

# 我国过度医疗的主要表征、生成机制及治理策略分析

姚强<sup>1,2\*</sup> 张晓丹<sup>1</sup> 焦月芳<sup>1</sup> 姚岚<sup>2,3</sup>

1. 武汉大学政治与公共管理学院 湖北武汉 430072

2. 国家医保研究院华科基地 湖北武汉 430030

3. 华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 湖北武汉 430030

**【摘要】**本文基于阿罗的医疗服务不确定性和信息不对称性理论,系统总结分析了我国过度医疗的主要表征及生成机制,并提出治理策略。研究发现,过度医疗在我国主要表现为住院、检查、手术的过度利用,其中基层医疗机构的过度医疗问题严峻,是利益驱动机制、医疗资源供给、患者认知偏差、医保支付方式及医疗行为监管机制共同作用的结果。建议深化公立医院薪酬制度改革,完善医疗资源和医保资源规划,加强居民健康教育,优化医保待遇体系和支付方式,建立基于病种的医疗行为监管系统,通过多种手段协同治理过度医疗行为,提高医疗卫生服务的质量和效率,实现我国卫生体系的高质量发展。

**【关键词】**过度医疗;表征;成因;治理

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2025.07.008

## The characteristics, mechanisms and governance of overmedicalization in China

YAO Qiang<sup>1,2</sup>, ZHANG Xiao-dan<sup>1</sup>, JIAO Yue-fang<sup>1</sup>, YAO Lan<sup>2,3</sup>

1. School of Political Science and Public Administration, Wuhan University, Wuhan Hubei 430072, China

2. HUST Base of National Institute of Healthcare Security, Wuhan Hubei 430030, China

3. School of Medicine and Health Management of Tongji College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan Hubei 430030, China

**【Abstract】** This study systematically summarizes and analyses the current situation and the generation mechanism of overmedication in China based on the uncertainty and information asymmetry of medical services, and then puts forward targeted governance strategies. The study finds that overmedicalization in China is mainly manifested in the overuse of hospitalization, examinations, and surgical procedures, with the problem being particularly severe in primary healthcare institutions. The study concludes that the formation of overmedicalization in China is the product of the combined effect of multiple factors including the interest-driven mechanism, the supply of medical resources, the cognitive bias of patients, the payment method of medical insurance and the regulatory mechanism of medical behaviour. Based on these analyses, we propose five governance measures: deepening the reform of public hospital compensation systems, strengthening the planning of medical and health insurance resources, optimizing the health insurance benefit system and payment methods, establishing a disease-based medical behavior regulation system, and enhancing public health education. The coordinated implementation of these measures could suppress the overmedicalization effectively, improve the efficiency of healthcare services and achieve the high-quality development of China's healthcare system.

**【Key words】** Overmedicalization; Characteristics; Causes; Governance

\* 基金项目:国家自然科学基金面上项目(72174149);武汉大学自主科研项目(人文社会科学)数智文科牵引专项(413000171)

作者简介:姚强(1988年—),男,博士,教授,研究员,主要研究方向为卫生服务、健康保障和健康公平等。

E-mail:yaoqianghero@126.com

通讯作者:姚岚。E-mail:lanyao@mails.tjmu.edu.cn

过度医疗通常指在缺乏明确健康获益的情况下,医疗服务提供者向患者提供超出其实际需要的医疗服务<sup>[1]</sup>,例如通过扩展疾病定义,将原本不致病的生理现象或正常生活体验纳入医学干预范畴,使个体在非必要情境下接受医疗服务<sup>[2]</sup>。过度医疗一方面会增加不必要的经济负担,甚至损害个人健康<sup>[3-4]</sup>;另一方面则会造成医疗资源浪费,阻碍卫生系统的可持续发展,进而影响社会总体福利的提升<sup>[4-5]</sup>。既有研究显示我国过度医疗现象在各级各类医疗机构中普遍存在<sup>[6]</sup>,包括非必要抗生素的使用<sup>[7]</sup>、不必要的住院<sup>[8]</sup>、重复和无指征的检查<sup>[9]</sup>等。同时,相较于其他国家,过度医疗问题在我国呈现出更为复杂的特征。<sup>[10]</sup>一方面,公立医院在我国医疗服务体系中占据绝对主导地位,在财政补偿相对不足背景下,医疗机构高度依赖服务创收;另一方面,医保支付制度尚未形成有效的医疗行为激励约束机制,部分政策反而激化了医疗行为异化。此外,医疗资源配置、公众就医观念等多重因素的交织作用,使我国的过度医疗问题不仅体现于微观层面的医患互动,也在一定程度上反映出对医疗服务体系的制度性挑战。与发达国家主要通过提高医疗服务质量和效果评价来抑制过度医疗不同<sup>[11]</sup>,我国更需要聚焦于制度改革和综合治理。因此,本文从医疗服务不确定性与信息不对称视角出发,系统分析我国过度医疗的主要表征和生成机制,并针对性地提出治理策略,为我国过度医疗行为的治理提供参考。

## 1 理论框架

诺贝尔经济学奖得主肯尼斯·阿罗(Kenneth

Arrow)提出的医疗服务的不确定性和信息不对称为过度医疗的解释奠定了理论基础。<sup>[12-13]</sup>从委托代理的视角,医疗服务过程中存在着多重委托代理关系,其中患者作为委托人将健康维护委托给医生,医生作为代理人为患者提供医疗卫生服务。然而,由于医疗知识的复杂性、需求的不规则性、治疗结果的不确定性以及行业壁垒高等特殊性,医疗服务中呈现显著的信息不对称性特征,医生在整个医疗服务过程中处于信息优势的地位。当医生和患者的目的不一致,且缺乏有效监督与激励机制时,则会出现契约失灵现象,即医生基于自身经济利益或职业发展等目的,做出损害患者利益的决策,过度医疗是其中的主要表现之一。

过度医疗的形成并非源于单一因素,而是在医疗服务特殊性背景下,供需双方行为动机、执行机会及暴露风险等多重因素相互作用的结果。具体而言,过度医疗是制度环境与主体行为交织作用的系统性产物。供方在经济(如创收)与非经济(如职业声誉)双重利益驱动下,倾向于利用其专业决策主导权,选择更具收益导向的治疗方案;需方在个体福利最大化动机影响下,常主动寻求非必要服务。二者动机通过供方的技术权威性与需方的非理性就医行为获得执行机会。同时,治疗边界的模糊性与信息不对称降低了违规医疗行为的暴露风险;而监管标准缺失与取证困难使得违规成本远低于预期收益,进一步催化了过度医疗行为的发生。最终在“行为动机—执行机会—监管失效”的综合作用下产生了过度医疗行为(图1)。

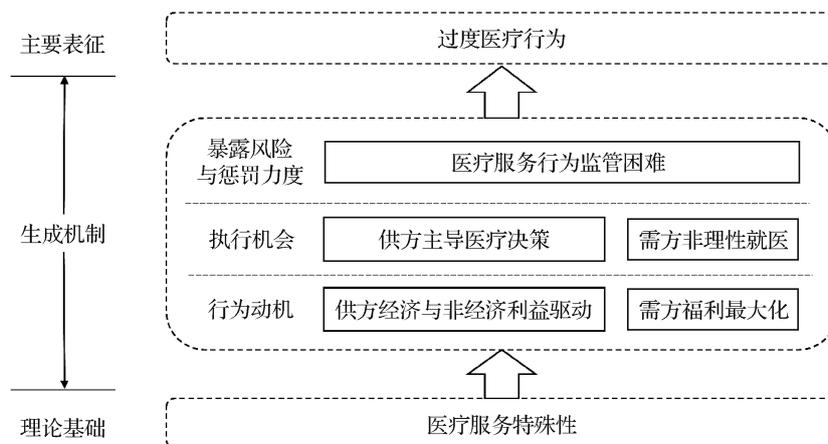


图1 过度医疗成因理论框架

## 2 我国过度医疗的主要表征

### 2.1 住院服务利用水平偏高

我国居民健康生命质量处于世界先进水平,就诊服务利用处于中等水平,但住院服务利用水平偏高,表明存在过度住院问题。2023 年我国年人均就

诊次数为 6.8 次,高于 OECD 国家的平均水平(6.52 次)(图 2);然而,《2023 年我国卫生健康事业发展统计公报》显示,2023 年我国年住院率为 21.40%,远超 OECD 国家的平均水平(12.38%),仅次于德国(22.08%)(图 3)。

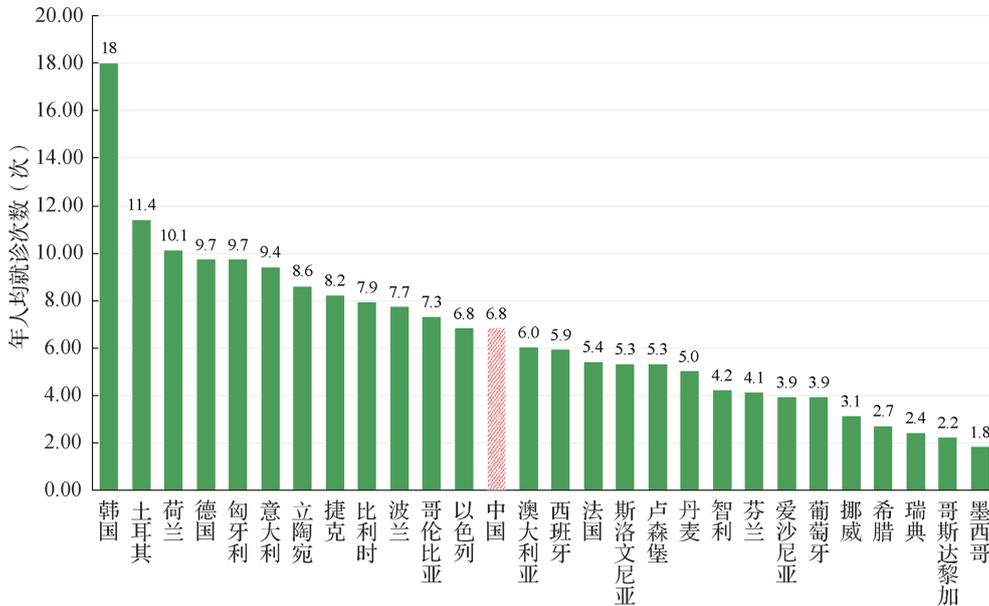


图 2 2023 年我国和部分 OECD 国家年人均就诊次数<sup>①</sup>

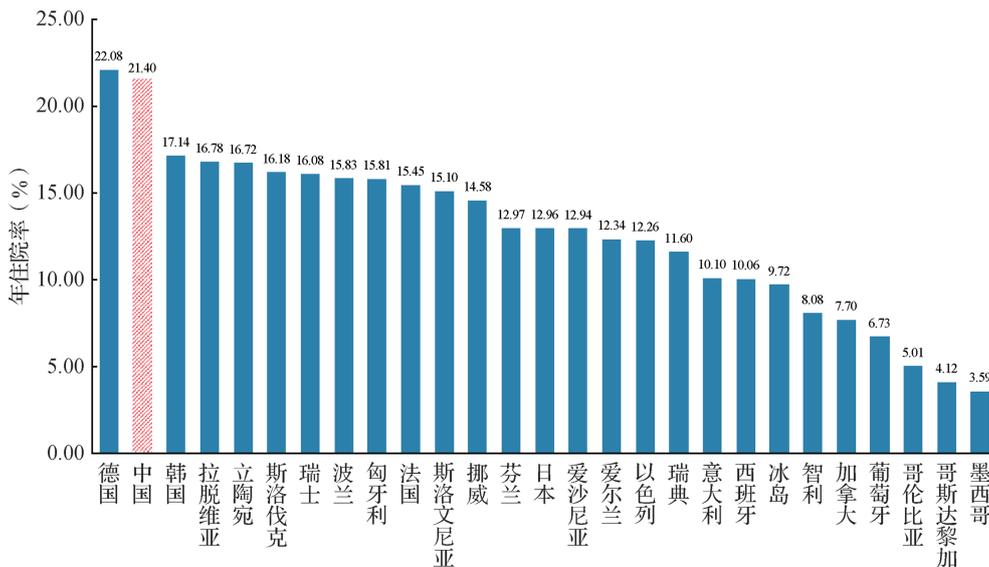


图 3 2023 年我国和部分 OECD 国家年住院率

### 2.2 过度检查问题较为突出

我国住院检查费用占比从 2013 年的 7.9% 逐年

上升到 2022 年的 10.3%<sup>②</sup>。研究显示我国影像学 MRI 检查过度使用率为 58.3%<sup>[3, 14]</sup>,实验室肿瘤标记

① 全文图表数据来源: The Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), <https://www.oecd.org/en/data.html>; 2023 年我国卫生健康事业发展统计公报。研究团队通过系统资料整理发现不同国家对于诊疗和住院的内涵略有差异,但主体内涵一致,总体上指标仍然具有可比性。下同。

② 文中检查费用占比、卫生总费用结构及每百万人口万元以上设备数相关数据来源于中国卫生健康统计年鉴(2013—2023 年)。

物过度使用率为58%至79%<sup>[5, 15]</sup>,一般性过度检查的发生率为28.87%,并且随检查费用及其占比的增高而升高<sup>[16]</sup>。同时,我国过度诊断问题较为突出,以甲状腺癌为例,我国甲状腺癌的过度诊断率超过70%,其中女性高达83.1%。<sup>[5, 17]</sup>

### 2.3 过度手术现象不容忽视

2020年我国二级及以上医院的剖宫产率为44.1%,低风险人群剖宫产率达40.0%<sup>[18]</sup>,远高于世界卫生组织推荐的10%~15%以及全球21%的平均水平<sup>[19]</sup>。研究显示,我国剖宫产率需下降至25%~30%以下,方可达到符合我国人群特点的合理水平。<sup>[19]</sup>此外,DRG/DIP按病种付费背景下,外科医生放宽手术指征、扩大手术范围、过度使用高值耗材以及开展不必要的创新技术等问题的风险增高。<sup>[8, 20]</sup>

### 2.4 基层医疗卫生机构的过度医疗问题严峻

一项基于标准化病人的调查显示,在我国西部某省会城市,基层医疗卫生机构慢性病过度医疗发生率为72.15%,由此导致医疗费用增加117.8%,其中检查费用上升58.8%,药品费用上升100.3%。<sup>[9]</sup>此

外,有研究指出,我国普通感冒患者静脉输液率为48%,高于世界卫生组织的推荐标准。<sup>[21]</sup>

## 3 过度医疗的生成机制

过度医疗在我国的生成根植于医疗卫生服务的不确定性与信息不对称、制度环境及主体行为的交互作用。一方面,供方受到预算约束与价格管制等影响,在创收压力和风险规避动机驱使下,医生凭借主导决策权和医疗资源的过度供给,实施过度检查、手术与住院等行为;另一方面,需方在就医自主权和认知偏差的作用下,往往非理性地追求个体健康获益最大化;同时,支付方由于待遇设计(重住院轻门诊)和医保支付方式缺陷(如2020年之前以项目付费为主导),进一步加剧了供需双方的过度医疗行为。此外,医疗服务的高度专业化和我国现有相关监管考核制度以及信息技术尚不健全,导致过度医疗行为的暴露风险低、惩罚力度弱,最终形成了医院和基层医疗卫生机构过度医疗(如非必要检查、输液、手术和住院等)并存的现象(图4)。

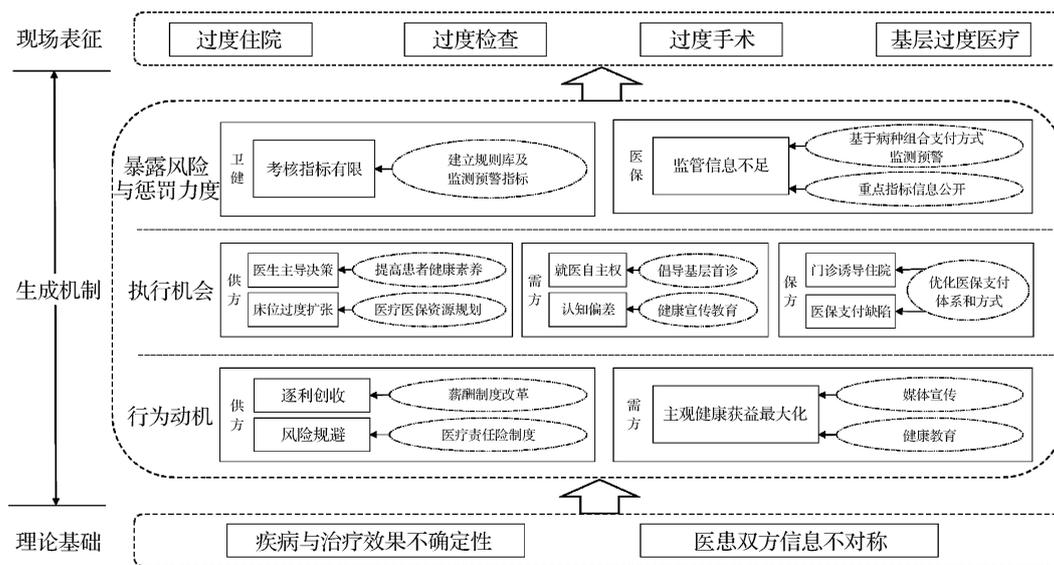


图4 过度医疗的生成机制和治理策略

### 3.1 经济和非经济利益双重驱动

过度医疗行为的产生主要受到经济利益和非经济利益两类因素驱动,并且在实践中产生了耦合效应。经济视角下,信息不对称为诱导性医疗行为提供了操作空间。自20世纪80年代开始,医疗服务市场化逐步推进。研究显示,公立医院的政府投入从20世纪70年代的35%左右下降至21世纪10年代公

立医院财政收入比例不足10%。<sup>[22]</sup>近年来,政府卫生支出在卫生总费用中的占比从2013年的30.14%降至2023年的26.7%,而社会和个人卫生支出在卫生总费用中的占比呈上升趋势。在财政投入占比持续降低、医院需自负盈亏的背景下,公立医院需通过医疗服务创收维持运行,导致医疗机构普遍设立经济指标,并与科室和个人收入挂钩。在此背景下,医生

为完成创收目标,常借助专业信息优势诱导患者需求,成为推动过度医疗的重要因素。

非经济视角下,医疗行为的不确定性显著提升了医生规避风险的动机,而信息不对称则为其防御性医疗提供了执行空间。医生为避免误诊等引起患者诉讼而采取的偏离医学和患者利益的做法,成为过度检查和诊断的原因之一。我国最高人民法院《关于民事诉讼证据的若干规定》中明确提出了医疗诉讼举证责任倒置,即医疗机构必须证明其医疗行为与损害后果之间不存在因果关系,否则医疗机构就要承担医疗损害赔偿的责任。通常非必要检查或诊断并不会引起患者强烈反应,但是漏诊导致的严重后果常常引起患者投诉或诉讼,随着患者维权意识增强和医患矛盾升级,通过非必要检查预防医疗诉讼和赔偿成为普遍现象。此外,关注前沿技术成

为医院和医生吸引患者、占据行业地位,进而获取声誉和经济收益的一种方式,这就不可避免地带来了新技术非必要使用导致的过度医疗问题。

### 3.2 医疗卫生机构床位过度扩张

罗默法则指出“只要有病床,就有病人住”,即医疗服务市场中供方处于主导地位,在医疗服务高度不确定与信息不对称的情境下,资源过度供给会反向塑造服务需求。2023年,我国每千人口床位数为7.23张,高于OECD国家4.28张的平均水平,仅次于韩国(12.62)、日本(12.52)和德国(7.66)(图5)。我国每千人口执业(助理)医师数为3.40人,低于OECD国家5.74人的平均水平,与排名靠后的智利(3.28)和韩国(3.21)相当(图6)。因此,我国床位资源投入相对过剩,而卫生人员数量相对不足。

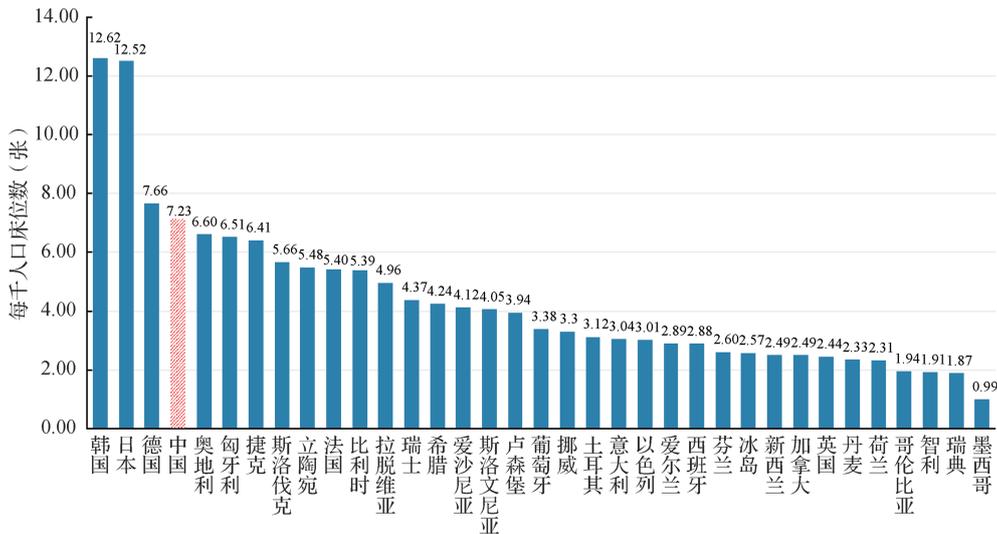


图5 2023年我国和部分OECD国家每千人口床位数

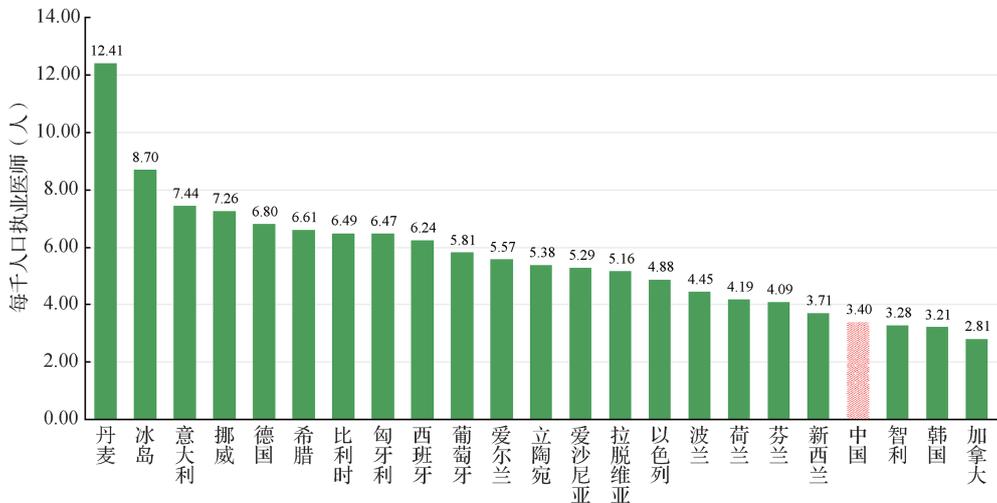


图6 2023年我国和部分OECD国家每千人口执业(助理)医师数

床位为过度住院服务提供了空间资源,床位资源超水平增长是我国住院率增长的重要动因。2013—2023年,我国每千人口床位数从4.55张增加到7.23张,每百万人口万元以上设备数从3066台增加到8161台。同时,回归分析显示,床位和设备的增长与住院率呈显著线性相关,其中床位因素解释了60%的住院服务利用,每千人口床位数每增加1张,我国住院率将增加1.5个百分点。<sup>[23]</sup>

### 3.3 患者认知偏差和非理性就医

在医疗服务高度不确定性与信息不对称的背景下,患者的认知偏差与非理性就医观念成为助长过度医疗行为发生的重要社会心理基础。研究显示,约45%的患者不知晓过度医疗,超过2/3的患者主动要求增加辅助检查或治疗<sup>[24]</sup>;同时,患者的非理性就医观念普遍存在,认为更贵的药品耗材、更全面的检查治疗更有利于健康,即使疗效不佳也不予追究。以上现象在过度医疗认知水平较低以及健康或疾病知识较匮乏的人群中更为严重。<sup>[16]</sup>正是患者的这样一种过度医疗的认知现状、就医心理和观念在客观上进一步助长了医生过度医疗行为的发生。此外,患者的行为还受到第三方支付机制的显著影响。在不承担或仅承担部分成本的情况下,患者更倾向于接受或主动要求更多检查与治疗,从而进一步放大了对医疗服务的非理性需求。

### 3.4 医保待遇和支付方式不完善

理论上,医疗保险制度的科学设计和介入能够一定程度上抑制过度医疗问题。然而我国基本医疗保险的待遇设计和支付方式对其控制作用有限,未能有效限制医生的逐利行为与患者的非理性选择,反而在某些制度设计上留下了诱发过度医疗的激励缺口。目前,我国基本医保覆盖门诊和住院服务。其中,门诊主要采用按项目付费方式,并设有封顶线的非线性待遇规则,当门诊报销达到封顶线后,患者会选择住院来替代门诊,形成制度性诱导住院行为。研究显示,这一机制使得住院概率增加77个百分点,住院次数和天数分别上升16%和23%,且多见于中老年患者通过前往二级及以下医院住院替代门诊。<sup>[25]</sup>同时,由于门诊采用按项目付费方式,医生可通过频繁开具检查、治疗项目等方式增加收入,反而为门诊过度服务提供了操作空间。在患者对治疗方式缺乏判断力、对服务量与疗效间关系存在认知偏差的前提下,尤其难以遏制。

住院方面,我国患者端主要采用按项目付费为基础的费用共担方式,易导致患者选择价格更高、超过实际需要的检查或治疗项目。医院端本地患者主要采用DRG/DIP按病种为主的复合支付方式,在一定程度上有助于抑制过度医疗行为、控制医疗成本和降低医疗费用。然而,“主要诊断+治疗方式”的设计也易导致医疗行为异化问题。第一,医生为获取更大的经济收益,出现了低标入院、分解住院和科室之间服务连续性下降等行为,将不必要住院患者收治入院或一次住院可解决的分解为多次,从而推高了住院率;第二,为进入权重更高的组,出现了“术式升级”行为,如内科医技化、操作化、手术化,以及不必要的手术或复杂术式等;第三,医生在倾向于挑选轻症患者的同时,为了避免轻症患者落入低倍率病例组而损失经济收益,会对这些患者进行不必要的检查或治疗,以确保收益不被压缩;第四,医生或医院还会将住院费用转嫁到门诊或其他项目,削弱按病种付费对于非必要医疗行为的抑制作用。此外,目前异地就医患者仍普遍采用按项目付费的方式,DRG/DIP无法抑制过度医疗的问题,甚至会产生医疗费用外溢现象,加重异地患者的医疗经济负担。

### 3.5 医疗服务行为监管体系不健全

医疗服务中存在不确定性和信息不对称性,医生在整个医疗服务过程中处于信息优势地位,导致医疗服务行为监管成为医疗和医保领域长期面临的难点。卫生健康部门主要关注医疗技术、质量和安全,对过度医疗缺乏监管动力,如近年来我国开展了二、三级公立医院绩效考核工作,但是有关抑制过度医疗行为的指标仍然有限。医疗保障部门则主要关注医保基金安全问题,尽管在遏制过度医疗及其引发的费用增长方面具备强烈动机,但其对于高度专业的医疗服务处于信息弱势地位。因此,在《医疗保障基金使用监督管理条例》出台和DRG/DIP按病种付费改革之前,医保部门对于医疗行为的监管一直处于空白,并缺乏执法依据。近年来,按病种付费的开展和大数据技术的应用为医疗行为监管提供了机遇,但目前仍然处于抽查和探索阶段。此外,医院内部对于医疗行为监管同样缺乏动力,在缺乏外部压力的背景下医疗服务行为监管的全覆盖难以落实。

## 4 过度医疗的治理策略

过度医疗需要基于生成机制实施系统性治理。

在供方层面,应通过薪酬制度改革切断医生收入与医疗收入的直接关联,矫正预算约束下的激励扭曲;同步强化医疗资源规划,压缩床位供给机会空间,抑制基于创收动机的非必要手术与住院等。在需方层面,需要提升居民健康素养以破除认知偏差,矫正其非理性健康获益追求;同时,激活居民的社会监督功能,强化其对过度医疗的自我防范作用。支付方则需要重构医保支付体系,推动以 DRG/DIP 病种支付和按人头付费替代项目付费,同时矫正现行支付机制对住院服务的制度性偏好。此外,建议建立基于临床路径的病种监管系统,通过多维度智能预警破解专业化壁垒导致的低暴露风险;辅以违规结果应用与信息公开,强化惩罚力度,最终形成对我国过度医疗的系统、精准治理。

#### 4.1 深化公立医院薪酬制度改革,切断医生收入与医疗收入的直接联系

公立医院是医疗卫生服务的主体,应坚定不移地深化公立医院薪酬制度改革,打破医务人员收入与个人或科室医疗收入挂钩的分配模式,实施“基本薪酬”为主体(如 50%~70%)、“绩效薪酬”为补充的年薪制。其中,基本年薪与岗位职责挂钩,绩效年薪与考核结果挂钩,绩效薪酬部分重点考虑医疗服务数量、质量、安全和效果,充分体现医务人员的劳动价值,从经济角度抑制医务人员过度医疗服务的动机。实施过程中,第一,要动态调整医疗服务价格,提高医疗服务收入占比(如 30%~50%),降低药品和耗材占比。第二,需要科学设计基本薪酬和绩效薪酬的考核内容,落实考核结果的应用。第三,要加大政府办医投入力度,逐步提高政府财政拨款占公立医院总费用的比例。此外,建议同时加强医疗责任险制度建设,短期通过行政手段、长期通过立法确保其落实到位,降低因防御性医疗导致的非必要检查、诊断和治疗的动机。

#### 4.2 通过医疗资源和医保资源规划,压缩过度医疗行为的资源机会空间

医疗卫生资源是提供医疗服务的保障,同时也是过度医疗行为产生的基础。目前,我国医疗资源床位数存在过剩与不平衡双重问题,亟需根据服务的人口数量、疾病结构、辐射范围和经济水平等合理规划床位数量。具体可通过医疗和医保资源双重规划,优化医疗资源合理布局。第一,通过医疗资源规划,利用行政手段,重点分等级、分专科合理规划床

位数量,优化资源结构,严格控制医疗床位的盲目扩张。第二,在医疗资源的基础上,进一步加强医保资源规划,充分利用经济杠杆,引导医疗机构合理布局,避免盲目竞争,如以参保人群和床位为基础,对于资源相对饱和的区域和类型提高定点医疗机构的准入门槛,对于资源相对缺乏的区域或类型优先纳入管理,并对定点医疗机构过度医疗等违规行为进行监测和结果应用。

#### 4.3 加强城乡居民健康教育,引导患者形成正确的就医消费价值观

患者在过度医疗服务发生过程中处于助推者和监督者的双重角色。针对目前我国患者过度医疗认知水平不足问题,建议通过加强媒体宣传、健康教育等多种形式,提高居民的医学知识、健康素养和过度医疗认知水平,尤其是居民对于过度医疗及其危害的认知水平,引导居民形成正确的就医消费价值观。患者对于过度医疗的认知水平的提高,一方面,有利于降低患者主动寻求非必要医疗服务的意愿和行为;另一方面有利于发挥患者对于过度医疗行为的监督作用。同时,患者医学知识和健康素养的提高,有利于矫正患者过高的医疗期望,提高患者对于医生的理解和信任,改善医患关系,从而降低过度医疗行为的发生。

#### 4.4 优化医疗保险支付体系和方式,引导医疗行为从“治疗”向“健康”转变

医疗保险的介入对于抑制过度医疗行为具有重要作用,其中医保支付方式的设计对于医保杠杆作用的发挥至关重要。建议重点通过医保支付体系和支付方式设计,引导医生从“以疾病为中心”到“以健康为中心”,从“疾病治疗”中获益到“健康维护”中获益的转变,实现医生和患者目标的激励相容。一方面,建立门诊、慢性病和住院服务不同服务类型、医共体和医疗机构不同服务提供主体的支付体系,对于紧密型医共体进行医保基金打包支付,对于住院服务按病种支付为主,对于门诊或慢性病按人头支付,发挥医保支付的综合效应;另一方面,进一步完善以上支付方式的技术规范,通过主动监测和被动上报等方式重点关注 DRG/DIP 分组方式和支付标准设置对于医疗行为的影响,对于确实因分组或支付标准设置不合理导致的过度手术、分解住院等医疗行为,需要基于最新的临床诊疗规范或临床路径,通过与医疗机构协商谈判等方式,优先优化影响大的

分组或支付标准。

#### 4.5 建立基于病种的医疗行为监管系统,通过信息公开实现过度医疗多元监管

暴露风险及惩罚力度的提高有利于抑制过度医疗行为,然而由于医疗服务的不确定性,过度医疗行为的量化评价始终是医疗行为监管的难点。DRG/DIP等病种组合支付方式的全面实施,为医疗服务行为比较和分析提供了更为精准的测量标准,为医保、卫健部门和医院建立包括过度医疗在内的医疗行为的智能监测和预警系统提供了可行的路径。第一,基于临床诊疗指南、临床路径等建立基于病种的规则库。第二,建立覆盖过度住院、过度检查、过度化验、过度用药、过度治疗等过度医疗预警指标。第三,建立覆盖基于病种的住院总费用、药品费用、耗材费用、检查化验费用等过度医疗重点维度密切相关的监测指标。第四,实现基于病种、病例全覆盖的过度医疗行为监测预警,通过对区域、医院、科室、医生、患者等不同层面监测预警指标的比较分析,发现重点可疑对象,然后通过专业人士重点核实,以“大数据预警+专业研判”相结合的方式实现过度医疗行为的有效监管。此外,医保或医疗管理部门可以通过适度的重点监测指标信息公开,引导医疗机构和医生主动自我监管和规范医疗行为,加强患者和社会监督,最终实现过度医疗行为的多元治理。

#### 5 小结

本文从医疗服务固有的不确定性与信息不对称出发,整合多学科视角对我国过度医疗现象进行了系统分析,深入剖析了我国过度医疗的生成机制,并提出了针对性治理策略,为我国过度医疗的治理提供了参考。然而,本研究以理论分析和统计、文献证据为主,部分机制推演尚需进一步微观实验验证;另一方面,文章所提出的治理策略虽然具备可操作性,但在具体实施中可能面临区域资源差异、制度协同困难及政策执行力不足等现实挑战。未来研究可进一步聚焦关键政策工具的适用性与实施效果,探索不同区域背景下的差异化治理策略与机制优化路径,以增强政策建议的可行性和推广价值。

**作者贡献:**姚强负责研究设计、文章撰写、经费支持;张晓丹负责数据整理、文章撰写;焦月芳负责数据整理、文章撰写;姚岚负责研究指导、论文审阅。

**作者声明**本文无实际或潜在的利益冲突。

#### 参 考 文 献

- [1] 张忠鲁. 过度医疗:一个紧迫的需要综合治理的医学问题[J]. 医学与哲学, 2003, 24(9): 1-4.
- [2] BRODERSEN J, SCHWARTZ L M, HENEGHAN C, et al. Overdiagnosis: what it is and what it isn't[J]. BMJ Evidence-based Medicine, 2018, 23(1): 1-3.
- [3] PROTHEROE E. Overuse of medical imaging in low-middle income countries: a scoping review[J]. Journal of Global Radiology, 2024, 10(1): 906.
- [4] BROWNLEE S, CHALKIDOU K, DOUST J, et al. Evidence for overuse of medical services around the world[J]. Lancet, 2017, 390(10090): 156-168.
- [5] ALBARQOUNI L, ARAB-ZOZANI M, ABUKMAIL E, et al. Overdiagnosis and overuse of diagnostic and screening tests in low-income and middle-income countries: a scoping review[J]. BMJ Global Health, 2022, 7(10): e008696.
- [6] 胡宏伟, 高敏, 赵英丽, 等. 过度医疗行为研究述评[J]. 社会保障研究, 2013, 6(1): 46-53.
- [7] HOU F Q, WANG Y, LI J, et al. Management of acute diarrhea in adults in China: a cross-sectional survey[J]. BMC Public Health, 2013, 13(1): 41.
- [8] LEE S, LEE H, SONG J H, et al. Intracorporeal esophagejejunostomy using a linear stapler in laparoscopic total gastrectomy: comparison with circular stapling technique[J]. BMC surgery, 2020, 20(1):1-8.
- [9] SI Y, BATEMAN H, CHEN S, et al. Quantifying the financial impact of overuse in primary care in China: A standardised patient study[J]. Social Science & Medicine, 2023, 320(1): 115670.
- [10] 郭科, 顾昕. 过度医疗的解决之道:管制价格、强化竞争还是改革付费?[J]. 广东社会科学, 2017, 34(5): 176-185.
- [11] 黄艳丽, 叶静雪, 刘鸿源. 中美英基层医疗服务质量评价框架及“两病”质量指标对比研究[J]. 中国全科医学, 2021, 24(31): 3929-3941.
- [12] ARROW K J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care[J]. The American Economic Review, 1963, 53(5): 941-973.
- [13] ARROW K J. Reflections on the reflections[J]. Journal of Health Politics, Policy and Law, 2001, 26(5): 1197-1203.
- [14] YU L, WANG X, LIN X, et al. The use of lumbar spine magnetic resonance imaging in eastern China: appropriateness and related factors[J]. PLoS One, 2016, 11(1): e0146369.
- [15] ZHANG H, SONG Y, ZHANG X, et al. Extent and cost of inappropriate use of tumour markers in patients with

- pulmonary disease: a multicentre retrospective study in Shanghai, China[J]. *BMJ open*, 2018, 8(2): e019051.
- [16] 张宇瑶, 葛榕榕, 孙刚. 基于二元 logistics 回归的患者过度医疗检查认知及影响因素研究[J]. *中国卫生事业管理*, 2020, 37(12): 893-895.
- [17] LI M, ZHENG R, DAL MASO L, et al. Mapping overdiagnosis of thyroid cancer in China [J]. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 2021, 9(6): 330-332.
- [18] YIN S, CHEN L, ZHOU Y, et al. Evaluation of cesarean rates for term, singleton, live vertex deliveries in China in 2020 among women with no prior cesarean delivery [J]. *JAMA Network Open*, 2023, 6(3): e234521.
- [19] ZHANG Y, BETRAN A P, LI X, et al. What is an appropriate caesarean delivery rate for China: a multicentre survey [J]. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2022, 129(1): 138-147.
- [20] NAIK S, ALAM F, YADAV N, et al. A comparative study of laparoscopic versus mini laparotomy cholecystectomy [J]. *International Surgery Journal*, 2017, 4(11): 3696-3700.
- [21] ZHANG Y, ZHOU Z, SI Y. When more is less: What explains the overuse of health care services in China? [J]. *Social Science & Medicine*, 2019, 232(1): 17-24.
- [22] ZHANG H, HU H, WU C, et al. Impact of China's public hospital reform on healthcare expenditures and utilization: a case study in ZJ Province [J]. *PLoS one*, 2015, 10(11): e0143130.
- [23] LIU M, QIN X, PAN J. Does medical equipment expansion lead to more diagnostic services? Evidence from China's Sichuan Province [J]. *Emerging Markets Finance and Trade*, 2017, 53(6): 1289-1300.
- [24] 于梦根, 魏景明, 任苒. 患者对过度医疗的认知与行为调查分析[J]. *医学与哲学(A)*, 2018, 39(9): 81-84.
- [25] 王贞, 封进, 刘一恒. 门诊待遇非线性定价与住院率: 来自城乡居民基本医保的证据[J]. *经济研究*, 2023, 58(12): 132-149.
- [收稿日期:2025-06-01 修回日期:2025-07-07]  
(编辑 赵晓娟)

## 欢迎订阅 2026 年《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是国家卫生健康委员会主管, 中国医学科学院主办, 医学信息研究所和卫生政策与管理研究中心承办的卫生政策与管理专业学术期刊, 国际标准连续出版物号为 ISSN 1674-2982, 国内统一刊号为 CN 11-5694/R, 本刊为中文核心期刊、中国科学引文数据库(CSCD)核心期刊、中国科技核心期刊(中国科技论文统计源期刊)、RCCSE 中国核心学术期刊(A)、《中国人文社会科学期刊评价报告(AMI)》引文数据库期刊、人大复印报刊资料数据库重要转载来源期刊。

杂志以“传播政策、研究政策、服务决策”为办刊方针, 及时报道卫生政策研究最新成果和卫生改革发展新鲜经验, 促进卫生政策研究成果的传播利用及卫生政策研究者与决策者的交流合作, 提高卫生政策研究理论水平和实践能力, 为政府科学决策、改进卫生健康绩效和促进卫生健康事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生健康行政部门和卫生

事业单位管理者、卫生政策与管理相关领域的专家学者和实践者、高等院校相关专业的师生等阅读。主要栏目有: 专题研究、卫生政策分析、卫生服务研究、医疗保障、药物政策、基层卫生、公共卫生、医院管理、全球卫生、卫生人力、卫生法制、理论探讨、经验借鉴、书评等。

杂志为月刊, 每月 25 日出版, 国内外公开发行, 大 16 开本, 进口高级铜版纸彩封印刷, 定价 30 元/册, 全年 360 元(含邮资)。

全国各地邮局均可订阅, 邮发代号 80-955, 也可向编辑部直接订阅。

地址: 北京市朝阳区雅宝路 3 号中国医学科学院医学信息研究所《中国卫生政策研究》编辑部

邮编: 100020

E-mail: cjhp@imicams.ac.cn

电话: 010-52328696、52328697