

报告号: 3391—CHA

中国: 社会主义经济的发展

(共 九 卷)

附件二: 人口、卫生和营养

1982年3月

东亚及太平洋地区办公室

仅供官方使用



世界银行文件

本件限制发放范围, 仅供接受公务的人员使用。
文件内容未经世界银行批准不得泄露。

中国：社会主义经济的发展

——世界银行经济考察团

对中国经济的考察报告

（附件二：人口、卫生和营养）

财政部外事财务司组织译校

中国财政经济出版社

汇 率

中国货币是人民币，单位为元（ ¥ ），元以下是角和分

1 元=10角=100分

本报告运用的汇率如下：

1977 1 美元=1.828元

1978 1 美元=1.661元

1979 1 美元=1.541元

度 量 衡

中国统计工作通常使用公制，但也常用“亩”和“斤”

1 亩=0.1647英亩=0.0667公顷

1 斤=0.5公斤

财 政 年 度

1 月 1 日至12月31日

拼 音

本报告采用汉语拼音

中国：社会主义经济的发展

（附件二：人口、卫生和营养）

目 录

概述和主要问题.....	(1)
第一章 引言.....	(13)
第二章 卫生和营养.....	(14)
一、解放后的成就和现状.....	(14)
二、解决卫生问题的政策.....	(25)
三、各级卫生保健系统及其费用.....	(32)
第三章 人口和计划生育.....	(37)
一、人口的规模、增长和分布.....	(38)
二、计划生育及与中国生育率下降有关的其他因素.....	(44)
三、未来人口变化的含义.....	(53)
附录 补充统计资料.....	(56)
补充文件（分别装订） ^①	
SP—I 影响中国人口出生率和死亡率的收入和其他因素	
SP—II 中国人口的预测方案比较	
SP—III 中国儿童的食物获得量和营养状况	
SP—IV 中国儿童营养不良和学习迟钝的关系	

正文附表

2.1 关于中国的死亡率和预期寿命的估计（某些年份和地方）.....	(16)
------------------------------------	--------

① 这些文件的副本可以从世界银行N—325室的人口、卫生和营养部门获取。

2.2	中国和其他国家的死亡率指数	(17)
2.3	中国以及典型高收入和典型低收入国家因故死亡的百分数分布	(17)
2.4	对某些寄生虫病和传染病防治所取得的进展	(19)
2.5	1979年营养物的来源和摄取量	(20)
2.6	中国以及其他国家和地区的热能(热量)和蛋白质摄取量	(21)
2.7	1975年营养不良在中国——体格矮小儿童的百分数	(22)
2.8	主要微量营养素缺乏症	(25)
2.9	各地区的卫生保健投资和预期寿命	(28)
2.10	医务工作者——教育和任务	(30)
2.11	1979年的卫生保健费用	(34)
2.12	中国及其他国家和地区卫生保健方面的公费支出	(35)
2.13	医务人员和设备	(35)
2.14	中国及其他国家和地区的医务人员和设备	(36)
3.1	1949—1980年中国人口和收入的增长	(38)
3.2	部分年份的总人口、出生率、死亡率和自然增长率的官方数字	(39)
3.3	中国与其他国家和地区出生率、人口增长率比较	(40)
3.4	中国与其他国家和地区人口的年龄分布比较	(42)
3.5	1980—2005年总人口和自然增长率预测方案比较	(43)
3.6	中国和其他国家城市人口比例比较	(43)
3.7	七十年代中期农业人口平均每人耕地面积国际比较	(44)
3.8	中国部分地区晚婚率和计划生育率	(48)
3.9	中国人口年龄分布的现状和预测	(54)

正文附图

1.	1978年发展中国家和地区参照经济收入的预期寿命	(15)
2.	中国以及典型高收入和典型低收入国家因故死亡的百分数分布	(18)
3.	营养状况和收入：较大儿童对比于年龄的身高	(24)
4.	营养状况和收入：较大儿童对比于身高的体重	(24)
5.	保健和计划生育工作的组织机构	(31)
6.	1978年发展中国家和地区生育率与国民收入水平对比	(37)

7.	1950—2000年中国粗出生率和粗死亡率·····	(40)
8.	已婚育龄妇女使用不同避孕方法百分比对照·····	(46)

附录表

人口和人口预测

A.1	1949—1979年人口总数、出生率、死亡率和人口增长率(官方和半官方数据)·····	(56)
A.2	1954—1979年城市和农村的出生率和死亡率(官方和半官方数据)·····	(57)
A.3	1980—2030年人口总数、出生率、死亡率和自然增长率(根据两种可供选择的预测)·····	(58)
A.4	1980—2030年按年龄分组的中国工作年龄人口(可供选择的预测)·····	(58)
A.5	1980—2030年按年龄分组的中国学龄人口(可供选择的预测)·····	(59)
A.6	以1980年的百分率为基数,1980—1995年达到婚龄的妇女(23岁)·····	(60)
A.7	1953—1978年中国和湖南省的出生人数·····	(60)
A.8	1949—1979年甘肃省的出生率和死亡率(部分年份)·····	(61)
A.9	一些国家和地区粗出生率和粗死亡率下降的百分比·····	(61)

各省人口统计数字

A.10	1964、1978、1979年各省人口统计数字:人口总数和自然增长率·····	(62)
A.11	1973—1975年按省分列的预期寿命·····	(63)

城市化数字

A.12	城市人口百分比(据各种资料来源)·····	(64)
A.13	1979年按省分列的城市人口百分比·····	(65)

计划生育数字

A.14	1978年避孕药物和用具使用率以及人工流产率·····	(66)
A.15	1979/1980年度中国一些地区领取独生子女证的夫妇数·····	(67)
A.16	计划生育实行情况·····	(68)
A.17	若干东亚国家和地区以及中国的晚婚率·····	(68)
A.18	按生育次序分列的活胎百分比·····	(69)
A.19	中国一些省市为鼓励一对夫妇仅生一个孩子而规定的奖励和惩罚措施·····	(69)

卫生系统

A.20	1981年卫生部的组织机构·····	(73)
------	--------------------	------

A.21	1979年按省统计的医院和病床数.....	(74)
------	-----------------------	------

死亡率和发病率

A.22	1973—1975年主要死亡原因.....	(76)
A.23	1979年北京不同年龄的主要死亡原因.....	(76)
A.24	1954—1978年各市、县主要疾病死亡率.....	(77)
A.25	1979年全国传染病的发病率和死亡率.....	(77)
A.26	1979年甘肃省的传染病.....	(78)
A.27	婴儿死亡率(根据各种资料来源).....	(79)

营 养

A.28	1979年中国食物收支平衡.....	(80)
A.29	1979年中国所需的食物热量.....	(81)
A.30	1979年中国食物蛋白质需要量.....	(82)

概述和主要问题

1. 中国就其收入水平来说，已经达到了异常低的死亡率，也已设法尽量减少出生率，因而中国的人口增长率列入发展中国家最低的一类。本附件描述了中国在减少其人口增长率和增进公民健康方面所取得的成绩。这个概述先考察一下附件所谈到的卫生和营养问题，然后是人口问题；它还包括对主要问题的总的看法。

卫生和营养

2. 衡量疾病和死亡率的因素，有时比想象的多。一个因素是人们除了需要医疗保健外，还要消费某些物品和服务，其中包括食物、住房、燃料、肥皂和水。另一因素是环境卫生——气候、公共卫生设施标准、通常的传染病。第三个因素是人们对营养、健康和卫生的知识。

3. 中国的卫生政策反映出他们很早就了解这些因素，而且了解得非常好。同时他们在财政并不充裕的情况下，切实致力于改善人民群众的健康，正如一向实行的粮食分配政策一样。提高收入和扩大基本教育在这个意义上都是努力争取改善健康状况的一部分。

4. 在严格规定的卫生保健范围内，中国的政策有三个与众不同的特点。第一个特点是非常强调采取预防措施和改善卫生环境，其办法是接种和控制传染病媒介，切实加强基本方面的个人卫生和公共卫生。以预防为主的一个重要方面是有一个“自上而下的”坚强组织，由中央当局负责消灭一些特种疾病，再结合有效地利用门诊的工作，以支持预防措施。第二个特点是分布非常广泛的基本医疗保健——最明显的是生产队一级的赤脚医生——遇有疑难病例，还可依靠设备较好的公社卫生院和县医院的经过较好训练的医务人员加以处理，市区也有相应的安排。第三个特点是在人员和药物上继续依靠传统中医。

5. 中国每 2,458 人就有一个医生（完全有资格的西医），而其他低收入的国家则每

9,900人、中等收入国家大约每4,310人有这样一个医生。人口与其他医务人员(包括护士、中医医生)的比例甚至更加值得称道——每892人就有一名(不包括赤脚医生),以及每365人就有一名(包括赤脚医生)。而在其他低收入国家,每8,790人才有这样一名医务人员,在中等收入的国家每1,860人有一名。

6. 一部分是由于多数医务人员的薪金按国际标准来看是很低的,因此,估计平均每人每年全部费用不到七美元,其中四美元为公费开支,就取得了这样的成就。几乎三分之二的支出用在药物上。按照低收入发展中国家的标准来看,公费开支的水平是高的——在印度是二美元,在印度尼西亚是一美元。然而,在其他低收入国家,大部分人口,特别是农村的穷人,很少得到甚至得不到卫生保健,而在中国所包括的某种范围,却是司空见惯的。这一情况通常只有在那些富裕到在卫生保健上面为每人支出好多倍美元的国家才能见到。

7. 不可能把卫生保健系统的有关贡献和前面提到的其他因素的有关贡献分割开,可是毫无疑问的是,自革命以来,它在大力改善卫生方面已经起了重要的作用。预期寿命(主要以新生儿和儿童死亡率测定)在以往三十年间已从36岁提高到64岁。使劳动力丧失和致死的疾病,如血吸虫病、疟疾、结核、砂眼、鼠疫、霍乱的发生已大大减少。死亡率也明显下降——麻疹病人的死亡率已从1950年的6.46%下降到1979年的0.66%。

8. 在其他发展中国家,甚至低收入国家,也已取得了这种进展,那里的预期寿命从1950年的35岁增加到1978年的50岁。但提高最快的是中国(估计寿命提高了28岁,其他国家平均为15岁)。由此可见,目前在中国的预期寿命水平不仅远远超过低收入国家的平均数,而且也超过中等收入国家的平均数(61岁)。中国的预期寿命实际上比一个同等收入水平的国家所希望达到的预期寿命大约高16岁(在交叉国家比较的基础上所作的对比)。

9. 尽管成绩是令人鼓舞的,然而,我们手头的资料表明,中国较穷省份的预期寿命比上海低10至13岁。而且,死亡原因的资料表明,固然中国的类型正在开始看起来更象一个高收入国家的类型(癌症和循环系统疾病日益重要),数百万人仍死于低收入国家比较容易防止的疾病。

10. 中国取得的成就并不能归因于中国(处于半温带)与其他低收入国家(几乎都在热带)之间的气候差异:寒冷对健康是不利的,特别在儿童中间是如此;中国在1950年的

预期寿命看来与其他低收入国家的预期寿命相似：目前如尼泊尔和阿富汗这样一些非热带地区的低收入国家的预期寿命，比低收入国家的平均预期寿命低得多。另一方面，根据其他发展中国家的迹象来看，中国取得卓越成就的主要原因也许有四个方面：第一，食物配给制几乎已经消除了严重的营养不良，而在其他发展中国家，却有三分之一至三分之二的儿童因营养不良而死亡。第二，几乎已达到普遍程度的基本治疗和预防。卫生保健措施已大大地减少了常见的呼吸道疾病和腹泻病症的发病率和死亡率——这些疾病在其他发展中国家（并在中国较穷的地区）仍然是重要的死亡原因。第三，普遍开展的初等教育，特别是对妇女的教育，有助于在抚育儿童方面改善营养和卫生习惯。最后，较低的出生率为增进母亲和儿童的健康创造了有利条件，中国的人口政策从而已经在保健方面得到了很大的好处。^①

11. 在中国国内，尽管已经有了接近于普遍的基本生活保证，但卫生和卫生保健设施分布得并不均衡。城市地区提供的设施比农村地区好。与此相类似，在农村地区，公社和公社以下各级提供的保健工作的质量因收入多寡不同而有差异。对一些最穷的大队和生产队近年提供的保健服务措施据说有所削弱。这些变化比在其他多数发展中国家要小一些，然而这是个值得关注的问题。

12. 中国现在平均食物消费量同其他发展中国家相比要好。食物热量的消耗每人每天2,441千卡，占估计需要量的103%，高于印度和所有低收入国家的平均数（两者分别为大约2,000千卡和91%），与中等收入国家的平均数（2,600千卡和108%）相比，也相差不多。1979年的水平比1957年约为2,020千卡的水平增进颇多；1977年以后几乎所有这种增进都是由于粮食产量猛增所致。每人蛋白质的获得量虽然比朝鲜和墨西哥这样一些中等收入国家要低，但也比许多低收入国家要高。然而，有迹象表明，中国人的食物中肉类和脂肪的比例很低。

13. 但是，对营养的研究越来越清楚地表明，一个国家里营养不良的程度与它的平均食物消耗量关系不大。远为重要的是分配食物的方式，特别是较低收入国家的相对消费水平。在这一点上，中国远远地走在除寥寥无几的低收入或中等收入的发展中国家之外的所有发展中国家的前面。

^① 关于本段这些问题的进一步讨论，可参阅《1980年世界发展报告》第53—57页。

14. 在城市地区,主食一直用惯常的办法按年龄、性别和职业的不同逐月定量配给,但提供的消费量是足够的,尽管还比较简朴。这些主食必须用钱购买,但其价格就绝大多数家庭(实际上现在所有家庭)的收入来说,是能够全部购买的。

15. 在农村地区,生产队把粮食作为实物收入分给每个家庭。在水稻生产地区,最低的水平是每人每年200公斤(未经加工),其他地区150公斤,如不到此数,政府保证充分售给粮食,以补充其短缺。这种配售的粮食也是要钱购买的,但必要时可以得到贷款或社会救济金。然而农村肉类的定量仅为城市定量的四分之一到一半。应该强调指出,这种最低水平是低的——相当于大米定量每日大约1,400千卡,如系杂粮,还要少几百千卡。但是几乎总能从自留地上生产的粮食得到补充,或者用集体或个人活动中得到的现金收入去购买粮食来补充(尽管到最近为止,粮食是不能私自买卖的)。

16. 我们手头没有关于每个人食物摄取量的分配情况的详细资料。但有两种迹象显然表明,上面提到的中国粮食定量分配的制度确实消灭了严重的营养不良,而严重的营养不良在很多发展中国家是很常见的(无疑,这造成夭折、体弱和其他身体上的疾苦,以及智力障碍)。一个迹象是上述的预期寿命的水平高,这同56%的新生儿死亡率有关(其他低收入国家是100—200%)。

17. 第二种迹象涉及学校儿童的身高和体重。虽然这种人体测量的资料一般偏重于营养不良儿童中的较低年级的儿童,中国的儿童入学率却很高。由此可见,决非偶然的是,在所观察到的农村学校和城市学校里,纵然异常轻的体重与身高并不相称(即众所周知的“消瘦”),几乎没有严重营养不良的现象。同样决非偶然的是,即使在很穷的甘肃省的农村学校中,儿童长期营养不良常见象(很矮的身材与年龄极不相称,即所谓“发育受阻”)也比收入水平类似的其他亚洲国家为低。

18. 然而,人体测量的资料确实表明,有很大一部分的中国儿童是发育受阻的,并且这个国家较穷地区和较富地区之间在这方面有显著的差别。城市地区3—10岁的儿童中仅有5%发育受阻(在北京不到2%),而从1958年以来,这个比例大大下降了;但是在农村地区,其比例大约为20—35%,以个人收入最低的地区比例最高(在一段时间内,农村营养不良的趋势并不清楚,虽然必要的资料在1959年就收集了)。根据富裕国家的标准衡量,身材矮小对智力发展和个人健康的不良影响,没有完整的记载。但是同一批中国资料表明,它影响个别儿童学习上的进步。而且,中国政府最近已表示出对农村地区营养不良的

关注。^①

人 口

19. 在中国,关于经济增长或贫穷的报道都不能忽视1949年(当时已超过五亿)以来人口增长近一倍这一事实。到1980年底,中国的人口(不包括台湾)为98,260万。和其他发展中国家一样,死亡率已迅速下降。但总的出生率在五十年代下降后,到六十年代中期达到了43.6%的高峰,那时人口每年以超过3%的速度增长。在1949—1979年整个期间,人口每年增长不到2%,和其他发展中国家相仿。然而,从1965年以来,出生率几乎已经减少了一半——这个下降速度比任何其他一个国家要快。结果,尽管死亡率很低,现在人口的增长(1980年为1.19%)比工业化国家也快,但以发展中国家的标准来衡量,是很慢的了。中国的计划是要更进一步降低增长率,其目标是到2000年把人口总数限制在12亿之内。以往节制生育所取得的成就表明,这个目标可能是大有希望的。预计中国人达到那个目标不是没有理由的。^②

20. 关于出生率和人口增长的官方估计显得有点不太一致。^③但是,即使把出生率和死亡率向上调整,到1979年分别为21.1‰和7.8‰,以消除这种不一致的情况,它们两者与其他发展中国家相比也是很低的。如果把收入考虑进去,这种对比就特别明显了。总的说来,一个国家按人口计算的国民生产总值越高,出生率就往往越低——最低的出生率和死亡率是在工业化国家,最高的出生率和死亡率是在南撒哈拉非洲和印度次大陆的穷国。然而,中国的出生率还不到一个处于同等收入水平的国家的一半;这样低的出生率看来只有收入数倍于中国的国家才能做到。

21. 中国的出生率异常低的原因之一是它的死亡率很低,特别是新生儿死亡率很低,这样就减少了母亲需要生育的儿童的人数,以达到所希望的那种家庭规模。另一个原因是至少受一点初等教育的人——特别是妇女——的比例很高,这个原因已由其他国家为了改

① 在中国,微量营养素的不足显得不象其他许多低收入国家那样严重。但中等贫血是普遍的(部分原因是食物中铁质不足,也有的是染上钩虫)。佝偻病、甲状腺肿和克山病(分别是由于维生素D、碘和硒缺乏所引起的)也影响着大量的人口,这些疾病已成为政府开展运动和研究的对象。

② 1979年底,中国已经制定了在2000年人口增长率达到零的人口政策目标;这个目标把总人口限制在12亿更加雄心勃勃,现在似乎已被放弃了。

③ 然而,手头有关中国的人口资料的质量正在提高,目前计划在1982年7月进行的人口普查将大大改善核心资料的基础。

变有关家庭规模和使用现代避孕工具的态度而作的研究表明出来。但这些因素还不能解释近来中国的人口出生率迅速下降的原因；它们也不足以解释中国已经达到的这种低的出生率水平。另一个重要的原因是政府的计划生育政策。

22. 象在其他方面一样，计划生育政策在方向上也已有了各种变化。在1953年人口普查之后，政府在1956年宣布了鼓励晚婚和节制生育的政策，但在1958年开始的大跃进期间，这一政策立即被反对人口控制的意识形态论战所代替。虽然在六十年代曾企图重新推行计划生育方案，但直到六十年代末，这个方案才得以恢复、扩大和加强。

23. 然而，从七十年代初期起，中国减少出生率的方案在世界上已经是最积极、最有效的方案了。避孕药具普遍使用并免费提供，流产和绝育手术也是如此。提高结婚年龄的努力是富有成效的。公社和大队（以及城区类似的基层）的研究小组制定生育指标，把生育指标具体地分配给各对夫妇。从1979年以来，已经开展了一对夫妇只生一个孩子的运动。

24. 这个方案之所以有效，部分地是由于各级官员认真地加以执行，但也由于两种奖励办法。第一种是经济上的——从七十年代初起，计划之内的生育给产假并记工分，到了最近，有些省还对保证只生育一个孩子的夫妇给予财务上的补贴，以及在教育、招工和住房分配方面给予优先照顾，同时对生产多于两个孩子的夫妇给予财务上的处罚。第二种是社会性的：通过宣传工具，更重要的是通过各对夫妇、负责执行计划生育政策的当地官员和其他当地群众之间的讨论，大力开展对各对夫妇进行遵守该项政策的教育。

25. 如在其他多数发展中国家一样，中国的老年人比较少，大约只有5%的人口在65岁以上，而瑞典则有16%。15岁以下的人口（约35%）也大大多于工业化国家（典型的是在25%左右）；但主要由于在七十年代出生率大量下降，这个百分比在发展中国家中是最低的。结果，中国工作年龄的人数与总人口相比——对按人口平均计算的收入影响很大——约为60%，在印度为56%，墨西哥为51%，美国为66%。而且，在这些工作年龄的人中，实际工作的约占三分之二——这个比例按国际标准来说是高的，在过去三十年间已经明显提高了。

26. 1979年，官方估计城市人口占13%，同1953年的比例十分相似，比其他发展中国家的比例低得多（印度为22%，印度尼西亚为20%，所有低收入国家为21%，中等收入国家为51%）。中国城市人口增加得慢和目前比例低，可能在某种程度上是由于当前对“城市”下的定义多少有点和其他多数国家所下的定义以及中国在五十年代所用的定义不同。

但它们毫无疑问也反映出大约从1957年以来始终一贯地执行的“工业化而不城市化”的政策。人民公社和生产大队已被鼓励在农村地区建立各种工业（现在农村工业产值占全部工业产值的10%左右）；从农村向城市地区的迁移一向是由政府控制的。

27. 迁居政策在一段时间内有所不同。在大跃进时期（1958—1960年），大量的农村人口被鼓励到城市工业部门去工作，但在以后的经济困难时期，他们回到了农村。于是加强了对迁居的控制。事实上，在文化革命期间（1966—1976年），有几百万城市居民（特别是年轻人和政治上丧失信誉的人）被送到农村，虽然也有朝相反的方向迁移的。然而，从1977年以来，那些被送往农村地区的人大部分已经回到城市，并且，农村人口除了少数设法考上大学和中等技校，或者能够在公社之外找到工作（通常在煤矿或部队）者外，仍然很难离开他们的公社。

28. 关于农村地区与农村地区之间的迁居，虽然政府也有规定，但我们了解得不多。可是，在人口的地理分布上没有重大的变化：如同在1949年一样，现有大约95%的人口生活在这个国家的东半部。

问题：卫生和营养

29. **卫生** 关于卫生政策，中国领导人员面对着几类重要的决策。这些包括：他们应以何种速度（以及在什么地方）扩充医院设备？他们应如何装备（或重新装备）新的和现有的设备？在提供卫生服务方面的不平等现象能减少多少？对卫生保健医生应给以何种工作前和工作期间的训练？应生产哪些药物，如何定价，以及谁来监督这些药物的使用（关于药物的决定至关重要，因为在全部医疗经费中药物占很大比重）？应以何种速度来整修文化革命动乱中被破坏的防疫站的预防设施？按照不断变化的疾病和死亡类型来看，防疫站的基本任务是什么？国家应给贫困地区的医疗保健工作以多大的帮助？其中有多少应通过卫生机构直接提供，有多少应通过例如改进供水和提高营养水平等其他措施来提供？什么样的资料收集和应用研究能更多地帮助改进中国的卫生保健政策？

30. 对于这些和其他一些问题的答案，将勾画出今后十年内中国卫生部门投资的方向，而由于这个附件是以简略地评述该部门为基础的，所以它只能提出对某些答案的了解情况。然而，一个重要的意见是：对具体政策问题的适当答案在很大程度上有关联的，它们只应当来源于对卫生部门战略的总的看法。那么，战略的选择是什么呢？有四点可以加以考虑：巩固现有的服务机构；扩大地理上的平衡；提高临床诊治的水平；以及采取对癌

症、循环系统疾病和污染引起的疾病的预防措施。

31. 巩固战略将既不扩大医疗卫生机构的范围,又不改变其主要的方向,而是在现在有限的预算范围内寻求增加其效率的途径。

32. 地理上的平衡战略,将力求资助并提供所需的物质资源,使这个国家比较贫穷的地区达到较富地区现有的医疗卫生水平。手头有限的资料表明,很大一部分人口现今仍然患有的疾病和死亡的类型很象那些典型的低收入国家的类型,而不象中国比较富裕地区的类型。已经被证明费用低、收效高的初级卫生保健政策,如果在地理上进一步加强扩大,很可能会继续收到成效。

33. 改进临床诊治工作战略,将力求对那些在高收入国家日益常见的疾病如癌症和循环系统疾病提供质量高的治疗。治疗这些疾病的内科医生和设备在中国是不足的,这方面的需求将急剧增加。然而,对癌症和循环系统疾病的治疗比较费钱,需要训练有素的医生以及昂贵的药物和设备,而且从延长寿命这一点来说也不那么有效。

34. 最后一个战略是改进对高收入地区一些日益流行的疾病的公共预防措施。这样的一些措施包括改进饮食、锻炼身体和戒烟运动;其他一些措施可能在政治上是不受欢迎的(例如对香烟征课重税);还有一些措施如控制工厂污染,也确实会花钱很多。

35. 显然,后面这三个战略可以同时执行,政府现行政策的内容在各方面都表明这一点。尽管如此,这些战略实际上是互相竞争的;用于一个战略上的资源,也可用于其他战略。不仅在资源分配的概括性的问题上,而且在有关设备、器械、训练和研究的具体决定上,都必须作出抉择。举例来说,地理上的均衡战略所包含的对药物、训练和研究的要求,与例如改进临床医疗工作的战略所提出的要求在本质上是不同的。因此,有关战略的主要决定应在调配具体资源之前作出,并使主持调配工作的人员有所了解。

36. 在评价可供选择的战略时,政府不应过分匆忙地或广泛地被动人的西方医疗设备和技術所吸引。正因为主张采用最精良的医疗设备的充满感情的论证,总是使人很感兴趣,因此在评价具体的建议时最好是保持头脑冷静。在巩固现有体系和求得地理上的平衡这两方面的投资,与购买昂贵技术花费的同样数额的投资相比,很可能在卫生保健和预期寿命方面产生更大的效益。

37. **营养** 象在卫生方面一样,营养已经取得了重大的进展,严重的营养不良现象也许是很少见到了。微量营养素不足所引起的一些疾病仍然存在,对这些疾病的治疗往往是

花钱较多，才能收到效果，但政府在这方面也一向是积极的。突出的问题是普遍的中等程度的发育受阻（如用身高低于年龄来衡量），在较穷的农村地区尤其普遍。这可能是饮食不足、儿童的多发病或为维持农村地区体力活动所需的较多热量不足所致。然而，目前对中国中等程度营养不良的原因和后果，还了解得不够充分。

38. 关于原因，部分地在于食物分配——一些人由于他们的现金收入或自留地生产不能使他们得到足够的补充，他们不得不依靠国家保证的最低数额或接近这一数额的粮食供应来生活。由此可见，解决问题的一部分办法也许在于提高所保证的最低粮食供应量，同时允许缺粮户根据私人和集体生产的粮食的多寡向国家购买粮食。此外，也可以为购买粮食增加补助费和贷款，以及作出比较全面的努力，来提高农村贫民的收入能力。同样地，鉴于疾病、特别是腹泻病流行甚广，以致发育迟缓，因此，加强农村卫生保健工作也许是很重要的。

39. 中等程度的发育不良在一些农村地区是普遍的，然而这一事实也许是部分地由于当地饮食的构成，特别是油和脂肪（热量的集中来源）以及高质量蛋白质摄取量低所致。既然是这种情况，那就可以作出努力，于入学前和入学后的最初几年给予那些看来易受疾病侵袭的儿童提供理想的食物。这种配售给儿童的代价低的特殊食物，可能是一种非常合乎需要的鼓励，可以包括在对只有一个孩子的家庭的一揽子奖励之中。

40. 关于中等程度营养不良的后果，有些（包括中国人的）迹象表明，它除减低体力而外，还有碍智力的发展，但没有充分的迹象可以让我们对防治这种营养不良的方案作一番关于收益和花费的全面分析。尤其是，现在还无法就如下问题提供一个令人满意的答案：使通常的中国人（印度人或印度尼西亚人）达到遗传所决定的可能的生长高度，值得花多少费用呢？

41. 然而，要进一步作出努力来同营养不良的分布原因和卫生原因作斗争，至少会对政府的财力物力提出较多的要求。无论如何，应当强调指出的是，关于在中国的营养不良程度和原因，以及它的详细的地理分布格局，我们还知道得不多，而对这些问题的应用研究却可以成为政策的非常宝贵的指导。在这方面，计划在1982年进行的全国食物调查大概会提供一个特别有用的资料基础。

问题：人口

42. 世界银行对中国人口的“中间”预测所依据的，是总的出生率为2.75，这是1979

年的估计（即一个妇女在育龄期预料将生育的儿童人数），以及出生率在2000—2005年期间将下降到代替水平（然而，即使出生率下降到代替水平，人口也会继续增长许多年，因为进入生育年龄的妇女人数还不均衡）。根据这些假设，世界银行的中间预测，估计2000年的人口总数为12.4亿人——仅稍稍超过中国人的12亿这一目标。然而，中国人要想达到他们的目标，看来需要在1980—2000年期间大大降低出生率，其下降的幅度要比世界银行中间预测所设想的大得多；总的出生率将需要下降到1.6，而不是2.2。在达到中国人的目标方面所包含的出生率更迅速的下降，对2000年以后劳动力和学龄人口的多寡有重大影响，但在那个时候以前，影响不大。然而，即使到2000年把总的出生率下降到2.2，在贯彻一对夫妇只生一个孩子的政策方面也还需要作出持久的重大努力，并至少取得中等程度的成就。有关限制出生率的政策因而是非常重要的。

43. 中心的问题是，在一个持续的时期内降低出生率这一目标是否能够达到，要花什么代价才能达到。这一问题涉及三个方面。第一，即使有了经济上的鼓励，农村里做父母的是否愿意进一步节制生育——限于只生一个孩子，而在老年没有受人供养的其他保证？什么样的保证才会使那些做父母的感到放心？第二，较穷的省份是否能够拨出款项，实行经济鼓励的办法来劝阻生育？第三，人所共知的当地土地稀少的情况，加强了现今计划生育目标所依靠的严密的公社压力体系，但是，提高生产效率的努力——其办法是取消对劳动力迁移的限制——是否会削弱那种严密的公社压力体系呢？

44. 虽然对整个社会来说，抚养老年人的经济负担的增加并不是难以处理的，但今天做父母的很可能是想寻求一种年老时的家庭生活保障。在这方面，从鼓励保持大家庭的角度来说，必须把城市地区和农村地区区分开来。目前只对城市地区10—15%的工作人口设有雇佣单位提供的社会保险制度。在农村地区，除少数富裕的公社外，没有这样的制度。在农村中，儿童始终是预防近期困难和远期需要的最好保证。这确实仍旧是中国大部分农村的情况，在那里，不仅没有正规的老年保险制度，而且没有正式的病假制度。大家庭有传播疾病、农业歉收（如果这些家庭成员能够在非农业部门工作或在其他公社工作）和其他工作中断的危险。这种情况在穷社尤其是如此，整个集体越是穷困，任何个人在困难时候能够享受公社福利的希望越少。

45. 而且，儿童对父母年老时提供的保障，目前并不需花高的金钱代价，至少对农村的父母来说是如此。许多儿童大约在11岁时就开始挣工分，其人数约占成年人的一半，并