 **MPA学位论文开题报告**



**题目城乡居民大病保险试点情况与优化路径研究——以宁波市为例**

**姓　　名 　　　叶开放**

**指导教师　　 何子英**

**学科(专业)　公共管理（MPA）**

**所在学院 公共管理学院**

**提交日期**

**1.选题背景和研究意义**

**1.1选题背景**

医疗保障制度是现代国家重要的经济社会制度之一，在许多国家的经济和政治领域中占据非常重要的地位。相关研究显示，全球平均每年有超过4000万家庭由于医疗支出而遭受经济困难，涉及1.5亿人，其中约2500万家庭或超过1亿的个体由此陷入贫困。如何建立公平、有效的医疗卫生融资系统，以提高医疗保健服务可得性、可及性和公平性，已经成为世界各国政府努力解决的难题。历史经验表明，医疗保险通过分散个人的疾病风险和健康风险，降低医疗卫生服务的价格水平，提高医疗卫生服务的可得性和可及性，可以为人们抵御灾难性卫生支出提供一定的保护。

作为促进互助共济和社会公平正义的重大举措，建立城乡居民大病保险制度有以下几个背景原因:

首先，我国全民医保体系初步建立，但保障水平仍然偏低。2009年我国启动实施新一轮医药卫生体制改革，目标之一是现全民健康覆盖，为居民提供公平、有效、经济可及的基本医疗卫生服务。到2011年末，三年医改五项重点改革任务全面完成，我国基本医保制度框架基本建成。截至2011年底，职工基本医疗保险（以下简称职工医保）、城镇居民医保、新农合三项基本医疗保险制度参保人数达到13.05亿，参保率超过95%，医疗救助人数超过8090万。总体来看，通过大幅度增加投入，全社会医疗保障水平有了显著提高，为广大群众“病有所医”提供了制度保障。但是，就改革内容而言，“主要还是体制性的改革……具有明显的阶段性特征，很多改革任务没有在这次改革当中更多的涉及……对政府投资效率的衡量、评估以及以效率为主的竞争并不明显”。2011 年底，我国城镇居民基本医疗保险、新农合和城乡居民医疗保险实际报销比例分别为 52.28%、49.20%和44.87%，明显偏低。

其次，广大城乡居民个人大病医疗费用负担仍然很重，迫切需要大病保障。在“保基本”的政策设计初衷下，基本医疗保险制度对重特大疾病保障能力仍然不足。1998年和2003年中国国民健康调查（CNHS）显示，农村居民医疗费用支出平均每年增长11.48%，其增长速度比同期农村居民纯收入平均年增长率的4倍还要快。2011 年底，我国城镇居民基本医疗保险、新农合和城乡居民医疗保险实际报销比例分别为52.28%、49.20%和44.87%，明显偏低。2003、2008和2011年，我国遭遇灾难性卫生支出的家庭的比例分别为12.0%、14.0%和12.9%，并未显著下降。由此可见，因病致贫、因病返贫现象仍然突出。因此，从居民的需求端来看，迫切需要建立重特大疾病保障机制。

第三，我国基本医疗保险基金存在结余过多和运行效率偏低的问题。2011年，城镇居民医疗保险和新农合统筹基金累计结余分别占当年基金总收入的83.6%和35.7%。城乡基本医疗保险经办机构受制于统筹层次、信息化程度、人力配备、激励机制等多种因素，经办效率较低。结余多，为大病保险实施提供了一定的资金基础；运行效率偏低，则可以探索引入商业保险机构经办的方式来提升。同时，商业保险机构参与医疗保障体系建设也具有一定的实践基础，在全国多个地方出现成功范例，形成了诸如“湛江模式”、“新乡模式”及“江阴模式”等典型做法，在提升人民群众大病保障水平和医保制度运行效率等方面，已经取得了一定成效。

在上述背景下，2012年8月，国家发改委、人社部、卫生部、财政部、民政部、保监会六部委在前期各地探索试点的基础上，联合发布了《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》（以下分别简称“大病保险”和《指导意见》），为在全国范围内建立和实施城乡居民大病保险制度提供了政策依据。《指导意见》出台后，各地纷纷制定配套实施方案，启动大病保险试点。根据各地试点实施情况，2015年7月，国务院办公厅印发《关于全面实施城乡居民大病保险的意见》，进一步提出，2015年底前，大病保险覆盖所有城乡居民基本医保参保人群，大病患者看病就医负担有效减轻。《指导意见》中设计的大病保险制度具有以下基本特点：一是资金来源是城镇居民医保和新农合基金结余或筹资；二是保障范围是在基本医疗保障的基础上，对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障；三是承办方式是采取向商业保险机构购买的方式；四是参保人群涉及十多亿农村和城镇居民。据统计，截至2014年三季度末，共有13家保险公司在全国27个省373个统筹地区开展大病保险，覆盖城乡居民6.5亿人。除西藏、海南等少数省区市未开展招投标外，包括宁波在内，全国绝大多数省区市都已出台大病保险实施方案并陆续开展有关探索。

宁波市实施方案于2013年12月印发，规定宁波市城乡居民大病保险于2014年9月1日起正式实施。宁波市方案在《指导意见》基础上，进一步明确了经办模式、保障对象、保障水平等内容。在经办模式上，全市划分为4个区段，采取招投标方式选择承办商业保险机构承办；在保障对象方面，宁波城乡居民大病保险制度保障对象为宁波市范围内已参加城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗制度的参保人员，2013年该部分参保人员总数达363.6万人；在保障水平方面，规定一个医保年度内，参保(合)人员住院和特殊病种治疗发生的医疗费用，按基本医疗保险政策规定支付后，其个人累计负担的合规医疗费用超过大病保险补偿起付标准2万元的部分，由大病保险按阶梯式比例予以支付，最高支付比例为60%。

**1.2研究目的与意义**

站在公共政策的视角，就制度方面而言，以城乡居民大病保险实施为标志，我国已基本形成了多层次医疗保障体系。其中，第一层次由城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗三项制度构成，第二层次是城乡居民大病保险和部分地区实行的城镇职工保险补充医疗保险，第三层是各类商业健康保险，最后一层，则是“兜底”为目的的城乡医疗救助体系。但是，制度的全覆盖只是医疗保险改革的阶段性目标，这个阶段性目标与完善各项医保主体制度、各项制度之间的合理衔接以及实现人人公平享有基本医疗国民待遇的战略目标还存在着很大的差距。

大病保险政策出台至今才3年多。该政策虽然已经在全国多数地区铺开，各地区在《指导意见》和《意见》给出的顶层设计和制度框架下，在统筹层次、筹资标准、参保人群等方面结合地方实际进行个性化设计，开展实践探索，并取得了一定进展。但作为一项推进中的创新制度，大病保险从政策出台到全面落地需要一个过程，需要在实践当中使之不断优化完善。在制度实施时间较短的情况下。从目前实施情况来看，各地都是“摸着石头过河”，不可避免会存在一些问题，需要我们加以研究完善。

基于此，笔者提出几个关键的问题：一是大病保险有关政策定位与总体设计问题；二是政策实施过程中运行机制的问题；三是大病保险未来如何优化的问题。本文拟根据宁波市大病保险制度试点实施情况对这三方面问题开展研究，可能具有一定的理论和现实意义。

首先，有助于深化对大病保险制度的研究。本文以宁波市为例，站在公平和效率的视角，结合公共管理和卫生经济学等有关理论进行研究，丰富和深化了我国大病保险制度区域性研究的内容。此外，作为医疗保障体系的第二层次，剖析大病保险其制度结构和运行规律，有助于进一步厘清医疗保障体系中政府与市场的责任边界，探寻公平与效率两大政策目标均衡的可能途径。

其次，有助于大病保险制度完善。通过总结剖析宁波大病保险实施过程中在保障模式、经营模式、盈利模式、监管模式等方面的主要做法和存在的问题，给出相应思考和政策建议，从而促使宁波构建持续稳定的城乡居民大病保险运行机制。同时，也可以为全国大病保险制度实施和完善提出可供选择的优化路径。如前所述，现行的大病保险政策既有顶层设计，又有地方个性特色，既有规定动作，又有自选动作。从长远来看，医疗保障体系统筹层次提高和政策统一是趋势。地方试点可以为国家最后统一全国范围大病保险政策做好铺垫和政策过渡。因此，以宁波为案例，对政策方案实施情况进行分析并总结出优化路径，可以为全国大病保险政策实施和完善提供有益的经验借鉴。这是本研究的中心任务。

第三，有助于为我国医疗保障体系完善提供启示和借鉴。城乡居民大病保险是我国多层次医疗保障体系中的重要一环，其实施既是对基本医疗保险的一种补充，同时也是商业保险机构参与社会保险、扩大对社会保险补充内容的一次重大实践。借鉴大病保险制度安排和实践探索情况，有助于建设完善我国多层次、可持续的医疗保障体系，有助于深化社会治理体系改革，这既是对大病保险政策试点更深层次的期许，也是本研究努力的方向。

**2.国内外研究综述**

作为一项中国特有的制度安排，国外对于大病保险的专门研究较少。与之关联度较高的研究主要集中在灾难性卫生支出（Catastrophic Health Expenditure)、医疗保险在抵御灾难性卫生支出的作用机制以及相应的筹资模式、政府与市场在医疗保险中的角色等方面。从国内来看，近年来，对于城乡居民大病保险政策的研究逐渐为学界所重视。经过认真查阅和系统梳理现有的研究文献，国内外与大病保险有关的研宄主要涉及了制度建立的背景、必要性和意义研究；制度设计和改进完善研究；以及典型试点地区的政策评估及经验介绍等方面的内容。

**2.1大病保险有关基本概念**

在正式讨论之前先对与大病保险有关的基本概念进行回顾。

在我国基本医疗保险制度建设与改革的不同历史时期，虽然基于制度改革的现实情况，存在着多种重大疾病的概念及其界定标准，但国内普遍认大病保险的主要可分为两种，一种是根据重疾的病种来界定，比如新农合和城乡居民保险中规定的治疗周期长、费用高且治愈率较低的疾病（如高血压、糖尿病等需长期甚至终身服药的疾病），还包括某些特殊疾病（如恶性肿瘤放化疗、器官移植抗排异和尿毒症透析等）；另一种则是根据医疗费用的高低来界定是否属于大病保险。大病保险在我国的基本医疗保险体系中并不是作为一个独立的制度而存在，它只是基本医疗保险制度的拓展和延伸，其主要解决的是个人的高额自付医疗费用支出问题。城乡居民大病保险中定义的大病，是指城镇居民基本医疗保险制度和新型农村合作医疗制度补偿后，个人仍需负担高额合规医疗费用的一类疾病，其实质是从医疗费用的角度定义重大疾病，而不是疾病的病种。

在医疗保险制度比较健全的发达国家，并没有特定的指出大病保险的概念。国际上，与我国“大病”类似的概念为“灾难性卫生支出”。对灾难性卫生支出的定义目前主要存在三种观点：第一种观点认为当家庭医疗支出超过家庭收入的某一较大比例时，即表明家庭发生了灾难性卫生支出；第二种观点认为当家庭医疗支出超过家庭总支出的某一固定比例（如10%或40%)时，即表明家庭发生了灾难性卫生支出；第三种观点认为，家庭医疗支出超过家庭非必需品支出（capacity to pay)的某一固定比例时，即表明家庭发生了灾难性卫生支出。由于支出较收入在数据获取方面更容易和准确，且非必需品支出更能够体现穷人与福人的差异，因此，目前国际上对灾难性卫生支出的研究较多的是基于第三种观点，而比例阈值的选取各国根据实际情况的不同则从10%-40%不等。

**2.2关于建立大病保险制度的必要性研究**

第一，多数学者认同灾难性卫生支出对家庭的严重影响，一些学者给出了测定方法，并对相应的作用路径开展研究。如C. Bredenkamp, M. Mendola and M. Gragnolati(2011)认为灾难性卫生支出不仅加大了家庭陷入贫困的概率，而且还使得贫困家庭陷入深度贫困，从而形成“贫困——健康冲击——深度贫困恶性循环”。王伟（2013）从实证角度检验重大疾病对贫困影响的作用路径，验证了经济负担維度及行为能力维度的重大疾病对贫困影响的作用路径，证实了“因病致贫”效应的存在。

第二，大病保险制度是医疗保障体系自身完善的需要。大病保险制度建立以前的医疗保障体系在解决因病致贫、因病返贫问题方面作用有限。虽然有部分学者认为原有医疗保险制度对抵御疾病风险能够发挥一定作用，如张璐莹、程晓明等人（2010)以家庭医疗支出超过家庭消费总支出的10%为灾难性卫生支出的界定标准，实证分析后认为新农合的补偿政策从一定程度上缓解了家庭遭受灾难性卫生支出的程度，而且收入水平较低的人群受益程度更高。更多的学者持不同意见，比如，You X, Kobayashi等人（2009）认为，我国新型农村合作医疗制度较高的自付费用和有限的筹资水平，使其在减少患者自付医疗费用和缓解因病致贫状况方面的作用有限。Yi Hongmei, Zhang Linxiu, Singer Kim等人（2009）同样认为新农合在保护农村居民抵御大病经济风险、缓解因病致贫状况方面没有实现制度应有的目标。王伟（2013）进一步提出，随着医疗保障体系建设的推进，大病保险已成为我国在新时期发展与完善社会基本医疗保险制度、切实解决城乡居民高额医疗费用负担的一项重要内容。

第三，大病保险有助于促进医疗保障领域公平和效率的提升。首先，学者们普遍认可公平和效率是医疗保障体系的重要目标。Donaldon and Karen（1993）以及左学金、胡苏云（2001）等人认为，一个国家的医疗服务目标包括:(1)引入社会效率高的医疗服务利用体系；(2)在不同人口中分散风险；(3)在人的一生中分散风险；(4)根据需求(反映收入和健康状况的需求)分配资源。在这4个目标中,第一个和第三个目标注重效率,需要通过发挥市场的作用来实现,第二个和第四个目标则更注重平等性,需要适当的政府干预。任何国家干预的医疗保险计划都是在效率和公平性之间的权衡，效率与公平的权衡体现为市场机制与政府干预的相互补充。其次，从公平角度来看，大多数学者同意大病保险制度有助于弱势群体保障水平的提升。如郑功成（2010）、姚庆海（2014）、姚慧龙（2014）等人认为，通过大病保险这一制度建设，在基本医疗保障的基础上，对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的一项制度性安排，能够保障大多数人的利益，进一步体现国家福利性，充分体现人权，因而具有合理性；由于大病医疗费用高，农民可支配收入低，新农合门槛高，报销比例低，因而具有必要性。最后，从效率视角来看，学者们普遍认为商业保险机制的引进能够促使医疗保障体系效率提升。如Barker and Robert（1991）认为，市场参与能够有效限制管理医疗保险制度官僚机构的规模与权力，使医疗保险服务更为充分有效。Werner and Podczeck（1996）以及Barr（1998）等人进一步指出，政府主导下制度运行的低效率和低响应度是具有普遍性的，更由于信息不对称，哪怕是私人部门提供医疗保险产品，也可能导致机制缺乏完全效率。强制性社会保险加上补充性商业保险可以非常有效地化解由逆选择所带来的负面影响，而部分的政府强制医疗保险不会对补充性商业保险市场的行为造成扭曲。左学金、胡苏云（2001）指出，如何充分利用市场机制，有效控制医疗费用增长、更公平有效率地利用现有医疗资源是中国城镇医疗保险的主要问题。郑秉文、张兴文（2013）通过调研江苏省太仓县的大病保险制度认为，在社会医疗保险中引入商业保险机构提供二次补偿解决参保群众的大病负担重问题，是公共部门与私人部门合作的有益探索，有效地控制了医疗费用提高了效益。

**2.3关于大病保险政策设计和完善的研究**

由于大病保险实施时间不长，其制度设计、运行模式及政策配套尚未进行细化和完善，学术界对其制度设计和政策实践过程中比较关键的环节进行了研究，在制度具体设计问题上，既有争论和不同观点，也有一些共识。主要集中在以下几个方面：

**2.3.1政策定位**

首先是制度属性。这是做好政策设计、有效组织运营实施的基础。关于大病保险属性，多数学者认为从政策文件出发,作为基本医疗保障制度的延伸,大病保险属于公共品或者准公共品。如李文群（2012）认为由于公共产品的三个经济学标准在大病保险上都有体现，因此大病保险属于公共产品。

其次是政策目标。多数研究认为作为一项公共政策，大病保险可能存在多重目标，其中首要目标是抵御灾难性支出经济风险。比如，刘小青、王超群、高小春（2014）认为，大病保险的建制目的有两个：一是通过充分利用医疗保险基金减轻人民群众医疗费用负担；二是通过引入商业医疗保险机构改善医疗保险的管理与服务。何文炯（2014）认为，大病保险而言的直接目标是政府部门希望运用保险机制来解决或缓解城乡居民因遭遇重特大疾病所导致家庭灾难性支出的经济困难；另一层可能的目标则是通过实施大病保险政策，培育商业保险参与医疗保障体系建设的能力。孙艳芳、呼和乌路德（2011）认为，中国发展医疗卫生事业的根本出发点，是保障人民群众享有保健和社会服务的权利，卫生事业目标定位应该在社会效益而不是盈利收入。就大病保险而言，作为一项福利性事业，公平和效率必须同吋兼顾，同吋，在服务管现等方面也有特殊的耍求。

三是设计原则。关键问题是政府与市场责任划分的问题，实质上仍然是如何考虑公平与效率的问题。多数学者同意基本医疗保险应坚持公平为主、兼顾效率的原则；补充医疗保险则应坚持以效率为主、兼顾公平的原则。沈焕根、王伟（2013）等人提出，大病保险应被界定为基本医疗保险的补充和拓展，而不是严格意义的补充医疗保险，因为其不具有单独的筹资机制。因此，将公平性作为大病保险的主要属性具有理论上的基础。具体到公平性应达致什么样的水平，景天魁（2014），申曙光、侯小娟（2012）等人认为，要以“底线公平”作为社会公平的基点,明确地划分政府、企业及个人的责任范围。在基准水平以下，是剔除人们背景差异后生活、生存和发展所必需的保障，应该由政府和社会来提供和负责的部分；在基准水平以上，是人们对于更高医疗保障的追求，是体现差异的地方，可以由市场、企业、社会组织或者个人来承担。也有学者对当前阶段设计统一的大病保险制度提出质疑。如姚慧龙（2014）对太仓、楚雄、玉溪三地农村大病补充医疗保险制度比较分析后认为，面对我国复杂的国情，很难建立统一的模式，需要根据当地的实际情况建立试点模式，实施渐进式的改革。

**2.3.2筹资模式**

大病保险的筹资模式是关系到大病保险运作的最关键环节，对筹资模式的研究意义深远。在国内多位学者的研究以及实证分析中，城乡居民大病保险的可持续性受到了质疑。首先是关于大病保险风险保费的测定，吴琴琴（2013）基于疾病的“大病”定义，通过预测不同性别、年龄层的居民的人均自付金额，再结合疾病实际发病率等信息，大致测算了疾病模式大病保险的风险保费。陈文辉（2013）、朱铭来（2013）、董曙辉（2013）等人认为，在潜在的经济增长和财政收入增速放缓的大前提下，加上人口老龄化趋势的加快和医疗费用的上涨，大病保险制度中在“年度提高筹资时统筹解决”的筹资方式是否具有可行性和可持续性,令人担忧，基本医保结余并不能持续地为城乡居民大病保险提供资金来源。董曙辉（2013）、陈文平（2014）、王婉（2014）等人认为应该进一步完善大病保险筹资渠道，逐步完善大病保险与医疗救助、补充保险、商业保险的政策衔接，实行大病保险基金专项管理，合理确定不同地区大病保险的筹资标准，适时的扩大大病保险的统筹层次和范围。宋占军、朱铭来（2014）具体测算了资金缺口规模。他们发现，在不同的假设之下，到2015年，我国最少有9个省市、最多达到15个省市出现城镇居民医保基金累计结余赤字，城镇居民医保基金累计结余最低将出现13.63亿元的赤字。

**2.3.3承办主体**

大病保险制度实施前后，部分学者就市场机制参与我国基本医疗制度建设、商业保险公司参与经办新农合、居民医保等开展过研究，但看法并不一致。黄海（2014）、蒋菲（2011）等人在对国内外医疗保险制度模式分析后认为，我国医疗保险制度应当走市场调节与政府干预相结合的路子。直接以商业保险公司承办大病保险为切入点开展的研究亦有不少。李俊（2012）、杨艳（2012）、董汀（2013）、卢娜（2014）、段会晴（2014）等人对大病保险市场化运作模式进行了利弊分析，认为应充分发挥市场在大病补保险中的效率作用，将大病保险放手给商保公司主办，提出了我国商业保险公司参与大病补充医疗保险和基本医疗保险的模式选择与机制设计，剖析我国保险公司承办大病保险过程中存在的主要问题并给出了相应的政策建议，并构建了相应绩效评估指标体系。

也有学者对商业保险公司承办大病保险持不同看法。乌日图（2013）、葛媛媛（2013）、林森、那秀娟（2014）以及仇雨临、黄国武（2014）等人认为，用社会医疗保险资金购买商业保险,容易被人们指责是一种依靠行政力量强制购买商业保险的行为，同时也面临一定的法律障碍和信息账户安全的问题。他们提出，商业保险公司没有比社保机构更有效的手段来合理控制大量患者和众多医院的医疗费用支出，因此并不比社会保险经办机构更具优势，应实现大病保险经办主体多元化，在条件成熟后再由商业保险公司经办。

**2.3.4保障模式**

多数学者认可以费用界定大病保险的保障模式。董曙辉（2013）认为，大病的界定标准决定了大病保险的保障范围。以病种难以解决大病保障问题，有失公平,也违背大病保险制度设计的初衷。大病保险的保障范围,在病种与费用的选择上,应选择费用；在基本医疗保险封顶线以上费用和个人自付医疗费用的选择上,应选择个人自付的医疗费用；在政策范围内和政策范围外的费用选择上,应选择政策范围内的个人自付的医疗费用。一些学者如仇雨临、黄国武（2014）等进一步建议在费用补偿方面要取消封顶线，经济发达地区在条件允许时试行个人自付最高限额，避免家庭遭受灾难性医疗支出的风险。

**2.4关于大病保险政策评估的研究**

由于目前大病保险政策正处于大范围的制度试点期，理论界和实务界对大病保险政策的评估主要集中于发现问题、提供建议。

首先，是大病保险政策实施过程中的问题，集中在具体的制度设计、运行管理以及保障效果等方面。一是制度设计方面，朱铭来、宋占军（2014）、何文炯（2014）、段会晴（2014）等人认为大病保险在各地实施过程中，存在统筹层次仍然较低、定价机制不尽合理、费率立定困难等问题。二是运行管理方面，潘赛（2014）陈小跃（2013）、吴海波（2014）等人认为，大病保险实施以来，存在着业内对属性认识模糊、政策宣传不到位、医疗费用风险控制不得力、服务管理水平提供不到位、专业化人才队伍存在缺口、招标投标操作过程不够透明、保险公司大面积亏损等问题。三是保障效果方面，王超群、刘小青、刘晓红、顾雪非（2014）等人指出大病保险制度对城乡居民家庭灾难性卫生支出影响较弱，他们认为这与大病保险制度由谁经办无关，主要是大病保险制度设计本身存在问题。

其次，是对试点地区大病保险的个案研究。主要从以下几个方面：一是对政策影响的评估。如王伟（2013）通过对江苏太仓大病保险制度的实证分析，认为太仓大病保险制度使得当地城乡居民重大疾病经济负担得到明显缓解的同时，通过建立健全政府主导、社商合作的医疗保险监管体系，医疗费用的过快上涨势头也得到了较好的控制，并使得医保制度在整体上进一步向弱势群体倾斜，缩小了大病群体城乡医疗保障水平的差距，从而有效提升了医保制度的公平性。冯海欢、辜永红、李天俊（2014）等则以成都某三甲医院为例，模拟分析大病保险对个人负担的影响效果及影响关键因素，认为大病保险对降低城乡居民高额医疗费用负担的效果有限。二是对试点地区存在问题的研究。潘赛（2014）、程耀全（2014）、黄渤、王海燕（2014）等人分别以湖南郴州、安徽六安以及辽宁省等为研究对象，分析了大病保险的难点、重点所在，认为大病保险存在政府购买大病保险服务的有关制度建设缺乏细则指导、与城镇职工医保及民政医疗救助的制度衔接配合不密切、商业保险公司承办成本较高、政府部门对将大病保险交由商业保险公司承办认识不统一、统筹监管困难重重等问题。三是对试点地区实施风险情况的实证分析。郝璐颐（2014）针对山东新农合大病保险试点，构建了相应的风险评价指标体系。主要方法是：在识别大病保险内外部风险的基础上运用层次分析法建立，随后将各个单一风险因素汇入到统一的数学模型中，确定评价指标权重，再用模糊综合评价法对风险状况进行评估。

第三，关于大病保险政策完善的建议。吴海波（2014）建议从提高筹资水平、拓宽筹资渠道、推行大病保险资金的专账管理制度、控制医疗费用等方面着手，构建筹资动态调节机制，提高资金使用效率。王超群、刘小青、刘晓红、顾雪非（2014）建议优先扩大基本医疗保险保障范围和报销比例，因时因地调整灾难性卫生支出的标准，调整大病保险主要参量(尤其是起付线)，试点全部基本医疗保险业务委托商业医疗保险机构经办，探索建立多元保险人制度。宋占军、朱铭来（2014）建议优化城镇居民基本医疗保险和大病保险的保障水平，合理确定保障范围，有效控制医疗费用增长。瞿绍果（2012）认为大病医疗保险顺利开展应有配套基础措施和保障条件：一是要坚持政府在大病保险中的主导地位。政府应进一步提高基木医疗保险的最高支付额度，加大财政投入，切实缓解人民看大病难的困境。二是充分发挥商业保险机构的专业优势。大病保险以特定大疾病为保障对象，它的风险保障金额巨大，风险构成因素复染，管现运营难度大，需耍商业公司专业的运营手段。三是开拓医疗机构大病诊疗绿色通道，方便大病参保者。四是引导并鼓励社会力量加入大病医疗救助。

**2.5现有文献评述**

综合国内外有关大病保险的研究，作出如下点评：

1.从研究框架来看，囿于政策特殊性，国外对大病保险实践层面的研究几乎没有，更多的是从理论层面给本文研究以启发；国内的文献大多是站在宏观政策层面，从政策制定者的角度分析城乡居民大病保险的途径选择、运行机制和出现的问题，其研究思路和框架，如李俊（2012）、郝璐颐（2014）等人在设计大病保险绩效评价和风险评价指标体系中的思路，可以为本文研究提供有益借鉴。

2.从研究内容来看，现有研究虽然有不少是针对地方试点开展的，但是相关研究宏观与微观结合不够，往往脱离国家统一的制度设计这一背景，集中于对地方实践的研究分析，简单就事论事，提出的建议也大多是针对当地大病保险政策如何优化，较少对地方实践情况进行提炼升华，上升到完善国家大病保险政策的层面。

3.从研究视角来看，作为公共政策评估中两个十分重要的标准，公平与效率贯穿于大病保险的政策目标与制度设计原则，但现有研究大多针对基本医疗保障制度，单纯以公平视角或者制度运行效率其中一个视角开展研究，专门针对大病保险，并且把两者结合起来开展分析的比较少见。

4.从研究方法来看，对政策运行的评估或者较少运用实证分析，或者仅仅是对政策运行的某一方面如筹资模式开展实证分析，尤其是缺少从总体角度对政策运行中存在的各类问题相对严重程度和重要性的评估分析。

**3.论文研究思路与基本框架**

本文拟借鉴国内外学者研究经验，总结前人在大病保险政策设计、实践运行等方面的研究成果，基于公平和效率的视角，对我国大病保险制度构建、实施情况进行分析，并对下一步如何优化进行思考，提出对策建议。主要包括以下几个方面：一是政策定位和目标问题，大病保险制度能够发挥什么样的功能作用，即建立制度的必要性。二是大病保险制度设计问题，即大病保险的整体制度框架和运营模式设计，如何体现政策定位与可行性，反映政策目标；三是大病保险实施和运行问题，可能会面临哪些限制或约束因素，存在哪些问题。以上三个部分的内容将结合宁波市的实践开展讨论。

论文计划遵循提出问题、分析问题、解决问题的思路开展研究，具体思路为：

首先，介绍城乡居民大病保险的基本状况，引出本论文的课题背景及研究方向。

其次，建立本文的理论基础，依据公共物品、公共服务外包、公平正义等方面理论，讨论建立大病保险制度的理论基础。

第三，针对大病保险政策开展文本分析。在前面总结概括基础上，运用PEST分析模型，对国家大病保险政策文件有关政策定位、主体框架进行合理性分析，并结合政策出台前各地区商业保险公司参与基本医疗保障体系建设的例子分析其可行性。

第四，针对大病保险实施中的影响和问题分析。1.介绍宁波市大病保险制度实施情况，总结制度实施成效，并从筹资机制、保障方案设计、承办模式、监督与监管等方面对大病保险实施中遇到的问题进行归纳总结；2.针对相应问题设计指标，运用AHP-模糊综合评价法等方法开展调查分析，进行量化评分，区分各类问题的轻重缓急，得到综合评价结果，并分析原因。

最后，则是关于大病保险的对策建议。针对前面分析得到的问题，给出可能的优化路径。

按照上述思路，论文共分5部分，即5章，其中第三章、第四章构成本文的主体部分，初步框架为：

1.导论

1.1研究的背景

1.2研究目的与意义

1.3研究方法

2.大病保险理论基础

2.1国内外研究综述

2.2大病保险理论基础

3.大病保险政策合理性与可行性分析

3.1大病保险政策定位

3.2大病保险政策主体框架分析

3.3国内已有案例比较分析

4.宁波大病保险实施情况分析

4.1宁波大病保险实施情况介绍

4.2宁波大病保险实施过程中存在的问题

5.关于完善大病保险制度的对策建议

5.1健全筹资机制

5.2完善保障方案设计

5.3优化承办模式

5.4强化监督监管机制

**4.研究的重点、难点及可能的创新之处**

**4.1研究的重点**

论文研究的重点是对大病保险政策设计层面的文本分析和执行层面的问题分析。两者又是密不可分的。

作为一项在全国范围内推出的公共政策，虽然官方文件给出的大病保险定位是基本医疗保险制度的补充和延伸，但客观来看，大病保险对于全国大多数地区而言属于一项强制性制度变迁，执行起来不可能是一帆风顺的。从各地实施情况来看，也暴露出不少问题。这些问题，有些是各地区个性的问题，但也有许多是具有普遍性的问题。问题是表象，政策设计是根源，所以必须从政策定位和设计出发，才能寻根探底，正本清源，找到一条明晰的解决之道。但政策本身毕竟是抽象化的事物。笔者希望通过大病保险在宁波执行情况的剖析，能够使政策更为具象化，进而可以提出更有针对性和可操作性的政策建议，并对全国大病保险政策完善有所裨益。

**4.2课题努力实现的创新之处**

论文创新之处可能在以下几点：

首先是研究视角的创新。从公平和效率视角，把公平和效率结合起来对大病保险政策设计作整体分析评估。

其次，是研究内容的创新。从大病保险全国政策设计出发，总结分析宁波市试点实践情况，进而提炼出对全国大病保险政策具有一定启示意义的优化路径建议。

第三个可能的创新之处在于研究方法的创新，本文综合运用AHP-模糊综合评价法对大病保险运行情况进行了全面量化评价。

**4.3研究的难点**

大病保险政策虽然2012年就已经出台，但各地配套政策落地时间普遍要到2013年、2014年左右，甚至部分地区2015年仍未出台有关实施意见。因此，总体来看，与之相关的情况和数据积累不充分，对制度运行效果的比较分析和评价存在一定困难。同时，由于大病保险属于中国特有的一项政策，加之各地均还处于探索阶段，没有特别成熟的做法和模式，因此，在对问题分析过程中以及提出意见建议时缺乏可供参考的范例和经验借鉴。最后，本人虽然在政府部门工作，且直接参与过有关工作的推动工作，但由于工作性质和个人能力所限，对相关问题的分析认识可能存在一定的主观性和片面性，研究深度可能还存在不足。希望能够通过查阅更多文献资料、多方调研聆听各方面的意见，从而能够更为客观、全面、深入地开展研究工作。

**5.研究方法**

论文研究主要采用以下方法：

①调查研究法。调查研究采取观察、访谈、文献收集、网上数据收集、典型调查与抽样调查等形式收集文献资料和统计数据。

②实证分析法。与相关专业人士进行深入的交流和讨论。同吋，制定调查问卷，请专业人士填写评判，进行量化分析和研究。

③案例分析法。文章以宁波市为例子进行剖析，以实例来对论文的观点进行阐述。

④分析-归纳法。在取得数据资料的基础上，对资料进行归纳、整理和分析，确定各种因素的异同，力求把对大病保险政策的分析建立在全面、客观和现实的基础上。

总而言之，本研究将在较为丰富的数据材料的基础上，通过归纳、梳理、对比和实证分析，对大病保险政策进行剖析，探究大病保险实施过程中存在的不足，并通过归纳梳理提出可能的优化路径。

**6.研究计划**

2015年10月---2015年11月：进一步搜集和消化文献资料；

2015年12月---2016年1月：完成论文初稿；

2016年2月---2016年5月：论文进一步修改定稿。

**7.参考文献目录**

[1]Baker, Robert L. The Social Work Dictionary, 2d ed. Washington DC: National Association Social Workers, 1991

[2]Barr N. The Economics of the Welfare State [M].Oxford University Press, 1998: 301-349

[3]Berki S. A look at catastrophic medical expenses and poor[J]. Health affairs. 1986, 5（4）：138-145

[4]Caryn Bredenkamp. Mariapia Mendola. Michele Gragnolati. Catastrophic and impoverishing effects of health expenditure: new evidence from the Western Balkans [J]. Health Policy and Planning. 2011, (26):349-356

[5]Donaldon, C. & Karen G. Economics of Health Care Financing: The Visible Hand[M]. New York: St. Matin’s Press, 1993

[6]Filmer D, Hammer J & Prichett L. Weak links in the chain Ⅱ: a prescription for health policy in poor countries[J]. World Bank Research Observer, 2002, (17): 44-66

[7]K. Xu, D. Evans, G. Carrin & A. M. Aguilar-Rivera Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure, Technical Briefs for Policy-Makers, WHO, 2005

[8]Limwattananon S, Tangcharoensathien V &Prakongsai P. Catastrophic and poverty impacts of health payments: results from national household surveys in Thailand [J]. Bulletin of the World Health Organization. 2007, (85): 600-606

[9]Pradhan M & Prescott N. Social risk management options for medical care in Indonesia[J]. Health Economics, 2002, (11): 431-446

[10]Ranson MK. Reduction of catastrophic health care expenditures be a community-based health insurance scheme in Gujarat, India: current experiences and challenges. Bulletin of the World Health Organization, 2002, (80): 613-621

[11]Wagstaff A. & Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: With applications to Vienam, 1993-98[J]. Health Economics, 2003, (12): 921-934

[12]Werner N, Podczeck K. Adverse Selection and Regulation in Health Insurance Market [J]. Journal of Health Economics, 1996, 15: 386-409

[13]Yi H, Zhang L, Singer K, et al. Health insurance and catastrophic illness: a report on the New Cooperative Medical System in rural China[J]. Health Economics. 2009, (S2): S119-S127

[14]You X, Kobayashi Y. The new cooperative medical Scheme in China[J]. HealthPolicy. 2009, (1): 1-9

[15]Zhang L, Cheng X, Tolhurst R, Tang S, Liu X. How effectively can the new Cooperative Medical Scheme reduce catastrophic health expenditure for the poor and non-poor in rural China? [J]. Tropical Medicine and International Health. 2010, 15(4): 468-475

[16]陈文辉.我国城乡居民大病保险发展模式研究[M].中国经济出版社，2013：90-115

[17]陈文平.我国城乡居民大病保险筹资模式研究[D].首都经济贸易大学硕士学位论文，2014

[18]陈小跃.城乡居民大病保险的发展瓶颈与对策[J].经济研究导刊，2013，(7)：91-93

[19]程耀全. 城乡居民大病保险及其社商合作运行机制分析——以安徽省六安市为例[J].中国医疗保险，2014，(9)：36-38

[20]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

[21]董曙辉.关于大病保险筹资与保障范围的思考[J].中国医疗保险，2013，(4)：9-11

[22]董汀.大病保险市场化运作模式分析及对策[J].科技创业家，2013（12）：208

[23]段会晴.保险公司承办城乡居民大病保险运行中的主要问题及建议研究[D].西南财经大学硕士学位论文，2014

[24]冯海欢，辜永红，李天俊，李佳瑾，孙麟.大病保险效果分析及对策建议——基于成都市某三甲医院的实践[J].现代预防医学，2014，（21）：3922-3925

[25]葛媛媛.大病保险政策几经调整的纠结与思考——基于如皋市的实践[J].中国医疗保险，2013(4)：24-27

[26]郝璐颐.新农合大病保险风险分析与控制[D].山东大学硕士学位论文，2014

[27]何文炯.大病保险辨析[J].中国医疗保险，2014，(7)： 12-14

[28]何文炯.大病保险运行机制四大问题[J].中国社会保障，2014，(6)：71-73

[29]贺小林.我国城镇居民基本医疗保险政策分析与制度完善[D].复旦大学博士学位论文，2013

[30]黄渤，王海燕.大病保险运行现状及存在问题分析——以辽宁省城镇居民大病保险实践为例[J].中国医疗保险，2014，(9)：33-35

[31]黄海.美国医疗保险的做法及对我国医疗保险制度建设的启示[J].首都医科大学学报（社会科学版），2014(4)：58-63

[32]蒋菲.我国基本医疗保险制度运行的市场参与机制研究[D].首都经济贸易大学博士学位论文，2011

[33]景天魁.底线公平与社会保障的柔性调节[J].社会学研究，2004，（6）：32-40

[34]李俊.商业保险公司参与社会医疗保险管理的模式研究[D].西南财经大学硕士学位论文，2012

[35]李文群.大病保险的属性、供给及发展策略[J].经济研究导刊，2012（36）：86-88

[36]林森，那秀娟.大病保险运行实例比较[J].中国社会保障，2014，（10）：79-81

[37]刘小青，王超群，高小春.大病保险制度的建制目的、预期效果及未来发展[N].中国劳动保障报，2014-6-24

[38]卢娜.大病保险中政府与市场关系研究[D].苏州大学硕士学位论文，2014

[39]潘赛.构建城乡居民大病保险良性机制研究[D].湖南师范大学硕士学位论文，2014

[40]瞿绍果.大病保险好政策，还需好配套[N].中国保險报，2013年5月4日

[41]申曙光，侯小娟.我国社会医疗保险制度的“碎片化”与制度整合目标[J].广东社会科学，2012，（3）：19-25

[42]沈焕根，王伟.大病保险按病种划分公平吗[J].中国医疗保险，2013，（4）：12-13

[43]宋占军，朱铭来.大病保险制度推广对各地城居医保基金可持续性的影响[J].保险研究，2014（1）：98-107

[44]孙艳芳，呼和乌路德.关于对建立大病医疗保障制度的思考[J].前沿，2009，(9)：178-179

[45]王超群，刘小青，刘晓红，顾雪非.大病保险制度对城乡居民家庭灾难性卫生支出的影响——基于某市调查数据的分析[J].中国卫生事业管理，2014，（6）：433-436,456

[46]王虎峰.中国新医改现实与出路[M].人民出版社，2012: 41

[47]王婉.大病保险筹资机制与保障政策探讨——基于全国25省《大病保险实施方案》的比较[J].华中师范大学学报（人文社会科学版），2014，（5）：16-22

[48]王伟.重大疾病对贫困的作用机制及其应对策略研究[D].南京大学研究生毕业论文，2013

[49]乌日图.关于大病保险的思考[J].中国医疗保险，2013(1)：13-16

[50]吴海波.大病保险筹资动态调节机制研究[J].金融与经济，2014，(5)：85-88

[51]吴琴琴.基于“疾病划分”模式的大病医保费率研究[D].华东师范大学硕士学位论文，2013

[52]杨艳.成都市大病医疗互助补充保险委托保险公司经办模式选择及实施过程研究[D].西南财经大学硕士学位论文，2012

[53]姚慧龙.农村大病补充医疗保险制度模式比较研究——基于对太仓、楚雄和玉溪三种模式的比较分析[D].首都经济贸易大学硕士学位论文，2014

[54]姚庆海，张领伟.大病保险服务国家治理[J].中国金融，2014，（2）：61-63

[55]郑秉文，张兴文.一个具有生命力的制度创新：大病保险“太仓模式”分析[J].行政管理改革，2013，（6）：21-29

[56]郑功成.中国社会保障改革与未来发展[J].中国人民大学学报，2010（5）：2-14

[57]中华人民共和国务院新闻办公室.中国的医疗卫生事业皮书•2011，2012年12月发布

[58]朱铭来，宋占军.大病保险试点周年述评[J].中国医院院长，2014，(3)：70-73

[59]朱铭来.我国城乡居民大病医疗费用预测与保险基金支付能力评估[J].保险研究，2013，(5)：94-103

[60]左学金，胡苏云.城镇医疗保险制度改革：政府与市场的作用[J].中国社会科学，2001，（5）：102-111，206-207