



世界卫生组织

第五十二届世界卫生大会
议程项目 4

A52/DIV/9
1999年5月18日

发展中的卫生

诺贝尔经济学奖得主剑桥大学三一学院院长
Amartya Sen教授在第五十二届世界卫生大会上的
基调演说

日内瓦，1999年5月18日（星期二）

我感到非常荣幸——并且当然感到非常高兴——能有机会在这一如此重要的会议上发表演讲。我尤其感到特别荣幸，首先因为这是一个如此重要的场合（世界卫生大会是一个盛会，汇集了能对全世界数十亿人健康和长寿产生影响的人们），其次因为会议议程是如此重要（我们刚听取了总干事在“变革的一年”中所概述的各项重点），第三是因为能应我最钦佩的格罗·哈莱姆·布伦特兰博士邀请来到这里，我感到由衷的高兴。

要求我演讲的主题是“发展中的卫生”。我必须谈及一个问题——一个极为困难的问题——即卫生如何与发展联系起来¹。在某种程度上，可以简单地回答这个问题：增进人们的健康无疑几乎被普遍接受为发展过程的一项主要目标。但这一基本认识本身不能使我们有很大进展。我们还必须提出许多其它问题。卫生在发展的所有目标中如何重要？通过使人均实际国民收入不断增加的经济增长总体过程是否能最佳促进卫生，或是否将发展卫生作为与经济增长过程相脱离的一项独立目标？是否在发展过程中同时进行所有有益的事项，或应对要确定的重点作出选择？如何使我们对公平的关注在卫生领

¹ 在解答这一问题及相关问题时，我利用我即将于1999年9月由Alfred Knopf出版的专著《发展即为自由》。这次演讲还与于我于1999年4月22日在伦敦卫生与热带医学学院第九届公共卫生年度论坛上的基调演讲非常相似，那次我也利用了我即将出版的专著《发展即为自由》。

域和卫生保健中得到反映？我也必须讨论这些问题。

然后，为激发对或许最基本问题的兴趣，让我先从传说的一对夫妇之间关于赚钱问题非常古老的谈话开始。当然，夫妇之间讨论多赚钱的可能性并非异乎寻常，但是在公元前八世纪左右对这一问题的谈话具有某种特殊意义。如在梵文版Brihadaranyak

a Unpanishad中报告的，Maitreyee和她的丈夫Yajnavalkya正在讨论这一问题。但是他们很快开始讨论比致富的方法途径更大的问题：财富在多大程度上能帮助他们获得他们想要的东西¹？Maitreyee想知道是否可能是这样的情况，即如果“全世界的许许多多财富只属于她一个人，她就能由此达到长生不老。Yajnavalkya回答说，“不能”，你的生活将同富人的生活一样。但是，不能希望通过财富获得长生不老。”Maitreyee说，“如果我不能长生不老，那我要这些财富作什么？”

Maitreyee的修辞性疑问在印度宗教哲学中被反复引用，以说明人类困境的性质和物质世界的局限。我对由Maitreyee的世俗失望所导致的其它物质问题极表怀疑，但是这一对话的另一个方面对经济学和理解发展的性质具有相当直接的利害关系。这涉及收入与成就、商品与能力、我们的经济财富与我们按自己希望的那样生活的能力之间的关系。虽然在财富与我们的健康、长寿和其它成就之间存在关联，但是这种联系可能很强，或可能不强，并且完全取决于其它条件。问题不在于长生不老的能力，对此Maitreyee——上帝保佑她——

恰好全神贯注，而是能真正长寿（不是英年早逝）并享有美好生活（不是生活悲惨和没有自由）的能力——

这些几乎是我们大家都十分珍视和希望得到的东西。这两种观点之间（即完全集中于经济财富与更广泛地以我们能过的生活为中心之间）的差距是发展理念方面的一个重大问题。正如亚里士多德在Nicomachean

Ethics的开头所提到的（与3000英里之外Maitreyee与Yajnavalkya之间的谈话完全共鸣）：“财富显然不是我们所追求的利益；因为它只是有用并且能达到其它目的。”²

财富的有用性在于它使我们能做事情——帮助我们实现根本自由，包括长寿和幸福生活的自由。但这种关系既非排它性（因为除财富外存在着对我们生活有重要影响的其它因素），也无同一性（因为财富对我们生活的影响因其它影响而有所不同）。认识到财富对生活条件和生活质量的关键作用与理解这种关系的有限性和偶然性同样重要。发展的适当概念必须超越财富的积累以

¹ Brihadaranyaka Upanishad, II, iv, 2-3。

² 亚里士多德, The Nicomachean Ethics, Book I, section 5; 在D. Ross的社本（牛津大学出版社，1980年）中第7页。

及国民生产总值的增长和其它与收入有关的变量。我们必须看得更远，同时不忽视经济增长的重要性。

发展的目的和手段要求检查和审视更充分地理解发展过程；仅将最大限度增长收入或财富作为我们的基本目标是不够的，正如亚里士多德提到的，它“只是有用并且能达到其它目的。”基于同样原因，不能把经济增长本身作为一个目的。发展（如我在我即将出版的专著发展即为自由中努力主张的）必须主要关注增进我们所过的生活及我们所享有的自由。我们所享有的最重要的自由包括免于可避免的健康不良和死亡。理解经济繁荣与健康之间关系的局限性和偶然性与承认这一关系的极端重要性（尽管这种关系可能是有限和偶然的）同样重要。

美籍非洲人的相对和绝对贫困

让我用一些经验事例来说明这种关系的制约性。十分显著的是，非常富裕国家中特定人群组的贫困程度可与所谓“第三世界”相比较。例如，在美国，美籍非洲人作为一个群体达到高龄的机会并不比出生在中国经济极其贫困地区或印度喀拉拉邦（或斯里兰卡、牙买加或哥斯达黎加）的人民更多——实际上更少。由于我没有机会在会议厅内向你们放影投影图像，你们需要自己设想这些图像。我在1993年科学美国人杂志上发表的文章中（“生死经济学”）提供了有关这一情况的图表，说明美籍非洲人作为一个群体如何在存活比例方面落后于世界上一些最穷的人¹。即使美国美籍非洲人的人均收入大大低于美国白人人口，但是他们当然在收入方面比中国或喀拉拉邦人要富许多倍（即使在对生活费用差价校正之后）。在这一方面，比较美籍非洲人与更加贫穷的中国人或喀拉拉邦印度人的生存前景有着特殊重要性。美籍非洲人在低年龄组的生存方面（尤其在婴儿死亡率方面）要比中国人或印度人好，但随着年龄增长，情况发生变化。

结果，在存活至老年人群组方面，中国男子以及印度喀拉拉邦男子确实比美国黑人男子活得长。甚至美籍非洲妇女较高年龄存活模式与更为贫穷的中国人相似，并且其存活率明显低于甚至更贫穷的喀拉拉邦印度人。所以，在人均收入方面与美国白人相比，美国黑人处于相对贫困，而且他们在生存至成年、老年方面绝对比低收入的喀拉拉印度人（妇女和男人）以及中国人（男人）更为不利。对这些悬殊差别的影响原因（即按人均收入判断的生活水准与按存活至较大年龄的能力判断的生活水准之间）包括社会安排和社区关系，如医疗覆盖面、公立卫生保健、基础教育、法治、暴力流

¹ 这些以及其它这类比较见我的“生死经济学”，*Scientific American*, 266 (1993), 以及“人口统计与福利经济学”，*Empirica*, 22 (1995)。

行程度等¹。

我刚才发表评论的显著差别将美籍非洲人口作为一个整体，而这是一个非常大的人群。而我们如果考虑在社区处境特别不利部分的美籍非洲人，我们会获得更为显著的差别。Christopher Murray及其同事的最新著作显示美国人口在各县的存活率是多么不同²。例如，如果我们采用如哥伦比亚特区、圣路易斯市、纽约或旧金山的美籍非洲男性人口，我们发现他们在幼年时落后于中国人或喀拉拉人。并且尽管这一事实，即在人均收入方面（这是生长与发育标准研究的注意中心），美籍非洲人要比与他们在存活模式方面作对比的贫穷人口富裕得多。

这些事例是令人震惊的，但还应当注意到，一般而言，寿命趋向于随着人均收入而增长。实际上，即使在Chris Murray和其他人研究的特定国家内情况正是这样。这里是否有点矛盾？

确实没有。假设存在其它条件，较高的收入确实能使个人或社区更能避免早逝和防止发病。但是其它因素一般来说是不相同的。因此，收入能产生积极影响，然而，由于其它因素的多样化（包括医疗设施、公共卫生保健、教育安排，等等），在很多情况下，较富有的人寿命更短，从存活的比例来说不如较贫困者。声称较高的收入对于较好的健康和较长的寿命不起作用如同断言它是唯一起作用的因素一样荒谬。此外，另一方面，较好的健康和生存质量确实一定程度上有助于获取较高收入的能力（在有其它条件的情况下），但是另外一方面没有指出其它因素。

增长起作用的卫生发展

或许值得讨论一下健康与生存和人均收入水平之间的关系，由于有关这一方面的文献有时充满相当能够起误导作用的结论。通常作出的结论是，尽管寿命的长短与人均收入不一致，然而，如果我们不考虑那些例外情况，在国家间比较中有大量事实证明，一般来说，收入和预期寿命是同步的。根据这一推论，一些评论者试图急于争论说，经济发展是增进健康和延长寿命的真正因素。确实，一直存着这样的争议，即担心

¹ 关于这一点，请见我的“生死经济学”，Scientific American, 1993年4月，还见其中引用的医学文献。

² C.J.L. Murray、C.M. Michaud、M.T. McKenna和J.S. Marks，按县和种族分列的美国死亡率模式：1965—1994（马萨诸塞州剑桥：哈佛人口与发展研究中心，1998）。

收入方面的成就和生存机会之间的不一致是一个错误，由于一般来说，据观察，它们之间在统计学方面的联系相当紧密。

这一统计学论点是否正确？

它有利于正在作出的一般推断吗？关于国家间统计学方面联系的观点孤立来看确实是正确的，但是在将这一统计学关系看作把收入作为健康和长寿的基本决定因素和抛开社会安排（超出基于收入的富裕）的相关性作为一个有说服力的根据之前，我们需要进一步仔细观察这一统计学关系。

在这方面提到最近由Sudhir Anand和Martin Ravallion作出的一些统计学分析很有趣¹。在国家间进行对比的基础上，他们发现预期寿命确实与人均国民生产总值有着积极的重要关系，但是，这一关系主要通过国民生产总值对下述两方面的影响起作用：(1)贫困者的收入，(2)专门在卫生保健方面的公共支出。实际上，一旦这两个可变因素将其本身纳入统计中，几乎不能对将人均国民生产总值作为一项额外影响因素作出更多的解释。实际上，将贫困和用于卫生的公共开支本身作为解释性的变数，人均国民生产总值与预期寿命之间的统计学联系似乎完全消失。

重要的是需强调，这并不说明人均国民生产总值的增长不会延长寿命，但是它确实表明，这种关系将发生作用，特别是通过对卫生保健的公共支出以及通过消除贫困方面所取得的成功。很大程度上取决于如何应用经济增长的成果。这也有助于解释为什么诸如南朝鲜和台湾等国家的一些经济体制能够通过经济增长迅速地提高寿命，而其它在经济增长方面有着同样记录的国家却不能相应实现寿命的延长。

仔细观察了近年来东亚经济取得的成就和由于所谓的“亚洲经济危机”的性质和严重程度所产生的磨难。这一危机确实相当严重，同时它也指出过去曾错误地认为取得全面成功的经济的失败。然而，不考虑过去几十年东南亚经济所取得的伟大成就也是一个严重错误，这些成就从根本上改变了这些国家人民的生活并延长了他们的寿命。在我即将出版的题为发展即为自由的书籍中更加充分地阐述了东亚经验的积极和消

¹ Sudhir Anand和Martin Ravallion, “贫困国家中的人力发展：论及私人收入和公共服务的作用”，经济观点杂志，7（1993年）。

极方面，在这里就不再作进一步详述。

出于多种历史原因，其中包括侧重于基础教育和基本卫生保健，早期完成有效的土地改革，广泛的经济参与在很多东南亚经济制度中易于实现，而采取同样的方法在一些国家，例如巴西、印度或巴基斯坦则不可行，在这些国家中，开创社会机会缓慢得多，以致成为经济发展的一项障碍¹。扩大社会机会有助于高度就业经济发展并为减少死亡率和延长预期寿命创造了有利的条件。其它一些高速增长的国家反差很大，例如巴西，该国有着几乎类似的人均国民生产增长率，但是其社会的不公平、失业和忽视公共卫生保健的历史也相当长。其它一些经济高度增长的国家对长寿的实现更加缓慢。这里我将提到两个有趣和相互关联的对照情况。第一个是不同的经济高速发展国家之间的差异，特别是在提高寿命和生活质量方面取得巨大成功的国家（例如南朝鲜和台湾）与在这些其它领域中没有取得类似进展的国家（例如巴西）之间的差异。第二项对比是在延长寿命和提高生活质量方面取得高度进展的不同经济的国家，特别是成功取得高度经济增长（南朝鲜和台湾）与那些没有在实现经济高度增长方面取得很大进展的国家（例如斯里兰卡，改革前中国，印度喀拉拉邦）之间的鲜明对比。

我已经阐述了第一项对比（例如南朝鲜和巴西之间），但是，第二项对比也值得给以政策上的重视。在我和Jean Dreze共同出版的题为饥饿与公共行动的书籍中，我对两种在迅速降低死亡率方面取得的成功之间作出了区别，它们分别被称为“增长起作用”和“支持起作用”进程²。前者通过快速经济增长起作用，其成功取决于基础宽广和经济广博的增长进程（就业率高对此起很大作用），同时也取决于利用增强的经济繁荣扩大有关的社会服务，包括卫生保健、教育和社会安全。与“增长起作用”机制相比较，“支持起作用”进程不通过快速经济增长运作，但是，通过对卫生保健、教育，和其它有关社会安排的有经验的社会支持规划起作用。斯里兰卡、改革前中国、哥斯达黎加、或印度喀拉拉邦的经济经验是这一作法的良好范例，这些国家在没有太大经济增长的情况下非常迅速地减少了死亡率并提高了生活状况。

公共提供服务，低收入和相关费用

¹ 关于这个问题请参阅我与Jean Dreze共同撰写的书籍：**印度：经济发展和社会机会**（新德里、纽约、牛津大学出版社，1995年）。

² Jean Dreze和Amartya Sen, **饥饿和公共行动**（牛津：Clarendon出版社，1989年）；特别阅第10章。

“支持起作用”作法不期待急剧提高实际收入的人均水平，它通过将那些降低死亡率和提高生活质量的社会服务（特别是卫生保健和基础教育）作为重点予以运作。为与我在其它地方所阐述的情况进行比较，我们可以以6个国家（中国、斯里兰卡、纳米比亚、巴西、南非和加蓬）和一个国家（印度）中人口为3000万的相当大的邦（喀拉拉）的人均国民生产总值和出生预期寿命为例。尽管它们的收入水平非常低，喀拉拉、中国、或斯里兰卡人民的预期寿命与巴西、南非和纳米比亚较富裕的人口相比较，它们的预期寿命要高得多，更不用提加蓬。当我们将喀拉拉、中国和斯里兰卡与巴西、南非、纳米比亚和加蓬在不公平方面作比较时得出的结果也是相反的。由于预期寿命的差异与作为发展核心的各种社会机遇（包括流行病学政策、卫生保健、教育设置、等等）有关，急需辅之以收入为核心的观点，以便更充分地理解发展进程¹。这些不同的对比在相当程度上与政策相关，表明“支持行动”作法的重要性²。

贫穷国家的人民当然持续受到很多不利条件而处于困境；这种情况只是形形色色的不利条件之一。然而，提到卫生和生存，或许当今世界上很多贫穷国家的主要问题是缺乏医疗服务和提供卫生保健。普遍剥夺生物医学服务的性质和获得问题在Paul Farmer题为传染病和不公平：现代的鼠疫的研究中最为生动地提出³。失败不仅出现在可成功治愈的疾病（例如霍乱、疟疾，等等），而且也出现在更多具挑战性的疾病（例如艾滋病和抗药性结核）中。但是在每种情况下，公众对改变这些不足有所作为的决心可带来重大变化。

卫生保健的经济与政策

由于确实需要资源用于扩大包括卫生保健和教育在内的公共服务，所以在穷国财政“支持作用”程序的可能性问题上，人们一般会表示惊讶。在任何实际的财务工作中都不能否认资源的需求，但所使用的费用与我们所能预期人类的受益之间的平衡也是一个问题。在这里，财政压力并非真正的敌人。实际上，真正受财政保守主义威胁的应该是将公共资源用于那些社会受益远不清楚的目的，如大量的经费日前在用于一

¹ 请参阅我在南部经济联合会上的杰出贵宾演讲，题目为“从收入不平等到收入不平等”，由南部经济杂志出版，64（1997年10月），和对联合国儿童基金会佛罗伦斯：联合国儿童基金会，1995年的第一次伊诺森蒂演讲，题目为“死亡率是经济成败的一项指标”，也由经济杂志出版，108（1988年1月）。

² 还请参见Richard A. Easterlin所撰写的“市场如何得益？回顾死亡率的现代历史”，油印版，南加利福尼亚大学，1997年。

³ Paul Farmer, 传染病和不公平：现代的鼠疫（Berkeley, CA:加利福尼亚大学出版社1998）。

个接一个穷国军队的开支常常比用于基础教育或卫生保健方面的公共开支要大许多倍。我们生活在一个本末倒置的世界里，这里的医生、学校老师或护士比那些将军和空军中将领们更能感觉到财政保守主义的威胁。对这种异常的矫正不要求以财政压力作为惩罚，而要更加考虑对手要求的成本与效益。

这一重要问题同时与二个社会生活的中心问题相关联，特别是对参与政策角色的认识，以及对结合开放式思维调查的考察经济争论的需要。如果资源分配系统地偏向于武器和武装力量，而非偏向于卫生和教育，那么对此的处理办法只能是从根本上依赖于那些有关这些问题有根据的公众争论，而且从根本上依赖大众在寻求更好地处理良好生活的基本需求，而非有效杀戮方面的角色。也许没有任何情况比向卫生保健方面的资源分配、有依据的公众讨论方面的发展、民主方式的可得性，以及各国人民均面临的各种选择的全面的理解等更重要的了。

第二个问题是经济审查。特别重要的是看到在一项争论中的错误经济，这常常表现为反对早期的卫生保健的重点。资源不足常常伴随有推迟社会性重点投资的争论，这点直至国家已经富强起来时仍有。穷国们正在去哪里寻找“支持”这些服务的方法（正如著名的修辞性问题所问）？这确是一个好问题，但也有一个好的答案，这在很大程度上取决于相关费用的经济。这一“支持作用”程序的可行性取决于这样的事实，即相关的社会服务（如卫生保健和基础教育）是非常劳动密集型的，而且这样在贫穷—和低收入—经济中相对就便宜一些。在贫穷的经济中也许只有极少的钱用于卫生保健和教育，然而它确实也需要极少的钱用于提供同样的服务，而这在富裕国家要花许多钱。相对价格和费用在决定一个国家负担能力时是一个重要参考数据。提出一个适当的社会承诺，记录下相对费用的变化情况对于健康和教育方面的社会服务来说尤其重要¹。

结论

那么我们从这些要素分析中能够得出什么结论呢？卫生与发展的相关关系又如何呢？要引起注意的第一点即是——
加强卫生工作是发展的基本部分。那些提是否更好的健康对于发展来说是一个好的“工具”问题的人们可能忽略了最基本的决定观点——

¹ 这一问题在Dreze 和 Sen, *Hunger and Public Action* (1989年)中有过讨论。

良好的健康是良好的发展的结合部分；卫生保健的实例并不一定要具体地建立，——通过表明良好的健康也会有助于经济增长。

其次，具备其他条件，良好的健康和经济繁荣可趋于相互支持。健康的人民可以更加容易地获得收入，而较高收入的人民可以更加容易地找到医疗服务，获得良好的营养，并拥有过上更加健康生活的自由。

第三，不具备“其它条件”，可通过各种活动来加强良好的健康，这包括公众政策（如提供流行病学服务和医疗保健）。似乎经济发展和健康成就之间有一种良好的一般关系，但受一些政策因素影响这种关系也会减弱。这在很大程度上取决于由于经济发展产生的多余收入的使用情况，特别是其充分地用于扩大公共服务和减少贫穷的负担。卫生成就的加强行动超越了经济增长率的单纯扩展。

第四，即使经济不发达，也可通过使用社会生产过程中可得到的资源来达到主要卫生问题的改善。在这一点上极其重要的是，注意医疗治疗和医疗服务的相对成本中的经济考虑。由于卫生保健是一个非常劳动密集型的过程，所以低收入经济在投入较多—非极少—重点放在卫生保健上有其相对优越性。

另外，经济资源的社会分配问题不能从参与政治的角色和有依据的公众讨论的成果中分离出来。财政保守主义应该是军国主义者们的恶梦，而非医生、学校老师或医院护士们的威胁。如果医生、学校老师或医院护士比军队的领导人们更怕资源考虑的威胁，我们公众就必须至少部分地给予谴责，让军国主义者带着他们奇怪的特权滚开。

最后，再没有比有依据的公众讨论和人民参与那些能够保护我们生命和自由的变革更重要的事了。公众不应仅仅将自己看成是一个病人，而应看作是变革的主人。无行动和冷漠的惩罚会导致疾病和死亡。

= = =