度医疗的能力。

因此医疗行业,医患双方信息不对称的程度明显。信息不对称程度越明显,就越容易出现供给方诱导需求的问题,这是医生的诱导需求为什么是国内外经济学家研究的热点,和医生的诱导需求在国内外普遍存在的原因。

## 2. 防御性医疗

防御性医疗(Defensive Medicine)是指医务人员为了减少医疗风险,保护自我而实施的偏离规范化医疗服务准则的医疗行为。通俗地讲是医疗服务的供给方医院和医生为了避免医疗纠纷和医疗诉讼而采取的防御性医疗行为。Tancredi认为“担心被卷入医疗纠纷虽不是造成防御性医疗行为的惟一原因,但毫无疑问是较为主要的原因”<sup>①</sup>,医生的防御性医疗行为是医疗失误法律诉讼的副产品,其目的非常明确,即医

<sup>①</sup> Tancredi LR, Barodess JA, The problem of defensive medicine, Science, Vol.4344, No.200(1978), p.879 ~ 882.