

长三角与珠三角经济圈基本医疗保障制度比较研究

彭波丽 初可佳 刘会成

【摘要】：地区间医疗保障制度差异是构建公平统一的社会保障体系的主要障碍。本文通过查阅政府网站基本医疗保障制度文件和统计年鉴数据，以长三角和珠三角经济圈为例，对比分析不同经济圈及长三角内不同省市医疗保障制度和基金运行情况，分析制度差异及其产生的经济社会背景。对比发现，长三角和珠三角在筹资水平方面存在较大差异，长三角内部各省市医保待遇差异较大，对居民卫生服务利用行为产生影响，未来应致力于缩小地区间保障水平差异，注重政策设计，引导居民合理就医。

【关键词】：基本医疗保障；制度比较；经济圈；长三角；珠三角

党的二十大报告指出，要“健全社会保障体系，健全覆盖全民、统筹城乡、公平统一、安全规范、可持续的多层次社会保障体系，扩大社会保险覆盖面”。探索不同地区之间医疗保障制度的差异及其形成原因能为提升医疗保障统筹层次提供参考，作为目前国内整体经济水平最发达的地区，长三角经济圈（41 市）和珠三角经济圈（9 市）基本医疗保险制度的发展实践对其他地区有着非常重要的参考意义。

因此，本文搜集政府网站相关政策文件和中国统计年鉴数据，分别从城乡居民医保和城镇职工医保覆盖人群、筹资水平、门诊和住院待遇等维度，就长三角和珠三角基本医疗保障制度的发展情况进行比较分析，并科学评估不同医疗保障制度模式的实际运行效果，以期对缩小地区间医疗保障水平差异，促进社会保障政策公平统一提供借鉴。

一、长三角与珠三角经济圈基本医疗服务比较

长三角和珠三角地区经济发展水平总体差异不大。长三角不同省市经济发展水平差异较大，浙江省与珠三角经济发展水平相近。2021 年末，长三角三省一市共计常住人口 23647 万人，珠三角常住人口约为 7861 万人，是长三角人口总数的 1/3。珠三角城镇化率（87.2%）高于长三角（70.9%）。长三角（11.7 万元）和珠三角（11.4 万元）人均地区生产总值差异不大。2020 年，长三角地区城镇居民人均可支配收入 55981 元，略低于珠三角（59225 元）；农村居民人均可支配收入 23832 元，略低于珠三角（26857 元）。长三角内部上海市城镇化和经济发展水平最优，安徽最低。

相比珠三角，长三角地区政府卫生投入略低，人均人身险保费收入低，卫生服务利用水平较高。2020 年，长三角地区财政人均医疗卫生支出 1340 元，略低于珠三角的 1483 元。珠三角人身险人均保费收入（4732 元）远高于长三角平均水平（2983 元）。长三角人均就诊次数 7.27 次，高于广东省的 5.75 次，平均住院率（15.49%）也高于广东省的 12.39%。

长三角各省市卫生投入、门急诊就诊率差异较大，但住院率差异不大。2020 年地方财政人均卫生支出上海最高为 2191 元，江苏最低，约为上海的 1/2。人身保险人均保费收入仅上海市（5449 元）超过珠三角，安徽省仅 1528 元。门急诊就诊率浙江最高，为 9.35 次；江苏和安徽最低，分别为 6.30 次和 5.67 次。各省市住院率差异不大，江苏、安徽分别为 16.0%和 15.56%；浙江最低，为 14.92%。长三角不同省市门急诊多的地区住院率相对较低，揭示两者可能存在替代效应，与医保报销政策设计有关。

二、长三角与珠三角经济圈基本医疗保障政策比较

当前基本医疗保障制度以市级统筹为主，根据缴费主体分为城镇职工基本医疗保险（简称职工医保）和城乡居民基本医疗保险制度（简称居民医保）。省内各城市之间制度安排差异相对较小，故选择长三角和珠三角各省会城市作为代表，分析覆盖

人群、筹资和补偿水平的差异。

总体上居民医保覆盖人群分为四类（见表 1），长三角和珠三角地区总体参保条件差异不大。城市之间略有差异，合肥市覆盖人群最广，广州次之，上海市参保条件最为严苛。对在本市中小学就读的学生前两市均可纳入居民医保，但上海市需要父母一方为本市户口；合肥市非户籍人口持本市居住证即可被纳入居民医保，而其他城市均被排除。

表 1 2022 年长三角和珠三角省会城市基本医疗保障覆盖人群比较

	上海市	南京市	杭州市	合肥市	广州市
居民医保	户籍① ③;②;持 本市居住 证④	②和户籍①③或父母一方持本市居住证且参加职工医保①、父母一方本市户籍共同生活的未成年子女; 台胞及《南京人 才居住证》持有人配偶及 未成年子女	②和户籍①③或非户籍且父母一方参加职工医保①或参加职工医 保满三年的学龄 前儿童	①②和户籍或持本市 居住证③;持本市居住 证、本市就业参保人 员、外籍专家在本市共 同生活的未成年子女; 本市工作的外籍专家 共同生活的配偶	①②和 户籍③

注：城乡居民医保覆盖人群主要分为四类：(1) 在本市中小学校就读的学生；(2) 各类全日制普通高等院校（包括民办高等院校）、科研院所接受普通高等学历教育的全日制本专科学生、全日制研究生和符合相关规定的技工院校全日制在校学生（统称大学生）；(3) 未参加户籍地其他基本医疗保险的城乡居民；(4) 境外居民。

长三角和珠三角省会城市基本医保筹资水平差异较大，职工医保单位缴费存在差异。其中，居民医保筹资水平广州低于上海、杭州、南京，仅高于合肥，长三角内部各省市也存在较大差异。上海市 18—59 岁居民人均筹资额可达 3610 元，70 岁以上人群甚至可达 6630 元，而合肥市仅为 900 元。广州市除学生外，筹资标准在不同年龄人群中差异不大（1205 元），南京和上海在不同年龄段人群中有较大差异，特别是上海市。各市职工医保个人缴费费率为 2%，但单位缴费费率差异较大，广州市（5%）低于长三角各市，长三角以上海市最高（10%），合肥市最低（6.4%），筹资比例与经济发展水平相对一致。

门诊待遇方面，广州市基本医保无起付线，长三角各市职工医保起付线差异较大，分为在职及退休人员，居民医保起付线差异不大，其中杭州市居民医保分门诊统筹和门诊高费用补偿两类。广州和南京门诊政策性补偿比例仅区分社区医院和其他，其他城市则区分一、二、三级医院，但合肥市居民医保不区分医疗机构，采用统一的报销比例。

就报销比例而言，职工医保杭州市最高（其中杭州市医保参保者在签约社区卫生机构首诊起付线为 0 元，共付比提升 3 个百分点），超过广州市，合肥市最低；居民医保广州市和其他各市差异不大。长三角内上海和杭州报销比例最高，南京市最低，与各地门诊就诊次数相关联，报销比例越高的城市，门诊利用水平也相对较高。长三角各市特别是上海市职工医保门诊报销比

例在不同年龄的在职和退休人群中差异较大，广州市所有参保人群报销比例没有差异，但不同类别医疗机构之间报销比例差异较大，凸显了分级诊疗的引导作用。广州市职工医保报销比例和居民医保基本相同，长三角除合肥市外，居民医保报销比例普遍低于职工医保，门诊报销封顶线也低于职工医保。

住院免赔额方面，长三角各市和广州市存在差异，同一城市居民医保和职工医保之间也存在差异。广州和上海职工医保起付线高于其他城市，但居民医保起付线低于其他城市；除南京和杭州外，其他各市居民医保住院起付线均低于职工医保，制度间差异较大。职工医保住院封顶线在城市间差异较大，广州封顶线是缴费基数6倍的最高水平（81万元），长三角南京、合肥无规定，杭州最低（40万元），但超额可享受大病医保补偿；居民医保除上海、合肥无规定外，广州及长三角其他各市封顶线相差不大，超额后享受大病医保补偿。制度间存在差异，居民医保封顶线普遍低于职工医保。

住院共付比方面，基本医保均体现了向利用水平相对较多的人群倾斜的特点，退休人员、学生或老年人享有相对较高的补偿比例，能够更好地发挥基本医保的保障作用。基本医保住院补偿比总体上南京市和合肥市最高，超过广州市，加之较低的门诊补偿比可能解释所在省的高住院率和低门诊就诊率，反映出补偿政策对引导居民就医行为有一定的效果。此外，杭州市根据住院费用分不同的报销比例，有利于降低因病致贫。广州市不同等级医疗机构间报销比例差异最大，有利于促进患者分级诊疗，上海市则不分级。除广州外不同制度间报销比例差异较大，长三角各地职工医保报销比例普遍高于居民医保。

三、长三角与珠三角经济圈基本医疗保障制度运行情况比较

表2对比了长三角和珠三角基本医疗保障制度运行情况。人口流动影响常住人口本地医保的覆盖率。2020年，各地基本医保参保率95%以上，但不同地区人口流入、流出存在差异，经济发达省市多为人口净流入地且参保条件相对严苛，导致常住人口本地医保的覆盖情况不同，造成非户籍人口的待遇差异。长三角整体常住人口本地医保覆盖率高于珠三角，因其包含人口净流入和净流出省份且二者相互平衡有关。安徽省基本医保覆盖率超过100%，但职工医保参保人数仅占总参保人数的14.19%（上海该比例为81.68%），表明其可能存在大量的劳工外流。

各地区退休人员占职工医保比重也存在差异，广东省总体较低，除浙江省外，长三角各省市退休人员占比均超过25%，上海市甚至达到32.91%，基金负担较重，较高的筹资比例一定程度上可以缓解这一问题。

长三角和广东省基金收入差异较大，但结余情况差异相对较小。广东省两类医保人均收入均相对较低，与长三角费率最低的安徽差异不大，但远低于上海、浙江。长三角职工医保当年结余率略高，主要与上海和浙江两地高结余率有关；而广东省居民医保当年结余率略高于长三角，主要与安徽、江苏两地低结余率有关。江苏、安徽较低的居民医保结余率可能与其相对较低的筹资水平和过高的住院待遇水平及住院率相关，说明住院补偿对基金支出的压力更大。长三角和广东职工医保累积结余率差异不大，但广东省居民医保累积结余率更高。长三角内部各省市除上海居民医保累积结余率相对较低外，其他各省差异不大；但上海市职工医保累积结余率远高于其他各省，与其较高的筹资比例有关。

表2 2020年长三角和珠三角地区基本医疗保障制度运行情况比较

指标名称	上海市	江苏省	浙江省	安徽省	长三角	广东省	珠三角 ¹
基本医保年末参保人数(万人)	1943.2	7967.7	5556.5	6704.6	22172.0	10991.4	5938.0
覆盖率(%)	78.10	93.99	85.91	109.82	94.20	87.07	75.90

职工医保	1587.2	3102.3	2579.5	951.6	8220.6	4578.1	3988.8
占参保人员总比重(%)	81.68	38.94	46.42	14.19	37.08	41.65	67.17
退休人员比例(%)	32.91	25.97	19.67	28.09	25.58	11.96	——
居民医保	356.0	4865.5	2977.0	5753.0	13951.5	6413.3	1949.2
基本医保基金人均收入(元)	6782.9	2257.3	3055.6	1197.9	2533.6	2006.6	2305.7
职工医保人均收入(元)	7706.0	4183.2	4733.8	3434.7	4949.5	3597.9	3244.2
居民医保人均收入(元)	2667.2	1029.2	1601.4	827.9	1110.1	870.7	
基本医保基金当年结余率(%)	21.0	11.9	20.9	8.4	16.2	15.2	
职工医保当年结余率(%)	21.5	14.8	23.1	12.3	19.1	16.2	
居民医保当年结余率(%)	13.8	4.4	15.1	5.8	8.7	12.2	
基本医保累计结余/当年收入(%)	243.4	128.1	145.1	96.9	155.8	166.2	
职工医保累计结余/当年收入(%)	260.3	157.9	182.1	166.0	196.6	193.1	
居民医保累计结余/当年收入(%)	25.2	50.8	50.1	49.5	48.6	86.6	

注：1. 珠三角城市东莞、中山、珠海、佛山建立城乡一体化基本医疗保险制度，居民医保基金合并在职职工医保统计。

四、结论和建议

（一）继续发挥医保保障作用，缩小地区和制度差异

长三角和珠三角两大经济圈的现行医保政策均体现了向卫生服务需求更高的人群倾斜的特点，如退休者、老年人、学生等，但对非户籍人群的保障效力依然较差。虽然异地就医结算政策促进了医保的可携带性，但跨省就医补偿比例下调影响其受益程度，应大力促进已就业者加入本地职工医保。此外，城市间筹资水平、门诊住院补偿政策等存在较大差异，部分地区仍需拓宽筹资来源、加大政府投入，以缩减地区差异，促进社会保障制度公平统一。不同类型基本医保之间也存在较大差异，不利于一体化进程。另外，医保资金是医疗机构主要收入来源之一，长三角部分发达地区高筹资和支出额使医疗机构获得更多投入，促

进卫生技术发展，加大了地区间和长三角内部不同省市医疗服务水平的不平衡。缩小地区差异不仅要缩小医保待遇差异，同时也应缩小服务质量差异。

（二）制度设计立足本地实际，平衡基金安全和缴费水平

地处长三角经济圈的上海市主要为职工医保，卫生需求高的退休人员占比较高，设计了较高的筹资比例和相对严苛的报销政策，很好地避免了超支风险，但结余率略高。提示具体政策设计在立足本地实际的基础上，应进行更为精确的测算并及时调整，才能在保障基金安全的前提下，设计更为合理的缴费费率，降低企业负担，促进扩大参保面，惠及更大人群。

（三）注重门诊及住院补偿政策设计，引导居民合理就医

基本医疗保险的补偿政策，特别是补偿比例，对引导患者就医行为有重要作用。地处长三角经济圈的上海、杭州的门诊补偿比相对较高，而住院补偿水平较低，导致所在地门诊利用率较高，而住院率相对较低，医保基金结余充足；江苏和安徽则表现出相反的趋势。后者体现了“保大病”的政策倾向，导致相对较高的住院率水平和基金支出，面临超支风险，特别是筹资水平更低的居民医保。“保大病”的政策设计能有效避免参保者因病致贫，但可能存在门诊转住院的潜在隐患，后者对医保基金的消耗更大。如何平衡“保大病”和“保小病”，依然需要更进一步的研究。

（四）发挥经济圈优势，促进圈内不同省市医疗水平平衡发展

《“健康中国”2030规划纲要》提出“共建共享、全民健康”。长三角经济圈覆盖地域广，区域内不同省市医疗服务能力、医疗保险待遇水平和补偿政策设计差异显著。未来应充分发挥经济圈内部优势，借力圈内医疗发展水平较高的省市，通过促进人才交流、对口支援、省际帮扶、打造更为庞大的区域医联体等加强省市间交流互助，促进经济圈内其他地区医疗技术水平平衡发展，共建共享，实现区域内健康公平。

参考文献

- [1] 彭际作. 大都市圈人口空间格局与区域经济发展[D]. 华东师范大学, 2006.
- [2] 詹宇航. 不同医疗保障模式的保障效果和管理效率比较[D]. 西南财经大学, 2021.
- [3] 颜令帅, 吴忠. 北京、上海、广州城镇居民基本医疗保险制度比较[J]. 卫生经济研究, 2012(12): 30-34.