

筑牢疾控体系： 四次危机，一个教训*

■ 王绍光

[内容提要]本文介绍了我国“预防为主”卫生工作方针的形成过程以及中国疾病预防控制体系的显著特点,并显示了其辉煌成就。然而,由于种种原因,“预防为主”的卫生工作方针有时并未得到切切实实的贯彻。在过去70年,我国防疫/疾控体系曾出现过四次危机,这四次危机暴发的时代背景不同、具体原因不同、表现方式不同、严重程度不同、善后处置不同,但教训是同样的:偏离预防为主,就会遭受惩罚;必须时刻谨守“预防为主”,筑牢公共卫生的第一道关口——疾病预防控制体系。

[关键词]预防为主 公共卫生 防疫 疾病预防控制

2020年春,一场“新冠肺炎”^①危机肆虐中华大地。现在疫情已逐渐消退,但还没有结束。与17年前的“非典”^②危机相比,这次疫情造成的损失足足高出一个数量级:死亡人数从数以百计到数以千计;确诊人数从数以千计到数以万计;直接经济损失从千亿级到万亿级,而同期中国的国内生产总值只增加了6.7倍。面对如此惨痛的遭遇,人们不禁要问,这类疫情有没有可能避免或减轻?需要做什么才更有可能避免或减轻这类疫情?

可以试想一下,如果我们有这么一套体系,

它可以通过国家健康教育与健康促进项目,有效地减少甚至杜绝野生动物交易;它可以通过食品卫生安全、环境卫生安全等公共卫生危险性评价体系,及时地对重大疾病或突发公共卫生事件进行监测、预警;它可以通过应急处理队伍,快速地开展对重大突发公共卫生事件的调查与处置;它可以通过疾病预防控制信息网络平台,顺畅地管理全国疫情和突发公共卫生事件的相关信息,那么,新冠肺炎疫情还会不会发生?即使发生,我们能不能很快将它扑灭在萌芽期?其实,这套体系本应该已经存在,它正是2005年卫生部《关于

王绍光:清华大学公共管理学院(Wang Shaoguang, School of Public Policy and Management, Tsinghua University)

*本文系中共中央宣传部全国哲学社会科学工作办公室国家高端智库专项(项目编号:20155010298)和清华大学文科“双高”专项(项目编号:53120600119)的阶段性成果。

疾病预防控制体系建设的若干规定》设想的努力方向。^③显然,设想与现实之间还存在很大的差距。

2020年2月3日,在中央政治局常委会会议研究应对新型冠状病毒肺炎疫情工作时,习近平总书记指出:“这次疫情是对我国治理体系和能力的一次大考,我们一定要总结经验、吸取教训。……要进行彻底排查整治,补齐公共卫生短板。”^④几天后,在北京市朝阳区疾病预防控制中心调研时,习近平总书记进一步指出:“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。……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。”^⑤中国公共卫生有哪些短板?中国疾病预防控制体系(以下简称“疾控体系”)的不足体现在什么地方?这些短板与不足的危害到底有多大?出现这些短板与不足的根本原因是什么?通过梳理分析新中国成立以来中国疾控体系经历的四次危机,本文试图从中汲取一些教训。

一、预防为主与疾控体系^⑥

要了解公共卫生的短板和疾控体系的不足,首先需要了解,什么是公共卫生?为什么公共卫生比医疗诊治更重要?中国有什么样的疾控体系?该体系是如何一步步演化到今天这个样子的?

有人梳理过相关文献,发现对“公共卫生”至少存在18种不同的定义。但所有公共卫生学者恐怕都同意,最经典的定义还是美国耶鲁大学教授温斯洛(Charles-Edward Amory Winslow, 1877-1957)于1920年提出的:“公共卫生是通过有组织的共同体进行努力来预防疾病、延长寿命、促进身体健康和提高效率的科学和艺术,包括改善环

境卫生,控制传染病,教育每个人注意个人卫生,组织医护人员为疾病的早期诊断和预防性治疗提供服务,以及建立社会机制来确保共同体中的每个人都能达到适于保持健康的生活标准。”^⑦1951年,世界卫生组织几乎完全采纳了这个定义,只是在“身体健康”之外,加上了“心理健康”。^⑧时间跳到2003年,在“非典”疫情得到控制后召开的全国卫生工作会议上,国务院副总理兼卫生部部长吴仪给出了内容近似但更精炼的定义:“公共卫生就是组织社会共同努力,改善环境卫生条件,预防控制传染病和其他疾病流行,培养良好卫生习惯和文明生活方式,提供医疗卫生服务,达到预防疾病,促进人民身体健康的目的。”^⑨

上述近乎一脉相承的定义揭示了公共卫生的几个特点。

第一,是“大卫生”概念,而不是“小卫生”概念。“小卫生”的注意力集中在得了病如何处理;“大卫生”的注意力集中在如何尽量使人们不生病、少生病。

第二,关注“群体健康”,而不是“个体健康”。临床医学与寻求治疗的个体病人打交道;公共卫生与所有人打交道,与大大小小的共同体打交道,小到居民社区,大到整个社会,甚至全球。

第三,需要整个共同体集体的、合作的、有组织的行动,而不仅仅是依靠医疗机构、医护人员的行动。这意味着,国家正式公共卫生机构、一般医疗卫生机构、基层政治与社会组织、普通民众都应动员起来,通力协作。

第四,强调“预防”,而不是“诊疗”。临床医学意在为个体病人作出诊断、开出药方或制定诊疗方案;公共卫生则关注预防控制疾病在共同体内发生,促进所有人的健康。

第五,属于“公共物品”,而不是“私人物品”。医生为病人提供的医疗服务,病人可以独

享,医生可以排他,属“私人物品”;公共卫生服务,受益方不能独享,提供方无法排他,是典型的“公共物品”。

第六,应由政府提供,而不是由市场提供。公共卫生必须由国家投入,以直接或间接的方式提供给共同体内的所有成员,因为一方面,作为公共物品,无法在提供公共卫生服务时排除没有付费的人,付费的人也无法独享公共卫生服务;另一方面,传染病、流行病是“公害”,如果寄希望于病人自费求治,会导致传染病、流行病愈演愈烈。这就要求政府担负起对整个卫生系统的领导作用,并应优先保障公共卫生机构的运营经费,使之别无旁骛。

第七,必须向共同体内所有部分、所有成员平等地提供,而不是向其中某些局部、某些人特供。人们常常借用“保护网”一词来形容公共卫生的覆盖;如果保护网漏洞太多,它就毫无用处。

第八,必须持久连续地提供,而不是断断续续地提供。公共卫生领域的学者都知道美国前公共卫生总监库普(C. Everett Koop)的一句名言:“对每个人而言,医疗诊治有时性命攸关;但对所有人而言,公共卫生时时刻刻都至关重要。”^⑩如果公共卫生服务时断时续,即使节省下来花费也将得不偿失。

大量研究发现,由于具有以上特点,公共卫生的优势在于成本低、效益好、覆盖面广,在改善人民的健康水平方面,公共卫生比诊疗医治的贡献更大。1999年,美国疾控中心曾发表过一篇文章,历数美国公共卫生在20世纪取得的十大成就。美国的人均预期寿命在20世纪一共提高了30岁,其中25岁可归因于公共卫生的进步。^⑪本文后面将会提到,仅在20世纪下半叶,中国人的人均预期寿命就增加了30多岁,速度比美国快,而且公共卫生,尤其是疾病预防控制的贡献更大!

人民政府理应比资本主义国家政府更重视

公共卫生。新中国一成立,就将公共卫生放在极端重要的位置,尽管资源极度短缺,但仍在很短的时间里办了四件大事:确立了卫生工作方针,建立了卫生防疫体系,建立了妇幼卫生保健体系,建立了爱国卫生运动体系。其中,确立卫生工作方针具有奠基性的意义。

1950年,第一届全国卫生会议确定的总方针是:“面向工农兵、预防为主、团结中西医”。1952年,第二届全国卫生会议又在卫生工作方针中增加了一条:“卫生工作与群众运动相结合”,这样就形成了“四大方针”。很明显,除了“为什么人”的问题,“预防为主”是最重要的方针。预防为主体现了中国传统医学“上医治未病”的智慧,继承了革命战争年代人民军队、根据地、解放区卫生工作的实践经验。1951年9月9日,在为中央起草的《关于加强卫生防疫和医疗工作的指示》中,毛泽东告诫:“中央认为各级党委对于卫生、防疫和一般医疗工作的缺乏注意是党的工作中的一项重大缺点,必须加以改正”。他特别提醒广大干部,“就现状来说,每年全国人民因为缺乏卫生知识和卫生工作引起疾病和死亡所受人力、畜力和经济上的损失,可能超过每年全国人民所受水、旱、风、虫各项灾荒所受的损失,因此至少要将卫生工作和救灾防灾工作同等看待,而绝不应该轻视卫生工作”。为此,他明确提出要求,“今后必须把卫生、防疫和一般医疗工作看作一项重大的政治任务,极力发展这项工作……在经费方面,除中央预算所列者外,应尽其可能在地方上筹出经费”。^⑫

随着经济的发展、社会的变迁、物质生活的改善,我国的卫生工作方针三度进行了调整。1991年,《国民经济和社会发展十年计划和第八个五年计划纲要》提出的方针是:“预防为主、依靠科技进步、动员全社会参与、中西医并重、为人民健康服务”。1997年,《中共中央、国务院关于

卫生改革与发展的决定》将它改为：“以农村为重点，预防为主，中西医并重，依靠科技教育，动员全社会参与，为人民健康服务，为社会主义现代化建设服务”。2016年，在全国卫生与健康大会上，习近平总书记对新时代的卫生与健康工作方针做出了新的概括：“以基层为重点，以改革创新为动力，预防为主，中西医并重，将健康融入所有政策，人民共建共享”。^⑬可以看到，不管卫生方针怎么变，“预防为主”始终是我国卫生工作最重要的方针，仅次于“为什么人”的问题。^⑭

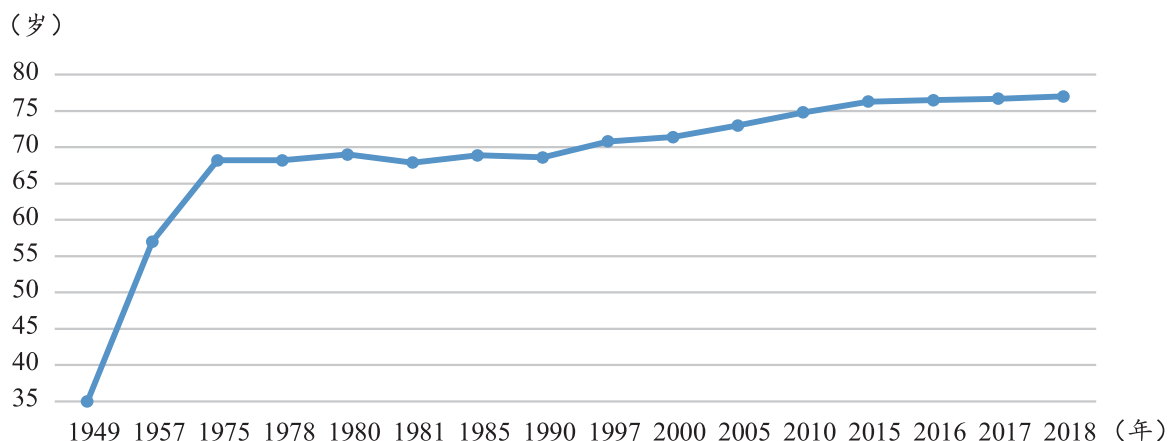
为了贯彻“预防为主”的方针，新中国刚一成立就开始致力于构筑卫生防疫体系。中华人民共和国成立时，百废待兴，而在1949年10月下旬，人民政府便成立了中央防疫总队，先后组建9个防疫大队，平时协助驻在地开展防疫工作，一旦出现疫情便集中奔赴疫区，进行扑灭工作。1949年11月1日，中央人民政府卫生部正式成立，由公共卫生局负责全国卫生防疫工作的组织领导。也就是说，在卫生部成立之前，政府已开始部署建立防疫体系。由于当时专业防疫机构和专业防疫人员极少，尤其在基层更是如此，卫生部下发的《关于1950年医政工作的指示》明确要求：县卫生院要把全县防疫工作当作其首要任务。^⑮到1952年底，全国从无到有，已建立起各级、各类卫生防疫站147个，共有卫生防疫人员20504人，其中卫生技术人员15750人，占比达76.8%；公共卫生医师532人，占全国医师总数的1.0%。^⑯

1953年1月，政务院第167次会议正式批准布局全国性卫生防疫网络，提出逐步建立各省、自治区、直辖市以及地市、县旗、区卫生防疫站的计划。次年，卫生部发布《卫生防疫站暂行办法和各级卫生防疫站组织编制规定》，这是新中国卫生防疫体系建设中的第一份规范性文件，明确了各级卫生防疫站的任务。十年后，卫生部发布《卫生防疫站工作条例试行草案》，“暂行办法”升

级为“试行条例”，进一步明确了卫生防疫站的任务，即“组织、指导、监督、执法”四个方面。同年，国家编委、卫生部颁发了《卫生防疫站机构和人员编制的规定》。到1965年底，全国共设有卫生防疫站2499个，工作人员4.91万人，其中卫生技术人员4.1万人，占比达83.5%。这样，到“文革”前，全国大部分地方已建立起卫生防疫站；同时，县及县以上级别医院都建立了预防保健科，公社（乡）卫生院都建立了卫生防疫组。^⑰“文革”结束后，卫生部于1979年发布《全国卫生防疫站工作条例》，“试行条例”又升级为正式“条例”，规范了省、地市、县卫生防疫站体制。1980年，全国已建立卫生防疫站3501个，卫生防疫人员增至10.4万人，其中卫生技术人员增至8.09万人，占比达78.1%。到此，中国已形成一个中央、省、地市、县四级国家卫生防疫体制（以下简称“四级网”），其主体是各级卫生防疫站，由国家财政全额拨付经费。

除了国家四级网以外，社会主义中国的一项创举是，建成了另一个深入基层、投资不多、收效显著、深受人民欢迎的防疫网络，其雏形始见于20世纪50年代，到60年代逐步与新生的合作医疗制度、赤脚医生合成“三位一体”的“三级基层医疗预防保健网”（以下简称“三级网”）。基层三级网分布在广大农村，由县级卫生防疫站、公社（乡）防保组（站）、大队（村）卫生室组成。这个农村卫生三级网有四个显著特点：一是以县、乡、村三级卫生组织机构作为依托，按行政区划设立，围绕共同的目标运作；二是在共同的目标下，县、乡、村三级卫生组织在医疗、预防、保健方面的功能定位不尽相同；三是县级、乡级、村级卫生组织的存在本身并不构成三级网，将它们联成网络的是三级组织在医疗、预防、保健功能方面相互补充、相互协调、相互配合的有机关系；四是这种协调互补关系的基础，是当时县、乡、村三级卫生组

图 1: 中国人均预期寿命的提高



织都不以收益最大化为目标,没有相互冲突的经济利益。^⑩1980年,这个三级网拥有约35.9万名县医院医务工作者,104万名公社卫生院医务工作者,146万名不脱产的生产大队赤脚医生,还有236万名生产队卫生员。^⑪这520多万人分布在中国广大乡村,他们不是专业的、全职的卫生防疫人员,但卫生防疫是他们重要的职责,是其日常工作的一部分,为基层预防保健服务提供了基本保障。

以县级为枢纽,国家四级网与基层三级网相互衔接,构成了一个遍布全国边边角角,相当严密的卫生防疫体系。^⑫

基于这个颇具中国特色的疾病防控体系,我国卫生防疫事业很快便初见成效,取得了举世瞩目的成就。新中国成立后短短几年,中国人的总体健康状况就大幅改善。^⑬1956年,毛泽东欣慰地说:“过去说中国是‘老大帝国’,‘东亚病夫’,经济落后,文化也落后,又不讲卫生……但是,经过这六年的改革,我们把中国的面貌改变了。我们的成绩是谁也否认不了的”。^⑭新中国成立前,中国的人均预期寿命不到35岁;1957年,中国的第一次大规模调查发现,人均预期寿命已升至57岁。在短短七年间,人均预期寿命增加了22

岁,这在很大程度上应归功于婴儿死亡率的快速下降,以及对传染病的有效控制。新中国成立前,婴儿死亡率高达200‰,1958年已下降至80.8‰,跌了一半还多!新中国成立前,传染病、流行病肆虐,早早地夺走很多人的性命,或大大降低人们的生活质量。例如,1950年前出生的不少人因患上天花病毒引起的烈性传染病,变成“麻脸”;新中国从1950年起大力推行全民种痘,到1961年,已基本消灭天花,比全球最终消灭天花提早了将近20年。此后,我国又陆续有效控制了霍乱、鼠疫、回归热、黑热病、脊髓灰质炎、斑疹伤寒等严重危害人民健康的传染病,在全国大多数地方基本控制了血吸虫病、疟疾、丝虫病,使新中国成立初期居于全国人口死因第一位的寄生虫病基本得到控制。^⑮

随着健康水平提高,生活质量改善,到1980年,我国人均预期寿命已提高到69岁。美国在整个20世纪,人均预期寿命提高了30岁,而新中国仅在成立后的头30年就提高了34岁,平均每年提高1.1岁,是人均预期寿命的快速提高期(见图1)。一项跨院校、跨学科的研究表明,在1950年—2010年间,疾病预防控制对人均预期寿命提高的贡献率高达80%,其余20%才是诊疗医术的贡

表 1:主要时间段公共卫生和医疗技术对人均预期寿命提升的贡献

时间段	1950 年—2010 年	1978 年—2010 年	2002 年—2010 年
人均预期寿命提升	26.59(100%)	9.07(100%)	2.14(100%)
疾病预防控制的贡献	20.71(77.92%)	5.35(59.00%)	1.27(59.35%)
医疗技术的贡献	5.88(22.08%)	3.72(41.00%)	0.87(40.65%)

数据来源:刘鹏程等:《疾病预防控制对人群期望寿命提升贡献的测算结果》,载《中国卫生资源》2015 年第 2 期。

献(见表 1)。^②如果对 1950 年—1980 年的情况加以测算,疾病预防控制对人均预期寿命提高的贡献率应该更高。很显然,不执行“预防为主”的卫生工作方针,没有两个卫生防疫网络,是无论如何都不可能取得如此辉煌成就的。

虽然“预防为主”一直都是我国的卫生工作方针,但在执行中,由于各种各样的原因,该方针有时并未得到切切实实的贯彻。回首过去 70 年,我国防疫疾控体系曾出现过四次危机,每次都带来相当严重的后果,新冠肺炎疫情是最近的一次。

二、第一次危机(1958—1962)

本来到 1957 年底,全国的卫生防疫机构数量已从 1952 年的 147 个跃升至 1626 个;在一些省份(如河北),各级卫生防疫站已全部建齐。^③但“大跃进”开始后,刚组建起来不久的防疫体系便面临定位变动不居的问题。由于在此之前,中国刚刚经历了一次大规模的权力下放,而“大跃进”又是以“八仙过海各显神通”的方式展开的,因此这次危机在不同地区、不同时段,表现形式和影响程度并不完全一样。不过,总体而言,在这几年里,中国的卫生防疫体系被严重削弱了。

例如,在 1958 年最后一个季度的“全民大炼钢铁”热潮中,相当多的防疫人员不得不放下本职工作,积极参与其中。^④又如,那几年,行政区

划变动频繁,相邻的区县先合并、后分离的情况不少。行政区划的合分必然带来卫生防疫站的合分,不可避免地耗费了大量人力与物力。^⑤即使行政区划不变,1957 年—1959 年间,从中央到地方层层都在精简机构;为此,很多地方政府将卫生防疫站撤销,或把它们并入别的卫生部门(如卫生局、地方病防治办公室、妇幼保健站、红十字会、医院等),合署办公,被称作“三合一”“四合一”。哪怕名义上没有撤销,合并的后果是这些机构的防疫职能被边缘化。^⑥更严重的是,1960 年—1962 年间,为了克服经济上的困难,全国上上下下开始大规模进行人员精减,全国文教卫生系统减少了几十万人,^⑦其中包括相当数量的卫生防疫专业人员,他们大多数被迫改行或调走,有些人被下放到农村。

以河北为例,在这几年,整个卫生系统经历了几轮合并、精简、精减。部分专署及县甚至将卫生部门与文教部门合并,称为文教卫生局(科)。同时,上到省卫生厅,下到基层医疗卫生机构,人员被大幅压缩,80% 以上的基层人员从拿国家工资转为公社或医生集体经营,有的专区转员率甚至高达 90% 左右。这其中,卫生防疫机构难以幸免。人员大量流失、机构频繁调整,严重削弱了防疫体系的能力。1959 年—1963 年,伤寒在全国各地广泛流行达五年之久,发病率处于 37.75 / 10 万—50.17 / 10 万的高位,而河北是重

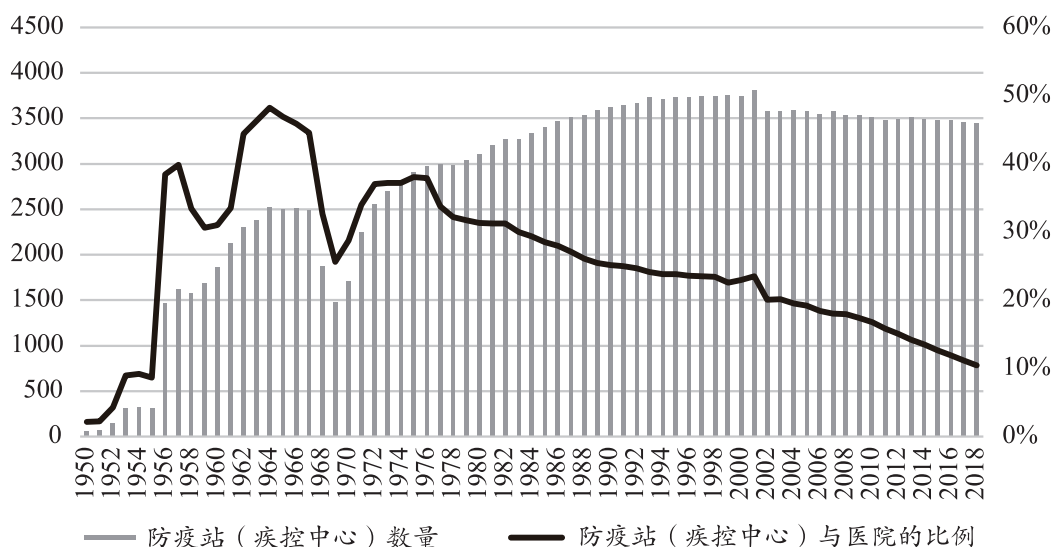
灾区,累积发病人数达20余万人,死亡3000多人,是新中国成立后最严重的一次伤寒疫情。^⑩同样也是在1959年—1963年间,疟疾在全国大面积暴发,发病率较1958年大幅度飙升。^⑪这些都给人民健康和工农业生产带来很大的影响。

直到1963年国民经济开始恢复后,这次危机才划上句号。1963年,卫生部卫生防疫司组织一些省、市的卫生防疫站站长,开始着手修改1954年发布的《卫生防疫站暂行办法和各级卫生防疫站组织编制规定》,并于1964年正式颁布了《卫生防疫站工作试行条例》与《关于卫生防疫站组织机构和人员编制的规定(草案)》。这些措施,增加了卫生防疫站的人员编制和经费,改善了他们的仪器、设备与房屋条件,对卫生防疫站的迅速恢复和迈上正常发展轨道起到了重要的作用。到1965年底,全国卫生防疫站数量增加到2499个,人员有49079人,其中卫生防疫技术人员40527人,包括公共卫生医师(技师)6428人,占全国医师(技师)总人数的4.5%;与1952年相比,机构增加了16倍,医师(技师)增加了11倍。^⑫

三、第二次危机(1967—1970)

这次危机发生于“文化大革命”的早期。从1966年秋冬开始,全国各地各级公共权威机构开始受到攻击。到1967年—1968年,派斗不已,社会失序,政府与其职能部门已难以正常运转,卫生防疫机构的业务工作陷入停顿。1969年—1970年,虽然公共权威机构开始重建,社会秩序逐步恢复,但新成立的各级“革命委员会”对原有的政府部门与公共机构进行了大刀阔斧的改造。“大跃进”时期,卫生防疫站往往名存实亡,即保留名称,但并入其他机构;而这时,很多卫生防疫机构被正式撤销,连“名”也不存了。如在安徽,1969年,除蚌埠等个别地方的卫生防疫站仍保留建制外,全省各级卫生防疫站相继撤销。^⑬同一年在河南,驻马店率先撤销了卫生防疫站,其后别的市县也紧随其后,相继撤销了本地的卫生防疫站。^⑭本来在1966年,全国已建成2513个卫生防疫站,达到新中国成立后的最高点;但接下来的三年里,防疫站数量持续下滑,降至1969年的1480个,重回1956年的水平,减幅达四成以

图2:全国防疫站(疾控中心)数量及其与医院的比例



上(见图2)。随着防疫站数目的大跌,防疫人员大量流失,相当多地方的防疫工作已无法开展,导致整个国家的卫生防疫体系支离破碎,疫情频繁出现且大幅回升。

1966年秋至1967年春,适逢流行性脑脊髓膜炎(简称“流行性脑膜炎”,以下简称“流脑”)暴发,几百万人次的红卫兵跨域“大串联”造成传染源迅速扩散,加剧了疫情的传播。起初,流脑只出现在一些大城市,不久便沿铁路、公路等运输线向中小城市蔓延,最后由返乡的红卫兵扩散到农村甚至偏僻山区,引发疫情波及全国:在当时全国的29个省、直辖市、自治区(除台湾外)中,有23个出现了集中发病现象。到1967年2月—4月,流脑发病规模达到有史以来的最高峰,发病人数达304.4万人,发病率高达403/10万,死亡16.7万人,病死率为5.49%。^⑤

由于当时卫生部已无法正常工作,周恩来总理亲自干预,于1967年3月19日,以中共中央的名义彻底叫停“大串联”;并于4月20日再次以中共中央、国务院、中央军委、中央文革小组的名义发出《重申停止全国大串连的通知》,力图阻止人员的跨域流动。同时,中央建立防治脑膜炎办公室,疫情严重的地区也纷纷成立流脑防治指挥部。如此强有力的协同行动很快收到成效,到1967年4月,发病率已快速、大幅下降。^⑥

这次流脑疫情严重,但持续时间不算太长。此后,其他一些传染病(如麻疹、脊髓灰质炎、流行性乙型脑炎、百日咳)的发病率也呈上升趋势,有些传染病(副霍乱、痢疾、伤寒、狂犬病、钩端螺旋体病、血吸虫病)的发病率达到1953年以来的高位,其中疟疾是一个突出的例子。疟疾是一种传播迅速、易于反复的传染病。新中国成立前,疟疾是严重危害人民身体健康的疾病,每年至少有3000万以上的病人。本来在1966年前后,疟疾疫情已处于下降态势,然而,1968年,疟疾的年

发病率开始在一些省份明显上升;1969年,江苏、山东、河南、安徽和湖北五省出现暴发流行,全国发病人数迅速超过1000万例;至1970年,疫情扩展到广东、广西、湖南、福建等地,发病人数达2411.5万例,年发病率2961.1/10万,为新中国成立后的最高年份。1971年,江苏、浙江、福建、湖南、广西、贵州、云南等地发病人数继续增加,全国年发病人数仍在2000万例以上。这是新中国成立以来面积最广、持续时间最长的一次疟疾暴发流行。为什么会出现这次疟疾暴发流行,业内专家归因于“文革”初期“动乱的影响,整个预防医学战线陷入瘫痪,疟疾防治工作无人过问”。^⑦

“文革”头几年,同样无人过问的还有血吸虫病的防治。与卫生防疫站体系一样,本已建立起来的“各级血防领导小组、办事机构、血研会”被迫解散,血防所(站)撤并,血防工作处于停顿状态,病情、螺情严重回升”。^⑧在1969年底,这种失控的局面引起了毛泽东的关注,他重提要消灭血吸虫病。当年的最后几天,中央召开了南方十三省、市、区血吸虫病防治工作会议;次年初,中共中央转发了这次会议的情况报告,重新组建了中共中央南方十三省、市、区血防领导小组,恢复了办事机构和血吸虫病研究委员会。^⑨以此为契机,湖北、安徽、河北、河南等地在1970年、1971年恢复了卫生防疫站建制。^⑩1972年,国务院发出《健全卫生防疫工作的通知》,其他地方曾被撤销的防疫和防治机构也开始恢复或重建,^⑪当年全国卫生防疫站的数目已恢复到1966年的水平。到1976年,防疫站数目达到2973个,比1969年的低点高出一倍多。

“文革”后期(1970年—1976年),在四级国家卫生防疫体制逐步恢复的同时,广大农村地区逐步形成了卫生防疫、合作医疗与赤脚医生“三位一体”的三级基层医疗预防保健网,第二次危机渐告终结。这两个网络各有侧重、相互衔接,构

成了一个覆盖城乡、深入基层的公共卫生网,有效地促进了疾病预防控制工作的广泛开展,“为20世纪70年代实施冬春季预防接种降低白喉等疫苗针对的传染病发病,整治环境卫生控制血吸虫病、黑热病等提供了重要的技术人力保障,也为1976年唐山大地震灾后无大疫立下了汗马功劳”。^④

为了有效地预防和控制疾病,专业机构与队伍的建立与维持是必不可少的。第一次、第二次危机告诉我们,机构稳定是队伍稳定的前提,队伍稳定是事业发展的前提。任何情况下,只要防疫疾控机构被撤销或并入其他部门,防疫疾控队伍就必然会被削弱,其后果往往是疫情暴发与失控。这是一个惨痛的教训,应该牢牢记取。

四、第三次危机(1985—2003)

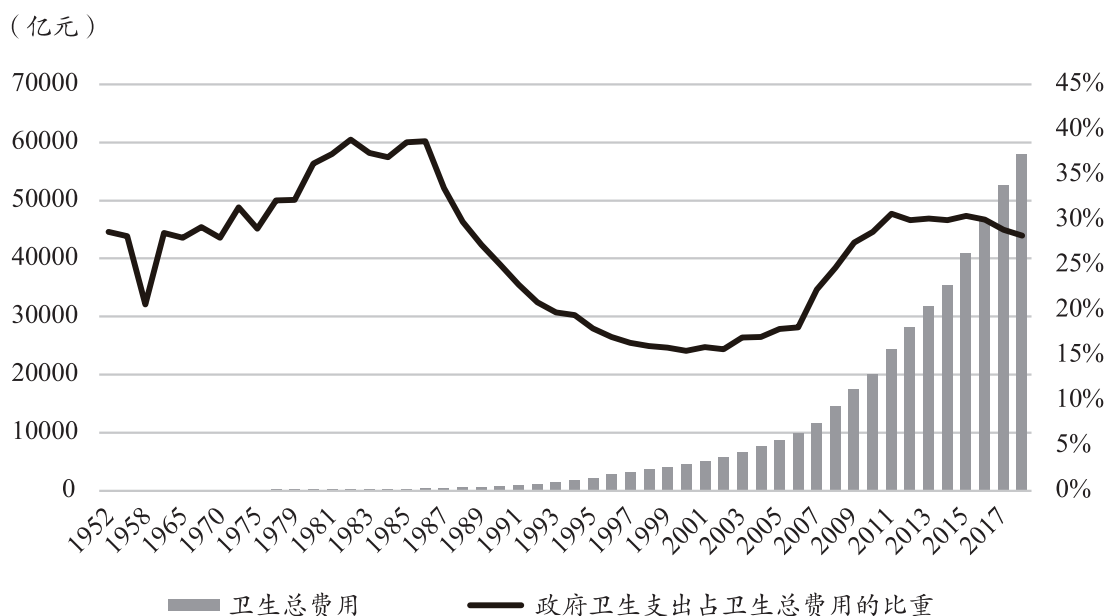
这次危机从孕育、恶化到暴发持续时间长达近20年。在孕育阶段,人们对它几乎没有察觉,

甚至对它的到来表示欢迎。随着时间的推移,其严重性逐渐显现,业内人士不断发出警讯。最后,它表现为造成巨大损失的“非典”疫情,震惊了全国与世界。

这次危机产生的根本原因是,在推动经济改革与发展的过程中,政府当时误以为经济增长是唯一的“硬道理”,只要经济持续增长,饼越做越大,其他一切问题都会迎刃而解,从而忽略了卫生事业。^⑤其最初的苗头是,政府卫生支出占卫生总费用的比重急剧、大幅下滑。从新中国成立之初开始,到20世纪80年代中期,政府卫生支出占卫生总费用的比重一直呈上升趋势。1986年,这个比重达38.6%,处于历史最高位。但此后它就开始快速下滑:两年后跌破30%;1993年跌破20%;2000年降至15.5%,是新中国历史上的最低位(见图3)。

政府卫生支出份额缩减的负面影响,公共卫生部门(包括卫生防疫机构)首当其冲。20世纪80年代中期以前,各级卫生防疫机构属于全额财

图3:卫生总费用与政府卫生支出占卫生总费用的比重

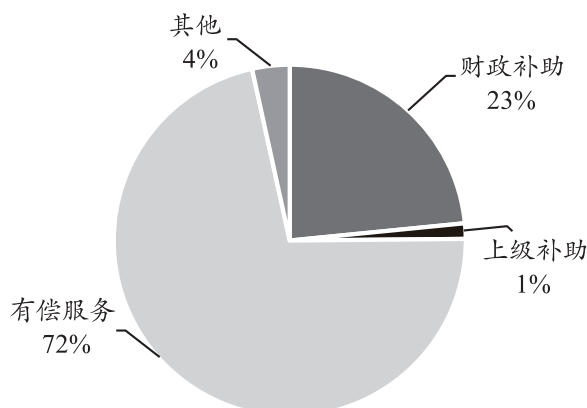


财政拨款的事业单位,其机构发展、人员费用、设备添置和业务开支均由国家支付;反过来,这些机构免费为社会提供防疫服务。1985年是医疗卫生体制的“改革元年”,国务院批转了卫生部起草的《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》,正式启动一场“只给政策不给钱”的医疗改革。“不给钱”是指,会削减卫生系统的财政拨款份额;“给政策”是指,为弥补财政拨款的缺口,允许、鼓励,甚至要求所有卫生机构“多方集资”,允许卫生防疫部门收取公共卫生服务的“劳务费”与“成本费”。^④1988年,国务院转发卫生部《关于全面深入贯彻预防为主方针,进一步加强预防保健工作的若干意见》,正式提出要“积极推行预防保健多种形式的有偿服务和保偿制度”。^⑤1992年,卫生部下发《关于深化卫生改革的几点意见》,进一步要求预防保健机构“扩大预防保健有偿服务的范围和覆盖面,合理确定有偿服务收入的分配比例,并大力推广各种形式的预防保健保偿制”。^⑥

此后,由于防疫部门得到财政拨款份额越来越小,让其别无旁骛地履行预防控制传染病和流行病的职责,实在是勉为其难。由于经费短缺,很多防疫机构多年未更新化验仪器,有些机构甚至连给职工发基本工资都十分困难。在这种条件下,为了生存,许多卫生防疫机构不得不各显神通,想方设法扩大服务范围,将有偿服务从防疫扩展到更容易赚钱的诊疗,把主要精力用于开展门诊、住院等有偿服务,或以“卫生监督”的名义靠罚款收入度日。久而久之,有偿服务逐步演变为防疫机构的主要筹资渠道,成为该部门维持、更新和发展的支柱,但其本职工作却被抛到一边。这种情况在国际上极为罕见,其后果是预防和控制大规模疫情的能力急剧下降。^⑦

2002年,卫生部推动“两项体制改革”,将各级卫生防疫站原有的卫生执法、监督职能剥离,只保留其疾病预防控制、公共卫生技术管理和服

图4:全国各级疾控中心收入构成(2002年)



务等职能,整体更名为各级“疾病预防控制中心”(以下简称“疾控中心”)。与改制前的卫生防疫站不同,改制后的疾控中心是单纯的事业单位,而不再是具有行政执法权的政府部门。这一年,全国各级疾控中心的收入中,财政补助与上级补助加在一起,占比不过只有区区24%,而有偿服务占比却高达72%(见图4)。只有不务疾病预防控制这个“正业”,才可能出现这样不正常的局面。

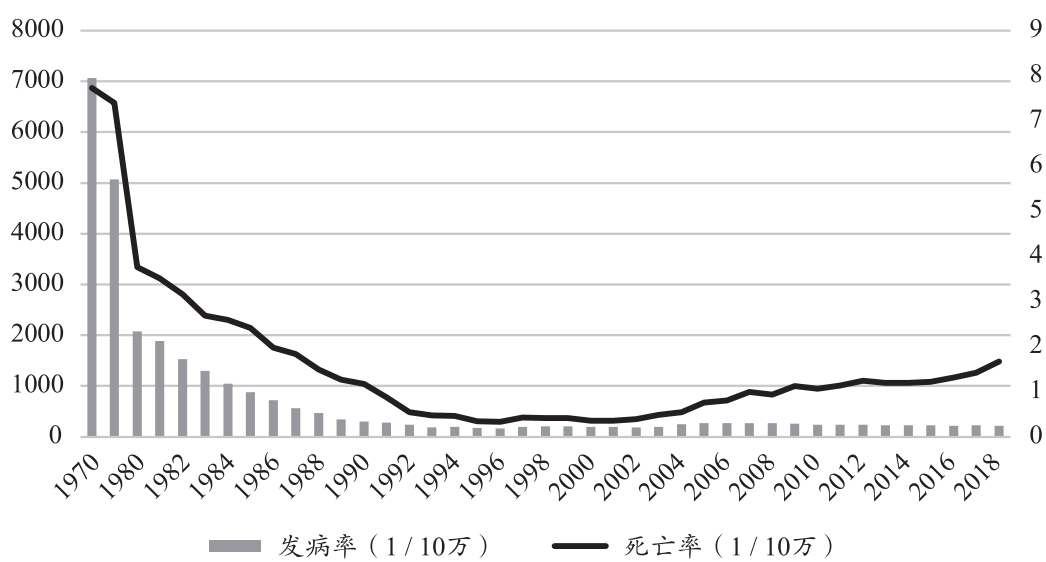
在整个第三次危机的发展过程中,防疫(或疾控)机构的数量从3400余个上升到了3800余个(见图2),人员数量也略有增加。这次危机显然与前两次危机的表现形式并不相同,但实质却大同小异,因为不务正业也是一种名存实亡。进一步分析防疫(或疾控)人员的构成,还可发现危机的另一表征:虽然人员总数没有减少,但其中卫生技术人员占比下降了,尤其是医师或助理医师的占比下降更快,从1990年的53.4%跌到2003年的45.7%(见表2)。究其原因,很简单,即使卫生防疫站可以行医,患者还是更愿意去正规医院看病;如此一来,在医院当大夫比在防疫站当大夫的收入往往高得多,导致防疫站具有医师资格的人员不断外流。

在四级国家卫生防疫体制出现巨大裂缝的

表 2: 疾控机构、人员数量与人员结构变化

年份	机构数量	人员数量	卫生技术人员	医生	卫生技术人员占比	医生占比
1980	3105	103592	80874	50072	78.1%	48.3%
1990	3618	179498	143648	95903	80.0%	53.4%
1995	3648	201446	160131	105838	79.5%	52.5%
2000	3628	215894	168318	112321	78.0%	52.0%
2001	3699	216347	169144	112442	78.2%	52.0%
2002	3463	204444	156838	94586	76.7%	46.3%
2003	3469	206266	157738	94242	76.5%	45.7%

图 5: 甲类和乙类法定报告传染病发病率、死亡率



同时,三级基层医疗预防保健网面临着更为严峻的局面。到 2000 年前后,研究者几乎形成了共识:这个网络正在或已经瓦解。翻阅当时的相关文献,映入眼帘的随处都是这样的句子:“三级网出现了断裂带”,^④“重医轻防、重有偿轻无偿、重收益多轻收益少”,“预防保健职能难以切实落到位或流于形式”,^⑤“底破线断”,^⑥“名存实亡”^⑦……2002 年,卫生部部长张文康透露,当时全国县级以上公共卫生机构只有三分之一较为正常地运转,另外三分之一处于瓦解的边缘,还有三

分之一已经垮了。^⑧直到“非典”疫情结束之后的 2005 年,卫生部部长高强对此仍忧心忡忡。他一方面指出,“中国的农村居民基本上都住在乡、村,而我们疾病预防控制体系只建设到县级,乡、村基层没有专人负责疾控工作”;另一方面又问道,“现在传染病防治和地方病防治的主要任务在农村,农村疾病控制工作没有人负责怎么办?”^⑨

当四级国家网与三级基层网都千疮百孔时,中国的卫生防疫体系真的是不堪一击了。这个体系的脆弱性在“非典”危机之前已显露无疑。

1970年以后,我国甲类、乙类法定报告传染病发病率、死亡率持续下降,但从20世纪90年代初到“非典”疫情发生之前的十余年间,两者一直徘徊不前(见图5)。拿2000年的婴儿死亡率(32.2‰)与1990年的(32.9‰),甚至1980年的(34.7‰)相比,几乎没有下降多少。相应的,人均预期寿命从1980年到2002年间年均增长仅为0.09岁,进入慢速增长期(见图1),与新中国成立后的头30年形成鲜明对比。也许有人会说,20世纪80年代以后进步之所以缓慢,是因为人均预期寿命的基数已经比较高,不像以前基数低时那么容易取得显著的成果。但实际情况并非如此。在1980年,澳大利亚、日本、新西兰、新加坡、斯里兰卡、中国香港的人均预期寿命要么基数比中国内地高,要么与之持平,但其后20年,这些国家和地区人均预期寿命的提高幅度都比中国内地高不少,说明那些年中国内地在经济高速增长的同时,忽略了卫生领域出现的严重问题,包括日渐脆弱的卫生防疫体系。^⑭最终,在2002年冬至2003年春爆发了“非典”危机:累计临床诊断病例5327例,死亡349例,造成短期经济损失上千亿元。^⑮

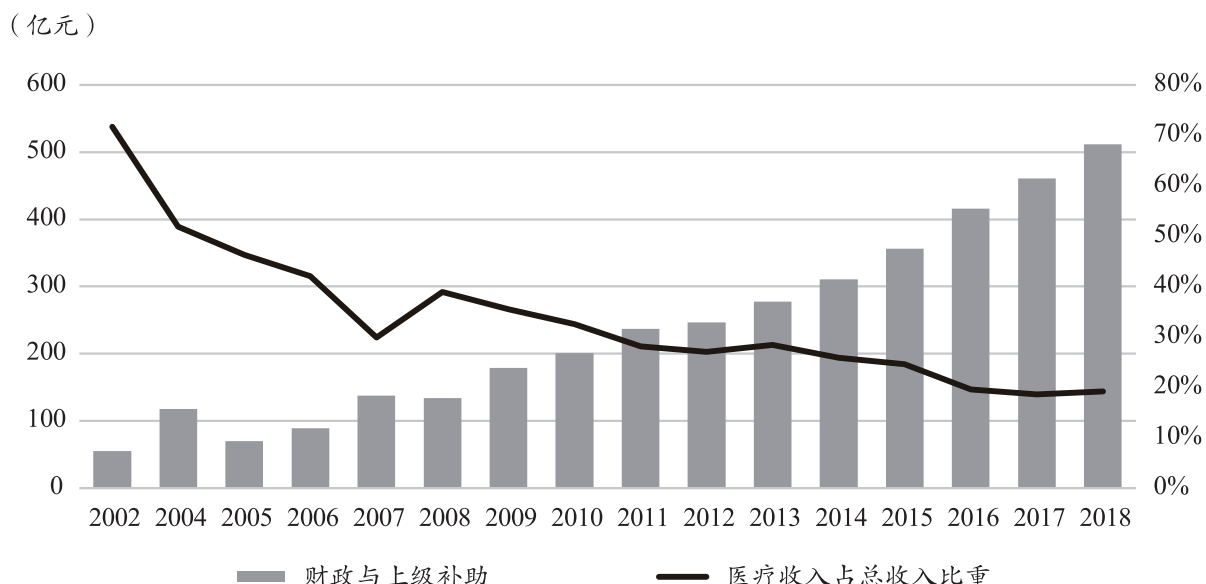
痛定思痛,损失惨重的“非典”一役在全国上下引起了深刻反思和检讨,其中作为公共卫生关键环节的疾病预防控制体系是一个重点。“非典”时期,应科技部和卫生部领导邀请回国参与防控工作的流行病学专家黄建始(后任北京协和医学院公共卫生学院院长)一针见血地指出,出现“非典”危机并不是偶然的,因为“2003年以前,中国的公共卫生没有恢复到1966年以前的水平”。^⑯国务院副总理吴仪在“非典”疫期临危受命,兼任卫生部部长。疫情刚结束,她在全国卫生工作会议上就强调,必须“认真总结非典防治工作的基本经验”,并特别点出:“疾病预防控制体系能力差,目前,国家、省、市、县四级都建立了疾病预防控制中心,但定位不准,职责不清;机构不少,功

能不强;队伍庞大,素质不高;设施陈旧,条件落后;防治脱节,缺乏合力;经费不足,忙于创收”,^⑰可谓触到了病根。

第三次危机结束以后,中国领导人都将注意力转到了公共卫生与疾病预防控制上。在2003年7月召开的全国防治“非典”工作会议上,胡锦涛总书记指示:要“有效整合卫生资源,增加政府对卫生事业的投入,加大公共卫生基础设施建设力度。要加强疾病预防控制,健全全国疫情信息网络,建立和完善疾病预防控制体系和医疗救治体系……提高应对突发公共卫生事件的能力”。^⑱温家宝总理把公共卫生建设的目标说得更具体:“争取用3年左右的时间,建立健全突发公共卫生事件应急机制、疾病预防控制体系和卫生执法监督体系;用更长一段时间,完善我国农村卫生体系、城市基本医疗服务体系、环境卫生体系和财政经费保障体系”。^⑲吴仪更是指出了健全疾病预防控制体系的“当务之急”,即“针对存在的问题和薄弱环节,通过明确职能、落实责任、深化改革、优化队伍、定员定编和保障经费等措施,尽快提高各级疾病预防控制机构的能力”。^⑳

为了落实党中央、国务院提出的3年内建立健全疾病预防控制体系的要求,在中央财政的引导下,全国各级财政投入116亿元,完成了2448个县级及以上疾控机构基础设施的建设;其中6.34亿元用于总建筑面积达7.6万平方米的国家疾病预防控制中心一期工程。^㉑同时,各级疾控中心房屋建筑总面积增加了478.7万平方米;每个工作人员人均建筑面积达63.3平方米,比2002年提高了66.9%。除了房屋外,仪器设备配置明显改善。2012年全国疾控中心平均每机构设备资产总值为304.4万元,比2002年增长了226.9%,10年来累计增加了约71.3亿元;实验室万元以上仪器设备配置达25.4万台,增加了16.7万台,增幅为192.6%。^㉒尤其引人注目的是,由

图6:2002年—2018年各级疾控中心的财政投入



注:《中国卫生年鉴 2004》未提供2003年的数据。

中央和地方共同投资约7.3亿元,建起了全球最大、纵向到底(乡级以上)、横向到边(所有卫生机构)的“全国传染病与突发公共卫生事件监测信息系统”,疫情信息从基层发现到国家疾控中心接报,时间从5天缩短为4小时。^③

在对疾控机构的财政经费保障方面,进展同样让人印象深刻。“非典”疫情发生前一年,即2002年,全国各级疾控中心的年度财政性投入(包括“财政补助收入”与“上级补助收入”)为55.4亿元;“非典”疫情结束后一年,即2004年,这类投入翻了一番,达117.5亿元。此后,财政性投入的增幅没有2002年—2004年间那么大,但增速还是很快。到2018年,该年度对全国各级疾控中心的年度财政性投入已高达511.3亿元,几乎是2002年水平的10倍(见图6)。同期,与财政性投入快速增加形成对比,全国各级疾控中心的有偿服务(包括“医疗收入”与“事业收入”)不升反降,2018年的该项收入只相当于2002年的八成左右。这一升一降,彻底改变了各级疾控中心经费来源的

结构。2002年,国家财政性投入只占各级疾控中心总收入的24.9%,有偿服务收入占72%;^④而到了2018年,财政性投入占比升至74.4%,有偿服务收入占比降至19%,确有云泥之分。换句话说,到2018年,中国的各级疾控中心虽然仍有大约两成的收入来自有偿服务,还可能扭曲其宗旨,但与“非典”疫情发生之前那些年相比,情况已大为改善,且改善的趋势仍在继续。

各级疾控中心硬件改善了,经费比以前充裕了,这是否意味着中国的疾控体系就万事大吉了呢?

五、第四次危机(2007—2020)

第四次危机是在医疗卫生事业蓬勃兴盛的背景下发生的。如果用前三次危机的指标检测,中国疾控体系似乎没有任何问题:机构没有被撤并,政府拨付的经费越来越充裕。因此,与第三次危机一样,这次危机的潜伏期相当长,直到最

近几年,业内人士才开始讨论疾控体系所面临问题的严重性,而绝大多数行外人士却对此毫无察觉,直到出现“新冠肺炎”危机。

回想起来,“非典”疫情发生以来的17年,的确是我国医疗卫生事业大发展的17年。卫生总费用从2002年的5790亿元增至2018年的57998.3亿元,后者足足是前者的10倍。在整个卫生总费用中,政府卫生支出所占的比重也逆转了此前16年的下降趋势,开始快速攀升,从2002年的低点(15.7%)增至2015年的高点(30.4%),近几年有些许下滑(见图3),表明政府对人民群众的健康给予了更多的重视。资金的大量流入给卫生部门带来了实实在在的变化,医院的数量从2002年的17844个增加到2018年的33009个,几乎翻了一番,其中,专科医院发展最快,数量增至3.5倍。随着新设医疗机构如雨后春笋般不断涌现,医疗卫生工作者的数量同步快速增长,从2002年的约650万人增至2018年的1230万人,也将近翻了一番;其中执业医师的数量增速更快,翻了不止一番。

问题在于,蒸蒸日上的医疗卫生事业是否落实了“预防为主”的方针?如果从这个角度检视,隐忧就浮出水面了。

“非典”疫情发生的当年,我国启动了疾病预防控制体系三年建设。到2007年,卫生部部长陈竺宣布,“全国疾病预防控制体系建设已取得阶段性进展”。陈竺使用“阶段性进展”可谓用心良苦,他很清楚,中国“疾控体系建设依然任重道远”,决不能止步于“阶段性进展”,因为“疾病预防控制工作是中国卫生工作的第一关口。我国当前的卫生工作必须‘关口前移’,预防为主”,否则“再富有的国家也支付不起昂贵的医疗费用”。为此,他敦促全国各级疾控部门“要抓住我国公共卫生事业大发展的有利时机,找准疾控工作定位”,“不失时机地推进疾控能力建设,以推

动我国疾病预防控制工作进一步发展”。他强调,“人才队伍建设是疾控能力建设的基础”,比硬件建设更重要。他还特别指出,“疾病预防控制工作是社区卫生、新型农村合作医疗的重要组成部分,脱离了疾病预防控制工作来搞社区卫生和新型农村合作医疗,我国‘预防为主’的卫生工作方针就无法落实”。^⑤

然而,遗憾的是,2007年恰恰是我国公共卫生与疾控体系在医疗卫生领域里相对地位开始下降的转折点。

衡量公共卫生在政府卫生政策中的分量,可以用公共卫生费用占卫生总费用的比重作指标。2002年,该比重为5.41%,低于1990年时的6.88%。“非典”疫情结束后,这个比重迅速上升,到2007年达到8.84%。但好景不长,此后该比重一路下滑,跌至2017年的5.85%,几乎回到了“非典”疫情发生前的水平(见图7)。

疾病预防控制是公共卫生的关键环节。衡量疾控工作在政府卫生政策中的分量,可以用疾控支出占政府卫生支出的比重作指标。在“非典”疫情刚刚过去那几年,这个比重比较高,在2004年—2007年间平均为13.23%。但2007年后,它也是一路下滑,近三年跌到历史低点4%左右(见图7)。

不仅政府对疾病预防控制的重视程度下降了,就连学术界对这方面议题的关注度也下降了。“中国知网”上以“疾病预防控制”作为关键词的论文数量在2002年后大幅增加,到2007年达到顶点,当年发表这类论文1351篇。但此后,“疾病预防控制”对学术界的吸引力减弱,到2019年,这类论文只有574篇,相当于2007年的42%。

政府与社会对疾控事业的忽略,必然产生削弱疾控机构的后果。陈竺在2007年说,“人才队伍建设是疾控能力建设的基础”,但恰恰是这个基础遭到了严重的侵蚀。2003年以来,中国的疾

图7:卫生总费用中公共卫生费用占比及政府卫生支出中疾控支出占比

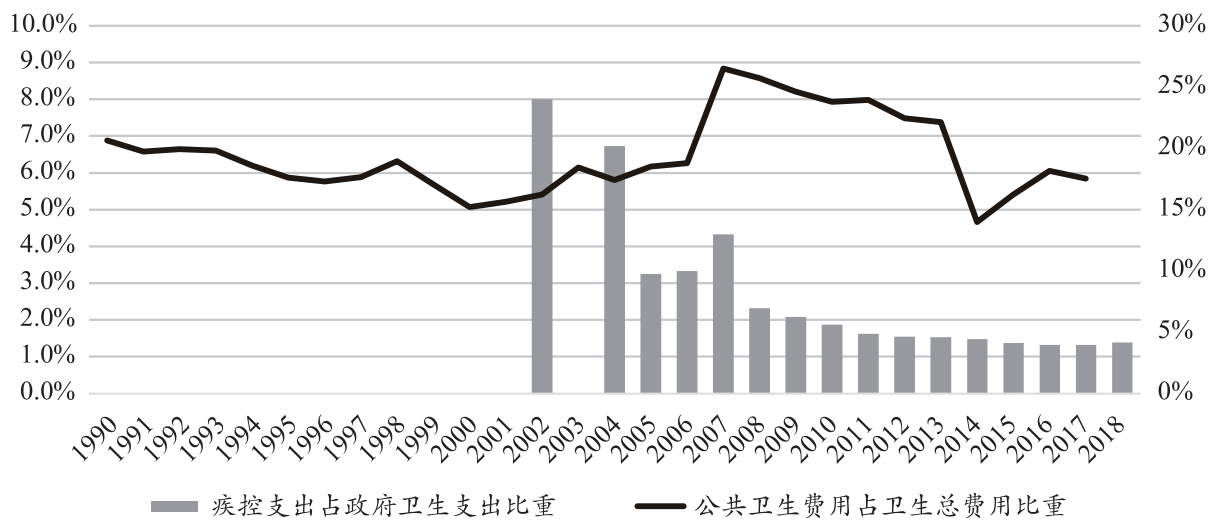
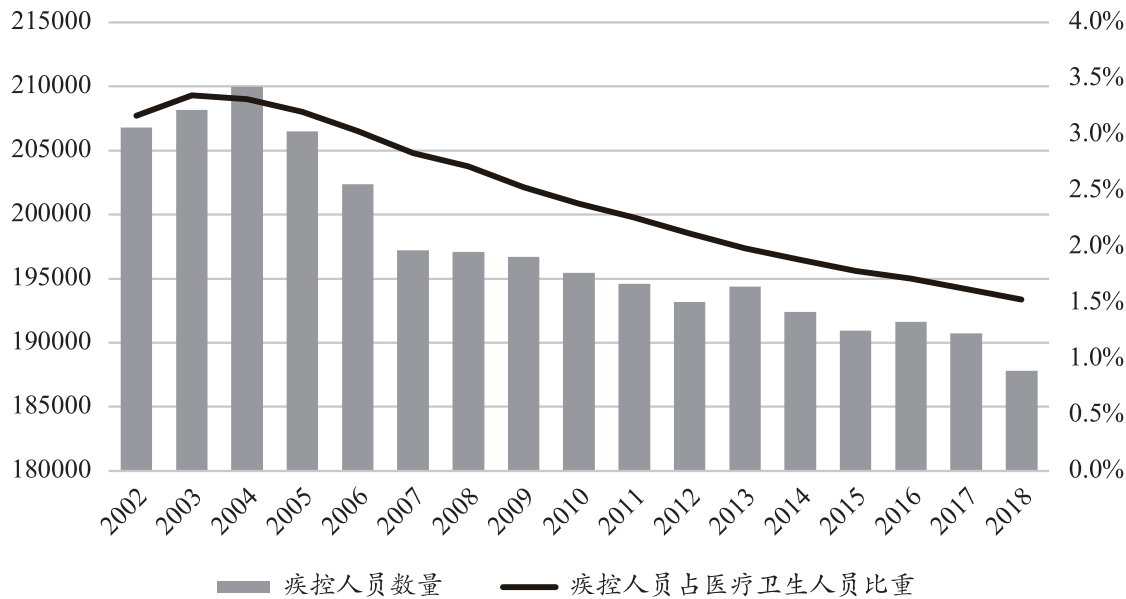


图8:疾控机构的人员变动情况



控人员数量不但没有增加,反倒减少了一成。中国的疾控人员本来就不多,2003年只有20.8万人;减少10%,到2018年才剩下18.8万人。这发生在中国整体医疗卫生工作者数量翻了一番的大背景下,足以显示疾控机构人员流失的严重程度(见图8)!

更为严重的是,从疾控机构外流的主要是卫生技术人才,而不是其他普通工作人员。在2002年—2018年间,全国疾控中心的普通工作人员数目略降1.4%,而卫生技术人员下降11.5%,其中执业医师与助理医师大降近27%,导致在全部疾控人员中,执业医师与助理医师所占的比重从

图9:疾控机构的人才流失情况

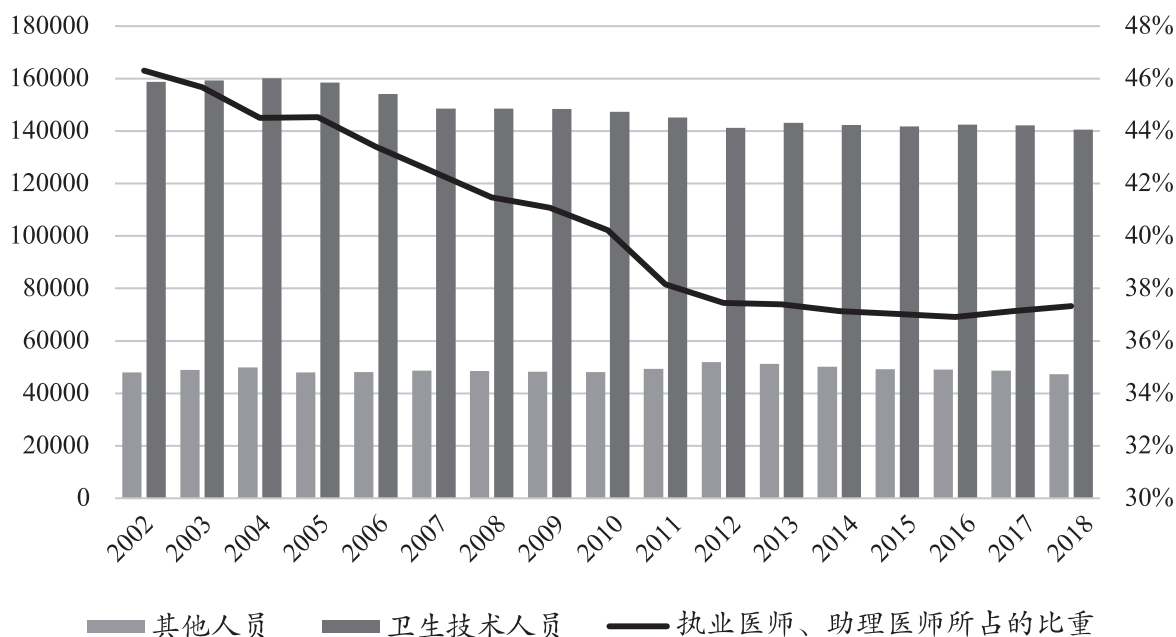
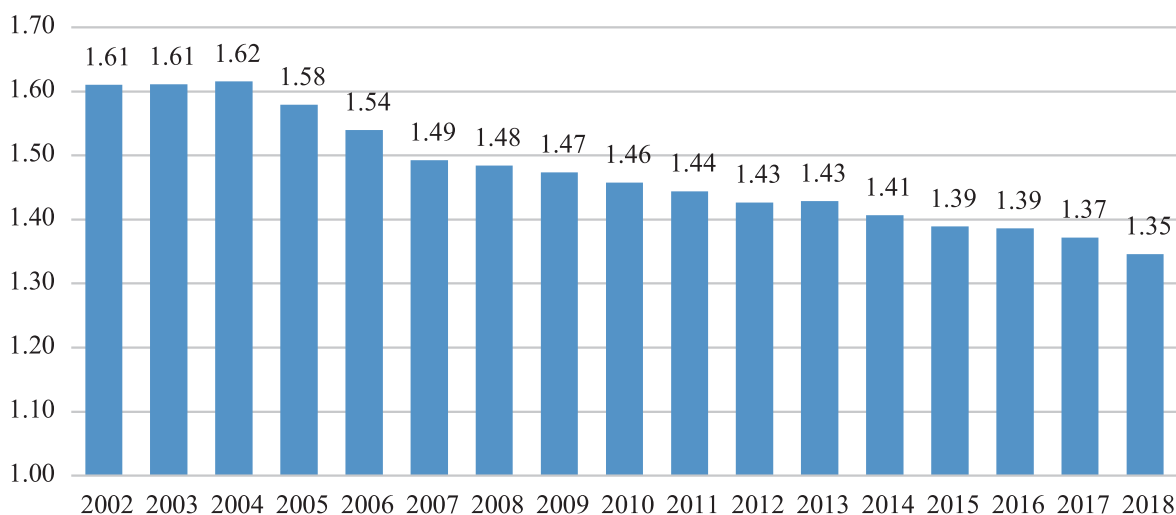


图10:每万人拥有疾控人员数量



46.4%跌至37.3%(见图9)。

哪怕不计质量,仅就人员数量而言,中国的疾控机构也是严重缺员。为有效落实疾病预防控制职能,2014年,中央编办、财政部和国家卫生计生委联合印发了《关于疾病预防控制中心机构

编制标准的指导意见》。它规定,疾控中心的人员编制以省、自治区、直辖市为单位,按其常住人口每万人1.75人的比例核定;地域面积在50万平方公里以上且人口密度小于25人/平方公里的省、自治区,则按不高于本地区常住人口每万人3

表3:各省(市、自治区)疾控机构缺编情况(2017年)

省(市、自治区)	疾控中心 人员数量	每万人疾控 人员占比	按每万人 1.75人比例 应配置疾控 人员数量	缺口	省(市、自治区)	疾控中心 人员数量	每万人疾控 人员占比	按每万人 1.75人比例 应配置疾控 人员数量	缺口
安徽	4851	0.78	10946	6095	黑龙江	5902	1.56	6631	729
重庆	2928	0.95	5381	2453	广西	7759	1.59	8549	790
浙江	5653	1.00	9900	4247	宁夏	1102	1.62	1194	92
广东	11165	1.00	19546	8381	辽宁	7344	1.68	7646	302
江苏	8160	1.02	14051	5891	陕西	6453	1.68	6711	258
山东	10827	1.08	17511	6684	北京	3717	1.71	3799	82
河北	8291	1.10	13160	4869	海南	1591	1.72	1621	30
江西	5159	1.12	8089	2930	吉林	4753	1.75	4755	2
福建	4535	1.16	6844	2309	甘肃	4619	1.76	4596	-24
天津	1819	1.17	2725	906	云南	8473	1.76	8402	-71
上海	3078	1.27	4232	1154	河南	17007	1.78	16728	-279
山西	5002	1.35	6479	1477	内蒙古	5613	2.22	4426	-1187
湖南	9564	1.39	12005	2441	新疆	5872	2.40	4279	-1593
湖北	8693	1.47	10329	1636	青海	1522	2.55	1047	-476
贵州	5324	1.49	6265	941	西藏	1257	3.73	590	-667
四川	12697	1.53	14529	1832	全国	190730	1.37	243264	52534

注:此表中的负数数据为超额人员数量。

表4:中国、美国、俄罗斯疾控人员数量比较

	中国	美国	俄罗斯
人口	14 亿	3.28 亿	1.47 亿
国家级疾控中心人员数量	2200	14000 + 10000	/
各级疾控中心人员总数	187826	265000	220000
每万人疾控中心人员数量	1.35	9.3	13.8

数据来源:于竞进:《我国疾病预防控制体系建设研究:困境、策略、措施》,复旦大学博士学位论文,2006年4月,第115页;Tom Frieden(美国联邦疾控中心前主任),“A Strong Public Health System: Essential for Health and Economic Progress,” *China CDC Weekly*, Vol. 2, No. 8, February 21, 2020, pp. 128-130, <http://weekly.chinacdc.cn/en/article/id/3e28e552-63fd-4bc7-976b-6c67a35c9c33>。

人的比例核定。^⑥如果用这个指标衡量,从2002年到2018年,中国疾控机构的人员数量从来没有满足过编制要求(见图10),与其他政府部门、事

业单位不断突破编制上限形成强烈反差。2018年,中国有13.95亿人口,如果按每万人1.75人配置,全国需要有24.4万名疾控人员,而当年中国

每万人只有1.35名疾控人员，缺编5.64万人。

如果以省为单位来检视，全国所有省、自治区、直辖市的疾控机构都缺编。如按每万人1.75人配置，几个少数民族聚居的省、自治区看似超编，其实不然，因为它们的人口密度几乎都小于25人/平方公里；如按每万人3人配置，它们的疾控人员也远远不够（见表3）。

如果进行国际比较的话，中国疾控人员的短缺就更显得触目惊心了。中国人口是美国的四倍多，是俄罗斯的近十倍，但美国与俄罗斯的疾控人员都比中国多。换算为每万人疾控人员占比，美国是9.3，俄罗斯更高达13.8，都远远高于中国的1.35（见表4）。中国的国家疾控中心有2200多名工作人员，^⑥在很多国人看来，仿佛是个庞然大物。殊不知，美国的联邦疾控中心（CDC）除了1.4万名正式雇员外，还有约1万名合同制工作人员，两者相加足足是中国的10倍！

现在，全国绝大多数疾控中心都有编制空缺，国家财政已在相当大程度上负担起各级疾控中心的费用，疾控人员不必再像以前那样忙于有偿服务。那么，在什么意义上，中国的疾控体系处于危机之中呢？

第四次危机最突出的表现是疾控部门在整个医疗卫生体制中的相对地位持续下降，主要原因在于第三次危机刚过不久，“重医疗，轻预防”的顽疾便再次复发。目前，我国疾控工作仍存在以下问题：

首先，法律地位低。关于中国现行疾控体系的法规，以前只有一个2005年1月5日以卫生部第40号部长令发布的《关于疾病预防控制体系建设的若干规定》，曾被业内人士称为“我国疾控体系建设与管理的‘纲领性’文件”。^⑧但这个“规定”属于部门规章，在中国法律体系中位阶不高。问题是，连这个规定现在也失效了：国家卫计委2016年第1号公告宣布它“不再作为部门规

章”。^⑨值得注意的是，与这个规定同一天以卫生部第39号部长令发布的《关于卫生监督体系建设的若干规定》并未失效。对比新中国成立后的头30年，卫生防疫站刚创建不久，卫生部便于1954年10月颁布了《卫生防疫站暂行办法和各级卫生防疫站组织编制规定》。1964年，卫生部又颁发《卫生防疫站工作试行条例》，明确了卫生防疫站的性质、任务和工作内容，并规定了卫生防疫站的组织机构设置和人员编制。1979年，卫生部出台了正式的《全国卫生防疫站工作条例》。这三个文件虽然也属部门规章，但在当时的法规体系中，“条例”的重要性显然高于“规定”。1987年，国务院发布《行政法规制定程序暂行条例》后，部门规章不得再称作“条例”。但对疾病预防控制这样一套涉及全国上上下下的重要体系居然连个专门的“规定”也没有，实在是说不过去。

其次，权责地位低。卫生防疫站时期，它的定位一直是“卫生事业单位”，但同时它也一直是“国家授权的卫生监督机构”。^⑩当时，中国的卫生监管执法，一直都是由卫生行政部门依照卫生法律、法规，委托各级卫生防疫站实施的，后者成为最主要的卫生监督机构，负责“五大卫生”方面的监管，即食品、保健品、化妆品、公共卫生和学校卫生。^⑪1985年以后，尤其是20世纪90年代，由于财政拨款减少，卫生防疫站不得不想方设法扩大有偿服务的范围，其手段之一便是利用其执法主体身份，以“卫生监督”的名义增加罚款收入。为了避免“卫生监督与有偿技术服务行为不分”，卫生部于2000年颁布《关于卫生监督体制改革的意见》，决定剥离卫生防疫机构的公共卫生监管职能，将它转移到卫生行政内部的卫生监管机构。2001年4月，卫生部办公厅下发的《关于疾病预防控制体制改革的指导意见》，明确了各级疾病预防控制机构的职能与任务，将原来赋予卫生防疫站的卫生执法、监督功能整体划出，移交

给卫生监督体系。现在,虽然疾控系统与卫生监督系统都定位为事业单位,但前者是“从事基本公共卫生服务的公益性事业单位”,^②后者是“行政执法机构”,^③属参照公务员法管理的事业单位。^④不管怎么说,从编制上来看,我国疾控中心的定位为事业单位,而不是政府部门,不具备行政权与执法权。“公益性事业单位”这种定位使得各级疾控中心在同级政府机构中地位很低。以中国疾控中心为例,它不过是国家卫健委领导下的一个直属技术性部门,当出现重大公共卫生事件时,它只能向上逐级通报,无法直通最高决策机构。由于中国疾控中心没有决策权和批准权,可能会造成控制传染病暴发的整个决策过程出现不必要的延迟。^⑤作为对比,俄罗斯的卫生防疫法规明确规定,其防疫体系是政府的组成部分,对卫生防疫部门的工作人员和专家实行联邦国家公务员制,其经费主要由联邦预算资金拨付。^⑥在美国,联邦疾控中心是政府部门,具有执法权(law enforcement)、规管权(regulatory authorities),以及制定相关法规的权力,其主任由总统任命,会定期就重大的疾病预防控制问题向总统当面作简要汇报。^⑦除此之外,美国还有一支由6500多人组成的,穿军装、带军衔的“公共卫生服务军官团”(United States Public Health Service Commissioned Corps, USPHS),^⑧联邦疾控中心将为其招聘人员列为本系统的工作范围,^⑨而且该中心核心领导层中有多位军官团成员,必要时军官团可以应疾控中心请求进行紧急支援部署。^⑩

第三,薪酬待遇低。尽管2002年以来,财政性投入已逐渐成为各级疾控中心经费的主要来源,但这类投入仍无法完全满足疾控机构的开支需求,还有约两成的缺口,必须依赖有偿服务填补。2016年,国务院修改了《疫苗流通和预防接种管理条例》;^⑪2017年,财政部、国家发展改革委发布了《关于清理规范一批行政事业性收费有关

政策的通知》。^⑫这两个举措,取消或停征了一批原本由疾控机构收取的费用。按照文件要求,收费项目取消后,疾控机构依法履行职能所需经费应由同级财政予以统筹安排,从而保障其工作正常开展。但据一项2017年底对江苏省102个市、县的调查,原来创收的资金来源被切断后,仅16个市、县的疾控中心得到财政补偿,且都不是全额补偿。收入减少给疾控机构带来沉重的打击。该调查表明,83.2%的机构相关仪器设备的更新和维护受到影响;58.4%的机构人员职业发展受到影响;57.4%的机构人员绩效奖金得不到保障,收入下降;25.7%的机构存在人员流出部门或单位的现象。^⑬江苏省是经济比较发达、财政收入比较充裕的省份。如此丰腴富饶之地尚且如此,其他地方疾控机构受到的冲击恐怕更剧烈。目前,一般而言,疾控机构的薪酬待遇只是同级医院同职称人员的三分之一左右。^⑭近年来,全国各地、各级疾控中心均出现人才快速流失,且招不到合适人员的情况,与此有极大关系。就连带有金字招牌的国家疾控中心也留不住人,在2015年—2018年四年间,有214位工作人员离开了,包括“百千万人才工程”国家级人选、有突出贡献专家、国务院政府特殊津贴专家等顶尖人才,导致多个专业领域和学科缺乏带头人。省、市、县级疾控中心面临的情况更为严峻。^⑮这种全国性的、持续性的“失血”,严重威胁着中国公共卫生的安全保障。而在俄罗斯,即使在苏联解体后最困难的时期,三个来源的资金还是为卫生防疫机构提供了经费保障:由最高苏维埃审批的国家预算资金,由俄联邦政府审批的卫生防疫备用基金,以及明确规定有偿收费、罚款收入项目的预算外基金。^⑯在美国,联邦疾控中心的一般工作人员拿公务员的工资,对其中的专业人士则支付高于政府标准工资的、有竞争力的薪酬,^⑰2015年,该中心所有工作人员的平均工资

超过十万美元,专业人士的工资可以高达约27.9万美元,外加令一般美国人羡慕的福利待遇。^⑧

第四,职业评价低。这里所说的“职业评价”是指在医疗卫生行业内部的地位,而不是泛指在整个社会中的地位。在整个医疗卫生行业里,与疾病预防控制相关的公共卫生学科是不被人重视的。各级、各地在发展医疗卫生事业时,重点都是面向个体服务的临床医学,而不是面向大众的公共卫生学科。中国有几百所医学院,但只有80余所公共卫生学院。相当多进入预防医学专业的学生是由于未被临床医学专业录取而被调剂过去的。只要有可能,多数医学类学生会选择临床医学专业,而不会主动选择公共卫生专业。一些预防医学和公共卫生学科的学生,在就读期间就想转专业,希望转到临床医学或其他学科。为了防止这类受过专业训练的人才流失,国家对预防医学专业报考临床执业医师资质进行了限制,对预防医学专业本科生考取临床专业研究生也加以限制。之所以会出现这种现象,一个重要原因是从事疾病预防控制之类公共卫生方面的工作,待遇比临床医学或者其他医学专业的人要低。^⑨进入疾控机构工作,马上又会面临系统内一道又一道晋级评价关。与针对个体患者的临床诊疗不同,疾病预防控制服务的是群体而不是个体,很难找到衡量单个工作人员短期贡献的客观指标。目前,疾控机构往往照搬高校或科研院所的评价方式,主要考核课题和论文,导致其工作人员把大量精力花在争取项目,发表高影响因子的论文上,偏离了设立疾控机构的初衷。与薪酬待遇低一样,评价机制不健全、职业发展空间狭窄也是导致人员外流的重要原因之一。^⑩

早在2015年前后,业内人士已用大量调研数据呼吁政府与社会关注险象环生的疾控体系。到2018年,来自贵州省疾控中心的全国人大代表何琳向两会提交了《关于稳定疾控人才队伍的建

议》。但相关部门给出的答复,并不能让何琳满意。于是,何琳在2019年的两会上再次提交提案,并发出警告:如果不重视疾控队伍建设,当“非典”再来的时候,对国家经济的冲击,对百姓健康的冲击,其损失都不是拿钱能衡量的。^⑪2019年4月,已担任全国人大常委会副委员长的陈竺也开始发声。他注意到,“疾控机构人员薪酬明显低于同级公立医院,导致人才流失严重”。特别让他忧心的是,2018年新一轮机构改革以后,一些省份对包括疾控中心在内的各类事业单位进行优化整合,还有个别省份将大部分地级市及所有县级疾控中心与其他事业单位加以整合,打破了自上而下的疾控服务体系链条。在他看来,这一切都与“预防为主”的方针不匹配,是“重医疗,轻疾控”倾向的回潮。为此,陈竺呼吁:“要高度重视疾病预防控制体系职能在事业单位改革中被弱化的风险,尽快明晰各级疾控中心功能定位,稳定公共卫生医生队伍。”^⑫

其实,除了现有四级国家疾控体系存在的种种问题外,更大的缺口在基层。中国有14亿多人口,尽管城镇化水平不断提高,迄今仍有5.6亿人口分布在广大农村,不要说区区19万疾控人员,即便疾控体系满编,人员达到25万,数量也远远不够。全国31个省、市、自治区,平均每省(市、自治区)有4500万人口,但只有6150名疾控人员,实在难以有效实施公共卫生应急处置、传染病防控、疾病监测、健康教育与健康促进等疾控工作。因此,在国家、省、市、县(区)四级疾控系统之外,还需要构筑一个县(区)、乡(街道)、村(社区)基层疾控网。据估算,基层疾病预防控制人力需按每万人3—6人作为配置标准。^⑬这样一来,全国基层还需要42万—84万从事疾病预防控制工作的人力,才能实现全覆盖。^⑭问题是,20世纪80年代中期以前曾经为中国的卫生防疫事业立下汗马功劳的农村三级医疗预防保健网早已

不复存在。熟悉这方面文献的人都知道,就连“农村三级医疗预防保健网”的提法也在90年代后期逐渐销声匿迹。进入21世纪后,文献中讨论的只剩下“农村三级医疗卫生服务网”。虽然还是三级网,但其名称已发生根本性的变化:“预防”二字不见了!2008年10月,中共十七届三中全会审议通过的《中共中央关于推进农村改革发展若干重大问题的决定》,明确了建立健全“农村三级医疗卫生服务网”的要点,即“坚持政府主导,整合城乡卫生资源……重点办好县级医院并在每个乡镇办好一所卫生院,支持村卫生室建设,向农民提供安全价廉的基本医疗服务”。^⑤到2018年底,全国已有县级医院15474所,乡镇卫生院3.6万个,村卫生室62.2万个,可以说,由它们构成的农村三级医疗卫生服务网络,已经基本覆盖了全国农村。^⑥按照《基本医疗卫生与健康促进法》的定义,“基本医疗卫生服务”包括含疾病预防控制在内的基本公共卫生服务。^⑦问题是,这张网络中的那些医院、卫生院、卫生室在多大程度上有意愿与能力履行公共卫生的职责?如果无法落实三级医疗卫生服务网络的疾病预防控制功能,我国“预防为主”的卫生工作方针恐怕就难以得到贯彻。令人担忧的恰恰是,研究者发现,与过去的农村三级医疗预防保健网相比,现在的农村三级医疗卫生服务网无论在名称上、形式上,还是在内容上都发生了巨大的变化。公共卫生服务需要县、乡、村三级医疗机构通力协作,但在现在的三级网系统的运行中,县级医院往往忽视对乡镇卫生院的指导监督,乡镇卫生院往往缺乏对村卫生室的指导。不仅如此,“县级医疗机构、乡卫生院、村卫生室三者之间协调关系已名存实亡,存在无序竞争”,它们在疾病预防控制方面的职能实际上往往被束之高阁。^⑧

在这样的背景下,从2002年到2018年,我国甲类、乙类法定报告传染病的发病率没有下降,

死亡率则不降反升(见图5);人均预期寿命的年增长速度虽然快于第三次危机时期,但远远低于新中国成立后的头30年,属于中速增长期(见图1),明显与经济高速发展、卫生总费用节节攀升不相匹配。也是在这样的背景下,新冠肺炎疫情暴发,成为“新中国成立以来发生的传播速度最快、感染范围最广、防控难度最大的一次重大突发公共卫生事件”。^⑨

六、小结

新中国成立以来,“预防为主”一直是我国的卫生方针。为什么要把预防为主放在如此重要的位置?中国最早的医学典籍之一《黄帝内经》已给出了精辟的回答:“圣人不治已病,治未病,不治已乱,治未乱……夫病已成而后药之,乱已成而后治之,譬犹渴而穿井,斗而铸兵,不亦晚乎?”^⑩其实,这也是各大文明的共识,^⑪例如,英文中就有“预防胜于治疗”(prevention is better than cure)的成语。世界卫生组织一直在其文件中引用这个成语。2019年底,曾长期担任美国卫生与公众服务部助理部长,现任两党政策中心首席医学顾问的阿南德·帕雷克出版了一本新书,为决策者谋划美国未来的卫生政策,其书名就叫《预防第一》。^⑫

然而,认识到“预防为主”的必要性与重要性是一回事,会不会切切实实、一以贯之地落实这个方针是另一回事。决策者时时刻刻都会面临无数棘手的挑战,而应付每一项挑战都涉及有限资源(包括决策者的注意力资源)的选择性配置。疾病预防要求在危害发生前主动作为,而决策通常是对正在发生的“紧急”情况的被动回应。^⑬问题是,无论是决策者还是公众,记忆力都是有限的。危机发生时或稍后,他们倾向于过度重视风险;但随着时间流逝,他们又会倾向于低

估风险,几乎没有中间地带。^⑩更麻烦的是,疾病预防本身有三个特征。一是不可知:被预防的疾病不一定是已知的疾病,如2003年的“非典”和2020年的“新冠肺炎”。二是耗时:即便是已知的疾病,也不一定确切地知道它何时暴发;从开始预防到疾病暴发,也许要经历很长时间,既不太可能快刀斩乱麻,也未必能一劳永逸地消灭病源。三是成效难判:采取预防措施之后,如果疾病没有暴发,这既可能是预防有成效的结果,也可能是预防无成效的结果,决策者与公众难以判断。由于存在这三个特征,在公共资源、医疗卫生资源给定的情况下,决策者更倾向于将资源用于可见的问题(如“看病难、看病贵”)及可见的受惠者(如“保障贫穷的人看得起病、看得好病”),而不是不可知、耗时、成效难判的公共卫生问题、疾病预防控制问题,直到暴发下一次损失巨大的疫情。

其实,疾病预防控制有点像国防。不能因为不打仗就放弃国防。“养兵千日,用兵一时”。一旦有了敌情,平时国防投入的意义就会显现出来。即使没有敌情,也不意味着国防投入没有必要。很可能正是因为国防坚实,敌人才不敢贸然进犯。同样的道理,日常的防疫工作看起来要花些钱、养些人、添置些装备,但这总比疫情暴发后不得不投入巨额资金要合算得多。预防、控制、消灭疾病是长期的、无终止的斗争。必须依靠一支遍布全国、人手充足、人心稳定、经费充裕、别无旁骛、训练有素、常备不懈的专业队伍,外加一个触端四通八达、相互联通协调的基层防疫网络。很多流行病在发病初期,往往仅限于某个节点或局部地区,好比星星之火。这就要求基层防疫网与各级专业疾控机构“加强疫情监测,做好疫情报告,及时掌握疫情变化,一经发现,就组织力量加以扑灭;如果疏于防范,贻误战机,病害就会在短时间内迅速蔓延扩展,以致酿成大火,后

患无穷”。还有一些流行病、传染病,虽经反复防治,取得一定成效,却未能根除传染源,在一定条件下,还可能死灰复燃,切不可停停打打,中断防治。^⑪这次“新冠肺炎”危机结结实实给了我们一个忽视“预防为主”的教训。

过去70年,虽然“预防为主”的卫生工作方针从未改变,我国疾控体系还是发生了四次危机。这四次危机暴发的时代背景不同、具体原因不同、表现方式不同、严重程度不同、善后处置不同,但相同的都是未能真正坚持预防为主。“重治轻防”似乎是根深蒂固的顽症,每当现实危机消退,它就会不声不响地卷土重来。与“重治轻防”如影随形的是“财神跟着瘟神走”:“瘟神”到了,“财神”就会跟来;“瘟神”一离开,“财神”就转向别处了。以上四次危机,总结起来最重要的教训只有一个:预防为主,筑牢公共卫生的第一关口——疾病预防控制体系。“预防为主”对于所有中国人都耳熟能详,虽是老生常谈,却是金科玉律:如果忽略群体,只对个体进行干预,忽略预防,只注重临床诊疗,终将付出沉重代价。“预防为主”不能停留在口号上,必须落实到具体的政策举措中,落实到疾控体系的建设与维持,落实到人员与资金的配置上。70年里,这样的教训已经有了四次,不可谓不深刻。但愿这次“新冠肺炎”危机也是最后一次危机。

注释:

①新型冠状病毒肺炎(COVID-19),以下简称“新冠肺炎”。

②重症急性呼吸综合征(SARS),在发现之初也被称为传染性非典型肺炎,简称“非典”。

③《关于疾病预防控制体系建设的若干规定》,中国政府网, http://www.gov.cn/gongbao/content/2005/content_752

19.htm。

④习近平:《在中央政治局常委会会议研究应对新型冠状病毒肺炎疫情防控工作时的讲话》,人民网, <http://cpc.people.com.cn/n1/2020/0216/c64094-31589177.html>。

⑤《习近平在北京市调研指导新型冠状病毒肺炎疫情防控工作时强调 以更坚定的信心更顽强的意志更果断的措施 坚决打赢疫情防控的人民战争总体战阻击战》,新华网, http://www.xinhuanet.com/politics/leaders/2020-02/10/c_1125555826.htm。

⑥2002年,中国原有的各级“卫生防疫站”转型为各级“疾病预防控制中心”。本文中“疾控体系”与“防疫体系”交替使用,其意义大致相同。

⑦C.-E. A. Winslow, “The Untilled Fields of Public Health,” *Science*, Vol. 51, Issue 1306, Jan. 9, 1920, p. 30.

⑧WHO Expert Committee on Public Health Administration & World Health Organization, *Expert Committee on Public-Health Administration: First Report (of a Meeting Held in Geneva from 3 to 7 December 1951)*, World Health Organization, 1952, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40192>.

⑨吴仪:《加强公共卫生建设 开创我国卫生工作新局面——在全国卫生工作会议上的讲话》(2003年7月28日),载《中国中医药报》2003年8月21日。

⑩Richard A. Crosby, Michelle C. Kegler and Ralph J. DiClemente, “Theory in Health Promotion Practice and Research,” in Ralph J. DiClemente, Richard A. Crosby and Michelle C. Kegler (eds.), *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research*, 2nd edition, New York: Wiley, 2009, p. 6.

⑪CDC, “Ten Great Public Health Achievements: United States, 1900–1999,” *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol. 48, No. 12, April 2, 1999, pp. 241–243.

⑫毛泽东:《为中共中央起草的关于加强卫生防疫和医疗工作的指示》,转引自《毛泽东、周恩来关于卫生防疫和医疗工作的文献选载》,载《党的文献》2003年第5期。

⑬姚力:《卫生工作方针的演进与健康中国战略》,载

《当代中国史研究》2018年第3期。

⑭戴志澄:《中国实施“预防为主”卫生工作方针的历史经验》,载《中国艾滋病性病》2003年第5期。

⑮胡克夫:《新中国社会主义卫生事业和防疫体系的创立与发展》,载《当代中国史研究》2003年第5期。

⑯除非另加注明,本文所引用的数据、图表主要来源于《中国卫生年鉴》(1983年—2013年)、《中国卫生健康统计年鉴》(2003年—2019年),以及《中国统计年鉴》(1981年—2019年),见“中国知网”提供的“中国经济与社会发展统计数据库”。

⑰邓峰、吕菊红、高建民:《中国疾病预防控制体系发展与改革情况综述》,载《中国公共卫生管理》2019年第4期。

⑱郝模等:《我国农村三级医疗预防保健网的焦点问题、作用机制和发展战略研究课题概述》,载《中国卫生资源》2000年第6期。

⑲《中国卫生年鉴》编辑委员会(编):《中国卫生年鉴1983》,北京:人民卫生出版社1984年版,第52—62页。

⑳戴志澄:《中国卫生防疫工作回顾与展望——纪念全国卫生防疫站成立四十周年》,北京:卫生部卫生防疫司,1993年,第1—10页。

㉑国际科学委员会:《新中国保健事业和卫生运动之备忘录》,载《科学通报》1952年“反细菌战特刊”;刘巍:《新中国、新卫生:上篇(1949—1965)》,载《中国医院院长》2009年第19期。

㉒毛泽东:《增强党的团结,继承党的传统》(1956年8月30日),载《毛泽东文集》第7卷,北京:人民出版社1999年版,第87页。

㉓梁万年:《卫生事业管理学》,北京:人民卫生出版社2007年版,第7页;杨维中:《中国传染病防治70年成效显著》,载《中华流行病学杂志》2019年第12期。

㉔李程跃等:《疾病预防控制对人群期望寿命提升贡献的测算思路》,载《中国卫生资源》2015年第2期;刘鹏程等:《疾病预防控制对人群期望寿命提升贡献的测算结果》,载《中国卫生资源》2015年第2期。

㉕河北省地方志编纂委员会(编):《河北省志·卫生志》,北京:中华书局1995年版,第148页。

②⑥同上。

②⑦同上,第15页。

②⑧辽宁省地方志编纂委员会办公室(主编):《辽宁省志·卫生志》,沈阳:辽宁人民出版社1999年版,第15页;湖北省地方志编纂委员会(编):《湖北省志·卫生》上册,武汉:湖北人民出版社2000年版,第185页。

②⑨《中共中央、国务院关于进一步精简职工和减少城镇人口的决定》(1962年5月27日),载中共中央文献研究室(编):《建国以来重要文献选编》第15册,北京:中央文献出版社1997年版,第462—472页。

③⑩王胜:《国家缺位的防疫——1958—1964年河北伤寒疫情的政府应对》,载《医疗社会史研究》2017年第2期;王胜:《新中国最大一次伤寒疫情及其社会成因——以河北省为例》,载《河北学刊》2013年第4期;《新中国预防医学历史经验》编委会(编):《新中国预防医学历史经验》第3卷,北京:人民卫生出版社1988年版,第49—50页。

③⑪《新中国预防医学历史经验》编委会(编):《新中国预防医学历史经验》第3卷,第290—292页。

③⑫《新中国预防医学历史经验》编委会(编):《新中国预防医学历史经验》第1卷,北京:人民卫生出版社1991年版,第293—294页。

③⑬安徽省地方志编纂委员会(编):《安徽省志·卫生志》,合肥:安徽人民出版社1996年版,第167—172页。

③⑭许昌市卫生防疫站站志编纂组(编):《许昌市卫生防疫站站志》,1985年,第8页。

③⑮张晓丽、陈东林:《1966~1967年全国性“流脑”的暴发与防治》,载《中共历史与理论研究》总第6辑,北京:社会科学文献出版社2017年版。

③⑯同注③⑩,第33—34页。

③⑰《新中国预防医学历史经验》编委会(编):《新中国预防医学历史经验》第1卷,第281—282页;《新中国预防医学历史经验》编委会(编):《新中国预防医学历史经验》第3卷,第291—292页。

③⑱吕山等:《我国血吸虫病防治70年历程与经验》,载《中国寄生虫学与寄生虫病杂志》2019年第5期。

③⑲《中共中央转发〈关于南方十三省、市、区血吸虫病防

治工作会议的情况报告〉的通知》(1970年1月31日),
<https://ccradb.appspot.com/post/609>。关于当时从中央到地方各级血吸虫病防治机构的设置,见吕山等:《我国血吸虫病防治70年历程与经验》,载《中国寄生虫学与寄生虫病杂志》2019年第5期。

④⑩湖北省地方志编纂委员会(编):《湖北省志·卫生》上册,第185页;安徽省地方志编纂委员会(编):《安徽省志·卫生志》,第168页;河北省地方志编纂委员会(编):《河北省志·卫生志》,第4页;许昌市卫生防疫站站志编纂组(编):《许昌市卫生防疫站站志》,第8页。此前,因传染病流行,辽宁省革委会已于1969年决定从干校抽调30名技术干部,恢复省卫生防疫站建制,见辽宁省地方志编纂委员会办公室(主编):《辽宁省志·卫生志》,沈阳:辽宁人民出版社1999年版,第15页。

④⑪同注③⑩,第282页。

④⑫杨维中:《中国传染病防治70年成效显著》,载《中华流行病学杂志》2019年12期。

④⑬王绍光:《中国公共卫生的危机与转机》,载《比较》第7辑(2003年7月),第52—88页。

④⑭国务院(1985)第62号文件批转卫生部《关于卫生工作改革若干政策问题的报告的通知》,1985年4月25日,载《中国医院管理》1985年第8期;戴志澄:《中国卫生防疫工作回顾与展望——纪念全国卫生防疫站成立四十周年》,第12—13页。

④⑮国务院(1988)第611号文件批转卫生部《关于全面深入贯彻落实预防为主方针,进一步加强预防保健工作若干意见的通知》,中国政府网,<http://www.gov.cn/gongbao/shuju/1988/gwyb198822.pdf>。

④⑯卫生部:《关于深化卫生改革的几点意见》(1992年9月23日),载《中国农村医学》1993年第12期。

④⑰张斌:《贯彻预防为主是卫生工作长期的战略方针》,载《中国农村卫生事业管理》1988年第10期;郝模等:《〈重塑中国疾病预防控制体系政策研究〉课题概述》,载《卫生研究》2005年第1期。

④⑱章滨云等:《我国农村三级医疗预防保健网的历史沿革和存在问题》,载《中国卫生资源》2000年第6期。

④⑲陈政等:《意向论证我国农村三级医疗预防保健网存

在的焦点问题》，载《中国卫生资源》2000年第6期。

⑤⑩李士雪等：《市场经济体制下农村三级医疗预防保健网存在的问题及建议》，载《中国卫生经济》1996年第7期。

⑤⑪章滨云等：《文献论证我国农村三级医疗预防保健网存在的焦点问题》，载《中国卫生资源》2000年第6期。

⑤⑫《张文康在中国科学院创新战略论坛上的讲演》，2002年1月31日，<http://www.cas.ac.cn/html/Dir/2002/01/31/5616.htm>。

⑤⑬高强：《在全国疾病预防控制中心主任座谈会上的讲话》，中国疾病预防控制中心网站，http://www.chinacdc.cn/zxdt/200507/20050714_30935.html。

⑤⑭同注④③。

⑤⑮Wen Hai, Zhong Zhao, Jian Wang and Zhen-Gang Hou, "The Short-Term Impact of SARS on the Chinese Economy," *Asian Economic Papers*, Vol. 3, No. 1, Winter 2004, pp. 57-61.

⑤⑯黄建始：《公共卫生简史》，载曾光、黄建始、张胜年（主编）：《中国公共卫生：理论卷》第2章，北京：中国协和医科大学出版社2013年版。

⑤⑰《加强疾病预防控制体系建设工作》，载《中国卫生年鉴》编辑委员会（编）：《中国卫生年鉴 2004》，北京：人民卫生出版社2004年版，第166—167页。

⑤⑱胡锦涛：《在全国防治非典工作会议上的讲话》，宣讲家网，<http://www.71.cn/2013/0729/723619.shtml>。

⑤⑲《全国防治非典工作会议举行 胡锦涛发表重要讲话》，新浪网，<http://news.sina.com.cn/c/2003-07-28/2236459574s.shtml>。

⑥⑩吴仪：《加强公共卫生建设 开创我国卫生工作新局面——在全国卫生工作会议上的讲话》，载《中国卫生质量管理》2003年第4期。

⑥⑪于竞进：《我国疾病预防控制体系建设研究：困境、策略、措施》，复旦大学博士学位论文，2006年4月；国家卫生和计划生育委员会：《中国疾病预防控制工作进展（2015年）》，载《首都公共卫生》2015年第3期。于竞进曾任国家卫生和计划生育委员会疾病预防控制局局长。

⑥⑫郝模、陈政、李程跃：《我国疾控体系的蝶变与隐忧》，载《光明日报》2015年4月24日，第5版，转引自光明网，http://epaper.gmw.cn/gmrb/html/2015-04/24/nw.D110000gmrb_20150424_1-05.htm。

⑥⑬李微敖：《正常运行16年的传染病网络直报系统，为何武汉疫情没有及时启动？》，载《经济观察报》2020年2月4日，转引自新浪网，<http://finance.sina.com.cn/wm/2020-02-04/doc-iimxyqvz0286265.shtml>。

⑥⑭除这两类收入外，还可能有“其他收入”。

⑥⑮《陈竺：全国疾病预防控制体系建设取得阶段性进展》，中国政府网，http://www.gov.cn/jrzq/2007-10/06/content_769207.htm。

⑥⑯《中央编办财政部国家卫生计生委关于印发疾病预防控制中心机构编制标准指导意见的通知》（中央编办发〔2014〕2号），郑州威驰外资企业服务中心网站，<http://www.waizi.org.cn/law/16006.html>。

⑥⑰张学清等：《中国疾病预防控制中心高层次人才建设的现状与对策》，载《中国预防医学杂志》2015年第5期。

⑥⑱同注⑥②。

⑥⑲《国家卫生和计划生育委员会公告（2016年第1号）》，北大法宝网，http://pkulaw.cn/fulltext_form.aspx?Db=chl&Gid=263776。

⑦⑩杜培荣、屠云人（主编）：《卫生防疫事业管理》，成都：四川科学技术出版社1991年版，第136页。

⑦⑪李珍、王保真、周芸：《中国医疗卫生事业监管的现状 & 问题分析》，经济合作与发展组织网站，<https://www.oecd.org/gov/regulatory-policy/39459593.pdf>。

⑦⑫中央编办、财政部、国家卫生计生委：《关于印发疾病预防控制中心机构编制标准指导意见的通知》。不过，广东省疾控中心自2010年起开始实行“参照公务员管理”，见陈浩、王林：《我国疾病预防控制中心管理运行机制现状调查》，载《中国公共卫生管理》2013年第1期。

⑦⑬《卫生部关于卫生监督体系建设的实施意见》（卫监督发〔2006〕223号），中国网，http://www.china.com.cn/law/flfg/txt/2006-08/08/content_7056715.htm。

⑦⑭方明珠、许国章：《中国省市两级疾控机构创新转型发展的思考》，载《中国公共卫生管理》2018年第5期。

⑦⑤《钟南山: CDC 特殊地位并没有得到足够重视》, 环球网, <https://china.huanqiu.com/article/3xCVSAcl10i>。

⑦⑥李甦(译):《俄罗斯联邦卫生防疫法规》, 载《中国公共卫生管理》1994年第2期。

⑦⑦ CDC Regulations, <https://www.cdc.gov/regulations/index.html>。

⑦⑧见其官方网站, <https://usphs.gov/>。

⑦⑨ CDC, <https://jobs.cdc.gov/commissioned-corps>。

⑦⑩ CDC, <https://www.cdc.gov/about/leadership.htm>; <https://www.cdc.gov/about/organization/orgchart.htm>。

⑧①国务院:《关于修改〈疫苗流通和预防接种管理条例〉的决定》(国令第668号), 中国政府网, http://www.gov.cn/zhengce/content/2016-04/25/content_5067597.htm。

⑧②《财政部 发展改革委关于清理规范一批行政事业性收费有关政策的通知》(财税〔2017〕20号), 中国政府网, http://www.gov.cn/gongbao/content/2017/content_5227827.htm。

⑧③朱立国、陆耀良、程宗明、周明浩:《取消行政事业性收费对疾控机构服务开展和运行的影响研究——基于江苏102市县的调查数据》, 载《中国卫生政策研究》2018年第8期。

⑧④安晓双:《全国人大代表何琳:应稳定疾控人才队伍》, 搜狐网, https://www.sohu.com/a/299048605_456029。

⑧⑤郝模、陈政、李程跃:《我国疾控体系的蝶变与隐忧》; 陈浩等:《我国疾病预防控制中心人员流动情况分析》, 载《上海预防医学》2017年第1期。

⑧⑥汤双振:《俄罗斯卫生防疫工作财物保障体系值得借鉴》, 载《中国公共卫生管理》1994年第2期; 李甦(译):《俄罗斯联邦卫生防疫法规》, 载《中国公共卫生管理》1994年第2期。

⑧⑦Tom Frieden, “A Strong Public Health System: Essential for Health and Economic Progress,” *China CDC Weekly*, Vol. 2, No. 8, 2020, pp. 128-130, <http://weekly.chinacdc.cn/en/article/id/3e28e552-63fd-4bc7-976b-6c67a35c9c33>。

⑧⑧FederalPay. org., <https://www.federalpay.org/employees/centers-for-disease-control-and-preventn>; Monster,

<https://www.monster.com/career-advice/article/cdc-careers>。

⑧⑨李想保:《专访美国公共卫生专家:要把疾控系统变成一个独立的系统》, 载《中国新闻周刊》2020年2月27日, 转引自腾讯网, <https://wxn.qq.com/cmsid/20200227A0EV-0H00>; 袁一雪:《公共卫生学:有多少“短板”等待“补齐”》, 载《中国科学报》2020年2月26日, 转引自科学网, <http://news.sciencenet.cn/htmlnews/2020/2/436212.shtml>。

⑧⑩同注⑦⑩。

⑧⑪戴小巍、高先虎、郑博超、周蔚:《全国人大代表:一线战疫, 建言防疫》, 载《检察日报》2020年2月17日, 转引自最高人民检察院网站, https://www.spp.gov.cn/spp/zd gz/202002/t20200217_454629.shtml。

⑧⑫王姝:《陈竺:高度重视疾病预防控制体系职能被弱化的风险》, 载《新京报》2019年4月23日, 转引自新京报网, <http://www.bjnews.com.cn/news/2019/04/23/571074.html>。

⑧⑬于竞进:《我国疾病预防控制体系建设研究:困境、策略、措施》, 第3页。

⑧⑭这些不必是专职工作人员, 但在其本职之外, 必须承担疾病预防控制方面的工作。

⑧⑮《中共中央关于推进农村改革发展若干重大问题的决定》, 中国网, http://www.china.com.cn/policy/txt/2008-10/20/content_16635093.htm。

⑧⑯国家卫生健康委员会规划发展与信息化司:《2018年我国卫生健康事业发展统计公报》, 国家卫生健康委员会网站, <http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s10748/201905/9b8d52727cf346049de8acce25ffcbd0.shtml>。

⑧⑰《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》, 中国政府网, http://www.gov.cn/xinwen/2019-12/29/content_5464861.htm。

⑧⑱李强:《农村三级医疗卫生服务网络系统问题与对策探析》, 载《中国公共卫生管理》2012年第1期; 魏来:《连续-碎片-整合——我国农村三级医疗卫生网络服务提供模式的历史演变及启示》, 载《中国卫生政策研究》2014年第12期。

⑧⑲《习近平同智利总统皮涅拉通电话》, 新华网, <http://www>。

xinhuanet.com/politics/2020-02/29/c_1125641370.htm。

⑩王冰:《黄帝内经素问》,北京:人民卫生出版社1963年版,第14页。

⑪Dorothy Porter, *Health, Civilization and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times*, London: Routledge, 1999, p. 12, p. 14.

⑫Anand K. Parekh, *Prevention First: Policymaking for a Healthier America*, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2019.

⑬Ann K. Richardson, “Investing in Public Health: Barriers and Possible Solutions,” *Journal of Public Health*, Vol. 34, No. 3 (June 2012), pp. 322-327.

⑭[美]卡尼曼:《思考:快与慢》,第13章“焦虑情绪与风险政策的设计”,胡晓姣、李爱民、何梦莹译,北京:中信出版社2012年版。

⑮同注⑬,第1—4页。

责任编辑:周 慧

OPEN TIMES

3rd ISSUE , 2020

CONTENTS

STUDY OF THE THEORY OF SOCIALISM WITH CHINESE CHARACTERISTICS

China's Nature of Eco-Civilization Construction 13

Liu Jinlong, Zhao Jiacheng & Shi Weiping

Abstract: Against to western environmental management thought, what is the ideological characteristics of China's eco-civilization construction? This paper briefly sorted out the transformation of environmental management thoughts, policies and management practices, discussed the meaning of ecological civilization from the perspective of civilization history, development discourse and problems, and analyses the Chinese characteristics of ecological civilization connotation on multiple dimensions, including dimensions of human development history, Chinese national history and the realistic requirements of the revitalization of the Chinese nation and the mission of building a community of human being with a shared fate. The construction of ecological civilization is an integrative and innovative process of an open knowledge system. It is a stupendous practice in which the important part of the leader's thought becomes the political commitments of the party and the state to putting people at the centre, striving for the great rejuvenation of the Chinese nation, and building a human commonwealth.

Keywords: Ecological Civilization, Connotation, Realistic Dimension, characteristics

FEATURE TOPIC I: PUBLIC HEALTH AND CRISIS MANAGEMENT

Fortifying the Disease Control System: Four Crises, One Lesson 26

Wang Shaoguang

Abstract: This article explains how China's "prevention first" policy in public health has been formed and what salient features China's disease prevention and control system has that account for its brilliant achievement. The article also points out that, due to various reasons, the "prevention first" policy has sometimes only been paid lip service, and whenever that happened, the results were always disastrous. In the past 70 years, there have been four crises in our national epidemic prevention and disease control system. These four crises have different backgrounds, different specific reasons, different manifestations, different degrees of severity, and different post-crisis treatments. But the lesson that can be drawn from all of them is one and the same: Any deviation

from the “prevention first” principle will get punished. It is of critical importance to adhere steadfastly to the “prevention first” policy and fortify the first bulwark in public health — the disease prevention and control system.

Keywords: prevention first, public health, epidemic prevention, disease prevention and control

Mobility-Concentration Nexus and the Gyro-like Economy: Some Hypotheses on Social Changes in China Based on Comparisons between the SARS and the COVID-19 Epidemics 53

Xiang Biao

Abstract: The COVID-19 outbreak in China poses a series of questions: Why did the government swing dramatically between the extremes of “business as usual” and “all-out war”? Why did the governmental response escalate rapidly? And what can be the long-term implications of these radical interventions? This paper explores these questions by focusing on population mobility. The author suggests that China has become a hyper-mobile society. Unprecedentedly widespread and frequent mobility has become a basis of the general economic functioning and of many people’s livelihoods. Hyper-mobility renders it difficult for the governments to intervene in a measured and differentiated way, such as slowing down the mobility of certain groups but not others. A total lockdown is almost the only policy option. However, suppression of mobility creates enormous social disruptions. This article introduces two hypothetical concepts, “mobility-concentration nexus” and “gyro-like economy”, to probe the basic characteristics of a hyper-mobile society.

Keywords: hyper-mobility, mobility-concentration nexus, gyro-like economy, emergency intervention, social disruption

Epidemic Prevention and Control in the Rural Areas and Its Social Mechanism: A Discussion Centered on “Quarantine” 61

Lu Deyun

Abstract: Whether the strategy focusing on “quarantine” in epidemic prevention and control is feasible depends not only on the technical requirements of the prevention and treatment of infectious diseases, but also on people’s adaptability to the “new order” brought about by the epidemic. In the prevention and control of the COVID 19, local governments in China have adopted militarized countermeasures and activated social self-protection mechanisms. Different places have different social structures, so their preventive and controlling strategies, micro-social mechanisms and social adaptability are also different. The “entire government and entire society” approach in fighting the epidemic has proved to be fairly efficient as it has achieved a high degree of social mobilization and an organic integration of multiple social control methods.

Keywords: COVID 19, social distancing, epidemic prevention and control, social mechanism