

【医疗保障】

基本医保省级统筹风险调剂机制研究

——基于结构性风险与管理风险相分离视角

朱凤梅 贺方兴

【摘要】目前,我国基本医保省级统筹不管是“统收统支”还是“调剂金”制度,都需要厘清“结构性风险”与“管理风险”之间的关系。本文在借鉴国际经验基础上,提出构建适合我国实际情况的省级统筹风险调剂方案,一是利用参保患者的年龄、性别、健康状况等特征分离出“结构性风险”;二是建立标准化风险支出模型,给出各统筹区基于结构性风险调剂后的“标准”基金支出公式,以分离出“管理风险”。在此基础上,本研究利用X样本省2013年—2019年医保结算数据,对上述过程进行论证,发现方案具有可操作性和可行性。建议各地在推进省级统筹的过程中,考虑将基金支出的结构性风险与管理风险相分离,统筹结构性风险,压实管理风险。同时,兼顾地区实际情况,防范基金逆向分配,保障制度公平。

【关键词】省级统筹;风险调剂;结构性风险;管理风险

【作者简介】朱凤梅,中国社会科学院经济研究所(北京 100836);贺方兴,赣州市医疗保障局监测中心(赣州 341000)。

【原文出处】《中国医疗保险》(京),2023.6下.32~38

1 导语

在人口老龄化和劳动力大规模流动的背景下,基本医疗保险县市级统筹与基金可持续之间产生了冲突,提高统筹层次成为解决区域间基本医保发展不平衡、人群间基本医保待遇享受不公平的主要途径。有证据表明,提高医保统筹层次,一方面有助于分散风险^[1],实现医疗公平;另一方面有助于提高医保议价能力^[2],管理规范供方医疗行为^[3],进而减少医疗支出^[4-6]。

目前“做实”市级统筹的地区尚不足80%,只有包括4个直辖市在内的共计8个省份实现了省级统筹。这其中的原因,有统筹层次与财政级次不匹配,如“县财省管”(省直管县财政)背景下难以做实市级统筹^[7,8];也有统筹层次提高产生委托代理关系,从而导致道德风险问题,即管理责任上收后地方有降低基金收入、增加基金支出的动机^[9],导致上级政府担心下级政府推卸责任。但本文认为,最核心的原因

是统筹层次提高没有实现结构性风险与管理风险相分离,即提高统筹层次,“统”的是结构性风险(参保人群患病风险),而不是管理风险^[10]。2020年,中共中央、国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》提出“分级管理、责任共担、统筹调剂、预算考核”的省级统筹思路。2022年,党的二十大报告专门强调“推进基本医保省级统筹”。在此背景下,设计基本医保省级统筹风险调剂方案,推动省级统筹,实现医保公共服务均等化,具有重要的理论和现实意义。

本文在梳理我国基本医保省级统筹现状及存在问题的基础上,提出将结构性风险与管理风险相分离的省级统筹风险调剂方案,并利用中国医疗保险研究会2013年—2019年CHIRA(China Health Insurance Research Association)抽样数据库中的X省作为研究对象,对风险调剂方案进行论证,最后提出政策建议,以期进一步推动我国基本医疗保险省级统筹。

2 基本医保省级统筹现状及存在问题

2.1 部分地区先行试点,选择了不同的统筹模式

本文选择已经实现或正在实行省级统筹的海南、重庆、宁夏、福建四地作为研究对象,另外,还选择了实施垂直管理的江西省赣州市作为市级统筹案例,通过分析其具体做法及可能出现的问题,为省级统筹的基金管理责任划分提供经验参考(见表1)。

从统筹现状看,海南职工医保和居民医保均采用了“统收统支+分级管理”的省级统筹模式,基金使用由地方管理,缺口由市县承担。重庆没有一步到位完全实现医保基金的统收统支,而是选择了省级“混合模式+分级管理”的统筹模式。即先将体量较

小,操作较为容易的职工医保实现了省级统收统支,采取分级管理模式;而对于体量较大,涉及问题较多的居民医保则建立了调剂金制度,管理上同样采取分级管理模式。宁夏职工医保和居民医保均走向了“调剂金+分级管理”的省级统筹模式。福建则只开展了职工医保的省级统筹,未开展居民医保的省级统筹,模式也为“调剂金+分级管理”。赣州建立了“统收统支+垂直管理”的市级统筹模式,即管理体制上实现市级对县级医保局人财物的直接管理。上述五地基本医保统筹方式可以归类为四种模式:“统收统支+垂直管理”“统收统支+分级管理”“混合模式+分级管理”“调剂金+分级管理”。

表1 部分地区省级统筹模式比较

类别	海南	重庆	宁夏	福建
统筹范围	职工医保+居民医保	职工医保	职工医保+居民医保	职工医保
统筹模式	统收统支+分级管理	统收统支+分级管理	调剂金+分级管理	调剂金+分级管理
调剂比例	—	—	筹资总额的8%	基金收入的30%
医保政策	六统一	六统一	六统一(职工医保)	未统一
结余处理	—	滚存结余全额上划,弥补基金差额和缺口	当期结余留存当地,弥补基金缺口	累计结余和当期结余留存当地
责任分担	地方拖欠的医疗费用由市县基金支付,不足支付部分,由本级政府承担	统筹基金实际支出未超过指标的,节支部分的60%留存区县;如果超支,超支部分由市和区县共同承担	出现收支缺口,由历年结余、调剂金、本地财政补助等渠道解决。对因全市减收增支政策造成的缺口,市里给予适当调剂补助	收支缺口由累计结余、风险储备金解决,不足支付部分,可申请调剂(1年1次),调剂后仍不足的,由市、县两级财政共同负担
调剂办法	—	—	未有具体的调剂办法	有调剂金使用具体考评指标和计算办法
激励机制	—	征收任务超过95%的,超出部分的50%留存于区县;低于征收任务的95%,低于95%的差额部分由当地医保结余支付,不足的,由区县政府予以补齐	对工作成绩突出的区县,给予表彰;对未完成目标考核指标和未按规定上缴市级调剂金的,当期出现缺口全额由各区县承担,调剂金不予调剂。未到位的市级调剂金由市级财政通过财政决算扣收	对净上缴地区,占其当年基金收入超过9%的部分,予以返还;对净拨付地区,净拨付额超过其基金收入20%部分,予以留存用于全省风险调节金
对患者影响	—	市内非参保地就医,报参保地经办机构同意,未经同意的,住院起付线提高5%、报销比例下降5%	同城化待遇,无需办理转诊转院或异地就医备案	—

注:“—”表示暂时未收集到有效信息。

从管理方式看,各地都注重建立绩效考核机制和约束激励机制。海南将基金预算、参保扩面、基金征缴、财政补贴、待遇支付、基金监管等执行情况,细化量化为考核指标,并纳入省政府对市县政府的考核评价体系中,考核结果与市县政府绩效挂钩。重庆一方面建立市对区县(自治县)医保工作的目标考核制度,即对区县(自治县)扩面征缴、基金收支预算管理、定点服务机构管理等有关工作实行量化考核;另一方面,实行超收留存,差额弥补考核机制,即区县当年实际征收的基本医保基金超过了市级下达的征收任务的95%,可以将超出95%部分中的50%留存于区县,用于弥补该地区应当负担的差额和缺口部分。如果当年实际征收的基本医保基金低于市级下达的征收任务的95%,低于95%的差额部分就需要由当地基本医保统筹结余基金支付,对于统筹结余基金不足以支付的,则需要由区县政府予以补齐。宁夏对各统筹区的应调剂金额引入考核机制,即调剂金由基础调剂金和考评调剂金两部分组成,所占权重分别为60%和40%,从完成上年征缴任务、基本医保基金收入决算增减幅与支出决算增减幅、基金使用监督管理、上年度违规整改未落实等指标进行考核,确定考评调剂金额度。福建则实行调剂金封顶调节机制和分配激励约束机制,即对净上缴金额较大地区,其净上缴金额占其当年职工医保基金收入比例超过9%的部分,予以返还;对净拨付金额较大地区,其净拨付金额超过其当年职工医保基金收入20%的部分,予以留存用于全省风险调节。同时,在拨付调剂基金前对净拨付地区所得调剂基金总额的5%进行集中管理,年终根据各地医改考核结果进行二次分配。赣州将医保扩面征缴和基金运行等管理指标纳入各县(市、区)党风廉政建设、高质量发展等考核范围,考核结果作为各县(市、区)医保补助资金分配和经费拨付的重要依据。

从责任分担机制看,目前海南对市县政府责任如何分担没有明确规定,为推进省级统筹,要求地方拖欠的医疗费用由市县基金支付,基金不足以支付的部分,由本级政府承担。重庆职工医保当年出现超支的,超支部分由市和区县共同承担,区县部分由本地区统筹结余基金支付,统筹结余基金不足以支

付的,则需要由区县政府承担。重庆居民医保当期出现收支缺口的,由各区县(自治县)全额承担,市级调剂金不予调剂补助。宁夏规定,当基金收不抵支时,先用本统筹区的历年累计结余,历年结余不足以支付的,可以申请调剂金,调剂金额根据其上年度基金缺口、考核分担比例以及定点医疗机构实际费用等内容计算得出,每年每个险种原则上申请调剂金不超过一次。经调剂后,仍存在缺口的,地方根据责任大小由市、县两级财政部门共同负担。赣州要求市级统收统支前出现的基金缺口,由当地政府安排资金一次性全额补足到市级财政专户;统收统支后,当年未完成市级下达的征缴收入预算部分,由当地政府安排资金补足。

2.2 存在的问题

从上述各地提高统筹层次的实践经验看,不管是“统收统支”还是“调剂金”制度,都混淆了“结构性风险”与“管理风险”的关系,既没有实现对参保人群患病风险的统筹(仅福建在调剂金分配时,考虑了退休职工人数这一老龄化因素),也没有分散因疾病导致的经济风险,反而过于关注对参保地管理风险的统筹。特别是垂直管理下,实际体现为对管理风险的上收,非但不能分散管理风险,还可能加剧管理风险。这种情况下,会带来以下三个方面的问题。

2.2.1“穷帮富”问题。统筹层次提高后,对于经济发展不均衡省份,可能出现“穷帮富”。一方面,发达地区优质医疗资源更为集中,人均消费能力也更高,导致基金支出规模更大,出现欠发达地区补贴发达地区的现象。另一方面,基金的上收会进一步提高高等级医院的医保分配额度,固化其优势地位,造成对欠发达地区医院的基金虹吸效应。

2.2.2道德风险问题。统筹层次提高,随之产生的是上级政府与下级政府的“委托—代理”关系,在难以有效约束下级行为的情况下,也就难以规避道德风险的出现。如统收统支后,医保基金上收至省级财政专户,在财权与事权分离下,地方政府基金征缴动力不足、基金监管力度不够,甚至有意扩大基金支出。当前部分地区的做法是设置精细化的考核方式,但这可能加重行政管理成本,陷入“考核怪圈”。除此之外,在当前的行政管理和财政管理体制下,

统筹层次提高还可能导致负激励问题。以垂直管理为例,垂直管理有助于上传下达的一致性,但同样会产生新问题。一是垂直管理后,医保部门与地方其他业务部门的协调性下降,相应的地方政府的支持力度也有所下降。二是垂直管理后,医保系统干部职工与本地干部交流受限,可能导致流通通道变窄、信息共享减少。如果省级统筹走向垂直管理,无疑会加大管理风险,加重上级管理责任,不利于省级统筹工作的推进。

2.2.3 预算软约束问题。大部分地区省市县政府缺乏“硬约束”,责任分担机制在实际工作中较难落实。统筹层次的提高与政府部门的支持力度息息相关。实地调研中发现,各地多以医保局或联合财政厅的名义发文,这对地方政府部门的约束能力有限,进而可能导致政策难以落地,特别是涉及地方政府责任分担上,容易流于形式。与之不同的是,赣州由市委办公室与人民政府办公厅联合发文,有助于提高地方政府的执行力度。

3 省级统筹风险调剂机制设计

3.1 风险调剂方案

从国际经验看,提高统筹层次主要有两个途径:一是合并风险池,实现基金上的统收统支。如加拿大、韩国和我国台湾地区,将多项健康保险计划合并为一项国民健康保险项目^[11,12]。二是在各风险池间引入风险调剂机制。如比利时、德国、以色列、荷兰和瑞士等,都是采取这一做法^[13,14]。这里的“风险调剂”,是一个资金再分配的概念,以平衡高风险地区/风险池与低风险地区/风险池、高收入个人与低收入个人之间的结构性差异。本文在借鉴国际成熟经验(如德国)基础上,构建适合我国实际情况的统筹风险调剂因子及调剂方案。

基本思路是,首先根据参保人群的年龄、性别、健康状况等人口特征进行分组,分离出结构性风险;其次利用医保结算真实数据,估算结构性风险发生的费用和基金支出情况;最后,设计基于结构性风险的基金调剂办法。为防止逆向调节导致的“穷帮富”问题,在基金分配中还综合考虑了患者参保地的城市特征、经济发展和医疗资源分布等因素的影响。需要说明的是,这一风险调剂方案既适应省级统筹

“统收统支”,也适应“调剂金”制度。

3.1.1 分离结构性风险。将性别、年龄、疾病状况作为风险调剂因子,分别设定年龄性别组、发病组。

年龄性别组:按性别(男性、女性),年龄间隔五岁为一组(0—5岁,6岁—10岁……95岁以上),共生成40个年龄性别风险组(Age_Gender_Group, AGG)。

发病组:根据健康状况或发病率设定发病组。主要分三步:第一步根据医学相关诊断(ICD-10),归纳出不同诊断组(Diagnosis Group, DG),诊断信息不明确的专门作为一组;第二步根据医疗经济成本同质性或医疗资源消耗水平,将不同DG组进一步分到不同发病组(Morbidity Group, MG),采取的办法是将住院总费用进行五等分;第三步根据疾病严重程度(有无合并症、并发症等),对MG进行分级,生成发病组(Hierarchy Morbidity Group, HMG)。鉴于数据的可得性,我们利用患者单次住院是否出现“第2诊断”或“第3诊断”作为有无合并症、并发症的替代变量。当然,这一过程也可以参考正在试点的DRG/DIP病种分组原理,本文不再赘述。

3.1.2 测算各风险组标准化支出。采取回归分析方法标准化每个风险组的支出。即将住院总费用/基金支付作为因变量,参保人所在的风险组(AGG、HMG)为自变量,并以“虚拟变量”表示,如果参保人具有该特征,则为“1”,否则为“0”。因此,每个风险组产生一个回归系数,系数反映了该风险组对总支出的贡献,相应的可以计算出风险组的标准化支出。模型设定如下:

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 AGG_i + \beta_2 HMG_i + \beta_3 Z_i + \varepsilon_i$$

其中, Y_i 表示患者*i*的住院总费用和基金支付额, AGG_i 表示患者*i*所在的年龄性别组, HMG_i 表示患者*i*所在的发病组, Z_i 为一系列控制变量,包括医疗机构级别、医保结算方式、参保地城市等级、参保地每十万人医院卫生院数、参保地每千人口医院卫生院床位数、参保地每千人口执业或助理医师数、参保地人均GDP等。 ε_i 为随机扰动项。

3.2X 省医保结算数据模拟

3.2.1 数据来源及说明。模拟数据来源于中国医疗保险研究会2013年—2019年CHIRA抽样数据库,选择X省作为研究对象,剔除省外异地就医样本。

为简化分析,使用X省的A市和B市作为省级统筹对象。其中,A市为省会城市,B市为地级市。

3.2.2 结构性风险组数。根据年龄性别组和发病组入组原则,样本数据共得到40个AGG组和346个

HMG组。图1显示的是职工医保和居民医保患者各组别频数分布情况(见表2)。

3.2.3 回归结果。因风险组组别较多,回归结果仅展示部分风险组的回归系数和标准误差(见表3、

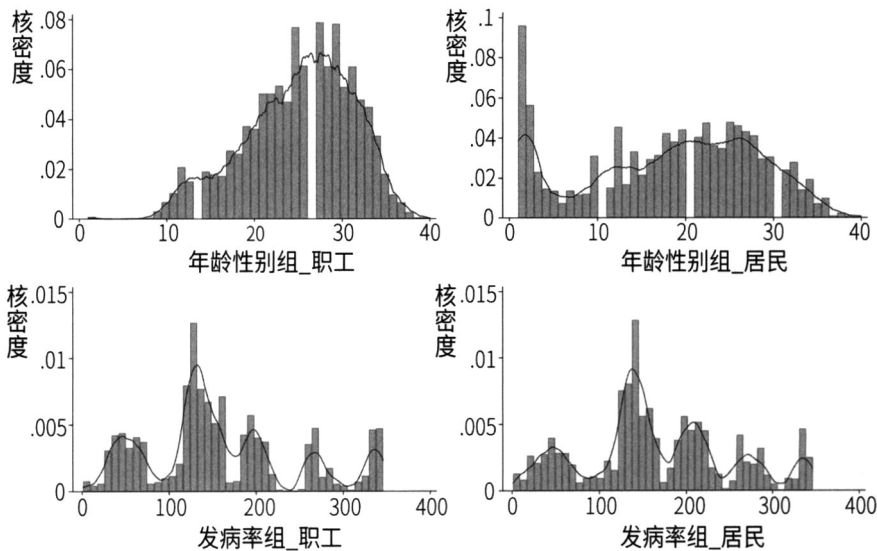


图1 职工医保和居民医保各组别频数分布情况

表2 结构性风险组数					
组别		具体项目			
AGG组	AGG001	AGG002	AGG003		AGG040
	DG001	DG002	DG003		DG025
MG组	MG001	MG002	MG003		MG120
	HMG001	HMG002	HMG003		HMG346

表3 风险组回归结果(职工医保)				
组别	住院总费用的对数		基金支付的对数	
	(1)	(2)	(3)	(4)
AGG组				
AGG002	-0.139(0.169)	-0.00985(0.173)	-0.00174(0.519)	0.397*(0.216)
AGG005	-0.404*** (0.107)	-0.370** (0.149)	0.0510(0.210)	-0.444** (0.216)
.....				
AGG039	0.206(0.250)	0.284(0.406)	1.311*** (0.304)	0.827** (0.406)
AGG040	-0.0239(0.184)	-0.0717(0.212)	0.252(0.687)	-0.278(0.694)
HMG组				
HMG003	-0.0446(0.209)	-0.162(0.187)	-0.656** (0.265)	-0.499* (0.281)
HMG004	1.016*** (0.139)	0.887*** (0.0919)	0.927*** (0.154)	0.433* (0.247)
.....				
HMG345	3.229*** (0.350)	3.004*** (0.333)	1.355(1.329)	1.597(1.332)
HMG346	2.933*** (0.159)	2.809*** (0.134)	2.673*** (0.155)	2.810*** (0.182)
控制变量	否	是	否	是
常数项	7.005*** (0.169)	6.397*** (0.365)	5.879*** (0.243)	7.442*** (0.514)
观测值	14580	12259	14580	12259
R ²	0.895	0.899	0.714	0.709

注: *、**、***分别表示在10%、5%、1%的显著性水平上显著。控制变量包括医疗机构级别、医保结算方式、参保地城市等级、参保地每十万人人口医院卫生院数、参保地每千人口医院卫生院床位数、参保地每千人口执业或助理医师数、参保地人均GDP。

表4)。以职工医保为例,在控制和未控制参保地特征的情况下,年龄性别组 AGG005 均对住院总费用有负向影响,而在控制参保地特征的情况下,年龄性别组 AGG005 对基金支付具有负向影响。与之相反,在控制和未控制参保地特征的情况下,年龄性别组 AGG039 均对基金支付具有显著的正向影响。这说明,不同年龄性别对基金支付的影响水平存在较大差异,设置年龄性别组具有合理性。将患者按年龄性别以及所患疾病情况带入回归结果即可得出该患者标准化后的住院费用和基金支付水平。

3.3 风险调剂后的基金支付

以职工医保为例,X省*i*市(*i*=A、B)基于结构性风险调剂后的“标准”基金总支出水平应为:

$$EXP_{i_nom} = \sum_{j=1}^{40} \bar{y}_{AGG_j} \times n_j + \sum_{k=1}^{113} \bar{y}_{HMG_k} \times n_k$$

其中, EXP_{i_nom} 表示第*i*个统筹区“标准”基金总支出水平; n_j 表示第*j*个性别年龄组的患者入组人数, $\bar{y}_{AGG_j}$ 为第*j*个年龄性别组的基金支付; n_k 表示第*k*个发病组的患者入组人数, $\bar{y}_{HMG_k}$ 为第*k*个发病组的基

金支付。 $\bar{y}_{AGG_j}$ 、 $\bar{y}_{HMG_k}$ 均为带入上文回归模型后的平均基金支付值。

(1)当第*i*个统筹市的实际基金支出 $EXP_{i_act} \leq EXP_{i_nom}$ 时,省级统筹基金池不需要调剂,出现结余,可归功于*i*统筹区管理能力的提升。

(2)当第*i*个统筹市的实际基金支出 $EXP_{i_act} > EXP_{i_nom}$ 时,即*i*统筹区出现超支,那么在排除患者年龄性别、疾病谱因素影响后,基本可以断定,*i*统筹区管理能力有待提高,超支部分可由地方财政或累计结余承担。

当然,第一种情况更可能是地级市B,第二种情况更可能是省会城市A。地级市B获得的是全省在AGG组、HMG组上的平均支付水平,但受经济发展水平、人均可支配收入、地理位置、交通便利性、医疗资源等因素影响,患者的消费水平有限,导致了参保地出现结余。这也是模型设计中加入控制变量的意义所在。在实际应用中,还可以进一步根据这些因素,对各统筹区的“标准”基金总支出水平 EXP_{i_nom} 进行加权,将其作为省级统筹风险池拨付的标准和依据。

表4 风险组回归结果(居民医保)

组别	住院总费用的对数		基金支付的对数	
	(1)	(2)	(3)	(4)
AGG组				
AGG002	0.00694(0.0129)	0.00149(0.0211)	0.0143(0.0272)	0.0286(0.0406)
AGG003	-0.00248(0.0168)	-0.0304(0.0259)	0.0343(0.0371)	0.0641(0.0571)
.....				
AGG039	-0.0586(0.0586)	-0.113(0.127)	0.105(0.333)	-0.447(0.766)
AGG040	-0.00563(0.0464)	-0.0725(0.0597)	0.216**(0.102)	0.231**(0.108)
HMG组				
HMG002	0.304*(0.159)	-0.595(0.430)	0.729**(0.367)	-1.395*(0.717)
HMG003	0.1000(0.148)	-0.955**(0.454)	0.367(0.362)	-2.043*** (0.741)
.....				
HMG345	2.782*** (0.233)		3.120*** (0.435)	
HMG346	3.022*** (0.169)	1.955*** (0.463)	3.509*** (0.364)	1.196(0.739)
控制变量	否	是	否	是
常数项	7.015*** (0.142)	-8.865(9.474)	5.685*** (0.354)	-26.15(16.39)
观测值	20214	9954	20214	9954
R ²	0.895	0.882	0.728	0.733

注: *、**、***分别表示在10%、5%、1%的显著性水平上显著。控制变量包括医疗机构级别、医保结算方式、参保地城市等级、参保地每十万人人口医院卫生院数、参保地每千人口医院卫生院床位、参保地每千人口执业或助理医师数、参保地人均GDP。

4 总结与建议

医保统筹层次提高是国家治理能力现代化的重要体现^[5]。党中央、国务院近年来在多个文件中要求推进基本医保省级统筹,可见我国提高基本医保统筹层次的决心和执行力。但当前各地在推进省级统筹过程中,对“结构性风险”与“管理风险”的关系理解不够,将两者混同一起统筹,分散结构性风险的同时,扩大了管理风险。在我国地方经济发展不平衡,医疗资源分布不均,财政分级管理、分灶吃饭等客观因素影响下,可能导致“穷帮富”“道德风险”和“预算软约束”问题。

基于此,本文提出建立一套适合我国实际情况的省级统筹风险调剂方案,选择年龄、性别、疾病状况作为风险调剂因子,选择参保地特征、医疗资源状况等作为加权因子,以分离“结构性风险”。然后建立标准化风险支出模型,利用回归分析法,给出各统筹区基于结构性风险调剂后的“标准”基金支出公式,以分离出“管理风险”。最后利用X省医保结算数据进行论证,共得到40个年龄性别组(AGG)、346个发病组(HMG)。这一过程操作相对简单,在各地推行医保结算清单制度的情况下也具有可行性。建议各地结合现实情况,考虑基于结构性风险与管理风险相分离的省级统筹风险调剂制度,对于结构性风险要上统,对于管理风险则要压实,有助于防范基金逆向分配,保障制度公平。

参考文献:

- [1]HUSSEY P, ANDERSON G F. A comparison of single- and multi-payer health insurance systems and options for reform[J]. Health Pol. 2003, 66(3): 215-228.
- [2]MORGAN, STEVEN G, MARTIN, et al. Pharmacare 2020: The future of drug coverage in Canada[J]. Pharmaceutical Policy Research Collaboration, University of British Columbia, Vancouver, 2015.
- [3]WINNIE C YIP, YUE-CHUNE LEE, SHU-LING TSAI,

et al. Managing health expenditure inflation under a single-payer system: Taiwan's national health insurance[J]. Social Science & Medicine, 2019(233): 272-280.

[4]HSIAO, WILLIAM C, KNIGHT ANNA GOSLINE, et al. What other states can learn from vermont's bold experiment: Embracing a single-payer health care financing system[J]. Health Affairs, 2011: 1232-1241.

[5]MORGAN, STEVEN G, LEOPOLD, et al., Drivers of expenditure on primary care prescription drugs in 10 high-income countries with universal health coverage[J]. Can. Med. Assoc. J. 2017, 189(23): E794-E799.

[6]NICOLAS BICHAY. Health insurance as a state institution: The effect of single-payer insurance on expenditures in OECD countries[J]. Social Science & Medicine, 2020, 256: 1-12.

[7]付明卫,徐文慧.中国基本医疗保险省级统筹的影响因素和经验模式研究[J].消费经济,2019,35(05):6-13.

[8]高秋明,王洪娜.财政分权体制对医疗保险统筹层次的影响研究[J].中国特色社会主义研究,2020(04):47-55.

[9]朱恒鹏,岳阳,林振翻.统筹层次提高如何影响社保基金收支——委托—代理视角下的经验证据[J].经济研究,2020,55(11):101-120.

[10]王震.准确理解政策内涵 稳妥推进基本医保省级统筹[J].中国医疗保险,2022(12):67-70.

[11]KWON S. Health care financing reform and the new single payer system in the Republic of Korea: Social solidarity or efficiency? [J]. International Social Security Review, 2003, 56: 7-94.

[12]KWON S, Thirty years of national health insurance in South Korea: Lessons for achieving universal health care coverage [J]. Health Policy Plan. 2009, 24: 63-71.

[13]VAN DE VEN, W P, VAN VLIET, et al. Health-adjusted premium subsidies in the Netherlands[J]. Health Aff. 23(3): 45-55.

[14]REINHARDT, U E. The many different prices paid to providers and the flawed theory of cost shifting: Is it time for a more rational all-payer system?[J]. Health Aff. 30(11): 2125-2133.

[15]朱恒鹏,田文文,孙梦婷.从国家治理能力现代化视角看社保统筹层次提高[J].科学社会主义,2021(06):105-114.