

第一章 公共卫生与公共卫生体系

随着社会经济的发展,人口老龄化、环境污染以及新、老传染病的控制等公共卫生问题日益突出,特别是2003年的严重急性呼吸综合征(简称SARS)流行,以及之后相继出现的人感染猪链球菌病、人感染高致病性禽流感等公共卫生事件,一方面引起了政府和民众对公共卫生的极大关注和重视,另一方面也显现了我国公共卫生体系的一些弊端。我们知道,公共卫生安全不仅仅涉及个人的健康安危,还关系到整个民族、整个国家的生死存亡,左右着时代的发展。只有正确认识公共卫生、明确公共卫生体系的内涵并厘清其相互之间的关系,构建科学、合理、完善的公共卫生体系,才能真正促进民众的健康,保障国家的安全。

第一节 公共卫生的历史演进

从人类诞生以来,就有了疾病;从人类开始群居以来,就有了公共卫生问题。公共卫生经历了漫长的历史演进过程,在人类与疾病长期较量的过程中,逐渐加深了对预防医学和公共卫生的理解,新的理念不断涌入,公共卫生的内涵也得以逐渐丰富起来。不同阶段的社会发展,危害人民健康和生命的公共卫生问题也各有不同的侧重。今天的人们有必要站在历史的高度,从人类社会发展的角度去审视古往今来全人类所经历的公共卫生事件。通过了解这些公共卫生事件的发生、蔓延或演变的过程以及人类抵御疫病灾害的历程对公共卫生观念的形成和演进的影响,来加深对公共卫生的理解。

一、传统的公共卫生

公共卫生概念的形成不是一蹴而就的。在人类诞生以来的数千年历史中,人类一直与瘟疫进行着殊死斗争,在长期的斗争中积累了对抗传染病的知识和经验,逐步建立起预防和控制传染病的公共卫生思想。这种公共卫生思想主要是围绕着预防和控制传染病而树立起来的,最初它是零星的、不成体系的。一直到十七世纪欧洲工业革命时期,公共卫生的概念才得以真正形成。

(一) 中国古代的“瘟疫”与公共卫生思想的形成

纵观几千年的中国历史,经历的灾害之多,世所罕匹。20世纪前,危害人民生命安全的公共卫生事件以传染病为主,人们称其为“瘟疫”。《说文》提出“疫,民皆疾也”,把凡能传染的疾病通称为“疫”。“瘟”则是指烈性传染病,可以在禽畜动物与人之间相互感染。一些烈性的瘟病可以朝发夕死,所以中国古代把传染病、流行病通称为“瘟疫”。中华民族的预防医学与公共卫生思想是在与疫病的反复斗争中逐渐形成起来的。

1. 中国历史上的瘟疫流行 自中华民族有文字记载的历史以来,“疾疫”、“大疫”的字眼常见于史册。从上古时期开始,中国古代殷墟甲骨文已有“虫”、“蛊”、“疢疾”、“疾年”等文字的记载,“疢”字可见于《尚书》、《山海经》和《左传》。据邓拓在《中国救荒史》一书中的不

完全统计,中国历代发生程度不等的疫灾次数为:周代 1 次,秦汉 15 次,魏晋 17 次,隋唐 17 次,两宋 52 次,元代 20 次,明代 64 次,清代 77 次。而东汉末年至魏晋时期和明末清初这两个阶段是中国历史上瘟疫大流行的高峰期,我们可以从以下的历史记载中看到古时大规模的恶性传染病的流行对中华民族传承与发展的深刻影响。

(1) 东汉末年至魏晋时期瘟疫流行记载:建安二十二年(公元 217 年)冬天,北方发生疫病,当时为太子的曹丕在第二年给吴质的信中说:“亲故多罗其灾,徐、陈、应、刘一时俱逝”。建安七子之中,除孔融、阮瑀早死外,其余五人均死于这次疫病。曹植的《说疫气》描述当时疫病流行的惨状说:“建安二十二年,疠气流行,家家有僵尸之痛,室室有号泣之哀。或阖门而殪,或覆族而丧。”东汉张仲景在《伤寒卒病论》中说:“余宗族素多,向逾二百,自建安以来,犹未十年,其亡者三分之二,伤寒十居其七。”

《资治通鉴》中记载:“晋惠帝光熙元年(公元 306 年),宁州频岁饥疫,死者以十万计。五苓夷强盛,州兵屡败,吏民流入交州者甚众。”《晋书·食货志》中记载:“永嘉年间(307~312 年),战乱频仍,雍州以东,人多饥乏,更相鬻卖,奔迸流移,不可胜数。……又大疾疫,兼以饥谨,……流尸满河,白骨蔽野。”

到义熙元年(公元 405 年),益州大族谯纵占据四川,自称成都王。义熙二年(公元 406 年),刘裕派遣刘敬宣率兵五千人伐蜀。义熙四年(公元 408 年)九月,敬宣部队势如破竹,到达遂宁郡之黄虎,谯纵请求后秦姚兴出兵,姚兴遂派遣平西将军姚赏等率兵增援,黄虎之战中刘敬宣前进受阻,双方相持六十余日,敬宣部队粮草啖尽,此时疾疫大起,“死者大半”,敬宣下令退出四川。到建康时,士兵十不存一。

(2) 明末清初瘟疫流行记载:万历八年(公元 1580 年),“大同瘟疫大作,十室九病,传染者接踵而亡,数口之家,一染此疫,十有一二甚至阖门不起者”。万历《山西通志》卷 26 记载,潞安“是岁大疫,肿项善染,病者不敢问,死者不敢吊”。

崇祯六年,山西出现瘟疫。崇祯“七年八年,兴县盗贼杀伤人民,岁谨日甚。天行瘟疫,朝发夕死。至一夜之内,百姓惊逃,城为之空”。崇祯十年(公元 1637 年)以后,山西全境瘟疫大流行“瘟疫盛作,死者过半”,疫情传到河南地区,“瘟疫大作,死者十九,灭绝者无数”。榆林府“大瘟,……米脂城中死者枕藉,十三年,夏又大疫,十五年,……大疫,十六年,稔,七月郡城瘟疫大作”。崇祯十二年夏,商洛山中瘟疫流行,李自成、刘宗敏的义军将士染病。崇祯十三年,顺德府(今邢台)、河间府(今河间)和大名府(今大名)有大疫,人死八九。崇祯十六年二月,北京大疫,病名叫“疙瘩病”,抱阳生《甲申朝事小计》卷六中说“大疫,人鬼错杂。薄暮人屏不行。贸易者多得纸钱,置水投之,有声则钱,无声则纸。甚至白日成阵,墙上及屋脊行走,挪揄居人。每夜则痛哭咆哮,闻有声而逐有影。”崇祯十六年八月,天津爆发肺鼠疫,《明史纪事本末》中提到“上天降灾,瘟疫流行,自八月至今(九月十五日),传染至盛。有一二日亡者,有朝染夕亡者,日每不下数百人,甚有全家全亡不留一人者,排门逐户,无一保全。”崇祯十七年,天津督理军务骆养性说:“昨年京师瘟疫大作,死亡枕藉,十室九空,甚至户丁尽绝,无人收敛者。”

我们不难发现瘟疫曾几度令中华民族陷入困境,尽管在古代没有明确的人口统计数据的相关记载,但我们仍可从一些史书中对疫后荒凉、凄惨的景象描述体会到瘟疫的杀伤力。

2. 在抵抗瘟疫中逐渐形成了公共卫生思想 中国古代人民并没有被瘟疫打倒,而是在长期抵抗瘟疫的过程中,总结出大量关于疫病的防治措施和抗疫经验,预防医学思想和公共

卫生观念在抗争瘟疫的过程中逐渐形成。

先人们发现了隔离以及用中药熏蒸、涂抹、佩挂等消毒方法来控制疫病，注意到了包括埋尸体在内的环境卫生与瘟疫的关系，并且形成了强身、“治未病”等预防保健思想，开创了以“治未病”理论为基础的人痘接种法。其中，隔离和“治未病”可谓古代预防医学思想的典型代表。

(1) 隔离：中国古代对瘟疫进行隔离以控制瘟疫的快速蔓延的方法可追溯到秦代。当时流行的疫病主要是麻风病。政府将麻风病疫病者集中到一个场所，进行统一的治疗并且与外界隔离。我们可以从1975年湖北云梦县出土的睡虎地秦墓竹简的考证中证实，早在公元前三世纪的“秦律”中就已规定麻风病人当由“疠所”或“疠迁所”收容。有明确记载将疫病患者隔离的文献是西汉元年（公元2年）平帝的诏书，诏书中提到“民疾疫者，舍空邸第，为置医药”。“空舍邸第，为置医药”就是腾空一部分房屋供染疫者居住，并且为他们治疗。东汉建安以来瘟疫尤为猖獗，大将皇甫规于公元162年征陇右时，军队遭遇疫病，采取的主要措施是设立简陋的隔离房隔离患疫病的士兵，并将这种隔离房称“庵庐”，这是军队采取隔离措施抗疫之始。

因为这种以严密隔离来控制烈性传染病的措施行之有效，所以一直延续下来。到了清代，人们对疫病的认识有了进一步加深，熊立昌在《说疫全书》中指出：“瘟疫盛行，递相传染之际，毋近病人床榻，染其污秽，毋凭死者尸棺，触其恶臭，毋食病家时菜，毋拾死者人衣物。”警告百姓避免这些行为以防止疾病传染。清代政府还规定官宦人家有人患疫病时，虽然其本人未病，但也要百日不得入宫。

从古代政府采取这一系列手段与方法来控制传染病，可见当时人们在抗疫的实践过程已经初步形成控制传染源、切断传播途径等传统公共卫生思想，并且对传染病潜伏期的概念也有了一定的认识。

(2) 治未病：“治未病”，即防患于未然，是中国古代预防医学思想的充分体现。“不治已病治未病”是早在《黄帝内经》中就提出来的防病养生谋略。《灵枢·逆顺》曰：“上工刺其未生者也。其次刺其未盛者也。其次刺其已衰者也。上工治未病，不治已病。”根据《内经》之义，唐代药王孙思邈在他的代表著作《千金要方》中指出：“上医医未病之病，中医医将病之病，下医医已病之病。”其中“未病”、“欲病”、“已病”是疾病酿成前后的三个阶段，上医、中医和下医是医生的三种分类，而治疗“未病”可谓医者的最高境界。《内经》之《素问·四气调神大论篇》中“所以圣人春夏养阳，秋冬养阴，……是故圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱，此之谓也”，强调了养生的概念。《素问·刺热篇》中提到：“肝热病者左颊先赤，心热病者颜先赤，脾热病者鼻先赤，肺热病者右颊先赤，肾热病者颐先赤。病虽未发，见赤色者刺之，名曰治未病。”强调了根据望诊征象将疾病扼杀在萌芽状态之中。

在“治未病”的理论中，最值得一提的是我国古代的预防接种的理念和方法。早在秦汉时期，就已知应用狂犬脑敷于被狂犬咬伤伤口预防狂犬病；公元4世纪左右，《肘后方》中明确记载了人痘接种法，到16世纪已掌握了应用人痘接种技术来预防天花。1661年，得过天花的康熙继承皇位，他特意把一些富有种痘经验的医生调进皇宫种痘，人痘接种开始从民间走进皇宫，从而促进了种痘术在全国得以提倡和推广。这种方法在牛痘发明前是预防天花最有效的方法，可谓人工免疫的先驱。据清朝的张璐撰于康熙三十四年的《张氏医通》以及清乾隆四年由太医吴谦负责编修的一部医学教科书《医宗金鉴》介绍，古代种痘法有痘衣法

与鼻苗法两种。痘衣法是使未出过天花的人穿天花患者的内衣,让其感染天花而产生抵抗力,这种方法有一定的危险性。鼻苗法是用棉花团蘸沾天花患者的痘浆或痊愈期痘痂细末的调和液,塞入未出天花者鼻腔内,或者将痊愈期痘痂细末直接吹入鼻腔内,使其发生天花而产生抵抗力,分别称为浆苗法、水苗法与旱苗法,相对来说水苗法最为安全。随后,人们发现由未出天花者种痘后所出的痘,愈后的痘痂来接种更为安全,称为熟苗;并且强调种痘者种痘时必须健康无恙,精神身体保持最佳状态时为宜。

“治未病”理念强调的是强身、保健,防患于未然,并且开创了人工免疫的先河,为预防医学的发展提供了理论与实践基础。

中华民族饱受瘟疫的肆虐,但终究没有被吞噬。依靠劳动人民的智慧和勇敢在不断的抗疫中发扬、壮大,在抗争中积累了大量的“瘟疫”防治的实践经验,在疫病流行的促动下涌现了一批抗“疫”医学家,并且在中医药理论的支持下,撰写了一批疫病专著,为现代公共卫生事业的发展奠定了厚实的历史基础。

(二) 西方历史中公共卫生事件与公共卫生思想

史书上最早有详细记录的公共卫生事件是公元前 430 年的雅典瘟疫流行。古希腊历史学家修昔底德写道:“住在空气不流通的茅舍中,大量的人无法遏制地死去了。垂死者的身体互相堆积在一起,半死的人在街道上到处打滚,并且聚集于泉水的周围,因为他们想喝水。”之后的两千余年中,大大小小的瘟疫不断,一大批一大批的人死亡,一个个帝国、王朝也从强盛走向衰落。人们在惊恐失措中寻找原因,采取了各种各样的方法求生。在与疫病的长期斗争过程中,随着医学和科学技术的不断进步,预防医学与公共卫生的理念逐渐建立起来。

1. 西方历史上最骇人的传染病 西方历史上经受的瘟疫不下几百次,其中黑死病、天花是对人类最具有毁灭性、最骇人的传染病。

(1) 黑死病流行的有关记载:黑死病(the black death),又称瘟疫(plague)或鼠疫(murine plague),由于当时人们对鼠疫尚无认识,根据患者皮肤呈现许多黑斑而命名为“黑死病”。黑死病是世界历史上无可争议的流行时间最长、死亡人数最多、危害最为惨烈的人类头号杀手。欧洲文学史上最重要的人物之一、意大利文艺复兴时期人文主义的先驱薄伽丘在 1348~1353 年写成的《十日谈》就是瘟疫题材的巨著,引言里就谈到了佛罗伦萨严重的疫情。他描写了病人怎样突然跌倒在大街上死去,或者孤寂地在自己的家中咽气,直到死者的尸体发出了腐烂的臭味,邻居们才知道隔壁发生的事情。人们见到的是荒芜的无人耕耘的田园,洞开的酒窖无人问津,无主的奶牛在大街上闲逛,而当地的居民却无影无踪。

从历史上黑死病流行的时间和强度来看,主要有三次世界性大流行。第一次世界性黑死病大流行是著名的“查士丁尼鼠疫”,爆发于公元 542 年,肆虐近两个世纪。它源自中东,流行中心为近东、地中海沿岸一带,高峰期每天死亡万人,死亡总数近亿人。最骇人的当属第二次世界性鼠疫大流行,即 14 世纪在欧洲迅速蔓延的“黑死病”。意大利著名诗人、哲学家弗朗西斯科·比特拉克(1304~1374 年)在给他的弟弟的一封信里这样描述:“人们四处逃窜,抛下自己的家园,已经没有了国家的概念,到处是被遗弃的城市,到处蔓延着一种恐惧、孤独和绝望……”1346 年至 1665 年,丧生人数总计 6000 万以上,是当时全球人口的 1/3,其中欧洲死亡人数最多。1348 年疫情流行达到高峰,佛罗伦萨、威尼斯、伦敦等城市死

亡人数均在 10 万以上。1350 年至 1400 年,欧洲人均寿命从 30 岁缩短到 20 岁。第三次世界性鼠疫大流行是在 1860 年至 1930 年,此次鼠疫大流行的特点是传播速度快,波及范围广,前后共波及亚洲、欧洲、美洲、非洲和大洋洲的 60 多个国家和地区,死亡人数逾千万。其中最严重的是印度,在 1898 年至 1918 年的 20 年间,死亡人数竟高达 102.5 万余人。

(2) 天花流行的有关记载:天花是一种古老的疾病,据考证早在 3000 多年前的古埃及时代就曾留下了天花流行的痕迹。在古代埃及法老拉美西斯五世的木乃伊上,考古学家就在他的脸部找到了有天花的印记,通过考古学家和病理学家研究,认为这可能是人类历史上现在所找到的最早的一个天花病例。而最早有文字可考的天花瘟疫出现在公元前 6 世纪时的印度,由印度传入中国、日本、欧洲和北非(公元 700 年),再由北非传至加勒比(公元 1518 年)、墨西哥(公元 1520 年)、秘鲁(公元 1524 年);期间,通过中北非洲将天花传到巴西(公元 1555 年)和北美(公元 1617 年);印度在公元 1713 年将天花传到南部非洲;欧洲则在公元 1789 年将天花传到大洋洲。天花不分贫穷贵贱,无情地入侵宫廷、入侵农舍,任何民族、任何部落、不论爵位,都逃脱不了天花的侵袭,英国、俄国、德国的几位国王以及许多皇族权贵人物也逃不过天花瘟神的黑手。据记载,大约 60% 的人口受到天花的威胁,四分之一的感染者会死亡,大多数幸存者会失明或留下瘢痕。至 20 世纪,天花至少造成全球 3 亿多人死亡,而 20 世纪所有的战争中死亡人数最多几千万,还不及因患天花死亡人数的 1/3。对于欧洲殖民者来说,天花带给他们恐惧和灾难,然而他们却用天花使南美印第安文明灭绝。欧洲殖民者给新大陆原居民带去了多种原住民从未遇到过、因而不具有任何免疫力的传染病,其中最致命的一种就是天花。在天花的肆虐下,几个原先有数百万人口的印第安部落人口骤减,甚至灭绝。一个目睹西班牙殖民者征服阿兹特克帝国过程的传教士描述了天花的泛滥:“在一些地方满门皆绝。死者太多,以至无法全部掩埋;到处是臭气,只好推倒死者房屋作为坟墓。”

2. 传染病与公共卫生概念的逐步建立 公元前 450~前 377 年,古希腊医学之父希波克拉底开创了西方预防医学的思想,在他的名著《关于空气、水、场所》一书中,就已经将疾病与当地气候、饮水、居民体格和衣食住等环境联系起来,但这个时期预防医学思想未能找到真正的科学理论依据。一直到西方文艺复兴之后,公共卫生概念才真正开始形成。这一概念的形成,也是同西方历史上发生的一系列瘟疫事件分不开的,是在不断探索、实践抵抗瘟疫的过程中得到不断升华。其中,黑死病与天花的大流行对人类的打击是致命的,但对西方预防医学与公共卫生的发展却起了巨大的推动作用。

(1) 黑死病与公共卫生发展:由于黑死病病死率高,基本上达到百分之百,并且病情发展快,病人多则四五天,少则数小时,即将命归黄泉,加上无特效药可治,人们对这种疾病极其恐惧。在科学极不发达的当时,一直被迷信的人们认为是鬼神对自己的惩罚,人们除了向神忏悔之外,看不到其他什么可以阻止瘟疫的办法。教会组织进行了积极应对,从各个知识层面对瘟疫发生的原因进行了解释,包括神学的、星相学的和医学的。可惜的是,教会旧有的那套解说模式在突如其来的瘟疫面前并没有起到任何作用,教会无法对此做出合理的解释,同时牧师和主教也陆续死亡,最终引发了民众对宗教信仰的分裂。当时,欧洲的医学相当不发达,远远落后于中国和阿拉伯世界,几乎所有积极为人看病的医生,都在很短时间内染病去世了,人们手足无措。针对黑死病出现的原因,有无数种荒诞不经的说法,治疗的方案也是多种多样,如从通便剂、催吐剂、放血疗法、烟熏房间、烧灼淋巴肿块或者把干蛤蟆放

在上面,甚至用尿洗澡等。慌乱之中的人们也并非一无所获,在反复的实践过程中,一批具有重要价值的关于鼠疫及抗鼠疫方法的医学论文和著作诞生了,如贞泰尔·达·弗利格诺所著《防疫顾问》中提出了隔离的建议,科勒所著的《实用医学》以及标题为《巴黎医师学会对流行病的概述》的论文,提出了空气流通以及用香料、甘菊植物类、松和落叶松的松香熏蒸或醋熏蒸消毒的办法。医生们还发现穿着特别厚实的衣物手上戴一副大手套,鼻前系上一块海绵,海绵吸满浸有丁香和肉桂粉的醋,这样可以保护自己不染病,因此而发明了医用口罩,从此流传至今。1348年当鼠疫传到米兰时,大主教下令对最先发现疫情的三所房屋进行隔离,在其周围建起围墙,里面所有人不许迈出半步,使鼠疫没能在米兰蔓延。结果人们发现,隔离是阻断鼠疫蔓延的最好办法。丹多罗总督曾任命一委员会专门督导下列禁戒事项:死尸的特殊殡葬、墓穴的深度、严禁死尸暴露街头、对外来船只的戒备等。患者被安顿于城外指定的地方,实行隔离,凡得知有人患病,即须呈报。同年,欧洲一些地方市政当局建立了历史上第一批专门机构——临时性的卫生局,并且于1377年在杜布罗夫尼克进行了历史上第一次海港检疫。他们负责把病人送到隔离的医院,禁止货物进出口,清扫街道,疏通水道,编制死者名单等。在亚得里亚海东岸的拉古萨共和国首先颁布了对海员的管理规则。距离城市与海港相当远的地方,被指定为登陆之所,所有被疑为受鼠疫传染的人,须在空气新鲜、阳光充足环境里停留30天后才准入境。任何人与外来旅客有所接触,也要实行隔离。不久,30天的隔离仍被认为不安全,于是又延长至40天,称为四旬斋,这就是现代“海港检疫”的雏形。1684年,加斯塔尔迪撰写了一本汇集245条卫生法令的书,也是历史上第一部为抵制传染病的蔓延而颁布的防御法令。

由于一次又一次恐怖的鼠疫流行,人们认识到环境卫生、卫生习惯与健康的关系以及一些熏蒸消毒的办法,建立了传染病隔离以及传染病潜伏期隔离的概念,初步建立了早期检疫系统,颁布了一系列的卫生法规条例,使传统的公共卫生得到了完善和丰富。

(2) 天花与公共卫生的发展:当时天花被人们看做是一个不治之症,传染性强,病死率很高,成了世界性的灾难。这迫使人们采取各种方法与天花斗争。中国古代的医学家在中医学理论的支持下,经过长期的实践与探索,首先发明了人痘接种术来预防天花。中国被国际上公认为是最早应用人痘接种术的国家。据史书记载,种痘始于晋代,到清朝康熙执政后,种痘术在全国范围内推广。1688年,俄国派医生来北京学习人痘接种,回到俄国的医生们很快把人痘接种术传到了土耳其。1706年来华的法国耶稣会传教士殷宏绪,从中国宫廷医生那里搞到3个人痘接种的处方,他通过这3个处方,向西方人全面介绍了中国的人痘接种技术。18世纪60年代以后,接种人痘在英国以及整个欧洲变得日益普遍。

人痘接种保护了许多人的生命,但被接种的人仍然有一定的危险性,并且那个被接种的人也可以将这种疾病传染给其他人。西方医学工作者一直对这一领域进行新的探索,他们想寻求一种比“人痘接种法”更简便有效、更加安全的新方法。

1773年,爱德华·琴纳在家乡伯克利开诊所。一天,一位来看病的挤奶女工告诉琴纳,她得过牛痘,因此就不会染上天花。牛痘是发生在牛身上的一种传染病,如果挤奶工的皮肤上有伤口,就很容易被感染。通常,人感染牛痘大约经过3~4周就可以痊愈。这引起了琴纳对牛痘的注意,他有意识地进行观察和记录,经过对五年时间的观察记录进行分析,区别出对天花具有预防作用的牛痘。琴纳知道这一结论仅仅是一个假说,假说需要检验。在检验假说的过程中,一个乡村的牛奶场“真正的牛痘”爆发了,因而,他修正了假说,假定脓包中

物质的致病力转移了疾病,它也同样地在强度上可增加或降低。当脓包中的物质在它最强的时候,牛痘才能抵抗天花。然后,琴纳设计了一个实验去检验他最后的假说,即从感染牛痘并处于最坏时期的病人手臂上抽取了一些物质,用这种物质有目的地感染健康儿童。当牛痘在小孩身上发生作用之后,将天花疱疹中的透明液体粘到该名儿童抓破的皮肤里,之后,观察感染天花的迹象,结果没有发现天花的症状。在经过多次成功试验接种后,1796年,他向外界公布了他的实验结果:人类接种牛痘可以产生对天花的免疫力,并且不会遭遇什么风险。这个新方法旋即传遍了欧洲,在全世界得到了广泛的传播。

由于天花,人类发明了疫苗,成功开启了采用人工免疫来预防传染病的科学方法。继牛痘之后,卡介苗、百日咳疫苗等一系列免疫学的重大成就相继面市,推动了预防医学与公共卫生的发展。

(三) 传统公共卫生概念的形成

纵观中西方国家历史上所经历的重大公共卫生事件和预防医学与公共卫生思想的建立、发展过程,可见当时的预防医学与公共卫生概念主要是围绕着预防和控制传染病而建立起来的。人们在长期对抗传染病的过程中认识到阻断传染源向外播散病菌、病毒;进行物理隔离,切断传播途径;改善环境卫生,注意消毒;应用人工免疫的方法预防传染病等这一系列传染病的预防措施。虽然中国古代对预防医学与公共卫生的一些认识较西方社会要早,但是由于中西方文化的差异和医学理论体系的不同,加上西方自然科学和医学的快速发展,从17世纪开始,西方预防医学与公共卫生的理论体系已开始形成。

17世纪的欧洲工业革命时期,一方面,欧洲大量的农民从乡村涌入城市,工业生产从小作坊过渡到大工厂,居住密集,超时劳动,营养不良,饮水污染,粪便垃圾堆积如山,蚊蝇孳生,传染病横行蔓延,居民健康状况下降;另一方面,欧洲的文艺复兴和工业革命促进了自然科学和医学的进步,从而推动了预防医学与公共卫生的发展。人们在与传染病的斗争中,发展了传染病流行病学和消毒、杀虫、灭鼠和预防接种、检疫等防疫措施。与此同时,政府机构主动扮演了重要的角色。它们首先采取了改善环境卫生的措施,整治上、下水道,对饮水进行净化消毒,对粪便、垃圾进行处理,控制蚊蝇孳生,改善居住和营养条件,并且在环境卫生、职业卫生、营养促进等方面开展了更多的工作。在改善劳动条件、防治职业病的过程中,发展了劳动卫生和职业医学;在与营养不良和营养缺乏症的斗争中发展了营养与食品卫生;从人们生老病死等全方位的预防保健出发,发展了围生医学、妇幼保健、学校卫生和老年保健等学科;并发展了一系列为上述学科作基础的卫生统计学、卫生微生物学和卫生化学等学科。公共卫生的概念开始真正形成,我们称之为传统的公共卫生。传统公共卫生主要围绕免疫接种、健康检查和特殊人群保健等预防医学措施以及健康教育、公共卫生执法三项职能展开。

二、现代公共卫生

欧洲的文艺复兴和17世纪的工业革命,推动了自然科学的发展,带来了社会和医学的新变革。物理学、化学、生物学、解剖学的发展以及显微镜的发明从而推动了组织胚胎学、病理学、寄生虫学和细菌学等的发展,使人们逐渐认识了发病的因素。到19世纪,社会和医学的变革达到了高峰,如琴纳发明了接种牛痘,创造了人工免疫;科赫发现了结核菌、霍乱菌等;利斯特发明外科消毒法以及弗莱明青霉素的发明使急性感染性疾病得到了有效控制。

随着社会的工业化发展,环境的污染、生活条件和生活方式的改变,危害人类生命健康的元凶已不仅仅是传染病,公共卫生事件趋向于多样化和复杂化,使公共卫生的概念的重心发生改变,内容更加丰富,范畴更加广阔。而1923年,美国公共卫生专家 Winslow 对公共卫生的界定,则可以认为是传统公共卫生进入现代公共卫生的一个里程碑。

随着社会的发展,各种因素引发的公共卫生事件接踵而来,虽然杀伤力不如早先的那些烈性传染病,但也严重威胁着人类的健康。人们在应对这些公共卫生事件过程中,逐渐认识到影响健康的因素除一般认识到的物质环境外,社会因素也起着很大的作用。而要改变这些环境和行为因素单靠卫生部门是难于胜任的,需要政府的参与和主导、各个部门间的协调、合作,需要公平地获得有效的医疗保健,新的公共卫生概念随之诞生。

我们可以通过近代和当代所发生的公共卫生事件、存在的公共卫生问题及其应对来进一步认识,新公共卫生概念的形成是必然的。

(一) 环境污染的治理需要多部门合作

19世纪末微生物理论的发现和创立,使人们了解了传染病的致病机制,解开了传染病病原如弧菌、肠热症杆菌、鼠疫杆菌、麻风病杆菌、结核病杆菌等致病的途径、方式和它们的生活空间,人们对传染性疾病也不再是“盲人摸象”。1928年,英国微生物学家弗莱明发现了人类历史上的第一种抗生素——盘尼西林,这种被广泛应用的抗生素使人们不再受细菌的威胁。从前谈虎色变的传染病像鼠疫、霍乱、伤寒、黄热病、痢疾和肺结核等也在一定程度上得到控制,疾病死亡率降低,生命质量大幅上升,人均寿命提高。

但是,新的公共卫生问题摆在了我们面前。1931年,在日本富山县神通川沿岸发生了一种怪病,发病初期为腰背膝等处疼痛,进而疼痛遍及全身,骨骼软化,身体萎缩,骨骼关节严重畸形,最后卧床不起,呼吸困难,在极度疼痛中死去。当时在神通川两岸已发现280多例病人。经调查是上游的矿业公司将大量的含镉的废水直接排入神通川,河水受到严重污染,使河两岸的稻田也受到严重污染。人们长期食用被镉污染的水和大米,造成了镉中毒。由于病人发病时不断地喊“痛啊!痛啊!”,也称其痛痛病。1953年,日本熊本县水俣镇开始连续出现了某种相同怪病的人。发病初期患者口齿不清,步态不稳,面部痴呆,进而耳聋眼瞎,全身麻木,最后精神失常,痛苦而死。到1956年估计有60名这样的患者。据调查,发现这种病是由于汞污染了水,人们食用了受污染的鱼虾而引起的。因为发生在水俣镇,故称之为水俣病。这是两起典型的环境污染引发的中毒事件。

1930年12月,比利时马斯河谷被一场异常的大雾笼罩,导致当地居民有几千出现呼吸系统疾病,死亡63人,远高于同期正常水平,其中以心脏病、肺病患者死亡率最高。这次事件曾轰动一时,虽然比不上日后英国伦敦的烟雾事件,但却是20世纪最早记录下的大气污染惨案。1952年12月,英国伦敦发生烟雾事件,12月5日至8日死亡人数较常年同期多约4000人,并且使成千上万的病人病情加重,大批的人因此而引发了呼吸系统疾病。这种因为环境污染而引发疾病,危害人们健康,甚至中毒死亡的例子不胜枚举。

更令人担忧的是,由于现代工业化导致环境的恶化,人们长期生活和工作在被污染的环境中,致使人类细胞、基因发生畸变和突变,引起恶性肿瘤的高发已经成为不争的事实。恶性肿瘤逐渐成为全球人群死亡的主要原因。2006年,根据中国30个城市和78个农村县死亡原因统计,恶性肿瘤排在首位。

多项研究表明,环境污染危害的不仅仅是一代人,而是几代人,甚至可以导致人类的灭绝。预防和治理环境污染工作刻不容缓,这项工作需要每个人、每个企业、每个单位、各个管理部门共同参与、互相配合完成,并且政府的主导、政策的支持是必不可少的。

(二) 慢性非传染性疾病控制需要公平的卫生服务

进入 20 世纪,现代工业化的发展又给公共卫生带来了新的课题。在社会文明发展进程中,现代工业化一方面加速了社会经济的发展,饮食结构发生了改变;另一方面,现代化设施的普及使人类运动量大大减少,人类的健康受到极大的影响。

20 世纪 50 年代,慢性非传染性疾病如心血管疾病、肿瘤、糖尿病等率先在发达国家和地区流行。首先是心脑血管疾病的发生发展出现重大变化,美国和西欧国家的心脑血管疾病发病人数和死亡人数迅速增加,死亡人数在全人群总死亡人数中逐步上升至 50% 以上,东欧、俄罗斯和波罗的海国家紧随其后;到 20 世纪 80 年代,亚非拉等经济发展落后的地区心脑血管疾病问题也明显凸现。与此同时,肿瘤、呼吸系统疾病、内分泌营养和代谢疾病的发病人数和死亡人数也呈上升趋势,全球慢性非传染性疾病发病人数、死亡率快速上升。目前,慢性非传染性疾病已经取代传染性疾病成为人群死亡的首要原因。据 WHO 报告,2005 年全球由于各种因素死亡 5800 万人,其中因慢性非传染性疾病而死亡的共 3500 万人。与传染性疾病不同的是,慢性非传染性疾病致病原因往往不是微生物,而是不健康的生活方式。大量的研究已经表明,饮食和运动是关键的影响因素。2007 年美国疾病控制中心公布美国的十大死因,依次为心脏病、癌症、脑血管疾病、慢性呼吸道疾病、意外事件、糖尿病、阿尔茨海默病、流行性感冒和肺炎、肾脏疾病以及败血症。心脑血管疾病依然是发达国家人群死亡的首要原因。

在这样的情况之下,公共卫生重点从消除病原体来预防疾病的策略发展到改变个人或群体的生活、饮食习惯,比如控烟、运动、减肥等。美国和西欧等国家尝试采取加强健康教育和社区干预等公共卫生措施来进行防治,结果发现慢性非传染性疾病发病率和死亡率逐年下降,当然这其中不能排除医学科学技术的进步和药品的发展所起的作用,但我们认为,健康教育和社区干预所起的作用是关键。加强健康教育并且通过对社区一般人群和特定人群可预防的行为危险因素进行干预,从而有效预防慢性非传染性疾病的发生,同时对社区居民进行健康监测与分析,收集相关疾病的发病和流行情况、居民的健康需求、生活行为以及环境因素等影响健康的危险因素的信息,掌握居民的健康状况,做好慢性非传染性疾病管理,成为新的公共卫生不可或缺的内容。

与此同时,为保障人群健康,以社区为基础的基本医疗服务也被提到了公共卫生的议事日程上来,随之健康公平的问题也凸现出来。有调查发现,美籍非洲人、美籍拉美人、土著美国人、亚裔美国人以及太平洋岛人的健康状况均比白人差。发达国家英国、美国、德国等先后建立起医疗保障体系,如英国于 1948 年建立为全民提供免费医疗的国家卫生服务(National Health System, NHS)。通过多部门的合作,建立有效的基本医疗保障,保证个体和人群卫生服务的可及性和可得性,实现卫生服务的公平性是公共卫生实现保障人群健康目标所不能回避的问题。

1986 年在加拿大渥太华通过的《健康促进宪章》提出,用健康促进来对付新公共卫生问题。同年,英国利物浦市提出建立健康城市和健康社区计划,并总结经验出版了《新公共卫

生》一书,倡导以社区为方向的新公共卫生服务。

(三) 新发传染病的预防与控制需要政策引导

人们知道,随着自然科学和医学科学与技术的进步,人们发现了传统的传染病的致病原以及致病机制,再加上抗生素的发明,传统的传染病已基本被控制和消灭。然而,新发的传染病相继出现,告诫人们预防和控制传染病的警惕性不得有丝毫的放松。

1981年,美国疾病控制中心首次报告艾滋病;1983年,法国巴斯德研究所首先从患者血清中分离出一种病毒;1986年,国际统一将其命名为“人类免疫缺陷病毒”(human immunodeficiency virus, HIV)。HIV在世界范围内以惊人的速度传播。1985年,全世界已有43个国家发现了艾滋病,患病人数达13 500人,死亡6 079人;到1997年,全球已有240多个国家和地区发现艾滋病疫情。2008年7月29日,联合国艾滋病规划署发布的《2008艾滋病流行状况报告》指出,在2007年全球艾滋病毒感染者达到3 300万,其中67%集中在撒哈拉以南非洲。2007年,全球防治艾滋病的努力取得了显著进展,艾滋病流行首次呈现缓和局势,新增艾滋病毒感染者的数量以及因艾滋病死亡的人数都出现了下降。不过,各国的情况并不均衡,全球艾滋病患者的总数也仍然居高不下。

2002年11月16日,中国广东省佛山市发现第一例SARS病例。2003年2月22日入住中国香港一酒店的医生感染SARS病毒死亡,由于死亡之前感染了10名与他住同一间酒店的客人,导致了之后中国香港医院、越南、加拿大、新加坡和中国香港陶大花园的重大疫情,并引起了全球的传播。3月15日,世界卫生组织(World Health Organization, WHO)将此病称为SARS,并于4月16日在日内瓦宣布分离出病毒,正式命名为SARS病毒。4月21日至4月底,北京SARS疫情严峻,最高一天新增病例达150多人。之后政府出台了一系列的应对措施,如北京市通告对SARS疫情重点区域并采取隔离控制措施,中小学停课,医院整体隔离,8天紧急筹建小汤山临时传染病医院并收治病人等。5月9日,温家宝总理签署国务院第376号令,公布实施《突发公共卫生事件应急条例》。5月19日北京新增病例数首次降至个数——7例,6月8日,北京新增SARS病例零纪录。6月24日,世界卫生组织宣布,北京SARS疫情明显缓和,将北京从SARS疫区名单中排除。

这次SARS的流行,全世界共有23个国家和地区报告临床诊断病例8 089例,死亡774例,全球平均病死率10%左右。

由此可见,控制传染源、消灭致病原,切断传播途径,保护易感人群依然是预防和控制传染病的有力措施,而发现致病原和消灭致病原依然是控制传染病的突破。随着经济、社会的发展,城市流动人口增加,交通、运输业的日益发达使传染病暴发流行比以往更快且范围广,控制传染病的难度也日益提高,此时政府的公共政策至关重要,可以发挥其特有作用。通过政策引导,可以改变百姓行为意识,并把相关知识传授给老百姓。同时,只有通过各级政府间、部门间、卫生部门的内部合作和社区参与,才能有效地控制和消灭传染病。

(四) 新公共卫生概念的形成

在经济、社会的发展中,人类付出的代价也是沉重的。环境污染、生活方式的改变、新发传染病肆虐等威胁着人类的健康。除此之外,食品安全问题、心理健康问题、意外事故的伤

害等公共卫生事件的不断发生,使人们越来越清楚地认识到社会环境因素对人群健康的影响。而要改变这些因素不是单靠卫生部门一个单位就足够的,需要全社会的参与和支持。因此,提出了新公共卫生的概念,其要素比起传统的公共卫生来,还包括了公平地获得有效的医疗保健、以社区参与为基础的伙伴式健康公共政策,以及部门间的合作。

新公共卫生概念的提出,与20世纪全球健康问题演变、政府治理模式的转型不无关系:①健康问题比如防治心脑血管病、癌症等不能仅靠卫生部门和个人的努力,社会行动、政治行为至关重要。②现代服务型政府的形成,导致政府治理理念的变化,政府在公共卫生体系中的角色更加重要,其职责已经扩大到预防疾病、保持居住环境健康、促进健康行为、保障人群的心理健康、确保饮食和营养卫生等。不仅如此,现代政府的基本要求是维护公平,实现人人享有卫生保健。③健康不仅仅是一种创造财富的生产资料,它本身就是目的,而不是工具,这也是新公共卫生概念中的一个重要观点。

新公共卫生并没有摒弃传统公共卫生的内容,而是在此基础上,更强调了把改善物质、个体预防和适宜的治疗结合起来,通过多部门的合作和社区的参与,在多种场所开展健康促进,从而实现公共卫生所肩负的使命。

三、公共卫生的定义

公共卫生经过相当长时期的发展,逐渐形成了一套完整的理论体系。这一体系主要包括公共卫生的内涵和外延。内涵和外延的结合是新公共卫生概念的真实体现,是现代公共卫生的特征。

(一) 公共卫生的内涵

关于公共卫生的最著名的、国际公认的公共卫生定义是由美国公共卫生专家 Winslow 于1923年提出的,即“公共卫生是指通过有组织的社区力量,高效率预防疾病、延长寿命、促进心理和身体健康,并能发挥更大潜能的科学和艺术;其工作范围包括环境卫生、控制传染病、进行个体健康教育、组织医护人员对疾病进行早期诊断和治疗,发展社会体制,保证每个人都享有足以维持健康的生活水平和实现其健康地出生和长寿”。这一定义于1952年被WHO采纳并沿用至今。

美国医学会对公共卫生的定义是“在确保人民健康的情况下,实现社会利益”。这个定义强调那些影响健康的环境因素。美国医学学会认为公共卫生的涵义广泛,并与社会、经济、政治、文化和医疗服务不可分割,确保每个成员健康是整个社会的利益所在。英国等国家则认为公共卫生是一门艺术(art),通过社会有组织的努力来预防疾病、延长寿命和促进健康。1997年,澳大利亚确立的公共卫生定义则表述为“公共卫生是有组织的社会反应,这些社会反应是为了促进人群的身心健康,预防疾病、伤害和残疾”。

针对中国的国情,前国务院副总理吴仪女士在2003年全国卫生工作会议上对公共卫生做出了一个明确的定义,即“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,培养良好的卫生习惯和文明生活方式,提供医疗服务,达到预防疾病、促进人民身体健康的目的”。这一论述高度概括了我国公共卫生的基本内容,并指出,公共卫生体系建设需要政府、社会团体和民众的参与,其中,政府是关键角色。

尽管有不同公共卫生定义的表述方式,但是公共卫生的内涵是一致的,包括:①公共卫

生是一种涉及广泛的实践和科学活动,又是一门艺术或技术,是以人群为基础的;②公共卫生服务是一种成本较低、社会效益好、影响广泛的大众化服务,是针对人群进行的活动;③公共卫生问题的解决需要强有力的公共政策支持,政府主导和政府干预对公共卫生工作起着关键作用;④公共卫生最终目标是促进和改善居民健康,提高生命质量,延长居民寿命;⑤公共卫生问题不仅仅是技术问题,更是社会问题,具体解决过程中涉及社会各个层面,需要全社会和各个部门的协同和参与;⑥公共卫生需要强大的技术力量支撑,需要具有良好教育和多学科背景的人才队伍。

(二) 公共卫生的外延

传统公共卫生的职能主要指由卫生部门负责的三大任务,包括健康教育、预防医学措施(免疫接种、疾病筛查和治疗等)以及卫生执法。但是随着社会经济的不断发展,公共卫生工作范畴也在扩大。就目前中国经济和社会发展现状,公共卫生的外延主要体现在环境卫生建设、公共卫生人才培养、精神和心理卫生与健康促进、卫生服务公平性保障、公共卫生政策研究和制定等方面。

作为公共卫生范畴内的环境卫生具有特殊性,关系到人群的健康,无论个人还是团体都无法承担这项工作,唯有国家才有能力负担。环境卫生也不仅仅局限于生活污物的处理,工业污染及治理、职业环境都属于重点内容。工业污染往往和人的健康间接发生关系,但是它对生态环境的破坏,由此带来的对人群健康的影响却可能非常严重。

心理健康和促进在传统的公共卫生体系中没有太多的位置,也没有引起足够多的重视,然而在当今社会,心理健康问题不仅仅是个人问题,也关系到整个社会的正常生态。

人才的培养是公共卫生事业发展与进步的重要保证,国家必须把卫生人才特别是公共卫生人才建设作为一项系统工程来抓,方能为卫生事业提供足够的人力资源,否则卫生领域特别是农村卫生人才缺乏的现状将无法得到改善,更谈不上对居民提供基本健康的服务了。

从本质上讲,公共卫生就是提高和保障人群健康水平,确保全体居民公平地享有基本健康保障。人人享有健康是人类的一项基本权利,这种权利不能因为任何因素或原因而被剥夺,这就是所说的健康公平。

21世纪以来,环境卫生工作也逐步成为了保障人群健康的重要内容;人才培养是公共卫生事业发展与进步的重要保证;精神和心理卫生也进入了公共卫生的范畴;确保基本医疗服务的可及性与可得性成为了大公共卫生重要的组成部分;公共卫生的范围不仅仅局限于健康水平,还要求能科学、动态地做出公共决策。

在新的历史时期下,公共卫生事业应该内涵与外延并举,协同发展。

第二节 公共卫生体系

随着社会和公共卫生实践的发展,人们认识的更新,公共卫生从传统公共卫生发展到新公共卫生,并且对公共卫生的内涵和外延有了明确的界定,也进一步明确了公共卫生的使命就是保障公众的健康,而建设一个科学高效的公共卫生体系是实现保障公众健康这一目标的必要保证。

一、公共卫生体系的涵义

关于公共卫生体系,凡是公共卫生从业人员都有所了解,那么公共卫生体系究竟指的是什么?应该包括哪些部门?应该履行怎样的职责?至今尚没有一个系统的阐述。明确公共卫生体系的内涵,界定其基本职能,是建设完善、高效的公共卫生体系的关键。

公共卫生体系的定义和它的范畴一直以来并不明确,说法不一。有人认为疾病预防控制机构和卫生监督机构构成了公共卫生体系,也有人认为公共卫生体系除了疾病预防控制机构和卫生监督机构外,还应该包含传染病医院。也有文献认为一个有效的公共卫生体系应包括强大的中央和地方卫生机构、训练有素的卫生专业技术人员、畅通和准确的疾病监测和报告系统、现代化的实验室、能与政府其他部门迅速沟通的电子信息系统、足够的物品储备、预防疫情扩大的有效方法。

首先我们来认识体系,体系是指若干有关事物互相联系、互相制约而构成的一个整体。2006年,美国疾病预防控制中心(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)提出一个简明但范畴更为广阔的概念,公共卫生体系是指在辖区范围内提供基本的公共卫生服务的所有公、私和志愿机构、组织或团体,认为公共卫生体系是一个网络系统,是由具有不同作用、不同关系并且相互作用的各种组织机构组成,为整个社区和地方公众健康和幸福服务。具体来说,公共卫生体系的组织和部门一般应包括:①国家、省市和地方的公共卫生机构。它们作为政府代表提供公共卫生服务,是公共卫生体系的重要组成部分,作为整个公共卫生体系的支柱起着主要的作用。②卫生保健提供者,如医院、社区卫生服务中心、精神卫生组织、实验室、护理院等,提供个体的预防、治疗和康复等卫生服务。③公共安全组织,如公安、消防、医疗急救中心,负责预防和处理与公众健康有关的公共安全事件。④环境保护、劳动保护和食品安全机构,主要是依靠执法或倡导健康安全的环境,保障健康的生存环境从而保护人群的健康。⑤文化娱乐、教育、体育的机构和组织,负责告知、教育、培养公众健康的生活方式和卫生习惯,特别是儿童青少年,并帮助做出决定,负责任地为他们的健康和生活选择合适的行动,创建健康的精神生活的环境。⑥民政部门、各种慈善组织、社区与健康有关的部门和组织、志愿者组织以及企业、商务机构等,为弱势人群提供生存和健康公平的保障以及发展的经济资源。⑦信息平台 and 交通运输部门,方便卫生信息的传输和获取,卫生服务的提供和获得。⑧大学和研究机构,负责培养公共卫生人才和从事公共卫生领域的科学研究。在这个错综复杂的网络体系中,虽然政府公共卫生机构和卫生保健的提供者是公共卫生的主体,在公共卫生体系运行过程中发挥着关键作用,但还必须要与社会其他的组织和政府的其他部门建立和维持伙伴关系,与社区、医疗卫生服务提供系统、学术机构、企业、媒体等其他各部门互相协调、合作,才能完成所有公共卫生的基本职能。

美国卫生与公共服务部官员 Danny Shalala 博士于 2001 年 5 月在伊利诺伊大学公共卫生学院开学典礼上,结合美国的公共卫生的现状以及存在的问题,做了“建设 21 世纪公共卫生体系的十项原则”的演讲。她阐述了现代公共卫生必须参与信息技术革命,一个好的公共卫生战略应该积极运用现代通讯工具;人们寿命已经是越来越长,更多人的死因是个人不良行为所致的慢性疾病,我们必须重视预防;必须保证持续而有效的学术研究;为使所有的美国人更加健康,必须消除卫生服务的不平等性;随着经济大繁荣时代的到来,需要更多的

针对这一时期的卫生保健工作的专家,因此今天就必须重视培养明天的人才;为使国家更加健康,需要支持和保护卫生研究学术中心;超越自己的职业界限,发现公共卫生的不足,并且设法去弥补它;卫生保健体系的革命也带来了严重的伦理学问题,生命伦理学必须作为一门科学来对待;必须帮助其他国家建立公共卫生基础设施;公共卫生必须有所作为,为人类做出更大的贡献。虽然这是针对美国的利益而提出的关于公共卫生体系建设的原则,但不无参考价值。

二、公共卫生体系的基本职能

公共卫生概念内涵的不断丰富,外延的不断拓展,为了高效地实现保障公众健康的目的,除了必须整合各级政府的公共卫生机构、社区、医疗卫生服务机构、学术机构、企业、媒体等各种社会力量,并发挥各自的优势,构建科学合理的公共卫生体系以外,明确公共卫生体系的职能定位、基本任务及利益各方在其中的责任和义务是必不可少的。

美国、英国、澳大利亚等国家以及 WHO 也陆续制定了公共卫生的基本职能或公共卫生体系所需提供的基本服务。美国提出了评估、政策发展和保证 3 项基本职能,并且进一步细化为 10 项基本服务;澳大利亚提出了 9 项公共卫生基本职能的框架。总的来说,现代公共卫生体系应该履行的基本职能概括起来涉及三大类的卫生服务的提供,即虫媒控制、健康教育等活动等人群为基础的公共卫生服务;免疫接种、婚前和孕产期保健等个体预防服务;治疗肺结核和性传播疾病等具有公共卫生学意义的疾病的个体治疗服务。以这三大类卫生服务提供为基本框架,进一步具体化现代公共卫生的基本职能。

公共卫生体系的基本职能是研究、发现影响健康的决定因素,并采用以现代通讯技术为主的各种方法向公众宣传和教育,预防和控制疾病,消除健康的不平等,预防伤害,保护和促进人群健康,培养新一代公共卫生人才等一系列的活动。虽然公共卫生体系的基本职能所涉及的活动已大大超出了卫生部门管辖的领域,但是在职能的履行过程中,真正发挥主导作用的还应该是卫生部门。

在公共物品的理论体系中,公共卫生体系的基本职能属于公共物品,因此政府有责任保证这些公共物品的提供。政府的责任不仅仅体现在保证公共卫生体系的基本职能所需资金的投资,还体现在政府有责任履行大部分的基本公共卫生职能或者政府通过购买的方式来提供价廉质优的公共卫生服务。也就是说,政府提供公共卫生产品和服务并非一定要由政府直接组织生产和经营,在市场机制的作用下,只要提供公共卫生服务的医疗卫生机构能够提供符合共同利益特点的、令公众满意的服务,并且不需要为其净收益的增加而增加额外的成本,政府可以通过向其购买公共卫生服务的模式来实现。政府还有责任协调各部门之间的关系,从而切实保证公共卫生体系的基本职能的履行。

2005 年,卫生部发布施行了《关于疾病预防控制体系建设若干规定》和《关于卫生监督体系建设的若干规定》,明确了疾病预防控制机构和卫生监督机构的基本职能。值得注意的是,要避免公共卫生体系中各个组成部分如疾病预防控制体系、卫生监督体系等的各自为政。因此,必须将公共卫生体系作为一个整体,根据公共卫生的内涵和处延,结合我国的实际情况,对我国现代公共卫生体系应该履行的基本职能做出明确、详细的系统阐述。

第三节 发达国家公共卫生体系的模式

2004年, Baglehole 等提出公共卫生是以持久的全人群健康改善为目标的集体行动。这个定义的提出进一步明确了公共卫生的目标,即全人群的健康改善。实现这一目标需要公共卫生体系各个组成部门互相协调、合作履行各自的基本职能以外,还必须减少或消除健康的不平等。只有保证健康的公平性,保障和改善全人群的健康才成为可能,否则成为一句空话。而健康的公平性主要体现在卫生服务的提供和医疗保障体系,并且两者之间互相依存。

让我们来了解下发达国家公共卫生体系的组成机构、相互间的关系及履行的职责,健康公平性的保障机制以及政府扮演的角色,以期从中得到启发。

一、发达国家的公共卫生体系概况

对于发达国家的公共卫生体系建设情况,我们以美国、英国、德国为代表,作一大概的了解。

1. 美国 美国的卫生行政实行垂直的三级管理制度,即联邦、州、地方三级。在国家层面,美国卫生与公共服务部(United States Department of Health and Human Services, HHS)是负责保证美国国民健康和提供医疗公共事业服务的联邦政府部门,联邦各州拥有自己成体系的卫生部门。联邦政府中,HHS承担着公共卫生的主要职能,与其他联邦政府机构协调履行使命。

州和市均设有公共卫生局,HHS对其只是政策性指导或要求,两者之间不是领导与被领导的关系,而是协作关系。公共卫生局主要承担公共卫生事务管理的职责,具体承担包括人口出生、死亡的统计汇集、疾病报告、流病控制、环境卫生管理(包括水质、食品、餐馆的管理、放射物控制、有毒有害物质测试等)、公共卫生实验室服务、妇幼卫生(包括学校卫生在内)以及卫生教育等方面工作。大多数地方性卫生机构负责地方的疾病预防工作,包括计划免疫、儿童保健等,负责控制肺结核、HIV咨询与检测服务、性病治疗等,负责对餐馆卫生状况检查、饮用水卫生控制和污水排放体系等进行监督监测,以及传染病通报等。

美国CDC是联邦政府卫生与人类服务部的13个主要运作机构之一,是联邦政府保护人民健康和提供必需的健康服务的机构。美国CDC下设14个中心、研究所或办公室,主要由环境健康与伤害预防中心、卫生信息与服务中心、健康促进中心、传染病中心、全球健康办公室、恐怖与突发事件应对办公室、职业安全与健康研究机构等组成。

由于美国联邦制的特点,州政府卫生部门负责州卫生事务,与联邦政府CDC不存在上下级关系,只有当工作需要时提出要求联邦政府才介入。因此,三级公共部门之间的管理较为松散,州或地方卫生局实际上是履行疾病控制职责的主体。州及地方卫生局不再专门设置CDC机构,卫生局承担了疾病控制工作的管理、执行和实施职能。

美国的医疗卫生服务提供机构包括医院、诊所、健康维护组织、公共卫生机构、护理院等。医院是医疗产业的一种组织型式,无论私立还是公立医院都按市场经济模式进行操作。医疗保险采用按病种预付的模式,医院、医生、医疗组织、保险公司、中介服务者和消费者构成一个封闭的系统。除了住院治疗外,近年来,门诊服务和家庭护理越来越盛行。健康维护

组织是一个组织严密、层次分明、高度统一的卫生保健系统,其按照法律法规及卫生标准和要求承担大量的卫生保健服务工作,采用自主经营、自担风险、自负盈亏的运转模式。

在全球各个国家突发公共卫生事件应急体系中,美国的突发事件预警与应急处理能力在全球独领风骚。美国这套仍处于不断建设和完善中的公共卫生突发事件应对系统包括了公共卫生、突发事件管理、执法、医疗服务和第一现场应对人员等在内的多维度、多领域的综合、联动、协作系统,而疾病预防控制中心是整个公共卫生突发事件应对系统的核心和协调中心。

值得一提的是,美国的一些非政府机构和组织,如医疗提供者(医院)、大学与医学院、保险人和卫生维护组织,也承担了部分公共卫生服务的工作。近几年来,社会团体参与公共卫生服务的趋势越来越明显。社会团体的参与有利于整个体系更加有效地运作,有利于许多措施更快更有效地得以实施。

美国的公共卫生体系通过防御流行性疾病;保护人们居住环境、工作场所、住宅、食品和用水的安全卫生;改善人们的卫生习惯;监测人口的卫生保健情况;动员社会性组织参与公共卫生事务;对灾难性卫生事件做出快速有效的反应和应对;确保医疗保健的质量、可获得性和责任履行的完整性;主动出击,为身处高度危险状况和边远地区的人群及时提供必要的援助和服务;开展科学研究,不断创建新的有效监控措施;引导制定完善的卫生保健政策和相关计划 10 个方面的工作,为数百万美国人民的身体健康提供完善的、全方位的服务。

综上所述,美国的公共卫生体系主要由医院、门诊部、健康维护组织、公共卫生机构、护理院等组成,其履行的职责主要有以下三个方面:

(1) 对公共卫生状况定期进行评估。所有的公共卫生机构要定期、系统地对居民健康状况、公众卫生需求、流行病以及其他健康问题的资料,进行收集、筛选、分析,公布公众卫生健康信息,并由此进行公共卫生状况的评估。

(2) 参与制定公共卫生政策法规。所有的公共机构对公共卫生事业持有一种战略性的决策和管理意识,每一个公共卫生机构都有责任参与公共卫生及相关政策的修订,并且有责任促进科学、卫生知识在政策修订方面的应用,制订完善的公共卫生政策服务于公众。

(3) 确保为公众提供切实到位的服务。首先,由政策制定者和普通公众共同来决定哪些卫生保健服务需要优先执行;其次,政府为那些无力负担服务费用的人提供补助,或者将高度优先执行的服务免费提供给他们来确保服务的切实到位。提供服务的方式主要有以下几种,一是鼓励其他的公共或私营机构承担,二是通过法规敦促相关机构承担,三是由公共卫生机构直接执行。

2. 英国 英国的社区健康服务是闻名世界的,它所涵盖的内容十分广泛,几乎涉及了居民医疗卫生保健的方方面面,包括:①涉及居住环境、自然、气候、居民衣食住行的改善与保健的健康促进工作;②提供包括心理健康、服务需求的咨询,个人卫生行为的培养与自我保健能力提高的健康教育服务工作;③以婚姻保健和青春期、孕期及围生期保健为重点的妇女保健服务工作;④从婴儿开始一直到 18 岁的系统儿童保健服务,如幼托机构保健、中小学校卫生、生长发育检测及饮食营养、计划免疫、五官保健、疾病防治、预防意外伤害等;⑤包含了老年生理、老年高血压、心脏病、糖尿病、心理失衡及老年性痴呆等疾病的预防、治疗以及家庭护理和入住老年健康院检查与诊治等老年保健服务;⑥伤残人士的保健服务,包括意外伤害的防治、伤残人士的康复指导与家庭护理、弱智等特殊儿童的保健与咨询等;⑦疾病诊

疗和转诊服务,社区居民一般先通过社区家庭医生诊疗,对疑难重症,才转往医院门诊或联系住院治疗,或设立家庭病床在社区诊疗;⑧建立完整、系统的家庭健康档案,从出生建立儿童保健卡册(俗称健康户口)开始,直到18岁,不管是健康检查、预防接种、入园上学、看病住院都必须带上健康卡册,否则医生可以拒绝提供服务。可见,英国的社区卫生服务承担了公共卫生体系基本职能的大部分,成为公共卫生体系中重要组成部分。

英国的医疗服务体系可分为中央医疗服务、地区医疗服务和地段初级服务三级网络。中央医疗服务机构主要负责疑难病的诊治和进行医疗科技研究;地区医院则提供综合医疗服务和专科医疗服务;而最具特色的则是地段(社区)初级医疗服务,它提供的是全科医疗服务,医务人员被称为全科医生或家庭医生。家庭医生通过医学协会与地区卫生局签订医疗服务合同,由家庭医生个人或集体联合开设诊所,提供医疗服务。医疗费用的下拨按人头计算,根据登记的居民数,按人头承包并预先支付报酬。英国的全科医疗诊所在很大程度上解决了初级卫生保健和治疗问题,在整个医疗保险体系中充当着“守门人”的角色。

除此之外,英国还建立了英国食品安全管理和公共卫生监督控制及突发公共卫生事件应急系统。2003年4月成立了英国卫生保护局,下设7个部门:传染病防治部(主要负责传染病管理和计划免疫)、微生物服务部(主要研究和预防生物恐怖事件)、传染病监测中心(主要负责暴发疫情的处理)、快速应急部(负责与公安、消防、急救、医疗、新闻等部门的协调)、化学毒品部(负责剧毒药品的管制)、企业开发部(负责疫苗的研制和开发)、国际科研合作部(负责与WHO、欧盟卫生组织及有关国家级科研机构的合作),另外在全国设立了60个分支机构,负责各郡、区间突发公共卫生事件的协调与处理。英国卫生保护局的成立,为国家有效应对和防治各类突发公共卫生事件提供了条件和保障。

3. 德国 德国公共卫生管理体制分为联邦、州和基层(社区)三级,和美国类似,但相比较而言,这种组织更加严密一些。政府机构、疾病基金会和医疗服务提供者共同组成公共卫生体系,各自承担着相应的职责。政府机构主要职责在于对医疗保健服务进行监督、疾病的预防和控制、环境卫生、健康教育与健康促进、信息提供以及一些公众卫生服务的协调工作等;疾病基金会作为卫生服务的购买者具有相当的权力,通过与医生协会签订服务购买合同来监督卫生服务的效率和质量;医疗服务的提供者自主经营医疗机构。

德国由16个州组成,各州在国家法律框架下,行使独立的立法(除货币、国防外)和公共事业管理。德国的公共卫生体系主要从三个层面来保障人群的健康:①德国卫生部主要负责卫生法律法规及卫生政策的制定、重大传染病防治、医院管理等工作。各州、县都有独立的卫生所,从卫生部到州卫生局、市(县)卫生所实行垂直管理,主要承担传染病防治监督管理,检测水、土壤和空气质量,对公众进行健康教育和给予健康信息,学校的卫生保健、心理保健、预防保健以及为肺结核、性病患者提供健康忠告和护理保健,给需要的人和有毒瘾者提供护理保健;医学专业报告,提供正式的证明、报告和专家的观点;收集和评估公共卫生领域重要的数据等;同时参与开展垃圾分类处理、饮用水卫生、游泳池水质、医院消毒效果等方面的监督管理以及母婴健康咨询服务和妇女、儿童保健等。食品卫生管理由各地食品管理所负责,肉类产品管理由专门的管理所负责,市场及餐饮业的食品卫生监督管理由秩序局负责,法律赋予秩序局具有类似我国警察的部分职能,如对管理相对人有限制人身自由的权利,并配有枪械,负责对传染病人员的强制隔离、运送等公共卫生职能。②社区卫生机构和医院。社区卫生服务主要是由私人开业诊所提供的门诊服务。私人开业医生(家庭医生)既