

中华人民共和国国家卫生健康委员会公报

ZHONGHUA RENMIN GONGHEGUO GUOJIA WEISHENG JIANKANG WEIYUANHUI GONGBAO

2021年第8期（总号：214）

主 管：中华人民共和国国家卫生
健康委员会
主 办：国家卫生健康委员会办公厅
承 办：中国健康教育中心
出 版：《中华人民共和国国家卫生
健康委员会公报》编辑部

编 辑：《中华人民共和国国家卫生
健康委员会公报》编辑部
通讯地址：北京市安定门外安华西里
一区12号楼
邮政编码：100011
电 话：010-64260328
印 刷 厂：人卫印务（北京）有限公司
邮 编：100021

中国标准连续出版物
国际标准刊号：ISSN 1672-5417
国内统一刊号：CN 10-1503/D

目 录

国家卫生健康委员会公告（2021年第7号）	1
国家卫生健康委员会通告（国卫通〔2021〕8号）	3
国家卫生健康委员会通告（国卫通〔2021〕9号）	4
关于印发长期处方管理规范（试行）的通知（国卫办医发〔2021〕17号）	4
关于贯彻落实住院医师规范化培训“两个同等对待”政策的通知（国卫办科教发〔2021〕18号）	8
关于印发重点场所重点单位重点人群新冠肺炎疫情常态化防控相关防护指南（2021年8月版）的通知（联防联控机制综发〔2021〕82号）	9
关于进一步加强医疗机构感控人员配备管理相关工作的通知（联防联控机制综发〔2021〕88号）	10
2021年8月全国法定传染病疫情概况	11

GAZETTE OF THE NATIONAL HEALTH COMMISSION OF THE PEOPLE’S REPUBLIC OF CHINA

2021 Issue No. 8 (Serial No. 214)

CONTENTS

Announcement No. 7, 2021 of the National Health Commission	1
Proclamation No. 8, 2021 of the National Health Commission	3
Proclamation No. 9, 2021 of the National Health Commission	4
Circular on Issuing Long-term Prescription Management Specification (Trial)	4
Circular on Implementing the Policy of “Two Equal Treatments” in Standardized Training for Resident Doctors	8
Circular on Issuing Protection Guidelines on Regular COVID-19 Prevention and Control in Key Places, Key Units and Key Population	9
Circular on Further Strengthening the Staffing and Management of Professionals Engaged in Infection Prevention and Control in Medical Institutions	10
The Epidemic Situation of Statutory Reporting Infectious Diseases in August, 2021	11

国家卫生健康委员会公告

2021 年 第 7 号

根据《食品安全法》《新食品原料安全性审查管理办法》，经审评机构组织专家审查通过，现对原卫生部 2009 年第 12 号公告中共轭亚油酸、共轭亚油酸甘油酯和原卫生部 2009 年第 18 号公告中甘油二酯油的质量要求等内容进行修订。

特此公告。

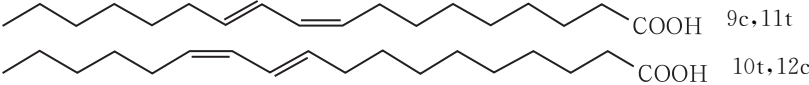
附件：共轭亚油酸、共轭亚油酸甘油酯、甘油二酯油

国家卫生健康委
2021 年 8 月 3 日

附件

共轭亚油酸、共轭亚油酸甘油酯、甘油二酯油

一、共轭亚油酸

中文名称	共轭亚油酸	
英文名称	Conjugated Linoleic Acid	
主要成分	共轭亚油酸 C18:2（主要为 9c,11t 和 10t,12c 异构体）	
基本信息	来源：红花籽油 主要成分的结构式：  (c 顺式结构，t 反式结构) 分子式：C₁₈H₃₂O₂ 分子量：280.44	
生产工艺简述	以食品级的红花籽油为原料，通过共轭化反应将其中的亚油酸转化成共轭亚油酸。	
食用量	<6 克/天	
质量要求	性状	无色至淡黄色清澈、透明油状液体
	共轭亚油酸含量	700—800mg/g（w/w）
	共轭亚油酸 C18:2 9c,11t 和 10t,12c 异构体	78%—84%（气相，面积百分比）
	油酸 C18:1 9c	10%—20%（气相，面积百分比）
	棕榈酸 C16:0	<4%（气相，面积百分比）
	硬脂酸 C18:0	<4%（气相，面积百分比）
	亚油酸 C18:2 9c,12c	<3%（气相，面积百分比）
	共轭亚油酸异构体的组成	
	共轭亚油酸 C18:2 9c,11t 异构体	37.5%—42.0%（气相，面积百分比）

质量要求	共轭亚油酸 C18:2 10t,12c 异构体	37.5%—42.0% (气相, 面积百分比)
	共轭亚油酸 C18:2 9c,11c 和 10c,12c 异构体	0—3.0% (气相, 面积百分比)
	共轭亚油酸 C18:2 9t,11t 和 10t,12t 异构体	<1% (气相, 面积百分比)
其他需要说明的情况	使用范围: 1. 直接食用。2. 脂肪、食用油和乳化脂肪制品, 但不包括婴幼儿食品。	

二、共轭亚油酸甘油酯

中文名称	共轭亚油酸甘油酯	
英文名称	Conjugated Linoleic Acid Glycerides	
主要成分	共轭亚油酸甘油三酯	
基本信息	来源: 红花籽油 主要成分的结构式: $\begin{array}{c} \text{CH}_2\text{OCOR} \\ \\ \text{CHOCOR} \\ \\ \text{CH}_2\text{OCOR} \end{array}$ (其中 R 是共轭亚油酸 C18:2 9c,11t 或 10t,12c 异构体, c 顺式结构, t 反式结构)	
生产工艺简述	以食品级的红花籽油为原料, 通过共轭化反应将其中的亚油酸转化成共轭亚油酸。然后以食品级脂肪酶为催化剂, 将共轭亚油酸脂肪酸与甘油进行酯化, 生成共轭亚油酸甘油酯。	
食用量	<6 克/天	
质量要求	性状	无色至淡黄色清澈、透明油状液体
	共轭亚油酸甘油三酯含量	77%—83%
	共轭亚油酸甘油二酯含量	17%—23%
	共轭亚油酸单甘酯含量	<1%
	脂肪酸组成	
	共轭亚油酸含量	700—800mg/g (w/w)
	共轭亚油酸 C18:2 9c,11t 和 10t,12c 异构体	78%—84% (气相, 面积百分比)
	油酸 C18:1 9c	10%—20% (气相, 面积百分比)
	棕榈酸 C16:0	<4% (气相, 面积百分比)
	硬脂酸 C18:0	<4% (气相, 面积百分比)
	亚油酸 C18:2 9c,12c	<3% (气相, 面积百分比)
	共轭亚油酸异构体的组成	
	共轭亚油酸 C18:2 9c,11t 异构体	37.5%—42.0% (气相, 面积百分比)
	共轭亚油酸 C18:2 10t,12c 异构体	37.5%—42.0% (气相, 面积百分比)
	共轭亚油酸 C18:2 9c,11c 和 10c,12c 异构体	0—3.0% (气相, 面积百分比)
	共轭亚油酸 C18:2 9t,11t 和 10t,12t 异构体	<1% (气相, 面积百分比)
其他需要说明的情况	使用范围: 1. 直接食用。2. 乳及乳制品 (纯乳除外); 脂肪、食用油和乳化脂肪制品; 饮料类; 冷冻饮品; 可可制品、巧克力和巧克力制品以及糖果; 杂粮粉及其制品; 即食谷物、焙烤食品、咖啡, 但不包括婴幼儿食品。	

三、甘油二酯油

中文名称	甘油二酯油	
英文名称	Diacylglycerol Oil	
主要成分	甘油二酯	
基本信息	来源：大豆油、菜籽油、花生油、玉米油 主要成分结构式： $\begin{array}{c} \text{CH}_2\text{OCOR} \\ \\ \text{CH}_2\text{OCOR}' \\ \\ \text{CHOH} \end{array}$ 1,2-甘油二酯 或 $\begin{array}{c} \text{CH}_2\text{OCOR} \\ \\ \text{CHOH} \\ \\ \text{CH}_2\text{OCOR}' \end{array}$ 1,3-甘油二酯 （其中 COR、COR' 为饱和或不饱和脂肪酰基）	
生产工艺简述	以大豆油、菜籽油等为原料，以脂肪酶制剂、水、甘油等为主要辅料，通过脂肪酶催化，经蒸馏分离、脱色、脱臭等工艺而制成。	
食用量	≤30 克/天	
质量要求	性状	透明状液体
	甘油二酯含量	≥40%
	甘油三酯含量	≤58%
	单甘酯含量	≤1.5%
	游离脂肪酸含量	≤0.5%
其他需要说明的情况	使用范围不包括婴幼儿食品。	

国家卫生健康委员会通告

国卫通〔2021〕8号

现发布推荐性卫生行业标准《单采血浆信息系统基本功能标准》，编号和名称如下：

WS/T 786—2021 单采血浆信息系统基本功能标准

该标准自发布之日起施行。

特此通告。

国家卫生健康委
2021年8月3日

国家卫生健康委员会通告

国卫通〔2021〕9号

现发布《凝血因子活性测定技术标准》等2项推荐性卫生行业标准，编号和名称如下：

WS/T 220—2021 凝血因子活性测定技术标准（代替 WS/T 220—2002）

WS/T 785—2021 人类白细胞抗原基因分型检测体系技术标准

上述标准自2022年1月1日起施行，WS/T 220—2002同时废止。

特此通告。

国家卫生健康委
2021年8月27日

关于印发长期处方管理规范（试行）的通知

国卫办医发〔2021〕17号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委、医保局：

为规范长期处方管理，推进分级诊疗，保障医疗质量和医疗安全，满足慢性病患者的长期用药需求，国家卫生健康委、国家医保局组织制定了《长期处方管理规范（试行）》。现印发给你们，请遵照执行。

国家卫生健康委办公厅 国家医保局办公室
2021年8月10日

长期处方管理规范 (试行)

第一章 总 则

第一条 为规范长期处方管理，推进分级诊疗，促进合理用药，保障医疗质量和医疗安全，根据《执业医师法》《药品管理法》《医疗机构管理条例》《麻醉药品和精神药品管理条例》《处方管理办法》《医疗机构药事管理规定》等相关规定，制定本规范。

第二条 本规范所称长期处方是指具备条件的医师按照规定，对符合条件的慢性病患者开具的处方用量适当增加的处方。

第三条 长期处方适用于临床诊断明确、用药方案稳定、依从性良好、病情控制平稳、需长期药物治疗的慢性病患者。

第四条 治疗慢性病的一般常用药品可用于长期处方。

第五条 医疗用毒性药品、放射性药品、易制毒药品、麻醉药品、第一类和第二类精神药品、抗

微生物药物（治疗结核等慢性细菌真菌感染性疾病的药物除外），以及对储存条件有特殊要求的药品不得用于长期处方。

第六条 地方卫生健康行政部门应当根据实际情况，制定长期处方适用疾病病种及长期处方用药范围。

第七条 本规范适用于全国各级各类医疗机构的长期处方管理工作。

鼓励由基层医疗卫生机构开具长期处方，不适宜在基层治疗的慢性病长期处方应当由二级以上医疗机构开具。

第八条 国家卫生健康委负责全国长期处方的监督管理工作。

县级以上地方卫生健康行政部门负责本行政区域内长期处方的监督管理工作。

第二章 组织管理

第九条 医疗机构应当履行本机构长期处方管理的主体责任，建立健全本机构长期处方管理制度，保障医疗质量和医疗安全，满足患者用药需求。

第十条 开具长期处方的医疗机构，应当配备具有评估患者病情能力的医师、能够审核调剂长期处方的药师（含其他药学技术人员，下同）以及相应的设备设施等条件。

基层医疗卫生机构不具备相应条件的，可以通过远程会诊、互联网复诊、医院会诊等途径在医联体内具备条件的上级医疗机构指导下开具。

第十一条 根据患者诊疗需要，长期处方的处方量一般在 4 周内；根据慢性病特点，病情稳定的患者适当延长，最长不超过 12 周。

超过 4 周的长期处方，医师应当严格评估，强化患者教育，并在病历中记录，患者通过签字等方式确认。

第十二条 医疗机构应当按照卫生健康行政部门制定的长期处方适用疾病病种及长期处方用药范围，为符合条件的患者提供长期处方服务。

第十三条 医疗机构可以在普通内科、老年医学、全科医学等科室，为患有多种疾病的老年患者提供“一站式”长期处方服务，解决老年患者多科室就医取药问题。

第十四条 医疗机构开具长期处方，鼓励优先选择国家基本药物、国家组织集中采购中选药品以及国家医保目录药品。

第十五条 基层医疗卫生机构应当加强长期处方用药的配备，确保患者长期用药可及、稳定。

第十六条 地方卫生健康行政部门和医疗机构不得以费用控制、药占比、绩效考核等为由影响长期处方的开具。

地方卫生健康行政部门应当加强长期处方的审核、点评、合理用药考核等工作，长期处方产生的药品费用不纳入门诊次均费用、门诊药品次均费用考核，其他考核工作也应当视情况将长期处方进行单独管理。

第三章 长期处方开具与终止

第十七条 对提出长期处方申请的患者，医师必须亲自诊查并对其是否符合长期处方条件作出判断。

医师在诊疗活动中，可以向符合条件的患者主动提出长期处方建议。

第十八条 医师应当向患者说明使用长期处方的注意事项，并由其自愿选择是否使用；对不符合条件的患者，应当向患者说明原因。

第十九条 首次开具长期处方前，医师应当对患者的既往史、现病史、用药方案、依从性、病情控制情况等进行全面评估，在确定当前用药方案安全、有效、稳定的情况下，方可为患者开具长期处方。首次开具长期处方，应当在患者病历中详细记录有关信息。

第二十条 原则上，首次长期处方应当由二级以上医疗机构具有与疾病相关专业的中级以上专业技术职务任职资格的医师开具，或由基层医疗卫生机构具有中级以上专业技术职务任职资格的医师开具。再次开具长期处方时，应当由二级以上医疗机构疾病相关专业医师，或基层医疗卫生机构医师开具。鼓励患者通过基层医疗卫生机构签约家庭医生开具长期处方。

边远地区或条件不具备的地区可适当放宽要求，具体要求由省级卫生健康行政部门根据实际情况另行规定。

第二十一条 医师应当根据患者病历信息中的首次开具的长期处方信息和健康档案，对患者进行评估。经评估认为患者病情稳定并达到长期用药管理目标的，可以再次开具长期处方，并在患者病历中记录；不符合条件的，终止使用长期处方。停用后再次使用长期处方的，应当按照首次开具长期处方进行管理。

第二十二条 出现以下情况，需要重新评估患者病情，判断是否终止长期处方：

- （一）患者长期用药管理未达预期目标；
- （二）罹患其他疾病需其他药物治疗；
- （三）患者因任何原因住院治疗；
- （四）其他需要终止长期处方的情况。

第二十三条 开具长期处方的基层医疗卫生机构与上级医院要做好衔接，通过信息化手段等方式建立患者处方信息共享和流转机制。

第二十四条 长期处方样式、内容应当符合《处方管理办法》中普通处方管理的要求。

第四章 长期处方调剂

第二十五条 医师开具长期处方后，患者可以自主选择在医疗机构或者社会零售药店进行调剂取药。

第二十六条 药师对长期处方进行审核，并对患者进行用药指导和用药教育，发放用药教育材料。基层医疗卫生机构不具备条件的，应当由医联体内上级医院的药师通过互联网远程进行处方审核或提供用药指导服务。

第二十七条 药师在审核长期处方、提供咨询服务、调剂药品工作时，如发现药物治疗相关问题或患者存在用药安全隐患，需要进行长期处方调整、药物重整等干预时，应当立即与医师沟通进行处理。

第二十八条 长期处方药品原则上由患者本人领取。特殊情况下，因行动不便等原因，可由熟悉患者基本情况的人员，持本人及患者有效身份证件代为领取，并配合做好相应取药登记记录。鼓励通过配送物流延伸等方式，解决患者取药困难问题。

第五章 长期处方用药管理

第二十九条 医疗机构应当对长期处方定期开展合理性评价工作，持续提高长期处方合理用药水平。

第三十条 基层医疗卫生机构应当将本机构开具的长期处方信息纳入患者健康档案，详细记录患者诊疗和用药记录。家庭医生团队应当对患者进行定期随访管理，对患者病情变化、用药依从性和药物不良反应等进行评估，必要时及时调整或终止长期处方，并在患者健康档案及病历中注明。

第三十一条 医疗机构应当建立安全用药监测与报告制度。发生药品严重不良事件后，应当积极救治患者，立即向医务和药学部门报告，做好观察与记录。按照有关规定向有关部门报告药品不良反应等信息。

第三十二条 医疗机构应当加强对使用长期处方患者的用药教育，增加其合理用药知识，提高自我用药管理能力和用药依从性，并告知患者在用药过程中出现任何不适，应当及时就诊。

第三十三条 医疗机构应当指导使用长期处方患者对药物治疗效果指标进行自我监测并作好记录。鼓励使用医疗器械类穿戴设备，提高药物治疗效果指标监测的信息化水平。在保障数据和隐私安全的前提下，可以探索通过接入互联网的远程监测设备开展监测。

第三十四条 医疗机构应当指导使用长期处方患者，按照要求保存药品，确保药品质量。

第三十五条 医疗机构应当将长期处方患者的诊疗，纳入医疗管理统筹安排，严格落实有关疾病诊疗规范要求，加强质量控制和管理，保障医疗质量和医疗安全。

第三十六条 鼓励有条件的地区通过开设微信公众号、患者客户端等互联网交互方式或途径，方便患者查询长期处方信息、药品用法用量、注意事项等。探索开展长期处方患者的用药提醒、随访、用药咨询等服务。

第六章 长期处方医保支付

第三十七条 各地医保部门支付长期处方开具的符合规定的药品费用，不对单张处方的数量、金额等作限制，参保人按规定享受待遇。

第三十八条 各地在制定区域总额预算管理时，应当充分考虑长期处方因素。

第三十九条 各地医保部门应当提高经办服务能力，方便各医疗机构、零售药店刷卡结算，为参保人提供长期处方医保报销咨询服务。加强智能监控、智能审核，确保药品合理使用。

第七章 附 则

第四十条 地方卫生健康行政部门应当会同医疗保障部门制定辖区内长期处方管理实施细则后实施。

第四十一条 互联网医院提供长期处方服务，应当结合其依托的实体医疗机构具备的条件，符合医疗机构药事管理、互联网诊疗管理相关规定和本规范，加强医疗质量和安全监管。

第四十二条 基层医疗卫生机构，是指乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站）、村卫生室、医务室、门诊部和诊所等。

第四十三条 本规范自印发之日起施行。

关于贯彻落实住院医师规范化培训“两个同等对待”政策的通知

国卫办科教发〔2021〕18号

各省、自治区、直辖市卫生健康委、公安厅（局）、人力资源社会保障厅（局）、中医药局，新疆生产建设兵团卫生健康委、公安局、人力资源社会保障局：

为健全住院医师规范化培训（以下简称住培）制度，落实《国务院办公厅关于加快医学教育创新发展的指导意见》（国办发〔2020〕34号）提出的“面向社会招收的普通高校应届毕业生培训对象培训合格当年在医疗卫生机构就业的，在招聘、派遣、落户等方面，按当年应届毕业生同等对待。对经住培合格的本科学历临床医师，在人员招聘、职称晋升、岗位聘用、薪酬待遇等方面，与临床医学、中医专业学位硕士研究生同等对待”（以下简称“两个同等对待”），以及《国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革2021年重点工作任务的通知》（国办发〔2021〕20号）要求，保障住院医师合理待遇，增强住院医师获得感，现就有关事项通知如下：

一、强化就业指导服务和权益保护

各地人力资源社会保障部门要根据经住培合格的本科学历临床医师就业需求，提供针对性就业指导，推荐合适的就业机会。各级卫生健康、公安、人力资源社会保障、中医药主管部门要指导各级医疗卫生机构向经住培合格的本科学历临床医师与临床医学、口腔医学、中医专业学位硕士研究生提供平等就业机会，在招聘简章中应当明确“面向社会招收的住院医师如为普通高校应届毕业生的，其住培合格当年在医疗卫生机构就业，按当年应届毕业生同等对待”“经住培合格的本科学历临床医师，按临床医学、口腔医学、中医专业学位硕士研究生同等对待”，并纳入岗位报考具体条件（其中住培合格证书中的培训专业原则上应当与招聘岗位的专业或类别要求相一致），并将同等对待落实到资格审查、考试考察、聘用、派遣、落户等各个环节。

二、保障职业发展权益

各级卫生健康、人力资源社会保障、中医药主管部门要指导各级医疗卫生机构在中级及以上

专业技术职称申报与评审条件设置、岗位条件设置、岗位等级聘用时，突出人才评价品德、能力、业绩导向，将经住培合格的本科学历临床医师与临床医学、口腔医学、中医专业学位硕士研究生同等对待，并落实到资格审查、考试考核、岗位聘用等各个环节；在确定住院医师薪酬待遇时，对经住培合格的本科学历临床医师，按照临床医学、口腔医学、中医专业学位硕士研究生对应的标准同等对待。

三、加强政策宣传引导和责任落实

落实“两个同等对待”，是推动建立适应行业特点的人才培养和人事薪酬制度、破除“唯学历”的重要举措，是健全住培制度、逐步建立统一规范的毕业后医学教育制度的重要部署，是深化医改、建设健康中国的重要内容。各地卫生健康、公安、人力资源社会保障、中医药主管部门要充分认识做好这项工作的重要意义，积极宣传国家关于落实“两个同等对待”的政策，指导各级医疗卫生机构完善相关办法，抓好各项工作落实，为经住培合格的本科学历临床医师就业营造

良好环境。国家卫生健康委、公安部、人力资源社会保障部、国家中医药局将加强指导评估，将本项工作纳入公立医院高质量发展等相关考核，并列入住培基地评估的核心指标。对工作落实不到位的，将加大通报力度，并按照有关规定追究

相关人员责任。

国家卫生健康委办公厅 公安部办公厅
人力资源社会保障部办公厅 国家中医药局办公室
2021年8月4日

关于印发重点场所重点单位重点人群新冠肺炎疫情常态化 防控相关防护指南（2021年8月版）的通知

联防联控机制综发〔2021〕82号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团应对新型冠状病毒肺炎疫情联防联控机制（领导小组、指挥部）：

针对当前疫情防控形势和人群流行特征，为进一步指导重点场所、重点单位、重点人群做好防护，我们在前期防护指南基础上进行更新、增补，形成了《重点场所重点单位重点人群新冠肺炎疫情常态化防控相关防护指南（2021年8月版）》。

修定后的指南，由原来65类增加到85类，在重点场所和单位方面，增加了对码头、口岸、棋牌室（麻将馆）、游船（观光船）、剧场、文化馆、体育场馆、奶茶店、教育培训机构、临时安置点等10类场所和单位的防护要求，同时，根据当前疫情形势，对所涉及的重点场所和单位进一步强调落实主体责任，坚持“人、物、环境同防”“闭环管理”，强化了健康监测、疫苗接种、核酸检测、清洁消毒和应急处置等措施要求。在重点人群方面，强化了机场保洁人员、境外和境内航班保洁人员、机场司机、机场公安辅警、机场装卸工人、一线市场监管人员、专业救援人员、志愿者、社区工作人员、导游等10类重点人群的卫生防护要求，尤其是对境外航班和机场相关人员提出更加严格的防疫措施。进一步强化重点场所、重点单位、重点人群防疫措施的落实，指导相关行业特别是一线职业人员严格执行戴口罩、疫苗接种、消毒等防护要求，确保各项防控措施落实到位。

现印发给你们，请参照执行。

附件：重点场所重点单位重点人群新冠肺炎疫情常态化防控相关防护指南（2021年8月版）

（略，详见国家卫生健康委官网 <http://www.nhc.gov.cn/>）

国务院应对新型冠状病毒肺炎
疫情联防联控机制综合组
（代章）

2021年8月11日

关于进一步加强医疗机构感控人员配备管理相关工作的通知

联防联控机制综发〔2021〕88号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团联防联控机制（领导小组、指挥部）：

为保障医疗机构内感染预防与控制（以下简称感控）相关工作有序有力开展，巩固来之不易的疫情防控成果，现就疫情期间进一步加强医疗机构感控人员配备管理工作，提出以下要求：

一、重视感控人员配备管理

医疗机构是群众看病就医的场所，也是疾病汇集场所。感控工作不力，极易引发患者之间、医患之间等相互交叉感染，甚至导致院内感染暴发、向社区传播导致疫情播散蔓延。感控人员是医疗机构内从事感染预防与控制工作的专业人员，是监督指导各项感控措施落实到位的关键。各地要高度重视感控工作，全力支持医疗机构感控部门配备人员，不得以任何理由削减感控人员数量。

二、合理配备感控人员

医疗机构应当根据机构的级别类别以及是否为新冠肺炎医疗救治定点医院（以下简称定点医院），合理确定感控人员的配备形式和数量。定点医院应当由主要负责人直接领导感控工作，确保各项感控要求得到全面有效落实。

（一）明确感控人员配备形式。

医疗机构配备感控人员包括专职和兼职两种形式。专职感控人员主要配备在医疗机构感控管理部门，全职从事全院的感控日常管理和业务工作，不承担其他与感控无关的工作。不得临时从其他科室抽调人员作为专职感控人员开展工作。有条件的医疗机构也可在新生儿科、血液透析、重症医学科、手术室等重点科室配备专职感控人员。兼职感控人员一般配备在不设病床的个体诊所、医务室等规模较小的医疗机构，或规模较大医疗机构的科室，开展本机构或科室的感控日常管理和业务工作。

（二）合理配备感控人员数量。

1. 非定点医院。原则上按照每 150—200 张

实际使用病床（含口腔综合治疗台，下同）配备 1 名专职感控人员。100 张以下实际使用病床配备 2 名专职感控人员；100—500 张实际使用病床配备不少于 4 名专职感控人员；500 张以上实际使用病床，根据医疗机构类别，按照每增加 150—200 张实际使用病床增配 1 名专职感控人员。各科室应当至少指定 1 名医务人员，作为本科室的兼职感控人员，鼓励同时配备兼职感控医师和护士。实际使用病床数多于 50 张的科室，应当每 50 张床至少配备 1 名兼职感控人员。

2. 定点医院。感控人员配备数量应当保持在非定点医院的 1.5—2 倍。

其他传染病医疗救治定点医疗机构感控人员配备数量，参照定点医院要求执行。

三、优化感控人员专业结构

感控工作涉及面宽，工作内容复杂。二级以上医疗机构配备专职感控人员时，应当充分考虑其专业结构，确保各项工作顺利开展。其人员构成应当包括医师、护士，可以包括药学、医技以及有卫生专业背景的管理人员等其他人员。所有人员均应当掌握公共卫生专业知识。医师占比不低于 30%，护士占比不高于 40%，其他人员占比不高于 30%。兼职感控人员应当为医药护技等卫生专业技术人员。感控管理部门主要负责人应当具有较高的专业技术职务任职资格，并长时间专职从事院内感染防控工作。鼓励由具有高级专业技术职务任职资格，并专职从事 5 年以上院内感染防控工作的人员，担任感控管理部门主要负责人。

四、提高感控人员能力水平

各地应当加大感控人员的培训力度，专兼职感控人员均应当接受卫生健康行政部门组织的或医疗机构自行开展的培训活动并接受考核，熟练掌握感控基本理论、基本知识和基本技能。同时，感控人员应当加强自身学习，不断提高业务水平。对感控人员参加学术交流、继续教育等，医疗机构应当予以支持。医疗机构应当将感控人员参加培训情况、考核结果以及日常业务开展情况作为重要内容，纳入医师定期考核、护士执业注册、药学、医技以及其他人员档案管理等，并与职称晋升、绩效分配、评优评先等挂钩。

五、落实感控人员工作职责

感控人员要严格落实《医院感染管理办法》规定的职责，重点做好医疗机构内感染监测、感染暴发调查分析和报告，以及监督指导各部门和人员的感控措施落实。要在医疗机构内开展主动监测，尤其是对重点科室、侵入性操作环节实现全覆盖。通过主动监测，及时发现感染散发病例、感染聚集性病例和感染暴发，持续改进感控工作，降低潜在感染风险。要增强敏感性，发生疑似感染暴发或暴发后，感控人员要落实相应职责，按照规定及时报告，并开展调查处置工作。

要落实感控人员的监督指导职责，督促指导各部门和人员做好感控工作。对于监督指导过程中发现的薄弱环节及风险隐患，要立即督促整改；对拒不改正的，要按照程序报告感控管理委员会，并提出处理意见。

六、关注感控人员职业发展和薪酬待遇

医疗机构应当关心关爱感控工作人员，为其开展工作提供必要的场地、设备设施等条件。要拓宽感控人员职称晋升和职业发展渠道，探索与感控工作特点相适应的职称评聘机制。要将感控人员与其他卫生专业技术人员薪酬待遇统筹考虑，鼓励医疗机构在薪酬待遇上向院内感染防控相关科室倾斜。通过提供职业发展条件、提高薪酬待遇等吸引优秀人才从事感控工作，稳定人才队伍。对于感控人员，尤其是在发热门诊或进入隔离病区开展工作的感控人员，要与其他工作人员一样享受疫情防控相关待遇。鼓励综合考虑工作内容、工作时长等因素，在兼职感控人员薪酬待遇方面予以体现。

国务院应对新型冠状病毒肺炎
疫情联防联控机制综合组

(代 章)

2021 年 8 月 20 日

2021 年 8 月全国法定传染病疫情概况

2021 年 8 月 (2021 年 8 月 1 日 0 时至 8 月 31 日 24 时)，全国 (不含香港、澳门特别行政区和台湾地区，下同) 共报告法定传染病 482071 例，死亡 2077 人。其中，甲类传染病中鼠疫报告 1 例病例，无死亡报告。乙类传染病中传染性非典型肺炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感、流脑、白喉和人感染 H7N9 禽流感无发病、死亡报告，其余 21 种乙类传染病共报告

发病 274917 例，报告死亡 2077 人。报告发病数居前 5 位的病种依次为病毒性肝炎、肺结核、梅毒、淋病以及布鲁氏菌病，占乙类传染病报告病例总数的 94%。8 月 1 日 0 时至 8 月 31 日 24 时，全国报告新型冠状病毒肺炎确诊病例 1893 例，无死亡报告。

同期，丙类传染病共报告发病 207153 例，未报告死亡病例。报告发病数居前 3 位的病种依

次为其他感染性腹泻病、手足口病和流行性感冒，占丙类传染病报告病例总数的 95%。

附件：2021 年 8 月全国法定传染病报告发病、死亡统计表

附件

2021 年 8 月全国法定传染病报告发病、死亡统计表

病名	发病数	死亡数 ***
甲乙丙类总计	482071	2077
甲乙类传染病合计	274918	2077
鼠疫	1	0
霍乱	0	0
传染性非典型肺炎	0	0
艾滋病 *	4710	1874
病毒性肝炎 **	126075	62
甲型肝炎	1057	0
乙型肝炎	102061	51
丙型肝炎	20001	9
丁型肝炎	23	0
戊型肝炎	2109	2
未分型肝炎	824	0
脊髓灰质炎	0	0
人感染高致病性禽流感	0	0
麻疹	66	0
流行性出血热	255	2
狂犬病	14	8
流行性乙型脑炎	72	1
登革热	3	0
炭疽	115	1
细菌性和阿米巴性痢疾	5326	0
肺结核 ****	67966	120
伤寒和副伤寒	913	1
流行性脑脊髓膜炎	0	0

病名	发病数	死亡数 ***
百日咳	1227	0
白喉	0	0
新生儿破伤风	3	0
猩红热	1152	0
布鲁氏菌病	6867	0
淋病	12019	1
梅毒	46091	7
钩端螺旋体病	81	0
血吸虫病	9	0
疟疾	60	0
人感染 H7N9 禽流感	0	0
新型冠状病毒肺炎 #	1893	0
丙类传染病合计	207153	0
流行性感冒	21375	0
流行性腮腺炎	8353	0
风疹	68	0
急性出血性结膜炎	2016	0
麻风病	36	0
斑疹伤寒	143	0
黑热病	28	0
包虫病	241	0
丝虫病 @	1	0
其他感染性腹泻病	103609	0
手足口病	71283	0

注：发病数与死亡数按照终审日期进行统计；

*：艾滋病死亡数是累计报告艾滋病病人在当月报告的全死因死亡数。

**：病毒性肝炎的发病数、死亡数为甲型肝炎、乙型肝炎、丙型肝炎、丁型肝炎、戊型肝炎、未分型肝炎报告发病数、死亡数的合计；

***：通过传染病网络直报系统报告的死亡数据不作为中国传染病死因顺位依据；

****：自 2019 年 5 月 1 日起“结核性胸膜炎”归入肺结核分类统计，不再报告到“其他法定管理以及重点监测传染病”中。

#：国家卫生健康委网站数据。

@：为输入性病例。