

迈向共同富裕基本医疗保险适度水平研究： 内涵、测评与路径

黄国武

[摘 要] 医保待遇适度已成为医保深化改革的重要任务和关键内容，本文构建医保适度性评测模型并利用 2003—2023 年全国统计年鉴，以及各省的统计年鉴、卫生健康统计年鉴和医疗保障统计年鉴等相关数据进行测算。研究发现，我国基本医疗保险增量改革推进了医保待遇保障水平的快速提升，使医保待遇与适度水平的下限从相差 70% 下降到接近适度区间；而医保待遇结构上的差异日益凸显，尤其是省际之间、群体之间、城乡之间、住院与门诊之间差异较大，这导致了公平与效率的双重损失。因此，调整医保待遇结构是医疗保险高质量发展的关键。深化医保改革，应以家庭联保为改革突破点，推动职工医保与居民医保整合；探索住院个人自付封顶和门诊费用豁免机制，扭转住院与门诊资源错配。

[关键词] 基本医疗保险；待遇适度性；共享性；共同富裕

一、引言

医疗卫生支出的适度水平一直是困扰各国医改的难题：^① 保障过度会给财政带来压力，甚至造成制度不可持续的风险，这是不少发达国家医改面临的问题；^② 而保障水平低至不能充分化解灾难性医疗支出则会导致因病致贫返贫，难以实现全民健康覆盖的目的，这是发展中国家普遍面临的问题。^③ 在我国，医保待遇适度成为明确的政策目标。2020 年中共中央、国务院下发的《关于深化医疗保障制度改革的意见》中，“完善公平适度的待遇保障机制”成为改革的首要内容，应“根据经济发展水平和基金承受能力稳步提高医疗保障水平”。2021 年《“十四五”全民医疗保障规划》再次强调，“根据经济社会发展水平和基金承受能力”合理确定待遇保障水平。医保待遇适度性有利于防止因病致贫，稳固共同富裕的健康基础。其制度设计需体现区

[作者简介] 黄国武，四川大学公共管理学院副教授。主要研究方向：社会保障和健康治理。

[基金项目] 2025 年四川省哲学社会科学基金专项重点项目“以价值健康为导向医疗、医保、医药协同发展和治理的政策创新研究”；四川大学“从 0 到 1”创新研究项目“数字经济时代社会保险转型研究”（2022CX02）。

① William D. Savedoff, "What Should a Country Spend on Health Care," *Health Affairs*, 2007, 26(4).

② Irene Papanicolas, et al., "Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries," *JAMA*, 2018, 319(10).

③ Adam Wagstaff, Sven Neelsen, "A Comprehensive Assessment of Universal Health Coverage in 111 Countries: a Retrospective Observational Study," *The Lancet Global Health*, 2020, 8(1).

域均衡、群体公平，以匹配共同富裕的全民共享的要求。医保待遇适度既是我国医疗保障事业高质量发展的必然要求，也是共同富裕建设的重要内容。

医保适度性实质上是对人民健康需要的回应。医疗保险待遇适度性是生产力和生产关系相统一、质和量相协同、总量和结构相适应、多元主体利益相均衡的一种状况水平。其具有以下特点：一是医保适度性建立在与同期经济发展、基金收支、财政收入等相适应的基础上；二是发挥制度功能，即通过大数法则能够化解疾病经济风险，防止因病致贫返贫，避免陷入灾难性医疗支出困境，免除人民疾病后顾之忧，促进人的全面发展；三是体现医保制度再分配属性，在区域之间、城乡之间、群体之间、疾病风险之间互助共济，实现相对均衡，缩小差距，体现医疗保险的再分配功能，促进公平正义和共同富裕。

医保属于社会保障中的重要组成部分，是互助共济和再分配的重要制度设计。它强调区域之间、群体之间、城乡之间共担风险共享收益，这既是制度的根本要求，也是解决不平衡、促进共同富裕的路径。适度的医保待遇有利于增强区域发展的平衡性，促进公共服务的均等化，缩小市场机制导致的人群、城乡、地区之间的贫富差异。适度的医疗保险，能够免除中低收入者经济后顾之忧，发挥制度再分配功能，体现按需分配，同病同待遇，即参保人所获得的医保补偿的大小依赖于疾病及其治疗方式，与参保人的收入、年龄等无关。^①通过适度的医保报销制度，防止医疗支出对贫富差距的进一步扩大，通过兜底的制度设计（如自付封顶等）实现再分配，促进共同富裕的实现。

医保待遇适度性在总量和结构上与共同富裕的发展性和共享性相辅相成，内在属性具有一致性。医保制度的可持续发展需要在与经济发展、财政收入、基金收支等相适应的基础上，满足人民日益增长的健康需要，从总量上解决发展不充分的问题。共同富裕着力推进基本公共服务均等化，注重向农村、困难群体倾斜，促进社会公平；同时，通过矫正和补偿制度性因素导致的不平等，让全体人民共享经济社会发展的成果。^②共同富裕是发展与共享的有机统一，在发展中实现共享，在共享中促进发展。^③随着新质生产力的发展，对满足人民群众对美好生活的需要具有决定性作用，能够推动中国社会主要矛盾的解决。与形成新质生产力相适应，要加快体制机制变革，通过不断调整生产关系来激活社会生产力发展活力。^④推进医保待遇适度性建设能够较好地适应经济社会、人口结构、生产要素配置、资源再分配等内外部环境变化的要求，从总量上解决社会发展中不充分的问题，免除人民疾病恐惧，促进消费和生产，提高人民幸福感、安全感和获得感。医保待遇水平与经济增长、基金收支、财政收入等方面的相互契合，保障了两者的同向发展，也为全民参保者共享经济社会发展成果奠定了基础条件。基本医疗保险作为再分配的重要制度，促进区域之间、城乡之间，不同制度的群体之间，制度内住院与门诊之间，不同疾病风险尤其是重特大疾病风险之间的待遇保障公平，消除由于初次分配、自然资源、区位差异、个人健康禀赋、社会分工、职业差异等带来的收入差距、贫富差距、健康不平等，真正实现全人群健康公平，共建共享，促进人民的生产积极性和生产效率提高（见图1）。

① 王震：《共同富裕背景下医疗保障的公平性：以职工医保为例》，《经济学动态》2022年第3期。

② 郁建兴、任杰：《共同富裕的理论内涵与政策议程》，《政治学研究》2021年第3期。

③ 李实：《共同富裕的目标和实现路径选择》，《经济研究》2021年第11期。

④ 林毅夫等：《新质生产力：中国创新发展的着力点与内在逻辑》，中信出版社，2024年，第10页。

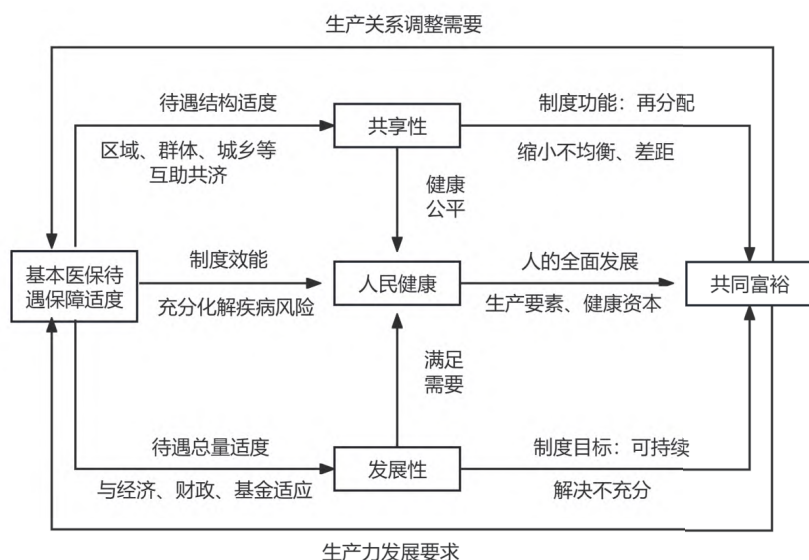


图1 医保适度性与共同富裕相互作用的逻辑图

二、研究设计：中国基本医疗保险待遇适度性的测评

（一）数据来源和变量说明

本文关注医疗保险待遇适度性，测算医疗保险支出的合适水平和理想的支出范围。主要思路是计算医保支出的实然支出水平和应然支出水平，并比较应然与实然的差距，确定医保待遇适度程度。医保体系的适度主要从总量和结构两个维度进行评测。通过基本医疗保险待遇适度性的总量与结构比较，全面系统地勾画出医保适度性的整体画像，为完善医保待遇适度的机制提供参考。

总量上，从医保制度再分配的属性出发，比较医保支出占社会总资源的比重。其中，社会总资源以当期国内生产总值（GDP）为参照，结合人口老龄化、劳动要素分配比例等进行测量；医疗保险支出指符合基本医保药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施标准的医疗费用，且由基本医疗保险基金支出的资金。

结构上，主要从区域之间、群体之间、城乡之间以及住院与门诊之间待遇适度水平进行评测，比较医保结构的合理性。区域之间是指基本医疗保险支出适度性在省际之间的差异；群体之间是指职工与居民之间医保待遇的差异；城乡之间是指城市和农村居民基本医保报销水平的差异；住院与门诊不仅在制度内也在制度间进行比较，即比较同一个制度住院与门诊的差异，同时也比较不同制度职工与居民门诊的医保待遇差异，形成四种交叉情形，从而更好地展现结构差异。

本文的数据来自2003年—2023年中国统计年鉴、中国卫生年鉴、中国卫生健康统计年鉴、中国医疗保障统计年鉴等数据，以及各省的统计年鉴、卫生健康统计年鉴、医疗保障统计年鉴和公报等。

（二）基本医保待遇适度性的评测模型设定

医保适度性模型主要借鉴社保适度性测量模型。该模型由穆怀中根据人口结构理论和柯布道格拉斯生产函数及劳动生产要素投入分配系数等构建，^①在社会保障、养老保障等领域得到了广泛运用。

① 穆怀中：《社会保障适度水平研究》，《经济研究》1997年第2期。

$$SL = \frac{ST}{G} = \frac{ST}{W} * \frac{W}{GDP} = Q * H \quad (1)$$

式(1)中SL代表社会保障水平,表示社会保障支出额(ST)占国内生产总值(G)的比重,通过引入工资收入总额W,形成社会保障负担系数Q和劳动生产要素分配系数H,以此来评测社会保障水平的适度性。Q可以被拆分为各项社会保障支出占工资额的比重,如式(2)所示,其中,P、Y、S、J、M分别为养老保险支出、医疗保险支出、失业保险支出、工伤和生育保险支出、社会福利优抚支出等占工资收入总额的比重。

$$Q = P + Y + S + J + M \quad (2)$$

通过实证研究和国际比较得出,养老保险支出(P)和医疗保险支出(Y)两项合计占工资收入总额的比重,恰好接近于60岁以上老年人占总人口的比重。这既是现行社会保障体系运行的事实,也是合乎经济收入分配理论的客观结果,^①同时与人口结构、劳动年龄人口形成了内在关联。以60岁以上老年人口占总人口的比重O_a来替代养老和医疗占工资的比重,则社会保障负担系数模型(即式(2))发展为:

$$Q = O_a + S + J + M \quad (3)$$

社保适度性模型运用到基本医疗保险领域具有内在一致性。一方面,医保属于社保的重要组成部分;另一方面,从该模型中人口老龄化是社会保障适度水平考虑的重要因素,医疗保险支出也具有同样的特点,因为老年人医疗费用支出是青年人的7倍,中年人的3倍。^②各年龄段两周患病率、住院率的变化趋势都呈现“J”型特点,其中65岁以上群体患病率为58.4%,住院率为27.2%,远高于全人群平均患病率32.2%和住院率13.7%。^③整体上,医保待遇保障和支出很大程度上受到人口老龄化程度的影响。

然而,社保适度性模型运用到医保适度性测量需要进行修正。首先,模型中H是柯布-道格拉斯生产函数中劳动生产要素投入分配系数。分配制度是共同富裕的基础性制度,劳动要素是分配要素中唯一能动性因素,在整个分配要素体系中占有基础性位置。^④穆怀中将H取值为0.75,^⑤这是根据美国历史数据测算得到,与我国有较大差距。全球经验显示,劳动要素在初次分配占比在0.55—0.6之间比较合理。^⑥本文医保适度性H取值修正为0.55,这符合我国经济发展的实际水平。其次,由于医疗保险只是社保的一部分,因此,需要引入医保支出占社保支出的比重系数α,由此从社保适度水平中推算出医保适度水平。系数α可以通过三种方式计算得到,一是收入法,即从我国医保筹资政策出发计算出医保占社保的比重;二是支出法,即利用所在年份医保支出占社保支出的比重计算得到;三是综合法,即将支出法和收入法得到的值再取平均数。本文采用第三种方法:首先,采用支出法测算出近20年α的值。虽然社保、医保支出增长非常快,但是医保支出与社保支出的比重处于相对平稳的状态。通过计算得到近20年α的平均值约为0.233;其次,采用收入法,计算得到α=0.228;^⑦最后,对收入法和支

① 李珍:《社会保障理论》,中国劳动社会保障出版社,2001年,第168-198页。

② Charles R. Fisher, "Differences by Age Groups in Health Care Spending," *Health Care Financing Review*, 1980, 1(4).

③ 国家卫生健康委统计信息中心:《2018年全国第六次卫生服务统计调查报告》,人民卫生出版社,2021年,第29页。

④ 石建勋、李自强:《鼓励勤劳致富是扎实推进共同富裕的必由之路》,《海南大学学报(人文社会科学版)》2023年第5期。

⑤ 穆怀中:《中国社会保障适度水平研究》,辽宁大学出版社,1998年,第136-144页。

⑥ 王昌林:《新发展格局》,中信出版社,2021年,第135页。

⑦ 根据最新全国各省社保和医保政策整理计算得到,养老保险大部分省单位缴费20%,个人缴费8%,全国职工医保费率为9.1%,失业保险费率阶段性从3%下降到1%,取值1%,工伤保险平均费率按1%,生育保险费率为0.8%,社保总缴费率39.9%,其中医保缴费9.1%,计算得到收入法下的α约等于22.8%。

出法得到的值求平均，得到 α 约等于 0.2305。

通过整理得到基本医疗保险待遇适度的计算模型为：

$$Z = \alpha * H * Q * 100\% = 0.2305 * 0.55 * (Q_a + S + J + M) * 100\% \quad (4)$$

根据既定的各项社会保险支出占工资收入的上下限比例，按照国际经验和我国现有的社保政策， $1\% \leq$ 失业保障支出 $S \leq 1.5\%$ ， $0.016\% \leq$ 工伤、生育保障支出比重 $J \leq 1.5\%$ ， $1\% \leq$ 社会福利支出比重 $M \leq 1.5\%$ ，可得基本医疗保险待遇适度区间的测算公式：

$$\text{上限值：} Z_{\text{上}} = \alpha * Q_{\text{上}} * H * 100\% = 0.2305 * (O_a + S_{\text{上}} + J_{\text{上}} + M_{\text{上}}) * 0.55 * 100\% \quad (5)$$

$$\text{下限值：} Z_{\text{下}} = \alpha * Q_{\text{下}} * H * 100\% = 0.2305 * (O_a + S_{\text{下}} + J_{\text{下}} + M_{\text{下}}) * 0.55 * 100\% \quad (6)$$

如果实际值大于上限，则差距水平计算为实际值减去上限的差值除以上限；如果实际值小于下限，则差距水平为下限减去实际值的差值除以下限。最后，结合实际水平与区间上下限差距的比重得出相应适度水平。

（三）实证结果及分析

1. 时间纵轴上：与下限差距快速缩小但整体上仍不足

基于医保与 GDP 适度性评测模型，计算出 2003—2022 年医保支出适度水平（见表 1）。测算结果显示：20 多年来，中国医保支出持续快速增加，支出水平与适度区间下限的差距从 2003 年的 70.48% 下降到 2019 年的 17%。2020 年—2022 年受疫情影响差距有所扩大，但整体上看，医保的保障水平有了显著上升。2003 年我国新农合试点之初，医疗保障覆盖严重不足，70.3% 的人口没有任何制度保障，^① 看病就医需要自费。经过不断发展，逐渐实现全民医保，2022 年医保覆盖率稳定在 95% 以上，居民医保住院费用目录内基金支付比例 68.1%。^② 虽然保障水平快速提高，但是从测算的结果看医保支出水平与适度性的下限仍有一定距离，整体上还处于保障不足阶段。基本医保存在一定程度的制度性缺陷与缺失，保障水平仍然不足以切实解除全体人民的疾病医疗后顾之忧，难以满足人民群众日益增长的对健康保障的需求。我国农村地区的老年人，有病不医的现象仍然存在。^③

表 1 2003—2022 年医保支出实际水平、适度区间及差距

年份	医保支出 (亿元)	GDP (亿元)	60 岁人口 占比 (%)	医保支出 实际水平	适度下限	适度上限	距下限的差 距比 (%)
2003 年	654	137422	10.7	0.48	1.61	1.93	70.48
2004 年	862	161840	10.9	0.53	1.63	1.95	67.37
2005 年	1079	187319	11.0	0.58	1.65	1.97	65.18
2006 年	1277	219439	11.5	0.58	1.71	2.03	65.99
2007 年	1562	270092	11.9	0.58	1.77	2.08	67.28
2008 年	2084	319245	12.4	0.65	1.82	2.14	64.21
2009 年	2797	348518	12.8	0.80	1.88	2.19	57.31
2010 年	3538	412119	13.3	0.86	1.94	2.25	55.67
2011 年	4431	487940	13.7	0.91	1.99	2.31	54.42

① 卫生部统计信息中心：《第三次国家卫生服务调查分析报告》，2004 年。

② 国家医疗保障局：《2023 年全国医疗保障事业发展统计公报》。

③ 封进等：《医疗需求与中国医疗费用增长——基于城乡老年医疗支出差异的视角》，《中国社会科学》2015 年第 3 期。

年份	医保支出 (亿元)	GDP (亿元)	60 岁人口 占比 (%)	医保支出 实际水平	适度下限	适度上限	距下限的差 距比 (%)
2012 年	5544	538580	14.3	1.03	2.07	2.38	50.24
2013 年	6801	592963	14.9	1.15	2.14	2.46	46.52
2014 年	8134	643563	15.5	1.26	2.22	2.54	43.09
2015 年	9312	688858	16.1	1.35	2.30	2.61	41.14
2016 年	10767	746395	16.7	1.44	2.37	2.69	39.20
2017 年	14422	832036	17.3	1.73	2.45	2.76	29.22
2018 年	17823	919281	17.9	1.94	2.52	2.84	23.21
2019 年	20854	986515	18.1	2.11	2.55	2.87	17.11
2020 年	21032	1013567	18.7	2.08	2.63	2.94	20.99
2021 年	24048	1149237	18.9	2.09	2.65	2.97	21.08
2022 年	24432	1210207	19.8	2.02	2.77	3.08	27.01

2. 横向省际之间适度性分析：不足与过度并存且差距较大

对 31 个省市自治区医保待遇适度性进行评测，结果见表 2。测评结果显示：首先，省际之间整体差异大，基本医疗保险待遇保障呈现出“保障不足和保障过高并存，但以保障不足为主”的特点，西部省份尤其是民族地区医保支出占 GDP 比重相对较高。这种现象的主要原因是这些地区经济总量较小，人口年龄结构相对较年轻；更重要的因素是，我国财政对民族地区卫生事业的大力支持，如青海、新疆、西藏、甘肃的卫生总费用占 GDP 的比重已经超过同期欧盟国家平均水平（10.9%），其中，青海高达 12.7%，远超全国平均水平 7.2%。职工住院政策报销比，青海为 88.6%，西藏为 98.4%；居民住院政策报销比，新疆为 76.3%，西藏为 89.4%，均高于全国平均水平。同时，民族边疆地区医保政策待遇水平相对更高，高原地区的疾病符合条件的可以免费治疗，如包虫病等，且这些地区 GDP 总量不大，在中央财政倾斜支持下，医保支出水平相对较高。其次，基本医疗保险待遇水平适度等级上呈现东、中、西混合交叉状态，这显示保障水平与经济发展水平并不成一一对应关系。医疗保障不足的地区既有东部发达地区的福建、江苏，也有相对不发达的内蒙古、重庆、吉林等，还有处于经济发展中等水平的湖南、湖北。地区之间的医保政策不统一，保障待遇存在较大差异，这与共同富裕的目标相悖，导致区域间企业负担不均衡，难以实现公平竞争。

表 2 2022 年 31 个省、市、自治区基本医疗保险与 GDP 适度水平

省份	GDP (亿元)	60 岁人口 占比 (%)	医保支出 (亿元)	下限 (%)	上限 (%)	实际值(%)	与上下限的差 距 (%)
西藏	2133	8.52	44	1.34	1.65	2.06	-24.97
青海	3610	13.95	103	2.02	2.34	2.86	-22.34
新疆	17741	12.3	433	1.81	2.13	2.44	-14.65
贵州	20165	15.61	535	2.23	2.55	2.66	-4.14
云南	28954	15.92	679	2.27	2.59	2.34	适度
北京	41611	21.3	1263	2.96	3.27	3.04	适度
广西	26301	17.46	703	2.47	2.78	2.67	适度
甘肃	11202	17.9	283	2.52	2.84	2.52	0.05

省份	GDP (亿元)	60岁人口 占比(%)	医保支出 (亿元)	下限(%)	上限(%)	实际值(%)	与上下限的差 距(%)
海南	6818	15.83	147	2.26	2.58	2.15	4.90
宁夏	5070	14.29	100	2.07	2.38	1.96	5.06
黑龙江	15901	24.9	503	3.41	3.73	3.16	7.26
广东	129119	13.45	2316	1.96	2.28	1.79	8.53
天津	16311	22.28	406	3.08	3.40	2.49	19.25
河北	42370	21.01	992	2.92	3.23	2.34	19.79
河南	61345	18.9	1293	2.65	2.97	2.11	20.51
四川	56750	21.7	1329	3.01	3.32	2.34	22.12
上海	44653	25	1184	3.42	3.74	2.65	22.57
浙江	77715	20.2	1665	2.82	3.13	2.14	23.95
吉林	13070	25.3	334	3.46	3.78	2.55	26.23
江西	32075	17.8	592	2.51	2.83	1.85	26.48
辽宁	28975	27.6	773	3.75	4.07	2.67	28.99
山东	87435	22.1	1810	3.06	3.37	2.07	32.29
重庆	29129	22.16	588	3.06	3.38	2.02	34.18
山西	25643	20.43	478	2.85	3.16	1.86	34.52
安徽	45045	19.8	793	2.77	3.08	1.76	36.32
湖南	48670	20.84	874	2.90	3.21	1.80	38.03
湖北	53735	20.4	907	2.84	3.16	1.69	40.62
陕西	32773	20.5	539	2.85	3.17	1.64	42.44
内蒙古	23159	21.5	369	2.98	3.30	1.59	46.51
福建	53110	16.86	652	2.39	2.71	1.23	48.67
江苏	122876	23.18	1912	3.19	3.51	1.56	51.28

注：表2中60岁人口占比除西藏为2020年第七次全国人口普查数据，黑龙江根据《黑龙江统计年鉴2022》计算得到外，其他数据均来自各省2022年国民经济和社会发展统计公报；医保支出数据来自中国医疗保障统计年鉴2023等。表2中最后一列负值为超过上限的值，表示适度水平为过度。

利用基本医保支出与医疗机构医疗服务收入之比计算基本医保实际补偿水平，结果发现，省级之间差异明显。在不考虑省外异地就医的情况下，基本医保实际报销比最高的省份为青海，达到83%，而最低的吉林只有44%，两者相差将近40%（见图2）。通过修正，即扣除跨省异地就医的医保支出，曲线相对平缓，但仍相差约34%。通过趋势线可以发现，基本医疗保障水平并不完全与经济发展水平呈正相关。此外，基本医疗保障不足，并不意味着医疗保障整体水平低，因为多层次医疗保障中的医疗救助、商业健康保险等可以进一步提高保障水平。朱铭来等基于复合维度测算发现，医疗费用个人自付程度约为32%。^①发达地区通过多层次医疗保障使待遇水平整体得到提升，但是省际之间多层次医疗保障仍然存在差异，且这种差异会加剧基本医保待遇之间的差距。

① 朱铭来等：《多层次医疗保障体系评估——基于复合维度的发展制度测算》，《保险研究》2022年第10期。

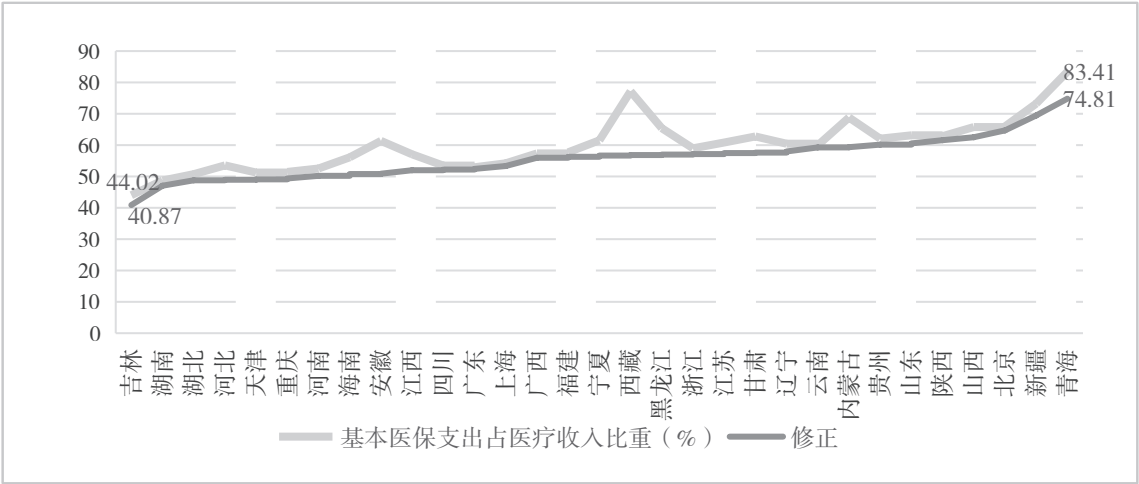


图 2 2021 年医保支出占医疗机构医疗收入比重及修正情况

三、医保待遇水平结构差异的分析

(一) 制度间职工医保与居民医保待遇差异较大

2022 年职工医保住院费用目录内基金支付比例约为 84.2%，居民医保住院费用目录内基金支付比例约为 68.3%，两者相差约 16%。以 2019 年为例，职工医保实际住院费用基金支付 75.6%，居民医保实际住院费用基金支付 59.7%，两者也相差 16%。通过测算，2021 年职工年度人均筹资约为 7722 元，而居民人均筹资 889 元，两者相差近 8 倍。虽然从筹资与待遇关联的角度分析职工医保与居民医保待遇的差异具有一定的合理性，但是从健康需求、医疗保障制度功能实现程度和化解疾病经济风险的能力等方面来看，职工与居民待遇保障差距较大，显示了待遇的相对不公平性，凸显了全民医保再分配效应没有得到充分发挥。从海南职工与居民待遇相差 3.1 个百分点到重庆待遇差 23.1 个百分点可以看出，省际之间职工与居民医保待遇差距明显（见图 3）。

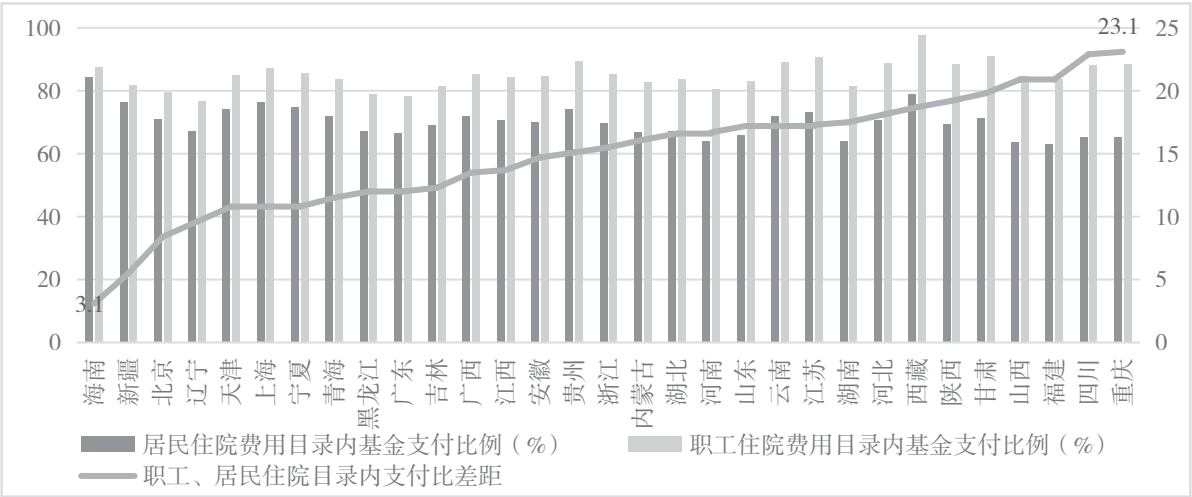


图 3 2022 年 31 个省职工与居民住院目录内报销比及其差距

（二）制度内住院与门诊待遇结构差异明显

通过测算发现，2022 年职工住院目录内统筹基金报销比为 84.2%，门诊目录内统筹基金报销比为 47.3%，两者相差约 37 个百分点；居民住院政策内报销比为 68.30%，门诊目录内报销比为 14.56%，两者相差约 54 个百分点，结果见表 3。从医保支付占医疗机构医疗收入比重来看，2021 年全国医保支付占医疗机构门诊收入的 22.92%，医保支出占医疗机构住院收入比约为 49.4%，两者相差约 26.5 个百分点。我国医保主要报销住院费用，除特殊疾病可以门诊报销外，大部分门诊费用需要居民自付，门诊的保障明显不足。通过医疗机构医疗收入结构分析，门诊费用占住院费用约为 53%，即门诊费用占总费用的三分之一以上。2022 年全国药品零售约为 5015 亿元，医保刷卡占比 43.8%，^① 由于居民医保一般没有个人账户，药店购药主要靠自费，因此，实际居民门诊补偿比更低。不管是职工还是居民，由于住院提供的保障明显高于门诊，患者为了报销，往往更愿意选择住院服务，从而推高了住院率，见图 4。近年来我国职工和居民住院率快速增长，从 2012 年 6.6% 上升到 2022 年 16.3%。从全球比较的视角，我国门诊率（人均 5.17 次）低于世界平均值（5.42 次），远低于日本 15.24 次，韩国 7.24 次，美国 5.56 次；住院率我国人均 0.14 次，高于全球 0.1 次，高于日本 0.1 次，美国 0.11 次。^②

表 3 2022 年职工、居民门诊与住院报销比计算结果

	医疗费用 (亿元)	普通门急 诊(亿元)	门特慢病 (亿元)	住院费用 (亿元)	住院目录内 报销比(%)	门诊目录内 报销比(%)
职工目录内医疗费用	13898	4038.7	1772.1	8087.2	84.2%	47.3%
居民目录内医疗费用	16265.9	1736.7	1531.1	12998.2	68.30%	14.56%

数据来源：根据《2023 年中国医疗保障统计年鉴》计算整理得到。

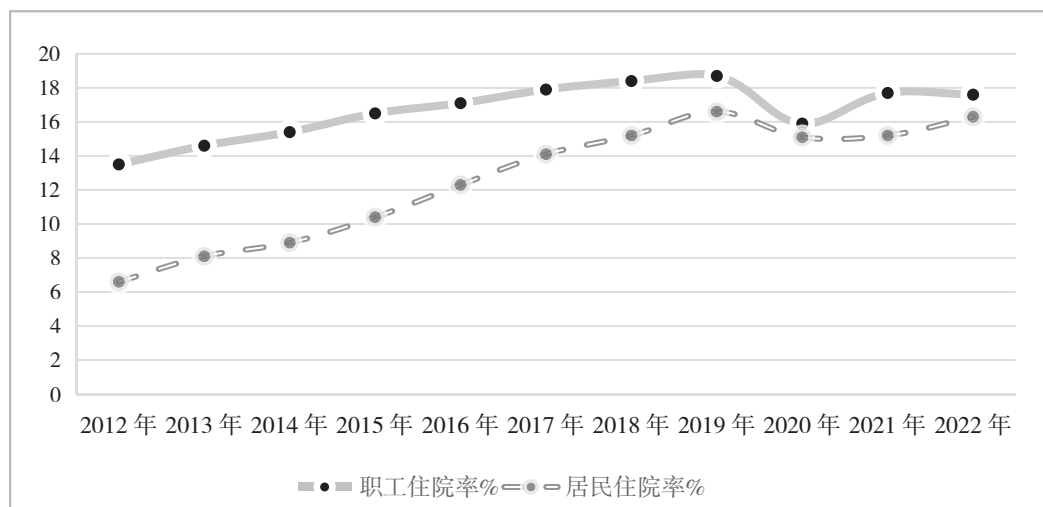


图 4 2012—2022 年职工、居民住院率的变化

（三）城乡之间医保待遇保障差异性分析

城乡居民基本医保制度逐渐统一，城市与农村参保率稳步提高且趋同。参加基本医疗保险是享受待遇的前提，也是城乡居民医保待遇起点公平的基础。通过 30 年城乡居民参保率从

① 商务部：《2021 药品流通行业运行统计分析报告》。

② Mark W. Moses, et al., "Funding and Services Needed to Achieve Universal Health Coverage: Applications of Global, Regional, and National Estimates of Utilisation of Outpatient Visits and Inpatient Admissions from 1990 to 2016, and Unit Costs from 1995 to 2016," *The Lancet Public Health*, 2019, 4(1).

1993 年相差 55.3% 到 2018 年相差 1.3% 可以看到，两者在制度覆盖上逐渐接近，覆盖率上农村居民医保参保率高于城市，见图 5。从参保结构看，全国第六次卫生服务统计调查显示，城市居民 38.8% 参加职工医保，居民医保参保率为 57.1%，农村居民 6.6% 参加职工医保，91.1% 参加居民医保，城市居民 14.7% 参加了商业医疗保险，农村居民 12.4% 参加了商业医疗保险。基于工作属性、收入差异和风险偏好，城市居民更倾向于选择待遇更高的职工医保，由此造成了一定程度的城乡待遇差异，但整体差距逐渐在缩小。

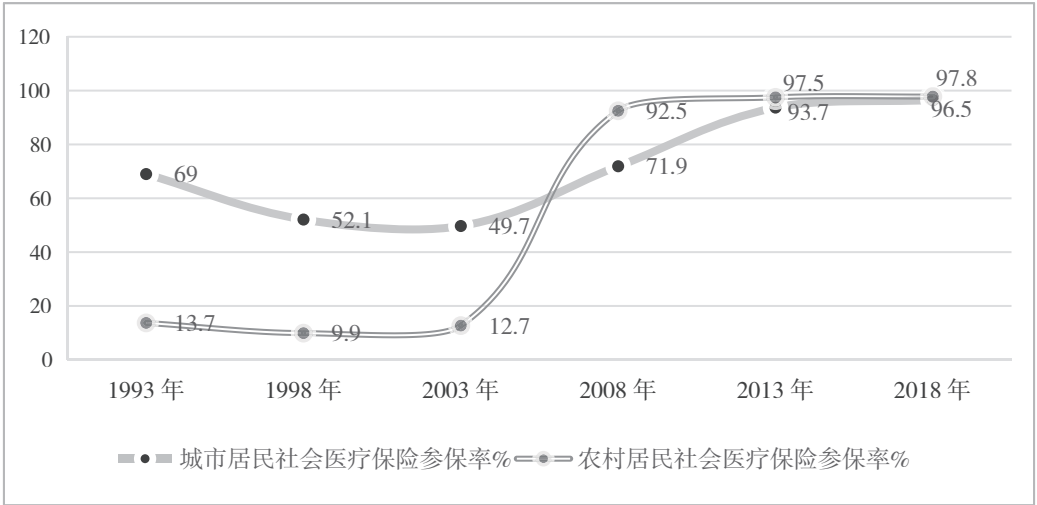


图 5 1993—2018 年城乡基本医疗保险参保率

城乡之间住院费用补偿比的差异性缩小。从 1993 年到 2018 年的调查数据显示，城乡居民的住院补偿比已经从相差 46.3%，缩小到 2018 年的 4.6%（见表 4）。城乡待遇的急剧缩小得益于居民医保制度的城乡统筹，尤其是从 2016 年新农合和城镇居民医保整合为统一的城乡居民基本医疗保险，且通过管理统一、筹资统一、待遇统一等一系列改革措施，不断缩小城乡居民制度内的差异。截至 2023 年，除天津、西藏、重庆、四川等四省还存在两档以外，大部分省份从一个制度多档并存发展到一个制度一个档，在实现统一缴费基础上促进了城乡居民基本医疗保险待遇的统一。

表 4 1993—2018 年城市与农村患者住院费用及补偿比

	1993 年	1998 年	2003 年	2008 年	2013 年	2018 年
城市次均住院费用（元）	1599	4381	7606	8933	10852	12490
农村次均住院费用（元）	541	1557	2649	3676	7268	8460
城市次均住院费用补偿比（%）		55.9	39.9	51.2	57.1	57.1
农村次均住院费用补偿比（%）		9.6	11.9	26.3	46.7	52.5

数据来源：《第六次全国卫生服务统计调查报告》。

医疗支出的家庭承受力存在较大城乡差异。由于城乡居民在收入方面存在较大差异，即使相同的医保补偿比，城乡居民个人自付医疗费用占家庭可支配收入仍存在较大差异。从图 6 和图 7 可以看出，整体上，城镇居民人均医疗保健支出高于农村居民，但是，相对于城镇居民收入来说，农村医疗卫生保健支出及家庭医疗费用占家庭收入比重均超越了城镇居民。从发展特点看，两者占比的曲线形成了交叉走势，即医疗保健支出占家庭消费支出的比重和医药费用占收入的比重，

农村居民逐渐超过了城镇居民。考虑到城乡居民内不同收入组之间的差异，两者的承受力具有明显差异，如 2022 年城乡居民低收入组人均可支配收入相差 1.2 万，而高收入组相差 6.1 万。制度形式的统一还存在实质上的差异，尤其是不同家庭承受力、医保经济负担之间的差异。

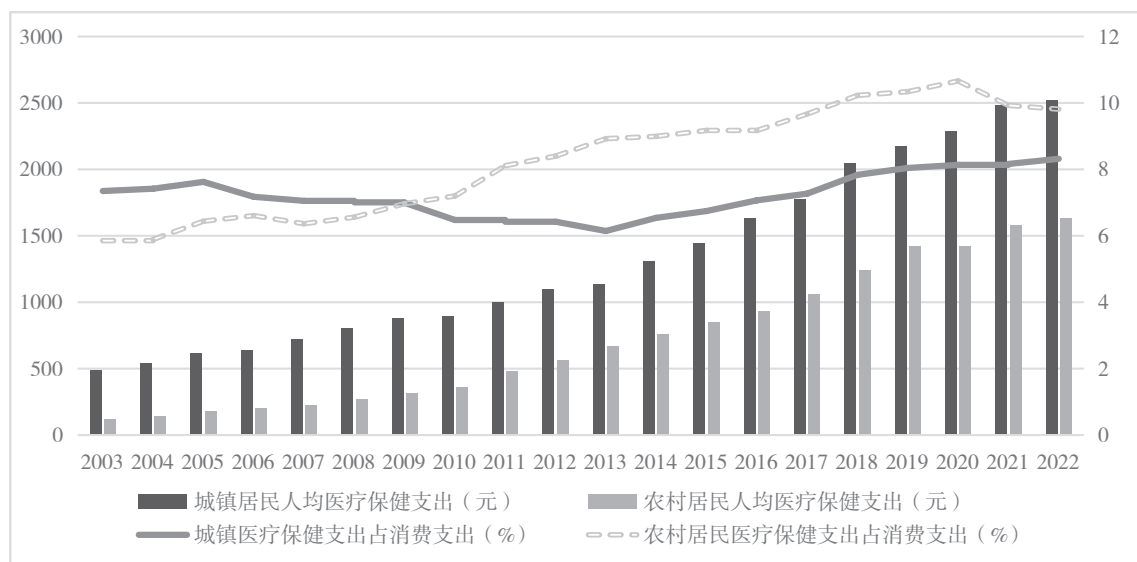


图 6 2003—2022 年城乡居民医疗保健支出占消费支出比重

数据来源：2003—2022 年《中华人民共和国国民经济和社会发展统计公报》。

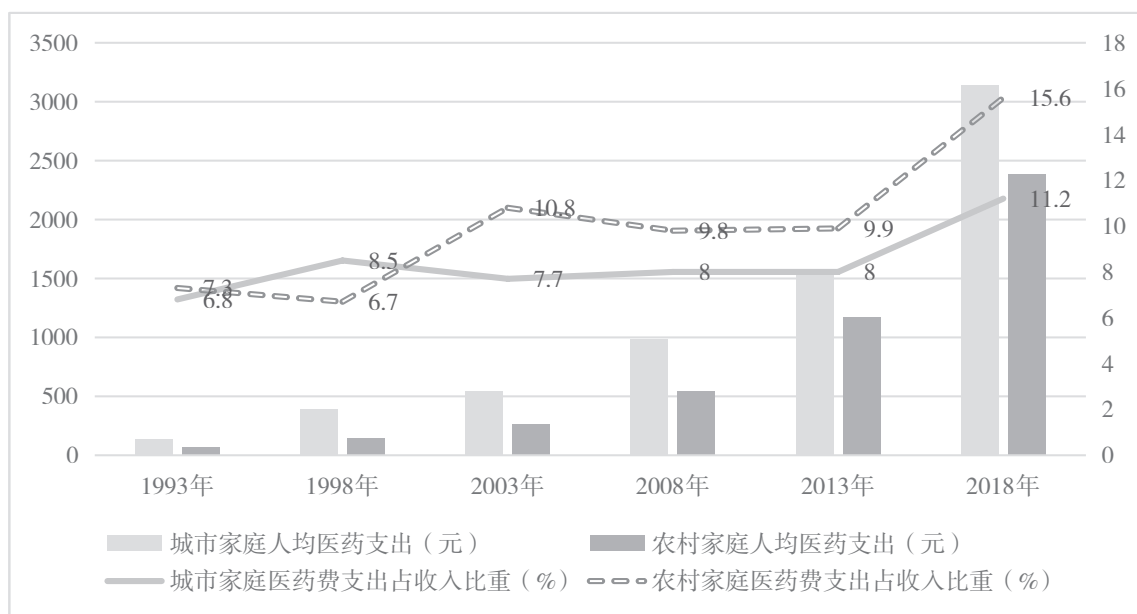


图 7 城乡家庭人均医药支出与收入占比

数据来源：《第六次全国卫生服务统计调查报告》。

四、进一步探索

（一）医保支出增长与经济增长适应系数分析：波动中向适度水平发展

从医保支出增长与经济增长适应性角度，借鉴式（7）所示的发展系数的测量公式进一步

分析医保适度性。^①式(7)中, CM 为医保适应系数, ML_R 为医保支出增长率, GDP_R 为 GDP 增长率。医保适应系数越接近 1, 医保支出增长与经济增长发展同步性越好, 即两者处于相对合适的水平, 医保支出的适度性就越好。

$$CM = \frac{ML_R}{GDP_R} \quad (7)$$

测算结果见图 8。结果显示, 适应系数呈现政策推动的波动发展特点。20 多年来, 医保适应系数波动幅度明显变小, 造成较大波动的时间点均与医保制度的重大变革有关, 如制度的扩面和整合促进 CM 值的快速增长, 进一步证实了近 20 多年医保采取增量改革方式, 促进待遇水平提高的基本路径。医保从赶超式发展逐渐走向成熟定型。从 20 多年的医保适度系数变化可以进一步发现, 前期医保处于赶超型阶段, 到了党的二十大前后, 增长率的适应系数开始趋于 1, 显示医保支出增长与经济增长逐渐趋同, 未来向稳定和定型发展成为基本趋势。

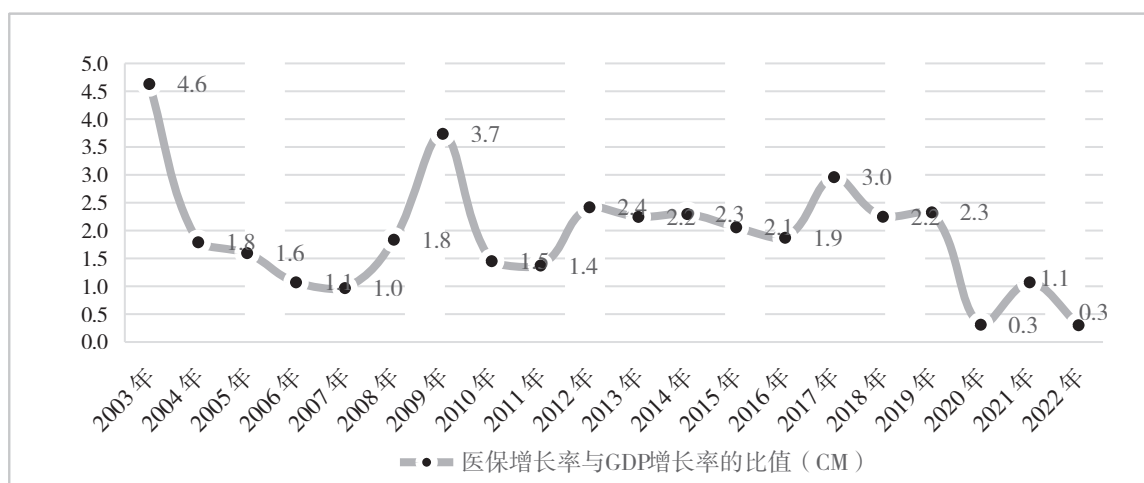


图 8 2003—2022 年医保支出增长与 GDP 增长适应系数

(二) 医保基金收支适度性的分析

1. 累计结余适度性: 总体存在结余过多, 资源使用效率有待提高

基本医疗保险基金的累计结余是反映医保支出效率和医保资源配置水平的关键参考指标。对照政策要求, 可分析医保支出可用资源是否达到了适度水平。根据《关于进一步加强基本医疗保险基金管理的指导意见》(人社部发〔2009〕67号), 明确“统筹地区城镇职工基本医疗保险统筹基金累计结余原则上应控制在 6—9 个月平均支付水平。城镇职工基本医疗保险统筹基金累计结余超过 15 个月平均支付水平的, 为结余过多状态, 累计结余低于 3 个月平均支付水平的, 为结余不足状态”。以此为依据, 建立医保基金适度的“政策适度范围”, 考虑到我国基金结余的长期性和个人账户的问题, 上限提升到 15 个月, 下限降低到 3 个月, 结余超过上限显示基金没有被充分利用, 资源被闲置。在整体保障不足的情况下, 结余越多适度性越差, 没有达到“尽力而为”的要求; 结余低于下限则显示地区基金结余不足, 有收不抵支的风险, 超出了“量力而行”的要求。根据历年数据计算得到, 除了 2003—2005 年新农合建立之初外, 大部分年份结余都大于 15 个月, 存在结余过多的问题(见图 9)。

^① 杨翠迎、何文炯:《社会保障水平与经济发展的适应性关系研究》,《公共管理学报》2004 年第 1 期。

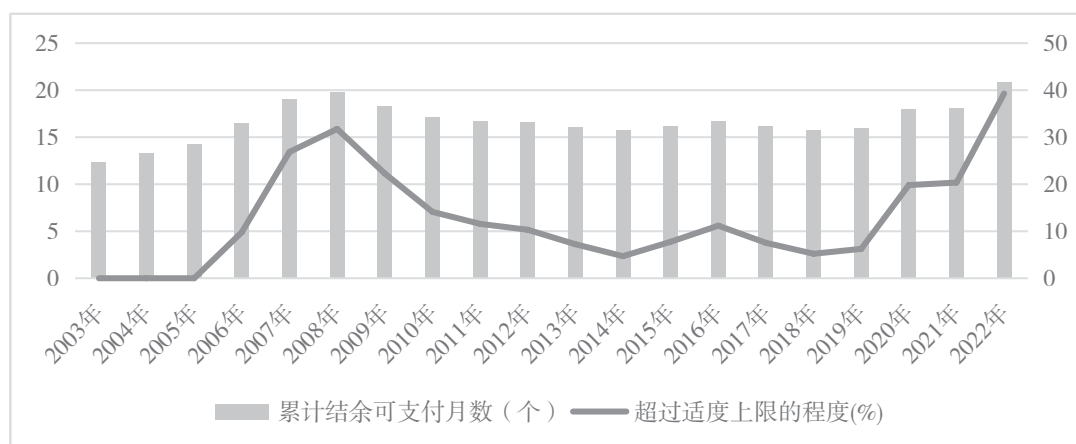


图9 2003—2022年医保基金累计结余可用月数及超过上限程度

2. 职工与居民医保基金结余率失衡明显

整体上基金的累计结余，职工可支付月数从2009年开始呈现波动上升的趋势，从最低接近15个月上升到27.7个月。相反，居民可支付月数从最高的15.8个月不断下降到7.5个月，达到了人社部规定的医保基金的原则区间6—9个月。居民医保累计结存在2020—2022年有小幅上升趋势，但两者差距整体在逐渐拉大，见图10。这在一定程度上解释了为什么居民用较少的钱保障了较多的人口，而职工用较多的钱只能保障较少的人口。2023年参加职工基本医疗保险人数37095万人，参加城乡居民基本医疗保险人数96294万人，职工基本医疗保险基金（含生育保险）收入22932亿元，基金支出17751亿元，城乡居民基本医疗保险基金收入10570亿元，支出10458亿元。^①这说明基本医疗保险制度内存在结构性问题，制度间效率有明显差异，制度的整合具有内在的驱动。

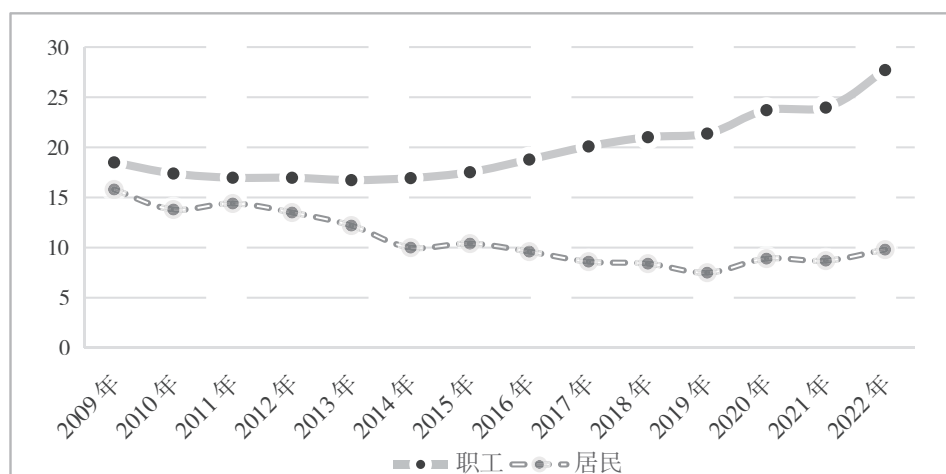


图10 2009—2022年职工、居民基本医疗保险基金累计结余可支付月数

（三）医保支出与筹资适度性分析

1. 医保支出与财政收支适度性：比重持续提升但差距仍较大

医保支出与财政支出的比重，可以从财政总量的角度分析政府可支持的阈值，也可以从再分配角度测算社会资源配置是否处于相对适度的范围。测算发现，20多年来医保支出占财政总

① 国家医疗保障局：《2023年全国医疗保障事业发展统计公报》。

支出的比重持续上升，从 2003 年的 2.65% 上升到 2022 年的 9.37%，增长了 3 倍左右。但是，与发达国家相比，我国医保支出与财政支出的比重还处于相对较低的水平，低于法国、奥地利的 12%，英国、德国的 14%，日本，韩国的 17%—18%，远低于美国的 27%。^①

2. 居民筹资及筹资可承受力：占收入比重较低但增长率系数较大

表 5 测算的结果显示，到 2022 年全国平均个人医保缴费占可支配收入比接近 1%，低于职工的占比 2%，但是，个人缴费增长与可支配收入增长近年来呈现明显偏离 1 的水平，处于增长失衡状态，即缴费增长速度远超过了可支配收入增长，其中，2020 年缴费增长与收入增长比接近 8，显示了两者的较大失衡性。个人缴费增长速度过快有导致放弃参保的风险。由于居民医保并没有强制性参保的要求，逆向选择难以避免。根据全国社会保障事业发展统计公报数据显示，城乡居民医疗保险参保人数从 2019 年 102483 万人，下降到 2022 年的 98349 万人，减少了 4000 万人，扣减重复参保和转为职工医保，仍有一部分居民退出了参保。从人均财政补助增长与人均财政收入增长的角度分析，整体上也偏离 1 的水平，但失衡程度相对要小。从两者增长系数的波动趋势看，除 2020 年外，居民缴费增长与可支配收入增长，医保人均财政补助增长与财政收入增长呈现同频共振的波动趋势，两者承受压力增长方向基本一致（见图 11）。

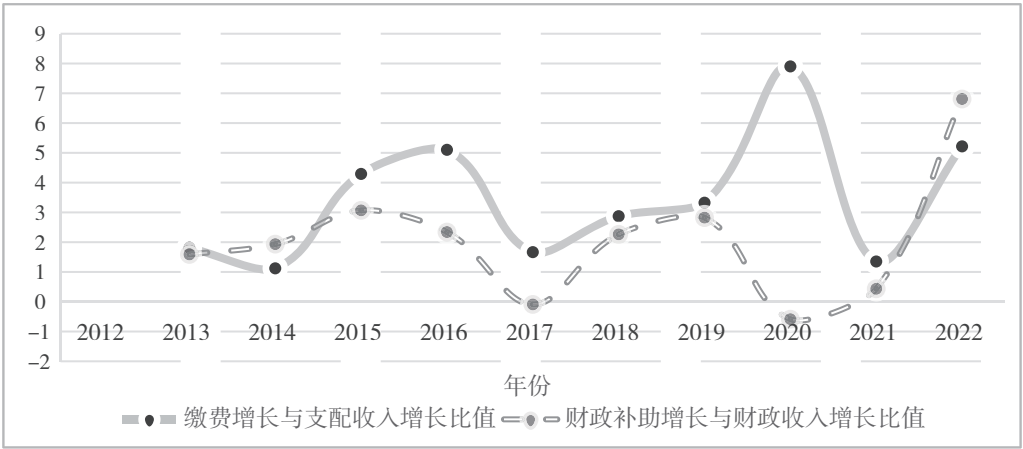


图 11 居民缴费增长与财政补助增长

表 5 2012—2022 年个人缴费和收入与财政补助与收入

年份	人均个人 缴费（元）	人均可支 配收入 （元）	缴费占比 可支配收 入（%）	医保人均 财政补助 （元）	人均财政 收入（元）	个人缴费增长 与可支配收入 增长的比值	财政补助增长 与财政收入增 长的比值
2012	68	16510	0.41	244	8627		
2013	78	18311	0.43	281	9450	1.82	1.59
2014	85	20167	0.42	324	10198	1.12	1.93
2015	112	21966	0.51	403	11008	4.29	3.07
2016	148	23821	0.62	442	11463	5.10	2.34
2017	166	25974	0.64	439	12327	1.67	-0.09
2018	197	28228	0.70	497	13047	2.87	2.26
2019	235	30733	0.76	546	13502	3.33	2.82

① 吕兰婷：《医疗保障宏观筹资负担：国际视角与中国经验》，《社会保障评论》2023 年第 3 期。

年份	人均个人缴费(元)	人均可支配收入(元)	缴费占比可支配收入(%)	医保人均财政补助(元)	人均财政收入(元)	个人缴费增长与可支配收入增长的比值	财政补助增长与财政收入增长的比值
2020	274	32189	0.85	559	12953	7.90	-0.59
2021	304	35128	0.87	585	14339	1.35	0.43
2022	350	36883	0.95	610	14429	5.22	6.81

数据来源：中国统计年鉴 2012—2023。

(四) 对标发达国家医保支出水平比较分析

根据 2035 年远景目标纲要，2035 年中国人均国内生产总值达到中等发达国家水平。欧盟内中等发达国家相对较多，以欧盟作为对标主体具有较大参考价值。对比分析结果见图 12。结果显示，2020 年欧盟 27 国，医疗卫生支出占 GDP 比重约为 10.9%，其中强制医疗保险（基本医疗保险）约为 5.7%，个人自付费用占医疗卫生总费用的 15%，政府医疗卫生支出占财政支出比重 14%；而同期我国分别为 7.1%、2.1%、27.5% 和 8.4%。我国政府医疗卫生支出占财政支出比重为 8.4%，低于欧盟 27 国的 14%，远低于德国的 20%。从政府资源再分配角度，我国需要加大医疗卫生健康保障方面的财政投入，这样才能更好地符合健康作为优先发展的战略目标。另外，虽然我国也是社会医疗保险为主的模式，这与欧盟大部分国家类似，但是我国社会医疗保险支出占医疗卫生总支出比重并不高，测算约为 30% 左右，低于欧盟 27 国的 52%，远低于德国、法国、荷兰的 70%。社会医疗保险制度拥有的资源在医疗卫生资源总量中的占比还相对有限，其资源配置的作用仍不够强，化解疾病经济风险的制度功能难以充分发挥。

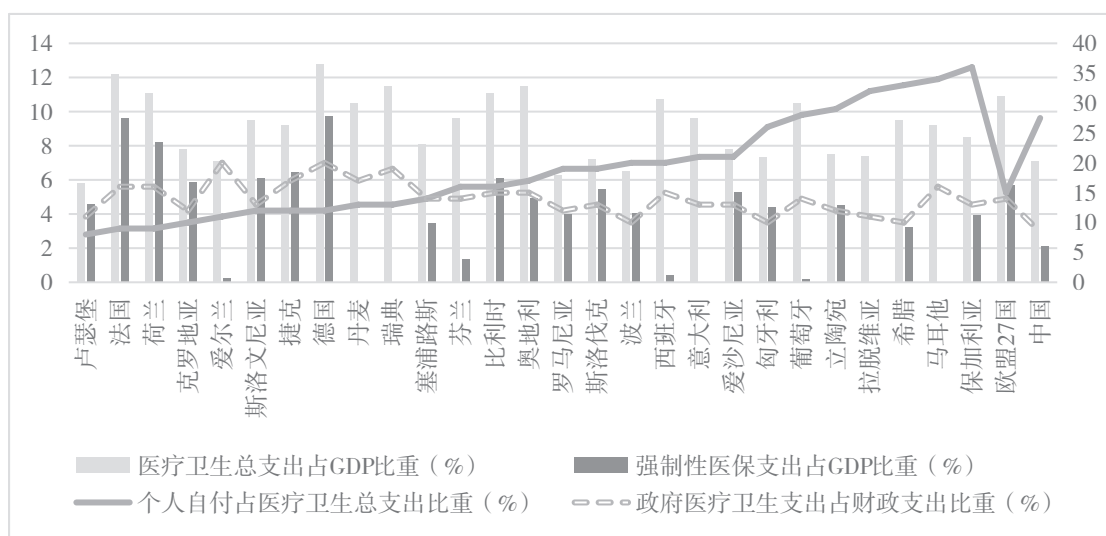


图 12 2020 年中国、欧盟各国医疗卫生支出

数据来源：Health at a Glance: Europe 2022, State of Health in the EU Cycle.

同时我国个人自付占卫生总费用比重偏高，远远高于欧盟的 15%，也高于世界卫生组织确定的能够有效化解灾难性医疗支出的 20% 下限标准。重特大疾病患者，其保障水平也存在不足，基金封顶的制度设计存在灾难性医疗支出风险的漏洞，^① 尤其其中低收入者漏洞明显。基于现有

① 黄国武：《中国多层次医疗保障发展思辨：基本多层向多元多层转型》，《社会保障评论》2022 年第 4 期。

基础，利用灰色预测模型 GM（1，1）测算，我国在“十五五”期间个人医疗卫生自付占比可以达到 WHO 确定的充分化解灾难性医疗支出标准的下限 20%，在 2042 年左右可以达到标准的上限 15%，与 2020 年欧盟 27 国水平相当。在健康收入弹性、价格弹性等多因素作用下，人民健康需求快速持续增加的趋势短期内不会改变，我国基本医疗保险保障水平距离适度保障仍有一定的差距。但另一方面，医保支出持续增加长期超过经济增长速度，随着我国经济发展进入中低速增长的新常态，基本医保通过支出快速增加来提高医保待遇水平的传统路径日趋乏力。因此，调整筹资待遇的结构成为有效的路径。

五、结论和政策建议

通过医保支出水平适度性模型测算发现，不管是医疗卫生资源总投入，还是政府财政资源配置，与适度水平都有一定的差距，并没有完全匹配生产力发展的水平，还没有充分发挥医保对整个卫生资源配置的杠杆作用。结构上，医保待遇水平存在明显的群体差异、区域差异，其中，职工医保和居民医保的差异较大：整体上，居民医保用较少的钱保障了较多人口，而职工医保用较多的钱保障了相对较少的人口。职工医保筹资较多，缴费水平高达 9.1%，总额超过了居民筹资，但覆盖的人群仅为居民覆盖人数的三分之一。职工医保基金使用效率相对居民医保而言较低，职工每报销 1% 统筹基金支出是居民的 2.2 倍，筹资上每报销 1% 职工筹资是居民筹资的 2.72 倍，而 60 岁以上老年人两者差异相对较小，每一个退休职工比 60 岁以上居民基金支出高 36%（见表 6）。通过家庭联保，促进居民和职工制度整合，既可以实现帕累托改进，也可以促进公平。以家庭联保促进职工与居民制度整合得到越来越多的认同。^① 职工筹资差距大于待遇支付差距，也即筹资利用效率更低，其中个人账户是重要原因。在现收现付的原则下，消除个人账户的弊端具有现实迫切性，在权益置换下可以提升医保基金使用效率，提高保障水平，促进社会大共济和家庭小共济的双重效果。

表 6 2018—2022 年职工与居民医保筹资与支出效率的比较

	每个退休职工每 1 个支付 % 统筹基金需支出	每个 60 岁参保居民每 1 个支付 % 统筹基金支出	每个职工每 1 个支付 % 统筹基金支出	每个参保居民每 1 个支付 % 统筹基金支出	每个职工每 1 个支付 % 统筹基金筹资	每个参保居民每 1 个支付 % 统筹基金筹资
2018 年	95.05	60.65	25.12	10.66	31.88	11.84
2019 年	94.26	75.29	24.91	11.62	35.42	12.16
2020 年	90.90	71.39	23.81	11.47	31.15	12.81
2021 年	107.02	82.14	28.16	13.30	39.67	13.91
2022 年	106.05	72.37	28.20	11.76	34.53	12.68
平均值	98.656	72.37	26.04	11.762	34.53	12.68

数据来源：2018—2023 年《中国医疗保障统计年鉴》。
注：本表计算公式为，用该人群基金支出总额除以该人群总数再除以该群体的报销百分比。

① 李珍：《基本医疗保险参保机制改革的历史逻辑与实现路径》，《暨南学报（哲学社会科学版）》2022 年第 11 期。

本文通过定量比较分析,全面展现了基本医疗保险的待遇状况,从总量和结构的维度形成了基本医疗保险待遇保障水平的精准画像,研究结论在一定程度上为我国医疗保险高质量发展和医保治理现代化提供了结构性改革的基本思路和支撑。结合分析内容和研究结论,提出如下政策建议。

第一,医保总投入仍需进一步增加,但医保结构的调整更为迫切。全国范围内仍需增加医保的财政投入,稳定可持续的筹资是待遇提升的保证。通过国际比较,有两个维度的标准作为重要参考:一个是卫生总费用占到GDP的10%,显示社会整体资源在医疗卫生领域内的配置,反映与社会生产力的适度,符合健康中国战略优先发展的要求;另一个是政府财政支出中医疗卫生支出占财政支出达到10%,体现再分配中政府主导资源中投入医疗支出的占比,这部分投入的增加,在补需方的作用下,社会医疗保险的筹资相应增加,进而社会医疗保险基金支出在卫生总费用支出占比提升,逐渐达到50%以上,成为配置医疗卫生资源中的主要力量。中央财政进一步加强对中西部的倾斜,东部地区从健康红利受益者的角度应适度增加对西部劳动者的支持。由于省际之间的差异较大,需要加快统一和明确待遇清单,促进公平性的提高。

第二,加快职工和居民医保的制度整合,家庭联保成为重要突破点。宜采取渐进、自愿的方式,先易后难,分类推进。在全民医保的条件下,对家庭成员参加医保制度进行分类。相对而言,同一个制度联保难度较小。如果家庭既有职工医保,又有居民医保,要明确缴费责任的划分。缴费责任上,从全球模式分析主要有两种:一是责任免除型,即家庭联保下个人不增加缴费,例如德国模式;二是责任共担型,即家庭和雇主都需要缴费,如日本、美国等。在我国,居民医保有政府和个人缴费责任,职工医保有企业和个人缴费责任,合到一起后,待遇就高不就低,保障水平需要提高,这意味着筹资需要相应地增加。稳定筹资来源是增加筹资的关键。在探索建立家庭联保的过渡阶段,政府责任不宜减少或者免除,从居民医保的补贴转变为对家庭联保儿童的补贴,从而减少企业缴费压力。通过自愿选择方式分流出具有较高承受力的中高收入者,中低收入者采取补助和补贴方式鼓励加入。当家庭收入普遍得到提高,缴费承受力大幅度上升后,实现职工家庭联保的全覆盖。

第三,探索建立住院个人自付封顶的制度设计。从居民医保住院目录内自付比封顶进行试点,初期可设为30%,逐渐下降到25%,直至20%。目录内个人自付比例封顶完成后,再向个人实际自付费用封顶发展。基于不同收入群体,从可执行和操作的角度,参考日本模式可以设置2—3个计算办法,中低收入者采取绝对值封顶,中间及偏上收入者按照比例封顶。最后将自付封顶标准向与个人收入挂钩的方式转变。同步建立门诊看病购药的豁免制度,特殊群体参照国际经验实行部分豁免或者比例豁免。当门诊超过设置的标准时采取完全豁免,豁免标准以当地居民遭受灾难性医疗提高门诊保障水平,支出的风险阈值为参考。

第四,提升门诊保障水平,优化资源配置。门诊保障不足引致住院率快速攀升,医保基金支出效率低。门诊保障改革带来门诊服务与住院服务的替代效应,即提高门诊服务使用而降低住院服务使用,但如果门诊保障水平较低,不会减少住院服务的利用,只有当门诊保障水平较高时,门诊服务利用才会明显增加并减少住院服务利用。门诊保障较好的地区年住院费用相对更低,门诊保障一般的地区年住院费用反而更高,实施门诊统筹会提高年总费用。^①“十四五”中后期医保门诊统筹改革处于重要时期,从短期来看,门诊统筹的推行会增加基金门诊支出,

① 张小娟、郝春彭:《居民医保门诊保障水平对医疗服务利用和费用的影响》,《卫生经济研究》2022年第11期。

同时住院支出还会维持相对稳定,这样整体给医保基金支出带来较大的风险和挑战。门诊统筹可以显著减少不必要的住院,降低医疗负担,缓解医保基金支出压力。^①无起付线有封顶线报销还有助于降低年度住院基金支出,促进医保资金优化配置。^②强化基层门诊保障水平和健全卫生配套制度改革等以助力门诊统筹分流效应和健康保障效果。^③因此,推进门诊共济改革,提高门诊保障到适度水平,不仅可以实现门诊与住院平衡,提高医保基金使用效率,也能缩小人群间的健康差距,推进健康公平。^④

Towards Common Prosperity: Appropriate Benefit Levels in Basic Medical Insurance—Concept, Evaluation, and Policy Pathways

Huang Guowu

(School of Public Administration, Sichuan University, Chengdu 610065, China)

Abstract: Achieving an appropriate level of medical insurance benefits has become a critical goal in the ongoing deepening of China's medical insurance reform. This paper constructs an evaluation model to assess the appropriateness of basic medical insurance benefit levels and conducts quantitative analyses using data from the China Statistical Yearbook (2003-2023), Provincial Statistical Yearbooks, Health Statistical Yearbooks, and Medical Security Statistical Yearbooks. The findings indicate that incremental reforms have significantly improved overall benefit levels, narrowing the gap between actual benefits and the lower threshold of the moderate range from 70% to near equivalence. However, structural disparities have become increasingly pronounced—particularly across provinces, between population groups, between urban and rural areas, and between inpatient and outpatient services—resulting in losses in both fairness and efficiency. Rebalancing the benefit structure is therefore essential for the high-quality development of the medical insurance system. Future reforms should explore family-based enrolment as a strategic breakthrough, promote the integration of employee and resident medical insurance schemes, and consider mechanisms such as inpatient out-of-pocket caps and outpatient co-payment exemptions to rectify the current misallocation between inpatient and outpatient resources.

Keywords: basic medical insurance; appropriateness of benefits; sharing; common prosperity

(责任编辑:仇雨临)

① 何文、申曙光:《门诊统筹改变了农村中老年人的医疗行为吗——来自医疗保险微观报销数据的经验证据》,《农业技术经济》2022年第9期。

② 朱凤梅等:《门诊保障制度改革:“以门诊换住院”的政策效应分析——基于中国职工医保抽样数据的实证检验》,《保险研究》2021年第1期。

③ 丁少群等:《城乡居民医保门诊统筹的分流效应和健康效应研究》,《江西财经大学学报》2022年第6期。

④ 刘宏等:《价值医疗视角下的医保门诊共济保障与居民健康》,《管理世界》2024年第2期。