

中国医疗救助筹资的横向公平性： 基于中央与地方财政关系的分析

惠文

[摘要] 筹资公平是医疗救助制度实现起点公平的重要基础。基于 2013—2023 年省级面板数据，综合运用基尼系数、集中指数等不平等测度指标及分解方法，本研究系统测度了我国医疗救助的筹资公平性及其形成机制。实证结果表明：我国医疗救助筹资呈现显著的“亲富性”横向不公平特征，地方财政能力差异是区域筹资不平等的主要贡献因素；中央转移支付虽在一定程度上缓解了筹资的区域失衡，但其调节力度仍存在明显不足；中央财政筹资责任弱化及资金分配中扶弱性指标权重偏低，制约中央财政的调节效能。动态趋势显示，2018—2020 年脱贫攻坚关键阶段，中央财政筹资责任的强化显著提升了其均衡效应，但全面脱贫后呈现回调态势，导致其公平性改善的可持续性不足。基于上述发现，本研究建议从合理划分筹资责任、完善转移支付制度、有效发挥第三次分配作用等方面进一步提升医疗救助的筹资公平性。

[关键词] 医疗救助；筹资水平；横向公平；财政分权

一、引言

医疗救助制度旨在为低收入人群的基本医疗提供兜底保障，是防范因病致贫返贫的社会安全网。医疗救助亦是我国社会救助体系中不可或缺的专项救助制度，其完善程度直接关系到分层分类社会救助体系的健全与否，对保障和改善民生、促进社会公平正义和扎实推进共同富裕至关重要。

自 2003 年建制以来，我国医疗救助制度在救助对象认定、救助水平提高和救助范围拓宽等方面均取得了显著进展，特别是在 2018—2020 年脱贫攻坚关键阶段实现了跨越式发展。然而，当前制度依然面临诸多结构性挑战，其中公平性不足尤为突出，集中体现为区域间救助水平的显著失衡。区域发展不均衡作为我国“三大差距”之一，不仅体现在经济领域，也深刻影响着基本公共服务的均等化。通过对 2022 年前后各地出台的健全重特大疾病医疗保险和医疗救助政策进行比较分析发现，我国省级行政区之间医疗救助水平差异悬殊，以年度限额为例，北京市高达 16 万元，上海市为 13 万元，浙江省、广东省等经济发达省份设定为 10 万元，而甘肃省和贵州省等中西部省份普遍为 5 万元，广西壮族自治区则仅为 3 万元。^①

[作者简介] 惠文，浙江财经大学东方学院讲师。主要研究方向：医疗保障政策。

① 作者根据各地医疗救助政策梳理得出。

这种巨大的区域差异显然有违社会保障的公平性以及基本公共服务均等化的基本要求，也不利于共同富裕的实现。

从医疗救助制度运行看，救助水平是制度的核心要素，但其直接受制于筹资水平。在我国现行体制下，医疗救助筹资主要来源于政府财政支出，属于中央与地方共同事权，由各级政府共同承担支出责任，中央对困难地区通过转移支付给予支持。因此，医疗救助水平的区域差异问题本质上是财政均等化问题，其核心是政府间筹资责任划分这一关键性制度安排问题。基于此，本文系统考察了我国 2013—2023 年间医疗救助筹资水平的公平性及其演进轨迹，并重点分析中央与地方政府间筹资责任配置对区域公平性的影响，为提升医疗救助制度的公平性、健全社会保障体系和推进共同富裕提供循证依据。

本研究的学术贡献主要体现在以下三个方面，一是构建了一个医疗救助制度公平性的分析框架，厘清了筹资公平的内涵及其在制度公平谱系中的定位；二是系统考察了 2013—2023 年间医疗救助筹资水平的公平性及其动态演变特征，特别是涵盖了脱贫攻坚战略实施与政策调整的关键节点，弥补了既有研究时效性不足的缺陷；三是深入分析了中央财政转移支付对促进区域均等化的作用，从筹资责任划分、资金分配标准等维度揭示了筹资公平的制约因素，为优化政府间事权与支出责任和完善转移支付制度提供了具有可操作性的政策建议。

二、文献综述与分析框架

（一）文献综述

国内学界对医疗救助制度横向公平性的系统性研究始于顾昕及其研究团队。该团队在对我国社会救助的筹资、给付和覆盖面等方面的横向公平性展开了系列研究后，^①又将这一评价维度拓展应用于医疗救助领域。具体而言，从筹资水平、^②覆盖面^③和给付水平^④三个方面，系统评估了我国医疗救助的省际不平等，发现我国东中西部之间无论是筹资还是给付水平均存在显著的横向不平等，这种不平等既体现在区域间，也体现在区域内，且自 2010 年以来区域内的不平等问题日益突出，其中东部地区内部的不平等现象尤为明显。孙菊、秦瑶对 2009 年和 2013 年医疗救助横向公平的分析也有类似发现。^⑤这些研究还指出，中央转移支付能够缓解地区间的不均衡程度，但作用有限，而省级财政未能充分发挥其应有的调节功能。强化省级财政对下转移支付的均等化水平能显著降低省内差异，^⑥但需要进一步规范并引导省级财政合理增

① 顾昕等：《中国城乡社会救助筹资水平的公平性》，《国家行政学院学报》2007 年第 1 期；顾昕等：《中国城乡社会救助的横向公平性》，《东岳论丛》2007 年第 1 期；顾昕、高梦滔：《中国城乡社会安全网的覆盖面与横向公平性问题》，《河北学刊》2007 年第 2 期；范西庆等：《中国城乡社会救助项目绩效评价研究——基于筹资水平的横向公平性分析》，《财经研究》2007 年第 10 期。

② 高梦滔、顾昕：《城市医疗救助筹资与给付水平的地区不平等性》，《南京大学学报（哲学·人文科学·社会科学版）》2007 年第 3 期；顾昕、白晨：《中国医疗救助筹资水平的横向公平性研究》，《财政研究》2014 年第 12 期；顾昕、白晨：《中国医疗救助筹资的不公平性——基于财政纵向失衡的分析》，《国家行政学院学报》2015 年第 2 期。

③ 白晨、顾昕：《中国城镇医疗救助的目标定位与覆盖水平》，《学习与实践》2015 年第 11 期；白晨、顾昕：《中国农村医疗救助的目标定位与覆盖率研究》，《中国行政管理》2015 年第 9 期。

④ 白晨、顾昕：《实现横向公平：中国城镇医疗救助给付水平不平等性》，《学海》2015 年第 2 期；白晨、顾昕：《中国农村医疗救助给付水平横向公平问题研究》，《河南社会科学》2015 年第 1 期。

⑤ 孙菊、秦瑶：《医疗救助制度的救助效果及其横向公平性分析》，《中国卫生经济》2014 年第 11 期。

⑥ 白晨、顾昕：《找回“中间层”：省级支出责任与医疗救助均等化》，《中国行政管理》2020 年第 1 期。

加支出责任，避免其采取“压力传导型”筹资策略。^①

关于医疗救助横向公平性的研究大多发表于2015年前后，且主要基于2013年及以前的数据。这导致两个重要时期未被充分考察：一是医疗救助制度快速发展的精准扶贫阶段（2013—2020年），二是全面脱贫后的政策调整期。数据断档与研究断层不仅影响了结论的时效性，更削弱了研究成果对当前医疗救助政策优化的参考价值。周佳卉、朱铭来的研究虽将分析时段延续至2022年，在一定程度上填补了现有研究的时效性缺陷，^②然而该研究主要聚焦于救助水平的区域不平等，且所采用的测度指标和分析方法也值得商榷。譬如其采取人均相对救助水平（人均绝对救助水平/地区居民人均可支配收入）来测度地区间救助水平的差异，可能无法准确反映实际资源分配差异。一般而言，经济发达地区的绝对救助水平较高，但由于人均可支配收入也相应较高，可能导致其相对救助水平较低，经济欠发达地区则可能出现相反情况。采用相对支出水平不仅可能掩盖真实的区域差异，甚至可能导致与实际情况相悖的研究结论。此外，该研究在分析方法上也存在明显不足，既未运用集中指数等国际通行的不公平测度指标，亦未能深入探讨筹资公平性这一关键维度，特别是缺乏对财政分权对救助（给付）水平公平性的影响。这些局限在一定程度上削弱了研究结论的科学性和政策参考价值。

综上，当前我国医疗救助公平性的研究存在缺乏清晰的理论分析框架、时间维度上的断层和方法上的局限等不足。值得注意的是，2013—2023年是我国医疗救助制度实现跨越式发展的关键阶段，特别是在脱贫攻坚战略实施期间，中央财政通过建立针对中西部地区及深度贫困地区的倾斜性转移支付机制，显著强化了中央财政责任，并大幅提升了医疗救助的筹资水平。然而，令人遗憾的是，学界对这一重要历史时期的关键制度变革及其政策效应的系统性评估与研究严重不足。这种研究缺位不仅阻碍了医疗救助托底保障功能的持续优化，也制约了防范化解因病致贫返贫长效机制的建设，更对巩固拓展脱贫攻坚成果、有效衔接乡村振兴战略以及扎实推进共同富裕目标构成了潜在的理论与实践挑战。基于此，深入开展相关研究，特别是聚焦于筹资公平性问题，不仅有助于完善医疗保障公平性的理论体系，更能为医疗救助制度的改革与创新提供重要的政策参考。

（二）分析框架

厘清医疗救助筹资横向公平的内涵和定位是本研究的学术起点。公平具有多元性和多维性，在学术文献中通常将公平分为横向公平（Horizontal Equity）和纵向公平（Vertical Equity）两个维度。这一划分思想在经济学特别是公共经济学领域有着深厚的历史渊源，例如被誉为“现代财政学之父”的马斯格雷夫就税收公平理论有过经典论述，认为拥有相同纳税能力的人们必须缴纳相同的税收，而具有较高能力的人们则必须缴纳更多一些，前者即称为横向公平，后者则称之为纵向公平。^③简言之，横向公平注重形式平等，强调通过统一规则来消除制度性歧视，实现同类人群的公平；纵向公平侧重实质补偿，要求对弱势群体实施倾斜政策来弥补其结构劣势，实现社会整体的均衡。罗尔斯正义理论中的第一原则、诸多社会正义论中的普遍主义原则

① 白晨：《转移还是消化：省级政府基本公共服务筹资策略及其效果分析——来自医疗救助服务的证据》，《中国软科学》2020年第1期。

② 周佳卉、朱铭来：《医疗救助制度公平性评价》，《西北人口》2025年第4期。

③ 理查德·马斯格雷夫、佩吉·马斯格雷夫：《财政理论与实践》，中国财政经济出版社，2003年，第235-245页。

以及形式或资源平等主义等理论，均为横向公平提供了坚实的理论支撑；罗尔斯的第二正义原则、功利主义和再分配正义理论等则为纵向公平提供了学理依据。

此外，从时序维度看，公平又可以划分为起点公平、过程公平和结果公平。起点公平关涉事项的发生时段，过程公平关涉事项的进行时段，结果公平则关涉事项的结果及其影响。具体而言，起点公平是指个体在进入社会竞争或参与社会活动时，应在平等的初始条件下享有平等的权利和机会，其核心在于消除因家庭背景、社会地位或地理区位等因素造成的不平等；过程公平强调规则与程序的透明性、中立性与普适性，要求所有人在相同条件下被平等对待；结果公平关涉资源或利益的最终分配是否符合道德原则，强调通过再分配手段缩小差距，实现实质平等。就很多事项而言，起点、过程和结果之间并不一定明确的分界线，但这并不妨碍我们从分析的视角对此加以区分。时序靠前的公平在很多情况下还会影响到时序靠后的公平，尤其是起点公平会影响到过程公平和结果公平；过程公平所涉及的事情往往广、碎、杂，对结果公平深具影响；结果公平与否往往又对新一轮次的起点公平产生影响。具体到医疗救助领域，起点是指获得救助的权利和机会，主要体现在救助对象的认定以及筹资，过程是指救助规则和救助水平，而结果则是指健康平等及其收入再分配效应。

基于对公平理论的一般分析以及医疗救助制度的功能定位，本文尝试构建了一个医疗救助制度公平性的分析框架（表1）。该框架以横向-纵向公平、起点公平-过程公平-结果公平为两个维度，涵盖了医疗救助制度的主要事项，有助于厘清各事项在公平谱系中的定位，以及较为全面地考察我国医疗救助制度的公平性。

表1 医疗救助公平性的分析框架

| 公平维度 | 起点 | 过程 | 结果 |
|------|--------------------|------------------|-------|
| 横向 | 救助的权利和机会平等，筹资水平均等化 | 救助给付结构统一，给付水平均等化 | 健康平等 |
| 纵向 | 补偿性或矫正性干预，中央转移支付 | 救助结构差异化设计，分层分类救助 | 收入再分配 |

资料来源：作者自制。

在起点公平维度，横向公平主要指救助的权利和机会平等，确保具有同等医疗救助需求的对象享有平等的制度准入机会，具体体现在救助对象的认定和筹资水平的均等化等方面，其中筹资均等化是指不同区域间的低收入人群能够获得大体相当的筹资水平，这是制度准入和救助水平均等化的物质基础；纵向公平则主要体现在通过资源倾斜或资源再分配弥补起点不公，消除历史性或结构性的初始不公，比如特困和低保等重点人群优先获得救助的机会，中央对困难地区通过转移支付给予支持以消除其筹资上的劣势。在过程公平维度，横向公平要求统一救助规则和给付结构，包括年度救助的起付线、封顶线、报销比例等核心待遇要素，以及救助覆盖范围的标准化等，从而保障具有相似救助需要的被救助对象获得大体相当的救助水平；纵向公平则强调差异化救助原则，通过分类分层救助机制对不同救助对象实施差异化给付，以及对特殊困难群体实施倾斜救助等。在结果公平维度，通过保障救助对象获得基本医疗服务来维持并改善低收入人口的健康水平、改善健康贫困、缩小健康不平等是医疗救助结果横向公平的根本追求，同时，通过医疗救助资金的收入再分配功能，有效缓解因病致贫返贫风险，缩小贫富差距，

体现了其纵向结果公平的价值取向。

上述理论分析框架厘清了医疗救助筹资公平的内涵和定位。医疗救助筹资的公平性作为制度起点公平的核心要素，在医疗救助公平性谱系中具有基础性地位，不仅直接决定了医疗救助的过程公平性，更深刻影响着结果公平的最终成效。筹资公平包括横向公平和纵向公平两个关键维度，其中横向公平强调筹资的均等化，纵向公平侧重中央财政通过转移支付机制调节区域差异的有效性。这一分析框架的系统应用，既有助于全面把握我国医疗救助筹资公平性的整体状况，又能深入解析不同公平维度间的相互作用机制。

三、测度方法与数据来源

（一）测度与分解方法

本文主要采用基尼系数、泰尔指数和集中指数等不平等指标来综合测度医疗救助筹资的公平性程度，并采用索罗克斯要素分解法、descogini 分解法和泰尔指数组群分解法考察不平等的来源与形成机制。

1. 基尼系数与要素分解法

基尼系数是国际上最为通用的衡量一个国家或地区居民收入差距的指标，当然亦可用来测度财政支出不平等。基尼系数的要素分解法或索罗克斯分解（Shorrocks），为分析收入或支出不平等的结构来源提供了重要工具。这一方法要求收入或支出的分项要素具有可加性和同质性，但无法考察异质性要素对不平等的贡献。就本研究而言，如果医疗救助总筹资由中央财政和地方财政两个同质来源构成时，索罗克斯分解法能够准确量化各财政来源对总体筹资不平等的独立贡献。后来有学者对此方法进行了拓展，并开发了专门的统计软件命令“descogini”，这一改进不仅保留了传统要素分解功能，还可以考察某种来源的边际贡献，即能够评估某一财政来源 1% 的变动对总体不平等指标的弹性影响，从而为政策调节提供了更精细的量化依据。

2. 泰尔指数与组群分解法

泰尔指数（Theil Index）也是衡量不平等程度的一种常用统计指标，属于广义熵指数的一种。泰尔指数的取值范围为 0 到正无穷，数值越大表示不平等程度越高。这一指标的重要特征是其具有完全可分解性，即可以将总体不平等完美地分解到不同组群上去，使整体差距分解为组内不平等和组间不平等两个方面，分解结果非常干净，即组内不平等是指同一群体内部的不平等程度，组间不平等是不同群体之间的不平等程度。以区域分析为例，该方法能够将全国医疗救助筹资的总体不平等清晰地分解为东中西部三大区域内部的不平等和区域之间的不平等，有助于考察不平等的空间来源及其构成特征。

3. 集中指数

基尼系数是不平等的一般刻画，但其仅能刻画收入这一单维度上的分布均等情况，无法刻画某种物品的分配与社会经济地位不平等的关联性。换言之，无法反映某种物品或服务究竟是富人占有更多还是穷人占有更多。集中指数可以弥补这个不足，其可展示某一物品或服务的分

配偏向哪一类社会经济群体。集中指数的横轴表示社会经济状况由低到高排序后的人口累计百分比，这与基尼系数的横轴相似。集中指数的纵轴是某一研究变量的累计百分比，如财政筹资水平、健康水平、医疗服务利用等。研究变量分布所形成的曲线称为集中曲线，根据集中曲线可以测算出集中指数，集中指数的取值范围为 $[-1, 1]$ ，集中指数的绝对值越大，表示集中度越高，不平等状况也就越严重。一般而言，集中指数取值为负数时，表示研究对象具有“亲贫性”，低收入人群或欠发达地区占有更多；反之为正时表示具有“亲富性”，更加偏向于富人或经济发达地区。

（二）衡量指标

本研究重点考察医疗救助筹资水平的公平性问题。基于既有研究和医疗救助制度的功能定位，采用人均筹资额作为衡量某一地区筹资水平高低的核心指标。测度人均筹资额需要地区救助人数和地区筹资总额两项关键数据。其中救助人数主要采用实际资助参保人数进行衡量，这是因为实际资助参保人数作为我国医疗救助对象的主体构成，能有效反映出地区救助对象的实际规模，因此人均筹资额 = 地区医疗救助筹资总额 / 实际资助参保人数。其次，考虑到部分地区“应救尽救”的目标尚未完全实现，仅采用实际资助参保人数可能导致人均筹资额的水平被低估，本文同时引入了医疗救助重点目标人群（低保对象和特困五保人员）作为替代性和稳健性测算基准。在实证结果部分，本文主要报告了以实际资助参保人数为基准的分析结果。结果表明，尽管两种测度方法的结果在数值水平上存在细微差异，但所得结论具有高度一致性。限于篇幅，基于重点人群的测算结果未在本文中予以展开报告。

（三）数据来源

本研究的数据主要来自《中国统计年鉴》《中国民政统计年鉴》以及财政部下达的中央医疗救助补助预算数据。其中《中国统计年鉴》里详细公布了各省份医疗救助支出规模和支出结构，以及各地区资助参保人数等信息，为本研究测算各地区的人均筹资额提供了数据基础。

2018年医疗保险行政机构改革（即医疗保障局成立）前，医疗救助由民政部门管理，《中国民政统计年鉴》中详细记载了各层级政府历年医疗救助预算收支及其执行的详细数据。2018年医疗救助职能划转至医疗保障局后，关于医疗救助预算收支的详细数据停止公开。然而，通过对《中国民政统计年鉴》公布的2011—2017年历史数据的分析，发现全国及各地区层面医疗救助预算收支基本保持平衡，结余率控制在 $\pm 2\%$ 左右。这表明医疗救助预算执行高度刚性，支出规模近似于预算筹资规模，符合《城乡医疗救助基金管理办法》所要求的“专款专用，收支平衡原则”“各统筹地区应合理安排基金收入和基金支出，控制基金结余规模”。根据部分县市披露的医疗救助基金收支数据，其基金运行情况也基本遵循这一原则。更重要的是，相较于预算编制数据，医疗救助支出规模能够更准确地反映各地区最终实现的筹资金额，有助于规避预算编制中可能存在的虚报或低估现象。基于以上考量，本文采用各地区医疗救助支出规模来测度其筹资水平。

需要进一步说明的是，本研究还将从中央—地方纵向关系视角分析中央转移支付对区域间筹资公平性的影响。医疗救助中央转移支付数据主要来自于2013—2017年《民政统计年鉴数据》以及2016—2023年财政部公布的中央财政医疗救助补助资金数据。为确保数据的准确性、可

靠性和纵向可比性，笔者对《中国民政统计年鉴》数据以及财政部公布的数据进行了仔细比较鉴别后，发现财政部公布的中央财政医疗救助补助资金与《中国民政统计年鉴》中的医疗救助中央专项转移支付数据基本是吻合的，这保证了中央财政医疗救助转移支付数据在 2018 年前后具有纵向可比性。值得注意的是，在 2018—2020 年医疗保障扶贫三年行动实施期间，中央财政除了一般医疗救助补助资金外，还专门针对“三区三州”等深度贫困地区农村贫困人口经城乡居民基本医疗保险和大病保险报销后的个人自付医疗费用给予倾斜救助，这笔资金也应被列为医疗救助补助资金，因此这一时期中央财政的医疗救助资金实际上由一般医疗救助补助和精准扶贫医疗救助补助两个部分组成。

鉴于 2018 年后地方政府层级的详细筹资结构数据获取受限，本研究将分析重点聚焦于中央与地方政府在医疗救助中的筹资责任划分以及中央转移支付对区域均衡发展的调节效应。这一研究设计既回应了数据可得性的现实约束，又能够有效捕捉医疗救助筹资机制的关键特征。

四、实证结果与分析

（一）医疗救助筹资的横向公平性及变化

由表 2 可知，我国地区间医疗救助人均筹资水平的基尼系数基本在 0.4 左右，这表明筹资存在较高度度的横向不公；集中指数显著为正值，表明筹资具有显著的“亲富性”，即经济发达地区的筹资水平更高。从时间趋势看，不平等—不公平程度在 2018 年以后有所减弱。

表 2 医疗救助筹资水平的不平等程度

| 年份 | 基尼系数 | 泰尔指数 | 集中指数 |
|------|--------|--------|-----------------------|
| 2013 | 0.5467 | 0.6857 | 0.0080 |
| 2014 | 0.4194 | 0.3364 | 0.1258 |
| 2015 | 0.4404 | 0.3697 | 0.2877 ^{***} |
| 2016 | 0.5042 | 0.4906 | 0.2863 ^{***} |
| 2017 | 0.5999 | 0.8250 | 0.4762 ^{***} |
| 2018 | 0.4072 | 0.3163 | 0.3060 ^{***} |
| 2019 | 0.4653 | 0.4581 | 0.3309 ^{***} |
| 2020 | 0.4665 | 0.4984 | 0.4211 ^{***} |
| 2021 | 0.4068 | 0.3102 | 0.3406 ^{***} |
| 2022 | 0.3898 | 0.2836 | 0.3182 ^{***} |
| 2023 | 0.3801 | 0.2684 | 0.2688 ^{***} |

注：***、**和*分别表示集中指数在 1%、5%和 10%水平下显著。

从索罗克斯分解结果可以发现（表 3），地方财政筹资水平差距是筹资不平等的主要来源，且贡献度呈现持续扩大的动态特征，即从 2013 年的 42.6% 显著攀升至 2023 年的 89.0%。这与我国基本公共服务主要依赖地方财政进行筹资的财政分权体制密切相关。

表3 医疗救助人均筹资水平不平等的来源分解：索罗克斯要素分解

| 年份 | 中央财政的贡献度 | 地方财政的贡献度 |
|------|----------|----------|
| 2013 | 57.4% | 42.6% |
| 2014 | 41.3% | 58.7% |
| 2015 | 22.7% | 77.3% |
| 2016 | 28.0% | 72.0% |
| 2017 | 17.9% | 82.1% |
| 2018 | 18.1% | 81.9% |
| 2019 | 37.2% | 62.8% |
| 2020 | 14.0% | 86.0% |
| 2021 | 15.8% | 84.2% |
| 2022 | 12.0% | 88.0% |
| 2023 | 11.0% | 89.0% |

(二) 医疗救助筹资横向公平的机制分析

1. 中央财政转移支付的区域均衡作用

医疗救助作为中央和地方的共同事权，其财政责任分担机制对区域横向公平具有关键作用。那么，中央财政转移支付在缩小地区间医疗救助水平差异方面究竟产生了多大程度的均等化效应？

由表4可知，医疗救助筹资在中央转移支付前存在严重的区域不平等现象，基尼系数维持在0.6以上的高位，泰尔指数约为0.7，集中指数亦达到0.6左右。而在中央转移支付后，各项不平等指标均呈现显著改善，基尼系数降至0.4左右，降幅达33%；泰尔指数降至约0.5，降幅约29%。尤其是，集中指数亦降至0.3左右，降幅高达50%。这一量化证据表明，中央财政转移支付机制在调节区域医疗救助筹资差异并且降低横向不公平方面发挥了实质性的均等化作用。但值得注意的是，转移支付后的不平等指标仍处于相对较高水平，说明现行制度仍有进一步优化空间。

表4 中央财政转移支付前后人均筹资不平等程度的变化

| 年份 | 转移前 G0 | | | 转移后 G2 | | |
|------|--------|--------|-----------------------|--------|--------|-----------------------|
| | 基尼系数 | 泰尔指数 | 集中指数 | 基尼系数 | 泰尔指数 | 集中指数 |
| 2013 | 0.6583 | 0.8319 | 0.5755 ^{***} | 0.5467 | 0.6857 | 0.0080 |
| 2014 | 0.6282 | 0.6871 | 0.5279 ^{***} | 0.4194 | 0.3364 | 0.1258 |
| 2015 | 0.6419 | 0.7729 | 0.5623 ^{***} | 0.4404 | 0.3697 | 0.2877 ^{***} |
| 2016 | 0.7199 | 0.9719 | 0.6331 ^{***} | 0.5042 | 0.4906 | 0.2863 ^{***} |
| 2017 | 0.7614 | 1.3071 | 0.7297 ^{***} | 0.5999 | 0.8250 | 0.4762 ^{***} |
| 2018 | 0.7556 | 0.7019 | 0.6915 ^{***} | 0.4072 | 0.3163 | 0.3060 ^{***} |
| 2019 | 0.7082 | 0.6717 | 0.6510 ^{***} | 0.4653 | 0.4581 | 0.3309 ^{***} |
| 2020 | 0.7208 | 0.9078 | 0.6631 ^{***} | 0.4665 | 0.4984 | 0.4211 ^{***} |
| 2021 | 0.6107 | 0.6641 | 0.5320 ^{***} | 0.4068 | 0.3102 | 0.3406 ^{***} |

| 年份 | 转移前 G0 | | | 转移后 G2 | | |
|------|--------|--------|-----------------------|--------|--------|-----------------------|
| | 基尼系数 | 泰尔指数 | 集中指数 | 基尼系数 | 泰尔指数 | 集中指数 |
| 2022 | 0.6428 | 0.5627 | 0.5453 ^{***} | 0.3898 | 0.2836 | 0.3182 ^{**} |
| 2023 | 0.5514 | 0.5365 | 0.4270 ^{***} | 0.3801 | 0.2684 | 0.2688 ^{***} |

注：***、**和*分别表示集中指数在1%、5%和10%水平下显著。

本研究通过基尼系数的 descogini 分解方法进一步验证了中央财政转移支付的区域均等化效应（表5）。中央转移支付呈现显著的负向边际效应，表明增加中央转移支付有助于降低总体的不平等；相反，地方财政支出则呈现正向边际效应，显示地方财政筹资差异会加剧区域不平等。

表5 医疗救助人均筹资水平的 descogini 分解

| 年份 | 中央财政 | 地方财政 |
|------|---------|---------|
| 2013 | 0.1588 | -0.1588 |
| 2014 | -0.0935 | 0.0935 |
| 2015 | -0.1901 | 0.1901 |
| 2016 | -0.1427 | 0.1427 |
| 2017 | -0.1484 | 0.1484 |
| 2018 | -0.4156 | 0.4156 |
| 2019 | -0.1217 | 0.1217 |
| 2020 | -0.3471 | 0.3471 |
| 2021 | -0.3321 | 0.3321 |
| 2022 | -0.4914 | 0.4914 |
| 2023 | -0.2996 | 0.2996 |

研究发现中央财政转移支付虽具有显著的区域均等化效应，但其调节力度仍显不足，转移支付后地区间医疗救助筹资的基尼系数仍处于0.4左右的较高区间。哪些制度性因素制约了中央财政调节效应的充分发挥？现行医疗救助筹资责任划分与转移支付分配机制如何影响均等化效果？

2. 医疗救助中央与地方的筹资责任分担

表6的纵向数据揭示了我国医疗救助筹资格局的阶段变迁。可以看出，2015年及以前我国医疗救助的总筹资水平增长比较缓慢，2016年开始实施医保扶贫后，特别是2018—2020年脱贫攻坚关键阶段，筹资增长较快，尤其是中央财政在2018—2020年大幅增加，2018年中央财政实现突破性增长，较上年增加约120亿元，并在此后维持较高水平的持续投入。

表6 医疗救助中央与地方的筹资责任（亿元）

| 年份 | 总筹资 | 中央财政 | 地方财政 | 中央占比 | 地方占比 |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 2013 | 224.91 | 132.83 | 92.08 | 59.06% | 40.94% |
| 2014 | 252.60 | 141.17 | 111.43 | 55.89% | 44.11% |
| 2015 | 269.06 | 140.21 | 128.85 | 52.11% | 47.89% |
| 2016 | 296.10 | 154.13 | 141.97 | 52.05% | 47.95% |
| 2017 | 340.09 | 154.13 | 185.96 | 45.32% | 54.68% |
| 2018 | 399.70 | 274.11 | 125.59 | 68.58% | 31.42% |

| 年份 | 总筹资 | 中央财政 | 地方财政 | 中央占比 | 地方占比 |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 2019 | 493.14 | 284.01 | 209.13 | 57.59% | 42.41% |
| 2020 | 541.42 | 314.09 | 227.33 | 58.01% | 41.99% |
| 2021 | 573.17 | 278.46 | 294.71 | 48.58% | 51.42% |
| 2022 | 581.99 | 311.93 | 270.06 | 53.60% | 46.40% |
| 2023 | 700.32 | 296.51 | 403.82 | 42.34% | 57.66% |

从筹资结构动态演变来看,2013—2017年中央财政的占比持续下降,由2013年的59.06%降至2017年的45.32%,并于2017年被地方超越。2018—2020年脱贫攻坚关键期中央加大了医疗救助转移支付,筹资比例再次回升至2018年的68.58%,2020年尽管略有下降但依然达到58.01%,一度回到2013年及以前的水平。全面脱贫实现后中央财政的占比再次波动下降至2023年的42.34%。图1更加直观地反映了中央与地方筹资的占比与变化。由此可见,中央财政责任与投入规模是影响其区域调节能力的关键性制度因素。

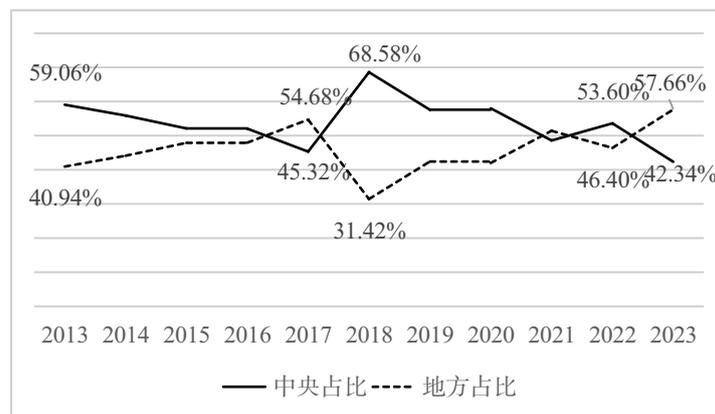


图1 2013—2023年医疗救助的筹资责任划分

3. 中央转移支付的区域分配

从中央转移支付在地区间的分配来看(表7),中央转移支付总额主要分配给了中西部,其中西部最多,约占50%—60%,中部次之,约占30%—37%,中西部合计达到中央财政转移支付总额的86%以上。2018年及以后西部地区分配的份额进一步增加,由2018年的49%达到2023年的60%。中央财政转移支付的集中指数均为负数且非常显著,也表明中央转移支付总资金主要流向了经济欠发达地区,且集中度越来越高。从中央财政转移支付总额来看,呈现出显著的区域瞄准特征,重点保障中西部地区的筹资需求,且随脱贫攻坚深化加大对西部的支持强度。

表7 中央转移支付总额的区域分配(亿元)

| 年份 | 西部 | 中部 | 东部 | 西部 | 中部 | 东部 | 集中指数 |
|------|-------|------|------|-------|-------|-------|------------|
| 2013 | 66.2 | 49.7 | 16.9 | 49.8% | 37.4% | 12.7% | -0.2580*** |
| 2014 | 70.5 | 52.7 | 17.9 | 50.0% | 37.4% | 12.7% | -0.2496*** |
| 2015 | 69.4 | 52.9 | 17.9 | 49.5% | 37.7% | 12.8% | -0.2569*** |
| 2016 | 76.7 | 56.6 | 20.9 | 49.7% | 36.7% | 13.6% | -0.2523*** |
| 2017 | 75.5 | 57.1 | 21.5 | 49.0% | 37.1% | 14.0% | -0.2391*** |
| 2018 | 147.6 | 87.1 | 39.4 | 53.8% | 31.8% | 14.4% | -0.2729*** |

| 年份 | 西部 | 中部 | 东部 | 西部 | 中部 | 东部 | 集中指数 |
|------|-------|------|------|-------|-------|-------|------------|
| 2019 | 166.9 | 88.0 | 29.2 | 58.8% | 31.0% | 10.3% | -0.2386*** |
| 2020 | 175.8 | 96.7 | 41.5 | 56.0% | 30.8% | 13.2% | -0.2171*** |
| 2021 | 161.3 | 81.9 | 35.2 | 57.9% | 29.4% | 12.6% | -0.2548*** |
| 2022 | 188.0 | 88.5 | 35.3 | 60.3% | 28.4% | 11.3% | -0.2755*** |
| 2023 | 178.2 | 86.0 | 32.3 | 60.1% | 29.0% | 10.9% | -0.2809*** |

注：***、**和*分别表示集中指数在1%、5%和10%水平下显著。

从人均中央转移支付额来看(表8),依然呈现西部最多,中部次之,东部最少的梯度特点。泰尔指数的分解结果显示,人均中央转移支付的不平等主要来自组内不平等,这说明东中西区域间的人均筹资水平差距的显著性低于东中西区域内省际间差距的显著性。人均中央转移支付的集中指数为负,显示人均转移支付具有一定的“亲贫性”,但整体而言集中指数并不高,说明就人均而言中央财政对中西部的倾斜力度并不显著,具有一定的“摊薄饼”特征,这成为影响其发挥区域均等化作用的另一主要原因。2021—2023年人均中央转移支付额的集中指数较之前变得更加微弱,进一步说明全面脱贫后中央财政在人均转移上对各地区间比较均等,对经济欠发达地区的转移力度有所减弱,趋于按人头的平均分配。

表8 人均中央转移支付的区域分配及其不平等(元)

| 年份 | 西部 | 中部 | 东部 | 组内不平等 | 组间不平等 | 集中指数 |
|------|------|-----|-----|-------|-------|----------|
| 2013 | 2441 | 210 | 155 | 74.6% | 25.4% | -0.6341 |
| 2014 | 2074 | 275 | 201 | 76.8% | 23.2% | -0.5780 |
| 2015 | 1348 | 245 | 193 | 78.1% | 21.9% | -0.5001 |
| 2016 | 566 | 221 | 171 | 75.8% | 24.2% | -0.2651 |
| 2017 | 503 | 256 | 211 | 79.2% | 20.8% | -0.1601 |
| 2018 | 774 | 359 | 311 | 84.0% | 16.0% | -0.2090* |
| 2019 | 653 | 363 | 395 | 92.4% | 7.6% | -0.1032 |
| 2020 | 905 | 501 | 403 | 83.4% | 16.6% | -0.2155 |
| 2021 | 1291 | 336 | 200 | 67.6% | 32.4% | -0.0671 |
| 2022 | 564 | 331 | 348 | 86.7% | 13.3% | -0.0210 |
| 2023 | 501 | 460 | 331 | 90.3% | 9.7% | -0.0075 |

注：***、**和*分别表示集中指数在1%、5%和10%水平下显著。

(三) 强化中央转移支付的均衡作用：一个准自然实验

中央财政筹资责任弱化与资金分配扶弱性不足是制约中央转移支付区域均衡效应的关键因素。动态演变分析可以发现,筹资公平性程度在2018年出现了一个显著的拐点,即筹资公平在2018年之前不断减弱,2018年之后显著增强,中央财政的调节力度亦如此,这为我们继续考察筹资公平的机制提供了一个良好的政策自然实验。这种转折和改善主要得益于以下因素。

首先,强化了中央财政的筹资责任。2018年国务院办公厅公布了《关于印发医疗卫生领域中央与地方财政事权和支出责任划分改革方案的通知》,进一步明确医疗救助为中央和地方的共同事权和财权,强化了中央的筹资责任,要求“中央根据救助需求、工作开展情况、地方财力状况等因素分配对地方转移支付资金”“中央财政加大对困难地区的均衡性转移支付力度,

促进基本公共服务均等化。”这对于强化中央财政筹资力度起到重要推动作用。

其次,脱贫攻坚期加大了中央对深度贫困地区的精准转移支付力度。2018—2020年中央财政在医疗救助一般转移支付外还专门拨付一部分资金用于提高深度贫困地区农村贫困人口医疗保障水平,重点对“三区三州”等深度贫困地区农村贫困人口经城乡居民基本医疗保险和大病保险报销后的个人自付医疗费用给予倾斜救助,该部分资金亦被列入医疗救助基金。该笔资金主要根据国务院扶贫办和卫生健康委健康扶贫动态管理数据库统计的贫困人口数、因病致贫人口数等因素分配下达,2018—2020年每年均拨付40亿元。

从表9可以看出,中央财政对深度贫困地区的医疗救助资金主要集中在西部地区,占比75%左右,中西部合计达到93%。集中指数显著为负,表明这笔财政资金的流向主要集中在经济欠发达地区。

表9 深度贫困地区医疗救助中央转移支付总额的分配情况(亿元)

| 年份 | 西部 | 中部 | 东部 | 西部 | 中部 | 东部 | 集中指数 |
|------|------|-----|-----|-------|-------|------|------------|
| 2018 | 30.7 | 6.9 | 2.4 | 76.8% | 17.2% | 6.0% | -0.4380*** |
| 2019 | 29.7 | 7.4 | 2.9 | 74.3% | 18.4% | 7.3% | -0.3303*** |
| 2020 | 30.6 | 6.7 | 2.7 | 76.5% | 16.6% | 6.8% | -0.3676*** |

数据来源:财政部2018—2020年财政部下达的中央财政医疗救助补助资金分配表(提高深度贫困地区农村贫困人口医疗保障水平部分)。

从人均来看,这种地区倾斜亦十分显著。表10展示了深度贫困地区医疗救助的人均中央转移支付金额,基尼系数和泰尔指数的水平非常之高,集中指数也显著为负,说明中央的这笔额外专项转移支付具有显著的“亲贫性”,降低了医疗救助筹资的横向不公平。

表10 人均深度贫困地区医疗救助专项转移支付的区域分配

| 年份 | 西部 | 中部 | 东部 | 基尼系数 | 泰尔指数 | 集中指数 |
|------|-------|-------|------|--------|--------|-----------|
| 2018 | 163.9 | 38.3 | 18.1 | 0.6841 | 0.7720 | -0.4242* |
| 2019 | 162.6 | 27.1 | 16.9 | 0.6881 | 0.7270 | -0.1502 |
| 2020 | 89.78 | 24.71 | 9.04 | 0.5800 | 0.3824 | -0.3100** |

表11展示了实际人均筹资不平等程度在中央财政对深度贫困地区医疗救助资金转移支付前后的变化,其中G1为仅中央一般转移支付后的人均筹资额不平等,G2为中央对深度贫困地区额外转移支付后的地区不平等(G2为表4中的数值)。可以发现,中央财政深度贫困地区医疗救助资金转移支付后,人均筹资不平等程度较一般转移支付后又进一步下降,其中基尼系数降低了约7个百分点,集中指数降低了约10个百分点。从而印证了前文的分析,完善中央转移支付的方式,特别是强化对深度贫困地区的精准转移支付,有助于缩小地区间的筹资不平等。

表11 深度贫困地区医疗救助专项转移的区域均等化作用

| 年份 | 转移前 G1 | | | 转移后 G2 | | |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 基尼系数 | 泰尔指数 | 集中指数 | 基尼系数 | 泰尔指数 | 集中指数 |
| 2018 | 0.4346 | 0.3700 | 0.3710 | 0.4072 | 0.3163 | 0.3060 |
| 2019 | 0.4856 | 0.4871 | 0.3673 | 0.4653 | 0.4581 | 0.3309 |
| 2020 | 0.5049 | 0.5642 | 0.4565 | 0.4665 | 0.4984 | 0.4211 |

最后，优化了中央财政医疗救助财政资金分配办法。2019年财政部、国家卫生健康委和国家医保局联合印发了《中央财政医疗救助补助资金管理办法》（以下简称管理办法），^①规范了中央财政医疗救助资金分配管理。该办法指出中央财政医疗救助资金采取因素法分配，主要考虑救助需求因素、财力因素和绩效因素等，具体测算公式为：

$$\text{某省（市、区）应下达资金} = \text{资金总额} * \left[\frac{\left(\frac{\text{该省一般救助需求因素} * 90\% + \frac{\text{绩效因素}}{\sum \text{绩效因素}} * 10\% \right) * \text{该省财力因素}}{\sum \left(\frac{\text{该省一般救助需求因素} * 90\% + \frac{\text{绩效因素}}{\sum \text{绩效因素}} * 10\% \right) * \text{各省财力因素}} * 95\% + \frac{\text{该省特殊救助需求因素}}{\sum \text{特殊需求因素}} * 5\% \right]$$

中央的管理办法中并未明确“一般救助需求因素”的具体定义，但部分地区的相关文件对此做了说明，如广西壮族自治区将此界定为“主要包括资助参保人数、直接救助人次数和滚存结余等”，^②由此可见，一般救助需求因素主要是指救助对象的人头数。2019年的管理办法没有说明“特殊需求因素”的具体内涵，但在其2022年的修订版则中则给出了明确界定，主要是对国家乡村振兴重点帮扶县和地方病防治工作任务较重的地区给予倾斜支持。通过对中央医疗救助资金的分配公式可以发现，以人头数为核心的一般需求因素占据主导地位，财力差异系数发挥重要调节功能，而特殊需求因素的引入则有效强化了对贫困地区的定向支持力度，有助于进一步增强均衡作用。

五、结论与政策建议

（一）研究结论

提升医疗救助筹资的公平性对提高基本公共服务均等化水平、构建防范因病致贫返贫长效机制以及扎实推进共同富裕有重要现实意义。基于《中国统计年鉴》《中国民政统计年鉴》所载数据和财政部中央财政医疗救助补助数据，采用人均筹资额这一核心指标，并综合运用基尼系数、泰尔指数、集中指数等多种不平等测度指标及相应分解技术，本研究系统测度了我国2013—2023年间医疗救助筹资水平的横向公平性及中央财政转移支付的均等化作用。

研究发现，我国医疗救助筹资依然存在较高程度的“亲富性”横向不公平，即经济发达地区的筹资水平依然显著高于欠发达地区，地方财政筹资水平不平等是横向不公平的主要根源。中央财政转移支付虽然起到了一定的均等化作用，且均等化效应在2018—2020年间显著提升，但其调节作用仍显不足，地区间不平等程度依然较高，尤其是在全面脱贫后中央财政的调节作用甚至有所减弱。中央财政筹资责任弱化以及中央财政资金过于“摊薄饼”的分配方法是制约中央财政发挥区域调节作用的关键制度因素。值得注意的是，2018年成为地区间筹资不公平改善的关键转折点，这主要得益于2018年中央财政筹资责任的强化以及对贫困地区转移支付精准度的提升。

（二）政策建议

1. 重构医疗救助筹资责任分担机制，重点强化中央财政的投入。医疗救助虽明确为中央和

① 《财政部 国家卫生健康委 国家医保局关于印发〈中央财政医疗救助补助资金管理办法〉的通知》，财政部官网：https://sbs.mof.gov.cn/zxzyzf/yljzbzzj/201910/t20191010_3398904.htm，2019年10月10日。

② 《广西壮族自治区财政医疗救助补助资金管理实施细则》，广西壮族自治区医疗保障局官网：<http://ybj.gxzf.gov.cn/xwdt/tzgg/t13169165.shtml>，2022年10月11日。

地方的共同事权,但既有筹资责任主要由地方政府负担,尤其是省级以下政府,在我国东中西部区域发展不平衡的现实约束下,必然造成区域间筹资的苦乐不均。未来应在科学确定筹资标准和筹资规模的基础上进一步强化中央财政的筹资责任,适当提高医疗救助支出在中央财政预算中的比重,促进医疗救助筹资水平地区间的均等化,这对于促进民生领域的起点公平,助力共同富裕目标的实现,具有重要的意义。

2. 完善中央财政预算投入的动态调整机制。从2018—2020年中央财政显著提高医疗救助支出水平但在全面脱贫任务完成后其支出水平显著下降来看,医疗救助中央筹资呈现一定的“任务响应型”特征,中央财政相关支出规模的调整与其他重大政策的实施高度同步。换言之,中央财政在医疗救助这一重要民生事项缺乏常态化的动态调整机制,不利于中央财政持续稳定地发挥均等化作用。可以根据全国各地医疗救助目标定位人数、医疗费用水平、财政收入与支出水平以及人均可支配收入等指标确立中央财政的动态调整机制。在数智化时代,这项工作可以成为国家医保局数智政府建设的重要工作内容。实际上,对于国家医保局来说,上述指标的省级统计数据是可获得的,而本研究所采用的不平等—不公平分析方法均有成熟的软件可资利用。在人工智能技术的加持下,国家医保局可会同国家财政部、国家统计局建立一个医疗救助中央财政支出自动调整系统,依照横向公平的原则,以筹资均等化为目标,基于年度甚至季度自动确立对各省的转移支付水平。

3. 强化省级政府筹资责任,发挥二级均等化作用。国家医保局通过指导作用的发挥引领地方政府强化中间层级特别是省级政府的筹资责任,提高省级财政向省域内困难市县医疗救助转移支付力度,是增加医疗救助筹资规模和削弱区域内以及省内横向不公平的重要路径。就省级政府而言,可以建立与上述中央财政医疗救助支出自动调整系统保持一致的省级系统,从而使省级财政基于省内大数据分析发挥二级均等化作用,促使中央财政对省级的一次均等化得以进一步强化。值得一提的是,医疗救助筹资的数智化转型实际上是推动基本医疗保障体系(其中内含医疗救助)地级市级乃至省级统筹改革的题中应有之义,也是优化各级地方政府间筹资责任和制度公平的重要突破口。

4. 健全中央财政转移支付制度,建立更加精准化的医疗救助资金分配机制。当前我国医疗救助中央财政资金分配主要采取因素分配法,主要考量地区的救助人数和财政困难系数等,虽然具有一定的区域均等化作用,但从最终分配结果来看,调节力度依然有限,完善空间巨大。建议完善资金分配指标体系,在现有财政困难系数基础上,增加乡村振兴重点帮扶县等特殊医疗需求指标的权重,强化对经济欠发达地区的精准支持,确保资金向需求最迫切、财政能力最弱的地区倾斜。可协同城乡居民基本医疗保险筹资机制,实行更大力度的差异化补助政策,尽可能重点对中西部救助任务重且财政困难的地区进行精准倾斜,加大对中西部(甚至包括极少数东部)财政困难地区的支持力度,以克服既有转移支付实践中存在的“摊薄饼”问题。

5. 完善省际协作制度,构建医疗救助专项转移支付机制。作为促进区域协调发展和共同富裕的重要制度创新,省际横向财政转移支付制度已在脱贫攻坚中取得了显著成效。尽管地区协作在医疗卫生领域持续推进,但是在医疗救助这一特定且重要的民生保障领域,省际协作仍较为薄弱。建议依托东西部协作和对口支援机制,探索建立专项医疗救助转移支付制度,通过制

度创新进一步缩小省际以及省以下地区间筹资水平差异。一是鼓励并支持东部发达省份、计划单列市等财政强省（市）向中西部财政困难省份或地区提供定向医疗救助资金转移；二是在现有省际横向转移支付结构中提高医疗救助资金的分配比重。

6. 发展多元筹资机制，促进社会共享共治。在坚持政府主导的基础上，各级政府可以发挥引领、协调、赋能、助推等多元治理职能，以建设社会治理共同体的方式推进构建多层次、多渠道的医疗救助体系的建设，促进政府、市场和社会多方主体在医疗救助领域共建共治共享。各级政府推动医疗慈善事业的发展，鼓励慈善组织和其他社会组织设立医疗救助项目，在基本医疗保障体系行使职能的基础上发挥补充性医疗救助作用，势在必行。政府可以通过数智化体系建设，借助第三次分配机制，引导医疗慈善领域的地区协作，重点支持中西部地区相关社会组织的能力建设，并通过社会资金的转移逐步缩小区域间筹资水平的差异，切实减轻经济困难地区医疗救助的财政筹资压力，缓解因某些地方政府财政能力不足导致的筹资横向不公平问题。

Horizontal Equity of Medical Assistance Financing in China: An Analysis Based on Central–Local Fiscal Relations

Hui Wen

(School of Public Affairs, Zhejiang University of Finance and Economics, Hangzhou 310018, China)

Abstract: Equitable financing is a fundamental prerequisite for ensuring fairness at the starting point in medical assistance systems. Based on provincial panel data from 2013 to 2023, this study employs inequality measurement indicators, including the Gini coefficient and concentration index, along with their decomposition methods, to systematically assess the equity of medical assistance financing in China and analyze its underlying mechanisms. The findings reveal three key insights: First, China's medical assistance financing exhibits horizontal inequity with a clear "pro-rich" bias, with disparities in local fiscal capacity being the primary contributing factor to regional funding inequality. Second, although central fiscal transfers help alleviate regional funding imbalances, their redistributive effect remains limited. Third, the weakening of central fiscal responsibility and the insufficient emphasis on pro-poor indicators in allocation formulas constrain the redistributive efficacy of central government funding. Dynamic trend analysis further indicates that during the critical poverty alleviation period (2018–2020), the strengthened role of central government in medical assistance financing significantly enhanced equity. However, this progress showed signs of reversal in the post-poverty-eradication period, undermining the sustainability of equity improvements. Based on these findings, this study proposes several policy recommendations: rationally delineating funding responsibilities between central and local governments, improving the intergovernmental transfer payment system, and effectively leveraging the role of the third distribution to promote greater equity in medical assistance financing.

Keywords: medical assistance; financing equity; regional inequality; fiscal decentralization

（责任编辑：高静华）