

中国教育和医疗卫生中的不平等问题

张晓波*

摘要 本文使用不同来源的数据,考察了中国教育和医疗卫生中存在的不平等这一社会现象。随着经济改革的深入进行,教育和医疗卫生的供给机制,以及文盲率和婴儿死亡率的分布都发生了变化。无论在农村还是在城市,教育和医疗卫生的不平等问题都有所加剧。很大程度上要归因于向城市倾斜的政策,城市居民所享有的教育及医疗卫生设施要远远多于农民,这就转化为社会发展过程中城乡间的巨大差距。

关键词 教育, 医疗卫生, 不平等

毫无疑问,收入是提高生活质量的最重要的条件之一。但基本的教育以及良好的医疗保健,也为人们创造物质财富提供了必要的能力保证。除了辅助性的作用,教育和医疗在促进人类生活丰富多彩方面也有其自身的价值(Sen, 2000)。然而长期以来,经济分析的重点都放在了收入或者财富发展这一维度上,而在很大程度上忽视了诸如教育和医疗这样的社会维度。关于不平等问题文献也有很多,但绝大多数文献研究的都是收入的不平等。

社会不平等与收入不平等是同等重要的。社会不平等的加剧会影响到社会稳定,进而影响经济的可持续发展。因此除了经济方面的不平等,了解社会不平等也是非常重要的。社会不平等是如何随着经济的发展而演变的呢?在社会不平等的变化背后,主要的驱动力又是什么呢?就我们所知,几乎没有什么研究来回答这些问题。本研究的目的就是希望填补这一空白。

中国经济的快速发展和社会变迁,为我们提供了一个很好的案例来研究社会不平等的演化问题。自从1978年改革开始以来,中国取得了史无前例的经济增长,贫困状况得到了极大改善。然而,随着经济增长不平等也逐渐加剧,尤其是在90年代。当人们对不断扩大的收入差距进行评论和研究的同时(Lyons, 1991; Tsui, 1991; Khan et al., 1993; Hussain et al., 1994; Chen and Ravallion, 1996; Aaberge and Li, 1997; Kanbur and Zhang, 1999; Yang, 1999; Dé murger, et al., 2001),对在人类发展其他方面的不平等问题却关注不多。

比起收入水平相近的其他发展中国家,中国的人类发展水平要高出很多(World Bank, 2001)。许多观察家认为,广大的劳动力教育和健康程度较高是经济改革取得成功的关键(Sen, 2000; Fan, Zhang, and Zhang, 2002)。然而,在计划经济时期形成的教育和医疗卫生体系的基础,在经济转型过程中面临着挑战。例如,农村废除了集体制度之后,许多贫困地区的乡村政府集资修建公共设施的能力大为降低。教育和医疗卫生方面资金投入不足尤为突出(Zhang, et al., 2002)。因此,

* 国际粮食政策研究所 (IFPRI)。通讯地址: 2033 K Street, N.W., Washington, D.C. 20006; 电话: (202) 862-8149; Fax: (202) 467-4439, Email: x.zhang@cgiar.org。

研究经济快速变迁过程中教育和医疗卫生发展的模式与成因势在必行。

本文结构如下，第一部分将对农村和城市地区教育和医疗卫生供给状况，从制度和历史两个角度进行回顾。在第二部分，我们使用不同来源的数据研究社会发展的模式。最后一部分是总结。附录部分对本研究中用到的数据加以描述。

一、教育和医疗卫生的提供机制

在过去 50 年里，中国因为其在向数目庞大的人口提供基本教育和医疗卫生保障方面所取得的成功，而一直受到国际上广泛的认同。然而，教育和医疗卫生体系的基础是在计划经济时期形成的。20 世纪 70 年代后期开始的经济改革，对教育和医疗卫生供给的基本体系提出了严峻的挑战。

一直到 20 世纪 80 年代，中国始终贯彻向城市倾斜的发展方针(Lin, Cai, and Li, 1996)。¹ 50 年代引入的配给制度，保证了城市居民可以低价获得基本的食品、住房、教育和医疗服务。几乎所有处于劳动年龄的城市居民都可在国有企业或者集体企业获得稳定工作。由于这些工作是终身的(故而被称为“铁饭碗”)，城市失业问题几乎是不存在的。这些工作还为城市居民提供了许多福利，比如免费或者有补贴的教育和医疗。基本上，企业和政府机构要负责向城市居民提供这些社会福利。城市居民获得公共服务，比如教育和医疗的机会是比较平等的，这使我们有理由相信在计划经济时代城市里的社会不平等程度是相当低的。

但城市倾斜政策使得在城乡基础教育和医疗的供给方面产生了巨大的差距。如表 1 所示，城市里医疗人员和医疗设施的密度要比在农村地区高很多。例如，在 1980 年城市每千人拥有的医院床位和医疗人员的数量分别是 4.57 和 7.82，而相比之下在农村地区这组数字分别只是 1.48 和 1.81。考虑到农村医疗设备更加落后，我们预计农民医疗状况的不平等问题比这一数字所显示的可能还要严重。

表1. 教育和医疗

年份	小学入学率 (%)	小学毕业生升入中学的百分比	小学中的学生/教师比率	中学里的学生/教师比率	每千人拥有的医院床位 (城市)	每千人拥有的医院床位 (农村)	每千人拥有的医疗人员 (城市)	每千人拥有的医疗人员 (农村)
1952	49.2	96.0	35.6	27.4	1.46	0.08	2.71	0.95
1957	61.7	44.2	34.1	27	2.08	0.14	3.60	1.22
1962	56.1	45.3	27.6	24.8	3.88	0.45	5.07	1.50
1965	84.7	82.5	30.1	21.2	3.78	0.51	5.38	1.46
1970	n.a.	71.2	29.1	22.4	4.03	0.85	4.71	1.22
1975	96.8	90.6	29.0	21.1	4.46	1.23	6.70	1.41
1978	95.5	87.7	28.0	20.5	4.70	1.41	7.50	1.63
1979	93.0	82.8	27.2	19.1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

¹ 这种政策倾斜到今天还依然存在，只不过采取不同的形式。例如，政府在城市的投资要多于农村地区；并且在农村人口向城市流动方面仍然存在许多显性的或者隐性的限制。

1980	93.9	75.9	26.6	18.5	4.57	1.48	7.82	1.81
1981	93.0	68.3	25.7	17.6	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
1982	93.2	66.2	25.4	17.6	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
1983	94.0	67.3	25.0	17.6	4.62	1.47	8.37	1.99
1984	95.3	66.2	25.2	18.4	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
1985	96.0	68.4	24.9	18.4	4.48	1.50	7.81	2.06
1986	96.4	69.5	24.3	18.4	4.87	1.46	8.36	2.01
1987	97.2	69.1	23.6	17.9	5.22	1.46	8.72	1.97
1988	97.2	70.4	22.8	16.7	5.56	1.41	8.98	1.92
1989	97.4	71.5	22.3	15.8	5.71	1.38	9.08	1.89
1990	97.8	74.6	21.9	15.7	5.81	1.37	9.15	1.89
1991	97.8	75.7	22.0	15.7	5.86	1.36	9.17	1.89
1992	97.2	79.7	22.1	15.9	6.02	1.33	9.34	1.86
1993	97.7	81.8	22.4	15.7	6.06	1.30	9.24	1.83
1994	98.4	86.6	22.9	16.1	6.18	1.22	9.37	1.75
1995	98.5	90.8	23.3	16.7	6.09	1.19	9.31	1.73
1996	98.8	92.6	23.7	17.2	6.08	1.16	9.24	1.71
1997	98.9	93.7	24.2	17.3	6.10	1.14	9.25	1.72
1998	98.9	94.3	24.0	17.6	6.08	1.11	9.16	1.71

数据来源：《新中国 50 年统计资料汇编》。

由于缺乏足够的资金来解决农村的医疗问题，政府动用大量剩余劳动力，在农村地区加强医疗预防措施。因为劳动力几乎就是免费的，公社、生产队以及生产组调动群众参与公共卫生和基础设施建设并发动许多公共卫生运动，比如“除四害”（老鼠、苍蝇、蚊子和臭虫）、推广全国范围内的免疫接种以及训练农村本土的医疗工作者（所谓的“赤脚医生”）。到 70 年代后期，几乎所有的村庄都配备了“赤脚医生”和村医务所。如表 1 所示，从 1952 年到 1980 年，农村地区每千人拥有的医院床位和医疗人员的数量分别从 0.08 和 0.95，激增至 1.48 和 1.81。总的说来，这些公共医疗措施在控制传染性疾病和寄生性疾病方面还是相当成功的。由传染病而导致死亡的比率在改革前时期就显著下降(Yu, 1992)。

农业集体化还催生了大量的“公社学校”，这更加有利于农村基础教育的普及。如表 1 所示，小学的教师 - 学生比率从 1952 年的 35.6 下降到 1980 年的 25.7，而中学的这一比率则由 27.4 下降到 17.6。结果，能够接受基础教育的适龄儿童数量达到史无前例的水平。到 1980 年，农村儿童的入学率达到了 90%(Fan, Zhang, and Zhang, 2002)。

总而言之，在计划经济时代，尽管农民的医疗卫生和教育条件要远远落后于城市居民，但绝大多数人还是获得了基础教育和预防性的医疗措施。到七十年代后期，中国人的预期寿命和婴儿死亡率要远远高于大多数发展中国家，甚至包括一些中等收入的国家(World Bank, 2001)。尽管在社会平等方面取得了令人瞩目的成就，计划经济在很大程度上挫伤了人们的积极性，因而导致了经济的低效率和低收入。从 70 年代末开始，中国实施了一系列农村和城市改革，引入市场激励以提高经济效率。

随着农村经济改革的深入，公社解体了，农村社会的发展之路产生重大的转

变,这直接影响到教育和医疗的供给。改革以后生产决策完全由家庭自己决定,因而,乡村政府再要动员群众参与公共事务,为教育和医疗等地方公共服务筹集资金,也就变得越来越困难。

毫不奇怪,自从70年代农村改革以来,许多农村医务所消失了。从1985年到1998年,每千人拥有的医院床位数量从1.46下降到1.11。为填补这一真空,1984年,政府批准在农村地区建立私人诊所。因为私人诊所的经营者是根据患者的支付能力来提供医疗服务的,越来越多的人需要承担医疗保健的全部成本。就全国而言,病人自费用占整个医疗卫生支出的比重,从1980年的16%增加到1988年的38%(表2),又增加到1998年的76%(表3)。农村地区的负担尤其沉重。改革以后,大多数农民无任何医疗保障,自己掏钱看病是唯一途径。当面临大病时,许多农民干脆就放弃了治疗,这会直接影响到健康状况。收入的不平等很可能转化为医疗卫生方面的不平等,在农村地区尤其如此,因为获得医疗设施的权利变得更加不平等。

表2. 按资金来源划分的医疗支出

年份	政府医疗 预算 (%)	公共服务医疗卫 生计划	工人保险	患者直接支 付	人均支出 (1980元)
1965	28	7	49	16	4.7
1970	27	9	48	15	5.1
1975	28	5	50	16	8.6
1980	28	6	50	16	10.9
1981	27	6	49	18	12.1
1982	26	6	47	20	13.9
1983	25	6	45	23	15.8
1984	25	6	44	25	17.3
1985	23	6	41	29	19.4
1986	22	6	39	32	22.0
1987	19	7	39	35	23.4
1988	18	7	37	38	26.3

数据来源: Word Bank(1992)附表 9.1。

表3. 1998年中国医疗保险金额(元/人均)

	城市	农村	总计
完全社会支付	16.01	1.16	4.95
与劳动力相关	22.91	0.51	6.22
与劳动力半相关	5.78	0.2	1.62
保险	3.27	1.41	1.88
集体	4.16	6.55	5.93
自己支付	44.13	87.44	76.4
其它	3.73	2.73	2.98

数据来源:《1998年中国卫生统计年鉴》第410页。

在城市,许多人的生计是与工作挂钩的。不像私人企业那样简单的以利润最大化为目标,国有企业既要赚钱,还要负担职工福利(Bai, et al., 2001)。随着世界市场一体化,背着社会福利包袱,国有企业越来越难以与跨国公司和私人企业相

竞争。在刚开始的一段时期，政府还能够通过低息贷款向国有企业提供补贴。但是随着亏损负担的不断加剧，政府对国有企业的扶持也力所不及了。因此，从 90 年代中期开始，政府又实施了进一步的改革，通过允许企业破产和职工下岗来减轻国有企业的非经济性负担。从那以后，许多国有企业解雇工人，并取消了医疗以及其他许多福利措施。为给国有企业注入新的动力，80 年代后期以来政府发起了一系列的城市改革。中心议题是将提供福利，比如医疗和住房的义务，从企业转移到社会保险机构以及个人(中国发展报告, 1997)。尽管中国在改革医疗和养老体系方面取得了较大的进步，但一个运转良好的社会保险网络还远远没有建立起来。因此，城市福利保障体系的完全自由化将使一些贫穷群体更容易受到诸如灾难性疾病这样突然冲击的伤害，进而加剧城市的社会不平等问题。

无论农民还是城市居民，都越来越依靠自己的力量去支付教育的费用。表 4 列出了教育支出的来源，该表显示预算外的教育支出急剧增加。在教育总支出里，政府支出所占的份额从 1990 年(这是数据所能获得的最早时间)的 64.6%，下降到 1998 年的 53.1%，而九年中学杂费的份额从 2.3% 增加到 12.5%。从 90 年代开始不断上涨的学生/教师比率(如表 1 第 4 和第 5 列所示)可能反映了政府支出在教育上不断收缩的结果。随着预算外教育支出的不断增加，贫困家庭的儿童可能连完成基本的九年制义务教育都有困难，这就造成获得教育权利的更严重的不平等。

表4. 教育支出的来源

年份	教育总支出 (100百万元)	教育支出中政府预算所占的份额 (%)	学杂费(%)
1990	659.4	64.6	2.3
1991	731.5	62.8	2.5
1992	867.1	62.1	2.9
1993	1059.9	60.8	3.0
1994	1488.8	59.4	4.0
1995	1878.0	54.8	4.4
1996	2262.3	53.6	5.1
1997	2531.7	53.6	5.6
1998	2949.1	53.1	12.5

数据来源：《新中国 50 年统计资料汇编》。

值得注意的是，从 80 年代中期开始城乡差距越来越大。城市每千人拥有的医院床位的数量从 1985 年的 5.71 增加到 1998 年的 6.08，而在同一时期农村地区的数量从 1.38 下降到 1.11。1998 年，城市每千人拥有的医院床位和医疗人员数量大约分别是农村地区的 8 倍和 5 倍。

除此之外，财政分权的趋势也削弱了中央政府收入再分配的能力。随着中央转移支付的减少以及更紧的地方预算约束，贫困地区的政府不得不削减社会发展方面的开支。从这方面来说，分权也可能加剧了地区间的不平等。

总而言之，教育和医疗的供给机制在农村与城市之间存在着显著的不同，而且政策明显倾向于城市。随着经济改革的进行，农村和城市教育及医疗的供给方

式都发生了变化。教育和医疗供给方式的这一变化，很可能直接影响到教育和公共医疗的水平。

二、社会不平等

农村和城市改革的宗旨是按劳取酬。因此我们可以预料到，和计划经济时代相比，收入差距会扩大，因为计划时期主要是平均主义。如表 5 所示，按城乡划分的省级收入差距在不断增加。基尼系数，衡量不平等程度的一个标准指数，从 1978 年的 25.9 和 1984 年的 21.6 增加到 1998 年的 28.3。问题在于：收入不平等是否转化为社会不平等？

表5. 人均GDP及不平等状况

年份	平均值 (美元1995年)	基尼系数	年份	平均值 (美元1995年)	基尼系数
1978	151	25.9	1989	341	23.1
1979	160	24.2	1990	349	23.6
1980	168	24.9	1991	376	24.3
1981	175	23.8	1992	424	25.7
1982	189	22.4	1993	476	26.2
1983	206	21.8	1994	532	26.8
1984	235	21.6	1995	581	27.1
1985	261	21.7	1996	630	27.5
1986	279	22.5	1997	679	27.7
1987	305	22.6	1998	725	28.3
1988	332	23.4			

注：基尼系数的计算基于按城乡划分的省级数据。

数据来源：《新中国 50 年统计资料汇编》。

图 1 描绘了在农村收入和农村文盲²率方面地区差距的演变过程。如图 1 所示，很明显文盲率地区差距的增加幅度要远远大于收入差距的增加幅度，这就意味着除收入以外，其他因素在中间也扮演了关键的角色。用基尼系数来衡量，从 1978 年到 1998 年，农村收入差距从 13.7 增加到 24.1，增长了 46.3%；而农村文盲率的地区差距情况更加糟糕，从 14.5 增加到 32.4，增长了 123%。

² 由于农村文盲率的时间序列要远远长于其他数据，所以我们只在图 1 中只描述农村文盲率的地区间差距。

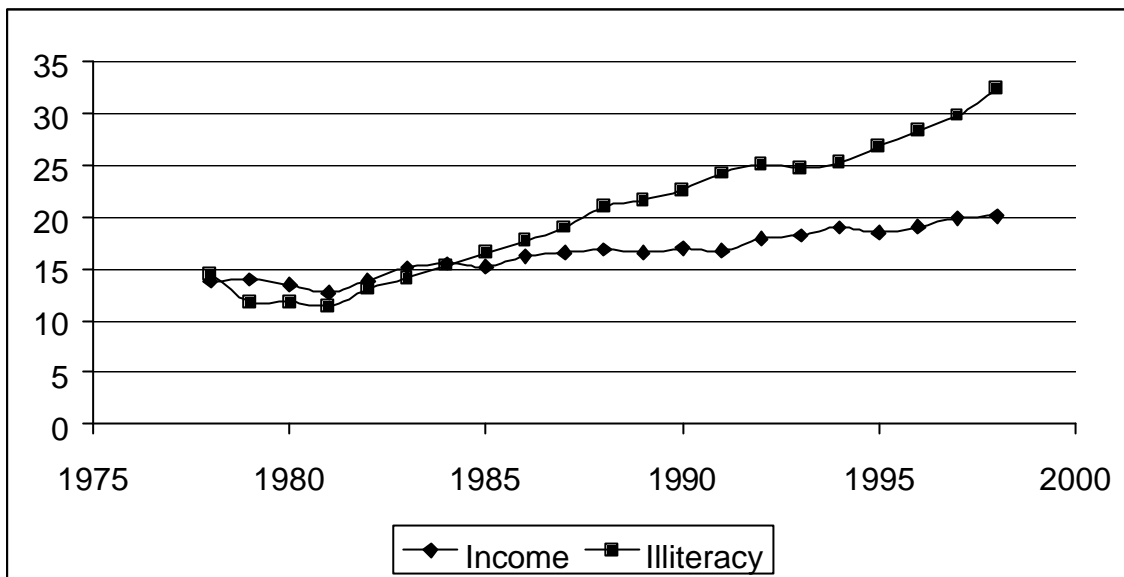


图 1. 在农村收入及农村文盲率方面的不平等

数据来源：作者进行的计算基于《新中国50年统计资料汇编》和许多期《中国农村统计年鉴》所提供的数据。

图 2 和图 3 分别描述了在教育和医疗服务的获取方面，地区不平等状况的演变形式。对于学生/教师比率来说，在文化大革命时期(1966 - 1976)，教育体系完全遭到破坏，地区间差异非常大。但除此之外，改革之前不平等情况相当稳定，70年代后期不平等有加重的趋势。每千人拥有的医疗人员和医院床位数量上的不平等，先是下降，然后保持不变。

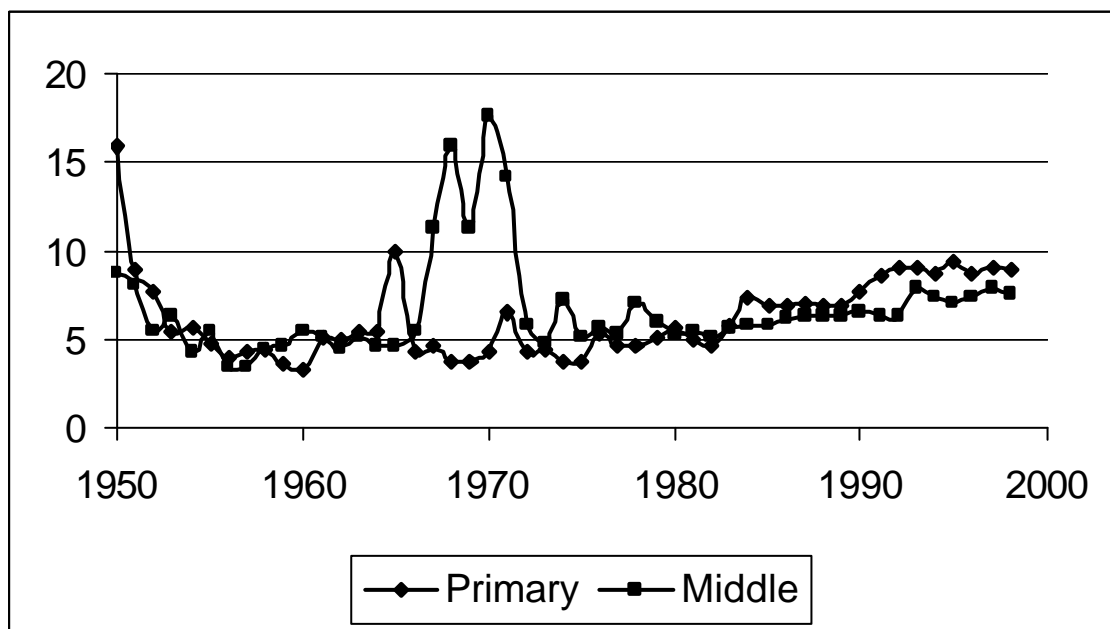


图2. 在学生/教师比率方面的不平等

数据来源：作者进行的计算基于《新中国 50 年统计资料汇编》所提供的数据。

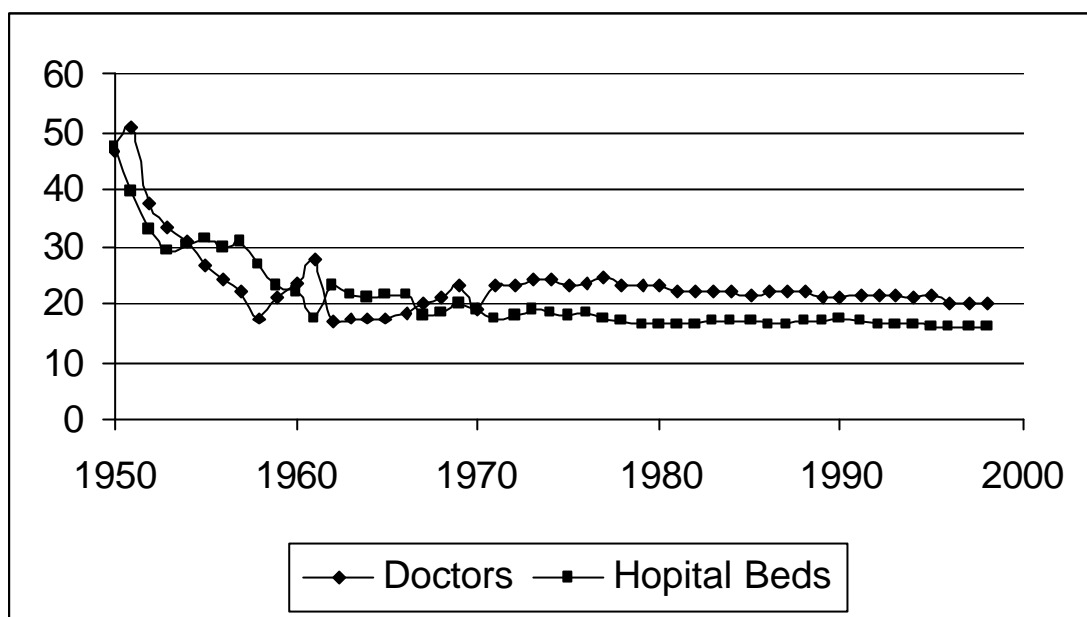


图3. 医疗中的不平等

数据来源：作者进行的计算基于《新中国 50 年统计资料汇编》所提供的数据。

相对于教育和医疗卫生供给而言，教育和卫生方面的数据很不系统。我们很难搜集长时期的文盲率和婴儿死亡率，所以只重点考虑有人口普查数据或者抽样调查数据比较容易获得的几个年份。³ 表 6 描述了文盲率和婴儿死亡率(IMR)水平，这是社会发展两个最经常使用的指标。从表中可以看到几个非常突出的特征。首先，文盲率在这些年里稳步下降，反映了九年义务制教育和小学高入学率的成功。其次，婴儿死亡率开始的时候还是下降，但从 80 年代开始情况有些恶化，可能是由于医疗供给条件的变化。第三，在文盲率和婴儿死亡率方面存在着巨大的城乡差距和性别差距。1995 年，农村文盲率比城市的文盲率高出 78%，而婴儿死亡率更是高出了一倍以上。女性中的文盲率比男性中的文盲率高出了一倍以上，意味着教育水平向男性的严重倾斜。仅从可以获得的三年数据，就可以看出性别间的差距在加大。

表6. 文盲率和婴儿死亡率水平

	全国	农村	城市	农村/城市	女性	男性	女性/男性
文盲率							
1964	50.24	52.52	28.97	1.81			
1981	33.85	35.90	20.28	1.77			
1990	21.24	23.43	16.68	1.40	29.70	13.34	2.23
1995	17.85	21.76	12.20	1.78	25.49	10.34	2.47
婴儿死亡率							
1964	180.00						
1981	26.92	36.96	24.81	1.49	25.85	27.93	0.93
1990	29.54	32.24	19.31	1.67	31.77	27.44	1.16

³ 1964 年、1981 年和 1990 年的数据来自人口普查，而 1995 年的信息则是来自 1% 人口的调查。文盲率是区县一级的数据，而婴儿死亡率则是按城乡和性别划分的省一级的数据。

注：作者计算文盲率使用的是国家一级的人口普查数据，而计算婴儿死亡率，除1964年之外，其他年份使用的是按城乡和性别划分的省级数据。1964年婴儿死亡率的数据来源于《China: The Health Sector》(1984：p.113)。

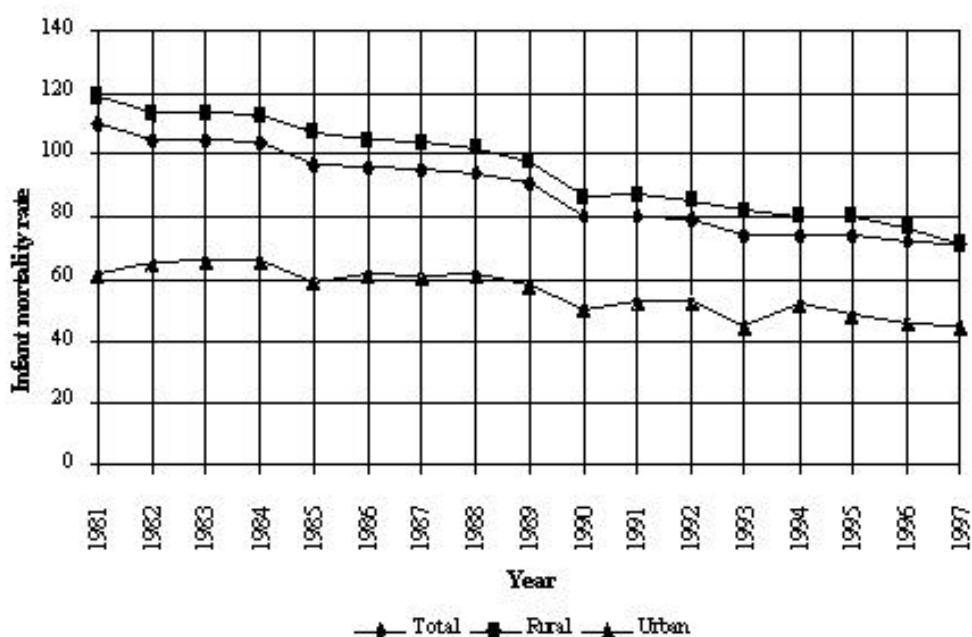
为了进一步在国际大环境下看中国在教育和医疗方面表现，我们将中国和印度进行比较。表7描述了从印度1991年和2001年人口普查中得到的文盲率情况。1991年印度的总文盲率是47.8，是中国1990年水平(21.2)的两倍以上，这意味着在获得基础教育权利的机会上，中国比印度更加平等。在一段时期内两个国家都表现出人口文化素质的提高，但也显示出类似的城乡之间以及性别之间的巨大差距。图4描述了从1981年到1997年之间印度全国、城市以及农村婴儿死亡率的变化情况。就水平而言，印度的婴儿死亡率要远远高于中国。然而中国从1981年到1995年婴儿死亡率呈上升趋势，而印度的婴儿死亡率在这段时期却一直在下降。照这个趋势发展下去，几十年内中国的婴儿死亡率就会超过印度。

表7. 印度的文盲率

	总计	男性	女性
总计	47.79	35.87	60.71
农村	55.31	42.13	69.38
1991 城市	26.92	18.91	35.95
总计	34.80	24.36	45.97
2001 农村	40.79	28.82	53.42
城市	19.94	13.58	27.01

数据来源：http://www.censusindia.net/ (印度人口普查网站)。

Trend of Infant Mortality Rate in India (1981-97)



Source: SRS Data

图4. 印度婴儿死亡率的变化趋势(1981-1987)

数据来源：下载自 <http://www.censusindia.net/> (印度人口普查网站)。

表 8 使用同样的数据来源，以基尼系数和一般平均信息量作为不平等程度的度量，进一步揭示了文盲率和婴儿死亡率的变化。就文盲率而言，这种不平等的程度首先从 1964 年到 1981 是下降的，而随后又上升了。从 1981 年到 1995 年，婴儿死亡率的不平等的程度也增加了。尽管城市里文盲率的差距在缩小，但从 1981 年以来婴儿死亡率的情况却有所恶化。在城市和农村地区各自范围内进行比较，从 1981 年到 1995 年不平等情况都有所加剧。除了 1990 年，城乡差距从两个指标看也都是在不断扩大的。根据各自范围内和城乡之间不平等程度的两组数据，我们可以使用 Zhang 和 Kanbur(2001 年)⁴ 概括的方法计算两极分化指数。如表 8 最后一行所示，从 1981 年到 1995，城乡之间两极分化的程度在不断加深。

表8. 文盲率和婴儿死亡率的不平等状况

	基尼系数	一般平均信息量	农村范围内	城市范围内	各自范围内	城乡之间	城乡两极分化程度
文盲率							
1964	29.59	14.79	16.62	11.48	13.47	1.32	8.92
1981	22.46	8.77	5.89	16.38	7.19	1.59	18.13
1990	25.07	10.47	9.68	13.23	9.34	1.14	10.89
1995	30.80	16.23	14.20	11.09	12.37	3.86	23.78
婴儿死亡率							
1981	22.18	8.12	11.14	5.99	6.88	1.24	15.27
1990	29.29	13.55	12.61	7.73	11.60	1.96	14.46
1995	34.81	21.52	22.79	15.30	17.08	4.44	20.63

注：城乡两极分化定义为城乡之间的不平等在总不平等程度(一般平均信息量)中所占的比例，参见 zhang 和 Kanbuy (2001)。

这些结果足以引起人们的注意。完善教育和医疗的供给机制，改革地方与中央政府之间的财政权力的分配制度尤为重要。否则，随着中国逐渐融入世界市场，经济波动可能会增加，贫困人口可能会受到更多外部冲击的伤害。

三、结 论

在本文中，我们描述了教育和医疗供给的制度背景和历史背景，并且研究了社会不平等的形式及其演变发展过程。我们的主要结论是，随着城市以及农村改革的深入进行，旧有的公共产品供给机制被逐渐废弃，这反过来加深社会不平等。

在计划经济时期，政府可以动员广大群众参与到公共事务当中，并且依靠企业和集体来提供基本的社会服务。毫无疑问，中国在提高人口素质方面取得了巨大的成就，这也为后来经济改革的成功打下了基础。然而，随着市场改革的深入，

⁴ 两极分化指数定义为，城乡各自范围内不平等程度以及城乡之间不平等的程度的比率。

这些方法都变得不再适用了。首先，不断加剧的财政分权削弱了中央政府收入再分配的能力。其次，日趋激烈的市场竞争也注定了国有企业的命运，因为它难以同时完成利润最大化和福利提供的双重任务。结果，一大批国有企业不得不解雇工人，削减福利。第三，农村松散的管理结构使得在农村地区为公共设施筹集资金非常困难。第四，政府再无法动员大量人力投入到社会工程当中，因为现在要合理补偿劳动力成本代价不菲。毫不奇怪，教育和医疗的分配状况发生了改变，反映了经济转型过程中潜在的制度演变。

自从经济改革开始以来，城市和农村地区的社会不平等程度都有所加深。特别是，城乡差距原本很大，而且还在继续扩大。男性中文盲的比率要远远低于女性中文盲的比率，证明存在对女性的歧视。取消向城市倾斜以及歧视女性的政策，可以帮助所有人有一个公正的机会，使大家都能从经济改革中获益。

中国经济改革的成功很大程度上取决于相对均等地教育和医疗机会，因为有文化且健康的劳动力使得人们能更充分的享受市场经济的成果。为了确保长期的可持续性发展，中国应该继续坚持多元化的发展战略。一个健康的、受过良好教育的劳动力群体，是确保中国加入 WTO 以后战胜所面临挑战的一个重要保证。然而，不断加快的经济一体化进程使得市场竞争更加激烈，这有可能进一步削弱中央政府在各省之间重新分配财富的能力，而且弱化国有企业原先扮演的社会福利提供者的角色。除此之外，伴随全球一体化而来得更加频繁的冲击可能会进一步加深社会不平等的程度，并且阻碍经济的可持续性发展。因此，如何改革地方与中央政府之间的财政权力分配关系，如何改善现行的教育和医疗供给机制以适应不断的变化，值得认真研究。

附 录

人均 GDP、人口、医院床位数、医疗人员数量、入学率以及学生/教师比率，这些数据都来自《新中国 50 年统计资料汇编》。婴儿死亡率是按城乡和性别划分的省一级数据。1981 年到 1990 年的婴儿死亡率摘自出版的人口普查情况，而 1995 年的数据摘自 1% 人口的抽样调查。1981 年到 1990 年的文盲率也来自人口普查的结果，是区县一级的数据。数据汇编来自出版的各省人口普查情况。省一级的农村文盲率数据来自各期《中国农村统计年鉴》。

参考文献

Bai, Chong-En, David D. Li, Zhigang Tao, and Yijiang Wang, "A Multi-Task Theory of State Enterprise Reform." The William Davidson Institute Working Paper 367, University of Michigan, 2001.

国家统计局，《中国农村统计年鉴》，北京：中国统计出版社，各年。

国家统计局，《中国发展报告》，北京：中国统计出版社，1997 年。

国家统计局，《新中国 50 年统计资料汇编》，北京：中国统计出版社，2000 年。

Démurger, Sylvie, Jeffrey D. Sachs, Wing Thye Woo, Shuming Bao, Gene Chang, and Andrew Mellinger, "Geography, Economic Policy and Regional Development." *Asian Economic Papers*, forthcoming, 2001.

Fan, Shenggen, Linxiu Zhang, and Xiaobo Zhang, *Growth, Inequality, and Poverty in Rural China: the Role of Public Investments*. IFPRI Research Report 125, 2002.

Kabur, Ravi and Xiaobo Zhang, "Which Regional Inequality: The Evolution of Rural-Urban and Coast-Inland Inequality in China." *Journal of Comparative Economics*, 1999, 27, 686-701.

Kabur, Ravi and Xiaobo Zhang, "Fifty Years of Regional Inequality in China: A Journey Through Revolution, Reform and Openness." Centre For Economic Policy Research (CEPR) Discussion Paper 2887, 2001.

Liu, Gordon, Xiaodong Wu, Chaoyang Peng, and Alex Wu, "Urbanization and Access to Health Care in China." paper presented at the International Conference on Urbanization in China: Challenges and Strategies of Growth and Development. Xiamen: June 26-28, 2001.

Lyons, Thomas P., "Interprovincial Disparities in China: Output and Consumption, 1952-1987." *Economic Development and Cultural Change*, 1991, 39, 471-506.

Sen, Amartya Kumar, *Development as Freedom*. New York: Random House, Inc., 2000.

Tsui, Kai-yuen, "China's Regional Inequality, 1952-1985." *Journal of Comparative Economics*, 1991, 15, 1-21.

World Bank, *China: Long-Term Issues and Options in the Health Transition*. Washington, DC: 1992.

World Bank, *World Bank Development Indicators*. Washington, DC: 2001.

Yang, Danis Tao, "Urban-biased policies and rising income inequality in China." *American Economic Review* (Paper and Proceedings), 1999, 89, 306-310.

Yao, Shujie, "Industrialization and Spatial Income Inequality in Rural China, 1986-92." *Economics of Transition*, 1997, 5, 97-112.

Yu, Dezhi, "Changes in Health Care Financing and Health Status: The Case of China in the 1980s." Economic Policy Series, No. 34, International Child Development Centre, UNICEF: 1992.

Zhang, Xiaobo and Ravi Kanbur, "What Difference Do Polarisation Measures Make? An Application To China." with Ravi Kanbur, *Journal of Development Studies*, 2001, 37, 85-98..

Zhang, Xiaobo, Shenggen Fan, Linxiu Zhang, and Jikun Huang, "Local Governance and Public Goods Provision." IFPRI Discussion paper No. 90, 2002.

Zhou, Huizhong, "Interjurisdictional Competition in an Imperfect Market: The Case of the Chinese Tobacco Industry." *Journal of Comparative Economics*, 2001, 29, 158-182.

Education and Health Inequality in China

XIAOBO ZHANG

(*International Food Policy Research Institute*)

Abstract Using data from different sources, this paper examines social inequalities in education and healthcare in China. In the era of economic reforms, as the foundations of education and healthcare provision have changed, so has the distribution of illiteracy and infant mortality rate. Consequently, inequalities in the outcome of education and healthcare in both rural and urban areas have increased. In large part due to the urban-biased policies, urban residents enjoy far better access to education and health facilities than their rural cohorts, which translates into a large rural-urban gap in social development.

JEL Classification I00, O18, O53,