

# 社会流动有助于降低健康 不平等吗？\*

王甫勤

**提要:**关于健康不平等现象主要存在两种理论解释,即社会因果论和健康选择论。以往研究主要通过追踪数据来检验两种理论的基本观点。本研究运用中国综合社会调查数据(CGSS2005),从社会流动的角度分析中国民众的健康不平等状况及其产生机制,并从侧面比较了这两种理论的解释力。本研究强调健康不平等是社会阶层地位不平等的再生产,而社会流动是降低社会阶层地位不平等的重要途径。因而,本研究假设,是否发生社会流动对于改变人们的健康水平具有重要影响,社会上向(下向)流动能够促进(降低)人们的健康水平,并且有助于降低不同社会阶层之间的健康梯度。分析发现,社会流动(方向和距离)对人们的健康水平有显著作用,但只有长距离的社会流动才对人们的健康水平有明显的提升(或抑制)作用。从总体上看,在当前中国背景下,社会因果论的解释力强于健康选择论。社会流动在健康不平等的产生过程中,起到了一定的“混合”作用,有助于降低健康不平等水平。

**关键词:**社会地位 社会流动 社会不平等 健康不平等 健康梯度

自布莱克健康报告<sup>①</sup>(*Black Report*)1980年发布以来,健康不平等  
问题逐渐成为社会学研究的重要议题(Elo,2009)。布莱克(Douglas  
Black)等研究发现,不同社会经济地位的人们在死亡率和发病率方面  
存在显著的差异,处于社会上层地位的人健康状况明显优于社会下层  
地位的人(Black et al.,1980)。布莱克报告发表后,各国学者都开始探  
索健康的社会不平等问题,产生了大量的研究成果(Macintyre,1997;

---

\* 本研究得到了教育部重大攻关项目“我国目前社会阶层状况研究(项目批准号:08JZD0024,主持人:复旦大学社会学系刘欣教授)”的资助。本论文使用数据全部来自中国社会科学基金资助之“中国综合社会调查(CGSS)”项目。该调查由中国人民大学社会学系与香港科技大学社会科学部执行,项目主持人为李路路教授、边燕杰教授。作者感谢上述机构及其人员提供数据协助。同时,编辑部和匿名评委对本文的修改提出了很多宝贵建议,在此一并致谢。本文内容及观点由作者自行负责。

① 英国卫生与社会保障部1977年成立“健康不平等”研究委员会,由道格拉斯·布莱克爵士担任委员会主席。委员会的主要研究目的是回顾不同社会阶级之间健康状况的差异,解释其原因,进而为制定消灭健康不平等的社会政策和未来研究提供建议。

Smith et al., 1990)。各国研究表明,人们的社会经济地位同他们的健康状况之间存在稳健且持续的关系(Lowry & Xie, 2009; Mackenbach et al., 2008)。但是,对于健康不平等与社会经济地位不平等是否具有明确的因果关系一直存在争论(Dahl, 1996)。在健康不平等研究中,社会因果论(social causation)和健康选择论(health selection)是两种基本的竞争理论,很多研究都是围绕这两种理论的解释力展开的(Warren, 2009)。社会因果论认为人们在社会结构中的不平等位置导致人们在工作环境、接受医疗服务的机会、健康风险等方面都有明显的不同,因而处于社会上层地位的人的健康状况比处于社会下层地位的人要占有优势(Dahl, 1996)。健康选择论认为健康状况是人们在地位获得过程中的筛选机制之一,只有那些良好健康状况的人才能够获得上向流动,而健康状况较差的人将会发生下向流动(West, 1991),因而处于社会上层地位的人的健康状况要优于社会下层的人。尽管两种理论都在一定程度上构成了健康不平等的解释机制,但是其解释力在不同的社会背景下仍有相当大的差异。

以往的研究主要通过追踪数据来比较社会因果论和健康选择论的解释力(Elstad & Krokstad, 2003),而本研究试图运用中国综合社会调查(CGSS)2005年的数据,从社会流动与健康不平等之间关系的角度来分析并解释中国民众的健康不平等状况及形成机制,并从侧面比较两种理论的解释力。这样,一方面可避免截面数据对研究中国健康不平等问题的缺陷,另一方面也为社会流动的后果研究开拓新的视野。

## 一、关于健康不平等的理论解释

健康不平等(health inequalities, health disparities)不是指所有的健康差异,而是指不同优势<sup>①</sup>的社会群体之间具有系统性差异的健康水平,如穷人、少数民族、妇女等群体比其他社会群体遭遇更多的健康风险和疾病的社会不平等现象(Braveman, 2006)。在社会学研究中,主要关注不同社会经济地位群体之间的健康不平等,因而健康不平等又被称为健康的社会不平等。

① 优势是指人们在社会结构的相对位置,这种位置由人们所具有财富、权力或声望所决定。

布莱克报告指出了四种解释健康不平等的基本观点(Black et al., 1980)。其一是虚假相关论,认为人们的健康水平同他们的社会经济地位之间并没有真正的相关关系,统计上出现的相关关系只是由于测量的误差所导致。这种观点没有得到各国实证研究的支持。后续的研究表明,健康不平等在世界范围是一种普遍现象,并不存在明显的测量误差。其二是自然或社会选择论,认为人们的健康状况决定了他们的阶级位置,因而不同阶级之间的健康梯度(gradient)是自然而成的。这种观点符合社会达尔文主义的逻辑,是健康选择论的早期版本。其三是唯物主义或结构主义的解释,认为同阶级结构相关的生活条件是健康不平等的重要原因。这种观点发展成为后来的社会因果论。其四是文化主义或行为主义的解释,认为健康不平等是由于人们的健康风险行为引起的,如吸烟、不良饮食习惯、公共医疗卫生服务使用不当等,而这些行为在不同的社会群体间有明显的不同。文化主义或行为主义解释一般不以个人为分析单位,在比较不同工业化社会中人们的健康梯度时比较常见(Holstein et al., 2009)。在社会学和公共卫生研究领域中,对于健康不平等问题的理论解释和争论一直围绕社会因果论和健康选择论的解释力展开,并持续至今。

社会因果论和健康选择论在不同国家或地区都找到了相应的经验证据。社会因果论的支持者发现,那些社会经济地位较高和社会关系较为完整的人比那些社会经济较低和社会关系不完整的人在发病率和死亡率方面都要低;这种稳定的关系很少有例外,而且在不同的时间、地区、性别和年龄之间都能发现这种关系(Goldman 2001)。研究者们通过多种测量方式来测量健康水平和社会位置,如将健康水平操作化为主观自评健康状况、常见疾病、残疾、死亡率、心理健康状况等,将社会位置操作化为收入、财富、教育、职业、社会整合度、婚姻状况等。埃尔施塔德等对挪威中部的县城北特伦德拉格(Nord-Trøndelag)9189名年龄在25-49岁(1985年)的成年男性进行了2次追踪研究,时间间隔为10年,他们发现,相对于高级白领阶层而言,中间职业阶层和体力职业阶层的主观健康认知(perceived health)发生了负向的变化(即随着阶层地位的降低,他们的健康水平也开始下降);1985年时,高级白领阶层、中间职业阶层、体力职业阶层和非雇佣阶层(non-employed)报告健康状况较差的比例分别是8.1%、9.9%、12.9%和36.2%,平均值为12.4%;1995年时,四个阶层报告健康状况较差的比例分别是11.4%、17.1%、20.4%和55.9%,平均

值为 22.3%；两个时间点虽然在比例上有一定差异，但是健康不平等的基本模式保持一致 (Elstad & Krokstad 2003)，即阶层地位较高的群体维持较高的健康水平，不同阶层之间存在明显的健康梯度。温珂拜等通过斯坦福大学五城市项目 (the Stanford Five-City Project) 的 2380 个参与者数据分析社会经济地位与人们心脑血管病之间的关系，他们采用教育、职业和收入等 3 个指标测量人们的社会经济地位，研究发现，教育作为人们社会经济地位最为重要的指标与人们的胆固醇含量之间具有密切的关系，教育程度越高的人，胆固醇超标的风险越低；收入和职业同胆固醇含量之间并没有显著的相关关系 (Winkleby et al., 1992)；教育通过多种机制来影响人们的健康不平等，如改变人们的生活方式、解决问题的能力、改变人们的价值观，并且还能够促进人们心智成熟、培养人们赚钱的能力等 (Winkleby et al., 1990)。格伦迪等通过 6 个指标来测量健康状况 (其中 4 个是自我评估指标，2 个是医院临床指标)，用住房情况和是否接受收入资助 (income support) 作为社会经济地位的测量指标，分析了 1993 - 1995 年间 65 - 84 岁老年人口健康状况的影响因素，研究发现，接受收入资助的人 (作为经济上贫困的指标) 不管是其主观报告的健康状况，还是临床测量的健康指标 (包括高血压和处方药使用) 都具有明显的劣势，住房情况在主观健康状况方面具有显著性 (Grundy & Sloggett, 2003)。总体上来说，人们的客观社会经济地位对他们的健康水平 (而不管健康水平采用何种测量指标) 有显著的影响。不同社会经济地位的人口之间存在明显的健康梯度。

健康选择论的支持者认为，与健康相关的流动 (health related mobility) 是健康不平等的主要原因，那些健康状况较好的人能够获得上向流动，相反，健康状况较差的人则向下流动 (Dahl, 1996; West, 1991)，从而导致了不同社会经济地位人口之间健康梯度的扩大。即使是这种理论最坚定的反对者也不否认健康在人们社会流动过程中的作用，支持者和反对者争论的关键在于与健康相关的流动对健康不平等的作用是巨大的 (substantial) 还是边缘的 (marginal) (Dahl, 1996)。克里斯·帕沃尔等对英格兰、威尔士和苏格兰 1958 年 3 月 3 - 9 日出生的儿童同期群进行了三次追踪研究 (分别在他们 16 岁、23 岁和 33 岁时进行了调查)，研究发现健康 (如身高或患病与否) 直接或间接地影响着人们的代内流动，但是不同时期的健康状况对人们的流动影响作用有差异，那些 23 岁时健康

状况较差的人,有较高的优势<sup>①</sup>向下流动(Power et al.,1996)。梅尔·巴特利等发现体力职业是最容易被“健康选择的”,在失业率上升时期,有一定身体缺陷的人很难找到体力型职业,在失业率下降时期,他们的就业难度也不会降低(Bartley & Owen,1996)。还有学者认为,儿童时期的健康水平是代际社会经济地位传递的中间机制,一方面,那些占有家庭背景优势的人在儿童时期就表现出较高的健康水平,因而在教育获得和财富积累方面占据优势;另一方面,儿童时期健康水平还通过教育获得和成人时期健康水平对人们的职业地位、收入和财富产生间接影响(Haas,2006)。因而,他们认为不同社会阶层之间的健康梯度应当嵌入到更大范围的社会分层过程中才能得到更好的解释。

尽管两种理论都在不同时间、地区发现了经验证据,但是这些研究都是以欧美国家经验数据为主,关于中国健康不平等研究尚未得到重点关注(Lowry & Xie,2009)。劳瑞和谢宇第一次对中国民众的健康不平等状况进行了研究(Lowry & Xie,2009)。他们运用中国2005年1%人口抽样数据,对中国城乡人口的健康不平等状况进行了详细的分析,并重点检验了社会经济地位与人们健康状况之间的关系随着年龄变化的趋势,研究发现,无论是农村还是城市,人们的收入水平同他们的健康状况呈正向相关关系,即随着收入水平的提高,他们主观上也感觉自己的健康状况越好。另外,他们还发现社会经济地位具有累积效应,随着人口年龄的增长,不同社会经济地位人口的健康不平等呈扩大的趋势。他们的研究支持了社会因果论的基本观点,但由于截面数据的限制,他们没有检验健康选择论的相关观点。本研究尝试通过改变研究设计——研究社会流动与健康不平等之间的关系——来间接检验<sup>②</sup>社会因果论和健康选择论这两种理论观点,这样做既可以克服截面数据的限制,又是社会流动后果研究的重要尝试。

① 这里所指优势(odds)是指某事件成功(发生)的概率与失败(不发生)的概率之比。公式为  $Odds = \frac{p}{1-p}$ 。优势和概率是一一对应关系,优势越大表示事件成功(发生)的概率越大,优势是一个相对概念,比概率更能够反映某事件发生或不发生的机会大小。后同,恕不再一一注释。

② 笔者将利用追踪数据对社会因果论和健康选择论进行直接验证的研究称之为直接研究,而本研究变换了这种思路,通过社会流动与健康不平等之间的关系(或曰社会流动是如何改变不同社会阶层人口之间的健康梯度的角度)来分析和理解社会因果论与健康选择论在中国经验中的解释效力,因而是一种间接检验。

## 二、社会流动与健康不平等之间的关系

以往关于社会流动后果的研究主要集中于社会流动对于人们政治态度 (Parkin, 1971; Paterson, 2008)、政党偏好 (Abramson, 1972; Knoke, 1973)、投票行为 (De graaf & Ultee, 1990)、社会态度 (Hodge & Treiman, 1966)、生育行为 (Sobel, 1985) 等方面的影响。在这些研究中, 社会流动对人们态度或行为的影响主要表现为两个方面, 其一是客观地位的改变及其主观地位认知的改变, 使人们的社会态度或行为发生变化; 其二是在再社会化过程<sup>①</sup>中, 人们习得新的社会规范, 从而作出行为或态度的改变。在公共健康研究中, 学者们非常关注社会流动是否有益于增加或减少健康不平等。一方面, 社会经济地位同人们健康不平等之间具有密切的关系, 而社会流动被认为是减少社会不平等的一种主要途径 (Lipset & Bendix, 1959), 因此, 增加社会流动的机会能够让那些处于社会中下层地位的人, 凭借自己的能力获得上向流动, 进而改善自己的健康状况。巴特利等根据英国国家统计局在 1991 年 (16 - 50 岁) 和 2001 年 (26 - 60 岁) 对 20 万名左右的男性和女性人口进行的健康调查数据分析后发现, 当控制人们 1991 年的阶级地位时 (流动起点), 那些流动到较为优势地位的人, 相比那些流动到较为劣势地位的人报告健康不良的优势要低得多; 另外, 当控制人们 2001 年的阶级地位时 (流动终点), 那些从劣势地位流动到优势地位的人, 相对本身就处于优势地位的人而言, 又具有较高的优势产生健康不良状况 (Bartley & Plewis, 2007)。综合而言, 社会流动对于不同社会经济地位人口之间的健康不平等起到了“混合”的作用, 因而社会流动可以降低社会不平等。另一方面, 研究者发现社会经济地位对健康不平等具有累积效应 (Lowry & Xie, 2009), 即长期处于优势地位 (或劣势地位) 的人拥有更好 (或更差) 的健康水平, 而社会流动从一定程度上可以削弱这种累积效应 (Accumulation effects) (Blane et al., 1993)。

博伊尔等同样使用英国国家统计局的调查数据<sup>②</sup>分析了社会流动

① 社会流动过程是一种再社会化的过程。

② 博伊尔等使用的数据是 1971 年和 1991 年两个时间截点的数据, 并且同巴特利等使用的数据在年龄范围上有所差异。博伊尔的分析样本在 1971 年的年龄范围是 0 - 49 岁, 1991 年他们的年龄范围是 20 - 69 岁, 总样本量为 247520 人。

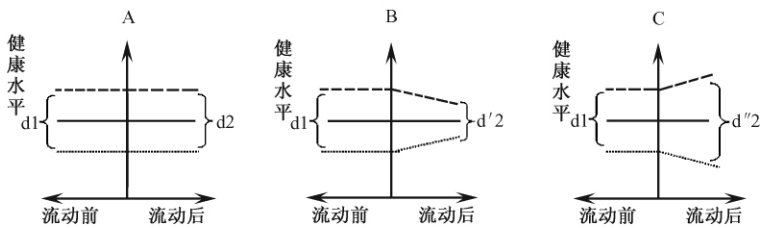
对人们健康不平等状况的影响(Boyle et al. 2009)。他们发现,在1991年时,虽然那些流动人口的健康状况确实是介于起点位置和终点位置人口的健康水平之间;但是,当比较人们1991年和1971年的健康状况时,每个社会阶级之间的健康梯度并没有很大差异。他们认为,健康不平等是否会降低并不是社会流动的必然性后果。相反,社会流动有可能会扩大社会不平等。克劳森等研究发现,发生社会流动的人,其死亡率是介于起点位置和终点位置人口死亡率之间,但是由于没有考虑到社会因果和健康选择效应,社会流动对人们健康水平的影响可能并不重要(Claussen et al. 2005)。

社会流动与人们健康水平之间的统计相关关系并不能用来解释社会流动是否能够降低抑或增加健康不平等。因为健康水平和健康不平等是两个不同的概念,以往研究恰恰混淆了这一点。流动前后健康水平的变化并不能解释健康不平等(健康梯度)的增加或降低,而是要取决于社会经济地位或健康选择性流动是否在健康不平等过程中发挥作用及作用大小。本研究通过图1(图A-C)<sup>①</sup>和一组模拟数据来分别展示社会流动与健康不平等之间的关系。

图1中三种类型的线条分别代表不同社会阶层经济地位人口在发生社会流动前后健康梯度的变化(即健康不平等趋势的变化)。图1的A、B、C都共同假定处于社会上层的人口拥有较高的健康水平,社会上层和社会下层之间存在明显的健康梯度( $d_1$ )。图1的A表示的情况是,社会流动同人们的健康水平之间,没有相关关系,因而不能改变不同社会阶层人口之间的健康梯度,即社会流动既不增加也不能减少健康不平等( $d_1 = d_2$ );在这种情况下,社会因果论和健康选择论对于健康不平等现象的解释都不具有显著性。在图1的B和C中,社会流动同人们的健康水平之间都有显著的相关关系,但是在不同的情况下,却有可能会减少或增加健康不平等。所谓不同情况取决于在特定的时间、地域背景下,是社会因果论还是健康选择论对人们的健康不平等更具有解释力。如果社会因果论具有更强的解释力(图1的B表示的情形),那么当社会下层人口发生上向流动,获得较高社会经济地位时,他们改善了自己的工作环境和生活质量,从而避免了较大的健康风险;同时由于自身社会经济地位的提高,获取医疗服务资源的能力增强,因

<sup>①</sup> 这3个图都只是理想图,与实际状况并不完全相符,这里只为区分概念而使用。

而他们的健康水平会提高(尤其是相对流动前而言)。相反,当社会上层人口遭遇下向流动时,人们的健康水平会有所下降,但是由于受到起点位置的保护,人们的健康水平不会有明显下降。因而,从平均水平来看,不同社会经济地位之间的健康梯度会有所降低( $d'2 < d1$ )。这种情况下,就会呈现巴特利等所宣称的“混合效应”。但是,当健康选择论具有更强的解释力时,即健康水平影响人们的社会流动,将会出现如图 1 的 C 所示的情况,社会上层成员中健康情况较差的人,下向流动到社会中下层;社会下层成员中健康状况较好的人流动到社会中上层,因而会产生健康不平等的“马太效应”,从而导致不同社会阶层之间的健康梯度扩大( $d''2 > d1$ )。在这种情况下,社会流动会增加健康不平等。



-----,表示社会上层; ——,表示中间阶层; ·····,表示社会下层;  
↑,表示健康水平由低向高; ←,表示流动前; →,表示流动后。

图 1 社会流动与健康不平等的变化趋势

为了更具体的描述图 1 的 A、B、C 所展示的社会流动与不同社会阶层人口的健康水平及健康梯度之间的关系,本研究创建了一组模拟数据(见表 1)来描绘图 1 的 A、B、C 所出现的情况。假定有三组样本(样本 A、B、C),分别有 1500 人,其中社会上层 500 人,社会下层 1000 人;在社会流动发生前,社会上层人口中,健康状况较好的人口比例为 80%。在社会下层人口中健康状况较好的人口比例为 60%,社会上层与社会下层之间的健康梯度为  $80\% - 60\% = 20\%$ 。我们可以通过社会流动前后,不同社会阶层人口之间健康梯度的变化来理解和解释社会因果论和健康选择论的作用机制及解释力。在样本 A 中(对应于图 1 的 A 的情形),流动前后社会上层和社会下层之间的健康梯度没有显著变化( $d1 = d2 = 20\%$ ),健康梯度不受社会阶层结构的影响,而是由于其他社会因素所导致,健康状况也没有构成社会流动的筛选机制。在样本 B 中(对应于图 1 的 B 的情形),社会阶层结构对于健康不平等



现象起主导作用,健康状况对人口流动没有发挥显著作用。社会下层人口流动到社会上层时,健康水平提高,但与原先就处于社会上层人口的健康水平之间仍有一定差距,总体上经过社会流动的混合后,整个社会上层人口的健康水平出现下降(74%),相反,整个社会下层人口的健康水平有所改善(61%),因而流动后社会上层和社会下层之间的健康梯度明显减小( $d^2 = 13\% < d1$ )。这就是社会流动所起的“混合作用”。在样本 C 中(对应于图 1 的 C 的情形),社会阶层结构对于健康不平等的作用较小,而选择性流动起主导作用,在社会上层中,健康状况较好的人发生下向流动的概率较低(20%),而健康状况较差的人发生下向流动的概率为 40%,是健康状况较好的人口的 2 倍;在社会下层中,健康状况较好的人,拥有更高的优势进入社会上层,其发生社会流动的概率为 40%,而健康状况较差的人发生社会流动的概率只有 10%,是健康状况较好人口的 1/4。由于健康选择性流动的影响,在流动后,社会上层和社会下层之间的健康梯度发生显著增加( $d^2 = 33\% > d1$ )。

表 1 社会流动与健康不平等的变化关系 (模拟数据, N = 1500)

		流动前 状 态	流 动		流动后 状 态
			未流动者	流动者	
样本 A	社会上层	400 <sup>a</sup> 100 <sup>b</sup>	330 <sup>a</sup> 60 <sup>b</sup>	70 <sup>a</sup> 40 <sup>b</sup>	500 <sup>a</sup> 140 <sup>b</sup>
	健康状况好(%)	80	85	64	78
	社会下层	600 <sup>a</sup> 400 <sup>b</sup>	430 <sup>a</sup> 320 <sup>b</sup>	170 <sup>a</sup> 80 <sup>b</sup>	500 <sup>a</sup> 360 <sup>b</sup>
	健康状况好(%)	60	57	68	58
样本 B	社会上层	400 <sup>a</sup> 100 <sup>b</sup>	280 <sup>a</sup> 60 <sup>b</sup>	120 <sup>a</sup> 40 <sup>b</sup>	460 <sup>a</sup> 160 <sup>b</sup>
	健康状况好(%)	80	82	75	74
	社会下层	600 <sup>a</sup> 400 <sup>b</sup>	420 <sup>a</sup> 300 <sup>b</sup>	180 <sup>a</sup> 100 <sup>b</sup>	540 <sup>a</sup> 340 <sup>b</sup>
	健康状况好(%)	60	58	64	61
样本 C	社会上层	400 <sup>a</sup> 100 <sup>b</sup>	320 <sup>a</sup> 60 <sup>b</sup>	80 <sup>a</sup> 40 <sup>b</sup>	560 <sup>a</sup> 100 <sup>b</sup>
	健康状况好(%)	80	84	67	85
	社会下层	600 <sup>a</sup> 400 <sup>b</sup>	360 <sup>a</sup> 360 <sup>b</sup>	240 <sup>a</sup> 40 <sup>b</sup>	440 <sup>a</sup> 400 <sup>b</sup>
	健康状况好(%)	60	50	86	52

注:a 表示健康状况较好的人数;b 表示健康状况较差的人数。

这组模拟数据曾在埃尔施塔德(Elstad, 2001)对挪威男性的健康不平等现象研究中使用,本研究根据需要对其进行修改。

因而,从理论上说,通过社会流动对人们健康水平以及不同社会阶层人口健康不平等的影响,可以从侧面来检验社会因果论和健康选择论的理论解释力。本研究正是根据这一特征,在不使用追踪数据的情况下来分析中国人口健康不平等状况及其解释机制。

在中国文化背景中,个人的基本行为(包括健康行为和医疗服务使用等)都受到家庭及初级社会群体的制约,并不单纯的是个人主义行为(Lowry & Xie 2009),家庭和其他初级群体形成了个人健康状况的庇护网,<sup>①</sup>尤其在当前中国社会医疗保障体制覆盖率和保障水平不高的情况下,个人需要担负的医疗费用比例比大部分发达国家和发展中国家要高得多。<sup>②</sup>当个人出现能力不足(如患病或贫困)时,往往需要从家庭和其他初级群体网络中获得支持,降低健康风险。因此,本研究认为,在中国特殊经济文化背景下,社会经济地位是健康不平等形成的主要机制,而由于家庭和初级社会群体的庇护作用,健康不会导致人们社会经济地位的迅速下降。也就是说,社会因果论比健康选择论对于中国民众的健康不平等现象更加具有解释力。据此,本研究提出社会流动影响人们健康水平和健康不平等的2个基本假设:

基本假设1:社会流动对人们的健康水平有显著影响,上向社会流动能够改善人们的健康水平;相反,下向社会流动对人们的健康不利。上向社会流动意味着人们社会经济地位的提高,也就是生活机会的提高,他们获取医疗服务资源的能力增强,并使自己更少地遭遇健康风险,于是发生上向社会流动的人健康水平将有所改善的情形。反之,情况则相反。

基本假设2:社会流动有助于降低健康的社会不平等。社会因果论强调社会经济地位是产生健康不平等的主要原因(Dahl,1996),社

① 当个人遭遇重大疾病,失去决策能力时,也可能起相反作用,如放弃治疗。但是,在一般情况下,家庭对个人健康主要起保护作用。

② 根据《2010年中国卫生统计年鉴》数据,从2000-2007年,中国卫生总费用中,个人支出的比例分别为59.0%、60.0%、57.7%、55.9%、53.6%、52.2%、49.3%和44.1%,虽然比例在逐渐降低,但是对比其他很多发达国家和发展中国家,其个人支付的水平要高得多。如2007年,澳大利亚的个人支出比例为32.5%,加拿大为30%,丹麦为15.5%,日本为18.7%,法国为21.0%,德国为23.1%,意大利为23.5%,英国为18.3%,美国为54.5%(美国的社会保险体制比较特殊),因而相比其他国家而言,中国人口在面临健康问题时,更需要家庭的庇护。根据《2009年中国统计年鉴》和《2009年我国卫生事业发展统计公报》,2008年全国城镇居民平均每人全年的消费性支出为11242.85元,农村居民(高收入组)平均每人全年生活消费支出为6853.69元,而2008年全国医院住院人均医药费用高达5234.1元,占城镇居民个人支出的46.6%左右,占高收入组农村居民个人支出的76.4%,可以想象,在这种情况下,如果他们不借助家庭或初级社会群体的资助,很难支付高额医药费用。

会下层人口的上向流动和社会上层人口的下向流动对于健康不平等将起到混合的效应,于是社会上层和社会下层人口之间的健康梯度将会减小(即呈现图1的B的变化趋势)。如果假设2不成立,根据反证法的基本思路,则更有可能接受健康选择论(West,1991)的基本观点,即社会下层人口健康状况较好时促进其上向流动,而社会上层人口健康状况较差时则促进其下向流动,从而导致了健康不平等的扩大化(即呈现图1的C的变化趋势)。

### 三、研究设计

#### (一) 分析策略

本研究重点分析社会流动对人们健康水平及健康不平等的影响,并检验社会因果论和健康选择论对健康不平等的解释力。以往研究主要通过追踪数据<sup>①</sup>来检验这两种理论(Warren,2009),但本研究运用截面数据,尝试通过改变研究设计来间接检验这两种理论。首先通过对角线模型研究社会流动对人们健康水平的影响,再通过计算不同阶层发生社会流动之后健康梯度的变化来比较社会因果论和健康选择论的解释力。

#### (二) 变量测量

##### 1. 因变量

健康状况。如国外很多研究一样(Elstad & Krokstad,2003),本研究通过人们对自己健康状况的主观评估来测量,主观健康状况评估在很多发达国家和发展中国家被认为是死亡率和其他功能性限制的有效预测指标(Lowry & Xie,2009)。在调查设计中,询问被访者“在上个月,是否因为健康状况而影响到您的日常工作(在家里或家外)?”将回

① 中国国家卫生部和美国北卡罗来纳大学人口研究中心从1989年起对中国9个省份城乡人口开展了“中国健康与营养调查(China Health and Nutrition Survey,CHNS)”,这是一项追踪调查,共开展了8次,分别是1989年、1991年、1993年、1997年、2000年、2004年、2006年和2009年,有关研究方法设计、调查数据(1989-2006)可以从其官网直接下载(地址:<http://www.cpc.unc.edu/projects/china>)。历次调查共涉及27560人不同年代的各项指标。这项数据自公布以来,产生较大的国际影响,是中国健康研究的基础数据库之一。本研究主要关注社会流动与健康不平等的关系,故没有充分利用该数据资源。有兴趣的读者可以尝试使用该数据来比较和检验社会因果论与健康选择论对于中国民众健康不平等现象的解释力。

答结果合并为二分类变量,回答“完全没有影响”的,重新编为“健康状况良好(编码为1)”;回答“有很少影响”<sup>①</sup>、“有一些影响”、“有很大影响”和“不能进行日常工作”等合并为“健康状况不好(编码为0)”。

## 2. 自变量

本研究关心的核心自变量是人们的社会流动状况。根据代际职业流动<sup>②</sup>来测量。流动的起点是被访者14岁时父亲的职业地位,终点是被访者当前职业或退休前最后一份职业地位。对于这两种职业地位,分别根据埃里克森等(Erikson et al.,1983)提出的11个分类阶层分析框架进行合并,最终形成3分类的阶层分析框架,即非体力工人阶层(EGP分类中的阶层I、II、IIIa和IIIb)、体力工人阶层(阶层IVa、IVb、V、VI和VIIa)与农业劳动者阶层(阶层IVc和VIIb),分别代表被访者在其生涯不同阶段的职业阶层地位。再根据父辈职业地位和被访者当前职业地位形成3×3流动表,划分出社会流动状况的三个基本维度:其一,“是否发生了社会流动”,主对角线单元格为未发生社会流动或水平流动,编码为0,非对角线位置单元格发生了社会流动,编码为1;其二,“社会流动的方向”,对角线下方单元格为下向社会流动(编码为-1),对角线单元格为未发生社会流动或水平流动(编码为0),对角线上方单元格为上向社会流动(编码为1);其三,“社会流动的距离”,表示起点到终点位置的变化量级(=起点-终点)。

本研究还关注社会经济地位对人们健康水平的影响。于此,在社会流动的测量中,已经测量了人们的职业阶层地位。另外,教育水平和收入水平也被认为是人们社会经济地位的重要测量指标(Blau & Duncan,1967)。在本研究中,教育水平根据被访者最高学历程度划分为4个类别,即大学专科及以上(编码为1)、高中(含同等学历,如职高、中专、技校等,编码为2)、初中(编码为3)、小学及以下(编码为4)。收入水平根据调查时点前一年被访者的年总收入(包括工资、各种奖金、补贴、分红、股息、保险、退休金、经营性纯收入、银行利息、馈赠等所有收入在内)来测量,在实际分析模型中取自然对数。

① 考虑到该指标属于回忆性问题,当被访者声称自己的健康状况“很少影响”到自己的日常工作时,我们认为被访者在实际生活中,在某些方面存在一定的影响的概率较大,因而将其归为“健康状况不好”。

② 代际流动相对代内流动而言更能反映社会阶层结构的变迁,因而在社会分层研究中,代际流动被作为衡量社会开放程度的主要指标(Lipset & Bendix,1959)。

3. 控制变量

在以往国外研究中,性别和年龄是常见的控制变量。本研究中,男女性别分别被编码为 1 和 0; 被访者年龄范围在 18 - 70 岁之间。另外,由于中国特殊的城乡差异,一般分析中,需要将城乡状况也作为控制变量。在劳瑞和谢宇(Lowry & Xie 2009)的研究中,城乡状况通过人们的户口状况来测量,而不是根据人们的居住地点来测量,因为对那些拥有农村户口的人来说,即使在城市工作,也很难享有同城市居民一样的福利待遇和社会医疗保险。本研究中也根据人们的户籍状况来划分城乡差异。城镇户口和农村户口分别编码为 1 和 0。

(三) 数据来源

本研究所采用的主要数据来自于“中国综合社会调查(2005)”(CGSS2005)的调查数据,该调查由中国人民大学社会学系与香港科技大学社会科学部执行,采用分层设计、多阶段 PPS 方法,对全国 28 个省市自治区的城乡人口总体(18 - 70 岁,不含港、澳、台及西藏)进行了抽样调查,①调查共获得样本 10372 个,其中城市样本 6098 个,农村样本 4274 个。本研究根据被访者的当前工作状态对此样本进行筛选,剔除了“从未工作过”的样本,共获得有效分析样本 9185 个,有关样本的基本情况见表 2。在实际分析中,对数据进行了加权处理。

表 2 “中国综合社会调查(2005)”样本数据描述

(加权变量:weight05)

变 量	编码	取 值	加权之前 N = 9185	比例 (%)	加权之后 N = 9052	比例 (%)
性别	0	女	4736	51.6	4681	51.7
	1	男	4449	48.4	4371	48.3
年龄		[18, 70]	均值: 43.4 岁 标准差: 12.8 岁	100.0	均值: 43.2 岁 标准差: 12.6 岁	100.0
户口	0	农业户口	4267	46.6	4809	53.2
	1	城镇户口	4895	53.4	4228	46.8
教育程度	1	小学及以下	3236	35.2	3548	39.2
	2	初中	2868	31.2	2875	31.8
	3	高中	2134	23.2	1869	20.7
	4	大专及以上	946	10.3	760	8.4

① 具体抽样方案可参考: <http://www.cssod.org/index.php>

续表 2

变 量	编码	取 值	加权之前 N = 9185	比例 (%)	加权之后 N = 9052	比例 (%)
年收入		[0 ,400000 ]	均值:9216 元 标准差:13391 元	100.0	均值:8145 标准差:13091 元	100.0
被访者当前 职业阶层地位		非体力工人阶层	2822	30.7	2518	27.8
		体力工人阶层	2795	30.4	2471	27.3
		农业劳动者阶层	3564	38.8	4060	44.9
被访者父亲 职业阶层地位		非体力工人阶层	1444	15.7	1262	13.9
		体力工人阶层	1617	17.6	1293	14.3
		农业劳动者阶层	5707	62.1	6127	67.7
健康水平		健康较差	4056	44.2	4097	45.3
		健康良好	5129	55.8	4955	54.7

注：部分变量样本总和与总样本量相差较大是因为存在缺失值。

(四) 分析模型(Logistic Diagonal Mobility Models)

以往社会流动后果研究中 ,很难控制社会流动起点和终点位置对人们社会态度或行为方式的影响效应 (Turner ,1992) ,阶层效应和流动效应往往很难区分。索贝尔 1981 年提出了对角线模型 ,用于区分流动效应和阶层效应 (Sobel ,1981) 。对角线模型 (简称 DMM) 的基准模型 (baseline model) 为：

$$Y_{ijk} = p\mu_{ii} + r\mu_{jj} + \varepsilon_{ijk} \quad (i = 1, \dots, t; j = 1, \dots, t; k = 1, \dots, n_{ij}; p + r = 1, p \in [0, 1])$$

$Y_{ijk}$  表示观测因变量 ,一般是符合正态分布的变量。 $\mu_{ii}$  和  $\mu_{jj}$  分别表示流动表中第 ii 单元格和第 jj 单元格的总体均值。 $\varepsilon_{ijk}$  表示随机误差项 (数学期望为 0) 。DMM 模型有两个参照取值 ,第一个是社会流动起点分类中对角线位置的均值 ,即  $\mu_{ii}$  ;第二个是社会流动终点分类中对角线位置的均值 ,即  $\mu_{jj}$  。因此 p 和 r 分别表示起点和终点效应的相对权重 ,当 p 大于 0.5 时 ,表示社会流动的起点效应要大于流动终点的效应 ;反之 ,r 大于 0.5 时 ,表示社会流动终点的效应大于起点的效应。DMM 模型既考虑了起点效应和终点效应的区分 ,也不预设流动效应的存在。基准模型是完全不含流动效应的模型 ,因而可以通过添加流动变量来检验是否存在流动效应 ,同时 ,也可以在基准模型的基础上添加控制变量 ,形成全模型。如下：

$$Y_{ijk} = p\mu_{ii} + r\mu_{jj} + \sum_{w=1}^w \beta_w M_{ijw} + \sum_{z=1}^z \beta_z C_{ijz} + \varepsilon_{ijk} \quad \text{全模型}$$

在全模型中,  $\beta_w$  和  $\beta_z$  分别表示流动变量和控制变量的协变量参数;  $M_{ijw}$  表示流动变量(包括是否发生流动, 流动的方向和流动距离等 3 个变量,  $w=3$ );  $C_{ijz}$  表示控制变量(包括性别、年龄、户口、教育程度、收入水平等  $z=5$ )。因为在本研究中, 人们的健康水平是二分类变量, 所以采用逻辑斯蒂对角线模型。

## 四、数据分析

首先, 我们建立  $3 \times 3$  的代际职业流动表, 计算每个单元格内(代表不同的社会流动类型)人口的健康水平(主观报告健康的比例), 结果见表 3。在表 3 中, 我们可以看出, 不同单元格内人口的健康状况存在明显差异。

从人们当前职业地位与健康不平等的关系来看, 存在明显的健康梯度。非体力工人阶层主观上认为自己健康状况良好的比例达到 62.0%, 非体力工人阶层为 60.3%, 而农业劳动者阶层只有 46.9%。不同阶层地位人口之间最大的健康梯度为  $62.0\% - 46.9\% = 15.1\%$ 。从人们的出身地位(父辈阶层地位)与健康不平等之间的关系来看, 存在明显差异, 但梯度不明显, 因为父辈为体力工人阶层的被访者比父辈是非体力工人阶层的被访者表现出较高的健康水平 ( $62.9\% > 61.7\%$ ), 各阶层之间的健康梯度为  $10.9\%$  ( $= 62.9\% - 52.0\%$ )。只考虑起点或终点位置对人们健康水平的影响时, 是混合了流动效应的。从对角线单元格位置(阴影部分)可以看出, 排除社会流动效应之后(只关注不同社会阶层未流动人口的健康梯度), 非体力工人阶层、体力工人阶层和农业劳动者阶层人口报告健康良好的比例分别是 62.9%、63.8% 和 46.8%, 各阶层之间的健康差距达到了  $17.0\%$  ( $= 63.8\% - 46.8\%$ )。也就是说, 如果不发生社会流动, 不同社会阶层之间的健康梯度最大为  $17.0\%$ 。根据这些数据, 我们可以初步判断社会流动对人们的健康状况有一定的“混合效应”(Bartley & Plewis 2007)。但是, 从另一方面来看, 父辈为体力工人阶层的人, 以及从非体力工人阶层流动到体力工人阶层的人的健康状况在整个流动表人口中具有较高的健康水平, 这在一定程度上也说明健康选择效应(Bartley & Owen, 1996)的存在, 因为没有较好的身体条件, 很难胜任体力职业工作。

表 3 社会流动类型与人口健康状况描述分析

当前地位 父辈地位	非体力 工人阶层	体 力 工人阶层	农 业 劳动者阶层	小 计
非体力工人阶层	62.9% (676)	67.5% (406)	44.4% (180)	61.7% (1262)
体力工人阶层	62.6% (495)	63.8% (710)	57.3% (89)	62.9% (1294)
农业劳动者阶层	61.3% (1188)	55.9% (1203)	46.8% (3737)	52.0% (6128)
小 计	62.0% (2359)	60.3% (2319)	46.9% (4006)	54.6% (8684)

注:各单元格比例是“健康良好”的比例;()中数字是样本数。

为了消除其他协变量对于社会流动与健康不平等之间关系的影响,本研究通过 logistic 对角线模型对社会流动与健康不平等之间的关系进行了多变量统计分析。模型 1 是基本模型,由基准模型 + 控制变量构成,没有加入流动变量;模型 2 是完整模型,同时包含了本研究关注的所有变量;模型 3 是筛选模型,剔除了模型 2 中不显著的效应参数。统计分析结果见表 4。

从表 4 的统计结果来看。首先,3 个模型的起点效应  $p$  都小于 0.5 ( $\text{sig} < .05$ ),说明父辈阶层地位对人们健康水平有显著影响,但不及人们当前职业地位的影响。如果不考虑社会流动效应(模型 1),不同阶层人口之间具有明显的梯度关系。其中,未发生社会流动的非体力工人阶层健康状况良好的优势为 2.46 ( $= e^{.902}$ ),未发生社会流动的体力工人阶层健康状况良好的优势为 2.41 ( $= e^{.881}$ ),而未发生社会流动的农业劳动者阶层健康状况良好的优势只有 1.71 ( $e^{.538}$ )。在模型 1 中,我们还发现,教育程度、收入水平、性别、年龄和户口等因素对人们的健康水平也有显著的影响。其中,拥有中等学历人口比高学历者和低学历者享有更高的健康水平,表现出教育程度的双面性。一方面,文化程度越高的人,能够获得更多的生活机会,获得更多的健康专业知识和其他社会资源;但另一方面,他们主要任职于行政管理岗位和专业技术岗位,工作压力相对其他文化程度者明显增强;这两方面综合导致了大学文化程度者并没有表现出非常明显的健康优势。相对文化程度较低者(小学及以下文化程度者),初中文化程度者健康状况良好的优势比为 1.22,高中文化程度者健康状况良好的优势比为 1.20。总体来说,教



育与人们健康水平之间的关系与以往的研究发现不能完全吻合 (Win- kleby et al. 1992)。收入水平是人们健康状况最稳定的支持因素,随着收入水平的提高,人们健康状况良好的优势更加明显。

表 4 社会经济地位与健康不平等 (logistic DMMs)

常数项/变量	模型 1: 基本模型		模型 2: 完整模型		模型 3: 筛选模型	
	$\beta$	SE	$\beta$	SE	$\beta$	SE
起点效应 p	.334*	.144	.406*	.180	.432*	.172
职业地位						
非体力工人	.902***	.289	.866**	.295	.843**	.290
体力工人	.881***	.281	1.021***	.287	1.001***	.284
农业劳动者	.538*	.249	.546*	.250	.543*	.249
教育(小学及以下为参照)						
大学专科及以上	.187	.118	.190	.119	.193	.119
高中及同等学历	.175*	.077	.166*	.077	.167*	.077
初中	.198***	.060	.192**	.060	.192**	.060
年收入的自然对数	.155***	.030	.156***	.030	.156***	.030
是否发生社会流动(是=1)			-.032	.068		
社会流动方向			-.483***	.124	-.490***	.123
流动距离	.301***	.049	.342***	.090	.342***	.089
性别(男=1)	-.046***	.002	.302***	.050	.301***	.050
年龄		.078	-.046***	.002	-.046***	.002
户口(城镇=1)	-.149†		-.166*	.078	-.163*	.078
R <sup>2</sup>	.112		.114		.114	
观察值	8153		8153		8153	

注:† p < 0.10; \* p < 0.05; \*\* p < 0.01; \*\*\* p < 0.001。

其他控制变量与以往国外研究的结果比较一致。男性与女性相比,具有更明显的健康优势(Cardano et al. 2004; Timms, 1998),而随着年龄的增长,人们的健康水平开始下降(Grundy & Sloggett, 2003)。城镇人口享有更多的社会保障资源,城镇的医疗服务水平也比农村发达,

因而，城镇的健康水平要明显高于农村人口的健康水平，这与劳瑞和谢宇(Lowry & Xie 2009)的研究结论一致。

模型 2 和模型 3 中加入社会流动效应。除了是否发生社会流动之外，社会流动的方向和距离对人们的健康水平有显著影响，但是从模型的统计结果来看，本研究的基本假设 1 并未得到完全支持。从模型中，我们可以看到，短距离的上向流动对人们的健康水平不但没有改善作用，相反，人们的健康水平还会有所下降；同样地，短距离的下向流动也不会降低人们的健康水平，反而会在一定程度上提高人们的健康水平，如从非体力工人阶层流动到体力工人阶层的人，健康水平有明显提高。但是，当人们发生长距离流动时（从非体力工人阶层下向流动到农业劳动者阶层，或农业劳动者阶层上向流动到非体力工人阶层），上向流动对人们的健康水平有明显的改善作用，下向流动则明显降低了人们的健康水平。因此，当我们讨论社会流动对人们健康水平的影响时，不能仅仅关注是否发生社会流动及流动方向，还应将流动的距离考虑进来(Sobel, 1981, 1985)。本研究的基本假设 1 在长距离流动的情况下成立，而短距离流动时不能成立。

在确定社会流动对于人们的健康水平有显著影响之后，我们继续分析社会流动对不同阶层人口之间健康梯度的影响（减少或扩大健康不平等）。本研究通过 Binary Logistic 回归模型计算了从不同阶层地位流动到当前阶层地位之后的健康状况良好的预测概率。模型中包含的变量包括基本控制变量（性别、年龄、户口）、社会经济地位变量（教育、收入水平和父辈职业地位）、社会流动变量（社会流动的方向、距离）<sup>①</sup>以及父辈职业地位与社会流动距离的交互效应。模型达到了较好的拟合效果。为了简要表述模型的分析结果，本研究采用图示的方法来表示不同阶层在经历社会流动之后的健康状况良好的概率分布（见图 2）。

从非体力工人阶层与农业劳动者阶层之间的健康梯度来看，在流动之前（即未流动或水平流动，距离为 0）时，两者的梯度达到了 17.2%，当父辈职业地位是农业劳动者的人发生上向社会流动时，其健康水平随着流动距离的增加逐渐提高；同时，非体力工人阶层发生下向流动时，其健康水平随着流动距离的增加逐渐下降；从图 2 所示的趋势可以明显看出，社会流动降低了非体力工人阶层和农业劳动者阶层之

① 是否发生社会流动在 DMM 中显示为不显著，故在计算概率的过程中被剔除。

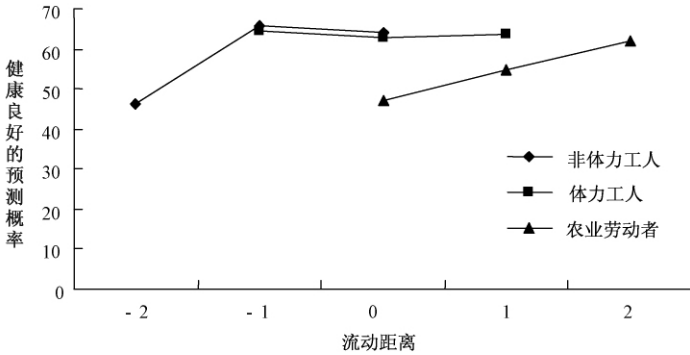


图2 社会流动前后健康不平等变化趋势

间的健康梯度(流动之后非体力工人与农业劳动者之间的健康梯度为 15.6% ,减少了 1.6%)。同理 我们也可以发现 社会流动也降低了体力工人阶层与农业劳动者阶层之间的健康梯度(流动前体力工人与农业劳动者之间的健康梯度为 15.9% ,流动之后为 11.7% ,降低了 4.2%)。但是 ,从非体力工人阶层和体力工人阶层之间的健康梯度来看 ,变化趋势恰恰相反。在流动之前非体力工人和体力工人阶层之间的平均健康梯度只有 1.2% ,而流动之后健康梯度达到了 3.9% ,增加了 2.7%。

综合来看 社会流动降低了非体力工人和农业劳动者 ,以及体力工人和农业劳动者之间的健康梯度 ,对于这两组社会阶层之间的健康不平等而言 ,社会因果论的影响要超过健康选择论。但社会流动扩大了非体力工人和体力工人阶层之间的健康梯度 ,因而对非体力工人阶层和体力工人阶层之间的健康不平等而言 ,健康选择论的解释力较强。因此 ,从总体上来看 ,本研究的基本假设 2 只得到了部分支持。

综合对角线模型和概率估计的结果 ,当我们考虑社会流动对于健康不平等的影响趋势时 ,需要考虑人们社会阶层地位的差异及社会流动过程的影响。阶层地位差异表现在两个方面 ,即父辈社会阶层地位和个人当前社会阶层地位的差异。虽然统计结果表明 ,父辈阶层地位对于人们当前健康水平的影响不及人们当前社会阶层地位的影响 ,但却具有统计显著性 ,因而我们不能忽视父辈阶层地位(作为家庭背景的一个方面)对于人口健康水平的庇护作用 ,那些父辈阶层地位是非体力工人阶层比农业劳动者阶层的人口享有明显较高的健康水平。换

俗话说，当我们用父辈社会阶层地位来测量个人的社会经济地位时，社会因果论也将具有一定的解释力。父辈社会阶层地位的重要性说明，我们从社会流动角度来研究健康不平等问题是很有价值的。根据从父辈地位到个人当前阶层地位的流动过程，我们可以更加具体的分析社会流动对人口健康状况及阶层梯度的变化趋势的影响。从基本假设 1 和 2 的检验结果来看都得到了部分的支持。社会流动状况（方向和距离）对于人口健康水平虽然有显著影响，但是其作用机制却是复杂的。其一，短距离的上向（下向）流动和长距离上向（下向）流动对人们健康水平的影响作用不同；其二，不同社会阶层之间的健康梯度在流动前后都发生了变化，但变化的方向（即扩大或减小健康梯度的大小）和量级（改变量的多少）有一定差异。从方向上看，关于健康不平等的两种理论观点都在一定程度上解释了当前中国民众的健康不平等状况。我们只能从改变量的大小来判断两种理论的解释力强弱（尽管这可能存在较大的风险）。相对而言，非体力工人阶层与农业劳动者阶层之间健康梯度，以及体力工人阶层与农业劳动者阶层之间的健康梯度在流动前后累积改变量（降低了 1.6% + 4.2%）是非体力工人阶层与体力工人阶层之间的健康梯度在流动前后改变量（增加了 2.7%）的 2 倍多。据此，我们认为总体上社会因果论比健康选择论具有更高的解释力。但需要注意的是，对于非体力工人和体力工人之间的健康梯度而言，健康选择论则有更强的解释力。

## 五、研究结论与讨论

布莱克报告促使更多的学者将不平等研究从社会经济地位不平等研究转向健康不平等研究。各国研究发现，社会经济地位和人们的健康水平之间存在持续且稳定的联系（Lowry & Xie 2009），社会经济地位（一般通过职业、收入和教育测量）具有优势的人也表现出较高的健康水平。职业是反映人们的社会声望、地位、权力、责任感、体力活动状况和健康风险等工作环境特征的变量，因而职业地位高的人，拥有更多的工作自主权、更少的体力活动，以及更少的机会暴露在健康风险中，这些工作环境因素对人们的健康水平具有明显的促进作用。收入水平则反映个体的消费能力、住房条件、营养状况和获取医疗保健资源的能

力,因而具有较高收入水平的人能够保持良好的健康水平不受损害。教育程度是衡量个人获取社会、心理和经济资源的能力,教育程度越高的人,往往具有较强的健康意识,并有能力处理自己所面临的健康风险。即使如此,人们对于社会经济地位与健康水平之间是否具有明确的因果关系仍然存在广泛的争论(Dahl,1996)。

社会因果论的支持者强调社会结构因素,人们在社会结构的位置对人们健康水平的决定性作用;反对者——健康选择论者——认为健康水平影响人们的社会经济地位获得,健康不平等现象是根据健康水平筛选的结果。虽然学者们都在一定程度上承认健康对于个人社会流动过程的重要作用,但是这种作用在人们的职业生涯中,其影响究竟有多大,是否能够超越社会结构因素对人们健康水平的限制作用?对此,各国学者进行了大量的实证研究(Dohrenwend et al.,1992; Vagero, 1991; Warren 2009),并指出健康不平等是社会经济地位不平等的再生产(Elstad & Krokstad 2003)。但是,这些研究大都是建立在欧美国家经验数据基础上,中国民众的健康不平等研究还没有引起广泛的关注,因而不能确定社会因果论和健康选择论哪种理论更适合于解释中国民众的健康不平等现象。

本研究通过“中国综合社会调查数据(2005)”综合分析了中国民众的健康状况及解释机制,由于截面数据的限制,本研究通过社会流动的角度来研究健康不平等现象,并比较社会因果论和健康选择论这两种理论观点的解释力。研究发现,不同职业阶层地位人口之间存在明显的健康梯度,这与欧美的研究结论类似;<sup>①</sup>同样,收入水平越高的人,越是能够降低患病风险,从而表现较高的健康水平。但是,对于教育而言,呈现出两面性,这一点与温珂拜等(Winkleby et al.,1992)的研究结论不同,他们的研究发现教育越高的人,各项临床指标都更为正常;但在本研究中,教育程度最高的人群却表现出双重性,一方面他们能够获得更多的社会、经济、心理资源,生活方式也更为健康(Ross & Wu, 1995);但另一方面,他们也承担了更多的工作压力,形成社会紧张,部分地削弱了第一方面所取得的健康优势。当考虑人们的社会流动状况时,我们发现,是否发生社会流动本身对于改善人们的健康水平并没有直接的因果关系,社会流动影响人们健康水平的关键机制在于社会流

① 更多关于社会经济地位与健康不平等之间关系研究,请参考科克汉姆,2000:51-54。

动的方向和距离；而且流动方向和距离的不同对人们健康水平的影响作用也不一致，长距离的上向流动对人们的健康水平有明显地促进作用，长距离的下向流动对人们的健康水平有明显的抑制作用。在这里，社会流动影响人们健康水平，主要是因为人们地位改变之后，生活机会也发生较大程度的变化。

从社会流动与健康不平等之间的关系来看，社会流动从总体上能够降低社会上层和社会下层之间的健康梯度，虽然在局部层面发生了健康不平等的扩大趋势。从流动后，不同社会阶层健康梯度的改变量来分析，社会因果论的解释力要明显强于健康选择论（Warren 2009），社会流动从某种程度上“混合”了社会上层和社会下层之间的健康梯度。但是，我们也注意到，对于体力型职业而言，具有明显健康选择性（Bartley & Owen 1996）社会流动明显地扩大了非体力工人阶层和体力工人阶层之间的健康梯度。

虽然本研究通过社会流动的角度来间接比较分析社会因果论和健康选择论对于中国民众健康不平等现象的解释力。但是，这种分析在理论上和研究设计上还存在一定缺陷。首先，在理论方面，虽然根据健康梯度的变化趋势能够间接反映社会因果论和健康选择论这两种理论解释力的强弱，但并没有明确的证据表明它们是中国民众健康不平等产生的最主要的机制。另外，在社会流动分析过程中，由于单元格值的影响，只能将社会阶层合并为三分类（尽管将社会结构划分为非体力工人、体力工人和农业劳动者三个阶层在社会分层和流动研究中比较常用），最终形成 3 × 3 流动表，忽视了每个阶层内部存在的许多差异，而这些差异也可能是导致人们健康不平等的重要原因。

### 参考文献：

- 科克汉姆 威廉 2000，《医学社会学》（第 7 版）杨辉、张拓红译 北京：华夏出版社。
- Abramson, Paul R. 1972, "Intergenerational Social Mobility and Partisan Choice." *The American Political Science Review* 66.
- Bartley, Mel & Charlie Owen 1996, "Relation Between Socioeconomic Status, Employment, and Health During Economic Change, 1973 - 93." *British Medical Journal* 313.
- Bartley, Mel & Ian Plewis 2007, "Increasing Social Mobility: An Effective Policy to Reduce Health Inequalities." *Journal of the Royal Statistical Society. Series A (Statistics in Society)* 170.
- Black, Douglas, Jerry Morris, Cyril Smith & Peter Townsend 1980 *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group*. London: Department of Health and Social Security.
- Blane, David, George Davey Smith & Mel Bartley 1993, "Social Selection: What Does it Contribute to Social Class Differences in Health?" *Sociology of Health & Illness* 15.

- Blau , Peter M. & Otis Dudley Duncan 1967 *The American Occupational Structure*. New York: The Free Press.
- Boyle , Paul J. , Paul Norman & Frank Popham 2009, "Social Mobility: Evidence That It Can Widen Health Inequalities." *Social Science & Medicine* 68.
- Braveman , Paula 2006, "Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurement." *Annual Review of Public Health* 27.
- Cardano , Mario , Giuseppe Costa & Moreno Demaria 2004, "Social Mobility and Health in the Turin Longitudinal Study." *Social Science & Medicine* 58.
- Claussen , Bjorgulf , Jeroen Smits ,Oyvind Naess & George Davey Smith 2005, "Intragenerational Mobility and Mortality in Oslo: Social Selection versus Social Causation." *Social Science and Medicine* 61.
- Dahl , Espen 1996, "Social Mobility and Health: Cause or Effect?" *British Medical Journal* 313.
- De graaf , N. D. & Wout C. Ultee 1990, "Individual Preferences ,Social Mobility and Election Outcomes." *Electoral Study* 9.
- Dohrenwend B. P. , I. Levav , P. E. Shrout , S. Schwartz , G. Naveh , B. G. Link , A. E. Skodol & A. Stueve 1992, "Socioeconomic Status and Psychiatric Disorders: the Causation-Selection Issue." *Science* 255.
- Elo , Irma T. 2009, "Social Class Differentials in Health and Mortality: Patterns and Explanations in Comparative Perspective." *Annual Review of Sociology* 35.
- Elstad , Jon Ivar 2001, "Health-related Mobility ,Health Inequalities and Gradient Constraint Discussion and Results from a Norwegian Study." *The European Journal of Public Health* 11.
- Elstad , Jon Ivar & Steinar Krokstad 2003, "Social Causation ,Health-Selective Mobility and the Reproduction of Socioeconomic Health Inequalities over Time: Panel Study of Adult Men." *Social Science & Medicine* 57.
- Erikson , Robert , John H. Goldthorpe & Lucienne Portocarero 1983, "Intergenerational Class Mobility and the Convergence Thesis: England , France and Sweden." *The British Journal of Sociology* 34.
- Ganzeboom , Harry B. G. , Donald J. Treiman & Wout C. Ultee 1991, "Comparative Intergenerational Stratification Research: Three Generations and Beyond." *Annual Review of Sociology* 17.
- Goldman , Noreen 2001, "Social Inequalities in Health: Disentangling the Underlying Mechanisms." *Annals of the New York Academy of Sciences* 954.
- Grundy , Emily & Andy Sloggett 2003, "Health Inequalities in the Older Population: the Role of Personal Capital ,Social Resources and Socio-economic Circumstances." *Social Science & Medicine* 56.
- Haas , Steven A. 2006, "Health Selection and the Process of Social Stratification: The Effect of Childhood Health on Socioeconomic Attainment." *Journal of Health and Social Behavior* 47.
- Hodge , Robert W. & Donald J. Treiman 1966, "Occupational Mobility and Attitudes Toward Negroes." *American Sociological Review* 31.
- Holstein , Bjorn E. , Candace Currie , Will Boyce , Mogens T. Damsgaard , Inese Gobina , Gyongyi Kokonyei , Jorn Hetland , Margaretha de Looze , Matthias Richter , Pernille Due & the HBSC Social Inequalities Focus Group 2009, "Socio-economic Inequality in Multiple Health Complaints among Adolescents: International Comparative Study in 37 Countries." *International Journal of Public Health* 54.
- Knoke , David 1973, "Intergenerational Occupational Mobility and the Political Party Preferences of American Men." *The American Journal of Sociology* 78.

- Lipset , S. M. & R. Bendix 1959 , *Social Mobility in Industrial Society*. Berkeley: California University Press.
- Lowry , Deborah & Yu Xie 2009, “Socioeconomic Status and Health Differentials in China: Convergence or Divergence at Old Ages?” Population Studies Center Research Report No. 09-690 , University of Michigan. <http://www.psc.isr.umich.edu/pubs/pdf/r09-690.pdf>
- Macintyre Sally 1997, “The Black Report and Beyond What are the Issues?” *Social Science and Medicine* 44.
- Mackenbach , Johan P. ,Irina Stirbu ,Albert-Jan R. Roskam ,Maartje M. Schaap ,Gwenn Menvielle , Mall Leinsalu & Anton E. Kunst 2008, “Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries.” *The New England Journal of Medicine* 358.
- Parkin , Frank 1971 *Class Inequality and Political Order: Social Stratification and Communist Societies*. New York: Praeger.
- Paterson , Lindsay 2008, “Political Attitudes ,Social Participation and Social Mobility: A Longitudinal Analysis.” *British Journal of Sociology* 59.
- Power , Chris , Sharon Matthews & Orly Manor 1996, “Inequalities in Self Rated Health in the 1958 Birth Cohort: Lifetime Social Circumstances or Social Mobility?” *British Medical Journal* 313.
- Ross , Catherine E. & Chia-ling Wu 1995, “The Links Between Education and Health.” *American Sociological Review* 60.
- Smith , George Davey , Mel Bartley & David Blane 1990, “The Black Report on Socioeconomic Inequalities in Health 10 Years on.” *British Medical Journal* 301.
- Sobel , Michael E. 1981, “Diagonal Mobility Models: A Substantively Motivated Class of Designs for the Analysis of Mobility Effects.” *American Sociological Review* 46.
- 1985, “Social Mobility and Fertility Revisited: Some New Models for the Analysis of the Mobility Effects Hypothesis.” *American Sociological Review* 50.
- Timms , Duncan 1998, “Gender , Social Mobility and Psychiatric Diagnoses.” *Social Science & Medicine* 46.
- Turner , Frederick C. 1992, “Social Mobility and Political Attitudes: Comparative Perspectives.” In F. C. Turner (ed. ) , *Social Mobility and Political Attitudes: Comparative Perspectives*. New Brunswick ,New Jersey: Transaction Publishers.
- Vagero , Denny 1991, “Inequality in Health: Some Theoretical and Empirical Problems.” *Social Science and Medicine* 32.
- Warren , John Robert 2009, “Socioeconomic Status and Health across the Life Course: A Test of the Social Causation and Health Selection Hypotheses.” *Social Forces* 87.
- West Patrick 1991, “Rethinking the Health Selection Explanation for Health Inequalities.” *Social Science and Medicine* 32.
- Winkleby , M. A. ,D. E. Jatulis ,E. Frank & S. P. Fortmann 1992, “Socioeconomic Status and Health: How Education ,Income and Occupation Contribute to Risk Factors for Cardiovascular Disease.” *American Journal of Public Health* 82.
- Winkleby , Marilyn A. , Stephen P. Fortmann & Donald C. Barrett 1990, “Social Class Disparities in Risk Factors for Disease: Eight-year Prevalence Patterns by Level of Education.” *Preventive Medicine* 19.

作者单位: 同济大学建筑学博士后流动站博士后、  
同济大学政治与国际关系学院社会学系  
责任编辑: 张宛丽



**Abstract:** Previous research on *hukou*-based stratification in China's urban labor market has two limitations: one is exclusively focusing on inequality between urban residents and rural migrants; the other is under-considering the segmentation structure of urban economy. This paper conducts a more systematic analysis on whether and how *hukou* system plays the role in determining individual's labor market outcomes in the segmented urban economy by simultaneously examining two *hukou* attributions—the type of registration (*hukou leibie*) and the place of registration (*hukou suozaidi*). Based on the data of 2005 1% population survey in Shanghai, the findings show that each *hukou* attribution has its own effect. Although urban-rural divide constitutes the basic pattern of sector entry, occupational attainment and income inequality, local and nonlocal labors are also treated differently in the stratification process. It is also found that compared with “state vs. non-state” ownership segmentation, “monopoly vs. non-monopoly” industrial segmentation is more capable to capture such kind of complicated *hukou*-based stratification.

Does Social Mobility Contribute to Reduce the Inequality of Health?

**Abstract:** There are two main theoretical points of view for explaining health inequalities, i. e., social causation explanation and health selective theory. The former emphasizes that social structural factors have determinative effects on health inequalities; however, the latter considers that whether people are healthful would be a screen mechanism for them to move up or down. In past researches, many use longitudinal data to test these two points, while the present research uses Chinese General Social Survey (2005) to analyze the inequality of health status and explain it from the perspective of social mobility for lack of ideal data. This research agrees that the health inequality is the reproduction of social inequality, and social mobility was thought to be an important way to reduce the social inequality. So we develop two basic hypotheses for the relationship between social mobility and health inequalities. The first one is whether people happened to have social mobility would change their health level, and upward mobility would promote their health status, instead for the opposite. The second one is that social mobility can reduce the health gradient of different stratum. The analysis finds that, the directions and steps of social mobility have significant influence on peoples' level of health, but only long steps of social mobility can promote or restrain works. Generally speaking, in the current background of China, the social causation theory has more power than health selective theory for explaining the health inequality. Social mobility has mixed effect in the production process of health inequalities and reduces it.