



世界卫生组织

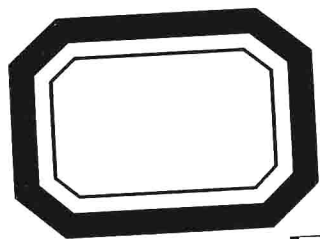


健康社会决定因素
委员会

用一代人时间 弥合差距

针对健康社会决定因素
采取行动以实现健康公平





委员会呼吁 用一代人时间 弥合差距

社会公正是生死攸关的问题。它左右着人们的生活方式、罹患疾病的可能性及过早死亡的风险。我们对世界一些地区期望寿命和健康状况的持续改善深感欣慰，同时亦对有些地区并无改观感到震惊。一些国家的女性人均期望寿命达到 80 多岁，而在有些国家尚不到 45 岁。即使在同一国家，不同的社会地位在很大程度上也会导致人们的健康状况很不一样。在一国之内和国与国之间，绝不应存在这么大的悬殊。

这些本可避免的健康不公平现象是与人们的成长、生活、工作、老年环境及现有的医疗制度分不开的。而人们生于斯、卒于斯的环境又深受政治、社会和经济因素影响。

儿童是茁壮成长并享受丰富多彩的生活，还是会生活悲惨，社会和经济政策起着决定性的影响。富国和穷国需要解决的卫生问题性质日益趋近。可以根据人们健康程度、社会各阶层的健康分布公平与否及处理不良健康影响因素的程度，来评价富裕社会或贫困社会的发展情况。

本着社会公正精神，世界卫生组织（WHO）于 2005 年设立了健康的社会决定因素委员会，以收集证据，查明可以采取何种行动促进健康公平，并推动发起全球健康公平运动。

随着委员会工作的开展，若干国家和机构成为合作伙伴。这些国家和合作伙伴希望通过制订全社会的政策和规划，针对健康的社会决定因素采取行动，努力促进健康公平。它们是这场全球运动的先锋。

委员会呼吁世界卫生组织和各国政府指导健康的社会决定因素领域的全球行动，努力实现健康公平。各国政府、公民社会、世界卫生组织及其他全球性组织现在必须通力合作，采取行动改善世界各国人民的生活。在一代人时间里实现健康公平是可行的，也是正确的，现在必须立即为之行动起来。



WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health.

1. Socioeconomic factors. 2. Health care rationing. 3. Health services accessibility. 4. Patient advocacy. I. Commission on Social Determinants of Health.

ISBN 978 92 4 556370 9

(NLM classification: WA 525)

© 世界卫生组织, 2009 年

版权所有。世界卫生组织出版物可从 WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (电话: +41 22 791 3264; 传真: +41 22 791 4857; 电子邮件: bookorders@who.int) 获取。要获得复制或翻译世界卫生组织出版物的许可——无论是为了出售或非商业性分发, 应向世界卫生组织出版处提出申请, 地址同上 (传真: +41 22 791 4806; 电子邮件: permissions@who.int)。

本出版物采用的名称和陈述的材料并不代表世界卫生组织对任何国家、领地、城市或地区或其当局的合法地位, 或关于边界或分界线的规定有任何意见。地图上的虚线表示可能尚未完全达成一致的大致边界线。

凡提及某些公司或某些制造商的产品时, 并不意味着它们已为世界卫生组织所认可或推荐, 或比其他未提及的同类公司或产品更好。除差错和疏忽外, 凡专利产品名称均冠以大写字母, 以示区别。

世界卫生组织已采取一切合理的预防措施来核实本出版物中包含的信息。但是, 已出版材料的分发无任何明确或含蓄的保证。解释和使用材料的责任取决于读者。世界卫生组织对于因使用这些材料造成的损失不承担责任。

本出版物包含健康社会决定因素委员会的集体观点, 并不一定代表世界卫生组织的决定或既定政策。

中文翻译: 李力 许静 陈颖 尹慧

审校: 郭岩

Printed in China

Suggested Citation

CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization.

Photos

WHO/Marko Kokic; WHO/Christopher Black; WHO/Chris De Bode
Specific photo-credits can be obtained from WHO.

致 谢

这份报告是由世界卫生组织健康社会决定因素委员会发起、组织和指导的。报告的撰写团队成员有 Michael Marmot、Sharon Friel、Ruth Bell、Tanja AJ Houweling 和 Sebastian Taylor 等。此外，委员会的成员、知识网络、国家伙伴、公民社会组织，以及位于日内瓦的世界卫生组织的同事们，都对本报告的撰写有所贡献，在此一并感谢。同时尤其要对 Ron Labonte、Don Matheson、Hernan Ssandoval（委员会特别顾问）和 David Woodward 等表示诚挚谢意。

位于伦敦大学的委员会秘书处负责人是 Sharon Friel，成员包括 Ruth Bell、Ian Forde、Tanja AJ Houweling、Felicity Porritt、Elaine Reinertsen 和 Sebastian Taylor 等。位于世界卫生组织的委员会秘书处负责人则是 Jeanette Vega（2004–2007）和 Nick Drager（2008）。在委员会的筹备和工作进展中起到关键作用的世界卫生组织工作人员包括 Erik Blas、Chris Brown、Hilary Brown、Alec Irwin、Rene Loewenson（顾问）、Richard Poe、Gabrielle Ross、Ritu Sadana、Sarah Simpson、Orielle Solar、Nicole Valentine 和 Eugenio Raul Villar Montesinos 等。其他有贡献的工作人员包括 Elmira Adenova、Daniel Albrecht、Lexi Bambas-Nolan、Ahmad Reza Hosseinpoor、Theadora Koller、Lucy Mshana、Susanne Nakalembe、Giorelley Niezen、Bongiwe Peguillan、Amit Prasad、Kumanan Rasanathan、Kitty Rasmussen、Lina Reinders、Anand Sivasankara Kurup、Niko Speybroeck 和 Michel Thieren 等。

世界卫生组织在诸多方面都对委员会的工作给予了极大帮助。在此，我们要对世界卫生组织前总干事李钟郁博士和现任总干事陈冯富珍博士表示衷心感谢。委员会还要感谢助理总干事 Tim Evans 博士对我们工作的支持，以及各地区总干事 Marc Danzon、Hussein Abdel-Razzak AL Gezairy、Nata Menabde、Shigeru Omi、Samlee Plianbangchang、Mirta Roses Perialgo

和 Luís Gomes Sambo 等。同时，各地区办事处的相关人员也积极配合我们的工作，他们是西太区办事处的 Anjana Bhushan 和 Soe Nyunt-U，欧洲区办事处的 Chris Brown，美洲地区办事处的 Luiz Galvao 和 Marco Ackerman，东南亚地区办事处的 Davison Munodavafa 和 Than Sein，非洲地区办事处的 Benjamin Nganda、Anthony Mawaya 和 Chris Mwikisa，以及东地中海地区办事处的 Sameen Siddiqi、Susanne Watts 和 Mohammed Assai。此外，还有感谢世界卫生组织驻各国代表对我们的支持，包括 Meena Cabral de Mello、Carlos Corvalan、Claudia Garcia-Moreno、Amine Kebe、Jacob Kumaresan 和 Erio Ziglio 等。

我们还要感谢委员会的合作国家伙伴们——其中许多政府部门和官员都对我们的工作表示了极大关注，提出了许多宝贵意见，并为我们提供了人力、物力乃至财力上的支持。我们要尤为感谢来自英格兰和大不列颠的 Fiona Adshead 和 Maggie Davies，来自加拿大的 David Butler-Jones、Sylvie Stachenko、Jim Ball 和 Heather Fraser，来自智利的 Maria Soledad Barria、Pedro Garcia、Francisca Infante 和 Patricia Frenz，来自巴西的 Paulo Buss 和 Alberto Pellegrini Filho，来自伊朗伊斯兰共和国的 Gholam Reza Heydari、Bijan Sadrizadeh 和 Alireza Olyaei Manesh，来自肯尼亚的 Stephen Muchiri，来自莫桑比克的 Paulo Ivo Garrido 和 Gertrudes Machatine，来自瑞典的 Anna Hedin、Berny Lundgren 和 Bosse Peterson，来自斯里兰卡的 Palitha Abeykoon 和 Sarah Samarage，来自新西兰的 Don Matheson、Stephen Mckernan 和 Teresa Wall，以及来自泰国的 Ugrid Jindawatthana 和 Amphon Milintangkui 等。

一些公民社会组织成员不仅为委员会的工作提供了许多重要参考，也通过自身优势来践行我们所提出的健康和健康公平的社会决定因素途径，这些成员包括 Diouf Amacodou、Francoise Barten、

主席注释

健康社会决定因素委员会（Commission on Social Determinants of Health）是在世界卫生组织前总干事长李钟郁博士的倡导下成立的，旨在全球范围内收集、比较和整合有关健康的社会决定因素的证据，了解这些因素作用于健康公平的途径，并为那些致力于解决不公平的行动提供建议。

不论是委员会成员、秘书处，还是所有与委员会相关的人，大家都为如下3个共同的心愿而孜孜以求，那便是对社会正义的渴望、对确凿证据的尊重，以及看到现实中人们对健康的社会决定因素的忽视而感到的失落。的确，也有一些国家在健康公平上取得了瞩目的成就，其中至少有一部分也正是归功于在健康的社会决定因素上的行动。这些成就让我们无比振奋。然而，从全球范围上来看，健康不公平现象仍然大行其道。因此，委员会的一个主要目的就是提升国际社会对健康的社会决定因素和健康公平的关注，并推动其采取相关行动。

尽管在健康的社会决定因素上仍然需要更深入的研究，但目前已有的知识应该能够支持我们提出行动建议。这份健康社会决定因素委员会最终报告就指出了几个关键领域，如日常生活环境和潜在结构性推动因素等，这些都是需要切实行动加以解决的。该报告还对健康的社会决定因素做了翔实的分析，并给出了具体的行动例证，而这些例证也都是在现实社会中被证明是有效的。

第一部分 描绘宏观布景，提出了健康的社会决定因素的重要性，为相关行动提供基础。该部分首先对国家内和国家间该问题的严重程度分别进行了讨论，然后列举出委员会所认为的决定因素，之后提出可能的解决途径。

第二部分 给出了委员会的行动框架，并阐明不同视角和切入点在这项研究中的重要价值。基于这一框架，报告又描述了选择社会决定因素的相关思考，以及这些因素之间的关联作用。

第三、四、五部分 更为细致地讨论了委员会的发现和和建议。第三部分主要针对日常生活环境，如出生、成长和教育，生活和工作，使用卫生保健服务等。第四部分则更着重“结构性”的环境，如与成长、生活和工作相关的社会和经济政策，政府和市场在提供高质量公平卫生服务中的角色，那些促进或阻碍健康公平行动的全球环境因素等。第五部分将焦点转向了数据，这些数据不仅来源于传统研究，同时也包含那些通过对健康公平的监测而得到的现实证据，如健康公平行动如何促进或恶化人们的生活和健康质量。

第六部分 又回到之前的全球网络，在这个网络里，有世界各地公民社会组织的身影，也有专门为健康公平建立的国家伙伴关系，还有为数众多的研究议程，以及在健康公平的全球治理方面的机遇等。这个网络不仅是健康社会决定因素委员会成立的基础，也必将成为未来健康公平全球行动的基石。

在此，谨向所有委员会成员兢兢业业地工作表示衷心的感谢，你们不知疲倦地付出是委员会最为宝贵的财富，也是委员会所得成就最为坚实的基础。



Michael Marmot

健康社会决定因素委员会主席

委员会成员：

Michael Marmot

Frances Baum

Monique Bégin

Giovanni Berlinguer

Mieai Chatterjee

William H.Foege

Yan Guo

Kiyoshi Kurokawa

Ricardo Lagos Escobar

Alireza Marandi

Pascoal Mocumbi

Ndioro Ndiaye

Charity Kaluki Ngilu

Hoda Rashad

Amartya Sen

David Satcher

Anna Tibaijuka

Denny Vågeø

Gail Wilensky

Amit Sen Gupta、Prem John、Mwajuma Masaiganah、Alicia Munoz、Hani Serag、Alaa Ibrahim Shukrallah、Patrick Mubangizi Tibasiimwa、Mauricio Torres 和 Walter Varillas。

还有我们知识网络的所有成员，他们为健康和健康公平的社会决定因素证据基础的丰富做出了很大贡献，尤其要感谢这些知识网络的领导者和协调人，包括 Joan Benach、Josiane Bonnefoy、Jane Doherty、Sarah Escorel、Lucy Gilson、Mario Hernández、Clyde Hertzman、Lori Irwin、Heidi Johnston、Michael P Kelly、Tord Kjellstrom、Ronald Labonté、Susan Mercado、Antony Morgan、Carles Muntaner、Piroska stlin、Jennie Popay、Laetitia Rispét、Vilma Santana、Ted Schrecker、Gita Sen 和 Arjumand Siddiqi 等。

我们要感谢对知识网络的最终报告进行校稿的 25 位专家，以及对委员会工作提出批评建议的同仁，包括那些参加温哥华会议的成员，具体包括 Pascale Allotey、Sudhir Anand、Debebar Banerji、Adrienne Germain、Godfrey Gunatilleke 和 Richard Horton 等。在委员会这些年的工作中，我们还与各国的许多学者和专家进行了密切合作，如 Robert N Butler、Hideki Hashimoto、Olle Lundberg、Tony McMichael、Richard Suzman、Elizabeth Waters 和 Susan Watts 等人。

一些研讨会也帮助我们集思广益，更好地开展工作，如在澳大利亚阿德雷德召开的土著人群健康研讨会 (Indigenous Health symposium)、在英国伦敦召开的三城会议 (Three Cities meeting)、在美国新奥尔良召开的会议等。为此，我们要对以下会议人员表示谢意，包括 Nancy Adler、Clive Aspin、Sue Atkinson、Paula Braveman、Lucia Ellis、Daragh Fahey、Gail Findlay、Evangeline Franklin、Heather Gifford、Mick Gooda、Sandra Griffin、Shane Houston、Adam Karpati、Joyce Nottingham、Paul Plant、Ben Springgate、Carol Tannahill、Dawn Walker 和 David Williams 等。

委员会还在巴西、加拿大、智利、中国、埃及、印度、伊朗伊斯兰共和国、日本、肯尼亚、瑞士和美国等地举行了多次会议，会议的成功离不开当地政府、世界卫生组织官员、学者和非政府组织的支持和帮助。我们也要对那些为委员会的工作提供财政支持的组织和部门深表感激，包括国际发展研究中心 (IDRC)、开放社会研究所 (Open Society Institute)、加拿大公共卫生署、Purpleville 基金会、Robert Wood Johnson 基金会、瑞典国家公共卫生所、英国政府和世界卫生组织等。

该报告是由 Lucy Hyatt 编辑，Ben Murray 和 BMD 图片设计社共同设计，Liza Furnival 编写索引。

全球健康公平 新议程

不同国家儿童的生存机遇截然不同。在日本或瑞典，人均预期寿命为 80 岁以上；在巴西，为 72 岁；在印度，为 63 岁；在若干非洲国家，则不到 50 岁。即使在同一国，生存机遇也相差很大，这是全世界的普遍现象。一贫如洗的人患病率和过早死亡率居高不下。但并不是只有赤贫的人才会有健康不良问题。在各类收入水平的国家中，健康和疾病与社会地位密切相关；社会经济地位越低，健康情况越差。

这并不是必然现象，简而言之，如果通过采取合理的行动就能避免健康水平的系统性差异，那么，存在这些差异有失公正。我们称之为健康不公平现象。消除健康不公平现象，即消除国与国之间及一国内健康水平巨大的、但可矫正的差异，事关社会公正问题。对健康社会决定因素委员会（以下简称“委员会”）而言，缓解健康不公平现象是当务之急，更是一项道德义务。社会不公正是人类的一大杀手。

目 录

报告概要	1
第一部分 全球健康公平策略的背景	27
第 1 章 一个全球新议程——健康社会决定因素委员会	28
第 2 章 全球健康公平——行动需要	31
第 3 章 原因和办法	37
第二部分 证据、行动、行动者	43
第 4 章 证据和行动的本质	44
证据汇总	44
委员会的概念框架	44
判断证据	45
委员会的行动和建议的关键领域	45
给不同参与者的建议	46
将建议置于特定背景中	48
第三部分 改善日常生活环境	51
第 5 章 起点公平	52
为创造更加公平的起点而采取的行动	53
转变观念	53
实践中的儿童早期开发综合干预措施	55
教育范围	59
教育障碍	61
女童教育	61
第 6 章 健康取决于卫生环境	63
建立良性生活环境的行动	66
参与性城市管理	66
改善城市居住条件	67
城市规划和设计促进健康行为和安全	69
土地使用权	72
农村的生计	72
农村基础设施和服务	72
农村向城市的迁移	73
自然环境	73
第 7 章 公平就业与体面工作	75
创造公平就业和体面工作	78
支持性的国际环境	78
加强工人在国家政策制定中的发言权	79
安全而体面的工作标准	81

不稳定的工作	83
改善工作环境	85
第 8 章 终生社会保护	87
实现全民社会保护的行动	90
终生的全民社会保护制度	90
社会保障体系的保障力度	92
目标	94
将社会保护系统推广至覆盖范围之外的人们	95
第 9 章 全民医疗保健	97
实现全民卫生保健的行动	98
全民基本卫生保健	98
初级卫生保健——社会参与和社区赋权	99
预防和健康促进	101
运用定向卫生保健来建立全民覆盖	102
卫生保健融资——税收和保险	102
帮助卫生工作者	107
 第四部分 处理权力、金钱和资源分配不公现象	 111
第 10 章 在所有政策、系统和规划中体现健康公平	112
建立健康公平的一致路径	113
健康公平作为社会进步的指标	113
政策一致性——支持健康公平的有效机制	114
政府政策对健康公平的影响	116
卫生领域内的行动	117
机构建设	118
卫生领域的“催化剂”作用	119
第 11 章 公平筹资	121
积极行动，促进公平筹资	125
累进税	125
全球化世界的税收	127
卫生发展援助（DAH）	128
用健康的社会决定因素框架来指导援助	128
债务减免	129
未来债务责任	130
合理分配	131
第 12 章 市场的职责	132
市场责任相关行动	135
加强经济条约对健康公平影响的评估	135
条约的灵活性	137
负责任的私有领域	143
第 13 章 性别公平	144
改善健康上的性别不公平的行动	146
立法	146
性别主流化	148
将妇女经济贡献纳入国家账户	148
教育和培训	149
经济参与	151
性和生殖健康与权利	152

第 14 章	政治赋权——包容性与发言权	154
	开展行动，解决话语权和接纳度中的不公平	157
	政治赋权立法——权利和机构	157
	决策过程中的公平参与	158
	自下而上，促进健康公平	162
第 15 章	全球良好治理	165
	致力于全球良好治理	169
	健康公平——全球目标	169
	多边协调	169
	千年发展目标（MDG）	170
	支持全球健康治理	170
第五部分	知识、监测和技能：行动的支柱	177
第 16 章	健康的社会决定因素：监测、研究和培训	178
	采取行动，提高监测、研究和干预的能力	179
	出生登记系统	179
	国家健康公平性监测体系	180
	健康公平性全球监测系统	184
	扩大知识基础	186
	健康的社会决定因素的培训和教育	188
第六部分	发起一个全球运动	195
第 17 章	超越健康社会决定因素委员会的持续行动	196
	持续行动的基础	196
	一项未完成的议程	198
	健康公平的目的和目标	199
	通向健康公平的里程碑——中短期成果	200
附录 A	全部建议的汇总表	203
	委员简介	209
	参考文献	210
	缩略词表	231
	框、图、表	234
	索引	237

委员会的总体建议

改善日常生活环境

改善女童和妇女福利及儿童的出生环境，大力重视女童和男童的幼儿期成长和教育，改善生活和工作环境，制订涵盖所有人的社会保护政策，并为丰富多彩的老年生活创造条件。民间社会、政府和全球性机构都应采取政策争取实现这些目标。

处理权利、金钱和资源分配不公现象

为解决健康不公平及日常生活环境不平等问题，有必要处理社会组织方式上的不平等现象，如两性不平等现象。这需要有勤勉尽职、富有能力并有足够资金的强大公立部门。要做到这一点，仅加强政府执行还不够，还需促进良好管理，给予公民社会合法地位、空间和支持，私人部门认真负责，社会各阶层就公共利益达成共识，并再度重视集体行动的价值。在全球范围内，基层社区和全球性机构都需要公平管理。

衡量和理解问题及评估行动的作用

承认问题并确保在国家和全球范围内衡量健康不公平程度是至关重要的行动起点。在世界卫生组织支持下，各国政府及各国际组织应建立国家和全球健康公平监督制度，常规性监督健康不公平问题及健康的社会决定因素，并应评估政策和行动对健康公平的影响。为了能有足够的组织空间和能力来有效处理健康不公平问题，需要为培训决策者和卫生从业人员进行投资，并需要提高公众对健康的社会决定因素的认识。另外，还需要在公共卫生研究中更为重视社会决定因素。

三项行动原则

- ① 改善日常生活环境，即改善人们出生、成长、生活、工作及老年环境。
- ② 在全球、国家和地方各级改变造成这些日常生活环境的结构性因素，解决权力、金钱和资源分配不公正问题。
- ③ 衡量问题，评估行动，扩大知识基础，向员工讲解健康的社会决定因素，并提高公众对健康的社会决定因素的认识。

以上三项总体建议贯穿和体现了这三项行动原则。委员会最后报告概要的其余部分根据这三项原则进行了阐述。

1. 改善日常生活环境

由于社会组织方式上的不公平现象，社会内部及不同社会之间人们享受美好生活和良好健康自由的程度不同。这种不公平反映在幼儿期和就学环境上，体现在就业的性质和工作环境上，并显现在居住环境状况上及所处自然环境的质量上。这些环境的性质决定了不同群体具有不同的物质条件、心理、社会依托及行为举止，进而决定了不同群体受到健康不良问题影响的程度。社会分化也造成了不同阶层获得和利用卫生保健机会的不同，结果造成在改善健康和福利、预防疾病、康复和生存等方面的不公平现象。

起点公平

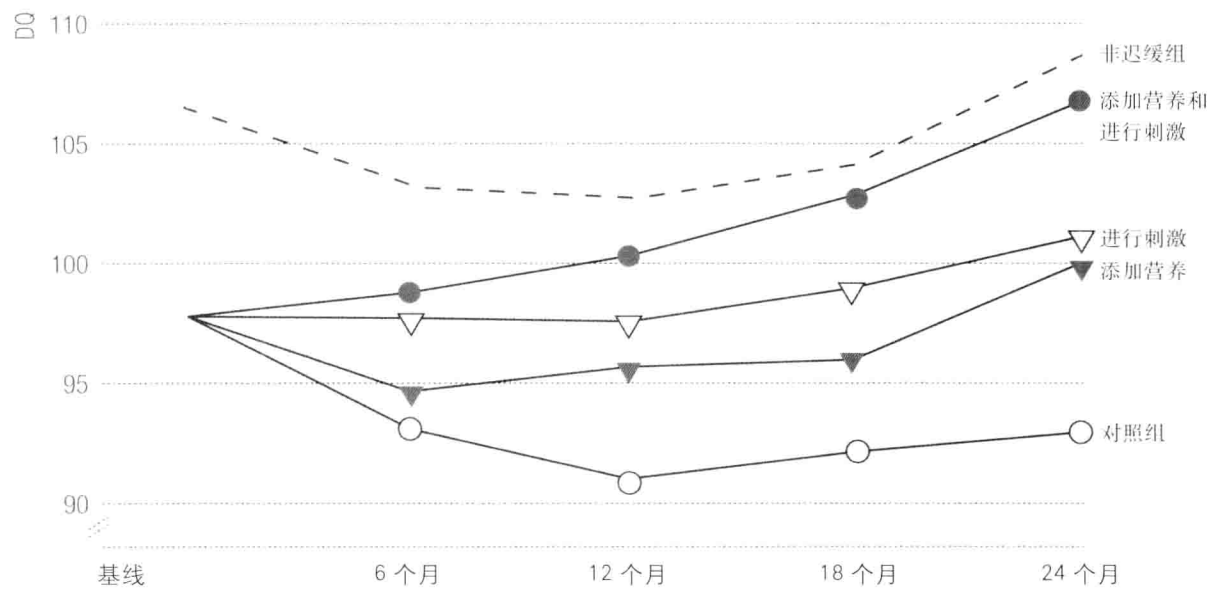
幼儿期成长，其中包括生理、社会 / 情感、语言 / 智力等领域的发育和成长，通过技巧培养和教育，对今后生活机遇、健康及就业机会产生决定性的影响。通过这些机制或以直接方式，幼儿期影响着今后罹患肥胖症、营养不良、精神卫生问题、心脏病和犯罪的风险。全世界目前至少有 2 亿名儿童

没能充分发挥其发展潜力。这对其健康及整个社会造成了巨大影响。

行动根据

幼儿期投资是对一代人时间里缓解健康不公平问题最有潜力的一个领域。幼儿期（即从胎儿至 8 岁）及早期和今后教育经历为一生奠定了关键基础。对幼儿期成长进行的科学研究结果显示，在幼儿期，大脑发育对外部影响高度敏感，并产生终身影响。良好的营养至为重要，首先孕妇必须营养得当，胎儿才能获得良好营养。从孕前，经过孕期和分娩，到生命最初期，母亲及其子女需要获得连续不断的照顾和护理。儿童需要有安全、健康、有利、充满爱心和活跃的生活环境。学前教育规划和学校作为促进儿童成长大环境的一部分，可以在培养儿童能力上发挥关键作用。需要更全面地解决幼儿期，在现有的儿童生存规划的基础上继续开展工作，扩大幼儿期干预措施的范围，其中包括促进社会 / 情感及语言 / 智力领域的发育和成长。

对牙买加 2 年期干预措施进行的研究项目显示，添加营养和社会心理刺激综合措施对发育迟缓儿童的作用^a



^a 在根据牙买加具体情况进行调整后，使用了 Griffiths 心理健康测量表，确定了对最初年龄和分数进行调整后发育迟缓组儿童的平均发育水平，而对非迟缓儿童对照组，只针对年龄进行了调整
经出版商同意后翻印，摘自 Grantham-McGregor 等 (1991)

必须开展的行动

全面解读幼儿期，需要在国际上和国家内实行连贯一致的政策，体现坚定的决心，并发挥领导作用。还需要为全世界所有儿童提供一整套全面的幼儿期成长和教育规划及服务。

承诺和落实幼儿期全面处理办法，在现有的儿童生存规划基础上继续开展工作，并扩大幼儿期干预措施的范围，其中包括社会 / 情感及语言 / 智力发展。

- 建立一个机构间机制，确保幼儿期成长政策协调，以便各机构全面处理幼儿期成长问题。
- 确保所有儿童、母亲及其他照料者都能利用和使用一整套高质量的幼儿期成长规划和服务，而不论其支付能力如何。

进一步提供教育和扩大教育范围，落实幼儿期成长(生理、社会 / 情感及语言 / 智力成长)原则。

- 向所有男童和女童提供高质量的初级和中级义务教育，而不论其支付能力如何。发现和消除阻碍男童和女童注册和就学的障碍，并取消小学学杂费。

健康取决于卫生环境

健康及丰富多彩的生活机遇与人们的住所息息相关。2007 年，全世界城市居民有史以来首次超过人口半数。将近 10 亿人住在贫民窟。

行动根据

全世界某些地区和群体继续受到传染病和营养不足问题的困扰。城市化带来了新的公共卫生问题，尤其是城市穷人的公共卫生问题，出现了除传染病、事故和暴力事件及生态环境灾害之外，造成死亡人数和影响不断增加的趋势。

人们的日常生活环境对健康公平产生了巨大影响。享受高质量住所、获得洁净水和环境卫生设施是人权，是健康生活的基本需要。日益依赖汽车，为用车便利而占用更多土地，非机动的旅行方式日趋不便，对当地空气质量、温室气体排放及体力活动缺乏造成了一系列连锁反应。城市环境规划和设计通过对行为和safe的影响，在健康公平方面发挥着重大作用。

在不同国家或地区，城乡居民比例很不一样：在布隆迪和乌干达，城市居民不到 10%，而在比利时、中国香港特别行政区、科威特和新加坡，则高达 100% 或将近 100%。侧重城市增长的政策和投资模式导致世界各地乡村社区，其中包括土著居民基础设施和设备投资日益不足，众多农民陷入贫困，生活环境恶劣，这在一定程度上加剧了农民背井离乡的问题，许多农民涌向陌生的城市。

目前的城市化模式对环境构成了严峻挑战，在气候变化方面尤其如此，低收入国家和脆弱人群受影响尤甚。目前，温室气体排放主要源于发达国家城市的消费模式。交通和建筑的二氧化碳排放量占 21%，农业活动的二氧化碳排放量占 1/5 左右。农作物收成在很大程度上取决于当前的气候环境。气候环境的冲击和巨大变化与减少全球健康不公平程度的任务紧密相关。

必须开展的行动

为实现健康公平，社区和住区必须保障基本物品供应，保持社会和谐，有利于居民的身心发展，并有助于保护自然环境。

将健康和健康公平置于城市管理和规划的核心。

- 妥善管理城市发展，确保进一步提供可负担得起的住房；投资改造城市贫民窟，其中优先为所有住户提供水、电、卫生设施和铺设道路，而不管其支付能力如何。
- 实行良好的城市规划，合理提倡健康和安全的行爲，例如进行公共交通投资，通过零售规划限制不健康食品，并开展良好的环境设计和监管，其中包括控制酒精饮料零售点的数目。

通过持续投资农村发展，促进城乡之间健康公平，解决导致农村贫困、农民无地以及流离失所问题的歧视农民政策和做法。

- 采取行动处理农村土地使用权和所有权问题，保障农民的健康生活，适当投资农村基础设施，并采取政策协助进城民工，以便消除城市增长造成的不公平后果。

确保在针对气候变化及其他环境退化现象采取的经济和社会对策中考虑到健康公平因素。

公正就业与体面工作

就业和工作环境对健康公平有着重大影响。在良好的就业和工作环境中，人们能够获得经济保障、社会地位、个人发展、社会关系并树立自尊，不受生理、心理和社会危害的影响。必须在全球、国家和地方各级采取行动改善就业和工作环境。

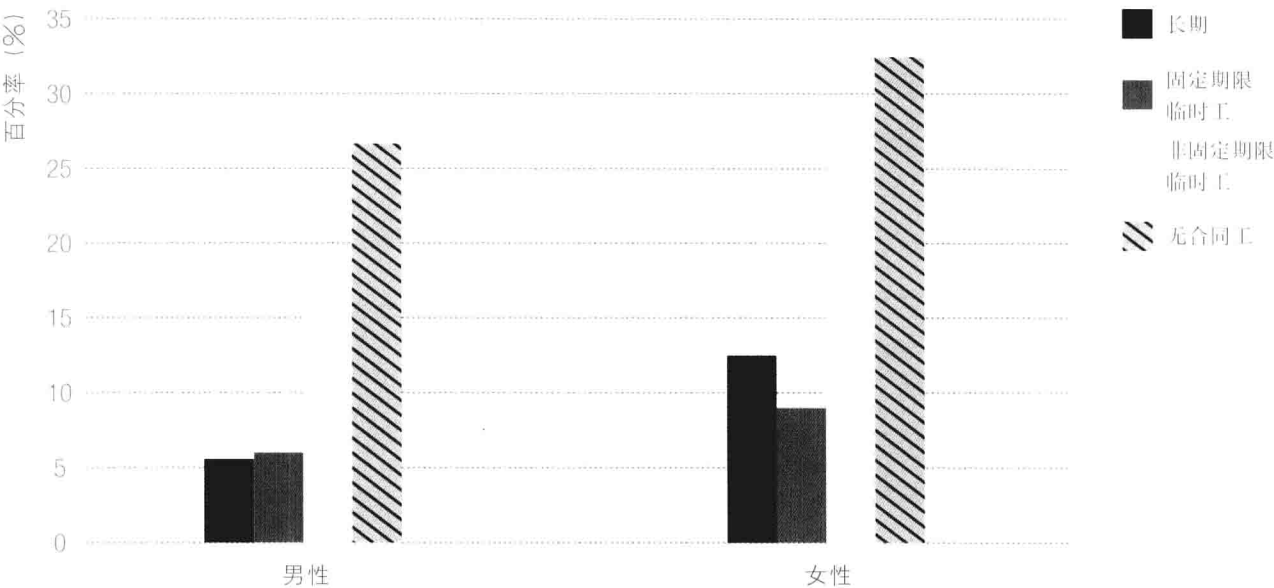
行动根据

工作对健康产生许多很大的影响。工作既包括就业环境，又涵盖工作本身的性质。劳动力的灵活性被视为有助于提高经济竞争力，但对健康造成影响。有证据显示，与长期工作人员相比，临时工的

死亡率高得多。就业条件不佳（如非固定期限的临时合同工、无合同工及非全职工等）对精神健康造成不良后果。自视工作不稳定的工人的心身健康受到严重的不良影响。

工作环境也影响健康和健康公平。不利的工作环境会使个人面临一系列身体健康危害，较低级职业的工作环境往往也较恶劣。经过许多年的组织行动和监管，高收入国家工作环境终于获得改善，而许多中等收入和低收入国家仍非常缺乏良好的工作环境。50% 以上的冠心病风险与工作场所的压力有关。有持续证据显示，工作压力大、发言权小及努力与报酬不成比例是造成心身疾病的危害因素。

按各类合同排列的西班牙体力劳动者精神健康疾病流行率



资料来源：Artazcoa 等，2005

必须开展的行动

通过保障公平的就业和体面的工作环境，政府、雇主和雇员可以协助消除贫困，缓解社会不公正现象，降低生理、心理和社会危害，增进健康和福利。当然，健康的劳动力还有助于提高生产率。

将充分和公正就业及体面工作作为国家和国际社会经济决策的一项中心目标。

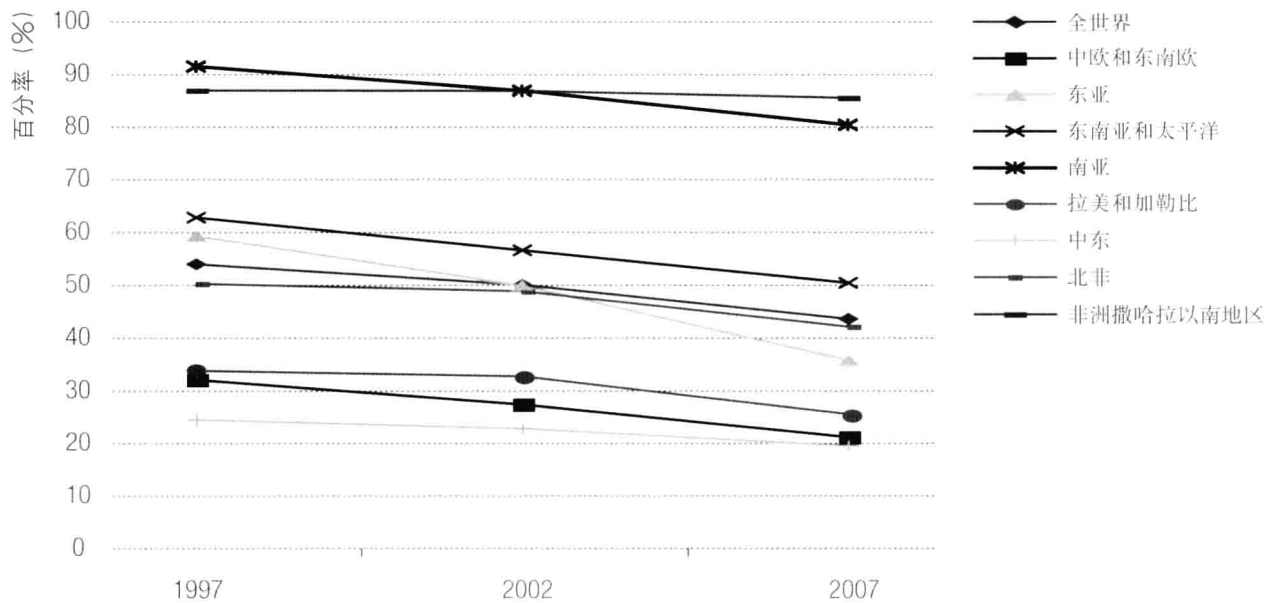
- 提供充分和公正的就业及体面工作应是各国际机构的一项共同目标，并作为国家政策议程和发展战略的一个核心部分。工人应进一步参与制订与就业和工作有关的政策、法律和规划。

为实现健康公平，需要为所有的人提供安全的、有保障的和获得公正报酬的工作，提供全年工作机会及在工作与生活之间实现妥善平衡。

- 为人们提供高质量的工作，工资收入应能满足生活需要，并考虑到目前健康生活的实际成本。
- 保护所有工人。国际机构应支持各国实施正式工和非正式工核心劳动标准；制订有关政策保障工作与家庭生活之间的平衡；并减轻就业条件不佳的工人因缺乏稳定造成的不良影响。

改善所有工人的工作环境，降低其面临的实际危害、工作压力及有损健康行为的程度。

各地区每日生活费用 2 美元或不到 2 美元的工人占在职工人的比例情况



2007 年数据为初步估算数据
经作者同意后翻印，摘自国际劳工组织（2008）

终身社会保障

所有的人在一生期间，如童年、工作期和老年，都需要获得社会保障。还需专门防范疾病、残疾及丧失收入或工作等冲击。

行动根据

低生活水平是健康不公平的一项重要影响因素，通过对幼儿期成长及其他影响因素，影响了人生轨迹。儿童贫困及贫困世代相传是影响改善健康和减少健康不公平程度的重大障碍。全世界 4/5 的人缺乏基本社会保障。

重新分配型福利制度及人们在劳动市场上可以享受健康生活的程度影响着贫困水平。在慷慨的全民社会保障制度下，人们的健康状况较好，老人正常死亡率较低，社会弱势群体的死亡率也较低。在实行全民社会保障制度的国家中，社会保障预算较高，且较为持久；相对于不注重穷人福利的国家而言，这些国家的贫困和收入不均程度通常较低。

在全球和国家范围内向所有人提供社会保障，将向一代人时间里实现健康公平的方向迈出一大步。这包括向从事艰苦工作的人，其中包括从事非正式工作、家务或照料工作的人，提供社会保障。

这对工人大多从事非正式工作的穷国很关键，对妇女也很关键，因为妇女的家庭责任往往使其无法在规定缴费制社会保障制度下积累足够的福利。虽然许多国家中基本体制欠缺和经济能力有限仍是一个重大障碍，但世界各地的经验显示，即使在低收入国家中，着手建立社会保障制度也是可行的。

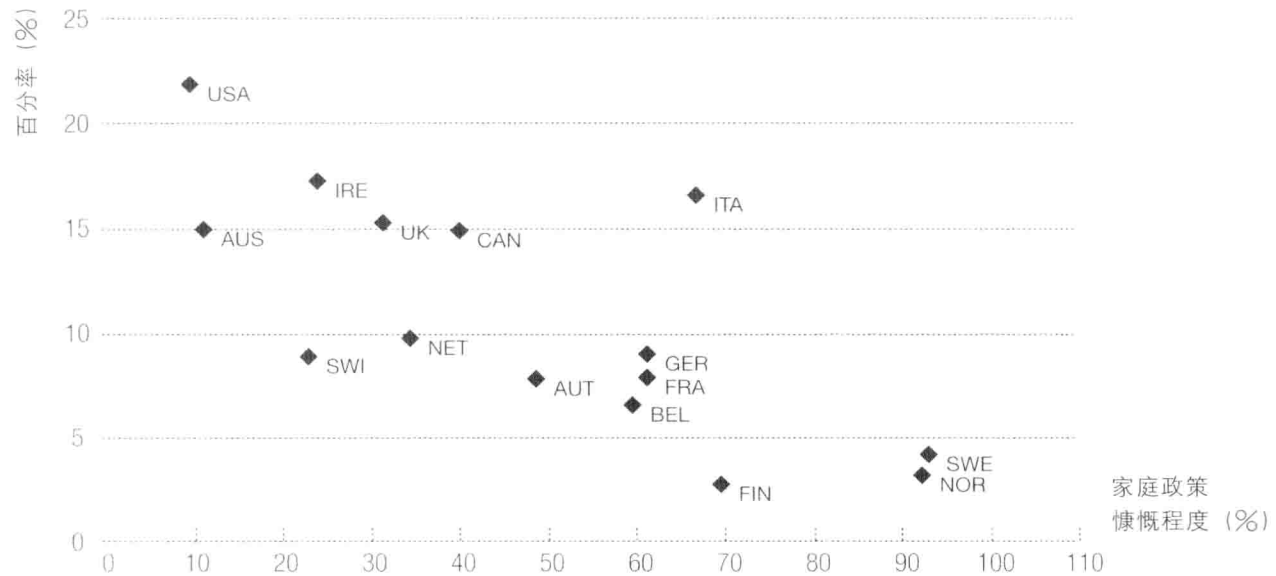
必须开展的行动

用一代人时间弥合健康差距，需要各国政府建立适当的体制，保障人们享受良好的生活水平，使任何人都不至于因本人无法控制的因素而无缘享受良好的生活水平。社会保障制度有助于实现各项发展目标，不必等到实现这些目标后再建立社会保障制度。社会保障制度可以有效减贫，当地经济也会从中受益。

制订并加强广泛、全面的社会保障政策，协助所有人都获得足够的收入过上健康生活。

- 逐步提高社会保障制度的福利水平，使人们过上健康生活。
- 确保社会保障制度覆盖通常遭到排斥的人，即从事艰苦劳动者，其中包括从事非正式工作、家务或照料工作的人。

2000 年之前、期间或之后 15 个国家总体家庭政策慷慨程度和儿童贫困状况



从转移收入中获得的净收益占产业工人平均净工资的百分率。贫困线是中位平均可支配收入的 50%

AUS= 澳大利亚；AUT= 奥地利；BEL= 比利时；CAN= 加拿大；FIN= 芬兰；FRA= 法国；GER= 德国；IRE= 爱尔兰；ITA= 意大利；NET= 荷兰；NOR= 挪威；SWE= 瑞典；SWI= 瑞士；UK= 英国；USA= 美国

经出版商同意后翻印，摘自 Lundberg 等 (2007)

全民医疗保健

获得和享用卫生保健对良好健康和健康公平至关重要。卫生保健制度本身就是健康的一项社会决定因素，它既受到其他社会决定因素的影响，同时又影响着其他社会决定因素。性别、教育、职业、收入、族裔及居住地与人们获得和享用卫生保健及在卫生保健方面的经验紧密相关。卫生保健领域的领导人可以发挥重大作用，指导社会各阶层开展工作，并确保其他部门的政策和行动有助于改善卫生公平。

行动根据

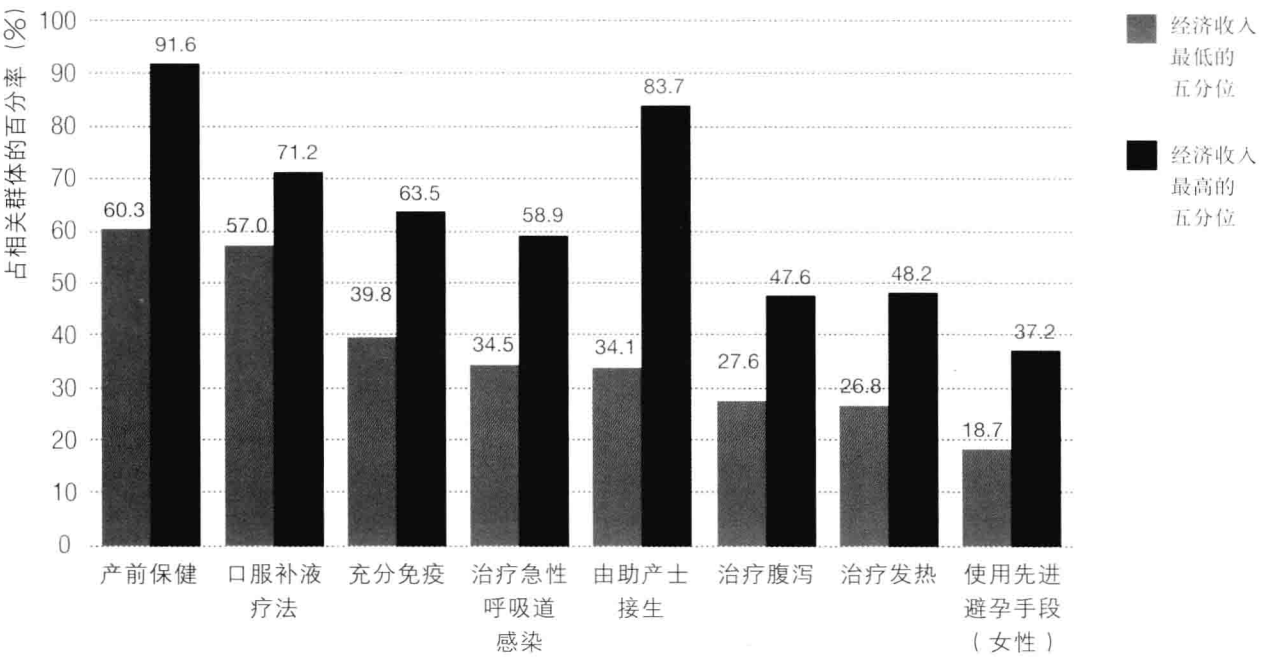
没有卫生保健，就会丧失许多大幅度增强健康的机会。如果实行不健全的或不公平的卫生保健制度，就会丧失根据社会公正向每个人提供卫生保健的机会。这些是所有国家都面临的核心问题。更紧迫的是，对低收入国家而言，便于采用、设计得当和管理良好的卫生保健制度大大有助于实现千年发展目标。没有这样的卫生保健制度，实现千年发展目标的机会就会大为减少。许多国家的卫生保健制

度极度欠缺，在卫生保健的可得性和可及性上存在巨大的不公正现象。

委员会认为卫生保健是公益品，而不是市场商品。几乎所有高收入国家的卫生保健制度都建立在全民享受原则的基础上，将卫生融资与卫生服务供应结合在一起。根据全民享受原则，国内每个人，不管其收入水平、社会地位或居民身份如何，都能根据其需求和偏好获得同样范围的（高质量的）服务，并且促进人们享受这些服务。全民都能享受到同样范围的福利。其他国家，包括最穷国在内，在长期获得适当支持的情况下，没有理由不追求实现人人享有卫生保健的目标。

委员会主张通过普遍征税，为卫生保健制度提供资金和（或）实行强制性全民保险。据调查，在许多国家中，公共卫生保健支出具有再分配性质。尤其是应尽量减少投保人自付的卫生保健费用。中低收入国家的付费服务政策导致卫生保健使用率总体下降，人民健康状况持续恶化。由于家庭无法支付极为昂贵的医疗费用，每年有1亿多人陷入贫困。这一状况是令人无法接受的。

按经济收入最低和最高五分位编制的 50 多个国家孕产妇和儿童基本卫生服务使用情况



经出版商同意后翻印，摘自 Gwatkin, Wagstaff & Yazbeck (2005)