

· 新型冠状病毒肺炎疫情防控 ·

关于疾病预防控制体系现代化建设的思考与建议

中华预防医学会新型冠状病毒肺炎防控专家组

中华预防医学会, 北京 100021

通信作者: 李立明, Email: lmllee@vip.163.com; 汪华, Email: jsbstwh@163.com; 梁晓峰, Email: liangxf@chinacdc.cn; 毕振强, Email: bzq63@163.com; 任军, Email: renjun668@sina.com; 王岚, Email: wanglan@icdc.cn

【摘要】 中华预防医学会新型冠状病毒肺炎防控专家组对于如何推进我国疾病预防控制体系现代化建设进行了充分的讨论, 深入分析了我国疾病预防控制体系的发展、现状和存在问题, 以及其他国家和地区疾病预防控制体系值得借鉴的地方。专家组提出了全面加强和完善公共卫生领域相关法律法规建设, 建立符合国情的体制机制, 改革和完善公共卫生突发事件应急处置体系, 明确疾控体系在健康中国建设中的主导地位 and 作用, 加快建设现代化的信息系统和加快一流人才队伍和先进文化建设等建议。

【关键词】 新型冠状病毒肺炎; 疾病预防控制; 体系; 现代化建设

DOI: 10.3760/cma.j.cn112338-20200225-00166

Recommendation on the modernization of disease control and prevention

Special Expert Group for Control of the Epidemic of COVID-19 of the Chinese Preventive Medicine Association

Chinese Preventive Medicine Association, Beijing 100021, China

Corresponding authors: Li Liming, Email: lmllee@vip.163.com; Wang Hua, Email: jsbstwh@163.com; Liang Xiaofeng, Email: liangxf@chinacdc.cn; Bi Zhenqiang, Email: bzq63@163.com; Ren Jun, Email: renjun668@sina.com; Wang Lan, Email: wanglan@icdc.cn

【Abstract】 Special Expert Group for Control of the Epidemic of COVID-19 of the Chinese Preventive Medicine Association have had a deep discussion on how to promote the modernization progress of current disease control and prevention system in China. By deeply investigating and analyzing the problems existed in the current Chinese disease control and prevention system, and learning the experiences from the disease control and prevention systems of other countries, the expert group suggested the following recommendations, included the enhance and update the laws related to public health, build up advanced institution mechanisms that meet current social status, reform current emergency response system, clarify the dominance and function of disease control and prevention system in Health China developing, and speed up the construction of a modern information system, talented professional groups, and advanced culture.

【Key words】 COVID-19; Disease control and prevention; System; Modernization

DOI: 10.3760/cma.j.cn112338-20200225-00166

2月10日, 新型冠状病毒肺炎疫情防控处于关键时刻, 习近平总书记来到北京市朝阳区CDC进行调研指导, 并指出“这场疫情对全国各级疾控中心的应急处置能力是一次大考。这次抗击疫情斗争既展示了良好精神状态和显著制度优势, 也暴露出许多不足。要把全国疾控体系建设作为一项根本性建设来抓, 加强各级防控人才、科研力量、立法等建设, 推进疾控体系现代化”。专家组认真学习了习近平总

书记的重要讲话, 集中讨论什么是疾控体系现代化, 应该如何推进疾控体系现代化建设, 思考和建议如下:

一、我国疾控体系的现状和存在问题

1. 我国疾控体系发展:

1953年, 参照前苏联模式, 政务院批准在全国建立卫生防疫站, 属于卫生行政部门管理的事业单位, 兼有卫生执法监督和技术管理双重职能。到1965年底, 全国29个省(自治区、直辖市)中绝大部

分及所属地(市)、县(区)、铁路及较大的厂矿企业共建成各级卫生防疫站 2 499 个,人员 4.91 万,其中卫生技术人员 4.1 万,新中国卫生防疫体系初步建立。“文革”期间,新建的卫生防疫体系遭受严重影响。十一届三中全会后,卫生防疫站步入恢复时期,到 1986 年底,全国卫生防疫站达 3 516 个,人员 15.53 万,其中卫生技术人员 12.11 万^[1-2]。尽管如此,我国卫生防疫工作的成效还是得到了全世界的公认,世界银行《投资于健康》专题报告中指出:“中国政府用全世界 1% 的卫生投入,解决了全世界 22% 的人口的健康问题,这是一个了不起的成就”。

2000 年前后开始进行疾控体制和卫生监督改革,在卫生防疫站的基础上,组建各级 CDC 和卫生监督所,CDC 成为纯技术型事业单位,不再承担监督行政执法职能。2002 年 1 月 23 日由中国预防医学科学院更名重组的“中国疾病预防控制中心”正式成立,标志着疾病预防控制体系改革的启航。到 2002 年底,全国建立各级 CDC(防疫站)3 463 个,人员 20.44 万,其中卫生技术人员 15.68 万,实现了由卫生防疫向疾病预防控制的转变^[1-2]。

2009 年,中国启动深化医药卫生体制改革。回望十年医改进程,将“促进基本公共卫生服务逐步均等化”作为公共卫生改革的重点,而作为新医改“四梁八柱”之一的公共卫生体系建设,特别是疾病预防控制体系建设严重滞后,甚至在医改过程中被边缘化。在疾控系统中推行绩效工资改革,最终演变成新一轮的大锅饭,严重挫伤了疾控人员的积极性,导致专业人才流失和非专业人员的涌入。2017 年 4 月起取消作为公益一类事业单位的疾控机构“预防性体检收费”等 3 项收费,但大部分地区财政保障不到位,机构运转举步维艰。

中国疾病预防控制体系已运行了近 70 年,虽然发展道路艰难曲折,历经动荡和考验,但在历次重大传染病疫情和突发公共卫生事件应对中发挥了不可替代的作用,为国家健康事业做出了重要贡献。有科学证据研究表明,1950—2010 年,疾病预防控制在人群期望寿命提高中的贡献率高达 78%。新型冠状病毒肺炎疫情的暴发,进一步暴露出我国疾控体系存在着功能定位不清、行政能力缺失、人员队伍不足、职业素质不高等短板。

2. 美国、欧洲地区、日本的疾病预防控制体系值得借鉴:

他山之石,可以攻玉。发达国家的疾病预防控制体系,对我国建设现代化疾病预防控制体系有着

积极的借鉴作用。

美国疾控体系由美国 CDC,和州、地方公共卫生机构组成,是一个庞大的社会体系,在充分调动和管理现有医疗卫生资源的基础上,有效开展疾病防控工作。州和地方公共卫生机构决定了地方机构是否能够发现,并迅速阻断可能发生的健康威胁。而核心管理机构是联邦政府的美国 CDC,其重要性不仅在于提供决策参考和技术指导,还在于提升州和地方公共卫生机构的技术和能力。

美国 CDC 成立于 1946 年,是国际上最重要的公共卫生组织之一,是疾病防控和突发公共卫生事件应对的核心部门和协调中心。美国 CDC 在政治支持的背景下保持技术独立,拥有相当大的独立行动的权力。作为美国 CDC 主任,其职责是定期向总统就重大健康问题做简要汇报。这种直接接触政府最高层的做法,赋予了美国 CDC 权威性,并确保公共卫生在国家事务中得到优先考虑。美国 CDC 是国家行政管理机构,雇员为技术官员,兼有行政管理和技术业务指导的双重职能,实行准军事化管理^[3]。

美国 CDC 年度预算超过 120 亿美元,经费预算经国会批准后,完全由美国联邦政府拨款。有数据显示,美国 CDC 每年向州、市卫生机构拨款数十亿美元(占其总预算的 60%)。除 CDC 本身预算外,纳入 CDC 工作计划的还有国际组织的工作项目和经费,该项经费一般超过本级经费预算的一倍多。雇员享受公务员待遇,工资完全列入国家财政预算,平均收入在美国中产阶级水平及以上。美国 CDC 拥有大约 1.4 万名正式全职员工和 1 万名合同制聘用人员,包括大批科学精英,在几乎所有的卫生领域,都有一些世界顶尖的专家在美国 CDC 工作。除此之外,美国的州、市和地方公共卫生机构还有 20 多万雇员。更重要的是,美国 CDC 能够向顶级健康专家,支付高于政府标准工资的有竞争力的薪酬。有资料显示,美国公共卫生专业毕业生第一年的薪酬约为 5 万美元,从业 10 年以上的专业人员年收入约为 21 万美元。在美国,年收入在 8 万~10 万美元的阶层就属于中产阶级。美国 CDC 行政权力、技术指导职能、高收入保证了机构的权威性、员工的荣誉感和队伍的稳定性。

美国 CDC 与其他公共卫生和医疗保健机构保持密切联系,除拨付经费外,也会派遣 1 000 名左右工作人员在州、市和地方卫生机构任职 2 年或更长时间,保证了疾控体系网络的整体效能和有效运转。

欧盟于 2004 年在瑞典的斯德哥尔摩成立欧盟

CDC(ECDC),其主要任务是加强卫生资源共享与合作,并统一规划欧盟的疾控工作。ECDC各成员国均有专门的协调机构,实现欧洲各国公共卫生信息互通、资源共享,共同应对各种突发事件和疫情。ECDC共有雇员300人左右,人员经费由欧盟直接提供,主要包括员工工资及各类保险、差旅、交流等费用。2014年ECDC年度人员经费支出约为3 100万欧元,占ECDC年度经费的一半以上,员工年平均收入约10万欧元,达到欧盟中产阶级水平。

日本有较为完善的国民健康保障体制,分布于全国各都道府县的地方保健所和市町村的保健中心在疾病防控中起主导作用,各级保健所所长必须有医学教育背景,都道府县级保健所人员按1.69人/万人配备;市级保健所按2.8人/万人配备,所需经费由财政拨款。建立了包括重大疫情和突发公共卫生事件应对的机制和人、财、物的储备及组织落实^[4]。

总之,国外的疾病预防控制体系,不管是美国CDC、ECDC还是日本的防保体系,有以下几个共同点值得借鉴:一是着眼于国家安全战略需要,立足国内、放眼全球;二是定位明确,疾控机构为技术官僚机构,人员以专业技术人员为主,主要负责人须有医学相关专业背景;三是权责分明,集行政管理与技术管理于一身,能调动各种资源,技术措施落实快捷高效;四是在传染病防控和突发公共卫生事件应急中是核心部门,并发挥决策作用,保证了其指导医疗卫生及其他机构的权威性和有效性;五是充足经费的保障机制和分配权力,既能保证应对的科学技术水平,及在全球公共卫生领域的引领地位,又能保证上下级的政令畅通;六是建立信息、资源协调共享机制,拥有信息收集、协调与发布权;七是工作人员待遇好,能吸引人才,留住人才,员工归属感强,队伍稳定;八是疾病预防控制工作需要上下联动,横向协同,才能发挥好整体效能。

3. 存在问题:

(1)预防为主工作方针未形成社会共识,健康融入所有政策形同口号:2003年,“非典”初期的教训,正是因为当时疾控体系的脆弱无力。对疫情严重性的认识不足、对病原体的一锤定音能力不足、协调机制的缺乏、信息披露的严重滞后,使疫情应对的第一轮遭遇战中坐失良机,陷入被动。“非典”之后,各级党委政府高度重视疾控体系建设,不断加大投入,调整重大疾病防控策略,建立和完善公共卫生突发事件应对处置体系,取得明显成效。2009年启动了新一轮的医疗体制改革,其核心就是解决基本医疗服

务和公共卫生服务公益性、可及性与公平性问题,其公益性决定了必须由各级党委政府负责。而对于公众,医疗卫生资源的有限性和公众医疗卫生需求的无限性,永远是卫生健康最根本的矛盾。这就涉及到资源在投入和分配时,不可能全面照顾,必然会有侧重、分阶段地投入。在全面推进新医改的“四梁八柱”建设中,各项改革得到较好的发展,唯独忽略了公共卫生这根梁的重点建设,不进则退,使得医改整体推进中,公共卫生体系建设,特别是疾控体系建设滞后,甚至边上观望,再一次成为被冷落的角色,错过了再次大发展的最佳时机。仅从2014—2019年这五年间的中央财政投入经费便可看出。2014年,国家“公共卫生专项任务经费”的项目拨款为5.29亿,而到了2019年,这笔预算下降到4.5亿,同比下降14.9%。反之,2014年对公立医院的财政拨款为36.19亿,到2019年,这一预算增加到50.23亿,同比增长38.8%。

长期以来,预防为主的工作方针是结合我国国情确定的最有效、最经济的工作方针,但社会各界,特别是各级党委政府的相当一部分,对预防为主方针理解不够、重视不足,“重医轻防”问题普遍存在,预防为主方针没有真正落实。各部门对“健康融入所有政策”理解执行差异较大,真正落实到行动上很少,对辖区内公共卫生资源统筹、体系建设、保障制度等工作重视不够。严重影响了预防为主方针的落实。

(2)公共卫生立法不全、有法不依、执法不力:公共卫生的法律法规数量众多,但至今没有公共卫生法母法。我国公共卫生立法前瞻性不够,很多法律都是被动立法。若干次有关公共卫生立法都是由发生重大公共卫生问题后倒逼出来的。如1988年上海甲型肝炎流行后的1989年产生了《传染病防治法》;90年代初期有偿采供血导致的艾滋病感染,催生了《献血法》;2003年“非典”后不久颁布了《突发公共卫生事件应急条例》;2008年毒奶粉事件后,2009年《食品卫生法》变成了《食品安全法》;2018年长春长生问题疫苗事件后,2019年《疫苗管理法》颁布等。

公共卫生法律的执法主体变动频繁,给公共卫生法律执行带来很大困扰。公共卫生法律执法主体主要是卫生行政部门,而我国国务院的机构变动频繁,卫生行政部门的职责分分合合。这期间包括了人口与生育、食品药品管理和职业健康管理等职责的重大变化。从1982年《食品卫生法(试行)》到2015年《食品安全法》的修订,2001年《职业病防治法》到2018年四次修订,机构反复变动,执法主体不

断变化,很大程度上影响法律执行的连续性。卫生部门和计划生育委员会合并以后,很多地方都发生机构、人员的适应和磨合问题,新的人员对原来的法律都需要时间学习。在抗击新型冠状病毒肺炎疫情中,很多行政领导被问责,反映了他们对公共卫生法律的生疏,不了解应该承担的法律 responsibility,不能依法依规开展工作。而作为传染病疫情防控和食品安全事件调查处置主力军的疾控人员,因没有行政执法权而造成调查受阻的现象屡见不鲜。

全国疾控体系建设的突发公共卫生事件防控队伍,在这次事件的应急处置初期没有展示出快速反应的能力。当传染病事件上升到国家安全事件时,《突发事件应对法》就是事件处理的总纲,依法依规防治变得更加困难,这时前期准备的各种预案、演练条件都发生了本质的变化,大量的临时性行政措施必须随着事件发展情况而改变,此时的防控措施效率是第一位,不确定因素太多、太复杂,按照计划设定的预案和演练适应不了事态的快速发展。本次新型冠状病毒肺炎疫情提醒我们,这支快速反应部队应该如何建设,应该由谁指挥,工作机制需要从立法层面进行保障。

(3) 疾控体系运行机制不适应健康中国战略的实施:习近平总书记于2016年8月在全国卫生与健康大会上发表了重要讲话,提出了医疗卫生服务模式从“以疾病为中心”向“以健康为中心”转变,提供系统、连续、防治深度融合的健康服务。国务院印发了《“健康中国2030”规划纲要》、《国务院关于实施健康中国行动的意见》。但是目前,公共卫生在健康中国战略中的主导作用未体现。一是疾控机构的工作方式、方法还处于传统的传染病防控模式,难以满足人民群众对健康生活的期盼。二是肿瘤、高血压、糖尿病等慢性病已成为危害我国居民健康的主要公共卫生问题,卫生健康部门仍按部门分工分设任务,治疗归治疗,预防归预防,疾控机构从上到下除了安排些项目,下一些专病文件外,没有完整的面上推进措施,与推进健康中国战略步伐不协调。三是基本公共卫生服务项目推进与重大公共卫生项目脱节,国家及其部分疾控机构在基本公共卫生服务工作中没有法定的职责,完全被边缘化,服务质量低、技术含量低、群众接受程度低。

(4) 疾控机构性质、职能定位、能级管理不清:2004年“非典”之后原卫生部下发了“关于疾病预防控制体系建设的若干规定”,明确规定了各级疾控机构和医疗卫生机构的职责,对推进全国疾控体系建

设发展发挥重要作用。但近年来,这一文件要求没有得到很好落实。疾控体系的改革发展相对滞后于经济和其他社会事业发展。疾控体系建设现状与人民日益增长的健康需求不适应的矛盾越来越突出。疾控机构作为公益一类事业单位,各类法律、法规明确其机构职能定位是技术指导支撑,没有行政管理权和独立决策权力。本次新型冠状病毒肺炎疫情处置,从疫情的发现报告、流行病学调查、防控措施的提出与实施,均未让疾控机构发挥主导作用。比如疫情的网络直报系统的作用仅为内部参考,对外公布和各级决策部门使用的数据均为卫生健康部门另设一套电话和表格报告系统,浪费大量的行政和防治资源。

各级疾控机构定位分工不清,省地县的机构能级和工作重点缺少清晰划分,国家疾控机构职责任务与地方各级机构职责脱节,工作任务能级分工“上下一般粗”,地方疾控机构除了逐级向国家级机构按法律法规填表报送数据外,无任何法律责任和行政管理责任归属,各省级疾控机构对下级机构仅有技术指导责任,也无任何法律责任和行政管理责任。

另外,各级疾控体系的机构职能重复重叠现象突出,资源重复配置,造成资源要素浪费,机构发展方向不明确,职能重点不突出。现行的体系建设主要围绕单病种开展,使学科综合发展不平衡,卫生防病综合能力不强。现行的传染病早发现方法、疾病监测预警技术、防病适宜技术、流行病学调查分析能力、不明致病因子检测技术、健康大数据分析运用技术等,特别是突发公共卫生事件应对机制,严重不适应新时代需要。

目前我国机构设置及行政规范都是以部门分隔设立,各地均以国家卫生行政部门的设置安排,从上到下一条线执行。医疗、疾控和基层行政管理部门各自为战,没有形成“统筹、融合、一体化管理”的格局,再加上我国医学教育模式的先天缺陷,社会普遍的重治轻防思想,疾控机构推进疾病防控工作单一,医疗机构未能很好履行在疾病预防控制工作中的法定职责,不能很好发挥在疾病监测早发现、早诊断、早治疗中的作用,临床医学与预防医学功能割裂,防治均不力,严重影响了疾病预防控制的工作效率。

(5) 基层卫生网底薄弱,难以胜任新时期疾控工作:公共卫生工作中核心就是疾控工作,是复杂的社会系统工程,根据不同能级进行有效的分类实施,基层社区卫生服务中心、乡镇卫生院、村卫生室(站),是实施疾控工作最基层的组织,被视为公众健康“守

门人”。近年来,国家开展基本公共卫生服务项目,有效推动了基层卫生机构落实各项疾控工作任务。但是,当前基层医疗卫生人员紧缺,全科医生制度在农村难以落实,公共卫生人员大部分从护理人员 and 老年医务人员及村卫生室人员调用。基层医疗服务水平低、技术能力差,距百姓需求甚远。县域医联体、医共体引起的医疗资源“虹吸”现象严重,不但将乡村病例吸走,人、财、物也上交,基层医疗卫生单位法人管理构架形同虚设,工作责任心差。

基本公共卫生服务项目,包括全人群慢性病体检管理、健康档案建立与分析、健康教育、卫生监督、中医等,近期根据《基本医疗卫生与健康促进法》要求又增加了职业健康保护、精神卫生、院前急救、老年保健、突发公共卫生事件应急处置等工作。大量工作最终落实到基层寥寥无几的公卫人员和村卫生人员身上,其他医务工作者只是参与,人员的数量、能力和积极性难以保证。而与经济分配密切相关的基层医疗卫生机构的工作绩效考核,主要是医疗服务的经济指标和基本公共卫生项目指标,促使机构负责人把主要精力放在医疗收入和公共卫生项目指标上,用大量的时间和人力应付各种检查考核,保证报表、台账完成,再做几个样板点,终日忙于填表、整台账,疲于应付。疾控工作网底不牢,疾控工作地动山摇。

(6) 疾控体系运行支撑保障不足:近年来国家取消了几几乎所有疾控机构收费自留技术服务项目,但没有保证财政合理的补偿,故较大幅度降低疾控系统及人员原本就偏低的收入。2009年疾控机构实施绩效工资制度改革,形成新一轮的“大锅饭”,经过10年运行,实施效果并不理想,对疾控机构的队伍稳定、人才培养、能力提升都造成了负面影响。疾控机构作为公益一类事业单位,处于卫生健康行业人员待遇的边缘地区,严重影响疾控机构和人员的积极性。在习近平总书记“两个允许”的要求下,公立医院人均绩效工资是普通事业单位的1.8~3倍,基层医疗卫生机构则为1~1.35倍,有些地区达到2.5倍,只有疾控机构没有明确政策,处于卫生健康系统的“扶贫对象”的状态。

我国各级CDC普遍存在人员严重不足。有资料显示2006年平均每万人口疾控人员数:美国9.3人,俄罗斯13.8人,日本都道府县为1.69人;市级达到2.8人,而中国不足1.4人。为了解决疾控系统人员不足的问题,2014年中央编办等印发《关于疾病预防控制中心机构编制标准指导意见》,原则上按照省

(区、市)常住人口的1.75/万的比例核定,少数民族和人口密度低的地区可适当增加,可实际情况是文件未得到执行。统计表明,2009—2017年,在全国医院卫生人员增加了76.3%,卫生技术人员增加了80.8%,基层医疗卫生机构卫生人员增加了21.4%,卫生技术人员增加了36.7%的情况下,疾控机构人员不增反降,卫生人员和卫生技术人员分别减少了3.0%和4.1%。

近几年,国家、省、市CDC专业技术人员流失严重,这不仅包括技术经验丰富的老专家退休,更有很多年富力强的中青年专家流失。以国家CDC为例,流出的160余人,绝大多数为中青年业务骨干,其中千人计划、杰出青年等优秀人才流失殆尽。根据某省调查显示,2016—2018年该省各级CDC调出、辞职成风,共计321人,且成逐年递增之势,(2016年84人、2017年96人、2018年142人),45岁以下的中青年业务骨干占73.23%,省级CDC1年内12名业务人员辞职,其中博士生7名,科室负责人2名。

此外,全国疾控系统还存在财政保障不足、人员学历偏低、非专业人员占比偏高、高级职称比例低等人员结构不合理,以及仪器设备配备不足等问题,这些都严重影响疾控体系的现代化建设。仅以省级CDC为例,中华预防医学会2016年调查的结果显示,省级CDC保障能力不足,31个省份的基本支出财政保障率平均不足60%;专业结构不合理,尚有14个省级CDC专业人员比例达不到85%的编制要求,其中近三分之一达不到80%。从学历结构看,全国省级CDC以大学本科以上人员为主,平均占比为74.11%,高中以下学历还有一定的比例,个别地方占比近20%。职称结构不合理,有近一半省级CDC人事部门核定的高级岗位比例低于30%。仪器设备的配置仅有不足20%的省级CDC(6个)A类设备配置完全达标,尚有13%(4个)达标率低于80%。高层次人才不足和高精尖仪器设备的不足,严重制约了省级CDC的科研创新和技术指导能力。省级CDC尚且如此,市、县CDC这类问题的严重程度可想而知^[5-7]。

(7) 信息化建设严重滞后:疾控工作的基础来自于“大数据”的收集、分析和利用,实现疾控工作从传统向现代化、高质量发展,必须实现手段信息化。但在近年来如火如荼的卫生信息化建设中,公共卫生信息化建设进度明显滞后,做不到互联互通,从国家层面来看,还是依靠2003年SARS后建立起来的中国疾病预防控制中心信息系统,该系统主要还停留于各类传染病信息报告,使用权限基本都在国家层面,省

市县各级都不能真正利用这些数据,无法形成及时、有效的分析结论。而各级CDC所涉及的包括疾病监测、预防接种、卫生应急管理、慢性病防治、五大卫生等工作,均未能建立起自上而下(或自下而上)的信息系统,目前各地建立国家全民健康基础信息系统与疾控机构设置的信息系统,在基础信息收集、录入、标准使用,管理部门等均分离推进,未能统筹开展,更未建成统一高效的公共卫生信息平台,大家各自为战,造成信息“烟囱”和“孤岛”,导致很多工作无法有效对接,大量数据无法有效利用。本次新型冠状病毒肺炎疫情影响中,基层反映最突出的问题就是“表格抗疫”,重复繁重的填表任务,消耗了基层干部大量时间、精力,令基层不堪重负,耽误落实迫在眉睫的抗疫工作。“表格抗疫”间接反映了疫情防控中的薄弱短板,信息化建设不充分、大数据运用意识不强、“互联网+”理念缺乏,平时口号喊得响,实际运用是盲区,造成一个疫情指标一张报表、哪个部门需要哪个部门做张表,数据多头来源、互相打架等现象。

二、建议

疾控体系现代化的总体目标:建立完善的公共卫生领域法律法规体系;具备现代化的公共卫生治理能力;重大疾病与突发公共卫生事件的有效应对体系和机制,维护国家公共卫生安全;形成符合国情的疾控体制机制;构建一流的人才队伍和科学的技术支撑;建成与健康中国建设战略相适应的责权清晰、能级分明、功能完善、运转高效、技术先进、保障有力的疾控体系。

1. 全面加强和完善公共卫生领域相关法律法规建设:

建议研究制定公共卫生母法的立法问题,明确公共卫生在我国的国民经济和社会事业发展中的法律地位,确定各级政府在健康中国建设和贯彻预防为主方针的法定责任,在全社会树立预防为主的理念。公共卫生立法要为现代化的疾控体系建设发展提供法律保证。及时修订《传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《野生动物保护法》等,尽快修订完善相关法规的实施细则和各项规章制度。

落实推进国务院《关于改善完善医疗卫生行业综合监管制度的指导意见》,在加强执法、队伍建设、执法范围、经费保障等方面围绕新型冠状病毒肺炎发生时出现的新问题进行细化,并尽快组织实施。

2. 建立符合国情的先进体制机制:

疾控机构应作为主导国家公共卫生安全的专业机构,切实承担国家公共卫生安全的管理和技术支

撑;更是各级党委政府实现疾病预防控制的主要实施者和管理者,推进“健康中国”建设的主力军。应建立职责明确、能级清晰、运转顺畅、保障有力的疾控体系和较为完善的管理机制。在体制上,明确疾控体系的公益性,体列入国家公务员管理系列。将现有行政部门的疾控管理部门与同级疾控机构合并,建立疾病预防控制局。参照目前中医管理局构架设置,相对具有自主权的行政管理机构。建立国家公共卫生安全和重大疾病防控的管理体系和工作运行机制。

健全适应我国国情的重大疫情和突发公共卫生事件应急响应机制,健全科学研究、疾病控制、临床救治的有效协同机制,及公共卫生重大风险研判、评估、决策、防控协同机制。改革完善疾控体系的管理机制。跨部门、跨区域的管理协调机制,高效协同、无缝衔接的防治结合机制。适宜的人才队伍培养,财政投入的长效保障机制。真正打破“大锅饭”的现代化绩效管理制度。

3. 改革和完善公共卫生突发事件应急处置体系:

建立国家公共卫生突发事件应对和重大疫情防控的相对独立的应急体系。疾病预防控制局应急工作直接对国家应急部负责,日常工作由疾病预防控制局承担。包括制定预案、培训、演练、应急队伍管理、疫情监测、报告分析、预警预测等。一旦发现疫情,及时预警、评估、报告,迅速根据相关法律法规,按程序和能级启动应急响应。职能管理部门依据法律授权,指挥处置各项工作,包括调动跨区域医疗卫生资源,紧急征用社会资源等。

4. 明确疾控体系在健康中国建设中的主导地位和作用:

从国家战略高度,全面规划“健康中国”实施计划,尽快明确疾控体系在实施“健康中国”战略中的地位、任务、职责,负责牵头推进“关注生命全周期,健康全过程”,尽早建立健全环境与健康监测、调查、风险评估制度,并组织实施^[8]。

加大力度推进医改“四梁八柱”中疾病预防控制和公共卫生服务的各项工作,认真落实习近平总书记提出的“树立大卫生、大健康的观念,把从治病为中心转变为以人民健康为中心,关注生命全周期、健康全过程”。真正推进“四梁八柱”的同步发展。

统筹疾控机构、医疗机构、基层医疗卫生单位三方力量,建立各自分工协作、优势互补“三位一体”的疾控体系。要根据各自工作特点,在共同推进大卫生、大健康理念的责任上,共享信息资源、互联互通,

通过医联体、家庭医生团队等形式,推动慢病防、治、管整体融合发展,医院和疾控机构做好基层的技术支撑,不断提升基层群众的信任感。创新重大疾病综合防治新模式,如肿瘤防治中心,以相关部门和单位建立联防联控机制,将临床、疾控、大学研究机构联系在一起共同开展肿瘤的1~3级预防和治疗。

改革现行的“公共卫生服务”方式,合力推进基本公共卫生服务的一体化协同机制建设。建议国家卫生健康委员会统筹“基本公共卫生服务项目”与“重大公共卫生服务”有机协调融合,统一公共卫生服务目录向全社会服务,考核评价标准要统一,不能“两张皮”。一是明确疾控系统管理主体责任,制定工作要求、指标细则、考核标准;二是统筹使用项目经费,无论是基本公共卫生,或是重大公共卫生,应明确各项工作经费标准,并由疾控机构负责管理考核,考核结果与经费分配挂钩;三是建立健全监管协同机制,由卫生健康行政部门牵头,基层卫生、疾控、监督等联合加强技术指导和监督管理,及时反馈存在问题,完善奖惩机制,落实奖惩到人、责任到人,对工作完成质量高的个人给予奖励,对工作责任心不强、出现差错的给予处罚。

5. 加快建设现代化的信息系统:

公共卫生大数据及信息系统是疾控体系现代化建设的重要组成部分,也是提升公共卫生服务能力的重要手段和依托。建议基于国家全民健康基础信息化建设,依托公共卫生服务体系的改革和完善,深度融合医疗服务、公共卫生基础信息,运用区块链、大数据、人工智能、云计算、物联网等技术,紧密围绕“精准全维度大数据实时采集体系”、“疾病监测与流行规律人工智能深度学习体系”、“大数据云计算智能预警预测体系”和“应急保障统一资源管理和调配体系”,在常态化监测、疫情预警处置、趋势预测研判、传染源追本溯源、资源调配和防控救治方面发挥重要支撑作用。

依托国家全民健康信息平台,以电子病历、健康档案以及全员人口数据库为基础,在信息安全、标准规范、运行维护保障体系支撑下,健全和完善覆盖全国的疫情报告监测预警及其公共卫生突发事件信息网络体系。构建公共卫生云平台及疾病控制业务应用系统,实现疾病动态监测预警处置、儿童接种疫苗的全流程管理、健康危害因素监测与评价、职业健康、妇幼保健、综合监督服务等一系列基于平台开展的业务应用。通过公共卫生云平台,建立面向公众的公共卫生信息服务,让老百姓真正体会到信息化

带来的便利,从而提升公共卫生服务的及时性、便捷性和公平性,提高群众的满意度。

6. 加快一流人才队伍和先进文化建设:

加强疾控体系人才队伍建设,就要造就一支数量充足、结构合理、勇于奉献、听党指挥、敢打硬仗的高素质、专业化人才队伍,并建立与现代化疾控体系相适应的,有利于人才成长、激发人员活力的人才培养、引进、使用和激励机制。

高度重视疾控体系人才建设,建立与现代化疾控体系相适应的人才队伍。改革编制核算,下放人员招聘和使用权限,解决困扰疾控体系发展的人员不足的问题。改革公共卫生教育,培养既有临床技能又具有公共卫生视野的复合型人才;既有公共卫生技能又有政策、法规或工程技能的复合型人才;通过学历教育、职业教育、毕业后继续教育和公共卫生医师规范化培训,提升现有人员素质和能力;

加强疾控体系人才队伍的专业化建设,确保人才队伍的专业化水平。严格落实“专业事情专业做”的要求,严格人员准入制度,严控非专业人员进入疾控队伍,提升专业人员占比,卫生行政部门和疾控机构主要负责人必须有公共卫生或医学相关的专业背景。在保障卫生技术人员的基础上,吸收适当比例的临床医学、社会学、信息科学、管理学和工程学等专业技术人员,发挥在疾病防控中多学科联合的优势。

建立健全选人用人机制,激发疾控人员活力。改革职称评聘制度,建立与技术类公务员相适应的职级体系,下放选人用人自主权,提高各级疾病预防控制机构的高级岗位比例。建立“首席公共卫生医官”制度,赋予其重大疫情防控、突发公共卫生事件处置中的决策权、资源调配权。拓展公共卫生复合型人才职业发展空间,探索赋予公共卫生医师传染病预防控制、常见慢性病管理、健康体检与指导等处方权,打通疾病预防控制机构与医疗机构的人员柔性双向流动通道。

建立合理的薪酬制度、考核机制和激励机制,提高人员积极性。按照同级医疗机构的薪资水平,合理确定疾控机构的人员薪酬和各种防疫津贴、补贴,在此基础上建立考核奖励制度,根据考核等次确定合理的年度绩效奖励,一并由财政予以保障。出台相关政策,鼓励疾控人员积极申请研究项目、参与横向课题和对外服务,合理增加疾控人员收入。

加强疾控人才队伍的建设,还要坚持以党建为引领,从物质、精神、职业素养和制度等方面,探索和建立外树形象、内强素质、凝聚力量、陶冶情操、约束

行为的疾控文化体系。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

中华预防医学会新型冠状病毒肺炎防控专家组:北京大学李立明;中华预防医学会梁晓峰、杨维中、王芑、刘霞;复旦大学姜庆五、吴凡、张志杰;南京医科大学陈峰、赵杨、魏永越、沈思鹏;中山大学郝元涛、杜志成;广州市妇女儿童医疗中心唐金陵;江苏省预防医学会汪华;安徽省疾病预防控制中心任军;山东省疾病预防控制中心毕振强;北京预防医学会邓瑛;中国疾病预防控制中心传染病预防控制所王岚;美年健康研究院王波

志谢 感谢中华预防医学会崔增伟、夏建国、李川、郭宇、彭麟、陈毅锋、娜日莎、丁明鑫给予的支持

参 考 文 献

[1] 李立明,姜庆五. 中国公共卫生理论与实践[M]. 北京:人民卫生出版社,2016.
Li LM, Jiang QW. The theory and practice of public health in China[M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2016.

[2] 王坤,毛阿燕,孟月莉,等. 我国公共卫生体系建设发展历程、现状、问题与策略[J]. 中国公共卫生, 2019, 35(7): 801-805. DOI: 10.11847/zgggws1123311.
Wang K, Mao AY, Meng YL, et al. Development history, current situation, problems and strategies of public health system construction in China [J]. Chin J Public Health, 2019, 35 (7) : 801-805. DOI: 10.11847/zgggws1123311.

[3] 张见麟. 美国疾病预防控制中心简介[J]. 疾病监测, 2002, 17(3): 117-118.
Zhang JL. Brief introduction of United States of America centers for disease control and prevention [J]. Disease Surveillance, 2002, 17(3): 117-118.

[4] 谈在祥,吴松婷,韩晓平. 美国、日本突发公共卫生事件应急处置体系的借鉴及启示——兼论我国新型冠状病毒肺炎疫情

对[J/OL].卫生经济研究, 2020. DOI: 10.14055/j.cnki.33-1056/f.20200210.001.
Tan ZX, Wu ST, Han XP. References and Enlightenments from the Public Health Emergency Response Systems of the United States of America and Japan-Pneumonia Epidemic Response to Novel Coronavirus pneumonia in China [J/OL]. Health Economics Research, 2020. DOI: 10.14055/j.cnki.33-1056/f.20200210.001.

[5] 苏彬彬,曹炜,贾金忠,等. 我国疾病预防控制中心人力资源现状及其配置公平性研究[J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(6): 75-80. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982. 2016.06.014.
Su BB, Cao W, Jia JZ. Current situation of human resources and distribution equity in the Center for Disease Control and Prevention in China [J]. Chin J HP, 2016, 9(6) : 75-80. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2016.06.014.

[6] 陈浩,熊勇超,王园,等. 2011—2015年全国省级疾病预防控制中心人员流动情况分析[J]. 中国公共卫生管理, 2018, 34(2): 185-188. DOI: 10.19568/j.cnki.23-1318.2018.02.011.
Chen H, Xiong YC, Wang Y, et al. Analysis on personnel flow of China's provincial centers for disease control and prevention during 2011 and 2015 [J]. Chin J PHM, 2018, 34 (2) : 185-188. DOI: 10.19568/j.cnki.23-1318.2018.02.011.

[7] 黄嫣,曹淳力,武佳妮,等. 中国疾病预防控制中心人力资源现状及其研究进展[J]. 中国公共卫生管理, 2017, 33(3): 334-338. DOI: 10.19568/j.cnki.23-1318.2017.03.014.
Kui Y, Cao CL, Wu JN, et al. General status and research progress of human resource in the institutions of disease control and prevention in China [J]. Chin J PHM, 2017, 33 (3) : 334-338. DOI: 10.19568/j.cnki.23-1318.2017.03.014.

[8] 李立明. 公共卫生在健康中国建设中的地位和作用[J]. 中华流行病学杂志, 2018, 39(7): 867-872. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2018.07.001
Li LM. Role of public health in building Healthy China [J]. Chin J Epidemiol, 2018, 39 (7) : 867-872. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2018.07.001

(收稿日期: 2020-02-25)
(本文编辑: 李银鸽)

读者·作者·编者

本刊常用缩略语

本刊对以下较为熟悉的一些常用医学词汇将允许直接用缩写,即在文章中第一次出现时,可以不标注中文和英文全称。

OR	比值比	HBcAg	乙型肝炎核心抗原
RR	相对危险度	HBsAg	乙型肝炎e抗原
CI	可信区间	抗-HBs	乙型肝炎表面抗原
P_n	第n百分位数	抗-HBc	乙型肝炎表面抗体
AIDS	艾滋病	抗-HBe	乙型肝炎核心抗体
HIV	艾滋病病毒	ALT	乙型肝炎e抗体
MSM	男男性行为者	AST	丙氨酸氨基转移酶
STD	性传播疾病	AST	天冬氨酸氨基转移酶
DNA	脱氧核糖核酸	HPV	人乳头瘤病毒
RNA	核糖核酸	DBP	舒张压
PCR	聚合酶链式反应	SBP	收缩压
RT-PCR	反转录聚合酶链式反应	BMI	体质指数
C_t 值	每个反应管内荧光信号达到设定的阈值时所经历的循环数	MS	代谢综合征
PAGE	聚丙烯酰胺凝胶电泳	FPG	空腹血糖
PFGE	脉冲场凝胶电泳	HDL-C	高密度脂蛋白胆固醇
ELISA	酶联免疫吸附试验	LDL-C	低密度脂蛋白胆固醇
A值	吸光度值	TC	总胆固醇
GMT	几何平均滴度	TG	甘油三酯
HBV	乙型肝炎病毒	CDC	疾病预防控制中心
HCV	丙型肝炎病毒	WHO	世界卫生组织
HEV	戊型肝炎病毒		