



# 用一代人时间 弥合差距

针对健康的社会决定因素  
采取行动以实现健康公平





**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)

**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.

© 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。

中文翻译: 李力 许静 陈颖  
审校: 郭岩 尹慧  
Printed in China

**Photos**

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

# 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。一些国家新生女婴的预期寿命达 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不良健康造成不利因素得到处理的程度，来评鉴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，使得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 WHO 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、民间团体、WHO 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。

# 目 录

## 报告概要

### 第一部分 全球健康公平策略的背景

- 第 1 章 一个全球新议程——健康的社会决定因素委员会
- 第 2 章 全球健康公平——行动需要
- 第 3 章 原因和办法

### 第二部分 证据、行动、行动者

- 第 4 章 证据和行动的本质
  - 证据汇总
  - 委员会的概念框架
  - 判断证据
  - 委员会的行动和建议的关键领域
  - 给不同参与者的建议
  - 将建议置于特定背景中

### 第三部分 改善日常生活环境

- 第 5 章 起点公平
  - 为创造更加公平的起点而采取的行动
    - 转变观念
    - 实践中的儿童早期开发综合干预措施
    - 教育范围
    - 教育障碍
    - 女童教育
- 第 6 章 健康取决于卫生环境
  - 建立良性生活环境的行动
    - 参与性城市管理
    - 改善城市居住条件
    - 城市规划和设计促进健康行为和安全
    - 土地使用权
    - 农村的生计
    - 农村基础设施和服务
    - 农村向城市的迁移
    - 自然环境
- 第 7 章 公平就业与体面工作
  - 创造公平就业和体面工作
    - 支持性的国际环境
    - 加强工人在国家政策制定中的发言权
    - 安全而体面的工作标准
    - 不稳定的工作

改善工作环境

## 第 8 章 终生社会保护

实现全民社会保护的行动

终生的全民社会保护制度

社会保障体系的保障力度

目标

将社会保护系统推广至覆盖范围之外的人们

## 第 9 章 全民医疗保健

实现全民卫生保健的行动

全民基本卫生保健

初级卫生保健——社会参与和社区赋权

预防和健康促进

运用定向卫生保健来建立全民覆盖

卫生保健融资——税收和保险

帮助卫生工作者

## 第四部分 处理权力、金钱和资源分配不公现象

### 第 10 章 在所有政策、系统和规划中体现健康公平

建立健康公平的一致路径

健康公平作为社会进步的指标

政策一致性——支持健康公平的有效机制

政府政策对健康公平的影响

卫生领域内的行动

机构建设

卫生领域的“催化剂”作用

### 第 11 章 公平筹资

积极行动，促进公平筹资

累进税

全球化世界的税收

卫生发展援助（DAH）

用健康的社会决定因素框架来指导援助

债务减免

未来债务责任

合理分配

### 第 12 章 市场的职责

市场责任相关活动

加强经济条约对健康公平影响的评估

条约的灵活性

负责任的私有部门

### 第 13 章 两性平等

改善健康上的性别不平等的行动

立法

性别主流化

将妇女经济贡献纳入国家账户

教育和培训

经济参与

性和生殖健康与权利

### 第 14 章 提高政治地位——包括性与发言权

开展行动，解决话语权和接纳度中的不公平

政治赋权立法——权利和机构  
决策过程中的公平参与  
自下而上，促进健康公平

## 第 15 章 全球良好治理

致力于全球良好治理  
健康公平——全球目标  
多边协调  
千年发展目标 (MDG)  
支持全球健康治理

## 第五部分 知识、监测和技能：行动的支柱

### 第 16 章 健康的社会决定因素：监测、研究和培训

采取行动，提高监测、研究和干预的能力  
出生登记系统  
国家健康公平性监测体系  
健康公平性全球监测系统  
扩大知识基础  
健康的社会决定因素的培训和教育

## 第六部分 发起一个全球运动

### 第 17 章 超越健康的社会决定因素委员会的持续行动

持续行动的基础  
一项未完成的议程  
健康公平的目的和目标  
通向健康公平的里程碑——中短期成果

## 附录 A 全部建议的汇总表

委员简介

参考文献

缩略词表

框、图和表

索引

# 致 谢

这份报告是由 WHO 健康的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 WHO 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 Lu í s 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、

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 Rispet、Wilma 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意见的同仁，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。



# 主席注释

健康的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。这份健康的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。

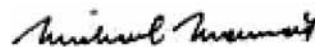
**第一部分** 描绘宏观布景, 提出了健康的社会决定因素的重要性, 为相关行动提供基础。该部分首先对国家内和国家间该问题的严重程度分别进行了讨论, 然后列举出委员会所认为的决定因素, 之后提出可能的解决途径。

**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的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**

健康的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 Vågeö

Gail Wilensky

# 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，儿童的预期寿命为 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，原来不该如此。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。对健康的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。

## 健康的社会决定因素与健康公平

设立委员会的目的是，查明如何可以促进健康公平，并推动开展全球运动，以实现这一目标。委员会推动全球合作，汇集了决策者、研究人员和民间团体代表，委员们是富有经验的政界和学术界人士及积极分子。值得指出的是，委员会关注的焦点涵盖了全球各种收入水平和发展水平的国家，既包括了南方国家，又包括了北方国家。健康公平事关所有国家，并深受全球经济制度和政治制度的影响。

委员会全面看待健康的社会决定因素。造成穷人健康不良、社会地位对国内人民健康的影响及国与国之间卫生状况明显不公的原因是，在全球和国家范围内权力、收入、产品和服务分配不均，以及随之造成的日常生活中明显不公正现象，如在获得卫生保健、就读和受教育、工作和休闲环境、住所、社区、城镇，以及在享受丰富多彩生活的机会上，均存在不公正现象。在健康不良问题上呈现的不公正现象从任何角度看都非“自然”现象，而是社会政策和规划欠佳、经济安排不公和政策失误掺杂在一起造成的不良后果。结构性因素和日常生活环境交杂在一起，构成了健康的社会决定因素，一国内部及国与国之间健康不公平现象在很大程度上均与此有关。

国际社会可以拨乱反正，在全球、国家和地方各级采取紧急和持续的行动。全球范围内权力分配和经济安排极不公平是健康公平领域的一个关键问题。这绝不是说可以因此忽视其他层面的行动。国家和地方政府可以开展大量工作；给委员会留下深刻印象的是，民间团体和地方基层大力开展活动，在地方一级提供直接协助，并推动政府变革。

当然，气候变化也对全球制度产生了深刻的影响，影响着个人和全球的生活方式和健康。我们需要将健康公平和气候变化这两项议程有机地结合起来。国际社会在平衡全球人口的社会和经济发展需要、健康公平及紧急应对气候变化等问题时，必须极其重视健康公平问题。

## 新发展观

委员会的工作体现了新发展观。健康与健康公平不一定是一切社会政策的目标，但一定是各项社会政策的根本结果。极端重视经济增长就是一个很好的例子。尤其对穷国而言，经济增长无疑很重要，可为改善人民生活提供资金。但如不采取适当的社会政策来保障分配经济增长好处的公平性，经济增长本身对健康公平并无多大裨益。

社会一向指望由卫生部门处理人们所关注的健康与疾病问题。卫生保健分配欠佳，最需要卫生保健的人却得不到卫生保健，肯定是健康的一项社会决定因素。造成令人震惊的过早丧失生命的沉重疾病负担在很大程度上可归咎于人们出生、成长、生活、工作和老年环境。而贫困和不平等的生活环境是社会政策和规划欠佳、经济安排不公和政策失误的结果。政府、民间团体和当地社区、企业界、全球论坛及各国际机构都必须针对健康的社会决定因素采取行动。政策和规划必须涵盖社会的所有主要部门，而不仅限于卫生部门。国家卫生部部长和卫生部是推动全球变革的关键。他们可以在社会最高层推动重视健康的社会决定因素，可以示范良好做法的效用，并且可以支持其他部门制订有助于健康公平的政策。世界卫生组织（WHO）作为全球卫生机构，必须在国际舞台上发挥这样的作用。

## 用一代人时间弥合健康差距

委员会呼吁用一代人时间弥合健康差距。这是一项奋斗目标，而并不是一项预测。过去30年期间，在全球和国家范围内，健康状况大为改善。我们很乐观，现有的知识足以能使生活大为改观，并明显改善健康公平。我们同时又很务实；现在就应着手运行。本委员会报告阐述了如何设法解决一国内部及国与国之间的严重不公平现象。

# 委员会的总体建议

## 1 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。

## 2 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，给予民间团体合法地位、空间和支持，私人部门认真负责，社会各阶层就公众利益达成共识，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。

## 3 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 WHO 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剩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

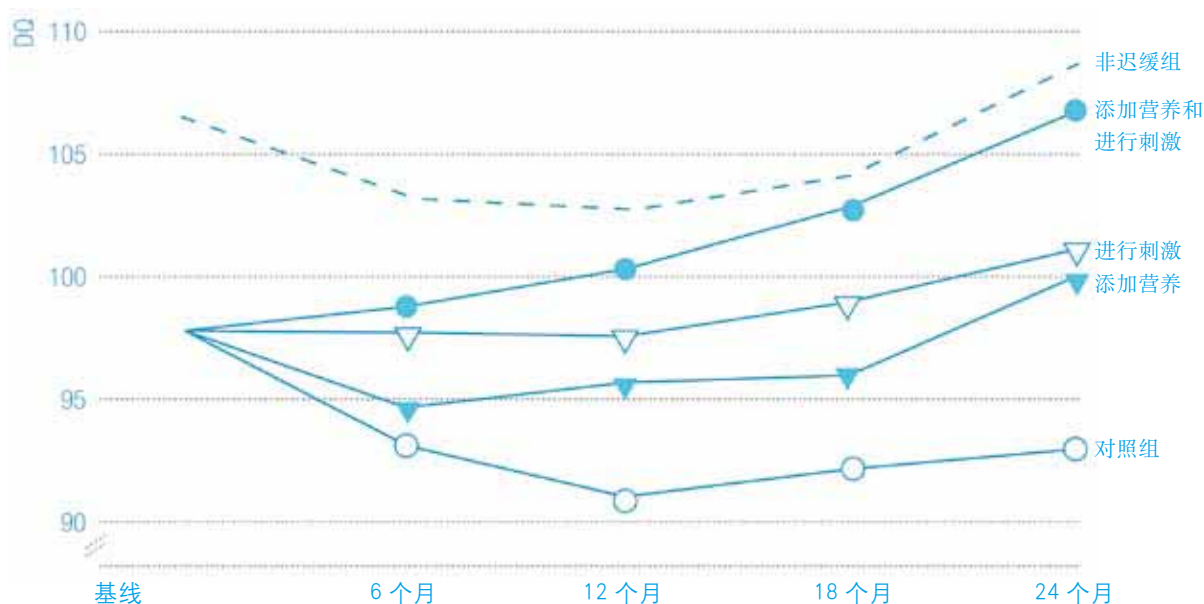
幼儿期成长，其中包括生理、社会/情感、语言/智力等领域的发育和成长，通过技巧培养和教育，对今后生活机遇、健康及就业机会产生决定性的影响。通过这些机制或以直接方式，幼儿期影响着今后罹患肥胖症、营养不良、精神卫生问题、心脏病和犯罪的风险。全世界目前至少有 2 亿名儿童

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<sup>a</sup>



<sup>a</sup> 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安全的影

响，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，低收入国家和脆弱的亚人群受影响尤甚。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，有利居民的身心幸福，并有助保护自然环境。

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

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。

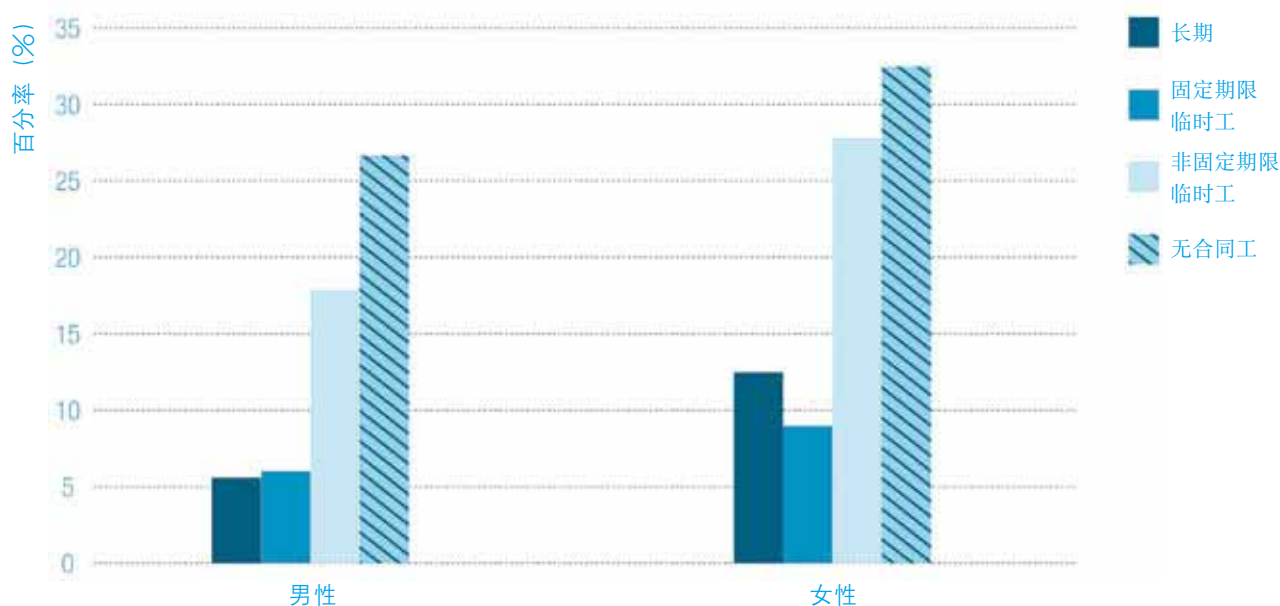
### 行动根据

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。

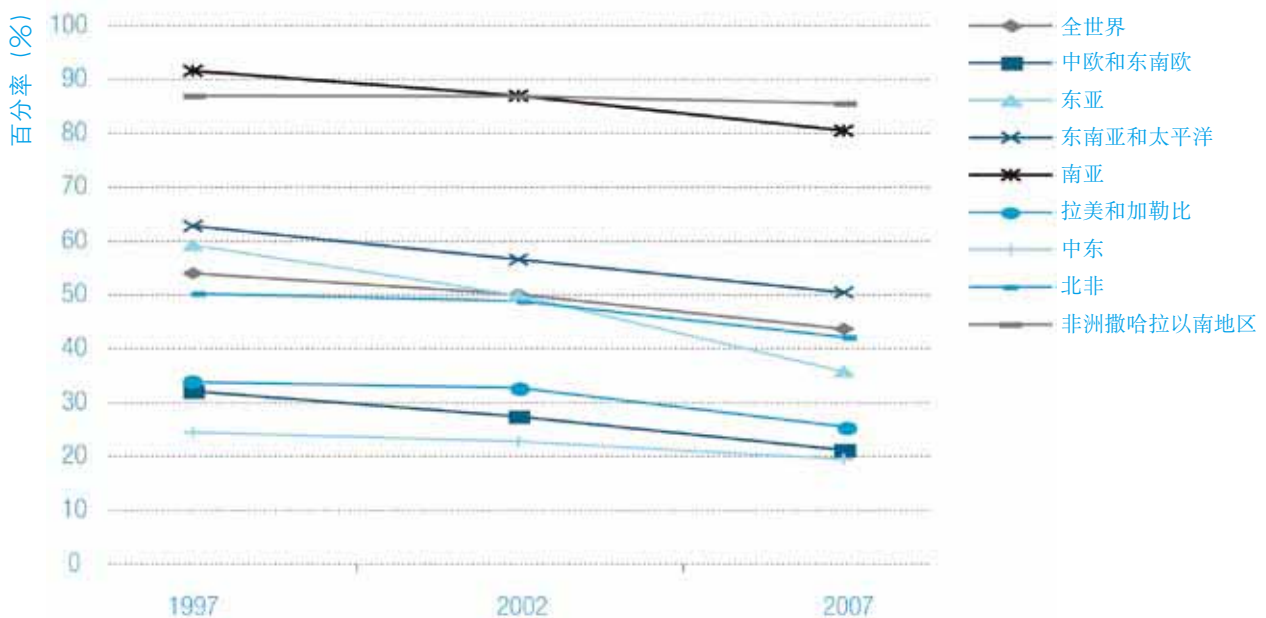
- 提供充分和公正的就业及体面工作应是各国际机构的一项共同目标，并作为国家政策议程和发展战略的一个核心部分。工人应进一步参与制订与就业和工作有关的政策、法律和规划。

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，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

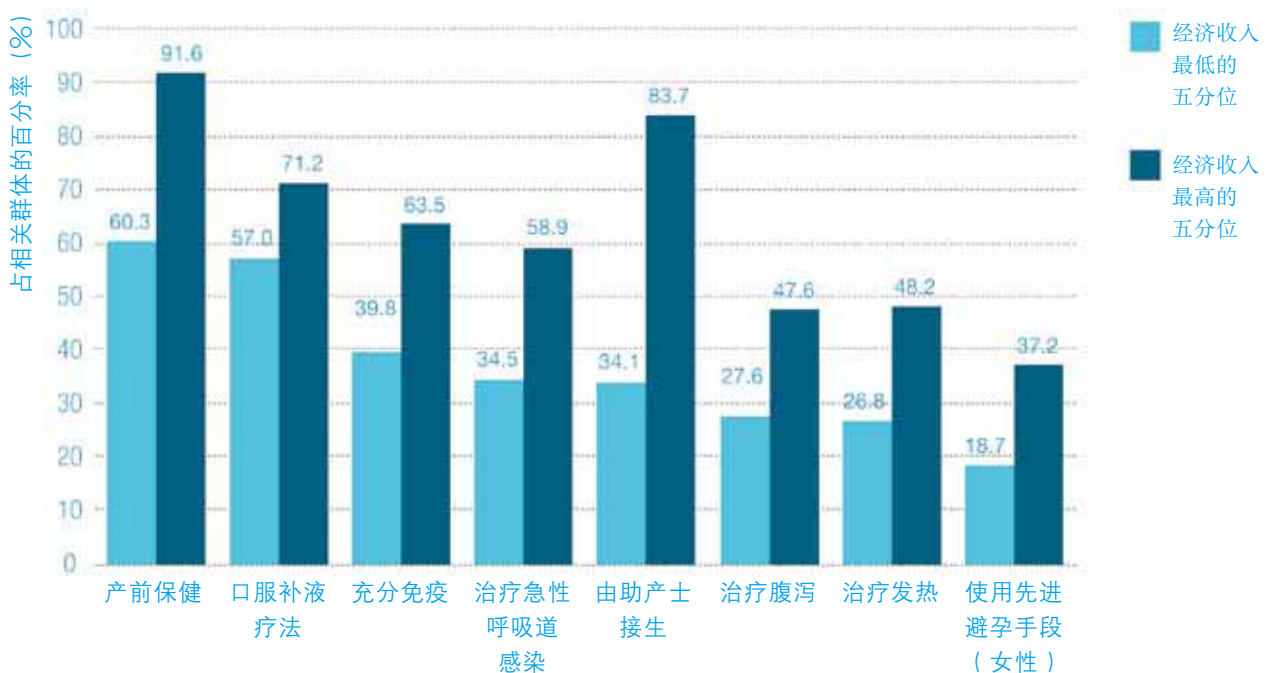
没有卫生保健，就会丧失许多大幅度增强健康的机会。如果实行不健全的或不公平的卫生保健制度，就会丧失根据社会公正权向每个人提供卫生保健的机会。这些是所有国家都面临的核心问题。更紧迫的是，对低收入国家而言，便于采用、设计得当和管理良好的卫生保健制度大大有助于实现千年发展目标。没有这样的卫生保健制度，实现千年发展目标的机会就会大为减少。许多国家的卫生保健

制度极度欠缺，在向穷人和富人提供卫生保健上及穷人和富人获得及使用卫生保健上存在巨大的不正现象。

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，没有任何合理的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。中低收入国家实行的卫生保健使用费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)

在初级卫生保健（PHC）基础上建立卫生保健制度，会对人民健康产生更好的效果。可以利用初级卫生保健模式，强调在当地针对一系列社会决定因素采取适当行动，将预防和促进工作与治疗性干预措施投资工作很好地结合起来，强调初级保健，同时可以适当转诊，将病人转至更高级的诊所。

在所有国家，当地拥有足够的、训练有素的卫生人员对扩大卫生保健覆盖面和提高保健质量极为重要，这在最贫困的国家和那些面临智力外流问题的国家中更是当务之急。为培训和留住卫生保健人员进行投资是卫生保健制度发展壮大关键。这需要在全球范围内关注卫生人员的流动，并在国家和地方层面重视投资和技术培训。从 WHO 到当地诊所，各级医疗卫生人员很有发言权，可就社会的卫生观念和决定发表意见。他们明白，通过卫生保健制度，针对不良健康问题的社会根源采取更为连贯和协调的行动不仅很有效用，而且是一项道德义务。

## 必须开展的行动

根据公平、疾病预防和卫生促进原则建立卫生保健制度。

- 建立人人可享用的、以初级卫生保健为重点的高质量卫生保健服务。
- 加强公立部门在卫生保健制度公平融资方面的领导作用，确保人人不论支付能力如何都能享有卫生保健。

建立和加强卫生队伍，并增强针对健康的社会决定因素采取行动的能力。

- 对国家卫生队伍进行投资，在城乡卫生人员密度上保持平衡。
- 采取措施处理卫生人才外流问题，重点是开展投资，增加卫生部门人力资源和培训，并通过缔结双边协议妥善处理人才外流的得失问题。

## 2. 处理权力、金钱和资源分配不公现象

不公平的日常生活环境源于更深刻的社会结构和进程。不公平是个系统性问题，造成这一问题的原因是容忍或实际助长不公正分配和享有权力、财富及其他必要社会资源的社会规范、政策和做法。

### 在所有政策系统和规划中体现健康公平

政府和经济各领域，如金融、教育、住房、就业、交通和卫生等，都可能会影响健康问题和健康公平。各级政府采取协调一致的行动对增强健康公平性极为重要。

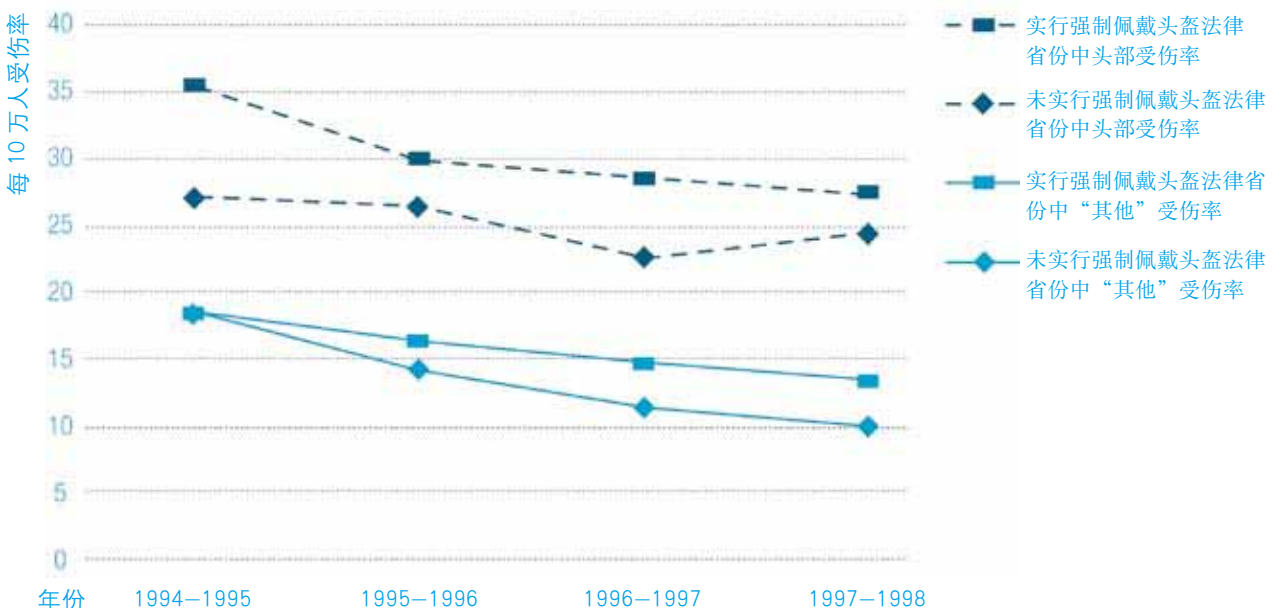
#### 行动根据

政府各项政策性质不一，有的政策可能会增强健康和健康公平性，有的则会起损害作用。如果城市规划不当，住区大而无当，不断延伸，住房昂贵，当地设施很少，公共交通费用过贵且不规则，就无助于促进实现人人良好健康的目标。而良好的公共政策可以立即并在今后增进人们的健康。

政策连贯性很关键，也就是说，政府各部分的政策应该在增进健康和健康公平上相辅相成，而不相互矛盾。如在贸易政策中以牺牲水果和蔬菜生产为代价，积极鼓励无限制地生产、交易和消费高脂肪和高糖食品，是与侧重少吃高脂肪、高糖食物，多吃水果和蔬菜的卫生政策背道而驰的。为实现此项目标，可以采用的一项关键战略是，开展卫生领域的部门间行动（ISA），即卫生部门与非卫生部门协同实施政策和行动。

增进健康公平的一项关键措施是，必须超出政府的范围，促进民间团体及自愿组织和私立部门参与。社区更大程度地介入和整个社会参与政策过程有助于确保就健康公平问题做出公正决策。增进健康是各部门和相关方面的共同呼声，如当地社区自行设计卫生计划（坦桑尼亚达累斯萨拉姆市卫生城市规划），或包括当地政府在内的整个社区参与空间设计，鼓励步行和骑自行车（澳大利亚维多利亚市，Healthy by Design）。

在实行和不实行强制佩戴头盔法律的加拿大各省中自行车造成头部受伤及其他损伤的变化情况



一些省份在 1995—1997 年开始实行强制佩戴头盔法律  
经出版商同意后翻印，摘自 Macpherson 等（2002）

将身体健康与健康公平作为各部门的共同目标，是一项具有政治挑战性的战略，全球各地都需要有这样的战略。

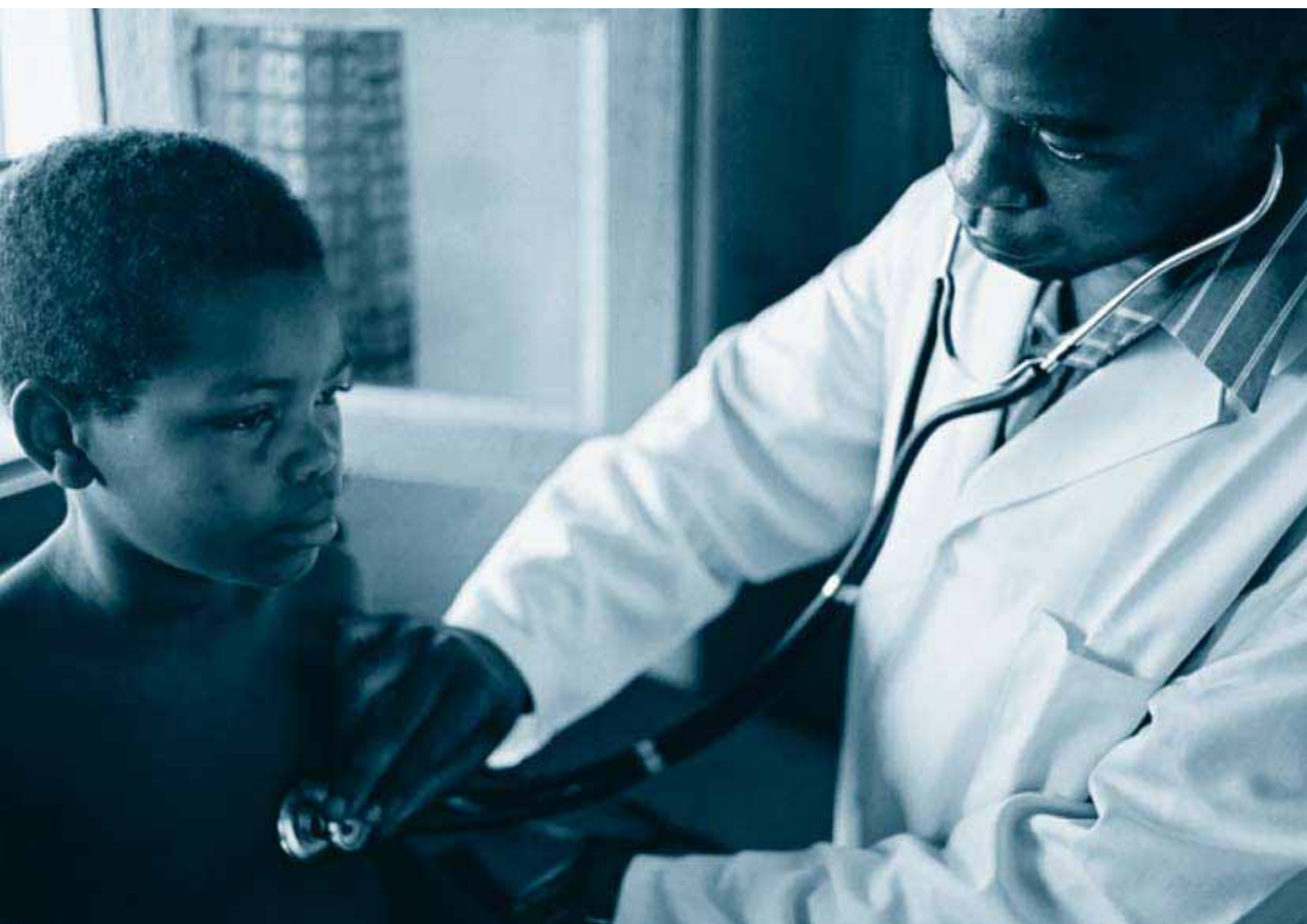
### 必须开展的行动

政府最高层必须负责采取行动增进健康和健康公平，并确保在所有政策中贯穿这一点。

- 在国家元首支持下，将健康与健康公平作为整个政府共同处理的事务，并将健康公平作为一项政府业绩指标。
- 评估一切政策和规划对健康的社会决定因素和健康公平的影响，并努力协调政府的各项行动。

建立横跨卫生部政策和规划功能的社会决定因素框架，并加强卫生部在支持政府各部门重视各项社会决定因素方面的指导作用。

- 卫生部门本身适宜着手提供支持和建立结构，以促进针对健康问题和健康公平的社会决定因素采取行动。为此，在 WHO 支持下，卫生部需要发挥强有力的领导作用。



## 公平筹资

调集公共资金就健康问题的社会决定因素采取行动，对福利和健康公平十分重要。

### 行动根据

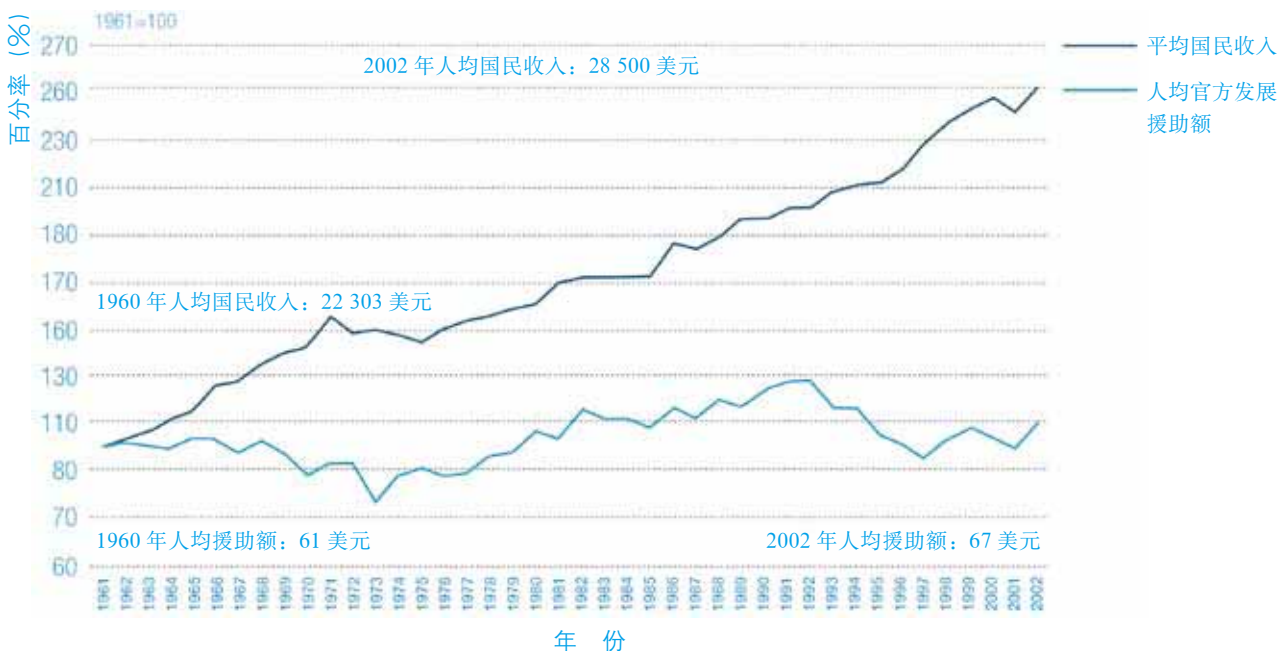
对各国而言，不管其经济发展水平如何，增加公共资金以协助就健康问题的社会决定因素采取行动，从儿童成长和教育、生活和工作环境，到卫生保健，对福利和健康公平至关重要。有证据显示，投入公共资金后建立的基础设施及日益普遍的公共服务大大推动了富裕国家的社会经济发展。由于市场明显未能公平提供关键的产品和服务，重视动用公共资金意味着公立部门需要发挥强有力的领导作用和提供足够的公共开支。还需要实行累进税制度。有证据显示，即使很小程度的再分配，其减贫作用也比仅靠经济增长要大得多。另外，这还意味着需要大大增加对贫困国家的国际金融援助。

低收入国家直接税的征税体制和机制往往较弱，而且大多数人从事非正式工作。在很多情况下，低收入国家的政府收入依靠贸易关税等间接税。穷国与富国之间的经济协定要求减少关税，如果低收

入国家尚无可替代的资金流，其可以调用的国家收入就会减少。加强征收累进税能力是增加公共资金的一个来源，也是任何进一步降低关税协定的一项必要先决条件。同时，应采取措施遏制有人利用海外金融中心逃避在本国纳税义务的不道德做法，从中获得的发展资金至少可以相当于通过增加新税种筹集的发展资金。随着全球化扩大国与国之间的相互依存度，很有必要从全球角度审视税收问题。

援助可发挥重要作用。有证据显示，援助可以而且确实促进了经济增长，并可协助较直接地增进健康。委员会认为，援助的主要价值在于，它是在共同努力推动社会发展的过程中合理分配资源的一种机制。但援助量已低到令人震惊的地步。援助绝对值很低，无论是一般援助额，还是卫生领域的援助额都很低。从相对值来看，相对于援助国的财富，或相对于援助国 1969 年做出的关于援助达到其国内生产总值大约 0.7% 水平的承诺，或相对于为实现千年发展目标而采取具有可持续作用行动所需的数额，援助额过低。需要逐步增加援助资金。此外，除了增加援助，委员会还促请更广泛和更大幅度地减免债务。

差距持续扩大：1960—2000 年捐助国人均援助对人均财富的变化情况



经出版商同意后翻印，摘自 Randel, German & Weing (2004)

根据巴黎协议，还必须提高援助质量，重点是加强各援助方之间的协调，并侧重受援国的发展计划。援助方应考虑通过单一多边机制提供多数援助，同时，受援国在国家 and 地方各级进行减贫规划时，不妨采用健康的社会决定因素框架，以连贯一致和跨部门方式提供资金。这一框架显示如何分配援助及援助所发挥的作用，因此有助于增强受援国的问责制。尤其是，受援国政府应增强其在各地区和各群体中公平分配现有公共资金的能力和问责制。

## 必须开展的行动

加强公共资金，以便针对健康的社会决定因素采取行动。

- 建立国家征收累进税的制度，评估国家和全球新的公共资金筹资机制的潜力。

为实现健康公平增加国际资金，并通过健康的社会决定因素行动框架协调新增资金。

- 履行现有承诺，增加全球援助，实现所承诺的援助额达国内生产总值 0.7% 的目标，扩大多边债务减免倡议；通过在减贫战略文件等现有框架中明确重视健康的社会决定因素，进一步开展活动，以实现健康公平。

公平分配政府用于处理健康的社会决定因素的资源。

- 建立为政府各部门针对健康的社会决定因素采取行动提供资金的机制，在各地区和社会群体中公平分配资金。



## 市场责任

市场通过新的技术、产品和服务并通过改善生活水平增进健康。但市场也可能会造成经济不平等、资源耗竭、环境污染、不卫生的工作环境及危险和不健康物品泛滥问题，形成有损健康的环境。

### 行动根据

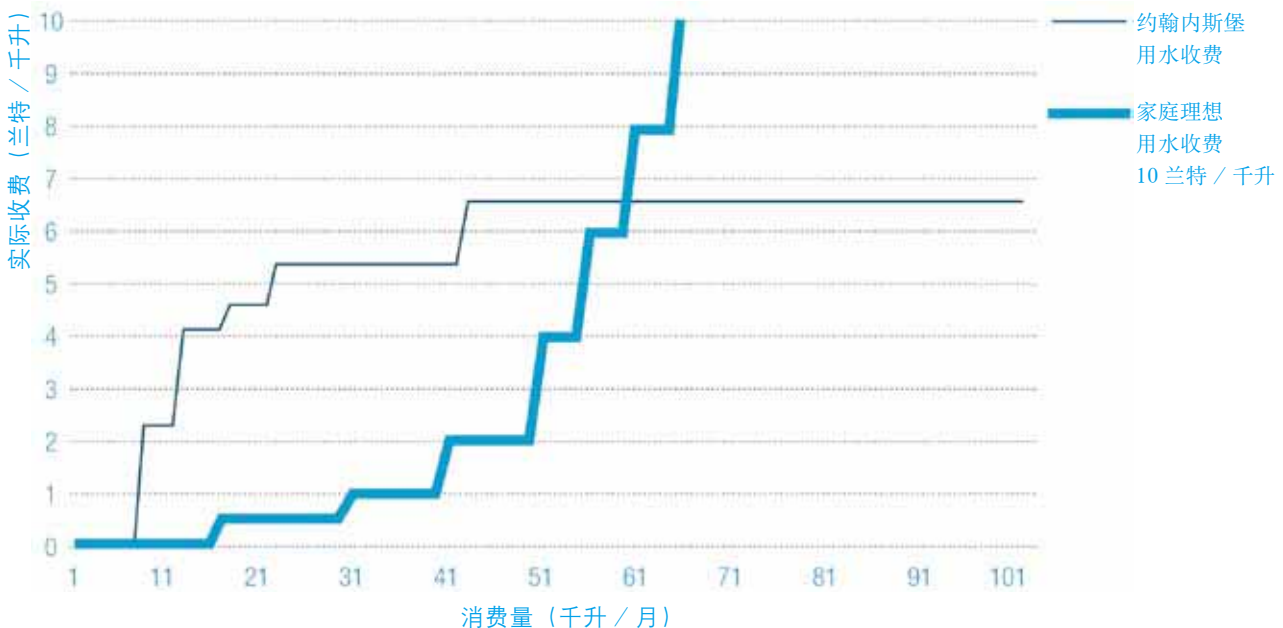
健康不是供交易的商品，它事关权力和公立部门的责任。因此，必须公正和普遍分配卫生资源。这涉及 3 个相关问题。首先，经验显示，教育和卫生保健等关键社会服务的商业化导致了健康不公平。必须在公立部门管理下提供这类关键的社会服务，而不能任由市场支配。其次，公立部门需要发挥领导作用，在国际和国内有效遏制有损健康或导致健康不公平的产品、活动和环境。其三，应在国际和国家范围内有系统地定期妥善评估所有决策和市场监管对健康公平造成的影响。

委员会认为，一些物品和服务，如洁净水和卫生保健等，是人类社会的基本需求。必须普遍提供这类物品和服务，而不论人们的支付能力如何。在这类情况下，应由公立部门而不是由市场负责保障充足供应和享用机会。

公立部门需要发挥强有力的领导作用，保障对健康和福利至为重要的物品和服务供应，如提供水、卫生保健和体面的工作环境等，并管制有损健康商品（如烟草和酒精等）的流通。在许多国家中，不管是穷国还是富国，劳动与工作环境往往有失公正，具有剥削性，有损健康，并有危险性。考虑到良好的劳动和工作对人们健康和经济繁荣的极端重要性，公立部门需要发挥领导作用，确保逐渐实行全球劳动标准，同时确保在微观经济领域促进企业增长。随着市场融合程度的增加及有损健康商品的加速流通和使用，日益需要建立全球治理机制，如实行《烟草控制框架公约》等。急需在全球、区域和国家各级加大对加工食品和酒精的监管力度。

最近几十年期间，在全球化环境中，市场进一步融合。新的生产安排即明显地反映了这一点，如劳动、就业和工作环境明显变化，国际和全球经济协定范围不断扩大，以及产品和服务加速商业化等，其中一些变化无疑有利健康，而有些变化则带来了灾难性后果。委员会敦促各参与国谨慎考虑新的全球、区域、多边的经济、贸易和投资政策承诺。在做出这些承诺之前，关键是必须了解现有的协定框架对健康、健康问题社会决定因素及健康公平的影响。此外，对长期卫生影响所做的评估结果明显表

约翰内斯堡用水价格。现有的补贴结构（细线）有利于较富裕的消费者（允许多用），而理想的收费结构（粗线）则侧重向较贫困的消费者供应经补贴的足够用水，但不鼓励多用水



经作者同意后翻印，摘自 GKN (2007)



明，从一开始就应发挥灵活性，允许签署国在健康或健康公平受到影响的情况下调整其承诺，并确定触发修改承诺的透明标准。

公立部门的领导作用并不能解除民间团体和私立部门等其他部门的责任和能力。私立部门人员和机构具有的影响力，能够大力推动全球健康公平。但迄今为止，企业社会责任等倡议看来只取得了有限的实际效果。企业履行社会责任可能很有价值，但需要证据证明这一点。企业问责制的基础很可能更为稳固，可在此基础上建立私立部门与公众利益之间责任重大的合作关系。

## 必须开展的行动

在国际和国家经济协定和决策中有系统地考虑健康和健康公平的影响。

- 有系统地建立和加强技术能力，以评估各项国际和国家经济协定对健康公平的影响。
- 加强卫生机构和人员在国内和国际经济政策谈判中的代表权。

增强国家在提供对人民健康必不可少的基本服务（如水 / 环境卫生设施）及管制对健康产生重大影响的产品（如烟草、酒精和食物等）和服务方面的主要作用。



## 两性平等

只有改善占人类大约 1/2 的女童和妇女的生活，并解决两性不平等问题，才能用一代人时间弥合健康差距。提高妇女地位是实现健康公平的关键。

### 行动根据

各国普遍存在两性不平等问题。在权力、资源、福利、规范和价值观念上的性别歧视及在组织结构方式和规划实施方式上的性别歧视，有损无数女性的健康。妇女的社会地位也与儿童的健康和生存密切相关。性别不平等还通过其他途径，如歧视性的喂养方式，对妇女的暴力，缺乏决策权，工作、休闲和改善个人生活机会不均等，均影响着人们的健康。

两性不平等现象是社会造成的问题，因此是可以改变的。过去 100 多年来，许多国家的妇女地位大幅改善，但进展不均，在此方面仍面临着许多挑战。女性收入比不上男性，同工不同酬；女性在教育 and 就业机会上远远落后。在许多国家中，孕产妇死亡率和发病率仍居高不下。在一国内部及国与国之间，提供生殖卫生服务情况仍极不公平。考虑到两性不平等问题造成的代际影响，尤须立即采取行动。立即采取行动促进两性平等和提高妇女地位是一代人时间弥合健康差距的关键。

## 必须开展的行动

两性不平等有失公正，既无效益，又无效率。各国政府、捐助方、国际组织及民间团体可以通过促进两性平等，改善数以百万计女童和妇女及其家庭的生活。

处理社会结构上的性别歧视，即处理在法律及其实施、机构的运转方式和干预措施的设计方式，以及国家经济表现的衡量方式上的性别歧视。

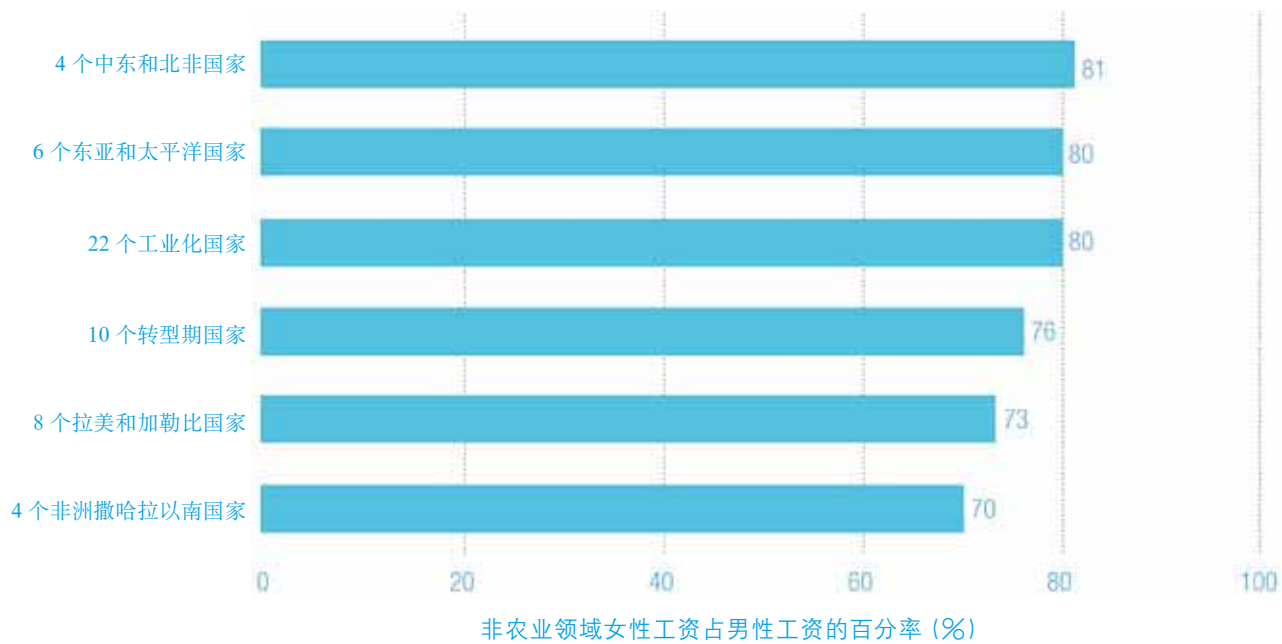
- 制订和实施旨在促进两性平等的法律，将性别歧视定为非法行为。
- 在政府和国家机构的核心管理部门中设立一个负责促进两性平等的单位并为其提供资金，并将实现两性平等目标作为一项主要工作。
- 在国民账户中记录家务活、照料工作和义工的经济贡献。

为缩小在教育和技术水平上的差距和促进女性参与经济生活，制订与资助有关政策和规划。

- 对正规的职业教育和培训进行投资，依法保障公平报酬，确保在各级实行同工同酬，并制订有利于家庭的政策。

扩大对性和生殖卫生服务和规划的投资，争取惠及每一个人，使人人都能享受这类权利。

女性名义工资远低于男性



经作者同意后翻印，摘自联合国儿童基金会（2006）



## 提高政治地位——包容性与发言权

融入所处的社会是增强物质、心理 / 社会和政治权利的关键，也是社会福利和卫生公平的基础。

### 行动根据

人人都应享有可能获得最高健康标准和权利。由于顽固的结构性不平等问题，这一权利可能会遭到侵犯。

在阶级、教育、性别、年龄、族裔、残疾和地理等交织在一起的各个社会类别上，都可找到社会不公的明显痕迹。社会不公不仅彰显着差异，而且体现了等级，并反映了不同的人和社会在财富、权力和声誉等方面深刻的的不平等。处境困难的人往往因健康不佳而无缘实现其自由参与经济、社会、政治和文化关系的内在价值。包容性、代表权和控制权缺一不可，这三个因素对社会发展、健康和福利都很重要。限制参与的结果是，导致一些人丧失能力，造成了在教育 and 就业领域及在利用生物医学和技术进展机会上的不平等现象。

要想大力降低健康不公平程度，就必须改变社会和各地区内部权力分配状况，使个人和群体能够大力、有效满足其需求并维护自身权益，进而对付和改变社会资源不公正和极为悬殊的分配状况。所有公民均有权获得社会资源，这是实现良好健康的条件。

权力关系的改变可以发生在不同层面，在“微观”领域的个人、家庭和社会层面，到“宏观”领

域的经济、社会、政治行动者和机构之间的结构性关系领域，都有可能发生权力关系变化。为使人们能够行使一系列权利，并确保在各群体中公平分配基本用品和社会物品，不仅需要增强社会群体参与政策性议程的制订工作和决策程序，而且需要采取从下至上办法，增强基层的活动能力。可以通过处理最弱势群体面临的不公正问题和将这些人组织起来，建立当地人民的主导地位。这可以提高人们的能力，增强其对命运和未来的掌控感。

一个方面，社区或民间团体需要采取行动对付健康不公平问题，另一方面，国家有责任保障人们行使一整套权利并确保在各群体中公正分配基本用品和社会公益品。从上至下和从下至上的办法同等重要。

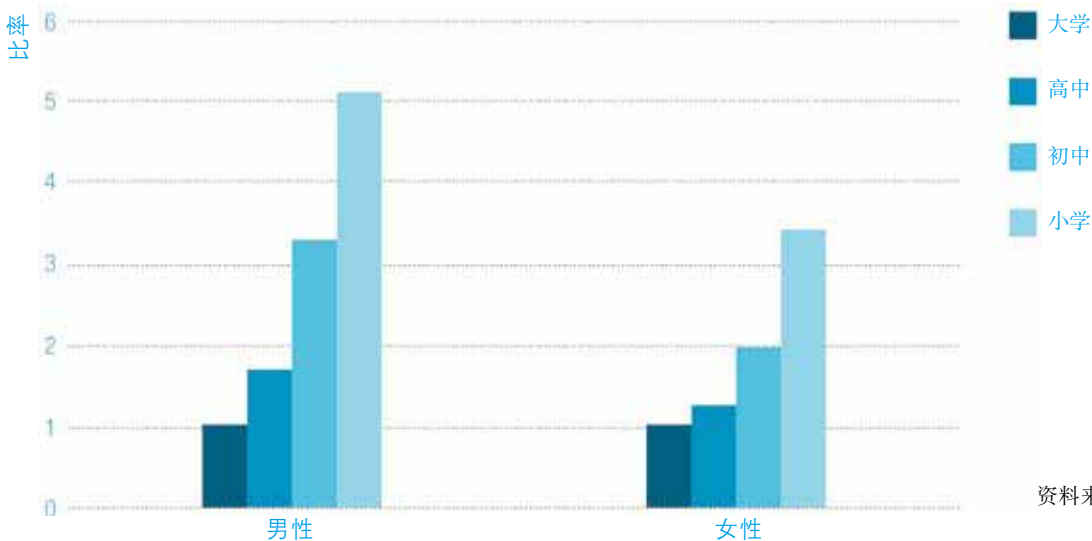
### 必须开展的行动

增强各社会群体在关于社会运作方式决策中的公正代表权，尤其是注重决策对健康公平的影响，建立和维持具有社会包容性的决策框架。

- 加强政治制度和法律制度，保护人权，确保遭到边缘化的群体、尤其是土著人民的法律地位，并协助其满足需求和行使权利。
- 作为健康权必不可少的一个组成部分，确保个人和社区在卫生决策中的公正代表权和参与权。

促进民间社会组织起来并采取行动，以增进和实现与健康公平相关的政治权利和社会权利。

1993—1997 年按学历计算并经年龄调整的韩国男性和女性死亡率



资料来源：Son 等，2002

## 全球良好治理

世界各国人民健康和人生机会的迥异反映着国与国之间权力和财富的不平衡。全球化无疑带来了好处，但这些好处的分配仍极为不平衡。

### 行动根据

第二次世界大战后，经济飞速增长。但全球财富和知识的增长并未能增进全球健康公平性。在近期全球化过程中，即自 1980 年以来，穷国在整体上并未能趋近和赶上经济合作与发展组织的水平。在世界各国中，有的国家从全球化中获益，有的则遭受了损失，在非洲撒哈拉以南地区及苏联一些成员国中，儿童出生时预期寿命的停滞和倒退状况特别令人震惊。1960—1980 年全球经济增长和卫生公平取得了进展，而此后，在 1980—2005 年，由于社会部门支出和社会发展深受全球经济政策影响，前一阶段的进展遭到严重侵蚀。在全球化第二阶段，即自 1980 年以来，在世界上，金融危机、冲突及被迫或自愿移徙现象大大加剧且日益频繁。

认识到在全球化环境中各国的共同利益和相互依存性，国际社会必须重申对多边制度的承诺，使

世界各国不论穷富都能享有平等发言权。为妥善重视全球健康公平问题，必须建立这样的全球管理制度，将健康公平置于发展议程的核心，并将真正平等地发挥影响力置于决策工作的核心。

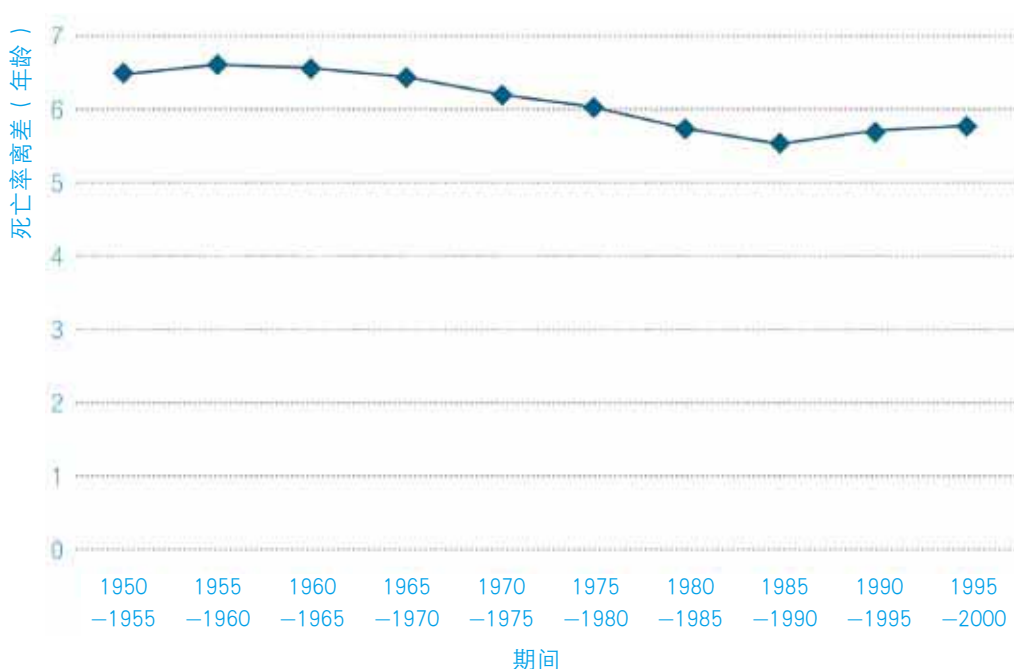
### 必须开展的行动

将实现健康公平作为一项全球发展目标，并采取健康的社会决定因素框架，以加强多边发展行动。

- 联合国应通过 WHO 及联合国经济社会理事会，将实现健康公平作为一项核心的全球发展目标，并采用健康的社会决定因素指标框架监督进展情况。
- 联合国应建立若干个多边工作组，就健康的社会决定因素的各个专题开展工作，最初的专题是幼儿期成长、两性平等、就业和工作环境、卫生保健制度、参与管理等。

加强 WHO 在健康问题社会决定因素领域全球行动中的领导作用，在 WHO 各部门和各国规划中确立健康的社会决定因素的指导原则。

1950—2000 年儿童出生时预期寿命与死亡率离差趋势



经出版商同意后翻印，摘自 Moser, Shkolnikov & Leon (2005)

### 3. 衡量和理解问题及评估行动的作用

由于世界日新月异，我们往往难以预测社会、经济、政治变化对总体健康的影响及对国家或全球范围内健康不公平状况的具体影响。为了针对健康问题的社会决定因素采取更有效的行动，必须建立基本数据体系，其中包括针对健康不公平问题和健康的社会决定因素开展极其重要的记录和定期监督工作，并建立有关机制，确保理解和应用这些数据来制订更有效的政策、制度和规划。在健康问题社会决定因素领域开展教育和培训极为重要。

#### 健康的社会决定因素： 监督、研究和培训

数据欠缺往往使问题遭到忽视。获得关于健康水平、分布情况及健康的社会决定因素的可靠证据极为重要，有助于了解问题的程度，评估行动的作用，并监督进展情况。

#### 行动根据

经验显示，如果国家缺乏按社会、经济指标编制的死亡率和发病率的基本数据，就难以推进健康

公平议程。在卫生问题最严重的国家，其中包括陷入冲突的国家，数据质量最差。许多国家甚至根本没有对所有出生和死亡的基本登记制度。出生登记制度不全严重影响了解儿童健康和成长发育状况。

需要进一步增强关于健康不公平程度、健康的社会决定因素及有效处理办法的证据基础。但令人遗憾的是，多数卫生研究资金仍集中在生物医学研究领域。另外，多数研究仍存在性别偏见。传统的等级分类法将随机对照试验和实验室实验作为最可靠的证据，但这些传统方法对健康问题社会决定因素的研究并不适用。需要判断证据是否符合需要，也就是说，需判断证据是否能可靠地答复所提出的问题。

证据只是导致做出政策决定的一个因素，政治意愿和体制能力也很重要。决策者需要了解对人们健康的影响及社会等级的变化情况。就健康的社会决定因素采取行动还需要增强卫生从业人员的能力，其中包括在卫生和医务人员的培训课程中讲解健康问题的社会决定因素。

按地区和发展水平编制的 2003 年期间未登记的儿童出生数目（单位：千）

区 域	出生数目	未登记儿童数目, n (%)
全世界	133 028	48 276 (36%)
非洲撒哈拉以南地区	26 879	14 751 (55%)
中东和北非	9 790	1 543 (16%)
南亚	37 099	23 395 (63%)
东亚和太平洋	31 616	5 901 (19%)
拉丁美洲和加勒比	11 567	1 787 (15%)
中欧和东欧 / 独联体及波罗的海国家	5 250	1 218 (23%)
工业化国家	10 827	218 (2%)
发展中国家	119 973	48 147 (40%)
最不发达国家	27 819	19 682 (71%)

资料来源：联合国儿童基金会，2005

## 必须开展的行动

关于健康问题的社会决定因素,已有足够证据,现在必须采取行动了。在国际组织的支持下,各国政府可以通过改善当地、国家、国际的监督、研究和培训基础设施,增强在健康问题社会决定因素领域的行动效果。

确保在当地、国家和国际各级建立定期监督健康公平性和健康的社会决定因素的制度。

- 确保在不为家庭增添任何经济负担的情况下登记所有新生儿。
- 建立国家和全球健康公平性监督制度,例行收集关于社会决定因素和健康不公平问题的数据。

为获得和交流新的证据提供资金,以协助了解各项社会决定因素如何影响人们的健康和健康公平性,并了解针对社会决定因素所采取的行动措施在降低健康不公平性方面的有效程度。

- 划拨专门预算,以获得和在全球范围内交流关于健康的社会决定因素及健康公平性的证据。

向决策者、利益攸关者及从业人员提供健康的社会决定因素培训,并为提高公众的认识进行投资。

- 在医疗卫生培训中纳入健康的社会决定因素,并更广泛地提高人们对健康的社会决定因素的认识。向决策者和规划者提供培训,指导其评估对健康公平性的影响。
- 加强 WHO 支持健康的社会决定因素领域的行动能力。



## 行动者

我们在上面阐述了所建议采取的各项关键行动。我们将在这里阐明开展有效行动所依据的对象。政府通过公立部门的行动所发挥的作用对实现卫生公平至为重要。但仅靠政府发挥作用还不够，还必须在区域和全球范围内提供支持，以健康公平领域的研究成果为基础，在私立部门的合作下，通过民间团体的参与和公共决策的民主程序，采取切实行动，增强健康公平。

### 多边机构

委员会的一项总体建议是，各部门需要协调决策工作和行动，以便更有效地开展健康问题社会决定因素领域的活动，增强健康公平性。多边专门机构和供资机构大有可为，在健康的社会决定因素和卫生公平领域进一步发挥其集体作用，其中包括：

- 连贯一致地开展全球监督工作和行动。将健康公平作为一项共同的基本目标，采用全球统一的指标框架来监督活动进展情况；在由多个机构组成的专家工作组中开展合作，以协调一致的方式处理健康的社会决定因素。
- 以连贯一致和认真负责的方式提供资金。确保将新增援助和债务减免用于支持各受援国政府针对健康问题社会决定因素采取连贯一致的政策和行动，将健康公平性和健康问题社会决定因素领域的绩效指标作为受援国政府问责制的核心内容。
- 促进联合国各会员国进一步参与全球管理工作。支持各会员国及其他利益攸关方平等参与全球决策论坛。

### WHO

WHO 是负责指导全球卫生工作的机构。现在必须通过落实在健康的社会决定因素和全球健康公平方面的行动议程，增强 WHO 的领导作用。这需要采取一系列行动，其中包括：

- 在全球和国家范围内加强政策协调。发挥指导作用，协助多边系统中各伙伴机构开展健康的社会决定因素领域的能力和政策协调；加强全球技术能力和成员国在各主要多边论坛中公共卫生问题上的代表权；并支持成员国建立连贯一致的决策机制和针对健康的社会决定因素采取卫生领域的部门间行动。

- 衡量与评估。协助制订健康公平目标，监督国与国之间及在国家内部健康公平领域的进展情况，并将实现健康公平作为一项核心发展目标；协助成员国建立国家健康公平监督制度，并协助国家建立必要的技术能力；支持成员国开发和使用健康公平作用评估工具和与健康公平有关的其他工具，如国家公平指标；定期召开全球会议，以定期审查全球情况。
- 增强 WHO 的能力。加强 WHO 总部、区域办事处及各国规划处理健康问题社会决定因素的能力。

### 中央政府和地方政府

根据公正参与和部门间合作原则增强公立部门的作用，有助于在健康的社会决定因素和健康公平领域大力开展活动。这需要加强中央和地方政府和公共机构尤其在政策协调、参与管理、规划、规定的制订和实施及标准订立等方面的核心职能。它还需要国家卫生部在 WHO 协助下发挥强有力的领导和指导作用。政府的行动包括：

- 加强整个政府内部的政策协调。政府最高领导应统管卫生及健康公平领域的行动，保障各部委决策连贯一致。各国卫生部长可以协助促成全球变化，他们在协助争取国家元首和其他部委的支持方面发挥着关键的作用。
- 进一步开展活动促进公平。承诺逐渐提供人人卫生保健服务；在中央政府部门设置负责两性平等工作的一个机构，以促进在政府决策中注重两性平等问题；改善农民生活及农村地区的基础设施投资和服务；改造贫民窟，加强地方参与卫生城市规划工作；投入资金落实充分就业和体面工作政策和规划；为幼儿期成长进行投资；在普遍社会保障规划的协助下，不论个人的支付能力如何，努力争取普遍提供在健康的社会决定因素领域的关键服务和规划；建立国家对有损健康商品的监管框架。
- 资金。通过健康的社会决定因素的行动框架，在实行透明问责制的情况下，简化国际资金（援助和债务减免）的流入程序；通过改进国内累进税制度增加政府收入；并与其他成员国一道合作制订关于开辟新的国际公共资金渠道的地区性和（或）全球性建议。
- 衡量、评估与培训。争取建立所有新生儿登



记制度；通过建立国家健康公平监督制度，制订政府的健康公平绩效指标；开展能力建设，将健康公平作用评估作为各项重大决策中的一项标准程序；确保向卫生从业人员和决策者提供关于健康的社会决定因素的培训，并提高公众对健康的社会决定因素的认识。

## 民间团体

融入所处社会对增强在物质、心理、社会和政治领域的能力至为重要，这是社会福利和健康公平的基础。全球和地方各级民间社会机构作为社区的成员、基层倡导机构、服务和规划提供机构及绩效的监督机构，可以发挥关键的桥梁作用，协助落实政策和计划，推动变革，协助改善所有人的生活。民间社会机构通过协助汇集和促进不同社区的各种呼声，可以强有力地推动实现健康公平。上述许多行动至少在一定程度上是民间团体压力和鼓励的结果；民间团体机构将密切注视着争取在一代人时间里实现健康公平过程中许多重大指标的达标和不达标情况。民间团体可以通过以下领域在健康的社会决定因素领域的行动上发挥重要作用：

- 参与政策、计划、规划和评估。在全球层面、国家部门间论坛和地方一级，参与健康的社会决定因素的决策、计划、规划落实工作，评估需求，提供服务和支持；并监督服务质量、公平性和作用。
- 监测绩效。监督、通报和开展针对具体健康的社会决定因素领域的活动情况，如改造贫民窟和在贫民窟中提供服务、正式和非正式就业条件、童工、土著权利、两性平等、卫生和教育服务、企业活动、贸易协议、环境保护等活动情况。

## 私立部门

私立部门对健康和福利产生深刻的影响。委员会重申了公立部门主导健康公平行动的关键作用，但这并不意味着贬低私立部门活动的重要性。确实需要认识到私立部门活动可能造成的不良影响及确定对这些影响的监管责任。在遏制对健康和健康公平造成不良影响的同时，还应大力利用私立部门的活力，增进健康和福利。可采取的行动包括：

- 加强责任制。确认并认真遵循国际就业条件协议、标准和准则；保障男女公平的就业和工作条件；减轻和根除童工现象，确保遵循

职业健康和安全生产标准；支持作为就业条件的一部分提供教育和职业培训机会，其中特别重视为妇女提供教育和职业培训机会；确保私立部门的活动和服务（如挽救生命药品的生产、专利及医疗保险计划的提供等）是增进而不是损害健康公平。

- 在研究领域进行投资。致力于对受忽视疾病和与贫困相关疾病治疗办法的研究和开发工作，并分享在有挽救生命潜力领域（如药品专利）的知识。

## 研究机构

委员会工作的核心内容及其各项建议的基础是，了解全球、地区、国家、地方的卫生状况，可以开展何种活动改善卫生状况，以及需要针对健康问题的社会决定因素采取何种有效措施以改变健康不公平状况。为此需要开展研究。但仅开展学术研究仍不够，还需要通过开展研究工作促进新的认识，并以切实可靠、易于接受的方式向上述各合作伙伴传播新的认识。研究和了解健康问题的社会决定因素及如何采取行动增进健康公平，取决于学者和从业人员的不断努力，还取决于采用新的方法，如确认和使用各类证据，认识到在研究过程中的性别歧视，并确认全球扩大知识网络和社区的增值效应。研究机构可采取的行动是：

- 获得和传播在健康的社会决定因素领域的知识。确保为健康的社会决定因素领域的工作划拨研究资金；支持通过编制和检验健康的社会决定因素指标，开展全球卫生监督工作及多边、国家和地方跨部门工作，并评估干预措施的作用；根据公开使用原则，建立和扩大虚拟网络和资料交流中心，促进所有高收入、中等收入和低收入国家的研究机构均能利用这些网络和交流中心；处理并消除研究团体、建议、设计、做法和报告中的性别歧视。

## 用一代人时间弥合健康差距是否可行

用一代人时间弥合健康差距是否可行的问题，有两个截然不同的明确答复。如果我们因循守旧，照常行事，就毫无可能，而如果我们锐意变革，立志创建更美好和更公正的世界，使人们的生活机会及其健康不再受出生地、肤色、父母缺乏机会等偶然因素的影响，就大有希望实现这一目标。

正如我们在通篇报告中所指出的那样，我们可以有所作为。但必须针对各项决定因素，在上述各个行动领域中，采取连贯一致的行动，既保障较直接的福利，又努力根除结构不平等现象。为此必须首先在幼儿期及在整个生命周期实现变化。我们呼吁争取用一代人时间弥合差距，但并不指望能在30年内消除国家内健康领域的社会等级或国与国之间巨大的差异。不过，最后报告列举的关于可以迅速改善健康的证据及如何变化的证据，使我们有

理由相信，确实可以大大缩短差距。

这是一项长期计划，需要我们现在就开始投入资金，并大幅改变社会政策、经济安排和政治行动。关键是应增强目前未获公正机会的人民、社区和国家的能力。如本报告所述，我们现已拥有获得变化的知识和途径。现在需要的是表现出政治意愿落实这些显然十分艰巨、但切实可行的变化。如果我们无所事事，错失良机，在今后几十年里一味推卸肩负的责任，将是极大的错误。





第一部分 全球健康公平策略的背景



# 第 1 章

## 一个全球新议程

### ——健康的社会决定因素委员会

由于出生地不同，人们的生存机遇天差地别。在日本或者瑞典，期望寿命已经到了 80 多岁；在巴西，72 岁；在印度，63 岁；而在某些非洲国家里，可能不到 50 岁。在各国国内，生存机遇的差异同样巨大，这种差异在任何一国都可见到，哪怕是在最最富有的国家。低收入国家中贫穷与富裕的天平可能有所不同，但是毋庸置疑，越富裕的生活越是欣欣向荣，越贫穷的生活则越难如此。

这种情况既非不可避免，也非命中注定理应如此。这不能归罪于一堆不幸的随机事件，也不能归罪于个人行为差异，哪怕这些行为使得某些国家和人群的健康水平一直低于其他国家和人群。简单来说，只要是能够通过全球范围及社会内部的合理行动加以避免的健康问题系统性差异，都是不公平的。这就是我们所说的健康不公平（health inequity）。

#### 健康公平和健康的社会决定因素

传统上，社会指望卫生部门来处理其关心的健康和疾病问题。当然，卫生服务分配不公——最需要卫生服务的人得不到服务——的确是一个健康的社会决定因素。然而，令人震惊的未成年早逝和由此带来的高额疾病负担，很大一部分都起因于人们出生、成长、生活、工作和老年的环境——各种环境汇总起来为人们提供了活出生命价值的自由空间（Sen, 1999; Marmot, 2004）。

谈到贫困和不平等的生存环境时发现，它们更是更深层次的结构环境产物，结构性环境塑造了社会组织方式——糟糕的社会政策和社会项目、不公平的经济秩序及有害的政治纲领。这些“结构性驱动力”在各国政府的授权下横行国内，不仅国内，国与国之间亦是如此，在过去一个半世纪里由于全球化的影响这种情况有增无减。种种不良政策、经济和政治的相互结合，在很大程度上必须对这样一种事实负责，即全世界绝大多数人都未能享有自身

生物条件允许的良好健康状况。日常生活环境是那些“结构性驱动力”的产物，各种环境联合起来就构成了健康的社会决定因素。

纠正这些不公平必须依赖社会正义。减少健康不公平对于健康的社会决定因素委员会（此后简称委员会）来说，是一项势在必行的伦理需要。获得可实现的最高水平健康的权利被铭刻在 WHO 宪章及众多国际条约里（UN, 2000a）。但是在世界范围内，从南到北、从东到西这一权利实现的程度存在显著不平等。社会不公正正在极大范围内夺去人类生命。

#### 一个健康、公平和发展的新议程

我们从这样一个命题开始，即不存在什么必要的生物学理由使得世界某地一名女孩出生时的预期寿命比另一名少 42 年，假设前者出生在莱索托而后者出生在日本的话。同样，也从生物学角度看，也没有理由使得某国国内不同社会群体的出生预期寿命相差 20 年，甚至更多。改变健康的社会决定因素，健康公平就会获得巨大改善。

我们呼吁用一代人时间弥合健康差距。这反映出我们的观点——社会、政治和经济上的行动将会大大缩小国际和国内的健康差距。这并非预测国家内部的健康社会等级或国家之间的巨大健康差异将在未来 30 年里彻底消失，而是要求将这种在世界范围内随处可见的显著不公平置于全球、区域和国家行动议程之首。本报告中概述的证据不仅囊括了亟待改善的健康领域，而且囊括了促成转变的方法，我们相信：大大缩小差距是可以实现的，但是必须从现在开始采取行动。

#### 实现健康公平的三项行动原则

根据上述总结的健康的社会决定因素，委员会分析得出三项行动原则：

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等问题。
3. 衡量问题，评估行动，扩大知识基础，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。

尽管本报告后续部分将围绕这三项原则展开，但这并不暗示存在一个行动顺序。分析问题和采取行动解决问题必须同时进行。采取行动改善日常生活环境和结构性驱动力也应当同时进行。它们彼此不能相互替代。

委员会的工作蕴含了一条新的发展路径。健康和健康公平可能不是所有社会政策的目标，但将会是这些政策的一项基本结果。以具有核心政策重要性的经济增长为例：毋庸置疑经济增长非常重要，对于贫困国家尤其如此，因为它提供了获取资源和投资改善人民生活水平的机会。不过，如果为了增长而增长，又没有适当的社会政策保障合理公平的利益分配，那么不会给健康带来任何益处。

卫生体系扮演了一个重要角色。卫生部同样肩负了一个重要职责。卫生部门应当与其他社会部门协同工作。健康和健康公平是衡量社会政策成功与否的重要方法。在卫生部门之外，针对健康的社会决定因素的行动必须囊括整个政府、民间团体<sup>1</sup>和地方社区、商业部门、全球论坛和国际组织。

全球化进程使得人与人、国与国之间的关系更加紧密，由此我们开始看到我们的种种渴望——对人类安全的渴望（包括不受贫穷和排斥侵害的渴望）和对人类自由的渴望——相互依赖着（Sen, 1999），我们不仅仅需要个人的发展和繁荣，更需要共同的发展和繁荣。我们认识到通向全球共同繁荣的障碍——某些优势社会群体和国家的固守利益就是其一。但是我们同时认识到，国家和全球层面的联合行动对于纠正生活机会不平等的价值和必要性。

## 两项紧急议程——健康公平和环境改变

最终，我们对自然环境系统失调和自然资源枯

竭问题（包括气候改变）达成了共识，这不是一个发生在环境学家圈子里的简单技术讨论，而是正对全球人类生活方式和所有生命有着复杂影响。尽管设计一种国际经济新秩序来平衡全世界人口对社会与经济发展、健康公平和处理全球变暖紧急状况的需要，已经超出了委员会的权力和能力，但是意识到紧迫性并且愿意尝试全新解决办法的精神正是处理两者所必需的。

## 健康的社会决定因素委员会和 WHO

秉承社会正义精神，WHO 上一届总干事李钟郁博士成立了健康的社会决定因素委员会。他把健康的社会决定因素方面的行动看作是实现健康公平的途径。委员会负责收集整理证据，找出做哪些事可以增进健康公平，同时培育一个实现健康公平的全球运动，它由在政治、学术和经验倡导等广泛领域做出过突出贡献的委员们领导，是一个政策制订者、研究者和民间团体的全球合作舞台。健康公平注定是一个真正的全球议程。现任总干事陈冯富珍博士以极大热情欣然接纳了委员会。她说：

*“没有人应当由于不公正的原因，包括那些经济或社会原因，而被保护生命和促进健康的干预措施拒之门外，健康的社会决定因素委员会正力图解决其中一些原因……当涉及健康时，公平就是真实的生与死。”（陈冯富珍，2007）*

陈总干事已经承诺，WHO 将在健康的社会决定因素方面采取行动，这不仅是因为它有权力这么做，也是因为它拥有道德权威。

## 培育一个全球变革运动

委员会努力尝试培育一个全球变革运动。种种迹象表明：健康具有普世价值，人们渴望公平。不论研究在哪里开展，都有清晰证据表明不公平的生活环境（YouCov Poll, 2007）导致了健康水平差异（RWJF Commission, 2008）。对于我们的核心观点，我们已经得到了很多支持。虽然 WHO 在推进健康公平议程方面扮演了一个核心且至关重要的角色，但是这一全球运动还是得由许多利益相关者共同努力。毫无疑问，改变健康的社会决定因素和健康公平是一项长期议程，因而需要持续性支持和投入。

<sup>1</sup> 民间团体是指那些基于共同利益、目的和价值的非被动集体行动。理论上，他们的机构设置与政府、家庭和市场都不相同，但在实际上，这些机构之间的界定相当复杂。民间团体通常由组织构成，如注册慈善机构、发展性的非政府组织、社区组织、妇女组织、基于信仰的组织、专业组织、贸易协会、自助组织、社会运动、商业协会、联盟和宣传性组织等。

## 超越“商业惯例”

自其伊始，委员会关注的一个关键问题，即是实施真正的变革或许看似不切实际——浮于表面的变革对那些偏好保持“商业惯例”的人来说可能更具吸引力。然而，有说服力的证据表明，商业惯例越来越不可行。尽管沉浸在委员会工作的热忱当中，我们也遭遇到两类针对健康的社会决定因素的批评：“我们已经全都知道了”和“你们没有证据来支持行动”。在这两类批评之间，委员会试图提出一条新的行动路径。关于健康的社会决定因素，我们的确知道了不少，这是事实。然而，每每制订出来的政策，总叫人觉得跟没有可利用的此类知识一样。因此，我们知道的还远远不够。我们迫切需要开展更大数量的研究，联合不同学科和领域的专家，弄清楚社会因素到底怎样造成健康不公平，以及如何针对这些决定因素采取行动才能获得更好和更公平的健康。

自其伊始，委员会不同寻常地从真实世界里获得了充满灵感和满载支持的行动。3年时间里，众多国家签约参与实现委员会的愿景。巴西、加拿大、智利、伊朗、肯尼亚、莫桑比克、斯里兰卡、瑞典和英国全都成为了委员会的合作伙伴，并在开发政府政策以应对健康公平的社会决定因素方面取得了进步。更多国家将会陆续跟进（阿根廷、墨西哥、波兰、泰国、新西兰和挪威都热切表示期待加入）。相比全球所有国家，委员会的国家合作伙伴名单依然范围狭小，在很多地方，情况仍旧没有改变，而且无疑将在很长时间里保持不变。尽管如此，我们的国家合作伙伴关系仍是一种政治意愿和行动承诺的有力表达。不同的做事方式是否可行？答案是肯定的，这些国家已经在这么做了。正如本报告第三和第四部分所示，对于执行健康的社会决定因素议程而言，与其他国家、民间团体、WHO、其他国际组织和观点创造者建立合作伙伴关系都至关重要。

## 为何是现在

60年前，WHO在其诞辰之初即发表了振奋人心的宣言，30年前在阿拉木图也发表了类似宣言。我们今天所做的呼吁与那些宣言一脉相承。为何现在情况会有所不同？

### 更好的知识

现在我们拥有了更多关于健康不公平的本质及如何采取行动应对健康的社会决定因素的知识，这些知识全球通用。

## 更好的发展

主流发展模式正在发生变化。千年发展目标就反映出全球对真实地、持久地改变贫穷国家人民生活状况的一种史无前例的关心。对于一种新的社会发展模式的需求正在与日俱增——那是一种超越了以经济发展为中心，更加关注健康幸福的发展模式，它将通过增长和赋权的联合作用得以实现（Stem, 2004）。

### 更强的领导力

通过召集这一委员会，世界卫生组织传达出这样一个信号：它的行事方式将与以往不同。其成员国中呼唤一种新的健康模式的声音也日益高涨——呼唤源自社会公平理念，以及对于传统卫生服务模式不可维持信赖的认识。

## 不可维持的现状

当今，某地发生的事件可以对全球产生影响——金融危机、武装冲突、人口流动、商品贸易、劳务输出、食品生产、食品安全及疾病。不公平的天平已经无法维持下去。

在支持全球人类公平的强烈呼声下，气候改变和环境退化的证据不容忽视，就现状来看它们为未来的发展设下了明显限制，也推动着全球改变行事方式的意愿持续高涨。

## 情况能否改变

这一问题是指用一代人时间弥合健康差距是否可行？它有两个清楚的答案。如果我们依然如故，就根本毫无机会。如果我们诚恳地期待改变，如果我们拥有愿景，想去创造一个更好、更公平的世界，让人们的生活机会和他们的健康不再因他们的出生地点、他们的肤色，或者他们的父母缺少机会而受到不良影响，那么这个答案将是：经过长期努力之后，我们可以缩小与目标间的差距。

达成这一愿景，需要在社会政策、经济秩序和政治行动方面做出较大变革。基于这场行动中心的应该是赋权，向那些目前未能分享公平的人们、社区和国家赋权。关于变革的知识和方法已全部汇总在本报告中。现在迫切需要的是，实施这些虽困难却可行的变革的政治意愿。

这是一项长期议程，需要跨越生命周期的投资并要立即开始。如果现在不积极行动，未来几十年里迎接我们的将只有失败，到那时，我们就不得不承担起绝大部分失败的责任。



# 第 2 章

## 全球健康公平——行动需要

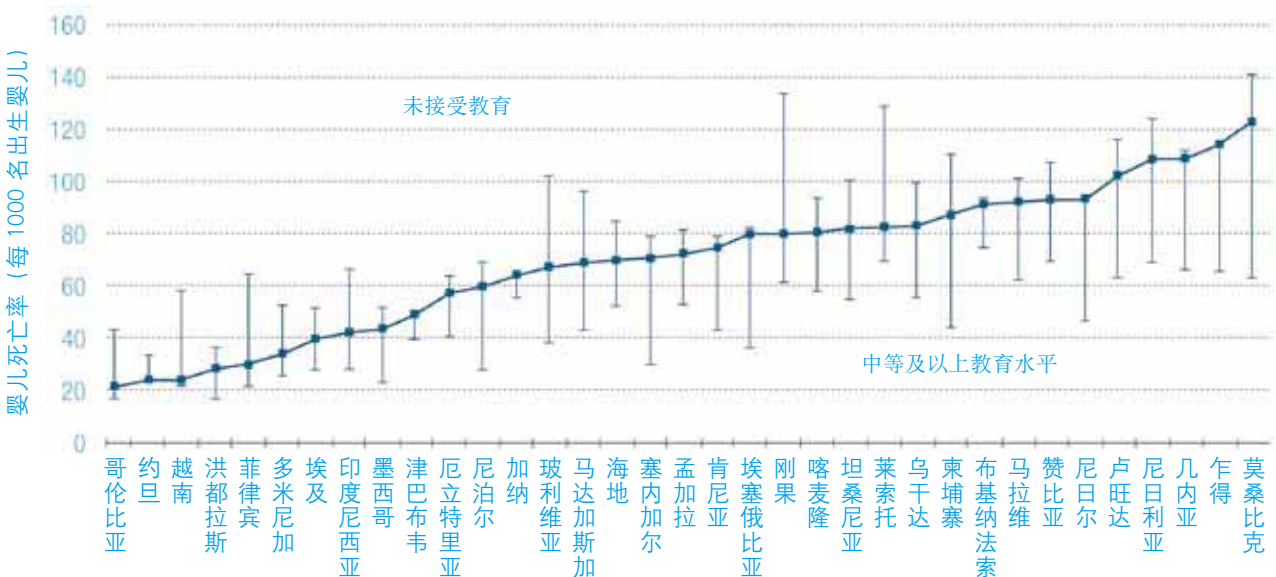
### 任何国家都有健康不公平

“不存在某人无法适应的生活环境，尤其是当他看到周围的人都能够适应的时候。” (Tolstoy, 1877)

对于未成年早逝和疾病，以及导致早逝和疾病的生活环境，我们都太过习以为常。但是全球大量的疾病负担和未成年早逝都是可以避免的，因此不该习以为常。这是不公平的。健康公平有 2 个重要标准：改善各国平均健康水平，同时消除各国国内可避免的健康不公平。2 种情况中——国家平均健康水平和国内健康水平分布——其目标都是设法提高低水平人群的健康，尽力向最高健康水平的人群靠拢。如果全世界的婴儿死亡率都与冰岛的相同，那么每千名新生儿中仅可能有 2 名死亡，而全世界每年将有 660 万新生儿免于死亡。

然而，不论国际还是国内，婴儿死亡率的分布都是最不平等的。图 2.1 显示，国与国之间婴儿死亡率差距极大，在哥伦比亚，每 1000 名活产儿中死亡 20 多名，而在莫桑比克是 120 多名。同时它还显示出各国国内的巨大不平等——一名新生儿的存活概率与其母亲的受教育程度密切相关。在玻利维亚，从未接受过教育的母亲，所生孩子的婴儿死亡率超过了 100/1000（每千活产儿中死亡 100 多人）；如果母亲接受过中等教育，其孩子的婴儿死亡率只有不到 40/1000。在图 2.1 涉及的所有国家中都可以发现，妇女未接受教育不利于其所生子女的生存。如果认为将低收入国家的婴儿死亡率降低到 2/1000 是一个很不现实的想法，那么我们至少应当认识到女孩和妇女的教育能在多大程度上帮助改善新生儿的存活状况。

图 2.1 按照母亲受教育程度划分的国际和国内婴儿死亡率不公平情况



数据来源于人口统计与健康调查 (DHS, nd)。连续黑线代表各国平均婴儿死亡率；竖线的 2 个端点分别表示从未接受教育的母亲和接受过中等及以上水平教育的母亲所生孩子的婴儿死亡率

## 健康环境之中的不公平

1996–2001 年澳大利亚土著居民的出生期望寿命，男性是 59.4 岁，女性是 64.8 岁，这比 1998–2001 年澳大利亚普通居民的出生期望寿命，男性 76.6 岁，女性 82.0 岁，要低得多。

在欧洲，社会经济状况最差的中年人群，其超额死亡风险为 25% ~ 50%，最高的甚至达到 150%。

健康不平等也会出现在最老的老年人口中。考察欧洲 80 岁以上男性中长期失能流行状况时发现，低受教育程度者 58.8% 身陷长期失能，相比之下高等受教育程度者仅为 40.2% (Huisman, Kunst & Mackenbach, 2003)。

在美国，如果 1991–2000 年非洲裔美国人拥有与白人相等的死亡率，那么将有 886 202 人可以免于死亡。这与依靠医药进步所挽救的人数 (176 633 人) 形成了鲜明对照 (Woolf et al, 2004)。

心血管疾病是全世界第一大类致死原因。一项预测显示，2005 年全球 1 750 万人死于心血管疾病，占全球死亡总人数的 30%。而超过 80% 的心血管疾病发生在中低收入国家 (WHO, nd, a)。

糖尿病患者 80% 生活在低收入国家。如果不采取紧急行动，未来 10 年里糖尿病死亡人数可能增加 50% 以上。

精神健康问题将会变得越来越重要。据测算至 2030 年高收入国家中，抑郁将会成为首要疾病负担，它也将分别成为中低收入国家中排名第二、第三的疾病负担 (Mathers & Loncar, 2005)。

孕产妇死亡的风险，在阿富汗是 1/8，而在瑞典是 1/17 400 (WHO et al, 2007)。

在印度尼西亚，穷人中孕产妇死亡率是富人的 3 ~ 4 倍 (Graham et al, 2004)。

每天，全世界超过 13 500 人死于烟草。未来 20 年里，吸烟造成的死亡总人数将会从 500 万增长到 800 万。不久，它就会成为发展中国家的首要死因，正如现在的发达国家一样 (Mathers & Loncar, 2005)。

世界范围内，酒精造成 180 万人死亡 (占总死亡人数的 3.2%)。仅无意识伤害一项就占到了总人数 180 万的 1/3 (WHO, nd, b)。

## 等 级

全世界范围内，最穷的穷人拥有最差的健康。那些处在全球和国家财富分配底层的人、那些在各个国家中被边缘化和被排斥的人，以及那些在历史中饱受剥削、在现实中持续遭受全球权力和政策制订制度不公正待遇的弱势国家自己，展示出对于行动的道德上和实践上的急切关注。

但是关注那些最差的，以及最差的与其他人之间的“鸿沟”，只是一种局部应对。图 2.2 显示了按照家庭财富多寡划分的 5 岁以下儿童死亡率。在此，它所传达的信息非常明确：社会经济水平与健康之间的关系具有等级性。位于第二个 1/5 的较富家庭，其子女的死亡率比第一个 1/5 的最富家庭的要高。我们称之为健康的社会等级 (Marmot, 2004)。

社会等级并非只出现在相对更穷的国家里。图 2.3 显示的是英国部分地区 (英格兰和威尔士) 的国家数据，按照周边地区受剥夺程度对人口进行了分类。如图所示，死亡率随着剥夺指数递增而呈现出一个连续性变化趋势 (Romeri, Baker & Griffiths, 2006)。变动范围很大，与受剥夺最少的人相比，受剥夺最多的人的死亡率是前者的 2.5 倍。

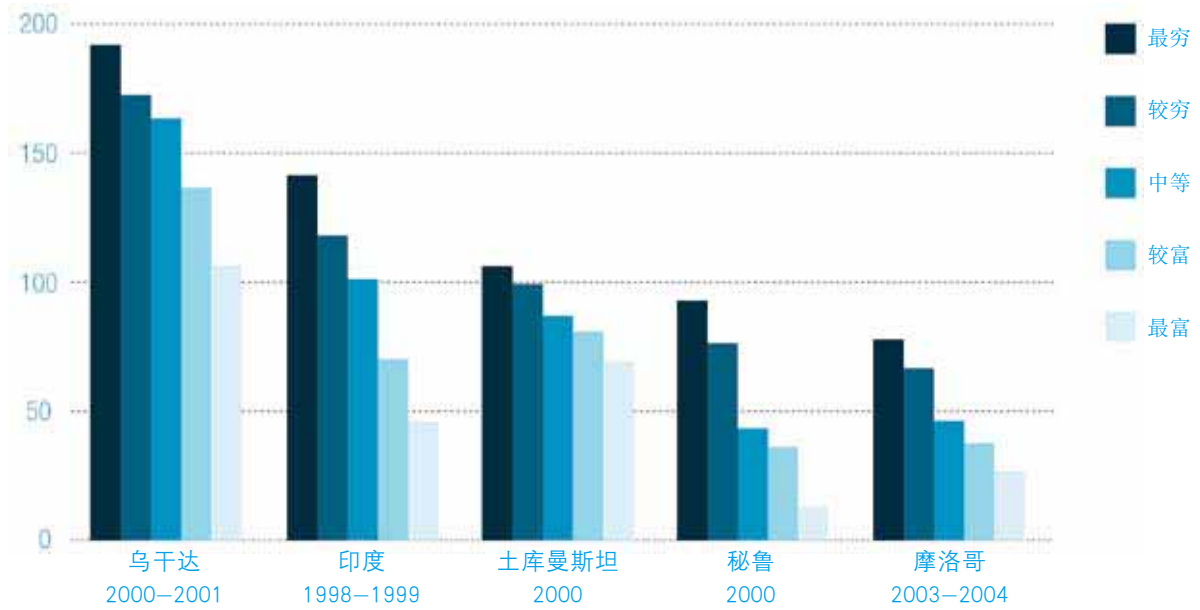
## 最穷的穷人和健康的社会等级

图 2.1、图 2.2 和图 2.3 表达的含义都很清楚。我们需要在关注物质剥夺 (占全世界总人口 40% 的人日均生活消费在 2 美元或者以下) 的同时，关注健康的社会等级——不论是在穷国还是在富国，它对人们产生的影响相似。

贫穷不仅意味着收入不足。健康的社会等级和最贫困人群的糟糕健康状况均表明，收入、物品、服务及带来繁荣生活的机会分配不公平都将导致健康不公平。这种不公平分配从任何意义上讲都不是一种“自然”现象，而是一系列在利益分配上厚此薄彼政策的结果——通常都是一小撮有钱有势者的利益压倒了绝大多数无权无势者的利益。

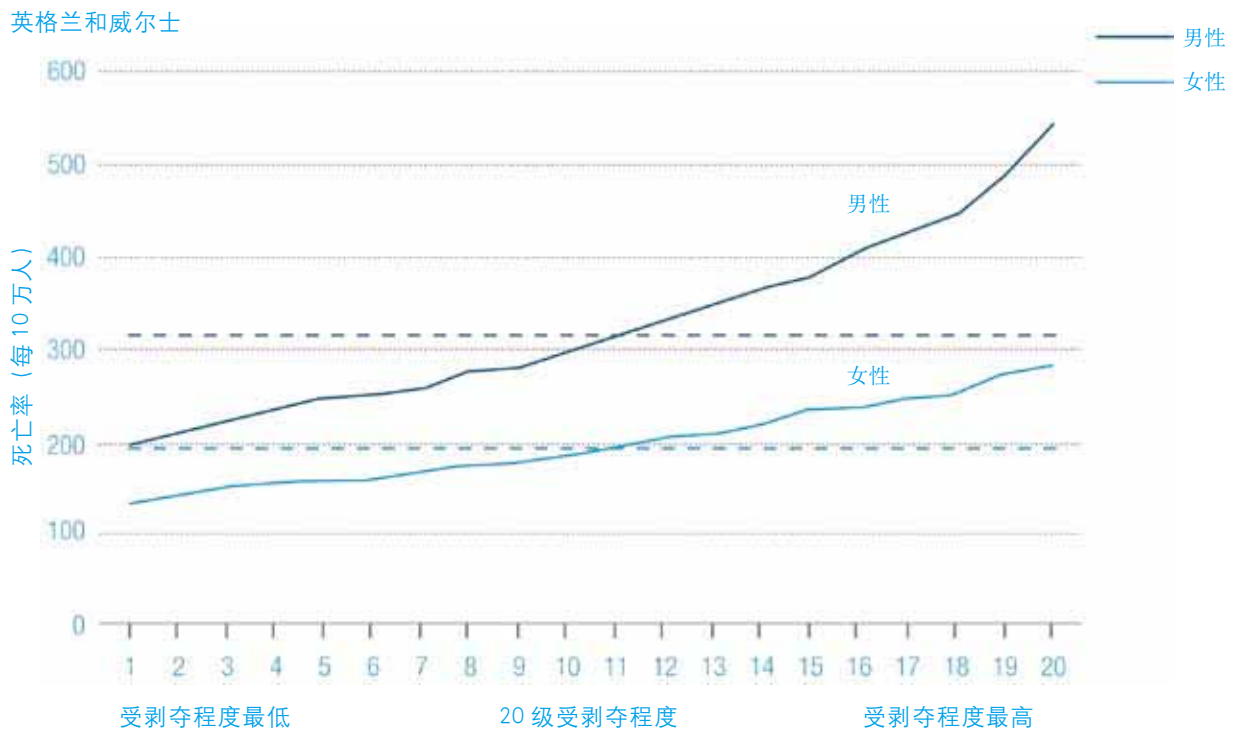
图 2.3 中，用全球标准衡量，即便位于最底层的人们都算得上富裕。他们的日均生活消费全部大大高于 2 美元。他们喝着清洁的饮用水、住在干净

图 2.2 按家庭财富多寡划分的 5 岁以下儿童死亡率（每 1000 名儿童）



来源：Gwatkin et al. (2007)，利用人口统计与健康调查 (DHS) 数据

图 2.3 1999—2003 年，英国部分地区（英格兰和威尔士）15~64 岁人群中，按照 20 级受剥夺程度划分的年龄标准化全死因死亡率



虚线代表英国部分地区（英格兰和威尔士）男性和女性的平均死亡率

整洁的环境里，其婴儿死亡率不到 10/1000（每千活产数），然而，他们的死亡率要比中等社会经济水平的人高。按照刚才陈述的意思，那些中等社会经济水平的人显然没有在物质上遭受任何剥夺，但是他们的死亡率仍然比位于其上层的人士要高——社会不利条件越多，健康状况越差。这一等级阶梯的陡峭程度在不同时期和不同国家里会有所不同。因而，采取行动应对健康的社会决定因素将很可能缩小健康的社会等级（Marmot, 2004）。

在富裕国家里，低社会经济地位意味着受教育程度低、福利缺乏、失业和工作不稳定、工作条件差、住地周边治安不好，这些都会给家庭生活造成影响。在低收入国家里，处于社会不利状况的人同样会遭遇类似情况，此外他们还面临着不小的物质剥夺负担和自然灾害侵袭。在某些极端情况下，高收入国家里最差的人的健康水平还赶不上某些低收入国家的人群平均健康水平（表 2.1），因此，这方面的社会不利会严重影响健康。

如表 2.1 所示，健康不公平关系到全世界所有国家中的每一个人。对健康不公平刻不容缓的关注中还掺杂了这样一个事实，即当前每个国家面临的

表 2.1 部分国家间和国家内，男性期望寿命的不公平

地区	出生期望寿命
英国，苏格兰，格拉斯哥（Calton） <sup>b</sup>	54
印度 <sup>a</sup>	62
美国，华盛顿（黑人） <sup>c</sup>	63
菲律宾共和国 <sup>a</sup>	64
立陶宛 <sup>a</sup>	65
波兰 <sup>a</sup>	71
墨西哥 <sup>a</sup>	72
美国 <sup>a</sup>	75
古巴 <sup>a</sup>	75
英国 <sup>a</sup>	77
日本 <sup>a</sup>	79
冰岛 <sup>a</sup>	79
美国，蒙哥马利郡（白人） <sup>c</sup>	80
英国，苏格兰，格拉斯哥（Lenzie N.） <sup>b</sup>	82

a. 国家数据：来自 2005 年世界卫生统计（WHO, 2007c）；  
 b. 汇总 1998–2002 年数据（Hanlon, Walsh & Whyte, 2006）；  
 c. 汇总 1997–2001 年数据（Murray et al, 2006）

健康问题模式和所需的解决方法正逐渐趋于一致。尽管在最贫穷的国家里，传染性疾病的疾病负担与非传染性疾病和伤害的疾病负担同样高，但是在全世界其他地区，非传染性疾病的疾病负担占据了主要地位（WHO, 2005c）。无论发生在何处，心脏病、癌症和糖尿病的致病原因总是一样的。因此，穷国与富国一样，为抗击这些疾病而采取的行动大体相同。全球非传染性疾病和传染性疾病的版图宣告了我们需要一个完整一致的全球健康行动框架。

## 用一代人时间弥合健康差距是否可能

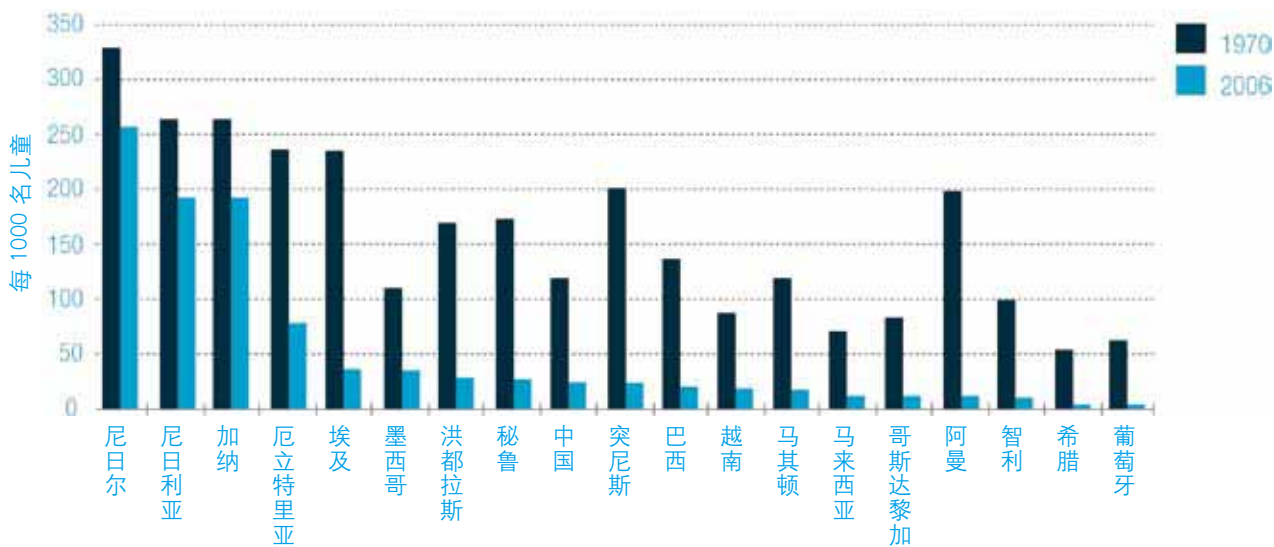
前文展示的健康差异是如此之大，以至于让我们不敢相信用一代人时间弥合健康差距这一构想可能实现。事实上，健康状况能够在很短时间里发生较大改变。谈到健康公平，它既然能被恶化也就能被改善。数据证明了这一点。50/1000 的儿童死亡率实在高到令人难以接受，而 40 年前的希腊和葡萄牙正好面临着那种情况（图 2.4）。最新数据显示，这两国的儿童死亡率已经降低到仅次于冰岛、日本和瑞典。在快速改善儿童死亡率方面，埃及大概是最令人惊叹的一个例子——在过去 40 年时间里，5 岁以下儿童死亡率从 235/1000 降到 35/1000。埃及现在的数字比 40 年前的希腊和葡萄牙都低。

然而，正如健康情况能够异常迅速地好转那样，它们也能够快速恶化下去。1970—2000 年的 30 年时间里，俄罗斯和新加坡的婴儿死亡率都在持续下降，新加坡的人均出生期望寿命增长了 10 岁，而俄罗斯却减少了 4 岁。这种两极分化式的差距加大是由俄罗斯成人死亡率升高引起的，而成人死亡率的升高与俄罗斯自 1992 年以来实施的“休克疗法”及由此导致的政治、经济和社会体系变动密切相关。图 2.5 显示，与受教育程度联系起来之后，健康的社会等级能够以多么快的速度发生巨大变化，即迅速恶化下去。

## 建立在坚实基础之上：历史经验

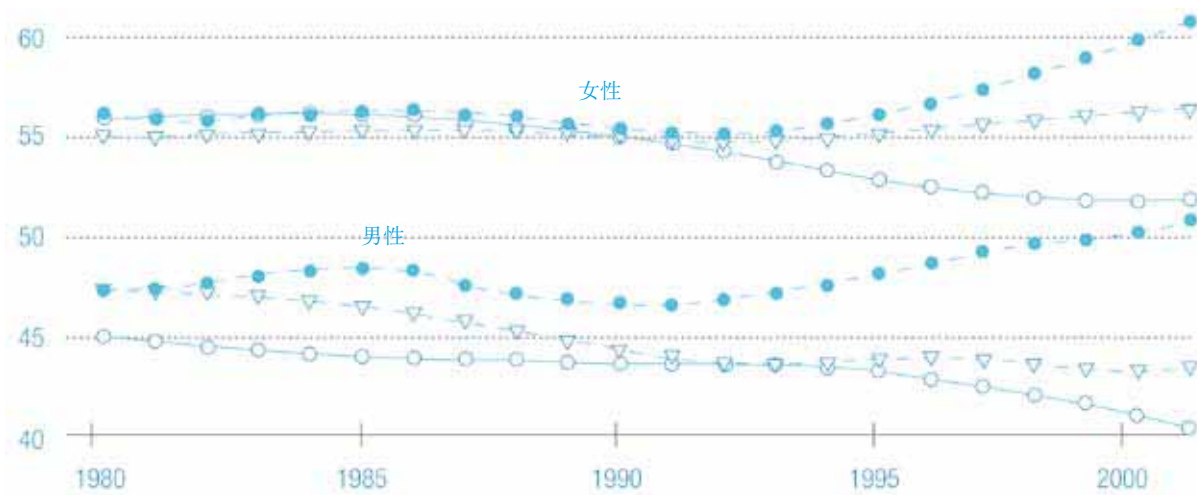
在健康的社会决定因素的主题之下，集合全球行动应对健康公平问题的确是件不同以往的新举，但是其背后蕴含的思想却并非闻所未闻。不论用这个名称还是那个，与我们如今关注问题有关的经验存世久矣。几个世纪以来，如妇女解放运动、全民普选运动、劳工运动、民权运动之类的集体行动，已经为改善全世界数以百万计人的生活和工作环境做出了贡献。尽管它们并未明确表示关注健康，

图 2.4 1970 年和 2006 年部分国家中，5 岁以下儿童死亡率（每 1000 名儿童）



来源：联合国儿童基金会，2007c

图 2.5 按受教育程度分组，俄罗斯男性和女性在 20 岁时的预期寿命



受教育程度：○ 初等教育水平（空心圆），▽ 中等教育水平（三角形），● 大学教育水平（实心圆）

摘自：Murphy et al. (2006)，经出版方授权翻印

但是这些运动增进了全球人民获取繁荣昌盛生活的能力。

长期以来,北欧国家良好的健康水平引人注目。分析一下19世纪后半叶以来北欧人的健康状况改善历史,不难发现市民权利、政治权利和社会权利在其中起了重要作用(Lundberg et al, 2007)。北欧经验的主要特点包括以享有津贴和服务的权利平等、全面就业、性别平等、低社会排斥为基础,政府对大量普遍主义政策做出承诺。这些政策与相对压缩的收入分配及个人间和各个群体间生活标准无较大差异有关。

一些低收入国家,如哥斯达黎加、中国、印度(喀拉拉邦)和斯里兰卡,考虑到他们的国民收入水平,在预期可能范围内已经取得了较好的健康水平。这强烈说明良好和公平的健康水平并不依赖于更多的国家财富。古巴就是另一个例子。从这些国家身上得到的经验强调了5个政治分享因素的重要性(Irwin & Scali, 2005):

- 将健康作为一个社会目标的历史承诺;
- 发展要以社会福利为目标;
- 社区参与到与健康相关的决策过程中来;
- 为全体社会成员提供全面覆盖的卫生服务;
- 为了健康加强各部门间联系。

成立于1948年的WHO把健康定义为“一种身体、心理和社会生活的完好状态,而非仅仅没有疾病和虚弱”,从而展现出了一个全新的全球健康愿景。30年后,1978年,WHO各成员国在阿拉木图再次齐聚一堂,总干事Halfdan Mahler提出了他的愿景,即“人人享有健康”,希望能够像解决纯医学问题一样清除通向健康的种种障碍。阿拉木图宣言(WHO & UNICEF, 1978)推崇初级卫生保健(Primary Health Care, PHC),并视之为通向良好和公平的全球健康的核心手段——初级卫生保健不仅仅是一些卫生服务(尽管卫生服务的确重要),更是一个卫生系统模式,能同时对造成不良健康后果的潜在社会、经济和政治原因发挥作用。

然而此后几十年中,这种社会健康模式在实践中并不常见(Irwin & Scali, 2005)。无论是部门间行动还是全面初级卫生保健,都没能真正运用于实践。处于统治地位的是以市场为导向的一揽子全球政策,包括显著缩小政府作用、大幅消减公共投资和支出等,在其压力下,自20世纪80年代开始,一个完全不同的发展模式受到了追捧。而今这一模式已经成为众矢之的,得到了大量应有的批评。在华盛顿共识以后,结构调整项目以各种政策和项目形式出现,它们曾经并仍在过度依赖市场来解决社会问题,而这种做法已被证明十分有害。还有一点值得注意,在低收入国家中推行的一系列经济原则,它们的执行情况与在高收入国家中并不一样。

“人人享有健康”的支持者并没有消失。他们的人数依然庞大,并且在世界各地奔走呼吁。初级卫生保健运动拥有自己强大的倡导团队。毫无疑问,初级卫生保健是WHO当前的一个核心议程,也是2008年世界卫生报告的聚焦点。1986年关于健康促进的渥太华宣言,以及2005年曼谷对该宣言的重申,都体现了公共卫生行动的全球愿景和社会决定因素路径的重要价值(WHO, 1986; Catford, 2005)。拉丁美洲的社会医学运动,起始于前种族隔离时代的南非(Kark & Kark, 1983)随后传播至加拿大、以色列、美国和英国(威尔士)(Abramson, 1988)的以社区为中心的初级保健服务,美国(Geiger, 1984; Geiger, 2002; Davis et al, 1999)、加拿大(Hutchison, Abelson & Lavis, 2001)和澳大利亚(Baum, Fry & Lennie, 1992; Baum, 1995)的社区健康运动,乡村卫生工作者(Sanders, 1985)和人民健康运动,健康权利基本宣言,以及千年发展目标的宽广社会视野,无一不再肯定健康居于核心重要地位、健康行动需要全社会共同参与及健康公平是人类价值观的核心(Tajer, 2003; PHM, 2000; UN, 2000a; UN, 2000b)。本委员会正是在这些运动所取得的大量成绩和持久愿景基础上建立起来的,因此必须对他们表示深切感谢。

# 第 3 章

## 原因和办法

毫无疑问，国际和国内的健康差异都能得到快速改变。我们判断，通过更好地安排经济和社会秩序，这一过程将被大大加快。

### 以人为本的经济、政治和社会政策

我们所关注的中心是为人们创造能够带来繁荣昌盛生活的环境条件。为了过上繁荣昌盛的生活，人们需要有良好的物质环境；他们需要有掌控自己的生活能力；公民、社区和国家都需要有政治发言权 (Sen, 1999)。通过谨慎行使社会政策和经济规制权力，政府能够实现良好和公平的健康创造条件。实现健康公平需要政府所有部门通力协作、联合行动，同时需要得到国际政策环境的支持，视社会整体发展具有与经济发展同等的价值。金钱尽管不能解决所有问题，但仍至关重要。财政部对健康公平的影响力或许不会超过卫生部，但是全球财政体系对健康公平产生的影响大大超过了国际卫生服务援助。

不过，必须采取行动的并非只有政府。无论何处，只要政府缺少行动的能力或者政治意愿，那么来自外部的技术和财政支持以及来自大众行动的压力将必不可少。当民众组织起来时——当人们走到一起并建设他们自己的组织和运动时——政府和政策制定者会用社会政策加以应对。

### 日常生活环境中的不公平

在 30 亿城市居住人口中，大约有 10 亿居住在贫民窟里。在大多数非洲国家，绝大多数城市人口生活在贫民窟。以肯尼亚为例，其 71% 的城市人口生活在贫民窟；埃塞俄比亚，这一数字高达 99%。只需 10 ~ 20 年时间，大多数非洲国家的城市人口就将翻一番 (World Bank, 2006b)。

为了取水，莫桑比克一半的农村人口需要步行 30 分钟以上；仅有 5% 的农村人口可以接上自来水 (DHS, nd)。

大约 1.26 亿 5-17 岁儿童正在危险的环境中工作 (UNICEF, nd, a)。

在印度，除农业部门以外的其他部门中，86% 的女性和 83% 的男性从业者都是非正式雇员 (ILO, 2002)。

在非洲地区，劳动力中养老保险覆盖率不到 10% (ILO, nd)。

在加纳接受培训的 900 多名医生和 2200 多名护士如今都在高收入国家工作。加纳每千人口护士数仅为 0.92，英国是它的 13 倍以上 (WHO, 2006)。

当然，不论是疾病控制项目还是卫生体系发展，都需要卫生部门作为合作伙伴参与其中。关注包括卫生服务在内的健康社会决定因素，将有助于提高卫生服务的效果。卫生部门也将在涉及健康社会决定因素的政策开发中，扮演领导者和倡导者的角色。然而，缺少卫生服务并非造成全球巨额疾病负担的原因：水源性疾病并非源于缺少抗生素，而是源于肮脏的饮用水，以及那些妨碍了向所有人提供清洁饮用水的政治、社会和经济力量；心脏病并非源于缺少冠心病医疗单位，而是源于人们的生活，以及那些塑造人们生活的亲身环境；肥胖并非源于个人的道德失败，而是源于过量摄入高脂肪和高含糖量的食品。因此，针对健康社会决定因素的主要行动必须来自卫生部门之外。

将健康及其公平分布看作是和社会和经济发展的标杆，其含义深远。无论在什么领域发挥作用，只要政策目标是改善人口的社会福利状况，健康就是衡量那些政策成功与否的一个标准。健康公平则是衡量那些政策能在多大程度上公平地分配社会福利的一个标准。

关于人们出生、成长、生活、工作和衰老的环境，本委员会给出了一系列建议。但是塑造人们生活的还有更为广泛的力量：经济、社会政策和政治，这些力量也必须处理好。本报告在这一点上运用了

大量篇幅，提出了很多建议。

我们认为，不良的社会政策、不公的经济情况和糟糕的政治状况，由这三者构成的有毒化合物应当对大部分的健康不公平负责。在低收入国家和高收入国家的部分贫困社区中，这就转变为物质剥夺：缺少过上体面生活所需的物质条件。但凡亲身经历过全世界 10 亿人口栖身的贫民窟，但凡亲眼见证过世界上农村穷人的生计匮乏，无人能够怀疑抗击贫困有多么重要。这一有毒化合物还应当为置身健康社会等级中的另一些人负责，尽管他们未曾遭受物质剥夺，但是仍然缺少其他必须的福利和服务，无法过上繁荣的生活（框 3.1）。

### 健康不公平的结构性驱动力

居住在最富裕的国家中，全世界排名前 1/5 的人享有了 82% 的扩大出口贸易和 68% 的国外直接投资——而后 1/5 的人拥有的仅略高于 1%（UNDP，1999）。

1999 年，发展中国家为它收到的每 1 美元贷款支付了 13 美元还款（World Bank，1999）。

发达国家的人口消费了全世界 86% 的商品（UNDP，1998）。

1997 年，大约 1050 亿美元的资本回流触发了东南亚经济危机，就全球来看这只是一笔小数目，但是它等于该区域国内生产总值（GDP）之和的 10%。俄罗斯和巴西也曾经历过类似的冲击（ODI，1999）。

自 1990 年以来，各种冲突已经直接造成 360 万人死亡（UNICEF，2004）。苏丹国内被重新安置的人口达 540 万，哥伦比亚 300 万人，乌干达 200 万人，刚果 170 万人，伊拉克 130 万人（UNHCR，2005）。

许多国家的国防支出高于卫生支出。厄立特里亚就是一个极端事例，国防支出占到国内生产总值的 24%，而卫生支出仅有 2%。在巴基斯坦，国防支出比卫生和教育支出的总和还高（UNDP，2007）。

欧洲每只奶牛每天能够获得超过 2 美元的补助，这一数字比全世界一半人口的日均收入都高。这些补助每年大约消耗掉欧盟纳税人 25 亿。半数的钱花在了出口补贴上，并对低收入国家的地方市场造成损害（Oxfam，2002）。

#### 框 3.1：不公平与土著居民——各种政策的有毒化合作用

世界范围内，土著居民都处在地盘缩小、语言消亡、文化和生活方式失传等难以逃避的危险当中，这些情况既非他们所愿也非其能掌控——这是一种永久性失传，不同于移民的情况，移民的语言和文化在移出国仍可延续下去。土著居民在文化、历史、生态、地理和政治方面都是独一无二的，因为他们的祖先来自最早的且长期存续的民族，他们拥有并使用自己的领土。殖民地化打破了领土疆界，未经磋商、同意或者抉择就将社会、政治和经济结构强加在土著居民身上。土著居民的生活一直受到特

殊法律和独特规章的管制，而这些法律和规章从未被用在文明国度里其他成员身上。土著居民一直生活在界定的土地上或者隔离地带里，经常是各级政府管辖权划分的中心问题，尤其是在涉及到财政分配、项目实施和服务提供方面的时候。如上所述，与其他人相比，土著居民有着独特的身份和特殊的需要。因此，在讨论普遍的或者更一般的社会排斥的时候，鉴于其独一无二的身份，对土著居民必须予以单独考虑。



## 经济增长和社会政策

财富对于健康很重要。图 3.1 展示了国民收入与出生期望寿命之间的关系——普雷斯顿曲线 (Deaton, 2003; Deaton, 2004)。当国民收入水平较低时, 收入与出生期望寿命之间的关系更为陡峭, 这一点与经济增长对改善生存机会和健康的正向作用保持一致。但是, 这里有两点警告需要注意: 第一, 收入水平越高, 大约超过了 5000 美元购买力平价<sup>1</sup>时, 国民收入与出生期望寿命之间的关系几乎为零。第二, 围绕曲线的上下波动很大。正如早前所述, 有几个突出的例子——哥斯达黎加、印度 (喀拉拉邦)、斯里兰卡——尽管没有巨大国民财富带来的益处, 这些相对贫穷的国家和地区也达到了很高的健康水平。这些国家的经验显示了重视教育的良好社会政策极为重要, 尤其是针对女孩和妇女的教育。

经济增长为改善人们的生活提供了投入资源的机会。但是如果缺乏适当的社会政策加以配合, 增长本身并不会为健康带来好处。经济学家安格斯·迪顿 (Angus Deaton) 警告说: “人们梦寐以求经济增长, 因为它能减少全世界大多数人口面临的物质贫困。但是经济增长本身并不足以改善人群健

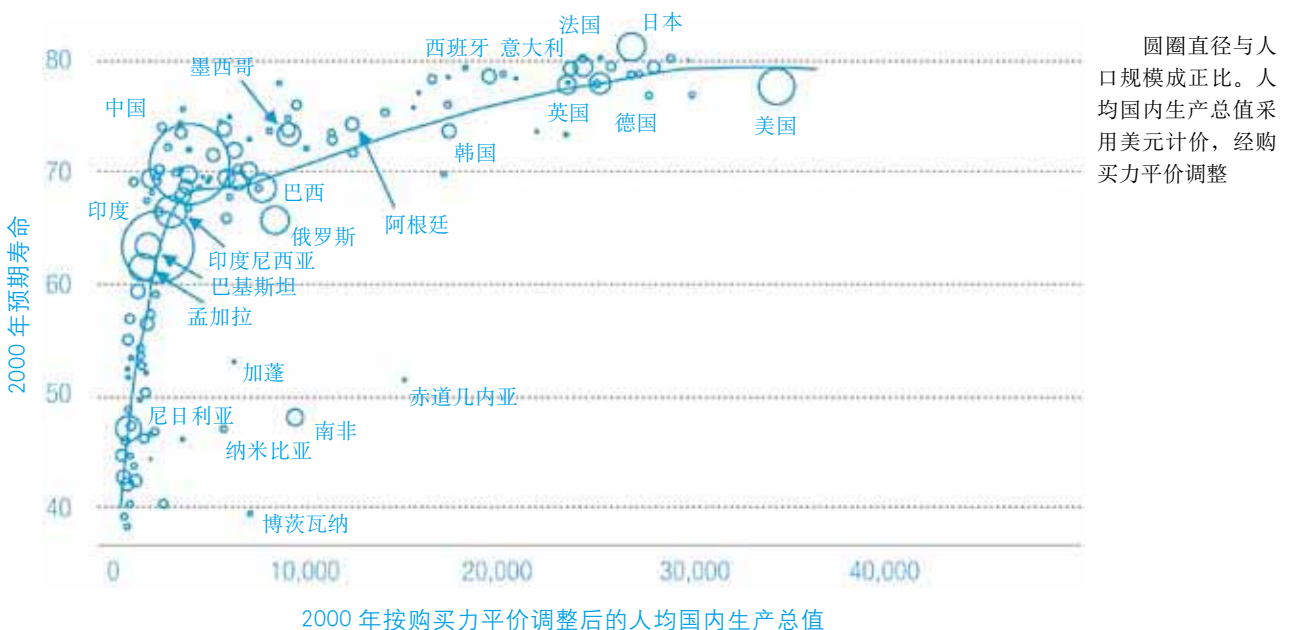
康, 至少在任何可接受时限之内……只要还需关注健康, 单独的市场就不能替代集体行动” (Deaton, 2006a; Deaton, 2006b)。增长的同时向人们公平分配所得利益才是关键。集体行动可能包括构建社会制度和执行法律法规, 两者都旨在为人们提供所需的住房、教育、食品、职业防护、环境保护和补救、社会保障以及纠正市场失败 (Stiglitz, 2006)。

## 经济增长与其分配

对于任何一个国家——争议主要集中在低收入国家上——经济增长使获得巨大利益变成可能。但是迄今为止, 全球财富已经有了巨额增长, 全球技术和生活标准也已获得极大提升。现在世界面临的问题, 不是需要进一步的经济增长来减少贫困和实现千年发展目标。如要实现这两点, 凭现有财富和收入是绰绰有余。问题在于如何对财富进行分配和使用。

第一, 过去 25 年里——全球化迅猛发展的时期——经济增长带来的利益在各个国家之间的分配极为不公。表 3.1 显示, 在 1980 年拥有全世界人口 10% 的最富裕国家, 它们的国民总收入之和是拥有全世界人口 10% 的最贫困国家的 60 倍。到 2005 年, 这一数字上升为 122 倍。

图 3.1 2000 年普雷斯顿曲线 (Preston Curve)



<sup>1</sup> 一个购买力平价汇率等于不同货币在他们自己国家里购买给定的一揽子商品的能力

表 3.1 各国间收入不平等程度加大

年份	名义人均国民总收入		
	最富裕国家 *	最贫困国家 *	倍数
1980	11840 美元	196 美元	60
2000	31522 美元	274 美元	115
2005	40730 美元	334 美元	122

\* 表示拥有全世界人口的 10%。数据分别摘自世界银行 1982、2002 和 2007 年世界发展报告中的表 1，以及相应年份的市场汇率。不同年份的名义美元收入倍数具有可比性

来源：Pogge (2008)，获得出版方授权重印

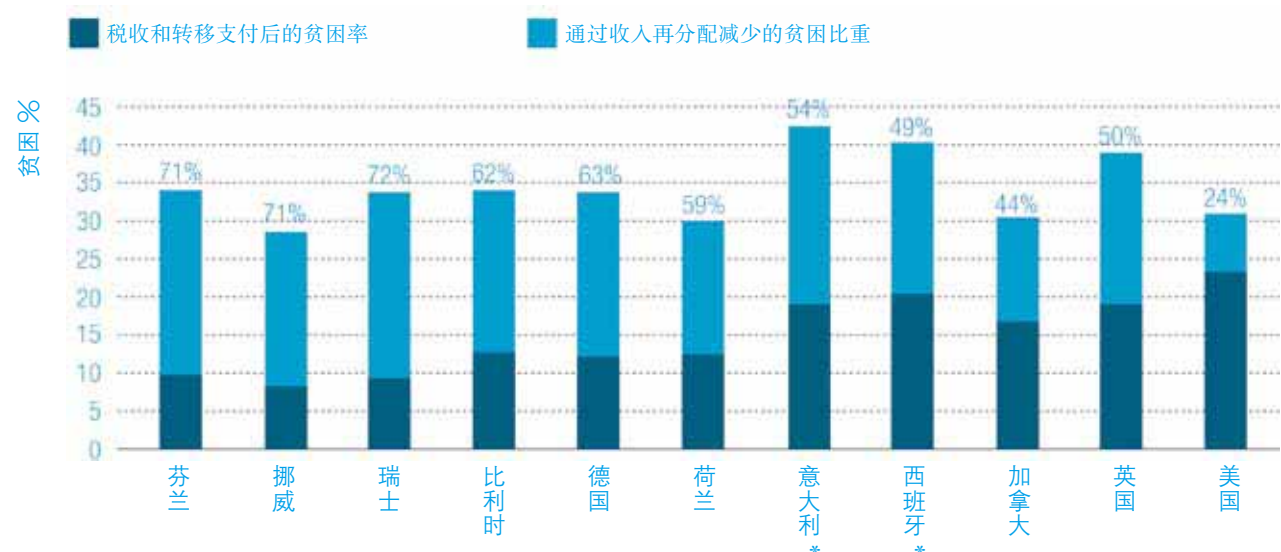
第二，国际援助资金——其总额不足，而且远远低于经济合作与发展组织的捐赠国于 1970 年承诺的水平——与许多贫困国家所需偿还债务的规模相比，显得微不足道 (UNDESA, 2006)。结果就是在很多情况下，净资金从贫困国家流出，而流入到富裕国家——此种事态令人担忧。然而，这种净资金流出规模很小，如果对比一下全球金融市场上巨额资本金的大量流动——在 2007 年流动速率是平均每天 3.2 万亿美元——其中大量可能通过资本外逃的方式，破坏中低收入国家的社会经济发展。

据测算，如果要把目前全世界 40% 日均生活

水平在 2 美元以下的人口提升到 2 美元线以上，每年的总花费大约在 3000 亿美元——这还占不到高收入国家国民总收入的 1% (Pogge, 2008)。贯穿报告全文，我们将反复指出钱本身不是问题的关键。更重要的是使用钱的方式，将钱用于公平地分配商品和服务以及构建包括低收入国家在内的公平制度。不过，以上简单的计算显示，全球并不缺钱。

第三，收入不公平不仅存在于国家之间，也存在于国家内部。过去 15 年的趋势显示，许多国家中最贫穷的 1/5 人口，他们在国家消费总额中所占比例越来越少 (MDG Report, 2007)。收入不平等本身是否就是一个影响国家健康水平的主要因素？围绕这一问题展开的激烈争论由来已久 (Wilkinson; 1996; Deaton, 2003)。尽管收入不平等只是商品和服务分配不平等的一个指标，但是强而有力的经验和事实表明应当关注正在增加的收入不平等。政府有权力减少税前收入不平等的影响。图 3.2 显示了在许多高收入国家中政策对贫困的影响力 (Lundberg et al; 2007)。该图使用了相对贫困概念，收入中位数 60% 以下的即为贫困。图上显示，北欧国家的财政政策使得贫困流行率大大低于英国或者美国。政策是关键。

图 3.2 不同国家中，政府福利性收入再分配之前与之后的相对贫困比重



贫困分界线 = 可支配收入中位数值 的 60%；

\* 这些国家收入再分配之前的贫困分界线，采用了净税收收入计算

数据来自卢森堡收入研究

摘自：Lundberg et al. (2007) 引用的 Ritakallio & Fritzell (2004)，经作者授权重印

显而易见，对于国民收入更低的国家而言，更大的经济增长对收入贫困的作用更小，而对收入不平等的作用更大。以肯尼亚为例，据联合国发展项目（UNDP）测算，以其现有的经济增长速度和现存收入不平等程度，中等贫困家庭直到2030年才有望跨越贫困线。让穷人分享到的经济增长好处翻一番，意味着2013年提前实现减贫。换句话说，千年发展目标提出的减少贫困不仅意味着关注经济增长，更意味着关注收入分配。

## 投资健康的回报

正如经济增长及其收益分配对于健康十分重要一样，投资健康及健康的决定因素对于推动经济发展也是一项重要策略（CMH，2001）。提升社会等级中底层人口甚至是中层人口的健康状况，不仅有助于改善全民健康，而且有助于增进国家的生产力（见框3.2）（Health Disparities Task Group，2004；Mackenbach，Meerding & Kunst，2007）。

### 框3.2：加拿大，投资健康与经济回报

加拿大一项研究显示，减少健康差异主要从以下两方面获得潜在的经济收益，一方面减少了卫生服务需要，另一方面减少了因丧失生产力导致的成本。

加拿大每年的卫生服务总费用大约为1200亿加元（包括已经制度化的人口账户中的260亿加元和家庭人口账户中的940亿加元）。收入最低的1/5家庭人口消耗掉了940亿加元中的31%，大约相当于收入最高1/5组的两倍。该

研究报告，如果那些低收入组的健康状况和卫生服务利用情况能够与中等收入组相同，那么就很有可能节省一大笔卫生服务成本。

此外，该研究还报告，更好的健康状况让更多的人参与到经济活动中去。只要减少10%~20%因丧失生产力导致的成本，就能为经济注入数以十亿计的加元。

来源：Health Disparities Task Group，2004



第二部分 证据、行动、行动者



# 第 4 章

## 证据和行动的本质

### 证据汇总

委员会实现其任务的方法背后的价值观已在第一部分里有所交代：健康、社会公平以及人人自尊平等的观念极为重要。然而对于政策来说，不论一个伦理道义有多重要，仅有价值是不够的，还必须要有证据。这样就可以证明在改善健康和减少健康不公平方面能够做些什么，在实践中哪些措施更有可能发挥作用。

对于什么才算证据的问题必须事先做好决定。在医疗服务领域中，证据的效力等级相当清晰。一个新的医疗干预是否比现有疗法更好？只要开展临床随机对照试验就能知道，在精心控制的条件下这一金标准能够提供一个对治疗效果的无偏估计。

谈到健康的社会决定因素时，随机对照试验只是一个不切实际的想法，这得归咎于两个相互关联的问题：干预的性质和在重要干预领域里证据匮乏。正如本报告所述，我们判断全球的和国家的经济秩序和社会政策对人们的生活和工作环境有重要影响，进而影响健康公平。对于此中大多数领域来说，很难想象如何能够开展随机对照试验。国家不能把自己借出去做随机试验。很多干预措施，比如开发和执行保护性别平等的法律，不可能在国家之间随机分配。如果委员会决定仅采纳从控制良好的对照试验中得出的证据，那么现在展现眼前的就会是一篇简短报告，里面只有建立在生物医学证据基础上的建议，得出需要进一步研究的结论。公平和社会公正，甚至健康都不可能从中得到多少改善。

的确需要进一步研究。由于本报告第 3—第 5 部分里讨论的干预的性质，其中几乎没有看起来像医学随机对照试验的地方，但是这种缺失不能成为评价现有证据的一个障碍。委员会采用了一种更加宽广的视野，来判断什么才是证据 (Kelly et al, 2006)。在本报告中，读者们将会发现各种来源的证据，包括来自观察性研究（包括自然实验和跨国比较研究）、个案研究和田野调查的证据，来自专家和外国人的知识，以及来自社区干预试验的证据。尽管委员会致力于汇集具有全球代表意义的证据，

但是证据缺口仍然无可避免地存在，尤其是在中低收入国家，这可能是由于所需信息不存在、未曾通过公开途径发表、或者是没有翻译成英文的缘故，而委员会的工作语言正是英语。

### 委员会的概念框架

加强健康公平——不论是在全球范围还是在各国国内——意味着超越当前阶段所关注的直接死亡原因。委员会比任何其他全球健康事业关注的方面都多，它全神贯注于“原因背后的原因”——即塑造了人们成长、生活、工作和衰老环境的作为全球和国家基础架构存在的社会等级。图 4.1 显示了为委员会开发的概念框架 (Solar & Irwin, 2007)。这一框架指出能够从以下几方面开展干预行动。

#### 日常生活环境

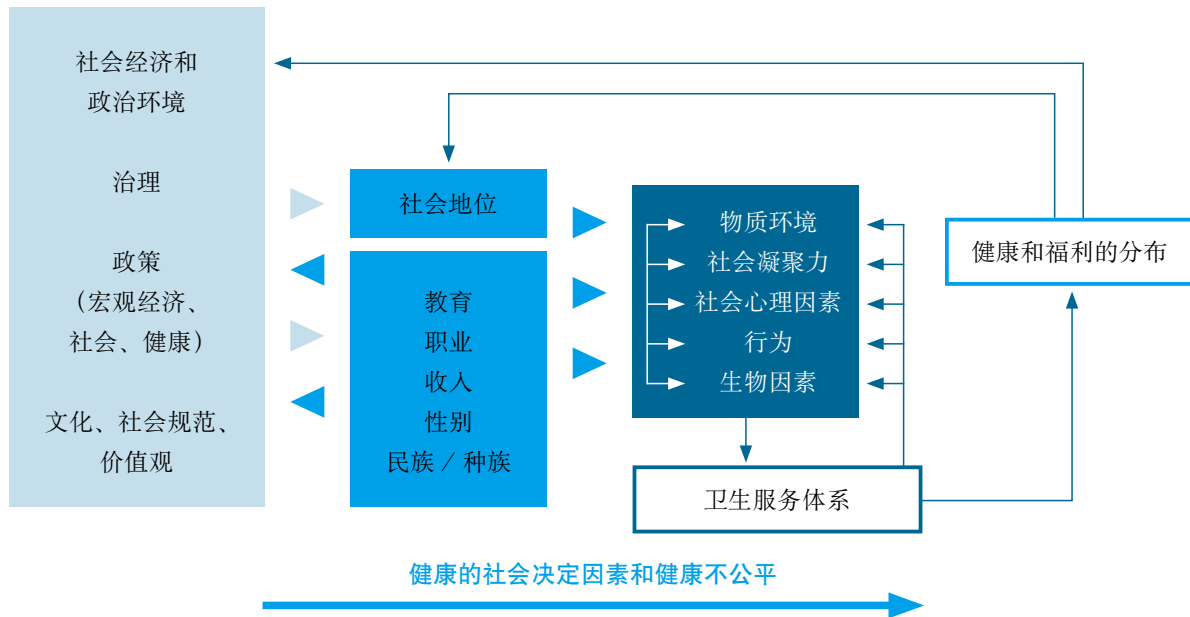
- 幼儿期不同程度地暴露在各种致病影响因素之下、社会和物质环境乃至工作，都与社会分层息息相关。由于存在这些影响因素，不同人群将会拥有不同的物质条件、心理支持和行动选择，使他们更容易获得健康，或者相反；
- 与健康促进、疾病预防和治疗相关的卫生保健。

#### 结构性驱动力

- 一个社会中社会分层的状态和程度——不公平的程度和相关维度；
- 一个社会的偏见、规范和价值观；
- 全球和各国经济和社会政策；
- 全球、国家和地方层级的治理进程。

虑及本质，委员会关注的很多社会决定因素与个人、与健康状况之间的关系都比较疏远、空洞和不稳定。因而不论是在概念上还是在经验上，每当试图建立因果关系或者证明健康公平方面行动的有效性时，就总会面临挑战。在选择所要关注的社会决定因素范畴时，委员会是以全球证据的一致性为基础进行选择的——也就是说，要同时顾及概念上

图 4.1 健康的社会决定因素概念框架



来源：摘自并修改 Solar & Irwin, 2007

的可信程度、支持性经验证据的可得程度以及在不同人群间和不同人群里关联的一致程度——并且还要证明这些决定因素经得起干预措施检验。此外，尽管已经发现了一些决定因素与健康公平之间存在很强的可能性关系，但是在可以采取哪些行动加以改善方面仍然缺少证据。

以此为基础，在概念框架的支持下，委员会的知识工作组已经建立起来，工作组的主题囊括了与全球问题、卫生体系水平问题和健康的生命周期路径相关的九大知识领域，知识工作组关注儿童早期发展（ECD）（ECDKN）、就业状况（ECOMNET）、城市设置（KNUS）、社会排斥（SEKN）、妇女和性别平等（WGKKN）、全球化（GKN）、卫生体系（HSKN）、公共卫生优先领域（PPHCKN）和测量与证据（MEKN）。性别问题在以上每一个主题中都有过系统性阐述。其他的问题，包括食品和营养、农村问题、暴力和犯罪以及气候改变在内，都没有建立专门的知识网络，但是它们也是影响健康公平的重要因素。委员会将在后面的章节中论述这些因素，提供了一些一般性建议，不过没有就如何展开行动列出更加详细的步骤。

## 判断证据

应当怎样做才能改善全球健康公平？委员会在形成关于这一问题的建议时，需要利用不同类型证

据、考察证据的范畴和完备程度并且评估针对这些健康社会决定因素而采取的行动在多大程度上可行且有效，然后在此三者之间寻找平衡。委员会提出的建议是：a) 以病因学概念框架为支柱；b) 以大量全球证据基础为支持，这些证据能够论证针对健康和健康不公平的社会决定因素采取行动的效果（有效性）；c) 以不同场景中落实行动的可行性证据为支撑；d) 以显示行动效果一致性的证据为支援，其中既有来自不同人群又有来自不同经济发展水平国家的证据。

## 委员会的行动和建议的关键领域

放眼全球，当今对于社会因素如何影响健康和健康公平的了解比历史上任何时候都好。尽管信息总不完整，对更好证据的需要依然如故，但是我们有知识可以为有效行动提供指南。通过联系我们对贫困和社会分层的理解，现在我们大胆提出掩盖在健康不公平之下的普遍问题。通过认识非传染性与传染性疾病的本质和范畴，我们证明了存在于国家之间、富人与穷人之间的那些牢不可破的关联。需要针对健康的决定因素采取行动——从社会制度环境到人们成长、生活、工作和衰老的日常生活环境，从整个政府到来自市民社会的所有利益相关者再到私立部门。

随着我们工作的不断深入，对于用一代人时间

弥合健康差距确有可能这一点，我们已经变得深信不疑。虽然需要花费巨大努力，但是定能实现。在接下来的第3—第5部分的章节将会说明，在我们如何理解健康不公平的原因上、在我们接受和使用不同类型证据的方式上、在我们合作的方法上以及在针对全球和国家层次健康不公平采取的不同行动类型上，都迫切需要改变。为落实这些干预，就要在全球、国家、地区和个人层面展开行动。

在第1章中我们说过，委员会的分析得出了三大行动原则。

1. 改善日常生活环境——人们出生、成长、生活、工作和衰老的环境。
2. 在全球、国家和地方各级处理造成这些日常生活环境的结构性因素，应对权力、金钱和资源分配不公问题。
3. 衡量问题，评估行动，扩大知识基础，向员工讲解健康问题的社会决定因素，并提高公众对健康问题社会决定因素的认识。

委员会提出的三项行动原则在以下三项主要建议中有着具体体现。如果能够采取行动切实贯彻这三条建议以及后续章节中很多更为详细的建议，那就有可能创造一个更加公平的现实环境，保障人们获得必要条件的权力以达到可得最高水平健康。

## 委员会的主要建议

### 1. 改善日常生活环境

改善少女和妇女的健康和福利，改善其子女的出生环境，重点关注女孩和男孩的早期儿童发展与教育，改善生活和工作环境，建立支持所有人的社会保护政策，创造条件获得美满的老年生活。市民社会、政府和全球机构将共同参与到政策之中，以实现上述目标。

### 2. 处理权力、金钱和资源分配不公平

要解决健康不公平和日常生活环境的不平等，就必须处理好社会组织方式中存在的诸多不公平——例如男女性别之间的不公平。这就要求在足够资金支持下，建立一个有诚信、有能力的强大的公共部门。达成这些要求，不仅需要强化政府，更需要强化治理：制定法律、扩宽空间、支持市民社会、支持私立部门承担责任、支持社会各类人群就公共利益达成一致

并且重视集体行动的价值。在全球化世界中，从基层社区到全球机构，对致力于公平的治理都有着同等的需要。

### 3. 衡量和理解问题，评估行动的影响力

认识到问题的存在，并且保证对各国国内的健康不公平以及全球范围的健康不公平进行度量，这是展开行动的一个关键平台。在世界卫生组织的支持下，国家政府和国际组织应当建立起国家和全球健康公平监督系统，对健康不公平和健康的社会决定因素进行常规监测，而且应当评估政策和行动对健康公平的影响。只有投资对政策制定者、卫生服务从业者和公众进行培训，让他们了解了健康的社会决定因素，才能创造出组织上的空间和能力，从而针对健康不公平采取有效行动。这也要求公共卫生研究更加强烈地关注社会因素。

本报告根据上述三大原则组织第3～第5部分的内容。作为一个整体，委员会的建议旨在同时解决日常生活环境因素和决定这些因素分布情况的结构性驱动力，而且在每一个主题章节中（第3～第5部分里的第5～第16章），都会针对所论主题，提出处理相关结构性驱动力和造成不公平的直接原因的行动建议。从特征上看，这些建议既有治理的，也有政策的，还有社区行动的——这是在全球、地区、国家和地方各层次上对“从上至下”和“从下至上”两种途径进行了结合。

## 给不同参与者的建议

尽管委员会强力呼吁在解决健康社会决定因素、争取健康公平的行动中，政府和公共部门应当扮演核心角色，但是它也认识到这一领域中参与者甚众——全球性组织和机构、政府自身（国家的和地方的）、市民社会、研究和学术团体以及私立部门。每一个参与者都应当在第3～第5部分的章节里和关于行动的建议里得到清楚地体现。下面将会对每类参与者及其对应的关键行动领域和建议进行一下总结，而有针对性的详细建议则可以在每一个主题章节中找到。

### 多边机构

委员会的一个主要建议是加强多部门协调——不仅在政策制定上，而且在行动上——以提高针对健康社会决定因素的行动效力，做到改善健康公平。



多国专家和双边筹资机构能够采取多种行动以增强其在健康和健康公平的社会决定因素领域的集体影响力，包括：

- 协调全球监测与行动。采纳健康公平作为一个基本共同目标，使用同一个全球指标框架来监测健康公平的发展情况；在各种多边机构主题工作组中展开合作，使针对健康社会决定因素的行动能够协调一致。
- 持续地和负责地筹资。确保增加援助、减轻债务；支持受援国政府针对健康社会决定因素制定连贯政策、采取持续行动；在受援国核心义务条款中使用反映健康公平和健康社会决定因素情况的指标。
- 提高联合国成员国对全球治理的参与程度。支持成员国和其他利益相关者公平地参与各种全球政策制定论坛。

### 世界卫生组织

世界卫生组织是全球卫生方面被授权的领导人。通过推动针对全球健康公平和健康社会决定因素的行动议程，世界卫生组织正好可以提高其领导地位。世界卫生组织可以采取的行动十分广泛，包括：

- 全球和国家层面的政策协调。肩负管理人角色，在多边体系中支持伙伴机构开展健康社会决定因素能力建设，协调政策一致；增强全球和各成员国的技术能力，以便在所有主要多边论坛中代表公共卫生；支持成员国开发针对健康社会决定因素的政策协调和跨部门行动机制。
- 测量与评估。通过全球健康公平监测体系，支持将设定的健康公平目标和监测的国家间和国家内的健康公平进程作为核心发展目的；支持成员国建立国家健康公平监测体系，支持各国进行必要的技术能力建设；支持成员国开发和利用健康公平影响力评估工具和其他健康公平相关工具，例如国家公平量表，召集一个全球性会议，作为定期回顾全球状况工作的组成部分。
- 提高世界卫生组织的能力。从总部到地区办公室再到国家项目办，要在世界卫生组织内部进行健康社会决定因素能力建设。

### 国家和地方政府

健康社会决定因素和健康公平方面的支持行动是一个被赋权的公共部门，它建立在公正、参与和

多部门合作的原则之上。这就需要巩固国家、地方的政府和公共机构的核心职能，尤其是政策协调、参与治理、计划编制、法规制定与执行以及标准设定的职能。这也需要依靠卫生部的强大领导能力和管理能力，以及世界卫生组织对卫生部的支持。政府行动包括：

- 跨政府的政策协调。中央政府应肩负起健康和健康公平的行动责任，并且确保跨部委和跨部门的政策制定协调一致。
- 加强针对公平的行动。承诺逐步建立覆盖全民的卫生保健服务；成立一个中央的性别委员会以促进政府政策制定中的性别公平；改善农村的生活环境、基础设施建设和服务；改造贫民窟，加强地方参与的健康城市规划；投资于充分就业、适宜的劳动力政策和项目；投资于儿童早期发展；在全民社会保障项目支持下，不论个人的支付能力，针对重要的健康社会决定因素建立起全民享有的服务和项目；建立一个国家法规框架，对损害健康的商品加以严格控制。
- 筹资。借助健康社会决定因素的行动框架，公开透明地引入国际资金（援助、债务免除）；通过改良的国内累进税制增加收入；与其他成员国合作制定地区和（或）全球的项目计划书，争取新的国际公共资金来源。
- 测量、评估和培训。建立起全民出生登记；通过建立国家健康公平监测体系，设立与健康公平相关的跨政府绩效评价指标；开展能力建设以利用好健康公平影响力评估，将之作为所有主要政策的一项标准条款；对卫生从业者和政策制定者进行健康社会决定因素的培训；提高公众对健康社会决定因素的认知。

### 市民社会

生活在社会中，物质、社会心理和政治方面的赋权对于社会里的任何人都是至关重要的，它们是社会福利和健康公平的基石。作为社区成员，从全球到地方各个层次的草根支持者、服务和项目提供者、绩效监督者和市民社会参与者共同构筑起一座重要的桥梁，把制定的政策和计划与现实生活的变革和完善连接了起来。通过在不同社区里帮助组织和发出不同的声音，市民社会能够成为健康公平的一个有力拥护者。前文列举的许多参与方，至少在

某种程度上都是市民社会施加压力和鼓励的结果；在用一代人时间迈向健康公平的道路上，经由市民社会参与者的留心观察和记录，许多里程碑上将会铭刻下——成功或者失败。市民社会能够在针对健康社会决定因素的行动中扮演一个重要角色，通过：

- 参与政策、计划、项目和评估。从全球层次，到国家部门间论坛，再到地方层次的需求评估、服务提供和支持，全方位参与关于健康社会决定因素的政策制定、计划编制、项目执行和评估，同时监督服务的质量、公平性和影响力。
- 绩效监督。对特殊的健康社会决定因素进行监督、报告和呼吁，例如改造贫民窟并提高其各项服务质量、正式与非正式就业环境、儿童劳工、土著居民权利、性别平等、健康和教育服务、法人行为、贸易协议和环境保护。

### 私立部门

私立部门对健康和福利产生着深远影响。尽管委员会一再强调公立部门领导力在健康公平行动中扮演着重要角色，但这并不是暗示说私立部门的行动不重要。不过，的确说明需要识别潜在的负面影响，并且需要负起责任对那些影响进行规范。只要控制了有损健康和健康公平的不必要影响，私立部门的活力就会大大体现出来，就有可能提高健康和福利水平。其行动包括：

- 增强责任感。了解并自觉遵守国际公约、标准和惯行的雇佣法规；确保男性和女性拥有公平的雇佣和工作条件；减少和消除童工，并且确保履行职业卫生和安全标准；支持教育和职业培训机会，将其作为雇佣条件的一部分，特别强调给予妇女机会；确保私立部门的行为和服务（例如取得了救命药物的专利权并进行生产，提供健康保险计划）为健康公平做出贡献而非相反。
- 投资于研究。承诺研究和开发针对被忽视疾病和与贫困相关疾病的治疗方法，在潜在的生命攸关领域（例如药品专利）中，进行知识共享。

### 科研机构

全球、地区、国家和地方层次的知识——健康

状况到底如何；于此状况下能够做些什么；哪些工作能够通过健康社会决定因素有效作用于改善健康公平——这些都是委员会关注的核心问题，也是其全部建议的立足点。需要研究来提出新见解，并借助现实可行的渠道将这些见解传播给上面提到的所有合作伙伴。关于健康社会决定因素的研究和知识以及实现健康公平的行动路径，都要依赖于学者和实践者的长期献身，不过也要依赖于新的方法论——识别和使用不同类型的证据，识别研究过程中的性别偏倚，以及识别全球知识网络和社区扩展带来的附加价值。该领域的参与者可以采取的行动包括：

- 生产和传播关于健康社会决定因素的证据。确保研究资金被用在健康社会决定因素的工作上；通过开发和检验健康社会决定因素指标和干预效果评估来支持全球健康观测以及多边的、国家的和地方的跨部门工作；按照开架阅览的原则建立和扩张虚拟网络和信息交换场所，增加来自高、中、低收入环境中全部站点的可及性；力争逆转智囊资源从中低收入国家流向高收入国家；同时，解决并消除研究团队、项目申请、设计、执行和报告中的性别偏倚。

### 将建议置于特定背景中

委员会面临的一个中心挑战来自于健康不公平的普遍性本质。诚然，相比其他国家，不公平在某些国家中范围更大，但是很明显它们是普遍存在的。正如随后第3—第5部分的章节所示，有一些普遍原则可适用于所有国家。对于中低收入国家来说，还需要一些不同的原则。这些章节将会采用一些方法处理这个问题。经验告诉我们，尽管有一些普遍原则，但是只有在综合国家和地方的特定背景下才能设计出精准的政策解决方案。

如果委员会的建议有利于改善最贫穷国家的健康水平和全球健康公平程度，那么必然要求改变全球经济环境。这就需要采取行动减少外部经济压力，重新调整公共部门筹资限制，改善国家基础设施和人的能力，巩固和提高妇女的受教育成果。执行委员会的建议就是要求改变全球经济的运转方式，以便防止那些市场压力和国际承诺来阻碍建议执行又或引发意外的负面效果。





## 委员会三项行动原则的第一项是

改善日常生活环境，即改善人们出生、成长、生活、工作以及老年环境。

由于社会组织方式上存在不公平现象，社会内部以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一。这种不公平反映在儿童早期和就学环境上，体现在就业的性质和工作环境上，并显现在建筑环境状况上以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不同的物质条件、心理 / 社会依托以及行为举止，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不一，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。

委员会的工作从终生的长远角度审视健康的社会决定因素如何在发展的各个阶段——孕期和分娩期，幼年期，儿童期，青少年期和成人期发挥其作用。这些决定因素不仅对健康有即时效应，也为日后的健康和疾病状态打下了基础。

接下来的章节，第 5 ~ 第 9 章，将特别关注日常生活的条件，为改善早期和学龄期生活的条件而采取的行动依次提供建议，并集中讨论城市的社会和物质环境以及就业与工作条件的本质。社会保障的本质，特别是收入保障，被认为是日常生活的基本资源。第三部分的最后一章将讨论有关卫生保健体制的有关问题。



# 第5章

## 起点公平

**“你们每个人都是自己的主人，具有与生俱来的权利和尊严。你们每个人都理应享有最高的人生起点，以接受最优质的基础教育、充分发挥个人潜能，并且积极参与到有益的社区活动中来。”**

Nelson Mandela and Graça Machel (UNICEF, 2000)

### 儿童早期成长与教育——强大的均衡器

在世界范围内，每年约有1000万儿童在5岁之前死亡(Black, Morris&Bryce, 2003)。其中大部分儿童早期死亡发生在中低收入国家。而在这些国家中，贫困家庭和社区的儿童早期死亡率最高(Houweling; 2007)。即使是在如英国这样的高收入国家中，情况也是如此(Department of Health; 2007)。关注死亡率差异这一问题已是迫在眉睫。同样重要的是，无论从健康角度或是社会功能层面上看，至少还有2亿儿童没能充分发挥他们成长的潜能。(Grantham-McGregor et al, 2007.)。但是2亿这一数字还仅仅是个保守估计，因为它是建立在以日收入低于1美元为贫困这一定义上的，而实际情况是财富状况会逐步影响孩子的成长(ECDKN, 2007a)。儿童早期(胎儿时期至8周岁)的经历、早期和后期的教育对其一生都有重要影响(ECDKN, 2007a)。所以说，与事后尽力补救相比，贫富国家的儿童和社会若是能在其起始阶段就保证有一个良好的开端，必将事半功倍。在保证儿童生存率的前提下，政府部门可以大力促进人口健康的可持续性发展，同时通过采用更加综合全面的手段影响儿童早期生活，以完成联合国儿童权利公约所赋予的职责(ECDKN, 2007a)。

#### 更加全面地影响早期生活的手段

有关儿童早期的研究显示在儿童早期发育过程中，外界因素对大脑发育影响显著，这一影响始于子宫并持续终生。儿童所暴露的外界条件，包括人际关系质量以及语言环境，这些因素都影响着大脑的发育(Mustard, 2007)。抚养健康的儿童意味

着要促进他们的生理、语言、意识、社会以及情感的全面发展(ECDKN, 2007a)。早年的健康成长为日后在社会、情感、认知以及生理健康等方面的积极发展打下了坚实的基础(ECDKN, 2007a)。

学前教育 and 在校教育也从根本上塑造了孩子们以后的人生轨迹和健康状况。尽管近年来我们在教育上已经取得了不少成就，然而据估计，仍有7.5亿学龄儿童无法接受教育(UIS, 2008)。鉴于健康对成人的收入、就业和生活条件的影响，儿童学业成就在一定程度上与健康状况相联系(Ross & WU, 1995; Cutler & Lleras-Muney, 2006; Bloom; 2007)。在这方面代际效应显著——母亲的教育程度是决定儿童健康、生存率、学业成就的决定性因素(Caldwell, 1986; Cleland & Van Ginneken, 1988)。

成人的许多问题可以归根于早期的生活经历，包括一些重大的公共卫生问题，例如肥胖、心脏疾病、精神健康等。来自贫困背景的儿童可能在校成绩不好，所以他们长大成人之后相应地收入低、生育率高，从而无法为他们的后代提供良好的医疗保健、营养条件和精神激励，这就产生了弱势群体的代际效应。成人的性别不平等现象也源于儿童时期的经历。早年的性别社会化和性别歧视体验影响着孩子们的成长，这一现象在女童中尤为明显。权利关系、偏见的社会常态以及相关的日常体验进一步强化了早年的性别不平等观念，从而对成人性别不平等现象产生深远影响(ECDKN, 2007a)。

儿童的存活和发展还取决于本报告其他章节所谈到的许多因素。在早期，医疗保健体系扮演着关键的角色(ECDKN, 2007a)。母亲和儿童从怀孕、生产、直到生活早年都需要一系列连续性的医疗保健(WHO, 2005b)(请见第9章:全民医疗保健)。孩子在出生时就需要进行登记(请见第16章:健康问题的社会决定因素:监督、研究和培训)。他们需要安全健康的环境——高质量的住房、清洁的饮用水、干净的设施、安全的居住区以及对暴力行为的防范(请见第6章:健康取决于卫生环境)。良好的营养供给至关重要，它始于营养充足母亲的

子宫。这就强调了以长远视角来解决健康不平等现象的重要性 (ECDKN; 2007b)。在出生 1 小时内进行母乳喂养、出生后母婴立即进行皮肤接触、生后头 6 个月母乳喂养和生后第 2 年持续母乳喂养等就显得举足轻重, 因为这些措施通过提高食物安全性从而保证了婴儿和儿童在早期享有健康饮食的途径 (PPHCKN, 2007a; Black et al, 2008; Victora et al, 2008)。

更长远地来说, 儿童生存与发展决定于社会、政府以及国际组织能在多大程度上公平有效地组织事务 (请见第 10 章和第 14 章: 在所有政策系统和规划中体现健康公平; 提高政治地位——包容性与发言权)。通过母亲教育程度、收入以及权利所体现的性别平等在儿童生存和发展的过程中扮演着关键的角色 (请见第 13 章: 两性平等)。如果国家政府能够采纳家庭社会保护政策, 保证人人享有足够的收入 (请见第 8 章: 终身社会保障) 并且允许父母和抚养者更好地平衡家庭和工作 (请见第 7 章: 公正就业与体面工作), 那么儿童将从中受益。国内和国际的政治领袖应该在防止对儿童成长的急性威胁中发挥重要作用, 急性威胁包括战争、暴力、童工以及虐待 (WHO, 2005a)。然而全球权利不平等的现实制约了贫困国家实施利于儿童成长的政策法案 (ECDKN, 2007a) (请见第 11 章、第 12 章、第 15 章: 公平筹资; 市场责任; 全球良好治理)。

孩子们需要支持、抚养、关怀和互动的生活环境。并且, 他们需要有机会去探索世界、玩耍以及学习如何说话和倾听。学校作为影响儿童发展环境的一部分, 在锻炼儿童能力方面起着至关重要的作用。并且如果他们影响广泛的话, 还可能会促进健康的公平性。设计精良的儿童早期开发项目能够推进儿童向小学学习过渡的进程, 并促进其日后的学习生活 (UNESCO, 2006b)。

创造利于儿童茁壮成长的条件需要在各个社会领域实施连贯的政策制定。父母和照料者可以做出很多贡献, 但是来自政府、社会团体以及广泛社区的支持仍然是必不可少的。在世界范围内有很多政府忽略了儿童的发展, 所以社会团体在宣传和改善儿童健康成长的条件下扮演着重要的角色。

不仅环境塑造着儿童早期开发, 同时孩子们也影响着环境变化 (ECDKN, 2007b)。儿童与环境之间关系的本质引导着人们的行动和研究, 也反映了赋予儿童更大的发言权的重要性 (Landon Pearson Resource Centre for the Study of Childhood and Children's Rights, 2007)。

## 儿童早期开发: 强大的均衡器

对儿童早期开发的投入是国家最强大的政策措施: 它能降低攀升的成人慢性疾病发病率、缩减司法和监禁系统的成本, 使得更多的儿童能够健康成长从而为社会和经济发展作出贡献 (ECDKN, 2007a; Engle et al, 2007; Schweinhart, Barnes & Weikart, 1993; Schweinhart, 2004; Lynch, 2004)。对儿童早期开发的投入也可以是强大的均衡器, 因为它的干预措施能对最贫苦的儿童产生最大的效应 (Scott-McDonald, 2002; Young, 2002 Engle et al., 2007)。贫富国家的政府如果能在早期对儿童实施有效的儿童早期开发项目和服务纳入到其广泛的发展计划中去, 那么这些投资将为他们带来多倍的效益 (Schweinhart, Barnes & Weikart, 1993; Schweinhart, 2004; Lynch, 2004)。然而不幸的是, 多数在卫生以及其他领域投资的长远效益远远不如即时或短期效益那样受到重视。

用一代人的时间弥合健康差距需要一种看待儿童发展的新方法。这种方法需要更加综合地理解儿童早期的在生理、社会/情感和语言/认知等方面的发展。对儿童早期开发和教育意义的理解将大大增加在一代人的时间内弥合健康差距的可能性。它是驱使我们在生活早期并从现在就开始行动起来强大动力。相反的, 无所作为的危害将会持续一生。

## 为创造更加公平的起点而采取的行动

委员会认为促进儿童发展的综合措施不仅包括儿童的生存以及生理发展, 同时也包括其社会/情感和语言/认知发展, 他们应该被列为首要政策发展对象。这要求在国际以及国内层面上给予承诺、发挥领导作用并制定连续性好的政策。同时, 面向世界儿童的儿童早期开发综合干预手段也是必不可少的。

### 转变观念

#### 委员会建议:

- 5.1 世界卫生组织以及联合国儿童基金会 (UNICEF) 建立了机构间协调机制, 以保证机构发展的政策连贯性, 这是一种促进儿童早期开发的综合手段 (见 15.2; 16.8)。

社会各领域, 例如医疗业、营养学、教育界、

## 起点公平：行动领域 5.1

通过强化现有的儿童生存项目、发展早期干预措施、整合儿童社会 / 情感和语言 / 认知的发展，从而在生命早期承诺并实施综合措施。

劳动部门、饮用水和卫生系统的行为都会影响到儿童早期的发展。同样的，许多联合国内外的相关人士和机构也与儿童早期开发相关。这包括联合国开发计划署（UNDP）、联合国难民署（UNHCR）、联合国儿童基金会（UNICEF）、联合国人口基金（UNFPA）、世界粮食计划署（WFP）、联合国人居署（UN-HABITAT）、国际劳工组织（ILO）、联合国粮农组织（FAO）、联合国教科文组织（UNESCO）、世界卫生组织（WHO）、联合国艾滋病联合规划署（UNAIDS）、世界银行、国际货币基金组织（IMF）、国际移民组织（IOM）以及各个社会民间团体。许多这样的机构并没有将改善儿童早期开发作为明确的目标，然而它们对儿童的早期开发却可能产生重大的正面或负面影响。

应该建立机构间机制来保证综合而连贯的促进儿童早期开发的途径，这样的机构间机制可以采取多种形式。一个很好的模式就是所谓的专题委员会，例如联合国营养常设委员会（SCN）（见框 5.1）。这样的委员会不仅可以联合相关的联合国机构及政府单位，而且还能团结民间社会组织和专业儿童早期开发网络（见第 15 章：全球良好治理）。

采用 SCN 模式后，机构间机制的主要活动包括：（I）发展并执行高水平宣传和战略交流的策略，（II）追踪并报告实现全球儿童享有健康起点的进展状况，（III）通过联合国协调系统在国家层面上将儿童早期开发整合至与千年发展目标相关的活动中去，（IV）将人权观念——尤其是《在儿童早期落实儿童权利的大致评论》中所体现的儿童早期权利在机构间机制中进行主流化（UN, 2006a），（V）确定关键的科学及操作缺陷（联合国营养常设委员会，nd, b）。在国家水平上，机构间组织可推行一种使决策者、医师、研究人员和民间社会组织团结起来形成儿童早期开发网络的方式，以确保研究和实践经验的分享和传播。

为确保国内和国际范围内儿童早期开发政策的连贯性，国际组织尤其是世界卫生组织和联合国儿童基金会需要巩固它们的领导地位并加强对保障儿童早期开发所做出的承诺。这些组织的许多项目对儿童发展都有影响，例如有关儿童存活、免疫、生殖健康和艾滋病的项目。并且这些项目应该将儿童早期开发明确地纳入它们的研究对象。这就要求具有高度责任心的研究人员和支持儿童早期开发的资

### 框 5.1：机构间协调机制范例——联合国营养常设委员会

联合国营养常设委员会被授权促进联合国各机构及其合作组织间的协调活动，支持社区、国家、地区和国际范围内有关消除各种营养不良现象的工作。为实现这一目标，它必须明确世界范围内抗击营养不良工作的方向、扩大其范围并加强其一致性。它还必须增强人们对营养不良问题的认知，号召全民在世界、地区和国家水平上解决这一问题。联合国营养常设委员会向联合国总行政董事会汇报工作情况。联合国成员包括非洲经济委员会、粮农组织、国际原子能机构、国际农业发展基金会、国际劳

工组织、联合国、联合国艾滋病联合规划署、联合国开发计划署、联合国环境规划署、联合国教科文组织、联合国人口基金、联合国难民署、联合国儿童基金会、联合国社会发展研究所、联合国大学、联合国世界粮食计划署、世界卫生组织和世界银行。国际粮食政策研究所和亚洲开发银行也是其成员之一。从始至终，合作伙伴的双边代表包括非政府组织都积极参与到了联合国营养常设委员会的活动中来。

本资料经联合国许可，由联合国营养常设委员会提供（nd, a）。



金，以求：

- 在宣传儿童早期开发是健康的关键社会决定因素中发挥重要作用。
- 为将儿童早期开发整合到国家政策和国际发展框架中提供技术支持（例如《减少贫穷的战略文集》[PRSP]）。
- 为地区、国家和战略伙伴提供技术支持，帮助他们将简易的儿童早期开发的干预手段（例如为促进发展的儿童疾病保健综合管理）整合到卫生服务和社区卫生行动中。
- 负责收集儿童早期开发干预手段的有效性证据，特别是那些与卫生保健系统有关的措施。
- 为国家收集国内儿童早期开发数据和建立相应的监督机制提供支持。

为保障实施儿童早期开发的综合手段，需要国际组织和捐赠机构支持各国政府开展能力建设和发展财政机制，以更好地实施这些措施。我们需要建立全球筹资战略来帮助《儿童权利公约》的签署国落实联合国委员会对有关儿童早期权利的综合评价<sup>7</sup>。

## 实践中的儿童早期开发综合干预措施

委员会建议：

**5.2 政府建立覆盖全民的成套服务，不考虑个人的购买力，而为儿童、母亲以及其他抚养人提供保障儿童早期开发质量的项目和服务（请见 9.1；11.6；和 16.1）。**

### 促进儿童早期开发的综合政策框架

促进儿童早期开发的综合政策框架能在最大程度上保障所有儿童的健康起点。这要求协调的部门合作和有连贯的政策、明确各单位职责和制定加强合作的策略。例如，社会福利和教育部门的合作可以更好地促进学龄前培训向小学教育的过渡（OECD，2001）。儿童早期开发项目应该被纳入各个部门的工作日程里，以明确其作为政策制定中常规研究领域的地位（请见第 10 章：在所有政策系统和规划中体现健康公平）。

在生命早期实施综合措施包括：通过增加儿童存活和生理发展质量的干预手段来整合儿童社会 / 情感和语言 / 认知的发展。儿童早期开发项目和服务应该包含但不限于母乳喂养、营养支持及对产前、产期和产后母亲的支持护理包括——解决母亲产前及产后的精神卫生问题（Patel et al.,

2004）（见第 9 章：全民医疗保健）——父母及抚养人支持、儿童保育以及大约从 3 岁开始的早期教育（见以下的行动领域 2）（ECDKN，2007a）。不仅如此，我们还需要满足儿童的特殊需要，如提供针对精神和生理缺陷的服务。这样的服务包括早期侦查、培训保育人员，使他们能够在家庭中与孩子更好地互动；以社区为基础的早期干预项目帮助孩子们发挥潜能和通过社区教育宣传以防止对残疾儿童的歧视（UNICEF，2000；UNICEF 2007a）。当干预措施能够为孩子、保育人员提供直观的学习经验，达到高密度、高质量、长期及面向儿童早期和弱势儿童，并以现有的儿童生存和健康项目为基础以使儿童早期开发项目切实可行时，这样的措施才最高效（Engle et al., 2007）。

为实施促进儿童早期开发的政策框架，我们需要与民间社会团体、社区和保育人员加强合作。民间组织可以宣传和发动利于儿童早期开发的行动，推进当地相关策略的组织来为家庭和儿童提供有效的儿童早期开发服务实施、增强居住环境的安全和有效性，并加强当地和相关社区改善儿童生活条件的能力（ECDKN，2007a）。

大多数国家并没有综合的儿童早期开发政策框架。但是，世界范围内有许多可借鉴的范例。

### 由单一向综合促进儿童早期开发成套服务的转变

力求改善儿童早期开发项目和服务的实施可以遵循多种不同的模式。有些项目专注于解决单一问题，如早期教学（见框 5.2），而其他的项目则试图更加全面地解决不同问题（见框 5.3 和框 5.4）。

在所有整合刺激和营养的措施中，合并儿童发展不同维度的方式最为成功（Engle et al., 2007）。它们能够促进生理、社会 / 情感和语言 / 认知的持续性发展，并同时减少疾病的即时和潜在负担，这对于那些易受伤害的弱势群体来说显得更为重要（ECDKN，2007a）。图 5.1 清楚说明了这一点，并揭示了对于给予食物补充和生理社会刺激的矮小儿童来说，他们的精神发育状况与非矮小儿童基本没有差别（图 5.1）。

我们还能够提供更加综合而全面的成套服务，包括激励刺激、营养补充、家长教育以及各种形式的家庭支持（见专栏框 5.3）。

### 框 5.2：大声朗读的刺激——美国

“主动阅读”是美国的一个非盈利组织，通过为孩子们提供书本和向那些参加儿科考试的父母提供有关大声朗读在儿童发育和入学准备中重要性的相关建议以此来促进早期教学。

在每次检查的过程中，医生和护士都会鼓励父母为孩子们大声朗读，并针对不同的年龄阶段提供相应的建议和激励。他们还鼓励那些觉得阅读困难的父母依据图片来编造自己的故事，并和孩子们一起命名事物。此外，他们还

向6个月至5岁大的儿童赠送与其发展阶段相符的小人书。在浓厚的文化氛围中，尤其是在志愿读书者的参与下，父母和孩子能够更加充分地体会到易趣阅读的乐趣和技巧。接受干预措施的父母更倾向于为孩子们朗读书籍，同时他们也会收集更多的儿童早期读物。最为重要的是，受到干预的儿童在学前语言测试——后期学术成就的良好预测指标中将取得更高的成绩。

资料来源：ECDKN，2007a

### 框 5.3：牙买加应对儿童早期开发挑战的综合手段

贫穷的牙买加儿童早期除了贫困之外还面临着许多挑战。营养不良儿童项目满足了因营养不良入院的儿童对于营养和心理社会的需求。医院工作人员发现在本项目实施之前，许多康复的出院儿童常常在不久后又因为相同的病因再次入院。为解决这一问题，他们进行了随访并以此来监测出院儿童的情况。随访期间，研究人员重点关注那些可能决定儿童健康状况、营养状态和对补充食物需求的因素，如激励和

环境条件。父母持续参与每周一次的教育和社会福利项目，帮助他们培养增加收入的技能、开展自助项目、寻求工作和收容所。失业的父母还能获得食物、住宿和衣物的援助。此外，贫困社区还开展了一些项目，例如通过流动式玩具借贷模式定期对3岁以下儿童进行的心理社会激励。

获出版社同意，本资料来源于 Scott-McDonald(2002)，经改编。

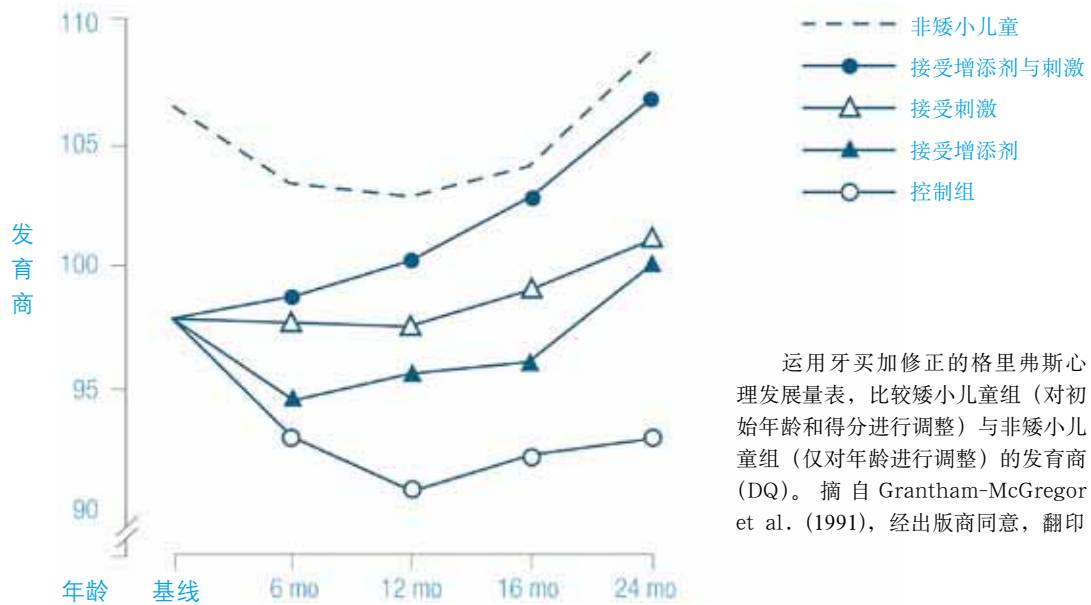
### 框 5.4：在孕前实施干预——印度的儿童发展综合服务（ICDS）

儿童发展综合服务是世界范围内最大的儿童发展和儿童营养项目之一，目前覆盖了3000万余名儿童。该服务的内容包括通过拓宽孕妇、哺乳期妇女以及青春期少女获取食物的途径来给予她们支持。该服务还包括提供儿童保健中心、学前教育、监控0-5岁儿童的成长、帮助营养不良的儿童辅助进食、促进儿童免疫以及若干急诊服务(Engle et al., 2007)。本项目的实施结果较为复杂，某些国家和政府在营养不良、儿童运动以及儿童精神发展方面取得了

积极进展(Engle et al., 2007; Lokshin et al., 2005)。在各个国家和政府内，贫困村庄更容易从该项目中获益。然而，在儿童营养不良发生率最高的国家和政府内，本项目的覆盖程度最小而且中央政府为其划拨的预算也最少(Das Gupta et al., 2005)。世界银行的一项评估发现，“该项目的积极作用低，可能是由于资金不足、社区工作人员超负荷工作而缺乏相应的培训。”

资料来源：Engle et al., 2007

图 5.1 牙买加为期 2 年的干预研究：营养增补剂与心理社会刺激对矮小儿童的联合作用



### 尽早提供终生干预措施

与年长的孩子相比，年幼的儿童更容易从幼儿发展干预措施中受益，这强调了尽早提供相关项目和服务的重要性 (Engle et al., 2007)。某些影响因素和问题应在分娩甚至是怀孕前就应得到解决。框 5.4 说明了如何以终生干预的方式来应对儿童的发展和营养问题，这不仅适用于儿童，也能推广至孕妇、哺乳期妇女以及青春期少女。

### 为最为落后的弱势群体优先提供干预

在实现全民覆盖的指导框架下，通过给予社会弱势群体以及发育落后儿童以特殊关注，能够大力促进幼儿发展的公平性，其中一个重要的原因就是

幼儿发展干预措施在这些弱势全体中最为行之有效 (Scott-McDonald, 2002; Young, 2002; Engle et al., 2007)。

然而不幸的是，来自最为贫穷的家庭和社区的儿童反而最难以享受到幼儿发展项目和服务 (UNESCO, 2006b)。在引进新措施之前，富人将先于穷人受益 (Victora et al., 2000; Houweling, 2007)。儿童疾病综合管理项目的执行情况正是如此，它在常规实施的条件下并未优先服务于穷人 (PPHCKN, 2007a)。另一方面，许多案例，如菲律宾的情况都说明了覆盖弱势儿童的计划是可行的 (见框 5.5)。资源稀缺的国家应优先为最为易受伤害的儿童提供相关服务，而将实现全民覆盖作为其长期发展目标 (ECDKN, 2007a)。

### 框 5.5：菲律宾边缘社区的儿童早期开发

菲律宾的一个项目为边缘社区的儿童早期提供健康、营养和早期教育。这一项目涉及了国家水平内的许多部门、社区层面的推广人员和儿童发展卫生官员。本项目追踪了每个儿童的发育状态并检测了碘盐、微量元素、干净的

饮用水和卫生间的获得情况。此外，它还为客户提供营养和儿童发展方面的咨询。

获作者允许，本资料转载于儿童基金会 (2001)

### 覆盖全体儿童

我们的核心发展目标之一就是实现优质的幼儿发展干预措施的全民覆盖（见框 5.6），并对最为落后的弱势群体给予特别关注。实现全民覆盖应确保女孩与男孩能够平等地享受各种服务。低收入国家应从最为落后的人群着手，从而逐步实现全民覆盖。政府部门应制定相关策略将有效的干预项目从地方水平推广至全国范围内，而不影响相应项目的有效性特点。其中至关重要的一项是即使将项目推广至国家范围，我们仍应继续落实地方水平项目实施的综合性和责任制（ECDKN，2007a）。

### 建立在现有儿童生存和健康项目之上，使儿童早期开发干预措施切实可行

卫生保健系统对儿童早期开发有特殊作用（见第 9 章：全民医疗保健）。因为影响生存 / 生理发育、社会 / 情感和语言 / 认知发展的潜在因素存在重叠现象，所以卫生保健系统能够有效地促进各方面发展。许多孕妇的主要求助对象是医疗保健系

统，并且医疗保健系统是在儿童早期为家庭提供服务的主要机构（ECDKN，2007a）。卫生保健系统可以为父母提供了解儿童早期开发信息和获得相关支持的平台，它还能将儿童和家庭与社区儿童早期开发服务联系起来。正如 IMCI（见框 5.7）一样，在儿童早期开发项目和服务被纳入已有的卫生服务中时，它们就已成为推进儿童早期开发的有效手段（ECDKN，2007，a）。

### 采取行动抵抗性别不平等

儿童早期开发项目和服务的一个重要方面是推动性别平等的发展。早期性别社会化，根据各人性别和社会常态所习得的文化角色决定了他们对“男性”和“女性”的定义，这一区别的概念将会影响一生。比如，女童常常被要求照看弟弟妹妹，所以她们往往无法上学。而帮助照看儿童的学前支持项目能够解决这一问题。

促进男童和女童性别社会化的一个重要策略是发展合适的性别敏感和文化相关的家长项目（Koçak,2004；UNICEF,1997；Landers, 2003）。

## 框 5.6：古巴的全民覆盖儿童发展服务

古巴的“与您的孩子一同成长”项目被视为古巴在小学教育阶段所获得成就的重要决定因素（UNICEF，2001）。本项目是在 1985 年引进的一种非正规、非机构化、以社区为基础、以家庭为中心和由教育部负责的儿童早期服务（学前教育）。本项目涉及了公共卫生部门、文化部、体育部、古巴妇女联盟、国家农民协会、革命防御国家委员会和学生协会等组织。这一

广泛的网络涉及 52000 名推动者（包括老师、教育工作者、医生和其他经培训的专业人员）、116000 名执行者（老师、内科医生、护士、退休专家、学生和志愿者）以及 80 万余个家庭。20 世纪 90 年代，本项目得到进一步的扩大，在 2000 年覆盖了 99.8% 的 0-5 岁儿童——很可能是世界范围内所达到的最高普及率。

资料来源：CS，2007

## 框 5.7：将儿童早期开发纳入现有卫生项目和服务

通过与儿童基金会的合作，世界卫生组织开展了一项儿童早期开发特别项目“关注发展”，希望将其纳入现有的 IMCI 项目中。“关注发展”项目的主要措施是，在父母带儿童就医时，给他们提供信息和指导，以使其意识到与孩子们玩耍和交流的重要性。结果显示“关注发展”能够有效地发展父母和抚养者的现有技能，帮

助他们为儿童提供激励环境。我们鼓励卫生保健人员利用儿童因轻型急性病而前来就诊的机会，宣传“关注发展”项目的有关信息，例如为改善儿童营养和成长而积极喂养的重要性以及通过玩耍和交流改善儿童发育的关键作用。

资料来源：ECDKN，2007a；世界卫生组织，nd,d

这样的项目能够引起父母和其他抚养者的重视，帮助他们认识自己在帮助儿童建立性别相关自尊和自信的过程中所扮演的角色。对男童和女童不同的性别期待这一问题可以在小组讨论中由父母、其他抚养者和学前教育的老师共同解决。

自孩子出生起父亲就参与儿童抚养是另一个促进儿童健康和发展并推动性别平等化的重要策略。通过与儿女建立友好关系并为子女树立良好榜样，父亲能够充分履行并享受其职责。例如在孟加拉、巴西、牙买加、约旦、南非、土耳其和越南的家长项目中组织了各种活动来鼓励父亲参与儿童抚养 (Koçak, 2004; UNICEF, 1997; Landers, 2003)。

### 社区参与

包括母亲、祖母和其他照料者的社区参与是保障儿童早期开发活动持续进行的关键。这涉及了对儿童早期开发政策、项目和服务的发展、执行、监测和回顾 (ECDKN, 2007a)。在满足社区需求，加强社区内、服务提供者、父母和抚养者之间的合作并通过家庭和其他关系人的积极参与来促进社区能力建设的过程中，社区参与可帮助他们建立共同目标和达成共识 (ECDKN, 2007a)。框 5.8 说明了老挝的社区驱动儿童早期开发项目是如何在从需求确定到干预实施的各个阶段开展活动的。社区参与和社区干预并没有免除政府的相关职责。相反的，

它们加强了政府、服务提供者、社区和抚养者之间的关系 (ECDKN, 2007a) (请见第 14 章：提高政治地位——包容性与发言权)。

### 教育范围

尽管委员会还未对通过知识网络进行教育的情况进行调查，然而委员会的工作已经开始关注更加广泛的相关研究领域。委员会认识到教育在健康平等化过程中的重要作用。正规和非正规的教育都是从出生就开始的终生过程。本部分集中讨论学前至中学教育，特别强调运用综合手段干预教育，以整合对儿童生存 / 生理发育、社会 / 情感和语言 / 认知发展的关注。

### 委员会建议：

#### 5.3 政府从学前阶段开始提供优质教育，关注儿童生存 / 生理发育、社会 / 情感和语言 / 认知的发展。

在各个国家，尤其是那些来自贫困社区的儿童将从早期教育的项目中受益良多。扩展和改善儿童早期保健和教育是联合国教科文组织人人享有教育战略的组成部分 (UNESCO, 2006b; UNESCO, 2007a)。委员会支持联合国教科文组织的人人享有教育战略目标 (见框 5.9)。

### 框 5.8：老挝农村儿童早期开发课程

“妇女发展计划”在老挝的 5 个省内成功开展了许多妇女发展活动。5 年内，儿童发展问题受到越来越多的关注，并且使人们认识到应该更直接地解决相关问题。“儿童早期和家庭发展计划”由此孕育而生。在发展和执行的初级阶段，农村召开了一系列项目规划研讨会。农村水平的规划达成了在需求和目标的确定、总体设计上的认识、资源和局限性的评估、活动计划、设立项目委员会和甄选农村志愿者标准上的共

识。社区水平上集中于加强当地参与以制定适合不同种族团体的发展课程。这一过程更加关注农村数据收集和评估。对现有传统知识的分析是课程发展的基础之一。最值得关注的活动之一是完成由村民和农村发展委员会共同签署的农村参与协议。它基于儿童权利的框架并包括了一系列可立即执行的活动和可在后期获得的外部支持。

资料来源：ECDKN, 2007a

### 教育服务的提供与范围：行动领域 5.2

扩大教育服务的提供及范围来落实幼儿发展的各项原则 (生理、社会 / 情感、语言 / 认知发展)。

### 提供优质的学前教育

在促进儿童早期开发的方针指导下，向所有儿童包括来自弱势群体的孩子普及优质的学前教育，要求政府高层以及负责卫生保健和儿童早期教育的各部门给予承诺。它要求卫生和教育部门的通力合作，对现有的学前教育进行回顾，咨询相关家庭、社区、非政府、民间社会组织和学前教育提供者以确定需求和制定综合战略。需要解决的战略性问题包括：资金支持、基础设施建设（房屋和设备）、对有特殊教育需求儿童的支持、教师与儿童的比例、招生问题、学前教育师资力量支持和培训以及学前项目的本质（见框 5.10）。

### 优质的初级和中级教育

越来越多的证据表明，整合了社会、情感学习以及对儿童生存/生理发育、社会/情感和语言/认知发展关注的小学 and 中学课程有许多优势。例如能够提高学生出勤率和学业成就（CASEL, nd），并可能从长远的角度上促进其健康。社会情感的学习是生活技能教育的一部分，而生活技能教育又是联合国儿童基金会对教育质量定义的组成内容（UNICEF, nd, b）。“人人享有教育”的目标包括通过正规或非正规形式实现全体青年人享有生

活技能培训以满足其基本学习需求之一（联合国教科文组织，2007a）。委员会支持在各国增加对生活技能培训的关注，以支持健康行为和帮助青年人自主生活。联合国儿童基金会还强调了生活技能培训在艾滋病预防中的重要性，同时确定其为实现优质教育的综合手段之一，以满足学习者的需求和推进性别平等（UNICEF, nd, c）。

改善学校条件以促进儿童健康的方式是“关注学校健康有效性相关资源”项目的初级阶段措施（儿童发展的合作，nd）。本项目是由世界卫生组织、联合国儿童基金会、联合国教科文组织、世界银行和其他组织共同发动的，力求协调有关改善学校健康状况、促进教育平等性并提高教学质量和推动利于儿童成长的学校条件发展的各种活动（见框 5.11）。

创新和特定的学校干预措施能够应对儿童所面临的卫生挑战。例如，澳大利亚的“思想”项目（课程合作，nd）已经成功促进了校内的精神卫生。美国的“健康儿童行动”项目解决了攀升的肥胖问题（健康儿童行动，2007）。这些项目说明了部门间和政府与非政府组织间的合作是怎样应对校内卫生挑战的。非正规的校外项目也能够以同样的途径达到类似的目标。

#### 框 5.9： 联合国教科文组织“人人享有教育”目标

- 扩大和提高儿童早期保健和教育。
- 在 2015 年前提供免费的全民小学义务教育。
- 保障平等地享有学习和生活技能培训课程。
- 成人文化水平提高 50%。
- 在 2005 年前消除小学和中学教育的性别不平等现象，2015 年前在所有水平上达到平等。
- 提高教育的各方面质量。

资料来源：联合国教科文组织，2007a

#### 框 5.10： 学前教育的国家措施

在智利，为弱势儿童提供学前教育的扩展计划先由 5-6 岁的儿童开始，然后渐渐覆盖 4-5 岁和 3-4 岁的儿童。该项目关注整合优质教育、保健、营养和儿童社会关注以及他们的家庭保健（JUNJU, nd）。

瑞典的学前教育扩展计划由政府做出承诺，强调关注计划实施、儿童学习策略的本质和他们的综合发展。这是一个在整个教育体系中整合综合手段和教育实施的政策目标（Choi, 2002）。

### 框 5.11：利于儿童发展的学校

联合国基金会制定了建设利于儿童发展学校的框架，采取了以教育权利为基础的措施。利于儿童发展的学校创造了安全、健康和性别敏感的学习环境，鼓励父母和社区参与并提供

优质的教育和生活技能培训。现有 90 余个国家已经或正在发展这一模式或其他类似模式，还有 54 个国家根据它们的国家教育质量标准对模式进行了修改。

#### 教育障碍

##### 委员会建议：

**5.4 政府为全体儿童提供优质的小学和中学义务教育，而不考虑他们的支付能力，确定并解决阻碍儿童入学和上学的因素，取消小学教育学费（见 6.4 和 13.4）。**

教育障碍包括教育普及性、教育质量和学生的接受程度。在许多国家，特别是低收入国家，那些来自低收入家庭而父母教育程度低的儿童更难以入学也更容易辍学。脱贫和致富的活动（请见第 7 章和第 9 章：公正就业和体面工作；终生社会保障）以及减轻家庭支付入学、课本费用、校服和其他开支负担的各种活动是我们综合战略的组成部分，从而实现千万儿童的优质教育。

各国有关鼓励家长送儿童入学的政策各不相同，但是都包括提供免费或部分免费的在校饮食（Bajpai et al., 2005）、给予基于出勤率的现金激励，免除学费（Glewwe, Zhao & Binder, 2006），提供免费杀虫药或其余的健康干预措施。例如，马拉维健康学校行动的干预方式就是如此（Pasha et al., 2003）。我们还需要分析具体情况来确定教育的障碍，发展并评价有关鼓励父母送儿女上学的政策。

值得注意的是，近些年来低收入国家小学教育的普及率大大增加，这一趋势可部分归因于某些国家学费的减免。肯尼亚的经验显示，取消小学学费的措施需要有其他的手段加以补充，比如就业和培训教师、设立更多的学校与教室和提供教学材料（见框 5.12）。我们在普及小学教育的同时还必须关注教育的质量。此外，扩大小学教育的同时还需要加强对中学教育的投资以此来满足增加的生源量。对于女童和性别平等化来说，小学到中学教育的过渡至关重要（Grown, Gupta & Pande, 2005）。

国家政府需要大力投资来为学校基础设施发展、招生、培训、职员工资和教学材料提供资金支持。支持中低收入国家采取相应措施，需要捐助国实现它们提供援助的诺言（请见 11 章：公平筹资）（见框 5.13）。为实现“人人享有教育”目标而筹集的年度外来财政支持估计达到了近 110 亿美元（UNICEF, 2007a）。

#### 女童教育

我们需要采取特别措施保障女童的小学和中学教育，在贫穷国家更是如此（UNESCO, 2007a, Levine et al., 2008）。免除小学学费就是重要方式之一。为应对教育中性别不平等的持续挑战，联合国千年发展目标中教育和性别平等工作小组 3 确定了在保障全民小学教育的同时，必须提高中

### 框 5.12：肯尼亚——免除学杂费

肯尼亚从 2003 年起免除学杂费，之后立即有 130 万儿童入学，远远超过了学校基础设施和教师的承受能力。从 2002 年起，学校录取率增加了 28%，而教师总数在 2002 年至 2004 年

间仅增加了 2.6%；在某些地区，教师与学生的比例达到了 1 : 100。

资料来源：Chinyama, 2006

### 框 5.13: 优质教育的需求, 非洲撒哈拉沙漠以南地区

非洲撒哈拉沙漠以南地区生育率为 5.5 (UNDP, 2007); 尼日尔和乌干达生育率最高 (分别为 7.4 和 6.7)。本地区总人口的 44% 小于 15 岁, 而在经济合作与发展组织的高收入国

家中, 这个数字约为 18%。面临着大量的学龄儿童, 非洲撒哈拉沙漠以南地区的许多国家很难保证全民普及高质量的教育。

学教育在女童中普及率的必要性, 因为这是取得 MDG 3 —— 促进性别平等化和赋予妇女权利的关键 (Grown, Gupta & Pande, 2005)。

普及女童中学教育战略包括提高她们的入学率和在学率。改善物质和社会环境的措施包括为女童和女教师建立功能性卫生间并通过引进和实施行动准则来为女童营造安全的环境 (WHO, 2005a)。改善教学相关度和质量的措施 (Rihani, 2006) 包括教师培训、减少性别歧视的课程改革和鼓励女童自主决定教育情况。其他干预措施包括为女童提供奖学金, 这在孟加拉国的“妇女中学教育协助项目”

中得到了体现 (WGEKN, 2007; SEKN, 2007), 和一些例如“博茨瓦纳 Diphalana 行动”等满足怀孕女学生需求的项目 (WGEKN, 2007)。

**儿童早期时期的干预可以在一代人时间内大大减少健康不平等现象。儿童早期开发和终生健康教育的重要性敦促我们立即行动起来。碌碌无为将危害我们一生。我们需要新的措施来全面理解儿童早期开发, 它不仅包含生理存活也涉及社会 / 情感和语言 / 认知的发展。这样的措施应该被纳入到终生学习中。**



# 第 6 章

## 健康取决于卫生环境

“伴随着快速而嘈杂的城市化而来的是日益突出的不平等现象，这对人类安全来说是巨大的挑战。”

Anna Tibaijuka, 联合国人类住区方案执行理事 (UN-HABITAT, 2007b)

### 为什么环境对健康平等性至关重要

健康以及丰富多彩的生活机会与人们的住区息息相关。为保障健康公平性，社区和住区必须保障基本物品供应、保持社会和谐、有利居民的身心幸福并且有助于保护自然环境。

#### 城市化的进程

2007 年城市人口首次占据了绝大多数比例 (世界观察研究协会, 2007), 大约有 10 亿居住于城市贫民区的人们生命健康受到了威胁。预计到 2010 年世界范围内约会有 34.8 亿人居于城市地区。大城市的发展和 100 万的城市人口对全球健康和健康公平都是重要的研究问题。但对未来发展的最大挑战却是居住于约 500 个“小型”城市中的 100 万~1 000 万人口——不断向外扩展的城市。

世界范围内城市人口增长最快的地区恰恰是贫民窟人口比例最高的区域 (表 6.1)。2003 年数据显示, 在发展中地区大约有半数的城市居民居住于贫民区, 而在最为贫困的地区这个数字上升到 4/5。但是贫民窟并不是中低收入国家特有的现象, 高收入国家中约有 6% 的城市人口也居住于贫民窟中。

在内罗毕, 60% 的城市人口居住于贫民窟内。贫民窟中儿童死亡率是城市其他地区死亡率的 2.5 倍。

在马尼拉的贫民窟内, 高达 39% 的 5-9 岁儿童已经感染上了结核——这是国家平均水平的 2 倍。

#### 由农村向城市流动的驱动力

尽管在全球范围内, 大多数人口居住于城市, 然而各个地区的农村和城市居民比例差别很大。在

布隆迪和乌干达, 这个比例不到 10%; 而在比利时、科威特、中国的香港特别行政区和新加坡, 这个数字高达或接近 100%。能够反映政策和投资模式的城市主导发展范式是全球范围内的农村社区。这包括了社区内饱受简陋基础设施煎熬的原住民 (健康原住民, 2007), 他们极度贫穷并且生活条件简陋 (Ooi & Phua, 2007; Eastwood & Lipton, 2000), 导致了人口向城市地区迁移。同时, 人口的快速增长和停滞的农业生产使得非洲撒哈拉沙漠以南地区在 20 世纪 60 年代到 20 世纪 90 年代, 成为全球城市人口增长最快的地区 (140%)。农村迁徙人口占到了城市总人口数的一半 (Barrios et al., 2006)。这些不平等现象和农村落后的生活条件导致了低收入国家中城市和农村居民间严重的卫生不平等现象 (Houweling et al., 2007)。

#### 城市的危害

依照当今的城市发展轨迹, 未来城市人口将走向老龄化而城市扩张也不可避免, 最终将产生更多居住于贫民窟的穷人 (Campbell & Campbell, 2007)。高收入国家的老龄人口将与青年人口持平并同步增长。但在中低收入国家中, 老龄人口将增长 16 倍, 从 1998 年的 5600 万增加到 2050 年的 9.08 亿。同样的, 残疾人群特别是城市中的残疾人将更容易受到健康方面的威胁, 因为城市人口密度高、生活环境拥挤而社会支持不足 (Frumkin et al., 2004)。

“变暖的世界、更加紧张的水循环和上升的海平面将影响到许多关键的财富和健康决定因素, 包括水供、粮食产量、人类健康、居住地和居住环境” (Stern, 2006)。

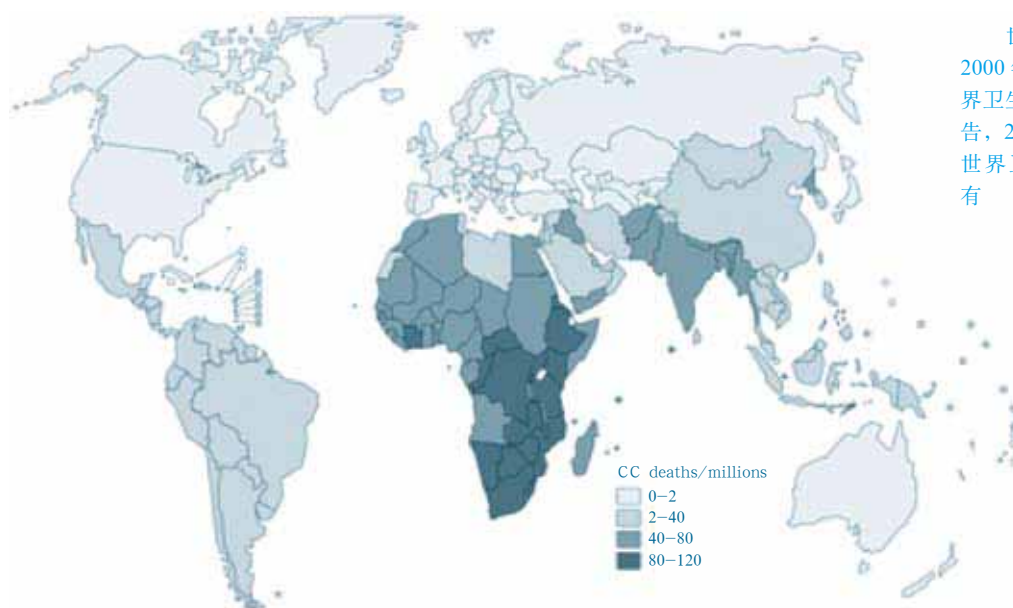
当今城市化的模式对环境提出了巨大的挑战。尤其明显的是气候变化, 它的效应在低收入国家和易受伤害的亚人群中更为明显 (McMichael et al., 2008; Stern, 2006) (图 6.1)。高收入国家的城市消费模式应对现在的温室效应负主要责任。然而, 贫穷地区的快速发展和城市化意味着中低收入国家一方面更易受到健康的威胁, 另一方面也在恶化这

表 6.1 城市家庭与贫民窟家庭，2003

	城市人口总数 (百万)	城市人口占总人 口数的比例	城市贫民窟 居民数 (百万)	贫民窟居民占 城市人口的比例
全世界	2923	47.7%	924	31.6%
发达地区	902	75.5%	54	6.0%
欧洲	534	73.6%	33	6.2%
其他	367	78.6%	21	5.7%
发展中地区	2022	40.9%	870	43.0%
北非	76	52.0%	21	28.2%
撒哈拉以南非洲地区	231	34.6%	166	71.9%
拉丁美洲与加勒比	399	75.8%	128	31.9%
东亚	533	39.1%	194	36.4%
除中国以外的东亚	61	77.1%	16	25.4%
东南亚	203	38.3%	57	28.0%
西亚	125	64.9%	41	33.1%
大洋洲	2	26.7%	0	24.1%
转型中国家	259	62.9%	25	9.6%
独联体	181	64.1%	19	10.3%
其他欧洲地区	77	60.3%	6	7.9%
最不发达国家	179	26.2%	140	78.2%

联合国人居署 2003 以及其他联合国数据：翻印自 KMUS (2007)

图 6.1 气候变化所致的死亡



经出版商同意，来自世界卫生组织 (2005e)

一问题 (Campbell-Lendrum & Corvalan, 2007)。

在二氧化碳的总量中, 交通和建筑的排放量占到了21%——它们是引起气候变化的主要原因 (IPCC, 2007)。农村地区的农业活动也面临巨大的挑战。城市和农村人口赖以生存的田地很大程度上受到气候的影响。世界范围内, 农业活动的温室气体排放量占到总量的1/5 (McMichael et al, 2007)。

### 新型城市健康

传染病和营养不良的现象仍然会在世界的某些地区和群体里持续。然而城市化的进程本身就在改写人口健康问题的定义, 这在城市的穷人身上得到了充分的体现。疾病谱正向非传染病、伤害、酒精和物质滥用与生态灾害的影响转变 (Campbell & Campbell, 2007; Yusuf et al., 2001)。

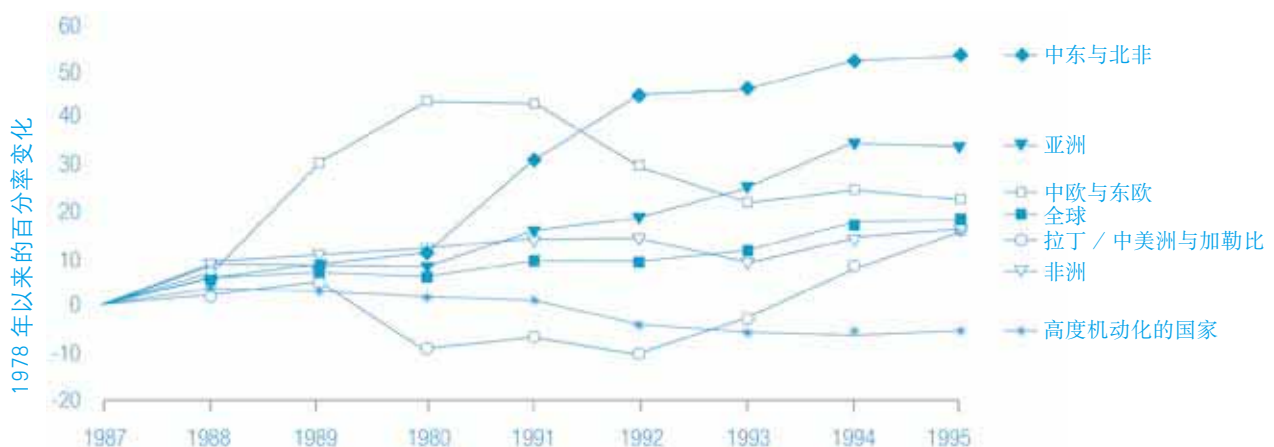
近几十年来, 肥胖已经渐渐演变成最严重的威胁疾病之一。尤其是在许多国家的弱势人群中, 这个问题亟待解决 (Hawkes et al, 2007; Friel, Chopra & Satcher, 2007)。人口体重向肥胖水平的转变与“营养结构变革”——高脂肪、高糖、高能量和高加工的饮食息息相关。这样的饮食结构加上能量消耗的减少, 被认为是引起全球肥胖流行的主要原因。营养结构变革首先发生在城市的原因有很多, 例如大规模消费、速食和暴食的供给、获得途径和接受程度的增加 (Dixon et al., 2007)。体力活动严重受到城市规划的影响, 例如高密度的

住宅区、多功能用地、街道密集度、可行走区域、公共设施的提供和娱乐场所等多因素都制约着体力活动。以上因素加上攀升的汽车依赖度, 均影响着中高收入国家人群向体力活动减少的转变 (Friel, Chopra & Satcher, 2007)。

暴力和犯罪是重要的威胁城市健康的因素。在世界范围内每年160万例与暴力相关的死亡 (包括源于冲突或自杀) 中, 90%发生于中低收入国家 (WHO, 2002a)。在大城市的简陋住房中, 社会排挤和暴力威胁屡见不鲜 (Roberts & Meddings, 2007)。北美、欧洲和其他高收入国家的暴力和犯罪行为集中发生于城市居住区, 特别是郊区的大型住宅区内。酒精滥用在中低收入国家的伤害和暴力事件中都是重要的原因——世界卫生组织的资料显示全球范围内与酒精有关的大量死亡案例中, 32%为非故意伤害, 14%为故意伤害 (Roberts & Meddings, 2007)。酒精相关疾病的最高发病地区集中在苏联和中亚地区, 发生率占疾病总数的13% (PPHCKN, 2007b)。

城市地区最易受到道路交通伤害和与交通相关空气污染的影响, 每年大约有80万起由于城市空气污染的死亡和120万起道路交通事故 (Roberts & Meddings, 2007; Pr ü s s ü s t ü n & Corvalán, 2006)。1987至1995年机动化城市中道路交通死亡数的减少 (图6.2), 为其他快速机动化的国家带去了希望, 说明了相关政策的积极影响力。这些政策包括道路规划、安全道路和汽车以

图 6.2 1987 年以来道路交通死亡率的变化



HMC= 高度机动化的国家: 北美、澳大利亚、新西兰、日本与西欧; CEE= 中欧与东欧; LAC= 拉丁美洲、中美洲与加勒比; Mena= 中东与北非

经出版商同意, 翻印自 Jacobs et al. (2000)

及安全驾驶的相关规定，如强制佩戴安全带和禁止酒后驾车等。

约 14% 的全球疾病负担可归因于神经精神障碍，大多是由于抑郁和其他常见的精神障碍、酒精和物质滥用以及精神病 (Prince et al, 2007)。重度抑郁很可能在 2030 年上升成为减少残疾调整寿命年数的第二大原因，对城市健康构成重大威胁。

不同国家的基础设施和卫生体制建设处于不同的发展水平，由此所导致的卫生问题，将在 21 世纪日益涌现，并给健康公平带来巨大挑战。过去 50 年内，在高度城市化的国家如日本、荷兰、新加坡和瑞典死亡率和发病率的下降证明了在现代化城市中促进健康的可行性。它还说明只有依靠有利的政治结构、合理分配的财政资源和保障平等生活条件的社会政策，健康平等化的目标才能实现 (Galea & Vlahov, 2005)。

## 建立良性生活环境的行动

如果城市化按照当前的模式持续发展，它必定会在一代人的时间内对人类构成社会、健康和环境的巨大挑战。所以我们急需发展城市化的新措施并制定城市公共卫生的新范式。我们需要采取的行动集中于以下三个领域：

- 我们需要制定新的城市管理模式来规划城市发展。在这样的模式中，物质、社会和自然环境应该能预防和改善新的城市健康问题，城市政策制定过程应保障全体城市居民的平等权利。
- 农村地区的持续投资——使农村人口能够享受优越的生活——必须在国家发展计划中平衡对城市与农村的投资。
- 落实这些领域的行动是一种发展策略，以调整和减轻包括社会和健康平等维度的环境变化。

尽管委员会没有深入探究农村健康问题，但它意识到依靠平衡城乡发展来保障持续性发展的必要性。本章讨论了主要的相关建议。同样的，关注气候变化并不是委员会的主要任务，但是同时在城乡

促进健康平等性和减少温室气体排放的计划是切实可行的。本章末尾讨论了关于气候变化和卫生平等的总体建议，并在第 6 部分：“构建全球行动”中再次阐述。

以居民健康和环境可持续发展为指导核心的城市发展需要战略性的规划，这包括建立在交通、住房、就业、社会和谐以及环境保护等维度的城市、农村、地区水平的发展政策。

### 委员会建议：

**6.1 在中央政府支持下，地方政府和民间社会组织应建立地方管理机制，以便社区和地方政府能够携手建立更加安全和健康的城市 (见 14.3)。**

### 参与性城市管理

尽管社区参与改善城市居住条件十分重要，但是地方和社区居民往往无法参与到决策制定的过程中来 (框 6.1)。

“健康环境”指的是能够促进健康的地区和社会背景。其中，“健康城市行动”是现有的地方管理模式，通过适当的调整就能在世界范围内促进卫生平等 (世界卫生组织健康城市, nd; 健康城市联盟, nd; PAHO, 2005)。“健康环境”的执行范围不限于城市，而是覆盖了自治区、农村、岛屿、市场、学校、医院、监狱、餐馆和公共场所等广泛地区。近年来，“健康城市”开展了一些针对老龄化趋势的相应活动 (老龄化城市行动)。在理想状况下，“健康城市”模式能够提供一个“中立委员会”的平台，邀请城市里的所有组织和相关人员参与协商一系列健康问题，包括规划、住房、环境保护、健康服务形式、伤害预防和毒品、酒精控制等各种城市行动。我们已经在城市和地区水平对“健康城市”进行了评估和审查，但是我们还未在全球范围内进行系统性回顾。研究人员和政府应尽可能地对类似健康城市 / 环境的正规或非正规项目进行评估，来支持当地政府的相关有效行动。

## 健康与平等：行动领域 6.1

将健康与健康平等置于城市管理和规划的核心。

### 框 6.1： 泰国改善居住条件，保障土地使用权

大约 62% 的泰国贫民窟人口居住于曼谷，而有 160 万（20%）的曼谷人口居住于贫民窟。紧随着公路建设提案迫迁令的发出，曼谷北部 Buangbua 运河沿岸的九个社区开展了贫民窟改善计划。通过听证会的形式，社区要求协商土地占有权的问题并改善社区环境。社区与政府机构“社区组织发展所”和非政府组织“Chumthonthai”基金会合作。这两个组织与财政部、区办事处和当地学校一起开展了“国家 Baan Man Kong（安全的土地使用权）住房计划”。

实施这一项目需要在两个层面采取行动。社区主要负责管理操作层面，建立工作小组来协调工程的进行。工作小组通过在各个社区举办研讨会和讨论行动规划来发展和掌握住房计划。网络委员会联合 9 个社区并鼓励他们的参与。各个社区委员会负责与社区居民交流，收集有关计划和实施的信息。

社区存款小组鼓励大家参与存款计划，整

个过程公开透明并采纳了社区审查制度。政府部门则负责政策层面的管理。社区组织发展所作为城市的恶劣住房提供贷款，并与其他相关机构在土地所有权、能力建设、住房设计和房屋建设等方面开展了合作。财政部作为房东和土地所有人，为相关社区提供 30 年的租赁期。地区办事处负责授予基建许可证并与政府高层协调。当地大学提供技术和支持人员，来促进物质和社会环境的改善。

试点社区已建成立了住房单位，而另有三个社区也于 2006 年 1 月开展了相关建设。从 Bangbua 的经验中我们总结了许多教训。各个机构认识到了通过社区网络鼓励社区参与的必要性。而在社区层面，社区网络充分显示了其鼓励各个社区参与住房发展、进行社区能力建设和为其他权益人保障社区参与度的能力，从而进一步保障了土地所有权。

资料来源：KNUS，2007

### 改善城市居住条件

依据健康城市规划方针，城市建设应该面向密集而复杂的居民群体，为他们提供包括商业及非商业用地、自然资源保护区和娱乐场所等便利的服务。这样的城市发展规划也应该考虑供应基本的娱乐设备和优质的基础设施 (Devernman, 2007)。中低收入国家在短时间内还不可能为建立健康居住环境提供绝对充足的资金，所以我们需要发达国家给予财政资助，支持中低收入国家政府和人民所制定的相关计划 (Sachs, 2005)。

#### 收容所 / 住房

城市面临的重大挑战之一就是能否为全民提供住房。这不仅涉及住房的提供、还包括住房以及例如与健康息息相关的饮水和卫生等相关服务的质量问题 (Shaw, 2004)。

#### 委员会建议：

**6.2 国家和地方政府应与民间社会组织合作共同管理城市发展，以保障优质住房的供给。**

**在联合国人居署的支持下，投资改善城市贫民窟，例如保障饮水和环境卫生、供电和为所有家庭修建道路，而不考虑他们的支付能力（见 15.2）。**

无论是在贫穷国家还是富裕国家，许多城市都面临着是否能够提供和保障优质经济适用房的危机。总的来说，此危机将会加剧社会的不平等现象，这一问题在卫生领域尤为突出。例如在美国，通过低密度的城市规划来控制增长的居住环境加剧了不平等性。这些策略的排斥倾向越发明显，使得非洲裔和拉美裔的美国人不断减少 (NNC, 2001)。

所以，当地政府很有必要治理与城市复兴相关的土地开发活动，来保障低收入人群住房的城市用地。促进平等的住房发展意味着通过地方性公平分配住房项目、包容性规划和实施合理的住房法规来转变排斥性规划所带来的危害。通过综合治理手段，当地负责人可以依据特定标准来分配经济适用房的税收减免，以激励建设邻近交通站点、学校和商业用地的新型经济适用房（见框 6.2）(NNC, 2001)。

当地政府应监管住房、建筑和基础设施标准对健康和健康平等性的影响。国内能源的低效和匮乏对健康有许多广泛的危害（见框 6.3）。令人震惊的是，在如爱尔兰共和国的发达国家中，竟然有 17% 的家庭无法享有充足的燃料（Healy, 2004）。

贫民窟居民的生活状况急需关注。贫民窟生活条件的改善需要巨额投资，然而这对于大多数国家来说还是可以承受的（Mitlin, 2007）（见框 6.4）。在经济及社会理事会的指导下，联合国人居署的核心目标是促进城镇社会和环境的可持续发展，为全民提供住房（UN-HABITAT, 2007a）。由联合国人居署和世界卫生组织发展的战略性综合规划将为

许多中低收入国家提供政治和技术支持以应对相关城市问题，最终实现千年发展目标（请见第 15 章：全球良好治理）。

依据以往的估计判断（Garau et al, 2005），改善全球贫民窟的花费不到 1000 亿美元。“世界贫民窟马歇尔计划”可以实行财政分摊，例如由国际机构和捐赠者承担 45%，国家和地方政府负责 45%，而受惠家庭通过小额贷款仅需负担 10%。

**“在不得不依靠私人商贩来获取饮用水的内罗毕或是达累斯萨拉姆贫民窟居民中，他们为 1 升水所支付的费用是北美居民平均开销的 5 到 7 倍”**（Tibaijuka, 2004）。

### 框 6.2：加利福尼亚减税项目

2000 年 6 月，加利福尼亚州为保证经济适用房的租赁而改革了其减税项目。新项目采用了评分制，优先考虑符合可持续发展目标的计

划（如步行至交通站和学校）以及将改善住房作为综合复兴措施之一的各项居住区工程。

资料来源：NNC, 2001

### 框 6.3：英格兰南海岸：住房改善和健康的随机性试验

尽管英格兰南部城市托尔奎伊表面上富有，但是那儿也有穷人。Watcombe 是前议会的所有地，当地的贫困状况比地区平均水平要严重得多。同时，镇上的家庭医生非上班时间出诊率比其他小镇平均水平高出 15%。这儿的一半人口需要领取补助，45% 的 5 岁以下儿童居住在单亲家庭中。当地居民和议会同意参与一项“随机候补名单”的计划。其干预措施包括在一年内分两期改善住房（中央供暖、通风、重新布线、隔热、重铺天台等）。

干预措施的评估结果是乐观的。这些手段成功地保障了更为温暖而干燥的住房，屋内环境和房屋能源等级的变化显示这样的房屋能源利用率更高。居民们欢迎这样的改善措施，并感到自身的健康状况也得到了提高。这些措施的益处还包括房屋的充分使用、家庭关系的改善和自尊的提高。同控制组相比，干预组居民的成人非哮喘性胸痛和结合性哮喘症状都得到了显著性降低。

资料来源：Barton et al, 2007

### 框 6.4：印度改善贫民窟

印度的阿默达巴德通过改善贫民窟，为城市中的穷人提供了优质生活的必要条件，而只需为每个家庭花费 500 美元，这包括了社区为每个家庭所支付的 50 美元。投资贫民窟后，社

区的健康情况得到了改善，饮水性疾病不断减少，儿童开始入学，妇女们也能够从事有偿工作而无需再为了领取饮用水排起长队。

改善贫民窟需要通过对贫民窟土地占有权的整治来对这些非正规居民区进行政治认同，从而准许事业公司（公有及私人）在那儿进行基础设施建设并提供相关服务（框 6.5）。这样的行动能够赋予妇女权利，通过提供如饮用水和卫生环境等基础资源来改善她们的健康（WGEKN, 2007）。

### 空气质量与环境恶化

机动车辆尾气污染是严重危害城市健康的问题。尾气排放是引起大气污染的原因之一，预计导致了世界范围内约 1.4% 的死亡（WHO, 2002b）。中低收入国家城市有害气体排放总量的 70% ~ 80% 是由汽车尾气引起的，同时这一数字仍在不断攀升（Schirnding, 2002）。对汽车的日益依赖、为用车便利而占用更多土地以及非机动旅行方式的日趋不便，对当地空气质量、温室气体排放和缺乏体力活动造成了一系列连锁反应（NHF, 2007）。

为应对这一公共卫生危害，国家、地方政府和私人机构应加强合作，通过投资提高技术、改善公交系统和征收私人交通阻塞费来控制大气污染和机

动车温室气体的排放。例如伦敦、斯德哥尔摩和新加坡的经验表明（见框 6.6），征收交通阻塞费能够有效缩减车流量，从而改善空气质量。

## 城市规划和设计促进健康行为和安全

城市环境的本质是通过行为和安全的作用，能够最终影响卫生平等性。事实上，正扩展至非传染性疾病和伤害的许多城市健康危险因素都与行为相关。本章集中讨论了城市规划在体力活动、饮食和暴力行为中的相关作用。不同场所和环境的本质明显地影响着诸如吸烟和饮酒的其他行为。第 12 章阐述了控制烟酒的相关建议（第 12 章：市场责任）。

### 委员会建议：

**6.3 当地政府和民间社会组织应进行城市设计和规划，以促进体力活动，相关途径包括投资发展交通系统、通过零售规划来管理事物的供给和分配以促进健康饮食、依靠合理的环境设计和法规调控如控制酒精销售点等方式来减少暴力和犯罪（见 12.3）。**

### 框 6.5：坦桑尼亚的城市升级

1972 年，坦桑尼亚政府认识到贫民窟在住房提供中的重要性，于是分别同意通过了关于国家城市住房政策和寮屋改善计划的内阁文件第 81 和第 106 号。这些措施为 20 世纪 70 年代早期的世界银行资助住房与服务以及寮屋升级计划打下了基础。

在坦桑尼亚，除了居住条件恶劣的贫民窟居民外，其他居民在其永久财产遭到破坏时都能够得到补偿。除了补偿外，1995 年的土地政策以及 1999 年的土地法案都推动了贫民窟的管制。坦桑尼亚土地属于政府，通过租约发放。最近，国土以及人类居住发展部开展了一项计划，通过在指定的贫民窟发放 2 年的住房 / 财产证来将财产正规化。同时，财产与商业正规化项目也在如火如荼的实施中。这两项计划都以减轻城市贫困程度为目标。我们需要把它置于“发展与减少贫困的国家策略”的大框架下进行审视，其行动领域主要集中于以下三个方面：1) 发展与减少收入的贫困。2) 良好管理与义务。3) 改善生活质量与社会福利。

在坦桑尼亚北部阿鲁沙市的十七个区中，有两个市的居民被选为“无贫民窟城市阿鲁沙计划”的试验对象。两个区共注册了 20 个社区发展委员会。然后，由社区发展委员会确定当地的主要环境问题，包括那些只需政府些许帮助就能依靠自身解决的问题（例如土地分配、土地业权发放、固体废弃物管理和社会服务的改善等）和那些需要城市当局给予技术和财政支持的问题，比如饮水供应和道路建设。社区发展委员会区分环境问题和确定可利用资源的同时，他们还推选了代表参与重组的城市议会升级组织。这些组织包括两区的规划委员会、市政会和项目管理委员会。传统的地方政府管理机构纳入了社区发展委员会和上述组织，以扩展基层的社区参与度和并促进良好的管理。

阿鲁沙城市议会已经利用了自身资源尤其是道路基金，来改善主要指定道路的状况。两区（人口为 60993）的项目开销预计为 19141 美元（每人约为 32 美元）。

资料来源：Sheuya et al., 2007

### 框 6.6：伦敦交通阻塞费计划

伦敦交通阻塞费计划的主要目标是解决日趋严重的交通阻塞问题，因为它制约着经济的发展并有损伦敦作为国际大都市的形象。伦敦交通阻塞计划的优势之一为其长期扩展的本质特征。其实施范围不断扩大，成本在执行后 2.5 年上升。我们预期通过减少使用机动车辆能够平衡财政优势。这对于行为改变计划至关重要，因为这意味着公众能够依据预期来决定未来的行为方式。

资料来源：NHF，2007

主要结果：

- 每天有 35000 ~ 40000 名原汽车用户选择使用公交系统出行。与驾驶私家车相比，每次出行将平均增加 6 分钟的体力活动。
- 5000 ~ 10000 名原汽车用户选择步行、汽车、摩托车、的士和共乘汽车。
- 2003 年地区内的骑车总公里数上升了 28%，2004 年又上升 4%。
- 调查的被试表示步行和公交系统的舒适度和总体质量均有所增加。
- 本计划的大部分收入被重新投入到改善公交系统、步行和骑车的质量以及通往学校安全道路的建设中。

世界范围内涌现了许多规划工具来发展当地环境和促进健康，为我们提供了可因地制宜的指导方针（框 6.7）。

#### 饮食和体力活动

贫穷国家和富裕国家不能仅仅依靠市场力量来解决日益严峻的肥胖问题，我们需要国家和当地政府联合多领域如农业、城市规划、卫生和可持续发展等部门的力量。城市规划应优先考虑鼓励步行和自行车的使用、提供合理而便利的公交系统并在所有居民区内规划娱乐休闲用地，同时促进暴力和犯罪现象的减少。正如最近《英国健康建设报告》所强调的那样（NHF，2007），达成这一目标的关键机制就是由交通部门要求地方负责人将鼓励步行和骑车的策略纳入总体交通政策中，征收机动交通阻塞费用（如上所述），并同时评估他们是否将此政策作为年度规划的一部分加以落实。

还有少数地方规划政策是依靠以社区为基础和面向小型零售商的方式来解决公平分配健康食物的问题。泰国的 Sam Chuk 依赖当地包括建筑师在内的工业标准结构的帮助，恢复了其食物储备和小商品市场运营。如今的市场不仅旨在保障食物的供给，还力图提高城市居民的满意度和促进食物的公平分配。伦敦发展署计划建立持续性的食物分配中心来为独立的零售商、餐馆和城市单位服务（Dixon et al., 2007）。为减少高脂、高盐饮食的摄入，当地政府可采纳的调控政策之一，是利用和加强规划

条例以控制特定地区的速食店扩增，例如那些邻近学校和弱势群体居住区的快餐店。

与肥胖共存的是城市中穷人的营养不良问题。我们需要在国家和（或）当地政府以及社会民间团体的支持下，建立食物保障政策（框 6.8）。

#### 暴力与犯罪

能否保障社会各群体的安全生活而使其免受暴力和犯罪的威胁是一个严峻的社会挑战。我们需要依靠综合策略来减少暴力行为，这些措施集中关注暴力预防的主要领域，例如加强看护以及巩固家长与子女间的安全关系；减少家庭暴力；减少酒精、药物和其他致命方式的使用（Villaveces et al., 2000）；提高儿童和青年的生活技能并加强他们的发展机会；完善刑法和社会福利制度（WHO, 2008b）。预防暴力的新途径包括法规调控——例如规划酒精销售以减少酗酒现象（Voas et al., 2006）——矛盾的转变，通过环境设计来预防犯罪以及基于社区的社会资本增加方式（世界卫生组织, 2007a; Roberts & Meddings, 2007）。

委员会指出国家和地方政府采取相关行动的必要性，例如投资修建路灯、要求夜总会和酒吧提早结束营业、控制枪支的使用以及执行邻里守望计划并开展教育和娱乐活动（包括工作培训等）。世界卫生组织关于减少伤害的安全社区计划（[http://www.phs.ki.se/csp/index\\_en.htm](http://www.phs.ki.se/csp/index_en.htm)）已在世界范围内的多个城市成功实施。我们建议将这些计划根



### 框 6.7：澳大利亚墨尔本的“规划健康”，一个发展安全、易得而迷人环境的创新性规划工具

澳大利亚维多利亚的心脏基金会开展了“规划健康”计划，支持当地政府和相关的规划者更加广泛地实施“体力活动支持性环境”的行动指南。

“规划健康”反映了促进健康的设计理念，为人们的居住、工作和参观活动保障了更加卫生的场所。“健康环境”为规划者提供了支持性的研究，鼓励步行、骑车和使用公交系统的设计理念，实用的设计工具和可分析的案例。其设计理念为规划者阐释了若干通过设计来改善社区卫生状况的途径。我们需要提供：

- 设计精良的步行和骑车路线网络；
- 直接、安全而便利的道路；
- 距离住房在步行范围之内的目的地；
- 娱乐休闲的开放式场所；
- 便利的公交站点；
- 社区归属感浓厚的居住区。

以往的规划者往往将影响健康、安全和可获得性的各个指导原则分隔开来考虑。“规划健康”已发展成为一项实用的工具，阐释着影响环境设计和促进健康的不同指导方针间的联系。

资料来源：KNUS，2007

### 框 6.8：内罗毕与近郊食物保障、农业和家畜论坛 (NEFSALF)

在穷困的城市地区保障食物的供应至关重要。为根除食物短缺的问题，我们需要关注有关促进生产力率、增加就业以及保障食物和市场供给的政策发展。依靠城市和半城市农业与牲畜喂养来维持城市穷人生活的重要性，以及其社会、经济和娱乐的价值正得到国际社会的

认可。本次论坛提供了有关城市农业和牲畜喂养的初级课程，教育内容包括应把农业视为一种商业行为和集体活动，务农和动物喂养的基本技巧以及环境管理。

资料来源：KNUS，2007

## 健康与公平性：行动领域 6.2

通过对农村发展的持续性投资来促进城乡健康的公平性。废除导致城市贫困、土地匮乏和人们无家可归的排斥性政策和措施。

据不同的社会环境加以调整，并监控他们在促进健康平等方面的有效性。

巴西（框 6.9）的经验说明根据国家与地区特异性来实施综合措施的必要性。民间社会组织和各级领导人的持续性对话是保障活动成功的先决条件。地方政府为当地社区提供财政支持以发展和落实犯罪预防与争端解决服务，从而协助重建社区间和社区与地方领导人间的信任并提升社会资本。

为应对城市发展所带来的不公平性后果，我们需要持续投资农村发展。如果能将挑战纳入有关发展和脱贫的经济社会政策广泛框架下，国家和

地方政府就能够更好地应对这些挑战。如《减少贫穷的战略文集》等文件应对相关政策有所体现。

#### 委员会建议：

6.4 国家与地方政府发展并执行相关政策与项目，集中关注以下方面：农村土地占有权；农村的全年工作机会；农业发展和国际贸易公平性；包括健康、教育、道路和服务的农村基础设施；保障农民工健康的政策（see Rec 5.4；9.3）。

### 框 6.9：巴西通过社区动员来抵抗暴力行为

巴西是凶杀案最为高发的国家之一。在1980—2002年，国内的凶杀案发生率增加了一倍多，从11.4/100 000上升到28.4/100 000。同期在São Paulo，凶杀案发生率增加了两倍多，从17.5/100 000上升到53.9/100 000。Jardim Angela是São Paulo南部的大型贫民窟之一，大约拥有250 000名居民。1996年7月，巴西的《了望》杂志报道该地的凶杀案平均发生率为111/100 000，为世界上最为暴力的地区之一。Jardim Angela正遭受所谓的“城市刑罚”，其典型特征是结构暴力、猜疑和低下的社会凝聚力。

1996年，200个单位联合发起了名为“生活防御论坛”的社区综合行动。同时，由社会民间团体组成的社会保护网络也建立了起来，投资建设社区能力、社会活动和正式与非正式的卫生和社会服务。这一网络组织广泛参与了

各项社区干预活动，如为近期被监禁的儿童提供支持以及集体重建社区场所等。对社区建设的投资使许多废弃的广场、俱乐部和学校得以重建，为运动、课余活动以及酒精和毒品滥用控制项目提供了活动场所。社区和警察也建立了联盟关系，通过监控暴力、犯罪以及毒品买卖活动来保障社区福利。通过控制酒吧营业时间、家庭暴力受害者项目和减少少女怀孕的健康促进干预活动等社区投入手段，大量的政策和服务得到了落实。

2005年，该城市和São Paulo州的凶杀案发生率分别是24/100 000和18/100 000，表明São Paulo州的凶杀案发生率减少了51%。2006年1—7月，Jardim Angela的抢劫案、谋杀案、盗窃案和偷车案与前几年相比，减少了50%还多。

资料来源：KNUS，2007

### 土地使用权

对于大多数贫穷的中低收入国家来说，土地是他们维持生计的主要方式。重新分配土地的改革对扶贫和就业情况有积极的影响(Quan, 1997)。在巴西、哥伦比亚、哥斯达黎加、多米尼加共和国、危地马拉、洪都拉斯、尼加拉瓜等国家，促进性别平等的重要进展之一是为夫妻提供强制性联合仲裁以及土地产权，和(或)优先照顾女户主或特定妇女群体(Deere & Leon, 2003)。国家和当地政府很有必要与国际组织加强合作，促进和实施土地制，保障农村社区特别是边缘化和无土地群体的土地权利。

### 农村的生计

我们需要加大对农业、支持和服务等方面的投资来保障农村社区居民的生计(Montgomery et al., 2004)。农业革命的经验教训强调了利用综合途径保障农业持续性发展和维持生计的必要性。最近印度农民代表团的建议也体现了相应的理念(见框6.10)。促进农村健康公平综合手段的核心内容之一就是增加农村家庭的收入，并通过加强农业发展和增加务农和非务农性工作岗位来关注居民的营养问题。因此，保证当地农业不受国际贸易协议和富国的农业保护政策影响是至关重要的(世界银行，

2008)(请见第12章 市场责任)。

安全的全年工作至今为止帮助农村居民脱贫致富的最有力手段，并且作为短期措施的小额贷款计划也能够有效地帮助贫困群体。孟加拉国的案例(框6.11)强调了综合手段是如何在3年内将贫困程度降低了30%的。

穷困农村人口的贫穷和饥荒问题必然是息息相关的。只有将农村人口广泛的饥荒和食物保障问题与工作和社会保险相联系，才能够解决相关的问题。印度的决策者已经深刻地认识到了这个联系的必要性，所以他们规划了包含食物安全内容的“以粮换工”和“雇用保障”计划(Dreze, 2003)；加纳所开展的“教育食品援助”活动得到了进一步的扩展，刺激了当地农业经济的发展(SIGN, 2006)。联合国千禧村落计划依靠综合手段应对了非洲村落健康问题的社会决定因素(联合国千禧村落计划, nd)。

### 农村基础设施和服务

对于农村居民来说，是否能够提供基础设施和保障优质而符合文化习惯的服务是重大的卫生问题。通过保障农村妇女享有省时的科技服务特别是确保饮用水供应来解决这些问题，能够最终促进千年发展目标的达成。对于未解决的城乡基础设施和

### 框 6.10：印度——可持续农业

印度国家农民委员会以及其他相关组织规划了一个农业重建项目，包含了以下5项综合强化行动计划：促进土壤健康；扩大灌溉水的供给和进行需求管理；贷款和保险；科技（填补理论和实践之间的空白）；利于农民的市场。监督农业重建计划的是印度贸易组织，它补充

并挑战着世贸组织的工作。这类组织的潜在工作原则是全力支持那些维持生计的存款，而仅适度支持那些可能造成全球市场贸易扭曲和危害卫生与健康公平的商品。

资料来源：Swaminathan, 2006

### 框 6.11：孟加拉国农村促进委员会（BRAC）和小额贷款

在加拿大国家发展署、英国国际发展部、欧盟、荷兰国际发展组织（乐施会荷兰分会）和世界粮食计划署联合资助下，孟加拉国农村促进委员会正进行一项多维度的社会和经济计划，关注穷困潦倒的人群——特别是那些因为极度贫困而无力参与小额信贷活动的人们。本项计划在2002年首次实施，为人们提供了工作技能培训课程、卫生服务、月救济金（0.17美元/天）和社会发展培训，来增强人们对权力和公正问题的意识，并号召当地精英支持本项目的发展。预测结果显示，在孟加拉最

穷困地区的5000户最贫困家庭中，55%能够通过参与小额信贷项目而获得充足的生活资源。在本项目实施的头3年，这些地区中日收入在1美元以下的居民比例由89%下降至59%，而遭受慢性食物缺乏的项目参与家庭比例则由60%下降至15%。项目成功的决定因素包括：通过与当地精英的合作来营造项目实施的良好环境；提供卫生教育和身份证件以帮助人们享用当地卫生设施；提供培训和进修培训来发展增加收入的技能；修建厕所和管井来改善卫生情况。

资料来源：Schurmann, 2007

服务投资的不平衡现象，我们需要加强对农村地区的投入以提供优质的小学与中学义务教育而不考虑他们的支付能力（见第5章 起点公平）；供电；综合性的初级卫生保健（见第9章：全民医疗保健）；可用的道路和公交系统；以及现代化电子通讯。泰国的案例（框6.12）表明了政府通过财政分配和发展地区适宜性服务的方式，来履行促进农村卫生发展的承诺。

### 农村向城市的迁移

战争、冲突或是农村资源的持续匮乏导致了大规模农村向城市的人口迁移。例如，哥伦比亚40余年的武装冲突导致了西半球最庞大的迁移人口（UNHCR, 2007），同时这也是世界范围内除苏丹外最高的迁徙人口比例（IDMC, 2007）。结果是这些人群正面临着沉重的健康和卫生负担。所以国家和地方政府很有必要与国际机构加强合作，为农

村至城市的流动人口制定支持性政策来保障他们享有如教育和医疗等基本服务。

一个成功的政策必须保证迁移人口享有各项服务。例如外展诊所能够保障内部流动人口的医疗服务（IOM, 2006）。然而为了切实有效地开展这些活动，我们必须使流动人口对他们享有的服务有所了解。所以为了在内部流动人口中推广这些服务，政府需要使用流动人口的母语来加以宣传，并且适时调整服务的实施——例如开放时间和培训多文化卫生保健服务的从业人员——以满足少数民族社区的特定需求（Ingleby et al., 2005）。

### 自然环境

包括气候系统在内的自然环境体系所遭受的破坏与在世界范围内减少卫生不公平现象的任务是息息相关的。生态环境破坏影响着社会中的每一个成员，然而最易受到伤害的人群包括那些原住民，由

### 框 6.12：泰国农村卫生服务

从 1983 年起，泰国政府对农村医院和农村卫生中心的卫生预算分配比对城市医院的投资要高。所以即使是在边远山区，卫生服务的覆盖率也很高。如今，典型的卫生中心和地区医院分别能够覆盖 5000 到 50000 人。卫生中心有 3 ~ 5 名护士和医务辅助人员，而拥有 30 张病床的地区医院则拥有 3 ~ 4 名全科医生、30 名护士、2 ~ 3 名药剂师、1 名牙医和其他的医护人员——数目充足的高素质医务人员来提供卫生服务。此外，各级医疗保健都整合了多项公

共卫生项目（预防、疾病控制和健康促进）。因为所有的公共卫生和医疗毕业生都来自公立医学院，所以这些学生都得到了政府的大力资助。作为回报，毕业生被强制要求加入到地区医院等农村服务中。这对地区医院的运营十分重要。1972 年，本项目招录了第一批医学毕业生，之后招募对象扩展到了护士、牙医和药剂师等人群。

资料来源：HSKN，2007

于不可再生的乱砍乱伐、矿藏的过度开采以及其他以自然资源为基础工业的不平衡发展，导致了他们生态环境的日渐脆弱（原住民健康小组，2007）。我们需要阻止由于环境恶化所造成的自然资源流失，我们急需控制温室气体的排放（McMichael et al., 2008）。本报告与该行动领域最为相关的是调整和减轻环境变化策略的发展，它们囊括了社会和健康公平的维度。我们还需要开展更多的探索探索适宜的行动类型，从而切实有效地干预社会因素、环境变化和健康公平之间的三方关系。

#### 委员会建议：

**6.5 以政府间气候变化问题小组的建议为基础，国际组织和国家政府深入研究农业、交通、燃料、建筑、工业以及有关调整和减轻气候变化的废弃物处理策略对健康公平的影响。**

如前所述，具体政策选择和应对气候变化发展模式的细节分析并不在委员会的职责范围之内。斯特恩报告以及其他相关文件号召国际社会出资，支持更新有关气候变化影响的地区信息。在世界卫生组织的领导下，这是一个整合应对气候变化和促进健康公平的契机，能够使健康公平的理念在各种信息系统和政策发展中得到充分的体现。

## 健康与公平：行动领域 6.3

确保各项应对气候变化和其他环境破坏的经济和社会政策能够反映出健康公平的理念。

# 第 7 章

## 公平就业与体面工作

“对于那些体面、劳苦并致力于管理对公共福利举足轻重业务的人们，如果国家无法给予其创业初期的生活保障或是无力保证他们在患病或是年老期间不至沦落贫院，那么它就绝对不能算是个文明国家。”

HL Mencken (nd)

### 工作与健康公平的关系

就业和工作环境对卫生和健康公平有着不容忽视的影响。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，不受生理以及心理 / 社会危害——它们对于健康都至关重要 (Marmot & Wilkinson, 2006)。消除工作不平等现象不仅会直接促进健康，而且对健康公平还有更加深远的影响，因为工作能够潜在地减少性别、民族、种族以及其他社会非平等性。它能够大力推动我们向千年发展目标的迈进。

#### 工作和健康公平

##### 就业条件

许多就业相关条件与健康低下的状况息息相关，包括失业与不稳定的工作——例如非正式工、临时工、合同工、童工和苦役 / 劳动力抵押。有证据表明，与长期工相比，临时工的死亡率要高得多 (Kivimäki et al., 2003)。低下的精神健康状况与不稳定的工作有关（例如非正式工、非固定期限的临时工和非全职工等）(Artazcoz et al., 2005; Kim et al., 2006)。自视工作不稳定的工人其身心健康会受到严重不良影响 (Ferrie et al., 2002)。

##### 工作环境

工作环境也影响着健康和健康公平。恶劣的工作环境对精神健康的危害与失业不相上下 (Bartley, 2005; Muntaner et al., 1995; Strazdins et al., 2007)。不利的工作环境会使个人面临一系列身体健康的危害，较低级职业的工作环境往往比较恶劣。环境恶劣所导致的工伤至今仍

是一个极为严重的问题 (ILO, 2005) (图 7.1)。50% 以上的冠心病风险与工作压力有关 (Marmot, 2004; Kivimäki et al., 2006)。有证据显示，工作压力大、发言权小以及努力与报酬不成比例是造成身心疾患的危险因素 (Stansfeld & Candy, 2006)。

### 就业本质和工作安排

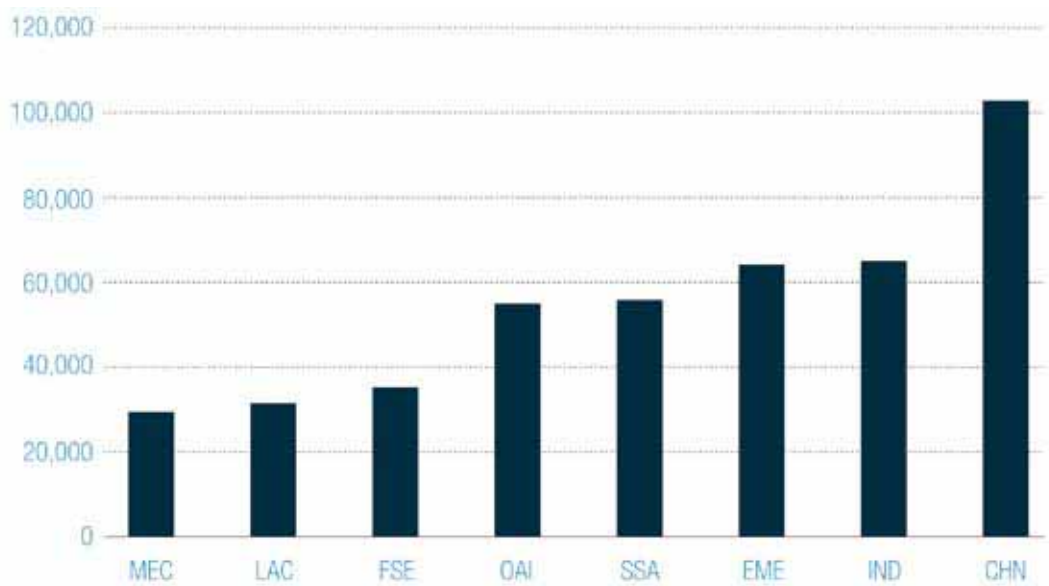
20 世纪 70 年代起全球市场逐渐一体化，人们开始重视生产率和向全球市场输送产品。希望在市场中占有一席之地的单位和雇主要求建立灵活而稳定的全球劳动力，而这为就业安排和工作环境带来了重大的卫生变革 (Benach & Muntaner, 2007)。

人们的经济机遇和保障主要是由劳动力市场所决定的，或至少是以它为中介的。2007 年，有 30 亿名 15 岁及以上的就业人员。然而，世界范围内 4.87 亿名工人的收入仍然无法使他们自身和家庭脱离每天 1 美元的贫困线，13 亿工人的收入低于 2 美元 / 天 (ILO, 2008)。贫困劳工的地区差异十分显著 (图 7.2)。

大型跨国企业和国际组织在决定劳动政策方面的力量日益强大，这导致了工人、工会和求职人员发言权的削弱和危害健康的工作安排与工作环境的增加 (EMCONET, 2007)。高收入国家的工作不安全感、不稳定的就业安排（例如非正式工、非全职工、临时工和计件工作）、失业、法律保护的弱化等现象都有所增加（见第 12 章：市场责任）。世界范围内特别是中低收入国家的大部分劳动力，都是在非正规经济的环境下工作的。此种经济背景的本质是不稳定的，缺乏法定条例来保障工作环境、工资、职业健康和安全 (OHS) 以及伤害保险 (EMCONET, 2007; ILO, 2008) (图 7.3)。

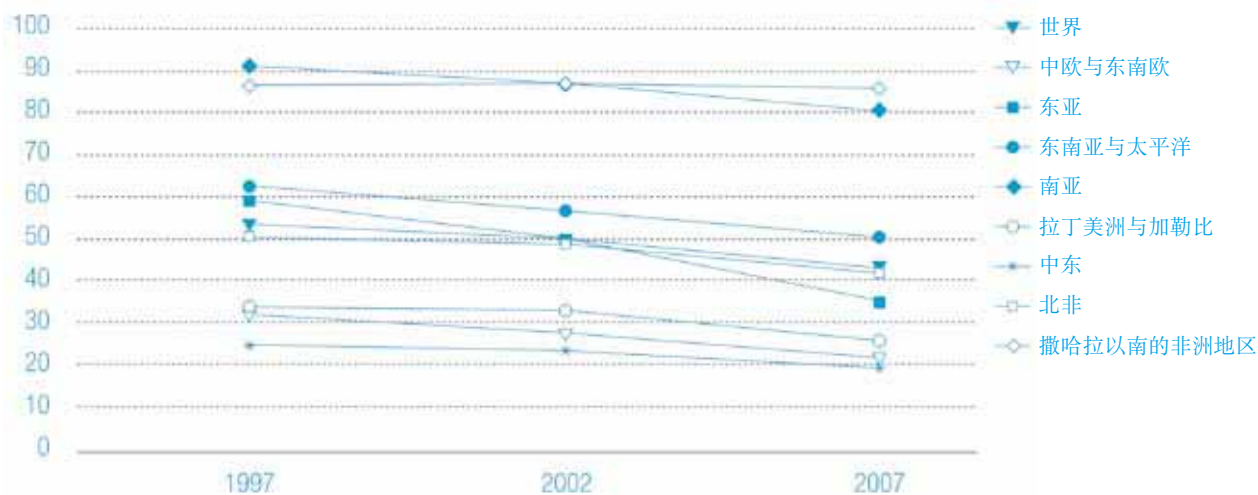
以往集中于工业化国家的正规经济的主要特征是先进的劳动力市场政策制定、强大的工会影响力以及长期的全职就业机会，然而在如今这已经发生了显著的变化 (EMCONET, 2007)。如图 7.4 所示，自 20 世纪 90 年代起欧盟的临时工和非全职工显著增加。

图 7.1 不同国家与地区中工作场所危险物暴露的致死数



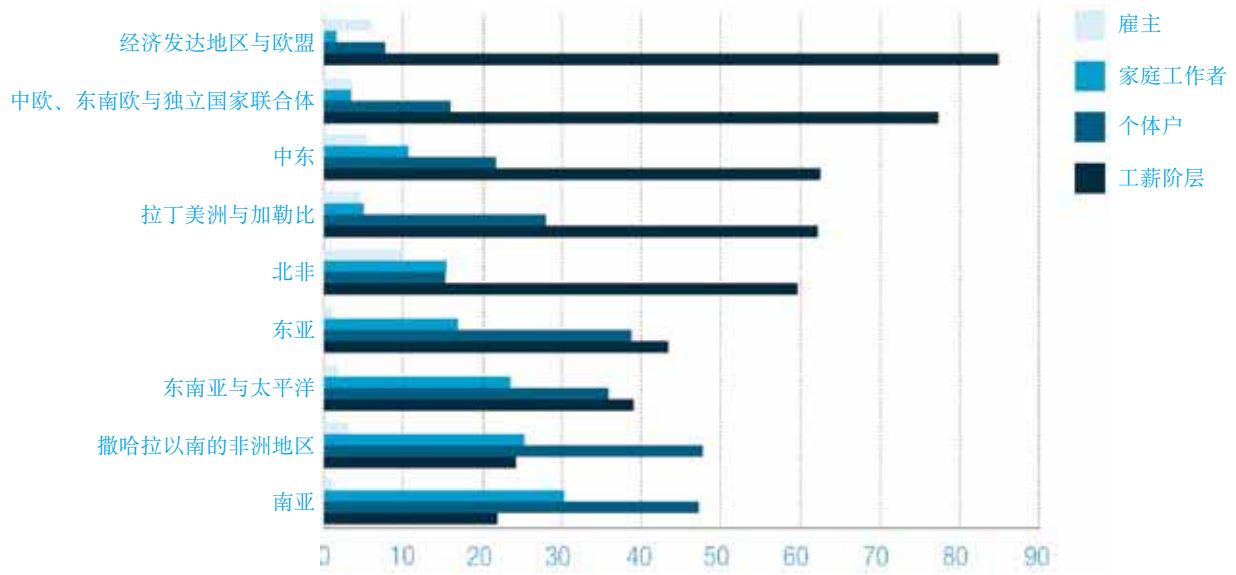
MEC: 新月地区中东部; LAC: 拉丁美洲与加勒比; FSE: 前社会主义地区; OAI: 其他亚洲国家与岛屿; SSA: 撒哈拉以南的非洲地区; EME: 市场经济地区; IND: 印度; CHN: 中国  
 经作者同意, 翻印自 ILO (2005)

图 7.2 不同地区中日收入低于 2 美元 (包括 2 美元) 的工人比例



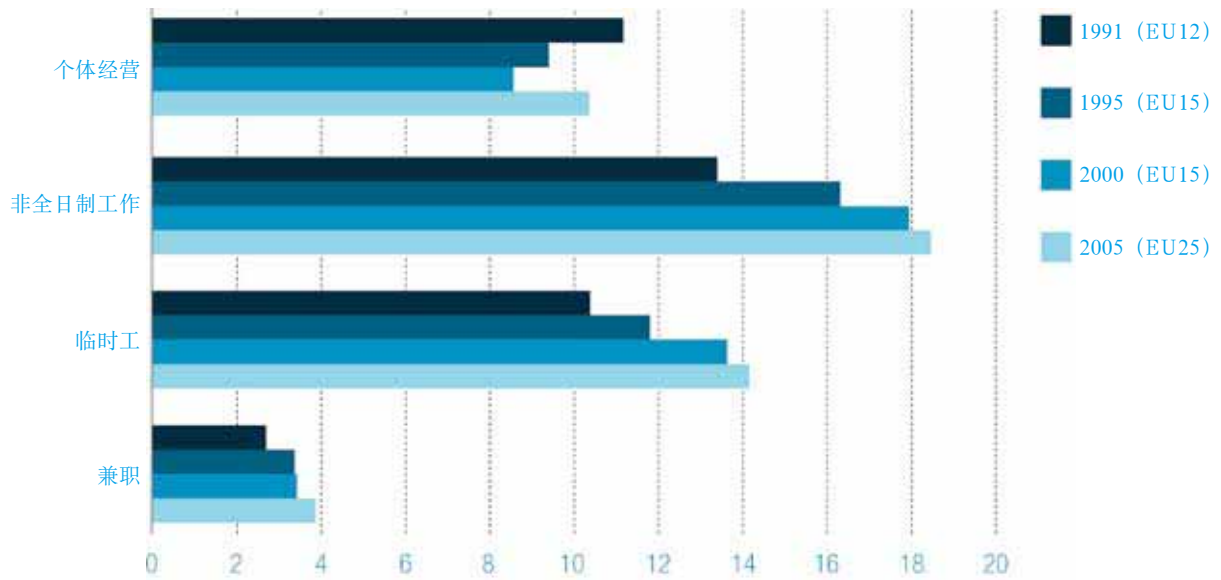
2007 年数值为预测数据。经作者同意, 翻印自 ILO (2008)

图 7.3 2007 年各地区就业情况



家庭工作与自营工作本质上属于非稳定型工作  
经作者同意，翻印自 ILO (2008)

图 7.4 欧盟的非正规型就业 ( 百分数 )



经作者同意，翻印自 Parent-Thirion 等 (2007)

## 易受伤害人群

Heymann 和他的同事于 2006 年在博茨瓦纳、巴西、墨西哥、俄罗斯联邦、南非、美国和越南的代表性家庭中开展调查，分析结果一致说明女性从工作获得的保护和福利比男性要少（图 7.5）（见第 13 章：性别平等）。

良好的就业要求消除一切强制手段——包括各种形式的强制劳动，例如劳动力抵押、苦役和童工。全球范围内，大概有 2800 万苦役劳工、570 万抵押劳动力的童工 (EMCONET, 2007)。尽管我们在消除最为恶劣的童工形式方面取得了巨大成就 (ILO, 2007)，但世界范围内仍有 2 亿名 5-17 岁儿童在从事劳动 (ILO, 2006a)。通过增加贫困家庭的收入和保障基本的学校教育，能够帮助我们减少童工现象。如果能够免费上学，估计印度 70% 的童工都会积极入学 (Grimsrud, 2002)。

## 创造公平就业和体面工作

对于经济和卫生平等来说，将促进公平就业和体面工作纳入国家发展政策和战略的核心是十分重要的。法律、政策、标准以及促进健康的工作环境的发展、执行和实施需要政府、雇主、工人和求职者的共同参与。国家水平的行动同时需要营造一个

更加有利的全球经济环境。

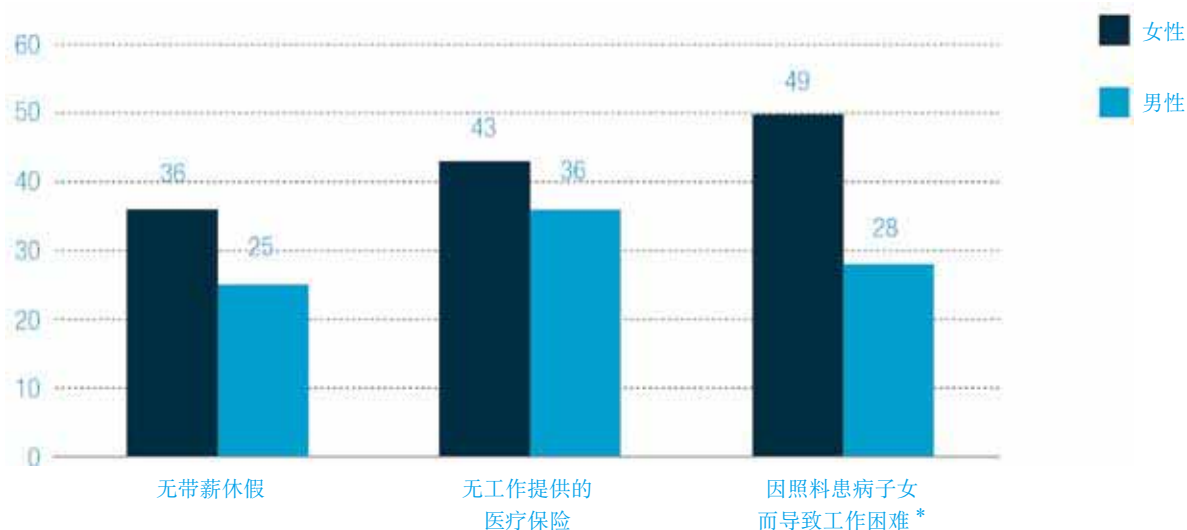
### 委员会建议：

7.1 全民和公平就业以及体面工作应作为各个国际组织的共同目标，国家政策和发展战略的核心内容，加强工人在政策、立法以及及与就业和工作相关项目中的发言权（见 10.2；14.3；15.2）。

### 支持性的国际环境

尤其是在中低收入国家，工作的水平和时间明显地取决于全球的经济水平。所以，执行委员会有关在全球范围内促进和维持全民就业以及制定并支持能够促进公平和体面工作的国家经济政策的各项建议，会在很大程度上受到全球经济变化的影响。这表明我们需要变革国家经济与全球市场的互动方式和国际组织的行为活动，世界贸易组织协定以及国际货币基金组织——和世界银行——所支持的各个项目就是很好的案例（见第 12 章和第 15 章：市场责任；全球良好治理）。联合国以及其他力图保障工人权利的国际组织急需加强影响力，促进其成员国实施公平就业。我们需要深入思考与分析，来确定政策和发展模式的选择。可能促进该进程的方式包括：

图 7.5 工作中的性别不公平现象



\* 工作困难：无薪工作、失去晋升机会或面临失业危险  
 摘自 Heymann (2006)，经修改。取样本国家的平均值



- 直接限制市场：
  - 通过有效的经济调控、合理的资本控制以及对国内资产的动员和保留来减轻对外部资金的依赖程度。
- 竞争限制：
  - 结束在中低收入国家的市场倾销商品；
  - 对所要求的劳动标准分度，逐渐达成向上趋同；
  - 结束对中低收入国家的出口关税上调；
  - 通过促进生产以满足本国市场的需求并减少对出口市场的依赖；
  - 促进中低收入国家的地区内贸易，相应的措施包括建立和加强地区贸易协议；
  - 鼓励高收入国家缩短工作时间。
- 国际协议：
  - 在未来的世界贸易组织协定中大力加强对中低收入国家特殊差别待遇的关注；
  - 加强世界贸易组织协定（以及双边和贸易协议）中的保障条款，特别关注公共卫生问题；
  - 促进中低收入国家（特别是小型中低收入国家）参与世界贸易组织的争端调解

机制。

大部分措施需要国际水平的相应行动——可以是各个政府的自行变革（增加或改变有关支持捐助的条件）或者是由国际组织介导的集体行动。

### 加强工人在国家政策制定中的发言权

至今为止，只有少数国家将就业和工作环境纳入到经济和社会政策制定的考虑范围内。为了解决这一问题，我们需要重新平衡公共和私营部门的权利关系。公共部门的领导作用至关重要，我们需要发展新的机制来加强工人和求职人员在政策、立法以及发展与就业和工作有关的项目等过程中的发言权。

根据以往的经验，工人的参与程度与集体劳动权利、工人运动、现代福利国家的政策和劳动力市场成正相关（见框 7.1）。

工会是在国家和国际范围内通过集体谈判来保护工人权利的有力组织（见第 12 章和第 13 章：市场责任；性别平等）。政府需要通过给予国家承诺的方式来保障正式和非正式工的集体行动权利，从而确保弱势群体的参与度（见框 7.2）。

## 公平就业和体面工作：行动领域 7.1

将全民就业和公平就业作为国家和国际社会与经济政策制定的核心内容。

### 框 7.1：巴西无地或少地农业人口的工作与健康

巴西 1% 的地主占有着 45% 的农业用地，而大约 50% 的土地所有人总共仅拥有近 2% 的耕地。3100 万的巴西人口（占总人口的 18.8%）居住于农村地区。这些被称为“agregados”的人们极度贫穷，他们常常受到许多心理社会、教育和健康问题的干扰。

1984 年，无地家庭组织了“农村无地工人运动（MST）”。“农村无地工人运动”可能是拉丁美洲最大类型的社会活动，大约涉及 150 万名成员。它成功的关键在于越来越多的无地家庭得到了土地分配，这个数字在 2 000 个居民区中

由几千上升到了 300 000。

研究结果显示，与其他农业工作者相比，“农村无地工人运动”社区成员的健康情况更好，这一现象的原因是牲畜的高产、营养的改善、社区的支持和直接的社区决策参与。

“农村无地工人运动”也有局限性，然而它从初始就成功推动了改革活动——这不仅限于土地革命，也涉及了卫生改革，直接影响了政府决策和公共政策，并且对美洲玻利瓦尔替代计划民间社会团体理事会也产生了一定作用。

资料来源：EMCNET，2007

**委员会建议：****7.2 国家政府应制定和实施相关的经济和社会政策，提供安全的工作和基本生活工资，覆盖能够保障健康的真实生活开销（见 8.1；13.5）。****实现全民就业**

2005 年联合国大会世界峰会上，各国政府再次承诺将全民就业和体面工作作为应对长期贫困挑战的途径之一。全民就业和体面工作也被纳入千年发展目标 1，作为在 2015 年前将极度贫困人口减半的方式之一。尽管政府试图发展全民就业和体面工作并将其列为国家和国际政策的目标之一（联合国，2005），然而这并没有成为一个持续性的承诺。

达成这一目标是艰难的，我们需要制定综合的经济和社会政策并且还要求在不同的国家发展不同的机制。这包括促进就业的各项国家措施，例如劳动密集型市政工程、地方采购政策、增加收入项目的扩大和对中小型企业的支持。这些措施的出发点之一就是提供大量工作岗位，这对发展水平不同的各个国家有着不同的涵义。

印度等低收入国家的基础设施和管理能力有限，国家提供的保障性工作能够帮助人们脱离国家贫困线（见框 7.3）。

在经济合作发展组织的许多成员国中，大部分劳动力为正规工人，那儿失业率低。政府首先通过鼓励求职人员积极就业——利用各种求职支持，例如工作信息和工作配对、个人咨询、职业指导和培训等服务——然后依靠要求用人单位签署合同以及

**框 7.2：尼泊尔——童工**

尼泊尔的贸易联盟致力于收集信息和起草政策规定，他们将童工问题纳入到了工人的教育项目中。劳力抵押是尼泊尔的重大问题之一。债役体系抵押了整个家庭，从而影响到了儿童的生活。各个联盟与民间社会团体一道劝说政府取消债役体系，2000 年该体系被正式废除。

政府将债务一笔勾销——宣布一切用于抵押的债务为非法资料。为了防止债役工再度陷

入之前的贫困境地，联盟与政府合作发展了两项重要的保护措施：规定了务农者的最低收入，并确定了联盟在非正规经济包括非正规农业中组织活动的权力。

联盟一致认为这两项重大举措应归功于他们在童工运动中的杰出贡献。

资料来源：Grimsrud, 2002

**框 7.3：印度的国家农村就业保障计划**

2005 年的国家农村就业保障法案要求印度政府为贫困的农村家庭提供社会安全网络，实施途径是为每个家庭中的一个成员保障 100 天的工作机会并提供最低工资。

尽管本项目在近期才得到实施并且在执行过程中遭遇了一系列困难，然而结果表明本项目对若干国家和地区产生了积极影响。它为贫困的农村家庭提供了工资保险、赋予妇女经济权利并创造了大量公共财产。拉贾斯坦公众对该项目的重视程度高，2006—2007 年它为每个农村家庭提供了 77 天的就业机会。乌塔普拉德

什公共领域的主要进展在于增加的就业程度；最低工资的保障和拖欠工资现象的减少以及私营业主剥削现象的消除。

这并不是说该项目的实施没有遭遇任何困难，透明的监督机制和项目的执行能力的关键取得了重大的进度。我们还需要调整支付率、延长就业时间和扩大覆盖范围。

为了确保社会接纳，我们还需要为带儿童的妇女建立相应的工作场所设施。

资料来源：Source: The Hindu, 2008; Ganesh-Kumar et al, 2004

在失业后参与各种项目等方式来达成全民就业的目标（经济合作发展组织，2005）。

### 保障健康的基本生活工资

为了提供基本生活工资以覆盖能够保障健康的真实生活开销，我们需要一系列支持性的经济和社会政策，这些政策必须定期更新并且以包括富含营养的食物、住房、饮用水和卫生等健康需求的开销以及社会参与为基础（Morris & Deeming, 2004）。低收入国家中的竞争优势主要依赖于廉价的劳动力。如果提供定期调整的基本生活工资成为一项法定要求，那么这一优势就会有所削弱。所以我们需要及时采取的措施包括：

- 政府、公共卫生和社会政策研究人员应该加强合作建立相应机制以评估健康生活的开销，从而计算各个国家的基本生活工资水平（见框 7.4）。
- 为了实现国家间的平等健康就业，政府应首先发展适宜的机制，从地区水平开始逐步建立跨国工资协议。

### 工作培训

实现全民和公平就业综合政策措施的核心内容之一就是确保失业和变换工作的人们获得合适的技能培训，从而帮助他们得到优质的工作。这就需要政府和非政府组织建立合作关系并全面开展项目活动，满足不同人群如残障或长期失业人士的特殊需求。职业培训的内容和实施必须针对社区的需求，应尤其关注劳动力老龄化的现象并开展面向老年人的再培训活动。丹麦的“灵活保障制度”是最为成功的劳动力培训方式之一，有效地保证了就业率（见框 7.5）。

### 安全而体面的工作标准

就业和工作环境的本质对健康和健康的社会分布有重要的影响。工作必须是平等而体面的。国家在减少和消除由于就业和工作环境而造成的健康危害中，扮演着重要的角色。

#### 委员会建议：

- 7.3 强化公共能力以执行法规机制，从而促进和落实全体工人的公平就业与体面工作的标准。

## 公平就业和体面工作：行动领域 7.2

实现健康公平需要提供安全、保险而薪酬合理的工作，全年的工作机会和全民工作以及生活的健康平衡。

### 框 7.4：健康生活的基本收入

英国开展了一项评估，研究了本国 18–30 岁、远离家庭而独立生活的单身健康男士的生活开销。根据调查结果，给予计价的维持健康日常生活所需商品包括食物、体力活动、住房、家庭服务、家庭用品、交通、衣物和鞋子、教育开销、个人开销、私人 and 医疗保健、存款和非国家养老金缴款、休闲用品和包括社会关系的娱乐活动等。以上所有开销总和被视为维持健康所需的最小税后收入额。

研究结果显示，健康生活的最小开销为 £ 131.86/周（根据 1999 年 4 月的物价来计算）。

若干开销项目尤其是住房（占总开销的 40%）取决于地理区域和其他估算内容。在当今社会，能够满足最小生活开销的税后收入是保证健康的前提条件。国家最低工资（1999 年 4 月），即 18–21 岁为 £ 3/小时、22 岁以上者为 £ 3.6/小时，在扣除法定税收和社会保险缴款后，每 38 小时的工作周收入可分别换算成每周税后收入 £ 105.84 和 £ 121.12。为挣得健康生活所需的最低开销，18–21 岁的工人必须工作 51 小时而 22 岁以上的工人则需工作 42.5 小时。

资料来源：Morris et al, 2000

### 框 7.5：丹麦的灵活保障制度和终生学习

丹麦的劳动力市场和英国一样灵活，其保险水平与瑞典等同。丹麦劳动力市场制度的特点是灵活的就业原则、提供培训服务和就业岗位的积极劳动力市场政策、较高的福利以及延续了一世纪的良好商业环境。丹麦的灵活保障制度有四大内容：

- 灵活的劳动力市场
- 良好的福利体制
- 终生学习
- 积极的劳动力市场政策

在终生学习中，社会成员广泛参与并致力于教育政策尤其是职业继续教育政策（CVT）的规划和执行。职业继续教育政策的一大特点是它为雇主和员工同时提供服务 and 培训。以劳工部（现在为教育部）为主要责任人，而主要由社会成员进行管理。1960 年丹麦为非技术工

人建立职业继续教育服务，而在 1965 年为技术工人提供类似服务的相应体制也得以确立。20 世纪 80 年代后期起，集体协议囊括了教育协议，允许员工每年离职 2 个星期以接受工作技能培训。

国家是该系统的主要资助人。该财政体系不需要工作单位承担培训和教育费用，并可以间接成为发展丹麦工业竞争力的津贴。该财政体系的发展以及职业继续教育参与权利的扩大使得多年来丹麦持续名列欧洲职业继续教育参与度最高的国家之一。由于职业继续教育体系主要是由公共预算资助的，所以职业继续教育的内容多是广泛技能而非企业特异性的培训，它可以在国外劳动力市场得到很好的运用，同时能够提升国内劳动力市场的灵活度。

资料来源：Madsen, 2006

#### 劳动标准

国际劳工组织标准的四项核心原则——自由结盟和集体谈判权利的认同；拒绝强制劳动；消灭童工现象；非歧视性就业——为公平就业和体面工作打下了基础。政府组织执行国际认同的劳工标准和法规是实现健康公平的重要步骤之一。此外，一旦将例如男女平等报酬的基本劳工标准加以实施，也许能够显著促进性别平等的实现（见第 13 章：性别平等）。

跨国企业对就业和工作环境的影响以及劳动的跨国本质要求我们建立国际机制来支持国家政府认可和执行核心劳动标准（见第 12 章：市场责任）。发展管理能力、基础设施以及执行建议的财政支持需要国际劳工组织、世界卫生组织、捐赠组织、正式和非正式工人代表的共同努力（见第 15 章：全球良好治理）。低收入国家执行劳动标准的能力可能较低，尤其是在委员会提出如此广泛建议的情况下。在保证实行四项核心原则的前提下，我们应该根据经济发展水平的不同对劳动标准进行分级，同时考虑国际执行机制下特定国家的可执行程度。一旦四项核心原则得到了确立，劳动标准就应逐渐达到向上趋同从而避免产生不利效应。

实现进行性发展以及结合劳动法规与国内国际供应商的职业健康安全应是国家的长期目标。

同样的，为企业建立国内公开规制——以明确界定产品和零部件的生产地点以及相应的工作环境（EMCONET, 2007）——这一长期政策将促进全球平等就业的实现和公平工作环境的建立。

尽管许多跨国公司已经采纳了行为自律法则并坚持在世界范围内的不同分公司实施相同的劳动条例（[http://www.jnj.com/community/policies/global\\_labor.htm](http://www.jnj.com/community/policies/global_labor.htm)），然而这仅仅是我们庞大工程中的一小部分。对私营部门有关劳动以及职业健康和安全的自律法则的执行进行公共监督，能够扩大这些条例的影响并确保它们的责任范围（见第 12 章：市场责任）。我们还应考虑调整企业法律来改变公开挂牌公司的目标函数，使它由最大化股东利益转向更为广泛的社会和环境目标，例如保障就业。然而我们还需要加强对这些活动的国际协调，从而避免企业迁出进行改革的国家或阻止坚持将股东权益最大化的国内企业吞并那些调整了目标函数的公司。过去 20 年间，环境行动以同样的方式加强了私营企业对改善环境的责任感。所以如今我们需要采取同样的行动来实现公平就业和体面工作。

#### 工作—生活的平衡

人们越发清晰地意识到过度工作和过度工作所致的工作和生活失衡对健康的负面影响（Felstead

et al., 2002)。为了重新平衡人们的工作和生活，政府政策和立法支持应该能够保障家长照料子女的时间，提供儿童保健服务而不考虑他们的支付能力，并且确保灵活的工作时间、带薪休假、育儿假、工作分担和长期服务假 (Lundberg et al., 2007)。此类政策不断涌现，在高收入国家更为明显。与其他保护性法案类似，非正式工人不在它的服务范围之内。所以在正式和非正式工人的参与下，政府急需开展相应活动来促进有关工作和生活平衡政策的实施，以及支持性社会保护政策的落实，并建立明确的财政和责任机制 (见第8章：终生社会保障)。

### 不稳定的工作

与不安全感息息相关的工作不稳定的全球泛滥现象 (Wilthagen et al., 2003)，对健康低下和卫生不公平性有显著影响。世界上的大部分劳动力是非正式工，他们的生活极不稳定。鉴于不稳定工作和贫穷之间的联系，应对非正式工的不安全感、低报酬和性别歧视现象的政策将会使妇女和她们的家庭受益 (见第13章 性别平等)。值得关注的还有全球剧增的外来工问题。尽管许多外来工从事高技术性职业，然而大多数的外来工特别是非法外来工生活贫困而缺少保护，这在非正规单位中更为明显。

我们正在设立障碍限制人口流动性并控制东道国对境外劳动力的需求 (见第9章：全民医疗保健)。这与国内经济机遇的匮乏共同导致了人们不惜侵犯基本人权而追求走私和非法交易的暴利 (国际劳工组织, 2006b)。

#### 委员会建议：

**7.4 通过政策和立法等手段，政府部门减轻从事不稳定工作如非正式工、临时工和非全职工工的不安全感，从而保障提供基于真实生活开销、社会保险和父母赡养费的工资 (见 8.3)。**

#### 保护从事不稳定工作工人的法规

我们需要政府的政策和立法来提高各部门工人的安全感，从工作的各个维度加强其稳定性。许多政府正试图加强法规调控来限制裁员、分包和外包，并同时发展限制不稳定工作的法律 (框 7.6)。

#### 非正规经济对健康公平的影响

非正规部门工作环境的改善可能影响健康公平。将非正规企业纳入税务系统能够增加政府收入，从而加强公共投资和促进健康 (Gordon & Lei,

### 框 7.6：加强政府对分包的监控

全球经济的生产是由日益复杂的合同安排和供应链网络所组成的。尤其是在大型企业中，现代商业行为在很大程度上依靠商品和服务生产的外包 (包括外包给海外生产商)。外包是通过一系列的分包来实现的，包括仅提供劳动力的服务以及服务和商品的部分或全部供给。分包可以是多层次的，涉及产品或服务生产商以及终端顾客之间的许多步骤。分包商包括其他公司、小型企业和个体户。许多国际研究发现分包制度会导致职业健康和安全的恶化，分包对职业健康和安全的危害包括分包商的财政/成本削减压力、职业健康和安全管理混乱和无力以及法规调控的匮乏。

这些问题的法律框架、管理和业界反应一致性差、持续性低并且力度不足。最近，政府开始探究如何运用供应链管理来解决与分包网络相关的风险转移问题。供应链的终端组织对

其他供应商的控制往往很强，这也同时说明了它的经济在很大程度上依赖于分包商以及外包公司和供应商之间的合同安排，以保证产品数量、质量、时效性、价格和法律风险的分摊。与社会保险法律不同，私有条例在国际范围内能有效发挥其监控作用。然而政府的合同安排条例能够覆盖生产的各个步骤并集中追究供应链终端组织的责任，从而对职业健康安全等工作环境进行控制。这需要国际社会的共同支持。

澳大利亚的法律整合了劳动 (薪酬、时间)、职业健康和安全管理标准、职工获得补偿的权利和责任机制 (包括强制性规划)，从而将法律责任转至供应链负责人。本套法律也被用来保护家庭纺织工和货车司机。英国也发展了法定执照系统，监督农业、园艺业和食品加工业的劳动力中介机构 (把头)。

资料来源：EMCONET, 2007

2005)。以下的政府主导行动能够帮助非正规企业促进国家发展：

- 发展立法和法规，从而保障非正式工的工作环境、工资、职业健康和安全以及其他福利。
- 延伸劳动标准，促进政府、雇主和工人组织实施劳动标准，以保护非正式工。
- 发展国家和当地政府将非正规单位纳入正规部门中的相关政策，例如制定特殊的税收渐变政策来鼓励小型和家庭企业参与注册。

许多中低收入国家在努力实现上述劳动标准建议的同时，还应认识到现有的税收和法规体系限制着正规单位的数量，所以非正规部门仍然存在。在缺乏有效的社会保护机制的情况下，为了获得赖以生存的收入，人们不得不涌入非正规部门。非正规部门能够不受法规和税收的制约，因为政府现有的管理能力不足以将法规和税收制度延伸至非正规部门中数以万计的小型单位和个人。在许多最贫困的国家中，大部分非正规企业的教育和文化程度低，严重制约了它们服从法规要求的能力。上述法规问

题的解决应成为持续性经济社会政策的一部分，这些政策包括社会保护、教育和公共部门的强化（见第5章、第8章、第10章、第11章、第15章和第16章：起点公平；终生社会保障；在所有政策系统和规划中体现健康公平；公平筹资；全球良好治理；健康问题的社会决定因素：监督、研究和培训）。

### 工人和民间社会组织在追求更好的就业环境中的作用

工人组织在保护非正式工人的过程中扮演着重要的角色，它的组织结构也日益完善。例如从1998年起，塞内加尔自发建立了“非正式工和农民工联盟”以代表非正式工人的权益。厄瓜多尔和巴拿马的联盟为农民工和原住民工人设立了专门的部门。贝宁和加纳委派全职官员来负责监督非正规经济。加拿大联盟分别授权男女性别的特别项目联盟代表组织非正式工人的活动。美国的案例（见框7.7）表明了社区行动是政府措施的有力补充和动力。民间社会组织与联盟的合作力量十分强大，这

### 框 7.7：合理损耗——工人以及民间社会组织的行动

在过去的几十年间，反对血汗工厂的政治运动已经成为重要的政治声援力量和国际宣传网络。大型服装厂是反对血汗工厂活动的主要目标，顾客驱动的本质使它不得不在竞争激烈的市场中求生存。为了获得利润，他们必须和其他卖主竞争，吸引那些追求物美价廉的非品牌忠诚型顾客。为了维持或增加他们的市场份额，他们将服装生产外包到劳动力廉价的地区，并将大量资源投入到增强品牌和形象竞争力的活动中。在法律力量薄弱的外包型服装工厂，为满足顾客对时尚的追求，它们不惜以工人的福利为代价，从事快速而灵活的生产活动。

反对血汗工厂的运动利用了顾客驱动型企业的脆弱形象来促进服装工人权利的保障和社会公正的实现。为保障利润和在顾客心中的良好形象，许多品牌服装店不得不开始解决血汗工厂的问题。

1995年北美发生了两次重大事件：“服装、工业和技术工人联盟”的建立和加利福尼亚爱尔蒙第内血汗工厂的警察搜捕活动。服装、工业和技术工人联盟发动了一场新联盟活动，依

靠消费者的力量组织工人运动。爱尔蒙第搜查活动警醒了民间社会组织，引起了媒体的关注并导致了一系列连锁反应。不久后，反对血汗工厂的运动取得了伟大的胜利。以网络为基础的宣传组织，例如全球交流组织就依靠媒体力量吸引了公众和媒体对企业领导的关注。新旧民间社会团体纷纷参与到反对血汗工厂的活动中来，这些组织代表了教会、学生、学者、政策研究所、基金会、消费者组织、国际组织、地方和全球的劳动联盟、劳工团体、反对血汗工厂团体、无剥削企业、投资商、国际人权主义者以及人权组织、网络和团体。值得注意的是联盟和消费者间的合作较为薄弱，这在“服装、工业和技术工人联盟”以及涉及了全球5000万名消费者的“消除血汗工厂的国家消费者联盟运动”的理念中有所体现。反对血汗工厂的运动取得了巨大的胜利。例如，印尼的外贸纺织物和鞋业生产商增加了工人工资，上调幅度比其他行业高出20%~25%。

资料来源：Micheletti & Stolle, 2007

## 公平就业和体面工作：行动领域 7.3

改善所有工人的工作环境，减少危险物质的暴露，减轻工作压力，减少健康危害性行为。

在工人对雇主和市场影响力小的地方尤为明显。

### 改善工作环境

改善就业需要通过改善工作环境来与保障工作质量的积极措施接轨（EFILWC，2007）。

#### 委员会建议：

#### 7.5 职业健康和安​​全等政策与项目的服务对象应该扩大到所有工人——包括正式工和非正式工——服务范围应扩展至对工作压力、行为和危险物质暴露的关注（见 9.1）。

#### 全员保护

卫生部门应负责发展职业健康政策和项目，使其覆盖正式工和非正式工。这包括：

- 发展和加强职业健康立法、政策和服务，为实现基本职业健康和安全的全民覆盖提供基础；
- 开展职业培训项目，面向非正式工人以及相关的社会活动；
- 将工人健康纳入医疗系统基本卫生保健的服务对象中。

国家政府、雇主、国际机构和工人需要共同开展活动，将职业健康和安​​全纳入就业促进项目、分

包和外包法规以及贸易协议的内容中。通过加强职业健康立法和审查的执行力度来监督活动的实施，是确保政策和全民就业安排能够促进健康和健康公平的初级措施。

#### 职业健康和安全的范围

许多与工作相关的职业健康和安​​全政策与项目仍然集中于关注传统工作环境。例如 1999 年加拿大的“加拿大环境保护法案”是管理加拿大化学物质污染的主要法律依据。2006 年 12 月生效的“化学物质管理计划”和当前的政策框架都是以评估危害人类和环境健康的新旧化学物质为目标的（见 [www.chemicalsubstances.gc.ca](http://www.chemicalsubstances.gc.ca)）。这样的职业健康和安​​全政策十分重要（在中低收入国家尤为明显），然而证据表明我们还需要扩​​增其工作范围，同时关注工作压力和危险行为。英国的案例（见框 7.8）说明了雇主应该如何与工人联盟合作，制定将心理社会环境纳入法定环境内容的工作场所标准。

**通过确保公平就业和体面工作，政府、雇主和工人能够推动脱贫活动、减少社会不平等现象、减少生理心理社会危险因素的暴露并促进健康。同时，健康的劳动力是高效生产的有力保障。**

### 框 7.8：国家行动应对工作压力

健康和委员会将工作压力确定为英国 2000 年职业健康战略的主要工作内容之一。英国 2000 年职业健康战略的目标是：确保健康和安，于 2010 年前将由于工作疾病和工伤所致的离职天数减少 30%；将工作相关疾病的发生率减少 20%；将致命性和严重性工伤的发生率减少 10%。

2004 年，英国健康和安部制定了有关工作压力的管理标准，该标准覆盖了 6 种工作压力：需求、控制、支持、关系、角色和变化。与管理标准同时颁布的还有危险因素评估工具，它包含了 35 个覆盖 6 种工作压力的工作环境项目。健康和安部的管理标准采用了人群特异性的方式来解决工作压力问题，试图将组织压力调整到适合的水平，而不是以确定高压力工人为目标。该标准并没有为雇主确立特定的心理社会工作环境水平，而是设立期望目标并鼓

励各个组织努力加以实现。

管理标准本身并不是新的法律形式，但是在 1999 年工作健康与安全条例的指导下，管理标准能够帮助雇主履行他们的法定义务，对工作压力相关的健康危害性行为进行评估。

该管理标准是一个为期 3 年的执行项目的组成部分，健康和安部于 2006—2007 年间在 1000 个工作场所实施了该管理标准，支持了危险评估并根据评估结果进行了相应调整。至今为止，对实施了该管理标准的工作场所进行的评估大多是定性的，同时人们还可以通过登录健康和安部的网站进行案例分析 ([www.hse.gov.uk/stress](http://www.hse.gov.uk/stress))。在实施管理标准之前，我们于 2004 年进行了一项国家管理调查，为将来对心理社会工作环境的监督提供了基线。

资料来源：EMCONET，2007



# 第 8 章

## 终生社会保护

每个人都有权利享受优质的生活，保护自己和家人的健康。这包括食物、衣服、住房、医疗保健、获得必要的社会服务以及在失业、疾病、伤残、丧偶、年老或遭遇其他不幸的情况下得到保障的权利。

《联合国世界人权宣言》文章 25 (a) (联合国, 1948)

### 社会保护和健康的关系

世界上 4/5 的人口缺少基本社会保障的支持 (国际劳工组织, 2003)。实现国内和国际上社会保护的全民覆盖, 是确保在一代人的时间内实现健康公平的重要步骤。社会保护不仅仅与社会公正有关, 其本身也有助于推动社会发展目标的实现 (McKinnon, 2007)。

社会保护所涵盖的服务和福利有多种, 如收入保障、医疗保险和教育保障 (Van Ginneken, 2003)、产假或带薪假等劳动保障措施和儿童保健等。本章集中讨论收入保障。典型的收入保障对象是自然的弱势群体 (儿童、育儿人员和老年人) 或客观原因所致的弱势群体 (失业、疾病、伤残、家庭主要劳动力丧失)。第 7 章 (公平就业和体面工作)

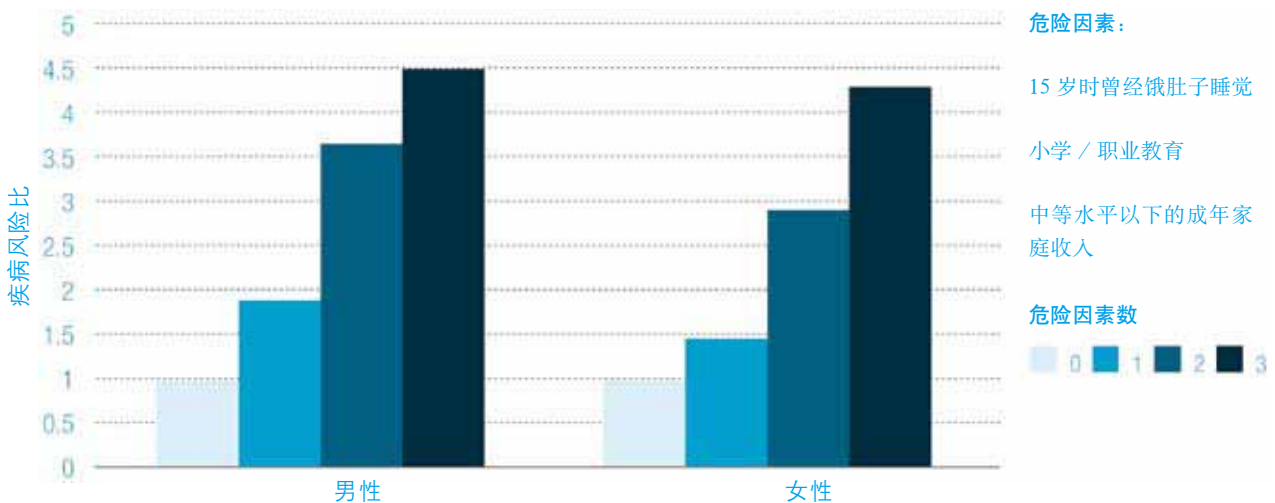
探讨了特定的劳动保障和工作福利问题, 第 5 章 (起点公平) 和第 9 章 (全民医疗保健) 阐述了优质教育和卫生保健的提供问题。

### 终生社会保护的重要性

贫穷和生活质量低下是引起不健康和健康不公平的重要原因。拥挤的居住环境、基本娱乐设施的缺乏、危险的社区环境、身为父母的压力、食物安全性低等因素制约着儿童早期发展和人们的终生生活质量。儿童贫穷和贫穷的世代相传严重阻碍了人口健康水平的提高和健康公平的实现 (第 5 章: 起点公平)。一个讨论社会经济危险因素对 50 岁以上人群健康影响的案例研究 (图 8.1), 分析了生活水平对终生生活质量的影响。

福利再分配制度和就业制度同时影响着贫穷的发生 (Lundberg et al., 2007)。此方面的有关数据主要来自高收入国家, 高收入国家数据齐全而国家政策也较完善, 其研究结果能够更加全面地显示出社会保障政策的潜在影响。例如, 北欧国家税后的贫困率远远低于加拿大、英国和美国 (尽管它们的税前贫困率不相上下) (图 3.2, 第 3 章)。如

图 8.1 2002 年俄罗斯 50 岁以上男性与女性的疾病自我评估情况以及社会经济危险因素的终生累积效应



资料来源: Nicholson et al., 2005

果将弱势群体的贫困水平加以比较，那么这些国家贫穷水平的差异将更加明显。如图 8.2 所示，北欧的单亲家庭、拥有 3 个以上孩子的家庭以及 65 岁以上个人的贫困率较低，值得强调的是这个差异的产生原因并不仅仅是福利国家的再分配，还有福利国家单位的间接效应，即为劳动力市场提供健康生活的能力。社会保障制度是不可或缺的，它能够确保人们能够获得基本生活所需并能保护劳动者（第 7 章：公平就业和体面工作）。

在社会保护制度相对完善的国家中，人口的健康状况可能也会更好，至少数据齐全的高收入国家情况如此 (Lundberg et al., 2007)。例如，家庭扶持政策与婴儿的低死亡率相关 (图 8.3)。同样，较高的养老保险覆盖率、养老金金额以及疾病、失业、工作事故保险都能延长人们的期望寿命 (Lundberg et al., 2007)。在养老金数额较高的国家中，老年人的死亡率也较低 (Lundberg et al., 2007)。一些国家内部健康不平等和社会保障政策相关性的资料较为缺乏，我们需要加大投资力度以探索有借鉴意义的资料。高收入国家的现有数据表明，虽然在社会保障水平高、覆盖广的国家中，相对死亡率的平等性不一定高，但是弱势群体的绝对死亡率较低 (Lundberg et al., 2007)。

### 工作生活的保护

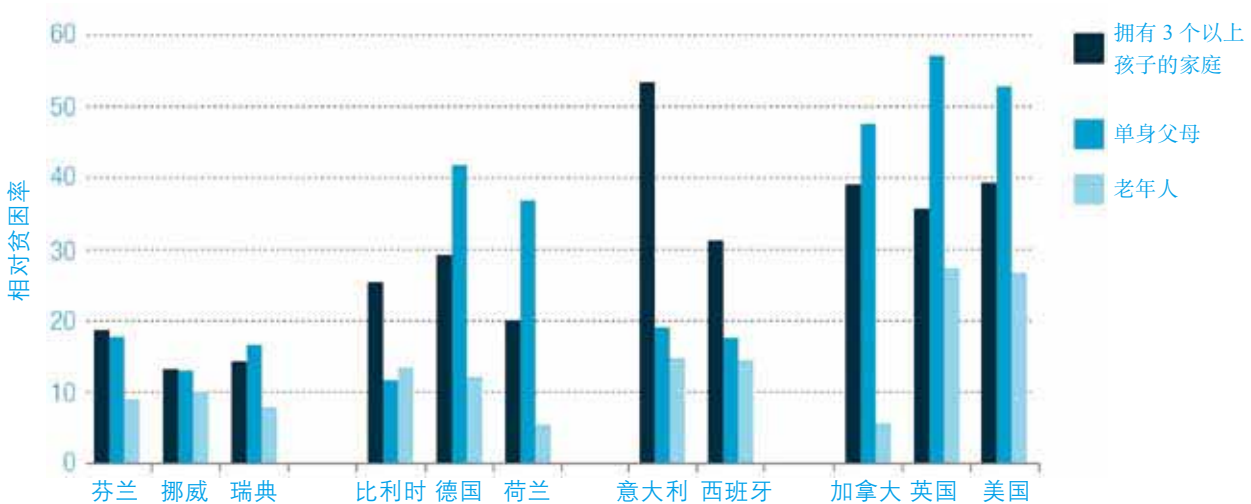
提供体面的收入以及诸如伤残、工伤、职业

疾病赔偿、产假和养老金等工作保障和福利将造福许多人 (EMCONET, 2007)。然而事实上此种保护制度的覆盖率非常低。例如，大部分患病工人是无法享受到带薪假期的。长期性伤残的工人因为丧失了主要工作技能，所以不仅很难再找到新工作，也无法在原有的工作单位继续工作。同时劳动力的组成结构发生了改变，许多妇女加入到了工作队伍中。然而她们的工作主要集中于不稳定或非正规的单位，这些组织缺少社会保护的意识和 (EMCONET, 2007; WGEKN, 2007)。

### 脆弱性和老年人

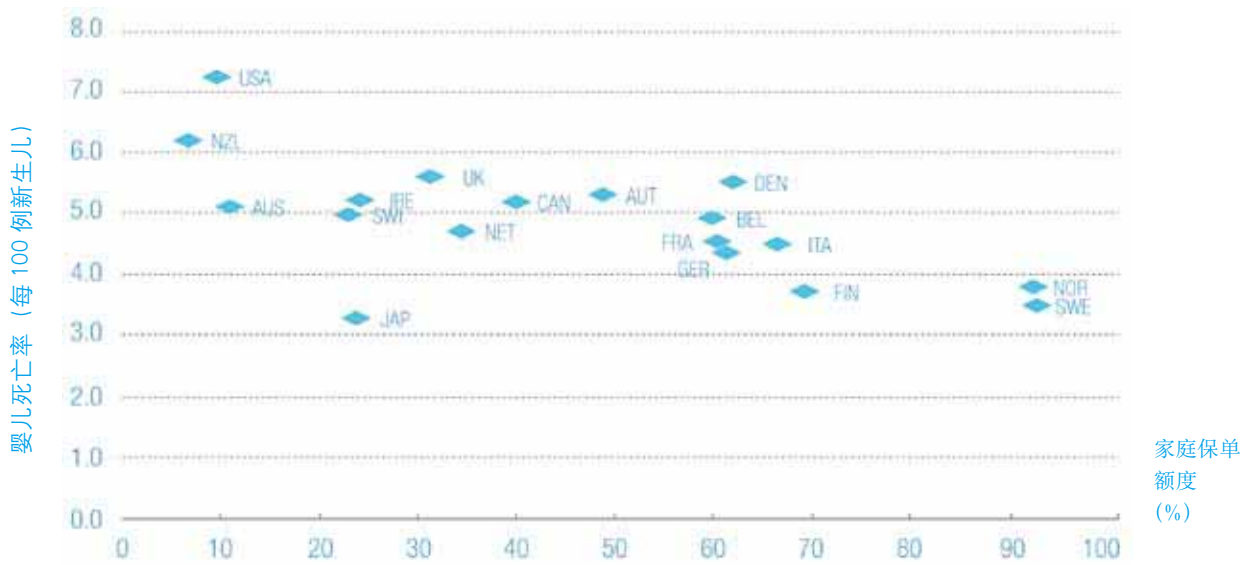
全球人口的老齡化使得社会保障日趋重要。在未来的 45 年间，全球 60 岁以上的人口将是现在的 3 倍。截至 2050 年，欧洲 1/3 的人口将在 60 岁以上 (联合国经济和社会事务部，人口司，2006)。中低收入国家人口老齡化速度甚至高于高收入国家。在这些国家中，因为很多人没有正式工作，所以养老保险制度的作用很有限。在撒哈拉以南非洲地区和南亚，只有不到 19% 的人口能够享受到养老保险 (HelpAge International, 2006a)。同时在这些国家中，传统的社会保障制度正在弱化 (McKinnon, 2007)。家庭规模正不断缩小，在许多情况下老人可能没有成年子女能够或愿意照料他们，例如许多青年人纷纷进城务工。许多老年人尤其是祖母，不得不肩负起额外的负担，例如照料艾

图 8.2 2000 年 11 个国家中 3 组“社会高危类别”的相对贫困率



贫困阈值：中等税后收入的 60%。等值系数；经合组织量表  
资料来源：the Luxembourg Income Study (LIS)  
经作者同意，翻印自 Lundberg et al. (2007)

图 8.3 2000 年 18 个国家的家庭保单额度与婴儿死亡率



工人工资与平均净产量的比值作为现金转让的净效益。婴儿死亡率表示为每 100 例活产儿的死亡数

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

经出版商同意, 翻印自 Lundberg et al. (2007)

滋病人遗孤 (McKinnon, 2007)。老年妇女的生活尤其艰辛。虽然有证据表明鳏夫的生活自理能力更差, 然而世界上寡妇的绝对数量确较多。妇女经济地位低下的累积效应对寡妇的影响尤为明显。与鳏夫和其他人群相比, 寡妇的贫困率更高 (WGKKN, 2007)。许多包括非洲在内的中低收入国家, 都开始建立社会养老金体系。

### 在全球化背景下的社会保护障

社会保护是政府赋予自己国民的一种社会权利。但现如今, 有越来越多的人并不仅在一个国家内生活, 如国际劳工、政治避难者和难民等, 这些人的社会保障问题值得关注。国家政府、国际组织和出资方应在联合国难民事务高级专员办事处、国际劳工组织、国际移民组织的领导下, 共同制定现实的方案来促进健康公平, 以解决这个日益突出的问题。

社会保护能够有效地缓解许多全球化带来的危害 (Van Ginneken, 2003), 如与贸易自由化相关的经济不稳定和经济冲击 (GKN, 2007; Blouin et al., 2007)。在市场一体化的背景下, 穷国的公共收入不断减少 (GKN, 2007), 导致了全球在

低收入国家投资公共资源建设的公平性问题 (见第 12 章和 15 章: 市场责任; 全球良好治理)。尽管贸易自由化和税收竞争可能削弱政府改善全民社会保障制度的能力和意愿, 但是并不是所有国家都受到了这样的负面影响。事实上, 某些东亚国家在面临经济衰退的情况下仍然强化了他们的社会保护政策 (框 8.1)。贸易自由化和税收竞争还可能进一步减少可用的资源 (GKN, 2007)。

我们还能够采取多种措施保障和提高人们的生活质量。社会保护政策尤其是收入保障, 是穷国和富国中部分家庭之重要甚至唯一的现金收入来源。在贫穷国家, 定期供给的小额现金福利能有效促进健康并解决社会排斥问题 (McKinnon, 2007)。证据表明通过税收和转让——后者是社会保护的关键——等形式所实现的收入再分配, 在扶贫过程中比经济增长本身更为有效 (Paes de Barros et al., 2002; de Ferranti et al., 2004; Woodward & Simms, 2006a)。尽管各个单位能力不足仍然是重大的障碍之一, 然而国际经验表明, 即使是贫穷国家也应有能力实施社会保护项目 (McKinnon, 2007)。

### 框 8.1：韩国的案例——在经济危机的背景下强化社会保护

在经济危机发生前，南韩的社会保护制度就远远优于其他东亚国家。为应对经济危机所导致的失业率上升，三边委员会（商业－劳动－政府）颁布法案，将失业保险覆盖范围扩大到了所有工人。此项暂时性生计保障项目为新近失业人员提供了四项福利：直接现金转让（\$ 70/月）、失业人员子女学费免除和午餐津贴以及 1 年内医疗保险费减半。本项目能够成

功缓解经济冲击危害的关键体现于 2000 年所颁布的《最低生活标准保险法案》。它代替（结合）了原有体制并新增了对食物、衣服、住房、教育和医疗保健的提供。为生活于基本标准以下的家庭提供现金或转让等资助，并支持他们参与公共工作或工作培训等劳动项目。

资料来源：Blouin et al., 2007

## 社会保护：行动领域 8.1

建立并强化全民综合社会保护政策，为全民提供能够维持健康生活的收入。

## 实现全民社会保护的行动

委员会建议：

**8.1 政府在必要和合适时应与捐赠组织、民间社会团体和雇主合作，建立全民社会保护制度，保障人们能够维持健康生活的最低收入。**

### 终生的全民社会保护制度

为保护人口健康，特别是社会经济水平下的穷人健康，社会保护制度应力求实现全民覆盖。全民覆盖意味着所有公民都能获得社会保护。换句话说，社会保护应该定义为一种社会权利（Marshall, 1950）而非慈善的施予（Lundberg et al., 2007）。对于最需要社会保护的人群来说，全民覆盖是维持他们尊严和自尊的重要途径。因为人人都能从全民覆盖中受益，而非某个特殊人群独享特殊权利，所以全民的社会保护制度能够有效地促进社会凝聚力（Townsend, 2007）和社会融合性（SEKN, 2007）。从政治角度考虑，其可接受性也更高。全民计划通过保护中产阶级的利益，鼓励了许多纳税人积极纳税，从而能够更好地落实全民政策（Lundberg et al., 2007）。在建立了社会保护制度的国家中，社会保护的预算更高并且可持续性也更好。与仅面向穷人的社会保护制度相比，实现全

民覆盖的国家贫困率低并且收入平等性高（Korpi & Palme, 1998）。全民社会保护制度可以基于税收、捐款或两者的结合。

### 儿童

全民社会保护制度理应覆盖终生——儿童期、工人时代和老龄期。与其他人群相比，对妇女和儿童的保护最为薄弱。妇女肩负着世界上大部分的工作并扮演者繁衍后代的角色。然而在大部分国家中，她们于分娩前都必须坚持工作，而无法享受产假和福利。解决儿童贫困问题需要我们采取有力的社会保护措施并将这些措施纳入保护和促进健康生活标准以及育儿人员社会包容性的广泛政策框架中，这包括劳动保障 / 权利、最低收入、儿童早期保健以及灵活的工作时间等。框 8.2 所阐释的英国儿童贫穷应对策略体现了以上所述的若干内容。

### 工作年龄

委员会强调每个人都应获得保护以应对丧失工作能力和失业所带来的经济危机，并支持人们享有健康而优质的生活。这意味着政府和雇主应该合作制定有关失业、疾病和伤残的福利制度。这也要求我们关注伤残人士的特殊需求并消除雇主对伤残人士的歧视现象。不仅如此，我们需要提供生理和精神治疗，来解决包括成瘾性等阻碍求职和保全工作

## 框 8.2：大不列颠联合王国和北爱尔兰消除儿童贫穷的国家战略

英国于 1997 年实施的消除儿童贫穷国家战略包括了四项主要内容：家庭经济资助、就业机会和就业支持、通过增进财政包容性和改善住房条件以应对物质剥夺以及投资建设公共服务。本策略整合了全民和目标特定的实施途径。在新工党政府执政前的 18 年间，英国相对贫穷

的儿童数目增加了 2 倍，比例高达 34%，总数为 430 万——该比例在所有工业国家中位居第三。如今，尽管该战略有效地减少了贫穷儿童的绝对数量，然而贫穷儿童的下降比例却仍然不明显。

资料来源：SEKN，2007

的问题。同时，我们还需要提供终生教育和培训的机会，以帮助人们应对不断变化的工作市场需求（见第 7 章：公平就业和体面工作）。针对未能从事有偿工作人们的社会保护措施有许多形式。例如在欧盟，对于那些由于短期或长期因素无法在劳动力市场挣得足够收入的个人，许多社会保护措施以福利的形式替代或补充他们的收入。收入替代计划往往采纳三种不同的保障形式：失业福利（以原有收入为基础）、失业救助和收入保障计划。例如印度和南非等国家已经成功建立了就业保障计划（第 7 章：公平就业和体面工作）。

### 老年人

全民社会养老金是社会保护制度的重要组成部分。它们能够显著提高老年人的生活标准。社会养老金可以提高老年人的家庭地位、改善社会接纳和赋权，并能提高服务覆盖率。此外，它们还能够促进性别平等的实现，因为女性往往寿命较长而物质资源和分担养老金匮乏。尤其是在低收入国家，社会养老金还能够改善儿童在内的其他家庭成员的健康状况：例如，他们能够利用额外的收入支持儿童入学并改善营养状况（McKinnon，2007）。所以，社会养老金能够帮助打破代际贫穷的恶性循环。若干中低收入国家已经成功建立了社会养老金计划（框 8.3）。

### 开展、执行和评估试点工程

通过社会决定因素的框架来解决健康公平性问题是一项长期投资。中低收入国家不可能在短时间内完成全民社会保障政策的全套工程。然而通过发展和执行试点工程，我们最终能够逐步实现全民社会保障。许多中低收入国家已经开始尝试开展社会保障项目。这包括了社会养老金计划和现金转让项

目，后者主要集中于拉丁美洲（Fernald, Gertler & Neufeld, 2008），但也同时分布于少数非洲国家（Bhorat, 2003；Schubert, 2005；UNICEF, 2007b）。我们缺乏对这些项目实施过程和作用影响的评估，然而这些研究对将试点工程推广到国家水平的计划来说是至关重要的（McKinnon, 2007）。得到了良好评估的现金转让项目之一是墨西哥的“机会”，它设计了随机分配的治疗处理和控制组比较（框 8.6）。

从最为落后的地区起步，成功的试点工程最终能够被推广到全国范围内。通过将社会保障计划纳入到现有的单位结构中，我们能够最为有效地实现可持续发展和计划的执行（McKinnon, 2007）。例如在莱索托，养老金是通过国家的邮政网络分发的（救助儿童英国，国际助老会 & 社会发展学，2005）。

将社会保障项目推广到国家范围内当然还需要加强财政和单位的能力建设和基础设施。在许多低收入国家中，能力和设施的缺乏严重制约了社会保障项目的推广（SEKN, 2007）。捐赠单位和国际组织，如国际劳工组织在帮助低收入国家建设社会保障能力的过程中扮演着重要角色。为建设全民社会保障体系，我们需要对全球经济和国家经济政策进行改革来提高各国发展水平，以最终实现该体系的长期性可持续发展（第 11 章和 15 章：公平筹资；全球良好治理）。

一旦该体系得以建立，我们就需要不断地对其加以完善。民间社会组织能够有效地促进人们对社会保障制度的意识，并帮助他们享受相应的权利（国际助老会，2006a）（框 8.4）。此外，它们能够督促政府将社会保障列为重要政策内容，并监督政府对社会保障的实施过程（国际助老会，2006a）。

### 框 8.3：全民社会养老金——玻利维亚

玻利维亚 59% 的老年人日收入不足 \$1。所有 65 岁以上的玻利维亚公民都能够享有每年 1800 波币（\$217）的资助。受益人能够从下属银行（往往位于城市地区）一次性提取全年的现金资助。养老金数额占到了国内生产总值的 1.3%。半数受益人表示该项社会养老金是他们唯一的收入来源。养老金主要用于家庭开销和基本医疗保健。此外，老年人能够将养老金作为资本，投资回报性商业活动或支持青年人的生活。这能同时产生经济价值和社会价值，提高老年人的家庭地位。

2004 年，77% 的合格人选最终得到了养老

金。然而妇女的养老金覆盖率特别低，不幸的是，她们的对养老金的需求很高。存在的问题之一是候选人需要凭借身份文件进行注册，可是有 16% 的合格人选无法提供有效的身份文件以证明他们的合法资格。许多农村社区的老年人甚至从未持有过出生证。国际助老会（一个非政府组织）支持拉巴斯和奥尔拖的社会法律中心向政府登记处索取出生证，以最终帮助老年人获得养老金。

资料来源：国际助老会（2006b），获国际助老会许可，经编辑修改

### 框 8.4：孟加拉国落实对老年人的责任和养老金的分发

孟加拉的“资源整合中心（非政府组织）”与 80 个乡村的老年人合作，共同选举出监督小组以落实老年人权利的实现，例如老年津贴、寡妇津贴和卫生服务的提供等。他们发现实际享受到各项权利的人数显著低于资格人数的总额——每个地区不足 10%。老年人协会与地方

政府地区举行会议，帮助人们争取养老金。所以，养老金的分发增加了 5 倍，同时银行也改善了为老年人服务的程序。”

资料来源：国际助老会（2006a），经国际助老会许可。

## 社会保障体系的保障力度

健康和健康公平不仅受到覆盖率的影响，还与社会保护政策的力度有关（Lundberg et al., 2007）。一方面，政府通过合理的社会保护政策，满足人们生活所需；另一方面，政府设置最低工资，也应能够满足人们基本生活所需（第 7 章：公平就业和体面工作），这样社会保护政策和就业政策就互为补充，起“双重保险”的作用。

有许多方法能够计算维持健康生活所需的最低消费。由 Morris 等人（2007）（框 8.5）所提出的方法之一是以健康生活所需的商品数量为基础建立预算标准。尽管维持健康生活所需开销的具体金额是随具体社会条件而变的，但是上述或类似的方法学稍加调整就能够用来计算各个国家的最低工资和

社会福利水平。

低收入国家往往经济资源有限而无法全力投资社会保障项目，同时它们的筹资能力不足，因为它们的经济大部分是非正规经济，并且是以温饱型农业为基础的。此外，贸易自由化和税收竞争还可能进一步减少可用资源的数量（GKN, 2007）。资源局限性常常会限制低收入国家社会保障体系的力度。实际上，中低收入国家现有全民计划的作用往往十分有限（表 8.1）。尽管我们的进展并不明显，但是即使是小额的常规投资就能够显著提高穷国的人口健康状况（McKinnon, 2007；HelpAge International, 2006a）。中低收入国家能够逐步将社会保障力度上调至满足健康生活的水平，并且在捐赠组织的帮助下扩大其保障范围，最终帮助人们更加全面地应对各种危险因素。

表 8.1 中低收入国家的社会养老金

国 家	合法 年龄	全民 (U) 或需经济 状况 (U)	月支付额度 (美元 / 当地 货币)	60 岁 以上的 人口比例	60 岁 + 人口 获社会养老金 的比例	成本占 GDP 的 比例	低 (L) 或 中等 (M) 收入国家
阿根廷	70+	M	US\$ 88 273 pesos	14%	6%	0.23%	M
孟加拉	57+	M	US\$ 2 165 taka	6%	16%*	0.03%	L
玻利维亚**	65+	U	US\$ 18 150 bolivianos	7%	69%	1.3%	M
博茨瓦纳	65+	U	US\$ 27 166 pula	5%	85%	0.4%	M
巴西 (Beneficio de Prestacao Continuada)	67+	M	US\$ 140 300 reais	9%	5%	0.2%	M
巴西 (Previdencia Rural)	60+ 男 55+ 女	M	US\$ 140 300 reais	9%	27%***	0.7%	M
智利	65+	M	US\$ 75 40 556 pesos	12%	51%	0.38%	M
哥斯达黎加	65+	M	US\$ 26 13 800 colones	8%	20%	0.18%	M
印度	65+	M	US\$ 4 250 rupees	8%	13%	0.01%	L
莱索托	70+	U****	US\$ 21 150 loti	8%	53%	1.43%	L
毛里求斯	60+	U	US\$ 60 1978 rupees	10%	100%	2%	M
摩尔多瓦	62+ 男 57+ 女	M	US\$5 63 lei	14%	12%	0.08%	L
纳米比亚	60+	M	US\$ 28 200 dollars	5%	87%	0.8%	M
尼泊尔	75+	U	US\$ 2 150 rupees	6%	12%	未知	L
南非	65+ 男 58+ 女	M	US\$ 109 780 rand	7%	60%	1.4%	M
塔吉克斯坦	63+ 男 58+ 女	M	US\$ 4 12 somoni	5%	未知	未知	L
泰国	60+	M	US\$ 8 300 baht	11%	16%	0.00582%	M
乌拉圭	70+	M	US\$ 100 2499 pesos	17%	10%	0.62%	M
越南	60+	M	US\$ 6 100 000 dong	7%	2%	0.0222%	L
越南	90+	U	US\$ 6 100 000 dong	7%	0.5%	0.0005%	L

\* 57 岁以上人口获得社会养老金的比例；\*\* 按年度支付；\*\*\* 包括 55 岁以上妇女；\*\*\*\* 除了已获得大量政府养老金的人口外 (4%)，几乎实现全民覆盖

经国际助老会允许，翻印自国际助老会 (nd)

## 目 标

### 委员会建议

#### 8.2 政府在捐赠者或民间社会组织的必要帮助下，与雇主进行合作，利用目标锁定的方式支持那些全民系统覆盖范围之外的人们。

尽管许多国家将社会保护项目的服务对象锁定于最为弱勢的群体，但是即使是在贫穷国家人们也强烈建议设立全民保护体系。全民覆盖的社会保护比穷人定向的保护制度更为有效。目标锁定的方式成本高而管理性差 (HelpAge International, 2006a; McKinnon, 2007); 全民保护制度对管理能力和单位设施的要求均较低。在能力和设施不足的背景下，就更为重要 (如果捐赠组织能够承担全部或部分的成本)。在大部分穷国，全民覆盖下支付给富人的成本将低于界定富人的成本 (世界

银行, 1997)。此外，限定目标人群往往不能产生预期的效应。例如，它可能无法兼顾那些略高于贫困线之上的穷人 (McKinnon, 2007)。存在的问题还包括目标人群的保护领取率低，以及管理成本高，效率低，导致错误的支付以及欺诈行为的增加 (国家助老会, 2006a; SEKN, 2007)。此外，历史经验证明社会保护制度所采用的形式，是全民覆盖或是目标定向，应取决于组织设立时的初始状态：起始于确定特定人群的国家更可能保持这种方式 (Pierson, 2000; Pierson, 2001; Korpi, 2001)。鉴于以上原因，从初始便建立全民的社会保护体系应更为有效。

尽管我们遭遇了许多重大挫折，但是平均标准确认和定向的现金转让对减少贫困、提高生活标准、促进健康和教育等都有积极影响。例如墨西哥的“机会”计划 (一个条件性现金转让计划)，依靠地理和家庭定向有效地促进了人口健康 (框 8.6)。在许多情况下，指向特殊人群的选择性项目还将继续

### 框 8.5：能够维持健康生活的最低收入

一项研究评估了英国独立生活、无明显伤残并且年龄在 65 岁以上的单身居民的生活开销。根据人口普查的结果，用于计价的日常所需商品包括食物、体力活动、住房、交通、医疗保健和卫生以及与心理社会关系 / 社会包容性相关的开销 (电话、报纸、赠与孙儿和他人的小礼品的开销)。该花销总额能够用

于估算维持健康生活所需的税后收入。能够维持健康生活的最低开销估计约为 £ 131, 00/ 周 (根据英国 2007 年 4 月的物价计算)。这显著高于国家养老金的数额。2007 年 4 月国家养老金金额是每人 £ 87.30，而退休金补助保险是 £ 119.05 (经平均标准认定)。

资料来源: Morris et al., 2007

### 框 8.6：“机会”——条件性现金转让

利用条件项目来鼓励特定行为的案例之一是“机会 (原先称为进展)”，即墨西哥的条件性现金转让项目。本项目提供对家庭的现金转让服务，条件是要求 0 ~ 60 个月大的儿童必须接受免疫并定期前往婴儿诊所，以实现儿童营养状况的监控。这些儿童能够获得营养补充而他们的家长必须接受健康教育。孕妇获得产前护理，哺乳期妇女能够享受产后保健，其他家庭成员接受每年 1 次的身体检查 (同时得到健康教育)，同时成年的家庭成员必须定期参加有

关健康、卫生和营养问题的会议。评估研究发现该项目对健康有重要影响。在 2 年内，干预组的 0 ~ 6 个月儿童的患病率比控制组低 25%，0 ~ 35 个月的干预组儿童患病率比控制组同龄儿童低 39.5%。干预组儿童贫血患病率仅有普通儿童的 1/4，身高也比平均水平高出 1 厘米。最后，该项目具有累积效应。累积效应的程度与接受干预的时间成正比。

资料来源: ECDKN, 2007b



## 社会保护：行动领域 8.2

将社会保护制度推广至通常遭到排斥的人群。

存在，以作为全民项目的补充（Lundberg et al., 2007）。但建议是，选择性项目应仅限于支持那些被全民系统偶尔遗漏的对象（Lundberg et al., 2007；SEKN, 2007）。

在全民社会保护的背景下，我们时常利用制约手段鼓励人们的特定行为，例如对医疗保健和教育服务的使用。我们可以再次引用“机会”的例子。许多国家包括巴西和哥伦比亚以及某些高收入城市（例如纽约），都实行了这样的现金转让计划（市长办公室，2007）。再比如，我们能够以要求人们参与求职项目为条件，来发放失业、伤残和疾病福利。这些制约条件取决于工作的供应情况，并根据人们的不同能力来保障足以维持健康生活的长期收入（第7章：公平就业和体面工作）。尽管这种项目对健康能产生重要的积极影响，但是有关制约条件本身的作用却不很确定（SEKN, 2007）。厄瓜多尔的一个现金转让项目显示就算不附加制约条件，它也能够对生理、社会情感和儿童认知发展产生积极影响（Paxson & Schady, 2007）。

### 将社会保护系统推广至覆盖范围之外的人们

委员会建议：

**8.3 政府在必要和合适时应与捐赠组织、民间社会团体和雇主合作，来推广社会保护制度，从而确保覆盖从事不稳定工作（例如非正式工、家务劳动和护理活动）的人们（见7.4、11.1和13.3）。**

在所有的穷国和富国中，我们都需要推广社会保护体系，确保覆盖通常遭到排斥的人们：即从事艰苦劳动者，包括从事非正式工作、家务活动和照料工作的人们（WGEKN, 2007）。这对妇女尤其关键，因为妇女的家庭责任往往使其无法在分担缴费的社会保护制度下积累足够福利。我们需要建立社会保护体系，包括养老金计划，来促进性别平等。养老金体系的规划和改革需要考虑到性别平等的问题，防止社会保护政策进一步加剧性别不平等的现象（WGEKN, 2007）。

题，防止社会保护政策进一步加剧性别不平等的现象（WGEKN, 2007）。

### 通过基于税收和援助的保险制度来实现全民覆盖

在许多中低收入国家，大部分人口从事的是非正规工作，所以他们往往不在分担性社会保障项目的覆盖范围之内。对这些国家来说，基于税收的社会保障项目吸引了越来越多人的注意（国际助老会，2007；McKinnon, 2007）。例如，许多中低收入国家已经成功建立了全民和经平均标准认定的社会养老金体系（国际助老会，2006a）（表8.1）。根据转让的规模和资格人群的数量，它的开销占到了这些国家国内生产总值的0.03%~2%（国际助老会，2006a）。有些项目是由国家资助的，但其他计划需要捐赠组织的支持[通过总体预算支持和（或）对社会保险项目的保障]（国际助老会，2006a）。通过提高社会保护在公共预算中所占份额和增加政府发展的投入，能够帮助我们将社会保障体系推广到所有国家（Mizunoya et al., 2006；Pal et al., 2005）。我们需要发展具有可预测性的长期资助机制，因为捐助者的投资不可预测严重阻碍了许多贫穷国家对社会养老金制度的建立（国际助老会，2006a）。某些国家（例如玻利维亚、莱索托、纳米比亚和尼泊尔）的经验表明，尽管困难重重，但是在中低收入国家建立基本的社会保障体制，无论在管理上或实践中，都是切实可行的（McKinnon, 2007）（框8.7）。为建立这样的体制，我们需要国家和国际政府做出相应的长期性承诺。

在不同国家的养老金水平不同，从孟加拉和尼泊尔的\$2/月到巴西的\$140/月。只有少数国家提供的养老金数额超过了绝对贫困线，即\$1/天，并且这些国家大多数是中等收入国家而非低收入国家（表8.1）。在外界资助下，保障制度和它们的保障力度能够很快得到完善（国际劳工组织，2007b）。

### 框 8.7：莱索托的全民社会养老金体系

从 2004 年起，莱索托就为所有 70 岁以上的公民提供全民社会养老金计划。该计划由国家财政拨款，花费占国内生产总值的 1.43%。福利水平大约与国家贫困线一致（约为 \$ 21/月）。每月的养老金是通过城市和农村地区的邮政网络体系实现的（McKinnon, 2007）。养老

金项目的年龄界限是 70 岁以上，这在缩减项目开支的同时也减少了受益人群的数量。莱索托政府计划将年龄限制下调至 65 岁，以扩大受益人群的覆盖范围。

资料来源：拯救儿童英国，国际助老会 & 社会发展学，2005

### 框 8.8：印度建立分担社会保障制度

93% 的印度劳动力从事的是非正规工作，他们无法享受到失业保险、收入保障和法定的社会保障。印度的自主就业妇女协会（SEWA）由 100 万名妇女工人组成，它领导了一项要求给予非正式工基本社会保障的国家运动。它制定了一项草案，赋予所有非正式工享受社会保障的权利，保障内容包括保险、养老金和产假的最低福利待遇。若干个国家联盟组织参与了此项运动。

委员会制定了一项法案，计划为非正规经

济中的 3.8 亿名工人实现基本覆盖，包括医疗保险、生命和事故保险、产假福利和养老金等。计划落实的总开支低于印度国内生产总值的 0.5%。委员会建议由政府、雇主团体（通过企业税收）和收入在贫困线以上的工人共同分担实现社会保险所需的费用。生活于贫困线下的工人无需负担任何费用。在撰写本报告的同时，此项法案正得到进一步的审核，并计划将其呈交给下一届议会。

#### 通过分担性社会保障体系实现全民覆盖

在非正规工作为主导的国家中，基于税收的财政制度并不是建立全民社会保障体系的唯一途径。框 8.8 描述了印度建立分担性社会保障制度的创新举措。该体系以分担付费为基础，雇主通过企业税缴费、收入在贫困线之上的工人和政府分别各自承担相应的部分。

全民社会保护制度是重要的政策内容，保障穷国和富国全体公民的终生健康生活。管理和单位能力有限是制约许多贫穷国家发展的重大障碍。尽管如此，在捐赠者的必要帮助下，贫穷国家可以通过实施试点工程和逐步扩大系统的保障力度，来最终实现体系的推广。

# 第 9 章

## 全民医疗保健

“每个人都应享有生命救援和健康促进的服务，以应对经济和社会等不平等现象的发生。”

Margaret Chan, 世界卫生组织总干事 (Chan, 2008)

### 医疗保健和健康公平之间的关系

医疗保健系统是健康的重要决定因素。然而，除了发达国家以外，医疗保健系统资源严重不足、资源不平等现象屡见不鲜。每年大约有 50 万名妇女死于怀孕期、分娩期以及产后初期，这些主要发生在中低收入国家（世界卫生组织，2005b）。孕产妇保健服务的利用率低和覆盖率低是导致这一现象的重要原因。在许多贫穷和富裕的国家，医疗保健服务开销昂贵的事实导致了贫穷的泛滥。在美国，每 30 秒就有一个人因罹患严重健康问题而宣告破产（全国医疗保险联盟，2008）。我们应很好地规划卫生保健系统，并给予足够的资金支持，以确保公平性、全民覆盖以及充足的人力资源。卫生体制的设计应以初级卫生保健原理为基础，同健康社会决定因素指导下的本土措施相结合，并至少同等重视预防促进与治疗。在这些条件下，卫生保健的作用将远远超过疾病治疗措施的影响。它能够为我们提供综合全面和地方特异的优质项目和服务，以促进健康公平和改善全民健康。此外，它能够在社会和社区内广泛提高保险水平和社会凝聚力。

### 卫生保健服务的不公平分布

卫生保健服务在世界范围内的分布是不公平的。人们往往关注中低收入国家卫生服务利用率不公平的问题，然而事实上不公平现象在高收入国家也同样存在。在美国，与白种人相比，少数民族晚期乳腺癌和结肠癌的患病率更高。经济社会地位低的病人不容易享受到糖尿病的服务，而因糖尿病或相关并发症入院的概率更高（健康和福利部下属的健康研究和质量机构，2003）。卫生保健服务的不公平现象与许多社会经济和文化因素有关，例如收入、种族、性别和农村（城市）户口。作为国家福

利的重要决定因素之一，卫生保健服务的不公平现象急需解决。

### 卫生保健系统——不只是治病

卫生保健服务花费约占全球国内生产总值 10%，而大部分的服务分布于高收入国家而非中低收入国家。卫生保健系统为人们提供了大约 5900 万个工作岗位（GKN，2007）。卫生保健系统所能提供的服务不局限于疾病的治疗——尤其是在它与其他例如儿童早期开发项目等服务相结合的情况下（ECDKN，2007a）。它能够帮助我们应对疾病、增强生命安全感以及通过关注社会弱势群体和边缘群体的需求来促进健康公平（HSKN，2007）。当机构设置和服务规划是围绕着全民覆盖的原则（根据人们的不同需求和选择，将同等的优质服务推广至整个人群，而不考虑他们的支付能力）进行时，如果整个卫生系统能以基本卫生保健（既包括符合当地特点制定的、具体的初级卫生保健措施，也包括可及的转诊服务）为核心，该系统对改善健康和促进健康公平性将最为有效。

### 卫生改革

尽管如此，近几十年来，全球宏观经济政策的变革对卫生改革有着重要的影响，制约了各种福利的实现。改革内容包括鼓励使用者付费、实施绩效工资、供方和买方功能分离、制定服务包括以优先考虑成本效益高的卫生干预措施而非解决社会决定因素的优先手段，并且为私人机构确立更为显著的地位。这是由国际机构、商业组织和卫生部门所共同合作驱动的（Bond & Dor，2003；Homedes & Ugalde，2005；Lister，2007）。研究结果显示，一方面卫生服务不断呈现商业化的趋势，另一方面医疗和技术方面的分析和行动低估了综合初级卫生保健体系的发展对解决健康问题社会决定因素不公平的作用（Rifkin & Walt，1986；Ravindran & de Pinho，2005）。

为将卫生服务市场向贸易活动开放，改革措施分离了供方和买方，并对卫生服务体系的各个部

门不断加以细分。私有部门的高支出（与所有的卫生费用有关）与健康期望寿命的缩短有关（图 9.1），而公共保险和社会保险中医疗支出（与国内生产总值相关）的升高与健康期望寿命的延长相关 (Koivusalo & Mackintosh, 2005)。此外，与富人相比，在穷人中健康的公共支出与较低的 5 岁以下死亡率相关性的显著程度更强 (Houweling et al., 2005)。委员会认为健康是公益品而非市场商品。

改革措施背后的潜在趋势是由全民覆盖的承诺向个人危机管理的转变。在这样的改革背景下，卫生服务可能会自发地导致排斥现象和加剧贫困问题，而非实现其全民保障的目标。由于家庭无法支付极其昂贵的医疗费用，每年有 1 亿多的人口陷入贫困 (Xu et al., 2007)。

健康的商品化和卫生服务的商业化都与日趋严重的“医药化”有关（医药化是指过去被认为是正常现象的，现在却被认为是某种疾病，需要进行医治），对不同社会经济发展水平的各个国家来说都是巨大的挑战。如同加强公众参与卫生保健系统的规划和实施一样，在追求公平卫生保健的背景下，认识到可持续发展的问题是我们实现理性政策的首要步骤。然而各个国家的保健法 (Tudor-Hart, 1971) 原则却都与上述精神相反，因为它们赋予了富人更多享受卫生服务的权利。健康问题社会决定因素为我们提供了另一个选择：一种能够促进有效性和公平性的方式，也是一种力求完善卫生保健制

度的途径。

## 实现全民卫生保健的行动

委员会建议：

9.1 国家政府与民间社会组织及捐赠者合作来建立卫生保健服务，以提供全民覆盖的高质量服务为原则，并立足于保障基本卫生保健。(5.2; 7.5; 8.1; 10.4; 13.6; 14.3; 15.2; 16.8)。

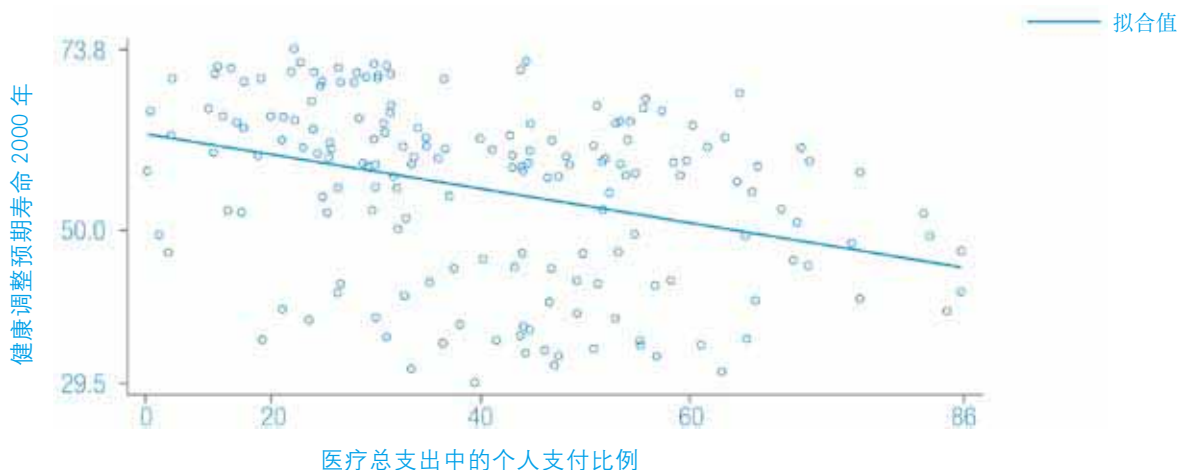
### 全民基本卫生保健

实际上，所有的高收入国家都是依据全民覆盖的原则来组织卫生保健体系的（结合卫生筹资和服务提供的机制）。但是应做出全民保健承诺的不仅仅是高收入国家。例如，泰国在这方面就已经取得了成功并发挥了杰出的领导作用（框 9.1）。

初级卫生保健（结合健康问题社会决定因素相关活动的初级卫生保健模式，并强调包括有效转诊制度的初级保健水平）意味着全面、综合而适宜的保健服务，强调了疾病预防和健康促进。在高、中和低收入国家，能够证实初级卫生保健制度有效性的证据比比皆是（框 9.2）。

在哥斯达黎加，经改善的初级保健服务有效降低了国家婴儿死亡率。在 1970 年，婴儿死亡率是 60‰，而到 1985 年下降到了 19‰。该项改革实施后的每五年间，儿童死亡率平均下降 13% 而成人死亡率下降 4%，这一结果已扣除了其他健康决

图 9.1 2000 年的健康调整预期寿命以及医疗总支出中的个人支付比例



经 Palgrave Macmillan 同意，翻印自 Koivusalo & Mackintosh (2005)

### 框 9.1：泰国——实现全民卫生保健

在 2002 年早期，泰国成功实现了全民卫生保健，整合了全面的医疗服务，改善了门诊、住院制度和急诊室服务，治理了医疗费用昂贵的现象，依据世界卫生组织基本药物目录组织药物的供给并且尽可能广泛地保障了个人的疾病预防和健康促进等服务（除了美容整形和晚期肾病的肾移植手术等特定服务）。全民覆盖计划（以解决财政问题为主要目标）的主要特征是明确的政策目标、确定的参与要求、强大的组织能力和快速的措施执行（12 个月）。2001 年大选胜利后，总理亲自制定了全民覆盖计划

的执行日程。政策改革家和研究人员为公务员提供政策备选方案，以最终促成政策的正式制定。基于各种医疗保健覆盖计划的经验，新型的全民覆盖政策应该：

- 废除按项目支付的模式；
- 实行按人计费（利用税收基金向卫生保健服务的提供者付费）的收费方式；
- 全民覆盖计划应改善初级卫生保健的实施并提供合适的转诊服务。

资料来源：HSKN，2007

## 全民卫生保健：行动领域 9.1

以公平、疾病预防和健康促进为原则，建立卫生保健体系。

### 框 9.2：初级卫生保健、初级水平的服务和人口健康

主要来自高收入国家的证据表明，以初级卫生保健为原则所组织的卫生保健系统能够更有效地促进健康（Starfield et al., 2005）。

- 初级保健医生分布密集的地区，人口健康状况更好。
- 能够享受初级保健医生服务的个人，健康状况更为乐观。

- 初级卫生保健包括初级水平的保健服务和转诊服务。其中，初级水平的服务（如预防保健）的特征和接受服务个人的健康相关。

上述最后一点表明，使初级水平保健行之有效的不仅仅是医疗保健服务覆盖率的提高，还有对疾病预防和健康促进原则的体现。

定因素的影响（PAHO，2007；Starfield，2006；Starfield et al.，2005）。非洲（刚果共和国前扎伊尔、利比里亚和尼日尔）、亚洲【中国、印度（卡拉邦）和斯里兰卡】以及拉丁美洲（巴西和古巴）在初级卫生保健方面也取得了一定成果（De Maeseneer et al.，2007；Doherty & Govender，2004；Halstead et al.，1985；Macinko et al.，2006；Starfield et al.，2005；Levine，2004）。

### 初级卫生保健——社区参与和社区赋权

即使面临着地方权力失衡、资源限制和卫生系统高层支持不足等问题，初级卫生保健模式仍然强调社区参与和社会增能（Baez & Barron，2006；Goetz & Gaventa，2001；Lopez et al.，2007；Vega-Romero & Torres-Tovar，2007）。社会增能策略能够增强有关健康和卫生保健制度的社会意识，提高健康素养并动员人们开展健康活动（Goetz & Gaventa，2001；Loewenson，2003；Vega-Romero & Torres-Tovar，2007）（框 9.3）。

孟加拉的城市初级卫生保健计划（框 9.4）表明了我们需公众对健康的意识以及地方政府和民间社会组织的合作，来为边缘化的城市团体提供有效的卫生保健规划和卫生管理支持。

政府应采取相应措施，履行保障市民卫生保健服务的责任（Murthy, 2007）（框 9.5）。

有关基本卫生保健的文献表明，我们需要将一定受益人纳入政策和项目的发展、执行和评估等各个层面中。我们需要那些由民间社会组织所领导的宣传活动，来增强人们对于满足贫困妇女健康需求的意识，并获得对相关服务的持续性支持。我们需要考虑那些能够同时影响男性和女性健康状况的性别特异性需求，以使男性和女性得到平等的治疗

（WGEKN, 2007；Thorson et al., 2007；Bates et al., 2004；Huxley, 2007）。

许多地区人口老龄化，所以卫生保健体系应该关注这一老龄化的趋势并采取相应措施。预计全球人均预期寿命将在发达和发展中国家持续上升，65 岁以上的人口比例估计会从 2005 年的 7.4% 到 2050 年上升为 13.7% ~ 19.1%（Musgrove, 2006）。这一人口结构的变化将主要发生在不发达国家。有证据表明，由慢性疾病所致的伤残是 45 岁以上人群的主要公共卫生问题。伤残的主要病因包括神经精神障碍（例如阿尔茨海默病等疾病的持续高发）、视觉和听力障碍、骨质疏松、关节炎、糖尿病和伤害等。针对健康老龄化决定因素

### 框 9.3：社会赋权策略的案例

社会赋权策略包括：拓宽市民获取信息和资源的途径，并增强对先前受忽视的健康问题的意识（印度的评议活动社区广播项目；英国的乳腺癌参与性研究和宣传运动；津巴布韦的社区卫生工作小组；发展社会活动（南非的小

额信贷培训研究和贫困农村妇女的亲密伴侣暴力）的潜在意识、自我认同和凝聚力；鼓励大众参与规划的优先级设立（英国的地方组织通过地方健康促进规划来发展选择性的政策方案）。

资料来源：HSKN, 2007

### 框 9.4：孟加拉的城市初级卫生保健

孟加拉的城市初级卫生保健计划是由市政府和民间社会组织共同开展的，其目标是为居住于非正规环境下的人群提供卫生服务。市政当局与 14 个设立了卫生中心的非政府组织开展了合作，并得到了来自亚洲开发银行、联合国开发计划署、国际发展部、加拿大国际发展署和欧盟的资金援助。居住于非正规环境中的最

贫困妇女和儿童得到了初级卫生保健服务的补助，占总受益人群的 75%。极端贫困的人群得到了全免费的服务。通过 124 个初级保健单位的工作，初级保健服务的覆盖率由 2001 年的 40 万人增加到了 2004 年的 500 万人。

资料来源：KNUS, 2007

### 框 9.5：政府履行其对公共卫生保健的责任

政府履行其对公共卫生保健责任的相关措施包括：立法规定公民享有健康的权利，以及人们获得信息和参与公共政策和预算制定的权利（第 10 章：在所有政策系统和规划中体现健康公平）；立法保障公民参与医院管理、监督卫生服务实施、评估诊所和医务人员服务质量的

权利；建立机制促进医务人员的自律行为并保障患者权利；通过性和生殖的健康与权利监管中心以及国家和地区水平对于监管性健康和生殖健康项目的承诺，来履行卫生保健制度关于促进性别公平的责任。

资料来源：HSKN, 2007

所采取的保障性措施构成了更为广泛的社会背景，而卫生保健服务必须与之相适应（NAS Panel on Aging, 2006）。

### 预防和健康促进

在疾病发生时，卫生保健所能提供的服务远远多于疾病的治疗。研究表明，强化的预防措施能够有效消除全球的绝大多数传染和非传染性疾病（Lopez et al., 2006）。医务人员能够明显影响社会对健康的看法。他们与其他（政治、经济、

社会以及文化活动和文化行动主义）倡导者逐渐意识到，采取行动应对社会原因所致的危险因素暴露，继而改善健康状况的做法具有重要的伦理价值（PPHCKN, 2007c；见世界卫生组织的《人人有责：加强卫生保健系统以促进健康》）。它要求各个部门通力合作，对项目进行更好地规划、执行和监控，以帮助人们认识健康不平等的危害，并且采取应对健康问题社会决定因素的相关措施。促进精神卫生的行动方案（表 9.1）为我们提供了一个良好的范例。

表 9.1 精神健康—决定因素与干预措施

等级	决定因素	干预措施
卫生保健易得性等级	服务供应的缺乏	通过将精神健康服务纳入到总体卫生保健中来促进服务的供应
	不可接受的服务	确保精神健康保健人员的语言和文化能为当地居民所接受
	保健获得的经济障碍	提供价格合理的服务
结果等级	抑郁对生产力的财政影响	支持保健人员以保护当地家庭免受抑郁的财政危害；再就业项目
	抑郁的社会影响	反污名活动；促进家庭和社会支持网络的建立
	抑郁应对措施的财政效应	削减成本
	抑郁对生活方式的影响	促进精神健康，包括预防物质滥用
脆弱性等级	早期发育的风险	促进幼儿发展项目的开展
	早期发育的风险、母亲精神疾病、脆弱的母婴关系	母婴干预，包括提倡母乳喂养
	青少年发育的风险	针对青少年的抑郁预防项目
	难以获得信贷或存款	教育和压力应对项目，同伴支持机制
暴露等级	暴力 / 犯罪	为穷人提供更多的信贷和存款
	社会分化	暴力 / 犯罪预防项目
	自然灾害	促进相关项目的开展，提升家庭和社会凝聚力
	伤害预防	创伤和压力支持项目
	住房紧缺	针对多方面问题的措施
	居住环境恶劣	住房改善措施
	失业	迁移项目
社会经济环境与地位	失业	就业项目，技能培训
	政府政策与立法的缺乏	加强精神健康政策；立法和服务的基础设施
	人权框架	酒精和毒品政策
	物质滥用	精神健康促进项目
	污名	促进社会安定和财政稳定的经济政策，提供足够的资金，支持多种公共服务的发展（医疗，社会服务以及住房）
	失业	制定福利政策，以建立保障财政安全的支持网络
	经济不稳定性	保护性劳动政策（例如限制频繁的换班工作、保障工人权利，加强工作稳定性）
工作压力	保障基本教育，建立激励机制和给予财政支持	
缺乏教育		

资料来源：PPHCKN, 2007d

### 运用定向卫生保健来建立全民覆盖

覆盖并不只意味着提供药品和服务。它要求所有需求人群都能够享有并利用充足的高品质服务。Tanahashi(1978)提出的模式(图 9.2)说明了个人、团体和人群为获得有效的服务和干预必须依次经过可得性覆盖、可及性覆盖、可接受性覆盖、沟通性覆盖、有效性覆盖 5 个步骤；该模式同时提出随着覆盖级别的提高，覆盖人数会越来越少。以往的保健项目多集中于服务的有效性覆盖和联系性覆盖这两个维度。实际上每一个维度都存在障碍，需要克服，应从每个步骤入手来改善国家项目（第 15 章：良好全球治理）。

在低收入国家，公共筹资有限并且公共支出主要用于服务富人。所以有人提出因为全民覆盖不可能在短期内得以实现，所以作为一项政策目标，全民覆盖阻碍了我们尝试其他方式来为贫困人口提供卫生保健服务 (Gwatkin et al., 2004)。在各个国家建立全民保健制度十分重要，它是在短期内确保弱势群体和落后地区能够从服务中获益的重要战略手段。专门向某部分地区或某特殊人群提供服务的政策与全民覆盖的政策手段并不矛盾。巴西和委内瑞拉玻利瓦尔共和国（框 9.6）的案例说明：大规模的定向国家卫生保健项目能够促进全民覆盖的实现——通过确立和扩大享有权、促进服务的利用以及将福利分配至最为弱势的群体等手段。

因此，在制定定向卫生保健政策时要谨慎。经验表明，要解决健康不公平问题，只是将专为穷人设计的诸多项目策略推广至全国水平的做法很难令人满意。(Ranson et al., 2003; Simmons & Shiffman, 2006)。

#### 委员会建议：

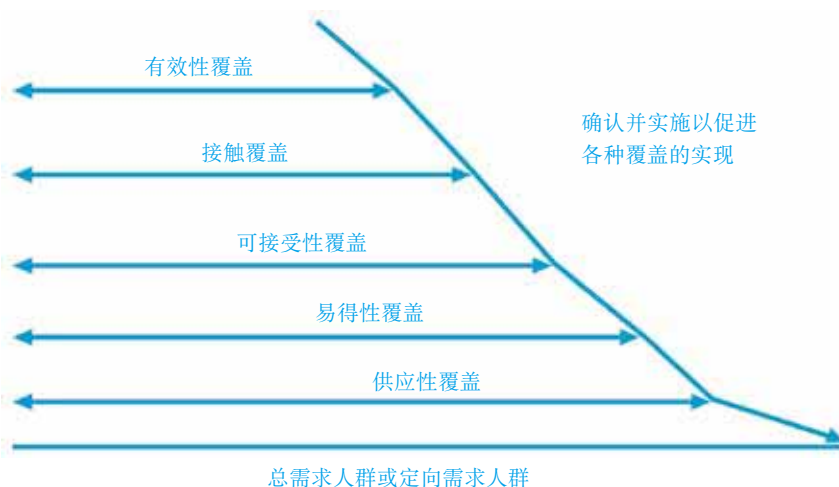
**9.2 国家政府应发挥其为卫生保健系统融资的领导作用并关注基于税收 / 保险的筹资，以实现卫生保健的全民覆盖而不考虑人们的支付能力，并尽可能减少个人的医疗支出（10.4；11.1；11.2）。**

#### 卫生保健融资——税收和保险

全民覆盖意味着国家的每一位公民都能根据个人的需要和选择，来享受并利用平等的高品质服务，而无需考虑个人的收入水平、社会地位和居住环境。它将同等的福利推广到各个人群（尽管福利的范围视情况而定），并且将公平性的政策目标贯彻到薪酬公平、经济保障（框 9.7）和服务的平等享用等实践中去。

卫生保健系统的融资模式多种多样，例如实施普遍征税、强制性全民保险、自愿性的社区保险计划以及直接的个人支付等。委员会主张通过普遍征税（框 9.8），为卫生保健制度提供资金和（或）实行强制性全民保险以实现健康公平（HSKN, 2007）。

图 9.2 全民覆盖的有效服务



经出版商同意，翻印自 Tanahashi (1978)



### 框 9.6： 巴西的家庭健康项目（PSF）

巴西的家庭健康项目于 1990s 建立，它提供了免费的全民基本卫生保健，以最终建立公共资助的统一医疗保健制度。在本制度的背景下，建立了家庭健康小组（ESF），每个小组由一名全科医师、一名护士、一名护士助理、以及一名由地方选派的社区代理人组成，负责为 3000 ~ 4000 人提供服务。有些家庭健康小组还包括了口腔卫生小组。起初，家庭健康小组主要关注贫穷地区。但自从 1998 年起，联邦政府采纳了该项目手段作为改革现有国家健康促进模式的策略，同时还给予市政当局经济支持以鼓励它们推广该项目。

截至 2006 年，该项目覆盖了 8200 万人（占人口总数的 46%）；北部和东北部贫困地区的覆盖率显著增高，同时城市中穷人的覆盖率也有上升。

1988–2006 年，该项目为人们新增了 33 万个工作岗位。

1998–2003 年，在人类发展指数低的城市中，家庭健康项目覆盖率高的城市婴儿死亡率下降了 19%，而家庭健康项目覆盖率低的城市婴儿死亡率上升。

### 委内瑞拉玻利瓦尔共和国的 “居住区干预任务”

“居住区干预任务”力求改革卫生保健体系，促进了更为广泛的社会、政治、文化和经济发展。起初，该项目在加拉加斯的非正规居民区建立了免费的初级保健中心。截至 2006 年，该项目扩展至国家水平，为 70% 的人口提供了初级卫生保健服务。发展初期，“居住干预任务”的研究人员将文盲和营养不良确定为改善公共卫生的关键，所以政府新增了相应的“社会任务”，以保障人们享有土地、教育、住房和文化资源等权利，并促进他们对原住民的认同。

截至 2006 年，该项目覆盖了 1960 万人（占总人口的 73%）。

2003–2005 年，婴儿死亡率和儿童常见病发病率的下降速度加快，而对慢性病的鉴定和随访也有相应增加。

资料来源：SEKN，2007

### 框 9.7：公平与保障

全民覆盖筹资计划的本质是帮助全民应对疾病的医疗支出。在中低收入国家，全民保障的筹资意味着尽力减轻个人的医疗支出高负担，同时全力增加医疗费用中由税收和（或）分担卫生保险所承担的份额。支付人和受益人改变

所造成的影响取决于融资来源、风险总量的范围、购买途径以及服务使用的决定因素，包括定向福利机制所带来的影响。

资料来源：HSKN，2007

### 框 9.8：先进的卫生保健融资——中等收入国家的案例

与依赖于强制性社会卫生保险为主要融资手段的国家（韩国）相比，以普遍征税作为主要预付方式的地区（中国香港特别行政区、斯

里兰卡和泰国）所拥有的卫生融资模式更为先进。

资料来源：HSKN，2007

在亚洲，每 11 个国家中就有 10 个国家的政府预算卫生支出是再分配制度的产物，另外还有 4 个国家已经做到了以“利贫”为原则分配健康收益 (O'Donnell et al., 2007; O'Donnell et al., 2005)。每 7 个拉丁美洲国家中就有 5 个国家的政府预算卫生支出要么根据穷人富人构成比，要么单纯加大穷人权重 (PAHO, 2001)。非洲国家卫生总费用中政府的部分偏低，这始终被看作是非洲健康不公平的重要来源；但即便是我们所研究的 30 个非洲国家中，公共支出也都得到了再分配 (Chu et al., 2004)，最为贫困的人群也有一定的卫生费用的发生 (Kida & Mackintosh, 2005)。

在中低收入国家中，公共卫生保健支出对穷人死亡率的影响大于富人 (Bidani & Ravallion, 1997; Gupta, Verhoeven & Tiongson, 2003; Wagstaff, 2003)。这也进一步说明了，重新分配的卫生保健体系能够促进健康公平的实现。所以，即使穷人获得的公共补助低于富人，他们在健康方面也可能比富人获益更多 (O'Donnell et al., 2005; Wagstaff et al., 1999)。此现象的原因之一是，与富人相比，穷人对卫生保健服务的使用与健康的公共支出之间的相关性更为显著 (Houweling, 2005)。基于税收的先进卫生保健服务明显取决于获得足够国内收入和（或）足够的国

际援助的能力（第 11 章：公平筹资）。

如果税收能力和（或）税收来源不足，预先付费的另一途径是国家的强制性卫生保险计划。但是，尤其是在低收入国家，这样的融资计划会在很大程度上依赖于外界的资助。这在计划实施早期尤为明显，也向我们提出了长期可持续性的问题。加纳的案例（框 9.9）说明了这一依赖程度的大小，但也同时证明了尝试实现全民预付的可能性。

小额保险计划可能是在极为贫困的社区和家庭中推广卫生服务的有效手段。但是小额的风险总量以及多项计划间的脱节，可能会阻碍健康公平的实现。强化的风险分担能够延长人们出生时的平均预期寿命，并促进儿童存活率的公平分布 (HSKN, 2007)。泰国的案例（框 9.10，图 9.3）说明了经济援助是怎样通过基于税收的全民覆盖计划而覆盖低收入人群的。起初，它仅用于补充其他卫生保险计划的不足，但是通过国家保险机构它逐渐建立起其跨项目融资的能力。

尽管在近期社会卫生保险备受关注（框 9.11），基于税收的先进融资方式仍然有其不可替代的优势 (Mills, 2007; Wagstaff, 2007)。以税收为融资基础的国家有加拿大、瑞典和英国。在诸如就业率下降等情况下，实施强制性保险较为困难。对于保险难以覆盖的人群（例如非正式工或个体户）

## 全民卫生保健：行动领域 9.2

确保保健系统筹资公平。

### 框 9.9：加纳的强制性卫生保险

日益增多的非洲国家正试图或已着手建立强制性卫生保健制度，在这些国家中，加纳的改革力度最大。加纳政府明确承诺要全力实现国家卫生保险的全民覆盖。但是它意识到全民覆盖无法在短期内得以实现，并且在强制性卫生保险建立初期的头十年，其目标只能是力求覆盖加纳 60% 的人口。加纳的国家卫生保险制度从建立伊始就明确规定，要求同时覆盖来自

正规和非正规部门的人口。此项保险制度是以加纳传统的社区卫生保险计划为基础的。此外，尽管正规和非正规人口的融资来源不同，它们都属于一个统一计划的组成部分。值得注意的是，加纳的卫生保险项目遇到了一些困难，主要是源于其对外部资金援助的依赖性。

资料来源：HSKN, 2007

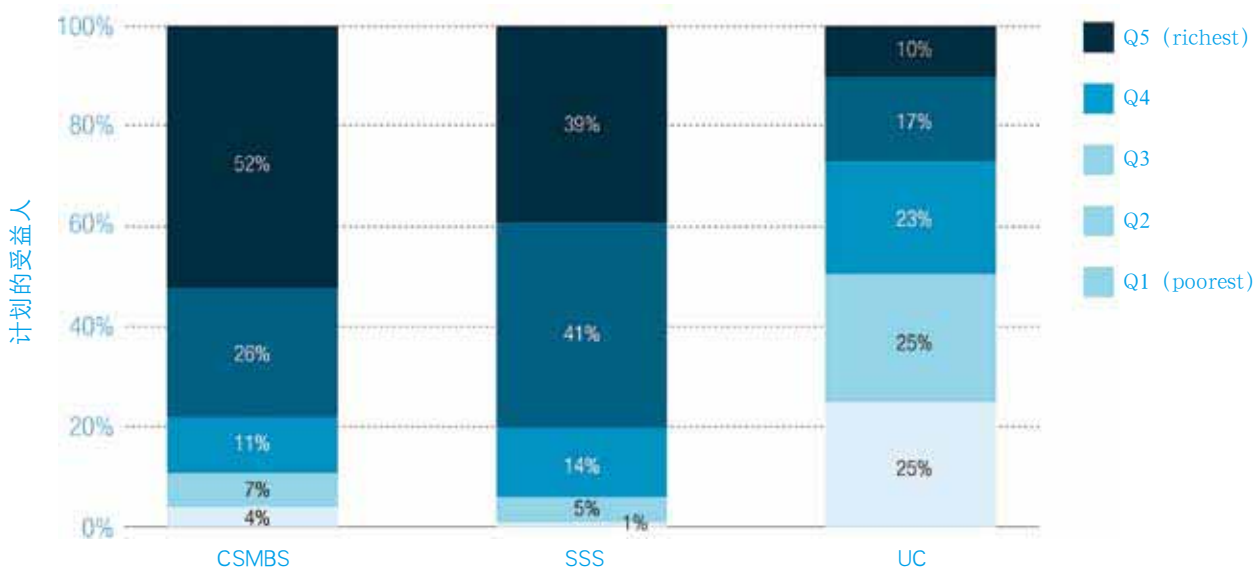
### 框 9.10：泰国的税收资助全民卫生保健

在泰国的卫生保健体制改革期间，人们在原有健康保险计划的基础上建立了全民覆盖的保险模式，这包括了国家公务员医疗保障制度和社会保险制度。考虑到执行速度等现实因素，直接税收被确定为主要的融资模式。与其他社会保险和分担计划相比，它是较为公平的融资模式。国家统计局实施了健康和福利调查，研

究结果显示，与国家公务员医疗保障制度和社会保险制度相比，全民保健计划对穷人的覆盖率更高。国家公务员医疗保障制度 52% 的受益人是最为富有的 1/5 人口，而全民覆盖计划 50% 的受益人是最为贫困的 2/5 人口。本计划使昂贵的医疗支出由 5.4% 下降至 2.8% ~ 3.3%。

资料来源：HSKN，2007

图 9.3 全民覆盖计划为穷人提供的福利



CSMBS：国家公务员医疗保障制度；SSS：社会保障制度；UC：全民覆盖计划；Q：财富五分相  
资料来源：HSKN，2007

### 框 9.11：社会卫生保险

社会卫生保险的概念在西欧的卫生保健体制中根深蒂固。它为 7 个国家（奥地利、比利时、法国、德国、卢森堡、荷兰和瑞士）提供了组织原则和融资优势。从 1995 年起，它也成为了以色列卫生服务的组织基础。之前，社会卫生保险的模式在其他许多国家发挥了重要作用，然而这些国家的支付模式在 20 世纪后半叶逐渐转型为以税收资助为主导，这些国家包括丹麦（1973）、意大利（1978）、葡萄牙（1979）、希腊（1983）和西班牙（1986）。

此外，在许多以税收支付为主导的国家，例如芬兰、瑞典、英国、希腊和葡萄牙，基于社会卫生保险的卫生保健融资方式仍有存在。不仅如此，许多中欧和东欧国家采纳了经调整的社会卫生保险模式，这些国家包括匈牙利（1989）、立陶宛（1991）、捷克（1992）、爱沙尼亚（1992）、拉脱维亚（1994）、斯洛伐克（1994）以及波兰（1999）。

资料来源：摘自 Saltman et al. (2004)，获出版商同意，经修改

来说，我们必须用税收来支付全部或部分的医疗保健费用。

在欧洲和日本 (Ogawa et al., 2003)、泰国、当今的中国和某些非洲国家 (Carrin et al., 2005) 以及转型期的发展中国家 (Balabanova, 2007)，社区保险在促进全民覆盖的实现中扮演了重要的角色。尽管这些计划能够保障某些穷人的经济援助，然而国际经验表明，它们的覆盖范围有限，往往无法保障最为贫困的人群；并且执行能力薄弱，影响了其对公平性的促进，削弱了它们的可持续性 (Lagarde & Palmer, 2006; Mills, 2007)。有证据表明，小额的健康保险计划也遭遇了类似的问题，尽管它们能够在短期内覆盖那些通常无法充分享有正规保险的人群，我们还是应该加强对它们的监管和调控 (Siegel et al., 2001)。相互独立的

保险计划在实现目标人群的高覆盖方面也是困难重重 (Mills, 2007)。我们应谨慎实施社区保险和小额健康保险，并全力保障社会弱势群体的权益。

在穷国和富国，卫生保健的使用者有时候会为服务直接付费。在某些情况下，这样的直接付费方式并不会加剧健康不公平性，反而能够成为卫生保健融资的一种方式。尽管如此，一旦该付费方式影响了社会公平性或卫生保健服务的平等供应、利用和（或）福利，那么该种方式就应该被废除。对现有资料的系统回顾显示，中低收入国家对使用者付费机制的实施导致了卫生服务使用率的下降 (Lagarde & Palmer, 2006; Palmer et al., 2004) (框 9.12)。个人现款支付的方式导致了服务使用的不公平问题，并加剧了妇女、低收入人群和社会边缘化人群的贫困现象 (框 9.13)。

### 框 9.12：乌干达——使用者付费制度的强制实施和废除

1993年，乌干达实施了使用者付费的全民制度。尽管乌干达的国家收入较低（大概比支出少5%），但是国家收入仍然是重要的融资来源，增加了卫生工作者的薪酬、维护了设施，并购买了额外药品。尽管如此，卫生保健服务的使用率明显下降，并且它对穷人的影响也日益突出。除了私人病房外，公共部门的使用者付费制度在2001年3月得以废除。卫生服务的使用率在短时间内显著升高。穷人从该制度的废除中获益最多。卫生服务的使用率（使用

医疗保健服务的患者比例）在最为穷困的1/5人口中从58%上升到了70%，在最为富有的1/5人口中由80%上升到了85%。国家免疫服务的覆盖率由1999—2000年的41%上升到了2002—2003年的84%。我们获得此成就的重大原因之一是政府所给予的大力财政支持。此外，我们还需要关注其他方面的支出，例如药品费、交通费以及非正规费用的免除等 (Balabanova, 2007; O'Donnell et al., 2007)。

资料来源：HSKN, 2007

### 框 9.13：个人现金支付和健康公平

病人接受卫生服务时的个人现金支付制度降低了保健服务的使用率。

在亚洲，为了支付卫生保健的昂贵费用，11个中低收入国家中2.7%的人口生活于\$1/天的贫困线下。

撒哈拉以南非洲地区的一项跨国研究发现，“国家中最为贫困1/5人口的贫穷程度越高，使用私有设施治疗急性呼吸道感染的可能性越高、急性呼吸道感染的治疗率越低、完全没有接受过免疫接种的儿童比例越高，而且儿童死亡率

也越高。”

在美国，从2000年起，雇员对公司提供的医疗保险的支付金额增加了143%。平均自付金额、药品共付费用以及就诊共付保险金在同期上升了115%。

美国破产申请者的平均医疗自付债务是\$12000；68%的破产申请者享有医疗保险，而50%的破产案件可部分归因于昂贵的医疗费用 (<http://www.nchc.org/facts/cost.shtml>)。

资料来源：HSKN, 2007

**委员会建议：****9.3 国家政府和捐赠者应扩大对国家卫生人力的投资，在城乡卫生人员密度上保持平衡（6.4；16.5）。**

国家内卫生人员的地理分布往往不平衡，影响了卫生服务的公平性。为实现卫生人员的平衡分布，我们需要在国家水平采取相应措施，来壮大卫生人员的队伍，并因地制宜地采取不同措施以满足落后地区的特殊需求。

2006年世界卫生报告（世界卫生组织，2006a）显示，壮大卫生人员队伍的最有效方式与薪酬、支付机制、所需物质和设备的供给以及工作的灵活性和自主度等因素有关。东非和南非的经验表明，非经济刺激（例如培训、福利、职业规划、支持和监管等）对卫生工作者是否愿意留在特定的服务水平工作有重大影响，此作用在通货膨胀和经济不稳定的情况下更为明显（Caffery & Frelick, 2006; Dambisya et al., 2005）（框 9.14）。

正规和非正规部门的人力资源都是卫生保健系统的组成部分。大部分卫生工作者都为女性，然而人们往往低估或忽视了女性对正规和非正规卫生保健系统的巨大贡献。这可部分归因于卫生经济中性别特异性资料的缺乏（WGEKN, 2007）。

卫生保健系统应大力支持那些提供非正规或辅助性卫生服务的妇女，并将她们与高水平的保健服务联系起来。

在整个卫生保健系统中，卫生工作者能够有效

发挥其领导作用以更好地整合卫生保健和健康的社会决定因素。虽然社区的卫生工作者并不是万能的，但是他们能够促进卫生保健系统中卫生人力资源的持续和发展。在大多数情况下，社区卫生工作者的培训成本低而培训时间短；他们能够为地方卫生服务的提供做出突出贡献而人才外流的可能性小；为了获得就业机会，他们更愿意从事农村地区的卫生工作（或者他们本身就来自农村）；他们对社会规范、文化传统以及所服务社区的卫生需求也更加了解（加拿大卫生服务研究基金会，2007）。

**帮助卫生工作者**

通过提供援助和免除债务，我们能够强化卫生保健体系，包括降低人力资源的雇佣以及培训等经常性成本。然而情况并非总是如此。在重债穷国免债倡议的指导下，申请免除债务的国家需要完成减贫战略文件——一项国家发展计划——作为获取资格的程序之一。每份减贫战略文件（作为援助提供的广阔途径）提出一项控制支出的简短时间规划——即中期开支框架（MTEF）。尽管它没有明确规定经常性成本（例如急需卫生保健人员的招募和薪水）的上限，但是研究结果表明，中期开支框架限制了此类开支的数额，而导致了卫生保健系统至关重要的人力投资的不足（框 9.15）。

全球卫生行动——例如全球艾滋病、结核病及疟疾防治基金，全球疫苗免疫联盟，结核病控制，击退疟疾计划以及多国艾滋病项目等——已经为世界发展和国际卫生提供了大量新资源。然而，新的高额标准和国家预算可能会影响国家支出分配和相

**框 9.14：转变泰国的内部人才流失现象**

泰国转变其内部人才流失的相应措施包括：结合经济刺激与非经济刺激，鼓励人们前往农村工作，相应手段包括将医生的身份由公务员转向合同性公职人员、改善住房条件、提高认同度；通过广泛执行农村可持续性发展项目来

提供支持。

东北农村地区和曼谷的医生数量差异由1979年的21下降至1986年的8.6。

资料来源：HSKN, 2007

**全民卫生保健：行动领域 9.3**

建立并壮大卫生人员队伍，加强能力建设以改善健康的社会决定因素。

应行动的主要内容（框 9.16）。同时，因为全球卫生行动所提供的薪酬往往高于公共部门，所以它可能导致国家卫生体制中卫生人力资源的流失，而加剧人员匮乏的问题。

#### 委员会建议：

**9.4 国际组织、捐赠者和国家政府应解决卫生人才流失的问题，重点是开展投资，增加卫生部门人力资源和培训，并通过缔结双边协议妥善处理人才外流的得失问题。**

数量充足并且技能娴熟的地方卫生工作者是实现扩大覆盖、提高保健质量、与社区及其他相关部门建立成功合作伙伴关系的重要力量（Kurowski et al., 2007）。尽管如此，在世界范围内的许多地区，低收入、基础设施不足以及恶劣的工作环境导致了优秀人才的外流（GKN, 2007）。某些高收入国家还积极招募非洲与亚洲的医生和护士。国际行动能够帮助我们解决这个问题（框 9.17）。

### 框 9.15：免除债务、减少贫困以及资助卫生工作者

许多减贫战略文件（重债穷国免债倡议中给予债务免除协议的必要条件）的审批程序之一是中期开支框架的制定。中期开支框架由财政部和国际货币基金组织协商而定，它鼓励轻度的通货膨胀并力求避免财政赤字的发生，而并非以消除贫穷或满足健康需求为目标。这一程序限制了预算总额，并优先考虑那些无法控制的开支（例如债务的偿还），从而缩减了部门

预算。一项关于 4 个非洲国家的研究发现，卫生部对此预算制定过程的影响能力不足。尽管国际货币基金组织明确说明它们不会规定经常性支出（例如卫生人员工资）的上限，然而有证据表明，中期开支框架实际上缩减了用于投资卫生人员的预算分配。

资料来源：GKN, 2007

### 框 9.16：全球卫生行动

尽管全球卫生行动为中低收入国家的卫生保健体系筹集了更多资金（2006 年抗击艾滋病的单项行动融资 89 亿美元），然而它们的纵向管理项目可能会影响卫生保健系统中的人口健康定向计划并加剧健康不公平的现象。据估计，在卫生服务发展所获得的所有支持中，大

约 90% 来自全球卫生行动。全球卫生行动已经成为了全球卫生政策的重要实施者。所有的全球卫生行动都需要规划和资助卫生系统，并调整其对卫生系统的影响。其中，解决潜在的地方和国家卫生人才流失显得尤为重要。

资料来源：HSKN, 2007

### 框 9.17：阻止卫生人员外流的政策方案

我们提出了许多政策方案以解决和阻止贫困国家的卫生人员外流趋势。这包括：移民归国项目（成本高、成功率低）；限制迁出（脆弱、往往只能导致延期移民）或迁入（因为仅仅限制卫生人员的移民，所以常常受到指责，但是此方案成功率相对高）；缔结双边 / 多边协议管理来源国和目的国之间的人口流动（成功率低）；

增加来源国的国内卫生人员（文献大力支持本方案，但是在全球市场的背景下，从来源国的角度考虑，可行性值得怀疑）；赔偿（包括双向的卫生人员流动，要求高收入的接受国增加对低收入来源国的卫生以及卫生培训系统的投资）

倾向将多边协议和赔偿作为首要政策方案。  
资料来源：GKN, 2007

卫生保健系统是重要的健康问题社会决定因素。加强对初级卫生保健的关注，在卫生保健系统内确立初级卫生保健的地位（例如鼓励社区参与需求评估）等行动都至关重要。几乎在所有国家内，尤其是在低收入国家中，我们急需增加卫生保健的财政分配。不仅如此，建立融资的公平模式、免除那些阻碍服务使用和影响福利公平性的费用是我们

行动的关键。这意味着，我们只能将公共部门、预付方式和小规模计划定位为辅助策略。为保障提供充足的卫生人员，我们不应仅仅投资招募和培训——包括作为医疗和卫生课程核心之一的健康问题社会决定因素培训——还必须阻止中低收入国家的卫生人员外流趋势。







## 委员会的第二个行动原则是：

在全球、国家和地方各级处理造成这些日常生活环境的结构性因素，对付权力、金钱和资源分配不公问题。

有些人生活富足，有些人却一无所有；有些人能延年益寿，有些人却只能潦倒终生。这些广泛存在于国家层面乃至全球范围内的问题绝非生而有之的，也不会是随机产生的，——它有着深刻的社会因素，而其幕后推手当属那些容忍甚至主张权力、财力和资源分配不均的政策。

从本章开始，我们将探讨影响健康不公平的更深层面原因，包括社会规范和政治决策等，因为正是这些潜在因素导致了我们在第3章中所述的成长、生活和工作中种种不平等现状。除此之外，健康公平的集合价值、公共行动的核心角色以及赋权公众的中坚作用，亦是不可忽视的。

然而我们并不对现实中的政府抱有过多幻想，——他们不总是向善的，也不总是致力于社会公平的。很多时候，即便政府信誓旦旦做了承诺，能力建设（无论是机构、财力、技术性能力，还是人力）又远远不够。只有当承诺和能力建设双管齐下，国际社会才能更为有效地发挥作用，促进健康公平，因此委员会在所有的建议中都提到了加强政治意愿的融入和机构能力建设，而这远非政府一方所能为。我们要从各个层面动员公民社会积极参与，促进民主决策，同时加强健康公平性的研究，与私有部门一道，共同增进健康公平。



# 第 10 章

## 在所有政策、系统和规划中体现健康公平

“如果说健康是存在于我们生活中的每一个角落，那么这也同时意味着危险存在于每个角落。这一点与卫生政策的制定和相关责任的界定是息息相关的。”——Ilona Kickbusch (2007)

### 健康公平：不止是卫生

许多政治和经济问题都可能作用于健康和健康公平，譬如财政、教育、住房、雇佣、交通和卫生等 (Marmot, 2007)。尽管健康并不是这些领域政策重心和最终目标，但它们在健康和健康公平上无疑也是举足轻重的。因此，一个致力于解决健康的社会决定因素、并促进健康公平的政策应当注重在各个层面上与其他领域间的协作 (Vega & Irwin, 2004)。

#### 政策一致性

政策不同，对于健康和健康公平的影响也不尽相同，——可能促进，也可能使其更为恶化。例如，不当的城市规划就有可能导致邻里过于分散，社区缺乏便利设施和公共交通等一系列有损健康促进的后果 (NHF, 2007)。

由此看来，政策上的一致性极为重要的，它是指各个政府部门的政策在健康和健康公平上应当竭力相长，而不能相互冲突。拿贸易政策来说，众所周知，从健康角度来看，人们应当尽量少摄入高脂肪、高糖分的食物，同时增加水果和蔬菜的摄入量，这也是现有卫生政策所倡导的，那么贸易政策就不能过于鼓励高脂肪、高糖分食物的生产、销售和消费，而应当有所限制 (Elinder, 2005)。因此，为保持在健康公平上的政策一致性，我们要对不同政府部门的政策进行评估。

当然，卫生领域在促进健康和健康公平上应首当其冲。在合理规划和妥善组织的情况下，卫生领域所能贡献的将不仅仅是祛除疾病（第 9 章：全民医疗保健），它能吸引社会将注意力转移到弱势群体的边缘人群的处境和需求上来，并以此来增进健康公平 (HSKN, 2007)，同时也能在保持各个部门间政策的一致性上发挥领导作用。

### 了解跨领域合作的作用和障碍

健康上的跨领域合作 (Intersectoral action, ISA) 是指卫生和非卫生领域间在政策和行动上的合作，它是实现政策一致性的关键，也在解决健康和健康公平的社会决定因素上有着重要地位 (PHAC, 2007)。纵观历史，从 1978 年在阿拉木图召开的初级卫生保健国际会议 (WHO&UNICEF, 1978)，1986 年在渥太华召开的首届健康促进国际会议 (WHO, 1986)，1997 年世界卫生组织卫生跨领域合作全球会议，直到最近的 2005 年曼谷健康促进会议 (WHO, 2005) 和 2006 年欧盟轮值主席国芬兰将 Health in All Policies 作为其轮值主题等，无一不蕴含了扩大卫生行动领域的理念和促进社会各界——包括政治、经济、社会、文化、环境、行为和生物等多重因素在卫生上的协作。

目前，在跨领域合作上已有一些全球证据，但仍缺乏足够的系统性，使其转化为可行的政策途径，更勿论促进公平的政策。并不是所有国家都拥有响应健康公平号召的相关资源，许多中低收入国家，受 20 世纪 80-90 年代结构调整政策的影响，长期对基础设施和人力资源投入不足，加之肩负传染性疾病和慢性病的双重负担，使得政府能力严重受损 (Epping-Jordan et al., 2005)。另有学者提出，多年来卫生领域追求“实效”的论调和财政限制等促成了“以疾病为中心” (disease-centred) 途径的大行其道，而对中低收入国家沉重的双重疾病负担视若罔闻 (Magnussen et al., 2004)。还有人提出卫生领域的 ISA 和政府的结构框架天然不相容 (Vincent, 1999)。这不仅有管辖权力上的竞争，也有利益、意识形态，乃至区域范围上的竞争 (Logie, 2006)。

尽管进展缓慢，但原本针对特定疾病的公共卫生体系，已逐渐发展为笼络所有社会、文化和经济资源、共同根除疾病的新的模式 (Baum, 2008; Gostin et al., 2004; Locke, 2004)。一致性的决策和 ISA 在全球范围内也得到认可，并在应对

健康和社会经济公共政策挑战上发挥一臂之力，这包括了针对特定的健康决定因素和针对特定人群、社区、疾病和健康行为上的行动 (CW, 2007)。全球抵制过度肥胖就是动员多种社会资源的极好例证。肥胖成因的多重性使得 ISA 能恰好实行，并在各个部门间迅速达成一致，同时取得了社区支持 (框 10.1)。

此外，芬兰、瑞典和英国等 (Stahl et al., 2006) 也在促进健康公平的政策框架中明确地将 ISA 作为关键步骤 (PHAC, 2007)。

### 不受限于政府

健康可以作为不同领域和行动者之间的聚焦点，无论是对于意欲构建当地健康计划的社区 (Dar es Salaam, 坦桑尼亚的健康城市计划)，动员居民投票以支持卫生领域优先获得当地资源 (巴西 Porto Alegre 参与式投票活动)，降低登革热发病率 (菲律宾 Marikina 健康城市计划)，还是号召社区居民共同设计小区公共用地，以鼓励步行和骑车行为 (澳大利亚 Victoria 地区 Healthy by Design 项目) 等 (Mercado et al., 2007)，均体现了健康的核心作用。将关键人群和机构纳入进来，而不只是局限于政府，是健康公平统一行动必不可少的要素。

联合起来，共同行动，是促进健康公平的明确倡议。当然，在解决健康的社会决定因素上，并不存在任何“一劳永逸”的捷径，而是要根据所处环境“对症下药”。有时虽然各领域的行动就足以解决问题，但更多情况下，仍要依靠协同一致的努力。

### 建立健康公平的一致路径

我们需要在各个层面——全球范围、国家和地区范围——建立领域内和领域间一致行动。本章所提出的建议是基于委员会在各国研究成果 (CW, 2007; PHAC, 2007; PHAC&WHO, 2008)，以及对 WHO 的全球投入和公民社会的参与等方面的研究。具体细节可参见第 15 章 (全球良好治理) 和第 12 章 (市场责任)，前者针对 ISA 和政策一致性，而后者主要针对私有部门的作用。

### 健康公平作为社会进步的指标

#### 委员会建议：

- 10.1. 议会或类似权利机构应当采取积极措施，通过在健康的社会决定因素上的统一行动，增进健康公平，并以此作为政府表现的测量指标 (参见建议 13.2; 15.1)。

#### 框 10.1：应对肥胖问题的跨领域行动

肥胖在发达国家是一个严峻的公共卫生挑战，在转型国家中也逐渐开始显现。肥胖的预防和改善需要从多种途径入手，包括提供生态的、充足的和营养的食物供给，保证食品安全，养成摄入健康食品和经常运动的习惯，以及从家庭、教育、工作环境等多个方面促成健康生活方式，并赋权于个体，使其能做出有助于健康的选择。而这些往往非卫生领域一方能为，

需要卫生和非卫生领域的紧密合作，如健康的城市居住环境需要城市规划专家和卫生工作者携手创造，还有对那些高脂肪、高糖分、高盐食品广告的禁播等。不过挑战仍然艰巨：要联合卫生以外许多领域的力量，如贸易、农业、雇佣、教育等，这些都是我们应对全球肥胖问题所必需的。

来源：Friel, Chopra & Satcher, 2007

#### 所有系统的健康公平：行动领域 10.1

以政府最高标准为健康和健康公平建立责任制，并通过所有政策确保它们的一致性。

将健康公平作为社会进步指标需要来自国家最高政治层面的采纳和领导。议会或其他治理机构，可行使其代表权、立法权和监管权来促进健康公平 (Mususka&Chingombe, 2007)。英国证据表明，内阁的支持至关重要。从 20 世纪 80 年代到 90 年代，Black 报告所累积的证据对政府政策影响甚微。1997 年以来，随着 Acheson 报告中对健康公平的重新审视，英国政府开始转变态度，将社会公平作为其社会经济政策的重心，并通过跨政府战略来降低健康不公平。

卫生领域作为健康权利的维护者、健康公平的倡导者和社会目标的谈判者，在促进健康公平上责无旁贷。卫生部长，作为卫生领域的代言人，在资源充足的前提下，更应该如英国一样在政府内发挥领航作用。加强政治领域所有行为者对健康的社会决定因素的理解可以提高政治底气 (参见第 16 章健康问题的社会决定因素：监督、研究和培训)。同样，对健康公平现状的战略性描述、对健康不公平成本的切实计算、对跨领域协作重要性的展示，以及对干预时机的把握，都能提高政治意愿。

### 政策一致性——支持健康公平的有效机制

除了坚定的政治支持和领导，我们还需要不同政府部门和机构间政策的一致性。这离不开相关部门、信息机构和分析机构之间数据的透明化 (Picciotto et al., 2004)。

#### 委员会建议：

**10.2. 中央政府应当建立一个政府机制 (whole-of-government mechanism)，由尽可能高层级人员负责，该机制约束所有政府部门，并对议会负责 (参见建议 11.1; 11.2; 11.5; 12.2; 13.2; 16.6)。**

这个大政府机制可采取多种形式，例如有一些非洲南部发展集团成员国就设立了议会级部长委员会 (parliamentary portfolio committee)，来追踪政府部门在卫生、教育、采矿和交通上的活动。非洲东部和南部的一些改革项目就是由该委员会提供专家支持和预算资金的，如赞比亚部长委员会卫生、社区发展和社会福利项目就采用了多种途径、联合多个领域共同抗击艾滋病 (框 10.2)。

#### 寻求双赢政策路径

该机制得以发挥有效性的核心是联合所有行政方面的支持力量，并对所有领域讲清裨益。有必要确定不同领域的不同重心，并建立短期和长期的健康公平目标，将健康公平政策融入到各个领域的议程中去 (CW, 2007)。倘能找到既满足不同领域需求、又不影响共同愿景实现的途径，将能在政治和行政支持上大有斩获。澳大利亚南部的 Health in All Policies 计划就为我们提供了一个在较高收入国家建立大政府机制的一个模板 (参见 <http://>

### 框 10.2：赞比亚部长委员会卫生、社区发展和社会福利项目

赞比亚部长委员会卫生、社区发展和社会福利项目从 1999 年起就开始对国内艾滋病形势开展研究。该委员会与政府部门和主要 NGO 合作，对 2000 年政府政策在艾滋病上的实行情况做了评估，同时还就艾滋病问题专访塞内加尔，进行比较研究。此外，委员会建议议会成员要更多地参与到与艾滋病相关的讨论中来，这些建议在 2002 年 11 月委员会提交给议会的报告中有所体现，包括：

政府应当考虑开展生殖卫生活动，预防艾滋病和性传播疾病，保护相关群体；

与赞比亚工人联合会和商会合作，在工作地点开展预防艾滋病相关活动；

在学校开展包括预防艾滋病的性健康教育，提高学生预防艾滋病意识；

政府应当规范社会行为，如酒类的销售及酒吧的营业时间等，更有效地预防艾滋病；

政府应与 NGO 组织和社区组织合作，开通电话热线，为公众提供免费的信息服务和咨询；

政府和所有利益相关者应当紧急与医药公司和基金会联系，降低抗逆转录药物价格，提高其可及程度；

议会和其他决策者应加强对赞比亚艾滋病现状的了解，包括所面临的主要机遇和挑战。

来源：Musuka & Chingombe, 2007

www.dh.sa.gov.au/pehs/publications/public-health-bulletin.htm)。

### “因地制宜”

健康的社会决定因素行动的可行性还受不同政治支持度的影响 (PHAC, 2007)。例如, 若公平能被提上社会和政治议程, 并获得足够的资源和基础设施, 那么健康公平相关政策的实施就会如鱼得水, 并促进其他项目的开展, 如大政府机制, health-in-all-policy 等, 这在古巴、挪威、英国 (框 10.3)、芬兰 (Stahl et al., 2006) 和新西兰等国得到印证。

但有些情况下, ISA 就显得不那么可行。此时, 就应该将注意力转移到对领域内政策和行动本

质的审视上, 通过构建一致的政策, 来协助实现健康和健康公平的目标。正如斯里兰卡证据所显示, 尽管斯里兰卡总理认识到了 ISA 的重要性, 也做出了一定的承诺, 但现有的体系和能力并不足以支持其承诺的实施。这就使得该国不得不加强不同领域之间的一致和有效合作, 而保证了初级卫生保健策略的采纳, 并将其作为发展健康的主要途径 (框 10.4)。

要对创新性的政府治理模型和激励机制加以鼓励, 以进一步促进跨领域的合作。莫桑比克卫生部就与公共事务部 (Ministry of Public Works) 协作, 通过水和卫生措施干预, 降低了新生儿死亡率; 巴西卫生部和负责家庭事务的部委协作, 实施了国家食品和营养计划 (框 10.5)。

### 框 10.3: 应对健康不公平的跨政府合作——英国经验

关于健康不公平的艾奇逊报告提出了个人能力的局限性和联合行动的重要性。2002 年, 英国卫生和财政部与 18 个相关部门一起探讨政府开支的分配方案, 这种协商方式能更好地聚集优势和资源, 在各个部门之间达成一致。

2003 年的行动计划就确定了 12 个政府部门共 82 个予以资金支持的承诺, 这些承诺是实现 2010 目标的保证, 也为解决健康的决定因素问题提供可持续性保障。行动计划要求在国家 and 地区层面都要加强合作, 强化监管体系。同时还要定期地进行审计、汇报和回顾, 使得行

动能更为完善。计划于 2005–2008 年发布进展报告。

政府部门间合作要求握有主导权的财政部与各个部门进行良好沟通。目前, 国家已经将解决健康不公平作为卫生部门和当地政府的工作重点, 并予以指导和大力支持。2008 年, 适逢 NHS (国家卫生服务) 60 周年庆, 英国卫生大臣已提出解决健康不公平将是其首要任务, 以重振 NHS 之宗旨——全民和公平。

来源: Hayward, 2007

### 框 10.4: 部门内一致性行动——斯里兰卡经验

斯里兰卡在 20 世纪 50–70 年代中期卫生事业发展迅速, 人均寿命显著提高, 死亡率和人口出生率均有所下降, 人民生活水平也得到一定程度的改善。但当时政府部门只是各行其责, 并未专门设立 ISA 相关项目, 来联合各个部门力量, 共促健康。这一方面是由当时决策结构和行政文化所决定的, 同时也缺乏发现跨领域合作连接点的能力。但斯里兰卡取得的成就说

明, 尽管各个部门行动相对独立, 但其目标是共通的, 产出也就较为一致了。这种相对独立的部门内行动达成一致性的条件包括: ①一个统筹的社会发展战略; ②致力于该战略、并促进一致性的政治决策过程; ③对关键指标的同等投入和承诺; ④政府方面最高层级的责任共享。

来源: PHAC & WHO, 2008

目前我们已有基于ISA的行动框架，如世界卫生组织预防慢性疾病逐步框架(Stepwise Framework)(框10.6)，国家可根据国民健康需求加以选择应用。

### 为跨领域行动筹资

ISA的实施离不开资源的支持，这要求我们运用多种筹资方式来为跨部门的基础设施建设和行动提供资源保障(参见第11章：公平筹资)。ISA本身可以作为提供资金的一个条件。加拿大政府人口健康基金(Population Health Fund)就是采用这样一种策略的，它为那些针对不同年龄人群的健康需求、并采取ISA方式开展活动的组织提供赞助和支持，这些组织囊括了各种学术研究性组织、社区和志愿者组织等。在资金有限的情况下，有些领域也采用提供实物资源的方式，如人力、信息、专家、场所和技术等，来支持相关计划。这种实物性质的帮助可加大跨领域合作的灵活性，在政策发展、实施和评估的不同阶段都能加以运用。

## 政府政策对健康公平的影响

确定政府政策是否能促进健康和健康公平，要求不同的政府部门设立与进展测量相关短期和中期目标。在政策发展过程中，提前对项目在健康公平上的短期和中期效应进行评估可以帮助其更好地实施。

### 委员会建议：

**10.3. 对健康公平社会决定因素的监测应系统化，要对所有政府政策，包括筹资，对健康公平的影响进行评估(参见建议12.1；15.1；16.2；16.7)。**

将人群健康中所有与公平相关的方面纳入到国家卫生监测体系中，将不仅能为公平的卫生决策提供参考，也可以作为支持SDH方面跨领域合作的工具(框10.7)(参见第16章健康问题的社会决定因素：监督、研究和培训)。

### 框 10.5：巴西国家食品和营养计划 (PNAN)

巴西国家食品和营养计划与家庭健康计划(Family Health Programme)紧密合作，保障国民能在享有其他基本需要的同时，长期获得足够基础食品。这一行动取得了一定成效，

如保证了6个月以下婴儿的母乳喂养，和对儿童食品宣传的规范。

来源：Buss & Carvalho, 2007

### 框 10.6：预防慢性疾病的逐步框架

该框架为卫生部门提供了一个较为灵活和可操作的公共卫生途径，在较好实施世界卫生组织所倡导的循证干预方式的同时，如控烟框架公约(FCTC)和饮食、运动和健康的全球战略(Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health)等，也更好地满足了国民不同层次的需求。这一框架是基于一系列慢性疾病预防和控制的原则，其主要内容是：

国家政府应当为慢性疾病预防和控制制定统一框架，使得各级政府和利益相关者能相互支持；

ISA对政策制定和实施至关重要，因为很

多慢性疾病的决定因素都是超越卫生领域之外的；

相关政策和计划应当对那些共同面对的危险因素加以重视；

将人群干预和个体干预结合起来；

在每一步和每一级的干预过程中，要将重心放在降低健康不公平上；

考虑到许多国家没有充足的资源来实施所有计划，要将资源优先投入到那些在短期内更为可行、长远收益更大的项目中来。这是逐步框架的核心。

来源：WHO, 2005c

健康公平影响的评估是新兴的促进政策一致性的工具，它可以被用以评估健康公平之于政策的潜在影响，然后反馈于决策过程，同时也可以用来动员相关的部委和利益相关者参与对话 (Douglas & Scott-Samuel 2001)。我们可以将目前广泛应用的健康影响评估 (Health Impact Assessment, HIA) 工具加以改进，用于健康公平评估 (框 10.8) (参见第 16 章健康问题的社会决定因素：监督、研究和培训，提供了更多如何应用健康公平影响评估的细节)。

## 卫生领域内的行动

解决健康和健康公平的社会决定因素最终仍需要依托大政府和其他关键利益相关者，但卫生领域可以作为先行者，为这方面的行动聚集力量。同时，拥有行政权力的卫生部长也应该在健康和健康公平的跨领域合作上发挥领航作用，积极投入时间和精力，提高卫生工作队伍的相关技术和能力，建立跨领域合作的奖励机制。

### 框 10.7：新西兰监测健康不公平的经验

新西兰创立了大政府策略来减少健康不公平，尤其是针对种族和社会经济不公平。2000 年和 2002 年，该国政府颁布的一些主要政策文件中都将健康不公平作为各级卫生领域工作重点，并提供了如何通过切实行动降低健康不公平的模板 (降低健康不公平框架, Reducing Inequalities in Health Framework)。新西兰在不公平的监测和报告上表现得尤其突出，这主要是通过建立一系列的机制，包括做好不同

种族的卫生状况记录，定期进行人口普查、核查死亡记录，以及基于人口普查的测量小范围公平状况的方法——剥夺指数 (Deprivation Index)。这些途径都促进了跨领域合作，增进了学术研究和政策制定间的对话，同时也为社会机构提供了开展应对健康不公平项目的行动证据。

来源：WHO & PHAC, 2007

### 框 10.8：健康影响评估——伦敦市健康战略经验

2000 年，伦敦市长主持成立了伦敦卫生委员会 (LHC)，作为伦敦健康战略的第一步，其主要职责是降低首都的健康不公平，提高伦敦市民健康不公平意识，促进卫生跨领域合作。成立以来，LHC 在影响决策过程、支持当地活动和开展联合项目等方面做了大量工作，并圆满完成了健康影响评估 (HIA)，其主要途径包括：

- 设立领导小组；
- 对战略草案进行定义和筛选；
- 对证据进行迅速评估；
- 利益相关者工作小组对政策进行评估；

- 将建议报告给市长；
- 将建议写入战略终稿；
- 监测和评估；
- 公布行动结果，发布 HIA 报告。

对 LHC 的独立评估发现，HIA 对伦敦市的战略制定产生了深远影响，同时是富有成本效益的。HIA 增进了利益相关者对更广泛卫生政策的认识，使得卫生能够更早纳入决策者的战略制定中，并有利于日后相关方法、工具和证据基础的积累。

来源：NHS, 2000

## 所有系统的健康公平，行动领域 10.2

得到卫生部门的权力 – 采取社会因素框架，通过政策和程序化的卫生部门职能，加强政府的支持社会决定因素方面的监督作用。

**委员会建议：**

- 10.4. 卫生领域应在卫生部长的领导下，将现有的集中于健康促进、疾病预防和卫生保健的政策和项目加以扩充，努力将健康的社会决定因素途径纳入进来（参见建议 9.1）。**

**技术和能力**

在卫生领域内采取社会决定因素途径，仅有政治意愿仍是不够的，我们还需要充足的财力和人力，这主要是为了：

- 满足不同人群的特殊需求，使得干预能更为多样化，更具针对性；
- 在社会因素于弱势群体中显现时，能够采取措施，从上游加以干预；
- 促进政策和公众对话、跨项目和跨领域合作以及对复杂的社会、经济和政治变革过程的把握和驾驭。

在卫生领域不同分支间搭桥建梁，如公共卫生、健康促进、城市规划、教育和社会科学等，能拓宽社会决定因素途径，使其更具可操作性。同时要开展正式的和在职的培训（参见第 16 章健康问题的社会决定因素：监督、研究和培训），古巴就提供了很好的建立 ISA 机制、并开展技能培训来解决 SDH 的范例（框 10.9）。

**为健康的社会决定因素行动提供财政支持**

为保证卫生领域健康的社会决定因素框架的高质量实施，就要解决资源配置的问题（参见第 11 章：公平筹资）。基于多个国家卫生筹资的经验

(IUHPE, 2007)，对某些行业的抵押扣税，如烟草行业，可为这一框架提供持续性融资。此外，从国家每年的卫生保险资金中拿出一定比例，用于解决健康的社会决定因素，也不失为一条有效途径。对这些资源的支持和合理分配需要卫生部门建立一定的激励机制，以提高可信度，保证卫生领域的项目能够对公平影响进行监测。

**机构建设**

除了上述建议，我们在健康公平的建设中，还应当努力加强技术能力和补充健康的社会决定因素相关知识。而我们的公共卫生、治理和政策机构往往忽视了这一点，尤其是许多国家卫生部门对健康的社会决定因素还没弄清楚，不知道哪些是重点领域，如社会流行病学、跨领域规划和决策、卫生领域和 ISA 的相关监测和评估等。很少有国家的卫生部长能够参与到解决健康的社会决定因素的经济和政治对话中来；参与到各领域间共识和议程的达成中来；参与到不同领域利益分割的统筹和过程治理中来。学习基本技能并不难，但除此之外，各国应该更重视建立长效学习和培训机制，掌握与健康和健康公平的社会决定因素相关的新技能、新方法 (CW, 2007)。

**委员会建议：**

- 10.5. 世界卫生组织支持各国卫生部门开展工作，提高健康的社会决定因素框架下的相关知识和能力，并主张卫生部门在建立社会决定因素途径中发挥领航作用（参见建议 15.3；16.8）。**

**框 10.9：监测和评估跨领域合作有效性的工具——古巴经验**

古巴公共卫生体系的发展经历了三个阶段，并逐渐加大了对跨领域合作的重视。20 世纪 60 年代古巴政府主要精力放在治愈疾病和扩大覆盖面，到 70—80 年代就开始更重视预防、监管和高风险群体、跨领域规划和广泛设立提供全科服务的诊所。到 90 年代，重心又扩大到家庭和社区健康，将 ISA 作为公共卫生服务的中心原则。开展相关培训计划，加强跨领域合作技巧，

促进公共卫生工作者和决策者之间的交流。国家卫生学校派专家对跨领域合作进行系统评估，采用标准化问卷和方法对多个 ISA 维度加以评测，包括卫生和非卫生领域对 ISA 知识的掌握，ISA 战略目标在直辖市和直辖卫生机构的实行情况等。

来源：WHO & PHAC, 2007



世界卫生组织是联合国下属的专注于全球卫生和健康公平的特别机构，它为委员会工作提供了极大支持，也将会在健康和健康公平的社会决定因素的相关行动中发挥重要作用。世界卫生组织的一部分职能就包括为成员国健康和社会决定因素建设提供技术能力和知识方面的支持。由世界卫生组织发起的健康的社会决定因素委员会（CSDH）其宗旨正是通过促进、提供和联络相关政策和行动方面的知识，来应对社会因素导致的健康不公平。世界卫生组织选取了一部分对这一领域感兴趣的国家和地区，作为核心小组，共同研究支持健康的社会决定因素研究的新方法。世界卫生组织将基于现有的研究，为成员国提供支持，并鼓励其他国家开展应对健康和健康公平的社会决定因素的行动（参见第 6 部分）。

第 16 章（健康问题的社会决定因素：监督、研究和培训）给出了世界卫生组织建议框架。ISA 要从世界卫生组织所给出的框架中汲取营养，并将其应用于卫生部门在以下方面工作的开展：

1. 为健康的社会决定因素途径收集证据，说明其合理性，使其更容易理解。
2. 为健康和健康公平议程的实施创造国家和地区性的机构条件。
3. 建立这一方面的国家行动计划。
4. 通过短期和长期培训项目发展适宜人力。

世界卫生组织已经开始对其部分组织架构开始改革，以更好支持卫生部门在发展和实施健康和健康的社会决定因素上的行动。除了设立区域中心来加强这一方面的合作之外，世界卫生组织的区域办

公室还开始有意加强 SDH 的证据基础、宣传 SDH 相关政策和计划、促进国家间的伙伴关系，以及支持 ISA。世界卫生组织区域办公室和国家办公室之间的协调一致，将有利于促进成员国不同政府部门之间的通力合作。

委员会在世界卫生组织总部设立了 PPHCKN（参见第 9 章：全民医疗保健）。这一网络主要集中在世界卫生组织项目和健康状况上，致力于扩充公共卫生行动和干预的定义和行为范围，寻求公共卫生项目组织和运作的最佳方式，以更好地将健康的社会决定因素纳入进来。该网络的主要信息是：阐明社会经济地位与健康产出之间的关系；倡导社会和经济变革；加强健康和健康不公平的社会决定因素证据基础；宣传预防相关疾病的社会干预措施，如艾滋病、吸烟、营养不良、糖尿病、酒精依赖、无保护性行为、室内空气污染和 5 岁以下儿童的遗传病死亡率等。世界卫生组织应当积极向成员国的卫生部门和其他卫生机构宣传该委员会的研究成果，包括健康的社会决定因素框架和以健康产出为中心的项目形式。

### 卫生领域的“催化剂”作用

ISA 的一个核心元素就是增加决策过程中的社会参与（参见第 14 章：提高政治地位——包容性与发言权）。卫生部可以在其中扮演催化剂的角色，动员关键人群和机构参与进来，不局限于政府范围，要将触角伸至所有被政策所影响的群体（框 10.10）。

#### 框 10.10：加强相关社区和人群的积极参与——从 Kolkata 性工作者说起

在 20 世纪 90 年代初期，印度 AIIHPH 在 Kolkata 北部一个红灯区开展了 STI 治疗和预防项目，并在 WHO、英国议会和相关部门和当地 NGO 的协助下，设立了 SHIP 计划。面对处于边缘和贫困之中的性工作者，该计划在传统治疗和教育的基础上，致力于对性工作者的赋权。项目前五年的主要干预措施包括为性工作者的儿童提供相关疫苗和治疗、开展扫盲课程、开展政策宣传和文化项目以及提供小额信贷。性工作者还成立了他们自己的成员组

织，——DMSC (Durbar Mahila Samanwaya Committee)，积极为成员争取医疗服务。1999 年，SHIP 交由 DMSC 领导，并发展成为涵盖孟加拉西部 40 多个红灯区的颇具影响力的组织。目前其成员超过 2000 人，并设立了专门的财政机制。DMSC 增进了性工作者的归属感，使其对自己的生活和工作加以更好地控制，从而大幅度降低了该地 HIV 感染和 STI 疾病。

来源：WHO & PHAC，2007

在推动和促进 ISA 及保证其可持续性上，来自高层级政府部门的监管是不可或缺的，但与此同时，我们也应当注重地区政府和社区的参与。政府-NGO 合作可以增加行动的覆盖范围，并更快取得成果（框 10.11）。目前有许多跨领域的项目和框架，如健康城市计划（Healthy Cities）、健康乡村计划、健康岛屿计划等，这些计划是社会的决定因素途径的体现，可以考虑将其应用于其他环境下的可行性。

私有部门在健康不公平的产生和解决上责任重大。我们在第 7 章（公平就业与体面工作）、第 12 章（市场责任）和第 15 章（全球良好治理）中对健康公平上私有部门的有效参与进行了探讨。全球范围对私有部门的重视可以从世界卫生组织的饮食和运动策略（Diet and Physical Activity

Strategy）中窥见一斑，该策略要求公司更积极地参与到应对饮食和运动缺乏所致的健康问题中来。Lang 及其同事于 2006 年开展了一项对 25 个世界上最大的食品公司的调查，发现只有 4 家有食物宣传方面的政策，而只有 6 家有针对儿童的相关政策。

**将健康公平理念在各领域间取得共识，既是富于挑战，又是不可或缺的。本章中提出的建议表明，政府最高层级应当做出承诺，通过社会决定因素框架来解决健康和健康公平问题。同时无论是卫生领域，还是非卫生领域，在施行相关政策时，都应确保其对健康和健康公平无负面影响。此外，政府各部门间、政府与志愿团体和私有部门间要加强合作，齐心协力促进健康公平。**

### 框 10.11：在新经济形势下重振初级卫生保健——印尼 Lumajang 地区的 Gerbangmas 运动

为相应阿拉木图宣言所提出的初级卫生保健原则，1986 年印尼开展了一系列活动，包括设立健康点（Posyandus）等。2004 年全国一共设立了 254154 个健康点，但由于只重视覆盖面，导致质量有所下滑。同时大量卫生志愿者的退出、群众参与的减少等，使得形势进一步恶化。

为重振旗鼓，区卫生办公室设立了相关机制，促进跨领域合作干预措施，并争取区最高领导层的支持和 NGO 的参与。2005 年 1 月，Lumajang 区重新选举的领导层创立了 Gerbangmas 计划，作为社区赋权的战略之一。当地政府重新定义了 Posyandus 的三个功能，

即社区教育、社区赋权和社区服务。这种跨领域的 Gerbangmas 团队拥有当地政府的专项预算拨款，并根据不同社区和行动的开展加以分配。为更好地指导投资和发展，还设立了 21 个相关指标，其中只有 1/3 是传统卫生指标，如计划生育等，其余的都是针对健康的社会决定因素，包括消除贫困、普及教育、废物回收、住房和加强老少人群参与。该项目成功发挥作用的一个明显指标就是有 12 个领域都参与进来，并提供支持，包括渔业、公共建设、劳动力和移民、农业、宗教等，此外，所有的 21 个指标都取得了明显的进步。

来源：PPHCKN，2007c

# 第 11 章

## 公平筹资

**“持续的繁荣离不开公平，公平性的提高会为消除贫困带来双重福音。它既能促进全面可持续发展，同时也能为社会最贫困群体创造更多机会”。——Francois Bourguignon (2006)**

### 公平筹资与健康公平的关系

对处于经济发展的国家来说，增加或重新分配公共财政在健康社会决定因素上的投入——从儿童发展和教育，到生活和工作环境，到卫生保健等——对促进社会福利和社会公平意义重大。在国家范围内，若财政资源充足并能合理分配到健康的各个决定因素中，使得所有地区和人群都能享有，将是一件功不可没的事情。在低收入国家，由于国内融资有限，所以国外的资金投入，包括援助和债务减免等，就显得格外重要。在 1970 年，富有国家曾承诺将国民收入 GDP 的 0.7% 投入到官方发展援助 (ODA) 中来，但 35 年过去，这个数值平均只有 0.33%。而每年专项用于卫生的援助，即 DAH，在 2007 年只有 270 亿美元，只够覆盖基本医疗服务。2005 年，发展中国家的外部债务达到 2.7 万亿美元，同时还有 5130 亿美元的维护账单。正如萨克斯 (Sachs) 所建议的，“要理解极度贫困的规律……一个典型的撒哈拉以南非洲国家的人均年收入可能只有 350 美元……政府或许能从中抽取 15% 的税收，然后这人均不足 50 美元的收入就要涵盖政府的各个功能，包括执法、立法和司法；政治；国防；教育等” (Sachs, 2007)。

### 公共筹资的重要性

健康公平取决于物质资源和服务的充足供应和充分可及，取决于安全、健康的生活和居住环境，以及学习、工作和创造的机会。而以上这些的获取又离不开公共投入和公共筹资，以及对私有部门的市场监管。这些都对公共筹资的形式和数量提出了更高要求。对公共筹资的重视也与健康的社会决定因素息息相关，它可保证公共投资能覆盖所有社会

经济群体。传统来讲，政府应当在提供公共物品上发挥积极作用，如果单靠市场作用，可能会导致这类物品的供应不足 (GKN, 2007)。即便私有部门能够充分地提供公共物品和服务，并保证其公平性，我们还是需要政府来对市场进行有效监管 (参见第 12 章：市场的职责)。国家在健康和健康公平的社会决定因素上的一致行动需要对 “health in all policies” 的采用和投资 (Stahl et al., 2006；参见第 10 章：在所有政策系统和规划中体现健康公平)。

在任何国家，经济不公平——包括公共融资的不公平——都需要加以解决，以促进健康。在许多发达国家，全民公共服务和基础设施建设在其历史发展过程中发挥了重要作用 (Szreter, 2004)，但目前公共服务方面仍然存在着相当大的不公平性。不论是卫生保健、交通建设，还是社会保障，在那些最需要的人群上的投入往往最少。同时，在公共投资上对城市的偏好，更导致了农村地区健康产出的不如意和低利用率，这在中低收入国家中尤其明显。

### 经济增长和分配

许多研究者和研究机构都对单靠经济增长来解决全球贫困问题的论调提出质疑，尤其是 Szreter (2004)、Sachs (2005) 和联合国人居署 (2006)。的确，为了消除贫困、促进健康，我们不仅需要更多的国外资金投入，同时也应确保这些资源的公平分配，这不仅是伦理义务，也是千年发展目标 (MDG) 所提出的明确要求 (KNUS, 2007)。在拉丁美洲进行的研究就表明，比起单纯诉诸于经济增长的方式，通过累进税和有针对性的社会项目对收入进行重新分配将更为行之有效，毕竟在许多拉美国家，收入和财富的极度分配不均才是导致贫困的主要原因 (Paes de Barros et al., 2002；de Ferranti et al., 2004；Woodward & Simms, 2006b) (框 11.1)。

## 国内收入

目前国内和国际范围内的公共筹资存在诸多缺陷，尤其是对发展中国家来说。低收入国家通常个人所得税征收机制不完善，同时很多劳动力是从事非正式工作。这些国家在公共收入上更依赖于进口关税。而 20 世纪 70 年代以来的贸易自由化又使得这种收入来源锐减 (GKN, 2007) (图 11.1)。

在没有寻求到替代收入来源之前，许多国家，尤其是低收入国家，只能任凭公共收入不断下滑而束手无策 (不过 1998 年后这种趋势开始有所扭转)。中等收入国家的情况要好一些，但总体来说，贸易自由化仍然使得这些国家政府在卫生、教育和其他领域的公共投入上不如以前 (Baunsgaard & Keen,

2005; Glenday, 2006)。而那些税收制度已趋完善、公共设施较为齐全的高收入国家，则能从单纯依靠关税收入中成功转移出来，因此损失也较少。不过，全球税收上的竞争也在一定程度上影响了这些高收入国家的财政能力 (Tanzi, 2001; Tanzi, 2002; Tanzi, 2004; Tanzi, 2005)。

## 援助和债务减免

加强国家在健康公平和健康的社会决定因素上的公共筹资仍需要一段较长的过程。短期来看，那些资源相对匮乏的国家仍需要继续依赖于外部融资，包括国外援助和债务减免。证据表明，外部融资不仅能促进接受国经济的增长 (McGillivray et al., 2005)，也能直接促进健康 (Mishra &

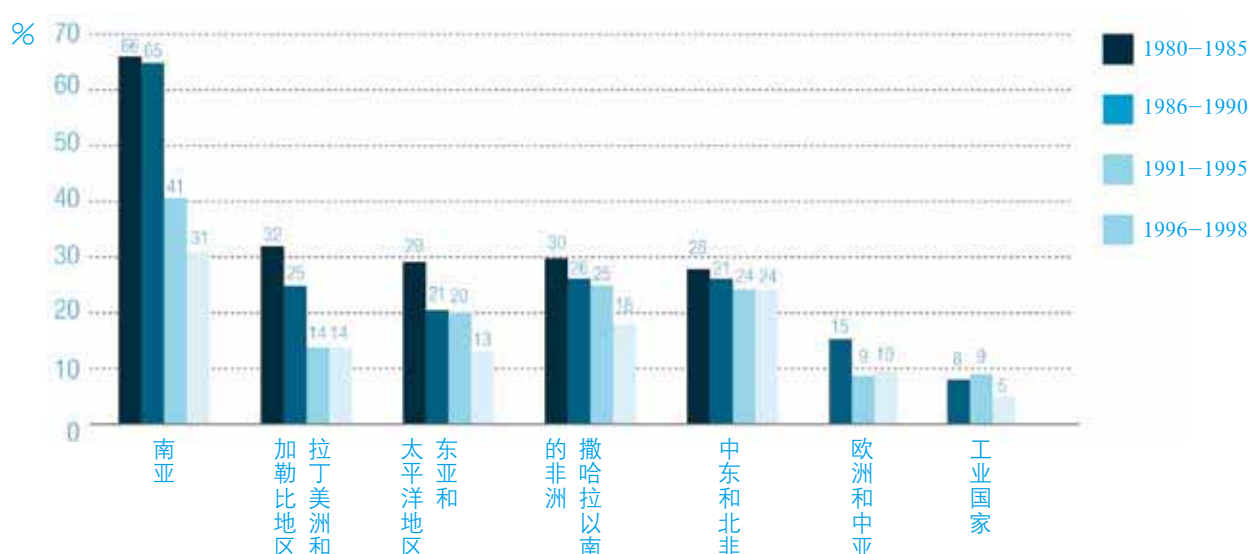
### 框 11.1：全球经济增长和倾向于贫困人群的财务分配

最近有资料表明，“由于环境影响等负面效应的存在，目前每一美元的贫困减少……需要额外 166 美元的全球生产和消费。鉴于全球增长的限制和气候变迁，及其对贫困人口不成比例的影响，使得通过全球增长来减少贫困的方式颇受质疑。全球政治经济政策应当更注重社会和环境效应，而非单纯着眼于经济增长。”

委员会并不低估经济增长的重要作用，但同时指出那些只重视经济增长、忽视财富分配的发展模式所带来的环境影响，对消除贫困也帮助甚微。

经作者允许发表，来自 Woodward & Simms (2006b)

图 11.1 关税在总收入中所占比例的地区分布，1980—1998



来源：GKN, 2007

Newhouse, 2007)。不过，目前国外援助仍然只是杯水车薪，大多数援助国都没有达到 1969 年经济合作与发展组织（OECD）所作出的 0.7%GDP 的承诺。同时，援助方仍然对援助的价值心存疑虑，不仅没有达到 0.7%GDP 的目标，在实际援助的数额和承诺数额间也还存在着较大差异。2005 年，只有 70% 所承诺的援助得到了实现。相当数额的援助是与援助国的贸易和安全利益挂钩的。尽管已有证据表明，援助国所提供的援助在考虑国际需要的同时，也纳入了其本国地缘政治利益的相关考虑，

后者甚至所占比重更大（框 11.2）。

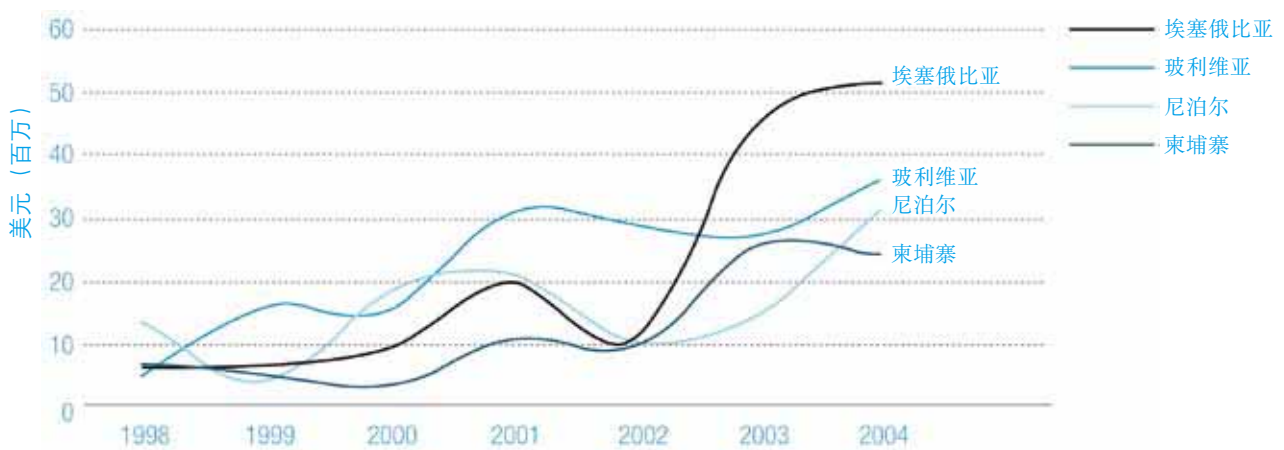
此外，还有证据显示，援助方和接受方之间存在着所谓的“信任赤字”，在给予援助的同时，还附加多重条件，使得本已孱弱的接受国官僚体制还要承担更多的交易费用，并限制了接受国选择发展和融资重心的自由。这种影响循环往复、不断加深，使得援助缺乏稳定性（图 11.2，框 11.3），并且已经显露出其对卫生的负面影响（Bokhari, Gottert & Gai, 2005）。

### 框 11.2：全球援助和需求

2001–2004 年，ODA 增加额中有超过 60% 流向了阿富汗、刚果和伊拉克，尽管这些国家的贫困人口只占世界总贫困人口的 3%。2005 年

的 ODA 增长主要来源于伊拉克和尼日利亚的债务减免。

图 11.2 用于卫生领域的官方发展援助



经作者同意发表，来自世界银行，2006a  
来源：GKN，2007

### 框 11.3：援助的不稳定性

尽管卫生援助保持了增长态势，但援助的不稳定性不仅削弱了接受国政府的计划能力，同时也对健康产出有直接的负面影响。计量经济学对 1995–2000 年 75 个发展中国家的儿童死

亡率进行分析发现，“某些国家 5 岁以下儿童的死亡率进展缓慢主要是由于援助过低和援助的不稳定。”

来源：Bokhari, Gottret & Gai, 2005

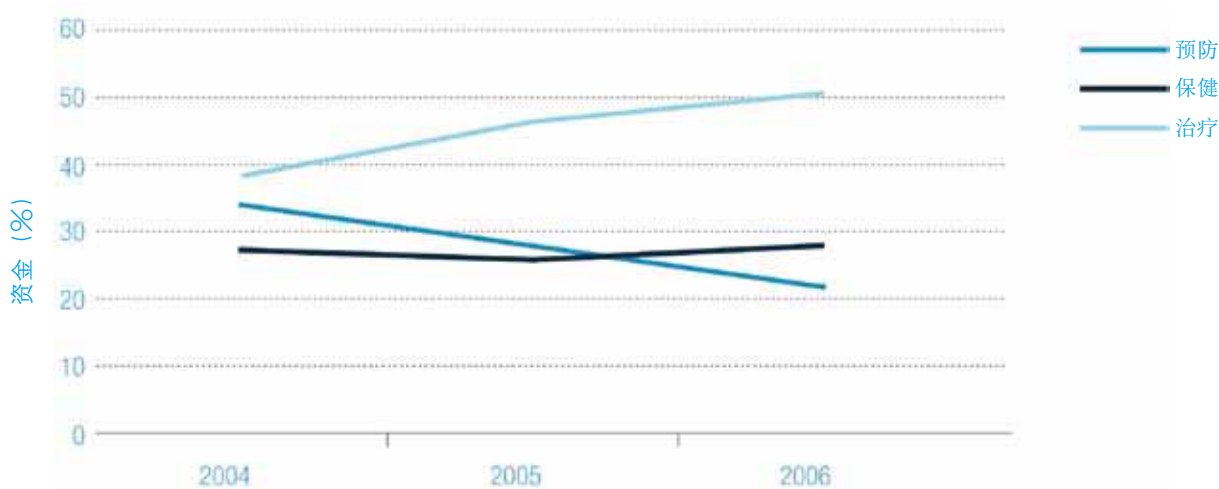
### 卫生发展援助 (DAH)

专项用于卫生的全球援助 (DAH) 越来越局限于卫生领域的筹资行动。许多卫生援助只针对一小部分卫生干预措施，并且将治疗置于预防之上。总统防治艾滋病紧急救援计划 (PEPFAR) 就是一个实例 (图 11.3, 框 11.4)。

与此同时，沉重的债务负担也不断占用了发展

投资的公共资源。发展中国家的债务危机主要是源于不断高涨的油价、对债务需求的不当评估 (包括债务方和债权方)、债务转移、偿还条件恶化以及债务国出口商品价格和需求的双重下滑。情况最为恶劣的国家，高负债贫穷国家 (HIPC)，在过去 40 年间债务大幅度增加，而国民人均收入停滞不前。债务还对社会领域方面的投资有着负面影响，尤其是基础设施建设等公共投资 (GKN, 2007)。

图 11.3 PEPFAR 中支出分配的变化，2004–2006



来源: USAID, 2006

#### 行动领域 11.1:

为开展健康社会决定因素行动，加强公共筹资。

#### 框 11.4: 援助和艾滋病

从 2004–2006 年间 PEPFAR 的资金分解情况来看，在治疗上的投入仍然超过了预防，同时在疾病预防上的资金还在不断流失，从 2004 年的不到 1/3 降低到 2006 年的不到 1/4。

PEPFAR 只是过去 20 年间国际卫生资金问题的一角。这反映了援助方在口号和实际中的偏差，仍然偏好治疗性质的干预，尤其是那些符合国内政策日程的项目。

#### 行动领域 11.2:

为健康公平筹集更多国际资金，通过健康社会决定因素框架对增加的资金加以协调。

尽管目前看来债务减免将是一条可行之道，但这仍然只针对那些 HIPC 国家，对其他国家来说又可能有失公平。而在肩负多重条件的情况下，国家只能继续放缓在社会领域的投资（框 11.5）。从位于撒哈拉以南非洲 40 个 HIPC 中的 35 个国家的数据来看，尽管这些国家在 1970—2002 年间接受了 2940 亿美元的援助，并偿还了 268 亿美元，但到 2004 年，他们仍然肩负着多达 210 亿美元的债务（UNCTAD, 2004）。

国际社会可以通过多种途径来促进国家公共筹资能力，例如对那些处于冲突边缘的国家提供安全保障，对自然资源的生产和贸易进行更为有效的监管，对富有国家和中低收入国家的贸易往来提高执法标准，以及为有意参与国际市场竞争的国家施行一定的贸易偏好政策等（Collier, 2006）。

## 积极行动，促进公平筹资

### 委员会建议：

**11.1 援助方、多边机构和成员国要建立和增进国家征收累进税的能力（参见建议 8.1；8.3；9.2；10.2）。**

### 累进税

征收累进税能增强国家的融资能力，这对完善税收体系、加大税收能力提出了更高要求，尤其是低收入国家在这方面的机构能力（框 11.6）。此外，相对于间接形式的税收，如贸易和销售税，应当更重视诸如收入和财产税的直接税收。东亚国家在 1970—1999 年间主要征收的都是直接税收，而撒哈拉以南非洲国家的税收体系则主要依赖于间接税收

收入（图 11.4）。尽管可能还受其他因素影响，但东亚各国在这段时期内卫生领域的发展和进步是有目共睹的，而撒哈拉以南非洲国家则全面停滞，甚至出现倒退。

在税收体系不完善和非正式劳力泛滥的情况下，许多国家就选择了这种间接税收机制，如贸易关税，作为公共投入的主要来源。因此，中高收入国家应当避免在双边性、地区性和世界范围内对关税的进一步削减。而低收入国家在未寻求到关税的替代方式之前，应当在这一点上尤其谨慎，同时积极探索征收直接税的可能性。在降低税收和金融市场自由化所引发的负面影响上，我们不仅需要多边努力，同时也要建立国际框架来减少国际避税和资本外逃（框 11.7）。

抵制通过离岸金融中心避税也能获得一部分收入。有资料估计，离岸金融中心使发展中国家每年承受约 500 亿美元的税收损失（Oxfam Great Britain, 2000）。离岸账户里的个人资金为 8 ~ 11.5 万亿美元，这还不包括房地产资金（Tax Justice Network, 2005）。这些避税所造成的损失每年多达 1600 亿美元，而这与实现 MDG 仍需要的发展援助所差无几（联合国千年计划，2005）。抑制避税行为同时将增加富有和贫困国家的财政能力，减少经济不公平。

### 委员会建议：

**11.2 要发展新的国际范围和国家层面的公共财政机制，包括征收特殊健康税和提供多种征税方案（参见建议 9.2；10.2）。**

### 框 11.5：债务减免和社会支出

尼泊尔在债务上的支出要多于在教育上的投入。在尼泊尔，每 180 个儿童才拥有一位教师。受债权国条件的限制，债务减免的历程仍然漫长。2006 年，乍得在还债上花了 6600 万美元。作为实行教育收费的国家之一，乍得只有三分之一的女孩上学。在全球范围内，每年还需要 170 亿美元来保证所有儿童都能获得教育，而 2005 年，发展中国家的还债额达到了这个数额的 30 倍。世界银行和 IMF 认为，肯尼亚的债务是“持续的”，因此不符合债务减免的条件。

肯尼亚在债务上的预算比在教育方面的预算投入要多出 3.5 亿美元，超过 100 万的肯尼亚儿童没有接受初等教育。已有研究表明债务减免对社会的积极效应，而教育将是其中的最大赢家。马拉维、乌干达和坦桑尼亚共和国在减免债务后，其国内的初等教育全部免费，使得每个国家有超过 100 万的儿童得以入学。债务减免每年所为马拉维的 4000 名教师提供培训，同时使马里的 5000 名社区教师能够领到薪水。

来源：Jubilee Debt Campaign, 2007

### 框 11.6：加强国内和国际税收机制

**建立高效和公平的税收体制** 增加公共收入的一个基本要求是建立广泛多样的税收体制。税收应基于支付能力，富有人群、大房地产商和私有公司应当相应征税。政府应该运用财政政策来减少收入和财务分配上的不均。

**加强税收权威和财政监管** 许多国家的税收监管体系还不够强，一个好的税收体系包括法律框架、必要人员以及技术基础。

**对跨国公司有效征税** 一个有效的税收体系还包括对跨国公司的征税。不过在那些出口加工区（EPZ）可能会有些反效果。

**加强透明度** 对资源富有的国家来说，对石油、天然气和矿产的国外投资征税是十分重要的，但政府或相关公司很少公布这方面的数据。因此，所有进行公开交易的公司都应当提

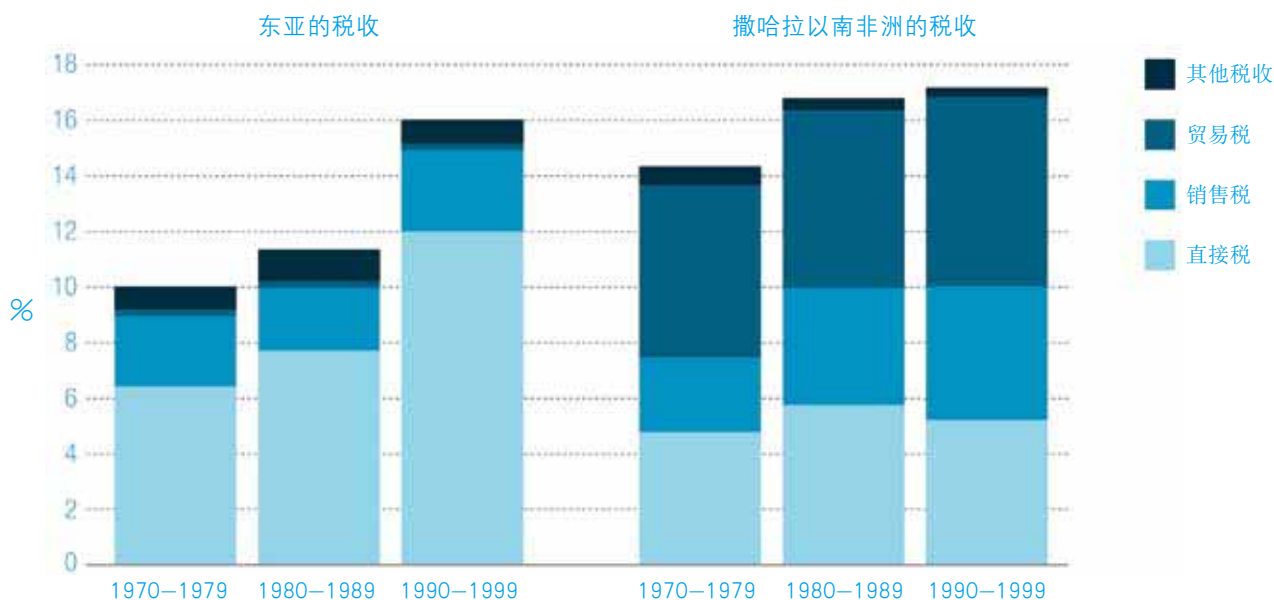
供向所在国家缴纳税费、特许权费和其他交易费用的情况。

**抗击腐败和行贿** 在这方面还要建立更严厉的规则和程序。2005年12月建立的联合国反腐败公约应当加以适当改进，以便更好地实施。

**加强国际税收合作** 国家税收改革成功的一个重要决定因素就是政府间在国际上的合作。在税收政策上的更好合作可以使多数国家受益（可能不包括那些实行累进税制的国家）。但到目前为止，还未召开过任何针对税收的国际论坛。过去许多年间，建立“国际税收组织”的呼声一直很高，这个组织应当建立在联合国体系之下。

经作者允许发表，来自 Martens, 2007。

图 11.4 东亚（左）和撒哈拉以南非洲（右）税收情况，1970-1979，1980-1989，1990-1999



经出版者同意发表，来自 Cobham, 2006

### 行动领域 11.3：

针对健康社会决定因素采取行动时，要公平配置政府资源。



### 框 11.7：税收竞争和“财政白蚁” (Fiscal Termites)

全球化使得许多公司和富人将资产、交易甚至人本身从高税收国转移到低税收国，从而限制了政府征税的能力。IMF 财政事务部前部长提出了一系列有损国家财政能力的“财政白蚁”，包括金融资本和高收入群体的高流动性，即“对高流动性人群的高税率促使他们将资产转移到税收较低国家，或加入税收较低国家国籍”。他没有提出但却日益严重的一个“白蚁”是跨国公司间交易的大量增加。有估计显

示，20 世纪 90 年代末，世界贸易中近三分之一是跨国公司交易，这为公司通过价格转移来避税创造了条件，即在组织内对商品和服务定价，然后人为改变销售额，从而在高税收情况下能避税。最近的一个研究估计，1996—2005 年间，这种差别定价使得非洲向美国流出的资金达到了 310 亿美元。

来源：GKN，2007

在加强公共财政方面，不同收入水平的国家有不同的选择，但这对低收入群体意义尤为重要。目前，有些国家已经引进或正在考虑新的健康税：加纳将拿出 2.5% 的增值税；津巴布韦将 3% 的个人所得税用于抗击艾滋病；而泰国对烟酒实行征税 (HSKN, 2007)。南非提高了征税效率，而玻利维亚在 20 世纪 80 年代的税收改革更是使国家收入翻了六番 (Wagstaff, 2007)。

### 全球化世界的税收

经济活动的日益全球化，包括离岸税收等，为那些支持全球税收机制的论调提供了依据，这不仅是对相互依赖所带来利益的认识，也是针对全球公共产品对人群健康的重要性。一些国家已经对机票征税，并将收入用于购买治疗艾滋病、结核、疟疾等疾病的药物和支持贫困国家公共卫生体系的建设上 (Farley, 2006; Ministries of the Economy, 2006)。通过对外汇交易征税来保证金融稳定，最初是由经济学家 James Tobin 提出来的，这后来被许多中等收入国家作为卫生筹资的一个主要方式 (Gottret & Schieber, 2006)。据估计，即便在较低的税率下（如 0.02%），每年也会带来 170 ~ 350 亿美元的额外收入，而有些文献甚至估计更高 (Nissanke, 2003)。

除了上述的 Tobin 税，还有一种方式叫做现金交易征费，可为全球公共财政提供新的资源 (Hillman et al., 2006)，这种税费可单边征收，据估计，若实施该种税费，英国每年可增加 20.7 亿美元的收入，挪威可增加 1.7 亿，欧元区国家甚至可增加多达 43 亿美元的收入 (Hillman et al.,

2006)。尽管对现金交易税还存在诸多疑虑，但联合国金融发展高层小组 (Zedillo et al., 2001) 对其极为重视，并将其作为融资的有力手段，同时倡导建立国际税收组织 (International Tax Organization) 来限制税收竞争和规避。不论是何种方式，对金融交易征税来增加国民收入已经被广泛认可。在债务减免的情况下，为了增加有效性，这种新机制最好能建立在现有的金融体系基础之上，而不是试图取代。

#### 委员会建议：

**11.3 援助国要加大承诺，力争达到每年 0.7%GDP 的指标；同时扩充多边债务减免计划；通过建立健康的社会决定因素框架来更好地协调各种援助（参见建议 13.6；15.2）。**

对援助在经济发展方面作用的质疑使得 ODA 在 20 世纪 90 年代呈现下滑趋势 (Friedman, 1958; Bauer, 1981; Boone, 1996; Easterly, 2006; Quartey, 2005; Rajan & Subramanian, 2005; Schneider, 2005; Svensson, 2000)。而新的实证研究发现，ODA 对经济增长是有着积极作用的 (GKN 2007)，这可能也是由于数据质量的不断提高。对多个个体实证研究的综合分析发现，这种积极作用是相当显著的 (Clemens et al., 2004; McGillivray et al., 2005)。Collier 和 Dollar (2000) 估计这种援助每年可使 3000 亿人摆脱极度贫困。尽管委员会并不否认援助之于经济增长的重要作用，但我们也应更注重援助对卫生

相关需求的作用。

### 卫生发展援助 (DAH)

DAH 即专门针对卫生领域的援助，近年来增长显著 (图 11.5)，但仍远不足以满足卫生服务的需求。宏观经济与健康委员会 (CMH) 估计 2007 年卫生援助需要加大到年人均 34 美元，2015 年将达到年人均 38 美元 (最近又重新估计认为要达到 40 美元)，这样才能满足基本治疗和保障的需要 (CMH, 2001)。

DAH 的总量必须增加。但除了对基本保健相关干预的投资，委员会与 2005 年发布的援助效率巴黎宣言 (Paris Declaration on Aid Effectiveness) 还要求援助国和接受国采用更为综合健康的社会决

定因素框架来提高援助效率，加强援助间合作，注重接受国其他方面的发展需求。

### 用健康的社会决定因素框架来指导援助

援助间的协同和合作可通过建立一个多边统领、透明治理的全球资金库来协调，根据实际需要和发展目标 (按照健康的社会决定因素来指导) 来决定援助的分配方向，同时要保证援助和接受的持续性。在短期内建立一个可靠、持续的全球援助多边机构可能还不太现实，不过，国际免疫筹资机构 (IFFIM) (框 11.8) 和正在进行的联合国改革都表明，这种创新不仅具有可行性，同时也是必需的 (参见第 15 章：全球良好治理)。

更近一点说，要尽量减少束缚过多的援助项目，

图 11.5 1973–2004 年的卫生发展援助：各国承诺的每 5 年平均水平



经作者同意发表，来自 DAC, 2005

### 框 11.8：国际免疫筹资机构 (IFFIM)

IFFIm 是一个新的多边筹资机构，由法国、意大利、挪威、南非、西班牙、瑞典和英国等援助国支持，巴西总统卢拉也表示巴西将支持这一项目。世界银行是 IFFIm 的财务总监，其财政基础是以上援助国的支付。IFFIm 计划在今后 10 年间，除上述国家的援助外，还从国际资本市场借取一定运营资金。

IFFIm 的设立宗旨是救助更多的儿童，以更快实现 MDG，同时增加 70 个最贫穷国家健

康和免疫项目的资金。通过在相关资源上的投资，该项目预计能在 2015 年之前增加援助的数目，同时保证对免疫项目持续的资金投入。据估算，IFFIm 投入的 40 亿美元在 2006–2015 年间能避免 500 万儿童的死亡，同时通过对超过 5 亿儿童注射麻疹、破伤风和黄热病疫苗来避免 500 万成年人的日后死亡。

经允许发表，来自 <http://www.iffimmunisation.org>

例如与援助国贸易利益紧密相关的，而增加对一般预算的支持（框 11.9）。援助国都对卫生的跨领域性有一定认识，同时也知道不能只针对短期的疾病和健康不公平现象，要把眼光放得更长远。尽管如此，大量的援助仍然流向了那些技术性和专业性强的领域（Sachs, 2004）。一般性预算的优势在于它所提供的支持更为“纯粹”，不会有太多利益纠葛。不过建议一般性预算也要有附加条件，以免资金流向卫生以外范围，可以考虑将资金与某个特定的健康的社会决定因素行动计划联系起来，同时接受方要为这些计划负责。

减贫战略文件（PRSP）可能是国际货币基金组织（IMF）“减少贫困促进增长”（Poverty Reduction and Growth Facility）项目下最大的一部分。旨在促进国内发展规划一致性的 PRSP，为加强援助合作和协同发挥了重要作用，其主要机制是通过领域投资框架，这与健康的社会决定因素框架极为类似。

不过，PRSP 的过程和效果指标，尤其是对宏观经济调控的过分强调，缩小了国家的政策空间和在教育及卫生保健上的公共投资，即使资金并不紧张（Ambrose, 2006; Ooms & Schrecker,

2005）。尽管 IMF 并未对卫生支出设定明确标准，但其主要政策和目标都无疑限制了卫生保健和卫生人员的可用资源，尤其是 PRSP，使得卫生部门在设定预算过程中话语权一再降低（Wood, 2006）。

从健康的社会决定因素角度来说，PRSP 可能在我们过去所忽略的领域会有所作为，它能促进跨领域合作的可靠性。只是由金融部长们主导的政府未能把握这一机遇，而国际机构也未能提供足够的激励机制、支持和机会。许多 PRSP 仍然对健康的主要决定因素不够重视，比如说雇佣。如若能合理使用，通过利益相关者间更好地协商，PRSP 还是有可能大展拳脚的，使得接受国能遵循健康的社会决定因素框架来一致行动（框 11.10）。

### 债务减免

对 HIPC 国家的债务减免能增加这些国家对基础医疗保健和教育等领域的相关投资（世界银行独立评估小组, 2006），不过这些成就分布并不平均，仍然需要更多的债务减免，并更多地支持健康的社会决定因素。

增加减免额度的第一条途径是重新评估中低收入国家的持续还债能力，使其能与基础卫生需求相

#### 框 11.9：加强援助的持续性——转向一般预算支持

国际援助传统上是不在接受国正式预算中的，这种方式对接受国预算能力的负面作用较大，因此广受批评。政策环境和支出限制更进一步限制了接受国在健康的社会决定因素上的政策空间，尤其是当援助不支持机构性成本，如对公共领域人员薪水的支付。筹资和加强跨

领域合作能力的一个关键机制是让援助流向一般预算支持，这样，援助就能加强接受国对发展规划的控制和相关政策的实施。一般预算支持目前只占援助的极小部分，但在未来有望增加。

来源：GKN, 2007

#### 框 11.10：减贫战略文件（PRSP）

PRSP 要求：

- 通过加强跨领域决策的一致性和 ISA 来促进 PRSP；
- 援助方和国家政府应当更多地支持健康的社会决定因素上的跨领域工作；
- 国际上要更重视对卫生领域 ISA 的投入；

- 卫生部门应当加强与财政部门 and IMF 在卫生预算上的合作；
- 保证对主要周期性成本的支出规划的灵活性（如健康卫生人力资源）。

来源：GKN, 2007

一致。千年计划建议将持续还债与 MDG 目标联系起来,这样许多 HIPC 国家可能需要全额债务减免,而一些中等收入的国家其减免额度也应进一步加大(联合国千年计划,2005)。第二条途径则是将负债严重的中等收入国家的债务减免分离出来,可以通过世界银行或 IMF 来完成,这样有助于这些中等收入国家避免可能出现的债务危机,同时避免在高债务负担的情况下无法保障社会投入(Dervis & Birdsall, 2006)。第三条途径则是净收入途径法(feasible net revenue approach),这是基于购买力平价下每天 3 美元的标准来衡量人均最低收入(Edward, 2006)。Mandel 认为,如果要按照这种标准实现 MDG 目标,那么目前 31% ~ 43% 的发展中国家债务应当予以取消,这将涉及 93 ~ 107 个相关国家(Mandel, 2006)。债务的进一步见面要接受国做出明确承诺,加大对社会领域的投入,同时接受公民社会对其行动效果的评估。债务减免须为发展援助提供补充,否则其收益将不甚明显(Bird & Milne, 2003; Arslanalp & Henry, 2006)。

**委员会建议:**

**11.4 国际金融机构要保证国际间借贷的透明度,来避免更多的非持续性债务。**

**未来债务责任**

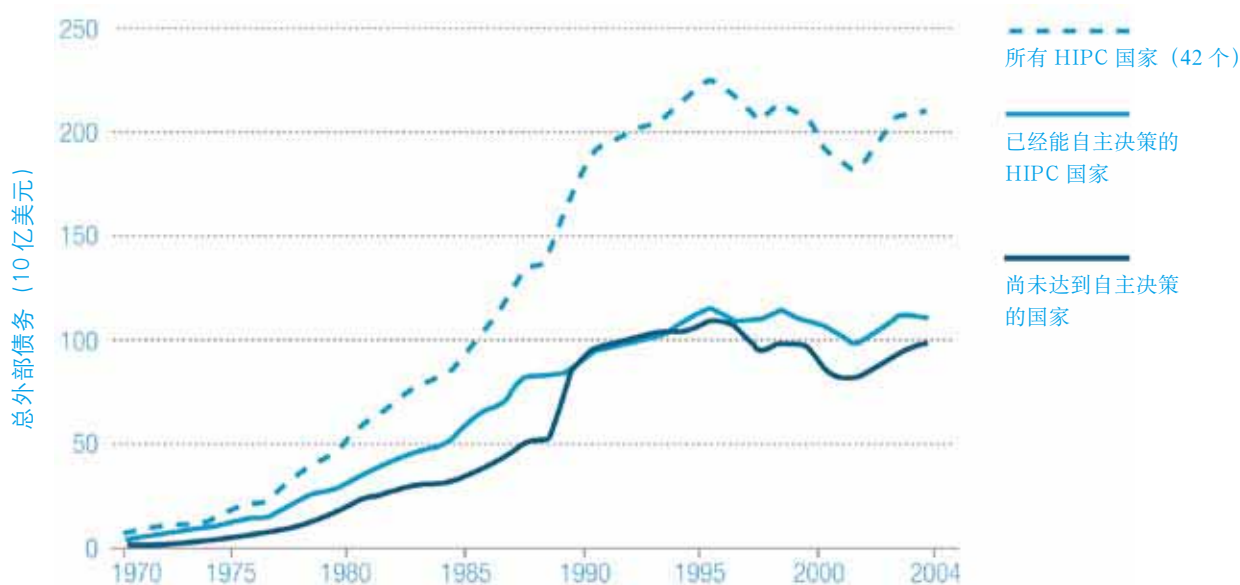
国际社会应当认识到,由于贫困国家对资金的大量需求,日后国际市场上的借贷是不可避免的。有证据显示,2000 年后许多已接受减免的负债国家中,其总债务又开始呈上升趋势(图 11.6)。

未来的国际信贷应当从只关注经济持续指标转移到“债务责任”上来,这是囊括社会、经济和政治意味的一个概念。对经济劣势的测量手段要更为多样,可以包括国家对初级产品的依赖和艾滋病的泛滥程度。不过债务责任远不止这些。借贷过程要更加透明化,政府借出和借入双方都要接受审核,要加大公众的参与。联合国贸易和发展会议(UNCTAD)(2006)和一些活跃的债务宣传者们都提出了应对国际金融架构进行改革,以更好地担当债权人和债务人之间的仲裁角色。同时还有必要指出,那些资源接收量不断增加的国家应当做出承诺,加强对健康的社会决定因素上的投资,保证健康公平的积极发展。

**委员会建议:**

**11.5 国家和地区政府以及公民社会,要建立跨政府机制,来对健康的社会决定因素预算进行合理分配(参见建议 10.2)。**

图 11.6 HIPC 国家的总外部债务负担, 1970-2004 (10 亿美元)



经作者同意发表, 来自 UNCTAD, 2006

## 合理分配

许多政府都意识到应当增加对健康相关行动的公共投入。为了使健康能融入决策的所有方面，各个部门在进行计划预算时均应将卫生纳入考虑范围（框 11.11；参见第 10 章：所有政策、体系和项目中的健康公平）。

### 委员会建议：

**11.6 应当在各个地区和社会群体中公平分配和监测公共资源，例如可使用公平尺等（参见建议 5.2；14.3；16.2）。**

除了对有关健康的社会决定因素的跨领域政策进行融资外，还需要保证这些资金的合理分配，避免地区间的不公平。一个有效的途径是运用“公平尺”（框 11.12）。在成员国之中推广使用标准“公平尺”可以促进世界卫生组织、世界银行和公民社会之间的合作，同时还能在其他的健康的社会决定因素之中加以使用，这方面的一个范例是国际公平尺联盟（GEGA）（参见第 16 章：健康问题的社会决定因素——监督研究和培训）。

充足的公共筹资和公平的资源分配对于健康公平进程至关重要。从长期来看，税收能力和累进税制能促进国内的公平筹资。而在短期内，通过健康的社会决定因素框架来更好地开展援助和债务减免，是事关全球公平和民众生死的头等要务，应加大努力，不容懈怠。

### 框 11.11：对健康的社会决定因素所有领域的筹资

ISA 筹资机制的匮乏被认为是 ISA 的主要障碍，不过现在已经出现一些筹资模型，可能会对国内和国际筹资有所帮助。

**财政分配** 专门针对 ISA 的财政分配，对 ISA 进行明确定义；可以与保障 ISA 实施的法律工具相结合。

**ISA 可以作为资金投入的一个条件** 参见第

10 章：在所有政策系统和规划中体现健康公平。

**成本共担和资源共享** 包括政府和 NGO 的财政投入，对资金不足的机构或部门，可以投入非现金资源（如人力、信息、专家、物理空间和技术等）。

来源：[http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/index\\_e.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/index_e.html)

### 框 11.12：“公平尺”模型——保证财政公平分配

为了保证地理上的覆盖（包括对服务不足的地区）以及维持所有国家的综合服务能力，有必要根据人群和地区需要来分配可用税收资源，如根据人口需求而非根据以往支出模型来分配。经验表明，尽管还存在信息和政治挑战，但这种机制即便在低收入国家也是有很大潜力的。在筹资来源多样的情况下（如包括国际资金和社区健康保险收入等），资源分配机制应该考虑所有资金来源，以充分保证公平的分配。

所谓“公平尺”，是用以解决健康不公平的一种工具，它不仅包括对健康不公平的监测，

同时也包括了具体的行动，用以应对健康和卫生保健方面的不公平。因此，公平尺的功能不仅仅是温度计，而更像一个恒温器；不仅仅能对公平和不公平进行测量，还能触发降低不公平的更多行动。公平尺主要针对以下三个方面，这也是保证公平尺有效性至关重要的三个方面：1) 评估和监测，对不公平进行分析、了解、测量和记录；2) 宣传，促进政策、项目和计划方面的变革；3) 社区赋权，支持贫困和边缘人群发挥作用，使他们从被动接受变为主动参与。

来源：HSKN，2007

# 第 12 章

## 市场的职责

“绘制一个新的贸易市场蓝图，以充分发掘市场潜力，尤其是那些最贫困国家的市场。与其执拗于‘如何实现贸易和市场最大化’，倒不如好好探索一番‘如何帮助国家走出贫困’”。Dani Rodrik (2001)

### 市场与健康公平的关系

市场可以通过新的技术、商品和服务，以及更好的生活水平来带动健康水平的提高，但与此同时，市场也潜伏着一定的健康危险因素。社会产品的商业化，如教育和卫生保健，以及有损健康食品的日益泛滥，都能导致健康不公平。经济政策的一个主要目的应该就是创造一种环境，能促进所有人群的健康公平，提高生活质量。这就意味着资源的平等分配，有效的国家内和国家间对有损健康的产品、服务和行为的监管，以及对社会权利的强制施行。市场是至关重要的，除此之外，我们还需要加强政府的领导，平衡公共和私有部门的利益，同时还需要一个全球的经济体系支持这种领导。

### 全球市场整合

过去的 30 年间，全球化的一个主要特征就是世界上大多数国家都进入了国际市场并不断整合，同时这种市场关系正越来越多地影响到这些国家内的日常生活。这一进程是伴随贸易自由化体系和一些国家市场的解除管制而产生的。其影响也是多重的，这包括一个全球性劳动力市场的初现（不论是富有国还是贫困国）、私有化进程加剧和相应的政府能力的削弱。这一进程也加速了许多健康的社会决定因素的商品化和商业化，如水、卫生保健和电力资源；与此同时，这也带来了更多的有损健康的产品，如高脂肪的加工食品、糖、盐、烟草和酒精。此外，公共领域对市场的监管能力也进一步削弱。

有证据显示，在全球化下不断加深和扩大的市场其本质是“不公平”的 (Birdsall, 2006)，因为那些已经拥有生产资本的国家明显受益更多，这些生产资本包括资金、土地、物力、机构能力和人力资源等，而在这方面资源相对稀缺的中低收入国家

则不尽如人意。同时，由于那些富有国和国家内的富有群体拥有的资源和权利相对较多，所以他们在整个过程中的受益也较多。因此需要进行一定的调整，使得那些较为弱势的群体获益增加，这不仅包括要提高国家内公共领域的领导地位，同时也要求在全球治理上下文章，如建立国际金融市场（参见第 15 章：全球良好治理）。2008 年由次贷而衍生的银行业危机就充分体现一些社会群体所肩负的风险大大超过其承担能力，尤其是贫困群体，因此一定要加强监管。

甚至对全球化的“大赢家”——中国来说，其经济增长也并非由自由市场政策所赐。中国在扶贫和人群健康上的成就很大一部分是在进入全球市场之前取得的。从 1952–1982 年，中国的新生儿死亡率由 200‰ 下降至 34‰，人均期望寿命由 35 岁提高到 68 岁 (Blumenthal & Hsiao, 2005)。我们看到，自从中国放开了对国内市场的监管，同时加快以出口为导向的工业发展后，国内卫生保健的不平等和不公平现象也急剧增加 (Akin et al., 2004; Akin et al., 2005; French, 2006; Dummer & Cook, 2007; Meng, 2007)。今天中国沿海地区和内陆省份差异显著。更广泛地说，市场整合使得国内和国家间的收入不平等增长迅猛。

### 贸易和投资——不公平的国际谈判

在贸易相关领域，我们看到结构性不平等仍然大量存在。贸易和投资合约常具有如下特征：1) 签约国参与度不对称，尤其低收入国家的谈判能力相对较弱；2) 人口数量和国家财力导致的交涉能力上的不平等。同时，这些合约通常没有充分考虑它们所带来的市场风险，包括增加健康不公平和不平等的风险。这一方面应该是由于与公共卫生相关的政府部门和公民社会组织很少参与到贸易谈判中来。我们从一些全球性机构和进程中，如食品法典委员会 (Codex Alimentarius Commission) (框 12.1)，就能看到卫生和健康公平很少进入国际经济谈判者的考虑范围。

双边投资合约是另一种国际贸易的产物，这

种合约也很少考虑或低估了卫生问题。这些双边和地区性的合约一方面对多边合约（参见下面的 TRIPS）中的卫生条款很少予以重视；同时证据还显示，双边投资合约都不成比例地关注外国直接投资，而很少关注卫生。

### 跨国公司的影响

随着贸易自由化的不断深入，跨国公司也进入了繁荣期。沃尔玛、BP、埃克森、英荷壳牌等公司的收入比一些国家，如印尼、挪威、沙特阿拉伯和南非的 GDP 还多（EMCONET, 2007）。越来越多的要求开放国内市场的贸易合约以及集团公司权力的不断积累，还有资本流动性的增加，都在一定程度上削弱了个体国家在保证健康公平相关的经济活动上的能力。这并不是要指责私有部门，包括个体和公司，认为他们生而为恶。相反，随着许多私有力量在经济和政治上的影响日益强大，我们应当要求他们在追逐私人经济利益的同时，也要对公共利益负责。

### 保护公共物品的供应，规范私有部门供给

公共领域的领导力相对于私有部门需要在两个方面有所加强：保证对健康至关重要的产品和服务可及性上的公平，同时控制对健康有害的产品和服务。至于应当保护或控制哪些产品和服务，则应根据国家的实际情况而定。

#### 水

据估计，世界上有 12 亿人口缺水，且几乎都集中在中低收入国家（UNESCO, 2006a）。保证人群对水资源和卫生厕所的可及性意义重大，也是国家不容推卸的职责。全球化又为那些能力较弱的国家提供了新的视角，那就是公共领域的作用仍然是举足轻重的，更重要的是，公共领域在水资源供应的治理上成效显著。下面给出的例子就体现了水资源私有化所带来的负面效应（框 12.2）。同时，还有更广泛的证据基础说明（Loftus & McDonald, 2001; Jaglin, 2002;

#### 框 12.1：食品法典委员会（Codex Alimentarius Commission）

食品法典委员会是由 FAO 和 WHO 共同组成的一个重要机构，它的职责是“在 FAO/WHO 联合食品标准项目下建立食品标准、指导原则和相关条约。该项目的主要目的是保护消费者的健康，同时保证食品贸易中的公平性，以及促进国际政府和非政府组织下食品标准工作的开展”。自 WTO 成立后，该委员会承担了更重要的职责，WTO 将 Codex 的标准作为准

绳，用来处理贸易纠纷。因此很重要的一点就是，FAO 和 WHO 要保证这一委员会的公正性。但在目前的安排中有一定的偏倚和不公平，使得贸易和消费者保护之间存在不平衡。1993 年的一个回顾发现，该委员会中来自公共利益组织的代表只有 26 个，而来自工业的代表有 662 个，由此可见其中的差异。

来源：Friel et al., 2007

#### 框 12.2：阿根廷和玻利维亚的水资源私有化

1993 年，法国公司 Suez-Lyonnaise 是私有水资源公司的主要成员，它为 Buenos Aires 地区的 1000 万居民供水，拥有世界上最大的水利权之一。其私有化后将水价提高了 20% 多，这样许多贫困家庭就无法承受昂贵的水费。

1999 年 9 月，国际水盟 Aguas Del Tunari 得到了玻利维亚第三大城市——可卡班巴的一

项长达 40 年的水和灌溉特许权，由于工程成本的增加，使得该地区水资源税也相应提高了 2 倍。

来源：Loftus & McDonald, 2001;

[http://www.foe.co.uk/resource/briefings/fats\\_stealingwater.pdf](http://www.foe.co.uk/resource/briefings/fats_stealingwater.pdf)

Budds & McGranahan, 2003; McDonald & Smith, 2004; Galiani et al., 2005; Mehta & Madsen, 2005; Debbane, 2007; Aiyer, 2007) 不应鼓励水资源私有化。

### 卫生保健

卫生系统改革一直比较注重于技术和经济效率，优先医疗干预的成本效益分析和商业化——尽管存在着广泛的“成本效益低下”。证据显示，卫生服务的商业化包括卫生保险等，加重了卫生服务可及性上的不公平 (Barrientos & Lloyd-Sherlock, 2000; Bennett & Gilson, 2001; Cruz-Saco, 2002; Barrientos & Peter Lloyd-Sherlock, 2003; Hutton, 2004) 和卫生产出的不公平 (Koivusalo & Mackintosh, 2005)，不论这种商业化是由国内还是国外参与者所倡导的。几乎所有的卫生体系都是“混合式”的，包括了私有和公共领域。委员会也承认这一点。一个很重要的因素就是，政府能在多大程度上治理这种混合式的体系，能够管理好，保证供应的公平和规范私有部门行为。在中等收入国家，商业化的增大通常是与卫生保健可及性和产出上的不公平相伴的 (HSKN, 2007)。在低收入环境下，商业化加大了自费的不规范程度，从而进一步损害了健康产出。就健康公平来说，通过公共筹资来进行卫生保健是一个较好的政策选择 (参见第 9 章：全民医疗保健，和第 11 章：公平筹资)。

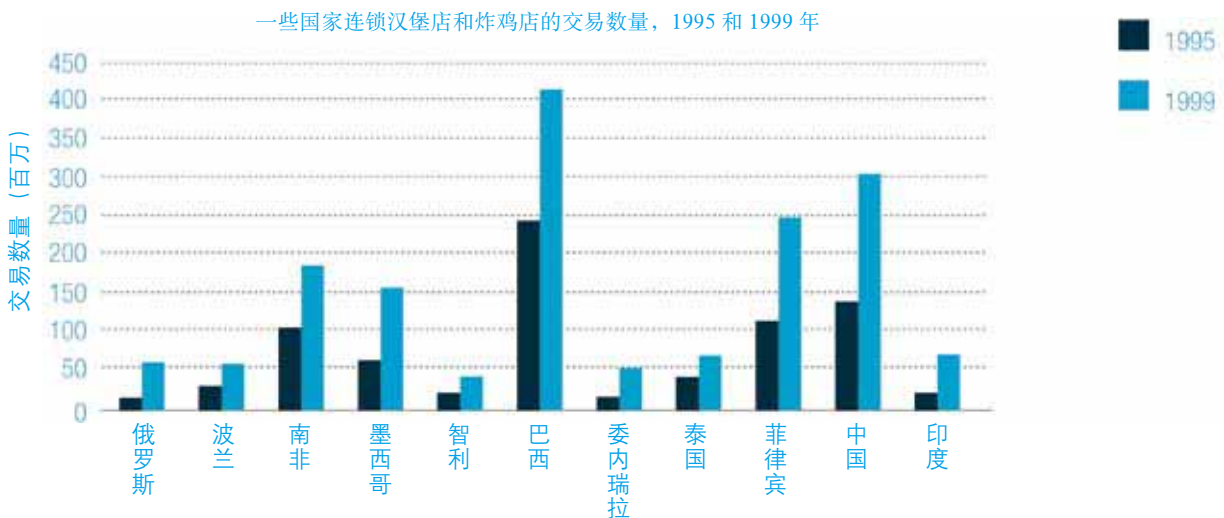
### 劳动力

工作对人们的社会功能和公平健康至关重要，不论是工作机会的可获得性还是工作环境。全球市场的整合和自由化对劳动力和工作环境产生了很大影响。同时，也出现了“新的国际劳动分工体系”，尤其是纺织业等劳动密集型产业将生产基地放到工资水平较低、员工保护机制较少的发展中国家 (Frobel et al., 1980)，即便是对富裕经济体来说，也有工作环境相对较差的地方。不论是发达国家还是发展中国家，那些有利于促进健康的工作环境的相关立法和正式规范都不够完善。尽管在一些双边或地区的协定中包含了劳动力相关标准，但这并不是国际贸易协定的一个组成部分，而且这些规定往往很模糊，缺乏执行标准 (参见第 7 章：公平就业和体面工作)。

### 食物、烟草和酒精

贸易改革和外国直接投资影响的不断增加，越来越多的跨国食品公司和超市进入其他国家，这些都对饮食和营养的方式产生了一定的影响。贸易自由化 (使得更多的国家进入到国际市场) 和食物补贴政策等，使得那些并不健康的食物的可及性和吸引力大大增加，一些跨国公司也纷纷投入生产那些成本低、能量高、营养差的食物 (图 12.1) (参见第 6 章：健康取决于卫生环境)。

图 12.1 一些国家速食的消费情况 (1995 年和 1999 年)



经出版者同意发表，来自 Hawkes, 2002  
来源：Hawkes 的 Euromonitor 数据，2002



国际市场整合度的加大也使得那些对健康有害的产品生产和消费增加，如烟草和酒精。目前，世界上大约有 13 亿的吸烟者，其中 10 亿左右是男性，2.5 亿为女性，也就是说世界上每 5 个人中就有一个吸烟者，而对于超过 15 岁的群体来说，则每 3 个人中就有一个吸烟者。如果国际烟草使用继续保持不变，那么到 2025 年，这个数字很可能达到 17 亿 (PPHCKN, 2007c)。框 12.3 就给出了吸烟的成本。

目前，每年大约有 200 万人死于酒精相关疾病，这和艾滋病每年 290 万的死亡人数在同一个水平了。此外，非洲和拉丁美洲的酒精所致疾病和残疾的绝对水平与西欧北美相近。酒精相关疾病在苏联和中亚最高，能达到所有疾病负担中的 13%。在俄罗斯甚至更高 (PPHCKN, 2007b)。一个社会如果缺乏有效的酒精管理政策，很可能导致酒精问题的不断恶化，甚而影响到今年估计发展。苏联的转型就是一个实例。在俄罗斯，1992 年的休克疗法和经济自由化的政策中就包含了对酒精类商品的贸易自由化，而这也导致了俄罗斯后来死亡率的上升 (Leon et al., 1997; PPHCKN, 2007b)。

## 市场责任相关行动

### 委员会建议：

#### 12.1 世界卫生组织应当与相关的多边组织合作，以支持成员国加强对主要的国际性、地区性和双边经济条约对健康公平影响的评估能力 (参见建议 10.3; 16.7)。

委员会的一个主要建议就是在作出新的国际、地区和双边经济政策承诺时，要更为审慎。在作出承诺之前，了解其对健康和健康公平的影响是极为重要的。世界卫生组织应当通过与其他多边组织的合作，来对主要的贸易和投资合约进行回顾和审查，并加强对健康公平评估的力度，以重新确定其在全

球卫生领域的领导地位。世界卫生组织同时可通过加强其成员国、卫生部长和公民社会组织的能力，来更好地开展双边和多边贸易谈判。

为了达成这一目标，世界卫生组织需要加强已有研究和政策能力，包括经济、法律和社会科学等。要特别注意对与国内监管、补贴和政府收购等相关方面的谈判，以及那些可能影响到全球生产和金融市场的相关谈判。这可能需世界卫生组织加强与其他联合国组织的合作，如 UNCTAD、ILO、FAO、UNESCO 和联合国经济和社会事务部等，从而创造一个跨领域合作的机制，加强理解全球经济治理、全球化、健康的社会决定因素等方面的证据基础。世界卫生组织同时还与其他全球机构合作，为成员国在贸易谈判能力方面提供支持 (框 12.4)。不过，这些支持要更有效，同时要更为注重健康公平。

### 加强经济条约对健康公平影响的评估

由于国际条约和国内政策项目等对健康公平的影响往往并不直接，所以健康公平相应的评估就对跨政府部门的政策和项目极为重要。同时，健康公平评估还需要延伸到卫生领域之外 (MEKN, 2007a) (参见第 16 章：健康问题的社会决定因素：监督、研究和培训)。斯洛文尼亚和泰国的证据表明，尽管仍然更注重总体健康而非健康公平，但也显示了这种评估过程的可行性和潜力 (框 12.5 和框 12.6)。

健康公平影响评估的制度化才刚刚起步，对许多国家来说，这也是对技术能力和机构能力的一个挑战，尤其是中低收入国家。不过，环境影响评估的成功实施也让我们看到了一丝曙光。尽管在环境影响评估的方法、行为和执行上还存在着一些漏洞，但环境影响已经在一代人的努力下成为大家的共识，并提上了决策议程。

### 框 12.3：吸烟的成本

1998 年在中国的一项研究数据证实，因吸烟导致早死而增加的医疗成本达到了 27.6 亿美元，占中国医疗成本的 6%。

2000 年，印度医疗研究委员会估计，与吸烟相关的三大疾病 (癌症、心脏病和慢性阻塞

性支气管炎)的医疗成本达到了 2700 亿卢比 (58 亿美元)，这大大超过了印度烟草业每年的 700 亿卢比 (15 亿美元) 利润额。

来源：PPHCKN, 2007c

### 框 12.4：世界卫生组织：贸易和健康的诊断工具和指南书籍

WHO 正在与 WTO、世界银行、世界知识产权组织、UNCTAD 及来自 10 多个国家的专家和贸易与健康决策者合作，共同开发贸易和健康的诊断工具和指南丛书。该工作采用了更为系统和广泛的视角来看贸易和健康。其所研发的诊断工具主要针对贸易和健康的 5 个方面：1) 宏观经济、贸易和健康；2) 健康相关产品的贸易，包括药物和知识产权问题等；3) 有损健康产品的生产，如烟草；4) 卫生服务中的贸易，如电子商务、健康旅游、在卫生领域的外国直接投资、卫生人力资源的跨国流动；5) 食

品贸易。这些诊断工具和指南丛书将囊括最佳行为方式、数据来源、决策树、国际准则和标准等，并预计于 2009 年出版。这些诊断工具的实施将会为决策者建立与贸易和健康相关的政策提供帮助，以及确定他们在该领域的能力。最近几年，为发展中国家提供的贸易相关补贴增长迅速，“贸易援助”为国家发展贸易和卫生能力提供了有力支持。

来源：WHO，<http://www.who.int/trade/resource/tradewp/en/index.html> 和个人访谈

### 行动领域 12.1：

评估国际国内的经济协定和政策制定对健康和健康公平的影响，并将评估作为一项长期制度固定下来。

### 框 12.5：泰国的健康影响评估

在中低收入国家中，只有印尼、斯里兰卡和泰国对 HIA 提供了相应的政策程序和框架支持。而泰国还是惟一个将 HIA 纳入卫生领域改革的国家。在其 2002 年的国家卫生法案中，HIA 是其中的一部分。国家和地区 HIA 较为重视基础设施和发展项目，在地区健康和政策压力中寻求平衡。

如泰国对 Pak Mon 水电大坝的 HIA 就发现，该大坝对当地渔业造成一定影响，从而

进一步影响到了当地收入和社会经济状况。因此 HIA 就考虑通过改变大坝的开放频率，来减少对当地渔业的损害。泰国同时也在国家政策层面实施 HIA，如观察可持续农业的健康和经济效应等。泰国的例子说明，只要政府肯投入、有一个很好的政策框架和充足的资源，那么 HIA 在短期内的有效实施是完全可能的。

来源：Lock，2006

### 框 12.6：斯洛文尼亚——对农业、食品和营养政策的健康影响评估（HIA）

2001 年 12 月，斯洛文尼亚卫生部和 WHO 欧洲区共同倡议开展对农业、食品和营养政策的健康影响评估，这一方面是由于斯洛文尼亚要求加入欧盟，另一方面也是想知道公共农业政策对国家农业政策的影响。HIA 的结果公布在跨政府健康委员会上。该建议涵盖了农业方

面的一些内容，如水果和蔬菜、谷类和奶制品，以及农业发展筹资等。HIA 没有预料到的一个结果是健康和农业领域开始通过各种形式来加强相互支持。这使得斯洛文尼亚加入欧盟的谈判进展很成功，同时进展速度也快于其他国家。

来源：MEKN，2007a

## 条约的灵活性

对贸易条约相关的承诺不能阻碍承诺国日后在健康和健康公平上的行动，尤其是针对那些贸易所带来的负面影响的行动。

因此，我们在国际条约上还需要更多的灵活性。关贸总协定（GATS）虽然将环境和健康风险单列出来，但仍然提的不够，而且这些条款也在一定程度上限制了国家行使预防相关措施的能力（框 12.7）。TRIPS 中将灵活性原则正式写入，但政府，尤其是中低收入国家的政府从这些灵活性条款中获

益甚微，其他国家甚至主张不使用这些灵活性条款（框 12.8）。

更广泛来说，国际市场相关的贸易协定可以写得更为详细，这样不同背景的国家就能根据自己的实情和不同需求来开展行动（框 12.9）。

### 委员会建议：

**12.2 政府的决策机构应在世界卫生组织的支持下，保证和加强公共卫生在国内和国际经济政治协商中的表达（参见建议 10.2）。**

### 框 12.7：服务贸易总协定

原则上来说，GATS 只适用于那些自愿开放市场的国家。不过条款 6.4 似乎显示，所有与服务领域相关的规范在委员会内都受到质疑。WTO 和国家政府之间的冲突显示，GATS 只适用于那些政府所支持的领域。此外，该协定还有一个很严格的条款来防止国家更改其所做出

的承诺。

来源：[http://www.foe.co.uk/resource/briefing/gats\\_stealingwater.pdf](http://www.foe.co.uk/resource/briefing/gats_stealingwater.pdf)；Woodward, 2005；Adlung, 2005；Mehta & Madsen, 2005

### 框 12.8：WTO 对知识产权相关方面的协定

GKN 对知识产权（IPR）和 TRIPS 中贸易相关的协定提出了几点建议；

避免在有利于药物 IPR 保护的双边或自由贸易协定中做出更多的让步，如果已经做出相应的让步，那么要对这些药物的可及性提供补偿措施。

最大化 TRIPS 的灵活性，探求对受专利保护的基本药物设立强制许可证。

对治疗那些主要滋生于发展中国家的疾病的相关药物，WHO 应当建立除专利权之外的相关机制，如竞争、公共利益研究基金、完善采购协定等，用来鼓励这些药物的生产，同时帮助成员国实施这些机制。

知识产权委员会的建议也支持以上观点。

来源：GKN, 2007；知识产权委员会，2002

### 框 12.9：通过协定来保障健康和健康公平

“WTO 在避免国家进口过度膨胀上有一个保护机制，这种保护机制的使用限制极为严格，主要是针对国内工业受到明显威胁的情况。更广泛的保障则意味着，国家可以国内工业受

到竞争威胁为由，对控制贸易或者延缓相关的 WTO 义务提供合法借口。目前的协定可以称之为‘发展和社会保障协定’”。

经作者授权发表，Rodrik, 2001

WTO 贸易协定是包含了健康的涵义的，但在贸易谈判过程中，公共卫生却又很少被提及。在世界卫生组织的支持下，成员国应该加强他们将卫生提上贸易谈判议程的能力（框 12.10）。

**委员会建议：**

**12.3 国家政府应与相关的多边机构合作，加强公共领域在提供卫生相关产品和服务方面的能力，以及对那些有损健康产品的控制（参见建议 6.3；7.3）。**

以下这些方面只是其中的一些范例，可能并不完备。

**水**

通过国家监管和国际援助来保证水的公平享有，应当是所有水资源政策的基础。我们必须认识到，对这种必需资源的全成本定价是对贫困群体的无视，是不符合公平的要求的。因此在这种必需资源上，有必要采取一定的不畅来保证所有人的基本需求（框 12.11，图 12.2）。

**卫生保健**

所有卫生政策的一个核心目标就是要保证每个人都能享有充足、保质的卫生保健，而不受其支付能力限制（参见第 9 章：全民医疗保健）。从理论

**框 12.10：贸易谈判中的健康问题——政府、公民社会和地区**

一直以来，马来西亚卫生部都在进口抗逆转录药物上甚为积极，即便是在面临国家政府内阁强烈反对的情况下。2003 年，斯里兰卡的一些积极分子对最高法院中 TRIPS 相关法案提出了质疑，认为这些法案将会增加不公平，减少人们享有公平健康服务的权利。在 GATS 国家谈判中，巴基斯坦卫生部提出要将卫生领域的专业服务纳入旗下，而这不包括由公共机构提供的服务。这一做法的目的是为了保证未来对卫生服务监管的灵活性，并通过补贴、全民

服务义务或其他手段来保证卫生服务的可及性。

东部和南部非洲共同市场的秘书处则在积极对该地区的服务贸易现况进行综合评估（包括卫生服务），为下一步的欧盟和 GATS 谈判做好准备。低收入国家可能缺乏相应的资源来创建一个单独的委员会，用以解决贸易和健康问题，但地区性合作可能是保证内部一致性的最好途径。

经出版者同意加以修改，Blouin，2007

**框 12.11：合理征收水资源税，促进健康公平**

在水资源和卫生设施的市场管理中，一个很核心的挑战就是税收补贴的设计。税收曲线的斜率和形状决定了总体的累进度。如果某项消费的价格上升幅度过大，那么对一小部分的

补贴并不能保证公平性。这在南非的约翰内斯堡和德班等地都得到了印证。

来源：GKN，2007

**行动领域 12.2：**

增强政府在提供健康相关基本服务（如清洁饮水、市政卫生）中的突出作用，加强对影响健康的产品和服务（如烟草、酒精和食物等）的管理。

上讲，市场监管可能规范卫生体系内私有部门的角色和行为。但在实际操作过程中，有证据显示，这么做很可能妨害到健康公平。除非政府能够显示出在有效监管卫生服务的私有投资和供应上的能力，并同时保证健康公平，否则他们应当避免将卫生服务承诺放到贸易条约之中，因为这些影响了他们行驶国内监管控制权利的能力。目前还不清楚是否任何政府都具备了这一能力（HSKN，2007；GKN，2007）。健康保险的例子就很能说明问题。很明显，健康保险能够支持卫生保健的筹资，但这绝不能以牺牲健康公平为代价（框 12.12）。

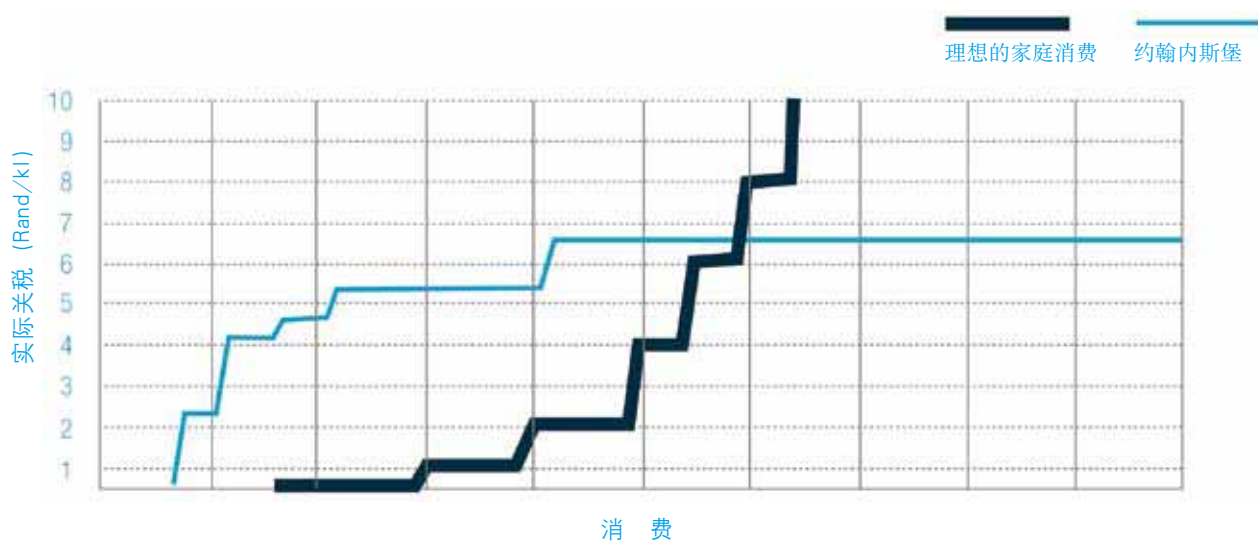
### 劳动力

国家政府应与雇主和工作者组织合作，采取有效措施来实施 ILO 的四个核心劳动力标准（参见

第 7 章：公正就业与体面工作）。不过，在实施国际劳动力标准的过程中一定要十分谨慎。拥有较多资源来实施这些标准的国家很可能对那些依从性较差的国家，尤其是中低收入国家，实施制裁。在这种情况下，与其让 WTO 来惩罚那些没有达到标准的国家，不如对这些组织赋权（如联合国环境项目、ILO、FAO、WHO 等），使他们有能力来做出正确的决策。工作者自身在促进和保障良好的工作环境上的作用也不容忽视（框 12.13）。

在那些依靠农业来保障基本家庭生活的国家，政府应当采取措施保证农业人群的利益，使他们不会受到农业贸易协定的过多影响（框 12.14）（参见第 6 章：健康取决于卫生环境）。最新证据显示，发展中国家一个很关键的政策教训就是，“如果不采取相关措施来抵消自由贸易的负面效应，那么

图 12.2 南非约翰内斯堡水资源——外凸关税曲线和理想的内凹曲线



经作者同意发表，来自 GKN，2007

### 框 12.12：规范健康保险，促进健康公平

健康保险不仅减少了人们的自付比例，同时也不失为风险分担的一种方式（如将金融风险分担到各个参与者中）。不过，尚没有证据显示私有外资保险能提高服务的可及性。通过私有健康保险的成本和市场失灵相关证据，我们可以认为在中低收入国家这种方式是不可取的。拉丁美洲的证据显示，不论是外资还是国内，

的私有保险都倾向于满足高收入、低风险群体，因为这些人能够支付高额保费。如在智利，针对老年人和育龄期妇女的保费就相对较高。解决这种歧视的一种途径就是通过监管来限制保险公司的这种行为。不过到目前为止还没有国家真正地这样做。

来源：HSKN，2007

### 框 12.13：改革纺织业的出口——孟加拉

在 Multi-fibre 协定下（1974–2004，后来在 WTO 乌拉圭谈判回合中予以取消），孟加拉国的纺织业发展迅速。纺织成品成为国家的主要出口项目，几乎占据年均出口单的四分之三，纺织从业人员达到了 250 万。布料加工厂主要聘请女性职工，因为她们的劳动成本较低、比较容易管理，同时职业流动性也不高。起初，对妇女权利的关注并不多，也很少为妇女担任领导地位提供相应的激励。妇女很少有机会进入正式的劳动力市场，同时对女童和男童教育上的投资也相差甚远。纺织业改变了妇女的地位。大约有 80% 的纺织业员工是女性，同时在那些非出口工业中妇女员工的比例也接近了 7%。女性雇用机会的增多，使得妇女对自身权利更为关注；组织妇女和培养妇女干部的相关活动也有所增加；妇女在乘车或工作时，与公共领域谈判的能力有所提升；同时，随着她们在家庭中经济重要性的提高，也加大了她们的话语权；最后就是在选择婚姻年龄和分娩时期上有了更多的自主权。

但总体来说，纺织业的工资仍然较低，压力很大，工作环境不佳，甚至有毒。2006 年在达卡的研究就发现，妇女平均每周工作 80 个小时，每小时工钱只有 5 个便士。该研究中的工厂主要为英国 Primark、Tesco 和 Asda 等商场提供货物，而这些商场都曾作出承诺，每月提供 22 英镑的最低工资，也就是孟加拉国的最低生活工资水平。在国家纺织员工联盟的带领下，工人实行罢工，并最终使得最低工资提升了 50%，达到每月 12 英镑。尽管仍然低于最低生活工资水平，但这也是一定的进步。孟加拉国纺织业的案例研究有力证明了那些大公司将工厂设在低收入国家所能牟取的暴利，但同时也指出了这种方式有可能引发的社会变革。如果私有公司都能更注重“企业的社会责任”，那么贡献将会更大。全球化可带来不可估量的利益，但同时，如果监管不当，这种利益就可能会变成危害。这并不是说要抵制全球化，而是要让全球化发展得更好，更彰显公平。

来源：SEKN，2007

### 框 12.14：保护农业

农业的有效发展（能带来更多就业机会和收入增长）取决于土地分配模式、投入可及性（如资本、劳动力、环境条件等）和市场准入机制。农业的有利发展和土地的公平分配可为经济增长和降低贫困提供坚实的基础。农民的富裕取决于他们的资源基础和市场权力。对低收入国家来说，经济发展仍然主要依赖农业，因此改革就至关重要。农业生产率的提高和非农业雇佣机会的增加，都应在贸易改革之前，如降低低收入群体种植谷物的税收等。

WTO 农业协定（乌拉圭谈判回合）并不主张国家通过政策来调整农业价格或产出。对大多数发展中国家来说，食品安全需求使得为生产提供相应激励极为关键，如维持国内价格的稳定（但这在开放全球市场中是不大可能的）。认识到新的协商可能会限制更多的国家在食品

安全上的决策空间，FAO 倡议 WTO 应当设立特殊性和差异性的条款，使得发展中国家在执行 WTO 规章制度上有更多的灵活性：

**资源缺乏和生存困难的农民数量** 政府应当为这些农民提供更多支持，同时要保证他们享有进一步的国内支持；

**经济上的劣势** 当国家极为依赖于一种或两种出口产品时，FAO 建议政府要增加投入，支持这些产品生产率的提高，改进标准，同时收购那些效率低的生产者。

**身体上的劣势** 对遭受突如其来灾难（如地震、洪水或战争等）的生产者来说，临时性和差异性的补助是有必要的。在这种情况下，政府可能需要取消对投资的限制，增加储备，保证粮食的稳定供应。

来源：GKN，2007

贸易改革可能在短期或中期内恶化食品安全现状” (GKN, 2007)。在推进农业贸易改革和自由化进程中,对农业产品有针对性的补贴可能是解决负面影响的一种措施。

### 食物

政府需要建立监管战略来应对全球食物生产和贸易对国家饮食营养质量的影响。食品相关的决策和贸易协定也应当集中于以下三个与营养和健康公平相关的领域:可用性、可及性和接受度。对软饮料消费的控制为我们提供了一个范例(框 12.15)。

### 烟草和酒精

在运用全球行动力量来限制市场对有害产品的供应上,世界卫生组织的控烟公约(FCTC)提供了一个很好的范例(框 12.16)。委员会要求仍没

有签署 FCTC 的相关国家,包括非洲的 12 个国家、美洲的 13 个国家、欧洲的 12 个国家和中东的 5 个国家等,尽快签订该公约。这其中还包括一些 G8 国家,意大利、俄罗斯和美国,以及世界卫生组织所在国——瑞士。

全球和国家水平的战略行动需要由地方来支持。一个范例是地方税收政策(尽管这种税收政策很可能影响到最贫困群体的利益而进一步恶化不公平),还有一个则是供给调节措施(框 12.17)。

FCTC 为我们提供了很好的经验,由此委员会也督促世界卫生组织和成员国就酒精控制监管行动开展对话(框 12.18 和框 12.19)。世界卫生组织欧洲地区的酒精相关疾病和暴力发生率最高,各国之间酒精相关死亡率的差异也很大。在欧洲政策谈判中的意见也极为分歧:酒精和其他商品是否一样?还是具有公共卫生属性,因此应对酒精贸易加

#### 框 12.15: 市场监管和营养——软饮料

在食品领域有诸多市场监管的例子。对获取的限制可能是限制消费的一种有效手段。第一步就是考虑那些儿童较为集中的地区,如学校。在巴西,最近在 3 个直辖市颁布的法律同时禁止了在学校餐厅销售的特定食物。在阿曼、沙特阿拉伯和阿联酋,碳酸饮料是不允许在学校出售的。这一政策曾经在美国实施。价格对消费有很实际的影响,尽管价格的上升又引发了公平性的问题。对包装的管制则是另一种方式。在墨西哥,直到 1991 年对包装都没有任何限制,这使得 75% 的可乐都是装在单层玻璃杯中出售的,这也限制了消费。

#### 可选的行动方式:

- 开展对话,对高脂肪、高糖和高盐加工食物的销售进行监管,或者设定一定标准,使其符合要求。对话成员应当包括食品工业和国际、国内及 NGO 组织等。
- 对全球加工食物对消费模式的影响展开调查,进行经济分析,同时也要分析这些产品的销售在左右人们对食物选择上的作用。

经出版者同意加以修改,来自 Hawkes, 2002

#### 框 12.16: 国际控烟公约 (FCTC)

有明显证据显示,烟草行业的贸易自由化带来了负面健康效应。世界银行的研究发现,在亚洲部分地区税收的减少使得吸烟率有 10% 的上升。在某些特定人群中的上升则更为触目惊心,如韩国年轻男性的吸烟率在 1 年内由 18.4% 上升到 29.8%,年轻女性的吸烟率由 1.6%

上升到 8.7%。为了避免贸易政策不顾健康保护后果,一些卫生组织和 WHO 敦促将烟草从贸易条约中取消。FCTC 则承认贸易和烟草使用之间的关系,但并未给出具体措施来解决这一问题。

来源: GKN, 2007; Gostin, 2007

### 框 12.17：控制烟草战略——泰国

在“泰国在烟草进口和内部税上的限制”的报道中，1990年关税总协定（GATT）专门小组决定，“可以采用与GATT相一致的措施来控制烟草的供应和需求，只要这些措施是同时施用于国内和进口烟草上的”。由此，有人认为没有必要对外国进口的烟草加以限制。之后的烟草控制政策，包括价格提升、按价征税、宣传禁止等，相继得以实施，而其前提就是对

国外和国内产品同等对待。这样，专门小组提供了一种不打破WTO规则的机制。在GATT专门小组讨论结束后，泰国对烟草宣传加以限制，同时对烟草使用采用了更严厉的措施。泰国在这方面的严格立法也为其他国家在处理跨国烟草公司和烟草宣传的矛盾上提供了范例。

来源：Bettcher et al., 2000

### 框 12.18：酒精控制的证据

有充分证据显示，酒精价格的提高减少了消费和酒精相关问题。在许多国家，尤其是在酒类税率较低的国家，提高酒类税收水平能显著增加国家的税收收入，同时减少国家在酒精相关危害的支出。价格提升的影响如同其他酒类控制措施的影响，在各国之间是不尽相同的，取决于酒文化和公众对酒类控制的支持度。不过，其对酒精相关危害的影响是很明确的，同

时成本也不高，具有成本效益。此外，对酒类产品更严格的控制，尤其是通过设定法定购买年龄、政府对零售的垄断控制、销售时间限制和对分销店的数量限制等，都是有效的干预措施。而这些措施实施起来成本并不高，且覆盖面又广，使其极具成本效益。

来源：<http://www.euro.who.int/document/E82969.pdf>

### 框 12.19：酒精控制的战略

在世界范围内，酒类征税（不论是特殊税、增值税还是销售税等）都被认为是减少酒类消费的最为有效和最受欢迎的社会干预措施，并进一步减少了酒精所致慢性健康疾病的发生。税收政策依赖于经济学上的供给和需求法则，即增加税收可提高价格。价格的提升意味着消费者购买能力的下降。税收政策在政府对酒类销售实行垄断的情况下更为有效，因为此时政

府能控制价格、生产、进口和销售。这种方式在北美和部分南美、东欧以及日耳曼国家中应用较为广泛。对后者来说，酒类控制在改变消费模式上也成效显著，如减少某些特定形式酒类容易获得的程度，促进低度酒类（如低酒精含量的啤酒）的销售。

来源：PPHCKN, 2007b



以控制，来维护群众健康呢？委员会要求世界卫生组织欧洲地区和全球范围内的政府加强合作，共同抵御酒精相关疾病。

### 负责任的私有部门

私有部门行为者的行动可损害公共利益，但同时也能促进公共利益。有一些小的行动可以作出很大的社会贡献，但其可信度相对较小。企业社会责任被认为是促进私有部门积极社会影响的一种手段，但目前企业社会责任仍然只是浮于表面，其中一个主要的缺陷就是缺乏强制力（框 12.20），同时评估措施不够完善。在这方面有一个例外就是道德贸易组织（ETI）。通过对 ETI 劳动力行为规范的独立评估发现，该行为规范产生了十分积极的作

用（Barrientos & Smith, 2007）。但是这种自愿性的组织难免有其局限性，公司责任可能是更有意义的途径。

公民社会行动，尤其是贸易相关的，通过利益相关者和消费者的共同行动，能增加私有部门的社会责任（框 12.21）。

*市场和私有部门的参与者无疑对社会环境产生了很大影响，包括那些不属于健康的社会决定因素范畴内的。但这种影响，不论对全球性、局部、国家还是地区来说，都必须是良性的。通过在那些制定市场政策的国际机构中的公平参与，来规范贸易和投资相关条约、商业行为和产品、私有部门的角色等都是至关重要的。*

#### 框 12.20：构建企业社会责任——自下而上的推动力

企业的社会责任对提高在跨国公司工作的职员的人权有着十分积极的效应，但同时，这种改变只限于以顾客为宗旨的公司，或者有伦理和职责考虑的公司。其他行业和公司可能并

不接受。这种不正常现象，以及企业社会责任行动的不一致，提醒我们要采用更为系统化的途径。

来源：Kemp, 2001

#### 框 12.21：公民社会——正在影响大股东

认识到自愿行动的局限性，许多国际公民社会组织开始更为广泛的进行企业可靠度、公平贸易和市场准入方面的社会行动（War on Want, Christian Aid, World Development Movement, Trade Justive Movement coalition, Third World Network, Oxfam, International Gender and Trade Network）。其中一条途径就是针对股东，获取他们的支持，

使得提案能在年度大会上通过。这就需要公司指派独立的审计，以保证供应厂商和农场的工作者有良好的工作环境、生活工资、工作保障和自主加入贸易协会的选择权。但是考虑到股东的价值取向等情况，这种公民社会行动的有效性还有待进一步考证。

来源：SEKN, 2007

# 第 13 章

## 两性平等

“我们有必要用全局视角来看待女性问题，并将其纳入社会和发展范畴。只有解决了两性平等问题，可持续发展战略才能有望实施。”

Gertrude Mongella, 1995

### 两性平等与健康

性别不平等现象在许多国家广泛存在。两性在权力、资源、禀赋、规范和价值以及组织中的差别是不公平的，同时也是低效的。性别不平等对妇女和女孩的健康也带来了很大的负面影响 (WGEKN, 2007)，其主要影响途径包括男女养育方式的不同、对妇女的歧视、缺乏相应资源和机会以及个人健康决策权的大小。甚至男孩、女孩的生存和发展都与女性在社会中的地位紧密相关 (Caldwell, 1986; Cleland & Van Ginneken, 1988)。据估计，南亚儿童营养不良的主要影响因素便是妇女的地位较低 (Smith & Haddad, 2000)。

权力上的性别差异主要是通过规范和价值以及社会化来反映的，其主要表现形式包括促进性别公平的法律、女性与男性同工同酬、国家层面承认女性的经济贡献等。此外，性别差异也会在组织的架构和项目的开展中有所体现。

**目前，全球范围内估计有 4.95 亿女性是文盲（占成人文盲的 64%）(UNESCO, 2007a)。**

在日常生活中，两性在权力上的差异还会带来物质和非物质资源享有上的差异，以及工作、闲暇和改善生活机会的种种不平等。在有些国家，女孩获得的食物相对较少，体能发展受到限制 (WGEKN, 2007)。两性不公平在教育方面，尤其是高级教育中，较为明显。几乎在所有的社会中，妇女所拥有的土地、财富和权利都要少于男性，同时还要承担多于男性的“照顾性工作”——保证生存、繁衍和家人安全。对许多妇女来说，照顾后代成为其进入劳动力市场的最大障碍 (Barriento, Kabeer & Hossain, 2004)。但即便在进入劳动力市场机会大大增多的情况下，妇女仍然要承担不成比例的儿童照料和家务活 (WGEKN,

2007)。这种双重负担对妇女的健康造成很大影响，不仅包括职业健康，还有休息和闲暇时间严重不足 (WGEKN, 2007)。此外，越来越多的妇女劳动力也带来了更多的工作不稳定性 (WGEKN, 2007)。而且妇女一般是在工资较低、保障较少、非正式的环境中工作 (WGEKN, 2007)。即便是同等工作，妇女所获酬劳仍然要比男性少 20% ~ 30% (图 13.1) (UNICEF, 2006)。

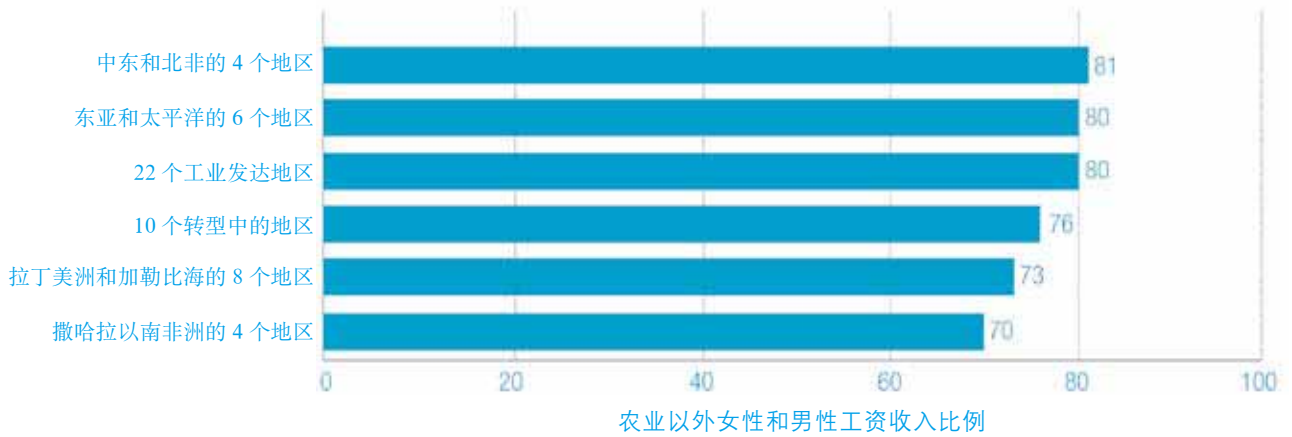
两性不平等的一个极端表现就是亲密伴侣的暴力。这种暴力行为并不罕见，而且给健康和生活造成很大影响，但目前在政策和服务中还是很忽视这一方面 (WHO, 2005a)。

在健康领域，性别权力关系还体现在家庭内外健康资源的享有和控制上，卫生保健体系中正式、非正式和家庭部分劳动和利益分配的不平等 (参见第 9 章：全民医疗保健)，以及健康研究内容和过程中的性别歧视等 (参见第 16 章 健康问题的社会决定因素：监督、研究和培训)。除此之外，最近几年对性和生殖健康的关注和资源也逐渐减少，这主要是由于其中的政治因素 (Glasier et al., 2006)。不论在卫生领域内外，性别不公平意味着话语权、决策权、权威和认同的减少。图 13.2 显示了在中低收入国家，妇女在其自身健康问题上的决策权差异很大，从布基纳法索的不到 20% 直到约旦的 88%。

即便在较少出现性别不公平的地区，妇女在政治机构中的权力和参与度仍然相对较低，不论是在国际领域、国家议会还是地区委员会 (UN, 2006b; WGEKN, 2007)。

性别不公平是可以减少的。事实上在许多国家，妇女的地位在过去一个世纪内发生了很大的变化，尽管变化程度不尽相同。立法、技术和结构变迁都促进了这些国家妇女权利的增加。现代化的避孕措施在许多情况下提高了妇女对自身身体和分娩的控制，而出生率的降低又进一步将妇女从养儿育女的繁务中解放出来。女孩和妇女的识字率和受教育水平逐渐上升，女性占劳动力的比例也有所增加 (UNICEF, 2006b)。不过，仍然任重道远。

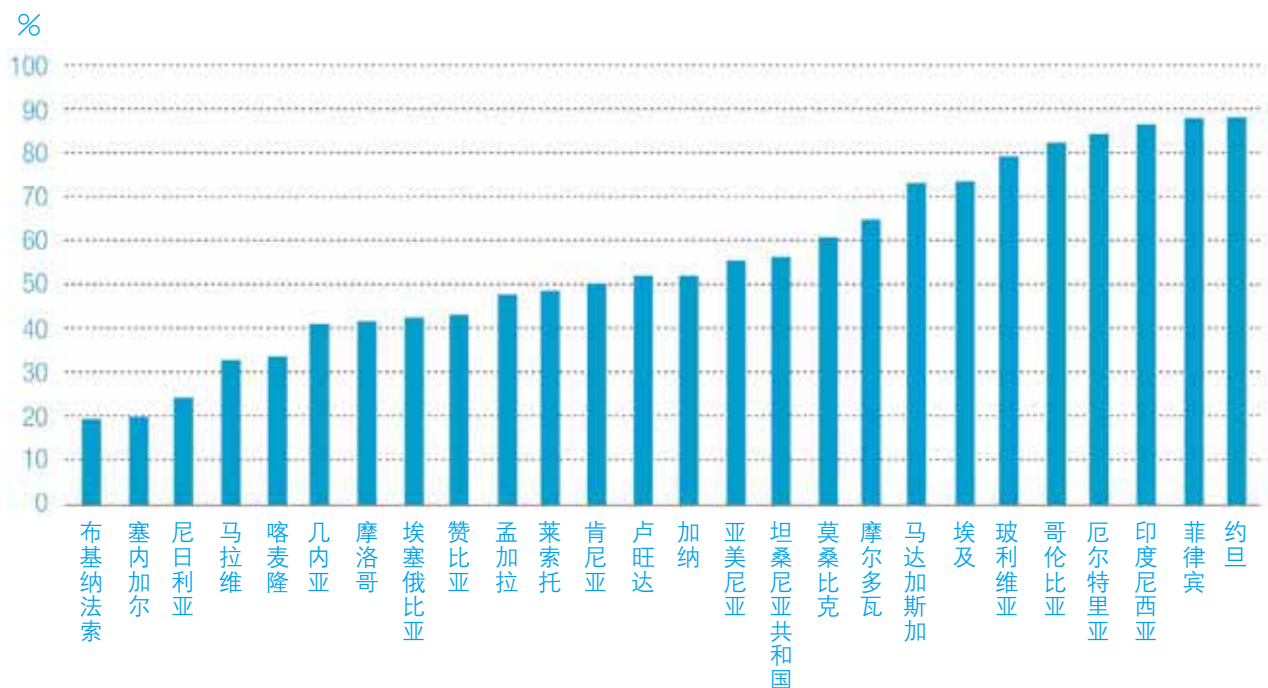
图 13.1 一些地区男女工资水平的比较



经作者同意加以发表，来自 UNICEF，2006

中东和北非：巴林、埃及、约旦、约旦河西岸和加沙地区；东亚和太平洋：马来西亚、缅甸、菲律宾、韩国、新加坡、泰国；工业发达国家：澳大利亚、奥地利、比利时、塞浦路斯、丹麦、芬兰、法国、德国、希腊、匈牙利、冰岛、爱尔兰、日本、卢森堡、马耳他、荷兰、新西兰、挪威、葡萄牙、瑞典、瑞士和英国；转型中的国家：保加利亚、克罗地亚、捷克共和国、格鲁吉亚、哈萨克、拉脱维亚、立陶宛、罗马尼亚、土耳其、乌克兰；拉丁美洲和加勒比：巴西、哥伦比亚、哥斯达黎加、萨尔瓦多、墨西哥、巴拿马、巴拉圭、秘鲁；撒哈拉以南的非洲：博茨瓦纳、厄立特里亚、肯尼亚、斯威士兰

图 13.2 对自身卫生保健有决策权的妇女比例，2001-2005



教育、培训和技术发展对妇女赋权极为重要。此外，劳动力市场中的性别不平等，包括收入差异等，都是亟须解决的问题。对生殖和性健康的政治和财政投入要进一步加强，妇女的权利有待进一步提升。性别不平等的跨代影响使得这些势在必行。从现在做起，改善性别公平，给妇女赋权，将能减少未来一代人在健康上的差异。

## 改善健康上的性别不平等的行动

### 立法

#### 委员会建议：

**13.1 政府要建立和执行促进性别公平的法律，把性别歧视纳入违法行为范畴（参见建议 14.1）。**

改善性别公平干预的成功与否将取决于与性别公平相关的立法环境，不论是增加教育机会、减少对妇女的暴力，还是保护妇女和女童不受歧视和剥

削等。这可能需要一定的立法改革：取缔歧视性法律，发展和实施促进性别公平的法律法规，以及与人权相关法律相协调（WHO, 2005a）（框 13.1）。此外，政府还需要保证妇女和女童在财产和继承上的权利（Grown, Gupta & Pande, 2005）。在撒哈拉以南非洲，妇女和女童肩负了大部分的家务，同时还要承担照顾艾滋病患者的重任，因此这些权利更是极为重要（WGEKN, 2007）。

法律的有效实施需要一定的执法能力，使得立法和执法体系（包括公共力量、调查、律师和法官）、社区领导和卫生保健工作者能够切实满足妇女的需要（WHO, 2005a；WHO, 2007b）。这包括，在暴力出现的情况下，保证受侵犯的妇女受到专业和人性化的对待，保护她们的安全，同时采取措施避免进一步的暴力（WHO, 2005a）。

法律的有效实施和执行还需要一定的预算支持。预算需要能够覆盖目标人群，解决她们的问题（框 13.2）。政府预算中的资源分配，而非零散的基金支持，对法律的成功实施甚为关键。

### 框 13.1：通过家庭法来解决性别歧视——肯尼亚

在肯尼亚，国际法理委员会（International Commission of Jurists）通过对家庭法中歧视妇女程度的调查，成功说服肯尼亚在最高法院中设立一个家庭分支机构，着重于离婚仲裁、婚姻维持和家庭财产，以及改善法律系统内的

性别歧视。随后还以“消除一切歧视妇女公约”为指导工具，将国家政策与国际人权标准结合起来。

来源：WGEKN, 2007

### 框 13.2：为家庭暴力法律的实施提供预算——拉丁美洲

国际妇女研究中心 2002 年的一项研究，将拉丁美洲和加勒比海国家家庭暴力法律的预算分配和支出做了对比，发现家庭暴力项目方面的资金仍然很匮乏，很难覆盖所有人群。此外，

资金来源较为随意，既有部委下拨的预算，也有国际组织的捐赠（Luciano et al., 2005）。

来源：WGEKN, 2007

### 行动领域 13.1：

在社会结构中消除性别偏见，这些社会结构包括了法律的制定和执行、组织动作的方式、干预措施的设计以及国家衡量经济贡献的方法。

法律的有效实施更需要妇女知晓自身权利，并有能力维护这些权利，这可以通过增强自身能力，尤其是教育和有偿雇佣等（WGEKN，2007）。公民社会组织和国家政府可以在增强妇女的法律意识上扮演很重要的角色（WGEKN，2007）（框13.3）。

当然，促进性别平等的进程可能困难重重。通常，改革需要很长时期的准备，尤其是当面对那些有组织的反对时，他们能够运用文化或宗教势力来阻挠改革。当地的倡导者，尤其是妇女组织和人权组织，在应对反对声音上至关重要。在巴基斯坦，公民社会组织在支持妇女对强奸行为上诉的立法过程中就发挥了关键作用（框13.4）。因此，我们要

为当地妇女组织提供长期支持（WGEKN，2007）。

有些行为通过社区干预比立法和政策更为有效，如女性生殖器官切除（框13.5）。针对女性生殖器官切除的立法并不十分有效。的确，如果不仔细设计，同时与社区领导和公民社会组织协商，这种立法和惩罚很可能产生负面影响，如使得这种行为转为地下（WHO，2008a）。

正如上述女性生殖器官切除中所示，改变性别不公平行为，还需要与男性合作。通过那些试图改变性别陈规和不公平体系的项目，我们总结出如下经验：增加年轻男性与社区中性别平等模范的接触机会，改善少数群体中的性别平等态度，并在更广泛的社区中推行（框13.6）（参见第5章：起点公平）。

### 框13.3：公民社会帮助增加知识产权意识——坦桑尼亚共和国

坦桑尼亚共和国妇女法律援助中心在为妇女提供法律援助的同时，还帮助妇女如何获得、处理和抵押土地，如何获得土地的使用权和参与到土地相关的决策中来。此外，该中心还为

警员、文职人员和法官等提供妇女财产权利的相关培训。

来源：WGEKN，2007

### 框13.4：改变强奸案例的审判——巴基斯坦

根据巴基斯坦人权委员会的数据，每2个小时就有一起强奸，每8小时就有一起轮奸案发生。巴基斯坦妇女运动在阿富汗和伊拉克战争中蹒跚前行，收获甚微。但最近，国民大会和上议院颁布了2006年妇女保护法案，将强奸案的审判由伊斯兰教法转移到民事法院，这

使得妇女在不担负通奸罪名的情况下更容易上诉。尽管该法案颁布之前因为伊斯兰人的反对而阻力重重，但最终仍然得以生效。但其充分实施还有很长的路要走。

来源：WGEKN，2007

### 框13.5：改变妇女生殖器官切割的习俗

已有多种通过教育方式来改变妇女生殖器官切割习俗的成功案例，其中包括塞内加尔的一个计划，现已成为联合国儿童基金会的—个地区模板。其成功包括公开宣传摒弃这一行为，以及人权教育项目，帮助村民坚定信心来实现这一计划。一般来说，一个有效的项目一般包括以下特征：1) 在改变态度的尝试中，要将男

性也纳入其中；2) 审慎选择地区领导、协调者以及参与者；3) 开展生殖健康和权利教育课程，解除谈论妇女生殖器官切割相关话题的禁忌；4) 与社区合作，共同设计新的仪式来取代旧有的生殖器官切割方式；5) 进行更广泛的教育，包括妇女权利、健康和发展等方面。

来源：WGEKN，2007

## 性别主流化

### 委员会建议：

**13.2 政府和国际组织要在中央行政机构设立一个性别公平单元，并为其提供充足和长期的资金。该单元应对相关政策、项目和机构安排对性别公平的影响加以分析（参见建议 10.2;15.2）。**

不仅法律系统的设计和 implement 不能有歧视，而仅设计和实施这些法律的政府和机构也不能存在性别歧视 (Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007)。这需要在各个层面对性别观念的系统整合，也就是性别主流化 (Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007)。这能具体衡量某项计划对男性和女性的影响，以使其同等受益 (ECOSOC, 1997; Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007)。

尽管越来越多的人认为性别主流化很重要，其具体实施仍然有待加强。我们要对这一概念合理理解，辅以机构支持、充足资金、有效实施和较强的机构定位、权威和预算等 (WGEKN, 2007)。委员会建议国家政府和国际组织，在 WHO 和其他组

织的支持下，设立一个性别单元，以支持政策、项目和机构在性别公平上的行动。如在瑞典，中央政府的性别平等部就负责相关的性别主流化活动的组织 (框 13.7)。

在组织、决策过程、项目和干预的设计中实施性别主流化有多种途径 (Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007) (框 13.8)。有效且有组织的主流化可通过中级治理来完成，同时为这个核心单元提供充足的财政和人力支持。

在性别主流化的计划中，有必要检查条件是否具备。如果没有，那么还需要创造条件，做足准备工作 (Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007)。创造条件包括政治意愿、支持性别平等的法律框架和妇女运动的有效开展等 (Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007) (框 13.9)。

## 将妇女经济贡献纳入国家账户

### 委员会建议

**13.3 政府的国家账户应包括家务工作、照料工作、自愿工作等的经济贡献，同时要加强对非正式工作的纳入（参见建议 8.3）。**

### 框 13.6：“进阶之石”——南非

“进阶之石 (Stepping Stone)” 是一个减少艾滋病传染的行为干预项目，通过建立更有力和更注重性别公平的关系来达到目的。该项目通过同时设立男性和女性组，采取参与式学习和能力建设，包括回顾和戏剧表演等方式

来开展。南非对这一项目进行了严格的审核，发现其对减少妇女中性传播疾病有很大帮助，同时也改变了男性的性行为以及他们对妇女的暴力行为。

来源：WGEKN, 2007

### 框 13.7：主流化——瑞典的性别平等计划

瑞典性别主流化的一个主要目的就是解决社会中性别不公平的结构原因。即便在欧盟，类似瑞典的项目仍然很少。在瑞典，该项目包括在所有行动中，不论公共、私有还是自愿组织，都将性别关系纳入考虑范围，在政策和 service 的设计和 implement 中采用系统性的分析方法，而其成功主要取决于技术专家在确定目标和方法上起

到的关键作用，当然，中央政府要比地方做得更好。第二个主要制胜因素则是不同领域的有效组织和合作。合作主要是由中央政府中的性别平等部门来牵头，但最重要的还是在各个政治层面达成广泛的社会一致，从而将性别主流化与所谓的民主政策相分离。

来源：WGEKN, 2007

国家账户为国家内的经济活动提供数据，并衡量一个国家的产出、收入和财富。联合国国家账户系统（UNSNA）旨在帮助各国建立国家账户，促进跨国比较，并依据市场交易来定义经济（Waring, 2003）。

没有酬劳的工作，尤其是妇女完成的，仍然没有被纳入国家账户，因此，这些经济活动就不能体现在国家统计数据中。在加拿大，没有酬劳的工作能贡献 33% 的 GDP，其中三分之二是由妇女完成的（1998 年数据）（Hamdad, 2003）。“缺乏对妇女经济贡献的关注使得目前的政策在性别上有诸多不公平。假使妇女在国家经济中不能作为生产者加以体现，那么在财富的分配上就更不会得到体现”，如信用透支或培训（Waring, 2003）。对那些作为家庭、经济和社会“减震器”的女性来说，她们的这种作用尤其需要通过资源、基础设施、有效政策和项目来加以支持（WGEKN, 2007）。使妇女能在国家账户中得以体现是极为重要的第一步（Waring, 1988; Waring, 1999）。

妇女对于全球、国家和地方经济的贡献需要得到承认，并在新的国家账户系统中得到体现（Waring, 2003）。尽管 UNSNA 在 1993 年对相关规则加以改进，但妇女在生产和消费中的地位仍然较低（Waring, 2003）。有建议指出可以通过一定的技术来对那些没有酬劳的工作加以测量和价值评估，还有一些国家，如加拿大（框 13.10），正是使用这些技术来评估这类工作。虽然这些方法各有利弊，但仍有必要继续发展和使用这些技术。

除了家务工作、照料工作和自愿工作，许多妇女还在从事有一定酬劳的非正式工作。对这种非正式工作，国家账户也应积极纳入。目前，一些拥有账户系统的国家已经开始研究相关方法，希望将其纳入国家账户（德里非正式领域统计小组，nd）。

## 教育和培训

### 委员会建议：

**13.4 政府和捐助者可以通过对正式和职业性教育与培训的投资，来加强妇女的能力（参见建议 5.4）。**

### 框 13.8：智利政府的性别主流化——改善管理项目

智利将改善管理项目与机构表现联系起来：如果某公共机构实现了项目目标，那么该机构所有成员将获得薪酬之外 4% 的奖励。任何机构的改善管理项目都是与这些机构在公共领域的特点相适应的。其中一个领域就是性别规划。每年将计划书和一份计划预算方案一起交给经济部。将性别规划纳入进来意味着性别公平问

题进入了预算循环之中，这使得性别考虑能进入公共行政领域的日常工作和习惯中。为保证公共预算能更好地实现性别公平的目标，公共机构也需要在日常工作中考虑性别问题。这种激励机制就达到了很好的作用：智利政府第一次将性别公平与预算管理整合起来。

来源：WGEKN, 2007

### 框 13.9：宣传性别公平

20 世纪 70 年代的女权主义运动通过群体力量，要求与妇女健康相关的立法、政策、项目和服务都进行改革。妇女健康中心在北部许多国家和南部部分国家中得到实施。在发展中国家，草根组织在促进妇女对自身生育权利和性权利的控制、了解医学知识和宣传妇女相关

政策和项目上发挥了重要作用。所有这些都促进了 20 世纪 80 年代早期的国际妇女健康运动，为妇女健康教育提供了更多动力。这种宣传的一个结果就是在一些国家中妇女健康政策的实施。

来源：Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007

促进性别公平并赋权于妇女，是很关键的发展战略，并在 MDG 中有所体现 (MDG3)。通过教育来增强妇女和女童的能力可巩固为妇女的赋权。在第 5 章 (起点公平) 中我们讨论了许多改善女童入学率的项目。同时，我们还迫切需要为成千上万未受教育的妇女提供正式和职业教育的机会。对到 2015 年实现“人人享有教育”并将成人文盲率下降一半的目标来说，目前的计划还不够充分 (UNESCO, 2007b)。UNESCO 还提出了降低文盲率的赋权行动，目前在 35 个非文盲率低于 50% 的国家中得以实施，总受益人数达到 1000 万 (UNESCO, 2007b)。这一计划强调对学习者和他

们需求的尊重，以及尽量在学习者中构建伙伴关系。这是政府、公民社会、发展机构、国际机构、私有部门、学校、媒体和学习者自身之间的伙伴关系。

动员人们对自身需求进行评估是健康的社会决定因素中不可分割的一部分。框 13.11 中所述的就是孟加拉国的例子，该国采用了一个较为创新的模型，通过降低文盲率来减少贫困。

为妇女提供职业教育则能提高妇女增加收入的能力。目前在全世界都设立了类似的项目。如英国近年来就设立了一个教育项目，来应对 2006 年的妇女和工作委员会报告 (框 13.12)。

### 框 13.10：测量不付酬劳工作对经济的贡献——加拿大统计局

加拿大统计局在使用相关技术来衡量不付酬劳工作方面处于世界领先地位。加拿大的社会调查每 6 年开展一次，统计家庭花在不付酬劳工作上的时间。将这种信息与时间成本相结合，来估计不付酬劳工作的价值。有各种不同的方法用来测量时间成本，包括机会成本方法 (市区的雇佣收入等) 和市场替代方法 (即如果

购买其他劳力所需成本)。对不付酬劳工作价值的估计与所使用技术的关系很大，方法不同其估计值差别很大。如加拿大采用不同技术计算出来的不付酬劳工作占 GDP 的比重就从 33% ~ 52% 不等。

来源：Hamdad, 2003

### 行动领域 13.2：

设计并资助缩小教育和技能差距的政策、项目，以更好地支持妇女参与经济活动。

### 框 13.11：Ganokendras——孟加拉的群众学习中心

尽管最近几年孟加拉采取了一系列措施来扩大教育机会，但妇女总体的受教育率仍然很低 (UNESCO, 2007a)。基于 Ganokendra 的项目是 1992 年由达卡 Asania 计划开展的，这是孟加拉的一个 NGO 组织，目前在 800 多个社区中开展，受益人群达到 40 万。Ganokendras 主要通过教育手段来减少贫困，赋权妇女。由当地社区来组织和运行，强调妇女的积极参与，并与当地需求结合起来。男性、女性和儿童都

要参加 Ganokendras 活动，但主要成员还是女性。除了提高妇女的教育水平，Ganokendras 还充当了社区培训中心的角色，组织大家讨论重要话题。这又促进了社会和环境项目的开展。此外，它还提供小额信贷服务。Ganokendras 能将整个社区融为一体，为相互之间的联系提供机会，帮助妇女获得可用服务。

来源：Alam, 2006; UNESCO, 2001



## 经济参与

委员会建议：

**13.5 政府和雇主应当通过法律来保证同工同酬，支持妇女的经济地位，提供平等机会，建立利于家庭的政策，尽量保证男性和女性在家庭中责任的公平性（参见建议 7.2）。**

单单提高女孩的受教育率还不能充分解决妇女在经济参与上的限制。在性别准则广泛存在的情况下，即使是受过教育的女孩最后也可能要面对基于性别不同对待（WGEKN, 2007）。要打破这些障碍，需要我们首先扫除劳动力市场上的偏见和障碍（WGEKN, 2007）。

### 通过法律保证同工同酬

在世界范围内，女性的收入要比男性少 30% ~ 60%，这主要是由于所谓的妇女工作、工资歧视和劳动力参与度的不同（UNICEF, 2006）。即使是同样的工作，妇女的收入也要少于男性（Cohen,

2007; Hartmann, Allen & Owens, 1999)。这对于单身母亲家庭后果尤为严重（Hartmann et al., 1999）。累积收入上的差异同样能导致福利上的性别差异（Cohen, 2007; 美国社会保障局, 2004）。贫困和低福利又与较差的健康产出相联系（参见第 8 章：终生社会保障），因为妇女手中的收入将更有利于后代的健康成长（UNICEF, 2006）。

针对这一不公平现状，我们需要联合各个阶层共同行动。那些保证雇员能得到和保持同等收入的法律是消除收入差别的有力武器。ILO 采用了“有关促进性别平等、收入公平和孕妇保护的决议”，该决议倡导所有政府和社会伙伴（工会、雇员或代表组织等）采取特殊行动，解决性别工资差异（ILO, 2004a）。更具体地说，决议倡导社会伙伴与相关方面协商，引入性别中立的工作评价机制、统计指标以及工作地点的性别和种族回顾（框 13.13）。

工会是保证同工同酬的有力载体。他们能收集信息，采用欧盟委员会颁布的《同工同酬实施指导》来衡量问题的严重性（欧盟委员会, 1996; ILO 性别促进项目, 2001）。

### 框 13.12：帮助妇女提升技能和进行职业规划的能力——英国

作为对妇女和工作委员会报告的回应，英国政府率先实行了一些技能培训项目，帮助低技术能力的妇女重新获得工作机会。此外，他们还积极开展项目，在雇主和培训方之间构建

桥梁。并且成立了妇女企业任务小组，与地区发展机构合作，通过各种途径来支持妇女进入商业领域。

来源：英国社区和地方政府部，2006

### 框 13.13：魁北克同工同酬项目

和加拿大其他地方一样，魁北克妇女做同样的工作所获报酬只有男性的 70%。魁北克的贸易协会承诺要致力于“同工同酬”目标，并积极进行游说，最终促成了公平报酬法律的颁布。通过动员妇女和游说协会，魁北克政府实行了一项法律，要求雇主保证公平薪酬。根据该法律，所有 50 人以上的企业都要签订一份公

平薪酬合同，包括四个步骤：1) 确定企业范围内女性和男性的工作种类；2) 描述评估所用方法和工具；3) 评估工作种类、进行比较、估计工资差异并计算必要的调整；4) 决定薪酬调整如何支付。

经作者同意加以修改，Cote, 2002 年 3 月

### 保证不同阶层的雇佣机会平等

此外，我们还要采取措施支持妇女在工作上的进步，使得她们获得与男性同等的地位。政府和雇员可采用多重途径，包括工作地点反歧视法律的实施，来保证妇女在财政上或母亲身份上不受影响（ILO，2004b）。同时还要包括提供管理方面的培训等，以及允许她们进入正式和非正式的网络，拥有沟通途径（ILO，2004b）。有些国家使用配额来帮助妇女冲破这层“玻璃天花板”。在挪威，国有企业中至少有40%的董事会成员必须是女性。此外，要密切监督这些相关政策，包括招募、分配工作、职业规划、评级、工资、转行和提升等，同时这个过程应当是透明、客观和公平的（ILO，2004b）。

工作质量和环境也不容忽视。改善工作质量的一个很重要因素就是执行性骚扰政策和相关教育，从而创造一个良好的工作氛围（ILO，2004b）。

### 利于家庭的政策

利于家庭的政策对于保证公平的就业机会也很重要（参见第7章：公平就业与体面工作）。政府

和雇员应当采取措施，使得男女都能同样获得工作和照料相关的责任。这包括提供高质量的儿童保健设施、机动性的工作时间、男女共有的产假以及改变男性和女性对照料工作的态度，使得男性在这类工作上也承担一定责任（WGEKN，2007；ILO，2004b）。高质量的儿童保健不仅能帮助妇女进入劳动力市场，同时也能避免儿童独自在家，或由老人照顾——这可能导致严重的健康后果（Heymann，2006），此外还能使女孩享有教育机会，而不是在家看弟弟妹妹（UNICEF，2006）。即便是在贫穷国家，正如框 13.14 所示，这种保健设施也是可行的。

## 性和生殖健康与权利

### 委员会建议：

**13.6 政府、捐助者、国际机构和公民社会都应加大他们对性和生殖健康服务及项目的投入，达到全民覆盖（参见建议 9.1；11.3）。**

性别不平等对妇女的性和生殖健康与权利影响深远，一些和性别不平等紧密相关的问题，如亲密

### 框 13.14：提供儿童服务——印度

SEWA 是一个贫困妇女联盟，其成员都认为照看儿童给她们进入工作造成了很大阻碍，希望有这方面的专门服务使得她们在工作的同时也能保证儿童的安全和发展。通过与政府合作，SEWA 建立了 100 个儿童照料中心，平均每个中心负责 35 名儿童，年龄从出生到 6 岁不等。他们主要注重儿童的综合发展，包括体能和智力发展等。老师要与母亲定期会面，共同商讨儿童发展并给出相关建议。儿童定期测量体重，并做好生长记录。这些儿童保健中心还承担了儿童免疫和产前及产后保健工作。SEWA 的研究表明了儿童照顾服务的重要性：

通过这一服务，母亲的收入增加了 50%，儿童的营养状况也大为改善。她们还提到了“心灵的平静”，母亲们知道自己工作时，孩子也能得到很好的照料。此外，大一些的孩子，尤其是女孩，第一次走进了学校，因为她们不用再承担照看弟弟妹妹的任务了。此外，中心良好的营养条件使得儿童的体能得到了很好的发展，随之受益的还有认知能力。所有儿童都在 6 岁时进入小学，并都能继续到高中接受教育。

经作者同意加以修改，SEWA 社会保障 (nd)

### 行动领域 13.3：

重申承诺，解决性与生殖健康问题，使其成为全民享有的权力。

伴侣的暴力行为等，在生殖健康的服务过程中很少被提及。例如，怀孕期间亲密伴侣的暴力行为比高血压和先兆子痫更为常见，但后两者在产前检查中都是常规检查内容，而暴力则很少有人关注(Glasier et al., 2006)。我们能够也应该建立生殖和性健康项目和服务，这样才能更好地赋权于妇女，使她们在做出生殖和性相关选择上更有自主权。加强性和生殖健康中的政治和财政承诺，包括相关研究资金的注入，则显得尤为重要。

20世纪后半段的前几十年中，人们对人口控制予以高度关注。计划生育政策在许多国家得以实施，但其更看重宏观经济效应，而非个体妇女的福利和权利。1994年在开罗召开的联合国人口与发展大会是从人口控制到生殖健康与权利的一个转折点。生殖健康与权利的核心为：“人口和发展相关项目的基石是认同性别公平和平等的重要性、消除对妇女各种形式的暴力、保证妇女对自身生育权利的控制等”(Glasier et al., 2006)。这样，生殖健康就成了一个有赋权意味的词语，它强调性和生殖权利，寻求保障妇女自主权的方式等。生殖健康的概念强调了解妇女个人体验和局限的重要性，以及影响性和生殖健康的社会因素(Langer, 2006)。它是健康的社会决定因素中不可分割的一部分。

1994年，来自179个国家和1200个NGO组织的代表通过决议，将在2015年前实现生殖健康的全民享有(Glasier et al., 2006)，最近，这也成为MDG的目标之一。但目前在这一目标上的进展参差不齐。爱尔兰的孕产妇死亡率只有1/47600，而在阿富汗则高达1/8(UNICEF, 2007c)。同样，在国家范围内，这种不公平也是相当严重的。如在印度尼西亚，贫困群体的孕产妇死亡率就是富裕群体的4倍(Graham et al., 2004)。在中低收入国家，非专门接生人员接生的新生儿中有65%来自农村贫困家庭(Houweling et al., 2007)。为妇女，尤其是那些饱受战乱和纠纷国家的妇女，提供生殖健康服务仍然困难重重(Hargreaves, 2000; Petchesky et al., 2007)。

在21世纪，人们逐渐将关注点转移到新的全球问题上(Fathalla, 2006)。由于和艾滋病脱节，性和生殖健康没能吸引太多财政资源，尤其是在计划生育、不安全流产和性传播疾病方面(Langer, 2006)。计划生育在降低出生率上的成就却导致了计划生育服务方面投资的减少，“对那些避孕率较低的国家来说产生了灾难性的后果”(Glasier et

al., 2006)。此外，还有人试图取消那些在开罗达成的协议(Fathalla, 2006)。而且，从意识形态上对性和生殖健康与权利的抵触，尤其是与性关系、流产和对青少年的服务相关的，也是提高这些服务可及性的极大障碍(Langer, 2006; Fathalla, 2006)。

所以，政府和捐助者重新确认他们对生殖健康与权利的承诺，并将性和生殖健康作为发展的关键要素，是具有重大意义的(Glasier et al., 2006; Fathalla, 2006)。目前已有一些积极的进步。2004年，所有的世界卫生组织成员国（只有美国没有参与这一战略）都采用了世界卫生组织全球生殖健康战略，来加速生殖健康相关目标和计划的进程(Glasier et al., 2006)。2007年，在联合国MDG世界峰会上，各国领导同事重申了“在2015年实现生殖健康全民覆盖”的承诺，这正是开罗会议所提出的(Fathalla, 2006)。尽管生殖健康最初并没有进入MDG的框架，但对生殖健康的特别重视在2007年的修改版本中得到体现。为了保证实现MDG中性和生殖健康相关的目标，我们需要加强政治和财政承诺，这包括为那些致力于促进生殖健康与权利的公民社会组织提供筹资途径等。

目前已经具备实现性和生殖健康目标的知识和相关技术(Glasier et al., 2006)，“性和生殖健康的5个核心成分是产前、围产期、产后和新生儿照料，提供高质量的计划生育服务，包括不孕服务、减少不安全流产、对性传播疾病的预防和治疗，如艾滋病、生殖道感染、宫颈癌和其他妇科病，以及宣传健康的性行为”(Glasier et al., 2006)。性行为 and 亲密伴侣暴力的减少也是干预中的一个重要组成部分。尽管提供高质量的性和生殖健康服务至关重要(Glasier et al., 2006)(参见第9章：全民医疗保健)，但同时还要找出性别不公平的社会和文化根源，并加以解决。

**性别不公平是一个社会问题，涉及成千上万的妇女和女童的健康。在性别不公平方面的行动应当包括促进性别公平的相关法律、解决组织架构和政策中的性别歧视。在有些地区，对妇女的教育和培训是工作的重心；而在另外一些地区，减少各个层面妇女在经济、社会和政治参与中的限制则成为更重要的事情。最后，政府和捐助者应当重新确认他们在解决性和生殖健康与权利上的承诺，因为现有承诺仍然远远不足。**

# 第 14 章

## 提高政治地位——包容性与发言权

“全世界的人都不希望失去对自己生活的控制、对周围环境的控制、对工作的控制，以及对地球命运的控制。所以，根据社会进化论，主导势必面临阻力、无权势必需要赋权、新全球秩序呼唤新计划。”

Castells 1997: 69 (Oldfield & Stokke, 2004)

### 权力和健康不公平的关系

能被所在社会接纳无论对于物质赋权，还是心理、政治赋权等都是很重要的，它能保证社会功能良好的公平健康。本章中，我们将权力作为健康不公平的主要驱动因素，任何减少健康不公平的努力都离不开政治赋权——改变社会和全球范围内的权力分布，尤其是那些被剥夺公民权的群体和民族。

#### 权利不平衡的表现形式

获得尽可能高水平健康的权利是每个人都应当享有的 (UN1948)，但并不是每个人都面临着权力被侵犯的危险，而这种不公平正是由于社会中的结构不公平所导致的 (Farmer, 1999)。社会不公平表现为多种形式，包括阶级、教育、性别、年龄、种族、残疾和地理等，它是由不同人群和社区的财富、权力以及优势等来决定的。那些已经被剥夺权利的人在健康上将面临更大劣势。

健康公平取决于个体和群体表达他们需求和兴趣的权力的大小以及有效性，并通过这种表达来挑战和改变不公平的按等级分配社会资源的方式，而这种社会资源应当是所有公民共同享有的 (CS, 2007)。在本报告所讨论的日常生活中不公平现象的背后，隐藏着权力分配的不平等。这种权力的不平等主要有四个维度，包括政治、经济、社会和文化等，它们共同构成了一个统一体，在这个统一体中，有人被纳入，有人则被排除在外。政治维度包括法律、宪法、政策和规范所赋予的正式权利，以及权利行使的条件，包括安全用水、卫生厕所、避难所、交通、能源和相关服务，如卫生保健、教育和社会保护。经济维度包括对物质资源的享有和分配，如收入、雇佣、住房、土地、工作条件和生

活环境等。社会维度包括支持和劝解的力量，如友谊、亲情、家庭、部落、邻居、社区和社会运动等。文化维度则是指价值、规范和生活方式的多样化程度，以及这些对全民享有健康的贡献度 (SEKN, 2007)。

自由参加经济、社会、政治和文化活动有其内在价值 (Sen, 1999)。接纳、机构和控制对社会发展和健康来说都很重要 (Marmot, 2004)。参与的不足同时会导致基本人身能力的受限以及雇佣、教育和卫生保健方面的差异。如教育可及性的不同 (图 14.1) 导致了全死亡率的不公平现象 (图 14.2)。

潜能未被发掘会引发其他不公平。缺乏高质量的教育会导致工作机会的丧失，或只能拿很少的薪酬，使得收入相对较低，家庭条件得不到改善 (如生活空间、营养和其他致病因素)。不稳定工作现象和童工等的增加都反映了工人权利的减少，以及工业和政治权利的削弱。很多机构和集团的政治、经济、财政及贸易决定都对数百万人的日常生活有着很深远的影响 (EMCONET, 2007)，而这些人的声音和需求往往很少被顾及。

在技术和生物进步成果的享有上，同样有着很多的社会不公平。对 42 个国家 DHS 的分析 (Gwatkin & Deveshwar-Bahl, 2001) 发现，在全免疫上有很显著的社会经济不公平，富有人群中的免疫率明显高于贫困人口 (图 14.3)。

#### 认同和机构

不同人群享有的地位和参与机会往往是不同的，这在政府和那些直接提供服务的机构对本土文化的态度上表现分明 (Indigenous Health Group, 2007)。本土人群健康状况所表现出来的持续不公平涉及到健康和权力、社会参与以及赋权等之间错综复杂的关系 (Indigenous Health Group, 2007)。重新获得个人和文化持续性对这些社区的健康和良好状态有很重要的影响，如加拿大第一民族年轻人自杀率所示 (图 14.4)。

图 14.1 男性和女性接受中学教育的净比例

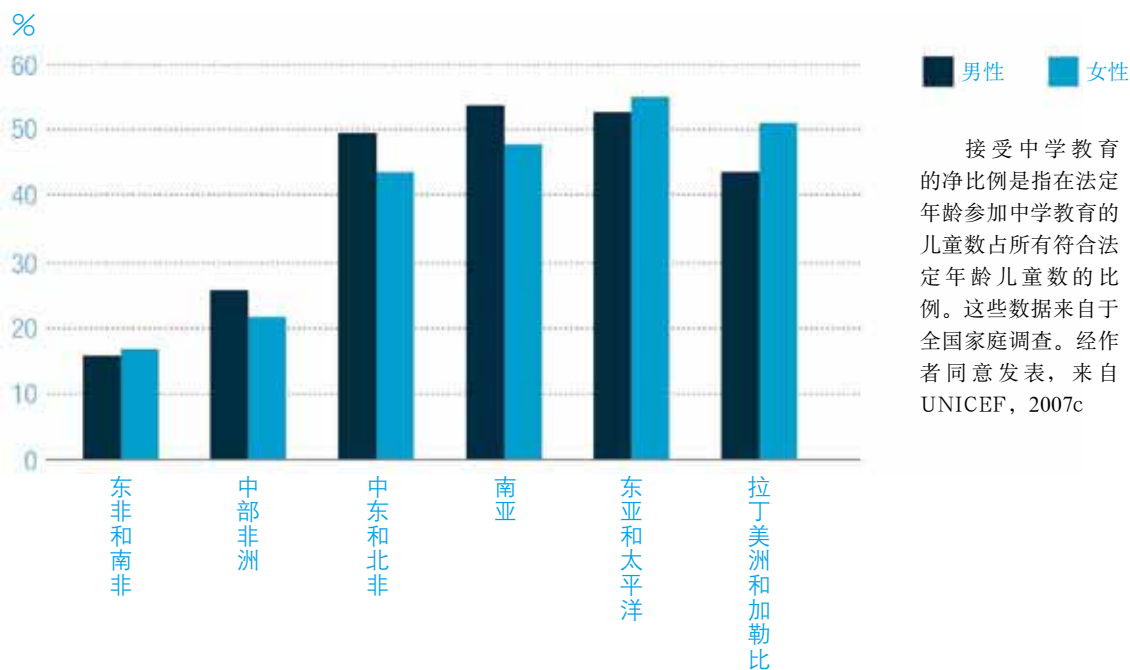
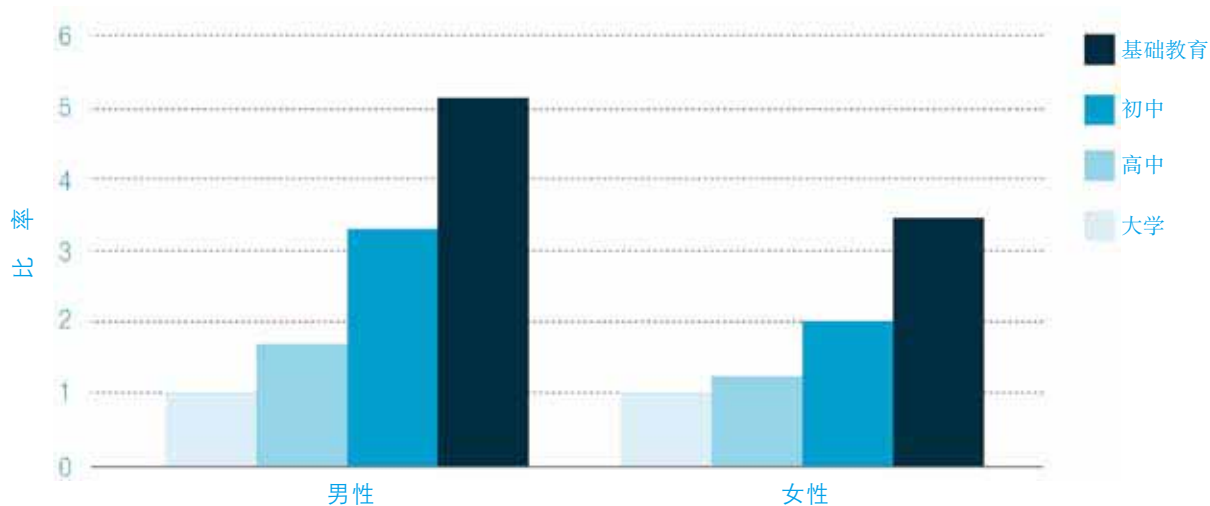
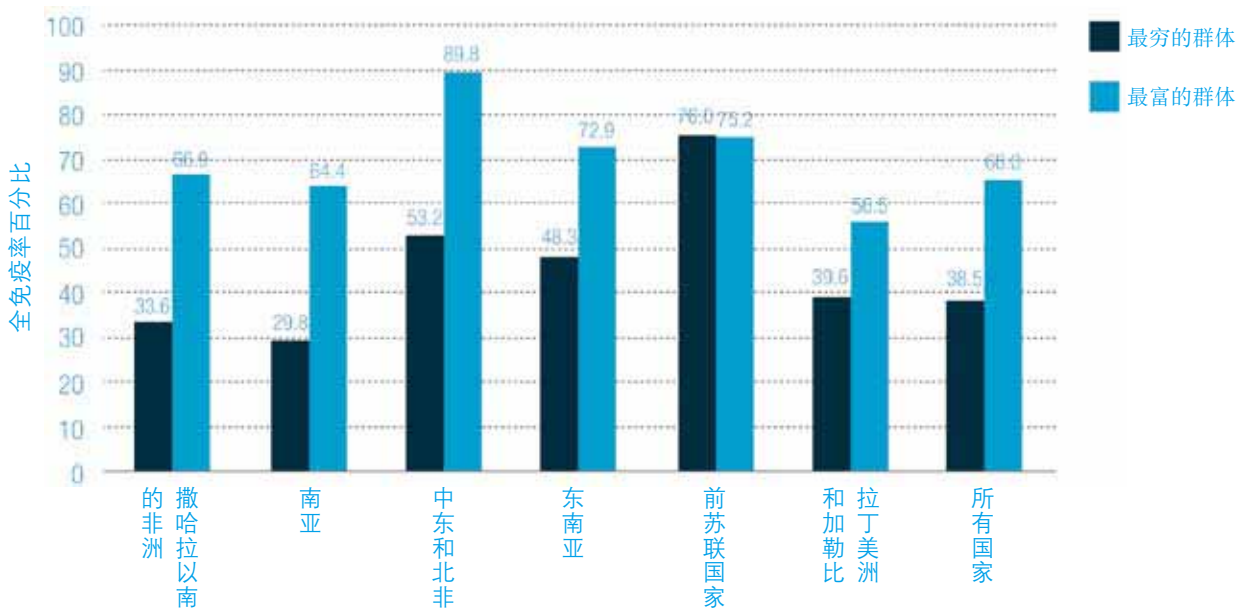


图 14.2 韩国男性和女性受教育程度对死亡率的影响 (排除年龄因素), 1993-1997



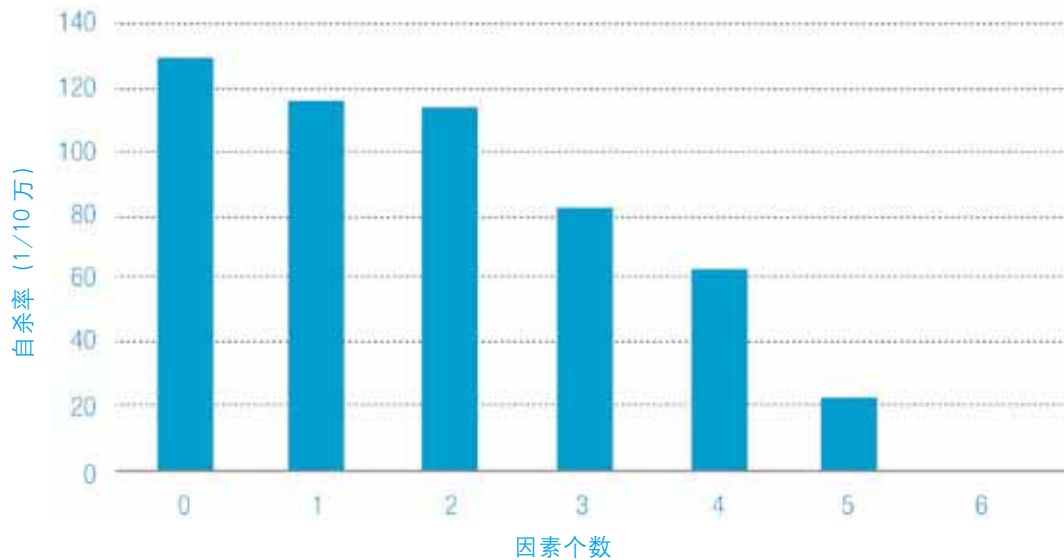
来源: Son et al., 2002

图 14.3 全免疫率在最穷和最富群体中的分布（地区平均）



经出版商同意发表，来自 Gwatkin & Deveshwar-Bahl (2001)

图 14.4 第一民族年轻人自杀率，按文化传承因素分层



文化传承因素的测量主要通过：土地继承、自我控制、教育服务、警察和消防服务、卫生服务和文化设施  
 经出版商同意发表，来自 Chandler & Lalonde, 1998

不注重参与和赋权可以导致冲突。在这种情况下，人们可能会遭受一系列的身体和社会权利的剥夺，包括安全感的缺乏、社会网络和家庭结构的丧失、生存权的减少以及食品安全问题和社会环境的恶化等 (Watts et al., 2007)。个人、社区甚至国家权利的丧失会带来很严重的健康问题。与其他不公平维度一样，那些深处冲突之中的人们需求必须得到保证，这可以通过经济和社会政策以及系统的建设和巩固来实现。

权利不平衡不仅仅与个体和社区相关。有些国家由于资源相对缺乏，导致权利较少。国家贫困势必造成其在多边谈判中话语权的不足，从而不能保证国家权力在各种条约中的体现 (参见第 15 章：全球良好治理)。这对国家如何创造环境来支持健康和健康公平具有很重要的意义。

## 开展行动，解决话语权和接纳度中的不公平

健康和健康公平的政治赋权需要加强公平，这样所有的社会群体都能参与决策过程，尤其是那些与自身健康和健康公平相关的决策。话语权和接纳度中的公平取决于政府支持下的社会架构，这种社会架构能通过特定的项目来保证群体的权利被倾听，如立法或机构能力建设等，从而实现积极参与。除此之外，公平还取决于公民社会组织、网络和运动等的

发展，以及他们挑战不公平、推动公平的能力，而这种公平不仅限于健康，还针对更广泛意义上的公平。

## 政治赋权立法——权利和机构

国际经济、社会和文化权利公约中的第 12 条，“保证获得最高健康水平所需条件的权利”，对那些弱势群体来说尤其重要，应当作为健康和人权运动的核心 (Hunt, 2007)。General Comment 14 (2000) 是一项基本工具，它确认了健康权利不仅包括享有卫生保健服务，同时还应包括健康的社会决定因素，如安全饮水、充足的卫生设施、健康的环境、健康相关的信息和不受歧视的权利等 (UN, 2000a)。这些权利逐渐被接纳的一个主要体现就是对 General Comment 14 的不断修改、操作化和监测，以及相关行动的开展等。世界卫生组织和其他国际组织一起，以及联合国享有最高水平健康权利的特别报告 (参见第 15 章：全球良好治理)，都支持 General Comment 的采纳和实施。

公平参与的核心是公民合法认同的权利。人们不能不受法律限制地要求更多的权利，如教育和社会支持、卫生保健、公民参与或人身保障等 (框 14.1) (Acosta, 2006)。因此，国家有必要加强法律和机构框架，来保证公民认同权利及其合法性 (参见第 16 章 健康问题的社会决定因素：监督、研究和培训)。

### 行动领域 14.1：

在攸关社会运行，特别是在对健康公平产生影响的决策过程中，应当公平地分配表决权，做到给所有的社会群体赋权。

### 框 14.1：玻利维亚的认同和权利

玻利维亚有 55% 的人口是克丘亚或艾马拉原住民。据估计，玻利维亚的农村和原住民社区中，有 90% 的人没有身份证，超过半数没有出生证明。这些没有出生证明的孩子就不具备上学的资格，使得他们脱离贫困的方式又少了一种。没有身份证，人们就不能参加选举，其法律权利也有限，而且不能享用一些社会和健康服务。这些服务包括玻利维亚为母亲和孕妇提供的全国健康保险，该保险是用来降低国家

高孕产妇死亡率和新生儿死亡率的现状，但那些没有出生证明的妇女就不能享有这一保险。

通过“身份权利”计划，英国国际发展部 (DFID) 正在和玻利维亚国家选举法院，以及一些非政府组织和公民社区合作，使得人们能更容易注册，并获得身份证明，提高作为公民的权利意识。

来源：DFID, 2008

为了促进这些权利的实现，必须加强公民参与度，增加影响健康和健康公平的相关行动，并保证行动的透明和可依赖，同时要建立和巩固确实促进参与的政治和法律体系。

#### 委员会建议：

**14.1 国家政府应当加强政治和法律体系，以保证他们能促进所有人的公平参与（参见建议 13.1;16.1）。**

#### 性别

解决全球的性别不公平是最重要的致力于公平和参与度的政治改革之一。这需要妇女在政策和决策过程中的参与，同时提高性别相关服务的规划和提供。例如，印度在国家层面的立法改革规定了妇女在委员会中的最小比例，这就对女性赋权起到了很重要的作用，并进而提高了妇女针对地区需求行动的能力（框 14.2）。

#### 自治

本土人群的生活仍然是由特定的法律、法规和条件来管辖的，这些法律法规不适用于其他人群。本土人群生活在被隔离出来的区域中，经常面临不同级别政府之间的分歧，尤其是在那些涉及到财富分配的项目和服务上时。因此，本土人群相对于其他人群来说，其地位和需求就很特别。

#### 委员会建议：

**14.2 国家政府承认边缘人群的合法性，并为这些人群提供支持，尤其是本土人群。要通过政策、立法和项目来满足他们的需求、要求和权利。**

正如联合国所提出的，本土人群有权“持续改善他们的经济和社会条件，包括雇佣、职业培训和再培训、住房、卫生设施、健康和社会保障等”。此外，最近由联合国人权委员会颁布的本土人群宣言提出，“本土人群有权决定和发展所有与其健康、住房和其他方面相关的经济和社会项目，并尽可能通过自己的组织来实施这些项目”。这显示了本土人群自治和自我决策的权利，它对于联合国完善本土人群宣言具有很重要的意义，同时也为成员国的实施提供了指导。

但如何将本土人群宣言操作化，以符合不同社会政治群体健康和健康公平的要求，仍然需要审慎考虑。英属哥伦比亚 Tripartite 健康计划为这方面的进步提供了一个框架，它包括了立法、参与式管理和交互式的卫生服务方式等（框 14.3）。2008 年 2 月，澳大利亚工党政府对本土人群的道歉就表明了政府开始逐渐认识到殖民化对本土人群的伤害，以及保护本土人群的重要性（The Age, 2008），因为许多本土人群在很小时便被偷走，并在强迫下与养父母生活。这一道歉之后，澳大利亚政府也做出承诺，要在一代人的时间（25 年）内减少本土人群和澳大利亚其他人群之间的差别。

### 决策过程中的公平参与

好的管理是成功行动的基石，同时也需要信任、互惠和社会信赖等（KNUS, 2007）。为了促进这一目标，政府管理中的公平参与就至关重要。确实，健康权利的一个不可分割的特征就是个体和社区在涉及自身健康问题上的积极参与。

“表面文章和实际行动之间的差别在于，后者可以持续跟进，并且从头至尾都能参与。”（Landon Pearson Resource Centre for the Study of Childhood and Children's Rights, 2007）

#### 框 14.2：为妇女提供法律支持——印度

通过印度国家议会，印度宪法的第 73 修正案于 1993 年正式生效，要求印度农村委员会中至少有三分之一为妇女。这被认为是帮助妇女提高政治生活权利的强有力的改革之一。妇

女组织在培训选举出来的妇女方面也甚为积极。目前大约有 100 万选举出来的妇女在村委员会工作，行使预算和制定当地政策的权利。

来源：印度政府，1992



**委员会建议：****14.3 国家和地方政府要保证所有群体和社区在健康问题决策过程中的公平参与，以及其后续项目、服务提供和评估上的公平参与（参见建议 6.1；7.1；9.1；11.6）。**

所有社会成员，包括最弱势和最边缘化的人群，都有权参与政策制定中重点的确认和目标的制定过程。此外，参与不能仅限于项目实施，还需要考虑到整个政策制定的环境，以及项目和服务的提供及评估等。

第10章（在所有政策系统和规划中体现健康公平）中所提出的ISA建议提供了一个社会群体和社区参与政策制定、实施和评估的途径。我们可以从现有经验中学到很多东西。建立一个治理支持网络，并在全球、地区和国家范围内加以开展，以提高认同感和成功经验的分享[如健康城市联盟、

欧盟健康城市网络、直辖市网络和泛美卫生组织（PAHO）等]。

公民社会在政府机制中的反映，如乌干达，也是促进健康和健康公平政策的重要因素（框14.4）。

南澳大利亚洲的社会接纳计划（Social Inclusion Initiative）（框14.5）阐明了政治认同和有力承诺在健康公平上的价值，它表明了拥有一个独立的、促进社会参与的部门的重要性，以及制定战略计划和改革目标的作用。

社会公平不仅扎根于中央政府的决策中，同时还受地方接纳和公平度的影响。建立一个健康和公平的社区能为其提供支持。这可以通过建立一个民主惩罚机制、法定资金和地方战略发展计划等来定期进行监测和回顾（框14.6）。为社区参与提供法定资金是很有必要的，同时年度的监测和汇报可以对进展加以衡量，如对健康公平影响进行监测等（LHC，2000）。

**框 14.3：英属哥伦比亚的三结合健康计划——第一民族**

英属哥伦比亚的三结合健康计划（Tripartite Health Plan）是一个史无前例的健康计划，它于2007年6月11日开始生效，由加拿大政府、英属哥伦比亚省和英属哥伦比亚第一民族领导委员会共同实施。该计划要求各方加强合作，发展实事求是的创新方案，来支持英属哥伦比亚第一民族的健康改革和进步。它反映了一条

通过构建伙伴关系来发展、尝试和实施新方法的途径，为促进健康项目和服务的开展做出了贡献。该计划的核心是创建一个新的治理架构，加强第一民族对健康服务的控制，并推动服务之间更好地整合，来保证居住在英属哥伦比亚的第一民族的健康服务质量和可及性。

来源：加拿大政府，2007

**框 14.4：乌干达宪法和公民的参与**

乌干达一直积极参与健康决策过程。该国宪法强调了“各个阶层人民积极参与”的重要性，同时公民社会组织也积极参与到乌干达消除贫困行动计划的准备工作中。

乌干达在健康领域实行了非集权化的政策。在地区健康体系中，共有四个层面的组织和行

政管理，最底层的是村级健康小组，或称为村级健康委员会。从健康权利的角度来说，这些村级健康小组在使草根社区参与到健康领域的过程中发挥了很重要的作用。

来源：Hunt，2006

### 为公平参与提供财政支持

财政支持是一个支持和接纳的治理架构之本，能提高社区和地方政府建立公平和健康社会的能力。巴西波尔图的例子就显示出参与式预算项目对人群健康的重要影响，该项目是由市政府所倡导的，目的在于动员市民运用自身知识来解决城市所面临的诸多问题（框 14.7）。

同样，委内瑞拉的例子（框 14.8）也提供了一个参与式的治理模型，其原则是基于参与式预算和为社区参与提供法律支持。

### 框 14.5：南澳大利亚州的社会接纳计划

南澳大利亚州的社会接纳计划是用来针对一系列的社会排斥现象，主要通过以下方式：促进各政府部门、领域和社区间项目的实施；支持创新途径；和利益相关者发展伙伴关系；集中于项目产出效果。

社会接纳计划与各个政府和非政府领域共同合作，使用了一个模型，该模型能反映南澳大利亚州政府和公众对某件事情的共同关注，或对某些不能享有健康权利的特殊群体的关注。

社会接纳委员会是由 1 个主任和 9 ~ 10 个委员会成员共同组成的，这些会员通常都是著名的社区成员或在其领域内享有盛名的专家。主任和社会接纳委员会都是独立于政府的，但他们的工作又与政府紧密结合。社会接纳委员会主任和总理以及社会接纳部（SIU）执行主任之间都有合作。社会接纳委员会的主要职责包括：

- 为 SIU 的工作提供支持，以确保政府在特定的社会政策话题上有专家建议，同时构建合作和整合的途径，来发展、实施和回顾政府的方向，以减少社会排斥；
- 为总理和内阁提供建议、信息和帮助，包括设定政府融资重点方面的建议等；
- 为 SIU 提供指导、支持和建议，以帮助总理和内阁更好地开展工作；
- 确定处理社会排斥现象的战略，并在国家社会正义政策中担当领导角色；
- 帮助 SIU 发展、维持跨政府、社区和利益相关者的好的机制；
- 为 SIU 提供建议和信息，以帮助进行研究活动；
- 每季度向总理汇报工作进展。

来源：Newman et al, 2007

### 框 14.6：法定参与计划——英国

在伦敦，1999 年的大伦敦联合政府法案提出建立一个伦敦联合政府（GLA）。该法案规定了发展和实施一个伦敦计划，以及涉及空气质量、生物多样性、噪音、废物、文化、交通和经济发展等多方面的战略计划。该法案同时还包括了对市长和 GLA 在促进健康、解决不公平、保证持续性发展等方面的职责。

GLA 为构建伙伴关系搭建了一个很好的平台，将市长、独立选举出来的委员会、伦敦发

展机构、伦敦消防与紧急救援计划局、伦敦警局和交通局等联合在一起。伦敦同时还在促进健康、减少不公平方面专门建立了一个伙伴关系，即“伦敦健康委员会”，该委员会将所有涉及健康的影响因素的相关机构纳入旗下，这些机构覆盖了公共、私有、学术和自愿性的组织和机构等。

来源：LHC, 2000

### 框 14.7：参与式预算——巴西波尔图

巴西波尔图政府制定了参与式预算的方案，允许所有市民都为市政预算投票。该市还为社区群众提供了培训课程，这样他们能更好地理解 and 参与这些预算的讨论过程。这种培训对那些代表大型社区的成员很有价值。政府官员和社区代表每年都会参加一个地区计划会，一年两次。官员和市民的合作共同构成了预算计划，然后会在社区中对这个计划进行投票。尽管市政府的官员会为较复杂的预算问题提供指导和帮助，但预算最终是由波尔图的市民选举产生。

这种参与式的预算项目极大地激发了市民的热情。该市共有 8% 的人（约 10 万人）直接

参与了预算过程；同时有 57.2% 的市民认为他们总能够“真正决定”公共事务。新的预算使得住房部门对 28862 个家庭提供帮助，这与 1986—1988 年的 1714 个家庭是很大的增长。同时，废物收集系统覆盖了每一个家庭，同时还对可回收的废物进行单独处理。几乎所有波尔图市民都能使用自来水、卫生厕所以及排污设施。参与式预算将市政府的权力转移到市民手中，为市民提供了改革所需的工具。目前，波尔图市拥有巴西所有大都市中心最高的生活水平和期望寿命。

来源：KNUS，2007

### 行动领域 14.2：

增强公民社会的组织和行动能力，以便提高全社会对政治和社会权力影响健康公平的认识。

### 框 14.8：全国健康计划——委内瑞拉玻利瓦尔共和国健康权利和社会接纳计划

委内瑞拉宪法规定了国民享有健康的权利和在健康计划实施中积极参与的职责。新的《通用卫生法》(General Health Law)草案中规定，在促进健康中的参与和对自身健康的控制是所有国民的宪法权利，同时他们还能自主和独立地在健康相关的政策、计划和项目中发挥决策、干预和直接控制的权利，此外，还能在健康领域的管理和筹资中发挥评估、控制和监测的权利。

全国健康计划 (MISSION Barrio Adentro) 就是委内瑞拉玻利瓦尔共和国 1999 年宪法所提出的针对社会接纳的一个新计划。该计划是在 2003 年正式建立的，目前已经成为一个国家性的公共卫生项目，旨在消灭国家卫生保健的赤字。全国健康计划促进社区领导在健康管理的设计和控制在干预和参与。自 2004 年 1 月以

来，全国健康计划已经成为提供全面初级卫生保健服务的主要机构。

在全国健康计划的行政架构中，个人有责任促进医师与相邻的健康委员会合作，共同参与健康政策、计划和项目的起草，以及全国健康计划的实施和评估等。2006 年，共有 150 个委员会和社会计划在全国健康计划下得以注册。健康委员会的职责在于确定社区的重点健康问题，决定社区的行动计划。这些健康委员会的实施是由 2006 年 4 月 6 日颁布的《社区协会法律》来监管。该法律要求，健康委员会要与其他从属于健康委员会的社区组织合作。社区委员会还为每个社区制定预算，包括健康委员会的预算。

来源：PAHO，2006

## 自下而上，促进健康公平

尽管促进社会群体在政府政策目标制定和决策的赋权很重要，但通过自下而上的方式来促进行动上的权利也同等重要（Sibal, 2006）。通过对社会中最弱势群体不公平的抗争以及对这些人群的组织等，都极大地建立了当地人群的领导力。这便是赋权，它能增强人们对控制自身生活和未来的意识。这种赋权渗透在生活中的每一个方面。如果他们有一个生病的儿童，那么他们应当去就医，而非诉诸宿命。如果意识达到更高一层，他们可能会更早采取行动，如对儿童进行免疫，这样就能在一开始预防疾病。

通过对年轻人群赋权、艾滋病预防和妇女赋权等干预的经验发现，“最为有效的赋权策略须能切实加强参与、保证决策自治、增强社区意识和纽带，并能提高社区成员自身的心理能力”（WGEKN, 2007）。

### 委员会建议：

#### 14.4 通过自下而上的草根方式促进健康公平，需要公民社会的支持，建立、加强和实施以健康公平为目的的行动。

支持社区赋权行动能保证弱势群体的全面参与，尤其是在那些能促进健康和健康公平项目上的参与。通过妇女组织来努力协调对妇女的支持也是促进性别公平中很重要的一环（框 14.9）。

正如印度自雇妇女协会（SEWA）例子中所说，建立自己的组织可能是妇女增进团结、相互支持和有效工作的一种方式。这些组织可能大小不一，从村级或邻里之间的，到大型的运动都有。支持并鼓励这些组织和运动能维持和保护妇女的自治，并促进她们长期稳定，包括自力更生的能力。这可以通过以下方法来开展：

- 为妇女组织提供资源，如种子资金、循环基金和匹配基金等，并可以混合使用；
- 为妇女相互交流和联络提供平台；
- 通过培训课程、领导力基金和管理发展等加强能力的建设。

日本的一个例子就表明，人们可以通过建立组织，并与政府和非政府组织合作，来解决自身的公共卫生问题，但前提是社区能带头牵动，并且资源充足（框 14.10）。这需要建立一种机制来联合公有、私有和公民社会领域，同时也需要对国际和国家行为者角色的明确定义。

尽管社区成员对那些影响自身生活的因素加以控制，但如果没有政治承诺和充足资金，他们的行动可能只是一纸空谈或昙花一现，如孟加拉的例子（框 14.11）。

当然也有很好的全球治理方面的例子。在 TRIPS 和 AIDS 药物的案例中，南非公民社会推动行动在全世界范围的支持下，造成了一连串的效应，并最终导致了结构性的变革，不仅提高了这些救命药物的市场享有度，同时也增进了全球对知识产权的理解和全球健康公平适宜规范的应用（框 14.12）。

### 框 14.9：为社区赋权提供法律支持——印度 SEWA

如同其他自给自足的妇女一样，印度阿默达巴德地区的卖菜妇女的生活也很贫困。SEWA 是一个拥有 100 万工人的单位，它为妇女通过组织行动来改变和挑战自身状况提供了很好的先例。

由于经常受到当地权威的骚扰，卖菜的妇女们在 SEWA 的支持下，通过准入证和身份证等来提高自身地位，同时通过市场活动和城市建设来加强妇女在城市委员会中的表达。这一活动最开始是由 Gujarat 开始的，最后影响逐渐扩大到印度的高级法院。

为了加强对自身生活的控制，所有 SEWA 的成员都团结一致，建立了自己的蔬菜店，消除了中间渠道商的剥削。SEWA 同时还组织进行儿童保健，开展婴幼儿保健中心。此外，SEWA 成员也通过改善住宅状况来提高自身生活水平，这是与政府、公民社会组织和公司等共同携手创造的。为了解决信贷的问题，SEWA 银行为卖菜的妇女们提供小额信贷和银行服务。该银行是由所有成员所拥有的，其政策也是由选举出来的妇女劳动者所制定的。

来源：SEWA 银行，nd

### 社会运动

对于权力上的变革，我们还需要社会运动的力量。尽管社会运动和社区组织更倾向于针对日常生活中的具体问题，但他们的行动往往目标明确，并能同时解决超越这些具体问题的更广泛的事情。这些运动一般有三种形式：政治社会，如政党、压力集团、游说组织等，它们主要在政治领域内寻求扩大自身影响；公民社会，如贸易协会、农民组织和宗教运动等；公民-政治社会，将政治和公民社

会连接起来，如工人运动、妇女运动、反种族隔离运动等。

人民卫生运动 (<http://phmovement.org>) 是一个大型的全球公民社会网络，它支持世界卫生组织“人人享有健康”的政策，同时反对那些加重健康不公平的经济和政治等因素，号召回归到阿拉木图宣言所提出的原则中来。对人民卫生运动和其他类似公民社会组织的支持能确保健康的社会决定因素的有效开展、实施和评估。

#### 框 14.10：社区的力量——日本

Kamagasaki 大约有 3 万人口，其中有 2 万左右是白天雇工，其余都是在家里干活或自给自足的。最严重的问题是，工人没有足够的健康保证，如食物、住房、雇佣和社会接纳等。

重组的计划始于 1999 年，当时一些非政府组织与教堂一起支持工会的活动。同时，该地区第一个社区发展草根组织——Kamagasaki 社区重建论坛也成立了。该小组开始创建社区纽带，鼓励发展新商业。论坛一直致力于重建 Kamagasaki 地区，将其从原来的社会排斥严重的境地中解放出来，通过“重新发现地区资产和人力资源，组织群众并对其赋权，提高生存能力”。

该论坛取得了一系列成果。从 2003 年第一次成功举办政治辩论和选举开始，该地区在 Nishinari 和 Osaka 都是惟一个选举参与率有所提高的地区。政治家们开始在该地区笼络人心。选举率的增加也部分是由于为选举员工提供了正式的住房和保障。2000 年，该论坛创造机会，为工人和无家可归者提供公共住房支持，将一些便宜的住宿旅馆改建为“支持性住房”，也就是小房间的公寓。这种设置使得日间工人和无家可归者都能申请到住所。10 年的国家无家可归法律也阐明了市政领导在这方面的责任，并产生了积极的效应。

来源：KNUS，2007

#### 框 14.11：孟加拉的社区参与

孟加拉政府一直在积极提高基本服务实施中的社区参与。如在 1998—2003 年的五年计划中，健康和人口领域项目就包括了一系列激励措施，用来促进服务使用者监测公共产品提供的效果。一些非政府组织也成立了地方利益相关者委员会，为服务使用者的参与和服务使用提供培训和能力建设支持。不论男女，不论地位，人们都能平等地参与到委员会的活动中来。这使得参与度大大增加，公众的意识也显著提高，同时社区公共卫生需求增加，使医生需要在工作时间参加，同时不收取额外费用。但也有一些负面影响，地关于委员会的社区意识不高，

以及所提供的反馈机会还不多。委员会在执行决议上缺乏权威性和政治能力，但随着 2003 年新的卫生领域项目的实施，原来许多利益相关者委员会都可能被废弃。1998—2003 年的五年计划同时也试验了社区拥有健康设施的效果。社区要捐献出一些土地，并由地方社区和中央政府共同承担建设费用。但是，社区团体对当地权贵和领导的亲属仍然会有所偏倚。领导力不强，贫富差距和性别差距又有所抬头，地位较低者话语权太少，都是存在的问题。

来源：SEKN，2007

### 框 14.12：采取行动，针对权利和贸易——艾滋病药物的例子

“健康方面的权利需要基础药物的提供，尤其是出于专利权和国内经济增长考虑而不能进行贸易的药物。这可能为国内法庭、政府和WTO等将贸易规则更多地与公共卫生相结合提供了一种手段。这种健康权利的不断增长，同时还反映在法学中，如越来越多的人将药物认为是人权保护的一部分。”

10年前，昂贵的艾滋病药物使得WHO和UNAIDS建议，贫困国家使用治疗手段并不是一条好的途径。预防艾滋病更重于治疗。但也没有提供给发展中国家的国际基金来购买这些药物，而公司所能提供的也极为有限。这直接导致2001年药物生产商协会上有关艾滋病药物的激烈讨论。从1997—2001年，美国和40家制药公司运用贸易压力和诉讼手段，以避免南非政府通过相关法律购买药物。制药业认为立法违背了TRIPS和南非宪法，并威胁到了制药业生产新药的热情。制药公司在南非打起了官

司，这引起了公众的极大关注。2001年4月，制药公司撤回了他们的上诉。

随后，该事件引起了连环反应，联合国越来越重视治疗作为人权一部分的重要性，并要求国家提供抗逆转录药物。同年，WTO发表了《TRIPS和公共卫生宣言》。这些承诺也带来了政策和价格上的变化。抗逆转录药物在许多低收入国家从15000美元降到了148~549美元。同时建立了新的全球基金，如全球抗击艾滋病、结核和疟疾基金、美国总统抗击艾滋病应急计划(PEPFAR)和世界银行为非洲建立的多国艾滋病计划。2002年，WHO采纳了为300万人提供抗逆转录疗法的目标，并在2005年末将目标提高到在2010年前实现人人享有治疗，这与联合国和G8的目标很相近。在5年内，撒哈拉以南非洲抗逆转录药物的可及性从不足1%提高到目前的28%。

来源：Forman, 2007

一个更关注健康公平的社会也势必是一个挑战权力关系不平等的社会，它通过保证公平参与、保证所有声音都能在决策过程中被倾听和尊重等，来促进健康公平。接纳度的增加需要社会政策、法律、机构和相关项目来维护人权。同时也需要个体和群体对自身需求和利益的表达，这种表达要体现在政

策的发展和制定之中。此外，它还要求公民社会的积极参与和社会运动的有效开展。很显然，社区和公民社会在健康不公平上的行动不能被忽视，也不能游离于政府确保物质和社会利益公平分配的职责之外(Solar & Irwin, 2007)。自上而下和自下而上的途径同等重要。

# 第 15 章

## 全球良好治理

“我们的确在目睹、亲历全球历史上一个新的、极为重要的时代。”

Kemal Dervis (2005)

### 全球良好治理和健康公平

目前在健康和人们的生活机会上存在很大的差异，这反映了在国家权力和繁荣上长期存在的不平衡现象。2000 年，世界最富有的十分之一人群所拥有的财富是最贫困十分之一人群的 3000 倍 (Davies et al., 2006)。从最贫困到最富有国家，人均寿命差异有 40 岁——40 年的生命就这样不再存在。低收入国家信息和交流技术的成本——全球化增长的一个重要表现——是高收入国家成本的 170 倍。尽管全球化所带来的风险越来越不受国界限制，并在中低收入国家不成比例的呈现，但总的来说，高收入国家从全球化中仍然受益较多。因此，国际社会应当建立一个多边系统，使得所有国家，不论贫富，都能有相同的话语权。只有通过这样一个国际治理的体系，将健康公平作为发展议程和决策过程的核心，国际健康公平才能获得持久关注，人人享有健康权利的梦想才能实现。

### 机遇和威胁

全球化为健康公平带来了新的机遇，但仍然有挑战和风险。“全球市场增长迅速，但并没有同等的带来经济和社会机构的增长。同时，还有国际规则的不公平性，以及对贫穷国家和富有国家不一样的效应” (全球化的社会维度委员会, World Commission on the Social Dimension of Globalization, 2004)。目前全球化的图景包括了“赢者”和“输者”。为了解决全球化中的不公平，以更好地促进健康，我们有必要构建新的国际治理形式。全球化为通过有效治理来实现健康公平提供了前所未有的机会，但在迎接机会的同时，也要注意适当的治理，不恰当的治理也能使得这种机会变为威胁 (框 15.1)。

全球化的多个方面，如贸易自由化和国家间市场整合，都为国家的国民生产和分配政策带来了巨大变迁。20 世纪 70 年代以来，“结构调整”政策和项目的核心，它也逐渐形成了许多国际机构主导的意识形态 (有时候被称为新自由主义)。出于减少债务国通货膨胀、降低公共支出、促进增长的目的

#### 框 15.1：全球化——可以促进或影响健康公平的政策

可以促进或影响健康公平的政策包括：

- 技术进步，可以降低伴随机构变迁而生的交通、沟通、和信息处理等方面的费用，如贸易自由化等，以便于全球生产活动的重新组织；
- 与贸易相关的外商直接投资价值的提高，反映了生产和提供商品和服务方面的直接投资和贸易变化；
- 离岸或外包生产重要性的增加，这些服

- 务通常是由独立合同商来支持，而不是子公司或附属公司，恶化了工作环境；
- 高流动性的投资 (“热钱”) 的增加使得现金风险增加；
- 投资上的竞争增加，以及权力从地方和国家层面流动到了国际金融市场的决策者，带来了一些可能影响健康公平的政策因素。

来源：GKN, 2007

的，许多调整后的政策都积极推动贸易自由化、私有化和公有领域作用的减少。这对主要的健康的社会决定因素有很严重的负面效应，包括卫生保健和教育等。许多国家很显然能够从膨胀和改善财政管理中受益，但仍然不清楚结构调整对政策的约束程度，是否能产生预期的收益，更不用说是否能保证健康和社会成本了（Jolly, 1991）。

### 持续的贫困

尽管对于贸易自由化和经济增长之间仍然存在很多争论，但可明确的是，增加贸易是很有必要的——假设是在资源的可持续利用基础之上。但全球化、增长和消除贫困之间的关系仍然并不明朗。总体来说，从1981年到2003年，生活在1美元/天以下的人减少了4.14亿。但这其中大部分是依赖中国的扶贫效果（Chen & Ravallion, 2004）。全球化的涨潮并没有帮助所有船只浮上水面，也没有与人口增长步调一致。在撒哈拉以南的非洲，生活在1美元/天以下的人增加了一倍，生活在2美元/天以下的人也几乎增加了一倍。

### 全球健康不公平

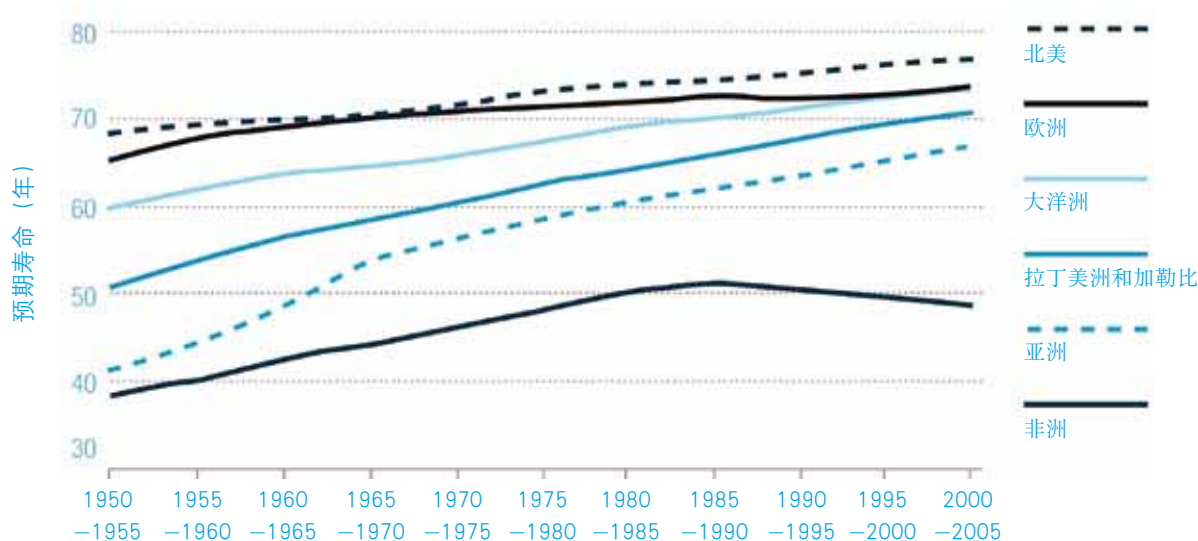
全球财富和知识的增长并没有转化为全球健康公平。与所预期的融合相反，贫穷国家并没有追上OECD国家，且不同国家和地区在期望寿命上相差甚大，有些进步很快，而有些停滞不前，更有的进

一步恶化（图15.1）。

期望寿命在高收入国家仍然保持了高水平，一些中等收入国家也开始向高收入国家看齐，但在撒哈拉以南的非洲许多国家和一些转型经济体中，2006年的期望寿命比1990年还要低。这主要是由于苏联转型经济体的戏剧化变迁和艾滋病在许多国家的流行（尽管2005年来艾滋病病死率在撒哈拉以南的非洲开始有所下降）。但GKN开展的回归分析发现，其他因素，如主导市场推动的经济政策，加大了期望寿命在各个国家之间的差异。OECD国家总体上期望寿命有了3年的增长，但撒哈拉以南的非洲国家期望寿命减少了6年。

全球化除了导致国家间的健康不公平加剧外，还使国内的健康不公平进一步恶化。贸易自由化和市场整合促进了全球劳动力市场的形成，但也对劳动力灵活性提出了更高要求，这直接降低了工作的保障性（参见第7章：公平就业和体面工作）。不断增长的劳动力需求为妇女参与工作提供了很多机会，但同时也造成了雇佣条件上的性别差异（参见第13章：两性平等）。市场扩大和生产率提高所增加的收入并没有在社会间平等分配。因此世界银行总结出：“劳动力市场的变迁会导致经济不平等的加剧，到2030年，可能会波及发展中国家将近86%的人口，其中那些技术能力不强的将会被市场抛弃”（世界银行，2007）。

图 15.1 出生时的预期寿命（按年），1950–2005



经作者同意发表，来自 Dorling 等，2006



全球化对国内健康不公平的影响也能在一些贸易条约中体现，如限制关税、通过贫困国家较弱的直接税收能力来避税，这样又减少了这些国家用于公共领域的投入，如健康和教育（参见第 11 章：公平筹资）。贸易自由化又促进了健康保健的商业化，恶化了可及性和贫困群体所得利益，同时还由于知识产权保护等，加大了贫困国家在这些救命药物上的支出（参见第 12 章：市场责任）（GKN, 2007）。

## 重新呼唤全球治理

除了贸易自由化、经济增长的方式和健康状况的差异等，全球化还带来了健康公平方面的其他挑战。快速流动资本的增长提高了国际金融市场的的不稳定性，以及金融风险出现的可能性（框 15.2）。持续的贫困和不断增长的经济不平等，常会与跨国剥削自然资源等联系起来，又导致了国际冲突的升级，而最终影响到民众的生活（框 15.3）。冲突、贫困和经济增长的渴望等都导致了国家内和国家间移民的增加（框 15.4）。

### 框 15.2：全球筹资

当前在全球化的影响下，高流动性资本在国家内外流动量的增加，使得单个政府或财团很难控制。这种跨国资本流动的增加，也导致了金融危机风险的增加——如 1994 年墨西哥危机、1997 年亚洲金融危机、1998 年俄罗斯联邦

和 2001 年阿根廷的危机。这些危机对主要的健康的社会决定因素有很重要的影响，尤其是影响了政府在公共领域的投资能力和劳动力市场的稳定等。

### 框 15.3：全球危机

由于全球贫困和经济不公平等多方面原因，世界范围内的冲突仍然大量存在，并成为了衡量全球和国家治理能力的一个重要指标。1990 年，共有 502000 人死于战争，使得冲突成为世界上暴力致死的第三大原因。自 20 世纪 90 年代以来，冲突已经直接造成了 360 万人的死亡，并由 5000 万人流离失所。当前，危机是许多发

展中国家的一个主要问题。更确切地说，冲突是撒哈拉以南非洲的悲剧。从 1990 年以来世界上的 49 起冲突事件来说，90% 都是发生于这一地区。而冲突的主要原因，尤其是对那些跨国冲突，是源于国家收入过低和贫困。这主要体现在正义、资源分配、种族认同和社会排斥等各方面。

### 框 15.4：全球移民

随着冲突逐渐加剧，越来越多的人不得不流离失所。从 20 世纪 70 年代以来，内部和外部的难民数一直在增长。根据世界难民调查（1996），1995 年撒哈拉以南的非洲共有 520 万难民，其中最多的是在刚果共和国（前扎伊尔）（130 万），随后是坦桑尼亚共和国（70 万）和几内亚（60 万）。国内流离失所的人更是不可计

数，仅非洲就有约 800 万人。移民，不论是被迫还是自愿移民，也是另外一个面临挑战的领域。除了造成背井离乡，使无数人员的健康受到影响外，全球化还使得贫困国家的劳动力大量外流。尤为相关的是卫生工作者的大量流动，包括医生，护士和其他卫生技术人员等，这给国家的卫生保健能力带来很大影响。

当今世界的金融流动本质、潜在利益和明显的风险等，都为加强全球金融治理提出了迫切要求。全球治理可以通过以下几个方面来加强：促进国家内和国家间生产和贸易利益的公平分配，尤其是自然资源；创建国际安全措施，包括控制全球武器贸易；加强在脆弱国家和战乱国家中连续和及时的筹资和人道主义干预（Collier, 2006）。全球治理对人口流动的影响可以通过以下几个方面加强：建立有效的政策和筹资机制，支持难民和安置不当的群众；加强国际合作，建立对所有跨国界移民适用的“可携带权利”，使得所有接收国都能承认；对那些能力减少和能力增强的国家的卫生工作者，同时进行互惠的安排。

全球化为促进健康公平提供了切实而可观的机遇。尽管在与经济、贸易、金融和投资关系相关的全球行动、条约和控制上都有一定的治理机制，或者说治理机制比较“夯实”，但在健康和社会公平方面的治理仍然相对薄弱。全球化的社会维度委员会（2004）和赫尔辛基全球化和民主过程（Helsinki Process on Globalization and Democracy），是最近涌现的两个多边组织，倡导全球化的新形式，在承认其社会责任的同时，也要将全球治理纳入其范围。加强全球范围内的治理，促进经济活动的整合和社会发展，为国家保证全球化利益更公平的分配和对其威胁更公平的保护等，都提供了一条新的切实可行的途径。

### 改革时机到来

多边系统是很复杂的，包括了全球卫生的各个方面。从成员国代表平等的联合国大会，到拥有5个常任理事国的安全理事会；从致力于协调政府间行动和特定联合国机构（如世界卫生组织）的经

济和社会委员会，到经济政策与社会发展要求并不协调的国际金融机构（World Bank 和 IMF）和 WTO；从拥有较强权力的区域共同体，如欧盟，到那些努力寻求国际话语权的国家：多边系统都是最为有力的空间，在这个空间中，所有国家、所有人群，都能参与其中，共同为促进公平和效率而努力。

但创建于第二次世界大战结束后的多边机构的基础——联合国、联合国机构和一些主要的国际金融机构目前都有60年的历史了。在这60年间，国际体系和全球治理的本质发生了很大变化。有必要重新定义和组织全球体系（GKN, 2007）——至少能反映联合国自身的改革过程。尽管委员会承认联合国在纲领和能力上有所不足，但也不能忽视民主机制不完善和不平衡的影响仍然广泛存在。几乎所有致力于改革多边机构的治理和民主机制的尝试都依赖于安全理事会改革的程度（框 15.5）。

安全理事会改革的一条途径，就是加强地区代表权。每个地区都可以有自己在纽约的安全理事会秘书处，这将提升成员国支持，推动地区政策实行，而不需要修改宪章。这也能帮助小国穷国来扩大其同等参与安全理事会的能力（Paul & Nahory, 2005）。

很少有全球机构能在政策和项目制定上——不论是国内还是国际性的，和国际金融机构发挥同等重要的作用，如 World Bank 和 IMF。在过去30年间，这两个机构在全球治理上影响甚重，不仅在它们与国家直接往来中，同时也间接的通过主导的发展政策和行为来影响国家的行为。虽然很少有人对他们的影响和专业程度提出质疑，但至少他们的机构过程和民主记录还是有待考证的（框 15.6）。

全球化对民主国家和人民的独立性也提出了挑战，也左右着在共同利益上合作所得利益的分配。

#### 框 15.5：安全理事会的改革

安理会反映了1945年全球权力架构，当时今天的大多数国家还处在殖民阶段。1965年，在越来越多成员的压力下，联合国在现有理事会中加入了4个新的成员，成员国总数达到了15个。但主要理事国还是坚守其地位。他们仍然是常任理事国，并且有权对安理会的决议投反对票。这种安排使得安理会既缺乏民主，又

极为低效。5个常任理事国可以阻碍许多事情进入安理会的议程，同时还经常很自私地禁止一些广受欢迎的计划。尽管有其他10个成员国，安理会仍然在地理上和代表性上很不平衡。

来源：<http://www.globalpolicy.org/security/reform/index.htm>

在这种情况下，“全球公共物品”概念开始显现，即对那些至关重要的条件和资源的共同治理，和对那些个体国家控制能力之外资源和条件的治理。目前为止，已经涵盖了如气候变迁和环境控制、和平和安全、疾病控制和知识等多个方面。除此之外，还应包涵社会正义的概念，包括公平和健康公平——不仅是国内，还有国家之间。

## 致力于全球良好治理

委员会建议：

**15.1 到 2010 年，联合国应当通过世界卫生组织以及联合国经济和社会理事会，将健康公平作为全球发展目标的核心，使用适宜的指标来监测国家内和国家间的进展（参见建议 10.1；10.3；16.3）。**

## 健康公平——全球目标

减少国家内和国家间的健康不公平需要全球层面的政策连贯性，如同我们前述的国家内一样（参见第 10 章：在所有政策系统和规划中体现健康公平）。通过在国家间和国家内实行健康公平策略，经社理事会可以运用其协调功能，来加强联合国各机构在健康的社会决定因素上的合作（框 15.7）。

## 多边协调

联合国第 61 届大会“加强经社理事会”（2006 年 11 月 14 日），为经社理事会在全球范围内担当发展和健康公平的领导角色提供了很好的机会。第一，理事会可以通过常任社会发展委员会来将健康公平作为其 2009—2010 年双年度回顾的主体，集

### 框 15.6：重新考虑全球经济影响的时机到来

IMF 和世界银行的执行委员会的决策是基于成员国的经济贡献。发达国家占了 20% 的 IMF 成员，而只有 15% 的世界人口，这种构成对投票过程影响甚大。而发展中国家则严重缺乏代表席位。这种投票系统给了美国和除美国之外的其他任意 4 个 G7 国家来阻止一些领域的决策，尤其是那些需要赞成票达到 85% 以上的

18 个领域。世界银行和 IMF 的首要执行官一般都是由美国和欧盟来分别指定，而执委会讨论和决策过程大部分不予公开。尽管目前采取了一些措施来纳入更广泛的利益相关者，改进公共信息系统，提供更全面的活动等，但主要决策过程的透明度还远不足。

来源：GKN，2007

### 行动领域 15.1：

让健康公平成为一项全球发展目标，通过采纳健康的社会决定因素框架来加强多边发展行动。

### 框 15.7：经济和社会委员会

经济和社会委员会是在联合国 14 个特别机构、职能委员会和 5 个地区委员会之间取得沟通，在其经济、社会和相关工作上达成一致的机构，同时还接受 11 个联合国基金和项目的报告。委员会同时还是讨论国际经济和社会问题、制定联合国系统和成员国政策建议的主要平台。该委员会的主要职责包括：提高生活水平、促

进全面就业和经济、社会进步；确定主要国际经济、社会 and 卫生问题的解决方案；为国际文化和教育合作提供便利；激发全球对人权问题的尊重和重视。

来源：ECOSOC，nd

来源：GKN，2007

中于建立一个健康的社会决定因素多边行动框架。第二，可以通过年度部长回顾来保证对健康公平进展的报告。第三，尽管2008年建立的发展合作论坛（Development Cooperation Forum）看起来主要是集中于人道主义危机应对，但同时也能有效加强全球卫生中主要领域问题的解决，包括公平问题。

### 千年发展目标（MDG）

MDG是国际社会积极提出的共同的发展目标，这些目标提供了一个强有力的平台，委员会的成立也正是基于这个平台。MDG反映了全球范围内对社会和经济发展的共识。但很不幸的是，MDG同时也反映出国家内对健康公平的不重视。而现在不论是世界卫生组织还是多边组织，都有机会重新审视MDG，并将公平作为进步的一个核心指标（框15.8）。

多边机构在全球政策和行动发展上发挥着越来越重要的作用，包括在健康的社会决定因素领域，他们通过全球的、国际的、地区的合约和治理机制，包括ILO的“人人享有社会保障全球计划”（Global Campaign on Social Security and Coverage for All），UNDP的扶贫项目，拉丁美洲和加勒比地区经济委员会实行的社会凝聚契约（Social Cohesion Contract），PAHO的健康排斥计划（Health Exclusion Initiative），联合国人权委员会关于健康权利的特别报告，欧盟年度的社会保障和社会接纳报告（SEKN，2007）等。但仍然有很多机会通过更紧密的政策和项目合作，增大多边机构的作用，加强他们的集合治理机制。

委员会要求相关的全球机构采取进一步的行动。改善健康公平方面的全球治理取决于多边机构更紧密的合作，达成行动上的共识，使用统一的指标来衡量行动效果。只有这样，所有机构才能受益于一个更为系统的、透明的数据库（将已有的数据库联合，同时加上健康公平的测量）（参见第16章：健康问题的社会决定因素：监督、研究和培训）。

委员会建议多边组织将现有的全球发展框架加以修改，将健康公平和健康的社会决定因素纳入进来。这样一个修改的框架需要全球范围内的信任和成员国的支持，如同人类发展指数和Common Country Assessment所达到的效果一样。委员会所倡导的框架需要纳入反映健康的社会决定因素进展的相关指标。该框架是由大家共同起草的，同时也经过了多次论证，所以应当能得到全球健康Observatory的支持，同时可以作为经济和社会委员会（Economic and Social Council）定期全球

报告的基础。这将在第16章（健康问题的社会决定因素：监督、研究和培训）中加以详细讨论。相关国家也可以运用相似的框架，在减贫战略文件的范畴中，来制定相应的国家健康的社会决定因素计划、指标和报告，以促进健康和健康公平（参见第11章：公平筹资）。

这将是一个循序渐进的过程。通过在基本目标上达成共识，全球机构可实现指标共享。欧盟成员国就是通过一定的选择机制，并最后在社会排斥指标上逐渐达成一致的，这为我们提供了一个将健康公平作为核心发展目标和进步主要指标的跨机构合作模式（框15.9）。

#### 委员会建议：

**15.2 到2010年，由世界卫生组织支持的经济社会委员会应当考虑在联合国下建立一个以健康的社会决定因素为主题的工作小组，主要针对儿童早期发展、性别公平、雇用机会和工作环境、卫生保健系统和参与式治理模式等，将所有相关的多边机构和公民社会组织利益相关者纳入进来，并定期汇报（参见建议5.1；6.2；9.1；13.2）。**

通过将健康的社会决定因素作为合作行动的目标，相关的多边机构可以建立工作小组，并根据健康和健康公平的社会决定因素框架，来定期汇报他们决定因素领域的进展（如上所示）。目前就有一些这种跨机构的工作小组，如联合国系统的营养常任理事会（Standing Committee on Nutrition）（参见第5、6、7章：起点公平）工作小组同时也可以基于现有的机构内合作之上。例如，世界卫生组织已与一些主要的联合国机构开展了广泛的合作（如联合国儿童基金会，UN-HABITAT，ILO，和世界银行等）（框15.10和框15.11）。

这种工作小组可以进一步增强项目的持续性，并通过在国家范围执行相关框架来促进项目实施（框15.12）。

#### 支持全球健康治理

如果说社会、经济和政治公平是全球治理的重点，那么健康公平应该是全球治理成功与否的一个核心指标。将健康公平作为共有目标和多边领域行动的主要指标，需要全球范围的领导力——保证健康公平能获得持续关注。

### 框 15.8：将健康公平作为全球卫生治理的核心——千年发展目标

MDG 是由联合国在 2000 年制定的一系列扶贫目标。所有的 MDG 都与健康的社会决定因素相关。MDG 所代表的全球共识是发展社区的一个新的起点。联合国的千年计划和其他决策者、活动家、双边援助组织等，都投入了大量的精力来实现 MDG。但这种全球性的努力仍

然需要国家层面的承诺。一个良好界定的、公平的目标是保证贫困人口、边缘人群和弱势群体能得到必要机会的重要保障。

来源：Wirth et al., 2006

来源：GKN, 2007

### 框 15.9：抗击社会排斥——欧盟的“开放性协作机制”（Open Method for Coordination）

在 2000 年里斯本的欧盟委员会中，国家首脑们都制定了欧盟范围内抗击社会排斥的主要战略，并对 2010 年的贫困问题影响很大。该战略再次突出了对改善社会排斥的理解和组织相关行动的重要性。所有成员国都需要针对共同目标，来抗击贫困和社会排斥，并编写双年度的社会接纳的国家行动计划，为国家

内的贫困和社会排斥提供数据。一些共同的社会接纳指标，如 Laeken 指标，就是属于使用范围的。新的成员国同意制作 Joint Inclusion Memoranda，将贫困和社会排斥的国家形势和主要政策重点纳入其中。

来源：SEKN, 2007

### 框 15.10：世界卫生组织和联合国人居署（Coordination）

联合国人居署和 WHO 确定了 3 个相关的干预计划，来促进健康领域的共同行动：对城市健康公平进行评估和回应的工具（Urban HEART），以促进卫生部门能够跟踪城市化迅速的国家，并对健康不公平加以监测；对城市健康进行全球报告；联合国人居署和 WHO 的会议，讨论有关健康居住的问题，该会议将与

2010 年两年一次的 UN-HABITAT 世界城市论坛相呼应。同时还有减少城市建设中健康不公平的相关工具，即“社会技术网络”和一个培训模型（健康城市化学习循环），来联结公共卫生和市级的社区卫生努力。

KNUS, 2007

来源：GKN, 2007

### 框 15.11：泛美卫生组织（PAHO）和国际劳工组织（ILO）

ILO 和 PAHO 共同开发了一个战略，即“社会保障在健康中的延伸”。该战略将社会保障在健康中的延伸定义为，按照 PAHO 和 ILO 的理解，“致力于保障所有公民都享有有效卫生保健和减少负面影响的公共干预，包括经济和社会的，主要体现在 1) 负面个人环境（包括疾病和失业等），2) 集体性的灾害，如自然灾害和人口过多，3) 弱势社会群体体验到的特殊风

险”。与一些针对风险的社会治理政策不同的是，PAHO 将健康的社会保障概念化为人权，而不仅仅是经济风险。PAHO 倡议，健康的社会保障包括 3 大部分：1) 卫生服务的享有，去除经济、社会、地理和文化障碍；2) 家庭金融保障；3) 卫生服务质量的保障。

来源：SEKN, 2007

来源：GKN, 2007

### 全球健康公平特使

特使一般是在某项事情获得了全球性的关注、并被认为是紧急且可解决的情况下而设立的。特使的主要任务就是推动所有相关行动者，为实现共同目标而努力（框 15.13）。

### 设立健康权利方面的常任特别报告人

从“权利”角度来看健康与健康的社会决定因素维度紧密相关。人权宣言针对公民、文化、经济、

政治和社会权利等方面的相互依赖，这些都加强了健康的社会决定因素框架。正如现任特别报告者 Paul Hunt 所指出的，健康权利为健康的社会决定因素提供了很好的证据（框 15.14）。

### 委员会建议：

**15.3 世界卫生组织应当建立一个跨领域的研究健康的社会决定因素的方式和途径，从总部到国家层面（参见建议 10.5; 16.8）**

### 框 15.12：联合国共同行动的框架

从全球到国家层面，联合国共同行动框架都在寻找一种能将所有联合国机构联合起来，以减少重复工作，增加机构和援助方之间的配合。8 个国家开展了前期工作，目前正在测试一

个模型，该模型能使所有联合国机构通过一个单独的“常驻协调者”来为国家发展计划提供支持，并有助于 MDG 目标的实现。

来源：SEKN，2007

### 框 15.13：非洲艾滋病的特使

加拿大前驻联合国大使，Stephen Lewis，2001 年被任命为安理会秘书长科菲·安南驻非洲的特使。Lewis 将这个角色定义为，“我们抗击流行病的最为有力的武器之一”。特使的角色主要是宣传、增加人们对性别问题的重视、孤儿现状、治疗的可及性，以及艾滋病援助的数量。

“这个世界非常失职”，在针对非洲的艾滋病问题上，他这样发表声明，说的是一些非洲领导人。即使在 20 世纪 90 年代，“许多领导人在国家面临严重困境的时候，都不进行帮助。对他们

来说，较为公平的是，这个世界也不帮助他们。每个人都不行动，使得这个疾病成为灾难。”

最重要的是，Lewis 先生说，对非洲艾滋病范围和本质的了解，以及与性别压迫的关系。“最后这个世界似乎认为在非洲，这是一个与性别相关的疾病流行问题。除非能够认识到妇女是最为弱勢的，同时也在妇女的文化和社会平等上做了一定工作，否则这个疾病很难解决。”

经发表者同意加以修改，来自 UN（2001）

### 框 15.14：健康权利——健康条件的权利

“健康权利包括了健康保健的权利，但又超越了健康保健，而包括充足的卫生设施、健康环境，以及健康相关信息的可及性，包括性别和生殖健康。它包括自由，如免于强制绝育手术的自由权利，以及免于歧视的自由和相关赋权，如享有健康保障的权利。健康权利有许多原因，其中一些是隶属于权利之下的，包括妇

幼和生殖健康。与许多其他人权一样，健康权利与那些弱势群体尤为相关。尽管受进展的影响，这一权利对义务有直接影响，如公平对待和非歧视的义务。它要求提供一定的指标和基准，来监测权利的实际进展。”

经作者同意加以修改，来自 Hunt（2003）

现有证据表明，在健康的社会决定因素行动中，主要的国际和国家参与者中还存在着很多的分裂和竞争（从世界银行、WTO、主要的联合国机构，到 G8 国家，和其他一些国家组织）(Deacon et al., 2003)。最近几十年来，全球卫生方面的国际基金越来越多样化，同时在可靠性方面也有了相应的变化。例如，盖茨基金会的预算有时候就超过了世界卫生组织的核心预算 (Kickbusch & Payne, 2004)。委员会强烈支持世界卫生组织在全球卫生上重塑领导地位的决定，以及在多边系统中确立领导地位。这个领导力的核心在于世界卫生组织通过建立健康的社会决定因素框架来实现机构重组。

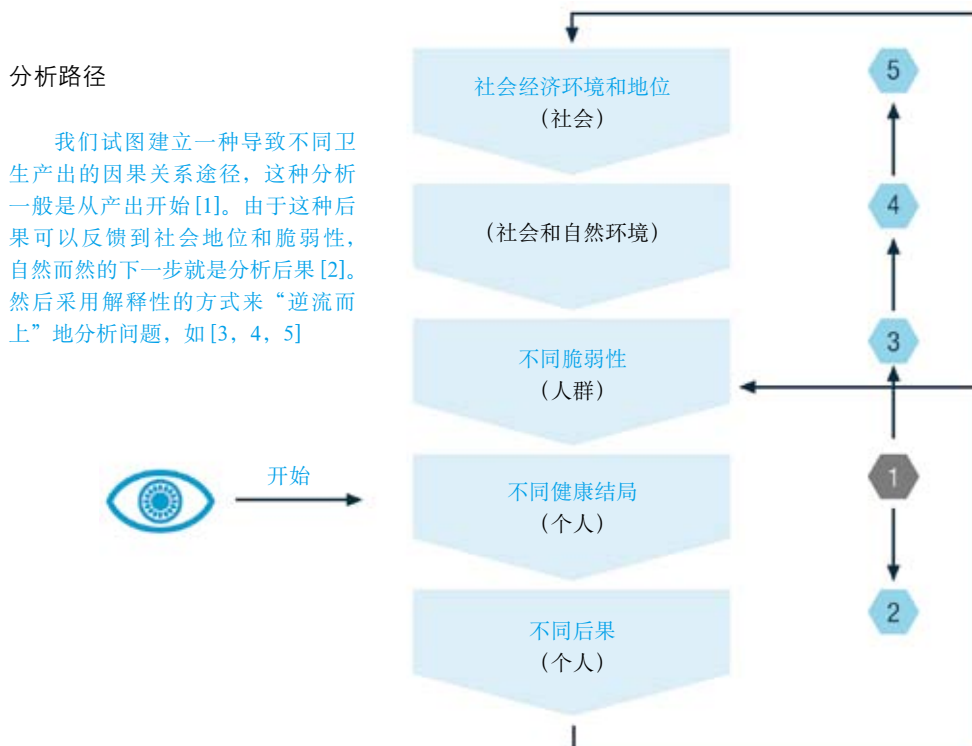
这项工作已经开始酝酿。委员会的一个知识网络——公共卫生环境 (PPHCKN) 就是由世界卫生组织引发的，并覆盖了所有主要的办公室和健康项目，包括学术和现场研究者、项目和非政府组织等。PPHCKN 采取并使用了一个分析性框架，将其应用于许多世界卫生组织所致力于解决的公共卫生环境问题，同时也注重分析更深层的、结构性的因素，来确定该框架所有五个层次的切入点 (图 15.2)。世界卫生组织任命了地区办公室，与成员国开展更为紧密的合作，来解决健康的社会决定因素

问题，并支持委员会在健康公平方面的政策和行动。基于特定环境的项目能够更好地吸引资金。大约有 2/3 的世界卫生组织的预算是用于这一类项目；在全球范围内，那些针对一种或有限几种疾病的项目越来越多。PPHCKN 也正积极考虑在健康的社会决定因素方面的合作。该项工作是由 PPHCKN 来倡导的，并在诱导世界卫生组织层面变革上面显示出了一定的潜力 (框 15.15)。

将健康的社会决定因素在世界卫生组织范围内机构化需要在机构能力建设上进一步加大投入 (参见第 16 章 健康问题的社会决定因素：监督，研究和培训)。

全球化已经成为一个现实。它能够带来相当大的利益，包括促进全球卫生的发展。但目前这些利益证据并不多。相反，我们看到的是越来越严重的不公平，不仅在地区和国家范围内，也在一定程度上超越了国家层面。人们在经济领域相互整合程度的提高，并没有带来更快的社会发展。为达到这一目的，需要对全球治理的构架加以改革和扩展，为政策制定提供更为公平的平台，并将健康公平和良好生存作为其核心任务。

图 15.2 公共卫生重点——健康的因果关系途径



## 行动领域 15.2:

增强世界卫生组织在健康社会决定因素的全球行动中的领导力，将健康社会决定因素制度化，作为一项基本原则贯穿到世界卫生组织各个部门和国家项目中去。

### 框 15.15: WHO 范围内关于健康的社会决定因素的机构变迁

正如 PPHCKN 中所显示的，目前 WHO 中已经着手开展有关健康的社会决定因素的相关行动，这包括：

- 在 WHO 倡导一个概念变迁，通过对相关疾病和决定因素技术指导的回顾，对其他与健康促进和预防相关的国家重点项目的进展进行监测，同时辅以针对特定疾病的项目，这些都能较为成功地解决健康和健康公平的社会决定因素问题；
- 对主要的项目施加影响，使其能更为了解自己的项目（预防、发现、治疗和康复），同时也能推动社会变迁，作为可持续发

展的一种手段；

- 鼓励 WHO 能发挥更强有力的政治领导作用，将健康和健康公平作为内在价值，而不仅仅是经济增长的一种手段；
- 通过资源分配和成员信息等手段，对在 WHO 范围内健康的社会决定因素上合作的持续性和机构承诺进行测量，这可以是社会决定因素行动承诺，也可以是与特定疾病相关的项目工作，甚至是国家层面的改革等，包括将健康的社会决定因素框架纳入国家工作范围。

来源：PPHCKN，2007c







## 委员会的第三个行动原则是：

衡量问题，评估行动，拓宽知识积累，培养一支健康社会决定因素的专业团队，提高公众对健康社会决定因素的知晓度。

一个关注健康和健康公平的社会，将重视其全体公民的生存与健康。这样的社会将测量健康和健康公平问题的严重程度及其决定因素，并利用各种资料来规划和调整政策与项目，以使全民的健康福利最大化。

世界在日新月异地发展，我们因此难以预测社会、经济、政治变化对总体健康的影响，我们更难预料这些变化会对国家内部或不同国家之间的健康公平所带来的具体影响。要针对健康问题的社会决定因素来采取更为有效的措施，就必须建立基本数据体系，其中包括针对健康不公平问题和健康问题的社会决定因素开展的数据采集和日常监测工作，并建立有关机制，确保能够理解和应用这些数据来制定更有效的干预措施。

政治家、医务人员和公众都应深入理解社会决定因素是如何影响人们健康的，其理解程度将决定健康不公平问题能否通过明确组织定位、提高信息传达和技术能力获得有效解决。世界卫生组织应该加强其在国际、国内和地区层面的能力建设，并通过增强对健康公平政策的影响力和提供有关健康社会决定因素的技术支持来巩固自身的引导作用。种种证据表明，我们的行动刻不容缓。为了提高行动能力，我们需要努力获得并分享全球范围内有关健康公平和健康社会决定因素的研究成果。



# 第 16 章

## 健康的社会决定因素： 监测、研究和培训

“我们必须牢记：在政策层面上，证据有强大的战略和游说力量。”

Margaret Chan, 世界卫生组织总干事 (Chan, 2007)

### 监测、研究和培训的重要性

以健康的社会决定因素为依据的循证卫生决策，为有效解决健康不公平问题带来了希望 (MEKN, 2007a)。这需要我们获得关于问题严重程度的可靠数据，并能不断更新相关证据，以帮助我们深刻理解社会决定因素以及那些改善健康不公平的措施。决策者和从业者要深入理解与健康社会决定因素有关的证据基础。

#### 监 测

为改善全民健康状况并减少健康不公平，我们需要针对健康问题的社会决定因素采取行动。为了使该行动更为有效，则必须在国家和国际水平上建立基本信息系统，并完善相应机制，确保理解和运用相关信息来制定更为有效的措施。这些信息至关重要，因为它们能够帮助我们了解问题的严重程度、确定目标人群、了解问题的改善或恶化情况、寻求干预措施的突破点并评估政策的影响力 (MEKN, 2007b)。良好的信息能够激励政府采取相应行动 (CW, 2007)。全球卫生监测机制的发展水平参差不齐。有些国家缺乏日常健康信息的收集，还有些国家虽然建立了健康信息的定期收集系统，但是却并没有对其进行监测。而另外一些国家已经对其范围内的健康不公平程度进行了测量，但仍缺乏其决定因素方面的数据，这给寻求政策突破点带来了影响 (MEKN, 2007a)。健康问题最严重的国家 (包括战乱国家)，其数据质量往往最差。

基本卫生信息系统的重要组成部分之一是高质量的登记系统，但是在中低收入国家中，普遍缺乏出生和死亡登记 (联合国儿童基金会, 2005; 联合

国儿童基金会, 2007c) (见表 16.1)。在国家内部，贫困家庭和社区的出生记录质量更差 (联合国儿童基金会, 2007c)。“父母办理子女出生登记时所遇到的困难正普遍反映了社会排斥和社会服务不公平的问题 (联合国儿童基金会, 2007c)”。在许多国家中，出生记录的成本高是导致记录质量低下的重要原因 (联合国儿童基金会, 2007c)。

劣质的出生登记体系不仅侵犯了儿童的姓名权和国籍权 (儿童权利公约, 文章 7)，并且严重影响了他们的健康和发展。没有得到登记的儿童难以入学和获得卫生保健服务 (联合国儿童基金会, 2005)。民事登记系统能够发挥重要的法律作用——通过建立和保障人们的身份和公民资格，它们可以防止如童工等剥削行为的发生并保护人们的财产权。建立和维护有效的出生登记体系并将其作为民事登记综合系统的一部分，能够改善弱势儿童日后的生活，防止由于缺乏出生登记而无法享受相应权利现象的发生 (联合国儿童基金会, 2005)。早期

表 16.1 2003 年各地区和发展水平不同国家的未登记新生儿 (千)

地区	新生儿	未登记儿童, n(%)
世界	133028	48276 (36%)
撒哈拉以南非洲地区	26879	14751 (55%)
中东非和北非	9790	1543 (16%)
南亚	37099	23395 (63%)
东亚和太平洋	31616	5901 (19%)
拉丁美洲和加勒比	11567	1787 (15%)
中欧和东欧 / 独立国家联合体以及波罗的海诸国	5250	1218 (23%)
工业化国家	10827	218 (2%)
发展中国家	119973	48147 (40%)
最不发达国家	27819	19682 (71%)

工业化国家的经验表明，人口登记对于社会和经济发展有着重要的作用（Szreter, 2007; Lundberg et al., 2007）。近50年间，中低收入国家在登记体系方面的进展很小（Mahapatra et al., 2007）。

## 研究

尽管数据信息本身至关重要，但仅有数据资料尚不足以让我们了解如何更为有效地改善健康和缩减健康不平等。我们必须理解健康不公平现象的潜在原因，收集并整合有关证据，才能找到缩减不公平的有效措施。强化循证理念基于如下考虑：首先，多数健康研究（资金）仍然集中于生物学领域，但是健康水平的大幅度提高实际上源于健康社会决定因素的改善（IUHPE/CEU, 1999; Woolf et al., 2004; Woolf et al., 2007; Szreter, 2002; Szreter, 1988）。与健康社会决定因素有关的多学科交叉研究也可进一步加强。缩减健康不公平的证据收集过程是十分复杂的，无论从操作还是从伦理角度来说，随机对照试验的可行性往往较低。其次，健康社会决定因素的相关证据是随环境而变的。健康不公平的应对措施反映了许多因素的影响，包括国家的历史和文化背景、国家政治环境和民间社会团体的力量。为了理解社会环境对健康不公平性和相应措施有效性的影响，我们需要收集定性和定量数据，以获得充足的证据支持。证据的好坏应以研究目的是否实现为标准进行判断，即研究所提出的问题是否被很好地解答，而并非仅拘泥于传统意义上根据研究类型来判断证据力度的做法（MEKN, 2007a）。

## 培训

健康社会决定因素的议程以政治为主导，必然要采取相应的政治行动。但还是需要证据的支持。除了政治意志外，认识问题、定义问题以及确定方案都是至关重要的。政治领导者需要认识和理解健康不公平的问题、相应的决定因素以及可能的解决方案——并且需要确保他们在组织中能有一席之地、有能力授权以及有充足的资源来采取合适的行动。这就要求我们投资培训决策者和顾问人员、卫生工作者、其他从业者（例如城市规划人员），并增强公众对健康社会决定因素的知晓度。

## 采取行动，提高监测、研究和干预的能力

### 出生登记系统

#### 委员会建议：

**16.1 政府应确保在不为家庭增添任何经济负担的情况下，把新生儿登记作为出生和死亡民事登记制度的改革内容之一（见5.2；14.1）。**

改善出生登记制度应该成为健康不公平性常规监测能力建设的首要任务之一（框16.1），尤其是在中低收入国家（Braveman, 1998）。这就要求政府在其国家健康与发展规划以及财政和人力资源分配等方面，优先考虑民事登记制度的能力建设和基础设施建设（Mahapatra et al., 2007; Setel et al., 2007）。国家政府应该确保建立出生登记系统，并将其作为高质量民事登记综合体系的组成部分。我们应该通过加强定期登记或在短期内通过口头尸检等替代手段来改善死亡登记（包括死亡原因登记）（Murray et al., 2007）。

卫生保健系统能够、并有责任促进民事登记系统的发展和加强。通过与登记处负责人和国家统计局的紧密合作，它能够促进和支持民事登记系统的建立和维护（Setel et al., 2007）。例如，卫生工作者能够为育儿人员提供信息，帮助他们获得新生儿登记的服务。另一方面，父母在为子女进行出生登记时，我们能够为他们提供健康和儿童发展的有关信息（联合国儿童基金会，2005）。通过开展医师培训，帮助他们掌握死亡原因登记表的填写方法，我们能够提高死亡原因登记体系的质量（Mahapatra et al., 2007）。

### 监测、研究和干预：行动领域 16.1

确保在地方、国家和国际各级建立定期监测健康公平性和健康社会决定因素的制度。

在全面改善出生登记体系的同时，我们还需要采取针对性强的措施，以减少社会群体和地区间出生登记中的不公平现象（联合国儿童基金会，2005）。绘制登记系统覆盖范围的地图，能够帮助我们确定登记水平最低的地区并规划相应的登记活动（联合国儿童基金会，2005）。提高服务覆盖率和减少覆盖中不公平现象的具体机制是因地制宜的。我们的首要任务之一就是免除登记费和过期登记罚款。如果地理间隔阻碍了人们进行出生登记，那么流动站点和逐户登记计划将成为有效的应对措施（联合国儿童基金会，2005）。在登记意识薄弱和相应知识匮乏的地区，覆盖所有地区和一切社会团体的信息传播和意识提升活动是现有的解决方案之一（联合国儿童基金会，2005）。政府应该与民间社会团体以及学校、卫生中心和境内流离失所人群收容所等地方组织加强合作，以扩大服务的覆盖范围（联合国儿童基金会，2005）。

改善民间登记系统需要获得市民的信任 and 参与 (Setel et al., 2007)。我们需要建立有效的信息保护系统来保护人们的隐私权。我们需要防止政府和其他组织滥用民事登记体系，侵犯个人（尤其是易受伤害人群）的隐私 (Setel et al., 2007)。为发展与加强民事登记体系并确保其长期可持续发展的能力，政府、捐赠者或各个国际组织需要在国家和国际层面上做出相应的政治与经济承诺 (Setel et al., 2007; Mahapatra et al., 2007)。捐赠者和国际组织应该认识到出生登记——作为有效而完善的民事登记体系的组成部分——是发展设施的重要成分 (Mahapatra et al., 2007)。世界卫生组织在为国家提供技术支持的方面扮演着重要的角色。此外，我们需要国际社会共同努力，通过卫生计量网络等来提高人口统计的质量和可比性 (Setel et al., 2007; Mahapatra et al., 2007; Health Metrics Network, nd)。由国际组织资助的各个项目也应该为民事登记体系提供相应的支持 (Mahapatra et al., 2007)。例如，世界银行能够将此纳入其卫生系统发展和改革的融资计划中；联合国儿童基金会可以在推广出生登记的同时，更加积极地促进死亡登记的实施 (Mahapatra et al., 2007)。

## 国家健康公平性监测体系

### 委员会建议：

**16.2 国家应建立健康公平性监测体系，定期收集关于健康社会决定因素和健康不公平问题的数据（见 10.3）。**

健康公平性监测体系将定期收集、整理并传播有关健康、健康不公平性和健康决定因素的信息。许多国家和国际组织已经通过各种不同的形式收集了健康社会决定因素的相关信息。我们可以在现有措施的基础上建立国家和全球的健康公平性监测体系，但必须补充两点内容：首先，由于现有的数据系统都仅局限于提供国家平均水平的相关数据，所以健康公平性监测体系将根据国内的不同社会团体进行分层数据收集，并衡量这些社会团体间健康情况和决定因素的不平等程度。其次，因为各个健康社会决定因素的相关数据分别散布在不同的信息系统中，所以健康公平性监测体系将把各个健康社会决定因素的相关数据整合到一个数据库中。

### 建立健康公平性初级监测体系

人们建议在世界卫生组织的技术协助下，所有的国家政府共同建立一个综合性的健康公平性监测体系（框 16.3）。根据各个国家的不同发展水平和现有的卫生信息制度，其健康公平性监测体系的建设速度也各不相同。它首先要求政府提供保障，根据不同的社会经济群体和国家内地区进行分层数据收集，以提供有关死亡率和发病率的基本信息。欧盟的工作经验一致地表明，没有对各个社会经济群体的死亡率和发病率进行分层数据收集的国家，无法在健康公平性方面取得任何进展 (Mackenbach & Bakker, 2003)，这对欧盟以外的国家也同样适用。框 16.2 讨论了健康公平性初级监测体系的基本框架。

为了建立健康公平性初级监测体系，所有国家应该：

- 立即在缺乏常规健康数据收集的地区建立相应的机制；即使是在战区或灾区，尽管对健康和生活环境进行群体抽样调查有一定难度，但它是基本可行的 (Burnham, 2006；联合国发展规划署 & 规划发展部, 2005)。
- 改善常规健康数据的质量，使它能够通过国家代表性数据的形式，分别追踪不同性别和不同社会阶层人群的健康与死亡情况。
- 在对调查研究依赖性高的地区，应该提高调查的：
  - 代表性——在解决弱势群体（例如流浪人口、流动人口和原住民）数据缺失问题的同时，加强数据的国家代表性；
  - 统计效能——足以对大部分的健康情况和社会阶层决定因素进行分解，并能够

- 监控健康不公平性随时间变化的趋势；
- 数据质量和方法——信度、效度、取样、估计方法和统计技巧；
  - 数据收集的一致性和可比性——以便进行时间和国家间的比较；
  - 空间参照度——实现资料链接；
  - 调查频度——理想状况为至少每五年一次；

- 增强对贫穷国家中各年龄段和各社会阶层健康情况和死亡率的了解。尤其是来自世界人口与健康调查组织的调查数据，对于描述中低收入国家中儿童死亡率的不公平性及其决定因素至关重要。相关数据的广泛使用说明此类调查在这些国家中的可行性。我们还需要建立相应体系，例如通过拓宽世界人口与健康调查来提供成人健康的相关信息。

### 框 16.1：人口统计对政策制定至关重要

“在非洲，南非是数据统计最为完整的国家之一。由于缺乏有关死亡原因的可靠数据，南非的落后政策曾经一度得以保留。随着对人口事件现有数据使用能力的提高，国家政策和实施项目的内容发生了相应的变革。在 21 世纪初期，南非有关人口事件的数据清楚地表明，成人死亡率显著上升。然而，由于死亡原因相关

数据的缺失，那些原本就对艾滋病危害性持怀疑态度的政府得以继续怀疑艾滋病对其国家的影响能力。开普敦的领导人参与了有关死亡原因（尤其是艾滋病和凶杀案）现状分析，并认识到了地方数据对当地政策决断的重要作用。”

资料来源：Setel et al., 2007, 经出版商允许

### 框 16.2：健康公平性的初级监测体系

健康公平性的初级监测体系的对象是国内不同社会经济地位和不同地区的人群，分别收集其死亡率和发病率。所有的国家都应至少提供基本的健康公平性数据，这些数据必须具有国家代表性和时间的可比性。在理想情况下，死亡率数据要求完整和高品质地记录人口事件；同时还可以通过健康调查的方式收集发病率数据(Kunst & Mackenbach, 1994)。在短期内，健康调查将始终成为许多中低收入国家中死亡率相关信息的重要来源。

健康状况：

- 死亡率：婴儿死亡率和（或）5 岁以下死亡率，孕产妇死亡率，成人死亡率以及人均期望寿命；
- 发病率：至少有 3 项可用于国际比较的发病率指标，这些指标值因不同国家的背景差异而发生变化。还可包括肥胖、

糖尿病、营养不良和艾滋病等疾病的流行情况

- 自评的精神和生理健康状况。

不公平性的衡量：

- 除了人口平均数以外，还应提供有关健康状况的分层数据，分层因素包括：
  - 性别；
  - 至少两项社会指标（例如教育、收入 / 财富、职业分类、民族 / 种族）；
  - 至少一项地区指标（例如农村 / 城市、省）；
  - 至少一项测量不同社会群体间健康的绝对不公平性方法，以及一项测量不同社会群体间健康的相对不公平性的方法（框 16.3）。

在可能的情况下，应提供有关原住民健康的数据。

### 框 16.3：建立国家健康公平性监测的综合框架

#### 健康不公平性

相关信息包括：

- 健康状况的分层因素：
  - 性别
  - 至少两项社会经济分层因素（教育、收入 / 财富、职业分类）；
  - 民族 / 种族 / 本土性；
  - 其他环境特异性社会分层因素；
  - 居住地（农村 / 城市、省份或者其他相关地理单位）
- 亚人群的人口分布
- 健康相对不公平性的衡量手段：包括率比、不公平性的相对指数、人口归因危险度的相对形式以及集中指数
- 健康绝对不公平性的衡量手段：包括率差、不公平性的斜率指标以及人口归因危险度

#### 健康状况

- 死亡率（全死因、特异死因、年龄死因）；
- 幼儿发展；
- 精神健康；
- 发病率和伤残率；
- 自我评定的生理和精神健康；
- 原因特异性结果

#### 适用的决定因素，包括分层数据

日常生活条件：

- 健康行为：
  - 吸烟；
  - 饮酒；
  - 体力活动；
  - 饮食和营养。

- 物质和社会环境：

- 饮水和卫生；
- 住房条件；
- 基础设施、交通和城市规划；
- 空气质量；
- 社会资本。

- 工作条件：

- 工作物质危害；
- 压力。

- 卫生保健：

- 覆盖范围；
- 卫生保健系统的基础设施。

- 社会保障：

- 覆盖范围；
- 保障力度。

- 健康不公平现象的结构性动因

- 性别：

- 常态和价值；
- 经济参与；
- 性别和生殖健康。

- 社会不公平性：

- 社会排斥；
- 收入和财富分布；
- 教育。

- 社会政治环境：

- 民事权利；
- 就业环境；
- 管理和公共支出的内容；
- 宏观经济环境。

#### 疾病的后果

- 经济危害
- 社会危害

健康公平性的监测体系应该在国家水平上进行协调，以便为国家和地方的卫生决策者提供支持。在捐赠者的必要帮助下，政府应为协调国家健康公平性监测体系提供充足的长期的核心资金支持。世界卫生组织应该在成员国的层面上发挥重要作用，支持健康公平性监测制度的实施。这包括提供有关机制改进的技术支持，提高数据的质量和可比性（跨

国比较和跨时间段比较）；进行国家数据使用能力的建设，促进政策制定、公共卫生项目的发展和分分析。诸如卫生计量网络等行动也能够促进健康公平性监测机制的技术能力建设（卫生计量网络，nd）。此外，我们也能够从现有行动（例如欧盟的卫生监测项目）中总结经验，促进对健康公平性的监测（欧盟，1997）。



### 实现健康公平性的综合监测体系

最重要健康社会决定因素的相关数据应该与健康数据一起加以收集和分析。监测体系应依循因果途径来提供有关健康社会决定因素的相关数据。这些因素范围广泛，包括日常生活环境以及健康不公平性的结构动因 (Solar & Irwin, 2007)。该监测体系应该分层，以便对不同性别或不同社会阶层的人群分别进行追踪调查，以观察健康社会决定因素的影响随时间变化的趋势。

框 16.3 的案例表明了健康公平性监测体系的基本框架。它应该包括健康不公平性、其决定因素和疾病危害的相关信息。我们应该对社会和地区因素进行分层调查，并以分层方式呈现相关健康信息。该体系还应反映特定社会群体的健康信息，而社会弱势群体的绝对健康水平对于决策者来说则尤为重要。此外，我们还应该衡量不同人群之间健康不公平的程度高低。最好能够同时衡量健康不公平的相对程度和绝对程度，因为这两个指标是相辅相成的，选择不同指标将会带来研究结果的差异。在解释不公平性模式和变化趋势的时候，政策制定者、规划者和研究人员应该明确所用的测量方法。健康不公平性的简易衡量指标——例如率比和率差——可用复杂的健康不公平性衡量指标（例如不公平性的相对指标）来加以补充 (Kunst & Mackenbach, 1994; Mackenbach et al., 1997; MEKN, 2007b; Vågerö, 1995)。监测机制还应考虑到社会和地区群体间的人口分布问题，因为群体规模能够决定健康不公平性对人口的影响程度。

框 16.3 中的基本框架体现了健康状况和决定因素的分类标准，这就要求人们在国际和国家水平上进行协商，为其确定不同的指标。正如本报告所示，委员会通过讨论确定了这一分类标准。基本框架清楚地展现了对卫生保健相关部门进行监测的重要性 (CW, 2007)。在世界卫生组织的管理下，

通过与国家和国际水平上的利益相关者进行协商，以期制订一套可用于国家间比较的核心指标（见第 15 章：良好全球治理，建议 15.1）。其中包括以人权为基础的卫生指标，用于监测和评估健康权利的实现进度 (联合国, 2000a)。此基本框架的连贯性良好，各个国家可对其实施模式和特定指标进行国家性和地方性的调整。

部分国家已经采取了综合性措施，以监测健康不公平的现象以及健康问题的社会决定因素 (CW, 2007) (框 16.4)。

### 社区在健康公平性监测中的作用

社区是健康公平性监测的组成部分。如果基层在水平上与健康公平相关的因素能够被精确测量，那么边缘人群就应成为改革关注的重点，此时社区的作用将更加重要。例如，以社区为基础的监测体系能够反映出基层的各种实际问题，包括艾滋病治疗服务和资源的匮乏 (框 16.5)。另一个案例是印度的性别鉴定试验和人口中女性比例的下降。许多孕妇接受胎儿性别鉴定后常常会选择流产，社区整体的健康水平以及妇女所在的团体可同时用来解释流产前的性别选择行为，因为通过监测社区水平的新生儿性别比例可以对这一行为进行监测。

社区监测制度不仅能够为我们提供真实可靠的资料，还能够增加当地居民的发言权 (框 16.5 和框 16.6)。社区收集和分析数据的能力建设能够激励社区采取相应行动，影响健康问题的社会决定因素，并能够帮助社区居民对关乎他们切身利益的问题做出抉择。赋予社区使用数据和进行监测的权利，能够鼓励它们采取影响健康社会决定因素的相关行动。大多数情况下，地方水平的数据收集上来之后往往向上递交至管理者和决策者，而极少反馈给地方居民。所以当地居民并不知晓是否进行了改革，也不清楚他们与其他社区的情况区别。我们需要对这方面加以改进 (框 16.6)。

#### 框 16.4：英国对健康社会决定因素的监测

从 1997 年艾奇逊调查起，卫生部就开始关注健康不公平现象以及健康社会决定因素，并将其作为监测过程的组成步骤。相关调查包括了各个社会阶层的健康状况以及许多社会决定因素的相关数据。这些决定因素遵循框 16.3 中

的基本框架，包括卫生体系、卫生保健的使用、物质环境、就业情况以及社会和经济政策等。

资料来源：健康不公平单位，2008；卫生部，2005

## 健康公平性全球监测系统

委员会建议：

16.3 世界卫生组织负责引导，将健康公平性全球监测系统建设成为全球治理结构的一个组成部分（见 15.1）。

健康公平性全球监测系统将对全球范围内有关健康不公平性及其决定因素的数据进行系统性整理，并向公众开放这些数据。这样的监测体系是良

好全球治理（见第 15 章：良好全球治理）的重要组成部分。健康公平性全球监测系统将以国家的健康公平性监测体系为基础，并适当加以补充。它也可以参照框 16.3 中国家监测体系的基本框架。除了研究国内健康不公平的现象外，健康公平性全球监测系统还将监测国家间的健康不公平性及其决定因素（框 16.7）。后者可以是全球水平的因素，如国家间的福利差异、健康社会决定因素全球基金的数额（与特定疾病的基金相比）、世界卫生组织对健康公平性及其社会决定因素的关注程度、国外援

### 框 16.5：监测的公平性测量

公平性测量全球联盟力求以测量公平性为手段来缩减健康不公平，相应措施包括评估和监测、宣传以及社区赋权。公平性测量至少在 10 个国家内得到了广泛应用。公平性测量涉及了广泛的社会群体，包括社区、民间社会组织、研究员、决策者、媒体、卫生工作者以及地方政府。我们需要动员社会和政治力量来监测健

康不公平性。例如，南非的艾滋病测量开展了社区监测与评估，以评价艾滋病主要治疗服务和资源的供应情况。其监测结果为社区宣传和制定地方政策提供参考，以促进对艾滋病相关服务的利用。

资料来源：公平性测量全球联盟，nd；卫生系统基金会，nd

### 框 16.6：鼓励社区参与家庭调查的执行、阐释和随访

非政府组织能够对社区监测产生重要影响。例如，荷兰的非政府组织筹集国际基金，帮助当地伙伴组织在若干非洲国家开展社区发展项目。当地的合作方在莫桑比克、坦桑尼亚联合共和国以及赞比亚的社区进行了针对健康和健康社会决定因素的入户调查。该调查评估了当地的社区发展项目，并对各村庄的健康及其社

会决定因素的优缺点进行了评价。当地农村医务人员以及合作方的工作人员参加了培训，并参与调查。他们将调查结果反馈给社区并与其进行了讨论。社区积极参与讨论自身的进展，并根据调查结果制定了未来的改革内容。

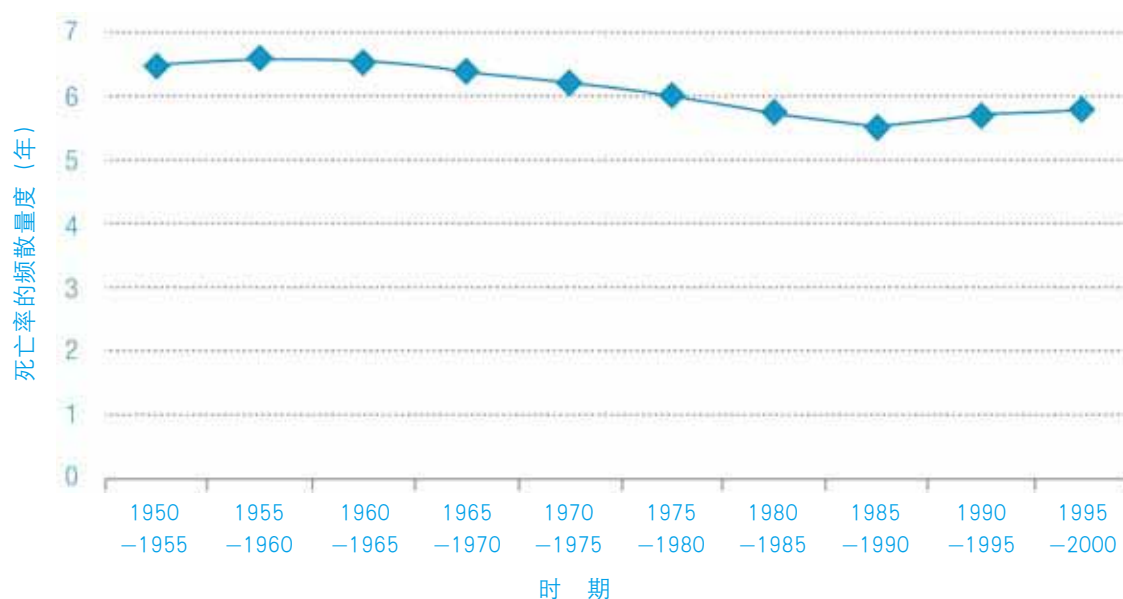
资料来源：联系国际，nd

### 框 16.7：全球健康不公平性的测量

近期有若干测量全球健康不公平性的手段得以开发。用来测量国家间不平等性的指标有死亡率的频散量度 (Moser, Shkolnikov & Leon, 2005)、群体分析 (Ruger & Kiml, 2006) 以及不公平性斜率指标的应用（主要用于测量国内的健康不公平性）(Dorling, Shaw & Davey Smith, 2006)。例如运用死亡率频

散量度，则可发现从 1980s 中期起，全球死亡率趋同 (1950–55 至 1985–90) 已为离散所取代 (Moser, Shkolnikov & Leon, 2005) (图 16.1)。需要开发更多测量全球健康不公平性及其决定因素的方法。需要在全世界范围内确定发展对象，通过定期监测其工作进度来减少国家间和国家内的健康不公平。

图 16.1 出生时预期寿命死亡率频散量度的变化趋势，1950–2000



DMM= 死亡率频散量度

经出版商同意，翻印自 Moser, Shkolnikov & Leon (2005)

助承诺的实现程度以及债务免除的力度。这都是国家之间健康不公平性的决定因素。在世界卫生组织的管理下，与国家、国际组织和各研究所的利益相关者合作，建立健康公平性全球监测系统的基本框架并确立其核心指标（见第 15 章：良好全球治理）。

#### 世界卫生组织和联合国系统的角色

世界卫生组织的核心任务之一就是监测世界人口健康。委员会赞同建立全球健康监测哨点，以便“收集、管理和分配主要健康问题相关数据”（世界卫生组织，2006b）。健康公平性全球监测系统应该成为哨点的重要组成部分。除了招募来自成员国、国际组织以及各研究所的利益相关者外，全球健康哨点中的全球健康公平性机构还能开展许多有意义的活动：设计连贯的监测框架并确立具有国家之间可比性的核心指标；为健康公平性的监测提供标准和指导；根据不同的目标对象，建立关于健康不公平性和健康社会决定因素的国家、地区和全球档案，并确保其互动性和实效性；为一切利益相关者提供清晰的数据和证据，以促进政策制定、项目实施和活动宣传。

为加强联合国系统规划的连贯性，世界卫生组织应加强国家与国际组织间的协调与合作，以减少数据收集和报告中的脱节与重复（联合国儿童基金

会，2007c）。相应措施包括促进机构间的对话，以更好地讨论技术和方法论的问题，例如指标的标准化、确定数据的脱节之处以及制定相应措施解决上述问题。为成功扮演这一角色，世界卫生组织需要加强其内部能力建设，来监测健康公平性与健康问题的社会决定因素。

为使健康公平性全球监测系统行之有效，就需要联合国系统、民间社会组织、私有部门以及各级政府的共同参与（见第 15 章：良好全球治理）。世界卫生组织的重要任务之一就是在整个联合国系统内倡导收集和管理有关健康情况及其社会决定因素的分层数据。在联合国系统内，联合国大会和国家减贫战略文件需要关注健康公平性问题，而千年发展计划也应该对健康公平性有所体现。《共同国家评估》（联合国系统内用来监测和分析国家发展状况的常用工具）如果能够补充增加有关健康公平性以及健康社会决定因素的指标，它就可以成为重要的监测工具。由世界卫生组织等专业机构组成的联合国队伍可提供相应机制来执行此项计划。作为健康公平性全球监测系统的组成部分，联合国系统应该采取一系列措施，确立健康公平性相关的长期综合目标以及相应的阶段性指标，并在全球范围内达成一致（见第 17 章：开展健康社会决定因素委员会以外的活动）。

### 运用监测数据帮助政策制定

作为全球和国家监测系统的组成部分，健康不平等性及其决定因素的相关数据应该向公众开放并被广泛传播，以扩大宣传和支持连贯的政策制定。要定期向无专业知识背景的公众提供监测数据；也应向公众开放原始数据，以促进研究的开展。国家健康公平性监测数据应该上报至国家决策者和世界卫生组织等机构。同时，全球健康公平性监测数据应该上报至经济社会理事会与其他国际组织并反馈给国家政府（见第15章：良好全球治理）。

要在收集健康不公平性数据与制定政策之间建立明确的作用流程和反馈途径，以便将相关数据应用到国家和省一级的政策发展以及公共卫生项目的规划中（框16.8）。要持续评估各领域（不局限卫生保健事业）的健康类型和发展趋势，以探索其政策意涵。决策者、各领域的从业者、各学科的研究人员、民间社会团体以及社区组织等主要利益全体应该参与到该流程中来。他们的知识和经验能够帮助我们促进政策的执行并有利于形成和维护政治意愿（Braveman, 1998）。

### 扩大知识基础

#### 委员会建议：

**16.4 科研资金提供机构应规划专门预算，探索关于健康社会决定因素和健康公平性（包括健康公平性干预研究）方面的证据。**

### 公共卫生研究的范围

委员会的工作表明，扩大公共卫生研究的范围以加强对健康社会决定因素的关注是十分重要的。这就要求国家卫生、医疗以及社会研究理事会等科研资金提供机构加强此方面的投资，促进健康社会决定因素的研究以及相关的多学科和学科间交叉研究，以改变目前大部分资金集中于疾病特异性生物医学研究的现状（健康研究全球论坛，2006；Sanders et al., 2004；McCoy et al., 2004）。

本报告的所有章节都呼吁加强缩减健康不公平性相关的研究（见第17章：开展健康社会决定因素委员会以外的活动）。有3个研究领域值得我们特别关注。首先，在关注人群整体健康水平的同时，还要进一步加强有关健康不公平性决定因素的研究。其次，要继续研究在何种环境下，通过何种方式能够减少健康不公平并寻求执行干预手段的最佳途径，以减少不公平现象（框16.9）。这些研究应该考虑到干预手段的复杂性。一些评估复杂干预手段的经验可以作为参考，例如美国的“抢占先机与迈向机遇”以及英国的“卫生行动领域”等。但与生物医学的研究资金相比，对于发展该种评估手段的投入严重不足。“全球健康城市运动”是促进健康的最主要途径，但是缺少对它的系统性评估。第三，需要开发相应的工具，来衡量和监测健康不公平性以及评估各种人群干预措施的效果（MEKN, 2007b）。世界卫生组织能够联合各学科中在评估复杂干预手段方面经验丰富的学者。同时还能够倡导各个国家政府投资多国干预项目，这些项目使用因地制宜的方法却提高了国家之间的可比性。

### 框 16.8：墨西哥——运用证据以促进国家卫生政策的改革

在2000年墨西哥卫生体制改革期间，墨西哥半数的家庭（大部分为贫困家庭）在患病期间无法得到相应的经济保障。墨西哥卫生体制改革大力促进了知识的发展与运用。国家卫生账户显示，墨西哥半数以上的医疗费用是由个人支付的，因此许多家庭陷入了贫困，而原本的贫困家庭生活也日益窘迫。此现象使公众更加意识到一个政策上的漏洞——即卫生保健本身可能直接导致贫困。于是人们开展了立法改革，以建立相应的卫生保障体系，并在墨西哥

国会得到了所有政党的一致通过。名为“公众保险”的公共志愿计划于2004年1月1日正式生效。它将得到持续性的推广，计划于2010年能够实现全民覆盖。

国家收入与支出的定期调查显示，受昂贵卫生保健费用影响的家庭数目有所减少，而若干非传染性疾病的早期检测服务得到了更加广泛的使用。

资料来源：MEKN, 2007a

**框 16.9：墨西哥——评估公众卫生保险**

墨西哥的卫生系统改革大大加强了知识的生成与运用。墨西哥对条件性现金转让项目进行了评估，其相关经验正运用于卫生系统的改革，而卫生系统改革的内容之一就是引进了名为“公众保险”的公众卫生保险模式。积极的评估不仅能够为我们提供技术支持，还能够产

生政治影响力，以通过管理改革来确保创新的持续性。“机会”所提供的科学证据说服了政府，促进了该项目的可持续性。对“公众保险”的持续性评估显示了许多振奋人心的研究结果，政府将通过变革来促进改革的实施。

资料来源：MEKN，2007a

**监测、研究和干预：行动领域 16.2**

为获得和交流新的证据提供资金，以协助了解各项社会决定因素如何影响人们的健康和健康公平性，并了解针对社会决定因素所采取的行动措施在降低健康不公平性方面的有效程度。

**拓展证据的定义**

关于健康社会决定因素的证据数量越多、越多样，就越能提高相关行动的有效性。这些证据涉及多学科证据、传统方法学证据的相关信息，以及系统采集的来自主要利益相关者（尤其是干预措施的实施者以及预期的受益人）的知识和经验。这一步骤极其重要，因为健康社会决定因素的相关证据往往与特定的社会环境密切相关。要评估健康社会决定因素的相关措施的好坏，需要依靠大量的定性数据，才能更好地理解社会环境对干预措施的影响方式及其成败的原因（框 16.10）。证据的合理性应该取决于它是否“符合需要”，而不是看它是否遵循了证据合理性的传统评判标准（传统标准最为关注随机控制实验和实验室试验）（MEKN, 2007a）。尽管在证据和数据的生成过程中，我们不应该将任何一种方法置于其他方式之上，但是所有类型的证据都能通过以下方式加以评估：在健康社会决定因素相关研究的广泛领域内，明确证据所需要答复的特定研究问题；研究质量（明确提出可能存在的各种偏倚）；与不同人群和社会环境之间的关联（MEKN, 2007a）。

**解决研究中的性别偏差问题**

在某些情况下，医学研究可能没有客观地对待性别问题（Begin, 1998）。许多研究都具有性别偏差性——包括研究内容以及研究的实施方式

（Williams & Borins, 1993；Eichler, Reisman & Borins, 1992）。例如，人们往往容易忽视妇女特异性的卫生问题。我们常常将妇女疾病草率归结为心理问题，而没有把它们当作研究对象（Begin, 1998）。我们经常忽视性别与其他社会因素间的相互影响，而性别差异性的相关数据也时常无法收集（Iyer, Sen & östlin, 2007）。医学研究以及新药临床试验的方法设计时常忽略了性别的影响，从而将妇女排除在研究人群之外。偏差还体现在伦理委员会和研究资助与顾问团成员的性别失衡上，以及对女性科学家的区别对待中（WGEKN, 2007）。

为了避免卫生研究内容及过程中的性别偏差，我们要制订相应的机制与政策（WGEKN, 2007）。其中包括：

- 确保在各个研究项目中，通过大型数据系统来收集性别差异信息以及其他分层数据；
- 在临床试验和其他卫生研究中，纳入合适数量的女性；
- 利用性别敏感的工具和方法，来分析临床试验和其他卫生研究中的数据；
- 通过解决研究委员会、资助机构、出版单位以及顾问团成员的性别失衡问题等手段，来提升卫生研究中的妇女地位。

**在全球范围内加强证据的生成、交流与积累**

我们需要依靠大量的资源来生成和整合证据，并提供有关健康社会决定因素的循证指导。我们必

须加强国际合作来保障知识的积累并防止工作的重复。例如，可以建立有关健康社会决定因素干预措施的证据“交换所”。这样的“交换所”能够起到与全球卫生观察站等同的功能。根据委员会的经验，该“交换所”不仅应该提供技术信息，还应该包含来自实践、决策者和民间社会组织的相关经验。“交换所”还能够帮助人们分析关于不同环境中措施有效性的研究结果。为实现以上目标，我们需要加强政府、捐赠者、发展伙伴以及民间社会团体之间的对话和交流。对于各个国家来说，健康公平性相关知识的积累与交流都极为重要，这就解释了加强相应国际投资的必要性（EUROTHINE，2007）。

## 健康的社会决定因素的培训和教育

### 医务人员的培训

#### 委员会建议：

#### 16.5 教育机构和相关部门将健康社会决定因素纳入到医务人员培训的标准内容与必修课程中（见 9.3）。

医生、护士、护工以及社区工作者等医务人员应该意识到健康不公平性是重要的公共卫生问题之一。他们还要理解社会决定因素在人口健康水平和

分布中的重要作用。但是大多数的医疗与卫生课程极少反映健康社会决定因素的相关内容。

卫生部和教育部应该与医学、护理学、公共卫生以及卫生管理等学院加强合作，将健康社会决定因素纳入到医务人员培训的标准内容和必修课程中。所有的卫生工作者都应至少接受过此类基本培训。不仅如此，部分优秀个人还应接受高水平培训，以便在公共卫生社区中开展相应的活动。

在跨部门行动中，卫生保健领域在促进健康公平性方面扮演着重要的管理角色（见第 10 章：在所有政策系统和规划中体现健康公平）。这就需要卫生保健领域的决策者和专家深入了解社会决定因素影响健康的方式。同时，卫生工作者必须认识到卫生保健部门是如何取决于它的组织结构、运营方式以及融资途径——加剧和改善健康不公平性的。他们还应理解自身在平等提供高品质卫生服务中的作用。例如，卫生工作者应该得到相应培训，以提高他们的交流能力和倾听技巧，并帮助他们根据患者的实际需要来调整沟通方式（Kickbusch, Wait & Maag, 2006）。他们还应理解性别因素对健康状况和求医行为的影响。这要求我们将性别问题整合到卫生人员的课程中，并将其作为健康社会决定因素的培训内容之一（框 16.11）。

### 框 16.10：定性数据在理解健康社会决定因素中的作用

统计数据对于描述公共卫生问题的内容来说至关重要，但是它无法解释该问题的经验或其对于人们生活的影响。我们需要提供生活经验来解释和宣传相应问题，并为政治家等相关人员提供丰富的信息，以影响他们的决策（Baum, 1995）。例如，决策者往往无法解释为什么烟民无视吸烟影响健康的相关证据。Graham（1987）所实施的定性研究显示，贫穷妇女将吸烟作为应对贫穷生活和母亲角色的

反应机制。同时，定性数据还能够帮助我们解释统计分析中的反常结果。例如，有些关于社会资本和健康的研究发现，参与社区生活会导致疾病状态的产生。反映上述模式的统计分析无法解释该现象的原因。互补性的定量数据解释了人们参与社区活动的动机，并提出了上述现象的可能原因之一，即人们与其他社区成员之间所发生的冲突行为（Ziersch & Baum, 2004）。

### 监测、研究和干预：行动领域 16.3

向决策者、利益攸关者以及从业人员提供健康社会决定因素的培训，并为提高公众的认识进行投资。

需要调整卫生保健部门的发展方向，加强其对预防和健康促进的关注（见第 9 章和第 10 章：全民卫生保健；在所有政策系统和规划中体现健康公平）。这需要加强卫生工作人员的相关技能、知识和经验，并提升该领域的专业地位和重要性。医学课程应增加有关预防和健康促进的内容。

为了将健康社会决定因素纳入卫生人员的培训课程，应该调整相应的配套的教材和教学资料。首要任务之一就是建立有关健康社会决定因素教学和培训资料的网路数据库，以方便人们免费下载。此外，还需要进行学科间的培训与研究。例如，低收入国家可以通过建立地区培训中心和提供远程教育来实现以上目标（框 16.12）。

#### 委员会建议：

**16.6 教育机构和相关部门采取行动，促进非医务人员和公众对健康社会决定因素的理解（见 10.2）。**

#### 对其他从业者和决策者的培训

需要将健康社会决定因素的培训和教育推广至其他从业者、决策者和利益相关者。城市规划人员、交通规划人员、教师和建筑师等专家在健康社会决定因素的相关活动中扮演着重要的角色。加强对健康影响因素以及卫生社会差异的理解，能够帮助我们理解证据和开展活动，并为部门间行动提供基础。对非医务人员的培训要求社会工作学院和教育部门的教职员工加强合作，努力将健康社会决定因素纳入标准课程的组成中去。我们急需相应的培训和学习资源，来向人们传达以下核心信息：怎样通过影响社会的整体特征而非针对高危个人，来改善人口健康 (Rose, 1985)；改善健康差异的内涵 (Graham & Kelly, 2004)。

#### 框 16.11：将性别问题纳入到医学课程中

20 世纪于荷兰、瑞典、澳大利亚、加拿大、美国、菲律宾以及印度等发达和发展中国家，人们试图将性别问题整合到各个培训机构的医学课程中。

例如，荷兰在 2002 年开展了相应的活动，将性别问题纳入到全国范围内的 8 所医学院校的医学课程中。对该活动的评估发现，其整合措施获得了很大的成功。这一活动的主要困难包括医学课程对性别问题的重视程度低以及来自男性医学教育者的相应支持少。

印度的“医学教育中的性别主流”计划是关于性别问题的重要活动，它不仅仅关注医学院校的教育，还通过与卫生人员以及非政府组织的合作来扩展活动范围。本项目计划通过将性别因素纳入教科书内容并培训有关性别问题的核心医学教育小组来增强医学生对性别问题的敏感程度。

资料来源：Govender & Penn-Kekana, 2007

#### 框 16.12：儿童早期开发的能力建设——儿童早期开发的虚拟大学

儿童早期开发虚拟大学是加强儿童早期开发领导地位和相关能力的创新型手段。它是一种南北机构，与加纳、马拉维和坦桑尼亚的学术部门以及撒哈拉沙漠以南的非洲地区、中东和北非的学术、政府和非政府团体合作关系紧密。来自国际和地方水平的合作基金足以提供

相关的领导课程，同时通过网络和当面授课的方式来促进国家特异性的部门间儿童早期开发活动。试点工程的外部评估显示，儿童早期开发虚拟大学能够极为有效地实现并超越其所有既定目标。

资料来源：ECDKN, 2007b

### 提升对健康社会决定因素的意识

公众需要加深对健康社会决定因素的了解，并将其纳入到健康素养的新内容中去。健康素养是指“在各种社会环境中，获取、理解、评估以及交流信息的能力，从而终生促进、维持并改善健康状况 (Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008)。”“它是一种重要的增能策略，能够增强人们对自身健康的调控，并提高他们收集信息和承担责任的能力 (Kickbusch, Wait & Maag, 2006)。”即使是在高收入国家，健康素养低下的现象也是屡见不鲜，它可能会导致社会群体间的健康不公平性 (Kickbusch, Wait & Maag, 2006) (框 16.13)。

健康素养的范围应该得到扩展，使其包括获得、理解、评估和交流有关健康社会决定因素信息的能力。提升健康素养是减少健康不公平性的重要战略措施。这需要我们根据不同社会群体的需要和条件，来收集良好、可靠而易得的信息 (Kickbusch, Wait & Maag, 2006)。

健康素养的内容不仅限于个体阅读、理解和作用于卫生信息的能力，而是包括了来自公共和私有部门的行动者以相关和易懂的方式交流健康信息的技能。这需要提升医务人员的卫生素养意识和知识。同时，需要发展相应的政策，以促进清晰的语言和视觉符号在医疗沟通中的使用 (Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008)。

在理想状况下，要通过协调性高的国家策略来发展、资助和执行健康素养活动 (Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008)。这需要长期投资 (Kickbusch, Wait & Maag, 2006)。各个国家可以建立众多利益相关者的“健康素养理事会”，并与政府紧密联系，共同监管并评估相关工作进度、促进组织之间的合作并为健康素养确立战略发展方向 (Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008)。

### 进行健康公平性影响力评估的能力建设

#### 委员会建议：

#### 16.7 政府加强能力建设，促进各部门决策者和规划者对健康公平性影响力的评估(见 10.3; 12.1)

提升决策者对健康社会决定因素以及健康公平性重要程度的意识十分重要，然而，我们还需要采取更多的行动。健康和健康公平性的内涵应该成为政策制定与实施的常规考虑内容。健康公平性影响力评估 (框 16.14) 是委员会推荐的测量工具之一 (见第 10 章：在所有政策系统和规划中体现健康公平)。对于以特定人群为实施对象、以力求最大化健康公平性的优势而最小化对健康公平性潜在危害为目标的政策、项目、工程和建议来说，健康公平性影响力评估是帮助决策者对其进行系统性审查的工具之一 (MEKN, 2007b)。

### 框 16.13：落后的健康素养在富有国家同样泛滥

英国 1/5 的成年人缺乏基本技能，难以理解促进健康的简单信息。素养差的人群寻求健康信息和医疗援助的概率更小。

资料来源：Kickbusch, Wait & Maag, 2006, 获出版商同意，经改编

### 框 16.14：健康公平性影响力评估

澳大利亚健康促进活动是澳大利亚政府改革方案理事会的组成部分，力求促进所有澳大利亚公民的健康状况。作为新南威尔士执行计划的发展内容之一，“快速平等性影响力评估”的活动得到了实施。通过审查年龄、性别、居住地、种族和社会经济地位等的不平等现象，

对公平性的潜在影响加以审核。人们提出了相应的具体建议，以提升公众对公平性的关注并加强该活动对健康公平性的潜在促进作用。

资料来源：Harris, Harris & Kemp, 2006



健康公平性影响力评估之所以如此重要的原因很多。首先，卫生领域的目标实现能力在很大程度上受到了其他领域发展的影响。所以我们需要评估健康和健康公平性对各个领域政策和项目的影响，而不是仅局限于关注卫生部门的发展。其次，通过系统地执行健康公平性影响力评估，我们能够防止相关政策和项目产生非预期效应。最后，促进健康和减少健康不公平性的解决方案不能够按部就班地运用于所有环境。所以，需要因地制宜地回顾一切政策提议与项目提案 (MEKN, 2007a)。

政策和项目的健康公平性影响力评估应该成为一项必要活动——即政策发展中的常规程序。环境领域的大量经验以及对环境政策的回顾为健康公平性影响力评估提供了具体的测量工具，以促进各部门通过合作共同制定更为公平的政策和项目。

需要在三方面加强健康公平性影响力的评估：

- 投资发展培训、工具和资源。为实现政策发展中对健康和健康公平影响力的常规回顾，需要在地方、国家和国际层面加强各部门（不局限于卫生领域）决策者和规划者的能力建设。目前很少有人为了促成这一常规回顾而对健康公平影响力进行评估。所以对健康公平性影响力评估的从业者加以培训已是迫在眉睫 (Wismar et al., 2007)。我们需要增加培训机会，并发展相应的工具和资源 (Harris, 2007) (框 16.15)。有关健康公平性评估的培训应该系统性地整合公平问题。我们也可以将健康公平性影响力评估纳入到公共卫生课程之中 (Wismar et al., 2007)。
- 建立国家和地区支持中心。需要建立和加强国家与地区中心，通过提供技术、建议和指导服务，来支持健康公平性影响力评估 (Wismar et al., 2007)。此外，依靠公众教育和交流策略，能够提升使用者和主要利益相关者对健康影响力评估范围和目标的认

识，并促进各组织对卫生影响力评估的承诺 (Wismar et al., 2007)。世界卫生组织可以促进这些支持中心的建立和巩固。

- 保障各部门中有关健康公平性影响力评估的预算。为实现对健康公平性影响力的定期评估，需要将其纳入到各部门的工作计划中，并为健康公平性影响力评估支持中心划拨专项资金，以保障该评估系统的充足资源。有证据表明，健康公平性影响力评估的收益将远远高于成本 (Wismar et al., 2007)。

### 加强世界卫生组织的能力

#### 委员会建议：

#### 16.8 世界卫生组织加强自身能力，为全球、国家和地区水平的健康社会决定因素相关行动提供技术支持 (见 5.1；9.1；10.5；15.3)。

世界卫生组织在健康社会决定因素和健康公平性相关行动中扮演着重要的管理角色。为了充分发挥其职能，世界卫生组织需要在全球、地区和国家水平加强自身有关健康社会决定因素的能力。通过提供核心资金（常规预算），成员国能够加强世界卫生组织与其他联合国机构中有关健康社会决定因素的能力。在世界卫生组织内，需要通过分配充足的核心资金来响应对健康社会决定因素的关注。需要拓宽这一承诺，提升来自社会科学和其他学科背景的职员比例 (PHM, Medact & GEGA, 2005)。世界卫生组织在健康社会决定因素相关行动中的管理作用要求它采取具体行动，影响其核心功能：

- 领导成员国、全球和地方的行动者采取相应措施，促进有效公共政策的制定，以应对健康社会决定因素。
- 明确提出循证性的活动规划，在政府以及世界卫生组织的项目内部推广健康社会决定因素的相关措施。

### 框 16.15：提升卫生公平性影响力评估的能力

健康影响能力建设的一个例子是“在实践中学习”的方法，这个方法是新南威尔士州健康影响的评估项目。在实践中学习，包括正规

培训，获得资源及技术支持和一致意见范围的健康影响评估的继续建设。一个公平的焦点应该包括对健康影响评估的所有训练。

- 鼓励对新知识的发展、生成、传播和诠释，从而在国家水平上促进执行有关健康社会决定因素的跨部门行动。
- 为有关健康社会决定因素的政策执行提供标准和指导，以最终促进健康公平性的实现。
- 为政府和非政府机构提供技术支持，建设其可持续发展的制度，以促进健康社会决定因素相关行动的执行（请见第 10 章：在所有政策系统和规划中体现健康公平）。
- 在全球、地区和国家水平上监测健康不公平性，并评价其与健康社会决定因素相关的发展趋势（见建议 16.3）。

提升世界卫生组织能力的相关机制包括建立：

- 世界卫生组织成员国小组，指导世界卫生组织制定有关健康社会决定因素的连贯性政策，并使其与初级卫生保健、人权、千年发展目标以及健康和减贫等广泛性战略相联系；
- 境外专家组以指导世界卫生组织制定循证政策；
- 跨部门的内部技术小组，以管理健康社会决

定因素的有效制度性推广，例如公共卫生优先条件（见第 15 章：良好全球治理）（公共卫生优先条件，2007c）。

为了通过特别关注健康公平性的健康社会决定因素手段来促进发展，我们需要采取与世界卫生组织议程相符的具体行动。世界卫生组织应该：

- 与成员国合作以加强卫生系统，为社区提供公平而易得的初级和三级卫生保健，支持公众及各组织开展促进健康的活动；
- 管理有关健康社会决定因素的研究、信息和证据，从而在国家和地区水平上指导政策和项目制定；
- 促进联合国机构与其他国际组织、捐赠者、民间社会团体、私有部门以及社区成员之间的合作，共同采取循证性行动以应对健康社会决定因素，而这需要国家和社区的明确承诺与规划；
- 提高自身的工作能力，通过全面项目监测和能力衡量等方式来推广健康社会决定因素的手段并推动其与各国的技术合作。





第六部分 发起一个全球运动



# 第 17 章

## 超越健康的社会决定因素委员会的持续行动

针对健康社会决定因素和健康公平开展行动是一项雄心勃勃的议程，需要全球的拥护、坚定的领导力以及所有层次上的大胆行动。当初设计委员会的一个意图便是要与研究者、政策设计者、政策执行者、倡导者和行动者建立起广泛合作关系。将自上而下的政治承诺和政策行动与社区和市民社会组织的自下而上的行动结合起来，由此产生的效果被称为“胡桃钳作用”（图 17.1）（Baum，2007）。

### 持续行动的基础

#### 全球领导人

国际和全球政策环境对健康社会决定因素和健康公平性方面行动的支持十分重要。自始至终，委员会委员——包括前政府首脑、政府部长、国家政策制定者、国际顾问、国际组织领导人、学术带头人以及市民社会代表——是一份重要的资源。他们

图 17.1 钳碎健康公平的坚果外壳



卡通作者 Simon Kneebone，获得出版人许可重印，来自 Baum，2007

一起组成了一个规模虽小但强有力的核心会议，代表全球支持者，倡导将健康社会决定因素策略应用于健康和健康公平领域。在联合国系统内从全球治理、政策制定和发展筹资等方面开展领导力建设，同时开展全球社会运动，在此推动下，健康公平有望成为 21 世纪全球议程的优先领域。

### 世界卫生组织

委员会与世界卫生组织在国家、地区和全球层次上密切合作。尽管委员会达成决议不依赖于世界卫生组织的决策过程和管理机构，但是作为联合国授权的全球卫生领域的领导机构，世界卫生组织采纳这些建议显然至关重要。

已有迹象表明事情正向积极方向发展。世界卫生组织已经采取行动，在其所有工作部门中将健康社会决定因素策略制度化。这一点已经写入世界卫生组织的 2008–2013 年中期战略规划 (MTSP) (WHO, 2007a)，包括策略目标“通过增进健康公平的政策和项目，整合利贫的、性别敏感的和以人权为基础的策略，解决健康背后的社会和经济决定因素”，组织广泛期望结果将被用于度量目标的完成情况 (框 17.1)。根据中期战略规划 (MTSP)，2008–2009 两年间该目标将会获得近 6600 万美元的核定预算支持。

为了在技术层面实施这些期望结果，世界卫生组织遵循了以下 3 条策略：让健康公平成为各种项目的主流；截断与健康不公平相关的功能；提升其现有监测能力。作为主流的重要组成部分，2006 年在

一个横向主题网络——健康社会决定因素委员会公共卫生优先领域知识网络 (PPHCKN) 的统筹下，世界卫生组织开始对项目在改善效率和公平方面的潜力进行回顾，该知识网络 (PPHCKN) 主要目的是找到办法将健康社会决定因素策略融入全球和国家健康项目，直接解决公平问题。世界卫生组织已指定了地区焦点问题组，协调有关健康社会决定因素的行动，在国家和地区层次上支持从公平视角分析和发布已有数据。

委员会支持这些多样过程的目标，同时呼吁所有国家参与制定有关健康社会决定因素的行动计划，以改善健康公平。

### 国家合作伙伴

国家层次行动是利用委员会的全球证据集合、执行委员会建议加深政治领导人、卫生部和其他主要利益相关者对健康社会决定因素的知晓和理解的主要手段之一。

委员会与众多伙伴国合作，支持开发以通过多种机制减少健康不公平为目的的国家政策。通过正式渠道书面承诺持续改善健康社会决定因素进而改善健康公平，巴西、加拿大、智利、伊朗伊斯兰共和国、肯尼亚、莫桑比克、斯里兰卡、瑞典和英国均已成为委员会的“伙伴国”。在委员会工作取得进展的同时，其他拥护国不仅为解决社会决定因素促进健康公平提供了技术积累 (例如挪威在多部门行动方面提供了案例研究)，而且为该领域提供了经验分享和改进政策一致性的建议 (例如泰国)。

## 框 17.1：世界卫生组织战略目标 7 及相关的组织广泛期望结果

战略目标 7：“通过增进健康公平的政策和项目，整合利贫的、性别敏感的和以人权为基础的策略，解决健康背后的社会和经济决定因素”。

**期望结果 7.1：**从组织中找出重要的健康的社会和经济决定因素，将之整合到与成员国和其他合作伙伴的常规工作和技术合作中去。

**期望结果 7.2：**世界卫生组织率先行动，为国际和国家层次的部门间合作提供机会和手段，以便解决健康的社会和经济决定因素，促

进减少贫困和可持续发展。

**期望结果 7.3：**在分层基础上 (按照性别、年龄、种族、收入以及疾病或残障等健康情况分层)，收集、比较和分析社会经济数据。

**期望结果 7.4：**不仅在世界卫生组织内，也在全球和国家层次上，以伦理和人权为基本原则开展健康促进。

**期望结果 7.5：**将性别分析和响应行动纳入世界卫生组织的常规工作中，支持成员国制定性别敏感的政策和项目。

委员会的正式伙伴国持续推动各个方面的转变，他们的努力都已记录在案（国家工作组详情请见 CW，2007）。有些国家关注健康社会决定因素相关政策的制定，巴西、加拿大和智利等其他国家则建立起新的机制和制度结构，以促进多部门政策开发。以巴西为例，2006年3月，巴西国家健康社会决定因素委员会宣告成立。加拿大公共卫生局也组建了一个富有影响力的顾问团体——加拿大顾问组，在推动国际和加拿大的健康社会决定因素议程方面取得了实质性政治进展。在英国的英格兰，科学顾问组除了提供政策建议外，还开发出测量健康不公平的指标。

各国常用的另一个策略是探讨国家间经验分享和开展联合研究的过程（例如加拿大、智利和瑞典；英国的英格兰与苏格兰）。北欧顾问组由来自5个国家的代表组成，为委员会提供了这一地区国家政策的相关证据。东亚地区也成立了类似组织。社会政策背景相似的国家间建立的这种合作模式，可以被广为应用。

委员会的各种伙伴国联合发挥作用，使得在全球和不同地区的公共卫生和人类发展论坛上讨论解决健康社会决定因素的呼声高涨。更多国家将紧随其后——阿根廷、墨西哥、新西兰、波兰和泰国都表现出积极性。2007年澳大利亚发表了一项健康社会决定因素策略，以缩小土著人口与全国人口之间的出生预期寿命差距，该策略已经成为政府计划的核心要素（COAG，2007）。未来目标是让更多国家对本报告所列策略做出政治承诺，并且让这一政治过程转变为政策和项目，以显著改善人群健康、减少健康不公平性。

### 城市

除了健康社会决定因素委员会城市环境知识网络（KNUS）中的代表城市以外，纽约、格拉斯哥、伦敦和新奥尔良等城市都与委员会建立了联系，通过共享以实践为基础的证据，向前推进此项议程。健康城市运动（由世界卫生组织欧洲地区办公室负责协调）和世界卫生组织以神户为中心的健康城市化项目，两者都是很强大的联盟。

### 市民社会

在全球健康公平议程中市民社会组织是强而有力的重要角色。自成立伊始，委员会就积极在非洲、亚洲、美洲和欧洲寻求市民社会组织代表的参与。市民社会组织的成员参与了委员会的知识搜集

过程。在他们的帮助下形成了委员会的思想，未来他们将是推动转变的积极伙伴（更多详情请见市民社会工作组，CS，2007）。

### 建构和共享知识

为了理解健康的社会决定因素和开展促进健康公平的有效行动，委员会已经建立了一个全球证据数据库。为支持该进程，委员会创立了九大知识网络——囊括了来自全球高等学府和科研院所、政府部委、国际组织和市民社会团体的大批学者和实践家。借助两个持久性地区网络（北欧和亚洲网络），在老龄化、土著人群、食品和营养、暴力和冲突、环境等其他关键领域专家的协助下，委员会在证据搜集上建立了深层伙伴关系。由九大知识网络产出的本报告以及所有其他的背景性文章和报告，包括城市和市民社会工作组的报告，都可以在委员会的网站上查获：[www.who.int/social\\_determinants/en](http://www.who.int/social_determinants/en)。

### 一项未完成的议程

委员会没能列举和考察健康不公平的所有决定因素。其他一些主要的全球重大领域并未得到细致探讨，例如气候改变。委员会知道这一议程的重要性，正在开展相当数量的工作对之加以解决，并且将其与公平的、可持续的发展目标联系起来。

### 气候改变

与健康不公平相关的气候改变是关注的优先领域。气候改变、城市化、农村发展、农业和食品安全互有关联，是人群健康和健康公平的决定因素。应对气候改变和其他环境恶化问题的经济和社会政策应当考虑健康公平，确保这一点至关重要。然而，还需对社会决定因素、环境变化和 health 不公平之间关系进行更多分析，以便为政策开发和执行提供信息。斯特恩报告（The Stern report）令人信服地证明，如果不采取行动，气候改变的总成本将等同于每年损失5%的全球GDP（Stern，2006）。因此，发生在未来10~20年里的投资将会产生深远影响，不仅影响气候，也将影响我们的孩子和我们孩子的孩子的健康。这种影响力在社会经济弱势群体中可能更强。

### 研究议程

针对健康的社会决定因素和健康公平行动，委员会整合了一个史无前例的全球证据数据库。不过，



还是需要从主要议题和国家背景两方面扩大证据的覆盖范围。此外，健康不公平的社会和经济驱动力会随时间流逝而变动。对关键的研究缺口进行一下定期回顾，有助于识别最为紧迫的研究需要。委员会在工作中发现的一些主要研究需要包括：

1. 除普通人群健康决定因素以外的健康不公平的决定因素
  - 理解社会分层与健康结果之间关系产生的原因；
  - 理解分层（例如性别、种族和收入）与健康不公平之间的交互作用；
  - 定量分析国家层次以上的政治、经济和社会体系对国际、国内的健康和健康不公平的影响。
2. 从全球到地方，针对健康社会决定因素和健康公平问题的干预
  - 评估社会层面的行动（政策和项目）对健康不公平的影响；
  - 研究社会、经济和健康成本以及减少健康不公平带来的收益。
3. 政策分析
  - 分析导向健康公平相关干预的政策过程；
  - 理解多部门合作、国家和地方治理与政策制定一致性中存在的文化环境障碍和机会；
  - 识别现行的优秀实践，为多部门合作开发工具。
4. 监督和测量
  - 开发新方法以监督和测量健康不公平性，评价以人群为基础的干预措施效果。

### 健康公平的目的和目标

委员会提出了自己的建议，设定了全球挑战。在通向健康公平的前进道路上，需要有目的和可测量的目标。目的和目标能够转变政策方向，改进资源配置，改善发展结果。通过进行常规公开报告、开发全球和国家层次的数据系统，全世界能够了解哪些目标已被实现，哪些方面还需进一步努力。

这在千年发展目标上有所体现。千年发展目标同样关注特定环境中优质统计数据 and 监测发展政策的主要目标的重要性。在国家层面上实现与健康相关的千年发展目标和具体目标，意味着缩小国家间健康不公平的绝对差距。目前，这些目标不体现国家内的健康公平。显然，与健康结果相关的千年发展目标将以人群平均数的方式加以展现，而不体现

国际和国内健康结果的分布情况。

从当前聚焦的千年发展目标及其 2015 年时限延伸出去，委员会当然关注国家间的健康不公平性，也关注高、中、低收入国家内的健康社会等级，还关注影响成年人死亡率的传染性和非传染性疾病、暴力和伤害。

委员会眼中的期望目标是，全世界的领导人、国际组织、国家政府和市民社会团体共同致力于：

### 用一代人时间弥合健康差距

要想朝着渴望的目标前进，就必须持续缩小最差人群与最好人群之间的差距。还需要改善所有社会群体的健康，使其健康水平与最好人群更加接近，最后逐渐削平健康等级。

国际机构和国家政府有责任在多方咨询的基础上为健康公平和健康社会决定因素制定详细的目的和目标，提出行动计划以明晰目标是什么以及需要哪些资源。作为一个起点，委员会提出了如下三项目标。如果按照委员建议的那样采取行动，那么定将取得很多成绩，朝着“用一代人时间弥合健康差距”的目标迈进。委员会迫切希望世界卫生组织在咨询中发展这些健康公平目标，并且带头完成目标。

**目标 1：**2000 年至 2040 年间每 10 年为一个阶段，通过提高低出生期望寿命国家的寿命水平，缩小出生期望寿命最低的 1/3 国家与最高的 1/3 国家之间的出生期望寿命差距。

2000 年至 2040 年间，通过提高低社会经济地位群体的出生预期寿命，让各国国内不同社会群体的出生期望寿命差距减半。

**目标 2：**2000 年至 2040 年间，让所有国家和各国国内不同社会群体的成年人死亡率减半。

即达成这一目标就要让国际和国内的成年人死亡率差距减半。

**目标 3：**2000 年至 2040 年间，让所有国家和各国国内不同社会群体的 5 岁以下儿童死亡率下降 90%；2000 年至 2040 年间，让所有国家和各国国内不同社会群体的孕产妇死亡率下降 95%。

即是说，达成这一目标就要让国际和国内的 5 岁以下儿童死亡率差距减少 90%，孕产妇死亡率差距减少 95%。

如第一章所述，虽然我们无法期望用一代人时

间完全消除健康差异，但是我们知道有可能大幅度减少国际和国内的健康不公平性。为了清楚界定这里提出的目标，会对过去趋势表现良好的国家做进一步研究。以目标1（出生期望寿命）为例，1950年至1980年间出生期望寿命变化趋势受到了考察，因为在此期间全球出生期望寿命差距有所减小。在某些案例中，尤其是在国内出生期望寿命不公平的情况下，很难获得界定目标所需的基线数据。目标3大致上是将千年发展目标的4A和5A<sup>2</sup>目标延伸到2040年。目标2和目标3的基本原则是死亡率在国家之间和国家内部的下降至少要成比例。更明确地说，死亡率最高的国家和社会群体，其死亡率下降的比例至少应该等于死亡率最低的国家和社会群体。在上述原则基础上达成这些目标，可以确保减少国家间和国内不同社会群体间死亡率的绝对不公平程度。相对不公平程度或者保持不变，或者在取得比成比例下降更大的降幅时减少。委员会更加期望看到，健康状况最差的国家和社会群体能够得到迅速改善。

实现目标的过程中会有挑战。第一，众所周知，在实现千年发展目标4A和5A时遇到了很大困难，尤其是在撒哈拉以南的非洲地区，以及其他一些地区的国家里。以印度为例，其发展趋势无法吻合千年发展目标4A的要求（Countdown Group, 2008）。类似地，这些国家和地区在实现上述死亡率降低幅度时都将面临巨大挑战。不过，实现这些目标是全球的责任，至少因为全球层次的决定因素影响着国际和国内的健康不公平性。1950年至1980年间儿童死亡率大幅降低说明，实现千年发展目标4A和关于5岁以下儿童死亡率的目标3具有可行性。当然，有些国家在实现千年发展目标4A和5A时表现良好，以印度尼西亚和秘鲁为例，其5岁以下儿童死亡率分别以年均6.2%和7.1%的幅度下降，从趋势上看能够实现千年发展目标4A和关于5岁以下儿童死亡率的目标3（Countdown

Group, 2008）。印度5岁以下儿童死亡率年均降幅不到3%，这一下降趋势不足以实现千年发展目标4A（Countdown Group, 2008）。

实现这些目标要求承诺长期投资于健康社会决定因素，只有通过强大而专注的努力才有可能将其变为现实——那些从当前趋势上看无法实现千年发展目标的国家和地区尤其需要关注。2005年印度的孕产妇死亡率是450/10万名活产儿（Countdown Group, 2008）。根据目标3，到2040年——差不多30年以后——印度的孕产妇死亡率应当降到22.5/10万名活产儿，从绝对数上来说，与今天中国的孕产妇死亡率相差无几。

这些目标被提交咨询，并进行进一步拓展。如果把咨询模式套用到目标设定过程中，那么设定过程本身就可以建立起合作伙伴关系，以支持预期结果的实现（Kickbusch, 2003）。现在就可以采取行动同时监测目标完成情况，这些步骤都被详细归纳在本报告的建议中。欢迎国际组织和各个国家对现有目标进行再评价，并在其中加入公平要素。不同国家和社会群体之间死亡率至少成比例下降是个一般性原则，对于现有的很多目标都适用。

在其现有监测体系中，国际组织和国家对健康公平和健康社会决定因素测量方法进行整合，这一点至关重要。应当以第16章（健康社会决定因素：监测、研究和培训）提出的框架为基础，界定健康社会决定因素和健康公平的目标。

### 通向健康公平的里程碑——中短期成果

设置里程碑与提出行动建议和界定目标一样重要。利用里程碑就有可能追踪全球和国家层次上健康公平和健康社会决定因素行动的进展情况，还有助于保证国际机构、国家政府、市民社会和私立部门负起责任。为发起这一进程，委员会列出了以下部分关键成果的时间表（表17.1）：

<sup>2</sup> 千年发展目标的4A：1990—2015年间，5岁以下儿童死亡率减少2/3；千年发展目标5A：1990—2015年间，孕产妇死亡率减少3/4

表 17.1 通向健康公平的里程碑

日期	里程碑
2008.11	全球会议：“用一代人时间弥合健康差距：借助健康社会决定因素行动争取健康公平”。
2008–2009	在委员会之后创立全球联盟，与世界卫生组织合作推进健康社会决定因素议程。
2008–2009	计算委员会建议的经济和社会成本，以及不采取行动的损失。
2009	召开委员和健康社会决定因素倡导者的会议，制定全球计划发布和实施委员会建议。
2009	世界卫生大会关于健康社会决定因素和健康公平的决议。
2008–2013	研究出资方逐渐在健康社会决定因素上投入更多资源，特别是委员会强调的研究领域。
2008–2013	增加采纳健康社会决定因素和健康公平策略、制定和执行健康社会决定因素政策的国家数量，到 2013 年至少 50% 的高、中、低收入国家制定出通过健康社会决定因素行动减少健康不公平的计划，并且有切实证据表明他们执行了计划。
2009–2010	在世界卫生组织的支持下，经济和社会理事会为健康社会决定因素建立一个联合国多部门协调机制，下设相关主题领域工作组，初始应当包括早期儿童发展、性别平等、就业和工作环境、卫生服务体系、参与式治理，该机制囊括了所有有关的多边机构和市民社会利益相关者。
2010	在世界卫生组织的支持下，经济和社会理事会要为联合国考虑采纳健康公平作为全球核心发展目标做好准备，要有合适的指标用以追踪国际和国内进展情况。
2010	在第一届联合国成员国健康公平和健康社会决定因素全球论坛上，提交第一份健康公平报告（报告全球和国家的健康监测框架指标和目标）。
2013	回顾世界卫生组织健康社会决定因素目标进展情况。
2015	千年发展目标截止日期；从健康公平视角回顾进展：第二届全球论坛和第二份 5 年全球健康公平报告。
2020–2040	每 5 年对减少国际国内健康不公平的进展情况进行回顾。





# 主要建议 1

## 改善日常生活条件

要想改善妇女的健康及其子女的出生环境，就必须重点关注早期儿童发展和教育，改善居住和工作条件，制定覆盖全民的社会保障政策，为晚年幸福生活创造条件。实现上述目标的政策需要全民广泛参与。

### 第 5 章：起点公平

**行动领域 1：承诺并执行一套综合策略以干预儿童生活，该策略应当以现有儿童生存项目为基础，将干预措施扩展到早期生活领域，包括儿童的社会 / 情感和语言 / 认知发展。**

委员会建议如下：

5.1 世界卫生组织与联合国儿童基金会组建机构间协调机制，以保证早期儿童发展政策的一致性，此后，一个跨机构的早期儿童发展综合策略开始发挥作用（参见建议 15.2；16.8）。

5.2 政府建立一套覆盖全民的综合服务包，在不考虑个人支付能力的前提下，为儿童、母亲和其他看护人提供优质的早期儿童发展项目和服务（参见建议 9.1；11.6；16.1）。

**行动领域 2：结合早期儿童发展的原则（身体、社会 / 情感、语言 / 认知发展），扩展教育机会，丰富教育内涵。**

委员会建议如下：

5.3 从学前阶段开始，政府提供与儿童身体、社会 / 情感、语言 / 认知发展相关的优质教育。

5.4 在不考虑个人支付能力的前提下，政府为所有儿童提供包括小学和初中阶段的优质义务教育；找出儿童入学和升学困难的原因并加以解决，取消小学学费（参见建议 6.4；13.4）。

### 第 6 章：健康环境健康人

**行动领域 1：将环境健康和健康公平置于城市治理和规划的核心位置。**

委员会建议如下：

6.1 在中央政府支持下，地方政府和市民社会一起组建地方的参与式治理机制，让社区与地方政府结成伙伴关系，共同把城市建设得更健康、更安

全（参见建议 14.3）。

6.2 国家和地方政府与市民社会联手管理城市发展，扩大提供老百姓住得起的优质住房。在联合国人类住区规划署按需提供支持的情况下，以不考虑个人支付能力为前提，投资改造城市贫民窟，包括优先为所有家庭提供清洁饮水和市政环卫、供电以及铺设道路（参见建议 15.2）。

6.3 地方政府和市民社会对城市进行合理规划和设计，通过投资自主交通来增进体力活动；通过制定零售规划来管理食品的购买和销售，鼓励健康饮食；通过良好的环境设计和法规管制，包括控制酒类专营店，来减少暴力和犯罪（参见建议 12.3）。

**行动领域 2：通过持续投资农村的发展，处理导致农村贫困、失地和转移安置问题的歧视性政策和程序，促进城乡之间健康公平。**

委员会建议如下：

6.4 国家与地方政府制定、执行政策和项目时应当关注：农村土地使用期限和权利；农村全年就业机会；国际贸易协定中农业的发展和公平；包括健康、教育、公路和服务在内的基础设施建设；保护农村进城流动人口健康的相关政策（参见建议 5.4；9.3）。

**行动领域 3：确保应对气候变化和其他环境退化问题的经济社会政策，考虑到健康公平。**

委员会建议如下：

6.5 在政府间气候变化专门委员会建议的基础上，国际机构和各国政府应当考虑农业、交通、燃料、建设、工业和废物处理等顺应和减缓气候变化的策略对健康公平产生的影响。

### 第 7 章：公平就业与体面工作

**行动领域 1：在制定国家和国际的社会经济政策时，应当把充分就业、公平就业和体面工作当作核心目标。**

委员会建议如下：

7.1 充分就业、公平就业以及体面工作不仅是国际组织的共同目标，也应当是国家政策议程

的核心组成部分，这就要求在制定与就业和工作有关的政策、法规和项目时，赋予工人更大的发言权（参见建议 10.2；14.3；15.2）。

**行动领域 2：只有为所有人提供安全、保障、同工同酬、全年就业机会和健康的工作——生活平衡机制，才有可能实现健康公平。**

委员会建议如下：

7.2 各国政府应当制定和执行相关经济社会政策，提供安全工作，在参考当前现实健康生活成本的基础上提供一份足以维生的工资（参见建议 8.1；13.5）。

7.3 强化公共职能以贯彻法规机制，为了全体工人，促进并落实公平就业和体面工作的标准。（参见建议 12.3）。

7.4 政府应当通过政策和法规确保工资水平建立在真实生活成本、社会保障和家庭负担的基础上，以减少非正式工、临时工和钟点工等非稳定就业人员的不安全感（参见建议 8.3）。

**行动领域 3：为全体员工改善工作条件，以减少危险物质暴露、工作压力和危害健康的行为。**

委员会建议如下：

7.5 职业健康与安全政策和项目应当覆盖全体正式和非正式员工，其范畴应当从降低危险物质暴露扩展到减少工作压力和健康危害行为（参见建议 9.1）。

## 第 8 章：覆盖生命周期的社会保障

**行动领域 1：建立和巩固覆盖全民的全面社会保障政策，以维持一定的收入水平，保证人人过上健康的生活。**

委员会建议如下：

8.1 政府需要在援助方和市民社会的帮助下，在雇主们的恰当配合中，建立起覆盖全民的社会保障体系，提高保障力度以达到维持健康生活所需的水平（参见建议 7.2；11.1）。

8.2 政府需要在援助方和市民社会的帮助

下，在雇主们的恰当配合中，使用备用计划来支援那些不属于全民社会安全网的人。

**行动领域 2：社会保障体系面扩大，吸纳那些通常被排斥在外的人群。**

委员会建议如下：

8.3 政府需要在援助方和市民社会的帮助下，在雇主们的恰当配合中，确保社会保障体系面的扩大，吸纳那些非稳定就业者，包括非正式员工、家务劳动者和看护工作者（参见建议 7.4；11.1；13.3）。

## 第 9 章：全民卫生保健

**行动领域 1：以公平、强调疾病预防和健康促进为原则建立卫生保健体系。**

委员会建议如下：

9.1 以提供全民覆盖的高质量服务为原则，各国政府、市民社会和援助方一起建设卫生保健服务体系，建设重点是初级卫生保健（参见建议 5.2；7.5；8.1；10.4；13.6；14.3；15.2；16.8）。

**行动领域 2：确保卫生保健体系筹资公平。**

委员会建议如下：

9.2 各国政府确保公立部门在卫生保健体系筹资中的领导地位，集中以税收 / 保险为基础的筹资，保证卫生服务覆盖全民而不考虑个人支付能力，使得个人现金的卫生支出最小化（参见建议 10.4；11.1；11.2）。

**行动领域 3：建设和加强卫生人力，扩展能力使其在健康的社会决定因素上发挥作用。**

委员会建议如下：

9.3 各国政府和援助方增加对医学和卫生人力的投入，使城乡之间卫生人力资源均衡分布（参见建议 6.4；16.5）。

9.4 国际机构、援助方和各国政府应当共同处理卫生人力资源中智力资源外流问题，关注对不断增长的卫生人力资源和培训的投资，制定双边协议以调节获益和损失。

# 主要建议 2

## 解决权力、金钱和资源分布的不公平

如要解决健康和日常生活环境的不公平，就必须解决社会组织方式上的不公平，例如男女之间的不公平。这就需要有一个负责任、有能力并且资金充足的强大的公共部门。要实现这一点，就需要有一个更加强而有力的政府——这就要求加强治理：为市民社会、为负责任的私立部门、为全社会就公共利益达成一致和重新确认集体行动的价值，提供合法性、空间和支持。在全球化的世界中，从社区层次到全球机构，对于公平治理的需要都是平等的。

### 第 10 章：在所有政策、体系和规划中体现健康公平

**行动领域 1：中央政府应当肩负起健康和健康公平行动的责任，并确保其各种政策之间协调一致。**

委员会建议如下：

10.1 议会或与之相当的监管机构，应当把通过健康社会决定因素行动改善健康公平作为政府绩效考核的一项目标（参见建议 13.2；15.2）。

10.2 中央政府应当负责建立一整套政府机制，尽可能由最高层领导担任主席，并对议会负责（参见建议 11.1；11.2；11.5；12.2；13.2；16.6）。

10.3 把监督社会决定因素和健康公平相关指标的工作制度化，对包括财政在内的所有政府政策进行健康公平影响力评估（参见建议 12.1；15.1；16.2；16.7）。

**行动领域 2：矫正卫生部门——在卫生部的政策和规划职能中采用社会决定因素框架，加强卫生部在支持政府社会决定因素策略方面的管理职能。**

委员会建议如下：

10.4 在卫生部领导下，卫生部门应当从健康促进、疾病预防和卫生保健方面不断完善其政策和规划，努力将健康社会决定因素策略纳入其中（参见建议 9.1）。

10.5 世界卫生组织支持各国卫生部门在健康社会决定因素框架下开展工作，提高相关知识和能力，并主张卫生部门在支持政府的社会决定因素策略时发挥领导作用（参见建议 15.3；16.8）。

### 第 11 章：公平筹资

**行动领域 1：为开展健康社会决定因素行动，加强公共筹资。**

委员会建议如下：

11.1 援助方、多边机构和成员国应当建立并加强国家征收累进税的能力（参见建议 8.1；8.3；9.2；10.2）。

11.2 要在全球和国家层面开发新的公共筹资机制，包括征收特别健康税和提供多种征税方案（参见建议 9.2；10.2）。

**行动领域 2：为健康公平筹集更多国际资金，通过健康社会决定因素框架对增加的资金加以协调。**

委员会建议如下：

11.3 援助国应遵守当前承诺，加大援助力度，力争援助额达到国内生产总值的 0.7%；扩充多边债务减免计划；通过健康社会决定因素框架来协调使用援助资金（参见建议 13.6；15.2）。

11.4 国际金融机构在拟定国际借贷合同条款和条件时应当确保诚信，避免贷方背负上长期巨额债务。

**行动领域 3：针对健康社会决定因素采取行动时，要公平配置政府资源。**

委员会建议如下：

11.5 中央和地方政府、市民社会应当建立起跨政府机制，对健康社会决定因素行动的预算进行公平合理的分配（参见建议 10.2）。

11.6 在不同地区和不同社会群体间配置公共资源时应当做到公平，比如在配置资源时可以使用公平性量表（参见建议 5.2；14.3；16.2）。

### 第 12 章：市场职责

**行动领域 1：评估国际国内的经济协定和政策制定对健康和健康公平的影响，并将评估作为一项长期制度固定下来。**

委员会建议如下：

12.1 世界卫生组织应当与其他相关多边机构合作，支持各个成员国评估全球、地区和双边的主



要经济协定对健康公平的影响，并将评估作为一项长期制度固定下来（参见建议 10.3；16.7）。

12.2 政府的决策机构应在世界卫生组织的支持下，保证和加强公共卫生在国内和国际经济政治协商中的表达（参见建议 10.2）。

**行动领域 2：增强政府在提供健康相关基本服务（例如清洁饮水 / 市政卫生）中的突出作用，加强对影响健康的产品和服务的管理。**

委员会建议如下：

12.3 国家政府应与相关的多边机构合作，加强公共领域在提供卫生相关产品和服务的能力，以及对那些有损健康产品的有效控制（参见建议 6.3；7.3）。

## 第 13 章：性别公平

**行动领域 1：在社会结构中消除性别偏见，这些社会结构包括了法律的制定和执行、组织运作的方式、干预措施的设计以及衡量经济贡献的方法。**

委员会建议如下：

13.1 政府要建立和执行促进性别公平的法律，把性别歧视纳入违法行为范畴（参见建议 14.1）。

13.2 政府和国际组织要在中央行政机构设立一个性别公平部门，并为其提供充足和长期的资金。该部门应对相关政策、项目和机构安排对性别公平的影响加以分析（参见建议 10.2；15.2）。

13.3 政府的经济贡献应包括家务工作、照料工作、自愿工作等，同时要多纳入非正式工作（参见建议 8.3）。

**行动领域 2：设计并资助缩小教育和技能差距的政策、项目，以更好地支持妇女参与经济活动。**

委员会建议如下：

13.4 政府和捐助者可以通过对正式和职业性教育与培训的投资，来加强妇女的能力（参见建议 5.4）。

13.5 政府和雇主应当通过法律来保证同工同酬，支持妇女的经济地位，提供平等机会，建立利于家庭的政策，尽量保证男性和女性在家庭中责任的公平性（参见建议 7.2）。

**行动领域 3：重申承诺，解决性与生殖健康问题，使其成为全民享有的权利。**

委员会建议如下：

13.6 政府、捐助者、国际机构和公民社会都应加大他们对性和生殖健康服务和项目的投入，达到全民覆盖（参见建议 9.1；11.3）。

## 第 14 章：政治赋权——包容性与发言权

**行动领域 1：在有关社会运行，特别是在对健**

**康公平产生影响的决策过程中，应当公平地分配表决权，做到给所有社会群体赋权。**

委员会建议如下：

14.1 国家政府应当加强政治和法律体系，以保证他们能促进所有人的公平参与（参见建议 13.1；16.1）。

14.2 国家政府承认边缘人群的合法性，并要为这些人群提供支持，尤其是本土人群。要通过政策、立法和项目来满足他们的需求、要求和权利。

14.3 国家和地方政府要保证所有群体和社区在健康问题决策过程中的公平参与，以及其后续项目、服务提供和评估上的公平参与（参见建议 6.1；7.1；9.1；11.6）。

**行动领域 2：增强市民社会的组织和行动能力，以便提高全社会对政治和社会权力影响健康公平的认识。**

委员会建议如下：

14.4 通过自下而上的方式促进健康公平，需要公民社会的支持，建立、加强和实施以健康公平为目的的行动。

## 第 15 章：全球善治

**行动领域 1：让健康公平成为一项全球发展目标，通过采纳健康社会决定因素框架来加强多边发展行动。**

委员会建议如下：

15.1 到 2010 年，联合国应当通过世界卫生组织以及联合国经济和社会理事会，将健康公平作为全球发展目标的核心，使用适宜的指标来监测国家内和国家间的进展（参见建议 10.1；10.3；16.3）。

15.2 到 2010 年，由世界卫生组织支持的经济社会委员会应当考虑在联合国下建立一个以健康的社会决定因素为主题的工作小组，主要针对儿童早期发展、性别公平、就业机会和工作环境、卫生保健系统和参与式治理模式等，将所有相关的多边机构和公民社会组织利益相关者纳入进来，并定期汇报（参见建议 5.1；6.2；9.1；13.2）。

**行动领域 2：增强世界卫生组织在健康社会决定因素的全球行动中的领导力，将健康社会决定因素制度化，作为一项基本原则贯穿到世界卫生组织各个部门和国家项目中。**

委员会建议如下：

15.3 世界卫生组织应当建立一个从总部到国家层面，跨领域的研究健康的社会决定因素的方式和途径（参见建议 10.5；16.8）。

## 主要建议 3

# 测量和理解问题，评估行动的影响力

承认的确存在健康不公平，并且对全球和国内的健康不公平加以测量，这是开展行动的必要基础。在世界卫生组织的支持下，国际组织和各国政府应当在全球和国家层次上建立健康公平监督系统，对健康不公平和健康的社会决定因素进行常规监测，应当评估政策和行动对健康公平产生的影响。投资培训政策制定者、卫生从业者和人民群众，让他们了解健康的社会决定因素，这就为采取有效行动，扼制健康不公平创造了组织空间和组织能力。此外，在公共卫生研究中加强对社会决定因素的关注同样不可或缺。

### 第 16 章：健康社会决定因素：监测、培训和研究

**行动领域 1：在国际、国家和地方层次上，确保建立常规的健康公平和健康社会决定因素监测体系。**

委员会建议如下：

16.1 政府应当保证在不增加家庭经济成本的前提下，对所有儿童进行出生登记。这是对全民出生和死亡登记的重要改善（参见建议 5.2；14.1）。

16.2 各国政府应当建立国家健康公平监督体系，收集健康公平和健康社会决定因素的相关数据（参见建议 10.3）。

16.3 世界卫生组织应当负责建立一个全球健康公平监督体系，将其纳入全球治理的大框架内（参见建议 15.1）。

**行动领域 2：加大投入，产出新的证据以说明社会因素如何影响人群健康和健康公平、哪些行动手段可有效作用于社会决定因素以减少健康不公平，并且及时分享这些证据和知识。**

委员会建议如下：

16.4 研究出资机构应当提供专项预算，支持开展关于健康公平和健康社会决定因素的研究，包括健康公平干预研究，并且在全球范围内分享研究成果。

**行动领域 3：为政策参与者、利益相关者和实践者提供健康社会决定因素的相关培训，投入资源提高公众对健康社会决定因素的认识。**

委员会建议如下：

16.5 在培养医学和健康专业人员时，教育机构和相关部委应当让健康社会决定因素成为一项标准的必修内容（参见建议 9.3）。

16.6 教育机构和相关部委应当采取行动，提高非医学专业人员和普通群众对健康社会决定因素的认识（参见建议 10.2）。

16.7 政府应当在各个部门的政策制定者和计划者中开展能力建设，以便实施健康公平影响力评估（参见建议 10.3；12.1）。

16.8 世界卫生组织应当加强自身能力，为全球、国家和地方的健康社会决定因素行动提供技术支持（参见建议 5.1；9.1；10.5；15.3）。

---

## 委员简介

**Michael Marmot** 健康的社会决定因素委员会主席，社会与健康国际协会会长，伦敦大学学院流行病学和公共卫生学系主任。2000年，因其在流行病学和健康公平领域的杰出贡献被授予爵士爵位。

**Frances Baum** 弗林德斯大学公共卫生学系主任、教授，南澳大利亚社区卫生研究所基金主管，大众健康运动全球协调委员会的联合主席。

**Monique Bégin** 加拿大渥太华大学管理学院教授，两次担任加拿大国家健康和福利部部长。她是第一位被选入下议院的魁北克省女性。

**Giovanni Berlinguer** 欧洲议会议员。2001–2007年为联合国教科文组织国际生物伦理学委员会的成员，曾是生物伦理学全球宣言方案的起草人。

**Mirai Chatterjee** 印度自雇妇女联合会的社会保障协调人，该联合会是一个由超过90万名自我雇佣的妇女组成的贸易协会。她最近任职于国家顾问委员会和国家委员会的非工会部门。

**William H. Foege** Emory大学著名的国际卫生名誉教授。他曾担任美国疾病预防控制中心主任，疾病预防控制中心消除天花项目主席，卡特中心常务董事。他也是比尔和梅琳达盖茨基金会的资深医学顾问。

**郭岩** 北京大学医学部公共卫生学院教授，中国农村卫生协会副会长，中国健康教育协会副会长。

**Kiyoshi Kurokawa** 日本东京的国家研究生院政策学教授。他也是内阁办公室科技政策委员会成员，以前曾任日本与太平洋地区科学协会科学理事会主席。

**Ricardo Lagos Escobar** 智利前总统，曾任教育部和公共建设部部长。他是一名经济学家并且拥有律师执业资格，也曾作为一名经济学家在联合国任职。

**Alireza Marandi** 伊朗伊斯兰共和国 Shaheed Beheshti 大学儿科学教授。他曾两任卫生（和医学教育）部部长。此外，他是该部的代理部长和顾问。最近他被选为伊朗国会议员。

**Pascoal Mocumbi** 欧洲和发展中国家临床试验合作伙伴关系高级代表，莫桑比克共和国前总理。在此之前，他担任过外交部和卫生部部长。

**Ndiro Ndiaye** 国际移民组织副署长，曾任塞内加尔社会发展部部长，妇女儿童和家庭事务部部长。

**Charity Kaluki Ngilu** 肯尼亚卫生部部长。就职之前，她曾是肯尼亚国民大会成员、民主党代表。自1989年起，她就是 Maenbeleo ya Wanawake 组织（国家妇女运动）的领导人。

**Hoda Rashad** 埃及开罗的美洲大学社会研究中心主任和研究员。她是埃及国家议会两院中上议院议员。她还在国家妇女委员会供职，该委员会直接向埃及总统汇报。

**Amartya Sen** Lamont 大学教授，哈佛大学经济和哲学教授。1998年，曾获得经济学诺贝尔奖。

**David Satcher** 超越健康差距中心主任，Satcher 健康领导力协会的创始人。他担任美国上将军医和卫生助理大臣，也曾是美国疾病预防控制中心主任。

**Anna Tibaijuka** 联合国人类住区规划署（UN-HABITAT）执行署长。她也是独立后坦桑尼亚国家妇女委员会的成立主席。

**Denny Vagerö** 医学社会学教授，瑞典 CHES（健康公平研究中心）主任。他是瑞典皇家科学院院士及其健康委员会常务委员。

**Gail Wilensky** HOPE 基金会（一家国际健康教育基金会）资深董事。她曾经管理过美国政府的医疗照顾保险和医疗救助保险项目，也曾主持过两任委员会向美国国会提供关于医疗照顾保险的建议。

---

## 参考文献

- Aboriginal and Torres Islander Social Justice Commissioner (2005). *Social justice report*. Sydney, Human Rights & Equal Opportunity Commission. ([http://www.hreoc.gov.au/social\\_justice/sj\\_report/sjreport05/pdf/SocialJustice2005.pdf](http://www.hreoc.gov.au/social_justice/sj_report/sjreport05/pdf/SocialJustice2005.pdf), accessed 20 February 2008).
- Abramson JH (1988). Community-oriented primary care – strategy, approaches and practice: a review. *Public Health Review*, 16:35-98.
- Acosta M (2006). *Identity rights, civil registration and asset accumulation*. Brookings/Ford Workshop Asset-based Approaches. Washington, DC, Brookings Institution (<http://www.brookings.edu/>, accessed March 2008).
- Action for Healthy Kids (2007). Action for Healthy Kids 2005-2006 Annual Report. Skokie, IL, Action for Healthy Kids. ([http://www.actionforhealthykids.org/pdf/AFHK\\_report\\_FINAL\\_5\\_7\\_07.pdf](http://www.actionforhealthykids.org/pdf/AFHK_report_FINAL_5_7_07.pdf), accessed 13 May 2008)
- Adlung R (2006). Public Services and the GATS. *Journal of International Economic Law*, 9:455-485.
- Agency for Healthcare Research and Quality (2003). *National Healthcare Disparities Report: inequality in quality exists*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality. (<http://www.ahrq.gov/QUAL/nhdr03/nhdrsum03.htm#Inequality>, accessed 7 March 2008).
- Aiyer A (2007). The allure of the transnational: notes on some aspects of the political economy of water in India. *Cultural Anthropology*, 22:640-658.
- Akin JS et al. (2005). Changes in access to health care in China, 1989-1997. *Health Policy and Planning*, 20:80-89.
- Akin JS, Dow WH & Lance PM (2004). Did the distribution of health insurance in China continue to grow less equitable in the nineties? Results from a longitudinal survey. *Social Science and Medicine*, 58:293-304.
- Alam KR (2006). Ganokendras: an innovative model for poverty reduction in Bangladesh. *International Review of Education*, 52:343-352.
- Alliance for Healthy Cities (nd). *Alliance for Healthy Cities website*. Tokyo: Alliance for Healthy Cities (<http://www.alliance-healthycities.com>, accessed 10 April 2008).
- Ambrose S (2006). Preserving disorder: IMF policies and Kenya's health care crisis. *Pambazuka News*. (<http://www.pambazuka.org/en/category/features/34800>, accessed 27 May 2008).
- Arslanalp S & Henry PB (2006). Policy watch: debt relief. *Journal of Economic Perspectives*, 20:207-220.
- Artazcoz L et al. (2005). Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59:761-767.
- Baez C & Barron P (2006). *Community voice and role in district health care systems in east and southern Africa: a literature review*. Harare, EQUINET. (<http://www.equinetafrica.org/bibl/docs/DIS39GOVbaez.pdf>, accessed 27 May 2008) (Discussion paper 39).
- Bajpai N, Sachs JD & Volavka N (2005). *India's challenge to meet the Millennium Development Goals*. New York, The Earth Institute at Columbia University. ([http://www.earthinstitute.columbia.edu/cgsd/documents/bajpai\\_indiamdchallenge.pdf](http://www.earthinstitute.columbia.edu/cgsd/documents/bajpai_indiamdchallenge.pdf), accessed 13 May 2008) (CGSD Working Paper No. 24).
- Balabanova D (2007). *Health sector reform and equity in transition*. Prepared for the Health Care Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Barriento S, Kabeer N & Hossain N (2004). *The gender dimensions of the globalization of production*. Geneva, Policy Integration Department, World Commission on the Social Dimension of Globalization, International Labour Office.
- Barrientos A & Lloyd-Sherlock P (2000). Reforming health insurance in Argentina and Chile. *Health Policy and Planning*, 15:417-423.
- Barrientos A & Lloyd-Sherlock P (2003). Health insurance reforms in Latin America – cream skimming, equity and cost containment. In: Haagh L & Helgo CT, eds. *Social policy reform and market governance in Latin America*. London, MacMillan, pp. 183-199
- Barrientos S & Smith S (2007). Do workers benefit from ethical trade? Assessing codes of labour practice in global production systems. *Third World Quarterly*, 28:713-729.

- Barrios S, Bertinelli L & Strobl E (2006). Climatic change and rural-urban migration: the case of sub-Saharan Africa. *Journal of Urban Economics*, 60:357-371.
- Bartley M (2005). Job insecurity and its effect on health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59:718-719.
- Barton A et al. (2007). The Watcombe Housing Study: the short term health of residents. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61:771-777.
- Bates I et al. (2004). Vulnerability to malaria, tuberculosis, and HIV/AIDS infection and disease. Part II: Determinants operating at environmental and institutional level. *Lancet Infectious Diseases*, 4:368-375.
- Bauer PT (1981). *Equality, the third world, and economic delusion*. Cambridge, Harvard University Press.
- Baum F (1995). Researching public health: behind the qualitative-quantitative methodological debate. *Social Science and Medicine*, 40:459-468.
- Baum F, ed. (1995). *Health for all: the South Australian experience*. Adelaide, Wakefield Press.
- Baum F (2007). Cracking the nut of health equity: top down and bottom up pressure for action on the social determinants of health, *Promotion and Education*, 14:90-95.
- Baum F (2008). *The new public health*. New York, Oxford University Press.
- Baum F, Fry D & Lennie I, eds. (1992). *Community health in Australia: practice and policy*. Sydney, Pluto Press.
- Baunsgaard T & Keen M (2005). *Tax revenue and (or?) trade liberalization*. Report No. WP/05/112. Washington, DC, International Monetary Fund.
- Bégin M (1998). Gender issues in health care. Presentation at the Symposium on Women Health in Women's Hands, Brandon, Manitoba, Canada, 2 May 1998.
- Benach J & Muntaner C (2007). Precarious employment and health: developing a research agenda. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61:276-277.
- Bennett S & Gilson L (2001). *Health financing: designing and implementing pro-poor policy*. London, Health Systems Resource Centre.
- Bettcher D, Yach D & Emmanuel Guindon G (2000). Global trade and health: key linkages and future challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 78:521-534.
- Bhorat H (2003). A universal income grant scheme for South Africa: an empirical assessment. In: Standing G & Samson M, eds. *A basic income grant for South Africa*. Cape Town, UCT Press, pp. 77-101.
- Bidani B & Ravallion M (1997). Decomposing social indicators using distributional data. *Journal of Econometrics*, 77:125-139.
- Bird G & Milne A (2003). Debt relief for low income countries: is it effective and efficient? *The World Economy*, 26:43-59.
- Birdsall N (2006). *The world is not flat: inequality and injustice in our global economy*. WIDER Annual Lecture 2005. Helsinki, World Institute for Development Economics Research.
- Black RE, Morris SS & Bryce J (2003). Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet*, 361:2226-2234.
- Black RE et al. (2008). Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*, 371:243-260.
- Bloom DE (2007). *Education, health, and development*. Cambridge, MA, American Academy of Arts and Sciences. ([http://www.amacad.org/publications/ubase\\_edu\\_health\\_dev.pdf](http://www.amacad.org/publications/ubase_edu_health_dev.pdf), accessed 4 September 2007).
- Blouin C (2007). Trade policy and health: from conflicting interests to policy coherence. *Bulletin of the World Health Organization* 85:169-172.
- Blouin C et al. (2007). *Trade liberalisation*. Globalisation Knowledge Network synthesis paper 4. Background document of the Globalisation Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Blumenthal D & Hsiao W (2005). Privatization and its discontents – the evolving Chinese health care system. *New England Journal of Medicine*, 353:1165-1170.
- Bokhari F, Gottret P & Gai Y (2005). *Government health expenditures, donor funding and health outcomes*. Washington, DC, World Bank.
- Bond P & Dor G (2003). *A critique of uneven health outcomes and neoliberalism in Africa*. Johannesburg, EQUINET. (<http://www.equinetafrica.org/bibl/docs/DIS2trade.pdf>, accessed 26 March 2007) (Discussion Paper 2).
- Boone P (1996). Politics and the effectiveness of foreign aid. *European Economic Review*, 40:289-328.
- Bourguignon F (2006). *The case for equity*. Francois Bourguignon was Senior Vice-President and Chief Economist of the World Bank between 2003 and 2007. Washington, DC, World Bank (<http://go.worldbank.org/XY6WQUQOZ0>, accessed 9 May 2008).
- Braveman P (1998). *Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low- and middle-income countries*. Geneva: World Health Organization (WHO/CHS/HSS/98.1).

- Budds J & McGranahan G (2003). Are the debates on water privatization missing the point? Experiences from Africa, Asia and Latin America. *Environment and Urbanization*, 15:87-114.
- Burnham G et al. (2006). Mortality after the 2003 invasion of Iraq: a cross-sectional cluster sample survey. *Lancet*, 368:1421-1428.
- Buss P & Carvalho A (2007). Health promotion in Brazil. *Promotion and Education*, 14:209-213.
- Caffery M & Frelick G (2006). *Attracting and retaining nurse tutors in Malawi. Health workforce“ Innovative Approaches and Promising Practices” study: the Capacity Project.* ([http://www.interchurch.org/resources/uploads/files/242Malawi\\_Prompractices\\_Report\\_First\\_Official\\_Draft.doc](http://www.interchurch.org/resources/uploads/files/242Malawi_Prompractices_Report_First_Official_Draft.doc), accessed 8 February 2007).
- Caldwell JC (1986). Routes to low mortality in poor countries. *Population and Development Review*, 12:171-220.
- Campbell T & Campbell A (2007). Emerging disease burdens and the poor in cities of the developing world. *Journal of Urban Health*, 84:i54-i64.
- Campbell-Lendrum D & Corvalan C (2007). Climate change and developing-country cities: implications for environmental health and equity. *Journal of Urban Health*, 84:i109-i117.
- Canadian Health Services Research Foundation (2007). *Incorporate lay health workers to promote health and prevent disease.* Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation. ([http://www.chsrf.ca/mythbusters/html/boost11\\_e.php](http://www.chsrf.ca/mythbusters/html/boost11_e.php), accessed 24 January 2008).
- Carrin G, Waelkens MP & Criel B (2005). Communitybased health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems. *Tropical Medicine and International Health*, 10:799-811.
- CASEL (nd). *How evidence-based SEL programs work to produce greater student success in school and life.* Chicago, Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning. (<http://www.casel.org/downloads/academicbrief.pdf>, accessed 1 February 2008).
- Catford J (2005). The Bangkok Conference: steering countries to build national capacity for health promotion. *Health Promotion International*, 20:1-6.
- Chan M (2007). Speech to the Eleventh Global Forum for Health Research, Beijing, China, 29 October 2007. Geneva, World Health Organization. ([http://www.who.int/dg/speeches/2007/20071029\\_beijing/en/index.html](http://www.who.int/dg/speeches/2007/20071029_beijing/en/index.html), accessed 10 April 2008).
- Chan (2008). Speech to the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies Global Health and Care Forum 2008: primary health care starts with people, Geneva, 14 May 2008. (<http://www.who.int/dg/speeches/2008/20080514/en/index.html>, accessed 29 May 2008).
- Chandler MJ & Lalonde CE (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Horizons*, 10:68-72.
- Chen S & Ravallion M (2004). How have the world's poorest fared since the early 1980s? *The World Bank Research Observer*, 19:141-169.
- Chinyama V (2006). *Kenya's abolition of school fees offers lessons for the whole of Africa.* New York, UNICEF. ([http://www.unicef.org/infobycountry/kenya\\_33391.html](http://www.unicef.org/infobycountry/kenya_33391.html), accessed 5 February 2008).
- Choi S-H (2002). *Integrating early childhood into education: the case of Sweden.* UNESCO Policy Brief on Early Childhood. Paris, UNESCO. ([http://portal.unesco.org/education/en/ev.php-URL\\_ID=43971&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/education/en/ev.php-URL_ID=43971&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html), accessed 3 April 2008).
- Chu KY, Davoodi H & Gupta S (2004). Income distribution and tax and government spending policies in developing countries. In: Cornia GA, ed. *Inequality, growth and poverty in an era of liberalisation and structural adjustment.* Oxford, Oxford University Press.
- Cleland JG & Van Ginneken JK (1988). Maternal education and child survival in developing countries: the search for pathways of influence. *Social Science and Medicine*, 27:1357-1368.
- Clemens M, Radelet S & Bhavnani R (2004). *Counting chickens when they hatch: the short-term effect of aid on growth.* Washington DC, Center for Global Development (Working Paper 44).
- CMH (2001). *Macroeconomics and health: investing in health for economic development.* Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva, World Health Organization.
- COAG (2007). *Communique of the Working Group on Indigenous reform.* Canberra, Council of Australian Governments (<http://www.coag.gov.au/meetings/201207/index.htm#ind>, accessed 2 May 2008).
- Cobham A (2005). *Taxation policy and development.* Oxford, The Oxford Council on Good Governance (OCGG Economy Analysis no. 2).
- Cohen PN (2007). *Closing the gap: equal pay for women workers.* Statement prepared for the Health, Education, Labor, and Pensions Committee of the US Senate, 12 April 2007. ([http://help.senate.gov/Hearings/2007\\_04\\_12/Cohen.pdf](http://help.senate.gov/Hearings/2007_04_12/Cohen.pdf), accessed 5 May 2008).

- Collier P & Dollar D (2000). *Aid allocation and poverty reduction*. Washington, DC, World Bank (Policy Research Working Paper 2041).
- Collier P (2006). *Rethinking assistance for Africa*. Oxford, Institute of Economic Affairs.
- Connect International (nd). Connect International website. Leiden, Connect International (<http://www.connectinternational.nl>, accessed 9 May 2008).
- Côté R (2002/3). Pay equity at last in Quebec? *Labour Education*, 128:57-60 (<http://www.oit.org/public/english/dialogue/actrav/publ/ledpubl.htm>, accessed 5 May 2008).
- Countdown Group (2008). Countdown to 2015 for maternal, newborn, and survival: the 2008 report on tracking coverage and interventions. *Lancet*, 371:1247-1258.
- Cruz-Saco MA (2002). *Global insurance companies and the privatisation of pensions and health care in Latin America – the case of Peru*. Presented at the Globalism and Social Policy Programme (GASPP) Seminar, Dubrovnik, Croatia.
- CS (2007). *Civil society report*. Final report of the Civil Society work stream of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Curriculum Corporation (nd). Mind Matters website. Melbourne, MindMatters (<http://cms.curriculum.edu.au/mindmatters>, accessed 13 May 2008.)
- Cutler D & Lleras-Muney A (2006). *Education and health: evaluating theories and evidence*. Ann Arbor, National Poverty Center (National Poverty Center Working Paper Series: # 06-19) (<http://www.npc.umich.edu/publications/workingpaper06/paper19/working-paper06-19.pdf>, accessed 25 September 2007).
- CW (2007). *Translating the social determinants evidence into a health equity agenda at the country level*. Report of the Country work stream of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Dambisya Y, Modipa S & Legodi M (2005). *The distribution of pharmacists trained at the University of the North, South Africa*. Harare: EQUINET (<http://www.equinetafrica.org/bibl/docs/Dis31HRdambisya.pdf>, accessed 27 June 2007) (Discussion Paper 31).
- Das Gupta M et al. (2005). *Improving child nutrition outcomes in India: can the Integrated Child Development Services programme be more effective?* Washington, DC, World Bank (World Bank Policy Research Working Paper 3647).
- DAC (2005). Creditor Reporting System, Aid database. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development ([http://www.oecd.org/department/0,2688,en\\_2649\\_34447\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/department/0,2688,en_2649_34447_1_1_1_1_1,00.html), accessed 16 May 2008).
- Davies JB et al. (2006). *The world distribution of household wealth*. Research of the United Nations University (UNU-WIDER). Helsinki, World Institute for Development Economics.
- Davis KK, Scott Collins K & Hall AG (1999). *Community health centres in a changing US health care system*. New York, The Commonwealth Fund.
- de Ferranti D et al. (2004). *Inequality in Latin America & the Caribbean: breaking with history?* Washington, DC, World Bank.
- De Maeseneer J et al. (2007). *Primary health care as a strategy for achieving equitable care*. Paper prepared for the Health Care Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Deacon B et al. (2003). *Global social governance: themes and prospects*. Helsinki, Ministry of Foreign Affairs for Finland.
- Deaton A (2003). Health, inequality, and economic development. *Journal of Economic Literature*, 41:113-158.
- Deaton A (2004). Health in an age of globalization. *Brookings Trade Forum*, 83-130.
- Deaton A (2006a). Global patterns of income and health. WIDER Annual Lecture. WIDER Angle Newsletter, 2:1-3. ([http://www.wider.unu.edu/publications/newsletter/en\\_GB/angle-introduction/\\_files/78200687251423272/default/angle2006-2.pdf](http://www.wider.unu.edu/publications/newsletter/en_GB/angle-introduction/_files/78200687251423272/default/angle2006-2.pdf), accessed 20 March 2008).
- Deaton A (2006b). *Global patterns of income and health: facts, interpretations, and policies*. Helsinki, WIDER Annual Lecture.
- Debbane AM (2007). The dry plight of freedom: commodifying water in the Western Cape, South Africa. *Antipode*, 39:222-226.
- Deere CD & Leon M (2003). The gender asset gap: land in Latin America. *World Development*, 31:925-947.
- Delhi Group on Informal Sector Statistics (nd). Delhi Group on Informal Sector Statistics website. New York, UN. (<http://unstats.un.org/unsd/methods/citygroup/delhi.htm>, accessed 28 May 2008).
- Department for Communities and Local Government (2006). *Government action plan: implementing the Women and Work Commission recommendations*. London, Government Equalities Office ([http://www.womenandequalityunit.gov.uk/publications/wwc\\_govtactionplan\\_sept06.pdf](http://www.womenandequalityunit.gov.uk/publications/wwc_govtactionplan_sept06.pdf), accessed 5 May 2008).
- Department of Health (2005). *Tackling health inequalities:*

- status report on the Programme for Action. London, Department of Health.
- Department of Health (2007). *Review of the health inequalities infant mortality PSA target*. London, Department of Health.
- Dervis K (2005). *The challenge of globalization: reinventing good global governance*. Keynote address. Washington, DC, George Washington Center for the Study of Globalization.
- Dervis K & Birdsall N (2006). A stability and social investment facility for high-debt countries. Washington, DC, Center for Global Development (CGD Working Paper No. 27).
- Devernam R (2007). On solid ground: preserving the quality of place. *Environmental Practice*, 9:3-5.
- DFID (2008). *Helping Bolivia's poor to access their rights*. London, Department for International Development (<http://www.dfid.gov.uk/news/files/south-america/bolivia-identity.asp>, accessed March 6 2008).
- DHS (nd). *Demographic and Health Surveys*. Calverton, MD, MEASURE DHS. (<http://www.measuredhs.com>, accessed 15 February 2008).
- Dixon J et al. (2007). The health equity dimension of urban food systems. *Journal of Urban Health*, 84:i118-i129.
- Doherty J & Govender R (2004). *The cost-effectiveness of primary care services in developing countries: a review of the international literature*. A background paper commissioned by the Disease Control Priorities Project. Washington, DC, World Bank.
- Dorling D, Shaw M & Davey Smith G (2006). Global inequality of life expectancy due to AIDS. *BMJ*, 332:662-664.
- Douglas M & Scott-Samuel A (2001). Addressing health inequalities in health impact assessment. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55:450-451.
- Dreze J (2003). Food security and the right to food. In: Mahendra Dev S, Kannan K, Ramachandran N, eds. *Towards a food secure India: issues and policies*. New Delhi and Hyderabad, Institute for Human Development and Centre for Economic and Social Studies.
- Dummer TJB & Cook IG (2007). Exploring China's rural health crisis: processes and policy implications. *Health Policy*, 83:1-16.
- Easterly W (2006). *Planners vs. searchers in foreign aid*. ADB Distinguished Speakers Program, Asian Development Bank, 18 January 2006.
- Eastwood R & Lipton M (2000). *Rural-urban dimensions of inequality change*. Helsinki, World Institute for Development.
- ECDKN (2007a). *Early child development: a powerful equalizer*. Final report of the Early Child Development Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- ECDKN (2007b). *Total environment assessment model for early child development*. Evidence report. Background document of the Early Child Development Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- ECOSOC (1997). Agreed Conclusions 1997/2, 18 July 1997. ECOSOC (nd). *Background information on the United Nations Economic and Social Council*. New York, United Nations (<http://www.un.org/ecosoc/about>, accessed 28 May 2008).
- Edward P (2006). The ethical poverty line: a moral quantification of absolute poverty. *Third World Quarterly*, 27:377-393.
- EFILWC (2007). *Industrial relations developments in Europe in 2006*. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Eichler M, Reisman AL & Borins EM (1992). Gender bias in medical research. *Women and Therapy: a Feminist Quarterly*, 12:61-70.
- Elinder LS (2005). Obesity, hunger, and agriculture: the damaging role of subsidies. *BMJ*, 331:1333-1336.
- EMCONET (2007). *Employment conditions and health inequalities*. Final report of the Employment Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Engle PL et al. (2007). Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *Lancet*, 369:229-242.
- Epping-Jordan JE et al. (2005). Preventing chronic diseases: taking stepwise action. *Lancet*, 366:1667-1671.
- EU (1997). Decision No. 1400/97/EC of the European Parliament and of the Council of 30 June 1997 adopting a programme of Community action on health monitoring within the framework for action in the field of public health (1997 to 2001). *Official Journal of the European Communities*, 40:1-10.
- European Commission (1996). *A code of practice on the implementation of equal pay for work of equal value for women and men*. Brussels, European Commission (<http://aei.pitt.edu/3963/>, accessed 5 May 2008) (COM (96) 336 final, 17.07.1996).
- EUROTHINE (2007). *Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach*. EUROTHINE final report. Rotterdam, Department of Public Health, ErasmusMC University Medical Centre Rotterdam.



- Farley M (2006). 14 nations will adopt airline tax to pay for AIDS drugs. *Los Angeles Times*, 3 June.
- Farmer P (1999). Pathologies of power: rethinking health and human rights. *American Journal of Public Health*, 89:486-1496.
- Fathalla MF et al. (2006). Sexual and reproductive health for all: a call for action. *Lancet*, 368:2095-100.
- Felstead A et al. (2002). Opportunities to work at home in the context of work-life balance. *Human Resource Management Journal*, 12:54-76.
- Fernald LC, Gertler PJ & Neufeld LM (2008). Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: an analysis of Mexico's Oportunidades. *Lancet*, 371:828-37.
- Ferrie JE et al. (2002). Effects of chronic job insecurity and change of job security on self-reported health, minor psychiatry morbidity, psychological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56:450-454.
- Forman L (2007). Right and wrong: what utility for the right to health in reforming trade rules on medicines. Briefings volume four: comparative program on health and society and Lupina Foundation Working Paper Series. Toronto, Munk Centre for International Studies.
- French HW (2006). Wealth grows, but health care withers in China. *New York Times*, January 14.
- Friedman M (1958). Foreign economic aid: means and objectives. *The Yale Review*, 47.
- Friel S, Chopra M & Satcher D (2007). Unequal weight: equity oriented policy responses to the global obesity epidemic. *BMJ*, 335:1241-1243.
- Fröbel F, Heinrichs J & Kreye O (1980). *The new international division of labour*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Frumkin H, Frank L & Jackson R, eds. (2004). *Urban sprawl and public health: designing, planning and building for healthy communities*. Washington, DC, Island Press.
- Galea S & Vlahov D (2005). *Handbook of urban health*. New York, Springer.
- Galiani S, Gertler P & Schargrodsky E (2005). Water for life: the impact of the privatization of water services on child mortality. *Journal of Political Economy*, 113:83-120.
- Ganesh-Kumar A, Mishra S & Panda M (2004). Employment guarantee for rural India. *Economic and Political Weekly*, 39:5359-5361.
- Garau P, Sclar ED & Carolini GY (2005). *A home in the city*. UN Millennium Project: Taskforce on Improving the Lives of Slum Dwellers. London, Earthscan.
- GEGA (nd). The equity gauge: concepts, principles, and guidelines. Durban, Global Equity Gauge Alliance & Health Systems Trust ([http://www.gega.org.za/download/gega\\_gauge.pdf](http://www.gega.org.za/download/gega_gauge.pdf), accessed 5 May 2008).
- Geiger H (1984). Community health centres. In: Sidel V, Sidel R, eds. *Reforming medicine: lessons of the last quarter century*. New York: Pantheon Books, pp. 11-31.
- Geiger H (2002). Community-oriented primary care: a path to community development. *American Journal of Public Health*, 92:1713-1716.
- Gender Promotion Programme ILO (2001). Promoting gender equality – a resource kit for trade unions. Geneva, International Labour Organization. ([http://www.ilo.org/public/english/employment/gems/eo/tu/tu\\_toc.htm](http://www.ilo.org/public/english/employment/gems/eo/tu/tu_toc.htm), accessed 5 May 2008).
- GKN (2007). *Towards health-equitable globalisation: rights, regulation and redistribution*. Final report of the Globalisation Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Glasier A et al. (2006). Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet*, 368:1595-607.
- Glenday G (2006). *Toward fiscally feasible and efficient trade liberalization*. Durham, NC, Duke Center for Internal Development, Duke University.
- Glewwe P, Zhao M & Binder M (2006). *Achieving universal basic and secondary education: how much will it cost?* Cambridge, MA, American Academy of Arts and Sciences. (<http://www.amacad.org/publications/Glewwe.pdf>, accessed 4 September 2007).
- Global Forum for Health Research (2006). *Monitoring financial flows for health research: the changing landscape of health research for development*. Geneva, Global Forum for Health Research. ([http://www.globalforumhealth.org/filesupld/monitoring\\_financial\\_flows\\_06/Financial%20Flows%202006.pdf](http://www.globalforumhealth.org/filesupld/monitoring_financial_flows_06/Financial%20Flows%202006.pdf), accessed 9 May 2008).
- Goetz A & Gaventa J (2001). *Bringing citizen voice and client focus into service delivery*. Brighton, UK, Institute of Development Studies. (<http://www.ids.ac.uk/ids/bookshop/wp/wp138.pdf>, accessed 27 June 2007) (Institute of Development Studies Working Papers – 138).
- Gordon R & Lei W (2005). *Tax structures in developing countries: many puzzles and a possible explanation, 2005*. University of California San Diego and University of Virginia (<http://econ.ucsd.edu/~rogordon/puzzles16.pdf>, accessed February 2008).

- Gostin L (2007). The ‘Tobacco Wars’ – global litigation strategies. *JAMA*, 298:2537-2539.
- Gostin LO, Boufford JI & Martinez RM (2004). The future of the public’s health: vision, values, and strategies. *Health Affairs*, 23:96-107.
- Gottret P & Schieber G (2006). *Health financing revisited: a practitioner’s guide*. Washington, DC, World Bank.
- Govender V & Penn-Kekana L (2007). *Gender biases and discrimination: a review of health care interpersonal interactions*. Background document of the Women and Gender Equity Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Government of Canada (2007). *Tripartite First Nations Health Plan*. Vancouver, The First Nations Leadership Council, Government of Canada and Government of British Columbia.
- Graham H (1987). Women’s smoking and family health. *Social Science and Medicine*, 25:47-56.
- Graham H & Kelly MP (2004). *Health inequalities: concepts, frameworks and policy*. London, Health Development Agency. (<http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=502453>, accessed 5 May 2008).
- Graham WJ et al. (2004). The familial technique for linking maternal death with poverty. *Lancet*, 363:23-27.
- Grantham-McGregor SM et al. (1991). Nutritional supplementation, psychosocial stimulation, and mental development of stunted children: the Jamaican Study. *Lancet*, 338:1-5.
- Grantham-McGregor SM et al. (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*, 369:60-70.
- Grimsrud B (2002). *The next steps. Experiences and analysis of how to eradicate child labour*. Oslo, Fafo.
- Grown C, Gupta GR & Pande R. (2005). Taking action to improve women’s health through gender equality and women’s empowerment. *Lancet*, 365:541-543.
- Gupta S, Verhoeven M & Tiongson ER (2003). Public spending on health care and the poor. *Health Economics*, 12:685-696.
- Gwatkin D & Deveshwar-Bahl (2001). *Immunization coverage inequalities: an overview of socio-economic and gender differentials in developing countries*. New York, World Bank.
- Gwatkin D, Bhuiya A & Victoria C (2004). Making health care systems more equitable. *Lancet*, 364:1272-1280.
- Gwatkin D, Wagstaff A & Yazbeck A, eds. (2005). *Reaching the poor with health, nutrition, and population services: what works, what doesn’t, and why*. Washington DC, World Bank.
- Gwatkin DR et al. (2007). *Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: an overview*. Washington, DC, World Bank.
- Halstead S, Walsh J & Warren K (1985). *Good health at low cost*. New York, Rockefeller Foundation.
- Hamdad M (2003). *Valuing households’ unpaid work in Canada, 1992 and 1998: trends and sources of change*. Ottawa: Statistics Canada.
- Hanlon P, Walsh D & Whyte B (2006). *Let Glasgow flourish*. Glasgow, Glasgow Centre for Population Health.
- Hargreaves S (2000). Call for increased commitment to promote reproductive health of refugees. *Lancet*, 356:1910.
- Harris E (2007). *NSW Health HIA Capacity Building Program: mid-term review*. Sydney, Centre for Primary Health Care and Equity, University of New South Wales.
- Harris E, Harris P & Kemp L (2006). *Rapid equity focused health impact assessment of the Australia Better Health Initiative: assessing the NSW components of priorities 1 and 3*. Sydney, UNSW Research Centre for Primary Health Care and Equity.
- Hartmann H, Allen K & Owens C (1999). *Equal pay for working families; national and state data on the pay gap and its costs*. Washington, Institute for Women’s Policy Research. (<http://www.aflcio.org/issues/jobseconomy/women/equalpay/EqualPayForWorkingFamilies.cfm>, accessed 28 May 2008).
- Hawkes C (2002). Marketing activities of global soft drink and fast food companies in emerging markets: a review. In: *Globalization, diets and non-communicable diseases*. Geneva, World Health Organization.
- Hawkes C et al. (2007). Globalisation, food and nutrition transitions. Background paper of the Globalisation Knowledge Network, Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Hayward D (2007). Tackling health inequalities in England – policy development and progress. Case study prepared by Department of Health UK for the Commission on Social Determinants of Health. London, Department of Health.
- Health Disparities Task Group (2004). Reducing health disparities – role of the health sector. Discussion paper. Ottawa, Public Health Agency Canada. ([http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/pdf06/disparities\\_discussion\\_paper\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/pdf06/disparities_discussion_paper_e.pdf), accessed 11 April 2008).
- Health Inequalities Unit (2008). *Tackling health inequalities: 2007 status report on the Programme for Action*. London: Department of Health.

- Health Metrics Network (nd). *Assessing the National Health Information System: an assessment tool*. Geneva, Health Metrics Network (<http://www.who.int/healthmetrics/tools/hisassessment/en/index.html>, accessed 5 May 2008).
- Health Systems Trust (nd). *The South African equity gauge*. Durban, Health Systems Trust (<http://www.hst.org.za/generic/28>, accessed 9 May 2008).
- Healy J (2004). *Housing, fuel poverty and health. a pan-European analysis*. Aldershot, Ashgate Publishing Ltd.
- HelpAge International (2006a). *Why social pensions are needed now*. London, HelpAge International ([www.helpage.org/Resources/Briefings/main\\_content/LVqT/Pensionbriefing\\_web.pdf](http://www.helpage.org/Resources/Briefings/main_content/LVqT/Pensionbriefing_web.pdf), accessed 5 May 2008).
- HelpAge International (2006b). *Social pensions in Bolivia*. London, HelpAge International (<http://www.helpage.org/Researchandpolicy/Socialprotection/PensionWatch/Bolivia>, accessed 5 May 2008).
- HelpAge International (2007). *Jakarta forum highlights importance of social protection*. London, HelpAge International (<http://www.helpage.org/News/Latestnews/KQKY>, accessed 5 May 2008).
- HelpAge International (nd). *Social pensions in low and middle income countries*. London, HelpAge International. (<http://www.helpage.org/Researchandpolicy/PensionWatch/Feasibility>, accessed 5 May 2008).
- Heymann J (2006). *Forgotten families: ending the growing crisis confronting children and working parents in the global economy*. Oxford, Oxford University Press.
- HIFX (2007). Global foreign exchange turnover. Windsor: HIFX Foreign Exchange. ([http://www.hifx.co.uk/marketwatch/market\\_news/headlines/uk\\_Daily\\_Global\\_Foreign\\_Exchange\\_turnover\\_rises\\_to\\_USD\\_3,-\\_d,-2%20trillion.aspx](http://www.hifx.co.uk/marketwatch/market_news/headlines/uk_Daily_Global_Foreign_Exchange_turnover_rises_to_USD_3,-_d,-2%20trillion.aspx), accessed 20 March 2008).
- Hillman D, Kapoor S & Spratt S (2006). *Taking the next step: implementing a currency transaction development levy*. Oslo, Norwegian Ministry of Foreign Affairs.
- Homedes N & Ugalde A (2005). Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*, 71:83-96.
- Houweling TAJ et al. (2007). Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 85:745-754.
- Houweling TAJ (2007). *Socio-economic inequalities in childhood mortality in low and middle income countries* [thesis]. Rotterdam, Erasmus MC University Medical Center Rotterdam (<http://hdl.handle.net/1765/11023>, accessed 5 May 2008).
- Houweling TAJ et al. (2005). Determinants of under-5 mortality among the poor and the rich. A cross-national analysis of 43 developing countries. *International Journal of Epidemiology*, 43:1257-1265.
- Houweling TAJ et al. (2007). Huge poor-rich inequalities in maternity care: an HSKN (2007). *Final report of the Health Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization.
- Huisman M, Kunst AE & Mackenbach JP (2003). Socio-economic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview. *Social Science and Medicine*, 57:861-873.
- Hunt P (2003). *Panel discussion on the rights to sexual and reproductive health*. Ottawa: Action Canada pour la Population et le Développement. (<http://www.acpd.ca/acpd.cfm/en/section/csih/articleid/223>, accessed 17 April 2008).
- Hunt P (2006). *Economic, social and cultural rights: report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt. Addendum: mission to Uganda*. UN Economic and Social Council, New York, United Nations ([http://www2.essex.ac.uk/human\\_rights\\_centre/rth/docs/Uganda.pdf](http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/docs/Uganda.pdf), accessed March 08).
- Hunt P (2007). Right to the highest attainable standard of health. *Lancet*, 370:369-371.
- Hutchison B, Abelson J & Lavis JN (2001). Primary care in Canada: so much innovation, so little change. *Health Affairs*, 20:116-131.
- Hutton G (2004). *Charting the path to the World Bank's "No blanket policy on user fees": A look over the past 25 years at the shifting support for user fees in health and education, and reflections on the future*. London, DFID Health Systems Resource Centre.
- Huxley VH (2007). Sex and the cardiovascular system: the intriguing tale of how women and men regulate cardiovascular function differently. *Advances in Physiology Education*, 31:17-22.
- IDMC (2007). *Internal displacement: global overview of trends and developments in 2006*. Geneva, Internal Displacement Monitoring Centre.
- ILO (2002). *Women and men in the informal economy: a statistical picture*. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (2003). *ILO launches global campaign on social security for all*. Geneva, International Labour Organization ([http://www.ilo.org/global/About\\_the\\_ILO/Media\\_and\\_public\\_information/Press\\_releases/lang--en/WCMS\\_005285/index.htm](http://www.ilo.org/global/About_the_ILO/Media_and_public_information/Press_releases/lang--en/WCMS_005285/index.htm), accessed 8 May 2008).

- ILO (2004a). Resolution concerning the promotion of gender equality, pay equity and maternity protection. 92nd Session of the International Labour Conference. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (2004b). *Breaking through the glass ceiling: women in management. Update 2004*. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (2005). *Decent work – safe work*. Introductory report to the XVIIth World Congress on Safety and Health at Work, 2005. Geneva, International Labour Organization ([www.ilo.org/public/english/protection/safework/wdcongrs17/intrep.pdf](http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/wdcongrs17/intrep.pdf), accessed 3 March 2008).
- ILO (2006a). *The end of child labour: within reach*. Global report under the follow-up to the ILO declaration on fundamental principles and rights at work 2006. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (2006b). Facts on labour migration. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (2007a). *The end of child labour: millions of voices, one common hope*. *World of work*, No. 61. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (2007b). *The decent work agenda in africa: 2007-2015*. Report of the Director-General to the Eleventh African Regional Meeting, Addis Ababa, April 2007. Geneva: International Labour Organization ([http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---webdev/documents/publication/wcms\\_082282.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---webdev/documents/publication/wcms_082282.pdf), accessed 5 May 2008).
- ILO (2008). *Global employment trends*. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (nd). In *Africa*. Web page of the Social Security Department. Geneva, International Labour Organization. (<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/projects/africa.htm>, accessed 21 February 2008).
- ILOLEX (2007). International Labour Standards [online database]. Geneva, International Labour Organization (<http://www.ilo.org/ilolex/english/>, accessed December 2007).
- Indian Government (1992). The Constitution (Seventy-Second Amendment) Act, 1992. (<http://indiacode.nic.in/coiweb/fullact1.asp?tfnm=73>, accessed March 08).
- Indigenous Health Group (2007). Social determinants and indigenous health: the international experience and its policy implications. Presented at the Adelaide Symposium of the Commission on Social Determinants of Health.
- Ingleby D et al. (2005). The role of health in integration. In: Fonseca L & Malheiros J, eds. *Social integration and mobility: education, housing and health*. IMISCOE Cluster B5 state of the art report. Lisbon, Centro de Estudos Geográficos.
- IOM (2006). *Migration health annual report 2006*. Geneva, International Office of Migration.
- IPCC (2007). *Climate change 2007: the physical science basis*. New York, Cambridge University Press.
- Irwin A & Scali E (2005). *Action on the social determinants of health: learning from previous experiences*. Background document for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- IUHPE (2007). Shaping the future for health promotion: priority actions. *Promotion and Education*, 14:199-202.
- IUHPE/CEU (1999). *The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe. Part 2 Evidence book*. Vanves: International Union for Health Promotion and Education.
- Iyer A, Sen G & Östlin P (2007). *The intersections of gender and class in health status and health care*. Background document of the Women and Gender Equity Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Jacobs G, Aeron-Thomas A & Astrop A (2000). *Estimating global road fatalities*. Wokingham: Transport Research Laboratory (TRL Report 445).
- Jaglin S (2002). The right to water versus cost recovery: participation, urban water supply and the poor in sub-Saharan Africa. *Environment and Urbanization*, 14:231-245.
- Jolly R (1991). Adjustment with a human face: a UNICEF record and perspective on the 1980s. *World Development*, 19:1807-1821.
- Jubilee Debt Campaign (2007). *Debt and education*. London, Jubilee Debt Campaign (<http://www.jubileedebtcampaign.org.uk/Debt%20and%20Education+3198.twl>, accessed 29 May 2008).
- JUNJI (nd). JUNJI website [in Spanish]. Santiago, Junta Nacional de Jardines Infantiles (<http://www.junji.cl>, accessed 14 May 2008).
- Kark SL & Kark E (1983). An alternative strategy in community health care: community-oriented primary health care. *Israel Journal of Medical Science*, 19:707-713.
- Kelly MP et al. (2006). *Guide for the Knowledge Networks for the presentation of reports and evidence about the social determinants of health*. Background document of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

- Kemp M (2001). *Corporate social responsibility in Indonesia: quixotic dream or confident expectation?* Geneva, UNRISD (Technology, Business and Society Programme Paper Number 6).
- Kickbusch I (2003). The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. *American Journal of Public Health*, 93:383-388.
- Kickbusch I (2007). Health promotion: not a tree but a rhizome. In: O'Neill M et al., eds. *Health promotion in Canada: critical perspectives*, 2nd ed. Toronto, Canadian Scholars Press Inc.
- Kickbusch I & Payne L (2004). *Constructing global public health in the 21st century*. Presented to the Meeting on Global Health Governance and Accountability, 2-3 June 2004, Harvard University, Cambridge, MA. (<http://www.ilonakickbusch.com/en/global-health-governance/GlobalHealth.pdf>, accessed 28 May 2008).
- Kickbusch I, Wait S & Maag D (2006). *Navigating health: the role of health literacy*. London, Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre-UK. ([http://www.ilcuk.org.uk/files/pdf\\_pdf\\_3.pdf](http://www.ilcuk.org.uk/files/pdf_pdf_3.pdf), accessed 5 May 2008).
- Kida T & Mackintosh M (2005). Public expenditure allocation and incidence under health care market liberalization: a Tanzanian case study. In: Mackintosh M & Koivusalo M, eds. *Commercialisation of health care: global and local dynamics and policy responses*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, Chapter 17.
- Kim IH et al. (2006). The relationship between nonstandard working and mental health in a representative sample of the South Korean population. *Social Science and Medicine*, 63:566-74.
- Kivimäki M et al. (2003). Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality. *American Journal of Epidemiology*, 158:663-668.
- Kivimäki M et al. (2006). Work stress in the aetiology of coronary heart disease – a meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 32:431-442.
- KNUS (2007). *Our cities, our health, our future: acting on social determinants for health equity in urban settings*. Final Report of the Urban Settings Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Koçak AA (2004). *Evaluation report of the Father Support Program*. Istanbul: Mother Child Education Foundation.
- Koivusalo M & Mackintosh M (2005). Health systems and commercialisation: in search of good sense. In: Mackintosh M & Koivusalo M, eds. *Commercialization of health care: global and local dynamics and policy responses*. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan, pp. 3-21.
- Korpi W (2001). Contentious institutions: an augmented rational-action analysis of the origins and path dependency of welfare state institutions in Western countries. *Rationality and Society*, 13:235-283.
- Korpi W & Palme J (1998). The paradox of redistribution and strategies of equality: welfare state institutions, inequality, and poverty in Western countries. *American Sociological Review*, 63:661-687.
- Kunst AE & Mackenbach JP (1994). *Measuring socioeconomic inequalities in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Kurowski C, Wyss K & Abdulla S (2007). Scaling up priority health interventions in Tanzania – the human resources challenge. *Health Policy and Planning*, 22:113-127.
- Lagarde M & Palmer P (2006). *Health financing. Evidence from systematic reviews to inform decision making regarding financing mechanisms that improve access for poor people*. Presented to the meeting of the Alliance for Health Policy and Systems Research, Khon Kaen, Thailand. (<http://www.who.int/rpc/meetings/HealthFinancingBrief.pdf>, accessed 4 May 2007).
- Landers C (2003). *Early learning and the transition to school: implications for girls' education*. New York, UNICEF.
- Landon Pearson Resource Centre for the Study of Childhood and Children's Rights (2007). *Shaking the movers: speaking truth to power: civil and political rights of children*. Ottawa, Landon Pearson Resource Centre for the Study of Childhood and Children's Rights.
- Lang T, Rayner G & Kaelin E (2006). *The food industry, diet, physical activity and health: a review of reported commitments and practice of 25 of the world's largest food companies*. London, Centre for Food Policy, City University.
- Langer A (2006). Cairo after 12 years: successes, setbacks, and challenges. *Lancet*, 368:1552-1554.
- Leon DA et al. (1997). Huge variation in Russian mortality rates 1984-94: artefact, alcohol, or what? *Lancet*, 350:383-388.
- Levine R (2004). *What's worked? Accounting for success in global health*. Washington, DC, Centre for Global Development.
- Levine R et al. (2008). *Girls count: a global investment and action agenda*. Washington, DC, Center for Global Development.
- LHC (2000). *The London Health Strategy 2000*. London: London Health Commission.

- Lister J (2007). *Globalisation and health care systems change*. Background document of the Health Care Systems Knowledge Network of the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health.
- Locke K (2004). Opportunities for inter-sector health improvement in new Member States. In: McKee M et al., eds. *Health policy and European Union enlargement*. Maidenhead, Open University Press.
- Locke K (2006). *Health impact assessment of foreign and security policy*. Background paper: the role of health impact assessment. London, Nuffield Foundation.
- Loewenson R (2003). *Civil society – state interactions in national health care systems*. Annotated bibliography on civil society and health. Harare: WHO/Training and Research Support Center (TARSC). (<http://www.tarsc.org/WHOCESI/>, accessed 26 June 2007).
- Loftus AJ & McDonald DA (2001). Of liquid dreams: a political ecology of water privatization in Buenos Aires. *Environment and Urbanization*, 13:179-200.
- Logie DE (2006). An affordable and sustainable health service for Africa in the 21st century. Ottawa, International Development Research Center ([http://www.crdi.ca/es/ev-99716-201-1-DO\\_TOPIC.html](http://www.crdi.ca/es/ev-99716-201-1-DO_TOPIC.html), accessed 28 May 2008).
- Lokshin M et al. (2005). Improving child nutrition? The Integrated Child Development Services in India. *Development and Change*, 36:613-640.
- Lopez A et al., eds. (2006). *Global burden of disease and risk factors*. Oxford: Oxford University Press and World Bank.
- Luciano D, Esim S & Duvvury N (2005). How to make the law work? Budgetary implications of domestic violence Laws in Latin America, Central America and the Caribbean. *Journal of Women, Politics & Policy*, 27:123-133.
- Lundberg O et al. (2007). *The Nordic experience: welfare states and public health (NEWS)*. Report for the Commission on Social Determinants of Health. Stockholm, Centre for Health Equity Studies (CHESS).
- Lynch RG (2004). *Exceptional returns: economic, fiscal, and social benefits of investment in early childhood development*. Washington, DC, Economic Policy Institute.
- McCoy D et al. (2004). Pushing the international health research agenda towards equity and effectiveness. *Lancet*, 364:1630-1631.
- McDonald D & Smith L (2004). Privatising Cape Town: from apartheid to neo-liberalism in the mother city. *Urban Studies*, 41:1461-1484.
- McGillivray M et al. (2005). *It works; it doesn't; it can, but that depends...: 50 years of controversy over the macroeconomic impact of development aid*. Helsinki, World Institute for Development Economics Research (Research Paper No. 2005/54).
- Macinko J et al. (2006). Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:13-19.
- Mackenbach JP (2005). *Health inequalities: Europe in profile*. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU. Rotterdam: ErasmusMC University Medical Center Rotterdam.
- Mackenbach JP & Bakker MJ (2003); for the European Network on Interventions and Policies to Reduce Inequalities in Health. Tackling socioeconomic inequalities in health: an analysis of recent European experiences. *Lancet*, 362:1409-1414.
- Mackenbach JP & Kunst AE (1997). Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social Science and Medicine*, 44:757-771.
- Mackenbach JP, Meerding WJ & Kunst AE (2007). *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union*. Luxembourg: European Commission.
- McKinnon R (2007). Tax-financed old-age pensions in lower income countries. In: *International Social Security Association. Developments and trends: supporting dynamic social security*. World Social Security Forum, 29th ISSA General Assembly. Geneva, International Social Security Association, pp. 31-37 (<http://www.issa.int/pdf/publ/2DT07.pdf>, accessed 5 May 2008).
- McMichael AJ et al. (2007). Food, livestock production, energy, climate change and health. *Lancet*, 370:55-65.
- McMichael AJ et al. (2008). Global environmental change and health: impacts, inequalities, and the health sector. *BMJ*, 336:191-194.
- Macpherson AK et al. (2002). Impact of mandatory helmet legislation on bicycle-related head injuries in children: a population-based study. *Pediatrics*, 110:e60-e65.
- Madsen PR (2006). Contribution to the EEO Autumn Review 2006 'Flexicurity'. Denmark: European Employment Observatory.
- Magnussen L, Ehiri J & Jolly P (2004). Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. *Health Affairs*, 23:167-176.

- Mahapatra P et al. (2007). Civil registration systems and vital statistics: successes and missed opportunities. *Lancet*, 370:1653-1663.
- Mandel S (2006). *Debt relief as if people mattered: a rightsbased approach to debt sustainability*. London, New Economics Foundation.
- Marmot M (2004). *The status syndrome: how your social standing affects your health and life expectancy*. London, Bloomsbury.
- Marmot M (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*, 370:1153-1163.
- Marmot M & Wilkinson RG, eds. (2006). *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press.
- Marshall TH (1950). *Citizenship and social class and other essays*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Martens J (2007). Strengthening domestic public finance for poverty eradication. *Development*, 50:56-62.
- Mathers CD & Loncar D (2005). *Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002-2030: data sources, methods and results*. Evidence and information for Policy Working Paper. Geneva, World Health Organization.
- MDG Report (2007). The Millennium Development Goals report 2007. New York, United Nations (<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/mdg2007.pdf>, accessed 13 May 2008).
- Mehta L & Madsen BL (2005). Is the WTO after your water? The General Agreement on Trade in Services (GATS) and poor people's right to water. *Natural Resources Forum*, 29:154-164.
- MEKN (2007a). *The social determinants of health: developing an evidence base for political action*. Final report of the Measurement and Evidence Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- MEKN (2007b). *Constructing the evidence base on the social determinants of health: a guide*. Background document of the Measurement and Evidence Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Meng Q (2007). *Developing and implementing equity-promoting health care policies in China*. Background paper for the Health Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Mercado S et al. (2007). Urban poverty: an urgent public health issue. *Journal of Urban Health*, 84:i7-i15.
- Micheletti M & Stolle D (2007). Mobilizing consumers to take responsibility for global social justice. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 611:157-175.
- Millennium Villages Project (nd). Millennium Promise website. New York, Millennium Promise (<http://www.millenniumpromise.org>, accessed 8 February 2008)
- Mills A (2007). *Strategies to achieve universal coverage*. Paper prepared for the Health Care Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Ministries of the Economy (2006). *Solidarity and globalisation*. Paris Conference on Innovative Development Financing Mechanisms, 28 February-1 March 2006. Paris, Government of France.
- Mishra P & Newhouse D (2007). *Health aid and infant mortality*. Washington, DC, IMF (Working Paper 07/100).
- Mitlin D (2007). Finance for low-income housing and community development. *Environment and Urbanization*, 19:331.
- Mizunoya S et al. (2006). *Costing of basic social protection benefits for selected Asian countries: first results of a modelling exercise*. Issues in Social Protection, Geneva, Social Security Department, International Labour Organization (<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/publ/1527sp1.pdf>, accessed 5 May 2008) (Discussion paper 17).
- Mongella G (1995). Address by the Secretary-General of the 4th World Conference on Women at the formal opening of the Plenary Session 4th September 1995 (<http://www.un.org/esa/gopher-data/conf/fwcw/conf/una/950904201423.txt>, accessed 5 May 2008).
- Montgomery MR et al., eds. (2004). *Cities transformed: demographic change and its implications in the developing world*. London, Earthscan.
- Morris JN & Deeming C (2004). Minimum incomes for healthy living (MIHL): next thrust in UK social policy? *Policy & Politics*, 32:441-454.
- Morris JN et al. (2000). A minimum income for healthy living. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54:885-889.
- Morris JN et al. (2007). Defining a minimum income for healthy living (MIHL): older age, England. *International Journal of Epidemiology*, 36:1300-7.
- Moser K, Shkolnikov V & Leon DA (2005). World mortality 1950-2000: divergence replaces convergence from the late 1980s. *Bulletin of the World Health Organization*, 83:202-209.

- Muntaner C et al. (1995). Psychosocial dimensions of work and the risk of drug dependence among adults. *American Journal of Epidemiology*, 142:183-190.
- Murphy M et al. (2006). The widening gap in mortality by educational level in the Russian Federation, 1980-2001. *American Journal of Public Health*, 96:1293-1299.
- Murray CJL et al. (2006). Eight Americas: investigating mortality disparities across races, counties, and race-counties in the United States. *PLoS Medicine*, 3:1513-1525.
- Murray CJ et al. (2007). Validation of the symptom pattern method for analyzing verbal autopsy data. *PLoS Medicine*, 4: e327.
- Murthy R (2007). *Accountability to citizens on gender and health*. Paper commissioned by the Women and Gender Equity Knowledge Network of the Commission on the Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Musgrove P (2006). *Disability in late middle age and after in low and middle-income countries: a summary of some findings from the Disease Control Priorities Project (DCPP)*. Paper prepared for the Behavioral and Social Research Program. Washington, DC, National Institute on Aging.
- Mustard JF (2007). Experience-based brain development: scientific underpinnings of the importance of early child development in a global world. In: Young ME, Richardson LM, eds. *Early child development: from measurement to action*. Washington, DC, World Bank, pp. 43-71.
- Musuka G & Chingombe I (2007). *Building equitable, people-centred national health systems: the role of Parliament and parliamentary committees on health in East and Southern Africa*. A literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.
- NAS Panel on Aging (2006). Panel on Aging of the National Academies Committee on Population, convened for the Commission on Social Determinants of Health, August 2006. Washington, DC, National Institute on Aging.
- National Coalition on Health Care (2008). *Health insurance cost*. Washington, DC, National Coalition on Health Care (<http://www.nchc.org/facts/cost.shtml>, accessed 7 March 2008).
- Newman L et al. (2007). *A rapid appraisal case study of South Australia's Social Inclusion Initiative*. Paper for the Social Exclusion Knowledge Network of the Commission on the Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- NHF (2007). *Building health. Creating and enhancing places for healthy, active lives: blueprint for action*. London, UK National Heart Forum.
- NHS (2000). *The London Health Strategy*. London, NHS Executive London Regional Office.
- Nicholson A et al. (2005). Socio-economic influences on self-rated health in Russian men and women--a life course approach. *Social Science and Medicine*, 61:2345-54.
- Nissanke M (2003). Revenue potential of the Tobin Tax for Development Finance: a critical appraisal. In: Atkinson A, ed. *New sources of development finance*. Oxford, Oxford University Press for UNU-WIDER.
- NNC (2001). *Smart growth for neighborhoods: affordable housing and regional vision*. USA, National Neighborhood Coalition.
- O'Donnell O et al. (2005). *Who benefits from public spending on health care in Asia?* Rotterdam and Colombo: Erasmus University and IPS. (<http://www.equitap.org/publications/wps/EquitapWP3.pdf>, accessed 12 October 2006) (EQUITAP Project Working Paper #3).
- O'Donnell O et al. (2007). The incidence of public spending on healthcare: comparative evidence from Asia. *World Bank Economic Review*, 21:93-123.
- ODI (1999). *Global governance – an agenda for the renewal of the United Nations*. London, Overseas Development Institute.
- OECD (2001). *Starting strong: early childhood education and care*. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development.
- OECD (2005). *From employment to work*. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development.
- Office of the Mayor (2007). Mayor Bloomberg and major philanthropic foundations unveil size, scope, and schedule of Opportunity NYC, the nation's first-ever conditional cash transfer program. Press release, 29 March. New York: Office of the Mayor. (<http://www.nyc.gov>, accessed 5 May 2008).
- Ogawa S, Hasegawa T & Carrin G (2003). Scaling up community health insurance: Japan's experience with the 19th century Jyorei scheme. *Health Policy and Planning*, 18:270-278.
- Oldfield S & Stokke K (2004). *Building unity in diversity: social movement activism in the Western Cape Anti-Eviction Campaign*. A case study for Globalisation, Marginalisation and New Social Movements in post-Apartheid South Africa. Durban, University of KwaZulu-Natal. ([http://www.ukzn.ac.za/ccs/files/Oldfield%20&%20Stokke%20WCAEC%20Rese arch%20Report.pdf](http://www.ukzn.ac.za/ccs/files/Oldfield%20&%20Stokke%20WCAEC%20Rese%20arch%20Report.pdf), accessed March 2008)
- Ooi GL & Phua KH (2007). Urbanization and slum formation. *Journal of Urban Health*, 84:i27-i34.



- Ooms G & Schrecker T (2005). Viewpoint: expenditure ceilings, multilateral financial institutions, and the health of poor populations. *Lancet*, 365:1821-1823.
- Oxfam (2002). *Milking the CAP: how Europe's dairy regime is devastating livelihoods in the developing world*. London, Oxfam. (Briefing Paper 34).
- Oxfam Great Britain (2000). *Tax havens: releasing the hidden billions for poverty eradication*. Oxford, Oxfam.
- Paes de Barros R et al. (2002). *Meeting the Millennium Poverty Reduction Targets in Latin America and the Caribbean*. Santiago: United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean.
- PAHO (2001). *Investment in health*. Washington, DC, Pan-American Health Organization (Social and Economic Returns Scientific and Technical Publication No.582).
- PAHO (2005). PAHO Healthy Municipalities, Cities and Communities. *Bulletin of the Healthy Settings Units*, 1 (<http://www.paho.org/English/ad/sde/municipios.htm>, accessed 10 May 2008).
- PAHO (2006). *Mission Barrio Adentro: the right to health and social inclusion in Venezuela*. Caracas, Pan-American Health Organization.
- PAHO (2007). *Renewing primary health care in the Americas*. A position paper of the Pan American Health Organization. Washington, DC, Pan-American Health Organization (<http://www.paho.org/English/AD/THS/primaryHealthCare.pdf>, accessed 27 June 2007).
- Pal K et al. (2005). *Can low income countries afford basic social protection? First results of a modelling exercise*. Geneva, International Labour Organization (<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/policy/1023spl.pdf>, accessed 5 May 2008) (Issues in Social Protection, discussion paper 13).
- Palmer N et al. (2004). Health financing to promote access in low income settings – how much do we know? *Lancet*, 364:1365-1370.
- Parent-Thirion A et al. (2007). *Fourth European Working Conditions Survey*. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Partnership for Child Development (nd). A FRESH start to improving the quality and equity of education. London, Partnership for Child Development. ([www.freshschools.org](http://www.freshschools.org), accessed 13 May 2008).
- Pasha O et al. (2003). The effect of providing fansidar (sulfadoxine-pyrimethane) in schools on mortality on schoolage children in Malawi. *Lancet*, 361:577-578.
- Patel V et al. (2004). Effect of maternal mental health on infant growth in low income countries: new evidence from South Asia. *BMJ*, 328:820-823.
- Paul J & Nahory C (2005). *Theses towards a democratic reform of the UN Security Council*. New York, Global Policy Forum.
- Paxson C & Schady N (2007). *Does money matter? The effects of cash transfers on child health and development in rural Ecuador*. Washington, DC, World Bank ([http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2007/05/03/000016406\\_20070503092958/Rendered/PDF/wps4226.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2007/05/03/000016406_20070503092958/Rendered/PDF/wps4226.pdf), accessed 5 May 2008) (Impact Evaluation Series No. 15. World Bank Policy Research Working Paper 4226).
- Petchesky RP & Laurie M (2007). *Gender, health and human rights in sites of political exclusion*. Background document of the Women and Gender Equity Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- PHAC (2007). *Crossing sectors – experiences in intersectoral action, public policy and health*. Ottawa, Public Health Agency of Canada.
- PHAC & WHO (2008). *Enhancing health and improving health equity through cross-sectoral action: an analysis of national case studies*. Ottawa, Public Health Agency of Canada.
- PHM (2000). *People's charter for health*. Cairo: People's Health Movement.
- PHM, Medact & GEGA (2005). *Global Health Watch, 2005-2006: an alternative world health report*. London, Zed Books.
- Picciotto R (2004). *Institutional approaches to policy coherence for development*. OECD Policy Workshop May 2004. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development.
- Pierson P (2000). Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *American Political Science Review*, 94:251-267.
- Pierson P (2001). Investigating the welfare state at century's end. In: Pierson P, ed. *The new politics of the welfare state*. Oxford, Oxford University Press, pp. 1-14.
- Pogge T (2008). Growth and inequality: understanding recent trends and political choices. *Dissent Magazine* [online], (<http://dissentmagazine.org/article/?article=990>, accessed 10 April 2008).

- PPHCKN (2007a). *Inequities in the health and nutrition of children*. Report of the Priority Public Health Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- PPHCKN (2007b). *Alcohol and social determinants of health*. Report from the alcohol node to the Priority Public Health Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- PPHCKN (2007c). Interim report of the Priority Public Health Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- PPHCKN (2007d). *Social determinants of mental disorders*. Report from the mental health node to the Priority Public Health Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Prince M et al. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370:859-877.
- Prüss-Üstün A & Corvalán C (2006). *Preventing disease through healthy environments. Towards an estimate of the environmental burden of disease*. Geneva, World Health Organization.
- Public Health Agency of Canada (nd). *Canada's response to WHO Commission on Social Determinants of Health*. Ottawa, Public Health Agency of Canada (<http://www.phac-aspc.gc.ca/sdh-dss/crg-grc-eng.php>, accessed 14 May 2008).
- Quan J (1997). *The important of land tenure to poverty eradication and sustainable development in Africa. Summary of findings*. Chatham, UK, National Resources Institute (<http://www.oxfam.org.uk/resources/learning/landrights/downloads/quanpov.rtf>, accessed 30 April 2008).
- Quartey P (2005). *Innovative ways of making aid effective in Ghana: tied aid versus direct budgetary support*. Helsinki, UNUWIDER (WIDER Research Paper No. 2005/58).
- Rajan R & Subramanian A (2005). *Aid and growth: what does the cross-country evidence really show?* Washington, DC, IMF (IMF Working Paper 05/127).
- Randel J, German A & Ewing D, eds. (2004). *The reality of aid 2004: an independent review of poverty reduction and development assistance, the Reality of Aid Project*. London, IBON Books Manila/Zed Books.
- Ranson M, Hanson K & Oliveira Cruz V (2003). Constraints to expanding access to health interventions: an empirical analysis and country typology. *Journal of International Development*, 15:15-39.
- Ravindran T & de Pinho H, eds. (2005). *The right reforms? Health sector reforms and sexual and reproductive health*. Johannesburg: The Initiative for Sexual and Reproductive Rights and Health Reforms ([www.wits.ac.za/whp/rightsandreforms/globalvolume.htm](http://www.wits.ac.za/whp/rightsandreforms/globalvolume.htm), accessed 27 March 2007).
- Ravindran TKS & Kelkar-Khambete A (2007). *Women's health policies and programmes and gender-mainstreaming in health policies, programmes and within health sector institutions*. Background document of the Women and Gender Equity Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Rifkin S & Walt G (1986). Why health improves: defining the issues concerning "comprehensive primary health care" and "selective primary health care. *Social Science and Medicine*, 23:559-566.
- Rihani MA (2006). *Keeping the promise: 5 benefits of girls' secondary education*. Washington, DC, AED Global Learning Group ([http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resources/Summary\\_Book\\_Girls\\_Education\\_MayRIHANI.pdf](http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resources/Summary_Book_Girls_Education_MayRIHANI.pdf), accessed 24 September 2007).
- Ritakallio V-M & Fritzell J (2004). *Societal shifts and changed patterns of poverty*. New York: Luxembourg & Syracuse (LIS Working Paper Series, no. 393).
- Roberts H & Meddings DR (2007). *What can be done about the social determinants of violence and unintentional injury*. Background paper of the Priority Public Health Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Rodrik D (2001). *The global governance of trade as if development really mattered*. New York, United Nations Development Programme.
- Romeri E, Baker A & Griffiths C (2006). Mortality by deprivation and cause of death in England and Wales, 1999-2003. *Health Statistics Quarterly*, 32:19-34.
- Rootman I & Gordon-El-Bihbety D (2008). *A vision for a health literate Canada: report of the expert panel on health literacy*. Ottawa: Canadian Public Health Association.
- Rose G (1985). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 14:32-38.
- Ross CE & Wu C-L (1995). The links between education and health. *American Sociological Review*, 60:719-745.
- Ruger JP & Kim HJ (2006). Global health inequalities: an international comparison. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:928-936.
- RWJF Commission (2008). *Perceived health challenges in the United States*. National survey results of a public opinion poll commissioned by the Robert Wood Johnson Foundation. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation.

- Sachs J (2004). Health in the developing world: achieving the Millennium Development Goals (MDGs). *Bulletin of the World Health Organization*, 82:947-952.
- Sachs J (2007). Beware false tradeoffs. *Foreign Affairs* [online], ([http://www.foreignaffairs.org/special/global\\_health/sachs](http://www.foreignaffairs.org/special/global_health/sachs)), accessed 14 March 2008).
- Sachs J (2005). *The end of poverty: how we can make it happen in our lifetime?* London, Penguin Books.
- Saltman R, Busse R & Figueras J, eds. (2004). *Social health insurance systems in western Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Maidenhead, UK, Open University Press.
- Sanders D (1985). *The struggle for health: medicine and the politics of underdevelopment*. London, Macmillan.
- Sanders D et al. (2004). Making research matter: a civil society perspective on health research. *Bulletin of the World Health Organization*, 82:757-763.
- Save the Children UK, HelpAge International & Institute of Development Studies (2005). *Making cash count: lessons from cash transfer schemes in east and southern Africa for supporting the most vulnerable children and households*. London: Save the Children UK, HelpAge International and Institute of Development Studies.
- Schirnding YE (2002). Health and sustainable development: can we rise to the challenge? *Lancet*, 360:632-637.
- Schneider A (2005). Aid and governance: doing good and doing better. *IDS Bulletin*, 36(3).
- Schubert B (2005). *The pilot social cash transfer scheme, Kalomo District – Zambia*. Manchester, Insitute for Development Policy and Management/Chronic Poverty Research Centre (Chronic Poverty Research Centre Working Paper 52).
- Schurmann A (2007). *Microcredit, inclusion and exclusion in Bangladesh*. Background paper for the Social Exclusion Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Schweinhart L (2004). *The High/Scope Perry preschool study through age 40: summary, conclusions, and frequently asked questions*. Ypsilanti, High/Scope Educational Research Foundation.
- Schweinhart LJ, Barnes HV & Weikart DP (1993). *Signifi cant benefits: the High/Scope Perry preschool study through age 27*. Ypsilanti, High/Scope Press.
- Scott-McDonald K (2002). Elements of quality in home visiting programmes: three Jamaican models. In: Young ME, ed. *From early child development to human development: investing in our children's future*. Washington, DC, World Bank, pp. 233-253.
- SEKN (2007). *Understanding and tackling social exclusion*. Final Report of the Social Exclusion Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Sen A (1999). *Development as freedom*. New York, Alfred A Knopf Inc.
- Setel PW et al. (2007). A scandal of invisibility: making everyone count by counting everyone. *Lancet*, 370:1569-77.
- SEWA Bank (nd). SEWA Bank web page. Ahmedabad, Selfemployed Women's Association (<http://www.sewa.org/services/bank.asp>), accessed 7 April 2008).
- SEWA Social Security (nd). Childcare section of the SEWA Social Security web page. Ahmedabad, Self Employed Women's Association (<http://www.sewainsurance.org/childcare.htm#Childcare>), accessed 5 May 2008).
- Shaw M (2004). Housing and public health. *Annual Review of Public Health*, 25:397-418.
- Sheuya S, Howden-Chapman P & Patel S (2007). The design of housing and shelter programs: the social and environmental determinants of inequalities. *Journal of Urban Health*, 84: i98-i108.
- Sibal B (2006). People's power in people's hands: the lesson we need to learn. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:521.
- Siegel P, Alwang J & Canagarajah S (2001). *Viewing microinsurance as a social risk management instrument*. Washington, DC, World Bank (Social Protection Discussion Paper Series, no. 0116).
- SIGN (2006). Newsletter of the Schoolfeeding Initiative Ghana-Netherlands, issue 1. Amsterdam, Schoolfeeding Initiative Ghana-Netherlands ([http://www.signschoolfeeding.org/\\_dynamic/downloads/Augustus\\_2006.doc](http://www.signschoolfeeding.org/_dynamic/downloads/Augustus_2006.doc)), accessed 30 April 2008).
- Simmons R & Shiffman J (2006). Scaling up health service innovations: a framework for action. Chapter 2. In: Simmons R, Fajans P & Ghiron L, eds. *Scaling up health services delivery: from pilot innovations to policies and programmes*. Geneva, World Health Organization (<http://www.expandnet.net/volume.htm>), accessed 26 June 2007).
- Smith L & Haddad L (2000). *Explaining child malnutrition in developing countries: a cross-country analysis*. Washington, DC, International Food Policy Research Institute (Research Report No.111).
- Solar O & Irwin A (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

- Son M et al. (2002). Relation of occupational class and education with mortality in Korea. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56:798-799.
- Ståhl T et al., eds. (2006). *Health in All Policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health and the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Standing Committee on Nutrition (nd,a). United Nations System Standing Committee on Nutrition website. Geneva, Standing Committee on Nutrition (<http://www.unsystem.org/SCN/Default>, accessed 4 May 2008)
- Standing Committee on Nutrition (nd,b). *Strategic framework*. Geneva: Standing Committee on Nutrition Secretariat (<http://www.unsystem.org/SCN/Publications/SCN%20Strategic%20Framework%20130407.pdf>, accessed 8 May 2008)
- Stansfeld S & Candy B (2006). Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 32:443-462.
- Starfield B (2006). State of the art research on equity in health. *Journal of Health Politics Policy Law*, 31:11-32.
- Starfield B, Shi L & Macinko J (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83:457-502.
- Stern N (2006). *Stern review: the economics of climate change*. London, HM Treasury.
- Stern N, Dethier J-J & Rogers H (2004). *Growth and empowerment: making development happen*. Cambridge, MA, MIT Press.
- Stiglitz JE (2002). *Globalization and its discontents*. London, Penguin Books.
- Stiglitz JE (2006). *Making globalization work*. New York, WW Norton.
- Strazdins L, Shipley M & Broom DH (2007). What does family-friendly really mean? Well-being, time, and the quality of parents' jobs. *Australian Bulletin of Labour*, 33:202-225.
- Svensson J (2000). Foreign aid and rent-seeking. *Journal of International Economics*, 51:437-461.
- Swaminathan M (2006). *2006-7 Year of Agricultural Renewal*. 93rd Indian Science Congress, Hyderabad.
- Szreter S (1988). The importance of social intervention in Britain's mortality decline c. 1850-1914: a re-interpretation of the role of public health. *Social History of Medicine*, 1:1-37.
- Szreter S (2002). Rethinking McKeown: the relationship between public health and social change. *American Journal of Public Health*, 92:722-725.
- Szreter S (2004). Health, economy, state and society in modern Britain: the long-run perspective. *Hygiea Internationalis*, 4:205-228 (special issue).
- Szreter S (2007). The right of registration: development, identity registration, and social security-a historical perspective. *World Development*, 35:67-86.
- Tajer D (2003). Latin American social medicine: roots, development during the 1990s, and current challenges. *American Journal of Public Health*, 93:2023-2027.
- Tanahashi T (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 56:295-303.
- Tanzi V (2001). Globalization and the work of fiscal termite. *Finance and Development*, 38.
- Tanzi V (2002). Globalization and the future of social protection. *Scottish Journal of Political Economy*, 49:116-127.
- Tanzi V (2004). Globalization and the need for fiscal reform in developing countries. *Journal of Policy Modeling*, 26:525-542.
- Tanzi V (2005). Social protection in a globalizing world. *Rivista di Politica Economica*, 25-45.
- Tax Justice Network (2005). *Briefing paper – the price of offshore*. Tax Justice Network, UK [online] ([http://www.taxjustice.net/cms/upload/pdf/Price\\_of\\_Offshore.pdf](http://www.taxjustice.net/cms/upload/pdf/Price_of_Offshore.pdf), accessed 27 February 2008).
- The Age (2008). *Text of PM Rudd's 'sorry' address*. Melbourne, The Age (<http://www.theage.com.au/news/national/bfull-textb-pms-sorryaddress/2008/02/12/1202760291188.html>, accessed 28 May 2008).
- The Hindu (2008). *Lifeline for the rural poor*. Chennai, The Hindu (<http://www.hindu.com/2008/01/25/stories/2008012555601000.htm>, accessed 30 January 2008).
- Thorson A, Long NH & Larsson LO (2007). Chest X-ray findings in relation to gender and symptoms: a study of patients with smear positive tuberculosis in Vietnam. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 39:33-37.
- Tolstoy L (1877). *Anna Karenina*. London, Allen Lane/Penguin, 2000.
- Townsend P (2007). *The right to social security and national development: lessons from OECD experience for low-income countries*. Geneva, International Labour Organization (<http://www.ilo.int/public/english/protection/secsoc/downloads/publ/1595sp1.pdf>, accessed 5 May 2008) (Issues in Social Protection, Discussion Paper 18).
- Tudor Hart J (1971). The inverse care law. *Lancet*, 1:405-12.
- UIS (2008). *75 million children out of school, according to new UIS data*. Paris, United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization ([http://www.uis.unesco.org/ev\\_en](http://www.uis.unesco.org/ev_en)

- [ph?ID=7194\\_201&ID2=DO\\_TOPIC](#), accessed 20 May 2008).
- UN (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. Adopted and proclaimed by General Assembly resolution 217 A (III) of 10 December 1948 (<http://www.un.org/Overview/rights.html>, accessed 28 May 2008).
- UN (2000a). *General Comment No. 14 (2000). The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*. Geneva, United Nations Economic and Social Council ([http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En), accessed 1 March 2008).
- UN (2000b). *Millennium Development Goals*. New York, United Nations.
- UN (2001). Africa's capacity to deliver is huge. *Africa Recovery* 15:12 (<http://www.un.org/ecosocdev/geninfo/afrec/vol15no1/151aids3.htm>, accessed 16 May 2008).
- UN (2005). Resolution 60/1 adopted at the World Summit 2005 (60th Session of the General Assembly of the UN). New York, United Nations.
- UN (2006a). *General comment no. 7: implementing child rights in early childhood*. Geneva, United Nations Committee on the Rights of the Child (<http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/AdvanceVersions/GeneralComment7Rev1.pdf>, accessed 8 May 2008).
- UN (2006b). *The Status of Women in the United Nations System*. United Nations Office of the Special Adviser on Gender Issues and Advancement of Women (<http://www.un.org/womenwatch/osagi/pdf/Fact%20sheet%2028%20september.pdf>, accessed 21 February 2008).
- UN Millennium Project (2005). *Investing in development: a practical plan to achieve the Millennium Development Goals*. London, Earthscan.
- UNCTAD (2004). *Economic development in Africa – debt sustainability: oasis or mirage*. New York and Geneva, United Nations.
- UNCTAD (2006). *Trade and Development Report 2006: global partnership and national policies for development*. Geneva, United Nations Conference on Trade and Development.
- UNDESA (2006). *World economic situation and prospects, 2006*. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs.
- UNDESA, *Population Division (2006)*. Population ageing 2006. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (<http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2006.htm>, accessed 5 May 2008).
- UNDP (1998). *Human development report. Consumption for human development*. New York, United Nations Development Programme.
- UNDP (1999). *Human development report. Globalization with a human face*. New York, United Nations Development Programme.
- UNDP (2007). *Fighting climate change: human solidarity in a divided world*. New York, United Nations Development Programme.
- UNDP & Ministry of Planning and Development Cooperation (2005). *Iraq Living Conditions Survey 2004*. Volume I: tabulation report. Baghdad, Central Organisation for Statistics and Information Technology, Ministry of Planning and Development Cooperation.
- UNESCO (2001). *Handbook on effective implementation of continuing education at the grassroots*. Bangkok, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization Principal Regional Office for Asia and the Pacific.
- UNESCO (2006a). *Water: a shared responsibility*. The United Nations World Water Development Report 2. Paris, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
- UNESCO (2006b). *Strong foundations: early childhood care and education*. EFA Global Monitoring Report 2007. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001477/147794E.pdf>, accessed 5 May 2008).
- UNESCO (2007a). *Education for All by 2015: will we make it?* EFA Global Monitoring Report 2008. Paris, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
- UNESCO (2007b). *Literacy Initiative for Empowerment LIFE 2006-2015*. Vision and strategy paper. Hamburg, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization Institute for Lifelong Learning.
- UN-HABITAT (2006). *State of the worlds' cities 2006/7. The millennium development goals and urban sustainability*. Nairobi, UN-HABITAT.
- UN-HABITAT (2007a). UN-HABITAT website. Nairobi, UN-HABITAT (<http://www.unhabitat.org/>, accessed 10 Dec 2007).
- UN-HABITAT (2007b). *The emerging global order: the city as a catalyst for stability and sustainability*. Address by Executive Director Anna Tibaijuka. Nairobi, UN-HABITAT (<http://www.unhabitat.org/content.asp?cid=5389&catid=14&typeid=8&subMenuId=0>, accessed April 30, 2008).
- UNHCR (2005). *Measuring protection by numbers*. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees.

- UNHCR (2007). The United Nations Refugee Agency website. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (<http://www.unhcr.org>, accessed December 2007).
- UNICEF (1997). *The role of men in the lives of children*. New York, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (2000). *The state of the world's children 2001*. New York, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (2001). *We the children: meeting the promises of the World Summit for Children*. New York, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (2004). *The state of the world's children 2005: childhood under threat*. New York, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (2005). *The 'rights' start to life 2005: a statistical analysis of birth registration*. New York, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (2006). *The state of the world's children 2007. Women and children: the double dividend of gender equality*. New York, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (2007a). *Progress for children: a world fit for children*. New York, United Nations Children's Fund (Statistical Review, Number 7).
- UNICEF (2007b). *Can the Kenyan State put the 300,000 most vulnerable children in the country on a cash transfer programme by the end of 2010?* New York, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (2007c). *The state of the world's children 2008: child survival*. New York, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (nd,a). *Child protection information sheets*. New York, UNICEF.
- UNICEF (nd,b). Life skills website. New York, UNICEF (<http://www.unicef.org/lifeskills>, accessed 1 May 2008).
- UNICEF (nd,c) *Life skills: a special case for HIV/AIDS preventions*. New York, UNICEF ([http://www.unicef.org/lifeskills/index\\_7323.html](http://www.unicef.org/lifeskills/index_7323.html), accessed 1 May 2008).
- UNICEF (nd,d). *Child friendly schools*. New York, UNICEF. ([http://www.unicef.org/lifeskills/index\\_7260.html](http://www.unicef.org/lifeskills/index_7260.html), accessed 20 March 2008) and *Fact Sheet: The CRC@ 18: its impact on a generation of children*. New York, UNICEF. ([http://www.unicef.org/media/files/Fact\\_Sheet.doc](http://www.unicef.org/media/files/Fact_Sheet.doc), accessed 20 March 2008).
- US Social Security Administration (2004). Social security is important to women. Fact Sheet. Baltimore, MD, Press Office of the Social Security Administration (<http://ssa.gov/pressoffice/factsheets/women.htm>, accessed 5 May 2008).
- Vågerö D (1995). Health inequalities as policy issues – reflections on ethics, policy and public health. *Sociology of Health & Illness*, 17:1-19.
- Van Ginneken W (2003). *Extending social security: Policies for developing countries*. Geneva, International Labour Organization (ESS Paper No. 13).
- Vega J & Irwin A (2004). Tackling health inequalities: new approaches in public policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 82:482-483.
- Vega-Romero R & Torres-Tovar M (2007). *The role of civil society in building an equitable health system*. Paper prepared for the Health Care Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Victora CG et al. (2000). Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *Lancet*, 356:1093-1098.
- Victora CG et al. (2008). Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet*, 371:340-357.
- Villaveces A et al. (2000). Effect of a ban on carrying firearms on homicide rates in 2 Colombian cities. *JAMA*, 283:1205-1209.
- Vincent I (1999). Collaboration and integrated services in the NSW public sector. *Australian Journal of Public Administration*, 58:50-54.
- Vlahov D et al. (2007). Urban as a determinant of health. *Journal of Urban Health*, 84:i16-i26.
- Voas RB et al. (2006). A partial ban on sales to reduce high-risk drinking south of the border: seven years later. *Journal of Studies of Alcohol*, 67:746-753.
- Wagstaff A (2003). Child health on a dollar a day: some tentative cross-country comparisons. *Social Science and Medicine*, 57:1529-1538.
- Wagstaff A (2007). Social health insurance reexamined. Washington, DC, World Bank (World Bank Policy Research Working Paper 4111).
- Wagstaff A et al., (1999). Redistributive effect, progressivity and differential tax treatment: personal income taxes in twelve OECD countries. *Journal of Public Economics* 72:25.
- Waring M (1988). *If women counted: a new feminist economics*. San Francisco, HarperCollins.
- Waring M (1999). *Counting for nothing: what men value and what women are worth*. Toronto: University of Toronto Press.

- Waring M (2003). Counting for something! Recognizing women's contribution to the global economy through alternative accounting systems. *Gender and Development*, 11:35-43.
- Watts S et al. (2007). *Social determinants of health in countries in conflict and crises: the eastern Mediterranean perspective*. Background paper for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- WGEKN (2007). *Unequal, unfair, ineffective and inefficient – gender inequity in health: why it exists and how we can change it*. Final report of the Women and Gender Equity Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2002a). *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2002b). *World health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2005a). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence – initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2005b). *World health report 2005: make every mother and child count*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2005c). *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2005d). *Bangkok Charter for Health Promotion*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2005e). *The Health and Environment Linkages Initiative*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/heli/risks/risksmaps/en/index5.html>, accessed May 2008).
- WHO (2006). *The world health report 2006: working together for health*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2007a). *Medium-term Strategic Plan 2008-2013*. Geneva, World Health Organization ([http://www.who.int/gb/ce\\_amtsp.html](http://www.who.int/gb/ce_amtsp.html), accessed 14 February 2008).
- WHO (2007b). *Women's health and human rights: monitoring the implementation of CEDAW*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2007c). *World health statistics*. Geneva, World Health Organization. (<http://www.who.int/whosis/whostat2007.pdf>, accessed 28 March 2008).
- WHO (2007d). *Global age-friendly cities: a guide*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2007e). *Preventing injuries and violence: a guide for ministries of health*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2008a). Monitoring of health-related Millennium Development Goals. EB 122/33. Executive Board, 122nd session, 22 January 2008. Agenda Item 4.14,.
- WHO (2008b). *Eliminating female genital mutilation: an interagency statement*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2008c). *Preventing violence and reducing its impact: how development agencies and governments can help*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (nd,a). *Cardiovascular diseases: what are cardiovascular diseases?* Geneva, World Health Organization. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>, accessed 17 March 2008) (Factsheet No 317).
- WHO (nd,b). *Management of substance abuse: alcohol*. Geneva, World Health Organization ([http://www.who.int/substance\\_abuse/facts/alcohol/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/facts/alcohol/en/index.html), accessed 15 March 2008).
- WHO (nd,c). *Quick diabetes facts*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/diabetes/en/>, accessed 17 March 2008).
- WHO (nd,d). *Child and adolescent health and development*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm>, accessed 4 May 2008).
- WHO & PHAC (2007). Improving health equity through intersectoral action. Geneva, World Health Organization and Public Health Agency of Canada Collaborative Project.
- WHO & UNICEF (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Geneva, World Health Organization. ([http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf), accessed 28 May 2008).
- WHO et al. (2007). *Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*. Geneva, World Health Organization. ([http://www.who/reproductive-health/publications/maternal\\_mortality\\_2005/mme\\_2005.pdf](http://www.who/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2005/mme_2005.pdf), accessed 16 July 2008).
- WHO Healthy Cities (nd). Healthy Cities website. Copenhagen, World Health Organization (<http://www.euro.who.int/healthycities>, accessed April 10, 2008).
- Wilkinson RG (1996). *Unhealthy societies: the affliction of inequality*. London, Routledge.
- Williams K & Borins EF (1993). Gender bias in a peerreviewed medical journal. *Journal of the American Medical Women's Association*, 48:160-162.
- Wilthagen T, Tros F & van Lieshot H (2003). *Towards 'flexicurity': balancing flexicurity and security in EU member states*. Invited paper for the 113th World Congress of the

- International Industrial Relations Association, Berlin.
- Wirth M et al. (2006). *Monitoring health equity in the MDGs: a practical guide*. New York; CIESIN and UNICEF.
- Wismar M et al. (2007). *The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Women and Work Commission (2006). *Shaping a fairer future*. London, Government Equalities Office ([http://www.equalities.gov.uk/publications/wwc\\_shaping\\_fairer\\_future06.pdf](http://www.equalities.gov.uk/publications/wwc_shaping_fairer_future06.pdf), accessed 30 April 2008).
- Wood A (2006). *IMF macroeconomic policies and health sector budgets*. Amsterdam: Wemos Foundation.
- Woodward D (2005). The GATS and trade in health services: implications for health care in developing countries. *Review of International Political Economy*, 12:511-534.
- Woodward D & Simms A (2006a). *Growth isn't working: the unbalanced distribution of benefits and costs from economic growth*. London, New Economics Foundation ([http://www.neweconomics.org/NEF070625/NEF\\_Registration070625add.aspx?returnurl=/gen/uploads/hrfu5w555mzd3f55m2vqwty502022006112929.pdf](http://www.neweconomics.org/NEF070625/NEF_Registration070625add.aspx?returnurl=/gen/uploads/hrfu5w555mzd3f55m2vqwty502022006112929.pdf), accessed 5 May 2008).
- Woodward D & Simms A (2006b). *Growth is failing the poor: the unbalanced distribution of the benefits and costs of global economic growth*. New York, United Nations (ST/ESA/2006/DWP/20), based on Woodward D & Simms A (2006a).
- Woolf SH et al. (2004). The health impact of resolving racial disparities: an analysis of US mortality data. *American Journal of Public Health*, 94:2078-2081.
- Woolf SH et al. (2007). Giving everyone the health of the educated: an examination of whether social change would save more lives than medical advances. *American Journal of Public Health*, 97:679-683.
- World Bank (1997). Designing effective safety net programmes. *Poverty Lines*, 7:1-2. ([http://www.worldbank.org/html/prdph/lsm/research/povline/pl\\_n07.pdf](http://www.worldbank.org/html/prdph/lsm/research/povline/pl_n07.pdf), accessed 5 May 2008).
- World Bank (1999). *Global development finance*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank (2006a). *Global monitoring report 2006*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank (2006b). *World development indicators, 2006*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank (2007). *Global economic prospects 2007: managing the next wave of globalization*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank (2008). *The world development report 2008 – agriculture for development*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank Independent Evaluation Group (2006). *Debt relief for the poorest: an evaluation update of the HIPC Initiative*. Washington, DC, World Bank.
- World Commission on the Social Dimension of Globalization (2004). *A fair globalization: creating opportunities for all*. Geneva, International Labour Organization.
- WorldWatch Institute (2007). *State of the world 2007: our urban future*. Washington DC, The WorldWatch Institute.
- Xu K et al. (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*, 26:972-983.
- YouGov Poll (2007). Commissioned by the Fabian Society. London, YOUGOV (<http://www.yougov.com/uk/archives/pdf/fabian%20toplines.pdf>, accessed 20 March 2008).
- Young ME (2002). Ensuring a fair start for all children: the case of Brazil. In: Young ME ed. *From early child development to human development: investing in our children's future*. Washington, DC, World Bank, pp. 123-142.
- Yusuf S et al. (2001). Global burden of cardiovascular diseases. Part I: General considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. *Circulation*, 104:2746-2753.
- Zedillo E et al. (2001). *Recommendations of the High-level Panel on Financing for Development*. New York, United Nations (A/55/1000).
- Ziersch A & Baum F (2004). Involvement in civil society groups: is it good for your health? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58:493-500.



## 缩略词表

ADB	Asian Development Bank	亚洲发展银行
AFRO	African Regional Office (WHO)	(世界卫生组织) 非洲地区办公室
CEDAW	Convention on the Elimination of All forms of Discrimination Against Women	消除对妇女一切形式歧视公约
CIDA	Canadian International Development Agency	加拿大国际发展部
CMH	Commission on Macroeconomics and Health	宏观经济与健康委员会
DAC	Development Assistance Committee	发展援助委员会
DAH	Development assistance for health	健康发展援助
DALY	Disability-adjusted life year	伤残调整寿命年
DFID	Department for International Development	国际发展部
DHS	Demographic and Health Surveys	人口统计和健康调查
ECD	Early child development	早期儿童发展
ECDKN	Early Childhood Development Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health	健康社会决定因素委员会的早期儿童发展知识网络
ECOSOC	Economic and Social Council	联合国经济及社会理事会
EMCONET	Employment Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health	健康的社会决定因素委员会的就业情况知识网络
EMRO	Eastern Mediterranean Regional Office (WHO)	(世界卫生组织) 东地中海地区办公室
ESCAP	Economic and Social Commission for Asia and the Pacific	亚洲及太平洋经济社会委员会
EU	European Union	欧盟
EURO	European Regional Office (WHO)	(世界卫生组织) 欧洲地区办公室
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations	联合国粮农组织
FCTC	Framework Convention on Tobacco Control	烟草控制框架公约
FDI	Foreign direct investment	国外直接投资
FGM	Female genital mutilation	女性生殖器毁损
G7/8	Group of Seven/Eight	七国 / 八国集团
GATS	General Agreement on Trade in Services	服务贸易总协定
GATT	General Agreement on Tariffs and Trade	关税和贸易总协定
GBS	General budget support	总额预算支持
GDP	Gross domestic product	国内生产总值
GEGA	Global Equity Gauge Alliance	全球公平评估联盟
GHI	Global Health Initiative	全球健康倡议
GKN	Globalization Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health	健康的社会决定因素委员会的全球化知识网络
GNI	Gross national income	国民总收入

GNP	Gross national product	国民生产总值
HALE	Health-adjusted life expectancy	健康调整寿命年
HDI	Human Development Index	人类发展指数
HEIA	Health Equity Impact Assessment	健康公平效果评估
HIA	Health Impact Assessment	健康效果评估
HIV/AIDS	Human immunodeficiency virus/autoimmune deficiency syndrome	人类免疫缺陷病毒 / 人体免疫缺陷综合征 (艾滋病)
HIPC	Highly Indebted Poor Country	高负债贫穷国家
HSKN	Health Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health	健康的社会决定因素委员会的卫生体系知识网络
ISA	Intersectoral action	多部门行动
ILO	ILO International Labour Organization	国际劳工组织
IMCI	Integrated Management of Childhood Illness	儿童期疾病综合管理
IMF	International Monetary Fund	国际货币基金组织
IOM	International Organization for Migration	国际移民组织
IPCC	Intergovernmental Panel on Climate Change	政府间气候变化专门委员会
KN	Knowledge Network	知识网络
KNUS	Knowledge Network on Urban Settings of the Commission on Social Determinants of Health	健康的社会决定因素委员会的城市环境知识网络
LEB	Life expectancy at birth	出生期望寿命
MEKN	Measurement and Evidence Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health	健康的社会决定因素委员会的测量和证据知识网络
MDGs	Millennium Development Goals	千年发展目标
MTEF	Medium-Term Expenditure Framework	中期支出框架
NGO	Nongovernmental organization	非政府组织
ODA	Official development assistance	官方发展援助
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development	经济合作与发展组织
OHS	Occupational Health and Safety	职业卫生和安全
PAHO	Pan-American Health Organization	泛美卫生组织
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief	总统防治艾滋病紧急救援计划
PHC	Primary Health Care	初级卫生保健
PPHCKN	Priority Public Health Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health	健康社会决定因素委员会的公共卫生优先领域知识网络
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper	降低贫困战略规划
SCN	UN System Standing Committee on Nutrition	联合国系统营养常设委员会
SAP	Structural Adjustment Programme	结构调整项目
SDH	Social determinants of health	健康社会决定因素
SEARO	South-East Asian Regional Office (WHO)	(世界卫生组织) 东南亚地区办公室
SEKN	Social Exclusion Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health	健康社会决定因素委员会的社会排斥知识网络
SEWA	Self-Employed Women's Association	印度自雇妇女协会
STI	Sexually transmitted infection	性传播疾病
TRIPS	Trade-related Intellectual Property Rights	与贸易有关的知识产权协定
UN	United Nations	联合国

UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS	联合国艾滋病规划署
UNCTAD	United Nations Conference on Trade and Development	联合国贸易开发会议
UNDP	United Nations Development Programme	联合国开发计划署
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization	联合国教育、科学和文化组织
UNFPA	United Nations Population Fund	联合国人口基金
UN-HABITAT	United Nations Human Settlements Programme	联合国人类住区规划署
UNHCR	Office of the United Nations High Commissioner for Refugees	联合国难民事务高级专员公署
UNICEF	United Nations Children's Fund	联合国儿童基金会
UNSNA	UN System of National Accounts	联合国国民账户体系
UNRISD	United Nations Research Institute for Social Development	联合国社会发展研究所
WFP	World Food Programme	世界粮食计划署
WGEKN	Women and Gender Equity Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health	健康社会决定因素委员会的妇女和性别公平知识网络
WHO	World Health Organization	世界卫生组织
WPRO	Western Pacific Regional Office (WHO)	(世界卫生组织) 西太平洋地区办公室
WTO	World Trade Organization	世界贸易组织

## 框、图、表

### 框

框 3.1: 不公平与土著居民——各种政策的有毒化合作用  
框 3.2: 加拿大, 投资健康与经济回报  
框 5.1: 机构间协调机制范例——联合国营养常设委员会  
框 5.2: 大声朗读的刺激——美国  
框 5.3: 牙买加应对儿童早期开发挑战的综合手段  
框 5.4: 在孕前实施干预——印度的儿童发展综合服务 (ICDS)  
框 5.5: 菲律宾边缘社区的儿童早期开发  
框 5.6: 古巴的全民覆盖儿童发展服务  
框 5.7: 将儿童早期开发纳入现有卫生项目和服务  
框 5.8: 老挝农村儿童早期开发课程  
框 5.9: 联合国教科文组织“人人享有教育”目标  
框 5.10: 学前教育的国家措施  
框 5.11: 利于儿童发展的学校  
框 5.12: 肯尼亚——免除学杂费  
框 5.13: 优质教育的需求, 非洲撒哈拉沙漠以南地区  
框 6.1: 泰国改善居住条件, 保障土地使用权  
框 6.2: 加利福尼亚减税项目  
框 6.3: 英格兰南海岸: 住房改善和健康的随机性试验  
框 6.4: 印度改善贫民窟  
框 6.5: 坦桑尼亚的城市升级  
框 6.6: 伦敦交通阻塞费计划  
框 6.7: 澳大利亚墨尔本的“规划健康”, 一个发展安全、易得而迷人环境的创新性规划工具  
框 6.8: 内罗毕与近郊食物保障、农业和家畜论坛 (NEFSALF)  
框 6.9: 巴西通过社区动员来抵抗暴力行为  
框 6.10: 印度——可持续农业  
框 6.11: 孟加拉国农村促进委员会 (BRAC) 和小额贷款  
框 6.12: 泰国农村卫生服务  
框 7.1: 巴西无地或少地农业人口的工作与健康  
框 7.2: 尼泊尔——童工  
框 7.3: 印度的国家农村就业保障计划  
框 7.4: 健康生活的基本收入  
框 7.5: 丹麦的灵活保障制度和终生学习  
框 7.6: 加强政府对分包的监控  
框 7.7: 合理损耗——工人以及民间社会组织的行动

框 7.8: 国家行动应对工作压力

框 8.1: 韩国的案例——在经济危机的背景下强化社会保护  
框 8.2: 大不列颠联合王国和北爱尔兰消除儿童贫穷的国家战略  
框 8.3: 全民社会养老金——玻利维亚  
框 8.4: 孟加拉国落实对老年人的责任和养老金的分发  
框 8.5: 能够维持健康生活的最低收入  
框 8.6: “机会”——条件性现金转让  
框 8.7: 莱索托的全民社会养老金体系  
框 8.8: 印度建立分担社会保障制度  
框 9.1: 泰国——实现全民卫生保健  
框 9.2: 初级卫生保健、初级水平的服务和人口健康  
框 9.3: 社会赋权策略的案例  
框 9.4: 孟加拉的城市初级卫生保健  
框 9.5: 政府履行其对公共卫生保健的责任  
框 9.6: 巴西的家庭健康项目 (PSF)  
框 9.7: 公平与保障  
框 9.8: 先进的卫生保健融资——中等收入国家的案例  
框 9.9: 加纳的强制性卫生保险  
框 9.10: 泰国的税收资助全民卫生保健  
框 9.11: 社会卫生保险  
框 9.12: 乌干达——使用者付费制度的强制实施和废除  
框 9.13: 个人现金支付和健康公平  
框 9.14: 转变泰国的内部人才流失现象  
框 9.15: 免除债务、减少贫困以及资助卫生工作者  
框 9.16: 全球卫生行动  
框 9.17: 阻止卫生人员外流的政策方案  
框 10.1: 应对肥胖问题的跨领域行动  
框 10.2: 赞比亚部长委员会卫生、社区发展和社会福利项目  
框 10.3: 应对健康不公平的跨政府合作——英国经验  
框 10.4: 部门内一致性行动——斯里兰卡经验  
框 10.5: 巴西国家食品和营养计划 (PNAN)  
框 10.6: 预防慢性疾病的逐步框架  
框 10.7: 新西兰监测健康不公平的经验  
框 10.8: 健康影响评估——伦敦市健康战略经验  
框 10.9: 监测和评估跨领域合作有效性的工具——古巴经验

- 框 10.10: 加强相关社区和人群的积极参与  
——从 Kolkata 性工作者说起
- 框 10.11: 在新经济形势下重振初级卫生保健  
——印尼 Lumajang 地区的 Gerbangmas 运动
- 框 11.1: 全球经济增长和倾向于贫困人群的财务分配
- 框 11.2: 全球援助和需求
- 框 11.3: 援助的不稳定性
- 框 11.4: 援助和艾滋病
- 框 11.5: 债务减免和社会支出
- 框 11.6: 加强国内和国际税收机制
- 框 11.7: 税收竞争和“财政白蚁”(Fiscal Termites)
- 框 11.8: 国际免疫筹资机构 (IFFIM)
- 框 11.9: 加强援助的持续性——转向一般预算支持
- 框 11.10: 减贫战略文件 (PRSP)
- 框 11.11: 对健康的社会决定因素所有领域的筹资
- 框 11.12: “公平尺”模型——保证财政公平分配
- 框 12.1: 食品法典委员会  
(Codex Alimentarius Commission)
- 框 12.2: 阿根廷和玻利维亚的水资源私有化
- 框 12.3: 吸烟的成本
- 框 12.4: 世界卫生组织:  
贸易和健康的诊断工具和指南书籍
- 框 12.5: 泰国的健康影响评估
- 框 12.6: 斯洛文尼亚——对农业、食品和营养政策的  
健康影响评估 (HIA)
- 框 12.7: 服务贸易总协定
- 框 12.8: WTO 对知识产权相关方面的协定
- 框 12.9: 通过协定来保障健康和健康公平
- 框 12.10: 贸易谈判中的健康问题  
——政府、公民社会和地区
- 框 12.11: 合理征收水资源税, 促进健康公平
- 框 12.12: 规范健康保险, 促进健康公平
- 框 12.13: 改革纺织业的出口——孟加拉
- 框 12.14: 保护农业
- 框 12.15: 市场监管和营养——软饮料
- 框 12.16: 国际控烟公约 (FCTC)
- 框 12.17: 控制烟草战略——泰国
- 框 12.18: 酒精控制的证据
- 框 12.19: 酒精控制的战略
- 框 12.20: 构建企业社会责任——自下而上的推动力
- 框 12.21: 公民社会——正在影响大股东
- 框 13.1: 通过家庭法来解决性别歧视——肯尼亚
- 框 13.2: 为家庭暴力法的实施提供预算——拉丁美洲
- 框 13.3: 公民社会帮助增加知识产权意识  
——坦桑尼亚共和国
- 框 13.4: 改变强奸案例的审判——巴基斯坦
- 框 13.5: 改变妇女生殖器官切割的习俗
- 框 13.6: “进阶之石”——南非
- 框 13.7: 主流化——瑞典的性别平等计划
- 框 13.8: 智利政府的性别主流化——改善管理项目
- 框 13.9: 宣传性别公平
- 框 13.10: 测量不付酬工作对经济的贡献  
——加拿大统计局
- 框 13.11: Ganokendras——孟加拉的群众学习中心
- 框 13.12: 帮助妇女提升技能和进行职业规划的能力  
——英国
- 框 13.13: 魁北克的同工同酬项目
- 框 13.14: 提供儿童服务——印度
- 框 14.1: 玻利维亚的认同和权利
- 框 14.2: 为妇女提供法律支持——印度
- 框 14.3: 英属哥伦比亚的三结合健康计划——第一民族
- 框 14.4: 乌干达宪法和公民的参与
- 框 14.5: 南澳大利亚州的社会接纳计划
- 框 14.6: 法定参与计划——英国
- 框 14.7: 参与式预算——巴西波尔图
- 框 14.8: 全国健康计划——委内瑞拉玻利瓦尔共和国  
健康权利和社会接纳计划
- 框 14.9: 为社区赋权提供法律支持——印度 SEWA
- 框 14.10: 社区的力量——日本
- 框 14.11: 孟加拉的社区参与
- 框 14.12: 采取行动, 针对权利和贸易  
——艾滋病药物的例子
- 框 15.1: 全球化——可以促进或影响健康公平的政策
- 框 15.2: 全球筹资
- 框 15.3: 全球危机
- 框 15.4: 全球移民
- 框 15.5: 安全理事会的改革
- 框 15.6: 重新考虑全球经济影响的时机到来
- 框 15.7: 经济和社会委员会
- 框 15.8: 将健康公平作为全球卫生治理的核心  
——千年发展目标
- 框 15.9: 抗击社会排斥——欧盟的“开放性协作机制”  
(Open Method for Coordination)
- 框 15.10: 世界卫生组织和联合国人居署
- 框 15.11: 泛美卫生组织 (PAHO) 和国际劳工组织 (ILO)
- 框 15.12: 联合国共同行动的框架
- 框 15.13: 非洲艾滋病的特使
- 框 15.14: 健康权利——健康条件的权利
- 框 15.15: WHO 范围内关于健康的社会决定因素的  
机构变迁
- 框 16.1: 人口统计对政策制定至关重要
- 框 16.2: 健康公平性的初级监测体系
- 框 16.3: 建立国家健康公平性监测的综合框架
- 框 16.4: 英国对健康社会决定因素的监测

- 框 16.5: 监测的公平性测量
  - 框 16.6: 鼓励社区参与家庭调查的执行、阐释和随访
  - 框 16.7: 全球健康不公平性的测量
  - 框 16.8: 墨西哥——运用证据以促进国家卫生政策的改革
  - 框 16.9: 墨西哥——评估公众卫生保险
  - 框 16.10: 定性数据在理解健康社会决定因素中的作用
  - 框 16.11: 将性别问题纳入到医学课程中
  - 框 16.12: 儿童早期开发的能力建设——儿童早期开发的虚拟大学
  - 框 16.13: 落后的健康素养在富有国家同样泛滥
  - 框 16.14: 健康公平性影响力评估
  - 框 16.15: 提升卫生公平性影响力评估的能力
  - 框 17.1: 世界卫生组织战略目标 7 及相关的组织广泛期望结果
- 图**
- 图 2.1: 按照母亲受教育程度划分的国际和国内婴儿死亡率不公平情况
  - 图 2.2: 按家庭财富多寡划分的 5 岁以下儿童死亡率 (每 1000 名儿童)
  - 图 2.3: 1999–2003 年, 英国部分地区 (英格兰和威尔士) 15 ~ 64 岁人群中, 按照 20 级受剥夺程度划分的年龄标化全死因死亡率
  - 图 2.4: 1970 年和 2006 年部分国家中, 5 岁以下儿童死亡率 (每 1000 名儿童)
  - 图 2.5: 按受教育程度分组, 俄罗斯男性和女性在 20 岁时的预期寿命
  - 图 3.1: 2000 年普雷斯顿曲线 (Preston Curve)
  - 图 3.2: 不同国家中, 政府福利性收入再分配之前与之后的相对贫困比重
  - 图 4.1: 健康的社会决定因素概念框架
  - 图 5.1: 牙买加为期 2 年的干预研究: 营养增补剂与心理社会刺激对矮小儿童的联合作用
  - 图 6.1: 气候变化所致的死亡
  - 图 6.2: 1987 年以来道路交通事故死亡率的变化
  - 图 7.1: 不同国家与地区中工作场所危险物暴露的致死数
  - 图 7.2: 不同地区中日收入低于 2 美元 (包括 2 美元) 的工人比例
  - 图 7.3: 2007 年各地区就业情况
  - 图 7.4: 欧盟的非正规型就业 (百分数)
  - 图 7.5: 工作中的性别不公平现象
  - 图 8.1: 2002 年俄罗斯 50 岁以上男性与女性的疾病自我评估情况以及社会经济危险因素的终生累积效应

- 图 8.2: 2000 年 11 个国家中 3 组 “社会高危类别” 的相对贫困率
  - 图 8.3: 2000 年 18 个国家的家庭保单额度与婴儿死亡率
  - 图 9.1: 2000 年的健康调整预期寿命以及医疗总支出中的个人支付比例
  - 图 9.2: 全民覆盖的有效服务
  - 图 9.3: 全民覆盖计划为穷人提供的福利
  - 图 11.1: 关税在总收入中所占比例的地区分布, 1980–1998
  - 图 11.2: 用于卫生领域的官方发展援助
  - 图 11.3: PEPFAR 计划中支出分配的变化, 2004–2006
  - 图 11.4: 东亚 (左) 和撒哈拉以南的非洲 (右) 税收情况, 1970–1979, 1980–1989, 1990–1999
  - 图 11.5: 1973–2004 年的卫生发展援助: 各国承诺的每 5 年平均水平
  - 图 11.6: HIPC 国家总外部债务负担, 1970–2004 (10 亿美元)
  - 图 12.1: 一些国家速食的消费情况 (1995 年和 1999 年)
  - 图 12.2: 南非 Johannesburg 水资源—外凸关税曲线和理想的内凹曲线
  - 图 13.1: 一些地区男女工资水平的比较
  - 图 13.2: 对自身卫生保健有决策权的妇女的比例, 2001–2005
  - 图 14.1: 男性和女性的接受中学教育净比例
  - 图 14.2: 韩国男性和女性受教育程度对死亡率的影响, 剔除年龄因素, 1993–1997
  - 图 14.3: 全免疫率在最穷和最富群体中的分布 (地区平均)
  - 图 14.4: First Nations 年轻人自杀率, 按文化传承因素分层
  - 图 15.1: 出生时的预期寿命 (按年), 1950–2005
  - 图 15.2: 公共卫生重点——健康的因果关系途径
  - 图 16.1: 出生时预期寿命死亡率频散量度的变化趋势, 1950–2000
  - 图 17.1: 钳碎健康公平的坚果外壳
- 表**
- 表 2.1 部分国家间和国家内, 男性期望寿命的不公平
  - 表 3.1: 各国间收入不平等程度加大
  - 表 6.1: 城市家庭与贫民窟家庭, 2003
  - 表 8.1: 中低收入国家的社会养老金
  - 表 9.1: 精神健康——决定因素与干预措施
  - 表 16.1: 2003 年各地区和发展水平不同国家的未登记新生儿 (千)
  - 表 17.1: 通向健康公平的里程碑

# 索引

2008–2013 年中期战略计划 (MTSP) 171, 172

5 岁以下儿童死亡率

不公平 32, 33, 34, 52

提议目标 199

## A

阿富汗 153

阿根廷 134, 198

阿拉木图宣言 (1978) 30, 36

阿联酋 140

阿曼 140

埃及 34

艾奇逊报告 (1998) 113, 115, 183

艾滋病 参见 HIV/AIDS

爱尔兰共和国 67, 153

安全理事会 159

安全社区项目 70

安全社区项目 70

澳大利亚 198

城市规划和设计 59

基于学校的干预 60

健康公平效果评估 190

社会接纳计划 158–159

土著居民 158

政策一致 112

## B

Bégin Monique 209

Berlinguer Giovanni 209

Bourguignon F 121

巴基斯坦 138, 147

巴西 198

参与式治理 162

犯罪和暴力预防 70, 72

家庭健康计划 (PSF) 102, 103

农村无地工人运动 (MST) 79

食品和营养计划 (PNAN) 113–114

食品市场监管 140

保险, 参见 健康保险

暴力 65

城市规划和设计 69, 71, 72

亲密伙伴 (家庭) 144, 146, 152

北欧国家 34, 40, 87, 197

贝宁 84

本土人群宣言 157–158

避难所 67–69

避税 124, 127

波兰 197

玻利维亚 92, 124, 132, 157

剥夺, 物质 33–34, 37

补贴 38

不公平谈判 132

财政白蚁 125

残疾 100

社会保护 88, 90

城市地区 92

参与式治理 66, 204

脆弱性 63–65

发展 63, 64

改善居住环境 66–69

规划和设计 69–72, 112

建议 204

日常居住环境 37

卫生工作者 107

卫生考虑 65–66

移民 73

## C

Chatterjee, Mirai 209

Chumthonthai 基金会 67

测量和理解健康不公平 47, 208

测量和证据知识网络 45

产品倾销 79

超越商业惯例 29–30

陈冯富珍 29, 97, 178

成本分担 131

成人死亡率 33, 199

成衣制造业 84, 140

- 城市 198  
同时参见 城市地区
- 城市地区 198
- 城市化 63, 66
- 城市环境知识网络 (KNUS) 45, 198
- 冲突, 武装 38, 73, 157, 167
- 筹集国际基金 184
- 筹资 121-131  
健康的社会决定因素行动 118  
援助和债务减免 122-123  
国内收入 122  
经济增长和 121, 122  
行动证据  
公平 124-131, 132  
卫生保健 102-106  
跨部门行动 116, 122-123  
决策参与 161  
公众的重要性 121-122  
建议 206  
同时参见 援助; 预算; 金钱
- 出口加工区 (EPZ) 125, 133
- 出口加工区 (EPZ) 125, 133
- 出生登记系统 178, 179-180, 208
- 出生时预期寿命 (LEB) 28, 166  
国际收入和 40  
国内差异 32  
社会保护系统 88  
死亡率测量差异 184  
随时间改变 34-35  
提议目标 199
- 初级保健 100
- 初级卫生保健 (PHC) 100-101  
模型 34, 97, 99  
社区参与和赋权 99-101  
印度尼西亚的兴起 120  
运动 36
- 促进健康的行为 69-71
- 促进健康饮食 69, 70-71
- D**
- Deaton Angus 39
- Denny 209
- Dervis K 165
- 大不列颠 197  
参与式规划 160  
儿童贫困战略 90  
妇女的培训项目 151
- 改善健康公平 112, 114
- 工作压力 86
- 健康的社会阶层 33, 34
- 健康公平检测 183
- 健康生活工资 81
- 跨部门行动  
贫困率 40, 87  
同时参见 伦敦  
住房 68
- 大城市 63
- 大声朗读 56
- 大政府途径 114-116, 117, 159  
同时参见 跨部门行动
- 丹麦 81
- 当地政府  
参与式地方治理 66  
城市规划和设计 69-71  
改善住房 67-68  
公平参与 156  
建议的涵义 21, 204, 206, 207  
跨部门行动 120, 121  
农村发展 71-74  
预算的公平分配 123  
运输政策 69
- 道德贸易组织 (ETI) 142
- 道路交通伤害 65
- 低收入国家  
教育障碍 61-62  
公平就业和体面工作 81, 82, 83  
为公共服务融资 122, 123, 124  
好的健康 36  
卫生保健 102, 104  
健康状况的不公平 32  
跨部门行动 112  
老年人 88, 91, 92  
健康的社会阶层 33  
社会保护 89, 90, 91, 92, 93, 95-95  
结构性驱动力 38  
贸易谈判能力 132
- 地理区域  
同时参见 农村地区; 城市地区  
资源分配 126
- 定性数据 188
- 定义明确的 63  
改善 67-68, 69  
居住人群比例 63, 64
- 东部和南部非洲共同市场 138



锻炼, 参见体育活动

多边机构

建议的涵义 46, 206, 207

健康的社会决定因素框架 123-125

健康公平效果评估 135-136

需要改革 168-169

优化全球治理 170-173

支持累进税 124

多边一致性 169-170

多国集团, 参见跨国公司

## E

俄罗斯 136

厄瓜多尔 95

儿童

工作 36, 75, 79

贫困 90

权利 55, 178

社会保护 90

营养 26, 154, 55-57

早期开发, 参见 早期儿童开发

儿童保健 144, 152

儿童发展综合服务 (ICDS), 印度 56

儿童疾病综合管理 55, 56, 58

儿童权利公约 55, 178

儿童心理社会刺激 55-57

儿童营养不良 55-56

## F

Foege, William H. 209

发展和支持 71-72

发展援助, 官方 (ODA) 121, 122-123, 127

同时参见 援助

犯罪 65, 69, 70, 72

泛美卫生组织 (PAHO) 171

非传染性疾病 65-66

非正式经济 83, 84

非政府组织 (NGO)

工作培训 81

社区检测 183

菲律宾 57

肥胖 36, 65, 112, 113

弗朗西斯·鲍姆 209

服务贸易总协定 (GATS) 136-137

福利

可得性 88

社会 91, 93, 95-96

性别公平 151

腐败 126

父亲参与 58

妇女

参与研究 188

测量经济贡献 149

法律权利 146, 147

反对暴力 144, 146, 152

赋权 150, 153, 161-163

工作者 140

公平雇用机会 153-154

寡妇 89

教育和培训 150-151, 207

老年 88

权利 152-153

社会保护 95, 147

同等报酬 147, 207

同时参见 性别公平; 女孩

卫生工作者 107

性和生殖健康服务 152-153

运动 147, 149

政治赋权 157

赋权

初级卫生保健 98-100

妇女 150, 154, 161

政治, 同时参见政治赋权

## G

Ganokendras 孟加拉 150

改变

可行性 30

政府行动 29

改变社会规范 147, 148

改变态度 147-148

盖茨基金会 172

概念框架, 委员会 44-55

高负债贫穷国家 (HIPC) 107, 124, 130, 131

高收入国家

发展援助 132

国内收入 133

健康不公平 32

健康不公平的结构性驱动力 38

健康的社会阶层 33-34

健康素养低 190

贫困率 40, 87

社会保护系统 88

哥伦比亚 73

- 哥斯达黎加 35, 98
- 工作 75-86
- 标准 81
- 不付酬劳工作 148, 149
- 不稳定的 75, 77, 83-85, 95
- 非正式的 37, 75, 82-84, 148
- 妇女同等报酬 151, 207
- 环境 75-76, 85-86, 134
- 建议 204-205
- 健康不公平 75-78
- 农村地区 72, 80
- 培训 82
- 体面的 78-86
- 同时参见 雇佣; 劳动
- 性别公平 77, 78, 144, 145, 151-152
- 有害的 75
- 暂时的 / 兼职 75
- 工作地点性骚扰 752
- 工作相关压力 86
- 工作小组, 提议的 171-172
- 工作者
- 工作者的角色 139, 140
- 公平表达 79
- 健康生存工资 81
- 社会保护 88, 90
- 组织 79, 84
- 工作者的角色 139, 140
- 公共品 121
- 全球 125, 169
- 公共卫生优先领域知识网络 (PPHCKN) 45, 119, 172, 173, 197
- 公民登记系统 178, 179-181, 208
- 公民认同 157, 158
- 公民社会 198
- 城市规划和设计 69-71
- 当地参与式治理 66
- 定义 29
- 改善住房 67-68
- 公平分配预算 131
- 雇佣环境 84, 85
- 建议的涵义 47, 204, 206, 207
- 全民卫生保健 98
- 社会保护机制 89, 91, 92, 95
- 私有部门责任 144
- 性别公平问题 146, 147
- 性和生殖健康服务 152-153
- 早期儿童开发干预 53, 57
- 政治赋权 159, 161, 164
- 公平 124-131, 132
- 公平尺途径 126, 127
- 公司社会责任 141-143
- 共同国家评估 185
- 古巴 35, 58, 118
- 雇佣 75-86
- 安排 75-78
- 公平 78-86
- 环境 75
- 建议 204-205
- 利于家庭的政策 151
- 全职 80
- 同等机会 151
- 同时参见 劳动; 工作
- 行动证据
- 支持性的国际环境 78
- 雇佣环境知识网络 (EMCONET) 45
- 寡妇 89
- 关爱老人城市行动 66
- 关税和贸易总协定 (GATT) 141
- 关注学校健康有效性相关资源 (FRESH) 项目 60
- 官方发展援助 (ODA) 121, 122-123, 124
- 管理者角色
- 世界卫生组织 183, 184, 191
- 卫生部 119-120
- 卫生领域 112-113
- 郭岩 209
- 国际公平尺联盟 (GEGA) 126, 184
- 国际货币基金 (IMF)
- 公平雇佣和 78
- 卫生保健筹资 107, 128, 129
- 需要改革 168, 169
- 国际机构 124
- 公平雇佣和体面工作 78
- 建议的涵义 204-205, 207
- 卫生人力资源流失 108
- 性别主流化 147-149
- 性和生殖健康服务 152-153
- 国际劳工组织
- 劳动标准 82
- 社会保护 91, 171
- 市场职责 136, 139
- 性别公平 151
- 国际免疫筹资机构 128, 129
- 国际税收组织, 提议 126, 127
- 国家伙伴 29-30, 197

国家帐户, 性别公平 149

国家政府, 参见政府

## H

HIV/AIDS

非洲特使 173

社区参与 128

性别公平 146, 148

药物供应 163, 164

预防 60

援助分配 123, 124, 125

政策一致性 113

Hunt, Paul 146, 173

航空机票税 125

荷兰 183

赫尔辛基全球化和民主过程 168

胡桃钳效应 196

护士, 参见卫生工作者

环境

恶化 69, 74

改变 29

同时参见居住环境

早期儿童开发 53

贿赂 125

## J

基础设施, 农村 72-74

疾病津贴 90

疾病预防 99, 119

疾病预防 101, 118

计划生育 153

技能发展 117-118, 151

加利福尼亚减税项目 68

加拿大 41, 197

测量未支付酬劳工作 148, 149

第一国民 157, 157-158

妇女平等报酬 151

工作环境 85, 86

贫困 87

融资跨部门行动 116

加纳 72, 84, 104, 124

加强公众意识 189

加强机构建设 118-120

监测 178

加强能力 179-186

建议 206, 208

健康公平效果评估 116-117

监测系统, 参见 健康公平监测系统

减贫战略文件 (PRSP) 55, 72, 107, 128-129, 185

建议 45-46, 204-208

对不同行动者的涵义 46-48

概念化 48

同时参见 行动

健康

城市人口 65-66

健康权利 157, 162, 172, 173

世界卫生组织的定义 36

投资与健康的回报 41

健康保险 102-105, 118

评估 187

社会 106, 107

私有保险, 监管 133

健康保险机制 106

健康不公平 28, 31-36

测量和了解 46, 208

改革的可行性 34

国家内和国家间 31, 166-167

健康状况 32

结构性驱动力, 参见结构性驱动力

贫困人口中的最贫困 33-34

全球 166-167

社会阶层 33

原因和解决方案 37-43

健康测量网络 188

健康差距, 弥合, 参见用一代人的时间弥合差距

健康城市运动 66, 112, 186

健康促进 101, 118

健康促进渥太华公约 (1968) 36

健康的社会阶层 32, 33-34

随时间改变 34-35

在富有国家 33-34

健康的社会决定因素 28

健康的社会决定因素委员会

概念框架 44-45

建议, 参见委员会的建议

行动的三个原则 28-29, 45-46

健康服务, 农村 73-74

健康公平 112-121

里程碑 200

目标和靶向

相关的部门和行为者 111-112

一致途径 113-120

主流化 197

作为全球目标 165, 166

- 作为社会进步的指标 112–113
  - 健康公平监测系统 181–186
    - 国家的 180–184
    - 建议 208
    - 全球 184–186
    - 社区的角色 183
    - 使用决策数据 186
    - 综合的 180–183
    - 最小的 180–181
  - 健康公平目标 198–199
  - 健康公平目标 198–201
  - 健康公平效果评估
    - 建议 208
    - 经济条约 136–137
    - 能力建设 190–191
  - 健康和安​​全，职业，参见职业健康与安全
  - 健康和安​​全部 (HSE)，英国 86
  - 健康环境途径 66
  - 健康领域 119
    - 改革 98, 186
    - 建议 204
    - 领导角色 112–113
    - 贸易协定中的表达 137–138
    - 行动 118
  - 健康权利基本宣言 36
  - 健康权利特别报告者 171, 172
  - 健康生存工资 81
  - 健康素养 190
  - 健康效果评估 (HIA) 117, 136
  - 健康支出 38
  - 交通堵塞费 69, 70
  - 交通工具，空气污染 65, 69
  - 教育 52, 59–62
    - 教育的障碍 61–62
    - 不公平享有教育的影响 154, 155, 156
    - 女孩和妇女 62, 160–151, 207
    - 预期寿命 35
    - 母亲 31
    - 最年长者 32
    - 学前 59, 60
    - 初级教育 60, 62
    - 建议 204
    - 农村地区 72–73
    - 范围 59–61
    - 中学教育 60, 62
    - 健康的社会决定因素 188–192, 108
    - 同时参见早期儿童开发；学校
  - 教育部 188, 108
  - 结构性驱动力 28, 38, 108
    - 作为行动目标 44
  - 金钱
    - 不公平分配 46, 108, 206–207
    - 国家间流动 38, 40
    - 同时参见筹资
  - 金融危机 167
  - 金融治理，全球 167–168
  - 津巴布韦 124
  - 进阶之石，南非 148
  - 经济，需要更公平的 37
  - 经济参与，性别公平 151
  - 经济贡献，测量妇女的 149
  - 经济合作和发展组织国家 (OECD) 80, 166, 168
  - 经济和社会理事会 158, 168, 169–170, 171–172, 173, 207
  - 经济条约
    - 不公平的国际谈判 130
    - 公共卫生的表达 137
    - 建议 207
    - 健康公平效果评估 135–136
    - 同时参见 贸易条约
  - 经济危机中的社会保护 90
  - 经济增长 29, 39–27
    - 分配 121, 122
    - 社会政策 39
    - 投资于健康对经济增长的好处 41
    - 援助 123
  - 酒精 32, 66
    - 城市规划角度 69, 70–71
    - 控制 141, 142
    - 市场 134–135
  - 就业培训 82
  - 居住环境 63–74
    - 改善环境的干预 66–74
    - 健康不公平 63–66
    - 同时参见农村地区；城市地区
  - 决策
    - 公平参与 159–161
    - 监测数据 186
    - 健康公平效果评估 190–191
  - 决定性别测验 183
  - 军队支出
- K**
- Kerala 印度 36

- Kichbusch I 112  
 Kurokawa Kiyoshi 209  
 卡斯特尔斯 154  
 肯尼亚 61, 70, 125, 146, 197  
 空气污染 65, 69  
 控制烟草国际公约 (FCTC) 141  
 跨部门途径, 早期儿童开发 54  
 跨部门行动 (ISA) 112, 159  
   筹资 116, 125, 126  
   肥胖 112, 113  
   加强机构建设 118–119  
   健康领域 118  
   培训需求 118, 189  
   社区参与 119, 120, 121  
 跨代效应 53, 87  
 跨国公司  
   雇佣和工作环境 75, 83  
   市场影响 133, 134–135  
   税收 124, 125, 127
- L**
- 劳动力  
   被迫 78  
   儿童 37, 78, 80  
   监管标准 82, 135, 139  
   全球化角度 166  
   市场监管 139–140  
   同时参见 雇佣; 工作
- 老年人  
   城市区域 61  
   健康不公平 88  
   经济脆弱 37, 88  
   社会福利 91, 93, 95–96  
   卫生保健 400
- 老挝人民民主共和国 59  
 离岸金融中心 124  
 李钟郁 29
- 立法  
   性别公平 146–147  
   政治赋权 157–159
- 利益相关者 143
- 联合国  
   改革 168  
   健康公平监测 186  
   经济和社会事务部 136  
   联合行动框架 172  
   营养的常任理事会 (SCN) 54  
   早期儿童开发 52–53  
   联合国儿童基金会 54, 60  
   公民登记系统 181  
   建议 204  
   联合国贸易和发展会议 (UNCTAD) 129, 136  
   联合国国民帐户系统 (UNSNA) 149  
   联合国教育、科学和文化组织 136  
   促进教育的赋权行动 150  
   人人享有教育计划 59, 150  
   联合国开发计划署 (UNDP) 41  
   联合国人类住区规划署 63, 68, 171, 204  
   联合国食品和农业组织 (FAO) 132  
   列夫·托尔斯泰 31  
   灵活保障制度, 丹麦 82  
   领导角色 183, 185, 191  
   流离失所的人群, 参见难民和流离失所人群  
   伦敦  
     参与式规划 160  
     堵塞收费 70  
     健康战略 (LHC) 117  
   伦敦发展署 70
- M**
- Mahler, Halfdan 36  
 Marandi, Alireza 209  
 Marmot, Michael 209  
 Mencken HL 75  
 Michael, G 52  
 Mocumbi Pascoal 209  
 Mongella G 144  
 马拉维 125  
 马来西亚 138  
 马里 125  
 慢性病预防 114
- 贸易  
   不公平 38  
   关税 79, 121, 124  
   全球治理 167–168  
   人权 163–164  
   世界卫生组织工具书 134  
   政策一致性 112  
   自由化 133–134, 166–167
- 贸易协定  
   保护发展中国家的 124  
   不公平全球协定 132  
   公共卫生的表达 137–138  
   公平雇佣 78

- 健康不公平 166–167  
 健康公平效果评估 125–136  
 灵活性 136–137  
 贸易协会 80, 83–84, 112, 143, 151  
 美国  
   反对血汗工厂运动 84  
   贫困率 87  
   软饮料监管 140  
   卫生保健 97  
   早期儿童开发 55, 61  
   住房 67–68  
 孟加拉  
   成衣制造业 140  
   城市初级卫生保健计划 100  
   妇女文盲率 150  
   社会福利 91  
   社区参与 163  
 孟加拉农村促进委员会 (BRAC) 73  
 免疫 156, 157  
 莫桑比克 115, 184, 197  
 墨西哥 140  
   “机会”计划 91, 94, 187  
   卫生系统改革 186  
 墨西哥“机会”计划 91, 94  
 母亲 31  
 母乳喂养 53
- N**
- Ndiaye Ndioro 209  
 Ngilu Charity Kaluki 209  
 内罗毕与近郊食物保障、农业和家畜论坛 (NEFSALF)  
   71  
 南非  
   艾滋药物 163, 164  
   监测 178, 183  
   水资源提供 138, 139  
   性别公平 147  
   征税 125  
 南韩 190  
 难民和流离失所的人群 73, 88–90, 166  
   同时参见 难民  
 能力建设  
   健康公平效果评估 190–191  
   同时参见, 培训  
   卫生部门 118  
   早期儿童开发 189  
 能力建设 191
- 能源短缺 67  
 能源效率 68  
 尼泊尔 80, 125, 198  
 尼尔森·曼德拉 52  
 尼日尔 62  
 逆向照顾法律 98  
 农村地区 40, 46, 80  
   从农村地区移民 73  
   发展投资 70–74  
   雇佣 72, 80  
   基础设施和服务 72–74  
   建议 204  
   日常居住环境 37  
   生计 72  
   土地权利 72  
   卫生保健 106  
   无地和小农场 79  
   相对被忽视 63  
   自然环境 73  
 农村发展 71–74  
 农村生活 72–74  
 农村卫生工作者运动 36  
 农业  
   气候变化 65  
   城市化 63–65  
   缓解 74  
   发展和支持 71–72  
   保护生存 140, 141  
   小农业者 79  
   可持续的 72  
 奴隶 78  
 女孩  
   教育 62, 149–151, 207  
   同时参见 妇女  
   照顾弟弟妹妹 58, 152  
 女孩和性别公平知识网络 (WGEKN) 19  
 女权运动 149, 150  
 女性生殖器官切除 148, 149  
 挪威 152, 197
- O**
- 欧盟  
   雇佣安排 77  
   健康公平检测系统 181, 183  
   抗击社会排斥 171, 172  
   社会保护方法 90

**P**

- 培训 179, 188–191
  - 妇女 150–151, 207
  - 建议 208
  - 健康公平效果评估 190
  - 就业培训 81
  - 其他从业者和政治行为者 118, 189
  - 同时参见 教育
  - 医疗和卫生专业人员 188
- 贫困 36
  - 昂贵的医疗费用 98
  - 儿童 90
  - 高收入国家的贫困 40, 88
  - 工作者 75
  - 国家 156
  - 金融流动 121–122
  - 全球化和 166
  - 收入分配 40
  - 终生的影响 87
- 贫民窟 37, 63
- 平衡工作和生活 82
- 葡萄牙 34
- 普雷斯顿曲线 39

**Q**

- 气候变化 66, 198, 204
- 千年村庄计划 72
- 千年发展目标 (MDG) 36, 170–171
  - 雇佣和工作目标 80
  - 健康公平目标 198–199
  - 生殖健康 152
  - 性别公平 150
- 强奸 147
- 亲密伴侣暴力 144, 146, 152
- 全民卫生保健 98, 99–109
  - 建议 205
  - 全民社会保护体系 90–91, 92–95, 96
  - 全民性和生殖健康服务 152–153
- 全球, 参见全球治理
- 全球改革运动 29
- 全球公共产品 168
- 全球化 29
  - 不公平效应 132
  - 机遇和威胁 165–166
  - 贫困和 166
  - 社会保护和 89–90

- 税收和 124–126
- 全球化的社会维度委员会 175
- 全球化知识网络 (GKN) 45, 137
- 全球健康不公平 166–167
- 全球健康项目 (GHI) 109
- 全球领导者 196
- 全球领导者 196
- 全球治理
  - 更新需求 167–168
  - 建议 207
  - 竞赛 172
  - 需要改变 168–169
  - 优化全球治理行动 169–173
- 权力 154–164
  - 不公平分配 46, 108, 208–207
  - 不平衡 154–156
  - 参见 赋权
  - 健康不公平 154–156
- 权利
  - 儿童 178
  - 妇女 152–153
  - 健康的 157, 163, 172, 173
  - 土著居民 157–158

**R**

- Rashad Hoda 209
- Ricardo Lagos Escobar 209
- Rodrik D 132
- 人口与健康调查 156, 181
- 人民健康运动 36, 164
- 人权, 参见 权利
- 人权宣言 61, 172
- 人人享有健康途径 36
- 人人享有教育策略 60–62, 150
- 日本 163–164
- 日常生活环境
  - 不公平 28, 37
  - 建议 46, 204–205
  - 作为行动目标 44
- 软饮料 141
- 瑞典 147, 197
- 弱势群体
  - 雇佣 77
  - 社会保护 88
- Satcher David

**S**

- Sen Amartya
- Stephen Lewis 172
- 塞内加尔 84, 167
- 沙特阿拉伯 140
- 伤害 65, 71
- 少数民族 32
- 社会保护 87-96
- 社会保护 88, 90
- 社会保障, 参见社会保护
- 社会福利 91, 96
- 社会福利, 参见 社会保护
- 社会健康保险 104, 105
- 社会阶层, 同时参见健康的阶层
- 社会接纳 157-164
- 社会经济现状 32
- 社会排斥 170, 171
- 社会排斥知识网络 (SEKN) 45
- 社会弱势
- 跨代干预 52
  - 学前教育 60, 61
  - 在富有国家 33-34
  - 早期儿童开发干预 56-57
- 社会运动 164
- 社会正义 28
- 社会政策
- 经济增长 39
  - 有待完善 37
- 社区
- 赋权 159-160, 161-162
  - 健康保险计划 105
  - 健康的整合行动 112
  - 健康公平监测 183
- 社区参与
- 跨部门行动 119, 120, 121
  - 预防暴力 72
  - 早期儿童开发 58, 59
- 社区参与
- 财政支持 161
  - 初级卫生保健模型 97-100
  - 赋权效果 161-163
  - 改善城市居住环境 66
  - 决策 159-161
- 社区发展委员会, 坦桑尼亚共和国 69
- 社区卫生工作者 107
- 社区卫生行动 36
- 社区组织发展所 (CODI) 67
- 生存工资 81
- 生存技能培训 60
- 生计 72
- 生殖健康服务 207
- 生殖器官切除, 女性 146, 147
- 失业 90
- 食品法典委员会 132, 133
- 食物
- 安全 70, 72
  - 健康食物的享有 70
  - 快餐 133-134
  - 市场 123-134
  - 市场监管 140, 141
  - 政策一致 112
- 使用费 106
- 使用决策数据 186
- 世界贸易组织 (WTO) 78, 133, 137, 138, 140, 164
- 世界卫生组织 (WHO) 29, 30
- 阿拉木图宣言 (1978) 30, 34
  - 健康的定义 34
  - 贸易和健康的诊断工具书 135
  - 合理饮食和体育活动战略 120
  - 早期儿童开发 53-55
  - 控制烟草国际公约 (FCTC) 141
  - 全球良好治理 169, 170, 172
  - 健康公平效果评估 136
  - 健康公平监测系统 182, 184-186
  - 健康城市化干预 171
  - 实施行动 196-198
  - 建议的涵义 46-67, 204, 206-208
  - 机构改革 173-174
  - 2008-2013 年中期战略计划 (MTSP) 197, 198
  - 提议的健康公平目标 199-201
  - 研究干预 186
  - 安全社区项目 70
  - 逐步框架 116
  - 领导角色 183, 185, 191
  - 能力建设 191
  - 支持卫生部门 119-120
- 世界银行
- 出生登记系统 181
  - 公平雇佣 78
  - 需要改革 175, 176
  - 债务减免 129
- 市场 132-143
- 公共部门控制 138-142
  - 雇佣 78
  - 建议 207



- 跨国公司影响 139
- 全球整合 132
- 私有部门监管 133–136
- 同时参见 经济条约；贸易
- 收入
- 安全 87
  - 保护，参见 社会保护
  - 不公平分配 33, 39–40
  - 出生时预期寿命和收入 39
  - 健康居住最低收入 81, 193
  - 重新分配 87, 89
- 衰老，健康 100
- 水传播疾病 37
- 水资源
- 公平享有 138, 139
  - 私有化 129
  - 享有的不公平 37, 133
- 税收
- 建议 206
  - 累进 123–124
  - 强化系统 123–124, 125, 127
  - 全球化 124–126
  - 特殊卫生征税 124
  - 为社会保护筹资 95–96
  - 为卫生保健筹资 92–107
  - 烟草和酒精 141, 142
  - 直接和间接 124, 126
- 私有领域
- 公司社会责任 141–143
  - 监管 133–135
  - 建议的涵义 47
  - 健康公平行动 119
  - 卫生保健支出 97, 98
- 斯里兰卡 36, 115, 138, 197
- 斯洛文尼亚 136
- 斯特报告 (2006) 198
- 死亡登记系统 179–180
- 死亡率
- 不公平 31–34
  - 提议目标 199–201
  - 同时参见 成人死亡率；5岁以下儿童死亡率；婴儿死亡率；孕产妇死亡率
- 死亡率频散量度 184
- 随机对照实验 44, 179
- 缩略词表 231–233
- T**
- Tibaijuka Anna 63, 209
- Tobin 税 124–125
- 泰国 197
- 促进健康饮食 71
  - 改善贫民窟 67
  - 健康税收 124
  - 健康效果评估 136
  - 农村卫生服务 74
  - 全民卫生保健 98, 99, 105
  - 卫生工作者分配 107
  - 烟草控制 141
- 坦桑尼亚共和国 69, 125, 184
- 糖尿病 32
- 特使
- 非洲艾滋特使 171
  - 全球健康公平特使 171
- 提议的健康公平目标 199–201
- 体育活动 65, 69, 70–71
- 同时参见 性别公平
- 同时参见 援助
- 土地权利 72
- 土著居民 38, 156
- 建议 207
  - 认同和权利 158
  - 政治赋权 158–159
- W**
- Wilensky Gail 209
- 外包 83, 84
- 外汇交易征税 133, 136, 140
- 威尔士 参见 大不列颠
- 委内瑞拉 102, 161
- 委内瑞拉全国健康计划 161
- 卫生保健 97–109
- Tanahashi 模型 102
  - 保障公平的规则 137
  - 不公平分配 97
  - 筹资 102–106, 107
  - 公众责任 108
  - 健康的社会决定因素途径 118
  - 全民，参见 全民卫生保健
  - 私有领域监管 133–134
  - 性别公平 108
  - 有针对性的 102

卫生保健 Tanahashi 模式 102

卫生保健系统 98

公民注册和 179

角色 29, 37

早期儿童开发 52, 59

卫生部 118–120, 188, 206

卫生部长 118

卫生发展援助 (DAH) 121, 123–124, 127, 128

卫生工作者 107–108

城市 - 农村分配 107

培训 188

人才流失 37, 108

援助 107

卫生工作者人才流失 37, 108

卫生人力资源, 参见 卫生工作者

卫生系统知识网络 (HSKN) 45

温室气体排放 63–65, 66, 69, 74

文化能力

健康 190

女性 144

乌干达 62, 106, 125, 159

无地人群 79

## X

吸烟 32, 134

同时参见 烟草

希腊 34

现金交易征费 125–126

现金转账项目 91, 92–74

小额信贷服务 72

小农村 79

协会 参见 贸易协会

心理社会刺激 55–57

心理卫生 32, 65–66, 101

心血管疾病 (CVD) 32, 35

心脏病 37

新加坡 34

新西兰 117, 197

信息系统, 卫生 178

行动 (在健康的社会决定因素上的)

财政支持 118

关键领域 45–46

跨部门 参见 跨部门行动

评估影响 46, 208

维持 196–201

行为者 46–48

性别公平 144–153

促进性别公平的行动 146–153

工作 77, 78, 144, 145, 151–152

国家账目 149

建议 207

教育和培训 58, 61–63, 149–151

经济参与 151–153

立法 146–147

社会保护 94, 151

生命早期 52, 53, 59

同时参见 妇女

土地权利 72

卫生保健 101, 146, 147

性和生殖健康 152–153

宣传 149

医学课程 189

政治赋权 157

性别公平单元 146–148

性别歧视

立法 146–147

同时参见 性别公平

性别主流化 146–148, 149

性工作者 118

性和生殖健康 152–153

性和生殖健康 152–153, 207

凶杀案发生率 72

宣传 100, 148

学校 53

儿童友善 60

加强入学率 60–62

同时参见 教育

血汗工厂 84

循环 70–71

## Y

牙买加 57

烟草

健康相关成本 131

控制 141

市场 131–132

相关的死亡 32

作为筹资来源 118

研究 178–179, 186–187

范围 188

机构 47–48

建议 208

同时参见 证据

性别偏见 187

- 需求 198
  - 研究干预 186
  - 一生途径
    - 社会保护 87-96
    - 早期儿童开发 56
  - 伊朗伊斯兰共和国 197
  - 医生, 参见卫生工作者
  - 医学教育 189
  - 移民
    - 国际 82, 89-90
    - 里程碑, 健康公平 200
    - 内部 73
    - 全球 167
    - 全球治理 168
    - 同时参见 难民和流离失所人群
    - 卫生工作者 37, 108
  - 以社区为中心的初级保健服务 36
  - 抑郁 66-67
  - 饮食
    - 城市规划角度 69, 70-71
    - 同时参见 食物
  - 饮食和运动策略, 世界卫生组织 120
  - 印度
    - 儿童服务 152
    - 妇女赋权 188
    - 健康公平监测 183
    - 跨部门行动 118
    - 农村发展项目 72-74
    - 农村雇佣保障项目 80
    - 贫民窟改造 68
    - 社会保障系统 96
    - 吸烟成本 133
    - 早期儿童开发干预 56-57
  - 印度尼西亚 84, 120, 153, 200
  - 印度尼西亚, Gerbangmas 运动 120
  - 英格兰 参见大不列颠
  - 婴儿死亡率 31, 88, 89
  - 营养
    - 过渡 65
    - 孕前 56, 57
    - 早期儿童 52, 54, 55-57
  - 营养不良 70
  - 营养的常任理事会 (SCN) 54
  - 用一代人的时间弥合差距 28
    - 可行性 30, 34-36
  - 与贸易相关的知识产权协定 137, 138, 163, 164
  - 预期寿命
    - 教育 35
    - 社会阶层 33
    - 私有部门支出 97, 98
  - 预算
    - 参与 161
    - 健康公平效果评估 190-191
    - 同时参见 筹资
    - 性别公平计划 146
  - 预支付方法, 卫生保健筹资 102-106
  - 援助 121-122
    - 承诺援助的提供 121-122, 126
    - 国际流动 40
    - 挥发 123
    - 加强一致性 127-129
    - 建议 206
    - 健康框架的社会决定因素 126-129
    - 健康相关, 参见健康发展援助
    - 经济增长和 126
    - 社会保护 95-96
    - 被排斥群体 95-96
    - 贡献体系 96
    - 建议 205
    - 健康 87-90, 171
    - 慷慨 92-95
    - 全民 90-91, 92-95, 96
    - 全民社会保护行动 90-96
    - 全球化角度 88-90
    - 试点项目 91
    - 税收和援助系统 95-96
    - 性别公平 95, 151
    - 指向性的 或 经过经济情况调查的 94-95
    - 终生 87-89
  - 同时参见 援助者
    - 卫生工作者 107
  - 援助方
    - 承诺援助的提供 122-123, 127
    - 建议的涵义 205, 206
    - 全民卫生保健 97
    - 社会保护机制 89, 91, 92, 95-96
    - 卫生保健 105, 107
    - 支持累进税制 124
  - 孕产妇保健 97
  - 孕产妇死亡率 32, 153
  - 孕前干预措施 56, 57
- Z**
- 赞比亚 114, 184

- 早期儿童开发 189
- 早期儿童开发 (ECD) 26-62
  - 促进性别公平 58
  - 建议 204
  - 能力建设 189
  - 全民覆盖 57
  - 社区参与 58, 59
  - 使用现有卫生项目 / 服务 58
  - 同时参见 教育
  - 投资于 ECD 的收益 53
  - 优先社会弱势群体 57-58
  - 终生干预措施 57
  - 转变观念 53-54
  - 综合干预措施 55-59
  - 综合政策框架 55-56
- 早期儿童开发虚拟大学 (ECDVU) 189
- 早期儿童开发知识网络 (ECDKN) 45
- 早期开发 56
- 乍得 125
- 债务 121, 123-124
  - 偿还 38, 40
  - 减免 107, 124, 125, 129
  - 净收入途径法 129
  - 趋势 129-130
  - 责任 129
- 证据
  - 定性的 188
  - 国际合作 188
  - 来源 18
  - 评判 19
  - 收集 18
  - 同时参见 研究
  - 拓展定义 187-188
  - 需要 178-179
- 政策
  - 工作者的表达 79
  - 建议 206
  - 健康公平的影响 116-117
  - 确定双赢途径 114
  - 一致性 112, 113-114
- 政府 (国家)
  - 公民注册系统 179-181
  - 早期儿童开发 52-53, 204
  - 雇佣和工作 80, 83
  - 公平分配预算 131
  - 性别公平立法 146-147
  - 性别主流化 147-148
  - 卫生保健 89, 105, 107
  - 健康公平效果评估 190-191
  - 健康公平监测系统 180-183
  - 建议的涵义 47, 204-208
  - 促进健康公平 112
  - 改善住房 67-68
  - 市场控制 138-142
  - 参与式城市治理 66
  - 政策, 参见 政策
  - 政治赋权 157, 158
  - 卫生保健的公众责任 100
  - 农村发展 71-74
  - 性和生殖健康服务 151-152
  - 社会保护机制 89, 92, 95
  - 运输政策 69
  - 妇女对国家帐户的贡献 149
- 政治
  - 性别公平 144
  - 需要改善 10
- 政治避难者 89
- 政治赋权 154-161
  - 参与决策 159-161
  - 建议 206
  - 立法 154-156
  - 自下而上的途径 161-164
- 政治因素 34
- 支持累进税制 124
- 支持卫生部门 119-120
- 知识
  - 建立和分享 198
  - 同时参见 证据
  - 拓展 186-188
- 知识产权 (IPR) 137
- 知识网络 44-45
- 职业健康和安全 (OHS) 82, 84, 85, 205
- 指标
  - 发展 182
- 指向性的 或 经过经济情况调查的 94-95
- 治理
  - 公平参与 159-161, 162
  - 全球, 参见全球治理
- 智利 60, 197
- 中等收入国家
  - 健康条件的不公平 32
  - 结构性驱动力 38
  - 跨部门行动 112
  - 老年人 88, 91, 92

- 社会保护 90, 91, 92, 93, 95–96
- 为公共服务融资 122
- 卫生保健筹资 104
- 债务减免 129
- 中国 36, 199
- 中期支出框架 108
- 重要数据 178, 179–181
- 逐步框架 116
- 逐步框架, 世界卫生组织 116
- 住房 67–68, 69, 204
- 住户调查 184
- 转包合同 83
- 资本外逃 124, 125
- 资源
  - 不公平分配 46, 108, 206–207
  - 公平分配 132, 133
  - 健康公平效果评估 190–191
  - 同时参见 卫生工作者 筹资
- 自费费用 106
- 自杀 159
- 自我雇佣妇女协会 (SEWA), 印度 152, 161–162
- 自下而上的途径 161–164
- 自治 157–158
- 总统艾滋援助应急计划 (PEPFAR) 123, 124, 125
- 组织 79, 34
- 最老的老年人 32
- 最年长者 32

健康的社会决定因素委员会认为，  
缓解健康不公平现象是当务之急  
和一项道德义务。社会不公是人类  
的一大杀手。

