复旦卫管文库

危机管理

突发公共卫生事件应急处置问题与策略

孙　梅•著

复旦大学出版社

Health Administration

突发公共卫生事件应急处置，事关人民群众的生命健康与切实利益，与国家安全息息相关。本书聚焦我国突发公共卫生事件应急处置的主体机构之一——疾病预防控制机构，系统梳理了SARS后突发公共卫生事件应急处置的政策变迁，全面评价了该项工作的现状，明确了当前存在的主要问题；并运用危机管理理论，借鉴国际经验，有针对性地提出了提升突发公共卫生事件应急处置能力的策略建议，为我国有效应对突发公共卫生事件提供了借鉴和依据。

责任编辑：陈 军 毛蒙莎
ISBN 978-7-309-09973-7
9 787309 099737 >
定价：32.00元
www.fudanpress.com

复旦卫管文库

危机管理

突发公共卫生事件应急处置问题与策略

孙　梅·著

復旦大學出版社

图书在版编目(CIP)数据

危机管理:突发公共卫生事件应急处置问题与策略/孙梅著. —上海:复旦大学出版社,2013.8
(复旦卫管文库)
ISBN 978-7-309-09973-7

Ⅰ. 危… Ⅱ. 孙… Ⅲ. 公共卫生-突发事件-卫生管理-中国 Ⅳ. R199.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 178177 号

危机管理:突发公共卫生事件应急处置问题与策略
孙 梅 著
责任编辑/陈 军 毛蒙莎

复旦大学出版社有限公司出版发行
上海市国权路 579 号 邮编:200433
网址:fupnet@ fudanpress. com http://www. fudanpress. com
门市零售:86-21-65642857 团体订购:86-21-65118853
外埠邮购:86-21-65109143
上海春秋印刷厂

开本 787×960 1/16 印张 14.5 字数 218 千
2013 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

ISBN 978-7-309-09973-7/R·1336
定价:32.00 元

如有印装质量问题,请向复旦大学出版社有限公司发行部调换。
版权所有 侵权必究

作者简介

孙梅，博士，复旦大学公共卫生学院讲师，专业学位硕士导师。2002年毕业于复旦大学预防医学专业，获医学学士学位；同年，师从郝模教授，攻读社会医学与卫生事业管理专业研究生；2008年获管理学博士学位。

从事卫生管理与卫生政策的研究，主要领域涉及疾病预防控制体系、卫生监督体系、新型农村合作医疗制度、公立医院改革等。主持国家自然科学基金青年项目、教育部哲学社会科学发展报告资助项目、卫生部科研项目、上海市卫生局卫生政策研究项目等6项国家、省部级科研项目。在权威期刊、核心期刊发表第一作者文章28篇，参与编写《卫生政策学（第二版）》、《疾病预防控制体系建设研究报告：问题与对策》、《疾病预防体系建设研究报告：规范化管理》、《疾病预防控制体系建设研究报告：绩效评估》、《我国卫生监督体系建设与发展研究》、《我国卫生监督体系三年建设情况评价研究报告》等著作。作为主要完成人获得高校科学技术进步奖、上海市决策咨询奖、中华预防医学会科学技术奖、上海科技进步奖、高校人文社会科学研究优秀成果奖5项科技奖励；曾被评为上海市新长征突击手、复旦大学“我心目中的好老师”。

“复旦卫管文库”编辑委员会

主　编	郝　模	卫生政策与管理研究	复旦大学
编　委	（按姓氏笔画排序）		
	叶　露	卫生资源配置研究	复旦大学
	冯学山	卫生服务研究	复旦大学
	吕　军	卫生政策与管理研究	复旦大学
	刘　宝	医疗保障制度研究	复旦大学
	孙晓明	社会医学与社区卫生	浦东新区卫生与计划生育委员会
	严　非	疾病控制政策研究	复旦大学
	吴擢春	社会医学与社区卫生	复旦大学
	何　纳	流行病学	复旦大学
	应晓华	卫生资源配置研究	复旦大学
	陈　文	医疗保障制度研究	复旦大学
	陈　刚	卫生法学与卫生监督研究	复旦大学
	陈英耀	卫生技术评估研究	复旦大学
	林尚立	政治学研究	复旦大学
	罗　力	卫生政策与管理研究	复旦大学
	周志俊	劳动卫生与环境卫生	复旦大学
	屈卫东	劳动卫生与环境卫生	复旦大学
	姜庆五	流行病与卫生统计	复旦大学
	钱　序	儿少卫生与妇幼保健学	复旦大学
	徐　飚	流行病学	复旦大学
	黄葭燕	卫生技术评估研究	复旦大学
	梁　鸿	社会保障等公共政策研究	复旦大学
	彭希哲	人口、资源与环境经济学	复旦大学
	程晓明	卫生资源配置研究	复旦大学
	傅　华	社区卫生与健康促进	复旦大学
	薛　迪	医疗卫生机构经营管理	复旦大学

序言

健康是人们的终身追求，也是人类发展的核心。医疗卫生事业关系千家万户的幸福安康，关系国家和民族的未来，关系人类的全面进步与和谐发展。社会经济发展的历程表明，教育、卫生事业是社会发展的基础，是政府的主要职能之一。

秉承时代赋予的重任，目前的复旦大学社会医学与卫生事业管理学科成立于1981年。自成立之日起，学科点即以促进卫生与社会协调发展为己任，历经两代人的“立足国情、团结创新”，学科已进入良性循环的快速发展轨道：特色鲜明—各方重视—成果突出，效益显著—学科影响力稳步提升—队伍稳定，学科发展。

学科长期的研究涵盖了卫生系统各个领域，包括医疗、预防、保健、康复，涉及农村、基层单位和脆弱人群以及医疗制度改革等。形成了自身鲜明的研究特色：“循证、科研与国情结合，研究者与决策者结合，多学科交叉融合，定量与定性结合”；形成了较为完善的政策研究方法学；形成了“保持特色即是坚持原创”的群体共识；形成了八个研究侧重：卫生政策研究、卫生资源配置、医疗卫生机构管理、卫生服务研究、卫生技术评估、医疗保障制度、社会医学与社区卫生、卫生监督与卫生法等；更重要的是形成了学科共同遵循的研究宗旨：针对重大卫生问题，集成公认科学方法，研究解决问题策略，科学支撑重大决策。

学科也在不断充实与发展的过程中取得了喜人的成

绩：近10年来，学科点获得科研项目267项（其中自然科学基金项目25项），在国内外杂志发表论文1 349篇，出版各类专著和著作100余本，获得各类科技成果奖57项，有112项研究结果被各级政府采纳并转化为政策。在科学研究的推动下，学科发展进入良性轨道，得到了社会的认可。1989年和1993年分别获得硕士和博士学位授予权，1994年成为上海市重点学科，1997年成为“211工程”建设学科，2002年成为国内该领域唯一的国家重点学科，2004年成为教育部“985工程”二期创新研究基地的主干学科，2007年又蝉联国家重点学科，2008年再次成为“211工程”三期重点学科。28年来，培养的5 000多名卫生管理专业人才遍布全国。

路漫漫其修远兮，吾将上下而求索。为促进学科的快速发展，学科点期望在总结整理既往研究结晶的基础上，将研究成果以专著等形式陆续推出，并形成“复旦卫管文库”，在抛砖引玉的基础上，为加快卫生事业管理学科的理论与实践进程尽绵薄之力。也期望本文库仅是一个起点，盼望校内外、海内外更多的专业人士并肩协力、百花齐放，促进卫生事业管理学科持续快速发展。

复旦大学　郝模

2010年9月

前言

2003年的SARS(严重急性呼吸综合征)事件,敲响了国家安全的警钟,也将突发公共卫生事件应急处置工作推向了备受世人关注的舞台。近几年,突发公共卫生事件频发,禽流感、三聚氰胺、水污染等事件,一次次撩拨人们的神经。仅2010年,全国突发公共卫生事件(含Ⅳ级以下)报告事件数9 025起,报告病例数77 439例,报告死亡数899人。

十年来,从SARS到H7N9型禽流感,我国在突发公共卫生事件应急处置方面的进步有目共睹。然而,总是在问题暴发时仓促应对,绝非长治久安的治国良策。“上工,不治已病治未病,不治已乱治未乱”,应急的最高境界是无急可应。如何完善我国突发公共卫生事件应急处置工作,必须首先明确当前该工作中存在的问题,在此基础上,才能有的放矢。

自2002年师从郝模教授以来,我有幸参与了卫生部疾病预防控制体系建设研究课题组,十多年来,体系建设、三年建设评价、规范化研究、绩效考核等系列研究,为我全面了解疾病预防控制体系提供了非常好的学习机会。

在学习之余,我也不断在寻找自己可以聚焦的“着力点”。2010年,《基于标杆管理的县级疾病预防控制机构绩效诊断与改进的关键技术研究》获得自然科学基金委员会

青年基金的资助(项目编号:71003025)。初步的研究探索发现,在疾控机构的七大职能——疾病预防与控制、突发公共卫生事件应急处置、信息管理、健康危害因素监测与控制、实验室检验、健康教育与健康促进、技术指导与应用研究中,突发公共卫生事件应急处置非常重要但现实状况堪忧。

以县级疾病预防控制机构(简称疾控机构)为例,在总体绩效指标中,突发公共卫生事件应急处置所占的权重为19.98%,仅次于疾病预防与控制职能,位于第二位。从各职能对整体绩效影响的弹性系数来看,突发公共卫生事件应急处置职能每提升1%,整体绩效得分提升14.6%。可见,这一职能对于县级疾控机构整体工作的重要性不言而喻。然而,突发公共卫生事件应急处置能力现状不容乐观。在上述七项职能中,县级疾控机构突发公共卫生事件应急处置能力的完成度仅为50.7%,这一状况仅高于健康危害因素监测与控制职能的42.4%。而健康危害因素监测与控制职能的完成度低,很大程度上是由于当前疾控机构与卫生监督机构及质监等部门的职责不清所导致的。本应第二重要的职能,其落实情况却位于倒数第二位,提示总体形势非常严峻。

客观而让人警醒的数据,使我逐步萌发了关注突发公共卫生事件应急处置的念头。2012年,我以《我国突发公共卫生事件应急能力:系统评价与优化策略》为主题,申请了复旦大学"985工程"三期整体推进社会科学研究青年项目并获得资助(项目编号:2012SHKXQN008)。

一年多的探索让我逐步认识到,突发公共卫生事件应急处置工作虽然在2003年后有了长足进展,但仍然存在诸多不足。那么,我国突发公共卫生事件应急处置工作的现况怎样?究竟存在哪些问题?这些问题的重要性、严重性如何?现实状况如何?解决的策略又是什么?

因此,也就有了本书的架构。第一章是引言,重点介绍了突发公共卫生事件应急处置的相关概念,以及危机管理理论在突发公共卫生事件应急处置中的应用。第二章介绍了我国突发公共卫生事件应急处置的法律体系与组织体系。第三章系统梳理了近十年来我国突发公共卫生事件应急处置的相关政策。第四章至第七章,主要聚焦疾病预防控制机构突发公共卫生事件应急处置工作存在的问题与策略。其中,第四章基于文献检索与评阅,厘清了我国突发公共卫生事件应急处置存在的问题。第五章运用文献分析

法，从问题的重要性、严重性及可解决性的综合排序，确定了我国突发公共卫生事件应急处置的关键问题。第六章运用我国省市县各级样本疾病预防控制机构的现实数据，定量论证了我国突发公共卫生事件应急处置存在的问题。第七章分析并总结了我国突发公共卫生事件应急处置能力提升的策略。第八章介绍了美国、英国等发达国家及印度等与我国类似的发展中国家的突发公共卫生事件应急处置体系，以期给予我国一些借鉴。

本书得到了国家自然科学基金（项目编号：71003025）、复旦大学“985工程”三期整体推进社会科学研究基金（项目编号：2012SHKXQN008）、教育部哲学社会科学发展报告资助项目（项目编号：11JBGP039）、教育部博士点基金（课题编号：20120071110055）、教育部创新团队基金（项目编号：IRT0912）、教育部人文社会科学研究青年基金项目（项目编号：12YJCZH100）的支持，在此一并表示感谢！特别感谢国家卫生与计划生育委员会疾病预防控制局提供数据支持！

当然，由于时间仓促及水平有限，本书肯定会存在不少疏漏甚至是错误之处，恳请读者不吝指正！

孙　梅

2013年5月

目录

第一章　突发公共卫生事件应急处置与危机管理 / 1

第一节　相关概念 / 1

一、危机与公共危机 / 1

二、危机与突发事件 / 5

三、突发公共卫生事件 / 6

第二节　危机管理理论 / 7

一、危机管理的概念 / 7

二、危机管理相关理论 / 9

三、公共危机管理或政府危机管理 / 12

第三节　危机管理理论在突发公共卫生事件应急处置中的应用 / 13

一、SARS疫情暴发的政府危机处置 / 13

二、SARS危机对我国危机管理体系的完善 / 14

第二章　我国突发公共卫生事件应急处置体系 / 16

第一节　我国突发公共卫生事件应急处置的法律体系 / 16

一、我国公共危机管理相关法律制度 / 16

二、我国突发公共卫生事件应急相关法律制度 / 17

三、《中华人民共和国突发事件应对法》/ 19

四、《突发公共卫生事件应急条例》/ 19

第二节　我国突发公共卫生事件应急处置组织体系 / 20

一、突发公共事件应急管理组织体系构建的原则 / 20

二、突发公共事件应急处置组织体系解析 / 22

三、突发应急管理组织体系构成 / 26
第三章　我国突发公共卫生事件应急处置政策变迁 / 27
第一节　我国突发公共卫生事件应急处置政策梳理 / 27
一、宏观层面的突发公共卫生事件政策梳理 / 27
二、按专业分类的突发公共卫生事件政策梳理 / 32
第二节　我国突发公共卫生事件应急处置政策变迁分析 / 38
一、应急预案制订的要求逐步完善 / 39
二、应急队伍组建及培训的要求逐步明确 / 40
三、应急物资等保障制度逐步细化 / 42
四、信息报告责任制度逐步明确 / 44
五、现场处置分工逐步明确 / 45
六、应急处置评估工作逐步得到重视 / 46
七、逐步从被动应急向预见性治理转变 / 47
第四章　厘清我国突发公共卫生事件应急处置存在的问题 / 49
第一节　系统收集、确定问题数量 / 49
一、问题收集的思路与方法 / 49
二、文献概况 / 50
第二节　问题界定与论证 / 55
一、问题收集 / 55
二、问题归类 / 55
三、问题搜集的饱和程度判断 / 59
四、问题界定与论述 / 60
五、形成问题系统 / 86
第五章　明确我国突发公共卫生事件应急处置的关键问题 / 88
第一节　对问题重要性的排序 / 88
一、突发公共卫生事件应急处置的基本目标 / 89
二、运用层次分析法对重要性进行排序 / 89
三、卫生系统宏观模型与层次分析法的结合应用 / 94
第二节　对问题严重性的排序 / 94
第三节　对问题可解决性的判断 / 97

第四节　问题的综合排序 / 98
一、四类问题的优先顺序 / 98
二、每类问题内部的优先顺序 / 100
第五节　关键问题与焦点问题确认 / 103
第六章　突发应急工作现况系统评价 / 105
第一节　突发公共卫生事件应急基础保障 / 105
一、突发应急组织架构 / 105
二、突发应急队伍建设 / 112
三、应急物品储备能力 / 118
第二节　突发公共卫生事件应急准备状况 / 120
一、应急培训情况 / 120
二、应急演练情况 / 124
第三节　突发公共卫生事件应急监测报告能力 / 129
一、突发应急监测情况 / 129
二、突发应急网络直报情况 / 130
三、突发应急报告及时情况 / 131
第四节　突发公共卫生事件应急能力落实情况 / 132
一、突发事件原因查明能力 / 132
二、应急现场处置能力 / 133
三、应急职能落实情况 / 135
第五节　小结 / 137
一、组织架构总体良好，但应重视应急突发公共卫生事件专门机构和专家库建设 / 137
二、突发应急队伍已基本形成，但分布不均衡，人员素质结构有待完善 / 138
三、应急物品储备能力明显不足，无法满足突发应急工作开展的需要 / 139
四、突发应急培训和演练能力亟待关注，模拟演练效果有待提高 / 139
五、突发公共卫生事件监测报告工作成效显著 / 140
六、突发公共卫生事件处置能力逐步规范，但职能落实还有待

加强 / 141

第七章　我国突发公共卫生事件应急处置能力提升的策略 / 142

第一节　对照制度完善我国突发公共卫生事件应急处置体系 / 142

一、建立常态的管理组织体系 / 142

二、健全灵敏的应急反应机制 / 143

第二节　各国公共卫生应急管理总体特点及启示 / 144

一、发达国家突发公共卫生事件应急处置体系的特点 / 144

二、对我国应急管理的启示 / 145

第三节　关键问题的对策分析 / 147

一、针对问题1“应急人员配置比例低”的对策建议 / 148

二、针对问题2“应急人员总体素质较低”的对策建议 / 149

三、针对问题4“应急物品储备不足”的对策建议 / 150

四、针对问题10“政府投入缺乏稳定长效机制”的对策 / 151

五、针对问题6“实验室设置不符合要求”的对策建议 / 152

六、针对问题14“法律法规体系尚不健全”的对策建议 / 153

七、针对问题16“应急管理体系部门间协作不畅”的对策建议 / 154

八、针对问题22“相关部门重视不够”的对策建议 / 155

第八章　部分国家突发公共卫生事件应急处置体系介绍 / 156

第一节　美国突发公共卫生事件应急处置体系 / 156

一、公共卫生应急处置体系 / 157

二、公共卫生应急处置相关机构 / 160

三、公共卫生危机管理运作机制 / 161

四、突发公共卫生事件应急制度及组织保障 / 163

第二节　日本突发公共卫生事件应急处置体系 / 166

一、国家危机管理组织体系简介 / 166

二、突发应急管理体系 / 167

第三节　印度灾害危机应急处置体系 / 170

一、印度灾害管理组织总体特点 / 170

二、印度灾害管理组织体系 / 171

三、印度灾害应急管理的运作 / 172

第四节　其他发达国家公共卫生应急处置简介 / 173
一、英国公共卫生应急处置组织结构体系简介 / 173
二、加拿大公共卫生应急处置组织结构体系简介 / 176
三、俄罗斯的危机管理系统 / 176
四、法国、澳大利亚以及韩国等国家的卫生应急管理 / 178

附录一　《中华人民共和国突发事件应对法》 / 179
附录二　《突发公共卫生事件应急条例》 / 192
附录三　《国家突发公共卫生事件应急预案》 / 201

后记 / 215

第一章

突发公共卫生事件应急处置与危机管理

第一节　相关概念
第二节　危机管理理论
第三节　危机管理理论在突发公共卫生事件应急处置中的应用

突发公共卫生事件，属于危机的一种。本章将从与危机相关的概念谈起，进而梳理国内外危机管理的经典理论，介绍危机管理理论在突发公共卫生事件应急处置中的应用，为后文系统陈述我国突发公共卫生事件应急处置的问题与策略奠定理论基础。

第一节　相关概念

一、危机与公共危机

1. 危机的理论含义

危机的理论含义主要从语言学的角度加以理解。《朗曼现代英语词典》将危机解释为：事物发生过程中的一个转折点，如疾病的突然好转或恶化；不确定时间或状态；非常危险或者困难的时刻[①]。《袖珍牛津词典》则从两个层面对危机加以阐释：危险和非常困难的时期；决定性的瞬间[②]。《现代汉语词典》对危机的基本解释则相对少了两面性，即“危险的根由或严重困难的关头”[③]。

① 《朗漫现代英语词典》，北京：商务印书馆，1984年，第569页。
② 《袖珍牛津词典》，北京：商务印书馆，1984年，第765页。
③ 《现代汉语词典（第六版）》，北京：商务印书馆，2012年，第765页。

2. 危机的实践含义

危机的实践内涵随着危机管理的发展而不断深化。危机管理起源于20世纪60—70年代，经过约五十年的发展，危机管理理论已经不断深化了危机的概念内涵。

危机研究的先驱赫尔曼[①]认为：危机是一种出乎决策主体意料的情境状态，在此状态下，决策主体的根本目标遭受威胁，且决策的反应时间极度有限。乌里尔·罗森塔尔[②]等人基于社会系统的角度认为，危机是对社会系统的基本价值和行为准则构架产生重要威胁的事件，且必须在高度不确定性、事件压力及时间受限等情况下对其进行关键决策。巴顿[③]则从组织的视角定义危机，他认为危机是一个会对组织造成潜在负面影响的不确定性事件，其后果可能对组织本身或组织资源（员工、产品、服务、资产和声誉等）造成巨大的损失。管理学家奥兰·杨[④]从系统动因论出发，通过对过程的阐释，认为危机是一组迅速发展的事件，这一系列事件的组合使得破坏稳定的力量在系统中的影响作用远超正常水平，最终导致这种破坏力量在系统中暴发的危险增加。韦伯斯特[⑤]则利用临界点原理来表述危机，如一个更好或更坏的转折点，或决定性的时刻，或一段至关重要的时间和一个达到危急关头的情景。美国哲学家斯·库恩[⑥]借助范式理论指出，危机就是从常规科学走向科学革命，从旧范式向新范式过渡的一个阶段。美国危机管理专家史蒂文·芬克[⑦]从危机的变化状态来表述危机，指事件处于即将发生决定性变化的一段不稳定的时间或一种不稳定的状态。

---

① Charles F. Herman, *International Crises: Insights from Behavioral Research* (New York: Free Press, 1972).

② Uriel Rosenthal, *Coping With Crisis: The Management of Disasters, Riots, and Terrorism* (New York: Charles C. Thomas, 1989).

③ 转引自〔美〕罗伯特·希斯著，王成、宋炳辉、金瑛译：《危机管理》，北京：中信出版社，2004年，第13页。

④ Uriel Rosenthal, Arjen Boin, Louise Kloos Comfort, *Managing Crises: Threats, Dilemmas, Opportunities* (New York: Charles C. Thomas, 2001). 韦伟强：《中国危机管理法制化研究》（学位论文），华东师范大学，2008年。

⑤ Philip Babcock Gove, *Webster's Third New International Dictionary of the English Language* (Unabridged: A Merriam-Webster's, 1981).

⑥ 冯契主编：《哲学大词典》，上海：上海辞书出版社，2000年，第324页。

⑦ Steven Fink, *Crisis Management: Planning for the Inevitable* (New York: AMACO, 1986).

同时，还有学者尝试从不同的特点或情境对危机进行概念性的说明。罗伯特·希斯[①]认为，危机包含三种情景：不可控；对人员、组织和资源产生威胁；可见和不可见的影响。福斯特[②]则提出了“紧急决策”、“人员严重缺乏”、“物质严重缺乏”和“时间严重缺乏”等危机的基本特点。

20世纪80年代末，危机管理研究才正式被引入中国，此时的危机管理理论已经较为成熟，因此，国内学者对危机的内涵多是对国外学者的理解加以综合。郁建兴和李小君[③]等人对奥兰·杨的系统动因论加以延伸，他们认为危机是一系列中止和平进程和瓦解社会正常关系及秩序的事件正在迅速展开的过程，对社会稳定的破坏力大大超出了正常的水平，迫使相关的系统必须在有限的时间内做出反应和抉择，采取更多的控制或调节行动，以维持系统的生存。罗守贵和高汝熹[④]认为，危机是在社会生活中突然发生的、严重危及社会秩序、给社会带来重大损失的一种非均衡状态。薛澜、张强和钟开斌[⑤]的观点是，危机通常是在决策者的核心价值观受到严重威胁或挑战时，信息不充分、事态发展具有高度不确定性和需要快速决策等多种不利情境的综合。

可见，人们对某一特定事物的概念性理解是在不断的实践中进行丰富的，是事物本身的集成优化。危机管理实践集成了管理学、政策科学及社会学等众多学科的有益成果。本书并不试图对“危机”这一概念进行重新界定，但是，结合其理论含义和实践深化，在综合国内外学者观点的基础上，结合事物的“产生——发展——转化(——影响)”的逻辑发展阶段，我们认为危机至少包含以下四类特点：①不确定性。危机产生的原因复杂而隐秘，实践表现为发生时出其不意，危机的发生状态、发生时间、发展、影响及转化

---

① 〔美〕罗伯特·希斯著，王成、宋炳辉、金瑛译：《危机管理》，北京：中信出版社，2004年，第13页。

② 薛澜、张强、钟开斌著：《危机管理》，北京：清华大学出版社，2003年，第41—45页。〔美〕诺曼·R·奥古斯丁等著，北京新华信商业风险管理有限责任公司译：《危机管理》，北京：中国人民大学出版社，2001年，第112—126页。

③ 郁建兴、李小君：《论危机管理中政府行为的合法性》，《毛泽东邓小平理论研究》2003年第4期，第17—22页。

④ 罗守贵、高汝熹：《论我国城市政府危机管理模式的创新》，《软科学》2005年第19卷第1期，第40—52页。

⑤ 薛澜、张强、钟开斌：《危机管理转型期中国面临的挑战》，北京：清华大学出版社，2003年，第41—45页。

不以人的意志为转移，具有高度的不确定性。②急迫性。危机具有“时点”特性，表现为时间维度上的发生的紧急性，处理的紧迫性。③两面性。危机具有危害和机遇的两面性，具体表现为处理得当的决策通常会导致转机或另一个契机。④破坏性。危机的产生必定给特定的组织或系统产生超常的震荡，导致其日常工作程序中断或失序。

结合危机的各种定义和特点，我们认为，正确认识“危机”至少包含以下几个要点：①危机需要一个载体。危机针对一定的个人、组织或系统等才有其特定含义。②危机需要一个对其进行处理的决策主体，这个决策主体是个人、组织、系统的某一或某些角色，对危机的处理起着至关重要的作用。③危机来临时，决策者的核心价值观念受到严重威胁或挑战。④主体决策环境极度恶劣、有关信息很不充分、事态发展具有高度不确定性和需要迅捷决策等不利情境汇聚，决策面临高度的紧张和压力。

3. 公共危机的含义

当对危机的解读涉及公共领域范畴时，人们更多地使用“公共危机”这一概念。关于公共危机的界定，综合来看主要包含以下三种理解：①部分学者从社会系统角度界定，认为公共危机等同于危机，如乌里尔·罗森塔尔[①]，他认为公共危机是一种严重地威胁社会系统基本结构或基本价值规范的形势，并在时间压力和高度不确定性的情况下必须对其做出关键决策的事件。②雷晓康等人[②]则认为公共危机是危机的一种，二者不能混为一谈，他们认为公共危机是来自社会经济运行过程内部的不确定性及由此导致的各种危机。③也有人从咬文嚼字的角度来阐释，如王茂涛[③]从“公共”和“危机”两个层面来理解公共危机，他将公共危机定义为由于外部或内部的高度不确定的变化因素，对社会共同利益和安全产生严重威胁的一种危险情况和紧急状态。

但是，不管人们对公共危机的理解是否有差异，他们对公共危机的特征

---

① Uriel Rosenthal, *Coping With Crisis: The Management of Disasters, Riots, and Terrorism* (New York: Charles C. Thomas, 1989).

② 雷晓康、席恒：《突发公共事件的危机管理》，西安：陕西天地印刷有限公司，2007年，第4—8页。

③ 王茂涛：《政府危机管理》，合肥：合肥工业大学出版社，2005年，第1—8页。

均取得了较为一致的意见，综合来看，公共危机自身具有以下两大主要特征：①社会性。社会系统的基本价值和行为准则遭受严重威胁，各类问题相互交叉影响，涉及多数人的利益。②系统性。公共领域的危机涉及社会系统的各个层面，公共危机的应对也具有层次性、协调性、综合性或复合性等。此外，公共危机也具备危机的属性，也表现出不确定性、急迫性、两面性和破坏性等特征[①]。

二、危机与突发事件

“危机”，在国内往往被“突发事件”这一约定俗成的概念所替代。2007年第十届全国人大常委会决议通过的《中华人民共和国突发事件应对法》对突发事件进行了界定，该决议认为，突发事件是指突然发生，造成或者可能造成重大人员伤亡、财产损失、生态环境破坏和严重社会危害，危及公共安全的紧急事件[②]。由此可知，突发事件属于一种紧急事件，紧急事件本身强调事件的紧迫性、时间受限性，突发事件的内涵则又强调了事件的突发性、偶然性。从这个意义上讲，突发事件表现出了危机的两方面特征——急迫性和不确定性，同时强调了社会性和公众性。这里表述的突发事件实质是一种狭义的概念，是涉及社会公共领域的突发公共事件，其概念内涵严格意义上对应于公共危机。

由于“突发公共事件”和“公共危机”的本质特点均在于具有一定的社会性，多数情况下，研究者们并不严格区分二者的含义，但是从逻辑学的内涵与外延角度讲，突发事件不一定就是危机。认识到这一点，对实践具有一定的指导意义。在实践中突发事件的发生并不一定导致危机，而危机则可能是一个或一系列突发事件所导致的结果，如果决策主体对某一突发事件采取了有效措施，其不良后果被控制在预期范围内，那么该决策主体就可能没有遭遇危机，这表明突发事件是可处理的，危机是可预防和可控制的。现实中，突发公共事件常常可能转化成公共危机事件。例如，2003年我国大规

① 全国干部培训教材编审指导委员会组织编写：《公共危机管理》，北京：党建读物出版社，2006年，第4—5页。吴江：《公共危机管理能力》，北京：国家行政学院出版社，2005年，第3—4页。

② 中国政府门户网站：《中华人民共和国突发事件应对法》（2013年5月20日），见 http://www.gov.cn/ziliao/flfg/2007-08/30/content_732593.htm。

模暴发 SARS，由于公共卫生应急体系的不完善，一时间造成了全社会的恐慌，对于政府而言，危机随之出现；而 2008 年汶川大地震，灾情发生后从抗震救灾到恢复重建，无论政府的管理活动还是社会秩序都有条不紊，在此情况下，虽然发生了突发事件，但并没有产生巨大的社会危机。

三、突发公共卫生事件

突发公共卫生事件，是与公众健康相关的突发公共事件。2003 年国务院颁布的《突发公共卫生事件应急条例》[①]对突发公共卫生事件的概念做了明确界定，此后《国家救灾防病与突发公共卫生事件信息报告管理规范》[②]将重大动物疫情也纳入突发公共卫生事件应急范畴。我们可以将突发公共卫生事件定义完善为：已经发生或者可能发生的、对公众健康造成或者可能造成重大损失的传染病疫情、不明原因的群体性疾病、重大食物和职业中毒、重大动物疫情以及其他严重影响公共健康的事件[③]。

其中，重大传染病疫情是指某种传染病在短时间内发生，波及范围广泛，出现大量的病例或死亡，其发生率远远超过常年发病水平，包括新发传染病、新传入并有扩散趋势的传染病和复燃并具有流行趋势的传染病[④]。群体性不明原因疾病系指短时间内、在相对集中区域内同时或相继出现具有共同临床症状的病人，且病例不断增加，范围不断扩大，暂时又无法明确诊断的疾病疫情[⑤]。重大食物或职业中毒是指由于食品污染和职业危害的原因造成的伤亡较重或受害人数众多的中毒事件[⑥]。重大动物疫情是指高致

① 中国政府门户网站：《突发公共卫生事件应急条例》(2013 年 5 月 20 日)，见 http://www.gov.cn/zwgk/2005-05/20/content_145.htm。

② 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会：《国家救灾防病与突发公共卫生事件信息报告管理规范》(2013 年 5 月 20 日)，见 http://www.moh.gov.cn/mohbgt/pw10301/200804/33467.shtml。

③ 中国政府门户网站：《中华人民共和国突发事件应对法》(2013 年 5 月 20 日)，见 http://www.gov.cn/ziliao/flfg/2007-08/30/content_732593.htm。

④ 中国政府门户网站：《突发公共卫生事件应急条例》(2013 年 5 月 20 日)，见 http://www.gov.cn/zwgk/2005-05/20/content_145.htm。

⑤ 同上。

⑥ 同上。

病性禽流感等发病率或死亡率高的动物疫情突然、迅速传播，可能对公众身体健康和生命安全造成危害的情形[①]。

同样遵循事物的“产生——发展——转化(——影响)”的逻辑发展阶段，从公共卫生领域的自身特性出发，我们理解突发公共卫生事件的本质内涵，需要重点把握以下几点：①成因复杂多样。病原微生物感染、工业污染、“生化恐怖”事件以及自然灾害蝴蝶效应等，均可能导致突发公共卫生事件。②时空分布差异。众所周知，自然灾害或者传染病的暴发都具有一定的季节效应，部分传染病还具有特殊易感人群等。③传播迅速广泛。以传染病为例，当传染病散播的三个基本环节完备时，疾病就会肆无忌惮地扩散。在国际交流更加频繁的时代，任何一种传染病都具有全球暴发的可能性。④高度不可控。正因为突发公共卫生事件的成因复杂、分布多样且传播迅速，通常很难预防与控制。⑤危害的多重效应。突发公共卫生事件对公共健康及生命安全造成巨大威胁的同时，通常带来严重的社会恐慌，并伴随环境、经济甚至是政治外交的连锁破坏。⑥极大破坏性。危机管理的核心在于人本思想。不同于一般的危机，突发公共卫生事件的处理无论做得多好，生命的损失和健康的损害都具有不可逆转的效应。⑦危机处理的系统性或综合性。首先，广义地理解，所有涉及疾病与健康的范畴，都属于卫生领域，卫生系统本身具有系统性和复杂性；其次，凡是涉及疾病与健康的事件都可以理解为社会事务处理范畴，卫生系统内部的协调无法完成危机的处理。

第二节 危机管理理论

一、危机管理的概念

危机管理(crisis management，简称 CM)最早可追溯到第一次世界大战之后的企业危机管理研究，一次世界大战后的经济大萧条使得美国很多企

① 中国政府门户网站：《突发公共卫生事件应急条例》(2013 年 5 月 20 日)，见 http://www.gov.cn/zwgk/2005-05/20/content_145.htm。

业面临前所未有的经济危机，这场经济危机开创了危机管理的先河[①]。

由于对危机的界定存在差异，不同领域或组织体系的学者及研究者对危机管理的界定也相应地有所差异。尽管如此，学者们仍对危机管理的内涵进行了系统的界定，比较有代表性的如下：

1986年，美国著名咨询专家史蒂芬·芬克出版了《危机管理——对付突发事件的计划》一书，首次对危机管理进行了比较系统的研究[②]，他认为危机管理是"对于组织前途转折点上的危机，有计划地挪去风险与不确定性，使组织更能掌握自己前途的艺术"。也就是说，危机管理包括转移或缩减危机的来源、范围和影响，提高危机初始管理的地位，改进对危机冲击的反应管理，完善修复管理以迅速有效地减轻危机造成的损害[③]。雷米进一步将危机管理阐述为组织针对危机的发展阶段采取不同的措施，包括在危机发生前的侦查、沟通与预防；当危机发生时，要成立危机管理小组负责处理并将危机予以隔离[④]。海耶士从适应性的管理及控制过程角度把危机管理进一步细化为六个管理步骤，包括：密切监测环境、实际了解问题、制定备选方案、预测方案后果、决定行动方案、下达办理方向及排定计划内容。这种观点将危机的事前管理细化为具体的行动步骤[⑤]。

20世纪80年代，国内学者开始对危机管理展开研究。比较有代表性的是学者张成福[⑥]，他指出，所谓危机管理是一种有组织、有计划、持续动态的管理过程，政府针对潜在的或者当前的危机，在危机发展的不同阶段采取一系列的控制行动，以期有效地预防、处理、消弭危机。其重点在于：危机信息的获取和预警；危机的准备与预防；危机的控制与回应；危机后的恢复和重建；持续不断的学习和创新。

---

① 汪志红、王斌会：《突发公共事件危机管理研究发展综述》，《生产力研究》2010年第12期，第291—293页。

② Steven Fink, *Crisis Management: Planning for the Inevitable* (New York: AMACO, 1986).

③ 〔美〕罗伯特·希斯著，王成、宋炳辉、金瑛译：《危机管理》，北京：中信出版社，2004年，第13页。

④ 孙多福、鲁洋：《危机管理的理论发展与现实问题》，《江西社会科学》2004年第4期，第29页。

⑤ 孙多福、鲁洋：《危机管理的理论发展与现实问题》，《江西社会科学》2004年第4期，第29页。

⑥ 张成福：《公共危机管理：全面整合的模式与中国的战略选择》，《中国行政管理》2003年第211卷第7期，第77页。

杨冠琼[①]、杨建顺[②]等学者从政府或组织与公众的关系处理的角度来理解危机管理。杨建顺认为，危机管理是指有关组织、国家乃至国际机构为避免或者减轻危机或者紧急事态所带来的严重威胁、重大冲击和损害，而有计划、有组织地学习、制定和实施一系列管理措施和应对策略。

结合危机的内涵可知，应对不同的危机，不同的决策主体可以采取“处置”或“管理”的手段。当决策主体对危机的应对上升为管理时，表明决策主体意识形态发生了转变，他们对危机的应对由被动处置转变为主动管理。通常意义上，危机管理的决策主体应该依赖于一定的组织或系统，个体对个人危机的处理尚不能称为管理。从管理学本身的角度讲，管理包含“计划”、“组织”、“领导”和“控制”四大职能。但是危机事件具有其自身的特殊性，相应地，对危机管理的认识，在理解把握危机内涵的同时，我们需要重点把握以下几点：①“凡事预则立，不预则废”，危机管理的直接目的在于恢复秩序，最终目的在于防范危机。公共危机事件通常具有巨大的破坏性，良好的危机管理机制应是尽一切努力将危机事件扼杀在摇篮里。②危机管理是一个系统工程，包括危机来临前的研究问题和发现问题、危机来临时的处理问题、危机解除后的恢复秩序等。③危机管理预控具有较强的权变性。通常意义上的管理控制职能要求管理活动“按部就班”，但是由于危机自身具有极大的不确定性，危机管理的控制也就具有较强的权变性，在实践中，要求决策主体要有多套预案。

二、危机管理相关理论

危机管理是一项系统工程，要管理好危机需要有科学的理论作为支撑。综观当前国内外的研究，比较经典的危机管理理论有：

1. 危机管理的周期理论

危机的形成有一个自然的时间周期，包括发生、发展、高潮、恢复的过程。芬克最早发现并尝试从医学的角度将危机的周期分为征兆期、发作期、

① 杨冠琼：《危机性事件的特征、类别与政府危机管理》，《新视野》2003年第6期，第44—46页。

② 杨建顺：《论危机管理中的权力配置与责任机制》，《法学家》2003年第4期，第103—114页。

延续期和痊愈期[①]。危机管理的周期理论，即遵循危机的自然周期对应形成。危机管理的阶段模式是最直接的应用之一。

美国联邦安全管理委员会从管理的角度将芬克的危机四阶段理论发展为危机管理的四个步骤，包括减缓、预防、反应和恢复[②]。罗伯特·希斯最终将这四大危机的管理应对阶段修正为便于人们识别和记忆的4R模型[③]：减少(reduction)、预备(readiness)、反应(response)和恢复(recovery)(见表1-1)。从管理的角度讲，减少阶段的主要任务是预防危机的发生，最大可能地降低危机发生后的震荡，尽最大可能地杜绝不良连锁反应，这一阶段的主要手段在于科学的风险评估。预备阶段则是在风险评估的基础上建立全方位的应急体系，一旦遭遇危机，要保证损失最小化，秩序最快速度正常化，这一阶段的主要任务在于制定应急规章制度、组织应急团队以及危机应对演练与培训等。反应阶段主要是在危机来临时的紧急处理，利用已经建立的危机应急体系，调度一切可以动员的人、财、物、技术和信息等资源，最短时间内遏制危机的传播，尽可能杜绝任何的连锁破坏效应。恢复阶段主要是在危机得到控制和解除后进行总结和恢复秩序等工作。

表1-1　危机管理的4R模型

危机管理阶段	主要任务
减少(reduction)	预防危机，减少冲击
预备(readiness)	建立全方位的应急机制
反应(response)	遏制危机的迅速发展，杜绝连锁破坏效应
恢复(recovery)	总结修正危机管理计划，秩序重建

4R模型是最早取得比较广泛认同的危机管理模式，在此基础上，有很多学者提出了不同的危机管理周期理论，包括两阶段模型、三阶段模型、五阶段模型、六阶段模型等。

两阶段模型将危机管理简单划分为危机发生和危机处理两段；三阶段模型主要是在两阶段管理模式的基础上采取的加头或加尾的方式，即增加

① Steven Fink, *Crisis Management: Planning for the Inevitable* (New York: AMACO, 1986).

② 浙江省人事厅：《公共危机管理》，杭州：浙江人民出版社，2008年，第20—21页。

③ 〔美〕罗伯特·希斯著，王成、宋炳辉、金瑛译：《危机管理》，北京：中信出版社，2004年，第13页。

预警阶段或增加总结阶段；五阶段模型主要是将四阶段理论的恢复阶段一分为二，将总结提高独立成段，即将危机管理分为发现征兆、准备和防范、损失的控制、恢复、学习提高五个阶段；六阶段模型则将危机管理分为避免、准备、确认、控制、解决、获利六个阶段[①]。

可见，不管分为几个阶段，本质大同小异。危机管理周期理论的核心在于将危机管理看成是一个循环的战略工程，即危机来临前的预测和发现问题、危机来临时的处理问题、危机结束后的恢复秩序。

2. 全面危机管理理论

全面危机管理理论是从系统论的角度来管理危机，认为危机管理的有效运作必须包含以下几方面的要素：①详尽的政策体系，包括危机管理的目标、主体、各主体的职责分工等。②健全的组织设计，包括动员社会力量的共同参与等。③良好的应对能力，包括模拟演练、教育培训、现场处置等。④完备的资源供给，包括应急物品的储备、运输、配送等。

全面危机管理理论的优点与缺点并存。优点在于全面、系统，将危机管理中需要应对的问题悉数考虑；缺点在于缺乏对危机不确定性的灵活应对，以及对组织情境的把握，稳定性有余，应变性不足。

3. 危机管理的风险社会理论

风险社会理论最早由德国著名社会学家乌尔里希·贝克(Ulrich Beck)提出。在他的著作《风险社会》(*Risk Society*)中，贝克指出，随着社会现代化进程的加速，危机的发生面临着前所未有的不确定性。

风险与危机只有一个临界点的差别，危机暴发前的时期是风险期，风险积累后的时期可能转变为危机期。从风险的危机转化看，危机是潜在危险经突发事件触发，以及由突发事件导致连锁效应的过程(图 1-1)。风险社会理论突出了危机的社会性特点[②]，提示危机管理需要全社会的分工与合作。

---

① 马琳：《我国危机管理研究述评》，《公共管理学报》2005 年第 1 期，第 14 页。

② 朱晓鸣：《新时期中国海上危机管理研究》(学位论文)，华东师范大学，2008 年。

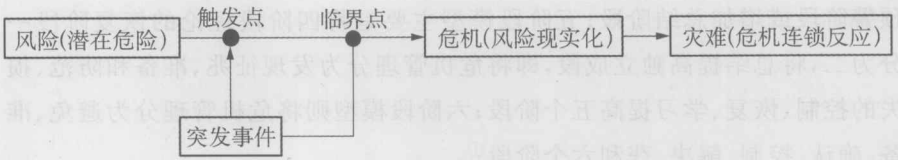


图 1-1　风险的危机转化示意图

此外，还有危机管理的系统复杂性原理、危机管理的博弈论等理论。可见，危机管理可以理解为与管理学交叉的一门复合学科。由于管理学本身就涉及组织行为学、社会学、心理学、运筹学以及政策科学等多学科理论，因此危机管理学作为一门全方位、系统性和权变性的实践活动，我们不建议教条主义。在真正把握了危机和危机管理的本质含义的基础上，任何能够防止危机的产生、减少危机损失或是有助于危机后恢复秩序的理论或方法皆可为我所用，危机管理较强的权变性要求实践管理者具有把握本质的洞察力和统揽全局的大局观。

三、公共危机管理或政府危机管理

公共危机管理，也有学者称之为“政府危机管理”[①]，指政府为减少、消除危机的危害，在公共危机事件产生、发展过程中，根据危机管理计划和程序而对危机采取的对策及管理活动。

广义的政府危机管理是指政府工作人员依据危机管理计划，对可能发生或已经发生的危机事件进行预测、监控、控制、协调处理的全过程，狭义的政府危机管理指的是针对已经发生的危机事件的处理过程[②]。从研究实践情况来看，更多的研究者从狭义层面对政府危机管理加以理解，也就是政府组织相关力量在监测、预警、干预或控制以及消解危机性事件的发生、演变及其影响的过程中所采取的一系列措施[③]。

可见，无论是哪种概念，政府危机管理最本质的特点是政府是危机的管理者、决策者和组织者，政府危机管理属于政府公共职能范畴，是政府公共

① 张晓鹏、朱晓宇、刘则渊：《国际公共危机管理研究的文献计量学分析》，《科学学与科学技术管理》2011 年第 32 卷第 3 期，第 117—121 页。

② 宋鸽：《反思政府危机管理中新闻媒体的积极干预》，《公共行政》2004 年第 6 期，第 23 页。

③ 杨冠琼：《危机性事件的特征、类别与政府危机管理》，《新视野》2003 年第 6 期，第 56—57 页。

管理的一种。

第三节 危机管理理论在突发公共卫生事件应急处置中的应用

对照上文的分析，突发公共卫生事件应急处置属于政府危机管理的范畴。本节以2003年SARS危机的暴发作为典型案例，阐释危机管理理论在突发公共卫生事件应急处置中的实践指导作用。

一、SARS疫情暴发的政府危机处置

1. 危机事件过程

产生阶段：我国首例SARS病例于2012年11月16日在广东佛山被发现，并以“不明原因性肺病”收治，“怪病”导致当地抢购药品成风。2003年1月“非典”在深圳等市暴发流行，2月中旬广东疫情进入高峰期。市面出现抢购药品和食醋风潮，此后又出现大范围抢购大米和食盐现象。

蔓延阶段：2003年1月至3月，广西、湖南、四川和山西相继出现流入或继发病例。4月中旬，台湾和北京出现疫情喷发的高潮状态，几乎每日新发病例较前一天成倍增长。截至2003年5月份，全国仅海南、贵州、云南、西藏和青海5省未报告疫情。

控制阶段：2003年6月初，北京首次出现0病例，SARS疫情初步得到控制。6月24日，世界卫生组织和卫生部宣布解除对北京的警告，将北京从疫区名单中删除，标志着我国抗击SARS工作取得了重大进展。

2. 危机事件处理

从危机管理的视角，对突发事件的处理至少包含预警、应对（处理）、控制（解决）几个阶段。我们综观SARS事件的整个处置过程，将其总结如下：

监测预警和预防预控阶段缺失。首先表现在整个应急法制体系的缺失，危机事件的应急工作并未从法律角度予以保障。其次，没有一个专门的中枢指挥系统来应对。对危机的管理应当是政府常态事务的一部分，但是，在SARS疫情形成全国性危机后，没有统一的指挥协调系统。第三，公共卫

生防护体系的不完善。我国的公共卫生防护体系由于财政困境已经纷纷向市场缴械，由“预防为主”转变为“重医轻防”，应对SARS这种新发传染病的暴发流行，职能偏废的公共卫生体系表现出了明显的预警监测能力不足、信息纰漏机制误区以及应急预案适用性差等问题。

危机处理阶段问题百出。首先，各级政府未对SARS疫情的暴发持有足够的重视，以致失去了遏制疾病流行的最好时机[①]。2003年4月3日，卫生部部长张文康在新闻发布会上表明“中国局部地区的非典型肺炎疫情已经得到有效控制”，事实上，此时SARS疫情正在全国蔓延，地方的瞒报、漏报，我国公共卫生信息系统建设的不完善，才导致这样的认识误区。直至2003年4月中旬，北京地区SARS病人成倍增加，温家宝总理在国务院召开的全国非典防治会议上明确要求，“公开疫情，用事实说话”。其次，危机处理和控制阶段，没有重视“人本”管理思想，疫情的肆虐带来群众的大范围恐慌，多地出现抢购板蓝根、“封城”等现象。而资源调度、信息发布等问题也一时显得仓惶。

危机控制解决阶段成效卓著。在SARS疫情暴发成全国性的危机事件后，我们看到了政府及社会的快速反应能力。2003年4月中旬，政府意识到了危机的态势严重，并予以高度重视。4月22日，温家宝总理提出，全国应高度重视并众志成城抗击“这突如其来的重大灾难”，同时强调“一个负责任的政府，必须时刻把人民的利益放在首位”[②]。其后，各种应急制度相继出台。2003年5月12日，国务院出台了《突发公共卫生事件应急条例》。地方政府也相继出台《突发公共事件应急解决办法》。在疫情信息逐步得到公布后，民众也不再恐慌，疫情逐步得到控制。

二、SARS危机对我国危机管理体系的完善

任何一个危机的处理都表现出两面性，在SARS疫情暴发时，我国尚未有明确的应急处置体系概念，通过对SRAS疫情的处置，我国以此作为契机，初步建立了全国的突发公共卫生事件应急处置体系。SARS疫情应急处置对我国公共危机管理理念及体系的完善主要体现在以下几个方面：

---

① 麻宝斌、王郅强：《政府危机管理理论与对策研究》，吉林：吉林大学出版社，2010年，第309—312页。

② 斯亚平：《公共危机管理体系研究》，北京：知识产权出版社，2007年，第151页。

①健全了法律法规体系——《突发公共卫生事件应急条例》。②建立了常务应对机构——卫生部成立卫生应急办公室(突发公共卫生事件应急指挥中心)。③建立了统一的信息平台——“救灾防病与突发公共卫生事件报告”管理信息系统。④重视公共卫生防控体系建设,加大了公共卫生投入。⑤增强了主动管理意识。从SARS事件后,政府着手建立公共卫生应急防控体系,这也就标志着我们对公共危机的被动处置,已经上升到危机战略管理的层次。可以说,从政府层面上讲,至少已经具备危机管理意识,增强了危机处置能力。

第二章

我国突发公共卫生事件应急处置体系

第一节　我国突发公共卫生事件应急处置的法律体系
第二节　我国突发公共卫生事件应急处置组织体系

我国在突发公共事件管理体制上具有比较明显的“法律先行”的特征。本章通过对我国突发事件处置的相关法律的解读，明确我国突发公共事件应急管理体系的构成原则、主要架构、运行机制等内容。

第一节　我国突发公共卫生事件应急处置的法律体系

公共卫生的安全直接影响公民的健康权和生命权，尤其是突发公共卫生事件，如果处置不当，将会对公民的生命健康造成难以预知的破坏，并将影响正常的社会秩序，导致巨大的经济损失，甚至动荡国家的政治环境。公共卫生事件应急法律体系，是调整公共卫生紧急状态下各种社会关系的基础，是有效化解公共卫生危机的重要保障，建立完善的法制，践行危机法治，是政府进行危机管理的必由之路[①]。

一、我国公共危机管理相关法律制度

我国最早涉及危机管理的法律是1954年的《中华人民共和国宪法》[②]，但它仅对“戒严”的权利主体做了相应的说明，本质上并未涉及政府公共危机管理。20世纪80年代末期，我国才逐步开始公共危机管理的立法建设，

① 傅思明：《突发事件应对法与政府危机管理》，北京：知识产权出版社，2008年，第190页。

② 中国人大网：《中华人民共和国宪法（1954年）》（2013年5月20日），见 http://www.npc.gov.cn/wxzl/wxzl/2000-12/26/content_4264.htm。

主要的法律法规有以下几个方面：

1996年3月1日，《中华人民共和国戒严法》[①]颁布，明确规定：在发生严重危及国家的统一、安全或者社会公共安全的动乱、暴乱或者严重骚乱，不采取非常措施不足以维护社会秩序、保护人民的生命和财产安全的紧急状态时，国家可以决定实行戒严。

为应对自然灾害，我国建立了一系列法律法规，包括1995年的《破坏性地震应急条例》、1997年的《中华人民共和国防震减灾法》和《中华人民共和国防洪法》(2009年修订)、2006年的《国家自然灾害救助应急预案》(2011年修订)以及《国家防汛抗旱应急预案》等。

在生活生产方面，我国也对可能出现的社会公共危机的应对做出了相应的规定，包括1992年出台的《中华人民共和国矿山安全法》、1998年颁布的《中华人民共和国消防法》(2008年修订)、2002年颁布的《中华人民共和国安全生产法》和《危险化学品安全管理条例》(2011年修订)等。

二、我国突发公共卫生事件应急相关法律制度

新中国成立初期，为应对各种传染病以及突发公共卫生事件，保护公众的生命健康安全，国家建立了相关法律制度对公共卫生领域予以规范。随着卫生领域法律体系的不断完善，公共卫生应急法律体系建设也取得了长足进展，特别是2003年SARS疫情后，我国从中央到地方已经初步建立了卫生应急法律体系：

1. 宪法层面[②]

①《中华人民共和国宪法》(1982年颁布，2004年修订)第67条、第80条以及第89条分别规定了不同层次和级别的“紧急状态”的宣布，这是公共卫生领域突发事件应急制度的基础；②第21条规定发展医疗卫生事业的国家职责，这是应对突发公共卫生事件的医疗卫生制度建设的法律基础；

---

① 中国政府门户网站：《中华人民共和国戒严法》(2013年5月20日)，见 http://www.gov.cn/ziliao/flfg/2005-09/12/content_31178.htm。

② 中国政府门户网站：《中华人民共和国宪法》(1982年)(2013年5月20日)，见 http://www.gov.cn/gongbao/content/2004/content_62714.htm。

③第13条规定征用及补偿制度，该条法则成为公共卫生事件后紧急征用权的行使与后续补偿标准制定的根本依据。此外，《宪法》的其他部分也明确了在应对突发公共卫生事件时，各方一定的权责。

2. 法律层面

目前我国尚无统一的公共卫生法，由于公共卫生危机事件包括传染病、不明原因的群体性疾病、重大食物和职业中毒、重大动物疫情等方面，相应地，我国针对这些亚领域分别立法，如《传染病防治法》、《食品卫生法》、《职业病防治法》、《动物防疫法》和《国境卫生检疫法》等。这些法律构成了我国现行的公共卫生应急法律体系。

考虑到"分散立法"的形式并不能完全保证突发公共卫生事件应急的系统管理，国务院于2006年1月正式发布《国家突发公共事件总体应急预案》（以下简称《应急预案》），作为指导预防和处置各类突发公共事件的规范性文件，它明确了各类突发公共事件的分类、分级和预案框架体系。在此基础上，为加强《应急预案》的落实，国务院又发布了《国务院关于全面加强应急管理工作的意见》（国发〔2006〕24号），明确了应急管理的指导思想和具体工作内容等。2007年第十届全国人民代表大会常务委员会第二十九次会议通过《中华人民共和国突发事件应对法》（以下简称《应对法》），至此，我国第一部真正意义上的应急管理体系基本法诞生。

3. 行政法规

为完善突发公共卫生事件的应急法律（简称突发应急法律）体系，国务院通过行政立法来加强对突发公共卫生事件的处置规范。我国现行主要的突发公共卫生事件应急处置的法规有：《突发公共卫生事件应急条例》（以下简称《应急条例》）、《重大动物疫情应急条例》、《国内交通卫生检疫条例》、《进出境动植物检疫实施条例》以及《使用有毒物品作业场所劳动保护条例》等。其中最主要的是《应急条例》，它对突发公共卫生事件的应对体系及各个环节均做出了详细的规定。

4. 部门规章

卫生与计划生育委员会是国务院的卫生行政主管部门，突发公共卫

生事件应急处置工作是其当仁不让的职责。依据宪法、法律及各种行政法规的规定和具体要求，该部门在其职权范围内可以制定部门规章以完善突发应急法律体系，如《传染病防治法实施办法》、《传染性非典型肺炎防治管理办法》、《食物中毒事故处理办法》和《国境卫生检疫法实施细则》等。

与此同时，公共卫生危机应对涉及人员、经费、物资、交通运输等各个领域，财政部、农业部等各部委也发布了相应的规章以配合卫生和计划生育委员会对公共卫生危机的应对。

5. 地方法规、规章

我国幅员辽阔，不同地域面临的地理、经济以及社会发展等情况千差万别，如某些传染病及地方病等。在上述四类法律法规体系的基础上，地方人大和人民政府也制定了一些适用于本行政区域的突发公共卫生事件应急的地方性法规和地方政府规章。

三、《中华人民共和国突发事件应对法》

《应对法》作为我国应急管理体系的基本法，对发生在包括公共卫生领域在内的，造成或可能造成严重社会危害的突发事件，从管理体制、管理机制以及管理内容等方面均做出了详细的规定。这是一部规范突发事件应对各个环节活动的重要法律。

《应对法》从法律高度明确回答了为什么要从国家层面进行应急管理活动，应该由谁来负责应急管理活动以及怎样进行应急管理等理论问题，规定了突发事件管理的组织机构与职责以及应急管理的“预防与应急准备、监测与预警、应急处置与救援、事后恢复与重建”等工作内容。详情参见附录一。

四、《突发公共卫生事件应急条例》

《应对法》作为基本法，仅从原则上对突发应急管理进行了规定，《应急条例》则是我国卫生领域突发事件应急处置工作的直接准则。

《应急条例》明确指出制定该条例是“为了有效预防、及时控制和消除突

发公共卫生事件的危害，保障公众身体健康与生命安全，维护正常的社会秩序”[①]。该条例同时明确了突发应急管理的组织体系：国务院设立全国突发事件应急处理指挥部，负责对全国突发事件应急处理的统一领导、统一指挥；省、自治区、直辖市人民政府成立地方突发事件应急处理指挥部，负责领导、指挥本行政区域内突发事件应急处理工作；县级以上地方人民政府卫生行政主管部门，具体负责组织突发事件的调查、控制和医疗救治工作。

与此同时，《应急条例》指出“突发事件应急工作，应当遵循预防为主、常备不懈的方针，贯彻统一领导、分级负责、反应及时、措施果断、依靠科学、加强合作的原则”，明确了“预防与应急准备”、“报告与信息发布”与“应急处理”等应急管理内容。详情参见附录二。

第二节　我国突发公共卫生事件应急处置组织体系

一、突发公共事件应急管理组织体系构建的原则

2007年颁布的《中华人民共和国突发事件应对法》第4条规定，我国建立“统一领导、综合协调、分类管理、分级负责、属地管理为主”的公共危机管理体制。

1. 统一领导与分级负责

统一领导是指我国的公共危机管理体制是在党中央、国务院的统一领导下，各级地方政府分级负责，依法开展公共危机管理工作[②]。可以看出，统一领导至少包含政治架构和行政架构两层含义。从我国宪法来看，党在国家政治生活中处于领导地位，因此，政治架构上，政府的公共管理活动，包括突发公共事件应急管理，都要在党委的统一领导下进行。行政架构则是指很多重大突发事件应急管理实践统一由中央政府（国务院）来领导。

危机的规模、破坏性各异，危机的严重级别也不同，《应对法》将我国应

① 中国政府门户网站：《突发公共卫生事件应急条例》（2013年5月20日），见 http://www.gov.cn/zwgk/2005-05/20/content_145.htm。

② 张永理、李程伟：《公共危机管理》，武汉：武汉大学出版社，2010年，第39页。

急管理的突发事件分为“特别重大、重大、较大和一般”四级。公共危机类型繁杂，我国地域辽阔、人数众多，如果所有危机均由中央政府统一处理，危机管理的滞后效应将导致损失成倍地增长。因此，需要在“统一领导”的原则下“分级负责”，即不同级别的危机事件，由不同级别的政府权力机构及其职能部门，遵照宪法、法律、法规等规章制度及其自身职权范围进行管理。

从这个角度看，统一领导在分级管理的要求下，又呈现出行政区域特性，即危机应对的统一管理以一定的行政区域为单位，凡在某行政区划内的突发公共事件应急管理都应该由当地政府统一管理。

2. 综合协调

一方面，政府行政机构及其职能部门都具有其本身的权责体系，突发公共事件应急管理只是政府公共事务管理的一部分；另一方面，公共危机具有社会性和系统性的特点，对公共危机的处理通常超出一个职能部门或一个地方政府的权责范围或应对能力；同时，通常情况下，应急管理所需的资源不会集中于一个或几个政府职能部门，因此，应急管理的综合协调就显得尤为重要。在我国，综合协调的实质是建立突发公共事件应急管理的专门机构，在必要的时候，它有权力协调不同的职能部门或不同级别的政府机构，有能力调度应对突发事件所需的资金、物资、信息、技术以及紧急救援队伍、设施等。

3. 分类管理

突发事件的类型很多，《应对法》将其分类为“自然灾害、事故灾难、公共卫生事件和社会安全事件”[①]。这些事件的产生机理、性质以及演变方式和过程均各不相同。同一类型下还有不同的子类型，如突发公共卫生事件就包含传染病暴发危机、不明原因的群体性疾病、重大食物和职业中毒以及重大动物疫情等。不同类型的突发公共事件所需要的应急管理技术、信息、物资以及专业知识等均有差异。分类管理就是要针对不同类型的突发事件进行专业处置，在明确应急管理责任主体和协调主体的基础上，通过建立专门化的管理系统，发挥专业化优势，从而达到系统、科学、高效的应急管理目

① 中国政府门户网站：《中华人民共和国突发事件应对法》(2013 年 5 月 20 日)，见 http://www.gov.cn/ziliao/flfg/2007-08/30/content_732593.htm。

的。例如，为应对突发公共卫生事件，政府出台了《突发公共卫生事件应急条例》；在应对传染病暴发危机时，有《传染病防治法》作为指导；针对重大动物疫情危机，又有《动物防疫法》作为指导。

4. 属地管理为主

依据危机的周期理论，任何类似的突发公共事件的形成都有一个发生、发展、高潮、恢复的时序周期，即突发公共事件不可能一开始就能达到“全面暴发”的状态或阶段，它通常是在一定的时空范围内首先发生、发展，再蔓延、暴发到更大的时空范围内。因此，从空间角度讲，突发事件发生的原点必然属于一定的行政区划，处于事发原点的地方政府相对于更高一级政府或中央政府而言，更能第一时间到达现场，了解事态发展情况，掌握突发事件的影响范围和程度以及蔓延的趋势及速度等信息，同时，地方政府也能更有效、更及时地调配人力、物力和财力等资源，以迅速地展开危机应对工作。

二、突发公共事件应急处置组织体系解析

1. 国家行政管理体制及其结构

公共危机管理是政府公共职能的重要组成部分，从组织系统角度讲，公共危机管理系统是国家行政管理体系的子系统，因此，从国家行政体制及其职能结构模式可以看出公共危机管理体系的“轮廓”。中国的行政机构主要分为中央、省（自治区、直辖市）、市（自治州、区）、县（自治县、县级市、旗）和乡镇五级行政体制[①]。在此基础上，国务院设“部（委）—司—处”三级职能结构，地方省级政府、地市级政府和县级政府分设“厅（局）—处”和“局—处（科）”的两级职能结构。因此，我国政府管理体制是从中央人民政府（即国务院）到基层的乡镇人民政府，从国务院各部、委、司、处到基层市县的职能局、办，遵照一定的权责机制而构成的统一的组织系统[②]。

从组织的结构模式看，可简单归纳为“纵向分级式结构”和“横向协作式结构”两类模式[③]。纵向结构一方面体现在上下级权力执行机关之间和上下

① 范文：《中外行政体制理论比较》，北京：国家行政学院出版社，2009年，第74页。

② 同上。

③ 同上。

级职能部门之间，如“国务院—省级人民政府—地市级人民政府”或“国家卫生和计划生育委员会—省级卫生和计划生育委员会—地市级卫生和计划生育委员会”，另一方面表现为同一级政府内部职能结构的纵向结构，如“国务院—国务院各部委—各部委的司、处”。横向结构主要表现在同级政府之间或同一政府机关内部的同级部门之间。从职能角度看，纵向结构主要表现为“领导与被领导”或“业务指导与被指导”的关系，横向结构则主要表现为协调与合作的关系。

可见，我国政府的行政体制具有鲜明的“统一领导、分级负责、综合协调和属地管理”的特征，这也是我国突发公共卫生事件应急处置组织架构的基础。

2. 突发公共事件应急处置的组织架构

从管理学的角度看，管理体制是管理活动的载体，管理活动需要有一套相对固定的组织体系和制度，才能做到有章可循[①]。从系统论的角度看，管理是合理配置组织资源以达到组织目标的过程，而这种追求资源最优配置的过程正体现了系统最优化的思想实质[②]。系统论认为若干相互区别、相互联系却又相互作用的要素组成具有特定功能的有机整体——“系统”，管理系统则为相互联系、相互作用的若干要素和子系统按照管理的整体功能和目标结合而成的有机整体[③]。管理体制是管理系统的组织结构形式及其职能配置模式、运行机制以及各种支持制度的总和，在形式上，它体现为具有不同职责权限的机构所组成的静态框架[④]。

依据政府公共危机管理的内涵以及危机管理周期理论，当系统论被应用到公共危机领域时，我们可以简单地将公共危机管理系统定义为：由相互联系、相互作用的各要素按照一定的结构和功能，以“危机问题研究和发现（危机预警）、危机问题处理（危机应对）、危机后秩序恢复（危机后恢复）”为目的，并在一定的时间、空间上演进的有机整体。从系统论的管理体制内涵看，公共危机管理体制至少包含组织结构及其职能体系、系统运行机制和管理支持系统三层含义。

组织结构及其功能。从静态的形式上讲，公共危机管理体制即指其机构的

---

① 张永理、李程伟：《公共危机管理》，武汉：武汉大学出版社，2010年，第39页。

② 耿俊丽：《管理学基础》，兰州：兰州大学出版社，2010年，第4页。

③ 同上。

④ 张成福等：《公共危机管理理论与实务》，北京：中国人民大学出版社，2009年，第36页。

设置与职责权限。依据我国行政管理体制和对突发公共事件应急管理原则的分析，我们可以将突发公共事件应急管理机构体系解读为分层、分级别的三类机构体系：领导或决策机构体系、日常管理或综合协调机构体系和专业处置机构体系（以我国突发公共卫生应急管理的组织结构体系为例说明，具体见图 2－1）。

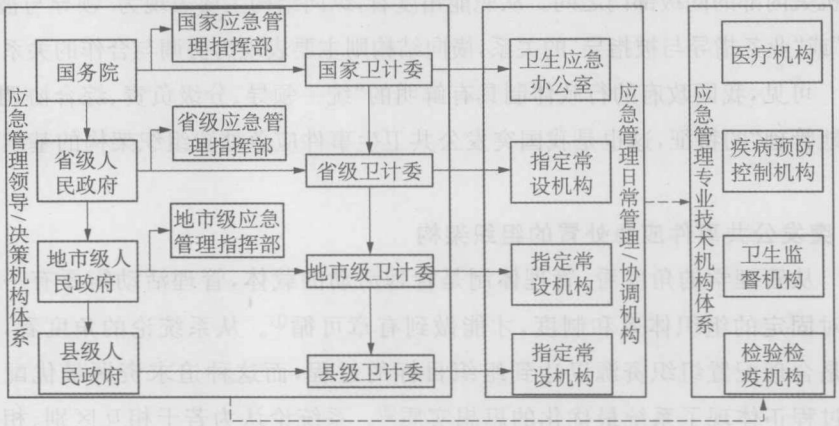


图 2－1　我国突发应急管理组织机构体系示例

系统运行机制。依据社会公共危机管理系统的定义，本书借鉴系统工程的分析思路，认为应急管理系统的运行是指系统内各要素围绕系统目的，通过危机信息输入、危机信息传递和危机信息输出过程，遵循正向命令或指导、逆向反馈机制和横向协调机制等系统运作机制，最终达到解决问题、完成系统任务的逻辑过程。该逻辑过程见图 2－2。

依据该逻辑结构，结合公共危机周期理论（此处简单划分为危机前、危机中和危机后），此处对突发事件应急管理的系统运行机制从以下三个方面进行解读。①信息输入：事发前的危机研究和危机预警参数等信息；事发中的突发事件描述信息；事发后的综合评价信息等。②信息传递：正向控制指令、逆向反馈和横向协调信息等，主要包括系统任务（目标）、法律及政策规定、政治权利约束和道德舆论、激励约束、奖惩机制等。③信息输出：事发前的危机预防须知等信息；事发中的事件严重程度、传播及扩散、应急资源等信息；事发后的恢复计划信息等。

管理支持系统。单纯地讨论管理机构及其职能以及机构运行机制是没有意义的，例如没有资源支持，管理就没有可供操作调度的对象；没有知识支持，管理活动就可能产生形式错判，导致低效、无效甚至是负效应的决策

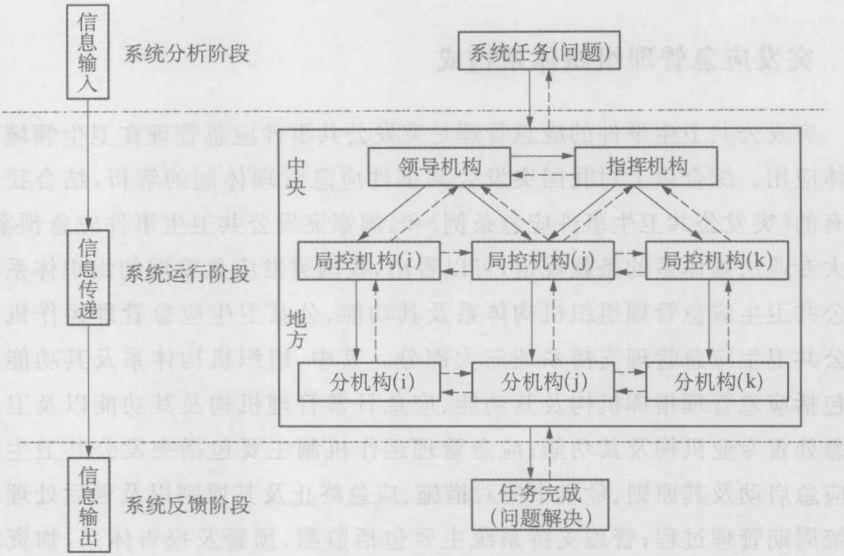


图 2-2 突发应急管理系统运行示例

等。从管理学的角度讲，管理活动至少包含资源支持系统、执行支持系统和决策支持系统。此外，由于公共危机巨大的社会秩序破坏性，公共危机管理十分强调战略预防管理与联络协作。从这个意义上讲，监测及预警支持系统和联络合作支持系统显得尤为重要。具体见图 2-3。

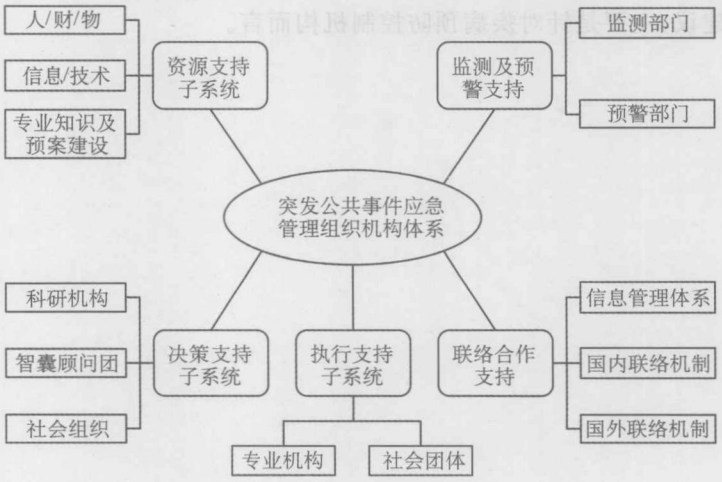


图 2-3 突发公共事件应急管理支持系统构成示意图

三、突发应急管理组织体系构成

突发公共卫生事件的应急管理是突发公共事件应急管理在卫生领域的具体应用。综合以上对我国突发公共事件应急管理体制的解析，结合我国已有的《突发公共卫生事件应急条例》和《国家突发公共卫生事件应急预案》两大专业法规体系的条款规定，可以看出，我国突发应急管理的组织体系包含公共卫生应急管理组织机构体系及其功能、公共卫生应急管理运作机制和公共卫生应急管理支持系统三大部分。其中，组织机构体系及其功能主要包括应急管理指挥机构及其功能、应急日常管理机构及其功能以及卫生应急处置专业机构及其功能；应急管理运作机制主要包括突发公共卫生事件应急启动及其原则、危机中应对措施、应急终止及其原则以及善后处理的系统周期管理过程；管理支持系统主要包括监测、预警及报告体系，物资经费保障体系以及技术保障体系等。具体内容可参见附录三《国家突发公共卫生事件应急预案》。

当前我国突发公共卫生事件应急处置工作主要是由各级卫生行政部门负责组织，医疗机构、疾病预防控制机构、卫生监督机构和出入境检验检疫机构等均是突发公共卫生事件应急处置的专业技术机构。鉴于专业背景所限，本书第四至七章所关注的突发公共卫生事件应急处置工作存在的问题及策略建议，主要是针对疾病预防控制机构而言。

第三章

我国突发公共卫生事件应急处置政策变迁

第一节　我国突发公共卫生事件应急处置政策梳理
第二节　我国突发公共卫生事件应急处置政策变迁分析

自2003年SARS危机暴发以来，党和国家高度重视突发公共卫生事件应急处置工作。为科学预防、及时控制和有效消除突发公共卫生事件带来的不良影响，保障人民群众的身体健康和生命安全，维护正常的社会秩序，国务院及各级政府部门陆续出台了一系列的政策法规。本章拟对2003年以来的突发公共卫生事件应急处置的相关政策进行系统梳理，分析十年来的政策变迁特点，为后文研制完善突发公共卫生事件应急处置工作的策略建议明确政策环境。

第一节　我国突发公共卫生事件应急处置政策梳理

SARS疫情以后，突发公共卫生事件应急处置工作引起各部门的重视。为指导体系建设，完善应急机制，提升处置能力，降低不良影响，国务院及各级政府相关部门先后出台了一系列规章、制度。系统梳理后发现，政策既有宏观层面的，即涉及突发事件整体的；也有按专业分类的。本节将从这两个方面分别阐述。

一、宏观层面的突发公共卫生事件政策梳理

截至目前，国家层面涉及突发公共卫生事件应急处置整体工作的主要政策文件如表3-1所示，包括指导和规范突发公共卫生事件应急处置工作的各类应急预案和工作规范，提高应急处置能力的各类管理办法和工作指

南，以及为落实各项措施而印发的卫生应急工作要点等。

表 3-1 国家层面突发公共卫生事件政策文件列表

年份	文件名称	文号	发文目的
2003	突发公共卫生事件应急条例	国务院令第376号	有效预防、及时控制和消除突发公共卫生事件的危害
2004	突发公共卫生事件交通应急规定	卫生部、交通部令第2号	防止重大传染病疫情通过车辆、船舶及其乘运人员、货物传播流行
2005	国家突发公共事件总体应急预案	—	提高政府保障公共安全和处置突发公共事件的能力
2005	2005年卫生应急工作要点	卫生部卫生应急办公室	健全应急体系，加强卫生应急工作
2005	国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范(试行)	卫办应急发〔2005〕288号	加强对突发公共卫生事件相关信息报告的管理
2006	国家突发公共卫生事件应急预案	—	指导和规范各类突发公共卫生事件的应急处理工作
2006	国家突发公共事件医疗卫生救援应急预案	—	保障突发公共事件发生后，各项医疗卫生救援工作迅速、高效、有序地进行
2006	2006年卫生应急工作要点	卫生部卫生应急办公室	认真执行，贯彻落实相关预案
2006	突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法	卫生部令第37号	为加强突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理工作
2006	2007年卫生应急工作要点	卫应急综合便函〔2006〕149号	做好各类突发公共卫生事件应对工作
2006	关于加强领导、完善机制全面推进卫生应急工作的通知	卫应急发〔2006〕390号	加强我国卫生应急管理工作，全面推进卫生应急工作
2006	突发公共卫生事件社区(乡镇)应急预案编制指南(试行)	卫办应急发〔2006〕215号	规范基层公共卫生事件应对工作
2007	中华人民共和国突发事件应对法	主席令第69号	规范突发事件应对活动

（续表）

年份	文件名称	文号	发文目的
2007	关于加强基层应急管理工作的意见	国办发〔2007〕52号	加强基层应急管理工作，提高基层预防和应对突发公共事件能力
2007	全国卫生部门卫生应急管理工作规范	卫应急发〔2007〕262号	明确各级卫生行政部门和各级各类医疗卫生机构在突发公共卫生事件应对工作中的职责
2008	2008年卫生应急工作要点	卫生部卫生应急办公室	提高应对突发公共卫生事件的能力
2008	军地突发公共卫生事件应急合作机制	卫应急发〔2008〕39号	
2008	突发公共卫生事件经济损失评估测算表(试行)	卫办应急发〔2008〕148号	切实规范突发公共卫生事件经济损失评估统计工作
2008	卫生应急队伍装备参考目录(试行)	卫办应急发〔2008〕207号	加快实现卫生应急队伍装备规范化、标准化管理，不断提高卫生应急处置能力
2009	国务院办公厅关于加强基层应急队伍建设的意见	国办发〔2009〕59号	贯彻落实突发事件应对法，进一步加强基层应急队伍建设
2009	突发事件应急演练指南	应急办函〔2009〕62号	加强对应急演练工作的指导，增强应对突发事件的能力
2009	2009年卫生应急工作要点	卫生部卫生应急办公室	完善体系，夯实基础，加强管理，提高能力，做好各类突发公共卫生事件的处置和突发公共事件应急救援工作
2010	卫生部发展改革委加快突发公共事件卫生应急体系建设和发展的指导意见	卫应急发〔2010〕57号	进一步加强卫生应急体系建设、加快提升卫生应急能力
2010	可能构成国际关注的突发公共卫生事件通报规则	卫办应急发〔2010〕136号	
2010	国家卫生应急队伍管理办法(试行)	卫办应急发〔2010〕183号	加强和规范对国家卫生应急队伍的管理
2011	卫生部关于成立突发事件卫生应急专家咨询委员会的通知	卫应急发〔2011〕19号	进一步完善行政决策机制
2011	卫生部办公厅关于做好突发事件紧急医疗救援信息报告工作的通知	卫办应急发〔2011〕117号	确保紧急医疗救援工作有效开展

（续表）

年份	文件名称	文号	发文目的
2011	国家卫生应急队伍标识（试行）	卫办应急发〔2011〕126号	规范和统一国家卫生应急队伍整体形象，提高社会和公众对突发事件卫生应急工作的认知度
2011	卫生部门武警部队卫生应急协作机制	卫办应急发〔2011〕71号	进一步发挥武警部队在突发事件卫生应急工作中的作用
2011	2011—2015年全国卫生应急工作培训规划	卫办应急发〔2011〕114号	贯彻落实《医药卫生中长期人才发展规划（2011—2020年）》，做好“十二五”期间突发事件卫生应急培训演练工作
2011	多部门突发公共卫生事件应急协调机制	卫办应急函〔2011〕909号	
2011	全国卫生应急工作培训大纲（2011—2015年）	卫应急发〔2011〕72号	提高卫生应急培训质量和效率，促进卫生应急培训体系的系统化、标准化建设
2011	卫生部办公厅关于做好突发事件紧急医疗救援信息报告工作的通知	卫办应急发〔2011〕117号	及时、准确掌握自然灾害、事故灾难和社会安全事件的人员伤病及救治情况，确保紧急医疗救援工作有效开展
2011	国家卫生应急综合示范县（市、区）创建工作指导方案	卫办应急发〔2011〕135号	提升基层卫生应急管理水平和卫生应急能力，确保卫生应急工作有力、有序、有效开展
2012	国家卫生应急综合示范县（市、区）评估管理办法（试行）	卫办应急函〔2011〕1057号	有序、规范开展国家卫生应急综合示范县（市、区）评估工作
2012	突发事件公共卫生风险评估管理办法	卫办应急发〔2012〕11号	推进和规范突发事件公共卫生风险评估工作

2003年SARS疫情暴发后，国务院为有效预防、及时控制和消除突发公共卫生事件危害，紧急颁布了《突发公共卫生事件应急条例》。2004年，为防止重大传染病疫情通过车辆、船舶等交通工具传播，卫生部和交通部颁布了《突发公共卫生事件交通应急规定》。2005年，为提高政府保障公共安全及处置突发公共事件的能力，我国制定并颁布了《国家突发公共事件总体应急预案》。同年，为加强突发公共卫生事件相关信息报告管理工作，卫生部应急办印发了《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范》（试

行)。

2006年,为加强对各类突发公共卫生事件的应急处理工作的指导和规范工作,《国家突发公共卫生事件应急预案》颁布。同年,为保障突发公共卫生事件发生后,各项医疗卫生救援工作迅速、高效、有序地进行,《国家突发公共事件医疗卫生救援应急预案》出台;为加强突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理工作,卫生部印发了《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法》;为加强我国卫生应急管理工作,卫生部应急办印发了《关于加强领导、完善机制全面推进卫生应急工作的通知》;为规范基层公共卫生事件应对工作,卫生部办公厅印发了《突发公共卫生事件社区(乡镇)应急预案编制指南(试行)》。

2007年,为了预防和减少突发事件的发生,控制、减轻和消除突发事件引起的严重社会危害,规范突发事件应对活动,保护人民生命财产安全,维护国家安全、公共安全、环境安全和社会秩序,2007年8月30日通过,并于2007年11月1日起施行《中华人民共和国突发事件应对法》。同年,为进一步加强基层应急管理工作,提高基层预防和应对突发公共事件能力,国务院办公厅印发了《关于加强基层应急管理工作的意见》;为明确各级卫生行政部门和各级各类医疗卫生机构在突发公共卫生事件应对工作中的职责,卫生部应急办印发了《全国卫生部门卫生应急管理工作规范》。

2008年,为提高军队与地方突发公共卫生事件应急合作能力,卫生部应急办制定了《军地突发公共卫生事件应急合作机制》;为指导规范突发公共卫生事件经济损失评估统计工作,卫生部办公厅印发了《突发公共卫生事件经济损失评估测算表(试行)》;为加快实现卫生应急队伍装备规范化、标准化管理,提高卫生应急处置能力,卫生部办公厅印发了《卫生应急队伍装备参考目录(试行)》。

2009年,为贯彻落实突发事件应对法,进一步加强基层应急队伍建设,国务院办公厅印发了《关于加强基层应急队伍建设的意见》;为加强对应急演练工作的指导,增强应对突发事件的能力,国务院应急管理办公室印发了《突发事件应急演练指南》。

2010年,为进一步加强卫生应急体系建设,加快提升卫生应急能力,卫生部应急办印发了《卫生部发展改革委关于加快突发公共事件卫生应急体系建设和发展的指导意见》;为加强和规范突发公共卫生事件通报和国家卫生应急队伍的管理工作,卫生部办公厅分别印发了《可能构成国际关注的突

发公共卫生事件通报规则》和《国家卫生应急队伍管理办法(试行)》的通知。

2011年，为进一步完善行政决策机制，加强和规范专家咨询委员会工作，卫生部成立突发事件卫生应急专家咨询委员会，并制定了《卫生部突发事件卫生应急专家咨询委员会管理办法》；同年，为进一步发挥武警部队在突发事件卫生应急工作中的作用，卫生部应急办印发了《卫生部门武警部队卫生应急协作机制》；为提高卫生应急培训质量和效率，促进卫生应急培训体系的系统化、标准化建设，卫生部办公厅印发了《全国卫生应急工作培训大纲(2011—2015年)》；为贯彻落实《医药卫生中长期人才发展规划(2011—2020年)》，做好"十二五"期间突发事件卫生应急培训演练工作，卫生部办公厅印发了《2011—2015年全国卫生应急工作培训规划》；为及时、准确掌握自然灾害、事故灾难和社会安全事件的人员伤病及救治情况，确保紧急医疗救援工作有效开展，卫生部办公厅印发了《关于做好突发事件紧急医疗救援信息报告工作的通知》。此外，为规范和统一国家卫生应急队伍整体形象，提高社会和公众对突发事件卫生应急工作的认知度，卫生部办公厅制定并印发了《关于使用国家卫生应急队伍标识(试行)》的通知；为提升基层卫生应急管理水平和卫生应急能力，确保卫生应急工作有力、有序、有效开展，卫生部办公厅印发了《国家卫生应急综合示范县(市、区)创建工作指导方案》；为加强部门协作，卫生部办公厅印发了《多部门突发公共卫生事件应急协调机制》。

2012年，为有序、规范开展国家卫生应急综合示范县(市、区)评估工作，卫生部办公厅印发了《国家卫生应急综合示范县(市、区)评估管理办法(试行)》；同时，为推进和规范突发事件公共卫生风险评估工作，卫生部办公厅印发了《突发事件公共卫生风险评估管理办法》。

另外，为认真执行突发公共卫生事件相关法律法规，2005—2009年期间，卫生部应急办每年均制定了年度卫生应急工作要点，并印发给各省、自治区、直辖市卫生厅(局)应急办公室、新疆生产建设兵团卫生局和中国疾病预防控制中心。自2010年之后，卫生部统一印发卫生工作要点，应急办不再单独印发工作要点。

二、按专业分类的突发公共卫生事件政策梳理

正如《突发公共卫生事件应急条例》中所界定的那样，突发公共卫生事件

从专业分类上讲，包括重大传染病疫情、群体性不明原因疾病、重大食物和职业中毒以及其他严重影响公众健康的事件。由于各类事件发生、发展机制不同，所需要的处置技术、处置过程等也不相同，为提高各类事件的专业处置能力，国务院卫生部联合相关部门针对各类事件的特性，制定分类别的单项政策。

近年来，按专业分类的突发公共卫生事件政策文件如表 3－2 所示。一直以来，传染病工作是我国疾病预防控制的重点，早在 1986 年我国就出台了《中华人民共和国国境卫生检疫法》(2007 年修订)；2004 年出台了《中华人民共和国传染病防治法》。针对近年来的一些新发传染病，也发布了一系列的指导意见和技术指南，如卫生部办公厅 2009 年印发了《人感染猪流感预防控制技术指南(试行)》，2010 年印发了《关于加强人感染高致病性禽流感等呼吸道传染病防控工作的通知》。

国家也越来越关注食品和职业安全，如 2001 年颁布《中华人民共和国职业病防治法》，2004 年印发《核事故医学应急管理规定》，2009 年颁布《中华人民共和国食品安全法》及实施条例，2011 年印发《国家食品安全事故应急预案》，2013 年制定并印发《卫生部食品安全事故应急预案(试行)》等。

此外，为规范自然灾害卫生应急工作，卫生部联合相关部门制定了预案和工作规范，如 2007 年卫生部和中国气象局联合颁发了《高温中暑事件卫生应急预案》，2009 年卫生部印发了《全国自然灾害卫生应急预案(试行)》，2011 年卫生部印发了《卫生部办公厅关于做好医疗卫生机构防灾减灾工作的通知》等。

表 3－2 各类突发公共卫生事件相关政策

年份	文件名称	文号	发文目的
1986	中华人民共和国国境卫生检疫法	主席令第 83 号	防止传染病由国外传入或者由国内传出
1989	中华人民共和国国境卫生检疫法实施细则	国务院令第 574 号	贯彻落实《中华人民共和国国境卫生检疫法》
1993	鼠疫地区捕猎和处理旱獭卫生管理办法	卫生部令第 32 号	预防甲类传染病鼠疫，防止旱獭间鼠疫传播到人间
1998	国内交通卫生检疫条例	国务院令第 254 号	控制检疫传染病通过交通工具及其乘运的人员、物资传播
2000	食物中毒事故处理办法	卫生部令第 8 号	及时处理和控制食物中毒事故

（续表）

年份	文件名称	文号	发文目的
2001	放射事故管理规定	卫生部、公安部令第16号	加强放射事故的管理，及时有效处理放射事故
2001	中华人民共和国职业病防治法	主席令第52号	预防、控制和消除职业病危害，防治职业病
2003	传染性非典型肺炎防治管理办法	卫生部令第35号	预防和控制传染性非典型肺炎
2004	病原微生物实验室安全管理条例	国务院令第424号	加强病原微生物实验室生物安全管理，保护实验室工作人员和公众的健康
2004	核事故医学应急管理规定	卫生部令第38号	加强核事故医学应急管理工作，减少和控制核事故的辐射危害
2004	中华人民共和国传染病防治法	主席令第17号	预防、控制和消除传染病的发生与流行
2005	传染病病人或疑似传染病病人尸体解剖查验规定	卫生部令第43号	及时查明传染病病因，提高传染病诊疗水平，有效控制传染病流行，防止疫情扩散
2005	关于加强预防控制传染病境外传入和通过交通工具传播的通知	卫应急发〔2005〕247号	预防控制传染病传播和蔓延，保障人民群众的身体健康，维持正常的生产、生活和交通秩序
2005	卫生部农业部关于人畜共患传染病防治合作机制	卫疾控发〔2005〕383号	进一步加强人畜共患传染病防治工作，加强部门协调和配合
2005	可感染人类的高致病性病原微生物菌毒种或样本运输管理规定	卫生部令第45号	加强可感染人类的高致病性病原微生物菌（毒）种或样本运输的管理
2005	卫生部应对流感大流行准备计划与应急预案（试行）	—	认真做好应对流感大流行监测、疫苗、药物和公共卫生干预等准备工作，有序高效地落实流感大流行发生时的应急处理工作
2005	医疗机构传染病预检分诊管理办法	卫生部令第41号	规范医疗机构传染病预检、分诊工作
2006	非职业性一氧化碳中毒事件应急预案	卫应急发〔2006〕355号	有效预防和及时控制非职业性一氧化碳中毒事件，指导和规范非职业性一氧化碳中毒事件的应急处理工作

（续表）

年份	文件名称	文号	发文目的
2006	国家重大食品安全事故应急预案	—	建立健全应对突发重大食品安全事故的救助体系和运行机制，规范和指导应急处理工作
2006	国务院办公厅关于切实做好禽流感病例标本航空运输工作的通知	—	
2006	国务院办公厅关于整顿和规范活禽经营市场秩序加强高致病性禽流感防控工作的意见	国办发〔2006〕89号	防止高致病性禽流感通过市场环节传播
2006	人间传染性高致病性病原微生物实验室和实验活动生物安全审批管理办法	卫生部令第50号	加强实验室生物安全管理，规范高致病性病原微生物实验活动
2006	卫生部办公厅关于进一步加强不明原因肺炎病例报告、核实、检测、筛查工作的通知	卫生部办公厅	进一步加强不明原因肺炎病例报告、核实、检测、筛查工作
2006	国家救灾防病信息报告管理规范（试行）	卫办应急发〔2006〕134号	规范国家救灾防病的报告及信息管理工作，确保各级卫生行政部门及时、有效地掌握救灾防病工作相关信息
2006	卫生部关于进一步加强救灾防病工作的通知	卫生部应急办	进一步做好救灾防病工作，切实保证灾区人民群众的身体健康和生命安全
2006	疟疾突发疫情应急处理预案	卫疾控发〔2006〕55号	更好地贯彻落实《中华人民共和国传染病防治法》和《国家突发公共卫生事件应急预案》
2006	人感染高致病性禽流感应急预案	卫生部应急办	进一步做好人感染高致病性禽流感防控工作
2006	卫生部法定传染病疫情和突发公共卫生事件信息发布方案	卫办发〔2006〕79号	及时向社会通报和公布法定传染病疫情和突发公共卫生事件信息
2007	国务院办公厅关于转发卫生部国家鼠疫控制应急预案的通知	国办发〔2007〕46号	有效预防和快速应对、及时控制鼠疫疫情的暴发和流行

（续表）

年份	文件名称	文号	发文目的
2007	高温中暑事件卫生应急预案	卫生部、中国气象局	及时有效地预防和处置由高温气象条件引发的中暑事件
2007	高致病性病原微生物实验室资格审批工作程序	卫科教发〔2007〕162号	确保高致病性病原微生物实验室资格审批工作的公正、公开、公平
2007	群体性不明原因疾病应急处置方案(试行)	卫应急发〔2007〕21号	进一步做好群体性不明原因疾病的应急处置工作
2007	突发急性传染病预防控制战略	卫应急发〔2007〕203号	切实做好各类突发急性传染病的防控工作，提高突发急性传染病的防控水平和应对能力
2008	基孔肯雅热预防控制技术指南(试行)	卫办疾控发〔2008〕109号	指导各地进一步做好基孔肯雅热预防和处置工作
2008	人粒细胞无形体病预防控制技术指南(试行)	卫办应急发〔2008〕18号	提高医务人员对人粒细胞无形体病的认识，加强医疗机构的预防控制工作，规范病例诊断与报告、标本采集与检测、疫情控制与应急处置等方面的工作
2008	埃博拉出血热等6种传染病预防控制指南和临床诊疗方案	卫办应急发〔2008〕140号	有效防控埃博拉出血热等输入性传染病，保护人民群众身体健康和生命安全
2009	国务院办公厅关于进一步做好甲型H1N1流感疫情防控工作的通知	国办发明电〔2009〕19号	进一步做好甲型H1N1流感疫情防控工作
2009	学校甲型H1N1流感防控工作方案(试行)	教育部、卫生部	科学有序地做好教育系统甲型H1N1流感疫情防控工作，提高甲型H1N1流感的防控和应对能力
2009	人间传染的病原微生物菌毒种保藏机构管理办法	卫生部令第68号	防止病原微生物菌毒种或样本在保藏和使用过程中发生实验室感染或者引起传染病传播
2009	卫生部办公厅关于进一步加强手足口病防治工作的通知	卫办应急发〔2009〕30号	积极主动地做好我国手足口病防治工作，减少由手足口病疫情引发的突发公共卫生事件
2009	卫生部办公厅关于印发人感染猪流感预防控制技术指南(试行)的通知	卫生部办公厅	为做好人感染猪流感A(H1N1)病毒疫情防控工作

（续表）

年份	文件名称	文号	发文目的
2009	乡镇甲型 H1N1 流感防控工作方案(试行)	卫发明电〔2009〕150 号	指导乡镇科学、有序地做好甲型 H1N1 流感疫情防控工作，有效控制疫情的扩散和蔓延
2009	卫生部办公厅关于做好高温中暑卫生应急工作的通知	卫生部办公厅	指导各地卫生行政部门做好高温中暑卫生应急工作
2009	卫生部办公厅关于做好抗旱救灾卫生应急工作的通知	卫生部办公厅	进一步做好抗旱救灾卫生应急工作
2009	卫生部办公厅关于做好强降雪等冬季极端天气卫生应急工作的通知	卫生部办公厅	指导各地有效开展强降雪等冬季极端天气的卫生应急工作
2009	卫生部关于加强核和辐射突发事件卫生应急工作的通知	卫生部办公厅	进一步完善核和辐射突发事件卫生应急体制和机制，加强核和辐射突发事件卫生应急能力建设，规范指导各地、各有关单位切实做好核和辐射突发事件卫生应急工作
2009	全国自然灾害卫生应急预案(试行)	卫生部	进一步做好自然灾害卫生应急工作，不断提高自然灾害卫生应急能力
2009	卫生部核事故和辐射事故卫生应急预案	卫生部	迅速、有效、规范地开展核事故和辐射事故卫生应急工作
2009	中华人民共和国食品安全法	主席令第 9 号	保证食品安全，保障公众身体健康和生命安全
2009	中华人民共和国食品安全法实施条例	国务院令第 557 号	贯彻落实《中华人民共和国食品安全法》
2010	卫生部办公厅关于加强人感染高致病性禽流感等呼吸道传染病防控工作的通知	卫办应急发〔2010〕95 号	进一步加强全国人禽流感等呼吸道传染病防控工作，有效应对可能出现的疫情
2010	发热伴血小板减少综合征防治指南(2010 版)	卫办应急发〔2010〕163 号	指导临床医生和疾病预防控制专业人员做好对该病的诊断、报告、治疗、现场调查、实验室检测、疫情防控和公众健康教育等工作

（续表）

年份	文件名称	文号	发文目的
2010	卫生部办公厅关于做好冬季极端天气卫生应急工作的通知	卫办应急发〔2010〕181号	有效做好雪灾、强降温、冰冻灾害、大风冰雹等冬季极端天气卫生应急工作
2010	卫生部办公厅关于做好自然灾害卫生应急工作的通知	卫生部办公厅	进一步做好自然灾害卫生应急工作
2011	全国鼠疫防治“十二五”规划（2011—2015年）	卫应急发〔2011〕72号	做好“十二五”期间我国鼠疫防治工作
2011	国家食品安全事故应急预案	—	建立健全应对食品安全事故运行机制，有效预防、积极应对食品安全事故，高效组织应急处置工作，最大限度地减少食品安全事故的危害
2011	卫生部突发中毒事件卫生应急预案	卫应急发〔2011〕40号	进一步做好突发中毒事件卫生应急工作
2011	突发中毒事件卫生应急处置15个技术方案	卫办应急发〔2011〕94号	指导各地规范、有效地开展常见突发中毒事件卫生应急处置工作
2011	鼠疫诊疗方案（试行）	卫生部	做好鼠疫病例诊疗工作
2011	卫生部办公厅关于做好医疗卫生机构防灾减灾工作的通知	卫办应急发〔2011〕64号	全面提升医疗卫生机构应对自然灾害的能力
2013	卫生部食品安全事故应急预案（试行）	卫应急发〔2013〕2号	有效组织开展食品安全事故的医疗卫生应对工作

第二节　我国突发公共卫生事件应急处置政策变迁分析

从上节的政策梳理可见，国务院及各级政府均对突发公共卫生事件应急处置工作给予了高度重视。本节将从这一系列政策的具体内容入手，分析十年来突发公共卫生事件应急处置政策的变迁。

一、应急预案制订的要求逐步完善

“凡事预则立，不预则废。”要做好突发公共卫生事件应急处置工作，首先必须做好计划，也就是形成应急预案。SARS危机之后我国突发公共卫生应急预案经历了从无到有的发展阶段，正逐步走向“横向到边、纵向到底”的卫生应急工作预案体系。截至目前，我国突发公共卫生应急预案包括《国家突发公共卫生事件应急预案》、《国家突发公共事件总体应急预案》和《国家突发公共事件医疗卫生救援应急预案》；部门预案有《卫生部应对流感大流行准备计划与应急预案（试行）》、《国家重大食品安全事故应急预案》、《非职业性一氧化碳中毒事件应急预案》、《高温中暑事件卫生应急预案》、《核事故和辐射事故卫生应急预案》、《卫生部突发中毒事件卫生应急预案》等。

2003年SARS疫情暴发后，于当年的5月，国务院即出台了《突发公共卫生事件应急条例》，指出国务院卫生行政主管部门制定全国突发事件应急预案，省、自治区、直辖市人民政府应根据全国突发事件预案，结合本地实际情况，制定各行政区域突发事件应急预案，条例同时规定了国家突发事件应急预案应包括的主要内容。

为保证突发应急工作规范、科学、有效地进行，2006年，在《国家突发公共事件总体应急预案》的基础上，我国颁布了《国家突发公共卫生事件应急预案》；并颁布了《国家突发公共事件医疗卫生救援应急预案》，旨在减少突发事件中的人员伤亡和健康危害，提高卫生部门应对突发公共事件应急反应能力和医疗救援水平。

2006年，卫生部在《关于加强领导、完善机制全面推进卫生应急工作的通知》中进一步明确指出：“各部门及时总结《国家突发公共卫生事件应急预案》和《国家突发公共事件医疗卫生救援应急预案》等各类预案实施过程中的工作经验，根据需要不断完善各级各类卫生应急预案，加强对应急预案的动态管理，建立动态修订机制，经过演练和应急实践，检验预案编制的完备性、应用的可操作性和流程的合理性，不断增强预案的针对性和实效性，逐步构建‘横向到边、纵向到底’的卫生应急工作预案体系。”

2006年12月，国务院办公厅印发了《突发公共卫生事件社区（乡镇）应急预案编制指南（试行）》，用以指导城市街道办事处（乡镇人民政府）编制社

区(乡镇)的突发公共卫生事件应急预案，提高基层突发公共卫生事件应急处置能力。

可见，从明确制定预案到预案的具体要求，再到预案编制指南，突发公共卫生事件应急预案的制定工作也逐步清晰。此外，对一些具体类别的突发公共卫生事件，有关部门也出台了一系列针对性的文件。为规范和指导应对突发重大食品安全事故的处理工作，有效预防、积极应对、及时控制重大食品安全事故，国务院于2006年颁布了《国家重大食品安全事故应急预案》；同年，卫生部等十个部门共同制定了《非职业性一氧化碳中毒事件应急预案》，旨在有效预防和及时控制非职业性一氧化碳中毒事件，指导和规范非职业性一氧化碳中毒事件的应急处理工作。2007年，为及时有效地预防和处置高温中暑事件，指导和规范高温中暑事件的卫生应急工作，卫生部和中国气象局共同制定了《高温中暑事件卫生应急预案》。2009年，为减少核事故和辐射事故造成的人员伤亡和社会影响，高效规范开展卫生应急工作，卫生部制定了《核事故和辐射事故卫生应急预案》。2011年，为进一步做好突发中毒事件卫生应急工作，卫生部组织制定并印发了《卫生部突发中毒事件卫生应急预案》。

另外，各级政府也根据各地区的实际情况，制定了本地区的公共卫生应急预案，如云南省政府于2004年制定了《云南省人民政府突发公共事件总体应急预案》；浙江省义乌市于2008年制定了《义乌市卫生系统突发公共卫生应急预案》；浙江省温州市永嘉县政府于2011年制定了《永嘉县突发公共卫生事件应急预案》。基层组织为做好辖区内突发公共卫生事件预防控制与医疗救治工作，也编制了各社区的突发公共卫生事件应急预案，如安徽省合肥市七里塘社区制定了《七里塘社区突发公共事件总体应急预案(修订)》，沈阳市沈河区六合社区制定了《六合社区突发公共事件应急预案》等。

二、应急队伍组建及培训的要求逐步明确

1. 应急队伍组建要求逐步明确

人是第一生产力，对突发公共卫生事件应急处置工作而言，更是如此。应急队伍是防范和处置突发公共卫生事件的重要力量，要做好突发公共卫生事件应急处置工作，必须有一支健全的应急队伍。2005年卫生应急工作

要点指出，为强化突发公共卫生事件预防与应急准备，应组建应对突发公共卫生事件的专家委员会、卫生应急队伍。2006 年颁布的《国家突发公共卫生事件应急预案》指出："专家咨询委员会由卫生行政部门负责组建，医疗机构、疾病预防控制机构、卫生监督机构和出入境检验检疫机构是突发公共卫生事件应急处理的专业技术机构。"

加强基层应急队伍是防范突发事件、降低突发事件危害的重点。2007 年《国务院办公厅关于加强基层应急管理工作的意见》指出："街道办事处、乡镇人民政府要组织基层警务人员、医务人员、民兵、预备役人员、物业保安、企事业单位应急队伍和志愿者等，建立基层应急队伍；居(村)委会和各类企事业单位可根据有关要求和实际情况，做好应急队伍组建工作。要充分发挥卫生、城建、国土、农业、林业、海事、渔业等基层管理工作人员，以及有相关救援经验人员的作用。"2009 年，为进一步贯彻落实《中华人民共和国突发事件应对法》，加强完善基层应急队伍建设，国务院办公厅颁发了《国务院办公厅关于加强基层应急队伍建设的意见》，详细规定基层综合性应急救援队伍和专业应急救援队伍的组成、职责和管理体制。

在此基础上，为加强和规范对国家卫生应急队伍的管理，2010 年卫生部办公厅印发了《国家卫生应急队伍管理办法(试行)》，对队伍构成，队员遴选条件及其职责、权利和义务，应急队伍的管理做了专门的要求；并规定，委托建设单位参照 2008 年《卫生应急队伍装备参考目录(试行)》，对国家卫生应急队伍进行装备，并制定相应的管理制度。为满足卫生应急工作需要，进一步完善决策机制，2011 年卫生部成立并公布卫生部突发事件卫生应急专家咨询委员会，并制定了《卫生部突发事件卫生应急专家咨询委员会管理办法》。

可见，从提出组建突发公共卫生事件应急队伍和专家委员会，到基层应急队伍建设意见、应急队伍装备目录的出台，到突发事件卫生应急专家咨询委员会的成立，应急队伍建设工作逐步做到了有制度可依。

2. 应急队伍培训制度逐步系统化

为增强卫生应急意识，提高卫生应急处置能力，同样需要加强应急队伍的专业培训。2005 年卫生应急工作要点指出："分级分类对公共卫生、医疗救治、卫生监督和卫生应急管理人员进行有关突发公共卫生事件知识和处

理技术的培训，组织演练。”2006 年卫生应急工作要点指出：“组织开展《国家突发公共事件总体应急预案》、《国家突发公共卫生事件应急预案》、《国家突发公共事件医疗卫生救援应急预案》、《国际卫生条例》、《卫生应急工作手册》及应对重大急性传染病、中毒、核和(与)辐射损伤等内容的培训；重点就防控人感染高致病性禽流感、鼠疫、中毒、辐射损伤等开展演练；提高危机管理意识、应急协调管理能力和现场有效处置能力。”2006 年《卫生部关于加强领导、完善机制全面推进卫生应急工作的通知》也指出：“开展多种形式的医疗卫生人员的全员培训，强化卫生应急队伍培训与演练，提高队伍的卫生应急能力。”2007 年《中华人民共和国突发事件应对法》第二十五条也明确规定：“县级以上人民政府应当建立健全突发事件应急管理培训制度，对人民政府及其有关部门负有处置突发事件职责的工作人员定期进行培训。”

同时，为规范全国卫生应急培训工作，提高培训工作的质量和效率，卫生部 2011 年印发了《2011—2015 年全国卫生应急工作培训规划》，明确了卫生应急工作培训的指导思想和原则，并提出了培训目标：到 2015 年，完成卫生行政部门、医疗卫生机构中应急处置和医学救援相关人员培训 3.5 万人；并对培训的具体任务和相关保障措施均做了具体规定。为促进卫生应急培训工作的进行，促进培训体系的系统化、标准化建设，卫生部制定并印发了《全国卫生应急工作培训大纲(2011—2015 年)》，根据卫生应急工作特点，将卫生应急工作培训分为 6 类。

可见，从简单提出分级分类培训，到明确开展以学习各类预案手册为内容的培训，再到提出培训目标和印发具体培训大纲，卫生应急队伍培训体系和制度正在建立，培训内容逐步明确，突发公共卫生事件应急队伍培训的制度逐步明朗。

三、应急物资等保障制度逐步细化

“巧妇难为无米之炊。”应急物资是突发事件应急处置工作的重要物质支撑，确保应急物资落实到位，才能保证突发公共卫生应急处置的顺利开展。《突发公共卫生事件应急条例》提出各级政府及有关部门应保证公共卫生事件应急设施、设备、救治药品和医疗器械等物质储备。2005 年，《国家突发公共事件总体应急预案》要求：“确保应急所需物资和生活用品的及时

供应，并加强对物资储备的监督管理，及时予以补充和更新。”2006 年，《国家突发公共卫生事件应急预案》指出：“各级人民政府要建立处理突发公共卫生事件的物资和生产能力储备。发生突发公共卫生事件时，应根据应急处理工作需要调用储备物资。卫生应急储备物资使用后要及时补充。”2006 年，《国家突发公共事件医疗卫生救援应急预案》也明确规定：“卫生行政部门提出医疗卫生救援应急药品、医疗器械、设备、快速检测器材和试剂、卫生防护用品等物资的储备计划建议。发展改革部门负责组织应急物资的生产、储备和调运，保证供应，维护市场秩序，保持物价稳定。应急储备物资使用后要及时补充。”

可见，从提出要确保应急物资的储备，到卫生行政部门明确计划建议等，各方的责任逐步明确。此后，相关文件对应急物资储备、供应、调用等机制提出了详细的要求。

2007 年，《中华人民共和国突发事件应对法》第三十二条规定：“国家建立健全应急物资储备保障制度，完善重要应急物资的监管、生产、储备、调拨和紧急配送体系。”并对各级政府的职责做了明确规定，要求“设区的市级以上人民政府和突发事件易发、多发地区的县级人民政府应当建立应急救援物资、生活必需品和应急处置装备的储备制度。县级以上地方各级人民政府应当根据本地区的实际情况，与有关企业签订协议，保障应急救援物资、生活必需品和应急处置装备的生产、供给。”

2010 年，卫生部应急办印发的《卫生部、发展改革委关于加快突发公共事件卫生应急体系建设和发展的指导意见》明确要求：“进一步完善卫生应急物资储备目录”，“合理确定储备种类、数量和方式”，并“进一步会同有关部门建立卫生应急物资的快速调用程序，健全地区间、部门间、军地间卫生应急物资调运机制。建立健全各级医疗卫生机构应急物资储备制度，提高卫生应急物资供应的时效性”。

很多地方政府也根据相关文件，制定了各地的应急物资储备制度。如广东省人民政府办公厅印发了《关于进一步加强应急物资储备工作的意见》；山东省青岛市市南区人民政府制定了《青岛市市南区应急物资储备制度（试行）》；贵州省贵阳市乌当区政府制定了《乌当区应急物资储备制度（试行）》等。

四、信息报告责任制度逐步明确

有效进行突发公共卫生事件预测、预警工作，及时落实各项应急措施，离不开高效、快捷、畅通的信息采集、传递和报告机制。

2003 年颁布的《突发公共卫生事件应急条例》第十九条和第二十条明确规定了逐层上报的“信息流”，要求突发事件监测机构、医疗卫生机构和有关单位“应当在 2 小时内向所在地县级人民政府卫生行政主管部门报告”，接到报告的卫生行政主管部门“应当在 2 小时内向本级人民政府报告，并同时向上级人民政府卫生行政主管部门和国务院卫生行政主管部门报告”；与此同时，县级人民政府“应当在接到报告后 2 小时内向设区的市级人民政府或者上一级人民政府报告；设区的市级人民政府应当在接到报告后 2 小时内向省、自治区、直辖市人民政府报告”，“省、自治区、直辖市人民政府应当在接到报告 1 小时内，向国务院卫生行政主管部门报告；国务院卫生行政主管部门对可能造成重大社会影响的突发事件，应当立即向国务院报告”。同时指出，“国务院卫生行政主管部门制定突发事件应急报告规范，建立重大、紧急疫情信息报告系统”，并对未履行职责者依法给予行政处分，构成犯罪的依法追究刑事责任。信息报告的路径及时间要求如图 3－1 所示。

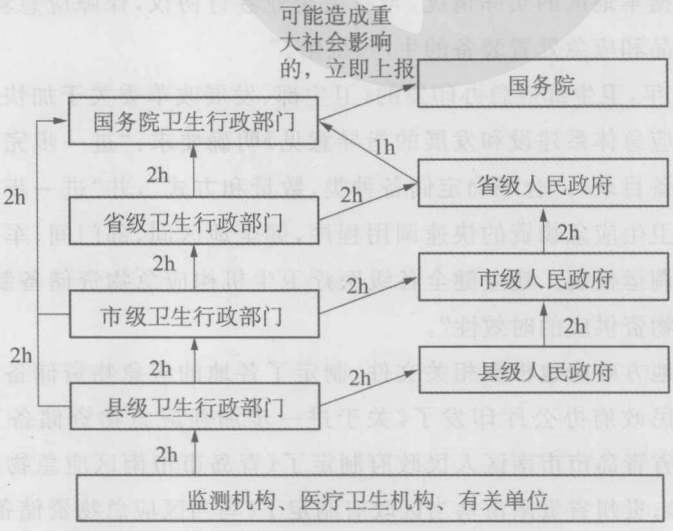


图 3－1 突发公共卫生事件信息报告的路径及时间要求示意

2005年12月27日，卫生部办公厅印发了《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范(试行)》，进一步加强了对突发公共卫生事件相关信息报告的管理保障及信息报告系统的有效运行。规范明确规定了各类突发公共卫生事件相关信息的业务管理工作、网络直报和审核工作的负责单位，并规定了各级卫生行政部门在信息报告工作中的职责。同时，对突发公共卫生事件报告范围和标准、报告内容以及报告方式、时限和程序也均进行了明确规定。

2006年公布的《国家突发公共卫生事件应急预案》对突发公共卫生事件责任报告人和报告单位做了明确规定，责任报告单位包括“县级以上各级人民政府卫生行政部门指定的突发公共卫生事件监测机构、各级各类医疗卫生机构、卫生行政部门、县级以上地方人民政府和检验检疫机构、食品药品监督管理机构、环境保护监测机构、教育机构等有关单位”；责任报告人包括“执行职务的各级各类医疗卫生机构的医疗卫生人员、个体开业医生”。2006年卫生部办公厅印发的《突发公共卫生事件社区(乡镇)应急预案编制指南(试行)》进一步规定，社区(乡镇)突发公共卫生事件的责任报告人应包括“社区(乡镇)内执行职务的各级各类医疗卫生机构的医疗卫生人员、个体开业医生等”。

针对不同类型的突发公共卫生事件，相关部门也颁布了一些特定的信息报告制度，如2006卫生部印发了《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法》、《卫生部法定传染病疫情和突发公共卫生事件信息发布方案》等。

五、现场处置分工逐步明确

“养兵千日，用兵一时。”有效的现场处置可以减少突发公共卫生事件的危害。确保应急处置的高效完成，不仅需要完整的应急预案、高素质的应急队伍及畅通的信息报告，还需要明确各方的职责、处置的流程等。

2003年，《突发公共卫生事件应急条例》第三十一条对突发公共卫生事件处置工作做了初步规定，指出：“应急预案启动后，突发事件发生地的人民政府有关部门，应当根据预案规定的职责要求，服从突发事件应急处理指挥部的统一指挥，立即到达规定岗位，采取有关的控制措施。”2006年，《国家

突发公共卫生事件应急预案》指出，突发公共卫生事件应按照分级响应原则，为有效控制事件发展，减少危害和影响，应采取边调查、边处理、边抢救、边核实的方式。预案同时规定了各级人民政府、卫生行政部门、医疗机构、疾病预防控制机构、卫生监督机构、出入境检验检疫机构应采取的应急反应措施。为保障医疗卫生救援工作迅速、高效、有序地进行，提高医疗卫生救援水平，同年颁布的《国家突发公共事件医疗卫生救援应急预案》详细规定了各级医疗卫生救援应急响应的启动条件和应采取的行动，以及现场抢救和转送伤员的程序。

同时，现场处置工作也越来越重视基层队伍的作用，强调先期处置和群众自救、互救。2006 年，卫生部办公厅印发的《突发公共卫生事件社区（乡镇）应急预案编制指南（试行）》建议社区预案应明确街道办事处、乡镇人民政府、社区卫生服务中心、乡镇卫生院、驻社区、乡镇单位、公安派出所、居民委员会、村民委员会需采取的措施。2007 年《国务院办公厅关于加强基层应急管理工作的意见》进一步明确了基层组织和单位、基层群众的职责。

六、应急处置评估工作逐步得到重视

“前事不忘，后事之师。”评估突发公共卫生事件应急处置情况，发现处置过程中存在的不足，可以进一步提升应急处置能力。

纵观近年来突发公共卫生事件应急处置的相关政策，与其他环节相比，评估工作涉及得相对较少，但也已逐步得到重视。2005 年颁布的《国家突发公共事件总体应急预案》提出：“要对特别重大突发公共事件的起因、性质、影响、责任、经验教训和恢复重建等问题进行调查评估。”2006 年颁布的《国家突发公共卫生事件应急预案》进一步提出：“突发公共卫生事件结束后，各级卫生行政部门应在本级人民政府的领导下，组织有关人员对突发公共卫生事件的处理情况进行评估，评估报告上报本级人民政府和上一级人民政府卫生行政部门。”并明确了评估的提纲主要包括“事件概况、现场调查处理概况、病人救治情况、所采取措施的效果评价、应急处理过程中存在的问题和取得的经验及改进建议”，但对具体的评估内容和评估方法未做规定。2007 年颁布的《中华人民共和国突发事件应对法》第六十二条规定：“履行统一领导职责的人民政府应当及时查明突发事件的发生经过和原因，

总结突发事件应急处置工作的经验教训，制定改进措施，并向上一级人民政府提出报告。”

为保证评估工作的实施，不断提高应急处置能力，2007 年卫生部应急办印发的《全国卫生部门卫生应急管理工作规范》明确规定：“突发公共卫生事件结束后，各级卫生行政部门应组织卫生应急管理和专业技术人员对突发公共卫生事件的处置进行评估。”并列出了评估工作流程与步骤，也对评估内容、评估方式等有所规定。2008 年，卫生部办公厅印发《突发公共卫生事件经济损失评估测算表（试行）》，用以规范经济评估统计工作。可见，突发事件评估工作内容逐渐明晰，评估工作逐步规范。

七、逐步从被动应急向预见性治理转变

“上工，不治已病治未病，不治已乱治未乱。”不断发生的突发公共卫生事件一方面要求我们要完善突发公共卫生事件应急处置体系，另一方面，也提醒我们，在风险社会中，要未雨绸缪，提前采取预防措施，防止风险发生。

风险评估是风险管理的关键环节之一，对突发公共卫生事件的风险进行科学评估，有利于高效应对突发公共卫生事件。我国突发公共卫生事件风险评估工作尚处于起步阶段。2006 年卫生部印发的《关于加强领导、完善机制全面推进卫生应急工作的通知》中指出，卫生应急工作应坚持预防为主的方针，积极有序开展突发公共卫生事件风险隐患排查工作，并规定：“排查工作根据国务院办公厅关于开展突发公共事件风险隐患排查监管工作的统一部署，抓紧制定突发公共卫生事件风险隐患排查工作方案，认真组织开展重大传染病传染源、疫病疫源地等公共卫生隐患的调查，建立公共卫生隐患数据库，编制主要疫病疫情的全国区域风险图，并收录入全国各级卫生应急指挥平台系统进行管理。”可见，国家已逐步意识到需采取措施预防突发公共卫生事件，了解可能导致突发公共卫生事件的风险隐患。

2007 年 8 月，国务院办公厅印发的《关于加强基层应急管理工作的意见》规定，基层组织和单位是隐患排查监控工作的责任主体，应做好风险隐患排查工作，认真进行整改；同时规定需建立有关隐患排查信息数据库，做到分类分级管理和动态监控。同年通过并实施的《中华人民共和国突发事件应对法》第五条明确规定：“突发事件应对工作实行预防为主、预防与应急

相结合的原则。国家建立重大突发事件风险评估体系，对可能发生的突发事件进行综合性评估，减少重大突发事件的发生，最大限度地减轻重大突发事件的影响。”第二十条进一步规定：“县级人民政府应当对本行政区域内容易引发自然灾害、事故灾难和公共卫生事件的危险源、危险区域进行调查、登记、风险评估，定期进行检查、监控，并责令有关单位采取安全防范措施。省级和设区的市级人民政府应当对本行政区域内容易引发特别重大、重大突发事件的危险源、危险区域进行调查、登记、风险评估，组织进行检查、监控，并责令有关单位采取安全防范措施。县级以上地方各级人民政府按照本法规定登记的危险源、危险区域，应当按照国家规定及时向社会公布。”可见，风险评估工作已被写入法规，并指明责任单位，足以看出国家对风险评估工作的重视。

此后，各年度印发的有关突发应急工作的要点和指导意见均对风险评估工作有一定的规定。如2008年卫生应急工作要点中提出，应建立公共卫生事件危险因素和可利用资源数据库；2009年卫生应急工作要点指出：“坚持预防为主，加强应急准备，使卫生应急系统常态时实现突发公共卫生事件监测预警和危险因素评估功能。”2010年卫生部应急办印发的《卫生部发展改革委关于加快突发公共事件卫生应急体系建设和发展的指导意见》强调：“重点抓好突发公共卫生事件发生、发展和演变规律的研究，推进快速准确的检测技术和监测技术的研发和应用，提高突发公共卫生事件的风险识别、风险评估、预测预报、事件确认和控制技术水平。”

2012年，卫生部办公厅印发《突发事件公共卫生风险评估管理办法》，对风险评估工作原则、具体过程、评估类别以及相关负责机构均做了详细的规定。突发事件公共卫生风险评估工作经历了提出、细化、规范的过程，可以确保风险评估工作得以落实和推进。

第四章

厘清我国突发公共卫生事件应急处置存在的问题

第一节　系统收集、确定问题数量
第二节　问题界定与论证

疾病预防控制机构是处理突发公共卫生事件的主要部门[①]，在应对突发公共卫生事件中起到关键的作用。自本章起，本书将聚焦疾病预防控制机构，通过文献论证、定量数据论证等方法，全面反映我国突发公共卫生事件应急处置的现况。本章着重通过文献评阅的方法，系统梳理疾病预防控制机构在突发公共卫生事件应急处置中存在的问题。

第一节　系统收集、确定问题数量

一、问题收集的思路与方法

本研究采用“系统的政策问题确认思路”[②]进行文献评阅，基本过程是尽可能系统地查阅和收集某一领域的文献，引入和应用文献 Meta 分析、科学计量分析法、层次分析法的原理思路，对文献进行定性和半定量专题研究，以系统分析和总结归纳面临哪些问题。这一途径虽然较为复杂，但得到的结果相对快速，确认问题的途径更为客观。

依据这一思路，在 2003—2013 年中国期刊全文数据库、中国优秀硕士学位论文全文数据库、中国博士学位论文全文数据库中以“突发公共卫生事件＋应急处置能力”、“突发公共卫生事件＋应急管理”、“突发公共卫生事

① 龚震宇、林君芬、夏时畅：《突发公共卫生事件应急机制建设的探索与思考》，《中国农村卫生事业管理》2005 年第 25 卷第 12 期，第 26—28 页。

② 郝模：《卫生政策学》，北京：人民卫生出版社，2005 年。

件＋现况”、“突发公共卫生事件＋研究”、“突发公共卫生事件＋调查”、“公共卫生＋突发事件”等关键词进行检索，通过快速阅读摘要，排除与所界定主题不相关的文献和重复文献，共得到文献259篇。

二、文献概况

关于259篇文献的来源、发表年份、研究类型、研究方法以及研究者的基本情况如下所述：

1. 文献来源

259篇文献主要来自115种期刊和36篇硕博士论文，涵盖了《公共卫生与预防医学》、《预防医学情报杂志》、《预防医学论坛》、《中国卫生经济》、《中国健康教育》、《中国卫生资源》、《中华疾病控制杂志》、《中国卫生监督杂志》等专业期刊，反映了所收集的文献具有广泛的代表性。其中文献来源的前三位是：《中国公共卫生管理》，20篇(7.7%)；《中国农村卫生事业管理》，9篇(3.5%)；《现代预防医学》，8篇(3.1%)。具体如表4-1所示。

表4-1　2003—2012年我国突发公共卫生事件应急处置现况相关文献来源情况(前10位)

文献来源	篇数	百分比(%)
中国公共卫生管理	20	7.7
中国农村卫生事业管理	9	3.5
现代预防医学	8	3.1
中国公共卫生	6	2.3
预防医学情报杂志	5	1.9
职业与健康	5	1.9
苏州大学学位论文	5	1.9
中国卫生事业管理	5	1.9
预防医学论坛	5	1.9
中国预防医学杂志	4	1.5

2. 文献发表年份

2003年SARS危机后，有关突发公共卫生事件应急处置的文献开始逐渐增加，并在2008年达到40篇的高峰，接下来的几年文献数量变化不是很

大，2011 年 35 篇(13.5%)，2006 年 30 篇(11.6%)，2009 年 26 篇(10.0%)，趋势如图 4-1 所示。

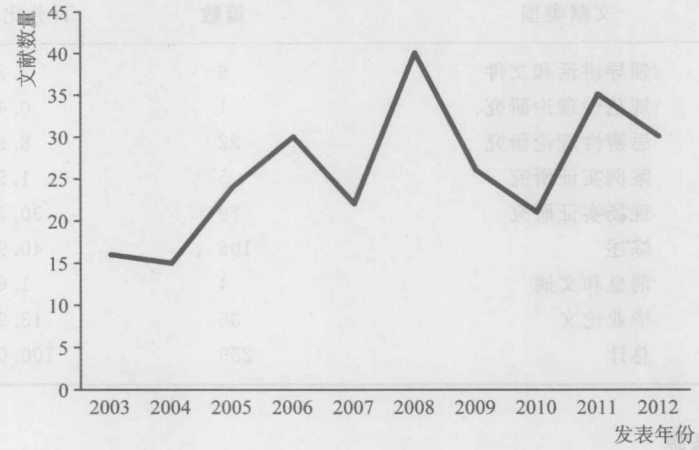


图 4-1 2003—2012 年我国突发公共卫生事件应急处置现况相关文献发表年份

3. 研究类型

本研究将文章类型分为领导讲话和文件、规范性理论研究、思辨性理论研究、案例实证研究、现场实证研究、综述、消息和文摘及学位毕业论文 8 类。其中，规范性理论研究和思辨性理论研究都属于理论研究：规范性理论研究从假设出发，以现有的理论为基础，遵循严密的逻辑推理体系，目的是为了得出新的知识；思辨性理论研究根据个人的经验和知识，以现有理论为基础，证明或说明自己的看法和观点[①]。案例实证研究和现场实证研究都属于实证研究，以问题导向为特征，通过归纳的思维方式，以观察事实和归纳逻辑为基础，透过现象的描述和解释概括出理论命题，最后再通过实际案例进行验证[②]。

根据上述分类，在所评阅的 259 篇文献中，综述类共 106 篇，所占比例为 40.9%；现场实证研究类 79 篇，占 30.5%；学位毕业论文 36 篇，占

① 郭菊娥、席酉民：《我国管理科学研究的回顾与发展展望》，《管理工程学报》2004 年第 3 期，第 51—54 页。

② 同上。

13.9%；思辨性理论研究22篇，占8.5%。具体见表4-2。

表4-2 2003—2012年我国突发公共卫生事件应急处置现况相关文献类型

文献类型	篇数	百分比(%)
领导讲话和文件	6	2.3
规范性理论研究	1	0.4
思辨性理论研究	22	8.5
案例实证研究	5	1.9
现场实证研究	79	30.5
综述	106	40.9
消息和文摘	4	1.6
毕业论文	36	13.9
总计	259	100.0

4. 项目来源

259篇文献中仅有59篇(22.8%)获得项目资助。其中，16篇(27.1%)来自国家级项目(如国家自然科学基金项目)；15篇(25.4%)来自地市级及以下项目；11篇(18.6%)来自卫生部或其他部委级项目；11篇(18.6%)来自省级项目；4篇(6.8%)来自其他项目；获得世界银行、世界卫生组织、联合国或其他国际组织资助的只有2篇(3.3%)。具体如表4-3所示。

表4-3 2003—2012年我国突发公共卫生事件应急处置现况相关文献资助情况

项目来源	篇数	百分比(%)
无资助	200	77.2
世行/世卫/联合国等	2	0.8
国家级项目	16	6.2
卫生部或其他部委级项目	11	4.2
省级项目	11	4.2
地市级及以下课题	15	5.8
其他	4	1.6
总计	259	100.0

5. 论述方法

文章的论述方法从大类上可以分为定性论述与定量论述，其中定性论

述指仅从理论角度对问题进行阐述而没有定量数据支持[①]，定量论述指将问题与现象用数量来表示进而去分析、考验、解释从而获得结论。但是传统的定性、定量区分过于笼统，我们将文章的论述方法进一步细分为定性论述、定性为主且引用少量数字展开论述、定性定量结合论述但无规范统计处理、定性定量结合论述且有规范统计处理四种。

259篇文献的论述方法，以定性论述为主的共有133篇(51.4%)；定性定量结合论述且有规范统计处理的有95篇(36.7%)；定性为主，引用少量数字展开论述的有21篇(8.0%)；定性定量结合但无规范统计处理的有10篇(3.9%)。具体见表4-4。

表4-4 2003—2012年我国突发公共卫生事件应急处置现况相关文献论述方法

论述方法	篇数	百分比(%)
定性论述	133	51.4
定性为主，引用少量数据	21	8.0
定性定量结合论述但无规范统计处理	10	3.9
定性定量结合论述且有规范统计处理	95	36.7
总计	259	100.0

6. 研究内容

在259篇文献中，有249篇(96.1%)将“突发公共卫生事件应急处置”作为专题进行论述，仅有10篇(3.9%)是在论述其他方面问题时提到突发公共卫生事件的问题。可见所选文献内容完整，且主题较为聚焦。详见表4-5。

表4-5 2003—2012年我国突发公共卫生事件应急处置现况相关文献研究内容

研究内容	篇数	百分比(%)
专题论述	249	96.1
仅作为其中部分内容提及	10	3.9
总计	259	100.0

① 吕军：《我国妇幼卫生领域关键问题界定与策略研究》(学位论文)，复旦大学，2005年。

7. 论述程度

按照文献的论述程度进行评分和分类，1～3 分为一般程度的论述，4～6 分为具有一定程度的论述，7～9 分为较系统的论述。259 篇文献中，有比较系统的论述的文献有 33 篇，占 12.8%；有一定程度论述的文献有 203 篇，占 78.3%；一般性提及的文献 23 篇，占 8.9%。具体如表 4－6 所示。

表 4－6　2003—2012 年我国突发公共卫生事件应急处置现况相关文献论述程度

论述程度	篇数	百分比(%)
一般程度的论述(1～3 分)	23	8.9
具有一定程度的论述(4～6 分)	203	78.3
较系统的论述(7～9 分)	33	12.8
总计	259	100.0

8. 研究方法

在 259 篇文献中，未涉及具体研究方法的文献有 147 篇(56.8%)；有 96 篇(37.1%)文献使用了调查法；16 篇(6.1%)文献运用了文献研究法。具体见表 4－7。

表 4－7　2003—2012 年我国突发公共卫生事件应急处置现况相关文献研究方法

研究方法	篇数	百分比(%)
无研究方法	147	56.8
调查法	96	37.1
观察法	0	0.0
实验法	0	0.0
文献研究法	16	6.1
实证研究法	0	0.0
其他	0	0.0
总计	259	100.0

9. 研究者情况

研究者来源广泛，涉及卫生行政部门、医院、CDC(疾病预防控制中心)及专业防治站所、卫生监督所、高等院校等。其中绝大多数来自非医学类院

校(35.6%)、CDC及专业防治站所(28.9%)和医学院校(16.3%)。

从研究者所在单位的级别来看,国家级和省(市、自治区)级研究者相对居多,分别占34.0%和33.2%,地(市)级占25.7%。

可见,我国突发公共卫生事件应急处置情况较多地受到高校研究者的关注,并且研究者的工作单位多为国家级和省(市、自治区)级单位,反映出国家级和省级研究者在突发公共卫生事件研究方面起了一定的带头作用。具体见表4-8。

表4-8 2003—2012年我国突发公共卫生事件应急处置现况相关文献研究者来源和单位级别

研究者单位级别	研究者来源单位								合计
	卫生行政部门	政府财政部门	其他政府机关	医院	CDC及专业防治站所	卫生监督所	医学院校	非医学类院校	
县(市、区)级	1(0.4)	0(0.0)	0(0.0)	3(1.2)	12(4.7)	2(0.8)	0(0.0)	0(0.0)	18(7.1)
地(市)级	3(1.2)	0(0.0)	1(0.4)	14(5.5)	40(15.8)	4(1.6)	0(0.0)	3(1.2)	65(25.7)
省(市、自治区)级	7(2.8)	1(0.4)	1(0.4)	1(0.4)	16(6.3)	3(1.2)	25(9.9)	30(11.9)	84(33.2)
国家级	4(1.6)	0(0.0)	1(0.4)	2(0.8)	5(2.0)	0(0.0)	17(6.7)	57(22.5)	86(34.0)
合计	15(5.9)	1(0.4)	3(1.2)	20(7.9)	73(28.9)	9(3.6)	42(16.6)	90(35.6)	25(100.0)

第二节 问题界定与论证

一、问题收集

精读上述259篇文献,全面收集和记录众说纷纭的问题表述,在此基础上进行总结归纳,可发现我国突发公共卫生事件应急(以下简称突发应急)处置工作大致存在57个问题(具体见表4-9)。

二、问题归类

分析和归纳所收集的57个问题,按照“卫生系统宏观模型”提供的“子

模—概念—指标”维度，57 个问题可进一步归纳为 31 类，具体归类过程见表 4-9。

表 4-9　我国突发公共卫生事件应急处置工作问题归类过程表

问题描述	归类 1	归类 2	归类 3	归类 4
1. 突发应急人力资源不足，人员的配置比例低，难以保证突发公共卫生事件应急处置工作的顺利开展	突发公共卫生事件应急人员（简称突发应急人员）比例低，多为临时调配，难以保证突发公共卫生事件应急处置工作的顺利开展	人力之量	资源	结构
2. 突发应急人力资源获取途径单一，多为临时调取，没有建立人才储备机制				
3. 突发应急人员总体素质较低，高级职称人员较少，缺少技术骨干	应急人员总体素质较低，专业人才缺乏，难以满足突发公共卫生事件应急管理（简称突发应急管理）工作的需求	人力之质		
4. 突发应急人员学历水平普遍偏低，学历构成以大专、中专为主				
5. 专业应急人才总量相对缺乏，无法满足应急管理的长远发展需求				
6. 应急专业领域局限于预防医学、临床医学等，缺乏具有大卫生观的现代公共管理思想和现代管理技能的复合型突发公共卫生事件应急队伍（简称突发应急队伍）				
7. 危机决策人员素质有待提高				
8. 高级职称卫生应急人员分布明显不平衡，基层机构比例过低	人力资源分布不均衡，基层人员素质偏低，不利于突发公共卫生事件的及时发现与处置			
9. 基层应急人员素质低，对突发公共卫生事件的辨别能力差				
10. 储备品种单一，储备齐全率低，难以满足需要	应急物品储备不足，齐全率低，难以满足现场处置的需要	物力之量		
11. 现场应急处置装备不足				
12. 突发公共卫生事件信息平台不健全	突发公共卫生事件应急处置信息网络不健全，信息覆盖不完全	物力之质		
13. 突发公共卫生事件预警监测网络体系不健全，使得数据重复采集，信息覆盖面不完整，缺乏信息共享机制				

（续表）

问题描述	归类 1	归类 2	归类 3	归类 4
14. 用于突发公共卫生事件监测的实验室设置不符合要求，设备缺乏、落后				
15. 农村应对突发公共卫生事件的基础设施薄弱	应急物品储备分布不均衡，农村地区、西部地区较薄弱			
16. 应急物品储备布局不合理				
17. 各机构应急物资储备不平衡				
18. 缺乏突发公共卫生事件应急专业人才的培养机制	卫生应急人力资源规划不足，编制数量偏少，缺乏储备机制，使得应急队伍稳定性差	计划与评价机制		
19. 卫生应急人力资源的供求规划不足				
20. 编制数量少，导致编外人员比例较高，应急队伍的稳定性较差				
21. 缺乏一套成熟的突发公共卫生事件应急能力评估方法	缺乏系统、科学的突发公共卫生事件应急预案评估标准、应急能力评估方法			
22. 缺乏系统的、统一的、科学的应急预案评估标准，造成预案评估缺乏依据				
23. 政府财政投入不足，缺乏长效机制，导致卫生应急工作缺乏经费支撑	“财神跟着瘟神走”，政府给予应急工作的投入缺乏稳定的长效机制，影响卫生应急工作的开展	财务与补偿机制	组织	
24. 应急培训经费缺口大，制约培训演练开展				
25. 突发公共卫生事件社会保障机制尚缺				
26. 相关部门未设立独立编制的卫生应急机构，对突发公共卫生事件的有效监测与处理产生一定的阻碍		组织分类		
27. 现行的行政管理体制设计导致突发公共卫生事件处理不及时		管理与监控机制		
28. 我国现有的针对突发公共卫生事件的法律法规体系尚不健全				
29. 卫生应急人员绩效考核方式不客观，考核指标设计不科学，考核周期长	卫生应急人员绩效考核方式不科学，缺乏有效的激励机制			
30. 平时对卫生应急人员的补偿较少，突发公共卫生事件救治过程补偿形式较单一				

（续表）

问题描述	归类 1	归类 2	归类 3	归类 4
31. 卫生应急人员缺少个人保障，不利于卫生应急工作的开展和应急人员的自身发展				
32. 不重视卫生应急人员的团队建设				
33. 缺乏合理的应急人才管理体系，导致应急人才流失现象严重				
34. 突发应急管理体系不完善，部门间协作不畅，政出多门，条块分割，权责不清	突发应急管理体系部门间协作不畅，条块分割，权责不清，政出多门	协调与持续机制		
35. 政府应对突发公共卫生事件指挥协调能力差，相关部门之间缺乏有效的信息沟通，多部门合作的应急协调机制尚未建立				
36. 缺乏跨区域的联合应急预案，降低了跨区域应对突发公共卫生事件的应急能力	缺少跨区域联动的突发公共卫生事件应急处置机制			
37. 缺少跨区域跨部门突发公共卫生事件应急处置体系				
38. 政府信息公开不透明，缺乏与公众、媒体之间的良性信息互动机制				
39. 没有建立完善的应急物资储备管理制度	未建立完善的应急物资储备制度，现有参考目录缺乏实际操作价值	政策工具使用	行政	
40. 应急物资储备参考目录缺乏实际操作价值				
41. 培训演练次数少，力度不够，没有形成机制	突发应急处置培训演练次数少、力度小，缺乏跨区域、跨部门的演练	应急处置过程		过程
42. 缺乏跨区域、部门的应急培训演练				
43. 应急预案操作性不强	应急预案操作性不强，内容不完整，层次不清晰			
44. 应急预案内容不完整				
45. 应急预案层次不清晰				

（续表）

问题描述	归类 1	归类 2	归类 3	归类 4
46. 相关部门未给予突发公共卫生事件足够重视，日常预防意识不足				
47. 面对突发公共卫生事件，未充分调动民间力量，忽略公众参与				
48. 数据分析和利用能力滞后，没有很好地发挥疾病及疫情实时动态预警作用	数据分析和利用能力滞后，没有很好地发挥疾病及疫情实时动态预警作用			
49. 应急科研意识淡薄，科研能力弱				
50. 缺乏事后对突发公共卫生事件进行应对效果评价，没有充分利用应急管理经验				
51. 突发应急处置培训演练内容单一，培训效果不佳	突发应急处置培训演练内容单一，培训效果不佳，不能适应突发公共卫生事件的应对形势	效果		系统结果
52. 培训演练的内容较单一，各类突发公共卫生事件的应急能力发展不平衡，不能适应突发公共卫生事件的应对形势				
53. 突发公共卫生事件信息报告不及时，影响了突发公共卫生事件的预警与处理最佳时效				
54. 应急预案及应急知识宣传力度不够，使得公众缺乏自我防护意识，自救能力弱				
55. 城市化进程致使一线城市流动人口数量与日俱增，流动人口恶劣的生活环境和较低的计划免疫水平给突发公共卫生事件的发生埋下了隐患		人口需要		外部子模
56. 环境问题使得突发公共卫生事件频发		环境		
57. 新发传染病等的数量和种类不断增加，应对突发公共卫生事件压力增加				

三、问题搜集的饱和程度判断

通过精读 259 篇文献，找出阅读的文献数量与问题的累计数量之间的关系，可以得出问题的饱和曲线图（图 4－2）。可以看出，刚开始评阅时，问

题数量增加较快，当评阅到第 66 篇文献时问题数量增加到 28 类；随着评阅文献数量的增加，问题增加的速度相对减缓，当评阅至第 177 篇文献时问题增至 31 类，达到最高点，且在之后评阅的文献中问题数量不再增加。可见，我国突发公共卫生事件应急处置工作存在的问题已经达到饱和状态，问题的收集基本趋于全面。

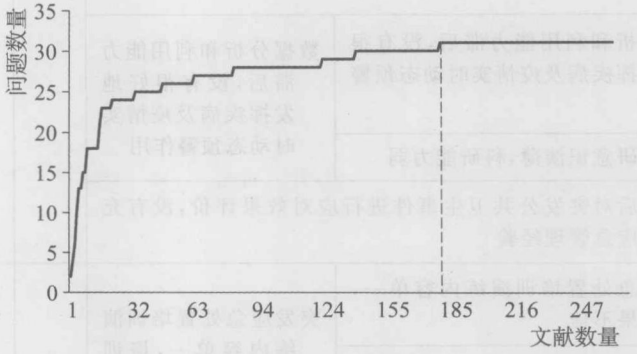


图 4-2　突发公共卫生事件应急处置问题评阅饱和曲线

四、问题界定与论述

对于我国突发公共卫生事件应急处置工作存在的 31 类主要问题的详细论述如下：

问题 1. 应急人员配置比例低，编制缺乏，多为临时调配，难以保证突发公共卫生事件应急处置工作的顺利开展

卫生应急人力资源是影响突发公共卫生事件应急处置事业发展的关键[①]。完善的突发公共卫生事件应急体系，首先必须加强网络和队伍建设，根据服务人口的比例配置一些相对固定的人员从事突发公共卫生事件工作。然而实际工作中，卫生应急人员数量不足的问题比较突出。

(1) 卫生应急人力资源不足，人员的配置比例较低，难以保证突发公共卫生事件应急处置工作的顺利开展。例如，2008 年哈尔滨市疾控中心共有 8 支应急综合专业小分队(76 人)，各专业小分队 10 支(120 人)；18 个区、县

① 高燕：《突发公共卫生事件中的卫生应急人力资源管理研究》(学位论文)，重庆大学，2010 年。

平均有应急小分队5支(40人),市、区和县所有小分队队员约940人,仅占全市人口的1/10 000[①]。云南省昆明市和广东省中山市每万人口应急人员的配置比例更低,分别为0.46人/万人[②]、0.19人/万人[③],无法保证工作的顺利开展。

(2)卫生应急人力资源获取途径单一,多为临时调取,未建立人才储备机制。卫生应急人力资源主要通过行政征集、人才引进、临时调取几个途径获取[④]。现阶段,当发生突发公共卫生事件时,卫生应急人力多从本单位的其他科室或者从同一行业的其他单位临时抽调形成。以重庆市为例,当医院发生突发公共卫生事件时,大多采取向大型综合性医院或大型专科性医院临时调取的方式进行调遣[⑤]。

问题2.应急人员总体素质较低,专业人才缺乏,难以满足应急管理工作的需求

突发应急工作的成功与否,取决于人员素质的高低[⑥]。目前我国突发公共卫生事件应急技术人员缺乏、学科体系不健全、人员培养方式落后、高层次人员缺乏,难以适应突发公共卫生事件服务的需要。

(1)应急人员总体素质较低,高级职称人员较少,缺少技术骨干。应急队伍中普遍存在职称结构不合理的现象,主要表现为高级职称比例偏低,技术骨干数量少。以河北省保定市疾控中心为例,高级职称仅占1.54%,中级职称占21.52%,初级职称占46.12%,无职称人员占30.82%[⑦]。湖北省疾病预防控制中心还有部分无职称人员从事应急工作[⑧]。

---

① 王世平、句立言、李泓冰:《哈尔滨市疾病预防控制机构突发公共卫生事件应急能力现状、存在的问题与对策》,《中国初级卫生保健》2011年第25卷第2期,第63—64页。

② 吴昊:《昆明市卫生监督机构突发公共卫生事件应急管理研究》(学位论文),云南大学,2011年,第34—27页。

③ 谈晔、梁建平、罗小铭、鲁婧婧:《中山市疾控机构突发公共卫生事件应急能力调查》,《热带医学杂志》2011年第11卷第10期,第1186—1189页。

④ 董海波:《浅谈突发公共卫生事件应急型人力资源管理研究》,《消费导刊》2008年第7期,第126页。

⑤ 高燕:《突发公共卫生事件中的卫生应急人力资源管理研究》(学位论文),重庆大学,2010年。

⑥ 王维刚、沈树权:《卫生人力资源的开发和管理》,《中国卫生资源》2005年第8卷第2期,第62—63页。

⑦ 李小平、祖文刚、马宏颖:《保定市县级疾病预防控制机构应对突发公共卫生事件的能力》,《职业与健康》2012年第28卷第10期,第1276—1278页。

⑧ 王重建、向浩、胡东升、孙亮、张梅喜、聂绍发:《湖北省疾病预防控制机构卫生应急人力资源现状调查与分析》,《中国预防医学杂志》2009年第10卷第12期,第1076—1079页。

（2）应急人员学历水平普遍偏低，学历构成以大专、中专为主。对湖北省疾病预防控制机构应急人员的学历调查显示，学历构成以大专、中专为主，二者合计占75.71%（2 066/2 729），初中及以下占2.38%（65/2 729），硕士及以上学历仅占1.87%（51/2 729）[①]。而这一情况在其县（区）级疾控中心更为突出，在所调查的25个县级疾控机构1 496名专业人员中，本科以上学历的仅占职工总数的7.95%，专科学历占36.90%，中专占37.17%[②]。应急人员的学历水平低，已经成为制约应急能力的关键因素之一。

（3）专业应急人才总量相对缺乏，无法满足应急管理的长远发展需求。突发应急管理需要大量的专业专职人才。目前我国突发公共卫生事件专业技术人才缺乏，表现为缺乏处理重大传染病疫情和突发中毒事件的专业队伍，缺乏接受过系统训练的现场流行病学专业人员，也缺乏掌握现代危机沟通艺术的工作人员。以浙江省为例，部分调查员在突发事件实际的调查中，由于专业基础不扎实，忽略对病史的调查、血清样品的采集，甚至对食物中毒事件调查中的发病平均潜伏期计算有误[③]。专业人才的相对缺乏，导致应对突发公共卫生事件能力停滞不前。

（4）应急专业领域局限于预防医学、临床医学等，缺乏具有现代公共管理思想和现代管理技能的复合型卫生应急队伍。突发公共卫生事件的应对是一项集技术与管理于一体的实践活动。美国、法国等发达国家卫生应急人员的专业结构不仅包括预防医学和临床医学，还包括卫生管理学、法律学、经济学、政策学、社会学、统计学、心理学等[④⑤]。而我国卫生应急人员以掌握医学知识为主，缺乏人文关怀方面的跨学科知识，难以满足新形势下突发应急工作的需求。以黑龙江省为例，调查显示卫生应急人员的专业结构

---

① 王重建、向浩、胡东升、孙亮、张梅喜、聂绍发：《湖北省疾病预防控制机构卫生应急人力资源现状调查与分析》，《中国预防医学杂志》2009年第10卷第12期，第1076—1079页。

② 李小平、祖文刚、马宏颖：《保定市县级疾病预防控制机构应对突发公共卫生事件的能力》，《职业与健康》2012年第28卷第10期，第1276—1278页。

③ 郇毅、俞汀、倪胜、孙剑寒、罗华标：《2005年浙江省卫生监督机构突发公共卫生事件应急演练情况分析》，《中国农村卫生事业管理》2006年第26卷第8期，第39—40页。

④ 蒯强、陶志：《法国的公共卫生教学进展》，《国外医学社会医学分册》2001年第18卷第1期，第24—27页。

⑤ Debra A. Draper, Robert E. Hurley, Johanna R. Laue, *Public Health Workforce Shortages Imperil Nation's Health* (Washington, D. C.: Center for Studying Health System Change, 2008).

比较单一[①]，专业领域局限于预防医学、临床医学等，缺乏一支高水平、高素质的复合型卫生应急队伍[②]。

(5) 危机决策人员素质有待提高。突发危机事件具有很多不确定性，这就要求管理者在处理事件时需具备较高的随机应变能力和较高的素质，以及快速判断和决策能力[③]。但是，当前我国危机决策者的综合素质较低，表现为：一是决策者不能从日常常规决策中吸取教训，总结危机事件处理的经验，以致类似事件重复发生；二是决策者知识结构单一，处理突发公共卫生事件的能力较低[④]；三是部分管理者法制意识和防范意识不强，处置突发公共卫生事件的方式欠妥，不注重预防工作[⑤]；四是管理者缺乏对突发公共卫生事件流行态势进行总体把握的眼光，没有提前做好相应的物质、救治设备、技术等准备。

问题3. 人力资源分布不均衡，基层人员素质偏低，不利于突发公共卫生事件的及时发现与处置

我国作为以农业人口为主的大国，基层特别是农村地区理应配置一定数量的突发应急人员，但从现实情况来看，基层突发应急人员缺乏，素质普遍较低，致使基层突发公共卫生事件应急工作(简称突发应急工作)效率低下，效果不佳。

(1) 高级职称卫生应急人员分布明显不平衡，基层机构比例过低。县级疾控中心是突发公共卫生事件预防与应对的“冲锋”机构，承担着“承上启下”的枢纽作用。而从目前人员分布情况来看，省、市、县/区三级应急队伍中高级职称人员比例依次下降，高级职称者55%以上集中在省、市级机构，而为80%农村人口服务的县/区级应急人员中高级职称的比例却不足10%[⑥]，不利于基层突发应急工作的开展。

---

① 林婷、吴群红、胥彦：《黑龙江省卫生监督机构人力资源及应对突发公共卫生事件的现状研究》，《中国卫生资源》2009年第12卷第2期，第91—93页。

② 王重建、向浩、胡东升、孙亮、张梅喜、聂绍发：《湖北省疾病预防控制机构卫生应急人力资源现状调查与分析》，《中国预防医学杂志》2009年第10卷第12期，第1076—1079页。

③ 杨英毅、祁月贞：《从SARS谈医院管理者应重视危机管理》，《中华医院管理杂志》2004年第20卷第2期，第53—55页。

④ 金浪：《处理突发高校公共卫生事件存在的问题及对策》，《海峡预防医学杂志》2004年第10卷第3期，第69页。

⑤ 高燕：《突发公共卫生事件中的卫生应急人力资源管理研究》(学位论文)，重庆大学，2010年。

⑥ 王重建、向浩、胡东升、孙亮、张梅喜、聂绍发：《湖北省疾病预防控制机构卫生应急人力资源现状调查与分析》，《中国预防医学杂志》2009年第10卷第12期，第1076—1079页。

（2）基层应急人员素质低，对突发公共卫生事件的处置能力差。农村是突发公共卫生事件的高发区域，基层卫生应急人员，特别是乡镇卫生院工作人员由于学历水平与职称水平普遍较低，因而对突发公共卫生事件的辨识能力较差，可能会耽误突发事件的处置时机，最终影响突发公共卫生事件的处理效率与效果[①]。

问题4.应急物品储备不足，齐全率低，难以满足现场处置的需要

应急物品储备是处置突发公共卫生事件的重要组成部分。当前应急物品储备情况与国家要求存在较大差距，应急物品和药品储备种类单一，品种缺漏较多，数量不足，且缺少现场应急处置的设备和工具。

（1）储备品种单一，储备齐全率低，难以满足需要。目前我国应急物资储备体系储备物资的种类、品种和数量相对不足，某些应急物资的储备量较少甚至空缺[②]，影响突发事件的有效应对[③]。2009年全国省级应急物品储备率平均为68.6%，仅有1个省份达标；超过一半省份储备齐全率低于80%；有4个省的储备齐全率更是低于20%，最低的仅为8.8%[④]。无锡市崇安区应急物资储备的情况与全国的情况一致，其应急物资装备储备库中个人防护、后勤保障、现场检测采样设备、消杀器械和药品、常备疫苗等应急物资存在严重短缺，传染病控制类应急物资储备齐全率仅为45.45%[⑤]。

（2）现场应急处置装备不足。储备应急队伍装备是一项复杂、动态的工作，是突发公共卫生事件应急处理工作顺利进行的重要物质保证[⑥]。但从目前情况看来，各疾控机构虽然储备了一定数量的个人防护用品、采样设备、检测试剂等现场调查常规设备，但与要求还相差甚远。以绍兴市为例，

---

① 汪俊华、宋沈超、黄文湧：《贵州省2000—2003年应对突发公共卫生事件存在问题及影响因素分析》，《现代预防医学》2007年第34卷第16期，第3150—3150页。

② 邓莘：《关于应急物资储备的思考》，《甘肃科技》2009年第25卷第19期，第99—101页。

③ 段琼红、张金荣等：《湖北省基层疾病预防控制机构应对突发公共卫生事件能力评价》，《中华流行病学杂志》2003年第24卷第12期，第1077页。张鑫培：《县级突发公共卫生事件应急对策研究》，《中国公共卫生管理》2004年第20卷第3期，第207—209页。

④ 李松光、王颖、孙梅：《突发公共卫生事件应急处置能力提升，应急物品储备尚不完备——省级疾控绩效考核应用之十》，《中国卫生资源》2012年第15卷第2期，第95—96页。

⑤ 李文毅：《基层疾控机构突发公共卫生事件应急管理初探》，《江苏卫生保健》2011年第13卷第3期，第34—35页。

⑥ 傅利军：《绍兴市卫生应急队伍的构建和运作现况》，《中国农村卫生事业管理》2011年第31卷第6期，第602—604页。

绍兴市卫生系统多家单位应急现场监测车数量和种类配备极不完善，缺少微生物检测车、理化检测车、消毒车和移动生物安全实验室[①]；再如，吉安市各县级疾控中心处置突发公共卫生事件所需的应急装备和消杀药品明显不足，仅为全国平均水平的1/5[②]。

问题5. 突发公共卫生事件应急处置信息网络不健全，信息覆盖不完全

将网络应用于突发公共卫生事件信息的传报，可以提高信息处理的效率、避免人工操作出现的错误。虽然SARS危机以来我国的突发公共卫生事件应急网络（简称突发应急网络）信息化取得了长足的进步[③]，但某些应急机构，尤其是县（区）级机构，尚未建立完善的信息系统和突发公共卫生事件监测网络，这将大大降低突发公共卫生事件应急处置的效率。

（1）突发公共卫生事件信息平台不健全。目前，突发事件应急信息平台建设尚未完全覆盖，无法保证信息收集的及时性[④]。以山东省为例，调查的34个县（市、区）中除了青岛市所辖的几个县级市外，其他均未建立卫生应急信息平台[⑤]。

（2）突发公共卫生事件预警监测网络体系不健全，使得数据重复采集，信息覆盖面不完整，缺乏信息共享机制。健全的监测预警机制可以及时发现突发公共卫生事件的先兆，是预防和控制突发公共卫生事件最重要也是最关键的环节[⑥]。目前我国突发公共卫生事件预警监测网络体系尚不健全，存在数据重复采集、信息覆盖面不完整等现象。有些地区，信息来源“政出多门”，患者的信息资料同时存在于医院、疾病控制、卫生监督、社区医院、健康保健等各部门，这不仅使大量的信息资料不能及时得到综合整理分析，造

---

① 傅利军：《绍兴市卫生应急队伍的构建和运作现况》，《中国农村卫生事业管理》2011年第31卷第6期，第602—604页。

② 蒋红斌：《吉安市县级疾病预防控制机构3年建设后经济状况调查》，《现代预防医学》2009年第36卷第18期，第3465—3466页。

③ 凌玉、陈发钦：《我国突发公共卫生事件应急管理存在的问题和对策》，《中国公共卫生管理》2012年第28卷第2期，第189—191页。

④ 黄喜顺、邱耀辉、吴义森、蓝宇频：《医院传染病疫情网络直报存在的问题与对策》，《中国误诊学杂志》2008年第8卷第34期，第8413—8414页。

⑤ 陈璐、崔树玉、王鲁、明萌、姜文英、徐爱强：《山东省基层卫生应急工作的现状与对策探讨》，《预防医学论坛》2012年第18卷第12期，第957—959页。

⑥ 国家卫生部：《关于卫生事业补助政策的意见（财社〔2000〕117号）》（2000年7月10日），见http://www.jdzx.net.cn/article/402881e4094442080109473d4662001f/2009/3/402881e40944420801094896eeb30030.html.

成数据资源的浪费，而且由于统计口径不一致，导致产生数据不一致，无法进行有效的追踪分析[①]。同时，由于信息标准开发、数据编码和交换方式、系统开发规范等方面缺乏统一标准的规划建设，各单位相继开发了自己的应用系统，产生了一个个独立的信息孤岛，给信息交换、信息共享带来严重困难[②]。

问题6. 用于突发公共卫生事件监测的实验室设置不符合要求，设备缺乏、落后

疾控中心实验室是应对突发公共卫生事件的前沿阵地，担负着突发公共卫生事件检测的重任[③]，快速、准确地提供实验室检验检测数据是疾控中心有效应对突发公共卫生事件的重要保证。而目前疾控中心的实验室面积不达标的现象普遍存在[④]，实验室质量管理体系建设情况也不容乐观。有数据表明，某省17家市县疾控机构实验室中，还有6家未通过省级计量认证考核工作，均无国家级计量认证和国家实验室认可[⑤]。实验室的检测检验仪器配置不足或滞后，以河北省保定市为例，其县级疾控机构仪器设备的总拥有率仅为55.14%，有近1/3的设备接近或已经处于淘汰状况[⑥]。这导致检测项目仅停留于一般项目的检测检验，影响了突发现场快速检验检测能力。

问题7. 应急物品储备分布不均衡，农村地区、西部地区较薄弱

从全国层面来看，国家对应急物资储备工作较为重视，已经设置了10

① 姜法春：《青岛市突发公共卫生事件综合应急指挥系统信息化建设探讨》，《中国公共卫生管理》2006年第22卷第4期，第286—288页。

② 蒋磊宏：《应用为本推动电子校务建设》，《网络安全技术与应用》2004年微软特刊，第62—64页。

③ 顾春英、常文军、张宏伟等：《我国部分省市公共卫生实验室现状的调查》，《第二军医大学学报》2004年第25卷第31期，第248—251页。Kurt B. Nolte, "Medical Examiners and Bioterrorism", *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 2000, vol. 21, no. 4, pp. 419-420.

④ 李小平、祖文刚、马宏颖：《保定市县级疾病预防控制机构应对突发公共卫生事件的能力》，《职业与健康》2012年第28卷第10期，第1276—1278页。
易学锋、朱展鹰：《广东省疾控系统现状及加强疾控体系建设的探讨》，《中国公共卫生管理》2005年第21卷第1期，第2—4页。

⑤ 陈人强：《浅谈海南省市县级疾控机构实验室在处置突发公共卫生事件中存在问题及对策》，《中国卫生事业管理》2011年第S1期，第190—191页。

⑥ 李小平、祖文刚、马宏颖：《保定市县级疾病预防控制机构应对突发公共卫生事件的能力》，《职业与健康》2012年第28卷第10期，第1276—1278页。

个中央级救灾储备物资代储单位，但是地区分布差异比较明显。从农村和城市分布来看，农村地区相应的设备与设施储备与城市相比差距依然很大。从东中西部来看，西部地区是突发事件的“重灾区”，但其物资储备现况堪忧。

（1）农村应对突发公共卫生事件的基础设施薄弱。近年来农村突发公共卫生事件明显增多，例如，2005 年四川遭遇了猪链球菌，2006 年 8 月毒蚊奇袭山西，引发了当地的乙脑疫情[①]等。但是，我国的农村疾病预防控制体系不健全，农村三级网濒临解体，1/3 的乡镇卫生院基本瘫痪，1/3 仅能维持生计，1/3 能够发展[②]。以 2003 年的“非典”为例，尽管“非典”与广阔的农村“擦肩而过”，最终没有长驱直入，但是“非典”敲响的警钟值得思考。山西省静乐县发现全省第一例“非典”病例时，全县竟找不到一辆救护车；而在农村较早出现“非典”疫情的河北，由于缺乏专业的传染病医院和病房，基础医院只能临时借调没有任何经验的内科医护人员[③]。经过 10 年的体系建设，农村的应急设施状况已有所好转，但是由于当地政府缺乏应急意识，相应的设备和设施投入与城市差距依然很大。农村应对突发公共卫生事件的基础设施状况堪忧。

（2）应急物品储备布局不合理。全国目前已设立了天津、沈阳、哈尔滨、合肥、郑州、武汉、长沙、南宁、成都和西安 10 个中央级救灾储备物资代储单位[④]。但是我国地域广阔，这 10 个中央级救灾物资代储单位主要集中在东、中部地区，而西部地区只有 2 个代储点，一旦发生突发公共卫生事件将增加运输成本和时间成本。

（3）各机构应急物资储备不平衡。2003 年 SARS 危机后，各机构加强了应急物资的储备工作。但是经过十年的建设，目前各机构的应急物资储备发展很不平衡。从各县（市、区）应急物资储备情况来看，有的县还是只有

---

① 何玉娟、孙多勇：《农村突发公共卫生事件与公共卫生应急系统》，《医学信息》2006 年第 19 卷第 12 期，第 2088—2090 页。

② 黄爱丽：《我国突发公共卫生事件应急体系的研究》，《中国社会医学杂志》2008 年第 25 卷第 4 期，第 205—207 页。

③ 张鑫培：《县级突发公共卫生事件应急对策研究》，《中国公共卫生管理》2004 年第 20 卷第 3 期，第 207—209 页。

④ 邓莘：《关于应急物资储备的思考》，《甘肃科技》2009 年第 25 卷第 19 期，第 99—101 页。

许多防控SARS的物资，而有些县（区）的储备更新速度较快[①]。在医疗救治硬件配置和应急物资储备方面也存在相似的情况，部分医疗机构医疗救治硬件和应急物资储备已经达到较高的水平，但是也有部分医疗机构应急物资储备相对不足。以上海虹口区二级及以上医疗机构为例，调查的8家医疗机构中均无感染科床位，仅有半数医疗机构设置卫生应急床位。在突发公共卫生事件发生时，依靠医疗机构自身在现有床位基础上增加床位的能力十分有限，难以应对突发公共卫生事件的应急医学救援和医疗服务[②]。

问题8. 卫生应急人力资源规划不足，编制数量偏少，缺乏储备机制，使得应急队伍稳定性差

突发公共卫生事件具有突发性和不可预测性，只有对应急人才储备进行长期且合理稳定的规划和投入，才能保证事发时临危不乱。我国目前尚未形成有效的应急人才培养机制，同时对于应急人才的规划往往缺少科学性，给应急人才的储备带来了阻碍。

（1）缺乏突发公共卫生事件应急专业人才的培养机制。目前我国突发公共卫生事件应急人员主要以预防医学背景居多，而预防医学课程设置主要以环境卫生、劳动卫生、营养与食品卫生、儿童少年卫生、卫生毒理学基础及流行病学和卫生统计学为专业主干课程，未把突发事件应急教育列入教学体系[③]。同时，预防医学专业学生的实习很少有机会接触以培养应急能力为主的应急预案制定、突发公共卫生事件应急处理等方面的实践教学内容。尽管有些学校开设了相关的研究生教育课程，但是由于“重理论轻实践”，普通高校培养的人才并不能完全满足突发公共卫生事件实际工作的需要[④]。有学者很精辟地总结了目前突发公共卫生事件应急专业人才培养模式的缺陷——“侧重疾病预防、欠缺伤害预防；侧重平时预防、欠缺突发预防；侧重院内技术、缺乏现场技术；侧重实验技术、缺乏信息技术；侧重技术能力、欠

---

① 李小平、祖文刚、马宏颖：《保定市县级疾病预防控制机构应对突发公共卫生事件的能力》，《职业与健康》2012年第28卷第10期，第1276—1278页。

② 于晓楠、汤显、杨芸：《虹口区二级及以上医疗机构突发公共卫生事件应急能力现状》，《中国公共卫生管理》2012年第28卷第5期，第585—587页。

③ 黄芬、叶冬青、郝加虎等：《SARS之后〈传染病防治法〉的教学初探》，《疾病预防控制》2003年第7卷第5期，第384—385页。

④ 万成松、郑莉、卫秦芝等：《应急型公共卫生人才培养模式的探索与实践》，《医学教育探索》2007年第6卷第8期，第683—685页。

缺组织能力”，而这些欠缺的环节对突发事件应急处置来说却是至关重要的[①]。

(2) 卫生应急人力资源的供求规划不足。突发公共卫生事件发生后短期内将会出现人才资源需求高峰，不仅数量大、专业技术要求高，而且时效性强。为了更有针对性地开展人才储备与开发计划，必须进行应急型人力资源的需求预测分析[②]。目前我国对卫生应急人力资源的供求规划重视程度不高，且规划滞后于突发事件的发展变化。以重庆市为例，虽然对卫生应急人力资源的供求已经有一定的规划设计，但是其设计比较简单、概念化，没有科学的预测方法作为依据，且没有随着时代发展、突发事件发生的特征变化，显得较为呆板[③]。

(3) 编制数量少，导致编外人员比例较高，应急队伍稳定性较差。由于单位编制名额的限制，导致应急队伍超编严重，出现了“现有职工数＞编制数＞在职在编数”的现象。以2010年保定市各县(市、区)疾控中心为例，实际在职职工共有1 496名，其中实际在编人数仅为730人，占职工总数的62.45%；796人属于无编制的自收自支的长期职工或临时人员[④]。而这些无编制的长期或临时人员的流动性比较大，易导致应急队伍的稳定性差[⑤]。

问题9. 缺乏系统、科学的突发公共卫生事件应急预案评估标准和应急能力评估方法

应急预案持续改进和应急能力提升的重要手段之一则是对应急预案及突发公共卫生事件处置能力进行准确的评估[⑥]。我国目前大部分地区虽已有一定的应急能力和一定数量的应急预案，但是两者都缺乏系统、科学的评估标准，使得管理者很难对本机构的自身情况有清楚的认识。

(1) 缺乏一套成熟的突发公共卫生事件应急能力的评估方法。突发公

---

① 杨土保、孔繁晶、魏捷：《突发公共卫生事件应急人才现状及培养模式》，《实用预防医学》2012年第19卷第2期，第304—309页。

② 董海波：《浅谈突发公共卫生事件应急型人力资源管理研究》，《消费导刊》2008年第7期，第126页。

③ 高燕：《突发公共卫生事件中的卫生应急人力资源管理研究》(学位论文)，重庆大学，2010年。

④ 李小平、祖文刚、马宏颖：《保定市县级疾病预防控制机构应对突发公共卫生事件的能力》，《职业与健康》2012年第28卷第10期，第1276—1278页。

⑤ 李贤相、王学明、程鸿飞：《安庆市突发公共卫生事件应急管理现状及对策》，《中国公共卫生管理杂志》2008年第24卷第4期，第358—359页。

⑥ 邹海、龚建平：《社会公共事件应急预案评估及其预警警示分析》，《求索》2007年第8期，第63—64页。

共卫生事件应对能力评价工具对于引导一个国家或地区的突发公共卫生事件应对能力建设起着至关重要的作用[①]。而目前我国的应急能力评估工作处于起步阶段，对全过程、综合性应急管理工作评估不足，在一些重要环节上还只凭经验或主观决断[②]，缺乏科学、成熟的综合评价工具和方法[③]。

（2）缺乏系统的、统一的、科学的应急预案评估标准。完善且有效的应急预案是应对突发公共卫生事件的有效办法，对应急预案处置突发公共卫生事件的能力进行准确的评估则是保证预案持续改进和提升的重要手段[④]。但现阶段应急预案的管理主要集中在如何梳理突发公共卫生事件应急预案的流程、如何对某一行业或某种灾害建立应急预案，或者如何对现有预案在比较基础上进行完善[⑤]，而对应急预案评估则关注得比较少[⑥]。尽管有些地方已经制定了一些应急预案评估的办法或要素指标，但这些指标过于粗糙，有些评估标准原则性较强，各种标准零散地散落在不同的地方和部门[⑦]，缺乏系统的评估标准，很难对应急预案的具体情况有清晰的认识[⑧]。

问题10.“财神跟着瘟神走”，政府给予应急工作的投入缺乏稳定的长效机制，影响卫生应急工作的开展

充足的资金是应急管理工作的重要基础[⑨]。由于政府对于公共卫生投入不足，某些地区甚至将应急经费排除在财政预算之外[⑩]，直接导致了卫生

---

① 胡国清、饶克勤、孙振球：《突发公共卫生事件应对能力评价工具研究》，《中华医学杂志》2006年第86卷第43期，第3031—3034页。

② 关贤军、徐波、尤建新：《完善我国防灾救灾体制、机制和法制》，《灾害学》2006年第21卷第3期，第72—75页。

③ 李松光、王颖、孙梅：《突发公共卫生事件应急处置能力提升，应急物品储备尚不完备——省级疾控绩效考核应用之十》，《中国卫生资源》2012年第15卷第2期，第95—96页。

④ 邹海、龚建平：《社会公共事件应急预案评估及其预警警示分析》，《求索》2007年第8期，第63—64页。

⑤ 邹海、龚建平：《社会公共事件应急预案评估及其预警警示分析》，《求索》2007年第8期，第63—64页。

⑥ 杨云涵：《政府公共突发事件应急预案评估模型研究》（学位论文），浙江工商大学，2012年。

⑦ 江红芳：《我国突发事件应急预案管理研究》（学位论文），乌鲁木齐：新疆大学，2012年。

⑧ 江红芳：《我国突发事件应急预案管理研究》（学位论文），乌鲁木齐：新疆大学，2012年。

⑨ 凌玉、陈发钦：《我国突发公共卫生事件应急管理存在的问题和对策》，《中国公共卫生管理》2012年第28卷第2期，第189—191页。

⑩ 刘晓青、聂冬平、廖一静等：《江西省突发公共卫生事件应急管理现状及对策》，《中国公共卫生管理》2011年第27卷第1期，第16—19页。

应急费用的缺乏。

（1）政府财政投入不足，缺乏长效机制，导致卫生应急工作缺乏经费支撑。公共卫生工作是一项公益性社会事业，现有财政供给难以满足卫生应急工作的需要。对中山市疾控中心进行的一项调查显示，仅46.15%的机构设有卫生应急专项经费，数量上难以满足全年工作的需要[①]。而山东省县级的经费预算也表明，卫生应急常规工作经费与疾控、卫生监督、传染病防治经费相比所占比例较少。虽然2008年、2009年各地因汶川震后抗震救灾、手足口病防控、甲型H1N1流感防控、三聚氰胺奶粉事件等工作需要，均不同程度地追加了预算外经费，但由于未建立持续性投入机制，远远不能满足卫生应急工作发展的需求[②]。因此，一旦发生突发公共卫生事件，各级疾控机构将面临巨大的压力[③]，导致仓促面对，影响事件的有效处理。

（2）应急培训经费缺口大，制约培训演练的开展。随着培训的深入开展，实战演练与模拟操练也被引入到部分培训项目中，这种以解决实际问题为目标的培训对提高实战能力具有良好的效果，受到普遍欢迎[④]，但是这些培训在实际中并未顺利开展。对黑龙江省疾控机构应急人员的调查显示，有67.4%（n=1 008）的调查对象认为经费困难是制约突发公共卫生事件应急演练（简称突发应急演练）开展的首要因素[⑤]。举办一场200人规模的培训班，所需场地费、教材费、授课费、耗材等费用动辄10多万，该项开支一般由各地卫生行政机构的应急办负责，在目前应急经费有限的情况下，这对于举办者来说是一笔不小的开支[⑥]，因此部分培训演练也就难以推广和使用。

---

① 凌玉、陈发钦：《我国突发公共卫生事件应急管理存在的问题和对策》，《中国公共卫生管理》2012年第28卷第2期，第189—191页。

② 陈璐、崔树玉、王鲁、明萌、姜文英、徐爱强：《山东省基层卫生应急工作的现状与对策探讨》，《预防医学论坛》2012年第18卷第12期，第957—959页。

③ 刘晓青、聂冬平、廖一静等：《江西省突发公共卫生事件应急管理现状及对策》，《中国公共卫生管理》2011年第27卷第1期，第16—19页。

④ 王亚东、刘温文、李香蕊等：《我国卫生应急管理培训存在的问题及对策研究》，《中华疾病控制杂志》2011年第15卷第10期，第827—830页。

⑤ 宁宁、吴群红、尚积伟：《黑龙江省疾病预防控制机构应急演练现况分析》，《中国卫生事业管理》2010年第5期，第351—353页。

⑥ 麻若鹏、宋耀君、白雪等：《我国卫生应急人员培训现状分析及培训模式研究》，《公共卫生与预防医学》2010年第21卷第4期，第59—61页。

问题11.突发公共卫生事件的社会保障机制缺乏，给应急处置工作带来不便

1993年，中央发布的《关于建立社会主义市场经济体制的若干问题的决定》界定了我国社会保障体系“包括社会保险、社会救济、社会福利、优抚安置和社会互助、个人储蓄积累保障”，但未将突发公共卫生事件防治列入社会保障范围，从目前情况来看这是社会保障的一大缺憾。即使是最新出台的《突发公共卫生事件应急条例》，也未将突发公共卫生事件纳入社会保障体制范围。随着社会经济的发展、社会的进步，缺乏突发公共卫生事件防治的社会保障将是不完善的[①]，这将给突发公共卫生事件的处理带来不便。以SARS危机时期为例，体现在两方面，一是紧急对抗措施在高层领导介入后才得以快速和有效实施；二是社会资源的动员成本高，机制反应不灵敏。暴露出的深层次问题就是我国没有建立起完整统一、运行有序的社会保障体系[②]。因此，进一步建立健全突发公共卫生事件的社会保障完善工作迫在眉睫[③]。

问题12.相关部门未设立独立编制的卫生应急机构，对突发公共卫生事件的有效监测与处理产生一定的阻碍

2004年，国务院卫生行政部门设立了突发公共卫生事件应急指挥部，对全国突发公共卫生事件的应急处理进行统一的领导和指挥[④]。现阶段，我国没有设立具有独立编制的应对突发性公共卫生事件的机构。首先，卫生行政部门内部未设立独立的突发应急管理部门。以山东省为例，所调查的34个县(市、区)级卫生行政部门只有1家设立了有独立编制的卫生应急办公室，未设置独立卫生应急部门的地方大多由办公室、防疫科、医政科或者地病办等科室履行卫生应急工作的职能[⑤]。其次，疾控机构内部缺乏独立的卫生应急部门。以淄博市为例，其疾控机构未成立独立编制的应急办，应急管理协调职责由不同的部门兼职承担，甚至淄博区疾控机构没有指定兼职

① 韩月乔：《我国突发公共卫生事件的社会保障研究》(学位论文)，长春工业大学，2012年。

② 王京波、赵然：《SARS引发的社会保障思索》，《山东劳动保障》2004年第9期，第28—30页。

③ 韩月乔：《我国突发公共卫生事件的社会保障研究》(学位论文)，长春工业大学，2012年。

④ 陈金祥：《我国地方政府突发公共卫生事件应急管理机制探究》(学位论文)，沈阳师范大学，2011年。

⑤ 陈璐、崔树玉、王鲁、明萌、姜文英、徐爱强：《山东省基层卫生应急工作的现状与对策探讨》，《预防医学论坛》2012年第18卷第12期，第957—959页。

部门，呈现出了以分部门、分领域为主的分散式管理模式，缺乏统一的组织协调。这样的情况同样存在于医院、学校等突发公共卫生事件高发机构。突发公共卫生事件发生突然、来势凶猛，如果没有“迅速有效、规范灵活、细条有序、责任明确”的应急协调管理决策机构，势必会影响突发公共卫生事件应急处置的快速、准确和到位[①]。

问题13.现行行政管理体制下的双重报告体系导致突发公共卫生事件处理不及时

突发公共卫生事件主要发生在基层，县级政府承担着主要的责任。但从目前地方政府处理突发性公共卫生事件的行政管理机制看，县级政府受市级、省级、国家三个级别的部门管理。这样的双重报告体系易导致效率低下，处理不及时。有资料显示，某县322起突发公共卫生事件中，其中56.8%的事件是在疾控机构接到报告后于6小时以内处理，43.2%的事件处理不及时，其中3.7%的事件是超过24小时才进行处理的[②]。地方政府这种中间地位的现象影响了处理突发性卫生事件的及时性[③]。

问题14.我国现有的针对突发公共卫生事件的法律法规体系尚不健全

近年来，我国政府确实在建立完善突发公共卫生事件的法律法规方面做出了相当的努力，但是目前我国针对突发公共卫生事件的法律法规体系仍未健全。虽然我国已经有了《传染病防治法》、《突发事件应对法》、《突发公共卫生事件应急条例》等法律、法规、规章及条例，但是与经济社会快速发展的客观要求和各种突发事件时有发生的现实要求相比，还存在不小差距[④]，整体数量和涉及的领域还有待完善与扩充。

问题15.卫生应急人员绩效考核方式不科学，缺乏有效的激励机制

合理的绩效考核有利于提升卫生应急人员的工作积极性，我国目前对于应急团队建设缺乏重视，对应急人员的补偿和考核方式也不尽理想，容易导致应急人才的流失。

---

① 伦华美：《淄博市疾病预防控制机构突发公共卫生事件应急体系建设现状评价研究》(学位论文)，山东大学，2012年。

② 李兴泽：《县级疾控中心卫生应急处置的分析》，《求医问药》2012年第10卷第5期，第497页。

③ 陈金祥：《我国地方政府突发公共卫生事件应急管理机制探究》(学位论文)，沈阳师范大学，2011年。

④ 程鹏：《浅议校园突发事件的应急管理》，《宿州学院学报》2010年第29卷第6期，第77—81页。

（1）卫生应急人员绩效考核方式不客观，考核指标设计不科学，考核周期长。首先，绩效考核的方式不客观，以定性评价为主，定量评价较少，很多时候以上级的个人主观看法为主，没有客观公正而有效地评价卫生应急人员的绩效。其次，考核指标设计不科学。目前对卫生应急人员的考核大多数仍是从“德、能、勤、绩”等方面进行考核，存在着考核指标过于笼统，考核标准不明确、不清晰等弊端。最后，考核周期较长，这对于较短时间的应急事件考核较为有效，但对于较长时间的应急事件考核则效果较弱[①]。这些绩效考核不利于个人激励，也难以调动卫生应急人员的工作积极性。

（2）平时对卫生应急人员的补偿较少，在突发公共卫生事件救治过程中补偿形式较单一。卫生应急人员在没有发生突发公共卫生事件时，其薪酬遵照各机构的规定执行。但其利用业余时间来学习吸收相关知识，参加突发公共卫生事件应急培训等，这些形式都属于智力资本的投入，按照人力资本理论可以得到补偿。但目前这方面的补偿较少，不利于调动卫生应急人员平时的学习培训积极性。而在突发公共卫生事件救治过程中的薪酬一般以固定津贴为主，以货币薪酬为主，忽略了非货币薪酬的激励作用[②]。

（3）卫生应急人员缺少个人保障，不利于卫生应急工作的开展和应急人员的自身发展。突发公共卫生事件具有突发性、意外性等特征[③]，很难保证应急工作人员的具体工作时间，加班、熬夜工作是常有的事情，而且有些突发卫生事件（如 SARS、H7N9 等）会对人身造成不同程度的伤害。因此，做好突发公共卫生事件应急人员的个人保障工作，其重要性不言而喻。近年来，突发事件日益增多，卫生应急人员人身意外伤害几率非常高。但淄博市的一项调查发现，当地所有疾控机构均未给卫生应急人员购买人身意外伤害保险。这对于卫生应急工作的开展和卫生应急人员自身发展都是不利的[④]。

（4）不重视卫生应急人员的团队建设。当发生突发公共卫生事件时，通常需要一个强有力的卫生应急团队处置突发事件，将事件造成的影响降到最低。因此，平日里加强卫生应急人员的团队建设尤为重要。有资料显

---

① 杨开忠：《国外公共卫生突发事件管理要览》，北京：中国城市出版社，2003 年，第 67—108 页。

② 高燕：《突发公共卫生事件中的卫生应急人力资源管理研究》（学位论文），重庆大学，2010 年。

③ 王陇德：《现场流行病学》，北京：人民卫生出版社，2004 年，第 19—21 页。

④ 伦华美：《淄博市疾病预防控制机构突发公共卫生事件应急体系建设现状评价研究》（学位论文），山东大学，2012 年。

示，目前卫生应急人力资源管理面临着成员间信任水平低、文化差异大、孤立感强等问题[①]。如果没有建立一种以信任为基础的团队文化，帮助成员克服孤立感、提高沟通效率，营造一种“知识分享”的氛围，就无法提高团队凝聚力，整体工作效率也将受到影响。

(5) 缺乏合理的应急人才管理体系，导致应急人才流失现象严重。现阶段，疾控机构的人才管理还留有较大的计划经济痕迹，影响了疾病控制机构的发展和应急人才队伍素质的提高。以昆明市为例，应急人才流失现象严重，调出人员的综合素质要高于调入人员的综合素质[②]。

问题 16. 突发应急管理体系部门间协作不畅，条块分割，权责不清，政出多门

突发公共卫生事件的有效处置需要各政府部门与卫生应急机构之间有良好的协作。然而目前我国突发卫生公共事件应对过程中部门分割、条块分割现象严重，导致卫生部门间职责界定不清，应急协调不力，影响了应急决策、处置的效率[③]。

(1) 突发应急管理体系不完善，部门间协作不畅，政出多门，条块分割，权责不清。指挥系统的集中领导、高效运转、统一调度是突发公共卫生事件有效应急的重要保障[④]。目前我国突发公共卫生事件的应急管理体系的特点是政出多门，条块分割，权责不清，管理分散，不利于统一指挥和调度。这种看似“各司其职”的应急管理体系，在面临突如其来的卫生事件时不仅无法形成公共危机应对的统一管理，也不能及时有效地配置分散在各个部门、地区的应急救助资源[⑤]。当发生突发公共卫生事件时，由于部门问责不明，导致不能及时有效地应对突发事件，效率低下[⑥]。

---

① 伦华美：《淄博市疾病预防控制机构突发公共卫生事件应急体系建设现状评价研究》(学位论文)，山东大学，2012 年。

② 吴昊：《昆明市卫生监督机构突发公共卫生事件应急管理研究》(学位论文)，云南大学，2011 年，第 34—27 页。

③ 王宏伟：《我国卫生应急管理的问题与对策》，《中国减灾》2007 年第 4 期，第 30—31 页。

④ 樊丽平、赵庆华：《美国、日本突发公共卫生事件应急管理体系现状及其启示》，《护理研究杂志》2011 年第 25 卷第 3 期，第 569—570 页。

⑤ 和莉莉：《我国突发公共卫生事件中政府管理存在的问题及完善对策》，《法制与社会》2009 年第 36 期，第 233—234 页。

⑥ 韩振宇：《突发公共卫生事件管理存在的问题及对策建议》，《商场现代化》2011 年第 1 期，第 20—21 页。

（2）政府应对突发公共卫生事件时指挥协调能力差，相关部门之间缺乏有效的信息沟通，多部门合作的应急协调机制尚未建立。突发公共卫生事件的预防与控制需要多个部门共同参与[①]，不仅需要卫生系统内部建立良好的协作关系，卫生机构与其他相关部门之间也要建立沟通协调机制[②]。现阶段，虽然我国各地的卫生应急系统已经逐步建立了部门内、部门间的信息共享和信息交流机制，但是交流的广度和深度还不够[③]。

首先，各医疗机构之间缺乏有效的沟通协调机制，信息、资源不能共享[④]。其次，医疗机构与疾病控制预防机构之间缺乏有效沟通。最后，医疗机构及疾病预防控制机构缺乏与其他相关部门的协作。突发公共卫生事件应对过程中各机构各部门的应急协调不力，往往会导致卫生应急信息共享不足、沟通不畅，严重影响应急决策的效率[⑤]。

问题17. 缺少跨区域联动的突发公共卫生事件应急处置机制

突发公共卫生事件具有公共性，在事件发生区域会影响范围内的所有人；其影响不仅仅局限于事件发生地，在很多情况下，会引起跨地区甚至全球性的影响[⑥]。因此，在突发公共卫生事件应急能力建设时需对跨区域联动予以关注。我国各地虽已建立各自的应急系统，但无论是跨区域的联合应急预案还是跨区域的应急处置体系都未完备。

（1）缺乏跨区域的联合应急预案，降低了跨区域应对突发公共卫生事件的应急能力。跨区域突发公共事件是一种普遍现象，例如，候鸟迁徙路线形成的SARS疫情地带，台风路径形成的暴风雨灾情带，重大交通事故引发的沿交通干线堵塞地带等[⑦]，这些事件的发生不仅需要当地的应急预案准备，更需要跨区域的联合应急预案体系。虽然目前我国在国家层面上已经

---

① 谭晓东：《突发性公共卫生事件预防与控制》，武汉：湖北科学技术出版社，2003年，第26—31、57—59页。

② 张慧：《北京市二级以上医院突发公共卫生事件应对能力评价研究》（学位论文），中国协和医科大学，2006年。

③ 樊立华、李莉、孙全胜等：《某地区疾控机构应急能力现状与评价》，《中国公共卫生管理》2011年第27卷第5期，第457—458页。

④ 赵冰：《热点聚焦应对突发公共卫生事件体系的构建》，《中国行政管理》2004年第25卷第1期。

⑤ 王宏伟：《我国卫生应急管理的问题与对策》，《中国减灾》2007年第4期，第30—31页。

⑥ 张义：《突发公共卫生事件中政府应急管理研究》（学位论文），吉林大学，2011年。

⑦ 唐苏南、张玮：《跨区域突发公共事件应急处置体系研究》，《三峡大学学报（人文社会科学版）》2008年第30卷第S2期，第27—30页。

制定相应的专业级部门预案，但是这些预案分别独立在各个部门和各个专业领域，并没有形成一个有机的整体，缺乏在应对跨区域突发公共事件方面的准备。

（2）缺少跨区域、跨部门的突发公共卫生事件应急处置体系。我国现有的突发公共卫生事件处置体系以行政管辖为基础，凡是政府行政管辖区域内发生的突发公共卫生事件，一般均责任明确，响应迅速，处置到位；但是对于跨行政区域的突发公共卫生事件，则往往难以达到预想的效果。受我国现有政府管理体制“条块分割”的影响，不同地方政府之间的责、权、利矛盾，上下级政府之间集权与分权的矛盾，使得跨区域突发公共事件应急处置的领导指挥体系难以实现有效的运转[①]。

问题18.政府信息公开不透明，缺乏与公众、媒体之间的良性信息互动机制

在信息高度发达的今天，政府的权威信息传播得越早、越多、越准确，就越有利于维护社会稳定和政府的威信[②]。而我国突发公共卫生事件信息发布的传统做法是屏蔽信息或者暂缓发布信息，错误地认为这样有利于控制局势、防止恐慌、维持社会稳定。事实上，这样的做法往往导致突发事件不能引起公众的警觉，进而耽误事件的及时处置。以2003年SARS疫情为例，当时各级医院由于缺乏健全的媒体和公众的信息沟通机制，使得公众无法及时准确地了解疫情的预防和诊治信息，致使恐慌情绪蔓延[③]。信息发布时间拖延不仅会延误处理突发公共卫生事件的最佳时机，而且会使疫情难以控制，造成许多不必要的损失[④]。

问题19.未建立完善的应急物资储备制度，现有参考目录缺乏实际操作价值

物资储备制度是合理管理物资储备的保障。目前有些地区已经逐步重

① 钟开斌：《国家应急管理体系建设战略转变：以制度建设为中心》，《经济体制改革》2006年第5期，第5—10页。

② 韩振宇：《突发公共卫生事件管理存在的问题及对策建议》，《商场现代化》2011年第1期，第20—21页。

③ 温晓燕：《医院突发公共卫生事件应急能力提升的策略》，《贵阳中医学院学报》2012年第34卷第6期，第33—35页。

④ 郭智虹：《突发公共卫生事件应急风险沟通机制研究》（学位论文），南昌大学，2012年。

视物资储备制度，在资源有限的情况下开始对其进行合理的规划。但是由于我国尚无一个专门针对应急救援物资储备的规定[①]，2008 年出台的《卫生应急队伍装备参考目录（试行）》又与实际脱节，这给各单位的应急物资储备带来了困难。

（1）没有建立完善的应急物资储备管理制度。应急物资储备管理制度包括明确应急物资储备的地址以及责任单位，应急物资的采购、配置、保养、维护以及物资的调拨、使用、补充、更新、评估等。目前，我国民政救灾物资和防汛物资的储备制度相对较为完善，制定出台了《中央级救灾储备物资管理办法》和《中央级防汛物资管理办法》，但尚无一个综合性、规范化的专门针对应急救援物资储备的规定[②]。在没有统筹指导性质的应急物资储备管理制度规定的背景下，各相关机构缺少对物资储备管理制度的重要性意识，导致目前的应急物资储备处于无序或者低效率的阶段。

（2）应急物资储备参考目录缺乏实际操作价值。2008 年卫生部出台了《卫生应急队伍装备参考目录（试行）》，其用意是为了对各应急工作的物资装备进行指导，但是从执行的情况来看，由于《目录》仅仅是指导性方案，没有根据省、市、县级职能差异确定不同的装备，各级按照此目录装备需要的资金量大，易造成极大浪费[③]。

问题 20. 突发应急处置培训演练次数少、力度小，缺乏跨区域、跨部门的演练

定期的应急处置培训能够更快地提高应急人员的处置能力，并确保其能熟悉突发公共卫生事件的应急处置过程。从调查结果来看，我国目前各应急队伍大多采取短期小范围的演练模式，而这种模式的演练很可能由于与实际情况不符而在实战中没有任何参考意义。

（1）培训演练次数少，力度不够，没有形成机制。目前各类卫生应急队伍的培训和演练次数总体上呈逐年增加的趋势，但是当前的培训多采取短

① 张红：《我国应急物资储备制度的完善》，《中国行政管理》2009 年第 3 期，第 44—47 页。

② 同上。

③ 王素芹、廖洪秀：《2008—2010 年攀枝花市卫生应急现状》，《预防医学情报杂志》2011 年第 27 卷第 7 期，第 519—524 页。

期培训方式，特别在出现突发公共卫生事件后举办或参加的针对性专题培训班较多，而缺乏系统的常规培训机制[①]，并未将应急培训及演练纳入日常工作当中[②]。

（2）缺乏跨区域、跨部门的应急培训演练。有效地应对突发公共卫生事件需要跨部门、跨区域的联合协作。但是目前跨行业、跨区域的全面演练次数很少[③]。

问题21.应急预案操作性不强，内容不完整，层次不清晰

突发公共卫生事件应急预案可以大大提高危机事件发生后的应对效率并有效降低生命财产损失[④]。目前大部分地区的应急预案数量已达标，但这些预案往往操作性不强、内容不完整、层次不清晰，应急预案的质量还有待提高。

（1）应急预案操作性不强。作为指导性的方案，应急预案不能太“细”，当然也不能太“粗”，但是目前的应急预案原则性太强，不利于操作。例如，《国家自然灾害救助应急预案》规定：“对救助能力特别薄弱的‘老、少、边、穷’地区等特殊情况，启动标准可酌情降低。”[⑤]而“酌情”到什么程度则没有具体说明。从各地区的预案制定方式来看，目前很多地区的应急预案只是国家及各省市卫生系统制定的应急预案的翻版，又或者照搬国外其他城市突发公共卫生事件的应急预案，未结合当地情况进行修改，缺乏实践的检验，从而造成在突发公共卫生事件发生时应急预案漏洞百出，各机构陷入混乱无序的状态[⑥]。

（2）应急预案内容不完整。现阶段我国应急预案制度过于原则化，涉及具体内容的较少。比如关于应急预案的宣传、演练、培训，以及如何与非

---

① 王素芹、廖洪秀：《2008—2010年攀枝花市卫生应急现状》，《预防医学情报杂志》2011年第27卷第7期，第519—524页。

② 吴昊：《昆明市卫生监督机构突发公共卫生事件应急管理研究》（学位论文），云南大学，2011年。

③ 伦华美：《淄博市疾病预防控制机构突发公共卫生事件应急体系建设现状评价研究》（学位论文），山东大学，2012年。韩振宇：《突发公共卫生事件管理存在的问题及对策建议》，《商场现代化》2011年第1期，第20—21页。

④ 温晓燕：《医院突发公共卫生事件应急能力提升的策略》，《贵阳中医学院学报》2012年第34卷第6期，第33—35页。

⑤ 黎鸣：《中国的危机与思考》，天津：天津人民出版社，1989年。

⑥ 温晓燕：《医院突发公共卫生事件应急能力提升的策略》，《贵阳中医学院学报》2012年第34卷第6期，第33—35页。

政府组织和私人组织合作，均未详细阐述。同时，目前我国的预案种类以重点传染病为主，很多只是针对SARS等单病种传染病的控制[①]，缺少化学性伤害、职业伤亡，以及群体性疾病等方面的详细预案[②]。应急预案内容的不健全给全面应对各种突发公共卫生事件埋下了隐患。

（3）应急预案层次不清晰。目前，有些种类的突发事件国家层面已经出台了应急预案，但是具体到各个省、市、县，甚至基层组织，大都仅是照搬国家的应急预案，没有结合实际情况进行制定。此外，乡镇（街道）、企事业单位、学校等基层组织是突发公共卫生事件处置的第一现场，也应具有适用于自身的应急预案，但这些基层组织大都没有制定应急预案，或者预案雷同程度很高[③]。这些情况导致各个级别、部门的应急预案大同小异，预案的层次性没有体现出来[④]。

问题22.相关部门未给予突发公共卫生事件足够的重视，日常预防意识不足

突发公共卫生事件的发生存在不确定性，如果在平常没有感觉到它的威胁，极易出现思想松懈、防范措施落实不到位等情况[⑤]。因此，预防是应对突发性公共卫生事件的基础，但现实状况却不尽如人意[⑥]。首先，部分管理者在思想上对突发公共卫生事件发生的可能性重视不足，并未将这项工作提上议事日程。卫生部门和各级医疗机构普遍存在“重治轻防”现象，缺乏对突发公共卫生事件的预防意识，将大部分的关注点投放在临床救治上，缺乏应对突发公共卫生事件的风险管理理念[⑦]。其次，突发公共卫生事件高发场所缺少预防意识。以人员高度密集、活动集中的学校为例，学校管理者应

① 韩振宇：《突发公共卫生事件管理存在的问题及对策建议》，《商场现代化》2011年第1期，第20—21页。

② 樊立华、李莉、孙全胜等：《某地区疾控机构应急能力现状与评价》，《中国公共卫生管理》2011年第27卷第5期，第457—458页。

③ 疾病预防控制体系建设研究课题组：《疾病预防控制体系建设研究报告——绩效评估》，北京：人民卫生出版社，2008年。

④ 江红芳：《我国突发事件应急预案管理研究》（学位论文），新疆大学，2012年。

⑤ 蒋相辉、林兵、顾为海等：《宁波市海曙区突发公共卫生事件应急管理现状及对策》，《上海预防医学杂志》2007年第19卷第2期，第85—86页。

⑥ 陈金祥：《我国地方政府突发公共卫生事件应急管理机制探究》（学位论文），沈阳师范大学，2011年。

⑦ 凌玉、陈发钦：《我国突发公共卫生事件应急管理存在的问题和对策》，《中国公共卫生管理》2012年第28卷第2期，第189—191页。

急意识淡薄，对应急管理的认识不足，出现了重学校应急制度建设、轻师生应急教育的倾向[①]。

问题23.处置突发公共卫生事件时未充分调动民间力量，忽略公众参与

突发公共卫生事件应急处理是涉及全社会的系统工程，必须依赖于一个完善的政府危机应对网络[②]。然而，某些卫生机构缺乏公众参与突发公共卫生事件的意识，认为公众对于突发公共卫生事件的情况是否知晓并不重要，因此忽视了公众的参与，也忽视了企业及群众团体、志愿者等社会组织的参与[③]。同时，政府尚未与非政府组织（NGO）、基层单位、各种营利性组织以及民众个人建立协作关系，民间社会力量未得到充分调动。长期以来，我国形成了“大政府、小社会”的格局[④]，一旦发生突发公共卫生事件，光靠政府部门孤军奋战，往往会影响处理的效率，耽误应急处置的最佳时间。

问题24.数据分析和利用能力滞后，没有很好地发挥疾病及疫情实时动态的预警作用

及时准确地收集和分析信息有助于预先警示危机，从而能够降低危机损害[⑤]。我国现有监测网络的数据分析和利用能力有限，未能有效地起到预警的作用。

（1）数据分析和利用能力滞后，没有很好地发挥疾病及疫情实时动态预警的作用。应急工作，信息为先。信息管理是做好应急工作的生命线，这不仅需要建立一套健全的突发卫生事件预警监测网络体系，还需要应急工作人员有较强的数据分析和利用能力。调查显示，目前相关人员的数据分析和利用能力有限，部分单位的数据还仅限于收集、整理报表的阶段，离自动预警的要求还有很大的差距[⑥]。

---

① 程鹏：《浅议校园突发事件的应急管理》，《宿州学院学报》2010年第29卷第6期，第77—81页。

② 和莉莉：《我国突发公共卫生事件中政府管理存在的问题及完善对策》，《法制与社会》2009年第36期，第233—234页。

③ 程慧健、熊小庆：《江西省公共卫生应急体系建设探讨》，《中国公共卫生管理杂志》2009年第25卷第1期，第12—13页。

④ 徐冉：《突发公共卫生事件的政府应急管理能力研究》（学位论文），苏州大学，2010年。

⑤ 温晓燕：《医院突发公共卫生事件应急能力提升的策略》，《贵阳中医学院学报》2012年第34卷第6期，第33—35页。

⑥ 樊丽平、赵庆华：《美国、日本突发公共卫生事件应急管理体系现状及其启示》，《护理研究杂志》2011年第25卷第3期，第569—570页。

(2) 应急科研意识淡薄，科研能力弱。科学技术优势是保护公共安全的重要基础之一，各级卫生应急团队可通过有效开展科学研究并利用相关的科学技术来协助控制和消除突发公共卫生事件[①]。然而目前我国应急科研总体能力较弱，科研意识淡薄。以哈尔滨市为例，市级疾控机构中仅有20%承担或参与过相关突发公共卫生事件科研项目，而各区、县疾控机构仅有5%～10%的疾控人员参加过[②]。

问题25. 缺乏事后对突发公共卫生事件进行的应对效果评价，没有充分利用应急管理经验

作为突发应急管理的最后一个环节，效果评价是一次危机应急的结束，同时也是下一次危机应急的开始，是机构持续提升应急能力和应急水平的关键环节[③]。目前不少机构都将一次突发公共卫生事件的结束视为此次应急管理的结束，忽视了突发事件处理后的效果总结与评估。以北京市为例，2008年对于监测结果及疫情报告能力进行评估的机构仅占调查对象的49%和38%。同时，缺乏一个稳定的突发公共卫生事件案例库，每次突发事件处理结束后，指挥部立即解散，应急管理经验没有得到很好的保存[④]。

问题26. 突发应急处置培训演练内容单一，效果不佳，不能适应突发公共卫生事件的应对形势

我国应急培训起步较晚，各方面还处于调整阶段，因此常常出现培训内容重复，针对性不强，培训方式单一，实践技能提高不够等问题，在突发公共卫生事件应急人才培养的过程中不能有效地提高培训人员的综合素质[⑤⑥]。

目前的突发公共卫生事件培训内容主要集中在卫生应急“一案三制”的介绍与理解，以及主要突发公共卫生事件的专题培训。由于“一案三制”的

---

① 柯骏、常文军、姜北等：《突发公共卫生事件的科研管理》，《解放军医院管理杂志》2008年第15卷第5期，第470—472页。

② 王世平、句立言、李泓冰：《哈尔滨市疾病预防控制机构突发公共卫生事件应急能力现状、存在的问题与对策》，《中国初级卫生保健》2011年第25卷第2期，第63—64页。

③ 潘华：《医院危机剖析及管理机制构建》，《中华医院管理杂志》2004年第20卷第Z1期，第128—129页。

④ 林凡磊：《突发公共卫生事件应急管理研究》(学位论文)，江苏大学，2010年。

⑤ 王重建、向浩、胡东升、孙亮、张梅喜、聂绍发：《湖北省疾病预防控制机构卫生应急人力资源现状调查与分析》，《中国预防医学杂志》2009年第10卷第12期，第1076—1079页。

⑥ Alena Petrakova, Ritu Sadana, “Problems and Progress in Public Health Education”, *Bull World Health Organ*, 2007, vol. 85, no. 12, pp. 963-970.

内容广泛，突发事件种类多样，单次培训很难深入，而缺乏系统设计的多次培训中，教师为了保证自身授课部分的完整性，必然对基本内容进行重复[①]。在主要突发公共卫生事件的专题培训中，培训演练往往局限于传染病的防治[②]，也难免造成培训内容的重复。这些都直接造成了接受培训的应急人员热情不高、培训效果不理想、专业能力提升不明显的结果。

随着社会的发展和科学的进步，突发应急工作对知识结构的要求也越来越高。但目前培训演练的内容往往局限在传染病防控方面，缺少化学性突发事件或食物中毒方面的培训和演练，也缺少防范可能的重大突发公共卫生事件的意识和培训机制[③]。以广东省中山市为例，疾控机构应急队伍的培训重点主要以传染病及食源性疾患突发事件演练为主，而化学性突发事件、放射性突发事件、灾害事件的演练均未开展[④]。而淄博市也同样存在这种情况，调查显示，在突发应急演练培训中，各类传染病的应急处置培训次数最多，占了56.74%，公共场所危害健康事故、空气污染事故应急处理，群体性预防接种事故、放射事故应急处理等方面的演练几乎没有开展[⑤]。这种单一的培训方式，使得各类应急能力发展不平衡，无法适应突发公共卫生事件的发展。

问题27. 突发公共卫生事件信息报告不及时，影响了突发公共卫生事件的预警与处理最佳时效

传染病病例报告的及时性直接影响突发公共卫生事件的预警与处理，迟报、漏报都可能造成疫情蔓延，为此《突发公共卫生事件应急条例》规定[⑥]，有关部门在发现突发公共卫生事件后2小时内需向卫生行政部门或有关部门汇报，并应立即前往现场调查、核实。而贵州省2000—2003年的323起

---

① 王亚东、刘温文、李香蕊等：《我国卫生应急管理培训存在的问题及对策研究》，《中华疾病控制杂志》2011年第15卷第10期，第827—830页。

② 伦华美：《淄博市疾病预防控制机构突发公共卫生事件应急体系建设现状评价研究》（学位论文），山东大学，2012年。

③ 樊立华、李莉、孙全胜等：《某地区疾控机构应急能力现状与评价》，《中国公共卫生管理》2011年第27卷第5期，第457—458页。

④ 谈晔、梁建平、罗小铭、鲁婧婧：《中山市疾控机构突发公共卫生事件应急能力调查》，《热带医学杂志》2011年第11卷第10期，第1186—1189页。

⑤ 伦华美：《淄博市疾病预防控制机构突发公共卫生事件应急体系建设现状评价研究》（学位论文），山东大学，2012年。

⑥ 中华人民共和国国务院令：《突发公共卫生事件应急条例》（2005年5年20日），见 http://www.gov.cn/zwgk/2005-05/20/content_145.htm。

报告突发事件中，仅28.5%是6小时以内向当地卫生防疫机构报告的，其中47.4%的事件超过24小时才报告[①]。安徽省2003—2004年发生的222起突发公共卫生事件中，符合《突发公共卫生事件应急条例》中有关报告时限规定的为153起(68.9%)，而超过2小时报告的为69起(31.1%)，其中超过6小时报告的为15起(6.8%)。这表明仍有部分突发公共卫生事件不能及时进行报告，离有关规定仍存在一定差距[②]。

问题28.应急预案及应急知识宣传力度不够，使得公众缺乏自我防护意识，自救能力弱

《突发事件应对法》明确要求“县级和县级以下政府及企事业单位开展应急宣传工作”[③]。现阶段的应急宣传与规定差距很大。主要表现为以下几个方面：①宣传力度不强，很多组织仅仅将应急预案简本放在网站上，缺少直接的宣传，导致很多不负责具体危机应对工作的部门对应急知之甚少；②宣传形式单一，由于缺乏制度的具体规定和技能的要求，应急宣传多为“走马观花”，常常流于形式，例如很多学校对学生的危机宣传教育大多是重理论知识的讲解，忽视逃生、自救互救能力的培养，目前很多学校只是简单地印发一些安全宣传读物，贴一些标识，一些逃生设备也没定期检查、更新，大多数人对安全教育很少过问[④]；③宣传范围过窄。国际经验表明，具有自觉意识的公众参与可以大大提高卫生应急工作的效果[⑤]。目前我国的老百姓普遍缺乏传染病疫情和突发公共卫生事件的基本知识。在发生突发公共卫生事件时，群众的茫然、恐慌、无措常常会延误甚至阻碍卫生应急处理和救援[⑥]，某些情况下群众甚至会对应急处置工作产生抵触情绪，导致各项控制措施难以落实[⑦]，继而影响了突发公共卫生事件的处理，耽误了最佳处理时间。

问题29.城市化进程致使一线城市流动人口数量与日俱增，流动人口恶劣

---

① 汪俊华、宋沈超、黄文湧：《贵州省2000—2003年应对突发公共卫生事件存在问题及影响因素分析》，《现代预防医学》2007年第34卷第16期，第3150—3151、3154页。

② 曹明华：《安徽省疾病预防控制系统突发公共卫生事件应对能力评价研究》(学位论文)，安徽医科大学，2007年。

③ 朱建新、王晓东著：《各国国家安全机构比较研究》，北京：时事出版社，2009年。

④ 江红芳：《我国突发事件应急预案管理研究》(学位论文)，新疆大学，2012年。

⑤ 孔竞：《优化突发公共卫生事件应急机制研究》(学位论文)，华中科技大学，2008年。

⑥ 同上。

⑦ 殷柏尧、刘怡、储小华等：《加强我省突发公共卫生事件应急体系建设研究》，《浙江统计》2007年第9期，第22—24页。

的生活环境和较低的计划免疫水平给突发公共卫生事件的发生埋下了隐患

国家人口计生委发布的《中国流动人口发展报告 2012》显示，2011 年我国流动人口总量已接近 2.3 亿，占全国总人口的 17%，由于我国大多数地区是以户籍人口为基础进行资源规划的，因此流动人口数量的增加对于突发公共卫生事件的管理而言无疑是一项挑战。一方面，由于流动人口中大部分都是农村进城务工人员，其生活环境和卫生条件较差，容易产生传染病和食物中毒，2003 年对上海市虹口区、普陀区的调查显示，这两个区流动人口传染病发病数分别占上海市总发病数的 36%和 46%以上[①]。另一方面，流动人口计划免疫水平低，生活水平差，是计划免疫类传染病暴发的易感人群，成为一个潜在的公共卫生问题[②]。

问题 30. 环境问题使得突发公共卫生事件频发

环境污染、人口密度过高，这些均会为污染事件、传染性疾病等突发公共卫生事件的发生创造条件。环境污染已经成为许多突发公共卫生事件形成的原因之一，工业等对空气、土壤和水源等的污染可以直接导致粮食有害物质增加，或间接造成人体呼吸道、免疫系统等抗病能力下降，使该部分人群成为许多疾病的高危人群[③]。2010 年湖南郴州血铅中毒事件震惊全国，郴州市 23 000 多名儿童有 54%血铅含量超过国家标准[④]。而城市中的高人口密度和拥挤的住房条件，也成为一些虫媒传染病和许多呼吸道传染病传播流行的有利条件。有研究表明，澳门登革热发病与人口居住密度成正相关，许多通过飞沫传播的疾病都和人与人之间的距离以及居住环境通风条件有关[⑤]。环境问题已经成为突发公共卫生事件发生的一大影响因素。

问题 31. 新发传染病等的数量和种类不断增加，应对突发公共卫生事件压力增加

---

① 柯骏、常文军、姜北等：《突发公共卫生事件的科研管理》，《解放军医院管理杂志》2008 年第 15 卷第 5 期，第 470—472 页。

② 陈刚、吕军：《关于我国流动人口公共卫生管理的思考》，《医学与哲学》2005 年第 26 卷第 8 期，第 14—16 页。

③ 柯骏、常文军、姜北等：《突发公共卫生事件的科研管理》，《解放军医院管理杂志》2008 年第 15 卷第 5 期，第 470—472 页。

④ 林凡磊：《突发公共卫生事件应急管理研究》（学位论文），江苏大学，2010 年。

⑤ 柯骏、常文军、姜北等：《突发公共卫生事件的科研管理》，《解放军医院管理杂志》2008 年第 15 卷第 5 期，第 470—472 页。

近30年，世界上新出现40余种传染病，如SARS、禽流感、甲型H1N1流感、发热伴血小板减少综合征等，绝大多数新发传染病已经在中国被发现。由于对新发传染病认识上存在一个过程，新发传染病疫情处置困难、复杂程度较大。加之中国人口众多、人均密度大，在人口老龄化严重、城乡间人员流动增加以及有限的卫生资源等现实情况下，中国应对突发公共卫生事件将面临更大的压力。

五、形成问题系统

遵循“结构—过程—结果”的系统思路和操作方法，将精确界定的问题逐个纳入相应的子系统（子模），可以形成我国突发公共卫生事件的问题系统（图4-3）。由图可知，问题主要集中在结构子模。由于结构影响过程，过

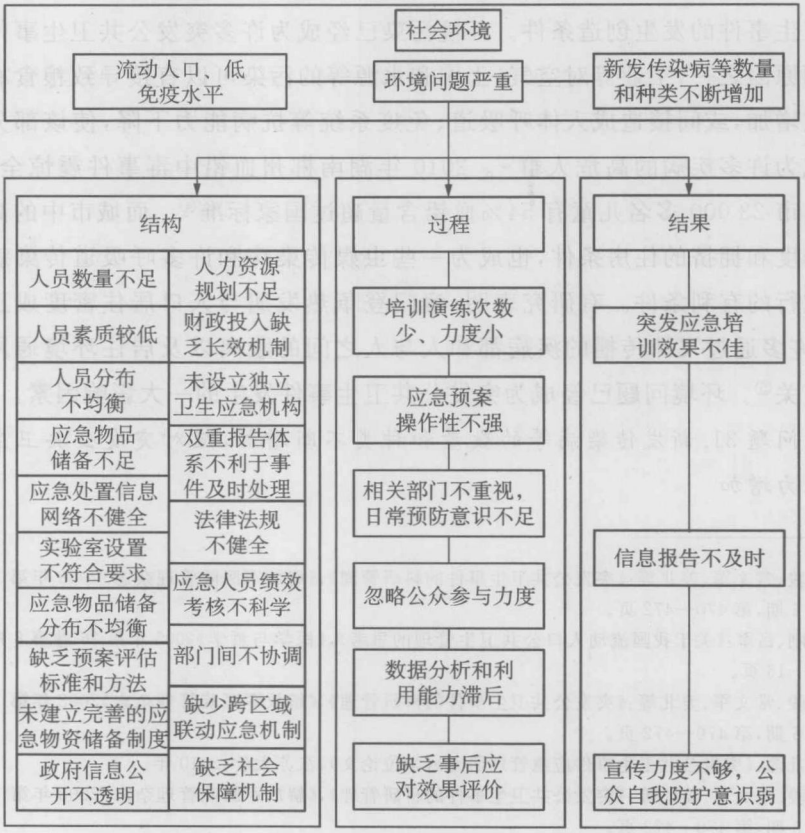


图4-3 我国突发公共卫生事件应急处置问题系统

程影响结果，以及外部子模的影响，我们可知，目前突发公共卫生事件应急处置现况结构部分的基础保证还不是很完善，导致过程和结果部分均不理想。因此，今后应该聚焦“结构”部分的问题，从人、财、物等方面给予保障，进而影响过程以及结果，最终从整体层面提升突发应急处置能力。

第五章

明确我国突发公共卫生事件应急处置的关键问题

第一节　对问题重要性的排序
第二节　对问题严重性的排序
第三节　对问题可解决性的判断
第四节　问题的综合排序
第五节　关键问题与焦点问题确认

社会问题的优先顺序，原则上以重要性、严重性和可解决性三个指标作为标准。其中“重要性”主要用以明确问题的主次关系，是指问题对系统目标实现的影响力的大小。“严重性”指问题受社会关注的程度，一定程度上也表明某个社会问题正在对社会造成的危害程度。重要性和严重性是问题排序的主要指标，重要性指标优先于严重性。“可解决性”是问题排序的参考指标，是作为“全或无”的决定性指标，指问题在现有环境下能获得解决的可能性，没有条件解决的问题，很少能够进入政策议程[①]。

本章将定性定量分析我国突发公共卫生事件应急处置31类问题的优先顺序，具体的操作过程是：首先对重要性和严重性两类指标分别进行排序，然后根据两类指标的排序结果，组合得出“重要且严重的问题、重要而不严重的问题、严重而不重要的问题、既不严重也不重要的问题”四种情况，再依据可解决性指标判断和推荐关键问题。

第一节　对问题重要性的排序

判断问题的重要性，主要是看问题对实现突发公共卫生事件应急处置

① 张光鹏：《我国卫生监督职能落实的焦点问题与策略研究》（学位论文），复旦大学，2005年。郝模：《卫生政策学》，北京：人民卫生出版社，2005年。

的基本目标的影响力。对目标的影响力越大的问题，相对越重要。判断的标准是体系运作的基本规律——卫生系统宏观模型。

一、突发公共卫生事件应急处置的基本目标

突发公共卫生事件应急主要是指预防与处置，具体表现为预测预警、监测控制、监督管理、事件预防、信息收集分析、科学决策与快速反应、应急保障、紧急救援与医疗救治和事件综合处置等方面[①]。主要是指：在国务院统一领导下，由国务院卫生行政部门设立卫生应急办公室（突发公共卫生事件应急指挥中心），协调全国卫生应急工作，制定卫生应急和紧急医学救援规划、制度、预案和措施，开展突发公共卫生事件的预防准备、监测预警、处置救援、分析评估等卫生应急活动；做好突发公共卫生事件和其他突发事件的预防控制和紧急医学救援工作；建立与完善卫生应急信息和指挥系统；发布突发公共卫生事件应急处置信息；指导和组织开展卫生应急培训和演练；拟订国家卫生应急物资储备目录、计划，并对其调用提出建议；同时，在重大自然灾害、恐怖事件、中毒事件及核辐射事故等突发事件发生时，在组织实施紧急医学救援等方面发挥作用[②]。

二、运用层次分析法对重要性进行排序

1. 建立结构模型

由于问题数量较多，运用层次分析法对问题的重要性进行两两比较，可有效避免过分依赖个人经验所导致的片面性。

2. 构造判断矩阵

对我国突发公共卫生事件应急处置存在的31类问题，本研究请11位卫生管理专家按9标度法对其重要性进行了两两比较评价。之后结合专家咨询结果，依据判断问题重要性的思路，构造相应判断矩阵（表5-1）。

---

① 何晓燕、俞晓红、汤宇斌等：《区县卫生监督机构突发公共卫生事件应急能力研究概述》，《中国预防医学杂志》2011年第12卷第9期，第812—814页。

② 卫生部：《卫生应急办公室（突发公共卫生事件应急指挥中心）主要职责》（2008年4月30日），见http://www.moh.gov.cn/mohwsyjbgs/pzyzz/lm.shtml。

表 5-1　问题判断矩阵

1	1/3	1	5	6	1/3	9	1	5	2	5	7	9	9	1	5	1/3	6	7	6	4	1	9	5	7	6	2	9	9	9	9
3	1	2	6	7	1/2	9	2	6	4	6	8	9	9	3	6	1/2	7	8	7	6	3	9	6	8	7	4	9	9	9	9
1	1/2	1	5	6	1/2	8	1	5	3	3	7	8	7	1	5	1/2	6	7	6	5	1	9	5	7	6	3	9	9	9	9
1/5	1/6	1/5	1	3	1/6	5	1/5	1	1/2	1	4	5	5	1/5	1	1/6	2	5	2	1	1/4	6	1	4	3	1/3	6	6	7	6
1/6	1/7	1/6	1/3	1	1/7	4	1/6	1/3	1/5	1/3	2	5	4	1/6	1/3	1/7	1	3	1	1/3	1/6	5	1/2	2	1/2	1/5	5	5	5	5
3	2	2	6	7	1	9	2	6	4	6	8	9	9	3	6	1	7	8	7	6	3	9	6	8	7	4	9	9	9	9
1/9	1/9	1/8	1/5	1/4	1/9	1	1/8	1/6	1/7	1/5	1/3	1	1	1/8	1/5	1/9	1/4	1/3	1/4	1/5	1/8	3	1/5	1/3	1/5	1/7	2	3	3	3
1	1/2	1	5	6	1/2	8	1	5	3	3	7	8	7	2	5	1/2	6	7	6	5	2	9	5	7	6	3	9	9	9	9
1/5	1/6	1/5	1	3	1/6	6	1/5	1	1/2	1	5	5	6	1/5	1	1/6	2	5	3	1	1/4	6	2	4	3	1/3	6	6	7	6
1/2	1/4	1/3	2	5	1/4	7	1/3	2	1	2	5	7	6	1/3	2	1/5	5	6	5	3	1/3	8	2	5	5	1	8	8	8	8
1/5	1/6	1/3	1	3	1/6	5	1/3	1	1/2	1	5	5	6	1/3	1	1/6	2	5	3	1	1/3	6	2	5	3	1/2	6	6	7	6
1/7	1/8	1/7	1/4	1/2	1/8	3	1/7	1/5	1/5	1/5	1	3	3	1/7	1/4	1/8	1/2	1	1/3	1/4	1/7	5	1/4	1	1/3	1/6	3	5	5	5
1/9	1/9	1/8	1/5	1/5	1/9	1	1/8	1/5	1/7	1/5	1/3	1	1	1/8	1/5	1/9	1/5	1/3	1/4	1/5	1/8	3	1/5	1/3	1/5	1/7	2	3	2	3
1/9	1/9	1/7	1/5	1/4	1/9	1	1/7	1/6	1/6	1/6	1/3	1	1	1/7	1/5	1/9	1/4	1/3	1/4	1/5	1/7	3	1/5	1/3	1/5	1/6	2	3	5	3
1	1/3	1	5	6	1/3	8	1/2	5	3	3	7	8	7	1	5	1/3	6	7	6	5	1	9	5	7	6	3	9	9	9	9
1/5	1/6	1/5	1	3	1/6	5	1/5	1	1/2	1	4	5	5	1/5	1	1/6	2	5	2	1	1/4	6	1	4	3	1/3	6	6	7	6
3	2	2	6	7	1	9	2	6	5	6	8	9	9	3	6	1	7	8	7	6	3	9	6	8	7	5	9	9	9	9
1/6	1/7	1/6	1/2	1	1/7	4	1/6	1/2	1/5	1/2	2	5	4	1/6	1/2	1/7	1	3	1	1/3	1/6	5	1/2	2	1/2	1/5	5	5	6	5

（续表）

1/7	1/8	1/7	1/5	1/3	1/8	3	1/7	1/5	1/6	1/5	1	3	3	1/7	1/5	1/8	1/3	1	1/3	1/5	1/7	4	1/4	1	1/3	1/6	4	5	4	4
1/6	1/7	1/6	1/2	1	1/7	4	1/6	1/3	1/5	1/3	3	4	4	1/6	1/2	1/7	1	3	1	1/3	1/6	5	1/2	2	1	1/5	5	5	6	5
1/4	1/6	1/5	1	3	1/6	5	1/5	1	1/3	1	4	5	5	1/5	1	1/6	3	5	3	1	1/4	6	1	4	3	1/3	6	6	6	6
1	1/3	1	4	6	1/3	8	1/2	4	3	3	7	8	7	1	4	1/3	6	7	6	4	1	9	5	7	6	3	9	9	9	9
1/9	1/9	1/9	1/6	1/5	1/9	1/3	1/9	1/6	1/8	1/6	1/5	1/3	1/3	1/9	1/6	1/9	1/5	1/4	1/5	1/6	1/9	1	1/6	1/5	1/6	1/8	1	1	1	1
1/5	1/6	1/5	1	2	1/6	5	1/5	1/2	1/2	1/2	4	5	5	1/5	1	1/6	2	4	2	1	1/5	6	1	4	2	1/2	6	6	6	6
1/7	1/8	1/7	1/4	1/2	1/8	3	1/7	1/4	1/5	1/5	1	3	3	1/7	1/4	1/8	1/2	1	1/2	1/4	1/7	5	1/4	1	1/2	1/6	3	5	5	5
1/6	1/7	1/6	1/3	2	1/7	5	1/6	1/3	1/5	1/3	3	5	5	1/6	1/3	1/7	2	3	1	1/3	1/6	6	1/2	2	1	1/5	6	6	6	6
1/2	1/4	1/3	3	5	1/4	7	1/3	3	1	2	6	7	6	1/3	3	1/5	5	6	5	3	1/3	8	2	6	5	1	8	8	8	8
1/9	1/9	1/9	1/6	1/5	1/9	1/2	1/9	1/6	1/8	1/6	1/3	1/2	1/2	1/9	1/6	1/9	1/5	1/4	1/5	1/6	1/9	1	1/6	1/3	1/6	1/8	1	1	1	1
1/9	1/9	1/9	1/6	1/5	1/9	1/3	1/9	1/6	1/8	1/6	1/5	1/3	1/3	1/9	1/6	1/9	1/5	1/5	1/5	1/6	1/9	1	1/6	1/5	1/6	1/8	1	1	1	1
1/9	1/9	1/9	1/7	1/5	1/9	1/3	1/9	1/7	1/8	1/7	1/5	1/2	1/5	1/9	1/7	1/9	1/6	1/4	1/6	1/6	1/9	1	1/6	1/5	1/6	1/8	1	1	1	1
1/9	1/9	1/9	1/6	1/5	1/9	1/3	1/9	1/6	1/8	1/6	1/5	1/3	1/3	1/9	1/6	1/9	1/5	1/4	1/5	1/6	1/9	1	1/6	1/5	1/6	1/8	1	1	1	1

3. 判断矩阵的一致性检验

① 计算一致性指标 CI

$$CI = \frac{\lambda_{max} - n}{n - 1}$$

根据上述判断矩阵，得最大特征根为 34.317 3，代入上式得 CI=0.110 6。

② 模拟平均随机一致性指标 RI。

因为萨蒂(Saaty)只给出了 1—15 阶矩阵的 RI 值，所以，根据其所述 RI 的算法，从 1～9 及其倒数中随机抽取数字构造了 465 个 31 阶正互反矩阵，求得最大特征根的平均值为 $\lambda'_{max} = 90.99$，算得 $RI = 2.000$

③ 计算一致性比例 CR

$$CR = \frac{CI}{RI} = 0.110\,6/2.000 = 0.055\,3$$

$CR < 0.10$，认为所得判断矩阵的一致性可以接受。

4. 计算重要性排序

本研究利用和积法求得最大特征根相应的特征向量，归一化处理后得问题的权向量，并对问题的重要性进行排序(如表 5-2 所示)。

表 5-2 问题的重要性排序

编号	问题描述	特征向量	权向量	排序
1	应急人员配置比例低，多为临时调配	2.000 1	0.064 5	6
2	应急人员总体素质较低，专业人才缺乏	2.813 7	0.090 8	3
3	人力资源分布不均衡，基层人员素质偏低	2.049 5	0.066 1	5
4	应急物品储备不足，齐全率低，难以满足需要	2.154	0.069 5	4
5	突发公共卫生事件应急处置信息网络不健全，信息覆盖不完全	0.825 6	0.026 6	12
6	用于突发公共卫生事件监测的实验室设置不符合要求，设备缺乏、落后	1.237 9	0.039 9	10
7	应急物品储备分布不均衡，农村地区、西部地区较薄弱	0.862 5	0.027 8	11
8	卫生应急人力资源规划不足，编制数量少，缺乏储备机制	0.773 4	0.024 9	14

（续表）

编号	问题描述	特征向量	权向量	排序
9	缺乏系统、科学的突发公共卫生事件应急预案评估标准和应急能力评估方法	0.490 6	0.015 8	20
10	政府给予应急工作的投入缺乏稳定的长效机制	3.095 4	0.099 9	2
11	突发公共卫生事件的社会保障机制缺乏	0.227 3	0.007 3	25
12	相关部门未设立独立编制的卫生应急机构	0.221 2	0.007 1	26
13	双重报告导致突发公共卫生事件处理不及时	0.243 5	0.007 9	24
14	现有针对突发公共卫生事件的法律法规体系尚不健全	1.955 2	0.063 1	7
15	卫生应急人员绩效考核方式不科学，缺乏有效的激励机制	0.773 4	0.024 9	15
16	应急管理体系部门间协作不畅，条块分割，权责不清，政出多门	3.154 3	0.101 8	1
17	缺少跨区域联动的突发公共卫生事件应急处置体系	0.508 5	0.016 4	19
18	政府信息公开不透明，缺乏良性信息互动机制	0.346 5	0.011 2	23
19	未建立完善的应急物资储备制度	0.365 1	0.011 8	22
20	突发应急处置培训演练次数少、力度小，缺乏跨区域、跨部门的演练	0.510 1	0.016 5	18
21	应急预案操作性不强，内容不完整，层次不清晰	0.790 2	0.025 5	13
22	相关部门未给予突发公共卫生事件足够重视，预防意识不足	1.884 4	0.060 8	8
23	未充分调动民间力量，忽略公众参与	0.148 8	0.004 8	28
24	数据分析和利用能力滞后	0.718 7	0.023 2	16
25	缺乏事后对突发公共卫生事件进行的应对效果评价	0.3 7	0.011 9	21
26	突发应急处置培训演练效果不佳，不能适应形势	0.572 5	0.018 5	17
27	突发公共卫生事件信息报告不及时	1.309 2	0.042 2	9
28	应急知识宣传力度不够，使得公众缺乏自我防护意识，自救能力弱	0.154 7	0.00 5	27
29	流动人口给突发公共卫生事件带来隐患	0.148 4	0.004 8	30
30	环境问题使突发公共卫生事件频发	0.146 4	0.004 7	31
31	新发传染病数量和种类不断增加	0.148 8	0.004 8	29

三、卫生系统宏观模型与层次分析法的结合应用

应用层次分析法(AHP)时，建立层次结构模型是十分关键的一步。针对突发公共卫生事件应急处置错综复杂的诸多问题，卫生系统宏观模型提供了系统分析的思路。卫生系统宏观模型原理提示，卫生系统的构成虽然繁杂，却依据一定规律运作，可用一系列子模表达，子模之间的联系提示各种因素之间的相互依赖和作用关系。每一个内部子模和外部子模都有特定的内涵和范围，利用相关概念能够解释，每一个概念可用一批相应的指标表达。借助这一思路原理，可对我国突发公共卫生事件应急处置目前存在的诸多问题进行逻辑与条理分析，形成我国突发公共卫生事件应急处置主要问题的逻辑关系结构图。

在 AHP 的实际应用中，构建层次结构时，不可避免地会遇到难以减少某一层次相关对象的数目的情况，即出现高维数判断矩阵的评判问题。为了提高判断的一致性和准确性，常用的方法是二阶段评判法，即把判断矩阵评分分为两个阶段：首先对各项同类对象就相应指标“直接赋权”，然后参照粗糙的直接赋权值，再对各同类对象两两比较评判[①]。这种方法虽然有助于提高判断的一致性，但是评判过程中往往容易过分受直接赋权值的影响而导致偏性。而根据所理顺的问题之间的逻辑关系，可以很容易地将问题按重要性进行分组。进行两两比较判断时，依据形成的问题逻辑关系图和问题分组情况，可有效避免过分依赖个人经验所导致的片面和粗糙，从而解决应用层次分析法研究问题时遇到的困难并弥补层次分析法的局限[②]。

第二节　对问题严重性的排序

“严重性”指问题所引发的社会影响的广度和深度，广度可用问题涉及的个体数量来界定，也可间接地用一定的样本中提及或意识到这一问题的频率来界定。问题的深度是指“一种需要、受剥夺、不满足感的产生，并且这

① 刘新宪、朱道立：《选择与判断——AHP(层次分析法)决策》，上海：上海科学普及出版社，1990 年。

② 郑照宁、武玉英、包涵龄：《用鱼骨图与层次分析法结合进行企业诊断》，《中国软科学》2001 年第 1 期，第 118—121 页。

种感觉必须强烈到非采取行动加以解决不可的地步”，这种心理层面的“强烈”往往通过利益诉求行为表达出来，因而判断心理层面的深度可以转换为行为层面的对社会问题的反应程度。

本研究采用文献作者提及或意识到的数量占总体的百分比来表示问题严重性的广度，采用地域范围、针对领域以及意识者的级别层次三个指标来衡量问题严重性的深度。当然，问题的深度和广度不是相互独立的指标，比如影响力深、反应剧烈的问题往往容易被较多的人意识到，所以二者在某种程度上可以相互替代，或者需结合考虑。如两个研究同时提出了突发公共卫生事件应急处置存在的某一问题，那么其是针对全国范围均存在该问题而提出，还是针对某一地区存在该问题而提出？即使同是全国范围均存在这样的问题，研究者或意识者的级别层次不同也往往导致其知觉意识的准确性和可信度大有差异。有鉴于此，本研究将地域、领域和级别层次划分了不同的等级，并赋予相应权重与提及频率，综合反映问题的严重程度。

1. 文献提及比例（广度）

2. 研究地区范围（地域）

五个等级：全国范围、省（市）范围、地（市）范围、县（区）范围、乡（镇）范围。

评分以地（市）范围为 1，相应的乡（镇）范围为 0.333 3，县（区）范围为 0.666 7，省（市）范围为 1.333 3，全国范围为 1.666 7。

3. 研究者单位级别（层次）

五个等级：国家级、省（市）级、地（市）级、县（区）级、乡（镇）级。

评分以地（市）级别为 1，相应的乡（镇）级别为 0.333 3，县（区）级别为 0.666 7，省（市）级别为 1.333 3，国家级别为 1.666 7。

即问题 i 的严重程度指数 $S_i = \sum_{n}(d_i \times c_i)$

其中 n 为问题 i 的提及次数，d_i 为问题 i 涉及的地域范围，c_i 为提及问题 i 的研究者单位层次。

为便于和重要性指数比较，将所得数值进行归一化处理，即 $S_i \Big/ \sum_{j=1}^{31} S_j$

根据上式可算得我国突发公共卫生事件应急处置31类主要问题的严重程度指数，并得到31类问题的严重程度排序（如表5-3所示）。

表5-3 问题的严重程度排序

编号	问题描述	提及比例		指数	归一化	排序
		%	排序			
1	应急人员配置比例低，多为临时调配	6.9	4	73.89	0.057 86	6
2	应急人员总体素质较低，专业人才缺乏	13.0	1	156.89	0.122 86	1
3	人力资源分布不均衡，基层人员素质偏低	0.8	23	8.78	0.006 87	26
4	应急物品储备不足，齐全率低，难以满足需要	6.4	5	77.67	0.060 82	5
5	突发公共卫生事件应急处置信息网络不健全，信息覆盖不完全	4.0	12	50.56	0.039 59	14
6	用于突发公共卫生事件监测的实验室设置不符合要求，设备缺乏、落后	7.3	3	88.45	0.069 26	3
7	应急物品储备分布不均衡，农村地区、西部地区较薄弱	1.2	19	16.22	0.012 70	20
8	卫生应急人力资源规划不足，编制数量少，缺乏储备机制	1.5	18	15.22	0.011 92	21
9	缺乏系统、科学的突发公共卫生事件应急预案评估标准和应急能力评估方法	0.9	20	17.78	0.013 92	18
10	政府给予应急工作的投入缺乏稳定的长效机制	9.1	2	117.67	0.092 14	2
11	突发公共卫生事件的社会保障机制缺乏	0.4	28	4.44	0.003 48	30
12	相关部门未设立独立编制的卫生应急机构	3.5	13	50.89	0.039 85	13
13	双重报告导致突发公共卫生事件处理不及时	0.3	30	2.67	0.002 09	31
14	现有针对突发公共卫生事件的法律法规体系尚不健全	4.3	10	65.56	0.051 34	8
15	卫生应急人员绩效考核方式不科学，缺乏有效的激励机制	0.7	25	9.11	0.007 13	25
16	应急管理体系部门间协作不畅，条块分割，权责不清，政出多门	6.0	6	81.22	0.063 60	4

（续表）

编号	问题描述	提及比例		指数	归一化	排序
		%	排序			
17	缺少跨区域联动的突发公共卫生事件应急处置体系	0.8	23	11.00	0.008 61	22
18	政府信息公开不透明，缺乏良性信息互动机制	3.3	14	55.56	0.043 51	12
19	未建立完善的应急物资储备制度	0.9	20	10.44	0.008 18	23
20	突发应急处置培训演练次数少、力度小，缺乏跨区域、跨部门的演练	4.3	10	58.67	0.045 94	10
21	应急预案操作性不强，内容不完整，层次不清晰	6.0	6	63.45	0.049 68	9
22	相关部门未给予突发公共卫生事件足够重视，预防意识不足	4.5	9	58.22	0.045 59	11
23	未充分调动民间力量，忽略公众参与	0.9	20	16.67	0.013 05	19
24	数据分析和利用能力滞后	6.0	6	72.78	0.056 99	7
25	缺乏事后对突发公共卫生事件进行的应对效果评价	1.6	16	19.22	0.015 05	16
26	突发应急处置培训演练效果不佳，不能适应形势	2.0	15	19.22	0.015 05	17
27	突发公共卫生事件信息报告不及时	0.7	25	9.22	0.007 22	24
28	应急知识宣传力度不够，使得公众缺乏自我防护意识，自救能力弱	1.6	16	26.78	0.020 97	15
29	流动人口给突发公共卫生事件的发生埋下隐患	0.5	27	8.33	0.006 53	27
30	环境问题使突发公共卫生事件频发	0.4	28	4.89	0.003 83	29
31	新发传染病数量和种类不断增加	0.3	30	5.56	0.004 35	28

第三节 对问题可解决性的判断

可解决性指标，是指问题在现有环境和条件下能获得解决的可能性。问题的解决需要客观条件，对条件是否具备大致有三种判断：已经具备条件、经过努力可以创造条件和不具备条件。在特定时期尚不具备解决的条件的问题，在政策议程中难以列于优先位置，因而，有时也将可解决性作为“全或无”决定性指标。

根据前述对我国突发公共卫生事件应急处置的界定以及对31类问题的界定，除了环境变化、流动人口增加等外部子模以及政府投入、协调等问题需要经过努力创造条件解决以外，其余问题大多属于突发公共卫生事件应急处置内部的如组织结构、服务过程和系统结果模块，当可通过卫生系统自身的改革或加强管理予以解决。

第四节　问题的综合排序

一、四类问题的优先顺序

根据问题的重要性和严重性两个指标，在理论上和现实中，可以有下列四种组合：一是重要且严重的问题，二是严重但是普遍认为不重要的问题，三是不重要也不严重的问题，四是重要但现实中并不严重的问题（见图5-1）。

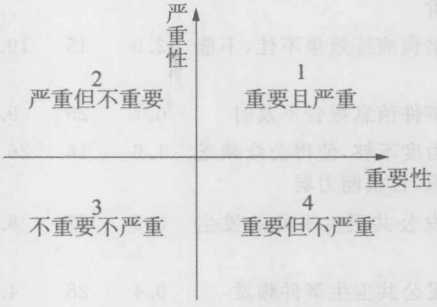


图5-1　问题重要性和严重性分类示意图

理论上讲，重要的问题反应了问题系统的本质，比仅仅是社会反响强烈的问题更亟需决策者的关注。特定领域社会问题的优先与否，在理论上遵循下列顺序，依次为重要且严重的问题、重要而不严重的问题、严重而不重要的问题、既不严重也不重要的问题。

当然，现实决策中问题的重要性和严重性并非如上面这般明显，尤其：(1)问题的严重性容易因社会反响而引起决策者的感知并因社会压力而重视；(2)对问题重要性的判断需要对整个领域以及系统内外运行与环境的深度把握，因而重要性有时难以被察觉；(3)对某一系统或领域而言，重要

的问题往往源自系统外部，尤其是政治环境的影响，需要解决和协调的难度更大。如根据本研究，突发公共卫生事件应急处置最重要的问题更多出于卫生系统外部即政府偏重经济建设的社会发展方向和政策，单纯依靠卫生系统内部的努力则很难完全解决。所以，某一系统或领域的决策者在问题决策时需要综合考虑可解决性即解决的条件是否具备这一指标。

但无论如何，根据重要且严重、重要而不严重、严重而不重要、既不严重也不重要的这一被普遍接受的问题分类和解决顺序，本研究对31类问题进行了聚类分析，按照问题的重要性指数得到以下重要性聚类结果：

重要的问题：1、2、3、4、6、10、14、16、22、27；

不重要的问题：5、7、8、9、11、12、13、15、17、18、19、20、21、23、24、25、26、28、29、30、31。

按照问题的严重性指数得到了对31类问题严重性的聚类结果：

严重的问题：1、2、4、5、6、10、12、14、16、18、20、21、22、24；

不严重的问题：3、7、8、9、11、13、15、17、19、23、25、26、27、28、29、30、31。

据此，将其分别归入上文所述四类，结果如下图所示。

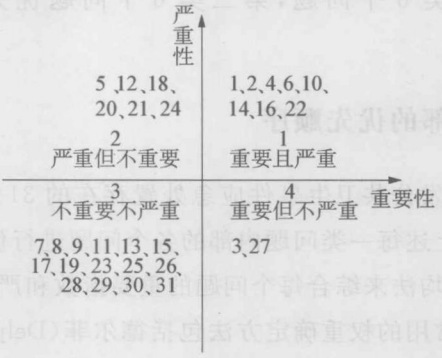


图5-2 据重要性和严重性对问题分类

第一类重要且严重的问题共有8个：问题1、问题2、问题4、问题6、问

题10、问题14、问题16、问题22。根据常理判断，重要的问题往往占少数，而不重要的问题往往占多数。ABC分析原理也提示，抓住“重要的少数”，是管理和控制的关键。

第二类严重但是普遍认为不重要的问题有6个：问题5、问题12、问题18、问题20、问题21、问题24。这类问题在现实中往往容易引发社会的关注，而决策系统中好多治标的措施多是针对此类问题。

第三类不重要也不严重的问题有15个：问题7、问题8、问题9、问题11、问题13、问题15、问题17、问题19、问题23、问题25、问题26、问题28、问题29、问题30、问题31。虽然这部分问题最多，但根据对问题逻辑关系的分析，其他三类问题如得到解决，这些则会迎刃而解。所以，这类问题往往不会上升为关键问题，也不应该优先成为政策问题。

第四类重要但现实中并不严重的问题有2个：问题3、问题27。一定程度上可以认为，发掘“重要而不严重的问题”，是政策问题确认的难点，也是防患于未然的根本。一个重要的问题，如何在尚未引起强烈的社会反响时，也就是没有恶化之前就被关注并表述出来，其意义毋庸置疑，但这需要政策制定者和研究者具有前瞻性思路和运用预测方法。

按照重要且严重、重要而不严重、严重而不重要、既不严重也不重要的解决顺序，第一类8个问题应该优先于第四类2个问题，第四类2个问题优先于第二类6个问题，第二类6个问题优先于第三类15个问题。

二、每类问题内部的优先顺序

要明确我国突发公共卫生事件应急处置存在的31类主要问题的优先解决顺序，尚需对上述每一类问题内部的各个问题进行优先排序，我们采用常规的加权算术平均法来综合每个问题的重要指数和严重指数。其中关键在于权重的确定，常用的权重确定方法包括德尔菲(Delphi)法、相邻指标比较法以及统计方法。

本研究借鉴统计中关于综合预测的“设 y_1，…，y_k 分别为 θ 的预测值，它们是相互独立的，并且 $Ey_i=\theta$，$Var(y_i)=\sigma_i^2$，则它们的加权平均

预测值 $\sum_{i=1}^{k} w_i y_i$，在 $w_i = \sigma_i^{-2} \Big/ \sum_{j=1}^{k} \sigma_j^{-2}$ 时，相应的方差 $Var\left(\sum_{i=1}^{k} w_i y_i\right)$ 达到最小值”定理，选用变异系数法确定权重。

$CV = S/\overline{X} \times 100\%$，其中 CV 为变异系数，S 为标准差，$\overline{X}$ 为均数

则某指标 a_k 相应的权重 $W_{a_k} = CV_k \Big/ \sum_{j=1}^{n} CV_j$

据此，计算求得重要性指数的变异系数 $CV_I = 0.920\,85$，严重性指数的变异系数 $CV_S = 0.925\,67$。

重要指数权重 $W_I = CV_I/(CV_I + CV_S) = 0.920\,85/(0.920\,85 + 0.925\,67) = 0.498\,70$

严重指数权重 $W_S = CV_S/(CV_I + CV_S) = 0.925\,67/(0.925\,67 + 0.920\,85) = 0.501\,30$

则问题优先解决指数 $R_i = (0.498\,70 * I_i + 0.501\,30 * S_i) \div 2$

同时为了便于排序和比较，对所得指数进行归一化处理：

$$R_i = \frac{(0.498\,70 * I_i + 0.501\,30 * S_i) \div 2}{\sum_{j=1}^{31} [(0.498\,70 * I_j + 0.501\,30 * S_j) \div 2]}$$

直观起见，对所得归一化数值相应扩大一百倍，即最终问题优先解决指数：

$$R_i = \frac{(0.498\,70 * I_i + 0.501\,30 * S_i) \div 2}{\sum_{j=1}^{31} [(0.498\,70 * I_j + 0.501\,30 * S_j) \div 2]} \times 100$$

根据上式，求得第一类 8 个问题的优先解决指数分别为：

$R_1 = 6.117$；　$R_2 = 10.687$；　$R_4 = 6.515$；　$R_6 = 5.462$；

$R_{10} = 9.601$；　$R_{14} = 5.720$；　$R_{16} = 8.265$；　$R_{22} = 5.318$。

即第一类 8 个问题的解决顺序由先到后依次为：问题 2、问题 10、问题 16、问题 4、问题 1、问题 14、问题 6 和问题 22。

用同样的方法算得其他三类问题内部各个问题的优先解决指数和排序，可形成我国突发公共卫生事件应急处置 31 个主要问题的优先解决指数与排序（如表 5－4 所示）。

表 5-4 问题的优先解决顺序

编号	问题描述	重要性		严重性		优先解决	
		I_i	排序	S_i	排序	R_i	顺序
1	应急人员配置比例低，多为临时调配	0.064 5	6	0.057 86	6	6.117	5
2	应急人员总体素质较低，专业人才缺乏	0.090 8	3	0.122 86	1	10.687	1
3	人力资源分布不均衡，基层人员素质偏低	0.066 1	5	0.006 87	26	3.641	11
4	应急物品储备不足，齐全率低，难以满足需要	0.069 5	4	0.060 82	5	6.515	4
5	突发公共卫生事件应急处置信息网络不健全，信息覆盖不完全	0.026 6	12	0.039 59	14	3.311	12
6	用于突发公共卫生事件监测的实验室设置不符合要求，设备缺乏、落后	0.039 9	10	0.069 26	3	5.462	7
7	应急物品储备分布不均衡，农村地区、西部地区较薄弱	0.027 8	11	0.012 70	20	2.023	17
8	卫生应急人力资源规划不足，编制数量少，缺乏储备机制	0.024 9	14	0.011 92	21	1.839	18
9	缺乏系统、科学的突发公共卫生事件应急预案评估标准和应急能力评估方法	0.015 8	20	0.013 92	18	1.486	21
10	政府给予应急工作的投入缺乏稳定的长效机制	0.099 9	2	0.092 14	2	9.601	2
11	突发公共卫生事件的社会保障机制缺乏	0.007 3	25	0.003 48	30	0.539	28
12	相关部门未设立独立编制的卫生应急机构	0.007 1	26	0.039 85	13	2.352	16
13	双重报告导致突发公共卫生事件处理不及时	0.007 9	24	0.002 09	31	0.499	29
14	现有针对突发公共卫生事件的法律法规体系尚不健全	0.063 1	7	0.051 34	8	5.72	6
15	卫生应急人员绩效考核方式不科学，缺乏有效的激励机制	0.024 9	15	0.007 13	25	1.599	20
16	应急管理体系部门间协作不畅，条块分割，权责不清，政出多门	0.101 8	1	0.063 60	4	8.265	3
17	缺少跨区域联动的突发公共卫生事件应急处置体系	0.016 4	19	0.008 61	22	1.25	24

（续表）

编号	问题描述	重要性		严重性		优先解决	
		I_i	排序	S_i	排序	R_i	顺序
18	政府信息公开不透明，缺乏良性信息互动机制	0.011 2	23	0.043 51	12	2.739	14
19	未建立完善的应急物资储备制度	0.011 8	22	0.008 18	23	0.998	25
20	突发应急处置培训演练次数少、力度小，缺乏跨区域、跨部门的演练	0.016 5	18	0.045 94	10	3.126	13
21	应急预案操作性不强，内容不完整，层次不清晰	0.025 5	13	0.049 68	9	3.762	10
22	相关部门未给予突发公共卫生事件足够重视，预防意识不足	0.060 8	8	0.045 59	11	5.318	8
23	未充分调动民间力量，忽略公众参与	0.004 8	28	0.013 05	19	0.894	26
24	数据分析和利用能力滞后	0.023 2	16	0.056 99	7	4.014	9
25	缺乏事后对突发公共卫生事件进行的应对效果评价	0.011 9	21	0.015 05	16	1.348	22
26	突发应急处置培训演练效果不佳，不能适应形势	0.018 5	17	0.015 05	17	1.677	19
27	突发公共卫生事件信息报告不及时	0.042 2	9	0.007 22	24	2.467	15
28	应急知识宣传力度不够，使得公众缺乏自我防护意识，自救能力弱	0.005	27	0.020 97	15	1.301	23
29	流动人口给突发公共卫生事件的发生埋下隐患	0.004 8	30	0.006 53	27	0.567	27
30	环境问题使突发公共卫生事件频发	0.004 7	31	0.003 83	29	0.426	31
31	新发传染病数量和种类不断增加	0.004 8	29	0.004 35	28	0.457	30

第五节 关键问题与焦点问题确认

一旦获得达成共识的社会问题优先顺序，确定关键问题就成为简单的工作。重要而且严重的问题必然是关键问题，其中序位处于优先位次的可以称之为焦点问题；重要但目前不严重的问题是需要预测和随时关注的问题，其中不乏中远期潜在的关键和焦点问题；严重但重要性程度不高的，视社会影响（广度和深度）确定是否属于关键或焦点问题。

依此思路，问题1“应急人员配置比例低，多为临时调配”；问题2“应急

人员总体素质较低，专业人才缺乏”；问题 10“政府给予应急工作的投入缺乏稳定的长效机制”；问题 4“应急物品储备不足，齐全率低，难以满足需要”；问题 6“用于突发公共卫生事件监测的实验室设置不符合要求，设备缺乏、落后”；问题 14“现有针对突发公共卫生事件的法律法规体系尚不健全”；问题 16“应急管理体系部门间协作不畅，条块分割，权责不清，政出多门”；问题 22“相关部门未给予突发公共卫生事件足够重视，预防意识不足”这八个问题当属于我国突发公共卫生事件应急处置的关键问题，而问题 2、问题 10、问题 16 则可列为焦点问题。

第六章

突发应急工作现况系统评价

第一节　突发公共卫生事件应急基础保障
第二节　突发公共卫生事件应急准备状况
第三节　突发公共卫生事件应急监测报告能力
第四节　突发公共卫生事件应急能力落实情况
第五节　小结

第四、五章通过文献评阅，系统梳理了我国目前疾病预防控制机构突发公共卫生应急工作存在的问题，总结归纳了影响突发公共卫生事件的31类问题，且通过重要性、严重性、可解决性判断，确认了8个关键问题。本章将利用现实数据，对我国疾病预防控制机构突发应急工作状况进行系统评价，并在数据允许的基础上将其与2002年的情况进行比较，以更好地呈现疾控机构突发应急工作现况。

疾病预防控制机构突发公共卫生事件应急能力系统评价的相关数据通过疾病预防控制绩效管理信息平台收集获得。该信息平台由卫计委疾病预防控制局与课题组共同开发，本研究主要利用2010年度样本数据进行分析。其中，省级机构为普查，共32个机构；市、县级机构为系统抽样，市级为139个样本机构，县级为489个样本机构。同时，本研究将2010年的状况与课题组前期研究中的2002年基线数据进行纵向比较，以明确突发公共卫生事件应急能力是否有所提升。

第一节　突发公共卫生事件应急基础保障

一、突发应急组织架构

突发公共卫生事件应急组织架构（简称突发应急组织架构）体系包括组织建

设、制度建设、组织分工以及组织架构的齐全程度四个方面。应急组织架构的完善与否很大程度上决定着突发公共卫生事件的应急能力。

1. 组织建设

本研究主要选取六个指标来评价疾病预防控制机构突发应急工作组织建设情况，分别为领导小组设置率、本部门专门应急机构设置率、本部门兼职机构设置率、专家小组设置率、专家库设置率和应急专业队伍设置率。

从总体上来看(表 6-1)，2010 年全国疾病预防控制机构领导小组设置率和应急队伍设置率较高，分别为 96.2%和 94.9%，而专家库设置率和本部门专门应急机构设置率相对较低，分别仅为 58.9%和 60.9%，仍有较大的上升空间。从省、市、县的情况分布来看，除本部门兼职机构设置率外，领导小组设置率、本部门专门应急机构设置率、专家小组设置率、专家库设置率、应急队伍设置率均呈现省级、市级、县级依次降低的趋势。从不同地区来看，本部门专门应急机构设置率和专家库设置率中部地区较高，领导小组设置率、专家小组设置率和应急队伍设置率均呈现东部、中部、西部依次降低的趋势，其中西部地区的专家库设置率尚不到 50%；本部门兼职机构设置率则中部地区最低。

表 6-1　2010 年不同地区省、市、县级疾控机构突发公共卫生事件应急组织建设状况

地区	级别	领导小组设置率(%)	本部门专门应急机构设置率(%)	本部门兼职机构设置率(%)	专家小组设置率(%)	专家库设置率(%)	应急队伍设置率(%)
东部	省级	100.0	100.0	37.5	100.0	100.0	100.0
	市级	100.0	67.9	60.7	100.0	89.3	100.0
	县级	98.9	49.5	79.1	89.0	56.0	97.8
	平均	99.2	56.7	72.4	92.1	66.1	98.4
中部	省级	100.0	100.0	50.0	100.0	90.0	100.0
	市级	96.3	74.1	57.4	92.6	87.0	98.1
	县级	97.4	61.5	69.8	88.5	60.4	97.4
	平均	97.3	65.6	66.4	89.8	67.2	97.7
西部	省级	100.0	88.9	44.4	100.0	100.0	100.0
	市级	95.9	57.1	73.5	85.7	67.3	93.9
	县级	92.3	56.5	72.0	73.8	36.3	88.1
	平均	93.4	58.0	71.2	77.4	45.6	89.8

（续表）

地区	级别	领导小组设置率（%）	本部门专门应急机构设置率（%）	本部门兼职机构设置率（%）	专家小组设置率（%）	专家库设置率（%）	应急队伍设置率（%）
全国	省级	100.0	96.3	44.4	100.0	96.3	100.0
	市级	96.9	66.4	64.1	91.6	80.2	96.9
	县级	95.8	57.2	72.5	83.1	50.6	94.0
	平均	96.2	60.9	69.5	85.7	58.9	94.9

从变化幅度来看（表 6－2、表 6－3、表 6－4），省级疾病预防控制机构与2002 年相比，本部门兼职机构设置率下降明显，从 2002 年的 65.5%下降到2010 年的 44.4%，下降幅度达 32.2%。而领导小组设置率、本部门专门应急机构设置率、专家小组设置率、专家库设置率、应急队伍设置率上升明显，且 2010年领导小组设置率、专家库设置率和应急队伍设置率均实现了 100.0%的设置，表明省级疾病预防控制机构的突发公共卫生事件应急组织建设已基本完善。市级疾病预防控制机构与 2002 年相比，各项目指标均呈现上升的趋势，且本部门专门应急机构设置率从 2002 年的 19.3%上升到 2010 年的 66.4%，年均增长率为16.7%。县级疾病预防控制机构与 2002 年相比，各指标增幅非常明显，但是专家库设置率和本部门专门应急机构设置率均未达到60.0%，依旧有提升的空间。

表 6－2 2002—2010 年省级疾控机构突发公共卫生事件应急组织建设情况

项目	2002 年	2010 年	2002—2010 年	
			变化幅度（%）	年均增长率（%）
领导小组设置率（%）	75.9	100.0	31.8	3.5
本部门专门应急机构设置率（%）	31.0	96.3	210.6	15.2
本部门兼职机构设置率（%）	65.5	44.4	－32.2	－4.7
专家小组设置率（%）	79.3	100.0	26.1	2.9
专家库设置率（%）	65.5	96.3	47.0	4.9
应急队伍设置率（%）	75.9	100.0	31.8	3.5

表 6－3 2002—2010 年市级疾控机构突发公共卫生事件应急组织建设情况

项目	2002 年	2010 年	2002—2010 年	
			变化幅度（%）	年均增长率（%）
领导小组设置率（%）	47.4	96.9	104.4	9.3
本部门专门应急机构设置率（%）	19.3	66.4	244.0	16.7

（续表）

项　目	2002年	2010年	2002—2010年	
			变化幅度(%)	年均增长率(%)
本部门兼职机构设置率(%)	25.2	64.1	154.4	12.4
专家小组设置率(%)	38.5	91.6	137.9	11.4
专家库设置率(%)	25.2	80.2	218.3	15.6
应急队伍设置率(%)	49.6	96.9	95.4	8.7

表6-4　2002—2010年县级疾控机构突发公共卫生事件应急组织建设情况

项　目	2002年	2010年	2002—2010年	
			变化幅度(%)	年均增长率(%)
领导小组设置率(%)	46.2	95.8	107.4	9.5
本部门专门应急机构设置率(%)	27.4	57.2	108.8	9.6
本部门兼职机构设置率(%)	11.1	72.5	553.2	26.4
专家小组设置率(%)	30.6	83.1	171.6	13.3
专家库设置率(%)	11.1	50.6	355.9	20.9
应急队伍设置率(%)	50.0	94.0	88.0	8.2

2. 制度建设

本研究主要选取五个指标来评价疾病预防控制机构突发应急工作制度建设情况，分别为信息通报制度设置率、现场处置制度设置率、物资调用制度设置率、应急工作队员职责设置率、专家工作职责设置率。

总体上看（表6-5），2010年全国疾病预防控制机构除专家工作职责设置率为78.8%外，其余四个指标均高于85%，其中应急队员职责设置率最高（93.1%）。从不同地区来看，信息通报制度设置率、现场处置制度设置率、物资调用制度设置率和应急工作队员职责设置率均呈现东、中、西依次降低的趋势，而对于总体较低的专家工作职责设置率，东部略低于中部，西部最低，仅为69.0%，说明西部地区疾病预防控制机构突发公共卫生事件应急制度（简称突发应急制度）还需进一步加强。

表 6-5 2010 年不同地区省、市、县级疾控机构突发公共卫生事件应急制度建设情况

地区	级别	信息通报制度设置率(%)	现场处置制度设置率(%)	物资调用制度设置率(%)	应急工作队员职责设置率(%)	专家工作职责设置率(%)
东部	省级	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	市级	100.0	100.0	100.0	96.4	89.3
	县级	96.7	95.6	92.3	97.8	81.3
	平均	97.6	96.9	94.5	97.6	84.3
中部	省级	100.0	90.0	90.0	90.0	90.0
	市级	98.1	98.1	96.3	98.1	96.3
	县级	90.6	92.7	87.5	96.4	81.3
	平均	92.6	93.8	89.5	96.5	84.8
西部	省级	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	市级	91.8	87.8	81.6	93.9	81.6
	县级	85.1	86.3	79.2	83.9	63.7
	平均	87.2	87.2	80.5	86.7	69.0
全国	省级	100.0	96.3	96.3	96.3	96.3
	市级	96.2	94.7	91.6	96.2	89.3
	县级	89.8	90.9	85.4	92.0	74.7
	平均	91.6	92.0	87.2	93.1	78.8

从变化幅度来看(表 6-6、表 6-7、表 6-8),2002 年至 2010 年省、市、县级疾病预防控制机构信息通报制度设置率、现场处置制度设置率、物资调用制度设置率、应急工作队员职责设置率、专家工作职责设置率涨幅均比较大,其中省级疾病预防控制机构信息通报制度设置率已经达到 100.0%,其余 4 个指标均为 96.3%,这表明,省级疾病预防控制机构的突发应急制度建设已经较完善。市、县级疾病预防控制机构的相关制度建设也均得到了加强,但县级疾病预防控制机构各制度建设相关指标相对较低,仍有提升的空间,特别是突发公共卫生事件应急专家(简称突发应急专家)的工作职责应该进一步制度化、规范化。

表 6-6 2002—2010 年省级疾控机构突发应急制度建设情况

项目	2002 年	2010 年	2002—2010 年	
			变化幅度(%)	年均增长率(%)
信息通报制度设置率(%)	65.5	100.0	52.7	5.4

（续表）

项　目	2002年	2010年	2002—2010年	
			变化幅度(%)	年均增长率(%)
现场处置制度设置率(%)	79.3	96.3	21.4	2.5
物资调用制度设置率(%)	65.5	96.3	47.0	4.9
应急工作队员职责设置率(%)	62.1	96.3	55.1	5.6
专家工作职责设置率(%)	65.5	96.3	47.0	4.9

表6-7　2002—2010年市级疾控机构突发应急制度建设情况

项　目	2002年	2010年	2002—2010年	
			变化幅度(%)	年均增长率(%)
信息通报制度设置率(%)	48.9	96.2	96.7	8.8
现场处置制度设置率(%)	48.1	94.7	96.9	8.8
物资调用制度设置率(%)	39.3	91.6	133.1	11.2
应急工作队员职责设置率(%)	37.8	96.2	154.5	12.4
专家工作职责设置率(%)	29.6	89.3	201.7	14.8

表6-8　2002—2010年县级疾控机构突发应急制度建设情况

项　目	2002年	2010年	2002—2010年	
			变化幅度(%)	年均增长率(%)
信息通报制度设置率(%)	46.6	89.8	92.7	8.5
现场处置制度设置率(%)	47.4	90.9	91.8	8.5
物资调用制度设置率(%)	38.0	85.4	124.7	10.7
应急工作队员职责设置率(%)	44.4	92.0	107.2	9.5
专家工作职责设置率(%)	25.6	74.7	191.8	14.3

3. 组织分工

本研究主要选取科(处、室)分工明确率和科(处、室)协调有力率两个指标来评价疾病预防控制机构突发应急工作组织分工情况。总体上看(表6-9),2010年全国疾病预防控制机构科(处、室)分工明确率和科(处、室)协调有力率均超过90.0%。不同地区相比,此两项指标在东部地区的指标值均最高,分别为96.9%和96.1%,西部地区最低,但也均达到了86.3%。从不同地区不同级别的分布情况来看,除中部地区省级疾病预防控制机构科(处、室)分工明确率为90.0%以外,东、西部地区省级疾病预防控制机构科

(处、室)分工明确率和科(处、室)协调有力率均达到100.0%的水平。由此可见,东、西部省级疾病预防控制机构突发应急工作的组织分工已较明确,中部省级机构科(处、室)分工明确率仍有提升空间。从变化情况来看,与2002年相比,两项指标设置提升幅度明显。

表6-9 2002—2010年不同地区省、市、县级疾控机构突发公共卫生事件组织分工情况

地区	级别	科(处、室)分工明确率(%)			科(处、室)协调有力率(%)		
		2002年	2010年	变化幅度(%)	2002年	2010年	变化幅度(%)
东部	省级	57.1	100.0	75.0	57.1	100.0	75.1
	市级	92.6	96.4	4.1	74.1	96.4	30.1
	县级	73.3	96.7	31.9	70.0	95.6	36.6
	平均	76.6	96.9	26.5	70.2	96.1	36.9
中部	省级	81.8	90.0	10.0	72.7	100.0	37.6
	市级	57.4	98.1	70.9	64.8	98.1	51.4
	县级	54.0	95.8	77.4	58.7	95.8	63.2
	平均	55.9	96.1	71.9	60.6	96.5	59.2
西部	省级	63.6	100.0	57.2	72.7	100.0	37.6
	市级	53.7	89.8	67.2	48.1	89.8	86.7
	县级	57.7	85.1	47.5	61.9	84.5	36.5
	平均	57.1	86.7	51.8	59.4	86.3	45.3
全国	省级	69.0	96.3	39.6	69.0	100.0	44.9
	市级	63.0	94.7	50.3	60.0	94.7	57.8
	县级	59.2	92.0	55.4	62.2	91.6	47.3
	平均	60.4	92.8	53.6	62.0	92.6	49.4

4. 组织架构齐全程度

为了全面反映疾病预防控制机构突发应急工作组织建设、制度建设、职能分工的综合情况,本研究选用领导小组设置、本部门专门应急机构设置、本部门兼职机构设置、专家小组设置、专家库设置、应急专业队伍设置、信息通报制度设置、现场处置制度设置、物资调用制度设置、应急工作队员职责设置、专家工作职责设置、科(处、室)分工明确与否、科(处、室)协调有力与否这13个指标,针对每个指标,若地区填报为“是”,则计为“设置”,若填报为“否”或为缺失,则计为“未设置”,最后以机构为单位综合上述多个指标计算整个机构总的设置率,即突发应急组织架构齐全程度。

总体上看(表6-10),2010年全国疾病预防控制机构突发应急组织架

构齐全程度为84.2%，其中东部地区最高，为88.4%，中部地区次之，西部地区最低，但也达到78.4%。与2002年相比，疾病预防控制机构突发应急组织架构齐全程度变化比较明显，无论是全国层面还是各地区层面，变化幅度均超过40.0%。

表6-10　2002—2010年不同地区省、市、县级疾控机构突发应急工作组织架构齐全程度

地区	级别	组织架构齐全程度(%)		2002—2010年	
		2002年	2010年	变化幅度(%)	年均增长率(%)
东部	省级	67.0	95.2	42.1	4.5
	市级	56.7	92.0	62.3	6.2
	县级	43.4	86.6	99.5	9.0
	平均	47.6	88.4	85.7	8.0
中部	省级	65.0	91.5	40.8	4.4
	市级	43.2	91.5	111.8	9.8
	县级	41.6	85.8	106.3	9.5
	平均	42.9	87.2	103.3	9.3
西部	省级	67.1	94.9	41.4	4.4
	市级	34.9	83.8	140.1	11.6
	县级	38.6	75.9	96.6	8.8
	平均	39.1	78.4	100.5	9.1
全国	省级	66.3	93.7	41.3	4.4
	市级	42.6	88.7	108.2	9.6
	县级	40.7	82.3	102.2	9.2
	平均	42.3	84.2	99.1	9.0

二、突发应急队伍建设

突发公共卫生事件应急队伍(简称突发应急队伍)反映了一个机构的突发应急工作的决策能力和技术能力，是提升应急工作核心竞争力的重要保证[①]。突发应急队伍的人员数量、人员素质和技术实力对于快速实施突发公共卫生事件处置、控制事件波及范围、减小损失程度具有决定性意义。

① 李锋、张辉、程苏琴等：《公共卫生应急能力建设影响因素分析》，《中国公共卫生》2007年第23卷第10期，第1235—1236页。

1. 突发应急人员数量

如表 6－11 所示，2010 年全国疾病预防控制机构突发应急人员平均 30.2 人。从地区分布来看，东部地区突发应急人员最多，平均为 115.1 人，远远高于中、西部地区(中部地区 46.1 人，西部地区 20.4 人)。从不同级别的情况来看，呈现省、市、县级依次降低的趋势。在突发应急人员中，现场处置人员平均为 18.5 人，东部地区 23.5 人，中部地区次之，为 17.9 人，西部地区最低(16.3 人)；实验室检测人员平均 7.0 人，东、中、西部分别为 10.1 人、6.4 人和 6.0 人，亦呈现东中西部依次降低的趋势(见表 6－12)。

从变化幅度来看，相较于 2002 年，2010 年全国疾病预防控制机构突发应急人员增长了 123.7%，年均增长率为 10.6%，且东、中、西部均有不同程度的增长，年均增长率分别为 32.8%、15.9%和 5.1%。现场处置和实验室检测人员亦增长明显，分别增长了 81.4%和 40.0%，且呈现东部＞中部＞西部的增长趋势。说明随着疾病预防控制体系建设的不断开展，疾病预防控制机构突发应急队伍建设也在稳步推进，但是西部地区增速比较缓慢，且省、市级应急人员的数量均有所下降，应该引起相关部门的重视(见表 6－11、表 6－12)。

表 6－11　2002—2010 年不同地区省、市、县级疾控机构突发应急人员数量

地区	级别	突发应急人员数量		2002—2010 年	
		2002 年	2010 年	变化幅度(%)	年均增长率(%)
东部	省级	17.0	185.6	991.8	34.8
	市级	22.9	69.3	202.6	14.8
	县级	10.5	103.2	882.9	33.1
	平均	11.9	115.1	867.2	32.8
中部	省级	21.7	45.8	111.1	9.8
	市级	19.2	48.8	154.2	12.4
	县级	13.6	43.4	219.1	15.6
	平均	14.2	46.1	224.6	15.9
西部	省级	34.1	23.7	－30.5	－4.4
	市级	24.4	21.8	－10.7	－1.4
	县级	12.2	17.1	40.2	4.3
	平均	13.7	20.4	48.9	5.1
全国	省级	24.7	38.8	57.1	5.8
	市级	21.9	29.4	34.2	3.7
	县级	12.3	26.3	113.8	10.0
	平均	13.5	30.2	123.7	10.6

表 6-12　2002—2010 年不同地区省、市、县级疾控机构突发公共卫生事件现场处置和实验室检测人员数量

地区	级别	现场处置人员			实验室检测人员		
		2002 年	2010 年	变化幅度(%)	2002 年	2010 年	变化幅度(%)
东部	省级	23.9	98.4	311.7	9.7	58.1	499.0
	市级	16.0	28.5	78.1	8.1	12.1	49.4
	县级	8.3	15.3	84.3	3.7	5.3	43.2
	平均	10.9	23.5	115.6	5.0	10.1	102.0
中部	省级	13.5	45.4	236.3	8.6	18.1	110.5
	市级	11.7	31.3	167.5	5.7	12.2	114.0
	县级	9.0	12.8	42.2	4.1	4.1	0.0
	平均	9.9	17.9	80.8	4.8	6.4	33.3
西部	省级	20.4	58.7	187.7	19.6	41.7	112.8
	市级	14.9	28.5	91.3	8.5	9.1	7.1
	县级	7.9	10.4	31.6	3.5	3.2	-8.6
	平均	10.0	16.3	63.0	5.4	6.0	11.1
全国	省级	18.7	65.5	250.3	12.7	37.8	197.6
	市级	13.8	29.7	115.2	7.2	11.0	52.8
	县级	8.4	12.4	47.6	3.8	4.0	5.3
	平均	10.2	18.5	81.4	5.0	7.0	40.0

2. 突发应急人员质量

(1) 学历构成

学历水平是衡量机构人力素质的基本要素。如表 6-13 所示，2010 年全国突发公共卫生事件应急人员学历水平构成中，专科(大专)生所占的比例最高，为 41.0%；其次为本科生，为 29.2%；研究生所占的比例较少，仅占了 3.3%。从不同地区看，东部地区学历水平最高，研究生学历比例占 6.9%，本科学历比例达 42.9%；中、西部学历水平比较相近，其中中部地区研究生和本科学历比例分别为 2.3%、24.2%；西部地区的研究生和本科生学历比例分别是 1.8%、25.7%。从不同地区不同级别的学历构成情况来看，县级疾病预防控制机构的学历水平明显低于省、市级，特别是西部县级机构，以专科和中专学历为主，分别占 52.2%和 26.9%。

表 6-13 2010 年不同地区省、市、县级疾控机构突发应急人员学历构成

分层		不同学历人员构成比(%)					合计
		研究生	大学本科	专科	中专/高中/技校	初中及以下	
东部	省级	29.3	51.9	13.2	5.0	0.6	100.0
	市级	11.7	52.2	24.6	10.8	0.8	100.0
	县级	3.1	39.5	35.4	20.9	1.1	100.0
	平均	6.9	42.9	31.5	17.7	1.0	100.0
中部	省级	18.3	59.9	15.7	5.4	0.7	100.0
	市级	5.4	47.3	33.5	13.1	0.7	100.0
	县级	0.8	17.2	44.9	36.0	1.1	100.0
	平均	2.3	24.2	41.7	30.7	1.0	100.0
西部	省级	12.4	59.7	19.9	7.4	0.7	100.0
	市级	2.9	41.4	39.2	15.8	0.6	100.0
	县级	0.8	19.0	52.2	26.9	1.1	100.0
	平均	1.8	25.7	47.8	23.6	1.0	100.0
全国	省级	20.7	56.9	15.9	5.8	0.7	100.0
	市级	6.1	46.6	33.2	13.4	0.7	100.0
	县级	1.3	22.9	44.8	29.9	1.1	100.0
	平均	3.3	29.2	41.0	25.5	1.0	100.0

(2) 职称构成

分析职称构成发现，如表 6-14 所示，2010 年全国疾病预防控制机构突发应急人员职称构成主要以初、中级职称为主，构成比例分别为 32.5%和 34.7%，正高和副高级职称的人员比例较低，仅分别占 1.9%、8.3%，而且有 15.1%的人员无职称，不同地区之间均呈相同趋势。值得注意的是，东、中、西部地区的高级职称比例分别为 2.9%、1.9%和 1.0%，三者的差别不是很大。而中部地区的无职称比例(20.4%)远高于东部和西部。从不同级别职称构成情况来看，县级机构初、中级职称构成的比例最高，分别为 33.0%和 40.9%。这表明，突发应急人员职称普遍偏低，缺少本领域的带头人，尤其是县级疾病预防控制机构。

表 6-14 2010 年不同地区省、市、县级疾控机构突发应急人员技术职称构成

分层		不同技术职称人员构成比(%)						合计
		高级职称	副高职称	中级职称	初级职称	士级	无职称	
东部	省级	10.2	23.2	47.1	15.3	1.3	2.9	100.0

（续表）

分层		不同技术职称人员构成比（%）						合计
		高级职称	副高职称	中级职称	初级职称	士级	无职称	
东部	市级	6.0	20.8	39.3	24.0	4.2	5.7	100.0
	县级	1.2	9.1	40.9	33.0	6.5	9.3	100.0
	平均	2.9	12.5	41.1	29.8	5.6	8.1	100.0
中部	省级	13.6	24.7	32.8	18.6	1.8	8.4	100.0
	市级	5.5	15.5	39.7	23.9	4.8	10.6	100.0
	县级	0.5	4.2	31.1	31.7	9.3	23.3	100.0
	平均	1.9	7.0	32.7	29.8	8.2	20.4	100.0
西部	省级	8.0	21.0	31.0	30.7	2.5	6.9	100.0
	市级	2.2	13.3	38.3	29.9	6.3	10.0	100.0
	县级	0.2	4.2	31.1	42.3	8.6	13.6	100.0
	平均	1.0	6.9	32.6	39.1	7.8	12.5	100.0
全国	省级	10.8	23.1	37.6	20.7	1.8	5.9	100.0
	市级	4.6	16.1	39.1	25.8	5.1	9.2	100.0
	县级	0.6	5.3	33.4	35.0	8.5	17.3	100.0
	平均	1.9	8.3	34.7	32.5	7.5	15.1	100.0

（3）专业构成

本研究根据目前突发应急人员的专业构成情况，将其分为预防医学专业、医学专业、非医学专业和无专业进行比较分析，其中预防医学专业包括预防医学、卫生事业管理学、妇幼卫生和卫生检验等专业；医学专业包括临床医学、基础医学、口腔医学、影像医学、医学检验、药学、护理等；非医学专业主要包括计算机、财会、经济、图书、档案、管理、工程、统计、法律等。

分析专业构成发现（表 6－15），2010 年全国疾病预防控制机构突发公共卫生事件应急人员中有 50.5%的人员为预防医学专业背景，28.1%的人员是医学专业出身，另有 17.7%的非医学类专业，仅有 3.7%的突发公共卫生事件应急人员无专业。分地区来看，东部地区预防医学专业的人员比例较高，为 54.0%，西部地区次之，为 52.5%，中部地区最低，为 47.5%。医学专业比例差异不是很大，东、中、西部地区分别为 26.4%、28.3%和 29.2%。而非医学专业人员中部地区最高，为 19.2%，东部其次，为 17.0%，西部地区最低，为 15.7%。无专业的构成情况是中部最高，为 5.0%，东、西部地区均为 2.6%。分级别来看，省、市、县级应急人员的专业构成基本相同，主要

以预防医学为主。

表 6-15 2010 年不同地区省、市、县级疾控机构突发公共卫生事件应急人员专业构成

分层		不同专业人员构成比(%)			
		预防医学	医学专业	非医学专业	无专业
东部	省级	51.3	21.8	25.1	1.7
	市级	52.1	26.5	19.6	1.9
	县级	54.8	26.9	15.4	2.8
	平均	54.0	26.4	17.0	2.6
中部	省级	50.4	17.4	29.9	2.4
	市级	51.4	26.1	20.1	2.4
	县级	46.5	29.3	18.4	5.8
	平均	47.5	28.3	19.2	5.0
西部	省级	55.5	18.8	23.0	2.7
	市级	55.9	25.9	16.4	1.8
	县级	51.3	30.9	15.0	2.8
	平均	52.5	29.2	15.7	2.6
全国	省级	52.2	19.4	26.2	2.2
	市级	53.0	26.1	18.8	2.1
	县级	49.8	29.2	16.8	4.2
	平均	50.5	28.1	17.7	3.7

(4) 综合素质

本研究选用人力素质综合得分指标，将学历、职称、年龄等因素综合考虑，来反映人员的综合素质高低。

通过计算人力素质综合得分发现(表 6-16)，2010 年疾病预防控制机构突发应急人员综合素质得分为 6.30，其中东部地区综合素质较高，为 7.30，远高于全国平均水平，西部地区次之，为 6.05，中部地区最低，为 5.94。这与上文中学历和职称的结果是一致的，说明东部较发达地区的突发应急人员素质较高，而中、西部地区则需进一步加强。

与全部在岗人员的综合素质相比，突发应急人员的综合素质(6.30)高于全部在岗人员(5.42)，无论是全国还是各地区均呈相同趋势，说明突发应急人员基本属于机构的“精兵强将”，从侧面表明到 2010 年疾病预防控制机构对突发应急工作较重视，突发应急人员的素质已提高到一定程度。

表 6-16　2010 年疾控机构突发应急人员综合素质得分

地区	级别	突发应急人员综合素质得分	在岗人员综合素质得分
东部	省级	9.55	7.77
	市级	8.27	6.97
	县级	6.79	5.87
	平均	7.30	6.25
中部	省级	9.13	7.64
	市级	7.53	6.25
	县级	5.41	4.65
	平均	5.94	5.09
西部	省级	8.35	4.93
	市级	6.97	6.07
	县级	5.63	5.02
	平均	6.05	5.26
全国	省级	9.07	6.83
	市级	7.53	6.36
	县级	5.79	5.03
	平均	6.30	5.42

三、应急物品储备能力

应急物品储备齐全率是疾病预防控制机构现有符合要求应急物品储备种类数与规定应储备的应急物品种类总数的比值。突发公共卫生事件一旦发生，要有充足的应急物资储备，在有限的时间内满足应急处置的需要。作为突发事件应急准备的重要组成部分[①]，充足的应急物资储备是保障物资供应、提高突发事件应对效率、减少人员伤亡和经济损失的重要基础，也是决定突发事件应急处置成败的关键因素[②]。

2010 年全国应急物品储备齐全率平均仅为 37.5%，距离考核标准(100%)有 62.5%的差距。省、市、县级疾病预防控制机构的应急物品储备

① 钱均琪、蔡敏、常伟冰：《县级(市)卫生应急基本物资储备的几点思考》，《中外医疗》2009 年第 28 卷第 29 期，第 112 页。

② 张永领：《中国政府应急物资的储备模式研究》，《经济与管理》2011 年第 25 卷第 2 期，第 92—96 页。

齐全率平均分别为67.2%、55.6%和30.5%，呈现递减的趋势；东、中、西部地区呈现递减趋势，平均分别为52.3%、37.4%和28.2%(表6-17)。

表6-17 2010年不同地区省、市、县级疾控机构应急物品储备齐全率情况

地区	级别	应急物品储备齐全率(%)	2010年与标准相比*
东部	省级	89.2	-10.8
	市级	71.3	-28.7
	县级	43.8	-56.2
	平均	52.3	-47.7
中部	省级	57.8	-42.2
	市级	57.0	-43.0
	县级	31.0	-69.0
	平均	37.4	-62.6
西部	省级	58.8	-41.2
	市级	44.0	-56.0
	县级	21.5	-78.5
	平均	28.2	-71.8
全国	省级	67.2	-32.8
	市级	55.6	-44.4
	县级	30.5	-69.5
	平均	37.5	-62.5

*标准均为100%。

从不同级别的分布看，省级疾病预防控制机构应急物品储备齐全率达到标准(100%)的省仅占4.8%的比例，有14.4%的机构应急物品储备齐全率在30%以下；仅有1.7%的市级疾病预防控制机构达到标准，有14.1%的机构应急物品储备齐全率在30%以下；仅有0.7%的县级疾病预防控制机构达到标准，有58.8%的机构应急物品储备齐全率在30%以下(表6-18)。

表6-18 2010年省、市、县级疾控机构应急物品储备齐全率分布状况

应急物品储备齐全率	省级(%)	市级(%)	县级(%)
0-	4.8	2.5	11.2
10-	4.8	5.0	23.3
20-	4.8	6.6	24.3
30-	4.8	14.9	18.4

（续表）

应急物品储备齐全率	省级（%）	市级（%）	县级（%）
40 -	14.3	14.0	7.7
50 -	0.0	16.5	5.7
60 -	4.8	10.7	3.7
70 -	23.8	13.2	1.5
80 -	9.5	3.3	1.7
90 -	23.8	11.6	1.7
100	4.8	1.7	0.7
有效样本量	21	121	403
缺失样本量	11	18	86
总样本量	32	139	489

结果表明，现阶段各级疾病预防控制机构的应急物品储备尚不齐备，与关键问题8“应急物品储备不足，齐全率低，难以满足需要”反映的情况一致，提示应加强对应急物品储备工作的重视。

第二节　突发公共卫生事件应急准备状况

一、应急培训情况

突发公共卫生事件应急培训包括现场流行病学培训、检验培训及应急管理培训，它是提高专业人员突发事件处理能力的有效途径和有力保障[①]。

1. 现场流行病学培训

2010年全国疾病预防控制机构突发应急人员流行病学平均培训天数为132.8人天，其中东部为228.6人天，中部为115.7人天，西部为98.4人天。从不同级别的分布情况来看，省、市、县级的培训人次依次降低，其中省级为699.0人天，市级为282.4人天，县级为55.5人天。

与2002年相比，2010年全国现场流行病学培训有明显增幅，从2002年

① 王素芹、廖洪秀：《2008—2010年攀枝花市卫生应急现状》，《预防医学情报杂志》2011年第27卷第7期，第519—524页。

的45.7人天，增加到132.8人天，增幅190.6%，平均年增长率有14.3%。从不同地区来看，东部地区增幅最大，从2002年的66.9人天增加到2010年的228.6人天，变化幅度高达241.7%，年均增长率为16.6%；中部其次，变化幅度有227.8%，年均增长率为16.0%；西部变化幅度相对最小，但也达到140.6%。这表明，疾病预防控制机构对突发公共卫生事件的流行病学培训逐渐重视，但同时也要注意，县级疾病预防控制机构培训天数仍旧较少，面对如今高发的突发公共卫生事件，应加强县级疾病预防控制机构培训天数（表6-19）。

表6-19 2002—2010年不同地区省、市、县级疾控机构突发应急现场流行病学培训情况

地区	级别	现场流行病学培训（人天）		2002—2010年	
		2002年	2010年	变化幅度（%）	年均增长率（%）
东部	省级	61.7	903.8	1 364.8	39.9
	市级	104.5	466.7	346.6	20.6
	县级	56.8	96.0	69.0	6.8
	平均	66.9	228.6	241.7	16.6
中部	省级	41.0	471.9	1 051.0	35.7
	市级	37.4	282.2	654.5	28.7
	县级	34.4	50.3	46.2	4.9
	平均	35.3	115.7	227.8	16.0
西部	省级	106.9	769.2	619.6	28.0
	市级	51.2	177.2	246.1	16.8
	县级	33.0	39.5	19.7	2.3
	平均	40.9	98.4	140.6	11.6
全国	省级	73.6	699.0	849.7	32.5
	市级	61.0	282.4	363.0	21.1
	县级	39.8	55.5	39.4	4.2
	平均	45.7	132.8	190.6	14.3

2. 检验培训

2010年全国突发公共卫生事件应急检验（简称突发应急检验）平均培训天数为54.4人天。按地区的情况来看，东部最高，为123.1人天，中部其次，为37.9人天，而西部最少，为34.4人天，中、西部地区低于全国平均水

平。从不同级别的情况来看，呈现省级＞市级＞县级的现象，且差距比较大，省级平均为296.3人天，市级平均为132.9人天，而县级平均为17.1人天。

与2002年相比，2010年的检验培训天数增幅明显。数据表明，2002年全国检验培训平均为15.1人天，而到2010年则提高到54.4人天。从不同地区来看，东部地区上升明显，从2002年的13.3人天，提高到2010年的123.1人天，增加825.6%，中、西部地区增幅亦比较明显，中部地区从2002年的15.8人天，增加到2010年的37.9人天，变化幅度达到139.9%，年均增长率为11.6%，而西部地区的变化幅度为117.7%，年均增长率有10.2%。从不同级别的变化情况来看，市级的增加幅度高于省级，县级最低，其中市级年均增长率为28.0%，省级为23.6%，而县级仅为5.3%（表6-20）。

表6-20　2002—2010年不同地区省、市、县级疾控机构突发应急检验培训情况

地区	级别	检验培训（人天）		2002—2010年	
		2002年	2010年	变化幅度（%）	年均增长率（%）
东部	省级	19.2	614.1	3 098.4	54.2
	市级	20.9	279.6	1 237.8	38.3
	县级	10.6	31.8	200.0	14.7
	平均	13.3	123.1	825.6	32.1
中部	省级	78.0	133.2	70.8	6.9
	市级	13.5	103.4	665.9	29.0
	县级	11.8	14.6	23.7	2.7
	平均	15.8	37.9	139.9	11.6
西部	省级	57.9	195.1	237.0	16.4
	市级	21.3	81.7	283.6	18.3
	县级	11.4	12.0	5.3	0.6
	平均	15.8	34.4	117.7	10.2
全国	省级	54.5	296.3	443.7	23.6
	市级	18.4	132.9	622.3	28.0
	县级	11.3	17.1	51.3	5.3
	平均	15.1	54.4	260.3	17.4

3. 突发应急管理培训

2010年全国突发应急管理培训平均为49.7人天，其中东部地区为84.1人天，中部地区为50.7人天，西部地区为29.1人天，西部地区低于全

国平均水平。从省、市、县级的分布情况来看，市级最高，为 130.7 人天，省级其次，为 109.2 人天，县级最低，为 22.5 人天。从不同地区不同级别的情况来看，除东部地区省级略高于市级外，中、西部地区均表现为市级＞省级＞县级。

与 2002 年相比，全国突发应急管理培训总体上呈增加的趋势，从 2002 年的 15.6 人天，提高到 2010 年的 49.7 人天，增加了 218.6%，年均增长率为 15.6%。从不同地区看，东、中、西部均有不同程度的增加，东部增幅最明显，从 2002 年的 14.0 人天，提高到 2010 年的 84.1 人天，增幅 500.7%，年均增长率为 25.1%；中部其次，增幅 270.1%，年均增长率为 17.8%；西部增幅最小，从 2002 年的 19.1 人天增加到 2010 年的 29.1 人天，增幅 52.4%。情况表明，对突发应急管理知识方面的培训逐步得到重视，但是相比上文的现场流行病学培训和检验培训，管理培训略有所不足，且随着突发应急工作更加系统化、复杂化，高水平的突发应急管理在处理突发公共卫生事件中愈显重要(表 6－21)。

表 6－21　2002—2010 年不同地区省、市、县级疾控机构突发应急管理培训情况

地区	级别	突发应急管理培训(人天)		2002—2010 年	
		2002 年	2010 年	变化幅度(%)	年均增长率(%)
东部	省级	13.3	203.1	1 427.1	40.6
	市级	7.9	202.9	2 468.4	50.0
	县级	15.9	37.0	132.7	11.1
	平均	14.0	84.1	500.7	25.1
中部	省级	32.0	80.2	150.6	12.2
	市级	17.5	146.9	739.4	30.5
	县级	11.8	22.1	87.3	8.2
	平均	13.7	50.7	270.1	17.8
西部	省级	54.9	58.0	5.6	0.7
	市级	43.1	71.7	66.4	6.6
	县级	10.1	15.2	50.5	5.2
	平均	19.1	29.1	52.4	5.4
全国	省级	34.7	109.2	214.7	15.4
	市级	22.0	130.7	494.1	24.9
	县级	12.4	22.5	81.5	7.7
	平均	15.6	49.7	218.6	15.6

二、应急演练情况

应急演练是提高疾病预防控制机构应急反应能力的一个重要手段[①]，通过演练可暴露预案和程序的缺陷，发现应急资源的短缺，协调各部门和人员之间的配合，增强公众的信心和应急意识，提高整体应急反应能力[②]。《国家突发公共卫生事件应急预案》中明确提出“各级人民政府卫生行政部门要按照统一规划、分类实施、分级负责、突出重点、适应需求的原则，采取定期和不定期相结合的形式，组织开展突发公共卫生事件的应急演练”[③]。

1. 传染病控制演练次数

2010 年全国疾病预防控制机构传染病控制演练的平均次数为 0.98 次，其中东部地区为 0.90 次，中部地区为 1.23 次，西部地区为 0.74 次，东、西部地区低于全国平均水平。分级别来看，市级机构传染病控制演练次数最高，其次是县级，省级最低，其中市级平均为 1.17 次，县级 0.94 次，而省级平均为 0.73 次。从不同地区的分级别的情况来看，除东部地区省级演练次数稍高外，中，西部地区均为市级最高。

与 2002 年相比，传染病控制演练次数增幅不是很明显，2002 年平均控制演练次数为 1.12 次，而 2010 年平均降为 0.98 次。分地区来看，各地区总体上呈下降的趋势，其中东部地区从 2002 年的 0.77 次，增加到 2010 年的 0.90 次，而西部地区从 2002 年的 1.36 次，降低到 2010 年的 0.74 次，下降了 45.59%。数据表明，近年来疾病预防控制机构传染病控制演练的情况不容乐观，特别是西部地区平均一年不到 1 次的演练情况，着实令人担忧其应对传染病等突发公共卫生事件的能力(表 6-22)。

---

① 宁宁、吴群红、尚积伟：《黑龙江省疾病预防控制机构应急演练现况分析》，《中国卫生事业管理》2010 年第 27 卷第 5 期，第 351—353 页。

② 吕孙顶：《应急演练在应对突发公共卫生事件中的作用及发展探索》，《海峡预防医学杂志》2009 年第 15 卷第 3 期，第 71—72 页。

③ 卫生部：《国家突发公共卫生事件应急预案》(2006 年 2 月 8 日)，见 http://www.gov.cn/gzdt/2006-02/28/content_213129.htm。

表 6-22 2002—2010 年不同地区省、市、县级疾控机构传染病控制演练情况

地区	级别	传染病控制演练(次)		2002—2010 年	
		2002 年	2010 年	变化幅度(%)	年均增长率(%)
东部	省级	0.40	1.00	150.00	12.14
	市级	0.87	0.82	-5.75	-0.74
	县级	0.76	0.92	21.05	2.42
	平均	0.77	0.90	16.88	1.97
中部	省级	0.80	0.70	-12.50	-1.66
	市级	0.95	1.44	51.58	5.38
	县级	1.33	1.20	-9.77	-1.28
	平均	1.24	1.23	-0.81	-0.10
西部	省级	0.67	0.56	-16.42	-2.22
	市级	1.25	1.06	-15.20	-2.04
	县级	1.45	0.65	-55.17	-9.54
	平均	1.36	0.74	-45.59	-7.33
全国	省级	0.63	0.73	15.87	1.86
	市级	1.02	1.17	14.71	1.73
	县级	1.18	0.94	-20.34	-2.80
	平均	1.12	0.98	-12.50	-1.66

2. 救灾防病演练次数

2010 年疾病预防控制机构救灾防病演练的平均次数为 0.2 次，其中东部为 0.1 次，中部为 0.3 次，而西部为 0.2 次，东部地区低于全国平均水平。从不同级别的情况来看，省、市、县级均为 0.2 次。从不同地区不同级别的情况来看，各地区省、市、县级的差异不是很大，均不超过 0.3 次。

与 2002 年相比，全国总体层面以及各地区救灾防病演练均呈现减少趋势。全国层面，2002 年救灾防病演练次数为 2.1 次，而到 2010 年减少到0.2 次，下降了 90.5%；分地区情况亦是如此，西部地区下降最明显，从 2002 年的 5.4 次，下降到 2010 年的 0.2 次，下降了 96.3%，东部地区下降了 80.0%，中部地区下降了 66.7%。近年来救灾防病演练次数的情况表明，疾病预防控制机构对救灾防病演练的重视程度不够，这给我们敲响了警钟：应逐步加强救灾防病演练(表 6-23)。

表 6-23 2002—2010 年不同地区省、市、县级疾控机构救灾防病演练次数情况

地区	级别	救灾防病演练(次)		2002—2010 年	
		2002 年	2010 年	变化幅度(%)	年均增长率(%)
东部	省级	0.0	0.1	—	—
	市级	0.6	0.1	-83.3	-20.1
	县级	0.4	0.1	-75.0	-15.9
	平均	0.5	0.1	-80.0	-18.2
中部	省级	0.3	0.3	0.0	0.0
	市级	0.6	0.3	-50.0	-8.3
	县级	1.0	0.3	-70.0	-14.0
	平均	0.9	0.3	-66.7	-12.8
西部	省级	61.0	0.2	-99.7	-51.1
	市级	0.9	0.1	-88.9	-24.0
	县级	1.0	0.2	-80.0	-18.2
	平均	5.4	0.2	-96.3	-33.8
全国	省级	26.2	0.2	-99.2	-45.6
	市级	0.7	0.2	-71.4	-14.5
	县级	0.8	0.2	-75.0	-15.9
	平均	2.1	0.2	-90.5	-25.5

3. 其他突发事件演练次数

本研究中的其他突发事件是指除传染病和灾害突发事件之外的其他突发事件。2010 年全国其他突发事件模拟演练次数为平均 0.3 次，其中东、西部地区均为 0.3 次，中部地区为 0.2 次。从不同级别情况来看，省级其他突发事件演练次数为 0.4 次，市级也为 0.4 次，而县级则为 0.2 次。

对比 2002 年的情况，2010 年全国层面其他突发事件演练次数呈现下降的趋势，从 2002 年的 0.4 次，下降到 2010 年的 0.3 次；从不同地区看，东部地区略有提高，而中、西部地区下降比较明显，中部地区从 2002 年的 0.7 次，下降到 2010 年的 0.2 次，西部地区从 2002 年的 0.6 次，下降到 2010 年的 0.3 次(表 6-24)。

表 6-24 2002—2010 年不同地区省、市、县级疾控机构其他突发事件演练情况

地区	级别	其他突发事件演练(次)		2002—2010 年	
		2002 年	2010 年	变化幅度(%)	年均增长率(%)
东部	省级	0.3	0.3	0.0	0.0
	市级	0.1	0.5	400.0	22.3
	县级	0.2	0.3	50.0	5.2
	平均	0.2	0.3	50.0	5.2
中部	省级	0.0	0.4	—	—
	市级	0.2	0.3	50.0	5.2
	县级	0.8	0.2	-75.0	-15.9
	平均	0.7	0.2	-71.4	-14.5
西部	省级	0.3	0.7	133.3	11.2
	市级	0.8	0.4	-50.0	-8.3
	县级	0.6	0.2	-66.7	-12.8
	平均	0.6	0.3	-50.0	-8.3
全国	省级	0.3	0.4	33.3	3.7
	市级	0.4	0.4	0.0	0.0
	县级	0.5	0.2	-60.0	-10.8
	平均	0.4	0.3	-25.0	-3.5

4. 模拟演练指数

模拟演练指数主要用于评价疾病预防控制机构按计划组织或配合卫生行政部门按计划组织模拟演练项目的情况，按照演练类型可分为单病种演练、专项演练(如救灾防病、活动保障等)或综合演练(如多病种或多部门等)。

2010 年全国突发公共卫生事件模拟演练指数平均为 0.803，与考核标准(0.900)相差 10.7%。省、市、县级疾病预防控制机构的模拟演练指数平均分别为 0.861、0.844 和 0.787，呈现递减的趋势；东、中、西部地区呈现递减趋势，平均分别为 0.893、0.861 和 0.678(表 6-25)。

从不同级别的分布看，省级疾病预防控制机构模拟演练指数达到标准的比例为 78.5%，仍有 10.7%的机构模拟演练指数在 0.1 以下；市级疾病预防控制机构达到标准的比例为 80.6%，仍有 10.9%的机构在 0.1 以下；县级疾病预防控制机构达到标准的比例为 70.4%，仍有 16.5%的机构在 0.1 以下(表 6-26)。

表 6-25　2010 年不同地区省、市、县级疾控机构模拟演练指数情况

地区	级别	模拟演练指数	2010 年与标准比较*
东部	省级	0.963	达标
	市级	0.821	-8.8
	县级	0.910	达标
	平均	0.893	-0.8
中部	省级	0.811	-9.8
	市级	0.932	达标
	县级	0.845	-6.2
	平均	0.861	-4.3
西部	省级	0.831	-7.7
	市级	0.759	-15.7
	县级	0.642	-28.7
	平均	0.678	-24.7
全国	省级	0.861	-4.3
	市级	0.844	-6.3
	县级	0.787	-12.5
	平均	0.803	-10.7

* 标准为>=0.900。

表 6-26　2010 年不同级别疾病预防控制中心模拟演练指数分布(%)

模拟演练指数	省级	市级	县级
0.0-	10.7	10.9	16.5
0.1-	0.0	0.8	0.0
0.2-	0.0	0.0	0.0
0.3-	0.0	0.8	0.2
0.4-	0.0	0.0	0.0
0.5-	0.0	0.0	0.2
0.6-	0.0	0.8	1.4
0.7-	0.0	0.8	1.9
0.8-	10.7	5.4	9.2
0.9-	46.4	48.8	41.6
1.0	32.1	31.8	28.8
有效样本量	28	129	423
缺失样本量	4	10	66
总样本量	32	139	489

第三节 突发公共卫生事件应急监测报告能力

有效预防和控制突发公共卫生事件有赖于建立及时准确、经济高效的监测报告系统，通过早期发现可减轻突发公共卫生事件对国民健康和生命安全的损害，减少对经济建设的负面影响[①]。

一、突发应急监测情况

突发公共卫生事件应急监测，简称突发应急监测。2002年至2010年期间，样本地区疾病预防控制机构开展常规项目监测的频率呈现出增长趋势：按日开展监测项目的样本地区比例从2002年到2005年逐年上升，在2010年有所回落；按周开展监测项目的样本地区比例逐年上升，其构成比由2002年的2.5%上升到2005年的13.3%，再上升到2010年的21.8%。相反，按季、按年开展监测项目的样本地区比例则越来越低，按年监测的构成比由2002年的11.3%下降到2005年的4.1%，再下降到2010年的3.3%。按月监测的构成比则一直维持在较稳定的水平。结果表明，常规项目的监测周期逐年缩短，各类突发事件的监测已趋向常规化，有助于疾控工作者尽早发现和及时处理各类突发事件(表6-27)。

表6-27 2002—2010年疾控机构监测频率情况

监测频率	样本地区构成比例(%)				
	2002年	2003年	2004年	2005年	2010年
1-按日	2.9	8.9	11.0	12.2	6.7
2-按周	2.5	3.1	6.0	13.3	21.8
3-按旬	12.7	12.0	10.9	8.6	1.0
4-按月	58.0	55.5	56.6	55.0	56.6

① 陈红缨、焦美秀、孙净等：《湖北省2005年突发公共卫生事件分析及监测系统评价》，《现代预防医学》2007年第34卷第8期，第1420—1423页。Koplan Jeffrey，"CDC's Strategic Plan for Bioterrorism Preparedness and Response"，*Public Health Reports*，2001，vol. 116，no. suppl. 2，p. 9. 洪荣涛、许龙善、严延生等：《试述突发公共卫生事件的监测与预警》，《中国公共卫生管理》2005年第21卷第2期，第106—108页。

（续表）

监测频率	样本地区构成比例（%）				
	2002 年	2003 年	2004 年	2005 年	2010 年
5 -按季	12.7	11.9	10.5	6.7	4.1
6 -按年	11.3	8.6	5.0	4.1	3.3

二、突发应急网络直报情况

相关信息网络直报率评价的是县级接报信息中，符合突发公共卫生事件相关信息报告标准的信息完成网上报告的比例，评价的是报告的如实性，间接反映是否存在漏报现象。网络直报在传染病暴发疫情和突发公共卫生事件的及时处置管理中发挥了重要作用①，敏感快捷、准确有效的网络直报工作是突发公共卫生事件合理处置的重要保障②。

2010 年县级疾病预防控制机构突发公共卫生事件相关信息网络直报率平均为 98.2%，与考核标准（100%）相差 1.8%。东、中、西部地区呈现递减趋势，平均分别为 100%、98.5%和 91.6%。从分布上来看，96.7%的县级疾病预防控制机构网络直报率达到标准，仍有 2.6%的机构相关信息网络直报率在 10%以下。同时，该指标的缺失样本量高达 336，这可能与县级地区的经济相对落后、网络覆盖还不全面有关（见表 6 - 28、表 6 - 29）。

表 6 - 28　2010 年不同地区县级疾控机构相关信息网络直报率总体情况

地区	相关信息网络直报率（%）	2010 年与标准比较*
东部	100.0	达标
中部	98.5	- 1.5
西部	91.6	- 8.4
全国	98.2	- 1.8

* 标准为 100%。

① 刘新凤、李秀萍、魏孔福等：《甘肃省 2009 年传染病信息网络直报情况分析》，《中国公共卫生管理》2011 年第 27 卷第 1 期，第 79—80 页。

② 姜小仙、李芳、褚国华：《南昌市传染病信息网络直报综合质量评估》，《现代预防医学》2008 年第 35 卷第 14 期，第 2765—2767 页。

表 6-29 2010 年县级疾控机构相关信息网络直报率分布

相关信息网络直报率	构成比(%)	相关信息网络直报率	构成比(%)
0-	2.6	70-	0.0
10-	0.0	80-	0.0
20-	0.0	90-	0.0
30-	0.7	100	96.7
40-	0.0	有效样本量	153
50-	0.0	缺失样本量	336
60-	0.0	总样本量	489

三、突发应急报告及时情况

突发公共卫生事件报告及时率评价的是疾控机构突发公共卫生事件信息报告系统中信息报告的及时情况。“及时报告”是指以突发公共卫生事件报告管理信息系统报告时间为准,在接到报告并经初步核实后 2 小时内完成网络直报。

2010 年全国突发事件报告及时率为 93.6%,与标准(100.0%)相差 6.4%,其中西部报告及时率已经到达 100.0%,而东部为 97.9%,与标准(100.0%)相差 2.1%,而中部为 88.9%,与标准(100.0%)相差 11.1%。从分布上来看,85.1%的县级疾病预防控制机构事件报告及时率已达到标准,仍有 12.8%的机构事件报告及时率在 10%以下。这说明突发公共卫生事件报告水平参差不齐(见表 6-30、表 6-31)。

表 6-30 2010 年不同地区县级疾控机构突发事件报告及时率情况

地区	事件报告及时率(%)	2010 年与标准比较 *
东部	97.9	-2.1
中部	88.9	-11.1
西部	100.0	达标
全国	93.6	-6.4

* 标准为 100%。

表 6-31　2010 年县级疾控机构突发事件报告及时率分层情况

事件报告及时率	构成比(%)	事件报告及时率	构成比(%)
0-	12.8	70-	0.0
10-	0.7	80-	0.7
20-	0.7	90-	0.0
30-	0.0	100	85.1
40-	0.0	有效样本量	148
50-	0.0	缺失样本量	341
60-	0.0	总样本量	489

第四节　突发公共卫生事件应急能力落实情况

一、突发事件原因查明能力

突发公共卫生事件原因查明率指已处置的事件中，通过实验室、临床诊断、流行病学调查等任何一种方式明确原因的事件数占处置事件总数的比例。查明原因对于事件的调查处理[①]和防止事件的再次发生[②]具有重要意义。

2010 年全国疾病预防控制机构突发事件原因查明率为 98.2%，其中省级和市级疾病预防控制机构分别为 99.0%和 97.7%，东部、中部和西部地区疾病预防控制机构的突发事件原因查明率分别为 99.6%、100.0%和 97.1%，均达到了标准(见表 6-32)。

从不同级别的分布看，91.7%的省级疾病预防控制机构的突发事件原因查明率达到标准，97.0%的市级疾病预防控制机构达到标准，但仍有 1%的机构突发事件原因查明率在 10%以下。结果表明，到 2010 年，各地区各级疾病预防控制机构在突发事件原因查明能力方面做得普遍较好(见表 6-33)。

① 冯建良、童鹤泉：《影响细菌性食物中毒原因查明率的有关因素及对策探讨》，《中国卫生监督杂志》2003 年第 10 卷第 5 期，第 299—301 页。

② 李国忠、荣玲、闫文虹等：《影响查明饮食业食物中毒致病因素的原因分析》，《预防医学文献信息》2001 年第 7 卷第 2 期，第 219 页。

表 6-32 2010 年不同地区省、市级疾控机构突发事件原因查明率总体情况

地区	级别	突发事件原因查明率(%)	2010 年与标准比较*
东部	省级	100.0	达标
	市级	99.5	达标
	平均	99.6	—
中部	省级	100.0	达标
	市级	100.0	达标
	平均	100.0	—
西部	省级	98.8	达标
	市级	94.8	达标
	平均	97.1	—
全国	省级	99.0	达标
	市级	97.7	达标
	平均	98.2	—

* 省级标准为>=80%,市级标准为>=70%。

表 6-33 2010 年不同级别疾控机构突发事件原因查明率分布(%)

突发事件原因查明率	省级(%)	市级(%)
0-	0.0	1.0
10-	0.0	0.0
20-	0.0	0.0
30-	0.0	0.0
40-	0.0	0.0
50-	0.0	0.0
60-	0.0	0.0
70-	0.0	0.0
80-	4.2	2.0
90-	4.2	0.0
100	91.7	97.0
有效样本量	24	101
缺失样本量	8	38
总样本量	32	139

二、应急现场处置能力

突发公共卫生事件规范处置指数主要是从事件报告、事件确认、事件处置准备、事件现场处置、控制措施落实、总结评估六方面评价事件的处置情

况。规范处置有利于提高工作效率和工作质量，及时控制和消除突发公共卫生事件的危害，保障公众生命安全[①]。

2010年全国突发公共卫生事件规范处置指数平均为0.920。省、市、县级疾病预防控制机构的规范处置指数平均分别为0.933、0.939和0.909，均已达到标准；东、中、西部地区的规范处置指数则呈现递减趋势，平均分别为0.941、0.914和0.911（见表6-34）。

表6-34　2010年不同地区省、市、县级疾控机构突发公共卫生事件规范处置指数

地区	级别	突发公共卫生事件规范处置指数	2010年与标准比较*
东部	省级	0.935	达标
	市级	0.943	达标
	县级	0.942	达标
	平均	0.941	达标
中部	省级	0.925	达标
	市级	0.940	达标
	县级	0.898	达标
	平均	0.914	达标
西部	省级	0.942	达标
	市级	0.934	达标
	县级	0.893	达标
	平均	0.911	达标
全国	省级	0.933	达标
	市级	0.939	达标
	县级	0.909	达标
	平均	0.920	达标

* 省级标准为0.850，市、县级标准为0.700。

从不同级别的分布看，省、市、县级机构的达标比例均在90%以上：省级疾病预防控制机构突发公共卫生事件规范处置指数达到标准（0.85）的百分比为92.6%；市级疾病预防控制机构达到标准（0.7）的比例为98.1%；县级疾病预防控制机构达到标准（0.7）的比例为95.3%（见表6-35）。

① 陈晓瑜：《某市呼吸道传染病暴发疫情规范处置状况研究》（学位论文），广东药学院，2010年。

表 6-35 2010 年不同级别疾控机构突发公共卫生事件规范处置指数分布

突发公共卫生事件规范处置指数	省级(%)	市级(%)	县级(%)
0.00-	0.0	0.0	2.6
0.15-	0.0	0.0	0.0
0.25-	0.0	0.0	0.0
0.35-	0.0	0.0	0.5
0.45-	0.0	0.0	0.0
0.55-	3.7	0.0	1.5
0.65-	0.0	1.9	0.0
0.70-	0.0	1.0	1.5
0.75-	3.7	4.9	8.2
0.85-	85.2	73.8	53.1
1.00	7.4	18.4	32.5
有效样本量	27	103	194
缺失样本量	5	36	295
总样本量	32	139	489

以上数据表明,2010 年突发公共卫生事件规范处置的总体情况较好,不同地区和不同级别的规范处置都处于较高的水平,地区之间和级别之间差别不大,均衡性较好。

三、应急职能落实情况

根据疾病预防控制机构的基本职能,突发应急工作的职能主要包括开展日常性的信息监测分析与预警、参与制定辖区内应急预案、对辖区内应急物资储备提供技术支持和指导、组建应急事件处置队伍并进行培训和演练、突发公共卫生事件的报告、现场流行病学调查与监测、突发公共卫生事件的界定与判断、突发公共卫生事件的现场控制等[①]。

本研究认为,对疾病预防控制机构突发应急工作的职能落实情况进行系统评价,必须结合其本身的能力建设和职能要求。因此,经过专家咨询与论证,本研究选取预案体系完成率、应急物品齐全率、模拟演练指数、报告及时率、事件原因查明率、相关信息网络直报率和规范处置指数共 7 个关键指

① 徐鹏:《我国突发公共卫生事件处置工作规范及其支持系统研究》(学位论文),复旦大学,2007 年。

标的完成度情况来反映突发应急工作上述各职能的落实程度。

2010年全国各级疾病预防控制机构突发公共卫生事件应急处置职能完成度平均为54.1%，与标准相差45.9%。其中，省、市、县级疾病预防控制机构突发公共卫生事件应急处置职能完成度依次降低，分别为92.0%、78.8%、50.8%，与标准有一定差距，其中县级机构与标准相差49.2%；东、中、西部地区疾病预防控制机构突发公共卫生事件应急处置职能完成度依次降低，分别为70.7%、53.0%、45.6%。这表明突发公共卫生事件职能总体落实情况不理想，与标准还有一定的差距（表6-36）。

表6-36　2010年不同地区省、市、县级疾控机构突发公共卫生事件应急职能落实情况

地区	级别	突发公共卫生事件应急处置职能完成度（%）	与标准比较
东部	省级	97.8	-2.2
	市级	86.5	-13.5
	县级	68.4	-31.6
	平均	70.7	-29.3
中部	省级	87.7	-12.3
	市级	80.6	-19.4
	县级	49.6	-50.4
	平均	53.0	-47.0
西部	省级	91.5	-8.5
	市级	71.9	-28.1
	县级	41.8	-58.2
	平均	45.6	-54.4
全国	省级	92.0	-8.0
	市级	78.8	-21.2
	县级	50.8	-49.2
	平均	54.1	-45.9

*标准为100.0%。

从不同级别的分布看，省级机构中，完成度超过80%的占95.3%，其中，4.8%的机构完成度为100%；市级机构中，完成度超过80%的占63.6%，其中，0.8%的机构完成度为100%，但也有0.8%的机构完成度低于10%；县级机构中，完成度超过80%的仅占21.1%，有5.1%的机构完成度为

100%，但也有4.6%的机构完成度低于10%（表6-37）。

表6-37 2010年不同级别CDC公共卫生突发事件应急处置职能完成度分布

公共卫生突发事件应急处置职能完成度（%）	省级	市级	县级
0-	0.0	0.8	4.6
10-	0.0	0.8	7.7
20-	0.0	0.8	5.4
30-	0.0	1.7	27.6
40-	0.0	9.1	11.7
50-	0.0	6.6	10.5
60-	4.8	8.3	6.4
70-	0.0	8.3	5.1
80-	28.6	24.0	9.9
90-	61.9	38.8	6.1
100	4.8	0.8	5.1
有效样本量	21	121	392
缺失样本量	11	18	97
总样本量	32	139	489

第五节 小 结

一、组织架构总体良好，但应重视应急突发公共卫生事件专门机构和专家库建设

通过对组织架构齐全程度的分析可以发现，2010年全国疾病预防控制机构突发应急组织架构总体良好，组织架构齐全程度达到84.2%，东、中、西部地区分别为88.4%、87.2%和78.4%，且较2002年有不同程度的提高。

但应注意的是，突发专门应急机构的设置率和应急专家库设置率仍然较低，分别为60.9%和58.9%，这与文献查阅发现的问题相吻合。目前疾病预防控制机构处理突发公共卫生事件多是从各部门临时招人，这既不利于协调管理，也不能保证应对突发事件的效率。因此，疾病预防控制机构应该进一步加强突发应急专家库和专门应急机构的设置，建立完善的应急组织架构，明确工作职责和工作程序，保障突发公共卫生事件应急的快速响应

和有效处置，以从容应对突发事件的不可预测性和不确定性[①]。

二、突发应急队伍已基本形成，但分布不均衡，人员素质结构有待完善

从规模来看，2010 年疾病预防控制机构突发应急人员数平均为 30.2 人，其中现场处置 18.5 人，实验室检测 7.0 人，相比 2002 年均有较大幅度的提高。可见，随着对突发应急队伍的逐步重视和投入，我国已基本形成了具有一定规模和层次的突发应急队伍，可确保突发应急工作有条不紊地开展。

从不同地区来看，东部地区 115.1 人，中部地区 46.1 人，西部地区 20.4 人，各地区之间存在比较明显的差异。西部地区应该加大人才培养和引进的力度，加强突发应急队伍建设。

从素质结构来看，2010 年全国疾病预防控制机构突发应急人员综合素质得分为 6.30，高于机构全部在岗人员的综合素质得分 5.42，这在一定程度上说明疾病预防控制机构对突发应急工作的重视。

从学历和职称结构来看，突发应急人员中，本科以上学历的比例达到 49.8%，专科学历和中专（高中/技校）学历分别占 31.5%和 17.1%，但县级疾病预防控制机构的学历水平明显低于省、市级，特别是西部地区，以专科和中专学历为主，分别占 52.2%和 26.9%。这可能与县级机构本身的人才管理观念和激励机制落后有关，无法吸引更多的高学历人才[②]。此问题在文献评阅中也多次提及，基层人员学历水平偏低的问题一直未解决。数据结果显示，2010 年全国疾控机构突发应急人员技术职称构成中，高级职称比例仅为 2.9%，而无职称人员比例也有 8.1%，也基本与文献问题分析吻合。

建议加强突发公共卫生事件应急专门人才的培养，改进人才管理观念和人才引进机制，通过竞争性工资和福利制度等措施，营造留住人才、吸引人才的氛围，完善突发应急人员素质结构，提高突发应急人员的素质；对现

① 张文生、王撷秀、顾清等：《天津市疾控中心应急管理探索与实践》，《中国公共卫生管理》2009 年第 25 卷第 6 期，第 566—568 页。

② 田野：《县级疾病预防控制中心人力资源管理的困境与对策分析》，《时代金融》2011 年第 2 期，第 169 页。

有人员中不符合准入条件和岗位标准的人员，逐步实施转岗分流。

三、应急物品储备能力明显不足，无法满足突发应急工作开展的需要

2010年全国疾病预防控制机构应急物品齐全率偏低，平均为37.5%，其中西部地区仅为28.2%。全国疾病预防控制机构应急物品齐全率达标(100.0%)机构比例仅为4.8%。这一情况与文献评阅的结果基本一致。

分析其原因，一方面可能由于日常工作经费不足导致储备突发应急物资的资金缺乏，另一方面可能由于目前尚未建立起突发应急物资储备管理系统，现有应急物资缺乏统筹管理，物资储备的更新、轮换、补偿机制不健全，难以保障突发应急物资的及时储备和快速配送①。

因此，随着政府财政投入力度的加大，疾病预防控制机构应逐步加大对突发应急物资储备的投入，将应急物资储备纳入财政预算的经常性支出项目，确保应急物资储备所需的经费；同时建立突发应急物资储备的综合协调机制，完善重要应急物资的生产、监管、储备、调拨和紧急配送体系，有效保障应急物资储备②。

四、突发应急培训和演练能力亟待关注，模拟演练效果有待提高

2010年疾病预防控制机构现场流行病学培训次数相对较多，平均为132.8人天，但是检验培训和突发应急管理培训情况不容乐观，分别为54.4人天和49.7人天，与2002年相比，增幅不明显。而文献评阅发现，“目前缺乏检验方面的专业人才，且应急人员管理意识淡薄”，若不进一步加强突发应急检验和管理的培训，这一问题将会日趋严重。

2010年疾病预防控制机构应急处置演练次数较少，传染病控制演练平均0.98次，救灾防病演练平均仅为0.2次，其他突发事件演练平均0.3次，说明目前疾病预防控制机构对突发应急演练有所忽视，传染病演练仍是疾

---

① 谢庆堂、肖中兵、梁响辉等：《疾病预防控制机构应急能力建设》，《预防医学情报杂志》2005年第21卷第1期，第60—61页。

② 国务院：《中华人民共和国突发事件应对法》(2006年8月30日)，见 http://www.gov.cn/ziliao/flfg/2007-08/30/content_732593.htm。

病预防控制机构的演练重点。文献评阅结果也表明，目前突发应急演练内容单一，往往局限在传染病防控方面，缺少化学性或食物中毒等方面的培训和演练[①]。

就演练效果而言，2010年全国疾病预防控制机构模拟演练指数平均为0.803，与0.9的达标标准相比仍有一定的差距，其中西部地区仅为0.678。文献评阅结果也提示，单一和重复的培训演练直接造成了接受培训的应急人员热情不高、培训效果不理想、专业能力提升不明显等结果。

总体而言，我国疾病预防控制机构突发应急演练无论从数量还是质量上均存在不足，尤其是西部地区，需要进一步加强。一方面要转变思想，使相关部门认识到应急演练的必要性；另一方面要加大财政补偿力度，将应急演练经费纳入财政预算和日常工作经费，合理安排演练经费，建立应急演练经济评估与补偿机制，确保应急演练工作的顺利开展。

五、突发公共卫生事件监测报告工作成效显著

疾病预防控制机构开展常规项目监测的频率以按月监测为主(56.6%)，按周开展监测项目的比例为21.8%。从报告情况来看，2010年全国疾病预防控制机构突发事件报告相关信息网络直报率平均为98.2%，达标机构的比例为96.7%，其中县级疾病预防控制机构相关信息网络直报率为91.6%，表明随着网络普及程度的不断提高，网络直报工作正逐步完善。

2010年全国疾病预防控制机构突发事件报告及时率平均为93.6%，达标机构比例为85.1%，东部、中部和西部地区分别为97.9%、88.9%和100.0%，中部地区有待加强。

综上所述，疾病预防控制机构突发公共卫生事件报告及时情况普遍较好，这得益于疾病预防控制网络直报系统的不断完善以及疾病预防控制机构自身对于突发公共卫生事件的重视。同时，应进一步完善疾病预防控制信息网络体系，争取全面覆盖，并逐步对疾病监测信息报告管理、突发公共卫生事件报告管理、健康危害因素监测等多个信息系统进行资源整合，构建信息共享平台，实现突发公共卫生事件的全方位监测和实时报告。

---

① 樊立华、李莉、孙全胜等：《某地区疾控机构应急能力现状与评价》，《中国公共卫生管理》2011年第27卷第5期，第457—458页。

六、突发公共卫生事件处置能力逐步规范，但职能落实还有待加强

在突发事件原因查明能力方面，2010 年疾病预防控制机构突发事件原因查明率为 98.2%，东、中、西部地区分别为 99.6%、100.0%和 97.1%，均处于相对较高的水平。在突发应急现场处置能力方面，2010 年全国突发公共卫生事件规范处置指数平均为 0.920，且从不同级别和不同地区来看，规范处置指数均达标。

在应急职能落实情况方面，2010 年全国疾病预防控制机构公共卫生突发事件应急处置职能完成度为 54.1%，与标准(100.0%)还差 45.9%，且东、中、西部地区分别为 70.7%、53.0%和 45.6%，均与标准差距较大。影响职能落实的原因是多方面的，理应引起相关部门的重视，从人、财、物等方面加大投入，以提高突发公共卫生事件职能落实能力。

第七章

我国突发公共卫生事件应急处置能力提升的策略

第一节　对照制度完善我国突发公共卫生事件应急处置体系
第二节　各国公共卫生应急管理总体特点及启示
第三节　关键问题的对策分析

针对前述章节对我国突发公共卫生事件应急处置工作存在的问题的分析，本章通过对照法律法规的要求，并借鉴国外的经验，从制度标准、国外经验、关键问题三个方面提出能力提升的策略建议。

第一节　对照制度完善我国突发公共卫生事件应急处置体系

从前几章所提及的我国疾病预防控制机构在突发公共卫生事件应急处置中存在的问题可见，当前在应急处置的管理体制、运行机制、流程要求等方面仍然存在诸多不足，而这些方面在《突发公共卫生事件应急条例》和《国家突发公共卫生事件应急预案》等制度文件中，均已有过明确要求。因此，我们首先试图对照现行法律法规的基本要求，提出完善我国突发公共卫生事件应急处置体系的策略建议，包括建立常态的管理组织体系、完善灵敏的应急反应机制等方面。

一、建立常态的管理组织体系

突发应急管理是以政府为主导的公共事务的一部分，只有建立一个由中央到地方、逐级强化的政府领导和职责明确的应急指挥体系，才能有效地调动多个部门及社会各方的力量，使应急机制运转更加有力，使卫生资源的利用更加充分。因此，建立统一领导、分工协调的政府常态的管理战略机制

是应急管理工作的基础。

首先，需要建立常态的应急管理指挥组织体系。战略性的预防管理必须有系统的组织为依托，不能等到危机来临才被动地应对。要转变临战观念，建立常态指挥部，由国务院牵头，卫生行政部门与各有关部门共同组成。在危机发生前和危机发生后要分别开展相应的工作，包括制定应急管理的政策和预案、应急预案修订及更新、危机信息汇总、风险评估、应急信息管理，以及领导与协调等。各级地方政府应相应成立常态的突发事件应急管理指挥部。

其次，需要加强专业技术机构的建设。包括医疗机构、疾病预防控制机构、卫生监督机构和出入境检验检疫机构等。其中，疾病预防控制体系的建设是不容忽视的一个部分。2003 年的 SARS 疫情使人们清醒地认识到了公共卫生尤其是疾病预防控制体系建设的重要性。当前各省、市（地）、县级的疾病预防控制机构水平参差不齐，它们在突发应急管理工作中所承担的疫情信息收集与报告、监测检验评价、健康教育促进等公共卫生职能时常难以得到有效保证。因此，着眼于突发应急管理的需要，国家应该加大对疾病预防控制机构的应急管理能力建设的投资。

最后，需要建立专业的人才培育基地。一支常备不懈的应急医疗救治队伍、具有专业技术水平的各类应急处置人员是应急管理的重要组成部分。但是，当前我国的突发公共卫生事件应急队伍多以临时抽调为主，必须改变这一状况，建立系统化、专业化和体系化的人才队伍，才能完善整个管理体系。

二、健全灵敏的应急反应机制

要减少危机发生的危害，需要建立迅速且灵敏的应急反应机制。《国务院关于全国加强应急管理工作的意见》明确指出，要构建统一指挥、反应灵敏、协调有序、运转高效的应急管理机制。这一机制有赖于完备的信息系统。按照国家确定的建设规划，突发公共卫生事件监测信息网络主要包括国家疾病监测报告系统、国家突发公共卫生事件监测报告系统、医疗救治信息系统、卫生执法监督信息系统等。

当前的信息系统往往是相互独立的“信息烟囱”，建议建立国家级的信

息云平台，便于国家各级行政部门在同一时间及时获得信息，进而协同处理。同时，还应严格执行信息报告制度，确保信息流的畅通。

第二节　各国公共卫生应急管理总体特点及启示

我国真正开始突发应急管理是在2003年SARS危机后，而发达国家在现代社会应急体系的建设方面已经开展了很多有益的探索。“他山之石，可以攻玉。”本节将通过总结国外突发公共卫生事件应急处置体制、机制的特点，提出完善我国突发公共卫生事件应急处置体系的策略建议。

一、发达国家突发公共卫生事件应急处置体系的特点

在全球突发公共卫生事件应急处理体系中，美国、英国、澳大利亚、瑞士等国家的应急处理能力名列前茅[①]。例如，英国是世界上最早实行国民医疗服务体制的国家，他们建立了完善的突发公共卫生事件管理体系，并在处理疯牛病、禽流感等公共卫生领域突发灾难的过程中积累了丰富的经验。

由于国情的差异，本书主要选取危机管理体系相对完善的部分发达国家以及与我国地缘政治相近或国情相似的国家[②]，以它们为参照，总结对完善我国公共卫生突发事件应急处置体系的建议。

总体上看，各国的公共卫生应急处置体系主要有以下几大类特点：

第一，有权责分明的立体化、层次化的网络式管理结构。无论是中央集权式的组织结构，还是“协调”机制下的组织结构，都强调权责分明，各组织机构构成无管理死角的管理网络。

第二，强调全过程的危机管理。具有从被动应对危机向预防性危机战略管理转变的趋势，部分国家已经完成了这一转变。

第三，有常设的危机管理机构。各国无一例外均从国家到地方层面设立危机管理机构或设立具有危机管理功能的常设机构，并组建有一个常态

① 对各国突发公共卫生事件应急处置体系的详细介绍参见本书第八章。

② 王明旭、刘家全、毛瑛：《突发公共卫生事件应急管理》，北京：军事医学科学出版社，2004年，第223—226页。

化的日常危机监测、管理以及危机阶段的紧急协调系统。

第四，有透明高效的协调分工机制。大多数国家采取的均是中央决策、地方操作的多级、多方协调的管理机制，在实施具体危机管理任务时，注重部门间、机构间的协调。各国均采用强有力的手段保证部门在危机应对时的“亲密无间”。

二、对我国应急管理的启示

1. 应急管理法制化

法制是行动的强制力保证，可以确保应急管理行动的高效。从我国的实践情况来看，我国应急法律体系尚不完善，政府在何时可以启动危机管理机制以及如何启动、何时可以终止危机管理机制以及如何终止、危机状态下权责如何分配、公众权益如何保障、部门与机构如何协作等问题，都无法落到实处。

以美国为例，它既有《国家安全法》、《全国紧急状态法》以及《反恐怖主义法》等系统的紧急状态法律体系，还有《美国检疫法》等专门领域的法律体系组成的完整的突发应急管理法律系统，从各个方面对应急管理予以保障。同时，还制定了完备的《联邦反应计划》，明确了各个类型、各个级别危机事件的启动、应对、终止等各项具体内容，并不断地更新完善。相对而言，我国的《国家突发公共卫生事件应急预案》的相关内容并不完善。

2. 管理机构常设化

科学的危机管理组织是实现高效危机管理的关键，应急处置机构的专职化已经成为国际趋势。为了应对突发公共卫生危机，许多国家都建立了系统的、全方位的、层次化的危机管理组织体系，既相对独立又高度协作。其核心是从中央、区域再到地方的专业机构构成的垂直体系，围绕这一核心体系，上下结构清晰、权责分明，横向的合作也都有专门的协调中心。

比较有代表性的是美国的突发公共卫生事件管理体系，纵向上构建了“联邦疾病控制与预防系统（国家）——医院应急准备系统（州）——城市医疗应对系统（地方）”的三级公共卫生系统；横向上结合各职能部门系统，如公共卫生执法、医疗服务组织体系等。纵横交错的网络化组织保证了政府多维度、多层次和多领域的联动管理。

3. 机构体系权责化

突发应急管理是一项涉及多部门、多领域的系统工程。明确的权责是多部门、多层次和多领域应对突发事件的基础。突发应急管理机构体系的权责化主要体现在两个方面：中央和地方政府的权责划分；应急管理各组织间的权责划分。

在这两方面权责划分上具有代表性的是英国的突发应急管理体制：应对突发公共卫生事件战略性指导政策的制定主要集中在中央，地方医疗服务体系则为具体的执行者，即战略层和执行层非常清晰，决策者与执行者权责分明。卫生部是决策者，主要责任分为三个方面：①制定具体的危机应对战略性指导纲要；②为地方公共卫生应急体系提供智力支持等；③对地方应急体系各部门进行绩效评估。地方国民医疗服务体系具有高度的自治权，仅接受卫生部的战略性政策指导，是危机应对主要的执行者[①]。国民医疗服务体系的两级垂直管理体系使得英国对突发性公共卫生危机的响应具有高度的敏捷性、快速性，其机构可以全面组织、协调、制定应对突发事件的计划，完成防疫行动的全部指挥任务。

4. 信息网络专门化

世界各国都把疫情通报网络的建设和完善作为加强政府应急机制建设的重要举措，信息渠道的畅通无阻是突发应急管理及时高效的一个关键因素。以英国为例，英国建立了中央和地方两级公共卫生检测防范网络，中央机构包括相关的政府职能部门和全国性的专业检测机构，主要负责疫情的分析判断、政策制定、组织协调和信息服务等。地方一级包括地方行政当局和公共卫生部门，其中传染病控制中心分支机构、国民保健系统所属医院诊所、社区医生等是整个疫情监测网的基本单元，主要负责疫情的发现、报告、跟踪和诊断治疗。

5. 应急教育和培训常态化

国外十分注意对公众的危机教育，培养公众的危机意识。日本将培养

① 高路：《中英公共卫生应急体系比较与经验借鉴》，《中外医学研究》2011 年第 9 卷第 12 期，第 93—96 页。

危机意识、普及危机知识作为学校教育的重要内容。相对而言，我国的危机教育则显得不足。由于危机教育的缺乏，导致危机意识淡薄、防范知识薄弱。当危机来临的时候，就特别容易惊慌失措，导致非理性情绪蔓延。

6. 战略性的预防管理理念

危机发生的不可预见性使得各国都更加注重危机的战略性预防管理，我国《应急预案》也明确指出“预防为主”的突发应急管理原则。依据危机的周期理论，要注重危机潜伏阶段的预防性管理。各国也均试图从各个方面去预防重大危机事件的发生，未雨绸缪，防患于未然。

7. 科学的危机管理研究

危机管理是一个具有一定独特性的管理活动。对我国各级政府来讲，危机管理仍是一个较新的课题。系统的危机管理知识和管理理念，以及危机应对的各种有效政策措施等，都需要依附于科学的实践和理论研究。近年来，我国以各大高校为主的科研机构中，相关的研究已有所启动，但总体上仍处于初步发展阶段。

从危机管理研究的角度讲，我们建议各级政府应当重视危机管理研究，增加相关投入。科学研究的产出不仅仅是各类危机应对知识以及通过知识形成的政策、计划、措施等，更重要的在于能够形成一定的研究型专业人才库，国家各级政府建立的专家咨询团体也可以更多地来自这样的人才库。研究者应重视与政策制定者的合作研究，选择政府实际案例，从理论总结到实践操作，全方位寻求符合我国国情、政情的各种解决危机的计划和预案。除此之外，我们还提倡拓展国际合作研究途径，借鉴和学习先进国家危机管理的教训和经验。

第三节 关键问题的对策分析

本章第一、二节主要是从宏观层面对完善我国突发公共卫生事件应急处置工作提出策略建议，本节将聚焦第五章中明确的 8 个重要且严重的关键问题，结合我国的实际情况，提出针对性的对策。

一、针对问题1“应急人员配置比例低”的对策建议

问题1是“应急人员配置比例低，编制缺乏，多为临时调配，难以保证突发公共卫生事件应急处置工作的顺利开展”。我们认为，针对此问题的对策为：合理规划卫生应急人员数量，并在现有的条件下增加编制数量，制定出具有卫生应急人员特色的人力绩效管理体系。

1. 多层次多视角建设卫生应急队伍

卫生应急队伍主要由地方各级疾病预防控制人员、医院医护人员、应急决策指挥人员、心理专家以及卫生行政管理人员等组成。各地应结合实际情况，包括本地区的服务人口数、总体区域面积、突发公共卫生事件发生的机率、群众的危机应对意识以及突发事件处置能力等因素，合理制定突发事件应急处置的人员配置标准[①]，并制定相应的人力资源招聘、培训、晋升等规划，为卫生应急队伍的“茁壮成长”打下坚实的基础。同时，可以引进一批专业知识扎实、实践经验丰富的军队卫生应急人员充实到各个地方应急体系中，以实现军队和地方联合救援[②]。

2. 建立专门的卫生应急机构，增加卫生应急人员的编制数

前文的文献评阅和现实数据都反映了目前卫生应急人员多为临时调取的情况。各地区应成立专门的突发应急机构，并且要由有领导力的专业人员担任管理人员。对学校、医院等一些突发公共卫生事件的高发场所，应设立专门的应急部门或者应急队伍小组，以较好地应对突发事件。同时，在目前突发卫生事件情形日益严峻的基础上，应该增加突发事件应急人员的编制数量。

3. 完善卫生应急人员绩效考核以及薪酬管理体系

合理的绩效考核以及薪酬管理体系能激发应急人员的工作积极性，保证应急队伍的稳定性。在绩效考核体系上，各地应结合应急工作的特点，在

---

① 高燕：《突发公共卫生事件中的卫生应急人力资源管理研究》（学位论文），重庆大学，2010年。

② 张学栋：《应急管理需要各类专长人才》，《光明日报》2004年3月19日，第3页。

考核主体、考核指标的设计以及考核周期上都应有所不同。考核指标的设计可以从突发应急专业技术能力、团队协作能力、工作完成质量等方面设计。同时，由于不同突发事件的应对处置时间不同，例如，对于重大食物中毒和职业中毒的突发公共卫生事件，因其持续时间不长，可以等突发公共卫生事件结束后，再对应急人员的综合表现进行评定。而对于持续时间较长的突发公共卫生事件，可以分月或者分季度进行考核。

在薪酬管理体系设置上，在没有突发公共卫生事件时，突发应急人员的薪酬应根据各部门的相关规定执行。但同时要考虑，卫生应急人员利用空余时间吸收卫生应急知识，这种智力成本的投入也应该与其薪水挂钩。在应对突发公共卫生事件时，薪酬构成可以包括基础薪酬和额外薪酬两部分，额外薪酬可以依据绩效考核的情况，以奖金、福利、津贴和非物质薪酬的形式发放。

二、针对问题 2“应急人员总体素质较低”的对策建议

问题 2 是“应急人员总体素质较低，专业人才缺乏，难以满足应急管理工作的需求”。我们认为，针对此问题的对策为：优化专业人才培养模式，制定人才引进政策，同时加强应急培训，拓展应急培训渠道。

1. 改革人才教育机制，制定人才引进政策

目前我国没有专门的突发公共卫生事件应急人才培养机制。应该重视相关人才的培养，细化学科分类，成立专门的突发应急学科。在课程设置上，不仅应包括预防医学和临床医学，还应包括卫生管理学、法律学、经济学、政策学、社会学、统计学、心理学等[①]。在实践技能上，应要求应急人员都有真正参与重大突发公共卫生事件应急处置的经历。

与此同时，各地区应发挥区域优势，制定各具特色的优惠政策吸引人才。例如，对具有研究生或者高级以上职称的紧缺的专业技术人才，在雇佣、落户等方面开辟绿色渠道，积极引导和鼓励高校毕业生到偏远的西部进

① 蒯强、陶志：《法国的公共卫生教学进展》，《国外医学社会医学分册》2001 年第 18 卷第 1 期，第 24—27 页。Debra A. Draper, Robert E. Hurley, Johanna R. Laue, *Public Health Workforce Shortages Imperil Nation's Health* (Washington, D. C.: Center for Studying Health System Change, 2008).

行基础锻炼等，使应急人才地区不平衡状况逐步得以改观。

2. 优化人力资源结构，建立和完善应急专家信息库

突发应急处置工作是一项涉及方方面面的系统工程，需要多学科的专家通力合作。各地应优化应急人力资源层次结构，合理搭配决策指挥型、参谋智囊型、信息服务型、现场处置型等不同类型的人才。应吸收一批政治觉悟高、应急理论丰富、专业知识扎实、实践经验丰富、组织性强的专家，组建一支高素质专家队伍[①]。

3. 加强应急培训，拓展培训渠道

应加强对卫生应急人员的理论培训，系统学习有关卫生应急工作的方针、政策以及工作部署，明确各重大突发公共卫生事件的应急处置程序和规范要求。同时，理论学习还需与实践相结合，可以进行案例分析、实地演练，或者跨行业、跨区域开展演习等。在此基础上，要保障应急培训的程序化，建立渐进式的培训演练。在培训渠道上，应提高突发应急人员参与培训的主观能动性，使其积极主动地进行自我学习；通过树立“典型”，以点带面，带动突发应急人员整体素质的提升；可利用高校优势，定期或者不定期地组织一定比例的应急人员到高校学习；对于整体素质较高的机构，可以主动下基层指导基层应急工作，互相交流学习，提高应急能力。

三、针对问题4“应急物品储备不足”的对策建议

问题4是“应急物品储备不足，齐全率低，难以满足需要”。我们认为针对此问题的对策为：做好物资储备和应急装备配置，加强应急物资准备及调用体系建设，创新应急物资管理机制。

1. 保证应急物资和装备配置数量，加强物资调用体系建设

各地应探索适合本地的应急物资储备机制，按照国家、省、地（市）规定的物资储备目录和标准，根据当地的特点合理、统一规划，以实物、资

① 梁贤艳：《地方政府应急人力资源管理研究》，《三峡大学学报（人文社会科学版）》2008年第30卷第S2期，第54—56页。

金、生产能力相结合的方式进行物资储备，并及时更新，避免不必要的浪费[①]。同时，相关部门应加强沟通协调，建立区域间应急物资余缺的调剂机制，建立物资储备、采购、运送、监督等信息化的管理机制，实现各类应急物资的综合动态管理，保证在突发公共卫生事件发生时有足够的物资应对。

2. 创新应急物资管理机制

应急物资的管理应能保证资源的有效利用，减少浪费。在管理主体上，就我国现况而言，单独设立一个应急物资管理部门的难度较大，较为合理的方式是建立应急物资储备指挥系统，实现物资储备系统之间的信息汇总与协调。建议在各级政府应急管理委员会下增设应急物资储备领导小组，作为应急物资管理的专门负责机构[②]。在管理方式上，建议将应急物资储备纳入常规管理，建立统一的物资储备和管理程序。例如，基层疾控机构的应急物品实行单位统一购买、储备、调拨，并与上级疾控机构建立区域联合、资源共享的应急物资管理机制。同时政府建立物资储备专项资金，以保证应急物资的购买、储备管理、调配补贴等。

四、针对问题10“政府投入缺乏稳定长效机制”的对策

问题10是“政府给予应急工作的投入缺乏稳定的长效机制”。我们认为，针对此问题的对策为：加大公共卫生经费投入，建立长效稳定的资金投入机制，多元化筹集资金，并加强经费的监督管理。

财政投入是突发应急物资储备、人员培训、信息网络建设等的必要保证[③]。政府应加大对突发公共卫生事件的应急处置的资金保障力度，将公共卫生事业经费纳入同级财政预算，通过实施灾害保险、建立政府应急基金及由政府临时增拨应急经费的方式来确保应急管理资金的到位[④]。同时，政府

---

① 李小平、祖文刚、马宏颖等：《保定市县级疾病预防控制机构应对突发公共卫生事件的能力》，《职业与健康》2012年第28卷第10期，第1276—1278页。

② 张红：《我国应急物资储备制度的完善》，《中国行政管理》2009年第3期，第44—47页。

③ 程庆林、徐勇：《Haddon模型在农村突发公共卫生事件中的应用》，《中国公共卫生杂志》2008年第24卷第10期，第1272—1273页。

④ 李贤相、王学明、程鸿飞：《安庆市突发公共卫生事件应急管理现状及对策》，《中国公共卫生管理杂志》2008年第24卷第4期，第358—359页。

在构建应对突发公共卫生事件的投入机制时，应重点突出日常性的投入，保持长期、稳定的投入机制[①]。丰富应急资金来源渠道也是保证资金充足的方式之一。建议以政府投入为主导，动员全社会参与，同时要发挥医疗保险、税收政策的作用。例如，有关环境污染方面的突发公共卫生事件，可对那些造成环境污染的企业提高税收，积极探索同世界卫生组织、世界银行等国际组织的合作，吸收多边贷款、赠款等[②]。同时，也要加强资金管理方面的投资回报。

经费管理上，可以探索基金累积式管理，加强监督。累积式基金管理是指当年安排的费用留有结余时，将结余自动转到下一年度累积使用，并形成专项基金，其优点是可以克服目前我国预算资金流量式管理中，由于年度零余额引起的基金总量过小导致的突发公共卫生事件暴发时财政资金供应不足问题，以提高政府在紧急状态下的应急能力[③]。同时应对应急资金的筹集、使用、管理进行全过程的审计、检查、监督，具体包括检查突发应急经费的供应是否符合标准，经费的开支项目、使用范围等是否符合要求，经费的配置、下拨、管理是否有根据，经费的供应以及决算是否透明等[④]。

五、针对问题6“实验室设置不符合要求”的对策建议

问题6是“用于突发公共卫生事件监测的实验室设置不符合要求，设备缺乏、落后”。我们认为，针对此问题的对策是：加大卫生应急检验设备的投入，合理配置检验设备，建立应急实验室网络体系，强化实验室质量控制管理。

1. 建立应急实验室网络

疾病预防控制机构的实验室担负着突发公共卫生事件检测、检验的重

---

① 麻若鹏、金春林、宋耀军等：《我国突发公共卫生事件应急经费保障存在的问题及相关对策研究》，《海军医学杂志》2010年第31卷第2期，第141—142页。

② 肖丁：《SARS应对项目带给我们什么》，《中国卫生》2005年第8卷第1期，第58—59页。

③ 温海滢：《建立突发性公共事务财政投入体系的对策研究》，《广东商学院学报》2007年第1期，第29—32页。

④ 田文华、麻若鹏、金春林等：《突发公共卫生事件应急经费保障及相关机制研究》，《海军医学杂志》2010年第31卷第4期，第346—348页。

任，是快速查明突发原因、对症治疗的前沿阵地。建议建立国家级、省（自治区、直辖市）级、市（州、地）级、县级四级应急实验室网络体系，建立以疾病预防控制机构的实验室为主体，由疾病预防控制机构、高等院校、医院等组成的网络，建立横向与纵向实验室信息的沟通平台，形成自上而下的联动机制。各级政府应根据《省、地、县级疾病预防控制中心实验室建设指导意见》的通知（卫办疾控发〔2004〕108号），加强疾病预防控制中心实验室建设，应结合本地特色制定实验室配置标准。同时，为合理地利用实验室设备资源，解决好仪器设备短缺与浪费并存的状态，可以对各地基层突发公共卫生事件检验资源的存量和功能进行重新配置，把闲置和使用率较低的检验仪器集中起来利用[①]。

2. 强化实验室质量控制管理

疾病预防控制机构应建立实验室质量控制体系，成立质量管理委员会，其中机构法人是最高的管理者，技术负责人和质量负责人由实验室任命。同时，应制定可操作的质量管理体系文件，包括质量控制手册、程序操作文件、作业指导书以及实验记录等。定期对质量控制体系进行评估，衡量目前实验室质量控制是否符合相关规定，是否达到突发公共卫生事件实验室检测的要求。

六、针对问题14“法律法规体系尚不健全”的对策建议

问题14是“现有针对突发公共卫生事件的法律法规体系尚不健全”。我们认为，针对此问题的对策是：完善突发公共卫生事件应急法制体系，加强相关法律法规的建设。

目前我国关于突发事件的综合性法律仅一部《突发事件应对法》，与具体实施细则等相关的法规和规章没有完全建立。需尽快制定《突发事件应对法》的配套规章，出台专门针对突发公共卫生事件应急处置的法律。同时，我国缺乏整体性和专业性的突发公共卫生事件应急法律（简称突发应急法律）保障体系，建议在国家有关法律法规的基础上，建立包括应急计划、应

① 陈人强：《浅谈海南省市县级疾控机构实验室在处置突发公共卫生事件中存在问题及对策》，《中国卫生事业管理》2011年第S1期，第190—191页。

急处置预案、应急机制、操作规程等技术性法规在内的系统性、规范性的突发应急法律法规和规范性文件体系。

另外，突发公共卫生事件往往会给社会、政治、经济和生活带来不可预料的损失，容易产生一些法律纠纷。如在经济法律方面，SARS危机导致运输行业和各种餐饮业遭受沉重的打击，且使得部分医疗用品和生活必需品价格大幅波动，如何在此特殊时期稳定物价，减少部分行业的经济损失，也是法律需要调整的内容。在刑事法律方面，如何打击利用网络发布虚假信息、造谣惑众等犯罪活动，都需要法律准确地定罪量刑。因此，必须完善其他法律法规，以便在发生突发公共卫生事件的特殊时期，保持社会的正常秩序。

七、针对问题16“应急管理体系部门间协作不畅”的对策建议

问题16是“应急管理体系部门间协作不畅，条块分割，权责不清，政出多门”。我们认为，针对此问题的对策是：健全突发公共卫生事件应急处置的常设机构，同时开创多部门联动的工作新格局。

1. 健全突发公共卫生事件应急处置的常设机构

我国于2004年成立卫生部应急办公室，并于2008年成立国务院应急办公室。完整的应急管理机构应涵盖国家到地方的各个层面，包括中央、省、市、县、乡村（街道）五级。但目前，市级以下卫生行政部门多无独立的卫生应急管理机构，这样势必造成卫生应急部门职能模糊的局面。因此，要进一步加强市级以下卫生应急管理机构建设。

2. 形成多部门联动的工作格局

当突发公共卫生事件发生时，需要多部门的合作才能有效应对，此时的突发公共卫生应急处置常设机构发挥的往往是组织协调的功能。建议建立卫生部门、农业部、工商局、军队等有关单位的合作机制，协调突发公共卫生事件的应对，以迅速整合各种卫生应急资源，提高卫生应急反应的速度[①]。

① 王宏伟：《我国卫生应急管理的问题与对策》，《中国减灾》2007年第4期，第30—31页。

同时，建立一个中枢卫生应急信息平台或信息中心，为卫生应急决策与指挥提供权威的信息支撑与保障。加强与媒体、非政府组织的合作，最终形成多部门联动应对突发公共卫生事件的格局。

八、针对问题22“相关部门重视不够”的对策建议

问题22是“相关部门未给予突发公共卫生事件足够重视，预防意识不足”。我们认为，针对此问题的对策是：强化政府危机管理意识，全面构建监测预警体系，形成预防为主、防治结合的应对理念。

1. 强化政府危机管理意识，提高应急人员防控意识

“居安思危，有备无患。”我国政府必须树立正确的危机管理意识，这是目前社会发展的必然要求。没有危机意识就没有危机管理，更别提应对危机的从容举措。强化危机管理意识，首先要从思想上重视危机管理。其次，要创造一种危机管理的文化和环境，例如，应对突发公共卫生事件，可以定期做专题汇报，聘请国内外专家对我国潜在的危机形势、发生的知名案例进行讨论，提高政府工作人员的危机意识。专业的卫生应急人员也应该具备敏锐的突发事件防控意识。

2. 全面构建监测预警体系，形成预防为主、防治结合的应对理念

目前，疾病预防控制机构监测项目主要有网络监测、哨点监测、专项监测等。为更好地对突发公共卫生事件进行监测，应该整合现有资源，全面构筑突发公共卫生事件预警体系。以传染病为例，应建设好疾病监测信息系统、传染病自动预警信息系统和学校因病缺课监测信息系统等网络信息系统，把握传染病防控的三大环节——“早发现、早诊断、早治疗”，为传染病疫情防控提供全天候的信息。同时，可以借助相关学科知识以及现代研究方法，对突发公共卫生事件进行预测，及早预警。

第八章

部分国家突发公共卫生事件应急处置体系介绍

第一节　美国突发公共卫生事件应急处置体系
第二节　日本突发公共卫生事件应急处置体系
第三节　印度灾害危机应急处置体系
第四节　其他发达国家公共卫生应急处置简介

危机管理起源于20世纪60—70年代以美国为代表的西方发达国家，它们在公共危机管理体制、机制及其在各领域的应用，包括公共卫生领域的应用方面积累了比较成熟的经验，形成了较为完善的公共危机事件应急处置体系。另外，包括日本、印度在内的亚洲国家，频繁的自然灾害也使其建立起一套成熟的从中央到地方的危机管理体系，鉴于地缘或发展进程的相似性，其危机管理体制也值得借鉴。

第一节　美国突发公共卫生事件应急处置体系

美国政府于1979年成立了联邦应急管理局（Federal Emergency Management Agency，简称FEMA），标志着部门的单一管理模式转变为政府管理体系。从联邦应急管理局的成立、联邦反应计划的制定到国土安全部（Department of Homeland Security，简称DHS）的成立，美国突发事件管理逐步走向成熟[①]，到20世纪90年代初逐渐形成了以联邦反应计划为主体的突发事件反应机制[②]。

得益于这一政府管理体系，美国的突发公共卫生事件预警与应急管理

① 黄建始：《从美国没有SARS大流行看美国的突发公共卫生事件应对体系》，《中华医学杂志》2003年第83卷第19期，第1641—1643页。

② William L. Waugh, *Living with Hazards, Dealing With Disasters: An Introduction to Emergency Management* (NewYork: M. E. Sharpe, Inc., 2000).

能力在全球首屈一指[①]。美国的卫生行政实行三级管理制度，即联邦、州、县(市)三级[②]。同时，将公共卫生系统与其他系统(如能源、环境等系统)相互串联，形成了以三级政府管理为主导的突发公共卫生事件应急处置体系[③]。

一、公共卫生应急处置体系

美国传统的突发公共卫生事件危机管理体制以“联邦—州—县(市)”三级公共卫生部门为基本架构，三级部门不是严格意义上的领导与被领导关系，而是一种协同协作机制，这种机制在全国性危机应对上无法做到全方位地高效运作。在“9·11”事件和炭疽威胁后，为革除行政管理体制的弊端，建立一个高效运作的全方位、立体化的综合性公共卫生应急管理体系，美国建立了新的突发公共卫生危机事件三级应对体系[④]：(联邦)疾病控制与预防系统；(州)医院应急准备系统；(地方)城市医疗应对系统。

1. 疾病控制与预防系统

疾病控制与预防系统以联邦的疾病控制与预防机构为主体，美国疾病预防控制中心(Center for Disease Control and Prevention，简称 CDC)是突发公共卫生事件危机管理的核心机构和协调中心，也是具体决策和执行机构，隶属于国家卫生部(Department of Health and Human Service，简称 DHHS)。

CDC 及其下属的国家传染病中心的主要职能包括制定全国性的疾病控制和预防战略、突发公共卫生事件应对、公共卫生监测以及卫生资源整合调配等[⑤]。在传染病预防控制方面的职能有：提供预防和控制传染病的具体管理与技术措施的信息，为决策者提供可靠的依据，并通过公私伙伴关系以及各类中心和计划，在美国国内及境外促进公众健康安全管理，关注传染病

---

① 温靖：《中美突发公共卫生事件应急系统的比较研究》(学位论文)，南京师范大学，2007 年。

② 赵霖、冯振翼、安建民：《美国突发公共卫生事件应急管理体系一瞥》，《华北煤炭医学院学报》2006 年第 8 卷第 2 期，第 253—255 页。

③ 白玫：《突发公共卫生事件的应急机制研究》(学位论文)，华东师范大学，2008 年。

④ 丁文喜：《突发事件应对与公共危机管理》，北京：光明日报出版社，2009 年。

⑤ 同上。

预防控制技术的开发与应用，以及向公众提供信息和教育等[①]。在处理与暴发性传染病等相关的突发公共卫生事件方面的职能是：利用紧急行动中心机制，展开对传染病的起因、传播方式和控制措施的调查；利用紧急应对计划，在保证及时得到国内外信息的基础上，制定和更新有关传染病的处理和防范指南，包括传染病认定准则、隔离与检疫防范手段的建议标准、公众防范指南等；利用部门间紧急协调计划，加强传染病信息交流[②]。

下面以暴发性传染病的公共卫生危机处理为例，简述 CDC 在应对公共卫生危机中的主要功能。

危机准备阶段。(1)监测预防。CDC 拥有完善的疾病预防监控体系：国家层面的“国家重点疾病监控体系”、“国家卫生保健工作者监控体系”、“危机 ID 网”和“全球新发传染病预警网络”；另外，国家、各州及当地政府共有上百个用于卫生监督的信息系统，其中“国家电子网络疾病监测报告预警系统”是最重要的信息系统，它在国家、州和当地政府三个层面上收集和监视全国范围的疾病发病趋势和暴发的数据[③]。(2)早期发现与预警。依据监测的信号，CDC 网络通过“地方→州→联邦卫生当局”的信息传递链条在疾病暴发早期对之及时发现并予以警报。

危机暴发阶段。当预防手段仍难以控制传染病的大规模暴发时，便可能造成重大的公共卫生危机，此时，总统需根据危机严重性宣布是否进入“紧急状态”，并启动“联邦应急计划”。而总统这一决策的主要依据之一便是 CDC 对传染病的前期预警信息。但是，无论是否进入危机状态，美国都有一整套能使各州在面临危机时及时得到联邦援助的应急系统，从而避免各州的危机影响到全国疾病的监控工作[④]。

危机应对阶段。当传染病公共危机暴发后，在联邦应急计划运作的同时，CDC 也将采取多种措施以应对危机。(1)紧急应对计划。在即时的国

---

① 殷晓梅：《美国突发公共卫生事件应急体系的启示》，《中国公共卫生管理》2006 年第 22 卷第 3 期，第 268—269 页。

② 薛澜、朱琴：《危机管理的国际借鉴：以美国突发公共卫生事件应对体系为例》，《中国行政管理》2003 年第 8 期，第 51—56 页。

③ 赵霖、冯振翼、安建民：《美国突发公共卫生事件应急管理体系一瞥》，《华北煤炭医学院学报》2006 年第 8 卷第 2 期，第 253—255 页。

④ 郑力：《SARS 与突发公共卫生事件应对策略》，北京：科学出版社，2003 年，第 56—58 页。

内外相关信息的基础上，制定或更新传染病处理和防范指南，主要包括传染病确认标准、隔离检测手段建议、公众防范须知等。(2)紧急行动中心。立即展开对传染病的病因、传播方式、防控措施的调查研究工作。(3)启动部门间紧急协调机制。主要是协调各部门来堵截传染病的任何可能的传播途径，并加强部门间的信息交流和对策整合。(4)启动信息沟通发布机制。利用“卫生信息通知机制”向公众发布官方的传染病防范指南，并通知各级政府及相关卫生部门加强防范并及时反馈。(5)成立特别调查组。及时搜寻指标策略，针对可能的传播途径和主要易发传染场所进行调查，及时制定具有针对性的防范措施。(6)启动实验室网络。研究治本手段，动员一切可以动员的力量进行病因学研究。

危机终止阶段。(1)制定和更新应急指南。通过专题调查、实验室科研等工作完成包括传染病诊断和防范各环节的一整套工作指南。一方面使医务工作者、调研人员以及科研人员有章可循；另一方面可以控制传染病的二次暴发。(2)连续跟踪与及时调整应对策略。连续追踪新发病例，保证民众及时知晓传播态势。(3)经验、信息共享。来自其他组织或机构的对抗疾病的研究信息将通过 CDC 整合共享。

2. 医院应急准备系统

卫生资源和服务部(Health Resources and Services Administration，简称 HRSA)的医院应急准备系统在联邦实行分区管理，主要通过提高医院等卫生服务机构的应急能力来提高区域应对突发公共卫生事件的高效协作机制。该系统在全国设置 10 个区，区域内以州为单位进行联动[①]。

3. 城市医疗应对系统

城市医疗应对系统(Metropolitan Medical Response System，简称 MMRS)隶属于联邦应急管理局(FEMA)，是地方层面应对突发公共卫生事件的运作系统，该系统通过协同当地卫生机构和医院等其他机构与“第一现场应对人员”进行有效的沟通协调，使得城市能够在启动全国“联邦反应计

① 丁文喜：《突发事件应对与公共危机管理》，北京：光明日报出版社，2009 年。

划”之前凭借自己的力量控制危机事态[①]。

二、公共卫生应急处置相关机构

1. 国家安全委员会与白宫办公室

国家安全委员会隶属于白宫办公室，直接服务于总统，是美国总统的私人国家安全智囊，为总统进行攸关国家安全的决策提供信息和情报。委员会讨论问题并提出建议供总统裁决。当危机发生时，委员会可以派人进驻白宫办公室以缩短情报传递时间，同时，白宫办公室负责紧急状态下总统与外国元首的热线联系，以保证危机信息的及时共享和国际援助的获得。

2. 联邦应急管理局

联邦应急管理局于1979年由卡特总统签署命令成立，2003年3月正式并入国土安全部，直接向总统负责。包括总局(1个办公室、6个分局)和地方局(10个)及训练中心[②]。主要应对各种类型和规模的天灾人祸，其主要职能包括以下几个方面[③]：(1)提高州、县等地方政府的突发事件应急能力；(2)协调提供危机应对所需各种资金、资源；(3)直接援助受损居民；(4)直接紧急授权部分机构某些应急权利。

3. 国土安全部

国土安全部于2003年正式成立并运行，包括联邦应急管理局等共22个既独立分工又协同合作的机构[④]。它直接领导“联邦反应计划”的执行，是重要的应急决策执行机构，在总统宣布进入“紧急状态”后，国土安全部部长将从总统那里获得授权以代表总统管理突发事件，具有协调各级机构、任免官员以及调用各种应急资源的权利[⑤]。

---

① 丁文喜：《突发事件应对与公共危机管理》，北京：光明日报出版社，2009年。

② 同上。

③ 杨开忠：《国外公共卫生突发事件管理要览》，北京：中国城市出版社，2003年。

④ 丁文喜：《突发事件应对与公共危机管理》，北京：光明日报出版社，2009年。

⑤ 杨开忠：《国外公共卫生突发事件管理要览》，北京：中国城市出版社，2003年。

4. 卫生和公共服务部

美国卫生和公共服务部为国家最高的卫生行政机构，其管理协调范围较广，是应对公共卫生危机的主要决策、协调和执行机构之一[①]。美国卫生和公共服务部负责防范传染病条例的具体执行，并牵头形成多部门分工协作的机制，目的在于加强传染病信息交流，并切断传染病的各种可能的传播途径。

三、公共卫生危机管理运作机制

1. 联邦反应计划

联邦反应计划（The Federal Response Plan，简称 FRP）是美国联邦政府于 1992 年依据《灾难救济和紧急援助法案》（即《斯坦福法》）颁布的。该计划将危机反应分为“交通”、“通讯”、“卫生和医疗服务”等 12 个领域，计划通过联邦政府调动资源和危机应对积极性，以提高州和地方政府的危机应对能力[②]。

突发公共卫生事件的应对通过“卫生和医疗服务”体现在联邦反应计划内。当然，“卫生和医疗服务”领域不仅包括各种纯粹的突发公共卫生事件的应对，也包含所有其他突发事件引起的医疗卫生服务需求[③]。

2. 决策执行机制

根据“联邦反应计划”，州和地方政府负有处理危机的主要责任，当灾难后果超出州或地方政府处理能力范围时，联邦政府才会提供补充性帮助[④]。

对于一般突发事件，国土安全部具有主要的领导作用，负责协调联邦各机构应对突发公共事件；重大突发事件基于严重程度由总统直接宣布进入危机状态，并启动“联邦反应计划”，此时联邦应急管理局（FEMA）便成为一

---

① 杨开忠：《国外公共卫生突发事件管理要览》，北京：中国城市出版社，2003 年。

② 刘长敏：《危机应对的全球视角：各国危机应对机制与实践比较研究》，北京：中国政法大学出版社，2004 年。

③ 杨开忠：《国外公共卫生突发事件管理要览》，北京：中国城市出版社，2003 年。

④ 刘长敏：《危机应对的全球视角：各国危机应对机制与实践比较研究》，北京：中国政法大学出版社，2004 年。

切应急工作的协调机构，所有的信息来源都汇入这一机构[①]。无论在哪种决策模式下，以 CDC 为主的三级应对体系负责应急工作的具体执行。

3. 沟通协作机制

三级应对系统的协作。[②] 从三级系统功能协作角度讲，CDC 负责全国范围内的疾病监测并定期予以发布。医院应急准备系统的各家医院通过网络和 CDC 实时联系，医院将具体疾病信息传输给 CDC。“国家应急行动中心电子网络疾病监测报告预警系统”在国家、州和地方 3 个层面收集和监视疾病发病趋势以及暴发等方面的数据信息，既保证 CDC 和卫生管理部门获得全面、准确的疾病信息，同时医院也能获得必要的医疗救治信息指导。地方的城市医疗应对系统则主要与地方医院和卫生机构等协调互动。

各机构和系统间协作。突发公共卫生事件应急体系是一个多领域、多维度的立体综合的协作系统，它至少包含公共卫生、危机管理、医疗服务等领域。从三级政府管理体制角度讲，联邦政府层面，国防部、联邦卫生部、联邦调查局、联邦环境保护局、联邦应急管理局和联邦能源部均参与危机应对体系的建立，以保证该体系强有力的指挥功能；地方政府层面，根据卫生和公共服务部的要求，各州须成立突发事件应急委员会，建立战略管理、综合协调及系统评估机制以应对各类突发事件[③]。

危机应对的国际协作。公共卫生机构必须能够与国际快速交流信息，追踪事态发展。因此，CDC 在紧急事件运作中心成立了由医学专家、微生物学家、流行病学家和有处理国际事件和传染疾病经验的公共卫生官员等专业人员组成的国际联合小组，负责危机情态的国际交流。“该小组每天 24 小时、每周 7 天工作，与世界卫生组织（WHO）保持密切的信息交流与协作。”[④]同时，国际联合小组就重大疾病的控制、流行趋势、病原学检测等向各国提供不同程度的技术或信息支持[⑤]。

---

① 杨开忠：《国外公共卫生突发事件管理要览》，北京：中国城市出版社，2003 年。

② 温靖：《中美突发公共卫生事件应急系统的比较研究》（学位论文），南京师范大学，2007 年。

③ 杨开忠：《国外公共卫生突发事件管理要览》，北京：中国城市出版社，2003 年。

④ 杨小兵、卢祖询：《美国公共卫生突发事件应急体系的结构分析》，《医学与哲学》2004 年第 25 卷第 5 期，第 15 页。

⑤ 温靖：《中美突发公共卫生事件应急系统的比较研究》（学位论文），南京师范大学，2007 年。

四、突发公共卫生事件应急制度及组织保障

1. 突发公共卫生事件应急处置法规

从20世纪70年代开始，美国以《国家安全法》、《全国紧急状态法》以及《反恐怖主义法》等公共危机管理核心法律体系为依据，逐步建立并不断完善国家危机应对系统[①]。法律规范依托于组织机构予以实施，美国联邦层面有关突发事件处理的法律法规体系和依法成立的专门应急机构主要有[②]：(1)1976年通过《全国紧急状态法》，对“紧急状态”发布的程序、方式、终止、期限及紧急状态下的权责进行了规定。(2)1979年，成立联邦应急管理局，负责联邦的突发事件协调处理。(3)1987年5月，制定《公共卫生服务突发事件反应指南》，把公共卫生服务作为突发事件反应的一项主要辅助功能。(4)1989年9月，CDC颁布《突发事件后的公共卫生服务指南》。(5)1991年1月，《国家灾难医疗反应系统——运作纲领》规定了灾难发生后医疗机构的反应机制。(6)1991年4月制定的《国家灾难医疗反应系统——运作支持中心指南》规定了灾难发生后医疗支持中心的组建和运作机制。(7)1992年1月制定的《国家灾难医疗反应系统——联邦协调中心指南》规定了灾难发生后联邦医疗协调中心的组建和运作机制。(8)1992年4月，联邦应急管理局制定了《联邦反应计划》，把国家灾难医疗反应系统作为其中的一个支持计划。(9)1993年1月，国防部做出《军队支持国内政府》的指示，要求在紧急状态下，军队对政府提供包括医疗在内的各方面援助。(10)1996年，《城市医疗应对系统》颁发，相应系统开始运作。同年，通过《反恐怖主义法》。2000年，通过《公共卫生威胁和突发事件法案》。(11)2001年，通过《公共卫生安全和反生物恐怖主义法案》，把生物恐怖袭击的预防和救助作为公共卫生的重要任务。(12)2003年，国土安全部成立，全面负责国内包括突发公共卫生事件在内的各种类型和规模的突发事件的管理和协调。

除了专门的应急法律体系，公共卫生领域的基本法也在突发公共危机

---

① 刘长敏：《危机应对的全球视角：各国危机应对机制与实践比较研究》，北京：中国政法大学出版社，2004年。

② 杨开忠：《国外公共卫生突发事件管理要览》，北京：中国城市出版社，2003年。徐伟新：《家与政府的危机管理》，南昌：江西人民出版社，2003年。

出现时起着指导规范的作用。如1994年通过的《美国检疫法》是预防和治疗传染病的重要法律依据。在SARS暴发后，美国总统布什通过总统行政令，首次修改了法定传染病列表，将SARS列入严重传染病名单中。此外，在联邦法律的基础上，还有州、县等地方性法律、法规可用来应对突发公共卫生事件，它们互相补充完善，构成了系统的突发应急法律法规体系[①]。

2. 人、财、物资源的组织保障

美国有一整套应对突发公共卫生事件的资源保障系统，具体包括“全国医药器械应急物品救援快速反应系统”、“美国公共卫生系统实验室体系”、“流行病学调查小组”、“资金支持体系”、“城市医学应急网络系统”以及“全国健康教育系统”等，它集中了美国最好的资源，以应对形态各异的危机[②]。

全国医药器械应急物品救援快速反应系统。该系统在美国几个保密的战略地点以大集装箱的形式，储备包括疫苗、抗生素、解毒剂和输液设施等在内的应急医药和装备[③]。

资金支持系统。美国突发公共卫生事件应对的资金主要来源于医疗保险和国家拨款。完善的医疗保障体系和强大的国家经济实力保证了危机应对可靠的资金来源。

全国公共卫生系统实验室。美国公共卫生系统实验室按联邦、州、地方的三级体系运作，各级机构信息共享，互通有无，着力于现场调查。

现场流行病学调查控制机动队伍。CDC经过多年发展已经拥有了一支精良的流行病学现场机动队伍和全国网络体系。在“9·11”事件后又拨款建立地方的流行病学机动队伍。

城市医学应急网络系统。联邦政府通过签约的方式，出资建设或补贴各大城市的医院或医院的某些科室（如传染病科等），在需要卫生应急时，这些医院须在政府要求的时间内转换为应急医院。

全国健康教育网络。该网络通过一支训练有素的“国家—州—地方”系

---

① 徐伟新：《家与政府的危机管理》，南昌：江西人民出版社，2003年。

② 杨开忠：《国外公共卫生突发事件管理要览》，北京：中国城市出版社，2003年。

③ 温靖：《中美突发公共卫生事件应急系统的比较研究》（学位论文），南京师范大学，2007年。

统的健康教育队伍，负责专业技术人员培训，同时利用网络、卫星、电视、多媒体录像带和光盘等多种现代信息技术进行公众教育和培训，将危机应对意识和突发公共卫生事件应急知识普及到社区及个人。在危机应对时，随时更新修正信息，防止社会恐慌。

3. 信息网络系统的组织保障

全国公共卫生信息系统。该系统包括电子网络疾病监测报告系统、大都市症状监测系统以及临床—公共卫生沟通系统等，旨在早期发现疾病暴发的先兆，为危机应对争取时间[①]。

卫生警报网络。该网络隶属于CDC，与全国、州和地方层面的卫生机构协同运作，在全国范围内建立突发事件应对的远程信息网络系统，并通过卫星技术和互联网及时发布信息[②]。

国家公共卫生统计和信息系统联合会。联合会由各州的公共卫生统计办公室组成，以网络论坛的形式运作，主导制定公共卫生统计和信息系统的准则。

国家卫生统计中心。该中心是美国最主要的卫生信息统计机构，主要对数据资料进行加工整理，将之转化为政策引导信息等。

综上所述，美国不仅从“国家—州—地方”三级层面建立了突发公共卫生事件应对体系，形成了以完善的应急法律制度为保障，以国土安全部、联邦应急管理局和CDC等为核心机构的全方位、立体化的综合协调的危机管理体制机制。其完善的管理体制以及前瞻性的战略管理理念，也很强调危机应对的国际互动，有诸多值得借鉴之处，主要体现在以下几个方面：(1)完备的法律依托，权受于法，危机应对和管理可依法自行启动。(2)机构协同、权责分明。(3)全面系统的危机教育培训。(4)强大的应急物资储备体系和完备的医疗保障体系。(5)完善的科研系统和充足的科研经费。(6)危机处理的人本思想和国际视角。(7)完善的公共卫生防护网和信息监测系统。

---

① 黄建始：《从美国没有SARS大流行看美国的突发公共卫生事件应对体系》，《中华医学杂志》2003年第19期，第5—7页。

② 杨开忠：《国外公共卫生突发事件管理要览》，北京：中国城市出版社，2003年。

第二节　日本突发公共卫生事件应急处置体系

日本的突发应急管理体系是在国家危机管理体系的基础上建立的，由厚生劳动省、派驻地区分局、检疫所、国立大学医学院和附属医院、国立医院、国立疗养院、国立研究所等构成[①]。日本同时对传统卫生行政机构保健所进行了功能、结构等方面的改造，使其成为地方上突发应急管理的主体[②]。因此，要想了解日本突发公共卫生应急处置体系，就需要了解其国家危机管理体系。

一、国家危机管理组织体系简介

日本的国家危机管理体制以法律、制度、功能为依托，以内阁首相为最高指挥官，内阁官房负责整体协调和联络，通过内阁会议、中央防灾会议等决策机制制定危机应对策略，由警察厅、防卫厅、消防厅等部门配合实施[③]。**首相**在日本的危机管理体制中处于核心地位，享有最高的危机管理指挥权，可直接指挥参与管理的卫生行政机关，并可对警察厅长、防卫厅长等直接发布命令，同时，在危机达到一定程度和规模后具有直接发布紧急事态布告和暂时管制、指挥警察的权利。内阁官房是危机管理的中枢机构，通过各种途径及时获取情报并传达给相关部门，其职责是统一协调并负责国防事务以外的危机管理事务，下辖“内阁安全保障与危机管理室”。安全保障会议是主要审议“紧急状态”的机构，承担安全危机管理的职责。中央防灾会议是日本危机管理的最高决策机构，负责制定基本防灾计划以及审议防灾事项等工作。紧急对策小组与对策本部主要应对不同领域的危机，控制事态，推进政策或策略措施的顺利实施。

---

① 厚生科学審議会：《健康危機管理部会議事次第 3 回》(2009 年 3 月 9 日)，见 http://www.Wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/.../20090305_3shiryou_all.pdf.

② 淳于森泠、程永明、骆兰：《日本政府应对突发公共卫生事件的组织创新》，《现代预防医学》2007 年第 34 卷第 13 期，第 2405—2409 页。

③ 丁文喜：《突发事件应对与公共危机管理》，北京：光明日报出版社，2009 年。杨开忠：《国外公共卫生突发事件管理要览》，北京：中国城市出版社，2003 年。

二、突发应急管理体系

在日本，突发应急管理是指由于医药品、传染病、饮用水、食物中毒或其他原因，对国民的生命、健康和安全造成威胁，为预防或防止事态扩大，政府对危害健康的突发事件展开行政事务及采取应对措施①。它以应急法律体系为指导，依托相关的卫生应急组织机构，通过资源保障体系、信息管理体系以及健康教育体系共同协作，是多系统、多层次和多部门的协作机制。

1. 应急管理组织机构

日本的卫生体系为："国家（厚生省）——都道府县（卫生主管部局）——保健所——市镇村（卫生主管科股）。"部分政令市和东京的部分区设直辖的保健所，则其卫生体系结构为："国家（厚生省）——市或区（卫生主管部局）——保健所。"②

国家卫生行政机关为"厚生劳动省"，主管健康、福利以及劳动保障等，设厚生大臣办公厅和健康政策局、医疗保健局、生活卫生局等共10个厅局，直管检疫所、国立医院等共19个院所③。同时，大臣官房设立健康危机管理机构，厚生劳动省于1997年制定了《厚生省健康危机管理调整会议设置章程》，成立了"厚生省健康危机管理调整议会"，事务局设在大臣官房厚生科学科；1998年设"健康危机管理官"，并将事务局升级为"健康危机管理对策室"，以提升健康危机管理的地位并强化其功能④。

都道府县的卫生行政机关大多是独立的卫生局，下设保健预防科、医务科、药物科等机构。公共卫生危机的预防工作主要由分布于全国各地的保健所承担，《地域保健法》规定都道府县的各市、区必须设立保健所，承担地域保健、公共卫生预防和医疗、营养和食品卫生、住宅环境卫生、传染病预防控制等工作，并定期向居民发布通知⑤。

---

① 伍岳琦、林锦炎：《突发公共事件卫生应急管理》，广州：中山大学出版社，2008年，第17页。
② 杨开忠：《国外公共卫生突发事件管理要览》，北京：中国城市出版社，2003年。
③ 伍岳琦、林锦炎：《突发公共事件卫生应急管理》，广州：中山大学出版社，2008年，第17页。
④ 徐伟新：《家与政府的危机管理》，南昌：江西人民出版社，2003年。
⑤ 杨开忠：《国外公共卫生突发事件管理要览》，北京：中国城市出版社，2003年。

2. 法律保障体系

日本在应对突发公共卫生事件方面，坚持立法先行的理念，建立了完善的应急管理法律体系。最重要的是《灾害对策基本法》，它是日本防灾领域的根本大法，对防灾组织体系及其责任、防灾规划、灾害预防、灾害应急对策、灾后修复、财政金融处置措施等做了明确规定，有效地提高了日本整体应急管理的能力和水平[①]。此外，厚生劳动省还于1997年制定了《厚生劳动省健康危机管理基本方针》和《厚生劳动省健康危机管理调整会议设置章程》等，明确规定了健康危机管理的含义及运作机制[②]。

针对公共卫生领域的《传染病预防法》（后修改为《传染病控制法》）也不断被完善，如2001年后，炭疽传染病毒被列入管辖。除此之外，日本还制定了诸如《可能产生炭疽等污染时的应对》等一系列法规制度，为健康危机管理提供了行动指南[③]。

3. 应急管理运作机制

日本突发应急管理体系可简单地分为国家和地方两大系统[④]：国家突发应急管理系统包括由厚生劳动省、8个派驻地区分局、13家检疫所、47所国立大学医学系和附属医院、62家国立医院、125家国立疗养所、5家国立研究所；地方应急管理系统由都道府县卫生健康局、卫生试验所、保健所、县立医院、市村町及保健中心组成。国家和地方层面的应急系统通过纵向行业系统管理和分地区管理的衔接，形成全国的突发应急管理网络。

当突发公共卫生事件的危险来临时，日本政府会向国民及有关机构发出紧急通报，通告突发公共卫生事件的信息，同时召开各种类型的会议以研讨对策措施；中央主管机构收集信息并制定和实施应急对策，协调各级系统

---

① 内閣府：《平成17年版防災白書》（2010年4月27日），http://www.bousai.go.jp/index.html.

② 刘长敏：《危机应对的全球视角：各国危机应对机制与实践比较研究》，北京：中国政法大学出版社，2004年。

③ 刘长敏：《危机应对的全球视角：各国危机应对机制与实践比较研究》，北京：中国政法大学出版社，2004年。伍岳琦、林锦炎：《突发公共事件卫生应急管理》，广州：中山大学出版社，2008年，第17页。

④ 清华大学公共管理学院危机管理课题组：《国外公共卫生突发事件应对体系》，《医院管理论坛》2003年第8期，第59—60页。

应对危机[①]。除此之外，日本突发公共卫生应急处置系统也与消防急救、警察、医师会、医疗机构协会、通信、铁道、电力、煤气、供水等各个社会功能系统建立了预定的配合机制[②]。

4. 资源保障体系

公共卫生应急处置资源包括人员、资金和物资保障几个方面[③]。人员储备方面：主要是建立了专职和兼职相结合的应急队伍，兼职队伍由公民自愿参加，接受专业培训，持有专业机构发放的应急救援资质，是本地区防灾和互助的骨干力量。资金保障方面：一是通过立法明确规定了国民在应急救治中负担的比例，二是各都区市町村政府每年按照前 3 年地方普通税收额平均值的千分之五作为灾害救助基金进行累积。物资保障方面：建立了应急物资储备和定期轮换制度，并大力开发防震抗灾用品，日本家庭基本上都储备有防灾应急用品和自救用具。

5. 信息监测管理体系

日本的突发公共卫生应急信息监测管理体系，在完备基础设施建设和配备的基础上，充分应用各种先进的信息通信技术，构筑起了高效、严密、适合实际国情的应急信息化体系[④]。该体系主要由防灾通信网络和专用无线通信网构成，前者覆盖全国范围，纳入公共卫生领域应急监测，后者则主要是中央防灾无线网、消防防灾无线网以及防灾通信网所组成的卫生应急专用通信网络。此外，在处理危机时，移动通信技术、无线射频识别技术、临时无线基站、网络技术等现代通信技术以及救助机器人也得到广泛的应用[⑤]。

---

① 白玫：《突发公共卫生事件的应急机制研究》(学位论文)，华东师范大学，2008 年。

② 刘长敏：《危机应对的全球视角：各国危机应对机制与实践比较研究》，北京：中国政法大学出版社，2004 年。

③ 顾桂兰：《日本应急管理法律体系的六大特点》(2010 年 3 月 22 日)，见 http://www.anquan.com.cn/Wencui/jingyan/Class30/201003/144669.html.

④ 総務省：*Ministry of International Affairs and Communication*(2013 年 6 月 1 日)，见 http://www.soumu.go.jp/english/index.html，2013-6-1.

⑤ 淳于森泠、程永明、骆兰：《日本政府应对突发公共卫生事件的组织创新》，《现代预防医学》2007 年第 34 卷第 13 期，第 2405—2409 页。

6. 全民应急教育体系

日本拥有完善的全民应急教育体系，政府部门及社会团体通过各种形式的科普宣教工作，如防灾演练、多媒体宣传、卫星电视、模拟体验、免费发放应急宣传手册等，向公众宣传防灾避灾知识，增强公众的危机意识；全民应急教育的另一大特色便是，政府还将防灾教育列入国民中小学生教育课程，每学期进行防灾演习，使学生掌握基本的自救、互救技能。

综上所述，日本的公共卫生应急处置体系中，中央协调组织成立中枢指挥系统，地方保健所组成管理网络体系，同时配备各种战略性的互助、自助体系，如资源保障体系、情报监测体系等。频繁严重的自然灾害、各种环境和经济危机，都极大地促进了日本危机管理体系的完善。我国正处于一个经济高速发展、环境问题日益严重、潜在经济危机正在酝酿的阶段，同时我国也是一个自然灾害多发的国家。因此，日本的应急管理体系，尤其是涉及公共健康领域的公共卫生应急处置体系有诸多经验可供借鉴，主要体现在以下几个方面：(1)强权指挥中枢。日本拥有一个强有力的统一的危机指挥中枢系统，危机处理时中央集权和强权能够保证各部门的统一协调。(2)无死角的保健所网络。法律规定，全国都道府县的各市、区必须设立保健所。(3)完善的法律体系。(4)全民教育体制。将危机教育纳入全民教育课程，这对全民的危机知识和危机意识的提高无疑具有重要的作用。(5)层次分明的强大信息情报网络。

第三节　印度灾害危机应急处置体系

印度是世界上飓风、洪水、山体滑坡、地震等自然灾害最严重的国家之一。抗灾减灾知识的大量积累使得印度在灾害危机管理方面积累了丰富的经验，形成了行之有效的灾害应急管理体系，而巨大的自然灾害往往伴随着卫生防疫任务，突发公共卫生事件处置体系便依托于其抗灾应急管理体系。

一、印度灾害管理组织总体特点

印度的管理体制分为国家、邦、县和区，四级政府均设置统一的灾害管

理机构，以邦为核心，中央主要负责协调资源等支持工作[①]。在发生重大危机时，组织管理、营救、赈灾、防疫、安置措施等工作都以邦为管理核心；而财政资源支持、交通运输、物资跨境调运以及灾情警报等工作则由中央政府进行支援；县、区级的灾害管理机构是危机管理的具体实施者。

二、印度灾害管理组织体系

1. 中央组织机构

国家危机管理委员会。国家危机管理委员会是印度危机管理的最高决策机构，主要负责处理印度重大的或产生全国影响的危机[②]。不同领域的危机应对则由政府各主管部门负责，例如卫生部负责生物医学类突发事件，环境部负责生化突发事件等，每一个主管部门均设置灾害管理小组负责相关领域内的危机应对。

中央灾害管理小组。按照印度联邦体制规定，灾害应急管理主要由各级邦政府负责，中央一级设立由内阁秘书领衔的灾害管理小组，成员主要是国家的关键部委[③]。突发公共危机时，则由卫生部牵头，其他部门严密配合，当灾害危机并不涉及全联邦时，遭受危机的邦政府可邀请灾害管理小组进行现场评估并提供援助。

2. 邦级组织机构

邦级政府常设危机管理小组，小组由邦政府首席秘书担任，各部机构领导人参加小组；备灾减灾工作则由财政部或者赈灾和安置部负责。各种灾害危机来临时，邦级政府统筹协调。

3. 县级组织机构

县级机构则主要是协调考察委员会，委员会包括县级政府所有部门主要领导人，由财税局长主持。

---

① 王茂涛：《政府危机管理》，合肥：合肥工业大学出版社，2005年。

② 牟卫民：《印度危机管理机制与政策调整》(2013年5月18日)，见 http://www.china.com.cn/xxsb/txt/2006-10/10/content_7228142.htm。

③ 王茂涛：《政府危机管理》，合肥：合肥工业大学出版社，2005年。

三、印度灾害应急管理的运作

1. 共同的战略支撑

基于统一协调的管理原则，印度政府制定了《全国危机管理框架》作为有关单位和利益相关方采取行动的战略支撑，政府各部、各邦政府和中央直辖区政府均要按照这一框架制定各自的危机管理计划[①]。这一框架明确规定了预期投入、干预领域以及与危机管理有关的国家、邦和县级机构，其内容涉及危机管理的指导方针、基本制度、机制体制、预防战略、预警系统、灾难减除准备及反应和危机应对的人力资源开发等方面。

2. 全天候的危机应对中心

各级政府主管部门基本都设置指挥中心，指挥中心一旦得到危机报告即进入启动状态。中心由一名高级官员主持，危机期间，工作人员昼夜值班。指挥中心拥有充足的通信设备，确保与危机暴发地、相关的邦政府、各部、中央政府特别是内阁秘书处指挥中心之间的联系，必要时可铺设热线电话[②]。

3. 周期更新的应急计划

为确保救灾行动的及时启动，印度政府制定了《国家突发事件应急行动计划》，并周期性地更新[③]，该计划明确了自然灾难发生后中央各部局所需采取的具体行动计划，包括制定应急程序以及确定管理系统中的关键环节。中央政府危机管理的协调通过主管部和辅助部进行。主管部负责采取各种行动应对危机。当危机需要多个部门采取行动时，主管部的秘书协调所有辅助部的行动。每一个主管部都制定了详细的突发事件应急预案以应对其职责范围内的危机事件，并将预案发给危机管理小组和各个辅助部门。

---

① 牟卫民：《印度危机管理机制与政策调整》(2013 年 5 月 18 日)，见 http://www.china.com.cn/xxsb/txt/2006-10/10/content_7228142.htm。

② 同上。

③ 王茂涛：《政府危机管理》，合肥：合肥工业大学出版社，2005 年。

总体上讲，印度与我国具有很多的相似之处，同是人口超级大国，幅员辽阔，自然灾害种类繁多且频繁发生，各种自然灾害极易造成大规模的疫情暴发而导致公共卫生危机。同时，二者又同是新型崛起的发展中国家，因此印度的管理模式对我国具有极高的借鉴价值，它启发我们主要从以下两个方面完善我国的管理理念、管理机制等：(1)统一的专业化战略性管理纲要。(2)前瞻性的管理理念。

第四节 其他发达国家公共卫生应急处置简介

一、英国公共卫生应急处置组织结构体系简介

英国的公共卫生突发事件管理是一个以卫生部和国民医疗服务体系为主导的从中央到地方的垂直管理体系，与地方政府没有实质性的联系[①]。英国公共卫生突发事件战略性指导政策的制定主要集中在中央，地方医疗服务体系则为具体的执行者，决策者与执行者权责分明。卫生部是决策者，主要责任有：(1)制定具体的危机应对战略性指导纲要；(2)为地方公共卫生应急体系提供智力支持等；(3)对地方应急体系各部门进行绩效评估。地方国民医疗服务体系具有高度的自治权，仅接受卫生部的战略性指导，是危机应对主要的执行者[②]。国民医疗服务体系的两级垂直管理体系使得英国对突发性公共卫生危机的响应具有高度的敏捷性、快速性，其机构可以全面组织、协调、制定应对突发事件的计划，完成防疫行动的全部指挥任务。

英国的突发公共卫生事件应对的主要决策层机构由中央和区域两大部分构成，中央部分包括卫生部下辖“卫生保护局”、“突发事件规划协调小组”、“卫生和社会保障委员会”、“首席医疗官和执行主任”；区域层面主要是组织协调机构，是中央和地方的桥梁，主要机构有“卫生保护局”的 9 个区域办公室、“卫生战略局”、“区域传染病监测中心”和“首要初级保健联合体”[③]。

---

① 杨开忠：《国外公共卫生突发事件管理要览》，北京：中国城市出版社，2003 年。

② 高路：《中英公共卫生应急体系比较与经验借鉴》，《中外医学研究》2011 年第 12 期，第 93—96 页。

③ 杨开忠：《国外公共卫生突发事件管理要览》，北京：中国城市出版社，2003 年。

公共卫生突发事件的响应和执行机构则集中在地方，主要机构为“初级保健联合体”和“国民卫生服务联合体”，其危机响应是以初级保健联合体为核心，实际上是以社区为中心的快速响应体系[①]。地方国民医疗服务体系主要负责疫情的发现、报告、跟踪和诊断治疗。

卫生保护局与传染病检测中心。卫生保护局是2003年4月1日新成立的非部门公共实体，它是由卫生部大臣许可成立的独立的跨部门组织，卫生保护局在全国设有9个分支机构，分别管辖英格兰9个地区的事务[②]。卫生保护局主要通过减少传染病、化学品、毒物和放射性物质的危害，从而达到保障国民健康的目的；其具体任务主要有召集卫生专家，协作从事公共卫生、传染病、突发事件规划，传染病控制、试验，以及减少毒物、化学和射线危害方面的事务。

同时，卫生保护局还接管了原公共卫生实验室的国家传染病监测中心和国家公共卫生实验室，形成了完善的传染病监控系统。卫生保护局设有12个区域传染病监测中心，构筑了一个强大的传染病监控网络。传染病监测中心还设有国家和区域两个层次的公共卫生实验室，国家公共卫生实验室主要是为区域公共卫生实验室、英国国家医疗服务体系医院实验室、传染病控制顾问、社区和医院的医师、环境卫生官员等提供专家建议，卫生保护局是应对公共卫生突发事件的全国性专业疾病监测机构[③]。

卫生部的突发事件规划协调小组。这是整个突发应急管理的核心机构，该组织主要负责协调突发事件规划，使国民医疗服务体系在响应重大事件上始终处于一种准备就绪状态，具体职责包括：①发布、维护和更新国家指导战略；②开展并敦促地方开展重大突发事件准备训练；③总结从突发事件训练和实战应对中汲取的经验教训；④为必要的重大事件提供国家协调，实时确保卫生部和其他政府部门之间的互动联系。

卫生和社会保障委员会。2002年，布莱尔政府对国民公共卫生服务机构进行了重组，废除了原有的8个大区卫生办公室，设立了4个分区卫生和

---

① 张晓鹏：《公共危机管理系统的构建于能力评价研究》(学位论文)，大连理工大学，2011年，第63—64页。

② Health Protection Agency(2013年6月1日)，见 http://www.hpa.org.uk/.

③ 李延平：《德国、英国卫生监督管理考察与思考》，《中国卫生监督杂志》2005年第12卷第3期，第205—207页。

社会保障委员会，分别负责英格兰北部、南部、中东部、伦敦四个大区[①]。新设立的四个分区卫生和社会保障委员会负责在卫生部、国民医疗服务体系和从事社会保障的服务人员之间进行沟通和联系，对新设立的战略卫生局执行管理。委员会有自己的工作队伍，成员包括一些中央政府地区办公室的工作人员，主要任务是监督国民医疗服务体系和社会保障的发展，评估卫生和社会保障的绩效，为国民医疗服务体系的高级职员提供指导，并为卫生部大臣提供支持。卫生和社会保障委员会在区域和国家之间起协调作用。

执行主任和首席医疗官。执行主任的主要任务有以下几个方面：(1)向内阁提交有关突发事件的报告、跨部门简报和陈述，为内阁提供国家建议和信息；(2)负责与委托行政机构、其他国家或相关的国际组织保持联络；(3)为国民医疗服务体系的首席执行官提供支持，并和首席医疗官员合作。首席医疗官与卫生部执行主管协作，负责与地区公共卫生主任和卫生部内部联系，领导国家公共卫生对突发事件的响应，包括下达预警指令、协调必要的跨部门或国际行动等。

卫生战略局。2002 年，布莱尔政府在全国范围内实施“权力平衡转移”战略，废除原地区卫生局，设立管辖范围更大的战略卫生局，战略卫生局主要承担地方卫生战略发展的指导工作，并继承了原来大区办公室的部分职责，它是卫生部和国民医疗服务体系之间的重要桥梁[②]。新成立的战略卫生局管辖的空间范围在地区卫生局管辖范围的基础上进一步扩大，权力也有所增加，接管了原大区办公室的部分职责。主要职能是负责本地区的卫生战略的发展，并对地方国民医疗服务联合体和初级保健联合体的工作实施质量管理。

其他应急相关机构。(1)卫生部地方办公室，主要是进行各地区协作的统筹规划；(2)流动医疗救护局，负责突发事件现场的发病评估、预警、鉴定、管理和协调等各项活动；(3)紧急事件局，负责向事发地派遣卫生专家和流动医疗组。

---

① Health and Social Care Act 2012—NHS Reforms: NHS London—Strategic Health Authority Cluster(2013 年 6 月 1 日)，见 http://www.london.nhs.uk.

② 李世绰：《国外卫生考察报告专集(第一卷)》，北京：人民卫生出版社，1997 年，第 28 页。

二、加拿大公共卫生应急处置组织结构体系简介

加拿大的公共卫生管理体系是一个相对完整的垂直管理体系，表现出较强的中央集权性质，在这种管理体制下，也形成了一种相对集中的公共卫生突发事件管理体制，公共卫生管理分为“联邦卫生部—各省卫生署—卫生区”三级垂直管理机构[①]。

联邦卫生部。卫生部是联邦公共卫生突发事件管理的部门领导，也是下级政府部门在突发公共卫生事件时的援助诉求机构。卫生部集中管理国际应急储备系统、联邦紧急社会服务、联邦核事故应急计划等，同时还负责与同级权力部门进行协调。

应急准备和反应中心。同其政府行政管理机制类似，公共卫生应急管理的核心是“协调”机制，在卫生部设有专门的应急准备和反应中心，该中心是突发公共卫生事件应急的协调中心，中心设立“应急准备、计划和培训办公室”、“应急服务办公室”、“实验室安全办公室”和“公共卫生安全办公室”[②]。它的主要职责有：(1)发展和修订国家反应计划；(2)制定与应急相关的联邦法令，对公共卫生应急相关机构和事务进行管理，如检验检疫、实验室安全等；(3)公共卫生领域内突发事件的监控监测；(3)突发公共卫生事件的危机评估。

应急运营中心和区域协调中心。处理突发事件主要是地方政府的职责，地方政府的卫生区是突发事件的直接参与者，应急运营中心和区域紧急协调中心是地方政府和区域突发事件应对的主要管理机构[③]。应急运营中心主要由危机应对期间具有资源使用权和调度权的管理者组成，它是紧急时期的权威场所。区域协调中心主要在危机应对期间进行各部门的协调工作。

三、俄罗斯的危机管理系统

俄罗斯联邦自苏联解体以后，其政治、经济、社会在不断摸索中前进，

---

① 杨开忠：《国外公共卫生突发事件管理要览》，北京：中国城市出版社，2003年。

② 同上。

③ 同上。

不断发生的各类突发事件使俄罗斯积累了大量应对突发事件和管理突发事件的经验，逐步形成了以总统为核心、以联邦安全会议为决策中枢，政府和社会公共部门分工合作、相互协调的综合突发事件管理系统[①]。俄罗斯突发事件管理的支援和保障体系是应对突发公共卫生事件的直接机构，是一个包含国家安全、医疗、卫生、消防、交通、社会保障等部门的体系[②]。

俄罗斯联邦国家层面的危机管理以总统为核心，以联邦安全会议为决策中枢，政府各部门分工合作、相互协调。而卫生领域的危机应对则由联邦卫生部主导，管理系统分为联邦、区域、州、地方和定点五个层次，每个层次的突发事件管理系统均设有特有的协调管理单位[③]。

联邦卫生部。联邦卫生部是全国卫生系统最高的行政管理机构，是中央卫生政策制定的主体[④]。联邦卫生部的主要职责为：(1)制定联邦卫生计划，包括突发公共卫生危机事件应对计划，并保证计划的执行；(2)分析并预测联邦公共卫生状况和发展趋势；(3)统一领导各卫生机构，并监督其运行；(4)负责突发公共卫生事件的应对支持，主要包括提供药品、医疗设备等；(5)建立联邦卫生信息系统等。

卫生系统相关部委。主要是财政部和社会保障部。财政部是危机应对的主要资金支持部门，是俄罗斯危机应对支援保障系统的重要组成部门。社会保障部隶属于劳工部，主要保障弱势群体的利益。

区域、州、边疆区和加盟共和国卫生部门。这些地区的卫生行政部门主要负责区域卫生事务，在突发卫生事件应对中，须服从于联邦计划，但是在传染病控制等重大公共卫生危机中具有高度的社会优先权，具有较强的区域自主权。

地区卫生部门。主要负责执行地区层面的卫生政策，是计划的执行机构。

区域医疗卫生机构。提供医疗救助服务，执行区域卫生计划，采取各种措施确保药品需求及医疗设备供给等。

---

① 张晓鹏：《公共危机管理系统的构建与能力评价研究》(学位论文)，大连理工大学，2011年。

② 吴昊：《昆明市卫生监督机构突发公共卫生事件应急管理研究》(学位论文)，云南大学，2011年。

③ 杨开忠：《国外公共卫生突发事件管理要览》，北京：中国城市出版社，2003年。

④ 同上。

四、法国、澳大利亚以及韩国等国家的卫生应急管理

法国的突发卫生事件应急体系是通过一百多年的摸索建立起来的，通过“强制申报”、“死亡统计”、“国家传染病防治中心”和“监测网络”等措施，实施对传染病的预防[①]。卫生领域突发事件应急制度服从宪法中规定的紧急状态制度。该制度给政府的行政紧急权力划定了明确的界限。同时，法国国家决策机构和具体负责部门还拟定了详细的应急计划，用于指导危机事件中的具体行动。

澳大利亚的应急管理采用的是全联邦责任明确的“民防”体系。“民防”的具体任务划分为[②]：(1)联邦政府负责维护国家安全；(2)各州政府保护生命和财产安全。“民防”组织机构主要由联邦抗灾工作组、国家应急管理委员会和国家民防管理顾问团组成。联邦工作组是联邦应急管理的最高机构，负有政策指导和协调等责任；应急管理委员会则主要是协调和促进联邦和州一级政府完善应急管理制度和应急机制、程序等；顾问团负责民防发展的建议工作，是应急管理委员会的智囊机构。

韩国的国家危机管理机制采取国家安全保障会议、国家情报院、中央灾害对策本部等部门统一组织、统一协调、分级负责的组织结构[③]。安全保障会议主要由总统、总理以及各部部长组成，主要是研制国家层面的预防政策；国家情报院主要是搜集、评价各类危机情报并向安全保障会议报告；中央灾害对策本部是政府为应对大规模突发事件而特别设立的，主要职责是推动各地的各种防灾建设、审议国家防灾基本计划等。

在此基础上，韩国为应对公共卫生危机专门设立了保健福祉部，主要统筹负责全国流行性传染病的管理和公共卫生管理系统，主要采用中央、市级和县级的三级管理体制。中央设国立保健院，地方的职能机构主要是地方保健所，保健院和地方保健所分别下设研究院和环境研究所等科研机构，为传染病管理和公共卫生管理提供技术支持。

---

① 张晓鹏：《公共危机管理系统的构建与能力评价研究》(学位论文)，大连理工大学，2011年。

② 刘长敏：《危机应对的全球视角：各国危机应对机制与实践比较研究》，北京：中国政法大学出版社，2004年。

③ 同上。

附录一

《中华人民共和国突发事件应对法》

第一章 总 则

第一条 为了预防和减少突发事件的发生，控制、减轻和消除突发事件引起的严重社会危害，规范突发事件应对活动，保护人民生命财产安全，维护国家安全、公共安全、环境安全和社会秩序，制定本法。

第二条 突发事件的预防与应急准备、监测与预警、应急处置与救援、事后恢复与重建等应对活动，适用本法。

第三条 本法所称突发事件，是指突然发生，造成或者可能造成严重社会危害，需要采取应急处置措施予以应对的自然灾害、事故灾难、公共卫生事件和社会安全事件。

按照社会危害程度、影响范围等因素，自然灾害、事故灾难、公共卫生事件分为特别重大、重大、较大和一般四级。法律、行政法规或者国务院另有规定的，从其规定。

突发事件的分级标准由国务院或者国务院确定的部门制定。

第四条 国家建立统一领导、综合协调、分类管理、分级负责、属地管理为主的应急管理体制。

第五条 突发事件应对工作实行预防为主、预防与应急相结合的原则。国家建立重大突发事件风险评估体系，对可能发生的突发事件进行综合性评估，减少重大突发事件的发生，最大限度地减轻重大突发事件的影响。

第六条 国家建立有效的社会动员机制，增强全民的公共安全和防范风险的意识，提高全社会的避险救助能力。

第七条 县级人民政府对本行政区域内突发事件的应对工作负责；涉

及两个以上行政区域的，由有关行政区域共同的上一级人民政府负责，或者由各有关行政区域的上一级人民政府共同负责。

突发事件发生后，发生地县级人民政府应当立即采取措施控制事态发展，组织开展应急救援和处置工作，并立即向上一级人民政府报告，必要时可以越级上报。突发事件发生地县级人民政府不能消除或者不能有效控制突发事件引起的严重社会危害的，应当及时向上级人民政府报告。上级人民政府应当及时采取措施，统一领导应急处置工作。

法律、行政法规规定由国务院有关部门对突发事件的应对工作负责的，从其规定；地方人民政府应当积极配合并提供必要的支持。

第八条 国务院在总理领导下研究、决定和部署特别重大突发事件的应对工作；根据实际需要，设立国家突发事件应急指挥机构，负责突发事件应对工作；必要时，国务院可以派出工作组指导有关工作。

县级以上地方各级人民政府设立由本级人民政府主要负责人、相关部门负责人、驻当地中国人民解放军和中国人民武装警察部队有关负责人组成的突发事件应急指挥机构，统一领导、协调本级人民政府各有关部门和下级人民政府开展突发事件应对工作；根据实际需要，设立相关类别突发事件应急指挥机构，组织、协调、指挥突发事件应对工作。

上级人民政府主管部门应当在各自职责范围内，指导、协助下级人民政府及其相应部门做好有关突发事件的应对工作。

第九条 国务院和县级以上地方各级人民政府是突发事件应对工作的行政领导机关，其办事机构及具体职责由国务院规定。

第十条 有关人民政府及其部门作出的应对突发事件的决定、命令，应当及时公布。

第十一条 有关人民政府及其部门采取的应对突发事件的措施，应当与突发事件可能造成的社会危害的性质、程度和范围相适应；有多种措施可供选择的，应当选择有利于最大程度地保护公民、法人和其他组织权益的措施。

公民、法人和其他组织有义务参与突发事件应对工作。

第十二条 有关人民政府及其部门为应对突发事件，可以征用单位和个人的财产。被征用的财产在使用完毕或者突发事件应急处置工作结束后，应当及时返还。财产被征用或者征用后毁损、灭失的，应当给予补偿。

第十三条 因采取突发事件应对措施，诉讼、行政复议、仲裁活动不能正常进行的，适用有关时效中止和程序中止的规定，但法律另有规定的除外。

第十四条 中国人民解放军、中国人民武装警察部队和民兵组织依照本法和其他有关法律、行政法规、军事法规的规定以及国务院、中央军事委员会的命令，参加突发事件的应急救援和处置工作。

第十五条 中华人民共和国政府在突发事件的预防、监测与预警、应急处置与救援、事后恢复与重建等方面，同外国政府和有关国际组织开展合作与交流。

第十六条 县级以上人民政府作出应对突发事件的决定、命令，应当报本级人民代表大会常务委员会备案；突发事件应急处置工作结束后，应当向本级人民代表大会常务委员会作出专项工作报告。

第二章 预防与应急准备

第十七条 国家建立健全突发事件应急预案体系。

国务院制定国家突发事件总体应急预案，组织制定国家突发事件专项应急预案；国务院有关部门根据各自的职责和国务院相关应急预案，制定国家突发事件部门应急预案。

地方各级人民政府和县级以上地方各级人民政府有关部门根据有关法律、法规、规章、上级人民政府及其有关部门的应急预案以及本地区的实际情况，制定相应的突发事件应急预案。

应急预案制定机关应当根据实际需要和情势变化，适时修订应急预案。应急预案的制定、修订程序由国务院规定。

第十八条 应急预案应当根据本法和其他有关法律、法规的规定，针对突发事件的性质、特点和可能造成的社会危害，具体规定突发事件应急管理工作的组织指挥体系与职责和突发事件的预防与预警机制、处置程序、应急保障措施以及事后恢复与重建措施等内容。

第十九条 城乡规划应当符合预防、处置突发事件的需要，统筹安排应对突发事件所必需的设备和基础设施建设，合理确定应急避难场所。

第二十条 县级人民政府应当对本行政区域内容易引发自然灾害、事故灾难和公共卫生事件的危险源、危险区域进行调查、登记、风险评估，定期

进行检查、监控，并责令有关单位采取安全防范措施。

省级和设区的市级人民政府应当对本行政区域内容易引发特别重大、重大突发事件的危险源、危险区域进行调查、登记、风险评估，组织进行检查、监控，并责令有关单位采取安全防范措施。

县级以上地方各级人民政府按照本法规定登记的危险源、危险区域，应当按照国家规定及时向社会公布。

第二十一条 县级人民政府及其有关部门、乡级人民政府、街道办事处、居民委员会、村民委员会应当及时调解处理可能引发社会安全事件的矛盾纠纷。

第二十二条 所有单位应当建立健全安全管理制度，定期检查本单位各项安全防范措施的落实情况，及时消除事故隐患；掌握并及时处理本单位存在的可能引发社会安全事件的问题，防止矛盾激化和事态扩大；对本单位可能发生的突发事件和采取安全防范措施的情况，应当按照规定及时向所在地人民政府或者人民政府有关部门报告。

第二十三条 矿山、建筑施工单位和易燃易爆物品、危险化学品、放射性物品等危险物品的生产、经营、储运、使用单位，应当制定具体应急预案，并对生产经营场所、有危险物品的建筑物、构筑物及周边环境开展隐患排查，及时采取措施消除隐患，防止发生突发事件。

第二十四条 公共交通工具、公共场所和其他人员密集场所的经营单位或者管理单位应当制定具体应急预案，为交通工具和有关场所配备报警装置和必要的应急救援设备、设施，注明其使用方法，并显著标明安全撤离的通道、路线，保证安全通道、出口的畅通。

有关单位应当定期检测、维护其报警装置和应急救援设备、设施，使其处于良好状态，确保正常使用。

第二十五条 县级以上人民政府应当建立健全突发事件应急管理培训制度，对人民政府及其有关部门负有处置突发事件职责的工作人员定期进行培训。

第二十六条 县级以上人民政府应当整合应急资源，建立或者确定综合性应急救援队伍。人民政府有关部门可以根据实际需要设立专业应急救援队伍。

县级以上人民政府及其有关部门可以建立由成年志愿者组成的应急救

援队伍。单位应当建立由本单位职工组成的专职或者兼职应急救援队伍。

县级以上人民政府应当加强专业应急救援队伍与非专业应急救援队伍的合作，联合培训、联合演练，提高合成应急、协同应急的能力。

第二十七条 国务院有关部门、县级以上地方各级人民政府及其有关部门、有关单位应当为专业应急救援人员购买人身意外伤害保险，配备必要的防护装备和器材，减少应急救援人员的人身风险。

第二十八条 中国人民解放军、中国人民武装警察部队和民兵组织应当有计划地组织开展应急救援的专门训练。

第二十九条 县级人民政府及其有关部门、乡级人民政府、街道办事处应当组织开展应急知识的宣传普及活动和必要的应急演练。

居民委员会、村民委员会、企业事业单位应当根据所在地人民政府的要求，结合各自的实际情况，开展有关突发事件应急知识的宣传普及活动和必要的应急演练。

新闻媒体应当无偿开展突发事件预防与应急、自救与互救知识的公益宣传。

第三十条 各级各类学校应当把应急知识教育纳入教学内容，对学生进行应急知识教育，培养学生的安全意识和自救与互救能力。

教育主管部门应当对学校开展应急知识教育进行指导和监督。

第三十一条 国务院和县级以上地方各级人民政府应当采取财政措施，保障突发事件应对工作所需经费。

第三十二条 国家建立健全应急物资储备保障制度，完善重要应急物资的监管、生产、储备、调拨和紧急配送体系。

设区的市级以上人民政府和突发事件易发、多发地区的县级人民政府应当建立应急救援物资、生活必需品和应急处置装备的储备制度。

县级以上地方各级人民政府应当根据本地区的实际情况，与有关企业签订协议，保障应急救援物资、生活必需品和应急处置装备的生产、供给。

第三十三条 国家建立健全应急通信保障体系，完善公用通信网，建立有线与无线相结合、基础电信网络与机动通信系统相配套的应急通信系统，确保突发事件应对工作的通信畅通。

第三十四条 国家鼓励公民、法人和其他组织为人民政府应对突发事件工作提供物资、资金、技术支持和捐赠。

第三十五条 国家发展保险事业，建立国家财政支持的巨灾风险保险体系，并鼓励单位和公民参加保险。

第三十六条 国家鼓励、扶持具备相应条件的教学科研机构培养应急管理专门人才，鼓励、扶持教学科研机构和有关企业研究开发用于突发事件预防、监测、预警、应急处置与救援的新技术、新设备和新工具。

第三章 监测与预警

第三十七条 国务院建立全国统一的突发事件信息系统。

县级以上地方各级人民政府应当建立或者确定本地区统一的突发事件信息系统，汇集、储存、分析、传输有关突发事件的信息，并与上级人民政府及其有关部门、下级人民政府及其有关部门、专业机构和监测网点的突发事件信息系统实现互联互通，加强跨部门、跨地区的信息交流与情报合作。

第三十八条 县级以上人民政府及其有关部门、专业机构应当通过多种途径收集突发事件信息。

县级人民政府应当在居民委员会、村民委员会和有关单位建立专职或者兼职信息报告员制度。

获悉突发事件信息的公民、法人或者其他组织，应当立即向所在地人民政府、有关主管部门或者指定的专业机构报告。

第三十九条 地方各级人民政府应当按照国家有关规定向上级人民政府报送突发事件信息。县级以上人民政府有关主管部门应当向本级人民政府相关部门通报突发事件信息。专业机构、监测网点和信息报告员应当及时向所在地人民政府及其有关主管部门报告突发事件信息。

有关单位和人员报送、报告突发事件信息，应当做到及时、客观、真实，不得迟报、谎报、瞒报、漏报。

第四十条 县级以上地方各级人民政府应当及时汇总分析突发事件隐患和预警信息，必要时组织相关部门、专业技术人员、专家学者进行会商，对发生突发事件的可能性及其可能造成的影响进行评估；认为可能发生重大或者特别重大突发事件的，应当立即向上级人民政府报告，并向上级人民政府有关部门、当地驻军和可能受到危害的毗邻或者相关地区的人民政府通报。

第四十一条 国家建立健全突发事件监测制度。

县级以上人民政府及其有关部门应当根据自然灾害、事故灾难和公共卫生事件的种类和特点，建立健全基础信息数据库，完善监测网络，划分监测区域，确定监测点，明确监测项目，提供必要的设备、设施，配备专职或者兼职人员，对可能发生的突发事件进行监测。

第四十二条 国家建立健全突发事件预警制度。

可以预警的自然灾害、事故灾难和公共卫生事件的预警级别，按照突发事件发生的紧急程度、发展势态和可能造成的危害程度分为一级、二级、三级和四级，分别用红色、橙色、黄色和蓝色标示，一级为最高级别。

预警级别的划分标准由国务院或者国务院确定的部门制定。

第四十三条 可以预警的自然灾害、事故灾难或者公共卫生事件即将发生或者发生的可能性增大时，县级以上地方各级人民政府应当根据有关法律、行政法规和国务院规定的权限和程序，发布相应级别的警报，决定并宣布有关地区进入预警期，同时向上一级人民政府报告，必要时可以越级上报，并向当地驻军和可能受到危害的毗邻或者相关地区的人民政府通报。

第四十四条 发布三级、四级警报，宣布进入预警期后，县级以上地方各级人民政府应当根据即将发生的突发事件的特点和可能造成的危害，采取下列措施：

（一）启动应急预案；

（二）责令有关部门、专业机构、监测网点和负有特定职责的人员及时收集、报告有关信息，向社会公布反映突发事件信息的渠道，加强对突发事件发生、发展情况的监测、预报和预警工作；

（三）组织有关部门和机构、专业技术人员、有关专家学者，随时对突发事件信息进行分析评估，预测发生突发事件可能性的大小、影响范围和强度以及可能发生的突发事件的级别；

（四）定时向社会发布与公众有关的突发事件预测信息和分析评估结果，并对相关信息的报道工作进行管理；

（五）及时按照有关规定向社会发布可能受到突发事件危害的警告，宣传避免、减轻危害的常识，公布咨询电话。

第四十五条 发布一级、二级警报，宣布进入预警期后，县级以上地方各级人民政府除采取本法第四十四条规定的措施外，还应当针对即将发生的突发事件的特点和可能造成的危害，采取下列一项或者多项措施：

（一）责令应急救援队伍、负有特定职责的人员进入待命状态，并动员后备人员做好参加应急救援和处置工作的准备；

（二）调集应急救援所需物资、设备、工具，准备应急设施和避难场所，并确保其处于良好状态、随时可以投入正常使用；

（三）加强对重点单位、重要部位和重要基础设施的安全保卫，维护社会治安秩序；

（四）采取必要措施，确保交通、通信、供水、排水、供电、供气、供热等公共设施的安全和正常运行；

（五）及时向社会发布有关采取特定措施避免或者减轻危害的建议、劝告；

（六）转移、疏散或者撤离易受突发事件危害的人员并予以妥善安置，转移重要财产；

（七）关闭或者限制使用易受突发事件危害的场所，控制或者限制容易导致危害扩大的公共场所的活动；

（八）法律、法规、规章规定的其他必要的防范性、保护性措施。

第四十六条 对即将发生或者已经发生的社会安全事件，县级以上地方各级人民政府及其有关主管部门应当按照规定向上一级人民政府及其有关主管部门报告，必要时可以越级上报。

第四十七条 发布突发事件警报的人民政府应当根据事态的发展，按照有关规定适时调整预警级别并重新发布。

有事实证明不可能发生突发事件或者危险已经解除的，发布警报的人民政府应当立即宣布解除警报，终止预警期，并解除已经采取的有关措施。

第四章 应急处置与救援

第四十八条 突发事件发生后，履行统一领导职责或者组织处置突发事件的人民政府应当针对其性质、特点和危害程度，立即组织有关部门，调动应急救援队伍和社会力量，依照本章的规定和有关法律、法规、规章的规定采取应急处置措施。

第四十九条 自然灾害、事故灾难或者公共卫生事件发生后，履行统一领导职责的人民政府可以采取下列一项或者多项应急处置措施：

（一）组织营救和救治受害人员，疏散、撤离并妥善安置受到威胁的人

员以及采取其他救助措施；

（二）迅速控制危险源，标明危险区域，封锁危险场所，划定警戒区，实行交通管制以及其他控制措施；

（三）立即抢修被损坏的交通、通信、供水、排水、供电、供气、供热等公共设施，向受到危害的人员提供避难场所和生活必需品，实施医疗救护和卫生防疫以及其他保障措施；

（四）禁止或者限制使用有关设备、设施，关闭或者限制使用有关场所，中止人员密集的活动或者可能导致危害扩大的生产经营活动以及采取其他保护措施；

（五）启用本级人民政府设置的财政预备费和储备的应急救援物资，必要时调用其他急需物资、设备、设施、工具；

（六）组织公民参加应急救援和处置工作，要求具有特定专长的人员提供服务；

（七）保障食品、饮用水、燃料等基本生活必需品的供应；

（八）依法从严惩处囤积居奇、哄抬物价、制假售假等扰乱市场秩序的行为，稳定市场价格，维护市场秩序；

（九）依法从严惩处哄抢财物、干扰破坏应急处置工作等扰乱社会秩序的行为，维护社会治安；

（十）采取防止发生次生、衍生事件的必要措施。

第五十条 社会安全事件发生后，组织处置工作的人民政府应当立即组织有关部门并由公安机关针对事件的性质和特点，依照有关法律、行政法规和国家其他有关规定，采取下列一项或者多项应急处置措施：

（一）强制隔离使用器械相互对抗或者以暴力行为参与冲突的当事人，妥善解决现场纠纷和争端，控制事态发展；

（二）对特定区域内的建筑物、交通工具、设备、设施以及燃料、燃气、电力、水的供应进行控制；

（三）封锁有关场所、道路，查验现场人员的身份证件，限制有关公共场所内的活动；

（四）加强对易受冲击的核心机关和单位的警卫，在国家机关、军事机关、国家通讯社、广播电台、电视台、外国驻华使领馆等单位附近设置临时警戒线；

（五）法律、行政法规和国务院规定的其他必要措施。

严重危害社会治安秩序的事件发生时，公安机关应当立即依法出动警力，根据现场情况依法采取相应的强制性措施，尽快使社会秩序恢复正常。

第五十一条 发生突发事件，严重影响国民经济正常运行时，国务院或者国务院授权的有关主管部门可以采取保障、控制等必要的应急措施，保障人民群众的基本生活需要，最大限度地减轻突发事件的影响。

第五十二条 履行统一领导职责或者组织处置突发事件的人民政府，必要时可以向单位和个人征用应急救援所需设备、设施、场地、交通工具和其他物资，请求其他地方人民政府提供人力、物力、财力或者技术支援，要求生产、供应生活必需品和应急救援物资的企业组织生产、保证供给，要求提供医疗、交通等公共服务的组织提供相应的服务。

履行统一领导职责或者组织处置突发事件的人民政府，应当组织协调运输经营单位，优先运送处置突发事件所需物资、设备、工具、应急救援人员和受到突发事件危害的人员。

第五十三条 履行统一领导职责或者组织处置突发事件的人民政府，应当按照有关规定统一、准确、及时发布有关突发事件事态发展和应急处置工作的信息。

第五十四条 任何单位和个人不得编造、传播有关突发事件事态发展或者应急处置工作的虚假信息。

第五十五条 突发事件发生地的居民委员会、村民委员会和其他组织应当按照当地人民政府的决定、命令，进行宣传动员，组织群众开展自救和互救，协助维护社会秩序。

第五十六条 受到自然灾害危害或者发生事故灾难、公共卫生事件的单位，应当立即组织本单位应急救援队伍和工作人员营救受害人员，疏散、撤离、安置受到威胁的人员，控制危险源，标明危险区域，封锁危险场所，并采取其他防止危害扩大的必要措施，同时向所在地县级人民政府报告；对因本单位的问题引发的或者主体是本单位人员的社会安全事件，有关单位应当按照规定上报情况，并迅速派出负责人赶赴现场开展劝解、疏导工作。

突发事件发生地的其他单位应当服从人民政府发布的决定、命令，配合人民政府采取的应急处置措施，做好本单位的应急救援工作，并积极组织人员参加所在地的应急救援和处置工作。

第五十七条 突发事件发生地的公民应当服从人民政府、居民委员会、村民委员会或者所属单位的指挥和安排，配合人民政府采取的应急处置措施，积极参加应急救援工作，协助维护社会秩序。

第五章 事后恢复与重建

第五十八条 突发事件的威胁和危害得到控制或者消除后，履行统一领导职责或者组织处置突发事件的人民政府应当停止执行依照本法规定采取的应急处置措施，同时采取或者继续实施必要措施，防止发生自然灾害、事故灾难、公共卫生事件的次生、衍生事件或者重新引发社会安全事件。

第五十九条 突发事件应急处置工作结束后，履行统一领导职责的人民政府应当立即组织对突发事件造成的损失进行评估，组织受影响地区尽快恢复生产、生活、工作和社会秩序，制定恢复重建计划，并向上一级人民政府报告。

受突发事件影响地区的人民政府应当及时组织和协调公安、交通、铁路、民航、邮电、建设等有关部门恢复社会治安秩序，尽快修复被损坏的交通、通信、供水、排水、供电、供气、供热等公共设施。

第六十条 受突发事件影响地区的人民政府开展恢复重建工作需要上一级人民政府支持的，可以向上一级人民政府提出请求。上一级人民政府应当根据受影响地区遭受的损失和实际情况，提供资金、物资支持和技术指导，组织其他地区提供资金、物资和人力支援。

第六十一条 国务院根据受突发事件影响地区遭受损失的情况，制定扶持该地区有关行业发展的优惠政策。

受突发事件影响地区的人民政府应当根据本地区遭受损失的情况，制定救助、补偿、抚慰、抚恤、安置等善后工作计划并组织实施，妥善解决因处置突发事件引发的矛盾和纠纷。

公民参加应急救援工作或者协助维护社会秩序期间，其在本单位的工资待遇和福利不变；表现突出、成绩显著的，由县级以上人民政府给予表彰或者奖励。

县级以上人民政府对在应急救援工作中伤亡的人员依法给予抚恤。

第六十二条 履行统一领导职责的人民政府应当及时查明突发事件的发生经过和原因，总结突发事件应急处置工作的经验教训，制定改进措施，

并向上一级人民政府提出报告。

第六章　法律责任

第六十三条　地方各级人民政府和县级以上各级人民政府有关部门违反本法规定，不履行法定职责的，由其上级行政机关或者监察机关责令改正；有下列情形之一的，根据情节对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分：

（一）未按规定采取预防措施，导致发生突发事件，或者未采取必要的防范措施，导致发生次生、衍生事件的；

（二）迟报、谎报、瞒报、漏报有关突发事件的信息，或者通报、报送、公布虚假信息，造成后果的；

（三）未按规定及时发布突发事件警报、采取预警期的措施，导致损害发生的；

（四）未按规定及时采取措施处置突发事件或者处置不当，造成后果的；

（五）不服从上级人民政府对突发事件应急处置工作的统一领导、指挥和协调的；

（六）未及时组织开展生产自救、恢复重建等善后工作的；

（七）截留、挪用、私分或者变相私分应急救援资金、物资的；

（八）不及时归还征用的单位和个人的财产，或者对被征用财产的单位和个人不按规定给予补偿的。

第六十四条　有关单位有下列情形之一的，由所在地履行统一领导职责的人民政府责令停产停业，暂扣或者吊销许可证或者营业执照，并处五万元以上二十万元以下的罚款；构成违反治安管理行为的，由公安机关依法给予处罚：

（一）未按规定采取预防措施，导致发生严重突发事件的；

（二）未及时消除已发现的可能引发突发事件的隐患，导致发生严重突发事件的；

（三）未做好应急设备、设施日常维护、检测工作，导致发生严重突发事件或者突发事件危害扩大的；

（四）突发事件发生后，不及时组织开展应急救援工作，造成严重后

果的。

前款规定的行为，其他法律、行政法规规定由人民政府有关部门依法决定处罚的，从其规定。

第六十五条 违反本法规定，编造并传播有关突发事件事态发展或者应急处置工作的虚假信息，或者明知是有关突发事件事态发展或者应急处置工作的虚假信息而进行传播的，责令改正，给予警告；造成严重后果的，依法暂停其业务活动或者吊销其执业许可证；负有直接责任的人员是国家工作人员的，还应当对其依法给予处分；构成违反治安管理行为的，由公安机关依法给予处罚。

第六十六条 单位或者个人违反本法规定，不服从所在地人民政府及其有关部门发布的决定、命令或者不配合其依法采取的措施，构成违反治安管理行为的，由公安机关依法给予处罚。

第六十七条 单位或者个人违反本法规定，导致突发事件发生或者危害扩大，给他人人身、财产造成损害的，应当依法承担民事责任。

第六十八条 违反本法规定，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第七章 附 则

第六十九条 发生特别重大突发事件，对人民生命财产安全、国家安全、公共安全、环境安全或者社会秩序构成重大威胁，采取本法和其他有关法律、法规、规章规定的应急处置措施不能消除或者有效控制、减轻其严重社会危害，需要进入紧急状态的，由全国人民代表大会常务委员会或者国务院依照宪法和其他有关法律规定的权限和程序决定。

紧急状态期间采取的非常措施，依照有关法律规定执行或者由全国人民代表大会常务委员会另行规定。

第七十条 本法自2007年11月1日起施行。

附录二

《突发公共卫生事件应急条例》

第一章 总 则

第一条 为了有效预防、及时控制和消除突发公共卫生事件的危害，保障公众身体健康与生命安全，维护正常的社会秩序，制定本条例。

第二条 本条例所称突发公共卫生事件（以下简称突发事件），是指突然发生，造成或者可能造成社会公众健康严重损害的重大传染病疫情、群体性不明原因疾病、重大食物和职业中毒以及其他严重影响公众健康的事件。

第三条 突发事件发生后，国务院设立全国突发事件应急处理指挥部，由国务院有关部门和军队有关部门组成，国务院主管领导人担任总指挥，负责对全国突发事件应急处理的统一领导、统一指挥。

国务院卫生行政主管部门和其他有关部门，在各自的职责范围内做好突发事件应急处理的有关工作。

第四条 突发事件发生后，省、自治区、直辖市人民政府成立地方突发事件应急处理指挥部，省、自治区、直辖市人民政府主要领导人担任总指挥，负责领导、指挥本行政区域内突发事件应急处理工作。

县级以上地方人民政府卫生行政主管部门，具体负责组织突发事件的调查、控制和医疗救治工作。

县级以上地方人民政府有关部门，在各自的职责范围内做好突发事件应急处理的有关工作。

第五条 突发事件应急工作，应当遵循预防为主、常备不懈的方针，贯彻统一领导、分级负责、反应及时、措施果断、依靠科学、加强合作的原则。

第六条 县级以上各级人民政府应当组织开展防治突发事件相关科学

研究，建立突发事件应急流行病学调查、传染源隔离、医疗救护、现场处置、监督检查、监测检验、卫生防护等有关物资、设备、设施、技术与人才资源储备，所需经费列入本级政府财政预算。

国家对边远贫困地区突发事件应急工作给予财政支持。

第七条 国家鼓励、支持开展突发事件监测、预警、反应处理有关技术的国际交流与合作。

第八条 国务院有关部门和县级以上地方人民政府及其有关部门，应当建立严格的突发事件防范和应急处理责任制，切实履行各自的职责，保证突发事件应急处理工作的正常进行。

第九条 县级以上各级人民政府及其卫生行政主管部门，应当对参加突发事件应急处理的医疗卫生人员，给予适当补助和保健津贴；对参加突发事件应急处理作出贡献的人员，给予表彰和奖励；对因参与应急处理工作致病、致残、死亡的人员，按照国家有关规定，给予相应的补助和抚恤。

第二章 预防与应急准备

第十条 国务院卫生行政主管部门按照分类指导、快速反应的要求，制定全国突发事件应急预案，报请国务院批准。

省、自治区、直辖市人民政府根据全国突发事件应急预案，结合本地实际情况，制定本行政区域的突发事件应急预案。

第十一条 全国突发事件应急预案应当包括以下主要内容：

（一）突发事件应急处理指挥部的组成和相关部门的职责；

（二）突发事件的监测与预警；

（三）突发事件信息的收集、分析、报告、通报制度；

（四）突发事件应急处理技术和监测机构及其任务；

（五）突发事件的分级和应急处理工作方案；

（六）突发事件预防、现场控制，应急设施、设备、救治药品和医疗器械以及其他物资和技术的储备与调度；

（七）突发事件应急处理专业队伍的建设和培训。

第十二条 突发事件应急预案应当根据突发事件的变化和实施中发现的问题及时进行修订、补充。

第十三条 地方各级人民政府应当依照法律、行政法规的规定，做好传

染病预防和其他公共卫生工作，防范突发事件的发生。

县级以上各级人民政府卫生行政主管部门和其他有关部门，应当对公众开展突发事件应急知识的专门教育，增强全社会对突发事件的防范意识和应对能力。

第十四条 国家建立统一的突发事件预防控制体系。

县级以上地方人民政府应当建立和完善突发事件监测与预警系统。

县级以上各级人民政府卫生行政主管部门，应当指定机构负责开展突发事件的日常监测，并确保监测与预警系统的正常运行。

第十五条 监测与预警工作应当根据突发事件的类别，制定监测计划，科学分析、综合评价监测数据。对早期发现的潜在隐患以及可能发生的突发事件，应当依照本条例规定的报告程序和时限及时报告。

第十六条 国务院有关部门和县级以上地方人民政府及其有关部门，应当根据突发事件应急预案的要求，保证应急设施、设备、救治药品和医疗器械等物资储备。

第十七条 县级以上各级人民政府应当加强急救医疗服务网络的建设，配备相应的医疗救治药物、技术、设备和人员，提高医疗卫生机构应对各类突发事件的救治能力。

设区的市级以上地方人民政府应当设置与传染病防治工作需要相适应的传染病专科医院，或者指定具备传染病防治条件和能力的医疗机构承担传染病防治任务。

第十八条 县级以上地方人民政府卫生行政主管部门，应当定期对医疗卫生机构和人员开展突发事件应急处理相关知识、技能的培训，定期组织医疗卫生机构进行突发事件应急演练，推广最新知识和先进技术。

第三章 报告与信息发布

第十九条 国家建立突发事件应急报告制度。

国务院卫生行政主管部门制定突发事件应急报告规范，建立重大、紧急疫情信息报告系统。

有下列情形之一的，省、自治区、直辖市人民政府应当在接到报告1小时内，向国务院卫生行政主管部门报告：

（一）发生或者可能发生传染病暴发、流行的；

（二）发生或者发现不明原因的群体性疾病的；

（三）发生传染病菌种、毒种丢失的；

（四）发生或者可能发生重大食物和职业中毒事件的。

国务院卫生行政主管部门对可能造成重大社会影响的突发事件，应当立即向国务院报告。

第二十条 突发事件监测机构、医疗卫生机构和有关单位发现有本条例第十九条规定情形之一的，应当在2小时内向所在地县级人民政府卫生行政主管部门报告；接到报告的卫生行政主管部门应当在2小时内向本级人民政府报告，并同时向上级人民政府卫生行政主管部门和国务院卫生行政主管部门报告。

县级人民政府应当在接到报告后2小时内向设区的市级人民政府或者上一级人民政府报告；设区的市级人民政府应当在接到报告后2小时内向省、自治区、直辖市人民政府报告。

第二十一条 任何单位和个人对突发事件，不得隐瞒、缓报、谎报或者授意他人隐瞒、缓报、谎报。

第二十二条 接到报告的地方人民政府、卫生行政主管部门依照本条例规定报告的同时，应当立即组织力量对报告事项调查核实、确证，采取必要的控制措施，并及时报告调查情况。

第二十三条 国务院卫生行政主管部门应当根据发生突发事件的情况，及时向国务院有关部门和各省、自治区、直辖市人民政府卫生行政主管部门以及军队有关部门通报。

突发事件发生地的省、自治区、直辖市人民政府卫生行政主管部门，应当及时向毗邻省、自治区、直辖市人民政府卫生行政主管部门通报。

接到通报的省、自治区、直辖市人民政府卫生行政主管部门，必要时应当及时通知本行政区域内的医疗卫生机构。

县级以上地方人民政府有关部门，已经发生或者发现可能引起突发事件的情形时，应当及时向同级人民政府卫生行政主管部门通报。

第二十四条 国家建立突发事件举报制度，公布统一的突发事件报告、举报电话。任何单位和个人有权向人民政府及其有关部门报告突发事件隐患，有权向上级人民政府及其有关部门举报地方人民政府及其有关部门不履行突发事件应急处理职责，或者不按照规定履行职责的情况。接到报告、

举报的有关人民政府及其有关部门，应当立即组织对突发事件隐患、不履行或者不按照规定履行突发事件应急处理职责的情况进行调查处理。

对举报突发事件有功的单位和个人，县级以上各级人民政府及其有关部门应当予以奖励。

第二十五条 国家建立突发事件的信息发布制度。

国务院卫生行政主管部门负责向社会发布突发事件的信息。必要时，可以授权省、自治区、直辖市人民政府卫生行政主管部门向社会发布本行政区域内突发事件的信息。

信息发布应当及时、准确、全面。

第四章 应急处理

第二十六条 突发事件发生后，卫生行政主管部门应当组织专家对突发事件进行综合评估，初步判断突发事件的类型，提出是否启动突发事件应急预案的建议。

第二十七条 在全国范围内或者跨省、自治区、直辖市范围内启动全国突发事件应急预案，由国务院卫生行政主管部门报国务院批准后实施。省、自治区、直辖市启动突发事件应急预案，由省、自治区、直辖市人民政府决定，并向国务院报告。

第二十八条 全国突发事件应急处理指挥部对突发事件应急处理工作进行督察和指导，地方各级人民政府及其有关部门应当予以配合。

省、自治区、直辖市突发事件应急处理指挥部对本行政区域内突发事件应急处理工作进行督察和指导。

第二十九条 省级以上人民政府卫生行政主管部门或者其他有关部门指定的突发事件应急处理专业技术机构，负责突发事件的技术调查、确证、处置、控制和评价工作。

第三十条 国务院卫生行政主管部门对新发现的突发传染病，根据危害程度、流行强度，依照《中华人民共和国传染病防治法》的规定及时宣布为法定传染病；宣布为甲类传染病的，由国务院决定。

第三十一条 应急预案启动前，县级以上各级人民政府有关部门应当根据突发事件的实际情况，做好应急处理准备，采取必要的应急措施。

应急预案启动后，突发事件发生地的人民政府有关部门，应当根据预案

规定的职责要求，服从突发事件应急处理指挥部的统一指挥，立即到达规定岗位，采取有关的控制措施。

医疗卫生机构、监测机构和科学研究机构，应当服从突发事件应急处理指挥部的统一指挥，相互配合、协作，集中力量开展相关的科学研究工作。

第三十二条 突发事件发生后，国务院有关部门和县级以上地方人民政府及其有关部门，应当保证突发事件应急处理所需的医疗救护设备、救治药品、医疗器械等物资的生产、供应；铁路、交通、民用航空行政主管部门应当保证及时运送。

第三十三条 根据突发事件应急处理的需要，突发事件应急处理指挥部有权紧急调集人员、储备的物资、交通工具以及相关设施、设备；必要时，对人员进行疏散或者隔离，并可以依法对传染病疫区实行封锁。

第三十四条 突发事件应急处理指挥部根据突发事件应急处理的需要，可以对食物和水源采取控制措施。

县级以上地方人民政府卫生行政主管部门应当对突发事件现场等采取控制措施，宣传突发事件防治知识，及时对易受感染的人群和其他易受损害的人群采取应急接种、预防性投药、群体防护等措施。

第三十五条 参加突发事件应急处理的工作人员，应当按照预案的规定，采取卫生防护措施，并在专业人员的指导下进行工作。

第三十六条 国务院卫生行政主管部门或者其他有关部门指定的专业技术机构，有权进入突发事件现场进行调查、采样、技术分析和检验，对地方突发事件的应急处理工作进行技术指导，有关单位和个人应当予以配合；任何单位和个人不得以任何理由予以拒绝。

第三十七条 对新发现的突发传染病、不明原因的群体性疾病、重大食物和职业中毒事件，国务院卫生行政主管部门应当尽快组织力量制定相关的技术标准、规范和控制措施。

第三十八条 交通工具上发现根据国务院卫生行政主管部门的规定需要采取应急控制措施的传染病病人、疑似传染病病人，其负责人应当以最快的方式通知前方停靠点，并向交通工具的营运单位报告。交通工具的前方停靠点和营运单位应当立即向交通工具营运单位行政主管部门和县级以上地方人民政府卫生行政主管部门报告。卫生行政主管部门接到报告后，应当立即组织有关人员采取相应的医学处置措施。

交通工具上的传染病病人密切接触者，由交通工具停靠点的县级以上各级人民政府卫生行政主管部门或者铁路、交通、民用航空行政主管部门，根据各自的职责，依照传染病防治法律、行政法规的规定，采取控制措施。

涉及国境口岸和入出境的人员、交通工具、货物、集装箱、行李、邮包等需要采取传染病应急控制措施的，依照国境卫生检疫法律、行政法规的规定办理。

第三十九条 医疗卫生机构应当对因突发事件致病的人员提供医疗救护和现场救援，对就诊病人必须接诊治疗，并书写详细、完整的病历记录；对需要转送的病人，应当按照规定将病人及其病历记录的复印件转送至接诊的或者指定的医疗机构。

医疗卫生机构内应当采取卫生防护措施，防止交叉感染和污染。

医疗卫生机构应当对传染病病人密切接触者采取医学观察措施，传染病病人密切接触者应当予以配合。

医疗机构收治传染病病人、疑似传染病病人，应当依法报告所在地的疾病预防控制机构。接到报告的疾病预防控制机构应当立即对可能受到危害的人员进行调查，根据需要采取必要的控制措施。

第四十条 传染病暴发、流行时，街道、乡镇以及居民委员会、村民委员会应当组织力量，团结协作，群防群治，协助卫生行政主管部门和其他有关部门、医疗卫生机构做好疫情信息的收集和报告、人员的分散隔离、公共卫生措施的落实工作，向居民、村民宣传传染病防治的相关知识。

第四十一条 对传染病暴发、流行区域内流动人口，突发事件发生地的县级以上地方人民政府应当做好预防工作，落实有关卫生控制措施；对传染病病人和疑似传染病病人，应当采取就地隔离、就地观察、就地治疗的措施。对需要治疗和转诊的，应当依照本条例第三十九条第一款的规定执行。

第四十二条 有关部门、医疗卫生机构应当对传染病做到早发现、早报告、早隔离、早治疗，切断传播途径，防止扩散。

第四十三条 县级以上各级人民政府应当提供必要资金，保障因突发事件致病、致残的人员得到及时、有效的救治。具体办法由国务院财政部门、卫生行政主管部门和劳动保障行政主管部门制定。

第四十四条 在突发事件中需要接受隔离治疗、医学观察措施的病人、疑似病人和传染病病人密切接触者在卫生行政主管部门或者有关机构采取

医学措施时应当予以配合；拒绝配合的，由公安机关依法协助强制执行。

第五章　法律责任

第四十五条　县级以上地方人民政府及其卫生行政主管部门未依照本条例的规定履行报告职责，对突发事件隐瞒、缓报、谎报或者授意他人隐瞒、缓报、谎报的，对政府主要领导人及其卫生行政主管部门主要负责人，依法给予降级或者撤职的行政处分；造成传染病传播、流行或者对社会公众健康造成其他严重危害后果的，依法给予开除的行政处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第四十六条　国务院有关部门、县级以上地方人民政府及其有关部门未依照本条例的规定，完成突发事件应急处理所需要的设施、设备、药品和医疗器械等物资的生产、供应、运输和储备的，对政府主要领导人和政府部门主要负责人依法给予降级或者撤职的行政处分；造成传染病传播、流行或者对社会公众健康造成其他严重危害后果的，依法给予开除的行政处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第四十七条　突发事件发生后，县级以上地方人民政府及其有关部门对上级人民政府有关部门的调查不予配合，或者采取其他方式阻碍、干涉调查的，对政府主要领导人和政府部门主要负责人依法给予降级或者撤职的行政处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第四十八条　县级以上各级人民政府卫生行政主管部门和其他有关部门在突发事件调查、控制、医疗救治工作中玩忽职守、失职、渎职的，由本级人民政府或者上级人民政府有关部门责令改正、通报批评、给予警告；对主要负责人、负有责任的主管人员和其他责任人员依法给予降级、撤职的行政处分；造成传染病传播、流行或者对社会公众健康造成其他严重危害后果的，依法给予开除的行政处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第四十九条　县级以上各级人民政府有关部门拒不履行应急处理职责的，由同级人民政府或者上级人民政府有关部门责令改正、通报批评、给予警告；对主要负责人、负有责任的主管人员和其他责任人员依法给予降级、撤职的行政处分；造成传染病传播、流行或者对社会公众健康造成其他严重危害后果的，依法给予开除的行政处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第五十条　医疗卫生机构有下列行为之一的，由卫生行政主管部门责

令改正、通报批评、给予警告；情节严重的，吊销《医疗机构执业许可证》；对主要负责人、负有责任的主管人员和其他直接责任人员依法给予降级或者撤职的纪律处分；造成传染病传播、流行或者对社会公众健康造成其他严重危害后果，构成犯罪的，依法追究刑事责任：

（一）未依照本条例的规定履行报告职责，隐瞒、缓报或者谎报的；

（二）未依照本条例的规定及时采取控制措施的；

（三）未依照本条例的规定履行突发事件监测职责的；

（四）拒绝接诊病人的；

（五）拒不服从突发事件应急处理指挥部调度的。

第五十一条 在突发事件应急处理工作中，有关单位和个人未依照本条例的规定履行报告职责，隐瞒、缓报或者谎报，阻碍突发事件应急处理工作人员执行职务，拒绝国务院卫生行政主管部门或者其他有关部门指定的专业技术机构进入突发事件现场，或者不配合调查、采样、技术分析和检验的，对有关责任人员依法给予行政处分或者纪律处分；触犯《中华人民共和国治安管理处罚条例》，构成违反治安管理行为的，由公安机关依法予以处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第五十二条 在突发事件发生期间，散布谣言、哄抬物价、欺骗消费者，扰乱社会秩序、市场秩序的，由公安机关或者工商行政管理部门依法给予行政处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第六章 附 则

第五十三条 中国人民解放军、武装警察部队医疗卫生机构参与突发事件应急处理的，依照本条例的规定和军队的相关规定执行。

第五十四条 本条例自公布之日起施行。

附录三

《国家突发公共卫生事件应急预案》

1 总　则

1.1 编制目的

有效预防、及时控制和消除突发公共卫生事件及其危害，指导和规范各类突发公共卫生事件的应急处理工作，最大程度地减少突发公共卫生事件对公众健康造成的危害，保障公众身心健康与生命安全。

1.2 编制依据

依据《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国食品卫生法》、《中华人民共和国职业病防治法》、《中华人民共和国国境卫生检疫法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《国内交通卫生检疫条例》和《国家突发公共事件总体应急预案》，制定本预案。

1.3 突发公共卫生事件的分级

根据突发公共卫生事件性质、危害程度、涉及范围，突发公共卫生事件划分为特别重大（Ⅰ级）、重大（Ⅱ级）、较大（Ⅲ级）和一般（Ⅳ级）四级。

其中，特别重大突发公共卫生事件主要包括：

（1）肺鼠疫、肺炭疽在大、中城市发生并有扩散趋势，或肺鼠疫、肺炭疽疫情波及2个以上的省份，并有进一步扩散趋势。

（2）发生传染性非典型肺炎、人感染高致病性禽流感病例，并有扩散趋势。

（3）涉及多个省份的群体性不明原因疾病，并有扩散趋势。

（4）发生新传染病或我国尚未发现的传染病发生或传入，并有扩散趋势，或发现我国已消灭的传染病重新流行。

（5）发生烈性病菌株、毒株、致病因子等丢失事件。

（6）周边以及与我国通航的国家和地区发生特大传染病疫情，并出现输入性病例，严重危及我国公共卫生安全的事件。

（7）国务院卫生行政部门认定的其他特别重大突发公共卫生事件。

1.4 适用范围

本预案适用于突然发生，造成或者可能造成社会公众身心健康严重损害的重大传染病、群体性不明原因疾病、重大食物和职业中毒以及因自然灾害、事故灾难或社会安全等事件引起的严重影响公众身心健康的公共卫生事件的应急处理工作。

其他突发公共事件中涉及的应急医疗救援工作，另行制定有关预案。

1.5 工作原则

（1）预防为主，常备不懈。提高全社会对突发公共卫生事件的防范意识，落实各项防范措施，做好人员、技术、物资和设备的应急储备工作。对各类可能引发突发公共卫生事件的情况要及时进行分析、预警，做到早发现、早报告、早处理。

（2）统一领导，分级负责。根据突发公共卫生事件的范围、性质和危害程度，对突发公共卫生事件实行分级管理。各级人民政府负责突发公共卫生事件应急处理的统一领导和指挥，各有关部门按照预案规定，在各自的职责范围内做好突发公共卫生事件应急处理的有关工作。

（3）依法规范，措施果断。地方各级人民政府和卫生行政部门要按照相关法律、法规和规章的规定，完善突发公共卫生事件应急体系，建立健全系统、规范的突发公共卫生事件应急处理工作制度，对突发公共卫生事件和可能发生的公共卫生事件做出快速反应，及时、有效开展监测、报告和处理工作。

（4）依靠科学，加强合作。突发应急工作要充分尊重和依靠科学，要重视开展防范和处理突发公共卫生事件的科研和培训，为突发公共卫生事件应急处理提供科技保障。各有关部门和单位要通力合作、资源共享，有效应对突发公共卫生事件。要广泛组织、动员公众参与突发公共卫生事件的应急处理。

2 应急组织体系及职责

2.1 应急指挥机构

卫生部依照职责和本预案的规定，在国务院统一领导下，负责组织、协调全国突发公共卫生事件应急处理工作，并根据突发公共卫生事件应急处理工作的实际需要，提出成立全国突发公共卫生事件应急指挥部。

地方各级人民政府卫生行政部门依照职责和本预案的规定，在本级人民政府统一领导下，负责组织、协调本行政区域内突发公共卫生事件应急处理工作，并根据突发公共卫生事件应急处理工作的实际需要，向本级人民政府提出成立地方突发公共卫生事件应急指挥部的建议。

各级人民政府根据本级人民政府卫生行政部门的建议和实际工作需要，决定是否成立国家和地方应急指挥部。

地方各级人民政府及有关部门和单位要按照属地管理的原则，切实做好本行政区域内突发公共卫生事件应急处理工作。

2.1.1 全国突发公共卫生事件应急指挥部的组成和职责

全国突发公共卫生事件应急指挥部负责对特别重大突发公共卫生事件的统一领导、统一指挥，作出处理突发公共卫生事件的重大决策。指挥部成员单位根据突发公共卫生事件的性质和应急处理的需要确定。

2.1.2 省级突发公共卫生事件应急指挥部的组成和职责

省级突发公共卫生事件应急指挥部由省级人民政府有关部门组成，实行属地管理的原则，负责对本行政区域内突发公共卫生事件应急处理的协调和指挥，作出处理本行政区域内突发公共卫生事件的决策，决定要采取的措施。

2.2 日常管理机构

国务院卫生行政部门设立卫生应急办公室（突发公共卫生事件应急指挥中心），负责全国突发公共卫生事件应急处理的日常管理工作。

各省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门及军队、武警系统要参照国务院卫生行政部门突发公共卫生事件日常管理机构的设置及职责，结合各自实际情况，指定突发公共卫生事件的日常管理机构，负责本行政区域或本系统内突发公共卫生事件应急的协调、管理工作。

各市（地）级、县级卫生行政部门要指定机构负责本行政区域内突发公

共卫生事件应急的日常管理工作。

2.3 专家咨询委员会

国务院卫生行政部门和省级卫生行政部门负责组建突发公共卫生事件专家咨询委员会。

市(地)级和县级卫生行政部门可根据本行政区域内突发应急工作需要，组建突发公共卫生事件应急处理专家咨询委员会。

2.4 应急处理专业技术机构

医疗机构、疾病预防控制机构、卫生监督机构、出入境检验检疫机构是突发公共卫生事件应急处理的专业技术机构。应急处理专业技术机构要结合本单位职责开展专业技术人员处理突发公共卫生事件能力培训，提高快速应对能力和技术水平，在发生突发公共卫生事件时，要服从卫生行政部门的统一指挥和安排，开展应急处理工作。

3 突发公共卫生事件的监测、预警与报告

3.1 监测

国家建立统一的突发公共卫生事件监测、预警与报告网络体系。各级医疗、疾病预防控制、卫生监督和出入境检疫机构负责开展突发公共卫生事件的日常监测工作。

省级人民政府卫生行政部门要按照国家统一规定和要求，结合实际，组织开展重点传染病和突发公共卫生事件的主动监测。

国务院卫生行政部门和地方各级人民政府卫生行政部门要加强对监测工作的管理和监督，保证监测质量。

3.2 预警

各级人民政府卫生行政部门根据医疗机构、疾病预防控制机构、卫生监督机构提供的监测信息，按照公共卫生事件的发生、发展规律和特点，及时分析其对公众身心健康的危害程度、可能的发展趋势，及时做出预警。

3.3 报告

任何单位和个人都有权向国务院卫生行政部门和地方各级人民政府及其有关部门报告突发公共卫生事件及其隐患，也有权向上级政府部门举报不履行或者不按照规定履行突发公共卫生事件应急处理职责的部门、单位及个人。

县级以上各级人民政府卫生行政部门指定的突发公共卫生事件监测机构、各级各类医疗卫生机构、卫生行政部门、县级以上地方人民政府和检验检疫机构、食品药品监督管理机构、环境保护监测机构、教育机构等有关单位为突发公共卫生事件的责任报告单位。执行职务的各级各类医疗卫生机构的医疗卫生人员、个体开业医生为突发公共卫生事件的责任报告人。

突发公共卫生事件责任报告单位要按照有关规定及时、准确地报告突发公共卫生事件及其处置情况。

4 突发公共卫生事件的应急反应和终止

4.1 应急反应原则

发生突发公共卫生事件时，事发地的县级、市（地）级、省级人民政府及其有关部门按照分级响应的原则，作出相应级别应急反应。同时，要遵循突发公共卫生事件发生发展的客观规律，结合实际情况和预防控制工作的需要，及时调整预警和反应级别，以有效控制事件，减少危害和影响。要根据不同类别突发公共卫生事件的性质和特点，注重分析事件的发展趋势，对事态和影响不断扩大的事件，应及时升级预警和反应级别；对范围局限、不会进一步扩散的事件，应相应降低反应级别，及时撤销预警。

国务院有关部门和地方各级人民政府及有关部门对在学校、区域性或全国性重要活动期间等发生的突发公共卫生事件，要高度重视，可相应提高报告和反应级别，确保迅速、有效控制突发公共卫生事件，维护社会稳定。

突发公共卫生事件应急处理要采取边调查、边处理、边抢救、边核实的方式，以有效措施控制事态发展。

事发地之外的地方各级人民政府卫生行政部门接到突发公共卫生事件情况通报后，要及时通知相应的医疗卫生机构，组织做好应急处理所需的人员与物资准备，采取必要的预防控制措施，防止突发公共卫生事件在本行政区域内发生，并服从上一级人民政府卫生行政部门的统一指挥和调度，支援突发公共卫生事件发生地区的应急处理工作。

4.2 应急反应措施

4.2.1 各级人民政府

（1）组织协调有关部门参与突发公共卫生事件的处理。

（2）根据突发公共卫生事件处理需要，调集本行政区域内各类人员、物

资、交通工具和相关设施、设备参加应急处理工作。涉及危险化学品管理和运输安全的，有关部门要严格执行相关规定，防止事故发生。

(3) 划定控制区域：甲类、乙类传染病暴发、流行时，县级以上地方人民政府报经上一级地方人民政府决定，可以宣布疫区范围；经省、自治区、直辖市人民政府决定，可以对本行政区域内甲类传染病疫区实施封锁；封锁大、中城市的疫区或者封锁跨省(区、市)的疫区，以及封锁疫区导致中断干线交通或者封锁国境的，由国务院决定。对重大食物中毒和职业中毒事故，根据污染食品扩散和职业危害因素波及的范围，划定控制区域。

(4) 疫情控制措施：当地人民政府可以在本行政区域内采取限制或者停止集市、集会、影剧院演出，以及其他人群聚集的活动；停工、停业、停课；封闭或者封存被传染病病原体污染的公共饮用水源、食品以及相关物品等紧急措施；临时征用房屋、交通工具以及相关设施和设备。

(5) 流动人口管理：对流动人口采取预防工作，落实控制措施，对传染病病人、疑似病人采取就地隔离、就地观察、就地治疗的措施，对密切接触者根据情况采取集中或居家医学观察。

(6) 实施交通卫生检疫：组织铁路、交通、民航、质检等部门在交通站点和出入境口岸设置临时交通卫生检疫站，对出入境、进出疫区和运行中的交通工具及其乘运人员和物资、宿主动物进行检疫查验，对病人、疑似病人及其密切接触者实施临时隔离、留验和向地方卫生行政部门指定的机构移交。

(7) 信息发布：突发公共卫生事件发生后，有关部门要按照有关规定作好信息发布工作，信息发布要及时主动、准确把握，实事求是，正确引导舆论，注重社会效果。

(8) 开展群防群治：街道、乡(镇)以及居委会、村委会协助卫生行政部门和其他部门、医疗机构，做好疫情信息的收集、报告、人员分散隔离及公共卫生措施的实施工作。

(9) 维护社会稳定：组织有关部门保障商品供应，平抑物价，防止哄抢；严厉打击造谣传谣、哄抬物价、囤积居奇、制假售假等违法犯罪和扰乱社会治安的行为。

4.2.2 卫生行政部门

(1) 组织医疗机构、疾病预防控制机构和卫生监督机构开展突发公共卫生事件的调查与处理。

(2) 组织突发公共卫生事件专家咨询委员会对突发公共卫生事件进行评估,提出启动突发公共卫生事件应急处理的级别。

(3) 应急控制措施:根据需要组织开展应急疫苗接种、预防服药。

(4) 督导检查:国务院卫生行政部门组织对全国或重点地区的突发公共卫生事件应急处理工作进行督导和检查。省、市(地)级以及县级卫生行政部门负责对本行政区域内的应急处理工作进行督察和指导。

(5) 发布信息与通报:国务院卫生行政部门或经授权的省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门及时向社会发布突发公共卫生事件的信息或公告。国务院卫生行政部门及时向国务院各有关部门和各省、自治区、直辖市卫生行政部门以及军队有关部门通报突发公共卫生事件情况。对涉及跨境的疫情线索,由国务院卫生行政部门向有关国家和地区通报情况。

(6) 制订技术标准和规范:国务院卫生行政部门对新发现的突发传染病、不明原因的群体性疾病、重大中毒事件,组织力量制订技术标准和规范,及时组织全国培训。地方各级卫生行政部门开展相应的培训工作。

(7) 普及卫生知识。针对事件性质,有针对性地开展卫生知识宣教,提高公众健康意识和自我防护能力,消除公众心理障碍,开展心理危机干预工作。

(8) 进行事件评估:组织专家对突发公共卫生事件的处理情况进行综合评估,包括事件概况、现场调查处理概况、病人救治情况、所采取的措施、效果评价等。

4.2.3 医疗机构

(1) 开展病人接诊、收治和转运工作,实行重症和普通病人分开管理,对疑似病人及时排除或确诊。

(2) 协助疾控机构人员开展标本的采集、流行病学调查工作。

(3) 做好医院内现场控制、消毒隔离、个人防护、医疗垃圾和污水处理工作,防止院内交叉感染和污染。

(4) 做好传染病和中毒病人的报告。对因突发公共卫生事件而引起身体伤害的病人,任何医疗机构不得拒绝接诊。

(5) 对群体性不明原因疾病和新发传染病做好病例分析与总结,积累诊断治疗的经验。重大中毒事件,按照现场救援、病人转运、后续治疗相结合的原则进行处置。

(6) 开展科研与国际交流：开展与突发事件相关的诊断试剂、药品、防护用品等方面的研究。开展国际合作，加快病源查寻和病因诊断。

4.2.4 疾病预防控制机构

(1) 突发公共卫生事件信息报告：国家、省、市(地)、县级疾控机构做好突发公共卫生事件的信息收集、报告与分析工作。

(2) 开展流行病学调查：疾控机构人员到达现场后，尽快制订流行病学调查计划和方案，地方专业技术人员按照计划和方案，开展对突发事件累及人群的发病情况、分布特点进行调查分析，提出并实施有针对性的预防控制措施；对传染病病人、疑似病人、病原携带者及其密切接触者进行追踪调查，查明传播链，并向相关地方疾病预防控制机构通报情况。

(3) 实验室检测：中国疾病预防控制中心和省级疾病预防控制机构指定的专业技术机构在地方专业机构的配合下，按有关技术规范采集足量、足够的标本，分送省级和国家应急处理功能网络实验室检测，查找致病原因。

(4) 开展科研与国际交流：开展与突发事件相关的诊断试剂、疫苗、消毒方法、医疗卫生防护用品等方面的研究。开展国际合作，加快病源查寻和病因诊断。

(5) 制订技术标准和规范：中国疾病预防控制中心协助卫生行政部门制订全国新发现的突发传染病、不明原因的群体性疾病、重大中毒事件的技术标准和规范。

(6) 开展技术培训：中国疾病预防控制中心具体负责全国省级疾病预防控制中心突发公共卫生事件应急处理专业技术人员的应急培训。各省级疾病预防控制中心负责县级以上疾病预防控制机构专业技术人员的培训工作。

4.2.5 卫生监督机构

(1) 在卫生行政部门的领导下，开展对医疗机构、疾病预防控制机构突发公共卫生事件应急处理各项措施落实情况的督导、检查。

(2) 围绕突发公共卫生事件应急处理工作，开展食品卫生、环境卫生、职业卫生等的卫生监督和执法稽查。

(3) 协助卫生行政部门依据《突发公共卫生事件应急条例》和有关法律法规，调查处理突发应急工作中的违法行为。

4.2.6 出入境检验检疫机构

(1) 突发公共卫生事件发生时，调动出入境检验检疫机构技术力量，配

合当地卫生行政部门做好口岸的应急处理工作。

(2) 及时上报口岸突发公共卫生事件信息和情况变化。

4.2.7 非事件发生地区的应急反应措施

未发生突发公共卫生事件的地区应根据其他地区发生事件的性质、特点、发生区域和发展趋势,分析本地区受波及的可能性和程度,重点做好以下工作:

(1) 密切保持与事件发生地区的联系,及时获取相关信息。

(2) 组织做好本行政区域应急处理所需的人员与物资准备。

(3) 加强相关疾病与健康监测和报告工作,必要时,建立专门报告制度。

(4) 开展重点人群、重点场所和重点环节的监测和预防控制工作,防患于未然。

(5) 开展防治知识宣传和健康教育,提高公众自我保护意识和能力。

(6) 根据上级人民政府及其有关部门的决定,开展交通卫生检疫等。

4.3 突发公共卫生事件的分级反应

特别重大突发公共卫生事件(具体标准见1.3)应急处理工作由国务院或国务院卫生行政部门和有关部门组织实施,开展突发公共卫生事件的医疗卫生应急、信息发布、宣传教育、科研攻关、国际交流与合作、应急物资与设备的调集、后勤保障以及督导检查等工作。国务院可根据突发公共卫生事件性质和应急处置工作,成立全国突发公共卫生事件应急处理指挥部,协调指挥应急处置工作。事发地省级人民政府应按照国务院或国务院有关部门的统一部署,结合本地区实际情况,组织协调市(地)、县(市)人民政府开展突发公共事件的应急处理工作。

特别重大级别以下的突发公共卫生事件应急处理工作由地方各级人民政府负责组织实施。超出本级应急处置能力时,地方各级人民政府要及时报请上级人民政府和有关部门提供指导和支持。

4.4 突发公共卫生事件应急反应的终止

突发公共卫生事件应急反应的终止需符合以下条件:突发公共卫生事件隐患或相关危险因素消除,或末例传染病病例发生后经过最长潜伏期无新的病例出现。

特别重大突发公共卫生事件由国务院卫生行政部门组织有关专家进行

分析论证，提出终止应急反应的建议，报国务院或全国突发公共卫生事件应急指挥部批准后实施。

特别重大以下突发公共卫生事件由地方各级人民政府卫生行政部门组织专家进行分析论证，提出终止应急反应的建议，报本级人民政府批准后实施，并向上一级人民政府卫生行政部门报告。

上级人民政府卫生行政部门要根据下级人民政府卫生行政部门的请求，及时组织专家对突发公共卫生事件应急反应的终止的分析论证提供技术指导和支持。

5 善后处理

5.1 后期评估

突发公共卫生事件结束后，各级卫生行政部门应在本级人民政府的领导下，组织有关人员对突发公共卫生事件的处理情况进行评估。评估内容主要包括事件概况、现场调查处理概况、病人救治情况、所采取措施的效果评价、应急处理过程中存在的问题和取得的经验及改进建议。评估报告上报本级人民政府和上一级人民政府卫生行政部门。

5.2 奖励

县级以上人民政府人事部门和卫生行政部门对参加突发公共卫生事件应急处理作出贡献的先进集体和个人进行联合表彰；民政部门对在突发公共卫生事件应急处理工作中英勇献身的人员，按有关规定追认为烈士。

5.3 责任

对在突发公共卫生事件的预防、报告、调查、控制和处理过程中，有玩忽职守、失职、渎职等行为的，依据《突发公共卫生事件应急条例》及有关法律法规追究当事人的责任。

5.4 抚恤和补助

地方各级人民政府要组织有关部门对因参与应急处理工作致病、致残、死亡的人员，按照国家有关规定，给予相应的补助和抚恤；对参加应急处理一线工作的专业技术人员应根据工作需要制订合理的补助标准，给予补助。

5.5 征用物资、劳务的补偿

突发应急工作结束后，地方各级人民政府应组织有关部门对应急处理期间紧急调集、征用有关单位、企业、个人的物资和劳务进行合理评估，给予

补偿。

6 突发公共卫生事件应急处置的保障

突发公共卫生事件应急处理应坚持预防为主，平战结合，国务院有关部门、地方各级人民政府和卫生行政部门应加强突发公共卫生事件的组织建设，组织开展突发公共卫生事件的监测和预警工作，加强突发公共卫生事件应急处理队伍建设和技术研究，建立健全国家统一的突发公共卫生事件预防控制体系，保证突发公共卫生事件应急处理工作的顺利开展。

6.1 技术保障

6.1.1 信息系统

国家建立突发公共卫生事件应急决策指挥系统的信息、技术平台，承担突发公共卫生事件及相关信息收集、处理、分析、发布和传递等工作，采取分级负责的方式进行实施。

要在充分利用现有资源的基础上建设医疗救治信息网络，实现卫生行政部门、医疗救治机构与疾病预防控制机构之间的信息共享。

6.1.2 疾病预防控制体系

国家建立统一的疾病预防控制体系。各省（区、市）、市（地）、县（市）要加快疾病预防控制机构和基层预防保健组织建设，强化医疗卫生机构疾病预防控制的责任；建立功能完善、反应迅速、运转协调的突发公共卫生事件应急机制；健全覆盖城乡、灵敏高效、快速畅通的疫情信息网络；改善疾病预防控制机构基础设施和实验室设备条件；加强疾病控制专业队伍建设，提高流行病学调查、现场处置和实验室检测检验能力。

6.1.3 应急医疗救治体系

按照“中央指导、地方负责、统筹兼顾、平战结合、因地制宜、合理布局”的原则，逐步在全国范围内建成包括急救机构、传染病救治机构和化学中毒与核辐射救治基地在内的，符合国情、覆盖城乡、功能完善、反应灵敏、运转协调、持续发展的医疗救治体系。

6.1.4 卫生执法监督体系

国家建立统一的卫生执法监督体系。各级卫生行政部门要明确职能，落实责任，规范执法监督行为，加强卫生执法监督队伍建设。对卫生监督人员实行资格准入制度和在岗培训制度，全面提高卫生执法监督的能力和水平。

6.1.5 应急卫生救治队伍

各级人民政府卫生行政部门按照“平战结合、因地制宜，分类管理、分级负责，统一管理、协调运转”的原则建立突发公共卫生事件应急救治队伍，并加强管理和培训。

6.1.6 演练

各级人民政府卫生行政部门要按照“统一规划、分类实施、分级负责、突出重点、适应需求”的原则，采取定期和不定期相结合的形式，组织开展突发公共卫生事件的应急演练。

6.1.7 科研和国际交流

国家有计划地开展应对突发公共卫生事件相关的防治科学研究，包括现场流行病学调查方法、实验室病因检测技术、药物治疗、疫苗和应急反应装备、中医药及中西医结合防治等，尤其是开展新发、罕见传染病快速诊断方法、诊断试剂以及相关的疫苗研究，做到技术上有所储备。同时，开展应对突发公共卫生事件应急处理技术的国际交流与合作，引进国外的先进技术、装备和方法，提高我国应对突发公共卫生事件的整体水平。

6.2 物资、经费保障

6.2.1 物资储备

各级人民政府要建立处理突发公共卫生事件的物资和生产能力储备。发生突发公共卫生事件时，应根据应急处理工作需要调用储备物资。卫生应急储备物资使用后要及时补充。

6.2.2 经费保障

应保障突发公共卫生事件应急基础设施项目建设经费，按规定落实对突发公共卫生事件应急处理专业技术机构的财政补助政策和突发公共卫生事件应急处理经费。应根据需要对边远贫困地区突发应急工作给予经费支持。国务院有关部门和地方各级人民政府应积极通过国际、国内等多渠道筹集资金，用于突发公共卫生事件应急处理工作。

6.3 通信与交通保障

各级应急医疗卫生救治队伍要根据实际工作需要配备通信设备和交通工具。

6.4 法律保障

国务院有关部门应根据突发公共卫生事件应急处理过程中出现的新问

题、新情况，加强调查研究，起草和制订并不断完善应对突发公共卫生事件的法律、法规和规章制度，形成科学、完整的突发公共卫生事件应急法律和规章体系。

国务院有关部门和地方各级人民政府及有关部门要严格执行《突发公共卫生事件应急条例》等规定，根据本预案要求，严格履行职责，实行责任制。对履行职责不力，造成工作损失的，要追究有关当事人的责任。

6.5 社会公众的宣传教育

县级以上人民政府要组织有关部门利用广播、影视、报刊、互联网、手册等多种形式对社会公众广泛开展突发公共卫生事件应急知识的普及教育，宣传卫生科普知识，指导群众以科学的行为和方式对待突发公共卫生事件。要充分发挥有关社会团体在普及卫生应急知识和卫生科普知识方面的作用。

7 预案管理与更新

根据突发公共卫生事件的形势变化和实施中发现的问题及时进行更新、修订和补充。

国务院有关部门根据需要和本预案的规定，制定本部门职责范围内的具体工作预案。

县级以上地方人民政府根据《突发公共卫生事件应急条例》的规定，参照本预案并结合本地区实际情况，组织制定本地区突发公共卫生事件应急预案。

8 附 则

8.1 名词术语

重大传染病疫情是指某种传染病在短时间内发生、波及范围广泛，出现大量的病人或死亡病例，其发病率远远超过常年的发病率水平的情况。

群体性不明原因疾病是指在短时间内，某个相对集中的区域内同时或者相继出现具有共同临床表现病人，且病例不断增加，范围不断扩大，又暂时不能明确诊断的疾病。

重大食物和职业中毒是指由于食品污染和职业危害的原因而造成的人数众多或者伤亡较重的中毒事件。

新传染病是指全球首次发现的传染病。

我国尚未发现传染病是指埃博拉、猴痘、黄热病、人变异性克雅氏病等在其他国家和地区已经发现，在我国尚未发现过的传染病。

我国已消灭传染病是指天花、脊髓灰质炎等传染病。

8.2 预案实施时间

本预案自印发之日起实施。

后 记

今天是儿童节，书稿也终将完稿，这本是一个轻松的日子。然而，心情却有一丝的沉重。

为什么沉重？我想原因是复杂的。

一方面，突发公共卫生事件应急处置存在的诸多问题，让我无法轻松。我国的突发公共卫生事件应对体系仍有许多需要努力之处，包括法律体系的完善、组织体系的健全、运行机制的建立、人才队伍的建设、处置能力的提升等。这需要全社会的协同努力，已不仅仅是疾病预防控制部门一家可以完成的重任。这或许也是我在写“策略”这一章的时候总是觉得很“无力”的原因。

然而，仅仅做好突发公共卫生事件的应对无疑是远远不够的。前天是问题奶粉，昨天是毒胶囊，今天是雾霾，明天又会是什么？预见性治理才是突发公共卫生事件的必由之路。导师郝模教授所领衔的团队正在致力于围绕“健康领域重大社会问题预测与治理”展开协同创新，团队将围绕预测与治理的关键技术展开理论与应用的全面突破。相信我国突发公共卫生事件应急处置的明天将会是美好的。

另一方面，这份沉重源自于对师长、亲友、学生的感激和对家人的愧疚。博士毕业五年，是继续学习的五年，学着申请课题、学着开展调研、学着指导学生……感谢导师郝模教授，不仅教我如何做事，更教会我如何做人，享受过程、看淡结果。感谢吕军教授，不仅让我懂得了什么是管理，更让我知道怎样管理好自己的工作和生活。感谢我亲爱的同事们，大家一同苦中作乐，前进道路上不再孤单。感谢我的师弟苏忠鑫、李程跃，感谢我的学生周良、李萍萍、吴丹、吴梦安，感谢他们对于本课题的辛勤付出。

对于家人，这些年我是愧疚的。愧对我的先生季力，你宽厚的肩膀、默

默的支持，是我前进道路上最温馨的港湾；愧对公公婆婆、爸爸妈妈和奶奶，你们的理解和宽容是我不竭的动力；最愧对的是刚满周岁的儿子，这是你第二个儿童节，妈妈只能以这本书作为你的节日礼物，希望你健康、快乐地成长！

最后，感谢文科科研处肖卫民老师、严明老师，感谢复旦大学出版社陈军老师、责任编辑毛蒙莎，感谢他们为本书的出版付出的心血。

终于要收笔了，如释重负。任重而道远，怀揣感恩之心继续前行！

孙　梅

2013 年 6 月 1 日

[General Information]
书名=危机管理突发公共卫生事件应急处置问题与策
页数=216
SS号=13377756