

中国的传染病是怎样防控的 | 大象公会

原创 大象公会Elephantia 大象公会 2020-01-27



强社会控制的举国系统逐渐失效，与市场接轨的现代管理体系则远未健全。

文 | 徐子明

很少有什么事物像中国的疾控系统一样，久经考验又暗藏危机。

对野味的欲罢不能，和糟糕的动物检疫一同，带来了「中国式病从口入」，也带来了甲肝、非典、高致病性禽流感、甲型H1N1流感、此次的「新型冠状病毒肺炎」，和一套兼容并包五毒不侵的疫情防控体系。

就在去年，曾任的世卫总干事陈冯富珍女士在两会上表示：

陈冯富珍：中国疾病防控能力全球领先

2019

03/03

14:25

上观新闻

企鹅号

分享



今年全国两会继续设立代表通道、委员通道和部长通道。3月3日下午，全国政协十三届二次会议开幕之前，委员通道率先开启，来自不同界别的全国政协委员现场回答中外记者的提问。

不过显然，这种领先优势很难一直保持下去，尤其是在国内、在最近。

这套体系是怎样成为我们所看到的样子？为何在这次「新型冠状病毒肺炎」的流行中，它表现得如此令人跌破眼镜？

变革时代的抗疫逻辑

任何传染病的防控体系都不是「不惜一切代价」的。实际上，它也有成本顾虑。如果防疫的投入超过了疫情实际可能造成的损失，那就不必下这么大功夫防疫。

在中国，管理每一件事情都涉及两个因素：央地关系，财政。传染病的应急处理也不例外。

因此，中国的传染病防治工作，可以将1989年通过的《传染病防治法》与1994年实行的分税制改革作为分水岭。

共和国早期的卫生防疫基本上是「举国」体制的。卫生与爱国联系在一起，消除传染病的目标以政治命令形式下达，动员辖区内整个社会参与，一方面劳师动众、社会成本巨大，另一方面，对天花、结核、血吸虫等典型危害传统社会的传染病也颇有效力。

在死磕掉这些古老威胁后，传染病开始退出中国人的日常，变成了一波一波的爆发。这种情况下，「举国」方式也就逐渐失效，或者说不再经济了。

非典之前，国内的「大疫」中引发关注最多的，可能是1988年上海的甲肝爆发。甲肝的烈度不高，多数情况下并不致命，之所以情形严重是因为传播迅猛，短时间内感染了20多万人。

• 毛蚶，被认为是1988年上海甲肝流行的元凶

在《传染病防治法》尚未出台的情况下，当时的上海堪称效率一流。上海征用了中小学、旅馆等场所，几天内一共增加了11.8万张临时床位，患者全部免费治疗。

甲肝是真正「举全市之力抗病」的最终回响。最后，这场疫战花掉10亿元，相当于当时上海每年卫生经费的五倍；感染29万例，只有31例死亡。

在甲肝风波之后的第二年，1989年，中国通过了《传染病防治法》。

它与1994年实行的分税制改革，一齐宣告了「举国」方式抗疫的终结，此后，现代的、合规的官僚层级管理主导了传染病防治工作。

小的疫病流行归当地区县政府的疾控部门管；面对较严重的疫情，市里或省里往往会组织应急指挥部。如果疫情继续严重下去，国务院下属各部会成立专门的工作组。

然而在看起来合理的层级管理下，财政问题成为隐忧：传染病爆发属于突发情况，年初预算往往很难照顾到。这就涉及到一个问题：出这个急钱的，究竟应该是中央财政，还是地方财政，还是医保资金呢？

钱的问题，是理解中国传染病防治与应急处理系统的核心。

非典结束之后，有研究者（如梁争平等）统计了某些疫区城市数据，发现非典综合各项因素，可以影响到地方财力的10%。

以太原市为例，非典留下的收支黑洞加起来约为2.2亿元，市里事先预算中的预备资金仅有2000万，县级调度一度出现问题，只好用其他专项资金来填坑。

- **北京小汤山医院号称由国家拨款补助，在几天之内建成，用于治疗非典。在疫情结束后，经历了转型、废弃、拆除的过程**

当年，截至5月14日，中央财政拿出56亿元，地方财政共拿出70亿元，用于抗非典。由于没有明确的央地分工和预算，这些中央专项资金拨付不及时，地方政府的支付缺口已经出现，中央的钱还没有到位。

按照《预算法》，各级政府应当划拨本级预算支出的1%-3%，用做救急的预备金。照此计算，当年中央的法定提取额应该在72亿到216亿之间，但实际资金不到100亿，远没有达到提取额的上限，暗示了问题的普遍性。

到了地方之后，拨款的使用渠道混乱，大笔资金难以审计，甚至有北京市某单位挪用专项资金，购买两万元一台的电脑的现象。

剩下的钱有没有给非典患者报销医疗费？当时的情况仍是一片混乱。

中国的医保资金属于地方，各地支付能力不同。广东和北京等重要疫区有文件规定社保报销，但社保系统之外的人不能享受；中央财政只负责补助支付有困难的人员，且需要事后申请。

非典一手促进了中国的公共财政改革，完善了风险控制与应急机制。

现在，中国的疫情财政仍然采用地方为主、中央补助的基本思路，优化了细节和操作。目前的疫情中，国家紧急向湖北拨款10亿，国开行向武汉贷款20亿，现金流远好于非典时期的大多数城市。

但为什么各大医院还在向社会寻求装备物资捐助，除了病人数量暴增外，可能还存在难以解释的其他原因。

• 荆楚网汇总的医院物资需求

在非典爆发之前，中国的公共卫生系统正在接替医院的步伐，完成收入转型，在提供公共卫生服务的同时还要搞创收，争取自己养活自己。

医院也一样。一旦财政支持撤出、创收压力上马，类似传染病防治这样的事业投入就立刻成了冷门。

比如，隔离非典患者理论上需要特殊的负压病房，气压低于外部，里面的空气不会渗进医院。但是在2003年，中国的负压病房床位数几乎为0，医护人员只能在病房里用工业风扇往外吹。

不过，明面上的钱还是零头。当年的「SARS 防治成本研究组」估计，全国防治非典的总成本约为1100亿-1300亿元，其中存在大量的无效成本，本来可以通过更好的财政制度和更透明的信息公开来避免。

这就是中国卫生防疫管理的问题所在：强社会控制的举国系统逐渐失效，与市场接轨的现代管理体系则远未健全。

《防治法》的空窗

现行的2013年修订版《传染病防治法》，规定了39种必须报告的法定传染病，按照防范程度从高到低，分成甲乙丙三类。

其中，最被严防死守的甲类传染病只有两个：鼠疫和霍乱。

这两种疾病在今天的中国社会已经很难兴风作浪，大多数年轻人根本没见过霍乱；鼠疫也基本上不成气候，过去几年，国内散发的鼠疫很快就被消灭。那它们为什么还能稳居「甲类」位置？

原因一方面在于，这两种疾病虽然相对容易治疗，但传播极为迅猛，如果不及时通报，很难一下子扑灭压死。

例如，我们在之前的文章中说过，鼠疫具有「自然疫源性」，只要不把世界上所有的鼠类都消灭，鼠疫就时刻可能卷土重来。霍乱也是如此，2017年也门爆发霍乱，几个月内出现20万疑似病例，死亡数千人。

• **1849年，美国纽约，卫生署发布的霍乱防疫公告**

所以，对于生命威胁性更大的HIV/AIDS不是甲类，而是乙类，主要是因为它的传播渠道相对可控，不至于动用防控甲类传染病的手段。

而另一方面，鼠疫和霍乱之所以长期霸占唯二的甲类传染病席位，则是因为现行《传染病防治法》中，法定甲类传染病被规定得非常死，不能增加也不能减少。

这种严格的规定，部分是考虑到法定甲类传染病享有很多「特权」，如封锁疫区（封城）、强制交通卫生检疫、死者尸体强制火化。并且，只有甲类患者才必须隔离，乙丙类如果没有特殊规定，不是必须隔离。

这种分野包含了一个明显的暗示：甲类（包括甲类标准防控的疾病）可以「举国」防控，乙丙类则用不着「举国」。

多数西方发达国家都较少动用全面动员、强制隔离手段，部分原因是日常防疫检疫工作更加到位，不太容易出现「中国式病从口入」。不过，他们大都以法律的形式制定了完备的应急预案。

当代中国因疫情封城虽然罕见，但不是没有过先例。2014年由于鼠疫，甘肃的玉门老城曾经短暂封闭，封闭区域内居民只有3万。目前武汉市人口超过1100万，封闭规模全球罕见，湖北十三市的其他城市人口也在百万以上。保证隔离有效性、城内的秩序和物资供应，必然会成为不小的挑战。

把法定传染病规定得太死，曾经让中国付出了沉重的代价。

2003年2月非典爆发，直到4月都没有通报疫情，流言四散，造成了严重恐慌，连世界卫生组织（WHO）都表示不满。到了4月3日，卫生部召开新闻发布会，给出的解释是：非典「不是法定传染病」。

非典之后修订的2004版《传染病防治法》才对此作出了补充。现在，其他威胁严重的传染病——非典、肺炭疽、禽流感，和这次的「新型冠状病毒肺炎」——可以通过国务院批准，采取甲类的预防、控制措施。

但是，层层报批所需的决策行为和行政流程，仍然耗费着包括时间在内的诸多社会成本，而且也未必符合传染病发展的一般规律。

在刚发现的时候，它不是任何一个级别的法定传染病，也不像非典和禽流感，一上来就造成死亡。直到12月31日，海鲜市场中开始出现穿防护服的工作人员，武汉市卫健委还在宣称：未发现明显的人传人现象。

在没有强力外部干涉的前提下，诸如「新型冠状病毒肺炎」这样的新发现传染病，只能随着威胁强度的升级，逐级升级。

当「新型冠状病毒肺炎」开始采用甲类措施，情况已经变得非常严重了。

传染病是怎样上报的

自此次「新型冠状病毒肺炎」爆发以来，人们最爱联想的，便是2003年非典疫情的经验教训。

非典的确提供了非常多的经验，且重塑了中国传染病疾控体系，然而直至今天，我们仍很难搞清楚，当时中国究竟有多少非典患者，或者说究竟有多少人感染了非典病毒。

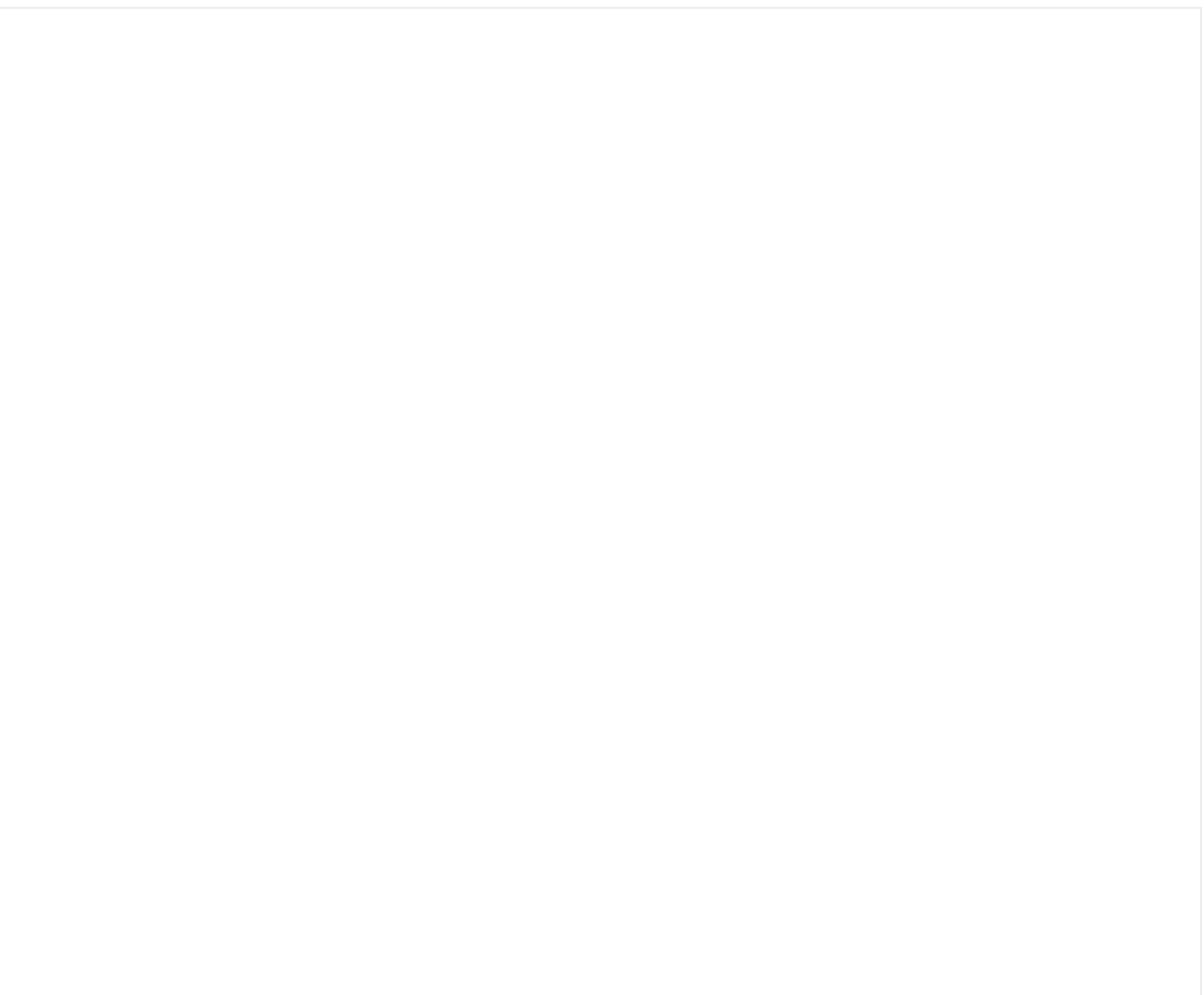
即便不考虑瞒报漏报，传染病统计也依赖两个重要的因素：统计口径和诊断方式。

统计口径方面有一个著名的案例，就是流感。美国的新闻中，流感动辄致死数千人，中国平均一年只有不到一百人。这是因为假如一个心脏病患者死于流感并发症，美国会将其统计为流感死亡，而中国不会。

• 所谓「美国流感致6000人死亡」不能说明疫情不可收拾，主要是统计口径的影响

诊断方式则有另一种重要性。一个陌生的疾病能否迅速找到靠谱的诊断方式、患者能否及时获得诊断，对统计数字具有决定性的影响。

在十多年前非典爆发的时候，诊断一种从没见过的传染病是极其困难的。非典和普通肺炎、流感的症状表现可以非常相似，所以只凭症状诊断不行，必须要结合病原学和血清学的技术，把这种特定的病原给「揪出来」。



• 美国的流感病毒检测试剂盒，在2014年H7N9型禽流感流行期间使用

「揪病原」恰恰是最难的。在非典一开始，「揪病原」的行动完全跑向了错误的方向。疾控中心的一位专家通过简单观察，就草率认为非典是由衣原体引起的，并且非常容易防治。

2月18日，这条假消息公然登上央视，立刻被国内外学界打脸。钟南山院士在媒体上愤慨地表示「不可能」。一个月内，多家实验室纷纷表示找到了冠状病毒，到4月16日由世界卫生组织确认。

等到当年5月，中国一家基因公司通过四处请托——这种耽搁完全是由于部门间推诿扯皮——终于找到一份靠谱的病毒样本，并在极短时间内完成测序，研制出针对性的诊断试剂盒时，疫情已经基本结束了。

所以非典时期的诊断原则是疑罪一律从有，整个传播期间，尤其在中国北方，出现了巨量的误诊病例。不少流感、腮腺炎、扁桃体炎的患者被误诊为非典，后来的血清学研究表明，他们体内根本没有非典病毒。

至今，中国非典的总误诊率仍旧是个谜。

现在，在高通量测序技术的帮助下，「揪病原」已经没那么难了。这次的新冠病毒由多家大企业争抢，在出现两周之内就完成了基因测序，并设计生产了30多种诊断试剂盒。

但新难题又产生了。诊断试剂盒一旦做出来，诊断就需要以其为最终依据；这部分压力也就转嫁给了生产试剂盒的企业和物流能力。试剂盒如果供不应求，一些诊断就不能完成，疑似患者只能自己回家呆着。

- 面对新发生的传染病，国家往往会发布和实时更新诊疗方案。这次的「新型冠状病毒感染的肺炎」，两种确诊标准一个是RT-PCR核酸阳性，一个是病毒基因测序，都是病原学检测手段

根据《人物》等的新闻报道，目前中国企业已经向湖北提供了超过10万个试剂盒，然而疫情的消息扩散之后，数十万流感和其他的呼吸科病患都在等着鉴别，试剂盒仍然不够用。

试剂盒在收上去之后，还要给到疾控中心或者其他实验室，进行检测交付，然后还需要将检测结果报到省里审核，审核之后才能统一发布。这些步骤都需要时间和实验室的资源。

实验室也是确诊难的一大门槛。能检测病原的实验室需要相应的生物安全防护级别，就比如全武汉市，即使把所有有资质的实验室都调集起来，一天能做2000个检测，也和现在各大医院门诊积压的数万个需求有些差距。

有了试剂盒，诊断更困难。这样的悖论确实令人疑惑，但并非耸人听闻。

按理说，今天的中国应急资金充足，生物技术发达，又有体制的动员能力加持，加上舍生忘死奋斗在一线的医护人员们的努力，不应该还有战不胜的瘟疫。

如果还遏制不住，领导们的英明指挥不能说，防疫官员的远见卓识不能提，那就只能怪病毒太厉害了。

参考文献：

- [1]“非典”纳入法定传染病政府肩负哪些责任？，徐运平，2003年5月
<http://www.people.com.cn/GB/paper85/9244/858095.html?rplufsrpcvxlryn>
- [2]小汤山SARS医院建设简介[J].工程建设与设计,2003,(5):46-46.
- [3]废墟——小汤山非典医院，人民网，2010年1月4日
<http://pic.people.com.cn/GB/159077/159078/10695048.html>
- [4]最先认定“非典病原为衣原体”的院士回首非常经历，中新网，2003年5月23日
<http://www.chinanews.com/n/2003-05-23/26/306045.html>
- [5]传染性非典型肺炎诊断标准 WS 286-2008
<http://www.nhc.gov.cn/wjw/s9491/200802/38821/files/b47967fb854145ccbf978bd86dfa6d19.pdf>

点击徽章，进入大象公会小程序▼