

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Přírodovědecká fakulta

Studijní program: Demografie

Studijní obor: Demografie se sociální geografii



Petra Papřoková

**ANALÝZA POKLESU PLODNOSTI VE VIETNAMU
V KONTEXTU POPULAČNÍ POLITIKY
A V POROVNÁNÍ S ČÍNOU**

**ANALYSIS OF FERTILITY DECLINE IN VIETNAM
IN THE CONTEXT OF POPULATION POLICY
AND IN COMPARISON WITH CHINA**

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: RNDr. Jiřina Kocourková, Ph.D.

Praha, 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze dne 15. 8. 2014

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce RNDr. Jiřině Kocourkové, Ph.D. za vedení mé práce a dále všem svým blízkým za podporu.

Analýza poklesu plodnosti ve Vietnamu v kontextu populační politiky a v porovnání s Čínou

Abstrakt

Vietnam byl sjednocen v roce 1976 po dvacetileté válce, která zemi zanechala značně zdevastovanou. Od té doby zažívá dynamické populační změny. Představil zajímavou populační politiku, jejíž programy patří k úspěšným. Od konce 80. let 20. století do počátku 21. století Vietnam zaznamenal jeden z největších poklesů plodnosti ve světě. V současnosti se úhrnná plodnost drží kolem hranice prosté reprodukce.

Práce analyzuje změny plodnosti ve Vietnamu v souvislosti s uplatňovanou populační politikou. Dále porovnává pokles plodnosti a vliv populační politiky se situací v Číně, kde byla podobná politika rovněž uplatněna.

Klíčová slova: Vietnam, Čína, populační politika, pokles plodnosti, umělá potratovost

Analysis of fertility decline in Vietnam in the context of population policy and in comparison with China

Abstract

Vietnam was unified in 1976 after a 20-year war which left the country devastated. Since that time, Vietnam has experienced dynamic population changes. The Government has introduced an interesting population policy with successful programs. From the end of the 80s until the beginning of the 21st century, Vietnam experienced a huge decline in fertility, one of the most significant in the world. Today, total fertility rate fluctuates around replacement level.

This thesis analyzes changes in fertility in Vietnam in the context of implementing population policy. Furthermore, it compares fertility decline and population policy influence with the situation in China, where a similar policy has been applied.

Keywords: Vietnam, China, population policy, fertility decline, induced abortions

Obsah

Seznam tabulek	7
Seznam obrázků	8
1 Úvod	9
2 Zdroje dat a metodika	10
2.1 Použité ukazatele	11
3 Postavení Vietnamu v regionu jihovýchodní Asie.....	13
3.1 Region jihovýchodní Asie	13
3.2 Základní informace o Vietnamu	15
3.2.1 Historie.....	16
3.2.2 Ekonomika	17
4 Populační politika	18
4.1 Populační politika Vietnamu	18
4.1.1 Politika plánovaného rodičovství.....	18
4.1.2 Zdravotní politika.....	20
4.1.3 Migrační politika.....	23
4.2 Populační politika Číny – politika jednoho dítěte.....	24
4.3 Srovnání populační politiky Vietnamu a Číny.....	26
5 Analýza poklesu plodnosti.....	28
5.1 Analýza poklesu plodnosti ve Vietnamu	28
5.2 Analýza poklesu plodnosti v Číně	38
5.3 Porovnání vlivu populační politiky ve Vietnamu a v Číně.....	43
6 Umělá potratovost ve Vietnamu	50
6.1 Základní informace	50

6.2 Analýza dat	51
7 Závěr	54
Seznam použité literatury.....	57
Seznam zdrojů dat	60

Seznam tabulek

Tabulka 1:	Úhrnná plodnost ve státech regionu jihovýchodní Asie, 2013.....	14
Tabulka 2:	Naděje dožití při narození a kojenecká úmrtnost ve státech regionu jihovýchodní Asie, 2013.....	15
Tabulka 3:	Úhrnná plodnost podle dvou zdrojů, Vietnam, 1989–2012.....	30
Tabulka 4:	Vývoj úhrnné plodnosti podle místa pobytu, Vietnam, 1999–2012.....	33
Tabulka 5:	Úhrnná plodnost podle socioekonomických regionů, Vietnam, 2008–2012.....	33
Tabulka 6:	Podíl žen ve věku 15–49 let, které mají dítě třetího a vyššího pořadí, podle místa pobytu, Vietnam, 1992–2013 (v %).....	35
Tabulka 7:	Zastoupení žen ve věku 15–49 let, které dva roky před šetřením porodily dítě, podle přání matky ohledně pohlaví dítěte před porodem, Vietnam, 2012 (v %).....	36
Tabulka 8:	Průměrný preferovaný počet dětí podle místa pobytu a procentuální zastoupení preferovaného počtu dětí mezi ženami ve věku 15–49 let vdanými celkem a vdanými kratší dobu než 5 let, Vietnam, 1988–2002.....	37
Tabulka 9:	Úhrnná plodnost podle dvou zdrojů, Čína, 1975–2000.....	40
Tabulka 10:	Úhrnná plodnost podle místa pobytu, Čína, 1990 a 2000	40
Tabulka 11:	Podíl vdaných žen užívajících antikoncepci v Číně a Vietnamu, 1997 a 2013 (v %).....	47
Tabulka 12:	Počet uměle přerušovaných těhotenství, Vietnam, 1976–2003 (v mil.).....	51
Tabulka 13:	Úhrnná umělá potratovost podle místa pobytu, socioekonomického regionu a vzdělání, Vietnam, 1997 a 2002	52
Tabulka 14:	Uměle přerušovaná těhotenství podle antikoncepční metody užívané před koncepcí, Vietnam, 1997 a 2002 (v %)	53

Seznam obrázků

Obrázek 1:	Postavení Vietnamu v rámci regionu jihovýchodní Asie	13
Obrázek 2:	Socioekonomické regiony Vietnamu	16
Obrázek 3:	Vývoj úhrnné plodnosti ve Vietnamu, 1960–2012.....	29
Obrázek 4:	Vývoj podílu složek populace, Vietnam, 1960–2012.....	31
Obrázek 5:	Míry plodnosti podle věku žen, Vietnam, 1987–2009	32
Obrázek 6:	Úhrnná plodnost v socioekonomických regionech Vietnamu, 2012	34
Obrázek 7:	Vývoj úhrnné plodnosti v Číně, 1960–2012.....	38
Obrázek 8:	Vývoj podílu složek populace, Čína, 1960–2012.....	41
Obrázek 9:	Míry plodnosti podle věku žen, Čína, 1975–2000	41
Obrázek 10:	Pravděpodobnost zvětšování rodiny (přepočteno na 1 000 žen), Čína, 1967–1987	42
Obrázek 11:	Vývoj úhrnné plodnosti v Číně a ve Vietnamu, 1960–2012	44
Obrázek 12:	Míry plodnosti podle věku žen, Čína 1975 a Vietnam 1987	45
Obrázek 13:	Míry plodnosti podle věku žen, Čína 2000 a Vietnam 2009	46
Obrázek 14:	Vývoj roční míry populačního růstu v Číně a ve Vietnamu, 1960–2012 (v %).....	47
Obrázek 15:	Vývoj indexu ekonomického zatížení v Číně a ve Vietnamu, 1960–2012.....	48

Kapitola 1

Úvod

Téma práce jsem si vybrala z toho důvodu, že Vietnam v rámci rozvojového světa patří k zemím, kde se poměrně dlouho uplatňuje populační politika – již 50 let. A právě vietnamské programy plánovaného rodičovství se řadí k těm úspěšným. Dalším specifikem je, že patří mezi 5 zemí na světě s komunistickým režimem. Navíc Vietnam patří k nejlidnatějším zemím světa, podle OSN je 13. nejpočetnější zemí na světě (OSN, 2012). V roce 2013 měl Vietnam téměř 90 milionů obyvatel. I proto je z globálního hlediska důležité sledovat jeho populační vývoj. V neposlední řadě byl důvodem výběru právě Vietnamu také osobní zájem o tuto asijskou zemi.

Cílem práce je zanalyzovat pokles plodnosti ve Vietnamu s ohledem na uplatňovanou populační politiku v letech 1960–2012. V období 1988–2003 představil jednu z nejvýraznějších populačních politik ve světě – politiku dvou dětí. Jelikož je vietnamská populační politika dvou dětí inspirovaná čínskou populační politikou jednoho dítěte, zařadila jsem do práce také srovnání populačních politik obou států i průběhu poklesu plodnosti.

Z hlediska ucelenosti je vhodné prezentovat populační politiku ze všech tří aspektů, tedy populační politiku, zdravotní politiku i migrační politiku. Nicméně k analýze poklesu plodnosti využívám pouze populační politiku, která má dominantní vliv. I z toho důvodu popisuji u Číny pouze populační politiku.

Práce je rozdělena celkem do 7 kapitol. Ve druhé kapitole jsou blíže popsány všechny zdroje dat, které jsem v práci využila. Další dvě kapitoly mají teoretický ráz a věnují se postavení Vietnamu v rámci regionu jihovýchodní Asie včetně základních informací o této zemi. V další kapitole jsou představeny populační politiky Vietnamu a Číny. Následující, pátou kapitolou začíná samotná analytická část práce, kde se postupně věnuji analýze poklesu plodnosti a vlivu populační politiky ve Vietnamu i v Číně a nakonec srovnávám pokles plodnosti v obou zemích. Šestou kapitolu jsem věnovala analýze potratovosti ve Vietnamu, jelikož s mírou plodnosti úzce souvisí. V závěru shrnuji poznatky získané v této bakalářské práci.

Kapitola 2

Zdroje dat a metodika

Kvalita a dostupnost dat o populaci Vietnamu se v posledních 20 letech podstatně zlepšila. Přestože ale stále existuje prostor ke zlepšování, zveřejňovaná data jsou na dostačující úrovni k analýze.

K analýze poklesu plodnosti jsem použila data uveřejněná Světovou bankou. V mnohém sice mohou být nepřesnější než oficiální statistiky, nicméně oficiální data za Čínu se mi nepodařilo získat a pro více odpovídající srovnání jsem data Světové banky použila i pro Vietnam. Dále jsem data čerpala i z oficiální statistiky, tedy data z Generálního statistického úřadu Vietnamu (GSÚ). Používala jsem data elektronická, z různých publikací volně ke stažení i z knižní publikace „The 1/4/2012 Time-point Population Change and Family Planning Survey: Major Findings“, kterou v roce 2012 vydal Generální statistický úřad Vietnamu. Mě se povedlo si ji zakoupit přímo na statistickém úřadě v Hanoji během mých cest Vietnamem na podzim 2013. Tato publikace není volně přístupná na internetu, což mi poskytuje zcela originální data. Jde o celonárodní šetření zaměřené na údaje o obyvatelstvu a plánovaném rodičovství, které se koná každoročně od roku 2001. Zahrnuje období jeden rok před šetřením (od 1. dubna do 31. března daného roku), tedy dva kalendářní roky (např. 2011–2012), já ve své práci uvádím data k druhému obsaženému roku (např. 2012). Použila jsem také data z článků v odborných časopisech, z World Population Prospects od OSN nebo z tzv. data sheetů od Population Reference Bureau (PRB). Dále jsem čerpala data z výběrového šetření Demographic and Health Survey (DHS), což je program, který pomáhá rozvojovým zemím po celém světě v oblasti sběru a využívání dat. To slouží především ke sledování a vyhodnocování populačních a zdravotních programů. Na tomto šetření se podílejí statistické úřady i odborníci, dá se proto považovat za relevantní zdroj. DHS bylo ve Vietnamu provedeno v letech 1988, 1997, 2002 a 2005. První uvedené ale není volně přístupné a poslední uvedené je zaměřeno na výskyt AIDS. Proto jsem využila pouze data za roky 1997 a 2002. Výsledky DHS se vztahují k období 5 let před šetřením. Obecně může být problémem dat nepřesnost, hlavně u šetření.

Pro analýzu dat z DHS jsem pracovala ve statistickém programu SPSS. K vytvoření kartogramu jsem použila program ArcMap.

Názvy jednotlivých socioekonomických regionů Vietnamu jsem přeložila do češtiny z anglických, obecně užívaných názvů. Zkratky použité v textu většinou patří mezi všeobecně

používané. Uvádím a vysvětluji zde také demografické ukazatele, které jsem v práci použila, podle definice Českého statistického úřadu.

2.1 Použité ukazatele

Index ekonomického zatížení

počet osob v ekonomicky neaktivním věku (0–14 let a 65 a více let) na 100 osob v ekonomicky aktivním věku (15–64 let) v daném časovém okamžiku

$$iez = \frac{P_{0-14} + P_{65+}}{P_{15-64}}$$

Index maskulinity

počet mužů připadajících na 100 žen v populaci (nebo v jednotlivých věkových skupinách) v daném časovém okamžiku

$$ima = \frac{P^m}{P^z} \times 100$$

Index maskulinity při narození

počet živě narozených chlapců připadajících na 100 živě narozených dívek v daném časovém okamžiku

$$sima = \frac{N^{\text{v chlapci}}}{N^{\text{v dívky}}} \times 100$$

Index umělé potratovosti

počet uměle přerušovaných těhotenství připadajících v daném časovém intervalu a v daném území na 100 celkem narozených dětí v témž intervalu a v témž území

$$ipo^i = \frac{UPT}{N} \times 100$$

Kojenecká úmrtnost

počet dětí zemřelých před dosažením věku jednoho roku na 1 000 živě narozených dětí

$$kú = \frac{D_0}{N^v} \times 1\,000$$

Míry plodnosti podle věku (specifické míry plodnosti)

počet živě narozených dětí ženám v určitém věku (věkové skupině) na 1 000 žen v daném věku (věkové skupině)

$$f_x = \frac{N_x^v}{P_x^z} \times 1\,000$$

Naděje dožití při narození

průměrný počet let, který má naději prožít osoba právě narozená při zachování řádu úmrtnosti sledovaného období

$$e_0 = \frac{T_0}{I_0}$$

Pravděpodobnost zvětšování rodiny

pravděpodobnost pro ženu, která má i dětí mít $i+1$ dítě

$$a_0 = \text{úp}^1 \quad a_i = \frac{\text{úp}^{i+1}}{\text{úp}^i}$$

Úhrnná plodnost

průměrný počet živě narozených dětí, které by se narodily jedné ženě za předpokladu, že by míry plodnosti podle věku zaznamenané ve sledovaném kalendářním roce zůstaly během jejího reprodukčního období (15–49 let) neměnné

$$\text{úp} = \sum_{15}^{49} f_x = \sum_{15}^{49} \frac{N_x^v}{P_x^z}$$

Úhrnná umělá potratovost

průměrný počet interrupcí, který by připadl na jednu ženu za předpokladu, že by míry umělé potratovosti podle věku zaznamenané ve sledovaném kalendářním roce zůstaly během jejího reprodukčního věku (15–49 let) neměnné

$$\text{úpo}^i = \sum_{15}^{49} \text{po}_x^i = \sum_{15}^{49} \frac{UPT_x}{P_x^z}$$

Kapitola 3

Postavení Vietnamu v regionu jihovýchodní Asie

3.1 Region jihovýchodní Asie

Region jihovýchodní Asie zahrnuje 11 států: Brunej, Filipíny, Indonésii, Kambodžu, Laos, Malajsi, Myanmar, Singapur, Thajsko, Vietnam a Východní Timor (Obrázek 1). Jihovýchodní Asie je podle OSN třetím nejlidnatějším regionem světa s téměř 620 miliony obyvatel. Zároveň patří mezi jedny z nejhustěji osídlených. Přírůstek obyvatel je v porovnání s ostatními regiony světa průměrný, v rámci jednotlivých států ale existují rozdíly (OSN, 2012).

Tento region je zajímavý z několika důvodů. Disponuje velkým ekonomickým potenciálem, což dokazují hospodářské úspěchy některých zemí tohoto regionu, tzv. asijských tygrů. Dále je skladba obyvatelstva značně různorodá. Nachází se zde obrovské množství etnických a jazykových skupin. Pestrá je také struktura obyvatelstva podle náboženství, kdy se zde po dlouhou dobu mísily vlivy buddhismu, islámu, křesťanství a nespočetného množství tradičních náboženství a kultů. To pak významně ovlivňuje vývoj celé společnosti. V pevninské části jihovýchodní Asie převažuje buddhismus, v ostrovní části islám, s výjimkou Filipín, kde je vlivem kolonizace dominantní křesťanství. Najdeme zde státy jak liberální, tak státy s komunistickým režimem (Laos, Vietnam).

Státy jihovýchodní Asie jsou sdruženy v regionální mezinárodní organizaci ASEAN (Association of South East Asian Nations = Sdružení národů jihovýchodní Asie), která byla založena v roce 1967 pěticí zemí – Filipínami, Indonésií, Malajsií, Singapurem a Thajskem. Kromě Východního Timoru, který je od roku 2006 kandidátem, dnes sdružuje i ostatní státy regionu. Cílem této organizace je spolupráce na úrovni ekonomické, politické i vojenské pro urychlení ekonomického a sociálního pokroku a kulturního rozvoje.

Obrázek 1: Postavení Vietnamu v rámci regionu jihovýchodní Asie



Zdroj: CIA: The World Factbook, 2014; upraveno

Ekonomicky nejvyspělejšími státy regionu jsou Malajsie a Thajsko. Vietnam se řadí ke středně vyspělým, ovšem disponuje relativně dobrým zdravotnictvím a slušnou úrovní vzdělání obyvatel. Navíc má z pohledu demografických ukazatelů velmi dobrou pozici pro ekonomický rozvoj, obdobně jako Indonésie. Tyto země mají totiž v současnosti příznivou věkovou strukturou s vysokým počtem osob v produktivním věku, která nabízí ekonomické využití.

Ne všechny tyto země dosáhly stádia, kdy demografická revoluce přirozeně vyplýne z ekonomických, sociálních a kulturních podmínek, ale díky cílenému snižování plodnosti a programům na zlepšení zdraví matek a dětí u nich přesto může dojít ke změně reprodukčního chování. Příkladem jsou Indonésie či Vietnam.

Země se vzájemně liší svými sociálními, ekonomickými i kulturními podmínkami. Přesto ve všech dochází k poklesu plodnosti. Svůj význam má plánované rodičovství, kterému většina zemí věnuje významnou pozornost. K zemím, které přijaly politiku omezování populačního růstu, patří například Filipíny, Thajsko, Indonésie či Vietnam. Ve všech došlo ke snížení plodnosti, nejvýrazněji právě ve Vietnamu. Dnes je v rámci regionu možné pozorovat vysokou variabilitu plodnosti (Tabulka 1). Nejnižší úhrnnou plodnost mají nejmenší státy Singapur (1,3) a Brunej (1,6), dále pak Thajsko (1,6). Nejvyšší je ve Východním Timoru (5,7), v Laosu (3,2) a na Filipínách (3,0). Vietnam se s úhrnnou plodností 2,1 dítěte na jednu ženu řadí v rámci regionu spíše ke státům s nižší plodností.

Tabulka 1: Úhrnná plodnost ve státech regionu jihovýchodní Asie, 2013

Stát	Počet dětí na 1 ženu
Singapur	1,3
Brunej	1,6
Thajsko	1,6
Myanmar	2,0
Malajsie	2,1
Vietnam	2,1
Indonésie	2,6
Kambodža	2,8
Filipíny	3,0
Laos	3,2
Východní Timor	5,7
Jihovýchodní Asie	2,4

Zdroj: PRB: 2013 World Population Data Sheet, 2013

Oproti jiným zemím (Thajsko, Malajsie) byl nástup snižování úmrtnosti ve Vietnamu opožděn vlivem válek a nestabilní politické situace. V současnosti má ale Vietnam díky cílenému zlepšování zdraví obyvatel a celkem slušnému zdravotnictví poměrně dobré úmrtnostní podmínky. Naděje dožití při narození dosahuje přes 70 let u obou pohlaví (70 let pro muže, 76 let pro ženy), což je nad regionální průměr. Nejdelší naděje dožití při narození je

v Singapuru, Bruneji a Malajsii, nejkratší v Kambodži a Myanmaru (Tabulka 2). Největší rozdíl v naději dožití při narození mezi muži a ženami mají Thajsko (7 let), Vietnam a Filipíny (6 let).

Kojenecká úmrtnost je ve Vietnamu spíše nižší, zemře přibližně 16 z 1 000 kojenců, což je oproti regionálnímu průměru relativně nízká hodnota. Nejnížší kojenecká úmrtnost je v Singapuru, Bruneji a Malajsii, nejvyšší v Laosu a Myanmaru.

Tabulka 2: Naděje dožití při narození a kojenecká úmrtnost ve státech regionu jihovýchodní Asie, 2013

Stát	Naděje dožití při narození (v letech)		Kojenecká úmrtnost (v ‰)
	Muži	Ženy	
Singapur	80	84	2
Brunej	77	79	7
Malajsie	72	77	7
Thajsko	71	78	11
Vietnam	70	76	16
Filipíny	66	72	22
Indonésie	68	72	32
Kambodža	61	64	45
Východní Timor	65	68	45
Myanmar	63	67	52
Laos	66	69	68
Jihovýchodní Asie	68	73	28

Zdroj: PRB: 2013 World Population Data Sheet, 2013

3.2 Základní informace o Vietnamu

Vietnamská socialistická republika leží na východní straně poloostrova Zadní Indie, tedy v makroregionu jihovýchodní Asie. Rozloha země je 329 560 km². Z východu a jihu je omývána Jihočínským mořem. Na severu sousedí s Čínou, na západě s Laosem a na jihozápadě s Kambodžou. Podél pobřeží a na jihu země se nachází nížiny; na severu země, podél hranic s Laosem a částečně s Kambodžou převládají hory. Charakteristické jsou tropické lesy, všudypřítomná rýžová pole a nebezpečí sezónních tajfunů.

Hlavním městem Vietnamu je Hanoj, která se nachází na severu země. V současnosti má téměř 6,5 milionu obyvatel a po Ho Či Minově městě je druhým největším městem v zemi. Vietnam se dělí na 63 administrativních jednotek – 58 provincií a 5 měst (Hanoj, Ho Či Minovo město, Hai Phong, Can Tho a Da Nang). Můžeme rozlišit také 6 socioekonomických regionů, a to Severní středozemí a hory, Delta Rudé řeky, Severní a jižní centrální pobřeží, Centrální vysočina, Jihovýchod a Delta Mekongu (Obrázek 2). Regiony Severní středozemí a hory a Centrální Vysočina se vyznačují vysokým podílem etnických menšin. Pro etnické minority je typická vyšší plodnost, zachovávání tradic, koncept multigenerační rodiny apod., tedy i hodnoty některých demografických ukazatelů tomu pak odpovídají. V regionu Delta Rudé řeky se

nachází hlavní město Hanoj. Region Jihovýchod je ekonomicky nejvyspělejší, soustředí se zde mnoho zahraničních investic a přirozeně jsou zde lepší pracovní příležitosti, což láká mladé lidi. Leží zde největší město Vietnamu – Ho Či Minovo město. Z pohledu demografického vývoje je tento region nejpokrokovější.

Úředním jazykem je vietnamština. V zemi vládne komunistická strana, která ovšem do jisté míry povoluje západní investice a soukromé podnikání a vlastnictví. Podle sčítání lidu 2009 je počet obyvatel téměř 85 850 000 (GSÚ, 2010). Na území Vietnamu žije 54 různých etnických skupin. Z celkového obyvatelstva představují 85,7 % etničtí Vietnamci – národnost Kinh, kteří se soustřeďují zejména v deltách největších řek, v pobřežních rovinatých oblastech a ve městech. Zbytek populace tvoří Tayové, Thajci, Khmerové, Čamové a další národnostně-jazykové menšiny, soustřeďující se hlavně v horských oblastech (např. Hmongové). Hlavním náboženstvím je buddhismus, méně rozšířené jsou křesťanství (katolické a protestantské) a sekty Cao Dai a Hoa Hao.

Obrázek 2: Socioekonomické regiony Vietnamu



3.2.1 Historie

Již od 17. století do Vietnamu přijížděli francouzští misionáři a Francie si Vietnam postupně vojensky podmanila. V roce 1887 z něj vytvořila svou kolonii, součást tzv. Francouzské Indočíny. Koloniální období ukončila 2. světová válka, během níž byl Vietnam obsazen Japonskem. Po jeho kapitulaci se k moci dostala komunistická strana v čele s Ho Či Minem a v roce 1945 byla vyhlášena samostatná nezávislá republika. Do země se ovšem vrátili Francouzi a následná Indočínská válka skončila až v roce 1954 porážkou Francie a rozdělením Vietnamu na dvě části s demilitarizovanou zónou podél 17. rovnoběžky, a to severní komunistickou Vietnamskou demokratickou republiku a jižní profrancouzskou Vietnamskou republiku. Konec francouzské vlády v jihovýchodní Asii umožnil počátek vlivu USA v jižní části a SSSR a Číny v severní části Vietnamu. To vše později vyústilo ve Vietnamskou válku, což byl ozbrojený konflikt v letech 1955–1975 mezi částmi jižního a severního Vietnamu, podporovanými příslušnými mocnostmi. Někdy se též nazývá „americká válka“. Toto období

bylo složité a vleklé, použití chemických zbraní má následky dodnes. Odhaduje se, že mohly zahynout až 2 miliony vietnamských civilistů. S odchodem Američanů z Vietnamu se povedlo komunistům Jižní Vietnam dobýt. Po skončení války v roce 1976 byly obě části opět spojeny v jeden stát.

3.2.2 Ekonomika

Vietnam stále patří mezi rozvojové země. Období velkých změn začalo v roce 1986 reformami o volném trhu a o zemědělství (počátek období tzv. Doi Moi). I přes vládní přísliby o modernizaci hospodářství se ekonomika země zlepšuje jen velmi pomalu. Problémy jsou nedostatečně kapitalizovaný bankovní sektor, zadluženost, korupce a další.

Důležitou složkou vietnamského hospodářství je zemědělství, přestože se jeho podíl neustále snižuje. Mezi hlavní produkty patří rýže, káva, čaj, pepř, kaučuk, ovoce, sójové boby či kešu oříšky. Z živočišné výroby má největší význam chov prasat, drůbeže nebo lov ryb a mořských plodů. Význam i podíl průmyslu roste. K hlavním odvětvím patří potravinářský průmysl, oděvní a obuvnický průmysl, strojírenství, elektronika a těžební průmysl. Nezanedbatelně se rozvíjí také sektor služeb. Podstatnou součástí je rozvoj cestovního ruchu, kdy počet turistů v zemi se každým rokem zvyšuje (přes 4,5 milionu turistů v roce 2013). Nejvyšší podíl obyvatel zaměstnává zemědělství (46,9 %), následují služby (32,0 %) a průmysl (21,1 %) (GSÚ, 2013).

Kapitola 4

Populační politika

4.1 Populační politika Vietnamu

4.1.1 Politika plánovaného rodičovství

Vietnam uplatňuje populační politiku již přes 50 let. Řadí se k zemím, které představily výraznou populační politiku. V letech 1988–2003 platila tzv. politika dvou dětí, kdy páry měly povoleno mít jedno až dvě děti. Cílem bylo zbrzdit populační růst a omezit velikost rodiny. Inspirací se stala čínská politika jednoho dítěte.

Vietnam má na Čínu tradiční vazby. V kontextu uplynulých 1 000 let s ní byl v nepřetržitém přímém kontaktu a byl tak často ovlivněn čínskými politickými a administrativními praktikami, vzdělávacím systémem nebo kulturními zvyky. V minulosti tak několikrát převzali čínské politické koncepty. Poprvé to bylo v roce 1812, kdy Vietnam přijal rodinný kodex. Ten například stanovoval, že muž nakládal s prostředky domácnosti, naopak ženám zakazoval dědit půdu i majetek. Ale navzdory této politice vietnamské ženy dědily i nadále až do koloniální éry (Goodkind, 1995).

O téměř 150 let později, v roce 1960, byla v Severním Vietnamu přijata upravená verze čínského Zákona o manželství a rodině (z roku 1950). Hlavním záměrem bylo podpořit ideály socialismu. Tento zákon např. zakazoval dětské zásnuby, násilné či domluvené sňatky, konkubináty nebo bití žen (Goodkind, 1995). Tím došlo k podpoře genderové i generační rovnosti.

V roce 1963 byla v Severním Vietnamu poprvé uplatněna populační politika. Šlo o politiku tří dětí, která párům doporučovala mít nejvýše tři děti a jako vhodný interval mezi nimi stanovila 5–6 let. Důvodem byla rychle rostoucí populace v regionu Delta Rudé řeky. Tato politika tedy nebyla donucovací. Cílem bylo snížit rychlý populační růst, snížit chudobu, zlepšit situaci žen a dětí, poskytnout některé základní služby plánovaného rodičovství v určitých oblastech. Jako hlavní antikoncepční metoda bylo prezentováno nitroděložní tělísko. To zůstalo u vietnamských žen hluboce zakořeněné a dodnes je nejužívanější antikoncepční metodou. Ovšem kvůli tehdy probíhající válce mohly jít na plánované rodičovství pouze omezené zdroje

a efektivita tak byla utlumená. Nicméně se podařilo zvýšit přístupnost k antikoncepci a umělému ukončení těhotenství. V Jižním Vietnamu žádná populační politika oficiálně schválená nebyla, i když v urbanizovaných oblastech byly zaznamenány snahy o zpřístupnění antikoncepčních metod.

Po sjednocení v roce 1976 se vláda snažila rozšířit služby plánovaného rodičovství také na jih, ale celkově neměla populační politika velký význam. Až když první sčítání v roce 1979 ukázalo, že roční přírůstek je přes 2 %, začala se tomuto tématu opět věnovat pozornost. V roce 1984 byla ustanovena Národní rada pro obyvatelstvo a plánované rodičovství (National Council of Population and Family Planning), což bylo klíčovým faktorem pro pokles plodnosti z hlediska institucionálního. Cíle obou částí země tak byly sjednoceny. Lepšímu plánování a uplatňování politiky pomohlo založení úřadů na úrovni provincií a po roce 1988 také ustanovení okresních a obecních úrovní.

Třetím velkým převzetím politického konceptu po vzoru Číny byla populační politika dvou dětí. Tu Vietnam oficiálně představil v roce 1988, tedy 9 let po zavedení politiky jednoho dítěte v Číně. Tomu nejdříve předcházela řada ekonomických reforem od roku 1986. Tato éra je známá jako Doi Moi (renovace) a přinesla mnohé sociální a ekonomické změny, např. dekolktivizaci v zemědělství či přechod na tržní hospodářství. Vietnamská verze populační politiky nebyla tak přísná jako čínská, byla přizpůsobena vietnamskému prostředí. Jedním z rysů byla manipulativnost, kdy poskytovatelé služeb plánovaného rodičovství preferovali osobní kontakt, snažili se obyvatele přinutit cítit se zodpovědně k ekonomické situaci země tím, že budou mít jen dvě děti. Hlavním důvodem zavedení politiky bylo zastavení rychlého populačního růstu. Existovaly totiž obavy, že nekontrolovaná plodnost a následný populační růst by mohly narušit plány národního ekonomického rozvoje, přispět k dlouhodobé chudobě a ohrožit životní prostředí.

Politika dvou dětí stanovovala několik zásad. V první řadě páry neměly povoleno mít více než dvě děti. Dále byl určen minimální věk, kdy se jednotlivci mohlo narodit dítě; pro zaměstnance státní správy (např. učitele nebo úředníky) to bylo 22 let pro ženy a 24 let pro muže, pro ostatní 19 let pro ženy a 21 let pro muže. Případné narození druhého dítěte mělo být alespoň 3–5 let po narození prvního, s výjimkou pro ženy starší 30 let, u kterých byly tolerovány 2–3 roky. Příslušníci etnických menšin měli povoleno mít až tři děti. Zdarma se začaly poskytovat antikoncepční prostředky, byla zavedena možnost umělého přerušování těhotenství. K dispozici byly také slevy na tyto služby v privátním sektoru. Kromě nitroděložního tělíška byla propagována sterilizace; stát na ni poskytoval finanční příspěvek.

Vedle pravidel byly ustanoveny také postihy za jejich porušení. V rámci zaměstnání to mohlo být snížení platu, ztráta bonusů, vyřazení či jiná omezení. Členové komunistické strany mohli dostat důtky či být vyloučeni. Zavedly se také finanční pokuty nebo pokuty v naturáliích (většinou šlo o odvod rýže v množství od 5 do 400 kilogramů).

Politika dvou dětí byla zrušena po 15 letech v roce 2003. Jedním z důvodů byl mezinárodní tlak proti této donucovací politice. Nahrazena byla politikou, která propaguje malé rodiny. Ovšem politika dvou dětí se v malé míře zachovala, svým způsobem zůstala platná pro státní

zaměstnance, kteří by podle vlády pro zbytek populace měli jít příkladem a mít pouze malé rodiny s nejvýše dvěma dětmi. V případě jejího „porušení“ riskují ztrátu možnosti povýšení, snížení platu či vyhazov.

Současná vládní strategie ohledně obyvatelstva a reprodukčního zdraví zahrnuje propagační a vzdělávací kampaně zaměřené na populaci a plánované rodičovství, které mají zlepšit situaci matek a jejich dětí a péči o reprodukční zdraví pro mladé lidi a etnické menšiny. Pozornost se zaměřuje také na osvěty ve školách. Zavádí se projekty poskytující informace o reprodukčním a sexuálním zdraví pro mládež ve školách či pracovníky v průmyslu (Viet Nam News, 2013). V praxi to znamená, že zájmem vlády je především šířit informace mezi obyvateli; učit o výhodách mít pouze dvě děti, o možnostech antikoncepce, zvýšit úroveň vzdělání žen (zejména chudých žen ve venkovských oblastech). Významná je také popularizace dětí ženského pohlaví (dcery jsou stejně důležité jako synové, propagace rovnocennosti pohlaví dětí). Rodinám s dvěma dcerami je poskytována finanční pomoc, navíc mají snížené poplatky za školu.

Kolem roku 2008 vietnamská vláda projednávala znovuzavedení politiky dvou dětí. Důvodem byla přetrvávající chudoba především ve venkovských oblastech a u rodin s velkým počtem dětí. Dále pak obavy politiků ohledně možného populačního boomu, který by mohl narušit ekonomický růst a přivodit problémy v sektorech zdravotnictví a školství. K jejímu opětovnému zavedení nedošlo, zakazuje totiž ženám si svobodně zvolit, kolik budou mít dětí a jaké časování mezi nimi bude. A rozhodnutí, zda pár bude či nebude mít dítě, by nemělo ležet na vládě, ale mělo by být svobodnou volbou. Mezinárodní postoj je proti takové politice.

4.1.2 Zdravotní politika

Již od nezávislosti na Francii v roce 1954 a obzvláště po roce 1968 Vietnam značně investoval do zdravotní péče. V období let 1945–1975 došlo v Severním Vietnamu k výraznému rozšíření zdravotní infrastruktury (počet nemocnic, lůžek, zdravotnického personálu). Důraz byl kladen na rozvoj a zpřístupnění sítě primárního zdravotnictví s cílem univerzálního pokrytí. V některých urbanizovaných oblastech dosáhlo pokrytí až 100 %, ve venkovských oblastech kolem 75 %, ale s výraznými nedostatky v horských oblastech. Úroveň kvality byla pravděpodobně nízká (Witter, 1996). Mimoto se investovalo do několika zdravotnických programů, především na boj proti malárii a onemocněním průjmovým a imunizačním. Po sjednocení v roce 1976 se velkou zátěží na státní rozpočet stala snaha rozšířit zdravotní péči také na jih země.

Před počátkem renovačního období v roce 1986 ve Vietnamu v oblasti zdravotnictví neexistoval žádný nezávislý výzkum. Zdravotnictví bylo jednotné, centrálně řízené, silně dotováno. Kvalita služeb nebyla moc vysoká a výběr byl omezen. Ceny např. léků byly nastaveny na jednotnou úroveň, se státními dotacemi pro farmaceutické společnosti. Služby

i léky byly přístupné všem obyvatelům a zcela zdarma. To samozřejmě vytvářelo velký finanční tlak na stát, čemuž přispíval také rychlý populační růst, nedostatek vnější pomoci a ekonomické problémy v 80. letech. To nakonec vedlo k vysoké roční inflaci, poklesu růstu HDP i poklesu reálné hodnoty platů.

Ačkoliv za fungováním tohoto systému byly problémy (později především nedostatek prostředků vlivem krize), došlo k poměrně velkému úspěchu. Podařilo se dosáhnout univerzálnosti primární zdravotní péče a zřídit poměrně rozsáhlou síť zdravotnických zařízení, která velmi dlouho převyšovala dostupnost zdravotní péče ve většině jiných rozvojových zemí. Například podle Světové banky byl počet obecních zdravotnických středisek na milion obyvatel v roce 1989 asi 167, kdežto v Thajsku 141 a v Číně pouze 63. Obdobné dobré postavení měl Vietnam také u počtu pacientů na jedno nemocniční lůžko, a to 389 osob. V Thajsku to bylo 665 osob a v Číně 465 osob (World Bank, 1992). S poměrem 2,3 sestry na lékaře za rok 1990 byl Vietnam porovnatelný s rozvinutými zeměmi (Witter, 1996). Navíc se podařilo snížit kojeneckou úmrtnost a zvýšit naději dožití při narození na neobvykle dobrou úroveň pro zemi řazenou do kategorie s nízkými příjmy. Zvýšil se také socioekonomický status žen. Nicméně některé problémy zůstaly, a to stále poměrně vysoká incidence malárie v hornatých oblastech na severu země při hranicích s Kambodžou a dále problémy s podvýživou především kojenců (World Bank, 1992).

Rokem 1986 započala éra tzv. Doi Moi, což bylo období renovační politiky. Došlo k velmi podstatným změnám ekonomickým i sociálním. Kvůli mezinárodní izolaci a omezeným zdrojům přijal Vietnam v oblasti zdravotnictví takovou strategii, která zdůrazňovala soběstačnost a úspornost z dřívějšíka. Základem této strategie byly prevence, užívání tradiční medicíny ve spojení s moderními metodami, zdravotní systémy založené na obecní úrovni a soběstačnost při výrobě léčiv (World Bank, 1992). Došlo k rozsáhlé komercializaci, byly zrušeny státní dotace, služby poskytované dříve zdarma byly zpoplatněny (výjimku měli pouze handicapovaní, rodiny zdravotnického personálu nebo osoby, které byly obecními představiteli označeny jako nemajetné). Náklady právě na zdravotní péči se tak zvýšily díky oficiálním poplatkům, ale také výdajům za léky a neoficiálním platbám lékařům. Dávání „dárků“ výměnou za lepší službu je přetrvávající rozsáhlou praktikou. Přístup ke zdravotní péči tak začal být určován výší příjmu. Poplatky vzrostly, využití služeb zdravotnictví se snížilo. Výsledkem bylo především snížení kvality péče a dostupnosti pro chudé. Podle Vietnam Living Standard Survey z roku 1993 financoval veřejný sektor asi jen 15 % všech zdravotnických výdajů (rozdíly ale byly mezi nemocnicemi (asi jedna třetina) a obecními středisky (ani ne 10 %)). Největší výdaje hradili pacienti za léky, poplatky za léčbu tvořily jen malý podíl. Nedostatek financí ve zdravotnictví se promítl v mnoha směrech. V první řadě na platech zaměstnanců, dále na nedostatečném a nevhodně udržovaném zdravotnickém zařízení, budovách ve špatném stavu, nedostatku zásob léků apod. To vše vedlo ke snížené důvěře obyvatel vůči veřejnému sektoru.

Ale po roce 1989 se začal rozvíjet také privátní sektor, ačkoliv v malé míře existoval i dříve, například v podobě tradičních léčitelů. Nicméně soukromé praxe v dnešní podobě povoleny nebyly. Podílel se především na léčbě ambulantních pacientů. Hospitalizované pacienty stále

plně pokrýval veřejný sektor. Zajímavý je způsob, jakým se privátní sektor rozvinul. Zcela mimo veřejný sektor totiž pracovalo jen málo lékařů, většina byla státními zaměstnanci, kteří si privátně vydělávali ve svém volném čase.

Vlivem liberalizace farmaceutického průmyslu se zvýšila dostupnost léčiv. Ve Vietnamu došlo k masivnímu rozvoji výroby léků, ale hojně se začalo dovážet také ze zahraničí. To způsobilo další problém, a tím bylo předepisování léků ve velkém a jejich nadměrné užívání (což později vedlo ke zvýšené odolnosti např. na antibiotika). Jejich kvalita byla ovšem na diskutabilní úrovni. Zdravotnickému personálu chyběly potřebné znalosti o výrobcích, které se náhle objevily na trhu. Volně prodejné léky v maloobchodních lékárnách pomalu nastavily trend „samoléčby“. Docházelo tak ke zbytečnému plýtvání penězi nebo k „lěčbám“, které byly spíše škodlivé (Witter, 1996).

Vietnam dnes stále patří k zemím, kde je většina výdajů hrazena přímo pacienty (poplatky, nákup léků, pojištění, diagnostické testy). Podle světové banky to bylo 95 % v roce 1995 a 85 % v roce 2012 (World Bank, 2014). V porovnání s ostatními státy regionu jihovýchodní Asie patří Vietnamu k těm zemím, ve kterých je tento podíl vyšší. Poplatky se ve Vietnamu vybírají za veškerou péči ve veřejném sektoru s výjimkou ambulantní péče ve zdravotních střediscích. Chudí nemají žádnou výjimku, což může být pro jejich rodinný rozpočet velký problém. Důsledkem je významné ovlivnění životní úrovně domácností. Nejméně 10 % všech domácností utratí za zdravotní péči více než čtvrtinu svých prostředků (po odečtení nákladů za jídlo) (Van Doorslaer a kol., 2007).

Vládními cíli podle dokumentu „Strategy for Socioeconomic Stabilization and Development up to the year 2000“ byly posílení prevence a kontrola infekčních onemocnění, zlepšení primární zdravotní péče na nejnižší úrovni, snížení míry populačního růstu na 1,8 % do roku 2000 (podle OSN byla roční míra populačního růstu v letech 1995–2000 asi 1,2 % (OSN, 2012)), rozvoj soběstačnosti v základních léčivech, prosazování tradiční medicíny v rámci primární zdravotní péče a zlepšení přístupu k nezávadné vodě a sanitárním zařízením.

Vietnam patří spolu s Indií a Bangladéšem k nejchudším zemím, které zlepšily procento imunizace o více než 25 % od roku 1988 pomocí efektivních očkovacích programů (Preker a kol., 2000). Prevence dětských nemocí prostřednictvím takových programů zůstává jednou z nejlepších investic, které mohou státy učinit pro zlepšení zdraví chudých.

Národní programy na zlepšení zdraví se týkají kontroly malárie, prevence nedostatku jódu, rozšířeného programu imunizace, kontroly tuberkulózy, eliminace malomocenství, prevence AIDS, zlepšení výživy a programu na vylepšení nemocničního zařízení (Meyers a kol., 2001). Aktuální záměry vlády v oblasti zdraví jsou neustálé zlepšování systému zdravotní péče, a to především na nejnižší úrovni, budování a vylepšování infrastruktury, modernizování zařízení, zvyšování schopností zdravotnického personálu, dále celková prevence pro zdraví, ale také prevence epidemií a nových nemocí (minimalizace infekčních onemocnění, podvýživy a chronických onemocnění). Cílem je také rozvinout efektivní systém zdravotního pojištění, zpřístupnit základní zdravotnické služby pro všechny do roku 2020 a plnou zdravotní péči do

roku 2030. Dále zvýšit náklady na zdravotní péči se zaměřením na podporu znevýhodněných osob (pozornost zranitelným sociálním skupinám, jako jsou ženy, senioři, chudí nebo etnické minority) (Government Portal, 2011a,b).

4.1.3 Migrační politika

Vývoj migrační politiky ve Vietnamu byl odlišný v období před rokem 1986 a po něm. V prvním období, po sjednocení Vietnamu v roce 1976, se v oblasti migrace stala nejvýraznější politika spojená s přerozdělením obyvatelstva a znovuosídlením venkova. Centrálně řízené hospodářství dávalo vietnamské vládě silné nástroje a stát tak mohl přímo ovlivňovat migrační toky a regulovat je podle potřeby. Hlavními cíli této politiky bylo zmenšit rozdíly v rozdělení pracovní síly a přírodních zdrojů, snížit populační tlak v hustě zalidněných provinciích a městech, omezit úroveň populačního růstu ve městech a posílit národní obranu a bezpečnost (Dang a kol., 1997). První desetiletí po skončení války měla přesídlovací politika několik hlavních rysů. V první řadě šlo o deurbanizaci jihu (během války mělo obyvatelstvo sklon přesouvat se do většího bezpečí měst), tzn. přesun obyvatel z větších měst na jih do jejich původních vesnic nebo do vládou určených vesnic. Dalším „druhem“ migrace byl přesun představitelů ze severu na jih země z důvodu upevnění komunistické moci. Dále byly snahy o přesun horského obyvatelstva, především etnických minorit, do údolí a nížin, kde nad nimi měla vláda lepší kontrolu. V tomto období se vláda zaměřovala na pohyb obyvatel ve směru venkov-venkov a město-venkov. To zahrnovalo programy přesídlování obyvatel z vybraných provincií hlavně dvou nejlidnatějších regionů (Delta Rudé řeky a Delta Mekongu – Hanoj a Ho Či Minhovo město) do řídkěji osídlených regionů, především do nových ekonomických zón Centrální vysočiny, ale i do severních vrchovin. Pro začátek byla migrantům častokrát poskytnuta zdarma doprava, bydlení či základní potřeby pro nový začátek. Ve finále ale tyto snahy nebyly tak úspěšné vlivem finančních i praktických problémů. Nedostatečná infrastruktura, špatné sociální služby i nízké mzdy migranty odrazovaly a polovina se jich nakonec vrátila brzy zpět (Dang a kol., 1997).

Po roce 1986 se hlavní trendy migrace změnily v důsledku přechodu k tržnímu hospodářství, který vedl k rozdílným poptávkám po pracovní síle i po mobilitě pracovní síly. Největším motorem změn v migraci byla privatizace a dekollektivizace. Vliv státu na migraci se snížil, pravomoci rozhodování se přesunuly na nižší úrovně. Nastartoval se proces pohybu pracovní síly za hranice provincií i regionů v důsledku nových možností. Došlo k celkovému zvýšení migrace, postupně se začala výrazně uplatňovat migrace dobrovolná. Významným směrem migrace se stal směr venkov-město. Vidina lepšího životního a atraktivita práce v průmyslu s vyššími výdělky než v sektoru zemědělství se staly velkým lákadlem. To dokazuje neustále se zvyšující míra urbanizace.

Role státu se od období reformů změnila. Co se týče migrační politiky, postupně došlo k přechodu z důrazu na počty migrujících lidí k důrazu na zlepšení koordinace a integrace různých rozvojových politik a větší investice státu do infrastruktury a sociálních služeb

v přijímacích regionech (Zhang a kol., 2006). Zvýšená migrace v současném Vietnamu je evidentním důkazem o velmi silném vztahu mezi migrací a rozvojem z hlediska životní, bezpečnosti i udržitelnosti. V minulosti stát využíval obyvatele jako hlavní zdroj pro své rozvojové cíle a zájmy pomocí plánovaných přesunů obyvatelstva, dnes spíše lidé využívají stát pro vlastní potřeby a zájmy pro ekonomický rozvoj rodiny (Hardy, 2000).

4.2 Populační politika Číny – politika jednoho dítěte

Čínská lidová republika vznikla v roce 1949. Hned od počátku se vláda snažila mít přehled a kontrolu nad svým obyvatelstvem, což bylo díky homogenosti a politickému zřízení státu možné. Čína má autoritativní nedemokratický režim, vlivem čehož je poměrně jednoduché zavést nějaký systém. Zpočátku bylo postavení vlády k populačnímu růstu poměrně pozitivní, vládce Mao Ce-tung viděl v početnosti čínské populace sílu. Přesto existovaly obavy z přelidnění země a již v 50. letech se objevily první pokusy o snížení populačního přírůstku. V roce 1954 byl povolen prodej a používání antikoncepce ve městech, od roku 1956 také na venkově (dočasně přerušeno v období Velkého skoku, 1958–1960). Sterilizace i umělá přerušování těhotenství se od roku 1957 mohla provádět pouze ze zdravotních důvodů (Šindelářová, 2010).

První kampaň s cílem omezení plodnosti, která probíhala od roku 1957, byla zaměřena na podporu zdraví matky a dítěte. Neměla kontroverzní, násilný charakter. Antikoncepční prostředky se postupně stávaly dostupnější, obecně se propagovaly rodiny se dvěma až třemi dětmi a pozdější sňatky. Od roku 1963 byla volně povolena umělá přerušování těhotenství (Šindelářová, 2010). Druhá kampaň (1963–1966) byla zaměřena na městské obyvatelstvo, kterému bylo povoleno mít maximálně 3 děti. Třetí kampaň následovala v letech 1971–1976. Snahou bylo, aby lidé měli děti později, aby byly delší meziprodání intervaly mezi nimi a aby jich celkově měli méně, tzv. „later, longer, fewer“. V roce 1979 byla zavedena politika jednoho dítěte, což znamenalo počátek tvrdého antinatalitního režimu. Cílem tohoto souboru vládních nařízení a opatření bylo ještě více omezit růst populace. Často je charakterizován modelem „4-2-1“, což znamená, že každá následující generace by měla být teoreticky početně poloviční než předchozí generace. Měla zajistit, aby v roce 2000 nedošlo k překročení hranice 1,2 miliardy obyvatel a aby tak přelidnění neohrozilo čínský ekonomický růst. Tato hranice byla nakonec překonána až v roce 2008.

Politika jednoho dítěte se stala jednou z nejkontroverznějších populačních politik na světě. Obecně se považuje, že zasahuje do lidských práv. Navíc byla nastavena v době, kdy již docházelo k poklesu plodnosti a její nutnost je tak zpochybnitelná.

Tato politika byla velmi přísná již od počátku. Státní komise pro plánované rodičovství určovala každý rok počet dětí, které se mohly narodit, šlo o tzv. systém kvót narozených (od roku 1980). Na základě tohoto cíle se povolil určitý počet narozených dětí pro jednotlivé

provincie, až došlo k přerozdělení počtu na nejnižší úrovně. Představitelé jednotlivých měst nebo vesnic pak vybírali rodiny, které dostaly povolení mít dítě. Dokud páry nedostaly povolení, oficiálně dítě mít nemohly. V případě otěhotnění ženy bez povolení byla taková těhotenství označována jako nechtěná a musela být ukončena interrupcí. Li (1995) na základě studie v provincii Hebei zjistila, že v období let 1980–1988 se mnoho dětí narodilo bez povolení. Pravidlo více dodržovaly ženy se statutem pracovníka¹. Celkem 91 % narozených dětí bylo s povolením, u dětí prvního pořadí to bylo dokonce 98 %. Ženy se statutem rolníka měly povolení ve 48 % případů. Je u nich podstatný rozdíl mezi dětmi prvního pořadí (86 %) a dětmi druhého a vyššího pořadí (11 %).

Princip politiky tedy spočíval v tom, že páry směly mít pouze jedno dítě. Jen páry s jedním dítětem měly největší příspěvky od státu, s druhým dítětem následovala určitá perzekuce (byly jim sebrány výhody, zvýšení nájemného atd.). Kvůli protestům bylo venkovskému obyvatelstvu v roce 1984 povoleno mít druhé dítě v případě, že prvním dítětem byla dívka. Tvrdou praxí byla také povinnost gynekologů, kteří museli podchytávat tajná těhotenství. Docházelo k náhodným gynekologickým prohlídkám, zda žena nečeká dítě, a to především ve městech. Ženy pak byly často nuceny jít na interrupci. Na venkově kontrola v takové míře nebyla, ženy tak mohly „nechtěné“ děti lépe ukrýt. I z toho důvodu jsou čínské statistiky poměrně nespolehlivé (mnoho nepřihlášených dětí v periferiích). V roce 1987 došlo k dalšímu uvolnění, když byly zavedeny různé výjimky.

Za porušení politiky byli lidé penalizováni. Tresty byly veřejně známé, mediálně propagované. Páry mohly být trestány za různé činy; nejčastěji za to, že měly dítě bez příslušného povolení. Dále například za to, že ačkoliv dostali povolení mít dítě vyššího pořadí, nedodrželi časování mezi nimi a druhé dítě měli příliš brzy po narození prvního. Nebo pokud uzavřeli manželství ještě před dovršením legálního sňatkového věku, pokud měli děti mimo manželství nebo pokud adoptovali dítě bez svolení.

Jako nejúčinnější trest vláda zvolila přímé finanční pokuty. Jejich výše závisela na závažnosti přestupku, např. za druhé dítě se mohly pohybovat až do výše poloviny ročního příjmu obou rodičů. Kromě finančních postihů hrozily lidem i jiné tresty. Těm, kteří příslušeli do skupiny pracovníků, hrozila ztráta členství v komunistické straně, zhoršení pozice v zaměstnání, snížení platu, ztráta možnosti povýšení či politické aktivity, nemožnost zaměstnání ve veřejném sektoru nebo dokonce ztráta statutu pracovníka. Ostatním, skupině rolníků, také hrozilo vyloučení ze strany, dále například upření práva na vlastní pozemek nebo bydlení či nemožnost zaměstnání v obecních podnicích. Tresty tedy byly častokrát „horší“,

¹ V Číně fungoval registrační systém domácností, kdy každá osoba a na základě toho pak i domácnost patřila do jedné ze dvou skupin. První z nich byla skupina se statutem rolníka, kdy tyto lidé neměli zajištěno jídlo, peněžní příjmy, lékařskou péči ani starobní důchody. Často se živil zemědělstvím, nicméně to automaticky neznamená, že člověk se statutem rolníka nemohl žít ve městě. Druhou skupinu tvořili lidé se statutem pracovníka, kteří měli zajištěnou práci, přiděly jídla, pracovní pojištění, starobní důchod a mnoho dalších výhod jako mateřskou dovolenou, dotace na dojíždění, vzdělání pro děti apod. Tyto výhody byly poskytovány státem, ten měl tudíž nad těmito lidmi přímou kontrolu. Statut pracovníka se všemi svými výhodami byl v podstatě symbolem vyššího sociálního postavení. Na druhou stranu byli tyto lidé pod mnohem přísnější státní kontrolou a dodržování pravidel tak bylo v jejich větším zájmu.

s dalekosáhlejšími důsledky pro osoby se statutem pracovníka. I z toho důvodu u nich byla politika úspěšnější. Ženy se statutem rolníka byly vůči politice více rezistentní, nesetkala se u nich s úplnou efektivitou.

Politika jednoho dítěte měla zvýšit životní podmínky snížením populačního růstu. Nicméně paradoxně dostala mnohé rodiny do svízelné situace, když měly zaplatit vysoké finanční pokuty, které někdy dokonce převyšovaly roční příjem domácnosti.

Tato politika platí i dnes, nicméně neustále dochází k jejímu zmírňování. Postupně byly zavedeny různé výjimky, které manželským párům povolovaly mít vyšší počet dětí. Výjimky se týkaly například řídce osídlených oblastí, kam se páry s vidinou mít více dětí stěhovaly. Alespoň částečně tím došlo ke snížení rozdílů mezi životní úrovní venkova a měst, na druhou stranu tím započala tzv. hanizace, což je proces přemísťování majority do oblastí minorit, které jsou tam původní. Stále platí, že páry na venkově smí mít druhé dítě v případě, že prvním dítětem je dívka. Většina etnických minorit může mít více než jedno dítě, některé až čtyři. Výjimky na druhé dítě se udělují i párům, jejichž první dítě je nějakým způsobem postižené. V mnoha provinciích je povoleno druhé dítě rodičům, kde jsou oba jedináčci. Poměrně nedávno bylo povoleno druhé dítě také párům, kde je alespoň jeden z nich jedináčkem. To je velmi zásadní uvolnění týkající se velké části populace. V současnosti se různé výjimky z politiky jednoho dítěte vztahují na více než polovinu populace. Politika jednoho dítěte dnes už není tak přísná jako v minulosti. Čínská vláda ji neplánuje zcela zrušit, ale zachovat ji s menšími úpravami.

4.3 Srovnání populační politiky Vietnamu a Číny

Vietnam i Čína patří k pěti zemím na světě, které jsou dodnes fakticky socialistické s vedoucí úlohou komunistické strany. Právě komunistický režim umožňuje dobré podmínky pro zavedení různých opatření takovým způsobem, aby mohla fungovat a byla kontrolovatelná. Oba státy spojuje také historické pozadí. Vietnam má na Čínu již velmi dlouhou dobu tradiční vazby, často přebíral čínské politické a administrativní praktiky. Nicméně ty se snažil inovovat, aby lépe padly vietnamskému prostředí. Nejinak tomu bylo i s politikou jednoho dítěte.

Čína začala s populační politikou o něco dříve, na konci 50. let 20. století představila svou první kampaň. Toto opatření bylo mírné. Může se zdát, že i s politikou jednoho dítěte přišla jako první Čína. Ovšem s politikou v tomto směru byl rychlejší Vietnam, který představil svou politiku tří dětí již v roce 1963, tedy 16 let před čínskou politikou jednoho dítěte. Tato politika byla rovněž mírná – nenásilná, spíše „doporučovací“. V té době začal Vietnam klást velký důraz na antikoncepci, konkrétně nitroděložní tělísko (dobrá kontrola státu), které je u vietnamských žen velmi oblíbené dodnes.

Čínská politika jednoho dítěte zavedená v roce 1979 vzbudila velké ohlasy. Mezinárodně jim bylo vytýkáno, že porušují lidská práva, a celkově tvrdý, kontroverzní antinatalitní režim vzbudil mnoho nesympatií. Vietnam přišel se svou politikou dvou dětí 9 let po Číně, tedy v roce 1988. Důvodů, proč nezavedl také politiku jen jednoho dítěte, je více. Vietnam mohl stavět na zkušenostech, které již měl jeho severní soused. Čína měla lepší institucionální základ i více prostředků, přesto se jí nedařilo striktně hlídat dodržování politiky ve všech oblastech, zvláště na venkově. Ve Vietnamu se slabším zázemím by to tak byl ještě větší problém. Navíc politika dvou dětí měla lepší návaznost na předchozí politiku tří dětí z roku 1963, přechod tak mohl být plynulejší. Mimo jiné se Vietnam mohl poučit i z mezinárodních reakcí na politiku jednoho dítěte. Jako menší země s méně zdroji nechtěl ztratit mezinárodní podporu a dotace. Politika dvou dětí tak byla ideálním kompromisem.

Ke společným rysům obou politik samozřejmě patří hlavní podstata těchto opatření, a to stanovení počtu dětí, které páry mohou mít. Oba státy politiku zavedly z důvodu rychlého populačního růstu. Měly totiž obavy, že by nekontrolovatelně mohl narušit ekonomický rozvoj země. Společnými cíli tak bylo zpomalení tempa růstu populace a snížení plodnosti. Obě politiky kromě počtu dětí stanovily také časování mezi nimi, tedy kdy mohou páry mít (případně) druhé dítě. U obou platily také výjimky pro příslušníky etnických menšin, případně pro páry, jejichž dítě zemřelo nebo bylo postižené. Obě země zavedly při porušení politiky postihy. V Číně byl největší důraz kladen na finanční tresty. Ve Vietnamu byly v pozadí, podstatnější byly např. odvody v naturáliích (rýže). Kromě toho v obou zemích hrozila ztráta členství v komunistické straně, výpověď z práce, snížení platu, ztráta možnosti povýšení, ztráta bonusů/výhod a další.

Hlavní rozdíly byly v míře přísnosti. Čínská politika byla velmi přísná, vláda s ničím neotálela a zkrátka ji natvrdo zavedla. Stanovovaly se kvóty počtu narozených dětí, prováděly se náhodné gynekologické prohlídky, těhotné ženy bez oprávnění byly nuceny jít na interrupci. Tyto praktiky jako podchycování těhotenství nebo nucené potraty ve Vietnamu nefungovaly, vietnamská politika byla přívětivější, ačkoliv za porušení hrozily stejné tresty jako v Číně. Ve Vietnamu se to často snažili pojmout trochu oklikou; na lokálních úrovních se snažili s lidmi manipulovat, přesvědčovat je, vzbudit v nich zodpovědnost a tím je donutit ke stanovenému počtu dětí. Politika dvou dětí přestala ve Vietnamu oficiálně platit v roce 2003, souvislost to mělo i s mezinárodním tlakem. Nahrazena byla populační politikou propagující malé rodiny. Čína je v tomto směru rezistentnější, politika jednoho dítěte platí dodnes, i když v podstatně mírnější formě. Jak moc je ovšem udržitelná ještě ukáže čas. Zda se budou problémy spojené s ní nadále prohlubovat jednoznačně říct nelze.

Kapitola 5

Analýza poklesu plodnosti

5.1 Analýza poklesu plodnosti ve Vietnamu

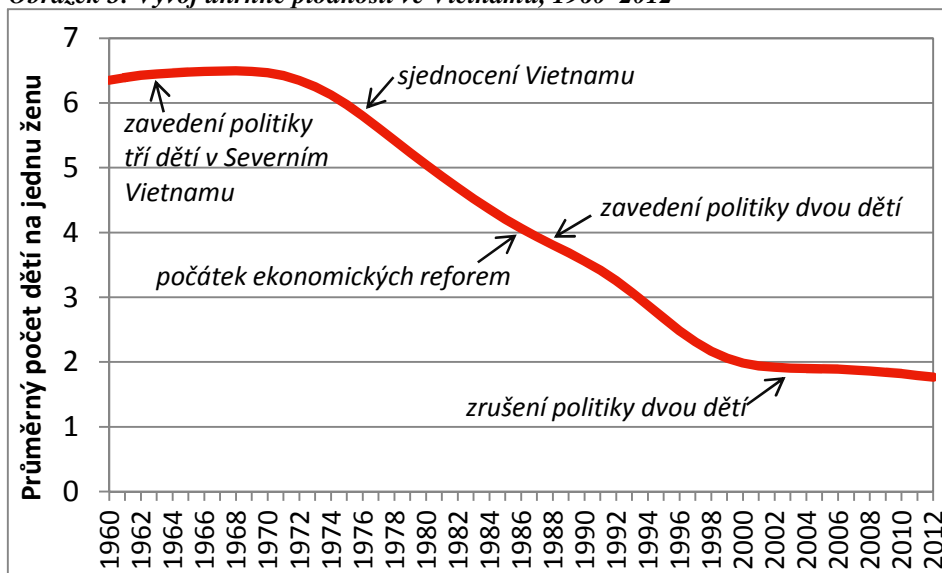
Plodnost se ve Vietnamu ve druhé polovině 20. století rychle a výrazně snížila na hodnotu blízkou hranici prosté reprodukce. Ještě počátkem 60. let byla úhrnná plodnost vyšší než 6 dětí na jednu ženu. Od počátku 70. let dochází k nepřetržitému poklesu, jehož tempo se zpomalilo až se vstupem do nového tisíciletí. V období od konce 80. let 20. století do počátku 21. století pak došlo k velmi rychlému, razantnímu poklesu plodnosti. Jen několik málo dalších zemí na světě zaznamenalo pokles plodnosti v takové míře, a to např. Thajsko nebo Maroko (National Committee for Population, Family and Children, 2003).

Vietnam se řadí k zemím, u kterých byla podmínka ekonomické vyspělosti pro demografický přechod zpochybněna – nastal za jiných socioekonomických podmínek než u vyspělých zemí. Významnou roli při poklesu plodnosti v rozvojových zemích totiž sehrála populační politika (Murphy, 2004). Důležitý byl také vliv difuze, tedy šíření inovací bez závislosti na stupni rozvoje dané země. Znamená to, že pokles plodnosti nevyplýval zcela samovolně a přirozeně z pokroku socioekonomického, který souvisí s rozvojem hospodářství, zlepšením životní úrovně i vzdělání obyvatel, lepším zdravotnictvím apod., ale byl do velké míry ovlivněn vnějším zásahem – populační politikou. Pokud je ženám umožněno mít takový počet dětí, který si přejí, může tím dojít k omezení populačního růstu. Ve vietnamském kontextu jde o programy plánovaného rodičovství a zlepšování zdravotního stavu matek a dětí s cílem omezení plodnosti.

Obrázek 3 zobrazuje průběh poklesu plodnosti ve Vietnamu v letech 1960–2012. V roce 1960 byl ve Vietnamu přijat Zákon o manželství a rodině, který napomohl např. větší genderové rovnosti. Nicméně pravděpodobně nijak neovlivnil úroveň plodnosti. V roce 1963 byla v Severním Vietnamu poprvé uplatněna populační politika týkající se reprodukce obyvatelstva. Byla zavedena nenásilná politika tří dětí, která párům doporučovala mít nejvýše tři děti a jako vhodný interval mezi nimi stanovila 5–6 let. Bylo představeno a propagováno nitroděložní tělísko jako hlavní antikoncepční metoda. Nicméně v následujícím desetiletí k poklesu plodnosti nedošlo (roční míra růstu se naopak dokonce zvýšila). Nutno podotknout, že vše probíhalo na pozadí války (1955–1975), která mohla mít na obyvatelstvo vliv v tom smyslu, že nechtělo

měnit zaběhlé způsoby. Navíc vláda neměla pro dostatečnou propagaci dost prostředků. V Jižním Vietnamu žádná podobná politika schválena nebyla, i to pravděpodobně přispělo tomu, že se úroveň plodnosti nezměnila.

Obrázek 3: Vývoj úhrnné plodnosti ve Vietnamu, 1960–2012



Zdroj dat: Světová banka, 2014; vlastní zpracování

Až počátkem 70. let započal nepřetržitý pokles plodnosti, ačkoliv míra růstu byla v 70. letech vysoká s vrcholem v letech 1973–1974 (2,4 % ročně). To koresponduje s růstem podílu osob v reprodukčním věku. Plodnost se sice začala snižovat, ale začala se měnit také struktura populace a přibývalo žen v reprodukčním věku. Snížené hodnoty plodnosti oproti předcházejícímu období se objevily těsně před ukončením války (v letech 1973–1974). Jako jedno z možných vysvětlení začátku poklesu plodnosti v polovině 70. let se nabízí právě konec války, díky čemuž měla vláda teoreticky více prostředků na realizaci a propagaci plánovaného rodičovství. Nicméně podle dostupné literatury bylo úsilí vlády ve druhé polovině 70. let v tomto směru jen malé (Goodkind, 1995). Pravděpodobnější vysvětlení lze spatřovat v širších historických souvislostech. V roce 1973 byla podepsána všemi stranami zapojenými do války (USA, Jižní Vietnam, Vietkong a Severní Vietnam) dohoda o zastavení bojových operací. Ty také na čas ustaly, USA stáhly z Vietnamu všechny své zbylé vojáky. Teoreticky šlo o ukončení války, ačkoliv prakticky to tak nebylo. Počátkem roku 1975 opět vypukly boje, které ustaly dobytím Ho Či Minova města v dubnu toho roku. Nicméně zdánlivý konec války byl podle mého názoru jakýmsi impulsem pro změny sociální i demografické. Právě od tohoto roku dochází k poklesu plodnosti, pomalu začala klesat míra růstu populace a opětovně začala růst naděje dožití při narození pro obě pohlaví. Navíc je možné, že se v reprodukčním chování obyvatelstva opožděně promítla politika tří dětí, zavedena již v roce 1963.

Klesající, nicméně stále vysoká roční míra růstu (průměr za roky 1970–1980 byl téměř 2,3 % ročně), kterou ukázalo první sčítání lidu z roku 1979, se stala podnětem pro kroky vlády v ohledu populační politiky a plánovaného rodičovství. V roce 1986 započalo období

ekonomických reforem, které by podle vzoru poklesu plodnosti ve vyspělých zemích měly přirozeně přispět k poklesu plodnosti. A ačkoliv plodnost v tomto období již dlouhodobě klesala (od roku 1987 pod úroveň 4 dětí na jednu ženu), roční míra růstu byla naopak vysoká a pořád se zvyšovala. Na základě toho přišla vláda v roce 1988 s politikou dvou dětí, která měla omezením plodnosti snížit populační růst a zamezit tak případným problémům s ním spjatých. Zdarma se začaly poskytovat antikoncepční prostředky a byla zavedena možnost umělého přerušování těhotenství. Určit v dalším poklesu plodnosti samostatnou roli této politiky je poměrně obtížné, neboť byla zavedena na pozadí socioekonomických změn, které plodnost ovlivňují samy o sobě. Nezpochybnitelné ale je, že se tempo poklesu plodnosti značně zrychlilo. Dekádu před zavedením politiky, v letech 1978–1987, odpovídal průměrný meziroční pokles plodnosti 3,5 %. Deset let po zavedení, tedy v letech 1989–1998, byl už 5,5 %. S počátkem nového tisíciletí se meziroční pokles plodnosti snížil. Úroveň úhrnné plodnosti se podle dat Světové banky drží od roku 2001 pod hranicí 2 dětí na jednu ženu. Pro porovnání jsem zařadila také tabulku s údaji, které zveřejnil Generální statistický úřad Vietnamu (Tabulka 3). GSÚ pro celé vybrané období uvádí hodnoty úhrnné plodnosti mírně vyšší než Světová banka. Podle něj se úroveň plodnosti v novém tisíciletí drží těsně kolem hranice prosté reprodukce (2,1 dětí na jednu ženu). V roce 2003 byla politika dvou dětí zrušena. Žádný výraznější dopad to na úroveň plodnosti nemělo, ačkoliv podle GSÚ došlo následující rok k dočasnému mírnému zvýšení.

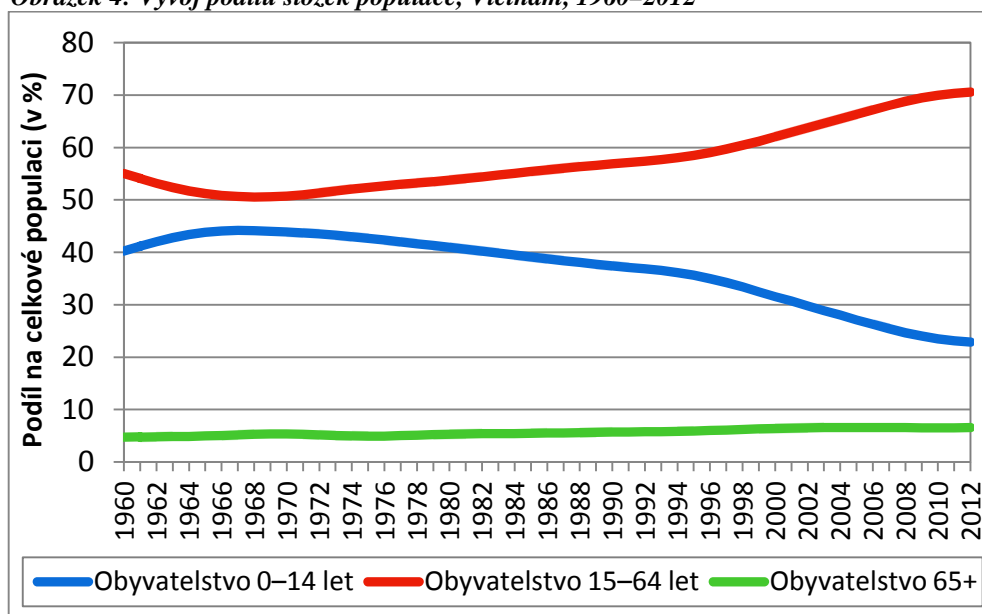
Tabulka 3: Úhrnná plodnost podle dvou zdrojů, Vietnam, 1989–2012

Rok	Světová banka	GSÚ
1989	3,7	3,8
1999	2,1	2,3
2000	2,0	2,3
2001	1,9	2,3
2002	1,9	2,3
2003	1,9	2,1
2004	1,9	2,2
2005	1,9	2,1
2006	1,9	2,1
2007	1,9	2,1
2008	1,9	2,1
2009	1,8	2,0
2010	1,8	2,0
2011	1,8	2,0
2012	1,8	2,1

Zdroje dat: 1989 a 1999–2012: Světová banka, 2014; 1989 a 1999–2009: GSÚ: Fertility and Mortality in Vietnam: Patterns, Trends and Differentials, 2011; 2010–2012: GSÚ: The 1/4/1012 Time-point Population Change and Family Planning Survey: Major Findings, 2012

Pokles plodnosti implikuje snižující se podíl dětské složky (0–14 let) v populaci. Obrázek 4 zobrazuje vývoj podílu jednotlivých složek populace ve Vietnamu v letech 1960–2012. Podíl osob mladších 14 let se v tomto období snížil ze 40 % na 23 %, což už se blíží hodnotám vyspělých zemí. Podíl seniorů se sice zvyšuje, z 5 % na 7 % v daném období, ale pomalu. Dochází tak pouze k pozvolnému stárnutí obyvatelstva. Nárůst podílu osob v produktivním věku vlivem poklesu dětské složky a tím snižující se index ekonomické závislosti nabízí Vietnamu podmínky k využívání demografické dividendy.

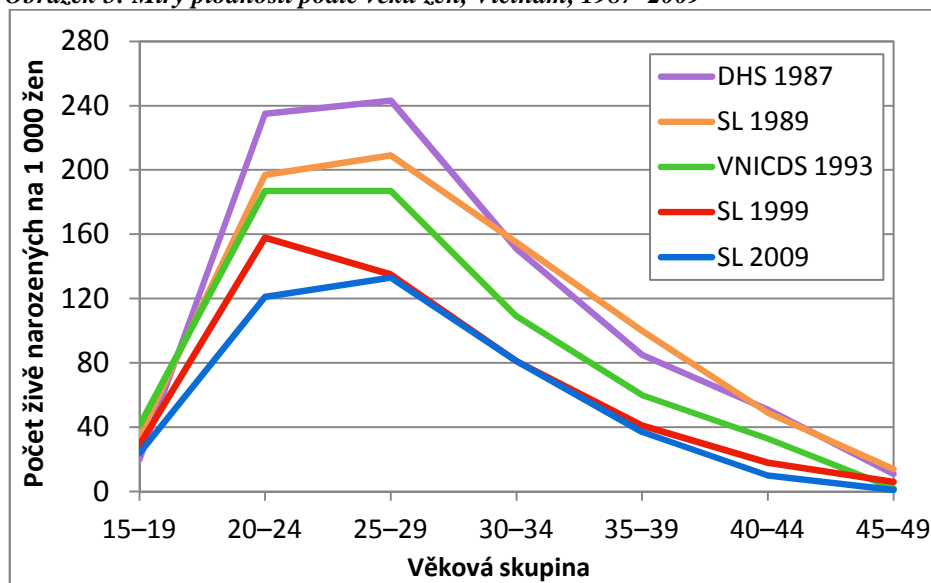
Obrázek 4: Vývoj podílu složek populace, Vietnam, 1960–2012



Zdroj dat: Světová banka, 2014; vlastní zpracování

Obrázek 5 zobrazuje specifické míry plodnosti podle pětiletých věkových skupin ve vybraných letech v období 1987–2009. V tomto období došlo k největšímu snížení plodnosti u nejstarších věkových skupin (40–44 let a 45–49 let), ovšem vlivem nízké plodnosti je skupina nejstarších žen ve věku 45–49 let náchylná na výkyvy. K poměrně rovnoměrnému poklesu došlo ve všech ostatních skupinách žen kromě nejmladší. Ve skupině 15–19 let jako v jediné došlo mezi roky 1987 a 2009 ke zvýšení plodnosti z 20 na 24 živě narozených dětí na 1 000 žen daného věku. Výraznější pokles plodnosti pro ženy starší 35 let je běžný pro populace se snižující se plodností, kdy dochází k procesu transformace plodnosti. To znamená, že u starších žen je pravděpodobné, že již dosáhly požadovaného počtu dětí a záměrně se s větším úsilím snaží omezovat svou plodnost, kdežto mladší ženy se většinou nachází ve fázi, kdy ještě chtějí mít děti (Nguyen, Knodel a kol., 1996). Oproti roku 1999 došlo v roce 2009 k posunu vrcholu plodnosti z věkové skupiny 20–24 let do věkové skupiny 25–29 let.

Obrázek 5: Míry plodnosti podle věku žen, Vietnam, 1987–2009



Pozn.: VNICDS = Vietnam Inter-censal Demographic Survey

Zdroje dat: Nguyen: Fertility and Family Planning in Vietnam: Evidence from the 1994 Inter-censal Demographic Survey, 1996; GSÚ: Fertility and Mortality in Vietnam: Patterns, Trends and Differentials, 2011

Míry plodnosti se liší v rámci jednotlivých socioekonomických regionů, etnických skupin i mezi městem a venkovem. Vyšší je plodnost na venkově, což může být způsobeno řadou příčin. Jednou z nich je nižší stupeň celkového rozvoje na venkově než ve městě. S tím souvisí nižší úroveň vzdělání, horší přístup k informacím o možnostech plánovaného rodičovství i k jejich využití apod. Také dětská a kojenecká úmrtnost je na venkově vyšší, což zpětně ovlivňuje úroveň plodnosti. Ženy mají tendenci mít více dětí, aby případně nahradily ty, co nepřežijí. V roce 2009 byla kojenecká úmrtnost ve Vietnamu na venkově dvakrát vyšší než ve městě. Rodiny na venkově jsou navíc často chudé, mají pak proto více dětí, aby se zvýšila šance, že se později o rodiče někdo postará. Horší životní podmínky a také vliv tradic tak vedou k dlouhodobě vyšší plodnosti na venkově. Nicméně tyto rozdíly se postupně snižují (Tabulka 4). V letech 2001–2012 se plodnost ve městě příliš nezměnila, fluktovala kolem hodnoty 1,78. V roce 2012 odpovídala hodnotě 1,8 dětí na jednu ženu. Na venkově ovšem došlo v tomto období ke snížení úrovně plodnosti z 2,38 dětí na jednu ženu v roce 2001 na 2,17 dětí na jednu ženu v roce 2012. Důležitou roli při celkovém poklesu plodnosti tak dnes hraje pokles plodnosti na venkově, což je také jedním z cílů vlády – záměrem je snížit plodnost především ve venkovských a horských oblastech.

Tabulka 5 zobrazuje úhrnnou plodnost podle socioekonomických regionů v letech 2008–2012, kartogram na Obrázku 6 pouze za rok 2012. Během posledních let zůstává Centrální vysočina regionem s nejvyšší plodností, v roce 2012 zaznamenala úhrnnou plodnost 2,43 dětí na jednu ženu. Může to souviset s vysokým podílem etnických minorit, které mají vyšší plodnost než majoritní etnikum, ale také s celkově nižší vyspělostí regionu, kde je přístup k antikoncepci i k informacím o plánovaném rodičovství omezený. Svou roli hraje také vysoký

počet chudých lidí a osob s nízkým nebo žádným vzděláním. Dalšími regiony, kde je plodnost dlouhodobě vyšší než hranice prosté reprodukce, jsou Severní a jižní centrální pobřeží a Severní středozemí a hory, kde úhrnná plodnost v roce 2012 byla 2,32, resp. 2,31 dítěte na jednu ženu. Jih země má plodnost nejnižší, konkrétně regiony Jihovýchod a Delta Mekongu (1,57, resp. 1,92 dětí na jednu ženu v roce 2012). Velkou roli v rozdílech úrovně plodnosti mezi regiony tak pravděpodobně hraje celkový stupeň socioekonomického rozvoje regionů.

Tabulka 4: Vývoj úhrnné plodnosti podle místa pobytu, Vietnam, 1999–2012

Rok	Průměrný počet dětí na 1 ženu		
	Celkem	Město	Venkov
1999	2,33	1,67	2,57
2001	2,25	1,86	2,38
2002	2,28	1,93	2,39
2003	2,12	1,70	2,30
2004	2,23	1,87	2,38
2005	2,11	1,73	2,28
2006	2,09	1,72	2,25
2007	2,07	1,70	2,22
2008	2,08	1,83	2,22
2009	2,03	1,81	2,14
2012	2,05	1,80	2,17

Zdroje dat: GSÚ: Fertility and Mortality in Vietnam: Patterns, Trends and Differentials, 2011; GSÚ: The 1/4/1012 Time-point Population Change and Family Planning Survey: Major Findings, 2012

Tabulka 5: Úhrnná plodnost podle socioekonomických regionů, Vietnam, 2008–2012

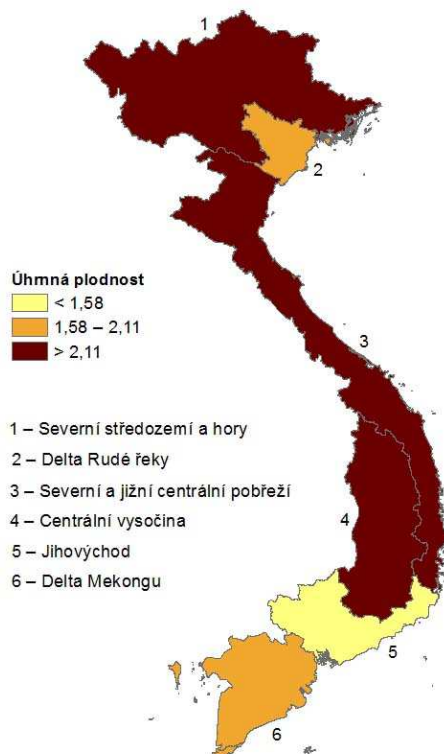
Socioekonomický region	2008	2009	2010	2011	2012
Severní středozemí a hory	2,30	2,24	2,22	2,21	2,31
Delta Rudé řeky	2,13	2,11	2,04	2,06	2,11
Severní a jižní centrální pobřeží	2,30	2,21	2,21	2,21	2,32
Centrální vysočina	2,68	2,65	2,63	2,58	2,43
Jihovýchod	1,73	1,69	1,68	1,59	1,57
Delta Mekongu	1,87	1,84	1,80	1,80	1,92
Celkem	2,08	2,03	2,00	1,99	2,05

Zdroj: GSÚ: The 1/4/1012 Time-point Population Change and Family Planning Survey: Major Findings, 2012

V plodnosti mezi jednotlivými etnickými skupinami Vietnamu jsou stále velké rozdíly. Majoritní etnikum Kinh má dokončený přechod plodnosti na úroveň prosté reprodukce. Dále některé minority jako Číňané, Tayové, Thajci či Muongové rovněž dosáhly nízkých hodnot plodnosti. Na druhé straně minority žijící v horách na severu a v Centrální Vysočině, které jsou většinou chudé, mají stále vysokou plodnost. Například Daové a Hmongové, dvě nejlidnatější minority v severních horách, měly podle sčítání lidu 2009 úhrnnou plodnost 3,6 a 7,1 dítěte

na jednu ženu. Ačkoliv plodnost u těchto žen již klesá, stále je vysoko nad úrovní prosté reprodukce (Teerawichitchainan, 2010).

Obrázek 6: Úhrnná plodnost v socioekonomických regionech Vietnamu, 2012



Zdroj dat: GSÚ: The 1/4/1012 Time-point Population Change and Family Planning Survey: Major Findings, 2012; vlastní zpracování

Obecně vždy dochází nejprve k poklesu plodnosti dětí vyššího pořadí. Nejinak tomu bylo ve Vietnamu, kde k největšímu poklesu došlo u dětí třetího a vyššího pořadí. To lze vidět v souvislosti se zavedením politiky dvou dětí. Obyvatelstvo si pravděpodobně z velké části časem osvojilo mít nejvýše dvě děti. V Tabulce 6 je zobrazen vývoj podílu žen ve věku 15–49 let, které měly děti třetího a vyššího pořadí, podle místa pobytu. Tento ukazatel vietnamská vláda dlouhodobě sleduje právě kvůli politice dvou dětí. Během uplynulých 20 let se tento podíl snížil téměř třikrát, ze 42 % v letech 1992–1993 na 14 % v roce 2012.

Pokles byl ve městě i na venkově v tomto období zhruba rovnoměrný, ačkoliv na venkově zůstává podíl žen, které mají děti třetího a vyššího pořadí, téměř dvakrát vyšší než ve městě (16,3 % vs. 9,6 % v roce 2012).

Rozdíly v podílu žen ve věku 15–49 let, které měly děti třetího a vyššího pořadí, podle socioekonomického regionu odráží celkovou úroveň plodnosti. Patrné jsou velké meziregionální rozdíly. Nejnižší podíl těchto žen byl v roce 2012 na jihu země (Delta Mekongu 10,5 % a Jihovýchod 10,9 %), nejvyšší v Centrální vysočině (24,0 %) a v Severním a jižním centrálním pobřeží (18,0 %). V regionu Delta Rudé řeky odpovídal 13,2 % a v regionu Severní středohoří a hory 14,0 % (nezobrazeno; GSÚ, 2012).

Určitou závislost vykazuje podíl žen ve věku 15–49 let majících děti třetího a vyššího pořadí na úrovni dosaženého vzdělání. V roce 2012 byl tento podíl pro ženy, které nikdy nenavštěvovaly školní zařízení, 42,9 %; pro ženy s nedokončeným primárním vzděláním 30,5 %; s dokončeným primárním vzděláním 20,0 %; s dokončeným nižším sekundárním vzděláním 14,7 % a s dokončeným vyšším sekundárním a vyšším již jen 4,4 % (nezobrazeno; GSÚ, 2012). Čím vyšší mají ženy vzdělání, tím méně mají děti třetího a vyššího pořadí. To je přirozený trend, jelikož ženy s vyšším vzděláním mají většinou jiné priority, stráví více času studiem a mají vyšší pravděpodobnost zaměstnání. Nestihnou pak mít více dětí.

Tabulka 6: Podíl žen ve věku 15–49 let, které mají dítě třetího a vyššího pořadí, podle místa pobytu, Vietnam, 1992–2013 (v %)

Rok	Celkem	Město	Venkov
1992–1993	42,0	24,0	45,0
2001	21,7	12,9	24,3
2002	21,5	12,6	24,2
2003	20,2	11,5	23,2
2004	20,8	11,6	23,7
2005	20,8	11,6	23,7
2006	18,5	10,0	21,4
2007	16,7	9,0	19,3
2008	16,9	9,7	19,6
2009	16,1	9,3	18,9
2010	15,1	9,5	17,1
2011	14,7	9,8	16,5
2012	14,2	9,6	16,3
2013	14,3	-	-

Pozn.: „-“ údaj není k dispozici

Zdroje dat: 1992–1993: Nguyen: Fertility and Family Planning in Vietnam: Evidence from the 1994 Inter-censal Demographic Survey, 1996; 2001–2009: GSÚ: Fertility and Mortality in Vietnam: Patterns, Trends and Differentials, 2011; 2010–2012: GSÚ: The 1/4/1012 Time-point Population Change and Family Planning Survey: Major Findings, 2012; 2013: GSÚ: Socio-economic situation 2013, 2013

U vietnamského obyvatelstva je vlivem konfuciánské tradice zakořeněna preference synů. Ta ovlivňuje nejen plodnost, ale také míru užívání antikoncepce. Podle Haughtonovy studie (Haughton, 1995), která čerpala data z Vietnam Living Standards Survey (1992–1993), by úroveň plodnosti bez preference synů byla nižší. Bylo odhadnuto, že by úroveň plodnosti mohla být až o 10 % nižší. V Tabulce 7 je uvedena preference pohlaví dítěte u žen ve věku 15–49 let, které v době dva roky před šetřením porodily dítě. Téměř třikrát více žen si přálo mít syna než dívku (30,7 % vs. 11,6 %). To jen potvrzuje preferenci synů před dcerami. Nicméně většině žen nezáleželo na pohlaví dítěte (57,7 %). Mít chlapce si ženy silněji přály na venkově, kde se více udržují tradice. Touha po dívce je na venkově i ve městě přibližně stejná. Data za socioekonomické regiony ukazují, že preference synů je silnější na severu země. Zajímavý je kontrast dvou nejvyspělejších regionů, kdy v Deltě Rudé řeky (Hanoj) si 36 % žen přálo mít

syna, kdežto v regionu Jihovýchod (Ho Či Minhovo město) pouze 20 %. V tomto regionu je preference pohlaví dítěte nejvolnější, 69 % žen na pohlaví dítěte nezáleželo. Připisují to opět vyspělosti regionu se silnější emancipací a vlivem západního myšlení.

Tabulka 7: Zastoupení žen ve věku 15–49 let, které dva roky před šetřením porodily dítě, podle přání matky ohledně pohlaví dítěte před porodem, Vietnam, 2012 (v %)

Místo pobytu / socioekonomický region	Chlapec	Dívka	Nezáleží na pohlaví
Celkem	30,7	11,6	57,7
Město	26,9	11,4	61,7
Venkov	32,3	11,7	56,0
<i>Socioekonomický region</i>			
Severní středozemí a hory	32,3	8,8	58,9
Delta Rudé řeky	36,1	9,6	54,2
Severní a jižní centrální pobřeží	33,2	10,1	56,7
Centrální vysočina	28,7	15,1	56,2
Jihovýchod	19,9	11,5	68,6
Delta Mekongu	29,3	17,2	53,4

Zdroj: GSÚ: The 1/4/1012 Time-point Population Change and Family Planning Survey: Major Findings, 2012

Důležitým ukazatelem, jak se plodnost bude vyvíjet, je ideální počet dětí, které si žena přeje mít. U většiny žen totiž existuje rozdíl mezi preferovaným počtem dětí a skutečným počtem dětí, které mají. Pokud by se ženám dařilo dosahovat preferovaného počtu dětí, došlo by k dalšímu snížení plodnosti. V Tabulce 8 je zobrazen průměrný preferovaný počet dětí pro vdané ženy ve věku 15–49 let, zvlášť pro ženy vdané kratší dobu než 5 let. Z dat je patrné, že ženy si přejí mít stále méně dětí. Ještě v roce 1988 si ženy přály mít v průměru 3,35 dětí, zatímco o 14 let později, v roce 2002, to již bylo v průměru o jedno dítě méně, tedy 2,39 dětí. Ženy z venkova si oproti ženám z města přejí mít dětí více, ačkoliv se během let 1988–2002 tento rozdíl mezi nimi snížil z 0,6 na 0,2.

Zajímavý je posun v zastoupení žen podle preferovaného počtu dětí. V roce 1988 si nejvíce žen (42,1 %) přálo mít více než tři děti, čtvrtina (25,3 %) tři děti a necelá třetina (30,7 %) děti dvě. V roce 1994 si již polovina žen (51,2 %) přála mít pouze dvě děti, čtvrtina (25,2 %) více než tři děti. V posledním sledovaném roce, 2002, si většina žen (70,2 %) přála mít dvě děti. Tři a více dětí si přála čtvrtina žen (26,0 %). V čase se mírně zvýšil podíl žen, které se spokojí s jedním dítětem. Trend, že ženy nechtějí být bezdětné, zůstal zachován po celé sledované období. Tyto výsledky potvrzují vliv populační politiky dvou dětí na reprodukční chování žen, kdy se státem doporučovaný dvoudětný model rodiny rozšířil mezi ženami při rozhodování o svém budoucím počtu dětí.

Zvláštní pozornost je pak věnována ženám, které jsou vdané kratší dobu než 5 let, a jsou tak na počátku svého reprodukčního života. Právě tyto ženy formují plodnost následujících let, ale také značně ovlivňují plodnost následující generace žen. Z tabulky lze vyčíst, že tyto ženy

preferují podstatně nižší počet dětí, a to v průměru 2,06 dětí za rok 2002 (oproti celkovému 2,39). Jednoznačněji se také přiklání k rozhodnutí mít právě dvě děti (83,0 %). Navíc touha po dvou dětech u nich převažovala po celé sledované období.

Tabulka 8: Průměrný preferovaný počet dětí podle místa pobytu a procentuální zastoupení preferovaného počtu dětí mezi ženami ve věku 15–49 let vdanými celkem a vdanými kratší dobu než 5 let, Vietnam, 1988–2002

Typ a rok šetření	Všechny vdané ženy			
	DHS 1988	VNICDS 1994 ^a	DHS 1997 ^b	DHS 2002 ^b
Celkem	3,35	2,81	2,47	2,39
<i>Místo pobytu</i>				
Město	2,88	2,37	2,20	2,23
Venkov	3,46	2,92	2,55	2,44
<i>Pref. počet dětí</i>				
0	0,1	0,0	0,0	0,0
1	1,8	2,2	4,5	3,5
2	30,7	51,2	65,9	70,2
3	25,3	21,3	13,7	12,9
4+	42,1	25,2	15,5	13,1
Typ a rok šetření	Ženy vdané kratší dobu než 5 let			
	DHS 1988	VNICDS 1994 ^a	DHS 1997 ^b	DHS 2002 ^b
Celkem	2,59	2,33	2,05	2,06
<i>Místo pobytu</i>				
Město	2,24	2,03	1,96	1,98
Venkov	2,68	2,41	2,08	2,08
<i>Pref. počet dětí</i>				
0	0,0	0,0	0,0	0,0
1	4,2	3,7	7,0	7,5
2	55,6	72,1	84,6	83,0
3	20,6	13,5	5,4	6,6
4+	19,6	10,6	2,8	2,6

^aVNICDS = Vietnam Inter-censal Demographic Survey

^bOstatní odpovědi měly nečíslný charakter

Zdroj: Nguyen: Fertility and Family Planning in Vietnam: Evidence from the 1994 Inter-censal Demographic Survey, 1996; data DHS 1997 a 2002, vlastní zpracování

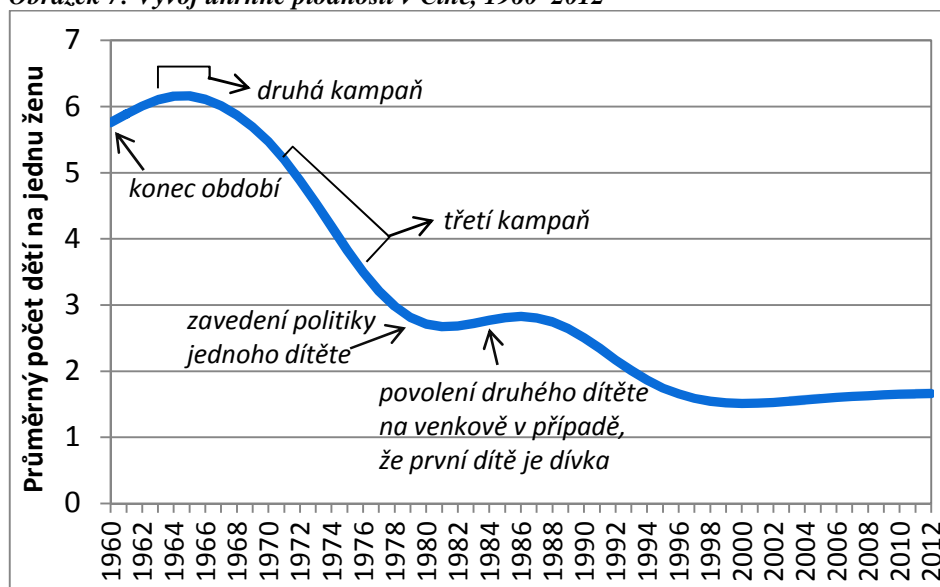
Na základě získaných dat usuzují, že v následujících několika letech se úhrnná plodnost bude stále držet mezi hodnotami 1,9 a 2,2 dětí na jednu ženu. Pro další významnější pokles plodnosti bude důležité snížit plodnost u etnických menšin v horách. To ovšem není otázkou jednoho roku, ale dlouhodobějšího soustředění různých programů a osvěty se zaměřením na mladší ženy. Dalším nápomocným faktorem ke snížení plodnosti by bylo zvýšení užívání moderních antikoncepčních metod. Momentálně je procento žen užívajících antikoncepci sice poměrně vysoké, ale mnoho z nich používá tradiční metody, které nejsou zcela spolehlivé a efektivní. Úspěch při dosahování žádaného počtu dětí je tak limitován.

5.2 Analýza poklesu plodnosti v Číně

Také v Číně došlo během druhé poloviny 20. století k rychlému a výraznému snížení plodnosti. Trend je klesající od poloviny 60. let; z vysokých hodnot kolem 6 dětí na jednu ženu v 60. letech klesla úhrnná plodnost pod úroveň 2 dětí na jednu ženu na počátku 21. století. Nejrychlejší byl pokles v 70. letech, pak následovalo dočasné zvýšení plodnosti a poté se úroveň začala opět snižovat. V posledních 10 letech dochází k velmi mírnému oživení plodnosti, nicméně hodnota je stále pod úrovní 1,7 dětí na jednu ženu. Celkově má snižující se úroveň plodnosti (spolu s růstem naděje dožití) za následek nárůst počtu osob seniorského věku; Čína momentálně patří mezi státy s nejrychleji stárnoucí populací na světě.

Změny v plodnosti byly v Číně podníceny zejména populační politikou. Čína je příkladem země, kde právě vnější zásahy výrazně změnily trend plodnosti. Aktivní populační politika země ovlivňovala vývoj úhrnné plodnosti po celé období druhé poloviny 20. století. Následkem bylo významné snížení plodnosti.

Obrázek 7: Vývoj úhrnné plodnosti v Číně, 1960–2012



Zdroj dat: Světová banka, 2014; vlastní zpracování

Obrázek 7 zobrazuje vývoj úhrnné plodnosti v Číně v letech 1960–2012. Nižší úroveň na přelomu 50. a 60. let má na svědomí nevydařené období Velkého skoku (1958–1961). To je období, kdy došlo k extenzivní industrializaci (na úkor zemědělství), což souviselo s rozvojem např. těžkého strojírenství. Toto období bylo velmi problémové, v podstatě šlo o nevydařený pokus vládců Mao Ce-tunga rychle zvýšit čínskou produkci a udělat tak z Číny během několika málo let velmoc. Důsledkem byl ale rozsáhlý hladomor, během kterého zahynuly desítky milionů lidí. Z hlediska vývoje obyvatelstva to bylo jedno z nejkritičtějších období vůbec. Úroveň plodnosti byla z toho důvodu nižší. Navíc od roku 1957 probíhala první kampaň s cílem snížit plodnost, i to mohlo pomoci nižším hodnotám úhrnné plodnosti. Následoval pak ale velký

nárůst porodnosti jako kompenzace s vrcholem v roce 1965 (6,2 dětí na jednu ženu). Druhá kampaň proběhla v letech 1963–1966. Mezi těmito roky se úhrnná plodnost pohybovala v rozmezí 6,1–6,2 dětí na jednu ženu. Ale právě od roku 1966 začala klesat, což lze přisuzovat úspěchu kampaně, která městskému obyvatelstvu povolovala mít nejvýše tři děti. Zesílený vliv na to pravděpodobně mělo také umožnění umělého přerušování těhotenství z roku 1963.

Ačkoliv plodnost klesala poměrně rychle (průměrně v období let 1968–1970 o více než 3 % ročně), vláda v roce 1971 přišla s třetí kampaní, která trvala do roku 1976. Je známá pod heslem „later, longer, fewer“, což znamená, že propagovala, aby měli lidé děti později, aby byly delší meziporodní intervaly mezi nimi a aby jich celkově měli méně. Během trvání třetí kampaně se úhrnná plodnost snížila z 5,2 na 3,5 dětí na jednu ženu. Nejvýrazněji plodnost klesala v letech 1974–1977, meziročně průměrně o 8,3 %. Přesto byla v roce 1979 zavedena kontroverzní politika jednoho dítěte, která měla plodnost ještě více omezit. Data ukazují, že po zavedení politiky úroveň plodnosti spíše stagnovala. Připisují to faktu, že efekt politiky nebyl okamžitý. Trvalo nějaký čas, než ji obyvatelstvo začalo dodržovat. V letech 1984–1987 byla plodnost dokonce mírně vyšší. To souvisí se zavedením výjimky v roce 1984 pro venkovské obyvatelstvo, která párům povolovala mít druhé dítě v případě, že prvním dítětem je dívka. V roce 1987 sice byly zavedeny některé další výjimky, ty se ovšem týkaly většinou jen malé části populace, a proto neměly zásadní vliv na další zvýšení plodnosti. Rokem 1987 pak také započal pokles plodnosti, který se udržel až do přelomu tisíciletí. Ještě v roce 1989, 10 let po zavedení politiky, byla úhrnná plodnost 2,64 dětí na jednu ženu. To je vysoká hodnota vzhledem k faktu, že ženy, které před rokem 1979 neměly žádné děti, měly povoleno nejvýše jedno dítě a ženy, které před rokem 1979 již děti měly, neměly povoleny žádné další děti. Efekt politiky se tak dostavil se zpožděním, až po přibližně deseti letech od jejího zavedení.

Od roku 1996 se úhrnná plodnost pohybuje v rozmezí 1,5–1,7 dětí na jednu ženu. Minimum nastalo v roce 2000, a to 1,51 dětí na jednu ženu. V roce 2012 odpovídala úhrnná plodnost 1,66 dětí na jednu ženu. Zdánlivé zvýšení plodnosti v posledních letech připisují neustálému pozvolnému uvolňování politiky, tedy zvyšujícímu se podílu obyvatelstva, které má nějakou výjimku.

Pro porovnání uvádím také tabulku s údaji, které zveřejnil Národní statistický úřad Číny (Tabulka 9). Hodnoty se za celé sledované období příliš neliší.

Plodnost se liší z hlediska místa pobytu (Tabulka 10). Na venkově je úhrnná plodnost stále nejvyšší, ačkoliv zde došlo mezi roky 1990 a 2000 (roky sčítání lidu) k největšímu poklesu – o 35 %. Nižší plodnost je pak ve městech a nejnižší ve velkých městech. Tato data dokazují nejen to, že ke snižování plodnosti dochází nejprve ve městech vlivem většího stupně rozvoje, ale v čínském kontextu také to, že populační politika byla od počátku úspěšnější u městského obyvatelstva, které bylo lépe kontrolovatelné. To je nejvíce patrné u velkoměst, kde v roce 2000 byla úhrnná plodnost 1,1 dítěte na jednu ženu, tedy v podstatě v mezích politiky jednoho dítěte.

Tabulka 9: Úhrnná plodnost podle dvou zdrojů, Čína, 1975–2000

Rok	Světová banka	NBSCh*	Rok	Světová banka	NBSCh*
1975	3,8	3,8	1988	2,7	2,5
1976	3,5	3,5	1989	2,6	2,3
1977	3,2	3,1	1990	2,5	2,4
1978	3,0	2,9	1991	2,3	1,8
1979	2,8	2,8	1992	2,2	1,7
1980	2,7	2,7	1993	2,0	1,6
1981	2,7	2,5	1994	1,9	1,5
1982	2,7	2,9	1995	1,7	1,5
1983	2,7	2,6	1996	1,7	1,4
1984	2,8	2,3	1997	1,6	1,4
1985	2,8	2,3	1998	1,5	1,4
1986	2,8	2,4	1999	1,5	1,2
1987	2,8	2,6	2000	1,5	1,4

* NBSCh = National Bureau of Statistics of China

Zdroje dat: Světová banka, 2014; National Bureau of Statistics of China, 2007

Tabulka 10: Úhrnná plodnost podle místa pobytu, Čína, 1990 a 2000

Místo pobytu	1990	2000
Venkov	2,47	1,60
Město	1,59	1,28
Velkoměsto	1,47	1,08
Celkem	2,40	1,40

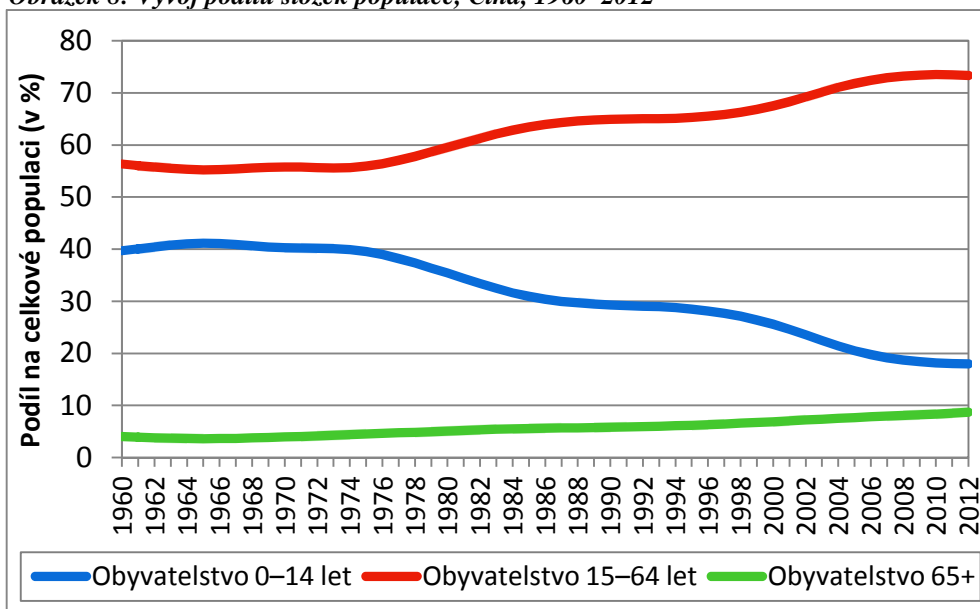
Zdroj dat: National Bureau of Statistics of China, 2007

Pokles plodnosti má za následek snižující se podíl dětské složky (0–14 let) v populaci. Obrázek 8 zobrazuje vývoj podílu jednotlivých složek populace v Číně v letech 1960–2012. Podíl osob mladších 14 let se v tomto období snížil ze 40 % na 18 %, naopak podíl seniorů se zvýšil ze 4 % na 9 %. Tempo stárnutí čínské populace je rychlé a lze očekávat, že se ještě zvýší. Nárůst podílu osob v produktivním věku vlivem poklesu dětské složky a tím snižující se index ekonomické závislosti nabídl Číně vhodné podmínky populační struktury k ekonomickému využití. Podle OSN se demografické okno Číně otevřelo v roce 1990 a uzavře se přibližně v roce 2025 (OSN, 2004).

Obrázek 9 zobrazuje specifické míry plodnosti podle pětiletých věkových skupin ve vybraných letech v období 1975–2000. V tomto období se plodnost snížila ve všech věkových skupinách. Po roce 1980 došlo také k posunu vrcholu plodnosti z věkové skupiny 25–29 let do skupiny 20–24 let. K největšímu snížení plodnosti došlo u starších věkových skupin (35 a více let). K poměrně výraznému poklesu došlo také ve skupinách 15–19 let a 30–34 let. Stejně jako v případě Vietnamu, i u Číny platí, že výraznější pokles plodnosti pro ženy starší 35 let je jev typický pro populace se snižující se plodností, kdy dochází k procesu transformace plodnosti; tedy u starších žen je pravděpodobné, že již dosáhly požadovaného počtu dětí a záměrně se s větším úsilím snaží omezovat svou plodnost, kdežto mladší ženy se většinou nachází ve fázi, kdy ještě chtějí mít děti. Svůj vliv na to má pravděpodobně také politika jednoho dítěte. Pokud

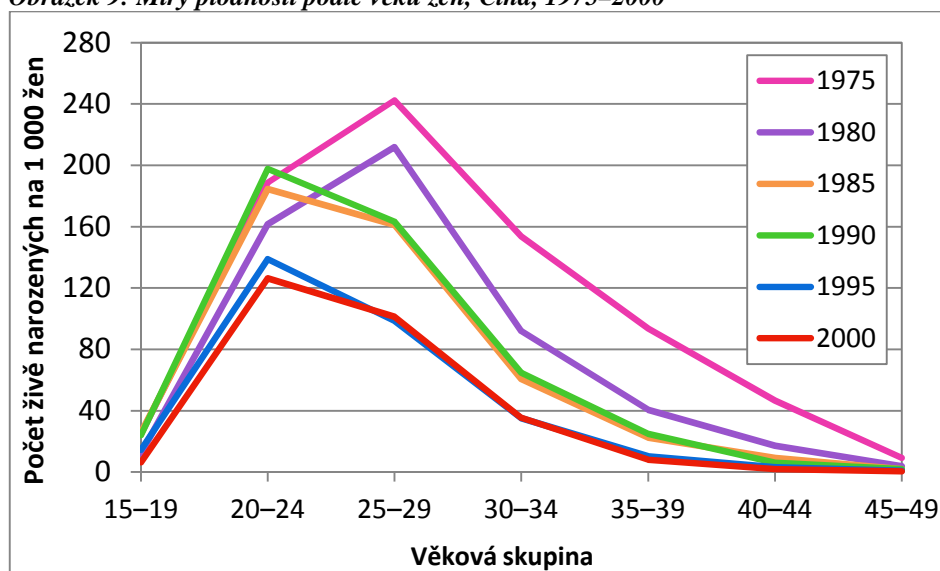
bychom uvažovali, že ženy budou mít opravdu pouze jedno dítě, s nejvyšší pravděpodobností ho budou mít v dřívějším věku krátce po uzavření manželství. Logicky se tedy bude zvyšovat plodnost spíše v mladším věku, ve starších věkových skupinách bude naopak plodnost rychle klesat, jelikož ženy již budou mít ukončené reprodukční období.

Obrázek 8: Vývoj podílu složek populace, Čína, 1960–2012



Zdroj dat: Světová banka, 2014; vlastní zpracování

Obrázek 9: Míry plodnosti podle věku žen, Čína, 1975–2000

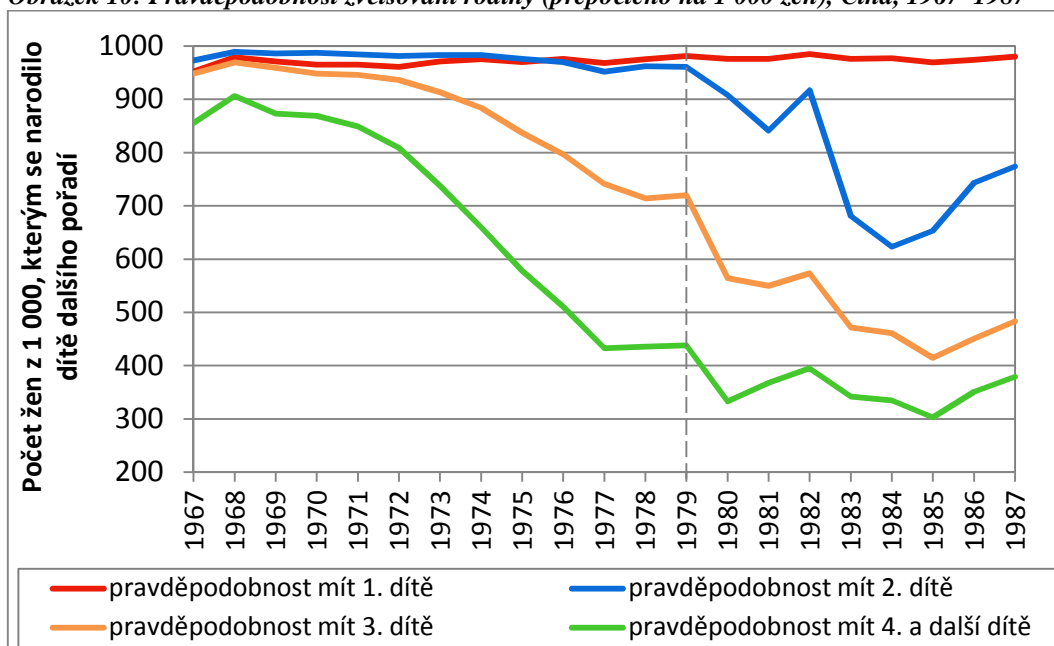


Zdroj dat: National Bureau of Statistics of China, 2007; vlastní zpracování

Z hlediska plodnosti podle pořadí narozeného dítěte došlo ke změnám – začal se snižovat podíl dětí druhého a vyššího pořadí. To demonstruje Obrázek 10, který zobrazuje pravděpodobnosti ženy mít dítě dalšího pořadí v přepočtu na 1 000 žen. Data pochází z šetření

z roku 1988 „dva z tisíce“ (Feeney a Feng, 1992). Studované období (1967–1987) pokrývá první roky po zavedení politiky jednoho dítěte a dobře znázorňuje její efekt. Jak je z grafu vidět, u dětí prvního pořadí v podstatě k žádným změnám nedošlo, 98 % žen mělo v roce 1987 po vstupu do manželství dítě. U pravděpodobností mít dítě druhého a vyššího pořadí se efekt politiky jednoho dítěte projevil, u všech došlo po zavedení k okamžitému a výraznému snížení. Trend pak byl méně vyrovnaný než před zavedením politiky, což přisuzují neustálým politickým změnám a teprve přizpůsobování se politice. Před rokem 1979 mělo přibližně 98 % vdaných žen, které měly jedno dítě, i dítě druhé. Ihned po zavedení politiky ale došlo k poklesu; v roce 1980 to bylo 91 % žen a na konci sledovaného období již jen 77 % žen. Výraznější byl pokles pravděpodobnosti mít třetí dítě. Z tisíce vdaných žen, které měly dvě děti, mělo v roce 1967 téměř 95 % žen také třetí dítě. V roce 1980 to bylo 56 % žen a v roce 1987 pouze 48 % žen. Podíl poklesl také u dětí čtvrtého a vyššího pořadí, z 86 % v roce 1967 na 38 % v roce 1987. Nutno podotknout, že podíl žen majících děti třetího a vyššího pořadí značně klesal i před zavedením politiky jednoho dítěte, nicméně ta tento pokles urychlila.

Obrázek 10: Pravděpodobnost zvětšování rodiny (přepočteno na 1 000 žen), Čína, 1967–1987



Zdroj dat: Feeney: Parity Progression and Birth Intervals in China: The Influence of Policy in Hastening Fertility Decline, 1993

Feeney a Feng analyzovali také průměrnou dobu mezi těmito jednotlivými událostmi. Během sledovaného období došlo ke snížení doby mezi nimi s výjimkou přechodu od prvního ke druhému dítěti. Doba mezi uzavřením manželství a narozením prvního dítěte se zkrátila o rok; z 2,1 roku v roce 1967 na 1,2 roku v roce 1987. Doba mezi narozením prvního a druhého dítěte se prodloužila z 2,8 roku na 3,3 roky. To přisuzují váhání párů, zda pod politikou jednoho dítěte mít dítě další. Celkově byla tato rozhodování pravděpodobně ovlivněna také příslušnými

povoleními, která páry musely od státu mít. Časování dětí tak bylo zčásti na státu, nebylo svobodnou volbou rodičů.

K poklesu plodnosti v Číně tedy nejvíce napomohla populační politika, která tak nepochybně splnila svou funkci. Podařilo se značně zpomalit také populační růst, podle čínské vlády se zabránilo narození více než 400 milionů lidí (English News, 2011). Na základě minulého vývoje a současných trendů usuzují, že v následujících letech se bude úhrnná plodnost pohybovat těsně pod hranicí 2 dětí na jednu ženu, a to hlavně z důvodu uvolňování politiky jednoho dítěte. V blízké době se nedá předpokládat, že by ji čínská vláda zcela zrušila, nicméně k úpravám pravděpodobně docházet bude.

Kromě žádaného snížení plodnosti přinesla politika jednoho dítěte také mnoho negativních důsledků. Jedním z nich je silný přebytek mužů ve společnosti. V Číně podle konfuciánského myšlení převažuje touha mít potomka mužského pohlaví jakožto pokračovatele rodu, i když dnes tento trend pomalu slábne. To souvisí s úmyslným zabíjením novorozenat-dívek. Ačkoliv je tento trend dlouhodobý, výrazněji se projevil právě vlivem politiky jednoho dítěte. Kvůli limitu pouze jednoho povoleného dítěte se páry snažily, aby to byl právě syn. Mnoho těhotenství tak bylo uměle přerušeno v případě, že žena zjistila, že čeká dceru. Vzrostl také počet odkládání či zabíjení novorozenců nechtěného pohlaví. Výsledkem je problém pohlavní struktury – výrazný nepoměr mužů a žen. Stát se proti tomu snažil bojovat zvýhodněním dívek. Byl zakázán potrat ženského plodu při prvním těhotenství a ultrazvuk pro určení pohlaví plodu. Jak již bylo uvedeno výše, venkovské rodiny dostaly povolení k druhému dítěti, jestliže prvorozená byla dívka. Tato zvýšená emancipace především ve městech pak pomohla boji proti této konfuciánské a kruté tradici, takže svým způsobem politika v dlouhodobějším pohledu přispěla potírání tradiční preference synů (Horálek, 2011). Dalšími negativními důsledky politiky jednoho dítěte jsou například nadměrný individualismus dětí vyrůstajících bez sourozenců nebo stárnutí obyvatelstva, což patří momentálně k nejpálčivějším problémům Číny.

5.3 Porovnání vlivu populační politiky ve Vietnamu a v Číně

Jak již bylo zmíněno, omezení plodnosti bylo cílem obou politik. Snížení plodnosti je tak především výsledkem vnějších, cílených zásahů nastavených populačních politik. Plodnost v Číně i ve Vietnamu rychle klesla během druhé poloviny 20. století. Ještě v polovině 60. let byla úhrnná plodnost vyšší než 6 dětí na jednu ženu v obou zemích, během 40 let se snížila na hodnotu nižší než 2 děti na jednu ženu.

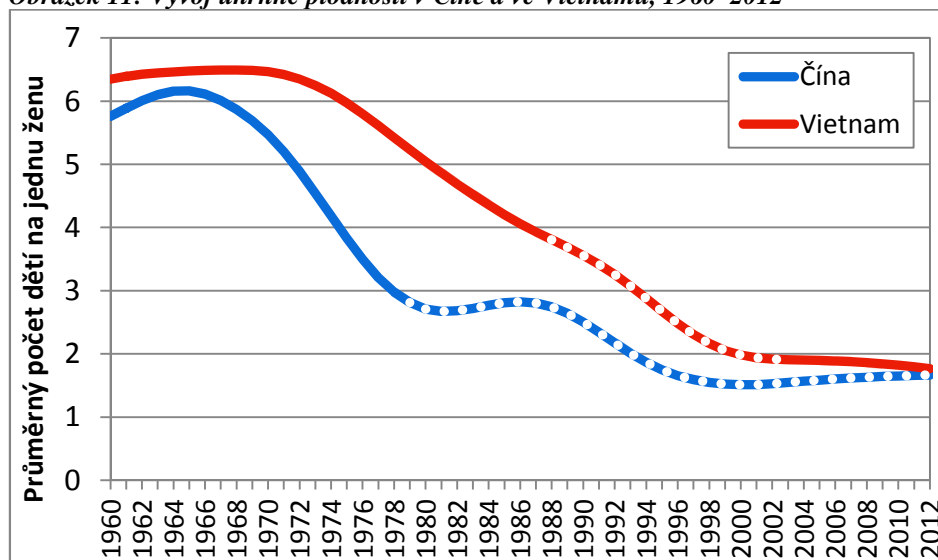
Pokles úhrnné plodnosti začal dříve v Číně, což koresponduje s dřívějším zavedením populační politiky. Čína jako samostatný stát fungovala již od roku 1949, vláda tedy měla čas podniknout v této oblasti kroky. Významnější pokles začal na počátku 70. let a na rozdíl od Vietnamu byl strmější a rychlejší. V období 1970–1979 plodnost průměrně klesala až o téměř 7 % ročně. Paradoxně v 80. letech, desetiletí po zavedení politiky jednoho dítěte, plodnost příliš

neklesala. Pokles opět začal s počátkem 90. let a v novém tisíciletí se úhrnná plodnost drží kolem hodnoty 1,6 dětí na jednu ženu.

Pozdější nástup snižování plodnosti ve Vietnamu přisuzují především válce. Vietnam sice získal nezávislost na Francii už v roce 1945, ale ke sjednocení po dlouhé válce došlo až v roce 1976. Právě s ukončením války započal pokles plodnosti, který byl na rozdíl od Číny poněkud mírnější, přesto rychlý (průměrně o téměř 5 % ročně v období 1976–1987). Pokles byl plynulý po celé období a zmírnil se až na počátku nového tisíciletí. Dnes se úhrnná plodnost drží kolem hodnoty 1,9 dítěte na jednu ženu.

Zavedení politiky dvou dětí ve Vietnamu pokles plodnosti urychlilo, kdežto v Číně došlo po zavedení politiky jednoho dítěte dokonce k nárůstu plodnosti (Obrázek 11 – období populační politiky je vyznačeno tečkovaně). Ve Vietnamu byl průběh poklesu plodnosti mnohem hladší. V případě Číny byl narušen obdobím Velkého skoku na přelomu 50. a 60. let a pak zavedením politiky jednoho dítěte.

Obrázek 11: Vývoj úhrnné plodnosti v Číně a ve Vietnamu, 1960–2012



Zdroj dat: Světová banka, 2014; vlastní zpracování

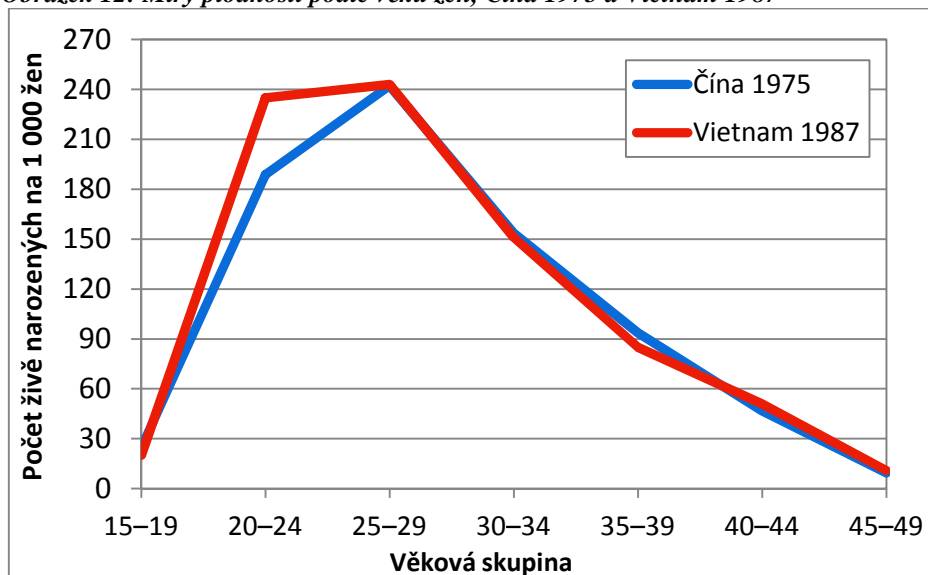
Mezi roky 1960 a 2012 se úhrnná plodnost v Číně snížila z 5,8 na 1,7 dětí na jednu ženu, ve Vietnamu z 6,3 na 1,8 dětí na jednu ženu. Během 15 let, kdy ve Vietnamu platila politika dvou dětí, došlo ke snížení z 3,8 na 1,9 dětí na jednu ženu. To odpovídá 50% poklesu. V Číně se plodnost během politiky jednoho dítěte snížila z 2,8 na 1,7 dětí, což odpovídá 41% poklesu. To ale platí pro období více než dvakrát delší jako ve Vietnamu. Pokud bych analyzovala prvních 15 let fungování politiky jednoho dítěte, pokles plodnosti byl asi o 34 %. Lze shrnout, že pokles plodnosti mezi rokem 1960 a současností byl v obou státech přibližně stejný (asi o 71,6 %), ale při poklesu plodnosti během trvání politiky byl úspěšnější Vietnam.

V Číně došlo ke snížení plodnosti ve všech věkových skupinách, nejvýrazněji ve starších věkových skupinách (35 a více let). Navíc se vrchol plodnosti od 2. poloviny 80. let posunul

do mladší věkové skupiny z 25–29 let do věku 20–24 let. Zavedení politiky jednoho dítěte tak spíše urychlilo proces reprodukce (navíc se zkrátila také doba mezi uzavřením sňatku a narozením prvního dítěte). Ve Vietnamu došlo k největšímu snížení plodnosti také u nejstarších věkových skupin (40 a více let), ale v nejmladší skupině (15–19 let) jako v jediné došlo k mírnému zvýšení plodnosti. Plodnost v této skupině je ovšem celkově nízká a její váha není zvláště podstatná (v roce 2009 se na 1 000 žen ve věku 15–19 let živě narodilo 24 dětí). Vrchol plodnosti je téměř po celé sledované období ve věkové skupině 25–29 let, nicméně plodnost ve věkové skupině 20–24 let není o mnoho nižší. Jde tedy spíše o smíšený model plodnosti, kdežto Čína charakterizuje model časné plodnosti.

Obrázky 12 a 13 vykreslují specifické míry plodnosti žen v Číně a ve Vietnamu za dva různé roky. Ačkoliv je na Obrázku 12 mezi srovnávanými roky rozdíl 12 let, úroveň plodnosti obou zemí jsou podobné vlivem rozdílného tempa poklesu plodnosti (úhrnná plodnost v Číně 3,8 a ve Vietnamu 3,9 dětí na jednu ženu). Díky tomu je možné srovnání. Odlišnost je ve vrcholu plodnosti, kdy za Čínu je to jednoznačně věková skupina 25–29 let, kdežto ve Vietnamu má tato skupina jen velmi mírnou převahu nad skupinou 20–24 let. Na Obrázku 13 je rozdíl mezi sledovanými roky 9 let, úroveň plodnosti je zde mírně vyšší ve Vietnamu (úhrnná plodnost v Číně 1,5 a ve Vietnamu 1,8 dětí na jednu ženu). Co se týče vrcholu plodnosti, ve Vietnamu nedošlo v podstatě k žádným změnám. Nejvyšší byla plodnost ve věkové skupině 25–29 let, ale opět pouze s mírným převýšením nad skupinou 20–24 let. V Číně došlo k posunu k modelu časné plodnosti, tedy vrchol plodnosti se posunul do věkové skupiny 20–24 let ze skupiny 25–29 let.

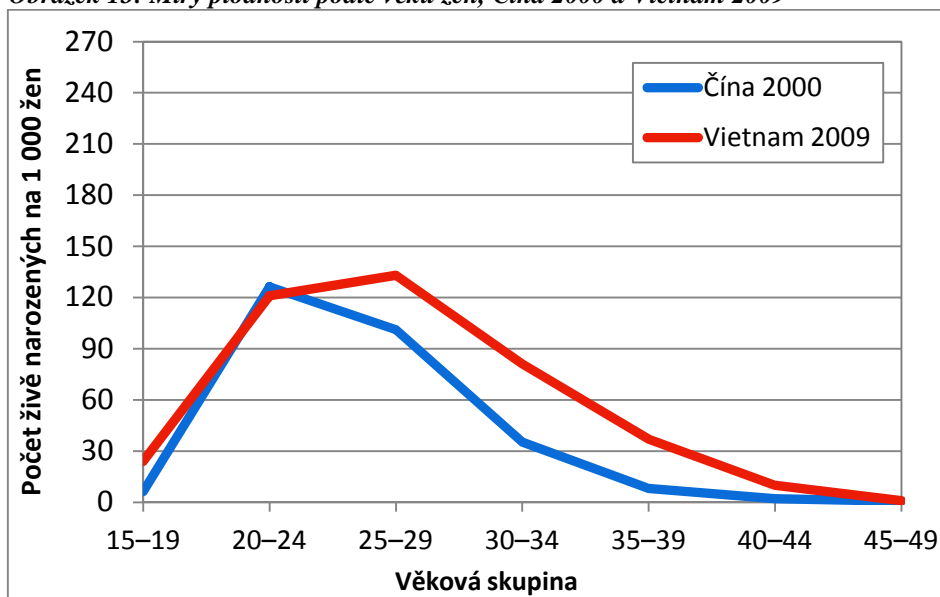
Obrázek 12: Míry plodnosti podle věku žen, Čína 1975 a Vietnam 1987



Pozn.: Ačkoliv jde o různé roky, úhrnná plodnost byla na přibližně stejné úrovni (v Číně 3,8 a ve Vietnamu 3,9 dětí na jednu ženu).

Zdroje dat: National Bureau of Statistics of China, 2007; Nguyen: Fertility and Family Planning in Vietnam: Evidence from the 1994 Inter-censal Demographic Survey, 1996; vlastní zpracování

Obrázek 13: Míry plodnosti podle věku žen, Čína 2000 a Vietnam 2009



Pozn.: Ačkoliv jde o různé roky, úhrnná plodnost byla na podobné úrovni (v Číně 1,5 a ve Vietnamu 1,8 dětí na jednu ženu).

Zdroje dat: National Bureau of Statistics of China, 2007; GSÚ: Fertility and Mortality in Vietnam: Patterns, Trends and Differentials, 2011; vlastní zpracování

Tento jev by mohl být důsledkem zavedení politiky jednoho dítěte, která mohla podpořit páry mít alespoň jedno dítě v restriktivním prostředí co nejdříve. Ve Vietnamu byla politika dvou dětí zavedena na pozadí velkých ekonomických reforem a celospolečenských změn, tedy i reprodukční chování mohlo být ovlivněno. Dalo by se tedy shrnout, že populační politika v Číně proces změny modelu plodnosti (přechod z časné k pozdní) zpomalila, zatímco ve Vietnamu urychlila.

Klesající plodnost podle pořadí narozeného dítěte zcela odráží nastavené politiky v daných zemích. V Číně se začal snižovat počet dětí druhého a vyššího pořadí, zatímco ve Vietnamu došlo k největšímu poklesu plodnosti u dětí třetího a vyššího pořadí.

Rozdíly v plodnosti na venkově a ve městě mají velmi podobný trend v obou zemích. V Číně i ve Vietnamu je plodnost stále vyšší na venkově, nicméně tento rozdíl se postupně s časem snižuje. Pokles plodnosti byl výraznější právě na venkově, při celkovém snižování plodnosti dnes hraje důležitou roli.

Užívání antikoncepce má na úroveň plodnosti podstatný vliv. Pro lepší srovnání sice nemám k dispozici starší data, nicméně Tabulka 11 zobrazuje podíl vdaných žen užívajících antikoncepci alespoň za roky 1997 a 2013. V Číně bylo procento užívání antikoncepce vyšší oba roky, navíc téměř všechny ženy užívaly moderní metody. Pravděpodobně i tento fakt má částečně vliv na nižší plodnost v Číně.

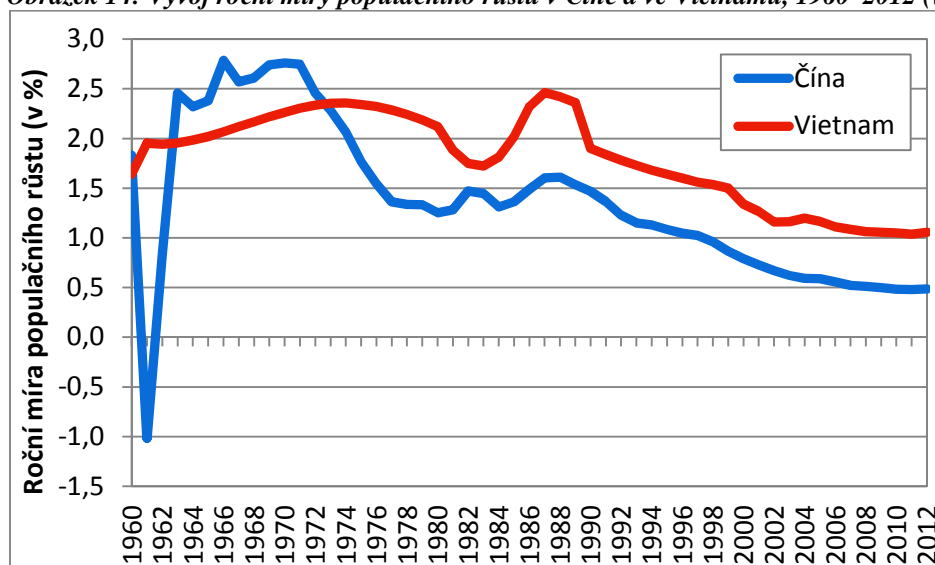
Tabulka 11: Podíl vdaných žen užívajících antikoncepci v Číně a Vietnamu, 1997 a 2013 (v %)

Rok Metoda	1997		2013	
	Celkem	Moderní	Celkem	Moderní
Čína	83,8	83,3	84,6	84,0
Vietnam	75,6	55,5	77,8	59,8

Zdroje dat: 1997: VN DHS a Family Planning Data Sheet, 2002; 2013: Family Planning Data Sheet, 2013

Kromě omezení plodnosti byl cílem politik také pomalejší růst populace. Ten je ovlivněn nejen úrovní plodnosti, ale také aktuální populační strukturou. Čína má oproti Vietnamu mnohem nevyváženější vývoj roční míry populačního růstu (Obrázek 14), což je dáno hlavně krizí na přelomu 50. a 60. let, kdy došlo k obrovskému propadu a pak následné kompenzaci. Právě tento kompenzační nárůst způsobil, že míra růstu byla v Číně v letech 1963–1972 vyšší než ve Vietnamu. Následný pokles byl ale natolik zásadní, že už v pozdějších letech k převýšení nedošlo. Na míře růstu se v Číně po zavedení politiky jednoho dítěte promítlo zvýšení plodnosti – také roční míra růstu se zvýšila a dlouhou dobu se držela kolem 1,4% ročního růstu. Snižování začalo až počátkem 90. let. Ve Vietnamu vývoj roční míry růstu populace po zavedení politiky dvou dětí kopíroval trend plodnosti – došlo k okamžitému snížení (během 5 let pokles z 2,4 % na 1,7 %), pozvolněji pak klesal až na současných necelých 1,1 %.

Obrázek 14: Vývoj roční míry populačního růstu v Číně a ve Vietnamu, 1960–2012 (v %)



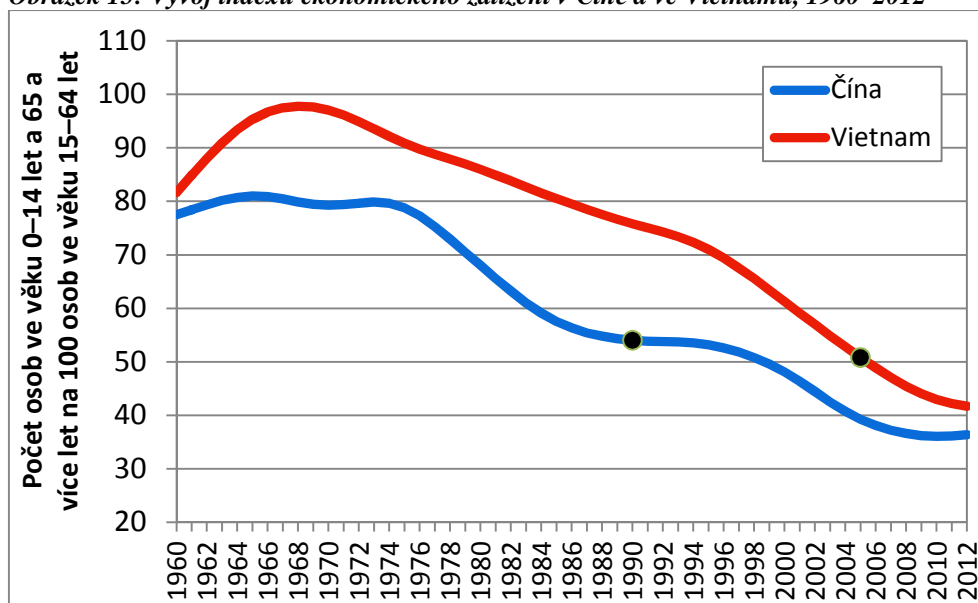
Zdroj dat: Světová banka, 2014; vlastní zpracování

Rychlý pokles plodnosti s sebou často přináší jev zvaný demografické okno (podíl obyvatel ve věku 15–64 let je příznivě vysoký a nabízí ekonomické využití). Tak jako plodnost začala dříve klesat v Číně, také demografické okno se Číně otevřelo dřív. Podle OSN to bylo v roce 1990 a zcela uzavřít by se mělo v roce 2025. V době otevření opětovně začala klesat plodnost a také došlo ke zpomalení tempa růstu populace. Ve Vietnamu se demografické okno otevřelo v roce 2005 a mělo by trvat do roku 2040. U něj v době otevření došlo naopak ke zpomalení

tempa poklesu plodnosti. Odhadovaná délka trvání demografického okna je u obou zemí shodně 35 let (OSN, 2004).

Index ekonomického zatížení odráží poměr zastoupení jednotlivých věkových složek obyvatelstva. Obrázek 15 zobrazuje jeho vývoj mezi roky 1960 a 2012 v obou zemích s vyznačeným počátkem období demografického okna podle OSN. U obou zemí platí, že křivka zhruba kopíruje vývoj úhrnné plodnosti. V Číně se do poloviny 70. let 20. století index držel kolem hodnoty 80 závislých osob na 100 osob v produktivním věku, pak začal klesat a v posledních pěti letech se držel kolem hodnoty 36 závislých osob na 100 osob v produktivním věku. Ve Vietnamu došlo v 2. polovině 60. let 20. století k nárůstu hodnoty ukazatele vlivem války (až na hodnotu 98 v letech 1968–1969), poté se začala plynule snižovat se zrychlením v polovině 90. let. V roce 2012 byl index ekonomického zatížení ve Vietnamu 42 závislých osob na 100 osob v produktivním věku. Z ekonomického hlediska má zatím příznivější hodnoty indexu Čína, i když Vietnam je teprve na začátku svého období demografického okna a pravděpodobně ještě dojde ke snížení hodnoty indexu. Přesto OSN odhaduje, že minimum hodnoty indexu ekonomického zatížení bude během období trvání demografického okna nižší v Číně (OSN, 2004). Právě Čína tak má lepší podmínky pro jeho využití.

Obrázek 15: Vývoj indexu ekonomického zatížení v Číně a ve Vietnamu, 1960–2012



Zdroj dat: Světová banka, 2014; vlastní zpracování

Hlavních cílů politik – zpomalení tempa růstu populace a snížení plodnosti – se u obou států povedlo dosáhnout. Obě politiky byly úspěšné, ačkoliv ve Vietnamu trvala „pouze“ 15 let a v Číně přetrvává již 35 let, i když se změnami. Tato opatření přinesla také mnoho problémů, podstatně výrazněji se projeví v Číně. Jde především o rychle

stárnoucí obyvatelstvo, nedostatek žen v populaci – vysoký index maskulinity při narození, zabíjení novorozenců-dívek či nadměrný individualismus.

Kapitola 6

Umělá potratovost ve Vietnamu

6.1 Základní informace

Počet dětí, které žena má, lze regulovat jak užíváním antikoncepce, tak umělým ukončením těhotenství. Ve Vietnamu se rozlišují dvě kategorie umělého přerušování těhotenství (UPT). První je tzv. menstruační regulace (vakuová aspirace), což je sací procedura prováděná do pěti týdnů od početí. Druhou kategorií je interrupce, která zahrnuje všechny ostatní legální procedury prováděné mezi 5. a 12. týdnem těhotenství, ve výjimečných případech ho lze provést i později.

Poprvé se legální UPT stalo dostupným v některých zdravotnických zařízeních v roce 1963, kdy byla v Severním Vietnamu zavedena první populační politika. Ačkoliv byla umělá ukončení těhotenství povolena již v 60. letech, nebyla do počátku 80. let běžná. Zavedení politiky dvou dětí v roce 1988 bylo v tomto směru významným krokem, který umožňoval umělé ukončení těhotenství zdarma pro všechny vdané ženy, které byly registrovány u místních poskytovatelů služeb plánovaného rodičovství (Teerawichitchainan, 2010). S růstem privátního sektoru po roce 1989 se objevily také možnosti podstoupit UPT u soukromého poskytovatele. Vládní dotace soukromým poskytovatelům započaly v roce 1991 a spíše než o podporu soukromého sektoru šlo o pokus začlenit umělé ukončení těhotenství do dotovaného lékařského systému se standardizovanou výší dotace (Goodkind, 1994). Z hlediska kontroly a monitorování je pro stát výhodnější, když ženy podstupují zákrok ve státních zřízeních. Podíl zákroků provedených soukromými poskytovateli není jednoznačný.

Dnes je umělé přerušování těhotenství povoleno z jakéhokoliv důvodu, jestliže zákrok provádí zdravotní pracovník. UPT jsou dostupná ve státních i v soukromých zdravotnických zařízeních. Většinu interrupcí lze provést v zařízeních, která jsou dostupná ve městech. Odlehlejší venkovské oblasti jsou obsluhovány mobilními lékařskými týmy. Menstruační regulace je obecně dostupná ve všech základních zdravotnických zařízeních, jako jsou obecní zdravotní střediska, která poskytují základní péči. Poplatky za provedení zákroku se liší podle administrativní úrovně nemocnice, ekonomického statutu provincie a délky těhotenství. V chudých venkovských a horských oblastech jsou všechny tyto služby dostupné bez poplatku (Teerawichitchainan, 2010).

6.2 Analýza dat

Data v tabulce 12 zobrazují vývoj absolutního počtu všech uměle ukončených těhotenství ve vybraných letech v období od roku 1976 do roku 2003. Počet zákroků rostl již před zavedením politiky dvou dětí v roce 1988, což koresponduje se snižující se plodností. Zdá se, že vrchol nastal ve druhé polovině 90. let. To opět odpovídá velmi rychle se snižující plodnosti v té době po zavedení politiky dvou dětí. Limit na počet dětí nutil ženy mnohem častěji podstupovat umělé přerušování těhotenství než dřív, zároveň byla společnost ještě stále ve fázi, kdy bylo obvyklé mít více dětí. Umělé přerušování těhotenství se tak stalo prostředkem pro dodržování nastavené politiky a zároveň také alternativou antikoncepčních metod, kterých bylo nedostatek.

Do zrušení politiky dvou dětí v roce 2003 se pak počet UPT snížil na méně než polovinu. Rozsah tohoto poklesu ale není jednoznačný; hlášení potratů bylo totiž neúplné či nepřesné a navíc rostl počet UPT provedených v soukromých zařízeních, která nejsou zahrnuta v oficiálních záznamech. Mohlo tak dojít ke zkreslení dat, kdy absolutní počet uměle přerušovaných těhotenství razantně neklesl, pouze se změnila struktura podle typu zařízení provádějícího zákrok (Teerawichitchainan, 2010).

Tabulka 12: Počet uměle přerušovaných těhotenství, Vietnam, 1976–2003 (v mil.)

Rok	1976	1979	1987	1989	1991	1992	1993	1994	1995	1996	2003
Počet UPT	0,07	0,16	0,81	0,76	1,13	1,34	1,37	1,30	1,40	1,52	0,54

Zdroj: 1976, 1987 a 1991–1993: Goodkind: Abortion in Vietnam: Measurements, Puzzles, and Concerns, 1994; 1979 a 2003: Teerawichitchainan, Amin: The Role of Abortion in the Last Stage Of Fertility Decline in Vietnam, 2010; 1989 a 1994–1995: Vach, Bishop a kol.: The Potential Impact of Introducing Pregnancy Testing into Menstrual Regulation Services in Vietnam, 1998; 1996: Sedgh, Henshaw a kol.: Legal Abortion Worldwide: Incidence and Recent Trends, 2007

Goodkind na základě dat Ministerstva zdravotnictví uvádí, že v roce 1992 byla úhrnná umělá potratovost kolem 2,5; počet uměle ukončených těhotenství na 1 000 žen ve věku 15–49 let byl 100,1; index umělé potratovosti se rovnal 0,41 a podíl menstruačních regulací byl 45 % (Goodkind, 1994). Tabulka 13 zobrazuje úhrnnou umělou potratovost podle výsledků Demographic and Health Survey 1997 a 2002. V tomto období došlo ke zvýšení hodnoty ukazatele, v roce 2002 ve Vietnamu v průměru připadalo na jednu ženu 0,62 uměle přerušovaných těhotenství během jejího reprodukčního období. Úhrnná umělá potratovost byla v tomto období vyšší na venkově než ve městě (2002: 0,65 vs. 0,49). Jednoznačně nejvyšší úhrnnou umělou potratovost vykazuje region Severní středozemí a hory, kde je v rámci Vietnamu vyšší také úhrnná plodnost. Hodnota úhrnné umělé potratovosti v roce 1997 s úrovní dokončeného vzdělání rostla, ale tento rozdíl v roce 2002 již nebyl patrný. Bez ohledu na místo pobytu podstupovaly dívky mladší 20 let UPT jen velmi zřídka. Nejčastěji ho podstupovaly ženy ve věku 25–39 let (nezobrazeno).

Tabulka 13: Úhrnná umělá potratovost podle místa pobytu, socioekonomického regionu a vzdělání, Vietnam, 1997 a 2002

Rok	1997	2002
Místo pobytu		
Město	0,37	0,49
Venkov	0,59	0,65
Socioekonomický region		
Severní středozemí a hory	1,14	1,35
Delta Rudé řeky	0,87	0,84
Severní centrální pobřeží	0,29	0,52
Jižní centrální pobřeží	0,02	0,09
Centrální vysočina	0,21	0,27
Jihovýchod	0,30	0,31
Delta Mekongu	0,28	0,27
Vzdělání		
Bez vzdělání	0,17	0,63
Nedokončené primární	0,37	0,52
Dokončené primární	0,56	0,58
Dokončené nižší sekundární	0,65	0,72
Dokončené vyšší sekundární a vyšší	0,66	0,59
Celkem	0,54	0,62

Pozn.: Regiony Severní centrální pobřeží a Jižní centrální pobřeží dohromady tvoří region Severní a jižní centrální pobřeží. Data zachycují období pěti let bezprostředně před výzkumem. Data zahrnují menstruační regulace a ostatní interrupce.

Zdroj: National Committee for Population and Family Planning, 1999; National Committee for Population, Family and Children, 2003

Podle výsledků DHS 2002 bylo tři roky bezprostředně před šetřením záměrně ukončeno 22 % těhotenství, z toho připadá 17 % na menstruační regulace a 5 % na interrupci (National Committee for Population, Family and Children, 2003). Téměř dvě třetiny žen (64,4 %), které umělé přerušení těhotenství podstoupily, užívaly nějakou formu antikoncepce (Tabulka 14). V roce 1997 to byla polovina žen (49,6 %). Mezi těmito roky došlo ke změně struktury podle užívané antikoncepční metody. Podíl žen, které před ukončením těhotenství užívaly moderní antikoncepční metodu, se snížil (z 24,4 % na 15,2 %). Podíl žen užívajících tradiční metodu se zvýšil téměř dvojnásobně (z 25,2 % na 49,1 %). To příkládám faktu, že se efektivita moderních metod zlepšila, tudíž stále méně žen otěhotnělo přes užívání moderní antikoncepce (podíl moderních metod se v čase příliš nemění, naopak roste podíl užívání tradičních antikoncepčních metod).

Tabulka 14: Uměle přerušená těhotenství podle antikoncepční metody užívané před koncepcí, Vietnam, 1997 a 2002 (v %)

Antikoncepční metoda	1997			2002		
	Typ UPT					
	Menstruační regulace	Interrupce	Celkem	Menstruační regulace	Interrupce	Celkem
dn	51,9	47,9	50,4	32,7	46,5	35,6
Njak	48,1	52,1	49,6	67,3	53,5	64,4
Moderní metody	21,1	30,0	24,4	13,7	20,7	15,2
Pilulka	2,5	5,1	3,5	4,0	4,7	4,1
Nitroděložní tělísko	10,1	13,6	11,4	6,5	10,3	7,3
Kondom	8,5	10,4	9,2	3,0	5,7	3,6
Tradin metody	27,0	22,0	25,2	53,5	32,7	49,1
Periodick abstinence	10,5	7,0	9,1	19,7	10,8	17,8
Přerušovaná soulož	16,5	15,1	15,8	33,9	22,0	31,4

Pozn.: Součty nemusí vlivem zaokrouhlování odpovídat.

Zdroj: National Committee for Population and Family Planning, 1999; National Committee for Population, Family and Children, 2003

Vysok prevalence uměle ukončených těhotenství v 90. letech byla pravdpodobn výsledkem antinatalitní politiky a také nedostatkem antikoncepčních alternativ (vysok byla i míra nechtench těhotenství, což umělou potratovost podněcuje). UPT je i v současnosti často považováno za alternativn metodu antikoncepce, především u majoritního etnika a minorit s nízkou plodnosti. Navíc s rozvojem moderních technologií, díky kterm je možné předem určit pohlaví plodu, se ukonen těhotenství často stává prostředkem k zajištění narození syna.

V poslední době míra potratovosti ve Vietnamu klesá, ačkoliv v porovnání s ostatními státy je stále vysok. Studie ukázaly, že potratovost byla vyšší u vdaných žen starších 20 let, u žen s delším vzděláním a u žen s jedním nebo dvěma dětmi. Dále u žen z majoritního etnika a u socioekonomicky úspěšnějších minorit (ňan, Tayové, Thajci, Muongov a Nungov). Míra potratovosti byla vyšší u žen užívajících tradiční antikoncepční metody než u těch, kter pouívly metody moderní.

Kapitola 7

Závěr

Populační politika je nástrojem státu sloužícím k ovlivňování demografického vývoje obyvatelstva. Existují dva přístupy: pronatalitní a antinatalitní. Vietnam i Čína jsou příkladem zemí, které se prezentovaly svou výraznou antinatalitní politikou.

Oba státy představily politiku přímo omezující reprodukční chování obyvatel. Ve Vietnamu platila v období 1988–2003 politika dvou dětí, která obyvatelstvu nařizovala mít nejvýše dvě děti s patřičnými postihy za nedodržení. V Číně byla praxe ještě tvrdší, od roku 1979 tam platí politika jednoho dítěte, která je považována za omezování lidských práv a svobody. Je předmětem zájmu mnoha odborníků i široké veřejnosti a ve své době byla velmi striktně odsuzována. Dnes platí pouze v mírné formě, výjimku má více než polovina populace. Během druhé poloviny 20. století došlo v obou zemích k rychlému snížení plodnosti, které bylo podmíněno především zvnějšku – tedy právě opatřeními státu na omezení populačního růstu.

První formu populační politiky představil Severní Vietnam v 60. letech 20. století. Šlo o politiku tří dětí, která měla nenásilný charakter. Cílem bylo zpomalit populační růst v rychle se zalidňujícím regionu Delta Rudé řeky a s tím související boj proti chudobě. V této době došlo k rozšíření užívání nitroděložního tělíška jako primární antikoncepční metody. Druhá, významnější fáze populační politiky v již sjednoceném Vietnamu započala v roce 1988, kdy byla zavedena politika dvou dětí. Vietnam se tak spolu s Čínou stal zemí s nejvýraznější populační politikou na světě. Šlo o formu donucovací, se zavedenými postihy za porušení pravidel. Zavedení této politiky se překrývalo s ekonomickými reformami (o volném trhu a zemědělství, které byly zaváděny od roku 1986; to byl počátek období ekonomického rozmachu, tzv. Doi Moi). Vlivem toho je v rámci poklesu plodnosti složité oddělit jednotlivé role populační politiky, ekonomického rozvoje a dalších faktorů. Otázkou tedy je, zda byl pokles plodnosti primárně způsoben pouze nastavenou populační politikou, nebo byl z velké části spjat s ekonomickým rozmachem a celkovými změnami ve společnosti. Tato politika dvou dětí byla zrušena v roce 2003. Vládní programy plánovaného rodičovství se v prvním desetiletí 21. století zaměřovaly především na venkovské oblasti, kde přispěly k poklesu plodnosti, což pak pomohlo celkovému národnímu poklesu plodnosti.

Ještě na počátku 60. let byla úhrnná plodnost ve Vietnamu vyšší než 6 dětí na jednu ženu, od počátku 70. let dochází k nepřetržitému snižování. Tempo poklesu se zpomalilo až se vstupem do nového tisíciletí. Po zavedení politiky dvou dětí do počátku 21. století došlo k velmi rychlému, razantnímu poklesu plodnosti (úhrnná plodnost klesla z hodnoty 3,8 na současných přibližně 1,9 dětí na jednu ženu). Záměr politiků, že do roku 2000 klesne úhrnná plodnost pod hodnotu 3 dětí na jednu ženu, se tak vydařil.

V Číně začala plodnost klesat v polovině 60. let, kdy se úhrnná plodnost pohybovala kolem 6 dětí na jednu ženu. Nejrychlejší byl pokles v 70. letech, po zavedení politiky jednoho dítěte v roce 1979 plodnost stagnovala, dokonce došlo k mírnému zvýšení. Poté se úroveň plodnosti začala opět snižovat, dnes je pod úrovní 1,7 dětí na jednu ženu.

Rychlý pokles počtu narozených s sebou přináší také negativní dopady. Výrazněji se projeví v Číně, kde je dnes velkým problémem rychlé stárnutí populace. To přináší obrovský tlak na stát z hlediska sociálního i zdravotního zajištění. Ve Vietnamu se tento fenomén zatím neprojevuje v takové míře, ačkoliv k pozvolnému stárnutí obyvatelstva dochází.

Dalším negativním doprovodným jevem je růst indexu maskulinity při narození. V obou zemích je rozšířena konfuciánská tradice, která preferuje syny před dcerami jako pokračovatele rodu a potomka, který se později o své rodiče postará (dívka odchází do rodiny manžela). Nastavená politika omezující počet dětí pak způsobuje, že rodiče si přejí mít raději syna než dceru. Této selekci navíc pomáhají technologie umožňující zjištění pohlaví plodu v rané fázi těhotenství. Kromě vyššího indexu maskulinity při narození jsou důsledkem také vyšší míra umělých přerušování těhotenství či zabíjení nebo odkládání novorozenat-dívek.

V Číně dochází k růstu indexu maskulinity při narození od 80. let; z hodnoty 107,2 v roce 1982 narostl na 120,5 v roce 2005. Později se tento trend pravděpodobně projeví v dalekosáhlých důsledcích, kdy bude nedostatek žen příčinou mnoha různých sociálních i ekonomických změn (například vzorce sňatečnosti).

V několika posledních letech se genderová nerovnováha projevuje také ve Vietnamu, ačkoliv zde na rozdíl od Číny nemá populační politika takovou váhu. Index maskulinity při narození je od roku 2006 vyšší než 109 narozených chlapců na 100 narozených dívek a do budoucna se očekává další růst až na hodnotu 120 (v některých oblastech dosahuje této hodnoty již dnes). Důvodem je pravděpodobně zmenšující se velikost rodiny, tedy snižující se počet dětí, které žena má, vlivem celospolečenského rozvoje a zároveň přetrvávající tlak kulturní tradice na to mít syna.

Politika dvou dětí byla ve Vietnamu zavedena v době, kdy již plodnost klesala, nicméně došlo ke zrychlení snižování plodnosti i k celkovému ovlivnění trendů plodnosti (například se snížil počet dětí třetího a vyššího pořadí). Předpokládám, že i kdyby politika nebyla v roce 2003 zrušena, vývoj plodnosti posledních 10 let by byl podobný. Má totiž souvislost také s širším rozvojem společnosti, přebíráním západních zvyků, modernizací apod. Ženy ve Vietnamu dnes častěji studují, pracují a v důsledku si přejí mít méně dětí. I z ekonomického hlediska si rodiny

přejí mít spíše méně dětí. Náklady na dítě totiž neustále rostou a rodiče začínají preferovat spíše méně dětí s tím, že je mohou plně zajistit.

Podle mého názoru bylo zrušení politiky správným krokem, jelikož ekonomické změny již nastartovaly přirozený pokles plodnosti v populaci a celkové změny demografického chování. Politika takového rázu je dnes opravdu omezování lidské svobody a jejím zrušením se Vietnam přiblížil demokratickým, západním zemím.

Seznam použité literatury

- DANG, A.; GOLDSTEIN, S.; McNALLY, J. 1997. Internal Migration and Development in Vietnam. *The International Migration Review*. 1997, vol. 31, no. 2, s. 312–337.
- ENGLISH.NEWS.CN. 2011. China to maintain its family planning policy: official [online]. Xinhua News Agency – státní tisková agentura Číny. 2011 [cit. 2014-07-28]. Dostupné z WWW: <http://news.xinhuanet.com/english2010/china/2011-10/30/c_131220403.htm>.
- FEENEY, G.; FENG, W. 1993. Parity Progression and Birth Intervals in China: The Influence of Policy in Hastening Fertility Decline. *Population and Development Review*. 1993, vol. 19, no. 1, s. 61–101.
- GOODKIND, D. 1994. Abortion in Vietnam: Measurements, Puzzles, and Concerns. *Studies in Family Planning*. 1994, vol. 25, no. 6, s. 342–352.
- GOODKIND, D. 1995. Vietnam's One-or-Two-Child Policy in Action. *Population and Development Review*. 1995, vol. 21, no. 1, s. 85–111.
- GOVERNMENT PORTAL. 2011a. National strategy on climate change. Vládní portál Socialistické republiky Vietnam. 2011 [2014-05-28]. Dostupné online z WWW: <<http://www.chinhphu.vn/portal/page/portal/English/strategies/strategiesdetails?categoryId=30&articleId=10051283>>.
- GOVERNMENT PORTAL. 2011b. Socio-economic Development Plan for the 2011–2015 Period. Vládní portál Socialistické republiky Vietnam. 2011 [2014-05-28]. Dostupné online z WWW: <<http://www.chinhphu.vn/portal/page/portal/English/strategies/strategiesdetails?categoryId=30&articleId=10052505>>.
- GSÚ. 2010. The 2009 Vietnam Population and Housing Census: Completed Results. Generální statistický úřad Vietnamu. Hanoj, 2010, 901 s.
- GSÚ. 2012. The 1/4/1012 Time-point Population Change and Family Planning Survey: Major Findings. Generální statistický úřad Vietnamu. Hanoj, prosinec 2012, 332 s.
- GSÚ. 2013. Socio-economic situation in 2013 [online]. Generální statistický úřad Vietnamu. Prosinec 2013 [cit. 2014-03-28]. Dostupné z WWW: <http://www.gso.gov.vn/default_en.aspx?tabid=501&thangtk=12/2013>.

- HARDY, A. 2000. Strategies of migration to upland areas in contemporary Vietnam. *Asia Pacific Viewpoint*. 2000, vol. 41, no. 1, s. 23–34. ISSN: 1360-7456.
- HAUGHTON, J.; HAUGHTON D. 1995. Son Preference in Vietnam. *Studies in Family Planning*. 1995, vol. 26, no. 6, s. 325–337.
- HORÁLEK, A. 2011. Mýty o čínské politice jednoho dítěte. *Geografické rozhledy*. 2011, vol. 20, no. 4, s. 24–25.
- CHAMBERLAIN, C. 1992. Viet Nam: Population, Health and Nutrition Sector Review. World Bank, East Asia and Pacific Regional Office, Population and Human Resources Operation Division, Country Department I. Report No. 10289-VN. Zář 1992, 189 s.
- LI, J. 1995. China's One-Child Policy: How and How Well Has it Worked? A Case Study of Hebei Province, 1979-88. *Population and Development Review*. Zář 1995, vol. 21, no. 3, s. 563–585.
- MEYERS, R.; NGUYEN, T. M. a kol. 2001. Vietnam Growing Healthy: A Review of Vietnam's Health Sector. World Bank, East Asia and Pacific Region, Vietnam Country Unit, Human Development Sector Unit. Report No. 22210-VN. Červen 2001, 218 s.
- MURPHY, E. 2004. Diffusion of Innovations: Family Planning in Developing Countries. *Journal of Health Communication*. 2004, vol. 9, no. 1, s. 123–129. ISSN: 1081-0730.
- NATIONAL COMMITTEE FOR POPULATION, FAMILY AND CHILDREN. 2003. Vietnam Demographic and Health Survey 2002. Hanoj, 2003, 231 s.
- NGUYEN, V. P.; KNODEL, J.; MAI, V. C.; HOANG, X. 1996. Fertility and Family Planning in Vietnam: Evidence from the 1994 Inter-censal Demographic Survey. *Studies in Family Planning*. 1996, vol. 27, no. 1, s. 1–17.
- OSN. 2004. World Population to 2300. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. New York, 2004, 254 s. Dostupné z WWW: <<http://www.un.org/esa/population/publications/longrange2/WorldPop2300final.pdf>>.
- OSN. 2012. World Population Prospects: The 2012 Revision [online]. Department of Economic and Social Affairs, Population Division, Population Estimates and Projections Section. 2012 [2014-03-23]. Dostupné z WWW: <<http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>>.
- PREKER, A. S.; FEACHEM, R. G. A.; DE FERRANTI, D. a kol. 2000. Health, Nutrition, and Population Sector Strategy Paper. World Bank. 2000, 93 s. Dostupné z WWW: <<http://siteresources.worldbank.org/EXTURBANHEALTH/Resources/HNPStrategydoc.pdf>>.
- SVĚTOVÁ BANKA. 2014. Databáze podle zemí. World Bank. [2014-06-02]. Dostupné z WWW: <<http://data.worldbank.org/country?display=default>>.
- ŠINDELÁŘOVÁ, D. 2010. Politika jednoho dítěte v Číně a její důsledky. Praha, 2010. 55 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. ID práce: 89017.

- TEERAWICHITCHAINAN, B.; AMIN, S. 2010. The Role of Abortion in the Last Stage Of Fertility Decline in Vietnam. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2010, vol. 36, no. 2, s. 80–89.
- VAN DOORSLAER, E. a kol. 2007. Catastrophic Payments for Health Care in Asia. *Health Economics*. 2007, vol. 16, no. 11, s. 1159–1184.
- VIET NAM NEWS. 2013. Viet Nam encourages two-child families [online]. Srpen 2013 [cit. 2014-03-30]. Dostupné z WWW: <<http://vietnamnews.vn/learning-english/242969/viet-nam-encourages-two-child-families.html>>.
- WITTER, S. 1996. 'Doi Moi' and Health: the Effect of Economic Reforms on the Health System in Vietnam. *International Journal of Health Planning and Management*. 1996, vol. 11, no. 2, s. 159–172.
- ZHANG, H. X.; KELLY, P. M.; LOCKE, C.; WINKELS, A.; ADGER, W. N. 2006. Migration in a transitional economy: Beyond the planned and spontaneous dichotomy in Vietnam. *Geoforum*. 2006, vol. 37, no. 4, s. 1066–1081.

Seznam zdrojů dat

- CIA. 2014. The World Factbook: Vietnam [online]. Central Intelligence Agency. 2014 [2014-03-17]. Dostupné z WWW: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/vm.html>>.
- DHS. 1997. Demographic and Health Survey. Dostupné z WWW: <<http://dhsprogram.com/Data/>>.
- DHS. 2002. Demographic and Health Survey. Dostupné z WWW: <<http://dhsprogram.com/Data/>>.
- FEENEY, G.; FENG, W. 1993. Parity Progression and Birth Intervals in China: The Influence of Policy in Hastening Fertility Decline. *Population and Development Review*. 1993, vol. 19, no. 1, s. 61–101.
- GOODKIND, D. 1994. Abortion in Vietnam: Measurements, Puzzles, and Concerns. *Studies in Family Planning*. 1994, vol. 25, no. 6, s. 342–352.
- GSÚ. 2011. The 2009 Vietnam Population and Housing Census: Fertility and Mortality in Vietnam: Patterns, Trends and Differentials. Generální statistický úřad Vietnamu. Hanoj, 2011, 268 s.
- GSÚ. 2012. The 1/4/1012 Time-point Population Change and Family Planning Survey: Major Findings. Generální statistický úřad Vietnamu. Hanoj, prosinec 2012, 332 s.
- GSÚ. 2013. Socio-economic situation in 2013 [online]. Generální statistický úřad Vietnamu. Prosinec 2013 [cit. 2014-03-28]. Dostupné z WWW: <http://www.gso.gov.vn/default_en.aspx?tabid=501&thangtk=12/2013>.
- NATIONAL BUREAU OF STATISTICS OF CHINA. 2007. Fertility Estimates for Provinces of China, 1975–2000. Národní statistický úřad Číny. Peking, 2007, 117 s. Dostupné z WWW: <<http://www.eastwestcenter.org/fileadmin/stored/pdfs/popfertilityestimateschina.pdf>>.
- NATIONAL COMMITTEE FOR POPULATION AND FAMILY PLANNING. 1999. Vietnam Demographic and Health Survey 1997. Hanoj, 1999, 275 s.
- NATIONAL COMMITTEE FOR POPULATION, FAMILY AND CHILDREN. 2003. Vietnam Demographic and Health Survey 2002. Hanoj, 2003, 231 s.

- NGUYEN, V. P.; KNODEL, J.; MAI, V. C.; HOANG, X. 1996. Fertility and Family Planning in Vietnam: Evidence from the 1994 Inter-censal Demographic Survey. *Studies in Family Planning*. 1996, vol. 27, no. 1, s. 1–17.
- PRB. 2002. Family Planning Worldwide 2002 Data Sheet. Population Reference Bureau. Washington DC, 11 s.
- PRB. 2013. Family Planning Worldwide 2013 Data Sheet. Population Reference Bureau. Washington DC, 17 s.
- PRB. 2013. 2013 World Population Data Sheet. Population Reference Bureau. Washington DC, 20 s.
- SEDGH, G.; HENSHAW, S. K.; SINGH, S.; BANKOLE, A.; DRESCHER, J. 2007. Legal Abortion Worldwide: Incidence and Recent Trends. *International Family Planning Perspectives*. 2007, vol. 33, no. 3, s. 106–116.
- SVĚTOVÁ BANKA. 2014. World Bank. [2014-06-02]. Dostupné z WWW: <<http://data.worldbank.org/country?display=default>>.
- TEERAWICHITCHAINAN, B.; AMIN, S. 2010. The Role of Abortion in the Last Stage Of Fertility Decline in Vietnam. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2010, vol. 36, no. 2, s. 80–89.
- VACH, T. H.; BISHOP, A.; HOA, V. T. a kol. 1998. The Potential Impact of Introducing Pregnancy Testing into Menstrual Regulation Services in Vietnam. *International Family Planning Perspectives*. 1998, vol. 24, no. 4, s. 165–169.