

灾后重建中的资源再分配与健康不平等

社会
2019 · 6
CJS
第 39 卷

基于三期汶川地震重建调查

洪岩璧 赵延东

摘要:基于 2008 年至 2011 年间三期汶川灾区调查数据,本文假定应急救援、恢复重建和重建结束三个阶段政府的再分配能力存在差异,进而分析这一时段不同职业和教育群体之间的健康差异变化情况。研究发现,首先,在自评健康上,2011 年呈现显著的教育梯度,而 2008 和 2009 年则无显著的教育差异。其次,在心理健康上,2011 年存在显著的教育梯度,2009 年存在较弱的教育梯度,2008 年未呈现系统性教育梯度。第三,在自评和心理健康上各年份均未呈现系统性的职业阶层梯度。第四,稳健性比较分析表明灾区健康差异模式存在独特性。本文认为,在应急救援阶段政府再分配能力骤增,提升了弱势阶层的医疗资源可及性,进而降低了阶层健康不平等。但该模式不具有可持续性,一旦重建结束、外部资源减少,不平等会回到常态社会水平。

关键词:健康不平等 灾后重建 资源再分配 自评健康 心理健康

Resource Redistribution and Health Inequality in Post-Disaster Recovery: On Three Surveys of Wenchuan Earthquake Recovery (2008—2011)

* 作者 1: 洪岩璧 东南大学人文学院社会学系 (Author 1: HONG Yanbi, Department of Sociology, School of Humanities, Southeast University) E-mail: hongyb@seu.edu.cn; 作者 2: 赵延东 中国人民大学社会学理论与方法研究中心 (Author 2: ZHAO Yandong, Center for Studies of Sociology Theory & Method, Renmin University of China)

** 本研究得到国家社会科学基金项目“早期健康状况对阶层固化的影响机制及对策研究”(17CSH063)、江苏省“公民道德与社会风尚‘2011’协同创新中心”“道德发展智库”和东南大学“至善青年学者”计划的支持。[This study was supported by National Social Sciences Fund (17CSH063), the Co-Innovation Center of Civil Morality and Social Custom, the Think Tank of Morality Development, and “Zhishan Young Scholar Project” of Southeast University.]

本文初稿曾在 2017 年“社会分层与流动冬季论坛”(西安)和 2018 年上海社会科学院“思海论坛”报告,感谢与会师友及《社会》匿名评审人的评论和建议。文责自负。

HONG Yanbi ZHAO Yandong

Abstract: This paper examines the relationship between the state resource redistribution and the change in health inequality in post-earthquake Wenchuan. Three Wenchuan disaster recovery surveys from 2008 to 2011 constitute the base of this study. The government resource distribution is examined in sequent phases of emergency relief, recovery, and post-recovery against its possible effect on the health of different occupational and educational groups during the period. The data analysis shows a significant gradient in 2011 on self-rated health among different educational groups, a phenomenon nonexistent in 2008 and 2009. Similarly, on mental health, the year of 2011 also shows the most noticeable degree of gradient. However, no systematic occupational gradients present in all three years on either self-rated health or mental health. In addition, a comparative analysis between disaster areas and surrounding areas and between pre-disaster and post-disaster period indicates a unique pattern of health inequality in disaster areas: a decline of inequality during the emergency relief period and a climb back in the post-recovery period. It is argued that the decline is due to the fact that at the initial stage of the concerted relief effort, the disadvantaged groups have direct access to the medical and health resources distributed by the state. However, the gain is only temporary. With the dramatic reduction of aids in the post-recovery period and the lack of a good redistribution mechanism, health inequality quickly bounces back to the “normal” level.

Keywords: health inequality, disaster recovery, redistribution, self-rated health, mental health

2008年5月12日的汶川大地震是我国改革开放以来最严重的自然灾害之一,学界从多个学科领域对地震的救援及灾后重建进行了大量研究。虽然汶川地震后的应急处置、救援和恢复重建工作取得了令世界瞩目的巨大成功,但对相关工作的理性总结和研究仍不够充分(史培军、张欢,2013)。灾后重建不仅涵盖物质、心理和制度等方面的建设,也深刻反映了当前国家力量对社会生活诸方面的形塑,包括国家再分配能力的短期增强对阶层间差异和不平等的影响。灾后重建并非个体行为,而是嵌入当地社区规范和政府干预措施中的集体行为(卢阳

旭、赵延东,2018)。已有研究考察了灾后重建期间的资源投入对灾区经济发展的影响(张文彬等,2015;杨凌、寇宏伟,2017),但对灾区社会不平等状况的影响关注不多。本文试图从健康不平等的角度切入,利用三期灾区调查数据,考察灾后恢复重建过程中海量资源涌入且政府掌握其分配权的情况下,灾区居民健康状况的阶层差异及其变化。本研究发现,常态社会中健康的阶层不平等主要体现在受教育程度不同的群体之间,灾后恢复重建期间的阶层健康不平等显著下降;当重建期结束,阶层健康不平等又显著回升,基本回到常态社会的模式。¹本文的研究结果提醒我们,政府在短期内投入大量资源的社会福利政策确实可以降低社会不平等的程度,但这类措施不具有可持续性,一旦资源投入缩减或中断,不平等程度会迅速回到之前或常态社会的水平。

一、文献回顾:灾后重建中的不平等

受结构功能主义框架的影响,灾难研究的经典视角强调灾难是对灾前稳定常态社会的破坏,灾难被看作一个观察社会如何恢复秩序、重回正常状态的自然实验,从而为理解社会结构、社会运行和社会互动提供了机会(Stallings,2002;赵延东,2007)。后起的社会脆弱性视角则强调,当灾难来袭,不同社会群体所遭受的冲击和损失存在很大差异。这两个分析视角主要基于西方的救灾经验,以之分析中国的灾后恢复重建过程不免偏颇,因其忽略了政府在救灾和恢复重建中的巨大作用。汶川地震不仅是一场令国人付出巨大代价的灾难,也是一个考察当代社会制度效应的自然实验²(史培军、张欢,2013;游宇等,2018)。因此,考察救灾和灾后恢复重建不同阶段、不同群体的健康不平等模式,不仅可以为今后的灾后恢复重建提供借鉴,也为探讨常态社会下资源再分配对健康不平等的影响提供了契机。

(一)社会脆弱性与资源再分配

进入21世纪后,中国社会日益成为一个风险社会,财富分配逻辑和风险分配逻辑的互动对社会结构变动的影响激增(李友梅,2008)。

1. 本文的“健康不平等”指不同阶层之间的健康差异,即阶层地位与健康状况之间的关联程度,这是关系性的健康不平等,而非分布性的不平等。

2. 自然实验可以从多个角度来理解,如灾后的集中安置和分散安置也可以看作一种自然实验(毕向阳、马缨,2012)。

灾难本质上是一种风险因素。作为灾害研究的一个核心概念,脆弱性是指影响个人或团体受灾概率与灾后恢复能力的特质,包括物理脆弱性、经济脆弱性或社会脆弱性等(Wisner, *et al.*, 2004)。社会脆弱性指灾难来临时某些社会群体更容易遭受冲击和损失。社会脆弱性视角强调灾后的社会不平等主要是由受灾风险分布即阶层和族群等社会特性决定;经典的灾害研究则强调灾后重建过程中产生了新的社会不平等,社会资本和重建资源的分配是主要影响因素(周利敏, 2012; 张宜君、林宗弘, 2012)。³

影响社会脆弱性的个体层面的因素主要包括年龄、性别、族群、社会经济地位和社会支持(Zahran, *et al.*, 2011)。社会脆弱性与不平等高度相关,如是否贫困往往与脆弱性密切相关(Williams, 2009: 39)。首先,社会中上层掌握信息的能力更好;其次,各阶层的行动能力不同;第三,居住环境不同,优势阶层的住宅承受灾害冲击的能力远胜于劣势阶层的住宅。第四,社会中上层掌握更多物质资源,灾害承受力和灾后恢复能力更强(Fothergill and Peek, 2004; 张宜君、林宗弘, 2012)。由于上述因素,灾前的社会不平等往往导致受灾风险、受灾程度不同,灾后恢复也存在不平等。随着救灾过程的推进,灾前的社会不平等将复原甚至恶化(Stallings, 2002)。因此,在灾后重建过程中,救援和重建资源分配的重要性不容忽视。已有的灾后恢复研究主要遵循两个视角,一是“相对需求分配法则”,认为人们灾后接受援助的水平与其受灾程度密切相关,强调“谁最有资格获得”;二是“相对优势分配法则”,强调“谁最有能力获得”,认为社会特征变量对灾后恢复和援助的获得有直接影响,优势群体更可能获得灾后支持,有利于其恢复正常生活(赵延东, 2007)。显然,“相对优势”视角与社会脆弱性视角一脉相承,都强调优势群体在灾后重建中恢复更快、获益更多。

灾后应变一般分为抢救、安置和重建三个阶段,后一阶段所需时间往往十倍于前一阶段(张宜君、林宗弘, 2012)。汶川特大地震发生后,国务院办公厅于 2008 年 6 月 11 日发布了《汶川地震灾后恢复重建对口支援方案》,建立“一省援一县”的灾后恢复重建对口支援机制,时长 3 年。在为期 3 年的灾后恢复重建过程中,共向灾区投入资金 10 205

3. 这两个视角也存在交叉,如个体灾后的社会资本无疑会受到灾前社会特征的影响。

亿元,其中中央财政安排重建基金 3 026 亿元,19 个援建省市共投入 825 亿元,灾区累计接受社会捐赠资金和物资 797 亿元,特殊党费 93 亿元,香港和澳门特区政府分别支持 100 亿港元和 55 亿澳门元。⁴与之对应,四川省地方财政一般预算收入 2008 年为 1 041.8 亿元,2009 年为 1 174.2 亿元。⁵可见,从资源动员角度来看,海量的灾后重建资源主要来自于各级各地政府,社会捐赠资源仅占不到 8%。

其次,就资源如何到达灾民手中和用于支持抗震救灾的途径而言,体制内依然是主流渠道(史培军、张欢,2013)。即使是体制外的大量社会捐赠资源,也主要通过体制内渠道发放到灾区和灾民手中。邓国胜(2009:76-77)指出,截至 2008 年底,汶川地震的救灾捐款共 652.5 亿元,其中,党政部门募集资金 379.33 亿元,占 58.1%;各级红十字会、慈善会和公募基金会共募集 273.17 亿元,占 41.9%。⁶红十字会和慈善会都是参公管理单位,有的慈善会甚至是民政部门下属单位。在灾后重建阶段,除中国红十字总会、中华慈善总会和全国性公募基金会募集的 74.11 亿元由其自行安排使用外,非灾区省份的地方红十字会、慈善会或地方公募基金会的资金大多由政府统筹使用(邓国胜,2009:89)。可以说,汶川地震后的社会捐赠资金主要流向了党政部门。

因此,无论是从资源来源还是发放渠道来看,政府都是灾后重建的主角。地方政府的执行力和绩效在救灾重建过程中扮演了核心角色(陈升、刘泽,2014)。这与西方发达国家以社会力量为主的灾后重建模式存在很大差异。一项中美对比研究指出,在美国灾后重建中,保险赔付是最主要和最有效的救助来源;而在汶川地震重建过程中,银行信贷和政府补贴是最主要和最有效的救助来源(石蜜蜜等,2015)。这一资源动员和配置上的差别不仅体现在救灾和灾后重建过程中,也反映了常态社会下不同社会力量之间的关系。欧美等西方社会的资源配置是在政府、市场和公民社会这三大力量的制衡中实现,但在中国这三大力量严重不均衡,政府力量一家独大。换言之,中国是一个政府主导型社会(李强,

4. 温家宝. 2011. 在汶川地震灾后恢复重建座谈会上的讲话[N].《人民日报》2011 年 5 月 10 日.

5. 数据来自 2008 年和 2009 年《四川省国民经济和社会发展的统计公报》。

6. 也可参见民政部公告,截至 2009 年 2 月 28 日全国接收汶川特大地震救灾捐赠款物及使用情况,http://www.gov.cn/gzdt/2009-03/20/content_1263891.htm,网址访问于 2019 年 3 月 6 日。

2008)。有关美国卡特琳娜飓风的灾害研究显示,族群和社会经济地位等结构因素对灾后恢复重建有显著影响(Elliott and Pais, 2006; Masozera, *et al.*, 2007)。有关灾难的政治经济学研究认为,自由市场和民主体制下的救灾管理掩盖了个体平等话语下的结构性不平等,忽视了灾后恢复过程中不同群体和个人之间权力、财富不平等分布的维持和转化如何被重构的过程(Brown-Jeffy and Kroll-Smith, 2009: 84)。汶川地震的灾后救援和恢复重建展现了我国政府的强力介入和资源动员的举国体制(史培军、张欢, 2013),这一迥异于西方的灾后重建模式能否消除社会脆弱性对弱势群体的影响? 本文以健康不平等为切入点,考察政府掌握海量资源和分配权对灾区居民健康状况的影响及其变化。

(二) 灾后重建与健康不平等

自然灾害对灾区居民的冲击不仅包括物质财富,也包括生理健康和心理健康。以往的灾后重建文献大多关注资源获得和灾后生活条件恢复的不平等(Masozera, *et al.*, 2007; 覃志敏、陆汉文, 2014; 卢阳旭、赵延东, 2018),对健康不平等的研究主要集中于受灾初期的风险分布和之后的心理健康(尉建文、韩杨, 2017),而对灾后重建过程中总体健康状况的差异和不平等关注较少。

在考察灾后健康状况的独特性时,研究者有必要借鉴常态社会下的健康不平等研究。健康社会学中的根本原因理论认为,社会结构因素是健康不平等的决定性原因(Link and Phelan, 1995)。在职业、教育和收入这三个社会经济地位指标中,不少研究认为受教育程度是影响健康的决定性因素,其次才是收入和职业(Winkleby, *et al.*, 1992; Ross and Mirowsky, 2010a; Schafer and Kwon, 2012);国内的经验研究也显示,收入对健康不平等的影​​响远小于教育(刘晓婷、黄洪, 2015; 赵广川, 2017)。对美国历史数据的分析显示,随着儿童死亡率的降低以及慢性疾病逐渐成为头号杀手,教育获得及其健康效应对死亡率的影响日益重要(Masters, *et al.*, 2012)。罗斯等人(Ross and Mirowsky, 2010a)进一步提出了习得有效性理论(theories of learned effectiveness),强调教育在改进健康过程中的非经济性作用,关注创造性工作、自我控制感和健康生活方式的中介作用。因为高教育水平有助于人们逻辑、理性、全方位地思考问题,并发展了个体的判断力、自立程度、动机水平和自信力,可以更有效地解决各类问题;此外,高教育水

平还能保护个体免受焦虑和抑郁的困扰,并且具有持续一生的累积效应(Ross and Mirowsky,2010b;Bjelland,*et al.*,2008)。

巨灾过后,灾区民众的心理健康尤其受人关注,因为几乎所有人经历灾难后都易产生应激反应。一般来说,时间会冲淡一切,大多数受灾者的应激反应会随着时间的流逝而消失;但也有研究发现,受灾人群的心理症状会持续加重,包括创伤后应激障碍(posttraumatic stress disorder,PTSD)、抑郁、焦虑以及适应障碍(adjusment disorder)等,儿童还会有分离焦虑、退行等表现(臧伟伟等,2009)。资源流失是决定灾后人群是否出现心理问题的最重要的预测变量之一,资源保存理论(conservation of resources theory)认为,自然灾害使人们失去各项资源(包括物质资源、环境资源、个人特质资源、能力资源),进而限制了人们对应对方式的选择,并引发各类身心反应(Freedy,*et al.*,1992)。而在政府主导救灾和灾后恢复的体制下,再分配资源可以弥补灾民原有资源的流失,因此,地震灾区居民对地方政府的满意度对其心理和谐具有重要作用(白新文等,2009)。

简言之,灾后居民的健康状况不仅受到灾前其社会经济地位的影响,也受到灾害冲击及重建过程中资源流失和再分配过程的影响。本研究通过考察健康状况的阶层不平等在灾后恢复重建的不同阶段是否存在差异,尝试探索资源再分配对健康不平等的影响。

二、研究假设:再分配与健康不平等

近年来,中国政府的财政汲取能力和再分配能力快速提升,市场背景下的“大政府”已然兴起。1994年分税制改革后,我国政府历年的公共预算收入增长速度均高于GDP增长速度,政府掌握的财政资源(一般公共预算、政府性基金预算、社保基金预算和国有资本经营预算)接近GDP的40%,趋近经济合作与发展组织(OECD)国家的平均水平(焦长权、焦玉平,2018)。政府财政汲取效率和能力的迅速增长极大提升了政府的再分配能力。这主要体现在两大类社会政策上,一类旨在缩小地区和城乡不平等,主要表现为财政转移支付和取消农业税;另一类旨在降低阶层不平等,包括最低生活保障(低保)、基本医疗保险、工伤保险、养老保险和失业保险(王绍光,2008)。其中,医疗保障体系包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、农民工基本医疗保

险和新型农村合作医疗(新农合),其在政府支出中的比例迅速增长,⁷成为社会再分配的重要组成部分。有学者对德国的研究显示,政府再分配体系对终生收入不平等的缩减作用有 60% 来自对雇佣和健康风险的影响(Haan, *et al.*, 2017)。因此,再分配对健康不平等的作用不容忽视。

国家财政汲取能力和再分配能力的增强会对不同阶层的福祉产生差异性影响(洪岩璧, 2017)。再分配力量通过个体的医疗卫生资源可及性差异影响社会的健康不平等状况。再分配能力的提升主要解决了医疗卫生保障体系的投入问题,但仅靠经济增长和服务供给增加并不必然会降低健康不平等程度,关键是看谁从医疗服务中获益(World Bank, 2003)。因此,再分配能力提升可能带来两种后果,一是提升弱势阶层的医疗卫生服务可及性,降低健康不平等;二是优势阶层从医疗服务供给的增加中获益更多,反而加剧健康不平等。这两种结果并不必然相互排斥,可能同时出现,重点在于哪种情况占主导。同理,上文提及的“相对需求分配法则”和“相对优势分配法则”也可能并存于灾后恢复重建过程中,关键在于其对健康不平等结果造成了何种影响。

一方面,再分配资源增加带来的医疗卫生服务的可及性提升将改善弱势阶层的健康水平。有学者对西班牙的研究表明,良好的公共医疗服务可以有效减少贫困和降低不平等(Spadaro, *et al.*, 2013)。我国自 2003 年开始实行的新型农村合作医疗制度显著增加了农村低收入家庭的人均热量摄入水平,对其提升作用明显高于中高收入家庭(马双、张劼, 2011)。中国最穷收入分组家庭成为新医改制度实施后公共住院服务最主要的受益群体(李永友、郑春荣, 2016),在一定程度上降低了健康不平等。

另一方面,优势阶层往往从再分配资源的提供中获益更多。对中国健康营养调查(CHNS)数据的分析显示,我国存在“亲富人”的健康不平等和医疗服务利用不平等,高收入人群的健康状况更好且使用了更

7. 2009 年至 2014 年,政府对医疗服务提供者的直接财政补贴累计超过 1 万亿元,年均增长 22.32%,比同期政府财政支出和社会保障支出分别高出 6.3 和 7 个百分点;城乡居民基本医保财政补助标准由 2008 年的人均 80 元增加到了 2015 年的人均 380 元,2014 年职工医保、城镇居民医保和新农合范围内的住院费支付比例分别提高到了 80%、70% 和 75%(李永友、郑春荣, 2016)。

多的医疗服务;农村的健康不平等程度整体上高于城市,并且“亲富人”的程度更高,因为新型农村合作医疗制度并没有为农村居民提供足够的医疗保障(解垚,2009)。因此,学者呼吁中国医疗资源配置的主要问题不是穷人获得太多,而是富人获得太多(李永友、郑春荣,2016)。

不同国家和地区的经验研究结果之所以存在分歧、意见纷纭,一个重要的因素是社会体制存在差别(方敏,2015)。但毋庸置疑的是,公共卫生系统运行的效率即卫生投入能否带来有效的健康服务,对健康不平等至关重要。本研究是在政府体制基本稳定的前提下,考察再分配资源在短期内骤增对健康不平等的影响。也正是在这个意义上,汶川地震后的三年重建期可以看作探讨再分配能力提升影响健康不平等结果的一个自然实验。

汶川地震发生后,救灾和重建资源大量涌入。就健康医疗资源而言,灾后重建过程中灾区的医疗卫生服务条件得到了很大提升。据统计,2009年四川灾区开展的诊疗服务惠及2 204万人次,较2008年增加26%(编纂委员会,2015:427)。如浙江对口支援的青川县,37个乡镇都建立了卫生院,投入3亿元解决了老百姓的饮水困难问题,修建饮用水设施1 000个。⁸截至2011年11月,灾区医疗卫生机构的建筑面积由震前的390多万平方米增加到580多万平方米,床位数由5.6万张增加到7.8万张。灾区医疗卫生服务体系基本建立,城乡医疗卫生服务网络更加健全,灾区的医疗卫生服务条件和能力基本达到或超过灾前水平(编纂委员会,2015:423-424)。一些经验研究指出,在灾后重建过程中,如灾民的住房重建,政府的补贴和银行贷款都更偏重于那些受灾更严重的地区和物资人员受损最严重的家庭(卢阳旭、赵延东,2011;尉建文等,2018)。因此,在再分配过程中,如果弱势阶层获得了较多的医疗卫生服务,或分配主要遵循“相对需求法则”,会导致健康不平等缩减,阶层差异降低。

同时,由于资源的控制和再分配权集中在政府官员手中,可能导致不平等的加剧。因为任何再分配者在资源分配过程中往往倾向于偏向自己及对其忠诚者,导致阶层分化和不平等(刘欣,2018)。汶川地震发生后,资源大量涌入,但资源的分配渠道仍然延续此前的官僚体制,社

8. 谢苗枫. 2011. 汶川地震灾后恢复重建对口支援一览表[N]. 《南方日报》2011年5月12日, <http://news.sina.com.cn/c/2011-05-12/105022451460.shtml>, 网址访问于2018年3月20日。

会组织获取的资源所占比例很小,民间力量监督政府的能力也很弱(林宗弘,2012)。2009年的调查显示,地震灾区党员受灾者获得的支持多于非党员(杨松、陈琳,2018);家庭的经济资本、人力资本和社会资本越多,得到的政府补贴越多(尉建文等,2018)。对灾区农村贫困户的调查显示,灾后重建虽然改善了贫困村的卫生条件,但贫困村农户整体的饮水和卫生条件仍然很差;而且不同贫困程度的农户的物质资本存量差异也增大了(覃志敏、陆汉文,2014)。受限于援建项目的时间压力,地方政府和对口援建政府往往更关注时间可控性较好的硬件建设,而忽视更为耗时的软件建设如心理健康和社会信任等(卢阳旭,2015)。因此,倘若“相对优势分配法则”占主导地位,优势阶层在医疗卫生资源再分配中获益更多,弱势阶层则存在医疗服务的可及性劣势,那么灾后重建过程中的健康不平等状况就会恶化,导致阶层差异扩大。

需要注意的是,以往灾害研究中的社会脆弱性、“相对需求分配法则”和“相对优势分配法则”视角,都是相对静态地分析个体社会经济特征对其资源获得的影响,而未考虑到这一影响效应可能在救灾初期和恢复重建过程中发生变化。资源再分配对不平等的影响主要通过资源总量和分配途径发挥作用,那么当再分配资源量降低后又会发生什么?上文提及各级各地政府在灾后重建过程中投入了海量资源,但是灾后重建期仅持续3年,重建期结束后不仅物质资源投入减少,各地和军队的医疗支援也会撤出灾区。已有研究发现,灾后重建对灾区的中长期经济发展具有显著的积极效应(张文彬等,2015;杨凌、寇宏伟,2017),那么灾后重建对灾区的健康不平等状况是否也存在中长期效应,还是会在重建期结束后回到常态社会的水平?本研究试图通过分析应急救援、重建中期和重建结束三个时点的调查数据,考察灾后健康不平等的变化模式。综上所述,本研究形成如下三个相关的假设:

假设 1:相比于常态社会,灾后重建期的健康不平等程度会降低。

假设 2:相比于常态社会,灾后重建期的健康不平等程度会升高。

假设 3:灾后重建结束后,健康不平等程度会回到常态社会水平。

三、数据、变量和模型说明

本研究使用的三轮调查数据由中国科学技术发展战略研究院课题组收集,得到挪威外交部和挪威 Fafo 应用国际问题研究所的技术支

持。第一轮调查是2008年7月7日至19日开展的“汶川地震灾区居民需求快速调查”,覆盖了成都市、德阳市、绵阳市和广元市的26个受灾县(区、县级市)。该调查采用按人口规模成比例概率抽样(PPS)方法,调查了144个居民点,成功访问3 652户,成功率为80.7%,调查结果可推论至灾区1 300万人口。第二轮调查是2009年7月在灾区开展的“汶川地震灾区居民重建情况调查”,基本沿用2008年的抽样框架,在26个重灾县(区、县级市)抽取了142个普通社区和29个板房区安置点,成功访问4 037户,成功率为72.8%(赵延东等,2010)。鉴于灾区重建后存在居住变化情况,2011年的“汶川地震灾区居民重建情况监测调查”进行了重新抽样,仍采用多阶段随机抽样方法,抽取了成都市、德阳市、绵阳市、广元市和阿坝藏族自治州的30个受灾县(区、县级市)下辖的195个社区中的4 875户居民,最后成功访问了3 814户,访问成功率为78.8%。本研究选取了年龄为18至65岁的样本,因此,2008、2009和2011年三轮调查的样本量分别缩减为2 541、3 332和3 060;删除相关变量有缺失的个案后,三轮调查分析的样本量为2 379、2 861和2 486,删失率依次为6.38%、14.14%和18.76%。

本研究的因变量为居民健康状况,包括自评健康(1=良好,0=不好)和心理健康状况。心理健康测量使用CHQ-12量表,这是在一般健康量表(GHQ)的基础上经过本土化形成的中文版健康问卷(毕向阳、马缨,2012)。

自变量社会经济地位的测量包括职业和受教育水平。⁹职业分为六类,分别是管理/专业人员(单位负责人、中层管理人员、专业技术人员、一般干部公务员、私营企业主、武装人员),自雇佣(个体户/小业主),工人(商业服务人员、技术工人、非技术工人),自由职业者(自由职业者、打零工、志愿者),农民,无业(无业、下岗、做家务),以农民为参照类。受教育水平分为四类,分别是未上学(参照类)、小学、初中、高中及以上。

控制变量,人口统计学变量包括性别(男性=1,女性=0)、年龄、年龄的平方(除以100后纳入模型)、族群(汉族=1,少数民族=0)、户籍

9. 本研究没有纳入收入变量,因为2008年的调查中收入变量缺失。2008年7月入户调查时当地仍处于紧急救灾阶段,难以询问当时的收入情况。考虑到模型可比性,三期数据模型中均未纳入收入变量。

(非农 = 1, 农业 = 0)、婚姻状况(处于婚姻状态 = 1, 不在婚 = 0)和党员(中共党员 = 1, 非党员 = 0)。此外,为了控制地震后续影响以及个体支持网络对健康的影响,本研究纳入了家庭成员死亡和受伤情况(1 = 地震中有家人死亡或本人受伤, 0 = 无)和社会支持情况。由于社会支持网络对灾后恢复有重要作用(赵延东, 2007; 尉建文、韩杨, 2017), 本研究控制了居民的社会支持, 包括社会网络规模(取对数)和是否得到非正式支持(是 = 1, 否 = 0)。社会网络规模来源于当年的春节拜年网。变量描述统计参见表 1。¹⁰

表 1: 三期灾后调查变量描述统计表

变量	2008 年	2009 年	2011 年
男性	86.63%	53.09%	47.02%
汉族	98.94%	96.85%	94.09%
年龄	50.08(9.30)	47.00(10.27)	46.81(11.04)
在婚	90.33%	90.46%	89.58%
党员	10.30%	6.85%	7.48%
非农户口	15.93%	14.92%	19.95%
教育: 未受教育	13.07%	12.34%	11.87%
小学	47.58%	43.62%	41.87%
初中	30.43%	35.76%	33.51%
高中及以上	8.94%	8.28%	12.75%
职业: 管理/专业人员	7.40%	4.33%	5.15%
个体户	5.67%	7.10%	8.37%
服务员/工人	22.74%	8.91%	9.21%
自由职业/零工	9.48%	18.39%	16.17%
农民	40.18%	44.53%	50.97%
无业/家务	14.59%	16.74%	10.14%
地震中有家人伤亡	3.85%	5.70%	6.36%
社会网络规模对数	2.055(2.204)	1.767(2.070)	1.832(1.995)
得到非正式支持	35.48%	53.06%	33.47%
二分自评健康	67.89%	67.77%	68.99%
心理健康分数	2.987(0.534)	3.053(0.557)	3.108(0.529)
N	2 379	2 861	2 486

注: 表中为均值或百分比, 括号内为标准差。

10. 表 1 显示, 2008 的样本在性别上存在较大的偏斜, 主要原因是 2008 年调查属于灾后快速调查, 地震后不到两个月便开始入户访问, 灾区尚处于余震不断和抢险救灾的紧张状态, 入户抽样的随机性受到较大影响。

根据因变量的特性,本研究采用 Logit 模型和 OLS 模型,并控制了区位因素(县的群聚效应),以尽量消除与震中距离的影响。此外,我们还以公平感变量作为资源再分配状况的间接测量,并以 CGSS2005—2011 年数据作为对照,探究灾区健康不平等模式的独特性。

四、数据分析结果

(一)基本结果

在灾后重建过程中,随着大量资源的涌入,资源再分配可能加剧也可能削弱原有的健康不平等。本研究通过分析教育和职业对自评健康和心理健康的影响加以探讨。如表 2 中列 1、3、5 所示,就二分自评健康而言,控制各类变量后,应急救灾(2008 年)和恢复重建期(2009 年)的数据皆显示受教育水平不同的群体间不存在显著差异。2008 年存在一定的职业阶层差异,个体户和工人阶层的自评健康优于农民,管理/专业人员、自由职业及失业群体与农民无显著差别。2009 年除失业群体的健康显著更差外,其他阶层均与农民无显著差异。但是,在灾后重建期结束后(2011 年),自评健康存在显著的教育梯度,即受教育程度越高,自评健康越好;而职业阶层间的差异模式与 2009 年一致,即除失业群体的健康显著更差外,其他阶层均与农民无显著差异。可见,2008 和 2009 年的阶层健康不平等程度较低;而 2011 年的健康不平等程度明显上升。¹¹换言之,随着灾后重建进程基本结束,不同受教育群体的自评健康差异从不显著到明显阶梯化。

表 2 的列 2、4、6 显示,心理健康不平等的模式变迁与自评健康模式既存在类似之处,又有所不同。2008 年未呈现阶梯化的职业和教育差异,2009 年显示了一定的教育梯度,2011 年则呈现系统性的教育梯度。应急救灾阶段(2008 年),仅初中学历的灾区民众心理健康优于未受教育者,小学和高中及以上学历者与未受教育者均无显著差异;个体户和工人群体的心理健康优于农民,管理/专业人员、自由职业、无业群体与农民无显著差异。恢复重建阶段(2009 年),初中和高中及以上学历的灾区民众的心理健康状况显著优于未受教育者(高中系数仅边缘

11. 2008 年虽存在职业阶层间差异,但管理/专业人员的自评健康与农民无差异,且都显著比个体户和工人群体更差,因此并不存在优势阶层健康状况更好的阶梯化不平等模式。

性显著,其系数小于初中学历者);工人群体的心理健康状况显著优于农民,而其他职业群体皆与农民无显著差异。灾区重建结束时(2011年),受教育水平不同的群体在心理健康上存在显著的阶梯化差异;无业群体的心理健康显著劣于农民,而其他职业群体与农民皆无显著差异。可见,在心理健康方面,三个时间点都不存在显著的职业阶梯化差异,但在2011年出现了显著的教育梯度,2009年呈现了一定程度的教育梯度;2008年虽然存在教育差异,但高中及以上学历的灾区民众与未受教育者无显著差异。¹²

因此,自评健康和心理健康的阶层差异结果支持研究假设1和假设3,即在救灾和灾区重建过程中,健康不平等程度降低;重建期结束后,健康不平等程度又显著上升。具体而言,自评健康在救灾和重建阶段都未出现教育梯度,但在重建结束后呈现明显的教育梯度;心理健康在救灾阶段无显著教育梯度,在重建阶段开始出现一定的教育梯度,重建结束后则出现系统的教育梯度。这一变化模式表明,在汶川地震这样的巨灾面前,震前的阶层不平等对应急救灾和重建阶段的灾民健康状况并未产生显著影响,即社会脆弱性对灾后健康不平等的影响较小。2011年灾区重建结束后,再分配资源的影响下降,教育成为影响健康的核心因素。换言之,健康不平等逐渐由灾后应急模式和重建模式向常态社会模式过渡。

针对这一变迁模式还存在另一种可能的解释,即大地震对个体身心健康的冲击超越了群体界限,导致震后一段时间内自评健康和心理健康未出现群体差异。该解释认为群体间无差异源自大地震对个体的无差别效应,而非源于震后救灾资源的分配。本研究认为,这一解释难以契合经验结果。首先,表1的描述统计显示,三个时间点灾区民众自评健康和心理健康的均值并无显著差异,并不存在震后灾区民众身心健康普遍较差、之后又回升的趋势。其次,表2中的“家庭成员有无伤亡”

12. 自评健康和心理健康的教育差异模式有所不同,一是因为自评健康是二分变量,心理健康是定距变量;二是因为自评健康是对总体健康的评价,不仅对生理健康状况有较好的测量信度和效度,也反映了个体感知到的精神状况(齐亚强,2014)。因此,自评健康和心理健康模式的差异在一定程度上反映了再分配能力提升了弱势阶层的医疗卫生资源可及性,降低了生理健康的不平等,对心理健康不平等的影响则相对较弱。但两者的差异并不影响本研究的基本结论,即灾后重建期健康不平等程度较低,重建期结束后健康不平等程度上升。

表 2：二分自评健康和心理健康影响因素回归分析表

变量	2008 年			2009 年			2011 年		
	自评健康 Logit	心理健康 OLS	自评健康 Logit	心理健康 OLS	自评健康 Logit	心理健康 OLS	自评健康 Logit	心理健康 OLS	心理健康 OLS
男性	-0.026(0.122)	-0.016(0.040)	0.546(0.093)***	0.206(0.021)***	0.477(0.075)***	0.157(0.022)***			
汉族	-0.804(0.495)	-0.090(0.115)	-0.442(0.153)**	0.047(0.041)	0.065(0.246)	0.063(0.042)			
年龄	-0.212(0.067)**	-0.038(0.012)**	-0.097(0.036)**	-0.022(0.006)**	-0.104(0.036)**	-0.025(0.007)**			
年龄平方/100	0.172(0.067)*	0.034(0.012)**	0.073(0.038)#	0.019(0.007)*	0.081(0.039)*	0.022(0.008)**			
在婚	-0.101(0.121)	-0.089(0.047)#	-0.047(0.135)	0.051(0.047)	-0.050(0.162)	-0.000(0.031)			
党员	0.059(0.171)	0.012(0.034)	0.068(0.236)	0.095(0.032)**	-0.026(0.202)	-0.009(0.059)			
非农户口	0.168(0.143)	0.044(0.037)	0.008(0.135)	-0.001(0.037)	0.121(0.127)	0.051(0.020)*			
教育:小学	0.054(0.178)	0.061(0.040)	-0.000(0.107)	0.048(0.030)	0.493(0.135)***	0.185(0.045)***			
初中	-0.059(0.202)	0.110(0.052)*	0.236(0.161)	0.120(0.023)***	0.679(0.127)***	0.243(0.048)***			
高中及以上	0.431(0.289)	0.075(0.070)	0.247(0.167)	0.081(0.046)#	0.979(0.183)***	0.294(0.068)***			
职业:管理/专业人员	-0.089(0.188)	0.032(0.039)	0.024(0.334)	0.105(0.063)	0.006(0.326)	0.018(0.051)			
个体户	0.451(0.167)**	0.097(0.043)*	0.144(0.203)	0.053(0.040)	-0.170(0.159)	0.042(0.036)			
工人/服务员	0.259(0.110)*	0.091(0.027)**	0.285(0.244)	0.088(0.038)*	-0.081(0.197)	0.051(0.039)			
自由职业/零工	0.255(0.213)	-0.008(0.035)	0.139(0.093)	-0.004(0.022)	-0.095(0.138)	-0.013(0.024)			
无业/家务	0.137(0.143)	-0.028(0.059)	-0.276(0.111)*	-0.038(0.034)	-0.431(0.205)*	-0.082(0.031)*			
家庭成员有伤亡	-0.613(0.245)*	-0.247(0.045)***	-1.075(0.171)***	-0.353(0.043)***	-0.867(0.153)***	-0.246(0.046)***			
社会网络规模对数	0.053(0.015)***	0.021(0.004)***	0.065(0.019)**	0.029(0.005)***	0.088(0.025)***	0.044(0.006)***			
得到非正式支持	-0.115(0.081)	-0.030(0.021)	-0.193(0.061)**	-0.070(0.017)***	-0.245(0.088)**	-0.053(0.018)**			
- LL/R ²	1 430.6	4.94%	1 689.0	11.98%	1 421.9	15.73%			
N	2 379	2 379	2 861	2 861	2 486	2 486			

注:教育和职业的参照类分别是未上学和农民。模型控制了县单位层级的群聚效应。表中数字是模型系数,括号中是稳健标准误。# p<0.1, * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001。

变量在每个时间点都是显著的,表明地震对个体的冲击和影响因其受灾严重情况而有所不同。换言之,并不存在地震对灾区居民的某种无差别影响。因此,本研究认为,阶层间的健康平等化并非来自地震后的延续效应。

本研究采用两种方法对心理健康模型中教育系数在三个年份间的差异进行检验。¹³一是合并三年数据,使用交互项分析;二是模型系数比较方法(Clogg, *et al.*, 1995)。相比而言,模型系数比较方法比交互项更切合实际,因为交互项预设了其他自变量对因变量的影响效应在三个年份间无差异,这是个颇强的假设。检验结果如表 3 所示。交互项系数显示,除 2009 年的初中系数以外,2008 年和 2009 年的其他教育系数都与 2011 年的系数存在显著差异。系数比较结果显示,2008 年与 2011 年的教育系数的差异均在 $p < 0.1$ 的水平上显著,2009 年与 2011 年的教育系数差异均在 $p < 0.05$ 的水平上显著。这说明,2011 年受教育程度不同的灾区民众的心理健康差异模式与 2008 年和 2009 年确实存在明显区别。

表 3. 心理健康模型中教育系数的年份差异比较

变量	交互项系数	模型系数比较的 Z 值
教育:小学	0.165(0.024) ***	
初中	0.226(0.026) ***	
高中及以上	0.293(0.038) ***	
小学 * 2008	-0.180(0.023) ***	2.07 *
初中 * 2008	-0.197(0.027) ***	1.88 #
高中及以上 * 2008	-0.301(0.046) ***	2.23 *
小学 * 2009	-0.054(0.022) *	2.55 *
初中 * 2009	-0.040(0.024)	2.28 *
高中及以上 * 2009	-0.141(0.045) **	2.59 **
R ²	8.83 %	
N	7 726	

注:交互项模型是在表 2 模型的基础上纳入教育和年份的交互项,括号中为稳健标准误。# $p < 0.1$, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ 。

(二)稳健性分析

稳健性分析旨在从其他角度来检验本研究的结论,一是利用公平

13. 本研究未检验职业群体系数的差异,因为各年份均未出现系统性的职业阶层差异。我们也未对二分自评健康进行年份差异检验,因为交互项和系数比较方法都不适用于 Logit 模型(Mustillo, *et al.*, 2018)。

感变量作为资源再分配状况的间接测量；二是利用横向的地域数据和纵向的震前数据进行比较分析。

为了验证再分配对民众健康结果的影响，本研究在表 2 模型的基础上纳入了个体对资源再分配公平情况的认可程度这一变量，结果如表 4 所示。调查询问了被访者认为救灾和灾后重建过程中资源分配是否公平，本研究将其处理成定距变量。¹⁴虽然这是一个主观态度变量，但也部分反映了个体对其所在社区再分配状况的认知。在无法对再分配状况进行直接测量的情况下，公平感是一个可以参考的代理变量。结果显示，公平感变量的系数在 2009 和 2011 年非常显著，表明资源再分配状况会对居民健康产生影响，但这一影响在抢险救灾阶段（2008 年）较弱，仅对心理健康存在边缘性显著的正效应。

表 4：公平感对自评健康和心理健康的影响

因变量	2008 年	2009 年	2011 年
自评健康	0.083(0.059)	0.203(0.056) ***	0.187(0.069) **
心理健康	0.042(0.020) #	0.117(0.014) ***	0.086(0.018) ***
N	2 101	2 748	2 296

注：在表 2 模型的基础上纳入公平感变量，括号中为稳健标准误，未报告其他变量系数。# $p<0.1$ ，* $p<0.05$ ，** $p<0.01$ ，*** $p<0.001$ 。

其次，为检验数据结果的稳健性，本研究进行了地域比较以及与震前健康不平等模式的比较。我们利用 CGSS2005 和 2006 年四川及其邻近省份（重庆、贵州、云南、西藏、陕西、甘肃、青海、宁夏）的数据，以及 CGSS2008、2010 和 2011 年数据中四川邻近省份的样本进行比较分析，¹⁵以考察灾区数据所展现的变迁模式是否具有独特性，抑或只是反映了整个大环境的变迁。数据结果如表 5 所示。

14. 三轮调查的不公平测量因救灾重建阶段不同而有所差异。第一轮调查只涉及一个题目，询问被访者“你觉得你们这里救灾物资的发放公平吗？”。第二轮调查涉及四个题目，分别询问被访者灾后重建过程中物资分配、就业机会提供、政府各项补助的发放、贷款发放是否公平？第三轮调查涉及三个题目，询问被访者：你们村/社区以下救援物资的分配公平吗？（1）食物、水和衣物；（2）板房；（3）重建加固修复；（4）住房补贴款。三轮调查的回答选项均为 1~4 分别代表很不公平、不太公平、基本公平、非常公平，后两轮回答取均值。

15. CGSS 样本是全国代表性抽样，省级样本不具有代表性，但苦于无其他合适数据，只能权且以 CGSS 数据进行比较分析。此外，四川周边的陕西和甘肃也有部分地区受灾，国家安排了对口支援。这些邻近省份的样本揭示的健康不平等模式与全国样本的模式基本一致。

表 5: 自评健康和心理健康影响因素回归分析表 (邻近省份)

变量	2005—2006 四川		2005—2006 邻近省份		2008 邻近省份		2010 邻近省份		2010 邻近省份		2011 邻近省份	
	自评健康 Logit		自评健康 Logit		自评健康 Logit		自评健康 Logit		抑郁 OLS		自评健康 Logit	
男性	0.029(0.130)		0.392(0.096) ***		0.211(0.090) *		0.407(0.111) ***		0.235(0.051) ***		0.485(0.132) ***	
汉族	0.073(0.202)		-0.281(0.199)		0.418(0.266)		-0.226(0.284)		-0.180(0.167)		0.118(0.391)	
年龄	0.033(0.031)		-0.084(0.024) ***		-0.036(0.030)		-0.100(0.024) ***		-0.035(0.013) *		-0.063(0.026) *	
年龄平方/100	-0.071(0.033) *		0.051(0.025) *		0.007(0.032)		0.056(0.025) *		0.025(0.012) #		0.040(0.025)	
在婚	-0.391(0.196) *		0.325(0.148)		-0.125(0.197)		0.143(0.182)		0.128(0.077)		-0.330(0.149) *	
党员	-0.149(0.290)		-0.112(0.145)		0.010(0.261)		-0.064(0.182)		-0.002(0.121)		0.016(0.221)	
非农户口	-0.168(0.207)		-0.199(0.148)		0.204(0.246)		-0.100(0.135)		-0.003(0.061)		-0.050(0.229)	
教育: 小学	0.328(0.165) *		0.192(0.148)		0.238(0.211)		0.072(0.149)		0.206(0.087) *		-0.086(0.165)	
初中	0.531(0.201) **		0.563(0.161) ***		0.597(0.253) *		0.422(0.192) *		0.286(0.074) **		0.293(0.262)	
高中及以上	0.555(0.270) *		0.597(0.187) **		0.840(0.302) **		0.675(0.255) **		0.384(0.137) *		0.239(0.292)	
职业: 管理/专业人员	0.388(0.283)		0.030(0.195)		0.221(0.403)		0.023(0.255)		0.194(0.145)		0.231(0.264)	
个体户	-0.043(0.271)		0.017(0.245)		1.346(1.004)		-0.064(0.716)		-0.048(0.251)		0.447(0.343)	
工人/服务员	0.365(0.248)		-0.317(0.176) #		0.233(0.306)		0.470(0.134) ***		0.037(0.107)		0.498(0.306)	
自由职业/零工	0.320(0.408)		0.398(0.340)		0.136(0.343)		-0.206(0.348)		-0.154(0.121)		0.787(0.448) #	
无业/家务	0.052(0.241)		-0.234(0.172)		0.235(0.226)		-0.277(0.208)		-0.158(0.088) #		-0.201(0.215)	
- LL/R ²	784.7		1 477.0		600.3		1 004.7		8.42%		658.3	
N	1 290		2 547		938		1 633		1 628		1 025	

注: 除 CGSS2005—2006 四川省数据外, 其余数据均来自 CGSS 相应年份的重庆、贵州、云南、西藏、陕西、甘肃、宁夏和青海等省、市、自治区。教育和职业的参照类分别是未上学和农民。2008 至 2011 年的模型皆控制了县单位层级的群聚效应。
$p < 0.1$, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ 。

本研究将 CGSS2005 和 2006 年四川省的数据合并,分析地震前四川省及其邻近省份的自评健康模式(表 5 第 1、2 列),发现健康不平等主要来自教育分层。¹⁶这与表 2 灾区 2011 年数据显示的健康不平等模式非常接近。换言之,震前灾区常态社会中的健康不平等模式与 2011 年重建结束时的模式基本相同。表 5 中 2005—2006 年及 2008 至 2011 年的模型结果显示,除 2011 年外,其他年份四川邻近省份样本的健康差异都存在显著的教育梯度,这说明四川灾区的健康不平等模式变迁具有独特性,不同于其他非灾区。¹⁷因此,我们认为表 2 确实展现了地震后大量救灾资源涌入直至灾后重建恢复基本结束这一非常态过程对健康不平等模式的影响。

五、总结与讨论

本研究利用汶川地震灾后重建不同阶段的三期调查数据,以灾后重建为自然实验,分析资源骤增及政府的资源再分配对阶层健康不平等的影响。数据结果显示,首先,在自评健康方面,2008 年和 2009 年未呈现教育差异,而重建结束后的 2011 年呈现显著的教育梯度。其次,在心理健康方面,2008 年未呈现系统的教育梯度,2009 年出现了一定的教育梯度,2011 年则存在系统的教育梯度。在重建结束时的 2011 年,受访者受教育程度越高,自评健康和心理健康越好。第三,职业阶层的健康差异在各个年份均未呈现系统性的梯度。第四,与邻近地区

16. 四川邻近省份在自评健康的教育差异上的模式和全国模式(未报告)一致,也表明 2005—2006 年我国西部地区的自评健康存在显著的教育差异,即初中和高中及以上学历者的健康显著优于小学及以下学历者。

17. CGSS2005—2006 数据模型中未控制县级单位的群聚效应,因为 CGSS2005 数据仅公布了省级单位编码,未公布县级单位编码。灾区调查 2011 年数据若未控制群聚效应,与控制群聚效应结果无显著差异。其次,由于并非历年 CGSS 数据中都有个人社会资本或支持网络信息,因此表 4 模型中未纳入社会支持变量。如果表 2 模型删除社会支持变量,与目前结果基本一致,即与表 5 结果仍存在明显的模式差异。

表 5 中 CGSS2011 四川邻近省份的教育系数均不显著,我们分析了全国样本,发现教育系数仅在 $p < 0.1$ 的水平上显著。主要原因很可能是 CGSS2011 的自评健康测量迥异于其他年份,CGSS2011 自评健康的回答选项虽然也是五分测量,但却是“非常好、很好、好、一般、差”,而其他年份是“很好、较好、一般、不好、很不好”或类似的对称选项(洪岩璧、陈云松, 2017)。本研究也利用 CGSS2012 数据进行了同样的分析,结果表明自评健康存在明显的教育梯度。因此,本研究认为健康的教育梯度是常态社会的一个特征。

健康不平等模式的比较表明,灾区的健康不平等模式存在独特性。因此,本研究认为,灾区的健康不平等表现为灾后应急救灾阶段下降、恢复重建期有所上升、重建结束时阶层不平等又回到常态社会水平的基本模式。

结合教育影响健康的习得有效性理论和资源保存理论,以及本文对灾区健康不平等模式的分析,我们认为 2011 年由教育主导的健康差异表明健康不平等恢复到了常态社会的模式。虽然 2008 年数据结果显示存在阶层差异,但健康差异并未呈现职业和教育梯度,管理/专业人员阶层等并无健康优势,高中及以上学历的群体也无显著优势。本研究推断,在救灾阶段,海量资源涌入灾区,政府再分配资源骤增,更兼资源分配基本按照“相对需求法则”,一定程度上消除了震前社会经济地位对健康的影响。对弱势阶层而言,医疗卫生资源和服务的可及性提升,降低了灾区的健康不平等程度。2009 年灾后重建阶段,心理健康开始呈现一定的教育梯度,这说明在重建过程中,再分配者在分配资源时可能会倾向于“相对优势法则”。总体而言,救灾和重建期间的健康不平等程度较低,弱势阶层并未呈现明显的健康劣势。在巨灾面前,通过政府的强力介入,弱势阶层的社会脆弱性得到了有效弥补。相比于倚仗市场和社会力量的应急救灾体制,我国“举国动员”的强国家模式体现出了巨大优势。然而,我们也应该看到,2011 年,在国家主导的重建项目结束时,无论在自评健康还是心理健康层面,都呈现显著的系统性教育梯度。这说明,倘若政府再分配资源骤增,由于资源的丰富性,短期内不平等程度可能会迅速降低;但中长期来看,如果资源再分配的体制和渠道并未有明显改善,那么不平等程度依然会升高,尤其是再分配资源缩减后,将快速回到之前的不平等水平和模式。

本研究对社会福利政策的制定和实施具有重要的借鉴意义。埃斯平-安德森(2010:74)指出,福利国家提供社会福利与收入保障,其本质上也是一种社会分层体系。近几十年来,不少发达国家的社会福利和再分配转移支付水平在不断缩减,导致社会不平等程度持续上升(阿特金森,2016)。随着我国“大政府”/强势政府的兴起,我国在包括医疗保险在内的社会保障领域投入的资源不断增加,这能否有效降低我国的健康不平等和社会不平等?以往研究揭示了医疗保障领域的投入虽然提升了健康公平程度,但弱势群体所获仍不多,一是因为资源投入总量

不足,二是资源能否有效抵达弱势群体尚值得商榷(刘晓婷、黄洪,2015;李永友、郑春荣,2016)。本研究表明,通过再分配投入大量资源的社会福利政策在短期内往往会产生预期效果,降低社会不平等程度,但是这种“运动式”的资源投入往往成本巨大,而且在不提升再分配渠道和路径质量的情况下不具有可持续性,一旦资源总量缩减,不平等程度会迅速回升。因此,如何保证再分配资源顺利抵达目标人群是无法回避的问题,需要对宏观制度和微观制度精心设计。其他国家在这方面已有很多经验教训(阿特金森,2016),在借鉴的同时我们也需要探索符合特定文化和社会环境的再分配机制和技术,否则不仅难以实现不平等的缩减,当资源大潮退去,政策的预期效果也会像沙滩上的图案一样迅速消退。

本文仍存在诸多不足。一是调查数据存在问题,包括三期样本抽样框不一致,第一期样本不均衡,由于灾后快速调查导致收入变量缺失。虽说这部分源于灾后调查的特殊性,但对研究结果的科学性和稳健性会产生不利影响。二是难以找到很好的匹配样本进行比较,与灾区样本具有很强可比性的地区样本不易获取,无法控制一些重要的干扰因素。三是缺乏对资源再分配的直接测量,只能通过自然实验,以灾后不同阶段的资源量间接测量再分配的强度和水平。四是再分配资源骤增如何影响健康不平等变化的微观机制尚不明晰。虽然存在上述诸多问题,但我们认同戈夫曼(2017:6)所言:“对一个重要行为领域而言,即使猜测性的研究路径也胜过严格的视而不见。”

参考文献(References)

- 阿特金森. 2016. 不平等,我们能做什么[M]. 王海昉、曾鑫、刁琳琳,译. 北京:中信出版集团.
- 埃斯平-安德森. 2010. 福利资本主义的三个世界[M]. 北京:商务印书馆.
- 白新文、任孝鹏、郑蕊、李纾. 2009. 5·12汶川地震灾区居民的心理和谐状况及与政府满意度的关系[J]. 心理科学进展(3):574-578.
- 毕向阳、马缨. 2012. 重大自然灾害后社区情境对心理健康的调节效应——基于汶川地震过渡期两种安置模式的比较分析[J]. 中国社会科学(6):151-169.
- 编纂委员会. 2015. 汶川特大地震抗震救灾志·卷九 灾后重建志[M]. 北京:方志出版社.
- 陈升、刘泽. 2014. 县级政府灾后重建能力与绩效的纵向变化研究——以汶川地震为例[J]. 公共管理学报(3):38-48.
- 邓国胜. 2009. 响应汶川:中国救灾机制分析[M]. 北京大学出版社.
- 方敏. 2015. 国家应该花多少钱用于健康? [J]. 公共行政评论(1):164-187.

- 戈夫曼. 2017. 公共场所的行为:聚会的社会组织[M]. 何道宽,译. 北京大学出版社.
- 洪岩璧. 2017. 再分配与幸福感阶层差异的变迁(2005—2013)[J]. 社会 37(2):106—132.
- 洪岩璧、陈云松. 2017. 教育影响健康的群体差异(2005—2012):资源替代与劣势叠加[J]. 社会发展研究(1):1—18.
- 焦长权、焦玉平. 2018. “大政府”的兴起:经济发展与政府转型[J]. 开放时代(3):166—194.
- 李强. 2008. 试分析国家政策影响社会分层结构的具体机制[J]. 社会 28(3):54—64.
- 李永友、郑春荣. 2016. 我国公共医疗服务受益归宿及其收入分配效应——基于入户调查数据的微观分析[J]. 经济研究(7):132—146.
- 李友梅. 2008. 从财富分配到风险分配:中国社会结构重组的一种新路径[J]. 社会 28(6):1—14.
- 林宗弘. 2012. 灾后重建的政治:汶川 5·12 地震与台湾 9·21 地震的比较[J]. 台湾社会学刊(50):57—110.
- 刘晓婷、黄洪. 2015. 医疗保障制度改革与老年群体的健康公平——基于浙江的研究[J]. 社会科学研究(4):94—117.
- 刘欣. 2018. 协调机制、支配机构与收入分配:中国转型社会的阶层结构[J]. 社会学研究(1):89—115.
- 卢阳旭. 2015. 合法性基础、行动能力与灾害干预中的政府行为——以汶川地震灾后快速重建为例[J]. 思想战线(3):87—95.
- 卢阳旭、赵延东. 2011. 汶川地震灾区农村居民住房重建资金获得的影响因素分析[J]. 中国人口科学(6):93—101.
- 卢阳旭、赵延东. 2018. 灾后住房重建中的家庭、社区和政府动力机制分析[J]. 东南大学学报(哲学社会科学版)20(1):100—106.
- 马双、张劼. 2011. 新型农村合作医疗保险与居民营养结构的改善[J]. 经济研究(5):126—137.
- 齐亚强. 2014. 自评一般健康的信度和效度分析[J]. 社会 34(6):196—215.
- 石蜜蜜、杨赛霓、贺帅、杜娟、孙小华. 2015. 灾后重建中的资金来源及有效性对比研究——以美国绿堡镇与中国汶川灾区南坝镇为例[J]. 北京师范大学学报(自然科学版)(2):160—163.
- 史培军、张欢. 2013. 中国应对巨灾的机制——汶川地震的经验[J]. 清华大学学报(哲学社会科学版)(3):96—113.
- 覃志敏、陆汉文. 2014. 后重建时期汶川地震灾区贫困村农户生计状况研究[J]. 农村经济(3):65—69.
- 王绍光. 2008. 大转型:1980 年代以来中国的双向运动[J]. 中国社会科学(1):129—148.
- 尉建文、韩杨. 2017. 社会资本对灾区民众心理健康的影响[J]. 青年研究(2):66—74.
- 尉建文、韩杨、施晨. 2018. 需求法则还是优势法则?汶川地震中资源分配研究[J]. 东南大学学报(哲学社会科学版)20(1):107—114.
- 解翌. 2009. 收入相关的健康及医疗服务利用不平等研究[J]. 经济研究(2):92—105.
- 杨凌、寇宏伟. 2017. 自然灾害的经济影响研究——以汶川大地震为例[J]. 科研管理(6):51—58.
- 杨松、陈琳. 2018. 灾后救援:四川汶川地震受灾者支持网络研究[J]. 东南大学学报(哲学社会科学版)20(1):94—99.
- 游宇、黄一凡、庄玉乙. 2018. 自然灾害与政治信任:基于汶川大地震的自然实验设计[J]. 社会 38(5):158—181.
- 臧伟伟、付芳、伍新春、林崇德. 2009. 自然灾害后身心反应的影响因素:研究与启示[J]. 心理发展与教育(3):107—112.

- 张文彬、李国平、彭思奇. 2015. 汶川震后重建政策与经济增长的实证研究[J]. 软科学 29(1):24-28.
- 张宜君、林宗弘. 2012. 不平等的灾难:9·21地震下的受灾风险与社会阶层化[J]. 人文及社会科学集刊 24(2):193-231.
- 赵广川. 2017. 国民健康不平等及其内在影响机制、演变过程[J]. 世界经济文汇(5):55-74.
- 赵延东. 2007. 社会资本与灾后恢复——一项自然灾害的社会学研究[J]. 社会学研究(5):164-187.
- 赵延东、邓大胜、李睿婕. 2010. 汶川地震灾区的社会资本状况分析[J]. 中国软科学(8):91-98.
- 周利敏. 2012. 从自然脆弱性到社会脆弱性:灾害研究的范式转型[J]. 思想战线 38(2):11-15.
- Bjelland, Ingvar, Steinar Krokstad, Arnstein Mykletun, Alv A. Dahl, Grethe S. Tell, and K. Tambs. 2008. "Does A Higher Educational Level Protect Against Anxiety and Depression? The HUNT Study." *Social Science & Medicine* 66(6):1334-1345.
- Brown-Jeffy, Shelly and Steve Kroll-Smith. 2009. "Recovering Inequality: Democracy, the Market Economy, and the 1906 San Francisco Earthquake and Fire." In *The Political Economy of Hazards and Disasters*, edited by Eric C. Jones and Arthur D. Murphy. Lanham: Altamira: 83-106.
- Clogg, Clifford C., Eva Petkova, and Adamantios Haritou. 1995. "Statistical Methods for Comparing Regression Coefficients Between Models." *The American Journal of Sociology* 100(5):1261-1293.
- Elliott, James R. and Jeremy Pais. 2006. "Race, Class, and Hurricane Katrina: Social Differences in Human Responses to Disaster." *Social Science Research* 35:295-321.
- Fothergill, Alice and Lori A. Peek. 2004. "Poverty and Disasters in the United States: A Review of Recent Sociological Findings." *Natural Hazards* 32(1):89-110.
- Freedly, John R., Darlene L. Shaw, Mark P. Jarrell, and Cheryl R. Masters. 1992. "Towards An Understanding of the Psychological Impact of Natural Disasters: An Application of the Conservation Resources Stress Model." *Journal of Traumatic Stress* 5(3):441-454.
- Haan, Peter, Daniel Kemptner, and Victoria Prowse. 2017. "Insurance, Redistribution, and the Inequality of Lifetime Income." Economic Department, Purdue University Working Paper No.1304.
- Link, Bruce G. and Jo Phelan. 1995. "Social Conditions as Fundamental Causes of Disease." *Journal of Health and Social Behavior* 35(Extra):80-94.
- Masozera, Michel, Melissa Bailey, and Charles Kerchner. 2007. "Distribution of Impacts of Natural Disasters across Income Groups: A Case Study of New Orleans." *Ecological Economics* 63:299-306.
- Masters, Ryan K., Robert A. Hummer, and Daniel A. Powers. 2012. "Educational Differences in U. S. Adult Mortality: A Cohort Perspective." *American Sociological Review* 77(4):548-572.
- Mustillo, Sarah A., Omar A. Lizardo, and Rory M. McVeigh. 2018. "Editors' Comment: A Few Guidelines for Quantitative Submissions." *American Sociological Review* 83(6):1281-1283.
- Ross, Catherine E. and John Mirowsky. 2010a. "Why Education Is the Key to Socioeconomic Differentials in Health." In *Handbook of Medical Sociology*, edited by C. E. Bird, P. Conrad, A. M. Fremont, and S. Timmermans. Nashville: Vanderbilt

- University Press:33 – 51.
- Ross, Catherine E. and John Mirowsky. 2010b. “Gender and the Health Benefits of Education.” *The Sociological Quarterly* 51(1):1 – 19.
- Schafer,Markus H. and Soyoung Kwon. 2012. “Cohorts and Emerging Health Disparities: Biomorphc Trajectories in China, 1989 to 2006.” *Journal of Health and Social Behavior* 53(4):515 – 532.
- Spadaro, Amedeo, Lucia Mangiavacchi, Ignacio Moral-Arce, Marta Adiego-Estella, and Angela Blanco-Moreno. 2013. “Evaluating the Redistributive Impact of Public Health Expenditure Using An Insurance Value Approach.” *The European Journal of Health Economics* 14(5):775 – 787.
- Stallings, Robert A. 2002. “Weberian Political Sociology and Sociological Disaster Studies.” *Sociological Forum* 17(2):281 – 305.
- Williams,Leslie Lea.2009. “The Dam is Becoming Dangerous and May Possibly Go’: The Paleodemography and Political Economy of the Johnstown Flood of 1889.” In *The Political Economy of Hazards and Disasters*, edited by Eric C. Jones and Arthur D. Murphy. Lanham;Altemira:31 – 57 .
- Winkleby,Marilyn A. ,Darius E. Jatulis, Erica Frank, and Stephen 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 (6):816 – 820.
- Wisner, Ben, Piers Blaikie, Terry Cannon, and Ian Davis. 2004. *At Risk: Natural Hazards, People’s Vulnerability and Disasters*. New York:Routledge.
- World Bank. 2003. “World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People.” Washington,D. C. :World Bank.
- Zahran, Sammy, Lori Peek, Jeffrey G. Snodgrass, Stephan Weiler, and Lynn Hempel. 2011. “ Economics of Disaster Risk, Social Vulnerability, and Mental Health Resilience.” *Risk Analysis* 31(7):1107 – 1119.

责任编辑:冯莹莹