

中国公共卫生治理: 范式演进、 转换逻辑与效能提升

武 晋 张雨薇
(中国农业大学 北京 100193)

摘 要 作为国家治理现代化环节中必不可少的一环,我国公共卫生治理历经了计划型与运动型、市场化与法制化、系统化与国际化、民生化与公益化四个历史阶段的范式演进。贯穿其中的逻辑主线在治理理念层面以从防疫到保健、从群体到个人的价值取向转变与从城乡二元到城乡均等的政策面向转变为表征,在治理结构层面体现为治理主体的日渐多元化与制度结构的高度科层化,在治理技术层面体现为逐渐向精细化技术化转移。在取得一定成效的同时,医疗消解卫生、健康消解防疫之导向与风险社会、流动社会与全球社会的现实境况不完全匹配,行政吸纳市场与社群机制带来的单边治理影响了协同治理实现路径,以技术理性为表征的精细化治理难以完全规避治理的可能形式化困境。须在理念层面上卫生与医疗、防疫与保健并重,结构层面上行政、市场与社群并举,技术层面上强化专业机构职能,以提升公共卫生治理效能,实现公共卫生治理现代化。

关键词 公共卫生; 治理; 范式演进; 逻辑变迁; 效能提升

DOI:10.16059/j.cnki.cn43-1008/c.2020.04.021

自人类医学诞生以来,医疗与卫生即是密不可分的孪生兄弟。不同于医疗作为准公共物品、信任品的复杂性指向,旨在通过评估、政策发展等方式预防疾病、维护人类身心健康的公共卫生作为一种“公共池塘资源”,具备纯公共物品属性。因此国家在公共卫生服务供给方面毫无疑问地处于关键地位,如何优化公共卫生治理体系,提升其治理效能,达到其善治目标亦成为国家治理现代化的重要环节。近年来突发性公共卫生事件频发,推进公共卫生治理变革势在必行。

既有研究对我国公共卫生治理历程进行了总体上的划分,对不同阶段公共卫生治理的问题表征与治理策略进行了整理总结,然而一方面大部分研究多为简单的阶段分析,缺乏对治理工具的理论性考察;另一方面,道格拉斯·诺斯强调制度分析是关于历史的分析,作为漫长的过程,其核心需聚焦于内在的制度变革之逻辑^①,而目前的“基本历程—未来走向”型分析既缺乏对变迁逻辑进行理论性深度分析,也较少对几十年长周期性变迁进行深入思考。因此本文依据“范式演

作者简介:武晋,女,中国农业大学人文与发展学院副院长、教授、博士生导师;张雨薇,女,中国农业大学博士研究生。

基金项目:中国农业大学校级资助项目“健康扶贫项目评估”(项目编号:201907211210537)。

^①Douglass C North. *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, Cambridge: Cambridge University Press, 1990 - 10 - 26 p. 24.

进—转换逻辑—效能提升”三维分析框架回答如下问题:新中国成立以来公共卫生治理范式如何变迁?其背后的转变逻辑何在?未来其治理效能何以提升?需要说明的是,鉴于公共卫生内涵之广泛,食品药品及环境安全、妇幼保健、采供血等均属于这一范畴,同样医疗救治体系、信息网络体系、卫生监督执法体系等均属于公共卫生治理体系^①,因此限于篇幅,本文仅对疾病防控与突发公共卫生事件应急管理两个子领域的治理情况加以分析。

一、中国公共卫生治理的范式演进

“国家之生存,民族之自救非但只在军备上求自卫,还要谋文化上所必需的各种文物的建设,科学新医便是这种科学文物建设中之最要者”^②。作为西方全球扩张下的舶来品,发轫于对日本警察制度之转移的中国公共卫生制度在现代民族国家建设进程中历经了不断调整与完善。彼得·霍尔在其政策范式变迁理论中将第三序列的变迁界定为政策目标发生根本性变化,政策工具及其使用方式与程度随之改变^③。依据国家干预的程度,米歇尔·郝利特等将政策工具划分为强制型、混合型与自愿型^④,盖伊·彼得斯等进一步将政府工具分为财政补助、行政命令、税收、劝诫等多种方式^⑤。基于以上理论,可依据第三序列之变来划分中国公共卫生治理之范式,其中治理工具包括强制型、混合型与自主型三类:强制型工具以政府强制性行政命令与管理为表征;自主型工具指治理主要依靠家庭及社群组织进行;混合型二者兼而有之,包括舆论宣传、劝诫等。依据该划分方式,我国公共卫生治理大体上经历了四个阶段的范式变迁。

(一) 1949—1978: 计划型与运动型范式

新中国成立之初,国家生产力落后,寄生虫病、传染病、地方病扩散蔓延^⑥,因此在疾病防控领域,国家借鉴苏联经验在东北地区逐步建立卫生防疫站,1950年成立下设六个防疫大队的中央防疫总队,1953年后逐渐在全国范围按照行政区划建立省—市—县三级卫生防疫站(所)。1954年中央防疫总队被撤销,卫生防疫站行政机构的性质发生改变,原卫生部明确规定其应采取“政事合一”的管理体制,在同级卫生行政部门领导下全面承担预防性、经常性卫生监督与传染病管理任务^⑦;同时产业系统层级在大型厂矿与铁路系统组建独立的卫生防疫站,城市层级在医院中设置预防保健科,公社(乡)层级在卫生院设卫生保健组,大队(村)层级设置卫生员、接生员与赤脚医生;此外针对一些地方病与常见传染病设立了如结核病防治所、鼠疫防治所等专门机构^⑧,这些组织机构共同形成了中国公共卫生服务体系的雏形。

在突发性公共卫生事件应急管理层面,这一时期国家并未形成具有明确针对性的系统化、法制

①吕筠、李立明《现代公共卫生体系的基本职能及其内涵》,《中国公共卫生》2007年第8期。

②黄子方《中国卫生刍议》,《中华医学杂志》1927年第5期。

③Peter A. Hall, “Policy Paradigms, Social Learning and the State: The Case of Economic Policy making in Britain”, *Comparative politics*, vol. 25, no. 3 (1993), pp. 275 - 296.

④Howlett, M. & Ramesh, M. *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*, Oxford: Oxford University Press, 1995, p. 103.

⑤John A. Hoornbeek, B. Guy Peters. “Understanding policy problems: a refinement of past work”, *Policy and Society*, vol. 36, no. 3 (2017), pp. 365 - 367.

⑥姚泽麟《近代以来中国医生职业与国家关系的演变——一种职业社会学的解释》,《社会学研究》2015年第3期。

⑦连漪《从“防疫站”到“疾控中心”》,《中国卫生》2018年第12期。

⑧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2006年度博士论文,第120页。

化的制度体系,而是事件发生后通过成立领导小组与针对病种的防治委员会建立暂时性的指挥决策机制,在组织协调机制层面结合省—市—县三级卫生防疫体系,运用行政手段结合政治动员机制进行权宜性治理。以1950年高邮突发性血吸虫病为例,在指挥决策层面,市政府成立血防领导小组,县政府成立血吸虫病防治委员会;技术层面卫生部成立了血吸虫病防治局,各地成立血防站并结合县—乡—村三级卫生防疫体系,统筹地方与部队防疫队、防疫所与卫生院进行卫生宣传与医疗救治^①。

简言之,新中国成立之初百废待兴,主要仿照苏联初步建立了以防疫站为代表的简易型科层体系,运用混合型工具通过爱国卫生运动在公共卫生领域进行广泛政治动员,一度被WHO誉为“发展中国家典范”。

(二) 1978—2001: 市场化与法制化范式

改革开放以来,市场机制被引入公共卫生服务供给领域,公共卫生领域的治理模式随之发生转变。在疾病防控层面,国家在体系上延续了原卫生防疫工作的指挥决策机制与组织协调机制,同时通过收费制度与预算制度改革引入了市场机制:20世纪80年代初期预算制度改革使得公立医疗卫生机构每年只能获取一笔来自政府的有限的预算,用于支付职工的固定工资;1994年分税制改革将卫生事权赋予地方,地方政府开始逐年缩减公立卫生机构经费补助并积极鼓励其运营方式转向独立核算、自主经营;同期及此后,部分医疗卫生机构作为经济实体直接由机构或个人进行承包租赁,部分公共卫生机构“以副补主”并在基本卫生服务层面上实行固定收费,非基本卫生服务层面上实行浮动收费,1985年后国务院61号文件、《关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》等逐步允许卫生防疫、妇幼保健等单位为社会提供体检、杀虫、检验、接种等收费性技术服务^②。在延续爱国卫生运动的同时,国家整体推进了公共卫生法制化进程,先后制定出台了《中华人民共和国传染病防治法》等涉及职业病防治、公共场所卫生建设等公共卫生各个领域的法律法规,公共卫生治理开始进入有法可依、有法可循的发展进程。

在突发性公共卫生事件应急管理层面,这一阶段的工作延续了上阶段的管理措施,其指挥决策机制的建构依旧呈现暂时性权宜性特征,在法制化、制度化进程上相对滞后于卫生防疫建设工作。以1988年上海甲肝为例,事件发生后市级层面成立甲肝(肝炎)防治工作领导小组,同时在企业、工厂与街道层面成立肝炎防治领导小组,统一协调各个政府部门、医院、社区与媒体等组织机构,开展卫生宣传疫情防治工作,同时通过政治动员征用旅馆、学校等,将办公室、仓库、礼堂、俱乐部改造成可接收传染病人的病床,“条包块管”地收治病人,在甲肝疫情期间全市共增设肝炎病床11.8万余张,收治甲肝患者15.6万人,其中卫生系统收治9.9万人,工厂企业收治5.7万人^③。

简言之,改革开放之后国家发展建设重点发生变化,出于提高卫生事业发展效率,减轻财政经济负担的诉求,经济激励机制等混合型治理工具的运用,使得具有高度正外部性与公共物品特征的公共卫生服务出现了供给相对短缺的现象,血吸虫、克山病等地方性传染病、性病死灰复燃^④。

①施亚利《大跃进时期江苏省的血防工作》,《历史教学(下半月刊)》2011年第9期。

②戴志澄主编《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》,卫生部卫生防疫司1993年版,第12页。

③《上海卫生志》编纂委员会《上海卫生志》,上海社会科学院出版社1998年版,第78—79页。

④胡鞍钢主编,中国科学院—清华大学国情研究中心组织编写《国情报告第六卷2003年》(下),党建读物出版社、社会科学文献出版社2012年版,第9页。

(三) 2001—2009: 系统化与国际化范式

在疾病防控层面,原卫生部办公厅于2001年颁布《关于疾病预防控制体制改革的指导意见》,拉开了疾控体制改革的序幕。成立于1983年的中国预防医学中心几经更迭,2002年1月国家将之与其他相关机构整合为中国疾病预防控制中心(CDC),各级卫生防疫站随之更名为疾病预防控制中心,中央—省—地(市)—县四级疾病预防控制体系初步形成。同年国家重新划分了各级疾病预防控制机构的职能:一方面在传统的“五大卫生”范畴之外增设了包括慢性病调查、社区管理、妇幼保健、营养健康、老龄健康等的“大卫生”新职能;另一方面依据“政事分开”原则整体划出了卫生监督与执法功能,归之于卫生监督行政机构与配套的卫生监督执法机构,此后疾控中心成为纯技术型事业单位,不再承担原先的行政职能。2003年SARS疫情暴发之后公共卫生被提到国家安全层面,进一步增强了资金投入与机构建设力度,形成于2002年的四级疾病预防控制体系得到发展完善,疫情当年国家接收了来自德、日、意等国家的官方与国际组织援助共计2.36亿元,制定了总投资金额100多亿元的全国疾控中心基础设施建设规划,面向疾控机构建设的政府财政拨款在2004年达到了中国公共卫生政府总投入的58.5%^①。

在突发公共卫生事件应急治理层面,SARS疫情倒逼国家明确将突发公共卫生事件应急管理从公共卫生治理体系中单独列出,并在总结经验教训基础上确立了“一案三制”的核心框架,“一案”指完善应急预案体系,“三制”包括突发公共卫生事件管理的应急机制、法制与体制。在此基础上国家强化了应急治理在监测预警机制、指挥决策机制、组织协调机制层面的顶层设计:在监测预警机制建设上,国家于2004年上线旨在打破层级互通信息的中国传染病与突发公共卫生事件监测信息系统,并通过颁布《突发公共卫生事件应急条例》等法律法规逐步规范应急管理法律体系^②;在指挥决策与组织协调机制建设层面,国务院于2003年成立了全国突发事件应急指挥部,省、市、县依此成立相关部门,日常承担预案制定等应急管理体系建设工作,重大紧急情况出现期间协助中央进行应急指挥;次年原卫生部增设卫生应急办公室,并组建专家咨询委员会,主要负责在原卫生部领导下为卫生应急体系建设的各个环节提供建议意见与技术指导。

简言之,在疾控体制改革旋律与SARS疫情倒逼之下,国家出于接轨国际与维护国家安全考虑,重新强化了强制型工具运用,结合美国经验完善了以四级疾病预防控制中心为核心的疾病预防控制体系,在结核病防治等多个领域展开国际合作,同时加速了公共卫生事件应急管理的制度化、法制化进程。

(四) 2009年至今: 民生化与公益化范式

自2009年始,新一轮医药卫生体制改革启动,在疾病防控层面,国家开始强调基本公共卫生服务的可及性建设,着力推行以城乡均等化、公益化为旨归的覆盖城乡居民的国家基本公共卫生服务项目,该项目由原卫生部基层司管理,按人头分解购买基层医疗卫生机构服务,2009至2019年十年间其经费补助由人均15元提升到69元,国家重视力度可见一斑。2011年国务院在指导事业单位改革进程中将疾病预防控制机构定义为公益一类事业单位,服务性公益性色彩日益浓厚,2017年4月疾病预防控制机构开始了参公事业单位试点改革,预防性体检收费等营利性项目被逐步取消。

在突发公共卫生事件管理层面,国家强化了组织协调机制建设,具体体现在人才队伍建设与地方政府间突发事件的跨区域合作机制建设领域。2010年12月国家发布了《国家卫生应急队伍管理办法(试行)》开展卫生应急队伍建设,依据地区地理位置与灾害特征将全国划分为7个大区,分区

^①韩颖《1978年以来中国救灾捐赠研究》,中共中央党校2011年度博士论文,第108页。

^②张再生、孙雪松《基层应急管理:现实绩效、制度困境与优化路径》,《南京社会科学》2019年第10期。

启动数批建设项目。2006年粤港澳地区、2014年京津冀地区、2016年苏皖鲁豫四省以及2019年长三角地区先后签订了公共卫生事件应急合作协议,并展开了公共卫生事件应急联合演练,区域医疗急救体系建设与急救信息、资源共享不断深化。

简言之,新一轮医改进程中医疗卫生资源的民生化均等化被视作亟需解决的核心问题,强制型工具的色彩淡化,自主型与混合型工具的使用程度进一步加深,公共卫生服务开始向公益性回归。

二、公共卫生治理的转换逻辑: 治理理念、结构与技术

我国公共卫生治理呈现体系日益完善、效能整体提升等发展趋势。公共卫生治理包含于“治理”理论范畴,相关的分析视角主要分为体系论与能力论,前者多从政策、制度与技术视角考察治理的结构设计;后者多从主体、价值与工具视角考察治理的执行能力。基于已有研究范式,可从治理理念、结构与技术三个层面考察我国公共卫生治理的总体转换逻辑。

(一) 治理理念

一是政策面向逐渐从城市覆盖到乡村。近代以来公共卫生政策面向的城乡之变呈现出循环式路径依赖,即两次由城市覆盖乡村的发展趋势。第一次面向转移发生于改革开放之前。中国公共卫生治理历来便呈现出城乡二元结构的态势。针对城市居民群体,国家在1950年便以公费医疗与劳保医疗解决其医疗卫生问题,农村地区于1950年后初期初步建立了县—乡—村三级医疗卫生预防保健网。然而到1960年中后期医疗卫生资源始终聚集在城市,1965年“六二六指示”发出之后,医疗卫生的工作重点开始向农村地区转移,大批负责基本医疗、卫生防疫与妇幼保健等初级卫生保健工作的卫生员、接生员与赤脚医生被培养出来,同时城市医生开始被下放到农村地区。改革开放之后,部分乡镇卫生院与村卫生室由集体性质转向私人性质,基层技术骨干或流失或不再承担公共卫生供给任务,农村地区公共卫生事业相对停滞。第二次面向转移发生于SARS疫情之后。疫情过后全民卫生覆盖成为国家政策重点面向,国家加强了城市疾控体系建设,并相继建立了新型农村合作医疗与城镇居民基本医疗保险,2009年医改则进一步将改革重点向乡村倾斜,农村基层地区率先执行了绩效工资控制与国家基本药物制度,承接了基本公共卫生服务项目,农村地区公共卫生事业得到发展。

二是价值取向由防疫转向保健,目标面向从群体转移到个人。中国公共卫生治理经历了从无到有,从借鉴国外先进经验到结合国内现状的历程,在这一历程中疾病谱系的变化、国家建设进程的加快、现代化碎片化社会之下个体意识的觉醒等,使得国家公共卫生治理的价值取向由传染病防疫逐渐向慢性病预防控制与人民健康水平提升转变,其价值面向相应从群体转移到个人。1994年原卫生部进行了组织调整,疾病控制司取代了卫生防疫司并增设了慢性非传染性疾病控制处,2001年原卫生部办公厅将预防控制慢性病功能明确纳入疾控机构职责范畴。SARS之后国家开始重视公共卫生领域“重医轻防”“重城轻乡”问题,短时间内强化了疾病防控领域的资金投入与制度建设。随着人民生活物质水平的进一步提高与新一轮医改的启动,健康服务的均等性建设成为政策重心所在,“健康中国”建设战略于2015年十八届五中全会中被首次提出,2016年全国卫生与健康大会进一步强调当前医疗卫生服务应当从“以疾病为中心”向“以健康为中心”转变,2019年国家成立健康中国行动推进委员会,将公共卫生建设着眼于个人,提出维护个体的全生命周期健康,通过国家基本公共卫生服务项目向以均等化为旨归的健康促进转移。

然而,突发性、区域性明显的传染性疾病预防仍需进一步加强。由图1可见,其中基本公共卫生服务项目经费占比逐年增长,2018年金额为793亿元,占比近四成。而疾病防控机构支出、重大公共卫生专项支出以及突发公卫事件应急支出占比正在逐年下降:重大公共卫生专项支出主要用于重大传染病的预防控制,其占比由2010年的23.0%下降到2018年的14.1%;突发公共卫生事件支

出主要用于应急防病现场调查、应急物资储备与反应机制建设以及国家级应急队伍演练等,其在2010年支出总额近16.9亿元,占公共卫生总支出的2.2%,在2018年降为约6.12亿元,占公共卫生总支出的0.3%。

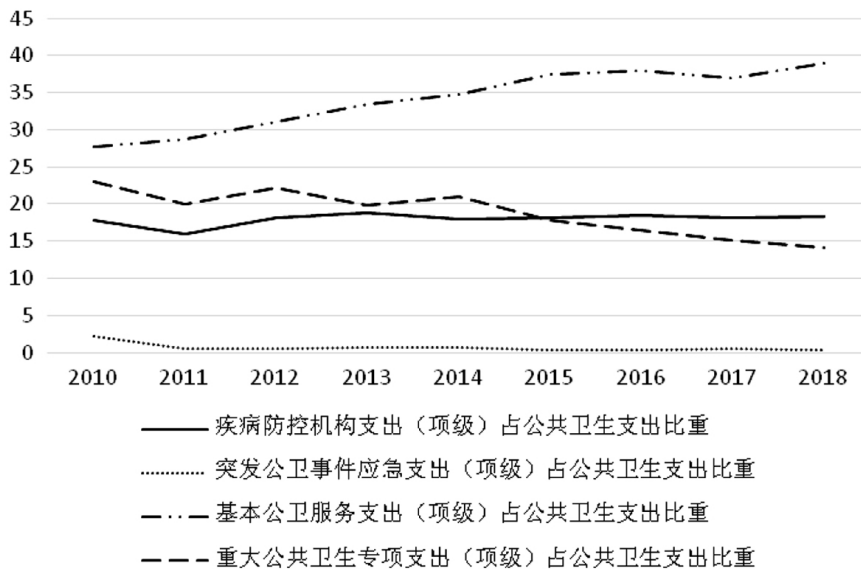


图1 公共卫生(款)支出的内部结构(部分)①

以疾控中心为例。首先,我国各级疾控中心在体量上总体呈递减趋势,2002至2018年间全国疾控机构减少137所,人员减少14.3%,而同期全国卫生人员从523万人增加到1230万人,增长135%,全国省一级疾控中心人员流动呈现高职称人员净流出,低职称与无职称人员净流入的发展态势,这种业务骨干流失的态势在中部地区表现的尤为明显^②;其次,在机构基本情况层面,疾控中心目前主要依靠财政投入维持运转,由表1可知虽然国家对疾病预防控制中心的财政投入逐年增加,但仅占同级财政经常性支出比例的0.16%,远低于财政支出增幅。2010年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为省级62.8%、市级52.4%、县级47.9%^③;在人员薪酬层面,疾控人员的卫生防疫津贴始终维持在2004年依照人员分类规定的3~9元的水平。相较于公务员绩效工资制度之下的疾控人员没有年终奖励性绩效工资;相较于医疗卫生机构,疾控人员没有奖金与其他收入。国内诸多学者均对疾控人员薪酬满意度进行了相关调查,大部分调查结果显示疾控人员收入水平相对较低,且低收入水平与职业倦怠、离职情况直接相关。如蔡源益等调查发现南方某省疾控中心人员年平均工资为8.1万元,低于全省卫生类工作人员8.3万的平均工资水平^④。

①我国财政支出统计科目分为类、款、项三级,公共卫生款归属于医疗卫生类支出,其下含疾病防控机构、妇幼保健机构、基本公共卫生服务等11个科目,此处仅列出四项。数据来自财政部2010—2018年全国财政决算。

②陈浩、熊勇超等《2011—2015年全国省级疾病预防控制中心人员流动情况分析》,《中国公共卫生管理》2018年第2期。

③中国疾病预防控制中心《疾控保障,路在何方?回归公益,政府担当》,《中国新闻两会特刊》2014年3月4日。

④蔡源益等《取消“三项收费”后疾控人员薪酬满意度现状和影响因素研究》,《现代预防医学》2019年第21期。

表 1 疾病预防控制中心(CDC)统计数据

年份	CDC 数量(个)	人员 总数量(个)	卫生技术 人员数量	执业(助理) 医师数量	总收入 (万元)	政府补助 收入	医疗/事业 收入
2002	3580	219144	170868	113713	NA	NA	NA
2003	3584	208177	159253	95088	NA	NA	NA
2005	3585	206485	158450	91943	1147.6561	493.7725	503.5435
2008	3534	197106	148519	81736	257.7442	127.1962	100.3949
2011	3484	194593	145198	74239	367.8657	225.1162	103.3188
2012	3490	193196	141261	72342	397.7697	246.4765	1076402
2014	3490	192397	142297	71450	494.5107	310.4760	1277294
2015	3481	191627	142492	70734	588.1458	415.9218	1151150
2017	3457	190730	142114	70839	620.5463	461.0915	1155000
2018	3443	187826	140491	70120	687.4552	511.3370	1319380

资料来源:数据来自历年《中国卫生健康统计年鉴》。

(二) 治理结构

一是主体结构向政府主导下的多元主体合作逐渐转变。计划经济时期的国家治理在总体上呈现单边治理态势,即通过行政机制在社会经济生活各个领域发挥作用,在公共卫生治理层面一方面体现为公共卫生服务体系的行政化建构,另一方面体现为将卫生与爱国相结合的政治动员型公共卫生行动。随着时代发展,政治动员的效力相应递减,公共卫生治理的复杂面向对治理主体提出了进一步要求,国家开始日益重视多元化合作力量,改革开放之后市场机制逐渐被引入公共卫生领域。近年来国家通过《健康中国2030规划纲要》等文件极力促进多元公众参与格局的形成,在政策导向层面主张充分调动非政府组织、企业等力量,在基层实践层面强化社区参与,并逐渐加大政府购买公共卫生服务力度,通过购买乡村医生服务将之重新吸纳为供给主体之一等。需要指出的是,目前多元主体之间的合作模式主要以“合作供应”为主,该模式之下政府作为委托人,委托企业、非政府组织等作为代理人一定程度上参与项目管理,拥有较少发言权与管理权^①,促进其向“合作伙伴关系”模式转变是下一步改革的方向。

二是制度结构不断向高度科层化的制度设计发展。国家公共卫生服务体系在整体上日益科层化。在中央层级,卫生行政管理的主要机构是国家卫健委与其分管下的国家中医药管理局,市场监督管理总局、教育部、应急管理部、财政部等其他部门承担筹资、物资保障、规划等相应职责。省、市、县行政级别的设置与中央层级类似,各个地方部门统一受相应地方政府领导并依法接受上级主管部门的业务指导。这种依照条块分割的行政等级建立起来的公共卫生服务体系在市场如果失灵之时得到进一步强化。一方面,国家在2018年机构改革中于国务院层面设立了专门的应急管理部,其职能范畴为四大类突发事件中的生产安全与自然灾害两类,公共卫生事件仍由卫健委负责,如何协调不同部门仍需进一步探索;另一方面,国家疾控中心作为中央一级的事业单位在成立之初即为原卫生部下属的“全额事业单位”,其实质是由财政全额拨款供养的研究机构,其业务强项在于重大疾病的研究、预防和控制,而由于科研成果在中国事业单位评价体系中作为巨大的“生产力”可以转化为职称、职务与头衔,因此疾控中心往往将科研视为重中之重。就地方而言,作为公益一类事业单位的疾控机构缘起于卫生防疫站,其定位以防疫为主,机构经费与人员薪酬主要由政府拨款承担,日常受归属地原卫生厅(局)的行政领导,在业务上受上级疾控中心指导,相对缺乏建基于专业

^①汪锦军《走向合作治理:政府与非营利组织合作的条件、模式和路径》,浙江大学出版社2012年版,第180页。

性之上的独立决策权力。疾控机构在疫情的发现报告、流行病学调查、防控措施的提出与实施等阶段如何更好地发挥主导作用,仍需进一步探索。

(三) 治理方式

治理方式趋向行政化精细化治理。新中国成立之初囿于有限的医疗卫生条件,国家通过卫生话语的政治性建构将卫生与爱国紧密结合到一起^①。1952年,医疗卫生工作与群众运动相结合被确认为医疗卫生工作四大方针之一,同年《人民日报》将细菌防御战称为“爱国的卫生防疫运动”。1957年,基于中央防疫委员会基础上的中央爱国卫生运动委员会成立,总领协调各地防疫工作,广泛动员人民群众参与到公共卫生治理进程中,将“卫生工作与群众性卫生和运动相结合”,开展了包括除四害、“两管五改”等在内的各项大规模的爱国卫生运动,通过自上而下的政治动员大兴移风易俗之风。毛泽东指出人民的生老病死是政治问题,并于1960年明确要求党委第一书记挂帅,领衔组织卫生防疫工作,此后在多次会议与讲话中强调需将卫生防疫工作视为“一项重大的政治任务来极力发展”^②。改革开放之后,爱国卫生运动与精神文明建设、农村改水改厕、卫生城市评比等各项活动结合起来得以延续。新医改之后国家开始逐渐向精细化治理转型:一方面体现在公共卫生体系与制度建设的不断完善上,国家通过机构建设与法制建设明确了从中央到地方的总体系统建设与系统内部的组织分工,并通过以技术理性为内核的项目制推行基本公共卫生服务建设。另一方面,信息技术的不断进步使得国家日益重视大数据时代公共卫生信息化、智慧化建设,在突发公共卫生事件应急管理的监测预警层面,国家于2003年下半年开始建设传染病与突发公共卫生事件监测信息系统,2004年正式运行,2008年基本完成布局。该系统纵向上覆盖到基层卫生机构,已覆盖全国100%的疾控中心、93.5%县级医院与70%乡镇卫生院,这意味着中国绝大多数医疗机构的诊断医生都能在发现甲、乙、丙三类39种传染病以及不明原因肺炎(PUE)疫情之后,填写传染病报告卡并通过该网络直接上报个案信息,直达国家疾控中心与卫健委,横向上可实现各级卫生行政机构、疾控机构与医疗机构的即时信息共享^③。

概言之,中国公共卫生治理随着经济社会现代化与疾病谱系的变化不断调试,整体上其理念由防疫转向保健,其目标面向从群体转移到个人,其主体结构与制度结构呈现日益多元化、高度科层化的发展趋势,治理技术趋向于精细化治理。在取得斐然成绩的同时也要看到,医疗消解卫生、健康消解防疫的政策导向与风险社会、流动社会与全球社会的现实境况不完全匹配,行政吸纳市场与社群机制带来的单边治理影响了协同治理实现路径,以技术理性为表征的精细化治理难以完全规避可能的形式化等问题。

三、公共卫生治理的效能提升

作为国家治理现代化的重要组成部分,公共卫生既关乎个体生命的长度与质量,也与国家经济与社会运行秩序休戚相关。医改的经验和教训表明,应当在理念、结构与技术层面大力提升公共卫生治理效能。

(一) 理念层面卫生与医疗、防疫与保健并重

“上工治未病”须警惕医疗消解卫生,保健消解防疫,在理念层面扭转重医轻防观念,切实增强风险治理观念并建立风险评估机制,实现从应急管理向风险防治转型。在实际行动上须加大在公共卫生与防疫基础设施、专业人才培养、法律法规建设、国民公共卫生意识建设等方面的投资力度:

①冯仕政《当代中国的社会治理与政治秩序》,中国人民大学出版社2013年版,第56页。

②《当代中国》卫生卷编委会《当代中国卫生事业大事记》,人民卫生出版社1993年版,第32—90页。

③赵自雄、赵嘉、马家奇《我国传染病监测信息系统发展与整合建设构想》,《疾病监测》2018年第5期。

其一,在防疫基础设施建设层面,国家应当进一步强化灾害物资储备建设,按照收治传染病标准设置具有足够床位数与控制传染相关的其他基础设施的诊疗机构,解决供需之间的结构性矛盾;其二,在专业人才培养层面,应将属于高校公共卫生学院的教学环节与疾控中心负责的实践环节相结合,培养知行合一以及医学流行病学专业素养、医学社会学知识、公共卫生视野兼具的复合型人才,在职业教育、继续教育与公共卫生医师规范化培训层面提升现有人员素质和能力,通过优化完善激励与分配制度提高人员工作积极性;其三,在法律法规建设层面,应将研究制定公共卫生母法的立法问题提上日程,同时及时修订1991年后再无调整的《中华人民共和国传染病防治法实施办法》、2006年后再无修改的《国家突发公共卫生事件应急预案》等相关法律法规;其四,在国民公共卫生意识建设层面,应加强公共卫生日常工作与重点工作两大领域的宣传教育等。

更加重要的是,应当意识到单纯增加政府投入并不意味着所有问题便会迎刃而解。在财政承受力度有限的实际情况下优化支出结构、改善支出绩效是操作性更强的实施办法,因此在宏观上增加对公共卫生总体性财政投入的同时,也应同步强化投入的制度化结构化建设。以疾控机构为例,应在健康防线整体前移的同时,将基本公共卫生服务项目向疾控中心倾斜,并强化经费相关制度化建设,以规避投入的失衡,如规定各级疾控机构经费增长水平应当与地方经常性财政支出增长水平持平,并将具体数字在财政预算中独立且透明地列出等,以此改变投入机制,扭转疾控机构职能发挥不足之困。

(二) 结构层面引入并整合市场与社群力量

“万人之更进,不如百人之俱至”。应当警惕行政消解市场与社群,优化公共卫生领域的干预模式,改善行政机制的同时积极拓展市场机制、强化社群机制。首先,在行政机制层面,应强化疾控体系的顶层设计与功能定位,纵向上建立真正全国一体化的四级疾病预防控制中心,强化国家疾控中心战略决策咨询、卫生应急、指导基层疾控工作等职能,明确各层级疾控中心的权限与职责;完善突发公共卫生事件管理的顶层设计,将公共卫生事件整合到应急管理部门的主要职责中,统筹理顺解决应急管理中的部门协调问题。其次,应当切实保障公民知情权,及时公开涉众性、时效性较强的相关信息,并加快信息公开的标准化、大数据建设,促使公民自我治理,有序参与疫情防控,减少对公共资源的占用。同时强化双向互动,为及时行政有效应对作出准备。再次,现有的治理体系应更加注重协同治理,完善各个公司、各个组织与政府部门间的协同机制,建立面向深度长期合作的伙伴关系^①,共同构筑全面的公共卫生治理架构与高效的安全预警机制十分必要。此次新冠肺炎疫情防控过程中,企业在病毒测序、远程诊疗、分布式管理、保障国际与国内物资供应链等多个方面利用技术优势发挥了重要的作用。与此同时,信息的公开化使得企业与非政府组织将进一步掌握我国人口情况、公共卫生物资储备等关系国计民生的数据信息,因此需要强化相关监管力度,通过顶层设计,建立健全数据化科技化参与公共治理的制度规则,保障公共数据的依法有序共享。

(三) 技术层面强化专业机构增能赋权

卡尔·L.怀特指出,理想的公共卫生服务应当是基于以流行病学为基础的信息系统,在管理和分配方面实现各类管理机构、学术机构与卫生保健工作人员协同合作的结合体^②。想要实现个体之间的有机整合,应当警惕行政权力消解专业意见,通过赋权于疾控中心等专业机构来推进专业与决策的结合。首先,在未来疾控体系改革进程中应处理好卫生行政部门与技术部门的关系,将我国疾控体系建设成为一个纵贯的全国性系统,优化传染病报告制度,适当缩减传染病报告审查流程,利用区块链片区机制在四级疾控中心建立突发公共卫生事件数据采集和自动预警机制,保障疾控中

①兰旭凌、范逢春《政府全面质量治理:新时代公共服务质量建设之道》,《求实》2019年第4期。

②[美]卡尔·L.怀特《弥合裂痕:流行病学、医学和公众的卫生》,科学出版社1995年版,第7—9页。

心科学研究与疾病实时预警的有效性。其次,在强化赋权的同时应通过社群自律切实保障科学知识 with 专业判断的真实性与透明化。一方面,医学、流行病学等作为学术性专业性较强的学科,应建立同行评判机制,逐渐发展行业自律的制度环境。另一方面应建立通报机制,将专业之判断公开化透明化以促使其内部自律。如果专业判断仅仅停留在学术圈内部,那么科学判断为权势绩效(无论是专业权威还是外部力量)所消解的风险便会提升,因此在疫情报告与参与调研人员情况上可实行实名制与公开化,将专业人士与专业团队的专业判断置于科学/专业共同体甚至全社会的检视之下,有助于保障信息的真实性。

四、结语

自人类文明伊始,风险便如影随形。如乌尔里希·贝克所讲,现代化连续性表象之下隐藏着断裂^①。置身于风险社会之中,公民的不安全感与非确定性日益增长,同时,庞大的人口基数、不断加速的城市化进程、日益增强的人口流动性则进一步对公共卫生治理提出了更高要求。

新中国成立之初,行政治理机制总领国家发展建设工作,国家初步卫生建设通过政治与行政力量迅速推进;改革开放之后,国家开放了医疗卫生治理的管辖边界,市场机制被逐步引入到医疗与卫生事业供给侧,在取得显著成效的同时也带来了一定的风险隐患;21世纪之后国家更加重视公共卫生治理场域,强化了公共卫生筹资责任,疾病防控与突发性公共卫生事件治理进入新的阶段。纵观这一治理进程,我国公共卫生治理历经了由计划型与运动型逐步向民生化与公益化转移的范式演进,这一演进过程是国家、市场、社会三者关系的不断调试过程,亦是行政机制运行模式不断发展变迁的过程^②。这种不断调试和发展变迁是公共卫生治理乃至国家治理领域彼此区别又相互关联的无可规避的问题。公共卫生治理的前风险时期尤其离不开政府作用的发挥。当前,我们在疾病防治层面还存在一定的“重治轻防”现象,医疗卫生资源的有限与公众对医疗卫生需求的无限,使得这种矛盾难以快速解决。应当警惕医疗消解卫生,尤其要将重心放在疾病预防控制下的风险预警机制建设层面,将“以预防为主”落到实处。在突发性公共卫生事件治理时期,碎片化的市场力量亟待整合,要着力建构国家—市场—社会协同共治机制,在政府引导下以市场补充投入不足,发挥科研机构专业性作用,是下一步医疗卫生体制改革的要义之一,亦是优化公共卫生治理的路径之一。

(责任编辑:陈文锋)

① [德]乌尔里希·贝克《风险社会》,译林出版社2004年版,第7—8页。

② 陆自荣、陈兰英《现代公共性概念立足点的缺陷及重构——基于公共性、共同体、理性协同演进逻辑的分析》,《湖南科技大学学报(社会科学版)》2019年第2期。