

医保反贫困机制优化研究

——以杭州市为例

汪舒舒

浙江工商大学公共管理学院, 浙江 杭州

收稿日期: 2024年3月20日; 录用日期: 2024年5月19日; 发布日期: 2024年5月31日

摘要

随着中国经济的快速发展, 贫困问题逐渐得到缓解, 但医疗支出依然是导致贫困的重要原因之一。为了改善贫困人口的医疗保障状况, 政府实施了一系列医保政策。本研究以杭州市为例, 通过对医保反贫困机制的现状进行分析, 发现了存在的问题和不足。在此基础上, 提出了优化医保反贫困机制的建议, 包括加强医疗保障制度衔接、建立多元化的救助体系、加强健康扶贫制度建设、巩固医保扶贫成果等措施。通过这些措施的实施, 可以更有效地解决贫困人口的医疗保障问题, 促进社会公平和经济发展的可持续性。

关键词

医疗保障问题, 医保政策, 反贫困机制

Research on Optimizing the Anti-Poverty Mechanism of Medical Insurance

—A Case Study of Hangzhou

Shuyu Wang

School of Public Administration, Zhejiang Gongshang University, Hangzhou Zhejiang

Received: Mar. 20th, 2024; accepted: May 19th, 2024; published: May 31st, 2024

Abstract

With the rapid development of the Chinese economy, poverty issues have gradually been alleviated, yet medical expenses remain a significant factor leading to poverty. In order to improve the medical security of the impoverished population, the government has implemented a series of medical insurance policies. Taking Hangzhou City as an example, this study analyzes the current

situation of the anti-poverty mechanism of medical insurance, identifying existing problems and shortcomings. Based on this analysis, recommendations are made to optimize the anti-poverty mechanism of medical insurance, it includes measures such as strengthening the convergence of the medical security system, establishing a diversified assistance system, strengthening the construction of the health poverty alleviation system, and consolidating the achievements of medical insurance poverty alleviation. Implementation of these measures can more effectively address the medical security issues of the impoverished population, promoting social equity and the sustainability of economic development.

Keywords

Medical Security Issues, Medical Insurance Policies, Anti Poverty Mechanisms

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

医疗保障是保障人民健康的重要制度安排,对于减轻群众医疗负担、促进全民健康具有重要意义[1]。然而,在中国,尤其是在城乡结合部和农村地区,医疗保障仍然存在着诸多问题,其中之一便是医保与贫困问题的关联[2]。虽然医保制度的建立和不断完善在一定程度上缓解了部分贫困人口的医疗支出压力,但仍然有相当一部分人因医疗费用过高而陷入或加深贫困的困境[3]。尤其在杭州这样的大城市中,医疗资源相对集中,但也存在着城乡之间、居民之间医疗保障水平不均等问题,这进一步加剧了贫困人口面临的医疗风险[4]。

为了更好地解决医保与贫困问题,我们有必要深入研究医保反贫困机制在杭州市的实际运行情况,并从中发现问题、总结经验、提出建议,以期为杭州乃至其他城市的医保政策优化提供参考和借鉴。本研究将以杭州市为例,探讨当前医保反贫困机制存在的问题、原因及可能的改进方向,旨在为构建更加公平、高效的医保体系提供理论支持和实践指导。

2. 医保反贫困机制研究

2.1. 医保反贫困机制组成要素

整个医保救助体系围绕降低患者自付比例进行设计。通过各项保障政策的合作衔接,对患者诊疗过程中产生的费用进行报销,最终降低患者的就诊费用,达到救治效果[5]。作用于患者的保障不可能是单一的,是受责任主体不同的各项保障共同影响的。要想进一步优化健康扶贫医疗保障体系政策,首先要对各项保障政策的影响要素进行分析,要从多因素和整体的视角对医保体系本身的影响与作用进行研究。包括责任主体、资金来源、部门之间的关系等。

分析过后可以得到医保反贫困机制的组成要素有:居民可用医疗资金(核心)、服务、居民、医保部门、卫生部门、政府部门(包含财政部门、民政部门和扶贫部门)。

各个部门职责分工

- 卫生部门: 1) 基层医疗卫生服务能力和医疗机构行业管理; 2) 落实对医疗机构和医务人员诊疗行为的监督管理责任; 3) 强化医疗服务质量管理,严格控制不合理医疗费用发生。

- 医保部门：1) 统筹推进巩固拓展医保脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接的制度、机制建设，抓好政策落实。2) 将需要扶贫的对象高额医疗费用相关信息及时推送给有关部门，防止因病致贫返贫。3) 落实参保动员主体责任，做好分类资助参保工作，重点做好脱贫人口参保动员工作。
- 扶贫部门和民政部门：1) 做好因病致贫返贫风险监测，建立健全防范化解因病致贫返贫的主动发现机制、动态监测机制、信息共享机制、精准帮扶机制。2) 对特困供养人员、低保家庭成员、低保边缘家庭成员等救助对象认定工作，会同相关部门做好因病致贫对象认定和相关信息共享。3) 对各个部门扶贫工作进行巡视和成效考核。
- 财政部门：1) 确保医保补助资金以及需要帮扶地区和居民的倾斜政策补助资金到位。2) 做好资金投入保障。

2.2. 医保反贫困的作用机理

缓解“因贫致病”：通过对贫困群体基本医疗保险的覆盖，提高了贫困居民的医疗资源可及性，费用的补偿使其患病时能够积极救治，同时医疗卫生条件的改善以及对自身健康问题的重视，令贫困群体的健康水平得以提升，使其能够获得更好的发展机会为家庭积累财富，个人及家庭经济水平的提升，会进一步增强其抵御健康风险冲击的能力，减少贫困发生的概率。

缓解“因病致贫”：通过对参保居民产生的医疗费用支出进行补偿，减轻家庭因疾病治疗支出而产生的财务负担，降低灾难性医疗支出生率，避免低收入群体或刚脱贫家庭在经济脆弱时因为大额的医疗支出而不得不举债或是变卖家产现象的发生，进而降低“因病致贫、因病返贫”的风险，从而达到反贫困的效果。

2.3. 医保反贫困机制图

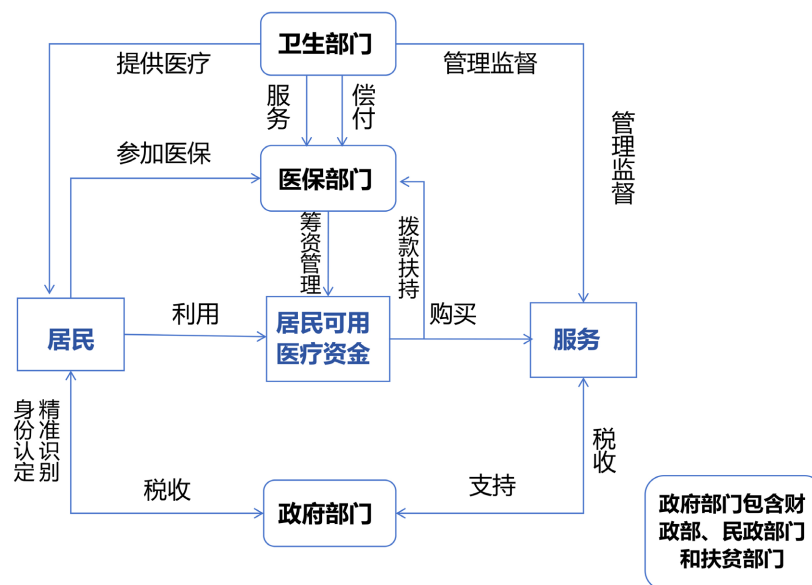


Figure 1. Medical insurance anti-poverty mechanism diagram
图 1. 医保反贫困机制图

通过分析有哪些组成要素，这些要素之间是什么关系，它们之间是如何发挥作用的作出了图 1。根据图可知，分为两个层次，第一个层次是居民利用居民可用医疗资金，通过资金去购买医疗服务。第二个层次是卫生部门为医保部门提供服务，为居民提供医疗，并且管理监督医疗服务。医保局对于居民参加医保

缴纳的费用,对居民可用医疗资金进行筹资管理,并且对于卫生部门提供的医疗服务进行偿付。居民可用医疗资金也对医保部门进行拨款扶持。政府部门(包含财政部门、民政部门和扶贫部门)对居民可用医疗资金进行转移支付,对居民收税并且对于贫困的居民进行身份认定,精准识别,并且监管医疗服务。

3. 医保反贫困案例研究:以杭州市为例

3.1. 杭州市为实现医保反贫所做措施

3.1.1. 杭州市构建因病致贫返贫防范长效机制主要措施

1) 规范医疗救助资助参保政策:对特困人员给予全额资助,对其他对象给予定额资助。定额资助标准由各统筹区确定,报省医保局、省财政厅备案审核后执行。对民政部门认定的过渡期内(渐退期)的医疗救助对象,继续资助参保并实施医疗救助(各级医保、民政、财政等部门按职责分工负责)。

2) 强化基本医疗保险功能。进一步完善城乡居民基本医疗保险制度,继续巩固待遇保障水平,县域内住院政策范围内报销比例稳定在70%左右。完善城乡居民医保慢性病门诊保障制度,根据国家药品目录动态调整,及时调整慢性病用药范围,定点医疗机构应优先选用目录内甲类药品,优先选用通过一致性评价的品种,优先选用集中带量采购中选品种(各级医保、财政、卫生健康等部门按职责分工负责)。

3) 完善大病保险政策。参保人员发生的慢性病、特殊病种门诊费用中,政策范围内个人负担部分,纳入大病保险支付范围(各级医保、财政等部门按职责分工负责)。

4) 开展门诊医疗救助。县级以上人民政府规定的给予医疗救助的其他特殊困难人员的待遇所需资金按照人员隶属关系由各级人民政府保障(各级医保、财政、卫生健康等部门按职责分工负责)。

5) 加强住院医疗救助。医疗救助对象在定点医疗机构发生的政策范围内的医疗费用,扣除基本医保、大病保险和其他补充医疗保险补偿后的个人负担部分,纳入医疗救助范围。新认定的因病纳入低保、低边的支出型困难人员,认定前6个月政策范围内医疗费用纳入医疗救助范围(各级医保、财政、卫生健康等部门按职责分工负责)。

6) 鼓励家庭医生签约服务。鼓励医疗救助对象与家庭医生开展签约服务,对医疗救助对象个人负担的签约服务费部分按规定实施救助(各级卫生健康、财政、医保等部门按职责分工负责)。

7) 支持参加商业补充医疗保险。医疗救助对象参加惠民性商业补充医疗保险个人缴纳部分由当地财政统筹支持,资助标准由各地参照基本医疗保险资助参保政策确定(各级医保、银保监、财政、民政、乡村振兴等部门按职责分工负责)。

8) 健全防范化解因病致贫返贫长效机制。依托全省社会救助平台,做好因病致贫返贫风险监测,建立健全防范化解因病致贫返贫的主动发现机制、动态监测机制、信息共享机制、精准帮扶机制。各地医保部门要将医疗救助对象高额医疗费用相关信息及时推送给民政、乡村振兴、残联、红会、慈善组织等有关部门(机构)和社会组织,引导社会力量参与减贫防贫工作,不断壮大慈善救助,防止因病致贫返贫(各级医保、财政、民政、乡村振兴等部门按职责分工负责)。

9) 提升经办管理服务能力。加快实现参保人员省域范围内基本医疗保险、大病保险、医疗救助等“一站式”结算服务全覆盖。全面实现异地就医备案线上办理,稳步推进门诊费用跨省直接结算工作,确保每个县域内至少一家定点医疗机构实现门诊费用跨省直接结算(各级医保、卫生健康、财政等部门按职责分工负责)。

10) 合力降低看病就医成本。持续推进DRGs支付方式改革,按协议约定向医疗机构预付部分医保资金,缓解其资金运行压力。强化医疗服务质量管理,优先选择基本医保目录内安全有效、经济适宜的诊疗技术和药品、耗材,严格控制不合理医疗费用发生(各级医保、财政、卫生健康等部门按职责分工负责)。

11) 引导合理诊疗有序就医。规范医疗服务行为,充分发挥临床路径作用,积极开展分级诊疗,引导参保对象有序合理就医。继续保持基金监管高压态势,建立和完善医保费用智能审核系统,完善举报奖励机制,切实压实市县监管责任,加大对诱导住院、虚假医疗、挂床住院等行为打击力度(各级卫生健康、医保等部门按职责分工负责)。

12) 增强农村医疗卫生服务供给。医疗救助对象在省域内按规定转诊并在定点医疗机构就医,住院起付线连续计算,执行参保地同等待遇政策(各级卫生健康、医保、财政、乡村振兴等部门按职责分工负责)。

13) 加强部门协同。医保部门负责统筹推进巩固拓展医保脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接的制度、机制建设和实施。民政部门负责做好特困供养人员、低保家庭成员、低保边缘家庭成员等救助对象认定工作,会同相关部门做好因病致贫对象认定和相关信息共享,支持慈善救助发展。财政部门负责做好资金投入保障。乡村振兴部门要做好农村易返贫人口监测和信息共享。卫生健康部门加强对医疗机构的行业管理,规范治疗路径,促进分级诊疗,加强基层医疗卫生服务能力建设。税务部门做好基本医保费征缴相关工作。银保监部门规范商业健康保险发展。

14) 加强运行监测。各市要加强脱贫人口医保帮扶政策落实和待遇享受情况监测,做好与农村低收入人口数据库的信息比对和信息共享,健全医疗救助对象医保综合保障信息台账,加强信息动态管理,及时跟踪政策落实、待遇享受情况,做好因病致贫返贫风险预警和相关政策督导落实。

3.1.2. 西湖益联保

是由杭州市医保局指导和支撑,各个保险公司共同承保的普惠型的医疗保险[6]。去年末,杭州市医保局会同市财政局、市税务局联合印发《杭州市商业补充医疗保险实施方案》(以下简称《实施方案》),决定自2021年1月1日起在全市范围内正式开展商业补充医疗保险工作,旨在健全多层次医疗保障体系,进一步提高市民应对重特大疾病的保障能力,有效防止因病致贫、因病返贫[7]。

3.1.3. 浙江杭州市医保倾斜支付惠及“一老一小”

按照浙江省积极构建育儿友好型、老年友好型社会,加快打造“浙有善育”“浙里长寿”金名片要求,杭州市医保管理部门紧扣共富所需、医保所能,在住院医保按DRG(疾病诊断相关分组)付费改革中优化支付机制,重点向长期慢性病和“一老一小”特殊人群倾斜,补齐制度短板,提升保障精准度2021年,杭州市通过优化医保支付机制,让医疗机构获得政策性倾斜激励,促进诊疗服务能力提升,惠及全市近300万“一老一小”人群[8]。

3.2. 杭州市医保反贫的成就与效果

杭州市按照按照“政府指导、定位补充、理赔简便、商业运作”的原则方针,印发《杭州市商业补充医疗保险实施方案》[9],建立了市域统筹、城乡一体的商业补充医疗保险制度,为解决因病致贫返贫问题、推进共同富裕建设提供补充医保制度保障,破解“机制”难题,促共同富裕建设长效。

据了解,在2021年以来,杭州市以健康保险互助共济“小实践”彰显共同富裕发展共享“大理念”,在基本医保、大病保险、医疗救助等三重保障制度基础上,建立全市统一的商业补充医疗保险制度,推出城市定制型普惠保险产品——“西湖益联保”,150元即可享受全年300万元高额保障,让市民花小钱、买安心。扎实推进“三破”举措,围绕“医保体系扩容提质”,筑牢共同富裕民生保障防线[10]。

在复旦大学出版的《中国普惠型商业医疗保险发展研究》一书中,全国30余种商业医疗保险产品进行各维度评比,“西湖益联保”在保障能力、保障水平以及发展指数等三个维度均排名第一。

“西湖益联保”破解商业健康保险“带病不保”“高龄不保”问题,面向浙江省本级和杭州市基本医保参保人员开放投保,覆盖城乡,不设置限制投保条件,保费普惠统一,每人每年150元[11]。同时,

允许医保个人账户历年余额为本人及其配偶、父母、子女缴纳保费。研究明确对困难群众的资助参保政策，其中，对特困、低保、残保以及低边人员全额或半额资助。其中重点破解“保障不全”“保障不力”。“西湖益联保”精准设计保障范围、起付线和赔付比例，总保障额度达 300 万元。涵盖住院和规定病种门诊医保目录内大病补充保障，医保目录外肿瘤等创新药品、罕见病药品及诊疗必需药品保障等四重保障责任，同时对困难群众实施特殊待遇倾斜[12]。

3.3. 杭州市医疗保障体系协同机制图

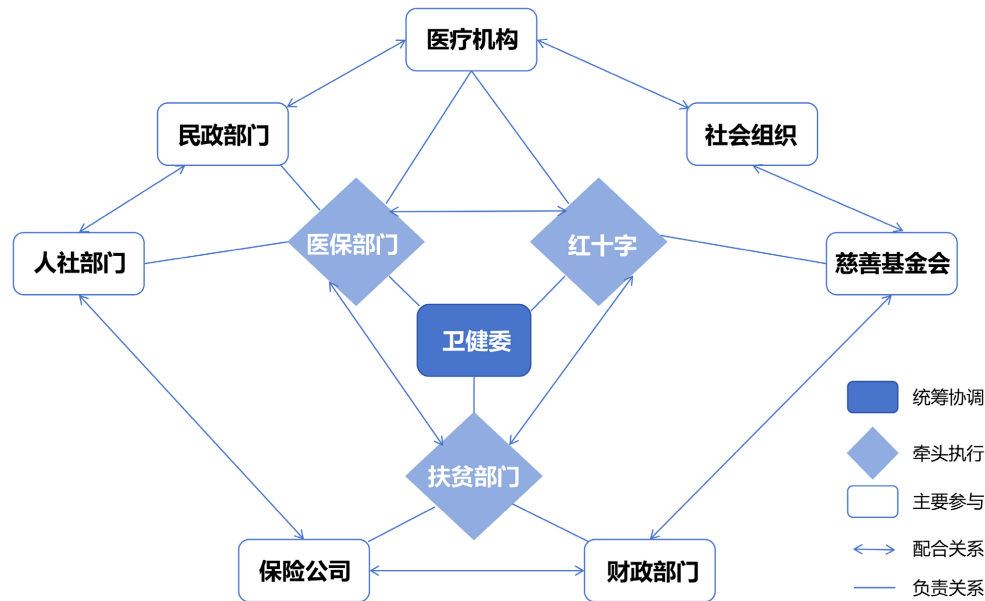


Figure 2. Network diagram of the coordination mechanism of Hangzhou's medical security system
图 2. 杭州市医疗保障体系协同机制网状图

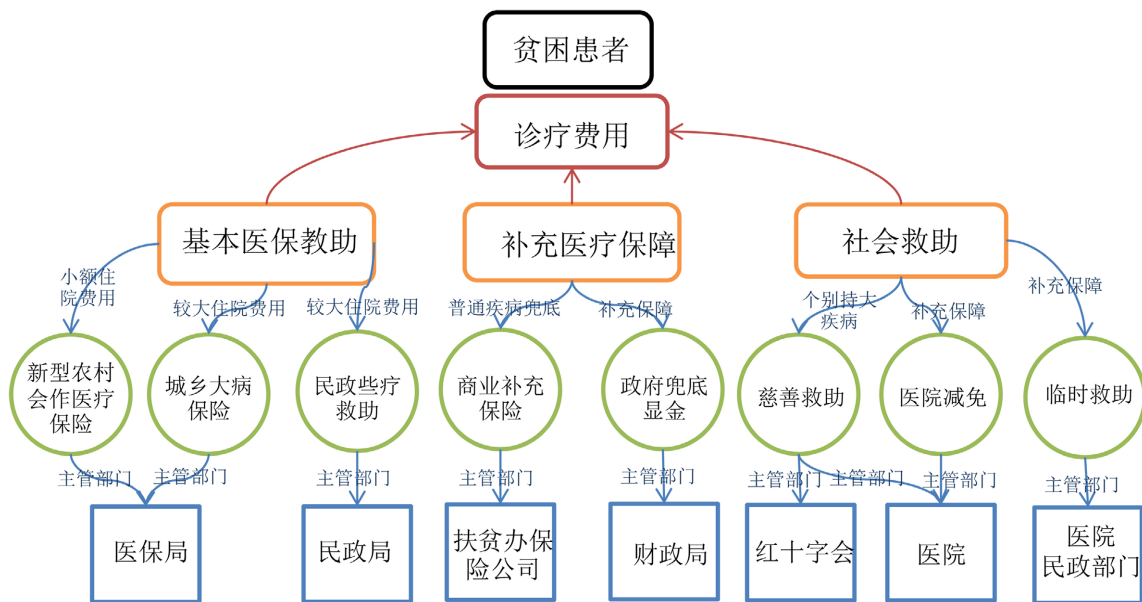


Figure 3. Flowchart of Hangzhou's multi-dimensional assistance system
图 3. 杭州市多元救助体系流程图

由杭州市的政策文件可以得出杭州市的医疗保障体系协同机制图(图 2、图 3)。由卫健委作为健康扶贫医疗保障体系的牵头机构,起到带头和纽带作用,全面协调布局健康扶贫总体工作,医保局、扶贫办和红十字会对卫健委负责。由卫健委制定总体救助保障方案,交由上述三个单位分别执行,同时医保、扶贫和红十字会三个部门保持横向沟通交流,确保政策衔接到位,提高医保救助体系的运行效率[13]。

杭州市医保反贫体系的机制图共分为三个层次。第一层为卫健委处于主导地位,具有统筹协调的核心作用,以政策主体地位来规避各部门间的博弈局面,通过责任分工和任务细分来明确各牵头部门的具体工作要求,同时负责指导和协调各部门间的制度衔接和管理工作。第二层次为医保部门、红十字会、扶贫部门等同级政府部门,针对各自归属的救助政策进行功能定位,通过相互衔接配合,落实卫健委所制定的政策目标并对其负责。第三层次为医院、保险公司、财政、民政、慈善基金会等承担具体保障内容的各个部门,相互之间协调衔接并对二层责任机构负责。

4. 医保反贫困机制有待优化

4.1. 医保反贫困对象识别难

尽管在 2022 年杭州市发布的《杭州市构建因病致贫返贫防范长效机制实施办法》中明确健全主动发现精准识别机制的主要措施。但在医疗救助实践中仍存在动态管理机制失调,医保救助数据库真实性、准确性、全面性、时效性不足的问题,如对一些因病因灾因意外事故等刚性支出较大或收入大幅度缩减导致基本生活出现困难的困难户、农村低收入人口、返贫致贫人口等排查还不够全面、精准[14]。

4.2. 多方救助泛福利化倾向明显,其他社会组织和社会帮扶的参与力度还不够

目前对于低保等困难群众以及支出型贫困人员,在基本医疗保险、大病保险、医疗救助、商业补充医疗保险报销基础上,再由医保、民政、慈善总会、红十字会、残联、乡镇(街道)、社会慈善基金等部门机构进行救助[15],由于对此类人群的就医费用救助信息未实现共享,往往会出现重复救助、超额救助等现象,容易造成救助基金分配不均衡,虽然有很多其它社会组织和社会帮扶参与到医保反贫困中,但是其参与力度和帮扶力度有限。

4.3. 各项保障机制衔接不到位,目录外费用较高

由于健康扶贫各项保障制度的政策范畴和功能不同,基本医保、大病保险、医疗救助在起付线、对象范围、用药目录、报销比例、费用结算等方面衔接不到位,导致患者很难达到受益门槛[16]。近年来虽然各地持续加强健康扶贫力度,相继出台保障政策,但是由于保障机制衔接不到位,医保目录外费用较高,基层医疗服务水平低等问题的存在,目前杭州市的报销比例已经是全国前列,但是大部分省市贫困人口经各项报销后的个人自付费用仍高于 10%,看病就医负担仍然沉重。

4.4. 日常管理机制不合理,考核工作体系有待完善

“一站式”结算不完善。虽然目前的健康扶贫已建立动态管理机制,但因病致贫、因病返贫建卡贫困户基数变化频繁,加之外出务工等流动性大,故不能及时对该类贫困户及时销户或新增[17]。扶贫系统费用录入住院救治比例超 10%、门诊救治比例超 20%,救治费用在录入扶贫系统中,费用经过四舍五入后导致所救治人员总费用有误差,引起救治比例增加。

4.5. 医保反贫困长效机制还不够完善

目前各地的医保反贫则主要是在原有的医疗保障体系之上“额外”增加了“临时性”的诊疗费用的

附加补偿, 而没有明确地界定脱贫后或扶贫攻坚战结束之后, 这些“附加保障”如何延续以及长期资源投入如何解决等[18]。此外, 重大疾病和残疾会持续不断发生, 医保反贫攻坚战结束后新出现的因病致贫如何管理也是需要研究解决的问题, 并且长效机制运行模式有待完善。

5. 医保反贫困优化政策建议

5.1. 加强医疗保障制度衔接, 提升基层医疗服务水平

完善医疗保障机制, 需要进一步细化各项救助政策, 扩大财政投入, 从起付线、医保目录范围、救治对象、县域内就诊率、重病救助等方面入手。必须统一预算健康扶贫工作经费, 明确管理部门, 加强资金保障和日常监管。构建扶贫、医保、卫健、财政等部门的协作机制, 做好政策顶层设计。首先, 在实施精准的倾斜性支付政策前提下, 进一步完善医保反贫困补偿政策, 根据实际情况增补诊疗目录和药品目录, 分类分段设置住院救助比例和最高救助限额。其次, 加大基层医疗机构财政投入, 及时更新设施设备, 强化医务人员业务知识培训, 持续改善健康扶贫基础条件, 满足贫困群众健康需求。

5.2. 建立多元化的救助体系, 大力完善社会救助机制

政府应尽快建立多元化的救助体系, 充分发挥商业保险的作用, 同时大力引导企业和社会力量参与到健康扶贫工作中来, 要推动政府和社会实现联动救助[19]。首先, 在商业补充保险方面, 各地政府可以持续每年投入扶贫资金为贫困户购买大病商业医疗补充保险, 从而增加医疗保障的厚度。但需要根据救治进度不断健全补充商业保险, 明确保障水平, 优化大病补充商业保险的参保赔付方案, 使商业保险充分发挥作用。其次, 在社会救助方面, 慈善医疗救助是社会救助的主要形式, 要充分利用慈善医疗救助, 鼓励社会组织通过设立专项基金, 搭建网络平台等形式参与到健康扶贫工作当中来。

5.3. 加强健康扶贫制度建设, 完善监督考核体系

进一步落实完善脱贫攻坚责任机制, 将脱贫攻坚工作纳入医疗机构和个人年度考核, 定期组织人员对各医疗机构脱贫攻坚工作开展督导检查, 对扶贫工作开展不力的医疗机构和个人取消年度评先评优资格, 确保工作按期推进和落实。制定“贫困人口医疗救助监管办法”组织力量通过医保报销数据的分析, 辅以适当的入户调查及医务人员访谈等, 发现健康扶贫政策与措施中已经及可能存在的服务滥用、费用报销过度等弊端及影响因素, 并设计易操作、可持续的防范措施与管理办法。

5.4. 巩固医保反贫困成果, 建立长效保障机制

医保反贫开展以来, 卫健、民政、财政、人社、扶贫等部门通过大量的投入和工作, 有效地减少了对我国贫困人口因病致贫返贫人数, 同时极大改善了农村贫困地区的基层医疗卫生环境[20]。医保反贫是一项长期的艰巨任务, 只有建立医保反贫的长效运行机制, 通过常规化的帮扶救助预防因病致贫、因病返贫, 才能守住这来之不易的成果。要逐步建立以城乡医疗救助为主、商业保险社会救助为辅的健康扶贫长效保障机制。

参考文献

- [1] 徐登涛. 农村基本医疗保险是否减轻了灾难性医疗支出与因病致贫? [D]: [硕士学位论文]. 南京: 南京农业大学, 2019. <https://doi.org/10.27244/d.cnki.gnjnu.2019.001290>
- [2] 刘汉成, 陶建平. 倾斜性医疗保险扶贫政策的减贫效应与路径优化[J]. 社会保障研究, 2020(4): 10-20.
- [3] 王雅萱. 相对贫困视域下城乡居民基本医疗保险的减贫效应研究[D]: [硕士学位论文]. 济南: 山东财经大学, 2022. <https://doi.org/10.27274/d.cnki.gsdjc.2022.000923>

- [4] 熊文熙, 彭兆龙, 杨璇. 政策工具视角下我国医保扶贫研究[J]. 特区经济, 2022(10): 73-76.
- [5] 王伟. 重大疾病对贫困的作用机制及其应对策略研究[D]: [博士学位论文]. 南京: 南京大学, 2013.
- [6] 黄庆林, 李婷. 城乡居民基本医疗保险缓解老年贫困的效应分析——基于双重贫困的视角[J]. 社会工作与管理, 2022, 22(5): 78-86.
- [7] 郭庆. 城乡居民医保统筹对农村居民的促健防贫效用研究[D]: [硕士学位论文]. 上海: 上海工程技术大学, 2021. <https://doi.org/10.27715/d.cnki.gshgj.2021.000320>
- [8] 顾鑫, 周延, 张旭. 城镇居民医疗保险制度的反贫困效果研究[J]. 江西财经大学学报, 2021(2): 66-79. <https://doi.org/10.13676/j.cnki.cn36-1224/f.2021.02.007>
- [9] 徐海洋. 基本医疗保险对城乡居民扶贫绩效的影响研究[D]: [硕士学位论文]. 济南: 山东大学, 2021. <https://doi.org/10.27272/d.cnki.gshdu.2021.003135>
- [10] 翁婧玉. 基本医疗保险减贫效果研究[D]: [硕士学位论文]. 成都: 西南财经大学, 2021. <https://doi.org/10.27412/d.cnki.gxncu.2021.002071>
- [11] 楚克本. 基于 CPFS 数据的医疗保险减贫效果研究[J]. 信息系统工程, 2018(6): 63-64+66.
- [12] 李建国, 李文俊. 基于 PSTR 模型的居民医保反贫困作用研究[J]. 中国医疗保险, 2022(10): 11-18. <https://doi.org/10.19546/j.issn.1674-3830.2022.10.002>
- [13] 胡晓毅, 詹开明, 何文炯. 基本医疗保险治理机制及其完善[J]. 学术研究, 2018(1): 99-106+178.
- [14] 李嘉程, 吴群红, 覃英华, 王日珍, 郭鹏飞, 马云霞, 高珊珊. 基于扎根理论的医保治理关键要素与运作逻辑分析[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(5): 5-9.
- [15] 唐成杰. 健康扶贫政策下的农村贫困患者医疗保障机制研究——以重庆市为例[D]: [硕士学位论文]. 重庆: 重庆医科大学, 2019.
- [16] 王晶晶. 深化医保改革背景下城镇职工基本医疗保险制度运行问题研究[D]: [硕士学位论文]. 泰安: 山东农业大学, 2022. <https://doi.org/10.27277/d.cnki.gsdnu.2022.000085>
- [17] 徐玮. 围绕保基本织密网实基层建机制——以杭州医保为例[J]. 中国医疗保险, 2019(4): 39-41. <https://doi.org/10.19546/j.issn.1674-3830.2019.4.007>
- [18] 周小敏. 医保扶贫如何扶得更精准[J]. 人民论坛, 2020(8): 60-61.
- [19] 潘文轩. 医疗保障的反贫困作用与机制设计[J]. 西北人口, 2018, 39(4): 51-59+72. <https://doi.org/10.15884/j.cnki.issn.1007-0672.2018.04.007>
- [20] 任雪娇, 马池春. 制度化扶贫: 多层次医保助推贫困治理的长效机制——基于共同富裕道路的探索[J]. 山西农业大学学报(社会科学版), 2022, 21(2): 67-74. <https://doi.org/10.13842/j.cnki.issn1671-816x.2022.02.008>