



共同富裕目标下如何发挥再分配在推进人的全面发展中的重要作用

宋扬 马坤 刘霄泉

摘要：促进人的全面发展、实现全体人民共同富裕，是我们党、我们国家在中国式现代化征程上的重大发展目标。再分配制度作为我国分配制度的重要组成部分，主要包含税收和政府支出两个方面，对共同富裕目标的实现有重要作用。本文侧重从政府支出端入手分析如何通过再分配促进人的全面发展。本文认为，再分配促进人的全面发展的两个核心机制：一是促进教育公平；二是提升居民健康水平、缩小健康不平等。在剖析当前人的全面发展短板和面临困境的基础上，本文结合国际经验提出了扩大并优化配置教育与医疗等公共服务资源、发挥多元主体协同治理、提升弱势群体的人力资本水平等政策建议。

关键词：共同富裕 人的全面发展 再分配 教育公平 健康

一、引言

党的二十大报告明确指出，“中国式现代化是全体人民共同富裕的现代化”。在推动共同富裕的进程中，我们已充分认识到共同富裕与人的全面发展的高度统一性。2023年5月5日，二十届中央财经委员会第一次会议再次将共同富裕与人的全面发展并提，强调促进人的全面发展和全体人民共同富裕。人的全面发展理论是马克思主义经典理论的重要组成部分（杨鲜兰和程亚勤，2020）。中国共产党继承和发展了马克思主义中的共同富裕和人的全面发展

理论，将促进共同富裕与促进人的全面发展（即“两个促进”）统一起来。

再分配制度作为我国分配制度的重要组成部分，主要包含税收和政府支出两个方面，对共同富裕目标的实现有重要作用。既有文献主要从收入端分析如何通过再分配中的税收制度改革缩小收入差距，促进共同富裕。例如，已有研究认为我国征税制度不够完善、直接税占税收比重处于较低水平，个人所得税的收入规模偏小，因此税收制度发挥的收入分配效应非常有限。岳希明等（2012）测算了2011年中

宋扬，中国人民大学经济学院教授、中国人民大学共同富裕研究院副院长，Email:ys337@ruc.edu.cn；马坤，中国人民大学经济学院硕博连读生，Email:mkDylan@163.com；刘霄泉，中国人民大学经济学院硕博连读生，Email:liuxiaoxiao@ruc.edu.cn。本文系国家社会科学基金重点项目“人的全面发展的理论内涵与实现路径研究”（22AZD114）、国家社会科学基金重大项目“强化就业优先政策、稳定和扩大就业研究”（21ZDA098）的阶段性成果。

国个人所得税的收入再分配效应指数，发现中国的个人所得税缩小收入差距的再分配效应并不显著。我国现行税制仍以间接税为主，整体税制仍呈现出累退性，对于缩小收入差距有着负面影响（岳希明和张玄，2020）。

在已有文献基础上，本文侧重从政府支出端入手分析如何通过再分配促进人的全面发展。在理论层面，人的全面发展内涵丰富，包括人民在经济、政治、文化、社会、生态等多方面的需要得到充分满足。在实践层面，人的全面发展最为重要的两个维度就是教育和健康水平（刘元春等，2022）。教育和健康既是衡量人的发展和福利水平的重要因素，也是人力资本的重要组成部分，从宏观上影响着经济持续发展。联合国公布的人类发展指数也把教育和健康作为除收入外的两个核心维度。因此，本文聚焦在研究如何通过再分配的支出端改革提升居民教育和健康水平。

二、再分配促进人的全面发展的作用机制与历史成就

（一）再分配促进教育公平

在教育方面，再分配通过增加转移

支付，促进机会公平，有效减轻了弱势群体享受文化和教育服务的成本，缩小了不同人群间的人力资本差距。教育资源的不平等是形成人力资本差距的关键因素，对个体收入获取、贫困代际传递与社会阶层划分等影响重大（杨晶等，2019）。如果能够创造一个人力资本公平发展的社会环境，人们的积极性、创造力将因起点相近而得以充分发挥，从而推动人的全面发展（厉以宁等，2022）。

依照这种思路，我国通过再分配目前已建成全学段的学生资助政策体系，对教育公平起到重要的推进作用^①。党的十八大以来，我国高中阶段教育发展迅速，取得长足进步。在高等教育阶段，为解决扩招后学费大幅度上涨问题，由政府补贴部分利息建立了高校学生国家助学贷款制度，帮助家庭经济困难学生完成学业，促进教育公平。

以上政策的实施切实起到了促进教育公平的效果。2012—2021年，全国小学净入学率从99.85%提高到99.9%以上，初中阶段毛入学率始终保持在100%，高等教育毛入学率从30%提高到57.8%^②。现如今中国已经建成了世界最大规模的高等

① 在学前教育阶段，我国不断增加公办园、普惠园的学位供给，坚持学前教育的公益性和普惠性，倡导以“儿童为本位”的教育，重视教育公平，规范民办教育，大力发展农村学前教育，推进学前教育法治化的进程（蒋雅俊，2019）。在中小学阶段，我国实行免费义务教育制度改革，2008年左右，全国农村和城市义务教育阶段学生全部免除了学杂费和书本费，实现了免费义务教育。2012年以来，我国陆续出台了几项重要的教育政策，如加强农村教师队伍建设、完善教育经费投入机制、实施教育扶贫等（Li，2020）。在高中教育阶段，2003年党的十六大首次提出“基本普及高中阶段教育”，并建立和完善中等职业教育学生资助制度，在实现对农村学生、城市涉农专业学生免除学费基础上，分类推进中等职业教育免除学杂费，减轻了中职学生家庭的教育负担。

② 数据来源：教育部官网（[https:// http://www.moe.gov.cn/](https://http://www.moe.gov.cn/)）。



教育体系,在校总人数达到4 430万人,高等教育进入普及化阶段,实现历史性的跨越。彭骏和赵西亮(2022)发现,免费义务教育政策显著提高了农村家庭特别是农村女性的教育代际流动性,对促进农村教育事业发展及实现教育机会公平具有积极影响。宋弘等(2022)利用2010—2018年中国家庭追踪调查少儿层面数据(CFPS),考察了2013年以来精准教育扶贫的人力资本积累效应,发现教育扶贫工程显著提高了贫困地区义务教育阶段少儿的认知能力和部分非认知能力,并且教育扶贫政策对来自弱势背景家庭的孩子作用更显著,切实促进了弱势群体的人力资本积累。

（二）再分配提升居民健康水平、缩小健康不平等

社会经济状况差异拉大了不同群体在医疗服务利用方面的差距,导致低收入者等社会弱势群体的平均健康状况相对较差,即健康不平等现象(李亚青,2022)。医疗保障体系的建立能够有效缓解这种状况,为居民健康装上一道安全网。一方面,医疗保障体系可以提高低收入者的医疗服务利用水平,使家庭只需要承担部分医疗费用,降低“有病不医”和“小病拖成大病”的概率;另一方面,医疗保障体系能够降低家庭未来支出不确定性,从而减少预防性储蓄,改善营养摄入,提升健康水平(彭晓博和王天宇,2017)。

为了保障居民的健康权利,中国逐步建立以基本医疗保险、补充医疗保险

和医疗救助为主体的医疗保障制度,基本实现了医保全民覆盖。中华人民共和国成立初期,经济发展水平较低,医疗卫生投入较小,结合计划经济的体制背景,中央提出“面向工农兵、预防为主、团结中西医、卫生工作与群众运动相结合”四大工作方针,建立起以政府管控为主导的医疗卫生体系。杜创和朱恒鹏(2016)认为这一时期“中国模式”的成功得益于医疗卫生体系内部实现了需求制度、供给制度与监管制度的要素互补,共同契合了外部的环境条件。自1985年起,我国尝试进行“放权让利,扩大医院自主权”的国有医院改革,主张运用市场手段进行医疗卫生事业的管理。为缓解医疗卫生资源不足与需求之间的矛盾,政府积极鼓励医院盈利创收,医疗机构的目标由追求公益向具有经营意识的利益实体转变(葛延风和贡森,2007)。2006年12月8日,中央经济工作会议提出,坚持公共医疗卫生的公益性质,加快构建覆盖城乡的基本卫生保健制度。至此,医改开始向“政府主导”和“回归公益”的方向转变,2006年成为我国医疗卫生体系建设的重大转折点。党的十八大以来,党中央坚持“精准扶贫”的战略方针,为“因病致贫”和“因病返贫”的患者提供更完善的医疗制度保障。2015年4月,国务院办公厅转发民政部等五部门制定的《关于进一步完善医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救助工作的意见》,对重点救助对象和低



收入救助对象经基本医疗保险、城乡居民大病保险及各类补充医疗保险、商业保险等报销后个人负担的合规医疗费用，直接予以救助。

我国医疗保障制度的建立与不断完善取得了显著成效，有力提升了国民健康水平，缩小了健康不平等。全民覆盖的医保体系显著改善了居民的健康水平，使居民负担的医疗费用显著降低 (Chen et al., 2018), 对于抑制“因病致贫”和“因病返贫”产生了良好的政策效应 (左停和徐小言, 2017; 谢远涛和杨娟, 2018)。黄薇 (2019) 构建了贫困人口潜在保险需求转换成有效需求的理论分析框架，利用中国家庭健康与营养调查 (CHNS) 数据进行实证研究，发现保费补贴程度以及住院报销比例的提升都能有效增强贫困户抵御医疗支出风险的能力。刘子宁等 (2019) 根据资产度量个体的贫困脆弱性，实证检验了医疗保险保障水平与贫困脆弱性之间的关联，指出医保的减贫效应对于健康状况差的群体效果更加显著。赵为民 (2020) 利用多重差分方法估计了中国大病保险制度对农村居民健康的作用，发现更加慷慨的医疗保险会使居民健康的改善幅度增加 10%~20%，并且这种作用较为持久，有助于实现健康平等。郑超等 (2021) 基于 2015—2018 年中国健康与养老追踪调查两期面板数据 (CHARLS)，发现城乡医保统筹政策通过降低居民医疗支出自付比例和增强居民健康风险意识，显著提升了居民的心理和身体水平。

三、当前人的全面发展的短板与困境

(一) 人的全面发展存在突出短板

1. 全学段教育资源配置失衡，人力资本积累不公平

应当指出，我国现阶段教育资源分配的地域和城乡差异明显，这主要表现在全学段的资源配置不均，其根源在于经济层面的不平衡。作为教育体系中最脆弱的一环，学前教育的平等尤为明显。张玲等 (2020) 以教育机会、教育投入、保教质量和教育结果为维度构建了教育基尼系数，对我国“十二五”期间城乡学前教育发展的均衡程度进行综合测算评估，结果发现城乡学前教育仍然存在幼儿入园机会严重失衡、农村扶持力度虽然增强但惠及面窄、师资力量悬殊、办园条件差等问题。尽管近年来我国学前教育资源有显著增长，但中国家庭追踪调查数据 (CFPS) 显示，城市地区儿童的入园率比农村地区高出 30 个百分点，而高收入家庭儿童的入园率比低收入家庭高出 50 个百分点。拥有更高职业权力的家庭的子女，可以以更低的经济成本获取更多的优质教育资源，使得学前教育阶段的不平等程度远超义务教育阶段 (丁小浩和翁秋怡, 2015; 刘元春等, 2022)。作为终身教育的起点，学前教育对于提升儿童早期发展能力至关重要。缺乏学前教育的儿童，可能会在未来的学习过程中效率更低，认知能力偏弱，从而更难摆脱贫困代际传递的弱势地位。

在义务教育和高中教育阶段，教育质



量差异也同样显著,尤其是区域差异。在现行制度下,地方政府基础教育经费受到地方经济发展水平的影响,使我国教育资源配置呈现出区域性不平衡的特点。李实和杨一心(2022)运用2011年、2015年和2019年全国教育经费支出数据,测算了省际义务教育生均支出差异程度的变化,发现无论是普通小学还是普通初中,生均支出不均等程度都没有得到明显改善。根据2021年《中国教育经费统计年鉴》,小学生均教育经费最高的北京市(35412元)是最低的河南省(7666元)的近五倍。在高中阶段,罗志恒等(2022)通过构建2012年后各省高中生师生比的变异系数,发现省与省之间高中教育师生比的差距在持续扩大,人力资本投资差距仍在更高的教育阶段中延续。高等教育阶段也是如此,尽管经过持续的教育扩张,高等教育机会的获得越来越趋向于平等化,但优质教育机会尤其是精英院校机会的获得依然不平等,优势群体更多地受惠于高等教育大众化,高等教育资源分配与机会获得的两极化实际上在进一步加剧(魏晓艳,2017;刘保中,2021)。此外,农村人口的大规模外出务工也产生了大量的留守儿童和随迁子女。由于大城市为调控人口而对流动儿童设置过高的入学门槛,导致相当部分流动人口子女难以融入城市,甚至只能回到户籍原地成为留守儿童,从而加剧了随迁子女与非随迁子女之间教育的不平等。家庭教育的缺失和受教育权的不平等,都对这些儿童的人力资本积累产生了

负面影响,从而在一定程度上固化了人力资本的代际流动。

2. 医保体系结构性矛盾有待解决,健康不平等情况突出

中华人民共和国成立以来,尽管在提升居民健康水平和完善医疗保障制度等方面取得了显著的成就,为改善居民的健康状况作出了巨大贡献,但也必须承认,在这一领域仍然存在一些未得到有效解决的问题。一直以来,我国实行自下而上、渐进探索的医保改革路径,虽具有其特定的历史合理性,但也形成了一种路径依赖,这无疑导致了当前医保制度的一系列弊端(郑功成,2021)。具体来说,群体间发展不均衡、地区间发展存在差距、不同险种之间衔接不畅。在资金筹集方面,统筹层次过低、各地待遇差异过大、医保基金收支不平衡和就医结算方式不够便捷等问题,严重削弱了医疗保障制度的一致性、公平性和可持续性(顾海和吴迪,2021)。以城乡医保统筹为例,2016年国务院印发《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》以来,相对统一的城乡居民医保制度虽然已基本建立,但不少研究发现医保制度中“亲富人”的健康不平等仍在延续,城乡居民群体内及总体健康不平等程度甚至仍在扩大(何文和申曙光,2021)。城乡统筹医保虽然提高了农村各年龄段居民的健康水平,但主要是增强了高收入而非低收入家庭医疗服务利用强度,产生“穷人补贴富人”现象,加剧了健康不平等(Wagstaff et al., 2009; 彭晓博和王天

宇，2017；范红丽等，2021)。此外，伴随着经济社会的发展变革，医保制度也面临着一系列新的挑战。年轻人生育意愿降低、人口老龄化程度加深提升国民整体健康风险，引起医疗费用开支上涨，导致医疗保障财务风险加大，影响医保基金的可持续发展。同时，各种新型就业形态迅速发展导致传统职工医保覆盖面收窄，而非正规劳动者更多选择低待遇的居民医保。人口高流动性使得医保的参保地与受益地分离，影响医保服务和医疗服务的便利性（郑功成，2021）。

（二）制约人的全面发展的困境分析

1. 各级政府事权与财权失衡，人的全面发展差异分化加剧

影响教育与医疗等基本公共服务均衡发展的因素，不仅根植于各区域及城乡间的经济发展水平和财政投入能力的悬殊，也深受财政体制影响，其中各级政府的事权和财权的不匹配更是问题的核心所在。在我国现行体制下，尽管地方政府财权有限，却需要肩负起大部分的基本公共服务责任，而中央政府虽然掌握主要的财权，却在责任上相对较少。这种责权分配的严重不均，使得教育、医疗等公共服务供给过度依赖地方财政，从而导致地方公共服务供应不足，同时也加重了欠发达地区政府的财政压力，无疑进一步拉大了区域间、城乡间的公共服务供给的差距（冯俊诚，2020）。党的十八大以来，尽管我国已开始推进中央与地方财政事权和支出责任划分的改革，并逐步增加转移支付力度和规范

专项转移支付，然而在缓解地方财政困难、推动公共服务均等化的进程中，实际效果仍显不足。学前教育便是一个鲜明的例证，2010—2019年，各省份间学前教育家庭分担水平（家庭负担学前教育机构成本的比例）的差异明显增大，省际差异系数从0.30扩大至0.39。2019年，辽宁、湖南和河南家庭分担水平平均超过70%，而经济发展水平相对较高的北京、上海分担水平仅在30%左右（赵嘉茵等，2022）。这种显著的差异无疑揭示了我国在教育公平方面面临的挑战。

2. 地方政府财政压力增大，人的全面发展投入意愿不足

在经济下行的大背景下，尤其是新冠疫情的影响更使得地方政府面临的财政压力空前增大，冲击教育和医疗公共服务的基本供给，成为制约人的全面发展的主要困境。首先，经济增长速度放缓无疑导致地方政府财政收入减少，这对公共服务投入产生了直接影响。教育和医疗投入的长期性和巨大性，使得面对巨大财政压力的地方政府投入决策可能出现动摇。而地方政府作为教育和医疗资源的主要分配者，其决策将直接影响到教育和医疗服务的质量和覆盖面（Holden，2010）。其次，经济下行期间，社会的就业压力、社会保障需求等问题突出，这可能会使地方政府在分配资源时更多地倾向于解决这些短期热点的问题，而相对忽视了教育和医疗等长期的、基础性的公共服务领域。尽管教育和健康保障的公共服务投入需求庞大，然而这更应被视为对未来的



长远布局。基本公共服务的短缺无疑会削弱社会总体的人力资本和经济发展潜力。

3. 公共服务供给协同机制不完善, 人的全面发展面临既得利益阻碍

当前, 我国正身处改革的“深水区”, 在此阶段, 改革不仅是“做加法”, 还要调整和优化存量资源。这一转变带来的挑战无疑是严峻的, 其直接冲击既定的利益格局, 激起既得利益群体的阻力, 进一步对教育、医疗等公共服务的公平化发展构成威胁。以医疗保险改革为例, 过去的改革着眼于普惠性, 旨在提升绝大多数参保人员的福利待遇。然而, 新一轮的改革则从公平性和可持续性的角度出发, 引发新一轮的利益博弈。在这个新的利益格局中, 既有的群体利益分布存在矛盾。例如, 退休职工无须缴费使得医保基金收支不平衡, 同时统筹和个人账户并行的模式带来结构性失衡, 严重影响了医保的社会互济功能。为提升医保制度的公平性, 保证其可持续发展, 新的改革就不得不对原有的制度安排进行结构性优化, 但这可能会导致既得利益者的利益受损, 引发不满和反对。我国城镇职工、城镇居民和新型农村合作医疗保险这三种基本医疗保险之间存在明显的分割, 统筹层次较低, 造成制度失衡。提升基本医疗保险的统筹层次无疑是未来改革的必然走向。然而, 提高统筹层次将对地区之间的医保基金余缺进行调剂, 挑战着基金结存偏多地区的既得利益(郑功成, 2021)。此外, 提升统筹层次往往意味着需要整合并优化相关职能部门,

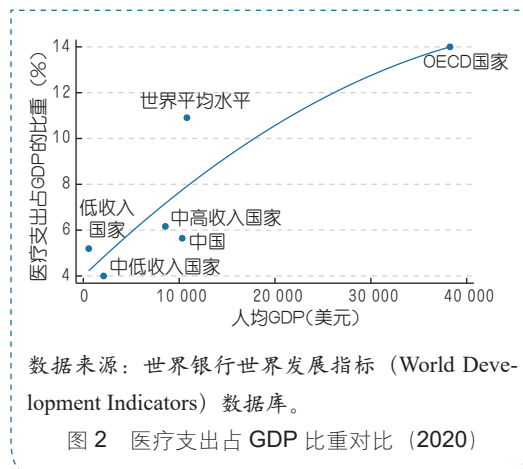
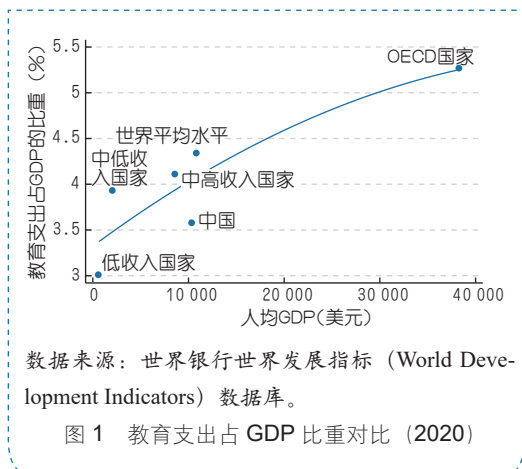
从而进一步触及现行体制机制。这些都为实现人的全面发展带来更大挑战。

四、再分配促进人的全面发展的国际经验与政策启示

(一) 明确政府主体职责, 扩大并优化配置公共服务资源

近年来, 我国虽然在教育、医疗等基本公共服务领域资源投入有了明显的增加, 但是不平衡不充分的矛盾并没有得到有效解决。图 1 和图 2 分别描绘了不同经济发展水平国家在教育和医疗方面的公共支出占其国内生产总值(GDP)的比重。由于 2021 年和 2022 年的数据缺失, 因此, 本文主要以 2020 年世界银行数据库中的数据为基础进行分析。两图横轴均表示人均 GDP (美元), 纵轴分别表示教育、医疗支出占 GDP 的比重。可以看到, 中国在教育 and 医疗这两个基础公共服务领域的支出占比, 不仅远低于经济合作与发展组织(OECD) 成员国, 而且也低于与中国经济发展水平相近的其他中高收入国家。这样的状况虽然部分原因在于中国庞大的人口规模导致公共服务资源需求巨大, 但这也在另一方面暴露出这样一个事实: 当前我国在教育、医疗等领域人均投入相对较低、公共服务方面的投入不充分, 实现人的全面发展还存在较大的提升空间。

如何在经济下行压力较大的背景下加大公共服务领域的投入, 是我国需要深入研究和解决的重大问题。首先, 从宏观角度来看, 要破除“唯 GDP 论”, 不能是简单地



追求经济增长率；相反，应当通过财政预算进行结构性调整，优先保障教育、医疗等基本公共服务领域的投入。其次，从微观角度看，要建立完善的转移支付体系，科学测算财政转移支付规模，对基本公共服务专项资金使用情况进行有效监督，并持续优化公共服务评价体系，以提高公共服务资源的使用效率，实现“提质增量”。最后，可以考虑扩大基本公共服务向社会资本开放的领域，吸引社会资本，提升公共服务的供给能力。虽然我国当前在经济、社会、环境等各个方面都面临压力，但我们也必须看到我国经济的巨大发展韧性，不能因为一时的困难就忽视公共服务的投入，失去实现社会公正和人的全面发展的重要机会。

（二）加大弱势群体扶持力度，促进教育资源均衡配置

经过多年对教育的实践和探索，日本逐步建立了一套健全的基础教育保障体系，通过教育经费、学校建设、师资配备等资源的均衡分配，为受教育者提供相对

均等的教育机会和条件。在教育经费上，公立学校的经费由地方政府负责，国家通过地方交付税制度进行转移支付，保证学校必要的教育经费开支，弥补各地因经济发展水平不同而造成的基础教育发展不均衡。在学校建设上，实行公立中小学九年义务阶段的标准化建设，执行全国统一、规范的教学要求，保持学校之间办学条件与教育目标的平衡。在师资力量的配备上，在公立基础教育学校范围内实行教师定期流动政策，规定每个教师必须每五年进行一次流动，在一个学校最多连续执教7年，随后轮换到其他学校。教师的流动范围分为市、町（街道）、村间流动和县际（相当于我国的省际）流动两种，其中包括城乡教师之间的流动。这种定期流动政策在一定程度上缩小了学校之间的教学水平差距。

教育公平同样也是战后美国基础教育改革的重要线索。为实现不同群体学生在受教育机会与权利上的平等，美国于20世纪60年代开始推行教育补偿计划。按照



该计划，政府主导并整合各方力量，根据一系列标准对弱势儿童进行分类，并针对不同类别的弱势儿童执行有针对性的补偿教育计划，确保各类弱势儿童接受高质量的教育（Gorey，2001）。其主要措施包括：通过小班授课等方式突破弱势学生狭隘的文化视野；为贫困儿童提供免费早、午餐；设置双语课程，使母语非英语学生尽快适应语言环境；确保残疾儿童享有适合自己教育的权利。此外，美国政府还建立了明确的教育补偿政策绩效问责体系，以确保政策的执行效果能得到精确评估。

这些国家的经验为中国在教育投入和公平性方面提供了宝贵启示。从日本的实践经历来看，资源的均等化配置是实现教育公平的关键。如日本一样，中国也需要健全财政转移支付机制，对教育专项资金使用情况进行严格监督，以弥补因地域经济发展水平不均而造成的教育资源差距，保证所有的学校都能获得必要的教育经费。同时，学校建设、师资力量标准化是保障教育质量公平的重要条件。参考日本的实践，可以考虑引入全国统一的教学要求和更为灵活的教师调动制度，加强学校建设的标准化，优化教师资源校际、城乡间分配，为缩小教学质量差异发挥作用。不过，也要清醒地认识到，同日本相比，我国的义务教育历史短，资金不足，现存的地区之间、城乡之间教育发展不平衡仍然较大，不顾实际情况仅仅推行均等化反而会导向教育结果的不公平。因此，借鉴美国的经验，通过实施有针对性的补偿教

育方案，提高弱势群体的教育水平。同时，也需要建立一套有效的教育政策绩效问责体系，对政策执行的效果进行准确评估和反馈，以保证教育政策的实施效果。

（三）发挥多元主体协同治理，强化弱势群体的医疗保障

德国医疗保障体系主要分为社会基本医疗保险、商业医疗保险及法定护理保险三个部分，其中又以政府主导的“社会基本医疗保险”为核心，对保障全民健康发挥重大作用。首先，在覆盖人群方面，根据2007年的《法定医疗保险竞争加强法》，所有德国公民不论其贫富、职业，均须加入法定医保或替代性的私人医保体系，这为公民健康提供了基础保障。其次，在基金筹集方面，奉行劳资双方分担缴费责任的原则，员工和所在单位各自承担50%的参保费用，高收入群体在按国家规定的统一基本费率缴费后，还需要再承担额外保费，并由政府出资对残疾人、儿童、老年人等经济弱势群体进行补贴，保证其参加医保的权利（华颖，2022）。在实际运营机制方面，政府不参与医保基金的具体管理，而是作为制度的设计者和监督者，让医保机构作为独立的第三方来运行。各个医保机构在收到个人与企业缴纳的社会医疗保险费后，再将经费汇总到由联邦社会保障局负责管理的医保基金。社会保障局根据依据参保人数与参保者的发病率、年龄等风险因素将资金分发给各医保机构。这一模式有助于社会医疗保险的风险共担、互助共济功能的发挥，也有助于增强医保制



度的可持续性。

德国医保体系的成功模式为我们提供了有价值的借鉴。首先，增强医保参与的广泛性。在明确立法、监管与执行主体的关系基础上，加快医疗保障法制建设，将居民自愿参保转变为强制参保或自动参保，并充分保障弱势群体的医疗保障权益，赋予各医疗保障参与主体明确的行为规范。其次，基于德国的基金筹集方式，逐

步尝试引入更为灵活和科学的基金筹集方式，矫正单位、政府和个人筹资负担严重失衡的问题。最后，从德国的机构设置与管理中汲取经验，尽快提高医保基金统筹层次，制定统一的医保清单，从而解决不同地区医保待遇等差异过大的问题，保障全体参保人的待遇公平，实现疾病风险的有效分摊。[N]

学术编辑：卢超群

参考文献

- [1] 丁小浩,翁秋怡.职业权力与家庭教育支出——基于政治经济学视角的实证分析[J].教育研究,2015,36(8):33-41.
- [2] 杜剑,朱恒鹏.中国城市医疗卫生体制的演变逻辑[J].中国社会科学,2016(08):66-89+205-206.
- [3] 范红丽,王英成,元锐.城乡统筹医保与健康实质公平——跨越农村“健康贫困”陷阱[J].中国农村经济,2021(4):69-84.
- [4] 冯俊诚.财权与事权不匹配和经济增长:来自省以下财政体制改革的经验证据[J].财贸经济,2020,41(8):34-47.
- [5] 葛延风,贡森.中国医改:问题·根源·出路[M].北京:中国发展出版社,2007:5.
- [6] 顾海,吴迪.“十四五”时期基本医疗保障制度高质量发展的基本内涵与战略构想[J].管理世界,2021,37(9):158-167.
- [7] 何文,申曙光.城乡居民医保一体化政策缓解了健康不平等吗?——来自中国地级市准自然实验的经验证据[J].中国农村观察,2021(3):67-85.
- [8] 华颖.德国医疗保险制度发展实践及其对中国的启示[J].江淮论坛,2022(5):142-148.
- [9] 黄薇.保险政策与中国式减贫:经验、困局与路径优化[J].管理世界,2019,35(01):135-150.
- [10] 蒋雅俊.改革开放以来学前教育政策的变迁:历史制度主义视角[J].教育发展研究,2019,39(08):33-40.
- [11] 李实,杨一心.面向共同富裕的基本公共服务均等化:行动逻辑与路径选择[J].中国工业经济,2022(2):27-41.
- [12] 李亚青.医疗保障对健康平等的影响机制和精准化改进路径[J].社会保障评论,2022,6(2):59-73.
- [13] 厉以宁,黄奇帆,刘世锦,等.共同富裕:科学内涵与实现路径[M].北京:中信出版社,2022:241.
- [14] 刘保中.中国高等教育步入普及化阶段背景下的阶层差异与教育公平[J].北京工业大学学报(社会科学版),2021,21(3):116-126.
- [15] 刘元春,宋扬,王非,等.读懂共同富裕[M].北京:中信出版社,2022:289.
- [16] 刘子宁,郑伟,贾若,景鹏.医疗保险、健康异质性与精准脱贫——基于贫困脆弱性的分析[J].金融研究,2019(05):56-75.
- [17] 罗志恒,杨新,万赫.共同富裕的现实内涵与实现路径:基于财税改革的视角[J].广东财经大学学报,2022,37(1):4-13.
- [18] 彭骏,赵西亮.免费义务教育政策与农村教育机会公平——基于教育代际流动性的实证分析[J].中国农村观察,2022(2):144-164.
- [19] 彭晓博,王天宇.社会医疗保险缓解了未成年人健康不平等吗[J].中国工业经济,2017(12):59-77.
- [20] 宋弘,罗吉昱,黄炜.教育扶贫与人力资本积累:事实、机制与政策含义[J].世界经济,2022,45(10):3-27.
- [21] 魏晓艳.大学扩招是否真正推动了高等教育公平——高等教育大众化、扩招与高等教育代际传递[J].教育发展研究,2017,37(11):26-35.
- [22] 谢远涛,杨娟.医疗保险全覆盖对抑制因病致贫返贫的政策效应[J].北京师范大学学报(社会科学版),2018(04):141-156.



- [23] 杨晶,邓大松,申云.人力资本、社会保障与中国居民收入不平等——基于个体相对剥夺视角[J].保险研究,2019(6):111-124.
- [24] 杨鲜兰,程亚勤.论习近平对人的全面发展理论的创新发展[J].湖北社会科学,2020(4):12-17.
- [25] 岳希明,徐静,刘谦.2011年个人所得税改革的收入再分配效应[J].经济研究,2012,47(9):113-124.
- [26] 岳希明,张玄.强化我国税制的收入分配功能: 途径、效果与对策[J].税务研究,2020,422(3):13-21.
- [27] 张玲,裴昌根,陈婷.我国学前教育城乡均衡发展程度的测评研究——基于基尼系数的实证分析[J].西南大学学报(社会科学版),2020,46(2):96-106.
- [28] 赵嘉茵,田志磊,袁连生.我国家庭学前教育成本分担水平的地区差异及原因[J].北京师范大学学报(社会科学版),2022(3):128-139.
- [29] 赵为民.新农合大病保险改善了农村居民的健康吗?[J].财经研究,2020,46(1):141-154.
- [30] 郑超,王新军,孙强.城乡医保统筹政策、居民健康及其健康不平等研究[J].南开经济研究,2021(4):234-256.
- [31] 郑功成.全面深化医保改革: 进展、挑战与纵深推进[J].行政管理改革,2021(10):12-25.
- [32] 左停,徐小言.农村“贫困-疾病”恶性循环与精准扶贫中链式健康保障体系建设[J].西南民族大学学报(人文社科版),2017,38(01):1-8.
- [33] Chen Y, Shi J, Zhuang C C. Income-dependent impacts of health insurance on medical expenditures: Theory and evidence from China[J]. China Economic Review, 2019, 53: 290-310.
- [34] Gorey K M. Early childhood education: A meta-analytic affirmation of the short- and long-term benefits of educational opportunity[J]. School Psychology Quarterly, 2001, 16(1): 9-30.
- [35] Holden M. Violence and social orders: a conceptual framework for interpreting recorded human history[J]. International Affairs, 2010, 86(3): 759-760.
- [36] Li J. Compulsory Educational Policies in Rural China since 1978: A Macro Perspective[J]. Beijing International Review of Education, 2020, 2(1): 159-164.
- [37] Wagstaff A, Lindelow M, Jun G, et al. Extending health insurance to the rural population: An impact evaluation of China's new cooperative medical scheme[J]. Journal of Health Economics, 2009, 28(1): 1-19.

How China Can Leverage its Redistribution System to Promote Human All-Round Development in the Pursuit of Common Prosperity

SONG Yang^{1,2} MA Kun¹ LIU Xiaoxiao¹

(1.School of Economics, Renmin University of China;

2.Institute for Common Prosperity Research, Renmin University of China)

Abstract The party and nation steadfastly aim to stimulate all-round development and thereby secure common prosperity for all as China navigates a course of its own unique style of modernization. As a cornerstone of the national distribution framework, the redistribution system, embracing key elements such as the tax system and government expenditure, plays a critical role in realizing these development goals. This study examines the potential for enhancing human all-round development through the lens of government expenditure. The authors contend that the central mechanisms through which redistribution stimulates human all-round development reside in the promotion of educational equality, the improvement of public health standards, and the reduction of health disparities. After a careful review of current limitations and challenges associated with the all-round development goals, this paper gleans insights from international experiences to put forward a suite of policy recommendations. Among them are the expansion and optimal allocation of public service resources, including education and healthcare; the implementation of collaborative governance through a multitude of entities; and the elevation of the human capital potential of disadvantaged groups.

Keywords Common Prosperity, Human All-round Development, Redistribution, Education Equality, Health

JEL Classification D31 I14 I24