

# 中国转型期医疗保障制度改革的 制度经济学分析

李 薇

(复旦大学经济学院 200433)

**内容摘要:** 始于 80 年代初,由中国政府推动的医疗改革被国务院研究机构宣告为“基本不成功”。在考察历史方面,横向以西方发达国家、前苏联或成功或失败的医疗改革经验为轴,纵向以 70 年代民间的诱致性变迁、80-90 年代政府的强制性变迁为轴。在理论分析方面,从制度经济学基本理论入手,分析变迁过程中委托人及各级代理人的成本和收益,解释了改革失败的制度原因,并对新的政策提出了改进的建议。

**关键词:** 强制性制度变迁 委托代理关系 一致同意原则 制度选择

**中图分类号:** F840.684 **文献标识码:** A **文章编号:** 1005-1309(2006)7-0032-08

## 一、道路的选择:意识与经验

医疗保障从现代社会保险制度的诞生起就存在了,伴随着“福利经济学”和“福利国家”理论的兴起,它逐渐从疾病、医药保险扩展到保障健康的所有物质和服务;实践上,经济危机和战争创伤使大多数资本主义国家政府采取积极的干预政策,公共财政承担了医疗保险的大部分费用。1942 年的贝弗里奇计划覆盖了英国全民生活各个方面,并为大多数西欧发达国家效仿,包括战后的日本。

与此同时,在两极世界的另一端,以“苏联”为首的经合组织也配合计划经济建立国家福利型社会保障,国家负责劳动者全部的保障,保障水平非常高,但却缺乏活力,难以监控。苏联的社保体制直接影响了中国,从 1932 年苏区的《劳动法》已经得到体现,1951 年的《劳动保险条例》覆盖了疾病、伤残、死亡、生育和养老各方面,覆盖了各国有、私营、公司合营企业 94% 的职工。(孙光德,董克用,2000)

这是人类历史上最接近“理想国”的美好时光,同在 20 世纪 70 年代末,两个互相隔离的世界都面临了制度危机。西方直接表现为经济危机,当时欧共体各国社会福利开支占 GDP 的比重上升到 40%,北欧达 50% 以上;当时经合组织国家外债占 GDP 比重则从 79 年的 23% 攀升到 1992 年的 44%,瑞典高达 80%,欧洲九国人均社保支出占 GDP 比重上升了 10 个百分点。

然而作为整体经济制度的一部分,社会保障制度安排与政治意识形态密切相关,以致改革反过来受到了制约。从现代制度经济学的角度看,由于“意识形态是减少提供其他制度安排的服务费用的最重要的制度安排”,(林毅夫 1989)从道德和伦理上判定劳动分工,收入分配和社会现行制度结构是否公平,从而使决策过程简化;但是,诺斯指出,在个人发展新的意识形态以适应变化了的经验之前,必须有一个经验和意识形态不一致的积累过程。西欧完善的社会保障制度得到当时主导各国

收稿日期: 2006-06-04

表 1 社会保障开支占国内生产总值的比重 (%)

国 别	1970	1975	1980	1981
比利时	18.5	24.5	27.6	30.2
丹 麦	19.6	25.8	28.7	29.3
法 国	19.2	22.9	25.9	27.2
联邦德国	21.5	28.0	28.7	29.5
爱尔兰	13.2	19.4	22.0	23.4
意大利	17.4	22.6	22.8	24.7
卢森堡	16.4	22.4	25.6	27.1
荷 兰	20.8	28.1	30.5	31.7
英 国	15.9	19.5	21.4	23.5
九国平均	18.1	23.7	25.9	27.1

资料来源:欧洲统计资料,《社会保障》,1983年。

政治的社会民主党的支持,“全民福利”不仅成为政治目标,已经渐渐成为人们生活的事实,1965年~1975年间,英、法和联邦德国不仅医疗保险开支达到GDP的10%,而且平均每年增长幅度达15%左右。经济危机、失业、人口老龄化,都使社会保障支出飞速增长。然而,深谙意识形态作用的执政党只能以非常缓慢的速度,对保障水平进行些微的修改。例如要求病人、退休人员和雇主负担部分保障金,延长领取疾病补助的等候期(丹麦,荷兰)。英国保守党上台执政后,进行了更多制度性的改革,例如取消双份的社会保障,加收疾病补助金的所得税,似乎更换了政党的政府更有改革的勇气。

苏联的社会保险制度选择建立在纯粹的意识形态基础上,以解放无产者为目标,按劳分配,故1917年11月诞生的“国家保险”覆盖全、内容齐、水平高,如退休金在原有水平的70%以上,(孙光德,董克用,2000)并以劳动贡献进行分配。社会主义国家成立初期,社会保障制度并未考虑经济承受力,而是作为对革命支持者承诺的兑现,即更多基于政治理性而非经济理性。

可见80年代前,社会保障制度作为经济政策,受到不同的意识形态的影响,经过一、二十年的运作,又强化了原制度的意识形态。在70年代末席卷全球的改革浪潮到来之际,各国政府和人民在承受财政赤字和生活水平下降的同时,也不得不进行痛苦的反思,以形成一套能适应新全球化经济环境的制度解释。制度供给充足、或制度均衡的国家,如两党制的英国和政策设计合理的瑞典顺利实现了过渡。而制度供给不足的国家,如苏联和东欧,以全面崩溃的代价,为改革提供空间。另外一些发展中国家,没有为社保改革提供配套的经济政策,在失业率上升、通货膨胀的环境下,改革彻底失败。

各国的经验表明,一国的经济实力是完善医疗体系的必要条件,对贫困人口占很大比例的发展中国家来说,把有限的资源进行最广泛有效的利用是最重要的,即公平性问题;而“意识形态刚性”<sup>①</sup>又阻碍了一些国家,尤其是制度稳定的发达国家为改进效率而做出的努力。

中国医疗制度改革(以下简称“医改”)的失败,在越过了最初的经济实力障碍之后(改革以来,中国经济实力已经增长了10倍),也面临着意识形态刚性问题。改革初期中国农村从集体制向家庭农作制的顺利变迁,使“市场”一词受到了近似神化的膜拜,一切“以经济建设为中心”。对改革者来说,将局部有效的意识形态扩大到改革的困难领域,是短期成本最小的。问题在于,如果说,由于信息不对称和社会科学知识不足,改革初期的盲目还情有可原;那么当政府亲手培育的既得利益集团

膨胀到影响社会安定(如药品市场腐败等),当政府手中的再分配权减弱到不足以减少社会不平等程度,当权者的权威也将受到威胁。此时,为追求“权威最大化”,政治制度现代化、决策民主化是成本最小的选择。

## 二、强制性制度变迁:市场规则的误用

根据制度变迁的形式分,有强制性和诱致性变迁。但由习惯取代规则的操作成本相对于政治家主导的“突破式”规则变化而言,操作成本低,所以规则的边际上总有习惯在起协调分工的作用,而且,制度的执行成本越高,边际越大。“正是制度在边际上的连续演变造成了制度中正式的也是可见的规则的变化”。(汪丁丁1999)

始于70年代末的中国改革表面上看是政府在开放后面临国际压力下采取的主动式改革,包括医疗改革。但从一些官方资料看,在正规制度无法满足民间对医疗服务的需求时,首先起到补充作用的是民间自发的供给。由于医疗设施分布的不平衡,农村大多数基本医疗服务是由“赤脚医生”提供的。1980年9月,卫生部颁布了《关于允许个体开业行医问题的请示报告》,把个体开业行医并纳入政府管理体系,报告说,“随着城乡经济放宽政策,兴旺发展,各地广开门路安排闲散人员就业,许多地方又陆续出现了个体开业行医人员”,“同时,各地反映和群众来访中要求个体开业的也日渐增多”。事实上,农业经济制度增加了农民收入,相应的也提高了对医疗服务的需求,但政府却“减少了对合作医疗体系的财政支持”。“赤脚医生”数量减少,间接享受医疗保障的农民下降了50%。(Hsiao WC, 1984)许多“赤脚医生”要么继续接受教育,要么开设了私人营业,农民不得不承担几乎所有基本医疗保障费用。据四川省1979年底不完全统计,各种开业人员有六千九百多人,比1978年底增加了3100人。当时,政府出台措施“允许和保护”实际上已成为重要非政府医疗供给来源的“个体开业医生”,(中华人民共和国卫生部,1980),源自竞争性非正式制度的压力,也是对制度“边际演变”的认可和利用。但这一内生制度演变在80年代的整个制度改革浪潮中没有被吸收到正式制度构建过程中,相反,雄心勃勃的改革者把市场经济原则,包括竞争、优胜劣汰和货币交换法则,放任法制意识和环境非常不成熟的自由市场提供本应属于非市场的公共产品。

强制性制度变迁既由政府主导,其变迁模式和方向有赖于统治者对强制推行一种新制度安排的预计边际收益与预计边际费用的衡量,他“想做的一切都是在他看来足以使他自己效用最大化的事情”。(林毅夫,1989)他会在意识形态教育方面进行投资,以使选民确信他的权威合法性,降低统治系统的费用。另一方面,统治者偏好函数会随国民财富增加而变化,从国民财富最大化,转为威望最大化。

1978年后的中国首先重新建立了“以经济建设为中心”的意识形态,借助强大的国家宣传机器,渗透到社会组织的各个层面,1979年出台的、被看作最早的医疗改革政策:《关于加强医院经济管理试点工作的通知》,启动了“运用经济手段管理卫生事业”<sup>⑧</sup>的强制性变迁路径。此后20年,借鉴西方发达国家的改革经验,在城镇中建立起统筹医疗保险的基本框架,在农村中试行合作医疗模式,启动了机构民营化改革。

因此,首先是规则层面的制度改革。即重新界定医疗保障中政府、个人、企业三方的责任。经历了10年探索,1988年《关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》标志着“医改”正式明确了市场化方向,规定了:

第一,关于激励的规则:

- 1)推行各种形式的承包责任制。卫生部门对医疗机构的管理权只限于合同内。
- 2)下放医疗机构合同职责外的业务收入分配权。
- 3)鼓励医疗机构差异定价。

## 4)对全民所有制和集体所有制的医疗服务企业减免税

## 第二,关于惩罚的规则:

由卫生管理部门(为讨论问题方便,视为中央代理人)实施监督。但作为急于取得改革成效的一方,也是提供制度激励的一方,很难成为称职的监督者。更明确地说,在实行类似于“财政包干”的医疗服务放开后,中央代理人通过向医疗服务机构(下游代理人)索取固定剩余额,向其出让剩余索取权后,便没有意愿监督他。

另一方面,对于改革推动者来说,获取最接近中央权力的各利益集团支持是成功的关键。正如舒尔茨指出的那样:“处于统治地位的个人在政治上依赖于特定群体集团的支持,这些集团使政体生存下去。经济政策从这个意义上讲是维持政治支持的手段”。<sup>⑨</sup>因此,尽管改革者在文本上表达了“为民(最终代理人)谋利”的愿望,尽管在制度模仿上有众多选择,最终胜出者却是首先能为医疗部门带来“财富最大化”的改革路径。

再者,即使统治者基于“权威最大化”的目标,设计出改进社会福利水平的政策,由于官僚机构本身是理性个体,而“它的利益从来就没有与统治者完全吻合过”,(林毅夫 1989)结果是设计成统治者偏好最大化的政策却扭曲为使官僚机构本身受惠。

当然,我们也不能把医疗改革的失败看作中央代理人和下级代理人的合谋。制度安排选择集合受到社会科学知识储备的束缚。一个社会中各种不同的政治经济制度安排的变动和确立,都是由那个时代占统治地位的社会思想诱发,但体现在这些思想中的解决方案并不一定带来更高的收入增长速度和更合乎人们理想的收入分配,或者说“顾此失彼”。主导医疗改革政策设计的是前文提到的“以经济建设为中心”,并普遍被理解为“效率优先”。而1980~1993年间,中国人均税后可支配收入在扣除了通货膨胀因素后年均增长率达到6.1%。进一步巩固了这一意识形态的地位,不断被人们利用来解决改革过程中的搭便车的低效率行为,从而忽略了一个基本历史事实,即中国计划体制下已存的社会保障体制取得了与当时的经济发展水平“不相称”的成就:有数据表明,1952~1982年,出生婴儿死亡率从250‰下降到40‰,疟疾的发病率从5.5%下降到0.7%,人均预期寿命则从35岁增长到68岁,但1982年~1993年间,居民健康水平与个人医疗费用支出大幅上升和经济高速增长并不相称。联合国儿童基金会(UNICEF)的研究表明:1985年以来,中国5岁以下儿童及出生婴儿死亡率几乎没有变化,人均预期寿命在11年间仅从68岁增长到69岁。这些数据恰恰反映了一国医疗保障水平。(Parker R, 1992)

尽管中国政府已经于2005年承认了改革的失败,但从理论上讲,改革思路并非一无是处。变形公有经济下的委托-代理理论用数学证明了(张维迎,2000)，“初始委托人作为剩余索取者帕雷托劣于第一级代理人作为剩余索取者。一般而言,上游代理人作为剩余索取者顺序的帕雷托劣于其下游代理人作为剩余索取者,而中央代理人作为剩余索取者帕雷托优于其所有上游代理人作为剩余索取者”。

因此,在中央代理人对下级代理人“放权让利”方面,改革的理论依据是充分的;但全方位改革悄悄的改变着初始代理人与中央代理人之间的联系:

表2 城乡居民各种医疗保险覆盖率

	1993年	1998年	改变%
城市(%)	53.73	42.09	-22%
农村(%)	12.83	9.58	-25%

数据来源:《转型经济与卫生改革-深化卫生改革的几点思考》饶克勤

表 3 同期各经济体从业人口(万人)总额及增长率<sup>②</sup>

		1980年	1985年	1990年	1995年	1999年
城 市	国有企业	8019	8990 (12%)	10346 (13%)	11261 (9%)	8572 (-24%)
	集体单位	2425	3324 (37%)	3549 (7%)	3147 (-11.5%)	1712 (-45.5%)
	个 体	81	45 (45.5%)	614 (36.5%)	1560 (154%)	2414 (54.7%)
农 村	乡镇企业	3000	8979 (199%)	9265 (3%)	12862 (38.8%)	12704 (-1.3%)
	私营企业	—	—	113	471 (316.8%)	969 (105.7%)
	个 体	—	—	1491	3054 (104.8%)	3827 (25%)

数据来源:《中国统计年鉴 2000年》

表 4 全国卫生总费用变化及其构成

	单 位	1991年	1995年	2000年
卫生总费用	(亿元)	888.6	2257.8	4764.0
人均卫生总费用	(元)	76.7	186.4	376.4
卫生总费用占 GDP构成	(%)	4.11	3.86	5.33
政府预算公共支出	(%)	22.8	17.0	14.9
社会卫生支出	(%)	38.4	32.7	24.5
个人卫生支出	(%)	38.8	50.3	60.6

数据来源:《转型经济与卫生改革—深化卫生改革的几点思考》饶克勤

以上数据说明:

第一,1990年以来,医疗保险的覆盖率不论农村还是城市都大幅下降;

第二,非公经济就业人数呈倍数增长,国有经济从业人数上升减缓,90年代后期呈负增长。农村和城市类似,政府直接可达的保障人群大幅减少。原因是90年代以来,国有经济减员增效,非公经济发展迅速;

第三,改革主导方追求自身“财富最大化”,让利下游代理者以追求“成本最小化”,个人承担所有的改革成本。

情况变糟的一个可能解释是,第一级代理人“让权”带来的利润被新旧制度交替“青黄不接”所抵消了。因此,从上游代理看,初始委托人与中央代理人之间的委托——代理关系弱化了;从下游代理看,政府与医疗机构从“行政管理”到“委托合同”关系的转变意味着前者对后者的直接控制减弱。此时,若没有市场竞争约束供给方,政府改革充其量只是向供给方转移了部分初始委托收益;更糟糕的是,市场中的下游代理方只求实现新得到的剩余收益,完全不具再分配功能,在垄断条件下,会提高成本,掠夺更大份额的消费者剩余。政府允许医院“业务收入留存”,对公立医院的直接补贴、免税政策、部分的药品供应和定价权,构筑了巨大的市场壁垒,使赋税的民营医院无立足地。监管的缺乏是普遍存在的,无论是对公立还是民营医院。由此可见,医疗机构改革并没有提供公平的市场环境,大大加重了不必要的制度无效率,而承担成本的是谈判能力最弱的分布广、力量分散的初始委托人。医改前,政府拨款是各级医院和疗养院主要收入来源;改革后,政府补贴仅占全部费用的20%

~ 25% ,只能提供基本工资和新增投资,而只占 1/4人口的参保人群要承担所有剩余费用;公共防疫补贴也减少,45%的公共健康项目费用来自于患者直接支付。(Ying. W, 1996)

农村居民的医疗保障水平由于城乡收入差距的扩大进一步恶化。80年代家庭联产承包责任制引起的效率提升带动收入提升的短暂效应后,由于政策再次向沿海地区、城市倾斜,在外来资源(引进外资)争夺中几乎颗粒无收,却承担着不断上升的医疗、教育、科技改造成本,每年交费 10~ 20元,只保大病的合作医疗只能算作救济,对农民的日常健康生活谈不上保障,实际保障水平不断下降。Shenetal的研究表明,1980~ 1993年间,中国儿童的身高逐年增长,但农村和城市之间的增长路径存在差异,并与可支配收入的增长路径吻合。(Hsiao W C., 1984)整个 90年代,情况并未好转。2000年,世界卫生组织在对成员国卫生筹资与分配公平性的评估排序中,中国位居第 188位,在 191个成员国中排倒数第 4位。

### 三、自觉于经验的扩展性反思: 均衡的重取得

1949年前,有学者认为,50年代末期,中国发展出了一套“有创新意义的”医疗保障体系:政府、家庭与社区共同为农村卫生院筹资,并向超过 90%的人口提供“赤脚医生”,并取得了很大成就(见本文第一部分)。但这套“创新”制度消除了个人经济生活全部不确定性的同时,也剥夺了人们对制度的选择权。系统性危机一旦出现,将迅速导致整体瘫痪。统治者的有限理性对各种制度都潜在,不过显现出来的条件、时机、方式有所差异。但根本的,是在“经济收益”与“政治收益”之间作权衡。“文革”期间为了把更多精力投入政治运动,而停止社会保险费的统一筹集,由企业负责职工的福利,包括所有的医疗费用,最后形成了“企业办社会”的局面,就是这样一个例子。

自 80年代开始,企业改革使国营企业从国家统负盈亏走向自负盈亏,新老企业因退休职工比例不同劳动保险费用负担畸重的问题突现出。1951年以来囊括住房、医疗、就业、养老、子女入托和上学的高福利保障体系难以维系。政府有关部门为了缓解这种矛盾,在全国大部分地区由点到面地逐步推行养老、医疗、失业等项目的“社会统筹”。1979年元旦,时任卫生部部长的钱信忠在接受新华社记者采访时提出,要“运用经济手段管理卫生事业”。当时,农村的家庭联产承包责任制已经盛行,在全国,则以“产权私有化”及“私人投资”推动工业增长。(Hsiao W C, Liu Y, 1996)

因此,医疗制度改革的参照系是经济体制改革的“市场化”路径。其后果前文已作详述,这里想指出的是另一个意外的结果:“市场的扩展本身不纯粹是对非市场的代替,更大程度上说是一个融合过程”。(唐寿宁 1998)

第一阶段,1979年初至 1981年末,卫生部、财政部和国家劳动总局发出《关于加强医院经济管理试点工作的通知》,卫生部颁布《医院经济管理暂行办法》(包括定额管理、经济核算、考核奖惩等三个方面),对医院“定额补助、经济核算、考核奖惩”;

第二阶段,上世纪 80年代中期到 90年代初,国务院批转卫生部《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》,明确提出扩大医院自主权;

第三阶段,1992年 9月,国务院下发《关于深化卫生改革的几点意见》,民营医院如雨后春笋般出现,公立医院到处合作办专科,医生专家到处走穴,而人们所熟知的医药代表和医疗器械销售商等流通环节中的活跃职业被迅速催生;

第四阶段,2000年 2月,国务院转发八部委共同制定的《关于城镇医疗卫生体制改革的指导意见》,“鼓励各类医疗机构合作、合并”,“共建医疗服务集团、盈利性医疗机构医疗服务价格放开,依法自主经营,照章纳税”。

从整个过程看,主要有这样几个特点:

1)这是个渐进的、逐渐扩大既定规则下选择权的过程。

- 2)政府主导政策的设计、颁布、执行和反思,自上而下的改革
- 3)主导改革的意识形态:市场化、经济效益
- 4)改革的后期比前期更激进
- 5)改革以激励供给为主,忽视甚至抑制需求方的整体利益

市场经济形态与其他经济形态的区别就在于,市场经济中,不仅有在既定制度下具体的经济选择,还有对于制度规则的选择。但这只是逻辑上的分层,实际上,行为主体在参与市场交易之间已经进行了对制度规则的选择

但是,如果制度的选择只是部分行为人的选择,初始时,甚至相当长时间内,由于制度规定者在政治上的权威地位以及受益于现行制度的新兴利益集团积累的经济力量,另一部分利益受损的制度接受者由于不确定性的存在不能清楚地辨认自己的利益,而暂时不采取暴力的方式对他们心生不满的规则作扩展性努力。但是,当政府不断做出的可能激发人们想象的“制度创新”均以失败告终,人们对委托政府来设计政策改变现状的信心将消耗殆尽。此时,原来的制度接受者将要求归还“真正的选择权”——即制度本身的选择。2005年9月27日,关于个人所得税工薪所得减除费用标准的确定采取听证会形式,这在全国人大常委会立法中属于首次。对“市场”还是“政府”争论不休的医疗体制改革是否可以借鉴这一“具有中国特色”的集体选择形式,使制度的选择者真正尊重自己选择的规则;同时,集体选择形式本身要制度化,使行为主体因为环境和需求的改变而不再满意既定交易规则的时候,能够做出调整、修正的扩展;最根本的,是为行为主体的拓展和创新提供自由和保障,为规则选定后的每一次不确定提供制度再扩展的可能

目前,医疗改革已经引起了全社会的重视和反思。结合本文的思考,笔者认为,体现在2005年8月卫生部部长高强所作的《发展医疗卫生事业,为构建社会主义和谐社会做贡献》中的改革思路有几点值得肯定:

- 1)作为原则提出卫生事业的公益性
- 2)政府应承担公共卫生和居民健康的责任,提高财政投入比例
- 3)把农村作为工作重点

以下几点则值得进一步关注:

1)提到“完善医疗保障体系”,但没有具体的措施。“覆盖面”问题,仅提到了推进农村合作医疗(过渡),没有长远计划;对于提高城市人口参保率,则只字未提。

2)“政府主导、市场化有机结合”。这更像将各方争论简单加总得出的结论,有多少理论依据和实践证明值得怀疑。20多年“政府主导”的“市场化”改革以失败告终。现今,原有改革路径没变。对改革内容、性质、方向的实质性反思不足

3)仅仅有财政投入量的增加,没有具体分析投入结构的改善。关键不在于投入多少,而在于有多少投入真正产生了效用

4)仍然实行“自己监督自己”,无意建立“第三方独立监督”,采取的都是老办法:行政执法,行业自律和舆论、群众监督。

5)对“医保”的支出结构、使用方式未提,诸如医保“重突发大病轻日常小病”、“先个人后政府”的支出模式,都未得到重视;

其中,第一、三、五点属于“选择什么样的制度”问题,第二、四点则属于“由谁来选择制度”的问题。如前所述,后一问题决定了市场和非市场经济的性质。市场经济体制下,自愿性和扩展性决定于制度是否由全体行为主体一致同意产生。因此,只要政府一天在制度的选择而不是制度的执行方面处于“主导”地位,改革依旧要多走一天弯路

所幸的是,改革者已认识到,照搬别国的模式都是错误的,自觉于自身经验的反思才是解决具体问题的途径,这是由于建立在不同文化价值观上的扩展方式不能确保满足所有人的利益,并且不

断在改变,既如此,任何扩展方式就必须经过一致同意规则的检验。□

#### 参考文献:

1. 看中国医疗改革 20年.南方周末. 2005年8月4日
2. 中国统计年鉴 - 2000. 北京: 中国统计出版社, 2000年
3. 林毅夫. 诱致性制度变迁与强制性制度变迁. 卡托杂志. 1989年春季号
4. 饶克勤. 转型经济与卫生改革 - 深化卫生改革的几点思考. 原载. 卫生经济研究. 2002年 No. 12
5. 孙光德, 董克用. 社会保障概论. 北京: 中国人民大学出版社, 2000年: 页 20, 页 17
6. 唐寿宁. 论市场的立宪功能. 原载. 从计划经济到市场经济. 中国财经出版社, 1998年
7. 汪 丁丁. 制度创新的一般理论. 经济研究. 1992年第5期
8. 张维迎. 公有制经济中的委托人、代理人关系: 理论分析和政策含义. 原载. 经济研究. 2000年11期
9. 中华人民共和国卫生部. 关于允许个体开业行医问题的请示报告. 北京, 1980年9月
10. Hsiao WC. Transformation of health care in China: .. N Engl J Med. 1984 Apr 5
11. Hsiao, W.C., Liu. Y, Economic Reform and Health—— Lessons From China [J] N Engl J Med, 1996 Aug 8
12. Parker R. Maternal and child health needs in China: proceedings of the Senior Health Policy Seminar, Chengdu, People's Republic of China, October 1- 2, 1992. Beijing: Chinese National Institute of Health Economics, 1993
13. Ying W. National health account. Beijing: Chinese National Health Economics Institute, 1996 (In Chinese.) [R]see Hsiao, W.C., Liu. Y, Economic Reform and Health—— Lessons From China [J] N Engl J Med, 1996 Aug 8

#### 注 释:

① 指为了恢复均衡而强制推行新制度安排,并改变原来的意识形态,很可能会伤害统治者权威的合法性,因此,统治者可能不是去创造新的制度安排,而是去维持旧的无效率的制度安排并为纯洁意识形态而战。见《诱致性制度变迁与强制性制度变迁》林毅夫 原载《卡托杂志》,1989年春季号

② 百分比数字为当年相比前一个取样年份的增长数,负增长用红字标出