



西北大学学报(哲学社会科学版)

2014年1月,第44卷第1期,Jan.,2014,Vol.44,No.1

Journal of Northwest University(Philosophy and Social Sciences Edition)

【经济研究】

基于城乡视角的我国人口健康 不平等及改进路径研究

刘慧侠

(西北大学 经济管理学院,陕西 西安 710069)

摘 要: 运用调查数据分析了经济转型期我国人口健康水平的城乡分布变化情况。结果表明:城乡居民健康水平分布不平等,在城乡之间以及城乡不同的社会经济区域内,人均期望寿命、婴幼儿死亡率、儿童和青少年身体质量指数、两周患病率、慢性病患者率等主要人口健康指标均存在明显差异。应通过转变经济增长方式、缩小收入差距、完善医疗卫生保障制度、注重大众健康教育等途径来缩小健康不平等,提高整体人口健康水平。

关键词: 人口健康;健康不平等;健康水平;城乡差异

中图分类号: F126 **文献标识码:** A **文章编号:** 1000-2731(2014)01-0156-06

健康是人类发展、人类福祉的一个重要维度。党的十八大报告明确提出要坚持为人民健康服务的方向,努力提高人民健康水平。国民健康与社会经济发展有着内在的必然联系,有着强大的工具性价值。实践及研究表明,健康的平等性问题始终是影响和制约社会经济可持续发展的关键性问题。改革开放30余年来,我国经济快速发展提高了人们的生活水平,使得城乡居民的膳食营养状况明显改善,全体人口的健康水平显著提高。人均预期寿命由1981年的67.9岁增加到2010年的74.8岁,超过世界平均水平(69.6岁)。新生儿死亡率、婴儿死亡率、5岁以下儿童死亡率及孕产妇死亡率分别由1991年的33.1‰,50.2‰,61.0‰,80.0/10万下降到2011年的7.8‰,12.1‰,15.6‰,26.1/10万^[1](P238-356)]。儿童、青少年身体发育指数明显提高,传染病的预防和控制取得了重大成绩。根据联合国的千年发展目标评定,中国是发展中国家人类发展指数提高最快的国家,由1990年的第105位上升至2007年的第81位,跻身于世界中等发展国家水平行列^[2](P6)]。但另一方面,由于存在城乡、地区和阶层差异,人口健康指标的改善明显滞后于经济增长。我们不仅要关注整体人口的健康状况(health status),而且要高度重视人口健康的平等性问题(equality in health)。

收稿日期:2013-03-26

基金项目:2009年教育部本科教学质量与教学改革工程项目《保险学原理》国家级双语教学示范课程建设项目;
2013年陕西省保险学会课题

作者简介:刘慧侠,女,陕西岐山人,西北大学副教授,从事健康经济学和社会保障研究。

一、健康不平等的概念及度量指标

(一) 健康不平等的概念

健康不平等是指在健康禀赋相似的人群中由于社会经济等因素出现了健康水平的差异。从狭义看,健康不平等是指不同社会经济特征的人群之间健康水平的分布差异,即健康状况不平等。从广义看,健康不平等既包括健康状况差异,又包括获得良好健康的机会(例如是否拥有医疗保险)和条件(例如医疗卫生资源、个人收入等)差异,而机会和条件又是导致健康差异的重要原因^[3-5]。

(二) 健康的度量指标

国际上衡量一个国家(或地区)人口健康水平的指标,一方面包括人均期望寿命、新生儿死亡率、婴儿死亡率、5岁以下儿童死亡率、孕产妇死亡率、儿童和青少年身体健康指数等总体健康水平指标^[6];另一方面包括不同年龄以及各种具体原因导致的死亡率、某些特定疾病的发病率等。在一些实证研究中,还有基于抽样调查获得的自评健康、两周患病率、慢性病患率等^[7]。

二、我国人口健康水平的城乡差异分析

改革开放30余年来,我国人口健康水平显著提高,但从主要健康指标看,国民健康水平分布不平等,存在明显的差异。

(一) 城乡人口的各项死亡率均存在差异

我们收集整理1991—2011年全国监测地区的城镇与农村人口死亡率指标相关数据,对各项死亡率的平均值进行差异性检验(见表1)。结果表明:在1991—2011年间,中国城镇新生儿、婴儿、5岁以下儿童及孕产妇死亡率的平均值分别为8.98‰、11.56‰、13.71‰、31.29/10万,农村人口的各项死亡率均值分别为22.46‰、32.67‰、40.17‰、63.93/10万。农村人口的各项指标均显著高于城市($P < 0.001$),反映了城乡人口各项死亡率指标存在不平等现象。

表1 城乡人口死亡率差异性分析(1991—2011年)

年 份	新生儿死亡率(‰)			婴儿死亡率(‰)			5岁以下儿童死亡率(‰)			孕产妇死亡率(1/10万)		
	城镇	农村	比值	城镇	农村	比值	城镇	农村	比值	城镇	农村	比值
1991	12.5	37.9	0.33	17.3	58	0.3	20.9	71.1	0.29	46.3	100	0.46
1992	13.9	36.8	0.38	18.4	53.2	0.35	20.7	65.6	0.32	42.7	97.9	0.44
1993	12.9	35.4	0.36	15.9	50	0.32	18.3	61.6	0.3	38.5	85.1	0.45
1994	12.2	32.3	0.38	15.5	45.6	0.34	18	56.9	0.32	44.1	77.5	0.57
1995	10.6	31.1	0.34	14.2	41.6	0.34	16.4	51.1	0.32	39.2	76	0.52
1996	12.2	26.7	0.46	14.8	40.9	0.36	16.9	51.4	0.33	29.2	86.4	0.34
1997	10.3	27.5	0.37	13.1	37.7	0.35	15.5	48.5	0.32	38.3	80.4	0.48
1998	10	25.1	0.4	13.5	37.7	0.36	16.2	47.9	0.34	28.6	74.1	0.39
1999	9.5	25.1	0.38	11.9	38.2	0.31	14.3	47.7	0.3	26.2	79.7	0.33
2000	9.5	25.8	0.37	11.8	37	0.32	13.8	45.7	0.3	29.3	69.6	0.42
2001	10.6	23.9	0.44	13.6	33.8	0.4	16.3	40.4	0.4	33.1	61.9	0.53
2002	9.7	23.2	0.42	12.2	33.1	0.37	14.6	39.6	0.37	22.3	58.2	0.38
2003	8.9	20.1	0.44	11.3	28.7	0.39	14.8	33.4	0.44	27.6	65.4	0.42
2004	8.4	17.3	0.49	10.1	24.5	0.41	12	28.5	0.42	26.1	63	0.41
2005	7.5	14.7	0.51	9.1	21.6	0.42	10.7	25.7	0.42	25	53.8	0.46
2006	6.8	13.4	0.51	8	19.7	0.41	9.6	23.6	0.41	24.8	45.5	0.55
2007	5.5	12.8	0.43	7.7	18.6	0.41	9	21.8	0.41	25.2	41.3	0.61
2008	5	12.3	0.41	6.5	18.4	0.35	7.9	22.7	0.35	29.2	36.1	0.81
2009	4.5	10.8	0.42	6.2	17.0	0.36	7.6	21.1	0.36	26.6	34.0	0.78
2010	4.1	10	0.41	5.8	16.1	0.36	7.3	20.1	0.36	29.7	30.1	0.99
2011	4	9.4	0.43	5.8	14.7	0.39	7.1	19.1	0.37	25.2	26.5	0.95
M	8.98	22.46	...	11.56	32.67	...	13.71	40.17	...	31.29	63.93	...
SD	3.05	9.18		3.87	13.03		4.37	16.31		7.19	21.91	
T		-6.38***			-7.11***			-7.18***			-6.48***	

*** $P < 0.001$

分析城乡各项死亡率的变动趋势(见图 1—4)可以看出,随着时间的推移,中国城市与农村人口的各项死亡率呈整体下降趋势,但存在着阶段性特点:在 1991—1995 年间下降较快、1995—2002 年较慢、2003—2011 年较快。趋势图还表明,城乡各项死亡率之间的差异在逐年缩小,其阶段性特点为:在 2002 年之前差异较大,2003 年之后差异则快速缩小。

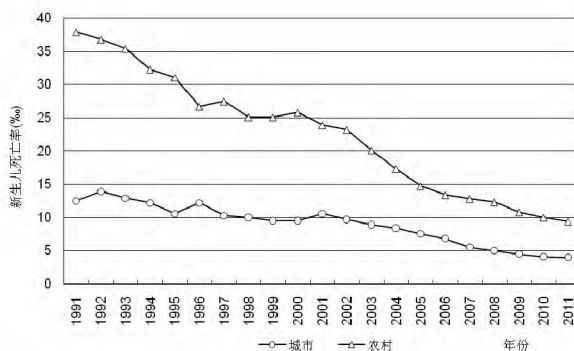


图 1 城乡新生儿死亡率(1991—2011)

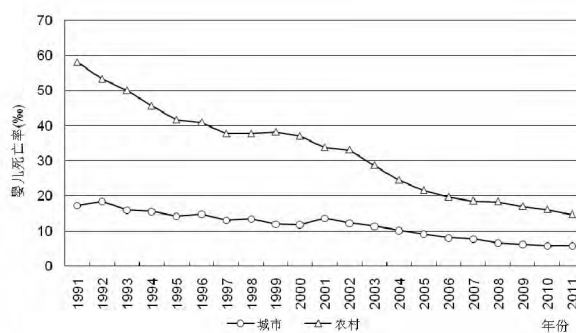


图 2 城乡婴儿死亡率(1991—2011)

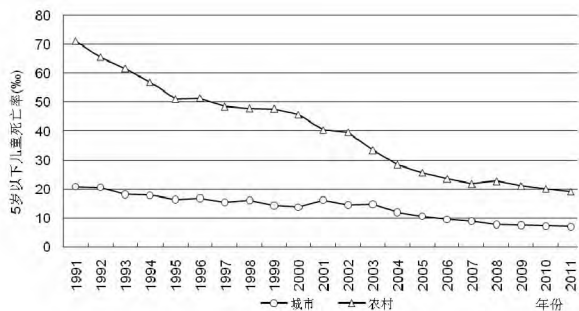


图 3 城乡 5 岁以下儿童死亡率(1991—2011)

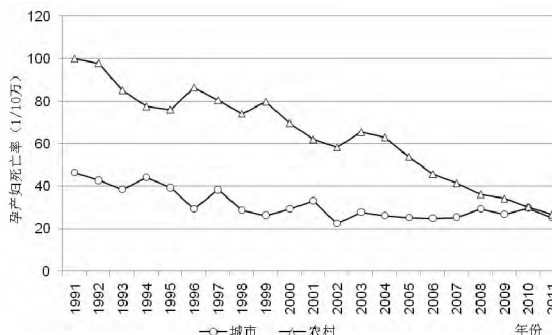


图 4 城乡孕产妇死亡率(1991—2011)

资料来源:国家统计局. 中国统计年鉴 2012 [M]. 北京: 中国统计出版社, 2012。

(二) 城乡儿童、青少年健康水平差异明显

我国农村的儿童、青少年身体发育指数明显低于城市。卫生部全国监测数据分析表明,在 1990 年,农村 5 岁以下儿童体重不足(23%)和发育迟缓(41%)分别比城市儿童的水平高出 15 个和 32 个百分点。1998 年,这种绝对水平差距有明显缩小趋势,但仍然分别有 10 个和 18 个百分点的差距^[1](P193-201)]。卫生部 2005 年的调查数据表明,我国农村 1~7 岁儿童的平均体重和身高,无论男孩或女孩,均明显低于城市的同龄儿童(见表 2)^[1](P187)]。1985 年、1995 年全国学生体质健康调查和 2002 年全国营养与健康调查结果显示,从 7~18 岁,除了极个别年龄外,几乎所有年龄段的农村男孩和女孩的平均身高、平均体重均比城市低。

(三) 城乡居民两周患病率和慢性病患者率比较

卫生部 1993—2008 年的四次全国卫生服务调查数据分析表明,中国城乡居民的两周患病率、慢性病患者率均处于上升趋势,且城乡之间、城乡内部以及男女之间均存在明显的分布差异。总体看,城市居民的两周患病率和慢性病患者率均大于农村居民,女性大于男性(见表 3)。2008 年被调查的 177 501 人次样本人群中,共有 33 473 人次患病,两周患病率为 18.9%,比 2003 年上升了 4.6 个百分点,城市两

周患病率高出农村 4.5 个百分点。从慢性病患者率看,城市地区患病率为 28.3%,比农村高出 65.4%,慢性患病率随城市规模的增大而增高;农村一类地区最高,四类地区最低。从性别看,与 2003 年第三次调查相比,城乡男性和女性的慢性病患者率均有明显上升趋势,其中农村女性上升幅度最大(6%)^{[10](P193-203)}。

表 2 城乡 7 岁以下儿童身体发育情况比较(2005 年)

年 龄	男				女			
	体重平均值(公斤)		身高平均值(厘米)		体重平均值(公斤)		身高平均值(厘米)	
	城市	农村	城市	农村	城市	农村	城市	农村
1 岁	10.49	10.11	78.3	77.5	9.8	9.44	76.8	75.8
2 岁	13.19	12.65	91.2	89.5	12.6	12.04	89.9	88.2
3 岁	15.31	14.65	98.9	97.2	14.8	14.22	97.6	96.2
4 岁	17.37	16.49	106	103.9	16.84	15.99	104.9	103.1
5 岁	19.9	18.46	113.1	110.7	18.93	17.85	111.7	109.7
6~7 岁	22.51	20.79	120	117.4	21.55	20.11	118.9	116.5

资料来源:卫生部 2005 年中国九市七岁以下儿童体格发育调查研究资料 [M]. 北京:人民卫生出版社,2009。

表 3 城乡居民的两周患病率、慢性病患者率情况(1993,2003,2008 年) 单位:‰

年份	性别	两周患病率			慢性病患者率		
		城乡合计	城市	农村	城乡合计	城市	农村
1993	男	128.4	158.0	118.7	152.3	254.4	119.0
2003		130.4	135.5	128.7	133.5	215.4	106.4
2008		170.4	202.6	159.4	177.3	266.2	147.0
1993	女	151.9	191.8	138.1	187.6	316.2	142.9
2003		155.8	170.2	150.6	169.0	262.7	135.3
2008		206.8	240.4	194.3	222.5	298.6	194.4

资料来源:根据卫生部 1993、2003、2008 年国家卫生服务调查数据整理。

卫生部 2008 年第四次国家卫生服务调查数据分析表明,农村居民的卧床率、休工率、休工天数、休学率、休学天数等指标明显高于城市居民,患病的严重程度及其成本也高于城市居民(见表 4)。

表 4 城乡居民两周患病率的严重程度(2008 年)

分类	每千人患病 天数(天)	卧床率 (%)	每千人卧床 天数(天)	休工率 (%)	每千人休工 天数(天)	休学率 (%)	每千人休学 天数(天)
城乡合计	1537	35.2	185	16.6	90	13.1	44
城市	1842	28.7	164	10.3	59	11.4	29
农村	1428	37.4	193	18	97	13.6	48

资料来源:卫生部 2008 年中国卫生服务调查研究:第四次家庭健康询问调查分析报告 [M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2009。

三、健康不平等的社会经济效应

健康的平等性问题始终是影响和制约社会经济可持续发展的关键性问题。阿马蒂亚·森(Amartya sen)的研究表明,健康不平等比其他不平等更值得关注,健康是构成能力的一个重要部分,健康不平等会造成能力贫困和相对剥夺^{[11](P1-25)}。个人及社会都将健康看作是一笔非常重要的财富,因为不良的健康状态(疾病)能够带来很大的社会经济负效应。从个人和家庭角度看,健康不平等通过影响个人的疾病负担、劳动力、就业、工资水平以及健康投资等来影响家庭收入,从而导致“健康贫困”的恶性循环。从国家和社会角度看,健康不平等影响人口数量、质量,对社会消费和基础建设投资产生抑制作用。严

重的健康不平等会对社会和谐稳定、经济可持续发展产生巨大的负面效应^[12](P69-75)。

四、改善城乡居民健康不平等的路径选择

人口健康水平的高低受多种因素的制约和影响,除过生理和个人因素造成的健康损害而产生的健康差异外,还与社会公正相关,即与相关制度安排为人们提供获得良好健康的机会和条件的均等性有关。社会公正是缩小健康不平等的关键所在。今后,我国改善城乡居民健康不平等的路径选择主要有:

(一) 经济由数量增长转向质量提高,高度关注国民的健康

健康是促进人的全面发展的必然要求。经济增长的终极目标是使得全人类受惠,促进全人类欲望的满足和身心健康的良性发展。从发展本身的含义看,更为本质的是人本身的发展,健康成为人自身发展的一个不可缺少的要件。一个国家经济发展水平和能力在很大程度上取决于一国的人口数量、质量及人力资本的利用程度。没有健康的人口,就不可能有健康的社会经济发展,也不可能有和谐稳定的发展环境。中国在前改革时代,过度追求经济增长的速度,而忽视人的发展,这是低质量的、不可持续的增长。在后改革时代,应由数量增长成功转向包容性增长,关注民生福利的改善,关注人们身心健康,倡导机会平等的增长,公平合理地分享经济增长,使发展成果惠及全体人民。

(二) 缩小城乡收入差距,促进收入分配公平性

国际经验表明,当社会经济发展水平达到一定程度时,在决定居民健康的因素中,收入差距比平均收入更加重要。微观方面,收入差距影响个人的健康投资,发生健康的代际传递效应,同时相对收入差距增加了低收入人群的挫败感和压力,引起心理健康问题及不良健康行为习惯。宏观方面,收入差距影响医疗卫生的供给和需求,导致城乡居民和不同收入人群的医疗服务可及性不平等。改革开放 30 年里,我国在经济快速增长的同时产生收入差距问题。近十年来,政府实施一系列利民惠民政策减轻农民负担,缩小城乡收入差距,政府的努力取得了一定成效,但目前全社会收入差距问题仍然严峻。今后,政府应在以下方面进行制度建设和政策调整,这也是新型城镇化建设的重要内容:① 完善包括劳动法规在内的一系列劳动力市场制度,努力提高低收入者的收入。② 通过税收政策调节收入分配的公平性。③ 完善社会保障制度,加强对社会经济地位较低者的社会保障,同时发挥家庭分担经济风险的积极作用,建立社会安全网。

(三) 构建城乡一体化的医疗保障体系,提高均等化水平

完善且运行良好的医疗保障制度及医疗卫生服务体系是一个国家为其公民提供健康保障的必要手段。由于历史原因我国医疗可及性的公平程度与世界其他国家相比还有很大差距。近十余年来,政府以医保、医药、医疗“三轮”驱动,着力解决“看病贵”“看病难”这一重大民生问题,力争实现人人享有基本医疗卫生服务的目标。2012 年底,我国基本医疗保障制度覆盖面已达 95% 以上,跨入了具有全民医保制度国家行列。但目前仍然存在一些问题,需要不断加大改革力度,提高基本医疗服务的可及性、公平性:① 改进医疗保险筹资的公平性,提高保障水平。② 探索建立城乡一体化的医疗保障体系,提高均等化水平。③ 合理配置卫生资源,理顺医疗结构,促进公平性。④ 建立完善公共卫生服务体系,促进基本公共卫生服务均等化。

(四) 重视大众健康教育,树立全民健康观念

所谓“国民健康是国家财富”,意味着维护个人健康不仅是一个人一个家庭的事,同时,也是一种社会责任和道德。加强普及公共卫生与健康知识教育,引导城乡居民改变不科学的健康观念,树立良好的健康意识,培养健康生活习惯。只有人人树立健康观念,人人参与防病治病,养成科学文明的生活方式,

国民的健康素质才能提高,社会才能实现和谐可持续发展。

参考文献:

- [1] 国家统计局. 中国统计年鉴 2012 [M]. 北京: 中国统计出版社, 2012.
- [2] 卫生部. 2012 年中国卫生统计年鉴 [M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2012.
- [3] KAKWANI I, WAGSTAFF A, VAN DOORSLAER E. Socioeconomic Inequalities in Health: Measurement, Computation and Statistical Inference [J]. Journal of Econometrics, 1994, (77) .
- [4] VAN DOORSLAER E, JONES M. Inequalities in Self – reported Health: Validation of A New Approach to Measurement [J]. Journal of Health Economics, 2003, (22) .
- [5] WILKINSON R G, PICKETT K E. Income Inequality And Population Health: A Review And Explanation of the Evidence [J]. Social Science & Medicine, 2006, (62) .
- [6] WHO. Report on WHO Technical Consultation on Fairness of Financial Contribution [M]. Geneva: World Health Organization, 2001.
- [7] KARLSSON M, NILSSON T, LYTTKENS C H, et al. Income inequality and health: importance of a cross – country perspective [J]. Social Science & Medicine, 2010, 70.
- [8] 卫生部统计信息中心. 2003 年中国卫生服务调查研究: 第三次家庭健康询问调查分析报告 [M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2004.
- [9] 卫生部. 2005 年中国九市七岁以下儿童体格发育调查研究资料 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009.
- [10] 卫生部统计信息中心. 2008 年中国卫生服务调查研究: 第四次家庭健康询问调查分析报告 [M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2009.
- [11] SEN AMARTYA K. Development as Freeman [M]. New York: Alfred A. Knopf, Inc. 1999.
- [12] 刘慧侠. 转型期中国经济增长中的健康不平等研究 [M]. 北京: 中国经济出版社, 2011.

责任编辑 卫 玲

Inequality in Health Between China's Urban and Rural Populations and the Improvement Path

LIU Hui-xia

(School of Economics and Management, Northwest University, Xi'an 710069, China)

Abstract: Using the survey data by the National Bureau of Statistics and the Ministry of Health, this paper analyzes disparities in health between urban – rural populations and its changes at China's economic transitional stage. The research findings are: there exists inequality in population health. Between urban and rural, and within different economic regions, there are obvious disparities in health in terms of such key indicators as average life expectancy, infant mortality rate, the body mass index for children and adolescents, two – week morbidity rate, chronic diseases morbidity rate. To reduce health inequalities, the feasible path is: changing the mode of economic growth, narrowing the income gap, perfecting health insurance and health care systems, paying attention to public health education.

Key words: population health; inequality in health; health status, differences between urban and rural areas