

分类号 F84/51
U D C _____

密级 _____
编号 10741



硕士学位论文

(专业学位)

论文题目 甘肃省城乡居民基本医疗保险问题研究

研究生姓名: 魏黎霞

指导教师姓名、职称: 王振军、教授

学科、专业名称: 应用经济学、保险硕士

研究方向: 社会保险理论与政策

提交日期: 2021年5月25日

独创性声明

本人声明所提交的论文是我个人在导师指导下进行的研究工作及取得的研究成果。尽我所知，除了文中特别加以标注和致谢的地方外，论文中不包含其他人已经发表或撰写过的研究成果。与我一同工作的同志对本研究所做的任何贡献均已在论文中作了明确的说明并表示了谢意。

学位论文作者签名： 魏黎霞 签字日期： 2021.5.25

导师签名： 王振宇 签字日期： 2021.5.25

导师(校外)签名： _____ 签字日期： _____

关于论文使用授权的说明

本人完全了解学校关于保留、使用学位论文的各项规定， 同意（选择“同意”/“不同意”）以下事项：

- 1.学校有权保留本论文的复印件和磁盘，允许论文被查阅和借阅，可以采用影印、缩印或扫描等复制手段保存、汇编学位论文；
- 2.学校有权将本人的学位论文提交至清华大学“中国学术期刊（光盘版）电子杂志社”用于出版和编入CNKI《中国知识资源总库》或其他同类数据库，传播本学位论文的全部或部分內容。

学位论文作者签名： 魏黎霞 签字日期： 2021.5.25

导师签名： 王振宇 签字日期： 2021.5.25

导师(校外)签名： _____ 签字日期： _____

**Research on Basic Medical Insurance
Problems of Urban and Rural Residents in
Gansu Province of China**

Candidate : Wei Lixia

Supervisor: Wang Zhenjun

摘 要

医疗保障问题是关系到全国 14 亿人民的重大民生问题，也是长期以来备受关注的热点问题，随着社会经济的发展，我国医疗保障制度也在不断完善当中。2016 年我国开始建立城乡居民基本医疗保险，将城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗保险进行了整合，整合之后虽然从一定程度上解决了原医保体系城乡分离造成的政策不统一、待遇不均衡、基金共济能力弱等问题，但是在整合过程中也发现了一些新的问题。甘肃省作为西部欠发达地区，地区差异较大，整合后城乡居民基本医疗保险存在的问题也较多。

本文着眼于甘肃省城乡居民基本医疗保险，主要分为五大部分，第一部分主要介绍了甘肃省城乡居民基本医疗保险的发展概况以及制度背景。第二部分对本文涉及到的相关概念和基础理论进行了简要的介绍。第三部分通过对比分析甘肃省城乡居民医疗保险整合前后发展进程及现状，发现了现阶段仍然存在的一些问题，并从制度建设、基金管理、医保服务三个方面进行了分析，发现医保整合缺少体系建设规划、筹资金额不合理、缴费档次单一、基金统筹层次偏低、基金监管水平及经办管理水平有待提高、医疗保障水平城乡差异较大等问题。第四部分选取了天津、宁夏两个城乡医保发展较早的地区与甘肃省医保发展情况从统筹层次、缴费档次、缴费标准、补贴水平、报销补偿水平、基金结余、医疗投入等方面进行了对比分析。

通过上述分析，论文从制度建设、基金管理、医保服务三个方面为甘肃省城乡居民基本医疗保险的发展提出了相应的优化建议，期望能够促进甘肃省城乡居民基本医疗保险更好的发展。

关键词：城乡居民基本医疗保险 问题研究 甘肃省

Abstract

The medical security issue is a major livelihood issue related to the 1.4 billion people, and it is also a hot issue that has attracted much attention for a long time. With the development of social economy, our country's medical security system is also constantly improving. In 2016, China began to establish the basic medical insurance for urban and rural residents, and integrated the basic medical insurance for urban residents and the new rural cooperative medical insurance. After the integration, the inconsistency of policies and unbalanced treatment caused by the separation of urban and rural areas in the original medical insurance system have been resolved to a certain extent. The weak mutual aid ability of funds and other issues, but some new problems have also been discovered in the integration process. Gansu Province, as an underdeveloped region in the west, has large regional differences. After the integration, the basic medical insurance for urban and rural residents will also have more problems.

This article focuses on the basic medical insurance for urban and rural residents in Gansu Province, which is divided into five parts. The first part mainly introduces the development overview and system background of the basic medical insurance for urban and rural residents in Gansu Province. The second part briefly introduces the related concepts and

theoretical basis involved in this article. The third part analyzes the development process before and after the integration of medical insurance for urban and rural residents in Gansu Province, and finds some problems that still exist at this stage, and analyzes the three aspects of system construction, fund management, and medical insurance services, and finds the lack of medical insurance integration. System construction planning, unreasonable amount of funds raised, single payment level, low level of fund co-ordination, fund supervision level and handling management level need to be improved, and regional differences in medical security level. The fourth part selects two areas with earlier development of medical insurance in Tianjin and Ningxia, and compares the development of medical insurance in Gansu Province in terms of overall planning level, payment level, payment standard, subsidy level, reimbursement compensation level, fund balance, medical investment.

Through the above analysis, The paper from the three aspects of system construction, fund management, and medical insurance services, corresponding optimization suggestions are put forward for the development of basic medical insurance for urban and rural residents in Gansu Province, hoping to promote the better development of basic medical insurance for urban and rural residents in Gansu Province.

Keywords: Basic medical insurance for urban and rural residents;

Problem study; Gansu province

目 录

1 绪言	1
1.1 研究背景和意义.....	1
1.1.1 研究背景.....	1
1.1.2 研究意义.....	2
1.2 国内外相关文献综述.....	3
1.2.1 国内文献综述.....	3
1.2.2 国外研究综述.....	6
1.2.3 国内外研究述评.....	7
1.3 研究内容与方法.....	7
1.3.1 研究内容.....	7
1.3.2 基本思路.....	8
1.3.3 研究方法.....	9
1.4 研究创新与不足.....	10
1.4.1 可能的创新之处.....	10
1.4.2 不足之处.....	10
2 相关概念与基础理论分析	11
2.1 相关概念.....	11
2.1.1 新型农村合作医疗保险.....	11
2.1.2 城镇居民基本医疗保险.....	11
2.1.3 城乡居民基本医疗保险.....	11
2.2 基础理论.....	12
2.2.1 福利经济学理论.....	12
2.2.2 社会公平理论.....	12
2.2.3 二元经济结构理论.....	13
2.2.4 城乡一体化理论.....	13
3 甘肃省城乡居民基本医疗保险运行现状分析	15

3.1 甘肃省城乡居民基本医疗保险的发展历程.....	15
3.1.1 甘肃省新型农村合作医疗保险制度的建立和发展.....	15
3.1.2 甘肃省城镇居民基本医疗保险制度的建立和发展.....	16
3.1.3 甘肃省城乡居民基本医疗整合发展概况.....	16
3.2 甘肃省城乡居民基本医疗保险运行情况分析.....	17
3.2.1 城乡居民参保情况分析.....	17
3.2.2 城乡居民基本医疗保险资金筹集情况分析.....	19
3.2.3 城乡居民基本医疗保险基金收支情况分析.....	21
3.2.4 患者就医行为情况分析.....	22
3.3 甘肃省城乡居民基本医疗保险整合实施存在的问题.....	24
3.3.1 制度建设方面.....	24
3.3.2 医保基金管理方面.....	26
3.3.3 医保服务方面.....	27
4 不同地区城乡居民基本医疗保险实施效果比较分析.....	30
4.1 地区选取标准.....	30
4.2 城乡居民基本医疗保险制度特点.....	30
4.3 城乡居民基本医疗保险参保缴费标准.....	31
4.4 城乡居民基本医疗保险费用报销标准.....	33
4.4.1 住院费用报销情况比较.....	33
4.4.2 门诊费用报销情况比较.....	35
4.5 城乡居民基本医疗保险参保具体情况对比.....	36
4.6 小结.....	38
5 研究结论及政策建议.....	39
5.1 研究结论.....	39
5.2 政策建议.....	40
5.2.1 医保机制建设方面.....	40
5.2.2 医保基金管理方面.....	41
5.2.3 医保服务方面.....	42
参考文献.....	44

后 记..... 48

1 绪言

1.1 研究背景和意义

1.1.1 研究背景

医疗保障问题是我国长期以来备受关注的热点民生问题。随着国家对医保问题的越来越重视，我国医疗保障制度也在不断完善当中，2007年之后我国医疗保障体系已经基本成形了。随着人民生活水平的提高和城镇化进程的不断加速，对于我国这种城乡分割的医疗保险制度提出挑战，尤其是城镇医疗保险和农村合作医疗保险分别隶属于不同的管理部门和不同的经办机构，导致管理效率较差，统筹层次较低，管理成本增大，存在漏保及重复投保等问题，再加上两种保险筹资水平和保险待遇水平相差较大，城镇医疗水平整体高于农村医疗水平引发了城乡医疗保险不公平问题。这些问题的存在使得专家学者以及社会群众对统筹合并城镇居民医疗保险和新农合的呼声越来越高，这也是我国医保发展的必然趋势。

2016年1月3日，国务院正式发布了《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》，提出了关于整合的六个“统一”基本制度政策，即统一覆盖范围、统一筹资政策、统一保障待遇、统一医保目录、统一定点管理、统一基金管理。原则上要求实行市级统筹，有条件的地区实行省级统筹，逐步提升统筹层次，有力促进城乡居民医保公平逐渐缩小城乡贫富差距^①。该意见的实施表明全国范围内的城乡医疗保险整合正式拉开了序幕。

2016年11月10日甘肃省对整合城乡居民医保工作作出了规划和部署，明确了各部门的职责，对整合政策进行了进一步的细化。根据国务院的意见，甘肃省应当在12月底前制定出详细的实践方案并于2017年初开始全面实施，这样在时间安排上就显得特别匆忙，留给各相关部门进行体系构建，人员整合，责任划分，编制调整的时间不充足，从而使得甘肃省医改整合前期缺少系统的体系建设，各部门管理也不协调。

^① 《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》国发〔2016〕3号

2019年5月13日,甘肃省医疗保障局下发了关于实施城乡居民基本医疗保险市级统筹的意见,明确从2019年7月份开始实施,要求各市州按照基金收支原则,精心制定符合当地实际的市级统筹实施方案。相比于其他城乡医保整合较早的省份来说,现阶段甘肃省居民医保统筹层次较低,距离全面实现省级统筹还有很长的一段路要走。截止2018年末,甘肃省医保覆盖率达到96.56%,虽然医保覆盖率在逐年提高,但目前实施过程中发现不论是制度建设层面还是实际实施方面都存在着诸多问题,影响了城乡居民医保统筹合并进程。在这一背景下,积极发展并完善城乡居民基本医疗保险制度就成为了目前甘肃省医保改革的重要任务。

1.1.2 研究意义

城乡居民基本医疗保险的建立对于全面建成小康社会,提升人民生活品质具有重要意义。由于甘肃省复杂的地理环境、长期以来相对落后的经济状况以及其他复杂的内部因素,导致甘肃省城乡居民基本医疗保险整合相对于其他省份来说进行的比较晚,整合过程中遇到的问题也比较多,本文通过对甘肃省城乡居民基本医疗保险实施现状的分析,提出医保整合过程中的一些问题,并通过借鉴国内其他省份城乡医保合并的经验,针对甘肃省城乡医疗合并过程中的问题提出一些具体的改善方法和建议,期望对甘肃省城乡医疗保险发展有一定的贡献,更期望甘肃省城乡居民基本医疗保险能够健康可持续发展并推动全民保障事业的发展和完善。

理论意义:城乡居民基本医疗保险是涉及到医疗卫生、保险保障、政府支持等多部门多方面复杂的制度体系,涉及到的相关理论也较多,通过对基础理论的探讨,明确了政府及居民在城乡居民医保中各自的责任和义务,希望将这些基理论更好的运用于甘肃省城乡居民医疗保险的实践当中。本文通过对甘肃省城乡居民医疗保险的现状分析以及与其他省份运行情况的对比分析,提出问题、分析问题、并且提出一些针对性的建议,对于推动甘肃城乡居民医疗保险可持续发展,医疗保险制度更加完善有一定的理论意义。

实践意义:公平合理的医保制度对于提升医保水平,促进社会公平,减轻患者的就医负担,增强人民满足感具有重大意义。本研究的相关成果对于完善发展

甘肃城乡居民基本医疗保险以及解决制度运行中的实际问题具有借鉴意义。甘肃省城乡居民基本医疗保险目前还处于市级统筹的状态，统筹层次还比较低，基金管理存在混乱的现象，实际报销水平也不高，人们对于城乡医保了解程度有待提升，本研究对于以后实现省级统筹，加强基金监管，提高实际报销水平等方面有一定的实践意义。

1.2 国内外相关文献综述

1.2.1 国内文献综述

我国城乡居民基本医疗保险正式全面实施是在 2016 年，早在 2004 年初江苏省昆山市就开始探索建立城乡居民医保，开始合并管理城镇居民医保和新农合，随后是四川重庆市，天津市也在 2009 年开始正式统筹管理城乡居民基本医疗保险。这之后有关城乡居民基本医疗保险的研究越来越多，主要包括合并城乡居民基本医疗保险必要性的研究、整合实现路径的研究、运行面临问题的研究、制度满意度及影响因素研究、制度实施效果评价等五个方面，现梳理如下：

(1) 关于合并城乡居民基本医疗保险必要性研究

城乡居民基本医疗保险整合前我国三种医疗保险独立发展各自管理，长期以来出现了很多问题，因此不少学者们提出应当首先将城镇居民医疗保险与新农合进行整合。梅丽萍，仇雨临（2009）认为建立城乡统筹的医疗保险体系是实现全民医保的必要条件。张燕平，胡书东（2011）认为经济的发展促使我国大量农村人口向城市迁移，使得城乡发展差距逐渐变大，城乡统筹发展是缩小城乡差距的必要手段。张再生（2012）、郑功成（2014）等学者的研究普遍认为我国现存的医疗保险制度还是我国早期尝试施行时制定的，它已经满足了制度设计之初的需求，但因着社会的发展当前的医保制度显然已经不能满足人们的需求，制度本身也暴露出来一些问题，医疗保险制度的改革是时代发展的必然产物。王国惠，尚连山（2013）认为基于公平理论，医疗保障制度应当对于每个人是平等的，但由于城乡经济水平不同以及城乡制度的差异更加剧了这种不平等，所以为了使城乡居民医疗保险水平趋于平等，首先应当合并城镇与农村医疗保险制度，建立统一的城乡居民基本医疗保险。

（2）关于城乡居民医疗保险一体化实现路径研究

孙祁祥，朱俊生，郑伟，李明强（2007）认为实现全民医保必须要考虑到不同医保制度的整合问题，应当等到城镇及农村医疗保障水平提高并趋于稳定之后，逐步实现城镇与农村医保制度的整合，无论在筹资水平还是基金管理上两者都很接近，并且两者的整合可以缩小与城镇职工医保之间的差距，也符合户籍制度改革的发展趋势。郑功成（2010）认为我国医疗保险制度正在从试验性阶段走向发展成熟阶段，当前的分割运行以及配套机制滞后的现象急需改变，我国医疗保障制度应当从目前城乡分割的三元模式，逐步转变为城乡融合的二元模式，应当首先将城镇居民医疗保险与新农合进行整合，然后再逐步将城镇职工医疗保险整合进来变成一元模式，从而确保人人有充分且公平的医疗保障。孙长学、张璐琴（2016）将我国目前医保整合路径进行了一个归纳，包括将城镇居民及职工医保、新农合合而为一的“三合一”模式，也有将城镇居民医保和新农合二为一的“二合一”模式，目前大多省份使用的模式是“二合一”模式。

（3）关于城乡居民医疗保险运行面临问题研究

城乡居民医疗保险合并以来，确实解决了之前二元分割所带来的问题，但同时在整合后也引起了一些新的问题，不少学者对产生的问题进行了跟踪调查。徐莉（2015）指出某些试点地区存在医保制度分设、管理经办分割、地区之间制度不统一等问题导致医保服务存在不公平现象包括重复参保，重复补贴，效率降低等问题。李辉（2015）指出山东省高密市城乡医疗整合后在给居民带来实惠的同时由于缴费水平的提升使得当地农民经济负担加重，并且由于农民对城乡医疗保险的认知程度比较低，大部分都是随大流参保，参保目的不明确。张书正，赵峰，胡波，罗泉，魏哲铭（2016）指出城乡医疗保险缴费标准不一致、经办机构不统一、基金监管制度不统一、医保待遇不一致、基本医疗保障目录不一致、定点医疗机构管理办法不一致、信息平台不一致等八个方面的问题。程毅，刘军（2017）指出上海的城乡医保自整合以来发展较好，但是同样面临一些问题，例如城乡医疗资源的不均衡分布、城乡缴费差异产生逆向选择、流动从业人口及非户籍外来人口结算报销手续复杂，报销比例较低，导致了医保不公平性。杨敏，胡世超（2017）指出目前我国城乡医保整合中存在经办及监管不到位、报销及待遇不公平以及基金收支不均衡问题。高建（2018）通过分析辽宁省城乡医疗保险基本制

度发现由于辽宁省医保制度分立出现了机构设置重复以及人力资源浪费的问题、低统筹层次导致基金监管困难的问题、筹资标准给付水平不统一以及城乡医疗服务水平相差较大等问题。其木格（2018）分析了山东省德州市城乡居民基本医疗保险存在的问题发现医疗保险管理存在问题，管理人才及管理流程不专业，医患关系紧张，基金管理不规范。何晓丽（2019）通过分析江苏扬州城乡医疗保险运行现状发现扬州城乡医保存在基金收支不平衡、经办管理不足、监管不到位等问题。

（4）关于城乡居民医疗保险制度满意度及影响因素研究

孙玉凤、徐凌忠、井淇、许建强（2014）通过对宁夏居民进行问卷调查及多因素 logistic 回归分析表明人们对城乡居民医保的认知度不高，整体满意度一般。刘斌（2017）通过对湖北省鄂州市参保居民进行问卷调查和访谈，并根据调查数据运用统计分析方法对居民参保满意度进行分析发现参保人员对城乡医保总体上比较满意，并且通过构建满意度影响因素模型发现有以下五个主要影响因素，分别是定点医院的医疗技术水平、医院工作人员及经办人员的服务态度、可报销的病种和药品以及报销比例。王莹（2018）对石家庄市栾城区参保居民进行问卷调查，并基于调查数据使用 SPSS19.0 软件进行分析，结果显示参保人员对医保制度比较满意，影响最大的因素是医疗条件、技术水平、缴费方式，参保居民满意度最低的医保政策是可报销的病种和药品范围。

（5）关于城乡居民医疗保险制度实施效果研究

目前的研究当中对于医保实施效果及问题的研究较多，通过构架模型对医保制度或实施效果进行评价的研究相对较少。徐爱好（2015）从医保政策、服务、制度以及可持续性四个方面，通过构建城乡医保制度实施效果指标评价体系，使用纵横向拉开档次法对天津、重庆、宁夏三地区实施情况进行评价，同时使用系统动力学模型对医保基金结余水平进行了系统的研究分析。李瑞鹏（2016）以宁夏固原市为样本运用描述性分析、多因素分析和对比分析方法，从运行机制、公平性等角度对宁夏城乡医保运行情况和效果进行了分析，并提出了一些改进建议。商晓（2017）采用层级分析法，从制度建设、落实及实施情况三个方面构建评价指标，通过层次结构模型量化整合效果评价指标体系来评价山东省城乡居民基本医疗保险制度。杜晶琳（2019）采用回归分析法以及数据包络分析法对江苏

省城乡居民医保实际参保情况、基金运行情况及运行效率进行了实施效果的评价。

1.2.2 国外研究综述

相对国内来说,国外的医疗保障系统建立较早也较完善。目前具有代表性的医疗保障体系主要包括美国的商业医疗保险模式、英国的国家医疗保险模式、新加坡的储蓄医疗保险模式以及德国的社会医疗保险模式。这几种医保模式中不存在城乡医保合并的情况,所以国外关于医疗保险的研究更多的是对现存医疗保险制度公平性、全民覆盖水平以及医疗保障制度评价等方面问题的研究,此外也有一些外国学者对中国医保现状进行了分析对比。

Patrick Hullege ,Tobias J. Klein;H(2010)通过比较德国的公共医疗保险与私人保险,指出公共医疗保险覆盖范围广,保费与免赔额适中,但是保障额度较低,需要用私人保险进行补充。Holly Wang (2010)对中国医疗保险进行了研究,并将城镇医保与新农合进行了对比,并运用最小二乘法和逻辑回归法分析了医疗保险对城镇居民与农村居民的影响,实证分析表明,医疗保险项目在城镇居民医疗支出中发挥了重要作用,而新农合制度对提高农村居民寻求更多医疗服务的能力并没有产生显著的影响。Felicia Marie Knaul ,Eduardo González-Pier (2012)研究了墨西哥的全民医保体系,分析了在以下三个方面实现普遍覆盖的途径:防范健康风险、通过提高医疗水平为病人服务,以及防止疾病和伤害造成的经济后果,这项研究解决了医保可持续存在的挑战,研究指出需要将财政资源转化为更有效、公平和响应性更强的保健服务,需要通过采取系统性措施,完成卫生系统的职能重组。Qilin Deng (2019)研究发现学者们普遍采用集中指数、水平指数和回归法来衡量基本医疗保险的公平性,许多实证研究表明,基本医疗保险一方面提高了医疗卫生水平,另一方面扩大了被保险人与非被保险人之间的公平差距,所以目前基本医疗保险的公平性还存在一定的局限性。Fitriani Irma ,Maidin Alimin (2020)使用现实主义评价方法关于医疗专家对国家健康保险的满意程度对印度尼西亚 24 名专家进行了访谈,目的是为了提提高医学专家对国家医疗保险实施情况的满意度,研究发现影响医疗专家对国家医疗保险满意度的主要因素是 INACBGS (印尼的一种医疗支付混合系统)。

1.2.3 国内外研究述评

国内的研究主要围绕城乡居民基本医疗保险合并的必要性、整合实现路径、运行面临的问题、制度满意度及影响因素、制度实施效果评价等五个方面进行展开，2016年医保整合之前针对整合必要性以及整合实现路径的研究比较多，整合之后围绕各个省市运行面临的主要问题、居民对城乡医保制度的满意度以及实施效果评价进行研究，这些研究对于推动我国城乡居民医保整合具有极大的现实意义，对于整合中存在问题的研究更是进一步推动了医保制度的改革和发展。国外主要针对医保制度公平性及制度实施面临问题的研究较多，有的学者也对中国城乡医保实施问题进行了分析，这些研究对于我国医保发展也有一定的借鉴意义。以上研究结果也为本文对甘肃省城乡医保的研究提供了思路和方向，由于甘肃省城乡医保制度出台比较晚，制度实行也存在许多问题，所以本研究的意义在于通过分析甘肃省城乡医保的施行现状以及与其他实施较早城市运行效果的比较，能够更好的借鉴其他省份的实施经验，从而更好的发展甘肃城乡居民基本医疗保险。

1.3 研究内容与方法

1.3.1 研究内容

本研究在阅读国内大量有关城乡居民基本医疗保险的文献以及学习社会保障、医疗保险、保险学原理等理论上，结合当前甘肃省城乡居民医疗保险运行过程中的问题，通过数据统计分析，理论分析等方法完成的。研究内容如下：

第一部分绪论，对甘肃省城乡居民医保的背景以及研究意义进行了说明，并在阅读大量国内外文献的基础上对有关城乡居民基本医疗保险的研究成果、研究内容与研究方法进行了梳理总结。

第二部分城乡居民基本医疗保险基础理论概述，简洁系统地梳理了本研究所涉及的相关概念和理论。

第三部分甘肃省城乡居民基本医疗保险运行现状分析系统梳理了甘肃省居民基本医疗保险的发展进程，利用目前的统计数据从居民参保情况、筹资情况、

基金支出情况、患者就医行为情况四个方面总结分析了目前甘肃省城乡居民基本医疗保险的运行概况。总结分析了甘肃省城乡居民基本医疗保险整合实施中存在的问题，分别从制度建设方面、医疗保障方面、管理服务三个方面进行了分析。

第四部分不同地区城乡居民基本医疗保险实施效果分析，选取了整合城乡居民医疗保险较早的两个州市即宁夏、天津与甘肃省城乡居民基本医疗保险整合效果进行横向的比较研究，分别从三省市城乡居民基本医疗保险发展情况及制度评价方面进行对比分析，期望通过比较分析能够发现甘肃省城乡居民基本医疗保险整合的问题并且借鉴其他省份整合的经验。

第五部分甘肃省城乡居民基本医疗保险结论及建议，针对提出的问题，通过数据分析并结合其他省份城乡医疗保险整合的经验，提出优化甘肃省城乡居民基本医疗保险的建议。

1.3.2 基本思路

本研究首先在对相关理论分析和对甘肃省城乡居民基本医疗保险深入了解的基础上构建了甘肃省城乡居民基本医疗保险问题研究框架，在对甘肃省城乡医保运行情况进行定性与定量分析比较之后，发现甘肃省城乡医保目前存在的一些问题，然后选取了宁夏区、天津市与甘肃省医保发展情况从统筹层次、缴费档次、缴费标准、补贴水平、报销补偿水平、基金结余、医疗投入等方面进行了对比分析，最后根据分析结果和其他省份的经验，提出完善甘肃省城乡居民基本医疗保险的政策建议，期望更好地满足我国城乡居民对医疗保障的需求，基本思路如图 1.1 所示。

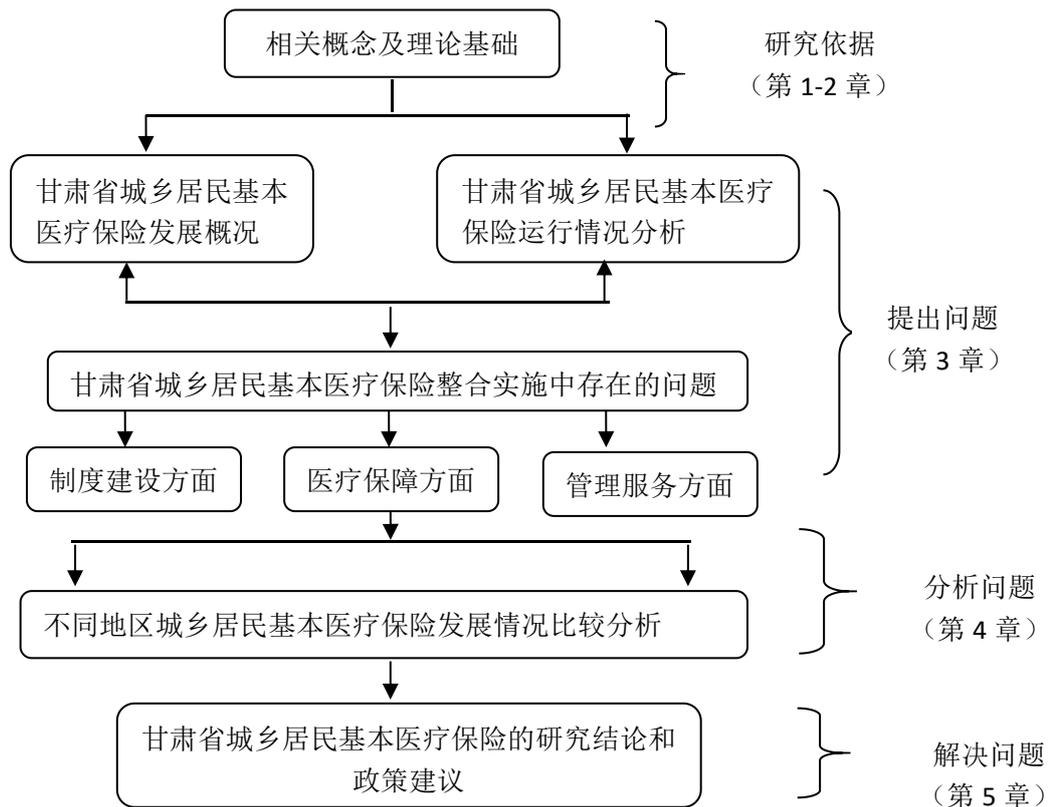


图 1.1 基本思路图

1.3.3 研究方法

1. 文献研究法。通过平时的专业课程学习以及查阅与论文相关的国内外研究成果及文献资料,对当前城乡居民基本医疗保险的发展现状以及有关的基础理论进行归纳总结,做好对研究问题的充分理解和把握,并打好对研究问题展开具体分析的理论基础。

2. 比较研究法。通过对城乡医保整合前后的比较并且根据甘肃、宁夏、天津城乡居民基本医疗保险有关的数据,对目前三者的运行现状进行了比较分析。

3. 定量与定性分析法。定量方面,通过对新农合、城镇居民医疗以及近几年城乡居民医疗参保人数、缴费金额、基金收付情况、患者就医行为等数据进行了定量分析。定性方面,以政府下发的有关城乡居民医疗保险文件为依据,研究了近年来的医保相关政策。

1.4 研究创新与不足

1.4.1 可能的创新之处

本文可能的创新之处主要有以下两点，第一，研究方法的创新，本文运用了比较研究法，通过将城乡医疗保险工作开展较早且成果显著的天津及宁夏两个地区与甘肃地区城乡居民基本医疗保险的实施情况进行多方面的对比分析，期望总结出其他省份的经验并提出符合甘肃省发展情况的改进建议。

第二，选题角度的创新，通过查阅大量文献发现，目前对于甘肃省城乡居民基本医疗保险的研究还比较缺乏，再加上甘肃省城乡居民医疗保险经过四年的运行也暴露出来一些问题亟需解决，所以本文选题有一定的现实意义。

1.4.2 不足之处

本文研究对象是整个甘肃省，由于地域及经济原因甘肃省地区差异较大，城乡医疗保险发展情况也有一定的差距，对不同地市的问题定位可能会有一定的偏差，再加上涉及的地区较多，数据的搜集整理可能不够全面，对涉及到的相关问题可能探讨不够深入。

2 相关概念与基础理论分析

2.1 相关概念

2.1.1 新型农村合作医疗保险

新型农村合作医疗保险是由政府组织支持,并引导农民自愿参加的医疗互助共济制度,新农合基金来源主要包括政府补贴部分和个人缴纳部分。新型农村合作医疗保险是以大病统筹为目的解决农民看病贵问题的保险,最大的特点是农民只需要缴纳少量的钱就可以享受住院医疗费用或大额医疗费用补贴,极大地缓解了农村居民因高昂的医药费返贫致贫的问题。

我国从 2003 年开始在部分县市开展新农合的试点工作,之后逐步在全国推广实施,直到 2010 年全国基本上实现了新型农村合作医疗的全覆盖。

2.1.2 城镇居民基本医疗保险

城镇居民基本医疗保险是由政府组织实施,以个人缴费和政府补贴为主要筹资渠道的社会医疗保险。城镇居民基本医疗保险的特点是政府组织引导,居民自愿参保,缴费标准和待遇水平相一致,缴费金额越高报销范围和比例就越高。城镇居民基本医疗保险的保障范围是参保城镇职工医疗保险之外的城镇非从业人员,包括在城镇居住的未成年人、已满退休年龄但无城镇职工医保的老人、虽已就业但未缴纳医保的工作人员等。

我国从 2007 年起开始在有条件的省份选取两三个市实行城镇居民医保的试点工作,之后逐步扩大试点,并于 2010 年基本上实现了城镇非从业居民医疗保险全覆盖。

2.1.3 城乡居民基本医疗保险

城乡居民基本医疗保险是整合了城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗保险之后建立的连接城乡居民的基本医疗保险制度,参加城镇职工医疗保险之外的其他居民都可以参保。城乡居民基本医疗保险的特点与城镇居民医保以及新

型农村合作医疗一样都是政府由组织实施，居民自愿参保，医保基金由政府和个人共同承担，不同之处是城乡居民医保将城镇居民与农村居民连接起来，实现了医保政策的统一，城乡居民可以享受一样的医保待遇，一定程度上缩小了城乡距离，在医保制度上实现了城乡公平。

2.2 基础理论

2.2.1 福利经济学理论

福利经济学主要分为新、旧福利经济学。旧福利经济学认为福利是每个人个体的主观自我感受，每个人对福利的认知不同，福利因人而异。经济学家庇古认为经济福利在一定程度上是可以货币来计算的，他提出社会经济福利的高低是由国民收入总量以及收入的分配决定的，他认为社会总福利与国民收入总量和国民收入分配均等程度呈正相关关系。国家可以通过收税，实现财富的转移和再分配，这样从整体上来说不仅能增加经济福利，也有可能达到收入的均等化，实现公平。新福利经济学领军人物之一是著名的经济学家帕累托，他认为每个人获得的福利总和就是总社会福利，如果一个人享受新的福利的同时不会导致另一个人福利的减少，则不但社会总福利会增加，同时也会达到福利最优状态。旧福利经济学的核心是均等，强调收入的再分配，新福利经济学的核心是效率，强调社会总福利的增加，而均等与效率正好是城乡居民基本医疗保险制度建立的初衷。政府主导的城乡居民医疗保险正是通过政府补贴一部分资金的方式对居民收入进行再分配的过程，也通过个人缴费以及报销补偿的方式获得公平的参保权和补偿权。我国目前还属于发展中国家，医疗资源和保障水平与发达国家比起来还是不足，因此合理分配现有的医疗服务资源，制定公平有效的医保政策是提高个人福利和社会整体福利的关键。

2.2.2 社会公平理论

社会公平理论是强调贡献与报酬公平性的理论，该理论最早由美国心理学家 J·S·Adams 提出。社会公平理论认为：追求公平是人类的本性，人们总会拿自己拥有的与别人拥有的进行比较。员工对于工作的积极性不仅与自身拿到的报酬多

少有关更与报酬分配是否公平有关,员工对于报酬的合理性与公平性的主观感受会极大的影响其工作的积极性。公平包括形式公平和实质公平,原则上我们的目标是实质公平,但是由于社会机制的有限性,实现绝对的公平是不可能的,只能通过初次分配及政府再分配的方式实现有限的公平,这样会使得人们在主观感受上体会到财富再分配的公平。城乡居民医疗保险制度的整合正是实现医疗卫生服务公平的重要手段,通过参保城乡居民基本医疗保险可以通过缴纳少量的保费获得高额的报销补偿,实现财富的再分配,这也是实现社会公平的一种方式。

2.2.3 二元经济结构理论

二元经济结构理论是由著名经济学家刘易斯最先提出的,他认为以传统生产手段为主的第一产业部门在边际收益率、生产效率等方面都明显低于以现代化技术为主的第二、第三产业部门,以第一产业为主的农村剩余劳动力逐渐向城市转移,由此形成了旗帜分明的二元经济结构。二元经济结构是发展中国家普遍存在的现象,我国改革开放初期为了快速发展经济,国家提出要让一部分人先富起来,通过先富带动后富的方式提升全国经济发展水平。随着近二三十年来我国社会经济的快速发展使得先富起来到一部分人因着政策和环境的优势越来越富,而没有跟上时代列车的中西部地区的贫困居民也越来越多。再加上我国一直以来都实行城乡户籍管理制度,这使得教育、医疗、就业、社会保障等各方面城市和农村都存在着差异,而且差距越来越大。在医疗保险方面,我国长期以来都实行城乡分离的医保政策,更是加剧了城乡医保不公平现象,这也使得城乡居民医疗保险整合中遇到很多问题,这些问题主要还是由长期以来的二元经济结构导致的,所以解决这些问题还需要以二元经济结构理论为指导。

2.2.4 城乡一体化理论

“城乡一体化”思想最早是由埃比尼泽·霍华德提出的,他是英国著名的城市学家,他认为城乡二元的旧社会结构加剧了城乡贫富差距,为了缩小这种城乡差距应当采用城乡一体的新社会结构。改革开放以后我国社会形成了二元社会局面,为解决这一社会格局国内学者提出“城乡一体化”理论来应对此社会现象。为增强当代经济农业和工业的密切关系,城乡一体化理论的实施为缩小城乡经济差距

和促进城乡互动做出了重大贡献。

在城乡经济差距扩大的背景下，逐渐形成了城市人口越来越密集的局面，由于我国实行城乡户籍制度，这些人的很多权益都得不到全面的保障，为了解决这一问题，十八大三中全会对该问题进行了深入探讨指出制约我国城乡一体化发展的根本原因是我国二元社会结构。当前虽然没有对户籍制度进行改革，但是近几年来一直在加快推行城市化，而且合并城乡医疗保险也是在社会保障领域推行城乡一体化，更是推动城市化发展，提高城镇化水平的“风向标”。

3 甘肃省城乡居民基本医疗保险运行现状分析

3.1 甘肃省城乡居民基本医疗保险的发展历程

3.1.1 甘肃省新型农村合作医疗保险制度的建立和发展

2003年1月16日,国务院办公厅转发卫生部、财政部、农业部《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》,意见要求从2003年起,各省、自治区、直辖市至少要选择2—3个县(市)先行试点,取得经验后再逐步推广^①。甘肃省结合省内各地区经济和医疗水平,于2003年5月设立了5个试点县。试点之初人均筹资总额为30元,但个人仅需缴纳10元,其余由各级政府补贴。2004年,参保人数为71.53万人,参保率达到87.95%,标志着甘肃省新型农村合作医疗的初步建立,为以后扩大试点至全面发展积累了经验。

2005年至2007年是甘肃省新型农村合作医疗扩大试点到全面覆盖前的阶段。2005年,甘肃省结合试点情况从原来的5个试点县扩大至14个试点县,人均筹资金额也由之前的30元升至50元,当年平均参保率为85.3%。2006年,试点县增至38个,缴费金额维持不变,平均参保率升为86.4%。截至2007年,全省78个县农业人口近2017.86万人都开始实施新型农村合作医疗保险,平均参保率为88.43%,至此甘肃省基本实现了新农合全覆盖。同年六月,甘肃省政府对新农合的运行进行了进一步的规定,包括加强对新农合基金的审计及监管、对医疗服务和医药费用的监管,该意见对甘肃省新农合的运行起到了一定的规范指导作用。

2008年至2016年是甘肃省新型农村合作医疗全面稳步发展阶段。2008年,甘肃省卫生厅提升了新农合基金筹集标准,人均筹资金额达到100元,政府补贴部分为80元,是个人缴费的4倍,并且对补偿方案也进行了相应调整,补偿比例提升报销范围近一步增大。2010年,甘肃省启用新型农村合作医疗信息管理系统,实现了全省医疗信息的互通共享。2011年,甘肃省积极开展新农合“一卡通”工作,简化报销程序,使得农民持卡在各级医疗机构进行就医结算。2013年,甘肃省新农合开始推行先治病后付费的支付模式,极大的为患者提供

^① 《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》国办发〔2003〕3号

了便利减轻了医疗压力，并且也提升了医保基金利用率。2015年，甘肃省全面推动新农合患者分级诊疗办法，引导患者在基层医疗机构就诊，缓解上级医院的就医压力。2016年，是实施新型农村合作医疗的最后一年，2016年末甘肃省响应国务院意见开始积极准备构建城乡居民基本医疗保险。

3.1.2 甘肃省城镇居民基本医疗保险制度的建立和发展

2007年5月甘肃省政府对城镇居民基本医疗保险从覆盖范围、统筹标准、参保就医、基金和医疗服务管理等方面进行了详细规定，这也标志着甘肃省城镇居民基本医疗保险制度的建立。同年12月29日，甘肃省明确了城镇居民基本医疗保险应实行市级统筹，对于不能达到市级统筹的市区应当建立统筹调剂金，统筹调剂金只是过渡，一旦条件允许市级统筹就应当建立市级统筹制度。

2008年，甘肃省明确了高校大学生也应当按照自愿参保及属地管理原则，参加甘肃省城镇居民医疗保险，同时确定了部属、省属以及市州属高校大学生的补助标准，并于2009年对于大学生参加城镇居民基本医疗保险具体实施办法做了近一步明确。2011年甘肃省从多个方面对城镇居民医疗保险做了更进一步的指导，包括医保登记、医保待遇、补助标准、门诊统筹以及做好不同地区不同人群的医保报销工作，确保公平合理进行。2014年，甘肃省人民政府在深化医药卫生体制改革2014年重点工作任务中表示要进一步提高保费补贴标准，推进异地就医结算、改革支付方式并完善医保付费总额控制制度。2016年末甘肃省城镇居民基本医疗保险被城乡居民基本医疗保险替代，完成了它的历史使命。

3.1.3 甘肃省城乡居民基本医疗整合发展概况

甘肃省人民政府于2016年11月10日出台了《甘肃省整合城乡居民基本医疗保险制度实施意见》，该意见的出台标志着甘肃省城乡居民基本医疗保险的正式成立，意见从多个方面对城乡居民基本医疗保险的实施进行了规范，包括管理体制职责划分、医保基本政策、管理服务等各方面都进行了详细的说明。

2017年属于新农合与城镇居民医疗保险整合的过渡阶段，全省各市区积极建立统一的城乡居民基本医疗保险信息系统，并且对参保登记、基金筹集、管理、支出、异地转移接续、异地就医结报等制度进行了统一规定。

2018年，全省医疗保险整合工作由过度阶段转变为全面落实阶段。为了更好的保障参保居民的利益，降低医保基金不合理使用的情况，甘肃省开始推行总额预付管理制度和按病种付费为主的多元付费方式，这样不但能有效降低医疗资源的浪费更能合理控制医保基金的支出。

2019年，甘肃省人民政府为了完善医保制度，提升医保基金的共济支撑能力，结合甘肃省医疗保障工作以及医保基金的运行情况决定从2019年7月开始实行城乡居民基本医疗保险市级统筹，并根据“六统一”管理原则对实施方式进行了进一步规范。

3.2 甘肃省城乡居民基本医疗保险运行情况分析

3.2.1 城乡居民参保情况分析

(1) 新型农村合作医疗参保情况分析

甘肃省新型农村合作医疗自2003年开展试点以来，覆盖率逐年提高，到2007年底基本实现了全省全覆盖。

表 3.1 2007-2016 年甘肃新农合参合情况

年份	农业人口数（万人）	参保人数（万人）	参合率（%）
2007	1967.70	1739.84	88.42
2008	2005.53	1869.12	93.20
2009	1995.97	1906.92	95.54
2010	1991.63	1910.32	95.92
2011	1987.35	1918.27	96.54
2012	1979.04	1921.50	97.09
2013	1979.30	1930.34	97.53
2014	1960.00	1925.92	98.26
2015	1942.32	1909.34	98.30

数据来源：甘肃省统计年鉴 2008-2017

如表 3.1 所示，2007-2013 年甘肃省参保新农合的人数每年都有增加，2014-2016 年参保人数逐渐有所下降，是因为政府积极推行城镇化，提高城镇化率，导致 2014-2016 年农业人口数也就有所下降。虽然参保人数下降了，但是参

合率却一直在逐年稳步升高，由 2007 年的 88.42% 提高到了 2016 年的 98.53%，这在一定程度上表明我国在农村合作医疗上的努力是巨大的，取得的成绩也是有目共睹的。

(2) 城镇居民基本医疗保险参保情况分析

甘肃省城镇居民基本医疗保险方案于 2007 年正式下发实施，2008 年开始全面执行，2009 年之后参保人数逐年增加，运行情况也逐渐趋于平稳。

表 3.2 2009-2016 年城镇居民医疗保险参保情况

年份	总人口数 (万人)	农业人口数 (万人)	参保职工医疗人数 (万人)	参保城镇医疗人数 (万人)	城镇医疗参合率 (%)
2009	2554.91	1995.97	272.2	285.20	99.46
2010	2559.98	1991.63	290.2	298.57	107.34
2011	2564.19	1987.35	291.1	299.77	104.91
2012	2577.55	1979.04	293.0	323.57	105.91
2013	2582.18	1979.3	297.1	325.72	106.52
2014	2590.78	1960.00	302.6	328.05	99.96
2015	2599.55	1942.32	307.9	327.03	93.62
2016	2609.95	1924.48	314.4	328.90	88.64

数据来源：甘肃省统计年鉴 2010-2017，国家统计年鉴 2010-2017

如表 3.2 所示，参保城镇居民医疗的人数逐年上升，参保率是通过当年参保城镇居民医疗保险人数/(总人口数-农业人口数-参保职工医疗人数)计算而得的，其中 2010-2013 年的参保率均超过了 100%，究其原因主要是存在重复投保现象，其次就是外来非常住人口投保城镇医疗保险，2009 年甘肃省对于大学生参加城镇居民基本医疗保险具体实施方法做了进一步明确，外省学生可以参加甘肃省城镇居民基本医疗保险。2014-2016 年参保率逐年下降，主要原因是政府对于重复投保现象加以高度重视并进行了积极的管理，并且 2014 年之后随着农业户口转城镇户口的人数增加，原先参保新农合的居民转为参保城镇居民基本医疗保险，但是从表 3.2 可以看出参保城镇居民医疗的人数并没有显著增加，所以导致了 2014 年之后城镇居民医疗的参保率有所下降。

(3) 城乡居民基本医疗保险参保情况分析

城乡居民基本医疗保险覆盖了除参保职工医疗保险之外的所有城乡居民，2017年甘肃省城乡居民基本医疗保险开始全面整合。

表 3.3 2017-2019 年城乡居民医疗保险参保情况

年份	总人口数 (万人)	参保职工医疗人数 (万人)	参保城乡居民医疗人数 (万人)	城乡居民医疗参合率 (%)
2017	2625.71	320.2	2191.97	95.08
2018	2637.26	331.6	2215.06	96.07
2019	2647	344.3	2228.6	96.78

数据来源：甘肃省统计年鉴 2018-2019，国家统计年鉴 2018-2020

如表 3.3 所示，自从整合以来参保人数逐年增加参保率也逐年上升，参保率是通过当年参加城乡居民医保人数/（总人口数-参保职工医保人数）计算而得。截止 2019 年底甘肃省参保城乡居民医疗保险的人数为 2228.6 万人，参合率提高到了 96.78%，参合率的逐年提高也表明甘肃省人民对于城乡居民基本医疗保险的认可度也随之提高了。

3.2.2 城乡居民基本医疗保险资金筹集情况分析

(1) 新型农村合作医疗资金筹集情况分析

随着甘肃省新农合持续平稳运行，人均筹资标准、中央财政补贴、地方财政补贴以及个人缴费金额都在逐年提高。

表 3.4 2010-2016 甘肃新农合人均筹资标准（元）

年份	人均财政补助			个人缴费	人均筹资标准
	总补助	中央	省市县级		
2010	120	60	60	30	150
2011	200	124	76	30	230
2012	240	156	84	50	290
2013	280	188	92	60	340
2014	320	220	100	90	410
2015	380	268	112	90	470
2016	420	300	120	120	540
年均增长率 (%)	24.48	33.96	12.43	28.33	24.46
平均缴费占比 (%)	80.66	54.16	26.50	19.34	100.00

资料来源：甘肃新农合相关文件整理

如表 3.4 所示，财政补贴平均占比 80.66%，个人缴费平均占比 19.34%，财政补贴中除了 2010 年中央财政与地方财政各占 50% 之外，随后的每一年都是新增部分中央财政补贴占 80%，地方财政补贴占 20%。2010-2016 年人均筹资金额从 150 元提高到 540 元，年均增加了 65 元，年均增长率为 24.46%，其中中央财政补贴年均增长最快为 33.96%，地方财政补贴增长最慢年均增长率为 12.43%，个人缴费年均增长率为 28.33%。新型农村合作医疗人均缴费年均增长率逐年提高，政府投入逐年增大，也极大提升了农民对于新农合的积极性。

(2) 城镇居民基本医疗保险资金筹集情况分析

城镇居民基本医疗保险资金构成与新农合相同，中央财政以及地方财政补贴也相同，但由于个人缴费金额不同，人均缴费标准也不相同，城镇居民医保缴费标准普遍高于新农合。

表 3.5 2010-2016 甘肃城镇居民基本医疗保险人均筹资标准（元）

年份	人均财政补助			个人缴费	人均筹资标准
	总补助	中央	省市县级		
2010	120	60	60	80	200
2011	200	124	76	80	280
2012	240	156	84	50	290
2013	280	188	92	60	340
2014	320	220	100	80	400
2015	380	268	112	120	500
2016	420	300	120	150	570
年均增长率 (%)	24.48	33.96	12.43	15.14	19.58
平均缴费占比 (%)	75.97	51.01	24.96	24.03	100.00

资料来源：甘肃省及人社部关于城镇居民基本医疗保险相关文件整理

如表 3.5 所示，个人缴费金额先降后增，前期缴费金额相对过高所以 2012 年个人缴费降为 50 元，与新农合个人缴费保持一致，之后又开始逐年上升，所以整体来说年均增长率低于新农合为 15.14%，2010-2016 年人均筹资标准从 200 元增加到了 570 元，增加了 370 元，年平均增长率为 19.58%。相对于新农合来

说，城镇居民基本医疗保险个人缴费增长在合理范围内。

(3) 城乡居民基本医疗保险资金筹集情况分析

城乡居民基本医疗保险人均筹资金额逐年增加。从 2017 年的人均 630 元增加到 2020 年的 830 元，人均增长了 200 元。

表 3.6 2017-2019 甘肃城乡居民基本医疗保险人均筹资标准（元）

年份	人均财政补助			个人缴费	人均筹资标准
	总补助	中央	省市县级		
2017	450	360	90	180	630
2018	490	392	98	220	710
2019	520	416	104	250	770
2020	550	440	110	280	830
年均增长率（%）	6.93	6.93	6.93	15.95	9.65
平均缴费占比（%）	68.37	54.69	13.67	31.63	100.00

资料来源：甘肃省及国家医保局、财政部下发的关于城乡居民基本医疗保险相关文件整理

如表 3.6 所示，整合之后人均财政补助以年均 30 元的额度平稳上升，年均增长率为 6.93%，较整合前增长幅度放缓，国家为了减轻西部地区地方医疗保险基金压力，中央财政对于西部地区的补助始终维持在总补助的 80%。个人缴费年均增长最快，增长率最高达到 15.95%，2017 年人均缴费达到 180 元，比 2016 年新农合人均缴费增加了 60 元，比城镇居民医疗保险缴费增加了 30 元，对于农村居民来说增加幅度较大达到了 50%，使得农民缴费压力增大。2017-2020 年，财政补助占总缴费金额的平均比例为 68.37%，个人缴费平均占比为 31.63%，相对于整合之前来说人均缴费占比增幅较大，尤其是相对于新农合人均缴费占比来说，所以从以上两个方面来说个人缴费压力逐年增大。

3.2.3 城乡居民基本医疗保险基金收支情况分析

城乡居民基本医疗保险基金主要来自于各级财政补助和个人缴费，还有一部分来自于社会捐赠和医保基金用于投资之后获得的利息收入。随着参保人员的增多，缴费标准的提高以及投资收入的增加，基金收入也在逐年增加，累计结余也越来越多。

表 3.7 甘肃城乡居民基本医疗保险基金收支情况（单位：亿元）

年份	基金收入总额	基金支出总额	当年结余	累计结余	累计结余率（%）
2008	20.2	16.6	3.7	2.4	11.83
2009	24.2	21.6	2.6	5.0	20.70
2010	32.3	26.3	6.0	11.0	34.14
2011	51.9	42.8	9.1	20.1	38.80
2012	64.2	60.8	3.4	23.7	36.85
2013	76.2	73.6	2.7	26.2	34.42
2014	85.7	82.8	2.9	28.8	33.54
2015	111.3	93.2	18.1	46.8	42.03
2016	123.0	112.4	10.6	57.4	46.67
2017	134.2	130.1	4.1	61.5	45.83
2018	148.1	150.9	-2.8	58.6	39.57
2019	169.0	163.2	5.8	64.8	38.34

数据来源：2009-2020 国家统计年鉴以及 2009-2019 年甘肃省统计年鉴

如表 3.7 所示，2008-2016 年的基金收支总额是将新农合基金收支总额与城镇居民医疗保险收支总额合并计算而得的，基金收入从 2008 年的 20.2 亿元提高到 2019 年的 169 亿元，基金支出从 2008 年的 16.6 亿元提高到了 2019 年的 163.2 亿元，补偿幅度在不断增大。除 2018 年之外其余各年基金收入均大于当年基金支出，累计结余也随着基金收支的增大而增大，累计结余率近几年逐渐趋于平稳，维持在百分之三四十左右，基本实现了“以收定支、收支平衡、略有结余”的基金收支原则。

3.2.4 患者就医行为情况分析

为了合理利用医疗资源，减轻省市县级医院的就医压力，甘肃省积极研究制定并下发了有关分级诊疗制度的规定。每一位参保人员都有相应的定点救治医院，原则上医保患者只能在具备一定诊疗能力的定点医疗机构就诊，一般情况下小病在社区医院及乡镇卫生院治疗，大病在县市等具有相应医疗条件的医院治疗，患者不应当越级诊疗，在分级诊疗病种以外且相应医院没有治疗条件的疾病，应当严格按照转诊制度由院方开具转院证明到上级医院治疗。另一方面也是为了减少非必要转院，一般医保报销比例与医院级别呈反比，基层医院报销比例最高，这样在报销政策上可以减轻上级医院的就诊压力。

表 3.8 2017-2019 年全省患者流向分析

年份	总诊疗人次 (万人)	三级医院 (万人)	二级医院 (万人)	一级医院 (万人)	基层医疗卫生机构 (万人)
2017	13527.42	1736.99	2472.63	89.34	8296.50
2018	13208.11	1873.8	2681.6	101.50	7539.20
2019	12732.55	2173.89	2737.95	100.03	6661.87

数据来源：2017-2019 甘肃省卫生健康及事业统计公报

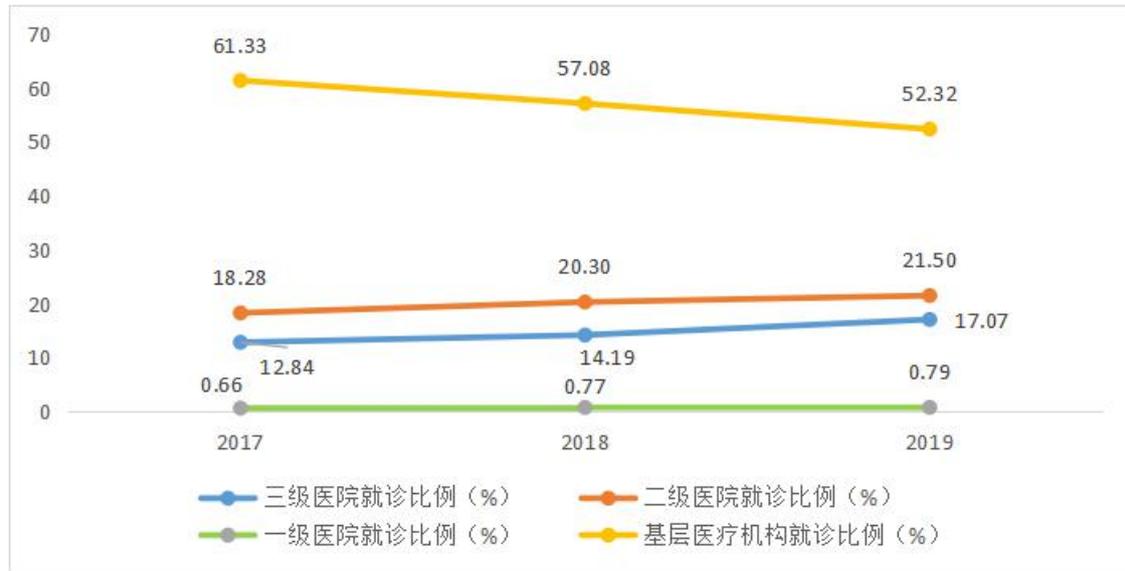


图 3.1 2017-2019 年各级医疗机构就诊比例图

如表 3.8 和图 3.1 所示，2017 年至 2019 年全省各级医院总诊疗人次有下降趋势，但是二三级医院的诊疗人次却在逐年增加，就诊比例也在逐年上升。2017-2019 年三级医院就诊比例从 18.28% 上升到了 21.5%，二级医院就诊比例从 12.84% 上升到了 17.07%，一级医院就诊比例偏低不到 1%，基层医疗卫生机构就诊比例也在不断下降，从 61.33% 下降到了 52.32%。二三级医院的就诊压力依然在逐年增大，可以说 2017-2019 年分级诊疗方案在一定程度上并没有起到合理分流减轻二三级医院就诊压力的效果，究其原因主要是因为人们对疾病的恐惧以及对健康的渴望导致患者更愿意去大医院接受治疗，更相信大医院医生的医疗技术，很多家庭条件较好的患者并不会因为报销比例高就选择在基层医院就医，所以分级转诊制度在一定程度上并没有有效减轻大医院的就诊压力。

3.3 甘肃省城乡居民基本医疗保险整合实施存在的问题

3.3.1 制度建设方面

(1) 医疗保险整合缺少科学合理的规划

2016年11月初,甘肃省发布的关于医疗保险的实施意见明确指出要于11月底前完成统一的医保目录并制定出对定点医疗机构的管理办法,并于2017年初正式实施。从整合时间来说,这一意见显然太过仓促,留给各级部门准备的时间有限,难免会忙中出乱考虑不周造成整合过程中出现制度制定不合理的现象。从管理部门来说,城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗分属于完全不同的两个管理系统,整合后由人社部门统一管理,不论是从政策制定、责任划分、人员管理以及工作交接来说都是短时间内难以实现的事情,在这样各项工作还很匆忙的情况下要求2016年底前完成整合就显得很不合理了。

(2) 筹资金额不合理

随着医保个人缴费金额逐年增加,农村居民的缴费负担也在逐年加重。

表 3.9 2010-2019 年参合农村居民缴费负担情况

年份	农村居民个人缴费 (元)	农村居民人均可支配收入 (元)	人均缴费金额/人均可支配 收入 (%)
2010	30	3425	0.88
2011	30	3909	0.77
2012	50	4507	1.11
2013	60	5108	1.17
2014	90	5736	1.57
2015	90	6936	1.30
2016	120	7457	1.61
2017	180	8076	2.23
2018	220	8804	2.50
2019	250	9629	2.60
年均增长率 (%)	28.43	12.24	14.76

数据来源: 国家统计局年鉴(2011-2020), 医保相关文件整理

表 3.10 农村居民人均缴费及可支配收入增长率

年份	人均缴费增长率 (%)	人均可支配收入增长率 (%)
2011	0.00	14.13
2012	66.67	15.30
2013	20.00	13.33
2014	50.00	12.29
2015	0.00	20.92
2016	33.33	7.51
2017	50.00	8.30
2018	22.22	9.01
2019	13.64	9.37
年均增长率 (%)	28.43	12.24

数据来源：根据表 3-9 数据计算得出

如表 3.9 及表 3.10 所示，2010 年农民个人缴费金额为 30 元，2019 年提高到了 250 元，年均增长率为 28.43%，而农民人均可支配收入由 2010 年的 3425 元提高到 2019 年的 9629 元，年均增长率为 12.24%，不到医保个人缴费增长率的一半，人均缴费金额与人均可支配收入的比例也在逐年增大，农民个人缴费增长速度远高于人均可支配收入，农民筹资负担越来越大。整合前后个人缴费标准增加了 60 元，增长率达到 50%，而当年的人均可支配收入增长率仅为 8.3%，2017 年的个人缴费金额增长过快尤为不合理。2011 年至 2019 年除了 2011 年与 2015 年缴费金额没有增长之外，其余年份人均缴费增长率都远高于人均可支配收入，并且 2011-2019 年均缴费增长率为 28.43%，而人均可支配收入增长率仅为 12.24%，因此对于农村居民来说缴费金额逐年加重，筹资金额不合理。

(3) 缴费档次单一

甘肃省城乡居民基本医疗保险目前只有一个缴费档次，相较于其他城市来说缴费档次过于单一，一方面无法满足经济水平较高家庭的需求，另一方面也使得医保基金收入减少，降低了医保基金的抗风险能力。例如 2021 年天津城乡居民医保缴费档次分为四档，包括可供成年居民选择的高档、中档、低档以及学生儿童档，个人缴费金额分别为 910 元、560 元、280 元和 260 元，对于成年居民来说，缴费标准与报销比例成正比，即缴费越高报销比例越高，学生儿童与高档缴

费居民享受一样的报销比例。成都市城乡居民医保缴费分三个档次，分为成年居民高档和低档以及学生儿童档，个人缴费金额分别为 485 元、305 元和 280 元，其中成人高档和低档都包含了每人每年 25 元的长期照护保险。同年甘肃省个人缴费金额为国家最低标准 280 元，相比之下筹资水平偏低，缴费档次单一，导致甘肃省城乡医保基金收入也偏低，从而也无法满足参保居民更高水平的报销补偿需求。

3.3.2 医保基金管理方面

(1) 医保基金统筹层次偏低

2019 年 7 月 1 日起甘肃省正式启动市级统筹，在这之前我省城乡医保统筹以县级统筹为主，统筹层级较低，基金共济支撑能力较差，抗风险水平较低，经济条件较差的县区医保补偿能力较低，城乡医保市级统筹之后在一定程度上解决了这一问题，但是相比于其他实现省级统筹的省份来说，市级统筹层次还是有些偏低，各市区之间医保基金补偿能力、定点合作医院医疗水平、医疗费用报销比例、报销程序等方面都存在一定的差别，由于各统筹市区根据当地情况制定的医保政策、补偿水平的不同导致相同的疾病各地区的报销水平却各不相同，经济条件较好，城乡医保制度实行较完善的市区报销比例较高、报销程序较简便、基金补偿能力较强，而经济条件较差地区更需要医疗保障的居民反而得不到相同水平的保障，这就加剧了医保不公平现象。此外，由于城市化的加快，各市区之间人员流动较大，尤其是各地市人口向省会城市流动，从而异地就医现象也比较多，也出现了异地医保关系接续问题，医保报销手续会更复杂，这不但造成了消耗了一些医保管理资源，更是增加了参保人员报销的困难，大大降低了参保人员的满意度与体验感。因此就医保公平性以及提高医保服务水平这两个方面来说，我省应当加快形成城乡医疗省级统筹，从而进一步提高医保基金共济支撑能力，建立公平可持续的医保体系。从另一方面来说，城乡医保省级统筹可以提升基金监管层次，更有效的监督医保基金运行。

(2) 医保基金监管有效性有待提高

随着门诊费用与住院医疗费用的逐年升高，医保基金支出也逐年增大，为了

防止医保基金支出过大,保证医保基金的正常运行,医保基金管理实行年度总额预付制度。各地区医保机构根据上年度实际结算金额的60%按月或季度或半年提前拨付至定点医疗机构,其余40%在年底根据定点医院的诊疗行为和考核结果来进行结算^①。总额预付管理考核制度虽然在一定程度上降低了医保基金的浪费,但同时又限制了医院医生的诊疗行为,医保基金是有限的,年底40%的医保基金决算使得医院为了保护自身的利益不能充分站在患者的角度来治疗,如果某一医院医疗费用超过了医保定额,医生会更倾向于给患者开医保外用药,或者要求患者提前出院,从而使医保报销金额降低,但这同时也降低了患者医保体验度,破坏了医疗保险降低患者医保负担的目的。

提高医保基金监管有效性的同时又不损害医保患者的利益是目前城乡居民医疗保险亟需解决的问题,由于参保居民对于医疗保险的不了解以及法律观念的淡薄,会出现套保以及过度医疗等方面的问题,比如为了更高的报销比例不需要住院的病情也强烈要求住院治疗,这样既浪费了医疗资源又加重了基金负担。

3.3.3 医保服务方面

(1) 经办管理水平有待提高

城乡居民医保整合之后经办管理部门的职责划分也在趋于完善,但是由于城乡居民医疗保险涉及人数众多,参保人员复杂,需要各个部门的协助配合才能更有效的提高城乡居民医保水平。从前期医保政策的制定到收取保费再到医保基金的管理支付涉及到的经办管理部门较多,每一个环节都需要大量的专业工作人员相互配合,由于各部门管理内容不同城乡居民医保也处于整合初期,每年医保政策都会有一定的调整和完善,再加上相关专业人员的缺乏,会导致医保政策执行不力的现象出现,政策执行跟不上政策的更新。对于每一位参保患者来说最直接的体验就是最后医保报销环节,报销程序是否简便直接影响了参保居民的满意度,相关政策要求参保患者应当享受出院即结报,但很多医院由于医保基金拨付不到位、年底前基金支付额度紧张或者医疗费用审核人员不足等原因无法实现出院结报。

^① 《甘肃省人民政府办公厅关于印发甘肃省进一步深化城乡居民基本医疗保险支付方式改革实施方案的通知》甘政办发[2018]98号

(2) 医疗保障水平城乡差异大

甘肃省根据医疗机构的级别设置医保起付线和报销比例以及通过分级诊疗措施来引导城乡居民合理就医,更有效的利用医疗资源,减轻二三级医院的诊疗压力,但是通过分析 2017-2019 年患者就医流向发现二三级医疗机构诊疗比例逐年增大,并没有起到预想的效果。究其原因,患者就医流向受到很多因素的影响,例如卫生机构医疗水平、患者疾病严重程度、就医距离等因素。其中起到决定性因素的就是卫生机构的医疗水平,再加上患者本身对疾病的恐惧,即使报销水平低一点往往也更愿意去医疗水平较高的医院就诊。

尽管政府每年都在增加对农村地区公共卫生事业的投入,但是由于地区经济发展水平不同、人口集中程度不同等原因目前甘肃省城乡医疗资源分配还是不平衡,城乡医疗卫生服务水平存在很大的差距。

表 3.11 2017-2019 年甘肃省城乡医疗卫生机构床位数 (张)

年份	医疗卫生机构床位数		每千人口医疗卫生机构床位数		每千农村人口乡镇卫生院床位数
	城市	农村	城市	农村	
2017	65046	81567	7.82	4.17	1.32
2018	72912	89825	8.74	4.59	1.37
2019	76149	105023	9.08	5.35	1.42

数据来源:中国统计年鉴(2018-2020)

如表 3-11 所示,2017-2019 年甘肃省城乡医疗卫生机构床位数均在增加,但是每千人城市医疗卫生机构床位数几乎是农村的两倍,每千农村人口乡镇卫生院床位数小于 1.5 张。由于基层医院医疗水平有限,专业水平较高的人才也往往会选择更有发展机会薪资更高的大医院就职,患者也就更倾向于在大医院就诊。

表 3.12 2017-2019 年甘肃省卫生机构病床使用率 (%)

年份	医院	基层医疗卫生机构
2017	81.41	61.15
2018	81.75	60.15
2019	81.92	58.20

数据来源:甘肃省卫生事业健康发展统计公报(2017-2019)

由表 3.12 可以看出 2017-2019 年基层医疗卫生机构病床使用率在逐渐降低, 而医院病床使用率保持在 81%左右, 变动不大, 基层卫生机构病床使用率从 2017 年的 61.15%, 下降到了 2019 年的 58.2%, 而同年甘肃省所有医院的病床使用率为 81.92%, 所以基层医疗机构应当努力提升专业水平, 提升病床使用率。

表 3.13 2017-2019 年甘肃省每千人口卫生从业人员城乡分布情况 (人)

年份	卫生技术人员		执业(助理)医师		注册护士	
	城市	农村	城市	农村	城市	农村
2017	8.73	3.80	3.21	1.50	4.03	1.27
2018	9.31	4.08	3.36	1.62	4.37	1.42
2019	10.17	4.76	3.38	1.76	5.04	1.89

数据来源: 中国统计年鉴(2018-2020)

从甘肃省每千人口卫生从业人员城乡分布情况来看, 城市专业人才较农村分布集中, 医疗资源向城市倾斜严重。如表 3.13 所示, 2017-2019 年, 不论是卫生技术人员、执业医师还是注册护士, 城市和农村从业人员都在增加, 然而每千人口城市卫生技术人员以及职业医师都比农村的多两倍, 注册护士更是有三倍左右, 专业人才城乡差距明显。

无论是从城乡卫生机构床位数还是病床使用率以及专业卫生从业人员分布情况来说, 城乡都存在着很大的差距, 再加上农村医疗设施不齐全、医疗技术偏低等因素原因导致人们即使有小病也更愿意去大医院看, 从而使得基层医疗水平更得不到提升, 形成恶性循环, 城乡医疗保障水平差距更大。

4 不同地区城乡居民基本医疗保险实施效果比较分析

4.1 地区选取标准

通过对城乡居民基本医疗保险开始实施的时间、实施经验、地域差别、经济发展水平以及数据的可获得性等方面的对比分析最后选取了天津、宁夏两个地区来与甘肃地区城乡居民基本医疗保险的发展状况进行比较分析,以期为甘肃省城乡居民医疗保险的发展提供一些参考意见。从实施时间和经验来说,天津市和宁夏自治区是我国最早一批开始整合城镇居民医疗和新农合的城市,天津市与宁夏自治区城乡居民医疗保险正式实施的时间分别为 2009 年和 2010 年,天津市和宁夏自治区实施城乡居民基本医疗保险已经有 10 年的时间了,也积累了一些值得甘肃省借鉴学习的经验。从地域和经济发展角度来说,天津市属于我国东部地区也是经济比较发达地区,宁夏区与甘肃省一样都属于我国西北地区,经济发展状况也相似属于欠发达地区,这样就可以从东部经济发达地区借鉴一些经验,也可以通过对两个西部经济欠发达地区比较找到更切合实际的发展建议。

4.2 城乡居民基本医疗保险制度特点

由于各地区经济发展状况以及地理环境的差异,城乡居民基本医疗保险的发展以及制度实施方式也不尽相同。

表 4.1 天津、宁夏、甘肃城乡居民医疗保险制度实施特点

地区	整合时间	目前统筹层次	筹资标准	补偿标准
天津市	2009. 4. 17	直辖市级	学生儿童一档、成年居民分为高中低三档	城乡统一,按缴费档次、医院级别补偿
宁夏区	2010. 1. 27	自治区级	不分档	城乡统一,按医院级别补偿
甘肃省	2016. 11. 10	市级	不分档	市级统一,按医院级别补偿

资料来源:根据天津、宁夏、甘肃医疗保险资料整理而得

如表 4.1 所示,天津市统筹实施城乡居民基本居民医疗保险的时间是 2009 年,全面正式开展是在 2010 年;宁夏自治区开始实施的时间是 2010 年,但是直

到 2012 年才开始在全区统筹实施，经历了两年的过渡期；甘肃省政策颁布的时间是 2016 年底，2017 年属于过渡阶段，2018 年才开始全面落实。天津市与宁夏自治区城乡医疗统筹是走在全国前列的，为全国全面开展城乡医疗奠定了基础。

从统筹层次来看，天津市从一开始就做到了市级统筹；宁夏一开始属于地市统筹，2015 年之后由自治区级统筹；而甘肃省一开始属于地县级统筹，直到 2019 年才开始市级统筹，目前还没有实现省级统筹。

从筹资标准来看，天津市为了适应不同人群投保需求从一开始就分为四档，学生儿童一档，成年居民分为高中低三档；宁夏自治区一开始分为高中低三档，但是从 2020 年起不再分档次实行统一缴费；甘肃省一直实行统一缴费，不分档次。

从补偿标准来看，三个城市都是参保患者就医医院级别不同报销比例不同，医院级别越低报销比例越高。天津市由于按档缴费所以不同缴费级别报销比例也不同，缴费越高报销比例越高，由于宁夏自治区一开始实行多档缴费制报销比例也根据缴费级别进行，2020 年之后实行一档缴费，报销标准也按照统一比例报销；甘肃省由于目前还属于市级统筹，所以不同地市报销标准和报销比例都有差别。

4.3 城乡居民基本医疗保险参保缴费标准

自从我国开展城乡居民基本医疗保险以来，各地区缴费水平都在逐年提高，本文选取了最近一年即 2020 年天津、宁夏、甘肃三个地区的缴费标准来进行比较分析。如表 4.2 所示，天津市一直实行“一制四档”的筹资缴费模式，成年居民缴费分为高中低三档，缴费金额分别为 910 元、560 元和 280 元，学生儿童档缴费金额为 260 元，成年居民三档个人缴费标准之间存在一定的差距，这样不仅能分别代表高中低三类人群的经济水平，而且可以提高医疗保障水平，增强基金的共济支撑能力。宁夏与甘肃缴费标准相差不多，宁夏区居民个人缴费为 300 元，甘肃省居民个人缴费为 280 元，甘肃省居民缴费水平是国家要求的最低缴费标准。

表 4.2 天津、宁夏、甘肃城乡居民医疗保险 2020 年缴费标准

地区	缴费档次	缴纳标准			
		缴纳标准	个人缴纳	政府补贴	中央与地方补助比例
天津市	高档	1070	910	160	3; 7
	中档	900	560	340	3; 7
	低档	550	280	270	3; 7
	学生儿童档	550	260	290	3; 7
宁夏区	不分档	850	300	550	8; 2
甘肃省	不分档	830	280	550	8; 2

资料来源：根据天津、宁夏、甘肃医疗保险资料整理而得

从政府补贴来看。根据国务院下发的《医疗卫生领域中央与地方财政事权和支出责任划分改革方案》，为了坚持政府在提供基本医疗卫生服务中的主导地位，加大政府卫生投入，同时促进人人公平享有医疗卫生服务，国家分别对公共卫生、医疗保障、计划生育、能力建设四个方面的财政事权和支出责任进行了划分，并且根据各地区经济发展水平，地方财政充盈情况提出了中央分档分担办法^①。其中医疗保障方面总共分为五档，甘肃与宁夏都属于第一档，中央与地方政府补助比例为 8; 2，中央承担 80%；天津属于第四档，中央与地方政府补助比例为 3; 7，中央只承担 30%，所以宁夏区与甘肃省来自中央政府的补贴比天津市高很多，总补贴也就相应比较高。天津市城乡居民医疗保险中档政府补贴最高，是为了激励成年居民多按照中档缴费，高档补贴最少是因为高档缴纳人群本来就属于经济条件较好的群体，有能力缴纳高标准的保费。

2020 年宁夏区城乡居民基本医疗保险只有一个缴费档位，但在这之前的十年中都有三个缴费档位，其中 2019 年城乡居民医保一二三档个人缴费金额分别为 180 元、320 元和 760 元，三个档位的缴费金额相差较大，农村居民可根据自身条件任意选择其中一个档位进行缴费，城镇居民只能选择金额更高的二档或三档进行缴费。宁夏城乡居民基本医疗保险经过 10 年的运行，出现了城乡待遇水平不平衡、参保缴费档次与户籍制度改革不适应、当期基金连续收不抵支、政策碎片化、个人与财政筹资比例失衡等一系列突出问题，所以 2020 年宁夏区将个人缴费标准统一为 280 元，补偿标准也进行了相应的统一。从宁夏城乡居民基本医

^① 《医疗卫生领域中央与地方财政事权和支出责任划分改革方案》国办发[2018]67 号

疗保险的发展结果来看,缴费档次应当根据各地区的经济发展水平以及政策执行情况来制定,不能一下子制定太高的执行标准,否则将会引发一系列的问题。

从对弱势群体的补贴来看,2020年天津市成年居民中的重度残疾人、低保对象、低收入家庭成员、享受优抚对象及城乡特困供养人员等的个人缴费部分按规定由政府全额补助。宁夏区政府对不同弱势群体的补助标准不同,对城乡特困供养人员、孤儿、二级以上重残人员,个人缴费部分由政府全额补助;对重点优抚对象、高龄低收入老年人、农村建档立卡贫困人口、低保对象定额补助270元,个人缴费30元;对三级中度残疾人员定额补助236元,个人缴费64元。甘肃省政府对农村低保一类对象、城市全额保障对象、特困人员、孤儿进行全额补助,对城市低保差额保障对象、建档立卡贫困人口给予定额资助,根据地区不同补助标准从100元到120元不等。从三个地区对弱势群体的补贴来看,天津市是补贴范围最广程度最深的地区,宁夏次之,甘肃省补偿金额最低范围最小。

4.4 城乡居民基本医疗保险费用报销标准

4.4.1 住院费用报销情况比较

由于甘肃省目前处于市级统筹状态,各市区之间城乡居民基本医疗保险报销比例不尽相同,所以本文选取甘肃省省会兰州市与天津市及宁夏区的报销政策进行对比分析。

如表4.3所示,天津市缴费分为四档,所以报销也相应分为四档,其中成年居民最高档与学生儿童最低档的报销比例相同,但二者之间缴费标准相差520元,主要是因为学生儿童属于无收入群体,也属于弱势群体,所以天津市医保资源相应的对这部分群体有所倾斜。成年居民缴费档次越高报销比例也越高,由于宁夏与兰州都是一档缴费制且天津市成年居民低档个人缴费金额与宁夏兰州个人缴费金额相同,所以我们选取天津市成年居民低档与宁夏兰州医保报销情况进行对比。

表 4.3 天津、宁夏、兰州城乡居民基本医疗保险住院费用报销情况

城市	住院	学生儿童	成年居民			
			高档	中档	低档	
天津	报销比例	一级医院	85%	85%	80%	75%
		二级医院	80%	80%	75%	70%
		三级医院	75%	75%	70%	65%
	起付标准		一、二、三级医院统一为 500 元			
	最高支付标准		18 万元			
宁夏	报销比例	一级医院	90%	起付标准	一级医院	200 元
		二级医院	85%		二级医院	400 元
		三乙医院	75%		三乙医院	700 元
		三甲医院	55%		三甲医院	1000 元
	最高支付标准		13 万元			
甘肃 兰州	报销比例	一级医院	85%	起付标准	一级医院	200 元
		二级医院	80%		二级医院	400 元
		三乙医院	70%		三乙医院	1000 元
		三甲医院	60%		三甲医院	2400 元
	最高支付标准		4 万元			

资料来源：根据天津、宁夏、甘肃医疗保险资料整理而得

通过比较发现：（1）天津市虽然缴费金额高，但各级医院住院报销比例普遍比宁夏兰州要低，一二级医院报销比例宁夏比兰州高 5%，兰州比天津高 10%，三级医院宁夏和兰州都分甲等和乙等，且宁夏三乙医院报销比例比三甲医院高 20%，兰州只高出 10%。（2）三个地区根据医院级别不同医保报销比例也不相同，报销比例与医院级别呈负相关关系，目的是为了引导参保居民多在基层医院治疗，使医疗服务更多的向下层医疗机构下沉。（3）从起付标准来看，天津市各级医院统一起付线为 500 元，宁夏和兰州根据就诊医院级别起付线有所不同，医院级别越高起付线也越高，三级医院起付线兰州比宁夏高，其中三甲医院起付线要高出 1400 元。（4）从最高支付标准来看，兰州市最低只有 4 万元，其次是宁夏，最高是天津达到 18 万元，从这个角度来看，兰州市在这三个地区中属于保障水平最低的城市。

4.4.2 门诊费用报销情况比较

天津、宁夏、兰州三个地区门诊报销差别较大。以下将从门诊特殊病和普通门诊两个方面来比较分析。

表 4.4 天津、宁夏、兰州城乡居民基本医疗保险门诊费用报销情况

城市	项目	学生儿童	成年居民			
			高档	中档	低档	
天津	门诊特殊病	一级医院	65%	65%	60%	55%
		二级医院	60%	60%	55%	50%
		三级医院	55%	55%	50%	45%
		起付标准	一、二、三级医院统一为 500 元			
	最高支付标准	18 万元（与住院待遇合并计算）				
普通门诊	报销比例	50%				
	起付标准	500 元				
	最高支付标准	4000 元				
门诊特殊病	报销比例	60%（肾透析、苯丙酮尿症 65%）				
	起付标准	500 元				
	最高支付标准	2 万元				
宁夏	报销比例	社区卫生服务中心和乡镇卫生院 60%， 社区卫生服务站和村卫生室 70%				
	普通门诊起付标准	0 元				
	最高支付标准	330 元				
甘肃	报销比例	70%（慢性肾透析 90%）				
	门诊特殊病起付标准	500 元				
	最高支付标准	按病种不同，支付限额不同，最高限额 7 万				
兰州	报销比例	社区卫生服务中心和乡镇卫生院 60%， 社区卫生服务站和村卫生室 70%				
	普通门诊起付标准	0 元				
	最高支付标准	100 元				

资料来源：根据天津、宁夏、甘肃医疗保险资料整理而得

如表 4.4 所示，（1）从门诊特殊病来看，各缴费档和各级医院之间报销比例都相差 5%，，平均报销比例为 55%，相比较来说天津市特殊门诊报销比例是最低的，其次是宁夏为 60%，最高的是兰州市，一般特殊疾病报销比例有 70%，慢性肾透析达到 90%，但是按照最高支付标准来说天津市报销上限最高，与住院医疗额度合并计算达到 18 万，而宁夏只有 2 万的额度，兰州市根据疾病种类及严重程度报销上限各不相同，最高可达 7 万元，最低只有 1000 元，这样根据疾病分类设定报销上限可以更加合理的对不同的人群做出不同的补偿，但前提是疾病分类要合理，也要根据药价和疾病变化来进行动态调整。（2）从普通门诊来看，天津普通门诊设定了起付线为 500 元，而宁夏、兰州都没有设起付线，但是天津普通门诊最高支付限额高达 4000 元，而宁夏只有 330 元，兰州也仅有 100 元，相比之下兰州和宁夏普通门诊限额设置较低。宁夏与兰州普通门诊报销比例相同为 60%或 70%，天津普通门诊报销比例是 50%。宁夏与兰州实行的是高报销比例低报销额度形式，天津实行的是低报销比例高报销额度形式，两种形式都有各自的优点，高报销比例低报销额度形式使医保基金更多的用于大病，金额较少的门诊费用可以自己承担，从而使得医保基金更合理的使用，低报销比例高报销额度的形式使得参保患者与医保基金平摊门诊费用，同样也不会造成医保基金的浪费，但像天津市医保缴费水平较高的城市更适合低报销比例高报销额度的形式，像宁夏、兰州医保缴费水平较低的城市更适合高报销比例低报销额度的形式。

4.5 城乡居民基本医疗保险参保具体情况对比

如表 4.5 所示，本文将从参保情况、基金收支情况以及医疗投入情况这四个方面入手来比较分析天津、宁夏、甘肃三地区城乡居民基本医疗保险实施情况。

从参保人数来看，2019 年甘肃省参保人数大约是天津和宁夏的四倍，参保规模较大，医保负担较重，制度执行相对来说也较困难，目前只能以市州为统筹单位执行，甘肃省要达到省级统筹还得等到各市州医保运行平稳有序之后进行，未来还有很长一段路要走。

从基金收支情况来看，由于甘肃省参保人数多，所以基金收支也相对较多。从基金结余来看，2019 年当期结余天津市最高有 11.4 亿元，宁夏为 6.2 亿，甘肃只有 5.8 亿，结余最少，累计结余也是天津市最高达到 101 亿元，至少可以负

担天津市两年的医保支出，而宁夏累计结余为 27.6 亿元，能负担宁夏区 8 个月的医保支出，甘肃省累计结余 64.8 亿元，只能负担甘肃省 4-5 个月的医保支出。累计结余越多，医保基金抗风险能力越强，但如果累计结余过多的话也会影响基金的公平性意味着缴费金额过高了，定价以及报销合理性有待考量，应当按照以收定支的原则来运营医保基金，宁夏与甘肃累计结余相对来说在正常范围内，一般医保基金的累计结余合理范围是 6-9 个月^①。由于 2019 年天津和宁夏都是分档缴费，所以人均医保基金收入与支出都比甘肃省高一点天津市人均医保收支差额最大有 210 元，其次是宁夏 126 元，甘肃最少只有 26 元，人均医保收支并不是越大越好或者越小越好，而是应当根据累计结余来确定使其控制在一定合理范围内。

表 4.5 2019 年天津、宁夏、甘肃城乡居民基本医疗保险参保基本情况比较

项目	天津	宁夏	甘肃
参保人数（万人）	541.9	492.6	2228.6
基金收入（亿元）	59.2	45.8	169.0
基金支出（亿元）	47.8	39.6	163.2
累计结余（亿元）	101.0	27.6	64.8
人均医保基金收入（元）	1092.45	929.76	758.32
人均医保基金支出（元）	882.08	803.90	732.30
每千人口卫生从业人员（人）	8.9	9.87	8.6
每千人口医疗卫生机构床位数（张）	4.37	5.90	6.84
病床使用率（%）	79.8	81.1	82.3

资料来源：2020 年中国统计年鉴

从医疗投入方面来看，每千人口卫生从业人员数三地区相差不大，都是 8-9 人，每千人口医疗卫生机构床位数甘肃省最多为 6.84 张，天津最少为 4.37 张。病床使用率三地区也都相差不大在 80%左右，甘肃地区稍高一点。从每千人口卫生从业人员、每千人口卫生机构床位数以及病床使用率可以看出国家对于医疗服务机构的投入各地区之间相差不大，甚至对于西部地区投入更多一些，这样看来在医疗投入水平相差不多的情况下医保运行状况更多的取决于医保政策制定和执行情况。

^① 《人力资源社会保障部财政部关于进一步加强基本医疗保险基金管理的指导意见》人社部（2009）67 号

4.6 小结

通过对三地区城乡居民基本医疗保险实施情况的分析得出以下结论：（1）天津与宁夏统筹层次最高，天津市从一开始就做到了市级统筹；宁夏在 2015 年实现了从地市级统筹到自治区统筹的转变，而甘肃 2019 年才实现市级统筹，还未实现省级统筹，目前统筹层次最低。（2）分档缴费来看，天津实行“一制四档”缴费政策，可以满足不同收入群体的医疗保障需求，宁夏之前实行“一制三档”缴费政策，但在实行了十年之后出现了各种问题又改为“一制一档”缴费政策，所以对于甘肃来说不应当着急追求缴费档次更多，应当在做好目前缴费政策之后再根据情况适时的提高缴费档次。（3）从缴费标准来说，天津由于自身经济发展优势，虽然缴费金额多但是国家补贴少，中央财政对于像甘肃、宁夏这样的西部地区补贴金额较高，中央承担 80% 的补贴，甘肃、宁夏对于中央财政的依赖较大，不利于自身长期稳定的发展。（4）从三个地区对弱势群体的补贴来看，天津市是补贴范围最广程度最深的，宁夏次之，甘肃省补偿金额最低补偿范围最小，甘肃省应当适当提高对弱势群体的补偿。（5）从报销标准来看，天津市属于“低报销比例高报销额度”的补偿形式，宁夏、甘肃属于“高报销比例低报销额度”的补偿形式，这个与缴费金额与人均收入水平有关，对于天津这种高缴费金额高居民收入水平的城市来说“低报销比例高报销额度”补偿形式更合理，对于宁夏、甘肃这类低缴费金额低居民收入水平的城市来说“高报销比例低报销额度”补偿形式更公平。（6）从参保人数来看，甘肃省参保规模较大，医保负担较重，制度执行相对来说也较困难，需要更多的提升医保服务和管理水平。（7）从医保基金结余来看，天津市累计基金结余太多，超出了正常结余水平，宁夏较为合理，甘肃省累计结余偏少，但也还可以支撑 4-5 个月的支出。（8）从医疗投入来看，国家对各地区医疗投入差距不大，医保水平的提升更多取决于经济发展水平以及医保政策制定和执行情况。

5 研究结论及政策建议

5.1 研究结论

城乡居民基本医疗保险参保人员广，涉及部门多，实际运行也比较复杂，因此甘肃省在实行城乡居民医保的这些年来发现了一些问题，本文第三部分对现阶段甘肃省城乡居民基本医疗保险的发展现状进行分析发现医保制度建设、医保基金管理、医保服务三个方面都存在问题，第四部分选取了天津、宁夏两个城乡医保发展较早的地区与甘肃省医保发展情况从统筹层次、缴费档次、缴费标准、补贴水平、报销补偿水平、基金结余、医疗投入等方面进行了对比分析，通过对第三部分和第四部分的分析讨论得出以下六点结论：

第一，甘肃省城乡居民医保整合中缺少科学合理的规划，整合之初由于时间紧任务重制度制定有些匆忙，为之后的整合工作带来了一些不便。天津与宁夏由于整合时间比较早，政策制定较合理，运行相对稳定。

第二，甘肃省城乡居民医保筹资金额不合理，个人缴费金额逐年增加，农村居民缴费负担加重，相较于天津和宁夏，甘肃对于中央财政的依赖较大，不利于自身长期稳定的发展，甘肃省对于弱势群体的补偿最低，应当适当增加。

第三，甘肃省城乡居民医保缴费档次单一，目前只有一个缴费档次。根据宁夏经验分档缴费应当根据地区实际情况进行分档，甘肃省目前为“一档一制”，吸取宁夏自治区“一制三档”的失败教训，应当在“一制一档”平稳运行一段时间之后再根据情况适当增加档次。

第四，甘肃省城乡居民医保基金统筹层次偏低，基金监管有效性也有待提高，天津与宁夏统筹层次最高，而甘肃省从2019年开始才实行市级统筹，目前统筹层次较低。目前甘肃省医保基金累计结余偏少，只能支撑4-5个月的支出。

第五，甘肃省医保经办管理水平还有待提高，从参保人数来看，甘肃省参保规模较大，医保负担较重，制度执行相对来说也较困难，需要更好的提升医保服务和管理水平。

第六，医疗保障水平城乡差异较大。虽然政府每年都在增加对农村地区的医疗投入，但城乡医疗资源分配依旧不均，国家对各省医疗投入差距不大，医保水平的提升更多取决于医保政策制定和执行情况。

5.2 政策建议

5.2.1 医保机制建设方面

(1) 加强城乡居民基本医疗保险机制顶层设计

城乡居民基本医疗保险机制是一个较为复杂的系统，涉及到医保体系、医疗体系和医药体系。医保方面，医保政策的制定应当公平公正，以群众的利益为出发点和立足点，制定科学合理的筹资补偿方案以及医保监督管理制度，并且根据实际执行情况不断的进行动态调整；医院方面，加强医院管理，提升医疗服务，引导患者合理医疗，减少过度医疗；医药方面，完善医药管理制度，改善医药价格逐年增高问题。

加强城乡医保制度的顶层设计，联合各部门不断的完善医保政策。应当站在医生和患者的角度上，构建医疗服务评价机制使得医生对患者的专业判断和治疗不受医保和医药部门的影响，努力提高政策参与主体对政策的了解度和接受能力。同时应当建立政策执行长效反馈机制，无论是参保患者以及政策执行者等涉及到的各主体遇到的问题可以及时反馈并解决，确保城乡居民基本医疗制度长效运行。

(2) 完善城乡居民基本医疗保险筹资补贴机制

目前甘肃省城乡居民医保收入主要来源为政府补贴和个人缴费，财政补贴占到67%左右，其中中央财政补贴达到53%，甘肃省医保资金过于依赖财政补贴，为了进一步提高医保制度的可持续性，应当科学合理的完善医保筹资机制，积极开拓医疗保险基金筹资渠道，调整缴费比例。应当根据各地区经济发展水平和居民的收入情况分地区确定个人缴费比例，对经济发展和居民收入水平在平均水平以上的地区适当提高个人缴费比例。同时应当规范城乡居民收入测算制度，有些居民存在隐性收入没有计算在个人收入里面的情况，导致对这部分居民收入水平低估，规范居民收入测算制度可有效降低这种情况。

应当完善对弱势群体的医保补贴和救助制度，合理扩大补贴和救助范围，在与天津市及宁夏区的比较中发展甘肃省目前医保全额补贴和救助的范围最小，对很多弱势群体都是限额补助，补助强度较小，应当加强对这部分群体的关注和救

助，早日实现全额补助。

(3) 增加城乡居民基本医疗保险的缴费档次

目前甘肃省城乡居民基本医疗保险只有一个缴费档次，也是国家规定的最低档次，无法满足不同经济水平居民的医保需求，应当根据甘肃省不同市区的经济发展状况、医疗费用水平、人均可支配收入等指标在目前的缴费标准上适当提高缴费额度，增加一个较高水平的缴费档次。根据宁夏区的缴费经验，不应该追求缴费档次多，也不能分的太细，这样会造成管理困难，反而不利于城乡居民医保的发展。根据目前甘肃省城乡医保发展情况，应当在发展逐步平稳之后增加缴费档次，确保医保经办管理可以平稳过度。

5.2.2 医保基金管理方面

(1) 提高统筹层次，逐步实现省级统筹

影响城乡居民基本医疗保险统筹层次的因素主要包括医保政策执行情况、地区经济水平、医疗水平、人均消费水平等方面，目前我国实现省级统筹的地区主要有4个直辖市以及宁夏区和青海省。甘肃省从2019年才开始全面实行市级统筹，统筹速度较慢，各市区之间报销补偿比例不同、定点合作医院不同，从而有违医保公平。所以省级统筹是甘肃省城乡医保的必然趋势，统筹层次的提升不但能够增强基金抗风险能力，也可以极大地提高医保工作的经办管理效率。甘肃省应当在维持和巩固现有成果的基础上继续稳步提升医保统筹层次，首先应当逐步统一各地区医保政策，然后再建立统一的省级医保缴纳及报销平台，实现以线上为主线下为辅的缴费结算方式，为全省医保用户提供最大化的便利和公平，最终实现医保的省级统筹。

(2) 全面推进医疗保险法制建设，提升基金监管能力

城乡居民医疗保险制度能够平稳健康运行的前提是强有力的医保法制制度，只有通过法律明确各主体权利与义务才能更有效规范相关部门的管理方式，更好的保障参保居民的利益。2021年2月19日国务院发布了《医疗保障基金使用监督管理条例》这是我国第一部有关医保的专门的行政法规，也是我国医保基金开

始步入法治化的重要标志。条例分别从基金使用、监督管理、法律责任三个方面对医保基金经办机构、定点医院以及个人的监管进行了详细的说明，明确了各医保主体的行为责任和法律后果，为打击违法违规现象提供了清晰的法律依据。该条例的出台只是我国医保法制建设的第一步，要确保条例全面贯彻落实，还需进一步提升医保行政部门主导下的多部门协同监管能力，强化技术管理手段，减少非必要监管流程，提高各部门办事效率，使得基金监管真正落到实处，确保基金安全运行。

5.2.3 医保服务方面

(1) 加强医保工作队伍建设，提升经办管理水平

甘肃省城乡医保经办薄弱环节主要体现在经办服务能力不足和信息建设不够完善，为了解决这两个问题首先应当加强医保工作队伍建设，定期组织相关人员进行业务培训，并且制定相应的服务制度，从业务能力和业务质量等各方面提升经办服务水平；其次，目前很多地方都增加了信息化办公程序，但信息化范围还是比较狭窄，主要应用在网上缴费方面，更多的例如网上报销、异地医疗等方面还未完全开通网上渠道，应当积极利用信息化资源，全方位开拓网上办公渠道；最后应当加强医保政策的宣传，运用电视、广播、报纸、微信、QQ等方式图文并茂的宣传医保如何缴费，如何报销，在哪里报销等主要医保政策，城乡居民对医保政策的了解会很大程度上帮助提升经办管理水平。

(2) 加强农村地区医疗投入，优化城乡医疗资源配置

虽然国家对农村地区的医疗卫生投入在逐年增加，但是甘肃地区依然面临着严重的医疗资源城乡配置不合理现象。政府应当积极优化配置城乡医疗资源，首先，加大对基层医疗机构基础医疗设施的投入，在乡镇卫生所和村卫生所配备检查基础疾病所需的医疗器械，改善就医硬件；其次，加强基层医疗机构人才引进，提升待遇水平，并且定期举行业务培训。建立城乡医疗机构间的合作关系，省市县级医院定期派遣医生到乡镇卫生院坐诊并指导业务，或者定期举办专家线上远程会议进行业务交流；最后，全面落实分级诊疗制度，同时分级诊疗制度的制定应当根据实际情况进行动态调整，不能为了留病人在基层就盲目的扣减医保基

金,应当根据各医院实际医疗情况来制定,使分级诊疗能够更有效的为患者服务。

参考文献

- [1] Felicia Marie Knaul ,Eduardo González-Pier,. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico[J].The Lancet,2012,380(9849).
- [2] Fitriani Irma,Maidin Alimin. Analysis of medical specialist satisfaction of Mokopido Hospital Tolitoli and Undata Hospital Palu about national health insurance's implementation.[J]. Enfermeria clinica,2020,30 Suppl 4.
- [3] H. Holly Wang , Shaomin Huang ,Linxiu Zhang ,Scott Rozelle ,Yuanyuan Yan. A comparison of rural and urban healthcare consumption and health insurance[J]. China Agricultural Economic Review,2010,2(2).
- [4] Patrick Hulleger,Tobias J. Klein. The effect of private health insurance on medical care utilization and self-assessed health in Germany[J]. Health Economics,2010,19(9).
- [5] Qilin Deng. Research Review on Equity in Basic Medical Insurance[J]. Open Journal of Social Sciences,2019,7(4).
- [6] 阿瑟·塞西尔·庇古.福利经济学[M].金镛,译.北京:华夏出版社:2013:67-74
- [7] 陈利淑,文培阳.我国新型农村合作医疗制度的现状及建议[J].时代农机,2017,44(04):123-125.
- [8] 陈珍.甘肃省新型农村合作医疗制度研究[J].兰州学刊,2010(12):208-211.
- [9] 程毅,刘军.城乡居民医疗保险新型模式:核心理念与策略选择——基于上海城乡居民医疗保险整合实践的反思[J].华东理工大学学报(社会科学版),2017,32(01):108-116.
- [10] 杜晶琳.江苏省城乡居民基本医疗保险制度实施效果评价与优化策略研究[D].江苏,南京医科大学,2019.
- [11] 杜伟,张异香.城乡二元社会结构探析[J].山西财经大学学报,2010,32(S2):40-41.
- [12] 高建.整合辽宁省城乡基本医疗保险制度研究[D].辽宁,辽宁大学,2018.

- [13]何梦娇,路云,闫伟,常峰.城乡居民基本医疗保险运行情况分析及政策建议——基于2014—2018年天津市数据[J].上海保险,2020(12):44-46.
- [14]何晓丽.扬州城乡居民基本医疗保险制度整合的现状与对策研究[D].江苏,扬州大学,2019.
- [15]李冰.城乡一体化:二元经济结构理论在中国的延续[J].人文杂志,2014(02):45-49.
- [16]李辉.并轨后的城乡居民医疗保险调查——以山东省高密市为例[J].管理观察,2015(22):154-156.
- [17]李瑞鹏.宁夏统筹城乡居民基本医疗保险实施效果评价研究[D].宁夏,宁夏医科大学,2016.
- [18]李亚楠.山西省城乡居民基本医疗保险整合实施研究[D].山西,山西财经大学,2018.
- [19]李之群.城乡一体化模式的实践——记昆山市农村居民基本医疗保险制度[J].卫生软科学,2005(02):91-93.
- [20]刘斌.鄂州市城乡居民医疗保险满意度及其影响因素研究[D].湖北,武汉大学,2017.
- [21]刘晓芳,程文炜,闫晓芳,彭丽爱,宋肖肖,焦锋,史静琤,肖霞.城乡居民基本医疗保险满意度指数模型在昆明市和长沙市小学生家庭决策者中的应用[J].中南大学学报(医学版),2020,45(07):840-848.
- [22]刘玉娟.广西城乡居民基本医疗保险一体化运行研究[J].中国卫生事业管理,2011,28(11):821-823.
- [23]梅丽萍,仇雨临.统筹城乡医疗保险研究综述[J].中国卫生经济,2009,28(08):37-39.
- [24]其木格.德州市城乡居民基本医疗保险存在的问题及对策研究[D].山东,山东财经大学,2018.
- [25]商晓.山东省城乡居民基本医疗保险制度整合效果评价研究[D].山东,山东大学,2017.
- [26]孙芒.我国城乡居民基本医疗保险制度整合研究[D].河北,河北师范大学,2018.

- [27]孙祁祥,朱俊生,郑伟,李明强.中国医疗保障制度改革:全民医保的三支柱框架[J].经济科学,2007(05):8-17.
- [28]孙玉凤,徐凌忠,井淇,许建强.宁夏统筹城乡居民基本医疗保险制度满意度评价研究[J].中国卫生事业管理,2014,31(09):672-674.
- [29]孙长学,张璐琴.我国全民医保制度整合与优化设计研究[M].北京:中国计划出版社,2016
- [30]唐海军,郭宁.改变城乡二元社会结构 实现城乡协调发展[J].石河子大学学报(哲学社会科学版),2005(02):73
- [31]王国惠,尚连山.城乡居民医疗保险差异性分析——从公平理论角度探讨[J].经济问题,2013(08):87-91.
- [32]王莹. 石家庄市栾城区城乡居民基本医疗保险参保人员满意度研究[D].广西,广西民族大学,2018.
- [33]王玉婷. 城乡居民基本医疗保险实施效果的调查研究[D].山东,青岛大学,2018.
- [34]王赞. 城乡居民医疗保险整合背景下医疗服务利用差异研究[D].四川,西南财经大学,2018.
- [35]吴晓丽. 城乡居民基本医疗保险中住院补偿和服务满意度研究[D].山东,山东农业大学,2019.
- [36]徐爱好. 城乡居民基本医疗保险制度评价理论与应用研究[D].天津,天津大学,2015.
- [37]徐莉.当前整合城乡居民医保工作存在的问题及对策[J].企业改革与管理,2015(18):202.
- [38]杨敏,胡世超.城乡居民基本医疗保险制度整合:理论阐释与现实路径[J].湖北社会科学,2017(11):44-49.
- [39]余依霖.统筹城乡医疗保险之重庆实践[N].中国劳动保障报,2013-05-17(003).
- [40]张博,陈淑婷.城镇化背景下广东清远农村地区城乡居民基本医疗保险实施效果调查[J].经营与管理,2018(05):144-148.
- [41]张琳.统筹城乡发展构建公平医保——中国医疗保险研究会2010年年会暨第

- 四届“和谐社会与医疗保险”论坛综述[J].中国医疗保险,2010(05):9-12.
- [42]张庆玲,薛兴利.城乡居民基本医疗保险运行效率研究综述[J].对外经贸,2018(11):117-120.
- [43]张书正,赵峰,胡波,罗泉,魏哲铭.城乡居民医保整合工作中问题与对策探讨[J].临床医学研究与实践,2016,1(12):182-183.
- [44]张廷平.全覆盖让看病不再难——四川省成都市探索建立城乡统筹基本医疗保障体系[J].中国劳动保障,2007(06):37-38.
- [45]张燕平,胡书东.依靠城市化优化发展助推区域和城乡统筹发展[J].社会科学战线,2011(04):53-65.
- [46]张再生.天津市医保10年[M].天津:天津大学出版社,2012.
- [47]郑功成.城乡医保制度整合的九个关键点[J].中国医疗保险,2013(6):9-12
- [48]郑功成.让社会保障步入城乡一体化发展轨道[J].中国社会保障,2014(01):10-13.
- [49]郑功成.中国医疗保障改革与发展战略——病有所医及其发展路径[J].东岳论丛,2010,31(10):11-17.
- [50]周剑,廖占力.《中国医疗保险》杂志社在京召开常务理事会 加强三医联动推进医改深化[J].中国医疗保险,2015(11):1.

后 记

流光一瞬，华表千年，在学校的三年悄然过去了，回想三年前我第一次来到学校的时候，周围的一切都很陌生，我需要重新适应一个新的环境，结识新的朋友，三年的时间过去了，这三年给我的不仅仅是学业的增长还有生活阅历的增长。借此机会在此向所有的老师和同学表示真诚的感谢。

感谢先后两位导师对我悉心的教导和培养，能够在导师指导下完成我的毕业论文是我的荣幸，从论文定题到定稿少不了导师的耐心修改。

感谢学校提供给我平台提升自己，感谢所有指教过我的专业课老师，让我获得了更多的知识，对保险学的认识和了解也进一步加深了。

感谢与我一同生活了三年的舍友们，三年的时间建立了我们深厚的友谊，高兴时一同分享喜悦，难过时互相安慰打气，记得每一次的深夜卧谈，三年的生活因她们而丰富。

感谢来到这里结识的一群新的弟兄姊妹，因着共同的意向我们聚集在一起，使我们彼此有了紧密的连结，三年的生活正因为有了他们的陪伴才显得格外有意义。

感谢我的家人对我无条件的支持和无微不至的关心，是他们给我提供了这样的机会使我可以免于考虑生活的压力更好的在学校学习三年。

最后感谢在百忙中审阅论文的外审老师，感谢您对我的论文提出宝贵的修改意见。