
中国大病医疗保险基金未来支付能力研究

——以安徽省为例

张志来^{*1} 秦立建²

(1. 安徽财经大学 财政与公共管理学院

2. 安徽财经大学财政与公共管理学院 安徽大学中国三农问题研究中心)

【摘要】：中国的大病保险政策是一项以省级统筹为主的医疗保障政策，安徽省的医疗改革一直走在全国前列。通过预测分析恶性肿瘤此类大病医药总费用，根据其占安徽省所有大病医药费的支出比重，评估大病保险基金未来支付能力。研究发现：2012—2021年，安徽省大病保险基金结余总额先降后升，2015年到达低谷，随后逐渐提升。但由于环境污染加剧以及医疗费用的上涨，人们在重大疾病方面的花费也日益增多，大病保险基金未来的支付压力将越来越大。

【关键词】：大病医疗保险基金，支付能力，恶性肿瘤

一、相关文献回顾

中国的大病保险政策早期是贯穿在医疗保险政策当中，随着人民生活水平的日益提高以及对医疗待遇的迫切需要，国家在2012年颁布了新的城乡居民大病保险实施政策。国内学者对大病保险政策的研究主要集中在以下三个方面：

关于大病保险制度运行与政策实施的研究。潘杰等(2013)认为，医疗保险制度的全面覆盖有利于提高参保居民的健康水平，尤其是大病保险政策的实施更利于提高弱势群体的健康水平。吕美晔、王翌秋(2012)认为，积极发展农村大病医疗保险，将有利于减轻农村居民疾病负担，改善其健康状况。朱铭来、宋占军(2014)的研究表明，各省之间的制度差距大，城乡统筹层次较低，定价不合理。而徐善长(2013)则认为，各地的大病保险政策虽然取得了部分成效，但仍存在各部门协调不一致、基金监管不到位等问题。

关于大病保险费用控制与支付能力的研究。李林、刘国恩(2008)发现，营利性医院的市场竞争和发展有利于降低大病医疗费用。朱铭来等(2013)以恶性肿瘤为视角，认为大病保险的筹资模式和结余水平不利于未来大病保险基金的健康长久发展。李晓敏等(2014)分析贫困地区大病农民患者的医疗支出影响因素，发现高龄患者的医疗支出比其他年龄阶段患者的医疗支出要少，而相应的大病保险和医疗救助项目对农村患者的就医决策影响不明显。赵林海等(2006)提出，应通过严格慢性疾病的报销标准，提高患者个人大病支付比例，明确医院公益责任的方式，来控制不断增长的医疗费用。

*1 **作者简介**：张志来(1988—)，男，安徽桐城人，安徽财经大学财政与公共管理学院硕士生。秦立建(1976—)，男，安徽临泉人，安徽财经大学财政与公共管理学院副教授，安徽大学中国三农问题研究中心研究员。

关于大病保险筹资模式和保障水平的研究。封进、李珍珍(2009)认为,政府在补偿新农合参保患者住院费用的前提下,加大其门诊费用补偿,将更利于减轻农村居民大病治疗负担。吴维民等(2013)发现个人负担过重与医保基金结余过多并存,建议利用基本医保基金累计结余额筹备大病保险基金,提高实际报销比例,减轻病人就医压力。王琬(2014)认为,应当将大病保险制度与医疗救助、商业保险相结合,实行城乡统筹,建立多渠道的大病筹资方式,充分发挥社会筹资的作用。宋伟等(2013)认为,中国的大病保险可以参考美国的商业医疗保险制度,通过公司为员工购买大病保险,并且尝试实行行业统筹和区域统筹。

国际上,为缓解大病患者的经济负担,世界各国根据各自的国情设计了筹资模式、支付方式各不相同的大病医疗保险制度。而学者对重大疾病医疗保险的研究主要集中在以下两个方面:

关于大病保险制度的研究。Van de Ven 等(2007)通过对比分析,发现 2000—2006 年间德国、比利时、以色列、瑞士和荷兰五国都通过定期调整重大疾病基金的承办运营单位来保证大病保险制度的良性健康发展。Carrin(2002)指出,韩国政府规定患者最高自付额标准,超出的医疗费用由国家公共医疗机构报销,不仅减轻了癌症、心脏病等重大疾病患者的经济负担,也大大提高了整个韩国的健康保险保障水平。Ranson(2002)发现,印度自主就业妇女协会建立的重大疾病医疗保险基金可以防范重大疾病高额医药费给贫困家庭带来的经济风险,但由于该基金是以区域统筹为主,支付能力有待提高,建议建立全国性的风险共担机制。

关于大病医疗费用的研究。Tilburt 等(2013)通过对 2556 个美国医生进行问卷调查,发现在如何控制医药费用方面,89%的医生认为应该限制医生不必要的医疗检查行为。Meropol 和 Schulman(2007)认为,美国癌症治疗费用的不断上升,主要原因在于新的治疗技术和新的特效治癌药品的大量使用,建议政府创新高效的保险委托承办方式,控制特效药过度使用,从而有效干预癌症过度治疗的行为。Warren 等(2008)通过实证分析官方发布的有关流行病的监测数据,认为癌症治疗费用不断上升可能与癌症手术费、辅助性治疗药物费用以及总体物价水平的不断上涨有关。Cornes(2012)认为,价格高昂的特效药品是导致癌症等重大疾病的治疗成本不断上升的主要原因,医疗负担过重的美国政府应该鼓励新型高性价比生物抗癌药物的开发研究工作,并通过部分先用患者的带头作用,最终达到减少医疗开支的目的。

综上所述,已有文献主要关注两个方面的问题:一是重大疾病保险基金的支付能力评估问题,二是各类恶性肿瘤等重大疾病的治疗费用控制问题。而中国的大病保险制度刚刚建立,很有必要研究大病保险制度未来的可持续发展问题,尤其是大病保险基金的未来支付能力问题。而当前关于这方面的研究文献甚少,故本文以具全国医改代表性的安徽省为例,结合安徽省大病保险的具体政策,研究大病保险基金的未来支出能力问题。

二、预测路径与数据来源

(一)模型介绍与预测路径

本文预测主要分为两个步骤:首先预测安徽省城乡参保居民未来恶性肿瘤医疗费用总支出以及安徽省大病保险基金对其的补偿规模,然后再利用恶性肿瘤医疗总费用的所占比例预测安徽省未来大病保险基金的总支付规模。基本预测模型如下:

$$CMT_n = \sum_{m=1}^{C_n} TMT_{mn} \quad (1)$$

其中, CMT_n 为未来参保居民的恶性肿瘤医药费总支出, TMT_{mn} 为未来参保居民的恶性肿瘤患者人均医药费支出额, C_n 为未来参保居民的恶性肿瘤患者就医数量。 C_n 表达式为:

$$C_n = \sum_{m=0}^{\infty} O_m Q_m R_n \phi \quad (2)$$

其中, O_m 为未来各年龄段人口数额, Q_m 为未来各年龄段人口的恶性肿瘤发病率, R_n 为未来恶性肿瘤病人的就医概率, ϕ 为未来城乡居民大病保险的参保率。则安徽省城乡基本医保政策和大病保险政策对未来恶性肿瘤患者人均医药费支出额 TMT_m 的影响为:

$$STMT_m = (TMT_m \varepsilon_m - PF_n) \omega_n \quad (3)$$

$$DBYB_m = (TMT_m - STMT_m - PF_n - DBZF_n) \lambda_n \quad (4)$$

其中, $STMT_m$ 、 $DBYB_m$ 分别为城乡居民基本医保基金、大病保险基金对未来恶性肿瘤患者人均医药费的报销额, ε_m 、 PF_n 、 ω_n 分别为未来城乡基本医保政策范围内的医药费报销范围比率、基本医保起付线最低标准额和城乡基本医保报销比率, $DBZF_n$ 、 λ_n 分别为未来大病保险起付线最低标准额和大病保险报销比率。

(二) 数据来源

由于不同大病的发病率、治愈率与人体个体差异密切相关, 本文将进入大病保险报销范围内的大病设定为《中国卫生统计年鉴》中统计的出院患者人均医药费开支在 1 万元以上的病种。通过 2013 年中国卫生统计年鉴, 可知, 人均花费超过 1 万元的大病主要集中在急性心肌梗死、颅内出血、骨折、肺栓塞、冠状动脉搭桥和各类恶性肿瘤上。由计算得知, 2007 年大病保险报销范围内全国出院病人恶性肿瘤医药费总支出占万元以上大病医药费总支出的 74.9%, 2008 年为 72.9%, 2009—2012 年都基本维持在 60% 左右。因此, 可以设想未来全国大病保险基金对所有恶性肿瘤患者医药费的总报销额占未来大病保险基金总支付规模的 60%。假设全国情况基本一致, 则安徽省未来大病保险基金对所有恶性肿瘤患者医药费的总报销额占未来大病保险基金总支付规模的 60%。

由于有关统计数据缺乏, 本文借用张茜等(2012)关于安徽省某市的恶性肿瘤发病率数据作为本文的预测基础数据。而且, 中国卫生统计年鉴数据目前只更新到 2012 年, 因此, 本文预测基础年是 2012 年, 并采用田飞(2012)关于安徽省未来户籍人口预测数据作为本文未来人口预测来源数据。

三、安徽省大病保险基金补偿人数预测

(一) 参保人群中恶性肿瘤患者发病人数预测

由于每个年龄段恶性肿瘤发病率不一致, 因此首先得预测出安徽省未来各年龄段人口比例。根据安徽省统计年鉴, 2008—2012 年, 0~19 岁人口比重年均增长率为 -3.02%, 20~39 岁为 -1.15%, 40~59 岁为 2.19%, 60 岁及以上为 2.72%。假设未来 10 年人口比重年均增长率不变, 则可测算出安徽省未来 10 年人口年龄比重结构。

根据 2013 年安徽省统计年鉴, 安徽省 2012 年总人口为 5988 万人, 城居保参保人数为 975 万人, 新农合参保人数为 5044 万人, 因此, 可以测算出 2012 年安徽省城乡居民基本医保参保率为 100.5%。由此可见, 2012 年以后全省所有人口都是基本医保保障对象。根据张茜等(2012)可知, 2010 年安徽省某市恶性肿瘤分年龄段发病率分别为: 0~19 岁为 0.001%, 20~39 岁为 0.021%, 40~59 岁为 0.185%, 60 岁及以上为 2.601%。假设安徽省未来所有人口的发病率不变, 且安徽省城乡基本医保参保群体的恶性肿瘤发病率与全省人口的发病率没有差异, 则未来恶性肿瘤全省发病人数即为安徽省未来城居保和新农合政策保障群体中的发病人数。再根据田飞(2012), 便可预测出安徽省未来城乡基本医保参保群体中恶性肿瘤发病人数。

(二) 恶性肿瘤患者就医行为预测

由于每个恶性肿瘤患者的身体抵抗能力和经济收入水平不一样，因此，需要将安徽省未来恶性肿瘤患者人数进行细分。本文主要是根据中国卫生统计年鉴中有关恶性肿瘤患者出院时的结转情况来划分。根据中国卫生统计年鉴，2007—2011年，全国恶性肿瘤患者就诊后治愈率为27%~32%，好转率为50%~57%，未愈和死亡率为16%~18%。因此，本文将安徽省未来恶性肿瘤患者人数分为三个级别，一级占发病人数的30%，二级占50%，三级占20%，分别对应低、中、高三级组的恶性肿瘤就诊后产生的医药费用。另外，考虑到恶性肿瘤患者就医时偏向于使用进口类特殊药物治疗，因此，从每一组别恶性肿瘤发病人数中提出10%人口作为特殊药物治疗群体。理想状态下，安徽省恶性肿瘤患者就诊行为如表1所示。

对于普通患者来说，昂贵的医药费将会抑制患者的就医需求，导致有些收入水平较低的患者放弃治疗。这一假设也为《国家第四次卫生服务调查报告》所证实。此外，从此份调查报告中可知，患者中由于自认为没有必要、无有效措施和个人经济困难而放弃治疗的人数占总患病人数的21.36%，而住院患者认为经济困难和花费太多而自己要求出院的占患病总人数的20.06%。这个20.06%也可以理解为住院患者从较高组别向较低组别、从使用昂贵的特殊药品治疗转向改用普通药物治疗。则在医药费影响下安徽省恶性肿瘤患者不同群体就诊行为所占比重如表1中所示。由于大病保险政策对大病患者的就医需求具有一定的释放作用。因此，本文假设大病保险政策释放作用有2年，第一年为30%，第二年则达到100%，安徽省未来恶性肿瘤患者不同就诊行为所占比重如表1所示。

表1 安徽省未来城乡居民恶性肿瘤患者的就医行为比重 (单位：%)

层次	就医行为	组别	类别	比重
理想状态下	放弃治疗	-	-	0
		积极治疗	低档	普通
	特效			3
	中档		普通	45
			特效	5
	高档		普通	18
			特效	2
医疗花费影响下	放弃治疗	-	-	21.36
		积极治疗	低档	普通
	特效			2.57
	中档		普通	31.24
			特效	2.71
	高档		普通	11.57
			特效	1.00
大病保险初年	放弃	-	-	14.95
		积极治疗	低档	普通
	特效			2.78
	中档		普通	33.78
			特效	2.94
	高档		普通	12.5
			特效	1.09
大病保险次年以后	放弃治疗	-	-	4.49
		积极治疗	低档	普通
	特效			2.87
	中档		普通	42.98
			特效	4.78
	高档		普通	17.19
			特效	1.91

因此，可以根据安徽省大病保险参保居民中未来恶性肿瘤发病人数和安徽省参保居民中恶性肿瘤患者的就诊行为比重推算出安徽省未来恶性肿瘤患者医药费用受城乡基本医保基金和大病保险基金报销的具体就医人数。

四、安徽省大病保险基金报销金额预测

(一) 恶性肿瘤患者人均医药费预测

关于中国恶性肿瘤患者人均医药费的具体测定和评估，国内目前的数据不一。考虑到不同患者就诊行为不一样，花费的药品费用也不一样，因此，本文对恶性肿瘤患者人均花费做出设定(详见表2)。

表2 安徽省恶性肿瘤患者人均各项治疗费用区间 (单位:元)

诊治项目	医疗花费	诊治项目	医疗花费
手术前后检查费	4000~10000	术后化疗	20000~30000
手术费用	4000~10000	普通药物	5000~25000
住院费用	2000	特效药物	25000~300000

根据前文对安徽省城乡居民恶性肿瘤患者就诊行为的分析，将安徽省恶性肿瘤人均治疗费用分为使用普通药品治疗和使用特效药治疗两类，再根据费用开销多少将每一类开销分为高、中、低三个组别(结果见表3)。

表3 2012年安徽省恶性肿瘤患者花费档次 (单位:元)

低档花费		中档花费		高档花费	
普通药物 35000	进口特效药 55000	普通药物 56000	进口特效药 203500	普通药物 77000	进口特效药 352000

因为没有找到安徽省恶性肿瘤人均花费开支相关数据，本文利用安徽省出院患者人均花费占全国出院患者人均花费的比重，再根据《中国卫生统计年鉴统计》的全国恶性肿瘤患者人均花费推算2007—2012年安徽省恶性肿瘤患者人均花费，进而推算出安徽省2008—2012年恶性肿瘤患者的人均花费年均增长率为4.73%，扣除物价指数后实际年均增长率为2.43%。假设2012—2021年年均增长率不变，都为2.43%。则可推算出安徽省未来恶性肿瘤参保患者不同需求下人均花费。

(二) 恶性肿瘤医疗费用的报销层次预测

城乡居民基本医保和大病保险政策中起付线以及封顶线的设定涉及到统筹地区城乡居民可支配收入，因此，本文在预测安徽省未来基本医保和大病保险对恶性肿瘤疾病患者医药费用的报销额时，先预测安徽省未来城乡居民可支配收入。根据历年安徽省统计年鉴测算得出，2008—2012年安徽省城乡居民人均可支配收入年均增长率为15.1%，扣除物价指数后为12.8%。假设从2012年开始未来10年内年均增长率不变且为12.8%，则安徽省未来城乡居民人均可支配收入就可以测算出来。

恶性肿瘤参保患者医药费的基本医保报销范围的假设：由于如CT、伽马刀、核磁共振等项目大都不在社保报销范围内或者只有部分报销，另外，80%以上的进口特效药品也不在基本医保报销范围内，因此，本文假定高、中、低三个组别的特效药品分别只有10%、15%、20%的基本医保报销比例，而其他医药费都有80%在基本医保报销范围内。

乡基本医保起付标准的假设：对于新农合起付线的规定，安徽省2014版新农合补偿标准根据不同定点医疗机构划定不同的起付线。对于城镇居民基本医保起付线的设定，安徽省目前没有具体规定。考虑到本文的城乡居民基本医保起付标准的划定关系到城居保和新农合两项政策，为了体现基本医保重点保障低收入群体利益的原则，本文假设安徽省城乡居民基本医保的报销起付标准为2012年农村居民人均纯收入的10%，即大约为700元。

城乡基本医保报销比例的假设：对于新农合参保农民，安徽省根据不同医疗机构制定了补偿标准，但同时又规定实际补偿比例均不得超过85%。此外，为了保障他们的最低医疗需求，安徽省在实行“分院补偿”的同时又设计了“保底补偿”。对在不同级别医疗机构住院的参保患者，对不同额度的住院医药费用实行“分段保底补偿”。对于城居保报销比例，安徽省规定参保

患者住院医药费用的报销比例要达到 70%，同时要求参保居民合规医药费用实际报销比例应当不低于 35%。综合以上，本文假设安徽省城乡居民基本医保报销比例按照不同费用段实行报销。其中，(单位：万元)区间(0, 2]的报销比例为 85%，[2, 5]为 40%，[5, 10]为 50%，[10, 25]为 70%，25 万元以上为 60%。

城乡基本医保封顶线的假设：对于新农合参保农民，安徽省规定参保农民患者当年住院累计最高报销限额(不含大病保险补偿)不得少于 20 万元。对于城镇居民基本医保，安徽省规定最高报销金额均应达到当地城镇居民当年人均可支配收入的 6 倍以上，且不低于 8 万元。综合以上，本文假设安徽省城乡居民基本医保的报销金额封顶线在 2012 年至 2016 年为 13 万(约等于 2016 年城乡居民人均可支配收入的 6 倍)，2017 年至 2021 年为 24 万(约等于 2021 年城乡居民人均可支配收入的 6 倍)。则由公式(3)可预测出安徽省未来基本医保基金报销金额。

恶性肿瘤参保患者医药费的大病保险报销金额。大病保险报销范围的假设：安徽省城乡居民基本医保报销金额以外的合规范围费用。大病保险起付标准的假设：对于城镇居民医疗保险参保患者，安徽省将大病保险起付标准统一为 2 万元整。对于新农合参保农民，安徽省将大病保险起付线定为 1 万~2 万元。因此，本文假设安徽省大病保险起付线为 2 万元整。大病保险报销比例的假设：由于安徽省大病保险基金报销比例是针对患者住院医药费减去基本医保报销金额，再减去基本医保报销起付线金额和大病保险报销起付线金额所得到的剩余患者自付费用，本文假设安徽省大病保险报销比例为：合规费用(单位：万元)(0, 2)的大病报销比例为 30%，[2, 5]为 45%，[5, 10]为 55%，[10, 15]为 65%，[15, 20]为 75%，20 万元以上为 80%。

五、安徽省大病保险基金支出总额预测

安徽省从 2013 年 2 月开始在五个地级市试点推行城镇居民大病保险政策。同年，安徽省开始在 11 个县试点推行新农合大病保险政策。同年 10 月，安徽省又下发了《关于开展城乡居民大病保险工作的实施意见》，要求到 2015 年大病保险政策实现全覆盖。综上，笔者对安徽省大病保险政策的推广程度预测如下：2012 年全省大病保险参保率为 10%，2013 年为 50%，2014 年为 80%，2015 年以后为 100%。根据上文预测得到的 2012—2021 年安徽省恶性肿瘤患者医保报销人数和 2012—2021 年安徽恶性肿瘤患者人均花费医保报销金额以及安徽省大病保险政策的推广程度，便可得出安徽省未来恶性肿瘤参保患者各层次年均医药费用及医保报销金额。正如上文所述，安徽省未来大病保险基金对所有恶性肿瘤患者医药费支出总额的报销金额占未来大病保险基金总支付规模的 60%，又考虑到大病保险基金需要商业保险公司经营，必然产生一定的合理经营成本和利润。本文假设安徽省大病保险基金的合理经营成本为 15%，合理利润为 5%，则安徽省未来城乡居民大病保险基金报销总额可以预测出来。

由前文可知 2012 年安徽省城乡居民基本医保参保率就已经达到 100.5%。由此可见，今后安徽省城乡居民基本医保基金的累计结余增长率主要是基于城乡居民人均可支配收入水平和人均筹资标准的提高来实现，因此安徽省未来城乡居民基本医保基金累计结余年均增长率需要保守估计。又由前文可知 2012—2021 年安徽省城乡人均可支配收入年均增长率预测为 12.8%，故本文假设安徽省未来城乡居民基本医保基金累计结余年均增长率为 12.8%。再根据前文对安徽省大病保险基金支出总额的预测数据，可以得到未来安徽省大病保险基金支出占安徽省未来基本医保基金累计结余的划拨比例，如表 4 所示。

表4 2012—2021年安徽省大病保险基金划拨比例预测

年份	城乡基本医保基金累计结余总额(亿元)	大病保险基金支出总额(亿元)	大病保险基金从城乡基本医保基金累计结余总额中划拨比例(%)	基本医保基金累计结余率(%)
2012	79.77	6.28	7.87	92.13
2013	89.98	50.16	55.75	44.25
2014	101.50	84.58	83.33	16.67
2015	114.50	111.21	97.13	2.87
2016	129.15	122.34	94.73	5.27
2017	145.68	127.90	87.80	12.20
2018	164.33	133.26	81.09	18.91
2019	185.36	138.48	74.71	25.29
2020	209.09	154.39	73.84	28.16
2021	235.85	159.83	67.77	32.23

由上文可知,2012—2021年安徽省未来大病保险基金从城乡居民基本医保累计结余基金中划拨比例在2015年达到最大峰值,为97.13%,也就意味着这一年安徽省城乡基本医保基金累计结余最少。从表4中也可以看出这一年基本医保基金累计结余率只有2.87%。但随后从这一年开始,大病保险基金对基本医保基金划拨比例逐渐降低,基本医保基金累计结余率逐渐提升,并维持在10%~32%之间。这主要是由于2015年安徽省大病保险政策全民覆盖,但随后年份城乡基本医保基金年均增速高于大病保险基金支出增长速度。这样的相对增速差必然带来大病医药费支出的减少,导致基本医保基金结余率逐渐由严重不足到慢慢增加。

六、结论与建议

从上文预测结果中可以看出,安徽省大病保险基金支出总额逐年增加。但随着环境污染加剧以及医疗费用的上涨,人们在重大疾病方面的花费也越来越高,这无形当中会增加大病医疗费用的支出,挑战大病保险基金支付能力。当前,中国大病保险业务主要是由资质合格的商业保险公司来实现的。安徽省就如何承办大病保险业务也颁布了相应的招标办法,规定了新农合和城镇居民大病保险各自的承办办法和实施细则。但从市场反应状况来看,承办大病保险业务的机构大部分都出现亏损状态。原因主要有:一是当前安徽省大病保险的筹资水平较低,筹资渠道单一;二是承办机构的运营服务能力有待提高,部分机构存在不合规的竞争行为和不规范的经营行为;三是定点医院的行政开支过高,部分定点医院报销流程复杂,审核手续过多,工作效率偏低;四是大病患者的不合规报销行为严重,部分患者肆意伪造医疗发票和医院就诊证明,非法申请大病报销。而大病保险是一项全民共同协作的医疗保障政策,需要政府、医疗机构、承办单位、患者个人四方之间的相互配合协调,最终才能实现大病保险政策的可持续发展。因此,结合安徽省现阶段的大病医疗保险政策,本文提出以下建议:

1. 创新大病保险多元化筹资渠道

目前大病保险费用支出规模已经逐渐超出了基本医保基金累计结余总额的范围,各级大病保险统筹地区应该积极创新多种大病保险筹资渠道。各市级统筹地区可以根据往年大病保费支出情况,制定适应的参保人缴费水平。同时,统筹地区可以鼓励社会资本投入到大病保险筹资工作中去。例如可以通过开展定期的社会募捐、企业赞助、发行大病保险福利彩票来实现大病保险的多元化筹资。此外,针对各地城镇职工医保基金累计结余超过城乡居民基本医保基金的情况,可以尝试探索利用城镇职工医保基金累计结余部分补助城乡大病保险基金的过多支出。这不仅有利于解决大病保险基金支付风险,还有助于尽早实现城乡基本医保制度一体化。

2. 不断提升承办机构的自身能力建设

承办机构应该积极加强专业化人才队伍建设,积极筹建大病保险基金报销信息平台,提升自身的经办业务水平。搭建理赔服务和报销服务网络,向参保群众提供绿色的诊疗通道、异地转诊报销业务,方便参保患者异地就医、异地结算。此外,承办机构应该注重大病保险的精算收支评估、财务风险控制等重要环节建设,逐渐提高大病保险的运营管理能力,规范承办机构的

基金报销支付流程，坚决杜绝商业贿赂等有损大病保险基金健康持续发展的违规行为。各级统筹地区的承办机构应该充分使用自己的监督权和调节权，对各个医疗机构提供的医疗服务水平进行监督，对参保患者评价好的医疗机构进行奖励，对参保患者评价差的医疗机构进行惩罚。

3. 降低医院不必要的行政开支

主管部门应当着力引导各定点医疗机构精简行政类岗位，降低不必要的医疗经费开支。对于那些把大病保险基金用在不规范项目上的医疗机构，应当及时责令其整改，降低不必要的行政开支。此外，可以鼓励医院机构之间积极推行同级医疗机构相互考核制度。这种同级医疗机构之间的相互考核制度主要是指各医疗机构之间相互监督彼此的大病保险实施流程是否规范和基金报销手续是否合规。这需要各医疗机构按照政府医改部门规定，公平、客观地评价对方的重大疾病救治情况和大病保险基金补助情况。这也是控制医疗费用和评估医疗机构医疗质量的重要参考指标。同时，这种医疗机构同级之间的相互考核对于促进医疗机构的合理用药和合理诊治，降低大病患者经济负担尤为重要。

4. 患者合理合规申请报销

作为需要报销医药费用的大病患者，应当坚持诚信原则，实事求是，合理合规地向相关报销单位申请重大疾病的经济报销。对于那些不在报销范围内的治疗项目和特殊用药，参保患者应该自觉按照大病保险相关政策规定来执行，不能弄虚作假。此外，有条件的患者也可以购买重大疾病的商业保险。大病保险是一项社会基本保险政策，主要是靠政府的财政扶持来保障参保居民的重大疾病就医需求。因此，作为最终受益者的参保患者，在大病保险基金不够个人医药费支付时，可以考虑购买有关重大疾病险种的商业补充保险。这样不仅可以降低患者个人就医的经济压力，也有利于降低统筹地区大病保险基金的支付压力，对大病保险制度的可持续发展具有重要的促进作用。

参考文献：

- [1] 封进, 李珍珍. 2009. 中国农村医疗保障制度的补偿模式研究[J]. 经济研究(4): 103-114.
- [2] 赫捷, 陈万青. 2012. 2012年中国肿瘤登记年报[M]. 北京: 军事医学科学出版社.
- [3] 吕美晔, 王翌秋. 2012. 基于四部模型法的中国农村居民医疗服务需求分析[J]. 中国农村经济(6): 59-69.
- [4] 李林, 刘国恩. 2008. 我国营利性医院发展与医疗费用研究: 基于省级数据的实证分析[J]. 管理世界(10): 53-63.
- [5] 李晓敏, 黄江泉, 乔勇. 2014. 贫困地区农户大病成员医疗支出影响因素分析: 以湖北省红安县为例[J]. 软科学(2): 131-135.
- [6] 李致炜, 宋世斌. 2008. 城镇居民基本医疗保险中的医疗费用分析及预测[J]. 统计与决策(16): 72-74.
- [7] 刘杰, 何聪, 曲昌荣, 等. 2013. 安徽医改敢闯“深水区”[N]. 人民日报, -08-12(6).
- [8] 潘杰, 雷晓燕, 刘国恩. 2013. 医疗保险促进健康吗: 基于中国城镇居民基本医疗保险的实证分析[J]. 经济研究(4): 130-140.
- [9] 秦立建, 蒋中一. 2012. 新型农村合作医疗与城镇居民医疗保险合并研究[J]. 经济体制改革(6): 101-103.

-
- [10] 宋伟, 李沛, 蔡江南. 2013. 我国大病医保的筹资、经办与费用控制: “如何建立大病医保制度” 圆桌会议综述[J]. 中国卫生政策研究(1): 34-35.
- [11] 宋占军, 朱铭来. 2014. 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(1): 98-107.
- [12] 田飞. 2012. 未来 40 年安徽省户籍人口变动趋势[J]. 合肥学院学报: 社会科学版(1): 26-33.
- [13] 王琬. 2014. 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(3): 16-22.
- [14] 吴维民, 杨秀玲, 张莉, 等. 2013. 医保基金结余现状分析与大病保险筹资标准及保障水平研究[J]. 中国卫生经济(5): 46-49.
- [15] 徐善长. 2013. 大病保险: 健全医保体系的重要环节[J]. 宏观经济管理(3): 31-32.
- [16] 张茜, 章清荷, 郑睿智, 等. 2012. 安徽省某市 2009—2010 年常见恶性肿瘤发病率分析[C]. 江西省科协第二届学术年会暨华东地区第十一次流行病学学术交流会议.
- [17] 赵林海, 朱卫明, 吴玉科, 等. 2006. 大病的医疗保险费用支付办法探讨[J]. 中国卫生资源(2): 84-85.
- [18] 朱铭来, 宋占军. 2014. 大病保险试点周年评述[J]. 中国医院院长(3): 70-73.
- [18] 朱铭来, 于新亮, 宋占军. 2013. 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(5): 94-103.
- [19] CARRIN G. 2002. Social health insurance in developing countries: a continuing challenge[J]. International Social Security Review, 55(2): 57-69.
- [20] CORNES P. 2012. The economic pressures for biosimilar drug use in cancer medicine[J]. Targeted Oncology, 7(S1): S57-67.
- [21] MEROPOL N J, SCHULMAN K A. 2007. Cost of cancer care: issues and implications[J]. Journal of Clinical Oncology, 25(2): 180-186.
- [22] RANSON M K. 2002. Reduction of catastrophic health care expenditures by a community-based health insurance scheme in Gujarat, India: current experiences and challenges[J]. Bulletin of the World Health Organization, 80(8): 613-621.
- [23] TILBURT J C, WYNIA M K, SHEELER R D, et al. 2013. Views of US physicians about controlling health care costs[J]. JAMA, 310(4): 380-389.
- [24] VAN DE VEN W P, BECK K, VAN DE VOORDE C, et al. 2007. Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later[J]. Health policy, 83(2-3): 162-179.

[25] WARREN J L, YABROFF K R, MEEKINS A, et al. 2008. Evaluation of trends in the cost of initial cancer treatment[J]. Journal of the National Cancer Institute, 100(12): 888-897.