

走向专业化和去行政化:中国疾病预防控制体系的治理变革之道

顾昕^{1a,1b,1c},宁晶²

(浙江大学 1a.公共管理学院; 1b.社会治理研究院; 1c.民生保障与公共治理研究中心 杭州 310058;
2.对外经济贸易大学 政府管理学院 北京 100029)

摘要: 疾控体系的治理变革是公共卫生体系补齐短板的关键之一,尤其是健全预警响应机制,才能强化底线思维,时刻防范卫生健康领域重大风险。在新冠肺炎疫情的防控中,中国疾控体系在风险早期预警方面呈现出短暂的失灵,提升其能力的呼声不断。然而,疾控体系的健全之道,不仅仅在于政府增加投入,更在于整个体系的治理变革。治理变革之道,在于重构专业服务与行政力量的关系,让疾控中心走向专业化,并由政府发挥引领作用,推动疾控中心与其他相关主体(如高等院校、科研机构、科技企业等)建立社会治理共同体。在疾控体系变革中引入社会治理的理念,关键在于让社群机制在疾病控制的专业治理中发挥主导作用,让专业意见在公共政策决策和执行中发挥更大的作用。

关键词: 疾病控制; 公共卫生; 社会治理; 社群机制; 专业化; 去行政化

中图分类号: F842 **文献标志码:** A **文章编号:** 1002-462X(2021)01-0095-08

一、疾控体系变革必须置于社会治理体系建设的大格局之中

放眼全球,新冠肺炎疫情的治理是对国家治理能力的一场大考。在任何一个地方,公共卫生体系都是国家治理体系的一个内在组成部分,公共卫生的治理能力与疫情的防控水平密切关联。正如习近平总书记所强调的,只有构建起强大的公共卫生体系,健全预警响应机制,全面提升防控和救治能力,才能强化底线思维,增强忧患意识,时刻防范卫生健康领域重大风险^[1]。

与世界其他很多地方有所不同,在新冠肺炎疫情暴发之初,中国面对的是一个未知疫情的阻击战。中国疫情治理实践中出现一些问题或纰

漏,尤其是在初期阶段,这并不奇怪。十全十美的事情是没有的,对此进行反思是必要的,也是必须的。作为公共卫生体系的重要组成部分,中国疾控体系,在未知病原疫情的早期预警上存在着短板,是确定无疑的,而补齐短板,健全疫情预警响应机制,进而改善疾控体系,是中国公共卫生体系强化底线思维、增强忧患意识的关键之一。

实际上,早在新冠肺炎疫情初期,重建中国疾控体系以及在更广范围内重视公共卫生体系建设的呼声已经不绝于耳。呼吁者并不限于公共卫生专家,也不乏医疗卫生界之外的重量级知名人士。实际上,这一呼声并非在新冠肺炎疫情暴发之后才出现,而是早已出现。2020年5月11日,新华社《瞭望》新闻周刊刊登对中国疾病预防控制中心流行病学首席科学家曾光院士的长篇采访,全面论述了中国公共卫生体系所面临的问题,其中突出的问题之一就是公众缺认知、领导不重视,但不切实际的期望却特别多、特别高^[2]。由此可见,对公共卫生的重视一直停留在口头上,却极少落到实处。新冠肺炎疫情的暴发,或许能为这一境

基金项目:浙江省新型重点专业智库杭州国际城市学研究中心浙江省城市治理研究中心的研究成果;对外经济贸易大学中央高校基本科研业务费专项资金资助(20QD08)

作者简介:顾昕,1963年生,浙江大学公共管理学院教授,浙江大学社会治理研究院首席专家、民生保障与公共治理研究中心专职研究员;宁晶,1994年生,通讯作者,对外经济贸易大学政府管理学院讲师,管理学博士。

况的改善提供难得的机遇。

新冠肺炎疫情在世界各地的演变与发展,无疑给科学工作者(包括自然科学和社会科学)留下了大量值得反思的课题,而这种反思,对百姓,对国家,对民族,无疑是有益的。唯有进行深刻的反思并将反思的结果落到实处,我们的国家才能在未来有能力做到时刻防范各种领域的重大风险,实现疫情防控的常态化。其中,反思的焦点之一在于流行病学家,尤其是流行病学家的重要汇聚点——中国疾控体系。尽管众说纷纭,但有一个共识正在凝聚,这就是,面对一场国家治理体系和治理能力的“大考”,中国疾控体系的确存在短板,尤其是在突发公共卫生风险的早期预警领域。疾控治理体系和治理能力,无疑是中国国家治理体系和治理能力的组成部分,对于突发性疫情的管控来说,尤为重要。简言之,如果将突发性疫情管控比喻为一个“大宅门”的安全保障,那么疾控体系理应扮演好“吹哨人”和“守门人”的角色。现在来看,中国疾控体系在新冠疫情防控中的角色扮演值得反思。

对中国疾控体系治理体系和治理能力的反思,还有漫长之路要走。这一反思涉及诸多维度以及不尽其数的历史事件,本文无法一一论及。限于篇幅,本文只能聚焦于两个关系,但这两个关系的处理贯穿着疾控治理体系改善和治理能力提升的方方面面。

二、能力建设与治理变革的关系

最为流行的一种见解是,中国疾控中心的能力建设亟待加强,尤其是在基层,而基层疾控中心被视为抗疫的前哨站。至于说加强能力建设的建议,一言以蔽之,就是“增加政府投入”。2020年2月,在中国新冠肺炎疫情暴发的高峰期,曾任上海市和重庆市市长以及全国人民代表大会财政经济委员会副主任委员、现任中国国际经济交流中心副理事长的黄奇帆在《中国经济周刊》发表长文《公共卫生领域需要供给侧全面改革》,建议政府财政应把计划投资项目上的钱,转移一部分到公共卫生等公共设施领域,提高国家公共卫生供给质量,并以此政府消费促进中国经济可持续、高

质量发展^[3]。此文曾在2月18日先行在《中国经济周刊》官方微信公众号上发表,选择了颇具震撼效应的标题《疫情之后中国公共卫生系统要花两三千亿补短板》,引发众多微信自媒体和网络媒体的转载。当然,毫不奇怪,政府增加投入的吁求也在公共卫生界引起广泛的共鸣。

实际上,在医药卫生体制改革的其他领域,例如公立医院改革,相当流行的对策也是“增加政府投入”^[4]。在很多人看来,增加投入就意味着能力提升。然而,非常明显的是,增加投入最多只能产生短期能力增进之效,而让增进的能力产生实际的绩效,则需要良好的治理体系,其核心是激励机制设计。

模仿美国CDC体系,中国疾控体系建于2002年。2002年1月,中国疾病预防控制中心成立;当年,27个省级疾控中心挂牌运行,同时大约1/3的市(地)和1/5的(市)县也组建了疾控中心^[5]。到2003年,疾控中心在各个行政层级都建立起来,绝大部分是原防疫站(所)更名而成。无论是从机构数量还是从人力资源的规模来看,各级疾控中心在中国公共卫生服务体系中都占相当大的比重(见下页表)。

2003年7月,在SARS疫情结束后召开的第一次全国卫生工作会议上,副总理吴仪痛责这一庞大体系的混乱不堪,“目前,国家、省、市、县四级都建立了疾病预防控制中心,但定位不清,职责不清;机构不少,功能不强;队伍庞大,素质不高;设施陈旧,条件落后;防治脱节,缺乏合力;经费不足,忙于创收”^[6]。正如公共行政理论所揭示的,在行政化的科层体系中,任何一个分部门所遭遇的危机,往往会变成其最大化自身预算和规模的良机^[7]。SARS疫情的暴发自然为中国疾控中心大规模的能力建设提供了千载难逢的契机。国家卫生部与国家发改委当年共同制定了总投资额超过100亿元的全国疾控中心基础设施建设规划,此外,德国和日本政府也为中国疾控体系建设提供了赠款或贷款^[6]¹⁶⁶。除了一次性的投资之外,2004年全国各级疾控机构日常性财政拨款和补贴,在中国公共卫生政府投入总额中的占比高达58.5%。显然,这是一个难以持续的占

比。此后, 疾控机构所获的占比有所下降, 近年来下降到 40% 左右的水平, 而这一占比也难言不合理。

政府投入增加当然会在一定程度上强化能力建设, 但能力建设的强化并非必然伴随着体制的改变和治理的完善。在 2003 年 SARS 危机之后, 中国疾病控制体系的能力建设的确加强了, 但其服务机构并未成为独立的专业机构, 其业务经常受制于同行政级别的地方政府的干预。在很多情

况下行政干预具有政治性而非专业性, 最典型的 就是 地方政府有时出于担心地方经济发展受到负面影响会阻挠当地医疗机构或疾控中心对疑似传染病疫情的专业性上报和披露, 有时地方政府及其管辖下的疾控部门又会出于争取上级政府拨款的考量(即所谓“财神跟着瘟神走”) 而主动上报、甚至夸大当地的疫情^[8]。无论是“淡化处理”还是“高调处理” 均出于特定时空情境下政治经济利益的计算, 而不是基于专业性的考量。

表 中国疾病控制机构的能力建设(2002—2019 年)

	机构数量(个)			卫生技术人员(万人)			政府投入(亿元)		
	公共卫 生机构	疾病预防控制中心 (防疫站)		公共卫 生机构	疾病预防控制中心 (防疫站)		公共卫 生机构	疾病预防控制中心 (防疫站)	
		数量	占比		人数	占比		金额	占比
2002	10787	3580	33.2%	37.9	15.9	41.9%	91.7	52.2	56.6%
2003	10792	3584	33.2%	38.8	15.9	41.0%	NA	NA	NA
2004	10878	3588	33.0%	39.4	16.0	40.7%	187.5	109.6	58.4%
2005	11177	3585	32.1%	40.7	15.8	38.9%	135.1	65.1	48.2%
2006	11269	3548	31.5%	41.2	15.4	37.5%	166.7	82.1	49.2%
2007	11528	3585	31.1%	43.0	14.9	34.5%	300.6	125.4	41.7%
2008	11485	3534	30.8%	44.9	14.9	33.1%	257.9	127.2	49.3%
2009	11665	3536	30.3%	46.6	14.8	31.8%	344.1	170.1	49.4%
2010	11835	3513	29.7%	47.4	14.7	31.1%	440.2	191.1	43.4%
2011	11926	3484	29.2%	48.4	14.5	30.0%	551.3	225.1	40.8%
2012	12083	3490	28.9%	52.9	14.1	26.7%	600.5	246.5	41.0%
2013	31155	3516	11.3%	60.9	14.3	23.5%	676.5	277.6	41.0%
2014	35029	3490	10.0%	63.2	14.2	22.5%	801.3	310.5	38.7%
2015	31927	3478	10.9%	63.9	14.2	22.2%	920.6	356.5	38.7%
2016	24866	3481	14.0%	64.6	14.2	22.0%	1020.1	415.9	40.8%
2017	19896	3456	17.4%	66.2	14.2	21.5%	1143.4	461.1	40.3%
2018	18033	3443	19.1%	67.8	14.0	20.7%	1243.6	511.3	41.1%
2019	15958	3403	21.3%	70.0	14.0	20.0%	1353.1	577.4	42.7%

资料来源: 历年《中国卫生统计年鉴》《中国卫生与计划生育统计年鉴》《中国卫生健康统计年鉴》

政治经济利益计算的缘由五花八门。曾光院士在前述《瞭望》周刊的采访中举例说明, 现在很多城市都在争创国家卫生城市, 指标之一是无甲、乙类传染病暴发疫情, 无脊髓灰质炎病例发生, 无院内感染引发的传染病暴发疫情和死亡事故。在这样的指标体系下, 如果争创国家卫生城市的重

要关头出现相关传染病, 会不会即便疾控机构想报告, 但上级政府不准, 最终还是不报告? 如果疾控机构一意孤行报告了, 疾控机构的领导会不会反而被认为“没有大局意识”, 受到上级政府批评?

在新冠肺炎疫情暴发的初期, 这样的情形也

出现了。东南大学经济管理学院名誉院长华生教授领导的研究团队,通过对各种公开信息抽丝剥茧式的回溯性分析揭示,“淡化处理”的地方施政策略以及疾控体系治理结构的不当,致使疫情早期预警机制失灵^[9]。

中国新冠肺炎病例初现于2019年12月1日,但距离2020年1月18日中央政府派出专家组考察武汉后得出新冠肺炎“人传人”的结论,过了近50天。这就是行政化科层体系下过度依赖传统信息传达渠道所造成的一个问题。由于治理机制不畅,尤其是地方政府与卫生行政部门自上而下运作的行政机制与公共卫生/医疗保健专业共同体之间的社群机制没有形成互补嵌入的格局,社群机制无从在未明病原传染病的早期风险预警中正常发挥作用,这使得中国疾控系统未能在2019年末和2020年初成为新冠疫情防控的最佳守门员^[10]。

实际上,早在2019年2月25日,中国疾病预防控制中心主任高福院士在国家卫健委的一次例行新闻发布会上宣布,我国已建成全球规模最大、横向到边、纵向到底的传染病疫情和突发公共卫生事件网络直报系统,实现对39种法定传染病病例个案信息和突发公共卫生事件的实时、在线监测。简言之,任何医疗机构,只要有传染性疾病的确诊,那么就必须登入这一直报系统,而纵向分级建立起来的疾控中心,从中央到地方,均能接收到直报信息,当地疾控中心的法定义务则是针对直报病例展开流行病学调查。

新冠肺炎疫情一开始是一种致病原因不明的肺炎。值得注意的是,鉴于SARS疫情的教训,不明原因肺炎从传染病直报系统之处就纳入了直报之列,但有零星研究显示,不明肺炎的直报率较低,激励机制有运转不良之象^[11]。这一耗费巨资建立、硬件卓越的直报体系在运作上依然在很大程度上依赖于传统的行政化科层管理:当医生临床发现有疑似传染病例时,需将信息报告至医院感染科(或防保科、院感办),有时还要报备上级行政部门甚至需要等待审批,然后才由专人填传染病报告卡,再登录网络直报系统账户,进行信息录入和上报^[12]。因此,在实践中,是否将不明原

因肺炎直报,取决于医疗机构和当地卫生行政部门对直报的管理。在很多医疗机构,不明原因肺炎是否直报,首先需要呼吸科和感染科作出专业判断,并获得管理层的批准,而不同医疗机构管理层的风险意识、责任意识和担当意识大有不同。相关意识薄弱的医疗机构管理层有时会就是否直报请示当地卫生行政部门,而当地卫生行政部门的风险意识、责任意识和担当意识也大有不同,自然会导致直报延误的情形发生。

早在2020年1月下旬,中国疾控中心原副主任杨功焕在媒体采访中指出,传染病直报系统在新冠肺炎疫情早期预警中是否发挥了作用,并不清楚。她认为有必要关注、追问这套传染病疫情报告响应机制在武汉新冠疫情初期的运行情况^[12]。2月12日,杨功焕在接受自媒体深科技(DeepTech)的独家采访中再次表示,我们有直报系统,这是我们中国的优势。但我们的优势没有发挥出来。直到2020年1月24日,即武汉“封城”第二天,“新型冠状病毒感染的肺炎动态监测系统”才在这个传染病网络直报系统中上线,在原有基础上加入了新冠病毒感染的肺炎的个案信息、诊治信息、感染来源等相关信息的报告。可以说,这个由政府投资7.3亿元打造的技术先进的传染病监测系统恰恰在新冠疫情监测的早期失灵了28天^[13]。由此可见,政府投入也好,技术赋能也罢,疫情风险早期预警不仅取决于技术的先进性,而且取决于治理体系中的激励结构的设计。

在传染病直报系统的技术赋能完成之后,如果能够建立起基于病例的自动信息预警机制,将不明病原肺炎发生率大规模上升的信息及时上传,并由公共卫生专业机构及时跟进调查,国家对突发疫情的响应速度必然会大大提高。如果能较早实施疫情治理措施,哪怕是提前几天时间,哪怕是实施有限的措施(例如暂停大规模聚会等),都可以减轻疫情的蔓延程度,减少突发性公共危机带来的社会经济损失。据钟南山指导并参与的一项研究显示,如果“封城”等强制措施能够提前5天实施,4月底的总感染规模就会降低约66.4%^[14]。

就任何不明原因的特发性疫情而言,“早发

现”的关键在于疫情早期风险监测预警机制的完善。尽管中国在发现疫情之后的“抗疫”实践中取得了卓越成绩,但在疫情早期监测预警体系的建设和机制完善方面,还有值得反思并大力改善之处。就此,2020年5月24日,习近平在参加十三届全国人民代表大会三次会议湖北代表团的审议时指出,“这次应对疫情,我国公共卫生体系、医疗服务体系发挥了重要作用,但也暴露出来一些短板和不足。我们要正视存在的问题,加大改革力度,抓紧补短板、堵漏洞、强弱项”^[15]。针对公共卫生体系的短板和漏洞,习近平6月2日主持召开了专家学者座谈会并发表重要讲话,其中特别强调,“要把增强早期监测预警能力作为健全公共卫生体系当务之急,完善传染病疫情和突发公共卫生事件监测系统,改进不明原因疾病和异常健康事件监测机制,提高评估监测敏感性和准确性,建立智慧化预警多点触发机制,健全多渠道监测预警机制,提高实时分析、集中研判的能力”^[1]。中国疾控体系的能力建设和治理变革,尤其是在不明病原传染病的疫情风险预警机制建设上任重道远。

三、行政机制与社群机制的关系

中国疾控体系的治理体系有待完善,具体的建议很多,但从治理理论的角度来思考,核心问题在于如何处理好行政机制与社群机制的互补嵌入性。

无论是治理经济事务还是社会事务,处理好政府与市场的关系是至关重要的。这一关系的处理,实际上包含两个相关联却又不尽相同的问题:一是政府与市场的边界和角色是什么,二是行政机制和市场机制的关系是什么。相对来说,第一个问题得到了较多的讨论,并在经济学家、政治学家、公共管理学家那里早已成为无时不在、无处不在的话题,并时常会激发传统媒体和新兴媒体的关注。在医改政策和产业政策领域中持续多年的政府与市场之争^[16]就体现了这一点。对第二个问题的讨论,尽管多有触及,但常常止于蜻蜓点水的情形。

更为严峻的是,学术界对于社群机制的关注,

完全呈现为另外一种境况。即便是社群机制本身,也只有少数学者在研究,不仅从未成为显学,而且也从未引起媒体的关注,更没有出现影响广泛而深远的大辩论。这样一种吊诡的境况,即便在埃莉诺·奥斯特罗姆(Elinor Ostrom)于2009年因社群治理研究上的杰出贡献获得诺贝尔经济学奖之后,也没有得到实质性的改观。在奥斯特罗姆领衔的布鲁明顿学派(the Bloomington School)那里,社群机制以及基于社群机制的多中心治理的适用领域,并不限于渔场、林场、河流等公共资源^[17],而是遍及社会经济生活。可是,时至今日,对社群机制的重视,在公共管理的实践中,都远逊于行政机制和市场机制。布鲁明顿学派的影响,也仅仅止于公共管理学术界,并没有遍及经济学界、政治学界和更为广泛的社会科学和人文学界。这一点,无论是对于国家治理体系和治理能力的现代化,还是具体到突发性疫情公共治理的完善,都是不利的。

由于奥斯特罗姆从学科角度来看属于公共管理学者,因此其揭橥的多中心治理在公共管理学界得到普遍认同,但公共管理学界并没有对作为多中心治理实质的社群机制和社群治理本身加以深入发掘,社群治理与行政治理和市场治理的关联,也没有成为学术研究的热点。在社会影响力异乎寻常的经济学界,社群治理的重要性基本上没有受到应有的重视,尤其是经济学主流学者的重视。作为非主流经济学的领军人物,在演化经济学、行为经济学和复杂社会系统动力学等领域作出杰出贡献的萨缪尔·鲍尔斯(Samuel Bowles)在其名作《微观经济学:行为、制度和演化》一书中将人类生活的治理机制概括为三种,即行政机制、市场机制和社群机制^[18],从而将奥斯特罗姆的思想纳入一个更加具有广纳性的分析框架之中。值得注意的是,鲍尔斯的这部名作早就有了中译本,但其对社群治理的论述从未成为经济学家津津乐道的话题。

在鲍尔斯笔下,社群治理不仅历史悠久,而且是人类生活中的常态,既不新鲜,也不神秘。社群治理意味着一群人基于共同的价值观,为了共同的目标,以正式或非正式的方式组织,通过交往、

互动和合作性的集体行动,做各种事情,达各自所愿。社群治理的核心,在其成员私人信息的共享性,并在此基础上形成归依于声望的激励机制,从而在社群成员内部形成社会资本^[19]。

包括流行病学在内的科学研究,以及各种基于专业知识生产和应用的专业活动,如公共卫生服务,其公共治理体系在很大程度上基于社群机制的运作。在20世纪七八十年代兴盛一时的科学社会学对于科学共同体的研究^[20],早就展示了这一点,但当时治理理论尚未兴起,而有关科学共同体的研究成果后来也从未与有关社群治理的经济学和公共管理学研究成果整合起来。

关于科学共同体的研究显示,在同一个科学专业内部,基于同行评议建立起来的权威和奖惩制度,构成共同体的内部规范。尽管科研工作者个人之间并不都相识,而且工作地点遍及世界各地,日常生活没有交集,但他们在专业上保持相互关联,构成一种“无形学院”,为新知识生产的可靠性提供专业的保障^[21]。社群治理,不限于知识生产,也包括知识的传播和应用。科学/专业共同体所实施的社群治理,核心在于确立专业规范,在共同体成员中形成“专业主义”(professionalism)的从业氛围,从而捍卫科学/专业自主性。这意味着,科学发现和专业判断均受到共同体内部规范的约束,而不受各种外部力量的左右,无论是行政力量、市场力量还是社会舆论。

可是,除了“无形学院”之外,科研工作者或专业人士还受雇于各种组织,因此其职业行动还受到各种组织内部治理的协调和制约。在不同类型的法人组织当中,治理机制并非唯一,其中行政机制和社群机制的混合最为常见,而某些组织还受到市场力量的左右。概言之,任何一个法人组织的治理,都呈现为行政、市场和社群治理的嵌入性,不同治理机制的运作空间及其相互关系,在不同的组织是大为不同的。这种不同,又受到这些组织嵌入于其中更大的政治经济体制的影响。

在中国,科研人员或专业人士大多在公立组织工作,这些组织均隶属于一个高度行政化的事业单位等级体系。公立组织在全世界都存在,但中国公立组织的特色在于,事业单位体系的治理

由行政机制所主宰。在高度行政化的治理体系中,社群机制基本上处于被挤出的境地,其运转不良甚至根本无法运转成为常态。

众所周知,中国疾控中心是一个事业单位,其自身就是一个等级化的公立组织,多层次疾控中心由相应行政级别的卫健委作为行政主管。在各级卫健委中,都有专门分管疾病控制与预防的职能部门,即疾控局。作为事业单位,疾控中心的业务繁多,且很多业务在行外人看来极为琐碎。大体来看,疾控工作可分为两方面:一是对流行病之所以流行进行科学研究,从而找到针对其诸多流行环节的有效干预措施;二是组织公共干预措施的实施。因此,疾控中心的角色可以被形容为参谋和士兵,当然,处在不同层级的参谋和士兵,其角色是不同的。值得一提的是,传染病只是流行病的一种,而疾控中心的工作职责并非只是预防和控制传染病。很显然,疾控中心既没有行政权力,也没有制定政策的义务。因此,在2020年初,社会舆论(尤其是为自媒体所引导的社会舆论)因对抗疫的早期措施有所不满(姑且不论此等不满是否有道理)而对疾控中心进行指责,甚至对中国疾控中心主任高福院士进行漫画化攻击,很多是基于误会或源于分析力的缺乏。很多质疑者甚至根本没有搞明白疾控中心的角色。

在针对中国公共卫生体系的反思声浪中,有一个观点特别突出,即认为疾控中心之所以在疫情早期预警上出现短板,源于其行政地位不高,而改变这一格局的建议就是让疾控中心拥有一定的行政权力,甚至成为行政机构。还有不少人对美国疾控中心有夸张式的误解,不仅认定其能够直通高层,而且拥有相当大的行政权力,因此认为缺乏行政权是中国疾控中心的短板,主张疾控中心行政化。钟南山院士也在2月27日为此而大声疾呼,主张中国疾控中心应该像美国那样拥有行政权力。

可是,仅仅两个月之后,美国疾控中心就彻底走下了神坛。在目睹了美国疾控中心在行政权力滥用的情况下灰头土脸的窘境之后,疾控中心行政化的中国主张者们应该醒悟了。疾控中心行政化根本不是从美国进口的一剂灵丹妙药,它甚至

根本不是一味药。而且,疾控中心行政化这一建议也根本无法在中国落地,因为此动议者并未考虑到一个基本事实,即疾控体系并不等于疾控中心。事实上,在疾控体系中肩负行政职责的机构,即卫健委中的疾控部门,在各级卫生行政部门中处于局级、处级和科级的位置。如果说在新冠肺炎疫情早期预警中,疾控行政部门也存在某种行政失灵的话,那么真正应该反思的问题不是疾控中心为什么没有行政权力,而是拥有行政权力的相关行政机构为什么没有更好地行使行政权力。

中国疾控中心的组织和制度模式,完全可以用“高度行政化”来形容,不仅所有的疾控机构均有自己的行政级别,而且在行政上隶属于同级别的卫生行政部门。高度行政化,俗称“官本位”,是事业单位体系的痼疾,而打破这一痼疾的方向自然就是“去行政化”。“去行政化”作为事业单位改革的方向,在党的十八届三中全会决议中得到确立,即“推动公办事业单位与主管部门理顺关系和去行政化”^[22]。

与再行政化思路有所不同,中国疾控中心改革的另一种思路是专业化和去行政化,即各级疾控中心可以合并为一个独立的专业组织,具有公法人地位,实施垂直化管理,与中国的银行体系相类似。这意味着让专业的人做专业的事情,包括说专业的话。这意味着疾控中心将脱离卫生行政部门而独立存在,这同提升疾控中心行政等级的建议大相径庭。当然,去行政化并不意味着取消行政管理,更谈不上取消行政机制。实际上,走向专业化的中国疾控中心完全可以根据需要在各地设立分支机构,由此,疾控中心必将成为一个具有一定规模的专业性独立公法人,在其内部自然会有规模不小的行政管理部门和人员,行政机制也必然是这一组织内部法人治理中重要的治理机制之一。

但是,走向专业化的中国疾控中心,要想实现良好的治理,仅仅依赖于自身行政机制的完善是不够的,而是需要践行党的十九届四中全会精神,引入社会治理的理念,即多方主体形成社会治理共同体,实现共建共治共享。公共卫生社会治理体系的建设,需要相关知识的生产。在疾病控制

和预防领域,作为政府所设的公立机构,疾控中心可与高等院校、科研机构、科技企业等建立公私合作伙伴关系或公共合作伙伴关系,让诸多不同类型的机构形成联盟并让联盟治理发挥作用,这是公共卫生领域社会治理体系建设的核心内容。

在此背景下,有必要在高校设立独立的公共卫生学院,而目前,公共卫生学院基本上都设立在高校的医学部或医学院之中,而有关社会治理共同体建设的学术探讨难以在生理—临床医学主导的医学院中占有应有的一席之地。当然,将公共卫生学院独立于医学院而设立,并不应该构成大学中新一轮的“跑马圈地”,而是应该成为公共卫生知识体系转型的新契机。公共卫生这门学科,也应该从主要基于或源于医学,转型为一个全新的跨学科学问,其中政治学、经济学、社会学以及公共管理学应该成为公共卫生学的学科基础。作为自然科学分支的流行病学,也应该转型为社会经济政治流行病学。实际上,让高校与疾控中心在科研、知识传播和公共卫生干预上展开合作,不仅会助力于公共卫生服务的开展,还能力推公共卫生学科的发展。正是在这种合作伙伴关系中,疾控人的收入待遇和社会地位才有望提高。

结 语

疾控中心的治理变革是中国公共卫生体系补齐短板的重要一环,这对于健全突发性不明病原疫情的风险预警和响应机制来说尤为重要。

疾控中心治理变革之道,在于让疾控中心走向专业化和去行政化,形成一个独立于卫生行政部门之外的独立公法人,并由政府发挥引领作用,推动疾控中心与其他相关主体(如高等院校、科研机构、科技企业等)建立社会治理共同体。在疾控体系变革中引入社会治理的理念,关键在于让社群机制在疾病控制的专业治理中发挥主导作用,让专业意见在公共政策决策和执行中发挥更大的作用,并让联盟治理在社会治理共同体成员之间的协调上发挥主导作用。

当然,任何一种治理机制都不可能永远运转良好,任何一种治理体系也不可能永远治理卓越。正如行政治理和市场治理都会失灵一样,社群

治理也会失灵。很多国家的行政力量尊重社群治理,并不能保证其新冠疫情的防控出色。尽管如此,让社群治理机制在社会治理体系中发挥更加积极的作用,并解决好行政治理如何强化社群治理并与社群机制相得益彰的问题,中国疾控中心才有可能在未来成为疫情风险预警的机警“吹哨人”和疫情管理控制的杰出“守门人”。概言之,让社群机制运作起来,并同行政机制形成互补嵌入性的格局,是中国疾控体系治理变革的核心。

参考文献:

- [1] 《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》,《人民日报》2020年6月3日。
- [2] 张冉燃《公共卫生首先要姓公》,《瞭望》2020年第19期。
- [3] 黄奇帆《公共卫生领域需要供给侧全面改革》,《中国经济周刊》2020年总第777期。
- [4] 顾昕《公共财政转型与政府医疗投入机制的改革》,《社会科学研究》2019年第2期。
- [5] 《中国卫生年鉴2003》北京:人民卫生出版社2003年版。
- [6] 《中国卫生年鉴2004》北京:人民卫生出版社2004年版。
- [7] Williams N. Niskanen, *Bureaucracy and Public Economics*, 2nd edition. Northampton, MA.: Edward Elgar Publishing, 1996.
- [8] 蔡如鹏《SARS 镜子里的中国公共卫生》,《中国新闻周刊》2013年第9期。
- [9] 华生、蔡倩、汲铮、董申《中国传染病防控预警机制探究——来自新冠病毒疫情早期防控中的启示》,《管理世界》2020年第4期。
- [10] 顾昕《知识的力量与社会治理的引入——突发性疫情早期预警系统的完善》,《治理研究》2020年第2期。
- [11] 王宇、向妮娟、倪大新、李群、冯子健《安徽省两所地市级医院不明原因肺炎监测系统运行情况调查》,《疾病监测》2017年第5期。
- [12] 刘玉海《中国疾控中心原副主任杨功焕: SARS 之后国家重金打造的传染病网络直报系统,为何并未及时启动》,《经济观察报》2020年2月10日。
- [13] 信娜、王小、孙爱民、辛颖《直报系统失灵28天》,《财经》2020年总第582期。
- [14] Zifeng Yang, Zhiqi Zeng, Ke Wang, et al., “Modified SEIR and AI Prediction of the Epidemics Trend of COVID-19 in China under Public Health Interventions”, *Journal of Thoracic Disease*, Vol. 12, Issue 3 2020, pp. 165-174.
- [15] 习近平《在湖北省考察新冠肺炎疫情疫情防控工作时的讲话》, http://www.qstheory.cn/dukan/qs/2020-03/31/c_1125791549.htm。
- [16] 顾昕《新时代新医改公共治理的范式转型——从政府与市场的二元对立到政府-市场-社会的互动协同》,《武汉科技大学学报》(社会科学版)2018年第6期。
- [17] Clark, C., Gibson, Margaret, A. McKean, and Elinor Ostrom (eds.), *People and Forests: Communities, Institutions, and Governance*. Cambridge, MA.: The MIT Press, 2000.
- [18] Samuel, Bowles, *Microeconomics: Behavior, Institutions, and Evolution*, Princeton: Princeton University Press, 2004, pp. 474-501.
- [19] 萨缪尔·鲍尔斯《微观经济学》,北京:中国人民大学出版社2006年版,第352页。
- [20] Warren, O. Hagstrom, *The Scientific Community. Carbondale and Edwardsville, IL.*: Southern Illinois University Press, 1973.
- [21] 戴安娜·克兰《无形学院:知识在科学共同体中的扩散》,刘珺珺、顾昕、王德祿译,北京:华夏出版社1988年版。
- [22] 《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》,北京:人民出版社2013年版,第18页。

[责任编辑:房宏琳]