

中国出生性别比和女婴生存状况分析

李树茁 朱楚珠

摘要 本文发现中国的高出生性别比和偏高的女婴死亡水平同时在80年代中期开始出现。进一步的分析表明,高出生性别比和偏高的女婴死亡水平基本上是由强烈的男孩偏好所造成的,它同时又被快速的生育率转变所加剧。80年代中期开始的广泛利用B超鉴定胎儿性别和同期农村村级合作医疗体制的弱化及解体,分别是导致高出生性别比和偏高的女婴死亡水平的直接原因。

作者 李树茁,1963年生,1991年毕业于西安交通大学人口与经济研究所,获博士学位。西安交通大学人口与经济研究所副所长、副教授。

朱楚珠,1933年生,1955年毕业于复旦大学经济学系。西安交通大学女性人口研究中心主任,人口与经济研究所所长,教授。

一、背景

中国自70年代开始的计划生育,已取得了举世公认的成就。国家指导的计划生育和社会经济的迅速发展,在较短时间内促使了生育率的转变,总和生育率已降到了更替水平。但伴随着生育水平的降低,人口发展也产生了一些新的问题。其中很重要的问题是出生性别比异常和女婴生存的相对恶化。

中国的高出生性别比(相对于男性)和偏高的女婴死亡水平引起了研究者、公众和中国政府的关注。已有很多研究深入分析了中国高出生性别比和女婴死亡率水平、趋势、区域差异和原因,以及它与其它人口、社会经济变量的关系和对社会经济产生的影响(顾宝昌、许毅,1994; Hull, 1990; Johansson and Nygren, 1991; Zeng et al., 1993; Coale and Banister, 1994; Li and Feldman, 1995)。本文在目前出生性别比和女婴死亡已有的研究成果基础上,研究导致中国高出生性别比和相对偏高的女婴死亡水平的根本原因,并深入探讨国家指导的计划生育与它们之间的关系。

本文主要分析60年代后中国出生性别比和女婴生存的状况,所用人口数据主要来自1982和1990年的人口普查,以及1988年全国生育节育抽样调查。

二、中国的出生性别比和女婴生存的状况

1. 出生性别比

本文讨论的是报告的出生性别比,它与实际的出生性别比有所不同。中国60年代以来的出生性别比数据见表1。

表1

出生性别比、婴儿死亡率和总和生育率1960—1992

年 份	婴儿死亡率		婴儿死亡率 性 别 比	出生性别比	总和生育率
	男性	女性			
1960—1964	89.28	81.69	1.09	107.9	5.40
1965—1969	66.56	59.83	1.11	106.4	5.96
1970—1974	54.24	48.59	1.12	106.2	4.99
1975	50.22	45.74	1.10	106.4	3.57
1976	45.70	42.65	1.07	107.4	3.24
1977	41.96	37.99	1.11	106.7	2.84
1978	43.80	38.09	1.15	105.9	2.72
1979	41.31	36.77	1.12	105.8	2.75
1980	43.78	41.99	1.04	107.4	2.24
1981	36.96	35.07	1.05	108.5	2.69
1982	37.06	35.72	1.04	107.2	2.86
1983	42.60	40.05	1.06	107.9	2.42
1984	39.57	37.15	1.07	108.5	2.35
1985	39.01	35.57	1.10	111.4	2.20
1986	36.49	37.87	0.96	112.3	2.42
1987	40.66	38.91	1.05	111.0	2.59
1988	—	—	—	108.1	—
1989	32.19	36.83	0.87	111.3	2.25
1992	—	—	—	113.0	2.00

资料来源：婴儿死亡率，1960—1974，阎瑞、陈胜利(1991)；1975—1987，China Population Newsletter (1989)；1981，田雪原等(1990)；1989，蒋正华等(1994)。出生性别比，顾宝昌、许毅(1994)。总和生育率，姚新武、尹华(1994)。

注：1960—1974年间的出生性别比和总和生育率的5年组的值是其相应年份的算术平均值。

从表1中可看出，出生性别比在60—70年代在106—107之间波动。但从80年代以来呈上升趋势，从1980年的107.7上升到1992年的113.0。根据国际人口统计的经验，正常的出生性别比应在105—107这个范围之内(Johansson and Nygren, 1991)。按照此标准，中国的出生性别比自80年代起呈偏高的趋势，中国存在“失踪女婴”的现象。同时，大多数省区和一些大的少数民族在80年代都存在偏高的出生性别比(顾宝昌、许毅, 1994)。

表2提供了中国1981—1989年间分胎次的出生性别比。中国的出生性别比在孩次之间的分布是不均匀的，它有以下两个特点：一胎出生性别比基本正常，而二胎以上则偏高，特别是胎次越高，出生性别比也越高，增高幅度也越大。

表2 中国分孩次出生性别比1981—1989

年 份	总计	一孩	二孩	三孩	四孩	五孩 ⁺
1981	107.1	105.1	106.7	111.3	106.5	114.1
1982	107.2	106.6	105.2	109.4	112.9	109.9
1983	107.9	107.8	107.2	109.5	104.7	112.1
1984	108.5	102.5	113.3	113.0	115.3	127.3
1985	111.4	106.6	115.9	114.1	126.9	117.3
1986	112.3	105.4	116.9	123.1	125.3	123.5
1987	111.0	106.8	112.2	118.9	118.6	124.6
1988	108.1	101.5	114.5	117.1	123.1	108.7
1989	113.9	105.2	121.0	124.3	131.7	129.8

资料来源：顾宝昌、许毅(1994)。

2. 女婴死亡

这一部分使用男性对女性婴儿死亡率的比值,来衡量婴儿死亡率的性别差异,也即相对偏高的女婴死亡水平。

表1提供了中国1960—1989年间的婴儿死亡率及其比值。由表1可见,婴儿死亡率从60年代的大约80‰快速下降至70年代末期的40‰的水平,随后在80年代波动在该水平附近。当婴儿死亡率在60—70年代间下降时,婴儿死亡率性别比稳定在1.11的水平左右;但当婴儿死亡率在80年代停滞时,婴儿死亡率性别比下降很快,并在1989年达到0.87这个最低点。相对偏高的女婴死亡率在80年代后期开始出现,与出现高出生性别比的时间相同。

实际上,儿童死亡率的变化轨迹与婴儿死亡率相似,所不同之处在于相对偏高的女童死亡率在60年代就已出现,比婴儿死亡率早了20多年。同时,大多数省区和一些民族在80年代都存在相对偏高的女性婴幼儿死亡率(Li and Feldman, 1995)。

在发达国家和大多数具有正常婴幼儿死亡率性别模式的发展中国家,由于生物因素的作用,男性婴儿死亡率要高于女性。同这些国家相比,中国80年代后期的婴儿死亡率性别比是不正常的,它表明女性婴儿的存活机会呈现出恶化现象。

总之,中国存在高出生性别比和相对偏高的女婴死亡水平,二者均自80年代中期开始出现。

三、高出生性别比和相对偏高的女婴死亡水平的原因

1. 出生性别比

报告的出生性别比受怀孕性别比、胎儿死亡性别比、死产性别比、性别选择性人工流产和出生漏报等自然和社会因素的共同影响。中国报告的出生性别比异常的原因主要有以下几种:选择性流、引产;出生统计漏报;婴儿死亡。

(1) B超和选择性流、引产

绝大多数研究表明,性别鉴定所导致的选择性流、引产是出生性别比异常的重要原因(Zeng et al., 1993)。以下两个事实是对此结论的有力支持:无姐姐家庭的出生性别比非常低(李涌平,1993);80年代医院出生孩子的性别比一直偏高,且呈上升趋势(李伯华,1994)。

性别鉴定在中国主要是通过B超来实现的。国外一些早期的研究认为B超在农村地区还不普及,不具有大规模进行产前性别鉴定的条件(Hull, 1990)。实际上,80年代中期以来中国农村B超已开始普及,产前性别鉴定在绝大部分农村没有困难(顾宝昌、许毅,1994;Zeng et al., 1993)。更重要的是,出生性别比升高与B超在中国普及的年份是一致的。国外近期的研究已承认,B超设备的普及对出生性别比偏高有很大的影响(Coale and Banister, 1994)。

(2) 出生统计漏报

很多研究发现中国四普男、女婴出生登记的漏报率存在很大差别,女婴的漏报率要高于男婴一倍左右。因此,出生统计漏报是报告的出生性别比异常的重要原因(高凌,1993;涂平,1993),它占报告出生性别比异常的50—75%之间(Zeng et al., 1993)。

(3) 婴儿死亡

在中国的一些地方,婴儿特别是女婴存在既不报生、也不报死的情况,因而婴儿死亡对报告的出生性别比会有一些影响。

由于中国的死亡性别比偏低,因此一些研究猜测或假设中国存在溺女婴问题,它对高出生性别比有一定影响(Hull, 1990; Banister, 1992)。然而另一些研究发现,婴儿死亡性别比偏低仅占报告出生性别比异常的5%左右;尽管中国仍存在溺女婴的现象,但它不是出生性别比异常的主要原因(李涌平,1993;Zeng et al., 1993)。至于中国是否存在大规模溺女婴问题,将在

下面讨论。

总的来说,就实际的出生性别比而言(排除出生漏报),性别鉴定所导致的选择性流、引产是最重要的直接原因。而B超是鉴定胎儿性别的技术途径。

2. 女婴死亡率

通常生物医学、人口、社会经济、环境等四类因素共同决定婴幼儿死亡水平。而女婴死亡率高于男性,主要是因为女婴的生存环境相对恶化。在中国可能表现为溺女婴和对女婴的歧视性待遇造成女婴死亡两种情况。

(1) 溺女婴

溺女婴广泛存在于50年代前的中国社会,即使在清代皇族人口中也同样存在(Lee et al., 1994)。然而,溺婴现象自50年代后已基本消失,尽管没有绝迹(Zeng et al., 1993)。中国一些地区的高出生性别比和相对偏高的女婴死亡率,可能暗示着当代中国存在溺女婴现象(Hull, 1990; Banister, 1992),但到目前为止,并没有直接的证据。

溺女婴往往与高出生性别比联系在一起,但以下两个现象说明溺女婴不可能流行:出生性别比偏高存在于具有不同社会经济特征的人口群体中;分胎次出生性别比与家庭内原有孩子构成有关(李涌平,1993;Zeng et al., 1993)。

因此,溺女婴既不可能广泛存在,也不可能是女婴死亡率偏高的主要原因,这也被其它一些研究所证实(李涌平,1993;Arnold and liu, 1986;Zeng et al., 1993)。

(2) 对女婴的歧视性待遇

如果溺女婴不可能流行,中国相对偏高的女婴死亡率,暗示着对女婴各种形式的歧视自60年代以来就一直存在,而且自80年代后更为严重,特别是在农村地区。对女婴的歧视性待遇经常表现在营养、食物以及医疗保健等方面。尽管一项研究发现在疾病治疗方面对女孩没有显著的歧视(吴铁坚等,1991),但更多的研究已经发现这种歧视的直接或间接的证据(李涌平,1993;郝虹生等,1994)。

随着生活水平的提高,在食物方面的歧视性待遇对女婴死亡的影响已不重要,而在疾病治疗方面的歧视性待遇所造成的影响就显得非常重要。研究发现,中国80年代农村经济体制的变化所导致的村级合作医疗体制的弱化或解体,是同期婴儿死亡率下降处于停滞状态的主要原因(Banister, 1992)。实际上,由于治疗费用、求医距离等因素的影响,村级合作医疗体制的弱化或解体,也促使农村家庭形成对女婴在疾病治疗方面的歧视性。

因此,中国相对偏高的女婴死亡率,主要是由对女婴的歧视性待遇造成的。而80年代中国农村合作医疗体制的弱化与解体,提供了形成疾病治疗歧视性待遇的社会途径。

四、性别偏好与计划生育的作用

B超普及和农村合作医疗体制的弱化与解体,并不必然导致高出生性别比和相对偏高的女婴死亡率,因为在具有先进的性别鉴定手段的发达国家,出生性别比基本正常。因此需讨论形成这种状况的根本原因,以及计划生育在其中的作用。

1. 性别偏好

中国社会一直存在强烈的男孩偏好。尽管儿女双全的观念同时也存在,但家庭中仅有女孩总是难以接受,特别是在农村地区。一些研究也已证实了中国存在强烈的男孩偏好(Xie, 1989)。

很多研究指出,男孩偏好是导致中国高出生性别比的根本原因(穆光宗,1995;Zeng et

al., 1993)。这同时也被其他有关出生性别比与家庭孩子构成研究的发现所证实;二孩以上孩次的出生性别比与原存活男孩数呈负相关,与原存活女孩数呈正相关(高凌,1993)。

男孩偏好同时可能导致对女孩各种形式的歧视,包括忽视、投资不足、过度惩罚、遗弃,以及溺婴,正像在其它一些发展中国家所观察到的一样(Waldron,1987)。这种歧视将直接或间接地导致相对偏高的女婴死亡,即使在中国同样存在(Li and Feldman, 1995)。这同时也被有关性别对婴儿死亡影响研究的发现所证实:没有男孩的家庭更易发生女婴死亡;婴儿死亡水平同时还依赖于家庭内原有子女构成(李涌平,1993;郝虹生等,1994)。

实际上,高出生性别比和相对偏高的女婴死亡水平有内在的联系,它们都是男孩偏好在一定条件下的后果。根据一项研究,女婴生存条件在80年代中期的恶化恰好与出生性别比在同期的上升重合;具有较低婴儿死亡率性别比的省区更有可能具有较高的出生性别比,反之亦然(Li and Feldman, 1995)。这些现象说明,当对男孩强烈的偏好成为文化背景中的一部分时,就有可能出现高出生性别比和相对偏高女婴死亡率。因此,中国高出生性别比和相对偏高的女婴死亡率,根本上是由强烈的男孩偏好所造成的。

2. 计划生育

男孩偏好从根本上造成了中国高出生性别比和相对偏高的女婴死亡率,但男孩偏好广泛存在于中国社会的各个阶层和各个时期,为什么50年代却不存在高出生性别比和相对偏高的女婴死亡率呢?这就意味着男孩偏好这个主观愿望需要在一定客观条件下,才会造成高出生性别比和相对偏高的女婴死亡率。在中国,B超和农村合作医疗体制的弱化及解体只是实现男孩偏好这个主观愿望的途径,而这个客观条件就是低生育率。尽管生育率的变化同时受其它社会经济因素的影响,但中国自70年代末开始执行的严格的计划生育政策,对实现低生育率起到了相当大的作用。因此讨论低生育率这个客观条件,在一定程度上就是讨论计划生育的作用。

满足强烈的男孩需求的方式主要有以下三种:多育,主要发生在没有主观生育数量限制的传统社会;溺弃女婴或对女婴的歧视性待遇,主要发生在有主观生育数量限制的传统社会;性别鉴定导致流、引产,主要发生在有主观生育数量限制的现代社会。中国正处于从传统向现代社会转型之中,群众的生育意愿与政府的生育要求有一定距离。因此当政府指导的计划生育政策限制了群众的生育选择范围时,通过多育来满足强烈的男孩需求变得非常困难。这样,性别鉴定导致流、引产和对女婴的歧视性待遇,甚至在极端情况下的溺弃女婴,就成为满足强烈的男孩需求的途径。

低生育率对出生性别比和女婴死亡率的影响也可以在表1的数据中发现。在表1中,当生育水平接近于更替水平时,婴儿死亡率性别比快速下降,而出生性别比快速上升。另外,具有较高生育水平的民族和省区,更有可能具有正常的出生性别比和婴儿死亡率性别比,反之亦然。这暗示着低生育率与出生性别比、婴儿死亡率性别比有负向的关系(Li and Feldman, 1995)。而1988年生育节育调查的数据说明,计划内出生孩子的性别比是基本正常的,计划外出生的孩子的性别比恰好相反(Johansson Nigren, 1991)。从此意义上说,低生育率会加剧出生性别比和女婴生存的不正常。

但应强调指出,低生育率只是一种客观条件,根本原因还是在于强烈的男孩偏好,因为像北京、上海、辽宁等省区和朝鲜族等少数民族虽然生育水平很低,但并不存在出生性别比和女婴死亡率异常现象。更进一步说,计划生育政策对出生性别比和女婴死亡率异常的影响也是有限的。因为相对偏高的女童死亡率早在60年代就已出现,而当时中国并无严格的计划生育政策

(Li and Feldman, 1995);而且在生育率很低、但没有政府指导的计划生育政策的韩国,同样出现出生性别比和女婴死亡率异常现象(Choe, 1987; Zeng et al., 1993)。的确,即使中国放弃严格的计划生育政策,出生性别比和女婴死亡率异常现象也不会完全消失。只要存在强烈的男孩偏好,同时人们自觉地减少期望家庭规模,总有可能发生出生性别比和女婴死亡率异常现象。

总之,出生性别比和女婴死亡率异常被低生育率所加剧,但从根本上不是由计划生育政策所引起的。

五、小结

本文前面的分析结果说明,高出生性别比和偏高的女婴死亡水平自80年代中期开始出现,它们同时存在于大多数省区和一些民族。进一步的分析表明,高出生性别比和偏高的女婴死亡水平根本上是由强烈的男孩偏好所造成的,它同时又被快速的生育率转变所加剧。80年代中期开始的广泛利用B超鉴定胎儿性别和同期农村合作医疗体制的弱化及解体,是导致高出生性别比和偏高的女婴死亡水平的直接原因。

偏高的出生性别比和女婴死亡水平给社会带来了很严重的人口问题和社会问题,这些问题需要引起各级政府的重视,并采取有力的措施,解决由于重男轻女和性别不平等社会文化因素所导致的高出生性别比和偏高的女婴死亡率。然而我们应认识到,解决这些问题非朝夕之功,需要艰苦的努力,也需要一个比较长的过程。

参考文献:

1. 高凌,中国人口出生性别比的分析,人口研究,1993—1
2. 顾宝昌、许毅,中国婴儿出生性别比综论,中国人口科学,1994—3
3. 郝虹生等,性别与其它因素对中国儿童早期死亡率的影响,中国人口科学,1994—1
4. 蒋正华等,中国1990年人口普查死亡数据分析,未发表的研究报告
5. 李伯华,中国出生性别比的近期趋势,人口研究,1994—5
6. 李涌平,婴儿性别比及其和社会经济变量的关系:普查的结果和所反映的现实,人口与经济,1993—4
7. 穆光宗,近年来中国出生性别比偏高的理论解释,人口与经济,1995—1
8. 田雪原等编,中国人口年鉴1989,北京,中国财政经济出版社,1990
9. 涂平,我国出生婴儿性别比问题探讨,人口研究,1993—1
10. 吴铁坚等,对中国存在对女婴歧视的质疑,人口研究,1991—6
11. 阎瑞、陈胜利,四十年来中国人口年龄别死亡率与寿命研究,中国人口科学,1991—2
12. 姚新武,尹华,中国人口基本数据集,北京,中国人口出版社,1994。
13. Arnold, Fred, and Liu Zhaoxiang. 1986. "Sex preference, fertility and family planning in China." *Population and Development Review* 12: 221—246
14. Banister, Judith. 1992. "China: Recent mortality levels and trends." Paper presented at the annual meeting of the Population Association of America, May, Denver.
15. China Population Newsletter. 1989. "China's infant mortality declines in past forty years." *China Population Newsletter*, June 1989, pp. 11, 18.
16. Choe, Minja Kin. 1987 "Sex differentials in infant and child mortality in Korea." *Social Biology* 34 13—25.
17. Coale, Ansley J, and Judith Banister, 1994. "Five decades of missing females in China." *Demography* 31 (3), 459—480.

(下转第7页)

力大小(“三结合”的实践实质上是一种政府行为,而非计生委一家的部门行为)以及传统生育文化的影响程度,是影响“三结合”实施成效的条件变量。如前所述,“三结合”只是一种思路,具体实施就要因地制宜,走自己的路。考虑到“条件变量”,承认“三结合”实施成效的具体差别是符合辩证唯物主义的。概言之,利益导向机制的建立和运作一需要组织条件,二需要经济条件,三需要文化条件。在经济文化贫困落后的地区,“三结合”的实施将是勉为其难的。光凭主观愿望和主观努力不行。“发展程度”是利益导向(或者说补偿和分享)机制充分运作的根本条件。

在积极推广“三结合”的模式时,我们应当防止经验主义、形式主义和教条主义的做法。“三结合”是一个好的思路,值得肯定;但具体到各地,情况又千差万别,“如何相结合”是一个非常具体、复杂的系统工程。“三结合”之路必然呈现出多样化的格局,但受制于特定区情的经验不应照抄照搬,我们需要创造的是卓有成效的地区模式,如江苏盐城的“少生快富文明工程”,安徽金寨的“少生孩子多栽树”系统工程,浙江的“新家庭计划”,等等。“三结合”不能为结合而结合,而是要顺乎客观规律。至少有一点可以强调:要建立在群众自觉自愿和衷心拥护的基础上,要杜绝“好心办坏事”的任何悲剧。“三结合”必将在实践中丰富和发展。真知源于新的实践,新的探索和新的总结。所以对“三结合”的做法以倡导为宜。如果有些地方开拓出“四结合”、“五结合”、“立体结合”的新路,就不一定非要拘囿于“三结合”的架构。

在实践中,我想“三结合”肯定既有成功的经验,也会有失败的教训——但这不是“三结合”思路的错,而是具体探索过程中的挫折问题。换言之,既不要将“三结合”的思路和模式混为一谈,也不要将具体探索中的挫折归咎于“三结合”的思路。“三结合”既是战略问题,也是战术问题;既是宏观问题,也是微观问题;既是理论问题,也是实践问题。而在目前,特别重要的是,在“三结合”的实践中,我们不仅要及时在理论上总结成功的范例和经验,而且要善于发现问题,吸取教训。总之,对“三结合”的实践要持一种发展的辩证观,要坚持“两点论”,否则就可能导致认识上的偏差和决策上的失误。

(上接第18页)

18. Hull, Terence H. 1990. "Recent trends in sex ratios at birth in China." *Population and Development Review* 16(1):63-83.
19. Johansson, Sten, and Olaf Nygren. 1991. "The missing girls of China: A new demographic account." *Population and Development Review* 17(1):35-51.
20. Lee, James, Wang Feng, and Cameron Campbell. 1994. "Infant and child mortality among the Qing nobility: Implications for two types of positive check." *Population Studies* 48: 395-411.
21. Li Shuzhuo and M. W. Feldman. 1995. "Sex differentials in infant and child mortality in China: Levels, trends and variations." Paper presented at the International Symposium on Population and Sustainable Development, Sept. 27-29, Beijing.
22. Waldron, Ingrid. 1987. "Patterns and causes of excess female mortality among children in developing countries." *World Health Statistics Quarterly* 40: 194-210.
23. Xie Yu. 1989. "Measuring regional variation in sex preference in China: A cautionary note." *Social Science Research* 18:291-305.
24. Zeng Yi, Tu Ping, Gu Baochang, Xu Yi, Li Bohua, and Li Yongping, 1993. "Causes and implications of the recent increase in the reported sex ratio at birth in China." *Population and Development Review* 19(2):283-302