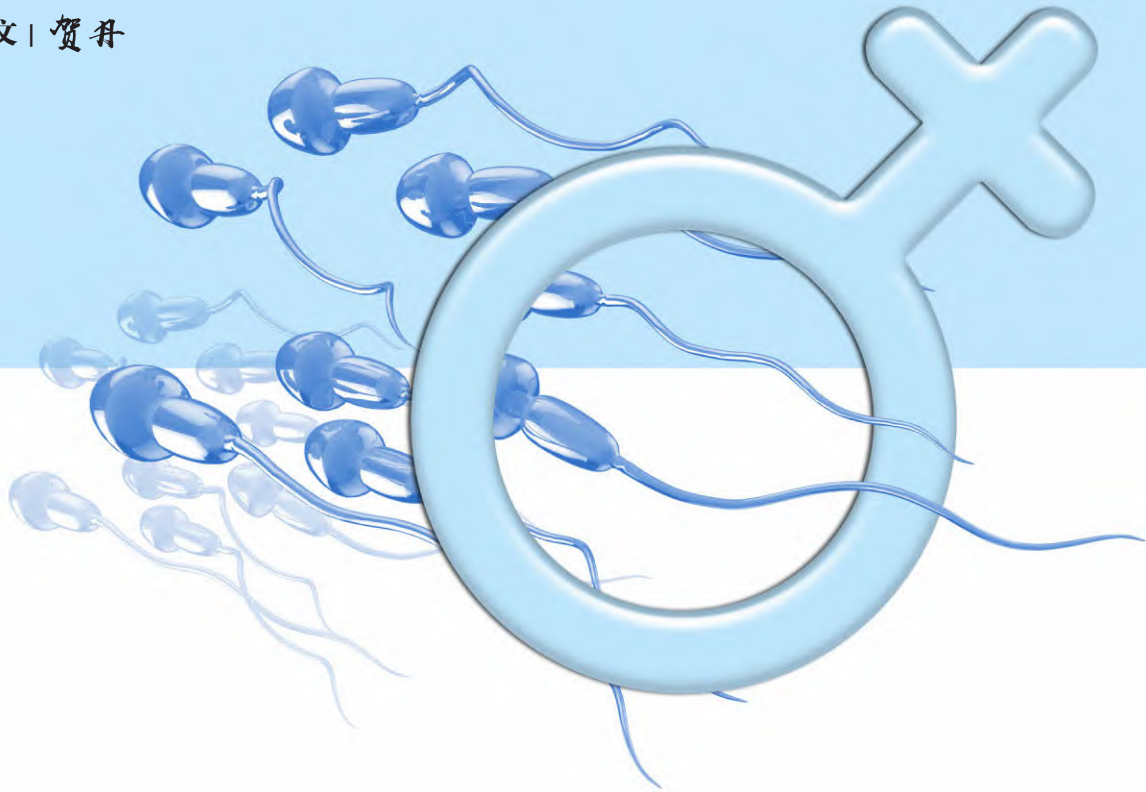


积极构建生育力保存、保护和保障的政策制度体系

文 | 贺丹



视觉中国供图

当前，育龄群众“生不出、生不好”的问题日益突出，生育力下降已成为我国生育潜能释放的重要影响因素。在新时代做好生育力保存、保护和保障工作事关重大，是贯彻落实习近平总书记关于人口高质量发展支撑中国式现代化重大决策部署，积极应对高龄少子化挑战的重点任务之一。

生育力是兼具生物学、医学、社会学等多重意义的概念。从医学视角看，生育力也被称为自然生殖力，即男性和女性孕育子女的最大生理能力。年龄和疾病等生物学因素是导致生育力下降的重要原因，WHO 研究指出女性适龄生育期是

20岁~34岁，35岁及以上为高龄妊娠；男性最佳生育年龄为25~35周岁，35岁之后精子数量和质量下降，伴侣怀孕率降低。从社会学视角看，婚育观念、生育偏好、经济压力、家庭关系、心理健康、生活质量等非生物学因素则会直接影响夫妻生育子女数量的最终结果。

生育力保存是运用生物医学方法，维护人的生育能力，主要指采用手术、药物或辅助生殖技术等为有丧失生育能力风险的人群保存其产生遗传学后代的能力。女性生育力保存主要有卵母细胞冷冻、胚胎冷冻、卵巢组织冷冻、人工授精、

试管婴儿等，男性生育力保存主要指精子冷冻。近年来，我国肿瘤发病率逐年升高并呈现年轻化趋势。据估计，每年至少约100万育龄女性因放化疗导致生育能力丧失。北京大学开展的全国生殖健康流行病学调查显示，2007年-2020年，我国不孕症发病率已从12%升至18%，生育力保存需求不断上升。

生育力保护运用社会动员、医疗服务等方式来降低个体不孕不育风险、保护人群的生育能力。生育力保护通过全生命周期的健康教育，提升公众对生殖健康的认知，掌握基本知识和技能，促进行为改变，提升生殖健康水平。医疗机构则使用手术、药物或者实验室手段对存在不孕不育风险的人群提供帮助，保护其产生遗传学后代的能力。

生育力保障运用医疗保险、基本公共服务投入保障制度来支持生殖健康服务，通过完善法律法规、出台政策规范，为从事科普宣传、健康服务的组织和机构提供支持，提升相关服务的可及性、可负担性，保障满足群众生育意愿和需求的环境条件，降低人工流产率、不孕不育率、孕产妇死亡率、出生缺陷发生率和婴儿死亡率，改善人群整体生殖健康服务水平。

当前，“人人享有生殖健康”已经被联合国作为全球可持续发展议程的重要目标，国家卫生健康委、教育部、中国计划生育协会研究制定了《生殖健康促进行动方案（2023-2025年）》，取得了积极进展和成效，但是仍存在一系列亟需推动解决的问题。重点应做好以下几项工作：

一是将性健康教育纳入义务教育，从源头做好个体生育力保护。青少年自我保护能力较弱，存在性成熟与认知不匹配、首次性行为低龄化、非意愿妊娠与不安全流产数量上升、青春期焦虑和抑郁增加、性取向偏移及性疾病感染增多等诸多问题，给青少年未来的生殖能

力和身心健康带来诸多隐患。应编制符合我国国情的分层分类的青春健康教育课程体系，加强性教育师资队伍建设和，建立生殖健康科普教育基地，设立青少年性与生殖健康咨询热线和门诊，提升青少年生殖健康知识、观念和技能水平。

二是鼓励青年适龄婚育，做好人群生育力评估。普查数据显示，2020年我国人口平均初婚年龄推迟至28.7岁，女性平均生育年龄推迟至29.7岁。与30~33岁女性相比，40岁及以上女性生育能力下降超过50%。建议将生育力评估服务纳入婚检孕检免费项目，及时提醒群众了解自身生殖健康水平，认识适龄生育的重要性；提醒存在不孕不育风险的人群及时接受医疗技术服务，避免因延迟治疗导致的生育力丧失。

三是提高辅助生殖服务保障水平，做好生育力保存工作。应加强生殖健康基础研究和临床转化，不断提升医疗服务水平。将技术成熟、安全可靠、费用可控的辅助生殖服务项目纳入医保范围。开展生殖健康专项行动，帮助家庭经济困难、有强烈生育意愿的夫妻实现生育愿望，让每个家庭都充满孩子的欢声笑语。**H**

视觉中国供图

