

人口信息

POPULATION INFORMATION

编者按 本期关注妇幼保健及二孩政策相关议题：介绍出生“一件事”的涵盖事项、流程现状与存在问题，提出优化方案以促进出生“一件事”的高效完成；总结上海市妇幼保健的发展及成就，归纳上海市妇幼保健体系构建的经验与难点，为改善妇幼健康水平、推动建设全球城市典范提供参考；基于实证研究方法构建模型，探究“二孩背景”下上海市产科医师工作压力对工作绩效的影响情况，为提高产科医疗服务的整体效能提供参考；总结母婴保健服务监督体系的发展历程与上海市母婴保健服务监管现状，为保障母婴安全提供科学依据和政策参考；通过问卷调查了解上海市一孩育龄妇女的二孩生育意愿特征及影响因素。

上海市卫生和健康发展研究中心

上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）

内部资料 免费交流

上海市连续性内部资料准印证（K）字第0296号

人口信息

(双月刊)

2021年第1期(总第234期)

名誉主编：黄红

孙常敏

肖泽萍

主编：金春林

副主编：黄玉捷

执行副主编：信虹云

目次

• 人口与发展 •

出生“一件事”业务流程优化再造研究和实施建议

..... 赵丹丹 吴乾渝 沙卫涛, 等 (1)

• 本期关注 •

健康从母婴安全开始——适宜公众健康体系下的上海妇幼卫生..... 王磐石 (9)

• 调研与分析 •

二孩政策背景下产科医师工作压力对工作绩效影响与对策研究

..... 朱辉 余飞 李昌斌, 等 (13)

上海市一孩育龄妇女二孩生育意愿及其影响因素研究 梁爱玉 (24)

• 卫生与健康 •

母婴保健服务监督体系建设与改革..... 谢静宜 陈梦琪 励益, 等 (29)

出生“一件事”业务流程优化再造研究和实施建议

赵丹丹¹ 吴乾渝¹ 沙卫涛² 吴向泳¹

(1. 上海市卫生健康委员会, 上海 200031) (2. 上海市妇幼保健中心, 上海 200062)。

一 出生“一件事”涵盖事项及业务流程现状

(一) 出生“一件事”涵盖事项及管理部门

小孩出生后, 主要涉及的具体事项包括婴儿的“出生医学证明”签发、“预防接种证”发放、出生登记、社会保障卡申领、城乡居民基本医疗保险参保登记、门急诊就医记录册申领和城乡居民基本医疗保险缴费, 以及产妇的“生育医学证明(生产专用)”出具、享受生育保险待遇计划生育情况审核、生育保险待遇申领共 10 项; 涉及的业务管理部门有卫生健康、公安、医疗保障、人力资源和社会保障、税务等部门; 涉及的相应办事窗口有助产医疗机构、社区卫生服务中心、派出所、社会保险事业管理中心、医疗保险事务管理中心、社区事务受理服务中心等。

(二) 各事项现行经办流程

1. “出生医学证明”签发和“生育医学证明(生产专用)”出具(助产医疗机构)

凡在上海市助产医疗机构出生或在家中、途中分娩后即送助产医疗机构处理的活产婴儿, 在其父母确定婴儿姓名后, 填写申请表并提交相应证明材料, 由所在助产医疗机构为婴儿审核签发“出生医学证明”, 同时为产妇出具“生育医学证明(生产专用)”。如果在出院前申领, 由所在助产医疗机构当场签发; 如果在出院后申领, 由申请人到所在助产医疗机构申请办理。办理形式为窗口办理。

2. “预防接种证”发放及信息关联(助产医疗机构、社区卫生服务中心)

在婴儿首次接种疫苗后, 由所在助产医疗机构当场发放“预防接种证”。办理好婴儿“出生医学证明”和出生登记后, 由其近亲属携带“出生医学证明”或居民户口簿前往社区卫生服务中心预防接种门诊, 由工作人员在预防接种系统内进行信息关联, 婴儿家长即可在线上查询婴儿电子预防接种记录。办理形式为当场领取, 窗口信息关联。

3. 出生登记(公安派出所)

婴儿出生后, 由其近亲属携带“出生医学证明”正页、副页等证明材料, 前往其父亲或母亲户籍所在地派出所办理婴儿出生登记。派出所审核同意后, 收取“出生医学证明”副页存档, 并打印居民户口簿及“常住人口登记卡”。一岁以内婴儿随父亲或随母亲入户、材料齐全者, 可当场办理。办理形式为窗口办理、网上办理。

4. 新版社会保障卡申领(上海市社会保障卡服务中心、社区事务受理服务中心)

婴儿办理出生登记后, 由代办人携带居民户口簿等证明材料, 前往就近的社区事务受理服

务中心申请办理。社区事务受理服务中心录入信息后,提交上海市社会保障卡服务中心通过信息系统,由公安、人力资源和社会保障、服务银行核验通过,完成申领;然后由上海市社会保障卡服务中心集中制卡,邮政快递发卡。自核验通过之日起 30 日内,完成制卡和发放。办理形式为窗口办理、网上办理、服务银行网点办理。

5. 城乡居民基本医疗保险参保登记、门急诊就医记录册申领和居民医疗保险缴费(上海市医疗保险事务管理中心、上海市税务局、社区事务受理服务中心)

(1) 城乡居民基本医疗保险参保登记:婴儿办理出生登记后,由代办人携带居民户口簿等证明材料,前往就近的社区事务受理服务中心申请参保。社区事务受理服务中心初审录入信息后,提交所属区医疗保险事务中心进行复审,复审通过后提交上海市医疗保险事务管理中心终审,终审通过后上海市医疗保险事务管理中心将参保信息反馈至上海市税务部门供申请人缴费。从参保申请、审核、制作就医凭证、完成缴费一般为 10 个工作日,婴儿在完成城乡居民基本医疗保险缴费的次月 1 日建立城乡居民基本医疗保险账户。办理形式为窗口办理、网上办理。

(2) 门急诊就医记录册申领:参保申请审核通过后,参保人可申领门急诊就医记录册;也可在完成缴费、建立城乡居民基本医疗保险账户后,通过“一网通办”平台或“随申办”移动端申领门急诊就医记录册,线上申领可通过统一物流配送或前往社区事务受理服务中心自取。

(3) 城乡居民基本医疗保险缴费:上海市税务部门收到上海市医疗保险事务管理中心推送的参保信息,当日生成缴费信息,申请人即可前往社区事务受理服务中心或通过支付宝、“一网通办”平台、“随申办”移动端等渠道缴费。缴费成功后上海市税务部门将信息反馈给上海市医疗保险事务管理中心,上海市医疗保险事务管理中心建立婴儿城乡居民基本医疗保险账户,申领的就医凭证方可使用。

6. 享受生育保险待遇计划生育情况审核[乡(镇)人民政府或者街道办事处、社区事务受理服务中心]

拟享受生育保险待遇的生育妇女携带“生育医学证明(生产专用)”等材料,前往社区事务受理服务中心提出申请,由乡(镇)人民政府或者街道办事处进行受理审查,并核实当事人计划生育情况,对符合规定的出具“上海市申请享受生育保险待遇计划生育审核表”。受理时限为 2 个工作日,办理时限为 7 个工作日。办理形式为窗口办理。

7. 生育保险待遇申领(上海市社会保险事业管理中心、社区事务受理服务中心)

符合政策规定的生育妇女携带“上海市申请享受生育保险待遇计划生育审核表”“生育医学证明(生产专用)”等证明材料,在经办服务移交过渡期内,前往社区事务受理服务中心或社会保险事业管理分中心,填写个人银行账号等信息,办理生育保险待遇申领手续。材料齐全者,当场签字确认“受理情况回执”。上海市社会保险事业管理中心在 20 个工作日内办结,出具“生育保险待遇支付核定表”。上海市社会保险事业管理中心将支付信息传递至上海市医疗保险事务管理中心,上海市医疗保险事务管理中心将资金支付给承办银行,承办银行支付到位。办理形式为窗口办理。

（三）各事项办理信息化管理情况

1. 婴儿“出生医学证明”签发

在上海市妇幼保健中心负责管理的上海市《出生医学证明》信息网络直报系统中进行办理，签发端为上海市 88 家助产医疗机构。“出生医学证明”签发后，办理信息每日汇聚至市级总库，并通过政务外网推送至上海市大数据中心统一生成电子证照。

2. 婴儿“预防接种证”发放

在上海市疾病预防控制中心负责管理的上海市疫苗和预防接种综合管理信息系统中进行信息汇聚，信息录入端为上海市 88 家助产医疗机构，由医务人员手工录入小孩出生信息及预防接种信息。

3. 婴儿出生登记

在上海市公安部门负责管理的上海市公安局常住人口信息管理系统中进行办理，办理端为公安派出所。出生登记结果通过政务外网定时推送至上海市大数据中心统一生成电子证照。

4. 婴儿社会保障卡办理

在上海市社会保障卡服务中心负责管理的上海市社会保障卡服务中心上海二代社会保障卡应用系统中进行办理，办理端为社区事务受理服务中心或上海市社会保障卡服务中心。

5. 婴儿医疗保险和门急诊就医记录册办理

在医疗保障部门负责管理的上海医保业务经办平台中进行办理，办理端为医疗保险事务中心，受理端为社区事务受理服务中心。由社区事务受理系统统一受理后，推送至上海医保业务经办平台进行逐级审核。审核通过后，再由税务部门通过电子税务局系统进行缴费确认。

6. 产妇“生育医学证明（生产专用）”出具

由各助产医疗机构填写纸质“生育医学证明（生产专用）”并手工出具该证明，目前暂无信息系统支撑。

7. 产妇计划生育情况审核

在上海市卫生健康委负责管理的上海市人口与计划生育综合管理信息系统中进行办理，受理端为社区事务受理服务中心。由社区事务受理系统统一受理后，推送至上海市人口与计划生育综合管理信息系统进行逐级审核。审核通过后生成“计划生育审核表”，通过政务外网定时推送至上海市大数据中心统一生成电子证照。

8. 产妇生育保险待遇支付审核和发放

生育保险与基本医疗保险合并实施前及实施后的移交过渡期内，生育保险待遇申领由上海市社会保险事业管理中心及社区事务受理服务中心受理。其中，社区事务受理服务中心受理后，相关业务推送至上海市社保中心业务经办平台进行业务审核，审核通过后再由上海市医疗保险事务管理中心登录上海医保业务经办平台进行生育保险待遇发放。

二、存在的问题

对标“一件事、一次办”的工作目标，目前小孩出生相关事项办理流程主要存在以下三个问题。

1. 涉及事项多且分散

出生“一件事”涉及 10 项具体业务，以及卫生健康、公安、医疗保障、社会保险、税务、民政 6 个部门的多个办事窗口。办事群众对需要办哪些事、到哪儿办、怎么办等不清楚。

2. 办事不够集约高效

在涉及业务事项的办理过程中，重复提交材料、跑多个部门等问题较为突出，能够网上办理、自助办理、“一门式”办理的事项较少，群众办事不便。

3. 部门间缺乏有效联动

各相关部门间业务系统独立、数据互不相通，仍依靠定期纸质反馈沟通，工作方式落后，工作效率较低。

三、业务流程优化设想

坚持“以人民为中心”的发展思想，以群众高效办成出生“一件事”为目标，重点围绕“六个再造”，整体性改造出生“一件事”申请条件、申报方式、受理模式、审核程序、发证方式和管理架构，实施一体化办理。依托“一网通办”平台，通过“前端一体申报、后台并联处理、信息集成共享”的方式，努力实现“两转变”“一网办、一次办”，提升群众办事的便捷度、体验度和满意度。

（一）明确改革任务

1. 打造出生“一件事”联办模式

整合相关事项，再造业务流程，形成出生“一件事”事项列表，实现“一事一次告知”，打造“一表申请、一网受理、一站服务”的联办模式。将相关事项办理纳入公共服务事项范围，通过“数据先行、即时审核、限时办结”的流程管理，推进出生“一件事”跨部门多证联办，实现“一网办理”零次跑的终极目标。

2. 规范出生“一件事”联办标准

全面梳理出生“一件事”事项范畴，制定办事标准，规范服务流程。确定联办事项内涵，精简申请材料，再造申请条件，统一规范信息标准，制定统一申请表单和具体办事流程，实施“一网受理”；明确并公开出生“一件事”咨询途径（电话：12345），对出生“一件事”涉及服务事项提供专业化的政策咨询。

3. 完善出生“一件事”联办机制

建立完善出生“一件事”卫生健康部门牵头、各部门各司其职、跨部门联办的审核服务机制，实现申请材料信息“一次提交、多次复用”。强化卫生健康、公安、医疗保障、社会保险、税务、社区事务受理服务中心等部门业务协同，明确职责分工，形成优化流程、强化监管、提升服务的合力，实施“一体管理”。

4. 建设出生“一件事”联办系统

基于“一网通办”平台,整合互通各部门信息系统,实现流程交互、数据流转,建设全市统一的出生“一件事”主题服务受理功能模块,通过一个“入口”办理,实现“一网办理”。优化设计统一身份认证方式,简化必须到现场进行身份核验的审核环节;加强电子签名、电子印章的应用,明确电子签名、电子印章与手写签名、实物印章具有同等法律效力;整合优化出生“一件事”事项需提供的纸质证明材料,实行“两个免于提交”(凡是上海市政府部门核发的材料,原则上一律免于提交;凡是能够提供电子证照的,原则上一律免于提交实体证照)。

5. 优化出生“一件事”联办流程

① 优化受理流程:同步受理婴儿和产妇相关事项办理,加快流程推进;② 强化部门协作:同步获取受理信息和相关前置部门办理信息,提高办事效率;③ 再造出生登记流程:父母双方均为上海市户籍的,由助产医疗机构留存“出生医学证明”副页(加注出生“一件事”联办标志)及存根联,下载打印相关材料归档,将所有档案原件和数字化副本定期移交市、区两级国家综合档案馆。同时生成“出生医学证明”副页电子证照,通过“一网通办”平台推送至拟入户派出所,办理婴儿出生登记。

6. 推进线上线下深度融合

依托出生“一件事”一网通办能力,在社区事务受理服务中心实现出生“一件事”办理。各相关办事机构在条件允许的情况下在相应办公场所设置专区,提供出生“一件事”线上办理操作指导服务,实现线上、线下融合。依据申请人选择,依托“一网通办”统一物流将实体证件快递送达申请人,实施“统一发证”,实现出生“一件事”电子证照与实体证照同步发放、同步归集。

(二) 服务对象

服务对象为在上海市助产医疗机构出生(含在家中、途中分娩后即送往助产医疗机构),且父母双方均为上海市户籍,符合随父、随母落家庭户条件,一周岁以内婚生婴儿,提供“预防接种证”发放、“出生医学证明”签发、出生登记、社会保障卡申领、医疗保险参保登记、门急诊就医记录册申领等多证联办;为产妇提供“生育医学证明(生产专用)”出具、享受生育保险待遇计划生育情况审核、生育保险待遇申领一站式办理。

(三) 办理流程

产妇分娩后 6 小时内,各助产医疗机构将产妇分娩信息录入或上传至上海市基于市民电子监控档案的卫生信息工程全市拓展项目——一妇幼保障信息系统。

1. 出生“一件事”联办发起

(1) 联办申请和提交材料:婴儿母亲实名登录“一网通办”平台、“随申办”移动端并经实人验证后,填写“上海市出生‘一件事’办理登记表”发起联办申请。经授权在电子证照库中调取夫妻双方身份证、居民户口簿、结婚证等证件,属于再生育子女的调取“再生育子女告知书”。不能调取的材料由申请人拍照上传,并进行电子签名确认。

(2) 申请事项信息推送:上海市大数据中心按照申请人申请和事项办理进度,在共享获取

相关必要信息后,将事项办理登记表及相关证明材料及时分类推送至有关部门审核办理。

2. “出生医学证明”签发和“生育医学证明(生产专用)”出具

上海市大数据中心根据申请人申请信息,提取卫生健康部门共享的产妇分娩信息后生成“出生医学证明”样证,由申请人在线确认。助产医疗机构及时查收确认信息和父母双方的居民身份证,签发“出生医学证明”,留存“出生医学证明”副页(加注出生“一件事”联办标志)及存根联,下载打印相关材料归档,将所有档案原件和数字化副本定期移交市、区两级国家综合档案馆。同时,助产医疗机构出具“生育医学证明(生产专用)”。卫生健康部门归集信息后立即推送上海市大数据中心生成电子证照。按照个人意愿,选择邮寄者,由助产医疗机构将“出生医学证明”邮寄给申请人;选择自行领取者,由申请人到其分娩的助产医疗机构领取。

3. 出生登记办理

落户派出所及时查收申请材料 and 电子证照信息,包括:父母双方的居民身份证、落户地的居民户口簿、父母结婚证、“出生医学证明”副页(加注出生“一件事”联办标志),材料齐全无误者,直接留存相关电子档案,办理婴儿出生登记,并反馈至上海市大数据中心生成电子证照。申请人根据个人实际需求可随时携带居民户口簿至就近派出所打印婴儿“常住人口登记卡”;材料存疑或不全的,通过“一网通办”平台向申请人反馈无法直接办理出生登记的原因。

4. 新版社会保障卡申领

上海市社会保障卡服务中心线上接收申领信息后,调取婴儿户籍登记信息,通过信息系统由公安、人力资源和社会保障部门、服务银行核验通过,完成申领,线下完成社会保障卡制作,并通过邮政快递免费寄达申请人,或由申请人至选择的社区事务受理服务中心领取(默认为居住地所在街道、镇)。

5. 城乡居民基本医疗保险参保登记及相关事项办理

(1) 医疗保险参保审核和就医凭证申领:医疗保障部门及时查收上海市大数据中心推送申请信息及婴儿户籍信息,对符合政策规定的婴儿给予办理参保登记,并将参保信息推送给上海市税务部门,上海市大数据中心将就医凭证申领信息派单推送至社区事务受理服务中心。

(2) 门急诊就医记录册的制作和发放:社区事务受理服务中心线上接收就医凭证申领信息后,线下完成门急诊就医记录册制作,并通过统一物流平台邮寄送达申请人,或由申请人至选择的社区事务受理服务中心领取(默认为居住地所在街道、镇)。

(3) 医疗保险缴费及建立城乡居民基本医疗保险账户:上海市税务部门收到上海市医疗保险事务管理中心推送信息后生成缴费信息,上海市大数据中心根据约定规则通过“一网通办”平台、“随申办”移动端提醒申请人缴费。申请人完成缴费后,上海市税务部门将信息反馈给上海市医疗保险事务管理中心建立城乡居民基本医疗保险账户,账户建立后,方可使用有效的就医凭证。

6. “预防接种证”发放和信息关联

婴儿出生后在所出生的助产医疗机构领取“预防接种证”。在办理好“出生医学证明”并获得身份证号码后,“一网通办”平台将相关信息推送给卫生健康部门进行信息关联,婴儿家

长即可实现线上查询婴儿预防接种记录。

7. 享受生育保险待遇计划生育情况审核

社区事务受理服务中心即时查收上海市大数据中心推送信息，受理后由乡（镇）人民政府或者街道办事处进行审查核实，对符合规定的出具“上海市申请享受生育保险待遇计划生育情况证明”，生成电子证照推送给上海市社会保险事业管理中心。

8. 生育保险待遇申领

在经办服务移交过渡期内，上海市社会保险事业管理中心根据上海市大数据中心的推送信息和计划生育情况审核结果信息，会同相关单位做好生育妇女生育保险待遇的审核和发放。

9. 信息一体反馈

各部门在事项办理过程中即时向上海市大数据中心反馈办理进度、办理结果信息（包括：待受理、受理或不予受理、审核中、补正、审核通过或不通过、已发放等）。由“一网通办”平台统一向申请人或相关部门提供查询和提醒功能，实现一体反馈。

上海市出生“一件事”联办流程见图 1。

四、预期成效

（一）减环节

通过整合办事事项，重塑办事流程，群众办事环节由目前的 22 个业务环节减少至 2 个环节（填写登记表、医疗保险缴费）。

（二）减时间

通过“一网受理”，多部门协同办理，减少群众等待时间，事项累积办理时间由将近 100 天减少至不超过 20 天（2020 年底之前生育保险待遇审核经办服务移交过渡期内不超过 25 天），其中，婴儿相关事项办理不超过 5 天。

（三）减材料

通过“多表合一、一表申报”，结合数据推送和电子证照应用，群众需填写的申请表由 7 份减少至 1 份；大幅精简所需提交的证明材料，相同材料不再重复提交。一般情况下申请人需提交的证明材料从 26 份减至 5 份（属于再生育子女情形的为 6 份），甚至 0 份（提交电子证照）。

（四）减跑动

通过协同办理、全流程办理，群众不用在不同部门间跑动，跑动次数大大减少，跑动次数由 14 次减少至“最多跑 1 次”，甚至“零跑动”。

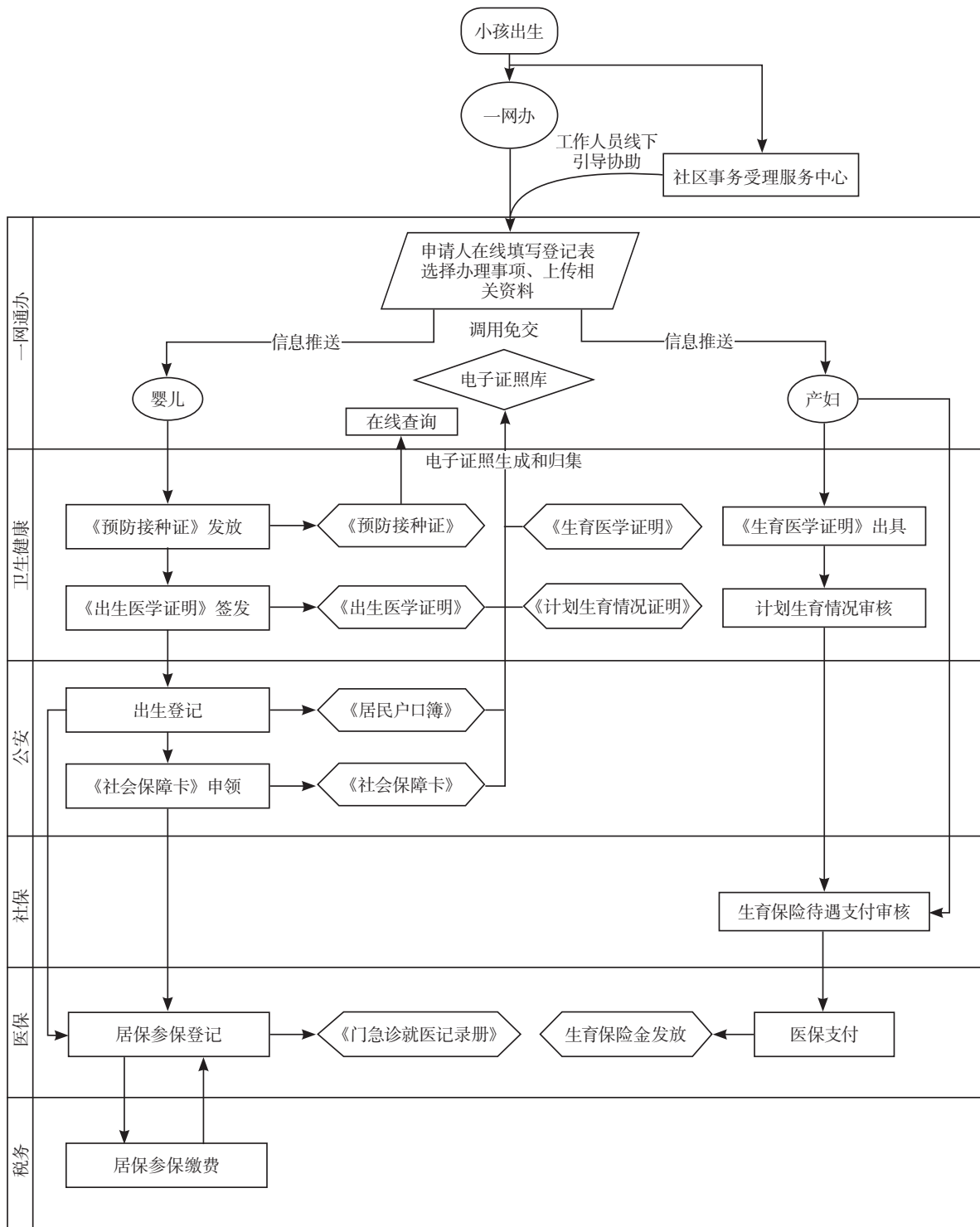


图1 上海市出生“一件事”联办流程

健康从母婴安全开始

——适宜公众健康体系下的上海妇幼卫生

王磐石

(上海市卫生健康委员会, 上海 200031) (健康风险预警治理协同创新中心, 上海 200032)

一 引言

妇幼健康对人类健康具有重要意义, 受到国家与国际社会的高度重视。2000 年, 189 个国家共同签署了《联合国千年宣言》, 宣言提出“降低儿童死亡率”和“改善孕产妇保健”等 8 项千年发展目标。我国在《中国妇女(儿童)发展纲要》中明确提出了提高妇女和儿童健康水平的要求。为发展妇幼保健事业, 国家根据宪法制定和实施了《中华人民共和国母婴保健法》等相关法规。上海依据国家相关法律和法规等, 制定和执行了《上海市母婴保健条例》等地方性法规和工作制度, 以对标更高标准、最高水平来保障妇幼健康, 提高出生人口素质。

20 世纪初, 上海的婴儿死亡率、孕产妇死亡率分别为 8.6‰ 和 23.4/10 万, 已处于国内领先水平, 但与同期芬兰(3.7‰、5.0/10 万)、瑞士(4.8‰、7.0/10 万)、日本(3.6‰、10.0/10 万)、英国(5.8‰、11.0/10 万)等发达国家的水平相比仍有明显差距。

为了进一步改善妇幼健康水平, 建设与上海城市定位一致的妇幼保健体系, 上海坚持以政府为主导, 从服务网络、资源保障、规章制度等方面入手, 着力提升妇幼供给侧服务。目前, 上海主要妇幼健康指标已达到国际先进水平, 取得的成就获得了国际社会的高度认可。

运用复旦大学卫生发展战略研究中心和健康风险预警治理协同创新中心构建的“适宜公共卫生体系”的评价理论与方法, 对上海妇幼保健体系的发展状况进行系统评价(本文简称“评价”)。结果显示: 对标国际, 上海妇幼保健体系的适宜程度在 10 个代表性全球城市中位列第一, 已超越伦敦和纽约。经模拟预测, 上海若能明确相关各方职责, 并确保责任落实到位, 妇幼保健体系有望在 4~5 年内建设成为全球城市的典范。

二 上海妇幼保健已取得令人瞩目的成就

(一) 上海主要妇幼健康指标达到国际先进水平

2018 年, 上海人均期望寿命升至 83.63 岁, 女性人均期望寿命达到 86.08 岁, 处于国际先进水平。上海的孕产妇死亡率再创新低, 已低至 1.15/10 万, 与同期香港(1.8/10 万)、东京(2.6/10 万)、巴黎(6.8/10 万)、伦敦(12.0/10 万)、纽约(15.0/10 万)等其他代表性全球城市相比处于领先地位。上海的婴儿死亡率逐步下降, 2018 年降至 3.52‰, 达到香港(1.5‰)、东京(2.0‰)、

巴黎 (3.2%)、伦敦 (3.7%)、纽约 (4.1%) 等代表性全球城市的平均水平。

(二) 上海妇幼保健体系适宜程度达到国际领先水平

评价结果显示,上海妇女保健体系的适宜程度评分为 885.0 分(满分 1000.0 分,下同)。对标国际,上海在 10 个代表性全球城市中排名第一,比排名第二的纽约(793.8 分)高 11.5%。上海儿童保健体系的适宜程度评分为 937.1 分,在 10 个代表性全球城市中也位列第一,略高于排名第二的伦敦(920.4 分)。

(三) 上海取得的成就获得国际社会高度认可

2014 年,时任联合国秘书长的潘基文为上海市妇幼保健中心揭牌。当听闻上海孕产妇死亡率始终控制在极低水平时,他由衷赞叹:“非常了不起!”

三 妇幼保健体系的上海经验

回顾上海妇幼健康的发展历程,上海始终坚持“5 个持续”,从 5 个方面重点加强妇幼供给侧服务,逐步探索出了一条与自身发展相适宜的道路。

(一) 以政府为主导,持续改进妇幼保健体系

始终强调发挥政府对妇幼健康治理的主导作用,一手抓安全,一手保供给,以政府为主导,持续改进上海妇幼健康。

1. 全面关注妇幼健康问题

在公认的 18 类应关注的妇幼健康问题中,上海市政府关注了 17 类,关注范围达 94.4%,包括婚前、孕前、产前、产时与产后等关键时期的妇女健康问题,以及新生儿疾病筛查、母乳喂养、儿童免疫、儿童生长发育与心理健康等儿童健康问题。关注范围比纽约大 21.4%,与伦敦持平。

2. 坚持政府主导妇幼保健工作

在政府主导下,上海开展了多个妇幼重点项目,加大了机构能力建设力度,持续提升服务能力和服务水平。经评价,政府主导程度的评分为 836.3 分,较 2002 年提升了 141.3%。

(二) 完善服务网络,持续建设“五网一通两优先”

上海搭建了临床与保健相结合的保健网、多学科协作的生命救治网、疾病预防与诊断后的干预网、常态化的专家会诊工作网、高效保障妇女健康的互联网,即“五网”,建立了“绿色通道”,以“孕产妇优先、儿童优先”为原则,形成了“一通”和“两优先”的保障机制,最大限度保障了母婴生命安全,在全球范围率先建成“五网一通两优先”的服务体系。经评价,上海妇女保健与儿童保健组织架构的健全程度评分均为 1000.0 分,分别较 2002 年提升了 18.9% 与 25.5%,在 10 个代表性全球城市中排名第一。

(三) 重视统筹协调,持续发挥优质医疗资源作用

针对会诊难、转诊不及时等问题,依托高水平医疗机构,上海成立了 5 家危重孕产妇会诊抢救中心和 6 家危重新生儿会诊抢救中心,形成了“覆盖全市、分片负责、及时响应、有效救治”

的母婴安全网络。各中心建成以来,已救治危重孕产妇 3760 余人,成功率 98.0%,救治危重新生儿 3.37 万余人,成功率 91.0%。经评价,上海妇女保健与儿童保健组织体系的统筹协调程度逐渐改善,在 10 个代表性全球城市中排名第二,评分分别为 613.4 分与 667.6 分,较 2002 年提升了约 300.0%。妇幼保健日常工作的协调程度仍需加强。

(四) 强调可持续发展,持续优化妇幼资源投入

以“盘活存量、拓展增量、优化配置”为策略,上海逐步加大了对妇幼工作的投入。经评价,上海的妇幼投入增长稳定,适宜程度评分为 756.3 分,较 2002 年提升了 141.1%。但距离适宜标准仍有 24.4% 的差距,对医疗机构和保健机构的投入增长不均衡,在一定程度上制约了保健机构的服务开展。

依托高水平妇幼专家,上海成立了母婴安全、生殖健康等专家委员会与临床质量控制中心,并通过开展各级各类专业培训持续提升基层的服务规范程度与管理能力,保障了妇幼保健体系的可持续、高质量发展。经评价,上海妇幼保健人员队伍的专业能力逐步提升,能力胜任的适宜程度评分为 677.6 分,较 2002 年提升了 84.8%,已超越纽约。

(五) 坚持规制建设,持续提升妇幼管理与服务能力

1. 规划先行,重点加强规制建设

上海从顶层设计出发,连续发布了妇女、儿童发展五年规划,并针对性地发布了多个专项规划,引导妇幼保健体系持续改进,出台了一系列工作规范与管理办法,推动战略规划的落实。经评价,上海妇幼保健的规制建设基本健全,已广泛覆盖战略目标、任务措施、服务标准、人员配置、信息监测、职责分工、监督控制等内容,完备程度评分为 1000.0 分,在 10 个代表性全球城市中排名第一,比纽约高 17.2%,与伦敦持平。

2. 强化责任,着力落实监管问责

上海妇幼保健体系逐步由粗放型管理模式向责任型管理模式转变。围绕“责任链”,在市区卫生健康行政部门、妇幼保健机构、助产医疗机构、社区卫生服务中心之间形成了规范有序的分级管理,并建立母婴安全的评审与问责机制,一旦发生孕产妇死亡,第一时间开展双盲调查评审,对发生可避免的孕产妇死亡的机构和区实行“一票否决、全市通报”。经评价,上海妇幼保健业务部门已基本做到“职责明确、监管可行、激励有效”。以妇女保健为例:业务部门职责明确程度为 705.9 分,较 2002 年提升了 166.7%;激励与约束机制的适宜程度为 852.4 分,在 10 个代表性全球城市中排名第一,比纽约高 31.0%。

3. 模式创新,提升系统服务能力

2009 年,上海创新性地引入健康风险评估理念和方法,在国内率先开展了妊娠风险评估与管理。以绿色、黄色、橙色、红色、紫色区分风险等级,针对性地提供不同服务,真正做到了“重心下移、关口前移”。坚持以提高出生人口质量、降低孕产妇和婴幼儿死亡率为目标。一方面,通过技术创新重点推动新生儿疾病筛查及儿童罕见病诊治工作的开展,提高了出生人口素质;另一方面,实施婚前、孕前、孕期、分娩期、产褥期的全程精细化管理,有效保障了孕产妇全周期的生命健康。

目前,上海孕产妇系统管理率已达到 96.1%,新生儿遗传代谢疾病、听力障碍、先天性心脏病筛查率在 98% 及以上,高质量地完成了国家所提出的目标。评价结果显示,上海妇女保健与儿童保健服务的健全程度评分分别为 884.1 分和 921.9 分,在 10 个代表性全球城市中分列第三和第四,分别较 2002 年提升了 26.2% 和 15.2%。

四、巩固优势,突破难点,有望形成典范

上海妇幼健康指标已达到国际先进水平,妇幼保健体系建设保持国际领先,前一阶段的发展目标已实现。下一步,为了与“建成卓越的全球城市”的城市发展目标相匹配,上海妇幼保健体系完全有能力在保持国际引领的基础上,向成为全球城市典范的目标继续迈进。

评价结果显示,与当前的适宜标准相比,上海妇幼保健体系仍有上升空间,“相关部门职责不明确或落实不到位”是关键问题。若以“巩固已有基础,明确各方职责”为抓手,借助《“健康中国 2030”规划纲要》《“健康上海 2030”规划纲要》解决好妇女、儿童等重点人群健康问题的契机,上海妇幼保健体系有望进一步突破建设难点。

在“明确各方职责”的基础上,建议进一步做好以下几方面工作:细化任务,推动健康优先战略与行动纲要的尽快落实,形成各方支持妇幼保健工作的政策氛围;社会引导,使相关各方积极参与到妇幼保健行动中来,推动人群健康素养改善;医防融合,加大对预防性妇幼保健服务的投入,推动临床与保健的有效结合;提升收入,体现妇幼保健工作价值,促进人才队伍稳定;加强监督管理,形成有制度保障的监督管理机制,推动各方有效落实职责,促进常规工作协调统一。

经模拟预测,若上述措施落实到位,上海妇幼保健体系有望在 4~5 年内达到适宜标准,实现“保持国际引领,形成全球典范”的发展目标。

二孩政策背景下产科医师工作压力对工作绩效影响与对策研究

朱辉 余飞 李昌斌 陈万里 焦岳龙
(上海市第十人民医院, 上海 200072)

我国连续推出“全面二孩”政策及健康中国建设的重大决策部署,明确显示妇幼群体对医疗服务需求总量和医疗服务品质要求显著提升。已有研究表明,人们已普遍认为医生是充满压力的职业,专科医院人员的职业倦怠程度更是显著高于综合性医院。其中产科医师由于其工作特点、服务对象、特殊执业环境,面临着职业风险程度更高、工作负荷更重、医患矛盾更多等问题。特别是 2016 年“全面二孩”政策的落地及第一代以独生子女为主的人群进入其生育高峰,导致高龄产妇数量增加,瘢痕子宫等各类妊娠期疾病的发病率大幅增高,使其工作强度和压力迅速增加,给产科医师这个职业群体带来更大的医疗服务挑战。

本文通过探究上海市专科医院产科医师工作压力对工作绩效影响情况,利用实证研究方法,以工作繁荣及工作重塑为中介变量,服务型领导及职场友谊为调节变量,结合理论与实证研究结果分析产科医师工作压力对工作绩效的作用机制,来改善产科医师的工作压力情况,达到提高产科医师工作绩效的目的,使产科医疗服务的整体效能得以提高。

一、资料与方法

(一) 一般资料

应用便利抽样法,2019 年底选取选择上海市六家公立妇幼专科医院作样本,分别为复旦大学附属妇产科医院、上海市第一妇婴保健院、上海市长宁区妇幼保健院、上海市嘉定区妇幼保健院、上海市浦东新区妇幼保健院及上海市普陀区妇婴保健院。纳入原因:2018 年全市分娩数为 174513 例,四家医院共计分娩数为 62361 例,占全市 35.7%,上海市浦东新区妇幼保健院及上海市普陀区妇婴保健院合计分娩量也有近万(数据来源于 2019 年度第一季度上海市产科工作研讨会),而分娩数则直接关系产科医师的工作。

(二) 研究工具

1. 产科医师工作压力量表

选择的是陈建萍(2009)修订的临床医生工作压力源量表。该量表共七个维度 38 个条目,7 个条目反向计分。

2. 工作绩效量表

采用赵志伟(2011)编制的 9 问项 Likert5 点量表。

3. 工作繁荣量表

工作繁荣量表选用 Porath 等开发的工作繁荣二维度量表, 共 10 个条目。

4. 工作重塑量表

本研究对与工作重塑的测量, 采用的是 Tims 和 Bakker (2012) 开发的量表, 该量表共包含 21 个题项。

5. 服务型领导风格量表

服务型领导风格量表选用 Liden 等 (2008) 开发出来的服务型领导风格量表的缩减版。

6. 职场友谊量表

选择孙健敏和焦海涛 (2012) 开发的中国组织情境下的职场友谊问卷, 该量表一共有 9 道题目, 其量表的信效度非常之好, 有 0.881。

(三) 研究方法

1. 采用问卷调查法: 问卷类型包括纸质问卷与电子问卷, 样本采用随机抽样法。一共发放 240 份纸质问卷, 回收 211 份, 回收率 87.9%。回收问卷若部分问题未选择, 视废卷, 剔除卷中答案同一选项或者单个变量同一个选项。最终纸质有效问卷 199 份; 电子问卷 89 份, 以纸质问卷相同方式剔除后, 电子有效问卷为 80 份。

综上, 符合本研究调查要求的最终有效纸质及电子问卷为 279 份。

2. 访谈法: 运用访谈手段, 访谈对象包括产科医师 14 名、医院行政主要领导 2 名、产科及相关临床科室的具有管理职能的科主任 5 名、医疗职能部门领导管理层人员 2 名。探究当前公立妇幼专科医院产科医师工作压力对工作绩效影响现状。

3. 数据分析方法: 对于问卷调查收集到的数据, 本研究主要使用 SPSS、AMOS、PROCESS 软件, 应用描述性统计分析、人口统计学分析、信度效度检验、直接效应分析、中介效应分析和调节效应分析方法对数据资料进行分析统计及假设检验。

(四) 理论模型

本研究把工作压力作为该模型的自变量, 工作重塑、工作繁荣作为该模型中介变量, 服务型领导风格、职场友谊作为该模型调节变量, 工作绩效作为该模型结果变量, 以此构建的产科医生工作压力对工作绩效影响的理论模型如图 1 所示。

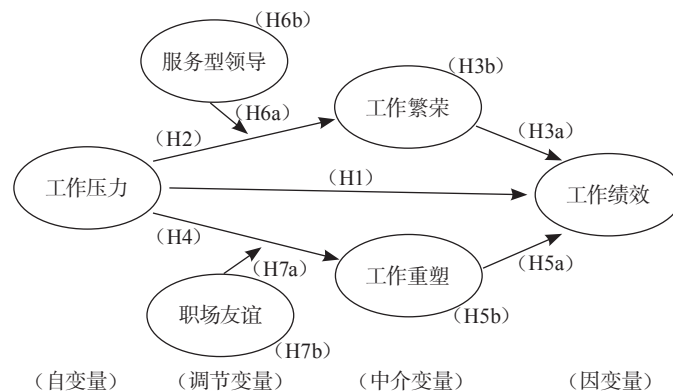


图1 产科医生工作压力对工作绩效影响的理论模型

二、结果

(一) 研究对象一般情况

本研究最终确认的有效问卷 279 份样本, 如表 1 所示。

表1 产科医生调查样本的基本情况统计表

	项目	人数 (个)	百分比 (%)	累计百分比 (%)
性别	男	50	17.9	17.9
	女	229	82.1	100.0
年龄	30 岁及以下	30	10.8	10.8
	31-40 岁	143	51.3	62.0
	41-50 岁	71	25.4	87.5
	50 岁以上	35	12.5	100.0
学历	本科及以下	171	61.3	61.3
	硕士研究生	100	35.8	97.1
	博士研究生	8	2.9	100.0
职称	住院医师	55	19.7	19.7
	主治医师	154	55.2	74.9
	副主任医师	48	17.2	92.1
	主任医师	22	7.9	100.0
工作年限	10 年及以下	75	26.9	26.9
	11-20 年	120	43.0	69.9
	21-30 年	58	20.8	90.7
	30 年以上	26	9.3	100.0
聘用形式	事业单位编制	253	90.7	90.7
	劳务派遣	26	9.3	100.0

(二) 人口统计学变量差异讨论

1. 工作压力在人口统计学差异

统计结果结合实际认为, 随着产科医师自身实际岁数及工作年限的增长, 从住院医师到主任医师职业晋升过程中, 他们医疗工作的难度加大、医疗工作的范围变广, 并开始慢慢地承担医疗管理、科研管理、行政管理, 组织管理、工作负荷、职业发展、人际关系、外部环境等压力逐步提升, 而职业兴趣及医患关系所带来工作压力则是低年资、低年龄医师及住院医师的主要工作压力来源。

2. 工作绩效在人口统计学变量上的差异

女性的工作绩效 (适应性绩效) 明显高于男性。可见, 在日常产科工作, 可能由于男女性别差异, 导致女性产科医师更能适应产科工作。

工作绩效随着年龄、工龄及职称晋升而明显上升, 事业编制人员也较非事业编制人员的工作绩效高。

3. 工作繁荣在人口统计学变量上的差异

50 岁以上及工龄在 21-30 年之间的产科医生在工作繁荣的学习维度的数据是最高的, 说明该年龄段的产科医师非常愿意接受学习, 并能从知识学习中得到对医疗工作中有益的自信能力。主任医师工作繁荣度最高。事业编制人员的工作繁荣度明显高于非事业编制人员。

4. 工作重塑在人口统计学变量上的差异

女性产科医师工作重塑(减少妨碍性)明显高于男性。硕士研究生及博士研究生在增加社会性及增加挑战性的工作重塑明显高于本科及以下学历。产科医师在增加结构性、减少妨碍性及增加挑战性的工作重塑上随着职称的上升而显著上升, 并在高级职称达到最高值。产科医师工作重塑(减少妨碍性)在 21-30 年工龄时达到顶峰, 30 年以上工龄时有略微有所回落, 但也保持高位, 这结果与职称相接近。

综上所述, 本研究认为随着工龄和职称的提升, 产科医师对自己的工作理解越发透彻, 其对于自身的工作重塑度也在显著提升, 并因此能更好地进行工作。

5. 服务型领导风格在人口统计学变量上的差异

硕士研究生学历的产科医生对于服务型领导的分数明显高于博士研究生、本科及以下学历产科医生。可能是因为该学历的研究生一般临床与科研都要涉及, 公正度较好, 此外其与科主任在临床及科研工作中接触时间更多, 对于科主任的认识更加清晰。服务型领导在主任医师最高, 副主任医师最低, 可能因为主任医师大都为相关科主任或其他领导岗位对自身服务型满意度较高, 副主任医师大都为各科室领导之下最高级人员, 可能会对自身领导有所想法, 故分数较低。事业编制人员对于领导的服务型明显高于非事业编制人员, 可能是因为科主任对于非事业编制人员较为严格, 非事业编制人员对于医院归属感较低。

6. 职场友谊在人口统计学变量上的差异

30 岁及以下产科医师的职场友谊(友谊机会)值最高, 并随年龄的增长逐步下降, 到 50 岁以上又有一定提升, 前者有可能是因为刚涉入此产科岗位需要向前辈同事请教, 后者可能因为 50 岁以上已经作为了相关科室主要负责人或骨干, 与下级交流机会会有所提升。

产科主任医师、30 年以上工龄产科医师的的友谊强度最高, 可能是因为该职称或者该工龄的产科医师大都已在临床或者行政的管理岗位, 因此会有较多的互惠互利, 且能通过分享工作或生活信息获得友谊基础。

综上所述, 本研究认为, 随着年龄及职称增加, 产科医师需要在职场上建立有效的友谊环境, 并且职场友谊分数较高。

(三) 信度和效度检验

1. 信度检验

如表 2 所示, 所有六个变量的量表的内部一致性大都达到或接近 0.70, 且各变量总体的 α 值 >0.8 。显示引用的经典量表有极高的可靠性和可信性。

表2 研究所用量表信度分析结果

维度	题项	Cronbach's α	变量	Cronbach's α
组织管理	YL (9、23、25、27、28、32、34、37)	0.849	工作压力	0.900
职业兴趣	YL (5、8、13、18、22、24、30、31)	0.796		
工作负荷	YL (1、3、4、7、10、35)	0.747		
职业发展	YL (2、6、17、19、20、21、29)	0.793		
人际关系	YL (12、16、33)	0.697		
外部环境	YL (11、36、38)	0.679		
医患关系	YL (14、15、26)	0.738		
任务绩效	JX (1、5、9)	0.765	工作绩效	0.925
关系绩效	JX (3、4、7)	0.870		
适应性绩效	JX (2、6、8)	0.774		
学习	FR1-FR5	0.833	工作繁荣	0.881
活力	FR6-FR10	0.806		
增加结构性	CS1-CS5	0.831	工作重塑	0.918
减少妨碍性	CS6-CS11	0.703		
增加社会性	CS12-CS16	0.819		
增加挑战性	CS17-CS21	0.882		
服务型领导	FW1-FW7	0.850	服务型领导	0.850
友谊机会	YY1-YY5	0.765	职场友谊	0.841
友谊强度	YY6-YY9	0.829		

2. 效度检验

由表 3, KMO 取样適切性量数值大于 0.5, 且达到 0.792, 数据适合做因子分析; 巴特利特球形度检验的结果小于 0.05, 完全可以进行因子分析。

表3 KMO检验和巴特利特球形度检验结果

KMO 取样適切性量数		0.792
巴特利特球形度检验	上次读取的卡方	26639.126
	自由度	4371
	显著性	0.000

注: KMO(Kaiser-Meyer-Olkin)检验统计量是用于比较变量间简单相关系数和偏相关系数的指标。KMO统计量是取值在0和1之间。KMO值越接近于1, 意味着变量间的相关性越强, 原有变量越适合作因子分析。

(四) 各变量间直接效应检验

1. 模型的拟合结果评价

上海六所公立妇幼专科医院产科医生工作压力对工作绩效影响拟合后的模型如图 2 所示: 模型拟合指数结果如表 4 所示, 可见 PCGF 为 0.585>0.5, PNFI 为 0.568>0.5, RMSEA 介于 0.08-0.1。表示该模型适配度较为良好, 因此该模型的拟合结果可以接受。

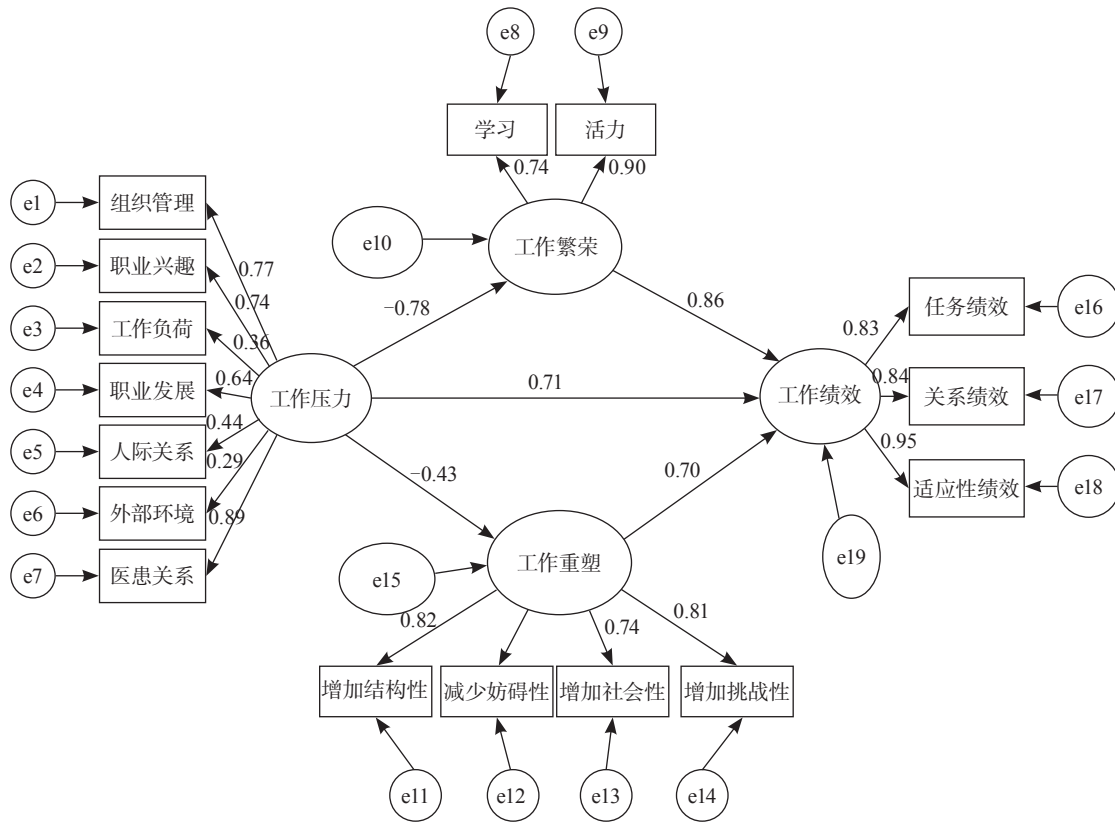


图2 产科医生工作压力对工作绩效影响的拟合模型

表4 产科医生工作压力对工作绩效影响的模型拟合指数结果

指标	PCGF	PNFI	RMSEA
数值	0.585	0.568	0.1

注: RMSEA (渐进残差均方和平方根) 值通常被视为最重要的适配指标, 该指标越小表明数据与模型拟合越好。

2. 各变量间直接效应分析

模型路径检验系数整理后如表 5 所示。

从工作压力对工作绩效关系得出, 未标准化系数为 1.064, 检验统计量临界比率值 C.R 为 4.116, P 值为 0.000, 因此工作压力对工作绩效有正向影响。

从工作压力对工作繁荣的关系可以得出, 未标准化系数为 -1.221, 检验统计量临界比率值 C.R. 为 -5.605, P 值为 0.000, 因此工作压力对工作繁荣具有负向影响。

从工作重塑对工作绩效的关系可以得出, 未标准化系数为 0.831, 检验统计量临界比率值 C.R. 为 6.408, P 值为 0.000, 因此工作繁荣对工作绩效具有正向影响。

从工作压力对工作重塑的关系可以得出, 未标准化系数为 -0.703, 检验统计量临界比率值 C.R. 为 -4.490, P 值为 0.000, 因此工作压力对工作重塑具有负向影响。

从工作重塑对工作绩效的关系可以得出, 未标准化系数为 0.648, 检验统计量临界比率值 C.R. 为 9.600, P 值为 0.000, 因此工作重塑对工作绩效具有正向影响。

表5 产科医生工作压力对工作绩效影响模型的路径检验系数

假设路径关系	Estimate	S.E.	C.R.	P
工作压力 → 工作绩效	1.064	0.258	4.116	0.000
工作压力 → 工作繁荣	-1.221	0.218	-5.605	0.000
工作繁荣 → 工作绩效	0.831	0.130	6.408	0.000
工作压力 → 工作重塑	-0.703	0.157	-4.490	0.000
工作重塑 → 工作绩效	0.648	0.068	9.600	0.000

注: estimate为非标准化回归系数, 而P小于0.05说明回归系数具有统计学意义。

3. 中介效应检验

本研究利用 PROCESS 软件对工作重塑及工作繁荣对工作压力影响工作绩效的中介效应进行检验。中介效应分析检验结果如表 6 所示。

表6 工作重塑及工作繁荣对工作压力影响工作绩效的中介效应分析结果

变量关系	直接效应	间接效应	标准误	P	置信区间 (95%)	
工作繁荣 工作压力 → 工作繁荣	-0.5959		0.0671	0.0000	-0.7279	-0.4639
	工作繁荣 → 工作绩效	0.7486	0.0457	0.0000	0.6586	0.8385
	工作压力 → 工作绩效	0.3621	0.0578	0.0000	0.2483	0.4759
	工作压力 → 工作繁荣 → 工作绩效		-0.4461	0.0593		-0.5654 -0.3332
工作重塑 工作压力 → 工作重塑	-0.1608		0.0671	0.0173	-0.2930	-0.0286
	工作重塑 → 工作绩效	0.7441	0.0458	0.0000	0.6538	0.8343
	工作压力 → 工作绩效	0.0356	0.0518	0.4921	-0.0663	0.1375
	工作压力 → 工作重塑 → 工作绩效		-0.1196	0.0553		-0.2301 -0.0137

(1) 工作繁荣对工作压力影响工作绩效的中介效应

工作繁荣对工作压力影响工作绩效的中介效应值为 -0.4461, 在 95% 置信区间 (-0.5654, -0.3332) 内不包含 0。

此外工作压力对工作繁荣直接效应为 -0.5959, P 值为 0.0000、工作繁荣对工作绩效直接效应为 0.7486, P 值为 0.0000, 且工作压力对工作绩效直接效应为 0.3621, P 值为 0.0000。

说明工作繁荣对工作压力影响工作绩效中具有中介效应, 并且显示了工作繁荣在工作压力和工作绩效之间起到部分中介作用。对于一定程度的工作压力, 产科医师遇到压力, 其适时调整工作活力, 其工作绩效也会有所提升。

(2) 工作重塑对工作压力影响工作绩效的中介效应

工作重塑对工作压力影响工作绩效的中介效应值为 -0.1196, 在 95% 置信区间 (-0.2301, -0.0137) 内不包含 0。

此外工作压力对工作重塑直接效应为 -0.1608, P 值为 0.0173、工作重塑对工作绩效直接效应为 0.7441, P 值为 0.0000, 且工作压力对工作绩效直接效应为 0.0356, P 值为 0.4921。

说明工作重塑在工作压力对工作绩效具有中介效应, 并显示了其为完全中介效应。说明个人、组织、社会可以通过引入工作重塑来控制工作压力中的阻断性压力的消极后果, 提升工作绩效。

4. 调节效应检验

通过 PROCESS 软件, 分别对服务型领导在工作压力对工作繁荣影响、职场友谊在工作压力对工作重塑影响的调节效应予以验证, 如表 7、表 8 所示。

表7 调节效应分析结果 (服务型领导)

变量关系	回归系数	标准误	P	置信区间 (95%)	
自变量: 工作压力	1.1175	0.2181	0.0000	0.6880	1.5469
调节变量: 服务型领导	0.6498	0.2150	0.0000	0.1339	1.1657
交互项: 工作压力 * 服务型领导 → 工作繁荣	-0.3056	0.0692	0.0000	-0.4417	-0.1694

表8 调节效应分析结果 (职场友谊)

变量关系	回归系数	标准误	P	置信区间 (95%)	
自变量: 工作压力	1.3610	0.3457	0.0001	0.6805	2.0415
调节变量: 职场友谊	1.5006	0.2640	0.0000	0.9808	2.0204
交互项: 工作压力 * 职场友谊 → 工作重塑	-0.3295	0.0859	0.0002	-0.4986	-0.1604

(1) 服务型领导在工作压力对工作繁荣影响的调节效应

服务型领导在工作压力对工作繁荣影响的调节效应在 95% 置信区间 (-0.4417, -0.1694) 内不包含 0 且回归系数为 -0.3056, 说明服务型领导在工作压力对工作繁荣影响的调节效应显著且为负向调节。

服务型领导对工作繁荣影响在 95% 置信区间 (0.1339, 1.1657) 内不包含 0 且回归系数为 0.6498, 说明服务型领导对工作繁荣影响为正向影响。可能是服务型领导较为重视产科医师个体需求因此有助于产科医师的进行自我学习, 帮助他们提升工作活力, 进而能够更深入理解自身工作。

(2) 职场友谊在工作压力对工作重塑影响的调节效应

职场友谊在工作压力对工作重塑影响的调节效应在 95% 置信区间 (-0.4986, -0.1604) 内不包含 0 且回归系数为 -0.3295, 说明职场友谊在工作压力对工作重塑影响的调节效应显著且为负向调节。

职场友谊对工作重塑影响在 95% 置信区间 (0.9808, 2.0204) 内不包含 0 且回归系数为 1.5006, 说明职场友谊对工作重塑影响为正向影响。说明职场友谊可让产科医师在互相沟通联系间减少工作压力引起的不利结果, 并提升工作重塑的效果, 此外在同等工作压力下, 医师还会通过友谊建立互相对各自工作提出意见, 从而在工作重塑中得到更有效的结果。

三、讨论

前文通过定量研究得出研究结论,公立妇幼专科医院产科医师的工作压力会通过工作繁荣、工作重塑、服务型领导风格、职场友谊对工作绩效产生一定程度影响。

而本节结合访谈资料,通过工作繁荣、工作重塑、服务型领导风格、职场友谊,从产科工作者、医院管理者和社会层面探究当前公立妇幼专科医院产科医师工作压力对工作绩效的影响现状,提出相应的个人、组织到社会层面相关理论及实践建议。

(一) 个人层面

1. 提高综合素养,保持适度压力

(1) 培养产科医师的职业素养:对于产科医师而言,产科职业本身潜在的风险,以及母婴两条生命的安全性会给产科医生带来较大的精神方面压力,这就需要产科医生有着崇高的职业理想,同时不断培养良好的职业素质和道德修养。

(2) 提升产科医师自身的医患沟通能力:产科医师的患者(孕妇),由于其体内激素原因,大部分会有敏感、易焦虑紧张的特性。首先,产科医师应理解和允许孕妇及家属对孕妇的担心,并给予其相对合适的决策,用以提升孕妇及家属的满意度和依从性。再次,对家属尽可能换位思考,减少专业术语,同时人文关怀必不可少,产妇—医生—家属有效沟通,往往对医疗服务起到重要的作用。

(3) 保持适度压力,提高工作效率:作为产科医师我们应缓解其过度的压力,使其工作压力处于适度范围内。适度的压力可以引导产科医师更积极进行医疗工作提高工作效率。

2. 提升医疗专业水平

(1) 提升产科专业水准:在这一“全面二孩”政策开放的大背景下,面对大量的高龄产妇、高危产妇所导致的瘢痕子宫、子宫破裂等各类妊娠期疾病风险逐步提升,因此产科医生不仅需要紧跟时代发展,掌握最新知识和技能,更需要有扎实的医学基础知识,精湛的操作技能。同时,当病人或者产妇获得成功救治时,产科医生也可以增加自我成就感有助于从精神层面来减缓医疗工作所带来的压力。

(2) 熟悉了解相关学科知识:“全面二孩”政策开放后,产妇自身的妊娠期合并症风险也逐步提升,除了掌握本专业的新技术新动态外,还需学习了解与产科相关的边缘学科知识以便正确评估并处理产科合并症及并发症。

此外,产科医师还可适度学习心理学知识,帮助产妇心理疏导,缓解孕产期抑郁。

(3) 重视和加强相关案例分析学习:我国每年都有一定数量的孕产妇和围产儿而死亡,在中西部地区较多。因此,产科医师应重视由自身差错而产生的事故,并定期通过相关医疗讲座、死亡评审来分析死亡病案(孕产妇、围产儿),以此来定期回顾总结。并可以不定期开展产科医疗技术的“飞行检查”、形式多样的演练,不断完善持续改进、消除相关安全隐患,提高自身的应急处置能力。

（二）组织层面

1. 提供相对有利的工作条件

(1) 工作绩效平衡前提下适度倾斜：医院管理者应尽量有效改善自身绩效考核中的管理分配的不科学性，加强核心指标的考核，如对产科医师的剖宫产率、镇痛分娩等重点项目进行有效性验证，并对相关的奖惩标准进行修订。

(2) 提供缓解压力场所：医院工会可根据实际情况，在院内提供宣泄情绪的场所，建立医护人员职工之家、健身一角或是心理咨询室等，多开展娱乐活动、各类学习或者娱乐的社团，使医护人员在工作之余有一个放松的场所。

2. 合理分配和增加人员

医院管理者在提供专业化标准化管理前提下，通过合理计算，按照国家标准以此来增加产科医师人员配备，对产科医师夜班的时间进行有效的优化，以保证产科医师在工作中有着良好的工作效率，做到人员配置和科室工作量相匹配，从而减轻疲劳和压力。

3. 医疗职能部门协调团队协作力增强团队能力

(1) 提升跨学科合作团队执行力：医疗职能部门，如妇幼专科医院的医院医务科可以学习美国的医护交叉培训方法及医疗团队的共享心智模型，以利于跨学科合作，提高团队沟通、合作、协调技能。

(2) 构建产科医护人员团队文化：产科医师平时接触最多的医疗合作者便是产科护士，因此产科主任与产科护士长需不定期对于医疗工作、人员管理等方面进行有效沟通，并积极创建科室良好的服务价值观和愿景，以此来建立团队间信任感。

4. 加强和拓宽与患者沟通的方式

(1) 建立具有代表性的产科科普专家或“达人”：医院可以邀请院内相对具有公信力的产科医师、“达人”、“大咖”进行科普撰写，并由宣传科专业人士进行接受度上的润色，在自身的自媒体、公众号内进行传播，定期推送医学科普知识。

(2) 合理利用各种方式传播妇幼科普：产妇从怀孕到生，都需要经过定期的产检，与一般普通患者就诊方式完全不同，医院可以在妇产科、影像科等科室就诊时的等候区、候诊区、糖耐量测量等候时段，播放与就诊相关的科普知识，让其在就诊前，对于自身情况可以有一个大概的了解。

部分产妇也可能因为相关自身或者胎儿问题而在分娩前被收住院，因此在住院部，医院也可以通过 IPAD 等多媒体工具，进行另一种方式的在线科普，对住院患者住院及出院后需要知晓的基础知识，进行有效的、有针对性的传播。

（三）社会层面

1. 加大医疗卫生事业投入

(1) 对部分特殊医疗专业（妇产科）增大投入：政府已对于儿科和麻醉科已出台了相应政策，但在妇产科专业相关政策还未有效提出并实施，因此希望政府能更为有效的对产科医师这一群体进行深入调研和了解，尽快出台相应扶持政策并加大对该群体的投入度。

(2) 完善公立医院补偿机制：很多二级甚至是三级妇幼保健院、妇产科医院，他们是“院所合一”单位，在实施妇幼医疗的基础上，还要为辖区内的妇幼人群提供有效的妇幼群体保健。因此应在有效进行公立医院绩效改革的成功推进基础上，向此类专科医院倾斜。

2. 多管齐下破除医生晋升压力

(1) 按等级分比重进行考核：鉴于我国医院等级、性质、职能不同等特点，医生职称晋升考评体系应区别对待，实施精准培养，发挥不同类型医院中的不同类型人才的专长和作用。三级医院尤其是三甲医院其医生的职称晋升应临床与科研并重。社区医院、二级医院，可以不做或少做科研，国家可以统筹的建立一个或者分医学专业建立几个晋升答辩题库，其中题库的题目由临床真实病例所组成，来重点考察二级及以下医师的临床思维和诊断技术能力，以此手段引导此类医院的医师把重心放在提高自身的医疗质量，为百姓提供更为专业化的医疗服务的目的。

(2) 减负基层继续医学教育：我国卫生健康委员会在 2019 年 9 月推出了《国家卫生健康委办公厅关于落实为基层减负措施改进继续医学教育有关工作的通知》(国卫办科教函〔2019〕702 号)，说明国家开始逐步重视基层意识的减负工作，并对减负基层继续医学教育有一定帮助。目前很多国家已将继续医学教育立法，继续教育行为作为医师每年执业再注册的依据，但在学习形式上却给了医生很多自主权，医生可以根据需求选择各种方式丰富自己，因此在接下来的过程中相关上级领导应尽快制定相应法律规定，为医生减负。

3. 提升社会环境支持度

对于公立妇幼专科医院产科医师的访谈中，很多医师均反映，许多不良媒体有着极其不实际的报道，这也是增加产科医师工作压力的重要因素之一。而医师作为普通人，他理应收到更为宽容且尊重性的对待，作为政府也应该发挥其制约性，制定相关政策，对不良舆论和媒体严厉打击，爱护医师这个群体，给予他们更加公平、公正的评价。这样，医务人员有了来自社会与患者的尊重、信任和支持，一定会从精神上缓解工作压力。

上海市一孩育龄妇女二孩生育意愿及其影响因素研究

梁爱玉

[上海市卫生和健康发展研究中心(上海市医学科学情报研究所), 上海 200031]

生育政策关系到人口生育水平的变动,是影响社会经济发展的重要因素。在人口研究领域,生育意愿不仅是研究生育观念的主要内容,也被作为预测未来生育水平的指标之一,具有重要的政策意义。

一、调查对象与方法

(一) 调查对象

调查对象为在调查区域内(2个区4个街道),年龄为15~49岁已育一孩(包括已孕未出生)且夫妻一方为上海市户籍的育龄妇女。在婚已育二孩的育龄妇女和不在婚的一孩育龄妇女不纳入本次调查。

(二) 抽样方法

课题组自行设计问卷,采用目的抽样方法,在调查街道内按居住区房屋均价分别选择了高、中、低三个档次各3个共9个居住小区,由调查员入户面对面询问或调查对象自行填写问卷的方式进行调查,发放问卷920份,回收有效问卷904份,有效问卷率98.3%。

(三) 统计学方法

使用Epidate3.1建立数据库,运用SPSS 23.0进行数据统计分析。在描述性分析基础上,运用统计推断的方法,包括卡方检验和多项Logistic回归模型进行二孩生育意愿影响因素分析,假设检验中 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

(一) 一般人口学特征

904名育龄妇女年龄区间为25~46岁,平均年龄为35.9岁;文化程度以大学本科为主,有550人(60.8%);家庭年收入占比最高的是10万~19万元,有362人(40.0%);在国有企事业单位任职的比例最高,有363人(40.2%);夫妻类型中双独夫妇占比最高,有448人(49.6%);上海本地人748人(82.7%)。

(二) 生育意愿

1. 理想子女数

本次调查中,被调查者中629名(69.6%)妇女认为一个家庭有“两个孩子”最为理想。不同特征被调查者的理想子女数情况见表1。可以看出,一是被调查者年龄越大,理想子女数

越高；二是随着被调查者文化程度的提高，其理想子女数也出现上升；三是理想子女数随家庭经济收入增多而上升，收入越高，理想子女数越高；双独夫妇的生育意愿最低，单独夫妇最高；上海本地人的理想子女数低于新上海人。经统计学检验，不同年龄妇女、夫妇类型及是否新上海人育龄妇女的理想子女数差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表1 一般人口学特征与理想子女数分析结果

特征	n	理想子女数 [人 (%)]			χ^2	P
		1 个	2 个	3 个及以上		
妇女年龄					20.620	0.002
25-29 岁	85	32 (37.6)	46 (54.1)	7 (8.2)		
30-34 岁	302	94 (31.1)	196 (65.1)	12 (4.0)		
35-39 岁	295	75 (25.4)	211 (71.5)	9 (3.1)		
40-46 岁	222	34 (15.3)	176 (79.2)	12 (5.4)		
文化程度					3.292	0.771
高中 / 中专及以下	65	20 (30.8)	44 (67.7)	2 (3.1)		
大专	199	50 (25.1)	141 (70.9)	8 (4.0)		
大学本科	550	148 (26.9)	377 (68.5)	25 (4.5)		
研究生及以上	90	17 (18.9)	67 (74.4)	5 (5.6)		
家庭年收入					14.250	0.075
10 万元以下	126	46 (36.5)	76 (60.3)	4 (3.2)		
10-19 万元	362	100 (27.6)	250 (69.1)	12 (3.3)		
20-29 万元	222	52 (23.4)	158 (71.2)	12 (5.4)		
30-49 万元	136	29 (21.3)	100 (73.5)	7 (5.1)		
50 万元及以上	58	8 (13.8)	45 (77.6)	5 (8.6)		
夫妇类型					19.570	0.001
双独夫妇	460	148 (32.2)	291 (63.2)	21 (4.6)		
单独夫妇	237	51 (21.5)	171 (72.1)	15 (6.3)		
双非独夫妇	207	36 (17.4)	167 (80.7)	4 (1.9)		
是否新上海人^①					9.703	0.008
是	156	26 (16.7)	127 (81.4)	3 (1.9)		
否	748	209 (27.9)	502 (67.1)	37 (4.9)		

^① 在上海的户籍人口中，有一部分人是通过学习、工作或婚姻将户籍迁入上海，我们视为“新上海人”。

2. 生育时间及子女性别偏好

调查对象的平均初育年龄为 27.9 岁，26 ~ 30 岁是生育高峰期年龄段，共 417 人 (46.1%)。在本次调查中，427 名妇女 (47.2%) 希望儿女双全。从表 2 可以看出，理想子女数为 2 个及以上的育龄妇女中大部分人还是希望能够“儿女双全”。

表2 不同理想子女数者子女性别偏好情况

理想子女数	n	子女性别偏好 [人 (%)]			
		男孩	女孩	儿女双全	无偏好
1 个	235	36 (15.2)	79 (33.7)	0 (0.0)	120 (51.1)
2 个	629	36 (5.7)	73 (11.6)	408 (64.9)	112 (17.8)
3 个及以上	40	1 (2.5)	8 (20.0)	19 (47.5)	12 (30.0)

3. 二孩生育意愿及影响因素分析

(1) 二孩生育意愿:“全面两孩”政策后,904 名育龄妇女中,有 408 人(45.1%)明确表示不想生育二孩;114 人(12.6%)表示只是在政策实施刚开始时希望生育二孩,现在不想生育;调查中明确表示政策实施对其生育二孩的意愿有影响,希望生育二孩的仅有 80 人(8.8%);加之两孩政策之前就想生育的妇女,总计也只有 187 人(20.7%)希望生育二孩,此外,还有 195 人(21.6%)还不确定是否生育二孩。可以说,从本次调查结果来看,两孩政策对调查对象二孩生育意愿的影响非常有限。

(2) 二孩生育意愿单因素分析:二孩生育意愿的单因素分析结果显示,不同育龄妇女年龄、家庭年收入、夫妇类型、子女性别偏好的妇女二孩生育意愿比较差异有统计学意义($P<0.05$)。而不同文化程度、是否新上海人育龄妇女二孩生育意愿比较差异无统计学意义($P>0.05$)(表 3)。

表3 二孩生育意愿单因素分析

特征	n	二孩生育意愿 [人 (%)]			χ^2	P
		有意愿	无意愿	不确定		
妇女年龄					20.620	0.002
25-29 岁	85	27 (31.8)	37 (43.5)	21 (24.7)		
30-34 岁	302	73 (34.2)	147 (48.7)	82 (27.2)		
35-39 岁	295	54 (18.3)	178 (60.3)	63 (21.4)		
40-46 岁	222	33 (14.9)	160 (72.1)	29 (13.1)		
文化程度					9.509	0.147
高中 / 中专及以下	65	17 (26.2)	36 (55.4)	12 (18.5)		
大专	199	35 (17.6)	124 (62.3)	40 (20.1)		
大学本科	550	113 (20.5)	323 (58.7)	114 (20.7)		
研究生及以上	90	22 (24.4)	39 (43.3)	29 (32.2)		
家庭年收入					16.736	0.033
10 万元以下	126	29 (23.0)	81 (64.3)	16 (12.7)		
10-19 万元	362	62 (17.1)	226 (62.4)	74 (20.4)		
20-29 万元	222	49 (22.1)	125 (56.3)	48 (21.6)		
30-49 万元	136	32 (23.5)	68 (50.0)	36 (26.5)		
50 万元及以上	58	15 (25.9)	22 (37.9)	21 (36.2)		
夫妇类型					19.570	0.000
双独夫妇	460	111 (24.1)	233 (50.7)	116 (25.2)		
单独夫妇	237	50 (21.1)	137 (57.8)	50 (21.1)		
双非独夫妇	207	26 (12.6)	152 (73.4)	29 (14.0)		
是否新上海人					1.703	0.379
是	156	27 (17.3)	89 (57.1)	40 (25.6)		
否	748	160 (21.4)	433 (57.9)	155 (20.7)		
子女性别偏好					51.842	0.000
男孩	73	14 (19.2)	49 (67.1)	10 (13.7)		
女孩	160	26 (16.3)	120 (75.0)	14 (8.8)		
儿女双全	427	118 (27.6)	192 (45.0)	117 (27.4)		
无偏好	244	29 (11.9)	161 (66.0)	54 (22.1)		

(3) 二孩生育意愿多项 logistic 回归分析模型:为了更好地分析多因素对二孩生育意愿的影响,利用多项 logistic 回归模型,以是否愿意生育二孩为因变量,以因变量的“无意愿”为参考组,将妇女年龄、文化程度、家庭年收入、夫妇类型、是否新上海人及子女性别偏好 6 个

因素纳入多项 logistic 回归分析。回归分析结果显示, 育龄妇女的二孩生育意愿受其年龄、文化程度、家庭年收入、夫妇类型、是否新上海人和子女性别偏好的影响 (表 4)。

在“不确定”模型中, 相对于 25~29 岁组的育龄妇女, 35~39 岁和 40~46 岁比更倾向选择“无意愿”; 与高中/中专及以下文化程度者相比, 大学本科者更倾向“无意愿”; 与家庭年收入在 10 万元以下的相比, 年收入在 30 万~49 万和 50 万及以上者更倾向“不确定”; 相对于双非独夫妇, 双独夫妇更倾向“不确定”; 与子女性别无偏好的相比, 偏好女孩的更容易选择“无意愿”, 偏好儿女双全的更容易选择“不确定”。

在“有意愿”模型中, 相对于“无意愿”生育二孩者, 其他三个年龄段的育龄妇女比 25~29 岁组的妇女更倾向选择“无意愿”; 与高中/中专及以下文化程度者相比, 大学本科者更倾向“无意愿”; 与家庭年收入在 10 万元以下的相比, 年收入在 30 万~49 万元和 50 万元及以上者更倾向“有意愿”; 相对于双非独夫妇, 双独夫妇和单独夫妇更倾向“有意愿”; 相比上海本地人, 新上海人更倾向“无意愿”; 与子女性别无偏好者相比, 偏好儿女双全的更容易选择“有意愿”。

表4 二孩生育意愿影响因素的logistic回归模型

特征	不确定		有意愿	
	P	OR (95%CI)	P	OR (95%CI)
妇女年龄				
25-29 岁	-	1.00	-	1.00
30-34 岁	0.411	0.739	0.012	0.483
35-39 岁	0.048	0.471	0.000	0.312
40-46 岁	0.009	0.297	0.000	0.165
文化程度				
高中/中专及以下	-	1.00	-	1.00
大专	0.097	0.454	0.029	0.432
大学本科	0.013	0.311	0.005	0.346
研究生及以上	0.294	0.561	0.261	0.604
家庭年收入				
10 万元以下	-	1.00	-	1.00
10-19 万元	0.145	1.720	0.865	0.955
20-29 万元	0.139	1.814	0.384	1.290
30-49 万元	0.009	3.106	0.049	1.891
50 万元及以上	0.002	4.917	0.001	3.798
夫妇类型				
双非独夫妇	-	1.00	-	1.00
双独夫妇	0.030	2.202	0.003	2.389
单独夫妇	0.175	1.598	0.002	2.303
是否新上海人				
否	-	1.00	-	1.00
是	0.255	0.720	0.001	0.452
子女性别偏好				
无偏好	-	1.00	-	1.00
男孩	0.356	0.652	0.611	1.189
女孩	0.009	0.632	0.506	0.837
儿女双全	0.000	2.277	0.000	3.247

三、讨论

(一) 研究对象理想子女数明显高于意愿生育子女数, 但两者的趋势存在一致性

从结果来看, 调查对象理想子女数明显高于意愿生育子女数, 存在明显的理想与实际生育水平的背离。因此, 用理想子女数对妇女二孩生育意愿进行测量是非常粗略的。但从调查结果来看, 理想子女数高的育龄妇女, 生育二孩意愿也相对较高, 两者的趋势存在一致性。理想子女数在一定程度上可以反映群体生育观念, 可视为不考虑任何影响因素时该人群可能达到的最高终身生育水平, 而长期的生育意愿调查依旧能够为认识和预判人们实际的生育水平提供依据。

(二) “全面两孩”政策对一孩妇女二孩生育意愿的影响有限

生育政策与生育意愿的关系在学术界讨论比较多, 基本一致的观点是两者存在相关性, 且生育政策是生育意愿的主要影响因素。但从本文的研究结果来看, “全面两孩”政策对提升调查妇女的生育意愿的影响非常有限。生育政策仅仅是能够生第二个孩子的必要政策条件, 既不是影响生育意愿的唯一因素, 也不是生育决策的充分条件。无论从发达国家还是发展中国家的经验来看, 多数情况下是社会和家庭中抑制生育影响因素的作用更大、更明显、更强有力。

(三) 年龄较轻、家庭经济较好且偏好儿女双全的育龄妇女生育二孩的意愿相对较强

从本次调查来看, 年龄较轻、家庭经济较好且偏好儿女双全的育龄妇女更倾向生育二孩。李琳等在上海开展的调查也得到同样的结论。可以说, 当面临是否要生育二孩时, 人们的考虑还是比较理性和现实的, 并倾向选择更加关注自己和生活质量, 谨慎衡量自己是否有生育和养育第二个孩子的能力。家庭经济 and 育龄妇女的年龄成为影响生育意愿的重要因素。此外, 偏好儿女双全也是推动育龄妇女实现生育意愿的重要原因。

(四) 双非独夫妇和新上海人二孩生育意愿相对较低

从夫妇类型来看, 虽然双非独夫妇育龄妇女受“全面两孩”政策影响最大, 但其二孩生育意愿却最低, 这一情况与双非独夫妇育龄妇女的年龄有一定的关系。在上海, 独生子女政策实施较早, 独生子女比例较高, 非独生子女妇女的年龄相对较大。此外, 本次调查的新上海人的理想子女数高于上海本地人, 这反映了生育意愿与其生活经验有关, 生活环境和成长经历对塑造个人生育观念发挥着一定的作用。但新上海人二孩生育意愿却低于上海本地人, 说明新上海人的二孩生育意愿受到更多因素的制约。相比上海本地人, 新上海人从父辈处获得的经济和劳动力方面的支持较少, 养育二孩面临着更多的压力。

母婴保健服务监督体系建设与改革

谢静宜 陈梦琪 励益 季力

(上海市卫生健康委员会监督所, 上海 200125)

妇女儿童健康是人类持续发展的前提和基础, 我国分别于 2007 年和 2014 年提前实现联合国婴儿死亡率和孕产妇死亡率千年发展目标, 2018 年全国孕产妇死亡率及婴儿死亡率均优于中高收入国家的平均水平。成就的取得离不开完善的政策体系, 卫生监督则保障了一系列法律法规的落实。中华人民共和国成立以来, 我国的母婴保健服务监督经历了从无到有, 从专业的母婴保健监督员制度到纳入卫生监督综合执法, 再到调整至计划生育综合监督的变化过程。

在日常监管中, 母婴保健服务监督依然存在法律法规约束力不足、专业能力要求高与监督人员专业能力不足相矛盾、现行法律法规滞后于技术发展现状等问题, 母婴保健服务监督工作仍面临一系列的挑战。

本文主要从母婴保健服务监督体系建设历史、母婴保健服务监督现状、上海市母婴保健服务关键控制点监管模式 3 个方面, 回顾我国母婴保健服务监督发展历程, 为完善母婴保健服务监督机制, 更好地保障母婴安全提供科学依据和政策参考。

一、母婴保健服务监督体系建设历史

1949 年 9 月, 中国人民政治协商会议第一届全体会议审议通过《中国人民政治协商会议共同纲领》, 其中明确提出“注意保护母亲、婴儿和儿童的健康”, 随后建立了自上而下完整的妇幼健康行政管理体系。新中国成立初期, 母婴保健工作主要通过设立妇幼保健专业机构, 推广新法接生、预防接种、育儿宣教等措施来控制产妇和婴儿死亡。至 20 世纪 80 年代, 通过实施扩大免疫计划、提倡母乳喂养、加强妇幼卫生专业建设, 我国妇女儿童的健康状况得到了进一步改善。但仅有原中华人民共和国卫生部(以下简称“原卫生部”)制定的《妇幼卫生工作条例》《县妇幼卫生机构的建设与管理方案》《城乡儿童保健工作要求》对全国的妇幼卫生工作提供的政策保障, 由妇幼卫生机构提供业务指导, 并无母婴保健相关法律出台, 也并未建立相关的监督机制。

1995 年 6 月 1 日起正式实施的《中华人民共和国母婴保健法》(以下简称“《母婴保健法》”)是我国第一部以保护妇女儿童权益为目的的特别法, 标志着我国在依法治国的方针政策上将维护妇女儿童健康权益提高到了法律高度。《母婴保健法》颁布后, 原卫生部先后出台了多部配套法规用于保障《母婴保健法》的贯彻实施, 其中包括 1995 年 8 月 7 日颁布并实施的《母婴保健监督员管理办法》(卫妇发〔1995〕第 7 号), 该办法详细规定了从事母婴保健监督工作人

员的资格、任免、职责及奖惩,以期通过加强母婴保健监督员管理,提升母婴保健监督工作的有效性。虽然法律已赋予卫生行政部门在维护医疗卫生服务秩序、保障人民健康权益的行政监管职责,但尚未建立统一的卫生监督执法队伍,母婴保健监督员应在县级以上地方人民政府卫生行政部门和妇幼保健机构中聘任。母婴保健监督员制度对落实医药卫生体制的改革、保障母婴的健康、维护母婴保健市场的秩序,具有十分重要的意义。

随着我国依法治国基本方略的确立,1997年,《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》(中发〔1997〕3号)提出建立具有中国特色的卫生监督执法体系,原国家卫生部在2000年颁布了《关于卫生监督体制改革的意见》(卫办发〔2000〕第16号)(以下简称“《意见》”),其中指出,“地方卫生行政部门要合理划分卫生监督与卫生技术服务职责,将原来由各卫生事业单位承担的卫生监督职能集中,组建卫生监督所,专职承担卫生监督任务”。这促使卫生行政管理从“办卫生”转变为运用法律、法规和政策、规划等手段“管卫生”。2001年,原卫生部对《母婴保健法》进行修订后颁布了《中华人民共和国母婴保健法实施办法》(以下简称“《母婴保健法实施办法》”),明确卫生行政部门的监督管理职责包括对《母婴保健法》和《母婴保健法实施办法》的执行情况进行监督检查,对违反上述法律法规的行为依法给予行政处罚。删除原法中对母婴保健监督员的相关描述,统一为由“卫生监督人员”承担监督职责。依照《意见》和修订后的《母婴保健法实施办法》要求,各地逐步将母婴保健监督工作从母婴保健机构中剥离,纳入卫生监督综合执法中,部分地区成立母婴保健监督科,专门负责行政区域母婴保健工作监督检查、资格审核、证件核发等工作,展开了综合卫生监督中母婴保健监督工作实践。但在2005年原卫生部发布的《关于卫生监督体系建设的若干规定》(卫生部令第39号)第19条对卫生监督主要职责的描述中,并未特别体现母婴保健服务监督。

2013年,国务院根据机构改革和职能转变方案,将原卫生部与原人口和计划生育委员会的职责整合,组建国家卫生和计划生育委员会(以下简称“国家卫计委”)。为深入贯彻卫生计生机构改革与职能转变,国家卫计委于2013年12月31日发布《国家卫生计生委关于切实加强综合监督执法工作的指导意见》(国卫监督发〔2013〕40号),明确将计划生育综合监督纳入综合监督执法三大内容之一,监督内容包括母婴保健、计划生育与人类辅助生殖技术服务监督。截至2016年底,全国已有近30个省级卫生和计划生育委员会监督机构成立了计划生育监督科(处)室。2015年,国家卫计委在全国推广“随机抽查、规范事中事后监管”,建立随机抽取检查对象、随机选派执法检查人员的“双随机”抽查机制,将计划生育日常监督内容纳入国家随机监督抽查计划,抽查对象为从事母婴保健技术服务和计划生育技术服务的机构,检查内容包括机构及人员资质情况、法律法规执行情况、制度建立情况,切实做到与计划生育日常监督工作相结合。

二、母婴保健服务监督工作现状

母婴保健服务监督是卫生健康行政部门按照国家相关法律规定,对开展母婴保健技术服务

的机构和人员执行母婴保健法律法规情况实施监督检查的具体行政行为,是卫生监督工作的重要组成部分。梳理现阶段我国母婴保健服务监督工作现状,发现尚存一些问题。

(一) 法律法规约束力不足

对《母婴保健法》《母婴保健法实施办法》《产前诊断技术管理办法》《新生儿疾病筛查管理办法》等母婴保健相关法律法规中涉及的法律責任进行梳理,发现针对医疗、保健机构中发生的母婴保健相关违法行为涉及的针对机构的行政处罚种类主要为责令改正、警告、没收违法所得、罚款等。仅有《新生儿疾病筛查管理办法》规定,针对医疗机构擅自开展新生儿遗传代谢病筛查实验室检测者,根据《医疗机构管理条例》第 47 条对违法情节严重者,吊销其医疗机构执业许可证。

在实际监督检查工作中发现,机构非法开展母婴保健技术服务如终止妊娠手术,虽然存在一定风险,但因成本低、利润高,医疗机构管理者往往受利益驱动,铤而走险。机构在应对监督检查时,利用母婴保健相关法律法规处罚力度较小等漏洞,以不被吊销医疗机构执业许可证为底线,加之想方设法减少违法所得的认定,降低违法成本,频频从事违法活动。

(二) 卫生监督员专业能力不足

现阶段针对从事母婴保健监督的卫生监督员专业能力的调查研究较少,根据闫婧(2019年)对山东省母婴保健监督员的调查结果,显示约 60% 的母婴保健监督员所学专业为预防医学和临床医学,但仅不足 35% 的被调查人员是专职从事母婴保健监督工作,且相较于助产技术和婚前医学检查知识的知晓率,对产前诊断相关知识的知晓率更低。

从日常的母婴保健技术服务监督工作实践来看,专职从事母婴保健监督工作的监督员尚有余力学习母婴保健技术服务专业知识,在日常监督检查中能做到对母婴保健技术的操作是否符合相关制度及规范进行判断,兼职从事母婴保健监督工作的监督员则流于表面的资质查验,难以识别违规行为,对母婴保健服务监督无法做到全程化、精细化管理。近年来,在母婴保健服务领域出现了大量新兴技术,特别产前诊断中有关的基因检测、产前筛查等内容,更需要执法人员不断学习,与时俱进,掌握前沿科技。从事母婴保健服务监督的卫生监督员若专业知识储备不足,就无法应对日常监督检查工作。如何能有效提高卫生监督员对专业技术知识的储备,做到对母婴保健服务精准管理,提高监管质量,成了卫生监督管理者亟待解决的难题之一。

(三) 对新兴事物监管亟需发展完善

随着经济社会不断发展,不断有新的产业出现,对母婴健康带来新的影响,是否应随之拓展母婴保健服务监督工作的范围值得探讨。

“月子中心”“母婴会所”的出现打破了传统的产后家庭护理模式,产妇和新生儿在上述机构可以获得由经过培训的专业人员提供的全面、细致的家庭式护理。但由于管理不规范引起的母婴健康问题甚至导致新生儿死亡也屡有报道,引起了管理部门的高度重视。2017年5月31日,国家质量监督检验检疫总局、国家标准化委员会联合发布了《母婴保健服务场所通用要求》(GB/T 33855-2017),对为顾客提供非医疗性服务的母婴保健服务机构及其场所,包括场所的设施、环境、卫生、服务、安全等方面作出通用规范性要求。下阶段,如何依据国家标准对“月

子会所”开展监督管理,具体由何单位和部门来负责监管,对于聘用医生及护士的“月子会所”应如何避免非法行医,都应进行积极的探索。

为加强托育机构专业化、规范化建设,国家卫生健康委员会组织制定了《托育机构设置标准(试行)》和《托育机构管理规范(试行)》(国卫人口发〔2019〕58号),自2019年10月8日起执行。其中《托育机构管理规范(试行)》明确卫生监督机构应按照职责加强托育机构卫生保健工作的监督执法,明确了3岁以下婴幼儿照护机构的监管主体,填补了卫生监督体系中学龄前儿童的照护机构的监管空白。但由于尚缺乏上位法的支撑,在日常监管中卫生监督员仍欠缺有效抓手。

三、上海市母婴保健服务关键控制点监管模式

目前,国内关于母婴保健服务监管的研究集中于母婴保健相关立法现状、无证进行母婴保健技术服务案件的案例分析,针对母婴保健服务监管方法的探索研究较少。

“双随机”监督检查制度是国务院明确要求各级政府部门积极探索推广的新型监管模式。2016年,上海作为第一批试点地区之一,开始在国家重点监督抽样检查工作中推广“双随机”工作机制。根据每年的国家随机监督检查计划表,母婴保健、计划生育技术服务机构的监督检查对象包含妇幼保健院、计划生育技术服务机构、其他医疗保健机构,检查内容包括机构及人员资质情况、法律法规执行情况、制度建立情况。其中在法律法规执行情况的检查内容中,包括出具医学证明文件和诊断报告是否符合相关规定、医疗文书是否符合相关规定、开展产前诊断等技术服务是否符合相关要求等,上述工作要求监督员必须全面了解相关规范性文件,同时具有一定的临床知识储备。自2019年开始,国家要求对母婴保健、计划生育技术服务机构的检查覆盖率必须达到100%,进一步加大了基层卫生监督员的工作难度。如何提高基层卫生监督员的培训效率,使随机抽中的卫生监督员尽快全面掌握母婴保健服务的监管方法,进一步提高监管效率,达到“双随机”工作要求,成了市级卫生健康监督机构亟需解决的问题。

危害分析和关键控制点体系(hazard analysis critical control point, HACCP)是一种国际上公认和接受的食品安全保证体系,该体系是对生产(加工)安全食品的一种控制手段,通过对原料、关键生产工序及影响产品安全的人为因素进行分析,确定加工过程中的关键环节,建立、完善监控程序和监控标准,采取规范的纠正措施。上海市卫生健康监督部门借鉴食品生产过程中控制关键环节的概念,在母婴保健服务的监管中探索建立了关键控制点监管机制。该机制瞄准助产技术、节育手术与终止妊娠技术、产前筛查与产前诊断等关注人数较多、社会影响力较大的母婴保健服务内容,对上述技术的正常工作流程进行全面梳理,针对助产技术绘制了孕早期、孕中期、孕晚期、分娩期、产褥期工作流程图,针对产前筛查与产前诊断绘制了产前筛查与产前诊断、孕妇外周血胎儿游离DNA产前筛查工作流程图及节育手术与终止妊娠技术工作流程图。以流程图的方式,使基层卫生监督员迅速对各项母婴保健技术服务的基本内容有整体、直观的了解,掌握流程中对质量安全有影响的关键位点。在监督检查的过程中,实现通过对关键位点的核查达到提高监管效率的目的。

以助产技术中孕早期保健规范流程图 (图 1) 为例, 该流程图综合了《母婴保健法》《母婴保健法实施办法》《上海市母婴保健条例》《上海市孕产妇保健工作规范》(沪卫规〔2020〕005 号) 中对孕早期保健工作的管理要求, 按照《上海市孕产妇保健工作规范》绘制信息上报、转诊路径, 体现上海市妊娠风险预警分类管理的特色。机构资质、人员资质作为基本要求被首先定位为关键控制点; 其次综合考虑临床结局相关性及监管可行性, 将建立“上海市孕产妇健康手册”及妊娠风险预警评估定位为孕早期保健服务相关的关键控制点。在配套工作指引中, 根据监管要求, 通过在社区卫生服务中心查验孕妇登记台账核查“上海市孕产妇健康手册”建立情况; 通过在产科门诊抽查的孕产妇健康服务记录及在产科病房抽查的住院分娩病历中是否张贴预警标识、核查标记的预警颜色是否与建议就诊医疗机构级别相对应, 查验机构妊娠风险预警评估工作的落实情况。

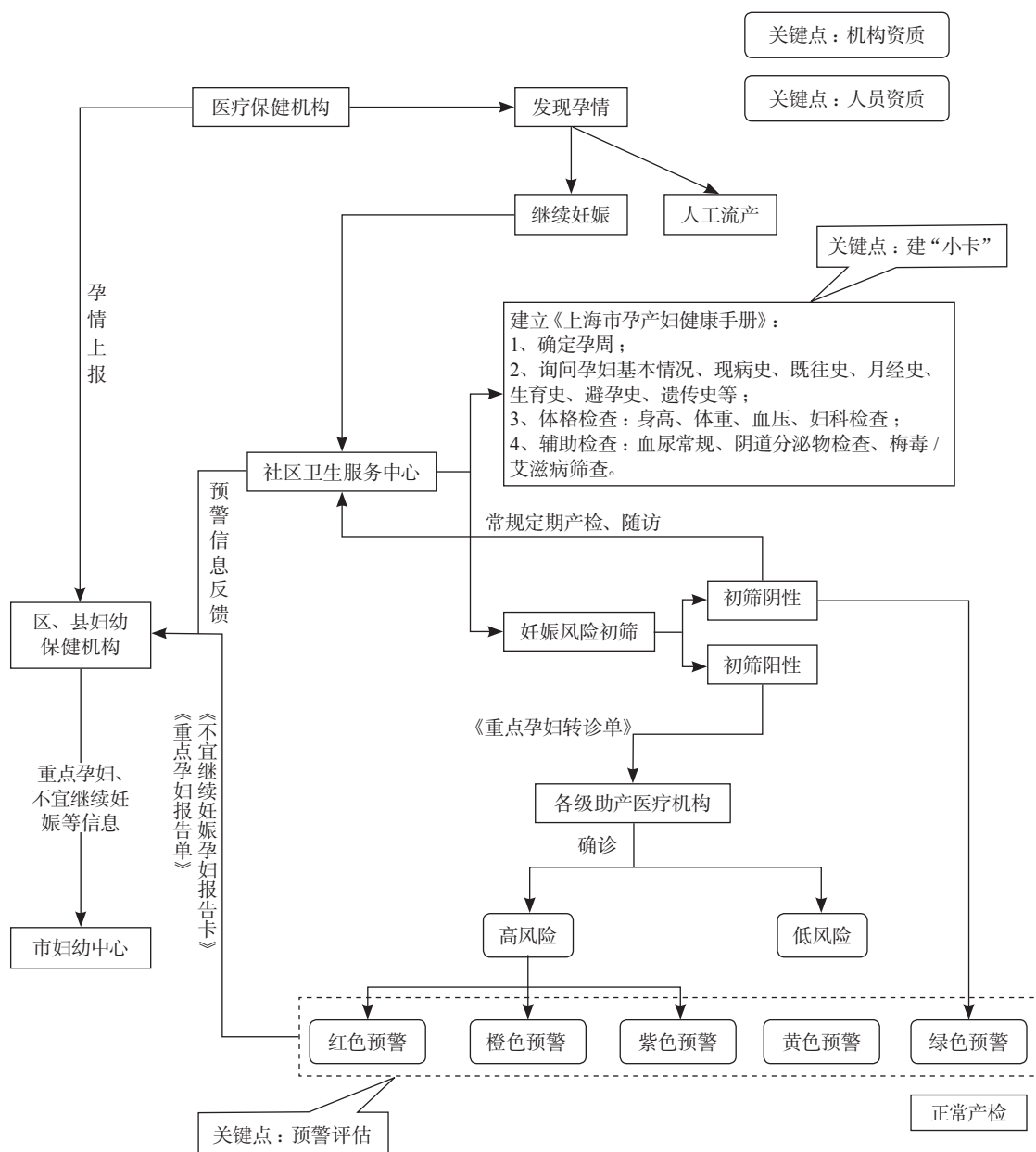


图1 上海市孕早期保健规范流程图

最终,建立了 15 个关键控制点,包含机构资质、人员资质、建立“上海市孕产妇健康手册”、妊娠风险预警评估、建立产前检查记录单、B 超筛查胎儿畸形、血糖筛查、中期引产、产科安全办公室、危重孕产妇转会诊、危重新生儿转运、出生医学证明的管理、新生儿听力筛查、新生儿遗传代谢性疾病筛查、产后 42 d 健康检查。并在配套的工作指引文件中,明确每个关键点的关键等级、监管依据、监管要求、监管方法,起到基层卫生监督员的工具书作用。

在实践中,上海市卫生健康监督部门对全市负责母婴保健服务监管的卫生监督员均针对关键控制点监管机制开展了业务培训,对于卫生监督员队伍中缺乏妇产科临床工作经验的人员而言,该机制在较短的时间内能使卫生监督员全面掌握上述技术的基本流程,弥补临床专业的知识短板,提升专业技术能力。在日常监管中卫生监督员可根据每项技术的工作流程图逐步开展监管,厘清工作思路,保证监管内容不遗漏,提高监管效率。

四、结语

根据党的十八大提出的建设服务型政府、实现健康中国战略目标的指导原则,卫生监督领域正逐步推进服务型行政执法建设,监管范围逐步从医疗服务监管过渡到健康服务业的综合监管。母婴保健服务领域日臻完善的法律法规体系建设为刚性执法提供了强有力的依据,而卫生监督员对专业知识的掌握程度决定了柔性执法的适用范围。良好的母婴保健服务监督管理机制应在母婴保健服务的业务与法律之间搭建桥梁,为建设专业、高效的监督体系提供支持。

主管单位：上海市卫生健康委员会
主办单位：上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）
编辑刊发：《人口信息》编辑部
地 址：上海市建国西路602号C楼302室
邮政编码：200031
电 话：021-33262065
E-mail：rkxibjb@sohu.com
发送对象：上海市卫生和健康系统各单位
印刷数量：1500本
印刷单位：上海欧阳印刷厂有限公司