

产科困局如何破



医师报讯（融媒体记者 王丽娜 张玉辉 陈惠 洪瑞麟）3月27日，国家卫生健康委发布《关于加强助产服务管理的通知》（以下简称《通知》），明确公立医疗机构要承担产科服务兜底责任，二级以上公立综合医院等原则上应保障产科持续服务，并要求使综合性医院产科医师的薪酬水平不低于医院医师薪酬平均水平，严禁向产科和产科医务人员下达创收指标，人员薪酬不得与药品、卫生材料、检查、化验等业务收入挂钩。

近年来，我国产科服务体系正遭遇令人忧虑的变革趋势，多个地区的医疗机构因多重因素相继宣布削减或终止产科服务，引发社会各界的高度关注。2024年2月末，上海市第一妇婴保健院段涛教授发出“救救产科”的急切呼吁，直指产科正面临着史无前例的停摆危机。自年初以来，江西赣州、浙江等地的不少医疗机构，包括赣州市的某人民医院、定南南方某医院和某中医院等，均对产科服务进行了调整或暂时叫停，虽然部分服务功能得以保留，但此类变故无疑对母婴健康保障能力构成了严峻考验。《医师报》为此专门策划了一场深度对话，邀请多位产科相关领域专家，共同探讨我国产科服务的现状及未来发展策略与解决方案。

产科遭遇“寒冬”？

泗水县是山东省济宁市辖县，2022年该县常住人口共53.48万人，目前仍在运营分娩业务的只有人民医院和妇幼保健院两家医院。泗水县人民医院产科主任邱晓月从事产科工作长达12年，近年来首次见证了分娩量下降、产科人员流失的状况。

相比之下，兰州大学第一医院产科则较为稳定。分娩量甚至从2016年的2600例/年增长至现今的3000例/年，医护人员人数也有所增加，并计划在新建的紧急救援中心大楼内增设产科床位，扩大病房规模。

“即便如此，在与妇科的竞争与合作中，产科仍存在一定的劣势。”中国妇幼保健协会青年委员、兰州大学第一医院产科主任王静表示，许多医学生避开选择产科，这与政策变迁和产科工作的特殊性紧密相连。她担心，未来可能出现分娩量骤减、学科力量衰退及人才断层等问题。

福建医科大学附属协和医院妇产科副主任医师周瑜指出，这一现象有着多元化且深层次的原因：首先，从宏观外部环境来看，生育率的持续下滑导致了孕产妇群体基数的减少，这直接削减了对产科服务的需求基础；其次，在内部资源配置上，随着医疗服务市场化的深入，患者就医更加倾向选择设施完善、技术先进的大型医疗机构。这种趋势使得不少中小医院的产科因接诊量骤

减而陷入运营困境，形成了一个孕妇越少，产科越难以为继，最终不得不关闭的恶性循环；再者，产科服务本身的经济特性也是造成其困境的重要因素。由于其作为基本医疗服务项目，收费标准相对较低，经济效益微薄，但却需要大量医护人员投入，并承担较高的医疗风险，这令不少医院在权衡利弊后，对维持产科运营持保留态度。同时，即便是综合性三级医院，产科也同样受到波及。在国家对医院绩效考核（如DRG评价体系）的标准下，由于产科病例组合指数（CMI）相对偏低，且不涉及高等级的四级手术，让产科在医院科室考核中并不占据优势地位。因此，分娩量的减少不仅引发了医院内部产科资源的大幅度紧缩，还伴随着专业人才的流失。

面对产科关停问题，周瑜指出，其对社会的影响不可忽视：一方面，产科资源的大幅萎缩意味着母婴健康保障能力的削弱，原本便利的社区或地方医院产科服务消失，致使孕产妇需至大城市或特定大型医院接受分娩服务；另一方面，产科专业人员的大规模转岗与流失，加剧了专业人才短缺的问题，从而增加了整个医疗服务系统在提供安全、高效的产科服务时的安全隐患。

中华医学会麻醉学分会产科麻醉学组组长、首都医科大学附属北京妇产医院麻醉科主任、怀柔妇幼保健院长徐铭军提出，某些医院产科关停并非异常现象，不必过于恐慌，目前关闭产科的主要是小型医院。《通知》明确要求不得随意关闭产科，但对于确实缺乏分娩需求的产科科室，要求医院额外扶持也非现实之举。因此，国家和省级卫生健康行政部门需从全局角度出发，进行统筹规划，实现产妇的分层管理，使大医院专注于疑难危重产妇的处理，区、县级医院承担正常分娩任务，分娩量很少的二级医院则重点做好产科检查、咨询和科普工作，以确保整个医疗资源链的合理配置，达成“大河水满，小河不涸”的理想状态。

作为一名专注于辅助生殖领域的医务工作者，山西省妇幼生殖中心副主任医师崔向荣也感受到了产科目前面临的挑战。与产科情况相反，辅助生殖科患者却在不断增加，“这反映出适龄女性倾向于推迟结婚和生育，而高龄女性在生育困难时则转向辅助生殖手段。”崔向荣表示，在这种形势下，一些原本仅设有产科和妇科的县级医院开始调整，纷纷转至辅助生殖领域学习。

针对基层医院的转型需求，山西省妇幼生殖中心早在2015年就开始向县级医院提供辅助生殖技术培训，产科医生通过进修学习并在当地开设辅助生殖门诊，通过三级诊疗体系引导患者到山西省妇幼生殖中心来接受进一步的助孕治疗。崔向荣认为，当前我国人口老龄化日趋严峻，而女性生育寿命并未随平均寿命同步延长，35岁后生育力显著下降，因此研究如何延缓女性生殖衰老、对适龄女性进行生育力

“现在大家有更多时间用来学习充电和提升围产保健服务质量。”邱晓月表示，科室除了定期组织产妇个例分析会，还与基层孕期保健人员紧密联系，及时掌握产妇妊娠分娩信息，从而及时转诊；并通过网络督促孕妇及时、规范产检，普及孕期营养，及早发现妊高症、巨大儿等；还建立了家庭产房服务，鼓励产妇在家人陪伴下生育。同时，医院也从绩效方面向产科进行了倾斜。“这次《通知》的出台也让我们看到了更多希望，国家已经看到了产科的困难，也在思考产科未来，让我们感到特别欣慰。”

科室在绩效考核和DRG付费方面的表现也是王静关心的重点。“产科缺少四级手术，胎盘植入取出术和复杂剖宫产仍属于二级手术，使得产科CMI很低，在医院的科室考核中，产科的排名一降再降。此外，DRG付费时代的到来，产科在此方面也不占优势。”王静表示，医院应从全局出发，适当调整资源配置，

在转型中寻找出路

保护至关重要。

对于已经关停产科服务的医院，中华医学会妇产科分会候任主委、北京协和医院妇产科主任朱兰表达了惋惜之情，她认为，一方面，产科医生培养周期较长，一旦转行是浪费资源；另一方面，产科医生的专业性和临床经验使其转行颇具挑战性。

在中华医学会妇产科分会常委会上，常委们曾重点讨论了产科现状，认为应及早作出相应对策。朱兰建议，提升产科服务质量及鼓励生育需从多维度着手，包括但不限于医护人员的培养、技术能力提升、资源合理配置以及国家政策层面的激励措施，同时也应关注和妥善处理产科服务关停后医护人员的职业发展问题。

徐铭军则建议，产科应积极拓宽新的医疗服务项目与业务范围，如积极宣传并推广分娩镇痛。我国有大量的产妇在分娩过程中承受剧烈疼痛，而实际上，现今的技术条件已完全能实现无

痛且愉快的分娩体验。这其中蕴含着多种复杂原因。尤其在产科领域，传统观念的阻力不容忽视，普遍认为分娩属于产科的“专属领地”，其他科室不宜过多干预。对此，产科医护人员的理念亟需与时俱进，若能秉持开放态度，促进多科室协作，无疑将为业务拓展开辟新径。

“另一拓展方向应聚焦产后关爱服务。”徐铭军表示，生育过程充满挑战，特别是产后康复阶段，社会对于“坐月子”的重视程度日益提高，月子中心如雨后春笋般涌现，但当前社会力量提供的相关服务普遍存在专业性欠缺且价格高昂问题，相比之下，医院产科进行此项业务更具优势。

“虽然目前医院在提供产后恢复服务上受到许多限制，但相信通过在政策层面上的调整，鼓励产科参与甚至主导产后恢复服务，越来越多的产妇能享受到专业的服务，产科业务也能有所拓宽。”徐铭军说。

建生育友好型社会才是当务之急

对产科学科发展给予倾斜，包括优化产科人才培养机制、调整产科医疗收费与医保制度、提升产科服务质量与管理，以及拓展服务范围，如加强出生缺陷防控、科学避孕指导、生育力保护等方面的服务，从而有效应对当前产科服务面临的困境，推动产科实现可持续、高质量发展。

“产科服务目标应由‘生得多’向‘生得好’转变。”朱兰表示，对于提升基层医院产科的服务质量和能力，应通过强化医护人员培养和提升技术能力来实现。住院医师规范化培训有助于实现各级医院间的诊疗水平一致化，而各级医生的继续教育体系则是进一步提升医疗服务品质的关键环节。

崔向荣表示，鉴于高龄产妇比例上升及其并发症风险较高，未来，产科需加强病理产科、胎儿医学等相关领域的专业能力的培养，同时积极与辅助生殖、产前诊断、新生儿科等部门的联动合作，设立专门针对高龄及复杂病例的MDT门诊，集合不同专业

医生共同解决生育难题。

谈到生育激励政策，朱兰举例指出，针对贫困地区的家庭，可以通过经济补贴等形式鼓励生育，类似韩国等国家的做法。同时，她认为，解决产科现存问题的根本在于国家和社会政策层面，比如制定和实施积极的生育鼓励政策。

“产科关停非洪水猛兽，我们要正视并作出积极的调整，将政策落到实处，才能推动产科的良性发展。”徐铭军说。

出生人口与老龄化的失衡是社会问题。朱兰认为，妇产科医生固然能够在一定程度上解决因疾病导致的低出生率问题，但要阻止生育率断崖式下降，建设生育友好型社会才能从根源解决问题。“目前，虽然出台了二胎、三胎政策刺激人口增长，但还需加大力度。”促进人口增长是一个系统工程，全社会都应当引起高度重视，鼓励生育并不仅仅是产科的责任，而是一项涉及国家政策扶持、民众自觉性和社会系统性组织的任务。