



• 综合医学 •

邵阳市疾病预防体系建设现状分析及对策

邵秀贞 吴 萍 李睿佼 (邵阳市疾病预防控制中心 湖南邵阳 422000)

摘要:目的 了解邵阳市疾病预防控制体系建设现状及存在的问题,为政府部门加强疾控体系建设提供科学依据和政策建议。方法 通过问卷调查、文献研究、专家访谈等方法,对疾控机构人员、经费、设备等方面进行统计分析。结果 邵阳市疾控机构在职人员 843 人,其中公共卫生人员 396 人(占 47%),行政工勤人员 218 人(占 27%),其它 229 人(占 26%);全市高级职称 70 人(占 8%),中级职称 219 人(占 26%),初级职称 234 人(占 28%),其它 320 人(占 38%);2016 年人员及基本公用缺口 1116.1 万元,2017 年人员及基本公用缺口 776.4 万元;基层疾控机构仪器设备达标率低。结论 疾控工作任务扩展,工作要求不断提高,面临巨大挑战;经费投入与承担的职能不匹配;基层疾病预防控制能力堪忧;疾病预防控制信息化建设相对滞后。

关键词: 疾病预防控制 体系建设 现状分析 对策**中图分类号:** R197.2 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2019)01-258-02

邵阳市常住人口 732 万,流动人口 161 万,为全面掌握我市疾病预防控制体系建设情况,分析疾病预防控制体系存在的现实问题,研究加快疾病预防控制体系建设与发展的政策措施,于 2018 年 6 月进行了专项调研。

1 对象与方法

1.1 调查对象

邵阳市市、县两级疾控机构,包括 1 个市疾控中心,12 个县市区疾控中心。

1.2 方法

1.2.1 文献研究:在中国期刊和 Internet 网上,收集有关疾控体系建设数据资料和国家与地方有关疾控体系改革、建设的文件资料。

1.2.2 现状调查:通过问卷调查的方式,对邵阳市内疾控机构的基本情况、人员构成情况、经费保障、实验室主要设备及信息化建设等内容进行调查。

1.2.3 专家访谈组织市、县疾控机构部分领导专家,对当前疾控体系建设存在的问题进行分析并提出建议。

1.3 数据整理和录入

采用 EpiData 3.0 软件建立疾控体系建设数据库并进行数据录入,通过双录入、逻辑校核及多次核对,实施质量控制。利用 Excel 和 SPSS 统计软件进行数据整理和分析。

2 结果

2.1 人员数

全市疾控机构在职人员 843 人,其中公共卫生人员 396 人(占 47%),行政工勤人员 218 人(占 27%),其他专技人员 229 人(占 26%)。年龄结构:20-30 岁 121 人(占 14%),31-50 岁 578 人(占 69%),51-60 岁 144 人(占 17%)。职称:全市高级职称 70 人(占 8%),中级职称 219 人(占 26%),初级职称 234 人(占 28%),无职称 320 人(占 38%)。学历:硕士 17 人(占 2%),本科 286 人(占 34%),大专 368 人(占 44%),中专 114 人(占 14%),其它 55 人(占 6%),见表 1。

2.2 财政经费投入

2016 年全市财政拨款包括(基本支出拨款、项目支出拨款)共 10446.1 万元,人均财政拨款经费 7.2 万元,人员及基本公用缺口 1116.1 万元。2017 年全市财政拨款共 11016.4 万元,比 2016 年增加了 5.4%,人均财政拨款经费 7.8 万元,比 2016 年增加了 8.3%,人员及基本公用缺口 776.4 万元,比 2016 年降低了 30.4%,见表 2。

2.3 仪器设备

按照《疾病预防控制中心建设标准》(建标 127-2009)《省、市、县级疾病预防控制中心实验室建设指导意见》(卫办疾控发 2004)108 号文件要求,我市除邵东县、隆回县、武冈市疾控中心外,其它各县仪器设备配置达标率 50-60%,三个区疾控中心实验室能力建设比较滞后,仪器设备配置达标率 20-30%,严重制约疾控能力的提升。

表 1: 调查对象基本情况表

基本情况	分组	人数 (n=843)	构成比 (%)
专业	公共卫生	396	47
	行政工勤	218	27
	其他专技人员	229	26
年龄	20-30	121	14
	31-50	578	69
	51-60	144	17
	高级	70	8
职称	中级	219	26
	初级	234	28
	无职称	320	38
学历	硕士	17	2
	本科	286	34
	大专	368	44
	中专	114	14
	其他	55	6

表 2: 财政经费投入统计表

年份	财政拨款 经费(万)	人均财政拨款 经费(万)	人员及基本 公用缺口(万)
2016	10446.1	7.2	1116.1
2017	11016.4	7.8	776.4

2.4 工作现状

2.4.1 我市开展了霍乱、流感、手足口病、登革热、狂犬病、麻疹、乙脑等重点传染病监测,结核病、艾滋病防控工作稳步推进。成功应对人感染 H7N9 禽流感、寨卡病毒等重大传染病的挑战,全市传染病疫情总体平稳态势进一步得到巩固。各级疾控机构成立卫生应急工作组,及时调查处置各类突发公共卫生事件。每年组织开展应对突发事件和传染病疫情的应急演练,进一步提高了突发事件和传染病疫情应急处置能力和协同作战能力。

2.4.2 免疫规划接种持续稳定在高水平,常规免疫报告接种率均 95% 以上;指导规范化接种门诊建设,管理儿童预防接种信息系统,全市预防接种工作进一步规划。

2.4.3 积极组织、参与各类卫生宣传日活动;举办卫生保健与防病知识讲座、报告和咨询,建立与媒体及有关部门协作合作关系。进一步推动健康素养项目工作,建立和完善慢性病监测系

通信作者:邵秀贞(1981-),女,硕士,主管医师,主要从事慢性病防治工作。



统包括死因监测、慢性病及危险因素监测、肿瘤登记、心血管事件(冠心病、脑卒中、急性心肌梗塞等)等。

3 讨论

3.1 疾控机构体系建设面临的形式与问题

疾控工作任务扩展,工作要求不断提高。近年来,由于社会发展、交通发达、人口流动、人口老龄化、生活节奏加快、生态环境改变等多方面因素,为传染病流行提供了便利条件。新发传染病不断发生、发现,传染病疫情具有更有利传播和扩散条件。慢性非传染性疾病已成为损害人民健康的第一因素,防控慢性非传染病将是疾病控制长远、艰巨的课题^[1]。我市个别县市区免疫规划等基础性工作未完全落实,人民群众的健康需求和卫生应急、疾病控制任务繁重之间的矛盾日益突出。

公共卫生经费保障机制同与承担的职能不匹配。一是卫生事业经费总体投入不足,人头经费、绩效工资没有保障,工作经费缺如。要花大量精力去创收或向政府争取来弥补经费缺口,以致不能够把整个精力安心投入到疾控事业上。二是国家专项经费减少。2017年省财政疾病控制经费采取因素法分配,大部分县市区疾控中心分配到的专项经费巨幅下降,严重影响各项监测工作进度和质量。三是疾控服务性收费全面取消。2017年3月15日财政部、国家发改委下发财税[2017]20号文件,取消了所有疾控服务收费项目,但政府又没有相应的补偿措施,以致真正具有社会公益性的事情往往难以实现。

基层疾病预防控制能力堪忧。一是基本能力建设不达标。我市大部分县级疾控机构检验设备和检测能力离标准要求仍有较大差距。尤其是三个区疾控中心实验室能力建设比较滞后,仪器配置达标率低下,严重影响疾控能力的提升。二是人才队伍得不到稳定和加强。由于投入不足,薪酬较低,一方面人力配置中低学历、非预防医学专业人员所占比例过高;另一面人才外流、转岗现象严重,部分单位几年都没有招聘到专业人员。三是疾控工作协调机制不健全。公共卫生“防、管、治”三位一体的服务模式没有形成,疾控机构、基层公共服务卫生机构和医疗机构之间工作协调机制不健全,以致需要多方协调的疾控工作不能落到实处。

疾病预防控制信息化建设相对滞后。疾控机构各部门监测数据相对独立,普遍存在信息应用面窄、信息闲置、信息上报重复、信息利用率低等现象。公共卫生与卫生监督、教育、食品药品监督等各部门,配合协调不够,联防联控机制尚未建立。

3.2 政策建议

充分认识疾病预防控制体系建设的重要性。疾病预防控制体系建设是一项关系全民的系统工程,必须坚持政府主导、部门配合、社会各界共同参与的原则,制定切实可行的长期宣传机制,明确任务、落实责任,将建设公共卫生体系纳入到领导干部任期目标和政绩考核的指标当中,切实推进公共卫生体系建设。

落实公共卫生工作经费保障,建立长效投入机制。政府应将各级疾控经费在财政预算中单列,确保各级疾控机构工作业务开展支出需要,特别是传染病监测,应予以重点保障。对人员经费、公用经费等经常性维持经费有所倾斜,改变以依赖“专项资金”应急和预防服务收入维持生机的投入机制,逐步规范、剥离有偿服务,彻底扭转“投入不足导致职能偏废”的困境^[2]。

加大疾控机构实验室设备投入及人员培训,提高公共卫生服务能力和水平。增加疾控人员收入,制定灵活的聘用、培养、引进人才的激励政策。针对各县市区级疾控普遍面临仪器设备落后、公共卫生人才队伍紧缺、学历结构不平衡的现象,一是加大仪器设备投入,购置新设备。二是对现有专技人员加强在职教育,引进高学历专技人才,鼓励军转人员继续专业学习,提高学历层次,充实疾控队伍;经常性开展省、市、县三级培训工作,采取逐级培训的方式,提高公卫人员专业技术水平和实际操作技能;通过各种进修、培训、以老带新等形式,加强对年轻疾控专业人员的培养,不断优化疾控队伍结构。三是以高层次人才队伍建设为重点,加强对业务和实验室的人才培养和引进,培养学科带头人,提升疾病预防控制工作引领能力。

不断提高公共卫生应急处置能力,切实做好疾病预防控制工作。进一步加强对公共卫生事件监测、预防和控制,加强应急人员、经费、物资储备保证,保障应急体系有效运行。强化公共卫生监测网络,不断拓宽网络直报范围,加快向村卫生室、社区卫生服务站网络直报覆盖,进一步提高传染病网络直报灵敏度^[3]。继续把艾滋病、肺结核、霍乱、人禽流感等传染病作为重点传染病管理,确保不暴发流行,其他传染病疫情保持历年持平水平。认真组织实施国家免疫规划项目,接种率保持在95%以上。继续巩固碘缺乏病、地方病、麻风病防治成果。逐步推进慢性病防治工作,要建立以高血压、糖尿病、肿瘤、心血管病为防治要点,个体化服务为特点的综合防治策略。应以规范化的治疗服务为保障,以社区卫生服务为基础,全面覆盖建立居民健康电子档案,提供连续性、系统性、全过程的健康管理服务为举措的综合防治治理方略。

建设联防联控机制。疾控机构在卫生系统内需要与卫生监督、爱国卫生、妇幼保健等部门配合,在卫生系统外涉及与食品药监、教育、质监等多个部门的协调。需要建设一个职责明确、任务清晰的多部门协调运行机制,共同落实“预防为主、防治结合”的方针,为群众提供安全、有效、方便、价廉、均衡的疾控服务。

参考文献

- [1] 姜峰波,林新铎,贾佳,等.中国死亡谱变化趋势及原因分析[J].中国社会医学杂志,2018,35(05):477-480.
- [2] 王继明,童华兵,邓小林.巴中市疾病预防控制体系建设的问题与对策[J].预防医学情报杂志,2008(01):57-58.
- [3] 周玉平,殷芳,朱忠良.加强疾病预防控制的信息化建设[J].中华医学科研管理杂志,2005(01):47-48.

(上接第257页)

在肠腔内易成攀,难以到达右半结肠。右半结肠(盲肠、升结肠、肝曲、横结肠)恶性梗阻患者急诊手术较择期手术有较高的并发症和围手术期病死,透视和(或)内镜下自膨式金属支架治疗成为治疗的首选方法。右半结肠由于距离长及肠管弯曲度大,导丝到达和支架置入非常困难。目前报道支架治疗右半结肠恶性梗阻的文献不多。右半结肠恶性梗阻支架置入治疗报道较少。右半结肠的病例,技术比较难以到达病灶部位,特别是一些弯曲的结肠和很差的肠道准备。并且,在右半结肠,超细胃镜特别软、容易成攀,要从肛侧往口侧通过狭窄部位是很困难的。有学者用双气囊小肠镜的外套管提供的较好的视野和支撑力。一些研究表明,支架对于近端狭窄和远端狭窄的疗效是一样的。应用双气囊小肠镜外套管,气囊充好后,外套管充当稳定的外鞘,超细胃镜经外套管较轻易地通过狭窄段进入口侧肠腔^[6]。

本组研究表明,在普通肠镜和超细胃镜无法将导丝通过结肠狭窄段时导致支架失败的3例患者,用超细胃镜透明帽后,内镜支架置入全部成功,无出血、穿孔等并发症。透明帽为超细胃镜提供了较好的视野,操作者较容易判断癌性肠梗阻狭窄肠腔的走向。在一些普通胃镜或肠镜无法完成结肠支架治疗癌性肠梗阻的病例,应用超细胃镜透明帽可取得较好的效果。

参考文献

- [1] 楼征,闫飞虎,张卫.结肠支架在高龄梗阻性结肠癌患者处置中的作用和挑战[J].中华结直肠电子杂志,2015,4(3):327-329.
- [2] 黄东,张鸣青,苏军凯.超细胃镜直视下扩张与支架置入治疗儿童食管腐蚀伤后狭窄2例[J].福建医药杂志,2010,32(05):29-31.
- [3] 沈毅慧,张立献,石磊,等.超细内镜在左半结肠直肠癌性肠梗阻治疗中的应用研究[J].中国医师进修杂志,2013,36(10):31-34.