

# 人口信息

POPULATION INFORMATION

2023年第2期

总247期(双月刊)

**编者按** 本期关注生育及儿童健康相关议题。人口与发展专栏，关注上海市一孩生育特征对二孩出生健康影响及适宜生育间隔探索的研究成果，分析育龄青年群体三孩生育意愿及其影响因素。人口与健康专栏，关注上海市母婴安全管理实践、挑战与思考；分析并总结上海市多年的母婴安全管理经验，并提出相关建议；同时，关注国家儿童医学中心专科联盟建设的创新探索与实践。



上海市卫生健康发展研究中心  
(上海市医学科学技术情报研究所)



# 人口信息

(双月刊)

2023年第2期(总第247期)

名誉主编:黄红

孙常敏

肖泽萍

主编:金春林

副主编:许明飞

执行副主编:信虹云

## 目次

### • 人口与发展 •

上海市一孩生育特征对二孩出生健康影响及适宜生育间隔探索

..... 付晨 祝雅婷 虞慧婷 王春芳 王伟炳 (1)

上海市育龄青年群体三孩生育意愿及其影响因素研究

..... 陈玮 王彦玮 倪俊超 王剑 江赟 袁青 (9)

### • 人口与健康 •

上海市母婴安全管理实践、挑战与思考

..... 闵琛 张炜 吴向泳 (20)

国家儿童医学中心专科联盟建设的创新探索与实践

..... 杨杪 袁琳 贺焜 曹云 徐虹 周文浩 黄瑛 黄国英 (23)

上海市儿童医疗保障制度发展历程与展望

..... 王力男 王贺男 朱碧帆 陈多 (27)



# 上海市一孩生育特征对二孩出生健康影响及 适宜生育间隔探索

付晨<sup>1</sup> 祝雅婷<sup>1</sup> 虞慧婷<sup>1</sup> 王春芳<sup>2</sup> 王伟炳<sup>2</sup>

(1. 上海市疾病预防控制中心, 上海, 200336, 2. 复旦大学公共卫生学院, 上海, 200032)

## 一、研究背景

为积极应对人口老龄化, 推动实现适度生育水平, 我国分别于 2013 年, 2016 年和 2021 年实施单独二孩、全面二孩和三孩生育政策。上海生育二孩的家庭越来越多, 二孩占当年出生总数的比例迅速上升, 从 2004 年的 2.8% 上升至 2017 年的 32.5%, 并维持在 30% 左右, 二孩的出生健康状况受到广泛关注。有研究表明, 一孩的分娩方式、性别、健康状况和生育间隔均会对二孩健康产生影响。受生育政策转变的影响, 我国二孩生育间隔差异很大, 而过短或过长的生育间隔都将增加早产低出生体重的发生风险, 因此探索适宜生育间隔有助于提高人口出生健康水平。

本研究利用 2004-2020 年上海市出生登记数据, 深入分析一孩生育特征和生育间隔对二孩出生健康的影响, 探索适宜生育间隔, 降低二孩不良出生结局发生风险, 助力妇幼部门开展优生优育指导, 为政府制定生育配套政策提供依据。

## 二、资料与方法

### (一) 资料来源

本研究数据来源于上海市出生医学信息系统, 该系统是覆盖上海市所有法定接产医院的全人群登记系统, 每例新生儿出生 7 天内由接产医院直接报告至该系统。每月各区疾病预防控制中心工作人员依据《出生医学记录单》对出生登记信息进行审核, 并定期抽查病史, 以保证及时、准确地收集上海市所有接产医院的出生个案信息。

### (二) 研究对象

本文以上海市出生医学信息系统登记的 2004-2020 年出生信息为基础, 以新生儿登记数据的母亲身份证号码为关键字段匹配生育每个孩子的信息, 形成以产妇为主体的生育登记数据库。剔除出生关键信息缺失的记录 34 252 条。鉴于本文主要分析生育一孩的特征和生育间隔对二孩出生健康的影响, 因此剔除 2 168 502 例只生育一孩的女性, 并剔除因第一孩生育早于 2004 年或在外地生育而未登记在本系统的女性 34 370 例。考虑多胎与单胎婴儿的出生健康不具可比性, 因此剔除生育第二孩时为多胎的女性 3 255 例, 最终纳入 338 651 名产妇作为研究对象。

### (三) 指标定义及分组

#### 1. 出生生育间隔

出生生育间隔 (inter-pregnancy interval, IPI) 也被称为分娩到妊娠时间间隔 (birth to pregnancy, BTP), 指的是一次正常分娩到下一次受孕日期的时间间隔。将生育间隔分为:  $\leq 18$  个月、19~25 个月、26~59 个月、 $\geq 60$  个月 4 个组。

#### 2. 生育特征

依据出生登记产妇年龄特征和世界卫生组织 (World Health Organization, WHO) 人口年龄结构表, 将母亲和父亲按年龄段划分为:  $< 20$  岁、20~24 岁、25~29 岁、30~34 岁、35~39 岁、 $\geq 40$  岁 6 个组。父母的学历划分为: 高中及以下、大学 (含大专)、研究生及以上 3 个组。

#### 3. 出生健康

本文关注的新生儿出生健康主要包括早产和低出生体重。早产, 指胎龄在 37 足周以前出生的活产婴儿, 也称为未成熟儿。低出生体重, 指出生体重低于 2 500 g 的新生儿。按是否早产、是否低出生体重, 将出生婴儿分为: 早产低出生体重、早产正常出生体重、足月产低出生体重、足月产正常出生体重 4 个组。

### (四) 统计学分析

采用 Office Access 2007 进行出生数据的录入与管理, 采用统计软件 R 进行数据整理分析。利用频数 ( $n$ ) 和百分比 (%) 描述女性生育一孩和二孩的特征分布, 并用卡方检验或 Fisher 确切概率检验进行组间比较。将差异有意义的因素作为自变量 (变量的赋值情况见表 1), 以早产低出生体重作为因变量, 采用无序多分类 logistic 逐步回归法 (双侧检验水准  $\alpha=0.05$ , 剔除水准为  $\beta=0.1$ 。), 分析二孩早产低出生体重的影响因素。

表1 变量的赋值情况

变 量	量	赋值
二孩出生健康	Y	足月产正常出生体重 =0, 早产低出生体重 =1, 早产正常出生体重 =2, 足月产低出生体重 =3
母亲户籍	X1	沪籍 =1, 非沪籍 =0
一孩婴儿性别	X2	男 =1, 女 =2
二孩婴儿性别	X3	男 =1, 女 =2
一孩母亲年龄	X4	$< 20$ 岁 =0, 20~24 岁 =1, 25~29 岁 =2, 30~34 岁 =3, 35~39 岁 =4, $\geq 40$ 岁 =5
一孩父亲年龄	X5	$< 20$ 岁 =0, 20~24 岁 =1, 25~29 岁 =2, 30~34 岁 =3, 35~39 岁 =4, $\geq 40$ 岁 =5
母亲学历	X6	高中及以下 =0, 大学 (含大专) =1, 研究生及以上 =2
父亲学历	X7	高中及以下 =0, 大学 (含大专) =1, 研究生及以上 =3
二孩母亲年龄	X8	$< 20$ 岁 =0, 20~24 岁 =1, 25~29 岁 =2, 30~34 岁 =3, 35~39 岁 =4, $\geq 40$ 岁 =5
二孩父亲年龄	X9	$< 20$ 岁 =0, 20~24 岁 =1, 25~29 岁 =2, 30~34 岁 =3, 35~39 岁 =4, $\geq 40$ 岁 =5
二孩生育间隔	X10	$\leq 18$ 个月 =0, 19~25 个月 =1, 26~59 个月 =2, $\geq 60$ 个月 =3
一孩分娩方式	X11	阴道分娩 =0, 剖宫产 =1, 其他 =2 (含臀助产、胎吸、产钳)
一孩流产次数	X12	0 次 =0, 1 次 =1, 2 次 =2, 3 次 =3, $\geq 4$ 次 =4
二孩流产次数	X13	0 次 =0, 1 次 =1, 2 次 =2, 3 次 =3, $\geq 4$ 次 =4
一孩出生健康	X14	足月产正常出生体重 =0, 早产低出生体重 =1, 早产正常出生体重 =2, 足月产低出生体重 =3
母亲出生年份	X15	1959-1969 年 =0, 1970-1979 年 =1, 1980-1989 年 =2, 1990-1999 年 =3, 2000 年及以后 =4
一孩是否多胎	X16	是 =1, 否 =0

### 三、结果

#### （一）上海市生育二孩人群的基本特征

本研究共纳入 2004-2020 年生育二孩的女性 338 651 人，其中 73.59% 为沪籍产妇，71.00% 的产妇出生于 20 世纪 80 年代，21.22% 出生于 90 年代（表 2）。生育二孩的女性中 54.79% 的学历为高中及以下学历，且学历越高占比越低，父亲学历分布也类似。

表2 2004-2020年上海市生育二孩人群的基本特征

基本特征	人数(人)	占比(%)
母亲户籍		
沪籍	249 228	73.59
非沪籍	89 423	26.41
母亲学历		
高中及以下	185 553	54.79
大学(含大专)	130 236	38.46
研究生及以上	22 862	6.75
父亲学历		
高中及以下	181 973	53.73
大学(含大专)	125 063	36.93
研究生及以上	31 615	9.34
母亲出生年份		
1959-1969 年	52	0.02
1970-1979 年	26 009	7.68
1980-1989 年	240 436	71.00
1990-1999 年	71 847	21.22
2000 年及以后	301	0.09

2004-2020 年，生育一孩时母亲年龄以 20~29 岁为主（占 80.47%），而生育二孩年龄主要分布于 25~34 岁（占 68.67%）。生育二孩时的剖宫产率（45.26%）高于生育一孩时的剖宫产率（40.95%）。生育二孩时无流产史的产妇占比（50.02%）也较生育一孩时（68.98%）降低。生育间隔跨度较大，生育间隔小于 18 个月的占 20.06%，大于 60 个月的占 29.73%（表 3）。

表3 2004-2020年上海市一孩和二孩生育间隔及特征比较

	一孩 (人数 / 占比)	二孩 (人数 / 占比)	P
婴儿性别			<0.001
男	153 477 (45.32)	182 726 (53.96)	
女	185 174 (54.68)	155 886 (46.04)	
母亲年龄			<0.001
<20 岁	20 711 (6.12)	2 612 (0.77)	
20~24 岁	125 483 (37.05)	48 250 (14.25)	
25~29 岁	147 051 (43.42)	105 936 (31.29)	
30~34 岁	42 395 (12.52)	126 579 (37.38)	
35~39 岁	2 933 (0.87)	50 757 (14.99)	
≥ 40 岁	72 (0.02)	4 476 (1.32)	
父亲年龄			<0.001
<20 岁	9 833 (2.91)	958 (0.28)	
20~24 岁	92 569 (27.44)	33 934 (10.04)	
25~29 岁	141 802 (42.03)	85 871 (25.40)	
30~34 岁	73 993 (21.93)	118 914 (35.17)	
35~39 岁	14 437 (4.28)	74 763 (22.11)	
≥ 40 岁	4 775 (1.42)	23 681 (7.00)	
分娩方式			<0.001
阴道分娩	192 431 (56.82)	182 784 (54.98)	
剖宫产	138 689 (40.95)	153 270 (45.26)	
其他	7 531 (2.22)	2 558 (0.76)	
流产次数			<0.001
0 次	233 611 (68.98)	169 380 (50.02)	
1 次	77 689 (22.94)	108 926 (32.17)	
2 次	21 124 (6.24)	43 832 (12.94)	
3 次	4 739 (1.40)	12 400 (3.66)	
≥ 4 次	1 488 (0.44)	4 074 (1.20)	
婴儿健康状况			<0.001
足月产正常出生体重	322 292 (95.17)	321 952 (95.08)	
早产低出生体重	5 694 (1.68)	5 528 (1.63)	
早产正常出生体重	7 179 (2.12)	8 887 (2.62)	
足月产低出生体重	3 486 (1.03)	2 245 (0.66)	
二孩生育间隔			—
≤ 18 个月	—	67 937 (20.06)	
19~25 个月	—	26 124 (7.71)	
26~59 个月	—	143 914 (42.50)	
≥ 60 个月	—	100 676 (29.73)	

## (二) 二孩出生健康的多因素 logistic 回归分析结果

logistic 回归分析结果显示, 生育间隔过短 ( $\leq 18$  个月) 或过长 ( $\geq 60$  个月) 都会增加二孩发生早产低出生体重的风险 (表 4)。与 19~59 个月的生育间隔相比, 其中生育间隔过短, 二孩发生早产低出生体重的风险升高 1.28 倍 (95%CI: 1.18~1.39), 发生早产正常出生体重的风险升高 1.29 倍 (95%CI: 1.21~1.37); 生育间隔过长, 发生早产低出生体重的风险升高 1.26 倍 (95%CI:



1.18~1.35), 发生早产正常出生体重的风险升高 1.23 倍 (95%CI: 1.17~1.30)。

相较于 20~29 岁的产妇, 低龄产妇 (<20 岁) 和高龄产妇 (≥ 40 岁) 发生早产和低出生体重的风险要更高。其中低龄产妇发生早产低出生体重的风险升高 1.66 倍 (95% CI: 1.25~2.20), 发生足月产低出生体重的风险升高 2.40 倍 (95%CI: 1.67~3.45); 高龄产妇发生早产低出生体重的风险升高 1.98 倍 (95%CI: 1.65~2.39), 发生早产正常出生体重的风险升高 1.78 倍 (95%CI: 1.53~2.06)。

一孩剖宫产的产妇, 相较于一孩阴道分娩的产妇生育二孩时发生早产低出生体重的风险分别增加了 1.20 倍 (95% CI: 1.13~1.27)、1.34 倍 (95% CI: 1.28~1.40) 和 1.15 倍 (95% CI: 1.05~1.26)。相较无流产史的产妇, 生育二孩时流产次数高 (≥ 4 次) 发生早产低出生体重的风险增加 1.80 倍 (95%CI: 1.51~2.05)。

一孩发生过早产低出生体重者, 二孩也发生早产低出生体重结局的风险显著升高。一孩为早产低出生体重儿, 二孩发生早产低出生体重的风险增加 10.05 倍 (95%CI: 9.18~11.00), 发生早产正常出生体重的风险增加 4.48 倍 (95%CI: 4.07~4.94), 发生足月产低出生体重的风险增加 5.35 倍 (95%CI: 4.49~6.39)。

表4 2004-2020年上海市二孩早产与低出生体重的多因素logistic回归分析结果

影响因素 二孩生育间隔	早产				足月产		
	低出生体重		正常出生体重		低出生体重		正常出生体重
	N(%)	OR 值 (95% CI)	N (%)	OR 值 (95% CI)	N (%)	OR 值 (95% CI)	N (%)
≤ 18 个月	1 052 (1.55)	1.28 (1.18~1.39)	1 752 (2.59)	1.29 (1.21~1.37)	447 (0.66)	1.04 (0.91~1.18)	64 505 (95.20)
19~25 个月	444 (1.41)	1.07 (0.97~1.19)	712 (2.27)	1.01 (0.93~1.10)	192 (0.61)	0.92 (0.79~1.09)	30 064 (95.71)
26~59 个月	2 023 (1.43)	ref.	3 357 (2.37)	ref.	867 (0.61)	ref.	135 361 (95.59)
≥ 60 个月	2 037 (2.08)	1.26 (1.18~1.35)	3 167 (3.24)	1.23 (1.17~1.30)	682 (0.70)	1.10 (0.99~1.23)	91 880 (93.98)
二孩母亲年龄							
<20 岁	53 (2.34)	1.66 (1.25~2.20)	76 (3.35)	1.50 (1.20~1.88)	33 (1.46)	2.40 (1.67~3.45)	2 106 (92.86)
20~24 岁	604 (1.34)	1.03 (0.93~1.13)	979 (2.17)	0.92 (0.85~1.00)	345 (0.77)	1.33 (1.16~1.52)	43 170 (95.72)
25~29 岁	1 378 (1.29)	ref.	2 478 (2.33)	ref.	633 (0.59)	ref.	101 978 (95.78)
30~34 岁	2 173 (1.69)	1.30 (1.21~1.39)	3 513 (2.74)	1.15 (1.09~1.21)	773 (0.60)	0.98 (0.87~1.09)	121 879 (94.97)
35~39 岁	1 211 (2.34)	1.65 (1.51~1.80)	1 742 (3.36)	1.33 (1.24~1.42)	359 (0.69)	1.11 (0.97~1.28)	48 521 (93.61)
≥ 40 岁	142 (3.06)	1.98 (1.65~2.39)	206 (4.44)	1.78 (1.53~2.06)	46 (0.99)	1.44 (1.05~1.97)	4 250 (91.52)

表4 2004-2020年上海市二孩早产与低出生体重的多因素logistic回归分析结果(续)

影响因素 二孩生育间隔	早产				足月产		
	低出生体重		正常出生体重		低出生体重		正常出生体重
	N(%)	OR 值 (95% CI)	N(%)	OR 值 (95% CI)	N(%)	OR 值 (95% CI)	N(%)
一孩婴儿性别							
男性	2 711 (1.77)	ref.	7 141 (2.86)	ref.	1 061 (0.69)	ref.	145 312 (94.68)
女性	2 850 (1.54)	0.90 (0.85~0.95)	4 171 (2.48)	0.87 (0.84~0.91)	1 128 (0.61)	0.88 (0.81~0.96)	176 592 (95.37)
二孩婴儿性别							
男性	3 062 (1.64)	ref.	5 541 (2.96)	ref.	930 (0.50)	ref.	177 719 (94.91)
女性	2 499 (1.65)	0.98 (0.93~1.04)	3 453 (2.28)	0.75 (0.71~0.78)	1 259 (0.83)	1.70 (1.56~1.85)	144 188 (95.24)
一孩是否为多胎							
是	3 (0.78)	0.07 (0.02~0.27)	19 (4.91)	0.56 (0.34~0.93)	2 (0.52)	0.26 (0.07~0.97)	363 (93.80)
否	5 558 (1.64)	ref.	8 975 (2.65)	ref.	2 187 (0.65)	ref.	321 544 (95.06)
一孩分娩方式							
阴道分娩	2 871 (1.49)	ref.	9 181 (2.31)	ref.	1 184 (0.62)	ref.	183 932 (95.58)
剖宫产	2 573 (1.86)	1.20 (1.13~1.27)	6 131 (3.13)	1.34 (1.28~1.40)	964 (0.70)	1.15 (1.05~1.26)	130 812 (94.32)
其他	117 (1.55)	0.78 (0.63~0.96)	5 711 (2.82)	1.24 (1.08~1.42)	41 (0.54)	0.84 (0.61~1.16)	7 161 (95.09)
一孩健康状况							
早产低出生体重	4 449 (1.38)	10.05 (9.18~11.00)	8 301 (2.40)	4.48 (4.07~4.94)	1 836 (0.57)	5.35 (4.49~6.39)	308 284 (95.65)
早产正常出生体重	623 (10.94)	3.56 (3.16~4.01)	944 410 (8.69)	4.30 (3.95~4.68)	131 (2.30)	1.35 (1.02~1.79)	4 446 (78.06)
足月产低出生体重	318 (4.43)	4.08 (3.48~4.78)	3 614 (9.21)	1.64 (1.36~1.97)	50 (0.70)	9.66 (8.22~11.36)	6 153 (85.67)
足月产正常出生体重	171 (4.91)	ref.	1 304 (3.30)	ref.	172 (4.93)	ref.	3 021 (86.86)
二孩流产次数							
0 次	2 596 (1.55)	ref.	4 170 (2.49)	ref.	1 071 (0.64)	ref.	159 893 (95.33)
1 次	1703 (1.55)	0.97 (0.91~1.04)	2919 (2.66)	1.04 (0.99~1.09)	707 (0.65)	0.99 (0.89~1.09)	104227 (95.14)
2 次	809 (1.82)	1.07 (0.99~1.17)	1314 (2.95)	1.10 (1.03~1.17)	279 (0.63)	0.95 (0.83~1.09)	42144 (94.61)

表4 2004-2020年上海市二孩早产与低出生体重的多因素logistic回归分析结果(续)

影响因素 二孩生育间隔	早产				足月产		
	低出生体重		正常出生体重		低出生体重	正常出生体重	
	N(%)	OR 值 (95% CI)	N(%)	OR 值 (95% CI)	N(%)	OR 值 (95% CI)	N(%)
3 次	318 (2.52)	1.39 (1.23~1.57)	450 (3.56)	1.29 (1.17~1.43)	102 (0.81)	1.18 (0.95~1.46)	11 767 (93.12)
≥ 4 次	135 (3.23)	1.80 (1.51~2.15)	141 (3.37)	1.18 (0.99~1.40)	30 (0.72)	1.36 (0.98~1.88)	3 876 (92.68)

注:与健康儿童(足月产正常出生体重)组比较。

N(%)为各组的组数及所占的比例。

ref.表示该分类变量的对照组。

#### 四、讨论

本研究通过分析 2004-2020 年上海市生育二孩的产妇和新生儿特征,发现 IPI 为 19~59 个月时早产低出生体重和早产正常出生体重的发生风险较低, IPI 过长或过短均会增加风险。IPI 过短增加的风险,可能与围产期营养物质(如叶酸)大量消耗且在短时间内无法得到有效补充,以及生殖道炎症还没有恢复而导致母亲妊娠并发症发生风险有关。IPI 过长增加的风险,可能与产妇生殖系统在孕期会发生一系列的生理性适应性改变(如增加子宫血流量和生殖系统的其他生理和解剖适应),分娩后这些能力逐渐下降有关。

研究结果显示,产妇的生育年龄与二孩健康状况密切相关。低龄产妇生殖系统发育尚不成熟,生育能力较低,所需营养需要满足产妇和胎儿发育的双重需要,容易发生营养不良,引发胎儿畸形、低出生体重和胎儿生长受限等问题。高龄产妇年龄过大,卵巢功能减退,激素水平下降,早产、低出生体重等风险也上升。年龄过低或过高发生早产低出生体重等的风险都会增加,呈“U”型关系。

本研究发现剖宫产史是二孩早产低出生体重等出生健康状况的重要影响因素。既往研究也显示,初产剖宫分娩,二胎发生早产低出生体重儿、巨大儿、新生儿黄疸的风险增高。尤其是有剖宫产史且生育间隔过短的产妇,子宫瘢痕还未达到能自然分娩的张力要求,进一步增加早产发生的风险。另外,相较于无早产低出生体重等生育史的女性,有早产低出生体重等生育史的女性再次发生相关出生健康结局的风险增加 2~10 倍。

综合生育间隔和生育年龄对出生儿童的健康影响,本文发现 20~24 岁为女性生育一孩的适宜年龄,早于目前我国主要推荐的 25~29 岁适宜生育年龄。20~24 岁生育一孩后,间隔 19~59 个月,25~29 岁为二孩适宜生育年龄。虽然当前生育间隔作为一种生育政策的实施手段已退出历史舞台,但是恰当的生育间隔对母婴健康更有益,应被重视并倡导,实现从政策主导的被动生育间隔到自主的间隔生育的转变。妇幼工作人员可依据出生健康状况与生育间隔的关系,对产妇的生育计划进行指导,并倡导自然分娩,减少无手术指征的剖宫产手术。同时关注短生育间隔的二胎产妇和有早产低出生体重等生育史的产妇,进行建档立卡,重点监护、纳入高危管理、加强孕期保健和知识宣教,以改善围产期结局,提高母婴健康水平。

# 上海市育龄青年群体三孩生育意愿及其影响因素研究

陈玮<sup>1</sup> 王彦玮<sup>1</sup> 倪俊超<sup>1</sup> 王剑<sup>2</sup> 江赉<sup>3</sup> 袁青<sup>3</sup>

(1. 上海交通大学医学院附属瑞金医院, 上海, 200025,

2. 共青团上海市市级机关工作委员会, 上海, 200031,

3. 上海市嘉定区新成路街道, 上海, 201822)

党的二十大报告提出,“推进健康中国建设”“把保障人民健康放在优先发展的战略位置”“建立生育支持政策体系”“实施积极应对人口老龄化国家战略”,表明支持生育、积极应对人口老龄化摆到突出位置。上海市是中国生育率下降最早、生育率最低的地区之一,是最为典型的处于极低生育水平的特大型城市。由于全面二孩政策,2012年上海市总生育率(total fertility rate, TFR)升至1.07,但2013年跌回0.98。当前我国正处于人口大国向人力资本强国转变的重大战略机遇期,研究生育意愿是人口学和社会学领域的一个重要问题,更是制定国家公共政策的重要依据之一。

## 一、调查对象与方法

### (一) 调查对象

调查对象为上海市城区育龄青年群体,年龄覆盖15~40岁。

### (二) 抽样方法

课题组自行设计问卷,分别选择不同年龄段的育龄青年,由调查对象通过问卷星填写问卷,采用目的抽样方式,在市级机关单位、国有企事业单位、民营/私营企业、外资/合资企业等渠道发放问卷。共计发放问卷3 827份,通过Python数据模型进行数据清洗及质量控制,得到有效问卷3 780份,有效率98.8%。

### (三) 统计学方法

使用EpiData建立数据库,SPSS28.0进行数据统计分析。依据数据特点,通过描述性分析、交叉表检验、独立样本 $t$ 检验、回归分析进行三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

育龄青年年龄区间在26~30岁占比最高,为33.28%(1 258/3 780),其次是31~35岁占比为

27.12% (1 025/3 780); 独生子女占比为 72.22% (2 730/3 780); 上海市城镇户籍占比最高, 为 71.27% (2 694/3 780); 已婚占比为 57.22% (2 163/3 780); 大学本科学历占比最高, 为 56.51% (2 136/3 780); 就职于国有企事业单位人员占比最高, 为 42.28% (1 598/3 780), 其次是国家机关单位公职人员, 占比为 39.97% (1 511/3 780); 家庭月收入在 5000~20000 元区间占比为 61.03% (2 307/3 780)。

## (二) 生育意愿

被调查者中, 理想子女数为一孩的比例为 22.72% (859/3 780), 二孩的比例为 38.39% (1 451/3 780), 三孩的比例为 2.62% (99/3 780) (表 1)。其中, “儿女双全” 占比最高, 为 35.58% (1 345/3 780); 其次是一个女孩, 为 15.53% (587/3 780); 一个男孩, 为 7.20% (272/3 780) (表 2)。可以看出, 本市育龄青年认为 “儿女双全” 最为理想; 若生育一孩, 女孩较为理想。

经统计学检验, 年龄、性别、独生子女 (夫妻类型)、学历、职业、家庭月收入、户籍的理想子女数差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ ) (表 1)。一是随着年龄增大, 理想子女数有所增加; 二是男性较女性理想子女数较多; 三是非独生子女组成的家庭的理想子女数大于独生子女组成的家庭; 四是随着文化程度的提高, 理想子女数增多; 五是就职于外资 / 合资者对于理想子女数为二孩的占比最高, 自由职业者对于理想子女数为三孩的占比最高; 六是随着家庭月收入  $> 70\,000$  元, 理想子女数为二孩的比例增加, 为三孩的比例也增加 (除 “家庭月收入  $< 5\,000$  元” 组别); 七是上海市城镇户籍家庭的理想子女数为三孩的占比最高, 非上海户籍家庭的理想子女数为二孩的占比最高, 上海市农村户籍家庭的理想子女数为一孩的占比最高。

表1 2022年上海市人口学特征与家庭理想子女数及性别偏好

影响因素	N	理想子女数及性别偏好 [人数 (%) ]				$\chi^2$	P
		1 孩	2 孩	3 孩	无偏好		
年龄						267.064	<0.01
<20 岁	20	8(40.00)	2(10.00)	0(0.00)	10(50.00)		
20~25 岁	710	151(21.27)	193(27.18)	17(2.39)	349(49.16)		
26~30 岁	1258	310(24.64)	430(34.18)	14(1.11)	504(40.07)		
31~35 岁	1025	239(23.32)	434(42.34)	29(2.83)	323(31.51)		
36~40 岁	550	106(19.27)	278(50.55)	23(4.18)	143(26.00)		
>40 岁	217	45(20.74)	114(52.53)	16(7.37)	42(19.36)		
性别						41.373	<0.01
男	2043	491(24.03)	795(38.91)	73(3.57)	684(33.49)		
女	1737	368(21.19)	656(37.77)	26(1.50)	687(39.54)		
独生子女 (夫妻类型)						46.302	<0.01
是	2730	659(24.14)	977(35.79)	62(2.27)	1 032(37.80)		
否	1050	200(19.05)	474(45.14)	37(3.52)	339(32.29)		
学历						152.737	<0.01
初中及以下	14	3(21.43)	5(35.71)	0(0.00)	6(42.86)		
中专 / 高中	135	49(36.30)	43(31.85)	4(2.96)	39(28.89)		
专科	443	163(36.79)	133(30.02)	2(0.45)	145(32.74)		
本科	2136	476(22.28)	786(36.80)	56(2.62)	818(38.30)		
研究生及以上	1052	168(15.97)	484(46.01)	37(3.52)	363(34.50)		
职业						192.684	<0.01
国家机关	1511	295(19.52)	629(41.63)	46(3.04)	541(35.81)		
国有企事业	1598	430(26.91)	578(36.17)	23(1.44)	567(35.48)		
合资企业	28	3(10.71)	14(50.00)	1(3.57)	10(35.72)		
外资企业	186	40(21.51)	89(47.85)	7(3.76)	50(26.88)		
民企 / 私企	293	48(16.38)	91(31.06)	13(4.44)	141(48.12)		
自由职业者	33	9(27.27)	9(27.27)	7(21.21)	8(24.25)		
务农	3	0(0.00)	1(33.33)	0(0.00)	2(66.67)		
学生	32	9(28.13)	9(28.13)	0(0.00)	14(43.74)		
全职爸妈	5	1(20.00)	2(40.00)	0(0.00)	2(40.00)		
其他	91	24(26.37)	29(31.87)	2(2.20)	36(39.56)		
家庭月收入						228.352	<0.01
<5 000 元	444	106(23.87)	118(26.58)	12(2.70)	208(46.85)		
5 000~10 000 元	1181	265(22.44)	364(30.82)	20(1.69)	532(45.05)		
10 001~20 000 元	1126	268(23.80)	471(41.83)	26(2.31)	361(32.06)		
20 001~50 000 元	829	180(21.71)	395(47.65)	28(3.38)	226(27.26)		
50 001~70 000 元	88	16(18.18)	47(53.41)	5(5.68)	20(22.73)		
>70 000 元	112	24(21.43)	56(50.00)	8(7.14)	24(21.43)		
户籍						69.776	<0.01
上海城镇	2694	614(22.79)	1 007(37.38)	78(2.90)	995(36.93)		
非上海城镇	524	97(18.51)	215(41.03)	12(2.29)	200(38.17)		
上海农村	179	71(39.66)	52(29.05)	0(0.00)	56(31.29)		
非上海农村	383	77(20.10)	177(46.21)	9(2.35)	120(31.34)		
总体情况							
整体	3780	859(22.72)	1 451(38.39)	99(2.62)	1 371(36.27)		

表2 2022年上海市人口学性别特征与家庭理想子女数及性别偏好

理想子女数及性别偏好	性别 [人数 (%) ]			$\chi^2$	P
	男	女	整体		
1 男	159 (7.78)	113 (6.51)	272 (7.20)	41.373	<0.01
1 女	332 (16.25)	255 (14.68)	587 (15.53)		
1 男 1 女	753 (36.86)	592 (34.08)	1 345 (35.58)		
2 男	9 (0.44)	14 (0.81)	23 (0.61)		
2 女	33 (1.62)	50 (2.88)	83 (2.20)		
2 男 1 女	43 (2.10)	15 (0.86)	58 (1.53)		
1 男 2 女	17 (0.83)	5 (0.29)	22 (0.58)		
3 男	9 (0.44)	3 (0.17)	12 (0.32)		
3 女	4 (0.20)	3 (0.17)	7 (0.19)		
无偏好	684 (33.48)	687 (39.55)	1371 (36.26)		
合计	2 043 (100.00)	1 737 (100.00)	3 780 (100.00)		

### (三) 三孩生育意愿影响因素

#### 1. 单因素分析

“三孩政策”后,有 89.23% (3 373/3 780) 明确表示没有生育三孩意愿、3.23% (122/3 780) 表示有生育三孩意愿、7.54% (285/3 780) 表示尚未确定。本次调查来看,现有“三孩政策”对本市育龄青年生育意愿的影响非常有限(表 3)。单因素分析发现:性别、年龄、现有孩子数量、独生子女(夫妻类型)、户籍、学历、家庭月收入、上海购房情况、婚姻状况与三孩生育意愿有统计学差异( $P < 0.05$ ),宗教信仰、政治面貌与三孩生育意愿差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

表3 2022年上海市三孩生育意愿单因素分析

影响因素	N	三孩生育意愿【人数 (%)】			$\chi^2$	P
		无意愿	未确定	有意愿		
性别					56.291	<0.01
男	2043	1752 (85.76)	201 (9.84)	90 (4.41)		
女	1737	1621 (93.32)	84 (4.84)	32 (1.84)		
年龄					267.064	<0.01
<20 岁	20	17 (85.00)	2 (10.00)	1 (5.00)		
20~25 岁	710	590 (83.10)	99 (13.94)	21 (2.96)		
26~30 岁	1258	1130 (89.82)	100 (7.95)	28 (2.23)		
31~35 岁	1025	931 (90.83)	55 (5.37)	39 (3.80)		
36~40 岁	550	507 (92.19)	24 (4.36)	19 (3.45)		
>40 岁	217	198 (91.25)	5 (2.30)	14 (6.45)		

表3 2022年上海市三孩生育意愿单因素分析(续)

影响因素	N	三孩生育意愿【人数(%)】			$\chi^2$	P
		无意愿	未确定	有意愿		
现有孩子数量					74.546	<0.01
无/怀孕中	2091	1814 (86.76)	214 (10.23)	63 (3.01)		
1孩	1322	1230 (93.04)	51 (3.86)	41 (3.10)		
2孩	357	323 (90.48)	19 (5.32)	15 (4.20)		
3孩及以上	10	6 (60.00)	1 (10.00)	3 (30.00)		
独生子女					7.517	0.023
是	2730	2459 (90.08)	192 (7.03)	79 (2.89)		
否	1050	914 (87.04)	93 (8.86)	43 (4.10)		
户籍					29.222	<0.01
上海城镇	2694	2433 (90.31)	171 (6.35)	90 (3.34)		
非上海城镇	524	451 (86.07)	60 (11.45)	13 (2.48)		
上海农村	179	163 (91.06)	9 (5.03)	7 (3.91)		
非上海农村	383	326 (85.12)	45 (11.75)	12 (3.13)		
学历					44.847	<0.01
初中及以下	14	12 (85.71)	2 (14.29)			
中专/高中	135	109 (80.74)	17 (12.59)	9 (6.67)		
专科	443	378 (85.33)	59 (13.32)	6 (1.35)		
本科	2136	1921 (89.93)	148 (6.93)	67 (3.14)		
研究生及以上	1052	953 (90.59)	59 (5.61)	40 (3.80)		
家庭月收入					62.907	<0.01
<5 000 元	444	369 (83.11)	52 (11.71)	23 (5.18)		
5 000~10 000 元	1181	1039 (87.98)	118 (9.99)	24 (2.03)		
10 001~20 000 元	1126	1028 (91.30)	67 (5.95%)	31 (2.75)		
20 001~50 000 元	829	763 (92.04)	37 (4.46)	29 (3.50)		
50 001~70 000 元	88	74 (84.09)	6 (6.82)	8 (9.09)		
>70 000 元	112	100 (89.29)	5 (4.46)	7 (6.25)		
上海购房情况					37.540	<0.01
是	2494	2269 (90.98)	141 (5.65)	84 (3.37)		
否	1286	1104 (85.85)	144 (11.20)	38 (2.95)		
婚姻状况					42.120	<0.01
未婚	1617	1394 (86.21)	174 (10.76)	49 (3.03)		
已婚	2163	1979 (91.49)	111 (5.13)	73 (3.37)		
宗教信仰					6.039	0.051
是	177	156 (88.14)	10 (5.65)	11 (6.21)		
否	3603	3217 (89.29)	275 (7.63)	111 (3.08)		
政治面貌					3.296	0.192
党员	1528	1379 (90.25)	101 (6.61)	48 (3.14)		
非党员	2252	1994 (88.54)	184 (8.17)	74 (3.29)		
总体情况						
总体情况	3780	3373 (89.23)	285 (7.54)	122 (3.23)		



## 2. 多元有序 logistic 回归

将性别、年龄、现有孩子数量、独生子女(夫妻类型)、户籍、学历、家庭月收入、上海购房情况、婚姻状况,作为因子纳入多元有序 logistic 回归分析,平行线检验的结果为  $\chi^2 = 86.555, P=0.116, P > 0.05$  说明比例优势假设存在。结果表明,提高本市育龄青年三孩生育意愿,受到性别、年龄、独生子女(夫妻类型)、户籍、学历、上海购房情况、婚姻状况等因素影响 ( $P < 0.05$ ),不同家庭月收入对提高本市育龄青年三孩生育意愿没有统计学差异 ( $P > 0.05$ ) (表 4)。

表4 2022年上海市生育影响因素多元有序logistic回归模型

变量	B	标准误差	Wald $\chi^2$	OR 值	95% CI		P
					下限	上限	
性别							
男	0.769	0.088	76.371	2.158	1.817	2.565	< 0.01
女	-	-	-	1.000	-	-	-
年龄							
<20 岁	-0.035	0.642	0.003	0.966	0.275	3.397	0.957
20~25 岁	0.907	0.224	16.383	2.477	1.597	3.842	< 0.01
26~30 岁	0.572	0.211	7.343	1.772	1.171	2.680	0.007
31~35 岁	0.432	0.209	4.294	1.540	1.023	2.319	0.038
36~40 岁	0.272	0.219	1.533	1.313	0.854	2.018	0.216
>40 岁	-	-	-	1.000	-	-	-
现有孩子数量							
无 / 怀孕中	-1.77	0.587	9.099	0.170	0.054	0.538	0.003
1 孩	-2.183	0.58	14.188	0.113	0.036	0.351	< 0.01
2 孩	-1.751	0.589	8.85	0.174	0.055	0.550	0.003
3 孩及以上	-	-	-	1.000	-	-	-
独生子女							
是	-0.302	0.095	10.176	0.739	0.614	0.890	0.001
否	-	-	-	1.000	-	-	-
户籍							
上海城镇	-0.066	0.142	0.22	0.936	0.709	1.235	0.639
非上海城镇	0.121	0.158	0.593	1.129	0.829	1.539	0.441
上海农村	-0.536	0.239	5.016	0.585	0.366	0.935	0.025
非上海农村	-	-	-	1.000	-	-	-
学历 / 在读学历							
初中及以下	-0.573	0.767	0.559	0.564	0.125	2.535	0.455
中专 / 高中	0.302	0.209	2.09	1.353	0.899	2.036	0.148
专科	-0.207	0.147	1.967	0.813	0.609	1.085	0.161
本科	-0.225	0.099	5.234	0.799	0.658	0.969	0.022
研究生及以上	-	-	-	1.000	-	-	-
家庭月收入							
<5 000 元	-0.258	0.267	0.93	0.773	0.457	1.305	0.335
5 000~10 000 元	-0.451	0.25	3.24	0.637	0.390	1.041	0.072
10 001~20 000 元	-0.405	0.246	2.709	0.667	0.412	1.080	0.1
20 001~50 000 元	-0.347	0.246	1.982	0.707	0.436	1.146	0.159
50 001~70 000 元	0.073	0.335	0.047	1.076	0.558	2.075	0.828
>70 000 元	-	-	-	1.000	-	-	-
上海购房情况							
是	-0.029	0.106	0.076	0.971	0.790	1.195	0.783
否	-	-	-	1.000	-	-	-
婚姻状况							
未婚	-0.103	0.135	0.588	0.902	0.693	1.175	0.443
已婚	-	-	-	1.000	-	-	-

回归分析发现：每提升一个单位标准的三孩生育意愿值，男性的三孩生育意愿值是女性的 2.158 倍；独生子女夫妻组合的三孩生育意愿值是非独生子女夫妻组合的家庭的 0.739 倍；与 >40 岁相比，20~25 岁的三孩生育意愿值最高，然后依次是 26~30 岁、31~35 岁；上海市农村户籍的三孩生育意愿值是非上海市农村户籍的 0.585 倍；本科学历的三孩生育意愿值是研究生及以上学历的 0.799 倍。

### 3. 影响程度的因子分析

将影响生育意愿程度量表（28 项）进行信、效度分析，结果显示，Cronbach's alpha 系数为 0.95，KMO=0.959，Bartlett test  $P < 0.001$ ，下一步进行探索性因素分析（exploratory factor analysis, EFA）。将 28 个影响因子检验来验证结构有效性，得出 23 个有效因子，进行归类、命名：因子 1 生育支撑体系、因子 2 家庭与生育观、因子 3 个人职业发展、因子 4 城市人口流动。前 4 项因子对问卷的总解释力已经达到 64.521%，因此提取以上 4 项因子作为主要变量，其余为次要变量（表 5）。

表5 影响2022年上海市三孩生育意愿程度的因子分析

变量	成分				因子
	1	2	3	4	
孩子学费、学区房等获得良好教育的开支	0.861				生育支撑体系
高房价、高生活成本	0.832				
能否为孩子提供足够好的教育、培养和同等的关注	0.81				
教育资源分布性	0.808				
养老 / 医疗体系等社会保障性体系完善度	0.802				
孩子看病、营养、衣物等抚养开支	0.794				
托育、照料机构完备性	0.782				
城市生活节奏、工作与通勤压力	0.74				
家庭是否已有长期车贷、房贷	0.721				
是否能平衡家庭与工作的时间	0.698				
生育周期导致收入降低 / 工作不稳定	0.686				
生育是否能改善 / 稳固家庭关系		0.782			家庭与生育观
已有孩子的性别		0.768			
长辈意愿		0.741			
如养儿防老的养老需求		0.713			
已有子女意愿		0.666			
对孩子的喜欢程度		0.618			
生育价值观（丁克、儿女双全等）		0.616			
生育可能导致的生理、心理健康问题			0.708		个人职业发展
时间、精力被占用导致生活质量下降			0.627		
升学、升迁等个人发展			0.626		
年龄因素					城市人口流动
城市人口流动				0.624	

#### 4.4 项因子与三孩生育意愿的多元有序 logistic 回归分析

建立与三孩生育意愿的 logistic 回归模型, 平行线检验的结果为  $\chi^2 = 19.726$ ,  $P = 0.072$ ,  $P > 0.05$  说明比例优势假设存在。根据回归模型预测结果, 与被调查者的三孩生育意愿进行比较, 准确率为 78.15%。根据各项因子 OR 值得出, 三孩生育意愿影响最大因子是家庭与价值观, 依次是生育支撑体系、个人职业发展 ( $P < 0.05$ ), 城市人口流动对生育意愿没有影响 ( $P > 0.05$ ) (表 6)。

表6 4项因子与2022年上海市三孩生育意愿的多元有序logistic回归

变量	B	标准误差	Wald $\chi^2$	OR 值	95% CI		P
					下限	上限	
生育支撑体系	-0.362	0.057	41.042	0.696	0.623	0.778	< 0.01
家庭与生育观	0.612	0.056	120.17	1.844	1.652	2.056	< 0.01
个人职业发展	-0.496	0.056	78.354	0.609	0.546	0.680	< 0.01
城市人口流动	0.006	0.042	0.018	1.006	0.927	1.091	0.893

分别就婚姻、生育状况 (无 / 怀孕中为未育, 其他为已育) 进一步研究, 未婚、未育组的回归方程成立; 已婚、已育组的回归方程不成立。结果显示, 每提升一个单位标准的家庭与生育观, 未婚组 (OR 值 2.010)、未育组 (OR 值 1.972) 的三孩生育意愿提升最多, 其次是生育支撑体系、个人职业发展 (表 7)。

表7 2022年上海市不同婚姻、生育状况与四项因子的多元有序logistic回归

变量	B	标准误差	Wald $\chi^2$	OR 值	95% CI		P	
					下限	上限		
未婚	生育支撑体系	-0.406	0.091	19.881	0.666	0.558	0.797	< 0.01
	家庭与生育观	0.698	0.082	71.836	2.010	1.711	2.363	< 0.01
	个人职业发展	-0.476	0.085	30.952	0.621	0.526	0.735	< 0.01
	城市人口流动	-0.02	0.068	0.088	0.980	0.858	1.120	0.767
未育	生育支撑体系	-0.362	0.057	41.042	0.700	0.601	0.814	< 0.01
	家庭与生育观	0.612	0.056	120.17	1.972	1.714	2.268	< 0.01
	个人职业发展	-0.496	0.056	78.354	0.625	0.540	0.723	< 0.01
	城市人口流动	0.006	0.042	0.018	0.975	0.871	1.092	0.67

### 三、讨论

#### (一) 三孩政策下的三孩生育意愿不容乐观, 理想子女数高于实际生育数

生育意愿主要包括数量、性别、时间和目的 4 个维度, 影响生育意愿的因素较多, 如经济、文化、地区、教育等。育龄青年生育意愿受到生育政策、职业发展、生育观等因素影响, 但最直接的还是育龄青年个人的生育意愿。本文发现, “三孩政策” 实施后对调查对象的生育子女

数量影响非常有限,三孩的生育意愿不容乐观;但还发现,调查对象的理想子女数明显高于实际生育子女数,理想生育率与实际生育率存在一定空间。

## **(二) 学历较高、本市户籍、自由职业者、非独生子女夫妻组合的育龄青年三孩生育意愿相对较强**

影响本市育龄青年理想子女数量与实际生育子女数量的主要因素有初育年龄、文化程度、现有子女结构、工作单位、户籍和家庭收入等。本文调查发现,初育年龄在 31~35 岁、研究生学历、本市户籍、自由职业者、非独生子女夫妻组合的育龄青年更倾向生育三孩。

对于 20 世纪八九十年代出生的育龄青年而言,随着初育年龄的增加,其理想子女数量与实际生育子女数量背离程度也随之加大,初育年龄越大,其差距也会越大。随着文化教育程度的不断提高,其理想子女数与实际生育数的差距在不断缩小,从家庭理想子女数及性别偏好(表 2)可知,已有一孩的家庭更倾向“儿女双全”,尚未有孩子的家庭更偏好女孩。当家庭面临是否要生育三孩时,育龄青年更多考虑的是生育、养育孩子的成本,以及灵活的工作时间模式,从而衡量生活和工作中的精力、时间与期望获得间的关系。

## **(三) 重视未婚未育群体家庭影响,提倡科学生育观和养育观**

根据前文 OR 值得出,三孩生育意愿影响最大因子是家庭与价值观,而良好的家庭与价值观包含长辈意愿、已有子女意愿、科学生育观和养育观等。当前,育龄青年人群已由“多子多福”转为“少生优生”,“养儿防老”转为“个人主义”,“男尊女卑”转为“儿女双全”。伴随着社会结构转型、经济体制转轨、人口结构转变的过程,人们的生育观念已发生变化,但代际之间的不同生育文化、生育价值观、养育价值观,都会导致生育意愿产生差异,直接体现在当下实际生育行为中。

经研究发现,若要提升未婚未育群体的三孩生育意愿,可从现有家庭体系入手,传递、引导与时俱进的生育观,营造使得生育意愿更好地转化成生育行为的家庭环境。良好的生育观不仅仅是个人、家庭、社会的责任,更关系到优化人口结构体系、巩固现有家庭体系、完善社会保障体系。

## **(四) 建立已婚已育群体生育支持体系,为“想生不敢生”解决后顾之忧**

数据表明,本市育龄青年群体认为支持生育最重要的措施排名前三的是:国家按地区水平,视孩子数量实行一定标准的生活及医疗保险补贴,直至孩子 18 周岁;完善公益性托育服务体系,视孩子数量实行托育费用梯度式减免;视孩子数量给予多孩家庭公租房保障政策。可以看出,养育成本较生育成本更为重要,且养育成本主要是教育、住房层面的直接成本。实践表明,养孩子要牵扯大量精力、时间,多一个孩子首当其冲地要解决改善住房的问题。建立已婚已育群体生育支持体系,首先,加强社会生育支持力度,完善生育补贴制度,视家庭子女数量进行梯度式生育补贴,如二孩家庭补贴 600 元/月、三孩家庭补贴 1 000 元/月;医疗方面可进一步提高婴幼儿入院治疗报销比例。其次,拓宽义务教育时间,有条件的地区可试点从托育阶段至高中阶段的教育模式;条件相对欠缺的地区,可根据家庭子女数量对学龄前教育进行梯度式补贴。再次,加快构建托育服务体系,营造“敢生能养”社会支持体系,最大限度地解决育龄

家庭 2~6 岁的儿童照护问题，减轻家庭养育负担。最后，可视未成年子女数，配租公租房时给予轮候与组配上倾斜，从而构建起公租房保障体系，解决多孩家庭住房困难问题。通过以上措施做到国家联合家庭共同参与生育、养育、教育的全过程，为实现中华民族的伟大复兴提供人口保障。

## 上海市母婴安全管理实践、挑战与思考

闵琛 张炜 吴向泳

### 一、上海市母婴安全主要管理实践

#### (一) 聚焦母婴安全服务体系持续完善

上海市始终坚持政府主导, 将保障母婴安全和维护妇幼健康作为全市经济社会发展重大战略和重点任务, 统筹推进。早在 2007 年、2008 年, 在全市布局设立 5 家市级危重孕产妇会诊抢救中心和 6 家市级危重新生儿会诊抢救中心, 与 16 个区分片对接。2013 年, 在全市所有助产医疗机构设立产科安全办公室, 全面负责产科质量管理, 统筹协调全院医疗资源。2016 年、2017 年, 率先在全国出台妇女、儿童健康服务能力建设两个专项规划。“十二五”“十三五”期间, 新建上海市妇幼保健中心、上海市第一妇婴保健院浦东院区、上海市儿童医院普陀院区、中国福利会国际和平妇幼保健院奉贤院区等妇幼医疗、保健机构, 新增上海交通大学医学院附属瑞金医院、复旦大学附属中山医院 2 家综合实力雄厚的医疗机构为市级危重孕产妇会诊抢救中心, 建设 7 家孕产妇重症监护病房和 3 家产科实训基地, 配备 26 辆新生儿救护专用车辆, 进一步织密筑牢以市级危重抢救中心、妇儿专科医院为核心, 以妇幼保健专业机构为纽带, 辐射全市助产医疗机构、社区卫生服务中心的母婴安全服务和生命救治网。

#### (二) 聚焦母婴安全制度保障持续加强

上海市始终坚持制度先行, 在多年的母婴安全保障实践中形成了一系列行之有效、与时俱进的母婴安全保障制度。早在 2006 年, 上海市即开始对每一位孕妇进行系列风险筛查和评估, 主要采用“五色法”分类管理, 全程共 9 次系统保健与评估, 并纳入基本公共卫生服务项目, 给予免费提供。从 2007 年始, 各级助产医疗机构发现危重孕产妇, 必须 1 小时内报告所在区妇幼保健专业机构, 各级妇幼保健专业机构接报后立即启动危重孕产妇救治管理工作流程。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病例的机构和区实行“一票否决、全市通报”。2021 年起, 对未按规范要求发生孕产妇濒死的医疗机构产安办主任、产科主任及所属区分管领导等进行诫勉约谈, 查找原因, 落实整改。针对生育政策调整后高龄、高风险孕产妇增多及孕产妇疾病谱变化趋势, 上海市建立了涵盖多学科的全市母婴安全专家库, 成立了上海市母婴安全专家委员会。对危重孕产妇, 要求助产机构建立健全院内多学科集体会诊制度, 对口危重中心加强划片指导; 对特别疑难危重孕产妇, 加强院际沟通, 举全市优势医疗资源开展跨院会诊和全市大会诊。推进社区卫生服务中心家庭医生团队参与高风



险孕产妇管理，酌情增加访视频度，细化访视内容，完善访视技术和设备支撑。新冠疫情期间，制定了孕产妇医疗服务保障工作方案，明确了不同类别孕产妇就诊流程，保障了疫情期间孕妇产检、分娩等医疗保健服务的平稳运行。

### （三）聚焦母婴安全质量内涵持续提升

上海市始终坚持质量优先，倡导关口前移、重心下沉理念，将母婴安全管理内涵提升作为重要内容加以推进。自 2007 年始，凡发生孕产妇死亡病例的医疗机构均由市、区级妇幼保健专业机构进行现场调查，开展院级、区级、市级孕产妇死亡评审，2013 年起又开展国家级孕产妇死亡评审质控。不断强化母婴安全行业管理、技术指导和质量控制，成立上海市产科保健质量控制中心、上海市产科临床质量控制中心、上海市新生儿临床质量控制中心，分别挂靠上海市妇幼保健中心、上海市第一妇婴保健院、复旦大学附属儿科医院。结合新形势、新需求，在 2020 年修订出台的新版《上海市孕产妇保健工作规范》中又强调了不宜继续妊娠管理、危重孕产妇分级评审等早期预防、干预措施，以及加强助产医疗机构孕产妇出院风险评估，强化社区孕情监测和产后访视，产褥期保健等全过程规范化、精细化管理要求。根据疾病谱变化，组织专家开展重点病种防治，于 2020 年制定形成产科血栓综合防治的上海专家共识；定期召开产科主任研讨会，加强重点病种管理的全市培训推广。

## 二、上海市母婴安全面临的挑战

随着国家生育政策的调整，“十四五”乃至今后较长一段时期，上海市作为超大型城市，继续做好母婴安全保障工作面临着诸多挑战。

### （一）需方挑战

从需方来看，一方面有高龄、多产次、高风险孕产妇逐年增多趋势，以及重症孕产妇直接来沪就医，孕产妇保健管理和救治难度更高的挑战；另一方面也有适龄妇女生育意愿降低，反复流产、不孕不育发生率增高，辅助生殖等助孕方式增多及出生缺陷发生风险增大等问题。

### （二）供方挑战

从供方来看，既要应对疾病谱改变导致的单纯产科疾病向多系统疾病并发给母婴安全保健和临床带来的巨大挑战；又要面对母婴安全保障工作任务繁重、职业风险大、薪酬待遇低、岗位吸引力不强导致的人才队伍储备不足等接续发展问题，以及妇幼健康信息化建设滞后等现状。

## 三、上海市母婴安全的对策思考

如何更加高效、精准、可持续地做好上海这座超大型城市的母婴安全管理，更好地满足人们对美好生育的需要，结合上海现状和实际，可重点考虑从以下几方面施策。

### （一）数字信息化管理提升工作效能

加强科技赋能、信息赋能，梳理整合上海市妇幼健康信息化管理资源，切实畅通涉及母婴安全的各级各类助产医疗机构、社区卫生服务中心、妇幼保健专业机构的医疗、保健信息通道，

实现对常规孕产妇保健和临床相关检查数据的区域共享,实现对危重孕产妇、重点孕产妇和特殊孕产妇重要监测指标的数字化及实时动态分级分类预警管理,全面提升母婴安全保健、临床和管理工作效率,推进全市母婴安全管理智慧化、高效化发展。

### **(二) 学科队伍建设提高保障能力**

充分发挥市母婴安全专家委员会及市产科临床、产科保健、新生儿临床等质量控制中心作用,联合高校、科研院所、医学会、优生优育等专业和社会力量,加大母婴安全相关学科发展和人才梯队建设力度。既要加强母婴安全相关亚专科建设和领军骨干人才培养,提升疑难病症多学科救治能力;也要着力培养基层医疗保健队伍,提高基层医务人员对母婴安全常见病症的早期识别和风险研判能力。同时,要注重培育良好的母婴安全人才发展环境,加强各级妇幼保健专业机构建设,搭建有利于母婴安全保健、临床和管理人员职业发展平台,提供与岗位付出相匹配的薪酬待遇,增强岗位吸引力,保障母婴安全管理可持续高质量发展。

### **(三) 社会面协同引导降低妊娠风险**

加大母婴安全保障社会面协同力度,依托市妇女儿童工作委员会,发挥卫生、教育、民政、工会、妇联等成员单位各自优势,借助各类主流新闻媒体力量,在全社会广泛传播科学的生育健康知识和理念,加强正面引导,鼓励提倡适龄生育、安全生育,大力宣传婚前、孕前医学检查的重要上海卫生健康政策研究年度报告性和必要性,以及非意愿妊娠、代孕等行为对母婴健康的危害,让每一位育龄妇女及其家庭都自觉成为自己和子代健康的第一责任人,进一步降低妊娠风险的发生,从源头上助力母婴安全,提高出生人口素质。



# 国家儿童医学中心专科联盟建设的创新探索与实践

杨杪 袁琳 贺焜 曹云 徐虹 周文浩 黄璘 黄国英

专科联盟指以专科协作为纽带形成的区域间若干特色专科协作组织。医联体建设是深化医改的重要路径和步骤，专科联盟是其中重要的组织模式之一。复旦大学附属儿科医院 2017 年获批国家儿童医学中心以来，认真落实国家卫生健康委关于推进医联体建设发展的工作要求，牵头组建覆盖全国的高水平儿科亚专科联盟，引领和带动我国儿科医学发展。

## 一、国家儿童医学中心专科联盟建设的实践探索

### （一）国家儿童医学中心设立情况

2016 年，国家卫生和计划生育委员会（以下简称“卫生计生委”）出台《国家儿童医学中心及国家儿童区域医疗中心设置规划》，明确提出设置国家儿童医学中心，引领和提升我国儿童医疗保健服务水平。2017 年《国家卫生计生委关于设置国家儿童医学中心的函》明确，国家儿童医学中心由复旦大学附属儿科医院、首都医科大学附属北京儿童医院、上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心 3 家主体单位构成。3 家主体单位建立国家儿童医学中心主任联席会议工作机制，定期组织召开工作会议，共同推动国家儿童医学中心发展。

### （二）国家儿童医学中心专科联盟工作目标

国家儿童医学中心专科联盟建设以国家儿童医学中心的功能定位为依据，以服务儿童就医需求为导向，以有效统筹和整合儿童专科医疗资源为目标，创新工作机制，充分发挥优势学科引领作用，加强儿童疾病规范化管理，促进提升疑难危重疾病的诊治水平。同时着力构建资源共享、优势互补的高水准临床科研平台，加强交流合作和青年医护人员培养，促进儿科医学发展。

### （三）国家儿童医学中心专科联盟建设布局

根据各自优势学科的发展特色，首批建设新生儿、临床药学、肾脏、血液肿瘤、护理、儿童保健、耳鼻咽喉头颈外科、呼吸、泌尿外科、消化、临床遗传、心血管 12 个儿科亚专科联盟，由 3 家主体单位分别牵头组建。其中，复旦大学附属儿科医院负责牵头组建新生儿、肾脏、消化、临床遗传 4 个儿科亚专科联盟，同时与另 2 家主体单位共同推进其他 8 个亚专科联盟的组建工作。

第一作者：杨杪，女，副研究员，复旦大学附属儿科医院国家儿童医学中心综合事务管理办公室主任、儿童健康政策研究中心常务副主任。

通讯作者：黄国英，男，教授、主任医师，复旦大学附属儿科医院院长。

作者单位：复旦大学附属儿科医院（杨杪、袁琳、贺焜、曹云、徐虹、周文浩、黄璘、黄国英）。

#### **(四) 国家儿童医学中心专科联盟建设的主要做法**

##### **1. 瞄准儿科重点疾病领域, 建立覆盖全国的大规模数据汇集平台**

新生儿专科联盟(中国新生儿协作网)2019年牵头建立目前中国最大“极早产儿/极低出生体重儿”研究队列,已纳入2万余例早产儿临床数据。肾脏专科联盟2017年建立国内首个儿童遗传性肾脏病网站“中国儿童遗传性肾脏病数据库”,累计录入2200余例病例资料。消化专科联盟建立“儿童极早发炎症性肠病临床表型及基因检测数据库”,为明确儿童极早发炎症性肠病临床表现、深入探索潜在的致病缺陷基因发挥重要的基础性作用。

##### **2. 积极推动多学科联合诊治, 提升儿科疑难危重症救治水平**

肾脏专科联盟牵头单位复旦大学附属儿科医院2020年建立我国第一个儿童法布里病多学科联合诊治团队,顺利完成上海首例儿童法布里病特效药(注射用阿加糖酶 $\beta$ )注射。举办多场儿童法布里病多学科诊治全国推进会,积极探索不同性别、不同临床表型患儿酶替代治疗的时机和疗效,构建并完善儿童法布里病早期诊断和综合管理策略。

##### **3. 构建引领全国的临床科研及转化平台, 组织开展多中心临床研究项目**

新生儿专科联盟(中国新生儿协作网)2019年实施“中国新生儿重症监护室质量改进项目”等4项多中心临床研究项目,2020年再启动4个多中心临床研究项目。肾脏专科联盟2019年组织开展“儿童遗传性肾结石精准诊治”等多中心临床研究项目,2020年再启动6个研究项目。临床遗传专科联盟2019年组织开展6个研究项目,2020年再获批6个高水平课题。消化专科联盟2019年启动“中国儿童胃镜适应证多中心调查研究”等2项多中心研究,2020年再启动2个研究项目。

##### **4. 注重学术交流合作, 加强儿科骨干人才培养**

肾脏专科联盟2020年举办国际肾脏病日“直击疫情共谈肾事”线上会议,吸引全国近30个省(自治区、直辖市)140余家单位近1000人参与。消化专科联盟2020年成功举办“世界IBD日炎症性肠病学术交流会”等2场学术交流活动和1期PIBD高级医师研修班,培训联盟成员单位医师近百名。新生儿专科联盟举办“第十四届全国新生儿学术会议”等4次高水平学术会议,临床遗传专科联盟举办多期基因数据分析及遗传相关培训班,持续向全国输出儿科遗传诊治人才。

## **二、国家儿童医学中心专科联盟的特色优势和建设成效**

### **(一) 国家儿童医学中心专科联盟的特色优势**

基于我国四级儿童医疗服务体系的顶层设计,与其他专科联盟相比,国家儿童医学中心专科联盟的特色优势主要体现在权威性、覆盖面和系统性等方面:国家儿童医学中心专科联盟的主任委员和共同主任委员来自国家儿童医学中心3家主体单位,专家委员会由全国儿科著名专家组成,具有较高权威性。专科联盟成员单位来自全国31个省(自治区、直辖市),医疗水平较高,覆盖面广。以儿科亚专科为建设单元,逐步形成系统化的专科联盟集群。

## (二) 国家儿童医学中心专科联盟建设成效

### 1. 联盟成员单位持续增加, 逐步形成覆盖全国、沟通顺畅的工作网络

复旦大学附属儿科医院牵头的 4 家国家儿童医学中心专科联盟于 2018 年底至 2019 年初先后成立, 联盟规模不断扩大。与 2019 年相比, 2020 年肾脏专科联盟成员单位由 119 个增加到 124 个, 覆盖全国 30 个省(自治区、直辖市); 新生儿专科联盟成员单位由 58 个增加到 72 个, 覆盖省份由 25 个扩大到 30 个; 消化专科联盟成员单位由 69 个增加到 71 个, 覆盖全国 29 个省(自治区、直辖市); 临床遗传专科联盟成员单位由 30 个增加到 35 个, 覆盖全国 20 个省(自治区、直辖市)。

### 2. 立足儿科重点疾病数据汇聚平台, 实现大数据整合管理和分析产出

新生儿专科联盟(中国新生儿协作网)2020 年首次公布纳入“极早产儿/极低出生体重儿队列”来自全国 57 家医院的 1 万余例早产儿临床数据, 分析我国早产儿救治现状, 为进一步深入研究和采取质量改进措施奠定了坚实基础, 获得社会广泛关注。肾脏专科联盟 2020 年在国际学术期刊发表 3 篇基于中国儿童遗传性肾脏病数据库病例的论著, 介绍大样本多中心肾单位肾痹队列研究等研究成果。临床遗传专科联盟“中国新生儿基因组计划快速全基因组测序项目”对 202 例危重症患儿及家属进行测序和分析, 并针对新生儿死亡、脑病和免疫缺陷遗传病因开展队列研究, 探索遗传相关疾病谱及预后相关性, 研究成果先后在 *Journal of Medical Genetics* 等知名学术期刊发表, 其中 1 篇被选为当期封面。

### 3. 积极推进临床研究成果转化, 出台多部临床指南和专家共识

复旦大学附属儿科医院牵头的 4 家专科联盟在 2019~2020 年共出台 14 部临床指南和专家共识。肾脏专科联盟 2020 年发布 3 部指南, 多项成果在 *Molecular Genetics & Genomic Medicine* 等知名期刊发表。临床遗传专科联盟 2020 年在《中华医学杂志》等期刊发表《白化病的临床实践指南》等 5 部临床指南及专家共识, 在 *JAMA Pediatrics* 等知名杂志发表论文近 30 篇。消化专科联盟推出《新冠病毒病和小儿炎症性肠病指南》, 为新冠疫情流行期间全球炎症性肠病患者管理提供重要指导; 组织编写《抗肿瘤坏死因子—— $\alpha$  制剂治疗儿童克罗恩病的专家共识》, 为规范使用抗肿瘤坏死因子—— $\alpha$  制剂提供行业标准。

### 4. 构建人才交流培训基地, 促进提升全国儿科医护人员临床和科研水平

国家儿童医学中心专科联盟着力打造并日益形成系统化、连续性、高水平的学术交流和培训品牌。2019 年复旦大学附属儿科医院牵头的 4 家国家儿童医学中心专科联盟共举办 16 次学术会议及培训班, 参会儿科医护人员 4 000 余人次。2020 年积极克服疫情影响, 采用线上、线下相结合的方式共举办 21 次学术会及培训班, 参会儿科医护人员 15 000 余人次。国家儿童医学中心专科联盟已成为我国儿科人才交流和培训基地, 有力带动和促进了全国儿科医护人员临床诊治能力和科研水平的提升。

### 三、讨论与展望

#### (一) 拓展专科领域和工作内容

国家儿童医学中心 3 家主体单位已完成首批 12 个专科联盟组建工作, 近期陆续启动第二批专科联盟建设。复旦大学附属儿科医院 2021 年 11 月牵头新组建国家儿童医学中心微创外科联盟, 举办“先天性结构畸形微创治疗新进展”学习班, 组织国内多名资深儿科腹腔镜、内镜和介入手术专家通过线上和线下的方式进行现场授课及手术演示, 促进提升我国儿童微创诊治技术水平。“十四五”期间, 国家儿童医学中心将以专科联盟建设覆盖所有儿科亚专科为目标, 进一步拓展专科联盟覆盖领域, 促进儿科亚专科建设与发展; 同时注重将专科联盟建设与国家儿科专业医疗质量管理的目标要求紧密结合, 将加强医疗质量管理作为专科联盟的重要工作内容, 细化管理标准与要求, 促进提升我国各儿科亚专科医疗服务同质化水平。

#### (二) 完善运行和协同工作机制

目前各国家儿童医学中心专科联盟建设仍处于起步阶段, 在持续吸纳成员单位、扩大覆盖范围的同时, 将制定统一的专科联盟章程, 完善运行和管理机制, 进一步明确牵头及成员单位功能定位和责任义务, 促进管理、技术、人才、责任利益融合。国家儿童医学中心 3 家主体单位将在主任联席会议工作机制的基础上, 共同搭建交流合作平台, 定期召集各专科联盟召开工作推进会, 进一步明确和细化建设目标, 促进各专科联盟经验分享和相互借鉴。同时, 以专科联盟建设为工作抓手, 促进国家儿童医学中心与国家区域儿童医疗中心建立协同工作机制, 以点连线, 以线带面, 逐步构建“国家儿童医学中心专科联盟——国家区域儿童医疗中心专科联盟”网络体系, 加强协调联动, 并进一步通过与省级医疗中心建设有机融合, 推进逐步减少患者就诊跨省级行政区域流动, 促进专科联盟辐射引领作用的充分发挥。

#### (三) 提升临床科研和成果转化能级

目前国家儿童医学中心各专科联盟已建立若干重点专病研究队列和数据库, 在持续扩大研究队列规模和数据库体量的同时, 将结合国家儿科专业医疗质量管理要求和我国现有的儿童健康服务体系功能, 加强顶层设计, 系统化推进全国儿童主要疾病登记、相关流行病学和公共卫生信息监测工作, 加强数据分析和产出。同时整合各专科联盟力量, 通过建立创新技术孵化基地、产学研一体化基地等方式, 深入推动临床科研成果推广应用, 提升转化能级; 积累和提炼国家儿童医学中心专科联盟建设的经验成果, 形成可复制可推广的工作模式, 为我国正在深入推进的四级医疗卫生服务体系建设提供有益参考和借鉴。



# 上海市儿童医疗保障制度发展历程与展望

王力男 王贺男 朱碧帆 陈多

儿童健康成长是国家可持续发展的基础与必然要求。全国统计年报显示截至 2021 年，全国 0~15 岁人口 24 678 万人，占总人口比重 18.6%。基于《中国儿童发展纲要》统计监测，我国儿童健康状况持续改善，福利水平稳步提升，儿童保障体系进一步健全，2020 年全国婴儿死亡率和 5 岁以下儿童死亡率分别为 5.4% 和 7.5%，较 2010 年下降 7.7 个和 8.9 个百分点；但儿童发展城乡差距依然明显，未来将继续巩固提高儿童保障水平，保障儿童基本权益。

自中华人民共和国成立以来，上海市儿童保障制度先后经历了半保障、基金保障、全民医保和多层次保障 4 个阶段，随着实践探索的不断深入，上海市已基本形成了针对儿童的基本医保和住院互助基金双保险主体，并与大病医保、医疗救助、慈善救助等共同构成了上海市多层次儿童医疗保障体系。

## 一、上海市儿童医疗保障制度发展历程

### （一）半保障：与计划经济相适应的儿童医疗保障制度

在城镇，国家机关工作人员子女依据 1955 年《财政部、卫生部、国务院人事局关于国家机关工作人员子女医疗问题的通知》（〔55〕财行范字第 134 号）规定，享受“半公费”的医疗待遇；国有企业和集体企业职工子女作为家属，依据 1951 年政务院颁布的《中华人民共和国劳动保险条例》，纳入劳保医疗制度，享受“半劳保”的医疗待遇。在农村，受财力、物力限制，我国产生了以合作社为基础的农村合作医疗制度，全体社员纳入保障范围。上海市农村地区 1969 年起开始举办合作医疗，社员医疗费报销范围，根据生产大队的经济情况及合作医疗经费收支情况而有所不同，一般是每年一次征求群众意见后，由生产大队决定。从 2003 年开始，上海市顺应国家要求，开始在部分县（市）试点新型农村合作医疗，本着多方筹资、自愿参加的原则，针对本市农村户籍、无医疗保障的居民，以家庭为单位参保，并通过不断增加试点地区和对试点地区的经验总结，为将来新型农村合作医疗在全国的全面开展创造了坚实的理论与实践基础。

### （二）互助先行：上海市中小學生、婴幼儿住院医疗互助基金

20 世纪 80 年代末，上海市部分家庭遭遇了少年儿童罹患白血病、先天性心脏病等儿童重

基金项目：上海市红十字事务中心委托课题“上海市少儿住院互助基金 2021 学年收费标准测算”（课题编号：2021310046001107）。

第一作者：王力男，女，高级经济师。

作者单位：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）（王力男、朱碧帆、陈多），国家卫生健康委卫生发展研究中心（王贺男）。

本文已发表于《卫生软科学》2022 年第 10 期。

大疾病，导致“因病致贫”的困境。为缓解患儿及其家庭的医疗费用困境，1991年，上海市红十字会联合教育卫生主管部门及保险公司，共同开办了“上海市4~18岁儿童、中小學生住院医疗保险”，1993年又将范围扩大至满月后的0~3岁婴幼儿，建立了“上海市婴幼儿住院医疗保险”，明确规定由市红十字会负责日常运作，保险公司负责费用理赔，教育部门负责学校代收费，卫生部门负责医疗管理事宜。经过对少儿医疗保险5年运行实践的总结分析，为减少管理成本，在较低的缴费标准下切实提高中小学生的医疗保障支付水平，自1996年9月起，结束由保险公司商业运行的保障模式，改由上海市红十字会、上海市教育委员会、原上海市卫生局联合组建纯公益的、互助共济的少儿医疗保障基金——上海市中小學生、婴幼儿住院医疗互助基金（以下简称少儿住院互助基金），同时公布《上海市少儿住院基金管理暂行办法》，基金管委会负责基金统一管理。

**（三）全民医保：上海市城乡居民基本医疗保险制度**

随着社会对建立儿童社会医疗保障制度的呼声越来越大，2006年上海市人民政府出台《上海市中小學生和婴幼儿住院、门诊大病基本医疗保险试行办法》，建立中小學生和婴幼儿医疗保障制度，打破城乡界限，作为上海市基本医疗保险体系的重要内容。保障资金由城镇职工基本医疗保险基金和财政资金共同承担，审核结算等经办业务由市红十字会少儿住院互助基金管理办公室承担。一般门急诊医疗费用仍按照原有家属劳保和合作医疗有关规定执行。2008年1月，《上海市城镇居民基本医疗保险试行办法》正式施行，将具有本市户籍和本市引进人才的子女中，持有《上海市居住证》的中小學生和婴幼儿纳入保障对象，对门急诊、住院的医疗费用由居民医保基金按比例支付，筹资来源由个人缴费、政府财政补贴、职工医保基金划转和专项资金组成。随后相继设立门急诊起付标准，提高保障待遇。

**（四）多层次保障儿童医保**

目前，覆盖中小學生的城乡居民基本医疗保险制度（以下简称“少儿居保”）和具有民间互助性质的少儿住院互助基金是上海市儿童医疗保障体系的“双保险”主体，并与2014年建立的上海市城乡居民大病保险制度、面向困难家庭的医疗救助制度、慈善捐赠及满足多样化需求的商业保险等，共同搭建了上海市多层次儿童医疗保障体系（图1）。

补充层	少儿住院互助基金（个人缴费）住院、门诊大病	大病保险（居保划转） 4个病种	商业医保	慈善捐赠	医疗互助
基本层	少儿居保（个人缴费+财政补贴）门急诊、住院				
托底层	医疗救助（财政补贴）住院医疗救助、门急诊医疗救助、资助参保				

图1 上海市儿童医疗保障体系

## 二、上海市儿童医疗保障“双保险”制度

### （一）保障对象

上海市少儿居保自 2006 年初步建立以来，在保障对象范围上经历了两次重要调整。2006 年设立之初仅限于具有本市户籍的少年儿童，2008 年扩大到引进人才子女，2016 年开始，将持有《上海市居住证》且积分达到标准分值人员的 18 周岁以下同住子女纳入保障范围。

少儿住院互助基金参保对象的范围设置自 1996 年起主要面对本市户籍满月少年儿童，后于 1998 年在学校打破了本市户籍的限制，外省市户籍、港澳台地区、外籍学生均可参保。2015 学年将未满月新生儿纳入保障范围。2018 年上海市少儿居保和少儿住院互助基金占常住儿童比例分别为 65.95% 和 79.99%。

### （二）保障范围

2006 年的少儿居保文件明确规定，将保障对象发生的符合规定的住院医疗费用，以及部分专科门诊的医疗费用纳入少儿居保基金支付范围。一般门急诊费用仍由家属劳保和合作医疗按照相关规定分别予以解决。2008 年《上海市城镇居民基本医疗保险试行办法》施行，将保障范围扩大到门急诊（含家庭病床）、住院（含急诊观察室留院观察）。2014 年，《上海市城乡居民大病保险试行办法》将家庭负担较重的重症尿毒症透析治疗、肾移植抗排异治疗、恶性肿瘤治疗、部分精神病病种治疗四类疾病纳入二次补偿范围。

少儿住院互助基金在 1996 年的管理办法中便明确规定了基金的责任范围主要是住院和门诊大病。对于白血病、血友病、再生障碍贫血、恶性肿瘤出院后的专科门诊治疗费用，以及接受肾移植前的透析费用和手术后的抗排异药物费用均属责任范围内。2011 年少儿住院互助基金设立大病及罕见病专项基金，糖原贮积症 n 型（又称蓬佩病）、戈谢病、黏多糖贮积症、法布里病纳入少儿住院基金支付范围；2014 年少儿住院互助基金又将部分一次性使用及植入性医疗材料、日间手术病房等医疗费用纳入基金支付范围。

近年来随着国家基本医保目录动态调整，更多的药品被纳入少儿居保的保障范围，如 2017 年版国家药品目录新增了 91 个儿童药品品种，药品目录中明确适用于儿童的药品或剂型达到 540 个，国家谈判药中也将部分儿童罕见病用药纳入保障范围，而少儿住院互助基金用药目录则多年来并未发生太大变化。

### （三）筹资水平

少儿居保基金筹资标准及个人缴费标准的确定遵循基金收支平衡原则。随着社会经济的发展，个人缴费标准和人均筹资标准均逐年提高，但个人筹资标准占人均筹资标准的比例总体呈降低趋势。2008 年，个人缴费标准为 60 元，人均筹资标准为 260 元，个人缴费占人均筹资标准的 23.08%；2021 年，个人缴费提高到 180 元，人均筹资标准提高到 1 810 元，个人缴费占人均筹资标准下降到 9.94%（图 2）。

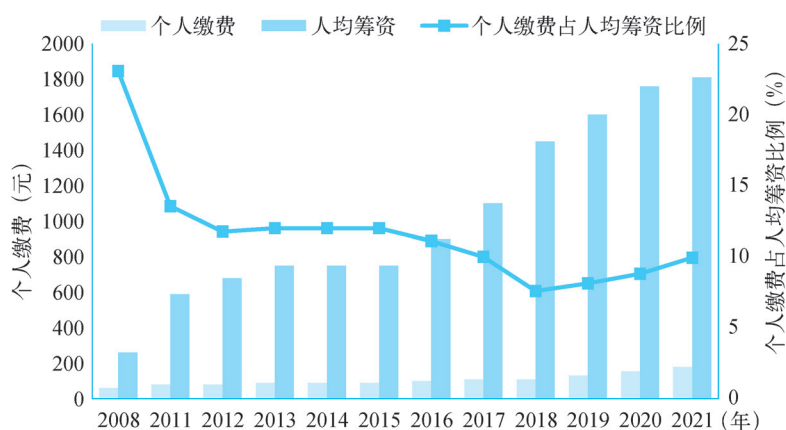


图2 上海市少儿居保筹资水平变化情况

少儿住院互助基金的筹集依据是“以支定收+综合评估”原则。筹资主要来源于个人缴费，筹资水平呈上涨趋势。1996~2008年，基金分年龄段筹资，1996学年0~3岁、4~18岁分别收费32元/学年、20元/学年，之后分别于1998学年、2000学年、2004学年调整收费标准。2009年取消年龄组筹资，将6~18周岁段的收费标准提升至与学龄前儿童一致，每人60元/学年，2011学年调整到每人80元/学年并一直维持到2016学年，2017学年开始再次按照0~5岁、6岁及以上分年龄段筹资，2020学年分别为150元/学年和130元/学年，2021学年维持缴费标准不变（图3）。

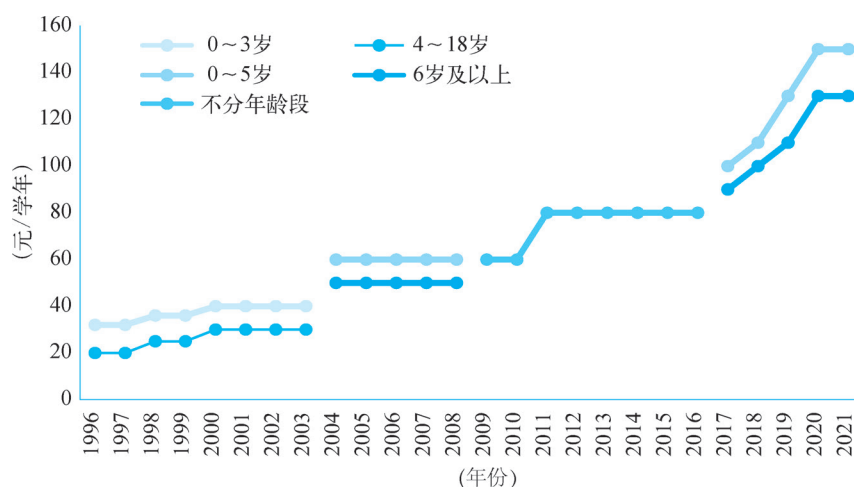


图3 上海市少儿住院互助基金筹资水平变化情况

对于“双保险”人群来讲，2021年/学年0~5周岁和6岁及以上儿童个人缴费分别为330元和310元，占当年人均可支配收入（78 027元）的比例约为0.4%。

#### （四）给付水平

少儿居保从建立至今，整体上经历了设置起付条件、提高报销比例到整体待遇水平保持稳定的过程。2006年，少儿居保尚未设置起付线，门急诊、住院医疗费用的报销比例均为50%；



2008 年，一级医疗机构的门急诊报销比例提高到 60%；2011 年，增设了 300 元的门急诊起付线，同时将一级、二级医疗机构的门急诊医疗费用报销比例分别提高到 65%、55%；2012 年增设一级、二级、三级医疗机构住院起付线，分别为 50 元、100 元、300 元，同时提高住院报销比例。2013~2016 年期间，少儿居保的给付水平连续调整，到 2016 年，一级、二级、三级医疗机构的门急诊医疗费用比例提高到 70%、60%、50%，住院医疗费用提高到 80%、75%、60%。2017~2020 年期间，少儿居保的给付水平一直保持不变（表 1）。作为少儿居保的重要补充，上海市城乡居民大病保险制度从 2014 年建立以来，对四种大病医疗费用的报销比例从 50% 提高到 2019 年的 60%。

表1 上海市少儿居保给付标准变化情况

年份	起付线	门急诊报销比例	住院报销比例
2006	无	50%	50%
2008	无	一级 / 二级 / 三级医疗机构： 60%/50%/50%	50%
2011	门急诊：300 元	一级 / 二级 / 三级医疗机构： 65%/55%/50%	50%
2012	门急诊：300 元；住院：一级 / 二级 / 三级医疗机构分别为 50 元 / 100 元 / 300 元	—	一级 / 二级 / 三级医疗机构： 75%/65%/55%
2014	—	—	一级 / 二级 / 三级医疗机构： 80%/70%/60%
2016	—	村卫生室 / 一级 / 二级 / 三级医疗机构： 80%/70%/60%/50%	一级 / 二级 / 三级医疗机构： 80%/75%/60%

1996~2003 年，少儿住院互助基金按等级比例报销 30%~40% 的费用。2004 年开始，基金设置起付线，调整了支付比例和封顶线。起付线设定为一级医院 50 元，二级医院 100 元，三级医院 300 元。在起付线以上的部分报销比例为 50%。同时修订的标准还有封顶线，从 1996 年设定的 8 万元升至 10 万元，并于 2011 年提高大病封顶线至 20 万。2006 年少儿住院基金试行并扩大了对扁桃体切除术、扁桃体切除术伴腺样体切除术、腺样体切除术的最高限价支付办法。2012 年起，基金开始与居民医保结算衔接，对参加居民医保的儿童进行居保结算后的支付（表 2）。

表2 上海市少儿住院互助基金给付标准变化情况

学年	起付线	报销比例	封顶线
1996	—	按等级比例报销 30%~45%	—
2004	一级 / 二级 / 三级医疗机构分别为 50 元 / 100 元 / 300 元	起付线以上 50%	10 万元
2011	—	—	大病封顶线 20 万元
2012	—	与 2012 年度居民医保结算衔接：同时参加居保人员（不包括享受城镇重残无保人员），少儿住院互助基金支付金额 = 住院医疗费用 - (住院医疗费用 - 居保起付标准) × 居保支付比例 - 互助基金起付标准；未参加居保人员，互助基金支付金额 = 住院医疗费用 × 50% - 互助基金起付标准	—
2020	—	调整同时参加居保和互助基金人员待遇计算方法：互助基金支付金额 = 住院医疗费用 - 居保起付标准 - 居保支付费用 - 互助基金起付标准	—

2014~2018 学年,少儿居保叠加少儿住院互助基金政策范围内实际报销比例均在 95% 以上。但由于部分费用未在两个制度的政策范围内,少儿居保实际支付比例为 35%~47%,少儿住院基金的实际支付比例约为 25%,实际自费比例在 22.34%~40.78% 之间。

### 三、形势与展望

为保障儿童就医,上海市构建少儿居保和少儿住院互助基金“双保险”,通过基本+补充两大主体,制度上覆盖所有常住儿童,保障范围逐步扩大,双保险下政策范围内实际报销比例达 95% 以上,且个人筹资负担相对较低。与北京相比,2021 年上海市“双保险”下个人缴费合计 310~330 元/人,与同期北京少儿居保个人缴费水平(325 元/人)相当,而上海起付线更低(北京 150~650 元),住院保障程度更高(北京 75%~80%),且未设置封顶线(北京门诊和住院封顶线分别为 4 500 元和 20 万元)。但值得注意的是,实际参保率不及预期,保障范围重复,儿童实际负担重等问题仍然存在。医保建设进入新阶段,制度覆盖率、管理体制、制度可持续性等方面面临挑战。

#### (一) 生育率下滑,参保意愿不稳定

随着社会发展速度趋缓及生活压力的提升,20 世纪 80 年代以来,上海市户籍居民的生育意愿不断下滑。生育政策放开后,生育率并未同预期出现较大幅度的增长,2020 年户籍人口总和生育率仅为 0.73,常住出生人口 12.76 万人,远低于预期。上海市出生人口生育意愿与生育率的下降给少儿居保和少儿住院互助基金带来了风险共担群体萎缩、筹资总额减少的潜在问题。同时,因为两项制度都是基于自愿的原则参保,存在逆向选择的风险,患病率高的儿童可能会比患病率低的儿童更倾向于参保,导致参保儿童风险结构不均衡,降低医保基金互助共济的能力。为解决生育率降低的问题,建议政府实施鼓励生育的政策,从给予育龄夫妇优惠的经济措施及延长产假和陪产假等方面着手,推行现金补贴政策、税收减免等政策。

#### (二) 医疗费用增长快,可持续性面临挑战

随着新的诊疗手段、治疗药物的不断引入、公立医院服务项目价格的不断调整,以及居民对医疗服务质量要求的不断提高,近年来我国人均医疗费用在不断增长。虽然上海市“双保险”的筹资标准在逐年上调,但从整体基金运行情况来看,2015~2018 学年少儿住院基金出现当期亏损,城乡居保基金虽然当年略有结余,但考虑到少儿医保人均筹资远低于城乡居保其他年龄段人群,且近年来筹资标准中财政补贴占比逐年提高,随着政府财政收入增长的乏力,少儿医保的可持续性问题也将面临严峻的挑战。建议采用多举措促进医疗保险基金的开源节流:积极推进医疗保险制度的整合;提高医疗保险制度的统筹层次;完善医疗保险中的改革支付方式等。

#### (三) 以人为本,完善多层次儿童医疗保障体系

少儿居保和少儿住院互助基金作为上海市儿童医疗保障制度的主体,在居民生育率下降、医疗费用上涨的背景下,基于有限的筹资渠道,都面临着筹资总额减少、支出风险提高可能带来的可持续性问题。与此同时,从给付水平设定上少儿居保和少儿住院基金保障范围内名义补

偿比例高达 100%，可能引发过度住院、道德风险等问题。建议基于以儿童生命健康为本的原则，协调各方利益，完善“基本医疗保障 + 社会互助医疗保障 + 商业医疗保险 + 社会医疗救助”的多层次儿童医疗保障体系，综合施策来提高社会对儿童的基本医疗保障能力。









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：上海市肇嘉浜路789号11楼D座  
邮政编码：200032  
电 话：021-33262061  
E - m a i l： [phpr@shdrc.org](mailto:phpr@shdrc.org)  
发送对象：上海市卫生健康系统各单位  
印刷数量：300本  
印刷单位：上海欧阳印刷厂有限公司