

Ekonomisk-historiska institutionen
Lunds universitet

EKH 470
Vårterminen 2005
2005-05-31

EN KVINNAS HÄLSA

- en studie av mödravårdens tillgänglighet i Kina

Jennie Åström

Handledare: Anne Jerneck

Abstract

Denna studie behandlar mödravården i Kina och med bas i empiriskt material i form av skrivna källor ämnar studien visa på mönster i fördelningen av resurser i landet. Detta genom en undersökning av mödravård samt denna vårds tillgänglighet för kvinnorna i landet. Detta mönster analyseras sedan mot tre teoretiska perspektiv; konvergens/ divergens, *urban bias* och *relative deprivation* för att se vilket av dessa perspektiv som bäst förklarar tillgängligheten av mödravård. Studien visar på stora skillnader mellan regioner och individer och drar slutsatsen att trots att stora skillnader kan iaktas mellan stad och landsbygd, finns det också betydande skillnader *inom* regioner. Privatiseringen av hälsovården under de senaste decennierna har gjort att vårdens tillgänglighet i allt större utsträckning är beroende av den enskilde individens ekonomi snarare än dennes geografiska position.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING.....	1
1.1 Syfte och Frågeställningar.....	1
1.2 Metod.....	2
1.3 Avgränsningar.....	3
1.4 Operationaliseringar och Begrepp.....	4
1.5 Källkritik.....	5
2. PERSPEKTIV.....	6
2.1 Divergens/Konvergens.....	6
2.2 'Urban Bias'.....	7
2.3 'Relative Deprivation'.....	8
3. MÖDRAVÅRD.....	10
3.1 Hälsa- och Mödravårdens Framväxt.....	10
3.2 Kinas Hälsa- Mödravård Idag.....	11
3.2.1 Mödravård i Lagens Namn.....	12
3.2.2 Vårdens Tillgänglighet.....	13
3.2.3 Vilka Använder sig av den Tillgängliga Servicen?.....	14
3.2.4 'Killarna mot Tjejerna'.....	16
4. KINAS MÖDRAVÅRD I PERSPEKTIV.....	17
4.1 Klyftor Mellan Rika och Fattiga.....	17
4.2 Landsbygdens Kamp mot Staden.....	17
4.3 Varje Enskild Människa för sig Själv.....	19
5. SAMMANFATTANDE REFLEXIONER OCH VIDARE FORSKNING.....	22
6. REFERENSER.....	23
BILAGA 1. Information om artikelförfattare.....	26
BILAGA 2. Graf 1 Kuznetskurvan.....	27
BILAGA 3. Tabell Sociodemografiska karaktärsdrag och användandet av mödravård.....	28
BILAGA 4. Graf 2 Inkomst per capita i urbana och rurala hushåll 1978-1997.....	29
BILAGA 5. Graf 3 Maternal Mortality Rate i Kina.....	30

1. Inledning

Kinas ekonomi växer snabbt. BNP ökade från US\$ 227,4 miljarder år 1983 till US\$ 1 412,3 miljarder 2003 då tillväxten i BNP mätte 9.1% (Världsbanken 2005a). Tillväxten fortsatte i hög takt även under 2004 och under det första kvartalet 2005 med en tillväxttakt på 9,5 % (Världsbanken 2005b). Resurser av alla de slag kanaliseras genom landet och påverkar andra ekonomier. Priser på transportmedel och råvaror skjuter i höjden på grund av Kinas till synes omätliga efterfrågan. Med tanke på Kinas befolkningens mängd på 1, 26 miljarder (Världsbanken 2005c) påverkas en stor del av jordens befolkning av Kinas potentiella tillväxt och dess fördelningspolitik. Osäkert är hur alla dessa människor påverkas av Kinas ekonomiska tillväxt.

Inkomstklyftorna i Kina växer. Skillnaden mellan rika och fattiga ökar. Trots den ökande BNP-siffran och den höga tillväxtprocenten innebär det inte per automatik att människorna i landet får det bättre. En hög BNP utgör ingen garanti för att befolkningen ska få det bättre. I Kina gör den inte det. Den ökande tillväxten sprids inte i folklagren utan koncentreras i vissa regioner och i vissa grupper i samhället. Just Kina har varit hett debatterat under den senaste tiden just för att den ekonomiska tillväxten är så hög och att denna tillväxt inte kommer ut till del av befolkningen som behöver den mest. Denna tillväxt kan komma i många former, inkomstökningar, arbetsmarknadspolitiska åtgärder eller i statliga satsningar. Statliga satsningar kan i sin tur delas in i ett otal undergrupper. En av dessa undergrupper kommer i fokus i denna studie som ämnar undersöka hur debatten om Kina ser ut och hur den har sett ut de senaste åren vad gäller användandet av, och tillgången till, mödravård. En studie av mödravård i Kina är av särskilt intresse då Kinesiska regeringen har tagit politiska beslut som både uppmuntrar och motverkar ett ökat utnyttjande av vårdmöjligheter för gravida kvinnor och nyblivna mödrar. Effekterna av den motsägelsefulla hälsopolitiken i Kina är att beslut och trender inom mödravården blir svåra att förutse. Den decentralisering av vården som skett anses ha minskat benägenheten att söka vård eftersom det anses ha lett till ökade priser och försämrade service för hälsoinstitutionerna på landsbygden. En sådan efterfrågeminskning kan dock motverkas av nya satsningar på mödravård, i synnerhet på landsbygden.

1.1 Syfte och Frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka hur mödravård fördelas i Kina samt vilka kvinnor som använder sig av mödravårdens service i landet. Valet av mödravård baseras på flera fundament. En studie av de fattiga i Kina är en studie av de svaga. De svagaste av de svaga är kvinnorna, kanske speciellt i Kina. Dessa kvinnor är som mest utsatta i samband med graviditet och barnafödande. Utöver kvinnoperspektivet är det intressant att se hur staten agerat och reagerat för att minska de ökande klyftorna och fattigdomen, här genom satsningar på hälsovård. Även befolkningsfrågan kan ses som en motivering till fokus på mödravård. 'Bristen' på kvinnor som kommer att uppstå i landet, till följd av selektiva aborter av flickfoster, gör att de kvinnor som finns och de flickebarn som föds måste det värnas om.

Vidare kommer dessa mönster att analyseras utifrån tre perspektiv; divergens /konvergens, *urban bias* och *relative deprivation* för att se vilket av de tre perspektiven som bäst kan beskriva fördelningen av mödravårdsresurser. Valet av perspektiv har gjorts utifrån att de belyser olika sätt att se på fenomenet fördelning; divergens/ konvergent visar på skillnader över tid, *urban bias* betonar skillnader över rum medan *relative deprivation* fokuserar på individen. Studien ska ses som en tvärsnittsanalys av Kinas mödravårdsservice och har inte som mål att vara alltomfattande.

De frågeställningar som studien grundar sig i är; Hur beskrivs fördelningen av mödravård i Kina idag? Vilka kan utnyttja servicen och vilka gör det inte och av vilka anledningar? Vilket av de tre perspektiven anses vara det viktigaste i litteraturen om tillgången på mödravård i Kina? Hur ser man på fördelningen av statens resurser, öronmärkta för mödravården?

1.2 Metod

Denna studie var från början tänkt att behandla fördelning i Kina, med alla definitionssvårigheter det innebär. Efter att ha funderat och 'värkt' fram idéer kom jag fram till att jag ville fokusera på sjuk- och hälsovård på något sätt. Det visade sig att det fanns oändliga mängder litteratur och lika många möjliga infallsvinklar till det jag nu begränsat mitt ämne till. Efter att ha läst in mig på ämnet mer fastnade jag för just mödravård. Som kvinna tycker jag att det är oerhört intressant att lära mig mer om andra kvinnors levnadsförhållanden. Dessutom har väl alla tjejer hört oräknliga skräckhistorier om förlossningar och alla möjliga och omöjliga åkommor i samband med barnafödande. När jag så hittade en artikel om det fastnade jag för ämnet. En trattprincip har alltså tillämpats i ämnesvalet. Sedan tycker jag att det är ett bra ämne då det är så många aspekter som berörs av mödravård, som nämnts ovan.

Studien kommer att utformas som en fallstudie där Kina studeras, d.v.s. en studie av fördelningsfrågan i ett konkret fall. Detta skapar en kunskapsbas för att få en djupare förståelse för en annan studie som kan ligga som grund exempelvis för en komparativ studie med Indien (Wallén 1996:115). Studien kan beskrivas som deskriptiv, i det att den kartlägger mödravården, men också explorativ, d.v.s. förklarande och undersökande (Backman 1998:48f) eller deskriptiv och tolkande (Merriam 1994:40f). Denna studie är undersökande och tolkande eftersom den applicerar de tre perspektiven på verklighetens Kina för att ge en mer analytisk bild, utöver den deskriptiva.

Alla forskningsmetoder har sina för- och nackdelar och dessa bör naturligtvis beaktas i metodvalet. Fallstudier har framför allt kritiserats för att vara förenklingar av verkligheten. De kan dessutom ge sken av att vara alltomfattande även om de inte tar med alla aspekter som kan tänkas förklara ett fenomen. (Merriam 1994:47) De kan heller inte leda till generaliseringar annat än för det specifika fallet. (Yin 1994:10) då de ger en begränsad förståelse, i det här fallet om Kina. Även Ejvegård påpekar svårigheterna med generaliseringar och manar till försiktighet med slutsatser dragna utifrån en fallstudie (Ejvegård 1996:31). Speciell kritik har riktats mot den deskriptiva fallstudien då den kan

anses vara 'ateoretisk' och befinna sig i ett teoretiskt vakuum (Merriam 1994:40). En av fördelarna med fallstudien är dock att den innebär ett sätt att studera fall som består av flera komplexa variabler som tillsammans resulterar i ett givet fenomen. Fallstudien ger också en "rikhaltig och holistisk" bild av verkligheten och kan också bidra till att öka kunskapsbasen inom ett givet område. (Merriam 1994:46)

Studien syftar till att ge en sammanfattande förståelse för fördelningen av mödravård i Kina, och tre olika teoretiska perspektiv presenteras för att sedan ligga till grund för analysen. Studien kan därför anses vara en forskningsöversikt som för samman flera olika förklaringar och samband till en helhetsbild för att ge en överblick. (Backman 1998:66f) En fallstudie faller under definitionen av kvalitativ metod (Backman 1998:48f) men studien kan även anses ha ett kvantitativt inslag, om än indirekt, då studien delvis baseras på artiklar skrivna utifrån kvantitativa undersökningar. Dessa artiklar analyserar Kinas fördelningsfråga på olika nivåer; vissa på lokal eller regional nivå och andra på nationell nivå.

1.3 Avgränsningar

En studie av Kina bör naturligtvis avgränsas. Så även en studie av fördelningsfrågan i Kina. Studien kommer av denna anledning att fokusera på sjuk- och hälsovården i Kina. Valet av avgränsning och fokus på vården har gjorts eftersom sjuk- och hälsovården har en så tydlig politisk koppling då vård ofta ligger under statens regi. Statliga prioriteringar lyser alltså igen tydligt i hälsovården. Vid privatisering av vården är det också ett politiskt beslut om att inte längre ansvara för den biten i den utsträckning man gjort tidigare, innan privatiseringen.

En möjlig svaghet i valet av sjuk- och hälsovård som fokus är att efterfrågan på vård (inom nationalekonomin) antas vara relativt oelastiskt, d.v.s. förhållandevis okänslig för förändringar i priser. Trots detta kan det antas att efterfrågan på viss typ av sjukvård påverkas av priser, som exempelvis vård under graviditet. Av den anledningen kommer sjuk- och hälsovården avgränsas ytterligare och studien fokusera på mödravård före, under och efter förlossning.

Studien kommer vidare att avgränsas till att baseras på artiklar publicerade från och med 2000 och fram till idag för att göra analysen så uppdaterad som möjligt utan att för den skull göra den för snäv. En studie av bara den allra senaste tiden, säg från och med 2004, skulle ha gjort att materialet blivit alltför tunt. Material från en längre period än den som grundar denna studie skulle ha gjort det svårt att skapa en överblick och mängden riskerar att bli ohanterlig.

Ytterligare en avgränsning som gjorts är den av perspektiv. Det finns flera alternativ att välja mellan. I denna studie kanske genusperspektivet är det som klarast lyser med sin frånvaro. Anledningen till att genusperspektivet inte har valts som ett av perspektiven är att intentionen inte varit att belysa kvinnors situation; fokus ska ligga på fattiga vs rika, inte män vs kvinnor. Kanske kan man argumentera för att ett genusperspektiv skulle ha tillfört en strukturell aspekt men det har av utrymmes- och tidsskäl valts bort då de perspektiv som prioriterats ser till skillnader i ett större perspektiv, inte bara till kvinnans situation.

1.4 Operationaliseringar och Begrepp

Då denna uppsats är en analys av andras skrifter krävs operationalisering för denna studie att göras. Däremot kan andra författares definitioner och operationaliseringar av exempelvis inkomst och ekonomiska resurser komma att bli aktuella för analys och tolkning. En svårighet som kan komma att uppstå är om jämförelser av inkomst är ett relevant sätt att undersöka skillnader i levnadsstandard mellan stad och landsbygd. Ger detta en rättvis bild? Det utesluter andra metoder att livnära sig på som till exempel självhushållning som ju inte mäts i direkt inkomst. Detta kan eventuellt göra att jämförelserna blir missvisande genom att visa större skillnader än de som faktiskt existerar. Om endast inkomst i form av lön mäts kommer detta att påverka resultatet av en undersökning. Detta påpekas av Zhu som i en undersökning av fattiga i Kina konstaterar att det endast finns en svag koppling mellan inkomst och kaloriintag. (i Park & Wang 2001) Att mäta välfärd i inkomst/lön är speciellt riskfyllt i Kina då många familjer erhåller subventioner i annan form än i pengar (Short & Zhang 2004). Det kan tänkas att andra faktorer än inkomst kan påverka levnadsstandarden i en region. Om t.ex. stora satsningar har gjorts inom skola och hälsovård kan detta påverka sättet på vilket man upplever sin ekonomiska situation i relation till andra. (se exempelvis Whyte 1996) Som ett exempel på en alternativ definition av levnadsstandard kan nämnas Bengtsson som presenterar en definition som innefattar mer än enbart faktisk inkomst där psykiskt välmående och Amartya Sens begrepp om *capabilities* vägs in i begreppet. Detta ger en mer nyanserad bild av begreppet levnadsstandard. Inkomst relateras här till nyttan som den genererar. (Bengtsson 2004, Muelbauer 1987) Detta sätt att definiera levnadsstandard är emellertid inte heller helt oproblematiskt då det blir en filosofisk fråga om levnadsstandard, nytta och 'lycka' vilket kan vara oerhört svårt att undersöka då begreppet är svårt att operationalisera och kvantitativt mäta. Det gör det svårt att jämföra, både inom och mellan olika regioner.

När man talar om utvecklingsländer och hur de ska gå tillväga för att öka levnadsstandarden för befolkningen är det viktigt att skilja på vissa begrepp. 'Utveckling' är inte alltid detsamma som 'ekonomisk utveckling'. 'Ekonomisk utveckling' är inte alltid detsamma som 'ekonomisk tillväxt'. För att ge ett exempel; ekonomisk tillväxt kan mätas genom BNP över tid eller BNP/capita. Ekonomisk utveckling kan förutom BNP inbegripa fördelning och strukturomvandling. Utveckling kan utöver nämnda definition av ekonomisk utveckling innefatta läskunnighet, spädbarnsdödlighet och andra icke-ekonomiska mått¹. Oförsiktigt användande av begreppen kan leda till missförstånd och felaktiga slutsatser som att ökade investeringar automatiskt leder till utveckling vilket skulle vara en grov förenkling.

¹ Exemplifiering av definitioner av 'utveckling', 'ekonomisk utveckling' och 'ekonomisk tillväxt' är författarens egna och skall inte tolkas som vedertagna eller allmängiltiga.

1.5 Källkritik

Svårigheter med källor kan uppstå då det finns anledning att vara kritisk till källor publicerade i Kina. Hur tillförlitliga är de? Manipulerad statistik kan förekomma då den kan vara starkt påverkad av politiska influenser. Ett exempel som kan nämnas på varför ett kritiskt förhållningssätt bör antas till källorna är fattigdomsstatistiken. Från mitten av 1980-talet har Kina satsat stora resurser på fattigdomsbekämpning på regional nivå. Sedan 1993 är guvernörerna i varje enskild provins personligen ansvariga för att nå målet för regeringens policy. (Park & Wang 2001) Detta kan tänkas resultera i missvisande statistik. Visar de verkligheten som den ser ut eller som man vill visa den för omvärlden? Har detta förändrats över tid, d.v.s. bör man vara mer kritisk mot äldre litteratur än den som skrivit nyligen, eller kanske mer kritisk mot källor av äldre datum (Bremner & Roberts 2005). Flera av artiklarna som ligger till grund för detta arbete använder sig trots detta av offentlig statistik publicerad i Kina. Då denna studie baseras på dessa artiklars tolkningar av situationen i Kina kommer studiens resultat också att, indirekt, baseras på den nämnda statistiken. Denna studie kommer därför att ha eventuella statistiska svårigheter inbyggda. Viss litteratur kommer även att vara av lite äldre datum. Detta gäller dock i huvudsak teorilitteratur och litteratur som redogör för Kinas historia vilket gör att detta inte ses som ett problem. En stor del av litteraturen är av nyare datum och då främst den litteratur som behandlar empiriskt material. Det material som ligger till grund för den empiriska delen i studien, den del som behandlar hälso- och mödravården i Kina, är av varierade art. Artiklarna är i huvudsak skrivna av sociologer, ekonomer och medicinare vilket kan ses som en fördel då det gör att både den ekonomiska, den sociala och den medicinska aspekten kommer fram i studien. Författarna till artiklarna kommer dessutom från ett flertal länder (Storbritannien, USA, Israel, Kina, Sverige, Danmark, Indien) vilket minskar risken för att diskursen redogörs för på ett ensidigt sätt. I de fall flera författare kommer från ett och samma land finns flera olika universitet representerade vilket ytterligare ökar bredden på diskursen (Exempelvis Stockholms universitet och Göteborgs universitet).² Källmaterialet begränsas vidare av tillgängligheten. Språkliga begränsningar gör att källor på kinesiska inte kan användas. Källorna som ligger som grund för denna studie är de som kunnat erhållas via ELIN@lund, artikelsökmotor för Lunds universitet.

² Se Bilaga 1 för mer detaljerad, men inte komplett, information om några av författarna till artiklarna.

2. Perspektiv

Teorier om varför vissa länder är rika och andra fattiga har utvecklats i rask takt sedan slutet av Andra Världskriget. Under denna tid har dessa teorier breddats och byggts på. Utvecklingen av teorierna förefaller dessutom ha gått från att diskutera och analysera nationer som enheter till fokus på individer. (se Martinussen 1997, Smekal 1993) De teorier som ligger till grund för detta arbete löper från att vara teorier om divergens eller konvergens, till motsättningar mellan stad och landsbygd, för att sedan i allt större utsträckning fokusera på hur man som enskild individ upplever sin egen situation i relation till andra. Val av perspektiv har gjorts för att dessa tre visar på olika dimensioner av fördelning, tid, rum och individ. Fler perspektiv hade kunnat ge ytterligare förståelse men har valts bort på grund av tids- och utrymmesbrist. Vid en första anblick kan det verka konstigt att genusperspektivet inte prioriterats då det kan erbjuda ett strukturellt perspektiv. Val av perspektiv hänger här ihop med syftet; det är befolkningen som helhet som är föremål för studien, inte kvinnornas relation till männen.

2.1 Divergens/Konvergens

I tider av ökande handel och ekonomisk integration världen över förändras länders förhållande till varandra och även förhållanden inom länder. Denna tendens brukar i allmänna och relativt luddigt definierade termer beskrivas som globalisering. Processen har pågått under lång tid men den senaste globaliseringsvågen kan sägas ha börjat under 1980-talet. Kritiker menar att globalisering enbart gynnar de rika länderna, och i utvecklingsländerna enbart den elit som lyckats tillskansa sig en del av 'kakan' (ex. Henderson *et al* 2001). Andra, exempelvis Lucas (2000) anser att globalisering leder till ökat välstånd för alla, om inte annat så i det långa loppet, och att handel inte är ett nollsummespel.³ Det är en debatt om globaliseringens effekter, leder den till divergens eller konvergens, d.v.s. bidrar globaliseringen till att klyftorna ökar eller till att de minskar? (Wade 2004)

Debatten om den ekonomiska tillväxtens effekter på fördelning kan på samma sätt som debatten om globaliseringens effekter delas in i konvergens- och divergensargument. Vid divergens uppstår en snedfördelning av resurser som vissa teoretiker hävdar är ett problem medan andra hävdar att det inte är det. Inom landet faller det på statens ansvar att fördela resurser inom befolkningen genom exempelvis skattesatser och satsning av statliga medel (ex. skolor, sjukvård, infrastruktur). Förespråkarna för en aktiv fördelningspolitik från statens sida ex Nurkse 1953, Gerschenkron (i Crafts 2004) anser bland annat att jämnt fördelade resurser ökar köpkraften hos befolkningen och därmed även den inhemska efterfrågan på varor. Det talas om 'tillväxt utan utveckling' när resurserna inte tillkommer befolkningen (se exempelvis Amin 1976, 2001 och Chambers 1983). Det rör sig här om en utveckling/tillväxt initierad från

³ Idén om att det finns en given och begränsad mängd tillgångar och att handel med dessa enbart gör att tillgångar byter ägare, där den enes uppgång med nödvändighet måste ske på någon annans bekostnad. Tror inte att handel via komparativa fördelar kan öka tillgångsbasen.

de breda folklagens efterfrågan på varor. Om befolkningens välbefinnande ökar genom ökad inkomst efter skatt och efter utgifter för mat och bostäder o.s.v. (den disponibla inkomsten), ökar också befolkningens efterfrågan på andra varor. Detta enligt Engels lag som visar hur en individs utgifter på mat ökar när inkomsten ökar men bara till en viss punkt. Efter det kommer efterfrågan på andra varor att öka. De varor som efterfrågas kan då vara industrivaror eller tjänster av olika slag.

Motståndarna till den aktiva fördelningspolitiken hävdar dock att kapital och andra resurser bör koncentreras där de kan generera mest tillväxt. När denna process väl kommit till stånd löser sig fördelningsfrågan av sig själv. Här handlar det alltså mer om en spridningseffekt där tillväxt i ett område 'spiller över' till andra. Albert Hirschman (1958) anser t.ex. det kan vara acceptabelt med viss initial ojämlikhet eftersom fokus på vissa sektorer kommer att generera tillväxt i andra sektorer. Simon Kuznets (1955) anser även han att inledande ojämlikhet är acceptabelt men med ökad jämlikhet efter hand och att denna process löser sig själv. Kuznets förutser att inkomsten för de fattigaste 40 % kommer att öka mindre än genomsnittet tills det att genomsnittet överstiger US\$700-900. Klyftorna kommer alltså att öka (divergens) till en given nivå för att sedan minska (konvergens) vilket illustreras i den s.k. Kuznetskurvan (se Bilaga 2). Det handlar alltså till stor del om effektivitet och om att man måste baka en kaka innan man kan dela den. Det kan sammanfattas som två olika sätt att se på hur ekonomisk tillväxt i en sektor eller en region påverkar andra sektorer och regioner, *divergens eller konvergens*, d.v.s. närmar de sig varandra eller blir klyftorna större? Övertygande argument har först fram som visar att klyftorna mellan de rika och de fattiga i världen ökar och så även i Kina. Oavsett syn på spridningseffekterna är det tydligt att snedfördelning av världens resurser råder. (Wade 2004) Ofta visar sig denna snedfördelning som skillnader mellan olika regioner i ett land.

2.2 'Urban Bias'

Michael Lipton formulerade 1977 en teori om *urban bias* utifrån just regionala skillnader. Lipton hävdar att urbana regioner tenderar att prioriteras på bekostnad av rurala regioner i underutvecklade länder. Teorin vilar på två grundläggande iakttagelser: i) utvecklingsprocessen i utvecklingsländer är systematiskt snedvriden och prioriterar stadsregioner på bekostnad av landsbygdsregioners utveckling och ii) att denna snedvridning grundas i politiska strukturer i landet eftersom politiken domineras av urbana grupper. (Varshney 1993) Lipton anser att kampen om resurser i utvecklingsländerna inte står mellan arbete och kapital eller mellan utländska och inhemska intressen utan mellan urbana och rurala klasser. Staden har ett övertag mot landsbygden i form av organisation och makt. Landsbygden är alltså ekonomiskt fattig för att befolkningen där är politiskt maktlös (i relation till stadsbefolkningen, min parentes). (Lipton 1977:13f) Denna snedfördelning kan exemplifieras med hjälp av matpriser. Urban befolkning har ett intresse av att hålla matpriserna nere: fabriksägaren för att det håller kraven på löneökningar nere vilket i sin tur håller produktionskostnaderna nere, industriarbetaren för att det ökar den disponibla inkomsten efter utgifter för mat. Befolkningen på landsbygden önskar högre priser på mat då det ger högre inkomster för en given skörd. (Lipton 1977:67)

Urban bias-teorin kom att vidareutvecklas av Robert Bates utifrån en analys av 'tropiska Afrika' och fokuserade på *varför* denna snedvridning av politisk makt uppkom. Bates hävdar att orsakerna till *urban bias* står att finna i en regerande regims maktbevarande intresse som gör att de utnyttjar sin kontroll över rättsväsendet, marknaderna och infrastrukturen för att upprätthålla den rådande fördelningen av resurser. Vissa regioner får ta del av resurserna eftersom de kan gagna regimen politiskt, regioner som ofta är urbana. (Bates 1981:106-116) Liptons och Bates teorier kom att bli mycket inflytelserika i utvecklingsdebatten, speciellt under 1980-talet. På senare tid har *urban bias*-teorin dock kommit att bli allt mer ifrågasatt då den har vissa svagheter, enligt följande:

- Ingen hänsyn tas till politiska institutioner. *Urban bias* förekommer inte i samma utsträckning i olika politiska system (ex. demokrati eller auktoritära system). Inte heller stämmer teorin om *urban bias* i jämförelser mellan olika regimer med olika ideologiska inriktningar (ex. fokus på industriell alternativt jordbruksbaserad utveckling). Skillnader i politiska institutioner kan påverka maktfördelningen i landet och därmed landsbygdens möjligheter att påverka politiken i landet för att motverka *urban bias*.
- *Urban bias*-teorin bortser även från hur teknologisk förändring kan påverka *urban bias*. Ett exempel kan vara den gröna revolutionen som kan bidra till att öka makten hos landsbygdsbefolkningen.
- Endast ekonomiska frågor tas upp i *urban bias*. Andra skillnader inom ett lands befolkning kan skära tvärs igenom urban/ruralindelningen som teorin förutsätter, exempelvis etniskt ursprung, kön, klass, ålder eller religionstillhörighet, och till sist;
- Gränsdragningar mellan landsbygd och stad kan i vissa fall vara svåra att definiera.

Idag ser fördelningsproblematiken annorlunda ut än den gjorde när Lipton först publicerade sin *urban bias*-teori. Trots att tendenser till *urban bias* fortfarande finns så är ojämlikheten av fördelningen mer komplex än Lipton visar. Snedfördelningen råder inom landsbygdsområden, inom regioner och inom byar. Enorma klyftor i inkomst kan också ses mellan olika urbana områden samt inom en och samma stad. (se exempelvis Park & Wang 2001, Yang 1999, Yao *et al* 2005) Fördelningsfrågan kan till och med analyseras utifrån skillnader mellan enskilda individer som kan uppleva sig själva som fattiga *relativt andra*.

2.3 'Relative Deprivation'

I diskussionen och fattigdom och resursfördelning bör också nämnas Runcimans teori om *relative deprivation*. Runciman själv uttrycker *relative deprivations* som följer; "The magnitude of a relative deprivation is the extent of the difference between the desired situation and that of the person desiring it." (Runciman 1966:10) Detta innebär i korthet att även om man i absoluta tal blir rikare upplever man sig som fattig i relation till andra. Detta är mycket aktuellt i dagen u-landsdebatt. Statistik som konvergentteoretikerna presenterar framförallt, pekar på minskning av den absoluta fattigdomen i världen och ser det som ett argument för att globalisering leder till ökat välstånd. Relative deprivation syftar till fattigdom

i relation till andra. Runciman anger vidare fyra kriterier som måste uppfyllas för att situationen ska kunna anses karaktäriseras av *relative deprivation*;

- En person vill ha X men får det/den inte
- Han ser någon annan eller andra, vilket kan inkludera honom själv i tidigare skede eller i framtiden, som har X
- Han vill ha X
- Han anser det vara troligt/utförbart/möjligt⁴ att han ska ha X

(Runciman 1966:10)

I Runcimans teori om *relative deprivation* är också begreppet 'referensgrupp' viktigt. Det innebär, som begreppet antyder, den grupp som personen i fråga jämför sin situation med. Vid förändringar, som exempelvis ekonomisk utveckling, kan dessa referensgrupper förändras, d.v.s. att en individ jämför sig med andra typer av grupper. Trots att det vid första anblicken förefaller motsägelsefullt, gör detta att konstant fattigdom leder till konservatism. Om man inte har någon anledning att hoppas på förbättrad levnadsstandard tenderar man att vara mer tillfreds med det man har, eller rent av tacksam för att man kan behålla det man har. Om man å andra sidan inser att man kan få det relativt bättre kommer man att vara missnöjd tills det att man uppnått det nya målet. (Runciman 1966:9) För att dessa referensgrupper ska förändras krävs en extern förändring. En sådan extern influens kan vara krig. Förväntningar skapas om reella belöningar om man vinner kriget. Utöver detta kommer de fattigare individerna att ha stridit sida vid sida med de rikare och därför dela samma aspirationer för lika delar i en bättre värld. Krig tenderar dessutom att blanda individer från olika regioner och samhällsskikt vilket skapar kontakter dem emellan som sällan ses i fredstid. En annan extern influens är massmedial påverkan. Detta innebär att man ofta inte är medveten om ett problem innan man får höra talas om det, d.v.s. en känsla av *relative deprivation* uppstår när en annan standard introduceras från utsidan. Den tredje och sista influensen är ekonomisk förändring som kan öka medvetenheten om en högre levnadsstandard. (Runciman 1966:24f) Utvecklandet av infrastruktur kan exempelvis underlätta transporter mellan geografiska områden och på så vis skapar kontakter mellan människor som annars inte skulle mötas. Detta kan i sin tur förändra en individs uppfattning om sin relativa levnadssituation.

⁴ Eng.: *feasible*

3. Mödravård

Komplikationer i samband med graviditet och förlossning är en av de främsta anledningarna till den höga dödligheten bland kvinnor i reproduktiv ålder i många utvecklingsländer, nästan 600 000 kvinnor dör varje år som följd av dessa komplikationer. (WHO 2005a). I i-länder är dödlighetsnittet idag 27 fall per 100 000 levande föda barn. I u-länder är siffran nästan 20 gånger högre; 480 per 100 000 (WHO 2005b). Vård av gravida kvinnor och nyblivna mödrar förbättrar hälsan och välmående av kvinnor och barn. (Short & Zhang 2004) Vad gäller materialet som ligger till grund för detta kapitel kan sägas att artiklarna utgått ifrån olika perspektiv och olika fokus som inte alltid stämmer överens med de perspektiv och det fokus som finns i denna studie. Detta har gjort att vissa artiklar inte gått vidare i sina analyser av den fakta som skulle ha varit intressant här. Nedan redogörs därför för den fakta som funnit tillgänglig och vidare diskussion förs i kapitel 4.

3.1 Hälsa - och Mödravårdens Framväxt

Det Kina vi ser idag (People's Republic of China, PRC) grundades 1949 efter hundratals år av krig och feodalism varför befolkningens hälsa vid den tiden för grundandet lämnade mycket att önska. För att ge en fingervisning om hälsonivån i landet kan nämnas att i mitten på 1900-talet var den förväntade medellivslängden vid födsel 35 år, spädbarnsdödligheten 250/1000 (Anson & Sun 2004) och dödligheten för mödrar vid förlossning var 1500/100 000 (Anson 2004) Detta kan jämföras med siffror från Sverige vid samma tid; en medellivslängd på 68⁵ (Statistiska Centralbyrån) och spädbarnsdödlighet på 20/1000⁶ (Burström 2003). I Sverige var dödligheten för kvinnor 77,8 per 100 000 levande födda barn (Högberg 1985).⁷ Var fjärde barn i Kina överlevde alltså inte sin födsel i mitten på det förra århundradet. I Sverige var spädbarnsdödligheten betydligt lägre, en tolfedel av den i Kina. Skillnaderna i dödligheten i samband med graviditet och förlossning var också påfallande stor, siffran för Sverige var ca en tjugondel av siffran för Kina.

Kina var det första större land som utvecklade ett nationellt hälsoförsäkringsprogram, i början av 1970-talet. Programmet, som i huvudsak organiserades på lokal nivå, kallades RCMS (Rural Cooperative Medical System) och finansierades genom att familjer och samhällen betalade in en procentsats på inkomst. Till detta kom i många fall även resurser från staten. I mitten av 1970-talet omfattades ca 90 % av landsbygdsbefolkningen i Kina av RCMS (Liu 2004, Gustafsson & Li 2004). Hälsovårdens utveckling under 1970-talet omfattade även mödravården. Ett exempel på mödravårdens utveckling kan tas från LW distriktet i Shanghai när vården från 1973 utvecklades snabbt. Innan förändringarna kom till stånd gjordes t.ex. inga hembesök efter förlossningen. Den vård som erbjöds kvinnor efter

⁵ Siffran för förväntad medellivslängd vid födsel avser årligt snitt under åren 1941-1950

⁶ Siffran för spädbarnsdödligheten i Sverige avser år 1950.

⁷ Avser årligt genomsnitt för 1946-1950.

nedkomst var den vård som gavs på sjukhuset efter förlossningen, i genomsnitt under 5 dagar. Utöver detta var kvinnor ålagda att uppsöka hälsofacilitet för vård. Från 1973 utvidgades mödravården till att omfatta hembesök och förbättrad information om t.ex. amning och barnavård till kvinnorna. (Lomboro *et al* 2002)

Systemets framväxt hade en omfattande inverkan på hälsostatusen i Kina. 1987 hade den förväntade livslängden ökat till 67,3 och spädbarnsdödligheten var nere på 46,5/1000 (Anson & Sun 2004). 1995 var siffran för dödligheten vid födsel för mödrar 50/1000 (Anson 2004). Kina var under Mao känt för att landet, trots relativt låg BNP/capita kontinuerligt förbättrade befolkningens hälsa (Short & Zhang 2004).

Från slutet av 1970-talet och fram till idag ha Kina genomgått stora ekonomisk-politiska förändringar och rört sig från en planekonomi mot en alltmer marknadsreglerad ekonomi. Detta har även fått effekter på RCMS, den största förändringen var troligt decentraliseringen av offentlig hälso-service vilket gjorde att ansvaret för sjuk- och hälsovård lades på regional- och provinsmyndigheter. Allteftersom den ekonomiska sektorn har kommersialiserats, har tillgången till vård för den enskilde individen blivit alltmer beroende av individens förmåga att själv betala för den. I många landsbygdsområden har omvandlingen av hälsovården inneburit att RCMS kollapsat. (Se ex. Akin *et al* 2005, Liu 2004, Anson & Sun 2004, Anson 2004, Short & Zhang 2004) 1993 täcktes endast 12,5 % av landsbygdsbefolkningen av hälsoförsäkring. Fem år senare, 1998, var siffran nere på 9,5 %. (Liu 2004) Privata kostnader för vård ökade dramatiskt (Anson 2004) och statens andel av finansieringen av förebyggande mödravård minskade kraftigt (Short & Zhang 2004). Försök har gjorts att minska skillnader mellan individers tillgång till vård. Ett pristak har satts för att reglera de skenande prisökningarna, taket har ofta satts under den kostnad som stat och provins betalat för vården. Dessa regleringar har dock överträtts så ofta att de inte kan anses vara framgångsrika. (Akin *et al* 2005) Fokus i satsningarna inom hälso- och mödravård har också förändrats. Från att ha varit inriktade mot förebyggande vård, som exempelvis undersökningar under graviditeten, till att inriktas på mer akut vård när eventuella problem redan har uppstått. (Short & Zhang 2004) Den ökade privatiseringen och decentraliseringen av hälsovården och gjort tillgången därav mer beroende av den enskildes ekonomi vilket gjort att allt färre täcks av en försäkring som omfattar vårdkostnader.

3.2 Kinas Hälso- och Mödravård Idag

Kina har genomgått stora förändringar under de senaste åren, förändringar som också påverkar utvecklandet av sjuk- och hälsovård. Under de dryga 55 år som CCP styr Kina har vården i landet förbättrats kraftigt för att sedan åter tappa i kvalitet och kvantitet sedan 1980-talet. Idag bygger hälsovården på helt andra fundament än när RCMS grundades under 1970-talet. Marknadskrafterna styr alltmer i Kina och hälsovård är inget undantag.

Kinas sjuk- och hälsovård vilar nu mer på privat sektor än under RCMS. Idag finansierar staten delar av sjuk- och hälsovården genom subventioner, men detta täcker inte hela kostnaden för vården. Stor del av systemet är dock baserat på idén om att man köper en socialförsäkring. Möjligheten att använda, och tillgången till, sjuk- och hälsovård är på så vis

beroende av den enskildes inkomst. Befolkningen på landsbygden spenderar idag större andel av sin inkomst på sjuk- och hälsovård än tidigare. Trots privatiseringen har just mödravården fått mycket uppmärksamhet av regeringen den senaste tiden med ökade finansiella satsningar som följd. Detta kan kanske minska effekterna som genererats av prisökningarna. Prisökningarna är dock inte det enda som gör att vissa kvinnor i Kina väljer att inte utnyttja mödravården. Folkreligioner och Konfusianska genusideologier har ökat sitt inflytande med budskap som betonar kvinnans traditionella roll som mor och maka. Traditioner har en framträdande plats i dessa ideologier (Li 2004) vilket kan leda till att kvinnors benägenhet att söka vård kanske minskar och att man återgå till att förlita sig på traditionella metoder och medicin.

Privatiseringen av Kinas vårdsektor sedan RCMSs kollaps har lett till att vård måste betalas till stor del ur individens egen ficka. Socialförsäkringen hamnar på detta vis i den privata sektorn. Denna försäkring ska skydda mot stora utgifter för vård. Inbyggt i försäkringens natur ligger två incitamentsproblem; *adverse selection* och *moral hazard*. (Liu 2004) *Adverse selection* innebär att de som är mest utsatta för risker är också de som troligtvis kommer att skaffa sig försäkringar. Exempel kan vara att man tar en hemförsäkring om man bor i ett kriminellt belastat område eller att man tecknar livförsäkring om man vet att man har en dödlig sjukdom i släkten. *Moral hazard* syftar till att de som tecknat försäkring ofta utsätter sig för mer risker än andra. Kanske hade man köpt en dyrare men inbrottssäker dörr om man inte haft försäkringen men nu när man vet att man får ersättning vid inbrott så då köper man inte dörren. (Bodie & Merton 2000) Detta incitamentsproblem gör att priserna ökar för att försäkringsbolagen måste gardera sig samt att försäkringsbolagen försöker få så fullständig information som möjligt om försäkringstagarna. Den information som försäkringsbolagen samlat avgör sedan hur mycket försäkringen kommer att kosta per månad eller år. Detta gör att om man är sjuk och fattig har man kanske inte råd att försäkra sig mot höga vårdkostnader. Kvinnor som är täckta av en försäkring är mer benägna att söka vård (Shaokang *et al* 2002). Om privatiseringen av sjukvårdsförsäkringen gör att alla inte råd att skaffa en försäkring kan detta alltså göra att vård i samband med barnafödande blir allt ovanligare bland de fattiga. Ett alternativ kan vara att tydligare markera vikten av mödravård, exempelvis genom skarpare lagstiftning.

3.2.1 Mödravård i Lagens Namn

Lagstiftning angående hälsofrågor kan beskrivas som ett antal regleringar som tillsammans avgör framväxten och utvecklandet av lagar om hälsovård. Detta innefattar hälsoservice, fördelning av hälsovårdsresurser och de lagliga rättigheterna för alla inblandade (patient, sjukvårdare/läkare, institutioner och övervakningsmyndighet). I Kinas fall har denna typ av lagstiftning syftat till att dels motverka effekterna av att planekonomins kontroll/finansieringar minskat och privatiseringen av vården ökat och dels att via tydliga lagar skydda allmänhetens intressen, i synnerhet de fattiga på landsbygden. 1994 utarbetades en lag om kvinnors och spädbarns rätt till vård, MIHC (The Maternal and Infant Health Care Law of the People's Republic of China). Lagen täcker vård innan och under förlossningen samt vård för kvinnan och barnet efter födseln. Lagen stipulerar att staten är ansvarig för tillhandahållandet av denna vård och ansvarar för att göra vården tillgänglig för alla kvinnor och barn, speciellt i

geografiskt avlägsna och fattiga områden. Här slås även fast att regionala myndigheter och lokala regeringar måste prioritera MIHC i budgeten. I juni 2001 kom ett officiellt dokument som tonar ner den tidigare betoningen på dessa prioriteringar och vikten av MIHC. Texten i dokumentet är betydligt mindre specifik än lagtexten i original när den anger att regeringar på alla nivåer ska ta in MIHC i sina socio-ekonomiska utvecklingsstrategier. (Tolhurst *et al* 2004) Detta skulle kunna tolkas som att staten backar en aning och mjukar upp de formuleringar som tidigare gjorts. Det är osäkert varför man väljer att göra det men en möjlig anledning kan vara att man under åren 1995-2001 insett att man inte kan leva upp till det som skrevs i lagens originalversion. Orsakerna till detta är troligtvis inte ideologiska utan snarare ekonomiska eller praktiska. Den lag som skrevs 1995 kanske inte fick de effekter man väntat sig eller att det var svårare än planerat att implementera den. Kanske var kostnaderna högre än planerat. Men det krävs mer än nya lagar för att förändra vårdens tillgänglighet i Kina.

3.2.2. Vårdens Tillgänglighet

Huruvida fördelningen av de rättigheter som definieras i MIHC har uppnåtts kan anses vara tveksamt. Spädbarnsdödligheten har rapporterats som fyrdubbelt så stor i fattiga landsbygdsområden som i stadsområden under det senaste decenniet. Trots svagheter i MIHC har förbättringar skett i vissa områden. Sedan lagen antogs har vissa kommuner erhållit hjälp av bl.a. Världsbanken genom exempelvis projekten 'Health 6' och 'Health 8' för implementering av lagen. Fattiga familjer har igenom MIHC och projekten i vissa fall kunnat få vården subventionerad. I en studie utförd av Tolhurst *et al* (2004) visar det sig att två kommuner i samma region hade mycket olika förhållanden vad gäller mödravård. Zhongxian, som är den rikare av de två men som ändå anses vara relativt fattigt, fick ovan nämnda hjälp med implementering av Världsbanken. Yunyang, den fattigare kommunen, fick det inte. Alla i Zhongxian hade dock inte råd att söka hjälp, inte ens om de upplevde smärtor under graviditet. Tveksamheter finns också kring vad som händer med vårdens tillgänglighet i dessa regioner när projektiden är slut och subventionerna upphör. I Yunyang finns inte sådana projekt och vården kommer inte de fattiga till gagn. I sin undersökning av dessa två fattiga provinser konstaterades också att bara ca 50 % av de kvinnor som inte fött sitt barn på sjukhus, valt att föda hemma för att de själva tyckte att det var att föredra. Resten av de kvinnor som födde sina barn hemma gjorde det inte som följd av ett aktivt val. (Tolhurst *et al* 2004) En annan möjlighet är att kvinnan själv inte hade möjligheten att göra det valet utan att någon annan gjorde det åt henne, make eller annan anhörig. Detta skulle också kunna tyda på att de kvinnor som inte själva valt att föda barnet hemma, har gjort det för att inga andra alternativ fanns att tillgå. Hälften av kvinnorna hade alltså inte råd att söka hjälp eller bodde i områden där vården inte finns tillgänglig överhuvudtaget.

Även om litteraturen om mödravården ger intrycket av att befolkningen som bor på landsbygden inte har samma tillgång till vård som de som bor i städerna, är det inte alltid så enkelt. I Kina introducerades 1955 det s.k. 'Household Registration System' vilket innebär att man registreras i den sektor till vilken man föds, jordbruk- eller icke-jordbrukssektor. Registreringen förändras inte beroende på var man bor eller vad man arbetar med. Landsbygdsbefolkning som flyttat till anses alltså fortfarande tillhöra jordbrukssektorn. (Wu & Treiman 2004) Under de senaste 25 åren har ett annat system introducerats; 'The

Household Responsibility System', vilket gjort att stora mängder rural arbetskraft frigjorts. Detta, tillsammans med stor efterfrågan på arbetskraft i städerna och statens liberalare regleringar av migrationen, har gjort att det nu antas finnas mellan 100 och 150 miljoner migranter eller 'flytande innevånare' i Kina. Enbart i Shanghai var siffran 2002 så hög som mellan 3 och 3,4 miljoner vilket innebär att migranterna utgör 1/3 av stadens befolkning. Trots att regeringen i teorin lättat på bestämmelserna om registreringssystemen är det en lång och invecklad byråkratisk process som ofta gör det i praktiken omöjligt att omregistreras in i den icke-agrara sektorn. Innan man fått tag i alla papper har det första tillståndets giltighetstid gått ut. Många migranter hamnar därför i den informella sektorn där de t.ex. arbetar inom byggbranschen eller med sophämtning. Detta gör att de inte har tillgång till sjuk- och hälsovård. Detta problem förefaller, trots statliga utlåtanden om åtgärder, öka. 1993 var 28 % av den urbana befolkningen utan socialförsäkring. 1998 var siffran 44 %. Det begränsade tillgången på vård för migranterna i Shanghai får effekter på barnens och kvinnornas hälsa. Dödfödda barn är t.ex. dubbelt så vanliga bland migranterna som hos permanent bofasta. Hälsoindikatorer för spädbarn och nyblivna mödrar visar i allmänhet siffror till den bofastas fördel. (Shaokang *et al* 2002) Skillnaderna inom en stad är alltså också stora. Frågan är om alla som har möjligheten väljer att använda sig av de resurser som finns tillgängliga.

3.2.3 Vilka Använder sig av den Tillgängliga Servicen?

Enligt en studie av Anson (2004) kan vården av gravida kvinnor och nyblivna mödrar delas in i tre delar; vård före förlossningen, huruvida förlossningen sker på hälsofacilitet eller inte samt vård efter förlossningen. Studien av Anson är utförd i HeBei i norra Kina och visar att individuella skillnader påverkade om kvinnor använde sig av mödravården eller inte. Enligt Anson brukade 54,8 % av kvinnorna vård innan förlossningen, 27,5 % valde att föda sitt barn på hälsofacilitet av något slag och 18,1 % valde att utnyttja möjligheten till vård efter förlossningen. Endast en tiondel valde att använda sig av alla tre vårdmöjligheterna. Skillnader mellan kvinnornas benägenhet att bruka sig av vårdmöjligheterna bestod i kvinnans ålder, utbildningsnivå, sysselsättning, boendearrangemang, totalt antal födda barn samt inkomst. Kvinnor födda under tidigt 1930-tal brukande sig betydligt mindre av vården i samband med graviditet och förlossning än kvinnor födda senare, vilket skulle kunna bero på att det var först under 1950-talet som mödravården började byggas ut. Vården före förlossningen var den typ av vård som utnyttjades oftast bland alla åldersgrupper, bland de yngsta kvinnorna upp till 90 %. De unga kvinnorna valde dock ofta att föda sitt barn hemma (46 %) och endast ca 1/3 valde att ta emot vård efter förlossningen. Vidare var kvinnans utbildning relaterad till benägenheten att bruka vårdfaciliteter. Medeltalet för antal skolår för den kvinna som mottog hade någon mödravård alls var 3,9. Medlet för de kvinnor som utnyttjade alla tre möjligheter var 7,6 års skolgång. (Anson 2004) Att mer utbildade kvinnor var mer benägna att nyttja mödravården gäller även i städer (Shaokang *et al* 2002). Ju yngre och mer välutbildade kvinnorna är desto mer benägna är de att använda sig av vårdmöjligheterna.

Relationen mellan sysselsättning och mödravård visade sig vara att sysselsatta i jordbrukssektorn inte utnyttjade mödravård lika ofta som kvinnor i industri- eller tjänste-sektorn. Lite mer oväntat var att kvinnor som levde med sina föräldrar eller svärföräldrar var

mer benägna att söka vård i samband med graviditet, förlossning och efter förlossning (68,5 % respektive 85,5 %) än kvinnor som var ensamstående eller levde i kärnfamiljer med sin man (47,7 % respektive 54,6 %). (Anson 2004)⁸

Li (2004) konstaterar, liksom Anson, att mödravård på landbygden i Kina är relativt ovanligt. I Lis studie är den rurala provinsen Yunnan föremål för undersökning och här undersökte bara 32,5 % av kvinnorna sig före förlossningen. En jämförelse med siffrorna i Ansons artikel visar att det endast är kvinnor utan någon som helst utbildning, kvinnor som bor med sin svärmor samt kvinnor som fött tre eller fler barn tidigare som uppvisar liknande eller lägre siffror vad gäller benägenhet att ta emot vård före förlossningen. Snitten i Yunnan är alltså relativt lågt i en jämförelse med HeBei. Av kvinnorna i Yunnan valde 51,9 % av föda sitt barn på sjukhus. Denna siffra överträffas i Ansons artikel endast av kvinnor som lever med sina svärföräldrar. Som nämnts ovan var siffrorna i HeBei 55 % respektive 27 % för vård före födsel och fallenhet för födsel på vårdinrättning. Tendenserna i siffrorna förefaller vara omvända i Yunnan och HeBei. Skillnaderna kan bero på metodtekniska skillnader mellan författarnas artiklar. Andra tänkbara orsaker till skillnaderna kan vara mättekniska skillnader i den statistik som studierna grundar sig i eller helt enkelt skillnader i beteendemönster mellan provinserna. HeBei ligger i norra Kina medan Yunnan ligger i de sydöstra delarna av landet vilket kanske skulle kunna göra att provinserna skiljer sig åt i lokal policy, subventioner och liknande.

En annan studie som gjorts av vilka kvinnor som väljer att söka vård före förlossningen samt assistans under förlossningen är utförd av Short & Zhang (2004). Denna studie innefattar data från ett större geografiskt område än Ansons och Lis studier, med material från 1 000 byar på landsbygden och över hela landet. Här delas mödravården endast in i två delar där vård efter förlossningen inte diskuteras. Short & Zhang finner i sin studie att ca 60 % av kvinnorna på landsbygden fick vård minst en gång före förlossningen och 2/3 kvinnor valde att föda sitt barn hemma. Ansons och Lis siffror för vård före förlossning från ovan är 54,8 % och 32,5 % vilket gör att Ansons undersökning av HeBei stämmer bättre överens med landets genomsnitt (så som det presenteras i Short & Zhang), något som Anson också påpekar i sin studie. Vad gäller tendenser att föda barnet på hälsoinrättning var Anson siffra 27,5 % medan Lis var 51,9 %. I denna jämförelse stämmer Lis undersökning av Yunnan bättre överens med landets genomsnitt.

Lomoro *et al* (2002) anser, till skillnad från Short & Zhang, att just vård *efter* förlossningen är viktig i analyser av mödravård i Kina. Detta främst för att kvinnor i samband med förlossning upplever stora förändringar, fysiska och psykiska, och en stor osäkerhet, i synnerhet gällande de kvinnor som föder sitt första barn. Idag stannar kvinnan vanligtvis 1-3 dagar på sjukhuset efter förlossning till skillnad mot 5 dagar som var genomsnittet i början 1970-talet. Lomoro *et al* baserar sin studie på kvalitativa data från LW distriktet i centrala Shanghai, vilket kan vara en av anledningarna till att de i sin studie presenterar siffror som inte överensstämmer med den bild som Anson presenterar i sin artikel. Alla kvinnor i studien av Lomoro *et al* hade nämligen fött sina barn på sjukhus. Distriktet är dessutom ekonomiskt mycket välmående. Det är troligt att detta rika distrikt inte heller karaktäriseras av vad som blivit så vanligt i andra delar av landet, aborterande av flickfoster.

⁸ Se Bilaga 3 för tabell

3.2.4 'Killarna mot Tjejerna'

En viktig aspekt som kommer fram i artiklarna av Li och Short & Zhang men som inte tas upp i Anson (2004) är hur 'ettbarnspolicyn' i Kina påverkat benägenheten att bruka mödravårdens tjänster. Policyn omfattar endast befolkningen av etniciteten Han, men Han utgör 92 % av befolkningen på fastlandet i Kina vilket gör att i princip hela befolkningen påverkas. Etniciteten i officiella undersökningar fastställs utifrån mannens etnicitet så kvinnor av annan etnicitet kommer dock att påverkas av policyn från det att hon gifter sig med en man av Han etnicitet. Befolkningsregleringar kan enligt Short & Zhang påverka kvinnors vilja att söka vård på ett negativt sätt. Om en kvinna fött en flicka vid sin senaste graviditet är sannolikheten mindre att hon vid nuvarande graviditet söker mödravård. Detta kan antas vara relaterat till 'ettbarnspolitiken' då de par som fått en flicka som sitt första barn kan få statens tillstånd att få ett barn till (Dagens Nyheter). (Short & Zhang 2004) Kvinnor med s.k. 'unapproved pregnancies' är betydligt mindre benägna att söka vård innan barnet är fött. (Li 2004)

Förutom att kvinnor väljer att avstå från mödravård, har ettbarnspolicyn lett till att kvinnor aborterar flickfoster, speciellt i Kina och Indien. Inledningsvis var detta ett så stort problem i Indien att fördelningen mellan födda pojkar och flickor, som naturligt är 106 mot 100, uppmättes till 130 mot 100. I Kina är genomsnittet nu 117 pojkar på 100 flickor men i vissa sydliga provinser är siffran densamma som i Indien (Dagens Nyheter). I både Indien och Kina är det nu förbjudet för läkare att ange kön innan förlossning men detta har istället lett till en svart marknad för könsbestämmande av foster. Undantag från ettbarnregleringarna som nämndes ovan förefaller vara mer effektiva i att kunna påverka par att behålla även flickebarn än förbud mot könsbestämmande undersökningar. (Allahbadia 2002) Ytterligare undantag har nyligen godkänts; tidigare skilda som gifter om sig ska få skaffa barn även om båda parter har barn sedan tidigare (Dagens Nyheter).

Li (2004) pekar på avkollektiviseringen av det kinesiska jordbruket som en faktor som kan ha bidragit till att par tenderar att föredra en son hellre än en dotter, då söner kan bidra till mer på gården. En son kan dessutom föra familjens namn vidare vilket antas kunna bidra till att söner dessutom prioriteras ekonomisk genom exempelvis satsningar på utbildning.

4. Kinas Mödravård i Perspektiv

Kinas ekonomiska tillväxt kan orsaka 'växtvärk' som bidrar till att alla aspekter i samhället inte utvecklas i samma takt som ekonomin växer. Som nämndes ovan har landets BNP nästan sjudubblats från 1983 till 2003. Levnadsstandarden för hela landets befolkning har dock inte nödvändigtvis förbättrats. Fördelningen av resurserna som tillväxten genererar är inte jämn, ett påstående som inte ifrågasätts ofta i debatten om fördelning i Kina. Det råder dock ingen enighet om hur denna snedfördelning ser ut och vad den beror på. Denna studie delar in debatten om mödravården i tre perspektiv; divergens/konvergens, *urban bias* och *relative deprivation*.

4.1 Klyftor Mellan Rika och Fattiga

Kinas ekonomiska utveckling sker inte i samma takt i hela landet. Vissa regioner lyckas bättre än andra med att locka till sig företag och utländskt kapital vilket gör att de också får mer resurser att fördela på exempel mödravård. De regioner som inte är så framgångsrika hamnar efter i den ekonomiska utvecklingen och behöver kanske statens stöd för att kunna upprätthålla samma standard och tillgänglighet i sin vård som de rikare regionerna. Dessa statliga satsningar kan antas leda till konvergens om satsningarna speciellt fokuserar på fattiga områden. Som nämnts ovan har detta uttryckligen varit ett av målen i exempelvis MIHC. Försök har alltså gjorts för att motverka den divergens som annars skulle uppstå mellan regioner i landet.

I denna studie har det dock visats att skillnaderna som finns inom mödravården inte minskar trots lagstiftning på området. Stor del av problemen förefaller finnas i implementeringen där organisationer som exempelvis Världsbanken skulle kunna underlätta processen. Viktigt är dock att detta sker där behovet är som störst för att det ska finnas möjligheter till konvergens. Ett exempel på en sådan satsning är statens reaktion på FN:s Milleniummål där det står att målet är att reducera dödligheten i samband med barnafödande med 2/3. Satsningar har gjorts i de västliga regionerna med subventioner till fattiga hushåll. (WHO 2005c) De landsbygdsdominerade regionerna befinner sig dock långt bakom stadsregioner i ekonomisk utveckling och tillgänglighet på vård.

4.2 Landsbygdens Kamp mot Staden

Urban Bias åsyftar sådan politik som förs, i huvudsak i utvecklingsländer, där staten systematiskt prioriterar staden på bekostnad av landsbygden. Till skillnad från det som presenterats ovan anser Martin King Whyte att denna *urban bias* var tydlig i Kina redan från 1949. Han visar exempelvis på skillnader i inkomst mellan stad och landsbygd. Förhållandet mellan rural och urban inkomst per capita var 1950 1:2. 1976 var samma siffra uppe i 1:6 i

vissa regioner. Viktigt för just denna period var politiken som går under samlingsnamnet Det Stora Språnget, en av historiens stora felsatsningar var konsekvenser var massvält. Staten mildrade effekterna något i städerna medan landsbygden inte fick del av denna insats. 30 miljoner människor svält ihjäl. Till denna katastrof kom så kommunisternas politik i allmänhet, en politik som tenderade att gynna de urbana regionerna i Kina. Enligt Whyte är detta troligtvis p.g.a. att kommuniststyret hyste en skräckblandad respekt för staden och dess intellektuella innevånare som var betydligt mer påverkbara av internationella politiska vindar. Det var dessutom där som Nationalisterna *Kuomintang* alltid haft flest anhängare. Vidare infördes restriktioner på migration som tidigare varit en viktig överlevnadsstrategi för landsbygdsbefolkningen. (Whyte 1996) Nyare siffror på skillnader mellan inkomsten på landsbygden visar att klyftorna fortfarande är stora. 1978 var skillnaden 1:2,57 i genomsnitt och minskade bara lite till 1:2,47 1997⁹. (The International Institute for Applied Systems Analysis, IIASA) Dessa siffror visar dock inte på förhållandet under tiden mellan de angivna åren. Graf 2 (i bilaga 4) visar dock att klyftorna inte förefaller ha ökat så mycket förrän efter 1985 varefter inkomsterna ökar mer i staden än på landsbygden. Skillnaderna ser ut att ha ökat kraftigt just under tiden efter 1985. Även om siffrorna vid första anblicken ger intrycket av att skillnaderna mellan stad och landsbygd minskar visar grafen tydligt hur stadens innevånare upplevde en betydligt snabbare inkomstutveckling.

Men tiderna har förändrats, speciellt i Kina under de senaste decennierna, och den politiska maktfördelningen ser kanske ut som den en gång gjort. *Urban bias* är inte lika uttalat och ingen medveten process som det kan påstås ha varit under Deng Xiaoping. (Zhao & Tong 2000) I Kinas fall skulle man kanske kunna argumentera för att det råder en ny sorts *urban bias* som uppstår som följd av statens *laissez-faire* politik. Att inte åtgärda ett problem kan också ses som ett ställningstagande. Speciellt som i fallet om mödravård där man först tar tydlig ställning för att sedan backa när det börjar bli svårare att möta målen. Även om staten nu gjort satsningar på mödravården på landsbygden utgör tillgången till vård, eller bristen av densamma, en typ av *urban bias* då lämpliga åtgärder för effektiv implementering i vissa rurala regioner inte vidtas. Poängen här är att regeringen antar en låt-gå-policy vad gäller de verkliga effekterna och implementeringen av hälsovårdsbestämmelser vilket missgynnar de fattiga och rurala områden som inte har samma förutsättningar att tillgodogöra sig marknads-ekonomins fördelar.

Tendenser av *Urban bias* kan också ses genom att de faktiska resurser som på regional- och provinsnivå satsas på vård i urbana regioner ofta är större då dessa regioner/provinser ofta har bättre ekonomi i allmänhet. Om samma andel av budgeten satsas på mödravård i en fattig och en rik region kommer därför mödravården i den rika regionen få mer resurser. Till detta kommer förvisso befolkningens mängd i respektive region men en hög befolkningstäthet torde inte påverka den faktiska förekomsten av vårdinrättningar negativt. För att motverka stora skillnader i både kvantitet och kvalitet i vården inom landet måste den staten gå in med offentliga medel.

Ytterligare ett exempel på att tydliga tendenser på *urban bias* kan ses i Kina är att man inte tillåter den ursprungliga landsbygdsbefolkningen, som nu är migranter, samma rättigheter i städerna som den del av befolkningen som är registrerade som stadsbor. Flera alternativa

⁹ Se bilaga 4 för diagram

lösningar kan ses på problemet. Ett alternativ att avskriva samtliga registreringar och enbart registrera befolkningen i form av folkbokföringsadress så som i Sverige. Ett annat alternativ skulle kunna vara att underlätta för befolkningen att övergå från jordbrukssektorn till icke-jordbrukssektorn genom att omorganisera byråkratin så att det blir mer effektiv¹⁰. Ett tredje alternativ vore att göra bostäder och liknande tillgängligt på en marknad istället för att man, som det är nu, måste vara registrerad i staden och erhålla bostaden via arbetsgivaren.

Tillgången till hälso- och mödravård, och socialförsäkring överhuvudtaget, borde heller inte vara bundet till var i landet du är registrerad. Som medborgare i landet borde man ha samma rättigheter oavsett var man befinner sig för stunden. Men det är egentligen inte staden och dess befolkning som prioriteras på bekostnad av dem som bor på landet utan snarare de som är registrerade som stadsbor som har privilegier. Det kan alltså inte bara tal om *urban bias* i traditionell mening i Kina. De största skillnaderna förefaller ligga på individnivå.

4.3 Varje Enskild Människa för sig Själv

Begreppet *relative deprivation* skiljer sig från Divergens/konvergens och *Urban Bias* då det är mer individbaserat vilket gör det intressant för en analys av mödravården i Kina. Undersökningar av kvinnors och spädbarns vård i landet har visat att de individuella skillnaderna är mycket avgörande för hur man ställer sig till att ta emot vård före, under och efter barnets födsel. Flera orsaker till dessa skillnader har presenterats; inkomst, utbildning, boendeförhållanden och totalt antal barn.

Priserna på hälsovård i allmänhet har gått upp under de senaste decennierna som en följd av avreglering och privatiseringar. Detta trots regeringens försök att kontrollera prisökningarna för att minska effekterna för de fattiga. Tillgången till vård är alltså inte alltid en fråga om huruvida vårdinrättningar finns i området utan också ofta en fråga om inkomst. Även om regeringen satsar resurser på att bygga sjukhus och vårdcentraler samt utbildar läkare och barnmorskor innebär detta inte att vården faktiskt blir *tillgänglig*. Så länge det kostar den enskilda individen pengar att undersöka sig innan förlossningen kommer inte alla att kunna undvara de pengarna. Som Tolhurst *et al* (2004) visade i sin studie var det bara hälften av de kvinnor som födde sina barn hemma som faktiskt valde att göra det för att de inte ansåg det vara nödvändigt att söka assistans. Den andra hälften gjorde alltså inte själva det valet. Detta kan antas bero på att de inte hade råd eller att det var svårt att resa till sjukhus eller liknande. Det kanske inte alltid beror på avståndet utan kan vara p.g.a. att infrastrukturen inte är tillräckligt utbyggd i den delen av landet, att vägarna är så dåliga att det förknippas med en större risk att försöka ta sig till ett sjukhus än att föda hemma. Prisskillnaderna skapar situationer av *relative deprivation* då de fattigaste inte har råd att utnyttja vården, trots subventioner som designats för att motverka effekterna av prisökningarna i vissa regioner, som exempelvis Zhongxian kommun i studien av Tolhurst *et al* (2004). Detta på grund av att reformerna gjort att tillgången på vård blivit alltmer beroende av den enskilda individens inkomstnivå.

¹⁰ Se även De Soto, Hernando. 2003. *The Mystery of Capital; why capitalism triumphs in the west and fails everywhere else*. New York; BasicBooks, för vidare läsning om byråkratisk omständighet.

Inkomst är ofta nära relaterat till utbildning men de ökar inte nödvändigtvis i proportion till varandra. Anson (2004) visade i sin studie att graden av utbildning förefaller variera med benägenheten att använda sig av mödravårdens tjänster. Ju mer utbildning kvinnan har desto mer villig förefaller hon vara att nyttja mödravård. Kanske har detta att göra med relationen till inkomst men kanske kan utbildning också leda till ett oberoende som gör att kvinnan tar mer självständiga beslut. Den kunskap som utbildningen ger (som exempelvis läskunnighet, kunskap om andra kulturer, vetskap om risker i samband med förlossning o.s.v.) kanske också bidrar till att kvinnor söker hjälp vid förlossningen. I vissa fall vet inte kvinnan ens om att hon har rätt till vård (Tolhurst *et al* 2004), något som utbildning kan avhjälpa. Kanske fostrar utbildningen ett kritiskt tänkande som ger ett alternativt förhållningssätt till de traditionella kulturer och Konfusianismen som annars kan sätta kvinnan i en underordnad position.

Något som kan anses förvånande var att kvinnor som bodde med sina svärföräldrar vad de kvinnor i HeBei som mest frekvent sökte vård före förlossningen, hela 85,5 %. Vård under och efter förlossningen var också relativt vanligt bland dessa kvinnor där de också representerade de högsta siffrorna i studien. Mindre än 10 % av dessa kvinnor sökte ingen vård vilket är lågt jämfört med kvinnor i andra boendesituationer. (Anson 2004) Orsakerna till detta är svåra att spekulera kring eftersom resultatet är så oväntat. Kanske kan det vara för att mannens föräldrar känner ett visst ansvar inför kvinnans föräldrar att de ska hand om henne och att familjen hjälps åt att finansiera mödravården. Kanske kan det ha att göra med en rädsla för att något ska gå fel och äventyra familjenamnets fortlevnad, något som kvinnans föräldrar inte prioriterar då deras familjenamn dör i och med kvinnans giftermål. Man kan å andra sidan tänka sig att kvinnor som bor med sina egna föräldrar borde kunna få finansiell backning av sin mor och far då de borde ha ett intresse för sin dotters välmående. En kombination av de två kanske är den mest troliga; anledningen till varför kvinnor som bor hos sina svärföräldrar är kanske att de får ekonomiskt stöd till utgifter för mödravård av båda sina egna föräldrar och sina svärföräldrar.

En annan kategori kvinnor som står ut i undersökningen är kvinnor som föder sitt första barn som är betydligt mer benägna att söka vård än kvinnor som har barn sedan tidigare. Detta är kanske inte lika förbryllande som exemplet med kvinnorna boende hos sina svärföräldrar. En förstföderska vet kanske inte riktigt vad hon ska förvänta sig eller är mer nervös och rädd för att något ska gå fel.

Skillnader mellan kvinnors vårdnyttjande i samband med graviditet/förlossning och en upplevd *relative deprivation* kan också uppstå mellan familjer med gossebarn och familjer med flickebarn. Pojkar upplevs som mer värda, främst på landsbygden, vilket gör att ettbarnspolicyn skapar *relative deprivation*. Avsaknaden av en son och vetskapen om att man inte heller får skaffa fler barn kan göra att föräldrarna känner att andra har något (en son) som de själva skulle vilja ha och att detta leder till *relative deprivation*. I vissa fall kan familjen få ett speciellt tillstånd att skaffa fler barn och i vissa regioner har man lättat på bestämmelserna om att par bara får ha två barn men policyns princip finns kvar i stora delar av landet. (Li 2004) I de regioner där ettbarnspolicyn fortfarande gäller händer det att kvinnor föder 'icke godkända barn'. I dessa fall tenderar inte kvinnan att inte ta emot vård vare sig före, under eller efter förlossningen. Speciellt före förlossningen då en illegal graviditet kan leda till att kvinnan tvingas till abort. (Dagens Nyheter) Om man inte får skaffa fler barn kan det resultera i att

föräldrarna känner sig så missnöjda med att ha en flicka att det påverkar flickans uppfattning om sig själv och därmed upplever sig själv som relativt '*deprived*'.

I städerna skapar svårigheter att erhålla socialförsäkring ett exempel på *relative deprivation*. Människor lever sida vid sida, kan t.o.m. ha samma arbetsuppgifter i sin anställning men de som registrerats i jordbrukssektorn åtnjuter inte samma rättigheter till vård, utbildning eller bostad som sina arbetskamrater. Detta kan skapa en känsla av mindrevärde och *relative deprivation*. Här rör det sig alltså inte om *urban bias* utan om skillnader i rättigheter inom en stad.

Höga kostnader för vården och de privata försäkringsbolagens riskminimerande kan göra att de fattiga kanske inte har råd att försäkra sig mot eventuella höga vårdkostnader vid sjukdom. Detta utgör ytterligare ett exempel på *relative deprivation*. Detta kan dessutom leda till en negativ spiral av ohälsa och höga försäkringskostnader. Om man inte har råd att försäkra sig har man kanske inte råd att söka hjälp för och behandla relativt enkla åkommor som kanske blir allt värre då de inte behandlas. Ju sjukare du är desto högre blir kostnaderna för att teckna en försäkring vilket gör att nästa gång man behöver söka vård har man inte råd med det då heller.

Relative deprivation beskriver väl hur tillgängligheten på mödravård i landet ser ut, skiftande från person till person. Individens unika situation har dock inte betonas i Kina under det senaste halvseket utan snarare kollektivism. Den enskilda har kanske inte fått någon framstående situation i analyser av ekonomi och samhälle utan hela tiden underordnats kollektivets och nationens bästa. *Relative deprivation* visar på sprickorna i detta synsätt i ljuset av mödravården.

5. Sammanfattande Reflexioner och Vidare Forskning

Sammanfattningsvis kan man säga att stora förändringar har skett i Kina under de senaste decennierna. Hälsovården har privatiserats i allt större omfattning vilket har fått effekter på vårdens fördelning och dess tillgänglighet. Av de tre perspektiv som analyserats i relation till mödravården har alla ett förklaringsvärde. Divergens/ Konvergensperspektivet visar tydliga tendenser till divergens trots statliga satsningar. *Urban Bias* likaså, till stor del på grund av att de migranter som flyttat från landsbygden till staden inte har samma rättigheter som de som registrerats i staden. Även här har staten i Kina uttalat en önskan om att minska klyftorna genom bland annat satsningar på mödravård. Dessa satsningars tillkortakommande har dock påpekats ovan. Det perspektiv som jag anser vara det som bäst beskriver tillgängligheten av mödravård i Kina idag är *relative deprivation*. Detta eftersom skillnaderna mellan individerna är så svåra att strukturera och få att passa in i en mall liknande de andra två perspektiven. Skillnader i tillgänglighet är så komplexa att de helt enkelt inte följer något specifikt linje. Varje individs unika situation avgör hur denna vård nyttjas, vare det inkomst, utbildning boendesituation eller annat. Just individens position i relation till Kinas traditionella syn på kollektivism kan göra att *relative deprivation* kan få svårt att få gehör i den politiska debatten i landet.

Som vidare forskning skulle jag vilja föreslå ett genusperspektiv, just för att tillägga ett strukturellt perspektiv på en liknande studie. Genusperspektivet valdes bort i denna studie eftersom det inte var det primära syftet att undersöka kvinnans roll i Kina eller hennes situation i relation till mannen, vilket dock skulle kunna vara en intressant vilkel. Vidare skulle det vara intressant att utvidga denna fallstudie till en komparativ studie där Kinas situation skulle kunna jämföras internationellt, kanske med ett specifikt land som Indien. Indien vore intressant då det är likt och olika Kina på så många sätt, stor befolkning och utsatta kvinnor med men en annan historia, andra institutioner och annan kultur. Skillnader och likheter dem emellan skulle vara läsvärd för alla med intresse för utvecklingsländers framtid.

6. Referenser

- Allahbadia, G. 2002. "The 50 Million Missing Woman" *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*. Vol. 19. No. 9. pp. 411-416
- Akin, J. S., W. H. Dow, P. M. Lance & C-P. A. Loh. 2005. "Changes in access to health care in China, 1989-1997". *Health policy and Planning*. Vol. 20. No. 2. pp. 80-89
- Amin, S. 1976. *Unequal development*. Sussex; Harvester Press
- Amin, S. 2001. "Imperialism and Globalization" *Monthly review*. Vol. 53. No. 2. pp. 6-24
- Anson, O. 2004. "Utilization of Maternal care in Rural HeBei Province, the People's Republic of China: Individual and structural characteristics". *Health Policy*. Vol. 70. No. 2. pp. 197-206
- Anson, O. & S. Sun. 2004. "Health inequalities in rural China: evidence from HeBei Providence". *Health and Place*. Vol. 10. No. 1. pp. 75-84
- Backman, J. 1998. *Rapporter och uppsatser*. Lund; Studentlitteratur
- Bates, R. H. 1981. *Markets and States in Tropical Africa; the political basic of agricultural policies*. Berkley, Los Angeles, London; University of California Press
- Bengtsson, T. 2004. "Livingstandards and Economic Stress". I Bengtsson *et al.* 2004 *Life under pressure. Mortality and Livingstandards in Europe and Asia 1700-1900*. Cambridge, MA; MIT Press
- Bodie, Z. & R. Merton. 2000. *Finance*. New Jersey; Prentice-Hall
- Bremner, B. & D. Roberts. 2005. "FUZZY NUMBERS NO MORE?" *Business Week*. New York. 14e februari. Iss. 3920
- Burström, B. 2003. "Social Differentials in the decline of infant mortality in Sweden in the twentieth century: the impact of politics and policy". *International Journal of Health Services*. Vol. 33. No. 4. pp. 723-741
- Chambers, R. 1983. *Rural development. Putting the last first*. New York; John Wiley
- Crafts, N. 2004. "Globalisation and Economic Growth: A Historical Perspective". *The World Economy*. Vol. 27. No. 1. pp. 45-58
- Dagens Nyheter. Publicerad 2004-12-20. "Kinas familjepolitik mjukas upp".
<http://www.dn.se/DNet/jsp/polopoly.jsp?d=148&a=357688>. 2005-05-10
- Ejvegård, R. 1996. *Vetenskaplig metod*. Lund; Studentlitteratur
- Gustafsson, B. & S. Li. 2004. "Expenditures on education and health care and poverty in rural China". *China Economic Review*. Vol. 15. No. 3. pp. 292-301
- Henderson, J. V., Z. Shalizi & A. J. Venables. 2001. "Geography and Development" *Journal of Economic Geography*. Vol. 1. No. 1. pp. 81-105
- Hirschman, A. 1958. *The strategy of economic development*. New Haven, CT: Yale University Press
- Högberg, U. 1985. "Maternal Mortality in Sweden". Umeå Universitet. Diss. New Series No. 156. Institutionen för obstetrik och gynekologi.
- IIASA, The International Institute for Applied Systems Analysis.
http://www.iiasa.ac.at/Research/LUC/ChinaFood/data/urban/urban_6.htm. 2005-05-12

- Kuznets, S. 1955. "Economic growth and income inequality". *American economic review*. mars
- Li, J. 2004. "Gender inequality, family planning, and maternal and child care in a rural Chinese county". *Social Science & Medicine*. Vol. 59. No. 4. pp. 695-708
- Lipton, M. 1977. *Why poor people stay poor, Urban bias in World development*. London; Temple Smith
- Liu, Y. 2004. "Development of the rural health insurance system in China". *Health Policy and Planning*. Vol. 19. No. 3. pp. 159-165
- Lomoro, O. A., J. E. Ehiri, X. Qian & S. L. Tang. 2002. "Mother's perspective on the quality of postpartum care in Central Shanghai, China". *International Journal for Quality in Health Care*. Vol. 14. No. 5. pp. 393-402
- Lucas, R. E. 2000. "Some Macroeconomics for the 21st Century". *Journal of Economic Perspectives*. Vol. 14. No. 1. pp. 159-168
- Martinussen, J. 1997. *Society, State & Market; a guide to competing theories of development*. London, New Jersey; Zed Book Ltd
- Merriam, S. B. 1994. *Fallstudien som forskningsmetod*. Lund; Studentlitteratur
- Muelbauer, J. 1987. "Professor Sen and the Standard of Living". I Hawthorn, G. (ed.) *The Standard of Living*. Cambridge; Cambridge University Press
- Nurkse, R. 1953. *Problems of capital formation in underdeveloped countries*. Oxford; Blackwell
- Park, A. & S. Wang. 2001. "China's poverty statistics". *China Economic Review*. Vol. 12. No. 4. pp. 384-398
- Runciman, W. G. 1966. *Relative Deprivation and Social Justice*. Berkely; University of California Press
- Shaokang, Z., S. Zhenwei & E. Blas. 2002. "Economic transition and maternal health for internal migrants in Shanghai, China". *Health Policy and Planning*. Vol.17. No. 1. pp. 47-55
- Short, S. & F. Zhang. 2004. "Use of maternal health services in rural China" *Population Studies*. Vol. 58. No. 1. pp. 3-19
- Smekal, P. 1993. *Teorier om utveckling och underutveckling; en introduktion till u-landskunskapen*. Uppsala universitet; avdelningen för u-landsfrågor
- Statistiska Centralbyrån. 2005-05-06.
http://www.scb.se/templates/tableOrChart_25830.asp
- Tolhurst, R., T. Zhang, H. Yang, J. Gao & S. Tang. 2004. "Factors affecting the implementation of health legislation and its impact on the rural poor in China: A case study of implementation of the maternal and infant health care law in two poor counties". *International Journal of Health Planning Management*. Vol. 19. No. 3. pp. 247-265
- Varshney, A. 1993. "Introduction: Urban Bias in Perspective". I Varshney, A. (ed.) 1993. "Beyond urban bias" *Journal of development studies*. Special Issue. Vol. 29 No. 4. pp. 3-22
- Världsbanken 2005a. http://www.worldbank.org/data/countrydata/aag/chn_aag.pdf 2005-05-04.
- 2005b.. <http://www.worldbank.org.cn/English/Content/cqu04-05-en.pdf> 2005-05-04
- 2005c. <http://lnweb18.worldbank.org/EAP/eaprural.nsf/40ByDocName/CountriesChina> 2005-05-04.
- Wade, H. R. 2004. "Is Globalization Reducing Poverty and Inequality?" *World Development*. Vol. 32. No. 4. pp. 567-589

- Wallén, G. 1996. *Vetenskapsteori och forskningsmetodik*. Lund; Studentlitteratur.
- WHO. 2005a, Världshälsoorganisationen. 2005-05-13.
http://www.who.int/reproductive-health/publications/reduction_of_maternal_mortality/reduction_maternal_mortality_preface.htm
- WHO. 2005b, Världshälsoorganisationen. 2005-05-13
http://www.who.int/reproductive-health/publications/reduction_of_maternal_mortality/reduction_maternal_mortality_chap1.htm
- WHO. 2005c, Världshälsoorganisationen. 2005-05-13.
http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/769AD687-2E87-431A-9B46-0BF3AA7FAC08/0/08_RPH.pdf
- Whyte, M. K. 1996. "City versus countryside in China's development". *Problems of Post-Communism*. Vol. 43. No. 1. pp. 9-23
- Wu, X. & D. J. Treiman. 2004. "The Household registration System and Social Stratification in China: 1955-1996". *Demography*. Vol. 41. No. 2. pp. 363-384
- Yang, D. T. 1999. "Urban-biased policies and rising income inequality in China". *American Economic Review*. Vol. 89. No. 2. pp. 306- 310
- Yao, S., Z. Zhang, & G. Feng. 2005. "Rural-urban and regional inequality in output, income and consumption in China under economic reforms". *Journal of economic studies*. Vol. 32. No. 1. pp. 4-24
- Yin, R. K. 1994. *Casestudy research; design and Methods*. 2nd edition. Thousand Oaks, London, New Delhi; SAGE Publications
- Zhao, X. B. & S. P. Tong. 2000. "Unequal economic development in China: Spatial disparities and regional policy reconsideration, 1985-1995". *Regional Studies*. Vol. 34. No. 6. pp. 549-561

Bilaga 1

Information om artikelförfattare, listan är ej komplett utan ämnar bara visa några artikelförfattare..

Anson, Ofra – Sociolog vid Ben-Gurion University of the Negev, Israel

Burström, Bo - 'Associate' Professor Karolinska Institutet, Stockholms Universitet.

Diderichsen, Finn - Professor i social medicin, Köpenhamns Universitet

Ding: Zhongnan University of Economics and Law, China

Frizell, Johan – Professor i sociologi Karolinska Institutet, Stockholms Universitet

Gong, Youlong - School of public health, Fudan University, China.

Gustafsson, Björn - Professor vid 'Department of Social Work', Göteborgs Universitet med inriktning mot fattigdom, fördelning av ekonomiska resurser och ekonomi.

Li, Shi – Professor i ekonomi vid The Chinese Academy of Social Sciences, Beijing, Kina

Liu, Yuanli - Harvard school of public health. Fokus mot effektivisering och jämlikhet i hälsovård.

Lundberg, Olle – Professor Karolinska Institutet, Stockholms Universitet inriktning mot Health equity studies

Naci Mocan, H. – Professor i Ekonomi vid University of Colorado at Denver

Sun, Shifang - Institute of rural development, HeBei Academy of social sciences, China

Tang, Shenglan - Liverpool School of tropical medicine, UK

Tekin, Erdal – 'Assistant' Professor i Ekonomi, Georgia State University med inriktning mot hälsoekonomi och tillämpad mikroekonomi

Zax; University of Colorado

Åberg Yngwe, Monica - sociolog Karolinska Institutet, Stockholms Universitet

Bilaga 2

Graf 1 Kuznetskurvan

Visar med inverterad U-kurva hur ojämlikheten ökar vid ekonomisk tillväxt till en viss punkt efter vilken ojämlikheten minskar med ekonomisk tillväxt.



Bilaga 3

Tabell 1

Sociodemografiska karaktärsdrag och användandet av mödravård (i %) i HeBei-provinsen, Kina

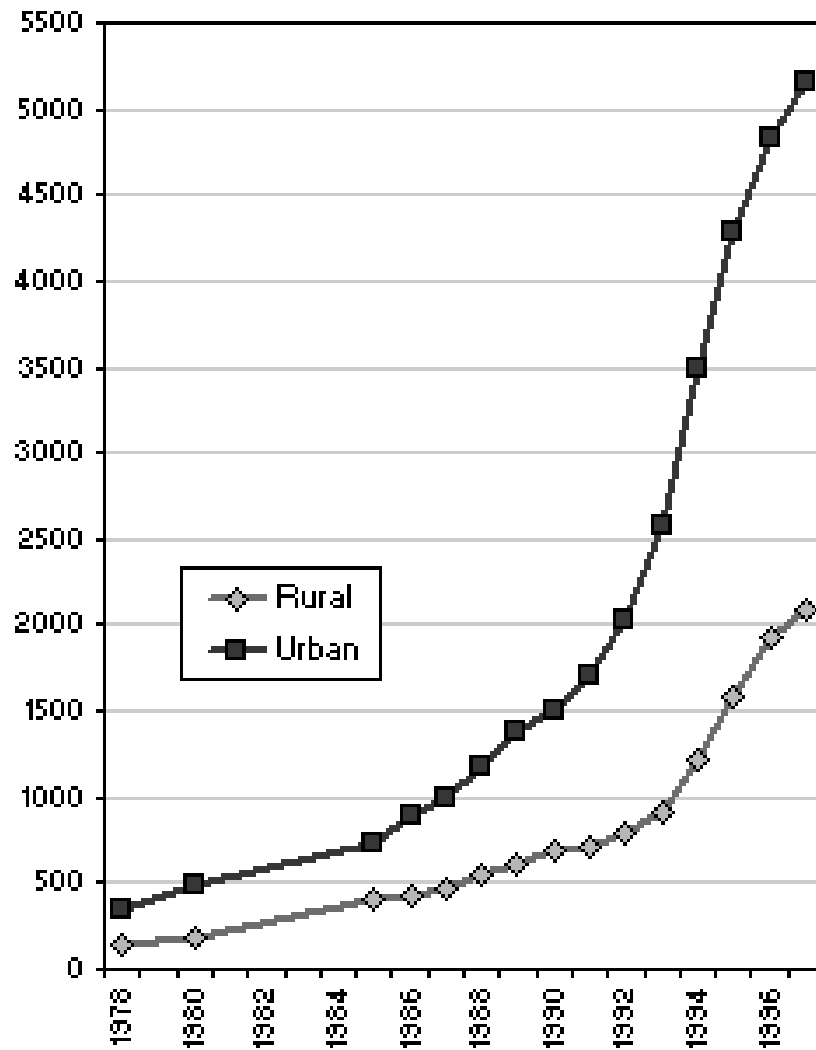
	Före förlossning	Förlossning på hälsofacilitet	Efter förlossning
År av utbildning			
0	22.9	9.9	5.8
1–5	42.3	18.5	12.3
6–8	64.1	36.2	21.4
9+	78.2	42.5	28.6
Sysselsättning			
Jordbruk	45.1	27.3	17.4
Industri	69.9	43.4	27.7
Tjänstesektorn	73.4	42.2	29.1
Annat	37.8	24.6	10.8
Boendearrangemang			
Ensamstående	47.7	22.5	15.8
Med man	54.6	27.7	17.9
Med egna föräldrar	68.3	45.0	12.2
Med mannens föräldrar	85.5	57.2	32.9
Med svärmor	11.1	1.1	2.0
Antal barn (totalt)			
1	78.6	49.1	28.2
2	57.2	28.0	18.9
3+	29.2	10.8	7.6
Inkomst/capita			
Lägsta quartilen	46.5	24.4	12.0
Andra quartilen	51.7	28.0	16.8
Tredje quartilen	58.9	30.0	16.9
Övre quartilen	65.1	33.7	26.7

Källa: Anson 2004

Bilaga 4

Graf 2

Inkomst per capita (yuan) i urbana och rurala hushåll 1978-1997



Källa: IIASA

Bilaga 5

Graf 3

Maternal Mortality Ratio (MMR) är antalet döda kvinnor i samband med barnafödande uttryckt i antal per 100 000 födda levande barn. Konvergens mellan öst, väst, och central regionerna. 1996-2002

Källa: WHO 2005c