

收入 地位与健康



[美] J.A.奥尔贝奇(Auerbach) 等编
B.K.克瑞姆果尔德(Krimgold)
叶耀先 总编译

中国建筑工业出版社

收入 地位与健康

[美] J·A·奥尔贝奇(Auerbach) 等编
B·K·克瑞姆果尔德(Krimgold)

叶耀先 总编译

中国建筑工业出版社

著作权合同登记图字：01-2002-1534号

图书在版编目 (CIP) 数据

收入 地位与健康 / (美) J.A. 奥尔贝奇等编; 叶耀先
总编译. —北京: 中国建筑工业出版社, 2002
ISBN 7-112-05069-3

I. 收... II. ①奥...②叶... III. ①工资水平 -
影响 - 健康 ②社会地位 - 影响 - 健康 IV. ①R161
②F113.9

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2002) 第 022353 号

本书由美国 National Policy Association, Academy for Health Services Research and Health Policy 出版的
Improving Health: It Doesn't Take a Revolution (2000) 与 Income, Socioeconomic Status, and Health:
Exploring the Relationship (2001) 两书合编而成, 经著作权人 J.A. Auerbach, B.K. Krimgold,
B. Lefkowitz 授权中国建筑工业出版社出版中文版。

收入 地位与健康

[美] J·A·奥尔贝奇 (Auerbach) 等编
B·K·克瑞姆果尔德 (Krimgold)
叶耀先 总编译

*

中国建筑工业出版社出版、发行 (北京西郊百万庄)
新华书店总店科技发行所发行
北京云浩印刷厂印刷

*

开本 787×960 毫米 1/16 印张 10 字数·198 千字
2002 年 5 月第一版 2002 年 5 月第一次印刷
印数: 1—1500 册 定价: 18.00 元

ISBN 7-112-05069-3

F·369 (10596)

版权所有 翻印必究

如有印装质量问题, 可寄本社退换
(邮政编码 100037)

本社网址: <http://www.china-abp.com.cn>

网上书店: <http://www.china-building.com.cn>

健康是一种最为珍贵的财富，对每个人都很重要。现在人民生活改善，老百姓比过去任何时候都更加关注健康。根据《华盛顿邮报》的民意测验，在美国列举榜首的是对医疗的关心。健康对社会也很重要，会影响儿童的成长、成人的幸福和家庭的稳定，而且会带来更多的疾病医疗花费，甚至要付出更大的代价。

虽然美国近几年已在着力探索，但至今人们对决定人口健康的因素仍然知之甚少。对个人来说，医疗保健非常重要。但是对于一个健康的社会来说，它并非是最重要的决定因素。美国每年花在医疗上的费用平均约为每人 4000 美元，但是，四分之三的发达国家虽然医疗花费不到美国的一半，但在诸如预期寿命和婴儿死亡率等一般健康状况指标方面都比美国好。这就向我们提出一个问题，究竟什么是影响人口健康的因素，为了提高人口健康，政府应当把钱花在什么地方？这是一个国家和民族面临的严肃而重要的问题。

本书介绍美国等国家近年来在人口健康方面的研究成果和对上述问题的初步回答。

原书编者与总编译者简介

原书编者

詹姆斯·奥尔伯奇 (James A. Auerbach)

国家政策研究会高级副总裁、国家政策研究会新美国现实委员会主任、国家政策研究会食品和农业委员会主任；《向前看》(Looking Ahead) 杂志(国家政策研究会的旗舰季刊) 执行主编；曾任弗吉尼亚大学的副讲师；《隐蔽地穿过玻璃》和《为 21 世纪建设新的工作场所》等书的编者；《不平等反论：收入差距拉大》、《老化和竞争》、《重建美国工作场所》、《美国劳工管理创新的未来》和《收入、社会经济地位和健康：探索其间的关系》等书的合作编者；有关人员培训、工业关系和贸易的诸多文章的作者。

巴巴拉·基维梅·克瑞姆果尔德 (Barbara Kivimae Kringold)

健康促进中心克罗格 (Kellogg) 少数民族健康差异学者项目主任；罗伯特·伍德·约翰逊 (Robert Wood Johnson) 基金会健康政策研究研究人员奖项目副主任；采摘者/公共财富学者病人照顾项目主任；为政策、媒体和决策界从事健康政策转化工作；曾任总统办公室下的管理和预算办公室专业职员；《美国妇女 1996 - 1997：妇女和工作》、《收入、社会经济地位和健康：探索其间的关系》和《增进健康：并非来一场革命》等书的合作编者。

总编译者

叶耀先 (Ye Yaoxian)

中国建筑设计研究院顾问总工程师、教授、英国皇家特许建造师、房地产估价师。曾任中国建筑科学研究院工程师，国家建委、城乡建设环境保护部抗震办公室副主任，设计局副局长，中国建筑技术研究院院长，国家住宅与居住环境工程技术研究中心主任。现为中国建筑学会副理事长，中国土木工程学会常务理事，中国可持续发展研究会理事。在建筑结构、抗震防灾和住宅等领域完成多个科研项目。曾与美、日合作研究，参与联合国和世界银行大型工程项目评估和实施。发表中外文论文百余篇，编著译书籍 10 余册。

总 编 译 者 序

2001年5月，我到美国华盛顿首都参加日本大型研究课题《亚太地区减轻地震和海啸灾害技术开发及其整合研究》国际顾问会议。会后，弗吉尼亚大学世界灾害风险管理研究所所长克瑞姆果尔德（Frederick Krimgold）博士邀请我到他家做客。我们是20多年的老朋友，他的家人我也都很熟悉。午饭后，他夫人巴巴拉·克瑞姆果尔德（Barbara Kivimae Krimgold）女士谈起她的两本新作：《增进健康：并非来一场革命》和《收入、社会经济地位和健康：探索其间的关系》。美国每年花在医疗方面的费用高达人均4000美元，但健康状况指标并不比其他多数医疗费用花费只有美国一半的发达国家好。这就向我们提出一连串的问题：究竟有哪些因素影响人口健康？为了健康我们在工作、生活、待人接物等方面应当注意哪些问题？怎么样的居住社区对健康有益？为了增进人口健康，政府应当采取什么政策？政府的钱花在哪儿才是花在刀刃上？这是每一个人和每一个国家都面临而且必须回答的严肃而又重要的问题。于是就产生了把这两本书翻译成中文，在中国出版，让国人能分享美国最新研究成果的想法。

同其他发达国家所得到的结果类似，美国在关于收入、社会经济地位和健康之间的关系方面的主要的发现有四：一是收入差距和健康密切相关；二是社会经济地位和健康之间有一个梯度关系，而且不只是在贫困层面；三是医疗保健在健康的社会经济差距中只起比较小的作用；四是在社会经济因素通过多条通道影响健康。

根据国家统计局的调查数据，我国城镇居民收入存在明显的差距。中国经济景气监测中心对2001年第二季度全国31个省、自治区和直辖市的城镇及农村家庭收入调查数据说明，不同地区城镇居民收入差距明显。在此期间，全国城镇居民家庭人均可支配收入为526元；城镇居民家庭人均可支配收入高的5个省和直辖市为：上海、北京、浙江、广东和天津，其城镇居民家庭人均可支配收入分别为943.9元、926.2元、766.8元、753.9元和681.1元；城镇居民家庭人均可支配收入低的5个省为：山西、河南、江西、海南和陕西，其城镇居民家庭人均可支配收入分别为391.9元、405.1元、406.7元、407.3元和409.3元；城镇居民家庭人均可支配收入最高与最低的省（市）际差高达2.41倍；全国城镇居民家庭人均可支配收入值处于较低的位置，更接近收入低的省份，说明我国绝大多数省城镇居民家庭人均可支配收入集中在较低水平。

根据国家统计局2001年9月公布的2000年统计数据，不同地区农村居民收入差距比城镇居民更大。全国农村居民人均现金收入为2434元；农村居民人均

现金收入高的 5 个省和直辖市为：上海、北京、浙江、天津和广东，其农村居民人均现金收入分别为 5914.9 元、5092.6 元、4863.4 元、3938.5 元和 3759.5 元；农村居民人均现金收入低的 5 个省（自治区）为：贵州、西藏、甘肃、青海和云南，其农村居民人均现金收入分别为 1136.4 元、1174.8 元、1309.9 元、1365.7 元和 1430.0 元；农村居民人均现金收入最高与最低的省际差高达 5.21 倍；东部和中西部农村居民收入差距明显。东部地区 12 个省和直辖市农村居民年人均现金收入平均为 3649.4 元，比全国农村居民人均现金收入高出 1215.4 元，其中 10 个省和直辖市远远高于全国平均水平。中部 9 个省农村居民人均现金收入平均为 2170.6 元，比全国平均值低 263.4 元；西部 10 个省、直辖市和自治区农村居民人均现金收入平均为 1605.8 元，比全国农村居民人均现金收入低 828.2 元。

在经济全球化浪潮的冲击下，发达国家和发展中国家的经济发展差距日益明显。据联合国在 2000 年底发布的报告，从 1990 年到 2000 年，世界各国中，前 15 名和后 15 名的人均收入比已从 60:1 扩大到 74:1。

可见，收入差距的扩大是一个世界性的问题。

本书将《增进健康：并非来一场革命》（Improving Health: It Doesn't Take a Revolution）和《收入、社会经济地位和健康：探索其间的关系》（Income, Socio-economic Status, and Health: Exploring the Relationships）两本书译编为一册。翻译出版得到了密歇根大学公众健康学院和社会研究所流行病学系社会流行病学和人口健康研究中心（Center for Social Epidemiology and Population Health, Department of Epidemiology School of Public Health and Institute for Social Research, University of Michigan）、旧金山加州大学社会经济状况和健康研究网络约翰和凯瑟琳－麦克阿瑟基金会（The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation, Research Network on Socio-economic Status and Health, University of California, San Francisco）、美国首都华盛顿健康促进中心（The Center for the Advancement of Health Washington, DC）、国家政策研究会（The National Policy Association Washington, DC）等美国机构的资助和支持，特致谢忱。

我长期在建设部门工作，所以本书由中国建筑工业出版社出版。出版社朱象清编审和李根华编审对本书的出版给予了多方面的支持，特表衷心感谢。

参加本书翻译和校对工作的有（按姓氏笔画为序）：叶红、叶耀先、朱广荣、李爱兰、张拓红、张钦仪、党政、钮泽蓁、星一、星云、郭岩。

叶耀先

2002 年 4 月 8 日

序

戴维·海尔姆斯 (W. David Helms)

健康事务研究与健康政策科学院院长兼首席执行官

安东尼·奎因顿 (Anthony C. E. Quainton)

国家政策研究会会长兼首席执行官

美国在保健方面所花的钱，比世界上任何其他国都要多，1998 年最高达到 1.1 万亿美元。这个数字等于美国国内生产总值的 13.5%，或者大约是美国经济的 1/7。然而，尽管美国全国人均保健花费在工业国家中一直列居最高位，而在很多健康状况度量指标上，同其他工业国家相比，却始终排在后面。

就种族健康差异而言，黑人的总体死亡率比白人高 1.6 倍。纽约市哈莱姆 (Harlem) 区的黑人的存活率比中国人、印度人或孟加拉人都低。再者，虽然美国少数民族人口处于健康最不利的情况，各个种族的中等收入的美人都排在日本和瑞典等国家较低收入的人群之下。早在 1975 年，戴维·麦坎尼克 (David Mechanic) 就曾经指出忽视这些问题的严重后果：

保证若干部分人可能提供的一切，卿他几部分人的所得就会低于最低标准。所有的人都越发必须合理处理需求和总体利益关系，面对保健服务分配计划问题。如果他们不这样做，就会加深社会分裂和人间苦难 [《美国公众健康杂志》，1975 年 3 月号 (American Journal of Public Health, March 1975)]。

有关需要服务的范围和获得服务程度上的差别问题由来已久。健康服务研究和健康政策科学院在其召开的全国会议上强调获得服务的差异已经有 20 年了。这种差异问题确实是复杂的，而且需要多渠道反馈。要解决这个问题，可能需要国家最终抓住下列两个基本问题，即政治领袖们回避的所谓美国政治的“第三轨道”问题。

- 所有公民至少能享有并可获得基本健康服务，和
- 减少收入差距，向所有公民提供一个适当的生活标准，包括食品和住房。

本书试图把这些差异的范围和严重程度摆在美国领导人的面前。虽然答案并不那么简单，卓越的书籍的作者们开始行动，这就是我们的希望。这个领域的著名的美国和国际研究人员和科学家们将可分享他们的观点和政策建议，包括：有关这种差异，其他国家在做什么，以及在美国需要做什么。政策业界的主要代表人物概括地论述了对美国所面临的这个难题的反应。

国家政策研究会是一个非政治、非党派机构，它致力于为解决这个问题建立共同基础和寻求经济和社会政策解决方案。这两个方面同本书所研究的问题是纠缠在一起的。收入差距和健康是国家政策研究会过去 20 多年来一直在思考的课题，而且已经成为许多书的书名，比如：《差异悖论：收入差距扩大》（The Inequality Paradox: Growth of Income Disparity），《何时收入偏离：在美国新的差距的产生原因、后果和对策》（When Earning Diverge: Causes, Consequences, and Curves for the New Inequality in the U.S.），以及《治疗美国保健病》（Curing U.S. Health Care Ills）等。

本书研究美国面临的三项重要政策利害关系的交叉问题，即：正在拉大的收入差距、财富差距和技术掌握差距；经济有效的全民保健的需要；以及社会风气的衰退。我们中间生活在首都华盛顿的人，是站在这些问题的中心看我们自己。几年以前，华盛顿曾经不得不正视一系列反映社会凝聚力下降的事件和城市保健体制单元的细化。这些时间足以说明，在美国首都，进而在美国全国，多么需要树立有活力的社会风气。国家政策研究会和健康事务研究与健康政策科学院在 2000 年 4 月举办的题为“收入差距、社会经济地位和健康：探索其间的关系”的大型研讨会，涉及了所有这些问题。

研究健康和收入差距以及它们的社会决定因素之间联系的任何人都明白，几乎所有政策反应都是有争议的。不论什么时候，只要论及收入差距和如何解决这个问题，批评家就会关注关税制度和财政政策。当主题是社会决定因素时，就会关注社会工程和政府应当如何同社会互动。这些问题仍然有争论，困难在于更加需要对话。即使如此，同收入差距的联系还没有成为国家政策争论的焦点。收入差距和健康之间的关系显然值得研究。这种联系影响到工作场所和社团的董事会会议室以及美国每一个保健专业人员和医院。

国家政策研究会和健康事务研究与健康政策科学院的项目的合作主办单位很多，他们来自美国政府、私营行业、大学和基金会，他们为这场政策争论做出了有价值的贡献。这个项目的成功还来自科学院同人们的卓越工作，特别是巴巴拉·基维梅·克瑞姆果尔德（Barbara Kivimae Krimgold），前罗伯特·伍德·约翰逊（Robert Wood Johnson，健康政策研究计划研究人员奖基金会副主任）和詹姆斯·奥尔伯奇（James A. Auerbach，国家政策研究会高级副会长）。他们制定了计划，安排了报告人，从而确保讨论协调和集中。

总之，这次会议是为美国最困难的问题之一建立共同的基础和制定政策方案而做的一次开创性的努力。在一个献身于“人人自由和公正”的国家，了解收入差距对健康和社会福利的影响，对所有有关的公民都是重要的。本书的出版发行对这种了解是一个重要的贡献。

（钮泽蓁译 叶耀先校）

前 言

詹姆斯·奥尔贝奇 (James A. Auerbach)

巴巴拉·基维梅·克瑞姆果尔德 (Barbara Kivimae Krimgold)

邦尼·利夫科威兹 (Bonnie Lefkowitz)

国家政策研究会和健康事务研究与健康政策科学院的领导，正在合作致力于使美国公众和民间的决策者们关注有关收入差距、社会经济地位、种族和健康之间关系的科学发现。正如国家政策研究会会长和首席执行官安东尼·奎因顿 (Anthony Quinton) 所指出的，对美国收入差距拉大和世界反对全球化的人数日益增加来说，这是一项及时的联合行动。健康事务研究与健康政策科学院首席执行官戴维·海尔姆斯 (David Helms) 把保健公平和满足食品和住房的基本需要比做“第三轨道” (third rail)，它虽不常涉及，但对保持民主体制轨道却是基本的。

在国家政策研究会和健康事务研究与健康政策科学院于 1999 年和 2000 年初举办的一系列会议和记者招待会之后，这两个单位共同以“收入差异、社会经济地位和健康：探索其间关系”为题召开了一次全国性会议，会议由 20 个公共和民间单位资助，于 2000 年 4 月 27 日在美国首都华盛顿举行。大约 200 位与会人员听取了在这个崭新领域领先的研究者们有关健康和社会地位之间关系的基本论据报告，提供了这种联系如何运作的假设，并讨论了公共政策的选择。国家政策研究会和健康事务研究与健康政策科学院合作把收入差距、社会经济地位、种族和健康之间关系方面的科学发现介绍给美国公共和私营政策制定者，以引起他们的注意。

这些研究者们竭力主张健康政策必须同健康的社会和经济决定因素联系起来。他们认为，在以下 6 个领域做出更多的努力是非常重要的。

- **向儿童投资** 通过清晰地确认在整个人的一生中早期成长重要性的政策来实现，例如改进的双亲计划，综合的学龄前计划，家庭资助和教育等。
- **向最需要的人提供服务 and 机会** 通过探索把较高社会经济地位者的利益给予较低地位者以防止歧视和培育文明社会的政策来实现，例如改善住房、教育、营养、职业培训、疾病预防和享受医疗等。
- **改善工作环境** 包括雇员适当参与决策，有更多的雇员自主支配工作，工作更加多样化，有发展机会，合适的报酬和奖励，增加工作稳定，改进离岗政策，以及工人保护等。
- **加强对社区级支持** 通过构建社会网络、鼓励经济发展和授权、增加民间参与和信任以及减少或减轻经济和种族隔离的影响等方面的政策来实现。

- **创造更加平等的经济环境** 主要通过税收、转让和就业等方面的政策来实现。例如，当劳动所得税减免（Earned Income Tax Credit）、最低工资、失业补偿，以及福利支付等较低时，予以增加。又如，使经济运行不断缓冲商业周期的急进行为，并保持低失业率。
- **评估经济和社会行动对健康的影响** 随着所考虑政策的改变，通过正在进行的研究和公众健康影响报告书来实现。

为使他们的重点继续集中在这些问题上，国家政策研究会和健康事务研究与健康政策科学院在专业会议上做了介绍，并在媒体上作简要说明。在同会议报告人面谈的基础上，PBS 成人学习服务机构已经制作了电视录像“收入、地位和健康”（Income, Status and Health）。网上也综述了会上讨论的问题。此外，还出版了题为《增进健康：并非来一场革命》（Improving Health: It doesn't Take a Revolution）的小册子（即本书的第一章）和《收入、社会经济地位和健康：探索其间的关系》（Income, Socioeconomic Status, and Health: Exploring the Relationship）一书（即本书的其他三章）。所有这些问题都已包含在本书之内。

本书第一章，即《增进健康：并非来一场革命》小册子，系国家政策研究会和健康事务研究与健康政策科学院会议上的报告的摘录，报告人如下

南希·阿德勒（Nancy E. Adler）， 哲学博士，旧金山加州大学社会经济状况和健康研究网络麦克阿瑟基金会主席；

莉萨·伯克曼（Lisa F. Berkman）， 哲学博士，哈佛社会和健康研究中心主任；

克莱德·赫兹曼（Clyde Hertzman）， 医学博士，理学硕士，不列颠哥伦比亚大学加拿大高等研究所人口健康和人类发展研究中心主任；

乔治·卡普兰（George A. Kaplan）， 哲学博士，密歇根大学流行病学系主任，密歇根收入差距和健康研究中心主任；

伊其罗·卡瓦奇（Ichiro Kawachi）， 医学博士，哲学博士，哈佛公众健康学院哈佛社会和健康研究中心副教授兼主任；

布鲁斯·肯尼迪（Bruce P. Kennedy）， 教育学博士，哈佛公众健康学院助理教授；

詹姆斯·拉德纳（James Lardner）， 美国新闻和世界报道高级作家；

尼科尔·路瑞（Nicole Lurie）， 医学博士，美国保健和人员服务部健康首席助理部长；

凯瑟琳·纽曼（Katherine Newman）， 博士，哈佛大学肯尼迪政府学院城市研究马尔科姆·维那尔教授；

林·尼科尔斯（Len M. Nichols）， 博士，城市研究所健康政策中心副主任研究员；

威廉·罗杰斯（William M. Rodgers）， 博士，美国劳动部总经济师；

伦纳德·西米（S. Leonard Syme）， 博士，伯克利加州大学名誉教授；

理查德·威尔金森 (Richard G. Wilkinson), 伦敦, 大学学院国际健康和社会研究中心; 萨西克思大学曲拉福德医学研究中心;
戴维·威廉姆斯 (David R. Williams), 博士, 密歇根大学社会研究所调研中心、社会学系教授。

参加并支持“收入、社会经济地位和健康: 探索其间的关系”项目的合作单位有:

卫生和人员服务部保健研究和质量厅

Agency for Healthcare Research and Quality, Department of Health and Human Services (DHHS);

卫生和人员服务部疾病控制和防御中心

Centers for Disease Control and Prevention, DHHS;

公共福利基金会

The Common Wealth Fund;

卫生和人员服务部国家健康研究所约翰·佛嘎尔体国际中心

John E. Fogarty International Center, National Institutes of Health (NIH), DHHS;

哈佛大学社会和健康中心

Harvard University Center for Society and Health;

卫生和人员服务部战略规划办公室保健财务管理处

Health Care Financing Administration, Office of Strategic Planning, DHHS;

卫生和人员服务部基本保健局健康资源和服务管理处

Health Resources and Services Administration, Bureau of Primary Health Care, DHHS;

凯萨派尔马嫩特

Kaiser Permanente;

麦克阿瑟社会经济地位和健康网络基金会

MacArthur Foundation Network on SES and Health;

卫生和人员服务部国家癌症研究所

National Cancer Institute, DHHS;

卫生和人员服务部国家健康统计中心

National Center for Health Statistics, DHHS;

卫生和人员服务部国家环境健康科学研究所

National Institute of Environmental Health Sciences, DHHS;

卫生和人员服务部国家精神健康研究所

National Institute of Mental Health, DHHS;

卫生和人员服务部国家过敏和传染病研究所

National Institute on Allergy and Infectious Diseases, DHHS;

卫生和人员服务部国家药品滥用研究所

National Institute on Drug Abuse, DHHS;

卫生和人员服务部国家健康研究所行为和社会科学研究办公室

NIH Office of Behavioral and Social Sciences Research, DHHS;

卫生和人员服务部少数民族健康办公室

Office of Minority Health, DHHS;

卫生和人员服务部规划和评估办公室

Office of Planning and Evaluation, DHHS;

卫生和人员服务部妇女健康办公室

Office of Women's Health, DHHS;

密歇根大学收入差距和健康研究中心

University of Michigan Institute on Inequalities and Health.

(钮泽蓁译 叶耀先校)

目 录

	原书编者与总编译者简介
	总编译者序
	序
	前言
1	第一章 增进健康并非来一场革命
1	第一节 引言
3	第二节 健康和财富之间的基本联系
8	第三节 关键的通道
13	第四节 应当做什么?
17	第五节 结论
23	第二章 社会经济地位和健康的科学研究
23	第一节 社会经济地位和健康关系的最新研究
26	第二节 美国收入差距对健康的影响
37	第三节 为什么收入差距对健康有害?
49	第四节 人口健康与儿童成长:加拿大的观点
58	第五节 从社会经济地位到健康的多条通道的思考
68	第三章 政策评述和选择
68	第一节 种族与健康:趋势和政策含义
83	第二节 大胆说出经济地位和健康状态之间的联系
87	第三节 消除美国卫生保健系统中的不平等:美国卫生与人员服务部的成就
95	第四节 为政策制定者查明收入差距和健康之间的关系
100	第五节 美国收入差距和健康政策的经验教训
120	第四章 其他研究领域和结论
120	第一节 有关社会经济地位和健康之间关系的其他研究情况
124	第二节 经济政策就是健康政策:收入、社会经济地位和健康的研究成果
135	第三节 结论——决定变化的过程
139	附录
139	附录 1 国家政策研究会简介
140	附录 2 国家政策研究会出版物选录
141	附录 3 健康事务研究与健康政策科学院简介
142	附录 4 健康事务研究与健康政策科学院出版物选录
144	附录 5 原书作者和编者名单

第一章 增进健康并非来一场革命

詹姆斯·奥尔贝奇 (James A. Auerbach)

巴巴拉·基维梅·克瑞姆果尔德 (Barbara Kivimae Krimgold)

邦尼·利夫科威兹 (Bonnie Lefkowitz)

第一节 引言

健康是一种珍贵的财富。人人重视健康，保健产品在万维网上、在媒体里、在零售市场到处充斥。根据《华盛顿邮报》的民意测验，公众比过去任何时候都更加关注健康，而在选民关心事项清单上，医疗保健列举榜首。

健康对社会也很重要。不良的健康会影响儿童成长、成人幸福和家庭稳定。它会导致更沉重的疾病医疗负担，甚至要为丧失机遇付出更大的代价，进而还会给劳动者的效率和美国公司的竞争能力釜底抽薪。

然而，经过几年研究，我们对决定健康的因素仍然知之甚少。对个人来说，医疗保健非常重要，但是对于一个健康的社会来说，它并非是最重要的决定因素。从杰拉德·安德森 (Gerald Anderson) 和吉恩 - 皮埃尔·颇利尔 (Jean - Pierre Poullier) 汇编的资料所得到的表 1 - 1 看出，美国每年花在每人医疗上的费用约为 4000 美元，这个数字虽然比任何其他国家都要多，但是，四分之三发达国家在诸如预期寿命和婴儿死亡率等一般健康状况指标方面都比美国好。

在世界所有国家中，世界卫生组织把美国保健体制的表现排在第 37 位，主要是因为美国财务制度不公正。这样，更为公平的医疗保健经费分配，可能有助于改善美国的健康状况。但是，即使每一个人都能获得所需的医疗保健，如果没有弄清原先人为何生病，多半仍然需要应对不良健康的后果。并非所有全民获得医疗保健的国家都有最佳的健康统计记录。

即使像人类基因组项目那样令人鼓舞的技术进步成就，其目标也是针对个人，而不是针对全体人口。而且，那些促进更少冒险行为的项目，被一些专家吹捧为通向健康的关键，其工作对象也是个人，而未必是通过很多人提高美国的健康形象。这是因为，行为，像健康本身一样，它是同更多的基本原因紧密联系在一起。例如，哥伦比亚大学的布鲁瑟·林克 (Bruce Link) 和乔·菲兰 (Jo Phelan) 争辩说，尽管疾病流行和包括行为在内的风险因素发生变化，健康方面的社会经济差别仍然存在。

25 年前，当时的美国卫生部长助理西奥多·库柏 (Theodore Cooper) 曾经指出：

29 个经济合作与发展组织 (OECD) 国家的健康医疗花费和结果

表 1-1

国家	人均健康花费 (美元)	健康花费占国内生产 总值的百分比	预期寿命		婴儿 死亡率
			男性	女性	
澳大利亚	1 805	8.4	75.2	81.1	5.8
奥地利	1 793	7.9	73.9	80.2	5.1
比利时	1 747	7.6	74.3	81.0	6.0
加拿大	2 095	9.0	75.4	81.5	6.0
捷克	904	7.0	70.5	77.2	6.0
丹麦	1 848	7.4	72.8	78.0	5.2
芬兰	1 447	7.2	73.0	80.5	4.0
法国	2 051	9.6	74.1	82.0	4.9
德国	2 339	10.4	73.6	79.9	5.0
希腊	974	7.1	75.1	80.4	7.3
匈牙利	602	16.5	66.6	74.7	10.6
冰岛	2 005	8.0	76.2	80.6	3.7
爱尔兰	1 324	7.0	73.2	78.5	5.5
意大利	1 589	7.6	74.9	81.3	5.8
日本	1 741	7.3	77.0	83.6	3.8
韩国	587	4.0	69.5	77.4	9.0
卢森堡	2 340	7.1	73.0	80.0	4.9
墨西哥	391	4.7	70.1	76.5	17.0
荷兰	1 838	8.6	74.7	80.4	5.2
新西兰	1 352	7.7	74.3	79.8	7.4
挪威	1 814	7.5	75.4	81.1	4.0
波兰	371	5.2	67.8	76.8	12.3
葡萄牙	1 125	7.8	71.2	78.5	6.9
西班牙	1 168	7.4	74.4	81.6	5.0
瑞典	1 728	8.6	76.5	81.5	4.0
瑞士	2 547	10.1	75.7	81.9	4.7
土耳其	260	4.0	65.9	70.5	42.2
英国	1 347	6.7	74.4	79.3	6.1
美国	3 925	13.5	72.7	79.4	7.8
中值	1 728	7.5	74.0	80.3	5.8

注：1997 年经济合作与发展组织支出数据；1996 年健康状况指标

(1997 OECD expenditure data; 1996 health status measures)

美国花在医疗保健上的费用比世界任何国家都大，
但是四分之三的发达国家的健康指标比美国好。

我们同行发现的一个重大而严肃的真实情况是，现代卫生保健对人口的影响可能低于经济状况、教育、住房和环境卫生的影响。但是，……我们已经树立了这样的观念，认为充裕的、容易获得的高质量健康保健对于社会和个人的疾病是某种包治百病的灵丹妙药。这纯粹是一种虚构。

一代人以后，我们还必须面对这种严酷的现实。但是，一项新的工作已经开始认定健康和社会环境之间的联系。关于健康的社会决定因素的新的研究已经成为国家健康研究所（National Institutes of Health）参与的两次科学会议的议题。这些研究已经成为加拿大和英国重大政策启动的基础。它们对美国也有重要的影响。

很多研究人员相信，对社会健康来说，
社会环境比好的医疗保健或改进的措施更为重要。

第二节 健康和财富之间的基本联系

柏克利加州大学的伦纳德（Leonard）指出：“对于健康和幸福来说，社会经济状况问题是压倒一切的重要风险因素。它从来如此，而且今天仍然是这样。”但是，如果研究人员早就知道有关健康和财富之间的关系，为什么他们直到现在才开始注意？具体在美国这样人口种族日益多样化的情况下，民族和种族的作用是什么？还有，由于贫困和差距引起的健康不良的负担究竟有多大？

新的健康理论出现

公众健康专家们早就认识到，社会经济地位低的人群，不可能得到合适的教育，医疗保健条件差，住房环境卫生不良，就业不稳定，而且没有安全的环境。但是，他们不知道哪些是决定健康的最重要的因素。而且，政府基本体制很少改变，他们也不知道如何对待这些因素。这样，根据塞米（Syme）的说法，他们就回到医疗保健和行为改变问题，他们相信这些都在他们的研究范围之内。

于是，一些研究人员开始梳理这个复杂而又难解难分的健康的决定因素。首先，英国和美国的著名学者托马斯·麦凯翁（Thomas McKeown）等人列举了证据，即自1900年以来，死亡率下降更多的是社会和物质环境改善的结果而不是医疗保健的进步。事实上，大多数新的手段，包括治疗的药物、免疫和外科手术，在几十年前就有了，那是在那些致命的疾病已经出现过，死亡率显著下降之后。

另一些科学家则开始更多地关注社会经济状况和健康之间的联系。在伦敦，大学学院的米歇尔·马木特（Michael Marmot）爵士指出：这不仅仅是贫穷和非贫