

PEIXUNJIAOCAI

江苏省突发公共卫生事件 应急医疗救治体系建设培训教材

江苏省卫生厅
江苏省医院管理学会

PEIXUNJIAOCAI

江苏省突发公共卫生事件 应急预案制定与实施培训教材

江苏省卫生健康厅
江苏省疾病预防控制中心

编 委 会

主 编：黄祖瑚

副主编：徐鑫荣 沈婉兰 李少冬 卢晓玲

编 委：(以汉语拼音为序)

戴国强	顾帮朝	顾 勤	郝思祥	黄 茂
姜 滨	姜亦虹	李 军	李 玫	王国梁
吴建中	吴 天	俞荣华	张金宏	张劲松
张 芹	张 宙	赵 伟		

前 言

近几年来,在各级党委、政府的重视和关心下,我省应急医疗救治体系建设取得了一定进展,在应对和处置突发公共卫生事件中发挥了积极作用。为进一步贯彻落实《突发公共卫生事件应急条例》及江苏省实施《突发公共卫生事件应急条例》办法,全面实施《江苏省突发公共卫生事件应急防治体系建设规划》,加快推进我省公共卫生体系建设进程,切实提高应急医疗救治能力和水平,省卫生厅委托省医院管理学会组织开展省级应急医疗救治体系专项培训、演练和进修工作。为此,省医院管理学会组织全省急救医学、危重病医学、传染病学和医院管理及卫生法律等方面的 20 多位专家编写了《江苏省突发公共卫生事件应急医疗救治体系建设培训教材》(以下简称《培训教材》),在几轮培训教学及反复征求意见的基础上又进行认真修改,现在终于问世了。

《培训教材》的内容主要包括我省公共卫生体系规划建设的要求,急性传染病防治、医院感染控制、损伤与中毒救治、危重病人的诊治与监护、院前急救及心肺脑复苏技术等,附录中还汇编了突发性公共卫生事件应急处置的相关法规、规章和规范性文件。内容比较丰富,兼顾了科学性、先进性和实用性的要求,既是各级应急医疗救治队伍的专题培训教材,也可作为全省广大卫生行政人员、医院管理者和医务人员的参考用书。值此《培训教材》出版之际,我对参与编写工作的各位临床医学专家和医院管理工作者的辛勤劳动和奉献精神深表谢意!由于时间较为仓促,《培训教材》在编印中难免有欠妥之处,敬请广大读者批评指正。

黄祖珩

二〇〇五年九月

目 录

第一部分

1. 以规划为导向 全面推进我省公共卫生体系建设 李少冬(1)
2. 突发公共卫生事件的法律规制 顾帮朝(17)

第二部分

1. 常见传染病的预防与诊断治疗 赵 伟(28)
2. 烈性传染病与新发传染病的防治 李 军(35)
3. 医院感染的诊断 张苏明(55)
4. 医院感染的预防与控制 姜亦虹(63)
5. 以现代化标准强化院前急救工作 郝思祥(70)
6. 急诊科的管理 张劲松(79)
7. 急性化学物中毒的应急救援及医学处置 张 芹(89)
8. 群体性食物中毒 吴建中(97)
9. 群体伤 王国梁(116)

第三部分

1. 心肺脑复苏 徐鑫荣(126)
2. 休克 顾 勤(134)
3. 多发伤 王国梁(140)
4. 急性冠状动脉综合征 戴国强(150)
5. 肺血栓栓塞症诊治 黄 茂(166)
6. 急性呼吸窘迫综合征的现代诊断与治疗 黄 茂(174)
7. 脑卒中的诊断与治疗 张 宙(184)

8. 护士在突发公共卫生事件中的地位和作用 李 玫(195)

附 录

1. 中华人民共和国传染病防治法 (201)
2. 中华人民共和国食品卫生法 (218)
3. 中华人民共和国职业病防治法 (227)
4. 突发公共卫生事件应急条例 (241)
5. 医疗废物管理条例 (251)
6. 传染性非典型肺炎防治管理办法 (260)
7. 江苏省实施《突发公共卫生事件应急条例》办法 (267)
8. 突发公共卫生事件医疗救治体系建设规划 (275)
9. 江苏省突发公共卫生事件应急防治体系建设规划 (288)
10. 江苏省突发公共卫生事件应急医疗救治机构建设管理基本要求
..... (294)
11. 关于建立应急卫生救治队伍的意见 (299)
12. 突发公共卫生事件应急处理流程 (303)
13. 卫生部办公厅关于印发《二级以上综合医院感染性疾病科工作制度和
工作人员职责》和《感染性疾病病人就诊流程》的通知 (330)
14. 卫生部办公厅关于印发《急性呼吸道发热病人就诊规定》的通知
..... (334)
15. 省卫生厅关于实行传染病病人归口管理集中收治的通知 (336)
16. 省卫生厅转发卫生部关于二级以上综合医院感染性疾病科建设的通知
..... (339)
17. 省卫生厅关于认真贯彻卫生部医疗机构传染病预检分诊管理办法的通知
..... (344)
18. 省卫生厅关于贯彻执行卫生部传染病病人或疑似传染病病人尸体解剖
查验规定的通知 (348)

第一部分

以规划为导向

全面推进我省公共卫生体系建设

——突发公共卫生事件应急防治体系规划介绍

李少冬

关于“规划”的概念：规划是全面、长远的发展计划；也可以理解为做规划（动词），如统筹规划。规划是全面的计划；规划是长远的计划（5年、10年或更长时间）；规划是关于发展问题；规划是消耗资源的活动；规划是个过程；规划是战略性的，解决系统重大的、原则性的、方向性的问题。规划与计划是有区别的。

省政府办公厅2003年转发了省卫生厅《江苏省突发公共卫生事件应急防治体系建设规划》（苏政办发〔2003〕123号）（以下简称《规划》）。

一、规划制定的背景

解放以来到改革开放之初，我国和我省在公共卫生方面取得了巨大成就，主要表现在：一是人口素质提高，我国居民平均期望寿命从解放初期的35岁提高到现在的71岁，我省达到了74.13岁，我国婴儿死亡率从解放初期的200‰下降到现在的32‰，孕产期死亡率从解放初期的1500/10万下降到现在的56/10万，儿童生长发育中身高、体重都有了明显的提高与改善；二是主要传染病得到有效控制，比全世界提早16年零7个月消灭了天花，免疫预防控制的传染病得到有效控制，血吸虫病的流行范围亦有所缩小，鼠疫的发病长期局限于边远地区和控制在低发病水平，丝虫病疫区不断地缩小并有效阻断了传播，解放后长达16年（1964-1980）的时间里梅毒、淋病等性病基本消灭；三是职业病防治取得成绩，职业病1985-1986年间尘肺病人的平均发病工龄已从1955-1959年的9.5年延长到了26.2年，尘肺病人的发病年龄也从五十年代35岁延长到80年代后期的51岁。以上成绩的取得，得益于党和政府强有力的领导，贯彻预防为主的健康工作方针得到了一定的贯彻，依靠科技进步与教育，弘扬社会大卫生观念和群众参与的爱国卫生运动，建立健全农村医疗卫生保健网，健全的社会组织和稳定的社会秩序，培养和维持一支有较高业务素质的专业防治队伍，开展疾病监测和

现场控制和学习国际先进的科学技术和防治经验。

(一) 我省应急防治体系当时的现状

1. 信息网络体系

我省卫生信息网络建设起步晚、投入少,2000年借助国家卫生信息网(疾病控制)建设项目,多方筹集资金400多万元(卫生部补助100万元,省财政补助100万元,自筹200多万元),在省、市、县三级疾控机构装备了计算机及网络设备,通过公用网实现了传染病疫情报告联网。但存在以下问题:

(1) 由于缺乏专项维护经费,日常的网络使用费用无着落,加之计算机设备的流失、挪用和自然损耗,原有专用的疫情报告计算机数量已减半,制约了疫情资料的及时传送。

(2) 由于缺乏软件开发资金,在网上运行的主要是传染病疫情报告系统,突发公共卫生事件报告系统还不成熟,实际运行效果不理想,其他信息报告还没有专用软件。

(3) 信息网络系统还没有装备到一线报告单位(乡镇卫生院以上各级医疗机构),无法实现一线报告单位的实时报告,成为制约信息报告通畅的瓶颈。

(4) 信息孤岛的形成。各级各类医疗卫生机构内部信息管理系统标准不统一,建设不规范,信息不互通。

2. 疾病预防控制体系

当时,全省卫生系统有省疾病预防控制中心2所、市疾病预防控制中心13所、县(市、区)疾病预防控制中心108所,现有职工总数约为9000人,其中专业技术人员7700多人,高级、中级、初级职称人员之比为1:3.5:5.5,大学以上学历占20%,大专学历占27%,中专学历占35%,无专业学历人员占18%。此外,我省还有工业、交通等其他系统建立的疾病预防控制机构10多所。存在的主要问题:

(1) 人员、业务经费没有保障,疾控工作难以顺利开展。按照国家有关规定,疾病预防控制机构属于“全额拨款”事业单位,实行财政定项补助。但是我省多数地方财政不能保证疾控机构的人员经费,而业务经费基本没有,疾控机构的生存靠的是自主创收,生存危机导致常规的疾病预防控制工作很难顺利开展,工作质量得不到保证,事业难以为继,发展无从谈起。

(2) 基本建设滞后,仪器设备陈旧。全省13个市级疾控机构平均建筑面积约为4000平方米,县级疾控机构平均建筑面积约为1500平方米,共有10个市级疾控机构(占77%)、84个县级疾控机构(占78%)的房屋建筑未达到国家标准最低限。现有实验室仪器设备总价值分别为,市级疾控机构:苏北平均约为

150 万元、苏中平均约为 350 万元、苏南平均约为 700 万元；县级疾控机构：县级市平均约为 100 万元、县平均约为 50 万元、区平均约为 30 万元。基本建设和仪器设备条件的落后，直接影响突发事件的快速反应和应急处理。

(3) 专业人才匮乏，事业发展没有后劲。疾病预防控制机构是专业性很强的业务技术机构，但是现有业务人员中半数以上为初级职称人员、半数以上未取得大专以上学历，而且现行的政策也难以吸引人才，人才匮乏直接制约突发事件的应急处理和疾病预防控制事业的可持续发展。

3. 医疗救治体系

当时，全省计有各级各类医疗机构 1.24 万多所，其中，二级综合医院 129 所，三级医院 41 所（三级综合医院 28 所、中医院 7 所、专科医院 6 所）、传染病医院 13 所，13 个省辖市中 11 个市设有传染病专科医院，急救医疗中心（站）10 个。医疗机构床位总数 17.45 万多张，每千人口床位 2.38 张，其中传染病医院床位数为 3453 张。医生总数为 10.22 万多人，每千人口医生数 1.43 人；护士总数为 7.25 万多人，每千人口护士数 1.02 人。存在的主要问题：

(1) 传染病专科医院建设落后。13 个省辖市有 11 个市设有传染病专科医院，54 个县（市）中只有苏南 2 个县级市建有传染病专科医院。长期以来由于重视不够，投入不足，这些专科医院人才缺乏，房屋、设施陈旧，服务能力差，生存困难，发展无望，不少医院已经向综合医院发展，远不能适应传染病防治工作的需要。

(2) 急救医疗体系服务能力较差。急救医疗服务网络很不健全，13 个省辖市只有 10 个建有独立的急救医疗中心（站），各县（市）均无独立设置的急救医疗站。长期以来由于投入不足，院前急救机构经费短缺，人员、房屋、通讯设施、抢救设备和车辆严重不足，且设施、设备和车辆落后，院前急救专业人员只有 200 多人，完全符合院前急救条件的合格救护车只有 80 多辆，其中 21 辆还是最近省里配置的。各市急救中心（站）经营普遍困难，院前急救能力普遍较差，与人民群众的急救医疗服务需求和突发公共卫生事件的应急救治工作要求严重不相适应。

(3) 传染性非典型肺炎的救治能力较弱。传染性非典型肺炎等特殊传染病需要专业救治机构和救治队伍，但目前我省救治能力较弱。经测算，根据目前我省现有的资源，可参与传染性非典型肺炎专业医疗救治的医护人员总数为 4905 人，其中临床医师 1620 人，护士 3285 人，考虑到保护医护人员、防止交叉感染等因素，最多只能救治 800 例患者，且尚缺床边 X 光机 300 多台、血气分析仪 100 多台、心电图机 200 多台、血球计数仪 110 多台、无创呼吸机 520 多台等专用设

备,还不包括临床观察所需要的资源。此外,由于发热门诊建设要求较高,当时我省尚无完全符合条例的发热门诊,建设任务十分艰巨。

4. 应急队伍

主要存在问题:处理突发事件队伍匮乏;专业配置不齐;

装备不足;缺乏培训和演练;无有效的激励机制。

(二)人类永远面临公共卫生问题

1. 1975 年以来新发现的传染病

细小病毒 B19、隐孢子虫、埃博拉、军团菌肺炎、汉坦病毒、空肠弯曲菌、HTLV-1、葡萄球菌毒素、E. coli O157, HTLV-2、螺旋体、HIV virus, 幽门螺旋菌、戊型肝炎、丙型肝炎、Guanarito virus、Encephalitozoon hellem(脑炎)、霍乱 O139、Bartonella henselae(巴尔通氏体)、Sabia virus(出血热)、庚肝、人类疱疹病毒、疯牛病、禽流感、尼帕病毒、SARS、其他新病毒等

2. 传统传染病卷土重来

80 年代初美国纽约等大城市同时暴发麻疹流行;1993 年白喉席卷前苏联 15 个加盟共和国;1994 年鼠疫在印度苏拉特等大中城市暴发流行;1998 年中国香港暴发禽流感;全球性的结核菌、疟原虫和淋球菌耐药性日趋严重;我国北方地区鼠疫疫情的重新抬头,今年 6 月西藏发现现患病例。

3. 各类中毒事件难以避免

中毒物质种类繁多。天然有毒物质中,有毒海洋动物有 1000 余种,毒蜘蛛有数万种,毒蛇约 2000 种,毒蘑菇 400 余种,还有毒蜂、毒蜈蚣等众多有毒动植物。人工合成的化学物如肥皂等。

能够引起中毒的微生物种类繁多:沙门氏菌、肉毒杆菌等等。19 世纪末,人类对物质世界的认识深入,二次世界大战后,进入了加速阶段,到 2004 年 4 月 19 日,登记的化学物总数为 23,055,873 种,其中 7,037,915 实现商业用途,全球化学品的产量从 1930 年的一百万吨增加到今天的 4 亿吨。其中 1 万种的销售量超过 10 吨,另外 2 万种销量在 1-10 吨之间。因此,各类食物和职业中毒不可避免。

化学新物质带来新问题。北美儿童医院急诊科中中毒患者占总数的 50% 以上;1930 年比利时马斯河谷烟雾事件;1943 年洛杉矶光化学烟雾事件;1952 年伦敦烟雾事件;1953 年日本水俣病;1968 年日本米糠油事件;1972 年的富山事件(痛痛病);1984 年 12 月 3 日印度博帕尔事件;2002 年 10 月内蒙古乌海市钠厂氯气泄漏造成 3000 余人中毒,1 人死亡;2003 年 11 月内蒙古乌海市钠厂再次氯气泄漏,造成 5000 余人中毒;2003 年 11 月,武汉东风造纸厂氯气泄漏,48

人中毒;2003年12月23日我国重庆高桥井喷事件;2004年3月,福建建瓯市130人氯气中毒;2004年4月16日重庆市天原化工厂氯气泄漏,造成7人死亡,15万人疏散;2004年4月20日南昌氯气泄漏,造成22人中毒等等。

4. 生物和化学等恐怖事件增加

已经发生的事件有:

1984: Oregon, 沙门氏菌感染

1991: Minnesota, 立克次氏体毒素

1994: Tokyo, 沙林毒气 and biological attacks

1995: Indiana, 鼠疫

1997: Washington DC, 炭疽热

1998: Nevada, 非致病性炭疽

1999: 炭疽热

2001: “9.11”

2003: 蓖麻毒素

5. 其他危害人类健康因素不断增长

人口老龄化;妇幼保健问题;残疾人问题;心脑血管疾病;精神疾病;自杀等其他健康危险因素。

(三)我国公共卫生政策发生了偏差

1. 对经济增长的迷信

把“发展是硬道理”理解为“经济增长是硬道理”;更进一步,“经济增长是硬道理”又往往被理解成,为了追求经济尽快增长,其它一切都要让步,都可以被牺牲,包括生态环境、就业、职工权益、公共卫生。当一些人说希望“用发展的办法解决前进中的问题”时,他们往往假设只要经济持续增长、饼越做越大,其它一切问题都会迎刃而解。

2. 对市场的迷信

卫生改革是从20世纪80年代开始的。当时面临的问题带有“短缺经济”的特征,如“看病难、住院难、手术难”。为了缓解供需矛盾,80年代卫生改革的重点是扩大卫生服务的供给,搞活卫生机构内部的运行机制。为此,政府相继推出了一系列鼓励扩大卫生服务供给的政策。如1980年国务院批转卫生部《关于允许个体医开业行医问题的请示报告》,1985年国务院批转卫生部《关于卫生工作若干政策问题的报告》,1989年国务院批转《关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》。随着卫生事业规模迅速扩大,医院装备质量明显改善,到八十年代末,城乡居民看病难、住院难、手术难的问题已基本解决。

九十年代以后,建立市场经济被确立为改革的目标,医疗卫生事业也逐步被推向市场。医疗保险制度改革的核心是建立分担机制,使国家不再“包揽过多”;医疗机构改革的重点是调整医疗服务价格体系,建立所谓“合理的补偿机制”;药品生产流通体制改革则着眼于引入竞争机制。在所有这些改革背后都有一个未加言明的假设:市场可以提高资源配置的效率,包括医疗卫生资源。在公共卫生领域(即社会全体成员预防疾病、增进健康的事业),人们的行为具有很强的外部性(如为避免医院的收费,非典患者可能不去就医,结果把病毒传染给其他人);而医疗领域的特征则是供需双方的信息不对称(如医生给患者开一些不必要的药、或高价的药)。即使按照市场经济的理论,这两个领域也充满了“市场失灵”。大多数发达的市场经济国家之所以避免让市场力量支配医疗卫生领域,道理就在于此。从图五可以看出,在 OECD 国家中,卫生总费用的绝大部分是由政府承担的。在这三十个国家中,只有五个政府承担的份额小于 70%。在改革开放初期,政府预算支出占卫生总费用的比重为 36%,本来就不高;到 1990 年,下降到 25%;到 2000 年,下降到 14.9%。这意味着,在 20 年时间里,政府预算卫生支出比重平均以每年 1 个百分点的速度下降。社会支出的份额(公费医疗经费)也从 44% 下降到 24.5%。反过来,居民个人卫生支出的比重节节攀升。1980 年,居民卫生支出占卫生总费用的比重不过 23%;到 2000 年,已高达 60.6%。中国的医疗卫生领域恐怕是世界上最市场化的之一。以前,有些人总是以中国是发展中国家来反对政府对医疗卫生“包揽太多”。2000 年中国卫生总费用中居民个人支出部分占 60.6%,而这一比例在发达国家是 27%。即使排除发达国家,这个比重在其它国家也低得多,包括最不发达国家。

3. 重医疗,轻预防

新中国成立以后,在很长时期里,政府医疗卫生工作的重点放在预防和消除传染病等基本公共卫生服务方面。当时的口号是“预防为主”。通过一方面推行预防为主的方针,另一方面采用低成本的医疗技术,中国得以在经济发展水平不高的条件下保证人人享有基本的医疗保健服务,创造了名满天下的“中国模式”。

进入 20 世纪 80 年代以后,过去成功的模式被人贴上了“平均主义”和“低水平”的标签,医疗卫生工作的重点也悄然从农村移向城市、从“重预防”移向“重医疗”,从低成本移向高科技—高成本。虽然政府口头上仍强调“预防第一”,但实际上,城市的医疗才是第一。医院购买昂贵的大型医疗设备的费用比较容易得到政府批准。在过去十几年里,卫生系统的大型医疗仪器设备更新换代很快,医疗设备等条件明显改善。现在几乎所有部属医院都拥有八十年代初

期罕见的 800MA 以上 X 光机、CT、ECT、彩超、肾透析仪等。我省省属医院这五类设备拥有率也是 100%，省辖市和县级医院的设备配置水平没有大城市医院那么高，但它们中相当一部分也拥有先进的医疗设备。

形成鲜明对比的是，开展疾病预防、检测等所需的经费总是很紧张。许多时候不到疾病蔓延就没有财力上的投入。而疫情一过去，资金的流入马上也断了线。产生了“财神跟着瘟神走”的现象。之所以会出现这样的局面，其基本原因在于，现在的医疗卫生体制完全变成了一种营利性产业。为了追求利润最大化，各级医疗机构都着眼于鼻尖上那点蝇头小利，全局的得失根本不在其考虑范围之内。由于经费短缺，为了生存，许多疾病预防控制机构只好想方设法自筹资金，靠创收弥补经费的缺口。因此，相当多的疾病预防控制机构开设医疗机构不得不把主要精力用于开展门诊、住院等有偿服务，同时重视有偿免疫服务，这次发生在安徽泗县的甲肝预防接种过敏反应事件就是很好的证明；而卫生监督机构则千方百计以“卫生监督”的名义靠罚款收入度日，使预防和控制大规模疫情的能力急剧下降。政府对县级预防保健机构的拨款只占其支出的三分之一左右，其余部分款项来自业务收入。在政府投入严重不足的情况下，现在全国县级以上公共卫生机构只有三分之一仍在较为正常地运转，另外三分之一正在瓦解的边缘挣扎，还有三分之一已经垮台了。

(四) 非典的沉痛教训

1. SARS 危机

近几十年来，还从未有一种疾病使人们如此恐慌（媒体、全球化、居民）。SARS 遭受国际上如此的冷遇。对经济的影响是巨大的。防治消耗的资源令人匪夷所思。

2. SARS 防治中暴露出的问题

无有效的指挥、调度体系（指挥不灵）；无快捷、畅通的信息上下沟通渠道的报告体系（信息不灵）；装备、技术准备不足（储备不足）；公共卫生队伍不能与所应承担的任务相适应（队伍不硬）。

3. 党中央的反思

中共中央政治局〈向中央政治局通报中央政治局常委参加保持共产党员先进性教育活动民主生活会情况的报告〉提到非典斗争的重视启示：

- 必须更加重视经济社会协调发展；
- 更加重视政府的社会管理和公共服务职能；
- 更加重视提高人民的物质文化生活和健康水平。

（五）制定《规划》的意义

研究制定《突发公共卫生事件应急防治体系建设规划》是公共卫生形势发展的需要,是非典斗争得出的重要经验,是履行政府职能的重要体现,是贯彻预防为主卫生工作方针的应有之义,是社会主义卫生事业发展的必然要求。制定我省突发公共卫生事件应急防治体系建设规划的重大意义在于:就是要着重解决我省突发公共卫生事件应急处理工作中存在的信息不准、反应不快、应急防治资源准备不足等问题,逐步建立和完善突发公共卫生事件统一的应急指挥系统、畅通的信息网络系统、较为完善的疾病预防控制和应急医疗救治体系,建立设备齐全、技术先进的应急医疗救治队伍,建立统一、高效、权威的突发公共卫生事件应急防治处理机制,全面加强我省公共卫生事业建设,全面提高卫生系统处置突发公共卫生事件的能力,保障人民群众身体健康与生命安全,促进经济发展,维护社会稳定。

二、规划制定的依据

1. 《传染病防治法》

当时,未修订的《传染病防治法》相关条款已有明确规定。

2. 《职业病防治法》

3. 《食品卫生法》

4. 《突发公共卫生事件应急条例》

5. 《江苏省实施〈突发公共卫生事件应急条例〉办法》

6. 《传染性非典型肺炎防治管理办法》

7. 卫生部《关于疾病预防控制体系建设的若干规定》

8. 国家发改委、卫生部《突发公共卫生事件医疗救治体系建设规划》

9. 其他的相关规定

1999年,卫生部《食物中毒事故处理办法》

2002年,卫生部《职业病危害事故调查处理办法》

1994年,卫生部《核事故医学应急管理规定》

2001年,卫生部《放射事故管理规定》

1998年,卫生部《全国救灾防病预案》

2000年,卫生部《全国破坏性地震医疗救护卫生防疫防病应急预案》

2002年,江苏省卫生厅、计委、财政厅《关于加快发展急救医疗事业的意见》

2003年,江苏省《突发公共卫生事件应急预案》

其他。

三、规划的主要内容

参见本教材附录中《江苏省突发公共卫生事件应急防治体系建设规划》

四、规划的配套标准和要求

(一)市、县两级疾病预防控制机构建设基本要求

(二)应急医疗救治机构建设管理基本要求

参见本教材中的相关内容

五、规划实施进展

(一)总体建设进展

2003年12月,省政府办公厅转发了《江苏省突发公共卫生事件应急防治体系建设规划》,根据国家中西部地区公共卫生体系建设(场所、设备)的要求,结合我省实际,经初步匡算,我省公共卫生体系共需建设资金约39.7亿元(不含卫生执法监督体系),其中省级2.658亿元,市、县两级约37亿元。

2004年省财政厅下达了省级建设经费预算9989万元,包括信息网络体系、疾病控制体系、医疗救治体系、应急队伍组建和装备、发热门诊改造、人员培训等6个项目。目前,各项目正在抓紧实施。同时,为支持经济欠发达地区的公共卫生体系建设,省财政厅同意安排1.6亿元用于对经济欠发达地区的补助,2004年先安排8000万元用于支持苏北5市和32个财政转移支付县的疾病控制和医疗救治机构的仪器设备添置,目前正在确定仪器设备采购方案。

截至2004年年底,我省市、县两级公共卫生体系完成投资10.6亿元,其中,地方政府投入6.3亿元(苏南4.3亿元、苏中0.9亿元、苏北1.1亿元),建设单位自筹4.3亿元。在各个体系建设中,信息网络体系完成0.4亿元,疾病控制体系完成4.8亿元,医疗救治体系完成4.4亿元,卫生执法监督体系完成0.9亿元。

(二)疾病预防控制体系

省级疾病预防控制机构(省疾病预防控制中心、省血吸虫病寄生虫病防治研究所)的建设比较顺利,正在按计划推进。

13个市级疾病预防控制机构中,有10个机构需要扩建、改建,目前泰州、宿迁2市疾控中心工作用房建设已经完成,徐州、苏州2市疾控中心工作用房建设将于近期完工并投入使用,无锡、南通、盐城、镇江4市疾控中心工作用房正在迁址新建之中,还有常州、淮安2市疾控中心需要扩建工作用房,但尚未立项。106个县(市、区)疾病预防控制机构中,有98个机构需要扩建、改建,目前已经建成竣工4个,在建8个(苏南5个、苏北3个),已经立项但尚未开工14个(苏南6个、苏中4个、苏北4个),还有72个需要扩建工作用房,但尚未经当地政府批准

立项(苏南23个、苏中16个、苏北33个)。市、县两级疾控机构的仪器设备装备已经有所改观,总价值达到约2亿元。

我省市、县两级疾病预防控制体系建设规划投资15亿多元,现已完成投资4.8亿元,其中地方政府投入2.76亿元(苏南2.04亿元、苏中0.4亿元、苏北0.32亿元),建设单位自筹资金2.04亿元。下一步还需要建设资金10亿多元。

(三)医疗救治体系

省级医疗救治体系进展顺利,省急救医疗指挥中心建设项目正在实施,省属医院发热门诊改造已经完成。

我省市、县两级医疗救治体系建设规划投资将近21亿元,现已完成投资4.4亿元,其中地方政府投入2.63亿元(苏南1.6亿元、苏中0.56亿元、苏北0.47亿元),建设单位自筹资金1.8亿元。下一步还需要建设资金16亿多元。

市级传染病集中收治医院建设情况:根据各市规划,南京、南通2市已经建成传染病分院;徐州、常州、宿迁、镇江4市的传染病院建设项目已经开工;无锡、苏州、连云港、淮安、扬州、盐城、泰州等7市的传染病医院目前均未开工。县级传染病集中收治医院建设情况:全省县(市)级已按要求建成传染病分院约16个,传染病区约29个。根据目前各市的进展情况,如建设资金能得到保障,预计2~3年时间可以完成市、县两级传染病集中收治医院的建设任务。

急救医疗机构建设情况:13个省辖市中除泰州市急救医疗中心列入明年基建项目外,其余各市均已基本建成市级急救医疗中心,正按规划要求对其基础设施、救护车和装备、网络通讯系统等进行改造、改善。同时,按规划要求各省辖市急救医疗中心须在市区设急救医疗分站共91个,现已建成49个。全省80%的县(市)基本上均按规划要求,单独或依托县级综合医院建立了县级急救医疗站;20%的县(市)急救医疗站正在建设过程中,预计2005年建成。目前,全省已建成县(市)急救医疗站48个,在建10个。各县(市)的急救医疗站分站大部分未落实。

《规划》要求按每30~50万人设置1所50张左右床位的传染性非典型肺炎集中临床观察医院,原则上按每15万人左右设置一个发热门诊。目前,全省共设置集中临床观察医院93个,总计床位3267张;全省共设置发热门诊806个,腹泻病门诊1968个。已基本符合设置要求,下一步还需要对设施、条件进行完善。

(四)信息网络和卫生监督体系

2004年8月,省财政厅下达了2004年省本级公共卫生信息网络系统建设经费2100万元,目前我厅正在细化建设方案,制定实施计划并抓紧落实。我省

市、县两级信息网络体系建设规划投资 1.3 亿元,现已完成投资 0.4 亿元,下一步还需资金 0.9 亿元。

全省卫生执法监督体系建设启动较迟,尚未全面展开。

六、有关国家公共卫生应急体系简介

(一)美国

当前,美国的突发公共卫生事件预警与应急管理能力和全球首屈一指。总体而言,美国横向的政府职能部门均能协同运作,纵向的“国家-州-地方”三级公共卫生部门也能高效协调,同时还重视与 WHO 等国际机构的交流与合作,从而建立一个全方位、立体化、多层次和综合性的公共卫生应急管理网络。

纵向三级应对体系自上而下包括: CDC(联邦)疾病控制与预防系统 - HRSA(地区/州)医院应急准备系统 - MMRS(地方)城市医疗应急系统三个子系统。

CDC 属国家卫生和人类服务部(Department of Health and Human Services, DHHS)的一个部门,其主要职能包括:制定全国性的疾病控制和预防战略、公共卫生监测和预警、突发事件应对、资源整合、公共卫生领域管理者和工作人员的培养。CDC 是整个公共卫生突发事件应对系统的协调中心,同时管理着“国家药物储备计划”(National Pharmaceutical Stockpile Program),储备的大量应急物资,包括抗生素、疫苗、绷带和其它医学物资,可以在发生灾害后 12 小时内运到灾害发生地。

卫生资源和服务部(Health Resources and Services Administration, HRSA)是与 CDC 平行的部门,同属于美国卫生部。HRSA 医院应急准备系统主要通过提高医院、门诊中心和其它卫生保健合作部门的应急能力,来发展区域应对公共卫生突发事件的能力。它主要负责药物供给、实施治疗、沟通系统、检疫与隔离、医疗人员培训、医院间协调。该系统在全国实行分区管理,共设 10 个区,区内以州为单位实现联动。除了州和地方卫生部门外,其它参与者还包括:州级应急管理机构、州级农村卫生保健办公室、退伍军人卫生保健部门和军方医院、基本医疗保健协会等。CDC 是整个公共卫生突发事件应对系统的协调中心,同时管理着“国家药物储备计划”(National Pharmaceutical Stockpile Program),储备的大量应急物资,包括抗生素、疫苗、绷带和其它医学物资,可以在发生灾害后 12 小时内运到灾害发生地。

城市医疗应对系统(Metropolitan Medical Response System, MMRS)是地方水平应对公共卫生突发事件的运作系统。MMRS 项目 2003 年加入“联邦紧急事务管理署”(Federal Emergency Management Agency, FEMA)。该系统通过地方的