

两会特刊

2014年3月4日（农历甲午年二月初四）星期二

电话：010-68329871 <http://epaper.chinanews.com>



促进疾控事业健康发展专辑

中国疾病预防控制中心 编

疾控保障 路在何方 回归公益 政府担当



强化政府基本公共卫生服务职能
坚持疾病预防控制公益属性
保障疾病预防控制工作正常业务经费
确保疾病预防控制机构基本功能发挥
大力推进基本公共卫生服务均等化

公共卫生是人民健康守护神

我国的疾病预防控制工作承担着保障人民群众健康的首要职责，涵盖传染病防治、慢性病预防、儿童疫苗接种、各种危害因素监测及干预等诸多方面，贯穿于生命的全过程，体现着党和政府为民服务的宗旨，是政府公共服务的重要组成部分。近年来，在甲型

H1N1流感、人感染H7N9禽流感等新发传染病，在高血压、癌症等慢性病，在三鹿婴幼儿奶粉事件、核与辐射监测、环境与健康等方面发挥了重大作用，在汶川、玉树、舟曲、芦山等地发生重大自然灾害后，为确保“大灾之后无大疫”做出了突出贡献。

疾控工作不能靠“创收”来维持

目前，我国疾病预防控制机构面临的突出问题是财政保障不足，2010年财政补助经费只占总收入的57.80%，迫使各级疾控机构用“创收”解决人员和运行经费短缺，其结果不仅使防控疾病的能力大打折扣，也弱化了政府的公共服务

职能。疾病预防控制是政府保障民生的重要职责，具有从根本上体现社会公平的公益性，不能因政府缺位而依靠市场机制配置资源，应建立完善的政府卫生投入机制，所需经费由各级人民政府预算全额保障，并建立适应于经济社会发

展的薪酬制度和人才激励等发展政策，实现以全民资源服务于全体人民。为了提高政府卫生投入的资源配置效率，应该实施公共卫生投入优先的策略，坚持以预防为主，全面提高机构综合防病能力及水平。

疾控体系政府主导 体现公益

新中国成立之初，我国就制定了“预防为主”的卫生工作方针。60多年以来，这一方针始终没有改变，对提高人民健康水平发挥了重要作用。

2013年11月，党的十八届三中全会通过了《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》，提出“全面正确履行政府职能”，“加强地方政府公共服务”，建设“服务

型政府”，要“加强顶层设计”。当前，我国公共卫生领域发展中不平衡、不协调、不可持续的问题越来越突出，新发传染病、人口老龄化、肿瘤、雾霾等现实问题依旧严峻，人民群众的健康需求也在不断增加，社会改革也已步入深水区，诸多问题无法在中下层解决，对疾病预防控制体系进行“顶层设计”势在必行。

导读

B2版 解读疾病预防控制体系

公共卫生服务是政府重要职能

B3版 疾控体系发展是建设小康社会必然要求

B4、5版 重视预防 效果显著

B6版 充分体现疾控体系公共服务属性

B7版 疾控体系具有公益性和专业性特点

B8版 加强顶层设计 回归公益属性

解读疾病预防控制体系

政府设立的 覆盖全国的专业机构网络

中国疾病预防控制体系是指在政府主导下，相关部门与社会广泛参与，全国卫生系统内与疾病预防控制相关的部门及机构，包括政府卫生行政部门、疾病预防控制业务机构、疾病预防控制相关的医疗卫生机构与基层卫生机构（城市社区卫生服务中心或站、农村乡镇卫生院或村卫生室）共同构成的，国家、省、市、县、社区五个层次的机构组织

起来的工作体系。

中央编办、财政部和国家卫生计生委联合下发的《关于疾病预防控制机构编制标准的指导意见》指出，县级以上各级人民政府在本辖区内设立1个疾病预防控制中心。截至去年，我国共有1个国家级、32个省级、439个地级和2862个县级疾病预防控制中心。2011年底，全国共有疾控人员19.5万人。

承担公共卫生服务职责

根据原国家卫生部印发的《各级疾病预防控制机构基本职责》，我国疾病预防控制机构承担着疾病预防与控制、突发公共卫生事件应急处置、健康危害因素监测与干预、实验室检测检验与评价、健康教育与健康促进、技术管理与应用研究指导等7项职责，其最终目的都是保障公民基本健康，其定位为服务社会、服务公众，是政府公共服务的重要组成部分。



对疑似传染病患者进行咽拭子采样

公共卫生服务是政府重要职能

深化经济体制改革过程中 政府职能不能缺位

社会主义市场经济体制改革使我国经济获得了持续高速发展，而在这一过程中，由于缺乏对政府职能的顶层设计，对于计划经济体制下的哪些政府职能要面向市场经济转型，哪些职能要延续原有的政府体制没有做出明确安排。在此过程中，原来计划经济体制下的政府公共服务职能被忽略了，没有恰当地放在改革开放的设计蓝图中。教育、医疗卫生、疾病预防控制领域没有确立明确的发展方向，仅是与经济体制改革相伴行。

政府的重要社会管理职能是保障人民群众共享经济社会发展成果，单纯发展经济，“唯GDP论”忽视民生会导致经济社会畸形发展，产生种种

危害。首先是危害政府与群众的关系，使政府失去群众的信任和支持。在目前我国社会主义制度条件下，疾病是农村和城市低收入家庭致贫、返贫的主要原因。其次，创造财富、积累财富的根本目的是为了全面改善民生。单纯搞经济建设偏离了发展的目的，社会发展不可持续。

人人享有基本医疗卫生服务，是政府的重要职责，特别是基本公共卫生服务是政府公共服务的主要内容。健康权是基本人权，健康是人全面发展的基础。随着经济社会发展，社会财富的积累，政府的公共卫生服务职能应得到重点加强，最大限度维护国民健康。

强化公益服务体系是实现“服务型政府”的必然要求

迄今为止，我国还没有建立起与服务型政府要求相适应的制度和实施体系。十八大报告提出要把保障和改善民生放在更加突出的位置是对我们政府施政的要求。建立服务型政府，很好地实现政府的公共服务职能，需要对政府公共服务职能进行系统分析和顶层设计并完善公益服务保障体系。



2013年4月5日，一名人感染H7N9禽流感重症病人在设备先进的医院接受治疗



2003年4月，一名非典重症病人抢救无效身亡，医生久久地站在他的遗体前

系统分析和顶层设计政府 公共服务职能

要区分不同类型的民生需求和需求增长，明确政府的作用和承担职责的权重，确定政府将公共资源投入的方向、强度和缓急，这既包括中央政府，也包括地方政府。属于保障公民基本健康的职能，政府要完全承担，例如疾病预防控制，包括儿童疫苗接种、传染病控制、慢病预防等，既实现卫生公平，也保障公共安全。

政府公共服务 职能体现社会主义 优越性

发展社会主义市场经济，既要发挥市场作用，也要发挥政府作用，但市场作用和政府的职能是不同的。党的十八届三中全会决定对更好地发挥政府作用提出了明确要求，强调科学的宏观调控，有效的政府治理，是发挥社会主义市场经济体制优势的内在要求。为此，全会对全面正确履行政府职能进行了部署，强调政府的主要职责和作用之一就是优化公共服务。

政府公共卫生服务职能的落实需要公共财政的有力保障

有些民生服务，政府可以通过市场机制解决的，以花钱购买服务的方式使用公共资源解决，如科技研发等。但是，对于那些通过市场机制以政府花钱购买服务的方式不能获得的非商品化的服务，就必须由政府举办的各类专业、职能

特化的机构和人员来实施。面向国民的公共服务多数需要专业技术，需要相应的实施体系、队伍和机制，经费由政府财政全额承担，取之于民，用之于民，实现以全民资源服务于全民。

实现服务型政府的职能，

需要形成基本服务优秀、供给水平适度、布局结构合理、服务公平公正的中国特色公益服务体系，依赖于我国事业单位体制改革。在三类事业单位划分基础上，对承担基本公益服务的事业单位依靠公共财政体系

给予充分保障和支持，并通过改革完善管理机制，提高综合服务能力，使广大民众得到越来越高质量的公共卫生服务，人民健康素质得到提升。事业单位体制改革，应以建设服务型政府，有效落实政府公共服务职能为首要任务和目标。

政府公共卫生服务职能弱化的严重后果 ——以非典为例

在市场经济体制改革过程中，公共卫生服务等政府基本服务职能被弱化，已经建立并行之有效的公共基本卫生服务整体下滑。这种混乱和弱化状态在2003年非典疫情突发时暴露无遗。在整个疫情应对过程中技术支持能力非常薄弱，不论是对疫情的掌握认识、主动防控措施的落实还是对新发病原体的发现研究所发挥的作用都

非常有限。特别是在疫情出现的早期，疾病预防控制系统与医疗系统没有形成联合机制，导致在3个多月的时间里各地的医院不断出现聚集感染，医院成为了传播疫情的主要场所。尽管非典疫情报告病例仅仅5千余例，但是，非典疫情对我国经济社会发展理念的触动和警示作用已远远超出疫情本身。



抗击非典工作部署

疾控体系发展是建设小康社会必然要求

新的社会形势使得疾控任务更加艰巨

当前，中国正处于工业化、城市化快速发展时期，人口老龄化进程加快，面临的健康问题日趋复杂，社会经济发展新的阶段给人们带来多重健康问题，疾病防控任务更加艰巨。一方面，重大传染病流行形势依然严峻，新发传染病以及传统传染病的潜在威胁不容忽视，慢性非传染性疾病和精神疾病对人民群众的健康威胁和疾病负担日益加大。另一方面，自然生态环境、生产生活方式变化以及食品安全、职业危害、生活饮用水安全和环境污染等问题，对人民群众健康的影响更加突出。不断发生的自然灾害、各种事故灾害及社会安全事件也对医疗卫生保障提出更高的要求。



雾霾对健康的影响日益受到关注



疾控工作人员深入工厂开展职业健康调查

疾控体系发展是解决民生问题的必然要求

国务院《卫生事业发展“十二五”规划》描绘了卫生事业发展蓝图和未来，体现了党中央、国务院对卫生事业改革与发展的重视，也体现了党中央、国务院对民生问题的关注。“规划”提出人人享有基本公共卫生服务，不断缩小地区间卫生资源配置和人群间健康状况差异，实现人均期望寿命在2010年的基础上提高1岁。“规划”以提高人民健康水平为核心目标，坚持统筹规划、突出重点、分步实施、立足国情，秉承充分利用和优化配置现有医疗卫生资源的原则，完善重大疾病防控、食品安全风险监测等体系建设，防控重大疾病、保障重点人群健康、控制健康危险因素，提出开展3大类19项国民健康行动计划。

全面实施国家基本公共卫生服务项目，逐步提高人均基本公共卫生服务经费标准。实施国民健康行动计划，根据经

济社会发展水平和疾病防治工作需要，逐步增加重大公共卫生服务项目。完善重大疾病防控等专业公共卫生服务网络，提高对严重威胁人民健康的传染病、慢性病、地方病、职业病和出生缺陷等疾病的监测、预防和控制能力。加强突发事件紧急医学救援能力和突发公共卫生事件监测预警、应急处理能力建设。



疾控中心专家现场了解传染病防控工作

想拯救9.38%的GDP吗？从慢病预防入手吧

目前我国每年约960万死亡人口中，85%死于慢性病，脑卒中、癌症、慢性呼吸系统疾病和心脏病是前四位死因。我国现有2.6亿高血压患者，9700万糖尿病患者，1.2亿肥胖人群及3300万高胆固醇血症患者。慢性病导致沉重的疾病负担，约占我国总疾病负担的70%。根据世界卫生组织预测，到2015年，仅脑卒中、心脏病、糖尿病三种慢性病在我国的疾病经济负担就高

达5580亿美元（合3.8万亿元人民币）。

据卫生部卫生发展研究中心测算，2010年我国全社会用于慢性病卫生服务的费用约为1.3万亿元，占经常性卫生费用的69.98%，占GDP的3.22%。根据预测，如果我国慢性病流行态势得不到有效控制，到2020年仅慢性病门诊、住院费用就将达到GDP的9.38%，给经济社会的可持续发展带来巨大威胁。

深化医改需要更好地落实基层疾控工作

随着医药卫生体制改革的不断推进，深层次的体制矛盾、复杂的利益调整等难题将进一步显现。基本公共卫生服务供给与需求之间的矛盾日趋突出，服务理念、服务模式等亟需作出相应调整。同时，卫生事业发展中不平衡、不协调、不可持续的问题依然存在。卫生资源配置、卫生服务利用、居民健康水平在城乡、地区和人群方面存在显著差异的问题仍然突出，疾控机构的人才队伍建设和结构性矛盾依然突出。在新的历史时期，上述诸多社会公共卫生问题给深入开展疾病预防控制工作带来新的挑战，必须通过持续不断地推进改革来解决这些问题。



预防接种人员给儿童喂糖丸

机构建设和规划相比还有很大差距

疾病预防控制体系经60年建设发展，虽取得较大发展，但距国家的规划要求还有距离。2010年平均每万名服务人口有疾病预防控制人员1.69名，较2000年2.24名/万

少0.55名。调查样本单位疾病预防控制中心平均每机构定编与在岗情况：除省级外，市级超编4.9%、县级超编30.9%。平均每机构仪器设备资产情况为省级933.9万元、市级677.8

万元、县级59.4万元。各级疾病预防控制中心完成常规工作所需仪器设备的配置达标率省级62.8%、市级52.4%、县级47.9%。

重视预防 效果显著

六十年以来，中国疾病预防控制中心工作始终遵循“预防为主”方针，在开展公共卫生服务、抗击自然灾害、抵御疫病、保障国民健康、提高生命质量、延长健康寿命、促进经济建设、推进社会发展、维护社会稳定、保证国家安全等方面作出了积极的努力与显著的贡献。新中国成立以来，特别是2003年以来，中国疾病预防控制中心事业取得了显著成就，覆盖城乡的公共卫生服务体系基本形成，疾病预防控制能力不断增强，服务保障人口逐步扩大，卫生科技水平迅速提高，人民群众健康水平明显改善，居民主要健康指标处于发展中国家前列，为提高人均期望寿命做出了重要贡献。

以前，防疫工作人员乘坐马车到农村开展卫生防疫工作，现在，我们拥有了装备精良的防疫车队和移动实验室，见1、2图。各级疾控机构的基础建设也有了翻天覆地的变化，3、4图为青海省疾控中心旧址和新址的对比。



覆盖城乡的疾控服务体系基本建成

中国疾病预防控制中心体系的建设和发展历程，充分显示了“预防为主”卫生工作指导方针的强大活力所在。上世纪90年代中期，我国开始把传统的单纯应对传染性疾病的概念，扩展到慢性病和公共卫生监测服务领域(包括伤害和精神卫生领域)，并以“疾病预防控制”的概念替代传统的“卫生防疫”概念，对原有防疫体系也进行了转型和提升。“非典”之后，党中央、国务院更加重视和关注疾病预防控制体系建设，全面加强疾病预防控制工作，提高应对重大传染病等突发公共卫生事件的能力。至2012年，国家、省、地(市)、县四级疾病预防控制网络和农村三级医疗卫生保健网络得到了进一步完善和加强。

履行公共职能的能力进一步提升。2010年疾病预防控制中心的疾病防控、突发事件应急处置、健康危害因素监测与干预、健康教育与健康促进、实验室检验、科研指导等任务的平均完成度为68.9%，较2002年增长了22.1个百分点。

疾病预防控制投入机制逐步完善。财政对疾病控制投入加大，专项防治经费大幅增加。国家预算卫生防疫事

业费平均每人口投入为1978年0.4元，2001年3.5元，2010年14.1元。2010年各级疾病预防控制中心平均财政拨款占总收入的55.8%，比2002年提升了47.2%。

队伍建设得到重视。2010年疾病预防控制中心人力综合素质指数平均为5.42，比2005年上升了5.86%。本科以上学历比例占28.7%，高级职称比例占9.5%。

基本建设得到改善。2010年疾病预防控制中心职工人均建筑面积为64.2平方米，

实验室面积占总面积比例为35.5%，完成常规工作所需仪器设备的配置达标率达到63.5%。

疾病预防控制网络进一步完善。随着中国医改的深入，乡镇街道和村委会逐步完善了本级政府或集体的卫生机构，以县(市或区)、乡镇(街道)、村(居委会)卫生机构组成的基层疾病防控网络基本建立，同国家、省、地(市)、县级疾病预防控制机构融合，中国疾病预防控制中心网络进一步完善。



海南省疾控人员走进苗寨开展健康教育

信息化建设水平日益提高

中国疾病预防控制中心信息化建设经历了从无到有、从小到大、从弱到强的过程，实现了跨越式发展。实现了突发公共卫生事件和39种法定传染病病例个案信息、突发公共卫生事件的实时、在线监测。日、周、月、季、年的疫情分析和定期信息发布制度处于世界领先水平。截至2013年，中国疾病预防控制中心信息系统平台上已运行28个业务应用系统，涵盖了公共卫生、计划免疫、救灾防病、生命登记等大部分疾病预防控制业务领域。2013年底县级以上医疗机构传染病报告率达98%，乡镇卫生院报告率达94%，平均报告时间缩短至0.8天，为防控决策提供了有力的信息支持。



中国疾控中心疫情会商室

公共卫生法律法规体系逐步完善

随着国家法制建设的不断完善和加强，公共卫生法律法规体系也得到全面发展。据统计，至2013年国家共发布疾病预防控制相关的法律5部、行政法规13部、部门规章11部。这些公共卫生法律法规及其配

套的标准、规章、技术规范等几乎覆盖了公共卫生工作的所有领域，为疾病控制和卫生监督提供了有力的法制管理条件和手段，疾病预防控制各领域工作步入有法可依、有章可循的良性运行轨道。

法律

1987	《中华人民共和国国境卫生检疫法》
2004	《中华人民共和国传染病防治法》(修订)
2009	《中华人民共和国食品安全法》
2011	《中华人民共和国职业病防治法》(修订)
2012	《中华人民共和国精神卫生法》

行政法规

1987	《公共场所卫生管理条例》
1987	《中华人民共和国尘肺病防治条例》
1994	《食盐加碘消除碘缺乏危害管理条例》
1996	《血液制品管理条例》
1998	《国内交通卫生检疫条例》
2002	《使用有毒物品作业场所劳动保护条例》
2003	《突发公共卫生事件应急条例》
2004	《病原微生物实验室生物安全管理条例》
2005	《疫苗流通和预防接种管理条例》
2005	《放射性同位素与射线装置安全和防护条例》
2006	《艾滋病防治条例》
2006	《血吸虫病防治条例》
2009	《中华人民共和国食品安全法实施条例》



为适龄儿童接种疫苗

人均期望寿命大幅提高

2010年我国人均期望寿命达到74.8岁，其中男性72.4岁，女性77.4岁，较新中国成立前的35岁增加了39.8岁，较2000年的71.4岁增加了3.4岁。复旦大学研究发现，疾病预防

控制有效的保护了国民的健康，促进了期望寿命的增长，江苏省1950-2010年间人均期望寿命提升了26.59岁，其中公共卫生起了77.92%（20.71岁）的作用。

扩大免疫规划成效显著

20世纪60年代初，中国通过接种牛痘消灭了天花，较世界卫生组织1980年宣布全球根除天花早了十几年。2000年，中国实现了无脊髓灰质炎目标。2002年，国家免疫规划由接种4种疫苗预防6种传染病，扩大到接种5种疫苗预防7种传染病。2007年，国家免疫规划疫苗增加到14种，预防15种传染病，目前多数疫苗可预防传染病的发病已降至历史最低水平。2012年甲类和乙类传染病

发病率控制在238.8/10万的较低水平，有力保障了广大居民的身体健康和生命安全。



2010年江苏省盐城市开展麻疹疫苗强化免疫

纳入国家免疫规划的疫苗种类发展进程

1978年	2002年	2007年
卡介苗 脊髓灰质炎疫苗 百白破疫苗 麻疹疫苗	乙肝疫苗 卡介苗 脊髓灰质炎疫苗 百白破疫苗 麻疹疫苗	乙肝疫苗 卡介苗 脊髓灰质炎疫苗 百白破疫苗/白破疫苗 麻疹疫苗 麻腮风疫苗 乙脑疫苗 流脑疫苗(A群和A+C群) 甲肝疫苗 炭疽疫苗 钩体疫苗 出血热疫苗

有效控制乙型肝炎流行

自1992年以来，通过开展普及乙肝疫苗接种为主的综合防治措施，全国预防了8000万人感染乙肝病毒，乙肝病毒表面抗原携带者减少了2000万人，儿童乙肝病毒携带率从高于10%下降到1%以下。

应急处置水平全面提高

依据突发事件应对法、突发公共卫生事件应急条例等法律法规，修订传染病防治法和制定相关应急处置规范标准，推动疾病预防控制工作走上法制化和规范化轨道。以疾病预防控制中心为基础，初步建成疾病预防控制体系统一指挥、反应灵敏、运转高效、保障有力的突发公共事件卫生应急体制。建立完善疾病预防控制应急预案体系，覆盖突发急性传染病、不明原因疾病、中毒事件等突发公共卫生事件防控以及自然灾害、事故灾难、恐怖

事件的抗灾防病和重大活动保障。建立国家、省、地(市)、县四级疾病预防控制应急队伍。承担传染病控制、中毒处置、核和放射处置、重大灾害疾病防控和重大活动保障等工作。近年来，有效处置了传染性非典型肺炎、甲型H1N1流感、鼠疫、人禽流感等突发公共卫生事件，及时开展四川汶川特大地震、青海玉树地震、甘肃舟曲特大山洪泥石流灾害的紧急抗灾防控，顺利完成北京奥运会、上海世博会等大型活动的医疗卫生保障任务。



突发公共卫生事件应急通讯车

有效控制传染病和地方病的流行和蔓延

自20世纪50年代起，基本控制了鼠疫、霍乱、黑热病、麻风病等疾病的流行。重点传染病和地方病得到有效控制。艾滋病、结核病、血吸虫病、包虫病、麻风病、疟疾等重大及重点传染病患者获得免费药物治疗。降低了传染病发病率，有效控制了传染病的流行和蔓延。截至2011年，中国存活艾滋病病毒感染者和病人约为78万人，远低于将艾滋病病毒感染人数控制在150万以内的目标。传染性肺结核患病率降至66/10万，提前实现了联合国千年发展目标确定的结核病控制指标。所有血吸虫病流

行县实现疫情控制目标，血吸虫病人控制在32.6万。率先在全球83个丝虫病流行国家和地区中消除了丝虫病。国家层面实现消除碘缺乏病目标，大骨节病、克山病和氟中毒等病情得到有效控制，发病患者显著减少。



血吸虫病患者

成功消灭天花

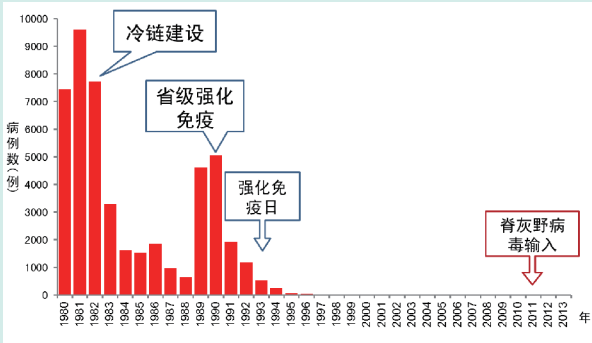
1950年10月，中央人民政府政务院发布《关于发动秋季种痘运动的指示》，决定在全国各地普遍种痘。20世纪60年代初，我国成功消灭了天花病，比全球范围内消灭天花病提前了十几年。



实现无脊髓灰质炎目标

我国曾是脊髓灰质炎（小儿麻痹）严重流行的国家之一。1991年，我国政府向全世界庄严承诺：到2000年中国实现消灭脊髓灰质炎目标。

自1994年10月报告最后一例本土脊灰野病毒病例后，连续15年全国范围内保持无脊灰状态。2000年，我国完成无脊髓灰质炎证实工作，并得到世界卫生组织确认。我国所在的西太区成为世界上第二个无脊灰地区。



1980-2013年我国脊髓灰质炎发病情况

慢性病综合防控初见成效

覆盖全国的慢性病防治服务体系基本建成，对高血压、糖尿病等主要慢性病进行分级管理，实施综合防控策略，促进慢性病防治结合。2002年以来，慢性病防控策略逐步实现由重治疗向防治结合方向的转变。各地逐步形成了由疾病预防控制机构、基层医疗卫生机构、医院和专业防治机构共同构筑的慢性病防控工作网络。面向一般人群、高危人群和患病人群，对慢性病主要危险因素实施有效干预。从2005年开

始，实施癌症早诊早治等慢性病防治重大专项。2007年，在全国启动全民健康生活方式行动。2009年，将高血压、糖尿病、老年人健康管理纳入国家基本公共卫生服务项目内容。2010年启动国家级慢性病综合防控示范区建设工作，提高慢性病综合防控能力。大力开展儿童口腔疾病综合干预，预防儿童龋齿。完善重症精神疾病防治网络，加强精神卫生医疗机构救治急重症精神疾病能力建设。



广大群众踊跃参加全民健康生活方式行动

基本公共卫生服务项目有序推进

国家免费向全体居民提供包括建立居民健康档案、健康教育、预防接种、儿童健康管理、孕产妇健康管理、老年人健康管理、高血压和2型糖尿病患者健康管理、重症精神疾病患者管理、传染病及突发公共卫生事件报告和处理、中医药健康管理、卫生监督协管等11类43项国家基本公共卫生

服务包。针对特殊疾病、重点人群和特殊地区，国家实施重大公共卫生服务项目，对农村孕产妇实施住院分娩补助、15岁以下人群补种乙肝疫苗、消除燃煤型氟中毒危害、农村妇女孕前和孕早期补服叶酸、无害化卫生厕所建设、贫困白内障患者复明、农村妇女宫颈癌和乳腺癌检查、预防艾滋病母

婴传播等，由政府组织进行直接干预。2011年，国家免疫规划疫苗接种率总体达到90%以上，农村自来水普及率和卫生厕所普及率分别达到72.1%和69.2%。2009年启动“百万贫困白内障患者复明工程”，截至2011年，由政府提供补助为109万余名贫困白内障患者实施了复明手术。

推动控烟立法

中国目前有3亿吸烟者，超过7亿人暴露于二手烟环境中。每年死于吸烟相关疾病的人数超过140万。如果烟草流行得不到有效遏制，烟草导致的相关疾病将会大幅度上升，给社会带来沉重的经济负担。卫生事业发展“十二五”规划中已经明确突出了“全面推行公共场所禁烟”，2012年八部委发布的国家控烟规划中也制定了控烟系列措施，目前国务院法制办已经把全国控烟立法列为三类立法，并进入调研阶段。世界卫生组织《烟草控制框架公约》在中国生效后，全国共有11个城市修改地方性禁烟法规。

充分体现疾控体系公共服务属性

明确疾控体系发展战略规划

当前,我国逐渐走进经济社会发展的关键时期,公共卫生领域发展中不平衡、不协调、不可持续的问题越来越突出,医药卫生体制改革虽然取得了诸多成就,但新发传染病、人口老龄化、肿瘤高发、雾霾袭城等现实问题依旧严峻,改革已步入深水区,诸多问题无法在中下层解决,各种

矛盾和风险逐渐增多,医疗卫生机构市场化带来的弊端逐渐显现。由于缺乏明确统一的发展方向,政府公共服务职能缺位,迄今还没有一套与服务型政府要求相适应的制度和实施体系,因此有必要对疾控体系的发展战略与规划进行整体设计,用来指导解决现实问题。



优先发展公共卫生事业

我国卫生工作方针提出要坚持“预防为主”,但在现实发展中公共卫生并未得到优先发展。据卫生部卫生发展研究中心测算,2011年卫生总费用中公共卫生机构费用仅占8.09%,2007-2011年该比值还呈现下降趋势,而同期医院费用却占卫生总费用的61.98%。

以国家级的中国疾病预防控制中心为例,该机构年人均4.8万元的工资中,中央财政仅补助2.3万元,导致其不得不到处借钱发放工资。部分疾病预防控制中心,由于政府基本财政保障不足只能用“创收”手段解决部分资金,弱化了其公共职能。



轻视疾病预防控制,会导致更大的卫生经费投入

历史上,各国政府都不乏因轻视疾病预防控制事业而付出沉重代价的例子。1983年,艾滋病病原被分离出来后,美国疾控中心Don Francis博士向白宫建议每年投入3700万美元用于艾滋病的预防和控制遭到拒绝。疾病迅速在美国国内和全世界蔓延。如今,美国总统防治艾滋病紧急救援计划(PEPFAR)每年预算高达70亿美元,成为有史以来由单一国家针对一种疾病制定的规模最大的国际健康计划。

加大财政经费投入 取消“创收”

政府投入滞后于经济增长速度

近年来,省级疾病预防控制工作的财政投入有了明显增加,但是与财政支出的增长相比仍有较大差距。其财政投入仅占同级财政经常性支出比例的0.16%,财政投入较上年增加且增幅超过同级财政经常性支出增幅的省只有14个。

经常性维持经费投入仍显不足

省级疾控中心职工人均人员经费和公用经费2009年与2005年相比,增长率分别为79.5%和78.4%,均低于同期社会经济增长速度(80.2%)和地方财政支出增长速度(129.9%),明显低于专项防治经费的增长速度。人员经费和公用经费占机构总收入的比重从2005年的21.5%下降到2009年的15.8%,表明近年来

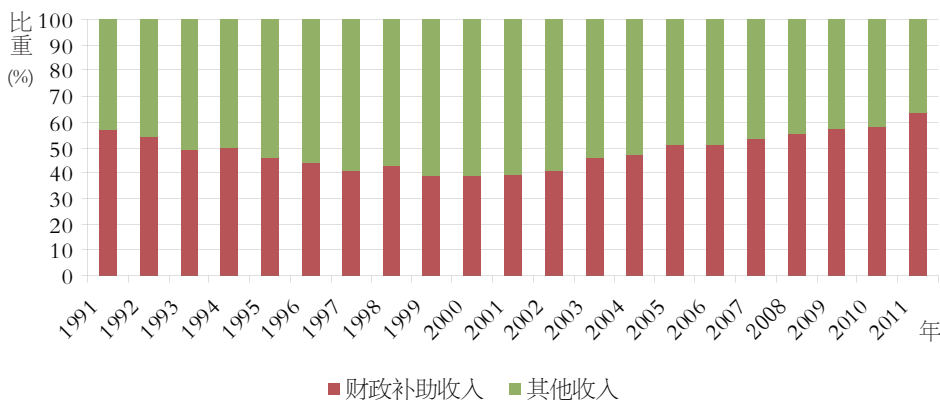
政府虽然重视投入,但主要增加的是专项业务经费,而人员经费和公用经费仍显不足。

2009年仍有9个省级疾控中心的职工年人均人员经费低于4万元,10个省的职工人均公用经费低于1万元。与2005年相比,有3个省级疾控中心的职工人均人员经费有所下降,最大降幅为70.5%,有8个省级疾控中心的职工人均公用经费低于2005年,降幅在23.9%-92.2%。提示地方财政对机构日常工作经费的保障仍有待加强。

机构自筹经费的比例仍然较高

省级疾控中心的收入构成中,仍有27.4%为有偿服务收入。财政拨款占疾病预防控制机构支出的比例为59.3%,与政府对疾病预防控制实现全额预算管理的要求尚有距离。

疾控机构财政补助收入占总收入比例变化图



规范队伍建设 提高人员待遇

疾病预防控制机构编制人员不足,据调查,除省级外,市级疾控中心超编4.9%,县级超编30.9%。人员队伍建设在总量、结构、素质等方面存在诸多问题,用于职工工资待遇上的人员经费保障长期不足,导致全国疾控系统工作人员工资待遇普遍偏低,与临床医疗机构相差甚远。人员流失现象严重,综合业务能力受到削弱,远期发展缺乏内在活力和基础保障,人才队伍的稳定受到影响。



疾控工作量大,人力资源不足



疾控人员为北京奥运会提供消毒、杀虫等保障服务

疾控体系具有公益性和专业性特点

公益性

疾控工作定位——
服务社会、服务公众

非典疫情以后，我国的疾病预防控制能力有了很大提升，从疲于应对到从容有序，从被动接受到主动出击，从各自为战到系统化、网络化。在经历了人感染高致病性禽流感疫情、人感染猪链球菌病疫情、地震救灾防病、甲型H1N1流感疫情、人感染H7N9禽流感疫情等一次次重大突发事件的洗礼与考验，以及各项重大活动保障工作的历练，我国的疾病预防控制工作的定位更加清晰明确，即服务社会、服务公众，是政府公共服务的重要组成部分。

逐渐取消营利性
收费项目

各级疾病预防控制机构逐渐取消了原来的一些营利性的收费项目，逐步退出市场化的企业投资与运营管理，将公共卫生技术与资源投入到公益性服务之中。



矿井氡的辐射水平调查



疾控专家协助巴基斯坦开展消灭脊灰行动

我国率先研制出
甲流疫苗并大规模使用

2009年，首发在国外的甲型H1N1流感疫情突如其来，我国基于对流感大流行应对的充分技术准备，科学、有序、有效地应对。中国疾控中心牵头迅速建立并扩大了全国监测网络，覆盖全部地级市。第一时间研制出技术最优的甲流病毒检测试剂，提供给全国监测网络使用，在病例输入我国之前，即具备了甲流病毒检测能力。中国疾控中心发挥组织优势，开展了全球规模最大的甲流疫苗临床试验，药品质检、审批、生产各环节密切合作，边研究、边审检，使我国成为全球第一个完成甲流疫苗研发和大规模使用甲流疫苗的国家，其免疫方案被世界卫生组织采纳并向全球推荐。

及时发现并控制人感染
H7N9禽流感疫情

2013年3月，上海等地相继出现了不明原因肺炎的死亡病例，经媒体报道后引起民众的恐慌和担忧。疾控人员一方面迅速在海量资料库里搜索了近万篇文献，同时探寻最新的科研论据，依托技术储备寻找可疑病毒的蛛丝马迹。经过连续五天的实验室工作，终于发现了一种新型的H7N9流感病毒。随后，病毒的基因密码被迅速全部破解，确认了病原体，研制出的检测试剂被立即发往全国，实现了对新型病原的严密监测、迅速确认和应急响应，为政府制定防控措施提供了科学依据。世界卫生组织（WHO）评价说：“中国应对H7N9禽流感疫情，堪称全球典范”。

专业性

完善的专业体系

在专业性方面，我国疾病预防控制工作以专业技术队伍建设、专业技术能力提高为主线，紧紧围绕国家卫生计生委的业务需求，强化制度建设，明确了职责分工，强化应用与科研的关系，形成了完善的专业技术体系。

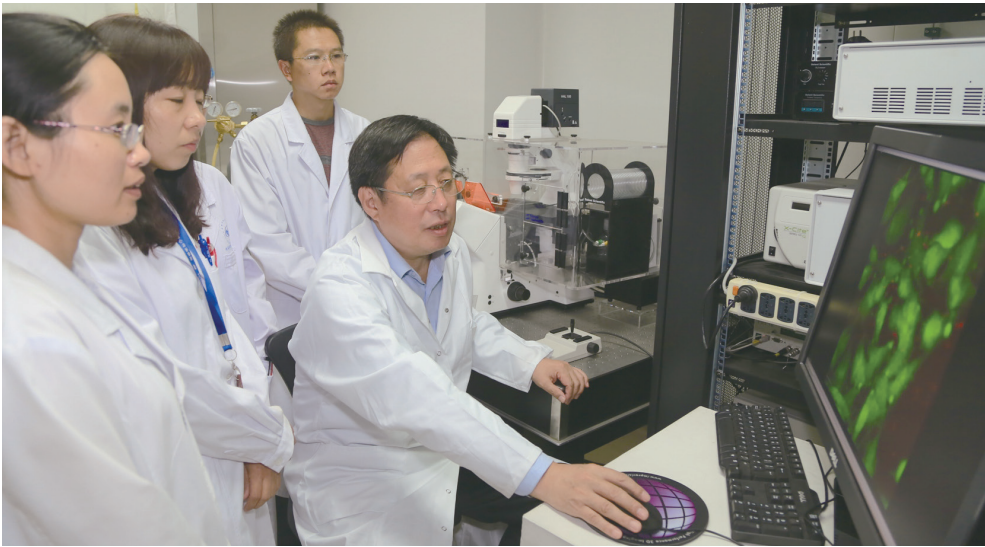
关键时刻一锤定音

提高专业队伍能力，引进高技术人才，增加技术培训，扩大技术交流，使专业队伍始终保持活力和竞争力，保持技术的尖端性和前沿性，在关键

时刻能够“一锤定音”并可持续发展。

处置突发应急事件

提高专业技术领域的广度和深度，主动搜索并积极参与重大公共卫生工作，增强一线现场工作经验。先后开展了“非典”、人感染猪链球菌病、人感染高致病性禽流感、甲型H1N1流感、手足口病、人感染H7N9禽流感等重大、新发、突发疫情的处置；完成了汶川、玉树、舟曲等地重大自然灾害的救灾防病工作；协助处置了数十次影响较大的食物中毒、化学污染和工业事故等事件。



中国疾控中心专家指导鉴定病原微生物

从“蜱虫咬伤”事件发现新型病毒

由于建立了覆盖全国的传染病监测报告系统，从2006年起，河南、湖北、山东、安徽等省陆续报告了一些以发热伴血小板减少为主要表现的感染性疾病病例，很长时间内未能找到病因。国家和地方疾控中心专家与海外引进的学者通力合作，进行了大量的现场流行病学调查和实验室检测与确认工作。2009年底，在湖北报告的病例中首先发现病毒感染的线索，随后根据对6省的241例病例进行临床特征分析、流行病学调查和病原学研究，最终从病例血液标本中发现了新型的布尼亚科病毒，随后也在日本被证实存在。



虫媒监测



卫生防疫队舟曲救灾



玉树抗震救灾，高原上的实验室

加强顶层设计 回归公益属性

完善顶层设计

明确疾控机构公益性质

我国是发展中人口大国，各地区发展不平衡，应在顶层设计中明确政府在民生领域的作用和承担职责的权重，要解决好市场配置资源和政府服务职责的关系，强化政府的公共服务职责，明确疾病预防控制

机构的公益属性，明确基层医疗机构的公益性职责和任务，理顺体制、完善机制、健全制度。要切实落实政府公共服务职能，满足民生需求，需要政府依靠社会管理和配置资源来实现。

加强疾控队伍建设

建立与时俱进的薪酬制度

政府的公共服务意志表达和职责的落实，多数情况下要靠公益专业技术机构和队伍实施。疾控机构是保障人民群众健康，维护社会稳定，推动经济社会发展的一支重要力量。政府应高度重视公益事业单位

建设和发展，事业单位体制改革与加大投入同步进行，建立适应于经济社会发展的薪酬制度和激励制度，建立疾病预防控制机构人员准入制度，优化人员结构，合理配置人员，确保人才质量。



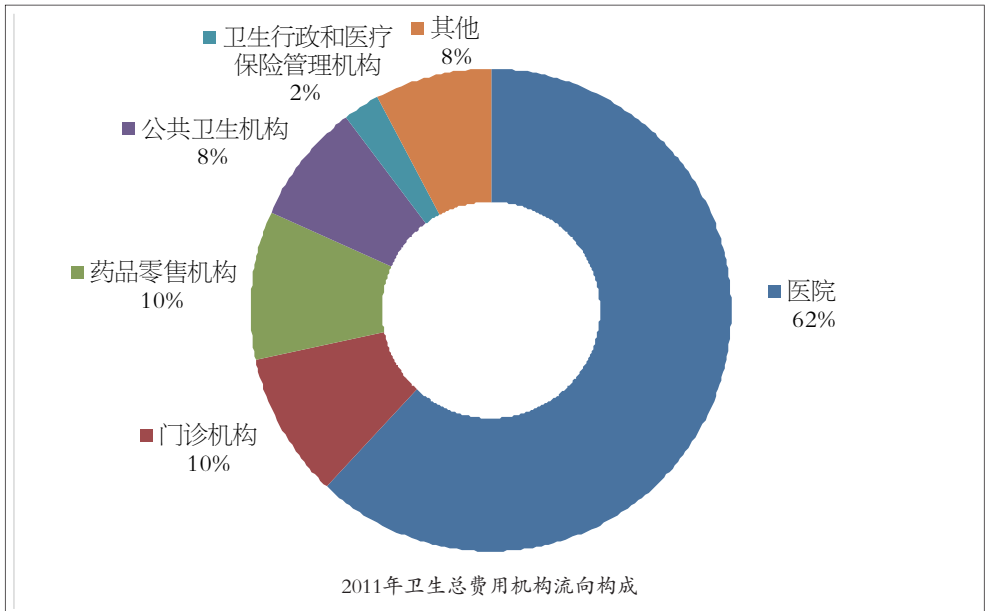
强化免疫，为流动儿童补服脊髓灰质炎糖丸

完善政府投入机制 保障疾控机构各项任务实施

党的十八届三中全会提出要加大政府购买公共服务力度，要强化政府的公共服务职责，确立政府在提供公共卫生和基本医疗保险服务中的主导地位，解决好市场配置资源和政

府服务职责的关系。公共卫生、疾病预防控制是政府的公共服务职责，完全是公益性质，不能完全依靠市场机制配置资源，应建立完善的政府卫生投入机制，所需经费由各级

人民政府预算全额保障，实现以全民资源服务于全民。为了提高政府卫生投入资源的配置效率，应该坚持以预防为主的工作方针，实施公共卫生投入优先的策略。



投资预防更具有成本效益

20世纪90年代世界卫生组织的全球调查表明，对于健康和寿命的影响因素来说，可以预防的生活方式和行为起主导作用，占60%，环境因素次之，占17%，遗传因素占15%，医疗服务条件占8%。因此，投资预防更具有成本效益。

疾控人员待遇偏低，面临人才流失

疾控机构是保障人民群众健康，维护社会稳定，推动社会经济发展的一支重要力量。近年来，疾控工作的重要性已经得到社会的广泛认可，国家及各级政府也加大了经费投入，疾控机构的硬件设施得到了很大改善，但用于职工待遇上的人员经费则长期不足，导致全国疾

控系统工作人员的工资待遇普遍偏低，与其他同类机构相差甚远。

2009年以来，部分省市疾控中心实行了绩效工资，其中一部分单位职工的工资待遇得到提升，但增幅较少，有一半的单位工资待遇反而有所下降，严重影响了疾控人员的积极性。

非典危机告诉我们，不可能为大都市单独建立一个玻璃罩式的先进防疫系统。如果疫情在贫困地区中蔓延，在其它地方蔓延，在农村蔓延，城市迟早逃不过厄运。既然公共卫生的公平性如此重要，把它交给市场便是完全错误的。绝大多数发达国家都为自己的国民提供由国家财政支持的全民医疗保健计划而不是把患者和医护人员推向市场。

——香港中文大学教授王绍光

