

分类号 _____
U D C _____

密级 _____
编号 10741



硕士学位论文

(专业学位)

论文题目 甘肃省城乡居民大病保险基金可持续性研究

研究生姓名: 李英英

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

本人声明所呈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： 李英英 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内容。

学位论文作者签名： 李英英 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： _____

Sustainability of Critical Illness Insurance Fund for Urban and Rural Residents in Gansu Province

Candidate : Li Yingying

Supervisor : Prof.Wang Zhenjun

摘要

经过十多年的发展与变革,我国的医疗保障体系在不断完善,并且取得显著成果。但综合来说,我国已有的医疗体系为人们提供的保障水平还较低,特别是面对重疾的抗击能力还很弱。对于中低收入人群来说,患重疾产生的高昂的医疗费用,对于一个家庭造成的负担还是非常沉重,所以还需要进一步完善我国的医疗保障机制。大病保险这个概念是在 2012 年由国家六部委发布的指导意见中提出的,目的在于进一步减轻大病患者的医疗费用重担,这个对于已经存在的基本医保的补充。随着大病保险在全国范围的开展,解决了部分人群由于患病陷入贫困的事件发生。

甘肃省在 2013 年 4 月份指定庆阳、定西、金昌三个城市为首批试点城市。由于试点城市实施效果很好,于是 2014 年在全省范围内推行城乡居民大病保险。根据医保局统计数据可以看出大病保险对于重病患者医疗费用的报销比例有了很大提高,这表明大病保险进一步完善了甘肃省的医疗保障体系,使得大病患者医疗费用报销比例进一步提高,自身负担的医疗费用金额减少。从 2013 年-2019 年至今已有 6 年时间,大病保险具体实施过程中的存在的一些问题也值得我们关注。

本文通过对甘肃省大病保险基金进行研究,首先通过分析 2013 年-2019 年大病保险的发展现状,主要从以下几个方面进行分析:大病保险的发展历程及基本原则、保障机制(分为参保人群、报销及筹资标准、承办主体三个部分)、基金筹集及使用情况、补偿情况;其次通过计算大病保险的人均补偿额、预测大病保险未来 10 年的参保人数,得出在不同的报销比例下大病保险基金的累积结余,通过上述预测分析城乡居民大病保险的可持续性,得出甘肃省大病保险基金在报销比例较高的情况下存在大额缺口。通过在上述分析基础上,从筹资机制、保障机制以及监管方面提出促进甘肃省城乡居民大病保险基金可持续发展机制完善的建议。

关键词: 城乡居民大病保险 保险基金 可持续发展 甘肃省

Abstract

After a period of ten years of development , the medical security system in Gansu Province is improving and has achieved remarkable results. My country's existing medical system provides people with a relatively low level of protection, especially in the face of severe illness. For low-income groups and middle-income groups, the very high medical expenses caused by serious illnesses are heavy for a family. Therefore, it is necessary to improve my country's medical security mechanism. The concept of critical illness insurance was put forward in the guidance issued by the six national ministries and commissions in 2012. With the development of critical illness insurance nationwide, the occurrence of some people falling into poverty due to illness has been resolved.

Gansu Province designated Qingyang, Dingxi, and Jinchang as the first batch of pilot cities in April 2013. As the pilot cities have been implemented very well, they implemented major illness insurance for urban and rural residents across the province in 2014. According to the statistics of the Medical Insurance Bureau, it can be seen that the reimbursement ratio of critical illness insurance for the medical expenses of patients with severe illness has been greatly improved. This data shows that critical illness insurance has perfected the medical security system in Gansu Province. This has further increased the reimbursement ratio of medical expenses for patients with serious illnesses. The amount of

medical expenses borne by severely ill patients has been reduced. The amount of medical expenses decreased. It has been 6 years from 2013 to 2019, and some problems in the implementation of critical illness insurance are also worthy of our attention.

This article conducts research on the Gansu Provincial Critical Disease Insurance Fund. First, analyzes the development status of critical illness insurance from 2013 to 2019. It analyzes the following aspects: the development process and basic principles of critical illness insurance, and the guarantee mechanism fund raising and use, compensation; secondly, by calculating the per capita compensation amount of critical illness insurance, predicting the number of people participating in critical illness insurance in the next 10 years, it is concluded that the cumulative balance of the critical illness insurance fund under the reimbursement ratio. Through the above prediction and analysis of the sustainability of the urban and rural residents' critical illness insurance, it is concluded that there is a large gap in Gansu's critical illness insurance fund with a high reimbursement ratio. On the basis of the above analysis, it puts forward suggestions to improve the sustainable development mechanism of Gansu's urban and rural residents' serious illness insurance fund from the aspects of financing mechanism, guarantee mechanism and supervision.

Keywords: Critical illness insurance for urban-rural residents; The fund for insurance; Sustainable development; Gansu province

目 录

1 绪言	1
1.1 选题背景和意义	1
1.1.1 选题背景	1
1.1.2 研究目的与意义	2
1.2 研究内容与方法	4
1.2.1 研究内容	4
1.2.2 研究方法	5
1.3 国内外相关研究	6
1.3.1 国外研究综述	6
1.3.2 国内研究综述	8
1.3.3 国内外研究评述	11
1.4 创新与不足之处	11
1.4.1 创新之处	11
1.4.2 不足之处	12
2 相关概念与基础理论	13
2.1 相关概念	13
2.1.1 重大疾病概念	13
2.1.2 城乡居民大病保险	13
2.1.3 城乡居民基本医疗保险	13
2.2 基础理论	14
2.2.1 马斯洛需求理论	14
2.2.2 准公共产品理论	14
2.2.3 信息不对称理论	15
本章小结	16
3 甘肃省城乡居民大病保险运行现状分析	17
3.1 甘肃省城乡居民大病保险的发展历程	17
3.2 甘肃省城乡居民大病保险基本制度	17

3.2.1 基本原则	17
3.2.2 保障机制	18
3.2.3 筹资来源	20
3.2.4 承办主体	21
3.3 甘肃省城乡居民大病保险运行情况分析	21
3.3.1 大病保险参保情况	21
3.3.2 大病保险基金筹集及使用情况分析	22
3.3.3 大病保险补偿情况分析	24
本章小结	25
4 大病保险基金预测分析	27
4.1 大病保险基金筹资分析	27
4.2 大病保险补偿费用测算	28
4.2.1 医疗费用基数	28
4.2.2 增加系数	29
4.2.3 补偿比例	29
4.2.4 保险因子	30
4.2.5 基期医疗补偿费用	31
4.3 大病保险参保人数预测分析	31
4.4 大病保险基金支出预测分析	33
4.5 大病保险基金累计结余分析	34
4.6 预测结果分析	35
本章小结	36
5 甘肃省城乡居民大病保险基金研究结论与政策建议	38
5.1 加大有关大病保险的宣传	38
5.2 完善筹资机制	38
5.2.1 提高筹资标准	40
5.2.2 鼓励城乡居民个人支付重大疾病保险费	41
5.2.3 广泛吸收社会慈善捐赠	41
5.3 科学厘定起付线	42

5.4 增强大病保险基金的监督	43
5.4.1 提高大病保险基金运作有关信息的公开度.....	43
5.4.2 建立多元化监督体系.....	44
参考文献	46
后 记	50

1 绪言

1.1 选题背景和意义

1.1.1 选题背景

医疗与民生关系密切，医疗保险制度与精准扶贫更是息息相关，我国的社会保障体系中医疗保险制度更是与其相扣的紧密一环。随着 1988 年新农合的提出，农村居民看病就医自负的诊疗费用大幅度降低，为我国的医疗保险制度添上重重一笔。但是由于城乡居民基本医疗保险^①抗击重大疾病的能力也比较弱，其保障水平对于大病患者高额的医疗费用来说不够，患者家庭自己负担的费用过于高昂，社会中低收入人群还是不敢看病。“没钱看病，不敢看病”的现象还是频繁发生，患大病产生的高额医疗费用对大多数人来说是一个难以承担的重担。

为了建立一个有病敢医、不惧生重病的社会主义国家，提高我国的医疗保障体系的保障水平，减少城乡居民看病就医时产生的医疗费用自身承担部分。国家六部委^②在 2012 年 8 月 24 日联合发布《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》，意见中提出大病保险制度这个新兴概念。参保人群在患大病时由于高额的医疗费用在经过基本医保报销后自身承担部分过重，该项医疗保险制度主要解决参保人群中的中低收入人群不敢就医看病问题，减轻重病患者家庭的负担，减少因病导致经济陷入困境的情况发生。

随着指导意见的发布，各个省份积极响应政策，在当下人民群众看不起病的形势下，选取城市作为试点区域开始实施大病保险制度。甘肃省紧随脚步，吹响战斗的号角，在 2013 年 4 月甘肃省选取庆阳、定西、金昌三个城市开始实施大病保险，当年试点城市参保率达到 93.63%，按照人均 30 元的筹资标准从基本医保基金中进行支取建立大病保险基金，参保人数为 511.4 万人，大病保险基金总额为 1.53 亿元，当年报销总额为 1.05 亿元，支付率达到 68.6%；2014 年度，大病保险在甘肃省全面实施，参保人数为 2105.26 万人。大病保险基金补偿金额为 4.66 亿元，基金使用率为 77%；2015 年，大病保险进入深入推广阶段，参保人

^① 2016 年城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗保险整合为城乡居民基本医疗保险

^② 发展改革委、卫生部、财政部、人力资源社会保障部、民政部、保监会六部门

数增加至 2150.92 万人, 报销 184508 人次, 补偿金额总数为 6.14 亿元, 基金支付率为 92.4%; 2016 年城乡居民参保人数出现小幅度下降, 为 2210.70 万人, 筹资总额共计 6.63 亿元, 报销人数 182957, 报销金额占筹资总额比例为 92.2%。2017 年由于甘肃省将原有的 30 元/人的筹资标准调整至 55 元/人, 筹资总额共计 12.12 亿元, 当年参保人数为 2204.47 万人, 报销人次为 18.01 万, 报销总额为 6.16 亿元, 基金使用率 50.83%。2018 年度全省基本医保参保人数为 2215.06 万人, 筹资标准由 2017 年的人均 55 元调至 65 元, 大病保险基金筹资总额为 14.40 亿元, 报销金额 13.43 亿元, 基金使用率为 93.25%。2019 年度大病保险参保人数 2227.71 万人, 筹资标准为人均每人 90 元, 报销人次 89.6 万人次, 筹资金额 20.01 亿元, 报销金额 22.01 亿元, 基金使用率达到 109.99%。

城乡居民大病保险自 2013 年在甘肃省运行以来, 取得了卓越成效, 给人民群众带来了很大的福利, 减轻了省内的重病患者家庭的医疗费用负担, 给重病人群带来了生的希望, 减少了“因病致贫”的情况发生概率。随着大病保险运作至今, 由省内的基金收支数据来看, 2019 年度大病保险基金首次出现收不抵支情况, 由于基金筹资来源渠道的唯一性引发的基本医保基金的负担以及大病保险基金出现缺口; 其次大病保险缺乏专门的法律法规对其进行监督; 再次, 大病保险的合规费用的制度不够健全, 以上这些在很大程度上会影响甘肃省大病保险的可持续发展。大病保险基金的金额多少关系到重病患者的切身利益, 若基金不足, 重病患者不能及时拿到补偿金额会影响其进行下一次救治。并且大病保险基金的充足性与大病患者医疗费用报销比例的高低密切相关, 如果资金来源不足、保障水平不够等方面不能得到及时调整和完善, 大病保险不能对于患者及时进行补偿其医疗费用, 社会大众会对其失去信心, 该项制度在本省难以为继。因此, 本文在分析甘肃省 2013-2019 年大病保险实施现状的基础上, 通过实际情况以及数据对比分析, 指出大病保险基金面临的问题, 通过对未来 10 年大病保险基金的收支、结余等进行预测, 进一步研究甘肃省大病保险基金可持续发展的问题。

1.1.2 研究目的与意义

(1) 研究目的

城乡居民大病保从 2013 年在甘肃省实施以来, 对于省内人民是一项民生福

利，特别是缓解了大病患者的燃眉之急，让他们能放心看病。由于这项制度从 12 年六部委才提出，甘肃省于 2013 年才开始试行，各项工作都在探索试点中，属于摸着石头过河的状态，我省一直都在实践探寻找真理，在实践中寻找问题和对策。随着大病保险的平稳运行，大病保险的一系列问题也在实践中显现出来，其中大病保险基金的来源渠道单一导致大病保险基金面临穿底现象是其中一个关键问题，也是影响大病保险在甘肃省是否能可持续发展的关键所在。本文对大病保险基金进行预测分析，发现其潜在问题，找出解决办法。

(2) 研究意义

理论意义：2020 年 2 月 14 日，习主席主持召开的第十二次会议中明确指出要健全重大疾病医疗保险和救助制度；2020 年 2 月 25 号发布的意见中对于我国的医疗保障体系提出要求，要加速建成全覆盖、权责分明、保障有度并且是可持续发展的多维度医疗保障体系，使得广大人民群众拥有更多的幸福感与敢看病的安全感。

本文通过对城乡居民大病保险的发展历程进行系统了解，以甘肃省大病保险基金为切入点，通过 2013-2019 年实施的数据为基础，通过 excel 对参保人数进行拟合，预测未来 10 年大病保险基金的状况，对运行过程中出现的问题提出相应的政策建议。这对于甘肃省城乡居民大病保险的可持续发展有着不可或缺的意义，对于进一步完善医疗保障体系的作用也是重中之重的。

实践意义：甘肃省地处西北，由于地理位置的影响，经济发展水平较低。无论从人均 GDP 还是人均可支配收入来看，都要低于全国平均水平。由于各种因病致贫的例子数不胜数，在经济落后的西北地区流传一句话“不怕穷、就怕病”，对于贫穷来讲，甘肃省人民更担心生病，特别是生大病。城乡居民大病保险作为基本医疗保险的二次报销机制和一项重要的民生保障工程，最大程度上减少了生病导致倾家荡产的发生概率，使得大病患者敢于去医院，而不是在家等待生命的终结；作为一项重要的民生保障项目，大病保险也有助于精准扶贫成果的巩固；甘肃省在开展试点之后，取得了很大成效。由于各个省份存在较大地域差别，例如沿海城市的人民收入较北方不发达地区较高。由于不同的经济发展水平影响，因此对于每个省份的具体实施情况、具体实施效果怎么样，要具体问题具体分析，通过对当地问题进行深入研究和分析，给出对应的符合当地实际的政策建议，提

高大病保险的保障水平。

1.2 研究内容与方法

1.2.1 研究内容

本文从甘肃省大病保险的参保情况、基金的筹集及使用率和大病保险的受益情况等方面分析其实施情况及发展现状,运用 EXCEL 统计软件对于甘肃省参保人数以及大病保险基金相关数据做出预测,最后结合该实证分析对运行中出现的问题给出相关政策建议。

本论文分为五个章节,主要框架如下:

第一章为绪言部分,主要介绍了大病保险的研究背景及存在的具体意义;对于国内外的相关研究进行了总结,阐明了本文的研究目标、内容及方法。

第二章通过界定大病保险的概念,对于涉及的基本理论概念与理论框架结合大病保险进行具体阐述。

第三章是对甘肃省的运行现状进行阐述。首先通过介绍大病保险在甘肃省的发展历程,具体介绍了大病保险历年来的相关政策文件;其次对于甘肃省大病保险基本制度的具体情况进行分析;最后通过分析甘肃省大病保险的实施现状,包括运用大病保险的参保人数、补偿情况以及基金的具体收支状况等进行具体分析,指出运行过程中潜在问题。

第四章对于大病保险筹资方面进行了分析,并且通过借鉴基本医保人均补偿费用计算公式得出了大病保险的人均补偿费用;其次在 2014 年-2019 年参保人数 6 年数据基础上通过 Excel 软件进行拟合程度测算,选取乘幂、对数等多项模型得出拟合程度最大的计算公式,对于未来 10 年我省参保人数进行预测;在参保人数及人均补偿费用以及筹资标准确定基础上,结合甘肃省大病保险相关政策文件中提供的不同补偿比例,本文分段采取三种不同报销比例,对于不同比例基础上的累计结余进行了计算。通过以上数据分析为甘肃省应对未来的大病保险赔偿提供参考。

第五章通过上述几章对于甘肃省大病保险发展现状及对大病保险基金进行预测时发现的潜在问题,通过从加大宣传/筹资、补偿及监管四个方面给出建议,

使得大病保险基金充足，促进大病保险的可持续发展，让甘肃省人民对于该项政策充满信心。

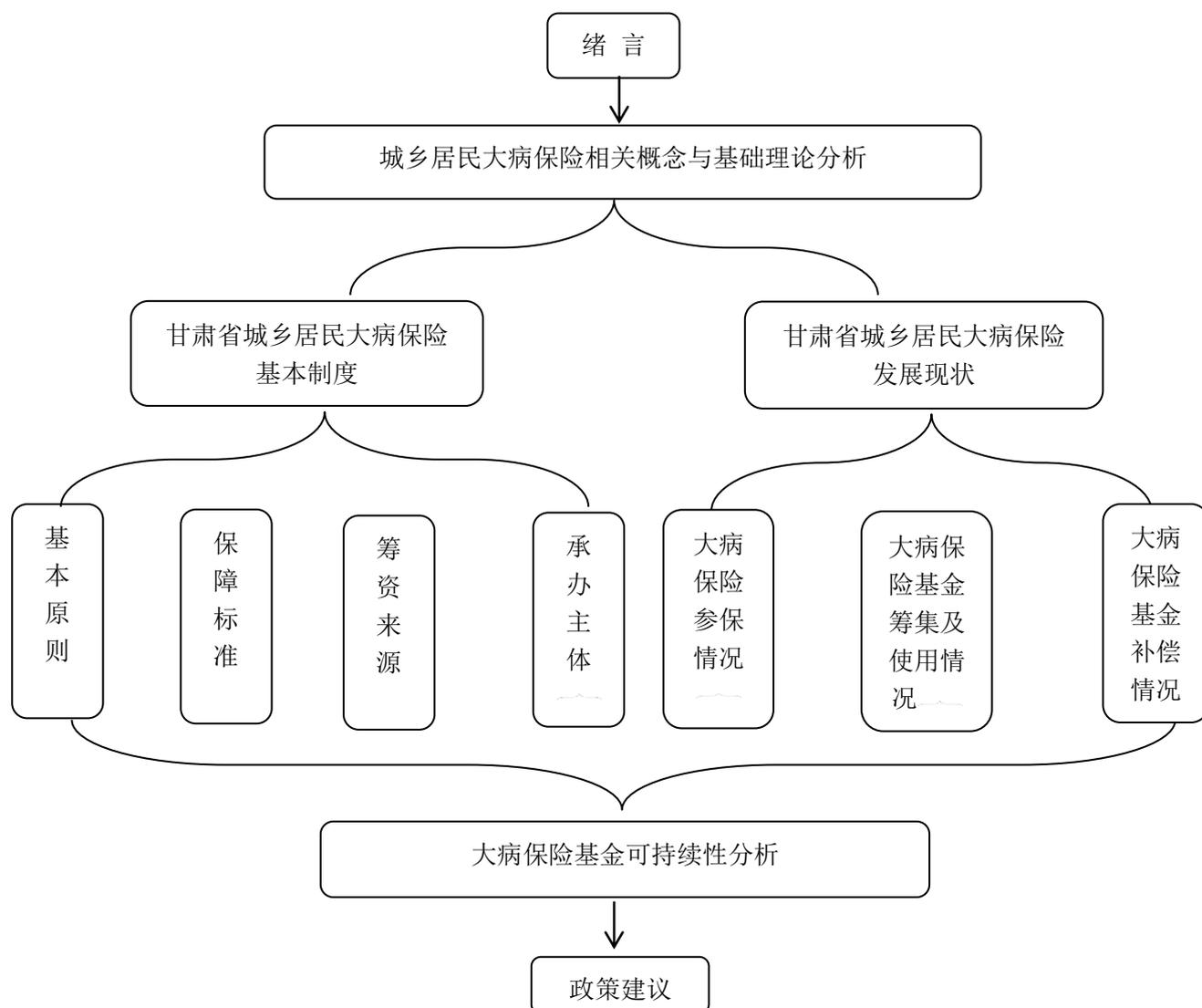


图 1.1 论文框架图

1.2.2 研究方法

(1) **文献研究法**：在论文写作过程中，通过查阅并收集甘肃省当地各市州的大病保险相关资料文件，了解了当地大病保险的运行情况及颁布的政策文件。利用统计局数据、学校购买数据库以及互联网获得数据，并查阅了期刊、硕博论文、会议等了解全国城乡居民大病保险的运行情况及政策，并仔细阅读各个专家学者对大病保险的相关看法及提出的问题建议，通过借鉴和学习，在此基础上结合甘肃省实际情况探索我省的大病保险基金在实践中存在的问题，对此找出解决

办法。

(2) **比较分析法**：第一，通过对甘肃省 2013-2019 年期间的政策性文件及相关资料进行整理，梳理得出甘肃省大病保险发展历程。第二，通过对甘肃省开启试点以来的大病保险的数据文件进行整理，其中通过对于我省大病保险特别是对参保人数、大病保险基金支付率以及大病保险报销人数等评价指标进行比较，分析大病保险的发展历史及现状。

(3) **定量分析法与实证分析方法**：大病保险为了不增加人民群众的负担，其基金的筹集是从城乡居民医保中进行拨付，本文首先通过收集 2013 年-2019 年城乡居民基本医保基金和大病保险基金收支的数据，对相关数据进行整理；借鉴医疗保险基金的计算公式对于人均补偿费用进行计算以及 Excel 建立函数对于大病保险的参保人数进行预测，对于大病保险基金在不同报销比例情况下结余情况进行分析，通过以上数据分析得出大病保险的基金来源不足等问题。

1.3 国内外相关研究

1.3.1 国外研究综述

(1) 关于重大疾病概念的研究。

部分专家认为大病保险是一个经济学上的概念，根据医疗费用的大小、疾病种类分别给出了对于大病的两种定义。第一种定义是 2000 年世界卫生组织的一份报告指出了因病致贫的问题，因病致贫，主要是指如果一个家庭在其所有的非食品支出中，医疗支出高于 50%，则会导致致贫（Xiangyu Cheng and Wenqiang Qian, 2019），相关概念的提出和研究成果为我国大病保险属性定位和政策制定提供了理论支持，同时也影响着我国大病保险政策目标设定和政策方案设计。第二种定义是英国保险业协会根据疾病的种类提出的标准，按照此种标准“癌症、心梗、心脏病和脑中风等多项疾病属于大病的种类（Nadine Gatzert and Alexander Maegebier, 2015）。

(2) 关于国外典型的社会医疗保障体系研究。

国外目前已经有了较为完善的社会医疗保障体系，因此大多数研究都更加关注商业保险与政府之间的合作。其中英国的医疗体系特点为全民覆盖，并且由政

府占据主导地位，让国民治病都不需要额外承担费用。但该体系并不适应于现阶段我国的基本国情，并且还存在着各种各样的问题，例如国家医疗费用消耗大、市场调节机制未能实现应有的效果、卫生服务完全由政府包办等，这些经验都能够帮助我国在对医疗保障体系进行完善的过程当中避免犯下同样的错误。高度市场化是商业医疗保险制度在美国实施的过程当中所展现出的典型特征之一，但医疗费用受到市场导向的影响成为了较大的负担，我国在针对大病保险制度推进完善的过程当中，应当借鉴和参考美国对商业保险行业功能的运用以及在限制规定、保险责任范围、自负额度、受益最高限额等方面的各项经验。此外，对德国法定医疗保险体系、新加坡大病医疗保险和荷兰 2006 年医疗保险领域“有管理的市场竞争改革”的学习研究也能够帮助我国进一步实现对大病保险制度的完善，有助于多层次医疗保障体制的构建。

(3) 关于大病保险保障人群的研究

Longo 和 Grignon (2009) 指出，大病保险无论是由政府承办还是市场中的商业保险公司参与运营，人们对于其需求程度取决于以下几个要素：一是人们在患大病前的家庭收入水平，若患病导致的医疗费用对于其收入占比很小，其对于大病保险的需求很小；若医疗费用是其患病前家庭收入的几倍甚至几十倍，人们对于大病保险的需求就会大幅度上升。二是人们对于将来可能存在的医疗开支的厌恶程度，若人们有潜在规划以及十分担心未来患病的概率，其需求会上升。由上述可以推测，中低收入人群尤其是因病返贫的人群更为恐惧患病，对于大病保险的需求最高。

Pengqian Fang, Zhengqiong Pan, et al (2018) 通过对于我国四个实施大病保险制度的城市进行分析，通过比较制度实施前后的医疗费用报销比例以及特大疾病发生率，发现制度实施前后，医疗费用报销比例变化不大，大病保险的保障水平有限，人们自身还要承担高额的医疗费用。专家建议通过大数据以及科学的调查方法设定不同收入人群的报销标准、起付线以及自付额，拓宽融资渠道，通过不同的渠道来增加大病保险基金总额，提高大病保险的报销比例，减少城乡居民自身负担。

大病保险的保障人群主要是中低收入人群，由于该类人群经济基础薄弱，一旦发生预料之外的医疗费用支出，就会陷入贫困。所以该制度的各项指标应当向

贫困人口倾斜，降低该类人群的起付线和提高报销比例。并且为了防止大病保险基金池面临穿底现象，要提高大病保险的筹资标准。

1.3.2 国内研究综述

(1) 关于大病保险制度的研究

乌日图(2013.01)认为新农合和城镇居民医保都是以大病保险的统筹为重点，因此大病保险的提出是对已经有的医疗保障制度的发展和完善。王保真(2014.06)在文中认为大病保险的实质应该纳入再保险范畴，是政府为了减轻自身的经济负担，将其转嫁给保险公司。使政府避免经济风险过于集中，避免在重大疾病发生频繁时无法履行赔付责任而对医疗保险的稳定运行产生责任。马旭东(2015.02)认为大病保险是对于已有的基本医保制度的延伸与拓展，是政府为了解决大病患者高额医疗费用提出的的创新举措。并且认为“政府主导，专业化运作”有利于改变政府在其中的角色，并且能发挥保险公司的优势，节约培养专业保险人才等多项人力、物力成本费用。徐娴(2016.09)认为承办大病保险的保险机构之间要形成一个良好的竞争环境，并且要体现其专业性，要提高其理赔速度和服务能力。何文炯(2017)提出，大病保险的提出是为了让社会大众减轻其患重病的医疗费用负担，是一项社会保障制度，为了实现人人参与，造福大众这项初衷，要建立稳定、可持续发展的社会医疗保障制度。舒采锡(2018)指出，商业保险公司承保大病保险要做到以下几点。第一，提高政治觉悟，大病保险作为社会类型的保险，商业保险公司不能秉承盈利的目的来承保大病保险，而是保本微利，承担起精准扶贫的社会责任；第二，对于大病保险运作过程中要体现保险公司的专业化，提升办事效率及服务质量；第三，通过与地方医院进行合作，扩大一站式结算覆盖区域，为重病患者家庭提供方便快捷的渠道。梅乐(2018.09)指出“因病致贫、因病返贫”居于致贫因素的首位，其比例由2013年的42%上升为2015年的44.2%，意味着重大疾病对于脱贫的实现有着重大的阻碍作用，作者认为社会治理体系中，通过ppp模式对大病保险进行改造升级，有助于将大病保险对于脱贫攻坚的作用完全发挥出来，并且这对于解决贫困问题和完善社保体系至关重要。王瀚洋(2019.10)保险公司承办大病保险难以从医保部门共享参保人信息，并且大病保险普惠定位让保险公司利润很低，阻碍了保险公司参与承办的积极性，

作者认为政府应该放手只负责法律方面的监管和保费补贴,不参与大病保险的定价、核保和理赔等流程。通过这种方式使得大病保险制度的运行更加高效、专业。付晓光,汪早立(2019)在文中指出,负责大病保险管理的政府相关组织缺乏在基层进行实地调查的实践,对于基层群众有关大病保险的满意度及服务质量缺乏评估机制,导致大病保险的可持续发展有待探讨研究。

(2)关于大病保险可持续发展研究

蔡亮(2013)以大病保险制度在黑龙江省的运行现状为基础,通过对比实施前后的医疗报销比例,得出大病保险在黑龙江发展的必要性,并且通过在运行过程中发现大病保险基金的来源渠道少及保障水平较低,针对存在的问题对于黑龙江大病保险的可持续发展提出了相应政策建议。董曙辉(2013.04)认为六部委指导意见中提出的大病保险有一定的局限性,筹资制度建设目光不够长远。大病保险基金从基本医保基金结余中划拨,作者认为该种渠道在有些地区不能可持续发展。陈文辉(2013.03)指出由于城镇医保、新农合基金的结余为大病保险提供了初始基金,但由于该渠道的基金会因为自身的意料之外的支出导致不足,而不能继续为大病保险基金提供多余助力,因此大病保险基金的筹资渠道应该在初始建立,形成自身长期稳定的来源,保证其充足性。钟伟家、田四海(2014.09)指出在大病保险开展之前,社会上已经有很多针对于重大疾病的社会捐助,并且山西省在落实大病保险实施过程中就提出为了实现大病保险资金的来源的可持续性,依法接受社会捐助等手段对于大病保险基金的补充。并且作者指出要通过明确的实施准则来控制大病保险资金合理支出,依法严惩骗保、过度医疗的行为。王碗(2014)通过对于大病保险在我国25个省市的运行情况进行分析,分别对于该项制度的支付、筹资标准以及保障能力等多方面进行对比,建议大病保险实施城乡统筹;并且为了保证大病保险长远的保障水平,要对于大病保险基金单一的筹资渠道进行扩宽。吴海波(2015.11)指出在大病保险是秉承专业化运作的思路,在承办过程中,保险公司作为保险人与政府(投保人)签订合同,而城乡居民作为被保险人和医疗机构实施医疗行为的第三方。虽然大病保险合同的成立和医疗机构、居民无关,被保险人(居民)和医疗机构只负责接受治疗 and 实施治疗,特别是大病保险合同与在实施中扮演重要角色的医疗机构无关,这很容易导致大病患者在治疗过程中出现过度医疗的行为。并且大病保险与商业保险不同的运作

模式,导致保险公司不能事先进行风险控制,对被保险人进行核保,而是要为全体居民提供保障,这导致保险公司处于弱势地位,很有可能出现保险公司亏损过多而退出承办的该项业务,这也不利于大病保险的可持续发展。宋学红(2016.06)通过收入支出法对乐山市 2015 以后十年的大病保险基金的可持续性做出预测,发现在现有制度下,大病保险的可持续性在逐渐降低,基金统筹方面存在问题是导致可持续性降低的一个重要原因。贺伟(2018.12)指出,由于大病保险的运行原则秉承保本微利,因此保险公司在计提承办大病保险的管理费用应该按照较低标准,并且应该将当地是否实现城乡统筹作为一个标准,若当地实施了城乡统筹,保险公司计提大病保险的管理费用应为当年理赔额度的 2.5%-3%;若没有实施,则为 3%-4%。而且作者认为大病保险的管理费用并不应该从大病保险基金中扣除,而应该由政府提供专项资金进行给付。付晓光、汪早立(2019.04)指出大病保险专业化运作中,保险公司承办大病保险,存在人员流动性大、人力资源成本过高,并且缺乏对医疗机构诊治的管控等问题。

(3) 关于大病保险基金的研究

王飞、汤少梁(2015.12)通过评价 2009 至 2013 年期间肺癌、胃癌、食道癌医药总费用每年都在递增,而城乡居民医疗保险基金每年的结余率在逐渐递减,得出大病保险基金的压力较大,需要增加大病保险的筹资方式,建立起大病保险对应精算制度。薛荔枝(2017.05)通过构建大病保险基金筹资和补偿模型,对我国各省、市、区未来 25 年的大病保险基金结余进行测算,通过测算分析发现大病保险基金在未来都出现了缺口,为了保证人民的利益,保障大病保险的报销比例,因此要建立长效的筹资机构和合理的补偿机制。梅乐(2017.10)通过对H市的大病保险运行状况进行分析,发现H市人口增长率呈现下降趋势,而医疗费用一直在上涨,为了保障大病保险基金的充足性,首先要扩大筹资渠道,其次对于该项制度立法,最后政府要加大对于该项社会医疗保险的投入与扶持。赵美颜(2019.05)通过以河北省大病保险为例,通过河北省运行数据为基础,在不同报销比例情况下,对未来 10 年大病保险基金结余做出预测分析,得出在高水平报销情况下大病保险基金出现透支,为了大病保险基金的稳定和其保障线,需要减少大病保险基金无关紧要支出,拓宽筹资来源并加大有关部门的监管力度。

1.3.3 国内外研究评述

综上所述,对国外学者围绕医疗保障所开展的一系列研究和实践进行了一定程度的了解以后,可以发现,大病保险仅依靠政府完全承担或者完全依赖市场机制都是不可行的,在大病保险制度的推进和完善过程中应合理界定政府的责任,除了对建设大病保险制度过程当中社会资源的重要性进行强调、对政府的协调以及管理职能进行依靠以外,对于市场机制的引入采取鼓励措施,使得商业保险公司的专业为该项制度服务。此外,国外学者对发达国家针对医疗保险机构建立的风险管理机制、医疗控费机制的相关研究也值得我们学习和借鉴。

基于我国现有的社会经济体制,所以国外的专家学者对于我国的大病保险少有研究。作为我国独有的一项医疗保险制度,国内学者由2012年大病保险这个概念提出之初就对此展开各项讨论,主要对于该项制度本身的一些局限以及该由谁承办展开讨论,其中对于大病保险制度在实践中产生问题进行总结然后提出建议进行完善,以及在运行过程中出现的问题进行解决,并且在对于不同经办模式的探讨中得出大病保险专业化运作的优势;其中对于大病保险基金关注度较少,对于未来大病保险基金的何去何从关注度以及研究分析较少,特别是对于经济较不发达西北地区的探讨研究较少,因此存在着一定的局限性。

本文立足于甘肃省2013-2019年大病保险的运作状况以及当地基金的收支的数据,对大病保险基金的筹资标准以及收支等方面做出预测分析,通过数据资料发现大病保险的运行过程存在的问题,对此提出完善甘肃省大病保险制度的政策建议,促进大病保险基金在甘肃省可持续运行,提高当地的医疗保障体系的保障水平。

1.4 创新与不足之处

1.4.1 创新之处

(1)由于甘肃省地处西北欠发达地区,大病保险对于该类地区研究成果较少。本文通过甘肃省14个市州的数据为基础,对甘肃省大病保险政策运行及基金的充足性展开研究,并根据实践情况以及借鉴其他大病保险运行效果十分显著的省

份的政策，对我省大病保险运行中出现的问题提出相应的政策建议。

(2) 借鉴医疗保险基金的计算公式对于人均补偿费用进行计算，以及在 2014 年-2019 年甘肃省大病保险参保人数基础上利用 Excel 进行拟合检验，最终找出拟合系数最优的函数公式，通过该项公式拟合出未来 10 年每年大病保险的参保人数，由于报销比例不同，大病保险的补偿金额支出也不相同，因此计算出在不同的报销比例下大病保险基金的收支情况。对比发现大病保险基金在未来较高的保障水平情况下存在透支现象，通过以上数据分析得出大病保险的基金来源渠道窄、筹资标准需要提高等问题。

1.4.2 不足之处

本文中对于大病保险基金的研究，没有同时兼顾政府与市场，而是从政府当局的身份对该项制度进行分析。其次，本文计算大病保险人均补偿金额时借鉴基本医保基金计算公式，得出数据缺乏一定准确性；最后由于甘肃省大病保险于 2013 年开展试点，距今时间较短，相关数据不够充分，通过这些数据对于大病保险人数以及筹资标准进行预测，分析大病保险基金的结余等情况，本文的深度以及精确度还需要进一步提高。

2 相关概念与基础理论

2.1 相关概念

2.1.1 重大疾病概念

重大疾病的定义来源与对病种和费用的归类。“病种”是世界上大多数国家使用临床诊断和发生家庭灾难性医疗费用的数额来确定一个人是否属于重大病患者行列中。“费用”是根据 2002 年 WHO（世界卫生组织）发布报告中提出的家庭自付诊疗费用大于或等于其家庭可支配收入的 40%作为标准，部分国家或地区会根据当地情况进行调整而设置不同阈值。

2.1.2 城乡居民大病保险

大病保险分为两个部分，一个是商业保险公司承办的重疾险，另一个是 2012 年出台的意见中提出的城乡居民大病保险。本文探讨的是具有社会属性的城乡居民大病保险。

城乡居民大病保险是在重病家庭不能负担诊疗费用时出台的，即经过基本医保报销后的治疗费用大病患者家庭负担依旧不能承担提出的，该项保险制度是对基本医疗保险的补充。城乡居民不幸患重大疾病时，往往会产生巨额医疗费用，经过基本医疗保险报报销后，由于初始金额巨大，余下的大笔费用依旧不是普通家庭能够负担的。大病保险的目就是对余下的大笔费用进行二次报销，减少病人家庭支出，对全面的建成小康社会的成果来说，可以防止“因病致贫，因病返贫”问题，使大多数人不会再因为大病陷入贫困，或者因恐惧高额医疗费用而不敢看病就医。

2.1.3 城乡居民基本医疗保险

基本医疗保险作为我国医保最主要的保障制度。目的是补偿劳动者因疾病风险造成的经济损失。该项制度的缴费方式由两部分构成，一是由用人单位缴纳，二是个人缴纳，通过两方缴费，建立个人专属的医疗保险基金。该制度保障参保

人员不幸患病产生诊疗费用以及住院费用时,可以由经办机构报销部分医疗费用。可以减轻患病家庭的负担,避免陷入因病致贫的困境。

2.2 基础理论

2.2.1 马斯洛需求理论

亚伯拉罕·马洛斯是美国著名心理学专家,他在需求层次理论中在人类动机理论中将需求主要分为以下几个主要的层次:首先是生理需求即主要满足人生理上的基本需要(例如人们要解决温饱的问题),其次是安全需求即要满足人们在安全上的需要(例如人们的人身安全问题),再者是社会需求即要满足人们对于社交上的需要(例如人们的社会交往问题),然后是尊重需求即人们有被尊重的需要(例如在人格上受到尊重),最后是自我实现即人们还有实现自我的需要(例如取得一定的成就)。只有越低水平的胜利需求得到满足后,人们才会渴望实现更高水平的需求,从而为了追求更高层次的满足并不断发展下去。很多人追求的往往是从不同的层次、水平、需求以及方位上的具有有效性的组合的生活。自我满足和社会稳定的实现需要逐步满足各方面的需求。在最先要满足的就是生理上的需求,这一过程包括了人们从衣食住行到受教育、接受医疗服务等各种需要,其中人们医疗卫生方面的需要又会对人们的健康甚至是未来发展的状况有着直接且重大影响。根据目前的状况,人们发现生活水平在一定程度上影响着人们的健康,表现为重大疾病在一定程度上影响着一个人的经济状况。为了在不远的将来,人们在自身的物质与健康得到满足后,同时不用担心疾病所带来的治疗费用的困扰,人们可以自由自在的追求更高层次的生活,保证其生活质量,促进大病保险制度的可持续发展的各项措施是不可缺少的。

2.2.2 准公共产品理论

社会产品在经济学中被分为公共产品和私人产品这两部分。公共物品的属性在于无论多少人消费该物品不会影响其他人对该物品的消费。公共物品由于性质的差别,又可以分为准公共产品和公共产品。而大病保险根据这种划分标准则是比较鲜明的准公共产品。大病保险的准公共性表现在竞争性和排他性两个方面。

第一，竞争性是指由于产品或劳务的数量及其服务的供给是有限的，在他人对该项产品或服务进行购买及消费以后，会减少该项商品或服务的数量，会给其他想要消费购买该项商品或者服务的人带来影响，因此形成竞争关系。在现实情况下，大病保险的购买虽然是全民覆盖的情况，但是群众发生大病后进行医疗费用的报销，这会使得大病保险基金总额减少。首先由于大病保险基金来源于是从基本医保基金，其来源有限并且金额数目有限，在一定数量大病保险患者进行报销后，大病保险基金会出现赤字等情况的发生；其次由于大病保险基金不能及时得到填充，导致后面的大病保险患者无法及时进行报销费用并无法享受相应的医疗补偿，这就体现了大病保险竞争性的特征。

第二，准公共产品具有的排他性特点；排他性是指在你完全占有某个商品或者你拥有某个商品的使用权时，他人就无法使用或者拥有该项商品或者服务。大病保险的报销标准是对于大病患者扣除基本医保报销的费用以后仍然超过起付线时，才会对其进行二次报销，目的是为了减少大病患者家庭自己负担的治疗费用。由于起付线这项标准的存在，这项标准并不是所有患者都能达到的，这表明了大病保险的排他性。负责大病保险管理的政府相关部门为了保证大病保险运作的专业性，利用招标的方式，对进行竞标的商业保险公司进行筛选，选择专业化程度高并且管理费用低廉的保险公司，利用市场竞争机制降低大病保险基金的成本，提高其管理效率，为大病保险的市场化运作提供了理论基础。

2.2.3 信息不对称理论

信息不对称理论是指在市场的交易中，由于买卖双方对于商品的详细情况以及具体成本等信息知晓情况不同，导致逆向选择的情况发生，即信息掌握比较充分的人员在交易活动中处于优势，而信息匮乏的人员在交易活动中处于比较被动状态，最终导致一方获益、一方利益受损。在现实生活中，一般都是卖家比买家精（卖家掌握信息程度比买家高）；而在大病保险上恰恰相反，大病保险的参保人员对于自身信息掌握程度远远高于保险公司。并且信息不对称会导致逆向选择的情况存在，在保险活动中经常存在这种现象，即患病的高风险人群通常会选择保险来转移风险，而一些低风险人群会忽略自身风险，不愿意进行投保，这导致保险公司承担的经营风险程度更高。并且在现实生活中，我国 50-60 岁年龄段人

群对于购买商业医疗保险的投入比例占比较高，而年轻人在商业医疗险方面投入较少，这导致我国商业医疗险的平均风险提高，进而使得基本保费的金额大范围增长。一些低风险人群由于参加商业医保的成本上升等缘由，导致参保行为进一步缩减甚至不参保，最后导致保险市场的规模达不到预期甚至缩减。

本章小结

本章主要内容是首先介绍重疾的定义及基本医保与大病保险的相关概念，对几项概念进行具体阐述；其次对于大病保险涉及的理论进行阐述，解释了大病保险的属性。

3 甘肃省城乡居民大病保险运行现状分析

3.1 甘肃省城乡居民大病保险的发展历程

2013年-2019年,大病保险实施距今已7年时间,本文将大病保险的发展历史分为三个阶段。第一阶段是试点探索时期,2013年庆阳市、定西市以及金昌市三个地区在开展大病保险初期被选为试点城市,表明在甘肃省正式开展大病保险工作。由于处于试点阶段,人们对于大病保险的制度了解甚少,由于政府的大力推广,参保率达到94%;但是由于人们对该项制度存在疑虑以及报销流程、补偿机制的不了解,导致当年大病保险基金使用率仅为68.6%;第二阶段是推广阶段,由于2014年-2015年大病保险在三个试点城市实施给很多重病家庭解决了高额医疗费用的问题,使得人们对该项政策充满信心,也得到了人民对于该政策的大力支持。所以从2014年开始该项制度在全省十四个市(州)进入初步推广和深入推广阶段,2014年大病保险的参保人数为2105.26万人,基金使用率为73.73%,2015年参保人数上涨为2150.92万人,基金使用率上涨至92.47%。表明大病保险制度的推广工作做得比较完善,人们对于该项制度的接受程度得到提高。第三阶段是完善阶段,在2016年-2019年期间,甘肃省人民政府进一步调整大病保险相关政策文件,调整筹资标准,2016年的筹资标准仍然为30元/人,2017-2019年筹资标准分别上调至55、65、90元,大病保险基金筹集金额分别为6.63亿元、12.12亿元、14.22亿元以及20.01亿元,虽然基金筹资总额不断上升,但报销金额同样在不断增高,基金使用率也在逐年提高,由2016年的92.16%上升至110%。

3.2 甘肃省城乡居民大病保险基本制度

3.2.1 基本原则

为了促进健康甘肃的建设,响应国家全面小康政策,完成甘肃省脱贫攻坚的艰巨任务,减轻省内居民由于患重病自付的医疗费用,防止高额的医疗费用拖垮全家,使其重新陷入贫困境地。由于2012年国家提出该项制度,甘肃省于2013

年在省内三个城市实施大病保险，为了大病保险能更好的在甘肃省发展，需要遵循以下四个原则；第一，以人为本，统筹安排（即任何事情要遵循人民利益至上把人民利益放在首位，通过基本医保报销制度构成第一道防线，大病保险成为大病患者医疗费用的第二道防线，以及医疗救助最后一道防线，通过三道防线结合形成密不透风的医疗网）；第二，政府主导，专业运作（即大病保险的管理与经办分离，保险公司于政府两者各司其责，由政府通过招标，向商业保险机构实行购买服务。政府在该项政策的实施过程中负责履行政策制定、监督管理等工作，而商业保险机构秉承收支平衡、保本微利的原则，通过自身专业优势，完成大病保险基金的收支管理以及提高理赔效率，准确、速度地完成大病保险的各项工作）；第三，加强监管，实现可持续发展（保险公司要进一步减轻绩效考核评价指标，遵循收支平衡、微薄利润的原则，政府也要建立健全的保险经办公司进入、退出制度，实现持续发展）；第四，因地制宜，创新机制。在国家提出的意见基础上，省级政府结合当地实际情况发布政策，各市州要将任务分工，积极实施当地特色的大病保险的具体方案。

总而言之，大病保险的实施要因地制宜，以甘肃省人民的利益至上，不能盲目生搬硬套其他省市的运作模式，要结合甘肃省的实际情况，制定符合甘肃省民生民情的大病保险政策制度。其次才是政府主导和专业人才参与大病保险的运作，最后还要遵循互担责任、互相监督和促进大病保险可持续发展等原则。这样才能让大病保险更好的在甘肃省扎根。

3.2.2 保障机制

（1）参保人群：大病保险作为医疗费用的二次报销环节，是在参保人群患病费用经过基本医保进行报销后所付费用仍然达到大病保险的起付线 5000 元以上进行二次报销，所以该项制度的参保人群即基本医保的投保人。

（2）起付线：甘肃省的大病保险起付线根据参保人群不同分为两个不同的报销标准。第一部分人群是甘肃省内参保的城乡居民；城乡居民患病发生合规的医疗费用，经过当年的基本医保报销标准进行报销医疗费用后，城乡居民自己承担的合规医疗费用超过 5000 元时，超出部分由大病保险给予二次报销。第二部

分是贫困人群^①；属于该类别的城乡居民患病时产生的医疗费用，经过基本医保政策对医疗费用报销后，自身负担的医疗费用超过 2500 元时，将由大病保险进行再次报销，进一步减少自负医疗费用负担。

表 3.1 大病保险起付线标准

参保人群分类	起付线
甘肃省城乡居民	5000
城乡居民贫困人口(建档立卡、城乡低保等)	2500

资料来源：大病保险政策

(3) 报销标准。

甘肃省人民政府根据当年的运行情况，对于大病保险政策每年报销标准都会进行轻微调整，对于医疗费用分阶段实施不同的报销比例。并且根据人们的实际情况分为城乡居民、贫困人口两个不同的报销比例，报销比例向贫困人口进行倾斜。具体见下表 3.3。

表 3.3 甘肃省大病保险报销标准

参保人群分类	补偿基数（单位：元）	报销比例
甘肃省城乡居民	0<费用≤10000	60%
	10000<费用≤20000	65%
	20000<费用≤50000	70%
	50000<费用≤100000	75%
	100000<费用	80%
甘肃省贫困人口	0<费用≤10000	65%
	10000<费用≤20000	70%
	20000<费用≤50000	75%
	50000<费用≤100000	80%
	100000<费用	85%

资料来源：甘肃省人民政府官网

^① 农村建档立卡贫困人口、城乡低保、特困供养人员住院及门诊慢性特殊疾病人群

根据上表 3.3 所示,甘肃省内参保的城乡居民发生的合规的医疗费用,在经过基本医保进行报销后,自己当年承担的费用累计超过 5000 元时,对于超过部分在一万元以内,大病保险报销比例为 60%;若超过部分在一万元至两万元之间,报销比例为 65%;若超过部分在两万元至五万元之间,报销比例为 70%;若超过部分在五万元至十万元之间,报销比例为 75%;若超过部分在十万元以上时,报销比例为 80%。

大病保险的初衷是为了解决重病人群由于经济压力患病不敢治病的现象所提出的。对于高收入家庭,治病产生的医疗费用来说不足为惧;但对于中低收入的家庭来说,收入维持家庭基本生活需要就很困难,所以患病产生的高额医疗费用如同一座大山。因此作为精准扶贫的助力(大病保险制度报销标准向贫困人口进行倾斜)。贫困人口的报销比例比城乡居民的比例高,仍然呈现分段递增。贫困人群患病后发生的医疗费用总额在经过基本医保报销后,自己当年承担的费用累计超过 2500 元时,对于超过部分在一万元以内,大病保险报销比例为 65%;若超过部分在一万元至两万元之间,报销比例为 70%;若超过部分在两万元至五万元之间,报销比例为 75%;若超过部分在五万元至十万元之间,报销比例为 80%;若超过部分在十万元以上时,报销比例为 85%。

3.2.3 筹资来源

大病保险基金的来源单一,仅仅从每年统筹的基本医保基金中按筹资标准与参保人数乘积进行划拨,从而建立大病保险基金。由大病保险在甘肃省的实际运行情况可知,由于基本医保基金余额不是特别充足,其对于大病保险的维持能力很弱,若在甘肃省某个地区出现大病保险费用超额时,该项筹资方式会给基本医保基金造成十分大的压力,并且由于筹资标准的限定,大病保险基金会出现收不抵支的现象。上述现象存在原因在于参保人群对该项制度不缴纳额外费用,而是只享受该项政策带来的医疗费用报销。

商业保险公司的一种盈利渠道是通过汇集投保人的保费进行投资获利。从理论上来说,大病保险由商业保险公司承保,保险公司也能获得该项资金来源,但从甘肃省内承办大病保险的三家保险公司运营的实际情况来看,经办大病保险的机构大都处于亏损的状态,基金收不抵支,没有余额可以进行投资获益,并且由

于该项基金的流动性较大，不能进行长期固定的投资。所以为了保证大病保险持续稳定发展，政府对于该政策的筹资渠道要进行改革，倡导居民自身承担部分费用，形成多种渠道筹资，提高大病保险基金总额，实现更高的报销比例，减少居民自身承担的医疗费用。

3.2.4 承办主体

大病保险制度不同于基本医保的运行机制，大病保险的承保机构并不是政府职能部门。该项制度的经办机构为竞标成功的商业保险公司，此举符合大病保险运作原则中的专业化运作，这点也是为了能充分发挥商业保险公司的优势，提高大病保险的服务质量及基金效率。甘肃省的大病保险的承办保险机构主要是中国人保甘肃省分公司、平安养老保险甘肃省分公司和太平洋寿险甘肃省分公司。

3.3 甘肃省城乡居民大病保险运行情况分析

3.3.1 大病保险参保情况

2013年甘肃省首先选取庆阳、定西、金昌3个城市实施大病保险。根据医保局以及卫健委等相关政府组织统计数据，当年参保总人数达到511.4万人，参保率达到93.63%。2014年在甘肃省全省全面进行推广，参保人数上涨至2105.26万人，参保率由93.63%下降至81.25%。在2015年-2019年，甘肃省大病保险的参保率分别为84.15%、84.70%、83.96%、84.02%、84.16%，一直保持较为平稳状态，平均参保率基本维持在85%左右，具体情况见下表3.4。

表 3.4 大病保险参保情况分析

年度	实施地区	参保总人数（万人）	参保率（%）
2013年	庆阳、定西、金昌	511.4	93.63
2014年	全省十四州市	2105.26	81.25
2015年	全省十四州市	2150.92	84.15
2016年	全省十四州市	2210.70	84.70
2017年	全省十四州市	2204.47	83.96
2018年	全省十四州市	2215.88	84.02
2019年	全省十四州市	2227.71	84.16

资料来源：甘肃省医保局



图 3.1 大病保险参保人数及参保率

根据上表 3.4 与图 3.1 所示,截止 2019 年底,大病保险运行迄今已达 6 年,但其参保率仍然低于 85%。并且从调查中发现,人们对城乡居民大病保险相关知识了解甚少,很大一部分人甚至不知道大病保险的存在;即使一部分农村地区和城镇居民已经参加了大病保险的投保,但其对大病保险的保障范围、如何报销等方面了解甚微。这说明甘肃省大病保险的宣传工作在很大程度上没有传达到位;这些情况的存在说明甘肃省 14 个市(州)的政府和经办机构相关工作人员工作任务十分繁重。参保率过低的另一个原因就是由于甘肃省偏远一些村委会等组织,其工作人员是村里的居民,其文化程度不高,对大病保险政策了解程度不够,并不能很好的将政策传达给村民;这是使得大病保险的参保率过低的一个重要原因。

3.3.2 大病保险基金筹集及使用情况分析

2013 年甘肃省大病保险开始实施,在三个试点地区共计筹集到 1.534 亿元的大病保险基金;到了 2014 年,甘肃省全面实施大病保险后,由于大病保险的参保人数增长,大病保险基金池得到了扩充,在人均统筹金额没有发生变化的情况下,保险基金数额达到 6.32 亿元;在 2015 年至 2016 年,由于参保人数未出现大幅度变化,因此大病保险基金增加幅度很缓慢。在 2017 年,由于人均筹资标准由原本的 30 元/人上涨至 55 元/人,大病保险基金总额大约翻了一番,变为 2016 年总额的 2 倍;到了 2018 年,由于人均筹资标准上涨 10 元/人,使得

大病保险筹资总额达到 14.22 亿元。由于经济的发展、通货膨胀的影响，为了保持大病保险基金的充足性，2019 年度大病保险基金人均统筹金额上涨到 90 元，保险基金总额也达到 20.01 亿元。（本文对 2013 年至 2019 年甘肃省大病保险基金筹集金额进行了数据汇总，具体见表 3.5）。

表 3.5 2013-2019 大病保险基金筹集情况

年度	实施地区	大病保险筹集金额（亿元）	人均筹资标准
2013 年	庆阳市、定西市、金昌市	1.53	30
2014 年	全省十四州市（州）	6.32	30
2015 年	全省十四州市（州）	6.64	30
2016 年	全省十四州市（州）	6.63	30
2017 年	全省十四州市（州）	12.12	55
2018 年	全省十四州市（州）	14.22	65
2019 年	全省十四州市（州）	20.01	90

资料来源：甘肃省人民政府大病保险文件

随着大病保险人均筹资标准的增长，大病保险基金总额也得到增长；但是由于人民群众对于大病保险的了解程度及患大病的人群占比越来越高，大病保险基金的报销金额也在逐年上升，基金的使用程度占比愈加严重，大病保险基金的累计结余金额越来越少。

大病保险基金的使用率随着报销金额的上涨也一直在增加。在 2013-2019 年期间，基金使用率分别为：68.63%、73.73%、92.47%、92.16%、50.83%、93.26%、110%。2013-2016 年，大病保险基金使用率呈现不断上升趋势，由 68.63% 上涨至 92.16%；由数据对比可知，基金使用率在 2017 年下降为 50.83%；基金报销金额并没有出现大幅变动，但基金使用率的大幅下跌，由查阅相关政策可知当年的筹资标准由 30 元调整至 55 元，筹资总额变为 12.12 亿元（2016 年筹资总额为 6.63 亿元）。2017-2019 年，基金使用率直线上涨，在 2019 年基金使用率为 110%，因此可以发现基金在 2019 年入不敷出，出现了超额透支现象，出现了 2 亿元缺口。基金透支现象说明大病保险基金的总额不足负担当年的重病患者报销金额，不能给大病患者提供足够保障水平。基金详细使用情况具体见下表 3.6：

表 3.6 甘肃省大病保险基金使用情况分析

年度	筹资金额	报销金额	基金使用率
2013	1.53	1.05	68.63%
2014	6.32	4.66	73.73%
2015	6.64	6.14	92.47%
2016	6.63	6.11	92.16%
2017	12.12	6.16	50.83%
2018	14.4	13.43	93.26%
2019	20.01	22.01	110.00%

资料来源：甘肃省医保局

通过表 3.5 和表 3.6 分析可知，由于大病保险参保人数及筹资标准的增加，大病保险基金总额也得到了扩充。随着时间的增长，由于患病人数及报销人数的上涨，在 2019 年度大病保险基金使用率为 110%，出现两亿元的缺口，大病保险首次出现了报销金额超过当年金筹资总额的情况。这种基金缺口现象说明在大病保险逐渐成熟及发展过程中，由于大病保险基金的来源单一，大病保险基金池面临穿底现象，不能给大病患者提供足够保障、减轻重疾患者自身负担的医疗费用。

3.3.3 大病保险补偿情况分析

大病保险的保障程度是通过该制度对于重病患者产生的诊疗费用报销百分比体现。自 2013 年大病保险在甘肃省 3 个市实施试点以来，该险种的参保人数随着时间的推移一直在上升。自从大病保险全面实施以来，参保人数由 2014 年度的 2105.26 万参保人数增加至 2019 年的 2227.71 万人；报销人数也由 2014 年的 11.8 万人次增长到 2019 年的 105 万人次；参保人员报销人数占比也由 2014 年度的 0.56% 上升至 4.71%。上述数据说明大家对大病保险更加认可，重病患者知晓如何运用大病保险解决自身困难，以及患大病的概率在近五年内也有了一定程度的增长，报销人数同样也在不断增加。下表对 2019 年度甘肃省的 14 个市州享受大病保险待遇的人次数、整体的医疗费用报销情况以及比例进行了信息收集，根据下表数据可知，在甘肃省 14 个市州内基本医保的平均补偿率达到 52.68%，大病保险的平均补偿率达到 18.85%。这说明基本医保承担了大病患者 50% 的费用进行报销后，大病保险报销了患者近 20% 以上的医疗费用，患大病的患者自身承担医疗费用为 30% 左右；通过数据分析可知，大病保险减少了重病患者自身负担

的医疗费用,表明大病保险切实为参保人筑起了重大疾病就医的第二道财务保障线。如下表 3.7:

表 3.7 2019 年全省 14 个市州大病保险补偿具体情况

市州	整体医疗费用及支付情况						
	享受大病保险待遇人次数(人次)	贫困人口人次数(人次)	享受大病保险的参保居民医疗总费用(万元)	基本医疗保险基金支付费用(万元)	大病保险支付费用(万元)	医保基金补偿率(%)	大病保险补偿率(%)
兰州市	115116	56276	105004.10	52944.52	19199.86	50.42%	18.28%
嘉峪关市	2797	212	5139.11	2355.45	861.50	45.83%	16.76%
武威市	123839	84490	82073.50	42482.14	17031.06	51.76%	20.75%
张掖市	36034	8847	50919.59	26729.41	8675.75	52.49%	17.04%
酒泉市	25981	8136	34206.94	15977.21	6647.94	46.71%	19.43%
定西市	129450	95878	130850.01	71954.39	27243.45	54.99%	20.82%
甘南州	18388	12803	25739.93	14012.56	4888.99	54.44%	18.99%
白银市	82399	56798	79346.26	45284.98	13796.12	57.07%	17.39%
陇南市	118679	87129	146649.82	83012.08	26212.65	56.61%	17.87%
平凉市	126404	85956	132915.45	67122.83	24177.37	50.50%	18.19%
庆阳市	106917	64717	147959.32	82839.09	25975.69	55.99%	17.56%
天水市	142515	104815	156160.63	95858.56	22040.80	61.38%	14.11%
临夏州	106341	79798	109575.02	62918.81	19951.44	57.42%	18.21%
金昌市	10737	4163	16772.27	7043.80	4782.95	42.00%	28.52%

资料来源:甘肃省医保局

通过上述数据对比可得,随着 2013 年-2019 年大病保险参保人员报销人次不断增加,大病保险基金的报销比例也随之上升,导致大病保险基金的支出不断增加。但由于大病保险基金池的来源并没有得到拓宽,因此导致人均补偿额的水平较低。为了解决这些问题,维护大病保险的保障能力,政府要进一步增加大病保险在人民群众中间的知晓度,让他们不再害怕重大疾病的高额费用,知道如何使用这项民生工程来减轻自身负担,还要同时增加大病保险基金的来源,在原始大病保险基金来源渠道基础上,完善筹资渠道,使人们的负担进一步减轻。

本章小结

本章首先介绍了 2013-2019 年大病保险的发展历程以及其运作的基本原则;

其次对于大病保险参保人数、起付线、报销标准、筹资标准以及承办主体五个部分介绍甘肃省的保障机制具体情况；通过数据发现参保率维持在 85%左右，由此得出大病保险参保率过低的结论，社会大众对于该项制度了解较少，说明大病保险的宣传工作不到位；其次大病保险基金在 2019 年出现 2 亿元的缺口，说明筹资渠道太窄导致大病保险基金总额不足，出现收不抵支，不足以维持该项制度可持续发展；最后，由于大病保险作为重病患者看病就医的第二道保障线，从长期来看，为了社会大众看病就医的需求，大病保险的报销比例以及保障水平需要进一步提高，因此扩大大病保险基金的来源是关键。

4 大病保险基金预测分析

4.1 大病保险基金筹资分析

大病保险基金总额计算公式如下：

$$T=Q*P \quad (4-1)$$

在上述公式中，T 代表大病保险基金筹资总额，P 是指人均筹资标准，Q 为参保人数。

按照 2019 年甘肃省大病保险的参保人数 2227.71 万人次进行计算，筹资金额从 2013 年 30 元/人增加至 2019 年 90 元/人变化标准来看，筹资总额其占当年医保基金总额的比例如下图：

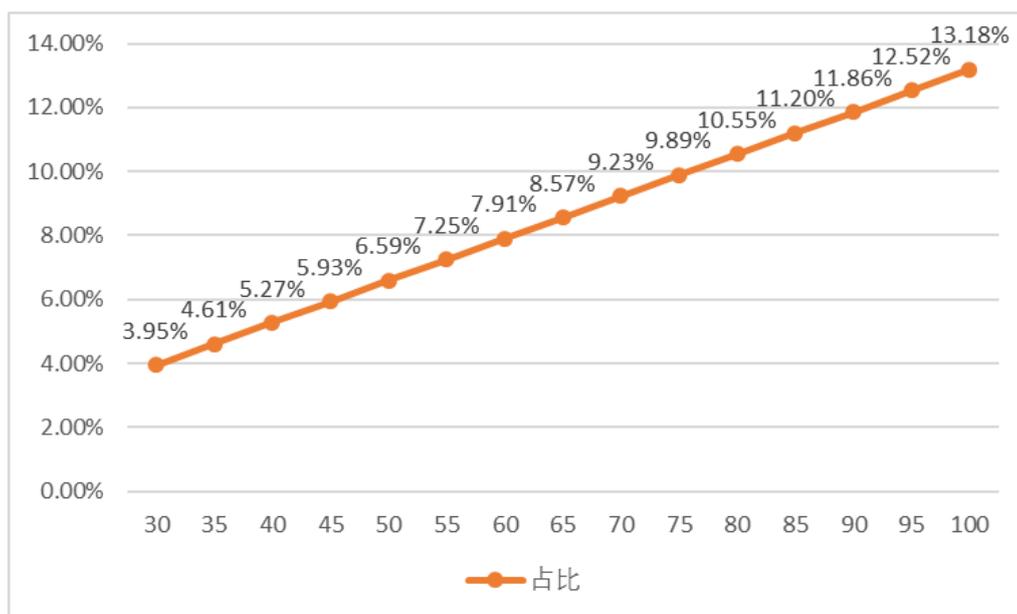


图 4.1 不同筹资标准下大病保险筹资总额占比情况

2019 年度城乡居民基本医保基金筹资总额由两部分构成，城乡居民自己缴纳 220 元/人，财政补贴 520 元/人，共计筹资标准为 740 元/人，当年共计筹资总额为 169 亿元。当按照 2013 年-2016 年的筹资标准为人均每年 30 元时，占 2019 年城乡基本医保基金总额比例为 3.95%；当 2017 年调整筹资标准为 55 元/人时，按照该筹资标准计算可知占比为 7.25%；当筹资标准上涨至 65 元/人时，占比为 8.57%；当按照 2019 年筹资标准为 90 元/人时，占比为 11.86%；当筹资标准上升至 100 元/人时，占比为 13.18%。

按照以上不同范围的筹资标准趋势,综合考虑 2019 年筹资金额为 20.01 亿元,报销金额 22.01 亿元,报销比例达到 110%,大病保险基金出现赤字,若按 100 元/人进行筹资,筹资金额为 22.28 亿元,超过总报销金额,占比为 13.18%,按照此标准既不会给基本医保基金太大负担,并且也能满足大病保险报销需要及保障水平。

4.2 大病保险补偿费用测算

医疗保险基金筹资总额应该满足在一定的报销比例的情况下所有的报销的医疗费用总和,即该基金要做到收支平衡。此篇文章借鉴吴明老师对医疗保险费测算方法,公式如下:

年人均医疗保险医药补偿费=医疗费用基数*增加系数*保险因子*补偿比

为了计算为了未来大病保险基金的收支情况,对甘肃省大病保险可持续发展过程中可能出现的问题进行研究,通过提早预防、及时解决潜在的问题来保证大病保险在甘肃省顺利实施。本文根据医疗保险费的计算方法对大病保险基金费用展开计算。根据收支平衡的原理,对大病保险基金现有的收支情况进行分析,然后对大病保险基金展开预测,即对于省内大病保险基金的总支出额进行计算,通过计算人均大病保险的诊疗费用。计算公式如下:

大病保险年人均医疗补偿费=医疗费用基数*补偿比*保险因子*增加系数

4.2.1 医疗费用基数

医疗费用基数。患者的医疗费用大体分为两个部分,一部分是患者由于所患疾病较小,经过门诊挂号拿药就能解决病症的费用,另外一部分是患病患者由于所患重疾,需要住院、手术等才能救治的相关费用。上述两种医疗费用比较而言,门诊费、简单的医药费对比住院以及手术费用总额来说可以忽略不计,所以本文中大病保险报销的范围内不包含门诊费用。因此在本文研究过程中用人均自付费用替代人均医疗费用数额。

根据医保局及国家统计局数据,2019 年甘肃省大病保险参保人数 2227.71 万人,报销金额 22.01 亿元,通过计算可得:按照当年数据大病保险的报销金额人均达到 98.80 元(超过 2019 年大病保险筹资标准 90 元/人)。

4.2.2 增加系数

随着经济生活水平和物价水平的上涨,社会大众的收入以及需求也随着呈现上升趋势。增长系数就是反映医疗价格及医疗需求的也会随着经济水平的上升而上涨的参数。在现代社会中,首先随着经济生活的不断优化,人们生活压力的重担及生活节奏的不规律,导致现代人群患病机率不断上升;并且现代人群在满足生存需要后更加重视健康状况,导致人群对于医疗需求的上涨;其次由于物价成本及医疗药品的丰富,医疗成本也在逐渐增长;上述两种原因都是医疗费用随着时间推移上涨缘由。本文的增加系数通过医疗方面的物价指数与需求指数进行相乘所得。

表 4.1 2013-2019 年医疗保健平均价格指数 (上年=100)

年度	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
医疗保健价格指数	——	1.00	1.01	1.02	1.04	1.03	1.04
平均价格数				1.02			

数据来源:中国卫生统计年鉴

表 4.2 2013 年-2019 年医疗保健需求指数

年度	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
医疗保健支出/总支出 (%)	6.7	6.4	7.3	7.5	7.4	8.1	8.3
增长比例	——	0.96	1.14	1.03	0.99	1.09	1.02
平均值				1.04			

数据来源:国家统计局

根据上表所得数据计算可知,增加系数为: $1.02 \times 1.04 = 1.06$

4.2.3 补偿比例

补偿比例是大病保险政策,即政府制定的政策规定的对于大病患者的合法有效的医疗费用进行一定比例报销。通过整理甘肃省 2013 年实施大病保险开始整理可得,甘肃省对于大病保险的补偿比例按城乡居民和贫困人口两部分人口实施略微不同;大病保险对于普通居民的报销比例下限为 60%,上限为 80%;贫困人口报销比例为下限为 65%,上限 85%。所以甘肃省的总体报销水平的范围在 60%-85% 内浮动。随着报销金额的所属分段不同,报销金额的比例也不同,如果按照补偿

比例的平均值进行预测,预测结果将存在很大误差。因此本文为了能比较准确预测甘肃省大病患者的平均补偿,因此按照三种不同的比例进行预测。本文设置三种比例:低水平 60%,标准水平 70%,高水平为 80%。

由于大病保险指导意见及甘肃省政策中报销比例最低水平为 60%,因此也把该标准作为预测大病保险补偿的最低标准;随着城乡居民产生的医疗费用越高,报销比例也在提高,这是为了减少居民医疗费用自付的金额,所以将大病保险的最高报销标准设定为 80%。

4.2.4 保险因子

在甘肃省实施大病保险政策以来,由于该项政策的出台,保住了城乡居民的钱包,减少了重病患者家庭自己承担的医疗费用金额。保险因子反映的是医疗保险实施以后,参保人对医疗服务利用的增加程度,其计算公式为保险因子=1+医疗服务利用的增加。即大病患者在自身医疗费用降低后,由于收入增加的缘由,会导致各项医疗费用支出在不知不觉中增加。由于甘肃省并没有公布保险因子,并且该项数据计算方式复杂,由于各省市的保险因子差距不大,因此本文借鉴其他文章的相关数据估计本省的保险因子。

表 4.3 递增补偿比例对保险因子的影响情况

补偿比例	30%	40%	50%	60%	70%	80%
保险因子	1.16	1.23	1.3	1.37	1.45	1.53

上表中的保险因子是四川简阳在未实施和实行医疗保险制度前后对比所得到的结果。通过表 4.3 分析可知,在补偿比例在 30%时,保险因子为 1.16;在补偿比例为 40%时,保险因子为 1.23;在补偿比例为 50%时,保险因子为 1.3;在补偿比例上升至 60%时,保险因子为 1.37;补偿比例上升至 70%时,保险因子为 1.45。在补偿比例达到 80%时,保险因子为 1.53。因此可得保险因子与补偿比例呈正比,即医疗费用补偿比例的上升,使得该因子也随之上升。本文通过借鉴该地区保险因子的变化情况,同时根据甘肃省的不同的补偿比例为基础。为了使得该项因子准确性提高,符合甘肃省的实际情况,本文以 50%的补偿比例为基期,对表 4.3 中的保险因子进行调整。

4.4 调整后的保险因子

补偿比例	30%	40%	50%	60%	70%	80%
保险因子	1.16	1.23	1.3	1.37	1.45	1.53
调整后的保险因子	——	——	1	1.05	1.12	1.18

根据表 4.4 可得，甘肃省的保险因子根据 50% 的补偿比例为基期，得出调整后的保险因子与调整之前出现了些许变化。当大病保险补偿比例为 60% 时，调整之前的保险因子为 1.37，调整之后的变为 1.05；当补偿比例为 70% 时，调整之前的保险因子为 1.45，调整之后为 1.12；当补偿比例为较高的水平 80% 时，调整之前的保险因子为 1.53，调整之后为 1.18。

4.2.5 基期医疗补偿费用

按照上述几大因素，计算在三种不同水平下人均医疗补偿费用的情况，计算结果如下表 4.5。

表 4.5 年人均医疗补偿费用

补偿比例	人均医疗补偿费用（单位：元）
低水平补偿比例（60%）	$98.80 \times 60\% \times 1.05 = 62.24$
标准水平补偿比例（70%）	$98.80 \times 70\% \times 1.12 = 77.46$
高水平补偿比例（80%）	$98.80 \times 0.8 \times 1.18 = 93.58$

根据上表分析可知，补偿比例与年人均医疗补偿费用成正比。即随着补偿比例的上升，年人均医疗补偿费用也在不断上升。在较高补偿比例下，人均医疗补偿费用为 93.58 元（高于 2019 年调整的 90 元/人的筹资标准），因此本文的筹资标准按人均 100 元/人进行计算。

4.3 大病保险参保人数预测分析

由于大病保险的运作机制在于基本医保的基础上，其是对于基本医保的二次报销，所有大病保险覆盖范围是基本医疗保险保障人群。2013 年甘肃省开展试点工作，本次试点工作在 3 个城市进行。本文以甘肃省全省 14 个市州为标的进行研究，故剔除 2013 年仅有 3 个市的数据。本文根据大病保险全面实施的 2014

年到 2019 年这六年的全省数据进行研究。通过运行 6 年的大病保险参保的具体人数来推测出未来大病保险参保人数；本文预测的参保人数随着时间的变化而变化，为更精准的预测参保人数变化趋势，需引入时间变量 t 。本文利用 Excel 软件通过前六年的大病保险的投保人数做拟合程度的计算，选取一元线性回归模型、对数、乘幂式等模型，得出几组计算公式，并且通过 R^2 的数值来挑选拟合度最佳的计算公式。（ R^2 越接近 1，拟合度越佳）。预测分析具体见下图表 4.6 所示：

表 4.6 2014-2019 年甘肃省大病保险投保数量（单位：万人）

年度	2014 年	2015 年	2016 年	2017 年	2018 年	2019 年
参保总人数 (万人)	2105.26	2150.92	2210.7	2204.47	2215.88	2227.71

资料来源：甘肃省医保局

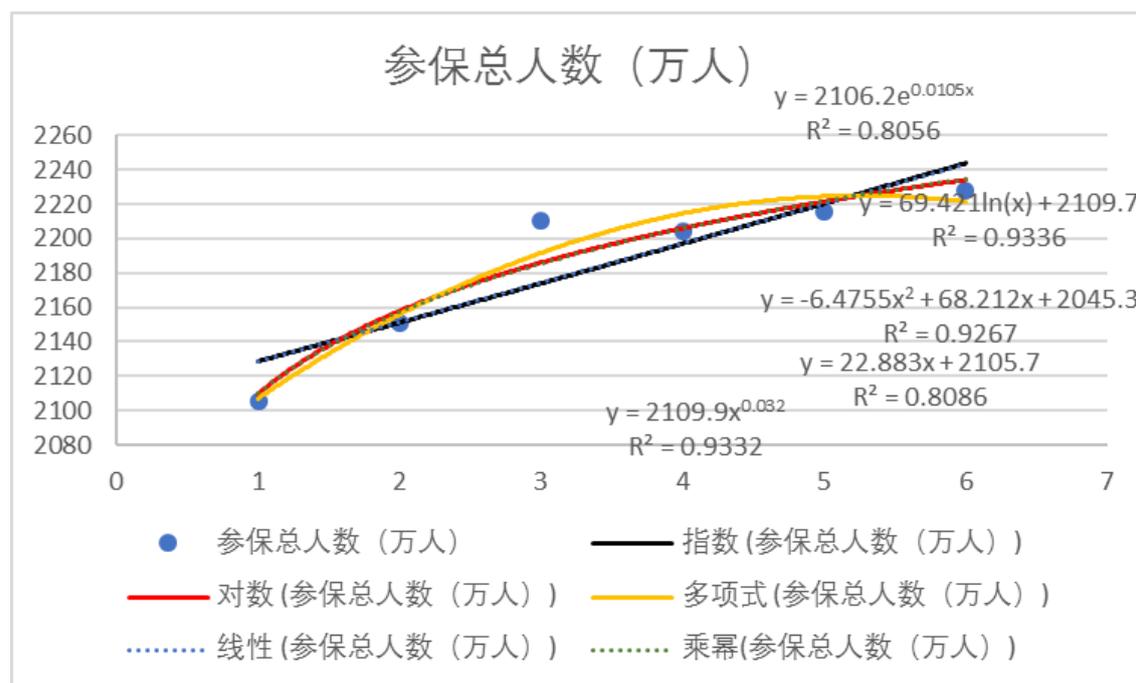


图 4-1 投保人数对于时间变量 t 的五条拟合曲线

图 4-1 中 y 为参保人数， x 是以年为单位的时间变量。由上图中五条拟合曲线公式可知，大病保险参保人数对于时间的拟合公式中对数的 R^2 为 0.9336，拟合程度最高，因此对于甘肃省未来 10 年参保人数预测的模型公式为：

$$y = 69.421\ln(x) + 2109.7$$

$$R^2 = 0.9336$$

利用上述模型公式计算得出甘肃省未来 10 年的参保人数预测如下表 4.7:

表 4.7 2020-2029 年大病保险参保人数

年度	参保人数 (万人)
2020 年	2244.79
2021 年	2254.06
2022 年	2262.23
2023 年	2269.55
2024 年	2276.16
2025 年	2282.2
2026 年	2287.76
2027 年	2292.91
2028 年	2297.7
2029 年	2302.18

4.4 大病保险基金支出预测分析

由表 3.3 甘肃省大病保险报销标准来看,其范围在下限 60%,上限 85%,报销比例以 5%为梯度上下浮动。由于对报销比较的平均数过于绝对,不具有代表性。因此本篇文章设计了从甘肃省报销水平最低到最高范围选取不同报销标准来模拟未来大病保险基金的运行状况。按照 10%为梯度,选取 60%、70%、80%为代表,具体基金支出预测见下表 4.8。

表 4.8 2020-2029 年大病保险基金支出预测 (单位:万元)

年度	60%	70%	80%
2020	148146.1	184314.1	222671.2
2021	157683.3	196179.7	237006.2
2022	167750.6	208704.8	252137.9
2023	178390.6	221942.4	268130.3
2024	189645.3	235944.8	285046.7
2025	201557.5	250765.2	302951.3
2026	214171.1	266458.3	321910.3
2027	227531.9	283081	341992.2
2028	241687.6	300692.6	363269
2029	256688.4	319355.7	385816

由上表 4.8 可知,随着报销比例的上涨,大病保险基金的支出也在不断上涨。

2020年,在较低水平的报销比例下,大病保险基金支出14.81亿元,而在80%报销比例下,基金支出22.27亿元,两者相差7.46亿元;在2029年,在60%的报销比例下,大病保险基金支付达到25.67亿元,在80%报销比例下基金支出38.58亿元,两者相差12.91亿元。大病保险基金随着时间的推移在相同的报销比例下,其支出不断增加。横向看,随着报销比例的增加,在不同报销比例下的大病保险支付额差距变大。

4.5 大病保险基金累计结余分析

按照2019年大病保险的筹资标准,当年大病保险筹资20.01亿元,支出22.01亿元,出现缺口2亿元,说明当年的筹资总额少于当年支付额。按照当年的筹资标准90元/人,占基本医保基金比例11.86%。基本医保基金历年结余累计64.08亿元,2019年的筹资总额为20.01亿元,占比达到1/3。若当按照人均100元/人标准进行划拨,筹资总额共计22.28亿元,其占基本医保基金总额比例为13.18%,占基本医保历年累计结余比例为34.38%。所以按照上述分析以及根据表4.5来看,在80%报销比例下人均医疗补偿费用为93.58元/人;并且按照大病保险基金筹资占比进行分析,大病保险基金筹资最多按照100元/人进行划拨。所以本文按照较高的补偿比例,假设未来10年按照100元/人进行筹资。预测分析具体见下表4.9。

表 4.9 2020-2029 年大病保险累计结余预测

年度参保人数(万人) 筹集金额(亿元)			60%	70%	80%	60%	70%	80%
2013年-2019年度共计累计结余总额			8.09亿元					
——			支出(单位:亿元)			累计结余(单位:亿元)		
2020	2244.79	22.45	14.81	18.43	22.27	15.72	12.11	8.27
2021	2254.06	22.54	15.77	19.62	23.70	22.50	15.03	7.11
2022	2262.23	22.62	16.78	20.87	25.21	28.34	16.78	4.52
2023	2269.55	22.70	17.84	22.19	26.81	33.20	17.28	0.40
2024	2276.16	22.76	18.96	23.59	28.50	37.00	16.45	-5.34
2025	2282.20	22.82	20.16	25.08	30.30	39.66	14.19	-12.81
2026	2287.76	22.88	21.42	26.65	32.19	41.12	10.43	-22.13
2027	2292.91	22.93	22.75	28.31	34.20	41.30	5.05	-33.40
2028	2297.70	22.98	24.17	30.07	36.33	40.11	-2.04	-46.75
2029	2302.18	23.02	25.67	31.94	38.58	37.46	-10.96	-62.31

按照上节对 2020 年-2029 年的大病保险参保人数进行预测的数据, 及大病保险基金筹集标准人均 100 元/人不变情况下, 对于 2020-2029 年的大病保险基金结余进行分析。纵向来看, 在十年期间, 随着时间的推移, 大病保险基金的支出逐年上涨, 并且由于报销比例的上浮, 大病保险基金支出数额越高。出现大病保险基金累计结余为负数的主要原因是由于报销比例的逐渐增加, 基金支出的不断增加, 而筹资标准在 10 年内并没有发生变化。横向来看, 由于报销水平的提高, 支出与累计结余成反比, 在同年度的基金支出在不断增加, 累计结余项的金额在不断减少。

报销比例的不同, 大病保险基金补偿金额也不同。由于单一渠道划拨的筹资标准未发生改变, 报销比例的增加会使得大病保险基金的支出额增加, 影响大病保险基金的累计结余。所以本文对于累计结余分段进行预测, 了解在不同的报销比例下大病保险基金的情况。

4.6 预测结果分析

自 2013 年甘肃省开展大病保险以来, 大病保险的筹资水平由最开始的 30 元/人上涨至 90 元/人, 大病保险的筹资标准在不断上升, 但大病保险的参保人群及保障范围也随之时间的推移不断扩大。由于大病保险的筹资标准不断上升, 大病保险基金总额在不断增长, 但是大病保险的报销人数以及医疗费用的不断上升, 筹资标准上涨幅度不及医疗费用报销总额, 导致在 2019 年大病保险基金的支出超过当年筹资总额, 超支 2 亿元。

本文通过 2014 年-2019 年甘肃省大病保险的运行情况为基础, 利用历年的筹资标准、参保人数、筹资总额等数据, 通过实证分析对于 2020 年-2029 年未来 10 年大病保险基金的收支情况进行预测, 从而得出预测大病保险基金的运行情况。首先对于大病保险参保人数进行拟合, 通过 2014 年-2019 年参保人数为基础, 利用五条拟合曲线中拟合程度最高的模型公式对于甘肃省未来 10 年的参保人数进行预测; 其次本文假设未来 10 年大病保险基金的来源依旧未改变, 按照历年的筹资标准以及占基本医保基金比例等多方面考虑, 得出未来的筹资标准为 100 元/人。再次, 通过以上数据对比在不同的补偿比例下的大病保险基金结余情况; 在上述假设的筹资标准以及筹资来源的情况下, 若大病保险基金的补偿

比例为 60%，人均医疗补偿费用为 62.24 元。按照预测分析，2020 年-2027 年大病保险基金的累计结余一直呈现上升趋势，累计结余由 15.72 亿元上升至 41.30 亿元，平均每年上涨额度为 3.20 亿元/年；从 2027 年-2029 年，大病保险基金累计结余呈现下降趋势，由 41.30 亿元下降至 37.46 亿元。在补偿比例为中等水平的情况下（70%），人均医疗补偿费用为 77.26 元，大病保险基金累计结余同样呈现先上升后下降趋势，但其累计结余仅仅在 2020 年-2023 年期间呈现上升趋势，由 12.11 亿元上涨至 17.28 亿元，平均上升幅度为 1.30 亿元/年，上升幅度小于 60% 的补偿比例；2024 年-2027 年，大病保险基金累计结余显现下降趋势，由 17.28 亿元下降至 5.05 亿元，从 2028 年开始，大病保险基金结余呈现缺口，直到 2029 年为 -10.96 亿元。在高水平的补充比例下（80%），大病保险基金累计结余一直呈现下降趋势，由 2020 年的 8.27 亿元下降至 2023 年的 0.40 亿元，从 2024 年基金出现缺口，直至达到 2029 年的 -62.31 亿元。大病保险基金的筹资标准高于三个不同比例下的人均补偿标准，但是还是由于补偿标准的上涨，大病保险基金出现缺口，并且随着补偿比例的上涨缺口数额愈来愈大。2029 年的缺口在 70% 的补偿比例下由 -10.96 亿元变为 80% 补偿比例下的 -62.31 亿元，两者相差 51.35 亿元。

综上，本文认为，由于基本医保基金的总额有限，大病保险基金从中划拨的标准在到达一定值以后，不能再进一步提高。但从大病保险的初衷来看，大病保险的目的在于提升人民的幸福感，提高医疗保险制度的保障水平，所以不能一直保持较低的补偿比例。因此，随着补偿比例的不断提高，大病保险基金收不抵支，存在大额缺口，所以大病保险基金除其从基本医保基金划拨渠道以外，还需要建立多元化筹资渠道，开创多种筹资举措，才能促进大病保险基金的可持续性，推进大病保险在甘肃省更好的发展。

本章小结

本章首先对于甘肃省筹资标准进行分析，其次根据基本医保基金人均补偿费计算公式计算得出大病保险的人均补偿费用；再通过 2014-2019 年大病保险参保人数做拟合，根据一元线性回归预测模型，找出拟合度最大的方程，通过该项计算公式预测未来 10 年大病保险的参保人数；然后利用参保人数的预测与人均补

偿费用等数据计算大病保险在不同报销比例下的支出金额，得出累计结余。由于累计结余随着报销比例的不断上涨逐渐减少变为负值，说明随着未来患者人数的增长以及报销比例的增长，大病保险基金入不敷出，这也在另一个方面说明大病保险基金总额不足、筹资来源渠道过于单一。

5 甘肃省城乡居民大病保险基金研究结论与政策建议

本文通过甘肃省 2013-2019 年大病保险的筹资总额、补偿金额以及参保情况进行分析发现，大病保险的参保率仅为 85%左右，并没有实现全民参保，所以要通过各种途径方法增加大病保险的宣传提高参保率。

近年来，随着大病保险的筹资标准在逐年上升，补偿金额也不断上涨。基金每年逐渐上涨的筹资标准不能满足大病保险的报销。由于该基金的筹资渠道仅为从基本医保基金中划拨，逐年上升的筹资标准也使得基本医保基金历年累计结余不足。所以为了大病保险的保障能力，一方面要继续提高筹资标准，另一方面要开拓新渠道。由于基本医保基金累计结余较少，不能增加该项渠道的负担。另外通过政府补助、自身缴纳一部分大病保险费用以及吸收慈善捐赠来补充大病保险基金，使得其来源渠道变宽、基金充足，提高大病保险的保障能力。

由于甘肃省大病保险采取省级统筹方式，虽然起付线的标准已经对于建档立卡等贫困人群倾斜，但还是需要根据社会大众的收入进行多层次划分，使得大病保险更好的服务大众；不仅通过开源使得大病保险基金来源渠道增加，而且为了使得大病有的放矢，不出现浪费社会公共资源的情况发生，要提高大病保险基金信息的公开度，形成多元化监督体系。通过政策建议对于大病保险做出进一步完善，保证大病保险基金充足性，使得大病保险制度真正解决甘肃省城乡居民看病难、看病贵的问题。

5.1 加大有关大病保险的宣传

政府对于大病保险这个新兴的政策应该大力宣传，使得城乡居民对于这个政策知晓，并且让患重病人群众知悉如何对于高额的医疗费用进行二次报销，让社会群众对于这个新兴的保险产生信任。重病患者高昂的医疗费用通过大病保险进行二次报销后，能够减少其家庭的负担，政府通过这些案例的宣传能够让人们对于这个制度有着更深刻的认识，真正了解到大病保险给重大疾病患者带来的好处，让更多的人参与进来大病保险基金的运作中，让大病保险真正发挥其保障作用。因此，政府作为该制度的主要宣传渠道，由于我国作为社会主义国家，人民对于党和政府是无条件信仰、服从，所以需要其利用自身优势为该项政策提供支持，

进行正面宣传。当前，我国并没有对于大病保险进行立法，仅仅颁布了一些规定以及建议，因此没有强制性。对于这种情况，政府以及相关部门应该根据当前情况对于大病保险进行立法，明确其主要的内容及法律意义。此外，对于大病保险基金的运作以及大病保险涉及的主体的权利与义务进行规定，规范了参保人以及主体的行为。除上述以外，为保证大病保险的顺利运行，还应对该基金的收支机制、理赔机制制定规则、法律，对于违反法律内容的行为处罚进行立法，行政处罚的重点放在对基金收支、理赔等方面。法律作为立国之本，能对参与大病保险基金运作的各方起到规范作用，为其顺利运作提供安稳环境，使得大病保险有法可依。

第一，通过互联网、电视、新闻以及公众号等信息媒体开展宣传活动，与各个信息传播平台开展合作。例如通过在老年人喜爱的电视节目插播普及大病保险知识的广告，通过多次宣传，将大病保险的主要内容让老年人不知不觉中了解知晓，让其对于大病保险的运作模式不产生排斥、抗拒心理。同时通过微博大V、公众号以及互联网方式，在年轻人群中开展宣传活动，让年轻人知悉大病保险政策，并且由于年轻人理解能力很强，在一个家庭中年轻人与长辈们进行分享该项制度时可以起到很好的传播作用，同时由于该项制度是一个新兴事物年轻人之间就其相互探讨进而在年轻人中起到很好的宣传作用，并且可以吸引自愿捐助的人群。

第二，政府及承办大病保险的保险机构可以公共组建宣传小组进村进行宣传。对于以前的一些政策的宣传进行总结时，发现人民群众对于面对面宣传的接受能力比较好，所以可以通过制作宣传手册、横幅等配合进村宣传，与村民进行讲解，可以让村民对于大病保险有着更好的认识，提高其参与意愿。并且还可以开展讲座，先将大病保险的主要内容以及服务的优势等进行详细讲解，通过问答方式，让村民真正了解大病保险给他们带来的好处，让他们愿意加入。

第三，通过案例分享让社会大众了解到大病保险的完整报销流程，也让其他重病患者了解到该项制度是真正能够缓解他们的经济压力，能够让高昂的医疗费用得到报销，使得他们不会因为重病导致陷入困境，提高他们敢于进医院看病的信心。同时通过这些典型案例树立典型，将优秀的大病保险服务人员作为榜样，鼓励更多的年轻人参与进大病保险的服务中。通过这些真实案例的宣传，让甘肃

省大病保险基金运作机制更加完善。

5.2 完善筹资机制

5.2.1 提高筹资标准

大病保险基金的筹集工作决定了该项制度是否能顺利实施；基金的充足性是在甘肃省实施的前提条件。大病保险的筹资作为该项医疗保险制度运作中最关键的组成部分。根据六部委下发文件中指出，大病保险基金的筹资不需要人们自己缴纳额外费用，而是从城乡居民基本医保基金划拨；在实施大病保险以来的 6 年时间中，城乡居民基本医保基金是甘肃省大病保险基金的唯一来源渠道，但这个渠道只能暂且作为当前这个阶段的融资渠道。

为了保证大病保险基金充足，保障医疗费用的报销比例，促进该项制度发展的可持续性，甘肃省必须完善筹资机制，建立长期的融资渠道。根据甘肃省的经济发展水平，保障大病保险对于重疾患者医疗费用的报销比例，大病保险的筹资水平需要进一步提高，以确保大病保险运营的稳定性。

2019 年，甘肃省大病保险基金超额支出 2 亿元。该资金缺口表明大病保险基金偿付能力不足，不能及时高效地完成重病患者医疗费用报销。上述情况的存在说明未来该基金的筹资标准还是得进一步提高。另一方面大病保险基金筹资方式即只从基本医保中划拨资金，不利于建立该项基金来源的可持续性，并且一定程度上会影响基本医保基金的充足性。大病保险按照当年人均 90 元/人从基本医保中划拨筹资，已经占据当年基本医保基金比例为 11.86%及占历年累计结余 30.88%；若按照人均 100 元/人标准来看，占据基本医保基金比例 13.18%及累计结余比例为 34.38%，这些数据表明当前的筹资金额已经给基本医保基金带来了很重的负担，不能再通过该种方式来提高筹资标准来增加大病保险基金。所以为了保证基本医保原有的报销比例，提高现有大病保险的报销水平，大病保险通过开发新的筹资渠道来提高本省筹资标准；即可以通过国家与政府的专项补助来提高本省的筹资标准，这样既可以不用增加基本医保基金的负担，还可以提高大病保险的保障水平，从而增加人们群众对该项制度的信心。

5.2.2 鼓励城乡居民个人支付重大疾病保险费

鉴于大病保险基金按照原始渠道筹资标准已达上限,但其总额并不能满足大病患者报销需求;所以在扩大大病保险基金来源渠道的同时,我们要充分考虑甘肃省内的经济状况和甘肃省城乡居民自身的支付能力。在考虑到甘肃省内各地的实际情况及人均可支配收入等因素,确定居民个人负担大病保险保费的比例。在像兰州等经济发展比较好的城市,城乡居民的个人可支配收入较高,并且收入状况等较好,可以增加个人负担部分的大病保险保费,并且适当减少基本医保在当地的分配。在白银等经济状况较差的城市,居民的个人可支配收入为兰州等发展较好城市的1/7,大部分居民的支付能力较弱,在大病保险筹资标准不变的基础上可以增加当地医保基金的划拨,并且可以考虑让当地居民少负担部分大病保险保费。最后通过提高大病保险报销标准,激励城乡居民个人主动负担部分大病保险保费,让该条渠道也成为主要的大病保险基金来源之一。

5.2.3 广泛吸收社会慈善捐赠

社会力量在各种场合扮演着很重要的角色,特别是社会力量在各种慈善救助中起到的关键作用。在大病保险基金的筹集这块,由于基金来源不足导致大病保险基金入不敷出,大病保险基金不应该将政府的力量作为基金的唯一来源,还可以利用当地企业家、慈善组织以及经济宽裕的个人力量。

政府的职能在规范大病保险基金筹集过程中起着引导与规范的作用,对大病保险基金安全有效的运作的保障。国家筹建大病保险基金初衷就是造福大众,与社会慈善组织的建立初衷如出一辙。所以慈善机构应该为大病保险基金贡献自身力量;社会的一些企业组织应该承担对于社会的责任,利用自身的优势帮助筹集大病保险基金,保证基金充足性。通过慈善组织及政府的作用,保证大病保险基金充足,发挥该项制度的补偿作用,提高保障水平。究其根源,保障大病保险基金有充足的资金来源,是保证其保障能力的关键之处。慈善组织、企业等也应发挥广济万民的服务宗旨,为大病保险基金来源增加渠道,保障大病保险的正常运行。

5.3 科学厘定起付线

起付线的高低决定了大病患者报销金额的多少及保障能力的高低,并且在一定程度排除了部分人群在外,即规定了大病保险的保障人群范围。

设置起付线的目的在于为了杜绝在信息不对称的情况下,小部分人群小病大看、小病住院等,花费不必要的大病保险基金,杜绝浪费公共资源的行为发生。由于我省人口密度较低,各个市州差距不是特别大,所以甘肃省采取省级统筹的方式。但由于大病保险政策在各市州通用,起付线标准也是固定统一的。但是这种固定的一种标准的起付线也会损害一些经济贫困的大病患者无法得到必需的医疗救治的场景。并且会使得一些特殊家庭由于患病造成的医疗费用达不到起付线但自身又无力承担时选择不救治而酿成悲剧。所以统一标准的起付线如果不能符合实际以及科学计算时,而是盲目的统一设置起付线,这会给一些特困家庭造成非常大的经济负担以及陷入困境,这种情况的发生会与大病保险提出的初衷相违背以及造成了社会医疗保障体系服务的不公平性。

由于人民收入水平的提高,起付线也调整了标准,大病保险的报销比例也有了相应的调整,但是还是存在不少家庭由于无法承担高额的医疗费用而导致无法满足家庭基本生活需求及温饱问题的情况。医疗费用虽然经过基本医保与大病保险的双重报销后,自身承担比例仅为30%以下,但由于医疗费用过于高昂,自身需要承担的费用仍然也得一二十万元。如此费用对于一般家庭来说也难以负担。

大病患者的医疗费用是否高昂及难以承担也是相对而言。看病就医产生的费用对于家境困苦和一些中等偏低的家庭而言,也是难以承受的灾难性医疗费用;但对于一些富裕的高收入家庭以及保险保障多的家庭来说,可能是微不足道的费用支出,不会给他们家庭以及生活造成影响。

因此建议大病保险在发展过程中,通过这些年积累的实践案例以及对于大病患者家庭的进行补偿时面对的各种情况,建立对于家庭收入中等及偏低的起付线标准。根据这些家庭条件及背景,对于收入水平进行进一步划分,制定不同标准的起付线,让大病保险更好的发挥其作用以及服务社会群众,缩小贫富差距,提高社会幸福度。

5.4 增强大病保险基金的监督

根据中国统计年鉴,我国 60 岁以上的老年人口在 2019 年度占比 18.81%。这表明近年来我国老龄化程度进一步加剧,重大疾病发生率也随之上涨。社会各界对于大病保险的关注度越来越高,由于大病保险的提出是针对于重大疾病,该项政策相较基本医保更加具有针对性,可以让重大疾病患者家庭相信国家政策能够解决他们的困难以及看到生活的希望。从 2013 年-2019 年,随着大病保险制度在实践中不断探索以及进步,这也表明我国的医疗保障体系来到了新的台阶、新的平台。在大病保险不断进行探索推广的进程中,大病保险的工作同时也在不断在实践中摸索。大病保险基金是在大病保险工作落实中最重要的一环,尤其在 2019 年大病保险收不抵支的情况下,首先要摆在明面上的问题就是大病保险基金是如何运作的;大病保险属于社会性质的制度,由政府参与承办,广大人民群众对于该项基金的收支以及投资等享有监督权以及知情权等。

甘肃省大病保险自 2013 年在我省落地生根以来,大病保险的参保数据、理赔数据以及政府以及相关运作机构对于大病保险基金的具体运作情况、收支以及相关的财务数据等资料并没有在相关网站上实现公开;广大人民对于大病保险政策的知晓更加是少之又少,其对于大病保险相关的政府部门以及具体运作大病保险的保险机构以及和大病保险相关的医疗机构等情况都是特别清晰,并且没有专门的网站机构可以负责查阅相关消息。对于年轻人来说,网络可以成为我们的工具,但是大病保险的权威信息无法在权威的网站查阅得到,更不说对于一些中老年人,他们对于网络的利用不如我们现代年轻人。以上这些情况的存在,让广大人民群众无法参与进去大病保险的监督工作。为了保证广大人民的利益,大病保险的相关政府部门以及监管部门要让大病保险基金的运作变得更加透明,让大病保险政策造福于所有人民,完善多方监督的任务迫在眉睫。

5.4.1 提高大病保险基金运作有关信息的公开度

第一,政府应该建立权威的官方网站,将大病保险相关的政策资料、大病保险基金收支以及理赔情况等应该全部公共信息在网站公布,建立一套完善的信息公开制度。即建立甘肃省大病保险的独立网站,相关政府及时公布 14 个市州的

大病保险政策文件，各个承办的保险机构及时公布大病保险的参保人数以及理赔案例。

第二，与大病保险相关的政府部门应该让甘肃省的三家承办大病保险的保险机构定期上报大病保险基金的运作情况，通过利用网络媒体等渠道向社会各界公开，具体包括：大病保险的起付线、赔付比例、如何理赔以及大病保险基金的收入支出、补偿费用以及群众的反馈等资料。通过以上两种措施使得大病保险基金运作更加透明、公开，更加能够方便人民群众及时有效的了解大病保险的相关信息，同时也能通过媒体以及网站上的反馈渠道来对政府以及保险公司对于大病保险的工作情况行使监督权，使得大病保险基金充足，促进该政策在甘肃省可持续性发展。

5.4.2 建立多元化监督体系

为了控制大病保险费用支出的不确定性，保障基金的充足性，充分发挥该项制度的保障作用。对于甘肃省省大病保险基金的运用要建立健全多元化监督体制，来实现开源节流的双重保障。

第一是甘肃省各政府部门做好资金监督。由于城乡居民大病保险基金来源渠道单一、近年来大病发病率高等原因，导致大病保险基金入不敷出、面临穿底的倾向。为了发挥大病保险的保障作用，政府相关部门要做好资金监管，制定详细明确的大病保险基金拨付、使用、报销流程，以及基金核算、管理、监督审计制度，明确责任部门，定期监督，实现精准付费，避免滥用。

第二是保险公司要加强内控制度建设。为了有效控制大病保险基金的合理支出，并且防止骗保案件的发生导致不合理费用。大病保险承办机构应从内控制度建设、人员岗位设置及管理、理赔业务流程和理赔案件等方面着手，重点对异地就医案件、基本医保报销封顶案件及大病保险报销金额在5万元以上案件进行全覆盖的自查、互查，杜绝一些违规案件的发生，也为大病保险基金的充足性提供进一步保障。

第三，甘肃省医改办要加强医疗行为监督。医改办要加强医疗机构的诊段医疗行为监管。商业保险公司和医改办通过专业的第三方评估、大数据等方法，通过商业保险机构加强信息技术控制、专业第三方评价等手段，谨防不合理的医疗

费用，保障大病保险基金的充足。使大病保险制度真正解决百姓看病难、看病贵的问题，进一步增强其保障作用。

第四，甘肃省保险监管机构要发挥其监督作用。甘肃省保险监管机构要加强对各市（州）承保大病保险的商业保险机构的监督，并且要统一和规范承保的各市（州）商业保险机构的服务标准。对一些违规行为和一些不正当竞争的手段，加大惩处、处罚力度，更好地维护社会秩序和保障大病保险投保人的正当权益。

第五，甘肃省医改办、财政厅、卫生厅等多个部门要加强互联互通，及时实现各个部门的信息共享，从而督促各市（州）承保机构和政府积极配合，使大病患者的资料及时上报，及时理赔。另外由于信息共享，形成一个合理透明的医疗费用使用情况，保障大病保险基金充足。

参考文献

- [1] Cornes P. The Economic Pressures for Biosimilar Drug Use in Cancer Medicine[J]. Targeted Oncology, 2012, 7(1):57-67.
- [2] Frank R G, Lamiraud K Choice , Price Competition and Complexity in Markets for Health Insurance[J]. Journal of Economic Behavior & Organization , 2009,71 (2):550-562.
- [3] Guessous I, Gaspoz J M & Theler J M ,et al . High Prevalence of Forgoing Healthcare for Economic Reasons in Switzerland : A Population-Based Study in A Region With Universal Health Insurance Coverage [J] . Preventive Medicine ,2012 ,55 (5) : 521.
- [4] Mershed M. Towards a Suitable Health Insurance System in Syria : Options and The Necessary Procedures Before Implementation, Based on Qualitative Analysis and International Experiences [J]. 2011.
- [5] Tilburt J C, Wynia M K, Sheeler R D, et al. Views of US Physicians About Controlling Health Care Costs[J]. Jama the Journal of The American Medical Association, 2013, 310(4):380-388.
- [6] Van de Ven W P M M, Beck K, Van de Voorde C, et al. Risk Adjustment and Risk Selection in Europe: 6 Years Later[J]. Health Policy, 2007, 83(2):162-179.
- [7] Warren J L, Yabroff KR, Meekins A, et al. Evaluation of Trends in The Cost of Initial Cancer Treatment[J]. Journal of The National Cancer Institute, 2008, 100(12):888-897.
- [8] 安康市城乡居民大病保险实施方案(摘录) [N]. 安康日报, 2019-12-31(003).
- [9] 陈晨. 从地方承办实效差异看大病保险商业承办功能定位与发展——以广西和宁波大病保险为例[J]. 区域金融研究, 2017(12):48-51.
- [10] 程珊. 我国城乡居民医保整合发展过程的几点思考 [J]. 劳动保障世界, 2020(14):53.
- [11] 仇雨临, 黄国武. 大病保险运行机制研究: 基于国内外的经验 [J]. 中州学刊, 2014(1): 61-66.
- [12] 矗哈尔, 霍洪军. 政策内容与发展框架下内蒙古城乡居民大病保险政策演进

- 研究[J]. 中国卫生经济, 2019, 38(11):24-26.
- [13]动态[J]. 中国财政, 2020(02):86-88.
- [14]宫翰. 温州市城乡居民大病保险制度研究[D]. 福建农林大学, 2018.
- [15]《关于进一步完善医疗救助制度的实施意见》重点内容摘录[N]. 2015-11-17(003).
- [16]何文炯. 大病保险制度定位与政策完善[J]. 山东社会科学, 2017(4):65-69.
- [17]贺伟. 陕西省城乡居民大病保险制度实施效果评估[D]. 西北大学, 2018.
- [18]黑龙江保险学会课题组. 关于黑龙江省城乡居民大病保险实施情况的调查报告[C]. . 黑龙江保险文集 2019(下). : 黑龙江省保险行业协会, 2019:66-74.
- [19]胡海峰. 辽宁省城乡居民大病医疗保险实施情况研究[D]. 沈阳师范大学, 2019.
- [20]黄海忠. 城乡居民医疗保障制度整合后对医院内部管理的影响研究[J]. 中国现代医生, 2016, 54(28):149-152.
- [21]李立达. 大病保险经营过程中政府失信行为的问题研究[D]. 河北大学, 2018.
- [22]李佩馨. 关于实施城乡居民大病医疗保险的几点思考[J]. 江苏卫生事业管理, 2013, 24(6):22-23.
- [23]李秋华. 鹤庆县城乡居民大病保险制度运行中的问题和建议研究[D]. 云南财经大学, 2020.
- [24]李阳, 田文华, 段光锋. 上海市城乡居民大病保险政策: 演进、现状与思考[J]. 保险理论与实践, 2020(01):74-86.
- [25]李英英. 甘肃省城乡居民大病保险发展现状与建议[J]. 甘肃金融, 2020(05):51-53+12.
- [26]李玉华. 城乡居民大病保险制度运作中的政府职责—基于政府购买公共服务的视角[J]. 南方金融, 2016(4):81-86.
- [27]林雪. 山东省城乡居民大病保险基金运作机制研究[D]. 山东农业大学, 2019.

- [28]刘萌. 商业医疗费用保险市场及其区域化发展分析[J]. 保险理论与实践, 2019(06):94-107.
- [29]陆春红. 城乡居民大病保险制度的效果政策与研究[J]. 经济研究导刊, 2018, (14):65-67.
- [30]马旭东. 甘肃省城乡居民大病保险制度建设探讨[J]. 甘肃金融, 2015, (02):64-66.
- [31]彭春华, 伍和生, 蒋书雄. 四环联动 力阻“病根”变“穷根”[J]. 人口与健康, 2019(11):65-67.
- [32]孙东雅. 城乡居民大病保险的制度价值[J]. 中国金融, 2014(2):67-68.
- [33]孙婷. 城乡居民大病保险制度定位与价值研究[J]. 劳动保障世界, 2020(02):40.
- [34]唐金成, 蒋俊. 南宁市城乡居民大病保险运行现状调查研究[J]. 时代金融, 2020(03):30-31.
- [35]田稳帅. 甘肃省城乡居民大病保险运行绩效评价研究[D]. 兰州财经大学, 2018.
- [36]汪静. 社会资本、惠民政策与城乡居民养老保险满意度——基于河南省 Y 镇的调查数据[J]. 呼伦贝尔学院学报, 2020, 28(02):15-23.
- [37]王景泉. 完善大病保险监管工作的思考[J]. 保险理论与实践, 2017(12):62-68.
- [38]王昕, 朱亚兰, 龚丽洁, 姚品, 孙树. 城乡大病医保实施中存在的问题及政府责任探讨——基于辽宁实践的研究[J]. 卫生软科学, 2020, 34(04):18-22.
- [39]乌日图. 关于大病保险的思考[J]. 中国医疗保险, 2013, (01):13-16.
- [40]吴升华, 钟志刚, 冯俊, 冯启明, 黄永耀, 李英利. 政策工具视角下我国城乡居民大病保险政策的文本量化分析[J]. 中国卫生经济, 2020, 39(01):17-21.
- [41]徐楠, 顾雪非, 向国春. 中国儿童医疗保障政策述评[J]. 卫生经济研究, 2020, 37(03):32-35.
- [42]徐善长. 大病保险:健全医保体系的重要环节[J]. 宏观经济管理, 2013(3):31-32.
- [43]薛咏贤. 健康管理+保险:保障体系新角色[J]. 中国保险, 2020(03):18-22.

- [44]杨敬宇,钱亚玲,雷丹,闫宣辰.甘肃省定西市大病保险制度实施效果评价——基于5种重大疾病的实证研究[J].中国农村卫生事业管理,2020,40(03):190-194.
- [45]张翔,赵宝爱.中小城市大病医疗保险问题分析——基于J市调研报告[J].中国保险,2017(12):45-48.
- [46]张宇琪.浅析大病保险推进中的问题及对策[J].现代商业,2016(9):184-185.
- [47]赵美颖.河北省城乡居民大病保险基金可持续性研究[D].燕山大学,2019.
- [48]赵韡.徐州构建医疗保险保障适度机制的探索[J].中国医疗保险,2019(12):46-48+52.
- [49]郑秉文.“多层次”医疗保障体系 三大亮点与三大挑战——抗击疫情中学习解读《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》[J].中国医疗保险,2020(04):6-9.
- [50]遵义市城乡居民基本医疗保险实施办法[N].遵义日报,2019-12-21(004).

后 记

白驹过隙，转眼已三年，回想研究生生活的点点滴滴，内心充满感恩。有幸来到不一样风土人情的大西北，认识了学校各位学识渊博的老师，提升了我的学术水平；同时非常有缘结识了来自不同地区的同学，还有我最可可爱爱的室友们，给我的学习生活带来了不一样的乐趣，感谢遇见！

首先，我要感谢我的导师王老师对我的教导和帮助，从论文最开始的选题阶段到论文内容的完善与修改，一直耐心的给予指导，让我受益匪浅，感谢王老师的包容与鼓励，让我最终能顺利完成我的论文。也非常感恩所有传道授业的老师们，感谢你们的教导！

其次，感谢我的家人、好朋友以及那个他，非常感谢你们的陪伴以及在我低谷期给予的支持与鼓励，你们永远是最坚强的后盾与不期而遇的温暖，爱你们！

最后谨向参与本文审阅的各位专家评委们表示衷心的感谢和深深的敬意，你们辛苦了！