

釐清健康不平等相關名詞

呂宗學^{1,*} 陳端容² 江東亮³

前言

健康不平等是全球公共衛生學界與政府非常重視的議題，許多國家都有制定消除健康不平等的相關政策[1]。台灣2020國民健康白皮書的兩個目標之一，就是促進健康公平性[2]。台灣公共衛生學會的2014年大會主題，也是公共衛生與健康不平等[3]。雖然消除健康不平等是很重要的公共衛生使命，但是不同國家與學者卻常常使用不同卻又類似的健康不平等相關名詞，而運用不同名詞常暗含某些價值理念與意識形態，也會衍生出不同對抗健康不平等的國家政策，包括政策執行的優先順序及資源如何配置的決定。本文的目的旨在回顧重要關鍵文獻，釐清健康不平等相關名詞。

健康不平等相關名詞的價值判斷光譜

圖一整理常用健康不平等相關名詞的價值判斷光譜。最右邊的「差異」(difference)是比較沒有價值判斷的計量統計描述，最左邊的「不公平」(inequity)是比較具有規範性的(normative)價值判斷論述[4]。當我們說：老年人死亡率高於中年人死亡率，我們是在描述一個大家共同接受的生物差異現象，很少人會價值判斷地說老年人死亡率高

於中年人死亡率是不好或不應該。但是，當我們說：住在甲地老年人死亡率比住在乙地老年人死亡率高三倍是不公平，這時候已經暗含價值判斷：這個差異是不好且不應該。

Kawachi等指出：同樣一個健康差異數據，不同人有不同的價值判斷[5]。當我們看到低所得者的死亡率比高所得者死亡率高兩倍，對部分學者而言，是不好而且不應該。因為有些人之所以所得較低，是因為產業轉型或金融風暴，接著因為政府職業訓練、社會救助與醫療保險機制運作不良，造成低所得者死亡風險提高。因此，這些早死是可以避免且不應該發生。相反地，對其他學者而言，這個差異可能是應該的，因為一個人有好的健康是其個人努力的成就與報償，健康的社會不平等往往會激勵人們積極努力追求更好的健康。

介於光譜中間偏左的「不平等」(inequality)是美國以外國家學者或政府較常用的名詞，最有名的就是1980年出版的布萊克報告書(Black Report)，指出英國的健康不平等的擴大及可能因素[6]。中間偏右的「落差」(disparity)只有美國學者或政府使用[7]。美國2020國民健康白皮書的第二目標就是「促成健康公平，去除健康落差，改善所有群體健康。」該白皮書定義健康落差是因為某種社會、經濟及(或)弱勢環境所導致的健康差異。健康落差則是指某些民眾因為自己的種族、宗教、社會經濟地位、性別、年齡、心理健康、認知感官或生理失能、性取向不同，從而導致他們系統性地經驗到較多阻礙健康的因子[8]。因此，這個定義指涉社會屬性造成健康結果不同，但是卻沒有明示好壞或是應該不應該的價值判斷字眼。不過，近幾年美國的學術界與政府也開始使用健康不平等這字眼，譬如美國疾病

¹ 國立成功大學醫學院公共衛生研究所

² 國立台灣大學公衛學院健康行為與社區科學研究所

³ 國立台灣大學公衛學院健康政策與管理研究所

* 通訊作者：呂宗學

聯絡地址：台南市東區大學路1號

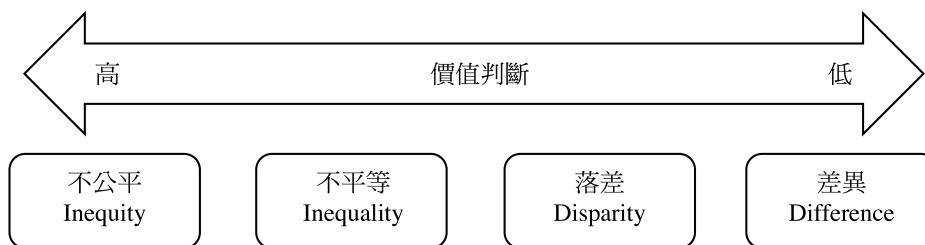
E-mail: robertlu@mail.ncku.edu.tw

投稿日期：104年1月27日

接受日期：104年3月31日

DOI:10.6288/TJPH201534104013





圖一 健康不平等相關名詞價值判斷光譜

管制署的專輯，就同時使用健康落差與不平等[9]。

由上述有關健康落差的定義可以看到，健康落差與健康不平等其實是指不同社會屬性(教育、所得、職業、種族、性別等)群體間的健康差異，會使用率差、率比或迴歸係數來表達不同社會屬性變項與健康結果的關連，進一步呈現健康的社會屬性層級差異(gradient)。但是，Murray等批評這種變項關連的分析取向有幾個缺點：一是預設因果關係，譬如當我們說所得健康不平等，就預設了所得是造成健康的主要因素，排擠掉其他相關因素。二是不同國家或年代的社會屬性會改變，譬如勞動過程迅速改變，手操作勞工由操作重機械改變成操作電腦，會造成可比較性問題。三是只用幾個類別尺度，譬如五等分教育或職業程度，會掩蓋組內還有很大的變異的觀察。因此，Murray等主張使用圖一光譜最右邊的描述性統計[10]，來呈現人群中的健康差異。

世界衛生組織歐洲辦公室在1990年代開始積極提出健康不公平的概念與政策探討[11,12]。其中Margret Whitehead對於判斷健康的健康不平等是不公平的論點[11]，是最常被引用的論點，下一節將詳細介紹之。

怎樣的健康不平等是不公平？

根據Whitehead的定義，當某種健康不平等是非必然的(unnecessary)，而且是可以避免的(avoidable)，再加上被大多數人視為不平(unfair)與不公(unjust)，就是健康不公平。至於要如何判斷怎樣的健康不平等是不

公平，就要檢視造成健康不平等的原因。Whitehead將造成健康不平等的可能原因區分為下列七種：

1. 生物差異造成健康不平等，譬如老年人心臟病發生率與死亡率比年輕人高，女性老年人骨質疏鬆症嚴重度高於男性老年人。
2. 自己選擇危害健康行為造成健康不平等，譬如有些人喜好滑雪，因此發生骨折受傷風險較高，有些人(譬如耶和華見證人)因為宗教信仰理由因素不願意接受輸血治療而早死。
3. 因為時間落差造成健康不平等，譬如某些有益健康的資源或措施(疫苗、藥物或環境衛生改善工程)的提供，因為經費與人力的限制，必須逐步推廣，先獲得者的健康會優於後獲得者。
4. 選擇健康生活型態的條件受限造成健康不平等，譬如某地區缺乏供應新鮮蔬果，或是新鮮蔬果價格太貴，或是沒有交通工具去購買，造成該地區民眾很少食用新鮮蔬果。
5. 暴露在健康危害環境造成健康不平等，譬如工作環境高噪音與高工作要求壓力，居住地區水與空氣被鄰近工廠汙染，居住地充斥暴力與犯罪等。
6. 無法獲得基本健康與其他公共資源造成健康不平等，譬如有些地區沒有衛生所與醫療院所，地方政府教育經費不足，公共運輸系統不便等。
7. 因為健康因素導致在社會生存競爭中失

利，例如因為有生病導致學業與工作表現不佳，最後造成較低的所得與較差的工作條件。

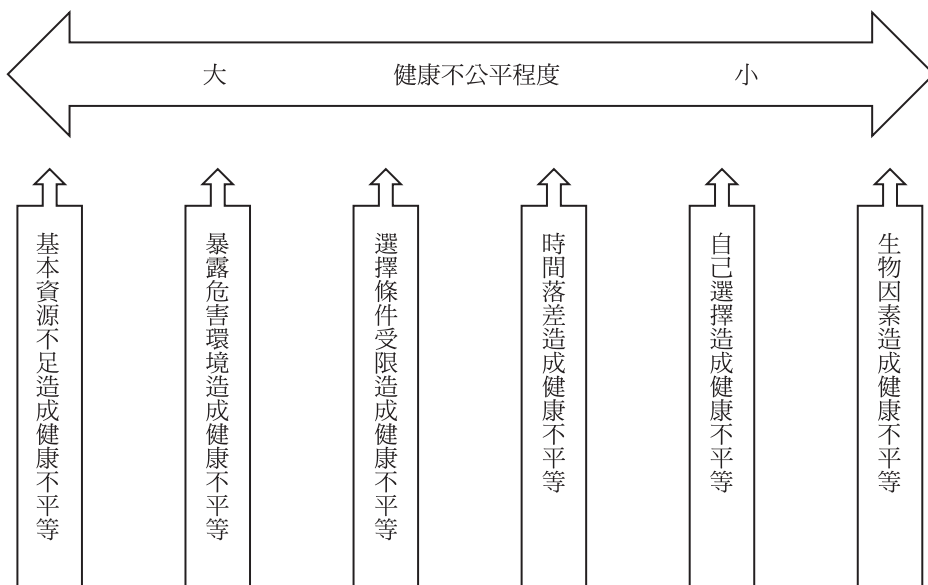
根據Whitehead的看法，前三因素造成的健康不平等比較不算是健康不公平，第四到第六類因素造成的健康不平等則相對可以避免，所衍生的健康不平等比較可說是健康不公平(圖二)。至於第七類，如果能妥善針對有病者給予協助，可能也可以避免他們變成低社經階級。Whitehead強調上述七類因素的判定，在不同社會脈絡會有不同的判定。譬如在醫療資源充裕的國家，死於盲腸炎或氣喘是不可接受的。但是在醫療資源缺乏的國家，可能就是較難避免。Whitehead也提醒，對於第二類所謂的「自己選擇」判定也要很小心。當一個青少年的成長環境長輩都抽菸，街道上充斥香菸廣告，電視影片與漫畫也描述男人就要吸菸，他「自己選擇」吸菸其實是環境制約造成，某程度也算是第五類的健康不平等。Whitehead提出的七點分類不完全互斥，彼此間會交互作用影響，也有不同層級相互影響關係，所以在解釋上還是要小心。Whitehead的目的只是想提醒大家去思考“可避免性”的程度差異，

作為判斷怎樣的健康不平等是不公平的概念參考。

結論：細察不同使用者背後的價值判斷

不同健康不平等名詞的背後，常暗含價值理念與意識形態的差異。大多數情況使用「健康差異」比較是統計計量描述，比較沒有價值判斷。不過，我們也要小心，因為如果細讀前後文，還是可以察覺有些「健康差異」的使用者，還是有明顯的價值判斷。譬如當一位學者說：某地區在某家大工廠遷入前，交通事故傷害死因別死亡率與全國平均沒有統計顯著差異；但是，工廠營運十年後，該地區交通事故傷害死因別死亡率比全國平均統計顯著高出四倍。這句話表面上沒有出現不好或不應該，但是卻明顯暗含這個差異變大是不好與不應該。Harper等人也提醒，許多表面上很科學的不平等統計測量，其實也暗含著某種價值判斷[13]。

至於使用「健康不公平」，就非常明示這健康不平是不好與不應該的規範性價值判斷，使用者會積極倡議政府應該採取一些措施消除這類健康不平等，這時就涉及政府資



圖二 怎樣的健康不平等原因是健康不公平[11]

源分配的問題，亦即比較不公平的健康不平等應該獲得較多數人的重視，以及獲得較多的資源。

雖然大多數學者與政府都採用Whitehead的定義，來區分怎樣的健康不平等是不公平，但還是會涉及主觀詮釋的問題。為解決這樣的問題，加拿大學者Asada等人綜合前述辯論，提出一個三階段測量健康不平等與不公平的作法[14]。第一階段先呈現一群人的健康不平等分布(例如：以基尼係數來表示)。第二階段嘗試將前述健康不平等分布的來源，依照「是否有相同獲得健康機會」與「政策可避免」兩個面向，來區分那些屬性(年齡、性別、教育、收入、種族或吸菸等)的健康不平等是可被接受的。譬如年齡別健康結果不平等在前述兩個面向都是可接受的；健康行為別健康結果不平等在第一個面向是可接受的，但在第二個面向是不可接受；所得或教育別健康結果不平等在前述兩個面向都是不可接受的。第三階段再以統計模型嘗試估計去除可接受不平等屬性造成的不平等，可以歸因到不同屬性的百分比，提供政策辯論之用。未來，台灣在制定消除健康不平等政策時，或許也可以嘗試類似作法。

參考文獻

1. 呂宗學：消弭健康不平等的相關政策—歐洲國家經驗。醫療品質雜誌 2010；4：20-3。
Lu TH. Policies tackling inequalities in health: European experiences. J Healthcare Qual 2010;4:20-3. [In Chinese]
2. 衛生福利部、財團法人國家衛生研究院：2020國民健康白皮書。台北：衛生福利部、財團法人國家衛生研究院，2009。
Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan); National Health Research Institutes. Healthy People 2020. Taipei: Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan); National Health Research Institutes, 2009. [In Chinese]

3. 江東亮：公共衛生與健康不平等：三個歷史的教訓。台灣衛誌 2015；34：1-4。doi:10.6288/TJPH201534103125。
- Chiang TL. Public health and health inequality: three lessons from history. Taiwan J Public Health 2015;34:1-4. doi:10.6288/TJPH201534103125. [In Chinese: English abstract]
4. Ward A, Johnson PJ, O'Brien M. The normative dimensions of health disparities. J Health Dispar Res Pract 2013;6:46-61.
5. Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. J Epidemiol Community Health 2002;56:647-52. doi:10.1136/jech.56.9.647.
6. Braveman P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. Annu Rev Public Health 2006;27:167-94. doi:10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103.
7. Department of Health and Social Security. Inequalities in Health: Report of a Research Working Group. London: DHSS, 1980.
8. U. S. Department of Health and Human Services. 2020 healthy people. Available at <http://www.healthypeople.gov>. Accessed January 17, 2015.
9. Center for Disease Control and Prevention. CDC health disparities and inequalities report—United States, 2011. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2011;60(Suppl):1-113.
10. Murray CJ, Gakidou EE, Frenk J. Health inequalities and social group differences: what should we measure? Bull World Health Organ 1999;77:537-43.
11. Whitehead M. The Concepts and Principles of Equity and Health. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1990.
12. Dahlgren G, Whitehead M. Policy and Strategies to Promote Equity in Health. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1992.
13. Harper S, King NB, Meersman SC, Reichman ME, Breen N, Lynch J. Implicit value judgments in the measurement of health inequalities. Milbank Q 2010;88:4-29. doi:10.1111/j.1468-0009.2010.00587.x.
14. Asada Y, Hurley J, Norheim OF, Johri M. A three-stage approach to measuring health inequalities and inequities. Int J Equity Health 2014;13:98. doi:10.1186/s12939-014-0098-y.