

为妇儿健康事业鼓与呼

——农工党中央向全国政协提案彰显界别特色

文/《妇儿健康导刊》特约撰稿 潘 锋 詹洪春

参政议政是民主党派的重要职能,在人民政协的平台上通过提案对关系国计民生的大事提出意见建议,是民主党派履行参政议政职能的重要体现。农工党中央 2022 年以中央名义提交全国政协十三届五次会议提案 34 件、以农工党界别小组名义提交 32 件,中央提案与界别提案的数量和质量进一步均衡。



全国政协常委、农工党中央副主席蔡威代表农工党中央,在全国政协十三届五次会议上作大会发言

中国农工民主党是以医药卫生、人口资源和生态环境领域高中级知识分子为主,由一部分社会主义劳动者、社会主义事业建设者和拥护社会主义的爱国者组成的,具有政治联盟特点的中国特色社会主义参政党,是中国共产党领导的多党合作和政治协商制度中,同中国共产党通力合作的亲密友党。

此外,农工党中央注重界别特色,聚焦国事焦点,提案在选题上继续紧扣社会主要矛盾变化,彰显农工党主要界别特色,聚焦“健康中国”和“美丽中国”建设,为促进深层次改革、推动高质量发展贡献智慧和力量。在 34 件中央提案中,体现农工党主要界别特色的共有 24 件,占比达 71%; 32 件界别小组提案中,体现农工党主要界别特色的共有 22 件,占比达 69%。



农工党界别委员讨论政府工作报告,审议政协常委会工作报告

提高儿童用药剂量准确性

农工党中央在《关于尽快制定我国儿童用药剂量管理方法的提案》中指出,儿童属于特殊群体,由于生理状况、代谢等方面的差异性,导致儿童用药与成人用药有很大区别,并且这种区别也表现在不同年龄段的儿童之间,特别是低龄儿童的用药剂量往往仅需成人的三分之一、五分之一、七分之一甚至是十几分之一。“用药靠掰、剂量靠猜”的问题一直长期困扰患儿家长以及儿科医生、药师,严重影响儿童用药剂量准确,影响治疗效果,一些儿童高警示药品及治疗窗狭窄的药品,如左甲状腺素钠片、华法林片、氯硝西泮等,用药剂量不准确甚至有可能导致对儿童的药物伤害。

农工党中央调研发现,目前,国内 90% 以上的儿童用药为非儿童专用药品,儿童适宜剂型和规格严重缺乏。在药品规格不能满足临床使用时,医师、药师只能选择分剂量药品为患儿使用。分剂量药品在儿童医院使用广泛,但由于缺乏相应管理办法,各地区、各医院儿童用药分剂量水平参差不齐,大部分停留在手工操作阶段。主要存在如下问题:

一是手工拆分剂量准确性难以保证。由于大部分药片、所有胶囊没有分剂量标识,特别是三分之一、五分之一、七分之一等分劈属不规则分劈,更不容易把握剂量,而低于五分之一片的分劈也不好操作,且分剂量越小结果偏差也越大,可能会影响治疗效果,不良反应发生率也随之升高,如标示为高警示的药物则潜在风险更高。

二是分剂量后影响物理化学性质,导致药品吸潮结块、溶出度变化,暴露不良味道,影响儿童服药依从性。由于药物分剂量后,特别是药物碾碎后稳定性下降,再加上存储不当,容易变质、失效,影响治疗效果。对一些特殊剂型如肠溶衣片、糖衣片、缓控释制剂等不适宜分剂量的药品分剂量后,会影响药物疗效。

三是导致药品浪费与污染环境。由于儿童药分剂量后存在大量药品结余,造成剩余药品及药品包装浪费,处理不当可能会污染土地和水源,对生物链

造成不利影响,同时有流向社会被不法分子重新贩卖的风险。

四是缺乏儿童药分剂量操作室建设标准和操作培训标准,对操作者保护不到位。目前各医院硬件、软件设施配备参差不齐,大部分缺乏洁净室、生物安全柜、粉剂分包机、3D 打印等专业设备;分剂量操作人员培训不规范,从事分剂量操作的人员有药师、护士、患儿看护人等,国内尚无相关培训规程。同时,尚未出台配套管理制度,2011年原卫生部《医疗机构药事管理规定》中提出单剂量配发药品,但未进行释义,目前仅是医疗机构对分包岗位的职责与管理要求,缺乏分剂量操作调剂 SOP 及分剂量后的药品质量标准。此外,绝大部分患儿家长缺乏分剂量防护知识,如自行分剂量时易吸入粉尘或直接接触皮肤和黏膜,特别是拆分抗肿瘤等细胞毒性药物时,可能引起职业伤害。

五是现有药品流通政策限制。目前,国内不允许制剂中间体流通,需成品流通交易,这也给大型儿童专科医院增加了大量人力成本,医药企业增加了大量包装、生产成本。

为此,提案建议:国家药监局、国家卫健委、国家医保局等部门尽快联合制定出台《儿童用药分剂量管理办法》。在加大研发儿童药适宜品种、剂型的同时,确保儿童用药分剂量药品准确性、稳定性,推动国内儿童用药个性化,调剂标准化、规范化、同质化。借鉴国外经验,突破现有政策限制,探索药品流通使用新模式。建议制定相关配套政策允许制剂中间体、药品大包装在医疗机构使用,方便医院药品分剂量。明确儿童用药调剂费,并纳入医保付费项目。由于儿童用药分剂量在国内儿童医院、综合性医院普遍存在,在药品零差价销售,无药事服务费现状下,建议制定儿童用药调剂费,纳入医保付费项目,体现专业服务价值和医院分剂量成本支出。在儿童用药集中采购、价格谈判、医保准入等方面把儿童药适宜剂型、规格纳入权重系数。引导企业研发、生产适宜儿童的药物剂型、规格,从源头上减少不必要的分剂量操作,方便临床使用。

推行无创产前基因筛查

农工党界别小组在《关于在全国推行无创产前基因免费筛查与诊断的提案》中介绍,目前我国出生缺陷总发生率达 5.6%,大约每 30 秒钟就会诞生一个缺陷儿。三孩政策背景下高龄高危孕产妇增多,出生缺陷发生风险随之增大,因此出生缺陷的产前

筛查尤其重要。从技术层面看,当前产前检测主要有血清学产前筛查、羊水穿刺诊断、无创产前基因筛查三种技术。其中,血清学产前筛查成本低,但假阳性率高;羊水穿刺诊断法准确率高,但可能引发出血、流产;无创产前基因筛查检出率高、安全无创,但并未普及。

产前基因筛查未普及的主要原因是:一方面是其费用较高,价格在 1500 至 2000 元,仅局限于经济条件相对较好、个人主观意愿较强的孕妇家庭选择;另一方面是政府补偿机制尚不完善。目前,我国仅有部分省市实行了免费无创产前基因检测及诊断,还有部分省市产前筛查基本自费,影响了孕妇参加产前筛查的意愿。此外,产前基因筛查检测诊断服务能力有待提高。不少医院没有产前诊断门诊和不具备无创产前基因筛查检测能力,需要外送检测,并上传至上一级医院作进一步诊断,周期长,影响孕妇抉择,增加了引流产风险。并且外送检测涉及孕妇隐私,对第三方检测机构资质及信息安全提出较高要求。

为提高人口素质和人力资源的健康存量,减少由于出生缺陷而造成的家庭层面和社会层面的经济负担,提高儿童的生命健康和生活质量,提案建议:在全国实施无创产前基因免费筛查与诊断项目,符合临床适用条件的孕妇含户籍人口和流动人口,每孕期可免费接受一次孕妇外周血胎儿游离 DNA 产前检测和诊断服务。同时要加强部门联动,推进筛查项目的顺利实施。建立政府主导、卫健委牵头、相关部门协作、全社会参与的工作机制,将免费项目纳入各级政府年度考核内容,定期对项目实施情况进行考核,促进项目管理更加科学规范。采取纳入医保、财政专项拨付、各级财政按比例分级承担等方式,建立稳定的支付保障制度。对产前基因筛查项目中的实验室基因检测、产前诊断机构承担的相关服务实行集中招标采购,推进项目规范化、标准化实施和管理,发挥规模效益,合理降低成本。

提案指出,要完善服务网络,提升产前筛查检测和诊断服务能力。建立以产前诊断机构为核心、以产前筛查机构为采血点、以具备能力的医学检验所和其他医疗机构为技术支撑的孕妇无创产前筛查与诊断网络,实行筛查、诊断、治疗全程规范化管理,为预防出生缺陷提供信息化支撑。加强对高风险对象转诊、实验室质量控制、结果汇总分析、服务对象跟踪随访等信息化管理,切实保证产前筛查和诊断的服务质量和信息安全。建立对口支援、远程会诊和医疗协作机制,积极开展专业技术人员规范化培训,

提升检测和诊断服务能力,提高基层产前筛查和产前诊断的能力和水平。

提案强调,要加强市场监管,切实保障孕妇的合法权益。严格按照国家卫健委关于“孕妇外周血胎儿游离DNA产前筛查与诊断”相关文件要求,指导有关机构规范有序开展筛查与诊断,切实保障孕妇知情权和选择权,严格保护孕妇隐私。强化母婴保健专项技术监管,将开展孕妇无创产前基因检测服务的产前筛查和诊断机构作为母婴保健专项技术监督管理的重要内容,纳入卫生计生综合监督执法,严厉查处医疗机构不具备资质、超范围违规开展无创产前基因采血、检测和其他侵害公民个人权益的违法行为。

为阅读障碍儿童提供帮助

全国政协委员、农工党江苏省委会副主委、东南大学吴智深教授说,阅读障碍是学龄儿童中常见的一种学习障碍,约占学习障碍的五分之四,在临床上阅读障碍分为获得性阅读障碍和发展性阅读障碍两种。我国对阅读障碍的研究起步较晚,公众对阅读障碍的认识还很匮乏,往往错过了最佳矫正期,不利于孩子的身心健康发展。



吴智深委员

吴智深委员介绍说,有研究显示阅读障碍发病率较高。阅读障碍可能是儿童最常见的神经行为疾病之一,发病率为5%~18%,占有被诊断为学习障碍儿童的70%以上。在不同的语言和文字系统中,阅读障碍的表现可能不同,英语国家中有阅读困难的儿童高达10%~30%;学汉语的儿童中患有阅读障碍的人在3%~5%。不少患者智商极高,甚至包括天才型的人,比如达·芬奇、爱迪生、爱因斯坦、肯尼迪等,在儿童时代都曾被认为是成绩极差的

“笨孩子”,最后科学家才发现他们都属于阅读障碍症的典型例子。

阅读障碍严重影响儿童认知发展。在字母书写系统中,阅读障碍早期阶段可能表现为背诵字母,说出字母正确名称、词的分节、读音的分析或分类等障碍。但在中文系统中阅读障碍常常表现为:音调念错,念相似结构的音如“狐”念“孤”,多音字读错,读错两个字组成的词中的一个字。学龄期阅读障碍可能会产生语言技能障碍、拼读障碍、计算障碍等,并常常伴有多动症和行为问题。发展性阅读障碍这一类儿童容易被误解。因为没有明显的疾病或损伤,智力也正常,很多患有发展性阅读障碍的儿童在幼儿园阶段很难被发现,通常是在上小学后因为学习成绩差才被家长和老师察觉。他们即使很努力、很认真也达不到同龄孩子的水平,往往被家长、学校乃至社会误解,指责他们“学习不努力”“上课不专心”等,从而错过了低龄阶段的最佳矫正期。阅读障碍不仅对孩子的教育产生巨大影响,也对其心理造成严重伤害,甚至可能导致孩子行为产生偏差。

吴智深委员建议,应加强对阅读障碍儿童的理解与重视。通过各种宣传,提高社会对阅读障碍的认识,尤其是家长和教育系统要对阅读障碍儿童给予更多的关注和理解,同时开展相关的科普教育,普遍增强公众对阅读障碍的症状、诊断及特殊的教育方式的基本了解。

此外,应加强对特定儿童的教育法研究。中文系统中的儿童阅读障碍和字母系统中的儿童阅读障碍的特点并不一样,更需要重点开展我国儿童阅读障碍的相关研究,开发和丰富关于阅读障碍测查的本土化测评工具,培养基层的心理专业工作者,同时逐步形成对阅读障碍儿童的教育方法指导。教育部门应关注阅读障碍儿童的特殊教育方法,当学校内发现经过专业测查存在阅读障碍的儿童时,应该在保障他们正常的学校生活之外,为他们提供更适合的教育方法。

最后,应加强对阅读障碍儿童的心理健康教育。目前有的学校已经配有专门的心理老师为学生进行心理健康教育,但老师比较关注的是正常孩子在发展关键期所面对的成长问题,对阅读障碍儿童关注较少。应加强对心理老师的专项培训,提高他们对包括阅读障碍在内的一系列学习障碍和心理行为问题的测查及辅导能力。对暂时无法配备专门心理老师的学校,地方教育部门可以设置心理健康小组,关注辖区内学生可能存在的学习障碍和心理健康问题。同时,加强对少数民族语系的阅读障碍

儿童研究。考虑到阅读障碍和语系的关联性,不仅要关注汉语体系中的儿童阅读障碍问题,也要加强对少数民族语系内存在阅读障碍儿童的学习环境和身心健康问题的研究,为他们提供更好的学习成长环境。

加强孕产妇和中小學生心理干预

农工党界别小组在《关于完善孕产期抑郁症筛查对孕产妇实施全过程心理干预的提案》中指出,孕产期抑郁症又被称为围产期抑郁症,是妊娠期及分娩后出现的一种抑郁症状,包括产前抑郁症和产后抑郁症。孕产期抑郁症是围产期最常见的并发症之一,据世界卫生组织(WHO)2020年数据显示,在发展中国家孕产妇妊娠期和产后经历精神障碍的概率分别为15.6%和19.8%,且主要为抑郁症,有研究显示国内孕产妇有抑郁情绪问题者近43%。未经治疗的孕产期抑郁症可能对家庭、孕产妇和新生儿的生长发育产生严重负面影响,抑郁已成为影响孕产妇综合健康的重要因素之一。

随着国家三孩政策的放开,孕产期群体的心理健康问题愈发引起关注和重视。2020年9月,国家卫生健康委公布的《探索抑郁症防治特色服务工作方案》提出,孕产妇为抑郁症的重点人群之一,要求将围产期抑郁症筛查列入常规孕检和产后访视流程,为孕产妇女提供专业支持。但目前我国只出台了框架性意见,尚未出台与之相关的实施细则,如筛查时间或次数、转诊制度、筛查及治疗费用的支出来源,以及由谁来做筛查等都未明确,因此能得到早诊断、及时系统治疗的女性寥寥无几。多数仍是医生建议、患者随意,产后随访疏漏较多,难以达到预期干预效果。

为此,提案建议:明确筛查流程及服务机制。结合现有常规孕检制度,从国家层面制定围产期抑郁症筛查工作流程和实施细则,明确孕产妇抑郁筛查的次数、频率和时间,建立统一的筛查流程和执行标准。各地结合本地实际,出台区域性相关性文件、制定筛查路径及服务机制,组织各级妇幼保健院具体实施并进行详细的工作部署及专业指导。内容包括明确在孕早期、孕中期、孕晚期和产后分别进行心理健康筛查,对备孕妇女在孕前门诊、初诊孕妇在建卡时,由妇产科医务人员进行预防性的科普宣教,对筛查后具有抑郁高危因素的孕产妇建立联合门诊或转诊制度,给予更为专业的医疗服务和早期干预治疗。在产后访视阶段,由社区卫生服务中心的医务

人员进行产后抑郁筛查追踪。

提案还建议,将围产期抑郁的筛查、诊断及治疗费用由医疗保险基金支付,明确收费标准及支出渠道。孕产妇在特殊时期发生的抑郁症是由于生育引起的相关疾病,应明确由此疾病产生的筛查、诊断和治疗等相关医疗服务费用均可由生育医疗费用支付,也可根据该病的治疗周期制定由生育医疗费用支付的上限总额和时间节点。患者一旦患上产后抑郁,建议纳入慢性门诊特殊疾病范围,由此产生的一系列费用如抑郁心理评估费用、心理治疗康复费用、产后恢复费用等,按照相关规定由医保统筹基金支付。

就日益突出的中小學生心理健康问题,吴智深委员建议尽快制定和实施《中小學生心理危机预警和干预机制实施方案》,形成全国统一的中小學生心理危机预警和干预机制。吴智深委员认为,建立中小學生心理危机预警和干预机制要遵循人性化、预防性、教育性、参与性、实效性原则,坚持以学生为本,及时发现和解决学生出现的各类心理问题。当中小學生出现心理问题时,要坚持以学校为主体,充分发挥社会心理咨询机构、学生家庭及其他社会各方的积极作用,实现心理预警和干预工作的规范化、专业化,增强机制运行的有序性和实效性。

吴智深说,建立统一的中小學生心理危机预警和干预机制,重点在于设立“两道三级”系统,一道是三级预警信息传递系统,通过建立心理危机预警监测中心,形成班级、学校、主管行政部门三级预警信息传递系统;另外一道是三级干预系统,设立班级干预、学校干预、主管行政部门干预的三级干预系统,为学生心理危机干预提供支持。

吴智深认为,对于中小學生心理健康问题应在预防上多下功夫,不仅要面向全体学生,还应该对全体教职员工和学生家长普及心理健康常识,学校德育部门、心理辅导室要明确岗位专人负责,强化以班主任、心理健康教师为核心,班级心理委员和班团干部、各学科任教教师参与的心理健康教育队伍。学校设立的“心理预警监测中心”可包括由学校心理辅导室、各年级组、各班级和学校安保部门组成的校内信息监测点,和由家委会、当地派出所等组成的校外信息监测点。要定期组织学生进行心理测评,由学校心理预警监测中心负责收集并进行评估,并根据事件的不良程度与紧急程度分级预警。实施干预者必须在短时间内通过评估迅速、准确地掌握学生的危机情境及其反应,在评估的基础上由学生心理危机干预工作小组制订符合学生身心状况的、专业

化的具有高实操性的干预方案,并由具有专业心理咨询资质的心理辅导教师根据情况采取不同的应对措施。

统筹完善全国中小学校医室

农工党中央在提交的《关于统筹完善全国中小学校医室的提案》中指出,近年来,学校传染病事件高发成为一个重要的公共卫生问题。国内传染病和突发公共卫生事件相关监测调查数据显示,除“非典”、新冠肺炎等社会性重大疫情外,发生在学校及托幼机构的传染病暴发疫情占地区全部传染病暴发疫情总数的80%以上,此外,学生突发疾病猝死和外伤得不到及时处置等情况时有发生。

农工党中央调研发现,中小学是一个特殊的社会群体。每个学生都有一个联系着社会的家,有的家长社会活动面还十分广泛;大量学生近距离集中学习、生活;中小学生对行为能力不完全;教师的主要职责是教学,一般不具备医药卫生专业知识,因此中小学校的公共卫生和学生在校期间的基本诊疗服务,必须由校医室和校医负责。据2019年中国红十字基金会完成的《中国中小学校医室现状调查报告》显示,我国现阶段59.6%的中小学校未设置校医室或保健室,在校医室工作的人员中具有执业医师或执业助理医师资格证的占比仅14.31%,具有注册护士资格证的人占比仅14.87%。当前,校医室建设短板问题主要集中在边疆民族地区和经济欠发达地区,以云南省某市为例,虽然本省规定中小学寄宿制学校或600名学生以上的非寄宿制学校必须设立学校卫生室,但目前各级各类学校中配备校医室的仅有1.8%。

农工党中央分析认为,我国校医室和校医配备不足的原因首先是重视程度不够。计划经济时期,我国很多企业、行政事业单位办医,中学普遍设校医室。改革开放后企业、行政事业单位医院(医务室)压缩,中小学公共卫生及学生医药卫生工作的特点被社会化服务的倾向掩盖,校医室建设问题随之被淡化。国家层面对中小学医疗保健工作仅有1990年的《学校卫生工作条例》中有所涉及,2008年出台的《国家学校体育卫生条例实行基本标准》也已不符合

时代发展的要求。而在国家拨款的经费中没有专门校医室经费预算,绝大多数学校没有专项经费建设校医室,经费开支只能挤占学校办公经费。二是管理机制不完善。《学校卫生工作条例》中没有明确具体的职责划分和管理要求,在实际操作中往往形成相关部门既管又不管,或监管而不管的局面。三是校医从业意愿低。当前,大多数学校将医务人员纳入后勤人员管理。校医没有教师资格证,不能兼任教师,不能从教育系统参与职称评定;校医一般没有机会进行专业培训,临床经验相对少,专业也得不到充分发挥,从卫生系统晋升专业技术职称更是难上加难。此外,学校没有医院规定的40%奖励性绩效工资政策,因此医学专业技术人员在从事校医工作,比起同等的专业技术人员收入明显偏低,导致他们不愿入职校医岗,即便入职也不会长期从事。就此,农工党中央建议如下:

首先,要明确中小学校医室建设的重要性。国家应高度重视和关注中小学医药卫生工作的特殊性,对全国中小学校医室建设和卫生工作进行一次摸底调查,在掌握基本情况基础上,做出全国性推进中小学卫生工作的统筹安排。

其次,要规范管理,强化保障。从制度方面对中小学校医室建设中涉及的各种问题出台配套的管理办法和实施意见,明确校医室建设标准,把校医室建设和校医配备纳入当地基层医疗服务规划当中,将校医室建设和校医配备作为评审标准之一纳入学校工作考核评价体系。应加大对经济欠发达地区校医室建设的人力、物力、财力投入力度,加快推进校医室建设和校医队伍配备。有条件的地区可探索采取学校自建自管、购买服务、委托管理、社会捐助等多方参与方式,推进校医室基础设施建设和日常运营管理。

再次,要建立并完善校医权益保障机制。明确校医是乡镇卫生院或社区卫生服务站编内人员,享受对应的医疗机构保障政策和福利待遇,在编制、培训、薪酬、晋升和职业发展上制定相匹配的校医晋职晋级制度,出台相关实施意见、管理办法和实施细则,划定具体的校医晋职晋级的比例,让校医从卫生健康系统这条线上可以实现晋职晋级,评先评优。