



International
Labour
Organization

生育保护资源手册

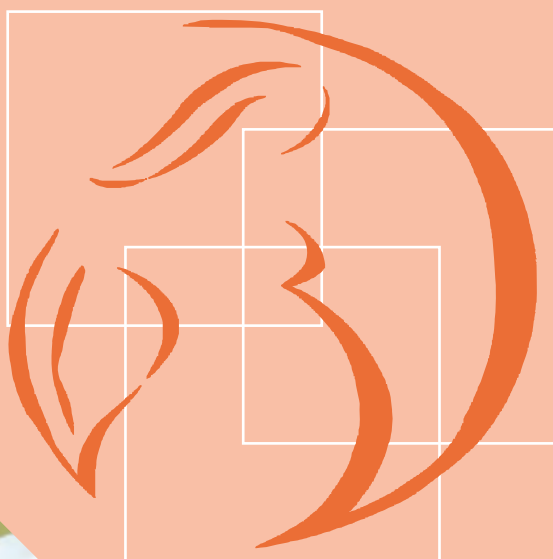
从愿望到现实

第二部分

模块

7

生育和医疗津贴



生育保护资源手册

从愿望到现实

模块 7

生育和医疗津贴



版权 © 国际劳工组织 2012 年

2012 年第一版

国际劳工局的出版物享有《世界版权公约》第二项议定书中规定的版权。但是只要注明出处，短篇摘录国际劳工组织出版物是不需要授权的。如需获得复制或翻译权，则要向国际劳工组织出版社（版权及许可部）申请，地址为 CH-1211 Geneva 22, Switzerland, 也可按以下邮址发送电子邮件：pubdroit@ilo.org。国际劳工局欢迎提出申请。

在相关复制权机构注册的图书馆、组织和其他用户，可依据向其颁发的许可证进行影印。可登录网站 www.ifrro.org 获得所在国复制权机构信息。

国际劳工组织工作条件和就业处

生育保护资源手册 – 从愿望到现实 / 国际劳工组织工作条件和就业处，2012 年
61 页

ISBN: 978-92-2-525487-0 (中文印刷版)；

978-92-2-525488-7 (中文网上 PDF 版)；

978-92-2-525489-4 (CD-ROM)

国际劳工组织中国和蒙古局；

国际劳工组织出版物中所使用的名称符合联合国惯例，其中内容的陈述并不代表国际劳工组织对任何国家、地区、领土或其政权的法律地位或对其领土范围发表任何意见。

对于署名文章、研究和其他作品所表达的观点，责任完全在其作者，出版这些观点并不代表国际劳工组织认同这些观点。

本文件提及的企业和商业的名称及生产程序并不意味着为国际劳工组织所认可，同样，未提及的企业和商业的名称及生产程序也不意味着国际劳工组织不认可。

国际劳工组织出版物可以通过主要的图书销售商或劳工组织的国家局获得，或直接从国际劳工组织的出版部获取，地址为 CH-1211 Geneva 22, Switzerland；也可从国际劳工组织亚洲和太平洋地区局获取，地址为 11th Floor, United Nations Building, Rajdamnern Nok Avenue, Bangkok 10200, Thailand，或发送电子邮件至 BANGKOK@ilo.org。可以按照上述地址致函，免费获取国际劳工组织最新出版图书的目录或清单，也可通过电子邮件：pubvente@ilo.org 索取。

欢迎访问我们的网站：www.ilo.org/publns

中国印刷

目 录

前言	IV
致谢	V
模块 7 – 生育和医疗津贴	1
生育相关风险和产假、生育和医疗津贴的重要性	3
现实：在获得生育和医疗津贴方面的差距	5
国际框架和方法	7
生育保护和社会保护底线	10
生育津贴	13
覆盖和津贴	13
融资	20
扩大和提高覆盖和津贴标准	26
医疗津贴	29
背景和覆盖	29
生育医疗保障	31
世界各地的融资机制	32
扩大覆盖和提高津贴	35
管理	37
法律框架	37
行政成本	38
将社会保护扩大到未受保护职工中的其他问题	39
非典型工作	40
生育和医疗津贴的成本：生育保护在经济上可承受吗？	42
社会对话和利益相关方的作用	44
要点	45
主要资源	46
演示文稿模版	51

前言

孕期健康和新生儿健康，以及经济得到保障是所有工作母亲的共同愿望。工作中的生育保护为这个愿望的实现提供支持。其目的有两个方面：一是确保妇女的经济活动不会给自身和孩子的健康带来风险；二是确保妇女的生育角色不会危及家庭的经济安全。工作中的生育保护包含诸多不同要素，从产假、健康保护到社会保护中的平等和无歧视、哺乳等。

工作中生育保护的相关原则和权利体现在国际劳工组织关于生育保护的三个公约之中。这些权利也植根于诸多人权、妇女权利、健康权利和儿童权利方面的国际公约。几乎所有国家都在立法中呼应了这些承诺。

尽管生育保护已作为社会核心价值观之一得到广泛认同，然而广大妇女，无论在正规经济还是非正规经济工作，仍要面对生育给自身健康和经济安全带来的威胁。许多妇女无法在生育前后带薪休假，还有许多妇女仍然会因为怀孕而遭遇解雇和工作中的歧视。在信息、监督和评估缺失的情况下，工作条件以及与生产活动相关的生物、生理和化学因素都可能对生育造成潜在的威胁。如果缺乏必要的支持，按照国际卫生建议由新生妈妈哺乳婴儿的可能性会被生产活动所干扰。高质廉价的育儿设施尚未普及时，在不破坏父母参与经济活动和获得发展的前提下养育子女仍然是一个挑战。

从事正规、标准型工作的妇女在这方面的情况不一，而对广大从事非典型、非标准型和不稳定工作、处于非正规经济中的妇女来说，生育保护仍然无法企及。没有任何形式的社会保护，这些妇女无法接受适当的母婴护理，迫使许多人陷入灾难性的医疗支出和贫困境遇。很明显，需要采取更多的行动弥补国际上生育保护愿望与现实之间的差距，正如千年发展目标和体面劳动议程所体现的那样。劳动世界是一个充满希望的切入点，由此扩大旨在促进母婴健康的干预措施，解决收入和社会保障不足以及贫困问题。

这个生育保护资源手册旨在：

- 汇集有关工作中生育保护构成要素的信息和工具、技术和知识；
- 作为一个资源和指南，协助那些准备开展宣传和教育活动的伙伴方规划、设计或监督行动的实施，以促进工作中的生育保护。

本资源手册可供政府、工会、雇主组织、非政府组织、研究人员和从业人员、联合国官员和其他人士采用。所提供的信息主要面向非技术性受众，更多的技术性信息资源会在每个模块的最后标注。世界上诸多促进各种类型经济活动中生育保护的具体行动贯穿整个资源手册，发挥了指导和启发的作用。本资源手册所要传达的信息是，人人实现生育保护的愿望不仅可想，而且可行。甚至在最具挑战性的情况下，承诺和行动的意志将对促进平等的经济增长、社会融合以及人人实现体面劳动作出贡献。

Assane Diop
国际劳工组织副总干事

Manuela Tomei
国际劳工组织劳动保护司司长

Philippe Marcadent
国际劳工组织工作条件和就业处处长

致 谢

本资源手册是众多人士努力的成果，也是国际劳工组织与联合国儿童基金会 (UNICEF)；联合国妇女署 (UN-Women)；世界卫生组织 (WHO)；国际婴儿食品行动网络 (IBFAN) 和日内瓦婴儿喂养协会 (GIFA) 共同协作的成果。我们要感谢的人，无法一一点名，但他们精心制作的材料得到本手册的采用，他们贡献的观点形成了当前工作中生育保护领域的政策和计划。我们感谢 Naomi Cassirer 和 Laura Addati 牵头收集生育保护的信息和资源，感谢她们在推动本手册设计、材料补充、从启动到制作印发全过程监督上付出的辛勤劳动。我们感谢国际婴儿食品行动网络的 Elaine Petitat-Cote 和前世界卫生组织官员 Peggy Henderson 一年来出色地编辑现有材料，补充新材料、案例和工具，将海量信息整合一体；他们对本手册的贡献不可磨灭。还要特别感谢 Lee Nordstrum、Alexandre Steullet 和 Shadia El-Dardiry 所提供的研究协助。

在本资源手册起草的不同阶段，都得到了国际劳工组织许多官员的贡献。我们感谢 Dimitrina Dimitrova（工人活动局）对模块 4 的贡献。感谢 Martin Oelz（工作条件和就业处）和 Kroum Markov（国际劳工标准司）在分析生育保护的法律问题上，特别是对模块 5、6、9 和 12 所涉及的问题提供的专业支持。感谢 Xenia Scheil-Adlung（社会保障司）和 Elaine Fultz（前国际劳工组织社会保障专家）对模块 7 生育保护中的社保问题所作的贡献。关于模块 8，我们感谢 Catherine Brakenhielm（国际劳工标准司）、Yuka Ujita（工作中安全健康与环境计划）、Margherita Licata 和 Lee-Nah Hsu（艾滋病与劳动世界计划）所作的专业分析和贡献，后者还为模块 10 中关于哺乳涉及的艾滋病相关问题作出宝贵贡献。关于模块 11，我们感谢 Catherine Hein（前国际劳工组织工作与家庭问题专家）提供的专业意见。关于模块 13、14 和 15，我们得到国际劳工组织都灵国际培训中心同事以及 Simonetta Cavazza 和 Benedetta Magri（反歧视性别和反歧视培训计划）的协助，还有咨询师 Lenni George 的出色工作。模块 14 还得益于 Tom Netter（联络和公共信息司）提出的宝贵意见。

我们衷心感谢下列人士为本项目提供的专业贡献、技术分析和支持：Adrienne Cruz（国际劳工组织性别平等局）；联合国儿童基金会的 David Clark（儿童营养司）；联合国妇女署的 Sonia Urriza 和 Eugenia Jenny Dalalaki（人力资源中心）；世界卫生组织的 Bernadette Daelmans 和 Maria Del Carmen Casanovas（儿童和青春期健康司）以及 Susan Wilburn（公共卫生和环境司）；Liewensufank（卢森堡）和国际哺乳咨询协会 (ILCA) 的 Maryse Arendt；国际哺乳咨询协会和世界哺乳行动联盟 (WABA) 的 Chris Mulford；日内瓦婴儿喂养协会 (GIFA) 和国际婴儿食品行动网络 (IBFAN) 的 Rebecca Norton；乌普萨拉大学医院妇婴卫生部 (IMCH) 和世界哺乳行动联盟 (WABA) 的 Amal Omer-Salim。许多国际劳工组织同事也在本项目的初始阶段提供宝贵意见，包括 Sameera Al-Tuwaijri, Mwila Chigaga, Gerry Finnegan, Luesette Howell, Albertina Jordao, Annamarie Kiaga, Claude Loiselle, Philippe Marcadent, Bill Salter, Verena Schmidt 和 Catherine Vaillancourt-Laflamme。最后，我们十分感谢 Kristine Falciola, Claire Piper 和 Jos é Garcia 所提供的行政支持；Maud Megevand, Maryvonne Outreville 和 Paloma Calvo 翻译法文和西班牙文版本；都灵国际培训中心的 Valeria Morra 和 Matteo Montesano 设计、印刷本资源手册以及制作网络版本，详见 www.ilo.org/travail。



模块 7

生育和医疗津贴¹

主要内容

本模块总结生育和医疗津贴对于生育保护的重要性。鉴于其复杂性，本模块只能在这个方面就一些重点问题和原则进行概述。更多的资源在本模块的最后列出。本模块关注：

- ➡ 生育相关风险和社会保护的重要性，包括生育和医疗津贴
- ➡ 粗略测算社会保护的覆盖，包括生育和医疗津贴
- ➡ 关于生育津贴的国际框架和实现途径，重点放在社会保护底线计划和最新的国际劳工组织社会保障标准
- ➡ 生育期医疗津贴的覆盖面、主要特征和融资机制
- ➡ 社保制度中对生育津贴的管理
- ➡ 通过社会保险将生育津贴延伸至非典型和非正规经济就业人员过程中的重点问题
- ➡ 社会对话的重要性和主要利益相关方的作用

¹ 本模块主要利用如下资源：

E. Fultz: “Guidelines for the extension of maternity protection to developing countries”, Working Paper (Geneva, 2011) unpublished.
ILO: *Safe maternity and the world of work* (Geneva, 2007).
—: *Social health protection, an ILO strategy towards universal access to health care*, Social Security Department, Social Security Policy Briefings, Paper 1 (Geneva, 2008a).
—: *World Social Security Report 2010/11* (Geneva, 2010a).
—: *Conclusions concerning the recurrent discussion on social protection (social security)*, Provisional Record No. 24, International Labour Conference (ILC), 100th session (Geneva, 2011a).
K. Pal et al.: “Can low income countries afford basic social protection?” *Social Security Policy Briefings*, No. 3 (Geneva, ILO, 2005).
X. Scheil-Adlung and L. Sandner: *Wage continuation during sickness: Observations on paid sick leave provisions in times of crises*. (Geneva, ILO, 2010).

“社会保护”权利是普遍认同的基本人权，保障每个人安全、健康和体面的生活标准²。本模块中，“社会保护”一词用来指社会保障体系在社会风险和需求的情况下提供的保护。“社会保障”指以现金或实物等形式提供津贴的措施，确保不会发生：

- 疾病、残疾、生育、工伤、年老或家庭成员死亡造成的工作相关收入减少（或收入不足）；
- 缺乏医疗，或经济上无法支付医疗；
- 缺乏家庭支持，特别是对子女和成年被供养者的支持；
- 贫困和社会排斥³。

社会保障制度可分为缴纳式（社会保险）和非缴纳式。生育是社会保障的十大门类之一⁴，包括整个产假期间的医疗津贴和收入替代（即：生育津贴）。

认识到个人获得社会保护方面巨大的全球差距，“社会保护底线”这个概念开始出现，指人人应当享受的一系列基本社会权利、服务和设施。社会保护底线包括一系列基本保障，以现金或实物形式，援助贫困和弱势人口，在幼年、工作年龄和老年阶段提供最低收入保障，以及获得经济上可承受的基本医疗。这些保障设置了最低的保护标准，所有社会成员需要时都有权享受⁵。

加强和扩大社会保护对孕产期母婴健康至关重要，关系到所有妇女、男性及其子女一生的健康。替代产前产后几周收入损失的生育津贴，以及整个生育期获得的医疗服务，对母亲的休息、恢复、营养、经济安全以及母婴健康发挥重要的辅助作用。这些直接作用于千年发展目标3—性别平等和千年发展目标5—促进生育健康的实现。提供生育和医疗津贴的社会保障措施给新生儿带来很大益处，有助于降低婴儿死亡率，促进生理和智力发育，减少艾滋病母婴感染，这些又有助于千年发展目标4（即促进儿童健康）和6（抗击艾滋病和其他疾病）的实现⁶。

² 几个国际文件肯定人人享有社会保障的权利。这些文件包括：人权共同宣言，1948年；经济、社会和文化权利国际公约，1966年；ILO费城宣言，1944年；收入保障建议书，1944年（第67号）。参见 ILC: *Social Security as a Human Right and Duty of the State*, Report III, Part 1B, 100th Session (Geneva, 2011)。

³ ILO, 2010a, op. cit., p. 13.

⁴ 其他社会保障要素包括：疾病（医疗和收入支持）、残疾、年老、抚恤、失业、工伤、贫困和社会排斥以及“养育子女的责任，包括为此提供实物如食品、衣服、住房、假期或家政协助”，以及如第102号公约第七部分提出的以现金收入为支持的家庭津贴”。ILO, 2010a, op. cit., p. 20.

⁵ See ILO, 2010a, op. cit., p.17 and ILO, 2011a, op. cit., p.22.

⁶ See, for example, WHO: *Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care* (Geneva, 2010a), p. 4.

不幸的是，目前世界上只有 20% 的就业人口及其家庭享受全面的社会保护体系，至少 40%⁷ 甚至缺乏基本的社会保护⁸。这意味着生育和医疗津贴仍然无法覆盖大量妇女。千年发展目标的实现迫切需要政府和其他利益相关方行动，加强和扩大社会保护，包括生育保护。

生育相关风险和产假、生育和医疗津贴的重要性

与生育相关的重要风险是收入的损失。母亲们产前中后一段时间无法工作⁹。为产假期间或没有产假的妇女在分娩前后无法工作的期间所提供的“生育津贴”，旨在替代妇女在经济活动中断期间损失的部分收入，用以弥补部分与生育相关成本。如果没有这种支持，妇女在分娩前后或产前阶段经手的收入损失以及孕产相关费用的增加，将使许多家庭陷入财政困境。收入损失对单身母亲们带来的问题尤为突出，因为她们通常是家庭收入的主要来源。在这种情况下，妇女可能迫不得已提早工作，没有休完产假。而对于休产假的妇女，生育津贴则可以替代离开工作的这段时间的部分或全部工资，让休假从经济角度上讲成为一个可行选择。

妊娠、分娩和生育早期几个月存在着一系列影响婴儿健康的风险。母婴死亡比较普遍，特别在许多发展中国家。这与充足的保健服务和设施的质量、覆盖范围和经济承受能力都有关系。减少孕产妇、新生儿和 5 岁以下儿童死亡率仍然是最严峻的全球挑战之一，每年有几百万 5 岁以下的儿童（2009 年约 810 万）死亡，超过 34.3 万的母亲死于孕产期¹⁰。

全球孕产死亡的临床原因主要是难产、大出血、感染、不安全堕胎和高血压。不安全堕胎引发大量孕妇死亡。在撒哈拉以南非洲，艾滋病是增加妊娠并发症以及易受感染死亡等风险的主要因素¹¹。在一些国家，妊娠在生命周期中过于频繁、过密、过早或过晚，也会加剧这些风险因素的影响。文化因素和性别不平等也具有强大作用，经常会影响孕妇是否可以以及在何时何地得到护理。

⁷ 处于每天 2 美元国际贫困线以内的人口比例。ILO, 2010a, op. cit., p. 33.

⁸ ILO, 2010a, op. cit., p.33.

⁹ 在大多数国家，期限由法律确定，各国不尽相同。第 183 号公约提出 14 周，强制休假为产后六周。见模块 6 产假。

¹⁰ ILO: “Improve maternal health” in *Decent Work and the Millennium Development Goals*, (Geneva, 2010b), 6 pp. See also: WHO: *World Health Statistics 2011* (Geneva, 2011b).

¹¹ 每年，超过 2500 万妇女接受不安全堕胎，其中 7 万死于由此引起的并发症。另外 500 万因不安全堕胎致残。见 WHO: *Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health* (Geneva, 2010b). 另见 J. van Dillen, T. Meguid And J. van Roosmalen: “Maternal mortality audit in a hospital in Northern Namibia: The impact of HIV/AIDS”, in *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2006, Vol. 85, No. 4, pp. 499-500, and J. McIntyre: “Maternal health and HIV”, in *Reproductive Health Matters*, 2005, Vol. 13, No. 25, pp. 129-135.

医疗津贴是指为了保护母婴健康，而为妇女提供的必要生育服务，包括免费分娩或提供部分的分娩津贴。妊娠期间的常规健康检测是预防分娩异常或并发症的有效途径¹²。这些服务通常包括由熟练的专业医疗人员进行的产前产后检查，分娩前后提供医疗设施、护理、住院服务以及用药。为孕妇提供医疗津贴也能有效减少艾滋病的影响，帮助妇女采取措施保护和照顾自己，同时也能预防母婴感染。

根据现有的融资机制情况，全部或部分生育护理成本可以由一个全国医疗体系负担。在没有提供社会健康保护¹³的地区，一些妇女可以参加当地医疗体系或私人保险，由其承担部分生育成本。许多妇女还没有被覆盖，因此她们不得不自行承担这些服务的费用。如果负担不起，她们将得不到任何产前检查，并在没有足够检测的情况下分娩。

社会健康保护提供全民医疗保健，为医疗支出提供资金保护，对减少生育相关健康风险、确保所有妇女获得所需的预防和治疗服务至关重要。

¹² J. Paul: *Healthy Beginnings: Guidance on safe maternity at work* (Geneva, ILO, 2004), 108 pp.

¹³ 社会健康保护，按照国际劳工组织定义，包括一系列公共或公共组织或其授权的私人措施，避免健康问题导致劳动生产率下降、收入停止或减少，或必要的医疗支出，从而引起社会紧张和经济损失。

现实：在获得生育和医疗津贴方面的差距¹⁴

尽管社会保护对每个人生命周期中的社会、经济和身体健康状况很重要，但世界上仍有很多人无法获得这种保护。与其他社会保障制度一样，一部分人被排除在生育和医疗津贴之外，面临很大健康风险。这些人包括从事非正规经济和非典型形式工作的人员、城乡弱势群体、家政工人、移民工人和无技术工人。还包括残疾人和慢性病人、艾滋病感染者等更容易被排除于正规就业之外的群体。总之，因为整个生命周期受到的歧视以及普遍存在的男女家庭和照顾责任分配不均等问题，妇女比男性更多地被排除在社保之外¹⁵。这种状况特别影响到妇女在工作期间的生育。因此对孕产和育儿成本进行相关社会转移支付至关重要。

在劳动力市场正规化程度低的国家，覆盖程度很低。这是因为社会保障制度实际上就是收入转移制度，由国民经济，主要是正规经济创造的收入来支付。并且劳动力市场的正规化程度也决定有多少人可以被不同门类的社保所覆盖，多少人可以通过就业相关缴费和纳税来参与社会转移支付的融资。依靠税收支持的社会救助（针对特需公民或居民的扶贫制度）和全民福利（面向全体公民或居民的福利制度）可以覆盖到非正规就业人口。因此，在非正规经济为主的情况下，一国可能无法维持税收和缴费基础，无法为大多数人提供全面保护和较高福利¹⁶。

对有多少妇女在整个生育阶段获得生育或医疗津贴的确切测算目前没有，而且也很难计算¹⁷。但是，几个指标可以辅助对覆盖情况进行统计，共同得出的结论是，目前全球覆盖率非常低。其中一个指标是从正规工资就业的角度测算社保覆盖。大多数国家缴纳式社会保险和其他法定制度只覆盖正规职工（即正规工资就业的人员），有时还包括他们的供养家属。因此，这些制度的合法有效覆盖与就业人员中正规职工的比例密切相关。

全球范围内，超过四分之一的成年人口（三分之一成年男性和五分之一成年女性）从事正规或非正规的有薪工作。以某种形式就业的妇女中，约半数（51%）是赚取工资的职工。发达经济体和中欧东南欧（非欧盟）独联体国家此类就业妇女的比例分别达到 90% 和 82%，非洲为 17%，亚太为 21%，中东为 53%，拉美和加勒比为 63%¹⁸。但是，这些妇女并不都是正规

¹⁴ 本部分主要选自 ILO, 2010a, op. cit.

¹⁵ ILO, 2011a, op. cit., p. 4.

¹⁶ ILO, 2010a, op. cit., p. 27.

¹⁷ ILO 正在开发关于法律与实践生育保护覆盖的新指标，包括现金津贴覆盖。该研究工作的成果将在 2012 年底前公布于 www.ilo.org/travail。另见模块 12 和 13 更多关于生育相关指标的信息。

¹⁸ ILO: *Key Indicators of the Labour Market (KILM)*, Sixth edition, (Geneva, 2011c), www.ilo.org/kilm [最后访问: 2011 年 9 月 15 日].

就业或获得法定社保福利。而且也不是所有国家都具备这种法定制度，将生育纳入社保体系。因此这些数据可能高估了覆盖面¹⁹。

另外一种测算生育和医疗津贴覆盖率的途径是参考具备全面社会保护体系、覆盖社保所有门类（外加社会救助）并包括生育方面的国家。全球只有三分之一国家实行了这样的体系。这些国家只覆盖正规就业赚取工资的职工（即 70%）。如果加上非经济活跃人口，全球覆盖率则降至约 20%。也就是说，只有五分之一的工作年龄人口（及其家庭）得到全面社会保护体系的覆盖²⁰。

许多没有全面社会保护体系的国家仍然具有法定的生育保护制度。实际上，生育保护领域的立法程度在所有提供生育津贴的社保门类中位列第三。大多数国家都具有某种法律规定——90% 的高收入国家，80% 的中等收入国家和超过 50% 的低收入国家都有生育保护相关立法。但是这些规定通常只适用在正规经济中就业的妇女，她们也不是所有都满足津贴的资格条件（见模块 2 更多关于资格要求以及如何在法律和实践中被排除在生育保护之外的信息）。这说明只有少数妇女享受了生育保护制度的福利，在正规就业水平低的中低收入国家更是如此。

国际劳工组织还测算了生活在每天 2 美元这个国际贫困线之下的人口（即大约 40% 的全球人口）无法获得有效的基本社会保护。这些都可能形成一个基本判断，即那些生活水平略高于绝对贫困线的人口也处于弱势，通常没有获得保护。

综合起来，这些指标对妇女状况进行了非常宽泛的测算，旨在发现她们享受生育保护（包括生育和医疗津贴）的情况。按低限比例测算，40% 的妇女无法享受生育保护，即生活在国际贫困线以下的女性比例；按高限测算，则有 80%（即在 20% 有效获得全面社会保护体系覆盖范围之外的人口）的妇女缺乏生育保护在内的社会保护。但是，即使是按低限比例测算（即 40%），缺乏社会保护覆盖的现象仍然普遍，成为实现千年发展目标的主要障碍。

数据和分析都显示了妇女在生育期间获得医疗津贴的差距和挑战。虽然世界人口中获得医疗服务的比例大于获得各种生育津贴的比例，但根据国际劳工组织测算，近三分之一的人口无

¹⁹ 但是应该指出，通过社区计划实行的某些形式的医疗保险在许多发展国家得到开发。这些计划的确在尝试针对非正规就业人员，一些情况下，福利计划中包括生育保护津贴（见下文）。

²⁰ 没有按性别划分的数据；但是，因为妇女更多地处于弱势的就业形式，如散工、在家工作和自雇，在正规行业获得社保比男性少，因此妇女的数据有可能更低。

法享受任何医疗设施或服务²¹。在撒哈拉以南非洲，超过半数的分娩无法得到专业医疗人员的照顾。并且艾滋病、疟疾和其他疾病对健康的影响增加了孕产死亡的风险。这些疾病在非洲地区的蔓延比较严重，约三分之二的艾滋病毒携带者生活在那里，并且绝大多数是妇女。对世界许多家庭来说，医疗支出可能导致财政灾难，因为他们缺乏足够的社会健康保护，这些支出无法得到支付或报销²²。

显然，全球社会保护和社保制度的覆盖不足。这种不足给男女及其子女的健康，以及生育期间母婴的健康带来问题。本模块将介绍扩大社会保护的主要框架，并对生育和医疗津贴方面的主要问题和思考进行广泛探讨。

国际框架和方法²³

许多国际文件，包括国际劳工组织标准，提供了促进生育、疾病、残疾或其他应急状况下医疗和资金保护的全民覆盖框架。这些文件包括：

- 1948 年人权共同宣言（UDHR，第 22 条和 25 条）和 160 个国家批准的 1966 年经济、社会和文化权利国际公约（ICESCR，第 9 条）提出的社会保障共同权利。经济、社会和文化权利委员²⁴第 19 号基本评论²⁵将社会保障权利定义为“不受歧视地享有并保持福利待遇，以提供保护，避免疾病、残疾、工伤、失业、年老或家庭成员因死亡导致的缺乏工作相关收入的情况”。这些目标要求制定措施，为不能足额缴纳保险来保护自己的人提供支持。就生育情况来看，要求为生育人群继续支付工资或提供生育津贴。
- 生育健康福利和替代型收入（即：生育津贴）也构成国际劳工组织社会保障（基本标准）公约，1952 年（第 102 号）的要素，提出孕产及后续相关的医疗福利和津贴。这至少包括产前、分娩和产后由专业医疗人员的或助产士的护理，以及必要的住院治疗，加上孕产及产假期间的定期支付，补偿停发的工资。第 103 号和第 183 号生育保护公约提出了更高标准的津贴，特别是生育津贴（见专栏 7.1 第 183 号公约和第 191 号建议书的规定和指导）。

²¹ ILO, 2010a, op. cit., p. 1.

²² ILO, 2010a, op. cit., p. 2.

²³ 本部分主要选自 X. Scheil-Adlung and L. Sandner, 2010, op. cit.

²⁴ 经济、社会和文化权利委员会是联合国机构，负责监督经济、社会和文化权利国际公约在各国立法和实践中的实施。

²⁵ UN: Doc. E/C.12/GC/19, 4 Feb. 2008.

专栏 7.1

生育和医疗津贴



第 183 号公约第 6 条

- (1) 须根据国家法律和规定，或是以符合国家惯例的任何其他方式，向因休假而缺勤的妇女提供生育津贴。
- (2) 生育津贴的水平，须保证妇女能以适当的健康条件和适宜的生活标准供养自己及其孩子。
- (3) 凡按国家法律或惯例以原先收入为依据为第 4 条提到的休假支付生育津贴，此种津贴的数额不得低于该妇女原先收入或是为计算津贴而加以考虑的收入的三分之二。
- (4) 凡按国家法律或惯例采用其他方法确定为第 4 条提到的休假支付生育津贴，此种津贴的数额一般来说须类似于运用上一款得出的数额。
- (5) 各成员国须保证，本公约对其适用的大多数妇女都能够达到享受生育津贴的资格条件。
- (6) 凡妇女达不到国家法律和条例或是符合国家惯例的任何其他方式，为享受生育津贴而规定的资格条件的，须有权享受社会援助基金的适当津贴，这取决于所要求的家庭经济情况调查的结果。
- (7) 须根据国家法律和条例或是以符合国家惯例的任何其他方式，为妇女及其孩子提供医疗津贴。医疗津贴须包含产前、分娩和产后医疗护理，以及必要时的住院治疗。



第 191 号建议书，第 2 段

凡可行时，并在同有代表性的雇主组织和工人组织磋商之后，妇女在公约第 4 条和第 5 条提到的休假期间有权享受的生育津贴，应提高至妇女原先收入的全额，或是为计算津贴而加以考虑的那些收入的全额。

- 医疗和疾病津贴公约，1969 年（第 130 号）规定了指导国家立法的内容，通过提供治疗和预防性质的医疗以及疾病津贴来保护职工。
- 国际劳工组织体面劳动议程将“体面劳动”定义为有质量的工作，并提供基本保障²⁶。2001 年第 89 次国际劳工大会就社会保障达成一致，将提供社会保障给那些没有得到现有制度覆盖的政策和计划作为重点。然后在 2003 年，国际劳工组织启动社会保障和全面覆盖全球运动。2008 年国际劳工组织社会正义与公平全球化宣言重申三方承诺，在体面劳动议程的框架下将社会保障扩大到所有需要保护的人们。
- 最新的国际劳工组织艾滋病与劳动世界建议书，2010 年（第 200 号）提出“成员国应确保感染艾滋病的职工及其供养者充分获得医疗服务。不论该医疗服务是由公共医疗部门、社会保障计划、私人保险还是其他计划所提供”（第 17 段，待遇和治疗），不得基于实际或怀疑的感染艾滋病情况在社保体系覆盖上（包括医疗、残疾、死亡和抚恤津贴）而歧视职工及其供养者，（第 20 段，待遇和治疗）。

²⁶ ILO Decent Work Agenda website, <http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/decent-work-agenda/lang--en/index.htm>.

- **社会保护底线 (SPF)**²⁷ 计划，于 2009 年由联合国行政首长委员会发起，在联合国应对经济危机的背景下，要求各国通过为每个公民提供最低的社会保障，而实现人人享受充分的社会保护²⁸。这个概念得到 2009 年 6 月国际劳工大会通过的**全球就业契约**的认同。2010 年 9 月，联合国大会千年发展目标高级别全体会议（**MDG 峰会**）认识到“*促进全民获得社会服务，提供社会保护底线，能够为巩固和实现进一步发展成果作出重要贡献*”，因此通过了**社会保护底线计划**²⁹。
- 2011 年 6 月，第 100 次国际劳工大会关于社会保护（社会保障）讨论的结论，指出各国制定社会保护底线，确保最低收入保障和基本医疗，并以此作为社会保障扩展的重点³⁰。国际劳工组织成员国已将对社会保护底线建议书的讨论和制定纳入 2012 年第 101 次国际劳工大会的议程。
- 2011 年 6 月，国际劳工大会通过关于家政工人体面劳动的新公约和建议书。这个群体经常被排除在社会保护（包括生育保障）之外（见专栏 7.28）。

²⁷ UN System Chief Executive Board for Coordination (CEB), New York, 2008, <http://www.unsceb.org/ceb/home>, [accessed 19 Sep. 2011].

²⁸ ILO: *Strategies for the Extension of Social Security Coverage*, Tripartite Meeting of Experts on Strategies for the Extension of Social Security Coverage (Geneva, 2009).

²⁹ ILO, 2011a, op. cit., p. 1.

³⁰ ILO, 2011a, op. cit., para 9.

生育保护和社会保护底线

社会保护底线计划承诺将社会保护扩大到目前缺乏任何保护的人口，特别是世界上三分之一在贫困和非正规就业方面仍非常或极端脆弱的国家的人口³¹。为支持社会保障和全民覆盖的全球运动，国际劳工组织开发了推动社保全面覆盖的二维战略，即“社会保障阶梯”。与此政策相应，成员国要制定有效的国家战略，根据各国重点、行政可行性和经济承受力来扩大社会保障。这些国家战略至少要实现最低保护标准（横向维度）的全民覆盖，并逐步确保更高保护标准的覆盖，参照国际劳工组织最新的社保标准（纵向维度）。从两个维度扩大覆盖面同等重要，要尽可能同时推进³²。

纵向维度（图 7.1 黄色部分）要旨在快速实施国家社会保护底线，包括基本社保，确保特需人口能够承受并在生命周期中获得基本医疗，至少获得国家最低标准的收入保障。社会保护底线政策要确保两项基本需求得到满足：不能够或不应当工作的人口（如儿童、孕产妇女、老人，以及某些情况下的残疾人）获得基本医疗和收入保障。

这四项基本社会保障是国家制定的收入保障最低标准，包括幼年、工作年龄以及其他阶段，还包括廉价获得医疗。这符合 UDHR 和 ICESCR 提出的社保权利基本原则的核心内容。以此为基础，为保护整个生命周期不受主要风险的影响，国家社会保护底线提供的基本保障应扩大：

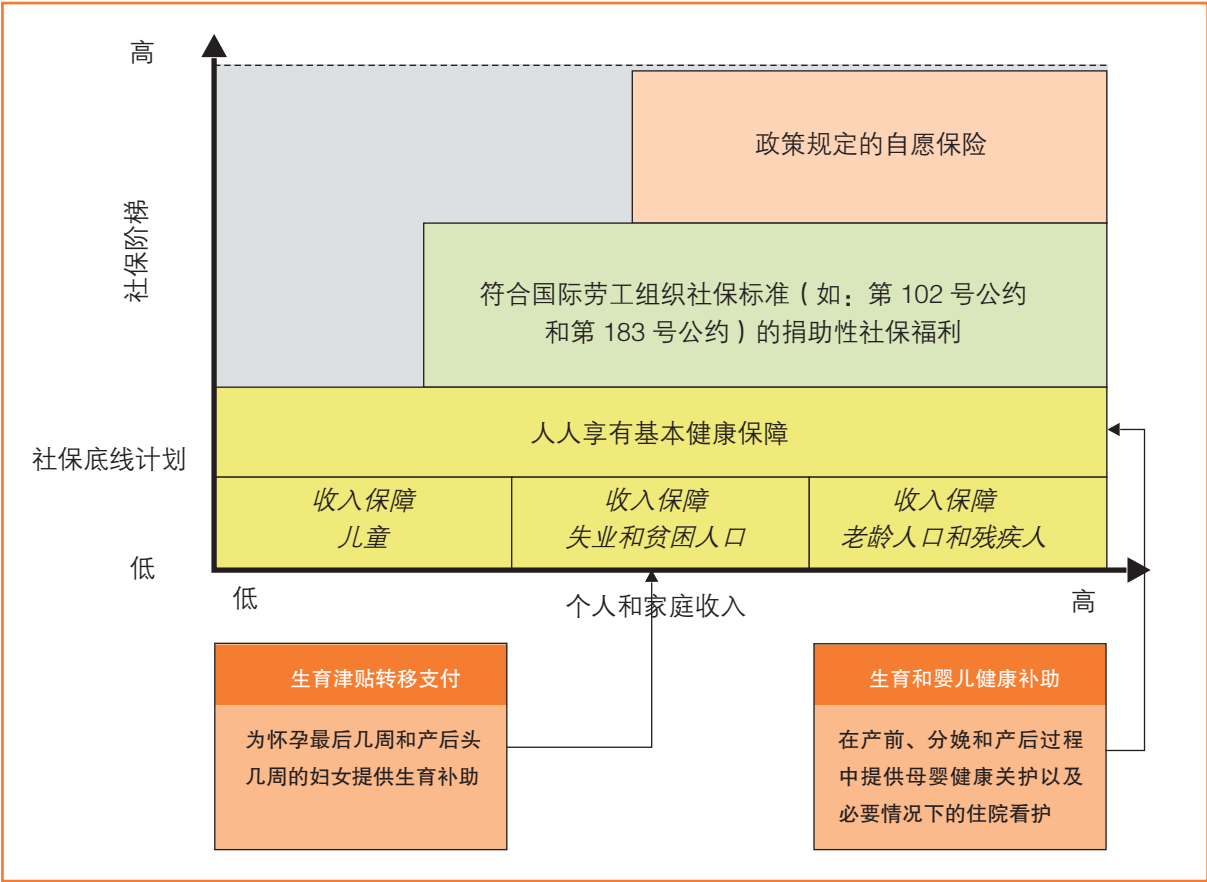
- 为所有居民提供的必要资金保护，支持他们获得国家制定的一系列基本医疗保障，包括生育医疗；
- 收入保障，至少制定一个全国最低标准，通过现金或实物形式的家庭 / 儿童津贴，旨在协助获得营养、教育和子女照顾；
- 通过社会救助、生育津贴、其他现金或实物形式的社会转移支付制度，或公共就业计划，为所有属于活跃年龄群体但不能在劳动力市场上赚取足够收入的居民提供最低收入保障；
- 为所有居民提供收入保障，至少以国家制定的最低标准，通过现金或实物形式，提供给老年人和残疾人，以及所有符合条件的居民³³。

³¹ 关于国家脆弱程度的概念见：ILO, 2010a, op. cit., p. 30. 脆弱程度的评估基于一国生活在每天 2 美元以内人口的比例以及非正规程度，即非（工资就业）人口占有所有就业人口的比重。根据这些标准评估，40 个国家被归类为“极端脆弱”，18 个国家为“非常脆弱”，约占全部国家的三分之一。这些国家大多数在亚洲和非洲。

³² ILO, 2011a, op. cit., p. 4.

³³ ILO: *Law and practice report*, Recommendation on national Social Protection Floors, No. 202 (Geneva, 2011d), p. 23.

图 7.1
社会保障阶梯模型中的生育津贴



来源：
ILO: *Extending social security to all: A guide through challenges and options*, Social Security Department (Geneva, 2010c), p. 20.
— *Social security for social justice and a fair globalization* (Geneva, 2011e), p. 135.

如图 7.1 所示，生育相关医疗和现金转移支付是社保底线的一个重要部分，是确保为所有女性提供下列保障的基本要素：1) 为母婴提供基本产前、分娩和产后护理，由医疗人员或合格助产士提供，必要时住院治疗；2) 为妇女孕期最后几周和产后最初几周提供收入支持³⁴。因此，逐步建立的国家社会保护底线将提供一个充满希望的框架，覆盖农村自雇妇女和城市非正规经济中的就业妇女。这些国家计划将确保有效获得生育医疗和生育津贴。后者将通过将这些群体纳入现有社会保险体系实现，通过制定有效战略，建立新的缴纳制度来适应这些群体的具体需求，或者提供非缴纳式生育津贴³⁵。

³⁴ ILO, 2011e, op. cit., p. 71.

³⁵ 社会保护底线依靠全民津贴和根据家庭经济情况提供的津贴，而不是社会保险，旨在将社会保护扩大到社会保险覆盖之外的人口。

最后，生育津贴也是社会保障阶梯中纵向维度的重要部分（图 7.1 绿色部分）。随着各国实现更高层次的经济发展，并由此获得财政空间，则期待其他类别的群体以及更高级的保护能够逐步纳入，符合最新的社会保障标准，并建立在自愿基础上。对生育保护来说，这包括足够的生育和医疗津贴，按照第 102 号和第 103 号公约提出的标准，通过强制社会保险支付。不符合条件的妇女可以通过社会救助基金获得救助。这种救助需要进行家庭经济情况调查（第 183 号公约第 6.6 条）；也可以推出自愿保险计划，由公共机构监督或由雇主职工共同运营管理，在强制保险计划的基础上加强保护。

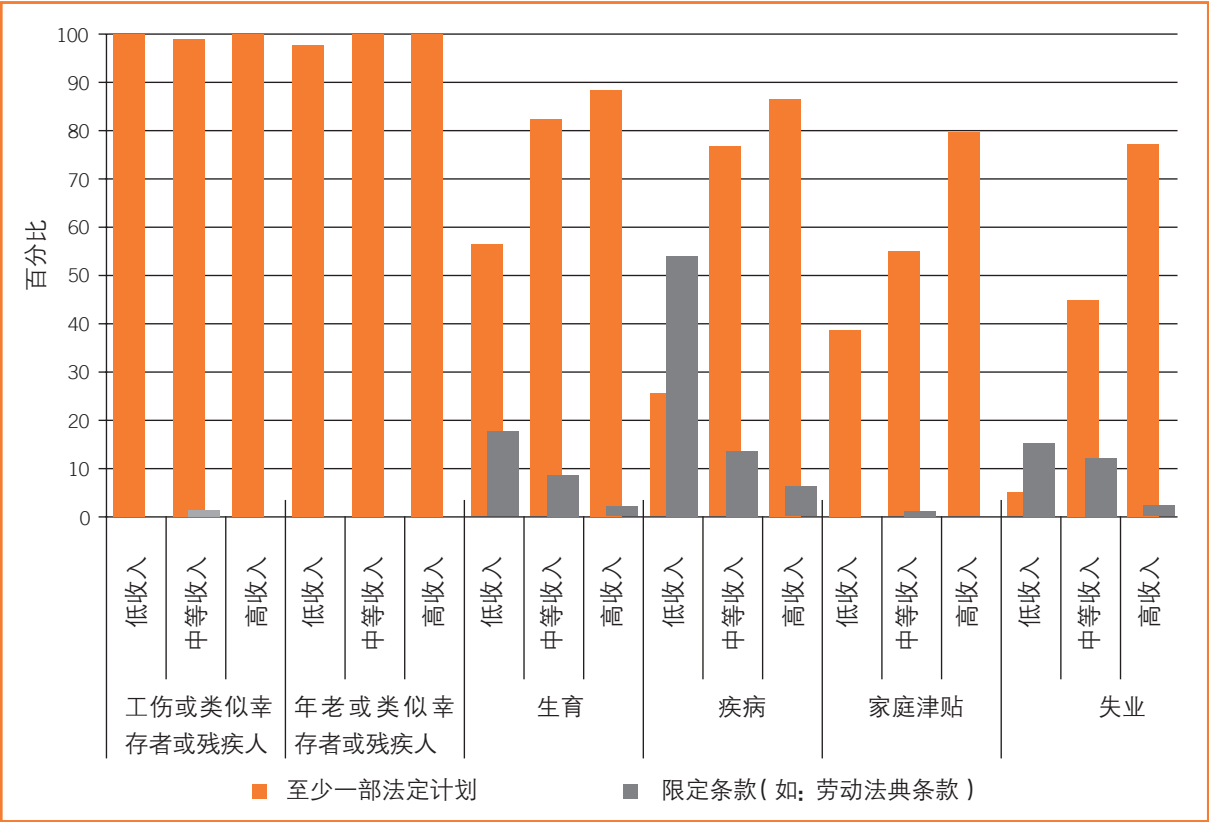
生育津贴

覆盖和津贴

生育津贴帮助弥补妇女产前产后几周离开有偿工作的期间所蒙受的收入损失。生育津贴是缓冲资金压力的重要手段。

现在，依法提供生育保护的程度在所有提供生育津贴的社会保障门类中位列第三，紧随工伤和养老（见图 7.2）。雇主依法提供的程度（并不符合下文讨论的国际劳工标准的原则）很高，比医疗之外其他形式的社会保障都高。如图 7.2 所示，大多数国家都采取了依法提供的形式（高、中、低收入国家分别是 90%、80%、50%）。但是，这些法律规定通常只适用于正规经济中就业的妇女。在许多中低收入国家，只有少数妇女才能享受到生育保护制度提供的津贴。

图 7.2
提供生育和其它津贴的高、中、低收入国家比例



来源：ILO, 2010a, op. cit.

最新的国际劳工组织社会保障公约设置了覆盖标准，第 102 号和第 183 号公约的规定也从不同角度提出了标准，反映出不同公约通过时的时代背景。

第 102 号公约将生育津贴作为九个社会保障门类之一³⁶（见专栏 7.2），要满足公约最低标准必须提供三个门类。生育保护不属于根据第 102 号公约第 2 条规定所必须提供的门类。因此，政府可以将生育保护与其他两个门类一起覆盖，或按照最低标准覆盖三个门类，但不包括生育，都可以满足第 102 号公约的要求。

专栏 7.2

社会保障（最低标准）公约，1952 年（第 102 号）

第 102 号公约将社会保障定义为社会提供给成员的保护，通过一系列公共措施，防止：

- 工作相关收入的损失，由于
 - 疾病
 - 残疾
 - 生育
 - 工伤
 - 失业
 - 年老
 - 家庭经济支柱死亡
- 缺乏医疗，因为无法获得或经济上无法承受
- 育儿支持不足

来源：ILOLEX Database of International Labour Standards, <http://www.ilo.org/ilolex/english/index.htm>.

对批准第 102 号公约并选择提供生育津贴的国家，公约要求：

- 面向职工的制度要覆盖该国至少 50% 的职工，这个覆盖群体中的妇女以及男性的妻子要获得生育保护；
- 面向经济活跃人口的制度（包括职工、自雇、非正规就业人员和失业人员）要覆盖该国至少 20% 的居民；这个覆盖群体中的妇女以及男性的妻子要获得生育保护。

³⁶ ILO 后来加入基本收入支持或称社会救助制度，作为社会保障的第十个门类。见 ILO, 2010a, op. cit., p. 20.

相比之下，第 183 号公约要求覆盖所有就业妇女，包括从事非典型工作的妇女。后者指向一个企业主或企业提供服务的自雇妇女，包括从事散工和季节性工作、固定期限和临时劳务派遣工作、在家工作（见专栏 7.3）等。

专栏 7.3 国际劳工组织公约中的生育保护覆盖	
第 102 号公约	第 183 号公约
面向职工的制度： 不少于一国职工总数 50% 的覆盖群体中的所有妇女，以及其中所有男性的妻子。 面向经济活跃人口的制度： 不少于一国居民总数 20% 的覆盖群体中的所有妇女，以及其中所有男性的妻子。	一国所有就业妇女，包括从事非典型工作。

第 102 号公约要求覆盖至少全国 20% 居民的标准看起来很低。但是实际上，发展中国家很少能达到这个标准。这是因为正规就业的职工只占经济活跃人口的小部分，对他们很少进行家庭经济情况调查或全面覆盖。

第 183 号公约要求覆盖所有从事非典型工作的妇女，从某种意义上是将社会保险扩大到正规行业之外领域的一个必然措施，因为这些群体与正规职工一样为某个企业或雇主工作。但是，这种扩大为社会保险带来重大挑战。如下一部分所介绍，社会保险对雇主的依赖度高。没有正式的工资报告，社会保险机构很难确定需要参保的职工。而且，如果一个非正规（因此未注册）的企业决定避开缴纳规定，社会保险机构没有办法知道，也少有执行手段可以利用。因此，社会保险有效覆盖从事非典型工作的妇女，必须要让这个制度对她们以及男性都具有吸引力，并在经济上负担得起。本模块中的专栏将介绍一些正在开展的此类计划，也将在扩大和提高覆盖和津贴的部分对此进行讨论。

确保提供足够的生育津贴是国际劳工组织公约的核心要求，在这方面公约提供最详细的指导。对生育保护，公约关注产假和享受津贴的最低期限，以及津贴数额。专栏 7.4 介绍产假标准和相应生育津贴（关于产假的更多内容，见模块 6）。

专栏 7.4 ILO 享受生育津贴的产假最低标准	
第 102 号公约	第 183 号公约
产假： 12 周，强制产后休假六周	产假： 14 周，强制产后休假六周，分娩晚于预产期，仍保证休满六周 - 不得在产假以及国家规定其他休假期间终止对妇女的雇佣，与孕产无关的原因除外 - 妇女产后有权重返原来工作或同等工作
生育津贴： - 津贴应覆盖整个产假 - 面向经济活跃人口的制度：统筹数额的津贴（负担生活开支）要相当于非技术工人工资的 45% - 面向职工的制度：津贴数额要相当于妇女产前工资的 45%	生育津贴： - 津贴应覆盖整个产假 - 要足够保持母婴健康和生活标准 - 如果基于原来工资收入计算，应不少于产前妇女工资的三分之二

生育保护建议书，2000 年（第 191 号）鼓励各国将生育津贴提高到妇女原来全部工资收入的水平，或者至少是可比收入的一部分。

公约没有对“原先工资收入”明确定义，各国对此收入的解释各不相同。比如，在冰岛，按照产假 / 男性陪护假开始前两个月之前连续 12 个月该职工平均工资的比例。在塞内加尔，实行带薪工作最后一天日工资的 100%，包括与工作性质直接相关的补助。计算和提供生育津贴的不同方法归纳如图 7.1。

图 7.1
提供生育津贴的方式

	由雇主提供	由第三方提供
统筹标准	雇主可以直接提供这些津贴，也可以支付私人保险。	可以是社会保险或私人保险，自愿或强制参保。
根据不同阶段		
根据工资额		

最简单的情况是，按统筹标准提供津贴，对所有受益人都一样，有可能与最低工资挂钩。这种情况下，替代率通常非常低。根据收入水平进行缴纳的制度中，统筹标准的津贴不利于工

资较高妇女的收入替代。另一方面，这种津贴容易管理，可以作为经济和劳动力市场状况不好时加强和扩大社保的一项措施，可以有效覆盖弱势劳动者（见专栏 7.5 有关阿根廷弱势人口统筹标准津贴）。

专栏 7.5

阿根廷的生育津贴

在阿根廷，第 406/2011 号政令决定建立一个新型社保计划，全民孕产社保补助计划（*Asignación Universal por Embarazo para Protección Social*），规定妇女从妊娠第 12 周开始到分娩或流产这段时间可以享受生育津贴。条件是：失业、参加社保缴纳、没有享受其他津贴，或在非正规行业就业、工资低于最低工资水平。受益人必须是阿根廷合法公民或合法居民。津贴包括现金每月 220 阿根廷比索（约 50 美元）。计划预计每年覆盖大约 18 万妇女。

来源：Argentina, *Administración Nacional de la Seguridad Social*: <http://www.anses.gob.ar/prensa/noticia.php?id=213>.

比较复杂的方法是根据妇女原来工资收入来计算津贴，并在整个产假期间保持不变。这是生育津贴最普遍的计算方法，容易确认支付标准是否达到原来工资收入三分之二的要求。比如可以根据过去 12 个月的工资收入来计算，也可以更短（比如三或六个月，或之前几个月中的几周）。津贴标准可以设置上限（与工资呈反比关系）或为低收入工人提供最低津贴。

另外一个选择是不同阶段不同标准（即产假开始时的津贴高于产假结束时的津贴）。少数国家采用这个方法：阿尔巴尼亚（前 150 天为原来工资 80%，后 215 天为 50%）；比利时（前 30 天为 82%，其余 11 周从 75% 递增到上限）；英国（六周为 90%，7 至 39 周为 39% 的统筹标准，40 至 52 周不享受）³⁷。

各国采用不同方法计算生育津贴，因此很难测算多少比例的国家实施了第 183 号公约提出的替代妇女原来收入三分之二至少 14 周的标准。图 7.3 显示按地区划分的实施这个标准的国家比例³⁸。

全球只有 30% 的国家达到第 183 号公约提出的标准，大多数属于发达经济体、欧盟、中东东南欧和独联体国家。提供津贴的地区趋势也不同：

几乎所有非洲国家都根据原来工资的比例计算生育津贴。所调查的 50 个非洲国家中，39% 提供 14 周至少三分之二的工资。其余没有提供 14 周至少三分之二工资的国家中，一些提供原来工资的 100%，但是时间少于 14 周。另外一些提供至少 14 周产假，但是补偿标准较低。

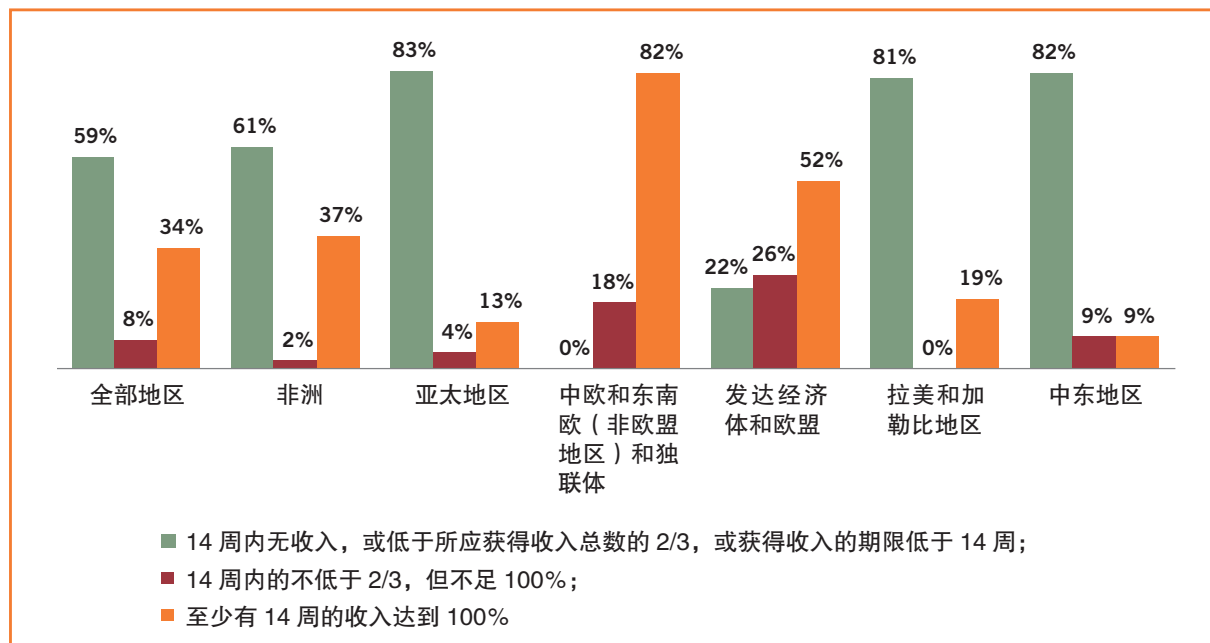
³⁷ ILO: *Maternity at work: A review of national legislation*, Findings from the ILO Database of Conditions of Work and Employment Laws, Second Edition (Geneva, 2010d), pp. 96-99.

³⁸ 数据中不包括那些无法衡量实施三分之二替代标准情况的 15 个国家，因为这些国家采取统筹数额或对现金津贴设置限额。

亚太地区所调查的 23 个国家中只有两个提供原来工资一定比例的津贴；两个提供至少三分之二的工资长达 14 周。其余国家中，产假期间许多提供全部工资，但少于 14 周。13 个中东欧（非欧盟）和独联体国家中，82% 超过第 183 号公约提出的提供时间和津贴标准。

图 7.3

按地区划分的生育津贴和产假期限，2009 年（157 个国家）



备注：由于四舍五入，数据加在一起不到 100%。
来源：ILO, 2010d, op. cit.

27 个发达经济体和欧盟国家中许多也达到第 183 号公约的标准，78% 的国家达到或超过标准。这些国家中大概只有四分之一（22%）提供的生育津贴低于第 183 号公约的要求。

32 个拉美和加勒比国家中，31 个国家按照工资收入比例计算津贴。一个国家采用统筹标准加上原来工资的比例。在拉美国家中，22% 达到或超过期限和数额的标准。其余国家许多提供工资的至少三分之二，但是少于 14 周。

11 个中东国家都以原来工资计算津贴。其中两个国家达到国际劳工组织标准。其余国家几乎都提供工资的 100%，但是少于 14 周。

1994 年至 2009 年，在延长产假期限和提高津贴水平方面取得明显进展。比如，17 个国家提高了产假期间津贴，产假期间不提供任何生育津贴的国家数量从 7 个减少到 5 个。但是，一些国家的津贴水平有所降低。

重要的是要注意到，获得生育津贴可能受到一些资格条件的限制。资格形成期限是确保一项制度财政可持续的途径，这样可以限制“反向选择”造成滥用的成本，避免吸纳大量计划怀孕的人员参加。意识到反向选择的挑战，第 102 号公约允许政府设置必要的资格形成期限“避免滥用”（见专栏 7.6）。第 183 号公约把握类似的平衡，也允许设置资格条件，只是要求公约覆盖的绝大多数妇女都能够满足。

专栏 7.6	国际劳工组织公约下的资格形成期限	
第 102 号公约	第 183 号公约	
允许设置资格形成阶段，只要国家政府认为是避免滥用的必要条件。	要求生育津贴的资格条件能够被公约覆盖的绝大多数妇女都能够满足。	

一些国家还根据子女数量限制津贴，以控制制度成本，作为影响计划生育的工具，或者确保生育津贴的获得不会造成生育率的提高。比如在坦桑尼亚，劳动法规定产假只适用每个妇女生四胎的情况；全国社保基金每三年支付一次生育津贴。在菲律宾，生育津贴提供给最多四胎或流产的情况³⁹。但是，少有证据表明生育津贴的获得程度会影响妇女生育子女的决定。这种决定通常更多地受避孕措施的获得以及有关婚姻和子女最佳数量的社会期望。国际劳工组织实施公约和建议书专家委员会提出有必要确保产假的充分，不论以前生育子女的数量⁴⁰。

上述国际劳工组织津贴标准适用于从事受雇工作的妇女（即处于典型或非典型雇佣关系的妇女），但不适用于自雇妇女，而自雇实际上是发展中国家最普遍的就业形式。对自雇妇女，最为相关的国际指导来自如上所述的社会保护底线计划（见图 7.1，上文和相关部分）。这里，作为 2011 年国际劳工大会结论提出的工作年龄期间基本保障的一部分，国际劳工组织提出在“妊娠最后几周和分娩最初几周”进行社会转移支付，标准根据“最低收入保障”设置⁴¹。

尽管“最低收入保障”和“妊娠最后几周和分娩最初几周”由各国政府规定，还应指出，生育津贴的期限和数额可以影响家庭陷入贫困的可能性。这也有助于制定津贴计划和选择最适合的融资机制。设置这些标准时可参考在医院分娩或其他医疗设施成本的中间值、全国最低工资标准、全国贫困标准和国际公认的极端贫困标准（即每天 1.25 美元）。

³⁹ ILO Database of Conditions of Work and Employment Laws, available at: www.ilo.org/travail.

⁴⁰ 专家委员会对斯里兰卡政府实施第 103 号公约（2004 年）报告的意见（2004 年）。

⁴¹ ILO, 2011a, op. cit., para. 20(h).

融资

标准和原则

国际劳工组织公约将合理社保融资的责任交给政府。这个责任要求对社保财政储备的监测和常规精算评估的开展，以预测津贴和可用资源之间未来的平衡。

另外，第 102 号和第 183 号公约都要求生育津贴融资的集体性。这意味着所筹措的一系列资源将为所有成员提供津贴。见专栏 7.7。

专栏 7.7 国际劳工组织公约下的生育保护融资	
第 102 号公约	第 183 号公约
津贴及其管理的成本由保险缴纳或税收或两者共同承担……(第 71 条)	产假津贴应通过强制社会保险或公共基金提供，或者通过国家法律和实践确定的方式提供。没有雇主具体协议的情况下，该雇主不应单独承担提供给所雇妇女生育津贴的直接成本，除非， a) 在国际劳工组织通过此公约前，成员国的国内法律或实践已经这样要求； b) 政府与工人、雇主代表组织就此达成一致(第 6 条，第 8 段)

第 191 号建议书更进一步，提出如何筹措集体资源。它提出：



对提供生育津贴的强制性社会保险的任何缴纳和为提供此种津贴而根据工资额征收的任何税款，不论由雇主与雇员共同支付还是由雇主支付，应不分性别，按所雇用的男女工人总数支付。

(第 4 段)

由此，建议书确保资源的广泛筹措，避免反向选择，并确保公平分配生育成本和责任。

世界各地的融资机制

社会保险覆盖正规经济中的职工，提供医疗和工资替代（生育津贴），弥补因生育损失的收入。在大多数国家，社会保险津贴由职工和雇主的缴纳提供，有时还有政府补贴（见专栏

⁴² ILO: *Introduction to social security* (Geneva, 1984), p. 4.

7.8)⁴²。雇主通常在管理上发挥作用（即为社会保障机构收取和转交相关缴纳，提供参保职工的身份和工资）。生育津贴通常与其他保险计划同时提供，或纳入其中，如疾病、医保、失业补偿或工伤和职业病津贴。

生育津贴融资的整合原则是收入相关缴纳的内在要求。总体上，一个全国社会保险计划旨在建立三个方面的横向补贴：从健康的人到患病的人，从高收入到低收入，从单身或小家庭到较大家庭⁴³。个人健康风险（比如之前存在的状况、年龄和性别）不影响缴纳标准，不一定导致被排除在保护之外。在这种安排下，所有职工，包括男性都参加缴纳，筹措生育津贴，如第191号建议书第4段所提出的那样。最后，筹措生育津贴遵循的整合原则对促进工作中反歧视也很重要，防止雇主承担生育津贴的直接成本，如雇主责任制度（更多信息见下文）。

专栏 7.8

纳米比亚社会保险生育津贴

为同一雇主工作每周至少两天的所有纳米比亚妇女都纳入国家生育、疾病、死亡 (MSD) 计划之中。津贴来源于强制缴纳工资的 1.8%，不超过上限，其中 0.7%（0.35% 来自雇主和职工）用于支付生育津贴。所有覆盖的职工，包括男性要参与缴纳。自雇劳动者可以自愿参加，但必须支付全部 1.8% 的缴纳额。享受生育津贴的资格条件是妇女产假前必须至少缴纳六个月。津贴相当于不超过上限的原来工资 100%。通常覆盖 12 周，四周在产前，八周在产后。2007 年，该计划共支付 5,000 例生育津贴申请，平均数额为 3,670 纳米比亚元（约 500 美元）⁴⁴。

来源：Namibian Social Security Commission, <http://www.ssc.org.na/> [最后访问：2011 年 9 月 13 日]。

雇主和职工共同缴纳生育津贴是大多数国家最为普遍采取的方式，无论是发达国家还是发展中国家（比如阿尔及利亚、伯利兹、塞浦路斯、希腊、法国、立陶宛、摩洛哥、巴基斯坦和突尼斯）⁴⁵。单独由雇主缴纳的生育保险计划很少，但秘鲁等国正在实行，只有公共和私营行业雇主缴纳⁴⁶。

一些国家的政府承担一定比例的缴纳，作为辅助。这样做的目的是保护低收入职工或中小企业。

⁴³ M. Cichon et al.: *Modelling in health care finance: A compendium of quantitative techniques for health care financing*, (Geneva, ILO, 1999), pp. 51-52.

⁴⁴ 如果将受益人数纳入国家分析中，纳米比亚每年新出生 4.8 万人口。

⁴⁵ United States Social Security Administration (SSA)/ISSA: *Social Security Programs throughout the World*, 2011, <http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/> [accessed 15 Sep. 2011].

⁴⁶ SSA/ISSA, 2011, op. cit.

通过雇主、工人和政府三方缴纳缴纳的失业保险也非常少，但在几个国家实行，如洪都拉斯、墨西哥⁴⁷。

适用于自雇妇女的特殊安排，有四种可能情况⁴⁸：1) 她们被排除于强制和自愿覆盖之外；2) 她们享受强制覆盖；3) 自愿参加适用于她们的社会保险计划；4) 她们享受特别保险计划⁴⁹。在一些社会保险扩大到自雇劳动者的国家，要求他们承担雇主和职工两个方面的缴纳。为减轻低收入自雇劳动者的经济负担，一些国家的政府对这种计划进行补贴，或要求一定类别的自雇劳动者缴纳最低统筹标准或保险金。

专栏 7.9

将社会医疗保险扩大到自雇群体

在塞浦路斯和利比亚的社会保险计划中，生育津贴要强制覆盖自雇妇女。在利比亚，政府代表自雇人员承担辅助缴纳，而塞浦路斯要求自雇人员承担雇主和职工两个方面的缴纳。

在法国，一个特别社会保险计划覆盖自雇劳动者。在墨西哥，可以自愿参加，政府代表自雇人员承担辅助缴纳。在法国，政府将特定的税收收入用来补贴全民疾病和生育津贴。

来源：SSA/ISSA, 2011, op. cit.

雇主责任制度将提供生育津贴的责任放在雇主一方（更多内容见下文的计划种类）。为确保这个义务的履行，一些政府要求雇主购买私人保险。

专栏 7.10

马来西亚的雇主生育津贴责任

在马来西亚，就业妇女享有 60 天全薪产假。法律只适用雇员，因此排除了自雇群体，并将支付责任放在雇用员工的雇主一方。资格条件是妇女必须在分娩前四个月受雇于一个雇主，并在分娩前九个月中受雇时间不少于 90 天。如果该雇员已育有五个或更多子女，则不享受此生育津贴。

来源：ILO Database of Conditions of Work and Employment Laws.

社会救助制度将津贴资格建立在妇女（或其家庭）经济需求的程度之上。妇女不一定现在或过去是雇员，也不一定要参加过任何缴纳，但是通常需要进行家庭经济情况调查。社会救助

⁴⁷ SSA/ISSA, 2011, op. cit.

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ “特别社会保险计划”是一种大多数由国家管理和监督，并由特别立法规定的保险计划。这些特别计划的缴纳标准通常不同于那些适用于私营领域正规职工的计划。

基本上由公共基金提供（即国家常规收入或划拨税款），由政府单独管理，通常是在地方层面。国家法律和社会保护计划中，由社会救助提供的生育津贴通常按照统筹标准，低于社会保险提供的数额。可能要对受益人提出一些资格条件（比如，可能要求母亲们在妊娠期间参加产前检查，或者去指定医疗机构分娩）。关于有条件的现金转移支付制度（CCTs），见本模块后面“医疗津贴”部分中的“融资机制”。

第 183 号公约认为，如果不能满足社会保险提供生育津贴的条件，在必要的经济状况调查基础上，具备资格的妇女应享有社会救助提供的充分津贴（第 6 条，第 6 段）。国际劳工组织公约和建议书实施专家委员会指出，第 183 号公约“要求社会救助津贴的标准应足够满足母婴在公约规定的产假期期间的需求，即 14 周”⁵⁰。

专栏 7.11

巴西的社会救助生育津贴

Bolsa Familia 计划为 1130 万巴西家庭，即四分之一人口提供有条件的现金转移支付，总额为 45 亿美元，相当于 GDP 的 0.4%。该支付对孕妇附带条件，即必须参加产前产后检查，父母要送子女上学受教育并为子女进行预防接种。

资格底限是最低工资的四分之一左右，或者相当于城市贫困线的 40%。按照当地生活标准，极端贫困家庭每月相当于得到 27–79 美元，贫困家庭得到 17–52 美元。数据显示该计划极大地减少了贫困，提高了贫困妇女的社会地位。

来源：Bolsa Familia in Brazil: *Context, concept, and impacts* (Geneva, 2009).

全民津贴适用于所有妇女，只要是一国的公民或居民，并满足特定条件，如妊娠、以前没有参加其他缴纳计划。与社会救助一样，津贴标准低于社会保险，由国家预算提供，中央或地方政府单独管理。与社会救助不同，它不需要经济情况或收入调查。

专栏 7.12

新西兰的全民生育和医疗津贴

国家为所有居住在新西兰的妇女提供生育津贴，只要受雇于同一雇主至少六个月（每周至少工作十小时，包括每天至少一小时，或者每月 40 小时）。津贴适用于生育或收养子女，全额替代原来的工资，不超过规定上限。覆盖 14 周的法定产假期限。

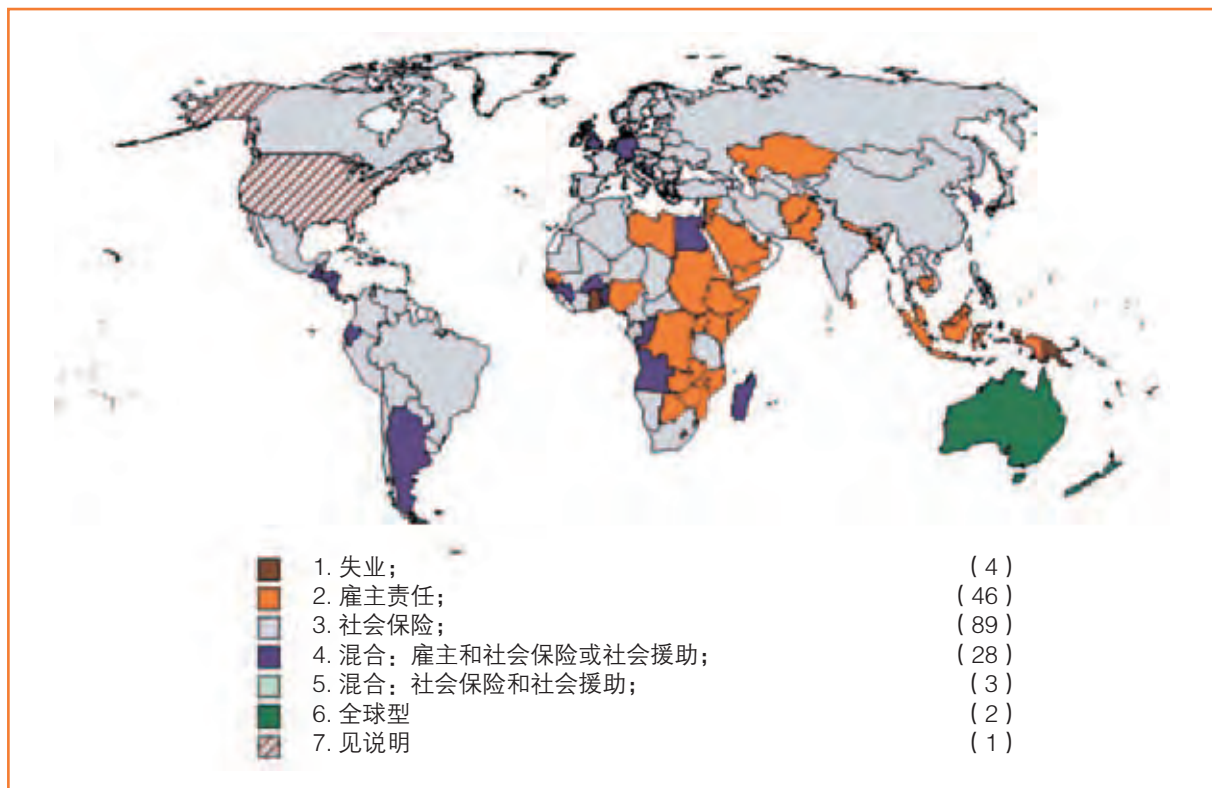
国家还通过公共医疗体系提供全民生育医疗。成为新西兰公民居民两年或以上，大部分生育医疗服务都免费。

来源：SSA/ISSA: *Social Security Programs throughout the World*, 2008 <http://www.ssa.gov> [accessed 20 Sep. 2011].

⁵¹ CEACR: Individual direct request concerning Maternity Protection Convention, 2000 (No. 183) Cuba (ratification: 2004) Submitted: 2008.

图 7.4 显示目前具有相关信息的 180 个国家的生育津贴覆盖和种类⁵¹。

图 7.4
按法律规定、计划类别和国家划分的生育津贴（2009 年）



来源：ILO, 2010a, op. cit.⁵²

如图 7.4 可见：

- 超过 50% 的国家将生育津贴作为社会保险来提供；
- 在四分之一左右的国家，这种保护由雇主提供；
- 一些国家将生育保护设计为社会救助或全民支付计划；
- 一些国家只要求雇主提供产假，不提供生育或医疗津贴。

⁵¹ 不包括缺乏相关信息的 15 个国家。

⁵² 在美国，没有全国性计划。根据家庭和病假法案，产假通常无薪；但是，符合一定条件下，职工可以选择，或者雇主可以要求职工利用累积的带薪休假（如年假、请假、病假或带薪病假），抵用法定假期的部分或全部。比如，在加州，自 2004 年男女职工享有六周获得最多相当于工资 55% 收入的假期来照顾新生或领养子女。津贴来源于 0.08% 的州残疾保险缴纳，从职工工资中扣除。

如下文所示，许多国家将这些方法结合采用。

关于雇主责任制度的说明

需要再次强调，通过公共基金或缴纳保险提供的生育津贴是建立在整合原则以及集体责任的基础之上。雇主责任制度要求雇主直接支付产假期间的替代性工资（生育补贴），不符合“通过公共基金或缴纳保险提供生育津贴”这个标准。

因此根据世界范围的经验，雇主责任制度不利于女职工的权利，因为雇主可能不愿意雇用孕妇，或者寻找理由辞退怀孕员工，以避免支付产假期间生育工资的成本。许多情况下，这意味着根本不会雇用育龄妇女。而且，履行雇主责任制度存在难度，特别是在发展中国家，因为雇主通常不会支付生育工资，所以雇主责任制度难以执行。雇主责任还可能给小企业带来过多的成本负担。因此雇主责任一直被认为会损害劳动力市场上促进男女公平待遇的努力。

过去 15 年，提供生育津贴的雇主责任制度出现一些转变。通过这个制度提供生育津贴的国家比例由 1994 年的 31% 下降到 2009 年的 26%。约旦是最近由雇主责任转向社会保障体系的国家之一（专栏 7.13）。

专栏 7.13

约旦由雇主责任转向生育保险

2010 年，约旦由雇主责任制度转向生育保险制度，在社保法律改革框架内建立了一个新的社保门类。这项新制度覆盖所有私营领域职工，包括五人以下的小企业职工，提供生育津贴，按照妇女原来工资标准持续 12 周，符合第 102 号公约的规定。

来源：ILO: *Social Security and the rule of law – General survey concerning social security instruments in light of the 2008 Declaration on Social Justice for a Fair Globalization*, ILC, 100th session (Geneva, 2011f), paras. 304, 312.

表 7.2 总结了法定生育津贴的不同融资机制，比较他们在资金来源、责任和风险分配、津贴标准确定和覆盖条件方面的主要特征。

图 7.2
法定生育津贴融资机制的主要特征

	社会保险	全民计划	社会救助	混合制度（社会 + 雇主责任）	雇主责任
资金来源	缴纳	税收	税收	生育津贴的提供由社保和雇主分担。各方承担的比例根据各国立法而有所不同	直接来自雇主
责任分配	风险和资金分担	再分配	整合		雇主提供
提供的津贴	社保法律规定的标准	统筹标准	自由裁量（根据经济状况调查）		劳动法或集体合同规定的标准
资格条件	基于雇佣缴纳历史	基于居住权或公民权	基于需求		基于延续雇主与雇员之间雇佣关系的需要

来源：A.T. Carrion: *Information guide on setting-up, financing and administering maternity protection schemes* (Geneva, ILO, 2007), unpublished.

扩大和提高覆盖和津贴标准

尽管许多国家无法提供替代工资收入的生育津贴，但仍在努力将生育津贴纳入现有的社保体系，或者寻求新的方式将津贴扩大到更多的妇女。为此，一系列有益做法涌现。其中包括萨尔瓦多通过自愿参加的计划扩大社保覆盖（专栏 7.14），中国的一个省级计划（专栏 7.15），布基纳法索在丹麦国际发展署和国际劳工组织支持下建立社会保障基金，将妇女生育津贴纳入其中（专栏 7.16），以及德国合作机构、世卫组织和国际劳工组织共同在柬埔寨建立以社区为基础的医疗保险，将一个“平安母亲”计划和一项生育津贴补助纳入津贴计划（专栏 7.17）。

专栏 7.14

萨尔瓦多通过自愿参加的计划扩大社会保障

2010 年 7 月，萨尔瓦多政府启动一项国家计划，将社保覆盖扩大到家政工人。新计划包括提供 12 周相当于 100% 保障工资的生育津贴，外加为职工及其 12 岁以下子女提供门诊医疗服务。该计划基于自愿参加的雇主 (US\$7.27) 职工 (US\$21.80) 每月共同缴纳，并为雇主提供收入税优惠政策以提高参与率。政府旨在将生育保护津贴扩大到未受保护的家政工人，五年后争取覆盖多达 2.7 万家政工人 (25%)。

来源：ILO: *Decent work for domestic workers*, Report of the Committee on Domestic Workers and Statement of El Salvador Representative, ILC, 99th session (Geneva, 2010e).

专栏 7.15

中国生育保险制度及其覆盖

在中国，2010 年颁布《社会保险法》，并于 2011 年 7 月实行。这项基本政策规定女职工享有 90 天产假。2007 年，河北和广西两省制定了各自的生育保险政策，旨在为产假提供收入，并报销期间医疗费用。2009 年，全总 (ACFTU) 开展一项对新制度的调查，评估进展和查找问题。

来源：ACFTU: *The Survey of Workers' Maternity Insurance in China (Hebei and Guangxi)*, (Dept of Female Workers, Sep. 2009), 13 pp.

专栏 7.16

布基纳法索的社会保障基金

Salissa 是一个市场的园工，年轻母亲。她第二个孩子今年四岁。产后仅 10 天她便每日工作 10 小时从事园艺工作。她没有产假权利，为了养家别无选择。在布基纳法索，80% 经济活跃人口在非正规经济中就业。像 Salissa 这些妇女，产假仍然是一项奢侈品，只有社保覆盖的少数妇女才能享受。

但是，这一切在组建新工会后注定要改变，这个工会是全国水果、蔬菜和相关工人工会 (SYNATRAFLA)。在国际劳工组织和丹麦国际发展署的支持下，工会在全国开展工作，其中包括组建五个非正规经济中的行业工会。

作为工会会员，Salissa 将受益于非正规经济就业人员社会保障基金 (MUPRESSI)，该基金根据工会的项目建立，扩大了医疗和职业病的社会保障。调查发现会员的重点关注后，该基金将带薪产假津贴纳入其中。从此，像 Salissa 这样的母亲们将能够实现产假权利。

来源：International Trade Union Conference website <http://www.ituc-csi.org> [accessed 20 Sep. 2011].

专栏 7.17

柬埔寨提高生育和医疗津贴

在“提供医疗”(P4H)计划下,将生育津贴补助纳入以社区为基础的医疗保险。世界卫生组织、国际劳工组织、世界银行、德国和法国共同参与该计划,旨在支持各国开发社会健康保护体系,实现全民覆盖,避免自付,促进医疗服务的有效获取。国际劳工组织是该计划的主导机构之一,多年来在柬埔寨积极促进工作中的生育保护,在P4H计划下提高保险体系提供的生育津贴。

虽然柬埔寨孕产死亡率下降,但世行估计在2008年每10万例分娩中有290例孕产死亡,在该地区仍然属于最高的数据之一。而且,2005年只有44%的分娩得到技术熟练的医疗人员协助。

社会医疗保险主体方案由柬埔寨政府于2005年启动,将生育列入正规行业职工强制社会医疗保险所覆盖的一项内容。主体方案还为CBHI计划提供明确建议,开发一个“平安母亲”计划,在符合一个母婴议定书要求的前提下,妇女有权享受一切生育服务。

在这种情况下,国际劳工组织与P4H合作伙伴德国合作机构共同提供技术援助,开发“平安母亲”计划,2006年将其纳入社区医疗保险计划SKY(为了我们所有家庭的健康)中的津贴方案。这项广泛计划涵盖许多服务,包括产前检查、高危妊娠咨询,医学意义上必要的引产以及引产后护理,(剖腹产)分娩,计划生育服务咨询,基本药品、微营养和营养建议,产后护理、婴儿免疫服务咨询。并且,“平安母亲”计划带来每月15美元的生育补助,产后为期三个月,作为对母亲们全面履行平安母亲议定书要求的激励。在CBHI计划实现资金可持续运营、现金补助可以纳入保险缴纳之前,该补助由德国合作机构补贴。

提高私营领域生育津贴。作为“柬埔寨更佳工厂”计划的一部分,国际劳工组织也一直促进工作中的生育保护。特别是在制衣行业,支持企业根据劳动法提高生育保护,为妇女提供90天产假的权利,产假后重返工作最初两个月只安排轻度工作,保护她们在产假期间不被辞退,如果该职工受雇于企业一年以上,发放一半工资以及现金和实物津贴。关于生育保护的教育计划向雇主和员工宣传权益、母婴保健的具体知识,以及对各方的有利之处。生育津贴为就业妇女的健康提供保护,并保护她们不会失去工作,雇主可以受益于更加健康的员工队伍,减少健康问题引起的缺勤和消耗。许多参与这个项目的企业都出现明显改善。一些重要的改善包括工作场所提供育儿辅助,工作母亲享有每日一小时的哺乳时间。

来源:

ILO: *Decent Work for Women and Men in the Informal Economy: Profile and Good Practices in Cambodia*. (Bangkok and Phnom Penh, 2006).

ILO/Better Factories Cambodia: *Seventeenth Synthesis Report on Working Conditions in Cambodia's Garment Sector* (Cambodia, Oct. 2006).

ILO Sub-regional Office for East Asia: *Cambodia: Sky Health Insurance Scheme, Social Security Extension Initiatives in East Asia* (Bangkok, 2008).

医疗津贴⁵³

背景和覆盖

世界上几乎三分之一的人口无法获得任何医疗设施或服务。对于更多的人来说，因为缺乏足够的社会健康保护，无法覆盖或报销医疗支出，个人自付 (OOP) 的这部分支出经常带来财政灾难⁵⁴。生育相关支出带来的风险特别高。

在妊娠期间，母婴服务所需的个人自付和非直接性成本（如交通）使得许多妇女无法获得适当护理。贫困家庭不仅认为生育期间的护理很昂贵（见专栏 7.18），而且在使用稀缺的家庭资源时也不会将其视为重点。特别是在医疗成本高而且不可预测的情况下，决定自行承担哪个家庭成员的费用时，获得及时的生育护理又会面临障碍。这个问题不断加剧，因为在许多贫困家庭，男人和男孩的医疗通常比女人和女孩的医疗更加被重视⁵⁵。

专栏 7.18	健康保护不普及情况下的生育支出
尼泊尔。对于许多尼泊尔最贫困的家庭来说，在医院正常分娩的支出高于三个月的家庭收入，而在家分娩的支出最多相当于月收入 36%。在家分娩的妇女中五分之一以上认为支出问题是不去医院的主要原因。 孟加拉国。正常医院分娩支出的中间值为贫困家庭年收入的 2%，剖腹产支出大约为 21%。孕产并发症的情况下，支出增加两个百分点。 印度。一项在孟买贫民窟进行的调研显示，生育和分娩支出被 41% 的受访者认为是具有灾难性影响（即超过年度非食品支出 40%）。 来源： Borghi et al., 2006, quoted in ILO, 2007, op. cit., p. 12. M.N.U. Khan et al.: “Household costs of obtaining maternal and newborn care in rural Bangladesh: Baseline survey”, <i>BRAC Research and Evaluation Division Research Monograph Series</i>, No. 43 (Dhaka, BRAC, 2009). Skordis-Worrall et al.: “Maternal and neonatal health expenditure in Mumbai slums (India): A cross sectional study”, in <i>BMC Public Health</i> (2011, Vol. 11, No. 150).	

⁵³ 本部分主要内容来自：
E. Fultz, 2011, op. cit.
ILO, 2010a, op. cit., Chs. 3 and 6.
—: Strategy towards universal health care.

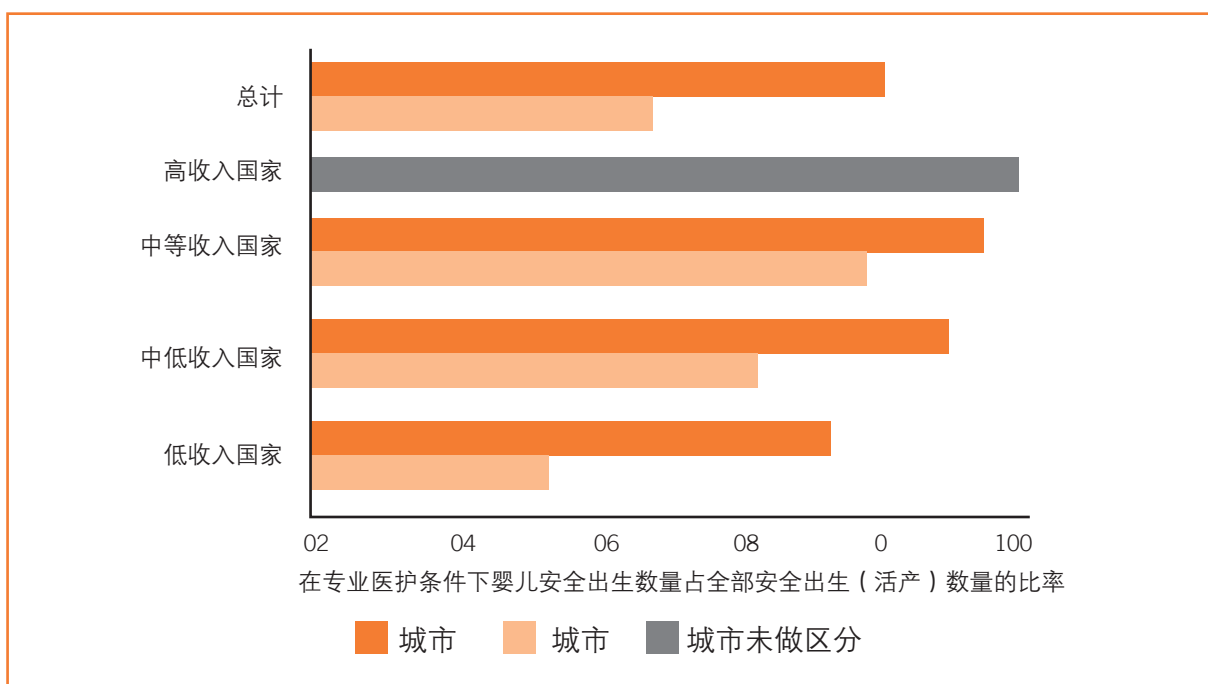
⁵⁴ ILO, 2010a, op. cit., pp.1-2.

⁵⁵ ILO, 2007, op. cit., p. 28.

大多数国家显示，由于居住地的原因，在获得生育医疗方面出现极大的不平等，见图 7.5。不同收入水平的国家城乡之间存在不平等。在低收入国家，在获得生育医疗服务方面的城乡差别大于高收入国家（比率分别是 3.3 和 1.7）。经济保护上的差距⁵⁶、缺乏有质量的服务以及在体面条件下工作并具备资质的医疗人员，现代化和功能性医疗设备和供应不足，是发展中国家医疗服务利用率低的主要原因。

另外，女性文化程度低以及由此造成的贫困或失业，成为阻碍妇女独立于家庭获得医疗的经济因素。在许多国家，女性失业率高于男性，造成女性依附程度高。特别是，妇女通常不能获得或利用必要的经济资源，不得不依靠丈夫或家庭。

图 7.5
获得生育医疗服务的平等 *



来源：ILO, 2010a, op. cit., p. 69.

因此，为妇女扩大和提高社会健康保护是促进妇女获得生育医疗服务的重要战略。这需要采用整体角度分析医疗的需求和供给、医疗基础设施和生育医疗服务的提供、卫生行业劳动队伍、雇员就业机会和管理水平。供给因素很大程度上决定一国获得有质量医疗服务的潜在水平。回应这个需求，一项对印度生育保护的最新研究得出结论，“生育保护 … 只有具备并提供必

⁵⁶ 经济保护旨在应对灾难性健康事件造成贫困的风险以及资助任何自付项目的能力：那些直接支付给服务提供方的项目，比如使用费或医疗保险计划要求共同支付的部分，其他直接支付的医疗服务和产品以及相关支出，如到达医疗地点必要的交通费，特别是农村地区。经济保护可以防止人们因患病损失收入而陷入贫困。

要的医疗基础设施才能实现 … 因此政策和计划要与医疗基础设施的改善和提供同步进行。这与提高医疗基础设施预算相关⁵⁷。”

缺乏实地获得的医疗服务特别影响到妇女，因为孕产死亡的主要原因是妇产或不安全引产并发症，二者都是可以通过获得有质量的生育医疗、产前检查、熟练的助产以及妇产急诊治疗得以避免。

如下文所述，应对这些障碍的一个可能途径是制定医疗福利方案，确保所有妇女获得生育和医疗服务，至少包括产前、分娩和产后由医疗人员或合格助产士提供的护理，以及必要时的住院治疗。

生育医疗保障

根据两个公约的规定，生育医疗保障可以通过保险或常规医疗服务提供，取决于国家的卫生体制。专栏 7.19 列出几个国家纳入社保制度中的医疗福利。

专栏 7.19

生育医疗保障

在埃及，生育医疗保障包括常规和专业护理、手术、住院、生育护理、牙科、实验室服务、药品、康复服务和器械。医疗服务由公共机构或其他与医疗保险组织签约的医疗机构提供，直接支付津贴。

在危地马拉，生育医疗保障通常通过社保机构的医疗部门直接提供给患者。包括常规、专业和生育护理、手术、住院、药品、实验室服务、影像、器械、交通和康复。

在乌拉圭，与社会保障银行签约的集体医疗救助或互助医疗机构提供生育医疗保障。包括产前产后医疗救助、手术、药品。

来源：SSA/ISSA, 2011, op. cit.

第 191 号生育保护建议书（第 3 段）更加具体地规定了最低医疗保障计划的标准。要求尽可能：

- 在诊所、家庭、医院或其他医疗机构由全科或专科医生治疗；
- 在家庭、医院或其他医疗机构由合格助产士或其他妇产医疗人员护理；

⁵⁷ Tata Institute of Social Sciences: *Assessing the coverage and effectiveness of national efforts to provide quality maternity protection: A qualitative study in Uttar Pradesh, India* (Mumbai, 2010).

- 在医院或其他医疗机构中进行疗养；
- 由医生或其他合格人员开出任何必要药品和医疗用品、进行检查和化验；
- 牙科和外科治疗

世界各地的融资机制⁵⁸

将医疗保障扩展到整个生育期间是实现社会健康保护全面覆盖的重要内容。一个重大挑战是为医疗服务提供资金支持。整体应对人们多项健康需求比专注于一项需求更加可行。鉴于减少孕产死亡的紧迫性，本部分后面将探讨与生育医疗相关的短期需求。

为医疗服务提供资金支持有许多机制，包括税收支持的国家医疗服务、支付凭证、生育津贴（有条件或无条件）、缴纳式法定社会医疗保险；法定或规范性私人非营利医疗保险计划（在包含多种下属体系的国家医疗融资体系中有自己明确的定位）；互助和社区非营利医疗保险计划。这些机制通常涉及所覆盖群体的风险共担，许多明确包括富裕人口与贫困人口之间的横向补贴。一些形式的贫富横向补贴存在于所有社会健康保护体系中；否则，全民覆盖将不可行或无法实现。

总体上，可以利用如下主要资源进行融资。

税收

社会健康保护可以由政府常规收入提供支持，如各级直接或间接税收，包括国家和地方税，以及常规或划拨税款。直接税面向个人、家庭和企业征缴，包括资产税、个人收入税和企业营业税。间接税来自商品和服务（比如征收烟酒消费的“罪恶税”）。与间接税相关的缴纳以消费而不是整体收入为基础。常规税可以从不同渠道征缴，因此具有广泛的收入基础。但是，向医疗拨款通常要经过年度公共预算谈判。抵押税划拨给医疗，不易受政治影响。

通常，税款用于资助各种形式的社会健康保护。除了资助国家医疗服务、支付凭证、生育津贴或转移支付之外（见专栏 7.20 和 7.21 中有条件现金转移支付的举例），税款还用于对混合健康保护制度的补贴。这种情况下，政府税款用于补贴贫困人口（见专栏 7.20 税款资助的混合计划）。另外，政府税款还可以用于补贴社会医疗保险、社区和私人医疗保险。补贴可以负担贫困人口的支出，赤字、特殊服务和初始或投资成本。

⁵⁸ Drawn largely from: ILO, 2008a, op. cit.

专栏 7.20

税收支持的国家医疗服务和混合社会医疗计划举例

英国的全国医疗服务系统为居住在该国的所有人提供医疗津贴，不论国籍、缴纳情况或收入税。它同样包括短期丧失能力津贴、法定疾病津贴、生育补助，以及男性陪护和收养子女补助。通过税收支持机制，政府承担了全国医疗服务系统下 92% 的法定生育及男性陪护津贴，一部分法定疾病津贴以及大部分医疗津贴。

菲律宾的医疗保险计划将公共和私人融资结合起来。非贫困人口缴纳的由职工、雇主和自雇人员支付。贫困人口的缴纳由国家常规税款支付。目前，大约 70% 的菲律宾人都参加了该国医疗保险。

来源：SSA/ISSA, 2006, quoted in ILO, 2008a, op. cit., pp. 13, 64.

专栏 7.21

有条件的生育津贴

一些国家政府实行了有条件现金转移支付计划，将资格建立在一定条件之上。近年来，有条件现金转移支付在许多国家和地方计划中普及，从巴西到印度、从加纳到纽约。这些计划中有的支付生育津贴，也有的将家庭津贴支付建立在与生育相关的条件之上。比如：

- 在**巴西**，*Bolsa Familia* 要求妊娠妇女提交医疗检查报告，作为接受社会救助支付的条件。
- 在**加纳**，国际劳工组织赞助的有条件现金转移支付计划要求妇女利用产前产后医疗服务，接受专业分娩护理。
- 在**印度**，*Janini Sukaksha Yojana* 有条件现金转移支付计划要求在医院分娩。
- **尼泊尔**“平安分娩鼓励计划”提出类似要求。
- 在**墨西哥**，*Oportunidades* 有条件现金转移支付计划要求进行检查，包括待产母亲。

从正面角度看，有条件现金转移支付可以促进好做法的采纳率；可以取得政治支持推行新的计划或者扩大计划。从负面角度看，有条件现金转移支付通常被认为过于专制，因为支付需要充分提供所需服务（即医生和护士），这在大多数发展中国家通常缺乏。比如，对印度 *Janini Sukaksha Yojana* 转移支付计划的大规模评估发现⁵⁹：

- 计划提高了在医疗机构分娩的比例，但没有减少孕产死亡；
- 对孕产死亡的影响不大，可能由于提供服务的压力增加，而且反过来还降低医疗机构的服务质量；
- 最贫困妇女参与率最低⁶⁰。

来源：E. Fultz, 2011, op. cit.

⁵⁹ See S. Lim et al.: “India’s Janani Sukaksha Yojana, a conditional cash transfer programme to increase births in health facilities: an impact evaluation”, in *The Lancet* (2010, Vol. 375, No. 9730, 5 June).

⁶⁰ S. Lim et al., 2010, op. cit.

社会医疗保险

通过缴纳或征收工资税资助社会保险计划⁶¹，与工资或收入相关，有时也采用统筹标准。缴纳通常由雇主和职工分担，国家利用常规税收以辅助缴纳或其他补贴的形式参与。（详细内容举例另见“生育津贴融资机制”部分）。

在支持生育津贴上采取整合原则是收入相关缴纳的内在要求。一个国家社会保险计划旨在实现三个横向补贴：从健康的人向患病的人，从高收入人口向低收入人口，从单身人士或小型家庭向较大家庭⁶²。个人健康风险（比如原来状况、年龄和性别）不会影响缴纳标准或者不一定导致被排除在保护之外。

保险金

保险金由私人保险征收，包括社区医疗保险计划和私人商业保险。社区计划通常是自愿参加，并由非正规经济工人组织、社区非政府组织、合作社、工会或宗教团体管理。一般来说，保险金为统筹标准，享受的服务有限。私人商业保险通常也是自愿参加并以风险为基础。高风险群体保金较高，而低风险人群保金较低。津贴和服务取决于保险公司和参保个人。见专栏 7.22 更多社区医疗保险计划的信息和举例。

专栏 7.22

社区医疗保险

社区医疗保险计划具有自愿性和非政府性。通过职工缴纳融资，有时接受捐助方或政府的补贴。这种计划覆盖特定人群，比如社区、合作社、市场上的自雇商贩等。由于是自愿参加，这些计划要提供具有足够吸引力的津贴才能激励职工的加入，其缴纳标准必须让低收入职工负担得起。这种计划大都属于基本医疗保险，有时与工伤津贴或抚恤津贴结合在一起。许多微型医疗保险计划包括为孕产提供的医疗，但很少提供生育津贴。提供生育津贴的情况下，标准也很低。

印度古吉拉特邦的自雇妇女联盟 (SEWA) 1992 年开始提供一项生育津贴，作为微型保险计划 (VimoSEWA) 的一个部分。在该计划下，妇女通过每年缴纳或利用定期存款的利息进行缴纳参保。作为回报，妇女获得津贴，包括人身、医疗和财产保障。为鼓励通过定期存款参保，妇女可以享受由德国合作机构建立的基金所支付的“免费”生育津贴。生育津贴包括：(1) 少量现金（300 卢比）；(2) 产前检查，包括体重、铁、叶酸指标测试；(3) 根据当地饮食和家庭预算提供营养和教育方面的信息。生育津贴提供给印度非正规经济中的 25 万妇女，包括商贩和家政工人。

来源：World Bank: *World's progress on maternal health and family planning is insufficient*, World Bank News Broadcast (Washington, D.C., 2009), 9 July.

⁶¹ ILO: *Introduction to social security* (Geneva, 1989), p.4.

⁶² M. Cichon et al., 1999, op. cit., pp. 51 - 52.

个人自付 (OOPs)

尽管个人自付经常成为一个资金来源，但国际劳工组织认为这不是可取的社会健康保护融资方式。个人在接受医疗服务时直接向服务提供方支付，支付标准基于所接受的服务，可能是全部支付，也可能得到部分补贴。形式上可能采用直接支付、正式的费用分担或非正式支付。消费者全额支付不受任何保障的医疗服务时，采用直接支付。而正式的费用分担（即使用费）涉及纳入津贴计划但不能全额保障的医疗服务费用，这样能发挥一定激励作用。

每个融资机制都有各自征集资金、风险共担和购买医疗服务的形式。征集资金包括：缴纳方（比如参保公民）；缴纳类别或方式（如缴税、缴费和保险金）；征集这些缴纳的机构（即中央或地方政府）；社会保障机构；私人保险基金或医疗提供方。风险共担指分担财政风险、为提供医疗服务积累资金。购买医疗服务涉及代表参保人将资金转移到医疗服务提供方。

几乎所有国家都建立了结合多种融资机制的体系，包括上述资金来源中的两个或更多。国际劳工组织明确承认国家健康保护体系的多样性，建议促进各国多种融资体系的综合协调，提供：

- 全民和公平获取的医疗服务；
- 患病情况下的经济保护；
- 全面有效高效的医疗服务。

努力实现全民社会健康保护过程中，单纯依靠组织和支持健康保护还不够；经济和社会因素也发挥了重要作用，要尝试解决贫困、支持非正规经济的正规化，营造体面的工作场所。因此，社会健康保护不能孤立进行；而应成为国家整体社会保护战略的组成部分。

而且，实现全民覆盖要制定具体规则和安排，重点放在组织效率上，包括：采购和向服务提供方支付；不同类别医疗和不同地域之间资源和服务的分配；社会伙伴和社会团体的参与和质量。这些相关安排的具体特征极大地影响医疗服务的充足和提供、医疗服务的获取、最终影响到社会健康保护体系的整体成本。实现这些目标的关键在于社会对话和全国对话的开展。

扩大覆盖和提高津贴

鉴于缺乏足够生育医疗和严重依赖个人自付融资的情况一直持续，迫切需要寻找较短时期内提高覆盖的途径，同时从较长期角度看要建立起全国医疗预算。目前在低收入国家出现的趋势是互助医疗机构的作用不断增强，创立自愿型和社区计划，以此作为走向社会医疗保险的第一步。生育医疗越来越多纳入这些计划。成效和可持续性取决于津贴方案、经济保护和服务质量。

应对这些障碍的可能途径之一是制定基本津贴方案，确保获得医疗服务。2007 年，69 个中低收入国家中的 55 个得出这样的结论⁶³。通过健康保护体系提供的津贴方案经过改革后更加公平和有效，解决了全面性和渐进式推进重点这两个方面内在的冲突。但是，许多改革限制了医疗获得，而获得医疗是实现全球健康重点目标，如关于母婴健康是千年发展目标的关键所在。这些改革也没有根据人口和流行病方面的变化、需求和观念做出调整，导致提供服务的效率低下⁶⁴。津贴方案成功的国家重视采取整合的方法，不会将津贴限定在低成本或非常基本的干预上。（见专栏 7.23）⁶⁵。

专栏 7.23

医疗服务的整合方案

在泰国，一项全民医疗计划（UC 计划，以前也被称为“30 泰铢”计划）于 2001 年开始实施，为所有没有参加缴纳式医疗保险的泰国公民提供医疗服务。津贴方案提供一系列全面的医疗服务，包括急救服务、住院治疗、自由选择医疗服务提供方，生育津贴以及公共和私营部门提供的预防康复津贴。由此，2006 年至 2007 年泰国整体的法定医疗覆盖率达到人口的 98%，其中 75% 得到全民医疗计划的保障。

在加纳，最近为所有居民实施的全国医疗保险计划（NHIS）中，津贴方案包括常规门诊服务、住院治疗、口腔科、眼科、急诊和生育医疗。后者包括产前检查、正常分娩和一些复杂分娩。只有专业服务（如艾滋病抗逆转录病毒药物，VIP 病房）被排除在医疗保险方案之外。根据 650 号法案附带的文件规定，大约 95% 的基本或常见健康问题都纳入其中。

来源：

ILO, 2010a, op. cit., p. 71.

—, 2011f, op. cit., p. 132.

在一些低收入国家，微型保险（见上文专栏 7.17 和 7.22 中的举例）证明可以有效覆盖那些被法定社会保险排除在外的群体，调动辅助资源（资金和人力），有利于社会团体的参与，增强传统上被边缘化群体的力量，包括妇女。尽管取得这些进展，这些孤立存在、依靠自我融资的微型保险计划在可持续性、效率和覆盖最贫困人口的能力方面具有很大局限性。可以通过与国家社会保险体系建立业务联系（比如，补贴低收入者缴纳的保险金，承保微型保险计划或提供技术支持提高管理）增强其影响力。

艾滋病危机的紧迫性也促使各国努力寻求扩展防治服务的途径。专栏 7.24 介绍了印度为艾滋病毒携带母亲提供的一项生育津贴计划。

⁶³ WHO, 2008, cited in ILO, 2010a, op. cit., p. 70.

⁶⁴ Ibid.

⁶⁵ ILO: *Extending social protection in the Asia-Pacific region: Progress and challenges*, paper presented at the Asia-Pacific Regional High-Level Meeting on Socially Inclusive Strategies to Extend Social Security Coverage, New Delhi, India, 19-20 May 2008b.

专栏 7.24

印度西班牙戈尔邦为艾滋病毒携带母亲提供生育津贴

2009 年 12 月，西班牙戈尔邦艾滋病防控协会 (WBSAPCS) 启动一项生育津贴计划，鼓励艾滋病毒携带妇女到医疗机构分娩，预防母婴感染病毒。

目前，预防母婴感染计划只包括产前检查和艾滋病毒携带母亲的抗体反应排查。在新的计划 (*Jagrity*) 下，卫生部将为艾滋病毒携带母亲提供抗逆转录病毒治疗，减少母婴感染的几率。

该协会一次性支付 1,000 卢比（约 20 美元）给所有感染艾滋病毒的孕妇到任何国立医院分娩，不论其经济状况如何。在该计划下，妇女将得到一张写有检查日期、预产期和计划分娩的医院名称等信息的卡片。这些妇女还能获得免费药品。

来源：Express News Service: “Maternity benefit scheme for positives”, in *Express India*, 9 Nov. 2009

管理⁶⁶

国际劳工组织第 102 号公约提出两个简单有力的管理指导原则。首先，政府负有责任对社会保障机构进行充分的管理和资金支持。这些责任不得放弃或下放。政府可以将特定方面的管理委派给私营实体，但不得弃去第 102 号公约规定的责任，以确保社保计划的良好运营，达到法律规定的结果。

第二，第 102 号公约要求政府在这些计划的管理上允许各利益相关方发表意见。这可以通过为社保机构建立三方理事会或咨询小组来实现⁶⁷。还可以进行其他形式的安排，只要能够让工人和雇主代表发表各自观点。

这两个要求（即政府承担合理提供生育保护的基本责任以及建立向相关方负责的机制）有助于确保良好管理，要明确成为扩大生育保护蓝图中的一部分。另外，没有明确体现在国际劳工组织公约中的两个问题需要及早考虑。

法律框架

社会保障管理，包括生育保护，不应受到收入或津贴申请人的影响力、国家大选临近、政府更迭或政府短期现金流的影响。为有利于管理不受这些因素影响，需要建立法律框架（最好

⁶⁶ E. Fultz, 2011, op. cit.

⁶⁷ 理事会或咨询小组成员需要一定支持，以理解和把握他们的作用。为此，ILO 开发了一个手册，见 E. Fultz and S. Ward: *Social security governance: A practical guide for board members of social security institutions in Central and Eastern Europe* (Budapest, ILO, 2005).

是一部法律)。这样的法律框架应明确政府以及各参与方的权利和责任。除了广泛向工人、雇主和受益人宣传外，还要作为管理基础和培训及管理者决策的参考重点⁶⁸。

行政成本

在体系运作良好的国家，生育保护计划通常纳入社会保障，由国家主管机构负责管理。这有利于降低边际行政成本，因为这些机构已经具备了注册雇主和投保人、征费和支付津贴的机制。因此，管理生育津贴计划的额外行政成本主要是那些负责处理申领和维护生育缴纳和津贴数据库（现有津贴和数据库的一部分）的人员工资。

但是，社会保障的行政成本在发展中国家比较高。由于政府透明度较低，社保人员工资和津贴不断增长，耗费越来越多本该用于生育保护的收入。在农村地区，社保机构距离遥远，发放津贴成本很高。第三个挑战是人力资源方面：鉴于许多负责实施生育保护的人员工资很低，自身也需要救助，如何解决激励与资金“漏出”之间的问题⁶⁹。因此，在南撒哈拉非洲，社会保障行政成本，包括生育方面，通常耗费津贴支付总额的三分之一到三分之二⁷⁰。

成本提高的情况下，为新型生育保护追加的资金被大量耗费。因此重要的是要确定，如果一国人口了解到行政成本所占比重后是否还能支持这项新型津贴计划。为此，可以考虑采纳如下限制行政成本的战略：

■ **借道法。**通过现有计划所具备的基础设施（如办公室、记录、电脑、征缴能力等）管理新型生育津贴。比如，生育津贴纳入2008年建立的坦桑尼亚社保基金管理的长期津贴计划，在纳米比亚，生育津贴作为覆盖疾病和抚恤计划的一个部分。但是，这种战略通常应用于非正规行业职工，他们没有或少有社会保障。而且，管理机构无疑会坚持新的津贴必须先满足行政开支部分。因此，重要的是在通过这种计划前明确现有行政成本在年度津贴支付中所占的比例。在这方面，机构年度报告和精算分析是最可靠的资源。

⁶⁸ 最近分析显示，通过这种方式提供的津贴造成社保“良性政治化”。即公民可能更关注问责政府官员，津贴问题可能在选举辩论中越来越重要，这些现象可能促使现任政府加强社保，即使选举挑战失利。这些研究大都针对老年津贴，对提高生育保护也适用。S. Cook and N. Kabeer: *Socio-economic security over the life course: A global review of social protection* (UK, Institute of Development Studies, 2009), p. 17.

⁶⁹ F. Ellis, S. Devereux and P. White, P: *Social Protection in Africa* (Cheltenham, Edward Elgar, 2009).

⁷⁰ E. Fultz and B. Pieris: *Social security schemes in Southern Africa: An overview and proposals for future directions*, ILO SAMAT Policy Paper No. 11 (Harare, ILO, 1999), Ch. 3.

ILO: *Social Protection Expenditure Review, Tanzania* (Geneva, 2008c), Table 5.9.

Forbes, A.: *Actuarial evaluation of the maternity, sickness, and death benefit (MSD) fund* (Namibia, 2010), Table 3.

■ **精简行政。**采取特别措施压低行政成本。比如支付较高津贴的间隔更长，要求受益人到发放点领取，或者在社会救助计划中采用需求近似指标（如地区或社区），简化资格认定。采用创新技术也可以压缩行政成本（通过银行、邮政系统或手机支付津贴）。限制人员、工资和补贴、固定资产投资、国际旅行以及雇用国际咨询服务，也可以节约大量行政资金。提供培训，培养员工一种保护资金的“受托使命”感，开展浪费资金或携款潜逃的反面典型案例教育。

但是，精简行政在发展中国家并不容易做到，催生行政成本的力量许多源于管理弱化⁷¹。因此，要理性评估在具体国情下精简行政的可行性，评估干预行动实际降低成本的可能性，是否被转移到个人手中。

将社会保护扩大到未受保护职工中的其他问题⁷²

国际劳工组织许多文件将社会保障指向具体类别的工人，如农业工人、家政工人、移民工人和非全日制工人（见模块 5）。2011 年，国际劳工组织专家委员会指出，一些国家（如立陶宛和美国）报告他们没有将社会保障划分类别。其他国家，特别是高收入国家，已经建立了全民社保体系，覆盖所有居民（如澳大利亚、荷兰、新西兰、挪威和瑞典）。但是，在一些非正规经济占主导的国家，有必要为特定类别工人提供专门保护计划，否则这些特定群体将被排除在外。另外，可以调整现有计划的资格条件，照顾特定类别工人的特殊需求和情况。

许多国家已采取各种措施将未受保护群体纳入现有强制或自愿计划，提出更加有利的新条件，让他们能够加入其中。最普遍的做法包括放宽一些资格条件：降低服务年限或缴纳年限的要求；降低强制缴纳标准；免除未缴部分；“买回”失去的缴纳期；减少对企业加入社保体系的员工数量要求。

除了上述途径外，本部分还探讨将生育津贴扩大到非正规形式工作领域的问题，重点放在家政工人。

⁷¹ 如果政府财政政策造成通货膨胀不可控制，储备将被消耗。这发生在津巴布韦放弃津巴布韦元的前一年（2009）年。政府缺乏执行法律的承诺或资源，征收缴纳费无法推进。比如，卢旺达雇主经常拖欠缴纳。如果政府或其代理机构自身无法履行规则，则容易发生挪用社保资金的情况。比如，卢旺达前政府耗尽全国社保基金的银行账户，造成大约 5000 万美元的债务，不可能偿还。而且，国家治理缺乏透明度也影响到就业相关保护的透明度。因此发展中国家许多社保计划拒绝公布行政成本或在网站上公开。

⁷² ILO, 2011f, op. cit. and E. Fultz, 2011, op. cit.

非典型工作

非典型工作是混合型工作安排，就业人员具有正式职工和自雇人员的特征。像职工一样，非典型工作为企业主或企业提供产出。但又像自雇人员一样，他们可以不在企业所在地工作，没有工时要求，不受指令、监督，不使用雇主提供的设备。同样，家政工人处于受雇和自雇之间的灰色地带。家政工人可以为一个、几个或许多家庭工作。可以使用自己的设备独立工作，或者使用雇主家里设备在雇主的密切监督下工作。

这两个类别的工作都有雇佣的特征，寻求扩大社保和生育覆盖的人发现有必要将他们纳入社会保险体系，强制或自愿。优势是：第一，社会保险比全民或依据经济状况调查的计划覆盖更广；第二，主要是自行缴纳；第三，支付的津贴更高。然而，非典型工作和传统工作之间也有很大不同，很难将社会保险扩大到这些群体。除非社会保险计划照顾到这些工人的需求和特点，单纯依靠修改法律将其纳入，对覆盖程度不会产生任何影响。具体来说：

■ **法定覆盖：**缴纳标准对这些群体可能太高，或者津贴方案设计不好，无法满足最重要的保护。如果这样，他们可能会与接受他们服务的人合谋逃避缴纳要求。这不难做到，因为非典型工人和家政工人大都游离在政府视线之外。执法机构通常缺乏他们的身份、工作场所或收入记录。没有这些信息，执法成本将大大超过缴纳收入。行政成本增长，对覆盖的工人数量却很少产生正面影响。

■ **自愿覆盖：**少数工人自愿参加社会保险计划，很快能够利用生育津贴。男性没有理由加入，超过育龄期的妇女也不可能加入。这将导致反向选择。因此，通过自愿加入的扩大覆盖不仅小，而且新增的人均成本高。

专栏 7.25

避免自愿计划中的反向选择：微型保险举例

提供生育津贴的微型保险计划采取许多措施预防反向选择。

- 在印度，SEWA 计划只为参加其他保障（即疾病、工伤和抚恤）的妇女提供生育津贴。这种生育津贴“免费”附送。妇女无法单独为生育投保。
- 在几内亚实行的 CIDR 微型医疗保险计划要求一个行政村整体加入，每个家庭进行少量缴纳，为所有孕妇提供生育保护。通过要求集体决定加入与否，CIDR 成功地将一项自愿计划转变为强制计划，反向选择不再是一种危险。

在所有参加调查的国家，微型保险津贴都很低，影响了计划的吸引力，由此限制反向选择。一些情况下，计划设计者通过整体排除生育保护来逃避问题。

来源：E. Fultz, 2011, op. cit.

鉴于上述这些困难，非缴纳式计划，如有条件或无条件现金转移支付或社会保护底线，在覆盖这些妇女方面比社会保险更可行。但是，如果具备通过强制或自愿社会保险覆盖她们的政治意愿，则要采取三个方面的行动，提高取得成功的机会。

(1) 行政：计划应便于这些妇女的“雇主”注册和缴纳。可以让它们通过常规与政府互动的渠道进行登记（如收入税返还、出口许可证、财产登记、建设审批）。表格可以修改，提问申请人是否获得家政工人或非典型工作提供的服务。如果是，申请者需提供简明易懂的登记和缴纳说明。这些不一定吸引所有此类“雇主”，但是一部分正规经营的雇主可能会积极回应，只要程序清晰简捷。

(2) 津贴设计和融资：为吸引从事家政和非典型工作的工人，津贴方案必须有关和廉价。这些工人通常收入不高，有许多紧迫的需求，基本医疗是他们最关注的重点，然后是长期保障（如养老保障）。如果他们加入的计划不只提供生育，相关战略应兼顾两个方面：

- 单纯扩大生育津贴和基本医疗（此津贴通常非常具有吸引力），降低缴纳标准；或者
- 降低缴纳标准，提供补贴填补亏空，在计划内横向补贴，或由政府补助。

这些补贴可能会面临全额缴纳的参保人员的反对。有吸引力和经济可承受的津贴方案对覆盖扩大到正规就业之外的领域很重要，原因已经很明显。因此，需要与计划各方密切协商，达成一项公平的战略。

(i) 扩展：开展宣传活动，强调生育保护对非典型就业人员的价值，鼓励各国工会和雇主组织参与其中；同时，强调这些人员所服务的企业承担起缴纳的责任，以及发现未履行这个责任后的惩罚。

2011年6月，国际劳工大会通过关于家政工人体面劳动的公约和建议书，提出向这类工人提供社保的国际标准，包括生育（见专栏7.26）。

专栏 7.26

国际劳工组织关于家政工人体面劳动公约和议定书中的生育津贴



第 189 号公约，第 14 条

- (1) 各成员国须根据本国的法律和法规，在适当考虑家庭工作的具体特点的情况下采取适当措施，确保家庭工人在包括生育保护在内的社会保障保护方面享有的条件不低于适用于一般工人的那些条件。
- (2) 可在与最具代表性的雇主组织和工人组织，以及与代表家庭工人的组织和代表家庭工人雇主的组织（如果存在）进行磋商之后，逐步落实前段中提到的措施。



第 201 号建议书，第 20 段

- (1) 成员国应根据国家法律和法规考虑便于缴纳社保金的方法，包括涉及为多个雇主工作的家庭工人的情况，例如通过一个简化了的支付体系。
- (2) 成员国应考虑订立双边、地区或多边协定，以便向由此种协定覆盖的移民家庭工人提供同等社保待遇，以及使之获得并保有或携带应享社保权利。

生育和医疗津贴的成本：生育保护在经济上可承受吗？⁷³

对扩大生育保护的反对通常与生育和医疗津贴的成本相关。为消除这种顾虑，要更全面地了解社保的成本，特别是生育保护津贴的成本。还很重要，要看到提供生育保护的成本与不提供的成本之比较。

根据国际劳工组织计算，全球不超过 2% 的国内生产总值即可为世界上贫困人口提供基本社保津贴，6%（即不到 10% 的全球固定资产投资）即可为所有缺乏社保的人口提供基本津贴⁷⁴。当然，所需资源大部分来自各国政府。

国际劳工组织对 12 个亚非国家的成本测算显示，2010 年最低基本医疗保障计划的成本相当于国内生产总值的 1.5% 至 5.5%。包括养老金、医疗、子女津贴、社会救助 / 就业计划（非生育）在内更广泛的社保体系，行政成本消耗这些国家国内生产总值的 3.7% 至 10.1%。这需要一定程度的资源，高于大多数低收入国家当前的支出水平，这些国家很少支出大于 3% 用于

⁷³ This section is drawn from: K. Pal et al., 2005, op. cit. and E. Fultz, 2011, op. cit.

⁷⁴ K. Pal et al., 2005, op. cit.

医疗或 1% 用于非医疗社会保障。国际劳工组织对发展中国家的测算显示，只要政府能够划拨更多的预算用于社会保护，国际社会提供一些临时支持⁷⁵，这些成本可以承受。

对于生育和医疗津贴，为生育保护提供支持的成本低于其他形式的社保。大多数情况下，对提供少于保障工资 0.7% 的生育津贴的社会保险计划是可以承受的⁷⁶。因此，在纳米比亚，社保行政署的生育、疾病和抚恤 (MSD) 生育津贴计划得到 1.8% 缴纳标准的支持，其中 0.35% 分配给生育。在坦桑尼亚，国家社保基金只划拨 20% 缴纳标准中的 0.5% 用于生育（现在支付的生育津贴大大少于这个标准）。结合生育和医疗津贴的计划中，缴纳标准通常在 1% 至 3%，疾病支出消耗了大部分收入。

提供生育医疗津贴的成本不容易与常规医疗成本分开，除非有具体报告。但是，生育成本通常只是全部医疗成本的一部分。成本取决于津贴水平，申请频率和共同分担的程度。根据上面提到的国际劳工组织成本研究，包括医疗在内的基本社会保护体系对所有国家都可承受，这个体系应包括生育医疗服务。

制定和实施生育保护生育和医疗津贴时，应考虑一些变量，包括：

- 基础设施和专业医疗人员队伍不断提供产前、分娩和产后服务的可靠性和成本；
- 社会人口特征：生育率、计划生育情况、女性劳动力参与、家庭结构；
- 弱势群体识别（个人 / 家庭）：失业或非正规行业就业、妇女、离异或遗弃人口、供养家人的妇女，作为家庭主要收入来源的妇女等。

在分析生育和医疗津贴以及其他社保的成本时，重要的是还要考虑不提供这些津贴的成本。世界人口大部分缺乏社会保护是造成贫困、不平等和社会冲突加剧的主要因素。自付费用以及灾难性医疗支出将许多家庭推向贫困，而贫困又进一步造成健康状况差、疾病，形成恶性循环，降低劳动生产率和经济增长前景。

不提供生育和医疗津贴的成本，形势堪忧。如果妇女死亡或患病，家庭和社区失去她的劳动和收入。其子女更有可能辍学，不健康、甚至死亡⁷⁷。2009 年，世行测算母婴死亡的全球经济影响，相当于每年损失的劳动价值 150 亿美元⁷⁸。

⁷⁵ K. Pal et al., 2005, op. cit.
F. Gassman and C. Behrendt: *Cash benefits in low-income countries: Simulating the effects on poverty reduction for Senegal and Tanzania*, Discussion Paper No. 15 (Geneva, ILO, 2006).

⁷⁶ 根据美国 SSA/ISSA, op. cit., 生育医疗即使不以工资比例来衡量，与其他医疗相比成本也较低。

⁷⁷ *Women deliver: Focus on five: Women's health and the MDGs* (New York, n.d.).

⁷⁸ World Bank: *World's progress on maternal health and family planning is insufficient*, World Bank News Broadcast (Washington, D.C., 2009), 9 July.

社会对话和利益相关方的作用⁷⁹

国际劳工组织促进政府及其社会伙伴的强大作用，包括社会团体、参保方和其他利益相关方，通过社会对话和广泛参与政策过程和社会健康保护计划的治理。各国政府在政策导向和营造有利于生育保护社会对话的环境上发挥领导作用。其在国家层面所有产业关系和雇佣问题上的重要伙伴是雇主组织所代表的雇主，以及工会所代表的工人。三方伙伴共同协商立法和社保问题，各方通过各自的行动方式推进国家法律和政策的实施。

社会对话能够在社保制定和改革中发挥主要作用，为社会伙伴提供表达各自利益诉求的机会。生育保护可能存在很大争议，不仅雇主和工人持有不同的观点，各宗教团体、妇女非政府组织和其他方面也是如此。这些群体对于支持或反对政府政策非常重要。因此，除了社会伙伴、还要识别其他利益相关方，寻求途径与其协商。这种包容性方法允许不同利益相关方一起推进共同的利益，还可以帮助他们就观点不同的问题达成协议。

提高政府机构、社会伙伴和其他利益相关方的技术水平很重要，不仅要提高社会保护计划的治理和监督，还要加强对社会 and 全国对话的参与和贡献。许多国家的证据说明，将社会健康保护有效扩大到贫困人口需要各层面取得一致，包括政府机构、社会伙伴、社会团体等。鉴于利益相关方的利益多元，获得必要的支持复杂而具有挑战性。问题的出现源于利益相关方和社会伙伴感到：他们在社会健康保护的设计和提供过程中被忽视；关注的问题被误解；或者参与决策的质量和深度有限。这可能会导致实施、执行、融资和履行法规缺乏支持，反过来造成重要改革的失败。提高生育保护需要充分了生育保护和社会保障国际劳工标准以及给一国妇女、儿童、家庭和社区带来的生育相关经济和健康结果。

专栏 7.27

马耳他通过社会对话解决生育津贴的分歧

在马耳他，欧盟和国家层面关于延长产假的讨论引起雇主协会的强烈反对，主要关心的是在目前经济形势下，延长产假将给雇主带来沉重负担，影响利润和市场占有能力。

马耳他全国妇女委员会组织关于就业妇女以及延长产假和育儿假建议的公共对话。在公共对话论坛，社会伙伴认为当前产假实行的雇主责任制度是得到雇主同意的主要障碍，并着手寻找解决办法，最后达成一致，决定将产假的部分成本放在政府一边，这部分成本目前全部由雇主承担。要求雇主继续承担前 14 周产假的成本，论坛探讨“共同负担”所建议的延长产假的可能性。

来源：European Network of Legal Experts in the field of Gender Equality: *European Gender Equality Law Review* (Brussels, 2010), pp. 105, 107.

⁷⁹ ILO, 2008a, op. cit.

要点

- ➔ 妊娠、分娩和产后阶段给妇婴带来许多经济和健康风险。
- ➔ 可以通过社会保障措施将社会保护扩大到生育期的妇女，来减少生育相关经济和健康风险。但是各国在获得社会保护方面存在严重的不平等，生育和医疗津贴的情况也欠佳。
- ➔ 国际劳工标准提供制定和实施社保以及生育和医疗津贴方面的指导。
- ➔ 社会保护底线是一个新的联合国计划，旨在支持各国政府协助本国人民应对困难和经济危机。该计划寻求将一系列基本的社会保障，包括基本医疗和收入保障扩大到弱势和未受保护的人口，包括孕妇和母亲。
- ➔ 生育津贴可以通过全民计划、社会保险、雇主责任制度和混合计划融资。但是雇主责任计划应引起特别关注，因为它涉及雇主不公平的承担生育成本的责任，并有可能造成基于实际或潜在的生育而歧视妇女的情况出现。
- ➔ 医疗津贴的融资来自税收和常规收入、社会保险、保险金计划、个人自付。后者特别不公平，给贫困家庭带来沉重负担，增加灾难性医疗支出和贫困的风险。
- ➔ 将生育和医疗津贴扩大到弱势和未受保护的妇女仍面临挑战，特别是在低收入国家。然而将现金转移支付计划、社区医疗保险和基本医疗津贴计划纳入更为广泛的国家社会保护体系，会是很好的解决办法。
- ➔ 生育和医疗津贴成本不高；而且与其他形式社会保障相比成本较低。从成本分析上总体显示，包括医疗服务在内的基本社会保护方案对所有国家在经济上都是可以承受的。
- ➔ 相比之下，不提供生育和医疗津贴的成本非常高。妇女死亡或患病后，其家庭和社区就会失去她的收入，其子女更有可能辍学，健康状况差，或死亡。
- ➔ 社会保护带来许多好处，但是制定、实施和监督社会保护仍面临挑战，因为有许多利益相关方和多元角度。所有利益相关方参与的社会对话对确定最适合国情的计划和战略非常重要。

主要资源



ILO: Law and Practice Report: Recommendation on National Social Protection Floors (No. 202) (Geneva, 2011).

本报告介绍国际劳工组织成员国目前的法律和实践，跨越不同地区、法律制度和传统以及具体情况（收入和发展水平）。本报告比较分析国家层面建立社会保障底线或要素的主要进展和出现的趋势。

参见：<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/info/index.htm>



ILO: Social security and the rule of law: General Survey concerning social security instruments in light of the 2008 Declaration on Social Justice for a Fair Globalization (Geneva, 2011).

公约和建议书实施专家委员会发布一个关于社会保障文件的总调研，作为与 2008 年国际劳工组织通过的社会正义与公平全球化的宣言后续工作相关的第二次总调研。提供世界各地社会保障文件最新的全面评估。

参见：http://www.ilo.org/global/standards/WCMS_152909/lang--en/index.htm



ILO: Social security for social justice and a fair globalization (Geneva, 2011).

本报告供第 100 次国际劳工大会辩论参考，包括：(a) 世界各地社会保障现状概述；(b) 查找主要的社保挑战；(c) 国家层面和国际劳工组织应对挑战概述；(d) 国际劳工组织未来行动方向的建议。

参见：
http://www.ilo.org/ilc/ILCSessions/100thSession/reports/reports-submitted/WCMS_152819/lang--en/index.htm



ILO: Maternity at Work: A review of national legislation. Second Edition. Findings from the ILO Database of Conditions of Work and Employment Laws (Geneva, 2010).

本书提供世界各地生育保护的最新数据。包括生育和医疗津贴如何在各地区分配，介绍有效做法。对比较全球层面的实践以及了解如何在政府层面改善生育和医疗津贴的分配很有帮助。

参见：
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_124442.pdf



ILO: World Social Security Report 2010/2011: Providing coverage in times of crisis and beyond (Geneva, 2010).

这是一系列新的两年报告中的第一个，旨在介绍全球范围的社保覆盖情况，提供各种评估覆盖的方法和途径，查找覆盖差距。在比较统计数据的支持下，第一个报告采用综合视角分析国家如何投资于社保，如何为其融资，这些方法的效果如何。

参见：

http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS_146566/lang--en/index.htm



X. Scheil-Adlung and L. Sandner: Wage continuation during sickness: Observations on paid sick leave provisions in times of crises (Geneva, ILO, 2010).

本报告阐述病假的经济成本，提供实施的政策建议。评估世界各地病假条款的实施，重点放在其经济影响。本文最后总结了将病假纳入国家社会保障底线过程中的经验教训。

参见：<http://www.socialsecurityextension.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourceId=17463>



G. Carrin, I. Mathauer, K. Xu and D.B. Evans: “Universal coverage of health services: Tailoring its implementation”, Bulletin of the World Health Organization, 2008, Vol. 86, No. 11, Nov., pp. 817–908 (Geneva, WHO).

资助医疗的全民覆盖对所有国家都日益重要。本文分析国家启动全民覆盖时需要解决的主要问题。提供一些解决方案以及如何适应具体国情。另外，本文还解释了制度安排和组织在这个过程中的重要作用。

参见：<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/11/07-049387/en/>



ILO: Social Health Protection: An ILO strategy towards universal access to health care, Social Security Policy Briefings, Paper 1, Social Security Department (Geneva, 2008).

本文提供健康保护全民覆盖的指导，包括向孕妇提供生育和医疗津贴。深入探讨健康保护的重要性、扩大保护最常见的障碍，以及如何克服这些障碍。还提供了一个具体行动计划以及关于其实施的地区分析。

参见：

<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/policy/policy1e.pdf>



ILO: Feasibility study on the implementation of a maternity cash benefits scheme: Hashemite Kingdom of Jordan, Report to the Government, Social Security Department, Regional Office for the Arab States (Geneva/Beirut, 2007).

本文基于国际劳工组织阿拉伯地区局开展的一项评估，为约旦实施一项生育津贴计划提供指导。这个文件包括具体建议，可为那些希望实施这种计划的国家提供良好的实践案例。

参见：

<http://www.socialsecurityextension.org/gimi/gess/RessFileDownload.do?ressourceId=2531>



ILO: Safe maternity and the world of work (Geneva, 2007).

本书说明安全的生育条件对女职工的重要性，不仅可以避免母婴死亡，还有助于促进性别平等和劳动生产率。提出国际劳工组织促进安全生育的三个重点领域；生育保护、社会健康保护和医疗工作者的体面劳动。解释这些领域的重要性以及如何为生育妇女营造更加安全的工作环境。

参见：

http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS_104862/lang--en/index.htm



K. Pal et al.: “Can low income countries afford basic social protection?” Social Security Policy Briefings, Paper 3, Social Security Department (Geneva, ILO, 2005).

本文针对低收入国家向所有公民提供基本社会保护过程中的一个主要关注问题：成本。简要分析了基本社会保障条款的重要性，反驳了这些社会保障在经济上承受不起的谬论。提供社保成本效率方面的具体证据以及为国家带来的积极影响。

参见：http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2008/108B09_73_engl.pdf



ILO: Extending social security to all: A guide through challenges and options, Social Security Department (Geneva, 2010).

这个最新的出版物论述了将社会保障扩大到所有职工的重要性、面临的障碍和可行的解决办法。为政策制定者考虑扩大社会保障时提供参考。利用发展中国家一些案例分析的数据佐证所得出的结论。

参见：<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/policy/guide.pdf>



ILO: ABC of women workers' rights and gender equality, Second edition, (Geneva, 2007).

本书解释了劳工和性别方面的一些重要概念。分析妇女与劳动世界互动的一些要素。论述了生育保护、生育和医疗津贴的重要性。可以作为一个便捷实用的工具。

参见: http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2007/107B09_255_engl.pdf



ILO: Social protection for all men and women: A sourcebook for extending social security coverage in Samoa – options and plans (Suva, 2006).

本报告由国际劳工组织斐济地区局出版，详细介绍了扩大社会保障的进程。对目标地区的社保状况进行评估，提出加以改善的重要步骤。还包括一个更加理论化的方法，强调扩大社保的重要性。

参见:

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---ilo-suva/documents/publication/wcms_156318.pdf



ILO: Guidelines on the Extension of Maternity Protection in Developing Countries (Geneva, 2011), unpublished.

这些指导原则是国际劳工组织几个部门在生育保护和社会保障领域合作的成果。他们分析和评估目前生育保护的覆盖，提高意识，特别是在非正规经济中，提出新的综合性政策选择，并为有效实施提供指导。

即将可见于: www.ilo.org/travail



GESS Global Extension of Social Security

GESS 是关于扩大社会保障的全球知识分享平台，旨在帮助交流信息和观点、获取和记录经验、查找知识差距，发现新的知识，促进创新。为此，GESS 依靠用户贡献内容，以及彼此之间的对话和交流。此平台由国际劳工组织社会保障司开发维护，在扩大社保方面营造国际跨领域知识分享环境和提供技术援助服务。

参见: <http://www.ilo.org/gimi/gess/ShowWiki.do?wid=9>



International Social Security Association (ISSA)

国际社会保障协会是将社保机构和组织汇集起来的主要国际机构。旨在在全球化世界促进动态的社保，支持社保管理的优质服务。为世界范围内各成员建立和发展动态的社保体系提供信息、专家建议、商业标准、实际指导和平台。

参见：<http://www.issa.int/>



P4H Providing for Health

P4H 计划旨在满足中低收入国家贫困人口的需求，获得有质量的医疗。包括支持社会健康保护政策和战略发展，在国家、地区和全球层面协调国际合作，基于预付制和金融风险防范，建立平等高效的医疗融资体系。

参见：<http://www.who.int/providingforhealth/en/>



ILO Social Security Department (SECSOC)

国际劳工组织社保司，基于在社保领域技术合作、研究和政策开发的长期工作经验，为成员国提供工具和援助，实现和维护基本的社保权利。主要出版物和政策建议可参考其网站。

参见：<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/>



World Bank website on Resources related to Conditional Cash Transfers

有条件转移支付在提供社会保障安全网的过程中越来越重要。世界银行积极促进这方面的计划，评估结果，特别是在发展中国家。这些计划的具体内容、重要性和主要成果可参考世行网站。

参见：

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/LACEXT/BRAZILEXTN/0,,contentMDK:21447054~pagePK:141137~piPK:141127~theSitePK:322341,00.html>

演示文稿模版

幻灯片 1: 主要内容

模块
7

生育和医疗津贴

主要内容

本模块总结生育和医疗津贴对于生育保护的重要性。鉴于其复杂性，本模块只能在这个方面就一些重点问题和原则进行概述。更多的资源在本模块的最后列出。本模块关注：

- 生育相关风险和社会保护的重要性，包括生育和医疗津贴
- 粗略测算社会保护的覆盖，包括生育和医疗津贴
- 关于生育津贴的国际框架和实现途径，重点放在社会保护底线计划和最新的国际劳工组织社会保障标准
- 生育期医疗津贴的覆盖面、主要特征和融资机制
- 社保制度中对生育津贴的管理
- 通过社会保险将生育津贴延伸至非典型和非正规经济就业人员过程中的重点问题
- 社会对话的重要性和主要利益相关方的作用



生育保护资源手册 从愿望到现实
第二部分：解析工作中的生育保护：核心要素

1

幻灯片 2: 生育和医疗津贴

模块
7

生育和医疗津贴

生育和医疗津贴

- 生育和医疗津贴减少生育的经济和健康风险
- 生育需要离开工作一段时间：
 - 生育津贴替代失去的收入
- 妊娠、分娩和产后阶段伴有一系列健康风险，可能导致母婴死亡：
 - 医疗津贴帮助获得医疗服务



生育保护资源手册 从愿望到现实
第二部分：解析工作中的生育保护：核心要素

2

幻灯片 3: 生育和医疗津贴

模块
7

生育和医疗津贴

生育和医疗津贴

- ➔ 获取生育和医疗津贴的状况很差
 - 世界人口中只有 20% 的到全面社保体系的覆盖
 - 世界人口的 40% 没有任何基本社会保护
- ➔ 扩大覆盖是主要挑战





生育保护资源手册 从愿望到现实
第二部分：解析工作中的生育保护：核心要素

3

幻灯片 4: 国际框架和途径

模块
7

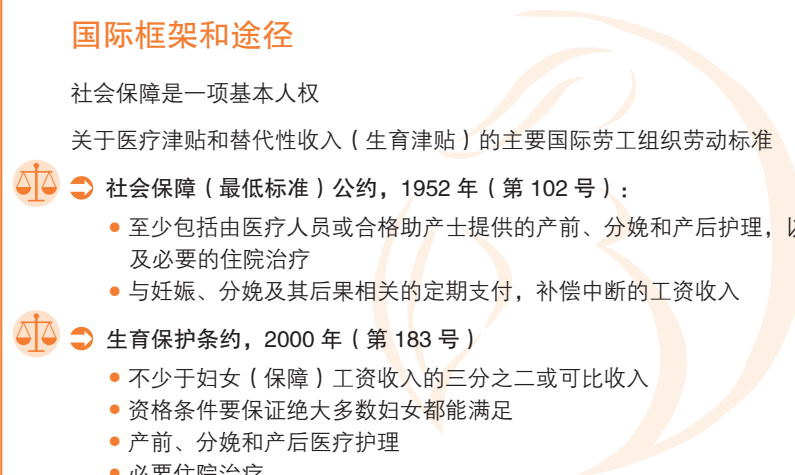
生育和医疗津贴

国际框架和途径

社会保障是一项基本人权

关于医疗津贴和替代性收入（生育津贴）的主要国际劳工组织劳动标准

- ➔ 社会保障（最低标准）公约，1952 年（第 102 号）：
 - 至少包括由医疗人员或合格助产士提供的产前、分娩和产后护理，以及必要的住院治疗
 - 与妊娠、分娩及其后果相关的定期支付，补偿中断的工资收入
- ➔ 生育保护条约，2000 年（第 183 号）
 - 不少于妇女（保障）工资收入的三分之二或可比收入
 - 资格条件要保证绝大多数妇女都能满足
 - 产前、分娩和产后医疗护理
 - 必要住院治疗





生育保护资源手册 从愿望到现实
第二部分：解析工作中的生育保护：核心要素

4

幻灯片 5: 国际框架和途径

模块7

生育和医疗津贴

国际框架和途径

社会保护底线，意识到在社会保护获得方面的巨大差距而实行的一个全球计划。

社会保护底线：为弱势和未受保护人群提供一系列基本的社会保障，包括基本医疗和收入保障





生育保护资源手册 从愿望到现实
第二部分：解析工作中的生育保护：核心要素

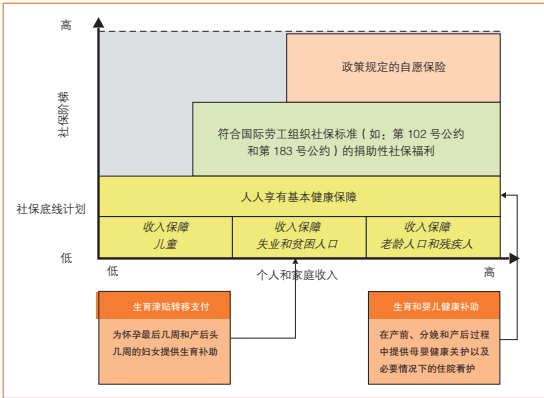
5

幻灯片 6: 社会保障阶梯模型中的医疗津贴

模块7

生育和医疗津贴

社会保障阶梯模型中的医疗津贴





生育保护资源手册 从愿望到现实
第二部分：解析工作中的生育保护：核心要素

6

幻灯片 7: 生育津贴：为什么提供生育津贴？提供多久？

模块
7

生育和医疗津贴

生育津贴：为什么提供生育津贴？提供多久？

- ➔ 大多数妇女在产假期间不能丧失收入
- ➔ 生育津贴替代失去的收入，提供经济保障
- ➔ 津贴通常持续整个产假
- ➔ 应至少相当于妇女原来工资收入的三分之二
- ➔ 对原来工资的解释由各国确定



生育保护资源手册 从愿望到现实
第二部分：解析工作中的生育保护：核心要素

7

幻灯片 8: 生育津贴：融资

模块
7

生育和医疗津贴

生育津贴：融资

- ➔ 第 183 公约：社会保险或公共基金，或国家法律和实践决定的方式
- ➔ 雇主责任只有在下列情况下可以实行
 - 雇主同意
 - 2000 年 6 月 15 日前在全国实行
 - 具有三方协议





生育保护资源手册 从愿望到现实
第二部分：解析工作中的生育保护：核心要素

8

幻灯片 9: 世界各地的融资机制

模块
7

生育和医疗津贴

世界各地的融资机制

社会保险覆盖正规经济，提供医疗和生育期间收入。通常由职工和雇主缴纳支持，有时得到政府补贴

雇主责任计划将提供生育津贴的责任放在具体雇主身上

社会救助计划将津贴资格建立在妇女或家庭一定的经济需求之上。不需要事先缴纳。通常由国家收入支持，由政府管理，基本在地方层面

全民津贴提供给一国居民中满足一定资格条件的所有妇女，不需要事先缴纳



生育保护资源手册 从愿望到现实
第二部分：解析工作中的生育保护：核心要素

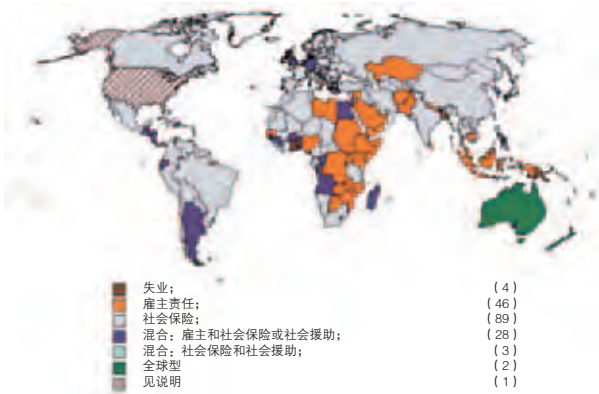
9

幻灯片 10: 世界各地的融资机制

模块
7

生育和医疗津贴

世界各地的融资机制



失业；	(4)
雇主责任；	(46)
社会保险；	(89)
混合：雇主和社会保险或社会援助；	(28)
混合：社会保险和社会援助；	(3)
全球型	(2)
见说明	(1)



生育保护资源手册 从愿望到现实
第二部分：解析工作中的生育保护：核心要素

10

幻灯片 11: 医疗津贴 (1)

模块
7

生育和医疗津贴

医疗津贴 (1)

社会健康保护：一系列公共或公共组织措施或法定的私人措施，应对劳动生产率下降、收入暂停或减少，或必要治疗的成本所带来的社会压力和经济损失

提供有效覆盖的需求包括：

- ➡ **经济保护** 应对灾难性健康事件造成贫困的风险和自付能力
- ➡ **有效获得** 医疗服务、药品和医疗用品。要求具备医疗基础设施、人员、医疗产品、提供可承受和充足的服务

生育保护资源手册 从愿望到现实
第二部分：解析工作中的生育保护：核心要素

11

幻灯片 12: 医疗津贴 (2)

模块
7

生育和医疗津贴

医疗津贴 (2)

ILO 公约要求医疗福利包括产前、分娩和产后护理，以及必要的住院治疗。

 第 102 号公约禁止共同支付这些服务。

ILO 公约要求根据一国的卫生体系，通过保险或基本医疗服务提供医疗津贴。

生育保护资源手册 从愿望到现实
第二部分：解析工作中的生育保护：核心要素

12

幻灯片 13: 津贴资金的来源 (1)

模块
7

生育和医疗津贴

津贴资金的来源 (1)

税收：来自常规政府收入，如各级直接或间接的税收
税款通常用于支持各种形式的社会健康计划：

- ➔ 支持国家医疗服务
- ➔ 支付凭证或有条件生育津贴或转移支付
- ➔ 作为混合健康保护计划的补贴，如国家医疗保险，政府收入用来补贴贫困人口
- ➔ 作为社会医疗保险、社区和私人医疗保险的补贴

补贴可以覆盖穷人的支出、赤字、具体服务、初始或投资成本。津贴可以由雇主、国家或两者共同支付。

生育保护资源手册 从愿望到现实
第二部分：解析工作中的生育保护：核心要素

13

幻灯片 14: 津贴资金的来源 (2)

模块
7

生育和医疗津贴

津贴资金的来源 (2)

社会医疗保险：缴纳或工资税用来资助社会医疗保险计划。

- ➔ 通常与工资或收入相关，也有的采取统筹缴纳标准
- ➔ 缴纳通常由雇主和职工分担，有时政府也会通过辅助缴纳或通过其他常规收入提供补贴参与其中
- ➔ 旨在三方横向补贴：从健康的人到患病的人，从高收入向低收入人群、从单身和小型家庭到较大家庭
- ➔ 具体健康风险（即先前状况、年龄、性别等）不会影响缴纳标准，不一定导致被排除在保护之外

生育保护资源手册 从愿望到现实
第二部分：解析工作中的生育保护：核心要素

14

幻灯片 15: 津贴资金的来源 (3)

模块
7

生育和医疗津贴

津贴资金的来源 (3)

保险金：保险金由私人保险计划收取，包括社区医疗保险和私人商业基金

- ➡ **社区计划**通常自愿参加，由非正规经济就业人员的组织、地方和非政府组织、合作社、工会和宗教团体负责管理
- ➡ 保险金通常为统筹标准，服务有限



生育保护资源手册 从愿望到现实
第二部分：解析工作中的生育保护：核心要素

15

幻灯片 16: 津贴资金的来源 (4)

模块
7

生育和医疗津贴

津贴资金的来源 (4)

自付 (OOPs)：自付通常作为资金来源之一

- ➡ 不是 ILO 认可的社会健康保护融资渠道
- ➡ 分娩时根据使用的服务，将全部或部分费用直接支付给医疗服务提供方（比如直接支付、正式分担成本或非正式支付）
- ➡ 特别在低收入国家，自付高额生育成本造成贫困增加



生育保护资源手册 从愿望到现实
第二部分：解析工作中的生育保护：核心要素

16

幻灯片 17: 扩大津贴

模块
7

生育和医疗津贴

扩大津贴

在社会医疗保险的准备阶段，目前低收入国家的趋势是：

- ➔ 建立国家社会保护底限，制定基本津贴方案，确保获得生育医疗服务
- ➔ 提高互助医疗组织的作用
- ➔ 建立自愿参加的社区计划





生育保护资源手册：从愿望到现实
第二部分：解析工作中的生育保护：核心要素

17

幻灯片 18: 管理

模块
7

生育和医疗津贴

管理

 关于管理，ILO 第 102 号公约提出两个简单有力的指导原则：

- ➔ 政府负责社保机构的有序管理和融资
- ➔ 政府要给予计划参与方，包括参保人员和雇主一定发言权，参与管理





生育保护资源手册：从愿望到现实
第二部分：解析工作中的生育保护：核心要素

18

幻灯片 19: 津贴成本高？

模块
7

生育和医疗津贴

津贴成本高？

反对生育保护的主要原因是成本问题。但是：

- ➔ 生育保护的**成本**低于其他社保门类
 - 在几乎所有情况下，提供少于保障工资 0.7% 的生育津贴的社会保险都是可行的
- ➔ 成本分析表明，社会保护在经济上是可承受的，即使是低收入国家。
- ➔ 不提供生育和医疗津贴的成本高于提供的成本
 - 母婴死亡对全球经济的影响大约相当于每年损失价值 150 亿美元的劳动生产率

生育保护资源手册 从愿望到现实
第二部分：解析工作中的生育保护：核心要素

19

幻灯片 20: 社会对话

模块
7

生育和医疗津贴

社会对话

- ➔ 将生育保护有效扩大到贫困人口需要各级政府机构、社会伙伴、社会团体及其他方面达成一致
- ➔ 利益相关方利益和角度多元，有必要获得各方支持以实施、执行、资助和履行新的法规
- ➔ ILO 鼓励政府、社会伙伴发挥有效作用，特别是通过社会对话
- ➔ 所有社会保护利益相关方（如社会团体和参保人员）广泛参与政策进程和计划的治理

生育保护资源手册 从愿望到现实
第二部分：解析工作中的生育保护：核心要素

20

幻灯片 21: 要点

模块
7

生育和医疗津贴

要点

- 妊娠、分娩和产后阶段给妇女带来许多经济和健康风险。
- 可以通过社会保障措施将社会保护扩大到生育期的妇女，来减少生育相关经济和健康风险。但是各国在获得社会保护方面存在严重的不平等，生育和医疗津贴的情况也欠佳。
- 国际劳工标准提供制定和实施社保以及生育和医疗津贴方面的指导。
- 社会保护底线是一个新的联合国计划，旨在支持各国政府协助本国人民应对困难和经济危机。该计划寻求将一系列基本的社会保障，包括基本医疗和收入保障扩大到弱势和未受保护的人口，包括孕妇和母亲。
- 生育津贴可以通过全民计划、社会保险、雇主责任制度和混合计划融资。但是雇主责任计划应引起特别关注，因为它涉及雇主不公平的承担生育成本的责任，并有可能造成基于实际或潜在的生育而歧视妇女的情况出现。
- 医疗津贴的融资来自税收和常规收入、社会保险、保险金计划、个人自付。后者特别不公平，给贫困家庭带来沉重负担，增加灾难性医疗支出和贫困的风险。
- 将生育和医疗津贴扩大到弱势和未受保护的妇女仍面临挑战，特别是在低收入国家。然而将现金转移支付计划、社区医疗保险和基本医疗津贴计划纳入更为广泛的国家社会保护体系，会是很好的解决办法。
- 生育和医疗津贴成本不高；而且与其他形式社会保障相比成本较低。从成本分析上总体显示，包括医疗服务在内的基本社会保护方案对所有国家在经济上都是可以承受的。
- 相比之下，不提供生育和医疗津贴的成本非常高。妇女死亡或患病后，其家庭和社区就会失去她的收入，其子女更有可能辍学，健康状况差，或死亡。
- 社会保护带来许多好处，但是制定、实施和监督社会保护仍面临挑战，因为有许多利益相关方和多元角度。所有利益相关方参与的社会对话对确定最适合国情的计划和战略非常重要。

 生育保护资源手册：从愿望到现实
第二部分：解析工作中的生育保护：核心要素

21



- 第一部分：工作中的生育保护：基本内容
- 第二部分：解析工作中的生育保护：核心要素
- 第三部分：采取行动促进工作中的生育保护

