

在生命的起点阻止贫穷的代际传递^{*}

朱 玲

【摘 要】 为了阻止贫穷的代际传递,必须保证儿童有一个良好的生命开端,故而减贫行动应从“产前照料”开始。中国政府在贫困地区实施的降低孕产妇死亡率和消除新生儿破伤风项目,即具有这样的意义。然而,在青海省玉树和果洛藏族自治州,牧区妇女的产前照料服务利用率并不高。作者依据实际调查中收集的信息,探寻其中的原因,并提出政策建议。

【关键词】 减少贫困 产前照料 藏族妇女儿童

【作 者】 朱 玲 中国社会科学院经济研究所,研究员。

一、贫困陷阱与贫穷的代际传递

“贫困陷阱”和“贫穷的代际传递”这两个概念,实质上是从不同角度观察到的动态贫困现象。前者反映的是,处在特定时点的穷人之生活状态如何恶性循环;后者显示的是,处在不同生命周期的穷人之困境怎样在世代交替中延续。从长期的、程度深重的贫困现象中不难注意到,处在这种状态的个人或家庭总是遭遇接踵而来的困难。例如,食品无保障导致儿童营养不足,因之发育不良。儿童健康不佳,必然影响其知识和技能学习效果。这样的儿童成人之后则极可能工作能力低下,并因此而收入微薄,甚至食品营养无保障。如此这般,又把类似的循环传递给下一代。

事实上,在新陈代谢、周而复始、生生不息的自然、社会和经济演进过程中,穷人在每一个环节上遭遇的困难,最终都显现为加深贫困的负面因素。这些因素相互影响,恶性循环,以至于个人或家庭深陷其中难以自拔。来自英国剑桥大学的经济学家 Partha Dasgupta (2007) 把这种呈现为“逆向反馈机制”的动态过程称为贫困陷阱。他认为,以往的减贫政策之所以对长期性贫困失灵,正是因为对引致不同群体陷入贫困的路径缺乏具体分析,未能采取适宜的战略措施,以帮助这些群体找到走出贫困陷阱的突破口。例如,为忍饥挨饿的贫困儿童提供教室,甚至再加上优秀教师,也未见得有助于人力资本的创造。只有实施相互补充的援助政策,即将营养干预、健康照料和教育服务供给等措施相结合,才有可能实现人力资源投资的目标。

基于对中国减贫现状的了解和上述有关贫困陷阱的理论,我们中国社会科学院藏区发展研究课题组选择青海省的果洛和玉树两个藏族自治州,作为减贫政策研究中的一个重点调查

* 本文为中国社会科学院藏区发展课题组“滇青藏区减贫调查报告”之一。课题得到福特基金会北京办事处资助,课题组在青海调查期间,青海省社会科学院和调研地区各级政府曾给予大力支持,课题组成员得到受访公立服务机构、非政府组织、牧业委员会和牧民的热情接待和配合。笔者的写作,受益于课题组同事的讨论,在此一并致谢。

区域。如此选择的具体考虑如下。

首先,这里是中国西部极为欠发达的地区之一。果洛、玉树两州位于青藏高原东部,平均海拔高度分别为 4200 米和 4400 米,是黄河、长江和澜沧江发源的地方(通称“三江源”)。果洛州府与省会西宁相距 440 公里,玉树州府距离西宁 800 多公里,但果洛的路况远不如玉树。高寒的环境、频发的天灾、偏僻的区位和困难的交通,既是这一地区的显著特征,又是导致当地社会经济发展程度低于全国乃至青海省平均水平的重要原因。

其次,这里是中国贫困现象高发、贫困程度深重的地区之一。在严酷的自然条件下,果洛和玉树两州的大多数居民常年以草原牧业为生。近年来,虫草价格不断上涨,季节性的虫草采集活动成为大部分牧民家庭的一个主要现金收入来源。加之国家西部大开发的政策导向、扶贫计划的实施和“三江源”生态保护项目的启动,牧民的生活逐渐改善。然而,由于草原牧业的自然风险和市场风险都很高,虫草采集也依赖于自然环境,牧民的生存脆弱性远远高于平原和丘陵地区。鉴于高寒地区居民维持生存的成本,例如营养热量摄入、生活能源消耗和交通费用支出等,明显高于平原地区,这种差别反映在贫困线设定上,便是前者的标准高于后者。据青海省统计局提供的信息,牧区的绝对贫困线设定为年人均纯收入 800 元,低收入线为年人均纯收入 1000 元。2006 年,果洛藏族自治州总人口约为 15.4 万人,贫困发生率为 12.5%(不包括 14348 人低收入人口)(果洛藏族自治州统计局,2007);玉树藏族自治州总人口约为 30.3 万人,贫困发生率高达 14.8%(不包括 39337 人低收入人口)(玉树藏族自治州统计局,2007)。

再次,此地聚居的长期贫困人口多为藏族牧民,重点援助他们走出贫困陷阱,无论从改善民生的角度,还是从维护民族团结与构建和谐社会的角度来看,都是迫在眉睫的事情。况且,正因为这里与多数民族聚居区即汉族地区相比,在地理、历史、社会、经济、人口和族群文化等方面具有鲜明的特殊性,针对这种特殊性确认贫困的根源,弄清以往的减贫政策在多大程度上有效,并从中探寻突破贫困陷阱的路径,对于地区发展和减贫问题研究而言,尤其富有政策含义和理论意义。

本文探讨的主题是,怎样从改善调研地区的孕产妇保健入手,阻止贫穷的代际传递。这个问题的提出是基于如下事实:包括中国在内的发展中国家政府和公众越来越重视贫困儿童的营养、健康和教育,并把这类人力资本投资作为切断贫穷代际传递的主要干预手段(Adato 等,2007)。不过,对于贫困家庭中那些先天发育不良的儿童而言,这些措施虽然有“预后”作用,但毕竟属于迟到的干预,其效果终究会由于一些难以校正的先天不足因素而大打折扣。若要保证儿童有一个良好的生命开端,必须妥善照料孕妇及胎儿的健康。同理,减贫战线也必须依照人类的生命周期,“前移”到胎儿发育阶段即生命形成、孕育和新生之际。更具体地说,减贫行动应从“产前照料”开始。

二、生命形成过程中的保健服务

世界卫生组织把产前照料定义为,在妇女受孕、妊娠和生产期间,为保障孕妇、胎儿乃至新生儿的健康而提供的包括教育、咨询、筛查、治疗和监测等一系列卫生服务(Health Evidence Network,2005)。为了保障每一位孕妇都能获得必要的产前卫生服务,欧洲国家一方面实行产前照料免费制;另一方面,通过正规医学教育建立基层接生员队伍,将产前服务网络延伸到最为贴近孕妇生活的社区。这些国家现有的医学证据显示,通过产前照料程序尽早发现危险因素,针对孕妇和胎儿的个体需要,补充营养素或予以药物治疗,并对服务的供需双方进行教

育和咨询,对于促进母婴健康效果显著(Banta,2003)。相形之下,发展中国家财力薄弱,只能根据本地特有的流行病、卫生目标的优先序、现有的资源和服务需求者的偏好,来确定例行的产前照料服务包,并建立相应的组织系统。为此,世界卫生组织还专门设计了简便易行的服务模式以供参考。

中国的“孕产妇保健”和“优生优育”的理念就包含着类似产前照料的思想。当前,在城市居民、尤其是在非贫困群体中,国家卫生部推行的孕产妇保健服务包已经成为家庭的自觉需求。它不仅属于住户支出中的优先项目,而且也是城市卫生机构竞相争取供给许可的一种业务。然而在农村贫困地区,卫生服务质量和便捷程度都远远不及城市。贫困妇女当中,既有自幼发育不良者,又有成年营养不足的人,加之贫困家庭普遍欠缺健康知识,且又支付能力低下,除非万不得已,决不利用卫生机构的服务。因此,贫困家庭的母婴健康均无保障。与此相关,农村孕产妇和新生儿的死亡率都高于城市。也许正是出于这个原因,卫生部并未在贫困地区设定较高的母婴健康标准,而是明确地以降低孕产妇死亡率和消除新生儿破伤风为目标,自2000年起,组织实施孕产妇系统管理项目(简称“降消项目”)(卫生部,2005)。该项目包括的主要服务内容,是在妇女妊娠至产后28天的期间内,进行早孕检查、不少于5次的产前检查、消毒接生及产后访视。

三、贫困孕产妇的保健服务利用率缘何不高

青海的玉树和果洛地区皆在“降消项目”覆盖范围之内。通过项目的实施,当地妇幼保健服务设施得到明显改善,但牧区妇女并未充分利用这些服务。例如,据玛沁县卫生局的统计,2006年孕产妇系统管理率为49%(玛沁县卫生和计划生育局,2006)。依笔者调查所见的情况判断,即使是这样一个统计,也有高估的可能。一方面,果洛州府坐落在玛沁县城,与周边县份相比,该县的卫生服务水平要高一些。另一方面,牧民居住分散但基层卫生服务网络薄弱,监测和统计功能也相应低下。反映在妇幼保健统计上,报告的指标只有百分比而无绝对数。笔者在玛沁、达日、玉树和称多4个县调研时,都曾多方搜寻妇科病普查和孕产妇保健服务的原始统计而不得。不过,无论上述统计准确与否都反映出一个事实,那就是有相当一部分孕产妇没有利用全程保健服务。原因何在?这是笔者在调查中反复探索的一个问题。

从服务供给来看,当地在孕产妇保健网络的组织建设、激励机制设置和服务质量保障方面,都存在一些亟待解决的问题。

首先,孕产妇保健网未延伸到村,服务远离住户。虽然大多数行政村都有卫生员,但由于性别和业务能力所限,很难针对孕产妇的需求,提供教育、咨询和访视等服务。以果洛州的达日县为例,全县33个村卫生员中无一女性。按规定,村卫生员承担儿童计划免疫、疫情上报、计划生育宣传和村民日常保健的任务。为此,每人每年可从财政领取1200~1400元左右的报酬。尽管数额不多,在贫穷的牧区就是一笔稳定的现金收入。女性牧民几乎得不到这个机会,除了识字率低这个因素以外,在村落公共事务缺少发言权也是一个不可忽视的原因。现在的问题是,受当地社会风俗的影响,孕产妇若非遭遇危难,仅仅出于对身体隐私的顾忌,就不情愿接受丈夫之外的本村男性提供保健服务。进一步讲,牧区教育发展滞后,越是偏僻的村庄,卫生员受教育程度越低,其卫生知识和医术也就越难满足孕产妇保健需求。笔者注意到,即使是卫生员的妻子怀孕和分娩,也未完全利用孕产妇系统管理服务。

在距县城100公里左右的玉树州称多县珍秦乡二村,笔者走访过一位产后不足4个月的

妇女卓玛(化名),其丈夫才让(化名)是本村的卫生员,没有上过学,但曾在寺院做过僧人,认识藏文。还俗后,村委会派他去州人民医院学西医3年,又去囊谦县学过4个月藏医。这番经历,使他对产前检查的认知水平高于一般村民。在他的3个女儿出生前(卓玛是带着一个女儿嫁给才让的),才让都曾带妻子去县里的妇幼保健站做过一次检查,然后根据检查结果决定分娩地点。卓玛说,住处离乡镇和县城都很远,家里又经济条件差,生小孩只有难产才会去医院。大女儿出生时,因事先知道胎位不正,便选择州医院分娩。二女儿和三女儿则都在自家帐篷降生,接生的是从邻村请来的一位老年妇女。卓玛分娩时,才让曾在一边用药消毒。然而他对妻子平时的腰背痛和头疼的毛病却束手无策。每当卓玛疼痛到实在不能忍受的时候,才去县里看一次大夫,因为她认为乡卫生院的医疗条件不如县里。

其次,在孕产妇保健服务网中,乡镇卫生院未有效发挥枢纽功能。牧区地广人稀,交通不便;牧民居住分散,出行不易。从村委会驻地的牧民“冬窝子”(冬季居住点)到乡镇卫生院,少则20公里,多则50公里以上。多数情况下,牧民的夏季牧场至少距乡镇卫生院40多公里。人民公社时期,卫生院的医务人员或来自乡间,或以“马背医生”的形式送医上门,既了解服务对象的健康状况,也容易建立医患之间的信任。现在,年轻一代的医务人员多来自县城干部家庭,或者是自己把家安在了县城。平日以坐堂候诊为主,有空就往县城跑,与牧民的联系极少有社会交往的支撑。这样,乡镇卫生院既无村卫生员贴近村民的特点,又无县卫生机构的技术优势,旁边还有个体医生和寺院诊所的竞争,倘若没有服务特色,就难免被牧民冷落。笔者走访玉树县下拉秀乡卫生院时,只见七八位工作人员在打扫庭院,座谈将近40分钟还不见一人来就诊。转而去百米之外的龙西寺诊所,便看到20多位患者挤在诊室求医。在达日县建设乡二大队(此地沿用人民公社时期的称谓),卸任的老支书介绍说,村民若在本乡看病,多半都会找个体藏医扎坚。笔者从寺院的僧医、个体藏医扎坚和私人诊所的医护人员那里得知,他们既无儿童计划免疫的任务,也不做妇科业务。可见,这正是乡镇卫生院的“用武之地”。问题是,公立卫生机构最为欠缺的,正是促使医务人员积极服务于牧民的激励机制。这从值班制度的执行状态中即可看出来。笔者去称多县歇武镇调研时恰逢周日,事先获知卫生院共有14名员工,但在院内呼唤探寻良久却无人接应。相形之下,即使在午餐时间,个体医生噶玛江措的诊所里也有一男一女两名工作人员轮流值班。

再次,县一级妇科学术力量薄弱,欠缺应急反应能力。20世纪60~70年代,玉树、果洛地区的卫生机构虽然房屋设备简陋,却因有北京、西安和青海医学院分来的毕业生行医,而在牧民中享有医术优良的美名。1984~1985年,科技人员流动渠道逐渐放开,这些外来医生全部奔向大城市或东南沿海地区。用某县人民医院前院长的话来说:“县医院的技术力量一下子降到乡镇卫生院水平,这个损失到现在还没有恢复”。在笔者看来,这个判断对于称多县也适用。该县人口为4.7万,人民医院的妇产科兼具计划生育服务、孕产妇保健和妇科病治疗职能,但妇产科仅有一位医生,只有接生时才有护士相助。这位大夫是汉族,玉树州卫校1996年毕业,曾在青海省二院妇产科培训一年,现在独自应对这么多业务实属不易。笔者到医院调研时偶遇一对年轻牧民,从50公里之外前来询问如何采用节育措施,却见这位妇科医生不能用藏语与他们沟通。还是笔者从走廊找了个人做翻译,才帮助这对小夫妻听懂了医嘱。

称多县医院妇产科的情况在藏区毕竟属于少数,然而在大多数拥有县级妇幼保健队伍的地方,队伍的“战斗力”却因保健机构分散而削弱。例如,玛沁县总人口仅4万人,达日县不过2.3万人,可是政府部门和公立服务机构的建制总是在向人口大县看齐。县医院妇产科与妇

幼保健站“分家”,就是一个明显的例子。分家之后,每边都只剩4~5人,原本就力量薄弱的队伍连规模效益也丧失了。虽然省政府给各县都配备了计划生育服务车和医疗服务车,可由此而来的流动服务一个乡一年只得到一次。至于针对孕产妇的需求构建机动反应能力,在这些县就更谈不上。笔者走访过的中青年牧业妇女,在身体严重不适的情况下,都是家人设法运送到州、县医院求治的。

玛沁县的县城名叫大武镇,是果洛州和玛沁县两级政府部门和公共服务机构的所在地。县医院的医护和技术人员共计38人,妇产科现有4人,年龄在29~39岁之间。以前,妇幼保健站与妇产科是“一套人马,两块牌子”,共有医务人员12名。2003年SARS疫情之后,妇幼保健站与防疫站合并成立疾病控制中心,县医院妇产科因之瘫痪,不得不用3~4年时间培训人员重建。笔者从两名妇科医生那里获知,她们都是1996年果洛卫校的毕业生,曾在乡镇卫生院工作,调到县医院后,两人分别被派到青海省二院和红十字医院进修半年。她们科里的业务主要是计划生育服务、接生和治疗妇科疾病。经常诊治的疾病是附件炎、盆腔炎和宫颈炎,能做B超,但做不了刮片化验。至于产前检查,主要是用B超检查胎位是否正常,做一次收费25元;此外还要听胎心,检查一次收费5元。输卵管结扎手术加麻醉共收费200元。产妇住院分娩若为顺产,收费大约200元,住院每日收取床位费15元。产妇倘若难产,才转送州医院。

进一步讲,牧民家庭对孕产妇保健服务的需求受到以下限制。

第一,家庭成员普遍欠缺保健知识,尤其不了解通过预防医学实施产前照料的作用。孕妇也只是在觉察妊娠发生危险后才去检查,往往错过最佳干预时机。例如住在达日县满掌乡卫生院附近的一位39岁的妇女,生育子女5个都未做产前检查。不想第四个孩子出生后才发现先天性听力失聪,如今这位10岁的儿童成了聋哑人。

第二,若按服务包设计去卫生院或医院接受孕产妇保健服务,牧民夫妇必须至少离家5~6次,每次耗费大半天甚至更长时间。家中若无老人,只能请人照管牛羊和料理家务。对于散居的牧民,如此获得保健服务的机会成本太高。

第三,家庭现金支付能力的限制。就产前检查而言,即使服务免费,多次检查需要支出的交通费,便会使贫困孕妇放弃利用这些服务。至于住院分娩,即便有新型合作医疗基金报销和“降消项目”补助,必须自付的费用依然会显著影响贫困家庭的决策。笔者从达日县满掌乡布东村一位27岁的妇女根桑措家,了解到当地牧业妇女住院分娩的花费。她家离乡卫生院50多公里,距县城吉迈镇105公里。她的第三个孩子是两年前在县医院出生的,家里为此花费1000多元,从合作医疗基金得到500元的补偿。与此相对照,在2006年玛沁县的“降消项目”中,对30名住院分娩的贫困产妇共补偿医药费2500元,平均每人不足84元。假定她们此前的花费和报销的部分与根桑措相似,自家还是要支付400多元,相当于本地贫困标准(年人均纯收入800元)的1/2强。而调研地区一般牧民家庭的人均现金收入还低于这个标准。

四、政策结论

适当的产前照料,即在医学上证明是对维护孕产妇及其胎儿乃至新生儿的健康为必需的卫生服务。保障贫困家庭的孕妇和胎儿及时获得这样的服务,有助于出生在这些家庭的个人获得健康的生命起点,从而也就意味着把减贫战线前移到生命形成之时。由此可见,保证每个生命都享有适当的产前照料,符合消除贫穷的社会目标。在经济全球化时代,农牧家庭出生的孩童成人后,将与生长在本国城市的同龄人、乃至欧美国家的同龄人“同场竞技”。缩小不同个

人之间在产前照料方面的差距,将有助于降低先天的健康不均等,从而减少不同个人在人生起跑线上的差距。在这个意义上,保证每个生命都享有适当的产前照料,同时也符合社会正义原则。正因为如此,适当的产前照料可以视为一种社会价值产品,它对个人产生的益处符合社会的期望。或者说,这种产品(服务)的消费所包含的社会价值,并不以消费者本身的愿望和偏好为转移(Johnson,1994)。为此,有必要由政府采取行动,如同实施强制性义务教育一样推行适当的产前照料。基于这种理解,笔者认为,解决上述玉树、果洛牧区孕产妇保健服务中存在的问题,需要政府从采取以下干预措施入手。

第一,在贫困地区实施的孕产妇保健项目中,把胎儿健康纳入目标管理。虽然降低孕产妇死亡率和消除新生儿破伤风,对于保证个人享有一个健康的生命开端至关重要,但以此为目的的保健项目,毕竟强调的是生命的“存活”而非生命的健康。在青藏高原地区普及现代医学之前,藏族牧民的生命繁衍过程并无任何人为干预,一直以高出生率和高死亡率为特征。尽管能够存活的新生儿一般生命力较强,但这样的生育模式无疑对妇女儿童和家庭福利造成严重损害。当今的生殖健康干预,已经取得降低孕产妇和新生儿死亡率的成果。然而,在存活的新生儿当中,先天发育不足或因分娩留下缺陷的情况并不鲜见。这些儿童不仅会由于疾病风险高于平均水平而导致家庭经济脆弱性增大,而且在成人后更容易落入贫困陷阱。这种现象的校正,如今显然不能听凭生命形成过程中的自然淘汰,而必须依靠产前照料程序保护胎儿健康。例如,针对青藏高原的流行病,对期望生育的妇女实行传染病筛查,预防性病、结核和肝炎等疾病的代际传染;对孕妇补充叶酸,以预防胎儿神经管发育缺陷;对孕妇补碘,以预防儿童先天痴呆症;对罹患贫血症的孕妇补铁,以预防胎儿低体重甚至死亡,等等(Health Evidence Network,2005)。

第二,通过财政购买孕产妇保健标准服务包的形式,在贫困地区实行农牧业孕产妇免费保健制度,并对贫困家庭因孕产妇高危而发生的额外交通和保健服务费用予以补贴。这项措施的意义不仅在于为牧民家庭排除服务利用上的财务障碍,而且还在于保证每个生命都享有适当的产前照料,从而提高整个中华民族的素质。

第三,把强化孕产妇保健作为扶贫计划的一个重点,增加妇科卫生人员外出进修机会,并辅以外请专家到本地培训卫生人员。在青海本省和邻省海拔稍低的藏区,妇科技术力量一般都强于玉树、果洛地区,因而有必要优先从这些地方聘请医生讲课。一方面,来自相邻藏区的培训人员适应玉树、果洛地区高海拔环境的困难较小;另一方面,他们的卫生服务经验在藏区实用性更强。其实,当地一些罹患疑难杂症的牧民早有远行相邻藏区求医的惯例。笔者在玛沁县东倾沟乡二大队六小队走访过一位名叫索拉的牧民,2003年她患腰椎结核,就是去四川省阿坝州府马尔康医院做的手术。她之所以舍近求远,是因为此前听一位懂藏医的居士说过,那里的医疗条件比本州医院强,而且大夫能用藏语和病人交流。

第四,在乡镇一级建立流动服务激励机制。牧区人口居住分散,村级卫生服务能力极为薄弱,若要落实孕产妇系统管理,最有效的办法是强化乡镇卫生院医务人员上门服务制。然而这不仅需要医务人员的敬业精神,而且还必须贯彻严格的管理制度。例如,发放孕产妇保健全程服务卡,根据服务获得者的签字,以及目标管理考核结果,向医务人员发放服务报酬和交通(燃油费)补贴。这类制度,通过“社区医生责任制”的形式,早已在浙江省贫困地区的淳安县推行。近两年来,云南省禄丰县作为新型合作医疗制度的试点县也普及了这项制度。爱德基金会(中国基督教民间团体)在甘肃省藏区的卓尼县实施妇女病防治项目,采用类似的管理模式也收到

了良好的效果(中国社会科学院课题组,2007)。可以说,如果不能在公立卫生机构建立内在的激励和约束机制,政府无论增加多少投入,也难以使贫困孕产妇受益。

第五,整合县级妇科卫生服务队伍,更紧密地将计划生育和产前照料服务相结合,增强县乡卫生机构的互补性和网络服务功能,以干预影响孕产妇、胎儿和新生儿健康的危险因素为重点,构建县级妇科卫生机构的机动反应能力。在这个方面,中国扶贫基金会通过云南丽江山区的母婴平安项目,取得了富有可行性的经验(朱玲,2005)。

第六,培养女性村级卫生员,以顺应藏族文化风俗的方式保证卫生服务供给。进一步讲,对于藏区卫生队伍的建设,不仅要强调性别平衡,而且还需要把藏语使用能力列入医务人员考核指标。否则,“为牧民做好卫生服务”就很可能变成一句空话。

参考文献:

1. 中国社会科学院课题组(2007):《甘肃农牧区社会经济调查》,《经济活页文选》第4期,中国财政经济出版社。
2. 朱玲(2005):《伴随发展的脚步》,山东人民出版社。
3. 果洛藏族自治州统计局(2007):《2006年果洛藏族自治州国民经济和社会发展统计公报》(<http://www.qh.stats.gov.cn/show.aspx?id=763&cid=47>),3月19日。
4. 玉树藏族自治州统计局(2007):《2006年玉树藏族自治州国民经济和社会发展统计公报》(<http://www.qh.stats.gov.cn/show.aspx?id=859&cid=47>),4月20日。
5. 卫生部(2005):《关于认真做好“降消”项目工作的通知》(www.law-lib.com/law/law_view.asp?id=88744)。
6. Adato, M. and J. Hoddinott (2007), Conditional Cash Transfer Programs: A “Magic Bullet” for Reducing Poverty? 2020 Focus Brief on the World's Poor and Hungry People. Washington, DC: IFPRI. http://www.ifpri.org/2020Chinaconference/pdf/beijingbrief_adato.pdf.
7. Banta, D. (2003), What is the Efficacy/ Effectiveness of Antenatal Care and the Financial and Organizational Implications?, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report. <http://www.euro.who.int/Document/E82996.pdf>).
8. Dasgupta, P. (2007), Poverty Traps: Exploring the Complexity of Causation. 2020 Focus Brief on the World's Poor and Hungry People. Washington, DC: IFPRI. http://www.ifpri.org/2020Chinaconference/pdf/beijingbrief_Dasgupta.pdf.
9. Health Evidence Network, HEN (2005), What is the Effectiveness of Antenatal Care? Lifestyle Considerations. www.euro.who.int/HEN/Syntheses/antenatalsupp/20051219_6.
10. Health Evidence Network (2005), What is the Effectiveness of Antenatal Care?. http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/antenatalsupp/20051219_11.
11. Johnson, P. M. (1994), A Glossary of Political Economy Terms. www.auburn.edu/~johnspm/gloss/merit_good.

(责任编辑:朱犁)

ABSTRACTS

Theoretical Thinking about Equity and Efficiency of Employment, Income Distribution and Social Security Reform*Xin Changxing · 2 ·*

This article conducts a theoretical analysis on some issues in the field of labour and social security in the perspective of the relationship between equity and efficiency. It argues that more attention should be paid to safeguarding employment rights and creating job opportunities when reducing employment discrimination; more emphasis should be put on equity in redistribution, on the basis of proper balance between equity and efficiency in primary distribution; the social security system should be expanded to cover all residents in the urban and rural areas so as to include people who are out of the existing social security system due to the lack of arrangements in the system when gradually reducing the irrational benefits disparity among different groups of people covered by the existing system; in the process of establishing a social security system covering residents both in the urban and rural areas, attention should be paid to the rationality and effectiveness of the system, balancing the legitimate rights and interests of the workers and the mobility and flexibility in the human resources market.

Research on Countermeasures for Improving the Entrepreneurship Policy System of China*Gu Shengzu Xiao Dingguang Hong Qunlian · 10 ·*

Entrepreneurship can stimulate economic growth, promote employment and improve technological innovation. After reviewing international theories and policies on entrepreneurship, the paper comprehensively analyzes China's current entrepreneurship support policies and their deficiencies. In perspective of entrepreneurial finance, entrepreneurial service, entrepreneurial cluster, entrepreneurship education and entrepreneurial culture, the paper suggests countermeasures to improve the entrepreneurship policy system and to encourage entrepreneurship to create more employment opportunities in China.

Educational Disparity and Income Inequality in China: A Case Study of Shenzhen*Xue Jinjun Tadashi SONODA and Yuko ARA YAMA · 19 ·*

This paper studies the issue of income inequality in China with a case of Shenzhen, the most successful and developed city in China. It estimates income gap using a new data set of household survey conducted in Shenzhen in 2006. The major findings are, (1) the Gini coefficient in Shenzhen reached 0.56 and is hence the highest among Chinese cities, (2) the Theil index shows that urban registration status (hukou) and regional preferential policy (here it refers to policies for special economic zone) are the largest policy factors enlarging income disparity between urban households and migrant households, Shenzhen households and non-Shenzhen households, (3) regression analysis and decomposition of the inequality index with the Oaxaca-Blinder method shows that educational differences of working age adults can explain 40% of total urban-rural gap. To solve the problem, the paper suggests abolishing the discriminating policies and provide equal education to the people, especially the poor people.

Preventing Intergenerational Transmission of Poverty via Antenatal Care*Zhu Ling · 30 ·*

Antenatal care can help children from poor families to acquire a good beginning of their lives, thus reducing or preventing intergenerational transmission of poverty. Antenatal care therefore should be a necessary measure for public action aiming at poverty reduction. The role played by the government program of reducing maternal mortality and eliminating tetanus of newborns in China's poor areas is similar to that of antenatal care. However, women living in the pasturing areas in Yushu and Guoluo, the two Tibetan Autonomous Prefectures in Qinghai Province, have not been sufficiently benefited from antenatal care. This report tries to find out the reasons behind the relatively low utilization rate of antenatal care in these regions and discusses policy implications based on the information collected from the author's fieldwork.

A Preliminary Estimation on the Quantity of the Mothers with Disabled and Dead One Child*Wang Guangzhou Guo Zhigang Guo Zhenwei · 37 ·*

After redefining the concept of one-child, one-child family and disabled or dead one-child family, this research, based on the method of parity progression population projection model with the assumption of the distribution of birth interval, constructed the