



试论健康和经济发展的关系

作者：武汉医学院社会医学研究室 梁浩材

关键词 健康 经济发展 影响因素

三百多年前，威廉·配第认为健康是国家富强的因素之一。社会医学的先驱弗兰克认为，保护人民健康是政府的责任。后来病理学家维尔啸说过：“医学的本质是社会科学。”他们共同的观点是：健康不是私人的事，而是国家的事；健康是经济发展的因素。他们的思想直到本世纪下半叶才逐渐为大多数国家所接受而成为这些国家的国策。五十年代以前，人们认为发展局限于经济增长。今天，发展被广泛理解为消除贫困、促进人类的福利和尊严，卫生事业理所当然成为发展的目标之一。因此，目前多数国家共同的认识是：健康和经济发展是相互作用的，国富保民强，民强促国富，健康是社会和经济发展的手段之一，社会和经济发展又是健康发展的基础。

正是由于这种原因，各国在健康上的投资才逐年增加。例如式业发达的几个主要国家1976年的健康投资占国民生产总值的比例是：美国8.7%，瑞典7.2%，加拿大7.1%，澳大利亚7.7%，西德7.5%，法国7%，英国6.6%，日本4.5%。如果从社会福利保障经费占国民收入的比例来计算，则1960年与1970年的变化如下表：

表1 社会福利保障经费占国民收入的比例 (%)

国名	1960年	1970年
荷兰	12.5	23.4
瑞典	13.5	20.2
丹麦	13.3	20.0
奥地利	16.9	20.1
加拿大	11.9	19.4
英国	12.6	14.2
美国	7.0	10.0
意大利	15.2	16.4
日本	5.1	6.2
比利时	16.8	18.2

从表1可见北欧和西欧国家比例增长较快，而这些国家的健康水平也居世界前列，联合国人口调查局统计156个国家，每人平均产值收与平均预期寿命的关系，见表2

从表2可看出平均产值收入愈低，平均预期寿命愈低，收入愈高，平均预期寿命也高。当然也有个别例外的，这和该国的社会条件、福利政策等有关。Mcrahan等把一些反映发展情况的指标与健康的关系作了相关分析，见表3

表2 每人平均产值的国家分布与平均预期寿命的关系

预期寿命 (岁)	国家数	每人平均产值收入 (美元)						
		不足>150	151-280	281-550	551-1135	1136-2500	2501-5000	5000以上
35-44	44	24	12	6	2	—	—	—
45-54	35	12	6	12	2	1	2	—
55-64	20	1	3	12	4	—	—	—
65以上	57	1	—	7	15	16	17	1
合计	156	38	21	37	23	17	19	1

表3 选定发展的指标与婴儿死亡率和平均预期寿命的相关系数（115国、60年代前后）

指标	婴儿死亡率	平均预期寿命
每名医师服务居民数	. 76	— . 69
每张病床服务居民数	. 40	— . 56
每人每日消耗大卡数	— . 70	. 76
每人每日摄入动物蛋白数	— . 73	. 79
成年有文化者占%	— . 74	. 90
15~19岁读初、高中占%	— . 79	. 84
住宅有自来水供应%	— . 70	. 69
住宅有电力供应%	— . 81	. 88
每人每日有报刊发行	— . 75	. 77
成年男子务农%	. 79	— . 85
每人消耗钢量（公斤）	— . 68	. 68
每人相当消耗煤量（公斤）	— . 61	. 63
人平均国民生产总值	— . 70	. 73

表中的相关系数愈接近1，相关程度愈明显。正号代表正相关，如成年男子务农百分比愈低，婴儿死亡率愈低，但平均预期寿命愈高（负相关）。

社会经济因素对健康的影响是综合的，但主要表现三方面，造成贫穷、营养不良、教育水平低。

据估计，世界42亿多人口中有8亿人（占发展中国家的40%）生活于绝对贫困之中，有12亿人每年平均收入在150美元以下。社会经济水平低，死亡率就高，最低组死亡率超过最高组20~30%（国外一般分五个组）。

贫穷者当然食物不足，据统计世界有4.55亿人粮食不足，吃不饱，由此影响健康十分明显，据报道每人每日热量不足的国家，其平均预期寿命也低。见表4

表4 每人每日热量（千卡）的国家分布与平均预期寿命的关系（1975年左右）

预期寿命 （岁）	国家数	每人每日千卡数				
		<1740	1750-1990	2000-2490	2500-2990	3000以上
35~44	36	1	5	28	2	—
45~54	28	2	2	19	5	—
55~64	19	2	9	6	5	—
65以上	44	—	—	8	12	24

营养不良首先影响儿童，世界卫生组织估计全球五岁以下儿童有65.8%营养不良，分布人数见表5

表5 五岁以下儿童蛋白—热量营养不良的估计数（1978年）

地区	五岁以下儿童数（亿）	蛋白—热量营养不足（%）
亚洲	3.50	84
大洋洲	0.03	80
非洲	0.79	60
拉丁美洲	0.55	52
北美洲	0.19	3
欧洲	0.37	2
苏联	0.22	1
总计	5.65	65.8

注：营养不足标准指标体重为年龄平均体重90%以下

教育与健康关系也是明显的，美国曾作过研究，见表6

由表6可见，教育水平低者，指数均高于100，即比该病总死亡率为高，表现最明显是结核病和流

感，其次是意外死亡，这些病伤除社会经济条件外，与教育和卫生知识水平关系密切。

健康对社会经济发展的影响也不容忽视，这方面的作用有时不易被人觉察。过去，中国人被外国污蔑为“东亚病夫”。建国以后我国人民健康改善很快。“东亚病夫”一指多病，二指体弱。多病的情况已有减少，特别是传染病。身体发育情况也有改善。如武汉市12岁男性体重1953年为30.7公斤，1979年为34.3公斤，身高1952年为137.4厘米，1979年为145.4厘米。

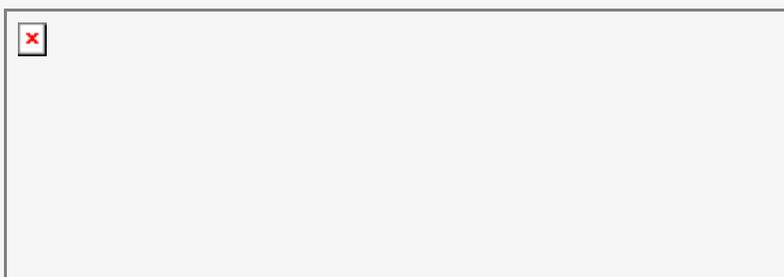
但是，与世界一些国家相比，改善速度仍不够快，如日本1952年12岁男性体重平均为32公斤，1976年增至41.2公斤。12岁男性身高从137.4厘米增至149.7厘米。

1950年至1975年间，发达国家出生时平均预期寿命由65岁增至72岁，发展中国家则由42岁增到55岁。一个人为社会创造财富的年龄一般来说始于15岁而终于65岁，恩卡氏等估计发展中国家人们创造经济价值按不同年龄如下页图：

目前发展中国家平均预期寿命约55岁，即与可以创造财富的年龄相距10年，对社会是莫大的损失。而发达国家比发展中国家平均多活17岁（1975年），为社会创造的财富当然更大。何况发展中国家的人口文化高，知识多，这些人也创造精神价值，即生产力的软件工程（知识形态生产力）。现代化生产要求工人有健康的身心状态，以便更熟练地掌握电子计算机和复杂仪表等精密仪器。如果工人身体不好，精神疲惫，事故层出，对生产影响很大。

表6 表国白种45-60岁死因别死亡率与受教育的关系（以该病总死亡率为100）

死因	不足8年	初中8年	高中1-4年	大学1年以上
全死因	115	106	97	77
结核	184	119	80	21
肿瘤	109	112	94	83
糖尿病	103	80	124	71
脑血管病	117	102	90	92
动脉硬化性心脏病	101	101	107	81
流感与肺炎	163	106	76	63
意外死亡	145	106	92	64



发展中国家每人创造的经济价值按年龄计算

由此可见，国家要富强，人民健康是一个重要因素，所以不少国家把发展卫生事业作为国策，列入国民经济计划之中，并且卫生投资比例不断增加。近年来，卫生经费开支的增加速度比物价增长速度快一倍。原因是多方面的，大致是技术进展、扩大保健范围、控制环境因素、治疗质量提高、老年人口增加等。可见，从绝对数和相对数两方面考虑，卫生事业的投资必须增长，才能合乎国民经济的发展比例。当然，在我国与人民需要之间仍不能满足，但使卫生经济比较按比例发展这个要求是不高的，可是我国卫生经费1980年约占国民分配的2.75%，不但比经济发达国家低，而且比不少发展中国家都低，例如：索马里为6.7%，印度4.9%，泰国9%，菲律宾5.4%，多米尼加8.6%（1971~73年）。

当然，我国采取低工资、低收费办法对待医疗卫生事业，不少国家60~80%卫生经费用于医务人员的工资，而我国并非如此，因此，并不要求我国也象别国一样的比例，但不应悬殊太大，我认为5%以上的比例在近十年内是比较适当的，理由将另文论述。

当前我国国民经济正在调整中，建议在卫生事业领导机关和卫生医院等单位，认真讨论健康与经济发展的关系，研究宏观和微观的卫生经济问题，当好党的参谋，提出合理化建议，自觉运用经济规律管理卫生事业，挖潜力，讲效率，求效果，使卫生事业真正成为我国生产力发展的促进因素，为社会主义现代化贡献力量。

版权所有：中国卫生经济学会
通讯地址：北京市海淀区学院路38号，北京大学医学部院内218信箱 邮编：100083
电话：8610-82802901 8610-82802636 8610-82802479 电传：8610-82802636
京ICP备05045620号