

· 专论 ·

我国县级结核病防治服务体系建设 及防治工作亟需加强

——一位老防痨工作者的意见和建议

靳鸿建

【摘要】 我国县级结核病防治(简称“结防”)服务体系是公共卫生服务体系,特别是疾病预防控制服务体系的重要组成部分,尤其是在 2035 年全球终结结核病的大背景下,县、乡、村三级结防服务体系的建设将在我国克难攻坚终结结核病的实践中发挥至关重要的作用。作者对县级结防服务体系建设及防治工作提出了一些思考和建议,希望能引起业界同仁的关注、讨论和重视,更好地为政府制订符合我国实际的相关政策提供科学依据。

【关键词】 结核; 传染病控制; 能力建设; 卫生保健设施,人力和服务; 机构间关系; 总结性报告(主题); 评论

The construction of tuberculosis prevention and control service system at county level in China needs to be strengthened urgently — Comments and suggestions of an old tuberculosis control and prevention worker JIN Hong-jian.
Xinmi City Institute of Tuberculosis Prevention and Control, Xinmi 452370, China
Corresponding author: JIN Hong-jian, Email: xmjfs18@126.com

【Abstract】 Tuberculosis (TB) control and prevention service system at county level in China is an important part of the public health service system, especially the disease prevention and control service system. Especially in the context of the global End TB in 2035, the construction of the county, township and village three-level prevention and control service system will play a crucial role in overcoming the difficulties and end tuberculosis in China. The author puts forward some thoughts and suggestions on the construction of county-level TB control and prevention service system, hoping to attract the attention, discussion and attention of colleagues in the industry, and provide scientific basis for the government to formulate relevant policies in line with China's actual situation.

【Key words】 Tuberculosis; Communicable disease control; Capacity building; Health care facilities, manpower and services; Interinstitutional relations; Consensus development conferences as topic; Comment

习近平主席在 2020 年 6 月 2 日主持召开의 专家学者座谈会上指出:“疾病预防控制体系是保护人民健康、保障公共卫生安全、维护经济社会稳定的重要保障”^[1]。习主席强调:“要健全疾控机构和城乡社区联动机制,加强乡镇卫生院和社区卫生服务中心疾病预防职责,夯实联防联控的基层基础”^[1]。

结核病防治(简称“结防”)服务体系是公共卫生

服务体系,特别是疾病预防控制服务体系的重要组成部分,尤其是在 2035 年全球终结结核病的大背景下,县、乡、村三级结防服务体系的建设将在我国克难攻坚终结结核病的实践中发挥至关重要的作用,是“夯实联防联控的基层基础”。基础不牢,大厦必倾。笔者在县级结防机构工作 40 多年,对县级结防服务体系的建设有些了解,因此,就这一话题提出一些不成熟的思考和建议,恳请同道批评指正。

我国县级结防服务体系建设的回顾

20 世纪 80 年代以前,结核病患者的治疗均是在综合医疗机构内进行;由于综合医疗机构是以治疗为主,机构内没有一套对结核病患者的管理系统,对结核病患者缺乏有效的管理,所以当时全国的结



开放科学(资源服务)标识码(OSID)的开放科学计划以二维码为入口,提供丰富的线上扩展功能,包括作者对论文背景的语音介绍、该研究的附加说明、与读者的交互问答、拓展学术圈等。读者“扫一扫”此二维码即可获得上述增值服务。

doi:10.3969/j.issn.1000-6621.2020.09.003

作者单位:452370 河南省新密市结核病防治所

通信作者:靳鸿建,Email:xmjfs18@126.com

核病疫情特别严重^[2]。1978 年 5 月在柳州召开的“全国第一次结核病防治工作会议”期间,原卫生部顾问何穆和吴绍青、阚冠卿等老一辈结防专家在会上呼吁“没有机构,谈不上防痨”和“查出必治,治必彻底”,引起了国家高层领导的重视^{[2]394}。同年 10 月,国务院下发了著名的 210 号文件,批转了卫生部《关于结核病防治工作会议的报告》,文件要求“加强领导,建立健全结核病防治网,县以下与整个医疗卫生网并用。县一级,人口较多、发病严重的,可以建立结核病防治所,与县卫生防疫站或县医院合署办公,大部分县可以在县卫生防疫站或县医院设结核病防治组(科);省、地两级已被拆解或被下放的,要求在今年内迅速恢复,原来没有专业防治机构的省(直辖市、自治区)一级,应于今明两年内建立起精干有力的防治所。各级结核病防治机构要抓紧整顿,迅速开展工作。人员从卫生部门现有人员中调配,原有防痨人员改行的要归队”^{[2]24}。所以,在以后的 30 多年里,结核病患者才有了治病的“家”^[3]。至 2010 年,全国共有专业结防机构 3071 家,省(直辖市、自治区)、市(地)、县(市)分别为 31 家、331 家和 2709 家。各级结防机构的专业人员共有 27 881 名,国家级工作人员 131 名,省(直辖市、自治区)、市(地)、县(市)工作人员分别有 863 名、4314 名和 22 573 名。全部结防人员中具有中高级职称者占 39.4%^{[2]77}。健全的结防机构和精干的结防人员,以及严密的防治结合管理体制,在贯彻落实 3 个结防 10 年规划(分别为 1981—1990 年、1991—2000 年和 2001—2010 年)和实施的多个结防项目(含卫 V 项目、卫 VIII 项目、卫 X 项目、全球基金项目 and 卫生部加强与促进结核病控制项目等)中发挥了无可替代的重要作用。特别是在实施现代结核病控制策略(DOTS 策略)时期(1991—2005 年)和遏制结核病策略时期(2006—2015 年)^[4],全国 3 万多名防痨工作者为完成各项工作目标齐心协力,克服困难,努力拼搏。在实施 DOTS 策略期间,我国如期实现了“涂阳患者治疗成功率 85%、患者发现率 70%和 DOTS 策略覆盖率 100%”的三大目标,得到了国际社会的广泛赞扬。在实施遏制结核病策略期间,我国提前达到了 WHO 提出的至 2015 年将结核病的患病率和死亡率较 1990 年减少 50%,以及结核病

发病率停止增长的目标^[5],为全球结核病疫情的控制和患病率的下降做出了卓越贡献。

随着我国医疗卫生体制改革的深入进行,原来县防疫站后改为县疾病预防控制中心(CDC),职能也随着发生了一些改变。原来承担的结核病治疗任务在部分医疗资质不全(没有医疗机构执业许可证或缺乏临床执业医师)的单位已不能满足结核病患者特别是耐药结核患者的诊疗需求。为此,国家在《全国结核病防治规划(2011—2015 年)》(简称《“十二五”规划》)^[6]中首次提出:各地要加强省、市、县三级结防网络建设,逐步构建定点医疗机构、基层医疗卫生机构、疾病预防控制机构分工明确、协调配合的防治服务体系。各级各类医疗机构负责肺结核患者疫情报告,并将其转诊至当地卫生部门指定的定点医疗机构,定点医疗机构负责对肺结核患者进行诊断、治疗和登记。原则上每个县(市)应确定至少 1 家定点医疗机构负责诊断治疗一般结核病患者;基层医疗卫生机构负责转诊、协助追踪肺结核患者,并根据定点医疗机构制定的治疗方案,对本地肺结核患者的治疗进行督导管理。疾病预防控制机构在卫生部门领导下负责组织开展结防规划管理、疫情监测与处置、实验室质量控制、防控技术指导、宣传教育、绩效评估等工作^[6]。

对于结核病“定点医疗机构”,姜世闻等^[7]曾这样诠释:“定点医疗机构不等同于定点医院。这里所指的定点医疗机构,包括独立的结核病防治所、CDC 内有医疗许可证并有临床执业医师的结核病门诊,以及在综合医院和传染病院等医院所设的定点医院”。笔者认为,姜世闻等专家从全国的大局出发,尊重事实,尊重历史,了解广大基层防痨人员心愿,遵循社会发展规律,认为“CDC 内有医疗许可证并有临床执业医师的结核病门诊”可以作为定点医疗机构进行认定。但是据笔者观察,个别省卫生行政主要领导在认定“结核病定点医疗机构”时偏离了国家设置“结核病定点医疗机构”的初衷,曾下文件硬性规定“县级综合医院传染病区作为结核病定点医疗机构,负责辖区内结核患者的诊疗工作”^[8],并且在地市级卫生局局长会议上硬性推行,文件下发了 8 年之久,100 多个县级结防机构,响应者不到 10%。不是该省的基层卫生行政部门领导不执行上

级决议,而是有一些摆在县级卫生行政部门领导和 CDC 负责人面前的困惑及实际问题没有得到有效解决,所以那个“硬性规定”才会变成“一纸空文”。

当今社会,不能代表广大人民群众根本利益的方针和政策不可能有其生存的土壤。习近平主席曾经说过:“人民对美好生活的向往就是我们的奋斗目标”。那么,具体到县级结防工作,广大一线的结防工作者和结核病患者他们的向往是什么?在医疗体制改革的今天,在结防工作上,究竟摆在县级卫生行政部门领导和 CDC 负责人面前的困惑和实际问题主要又是什么?这些问题应该引起防痨界同仁的深思和重视。

我国县级结防服务体系建设的亟需解决的问题和需要加强的工作

县级结防机构在国家结防服务体系中承担着承上启下的桥梁和纽带作用,既是国家、省、市、县结防大网的网底,又是县、乡、村结防小网的龙头;既是落实国家结防规划的最基层单位,又是县、乡、村结防服务体系的组织者和领导者;依据《中国结核病防治规划实施工作指南(2008 年版)》(简称《“规划实施指南”》)^[9],县级结防机构要按照《规划实施指南》的要求承担一个县辖区内结核病的规划实施、预防控制、宣传培训、病例发现、网络报告及追踪、诊断治疗、患者管理、痰菌检验、登记报告、药品管理等工作。笔者按其实际工作量的权重对上述工作进行划分,以上 10 项主要工作权重依次为 10%、20%、5%、15%、2%、20%、20%、3%、3%和 2%。县级结防机构是一个县结防服务体系的灵魂和核心,在控制和消除结核病对人类的危害中扮演着重要角色,任务繁重,工作庞杂;除上述 10 项主要工作外,其他如感染控制、科学研究、信息管理、疫情监测、经费管理等均有专门的工作流程和规章制度。几十年来,县级结防机构对全国的疫情下降发挥了不可替代的作用。

按照国家《“十二五”规划》中的划分:定点医疗机构负责对肺结核患者进行诊断、治疗和登记;疾病预防控制机构在卫生部门领导下负责组织开展结核病防治规划管理、疫情监测与处置、实验室质量控制、防控技术指导、宣传教育、绩效评估等工作^[6]。

简单的说,除了结核患者的诊断、治疗和登记外,其余的工作都在 CDC。如果定点医疗机构确定在没有独立结防所(院)的 CDC 结防科,防和治紧密结合,什么事情都好办。如果定点医疗机构确定在综合医疗机构,如何做好工作衔接,笔者认为有 5 个实际问题亟需解决和加强,并进一步明确责任和权利。

一、国家免费抗结核药品的管理和使用

国家免费提供的抗结核固定剂量复合制剂(FDC)怎么申请、领取、保存、管理和使用?按照惯例,谁负责治疗谁管理药品。但笔者曾就这一问题考察咨询过已经建立“新体系”的国内经济较为发达地区的 CDC 负责同志,他们说:定点医疗机构不但不管 FDC 药品,而且也不使用这些药品,造成了大量 FDC 药品的过期失效^[10],浪费了国家资源,增加了患者负担。况且定点医疗机构属于“医政口”管理,不归“疾控口”管理,而 FDC 药品属于 CDC 配发的,定点医疗机构不领不用, CDC 只能是“望药兴叹”!

二、传染性肺结核患者密切接触者的筛查问题

关于这一问题,新修订的《结核病防治管理办法》^[11]第二章第八条明文规定:“结核病定点医疗机构负责对传染性肺结核患者的密切接触者进行检查”;但《“十三五”全国结核病防治规划》(简称《“十三五”规划》)^[12]第三项(防治措施)第一款(完善防治服务体系)第三条(推进防治结合)中却又把这一任务划给了 CDC。对于上述自相矛盾的规定, CDC 也无所适从。CDC 不管治疗,但又要负责传染性肺结核患者密切接触者的筛查,这里边有两个主要问题需要解决:一是如何确认谁是传染性肺结核患者的密切接触者?这就需要 CDC 结防科派人去定点医疗机构调查,如果定点医疗机构的医生负责地将病历记录完整还好办,遇到病历记录不完整者, CDC 结防科工作人员就需要给患者打电话询问。二是密切接触者在什么地方筛查?一般密切接触者筛查有两种方法,而且是免费的,即对 15 岁以下儿童进行结核菌素试验,而成年人行胸部 X 线检查。CDC 没有了诊断结核病资质,自然也就没有了诊断医师和相应设备,故不可能实施上述两项检查;而依赖经济收入生存的定点医疗机构又不可能对被筛查者很好地落实免费政策,那么,95%的密切接触

者筛查率如何去完成?

三、痰菌检测的质量保障

国家在《“十三五”规划》^[12]中规定, CDC 承担实验室质量控制(简称“实验室质控”)任务, 实验室质控主要有室内和室间质控两种, 质控的指标主要是对痰涂片、染色、脱色、镜检等方面的质量进行评价; CDC 没有了诊断结核病资质, 结核病实验室自然也就不复存在, 实验室质控也就没有办法去完成。退一步说, 即使原 CDC 实验室检验人员仍然在原单位从事其他工作, 但由于长期脱离了痰检实际工作, 她(他)们还能有什么资质去定点医疗机构进行“实验室质控”?

四、结核病患者的治疗管理

业内人士都明白, 结核病要想得到控制, 治愈传染源是关键。有一句行话说的好: 治愈传染源, 就是最好的预防。治愈传染源的主动权在哪里? 正确的回答应该是, 在首诊医生手里; 也就是说, 谁负责患者的治疗, 治愈传染源的主动权就在谁手里, 谁就是这个地区控制结核病的“龙头”。而治愈传染源的主要“窍门”就是管理。治疗结核病患者的主体单位发生改变后, 让 CDC 人员去督导管理结核病患者的治疗有一定难度。按照惯例, 原承担治疗任务的结防机构在患者治疗的强化期和继续期各巡访督导 1 次, 因为督导医生和治疗医生是同一个人或者是同一个单位的, 大多数患者还能够接受; 但在实际工作中, 也会见到部分患者往往考虑个人的隐私, 特别是担心周围的人知道自己患肺结核遭到歧视而拒绝医生进行家访。患者及其家属对于不认识的来访者往往拒之门外, 因为患者比较信任给他们治病的医生, 对于其他人员一般都缺乏信任, 这就给仅能提供管理服务的 CDC 人员督导管理患者增加了一定难度。

五、潜伏性结核感染人群的预防性治疗工作

国内外的大量研究已经证实, 潜伏性结核感染人群的预防性治疗工作是降低发病减少传染的最有效方法^[13-15]; WHO 在 2014 年确定的“终止结核病”目标的 10 个要素中就有对结核病高危人群进行预防性治疗的要求。令人十分高兴的是, 新修订的《中国结核病预防控制工作技术规范(2020 年版)》[以下简称《规范(2020)》]^[16]在第三章《结核病预防》

中, 首次将“结核病预防性治疗”作为我国三大结核病预防措施的第二项列入其中。《规范(2020)》强调指出, 对结核分枝杆菌潜伏感染者进行预防性治疗能减少该人群发生结核病的机会, 是结核病预防的重要措施之一。《规范(2020)》将原来预防性治疗的标准“高危对象中的 PPD 皮肤试验反应硬结平均直径 ≥ 15 mm 或有水疱者”改为“有卡介苗接种史者, 结核菌素皮肤试验反应硬结平均直径 ≥ 10 mm 者视为结核分枝杆菌感染”, 表明预防性治疗的标准又提高了。但问题是, 预防性治疗的实施具体应该由哪个单位来落实? 此问题在《规范(2020)》中并没有详细规定。按照惯例预防性治疗应该属于 CDC 结防的工作范畴, 但 CDC 将治疗工作转交给定点医院了, 原 CDC 的诊断医生也会因为工作性质的改变而调动岗位; 而 CDC 一旦没有了诊断医生, 预防性治疗工作的任务就很难去完成。况且预防性治疗的药品一般都是自费的, CDC 又不能收费, 所以, 让没有承担治疗任务又不能收费的 CDC 去开展潜伏性结核感染者的预防性治疗工作就有困难。但是, 让定点医疗机构去开展预防性治疗工作也不太现实, 因为定点医疗机构的主要任务是治疗现症患者, 搞预防他们也没有人力和时间。如果预防性治疗工作没有很好地落实到位, 在学校等重点人群中进行的 PPD 皮肤试验筛查将没有任何意义。

上述问题, 涉及到结核病患者的发现、诊断、治疗、管理和预防等诸多领域, 表面上虽然看似为一些小的细节, 但细节决定成败。如果这些最基本和最实际的问题解决不好, 控制和终止结核病岂不是一句空话?

“防、查、治、管、保、法”六位一体是 提升县级结防服务体系工作质量的必由之路

县级结防服务体系工作质量的优劣与国家结核病控制效果紧密相连。笔者认为: “防、查、治、管、保、法”六位一体是提升县级结防服务体系工作质量的必由之路。

我国防痨先驱王德理医师提倡的“网、查、管、治、卡”五字防痨方针曾在全国推广应用^{[2]402}, 对那个时期全国的结防工作产生了积极的推动作用。随着结防工作的深入开展和全民医疗保险制度(简称

“医保”)的推进和普及,新时代的结防工作已经增加了许多新内容。

一、防

“防”即预防。《规范(2020)》在第三章《结核病预防》中明确将“卡介苗接种、结核病预防性治疗和感染控制”作为结核病预防的三大技术政策列入其中。卡介苗接种属于计划免疫工作范畴,结核病预防性治疗笔者已如上述;感染控制是近年来国家越来越重视的一个话题,感染控制工作做好了,势必对减少结核感染和发病有着十分重要的意义。对于结核病的预防,不外乎进行传染源的控制、易感人群的防护和传播途径的阻断等。过去一个时期,大家都不太重视结核病的感染控制工作。有学者报告,从事结防工作的医务人员结核感染率是其他科室工作人员的 2.95 倍^[17]。15 年前,河南省结防所对全省 127 家结防机构的 2153 名职工的调查结果证实,从事结防工作的医务人员结核病的患病率是其他不直接接触患者的后勤等科室工作人员的 2.76 倍^[18]。因此,在医疗卫生单位,特别是结防机构,重视和落实感染控制工作是单位负责人应该考虑的一件大事。何广学等^[19]关于感染控制的 6 点建议很值得大家研究、重视和组织落实。因此,结核病的预防,应该是县级结防服务体系及其工作中的头等大事。

二、查

“查”即调查、普查或重点人群的筛查,这些均是开展主动发现结核病患者的有效方法。在 20 世纪 80 年代结防机构建设之初,大多数结防机构以开展健康人群普查、重点人群筛查等方式以发现更多的结核病患者。随着结核病归口管理工作的实施,转诊、推荐的患者主动就诊已成为结防机构新登记患者的主要来源^[20]。由于 30 多年的有效防治,我国结核病患病率逐年下降。为了将重点人群或结核病高发人群中的结核病患者最大限度地发现出来,国家在《“十三五”规划》^[12]中将 65 岁以上老年人、糖尿病患者、艾滋病患者、流动人口和监管场所在押人员等作为结核病的重点人群进行筛查。这是新的历史时期对结防工作的新要求,也是结防机构在结核病患者发现工作中必须实施的一种有效途径和工作任务。主动发现是对被动发现工作的重要补充,二者相辅相成,缺一不可;只要政策到位,方法得当,在

结核病患者发现工作中一定会取得成效。

三、治

对所有新发现的结核病患者进行全疗程规范治疗是县级结防服务体系的核心工作内容。在县以下的广大农村,善良的农民对他们治病的医生一般都比较尊重和信任。长期以来,结防机构的医生由于门诊量不是太大,有足够的时间和患者进行沟通和交流,加上对患者必须进行 15 min 结防知识宣传教育的要求,所以,大部分患者都能够完成规定的治疗疗程,规则服药率、完成疗程率、痰菌阴转率和治愈率相对较高。有效的治疗对降低疫情、减少传染起到了不可替代的作用。这也是我国 40 多年来在结防领域推行的一条行之有效的防治结合道路,其经济效益和社会效益往往大于治疗本身所产生的效益。40 多年的成效充分证明,防和治在一个单位运行利大于弊。有专家撰文这样评价我国结防结合的方针:“建国后,党和政府十分关心人民群众的身体健康,尤为重视结核病防治工作。特别是 1978 年全国第一次结核病防治工作会议以后,结核病防治机构的普遍建立和有效工作,创造了百千万个可歌可泣的防痨神话和数百万人免受痨病之苦的人间奇迹,成效显著,举世闻名。究其原因,除领导重视、政策落实、财力支持和专业努力外,结核病的‘防’和‘治’紧密结合是近 40 年疫情稳步下降的重要因素之一”^[4]。

四、管

管理是一门艺术,对结核病患者管理是我国几代防痨志士仁人经过几十年的艰苦探索得出来的宝贵经验和“独门”艺术。不能否认,综合医疗机构在治疗包括结核病在内的各种疾病上经验十分丰富。但结核病由于其疗程长、恢复慢、耐药率高等特点,没有一套强有力的管理措施和一个县、乡、村三级联动的管理体系是不能确保每一例患者达到彻底治愈的目的。长期以来,在多个结防规划和诸多结防项目的实施过程中,按照实际情况组建的县、乡、村三级防痨体系管理结核病得心应手、一呼百应。虽然过去实施的“送药到手、看服到口、记录再走”的全程督导服药方式,在进入 21 世纪后随着人口流动性的加大和重视个人隐私的保护等因素使得实施起来较为困难,但互联网的快速发展和移动通

讯工具的迅速普及也给患者管理提供了新的机遇,手机和电子药盒的提醒功能,以及发送服药小视频等为患者管理增加了许多新模式。对结核病患者的管理成效主要是监测患者的规则治疗率、规范管理率、菌阳患者治愈率、菌阴患者完成疗程率、新登记患者初复治比例和复发率等指标,这也是对定点医疗机构管理质量的检验和考量。恕笔者直言,在管理上,结防机构肯定优于综合医疗机构,如果治疗和管理不是一个单位,那么有效衔接和协调配合就显得十分重要。否则,对结核病患者实现有效管理只能是纸上谈兵。

五、保

“保”即保障。保障有 3 个方面:第一个是患者治疗的保障,第二个是结防机构的工作保障,第三个是结防机构人员的福利待遇保障。对于患者治疗的保障,各个省都采取了不同的相应措施,减轻了患者诊疗疾病的经济负担,确保了患者的治疗效果。河南省人力资源和社会保障厅、河南省卫生和计划生育委员会^[21]2018 年联合下发《关于开展肺结核按病种付费工作的通知》,肺结核患者不管是在门诊治疗或者住院治疗,最低给予 5000 元、最高给予 30 000 元的报销额度,就是为结核病患者减轻诊疗疾病经济负担的成功范例。国家在《“十三五”规划》^[12]中要求:“探索实施传染性肺结核患者住院治疗。有条件的地区要开展传染性肺结核患者住院治疗试点,逐步实现传染期内患者住院治疗”。国家提出的这项要求非常有利于传染源控制。2018 年 10 月 29 日,中华人民共和国国家卫生健康委员会疾病预防控制局副局长夏刚莅临新密市调研时,笔者就这一问题曾向夏局长建议:“国家投资,县级建立慢性病医院或公共卫生医院,以收治分子生物学检测阳性的结核病、艾滋病、肝炎疾病为主,对于结核病和艾滋病的所有医疗费用,国家全部买单,医务人员工资待遇等财政全供,不搞创收,工资待遇和奖金不低于同级医疗机构”。国家在财力、财政允许的情况下,如果能采纳笔者建议,我国终止结核病目标的实现将指日可待。结防机构的工作保障无非是经费保障,现在中央转移支付结核病专款逐年在增加,不少省、市、县每年也有相应的固定防治经费,加上结核病健康管理纳入公共卫生项目后也有患者推荐和管理费

用,这些经费如果都能够落实到位,确保专款专用,结防工作一定会做得更好。关于公共卫生项目经费,2018 年 4 月 17 日全国人民代表大会教育科学文化卫生委员会副主任刘谦带领全国人大传染病防治执法检查工作组在郑州调研时,笔者曾向调研组建议,将结核病健康管理纳入公共卫生项目后的患者推荐和管理费用固定数额(每年例均 1~2 元)交由结防机构管理使用。如能落实,结防工作将如虎添翼,控制效果将会非常明显。至于结防机构人员的福利待遇保障,各地情况不一,差距很大。习主席在 2020 年 6 月 2 日主持召开的专家学者座谈会上强调:“要加强疾控人才队伍建设,建立适应现代化疾控体系的人才培养使用机制,稳定基层疾控队伍”^[1]。笔者认为,结防机构要想留住人、看好门、办好事,那就必须以人为本,发挥经济杠杆作用,采取按劳取酬、多劳多得的分配方式,以调动劳动者的工作积极性,把大家的工作潜能和聪明才智都发挥出来,工作才会出成效,事业才会添光彩。笔者所在结防所建所 40 年来,不少同事都是从大姑娘、小伙子干到退休还不愿意离开这里,大家没有节假日和星期天,但从无怨言;在不少县级结防机构发愁后继无人时,我所现在有 5 名临床医生,其中 3 名副主任医师,2 名主治医师,对于一个管理 80 多万人口的县级结防机构来说,已经是可以满足工作需要了。

六、法

“法”即法律和法规。对于结防工作,我国在国家层面还没有出台《结核病法》或《结核病防治法》。1991 年 9 月 12 日,时任中华人民共和国卫生部部长陈敏章签署了第 16 号中华人民共和国卫生部令,发布了《结核病防治管理办法》^[22],这是新中国成立以来针对结核病发布的第一部部级管理法规,经过 20 多年的实施,效果十分明显。2013 年 2 月 20 日,时任卫生部部长陈竺签署了第 92 号中华人民共和国卫生部令,发布了修改后的《结核病防治管理办法》^[11]。修改后的《结核病防治管理办法》重点明确了卫生医疗机构的法律责任^[11]。在卫生部发布第一部《结核病防治管理办法》之前的 1986 年,笔者起草并由当时的密县人民政府发布了国内县级首部地方性防痨法规,即《密县结核病防治暂行条例》(简称“《密县条例》”)^[23],《密县条例》规定,综合医疗机构

发现结核病患者后必须转诊到市结防所诊断治疗、规范管理,否则,一旦查出,要给予相应处罚;并建立了转诊有奖制度,在全国首次提出了结核病归口管理政策。《密县条例》实施后,由于每年进行 1~2 次监督执法检查,综合医疗机构乱治结核病、滥用抗结核药品的现象基本上得到了遏制,市结防所登记治疗的结核病患者 80% 以上是由各医疗机构转诊和推荐的^[20],在综合医疗机构的药房里基本上找不到抗结核药品了。《密县条例》中还规定:需要住院的急重症(如并发咯血、气胸、心衰等)肺结核患者可在综合医院进行治疗,待病情缓解后再转诊至结防机构。由于结核病患者在登记、治疗、管理方面的高度集中,加上网络直报的追踪和结核病患者接触者的筛查等均在结防机构中进行,在结核病归口管理好的地区将新登记率作为这个地区结核病的发病率也可以参考。

综上所述,较为理想的县级结防服务体系(其领军单位是结防机构,不管它是独立的结防所,还是编制在疾控中心、慢性病医院、传染病医院或者其他结核病定点医疗机构的结防科)必须具备“防、查、治、管、保、法”六位功能于一体,才有可能实现“防治结合、查管统一、法制开路、保障有力”,才有可能高质量地服务于这个地区的结防工作,才有可能将这个地区用于防治结核病的各种资源(包括政策和人、财、物)高度集中于一体而充分发挥效能。而一些将结核病的医疗和预防割裂开来的做法则根本无助于结核病预防控制工作的实施、提升和发展。

参 考 文 献

- [1] 人民网. 习近平主持专家学者座谈会强调:构建起强大的公共卫生体系 为维护人民健康提供有力保障. 李克强王沪宁出席 [EB/OL]. [2020-06-06]. <http://politics.people.com.cn/n1/2020/0603/c1024-31733032.html>.
- [2] 戴志澄,肖东楼,万利亚. 中国防痨史. 北京:人民卫生出版社, 2013:23.
- [3] 邢进,张艳秋,靳鸿建,等. 对河南省《关于加强结核病防治工作的决定》的解读与感悟. 结核病与肺部健康杂志, 2015, 4(2):73-84. doi:10.3969/j.issn.2095-3755.2015.02.001.
- [4] 靳晓伟,魏强,靳鸿建. 新形势下我国结核病防治结合控制工作面临的问题及对策. 结核病与肺部健康杂志, 2017, 4(6): 310-317. doi:10.3969/j.issn.2095-3755.2017.04.003.
- [5] 王黎霞,姜世闻. 我国结核病控制策略的发展与展望. 中国防痨杂志, 2014, 36(8): 630-633. doi:10.3969/j.issn.1000-6621.2014.08.002.
- [6] 中华人民共和国国务院办公厅. 全国结核病防治规划(2011—2015 年). 国办发[2011]53 号. 2011-11-17.
- [7] 姜世闻,张慧,王黎霞. 我国结核病防治服务体系的发展与展望. 中国防痨杂志, 2012, 34(9):557-559.
- [8] 李苻. 河南进一步加强结核病防治服务体系建设. 医药卫生报, 2012-03-22(1).
- [9] 中华人民共和国卫生部疾病预防控制局,中华人民共和国卫生部医政司,中国疾病预防控制中心. 中国结核病防治规划实施工作指南(2008 年版). 北京:中国协和医科大学出版社, 2009.
- [10] 段海霞,靳晓伟,靳鸿建. 免费抗结核药品的由来和意义. 河南预防医学杂志, 2016, 27(2):102-104. doi:10.13515/j.cnki.hnjpm.1006-8414.2016.02.007.
- [11] 中华人民共和国卫生部. 结核病防治管理办法. 中华人民共和国卫生部令(第 92 号). 2013-02-20.
- [12] 中华人民共和国国务院办公厅. “十三五”全国结核病防治规划. 国办发[2017]16 号. 2017-02-16.
- [13] 王黎霞,成诗明,周林,等. 结核病化学预防及预防接种手册. 北京:人民卫生出版社, 2012:1-70.
- [14] 刘二勇,周林,成诗明. 结核分枝杆菌潜伏性感染及预防性治疗研究进展的系统评价. 中国防痨杂志, 2013, 35(4): 231-238.
- [15] 刘二勇,成诗明,赖钰基,等. 结核病预防性治疗研究进展. 中国防痨杂志, 2014, 36(1): 59-63. doi:10.3969/j.issn.1000-6621.2014.01.013.
- [16] 中华人民共和国国家卫生健康委员会办公厅. 中国结核病预防控制工作技术规范(2020 年版). 国卫办疾控函[2020]279 号. 2020-04-14.
- [17] 李静玫,卢巍,王东亮,等. 医务人员感染结核危险性的探讨. 中国医院感染学杂志, 2006, 16(7):745-747.
- [18] 王国杰,马士文,甄新安,等. 河南省结核病防治机构工作人员结核病感染率调查. 中华流行病学杂志, 2007, 28(10): 980-983.
- [19] 何广学,宋渝丹,杨曦,等. 我国医疗卫生机构和结核病防治工作者结核感染控制的现状和建议. 中国防痨杂志, 2014, 36(8):643-645. doi:10.3969/j.issn.1000-6621.2014.08.005.
- [20] 魏晓慧,何文静,靳晓伟. 新密市 2013—2017 年新登记涂阳肺结核患者来源分析与评价. 河南预防医学杂志, 2018, 29(8): 621-623. doi:10.13515/j.cnki.hnjpm.1006-8414.2018.08.017.
- [21] 河南省人力资源和社会保障厅,河南省卫生和计划生育委员会. 关于开展肺结核按病种付费工作的通知. 豫人社办[2018]84 号. 2018-08-07.
- [22] 中华人民共和国卫生部. 结核病防治管理办法. 中华人民共和国卫生部令(第 16 号). 1991-09-12.
- [23] 靳鸿建. 新密防痨三十年. 北京:中国协和医科大学出版社, 2009:199.

(收稿日期:2020-06-16)

(本文编辑:薛爱华)