

# 中國的健康問題： 現實與挑戰



以阿瑪蒂亞·森 (Amartya Sen) 的可行能力理論為基礎的人類發展視角，強調發展的目的是人本身。發展是擴大人們選擇的過程。其中，最重要的選擇是使人們能夠長壽且健康的活着，人們的所有其他追求都必須以此為基礎。因此，在人類發展視角中，健康是衡量發展的最重要維度之一。另一方面，由於人類發展視角對公平的追求，健康公平也因此成為發展的一個重要目標。

中國在健康領域曾經取得過舉世矚目的成就，並突出表現在健康的公平性方面。然而，在改革開放以後，中國曾一度熱衷於追求經濟增長，並以此作為衡量發展的最主要方面。這種單一的導向無形中忽視了人類發展其他維度的進步，包括健康方面。同樣，強大的經濟增長驅動進一步導致對經濟效益的過於追求以及對公平的相對忽視，從而造成某些社會不平等現象的擴大，並相應地在健康領域導致某些不平等現象的加劇。隨着國際社會對人類發展理念的推行，以及以人為本的思想為中國政府所採納，健康公平問題愈來愈為人們所重視。

基於此，本文試圖從人類發展的視角出發，對中國人口的健康水平及其在各群體之間的分布進行總結，並從醫療衛生角度就造成目前主要的健康不平等現象的原因進行相關分析。文章分為五個部分。第一部分是理論回顧，概括性地介紹人類發展視角、該視角中健康的價值，以及健康公平的內涵。第二部分總結中國在健康方面所取得的總體成就。第三部分回顧中國社會存在的主要健康不平等現象，包括城鄉差異和性別差異。由於篇幅關係，本文不涉及地區差異。第四部分集中從醫療衛生角度探討影響健康不公平現象的若干主要原因（非嚴格意義上的因果分析）。最後是總結。

改革開放以後，中國曾一度熱衷於追求經濟增長，並以此作為衡量發展的最主要方面。這種單一的導向導致了對經濟效益的過份追求以及對公平的相對忽視，從而造成某些社會不平等現象的擴大，並相應加劇了健康領域某些不平等現象。隨着國際社會對人類發展理念的推行，以及以人為本的思想為中國政府所採納，健康公平問題愈來愈為人們所重視。

\* 2006年10月26至27日，由北京大學、中華人民共和國衛生部和世界衛生組織聯合主辦的「健康與發展國際研討會」在北京大學召開。本文的內容展示在該會議的一篇背景報告之中。作者感謝李喻敏、金瑩、丹曉彤、王晶和李曉飛在數據收集和整理方面提供的大量幫助，唯本文文責自負。

## 一 理論回顧

### (一) 人類發展視角

在已故巴基斯坦經濟學家哈克 (Mahbub ul Haq) 的倡導和帶領下，聯合國計劃開發署 (UNDP) 自1990年開始發行年度《人類發展報告》。報告提出，發展必須將人置於關注的焦點，其目的是擴大人們的選擇，即擴展人們的可行能力 (capability)，而不僅僅是收入的增長；傳統發展觀中所追求的收入增長和產出擴大只是發展的手段之一。

在這一人類發展視角中，發展所要擴展的人的選擇原則上是無限的，並隨時間而變化。但是，最基本的選擇有三，或者叫人類發展的三大最基本維度，即 (1) 使人們能夠過長壽且健康的生活；(2) 獲得知識；(3) 獲得過體面的生活所需要的資源。假如這三者不可獲得，則其他諸多機會都將無法實現。但是，人類發展的維度並非止於此，還包括其他多種選擇，例如政治自由、經濟自由和社會自由、擁有創造力和生產率的機會，以及享有自尊和保障人權等<sup>①</sup>。

衡量人類發展有三大最基本維度，即(1)使人們能夠過長壽且健康的生活；(2)獲得知識；(3)獲得過體面的生活所需要的資源。假如這三者不可獲得，則其他諸多選擇，例如政治自由、經濟自由和社會自由等都將無法實現。人類發展視角還包括四個重要的支柱性概念，即公平、可持續、生產率及賦權。

換一個角度，人類發展視角還包括四個重要的支柱性概念，即公平 (equity)、可持續 (sustainability)、生產率 (productivity) 及賦權 (empowerment)。該視角強調，經濟增長不容忽視 (生產率)，但是，必須關注其質量與分配 (公平)、它與人們生活的聯繫 (賦權)，以及它的長期可持續性 (可持續)。人類發展不能容忍與忽視在各個維度上以人群特徵表現的人為的、可避免的不公平現象，例如健康的城鄉差異或性別差異等。人類發展也不能以犧牲後代人的生活質量為代價以獲取一時的繁榮。同樣，強調人是發展的目的就勢必要增強人們參與生活、實現自我目標的能力，也就是人的主體性特徵 (agency)，或稱「賦權」。

人類發展視角的理論基礎是可行能力視角。該視角的某些方面可以一直追溯到亞里士多德、斯密、穆勒和馬克思等人的經典思想，而其目前形式的最初提出者則是當代著名經濟學家和哲學家、1998年諾貝爾經濟學獎獲得者阿瑪蒂亞·森。森以可行能力視角對發展進行評價的方法重申了經濟學學科的本來動機，即將人置於經濟學分析與評價的中心位置。

### (二) 人類發展視角中健康的價值

在森的「可行能力視角」中，健康是一項有着深刻內在價值的可行能力。因為，生存下來而不至於過早死亡的能力，是一種具有「特殊價值」的重要的自由<sup>②</sup>。任何一個人的所作所為都要以活着為前提，並且，幾乎沒有一個人不想長壽。

與其他可行能力相比，健康之所以屬於最為重要的能力之一，是因為它滿足了兩個關鍵性的要求。首先，健康作為一項重要的可行能力具有廣泛的普適性。「享有長壽(而不是壯年就過早死亡)，以及在活着的時候享受好日子(而不

是過一種痛苦的、不自由的生活)的可行能力——那幾乎是我們每個人都珍視而且嚮往的」<sup>③</sup>，並且，它比財富更重要。事實上，森的這一認識源於二千多年前的古希臘思想家德莫克里特 (Democritus) 和赫拉克利特 (Heraclitus)：「如果沒有健康，則金錢和其他任何東西都是沒有用的」<sup>④</sup>。

其次，健康是一種最為基本的可行能力。人的一切活動都必須建立在健康地活着的基礎之上。並且，與一個擁有較少基本物品然而身體健全的人相比，一個擁有更多基本物品的殘疾人只有更小的过上正常生活(或追求他的目標)的可能性。一個老人或一個疾病纏身的人，即使擁有更豐富的基本物品，一般仍然被認為處於更大的不利地位。這就是健康的基本性方面。

在可行能力視角中，森關於健康的價值的觀點，為後來逐步成型的人類發展理論奠定了重要的基礎。在人類發展理論中，發展可以被視為擴展人們享有真實自由的一個過程。發展必須重點關注增進人類所過的生活及所享有的自由，而人類所關注的最重要的自由之一是免於可避免的疾病和死亡。因此，增進人們的健康被普遍接受為發展的一項主要目標<sup>⑤</sup>。

另一方面，作為人類發展的首要目標之一，健康不僅具有本身固有的重要的內在價值，它還對人類發展的其他各個維度有着不同程度的工具性價值。經驗研究表明，健康的工具性價值表現為其對社會多個領域的促進作用，包括促進經濟增長、提高勞動生產率、增加個人收入、擴大經濟參與、增加受教育機會和教育成就，以及影響生育率等<sup>⑥</sup>。

### (三) 人類發展視角中健康公平的內涵

由於健康在人類發展視角中對於個人與社會的重要的內在價值和工具性價值，以及健康發展與社會公正視角的緊密結合，健康公平成為衡量人類發展中社會總體安排公平性的一個重要方面。同時，健康公平又是一個多維度的公平問題，它所涵蓋的範圍極為廣闊，不能僅僅從健康的角度來孤立地看待，而必須與社會安排中的更廣泛的公平與公正問題(包括經濟分配)相聯繫。

森對健康公平的概念及價值進行了透徹的論述。他認為，健康公平首先是社會公正的一個重要體現。根據社會公正的概念，人們的可行能力應該得到有效而公平的分配，因此，社會將不能忽視各種能使人們獲得良好的健康水平的機會。森強調，因缺乏社會安排而非個人決定所導致的無法獲得良好的健康水平，是一個極為嚴重的問題。因為，由於社會原因(例如，由於貧困或社區層面的大面積流行性疾病)而非個人選擇(例如吸煙)導致不能免於某些可預防和可治療的疾病的結果，是與社會公正的要求相背離的<sup>⑦</sup>。

其次，對健康公平的追求不僅包括對結果公平的追求，它還包括對程序公平的追求。由於社會公平涉及到程序公平，則健康公平問題也必須超越對健康成就的討論。舉一個例子，由於生物學原因，女性所具有的生理優勢使其擁有更高的生存機會和在某些疾病上的更低的發病率。事實上，在那些醫療服務領

森關於健康的價值的觀點，為後來逐步成型的人類發展理論奠定了基礎。發展被視為擴展人們享有真實自由的一個過程；而人類所關注的最重要的自由之一，是免於可避免的疾病和死亡。健康不僅具有本身固有的重要的內在價值，它還對人類發展的其他各個維度有着工具性價值。森認為，健康公平首先是社會公正的重要體現。

域不存在或較少存在性別歧視的社會中(例如西歐和北美)，女性在生存上佔有更大的優勢。然而，在明顯存在性別歧視的社會中，女性的這種優勢並不存在，甚至出現女性期望壽命不如男性的情況，其原因很可能是因為男女在醫療服務可及性方面存在的平等。這同程序不平等的因素有關<sup>⑧</sup>。

第三，追求健康公平必須考慮其與整體社會安排之間的聯繫。追求健康公平不能僅僅關注健康或醫療的不平等，而必須考慮到整個資源分配和社會安排的不平等。追求健康公平不是要通過禁止富人購買他們能夠支付的醫療服務以縮小他們與窮人之間存在的健康差距，因為這種做法不能被認為是促進了健康公平。相反，在存在嚴重貧富差距的社會，為追求健康公平所需考慮的最重要的方面之一是如何改變現有的收入分配和整體制度安排，尤其是對弱勢群體的分配結果，從而在更廣泛的社會體系內減少可能導致健康結果差距的各種因素的不平等，並最終實現更大程度的健康公平<sup>⑨</sup>。

## 二 中國健康發展的主要成就

1949年前，中國國民的總體健康水平非常落後。新中國建國五十多年來，中國在健康發展過程中取得了舉世矚目的成就，尤其是改革開放前的時期。1980年代以後，中國的健康成就在國際比較中的優勢有所下降，但人口平均健康水平仍然在不斷提高。下文將從四個方面介紹中國在健康領域所取得的主要成就。

追求健康公平必須考慮其與整體社會安排之間的聯繫。追求健康公平不能僅僅關注健康或醫療的不平等，還必須考慮到整個資源分配和社會安排的不平等。

### (一) 總體健康水平的顯著提高

總體健康水平的提高表現在很多方面，本文重點介紹期望壽命的增長、嬰兒死亡率的下降、傳染病發病與死亡狀況的控制，以及慢性病發病狀況的改善等方面的成就及變化趨勢。

#### 1、期望壽命的增長

過去五十多年中，中國的平均出生期望壽命取得了整體提高。1949年，全國平均出生期望壽命相當低，僅為35歲。但是，經過短短八年的努力，1957年達到了57歲，上升了62.9%。1981年達到67.9歲，幾乎比1949年增長了一倍。其後，雖然增幅有所下降，但仍呈上升趨勢，1990年為68.6歲，2000年達到71.4歲<sup>⑩</sup>。

#### 2、傳染病發病與死亡狀況的控制

在經濟發展水平不高的情況下，傳染性疾病是威脅人們健康的重要方面。在新中國建國初期，多種傳染性疾病的發病率和死亡率均處於較高水平；之

後，由於政府採取了有力的預防和治療措施，大多數傳染病均得到了有效的控制。到1985年，法定報告的甲、乙類傳染病發病率和死亡率已經下降到827.33/10萬和2/10萬。與1985年相比，2005年甲、乙類法定報告傳染病發病率和死亡率又有極為顯著的下降，發病率和死亡率分別下降到268.31/10萬和1.01/10萬<sup>⑩</sup>。但是，從2002年到2005年，發病率與死亡率均出現一定的上升趨勢<sup>⑪</sup>。

### 3、慢性病發病狀況的改善

隨着傳染性疾病發病狀況逐步得到控制，慢性疾病開始成為影響中國人口健康的一個重要方面。儘管如此，在1993-2003年期間，中國的慢性病患者率呈現緩慢下降趨勢。1993年全國衛生服務調查地區居民按例數計算的慢性病患者率為169.82‰，其中男性為152.32‰，女性為187.63‰；到1998年，該指標下降為157.2‰，其中男性為141.6‰，女性為173.9‰；2003年又進一步下降，分別為151.1‰、133.5‰和169.0‰<sup>⑫</sup>。

## (二) 女性健康水平的提高

女性作為一個特殊群體，其健康狀況對於總體健康水平以及健康的可持續發展有着突出重要的意義。因此，我們專門考察中國女性的健康水平在過去一段時間的發展狀況，主要涉及女性出生期望壽命、孕產婦死亡率、女性在某些疾病上的發病率和死亡率變化。

### 1、女性出生期望壽命穩步提高

新中國建國以後，女性出生期望壽命有了穩步提高，並略高於男性出生期望壽命。國家統計局人口統計資料反映了這一趨勢。從生物學角度講，女性的期望壽命應該高於男性。但是，在1949年前，女性的平均期望壽命反而低於男性。1931年的數據顯示，在0-29歲的各年齡段，男性平均期望壽命均高於女性，這一與生理規律不相符合的事實充分反映了性別歧視現象的存在。但是，隨着新中國衛生事業的發展以及對性別平等的促進，這一不正常的現象得到了扭轉。女性期望壽命在1950-70年代增長迅速，1970年代以後的統計數據表明女性期望壽命在各年齡段均高於男性期望壽命。2000年，女性出生期望壽命達到73.33歲，男性為69.63歲<sup>⑬</sup>。

### 2、孕產婦死亡率顯著下降

孕產婦死亡率是衡量女性健康水平乃至總體人口健康水平的重要指標之一。中國衛生統計數據顯示，1990-2004年的15年中，婦幼衛生監測地區孕產婦死亡率取得了顯著的下降。1990年該指標為88.9/10萬，2000年下降至53/10萬，

1949年前，中國國民的總體健康水平非常落後，平均出生期望壽命僅為35歲。新中國建國五十多年來，在健康發展過程中取得了舉世矚目的成就，尤其是改革開放前的時期。1980年代以後，中國的健康成就在國際比較中的優勢有所下降，但人口平均健康水平仍然在不斷提高。

2004年進而下降至48.3/10萬。1990年與2004年比較，城市與農村分別從45.9/10萬和112.5/10萬下降到26.1/10萬和63/10萬，均接近下降了一半<sup>⑩</sup>。

### 3、女性患病狀況得到改善

女性的慢性病患者狀況在上世紀90年代以來逐步得到改善。1993年全國衛生服務調查結果顯示調查地區按例數計算的女性慢性病患者率為187.63‰，1998年下降為173.97‰，2003年則為168.95‰，十年中總共下降了18.68個千分點，下降比例幾乎達到10%<sup>⑪</sup>。

另外，衛生服務調查數據也反映出婦女病發病狀況的改善。以妊娠、分娩病及產褥期併發症為例，1998年的患病率為0.14‰，2003年下降到0.11‰，降幅為0.03個千分點；又如圍產期疾病患病率，1998為0.06‰，2003下降到0.02‰，降幅為0.04個千分點<sup>⑫</sup>。

### (三) 兒童健康水平的提高

1949年以來，中國的兒童健康和營養水平發生了較大的提高，突出表現在嬰兒死亡率的大幅下降和兒童營養不良狀況的較大改善。

#### 1、嬰兒死亡率顯著下降

建國五十多年來，出生嬰兒死亡率與5歲以下兒童死亡率均出現較大幅度的下降。1949年之前，中國的嬰兒死亡率高達200‰。經過十年的努力，該指標在1958年迅速下降到80.8‰；到1981年，又進一步下降到34.7‰。此後，嬰兒死亡率的下降速度開始減慢，1990年和2000年分別是32.9‰和28.4‰<sup>⑬</sup>。2003年，婦幼衛生監測地區的嬰兒死亡率已經降至25.5‰。根據該監測網數據，1991-2003年的全國嬰兒死亡率年平均下降率達到5.49%<sup>⑭</sup>。當然，從婦幼衛生監測地區獲得的嬰兒死亡率水平要略高於全國人口普查數據的水平。

婦幼衛生監測地區數據也表明，在1991-2003年的十二年中，隨着嬰兒死亡率的下降，中國5歲以下兒童死亡率也呈現持續下降趨勢。該指標在1991年為61‰，2003年下降到29.9‰，十二年中總共下降了50%以上。

#### 2、兒童發育狀況良好

中國兒童的營養狀況在過去一段時間內有明顯的改善。5歲以下兒童低體重患病率自90年代以來有顯著的下降。1990年為21%，1998年下降到10%，2004年下降到7%，比1990年下降了14個百分點。5歲以下兒童發育遲緩患病率分別從1990年的35%下降到2004年的8%。從變化趨勢上可以發現，1995年以後該比率的下降速度高於1995年以前的下降速度。5歲以下兒童矮小患病率分別從1990年的8%下降到2004年的3%<sup>⑮</sup>。

總的來說，中國健康水平的提高速度在改革開放後放慢了。以出生期望壽命為例，在1960-1970年期間，該指標絕對增幅達到14.9歲，但是，在1992-2003年期間，其增幅僅為1.1歲。而在同期，發展水平較高國家出生期望壽命的平均增幅達到7.5歲，大大高於中國同期的增幅。另外，血吸蟲病和肺結核病等曾得到了有效的控制，但近年來這些疾病又開始在一些地方出現。

#### (四) 對中國健康成就的簡要評述

上文概述了新中國自建國以來在人口健康方面取得的主要成就。它們使中國在很長一段時間裏成為各發展中國家學習的榜樣。中國在改革開放前在人口健康方面一度形成了相比於其他同類國家的巨大優勢，但這一優勢在其後的發展階段中逐漸縮小了。這主要是因為中國健康水平的提高速度總的來說在改革開放後放慢了。

首先，以出生期望壽命為例，在1960-1970年期間，該指標絕對增幅達到14.9歲，但是，在1992-2003年期間，其增幅僅為1.1歲。雖然出生期望壽命在較高水平上的增長潛力不如在較低水平上的大，但是，這並不能解釋中國在出生期望壽命上相對於其他同類國家優勢變小的全部原因。在1992-2003年間，人類發展水平較高國家（大多為期望壽命較高的國家）出生期望壽命的平均增幅達到7.5歲，大大高於中國同期的增幅<sup>⑳</sup>。

其次，以嬰兒死亡率為例，中國在1960-1970年期間共實現了65個千分點的下降幅度，而印度、越南和印尼在同期的降幅僅為38個、35個和35個千分點；發展中國家的平均降幅在此期間也只有41個千分點。但是，在1992-2003年間，中國的嬰兒死亡率僅下降了14個千分點，而上述三個國家的降幅均高於中國，分別達到26個、18個和35個千分點。雖然在此期間中國的降幅仍然高於發展中國家的平均降幅，但已失去了曾經擁有的相比於人類發展水平較高國家的優勢<sup>㉑</sup>。

另外，從疾病風險的類型來看，原已在很大程度上得到控制甚至消除的疾病最近又重新出現了，且新的疾病威脅又接踵而至。新中國建立後，政府在傳染病防治方面投入了大量精力，並取得了突出的成績，使一度嚴重危害中國人口健康的疾病，例如血吸蟲病和肺結核病等均得到了有效的控制。但是，近年來，這些疾病的蔓延趨勢又開始在一些地方出現。某些在新的環境下出現的疾病（例如AIDS等）也逐漸開始成為損害人們健康的主要威脅，尤其是針對某些弱勢群體，包括女性和流動人口。

由於受到多種因素的影響，包括生理因素和行為因素，個人之間乃至群體之間存在一定程度的健康差異是可以被接受的。但是，從人類發展視角及社會公正理論出發，假如這種健康不平等在很大程度上表現出系統性的社會分層特徵，且是通過一定的社會安排可以避免的，那麼，這樣的現象即被認為是健康不公平現象，是應該降低乃至消除的。

### 三 中國社會的健康不平等現象

由於受到多種因素的影響，包括生理因素和行為因素，個人之間乃至群體之間存在一定程度的健康差異是可以被接受的。但是，從人類發展視角及社會公正理論出發，假如這種健康不平等在很大程度上表現出系統性的社會分層特徵，且是通過一定的社會安排可以避免的，那麼，這樣的現象即被認為是健康不公平現象，是應該降低乃至消除的。

健康公平是社會公平的一個重要方面。從內容上講，健康公平包括健康結果公平和醫療衛生可及性公平(也即程序公平)兩個方面。健康結果公平是指在考慮到生理因素後，每個人都有同等機會盡可能地達到他們在身體、精神和社會生活上的完好狀態。因此，任何不是由於生理和個人行為因素導致的健康結果不平等即代表健康結果不公平。醫療衛生公平是指每個人都能平等且公正地獲得可利用的醫療衛生服務資源。在一定程度上，醫療衛生可及性方面的公平性作為程序公平對健康結果的公平性有很大的影響，因為，它在很多情況下是解釋健康結果不平等的一個重要原因。

最近幾十年中，健康不平等問題在世界各地不僅沒有得到很好的改善，反而趨於惡化。因此，國際社會目前對健康不公平問題給予普遍關注。在中國，雖然目前大多數健康指標均基本超過國際平均水平，甚至在某些指標上達到了發達國家水平，但是，就健康公平程度來說卻不容樂觀<sup>②</sup>。

為了對中國社會目前存在的健康不平等現象有較充分的了解，本節將以城鄉差異和性別差異為例，有代表性地概括中國社會健康結果不平等現象的程度和範圍。下節集中討論醫療衛生可及性方面的不平等問題。

### (一) 城鄉差異

由於我國二元經濟與社會體制，城鄉之間的健康差距一直較大，改革開放後這種差距總體來說並未有明顯縮小，在某些方面甚至有所擴大。這一現象充分體現在孕產婦死亡率、兒童死亡率和兒童營養狀況的變化上。

#### 1、孕產婦死亡率

上文已提到，過去十多年中，孕產婦死亡率總體呈現下降趨勢，但是，城鄉之間始終保持較大差距，且未見縮小。衛生統計數據反映，從1990-2004年，農村孕產婦死亡率平均高出城市的絕對幅度為43.8/10萬，農村平均是城市的2.3倍。並且，90年代初與90年代末及以後相比，農村高於城市的倍數呈現增長趨勢。1990-1992年農村高於城市的平均倍數為2.3倍，而2001-2004年的平均倍數上升為2.46倍(圖1)。

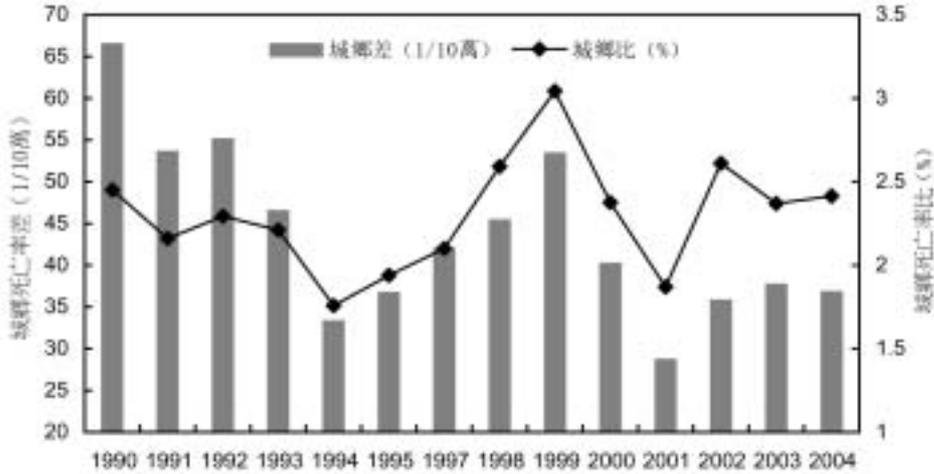
造成孕產婦死亡率城鄉差距的主要原因是產科出血。產科出血不是疑難重症，但農村尤其是邊遠地區農村的孕產婦，常常因貧窮而不能住院分娩、因交通不便而無法及時轉至縣市醫院或鄉鎮衛生院、因偏遠而不能及時取得血源，因而，在發生產科出血後得不到基本治療和搶救而導致死亡。因此，農村地區孕產婦死亡率高是社會因素造成的。

#### 2、兒童死亡率

儘管農村地區的兒童健康與營養水平在過去一段時間中有明顯提高，並且，城鄉之間的差距也有一定縮小，但是，與城鎮兒童相比，農村兒童的健康

最近幾十年中，健康不平等問題在世界各地不僅沒有得到很好的改善，反而趨於惡化。因此，國際社會目前對健康不公平問題給予普遍關注。在中國，雖然目前大多數健康指標均基本超過國際平均水平，甚至在某些指標上達到了發達國家的水平，但是，就健康公平程度來說卻不容樂觀。

圖1 孕產婦死亡率變化城鄉比較，1990-2004年

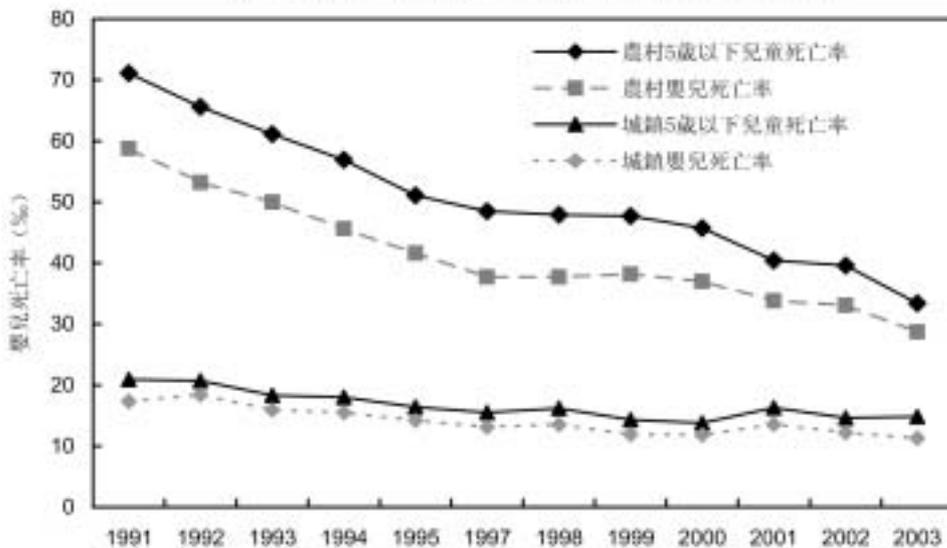


數據來源：《中國衛生統計年鑑 2006》，頁195；《中國社會中的女人和男人——數據與事實》，2004，頁71。

註：1996年的官方統計數字在各年鑑中缺失。下同。

水平仍處於較大劣勢。在嬰兒死亡率方面，2003年婦幼衛生監測地區數據表明，農村地區的嬰兒死亡率和5歲以下兒童死亡率分別是28.7‰和33.4‰，同期城鎮水平則分別為11.3‰和14.8‰，前者分別為後者的2.5倍和2.3倍。90年代初期，嬰兒死亡率及5歲以下兒童死亡率在農村和城市之間的差別更大：1991年兩者差距分別達到3.35倍和3.4倍（圖2）。

圖2 嬰兒死亡率與5歲以下兒童死亡率城鄉比較，1991-2003年



數據來源：《中國衛生統計年鑑 2006》，頁195。

造成孕產婦死亡率城鄉差距的主要原因是產科出血。產科出血不是疑難重症，但農村尤其是邊遠地區農村的孕產婦，常常因貧窮而不能住院分娩，因交通不便而無法及時轉至鄉鎮和縣市醫院，因偏遠而不能及時取得血源，因而，在發生產科出血後得不到基本治療和搶救而死亡。因此，農村地區孕產婦死亡率高是社會因素造成的。

從新生兒死亡率來看<sup>29</sup>，2000-2004年，城市基本上在10‰以下，而農村在2000年達到25‰，2004年雖然降低到17.3‰，但城鄉之間的差距仍然很大。不過，從2000年到2004年的變化中可以發現，兩者的差距在逐步縮小<sup>30</sup>。

### 3、兒童營養水平

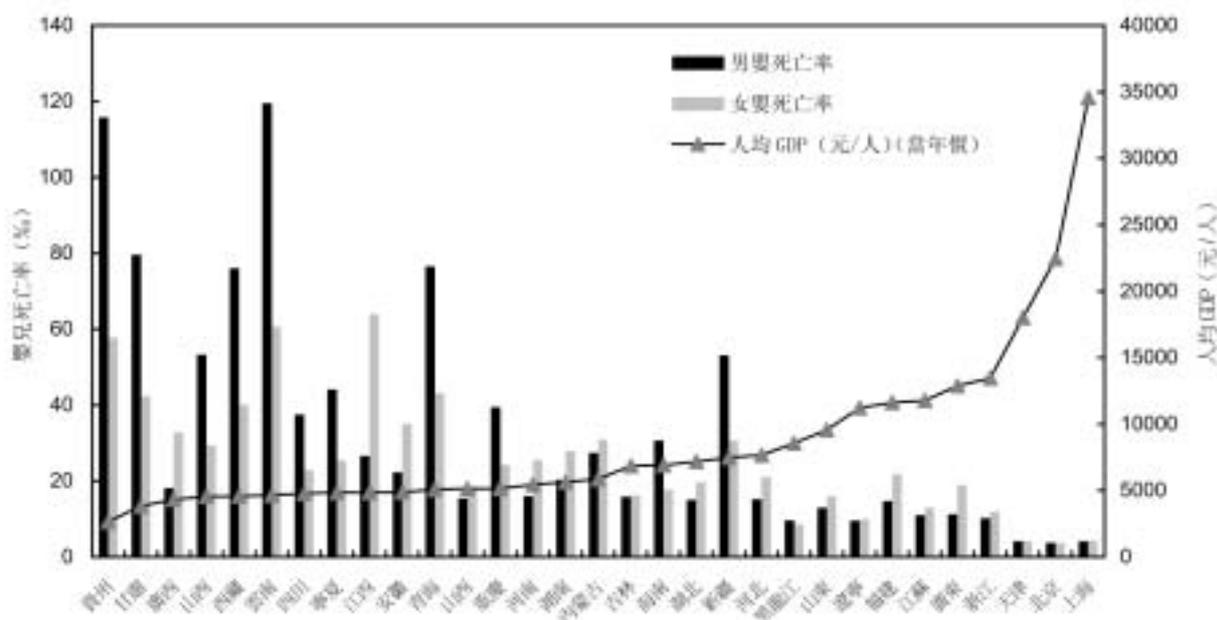
與城鎮兒童相比，農村兒童的營養水平處於較大劣勢。1990年，農村5歲以下兒童體重不足(23%)和發育遲緩(41%)分別比城市兒童的水平高15個和32個百分點。到1998年，這種絕對水平差距雖然有明顯縮小，但仍然分別有10個百分點和18個百分點的距離。如果從城鄉比來看，兩者之間的差距實際上有進一步拉大之勢，分別從1990年的2.9倍和4.6倍擴大到1998年的4.3倍和5.5倍<sup>31</sup>。

兒童和青少年的身高與體重也顯示了明顯的城鄉差別。1985年和1995年全國學生體質健康調查顯示，從7歲到18歲，每個年齡的城市男孩的平均身高、平均體重均比農村男孩要高。城市女孩除了在17和18歲時體重與農村女孩相差無幾之外，其他年齡的平均身高和平均體重也都高於農村女性<sup>32</sup>。

## (二) 性別差異

從生物學角度講，嬰兒死亡率一般是男孩高於女孩，但在東亞、東南亞和南亞的一些國家，女孩相對於男孩所具有的生物優勢似乎被一些文化和行為因

圖3 各地區人均GDP及男女嬰兒死亡率比較，2000年



資料來源：游允中、鄭曉瑛主編：《中國人口的死亡和健康》(北京：北京大學出版社，2000)，頁49-52。

素(如性別歧視)所抵消。目前，中國的女性健康雖然取得了長足的進步，但性別之間的健康差異仍未消除。

根據2000年中國人口普查中各地區男女嬰死亡率數據，全國31個省、直轄市和自治區中有19個地區的女嬰死亡率高於男嬰死亡率。並且，一個值得關注的問題是，在經濟最為發達的10個省和直轄市中就有7個出現這樣的情況，相反，在經濟最不發達的10個省和自治區中卻只有3個省區出現這樣的情況(圖3)。

從時間變化來看，由嬰兒死亡率反映的男女嬰健康差異在過去二十年中沒有得到很好的改善。1981年的人口普查資料反映(海南、西藏和重慶三個地區數據缺失)，當時只在安徽、河南、江蘇和浙江四個省份存在女嬰死亡率高於男嬰死亡率的現象，但是，2000年的數據則反映了這一現象在更多地區存在<sup>②</sup>。

另一方面，1993年以來的慢性病患狀況也存在相當顯著的性別差異。在1993、1998和2003年的衛生服務調查中，女性慢性病患率均遠遠高於男性，且不分城鄉。具體來講，1993年城鄉合計的患病率絕對值女性高於男性35.3個千分點，2003年又上升0.1個千分點。在城市方面，該指標的差距更大，1993年達到61.8個千分點，1998年有明顯下降，達到43.8個千分點，2003年又有上升，為47.3個千分點。農村方面情況略好，但2003年女性慢性病患率仍高於男性28.8個千分點<sup>③</sup>。並且，慢性病患率的性別差異現象存在於大、中、小各類城市以及一類到四類的所有農村，並在大城市的差距最大<sup>④</sup>。

從生物學角度講，嬰兒死亡率一般是男孩高於女孩，但在東亞、東南亞和南亞的一些國家，女孩相對於男孩所具有的生物優勢似乎被一些文化和行為因素(如性別歧視)所抵消。目前，中國的女性健康雖然取得了長足的進步，但性別之間的健康差異仍未消除。

## 四 影響健康結果不平等的主要因素

本節從程序公平的角度出發，概括中國目前在醫療衛生服務領域存在的主要不平等現象，從一個側面闡述健康結果不平等的影響因素。這部分的分析涉及醫療衛生服務可及性的不平等和衛生資源分配的不平等兩個方面<sup>⑤</sup>。考察的焦點是城鄉差距，而不涉及其他差距。

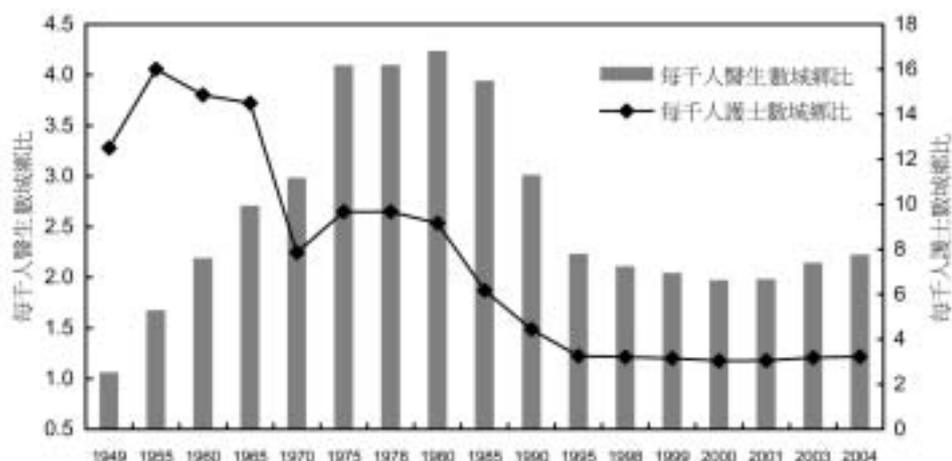
### (一) 醫療服務可及性的不平等

醫療服務可及性平等與否是影響健康結果公平性的一個重要方面。分析醫療服務可及性的公平程度可以從衛生人力資源和衛生服務設施兩方面加以考察。

#### 1、衛生人力資源

衛生人力資源一般以每千人執業醫師數和每千人註冊護士數衡量。根據統計資料，1949-2004年各個主要年份的每千人醫生數和護士數均反映了人力資源在城鄉之間分配的不平衡性。建國以後，每千人醫生數城鄉差距呈現不斷上升的趨勢，並在1970-80年代達到高峰：城市是農村(以市縣區分)的4倍以上。

圖4 每千人醫生／護士數的城鄉差距比較，1949-2004年



數據來源：《中國衛生統計年鑑 2005》，頁27。

1990年代以後，兩者的差距明顯下降，但仍然超過1950年代水平，基本高於2倍。2000年之後，城鄉之間的差距又有小量擴大(圖4)。

從每千人護士數來看，城鄉之間的差距更大。最大差距出現在1950-60年代，城市是農村的16倍，1970年代先升後降，總體仍然有超過9倍的差距，1980和90年代前期有較大幅度的持續下降，1990年代後期開始則基本保持穩定，大約在3倍左右(圖4)。

醫療服務可及性的公平性，在很大程度上受到衛生資源分配公平程度的影響。反映衛生資源分配的主要指標包括衛生總費用、政府預算衛生支出和衛生事業費。比較這三項指標，能夠表明中國目前在衛生資源分配上存在巨大的城鄉差距。

## 2、醫療衛生設施

醫療衛生設施可以從另一個角度反映醫療服務可及性的平等與否。其主要的反映指標是每千人醫院和衛生院牀位數。2005年衛生統計年鑑數據表明，1980年每千人口醫院、衛生院牀位數市級比縣級多3.22張。2000年，該差距有所縮小，但仍然有1.99張的差別，到2004年，差距並沒有進一步縮小，反而有所擴大，達到2.09張。如果比較市醫院牀位數和鄉村衛生院牀位數，則兩者之間的差距更為顯著。1980年、2000年和2004年的差距分別達到每千人3.75張、2.69張和2.75張<sup>②</sup>。

住戶家庭與最近的醫療單位之間的距離差異也從另一個側面反映出醫療服務可及性的公平程度。第三次衛生服務調查數據反映：城市住戶家庭與最近的醫療單位之間的距離不足1公里的比例為81.8%，而農村同一比例僅為61.1%。對於距離超過5公里以上的比例，城市只有0.5%，而農村高達4.8%<sup>③</sup>。

### (二) 衛生資源分配的不平等

醫療服務可及性的公平性在很大程度上受到衛生資源分配公平程度的影響。反映衛生資源分配的主要指標包括衛生總費用、政府預算衛生支出和衛生

事業費。比較這三項指標能夠表明中國目前在衛生資源分配上存在巨大的城鄉差距。

### 1、衛生總費用

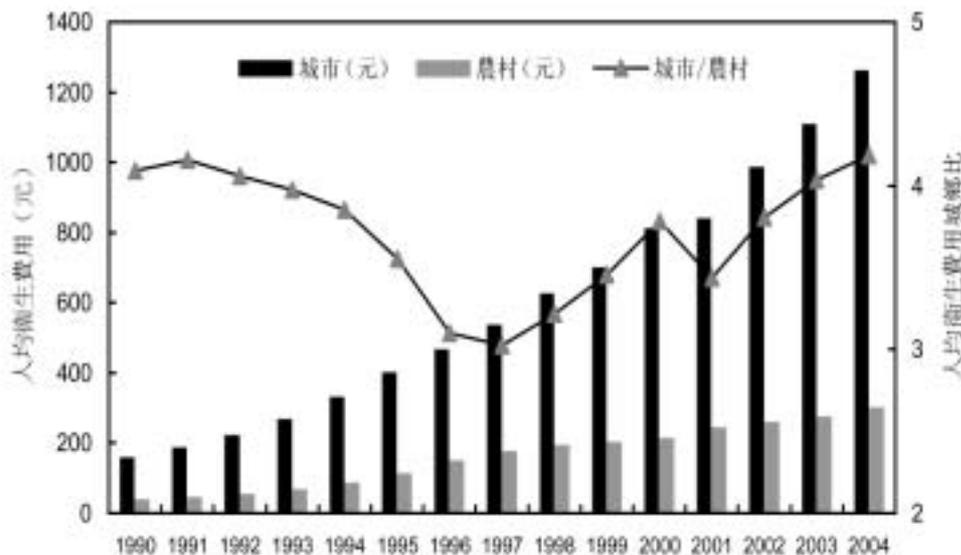
1990-2004年，中國城市和農村人均衛生總費用都有所增加(未排除物價因素)，然而，這十四年中人均衛生總費用平均城鄉比達到3.72，即城市人均衛生總費用平均是農村人均衛生總費用的3.7倍以上。另一方面，雖然人均衛生總費用城鄉比自1990年到1997年總體呈下降趨勢，但是，從1997年開始出現上升趨勢(除個別年份之外)，並且，2004年的人均總費用城鄉比(4.18)高於1990-1997年的最大值(4.16)。這說明從1997年開始，人均衛生總費用在城市和農村之間的分配不平等開始加劇(圖5)。

### 2、政府預算衛生支出

政府預算衛生支出是指各級政府用於衛生事業的財政預算撥款。我們不能找到政府預算衛生支出在城鄉之間分配的系統數據，但是，王紹光在2003年的研究表明，在1998年，全國衛生總費用為3776.5億元，其中政府投入為587.2億元，用於農村衛生費用為92.5億元，僅佔政府投入的15.8%。當年城鎮人口為約3.79億人，平均每人享受相當於130元的政府醫療衛生服務；農村人口為8.66億，平均每人享受相當於10.7元的政府醫療衛生服務；前者是後者的12倍<sup>⑨</sup>。

1990-2004年，中國城市和農村人均衛生總費用都有所增加，然而，這十四年中城市人均衛生總費用平均是農村人均衛生總費用的3.7倍以上。從1997年開始，人均衛生總費用在城市和農村之間的分配不平等開始加劇，1998年，全國衛生總費用為3776.5億元，其中政府投入為587.2億元，用於農村衛生費用為92.5億元，僅佔政府投入的15.8%。

圖5 人均衛生總費用城鄉差距，1990-2004年



數據來源：《中國衛生統計年鑑 2006》，頁85。

### 3、衛生事業費

衛生事業費是指各級政府用於衛生部門直接隸屬的衛生機構的財政預算補助。2003年全國衛生服務調查數據顯示，1998-2002年之間，城市和農村之間的衛生事業費有明顯的差距，且有所擴大。1998年調查地區平均每座城市的人均衛生事業費為22.04元，而農村只有9.97元，後者比前者少12.07元，為前者的45.2%。到2002年，調查地區人均衛生事業費城市為30.32元，農村為13.19元，後者比前者少17.13元，為前者的43.5%<sup>⑤</sup>。

從時間趨勢上看，農村衛生事業費佔全國衛生事業費的比例從1998年的33.95%下降到2002年的32.53%，農村衛生事業費佔財政支出的比例從1998年的0.76%下降到2002年的0.56%<sup>⑥</sup>。

## 五 總 結

在改革開放之後，儘管中國的健康水平仍然在進一步提高，但是，弱勢人群（例如農村人口和女性）在健康提高方面受到的阻礙，導致了總體健康水平的提高速度與幅度的下降。因此，如何提高弱勢人群的健康水平，將是促進未來中國的健康公平程度以及人口總體健康水平的關鍵。

在人類發展視角中，健康是衡量發展的最基本的維度之一，健康公平則是人類發展進程中一個不可忽視的重要目標。中國社會在1949年後的一段時期內曾經在衛生領域取得了顯著的成就。但是，在改革開放以後，對經濟增長的過於追求一度使GDP成為考量發展的主要方面。由於經濟增長成果並不能自動轉變為人們實際生活質量的提高（很多國家的實例已說明這一點），這種單一追求經濟增長的發展思路使中國的人類發展進程在一定程度上受到了影響。另一方面，由於社會對經濟效益的過度強調，分配的公平性沒有得到足夠的重視。相應地，社會不平等程度繼續持高且在某些方面有擴大之勢。這些經濟與社會環境的變化都對人口健康的發展提出了嚴峻的挑戰。因此，考察中國人口健康水平的發展趨勢以及健康的公平性程度將對未來中國的人類發展進程具有突出的現實意義。鑑於此，本文從人類發展視角出發，總結中國在健康方面取得的總體成就，以及目前存在的主要的健康不平等現象，並從醫療衛生角度就這些不平等現象進行相關分析。

通過對大量統計數據的回顧與總結，我們發現，新中國自建國後到改革開放前在健康領域取得了突出的成就。健康的一系列主要衡量指標，包括出生期望壽命、嬰兒死亡率和孕產婦死亡率等均顯示了相比於發展中國家水平和世界平均水平的明顯優勢。然而，在改革開放之後，儘管中國的健康水平仍然有進一步的提高，但是，就某些健康指標的提高速度或幅度而言，原有的國際比較優勢呈現一定程度的縮小。這一趨勢在很大程度上與健康結果的不平等密切相關，因為，弱勢人群（例如農村人口和女性）在健康提高方面受到的阻礙，將進一步導致總體健康水平的提高速度與幅度的下降。因此，如何提高弱勢人群的健康水平，將是促進未來中國的健康公平程度以及人口總體健康水平的關

鍵。當然，要促進健康公平需要從多方面着手，不過，就醫療衛生領域內部來說，促進醫療服務可及性的公平和衛生資源分配的公平將是兩個不容忽視的重要方面。

### 註釋

① UNDP, *Human Development Report*, 1990 (New York: Oxford University Press, 1990), 10.

②③ 阿瑪蒂亞·森 (Amartya Sen) 著，任曠、于真譯：《以自由看待發展》(北京：中國人民大學出版社，2002)，頁18；10。

④ S. Anand, "The Concern for Equity in Health, 2002", *Journal of Epidemiology & Community Health* 56, no. 7, 485.

⑤ 可具體參見UNDP, *Human Development Report*, 1990-2005 (New York: Oxford University Press, 1990-2005); Amartya Sen, *The Standard of Living*, 1986, The Tanner Lectures (Cambridge: Cambridge University Press); Amartya Sen, "Health in Development, 1999", Fifty-second World Health Assembly, A52/DIV/9, World Health Organization; Amartya Sen, "Why Health Equity?", *Health Economics*, 2002; 阿瑪蒂亞·森：《以自由看待發展》。

⑥ 關於這方面的經驗研究，可具體參見王曲和劉民權：〈健康的價值及其若干決定因素：文獻綜述〉，《經濟學(季刊)》(2005年10月)，第5卷第1期。

⑦⑧⑨ Amartya Sen, "Why Health Equity?", *Health Economics*, 2002: 660; 660; 661.

⑩⑪⑫⑬⑭⑮ 中華人民共和國衛生部：《中國衛生統計年鑑 2006》(北京：中國協和醫科大學出版社，2006)，頁211 (1957年數據來自衛生部網站：《中國衛生統計提要 2006》[[www.moh.gov.cn/open/statistics/digest06/y63.htm](http://www.moh.gov.cn/open/statistics/digest06/y63.htm)])；230；218-20；195；218-20。

⑯ 1990年以前的甲、乙類法定報告傳染病包括19種，1990-1995年包括24種，1996-2002年包括26種。

⑰ 中華人民共和國國家統計局：《中國社會中的女人和男人——數據與事實》(北京：中國統計出版社，2004)，頁71。

⑱ 中華人民共和國衛生部：《中國衛生統計年鑑 2006》，頁195；中華人民共和國國家統計局：《中國社會中的女人和男人》，頁74。

⑲⑳㉑㉒ 中華人民共和國衛生部：《中國衛生統計年鑑 2005》(北京：中國協和醫科大學出版社，2005)，頁216-18；193；68；176。

㉓ 中華人民共和國衛生部：《中國衛生統計年鑑 2005》，頁217-18。(紙版年鑑只保留小數點後一位，而衛生部網站上電子版《中國衛生統計年鑑 2005》[[www.moh.gov.cn/newshtml/11902.htm](http://www.moh.gov.cn/newshtml/11902.htm)]提供的數據保留小數點後兩位，為精確地說明變化，故使用電子版數據。)

㉔ 中華人民共和國衛生部：《中國衛生統計年鑑2005》，頁193。1949年的數據為歷史數據，1981、1990和2000年數據來自相應年份的全國人口普查。1958年數據為北京等19個省市的大部分縣市的調查數據，來自衛生部網站：《中國衛生統計提要 2006》([www.moh.gov.cn/open/statistics/digest06/y62.htm](http://www.moh.gov.cn/open/statistics/digest06/y62.htm))。

㉕ 1990和1998年數據來自國務院婦女兒童工作委員會：〈兒童發展成就回顧——兒童營養狀況〉，2003 ([www.nwccw.gov.cn/show/gnetfzshownews.jsp?belong=國](http://www.nwccw.gov.cn/show/gnetfzshownews.jsp?belong=國))。

內兒童發展&alias=zbl\_sjtb\_gnetfz&news\_id=32706)。2004年數據來自衛生部婦幼保健與社區衛生司：〈關於八省(自治區)嬰幼兒營養健康狀況調查報告〉，2005 ([www.21wecan.com.cn/yjck/zyjd/ggyys/yykp/yykp06042101.htm](http://www.21wecan.com.cn/yjck/zyjd/ggyys/yykp/yykp06042101.htm))。

⑲ UNDP, *Human Development Report*, 1994, 136-37; *Human Development Report*, 1995, 162-63; *Human Development Report*, 1999, 168-71; *Human Development Report*, 2005, 220-22.

⑳ UNDP, *Human Development Report*, 1995, 162-63; *Human Development Report*, 2002, 168-71; *Human Development Report*, 2005, 250-53.

㉑ 在這個方面，很多學者已經開展了一系列研究，例如陳茁、Eastwood、顏子儀：〈中國兒童營養不良的不平等：所居之處實為重〉，《世界經濟文匯》，2006年第1期；程建鵬、郭岩、李明穎：〈中國部分貧困地區農村兒童生長發育現狀研究〉，《中國兒童保健雜誌》，2005年第13卷第4期；劉寶、胡善聯：〈社會經濟變革背景下的健康不平等研究〉，《中國衛生經濟》，2002年第21卷第9期；劉寶、胡善聯：〈收入相關健康不平等實證研究〉，《衛生經濟研究》，2003年第1期；劉寶、蔣烽、胡善聯：〈人群健康的城鄉差距〉，《中國衛生資源》，2005年第8卷第5期；劉寶、胡善聯、蔣烽：〈中國衛生總費用的地區差距和城鄉差距分析〉，《中華醫院管理雜誌》，2005年第21卷第6期；劉寶、胡善聯、蔣烽：〈城鄉居民健康差距與衛生總費用分析〉，《中華醫院管理雜誌》，2005年第21卷第6期；王麗敏、張曉波：〈健康不平等及其成因——中國全國兒童健康調查實證研究〉，《經濟學》，2005年第2卷第2期；張曉波：〈中國教育和醫療衛生中的不平等問題〉，《經濟學》，2003年第2卷第2期等。

㉒ 嬰兒死亡率、5歲以下兒童死亡率、新生兒死亡率和圍產兒死亡率的區別如下：嬰兒死亡率是指一年內每1,000名活產嬰兒中有多少個在1歲前死亡；5歲以下兒童死亡率是指一年內每1,000名5歲以下的兒童中有多少個死亡；新生兒死亡率是指一年內每1,000名活產嬰兒中有多少個在產後28天內死亡；圍產兒死亡率是指一年內每1,000名胎兒和新生兒中有多少個在妊娠足28周至出生後7天內死亡。

㉓ 國務院婦女兒童工作委員會：〈兒童發展成就回顧——兒童營養狀況〉。

㉔ 中國衛生年鑑委員會編：《中國衛生年鑑 2002》(北京：人民衛生出版社，2002)，頁499。

㉕ 游允中、鄭曉瑛主編：《中國人口的死亡和健康》(北京：北京大學出版社，2005)，頁49-52。

㉖ 雖然從傳統經驗上講，女性較男性對自己的健康狀況更為敏感，並因此可能使其選擇就診的概率偏高，從而在一定程度上使女性的慢性病患率趨高，但是，這並不足以解釋男女性慢性病患率差距的全部原因。因此，對這一現象值得深入研究。

㉗ 影響健康結果的因素有很多，具體參見王曲和劉民權：〈健康的價值及其若干決定因素：文獻綜述〉。

㉘ 王紹光：〈中國公共衛生的危機與轉機〉，《比較》，第7輯(2003)，頁71-72。

㉙ 中華人民共和國衛生部信息統計中心：《中國衛生服務調查研究：第三次國家衛生服務調查分析報告》(北京：中國協和醫科大學出版社，2004)，頁141。

㉚ 王小林：〈中國兒童服務籌資：教育與衛生支出分析〉，健康與發展國際研討會論文(2006)，頁41。

劉民權 北京大學經濟學院教授，北京大學經濟與人類發展研究中心主任。

王 曲 北京大學經濟與人類發展研究中心研究員。