

世界银行 经济学家论坛

WORLD BANK ECONOMISTS'
FORUM

桑特亚南·德瓦拉简

赫思·罗杰

编

易妮 刘东 于立 周惠 译



世界银行
独家授权

中华工商联合出版社

世界银行 经济学家论坛

第二卷

桑特亚南·德瓦拉简 郝思·罗杰 编
易妮 刘东 于立 周惠 译

中华工商联合出版社

责任编辑:徐海鸿
封面设计:灵智工作室

World Bank Economists' Forum(volume 2)
Copyright © 2002 by The International Bank for
Reconstruction and Development / The World Bank
《世界银行经济学家论坛》(第2卷)
国际复兴与开发银行/世界银行 版权所有 2002 年版

图书在版编目(CIP)数据

世界银行经济学家论坛. 第2卷/(美)德瓦拉简,(美)罗杰
编;易妮等译.-北京:中华工商联合出版社,2003.4

书名原文:World Bank Economists' Forum

ISBN 7-80100-957-6

I. 世… II. ①德… ②罗… ③易… III. 经济发展-
世界-文集 IV. F11-53

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 026409 号

版权登记号:图字 01-2003-1658 号

中华工商联合出版社出版、发行

北京东城区东直门外新中街 11 号

邮编:100027 电话:64153909

中国伊协月华胶印厂印刷

新华书店总经销

850×1168 毫米 1/32 印张 7.75 160 千字

2003 年 5 月第 1 版 2003 年 5 月第 1 次印刷

印数:1-3000 册

ISBN 7-80100-957-6/F·383

定 价:28.00 元

前 言

本卷从第二届世界银行经济学家论坛中选取了8篇优秀的文章,第二届世界银行经济学家论坛于2001年5月3~4日在华盛顿召开,由首席经济学家约瑟夫·斯蒂格利兹于1999年发起,会上展示了世界银行,尤其是区域运行单位的工作人员的最新研究。在首席经济学家尼古拉·斯通的主持下,2001年的大会依传统召开了16次会议,围绕银行的两大发展战略“鼓励投资,授权予穷人”展开讨论。斯通先生、汤姆斯·舍林(马里兰大学)、麦克·马沙(国际货币基金组织)和鲍尔·克林(世界银行)也全都到会。

本书的文章从论坛的46篇论文中选出,这46篇论文又是从经过精心挑选的100篇文章中选出的。本卷选出的文章都集中讨论一个关键的问题“授权”:社会如何保证穷人受教育,得到健康保健、社会保护,以及如何建立能够让穷人参与经济增长和社会发展的机制?

感谢世界银行的工作人员做出的努力——委员会成员帮助论坛挑选论文,会议主席和参与讨论的人员提出的意见对论文提出了进一步的修改,帮助我们选择论文的裁判推荐了一些优秀的论文,其他的工作人员提出了专业方面的意见。这些人的名字列于后页。同时也感谢苏珊·格兰,我们的责任编辑,正是

2 世界银行经济学家论坛

因为他本卷才得以问世,尼克·斯通和安·戈登也为本书做了进一步的指导。

桑特亚南·德瓦拉简

世界银行人力发展网络首席、经济学家

郝思·罗杰

世界银行首席经济学家办公室和发展研究集团的资深经济学家

致 谢

感谢世界银行的许多工作人员为本次论坛做的工作,使得本书得以问世:

萨迪克·阿姆德	依曼纽·吉米尼兹
马·海特查亚	斯丁·洛·约根森
卡罗斯·巴拉各	伊丽莎白·金
裴尼罗布·布卢克	丹尼·格林贝尔
巴巴拉·波恩	阿特·克雷
尼桑·赛兰	麦克·莱姆
阿里·迪拉	巴巴拉·李
沙克·迪万	摩利·路易斯
也哈亚·多卡	凯西·森德特
戴维·朵拉	阿什卡·莫迪
威廉·依斯特	派第普·米塔
罗伯特·依贝	格文德·乃尔
古纳·艾科兰德	约翰·派各
的恩·弗莱姆	亚历山大·普莱克
万伦·果利	马丁·莱维利
阿兰·格伯	立特威·雷尼卡
捷利·格雷	约·利兹
查理斯·格丽芬	奈尔·罗杰
克力斯丁·格鲁特	马克罗·塞罗斯
玛格丽特·格洛什	爱尔弗莱德·的姆
詹姆斯·路易斯·古阿瑟	马里洛·尤
杰弗莱·汉姆	塔拉·维什万斯
蒂娜·汉克	迪博拉·维泽
卡拉·霍夫	戴维·维尔勒
罗伯特·霍兹曼	麦克·沃克
格洛格丽·尹格兰	罗伯特·扎哈
鲁冈·依斯利	

目 录

前 言 / 1

致 谢 / 1

第一部分 家庭和健康

关于患者对医疗服务市场未知程度的估计

马科什·乔拉 3

公共支出转移和移民汇款——由最近亚美尼亚经历得出的观点

爱德蒙多·马拉格拉 23

第二部分 社区和福利

100 个朋友比 100 个卢布好？——库尔齐兹共和国转型期的社会关系

凯瑟琳·库娜思特 娜拉·杜维克 49

对减少工业水污染采取联合行动可能性的实证研究：印度小规模工业工厂的案例研究

史密塔·米斯拉 87

第三部分 地方政府及其基本服务

智利实施分权管理对教育质量的影响

伊曼纽拉·格伯罗

115

谁从地方水平上增加的公共服务中受益? ——教育和基础设施 边际收益事例分析报告

穆罕默德·伊森·阿沃德 魁丁·沃登

149

第四部分 不确定因素下的公司和政府

合同储蓄、资本市场和公司的融资选择

格利格罗·尹帕维多 埃尔伯特·R·姆斯林 塞利·莱索

171

财政支出和风险降低

山塔亚男·迪瓦拉加 杰夫·汉姆

216

第一部分

家庭和健康

关于患者对医疗服务市场未知程度的估计

马科什·乔拉^①

摘 要

表面上竞争激烈的医疗服务市场价格存在很大差异。这种价格分散,不能完全用医生或患者的特性和服务质量的不同来解释。由于各种原因,包括消费行为本身的紧迫性和信息资源的不对称性,处于医疗市场中的患者要面对高额的搜索成本。他们在寻求愿意接受较低收费的医生和因寻找医生及收集信息资源带来的额外费用之间做出权衡。与此同时,医生也在收取更高的费用和失去病人之间做出权衡。在上述任何一种或两种情况都存在时,市场会起到平衡的作用。可能同一个医生对不

^① 马科什·乔拉是欧洲资深的人力发展经济学家和世界银行亚洲中央银行的副主席。

本文的发现、解释和结论均系作者个人观点,不属于世界银行、其执行委员会或其成员国。

同的患者收费不同,也可能不同的医生会收费不同,尽管此时提供的服务是相同的,标准也是同样的。

本文估计在一个发展中国家部分消费者和服务提供者对医疗服务价格信息掌握的程度。根据盖诺和帕拉切克的理论(1994),我们把“消费者未知”,定义为所调查的市场价格和医疗服务提供者愿意接受的最低价格之间的差额。同样地,“服务提供者未知”,定义为所调查的市场价格和消费者愿意支付的最高价格之间的差额。对未知估计的获得是根据双层广义随机边际技术,将所调查的市场价格分解成一个随机的、双测的、能查出错误的变量,以及左侧变量和右侧变量,这两者分别代表消费者和提供者的信息。

结果表明,患者对医疗市场信息的完全掌握相对较少,他们实际上支付了比掌握更完全信息后会支付的费用更多的钱。尤其在做大手术等大手术比进行常规普通检查时,“患者未知”体现得更为突出。医生也缺乏完全的信息,但程度不如患者。医生在医疗市场中收费差别很大,如果收费差别不是如此之大,似乎更有竞争力。这种事实表明,必须加强市场作用,呼吁消费者授权和政府管制等政策的出台。

表面上竞争激烈的医疗服务市场价格存在很大差异。这种价格分散,不能完全用医生或患者的特性和服务质量的不同来解释。由于各种原因,包括消费行为本身的紧迫性和信息资源的不对称性,处于医疗市场中的患者要面对高额的搜索成本。他们在寻求愿意接受较低收费的医生和因寻找医生及收集信息资源带来的额外费用之间做出权衡。与此同时,医生也在收取更高的费用和失去病人之间做出权衡。在上述任何一种或两种情况都存在时,市场会起到平衡的作用。可能同一个医生对不

同的患者收费不同,也可能不同的医生会收费不同,尽管此时提供的服务是相同的,标准也是同样的。

美国和其他地区已经有许多关于医疗费用价格分散度的研究(比如,费尔德斯丁 1970;盖诺 1994;海奥 1980;斯洛恩 1976)。一般认为,不完全信息导致了这种医疗费用价格的严重分散。恩底格勒和金德尔(1973)认为,如果通货膨胀缩减了消费者信息的价格,那么消费者寻找医生的过程本身不会减少价格的不均。梵·胡弥星(1988)也认为,通货膨胀引起的过时信息,导致价格上更大的分散。普莱特、怀智和塞克霍思(1979)提出了理论上学习的模型和无学习的模型。他们指出,一种平衡包含于价格差异之中。费尔普恩(1992)认为,尽管产品和质量的不同会反映在价格上,但是价格分散和不完全消费者信息的紧密关联反映出质量的不同。盖诺和帕拉切克(1994)几乎没有找到价格差异和质量差异之间一对一匹配的证据,这是在将医生受教育程度、专长、位置、常规类型和客户等许多因素考虑之后得出的结论,在对俄亥俄州德顿市的医疗价格做过一次标准的官方检查之后,他们写道“难以认为,质量是作为惟一因素影响到如此大的价格分散”。

医疗费用在市场中差异巨大的事实表明,需要研究市场行为,呼吁加强市场作用和政府管制等政策的出台,从而使该行业更有竞争力。不完全信息的后果和市场作用的无能为力,会导致仅仅根据质量和治疗制定价格。这在发展中国家由于公正和途径的问题显得更为严重,尤其在那些私人机构扮演提供医疗服务的重要角色的国家中显得更为严重。尽管我们迫切需要理解这种价格分散的原因,但是我们还没有找到有关发展中国家度量医疗市场未知本质和程度的研究。

已经有对美国医疗价格和信息所起的作用进行的相关研

究。它着重关注了广告价格所起的作用(沃卡 1984; 盖诺和穆莱 1993),也是直到最近才首次对购买者和出售者的未知做出估计。盖诺和帕拉切克(1994)通过对属于 5 个不同领域的 6353 个医生进行数据采样,度量了该市场中部分患者和医生掌握的信息。他们发现,患者掌握的信息比医生少得多。这种情况发生在所有类型的医疗服务中,尤其是办公咨询、医院后续访问、血细胞计数、X 射线胸透和 D&Cs。

我们相信这篇论文填补了发展中国家医疗市场上这方面的空白,并利用 1994 年在埃及对家庭和医疗服务机构进行医疗服务价格调查得出的数据,估计出医疗服务提供者与消费者掌握医疗服务价格不完全的程度。我们定义“信息完全情况下的市场均衡”,为消费者愿意支付的最高价格等于服务提供者愿意接受的最低价格。根据盖诺和帕拉切克的理论(1994),我们把“消费者未知”,定义为所调查的市场价格和医疗服务提供者愿意接受的最低价格之间的差额。同样地,“提供者未知”,定义为所调查的市场价格和消费者愿意支付的最高价格之间的差额。用帕拉切克和约恩(1987)发展的双层广义随机边际技术,我们可以把离散的价格看成由误差引起的随机双侧偏离和由于消费者和提供者信息不完全引起的左侧和右侧的偏离,以此来估计出“消费者和医疗服务提供者未知”。在信息完全的均衡状态下,单侧的价格偏离接近于零。

我们的结果显示,患者对医生市场的了解与信息完全状态相差甚远。一般来说,他们也要比完全状态下多支付很多费用,尤其是较严重疾病的治疗项目,患者未知更严重,例如手术治疗比普通挂号看病的“患者未知”高出很多。医生同样无法完全掌握医疗服务市场的价格,但分布在各地的各类医生掌握信息的情况比患者掌握信息的情况好得多。

研究结果蕴涵的前提是,医疗费用的分散度完全是因为医疗服务市场信息不完全引起的,没有考虑其他的因素,诸如产品质量、信贷政策、陪护服务及人际关系。如果这些因素能够引起服务价格变化,那么就会加重医疗服务市场上消费者和提供者掌握价格信息不完全的程度。(帕拉切克和约恩,1987)。我们通过按社会阶层调查得出的数据来缩小这方面的偏差,因为同一阶层医疗服务的消费者与提供者,比所有阶层医疗服务的消费者和提供者具有更相似的特征。因此,我们按内科医生、妇科医生、心脏病专家和外科专家分别对城乡人口进行调查。分析单位是私人诊所的一次门诊。这项医疗服务比其他医疗服务,例如手术干预,同质性更强。因此,它的价格偏差由服务产品质量引起的可能性更小,尤其是在城乡抽样框内。

论文结构如下:第一部分,埃及医生市场的结构;第二部分,模型及方法论;第三部分,数据来源;第四部分,估计结果;第五部分,埃及政策讨论;最后一部分,结束语。

埃及医生市场

埃及的医疗制度呈现为两部分:政府公共部分承担几乎所有的住院治疗,私人机构负责非住院的门诊服务(HSPH1995)。政府公共医疗由国民卫生部(MOHP)、健康保险组织(HIO)、疾病治疗组织(CCO)、大学医院、教学医院及其他政府部门机构融资、构建和提供。政府建有自己的医疗卫生网络,负责对其进行监管,并利用国民收入为国民提供免费的医疗服务。国民卫生部监管着3700个基础的、二级的、三级的医疗机构。95%以上的人口居住在距政府的医疗机构不足5公里的地方。另外,社会保险覆盖了正式职工和在校学生。1995年,埃及政府在医疗卫生方面的支

出是 7 519 000 000 埃镑(相当于国内生产总值的 3.7%, 1 美元 = 3.39 埃镑), 人均 127 埃镑。尽管如此, 国民卫生部对公共医疗的支持仅占全部医疗服务支出的 44%, 其余部分由私人机构提供。近 80% 的公共医疗支出来源于税收, 14% 来源于社会保险的保费, 剩余部分是外来的捐赠援助。值得注意的是, 医疗卫生系统中私人市场正在缺乏管制的环境中迅速膨胀。私人医疗服务主要由私人诊所提供, 私人医院比较少。

国民卫生部是惟一也是最大的医师雇主, 政府保证医学院毕业生分配。1996 年, 国民卫生部雇佣 39900 名医生, 40% 在基础卫生部门和疾病防治部门工作, 60% 在疾病治疗部门工作。为政府工作的医生可以开业经营。但由于医生移民比例很高, 又缺乏注册年审, 因此开业医生的数量没有确切数据。根据决策项目数据库对医疗服务提供者的调查, 大约有 34447 ~ 48403 个仅有一位医生的私人诊所, 相当于每 1000 人中有 1.8 个医生。这个比例在中东及北非地区是最高的。

私人诊所主要集中在城市, 其中 34% 在主要城市, 29% 在上埃及城镇, 21% 在下埃及城镇, 剩下的 16% 位于农村, 这其中大多数在下埃及农村, 剩下的在上埃及农村。92% 的私人诊所由男医生创立经营, 8% 的由女医生创立经营。

很多埃及医生除了在支付工资的公共医疗机构工作外, 还在自己的私人诊所开业行医。根据埃及医生劳动力市场的研究, 乔拉等发现在国民卫生部下属医院带薪工作的医生, 比其他公共医疗组织工作的医生在私人诊所工作的时间长。他们还发现工资效应和弹性比较小。医生们对私人诊所收入增加做出的反映, 仅仅是稍微增加一些在诊所工作的时间。但当以城市—农村来划分市场, 工资效应和弹性则明显增大。在巨大的市场需求下, 医生对工资增长做出的反映也比较强烈。当面对在

公共医疗卫生系统工作的时间长短变化时,开罗、亚历山大、塞德港、苏伊士地区的医生比其他地区的医生反映小。他们的发现暗示着由于潜在市场需求和其他制度原因,政府政策变化可能在城乡引起不同的结果。乔拉等(1987)还发现一反比例关系,即医生在私人诊所工作的时间长了,就会缩短在公共政府部门工作的时间。他们的研究还显示,城乡的差别,以及医生在公共医疗卫生部门的带薪工作的地点,都与医生的收入和工作时间分配有联系,从而对埃及医生市场有着重要影响。

方法论

起初由艾格诺、拉维尔和斯密特(1977)与米尤森、凡·德恩·布罗克(1977)发展的随机边际模型应用十分广泛,曾用于测量劳动力市场性别歧视状况(哥登、帕拉切克 1987;罗宾逊、维娜瓦 1989),独立医生与团队中的医生相对低效比较(德菲里斯和布莱德弗德 1997),劳动力市场收入研究(沙兹哥、霍弗勒、斯罗特曼恩 1985;亨特·麦科尔、华仑 1993;霍弗勒、帕拉克拉 1985),和生产效率低下研究(约德罗等 1982;华德曼 1984;格莱恩 1990)。帕拉切克和约恩(1987)提出的双重随机边际模型,已经被用于对工人、公司信息不完全状况的评估(帕拉切克和约恩 1987,1996),及对医疗卫生市场患者、医生信息不完全的研究(盖诺和帕拉切克 1994)。

随机边际评估把观测中的误差分为两部分:传统的白噪声误差(表示误差由测量或忽略的变量引起)和单测误差。这种方法的误差产生于最大范围估计。实际上,这种方法是用来研究不对称现象。如果研究中出现这种情况,它将被分解为一个正常的因子和一个左侧或右侧不对称的因子(德菲里斯和布莱德