

亞洲小虎正急速老化：反思東南亞國家的生育率

關於本報告

本研究報告探討東南亞生育率下降的原因並檢視決策者所採取的應對措施。本報告將重心放在東南亞的三個國家：泰國、越南、和馬來西亞去進行調查，研究此三國如何把守不斷下降的生育率，並提供該地區政府改善政策的建議：決策者該採取哪些措施去阻止甚至翻轉目前的趨勢。本報告亦透過國際科學證據審查家庭友善政策和輔助生育科技(ART: assisted reproductive technologies)的成效，並著重討論和該地區相關的證據。

經濟學人智庫在泰國、越南、馬來西亞進行生育率干預的文獻探討並採訪當地專家。在此感謝以下人士提供個人見解和經歷。

泰國:

- Chanwit Wasanthanarat, Director, Thai Health Promotion Foundation
- Kamthorn Pruksananonda, Associate Professor, Director of Chula IVF, Department of OB/GYN,
- Chulalongkorn Hospital
- IRossarin Gray, Associate Professor, Director of Institute for Population and Social Research, Mahidol University
- Sorapop Kiatpongpan, Assistant to the President for Research and Innovation, Faculty of Medicine
- Sasin School of Management, Chulalongkorn University
- Vipap Prachuabmoh, Associate Professor, Dean of College of Population Studies, Chulalongkorn University

馬來西亞:

- Eeson Sinthamoney, President of Obstetrical and Gynaecological Society of Malaysia, Medical Director and Fertility specialist, Sunfert International Fertility Centre
- Tey Nai Peng, Associate Professor. Dr., Faculty of Economics and Administration, University of Malaya
- Wong Pak Seng, Managing Director and Fertility specialist, Sunfert International Fertility Centre
- Zainul Rashid Mohd. Razi, Professor. Dato' Dr., Universiti Kebangsaan Malaysia Specialist Centre

越南:

- Ho Manh Tuong, General Secretary of HOSREM, Head of My Duc IVF chain
- Le Hoang, Associate Professor, Head of Tam Anh IVF center
- Le Quang Thanh, Director of Tu Du Hospital
- Nguyen Thi Ngoc Phuong, Professor, President of HOSREM
- Nguyen Viet Tien, Professor, Deputy Ministry of Health, President of Vietnam Gynaecology and Obstetrics Association. Director of National ART

關鍵詞

總生育率(Total fertility rate, TFR) 代表每位婦女一生中所生育之子女數

人口替代率(Replacement rate)：指總人口數可在長期的世代傳遞之間，依然保持恆定的總生育率。經過計算，只要任一人口能長期維持2.1的總生育率，即可使總人口數維持固定的人口替代

扶養比(Old-age support ratio)：每百個工作年齡人口(15-64歲)所需負擔依賴人口(即14歲以下幼年人口和65歲老年人口)

高齡化社會(Ageing societies)：老年人(65歲或以上)佔總人口數7-14%

高齡社會(Aged societies)：老年人佔總人口數14-21%

執行摘要

總生育率從5.5降至2.4且持續下跌中

國家的社會經濟發展和出生率息息相關，東南亞也不例外。近幾十年來，該地區歷經大幅度的經濟成長，大部分歸功於彈性且高技術的勞動人口。然而，東南亞的生育率從1970年的5.5銳減至2015到2.4，且仍持續下降中。這樣的人口變遷導致人口結構逐漸高齡化、扶養比增大、甚至對該地區帶動經濟成長的勞動人口帶來風險。若不採取行動制定家庭計畫相關政策，可能導致低於預期的國內生產總額和攀升的老年養護預算等代價。本報告將針對生育率下降的原因、國家能有哪些實際作為翻轉局勢做探討。

概觀歷史可以了解造成生育率下降的背景和重要原因，東南亞許多國家在80年代時為了抑制人口大爆炸採取了家庭計畫。政策的成功至今仍影響這些國家，並導致其面臨截然不同的人口問題。其他因素更包含快速的都市化和從鄉村移民至都市的大量人口：此兩者轉變導致養育孩子的成本增加，而預算內的房屋卻供不應求。亞洲其他地區的女性亦逐漸接受更高的教育，並為追求經濟機會而推遲了婚姻和生育。本研究亦發現許多家庭開始重「質」不重「量」，將重心放在提供孩子高品質的人生，而非追求孩子的數量。除了上述社會和經濟因素，生理上不孕的因素也持續影響生育率：該地區對於年齡、飲食、抽煙等如何影響生育能力仍不甚了解。人們通常低估了年齡對生育能力所帶來的影響並高估了輔助生育科技作為解套的潛力。

多元的生育版圖反應了該地區的異質性

東南亞的生育版圖極為複雜：不只是因為該地區文化和種族的高度差異性，更是因為不同國家之間經濟發展不均。這些差異導致了生育率的不同。舉例來說，因為馬來西亞的馬來家族偏好大家庭和社區，其家庭人口較重視血脈的中國家庭多。東南亞國家的

發展不均導致政策的制定極為困難，因其必須因應各地區不同人種和文化的特性。

鼓勵生育政策偶一為之，東南亞政府需要做得更多

東南亞少數國家採取了某種形式的生育鼓勵政策，包含保障育嬰假、補助輔助生育科技、甚至提供經濟誘因如減稅或現金獎勵等。然而，隨著都市化的提升和越來越多女性選擇投入職場，政府必須更加致力於降低生育所帶給女性的代價和工作上的不利因素。家庭友善政策需要更有彈性以確保父母雙方能同時兼顧工作和養育家庭的責任。政策可能包括延長育嬰假和改善職場法令，讓準父母能夠找到工作和家庭的平衡點。工作場所的托育服務能夠幫助職業媽媽顧及家庭責任，而哺乳室的設立和提供能支援新手媽媽——特別是在工廠這類女性佔勞動多數的工作場所。

經濟方面，減稅、現金獎勵、和育兒津貼無疑最受父母歡迎。然而，證據顯示這類政策是否有助於提升生育率仍待商榷。同樣地，補助輔助生育科技常被視為提升這類型生育率的方式，但對此論點同樣缺乏有力證據支持。儘管如此，道德上仍認為改善輔助生育科技的普及率，令那些無法生育的夫妻抱持一線希望是必要的。這樣的觀點也正是本報告的核心結論：政府不應只是著重生育率的提升，更應該將如何讓國家變得更加家庭友善作為優先考量。家長應該獲得支持和鼓勵，了解政府與他們並肩作戰。

結論和建議

本報告提供政府四項原則來制定有效的政策。第一，如上述所說，擴展家庭友善相關政策。第二，提升人民對生育的重視，確保人民知曉家庭計劃和生育能力保存計畫等。第三，改善不孕治療等療程，如輔助生育科技等普及率。最後，保障合理房價，鼓勵建立家庭。刻不容緩，政府應當立即行動。

介紹

過去五十年來，東南亞的生育率持續下降，其中某些國家是逐步下跌，而某些國家則出現驟降趨勢。80年代時東南亞女性較為早婚，且平均每位女性育有五名子女。然而現今，女性成家的時間大幅度延後，且平均只會生育兩名孩子。儘管東南亞國家目前的生育率和人口替代率差不多，在2.1上下浮動，但並不表示其將會維持在此數據，而是可能持續下降。

生育率的上升或下降有時只是因為國家正經歷不同時期的社會經濟發展階段。但也可能是其他原因導致，舉例來說，70年代時為了抑制人口大爆炸，絕大多數的國家採取家庭計畫政策，其中有些更較其他為嚴格。除了這些政策以外，女性受教和投入職場的比例提升也常導致晚婚和晚生，以致生育率降低。

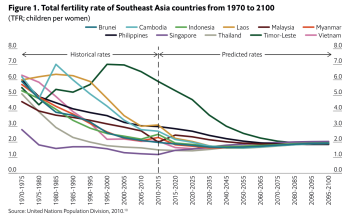
東南亞近年來經濟大幅成長：目前已世界第六大經濟體，國內生產總值佔全球整體3.3%。東南亞國協(ASEAN)期望在2030年前將人均國內生產總值(per capita GDP)提升三倍，從目前的3,000美金到9,000美金以上。要達到猛如潮水的經濟成長勢必得仰賴勞動力，因此目前持續下跌的生育率將導致人口結構的變化，危及東南亞國協的經濟和財政野心。

預期在2050年前，東南亞會有21.1%的人口達到60歲或以上；扶養比將為4.2。這表示屆時，每名老年人將由四名壯年人口扶養——這樣的情況在缺乏強力退休金和社會安全機制的支持下將是一大挑戰。東南亞國家由高齡化社會轉型為高齡社會的過程(高齡化社會為7-14%的人口為65歲或以上，而高齡社會則為14-21%)將會非常快速：泰國為22年後(2014年)而越南則在19年後(2039年)。對比瑞士和法國，分別經過85年和115年才完成轉型。在有限的時間和資源下，東南亞國家要調整至符合照料老年人口需求的任務將非常艱辛。國家一大部分的支出將花在老年健康照護和基礎設施的建立上，而此時正處於勞動人口——推動經濟成長和稅收來源的年齡層——銳減的時刻。

談到面對這不爭的事實所採取之應對措施時，東南亞國家的的態度大有不同。有些國家仍採取人口管制措施，而有些已經開始頒布獎勵生育等相關政策。獎勵政策從基本的產假擴展至獎勵性質的稅收和現金優惠，甚至是補助扶養幼兒之相關支出等。當務之急，政策應介入輔助生育科技(ART)此領域，該技術包含賀爾蒙治療，試管嬰兒(IVF)，和人工授精。本報告將檢視造成東南亞持續下降之生育率主因和目前的因應政策。透過檢驗證據和採訪當地專家，本報告將提供想法和建議，幫助該地區國家採取可能措施來阻止不斷下跌的生育率。

東南亞生育率下降的歷史

1970年時，東南亞的生育率為5.5，至2015年時已下跌至2.4。儘管目前該區域的生育率仍略高為替代率的2.1，其生育率預期將在2030年前下降至和替代率相同。然而，從歷史來看，東南亞國家的生育率不會停損在2.1，而是會持續下墜。東南亞國協十個國家中有六個國家的生育率已經低於替代率。而剩下的四個國家——柬埔寨、印尼、菲律賓、寮國仍維持在2.1之上。本報告所研究的三個國家——馬來西亞、越南、和泰國的生育率在2017年時則分別為1.90, 2.04, 和1.58。



儘管整體趨勢明確，但因處於不同人口轉型階段，各國的生育率並非持續不間斷地下降。而造成生育率下跌的原因也不盡相同。

家庭計畫

對於生育議題，各國政府有不同的見解；而這些見解也影響了政策制定的方向。舉力來說，80和90年代時，泰國、越南、印尼、和新加坡紛紛致力於縮減生育；這些國家提倡小家庭計畫。菲律賓政府因為抱持不同看法，並沒有在家庭計畫上下太多功夫。柬埔寨則因為赤柬時期的國家不寧，直到1995年才引進反生育政策。相對地，馬來西亞在1982年時就抵制反生育政策並且從未立法限制家庭人口。

Table 1. Brief history of family planning programmes and policies for selected Southeast Asian countries

Country	Year Family Planning Program started	Policy	Period of significant policies	Objectives and action taken	
Thailand	1970	National Family Planning Program	1970 – 1996	Population growth rate reduction. Promotion of contraceptives and small family size	
			1997 – 2011	Maintaining fertility rates at replacement levels	
			2011 – present	Prevent falling fertility rate by introducing pro-natalist policies	
Vietnam	1975	Population Policy	1975 – 1983	Promotion of two-to-three child policy	
			1993 – 2000	Adoption of National Family Planning Policy that include one-to-two child policy to reduce fertility rate to 2.9 by 2000	
			2001 – present	Decreasing fertility to replacement level	
Indonesia	1967	Family Planning Programme	1967 – present	Establishment of the National Family Planning Institute to promote fertility welfare	
Singapore	1966	Old Population Policy	1972 – 1984	'Stop at Two' policy - Anti-natalist measures such as incentives for small families and disincentives for large families	
			New Population Policy	1987 – 2000	'Have three or more if you can afford it' policy - Pro-natalist policies to promote more births
			New Initiatives	2001 – present	Implementation of Marriage and Parenthood package focusing on promoting work-life harmony and family-friendly work practices, with financial incentives such as the Baby Bonus Scheme and tax rebates
Cambodia	1995	Birth Spacing Policy	1995 – present	To reduce undesired pregnancies and maternal and new-born mortality by promoting maternal and child health through greater birth intervals	

快速的都市化和城鄉移民

東南亞的都市化和發展略顯快速。經濟機會通常是移民城市的重要誘因；賺取高薪和達成——理論上隨之而來的——更高的生活品質。然而城市生活同時也意味著較高的生活支出，而在城市裡撫養孩子也較在鄉間花費更多。因此，薪水要夠高才足以支撐。水漲船高的支出花費無疑地促成了雙薪家庭的必要性，以維持家族成員一定的生活品質。職業婦女在外工作，領取薪資，卻也面臨家庭和公司兩種角色的衝突。

除了國內移民外，越來越多的鄉村女性為了工作選擇移民至其他國家，尤其是為了那些低技術，如家事等職缺。這類的移民人士領工作簽證，不在社會保險的納保範圍，且在工作上將面臨更多困境。這些女性移工在懷孕後可能丟失工作且被遣送回原本的國家。

都市化和現代化息息相關，而隨之而來的是避孕觀念和措施的普及化，亦同樣導致了生育率的下降。為了抑止早期的人口大爆炸，80年代推動家庭計畫時提倡避孕。避孕措施提供了希望生育特定數量的夫妻一個解套方案，使其對於家庭人口的規劃更有掌控權。

價格合理的房屋供不應求

快速都市化所帶來的其中一項不可避免的結果就是住宅存量的壓縮。以泰國為例，鄉村人口移民到城市後會發現居住的空間變小，而每日生活開銷卻增加；這樣的組合結果表示許多移民者無法攜家帶眷來到城市生活。根據聯合國報告指出，這樣的結果導致了隔代教養的家庭——孩童由祖父母撫養，父母僅投入少許甚至毫無投入心血——在過去25年來增加了兩倍，絕大多數集中在

泰國的偏鄉地區。

研究指出，在香港，房價和生育量呈現反比趨勢：這樣的趨勢解釋了為什麼過去四十年該地區生育率下降了65%。東南亞的房價不停攀升；實際上，泰國的Dr Kiatopongsan強調：「對於想兼顧工作和家庭的夫妻而言，居高不下的房價會是經濟上的一大困境。大部分的夫妻希望在考量生育孩子前先在經濟上有充足的準備。」這對東南亞來講不只是一個議題。Haghdoost和同事發現伊朗的決策者視高房價為步入婚姻的絆腳石，而國際上高所得國家也認為增加價格合理的房屋能有效解決不斷降低的生育率。

女性受教比例漸增

平等受教機會的進步使得更多女性選擇投入職場，同時也意味著女性將結婚生子的計畫暫緩，以追求經濟機會。根據Professor Prachuabmoh的觀察：「女性選擇晚婚並進一步就學。」女性受教越高，越可能投入職場，然而職業生涯和母親角色常常是難以兼顧。相較於在非正式工作場合的女性，從事正式、特別是高學歷需求職業的女性較傾向於晚婚和晚生。

自2002年起，馬來西亞廣泛探討女性受教對生育的影響。根據1980年到2012年的國家資料計算出，女性投入職場的比例每增加10%，生育率就下降3.3%到7.3%，而每當女性受教比例增加10%，生育率就會下降0.4%到2.1%。受過教育的女性通常會希望較小的家庭。根據Professor Tey，妻子的受教程度對家庭大小分佈的影響最為顯著。根據2002年的一項研究指出，超過一半以上未受過教育或是僅受過初級教育的女性會生育五個或以上的孩子，而只有18.4%受過大學教育的女性會育有同樣數量的孩子。雖然馬來西亞的整體生育率自2002年就不斷下降，女性受教程度影響下一代數量的比例將會維持不變。

從重量到重質

造成小家庭的主要原因來自於從重「量」到重「質」的轉變。以質取勝解釋了夫妻將經濟重心放在確保孩子衣食無缺，重視孩子的生活品質而非孩子的數量。隨著漸增的工作有機會和生活花費，受教育的成本和女性所花費的時間機會成本越來越高，同時也意味著更多夫妻將考慮生活品質而非下一代的數量。越南的Dr Hoang指出：「現在的父母要提供孩子一定的生活品質變得越來越困難；跟只要讓孩子吃得飽穿得暖所花費的是天差地遠。」馬來西亞的Professor Zainul也同樣觀察到：「大部分的人將重心放在質而非量上，確保孩子擁有穩定的成長環境和接受良好教育。」為此，適當的避孕也變得理所當然，以便能在生育下一個孩子前有充分的時間陪伴第一個孩子。

年齡對生育影響的理解不足

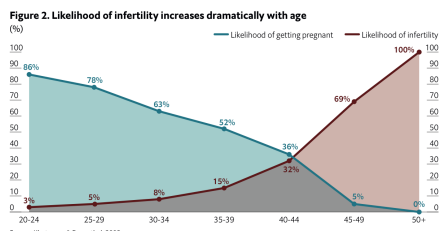
東南亞人民對於生育能力會隨著年紀而下降的警覺性略顯不足。本報告的評論員觀察到，該地區絕大多數的人口低估了年齡對生育能力的衝擊，且高估了輔助生育科技作為不孕問題解藥的潛力。人民必須更充分了解「早生」和「晚婚」兩者的缺點。Dr Phung強調要避免不孕，就要教育越南年輕夫妻關於生育率隨年紀下降的知識，並鼓勵夫妻若在婚後一年仍未受孕便要尋求專業幫助。泰國的Dr Pruksanando告訴我們：「職業女性常延後婚姻和生育，因為他們不了解隨著年紀增長，染色體異常的風險將提升，而受孕的機會將下降。」同樣地，越南的Dr Thanh表示：「人民對於生殖、不孕、和造成不孕的原因不夠了解。我們應該提供關於這方面的教育，並協助改善家庭計畫。」

逐步攀升的不孕率

男性和女性不孕的比例逐漸提高，部分原因和前述所提到的缺乏年齡對生育率影響的了解有關。不孕部分是因為生活方式和環境問題所導致，像是飲食不均、吸煙等，當然年齡也是其中之一。隨時年紀增長，不孕的可能就跟著提升，到32歲左右時，不孕的可能大幅地提高。屆齡37歲時，不孕可能性更加速提升，而卵細胞的品質也跟著下降。馬來西亞的Dr. Sinthamoney指出：「女性逐漸延後生育，尤其是受過教育和住在都市的女性人口，直接導致了不孕比例的提升。」

不孕對男性也同樣是個問題。Professor Zainul在其馬來西亞的生育診所觀察到，因為精子的數量、活動力、異常性而導致生育能力下降的男性逐漸上升，同時他也注意到：「世界衛生組織近年來不斷下修男性精子數量的標準以遷就生育能力下降的趨勢。」

不孕鮮少被視為疾病，因此並不在健保報銷和給付範圍內。不孕治療的費用極其龐大，阻礙了接受治療的機會。泰國的Dr Pruksananda注意到來尋求治療婦女疾病的病患通常不會向內科醫師講述自己對不孕的擔憂，因為「如果醫療歷史提及不孕問題，將無法向保險公司索賠，因為不孕不在其認定的疾病範圍內。」



婦女疾病像是多囊性卵巢、子宮內膜異位、子宮肌瘤等常見於有生育問題的女性身上；而針對這些疾病的治療將增加受孕機會。然而Dr Pruksananonda指出病患是否希望生育也會影響治療的方向。「如果婦女沒有提及自己意圖生育，有些內科醫師會採取傳統、保守的治療方式——而這種方式不會幫助增加受孕率。」然而若是提及想懷孕的意圖則可能危及自己向保險公司報銷的權益。整體而言就是惡性循環。

東南亞國內甚至國際間的經濟不均早已不是新聞，其通常存在於城鄉間，有時也見於不同文化種族之間。國內高度發展不均導致在制定政策以緩解特定人口的需求上極具挑戰。越南的Professor Tien指出：「人口政策非常難以訂定，如果集中資源在某些族群，其他人就會覺得遭到忽視。」由於東南亞國家大部分都屬於開發中國家，資金同時也是實施不同政策的困難點之一。Professor Prachuabmoh強調：「泰國的人口轉型如同已開發國家。雖然泰國的生育率低且正步向高齡化社會，際上依舊是開發中國家。」他更額外補充說道：「不同於其他較富有的國家能夠提供福利政策，泰國的資源相對缺乏。我們沒有足夠的福利資金能夠協助每個人的不同問題。」越南的Dr Thanh在解釋鼓勵生育政策的推遲時亦表達相同看法：「不孕並非政府欲急迫解決的重大議題，因為大部分開發中國家都忙著處理更危急的健康問題，像是傳染病和基礎醫療服務。」

國內發展不均也限制了國家透由總生育率來衡量生育率的方法。泰國的De Kiatpongsan強調：「總生育率無法描繪國內各地區的生育情形。」因為不平均的經濟和社會發展，家庭計畫的規劃在城鄉之間略有不同。相較於都市地區，鄉村的生育率較高而不孕問題也較為少見。

對應政策

東南亞國家曾實施不同政策因應生育率低下的問題，有些最終宣告失敗甚至反其道而行。本報告將概述該地區曾實施的相關法令。

育嬰假

生育保障和育嬰假的實施能確保產假和醫療資源的取得，同時能避免孕婦遭受歧視或因為請產假而遭到解僱失去收入。所有國家都將生育保障列入勞工就業法，但產假的週期卻不盡相同。馬來西亞、泰國、越南法律保障最低產假日分別為60、90天、和半年。產假的長短也和婦女生育胎數有關：馬來西亞上限為五胎，而泰國僅保障兩胎；越南則沒有限制。雇主也可以依照個人意願延長員工產。

育嬰假延伸實施於父親顯示了男性同樣應該負起養育下一代的責任。然而許多國家中對育嬰假卻是限制重重。即便國家有育嬰假，其長度、支薪與否也截然不同。緬甸和新加坡的給薪育嬰假為兩週，是該地區帶薪育嬰假最長的國家，而柬埔寨的勞基法並沒有特別保障育嬰假。馬來西亞和泰國的育嬰假僅限於公職人員所享有，前者保障七天給薪和而後者提供十五天不給薪育嬰假。越南的給薪育嬰假則相對大方，所有員工都享有最少五天，最多十四天的帶薪育嬰假。然而男性放育嬰假的比例非常低，特別是當育嬰假不帶薪時。

稅收獎勵

中高收入國家如泰國、馬來西亞、和新加坡提供稅收獎勵。這類型的政策特別設計來在經濟上資助夫妻撫養尚無謀生能力的孩童，並鼓勵其生育。有些稅收獎勵被當作鼓勵生育政策的一部分來實施，鼓勵夫妻生育一胎以上的孩子；舉例來說，接連生育多胎可以獲得較高的稅收優惠。自2016年起，馬來西亞父母每生育一名孩子就可獲得兩千林吉特的減稅，而新加坡的父母生育第一胎可以申報育兒補助新加坡幣五千元，而第二胎以後每胎可申報新加坡幣兩萬元。從2001年起，育兒補助就納入婚姻與育兒配套措施中，和家庭支持優惠和福利共同實施。泰國財政部近期增加減稅津貼。過去泰國的減稅津貼只給付三萬泰銖，且申報上限為三名孩童。為了鼓勵多產，現在泰國每胎可以獲得六萬泰銖的減稅。

公司行號可將稅收優惠政策再進行延伸，以創造家庭友善的工作環境。馬來西亞婦女、家庭、和社區發展部提供每年10%的減稅優惠給在公司設立托育中心的私人企業主，作為家庭友善政策的一環。然而，稅收優惠也有其限制：在非正式工作單位工作且未繳稅的人將無法申請稅收優惠，因此這項政策可能只會利益到已經相對富裕的家庭。

政府對輔助生育技術的資助

本報告針對的三個東南亞國家中，有兩國——分越南和馬拉西亞——政府有提供生育輔助科技的資助。然而，政府的補助僅針對設備而非病患。這意味著，儘管政府資助新設備的組裝設立，希望接受生育輔助科技治療的病患並沒有獲得相關補助，而是必須傾家蕩產地自行負擔費用。越南的社會健康保險並無涵蓋不孕症治療，而在馬來亞西亞，僅有五家受政府資助的生育中心，且補助項目僅限於提升精卵量的賀爾蒙注射和藥物治療。馬來西亞政府所提供的受孕治療多與資金取得與否有關，Dr Wong也指出：「這方面的資金經常不足，因此和其他人口較少的國家相比，馬來西亞的體外授精率相對較低。」在Professor Zainul的經驗裡：

「輔助生育科技的費用極其龐大，且無法向政府申報。」

不孕症在該地區不被視為一種醫療疾病，因此相關治療的資金難以取得。Dr Pruksananonda注意到：「由於不孕症並不歸類在醫療疾病，公立醫院缺乏租金設立不孕門診，因此其數量相對匱乏。」少了資金，病患沒辦法在公立醫院尋求相關治療而轉求助於私人診所。而私人診所不止費用昂貴，候診名單更是大排長龍。

泰國和馬來西亞的輔助生育科技為私人機構所主宰，其服務了大量國際病患，包含來在新加坡的病患，因而成了受歡迎的醫療觀光景點。近年來，馬來西亞政府逐漸認可受孕治療作為醫療觀光的潛力。越南的輔助生育科技大部分僅由公立醫院提供，絕大多數是因為醫療服務產業對於私人化的管制。Dr Tuong強調：「越南大約有30家體外人工授精中心，且該項技術主要在於提供大眾可負擔得起的醫療服務，因此體外人工授精的週期治療通常在公立醫院裡進行。」越南自1997年起便開始體外人工授精計畫，Dr Phuong認為：「這項技術為許多因受孕所苦的夫妻帶來幸福，幫助他們孕育下一代。」

回顧前面所提，Dr Sinthamoney認為若不孕症治療的補助經費能夠增加，便能在馬來西亞設立更多生育中心。如此一來都市和鄉村民眾都更能獲得相關治療：「不孕症治療若能獲得補助，醫療保健的措施將更公平。」不但如此，Dr Wong甚至自信地表示：「即使只是部分補助，或是只補助少數治療週期，只要病患能夠獲得公家補助款，馬來西亞使用生育輔助科技作為治療的數量絕對會提升。」馬來西亞人民無法提領雇員公積金(馬來西亞私人公司員工強制儲蓄計畫)來支付生育輔助科技服務，因此大多數民眾只能散盡家財來進行治療。評論員表示資金補助不孕症治療極為重要，健保應將其納入保障範圍。舉例來說，泰國的Dr Kiatpongsan說道：「人民應被賦予建立家庭的權利，而政府更是應該提供保障給因生理障礙而難以受孕的家庭，」他同時也強調「但並非毫無限制地提供生育輔助科技給所有人。」

私人企業扮演的角色

建立家庭友善環境並非單單是國家的責任，同時也應鼓勵公司行號支持員工。泰國一家電腦硬體製造商，其勞動力有九成皆是女性，該製造商除了勞基法規定的懷孕福利和政策以外，還提供額外的保障。舉例來說，除了法律規定的90天產假以外，公司額外提供60天給薪假。除此之外，公司更推動政策，讓懷孕員工只需輪星期一到五，上午7:30到下午5點的班次。其更自許為提供哺乳友善政策的模範公司。除了確保哺乳室的設立、哺乳工具的提供、保障擠奶的休息時間、更在工廠內提供準媽媽們生育前的哺乳訓練課程。這些例子都可以作為其他公司的參考依據，建立家庭友善環境。

改善機會：證據會說話

東南亞國家正經歷前所未有的都市化，女性投入職場的比例也越發增加。因此，提供女性兼顧家庭和工作責任的協助不可少。亞洲發展銀行(Asian Development Bank)報告指出，隨著出口導向的經濟成長和發展，低技術需求的生產職缺將擴增，開發中國家將會有更多女性投入職場。據信，若能填補職場勞動力性別鴻溝，單一代每人就能提高30%的收入所得。因此，降低生育孩子的實際和機會成本，並排除生育對女人工作的不利因素之相關政策勢在必行；讓國家能夠同時享有高女性勞動力的美名和穩定的生育率。

然而，評估哪些政策能有效提升生育率的工程極具挑戰性。政策必須長時間實施才看得見效果，而效果也可能因為種族、當地文化、社經地位而受到影響；每個家庭對於生育鼓勵政策的反應也不盡相同。傳統的育嬰假不可少，但若結合更多圓潤周到的政策將更有效地滿足東南亞的特殊需求，進而提升生育率。

父母都有育嬰假能鼓勵家事的平均分配

Haghdoost和同事研究伊朗決策者看待如何提升生育率，並強調應為職業女性專門制定政策：政策需包含減少女性的工作量，並確保產假的實施和保障工作安全。新加坡的政策研究機構報告顯示，94.5%受調女性表示知道婚姻與育兒配套措施有包含產假等相關福利，而這些福利對所有年齡層考慮生育的女性影響重大。對母親而言，產假的長短很重要，生產後的恢復和照顧新生兒皆需要足夠的時間。然而證據顯示，產假既不能過短，卻也不能太長。延長產假可能會導致雇主的不快並危及女性的工作，因為雇主在面試員工時可能會避免錄用已婚婦女。舉例來說，在過去的俄國，育有三歲以下孩童的母親極少能受到聘用。因此Elizaroc和Levin建議要制定合宜長度的產假以保障工作。

過去幾年來給薪產假的日期不斷延長，給予給薪育嬰假也能更加鼓勵和重丈夫在家庭裡的角色。除了新加坡和緬甸，大部分的東南亞國家都沒有提供給薪育嬰假；或是給薪育嬰假的日數不足。新加坡政策研究機構報告指出，對新加坡男性而言，是否能和另一半共享育嬰假或保障父親育嬰假對他們決定是否成為父親影響重大，該研究和Haghdoost和同事觀察伊朗所得的結論不謀而合。實際上，除了育嬰假，共享育嬰假——也就是職業父親可以和妻子分享一部分的產假——也能夠提供夫妻更多彈性，並鼓勵雙方共盡父母的責任。保障育嬰假也能讓父母多花些時間陪伴在孩子成長的前幾年。

職場規定能幫助平衡工作與家庭

另一個值得推廣的領域就是職場的家庭友善政策。工作政策像是工作時間上的彈性，能幫助平衡工作與生活，進而鼓勵母親繼續

留在職場。東南亞女性比男性更在意彈性工時的事實更證明了工作上的性別分歧：女性較男性更需犧牲職涯來顧全家庭。泰國的Professor Gray建議：「工作與生活間的平衡可以鼓勵生育，因為當職業媽媽生產時，他們需要彈性的工作才能同時照顧孩子。」除此之外，馬來西亞的Dr Tey也強調：「必須照料女性在職場上的需求，否則他們若不是放棄工作就是放棄生育。」平均來看，在高壓環境長時間工作的女性會生育較少的孩子。

提供彈性工作不僅僅是為了讓父母照顧家庭。在馬來西亞吉隆坡的商業中心工作的人於家庭友善政策中的彈性工作給予最高評價：受調者表示彈性休假讓他們有更多時間能夠社交並改善交際圈。整體而言，無論男女，皆認為彈性工作安排能有助於生活品質和工作滿意度。

員工家庭友善政策需要仰賴社會文化的支持。相關補助和政策需要廣泛宣傳讓員工知曉，而雇主也應當給予支持。因此這方面的政策應納入勞基法，以確保其在公家和私人單位都能持續執行。然而現在情況並非如此：大部分受調民眾認為，在中央政府工作的公職人員(相較私人企業的員工或是地方政府的公務員)所獲得的福利較好。泰國的Professor Prachubmoh評論道：「政府應該鼓勵私人企業雇主提供女性員工更多假，以確保私人單位的員工和政府單位的職員能夠享有相同福利。」

工作場所的哺乳支持政策和幼兒照護中心

工作場所的哺乳政策提供新手媽媽一個具支持性的工作環境。無論對母體或是嬰兒，哺乳都極具好處，而世界衛生組織更是建議新生兒應純母乳至少六個月。然而，許多職業媽媽回到職場後便停止哺乳。哺乳室，哺乳材料，和擠奶休息時間的提供是作為支持新手媽媽和推廣哺乳的好方法。泰國的Dr Wasanthanarat相信，相較於坐辦公室的職業女性，上述的辦法對在工廠工作的婦女更為重要。根據東南亞國協，大部分的女性都在製造單位上班，從事勞力密集的生產作業，泰國有48%在職女性是在工廠上班。

工作場所設立托育中心同樣也能幫助母親分擔責任。Professor Tey觀察到，職業媽媽很難找到保母，而送到外面的托育中心更是天價。Professor Gray建議：「雇主應在工作場合打造托育中心，特別是私人企業，而政府則應提供資金協助。」上述情形指日可待，至少在政府單位是如此：馬來西亞將提供二十萬林吉特給政府機關翻修托育中心並添購設備。托嬰中心不僅能強化母嬰連結，更能提高哺乳比例。事實上，近期一項在馬來西亞進行的研究指出，工作場所若能提供托育服務，能提振員工士氣和降低缺席率。

減稅、獎勵金、育兒津貼

雖然無庸置疑地，父母對減稅和生育津貼等經濟補助是樂見其成，然而尚未有足夠的證據證明這些措施是否能鼓勵父母生育多名子女。Gauthier和同事審查了育兒津貼的相關證據並發現，該津貼只改變生育的早晚——鼓勵早生而非晚生——卻對生育數量沒有影響。不同於東南亞，在加拿大魁北克，\$8000美金的生育獎金直接影響了生育率。1988年魁北克引進這項政策後，生育率跟著提升，而在1997年政策終止後，生育率也隨之下將。其他人也強調一時的金錢獎勵政策難以抵銷生育這項決定所帶來的社會和經濟重大衝擊。

政府亦可以透過補助托育等政策來支持家庭。Hann和Wrohlich建議職業媽媽可以多加利用托育補助等措施來幫助自己平衡工作和家庭責任。而托育補助也能增加勞動人口和工時，特別是受高教育的女性勞動人口。另一項評論也談到價格合理的托育政策能減少生育孩子長期下來累積的金錢壓力，因此相較於提供育兒補助，這項措施更有助於提高生育率。

儘管保障價錢合理的托育能幫助父母兼顧工作和家庭責任，太少人採用這項措施也會降低其成效。舉例來說Gauthier和同事觀察到，極少數東歐幼童有在托育名單內，主要是因為家長選擇延長育嬰假，托育的需求因而降低。回到東南亞，雖然馬來西亞政府如火如荼地鼓勵工作場所設立托育中心以便公職人員，私人單位的托育補助政策仍處於匱乏。

改善輔助生育科技的取得和費用

開始補助輔助生育科技後，透過該科技產下的嬰兒數似乎有提升。舉例來說，2008年新加坡政府開始提供補助給使用輔助生育科技的民眾作為婚姻和育兒措施的一環，而藉由該科技所生下的嬰兒相較於2006年的3%，2009年時增加了1.3%。相比於20幾歲的女性，三十幾歲的女性受到輔助生育科技補助的影響較為顯著。Inhorn表示儘管埃及作為低所得高人口的國家，其仍提供國家補助並確保輔助生育科技的取得，Inhorn也讚揚埃及透過政治力量和鼓勵生育措施來保障無法生育的公民有生育下一代的權利。然而，輔助生育科技的補助可能會陷某些女性於「耐力戰」，並因為接受賀爾蒙注射而產生的副作用，或是生涯規劃遭到干擾、甚至是關係破裂等，導致心理和身體上備受壓力。

在東南亞，輔助生育科技是否能提升生育率受到地理和經濟因素的限制。儘管越南的輔助生育科技設備因著逐漸上升的需求而有所增加，該項科技在鄉村地區仍難以取得。因此，旅程、住宿等成本，和因治療所需的長時間代價等，導致越南大多數的鄉村人口難以取得治療。同樣地，Purvis強調，印尼的不孕症治療也僅限於有專家駐足的都會地區，因為這裡才有能在私人單位賺錢的機會。

結合政策

一項由政策研究機構報告指出，對新加坡男性和女性來講，婚姻與育兒措施裡所包含的產假、育兒抵稅、和延長的育嬰假三者為

最具影響力的政策。然而，男性和女性對於生育孩子的不同煩惱也值得注意。男性更擔憂經濟、工作與家庭的問題，而女性較在乎職涯被中斷。

因此，無疑地必須結合多項政策才能夠兼顧處理兩性的不同考量。儘管是否組成家庭是小倆口的決定，政府仍應該制定政策來鼓勵那些躊躇不前、猶豫不決是否該生育下一代的夫妻，並保障一個具支持性的環境。

討論與建議

許多東南亞國家尚未視不斷下降的生育率為一嚴重問題。也因為這樣，公共資金通常被用來處理更急迫的問題：消弭貧窮、改善公民健康、提高教育平均水平以促進經濟發展等。大部分國家在提升生育率上(或防止生育率繼續下跌)的努力都算是額外而非常態。新加坡是個值得注意的例外，其生育率在2003年暴跌至低於1.3。

從聯合國人口司的資料可以清楚了解生育率降低所帶來影響。舉例來說，2015年時東南亞中年人口平均年齡為28.5歲，然而到了2100年期平均預期將達到44.5歲。東南亞正趨向於高齡化社會。儘管該地區的國家有許多迫在眉梢的當務之急要處理，國家的生育狀態仍不可忽視；只有在生育率跌到谷底時國家才會將其列入優先處理。然若等到勞動力開始老化才開始鼓勵生育，屆時將難以達成經濟成長。政府早些介入鼓勵生育和支持夫妻生育能讓該地區國家有足夠的時間完成發展的目標。

在地和全球證據皆顯示，透國結合符合經濟效益且有遠見的政策是國家影響生育率最好的方式。以東南亞國家來說，本報告建議該地區政府根據以下原則制定政策。

1. 延伸家庭友善政策

本報告已列出該地區國家政策的不足和實施的不確實。其中包含夫妻雙方的育嬰假；職場上幫助平衡工作與家庭責任的規定；哺乳支持政策，和工作場所托育中心的設立等。隨著越來越多女性投入職場，若夫妻雙方期待成為父母，其本身和配偶都需要受到支持：不只是感受到國家與他們同在，更需要認定另一方是可靠的隊友。長期下來，政策和措施不應只是關注提升生育率，而是應該致力於共創一個表揚、支持、和鼓勵生育的社會(或至少移除成為父母的重大阻撓)。政策同時也與需要跨政黨的支持，因為在生育孩子這項決定上夫妻必須做長遠的考量。

2. 提升對生育的重視

要降低不孕比例的重要步驟為提升和加強民眾對於保存生育能力、家庭計畫、和環境及生活方式對生育能力造成的風險等知識。政府應致力於確保民眾有足夠的資訊和能根據已知資訊做生育決定。以下例子展現了國家為提升生育意識所採取的作為：

- 日本政府分別於2012年和2015年時，補助教育相關的電視節目和高中健康教育課本。除此之外，在2016年時，日本岡山縣和大分縣地方政府投入健康保健專業來教育國高中和大學生關於生育的知識，鼓勵學子早些開始思考人生計畫。而漫畫也用來幫助與學生在這方面的對談。
- 2011年時，澳洲政府進行了健康促進計畫，「你的生育」這項計畫提升了普羅大眾、健康專業人士、和教育者關於對影響生育之因素的意識。除此之外，此計畫也設計網站和提供教育機會，並支持其他健康促進組織和院校的合作，以確保生育相關知識能多管齊下地傳播。一項研究指引了該計畫的宣導方式。

3. 改善輔助生育科技的取得

除了家庭友善政策，各國仍須考量增加輔助生育科技的補助。儘管許多國家已經資助診所設立輔助生育科技的設備，然而對其的使用也應該要提供補助。也許夫妻有足夠的預算能夠負擔第一輪的療程費用，但大多數成功受孕的案例至少都與需要經過兩次或以上的治療。本報告的受訪民眾建議，為了分類需求等級，輔助生育科技的補助應該要做經濟背景調查；評量標準包含年紀，夫妻的不孕等級等。新加坡就是以一個經濟背景調查系統的案例：

- 新加坡政府資助公家醫院的輔助生育科技設施，同時也補助不孕症夫婦接受治療的費用。新加坡夫妻花費在輔助生育科技的費用有75%(約美金7700元)是由政府支付。補助範圍包含三次新鮮和冷凍的治療週期。而要申請補助，夫妻雙方至少有一方為新加坡公民，接受治療時的年齡須低於40歲，且須符合生育醫師開出的臨床要求等條件。夫妻也可以動用公積金計劃的員工儲蓄來支付扣除補助額剩餘的費用，或是在私人醫院接受輔助生育科技治療的花費。

4. 房屋補助鼓勵建立家庭

足夠的房屋在鼓勵建立家庭上有一定的影響力。各國應考量房屋津貼的分配並補助符合標準的年輕夫妻：根據夫妻收入、年齡、是否計劃生育等進行評量。而政府也可透過合理化房價來確保公民分配所得來購屋。中國的住屋公積金便是此作為的範例，透過勞資雙方的儲蓄來累積住屋公積金。用共同基金的方式來幫助夫妻將原先分配為購屋的資金轉為生育的預算。

翻轉東南亞的生育率非易事。然而各國政府必須意識到生育率的下降將影響國家經濟和社會。出生率受到許多原因的影響：經濟、政治、和社會，而透過結合不同政策來解決各式各樣的社會議題——根據上述所提及的優先順序——政府和社會公民必能共同建立更為家庭友善的國家。Dr Kiatpongsan總結了採許行動的重要性並說道：「總生育率不是最終目標，而是建立讓人民生活地幸福快樂的社會之過程。」

參考資料

1. Jones G, Leete R. Asia's Family Planning Programs as Low Fertility Is Attained. *Studies in Family Planning*. 2002;33(1):114–26.
2. Organisation for Economic Cooperation and Development. *Economic Outlook for Southeast Asia, China and India 2018 – Update*. 2018.
3. Asian Development Bank Institute. *ASEAN 2030 Towards a Borderless Economic Community*. 2014.
4. United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. *Ageing in Asia and the Pacific. Overview*. 2017.
5. United Nations. *World Fertility Patterns 2015*. 2015.
6. Lai SL, Tey NP, Ng ST. Socio-economic Status and Fertility: A Study of Selected ASEAN Countries. *Malaysian Journal of Economics Study*. 2017;54(1):119-140.
7. Department of Statistics. *Vital Statistics*. Malaysia; 2017.
8. General Statistics Office of Vietnam. *Population and Employment*. Vietnam. 2017.
9. Institute for Population and Social Research. *Mahidol Population Gazette*. Mahidol University. 2018;27.
10. United Nations Population Division. *World Population Prospects*. 2010.
11. Tey NP. Family planning programs and the reduction in fertility in South and Southeast Asia. *IUSSP XXVII International Conference*; 2013 August; Busan, South Korea.
12. Herrin AN. *Population Policy in the Philippines, 1969-2002*. University of the Philippines. 2002.
13. Association of Southeast Asian Nations. *Maternity protection for female workers: Laws and practices in ASEAN*. 2015.
14. International Labour Organisation. *World Employment and Social Outlook: Trends 2018*. 2018.
15. Piotrowski M. Migrant Remittances and Skipped Generation Households: Investigating the Exchange Motive Using Evidence from Nang Rong , Thailand. *Asian Pacific Migration Journal*. 2009;18(2):163–96.
16. United Nations Population Fund Thailand. *The State of Thailand's Population 2015. Features of Thai Families in the Era of Low Fertility and Longevity*. 2015.
17. Yi J, Zhang J. The Effect of House Price on Fertility: Evidence from Hong Kong. *Economic Inquiry*. 2010;48(3):635-650. 18. Haghdoost AA, Safari-Faramani R, Baneshi MR, Dehnavieh R, Dehghan M. Exploring perceptions of policymakers about main strategies to enhance fertility rate: A qualitative study in Iran. *Electron physician*. 2017; 9(10):5568–77.
19. Nargund G. Declining birth rate in Developed Countries: A radical policy re-think is required. *Facts, views and Vision in ObGyn*. 2009;1(3):191–3.
20. Subramaniam G, Saleh NM. Does Work Environment Impact Fertility Rate? A Comparison between Formal and Informal Sectors in Malaysia. *Journal of Emerging Economies & Islamic Research*. 2016;4(1):1-16.
21. Tang CF, Tey NP. Low fertility in Malaysia: Can it be explained? *Journal of Population Research*. 2017;34(2):101–18.
22. Tey NP. Social, Economic and Ethnic Fertility Differentials in Peninsular Malaysia. *IUSSP Conference; Southeast Asia's Population in a Changing Asian Context*; 2002 June 10-13; Bangkok, Thailand.
23. Becker G. *An Economic Analysis of Fertility*. In: *Demographic and Economic Change in Developed Countries*. National Bureau of Economic Research, Inc; 1960.
24. Blyth E. Below population replacement fertility rates: Can assisted reproductive technology (ART) help reverse the trend? *Asian Pacific Journal Reproduction*. 2013;2(2):151–8.
25. Sinthamoney E. *Overcoming Infertility*. Malaysia: MPH Group Publishing; 2015.
26. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Gynecologic Practice and Practice Committee. *Female age-related fertility decline. Committee Opinion No. 589. Fertility Sterility*. 2014;101(3):633–4
27. Khatamee MA, Rosenthal MS. *The fertility sourcebook*. New York: McGraw-Hill Contemporary; 2002.
28. Department of Statistics. *Principal statistics of labour force, Malaysia, Fourth Quarter 2017*. Malaysia; 2017.
29. Asian Development Bank. *Women in the workforce: An unmet potential in Asia and the Pacific*. 2015.
30. International Labour Organization. *Maternity and paternity at work. Law and practice around the world*. 2014.
31. Nay PT. Myanmar has longest maternity leave in Southeast Asia: Parliament. Myanmar: Ministry of Information; 2018.
32. WageIndicator Foundation. *Family Responsibilities*. 2018. Available from: <https://prake.org/labour-law/family-responsibilities>
33. Ismail SN, Mohammad AH, Muda R, Wan Jaffar WH. *Population and Family Policies in Malaysia*. LPPKN. Malaysia; 2014.
34. Inland Revenue Board of Malaysia. *Tax Relief for Resident Individual*. 2018.
35. Social Insurance law No. 58/2014/QH13. Vietnam: The Socialist Republic of Vietnam; 2014.
36. National Population and Talent Division. *Our Population Our Future*. Singapore: Prime Minister Office; 2012.
37. The Revenue Department of Thailand. *Guide to Allowance(s) and Exemption(s) after Deduction of Expense(s) Attachment*. 2018.
38. Sun SHL. *Population Policy and Reproduction in Singapore: Making Future Citizens*. London and New York: Routledge; 2011.
39. Hey Baby. *Enhanced Baby Bonus*. Singapore: Government of Singapore; 2017.
40. TAWAS. *About TAWAS*. Selangor: Selangor Children Heritage Foundation; 2018.
41. iSejahtera. *Program Anak Emas*. Penang: Penang State Secretariat Office; 2018.
42. Cheng TM. Vietnam's Health Care System Emphasizes Prevention And Pursues Universal Coverage. *Health Affairs*. 2014;33(11):2057–63.

43. Ahmad MZ, Roszaman R, Azantee YW, Hayati MY, Norsina MA, Siti K. First year experience in assisted reproductive technology (ART) services at IIUM Kuantan. *International Medical Journal Malaysia*. 2013;12(1):3–10.
44. Whittaker A. Cross-border assisted reproduction care in Asia: implications for access, equity and regulations. *Reproductive Health Matters*. 2011;19(37):107–16.
45. Malaysia Healthcare Travel Council. *Malaysia - Popular Destination for Fertility Treatment*. Malaysia: Ministry of Health; 2017.
46. Pashigian MJ. The growth of biomedical infertility services in Vietnam: Access and opportunities. *FVV in ObGyn*. 2012;Monograph:59-63.
47. Gee E, Yap MT, Low SH. Perception of Policies in Singapore Survey(7): Perceptions of the Marriage & Parenthood Package. Institute of Policy Studies. 2015.
48. Elizarov V, Levin V. Russian Federation Aging Project Family Policies In Russia: Could Efforts To Raise Fertility Rates Slow Population Aging? World Bank Group. 2015.
49. Hey Baby. *Shared Parental Leave*. Singapore: Government of Singapore; 2017.
50. Marican S, Sabil S. Family-friendly policies as an organizational support to overcome work-family conflict. *Malaysian Journal of Social Administration*. 2017;9(1):1-18.
51. Butudom A. Behavior Outcomes of Breastfeeding-Friendly Policies Among Mothers Working in a Factory in Thailand. University of Illinois. 2018.
52. Subramaniam G, Selvaratnam D. Family friendly policies in Malaysia: Where are we? *Journal of International Business Research*. 2010;9(1):43-55.
53. World Health Organisation. *Key facts: Infant and young child feeding*. 2018.
54. Thai Breastfeeding Center Foundation. *Working mothers with breastfeeding*. Thailand: 2016.
55. Gauthier AH. Family Policy and Fertility: Do Policies Make a Difference? In: Buchanan A, Rotkirch A, editors. *Fertility Rates and Population Decline: No Time for Children?* London: Palgrave Macmillan UK; 2013; 269–87
56. Gauthier AH. The impact of family policies on fertility in industrialized countries: a review of the literature. *Population Research and Policy Review*. 2007; 26(3):323-246.
57. Milligan K. Subsidizing the Stork: New Evidence on Tax Incentives and Fertility. *The Review of Economics and Statistics*. MIT Press, 2005;87(3): 539-555.
58. Bainerd E. Can government policies reverse undesirable declines in fertility? *IZA World Labor*. 2014;23:1-10.
59. Haan P, Wrohlich K. Can child care policy encourage employment and fertility? Evidence from a structural model. *IZA Discussion Papers*, No. 4503. 2009.
60. Doepke M, Kinderman F. Bargaining over Babies: Theory, Evidence, and Policy Implications. *IZA Discussion Paper No. 9803*. 2016.
61. Institute of Policy Studies. *Perception of Policies in Singapore Survey(2): Survey on Marriage and Parenthood (M&P) Package 2008*. 2011.
62. Inhorn MC. Right to assisted reproductive technology: Overcoming infertility in low-resource countries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2009;106(2):172–4.
63. Purvis TE. Assisted reproduction in Indonesia: policy reform in an Islamic culture and developing nation. *Reproductive Biomedicine Online*. 2015;31(5):697–705.
64. Department of Statistics Singapore. *Understanding age-specific fertility rate and total fertility rate*. Singapore: Government of Singapore; 2018.
65. Maeda E, Saito H. Various Japanese attempts to raise fertility awareness and stop declining fertility rates. *Pre-Congress Course 6: ESHRE 2018*; 2018 July 1; Barcelona, Spain.
66. Hammarberg K, Norman RJ, Robertson S, McLachlan R, Michelmore J, Johnson L. Development of a health promotion programme to improve awareness of factors that affect fertility, and evaluation of its reach in the first 5 years. *Reproductive Biomedicine and Society*. 2017;4:33–40.
67. Hey Baby. *Enhanced Co-Funding For Assisted Reproduction Technology (ART) Treatment*. Singapore: Government of Singapore; 2018.
68. Hey Baby. *MediSave for Assisted Conception Procedures (ACP)*. Singapore: Government of Singapore; 2018.
69. Burell M. China's Housing Provident Fund: Its Success and Limitations. *Housing Finance International*. 2006;20:38

Copyright © 2019

The Economist Intelligence Unit Limited. All rights reserved. Neither this publication nor any part of it may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission of The Economist Intelligence Unit Limited.

While every effort has been taken to verify the accuracy of this information, The Economist Intelligence Unit Ltd. cannot accept any responsibility or liability for reliance by any person on this report or any of the information, opinions or conclusions set out in this report.

