

恙,哥哥还可以继续照顾,他们这三句话非常感人。

自疫情发生以来,一张张逆风前行的请战书,一枚枚勇往直前的红手印,展现了广大援鄂医务工作者的高尚情怀和舍我其谁的勇气,他们克服重重困难,义无反顾地奔赴抗疫一线,诠释了护佑生命、甘于奉献的崇高精神。他们同时间赛跑,与病魔较量,越是艰险越向前,竭尽全力地守护病人生命安全和身体健康,彰显了救死扶伤、大爱无疆的医者仁心。

五、军民融合、军民团结

军民团结一起抗疫是我们国家的一大特色。在抗疫初期笔者应邀为抗击新冠肺炎疫情的医护人员作鼓舞动员,当时从飞机下来的解放军战士都是医务工作者,看到这一幕令人想到毛泽东同志的诗词:军民团结如一人,试看天下谁能敌。

2020年3月2日,国防部新闻发言人吴谦大校在回答记者提问时,也引用了这一句诗。这是中国的特色,是中国特色社会主义制度优越性的体现,只要军民齐心协力,就没有攻克不了的堡垒,所以我们之所以能战胜新冠肺炎,归根到底是大家共同努力的结果。

此外,笔者也应邀向外国友人和朋友们发表了一封感谢信。因为在这次抗疫过程当中,除了全国各地医护人员和地方军队医务工作者的守望相助,也得到了国外同行同道的大力支持。所以笔者要对所有在这次武汉抗击新冠肺炎疫情作出贡献、给予帮助的国际医务工作者予以感谢。

(作者系中国科学院院士,华中科技大学同济医学院附属同济医院外科学系主任、肝胆胰外科研究所所长)

补齐思想短板与制度短板

○王绍光

早在新冠肺炎疫情初期,习近平总书记就指出“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。要针对这次疫情应对中暴露出来的短板和不足,健全国家应急管理体系,提高处理急难险重任务的能力。要对公共卫生环境进行彻底排查整治,补齐公共卫生短板”。

短板有两类,即思想上的短板和制度上的短板。其中思想认识是制度建设的起点,制度建设必须以持续的注意力为支撑。

围绕制度建设的思想认识主要包括三个方面。

第一是注意力的指向,它关系到补齐制度短板的努力方向。指向会有焦点,但也可能出现盲点。第二是注意力的分布,它关系到补齐制度短板的着力点。重点与非重点是辩证关系,一个时期有一个时期的重点,但这个时期的重点不一定是下一个时期的重点。如果完成了一个时期的重点就以为万事大吉,制度短板就未必能补齐。也就是说,随着时间的变化,非重点也许会变成重点。第

三是注意力的强度,它关系到补齐制度短板的持续性。补齐短板是一个比喻,它并不意味着短板就那么几块,补完了就可以一劳永逸。世界不断变化,风险、不确定性永远存在,补齐了现在意识到的制度短板,还会出现新的制度短板,因此绝不能只聚焦一时,继而分心,放松警惕。

而第一个思想短板是注意力指向上的盲点。人们往往习惯于透过已知推测未知,尤其是将最近发生过的已知事件作为推测未来的起点,如此一来,很可能造成盲点。在 2020 年之前,人们谈到防范下一次病毒来袭时,往往想到的是要预防下一次非典(SARS),或者下一次中东呼吸综合征(MERS)。在 2019 年 3 月 4 日召开的全国政协十三届二次会议小组会议上,中国疾病预防控制中心主任高福说:“SARS 样的病毒随时可能有,但是 SARS 事件不会再有。因为我国已经建立了传染病监测体系,病毒来了我们可以挡住。”这句话本身没有任何错误,如果再发生一次 SARS,中国一定能应对自如。问题在于,这句话的潜台词是,下一次病毒来袭,充其量不过是另一次 SARS,注意力指向的焦点放在已知的风险上。即便是这次因新冠疫情武汉“封城”3 天以后的 2020 年 1 月 26 日,《中国科学报》上依然发表了一篇题为《从中东呼吸综合征看新型冠状病毒肺炎》的文章,其中说到:“从目前的情况看,SARS 的发病数发病率最高,MERS 的病死率最高,但新型冠状病毒肺炎要比 MERS 的发病率高,但死亡率低……至于新型冠状病毒肺炎是否比 SARS 严重,需要未来疫情的发展来判断。”也就是说,它还是把当时已在发生的疫情跟 2003 年的 SARS 和后来的 MERS 联系起来,仍是基于两种已知的传染病来思考新近发生的疫情,这就出现了认知上的盲点。

笔者曾在另一篇文章中谈到三类风险:“已知之已知”的“灰犀牛”现象,“已知之未知”的“黑天鹅”现象,“未知之未知”的“星隕来袭”现象。这次

新冠疫情属于第三类。如果早已做好了出现比 SARS、MERS 严重得多疫情的思想准备,也许会少一些措手不及。

第二个思想短板是注意力分布上的“非重点”。笔者之所以对“非重点”加上引号,是想说明它未必不是重点。注意力是有限资源,人的注意力分布一定不均匀,有重点与非重点之分。补制度短板也是一样,不可能一次补齐,一定会有先有后,区分轻重缓急。问题是,出现一次疫情以后,人们很可能把重点放在那些直观的、效果显而易见的、一次性的投入上,来进行“硬件”建设,而“软件建设”也许同样重要,但却被作为“非重点”未能得到足够的重视。

举例来说,2003 年非典之后,从中央到地方各级政府都非常重视,当时政府确定,“我国公共卫生建设的目标是争取用 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、医疗救治体系和卫生监督执法体系”。之后 3 年,政府也确实实做了大量工作。在中央财政的引导下,全国各级投入 116 亿,完成了 2448 个县级以上疾控机构的基础设施建设;建成了全球最大的、纵向到底、横向到边的传染病疫情和突发公共卫生事件网络直报系统。除此之外,各级疾控中心的经费中,财政与上级补助比重上升,医疗收入比重下降,这些都是了不得的成就。

但是,疾控机构仅仅建房子、添设备、增经费是远远不够的,毕竟整个疾控机制必须要靠足够的、训练有素的、积极主动的疾控人员来运作。正如原卫生部长陈竺 2007 年所说,“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 年以后,中国的疾控人员不但没有增加,反倒减少了一成。中国的疾控人员数量本来就不多,2003 年只有 20.8 万人,到 2018 年只剩下 18.8 万人。而这还是发生在我国整体医疗卫生工作者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,造成中国的疾控机构严重缺员。2014年,中央编办、财政部和国家卫生计生委联合印发的《关于疾病预防控制中心机构编制标准的指导意见》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。2018年,中国有13.95亿人口,如果按这一比例配置,全国需要24.4万疾控人员,而当年中国每万人只有1.35名疾控人员,缺编5.64万人。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2002-2018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幅流失近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46.4%跌至37.3%。仅在2015-2018年间,中国疾控中心就有214位高层次人才流出。这里提到的数字在卫生统计年鉴中可以找到,但各级领导的日常工作千头万绪,他们未必知道只有区区不到20万人的疾控系统会出现这些情况。然而,经过这一次新冠肺炎疫情后,大家现在都知道了,如果疾控体系不强的话,是很难有效应对下一次突发公共卫生事件的。

第三个思想短板是注意力强度的衰减,它关系到制度建设的可持续性。一次大的疫情发生后,会让所有人在短期内都高度关注。但人是健忘的,用不了多久,人们对疫情防控的注意力就会减弱,包括一般老百姓、研究人员和政府决策者。分心有两类原因:一类是外因,即出现新的焦点。除了传染病疫情以外,政府、社会时时刻刻都面临着大量的问题,注意力指向一定会随时而变。当注意力的焦点移到别处时,就疫情防控而言,就是分心了。因为从心理上来看,注意力一定会疲劳、强度会逐渐减弱。

分心的后果就是对风险的警惕性放松。在中国知网上,对“疾病预防控制机构”的关注度指数

清晰显示,非典危机3年后的2007年,指数达到峰值;再往后,就一路下滑,跌到非典之前的水平。这说明,我国的研究者对疾病预防控制的兴趣已大大减弱。同年,时任卫生部长宣布:“全国疾病预防控制体系建设已取得阶段性进展。”这里强调“阶段性进展”,并不是完全胜利,还需要继续推进。然而,很多人不经意地把“阶段性进展”等同于“完全胜利”。结果,2007年成为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,其表征是公共卫生与疾控部门在医疗卫生体制中的相对地位持续下降。根据统计数据,大约在2007年前后,公共卫生费用占卫生总费用的比重、疾控支出占政府卫生支出的比重两者都开始大幅下滑,已跌破非典前的水平。出现这种情况的原因由来已久,2003年以后中国疾控体系面临的危机并不是新中国成立70年以来的第一次,而是第四次;每次危机过后一段时间,重医疗、轻预防的顽疾就会复发,后果就是疾控体系地位低下、人员不足、人才外流、人民健康体系改善乏力,这次新冠疫情就是在这样的背景下发生的。

要想补齐制度短板首先要补齐思想短板。补齐思想短板要做到三个坚持。

首先,坚持底线思维。习近平总书记在多次讲话中指出,要坚持底线思维。我们强调防范风险,除了“已知之已知”“已知之未知”外,还会有“未知之未知”;也就是说,既要预防“灰犀牛”事件,又要防范“黑天鹅”事件,还要防范与这次疫情事件类似的“星隕来袭”事件,这是底线。

其次,坚持动态补缺。制度建设要有重点,没有重点就没政策;但重点并不是固定不变的,要随着时间、形势的变化而不断调整。非典以后先加强硬件建设是非常必要的,因为当时硬件非常不足;但是硬件建设起来之后,其他方面也要加强,重点就需要移到别的地方。最近,习近平总书记提到的

整体谋划、系统重塑、全面提升是非常重要的,每个时期都有一个重点,重点要不断改变。

最后,坚持常备不懈。制度建设带有持续性,曾有学者指出,现代社会是一个风险社会。其实,现代社会不仅是风险社会,还是不确定社会。风险还有可能计算其出现的概率,但不确定性无法估计其出现的概率。各类风险、不确定性接踵而来,公共卫生体系、疾控体系的建设只有进行时,没有

完成时,不可能毕其功于一役,政府可以提出一个几年行动计划,但这个行动计划的完成并不代表制度短板已经补齐,必须把制度建设永不停歇地持续下去。

(作者系清华大学公共管理学院、苏世民书院特聘教授)

建设公共卫生体系及防控疫病大流行中的伦理问题

○邱仁宗

一、公共卫生的概念

公共卫生是由政府、社会或社群通过有组织的努力来改善社会条件,以促进人群的健康、延长寿命以及预防和控制疾病在人群中流行的科学和技艺。这个定义包含三个要素:第一,工作对象是人群不是个人(临床的工作对象是一个一个病人);第二,这项干预措施是由政府组织或者政府以外的社会、社群采取的,我们应鼓励社会组织来从事公共卫生的工作,从事相关的调研和监督;第三,公共卫生措施作用的社会条件,例如建立一个将病毒与人隔开的屏障。

公共卫生的公益性是明确的,它的目标是拯救千万人的生命,不是为了赚钱,不是为了诺贝尔奖金,它的目标是确保社会人群的总体健康与安全。这种集体利益不单单是个人利益的相加,但二者不能分开。公共卫生的口号应该是“我们拯救的生命加在一起可能包括你自己的”。在公共卫生服

务过程中所有人必须暂时牺牲个人的自由、自主和权利。于是,公共卫生与个人自主、自由、权利的关系问题便成为公共卫生工作中一个永恒的话题。

公共卫生的成功决定于公共卫生的公益性:公共卫生的成功不决定于有钱有势者能不能得到公共卫生服务,而是决定于无钱无势的一般人能不能得到公共卫生服务!病毒不管人们富贵贫贱,一律平等对待!

公共卫生是公共品,而所有公民有义务维护和扩展公共品。

二、公共卫生的重要性

我国有丰富的思想资源阐明公共卫生的重要性。如“圣人不病,以其病病,是以不病”(《道德经·以其病病》);“圣人不治已病,治未病;不治已乱,治未乱,此之谓也。夫病已成而后药之,乱已成而后治之,譬犹渴而穿井,斗而铸锥,不亦晚乎!”(《素问·