



医生引致需求及其治理

宁德斌

摘要: 信息不对称、机会主义与多元利益冲突是医生引致需求的条件。治理路径需从上述三个方面来探寻其基础,具体包括以承诺、信息披露、全科医生体系、激励性约束和专业化为内容的5P治理模式。

关键词: 信息不对称;机会主义;多元利益主体;5P治理模式

医生引致需求(Physician-Induced Demand,简称PID)之所以引起广泛关注,正如著名卫生经济学家 Reinhardt (1989) 所言,“医生引致需求的问题显然直指健康政策的要害……,也就是说到底是通过需求面还是供给面的规则控制,才能够实现健康保健的最优资源配置。”^①于是,围绕医生引致需求的内涵及其机制等问题进行了广泛的探讨,形成了多种定义和假说^②,这无疑具有积极意义。但是,对于如何有效治理医生引致需求并没有一致的结论。原因在于,对医生引致需求机制研究的视角存在很大欠缺,以致于对医生引致需求的理解还不够深刻。

一、医生引致需求的机制

医生引致需求由 Evans 提出,并表述为“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”^③。从这一定义出发,我们可以从三个方面来理解医生引致需求的机制。

(一) 信息不对称是医生引致需求的客观条件

医疗服务的高度专业性、不确定性,使医患之间客观存在着关于医疗服务的不对称,具有专业知识和专门诊疗技术手段的医生天然地处于信息的绝对优势地位,而患者则处于劣势,反映为对自身需求描述的模糊性,由此产生了对医疗卫生技术人员的依赖性和对高层次医疗卫生机构的就诊愿望等模糊偏好,当然,最终以支付能力决策就诊。这样就产生了三种就诊决策模式:一是在具备支付能力的条件下选择高层次医疗卫生机构;二是在支付能力有限的情况下选择替代性服务,这既包括自我医疗,也包括愿望损失性调整;三是当确知与支付能力匹配的医疗卫生服务不能满足技术质量要求时,其决策取决于健康风险投资的期望值和人道价值标准。这些源于医疗卫生服务产品的不可存贮性和非同质性,由于质量的不可评价性,居民(患者)愿意寻找质量标志物来求得质量与经济的统一。

① U. E. Reinhardt, “Economists in Health Care: Saviors, or Elephants in a Porcelain Shop”, *The American Economic Review* 1989, (2).

② 薛新东、赵曼,《供给诱导需求研究综述》,载《医学与哲学(人文社会医学版)》2008年第2期。

③ R. Evans, “Supplier-induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications”, in M. Perelman (Ed.), *The Economics of Health and Medical Care*. London: McMillan, 1974, p. 162~173.

王俊等的研究支持了这一结论^①。

（二）机会主义是医生引致需求的主观条件

如果仅仅是居民的需求模糊，也许还不足以成为问题，因为理论上，作为受托人的医生，如果不存在机会主义动机，是可以为患者提供优质的、与实际需求相适应的服务的。但是，由于机会主义的存在，医生往往出于自身经济利益的驱动而提供过度的、不合理的服务。卫生技术评估的研究进展虽然为技术资源配置与技术运用的判断提供了一些方法，但在评价中，由于技术标准与社会经济标准的二元对立及技术标准的基础地位，也由于个体的差异性使这些方法在评价个案时具有极大的限制。所以，医患双方信息的不对称，不管是出于效用最大化、利润最大化还目标收入，都是机会主义行为的基本动机，使患者这个利益相关者缺乏有效监督的能力，并且导致了一定程度的“诱导需求”^②。

（三）多元利益冲突是医生引致需求的现实表现

医生引致需求之所以引起如此大的关注，是因为其在医疗卫生服务体系中存在着严重危害性^③。在卫生服务体系中，有至少五个异质的利益相关者主体：政府、支付人、医疗卫生机构、医生、居民，在公共卫生服务均等化的背景下，这些利益相关者的目标函数在理论上是一致的，医生的机会主义行为表面上是对患者利益的损害，但实质上会损害其他全部的利益相关者的利益，使利益相关者之间的关系和行为复杂化，从而医生引致需求表现为多元利益冲突。

医生引致需求直接地带来了医疗卫生服务公平的缺失，一是医疗卫生服务价格的上涨，使居民的替代服务选择比例上升；二是医疗卫生服务供给秩序的混乱而不能有效地提供基本医疗卫生服务。这有悖于政府的公平目标、支付人的支付意愿与居民的健康需求，甚至可以说，“看病难”、“看病贵”的根本原因在于此。

二、治理医生引致需求的路径选择

（一）信息不对称的治理

信息不对称被广泛地应用于经济活动分析，由于经济活动的特点，文献主要对信息披露进行了研究，王德禄、刘铭源等论述了信息披露的必然性，指出信息披露制度是缓解股东与管理人员之间冲突的最有效的制度设计，也说明了委托代理理论为信息披露制度提供了理论依据^④。李翔、林树提出，有效的信息披露可以降低信息不对称程度，特别是指出了“披露幅度越大，信息含量越高，越能降低市场的信息不对称程度”，以及“管理会计信息披露在统计上具有显著降低公司治理体系信息不对称水平的作用”^⑤。

在如何促进信息传递和提高信息披露质量方面，在“2003年北京中外院士论坛”上，诺贝尔经济学奖获得者迈克尔·斯宾塞指出，如何使市场运行和经济交易中的信息对称，需“制度与规则相互作用”，“信息对称主要靠制度保障”；我国著名经济学家、北京大学张维迎教授认为，法制和信誉是解决经济交易中信息非对称的两个基本机制^⑥。

当信息披露上升到法律层面时，其立法宗旨在于保护处于信息弱勢的利害关系人的合法权益。医患之间的信息不对称可以决定诱导需求的程度。相关文献指出，患者的信息对医疗服务水平具有明显的影响^⑦，既有助于患者的就医选择，也有助于患者扼制医生引致需求。然而，要使患者的信息达到与医生的完全对称是不可能的，如何能够让患者尽可能地获得更多信息呢？Jaegher和Jegers认为，医生之间的竞争是患者获得信息的根源，从而这种约束也可以看作是竞争约束^⑧。

①王 俊、昌忠泽、刘 宏：《中国居民卫生医疗需求行为研究》，载《经济研究》2008年第7期。

②Kenneth J. Arrow. “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”, *American Economic Review* 1963, (5).

③朱生伟：《供给诱导需求：医疗改革中被忽视的问题》，载《中南民族大学学报(人文社会科学版)》2006年第3期。

④王德禄、刘铭源：《上市公司信息披露制度的理论基础及博弈分析》，载《江西社会科学》2009年第1期。

⑤李 翔、林 树：《信息不对称、信息披露与股票价格波动——兼论管理会计信息披露的市场效应》，载《山西财经大学学报》2007年第6期。

⑥欣 闻：《中外专家会诊“信息不对称”》，载《经济时报》2003年5月30日。

⑦B. Xie, D. M. Diltz, M. Shor. “The Physician Patient Relationship: The Impact of Patient-obtained Medical Information”, *Journal of Health Economics* 2006, (15).

⑧K. D. Jaegher, M. Jegers. “A Model of Physician Behavior with Demand Inducement”, *Journal of Health Economics* 2000, (19).

(二) 机会主义的治理

Newhouse 的效用最大化模型、医生收入最大化模型等对供给者行为研究是最有影响的,这些模型说明了医生引致需求的动机是所谓的成本收益比“理性”,它从根本上否定了医生作为完美代理人的假定,是一种典型的损人利己的机会主义行为。

治理机会主义的基本途径是抑制机会主义产生的动机——成本收益比。这需要通过一定的制度安排来实现。通过相应的制度安排,减少或杜绝机会主义行为产生的前提。这些制度大体可以分为四类。

1. 规制与处罚。文献从市场失灵的角度提出了政府管制的治理思路,如,Theodore Marmor(1987)等人通过对 1947 年到 1972 年间希尔—伯顿计划(Hill Burton Act)实施的分析认为,政府规制比市场调节更有利于稳定医生收入和提高医疗资源效率^①。从微观管理的层面,张文健、孙绍荣运用成本收益分析的方法提出了通过处罚和提高查处率来约束机会主义行为^②。

2. 激励性规制。新规制经济学注重分析了规制者如何设计能够激励被规制者实现最大化利润并同时达到社会福利最大化的适合规制政策实施的学理^{③④⑤}。大量研究运用委托代理理论来研究委托人与代理人之间的契约优化问题,通过合约优化来降低机会主义行为,如供应链的最优合约配置等。

3. 激励。威廉姆森等人认识到在不完全合约条件下,自我实施机制是合约实施的有效途径。人们依赖于平常的习惯、诚信、信誉等方式来解决合约履行中的争端,而不是通过法院来解决,这就产生了自动履行合约或默契合约的观念^⑥。唐要家、王广凤认为政府的管制不一定是有效的,医患合约的核心是形成有效的医生声誉激励机制,使医生能够自发地作出有利于患者的诊疗行为选择^⑦。

4. 标准化。Sengupta 将医疗卫生技术效率定义为“利用最佳的生产要素组合和最佳的管理方式,在一定的资金条件下,生产出最大数量的符合消费者需要的卫生服务”^⑧,强调了“符合消费者需要”的评价标准。对卫生服务需求的技术分析就成为治理的基础问题。文献关于卫生服务需求的分析,大体可以概括为两个方面,一方面是卫生服务需求的经济学分析,如迈克·格罗斯曼(Michael Grossman, 1972)对于健康的需求从消费者的角度分为消费品和投资品^⑨。关于卫生服务需求的影响因素及其模型,自阿罗开始也不断得到扩展^{⑩⑪},由此,对于消费者的就诊行为的研究也逐步展开^⑫。另一方面是医学专业技术人员关于疾病的分类,一般地,医疗卫生服务需求是以疾病的发生率作为计量基础的,但从专业技术角度的分类 ICD-10 是以诊断为基础的。

上述研究为把经济学特征与疾病分类结合起来从而为全面理解卫生服务需求奠定了基础,DRGs (Diagnosis Related Group System)在控制住院费用方面确实取得了效果,并且在欧美和我国得到推广,但是包括国内关于疾病分型的研究在内,存在明显的局限性。借鉴上述方法,理论上我们可以得到两个基本结论:一是疾病存在着严重程度的差别;二是严重程度与技术运用层次呈正相关,从而与费用水平呈正相关。课题组的一项调查也对此进行了证实^⑬。

① Theodore Marmor, et al. “Nonprofit Organizations and Health Care”, in Walter W. Powell (ed.). *The Nonprofit Sector*. New Haven: Yale University Press, 1987, p. 226.

② 张文健、孙绍荣:《机会主义行为的“成本—收益”分析及制度设计启示》,载《工业技术经济》2007年第12期。

③ 于立等:《规制经济学的学科定位与理论应用》,东北财经大学出版社2005年,第237~264页。

④ D. P. Baron, R. Myerson. “Regulating a Monopolist with Unknown Cost”, *Econometrica* 1982(50).

⑤ J. Laffont, J. Tirole. “Using Cost Observation to Regulating Firms”, *Journal of Political Economy* 1986(94).

⑥ 韦伟、周耀东:《资产专用性、机会主义和合约安排》,载《安徽大学学报(哲学社会科学版)》2000年第5期。

⑦ 唐要家、王广凤:《“过度医疗”的制度根源与医生声誉激励机制》,载《中南财经政法大学学报》2008年第4期。

⑧ J. K. Sengupta. “Stochastic Efficiency Measurement: A New Approach”, *Applied Economics Letters* 1997, (2).

⑨ Michael Grossman. “On the concept of Health Capital and the Demand for Health”, *Journal of Political Economy* 1972, (4).

⑩ Kenneth J. Arrow. “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”, *American Economic Review* 1963, (5).

⑪ P. Gertler, L. Locay, W. Sanderson. “Are User Fees Regressive? The Welfare Implications of Health Care Financing Proposals in Peru”, *Journal of Econometric* 1987(36).

⑫ 王高玲:《城市社区卫生建设中消费者需求行为分析》,载《现代经济探讨》2007年第7期。

⑬ 调查方法说明:第一,在两个样本县(市)整群(村)访问农村居民中有患病史的对象共90人,并从样本县级医院和另一省级医院回顾性分析住院病历60份,去除重复计算部分,共计样本132份,并从中选择疗效为治愈的病历(非住院病历以患者自评为依据)103份。第二,疾病的概念借用国家卫生服务调查对患病的概念界定,以单次因病休工(学)日数表示疾病的严重程度。第三,技术等级赋值如表1。第四,按疾病严重程度分组统计结果如表2。

表 1 卫生服务技术特征赋值表

序号	技术要素	技术特征	赋值	序号	技术要素	技术特征	赋值
1	医疗卫生人力	自我医疗(含自购药物)	1	7	检测治疗手段	常规检查治疗	4
2		普通门诊服务	2	8		使用大型设备检查治疗	8
3		专家门诊服务	4	9		手术治疗	8
4	医疗卫生设施	留观	4	10	药物使用	基本药物	4
5		普通病房住院	8	11		非基本药物	8
6		ICU等特殊病房	16	注:同一技术要素在单次病历中不重复计值			

表 2 疾病严重程度、技术特征值与诊疗费用

疾病严重程度 (因病休工休学日数)	病例数	样本病例平均技术值	样本病例平均诊疗费用(元)
1—7	46	12.72	449.30
8—20	38	23.10	1288.26
≥21	19	36.45	2219.58

(三) 外部治理

在某种意义上,治理是回应多元利益冲突的一系列制度安排。威廉姆森认为,需要针对不同特征的交易活动而设计不同的治理机制。比如对重复发生的交易可以设计专门的双边治理机制(特许、质押、互惠等),而对偶尔进行的交易,则采用三边治理机制(仲裁、法律诉讼等)^①。

在治理医生引致需求问题上,现行的管理体制使医院与医生不能形成有效制衡,总体上反而是引致需求的合谋者,由此形成了医疗服务过程中供给方、需求方和付费方之间的博弈,形成了四个主要的不同利益主体,它们各自有利益特性、行为特点,并形成了不同的利益关系,如表 3 所示。

表 3 不同利益主体的特性及相互关系

利益主体	利益特性	政府	供给方	需求方	付费方
政府	1. 公平性:最大限度满足居民的卫生服务需求 2. 减少卫生资源浪费	高度组织化	1. 委托供给与委托代理失灵 2. 绩效考核与行政约束	代言人	付费体系的组织者
供给方	信息优势与效用最大化	面临绩效约束	1. 医生引致需求 2. 高度组织化	医疗卫生服务的提供者和顾问	付费约束
需求方	1. 满足医疗卫生服务需求 2. 控制过度服务	利益的一致性	1. 医疗卫生服务唯一的代理选择 2. 医保条件下可能串通	1. 信息劣势 2. 分散化,不具备谈判能力	共同的支付者
付费方	控制医疗费用	利益的一致性	1. 有较强的行为约束能力 2. 需要防范道德风险	需要防范道德风险	高度组织化与较强的专业化

各个利益主体为促进自身利益均采取了一些措施来约束医生引致需求,因此从不同的主体角度形成了供给方控制、需求方控制和第三方面控制的路径^②。

三、治理医生引致需求的对策分析

(一) 承诺(pre-commitment)

预先承诺制(pre-commitment approach,即 PcA)最早是博弈论中的一个专用术语,它的基本特征

① 韦伟、周耀东:《资产专用性、机会主义和合约安排》,载《安徽大学学报(哲学社会科学版)》2000年第5期。

② 林闽钢:《化解供方诱导需求与重构我国农村医疗卫生控费路径》,载《学海》2009年第2期。

是当事人做出承诺后,原先在没有承诺情况下的一些最优选择在事后变得不再是最优,这就使当事人事后选择余地减少。英国学者休谟把“承诺必须兑现”视为人类社会最基本的自然法则之一。自然法学派的法学家将承诺确定为合同成立的一个要件,作为要约的对称^①。

医疗服务承诺是承诺人的一种自我约束和自我实施的激励,也是一种信息披露方式。当前各级医院普遍作出了一系列的服务承诺,对于规范医疗服务行为有十分积极的意义。但是,当前的服务承诺还存在有比较严重的缺陷:医院的承诺从内容上并没有把握住患者的关切,侧重于服务态度与服务作风,并且很多内容缺乏可检验的规范。

医疗服务承诺重在医疗质量承诺,重在通过承诺使患者尽可能获得更多的医疗质量信息并据此可以在某种程度上来约束医生行为,重在使医生能够通过患者的质量评价而获得声望激励。当然,医疗服务质量的非同质性使终末医疗质量承诺至少在目前来看具有“不可能”特征,根据 Donabedian 的理论与三级结构理论,对于医院管理层而言,应当注重医疗基础条件的质量承诺和对医生服务承诺的监督与评价,对于医生而言,应当注重环节质量的承诺,把对病人的尊重、岗位职责的履行、医疗制度的执行作为承诺的核心内容。

(二) 信息披露(publish)

虽然一般意义上的信息披露是指公司会计信息披露,以回应公司利益相关者对公司业绩的信息需求,缓解委托代理关系中的信息不对称,但是信息披露制度的许多准则和方法对于改善医疗服务过程中的信息不对称有着积极的意义:一是医生的双重角色理论指出医患之间存在委托代理关系^②,二是在推进公立医院法人治理结构改革过程中,医院可以被认为是一个多元异质主体构成的利益相关者集合体。从患者的角度具有两个方面的信息要求,一是对医疗服务供给者的选择信息,二是对获得医疗服务后对医疗服务质量的评价信息。

值得注意的是,组织也有信息披露的内在驱动——影响社会对公司的认知——Deegan and colleagues 认为是一种自我赞美行为,这不在本文讨论的范围之内。根据医院信息披露的现状和患者的信息要求,目前医院和医生的信息披露,一是不完全,不能满足病人的信息需求,二是信息质量有待提高。为此,需要一套“制度与规则”来加以保障,从医生信息披露的内容、方式、保障机制、信息披露与区域卫生规划的动态均衡 4 个主要方面来构建信息披露的制度体系。

1. 参照 ICD-10 和医疗保险关于疾病分类的方法,以疾病的性质、诊疗的复杂性和一般情况下的转归为标准,将疾病分为一般性疾病、大病和疑难性疾病三类。在此基础上,以区域卫生规划和医院分级管理规定的诊疗范围为基础,从医院的诊疗能力的角度,以影响医疗质量和诊疗效果的主要因素为参数,制定医疗机构各科不同类型疾病的诊疗信息标准。这些参数具体地包括医疗机构的级别规模、技术能力、临床经验、收费水平、医疗质量、质量保证机制等方面。

2. 信息披露方式是指实现上述信息内容充分披露的可行途径。一般而言,信息披露制度带有强制性的,在某种程度可以称之为信息规制。综合国内外关于规制方式的研究和我国规制的实践,在规制方式方面大体上有三种模式可供选择,即政府直接规制、政府强制医疗机构按规定的标准公开信息和由政府授权并进行监督的第三方规制。在实际操作中究竟采用哪种方式,理论上我们可以通过信息规制的成本与收益分析模型进行择优决策。

3. 信息披露的保障机制针对的主要是可能的反规制措施及隧道行为(Channeling)。在规制过程中,不同利益主体的目标函数是不一致的,各方的行为必然不一致,因此,规制的成本是经过各方力量围绕信息质量展开博弈的最终结果。我们完全可以通过博弈分析,干预被规制者的反规制策略。

4. 利用现代先进的通讯传播技术,及时公开或告知相关医疗信息,以利于在医疗过程中患者能够及时对医疗行为进行监督,并能够在医疗服务后进行全面的质量评价。

①休 谟:《人性论》,商务印书馆 1980 年,第 556、563、574 页。

②A. Harding, A. Preker. "Innovations in Health Care Delivery: Organizational Reforms within the Public Sector", presented at Conference in Guangzhou, China, April 1999.

（三）全科医生体系 (practitioner)

罗默法则从卫生资源配置的角度分析了医生引致需求的机理, Roemer 效应和 Fuchs 的研究都显示, 卫生资源的增加会导致卫生服务量的增长^{①②}。同样, 我国自 20 世纪 80 年代以来, 医院数、床位数和医生数的微弱增长导致了卫生费用的飙升^③。优化卫生资源配置是治理医生引致需求的重要途径。

强调与问题严重性程度进行匹配的资源配置及其评价受到了推崇, Soren 和 Ben 在分析癌症的治疗复杂性程度的基础上提出了一种直线加速器配置标准的方法, 为卫生资源优化和卫生服务供给的改善提供了新的思路和方法^{④⑤}。美国的需求证 (certificate of need, 简称 CON)、专业标准审查组织 (professional standards review organizations, 简称 PSROs) 等计划的实质是以“社会需求”而不是医疗卫生技术的需求作为资源配置的前提^⑥。

我国卫生资源配置的严重失衡, 医疗资源过分集中在大城市, 基层医疗卫生资源严重缺乏, 其格局与医疗卫生服务需求结构极不对称, 同时, 医疗卫生机构的发展意愿不自觉地掉入罗默法则陷阱。因此, 建立和完善全科医生服务体系, 有利于遏制医疗卫生资源需求的膨胀, 有利于把医疗卫生服务机构的功能、技术与费用水平结合起来, 从而从总量上对医生诱导需求加以约束。另一方面, 全科医生服务体系的建立, 改变了医患之间的委托代理关系, 由单层委托代理改变为双层委托代理, 改变了委托人与代理人之间的信息不对称程度。对此, 需要解决三个问题: 一是以需求为导向完善区域卫生资源配置规划, 使资源配置在总量与结构上实现与卫生服务需求与结构的对称和动态均衡, 二是在病人的自主性和双向转诊之间找到一个均衡点, 三是对全科医生实行社区选拔制度。

（四）激励性约束 (promotion-restriction)

1. 监督。对医生引致需求实施监督, 其核心内容包括从业资格、执业行为和医疗质量的监督, 医生 (供给者) 的承诺、卫生服务需求、信息披露制度、医疗质量标准等是监督的依据和标准。按照治理理论, 利益相关者都是监督人, 其中主要有政府、付费人、需求方。从监督方法的角度, 一是法制化, 没有完善的法律体系及可实施的具体细则, 市场竞争就会无序化, 处于信息劣势的需求方的权益就不能得到维护; 二是行政监督, 没有高昂的违约成本, 机会主义就会盛行; 三是支付监督, 没有支付人的约束, 医生双重角色的天平就会失衡; 四是患者监督, 五是行业自律, 六是社会监督。绩效考评和支付制度是两种常用且有效的监督工具。第一, 建立医生绩效考评制度。借鉴英国的“临床稽核” (Clinic Audit) 和美国的“同行考评” (Peer Review) 制度^{⑦⑧}, 将医生诱导需求治理作为绩效考评的重要内容, 把病人评价、医疗行为、职责履行作为关键指标列入指标体系, 把考核结果与职务职称晋升、奖金发放与荣誉奖励紧密结合起来。其中, 病人评价作为一种工具, 从医生引致需求的角度, 是从病人的视角考察医院和医生的服务质量, 即医疗行为及其结果, 并据此对医疗服务质量进行监督和考评, 因此, 病人满意度成为目前较有说服力的医疗服务质量评估方法之一, 也成为医院连续性质量改进的重要组成部分。同时, 我国在很多行业和职业领域已经实施执业资格制度和执业资格年审制度, 虽然执业医师制度能够从入口把关, 但是缺乏经常性的监督, 实行年审制度和单项扣分制度, 可以对从业人员进行动态管理。第二, 改革医疗保险支付制度。医疗费用的支付方式对医生行为具有决定性的影响。按项目付费和按定额付费都可能激发医生诱导需求的动机, 当前我国医疗费用上涨过快的一个重要原因是医疗保险按项目付费的这种支付方式。按人头付费或总额控制可能导致医疗服务量的下降, 按病种付费有其先进性的一面, 但是病种

① Milton I. Roemer. "Bed Supply and Hospital Utilization: A National Experiment", *Hospitals*, J. A. H. A. 1961(35).

② Fuchs. "The Supply of surgeons and the Demand for Operations", *The Journal of Human Resources* 1978(V1R1).

③ 干春晖、周 习、郑若谷:《不完美信息、供给者诱导需求与医疗服务质量》,载《财经研究》2007 年第 8 期。

④ Soren M. Bentzen, Germaine Heeren, Brian Cottier, et al. "Towards Evidence-Based Guidelines for Radiotherapy Infrastructure and Staffing Needs in Europe: the ESTRO QUARYS Project", *Radiotherapy and Oncology* 2005, (3).

⑤ Ben J. Slotman, Brian Cottier, Soren M. Bentzen, et al. "Overview of National Guidelines for Infrastructure and Staffing of Radiotherapy, ESTRO-QUARYS: Work Package 1", *Radiotherapy and Oncology* 2005, (3)

⑥ Kevin Grumbach, Thomas Bodenheimer. "Reins or Fences: A Physician's View of Cost Containment", *Health Affairs* 1990, (4).

⑦ Janet Shirley. "Helen Brady Developing a Strategic Approach to Clinical Audit", *Clinician in Management* 2005, (1).

⑧ M. T. Edwards, E. M. Benjamin. "The Process of Peer review in US hospitals", *Journal of Clinical Outcomes Management* 2009, (10).

费用测算是一种庞大的系统工程。一方面,我们必须改革现行的费用支付方式,另一方面,我们需要在总额预算制、按服务量付费和按服务质量付费之间寻找到平衡点^①。基于疾病分型和医院分级管理为特征的标准支付制度理论上可以克服上述支付方式的缺陷,其基本思路是制定不同分型的疾病在不同级别医院(卫生机构)(把全科医生作为分级管理的最基层一级)的费用支付标准。

2. 竞争。如前所述,一方面,医生之间的竞争是患者获得信息的来源,从而这种约束也可以看作是竞争约束。另一方面,医生之间的竞争也是医生实现和体现自身价值的平台,因而这是一种自我实施的激励。为此,必须借助充分竞争的市场环境,使医生的医疗服务质量直截了当地反映出来,为患者选择和“用脚投票”提供充分信息,并使医生的诱导需求行为受到来自市场传递的压力,这样能够使医生的职业行为长期化。当前迫切需要解决的问题是培育卫生人力资源市场,构建公平的竞争机制,引导医生的合理流动。从政策层面看,应当从医院人事制度改革入手,一是实行人力资源的双向选择制度,提倡人力资源的自由流动,医院不再对不受患者欢迎的医生承担无限的责任。二是引入医院人力资源“内部市场”,运用绩效评价系统建立适应市场机制的薪酬体系和晋升制度。

(五) 专业化 (professionalization)

1. 专门化组织。受到信息经济学“分离均衡”模型和第三方信号传递机制的启发^{②③},这就意味着需要一个能够对供给方技术进行专业化评估和对专业技术服务过程进行有效控制的专业服务机构,它与供给方没有直接利益关系,并且能够服务于非供给者利益主体。

2. 职业化管理。由于医生诱导需求的一个重要原因是来自医院的激励,推进医院法人治理结构改革、积极培育“院长市场”,从而建立各类分权与制衡关系,才能有效地切断这种“合谋”关系利益链。

治理医生诱导需求是一项系统复杂的工程,事实上,医疗服务领域所涉及到的主体——患者、医生和政府之间博弈的本质问题也就是激励,解决问题的关键是建立一种激励约束相容的制度体系,使多方利益统一到更好地满足人民群众的健康需求上来。

■ 作者简介:宁德斌,湖南中医药大学人文信息管理学院副教授;湖南长沙 410208。

■ 基金项目:湖南省青年骨干教师培养计划资助项目(湘教通[2008]284号);湖南中医药大学重点学科资助项目(校行科字[2007]8号)

■ 责任编辑:叶娟丽

① 干春晖、周习、郑若谷:《不完美信息、供给者诱导需求与医疗服务质量》,载《财经研究》2007年第8期。

② S. J. Grossman. "The Information Role of Warranties and Private Disclosure about Product Quality", *Journal of Law and Economics* 1981, (24).

③ 张维迎:《博弈论与信息经济学》,三联书店2001年,第569~589页。