·专题报道——传染病预防与控制·

中国境内“一带一路”边境和沿海省份卫生机构突发急性传染病防控能力现状：一项问卷调查

李冰[1]，王超男[1]，牛艳[1]，廖凯举[1]，吴洪涛[1]，赵婧[1]，黄旭[1]，马景宇[2]，许真[1]

1. 传染病溯源预警与智能决策全国重点实验室 中国疾病预防控制中心（中国预防医学科学院）卫生应急中心，北京 102206；
2. 宝应县疾病预防控制中心，扬州 225000
通信作者：许真，E-mail：xuzhen@chinacdc.cn

【摘　要】目的　了解中国境内参与“一带一路”建设的边境和沿海省份卫生机构突发急性传染病防控能力现状，为制定突发急性传染病防控策略提供参考依据。**方法**　综合考量地理区域、出入境人口规模、国际贸易往来及既往输入性传染病风险等因素，于 2019 年 5—9 月在《推动共建丝绸之路经济带和 21 世纪海上丝绸之路的愿景与行动》提及的 18 个中国“一带一路”重点省（自治区、直辖市）中抽取内蒙古自治区、辽宁省、新疆维吾尔自治区、云南省、广西壮族自治区、广东省和福建省 7 个边境或沿海省（自治区）的 35 个卫生行政部门、35 个疾病预防控制机构和 35 个医疗机构共 3 类 105 个卫生机构进行问卷调查，收集不同机构突发急性传染病的防控能力相关信息进行分析。**结果**　中国境内“一带一路”边境和沿海省份卫生机构省、市、县三级突发急性传染病防控能力呈现层级递减趋势，各级卫生行政部门和疾控机构的突发急性传染病防控能力差距较大，县级能力薄弱，各级医疗机构突发急性传染病防控能力差距则相对较小；突发急性传染病防控各领域能力发展不均衡，应急体系建设、应急队伍建设、监测预警与风险评估、医疗救治是传染病防控工作中的优势领域。政策规划制定、应急资源保障、实验室检测、国际合作等方面是薄弱环节。**结论**　中国境内“一带一路”边境和沿海省份中县级卫生机构突发急性传染病的防控能力较差，需重点加强基层能力建设，尤其应加强政策规划制定、应急资源保障、实验室检测和国际合作等薄弱环节的建设。

【关键词】突发急性传染病；防控能力；边境和沿海省份；“一带一路”；中国境内

Current status of the prevention and control capabilities of sudden acute infectious diseases in health institutions of border and coastal provincial-level administrative regions along the Belt and Road within China: a questionnaire survey

LI Bing[1], WANG Chaonan[1], NIU Yan[1], LIAO Kaiju[1], WU Hongtao[1], ZHAO Jing[1], HUANG Xu[1], MA Jingyu[2], XU Zhen[1] (*1. National Key Laboratory of Intelligent Tracking and Forecasting for Infectious Diseases*, *Public Health Emergency Center*, *Chinese Center for Disease Control and Prevention*, *Chinese Academy of Preventive Medicine Beijing* 102206, *China*; *2. Baoying Center for Disease Control and Prevention*, *Yangzhou* 225000, *China*)
Corresponding author: XU Zhen, E-mail: xuzhen@chinacdc.cn

【Abstract】 Objective To understand the current situation of the prevention and control capabilities of sudden acute infectious diseases in health institutions in border and coastal provinces along the Belt and Road within China, thereby providing a basis for formulating prevention and control policies for these diseases. **Methods** Considering factors such as geographical regions, cross-border population flows, international trade activities, and historical risks of imported infectious diseases, a questionnaire survey was conducted in May to September 2019 for the health institutions of seven border or coastal provincial-level administrative regions: Inner Mongolia autonomous region, Liaoning province, Xinjiang Uygur autonomous region, Yunnan province, Guangxi Zhuang autonomous region, Guangdong province, and Fujian province, from the 18 important provincial-level administrative regions in Vision and Actions on Jointly Building Silk Road Economic Belt and the 21st-Century Maritime Silk Road. A total of 105 health institutions, encompassing 35 health administrative departments, 35 disease prevention and control institutions, and 35 medical institutions, filled out the questionnaires, and the information related to the prevention and control capabilities of sudden acute infectious diseases in different institutions was collected and analyzed. **Results** The prevention and control capabilities of sudden acute infectious diseases of health institutions at the provincial, municipal, and county levels in the border and coastal provincial-level administrative regions along the Belt and Road within China showed a decreasing trend depending on the administrative level. There were significant gaps in the prevention and control capabilities of sudden acute infectious

开放获取：CC BY-NC-ND 4.0　DOI：10.11847/zgggws1147817
基金项目：WHO 中国卫生应急核心能力监测与评估框架项目（060104）；中国疾病预防控制中心青年科研基金（2022A101）
第一作者：李冰（1988—），副研究员，硕士，研究方向：卫生应急管理。
收稿日期：2025-05-12　修回日期：2025-07-16　录用日期：2025-09-03
利益冲突：不存在　伦理审查：免除审查　出版授权：全体作者已与编辑部签署作者贡献声明及版权转让协议

diseases among health administrative departments and disease prevention and control institutions at different levels, and the capabilities of institutions at the county level was weak. The gap in the capabilities among medical institutions at different levels was small. The assessment revealed uneven development across functional domains. Emergency response systems, rapid response teams, surveillance and risk assessment, and medical treatment were the advantageous areas in the prevention and control of infectious diseases. However, policy planning, emergency resource allocation, laboratory testing, and international cooperation were the weak links. **Conclusions** The prevention and control capabilities of sudden acute infectious diseases were weak in county-level health institutions of the border and coastal provincial-level administrative regions along the Belt and Road within China. It is necessary to focus on strengthening the capacity building at the primary level, particularly in key areas such as policy planning, emergency resource allocation, laboratory testing, and international cooperation.

【**Keywords**】 sudden acute infectious diseases; prevention and control capabilities; border and coastal provincial-level administrative regions; Belt and Road; within China

2013 年中国提出共建“丝绸之路经济带”和“21 世纪海上丝绸之路”(简称“一带一路”)的重大国际合作倡议，得到了国际社会的高度重视[1]。“一带一路”贯穿覆盖的国家和城市范围极广，根据中华人民共和国国家发展和改革委员会、中华人民共和国外交部和中华人民共和国商务部联合发布的《推动共建丝绸之路经济带和 21 世纪海上丝绸之路的愿景与行动》[2]，在我国境内涉及新疆维吾尔自治区、陕西省、甘肃省、宁夏回族自治区、青海省、内蒙古自治区、黑龙江省、吉林省、辽宁省、广西壮族自治区、云南省、西藏自治区、上海市、福建省、广东省、浙江省、海南省和重庆市共 18 个重点省(自治区、直辖市)。随着“一带一路”建设的深入推进，这些省份与“一带一路”国家的人员往来和经贸合作日益密切，在一定程度上增加了我国的境外传染病输入风险[3–4]。特别是边境省份和沿海省份，由于口岸密集、跨境人员和货物流动频繁，是传染病境外输入防控的薄弱区域[5–6]。因此，在当前新发传染病不断出现的情况下[7]，了解边境省份和沿海省份的突发急性传染病防控能力具有重要意义。为了解中国境内“一带一路”边境和沿海省份卫生机构突发急性传染病防控能力现状，为制定突发急性传染病防控政策提供参考依据，本研究综合考量地理区域、出入境人口规模、国际贸易往来和既往输入性传染病风险等因素，于 2019 年 5—9 月在《推动共建丝绸之路经济带和 21 世纪海上丝绸之路的愿景与行动》[2] 提及的 18 个中国“一带一路”重点省份中抽取内蒙古自治区、辽宁省、新疆维吾尔自治区、云南省、广西壮族自治区、广东省和福建省 7 个边境省份或沿海省(自治区)的 35 个卫生行政部门、35 个疾病预防控制机构和 35 个医疗机构共 105 个卫生机构进行问卷调查，收集不同机构突发急性传染病的防控能力相关信息进行分析。结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象　综合考量地理区域、出入境人口规模、国际贸易往来和既往输入性传染病风险等因素，于 2019 年 5—9 月在《推动共建丝绸之路经济带和 21 世纪海上丝绸之路的愿景与行动》[2] 提及的 18 个中国“一带一路”重点省(自治区、直辖市)中选取内蒙古自治区、辽宁省、新疆维吾尔自治区、云南省、广西壮族自治区、广东省和福建省 7 个边境省份或沿海省份作为调查省(自治区)，每个省(自治区)选取入境人数较多的 2 个口岸所在的地级市(自治州、地区、盟)和县(县级市、市辖区、自治县)作为调查地区；即每个省(自治区)调查 1 个省级、2 个市级和 2 个县级共 7 个省级、14 个市级和 14 个县级地区；每个省选取 15 个调查单位，分别为 5 个卫生行政部门(省、市、县级为 1:2:2)、5 个疾病预防控制机构(省、市、县级为 1:2:2)和 5 个医疗机构(省、市、县级为 1:2:2)作为调查机构进行问卷调查。其中医疗机构优先选择门诊量大、能为境外人员服务或有援外经验的综合医院。本次共发放调查问卷 115 份，回收有效问卷 115 份，问卷有效回收率为 100%。

1.2 方法　中国疾病预防控制中心以国家及部门法律法规、应急预案和应急工作规范为指导，参考我国 2013 年开展的全国卫生系统卫生应急能力评估问卷[8–9] 和全国疾病预防控制机构卫生应急工作规范(试行)[10]，针对不同调查机构设计 3 套调查问卷，不同调查机构的问卷设计各有侧重。卫生行政部门包括政策规划、应急体系建设、应对队伍建设、应急资源保障、风险沟通和国际合作 6 个领域的 59 项具体指标；疾病预防控制机构包括应急体系建设、监测与风险评估、应急队伍建设、实验室检测、应急资源保障、风险沟通和国际合作 7 个领域的 59 项具体指标；医疗机构包括应急体系建设、病例识别与报告、实验室检测、医疗救治、感染控制和应急资源保障 6 个领域的 60 项具体指标。问卷由参与调查的卫生机构相关人员自行填写，填写完成经上级部门审核后由省级卫生行政部门统一汇总上报。

1.3 统计分析　采用 Epi Data 4.2 软件建立数据库进行数据录入；应用 Excel 2016 软件进行统计

分析，对不同卫生机构突发急性传染病的防治能力进行统计描述。为统一能力评价标准，对每个领域下各指标的完成率采取均等化综合方式进行加权计算用以评价各单位在不同领域的防控能力。如以省级卫生行政部门为例，应急体系建设领域下设预案制定、预案更新、应急指挥体系建立、联防联控机制建立和卫生应急部门设立等多个具体指标。首先计算单个具体指标的完成率（如省级卫生行政部门联防联控机制完成率=已建立联防联控机制的省级卫生行政部门数量/调查的所有省级卫生行政部门数量×100%）；再对该领域下所有具体指标的完成率取平均值，为该领域能力结果。

2 结　果

2.1　基本情况　本次调查的 7 个省（自治区）、14 个地级市（自治州、地区、盟）和 14 个县（县级市、市辖区、自治县）均位于我国边境和沿海关键区域，并设有陆路口岸、水运口岸或航空口岸，在国际贸易和人员往来中承担重要枢纽功能，各调查地区基本情况见表 1。

表 1　调查地区基本情况

Table 1　Basic situation of the surveyed provincial-level administrative regions

省（自治区）	地级市（自治州、地区、盟）	县（县级市、市辖区、自治县）	口岸类型	省份
内蒙古自治区	呼伦贝尔市	满洲里市	陆路口岸/航空口岸	边境省份
	锡林郭勒盟	二连浩特市	陆路口岸	
辽宁省	大连市	中山区	水运口岸	边境省份、沿海省份
	丹东市	振兴区	陆路口岸	
新疆维吾尔自治区	喀什地区	塔县	陆路口岸	边境省份
	伊犁州	霍城县	陆路口岸	
云南省	德宏州	瑞丽市	陆路口岸	边境省份
	西双版纳州	勐海县	陆路口岸	
广西壮族自治区	南宁市	青秀区	陆路口岸	边境省份、沿海省份
	崇左市	凭祥市	陆路口岸	
广东省	广州市	南沙区	水运口岸	沿海省份
	深圳市	福田区	陆路口岸	
福建省	福州市	长乐区	水运口岸/航空口岸	沿海省份
	厦门市	同安区	陆路口岸	

2.2　卫生行政部门突发急性传染病防控能力（图 1）　结果表明，省、市、县三级卫生行政部门的各项能力呈现由强到弱的特点，在应急体系建设、应急队伍建设方面，各级卫生行政部门能力差距较大；在政策规划制定和国际合作方面，县级优于市级。从能力发展角度，应急体系建设和应急队伍建设是各级卫生行政部门的优势领域，而政策规划制定、应急资源保障、风险沟通和国际合作则是各级卫生行政部门的薄弱环节。省级卫生行政部门中，仅广东省和辽宁省印发了本级突发急性传染病防治“十三五”规划，仅福建省省级卫生行政部门以及广东省和福建省个别市级卫生行政部门认为应急工作经费完全满足需要，仅广东省、云南省和内蒙古自治区开展了相关国际合作。不同能力领域重点指标调查结果显示，在政策规划制定方面，省、市、县三级卫生行政部门将突发急性传染病防治体系建设纳入本级经济社会发展规划的比例分别为 85.7%（6/7）、57.1%（8/14）和 64.3%（9/14）；印发本级突发急性传染病防治“十三五”规划的比例分别为 28.6%（2/7）、21.4%（3/14）和 35.7%（5/14）；在应急体系建设方面，省、市和县三级卫生行政部门建立本级突发公共卫生事件应对指挥体系的比例分别为 85.7%（6/7）、92.9%（13/14）和 78.6%（11/14）；建立联防联控机制的比例分别为 100.0%（7/7）、100.0%（14/14）和 78.6%（11/14）；建立应急指挥中心的比例分别为 100.0%（7/7）、64.3%（9/14）和 35.7%（5/14）；设立独立卫生应急部门的比例分别为 100.0%（7/7）、64.3%（9/14）和 50.0%（7/14）；制定突发急性传染病应急预案的比例分别为 100.0%（7/7）、85.7%（12/14）和 57.1%（8/14）；对预案评估更新的比例分别为 71.4%（5/7）、35.7%（5/14）和 35.7%（5/14）。在应急队伍建设方面，省、市和县三级卫生行政部门成立传染病防控队伍的比例分别为 100.0%（7/7）、92.9%（13/14）和 64.3%（9/14）；成立紧急医学救援应急队伍的比例分别为 100.0%（7/7）、92.9%（13/14）和 50.0%（7/14）。调查前 1 年（2018 年）开展培训的比例分别为 100.0%（7/7）、71.4%（10/14）和 64.3%（9/14）；调查前 2 年（2017 年）开展演练的比例分别为 57.1%（4/7）、50.0%（7/14）和 42.9%（6/14）。在应急资源保障方面，省、市和

县三级卫生行政部门应急工作经费纳入财政预算的比例分别为 85.7%(6/7)、85.7%(12/14)和 57.1%(8/14)；应急工作经费完全满足需要的比例分别为 14.3%(1/7)、35.7%(5/14)和 21.4%(3/14)。设立应对突发公共卫生事件应急储备资金的比例分别为 42.9%(3/7)、57.1%(8/14)和 35.7%(5/14)；制定应急物资储备目录和标准的比例分别为 100.0%(7/7)、42.9%(6/14)和 64.3%(9/14)；建立应急物资储备紧急调配制度的比例分别为 71.4%(5/7)、50.0%(7/14)和 57.1%(8/14)。在风险沟通方面，省、市和县三级卫生行政部门建立突发急性传染病信息发布机制的比例分别为 71.4%(5/7)、28.6%(4/14)和 21.4%(3/14)；指定新闻发言人的比例分别为 57.1%(4/7)、14.3%(2/14)和 35.7%(5/14)；新闻发言人接受相关培训的比例分别为 28.6%(2/7)、21.4%(3/14)和 35.7%(5/14)。在国际合作方面，省级卫生行政部门在调查前 5 年参与了国际突发公共卫生事件应对的比例为 28.6%(2/7)，省级和县级卫生行政部门与周边国家建立了事件应对合作机制的比例分别为 14.3%(1/7)和 7.1%(1/14)。省、市和县三级卫生行政部门在调查前 2 年均开展传染病相关国际学术交流的比例分别为 14.3%(1/7)、7.1%(1/14)和 7.1%(1/14)。

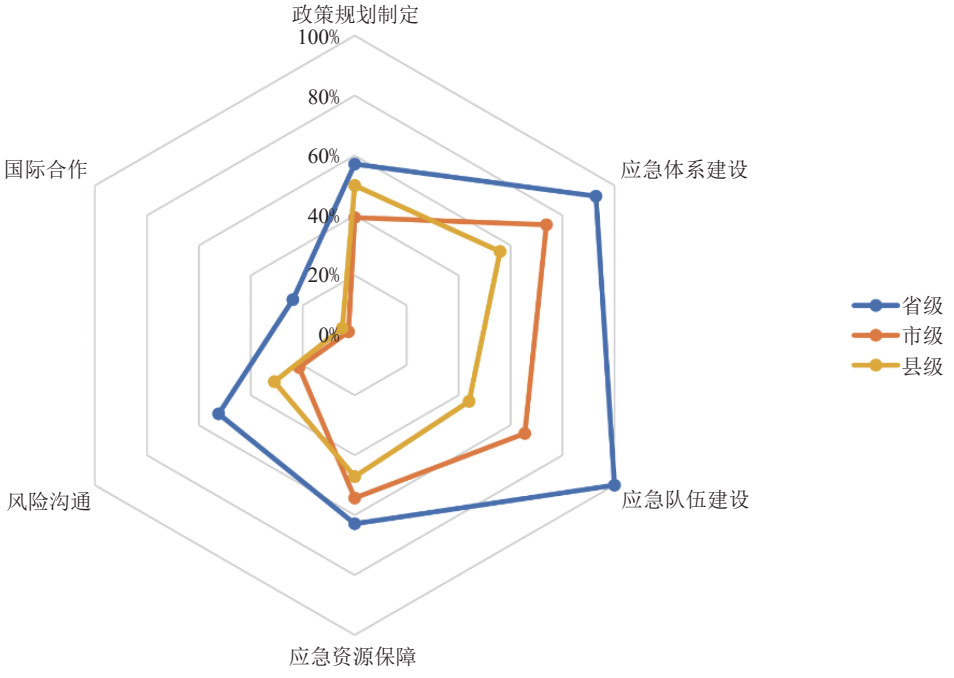


图 1　中国境内“一带一路”边境和沿海省份卫生行政部门的突发急性传染病防控能力现状

Fig. 1　Current status of the prevention and control capabilities of sudden acute infectious diseases in health administrative departments of border and coastal provincial-level administrative regions along the Belt and Road within China

2.3　疾病预防控制机构突发急性传染病防控能力(图 2)　结果表明，省、市、县三级疾病预防控制机构在突发急性传染病防控能力上呈现层级递减趋势，在应急体系建设、监测与风险评估、实验室检测、风险沟通和国际合作方面，各级能力差距较大；在应急资源保障方面，市级和县级疾病预防控制机构基本一致。从能力发展角度看，应急指挥体系建设、监测与风险评估和应急队伍建设是各级疾病预防控制机构的优势能力；而应急资源保障则是各级疾病预防控制机构的弱项和短板。省级疾病预防控制机构在风险沟通和国际合作方面较强，市级和县级疾病预防控制机构则能力较为薄弱。调查的 7 个省(自治区)中，仅福建省、广东省和广西壮族自治区 3 个省(自治区)的少数疾病预防控制机构认为应急工作经费完全满足需要；仅广东省、福建省、云南省和内蒙古自治区 4 个省(自治区)的疾病预防控制机构在调查前 5 年(2017 年)参与了国际突发公共卫生事件应对工作。不同能力领域重点指标调查结果显示，在应急体系建设方面，省、市和县三级疾病预防控制机构设立独立卫生应急部门的比例分别为 100.0%(7/7)、42.9%(6/14)和 28.6%(4/14)，制定本单位突发急性传染病应急预案的比例分别为 100.0%(7/7)、100.0%(14/14)和 100.0%(14/14)，对预案评估更新的比例分别为 100.0%(7/7)、100.0%(14/14)和 71.4%(10/14)；在监测与风险评估方面，省、市和县三级疾病预防控制机构建立传染病报告信息系统监测数据定期分析制度的比例分别为 100.0%(7/7)、100.0%(14/14)和 100.0%(14/14)，建立突发公共卫生事件报告管理系统数据定期分析制度的比例分别为 100.0%(7/7)、100.0%(14/14)和 85.7%(12/14)，建立本级重点传染病症候群监测系统的比

例分别为42.9%(3/7)、35.7%(5/14)和28.6%(4/14)，开展媒体监测的比例分别为85.7%(6/7)、42.9%(6/14)和7.1%(1/14)，建立日常风险评估制度的比例分别为100.0%(7/7)、92.9%(13/14)和71.4%(10/14)，建立专题风险评估制度的比例分别为100.0%(7/7)、92.9%(13/14)和57.1%(8/14)；在应急队伍建设方面，省、市和县三级疾控机构成立突发急性传染病防控应急队伍的比例分别为100.0%(7/7)、100.0%(14/14)和78.6%(11/14)，调查前1年开展应急工作人员培训的比例分别为100.0%(7/7)、85.7%(12/14)和71.4%(10/14)，调查前2年开展现场流行病学调查培训的比例分别为85.7%(6/7)、85.7%(12/14)和57.1%(8/14)，调查前2年开展突发急性传染病相关演练的比例分别100.0%(7/7)、100.0%(14/14)和85.7%(12/14)；在实验室检测技术方面，省、市和县三级疾病预防控制机构具备酶联免疫吸附试验技术的比例分别为100.0%(7/7)、100.0%(14/14)和85.7%(12/14)，具备免疫荧光技术的比例分别为85.7%(6/7)、57.1%(8/14)和14.3%(2/14)，具备核酸检测技术的比例分别为100.0%(7/7)、100.0%(14/14)和35.7%(5/14)，具备细菌分离培养及鉴定技术的比例分别为100.0%(7/7)、100.0%(14/14)和78.6%(11/14)，具备病毒分离技术的比例分别为100.0%(7/7)、92.9%(13/14)和21.4%(3/14)；在常见传染病检测能力方面，省、市和县三级疾病预防控制机构具备流感病毒聚合酶链反应检验能力的比例分别为100.0%(7/7)、92.9%(13/14)和35.7%(5/14)；具备人类免疫缺陷病毒血清学检验能力的比例分别为100.0%(7/7)、100.0%(14/14)和85.7%(12/14)，具备结核杆菌涂片镜检检验能力的比例分别为85.7%(6/7)、64.3%(9/14)和50.0%(7/14)，具备疟原虫快速诊断检验能力的比例分别为85.7%(6/7)、85.7%(12/14)和64.3%(9/14)，具备伤寒沙门氏菌分离培养能力的比例分别为100.0%(7/7)、92.9%(13/14)和64.3%(9/14)；在应急资源保障方面，省、市和县三级疾病预防控制机构应急工作经费满足需要的比例分别为14.3%(1/7)、7.1%(1/14)和14.3%(2/14)，设立应急储备资金的比例分别为42.9%(3/7)、14.3%(2/14)和21.4%(3/14)，应急物资满足需要的比例分别为14.3%(1/7)、7.1%(1/14)和7.1%(1/14)，建立应急物资紧急调配制度的比例分别为85.7%(6/7)、57.1%(8/14)和50.0%(7/14)；在风险沟通方面，省、市和县三级疾病预防控制机构指定专家负责风险沟通的比例分别为85.7%(6/7)、35.7%(5/14)和21.4%(3/14)，专家接受风险沟通知识培训的比例分别为85.7%(6/7)、28.6%(4/14)和7.1%(1/14)，及时向公众发布疫情信息或健康提示的比例分别为71.4%(5/7)、71.4%(10/14)和35.7%(5/14)；在国际合作方面，调查前2年开展传染病相关国际学术交流的比例分别为14.3%(1/7)、14.3%(2/14)和7.1%(1/14)，省级疾病预防控制机构在调查前5年参与国际突发公共卫生事件应对的比例为57.1%(4/7)。

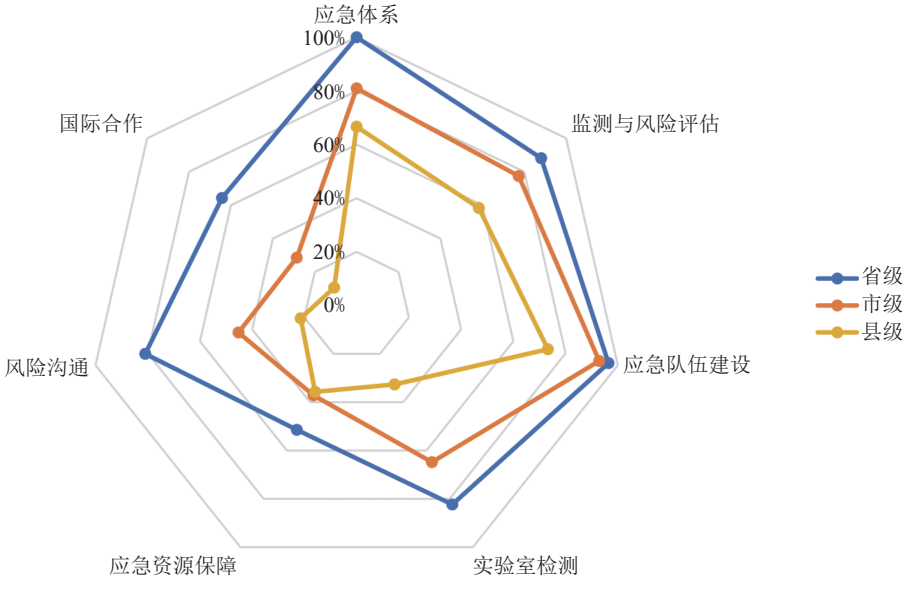


图 2　中国境内“一带一路”边境和沿海省份疾病预防控制机构的突发急性传染病防控能力现状

Fig. 2　Current status of the prevention and control capabilities of sudden acute infectious diseases in disease prevention and control institutions of border and coastal provincial-level administrative regions along the Belt and Road within China

2.4　医疗机构突发急性传染病防控能力(图3)　结果表明，省、市、县三级医疗机构在突发急性传染病防控能力上的差距较小；在应急体系建设、病例识别报告、实验室检测和应急资源保障方面，各级能力差距较小；在医疗救治和感染控制方面，县级医疗机构较省级和市级医疗机构能力相对薄弱。从能力发展角度看，应急指挥体系建设、医疗救治、感染控制和应急资源保障为各级

医疗机构的优势能力；而病例识别报告和实验室检测则是各级医疗机构的共同薄弱环节，特别是实验室检测能力，各级医疗机构能力存在明显不足。不同能力领域重点指标调查结果显示，在应急体系建设方面，省、市和县三级医疗机构设立突发公共卫生事件应对领导小组的比例分别为 100.0%(7/7)、100.0%(14/14)和 100.0%(14/14)；设立独立卫生应急部门或指定部门负责卫生应急工作的比例分别为 100.0%(7/7)、92.9%(13/14)和 85.7%(12/14)；制定本单位突发急性传染病应急预案的比例分别为 100.0%(7/7)、100.0%(14/14)和 100.0%(14/14)；定期对预案进行评估和更新的比例分别为 85.7%(6/7)、92.9%(13/14)和 85.7%(12/14)；在病例识别报告方面，省、市和县三级医疗机构开展临床症候群监测的比例分别为 85.7%(6/7)、78.6%(11/14)和 57.1%(8/14)；建立临床症候群监测结果异常报告机制的比例分别为 71.4%(5/7)、57.1%(8/14)和 57.1%(8/14)；建立聚集性病例增多报告机制的比例分别为 85.7%(6/7)、92.9%(13/14)和 85.7%(12/14)；建立实验室检测新发病原体报告机制的比例分别为 71.4%(5/7)、71.4%(10/14)和 57.1%(8/14)；建立不明原因死亡报告机制的比例分别为 85.7%(6/7)、78.6%(11/14)和 78.6%(11/14)，开展突发公共卫生事件识别和报告培训的比例分别为 100.0%(7/7)、100.0%(14/14)和 92.9%(13/14)。建立向当地疾病预防控制机构或卫生行政部门报告机制的比例分别为 85.7%(6/7)、92.9%(13/14)和 92.9%(13/14)。在实验室检测方面，省、市和县三级医疗机构具备流感病毒聚合酶链反应检验能力的比例分别为 28.6%(2/7)、28.6%(4/14)和 7.1%(1/14)；具备人类免疫缺陷病毒血清学检验能力的比例分别为 85.7%(6/7)、85.7%(12/14)和 85.7%(12/14)；具备结核杆菌涂片镜检检验能力的比例分别为 100.0%(7/7)、85.7%(12/14)和 78.6%(11/14)；具备疟原虫快速诊断检验能力的比例分别为 71.4%(5/7)、64.3%(9/14)和 57.1%(8/14)；具备伤寒沙门氏菌分离培养能力的比例分别为 71.4%(5/7)、71.4%(10/14)和 64.3%(9/14)。在医疗救治方面，省、市和县三级医疗机构成立突发事件应急医疗队的比例分别为 100.0%(7/7)、92.9%(13/14)和 92.9%(13/14)；组织队伍开展突发急性传染病相关应急演练的比例分别为 85.7%(6/7)、85.7%(12/14)和 71.4%(10/14)；制定突发事件时扩充床位和人员的方案的比例分别为 100.0%(7/7)、100.0%(14/14)和 71.4%(10/14)；在感染控制方面，省、市和县三级医疗机构供暖、通风及空调系统独立的比例分别为 100.0%(7/7)、100.0%(14/14)和 64.3%(9/14)；设有隔离间的比例分别为 100.0%(7/7)、78.6%(11/14)和 50.0%(7/14)；制定感染控制方案的比例分别为 100.0%(7/7)、92.9%(13/14)和 92.9%(13/14)；口罩、护目镜等设备足够使用的比例分别为 100.0%(7/7)、100.0%(14/14)和 92.9%(13/14)。在应急资源保障方面，医疗机构储备药品设备等满足应急需要的比例分别为 100.0%(7/7)、92.9%(13/14)和 92.9%(13/14)，与供应商建立药品设备供应系统的比例分别为 85.7%(6/7)、71.4%(10/14)和 71.4%(10/14)。

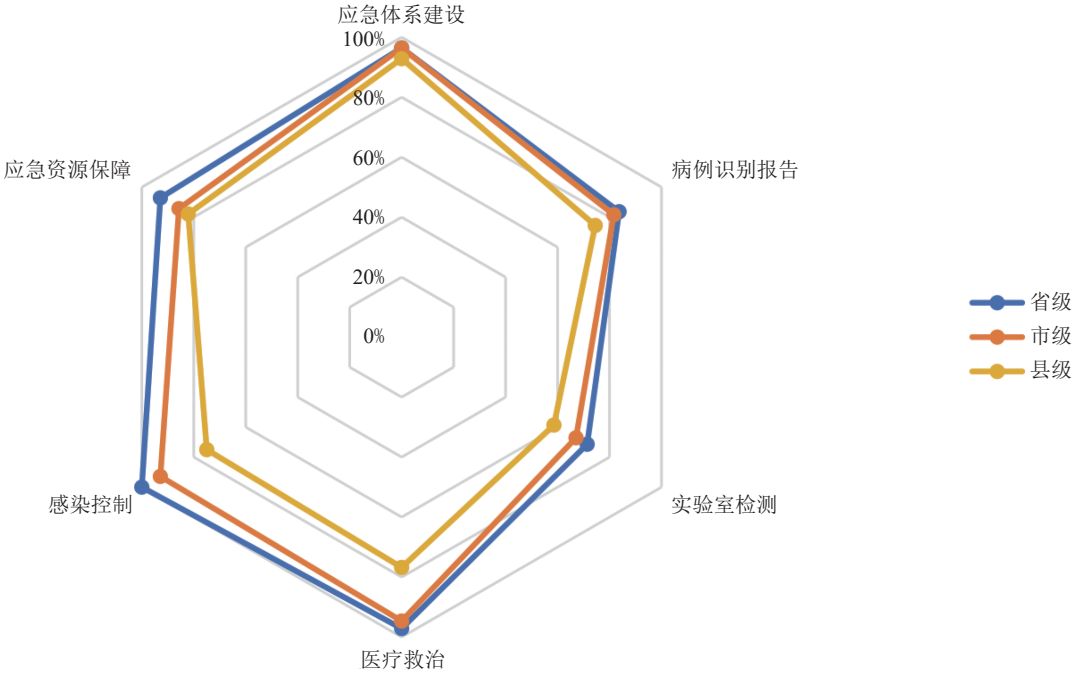


图 3　中国境内“一带一路”边境和沿海省份医疗机构的突发急性传染病防控能力现状

Fig. 3　Current status of the prevention and control capabilities of sudden acute infectious diseases in medical institutions of border and coastal provincial-level administrative regions along the Belt and Road within China

3 讨　论

本研究结果显示，卫生行政机构和疾病预防控制机构在突发急性传染病防控能力方面存在明显的省、市、县三级差异。相比之下，医疗机构的防控能力在三级之间的差距较小；特别是县级医疗机构，在应急体系建设、病例识别报告、医疗救治和资源保障方面能力较强，能够有效发挥“哨点”监测作用，实现病例的早期发现和及时处置，这对传染病防控体系的整体效能提升具有重要意义[11]。造成这种现象的可能原因是经费来源和资源配置的差异。由于卫生行政机构和疾病预防控制机构的经费完全依赖国家拨款，且省、市、县三级在资金投入、人员配置和设备保障等方面的差距较大，而医疗机构则不同，医疗机构可以通过医疗服务获得收入，从而加强了医疗机构的能力建设。此外，医联体建设和分级诊疗政策的实施也促进了优质医疗资源向基层下沉，有效提升了县级医疗机构的诊疗能力，从而缩小了与上级医疗机构的差距[12–14]。

中国自 2003 年抗击非典型性肺炎疫情以来，持续加强突发急性传染病防控能力建设，加大经费投入并完善相关法律法规，出台《突发公共卫生事件应急条例》、修订《中华人民共和国传染病防治法》、印发全国医疗机构和全国疾控机构应急工作规范等文件。伴随着各项政策措施的有效实施，调查省份在应急体系建设、应急队伍建设、监测与风险评估制度建设、医疗救治能力建设等方面成效显著[15]，但在政策规划、资源保障体系、实验室检测和国际合作方面仍需要提高。在政策规划方面，专项政策落实仍存在不足。调查结果显示，尽管多数省份已将突发急性传染病防治纳入经济社会发展总体规划，但实际出台专项《突发急性传染病防治“十三五”规划》的省份仅为 28.6%，导致总体规划与专项规划不能顺利衔接，影响实施效果。在资源保障方面，传染病应对中投入机制尚不完善，各级卫生行政部门和疾病预防控制机构均面临资源保障不足的问题，尤其是经费保障不足。本次调查地区中，省级卫生行政部门和省级疾病预防控制机构应急经费能满足工作需要的比例均为 14.3%，部分地区的应急经费甚至未纳入财政预算，资金和资源短缺可能制约应急响应能力[16]。因此，需在政策与立法中强化稳定的资源保障机制，以提升防控水平，维护公共卫生安全；在实验室检测方面，市级和县级疾病预防控制机构的实验室检测能力和各级医疗机构的实验室检测能力普遍薄弱，这将直接影响传染病的发现能力。因此，应加强实验室基础设备设施建设、培养专业人才，加大经费投入，全面提高基层机构实验室检测能力[17]。在国际合作方面，各级卫生行政部门和疾病预防控制机构虽具有一定国际合作工作基础，但仍存在参与传染病防控国际合作方面力度不足以及在拓展合作机制、信息共享渠道和联动机制等方面探索不够等问题。如部分省份卫生行政部门未能与周边国家或地区建立传染病防控合作机制、跨境传染病疫情信息共享的时效性得不到保障等问题。因此，还需要在国家层面及省级层面探索建立我国与周边国家医疗卫生机构共同参与的跨境急性传染病联防联控合作机制[18–19]。

2019 年底暴发的新型冠状病毒感染疫情防控成为我国疾病预防控制体系建设的转折点[20]。疫情发生后国家出台了一系列强化公共卫生体系的政策举措，提升了传染病的防控能力。2021 年 5 月，国家疾控局正式挂牌成立，为我国公共卫生应急管理体系的健全与优化提供了坚实的体制基础[21]。2023 年 10 月，国家疾控局联合多部门发布《医疗机构传染病防控责任清单》，重点强化医疗机构在传染病监测与信息报告管理、传染病流调与疫情控制、传染病救治防控等方面的职责[22]。2023 年 12 月，国务院办公厅发布《关于推动疾病预防控制事业高质量发展的指导意见》，提出提升监测预警和检验检测、应急处置、传染病救治、公共卫生干预、行政执法和宣传教育等六项能力，对构建强大的公共卫生体系、推动实现健康中国的宏伟目标具有重要意义[22]。新时期需持续巩固监测预警、检验检测和应急处置等核心能力，加强基层医疗卫生机构建设，全面提高突发急性传染病防控能力[23–25]。本研究聚焦突发急性传染病防控能力建设情况并设置了系列评估指标，但在调查过程中仅对指标的完成情况进行了调查，而对完成效果的评估不足，如对调查部门和机构是否制定突发急性传染病防控预案进行了调查，但未对事件处置过程中执行预案的标准和流程情况进行调查。因此，为更加全面客观地评估某一方面的能力，今后研究中的指标设定需更加深入和细化，在关注“有/无”等基础性指标上探究多种方式对“质量”和“效能”等维度的指标进行评价。

数据可用性声明　根据国家相关法律法规和政策要求，无法公开原始数据。

参考文献

[1] 刘珏, 刘民. “一带一路”背景下公共卫生风险防范面临的挑战与应对 [J]. 中华流行病学杂志, 2019, 40(3): 255-258.

[2] 国家发展改革委, 外交部, 商务部. 经国务院授权 三部委联合发布推动共建“一带一路”的愿景与行动 [EB/OL]. (2015-03-28)[2025-07-

07]. https://www.gov.cn/xinwen/2015-03/28/content_2839723.htm.

[3] 王金龙, 王立立, 宋渝丹, 等. “一带一路”倡议下加强公共卫生国际合作的探讨 [J]. 中国公共卫生管理, 2021, 37(1): 110-114.

[4] 刘珏, 刘民. 关注传染病流行, 防范跨境传播风险 [J]. 中华流行病杂志, 2022, 43(7): 1049-1052.

[5] 程艺, 刘慧, 张芳芳. 中国边境口岸地区传染病境外输入风险评估——以新冠肺炎疫情为例 [J]. 地理研究, 2022, 41(3): 851-866.

[6] 蒋小龙. 陆路边境口岸防范重大疫情疫病传入的工作思考 [J]. 口岸卫生控制, 2020, 25(3): 15-18.

[7] 周宇辉. 我国传染病流行现状与防控体系建设研究 [J]. 中国卫生政策研究, 2023, 16(4): 74-78.

[8] 王超男, 廖凯举, 李冰, 等. 中国卫生应急管理体系建设调查分析 [J]. 中国公共卫生, 2018, 34(2): 1-5.

[9] 吴洪涛, 王超男, 廖凯举, 等. 中国卫生行政部门应急能力评估分析 [J]. 中国公共卫生, 2020, 36(1): 50-55.

[10] 国家卫生和计划生育委员会卫生应急办公室. 国家卫生计生委办公厅关于印发全国医疗机构卫生应急工作规范 (试行) 和全国疾病预防控制机构卫生应急工作规范 (试行) 的通知 [EB/OL]. (2015-10-28)[2025-07-07]. http://www.nhc.gov.cn/yjb/s7859/201511/8b520f79cba04976bd563ab22bd0fc69.shtml.

[11] 姚宏武, 杜明梅, 柴光军, 等. 医疗机构应对"X 疾病"大流行的准备: 能力建设与防控策略 [J]. 中华医院感染学杂志, 2025, 35(4): 609-614.

[12] 马海波. 优质医疗卫生资源下沉的实践述评及思考 [J]. 中国社会医学杂志, 2022, 39(6): 624-627.

[13] 施俊伟, 黄磊, 章静, 等. 医联体模式下基层医务人员中医服务能力建设研究 [J]. 中国卫生标准管理, 2025, 16(6): 67-70.

[14] 元瑾. 分级诊疗政策下提高基层医疗机构的医疗服务水平 [J]. 中国卫生标准管理, 2018, 9(16): 13-15.

[15] 杨维中. 中国传染病防治 70 年成效显著 [J]. 中华流行病学杂志, 2019, 40(12): 1493-1498.

[16] 蔡伟芹, 高倩倩, 于芳, 等. 我国传染病防控体系问题与分析——基于文献内容分析法 [J]. 卫生经济研究, 2019, 36(11): 21-25.

[17] 陈艺平, 张纯芬, 黄励辉. 基层疾控机构应急检验能力现状与管理实践探索 [J]. 医学理论与实践, 2024, 37(20): 3596-3598.

[18] 徐鹏, 董蓬玉, 刘晓强, 等. 我国西南边境地区传染病防控体系存在的问题及原因分析 [J]. 医学与社会, 2017, 30(1): 8-11.

[19] 周兴武, 杨锐, 杜龙飞, 等. 澜沧江–湄公河合作疟疾和登革热联防联控建设成效与启示 [J]. 中国公共卫生, 2020, 36(12): 1747-1751.

[20] 中华人民共和国中央人民政府. 国务院办公厅关于推动疾病预防控制事业高质量发展的指导意见 [EB/OL]. (2023-12-25)[2025-07-07]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202312/content_6922484.htm.

[21] 中华人民共和国中央人民政府.《国家疾病预防控制局职能配置、内设机构和人员编制规定》[EB/OL]. (2022-02-16)[2025-07-07]. https://www.gov.cn/zhengce/2022-02/16/content_5674041.htm.

[22] 国家疾病预防控制局. 国家卫生健康委. 国家中医药局联合印发《医疗机构传染病防控责任清单》[EB/OL]. (2023-10-11)[2025-07-07]. https://www.ndcpa.gov.cn/jbkzzx/c100012/common/content/content_1716315712592932864.html.

[23] 沈洪兵. 新型冠状病毒肺炎疫情后我国疾控机构改革发展需要思考的几个问题 [J]. 中华流行病学杂志, 2022, 43(1): 1-4.

[24] 中华预防医学会新型冠状病毒肺炎防控专家组. 关于疾病预防控制体系现代化建设的思考与建议 [J]. 中华流行病学杂志, 2020, 41(4): 453-460.

[25] 王鸣. 从抗新型冠状病毒肺炎疫情看加强基层疾控能力的重要性 [J]. 中华预防医学杂志, 2020, 54(5): 480-483.