

农民工医疗保障与服务的缺失及改进路径

——基于湘潭市354名农民工的调查

李朝晖, 徐雯

(湖南农业大学 经济学院, 湖南 长沙 410128)

摘要: 以湖南省湘潭市354名农民工样本作为研究对象, 就农民工患病就诊、治疗支出以及医疗保险提供等情况进行分析, 结果表明: 农民工患病率高, 就医费用过高, 多选择非正规治疗, 应对疾病风险能力低下, 医疗保险方案实施效果与政策目标间存在较大差距。这显示出医疗保障制度难以适应农民工的不同生存境况, 城市医疗资源过度市场化制约了农民工分享公共医疗资源, 农民工公共卫生服务体系政策监管滞后。基于此, 提出应建立多层次、开放式农民工医疗保障体系, 完善医疗保险制度, 应强化政府主导责任, 构建农民工医疗安全网, 优化医疗服务供给制度等方式促进农民工合法医疗权的实现。

关键词: 农民工; 医疗保障; 服务机制; 湘潭市

中图分类号: F323.89

文献标志码: A

文章编号: 1009-2013(2011)04-0033-06

Deficiency and improvement path of migrant workers' medical security and service mechanism: Based on the investigation in Xiangtan City

LI Zhao-hui, XU Wen

(College of Economics, Hunan Agricultural University, Changsha 410128, Hunan)

Abstract: Taking 354 migrant workers in Xiangtan City, Hunan Province as samples, this study analyzed the ill treatment, treatment expenses and medical insurance providers and found out that the prevalence rate of migrant workers and the cost of medical care are high, migrant workers tend to choose non-formal treatment, their ability to cope with disease risk is low, there exists a big gap between implementation effect and policy goals of medical insurance plan. The above results indicate that: health care system can not adapt to different living situation of migrant workers, the excessive marketization of urban medical resources constraints the migrant workers to share public health resources, the regulatory policy of public health service system for migrant workers is lagging. Based on these, this article proposes that it is necessary to establish a multi-level, open health care system of migrant workers, to improve the medical insurance system, to strengthen the lead responsibility of government, to build medical safety net for migrant workers, to optimize the supply of medical services system in order to promote the legitimate medical right of migrant workers realize.

Key Words: migrant workers; medical security; service mechanism; Xiangtan City

一、问题的提出

近年来, 曾被认为廉价劳动力接近于“无限供给”的中国遭遇了大范围“民工荒”, 发端于中国沿海地区且蔓延于全国的劳动力短缺现象预示着

中国二元经济结构正在发生转变, 有观点提出这是“刘易斯转折点”在中国的始现。笔者认为, 中国劳动力供求关系的逆转, 并非真正意义上的数量紧缺, “民工荒”实质上是农民工“待遇荒”、“权利荒”。例如, 农民工患病率高、医疗保障缺乏, 即是重要原因之一。医疗保障是一种社会公共产品, 应当兼具“福利性”与“公益性”, 但当前医疗保障制度远远不能满足农民工的现实需要。^[1]从参保对象、保障项目、筹资机制、保险待遇及医保关系接续方面分析可知, 几乎所有现行农民工医疗保障

收稿日期: 2011-05-11

基金项目: 湖南省科学技术厅软科学项目(2008ZK3198);
湖南省哲学社会科学成果评审委员会基金项目(2010YB30)

作者简介: 李朝晖(1968—), 女, 湖南长沙人, 管理学博士, 教授, 硕士生导师, 研究方向: 农村发展与农民工问题。

模式都以防大病为主,不负担门诊费用,与农民工群体特征不相符合。^[2]我国政府虽然在农民工“看病难,看病贵”问题上做出了不少努力,但农民工医疗疾病保障依然名重实轻,城市工人与农民的双重身份使其加入城市医疗保险困难,也无法享受新型农村合作医疗实惠。^[3-4]很显然,目前我国的财政实力决定了这一群体不可能在短期内被纳入城镇职工社会医疗保险体系,而城市务工现状,也决定了他们不适合新型农村合作医疗。从发展的眼光来看,农民工是中国经济发展的一种阶段性产物,必将伴随城乡二元结构的转型而终结,因此,这一群体医疗保障方案的制定,就必须考虑到与城镇职工医疗保障制度以及农村合作医疗制度的衔接问题,必须是一种具较强联接性的过渡方案。基于此,笔者所在项目课题组于2010年5月针对湖南省湘潭市农民工患病就诊、治疗支出以及医疗保险状况进行调研,拟探讨农民工医疗保障与服务机制中的缺失并寻求改进路径。

二、农民工疾病医疗保障与服务调查

调查以湘潭市为样本采集地进行随机取样,发出问卷401份,收回382份,剔除19份不完全问卷,余下有效问卷354份,问卷有效率为88.28%。调查涉及农民工患病及就诊、医疗支出及医疗保险

三个方面。从典型取证角度出发,考察时段设为第四季度(9—12月),即秋冬疾病多发季节,其中,疾病支出调查只针对患病农民工,即除去“无诊治”样本(33人)余321个有效样本。

1. 农民工患病及就诊情况

调查数据显示,农民工患病率很高,约为74.3%,但大多数是感冒、小外伤之类的常规疾病(67.7%),重症疾病所占比重较低(6.6%),男性患病率高于女性。由于小病可以自己买药诊治、可省去门诊挂号费,且距医院太远,患病者就诊方式以“药店购药”(40.9%)为首选。大多数农民工只在必须医疗诊断、化验或其它器械检查时才看门诊,在大病重症、工伤或其它重大伤残的情况下才选择住院治疗。值得重视的是,选择门诊(6.0%)和住院(7.4%)治疗的农民工不足总人数的1/6,且多在农民工诊所(14.7%)就医;还有5.4%的农民工在患病后未采取任何诊治措施。调查结果表明,农民工患病率高,且多选择非正规治疗,此现象值得深思。进一步调查发现,选择非法私人诊所就诊及无诊治行为的农民工,绝大部分来自边远贫困地区,“怕看病耽误上工扣工资”和“怕治病花钱”是导致这种行为的两大主要原因。

表1 农民工患病及就诊情况

%

	患病率	疾病类型		就诊类型				
		常规疾病	重症疾病	药店购药	门诊	住院	农民工诊所	无诊治
男	41.2	36.1	5.1	20.3	3.7	5.7	9.6	2.0
女	33.1	31.6	1.5	20.6	2.3	1.7	5.1	3.4
总计	74.3	67.7	6.6	40.9	6.0	7.4	14.7	5.4

2. 农民工医疗支出情况

目前我国社会保障水平相对较低,在较长时期内,医疗支出部分仍需要农民工个人承担,甚至其中绝大部分需个人自理。^[5]调查表明,尽管大多数农民工正值青壮年时期,就医频次不高,但有超过一半的人表示“看病贵”。样本农民工医疗支出主要集中在“100元以下”和“100—200元”区间,且多用于“药店购药”和“农民工诊所看病”。均次门诊费用在80—150元的占到一半左右,就诊率

两次以上(本调查时段)的为46.2%。在接受住院治疗的26位受访者中,住院费用在3000—5000元以下的有12位,5000—10000元的有14位。调查结果表明,如果选择正规医院门诊,一半以上农民工医疗支出将超过200元,一旦不得已住院治疗,其支出则都在3000元以上。门诊费用需农民工全部自理,而对于住院治疗费用,有58.4%的农民工为全部自理,17.3%的农民工享受了农村合作医疗的分担;医疗保险基金支付对象则仅限于享有“大

病统筹”的住院农民工，没有医保或雇单单位的农民工均不在此之列。由此可见，诊疗费用过高是造成农民工城镇医疗卫生资源利用率低的主要原因。

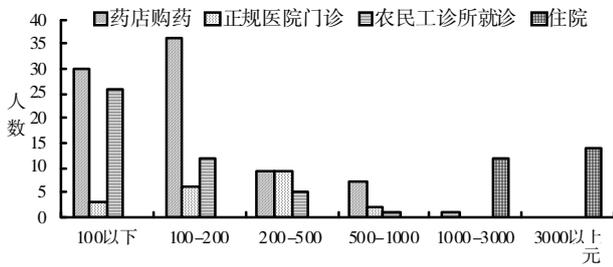


图1 农民工疾病支出情况

3. 农民工医疗保险实施情况

农民工流动性强，工作不稳定，根据相关政策规定，不同就业群体的医疗保险保费交缴标准不同。对于与用人单位形成劳动关系的农民工，保费按上年度在岗职工的月平均工资的2%缴费，且全部由用人单位缴纳(《湖南省劳动和社会保障厅关于农民工参加医疗保险的指导意见》. <http://www.cnss.cn/> 2006)。这项政策意味着只要是与城镇用人单位形成劳动关系的农民工，医疗保险保费就无须自己承担，可以享受住院大病统筹；对于城镇从事个体经营等灵活就业的农民工，目前按照灵活就业人员参保的有关规定参加医疗保险，以统筹地区上年度职工社会平均工资为基数，按基本医疗保险缴费比例的70%缴纳基本医疗保险费，同时按统筹地区大病互助缴费标准缴纳大病互助费(《湖南省建立城镇职工基本医疗保险制度实施意见》. <http://www.ccpn.com/>, 2006)。以2009年度基本医疗保险缴费的相关标准为例，基本医疗保险费采取2008年度湖南省社会平均工资(1487元/月)的60%为基数征缴，也就是892.2元/年，保费交缴约74.5元/月；对于用人单位连续为其缴费3年以上的农民工，有权参加城镇基本医疗保险，保险费由用人单位和职工个人按月按规定共同缴纳，农民工个人缴费率为上年度农民工本人工资收入的2%，以农民工城市务工月收入966元/人计，农民工医疗保险月缴费标准为19.32元/人。除此之外，根据现有医疗保险相关规定，所有医保类型均设有自费部分，起付标准以下医疗费用由个人账户支付或个人自付，当年起付标准以上，最高支付限额以下的医疗费用需依照规定

比例分摊，依目前农民工医疗保障制度的低水平、低层次现状来看，这意味着相当部分的医疗费用仍须农民工自行承担。

医疗社会保险的享有是衡量国民医疗保障状况的一项重要指标，农民工医保参保率在某种程度上可以表明医疗保障程度。354名样本农民工，有127名参加了医疗保险，占总数的35.9%。64.3%的未参保农民工是用人单位逃避参保；8.4%的未参保农民工是由于流动性过强，工作转换过于频繁没有固定的用人单位，没有保费交缴主体而无法参保；作坊式小企业因利润微薄而缺乏缴费能力也是重要原因。调查表明，在已参保的农民工中，制造业占比最高(38%)，服务业其次(27%)，个体工商业(12%)，建筑业(10%)，采矿业(8%)和其它行业(5%)位居其后。按政策规定“医疗保险费用全部由企业承担，农民工个人不缴费”，农民工几乎全部希望享有医疗保障，但53.5%的农民工对这一政策的落实持怀疑态度，其中35.4%的人明确表示“政策是政策，这要老板肯出保费才算数”。农民工渴望被纳入社会医疗保险安全网，但能否参保在很大程度上取决于企业的参与态度。调查显示，虽有46.3%的被调查者所在企业表示要依照政策规定为农民工参保，而实际采取参保行动的仅为26.4%，这一调查结果从另一角度解释了农民工医疗保险参保率低下的原因。

农民工普遍对社会保险表现出很高的关注度，且对政府寄予很高的期望。调查中发现，有近38.4%的人对医疗保险的关注超出养老或工伤保险，他们对正在实施的医疗保险暂行办法满意度不高。24.4%的农民工持满意态度，认为“不用缴费，大病住院经济负担大大减低”；持不满意态度的农民工认为“门诊不属于医保范围，没有报销”和“名义上是单位缴保费，单位扣工资奖金，实际上等于自己出钱”；反响一般的农民工占比最高，“没患过大病住院，医疗保险的实际待遇没有真正享受到，但觉得有总比没有要踏实，反正不用自己掏钱”是这类农民工的主要心理。结合两项调查结果可以看出，农民工期待完善的医疗保障。虽然社会医疗保障目前无论从保障项目、保障待遇以及制度设计上尚不能满足农民工的实际需求，但农民工毕竟已被

纳入社会医疗保险安全网,已列入政策制定的范畴,这在很大程度上能鼓舞农民工的信心。

三、农民工医疗保障与服务缺失及原因分析

1. 医疗保障制度不适应农民工不同生存境况

农民工是市场经济条件下产生的特殊人群,当前的医疗保险制度难以适应其特征,在一定程度上影响了医疗保险的覆盖。第一,农民工就业很大程度上取决于劳动力市场供求关系变动,行业特征及自身情况都可能导致工作岗位更换,特别是跨城市流动频繁,目前医疗保险基金区域统筹无法适应复杂的劳动关系。第二,“大病统筹方案”与农民工医疗需求不相匹配。目前各地实行的“建社会统筹、用人单位缴费、保当期大病”办法中,基金支付只涵盖大病医疗和特殊门诊,这意味着医疗保险覆盖对象为已参保农民工,补偿项目也仅限于“大病统筹”,即必须是已参保、且大病住院的农民工才能享有医保待遇。根据人类生命周期规律,可进城务工农民工大多正处于生命力旺盛的青壮年期,重症发生率很低,因此,实际能享受医疗保险待遇的少之又少,很显然,医疗保险制度缺乏较强现实意义。第三,无论是老一代农民工,或是目前逐渐成为主体的新生代农民工,人力资本低下都决定了他们不可避免地处于城市低收入阶层。更重要的,医疗保险给付设有起付标准,当年起付标准以上,最高支付限额以下医疗费用按比例分摊,起付标准以下医疗费用则须由农民工个人全额自理,于农民工经济收入而言,这是一笔相当沉重的医疗开支。如此种种因素决定了他们更注重眼前利益,对潜在疾病风险存侥幸心理,医疗保险参保意识滞后。第四,农民工用人单位多为非正规生产部门,经济实力不足,且社会责任感较差,为了经济利益而逃避参保。第五,医疗保险关系接续制度性规范缺乏。根据医疗保险规定,农民工离开该区域,医疗保险个人账户储存额随同转移到户口所在地社会保险机构,或经本人申请本金一次支付。目前全国各地经济发展不平衡,医疗保险统筹层次差异明显,农民工医疗保险关系因无法接收而只能选择退保,而按照相关规定,退保只退还农民工个人账户余额,医疗保险

统筹基金则留在当地社会保险机构,成为城镇医疗保险基金的一部分。这意味着占账户绝大部分的、真正用于分散医疗风险的统筹基金不能为农民工所用,沉淀为城市医疗保险基金,严重阻碍了农民工合法医疗权的实现。

2. 过度市场化制约农民工分享公共医疗资源

目前我国医疗卫生资源市场化配置特征明显,从事城市低级职业,收入低且不稳定等特征都决定了农民工难以享有正规医疗机构服务。农民工虽然认为城市医疗机构设备技术可靠、服务安全完善,但却大量选择非法行医诊所治病或干脆不就诊。这种有悖常理的行为有两个原因:一是经济收入低下制约农民工医疗消费能力,二是城市医疗机构布局限制农民工医疗需求。长期以来,我国卫生资源都是采取城市居民医疗需求为中心的户籍人口配置模式,大医院多设在交通发达、人口密集的城市中心区,这种格局对于居住于城乡结合部的农民工来说显然不适合。农民工进城务工目标在于赚钱,“距离远,请假看病耽误上工”、“交通费开支”等医疗支出必然带来生活成本的增加,这些也都成为他们尽可能不就诊的原因。因此,尽管面临的疾病风险远超出城市居民,但他们仍会尽量选择不医治或简单治疗。由此可见,农民工“看病难”、“看病贵”状况长期不能得到改观,与其经济收入低下和城镇医疗卫生资源配置歧视有很大关系。

3. 农民工公共卫生服务体系建设滞后

第一,农民工公共卫生未列入财政预算。公共筹资是农民工公共卫生服务的核心,也是政策执行的根本保证,无论是中央或是地方政府,目前都未将农民工公共卫生列入财政预算目标。第二,农民工公共卫生管理体制不健全。近年来,农民工队伍在迅速壮大,但农民工公共卫生服务和管理却十分缺乏,仅限于妇幼保健、疾病防控等少数几方面。农民工流动性强,收入低,在城市多无固定住所,要降低疾病风险,需要城市多部门合作管理,需要提供符合农民工特征的公共卫生产品及服务,但目前我国未制定有关农民工、具针对性的政策法规,缺乏信息共享操作平台,缺乏政策执行有效监督,常规性机制的缺位导致农民工疾病风险保障不足。

四、完善农民工医疗保障与服务的路径

1. 建立多层次、开放性的农民工医疗保障体系，完善农民工医疗保险制度

根据农民工收入水平和经济承受能力的差别，可建立多层次、开放性医疗消费的保障体系。第一层次：“城乡合作医疗保险”型低层次医疗保障体系。主要涵盖住院和少数大病门诊，筹资标准和待遇水平参照现行新型农村合作医疗。此型保障体系适合低收入农民工，即在城市主要从事重体力劳动的农民工人群；第二层次：“城乡基本医疗保险”型中层次医疗保障。除了住院和少数大病门诊外，也适当承担部分普通门诊费用，筹资标准和待遇参照城镇职工医疗保障水平。此型保障体系适合于城市居留时间较长、具较明显市民化倾向的农民工群体；第三层次：“城乡补充医疗保险”高层次医疗保障。除享受中层次医疗保险外，以政策鼓励用人单位建立补充保险，或参加商业保险分摊医疗费用负担。此型保障体系适于收入水平较高且稳定的农民工人群。

农民工医疗保障体系属社会保障范畴，是一种典型的公共产品，这种非竞争与非排他性质决定了政府在其制度安排上具相当重要的引导性职能。针对这一群体实施的医疗保障体系建设，有关政策应根据其年龄相对较轻、发病率低、工资收入低、流动性大等特点，以低标准准入、渐进式过渡方式来确定农民工不同保障层次及资金筹集标准。在缴费与待遇标准设计上，有必要重点关注农民工在工资水平、以及劳资关系上的弱势地位，有必要在医疗保险基金收支平衡前提下采取“低标准缴费，低水平支付”形式，尽可能地将缴费额控制在个人与企业承受范围，同时加强与全民统一医疗保险制度的过渡衔接。具体来说，针对职业及住所相对稳定，劳动合同期限较长的农民工，考虑到其经济支付能力相对较强，可参照城镇职工标准实行社会统筹与个人账户结合，享受当地城镇职工医疗保险待遇；而对于低收入农民工群体，则宜采取保费与连续缴费年限挂钩，鼓励延长保险时间，以参保连续年限作为城镇职工基本医疗保险待遇的享受依据。另外，为增强农民工对医疗保险制度的信心，避免因限于“大病统筹”保障而导致只缴费不受惠情况的发生，应逐步将大病医疗保障扩展涵盖到门诊医疗，兼顾

日常门诊小病。在目前农民工大病概率极低的现实下，这种以增大农民工医疗保险受益面的政策取向，比大病风险分散保障方案更符合农民工群体的流动性特征，也更能满足农民工的医疗需求。

2. 强化政府主导责任，构建农民工医疗安全网

政府作为社会公平责任的维护者，有义务立足于农民工医疗权的实现，改变长期以来以城市人口为依据的资源配套模式，构建一个低水平、广覆盖的农民工医疗保障平台，促进全民统一医疗保障制度的建立。医疗队伍建设和机构设置上，可针对农民工群体特征布局设计，建立符合农民工消费能力的正规医疗机构，尽可能使公共卫生服务间断局面得以改观；财政资金投入上，应增加公共卫生服务经费，设立专项医疗补助，强化传染病控制；医疗保障资金投入上，应当建立财政兜底机制，对起付标准或最高封顶限额控制给予一定财政贴补，保证农民工作为社会弱势群体能享有医疗保险制度的公平公正。另外，为防止大量退保，防止因统筹基金沉淀使农民工正当权利受损，城镇职工医疗保险与农村合作医疗的推进速度不宜相差太大，应特别关注农民工医疗保险关系转移接续，保证农民工医疗保险分享的公正公平。同时，政府可发动社会各界力量设立医疗救助基金。医疗救助制度是一种籍以社会责任感进行的对弱势群体的医疗支助方式，也是社会保险不完备情况下的一种补充形式。基金筹集上，应坚持以财政支持为主，社会捐助为辅，多渠道、多元化模式，调动社会各方面力量支持参与，特别注重引进民间资金；机制建设上，则应有针对性地制定救助标准和项目，降低医疗保险起付标准、提高统筹报销比例，提供减免或优惠医疗服务。对于没有用人单位、没有医疗保险的农民工，可免费提供医治救助，以慈善救助、医疗减免、临时救济以及政府专项补助等多种手段发挥全社会的医疗共济职能。

3. 优化农民工医疗服务供给制度

作为医疗服务提供主体的医疗机构，应以农民工消费能力为标准，控制医药费用，有针对性地减免挂号费、诊治费、床位及手术费；政府应建立惠民医疗服务制度，有选择地将社区卫生院培养成农民工医疗服务主体，简化手续，优化流程，使“看病难”问题得以妥善解决。另外，政府可尝试“双

层结构型”医疗服务系统的推广,即将基层医院和卫生院确立为常见病、多发病诊疗定点医疗机构,为农民工提供流动预防保健和常规医疗服务,重症病患才转诊拥有高新医疗技术与尖端医疗设备的大中型综合医院,两者间通过双向转诊连接,建立一种以社区卫生服务为基础、大中型综合医院为中心,实现医疗服务社区首诊与双向转诊相结合的诊疗模式。这样做的最显著优点在于保障农民工医疗安全的同时减轻其经济负担,能有效缓和农民工医疗安全与消费能力之间的矛盾。

参考文献:

[1] 罗俊. 农民工医疗保障存在的问题及其解决途径

[J]. 农村经济, 2009(11): 89-91.

- [2] 石宏伟, 于红. 农民工医疗保险模式分析: 基于北京厦门深圳镇江上海五城市的政策比较[J]. 中国卫生经济, 2009(7): 17-19.
- [3] 李文坛. 论农民工医疗保障制度的出路及问题研究[J]. 法制与社会, 2009(7): 54-55.
- [4] 李朝晖. 农民工工伤保险相关利益集团行为取向的影响因素——基于湖南五个城市的调查[J]. 湖南农业大学学报: 社会科学版, 2010(3): 26-30.
- [5] 郑功成, 黄若莲. 农民工与医疗保障. 中国农民工问题与社会保护[M]. 北京: 人民出版社, 2007.

责任编辑: 陈向科

(上接第20页)

销售下乡家电时的收益大于不积极时的收益。但是,最高限价在很大程度上打击了乡镇经销商的积极性。政府应该取消最高限价,而应以质量作为补贴标准,对不同等级产品实行不同的补贴标准。

作为“家电下乡”政策的重要连接桥梁,中标家电企业应采取以下措施:一是提供高质量下乡家电,实现双赢。中标家电企业和农民双方作为理性的经济人,各自追求自己利益的最大化,在短期利益的驱动下,中标家电企业趋向于提供低质量的下乡家电,农民趋向于不购买,这是双输的博弈结果。从长远利益的角度来看,中标家电企业要实现长期、持续健康发展,必须提供高质量的下乡家电。下乡家电的质量是农民最看重的因素,^[4]只有在实现顾客价值最大化的同时实现企业效益最大化才能达到双赢的博弈结果。二是创新经营方式,把乡镇经销商作为一级代理商。在“家电下乡”政策推行以前,大企业的主战市场是城市,而农村市场基本上是小企业的地盘。中标家电企业能否开辟农村这块广阔的潜力市场,在很大程度上依赖终端经销商的销售积极性。中标家电企业应该对传统的“省一市一县一乡一村”销售渠道进行突破创新,在乡镇设立一级代理商。这样一方面减少了中间的流通环节,利润空间的增大能促进乡镇经销商的积极性;另一方面为农民消费者提供及时的售后服务可能性提高,能为企业赢得良好的信誉,增强家电下乡中标企业的市场竞争力。

参考文献:

- [1] 范秋菊. “家电下乡”政策实施中的外部性分析与对策建议[J]. 中国商界, 2010, 19(2): 1-2.
- [2] 李海闻, 杨第. 关于“家电下乡”现状与问题的调查分析[J]. 中国软科学, 2010(3): 186-192.
- [3] 孟华兴, 张凯. 家电下乡的瓶颈与对策分析——基于“顾客让渡价值”的视角[J]. 经济与管理, 2009(10): 94-96.
- [4] 王跃岭, 闫维波. 我国家电下乡中标企业营销问题及对策分析——基于营销力的视角[J]. 山东商业职业技术学院学报, 2010, 10(1): 12-14.
- [5] 郝爱民. 家电下乡与农户家电消费决定因素的实证分析[J]. 统计与决策, 2010(9): 96-98.
- [6] 武瑞娟, 李东进, 吴波. 中国农民消费者对下乡家电产品的购买意向分析[J]. 中国软科学, 2010(1): 40-52.
- [7] 王胜楠, 葛伟, 杜丽娟. 家电下乡政策的综合效应评价分析[J]. 全国商情, 2010(12): 13-14.
- [8] 张月友. “家电下乡”效果的经济学分析[J]. 经济与管理, 2009, 23(5): 83-88.
- [9] 黄振华. “家电下乡”政策的实施现状与绩效评估——基于全国205个村庄的调查[J]. 华南农业大学学报, 2010, 9(2): 7-13.
- [10] 张朝华, 孙宝文. 基于广东四镇调查反思“家电下乡”[J]. 价格月刊, 2009(8): 83-85.
- [11] 王辉. “家电下乡”试点政策实施情况及改进建议——基于山东、河南、四川三地试点的调查分析[J]. 价格理论与实践, 2009(3): 17-18.
- [12] 史新峰. “家电下乡”项目的利益相关者分析及项目推进策略[J]. 江苏商论, 2009(9): 13-14.
- [13] 张维迎. 博弈论与信息经济学[M]. 上海: 上海三联书店, 上海人民出版社, 2004.

责任编辑: 李东辉