

# 贫困地区人口健康存量与减缓贫困的实证研究

[关键词] 贫困地区; 健康存量; 减缓贫困

[摘要] 本文利用四个调研县的数据调查资料为背景, 定量地评估与分析了贫困地区农户的健康状况以及健康存量对农户收入水平的影响。研究发现, 虽然贫困地区人口健康水平有所提高, 但仍然存在农户健康存量普遍不高的现象; 不过, 实证研究还显示, 个体健康存量与其家庭经济收入水平和农户脱贫致富有着积极的作用。因此, 提高农户健康存量是贫困地区人力资源开发的一个重点。

[中图分类号] C92-05 [文献标识码] B

[文章编号] 1007-0672(1999)04-0002-03

Health Stock and Poverty Alleviation among Underdeveloped Regions

LU Jie-hua

(Institute of Population Research, Beijing University,

Beijing 100871, China)

**Key Words** underdeveloped regions health stock poverty alleviation

**Abstract:** Based on the survey data of four poverty counties, this paper makes a quantitative approach to the situation of the farmer's health stock and its effects on their income levels among the underdeveloped regions of China. Our findings turn out that the farmer's health stock has improved, but there is a long way to go. So how to increase the health stock is one of the most important aspects of human resource development among underdeveloped regions.

人力资本理论认为, 健康是人力资源质量要素中的一个重要组成部分, 个人的健康能力状况可以看作为一种存量, 即健康资本存量。在现实社会经济生活中, 一个地区健康存量的大小对于其经济发展有着直接的影响。本文试图利用四个调研县的调查数据评估贫困地区人口的健康存量状况以及农户健康存量对其收入增加的作用。旨在用实证研究结果说明, 我国贫困地区的社会经济发展步入可持续的发展轨道。

## 一、调研县选择与数据来源

[收稿日期] 1999-03-02

[作者简介] 陆杰华, 男, 北京大学法学博士, 现为北京大学人口研究所副教授。

本文选择了辽宁省凤城满族自治县(现已撤县改市, 为凤城市)、山西省代县、河南省商城县和广西壮族自治区龙胜壮族自治县为调研县。本文研究的主要数据来源包括两部分: (1) 1990年四个调研县千户家庭抽样资料, 这次抽样调查的内容信息丰富, 是迄今为止全国最大规模的贫困问题专项调查。(2) 1996年凤城和龙胜两个调研县各200户追踪调查资料。1990年至1996年是中国反贫困成效比较显著的一个时期。为了比较这一时期贫困地区农民健康存量变化以及结合本文研究内容的重点, 笔者于1996年8月间对凤城县和龙胜县进行了各200户的家庭问卷典型调查, 以便能够全面对农民健康状况与其收入水平之间关系进行动态比较分析, 为有效地减缓贫困提供一定的理论依据。

## 二、贫困地区人口健康状况的量化评估

目前, 学术界有关衡量健康存量的指标有很多, 考虑到本文的研究重点及我们能够收集到的数据资料, 我们利用以下指标来评估贫困地区人口的健康状况。

### 1. 粗死亡率

第四次人口普查数据显示, 凤城、代县、商城和龙胜粗死亡率分别为5.83%、7.90%、7.51%和6.55%, 说明贫困地区的总体死亡水平已降到一个比较低的水平上, 例如, 代县和商城1953年的粗死亡率分别为13.10%和13.82%, 比1990年高出5个千分点左右。贫困地区粗死亡率的大幅度下降除归结为社会经济水平有所提高以外, 更重要的是贫困地区医疗卫生条件的较大改善。不过, 同全国平均水平相比(1990年全国粗死亡率为6.28%), 部分调研县粗死亡率仍偏高。例如, 代县总死亡率水平比全国平均水平仍高出1.42个千分点。

### 2. 婴儿死亡率

婴儿死亡率是年龄别死亡当中具有特殊意义的一个指标, 这主要因为出生后的婴儿抵抗力极弱, 其残废概率要高于其它年龄组。降低婴儿死亡率既是降低死亡率的一个重要方式, 也是提高零岁组平均预期寿命的重

要保证。

1990年,凤城、代县、商城和龙胜婴儿死亡率分别为19.98‰、49.95‰、44.29‰和40.16‰,同全国部分县平均婴儿死亡率水平相比(21.70‰),凤城县低了近2个千分点,而其它调研县却高了一倍左右,表明地区医疗卫生条件仍有待改善,降低人口总死亡率水平还有很大的潜力可挖。

### 3. 年龄别病残发生率

年龄别病残发生率是某一时点特定组内的病残人数与同一年龄组全部人数之比。根据1990年抽样调查资料,我们将人口按十岁一组划分为0—9岁、10—19岁、20—29岁、30—39岁、40—49岁、50—59岁、60岁及以上七组,然后计算了调研县贫困户、脱贫户和富裕户年龄别病残发生率。如表1所示,调研县不同类型户

表1 调研县三类型户年龄别病残发生率比较(%)

	凤城			代县			商城			龙胜		
	贫	脱	富	贫	脱	富	贫	脱	富	贫	脱	富
0—9	2.84	1.44	1.09	1.49	1.00	0.70	7.02	7.2	3.33	3.75	2.34	1.92
10—19	5.74	1.20	0.80	2.58	2.92	2.54	7.32	3.72	3.31	4.96	0.75	0.50
20—29	10.31	2.30	1.45	3.20	2.59	1.12	18.84	4.83	2.63	10.67	4.67	0.70
30—39	25.1	5.73	1.33	5.12	2.48	2.23	35.70	11.82	10.57	16.09	3.31	7.05
40—49	38.52	18.12	4.88	12.78	4.44	5.06	48.53	20.63	6.09	25.46	6.02	7.32
50—59	42.34	22.22	3.70	19.38	5.88	5.88	41.96	26.14	24.44	27.15	14.29	3.03
60+	60.38	35.00	15.38	29.15	14.06	15.00	63.91	39.71	25.81	33.33	13.64	11.11

注:表中的贫、脱、富分别代表贫困户、脱贫户、富裕户。

年龄别病残发生率有两个明显的特征:①三种类型户的病残发生率基本存在着随年龄增大,其发生率不断增高的趋势,如凤城县贫困户0—9岁病残发生率2.82%,而30—39岁和60岁及以上分别上升至25.10%和60.38%,增高速度之快是十分明显的;②三种类型户的病残发生率存在着这样一个趋势:贫困户发生率高于脱贫户,脱贫户发生率高于富裕户,其中贫困户发生率与富裕户发生率的差异最大,这从表1凤城和龙胜数据中反映得最为明显。

我们同样利用凤城和龙胜1996年追踪调查资料计算了两个县的年龄别病残发生率变化趋势,结果发现两县的病残发生率依旧存在着随年龄增加,其发生率增高的趋势,这种状况既同人们身体机理的衰老有关,也与贫困地区落后的医疗卫生条件直接相关。

为了进一步深入分析贫困地区病残人口的患病成因,我们按先天和后天患病类型划分计算了调研县0—14岁少儿人口病残类型状况。表2显示,除了商城以外,其它调研县少儿人口先天患病比例远远高于后天患

表2 调研县1990年0—14岁少儿人口病残类型状况(%)

	凤城	代县	商城	龙胜
先天	70.38	71.43	45.72	66.67
后天	29.62	28.57	54.28	33.33

病比例,表明在贫困地区实行必要的优生监测手段是可以有效降低该地区少儿人口病残发生率的。

### 4. 平均预期寿命

表3给出了1990年各调研县零岁组男女平均预期

表3 调研县1990年零岁组男女平均预期寿命单位:岁

	凤城	代县	商城	龙胜
男	70.07	66.96	65.21	66.05
女	73.87	68.50	67.40	70.63

资料来源:张纯元主编:《脱贫致富的人口对策》第一集,北京大学出版社。

寿命。在四个调研县中,凤城男女出生时平均预期寿命最高,分别为70.07岁和73.87岁,其后依次为龙胜、代县和商城,这一格局是与调研县的社会经济发展水平相吻合的。<sup>①</sup>

### 5. 残疾人口发生率

我国在1987年开展了全国性的残疾人口抽样调查,凤城和商城两个调研县是抽中县。调查结果表明,凤城和商城的残疾人口发生率分别为4.12%和8.27%,后者比前者高了1倍多,如果按残疾类型划分,听力语言残疾病人口比重最高,两县的比例都超过了30%,凤城第二大类残疾人口是智力残疾,占19.8%,而商城第二大类残疾人口是综合残疾,占22.1%;精神病残疾的人口比重均为两县最低,凤城和商城分别为2.06%和1.8%。

### 6. 死因构成模式

经济发展比较落后的地区,感染性疾病为主要死因;而在经济发展相对发达的地区,慢性流行性疾病为主要死因。世界卫生组织将死因构成模式分为两大类:一类为工业社会型,即前三位死因均为慢性流行性疾病;另一类型为发展中国家所具有的模式,我们称之为工业化前社会型,即在前三位死因中仍有感染性疾病。

我们仅仅收集到1995年凤城县凤城镇死因构成资料,不过从该镇的数据资料可以大致推断贫困地区的死因构成模式。虽然凤城县的整体社会经济水平要好于其它调研县,但该县凤城镇的前三位死因依次是循环系统病、肿瘤病和呼吸系统病,三种疾病死亡比重分别为40.34%、20.31%和16.17%。呼吸系统病死因构成仍占居第三位。这表明贫困地区的死因构成仍处在工业化前社会型或由工业化前社会型向工业社会型的转轨之中。因而,如何防治感染性疾病是提高贫困地区人口健康存量的重要途径之一。

此外,贫困地区的地方流行病肆虐也直接影响着农民的身体健康状况。例如,凤城县部分山区还存在着布鲁氏菌病、甲状腺肿大、克汀病、氟中毒等地方病,其中全县1994年农村甲状腺肿大发生率7.0‰;同时,直接影响人智力的碘缺乏发生率也在3.4‰。

### 三、农户健康存量与家庭经济收入水平及对缓解贫

<sup>①</sup>1994,凤城、代县、商城和龙胜的农民年人均纯收入分别为1168.539、503和706元。

## 困的作用

健康本身就是一种潜在的财富,健康存量的增加应该意味着财富的不断增长。事实上,在现代社会中,健康存量的增加一般被看成卫生保健投资的一种结果或回报,而这种回报就个体而言便是其个人经济收益的提高。卫生经济学理论认为,人们的健康存量通常与其经济收益存在着正相关关系。为了检验上述理论能否在贫困地区成立,我们分别利用1990年和1996年调查数据计算了调研县成年健康人口和非健康人口的家庭经济收益的差距状况。

如表4所示,假设以调研县各自成年健康人口家庭人均毛收入的收益系数为1的话,凤城、代县、商城和龙胜成年非健康人口的家庭收益系数分别为0.67、0.61、0.67和0.69;也就是说,如果贫困地区农户成员中有成年人口患病者,其家庭收入水平要比没有成年人口患病者的家庭要低30—40个百分点。显然,贫困地区农户的健康存量状况直接影响着其家庭收入水平的高低。

同样,1996年追踪调查资料表明,成年人的健康存量状况与其个人经济收入水平有着更直接的联系。计算结果显示,凤城和龙胜在业人口中的非健康人口年均毛收入水平分别仅是健康在业人口的35.74%和40.2%,两者之间的反差之大更表明了健康投资的经济意义。

为了能够从定量上确定个体健康存量与缓解贫困的关联性,我们利用了格玛系数(Gamma Coefficient)方法<sup>①</sup>来观察个体健康状况对脱贫致富影响的大小。在分析过程中,我们把个体健康状况分为健康和非健康两种类型,并视其为自变量,而家庭经济状况则分为如前所述的贫困户、脱贫户和富裕户三种类型,并看成因变量。由于个体健康状况与家庭经济状况均为可排序变量,利用格玛系数最能反映二者的内在关系。

根据1990年抽样调查资料,我们计算了各调研县的格玛系数。计算结果表明,凤城、代县、商城和龙胜的格玛系数分别为0.60、0.56、0.58和0.57,表明各调研县的个体健康状况与其农户脱贫致富存在较强的正相关关系,且相关程度大体一致,这再一次证明贫困地区人口健康存量对于其家庭收入水平有着直接而又积极的影响作用。

## 四、结论及其政策含义

我们前面的实证分析结果显示,在贫困地区,对于健康的投资与对其它方面的投资一样也具有很大的经济收益,所不同的是,健康存量投入的收益特点具有明显的滞后性,即人们必须预付获取一定健康存量的成本,而这种成本及收益要在今后很长一段时间内才会收回。因而,我们对贫困地区人力资源健康的开发是采取先投入、后产出的模式,而且投入与产出的间隔期限相对比较长。这就要求我们在确定扶贫开发战略时要更多地关注贫困地区健康存量的增加,要特别注重健康存量的累积效应,而不应该采取急功近利的方式,过度追求其它经济投入的短期效应,这样才能有效地通过健康存量的增加提高其整体经济收益。

我们的分析结果还显示,贫困地区人口健康存量仍然比较低,如粗死亡率、婴儿死亡率、病残发生率等相对较高;而就贫困地区内部而言,贫困户与脱贫户、富裕户的个体健康存量存在着明显的差异,前者的整体水平远远落后于后者。不过,个体健康存量与农户脱贫致富存在着明显的正相关关系的分析结果却无疑在提醒政府决策者,虽然个人健康存量的投资具有明显的滞后特点,但是这种投资的回报将是巨大的,且可以终身受益,这应该也必须成为今后贫困地区人力资源开发政策的一个重点。

我们可以从上面的实证研究中引申出有关提高贫困地区农户健康存量的政策含义,其中最为重要的是增强贫困地区的经济实力,特别是提高农户的经济收入水平,这是从根本上改变目前农民健康存量较低的终极因素和长远举措。但是,我们必须看到,发展贫困地区经济和提高农户经济收入并非是一朝一夕的事情,因而提高农民健康存量还应着眼于以下几个方面:其一、要建立和不断完善贫困地区县、乡、村三级医疗卫生网络,尤其是要确保村这一级卫生服务体系的建立和完善,以使能够疾病的预防和治疗工作做得更好;其二、贫困地区应当逐步实施初级卫生保健服务制度,服务制度要确保有规划目标、有服务场所、有服务人员、有医疗设备、有重点患病防治措施,保证国家规定的初级卫生保健目标的实现;其三、在经济条件相对较好的乡镇,可以开展农民合作医疗保障制度的试点,保障资金可以靠个人、集体或扶贫基金等多种形式筹措,特别要注重开展“大病统筹”的试点工作,以避免农民由于健康的原因而返贫的现象发生;其四、要做好优生优育的宣传工作,并采取严格防范措施杜绝近亲结婚现象的出现。✱

参考文献:

[1] Schultz T. W., 1982. Investing in People: Economics of Population Quality, University of California Press.

[2] 袁方. 社会统计学[M]. 北京: 中国统计出版社.

[3] 张纯元. 脱贫致富的人口政策(第一集)[M]. 北京大学出版社.

[4] 张纯元. 中国贫困地区人口经济国情资料[M]. 北京大学出版社.

## 参考文献:

- [1] Schultz T. W., 1982. Investing in People: Economics of Population Quality, University of California Press.
- [2] 袁方. 社会统计学[M]. 北京: 中国统计出版社.
- [3] 张纯元. 脱贫致富的人口政策(第一集)[M]. 北京大学出版社.
- [4] 张纯元. 中国贫困地区人口经济国情资料[M]. 北京大学出版社.

①格玛系数是测量两类可排序变量之间相关关系的一种定量方法,格玛系数的取值范围在+1与-1之间。

表4 调研县成年健康人口与非健康人口的家庭收益差别状况

	凤城	代县	商城	龙胜
健康人口家庭收益	1	1	1	1
非健康人口家庭收益	0.67	0.61	0.67	0.69