

中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会公报

ZHONGHUA RENMIN GONGHEGUO WEISHENG HE JIHUASHENGYU WEIYUANHUI GONGBAO

2017 年第 02 期 (总号: 163)

主 管: 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会

主 办: 国家卫生计生委办公厅

承 办: 中国健康教育中心

出 版: 《中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会公报》编辑部

编 辑: 《中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会公报》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: 北京人卫印刷厂

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 11-5149/D

目 录

国家卫生和计划生育委员会令 (第 12 号)	1
国家卫生和计划生育委员会公告 (2017 年 第 1 号)	1
国家卫生和计划生育委员会公告 (2017 年 第 2 号)	27
国家卫生和计划生育委员会通告 (国卫通 (2017) 1 号)	28
国家卫生计生委关于印发“十三五”全国计划生育事业发展规划的通知 (国卫指导发 (2017) 5 号)	29
国家卫生计生委关于印发“十三五”全国人口健康信息化发展规划的通知 (国卫规划发 (2017) 6 号)	36
国家卫生计生委关于印发安宁疗护中心基本标准和管理规范 (试行) 的通知 (国卫医发 (2017) 7 号)	44
国家卫生计生委关于印发“十三五”全国流动人口卫生计生服务管理规划的通知 (国卫流管发 (2017) 9 号)	47
国家卫生计生委办公厅关于印发安宁疗护实践指南 (试行) 的通知 (国卫办医发 (2017) 5 号)	53
国家卫生计生委办公厅关于开展城乡居民基本医疗保险 (新型农村合作医疗) 跨省就医结报服务框架协议签署工作的通知 (国卫办基层发 (2017) 6 号)	73
国家卫生计生委办公厅关于印发造血干细胞移植技术管理规范 (2017 年版) 等 15 个“限制临床应用”医疗技术管理规范和质量控制指标的通知 (国卫办医发 (2017) 7 号)	97
关于印发电子病历应用管理规范 (试行) 的通知 (国卫办医发 (2017) 8 号)	98
国家卫生计生委办公厅关于印发早产儿保健工作规范的通知 (国卫办妇幼发 (2017) 9 号)	101
国家卫生计生委办公厅关于进一步加强抗菌药物临床应用管理遏制细菌耐药的通知 (国卫办医发 (2017) 10 号)	111
2017 年 2 月全国法定传染病疫情概况	114

GAZETTE OF THE NATIONAL HEALTH AND FAMILY PLANNING COMMISSION OF PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA

2017 Issue No.02 (Serial No.163)

CONTENTS

Decree No.12 of the National Health and Family Planning Commission.....	1
Announcement No.1 of the National Health and Family Planning Commission.....	1
Announcement No.2 of the National Health and Family Planning Commission.....	27
Proclamation No.1 of the National Health and Family Planning Commission.....	28
Circular of the National Health and Family Planning Commission on Issuing National Family Planning Career Development Plan During the 13th Five-year Plan.....	29
Circular of the National Health and Family Planning Commission on Issuing National Population Health Information Development Plan During the 13th Five-year Plan.....	36
Circular of the National Health and Family Planning Commission on Issuing Basic Standard and Management Standard of Hospice Care Center (Trial).....	44
Circular of the National Health and Family Planning Commission on Issuing National Health Service Planning for Floating Population During the 13th Five-year Plan.....	47
Circular of the National Health and Family Planning Commission on Issuing Practical Guide to Hospice Care (Trial).....	53
Circular of the National Health and Family Planning Commission on Developing the Work of Agreement Signed About Expanding the Basic Medical Insurance for Urban and Rural Residents (New Rural Cooperative Medical) Inter Provincial Medical Settlement Reimbursement Service Framework.....	73
Circular of the National Health and Family Planning Commission on Issuing Hematopoietic Stem Cell Transplantation Technology Management Standard (2017) and 15 Other Restrictions on Clinical Application of Medical Technology Management Standards and Quality Control Indicators.....	97
Circular on Issuing Electronic Medical Record Application Management Standard (Trial).....	98
Circular of the National Health and Family Planning Commission on Issuing Health Care Standard for Premature Infants.....	101
Circular of the National Health and Family Planning Commission on Strengthening the Management of Clinical Application of Antibacterial Drugs to Prevent Bacterial Drug Resistance.....	111
The Epidemic Situation of Statutory Reporting Infectious Diseases of February, 2017.....	114

中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会令

第 12 号

《国家卫生计生委关于修改〈医疗机构管理条例实施细则〉的决定》已于 2017 年 2 月 3 日经国家卫生计生委主任会议讨论通过，现予公布，自 2017 年 4 月 1 日起施行。

主任 李斌

2017 年 2 月 21 日

国家卫生计生委关于修改 《医疗机构管理条例实施细则》的决定

根据国务院推进简政放权、放管结合、优化服务的改革部署和促进健康服务业发展的工作要求，国家卫生计生委决定对《医疗机构管理条例实施细则》（原卫生部令第 35 号）作如下修改：

一、将该实施细则中的“卫生部”统一修改为：“国家卫生计生委”，将“卫生行政部门”统一修改为：“卫生计生行政部门”。

二、将第三条第二项修改为：“妇幼保健院、妇幼保健计划生育服务中心”。

增加一项，作为第十三项：“（十三）医学检验实验室、病理诊断中心、医学影像诊断中心、血液透析中心、安宁疗护中心”。

第十三项改为第十四项。

三、第十一条增加一款，作为第二款：“医学检验实验室、病理诊断中心、医学影像诊断中心、血液透析中心、安宁疗护中心的设置审批权限另行规定”。

四、删除第十二条第一款第三项，并将第二款修改为：“有前款第（二）、（三）、（四）、（五）项所列情形之一者，不得充任医疗机构的法定代表人或者主要负责人”。

五、将第十八条修改为：“医疗机构建筑设计必须按照法律、法规和规章要求经相关审批机关审查同意后，方可施工”。

六、将第三十八条修改为：“各级卫生计生行政部门应当采用电子证照等信息化手段对医疗机构实行全程管理和动态监管。有关管理办法另行制定”。

本决定自 2017 年 4 月 1 日起施行。

国家卫生和计划生育委员会公告

2017 年 第 1 号

根据《食品安全法》规定，审评机构组织专家对食品添加剂新品种碳酸铵、6-甲基庚醛等 9 种食品用香料新品种和焦亚硫酸钠等 2 种食品添加剂扩大使用范围的安全性评估材料审查并通过。

特此公告。

- 附件：1. 食品添加剂新品种碳酸铵
2. 6-甲基庚醛等 9 种食品用香料新品种
3. 焦亚硫酸钠等 2 种食品添加剂扩大使用范围

国家卫生计生委

2017 年 2 月 6 日

附件 1

食品添加剂新品种碳酸铵

英文名称：Ammonium Carbonate

功能分类：膨松剂

（一）用量及使用范围

食品分类号	食品名称	最大使用量 / (g/kg)	备注
07.03	饼干	按生产需要适量使用	

（二）质量规格要求

1 范围

本质量规格适用于以氨气、二氧化碳和水蒸汽为原料，经吸收、结晶、分离、干燥冷却制得食品添加剂碳酸铵。

2 分子式



3 技术要求

3.1 感官要求：应符合表 1 的规定。

表 1 感官要求

项 目	要 求	检验方法
色泽	白色	取适量试样，置于 50mL 烧杯中，在自然光线下，观察其色泽和状态。用手轻轻地扇动，使少量的气体飘入鼻孔，嗅其气味。
气味	刺激性氨味	
状态	结晶粉末	

3.2 理化指标：应符合表 2 的规定。

表 2 理化指标

项 目	指 标	检验方法
含量（以 NH_3 计），w / %	30.5~34.0	附录 A 中 A.4
灼烧残渣，w / %	≤ 0.1	GB/T 9741
氯化物（以 Cl 计）/ (mg/kg)	≤ 30	附录 A 中 A.5
硫酸盐（以 SO_4 计）/ (mg/kg)	≤ 30	附录 A 中 A.6
不挥发物 / (mg/kg)	≤ 100	附录 A 中 A.7

重金属（以 Pb 计）/（mg/kg）	≤	10	GB 5009.74
总砷（以 As 计）/（mg/kg）	≤	1.0	GB 5009.11
铅（Pb）/（mg/kg）	≤	1.0	GB 5009.12

附录 A

检验方法

A.1 安全提示

本质量规格的检测方法中使用的部分试剂具有腐蚀性，操作者须小心谨慎！如溅到皮肤上应立即用水冲洗，严重者应立即治疗。使用有挥发性的有机溶剂的操作应在通风橱中进行。使用易燃品中，严禁使用明火加热。

A.2 一般规定

本质量规格所用试剂和水，在没有注明其他要求时，均指分析纯的试剂和 GB/T6682 中规定的三级水。试验中所用标准滴定溶液、杂质测定用标准溶液、制剂及制品，在没有注明其他要求时，均按 GB/T 601、GB/T602 和 GB/T603 的规定制备。试验中所用溶液在未注明用何种溶剂配制时，均指水溶液。

A.3 鉴别试验

A.3.1 试剂和材料

A.3.1.1 盐酸溶液：1+1。

A.3.1.2 红色石蕊试纸。

A.3.2 鉴别

A.3.2.1 碳酸盐的鉴别

试样中加入盐酸溶液即产生气泡。

A.3.2.2 热试验

试样受热分解，产生的蒸汽可使湿润的红色石蕊试纸变蓝。

A.4 含量（以 NH₃ 计）的测定

A.4.1 方法提要

试样溶于水，以甲基橙作为指示剂，用盐酸标准滴定溶液滴定，测定氨的含量。

A.4.2 试剂和材料

A.4.2.1 盐酸标准滴定溶液：c（HCl）=1 mol/L。

A.4.2.2 甲基橙指示液。

A.4.3 分析步骤

称取 1.5~2.0 g 试样，精确至 0.0001g，置于 250mL 锥形瓶中，加 100mL 水使其全部溶解。滴加 3 滴甲基橙指示液，用盐酸标准滴定溶液滴定至试验溶液由黄色变为橙色。

A.4.4 结果计算

含量（以 NH₃ 计）的质量分数 w_1 按式（A.1）计算：

$$w_1 = \frac{c \times V \times M}{m \times 1000} \times 100\% \dots\dots\dots (A.1)$$

式中：

V——滴定试验溶液所消耗的盐酸标准滴定溶液体积，单位为毫升（mL）；

c——盐酸标准滴定溶液的浓度，单位为摩尔每升（mol/L）；

m——试样的质量，单位为克（g）；

M——氨的摩尔质量，单位为克每摩尔（g/mol）[M(NH₃)=17]；

1000——换算系数。

试验结果以平行测定结果的算术平均值为准。在重复性条件下获得的两次独立测定结果的绝对差值不大于 0.2 %。

A.5 氯化物（以 Cl₁ 计）的测定

A.5.1 方法提要

在酸性介质中加入硝酸银溶液，与氯离子产生白色氯化银悬浮液，与标准比浊溶液比较。

A.5.2 试剂和材料

A.5.2.1 硝酸溶液：质量分数为 10%。

A.5.2.2 硝酸银溶液：17 g/L。

A.5.2.3 碳酸钠。

A.5.2.4 氯化物标准溶液：1mL 溶液含氯（Cl₁）10 μg。

称取 165mg 氯化钠至 100mL 容量瓶中，加蒸馏水至刻度线，配制成氯化物标准储备液。吸取氯化物标准储备液 10mL 至 1000mL 容量瓶中，加蒸馏水至刻度线。此溶液每毫升含 0.01 mg 氯。

A.5.3 分析步骤

称取 0.5g 试样，置于 50mL 烧瓶中，加 10mL 蒸馏水使之溶解。加入 5mg 碳酸钠，置于蒸气浴上缓慢蒸发至干。然后用 30mL 蒸馏水将残渣溶解，用硝酸酸化，并加 1mL 硝酸银溶液，用水稀释至刻度，摇匀，放置 5 min 后进行比浊。其浊度不应超过标准比浊溶液产生的浊度。

标准比浊溶液：取 1.5mL 氯化物标准溶液置于 50mL 的比色管中，加 40mL 蒸馏水，用硝酸酸化，并加 1mL 硝酸银溶液，用水稀释至刻度，摇匀。

注意试验溶液避光。

A.6 硫酸盐（以 SO₄ 计）的测定

A.6.1 方法提要

在试样中加入过氧化氢，使试样中的各种含硫离子转变为硫酸根离子，在酸性介质中钡离子与硫酸根离子产生白色硫酸钡悬浮微粒，与标准比浊溶液比较。

A.6.2 试剂和材料

A.6.2.1 过氧化氢：质量分数为 30%。

A.6.2.2 盐酸：质量分数为 10%。

A.6.2.3 碳酸钠。

A.6.2.4 氯化钡溶液：质量分数为 10%。

A.6.2.5 硫酸盐标准溶液：1mL 溶液含硫酸根（SO₄）10 μg。

称取 48 mg 无水硫酸钠至 100mL 容量瓶中，加蒸馏水溶解，并加至刻度线，配制成硫酸盐标准储备液。吸取硫酸盐标准储备液 10mL 至 1000mL 容量瓶中，加蒸馏水至刻度线。此溶液每毫升含 10 μg

硫酸根离子。

A. 6. 3 分析步骤

称取 4g 试样，置于 50mL 烧瓶中，加 40mL 蒸馏水溶解。加 10mg 碳酸钠和 1mL 30% 的过氧化氢，置于蒸气浴上缓慢蒸发至干。然后用 40mL 蒸馏水将残渣溶解，用盐酸酸化，并加 3mL 氯化钡溶液，用水稀释至刻度，摇匀，放置 10min 后进行比浊。其浊度不应超过标准比浊溶液产生的浊度。

标准比浊溶液：取 20mL 硫酸盐标准溶液置于 50mL 烧瓶中，加 20mL 蒸馏水并用盐酸酸化。加 3 mL 氯化钡溶液，用水稀释至刻度，摇匀。

A. 7 不挥发物的测定

A. 7. 1 方法提要

试样置于蒸发皿中，于蒸汽浴上蒸发至干，于电热恒温干燥箱中干燥至质量恒定后称量不挥发物质量。

A. 7. 2 仪器和设备

A. 7. 2. 1 瓷蒸发皿：50mL。

A. 7. 2. 2 电热恒温干燥箱：温度能控制为 105℃～110℃。

A. 7. 3 分析步骤

称取约 4g 试样，精确至 0.0002g，置于预先于 105℃～110℃ 下干燥至质量恒定的瓷蒸发皿中，加 10 mL 水。在蒸汽浴上蒸发至干。置于电热恒温干燥箱中，于 105℃～110℃ 下干燥 1h，然后放入干燥器中冷却，称重。

A. 7. 4 结果计算

不挥发物含量的质量分数 w_2 按式 (A. 2) 计算：

$$w_2 = \frac{m_1 - m_2}{m_3} \times 100\% \dots\dots\dots (A. 1)$$

式中：

m_1 ——干燥后不挥发物和蒸发皿的质量，单位为克 (g)；

m_2 ——蒸发皿的质量，单位为克 (g)；

m_3 ——试样的质量，单位为克 (g)；

实验结果以平行测定结果的算术平均值为准。在重复性条件下获得的两次独立测定结果绝对差值不大于 0.005%。

附件 2

6- 甲基庚醛等 9 种食品用香料新品种

一、6- 甲基庚醛

英文名称：6-Methylheptanal

功能分类：食品用香料

(一) 用量及使用范围

配制成食品用香精用于各类食品（GB2760-2014 表 B.1 食品类别除外），用量为按生产需要适量使用。

(二) 质量规格要求**1 范围**

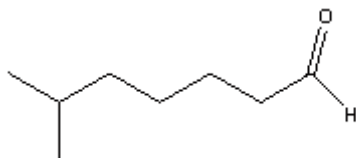
本质量规格要求适用于由 1- 氯 -5- 甲基己烷和 N,N- 二甲基甲酰胺为原料，经化学反应制得得食品添加剂 6- 甲基庚醛。

2 化学名称、分子式、结构式和相对分子质量**2.1 化学名称**

6- 甲基庚醛

2.2 分子式

$C_8H_{16}O$

2.3 结构式**2.4 相对分子质量**

128.21（按 2007 年国际相对原子质量）

3 技术要求

3.1 感官要求：应符合表 1 的规定。

表 1 感官要求

项 目	要 求	检验方法
色泽	无色透明	将试样置于比色管内，用目测法观察
状态	液体	
香气	柑橘样清香香气	GB/T 14454.2

3.2 理化指标：应符合表 2 的规定。

表 2 理化指标

项 目	指 标	检验方法
相对密度（25℃ /25℃）	0.806~0.816	GB/T 1540
折光指数（20℃）	1.411~1.416	GB/T 14454.4
酸值（以 KOH 计）/（mg/g） <	2	GB/T 14455.5
6- 甲基庚醛含量，w/% ≥	98.0	附录 A

附录 A**食品添加剂 6- 甲基庚醛含量的测定****A.1 仪器和设备**

A. 1. 1 色谱仪：按 GB/T 11538—2006 中第 5 章的规定。

A. 1. 2 柱：毛细管柱。

A. 1. 3 检测器：氢火焰离子化检测器。

A. 2 测定方法

面积归一化法：按 GB/T 11538—2006 中 10. 4 测定含量。

A. 3 重复性及结果表示

按 GB/T 11538—2006 中 11. 4 规定进行，应符合要求。

食品添加剂 6—甲基庚醛气相色谱图及操作条件参见附录 B。

附录 B

食品添加剂 6—甲基庚醛气相色谱图及操作条件

（面积归一化法）

B. 1 食品添加剂 6—甲基庚醛气相色谱图

食品添加剂 6—甲基庚醛气相色谱图见图 B. 1。

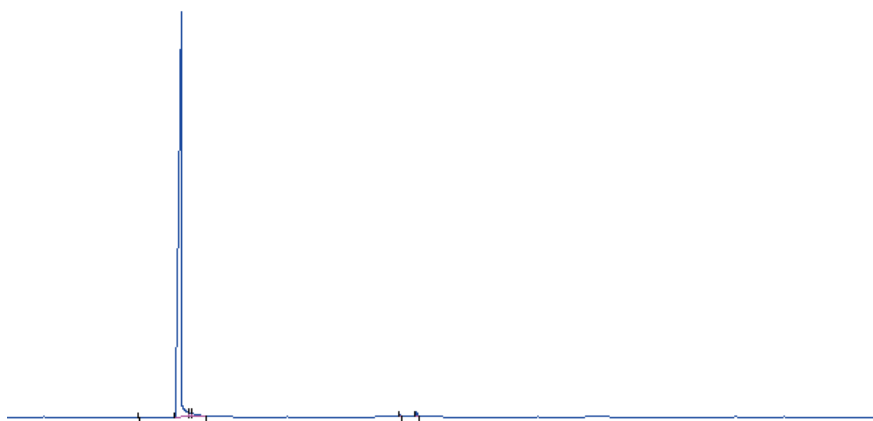


图 B. 1 食品添加剂 6—甲基庚醛气相色谱图

B. 2 操作条件

B. 2. 1 柱：毛细管柱，长 30m，内径 0. 32mm。

B. 2. 2 固定相：聚乙二醇 20000。

B. 2. 3 膜厚：0. 25 μ m。

B. 2. 4 色谱炉温度：线性程序升温从 35℃至 240℃，速率 10℃ /min，最后在 240℃恒温 10min。

B. 2. 5 进样口温度：250℃。

B. 2. 6 检测器温度：250℃。

B. 2. 7 检测器：氢火焰离子化检测器。

B. 2. 8 载气：氦气。

B. 2. 9 载气流速：柱前压 15kPa。

B. 2. 10 进样量：约 1 μ L。

B. 2. 11 分流比：50:1。

二、N-（2- 异丙基 -5- 甲基环己基）环丙基甲酰胺

英文名称：Cyclopropanecarboxylic acid(2-isopropyl-5-methyl-cyclohexyl)-amide

功能分类：食品用香料

（一）用量及使用范围

配制成食品用香精用于各类食品（GB2760-2014 表 B.1 食品类别除外），用量为按生产需要适量使用。

（二）质量规格要求

1 范围

本质量规格要求适用于由 2- 异丙基 -5- 甲基环己酮、甲酸铵和环丙基甲酰氯等为原料，经化学反应制得食品添加剂 N-（2- 异丙基 -5- 甲基环己基）环丙基甲酰胺。

2 化学名称、分子式、结构式、分子量

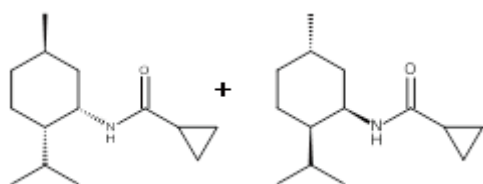
2.1 化学名称

N-（2- 异丙基 -5- 甲基环己基）环丙基甲酰胺

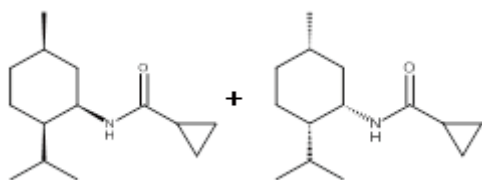
2.2 分子式

$C_{14}H_{25}NO$

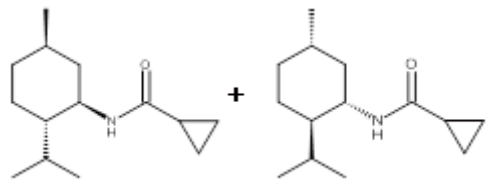
2.3 结构式



（N-（1S, 2S, 5R）-（2- 异丙基 -5- 甲基 - 环己基）- 环丙基甲酰胺
和 N-（1R, 2R, 5S）-（2- 异丙基 -5- 甲基 - 环己基）- 环丙基甲酰胺）；



（N-（1R, 2R, 5R）-（2- 异丙基 -5- 甲基 - 环己基）- 环丙基甲酰胺
和 N-（1S, 2S, 5S）-（2- 异丙基 -5- 甲基 - 环己基）- 环丙基甲酰胺）；



（N-（1R, 2S, 5R）-（2- 异丙基 -5- 甲基 - 环己基）- 环丙基甲酰胺
和 N-（1S, 2R, 5S）-（2- 异丙基 -5- 甲基 - 环己基）- 环丙基甲酰胺）

2.4 相对分子质量

223.4（按 2007 年国际相对原子质量）

3 技术要求

3.1 感官要求：应符合表 1 的规定。

表 1 感官要求

项 目	要 求	检测方法
色泽	珍珠白色	将试样置于一洁净白纸上，用目测法观察
状态	粉末	
香气	咸肉汁味香气	GB/T 14454.2

3.2 理化指标：应符合表 2 的规定。

表 2 理化指标

项 目	指 标	检验方法
N-（2- 异丙基 -5- 甲基环己基）环丙基甲酰胺含量，w/% ≥	96.0（三对消旋异构体之和）	附录 A
溶解度（25 ℃）	0.83 g 样品完全溶解于 10 mL95%（体积分数）乙醇溶液中，溶液澄清透明	GB/T 14455.3
熔点 /℃ ≥	166	GB/T 14457.3

附录 A

食品添加剂 N-（2- 异丙基 -5- 甲基环己基）环丙基甲酰胺含量的测定

A.1 仪器和设备

A.1.1 色谱仪：按 GB/T 11538—2006 中第 5 章的规定。

A.1.2 柱：毛细管柱。

A.1.3 检测器：氢火焰离子化检测器。

A.2 测定方法

面积归一化法：按 GB/T 11538—2006 中 10.4 测定含量。

试样制备：称取本品 1 g 溶于 10 mL 无水乙醇中，摇匀备用。

A.3 重复性及结果表示

按 GB/T 11538—2006 中第 11.4 条规定进行，应符合要求。

食品添加剂 N-（2- 异丙基 -5- 甲基环己基）环丙基甲酰胺气相色谱图及操作条件参见附录 B。

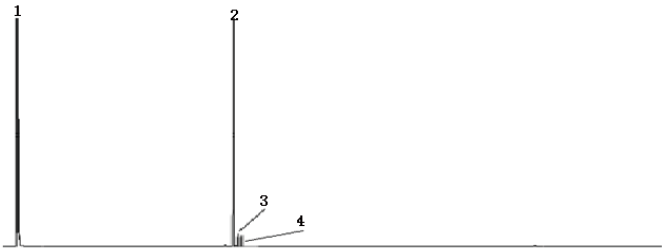
附录 B

食品添加剂 N-（2- 异丙基 -5- 甲基环己基）环丙基甲酰胺气相色谱图及操作条件

（面积归一化法）

B.1 食品添加剂 N-（2- 异丙基 -5- 甲基环己基）环丙基甲酰胺气相色谱图

食品添加剂 N-（2- 异丙基 -5- 甲基环己基）环丙基甲酰胺气相色谱图见 B.1。



说明:

1——溶剂(无水乙醇);

2——N-(1S, 2S, 5R)-(2-异丙基-5-甲基环己基)环丙基甲酰胺和 N-(1R, 2R, 5S)-(2-异丙基-5-甲基环己基)环丙基甲酰胺;

3——N-(1R, 2S, 5R)-(2-异丙基-5-甲基环己基)环丙基甲酰胺和 N-(1S, 2R, 5S)-(2-异丙基-5-甲基环己基)环丙基甲酰胺;

4——N-(1R, 2R, 5R)-(2-异丙基-5-甲基环己基)环丙基甲酰胺和 N-(1R, 2R, 5R)-(2-异丙基-5-甲基环己基)环丙基甲酰胺。

图 B.1 食品添加剂 N-(2-异丙基-5-甲基环己基)环丙基甲酰胺气相色谱图

B.2 操作条件

B.2.1 柱:毛细管柱,长 50m,内径 0.25mm。

B.2.2 固定相:聚乙二醇。

B.2.3 膜厚:0.25 μm。

B.2.4 色谱炉温度:60℃恒温 5min,然后线性程序升温从 60℃~250℃,速率 5℃/min,250℃恒温 5min。

B.2.5 进样口温度:250℃。

B.2.6 检测器温度:280℃。

B.2.7 检测器:氢火焰离子化检测器。

B.2.8 载气:氮气。

B.2.9 载气流速:2.0mL/min。

B.2.10 进样量:1 μL。

B.2.11 分流比:30:1。

三、4-羟基-4-甲基-5-己烯酸 γ-内酯

英文名称:4-Hydroxy-4-methyl-5-hexenoic acid gamma lactone

功能分类:食品用香料

(一) 用量及使用范围

配制成食品用香精用于各类食品(GB2760-2014 表 B.1 食品类别除外),用量为按生产需要适量使用。

(二) 质量规格要求

1 范围

本质量规格要求适用于由氧化芳樟醇为原料经化学反应制得的食物添加剂 4-羟基-4-甲基-5-己烯酸 γ-内酯。

2 化学名称、分子式、结构式和相对分子质量

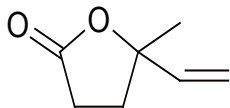
2.1 化学名称

4-羟基-4-甲基-5-己烯酸 γ -内酯

2.2 分子式

$C_7H_{10}O_2$

2.3 结构式



2.4 相对分子质量

126.15(按 2007 年国际相对原子质量)

3 技术要求

3.1 感官要求：感官要求应符合表 1 的规定。

表 1 感官要求

项 目	要 求	检测方法
色泽	无色	将试样置于比色管内，用目测法观察
状态	液体	
香气	花香香气	GB/T 14454.2

3.2 理化指标：理化指标应符合表 2 的规定。

表 2 理化指标

项 目	指 标	检验方法
4-羟基-4-甲基-5-己烯酸 γ -内酯含量, w/% $\geq$	97.0	附录 A
酸值(以 KOH 计)/(mg/g) $\leq$	1.0	GB/T 14455.5
折光指数(20℃)	1.440~1.462	GB/T 14454.4
相对密度(20℃/20℃)	1.015~1.025	GB/T 11540

附录 A

食品添加剂 4-羟基-4-甲基-5-己烯酸 γ -内酯含量的测定

A.1 仪器和设备

A.1.1 色谱仪：按 GB/T 11538—2006 中第 5 章的规定。

A.1.2 柱：毛细管柱。

A.1.3 检测器：氢火焰离子化检测器。

A.2 测定方法

面积归一化法：按 GB/T 11538—2006 中 10.4 测定含量。

A.3 重复性及结果表示

按 GB/T 11538—2006 中第 11.4 条规定进行，应符合要求。

食品添加剂 4-羟基-4-甲基-5-己烯酸 γ -内酯气相色谱图及操作条件参见附录 B。

附录 B

食品添加剂 4-羟基-4-甲基-5-己烯酸 γ -内酯气相色谱图及操作条件 (面积归一化法)

B.1 食品添加剂 4-羟基-4-甲基-5-己烯酸 γ -内酯气相色谱图

食品添加剂 4-羟基-4-甲基-5-己烯酸 γ -内酯气相色谱图见图 B.1。

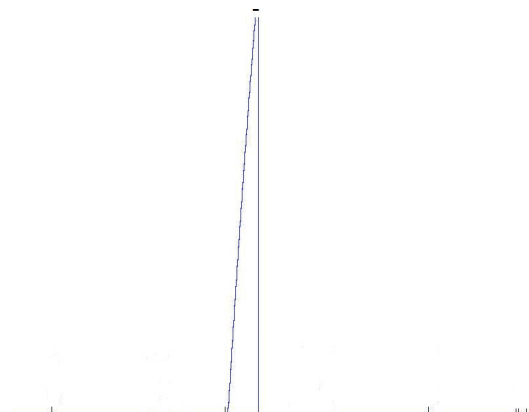


图 B.1 食品添加剂 4-羟基-4-甲基-5-己烯酸 γ -内酯气相色谱图

B.2 操作条件

B.2.1 柱：毛细管柱，长 50m，内径 0.32mm。

B.2.2 固定相：甲基硅。

B.2.3 膜厚：0.50 μm 。

B.2.4 色谱炉温度：75℃恒温 4min，然后线性程序升温从 75℃至 225℃，速率 2℃/min，最后在 225℃恒温 8 min。

B.2.5 进样口温度：250℃。

B.2.6 检测器温度：250℃。

B.2.7 检测器：氢火焰离子化检测器。

B.2.8 载气：氮气。

B.2.9 柱前压：0.06MPa。

B.2.10 进样量：0.1 μL 。

B.2.11 分流比：75:1。

四、糠基 2-甲基-3-呋喃基二硫醚

英文名称：Furfuryl 2-methyl-3-furyl disulfide

功能分类：食品用香料

(一) 用量及使用范围

配制成食品用香精用于各类食品（GB2760-2014 表 B.1 食品类别除外），用量为按生产需要适量使用。

(二) 质量规格要求

1 范围

本质量规格要求适用于由糠硫醇和 2- 甲基 -3- 呋喃基二硫醚为原料经化学反应制得食品添加剂糠基 2- 甲基 -3- 呋喃基二硫醚。

2 化学名称、分子式、结构式和相对分子质量

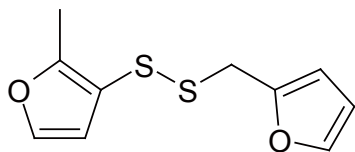
2.1 化学名称

糠基 2- 甲基 -3- 呋喃基二硫醚

2.2 分子式

$C_{10}H_{10}O_2S_2$

2.3 结构式



2.4 相对分子质量

226.32 (按 2007 年国际相对原子质量)

3 技术要求

3.1 感官要求：感官要求应符合表 1 的规定。

表 1 感官要求

项 目	要 求	检测方法
色泽	无色，久置变成黄色至棕色	将试样置于比色管内，用目测法观察
状态	液体	
香气	硫的气味、煮肉的味道	GB/T 14454.2

3.2 理化指标：理化指标应符合表 2 的规定。

表 2 理化指标

项 目	指 标	检验方法
糠基 2- 甲基 -3- 呋喃基二硫醚含量, w/%	≥ 90.0	附录 A
相对密度 (25 °C /25 °C)	1.227~1.283	GB/T 11540
折光指数 (20 °C)	1.581~1.587	GB/T 14454.4
酸值 (以 KOH 计)/(mg/g)	≤ 3	GB/T 14455.5

附录 A

食品添加剂 糠基 2- 甲基 -3- 呋喃基二硫醚含量的测定

A.1 仪器和设备

A.1.1 色谱仪：按 GB/T 11538—2006 中第 5 章的规定。

A.1.2 柱：毛细管柱。

A.1.3 检测器：氢火焰离子化检测器。

A.2 测定方法

面积归一化法：按 GB/T 11538—2006 中 10.4 测定含量。

A.3 重复性及结果表示

按 GB/T 11538—2006 中第 11.4 条规定进行, 应符合要求。

食品添加剂 糠基 2- 甲基 -3- 呋喃基二硫醚气相色谱图及操作条件参见附录 B。

附录 B

食品添加剂 糠基 2- 甲基 -3- 呋喃基二硫醚气相色谱图及操作条件

(面积归一化法)

B.1 食品添加剂 糠基 2- 甲基 -3- 呋喃基二硫醚气相色谱图

食品添加剂 糠基 2- 甲基 -3- 呋喃基二硫醚气相色谱图见图 B.1。



说明:

1——双 (2- 甲基 -3- 呋喃基硫) 醚;

2——糠基 2- 甲基 -3- 呋喃基二硫醚;

3——二糠基二硫醚。

图 B.1 食品添加剂 糠基 2- 甲基 -3- 呋喃基二硫醚气相色谱图

B.2 操作条件

B.2.12 柱: 毛细管柱, 长 50m, 内径 0.32mm。

B.2.13 固定相: 甲基硅。

B.2.14 膜厚: 0.5 μm 。

B.2.15 色谱炉温度: 75℃ 恒温 4min, 然后线性程序升温从 75℃ 至 220℃, 速率 2℃ /min, 最后在 220℃ 恒温 30min。

B.2.16 进样口温度: 250℃。

B.2.17 检测器温度: 250℃。

B.2.18 检测器: 氢火焰离子化检测器。

B.2.19 载气: 氮气。

B.2.20 柱前压: 0.06MPa。

B.2.21 进样量: 0.1 μL 。

B.2.22 分流比：75:1。

五、4-癸烯酸

英文名称：4-Decenoic acid

功能分类：食品用香料

（一）用量及使用范围

配制成食品用香精用于各类食品（GB2760-2014 表 B.1 食品类别除外），用量为按生产需要适量使用。

（二）质量规格要求

1 范围

本质量规格要求适用于由 1-辛烯-3-醇和原乙酸三乙酯为原料制得食品添加剂 4-癸烯酸。

2 化学名称、分子式、结构式和相对分子质量

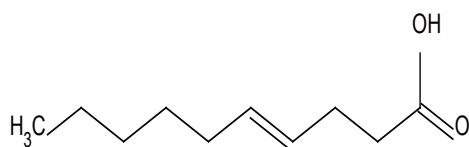
2.1 化学名称

4-癸烯酸

2.2 分子式

$C_{10}H_{18}O_2$

2.3 结构式



2.4 相对分子质量

170.25（按 2007 年国际相对原子质量）

3 技术要求

3.1 感官要求：应符合表 1 的规定。

表 1 感官要求

项 目	要 求	检测方法
色泽	无色	将试样置于比色管内，用目测法观察
状态	透明液体	
香气	果香香气	GB/T 14454.2

3.2 理化指标：应符合表 2 的规定。

表 2 理化指标

项 目	指 标	检验方法
溶解度（25℃）	1g 试样全溶于 1 mL 95%（体积分数）乙醇中	GB/T 14455.3
4-癸烯酸含量，w/%	≥ 97	附录 A
折光指数（20℃）	1.140~1.160	GB/T 14454.4
相对密度（20℃/20℃）	0.915~0.925	GB/T 11540

附录 A

食品添加剂 4- 癸烯酸含量的测定

A.1 仪器和设备

A.1.1 色谱仪：按 GB/T 11538—2006 中第 5 章的规定。

A.1.2 柱：毛细管柱。

A.1.3 检测器：氢火焰离子化检测器。

A.2 测定方法

面积归一化法：按 GB/T 11538—2006 中 10.4 测定含量。

A.3 重复性及结果表示

按 GB/T 11538—2006 中第 11.4 条规定进行，应符合要求。

食品添加剂 4- 癸烯酸气相色谱图及操作条件参见附录 B。

附录 B

食品添加剂 4- 癸烯酸气相色谱图及操作条件

（面积归一化法）

B.1 食品添加剂 4- 癸烯酸气相色谱图

食品添加剂 4- 癸烯酸气相色谱图见图 B.1。

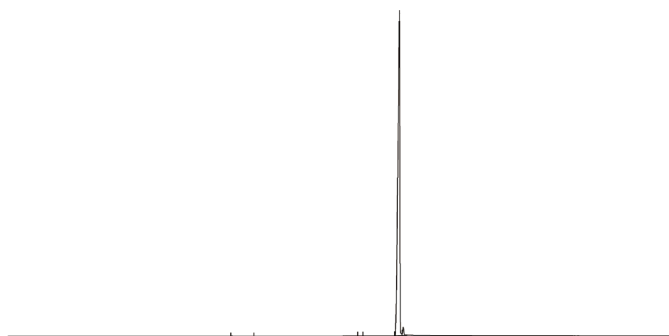


图 B.1 食品添加剂 4- 癸烯酸气相色谱图

B.2 操作条件

B.2.1 柱：毛细管柱，长 30 m，内径 0.25 mm。

B.2.2 固定相：聚乙二醇 20 000。

B.2.3 膜厚：0.25 μm。

B.2.4 色谱炉温度：线性程序升温从 150℃ 至 230℃，速率 5℃ /min，最后在 230℃ 恒温 10 min。

B.2.5 进样口温度：250℃。

B.2.6 检测器温度：300℃。

B.2.7 检测器：氢火焰离子化检测器。

B.2.8 载气：氮气。

B.2.9 载气流速：1mL/min。

B.2.10 检样量：0.2 μL。

B.2.11 分流比：100:1。

六、2-(4-甲基-5-噻唑基)乙醇丙酸酯

英文名称：2-(4-methyl-5-thiazolyl)ethyl propionate

功能分类：食品用香料

（一）用量及使用范围

配制成食品用香精用于各类食品（GB2760-2014 表 B.1 食品类别除外），用量为按生产需要适量使用。

（二）质量规格要求

1 范围

本质量规格要求适用于由 2-(4-甲基-5-噻唑基)乙醇和丙酸为原料制得的食品添加剂 2-(4-甲基-5-噻唑基)乙醇丙酸酯。

2 化学名称、分子式、结构式和相对分子质量

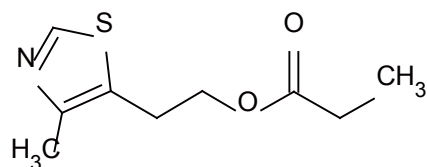
2.1 化学名称

2-(4-甲基-5-噻唑基)乙醇丙酸酯

2.2 分子式

$C_9H_{13}O_2NS$

2.3 结构式



2.4 相对分子质量

199.27（按 2007 年国际相对原子质量）

3 技术要求

3.1 感官要求：感官要求应符合表 1 的规定。

表 1 感官要求

项 目	要 求	检测方法
色泽	无色至黄色	将试样置于比色管内，用目测法观察
状态	透明液体	
香气	带烘烤、坚果样香气	GB/T 14454.2

3.2 理化指标：理化指标应符合表 2 的规定。

表 2 理化指标

项 目	指 标	检验方法
溶解度 (25 ℃)	1 g 试样全溶于 1 mL 95% (体积分数) 乙醇中	GB/T 14455. 3
2-(4- 甲基 -5- 噻唑基) 乙醇丙酸酯含量, w/% ≥	98	附录 A
酸值 (以 KOH 计)/(mg/g) ≤	1	GB/T 14455. 5
折光指数 (20 ℃)	1. 502~1. 506	GB/T 14454. 4
相对密度 (25 ℃ /25 ℃)	1. 136~1. 140	GB/T 11540

附录 A

食品添加剂 2-(4- 甲基 -5- 噻唑基) 乙醇丙酸酯含量的测定

A. 1 仪器和设备

A. 1. 1 色谱仪：按 GB/T 11538—2006 中第 5 章的规定。

A. 1. 2 柱：毛细管柱。

A. 1. 3 检测器：氢火焰离子化检测器。

A. 2 测定方法

面积归一化法：按 GB/T 11538—2006 中 10. 4 测定含量。

A. 3 重复性及结果表示

按 GB/T 11538—2006 中第 11. 4 条规定进行，应符合要求。

食品添加剂 2-(4- 甲基 -5- 噻唑基) 乙醇丙酸酯气相色谱图及操作条件参见附录 B。

附录 B

食品添加剂 2-(4- 甲基 -5- 噻唑基) 乙醇丙酸酯气相色谱图及操作条件
(面积归一化法)

B. 1 食品添加剂 2-(4- 甲基 -5- 噻唑基) 乙醇丙酸酯气相色谱图

食品添加剂 2-(4- 甲基 -5- 噻唑基) 乙醇丙酸酯气相色谱图见 B. 1。

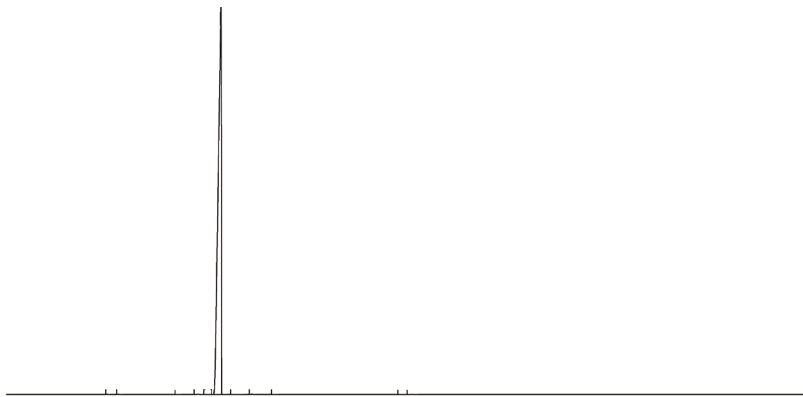


图 B. 1 食品添加剂 2-(4- 甲基 -5- 噻唑基) 乙醇丙酸酯气相色谱图

B. 2 操作条件

- B.2.1 柱：毛细管柱，长 30m，内径 0.25mm。
- B.2.2 固定相：聚乙二醇 20000。
- B.2.3 膜厚：0.25 μm 。
- B.2.4 色谱炉温度：220℃恒温。
- B.2.5 进样口温度：250℃。
- B.2.6 检测器温度：250℃。
- B.2.7 检测器：氢火焰离子化检测器。
- B.2.8 载气：氮气。
- B.2.9 载气流速：1mL/min。
- B.2.10 检样量：0.2 μL 。
- B.2.11 分流比：100:1。

七、4,5-辛二酮

英文名称：4,5-Octanedione

功能分类：食品用香料

（一）用量及使用范围

配制成食品用香精用于各类食品（GB2760-2014 表 B.1 食品类别除外），用量为按生产需要适量使用。

（二）质量规格要求

1 范围

本质量规格要求适用于由 5-羟基-4-辛酮为原料制得食品添加剂 4,5-辛二酮。

2 化学名称、分子式、结构式和相对分子质量

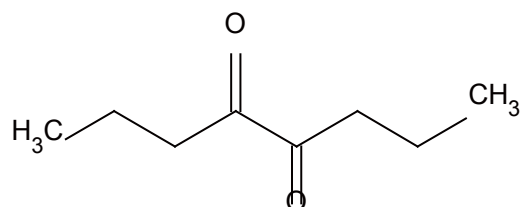
2.1 化学名称

辛烷-4,5-二酮

2.2 分子式

$\text{C}_8\text{H}_{14}\text{O}_2$

2.3 结构式



2.4 相对分子质量

142.2（按 2007 年国际相对原子质量）

3 技术要求

3.1 感官要求：感官要求应符合表 1 的规定。

表 1 感官要求

项 目	要 求	检测方法
色泽	黄色	将试样置于比色管内，用目测法观察
状态	透明液体	
香气	高浓度时有强烈脂肪黄油香气，稀释后有令人愉悦的奶油样香气	GB/T 14454.2

3.2 理化指标：理化指标应符合表 2 的规定。

表 2 理化指标

项 目	指 标	检验方法
溶解度 (25 ℃)	1 g 试样全溶于 1 mL 95% (体积分数) 乙醇中	GB/T 14455.3
4,5- 辛二酮含量 ,w/% ≥	95	附录 A
折光指数 (20 ℃)	1.414~1.424	GB/T 14454.4
相对密度 (20 ℃ /20 ℃)	0.908~0.918	GB/T 11540
相对密度 (25 ℃ /25 ℃)	1.136~1.140	GB/T 11540

附录 A

食品添加剂 4,5- 辛二酮含量的测定

A.1 仪器和设备

A.1.1 色谱仪：按 GB/T 11538—2006 中第 5 章的规定。

A.1.2 柱：毛细管柱。

A.1.3 检测器：氢火焰离子化检测器。

A.2 测定方法

面积归一化法：按 GB/T 11538—2006 中 10.4 测定含量。

A.3 重复性及结果表示

按 GB/T 11538—2006 中第 11.4 条规定进行，应符合要求。

食品添加剂 4,5- 辛二酮气相色谱图及操作条件参见附录 B。

附录 B

食品添加剂 4,5- 辛二酮气相色谱图及操作条件

(面积归一化法)

B.1 食品添加剂 4,5- 辛二酮气相色谱图

食品添加剂 4,5- 辛二酮气相色谱图见图 B.1。

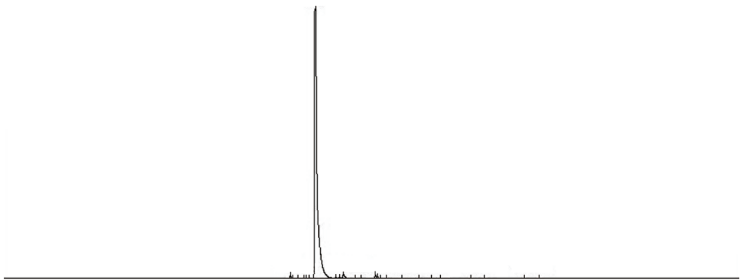


图 B.1 食品添加剂 4,5-辛二酮气相色谱图

B.2 操作条件

B.2.1 柱：毛细管柱，长 60m，内径 0.32mm。

B.2.2 固定相：聚乙二醇 20000。

B.2.3 膜厚：0.25 μm。

B.2.4 色谱炉温度：200℃恒温。

B.2.5 进样口温度：250℃。

B.2.6 检测器温度：250℃。

B.2.7 检测器：氢火焰离子化检测器。

B.2.8 载气：氮气。

B.2.9 载气流速：1mL/min。

B.2.10 检样量：0.2 μL。

B.2.11 分流比：100:1。

八、5-羟基癸酸乙酯

英文名称：Ethyl 5-hydroxydecanoate

功能分类：食品用香料

（一）用量及使用范围

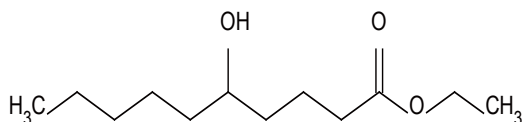
配制成食品用香精用于各类食品（GB2760-2014 表 B.1 食品类别除外），用量为按生产需要适量使用。

（二）质量规格要求**1 范围**

本质量规格要求适用于由 δ-癸内酯为原料制得食品添加剂 5-羟基癸酸乙酯。

2 化学名称、分子式、结构式和相对分子质量**2.1 化学名称**

5-羟基癸酸乙酯

2.2 分子式 $C_{12}H_{24}O_3$ **2.3 结构式****2.4 相对分子质量**

216.32（按 2007 年国际相对原子质量）

3 技术要求

3.1 感官要求：感官要求应符合表 1 的规定。

表 1 感官要求

项 目	要 求	检测方法
色泽	无色	将试样置于比色管内，用目测法观察
状态	透明液体	
香气	甜脂肪、桃子样香气	GB/T 14454.2

3.2 理化指标：理化指标应符合表 2 的规定。

表 2 理化指标

项 目	指 标	检验方法
溶解度 (25 ℃)	1 g 试样全溶于 1 mL 95% (体积分数) 乙醇中	GB/T 14455.3
5- 羟基癸酸乙酯含量 , w/% $\geq$	56	附录 A
酸值 (以 KOH 计) / (mg/g) $\leq$	10	GB/T 14455.5
折光指数 (20 ℃)	1.442~1.452	GB/T 14454.4
相对密度 (20 ℃ /20 ℃)	0.945~0.956	GB/T 11540

附录 A

食品添加剂 5- 羟基癸酸乙酯含量的测定

A.1 仪器和设备

A.1.1 色谱仪：按 GB/T 11538—2006 中第 5 章的规定。

A.1.2 柱：毛细管柱。

A.1.3 检测器：氢火焰离子化检测器。

A.2 测定方法

面积归一化法：按 GB/T 11538—2006 中 10.4 测定含量。

A.3 重复性及结果表示

按 GB/T 11538—2006 中第 11.4 条规定进行，应符合要求。

食品添加剂 5- 羟基癸酸乙酯气相色谱图及操作条件参见附录 B。

附录 B

食品添加剂 5- 羟基癸酸乙酯气相色谱图及操作条件

(面积归一化法)

B.1 食品添加剂 5- 羟基癸酸乙酯气相色谱图

食品添加剂 5- 羟基癸酸乙酯气相色谱图见图 B.1。

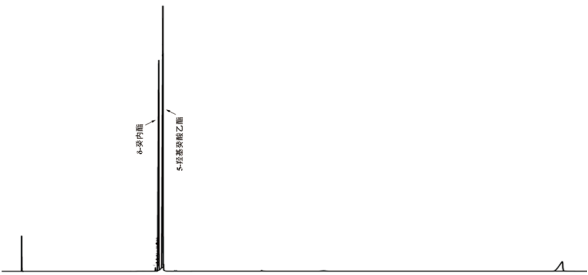


图 B.1 食品添加剂 5- 羟基癸酸乙酯气相色谱图

B.2 操作条件

B.2.1 柱：毛细管柱，长 30m，内径 0.32mm。

B.2.2 固定相：(5% 苯基) 甲基聚硅氧烷。

B.2.3 膜厚：0.25 μm。

B.2.4 色谱炉温度：线性程序升温从 160℃至 280℃，速率 20℃/min，在 280℃恒温 5min；然后线性程序升温从 280℃至 300℃，速率 30℃/min，最后在 230℃恒温 15min。

B.2.5 进样口温度：250℃。

B.2.6 检测器温度：250℃。

B.2.7 检测器：氢火焰离子化检测器。

B.2.8 载气：氮气。

B.2.9 载气流速：1mL/min。

B.2.10 检样量：0.2 μL。

B.2.11 分流比：100:1。

九、己二酸二辛酯

英文名称：Diocetyl adipate

功能分类：食品用香料

(一) 用量及使用范围

配制成食品用香精用于各类食品(GB2760-2014 表 B.1 食品类别除外)，用量为按生产需要适量使用。

(二) 质量规格要求**1 范围**

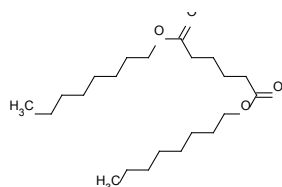
本质量规格要求适用于由己二酸和 1-辛醇为原料制得食品添加剂 己二酸二辛酯。

2 化学名称、分子式、结构式和相对分子质量**2.1 化学名称**

己二酸二辛酯

2.2 分子式

$C_{22}H_{42}O_4$

2.3 结构式**2.4 相对分子质量**

370.57 (按 2007 年国际相对原子质量)

3 技术要求

3.1 感官要求：感官要求应符合表 1 的规定。

表 1 感官要求

项 目	要 求	检测方法
色泽	无色	将试样置于比色管内，用目测法观察
状态	透明液体	
香气	具有轻微脂肪香气	GB/T 14454. 2

3.2 理化指标：理化指标应符合表 2 的规定。

表 2 理化指标

项 目	指 标	检验方法
溶解度 (25 ℃)	1 g 试样全溶于 1 mL 95% (体积分数) 乙醇中	GB/T 14455. 3
己二酸二辛酯含量, w/% $\geq$	98	附录 A
酸值 (以 KOH 计)/(mg/g) $\leq$	1	GB/T 14455. 5
折光指数 (20 ℃)	1. 444~1. 450	GB/T 14454. 4
相对密度 (20 ℃ /20 ℃)	0. 924~0. 930	GB/T 11540

附录 A

食品添加剂 己二酸二辛酯含量的测定

A. 1 仪器和设备

A. 1. 1 色谱仪：按 GB/T 11538—2006 中第 5 章的规定。

A. 1. 2 柱：毛细管柱。

A. 1. 3 检测器：氢火焰离子化检测器。

A. 2 测定方法

面积归一化法：按 GB/T 11538—2006 中 10. 4 测定含量。

A. 3 重复性及结果表示

按 GB/T 11538—2006 中第 11. 4 条规定进行，应符合要求。

食品添加剂 己二酸二辛酯气相色谱图及操作条件参见附录 B。

附录 B

食品添加剂 己二酸二辛酯气相色谱图及操作条件

(面积归一化法)

B. 1 食品添加剂 己二酸二辛酯气相色谱图

食品添加剂 己二酸二辛酯气相色谱图见图 B. 1。

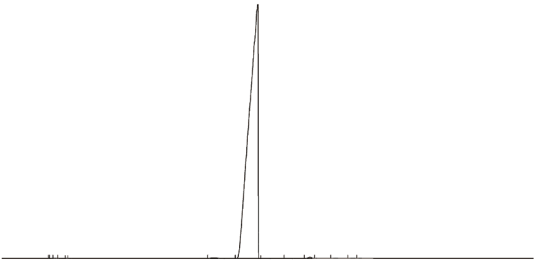


图 B. 1 食品添加剂 己二酸二辛酯气相色谱图

B.2 操作条件

B.2.1 柱：毛细管柱，长 30m，内径 0.25mm。

B.2.2 固定相：聚乙二醇 20000。

B.2.3 膜厚：0.25 μm 。

B.2.4 色谱炉温度：230℃恒温。

B.2.5 进样口温度：250℃。

B.2.6 检测器温度：250℃。

B.2.7 检测器：氢火焰离子化检测器。

B.2.8 载气：氮气。

B.2.9 载气流速：1mL/min。

B.2.10 检样量：0.2 μL 。

B.2.11 分流比：100:1。

附件 3

焦亚硫酸钠等 2 种食品添加剂扩大使用范围

序号	名称	功能	食品分类号	食品名称	最大使用量 (g/kg)	备注
1	焦亚硫酸钠	抗氧化剂	04.02.02.04	蔬菜罐头（仅限银条菜）	0.2	以二氧化硫残留量计
2	葡萄糖酸- δ -内酯	酸度调节剂	01.05.01	稀奶油	按生产需要适量使用	

国家卫生和计划生育委员会公告

2017 年 第 2 号

根据《食品安全法》规定，审评机构组织专家对四〔3-（3，5-二叔丁基-4-羟基苯基）丙酸〕季戊四醇酯等 2 种食品相关产品新品种的安全性评估材料审查并通过。

特此公告。

附件：四〔3-（3，5-二叔丁基-4-羟基苯基）丙酸〕季戊四醇酯等 2 种食品相关产品新品种

国家卫生计生委

2017 年 2 月 6 日

附件

四〔3-（3，5-二叔丁基-4-羟基苯基）丙酸〕 季戊四醇酯等 2 种食品相关产品新品种

一、四〔3-（3，5-二叔丁基-4-羟基苯基）丙酸〕季戊四醇酯作为扩大使用范围的食品接触材料及制品用添加剂

产品名称	中文	四〔3-（3，5-二叔丁基-4-羟基苯基）丙酸〕季戊四醇酯
	英文	Pentaerythritol tetrakis[3-（3，5-di-tert-butyl-4-hydroxyphenyl）-propionate]
CAS 号	6683-19-8	
其他名称	2,2-双[[3〔3,5-双(1,1-二甲基乙基)-4-羟基苯基]-1-氧代丙氧基]甲基]-1,3-丙二基-3,5-双(1,1-二甲基乙基)-4-羟基苯丙酸酯	
使用范围	塑料：聚丁烯-1（PB-1）	
最大使用量 /%	0.5	
特定迁移量（SML）/（mg/kg）	—	
最大残留量（QM）/（mg/kg）	—	
备注	—	

二、1,12-十二烷二酸与 3,3'-二甲基-4,4'-二氨基二环己基甲烷的聚合物作为食品接触材料及制品用树脂新品种

产品名称	中文	1,12-十二烷二酸与 3,3'-二甲基-4,4'-二氨基二环己基甲烷的聚合物
	英文	Poly[imino(2-methyl-1,4-cyclohexanediyl)methylene(3-methyl-1,4-cyclohexanediyl)imino(1,12-dioxo-1,12-dodecanediyl)]
CAS 号		163800-67-7
其他名称		PA MACM12; 聚酰胺 MACM 12; 聚[亚氨基(2-甲基-1,4-环己烷二基)亚甲基(3-甲基-1,4-环己烷二基)亚氨基(1,12-二氧化-1,12-十二烷二基)]
通用类别名		聚酰胺 (PA)
使用范围		塑料
特定迁移量 (SML) / (mg/kg)		0.05 (3,3'-二甲基-4,4'-二氨基二环己基甲烷)
最大残留量 (QM) / (mg/kg)		—
备注		用于重复使用的食品接触材料及制品。

国家卫生和计划生育委员会通告

国卫通〔2017〕1号

现发布《临床实验室质量指标》等 5 项推荐性卫生行业标准，其编号和名称如下：

WS/T 496-2017 临床实验室质量指标

WS/T 497-2017 侵袭性真菌病临床实验室诊断操作指南

WS/T 498-2017 细菌性腹泻临床实验室诊断操作指南

WS/T 499-2017 下呼吸道感染细菌培养操作指南

WS/T 514-2017 临床检验方法检出能力的确立和验证

上述标准自 2017 年 7 月 1 日起施行。

特此通告。

国家卫生计生委
2017 年 1 月 25 日

国家卫生计生委关于印发“十三五”全国计划生育事业发展规划的通知

国卫指导发〔2017〕5号

各省、自治区、直辖市卫生计生委，新疆生产建设兵团卫生局、人口计生委：

为贯彻落实《中共中央国务院关于实施全面两孩政策改革完善计划生育服务管理的决定》（中发〔2015〕40号）精神，全面做好新时期计划生育工作，我委制定了《“十三五”全国计划生育事业发展规划》。现印发给你们，请认真贯彻执行。

国家卫生计生委

2017年1月25日

“十三五”全国计划生育事业发展规划

本规划根据《中华人民共和国国民经济和社会发展第十三个五年规划纲要》、《中共中央国务院关于实施全面两孩政策改革完善计划生育服务管理的决定》（中发〔2015〕40号，以下简称中央《决定》）、《国家人口发展规划（2016-2030年）》、《“健康中国”2030规划纲要》以及《“十三五”卫生与健康规划》编制，主要阐明“十三五”时期计划生育事业发展思路、目标和主要任务，是全面做好新时期计划生育工作的重要依据。

一、规划背景

“十二五”是我国计划生育事业改革发展承前启后的重要时期。党的十八大以来，以习近平同志为核心的党中央着眼人口与经济社会发展全局，强调坚持计划生育基本国策、逐步调整完善生育政策、促进人口长期均衡发展，作出一系列重大决策部署，开创了计划生育事业的新篇章。

5年来，计划生育主要目标任务顺利完成，人口自然增长率保持在5‰左右，出生人口性别比从117.94下降到113.51，2015年末全国总人口为13.75亿人。生育政策调整完善迈出历史性步伐，单独两孩政策平稳落地，全面两孩政策启动实施；卫生计生机构改革积极推进，资源整合初显成效；计划生育服务管理改革深入开展，依法行政水平明显提高；妇幼健康服务能力不断增强，出生缺陷综合防治体系逐步形成；计划生育家庭奖励扶助政策全面落实，家庭发展能力稳步提升；流动人口计划生育全国“一盘棋”工作机制基本建立，均等化服务扎实推进；人口与发展领域的国际交流合作广泛开展，赢得国际社会积极评价。计划生育领域改革任务落实坚决、成效明显，发展态势良好，为“十三五”和今后一个时期事业发展奠定了坚实的基础。

专栏一 “十二五”时期主要指标进展情况

指标	规划目标	2015年	2010年
总人口数（亿人）	<13.9	13.75	13.41
人口年均自然增长率（‰）	<7.2	4.97	
出生人口性别比	<115	113.51	117.94

计划生育优质服务县（市、区）比例（%）	80	87.4	72.7
免费计划生育基本技术服务覆盖率（%）	100	99.6	88
国家免费孕前优生健康检查项目目标人群覆盖率（%）	80	96.5	68.6
流动人口计划生育服务覆盖率（%）	85	89.2	76.5

“十三五”时期是我国全面建成小康社会的决胜阶段，也是实施好全面两孩政策、促进计划生育工作转型发展的关键时期。一方面，我国经济保持中高速增长，社会治理能力不断提高，民生领域投入继续加大，为计划生育事业发展提供了强大的物质基础和有利的外部环境。生育政策调整完善，卫生计生资源优化整合，为计划生育事业创新发展提供了更为广阔的平台。另一方面，人口总量压力仍然较大，结构矛盾更加突出，实现人口均衡发展需要付出长期艰苦的努力。实施全面两孩政策的配套公共服务和相关经济社会政策还不完善，计划生育服务管理能力有待提高，计划生育特殊家庭扶助保障问题仍较突出，流动人口基本公共卫生计生服务均等化存在一定差距。做好新时期计划生育工作任务更重、要求更高、难度更大。

“十三五”时期，必须围绕全面建成小康社会这个目标，紧紧抓住贯彻落实中央《决定》这个重点，坚持计划生育基本国策，实施好全面两孩政策，创新计划生育服务管理的体制机制和方式方法，最大限度发挥人口对经济社会发展的能动作用，为全面建成小康社会创造良好的人口环境。

二、指导思想、基本原则和发展目标

（一）指导思想。高举中国特色社会主义伟大旗帜，全面贯彻党的十八大和十八届三中、四中、五中、六中全会精神，以马克思列宁主义、毛泽东思想、邓小平理论、“三个代表”重要思想、科学发展观为指导，深入贯彻习近平总书记系列重要讲话精神，紧紧围绕统筹推进“五位一体”总体布局和协调推进“四个全面”战略布局，坚持以人民为中心的发展思想，牢固树立和贯彻落实新发展理念，坚持正确的卫生与健康工作方针，全面落实中央《决定》，坚持计划生育基本国策，实施全面两孩政策，统筹推进计划生育服务管理制度、家庭发展支持体系和综合治理机制改革，引导群众负责任、有计划地生育，增进家庭和谐幸福，促进人口长期均衡发展，促进人口与经济社会、资源环境协调可持续发展。

（二）基本原则。

坚持以人为本。尊重家庭在计划生育中的主体地位，不断满足群众计划生育服务需求，积极构建鼓励按政策生育的制度环境，维护群众实行计划生育的合法权益。

坚持创新发展。大力推进人口和计划生育工作的理论创新、制度创新和文化创新，优化整合卫生计生资源，转变工作思路和方法，注重实效，全面推进计划生育治理体系和治理能力现代化建设。

坚持综合治理。加强顶层设计，注重改革措施的系统性、整体性、协同性，强化党政领导，进一步构建各相关部门齐抓共管的工作格局，同步推进生育政策、服务管理和配套措施完善。

坚持分类指导。充分考虑各地经济社会发展状况、人口发展阶段性特征以及计划生育工作实际，坚持问题导向和目标导向，把握重点，夯实基础，着力提升整体工作水平。

（三）发展目标。到2020年，全国总人口在14.2亿人左右，年均自然增长率在6‰左右，出生人口性别比下降到112以下。计划生育家庭奖励扶助制度全面落实，家庭发展支持体系较为完善，新型人口文化广泛传播，鼓励按政策生育的制度体系和社会环境基本形成。妇幼健康服务体系更加健全，人人享有计划生育优质服务基本实现。计划生育目标管理责任制考核体系和运行机制进一步完善，计

划生育多元共治新格局基本建立，计划生育治理能力全面提升。

专栏二 “十三五”时期主要指标

指标名称	2015 年	2020 年目标值	指标性质
总人口数（亿人）	13.7	14.2 左右	预期性
人口年均自然增长率（%）	4.97	6 左右	预期性
总和生育率	1.6 左右	1.8 左右	预期性
出生人口性别比	113.51	112 以下	约束性
出生政策符合率（%）	85	90	预期性
出生人口信息准确率（%）	85	90	约束性
孕产妇系统管理率（%）	90	90	约束性
免费计划生育基本技术服务覆盖率（%）	99.6	100	预期性
免费孕前优生健康检查目标人群覆盖率（%）	80	80	预期性
农村部分计划生育家庭奖励扶助政策落实率（%）	100	100	预期性
计划生育特殊家庭联系人制度目标人群覆盖率（%）	—	98	约束性
流动人口目标人群计划生育服务覆盖率（%）	87	90	预期性
生育登记服务目标人群覆盖率（%）	70	90	预期性

三、主要任务

（一）实施好全面两孩政策。

贯彻落实《人口与计划生育法》，推动完善相关法律法规和规章。准确把握目标人群情况，科学提出人口计划建议。加强出生人口监测，跟踪评估政策实施效果。做好奖励扶助和社会制约等政策的衔接，维护群众合法权益。

加强部门协同，合理配置妇幼保健、儿童照料、学前和中小学教育、社会保障等资源，满足新增公共服务需求。引导和鼓励社会力量举办非营利性妇女儿童医院、普惠性托儿所和幼儿园等服务机构。增强社区幼儿照料等服务功能，加快推进公共场所和用人单位母婴服务设施建设。

协调制定和完善鼓励按政策生育的经济社会政策。推动落实产假、哺乳假等制度，妥善解决延长生育假、配偶陪产假等奖励假的待遇保障。倡导适龄生育，支持女性生育后重返工作岗位，鼓励用人单位制定有利于职工平衡工作与家庭关系的措施。鼓励生育水平长期偏低的地区采取综合措施，减轻家庭生养子女负担，引导群众按政策生育。

（二）强化计划生育基层基础工作。

优化整合卫生计生资源，巩固计划生育行政管理、技术服务、群众工作相结合的网络。健全乡级计生办或设立卫生计生办，按照常住人口比例配备专职工作人员，强化计划生育管理职能。建立健全卫生计生综合监督行政执法体系。加强村级专干队伍建设，协助落实计划生育政策、做好人口信息统计以及承担健康教育等相关公共卫生计生服务工作。妥善解决好村级专干报酬待遇、养老保障等问题。

坚持依法行政、文明执法，全面推进政务公开，规范社会抚养费征收管理。实行生育登记服务制度，优化特殊情形再生育办理流程，全面推行网上办事、一站式服务和承诺制等便民措施。将生育登记服务与孕前优生健康检查、母子健康手册发放等工作有机结合起来，及时为登记对象提供基本公共卫生计生

服务。深入开展新一轮全国计划生育优质服务先进单位（以下简称新国优）创建活动。

专栏三 新国优创建活动

新国优创建活动是经批准保留的全国评比达标表彰项目。以实施好全面两孩政策为重点，以改革完善计划生育服务管理为动力，创建一批求真务实、成效明显、群众满意的新国优，以点带面，示范引领，推动实现计划生育治理体系和治理能力现代化。

创建内容包括落实党政责任、加强部门协作、做好宣传倡导、依法规范管理、提升服务水平、完善扶助保障、强化信息支撑、巩固基层网络等 8 个方面。

创建活动以 3 年为一评选周期，每一周期各省（区、市）评选出的新国优比例不超过应参评单位总数的 20%。连续两个周期被评为新国优的，荣誉称号可顺延一个周期。2016 年底国家卫生计生委命名第一批新国优。

加强县、乡、村级计划生育协会的组织和能力建设，在新经济组织、新社会组织、高等院校和流动人口集聚地普遍建立计划生育协会或开展协会工作。通过政策引导、项目运作、购买服务等方式，更多地直接把面向群众的计划生育宣传、指导和服务工作交由计划生育协会等社会组织承担。全面推进基层群众自治和诚信计生，引导群众自我管理、自我服务和自我教育。

（三）提升妇幼健康计划生育服务水平。

加强妇幼保健计划生育服务机构建设，加强孕产妇与新生儿危急重症救治能力建设。全面推行住院分娩补助制度，向孕产妇提供生育全过程的基本医疗保健服务。控制非医学指征剖宫产率，提高母乳喂养率。加强再生育技术服务保障，鼓励全面两孩政策目标人群较为集中的地区设置再生育或高危孕产妇门诊。

全面推行避孕方法自主知情选择，落实免费计划生育技术服务基本项目。完善免费避孕药具政府采购方式，构建药具服务管理标准体系，拓宽免费避孕药具发放范围，健全不良反应监测网络。积极推广避孕节育知识普及、随访服务相结合的生殖健康促进模式。加强针对青少年及未婚人群、流动育龄人群的性与生殖健康教育。做好产后避孕和流产后避孕服务。大力开展计划生育和提高人口出生质量的科学研究，研发先进适用的技术和产品，提高计划生育技术服务能力。

专栏四 计划生育技术服务基本项目

1. 为育龄人群免费提供避孕药具、避孕节育技术指导咨询与随访服务。
2. 为育龄夫妇免费提供计划生育临床医疗服务，包括避孕和节育的医学检查、计划生育手术、计划生育手术并发症和计划生育药具不良反应的诊断、治疗。
3. 为符合条件的育龄夫妇免费提供再生育技术服务。包括：生育力评价服务，取环、复通等恢复生育力手术，必要的辅助生殖技术服务。
4. 为城乡居民免费提供避孕节育、优生优育、生殖健康、健康生活方式等科普宣传品。

坚持预防为主，综合防治出生缺陷。普及优生科学知识，推动国家免费孕前优生健康检查项目目标人群扩展到城市计划怀孕夫妇。继续开展贫困地区新生儿疾病筛查和地中海贫血防控试点项目，提高产前筛查和产前诊断人群覆盖率。逐步建立覆盖城乡居民，涵盖孕前、孕期、新生儿各阶段的出生缺陷防治免费服务项目。

促进儿童早期发展。以孕产期和 0-3 岁儿童为重点，逐步完善相关制度和标准，加强设施和人才队伍建设。继续推进儿童早期发展示范基地创建工作，加强儿童营养与喂养、生长发育监测、心理行为发育评估、常见病防治等工作。依托妇幼健康服务等机构为托幼机构、社区和家庭提供早期发展指

导服务。

（四）提高计划生育家庭发展能力。

加大对计划生育家庭扶助力度，对全面两孩政策实施前的独生子女家庭和农村计划生育双女家庭，继续实行现行各项奖励扶助政策，在社会保障、集体收益分配、就业创业、新农村建设等方面予以倾斜。完善计划生育家庭奖励扶助和特别扶助制度，实行扶助标准动态调整。继续实施“少生快富”工程，支持开展生育关怀等活动，推进计划生育与精准扶贫相结合。建立计划生育特殊家庭信息档案，全面落实联系人制度，协调完善经济扶助、养老保障、医疗保障、精神慰藉等扶助关怀政策，不断提高这些家庭的生活水平。

协调建立完善包括生育支持、幼儿养育、青少年发展等在内的家庭发展政策和服务体系。组织开展家庭发展追踪调查，加强家庭发展问题的实证性、前瞻性和政策性研究。全面开展创建幸福家庭活动，广泛实施新家庭计划项目。支持有条件的地方和单位开展托育服务，继续开展家庭科学育儿、青少年健康发展、养老照护等试点项目。推进医疗卫生与养老服务相结合。实施健康家庭行动。

（五）综合治理出生人口性别比偏高问题。

大力推进社会性别平等的宣传倡导。深入开展“关爱女孩行动”，以“圆梦女孩志愿行动”和“国际女童日”主题宣传活动为载体，加强计划生育、妇女儿童权益保障相关法律法规的宣传普及。进一步完善计划生育女孩家庭扶助保障政策体系，解决计划生育女孩家庭养老保障、女孩成长成才等方面的困难和问题，努力提高女孩及女孩家庭发展能力。

建立全国集中整治“两非”专项行动、部门配合、区域协作长效机制，依法打击“两非”行为。加强执法监督，健全监管制度，建立“两非”违法机构和人员信息库，研究建立联合惩戒制度。健全考核评估办法，加大对重点省份的督查指导力度。继续推动完善相关法律法规。

（六）完善流动人口服务管理工作机制。

推动修订《流动人口计划生育工作条例》。巩固完善流动人口全国“一盘棋”工作机制，完善区域协作的组织形式和运行方式。加强大型集贸市场、产业园区、城市新建社区以及城乡结合部等流动人口集中场所卫生计生服务管理。完善流动人口卫生计生服务管理工作评估机制，发挥计划生育协会等群团组织的作用，落实流入、流出地服务管理责任和便民维权措施。加强对留守妇女、儿童和老人的帮扶。

大力推进流动人口基本公共卫生计生服务均等化，按照常住人口配置卫生计生服务资源，全面落实国家基本公共卫生服务项目。推动流动人口卫生计生服务管理政策及其与相关政策的相互衔接。深入开展流动人口健康教育和促进行动，培育流动人口健康促进场所和健康家庭。开展流动人口社会融合示范试点工作。深化流动人口信息化建设和应用，组织开展流动人口卫生计生动态监测调查，做好统计监测数据的开放共享和分析应用。

专栏五 计划生育主要惠民政策

农村部分计划生育家庭奖励扶助制度。针对农村只有一个子女或两个女孩的计划生育家庭，父母年满60周岁以后，由中央和地方财政安排专项资金给予一定标准的奖励扶助金。

“少生快富”工程。在内蒙古、海南、四川、云南、甘肃、青海、宁夏、新疆8省（区）和新疆生产建设兵团允许生育三孩的地区，对自愿少生一个孩子并采取长效节育措施的夫妇给予一次性经济奖励，并引导和帮助这些家庭把奖励资金用于发展生产、勤劳致富。

计划生育家庭特别扶助制度。针对城镇和农村独生子女死亡或伤、病残（三级以上）后的夫妻，自女方年满 49 周岁以后，由中央和地方财政安排专项资金给予一定标准的扶助金。为三级以上计划生育手术并发症人员发放一定标准的特别扶助金。

流动人口基本公共卫生计生服务均等化促进工程。在全国流动人口占一定比例的区（县、市）培育和建设流动人口基本公共卫生计生服务均等化示范区（县、市），到 2020 年示范比例达到 50% 左右。大力开展“新市民健康城市行”流动人口健康促进宣传活动，建设流动人口健康促进示范企业、学校和健康家庭，为流动人口青少年和未婚青年提供“青春健康”教育培训。

国家免费孕前优生健康检查项目。在全国建立免费孕前优生健康检查制度，为城乡符合生育政策并准备怀孕的夫妇提供免费孕前优生健康检查服务。

“新家庭计划——家庭发展能力建设”项目。围绕家庭保健、科学育儿、养老照护和家庭文化等内容，通过开展培训和推广试点经验等方式，向广大计划生育家庭传播知识，培训技能，提高家庭发展能力。

（七）加强信息化建设和战略政策研究。

加快推进计划生育信息化，依托国家、省、地市、县四级人口健康信息平台，完善全员人口数据库，实现国家与省级人口和计划生育信息互联互通。建立健全计划生育业务信息系统，围绕群众需求推进“互联网+计划生育服务”，增强服务的及时性、精准性、便捷性。加强计划生育监督信息化建设，增强监督业务系统应用能力。强化信息化标准体系和安全保障体系建设，做好公民个人隐私保护。

建立健全出生人口信息管理机制，完善统计监测指标体系，巩固县乡村三级出生监测网络，推动计划生育监测点建设。加快推进生育登记、住院分娩、出生医学证明、儿童预防接种等信息交换比对，实现户籍管理、婚姻、教育、社会保障等信息共享。组织全国生育状况调查，加强人口形势分析。

专栏六 全员人口统筹管理信息系统工程

依托国家电子政务外网，建设全员人口数据库和计划生育业务信息系统，实现国家、省、地市、县、乡、村 6 级计划生育信息的互联互通。主要建设内容和目标：

全员人口个案信息数据库。包括全员人口基本信息、婚育信息、家庭信息等。在此基础上形成全员人口决策支持数据库，主要包括人口信息统计分析、家庭单元信息统计、分地区人口预测和人口迁移流动评估等业务数据。

计划生育业务信息系统。包括计划生育服务管理应用系统、人口变动信息校核与引导服务应用系统、人口决策支持应用系统。

主要目标。全员人口覆盖率达 95%，主要数据项准确率达 90%；计划生育公共服务管理事项网上办理覆盖率达 60%。

完善人口发展战略，加强计划生育政策研究。科学评估经济增长和社会发展对生育行为的影响，准确研判生育水平变动态势，科学预测中长期人口发展趋势。立足保持适度生育水平、促进人口长期均衡发展和经济社会持续健康发展，做好政策储备。充分发挥人口学会以及相关研究机构作用，加强智库建设，主动发布重要研究成果，扩大社会影响。

（八）持续深入开展宣传倡导。

依托各级党校、行政学院、党委（组）中心组、形势报告会和干部培训班等，加强党政领导干部人口理论学习，深入宣传解读中央《决定》精神，扎实推进人口国情、计划生育基本国策教育。深化人口理论研究，完善中国特色人口发展道路和人口长期均衡发展的理论体系。

深入开展婚育新风进万家活动，建设体现中华传统美德和时代精神的新型人口文化。运用传统和新兴媒体，利用世界人口日等重要纪念日，发挥各级卫生计生宣传教育机构、基层工作网络、人口学校、人口文化大院等载体的作用，广泛开展计划生育社会宣传，传播婚育新风尚。办好广播电视、报刊、网站有关人口与计划生育专栏和专题节目，继续开展中华人口文化奖评选活动，繁荣人口文化。加强舆情监测，主动回应社会关切。

（九）深化国际合作与交流。

主动参与人口与发展领域的战略与规则制定。充分利用联合国人口与发展委员会、联合国人口基金、世界卫生组织等平台，积极参与国际人口发展与计划生育领域的交流与合作。贯彻国际人口与发展大会行动纲领，参与推动联合国 2030 年可持续发展议程的落实。加强对外宣传工作，增进国际社会理解和支持。

积极开展国际对话交流与项目合作。加强与发达国家在低生育率应对策略、家庭发展政策方面的交流。深化与发展中国家的合作，依托人口与发展南南合作伙伴组织，加强在人口规划、政策研讨、能力建设和产品供应等方面的交流。继续推进金砖五国人口领域合作，开展“一带一路”沿线国家人口与发展领域交流与合作。

专栏七 计划生育基础建设工程

妇幼健康和计划生育服务体系建设。实施妇幼健康和计划生育服务保障工程，支持业务用房面积短缺的省、地市、县级妇幼保健计划生育服务机构建设。新增产科床位 8.9 万张，力争增加产科医生和助产士 14 万名。推进妇幼保健和计划生育技术服务资源整合，加强乡级妇幼健康计划生育服务能力，推动村卫生室和计划生育服务室共建共享。在人群密集场所和流动人口聚集社区配置避孕药具自助发放设备。

避孕药具不良反应监测体系建设。完善全国避孕药具不良反应监测网络，落实监测工作补助经费，加强监测队伍能力建设，提高监测质量和水平。

计划生育服务管理能力提升工程。通过调整转移支付项目支出结构、设立专项等方式，支持基层计划生育服务管理人员培训，为乡、村两级提供计划生育基本公共服务必要的补助，保障经常性工作所需经费。提高计划生育监督能力。支持做好贫困地区和民族地区计划生育工作。

人口与计划生育监测调查体系建设项目。组织全国生育状况调查。加强计划生育监测点建设。开展家庭发展追踪调查，完善家庭动态监测系统。实施流动人口动态监测项目，做好流动人口变动趋势及卫生计生服务管理状况分析。

人口形势分析及战略研究工程。建设高端智库，支持人口研究基地建设，做好年度人口形势分析，组织开展跨领域、前瞻性、战略性研究，加强政策储备，提出促进人口长期均衡发展的总体思路和重大政策建议。

新型人口文化建设项目。加强宣传教育阵地建设，大力推进婚育新风进万家、关爱女孩行动、创建幸福家庭活动、新家庭计划、生育关怀行动，传播和普及生殖健康知识，倡导积极科学的婚育文化。

四、保障措施

（一）**加强组织领导。**推动各地落实计划生育工作党政一把手亲自抓负总责，坚持计划生育工作领导小组制度，协调将计划生育工作纳入各级党委政府重大事项督查范围，作为党委政府综合工作考

核评估重要内容。建立重大经济社会政策人口影响评估机制，推动人口及相关经济社会政策的有机衔接。加强政府与社会协同治理，充分发挥计划生育协会、人口学会、人口文化促进会、人口基金会等社会组织作用，共同做好计划生育工作。

（二）健全投入机制。完善计划生育投入机制，加大扶助保障力度，支持改革完善计划生育服务管理，保障县级卫生计生部门履行管理和服职能所必需的经费以及各项扶助保障政策、计划生育技术服务等支出，大力支持计划生育、优生优育、生殖健康领域的基础研究和科技创新。鼓励社会力量进入，建立多渠道筹资机制。

（三）完善目标管理。坚持和完善目标管理责任制，实行党委政府、责任部门、卫生计生部门三线考核，科学确定责任制的各项任务 and 考核指标。强化部门协作，明确部门职责，协调解决执法配合、信息共享、政策衔接等重大问题。加大重点工作定量考核权重，积极引进第三方评估和社会评价。严格兑现奖惩，落实“一票否决”制。

（四）强化督导落实。各地要根据国家规划，制订本地区计划生育事业发展规划及年度实施计划。加强规划实施监测评估，动态跟踪重大政策、工程和项目的实施进度，强化社会监督，做好中期、终期评估工作，确保规划实施效果。各省（区、市）卫生计生委要将规划贯彻落实情况及时向我委报告，我委将适时组织督促检查。

国家卫生计生委关于印发“十三五” 全国人口健康信息化发展规划的通知

国卫规划发〔2017〕6号

各省、自治区、直辖市卫生计生委，新疆生产建设兵团卫生局、人口计生委，委机关各司局，委直属和联系单位：

为指导和规范“十三五”期间我国人口健康信息化工作，我委制定了《“十三五”全国人口健康信息化发展规划》。现印发给你们，请认真贯彻执行。

国家卫生计生委

2017年1月24日

“十三五”全国人口健康信息化发展规划

人口健康信息化和健康医疗大数据是国家信息化建设及战略资源的重要内容，是深化医药卫生体制改革、建设健康中国的重要支撑。为指导人口健康信息化建设和推动健康医疗大数据应用发展，提高人民群众获得感，增强经济发展新动能，根据《“健康中国2030”规划纲要》、《国家信息化发展战略纲要》、《国务院促进大数据发展行动纲要》、《国务院办公厅关于促进和规范健康医疗大数据应用发展的指导意见》、《“十三五”国家信息化规划》、《“十三五”卫生与健康规划》等文件精神，编制本规划。

一、规划背景

“十二五”以来，按照“制度先行、统筹设计、强化应用、互联共享、业务协同”的原则，人口健康信息化建设不断加强，在强化卫生与健康服务决策、深化医药卫生体制改革、推动卫生计生事业发展等方面提供了有效手段，发挥了重要作用。主要体现在：顶层设计不断完善。印发了《关于加快推进人口健康信息化建设的指导意见》，明确了“十二五”时期人口健康信息化建设的基本思路、总体框架和任务目标。基础设施建设不断加强。初步建立了全员人口信息、电子健康档案、电子病历等数据库，全国有 27 个省（区、市）建立了省级人口健康信息平台，连同 44 家委属管医院分别与国家平台实现联通。公共卫生信息体系基本建立。逐步建立了医疗机构、医师、护士注册数据库，以及业务涵盖艾滋病、结核病等 22 个疾病监测的传染病疫情网络直报系统、卫生监督信息报告系统、妇幼卫生监测等健康服务信息系统。计划生育应用信息系统全面加强。建立了全员人口个案数据库，覆盖 13.7 亿人口，出生人口监测预警机制不断完善，初步实现了流动人口服务管理跨地域业务协同。基层医疗卫生机构信息化建设得到加强，以电子病历为核心的医院信息化建设快速发展，中医药服务信息化建设扎实推进。新农合跨省结算监管稳步推进。食品药品信息监测取得明显成效。覆盖全国的食品污染物和有害因素、食源性疾病监测系统初步建成。国家药品供应保障综合管理信息系统初步建立，并与各省（区、市）药品采购平台实现互联互通。人口健康信息标准体系不断健全。发布行业信息标准 102 项，制定印发了省统筹区域人口健康信息平台和医院信息平台的应用功能指引。信息安全防护能力不断提升。建立和完善了信息安全管理体制，强化信息安全防护体系建设，保障系统运行安全和信息安全。

虽然我国人口健康信息化建设取得了一定成效，但与新形势、新要求相比，仍然存在诸多亟

需解决的问题，主要是：资源统筹和整合利用不足。存在重复建设、分散建设和多头管理、多头采集、多系统并立等问题，“信息孤岛”、“信息烟囱”依然存在，业务协同和数据共享亟待加强。政策法规和相关标准滞后。健康医疗大数据应用发展需要的标准、法规亟需建立，信息资源管理、个人隐私保护、行业与市场监管等方面的政策法规问题日益凸显，术语代码类标准不健全，相关标准执行不到位，数据质量良莠不齐。人才和资金保障相对匮乏。专业机构不健全，人才总量不足，复合型人才和信息安全专业技术人才严重匮乏。在资金投入方面，尚未形成政府、机构和社会资本相结合的长效投入机制。信息安全防护体系亟待完善。随着新兴信息技术与医疗服务的深度融合，网络安全防护难度骤增，信息安全监管制度和体系亟需进一步加强。信息化水平区域发展不平衡。边远、贫困地区的关键信息基础设施薄弱，人口健康信息化自主创新能力和对国家经济增长的拉动作用有待提升。

当前，社会整体信息化程度不断加深，信息技术对健康医疗事业的影响日趋明显，以大数据、云计算、移动互联等新兴信息技术为核心的新一轮科技革命，推动了人口健康信息化和健康医疗大数据应用发展，加速了健康医疗领域新模式、新业态、新技术的涌现，为人口健康信息化创造了广阔的空间，也为卫生计生行业推进职能转变、创新服务模式、提升治理能力提供了难得的机遇。在新的历史起点上，要应势而谋、顺势而为，不断完善顶层设计，夯实发展基础，优化资源配置，深化创新应用，努力开创人口健康信息化建设和健康医疗大数据应用发展新局面。

二、总体要求

（一）指导思想。

深入贯彻党的十八大和十八届三中、四中、五中、六中全会精神，贯彻落实习近平总书记系列重要讲话精神，紧紧围绕统筹推进“五位一体”

总体布局和协调推进“四个全面”战略布局，以保障全体人民健康为出发点，以提高人民群众获得感、增强经济发展新动能为目标，大力加强人口健康信息化和健康医疗大数据服务体系建设，推动政府健康医疗信息系统和公众健康医疗数据互联互通、开放共享，消除信息壁垒和孤岛，着力提升人口健康信息化治理能力和水平，大力促进健康医疗大数据应用发展，探索创新“互联网+健康医疗”服务新模式、新业态，为打造健康中国、全面建成小康社会和实现中华民族伟大复兴的中国梦提供有力支撑。

（二）基本原则。

需求导向、以人为本。以健康需求为导向，以应用发展为牵引，将人口健康信息化和健康医疗大数据应用发展纳入卫生与健康总体规划，突出健康医疗重点领域和关键环节，拓展服务渠道，延伸服务内容，提升服务效率，加快行业科学发展，更好满足人民群众多层次、多样化的健康医疗需求。

统一权威、创新驱动。以深化改革为动力，以创新发展为目标，着力破除体制机制障碍，推进政产学研用联合协同创新，整合信息资源，建立健全统一权威的大数据采集、存储、发布、应用的平台和服务体系，实现人口健康服务模式和管理模式创新，扩大健康医疗资源有效供给。

开放融合、共建共享。鼓励政府和社会力量合作，坚持统筹规划、示范引领，促进互联互通、业务协同，激发大众创业、万众创新活力，形成多方参与、共建共享、授权分管、服务规范的便民惠民新格局。

强化标准、确保安全。按照法规为本、标准先行，安全为上、保护隐私的要求，妥善处理应用发展与安全保障的关系，健全政策法规标准体系和信息安全保障体系，增强安全技术支撑能力，确保应用有序推进，信息安全可控。

（三）发展目标。

到2017年，覆盖公共卫生、计划生育、医疗服务、医疗保障、药品供应、行业管理、健康服务、大数据挖掘、科技创新等全业务应用系统的人口健康信息和健康医疗大数据应用服务体系初具规模，实现国家人口健康信息平台 and 32个省级（包括新疆生产建设兵团）平台互联互通，初步实现基本医保全国联网和新农合跨省异地就医即时结算，基本形成跨部门健康医疗大数据资源共用共享的良好格局。

到2020年，基本建成统一权威、互联互通的人口健康信息平台，实现与人口、法人、空间地理等基础数据资源跨部门、跨区域共享，医疗、医保、医药和健康各相关领域数据融合应用取得明显成效；统筹区域布局，依托现有资源基本建成健康医疗大数据国家中心及区域中心，100个区域临床医学数据示范中心，基本实现城乡居民拥有规范化的电子健康档案和功能完备的健康卡；加快推进健康危害因素监测信息系统和重点慢病监测信息系统建设，传染病动态监测信息系统医疗机构覆盖率达到95%；政策法规标准体系和信息安全保障体系进一步健全，行业治理和服务能力全面提升，基于感知技术和产品的新型健康信息服务逐渐普及，覆盖全人口、全生命周期的人口健康信息服务体系基本形成，人口健康信息化和健康医疗大数据应用发展在实现人人享有基本医疗卫生服务中发挥显著作用。

三、主要任务

（一）夯实人口健康信息化和健康医疗大数据基础。

1. 构建统一权威、互联互通的人口健康信息平台。依托国家电子政务外网，统筹公共基础设施和统一数据共享交换，合理构建标准统一、融合开放、有机对接、授权分管、安全可靠的国家、省、市、县四级人口健康信息平台，实现对全国人口健康信息的深度挖掘和统计分析，支撑人口健康管理和决策及跨区域、跨业务领域信

信息共享和业务协同。推进互联互通信息标准落地应用,消除信息壁垒,畅通部门、区域、行业之间的数据共享通道,探索社会化健康医疗大数据信息互通机制,实现健康医疗大数据在平台集聚、业务事项在平台办理、政府决策依托平台支撑。

2. 有序推动人口健康信息基础资源大数据开放共享。全面推进全员人口信息数据库建设,实现全员人口信息的预警监测和动态管理,为促进人口与经济社会、资源环境全面协调可持续发展提供决策依据;全面推进电子健康档案数据库建设,不断提升公共卫生和基层医疗卫生应用服务水平,满足居民个人健康档案信息查询、增强自我健康管理能力,提高全民健康水平;全面推进电子病历数据库建设,实现以中西医电子病历为核心,依托医院信息平台实现医院内部信息资源整合,通过区域信息平台,实现居民基本健康信息和检查检验结果等医疗机构之间信息实时更新、互认共享。在已有三大数据库基础上,加强基础资源信息数据库和健康医疗大数据中心建设,逐步实现医疗机构、医护人员、急救救治、医疗设备、药品耗材、健康管理、产业发展和信息服务等健康医疗基础数据和公共信息资源的集聚整合。同时,建立统一规范的国家人口健康医疗大数据资源目录体系,按照一数一源、多元校核的原则,实现数据集中权威监督、授权分级分类分域管理,在依法加强安全保障和隐私保护的前提下,稳步推动人口健康医疗大数据资源共享开放。

3. 完善人口健康信息各类基础业务应用系统。统筹完善公共卫生、计划生育、医疗服务、医疗保障、药品供应、综合管理等信息系统,建立健全行业管理、健康服务、大数据挖掘、科技创新、文化发展、疾病防控、健康教育、妇幼健康、食品安全、血液管理、综合监督、卫生应急、药物政策、信息宣传、中医药管理等覆盖全行业、涉及健康医疗大数据全产业链的所有信息

系统,基于人口健康信息平台建立数据集成、互联互通、业务协同、开放共享的业务系统,促进医疗、医保、医药信息联动,实现人口健康信息化和健康医疗大数据各类基础业务应用系统的协同共享。

4. 健全统一的人口健康信息化和健康医疗大数据标准体系。适应建设健康中国的发展需求,建立完善统一的疾病诊断编码、临床医学术语、检查检验规范、药品耗材应用编码、数据交互接口等相关标准,进一步健全涵盖数据、技术、管理、安全等方面的人口健康信息化和健康医疗大数据标准规范体系,修订完善基础资源信息、全员人口信息、电子健康档案、电子病历数据标准和技术规范,完善标准应用管理机制,推动信息标准应用发展。加强大数据质量体系建设,规范数据采集,保障数据质量,优化数据治理。推进网络可信体系建设,强化健康医疗大数据应用发展所需的数字身份管理,建设全国统一标识的医疗卫生人员、医疗卫生机构电子证照和数字认证体系,实现可信医学数字身份、电子实名认证、电子证照数据访问控制,积极推进电子签名应用,推动建立服务管理留痕可溯、诊疗数据安全运行、多方协作参与的健康医疗管理新模式。

5. 强化人口健康信息化和健康医疗大数据安全防护体系建设。坚持网络安全与信息化工作同谋划、同部署、同推进、同实施,加快制定人口健康信息化和健康医疗大数据管理办法等法规政策制度,加大技术保障力度,强化信息安全管理。按照相关政策法规要求,贯彻国家信息安全等级保护制度、分级保护制度和信息安全审查制度,完善安全管理机制。制定人口健康网络与信息安全规划及健康医疗大数据安全管理办法,加快健康医疗大数据安全体系建设,制定标识赋码、科学分类、风险分级、安全审查规则,落实《卫生计生行业国产密码应用规划》,推进国产密码在安全体系中的应用。定期开展网络安全风险评估,强化容灾备份工作,完善安全保障体系和运

行维护方案，提高行业整体网络安全事件监测及动态感知能力。完善涉及居民隐私的信息安全体系建设，实现信息共享与隐私保护同步发展，确保系统运行安全和信息安全。

（二）深化人口健康信息化和健康医疗大数据应用。

6. 促进人口健康信息化服务体系协同应用。依托区域人口健康信息平台，实现对公共卫生网底数据的规范采集、传输、存储和分析应用，加强公共卫生业务协同体系建设；以实现分级诊疗为目标，推动信息共享和服务协同；探索专科全科协同诊疗团队、家庭医生服务团队等新服务模式，加强医疗服务协同体系建设；以促进“三医联动”和信息共享为路径，加强医保业务协同体系建设；以全程监管为目标，强化药品研发、生产、流通、使用、不良反应的监测管理，加强药品管理业务协同体系建设；以落实全面两孩政策为基础，加强出生人口信息管理，跟踪研判生育水平变动态势，加强计划生育业务协同体系建设；以健康影响因素监测为抓手，加强综合监管业务协同体系建设。提升现代化医院信息治理能力，加快医院临床信息系统与管理信息系统的深度融合，逐步扩大和规范数据采集范围，保障数据质量，实现基于医院信息平台的信息系统集成与数据统一管理。鼓励各类医疗卫生机构、相关研究机构加强健康医疗大数据采集、存储，统一上报并规范接入国家健康医疗大数据中心，加强应用支撑和运维技术保障，打通数据资源共享通道，规范健康医疗大数据应用，推动健康医疗大数据资源开放共享。

7. 加强健康医疗大数据行业治理应用。加强深化医药卫生体制改革评估监测，加强居民健康状况等重要数据精准统计和预测评价，有力支撑健康中国建设规划和决策。综合运用健康医疗大数据资源和信息技术手段，健全医院评价体系，推动深化公立医院改革，完善现代医院管理制度，优化医疗卫生资源布局。加强医疗机构监管，健

全对医疗、药品、耗材等收入构成及变化趋势的监测机制，协同医疗服务价格、医保支付、药品招标采购、药品使用等业务信息，助推医疗、医保、医药联动改革。

8. 推进健康医疗大数据临床和科研应用。依托现有资源建设一批心脑血管、肿瘤、老年病和儿科等临床医学数据示范中心，集成基因组学、蛋白质组学等国家医学大数据资源，构建临床决策支持系统。加强疑难疾病和慢病管理等重点方面的研究，强化人口基因信息安全管理，推动精准医疗技术发展。围绕重大疾病临床用药研制、药物产业化共性关键技术等需求，建立药物副作用预测、创新药物研发数据融合共享机制，建立以基本药物为重点的药品临床综合评价体系。充分利用优势资源，优化生物学大数据布局，依托国家临床医学研究中心和协同研究网络，系统加强临床和科研数据资源整合共享，提升医学科研及应用效能。

9. 强化人口健康信息化与大数据风险预警和决策应用。利用现有的健康医疗大数据资源，采用先进的信息通信、数据融合及地理空间技术，强化突发公共卫生事件监测预警、紧急医学救援、综合指挥调度能力；以居民健康档案整合慢病管理信息，强化动态监测与监管，实现数据交换和信息共享；加强重症精神疾病患者危险行为预警评估分析，完善传染病监测预警机制，加强流行病学分析、疫情研判和疾病预防控制；推进妇幼保健与计划生育服务管理资源整合与业务协同，实现妇女、儿童全生命周期医疗保健服务跨区域动态跟踪管理；构建国家和省、市食品安全风险监测信息系统，实现食源性疾病的实时上报，形成网络互联、信息共享的食品安全风险监测数据库。

（三）创新人口健康信息化和健康医疗大数据发展。

10. 培育健康医疗大数据发展新业态。加强数据存储清洗、挖掘应用、安全隐私保护等关键

技术攻关。鼓励社会力量创新发展健康医疗大数据，促进健康医疗业务与大数据技术深度融合，加快构建健康医疗大数据产业链，大力推进健康与养老、旅游、互联网、健身休闲、食品、环保、中药等产业融合发展。发展居家健康信息服务，规范网上药店和医药物流第三方配送等服务，推动中医药养生、健康管理、健康文化等产业发展。探索推进智能健康电子产品、健康医疗移动应用等产生的数据资源规范接入人口健康信息平台。充分发挥人工智能、虚拟现实、增强现实、生物三维打印、医用机器人、可穿戴设备等先进技术和装备产品在人口健康信息化和健康医疗大数据应用发展中的引领作用，推动新产品、新技术在以全息数字人为愿景，集计算机深度学习技术、疾病预防、卫生应急、健康保健、日常护理中的应用，促进由医疗救治向健康服务转变，实现以治疗为中心向以健康为中心的转变。

11. 构建“互联网+健康医疗”服务新模式。引导优质医疗资源下沉到基层、到农村、到家庭，鼓励社会力量参与，整合线上线下资源，依托健康医疗大数据，规范和促进健康医疗新模式形成发展和应用，大力推进互联网健康咨询、网上预约分诊、移动支付和检查检验结果查询、随访跟踪、健康管理等服务应用。利用新兴信息技术支持就医流程优化、人工智能辅助诊断等医疗服务模式创新，建立医院、社区、公众三者共同参与的健康管理模式，建设适应居民多层次健康需求、上下联动、衔接互补的健康医疗大数据应用服务体系，健全慢病患者、专病患者、健康亚健康人群的授权分级分类分域管理体系和规范，为建成面向全体居民、覆盖全生命周期的健康医疗大数据监控管理和疾病预防体系提供支撑。实施以远程医疗服务为核心的健康中国云服务计划，构建健康医疗大数据服务集成平台，开启远程医疗服务新模式，提供远程会诊、远程影像、病理结果、心电诊断服务，健全检查结果互认共享机制，为全体居民提供优质、便捷、高效、公平的基本医

疗和健康服务提供支撑。

12. 打造信息化助力分级诊疗就医新秩序。继续加强基层人口健康信息化建设，推动健康医疗大数据应用，落实基层首诊制度，支持双向转诊服务，强化社会监督，为居民提供方便可及、优质高效的服务，进一步拓展基层卫生信息系统中医学影像、远程心电、实验室检验等功能，推广基层医疗智能诊断系统，通过引入成熟度较高且适应基层医疗机构的智能诊断系统，并与基层卫生信息系统集成应用，切实提升基层服务能力和医务水平，逐步实现首诊在基层、大病去医院、康复回社区的新型医疗秩序，为推动分级诊疗制度落地奠定坚实基础。

13. 推广区域人口健康信息化和大数据应用试点示范。总结“十二五”期间各区域人口健康信息化建设成功经验，推广居民健康卡普及应用，促进和完善区域内健康医疗大数据信息共享、业务协同，创新资源集约、流程科学、服务规范的卫生计生服务模式，方便居民获得优质高效的医疗卫生服务，培养居民健康管理理念，改善看病就医感受，健全以内部管理、外部监管、绩效考核、政府补偿为核心的监管体系，形成全国整体示范效应。加大政策支持扶持力度，积极开展健康医疗大数据工程建设试点。同时，在全国选择10个设区的市和100个县开展“十市百县”区域人口健康信息化建设试点活动，及时总结试点经验，推广扩大成功做法和实际效果。

四、重点工程

以夯实基础、深化应用、创新发展为主线，以实施一批具有重大影响力、全局性的重点工程为抓手，进一步落实“十三五”重点任务，优化资源配置，提高服务效率，改善就医体验，提升管理水平。

（一）全民健康保障信息化工程。以基础资源信息、全员人口信息、居民电子健康档案和电子病历四大数据库为基础，建设公共卫生管理、

医疗健康公共服务、基本药物制度运行监测评价、卫生服务质量与绩效评价、人口统筹管理和综合管理等业务应用系统,实现互联互通、业务协同。加快推进省统筹区域人口健康信息平台建设,按照平台功能指引要求,加强信息共享,提高重大疾病防控和突发公共卫生事件应急能力以及妇幼健康服务管理、综合监督和公众健康保障水平,实现全国上下联动、“三医”业务协同。建立覆盖全国医疗卫生机构的健康传播和远程教育视频系统。推动完善全球公共卫生风险监测预警决策系统,建立国际旅行健康网络,为出入境人员提供旅行健康安全保障服务。

(二) 健康医疗大数据应用发展工程。加强国家健康医疗大数据中心及产业园建设试点,研究制定政府支持政策,从财税、投资、创新等方面对健康医疗大数据应用发展给予必要支持。推广运用政府和社会资本合作(PPP)模式,鼓励和引导社会资本参与健康医疗大数据的基础工程、应用开发和运营服务。鼓励政府与企事业单位、社会机构开展合作,探索通过政府采购、社会众包等方式,实现健康医疗大数据领域政府应用与社会应用相融合。发挥已设立的有关投资基金作用,充分激发社会资本参与热情,鼓励创新多元投资机制,健全风险防范和监管制度,支持健康医疗大数据应用发展。加强人口与家庭大数据的集成分析研究,服务人口发展综合决策。

(三) 基层信息化能力提升工程。按照保基本、强基层、建机制的医改基本原则,“十三五”时期,围绕支持公共卫生、基本医疗、基本药物配备使用等基本医疗卫生服务业务,规范基层医疗卫生机构内部管理、医疗卫生监督考核及远程医疗服务保障互联互通等重要功能,不断加强基层人口健康信息化建设,继续加大投入,提高人员素质,夯实发展基础,努力提升基层服务质量和效率。完善基层信息管理系统,加强基层标准化应用和安全管理,延伸放大医疗卫生机构服务

能力,促进“重心下移、资源下沉”。坚持以家庭医生签约服务为基础,推进居民电子健康档案和居民健康卡的广泛使用,基本实现城乡居民拥有规范化的电子健康档案和功能完备的健康卡,推动实现人人享有基本医疗卫生服务的医改目标。

(四) 智慧医疗便民惠民工程。在全国选择一批基础条件好、工作积极性高、信息安全防范有保障的医院开展示范建设。以新兴信息技术为基础,明确智慧医疗服务内容,加快医院信息化基础建设,实施国民电子健康信息服务计划,完善居民健康卡应用受理环境,依托医院信息平台应用功能指引,完善基于电子病历的医院信息平台功能,重点完善基于新兴信息技术的互联网健康咨询、预约分诊、诊间结算、移动支付和检查检验结果查询、随访跟踪等服务,为预约患者和预约转诊患者优先安排就诊,全面推行分时段预约。通过信息技术促进医疗健康服务便捷化程度大幅提升,远程医疗服务格局基本形成。普及临床决策支持系统、智能机器人等数字化医学工具在医院中的应用,提升医院信息化水平和服务能力。发挥互联网优势,推进生育证明、流动人口服务管理证明、出生医学证明、医疗卫生机构注册等电子化管理。

(五) 健康扶贫信息支撑工程。贯彻落实中央脱贫攻坚部署和精准扶贫精准脱贫方略要求,推动建立农村贫困人口因病致贫、因病返贫个案信息库和动态管理信息系统。通过人口健康信息化建设,加强贫困人口数据采集和筛查,实现因病致贫、因病返贫的家庭、患者和病种精准识别全覆盖。加大健康扶贫脱贫信息支撑力度,优先为贫困人口建立动态管理的电子健康档案和居民健康卡,实现身份识别、授权确认、信息归集、安全认证和金融应用等功能,支撑贫困人口家庭医生签约服务开展,逐步实现基本医保、大病医保、医疗救助和社会慈善救助资金“一站式”结算,为实施“大病集中救治一批、重病兜底保障一批、

慢病签约服务一批”提供信息支撑，将健康扶贫落实到人、精准到病，提升贫困地区和贫困人口共享优质医疗资源健康服务的水平。

五、保障措施

（一）加强组织领导，强化工作合力。立足全面建成小康社会、推进健康中国建设的高度，充分认识加强人口健康信息化和健康医疗大数据应用发展工作的重要性和必要性，积极争取各级党委、政府部门的重视和支持，将其纳入重要议事日程，加强领导、精心组织、统筹谋划、协同推进。各级卫生计生部门要成立专项工作领导小组，结合实际，细化目标，抓好落实，有序推动人口健康信息化建设和健康医疗大数据应用发展，确保规划目标如期实现。

（二）完善法律法规，强化监督管理。以促进和规范健康医疗大数据应用发展为契机，统筹人口健康信息化和健康医疗大数据应用发展的立法需求，完善法律法规框架体系，有序推进健康医疗大数据管理、互联网医疗保健信息服务、个人隐私保护、关键信息基础设施安全防护、网络可信体系建设等重点领域法律法规的立法和修订工作。推动完善司法解释，加快制定互联网医疗法规制度、发布标准和应用目录。加强部门信息共享与执法合作，努力提升网络信息安全监管水平。加强法制宣传，提高法治意识，营造良好的网络信息安全法治环境。

（三）拓宽资金渠道，强化人才支撑。立足现有基础，坚持需求导向，积极拓宽资金筹措渠

道，争取财政资金投入保障，重点保障基础建设和系统运维经费投入。探索政府财政和社会资本等多种方式的投融资机制，形成人口健康信息化建设和健康医疗大数据应用发展的长效保障机制。强化组织机构和人才队伍建设，完善多渠道的人才培养机制，建立以国家健康医疗开放大学为基础、中国健康医疗教育慕课联盟为支撑的健康医疗教育培训云平台，与国内著名高校、科研院所联合建立国家健康医疗大数据研究院，加快培养复合型高端人才和符合实际需要的专业技术人才。

（四）建立考评机制，强化任务落实。建立绩效考评机制，将人口健康信息化建设和健康医疗大数据应用发展情况纳入各级卫生计生机构的考评范围，并与经费拨付、设备配置、绩效评价、人员考核相结合。建立规划考评机制，完善评价体系 and 评价办法，加大规划中期评估和实施情况考核力度，定期评估规划实施、数据质量及系统应用等情况，提高考核评估的科学性、公开性与透明度。

（五）加大宣传力度，强化舆论氛围。加强规划宣传解读，广泛宣传人口健康信息化建设和健康医疗大数据应用发展对于提高人民群众获得感，增强经济发展新动能的现实意义，统一思想，凝聚共识。加强社会舆论引导，及时公布人口健康信息化建设和健康医疗大数据应用发展情况，解答社会各界关心的问题，宣传信息便民惠民的实效，为人口健康信息化建设和健康医疗大数据应用发展营造良好的舆论氛围。

国家卫生计生委关于印发 安宁疗护中心基本标准和管理规范（试行）的通知

国卫医发〔2017〕7号

各省、自治区、直辖市卫生计生委，新疆生产建设兵团卫生局：

为贯彻落实《国务院关于促进健康服务业发展的若干意见》（国发〔2013〕40号）和《关于推进医疗卫生与养老服务相结合指导意见的通知》（国办发〔2015〕84号），进一步推进安宁疗护发展，满足人民群众健康需求，我委制定了《安宁疗护中心基本标准（试行）》和《安宁疗护中心管理规范（试行）》。现印发给你们，请遵照执行。

国家卫生计生委

2017年1月25日

安宁疗护中心基本标准 （试行）

安宁疗护中心是为疾病终末期患者在临终前通过控制痛苦和不适症状，提供身体、心理、精神等方面的照护和人文关怀等服务，以提高生命质量，帮助患者舒适、安详、有尊严离世的医疗机构。

一、床位

应根据当地实际需求和资金情况，并兼顾发展等设置床位数，床位总数应在50张以上。

二、科室设置

（一）临床科室：至少设内科、疼痛科、临终关怀科。

安宁疗护住院病区应当划分病房、护士站、治疗室、处置室、谈心室（评估室）、关怀室（告别室）、医务人员办公室、配膳室、沐浴室和日常活动场所等功能区域。

（二）医技和相关职能科室：至少设药剂科、医疗质量管理、护理管理、医院感染管理、病案管理部门。

医学影像、临床检验及消毒供应服务等，可以由签订协议的其他具备合法资质机构提供。

三、人员

（一）安宁疗护中心至少有1名具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师。每10张床位至少配备1名执业医师。根据收治对象的疾病情况，可以聘请相关专科的兼职医师进行定期巡诊，处理各专科医疗问题。

（二）安宁疗护中心至少配备1名具有主管护师以上专业技术职务任职资格的注册护士。每10张床至少配备4名护士，并按照与护士1:3的比例配备护理员。

（三）可以根据实际需要配备适宜的药师、技师、临床营养师、心理咨询（治疗）师、康复治疗师、

中医药、行政管理、后勤、医务社会工作者及志愿服务等人员。

四、建筑要求

（一）安宁疗护中心的建筑设计布局应当满足消防安全、环境卫生学和无障碍要求。

（二）病房每床净使用面积不少于 5 平方米，每床间距不少于 1.5 米。两人以上房间，每床间应当设有帷幕或隔帘，以利于保护患者隐私。每床应配备床旁柜和呼叫装置，并配备床挡和调节高度的装置。

（三）每个病房应当设置卫生间，卫生间地面应当满足无障碍和防滑的要求。

（四）病区设有独立洗澡间，配备扶手、紧急呼叫装置。充分考虑临终患者的特殊性，配备相适应的洗澡设施、移动患者设施和防滑倒等安全防护措施。

（五）设有室内、室外活动等区域，且应当符合无障碍设计要求。患者活动区域和走廊两侧应当设扶手，房门应当方便轮椅、平车进出；功能检查用房、理疗用房应当设无障碍通道。

（六）设有关怀室（告别室），考虑民俗、传统文化需要，尊重民族习惯，体现人性、人道、关爱的特点，配备满足家属告别亡者需要的设施。

五、设备

（一）**基本设备**。至少配备听诊器、血压计、温度计、身高体重测量设备、呼叫装置、给氧装置、电动吸引器或吸痰装置、气垫床或具有防治压疮功能的床垫、治疗车、晨晚间护理车、病历车、药品柜、心电图机、血氧饱和度监测仪、超声雾化机、血糖检测仪、患者转运车等。

临床检验、消毒供应与其他合法机构签订相关服务合同，由其他机构提供服务的，可不配备检验和消毒供应设备。

（二）**病房每床单元基本装备**。应当与二级综合医院相同。

（三）**其他**。应当有与开展的诊疗业务相应的其他设备。

安宁疗护中心管理规范 (试行)

为加强对安宁疗护中心的管理工作，保证医疗质量和安全，根据《执业医师法》、《护士条例》、《医疗机构管理条例》、《病历书写基本规范》、《医院感染管理办法》、《医疗废物管理条例》等有关法律、法规，制定本规范。本规范适用于独立设置的开展安宁疗护的医疗机构。其他开展安宁疗护的医疗机构参照执行。

一、机构管理

（一）安宁疗护中心应当制定并落实管理规章制度，执行国家制定公布或者认可的技术规范和操作规程，明确工作人员岗位职责，落实各项安全管理和医院感染预防与控制措施，保障医疗质量和患者安全。

（二）应当设置独立医疗质量安全管理部門或配备专职人员，负责质量管理与控制工作，履行以

下职责：

1. 对规章制度、技术规范、操作规程的落实情况进行检查；
2. 对医疗质量、医院感染管理、器械和设备管理、一次性医疗器具管理等方面进行检查；
3. 对重点环节和影响患者安全的高危因素进行监测、分析和反馈，提出控制措施；
4. 监督、指导安宁疗护中心的医院感染预防与控制，包括手卫生、消毒、一次性使用物品的管理和医疗废物的管理等，并提出质量控制改进意见和措施。

（三）医疗质量安全管理人員应当由具有中级以上职称的卫生专业技术人员担任，具备相关专业知识和工作经验。

（四）财务部门要对医疗费用结算进行检查，并提出控制措施。

（五）后勤管理部门负责防火、防盗、医疗纠纷等安全工作。

二、质量管理

安宁疗护中心应当按照以下要求开展医疗质量管理工作：

（一）建立质量管理体系，保证质量管理体系运行有效，健全并执行各项规章制度，遵守相关技术规范 and 标准，落实质量控制措施、诊疗护理相关指南和技术操作规程，体现人文关怀。

（二）严格按照诊疗护理操作规范开展相关工作，建立合理、规范的诊疗护理服务流程，施行患者实名制管理。

（三）建立日常工作中发现质量问题逐级报告的机制，出现较多或明显的质量问题时，应当及时组织集体分析研究、协调解决。

（四）科室负责人直接负责质量管理和控制，定期组织质量评价，及时发现问题，提出改进意见，对评价结果进行分析并提出持续改进措施。

（五）按照规定使用和管理医疗设备、医疗耗材、消毒药械和医疗用品等。对医疗设备进行日常维护，保证设备正常运行。

（六）建立患者登记及医疗文书管理制度，医疗文书书写及管理应当符合国家有关规定。

（七）建立良好的与患者沟通机制，按照规定对患者及家属进行告知，加强沟通，维护患者合法权益，保护患者隐私。

三、感染防控与安全管理

（一）应当加强医院感染预防与控制工作，建立并落实相关规章制度和工作规范，科学设置工作流程，降低医院感染的风险。

（二）建筑布局应当遵循环境卫生学和感染控制的原则，做到布局合理、分区明确、洁污分开、标识清楚等基本要求。

（三）应当按照《医院感染管理办法》，严格执行医疗器械、器具的消毒技术规范，并达到以下要求：

1. 进入患者组织、无菌器官的医疗器械、器具和物品必须达到灭菌水平。
2. 接触患者皮肤、粘膜的医疗器械、器具和物品必须达到消毒水平。
3. 使用的消毒药械、一次性医疗器械和器具应当符合国家有关规定。一次性使用的医疗器械、器

具不得重复使用。

（四）医务人员的手卫生应当遵循《医务人员手卫生规范》。

（五）应当按照《医疗废物管理条例》及有关规定对医疗废物进行分类和处理。

（六）应当加强患者安全管理，制定各类突发事件应急预案和处理流程，并定期进行应急处理能力培训和演练，提高防范风险能力。

（七）应当严格执行查对制度，正确识别患者身份。

（八）严格执行麻醉药品、精神药品等特殊管理药品的使用与管理规定，保障用药安全。

（九）应当加强对有跌倒、坠床、自杀、压疮等风险的高危患者的评估，建立跌倒、坠床、自杀、压疮等报告制度、处理预案等，防范并减少患者意外伤害。

（十）应当按照国家有关法规加强消防安全管理。

四、人员培训

（一）应当制定并落实工作人员岗前培训和在岗培训计划，使工作人员具备与本职工作相关的专业知识，落实相关管理制度和工作规范。

（二）应当定期组织工作人员参加培训，及时掌握和更新专业知识，不断提高服务质量。

五、监督与管理

（一）各级卫生计生行政部门应当加强对辖区内安宁疗护中心的监督管理，发现存在质量问题或者安全隐患时，应当责令其立即整改。

（二）各级卫生计生行政部门履行监督检查职责时，有权采取下列措施：

1. 对安宁疗护中心进行现场检查，了解情况，调查取证；
2. 查阅或者复制质量和安全管理有关资料；
3. 责令违反本规范及有关规定的安宁疗护中心停止违法违规行为；
4. 对违反本规范及有关规定的行为进行处理。

（三）安宁疗护中心出现以下情形的，卫生计生行政部门应当视情节依法依规从严从重处理：

1. 使用不具备合法资质的专业技术人员从事诊疗护理相关活动的；
2. 质量管理和安全管理存在重大纰漏，造成严重后果的；
3. 其他违反有关法律法规的情形。

国家卫生计生委关于印发“十三五”全国 流动人口卫生计生服务管理规划的通知

国卫流管发〔2017〕9号

各省、自治区、直辖市卫生计生委，新疆生产建设兵团卫生局、人口计生委：

为进一步加强流动人口卫生计生服务管理工作，推进健康中国和新型城镇化建设，我委制定了《“十三五”全国流动人口卫生计生服务管理规划》（可从国家卫生计生委网站下载）。现印发给你们，

请认真贯彻执行。

国家卫生计生委

2017 年 2 月 9 日

“十三五”全国流动人口卫生计生服务管理规划

加强流动人口卫生计生服务管理，是推进健康中国建设的内在要求，也是增强流动人口获得感的迫切需要。为做好“十三五”时期流动人口卫生计生服务管理工作，依据《流动人口计划生育工作条例》、《中华人民共和国国民经济和社会发展第十三个五年规划纲要》、《国家新型城镇化规划（2014-2020 年）》、《“健康中国 2030”规划纲要》、《“十三五”期间深化医药卫生体制改革规划》、《“十三五”卫生与健康规划》和《“十三五”全国计划生育事业发展规划》，制定本规划。

一、规划背景

“十二五”时期是我国流动人口卫生计生工作迈出重要步伐的五年。党的十八大以来，以习近平同志为核心的党中央对坚持走中国特色新型城镇化道路，加快推进农业转移人口市民化、实现基本公共服务常住人口全覆盖作出了明确部署。卫生计生系统牢固树立服务为先的理念，大胆实践，积极转变工作思路和方法，流动人口卫生计生工作取得积极进展。

5 年来，流动人口卫生计生服务管理主要目标任务顺利完成。流动人口服务管理全国“一盘棋”工作机制基本建立，人口流入与流出集中地区、毗邻交界地区之间多层次协作活跃；卫生计生服务均等化大力推进，基本公共卫生和计划生育服务覆盖面不断扩大，流动人口计划生育服务覆盖率达到 85% 以上，流动人口接受健康教育的比例、产后健康检查率、流动儿童预防接种率等指标持续提升；信息化应用和共享得到加强，基本实现了全国范围内流动人口计划生育重点人群、重点信息的交互共享，国家流动人口服务管理信息系统月平均交换跨省信息约 120 万条，信息反馈率在 90% 以上；便民措施不断优化，首接责任制、承诺制顺利推行，流动人口婚育证明电子化改革全面推进，“办证难”等群众反映突出的问题得到较好解决；流动人口全员统计和动态监测体系基本建立，决策支撑作用日益明显，每年发布《中国流动人口发展报告》；流动人口和留守人群关怀关爱活动广泛开展，促进流动人口社会融合试点工作稳步推进。

习近平总书记在全国卫生与健康大会上强调，要重视流动人口健康。2015 年，我国流动人口总量为 2.47 亿人，占全国总人口的 18%，其中 75% 左右从农村流向城市，预计到 2020 年仍有 2 亿左右流动人口。流动人口绝大多数年富力强，但健康素养和卫生意识较为缺乏，身体健康和心理健康问题容易被个人、企业和社会所忽视。人口的流动给公共卫生服务带来挑战，增加了传染性疾病的传播机会。流动人口职业相关疾病和伤害发生的风险较大。流动妇女的孕产期保健、流动儿童的健康管理和预防接种等方面更应引起关注。新生代流动人口的生殖健康问题较为突出。

党中央、国务院部署“十三五”时期深入推进以人为核心的新型城镇化建设，着力解决“三个一亿人”问题，为做好流动人口卫生计生服务管理工作指明了方向。健康中国战略的实施，计划生育事业的转型发展，卫生计生资源的深度融合，为流动人口卫生计生服务管理工作提供了更广阔的平台。“十三五”

时期,人口继续向沿江、沿海、沿主要交通线地区聚集,流动人口居住长期化和家庭化的趋势更加明显,流动人口在流入地生育、就医、养老的比例不断上升,对相关公共服务和社会保障的需求持续增长,给流动人口卫生计生服务管理工作带来新的挑战。一些深层次问题亟待突破,流动人口基本医保权益保障水平和基本公共卫生计生服务均等化水平有待提升。

“十三五”时期,要围绕增进流动人口健康福祉这一目标,深化对流动人口健康问题及服务需求的调查研究,有针对性地完善政策、创新机制、加强服务,努力全方位、全周期保障流动人口健康,使流动人口共享改革发展成果。

二、指导思想和发展目标

(一) **指导思想**。全面贯彻党的十八大和十八届三中、四中、五中、六中全会精神,深入学习贯彻习近平总书记系列重要讲话精神,紧紧围绕统筹推进“五位一体”总体布局和协调推进“四个全面”战略布局,认真落实党中央、国务院决策部署,坚持以人民为中心的发展思想,牢固树立和贯彻落实新发展理念,坚持正确的卫生与健康工作方针,以改革创新服务管理制度为动力,以落实基本公共服务为重点,以深化全国“一盘棋”工作机制为抓手,加强流动人口统计监测,强化综合治理和区域协作,推进服务均等化和信息共享,实现人人享有基本公共卫生服务和计划生育优质服务,促进流动人口市民化和社会融合。

(二) **发展目标**。流动人口卫生计生服务管理法规制度不断完善,信息互通、服务互补、管理互动的流动人口服务管理全国“一盘棋”工作机制不断完善,基层服务管理责任进一步落实。流动人口卫生计生服务均等化水平不断提升,流动人口目标人群基本公共卫生计生服务覆盖率达到90%。流动人口全员统计、动态监测和决策支持体系进一步健全,全面实现流动人口卫生计生信息化管理。

专栏一 规划主要指标

指标	2015 年	2020 年目标值	指标性质
基本公共服务指标			
流动人口目标人群基本公共卫生计生服务覆盖率	86%	90%	预期性
流动人口健康教育覆盖率	84%	95%	预期性
流动儿童预防接种率	90% 以上	90% 以上	约束性
流动孕妇产前检查率	79%	85%	约束性
3 岁以下流动儿童体检率	70%	85%	预期性
流动人口目标人群计划生育服务覆盖率	87%	90%	预期性
信息化指标			
跨省流动人口计划生育服务信息协查反馈率	90% 以上	90% 以上	约束性
全员流动人口信息入库率	90% 以上	90% 以上	约束性

三、主要任务

(一) 改革流动人口卫生计生服务管理制度, 强化跨省流动人口服务管理责任落实。

完善法规规章制度。按照《人口与计划生育法》、《中共中央国务院关于实施全面两孩政策改革完善计划生育服务管理的决定》要求, 推动修订《流动人口计划生育工作条例》, 组织清理相关部门规章和规范性文件, 指导地方健全完善流动人口服务管理法规规章。开展流动人口卫生计生服务管理

相关制度落实情况监督检查。

加强综合治理。发挥计划生育领导小组、流动人口工作领导小组作用，深化部门协作，强化综合决策，形成齐抓共管工作格局。健全流动人口卫生计生服务管理统筹协调机制，建立定期会商制度，促进卫生计生资源整合，推动政策衔接。将流动人口卫生计生服务管理工作纳入政府目标管理责任制。

深化区域协作。结合国家区域发展总体战略，建立和完善京津冀、长江经济带、泛珠三角等重点区域协作制度，以信息互通、数据共享为基础，促进基层服务管理责任落实。突出不同层级区域协作的重点，完善区域协作的组织形式和运行方式。充分发挥计划生育协会、流动党支部、商会等组织在区域协作中的作用。加强多层次人员培训，提升基层流动人口卫生计生服务管理能力。

（二）推进基本公共服务均等化，提高流动人口卫生计生服务的公平性和可及性。

全面落实基本公共卫生和计划生育服务。按照常住人口（或服务人口）配置服务资源，将流动人口纳入流入地社区卫生计生服务范围。提升流动人口聚集地区的妇幼保健服务能力，做好流动孕产妇和 0-6 岁流动儿童的各项服务。加强流动孕产妇及所生儿童预防艾滋病、梅毒、乙肝母婴传播工作。探索艾滋病异地抗病毒治疗工作机制，实施结核病患者跨区域信息管理工作。做好流动人口聚居地突发公共卫生事件应对，强化流动人口职业卫生。关注流动人口心理健康，开展心理健康指导和关爱服务。加强流动人口健康档案建立、应用和慢性病管理工作。发挥流动人口基本公共卫生计生服务均等化重点联系城市示范带动作用，不断创新工作机制，提升服务的覆盖面、质量和效率。

加强农民工等流动人口基本医保权益保障。会同相关部门加快城乡居民基本医疗保险制度整合进度，完善并落实基本医疗保险关系转移接续和异地就医结算办法，加强对进城农民工和用工企业在参保、就医方面的政策宣传，引导和规范其按规定参加相应的医疗保险。推动基本医疗保险、大病保险、疾病应急救助和医疗救助等制度的衔接。完善国家和省级新农合信息平台，加快推进新农合跨省就医费用核查和结报工作。加强流入、流出地之间的信息沟通和相关服务衔接，使流动人口在流动过程中接续获得各项基本公共卫生计生服务。

大力开展流动人口健康教育和促进。研究发布流动人口健康教育核心信息，培育流动人口健康促进场所和健康家庭。广泛开展“人口流动健康同行”系列健康促进活动，在流动人口聚集的城市开展新市民健康城市行接力活动，针对新生代农民工、流动育龄妇女、青少年的不同健康需求，进行重大传染病防治、慢性病防治、职业病防治、妇幼健康、计划生育、心理健康等相关知识和政策的宣传教育，提升流动人口健康意识和健康素养水平。

完善服务供给模式。加强流动人口聚集的工业园区、集贸市场、城乡结合部服务网络建设。有需要的地区，逐步为流动人口聚集地区配备流动服务车，作为基层卫生计生固定服务点的必要补充，扩大服务半径。针对流动人口需求，探索服务进厂矿、进市场、进学校、进社区的途径，为流动人口提供主动服务、上门服务。充分利用互联网和信息技术，做好妇幼保健、生殖健康、心理健康咨询和避孕药具发放服务。有序推进政府购买卫生计生服务，为流动人口提供更加便捷高效的服务。

专栏二 流动人口基本公共卫生计生服务均等化促进工程

以健康促进为抓手，以示范区建设为带动，提高流动人口及其家庭对健康知识和服务政策的知晓率，促进基本公共卫生和计生服务的落实，使流动人口较充分地获得卫生计生的基本公共服务。

流动人口基本公共卫生计生服务均等化示范区（县、市）培育项目。在全国流动人口占一定比例的区（县、市）培育和建设流动人口基本公共卫生计生服务均等化示范区（县、市），在政策支持、保障到位、服务可及等方面起到示范带动作用。到 2020 年，示范比例达到 50% 左右。流动人口健康教育和促进行动。在流动人口较多的城市开展以宣传基本公共卫生计生服务政策和地方典型经验为主要内容的新市民健康城市行活动。开发传播流动人口健康教育系列资料，指导地方建设 400 个流动人口健康促进示范企业、400 个示范学校、3000 个流动人口健康家庭。

流动青少年性与生殖健康项目。在流动人口子女集中的学校和流动人口聚集的工厂、单位，开展流动青少年和未婚青年的“青春健康”教育培训，包括建立青年互助网络、推进“青少年友好服务”和开展同伴教育，提高 10-24 岁青少年和未婚青年的性与生殖健康、艾滋病防治知识知晓水平。

贫困地区农村留守儿童健康教育项目。开展贫困地区农村留守儿童健康服务需求评估，发布农村留守儿童健康教育核心信息，开发健康传播工具包，组织开展科学喂养、营养膳食、卫生习惯与健康行为、心理健康、伤害预防与自我防护等方面的健康教育活动。

综合避孕项目。在妇幼保健、公立医院、基层医疗卫生机构设立免费药具发放柜台，提供专业咨询服务和开展面对流动人口的综合倡导活动，并通过媒介传播避孕知识，使育龄人群避孕效果提高，减少非意愿妊娠。在流动人口聚集的社区增设计划生育药具发放服务网点，利用新媒体采取灵活多样的发放模式，提高药具服务的可及性和便捷性。

（三）加强流动人口信息化建设和应用，进一步做好简政便民工作。

优化升级流动人口服务管理信息系统。调整信息系统中重点交换信息的内容，重点加强流入地和流出地之间流动人口婚育信息和出生信息的交互共享。完善流动人口婚育信息管理、查询平台和生育登记服务承诺书管理库。流入地卫生计生部门做好重点服务管理信息的通报，流出地卫生计生部门配合流入地做好信息核实，提高信息的准确率和及时率。

加快推进信息共享。开展流动人口信息共享试点，推进流动人口信息与生育登记、出生、预防接种等信息的协同共享。完善信息采集机制，更多地通过服务采集流动人口相关信息，了解流动人口需求。推动形成流动人口信息一次性采集、多部门使用的机制，推进部门之间流动人口信息的互联互通。

完善便民维权措施。按照便民、利民、亲民的原则，简化为流动人口提供公共服务的流程，坚决取消各类不合理的证明材料。坚持和完善首接责任制、承诺制，推行一站式服务和网上办事，切实做好流动人口在流入地的二孩以下（含二孩）生育登记等服务。严格依法行政，严肃查处侵害流动人口合法权益的行为。

（四）充分发挥计划生育协会等社会组织的协同作用，促进流动人口社会融合。

扩大流动人口计划生育协会工作覆盖面。按照政府指导与群众自愿、行政管理与群众工作相结合的原则，积极探索建立多种形式的流动人口计划生育协会组织，开展流动人口计生协示范创建活动。加强流入地流出地协会协同配合，加强协会与行政部门、其他社会组织的沟通协作，更好地发挥协会在开展宣传倡导、了解现实需求、促进家庭发展、维护合法权益等流动人口服务工作中的作用。

深入开展流动人口关怀关爱活动。整合政府、社会、企业资源，开展流动人口卫生计生关怀关爱专项行动，倡导全社会关注流动人口和留守人群。将关怀关爱活动融入流动人口卫生计生服务管理日常工作，探索建立常态化工作机制。做好返乡流动人口的卫生计生服务。加强对贫困地区留守妇女、儿童和老人的健康关爱。继续开展“你在他乡还好吗”等活动。

持续推进流动人口社会融合示范试点工作。加强示范社区建设，搭建流动人口社会融合平台。推

动示范试点城市制定有利于流动人口家庭发展的政策措施，提升流动人口家庭社会融入能力。利用公益慈善力量，加大对因病致贫、因病返贫的流动人口家庭救助帮扶力度。支持研究机构和社会组织完善流动人口社会融合指标体系，建立社会融合状况评估机制。深化流动人口卫生计生国际合作，拓展合作项目。

专栏三 流动人口基层卫生计生服务管理能力提升工程

流动人口基层工作人员培训项目。开展对流动人口服务管理工作人员的培训，提升其计划生育服务管理、基本公共卫生计生服务、信息化建设和应用等方面的业务能力，增强服务意识。强化流动人口集聚地区、少数民族地区、贫困地区干部业务培训。

流动人口计划生育协会能力提升项目。在流动人口集聚地区普遍建立计划生育协会组织，依托“会员之家”、“青春健康俱乐部”等活动场所，按照统一标准加强阵地建设。加强基层计生协干部队伍培训，提高组织动员群众能力。在流动人口集中的县（市、区）以及产业园区、大型集贸市场，流动人口计生协组织及活动覆盖率达到 85%。

（五）健全流动人口全员统计和动态监测体系，为卫生计生服务提供决策支撑。

完善流动人口全员统计和动态监测制度。调整流动人口计划生育统计项目，增加流动人口公共卫生统计内容。建立与居住证制度相适应的流动人口卫生计生统计制度。健全流动人口动态监测指标体系，建立固定监测点，推进人口流动、分布监测技术和手段创新。加强统计监测数据质量督导，强化数据核查比对，提高数据质量。健全适时采集、动态监测、综合分析、科学决策的统计监测体系。

强化数据开发应用。加强人口流动迁移趋势、流动人口健康状况及健康影响因素、卫生计生服务利用状况的分析研究，为相关政策评估提供数据支撑。构建多层次数据开发应用和成果发布机制，形成以《中国流动人口发展报告》为核心的系列研究成果。充分利用地理信息系统、物联网、云计算、大数据等技术，推进统计监测数据的开放共享和分析应用。

专栏四 流动人口动态监测与决策支持工程

以流动人口动态监测项目为支撑，完善流动人口动态监测体系和决策分析系统，开展流动人口流向、分布、结构变动趋势及服务管理状况分析，为各级政府科学决策和公共服务提供信息支持。

流动人口卫生和计划生育动态监测项目。每年开展一次覆盖全国的抽样调查，组织若干次专题调查。重点监测分析流动人口的人口学基本信息、就业、居住、社会保障、计划生育服务管理、基本医疗服务和公共卫生服务等情况以及社会融合状况。

流动人口服务管理决策支持体系项目。依托流动人口统计监测数据和相关研究，完善流动人口卫生计生数据库和人口分布可视化平台，加快推进流动人口数据共享系统和网站建设，推动流动人口数据开发和应用。

四、保障措施

（一）**加大保障力度。**建立健全以常住人口为基数的卫生计生基本公共服务投入保障和绩效考核机制，提升卫生计生公共服务的供给效率。加强流动人口聚集地区的人员配置，通过建立流动人口协管员队伍、设置计划生育公益岗位、建立流动人口计生协会组织等充实基层服务管理力量。

（二）**做好宣传引导。**充分利用新媒体，加强流动人口相关政策的宣传和解读，及时回应社会关注的热点问题。突出亮点和特色，加大先进典型经验和工作成效的宣传力度，营造有利于流动人口卫

卫生计生事业改革发展的良好氛围。

（三）强化督导落实。建立规划评估指标体系，完善规划实施监测制度，及时发现和解决规划实施过程中存在的问题。对重点任务开展专项督查，开展规划中期、末期评估，引入第三方评估确保各项任务落实。

国家卫生计生委办公厅关于印发 安宁疗护实践指南（试行）的通知

国卫办医发〔2017〕5号

各省、自治区、直辖市卫生计生委，新疆生产建设兵团卫生局：

为贯彻落实《国务院关于促进健康服务业发展的若干意见》（国发〔2013〕40号）和《关于推进医疗卫生与养老服务相结合指导意见的通知》（国办发〔2015〕84号），进一步推进安宁疗护发展，满足人民群众健康需求，我委组织制定了《安宁疗护实践指南（试行）》。现印发给你们，请参照执行。

国家卫生计生委办公厅

2017年1月25日

安宁疗护实践指南 （试行）

安宁疗护实践以临终患者和家属为中心，以多学科协作模式进行，主要包括疼痛及其他症状控制，舒适照护，心理、精神及社会支持等。

一、症状控制

（一）疼痛。

1. 评估和观察

评估患者疼痛的部位、性质、程度、发生及持续的时间，疼痛的诱发因素、伴随症状，既往史及患者的心理反应；根据患者的认知能力和疼痛评估的目的，选择合适的疼痛评估工具，对患者进行动态的连续评估并记录疼痛控制情况。

2. 治疗原则

（1）根据世界卫生组织癌痛三阶梯止痛治疗指南，药物止痛治疗五项基本原则如下。1）口服给药。2）按阶梯用药。3）按时用药。4）个体化给药。5）注意具体细节。

（2）阿片类药物是急性重度癌痛及需要长期治疗的中、重度癌痛治疗的首选药物。长期使用时，首选口服给药，有明确指征时可选用透皮吸收途径给药，也可临时皮下注射给药，必要时患者自控镇痛泵给药。

(3) 镇痛药物使用后, 要注意预防药物的不良反应, 及时调整药物剂量。结合病情给予必要的其他药物和或非药物治疗, 确保临床安全及镇痛效果。同时要避免突然中断阿片类药物引发戒断综合征。

3. 护理要点

(1) 根据疼痛的部位协助患者采取舒适的体位。

(2) 给予患者安静、舒适环境。

(3) 遵医嘱给予止痛药, 缓解疼痛症状时应当注意观察药物疗效和不良反应。

(4) 有针对性地开展多种形式的疼痛教育, 鼓励患者主动讲述疼痛, 教会患者疼痛自评方法, 告知患者及家属疼痛的原因或诱因及减轻和避免疼痛的其他方法, 包括音乐疗法、注意力分散法、自我暗示法等放松技巧。

4. 注意事项

止痛治疗是安宁疗护治疗的重要部分, 患者应在医务人员指导下进行止痛治疗, 规律用药, 不宜自行调整剂量和方案。

(二) 呼吸困难。

1. 评估和观察

(1) 评估患者病史、发生时间、起病缓急、诱因、伴随症状、活动情况、心理反应和用药情况等。

(2) 评估患者神志、面容与表情、口唇、指(趾)端皮肤颜色, 呼吸的频率、节律、深浅度, 体位、外周血氧饱和度、血压、心率、心律等。

2. 治疗原则

(1) 寻找诱因的同时应努力控制症状, 无明显低氧血症的终末期患者给氧也会有助于减轻呼吸困难。

(2) 呼吸困难最佳的治疗措施为治疗原发疾病, 保持气道通畅, 保证机体氧气供应。

(3) 但在不可能做到的情况下, 阿片类药物是使用最为广泛的具有中枢活性的治疗此类呼吸困难的药物, 应明确告知呼吸抑制、镇静的作用机制。

3. 护理要点

(1) 提供安静、舒适、洁净、温湿度适宜的环境。

(2) 每日摄入适度的热量, 根据营养支持方式做好口腔和穿刺部位护理。

(3) 保持呼吸道通畅, 痰液不易咳出者采用辅助排痰法, 协助患者有效排痰。

(4) 根据病情取坐位或半卧位, 改善通气, 以患者自觉舒适为原则。

(5) 根据病情的严重程度及患者实际情况选择合理的氧疗。

(6) 指导患者进行正确、有效的呼吸肌功能训练。

(7) 指导患者有计划地进行休息和活动。

4. 注意事项

(1) 呼吸困难通常会引发患者及照护者的烦躁、焦虑、紧张, 要注意安抚和鼓励。

(2) 呼吸困难时口服给药方式可能会加重患者的症状或呛咳, 可考虑其他途径的给药方式。

(三) 咳嗽、咳痰。

1. 评估和观察

(1) 评估咳嗽的发生时间、诱因、性质、节律、与体位的关系、伴随症状、睡眠等。

(2) 评估咳痰的难易程度，观察痰液的颜色、性质、量、气味和有无肉眼可见的异常物质等。

(3) 必要时评估生命体征、意识状态、心理状态等，评估有无发绀。

2. 治疗原则

(1) 寻找咳嗽的病因并进行治疗，如激素及支气管扩张剂治疗哮喘，利尿剂治疗心力衰竭，抗生素治疗感染，质子泵抑制剂及促动剂治疗胃食管反流，抗胆碱药物治疗唾液过多误吸，调整血管紧张素转化酶抑制剂等。

(2) 在原发病不能控制的情况下，阿片类药物治疗有效，需告知呼吸抑制、恶心、呕吐、便秘等副作用。

(3) 对于局部刺激或肿瘤所致咳嗽患者，可予以雾化麻醉剂治疗。

(4) 给予高热量、高蛋白营养支持方式，嘱患者多次少量饮水。

3. 护理要点

(1) 提供整洁、舒适、温湿度适宜的环境，减少不良刺激。

(2) 保持舒适体位，避免诱因，注意保暖。

(3) 对于慢性咳嗽者，给予高蛋白、高维生素、足够热量的饮食，多次少量饮水。

(4) 促进有效排痰，包括深呼吸和有效咳嗽、湿化和雾化疗法，如无禁忌，可予以胸部叩击与胸壁震荡、体位引流以及机械吸痰等。

(5) 记录痰液的颜色、性质、量，正确留取痰标本并送检。

(6) 指导患者掌握正确的咳嗽方法，正确配合雾化吸入。

4. 注意事项

(1) 根据具体情况决定祛痰还是适度镇咳为主，避免因剧咳引起体力过度消耗影响休息或气胸、咯血等并发症。

(2) 教育患者及照护者呼吸运动训练、拍背及深咳。咯血、气胸、心脏病风险较高的患者应谨慎拍背、吸痰。

(四) 咯血。

1. 评估和观察

(1) 评估患者咯血的颜色、性状及量，伴随症状，治疗情况，心理反应，既往史及个人史。

(2) 评估患者生命体征、意识状态、面容与表情等。

(3) 了解血常规、出凝血时间等检查结果。

2. 治疗原则

(1) 安宁疗护原则以积极控制少量咯血，预防再次咯血。

(2) 尽力缓解大咯血引发的呼吸困难和窒息症状，避免刻意延长生命的抢救措施，如输血、气管插管，介入、手术等治疗措施。

3. 护理要点

(1) 大咯血患者绝对卧床，取患侧卧位，出血部位不明患者取平卧位，头偏向一侧。

(2) 及时清理患者口鼻腔血液，安慰患者。

(3) 吸氧。

(4) 观察、记录咯血量和性状。

(5) 床旁备好吸引器等。

(6) 保持排便通畅，避免用力。

4. 注意事项

(1) 避免用力拍背、频繁吸痰，注意言语及动作安抚，必要时使用镇静类药物。

(2) 对有咯血风险的患者应加强预防性宣教及沟通，使其有一定的思想准备。

(3) 咯血期间避免口服药物，可予以其他用药方式。

(五) 恶心、呕吐。

1. 评估和观察

(1) 评估患者恶心与呕吐发生的时间、频率、原因或诱因，呕吐的特点及呕吐物的颜色、性质、量、气味，伴随的症状等。

(2) 评估患者生命体征、神志、营养状况，有无脱水表现，腹部体征。

(3) 了解患者呕吐物或细菌培养等检查结果。

(4) 注意有无水电解质紊乱、酸碱平衡失调。

2. 治疗原则

寻找引发症状的诱因及病因，如消化、代谢、中枢神经系统疾病、药物不良反应等，有针对性的治疗。

3. 护理要点

(1) 出现前驱症状时协助患者取坐位或侧卧位，预防误吸、呕血。

(2) 清理呕吐物，更换清洁床单。

(3) 必要时监测生命体征。

(4) 记录每日出入量、尿比重、体重及电解质平衡情况等。

(5) 剧烈呕吐时暂禁饮食，遵医嘱补充水分和电解质。

4. 注意事项

适度的言语或非言语安抚，协助清理呕吐物及患者肢体活动，尽早纠正诱因及使用对症处理药物，预防误吸、消化道出血、心脏事件等。

(六) 呕血、便血。

1. 评估和观察

(1) 评估患者呕血、便血的原因、诱因、出血的颜色、量、性状及伴随症状，治疗情况，心理反应，既往史及个人史。

(2) 评估患者生命体征、精神和意识状态、周围循环状况、腹部体征等。

(3) 了解患者血常规、凝血功能、便潜血等检查结果。

2. 治疗原则

(1) 寻找可能的诱因或病因，酌情停止可疑药物、肠内营养，避免误吸、窒息。

(2) 避免大量出血时输血及有创抢救措施。

(3) 可予以适度镇静处理。

3. 护理要点

(1) 卧床，呕血患者床头抬高 $10^{\circ} \sim 15^{\circ}$ 或头偏向一侧。

(2) 及时清理呕吐物，做好口腔护理。

(3) 监测患者神志及生命体征变化，记录出入量。

(4) 判断有无再次出血的症状与体征，注意安抚。

4. 注意事项

(1) 呕血、便血期间绝对禁止饮食，注意向患者及家属解释及安抚，使其有一定的思想准备和心理预期。

(2) 避免胃镜、血管造影等有创性检查。

(七) 腹胀。

1. 评估和观察

(1) 评估患者腹胀的程度、持续时间，伴随症状，腹胀的原因，排便、排气情况，治疗情况，心理反应，既往史及个人史。

(2) 了解患者相关检查结果。

2. 治疗原则

(1) 寻找可能的诱因及可实施的干预措施如调整肠内营养种类、温度、可疑药物。

(2) 必要时调整营养支持方式，予以胃肠减压、通便及灌肠处理。

3. 护理要点

(1) 根据病情协助患者采取舒适体位或行腹部按摩、肛管排气、补充电解质等方法减轻腹胀。

(2) 遵医嘱给予相应治疗措施，观察疗效和副作用。

(3) 合理饮食，适当活动。

(4) 做好相关检查的准备工作。

4. 注意事项

非药物治疗如热敷、针灸、适度按摩，指导患者、家属及照护者观察反馈。

(八) 水肿。

1. 评估和观察

(1) 评估水肿的部位、时间、范围、程度、发展速度，与饮食、体位及活动的关系，患者的心理状态，伴随症状，治疗情况，既往史及个人史。

(2) 观察生命体征、体重、颈静脉充盈程度，有无胸水征、腹水征，患者的营养状况、皮肤血供、张力变化等。

(3) 了解相关检查结果。

2. 治疗原则

(1) 针对诱因及病因，调整药物及液体入量。

(2) 避免安宁疗护的终末期肾病患者进行肾脏替代治疗及相关操作。

3. 护理要点

(1) 轻度水肿患者限制活动，严重水肿患者取适宜体位卧床休息。

(2) 监测体重和病情变化，必要时记录每日液体出入量。

(3) 限制钠盐和水分的摄入，根据病情摄入适当蛋白质。

(4) 遵医嘱使用利尿药或其他药物，观察药物疗效及副作用。

(5) 预防水肿部位出现压疮，保持皮肤完整性。

4. 注意事项

- (1) 对患者、照护者进行饮食、活动指导。
- (2) 准确记录入量、尿量。
- (3) 注意皮肤护理。

(九) 发热。

1. 评估和观察

- (1) 评估患者发热的时间、程度及诱因、伴随症状等。
- (2) 评估患者意识状态、生命体征的变化。
- (3) 了解患者相关检查结果。

2. 治疗原则

控制原发疾病，以物理降温为主，谨慎使用退热药物，注意补充水分、热量及保持电解质平衡。

3. 护理要点

- (1) 监测体温变化，观察热型。
- (2) 卧床休息。
- (3) 高热患者给予物理降温或遵医嘱药物降温。
- (4) 降温过程中出汗时及时擦干皮肤，随时更换衣物，保持皮肤和床单清洁、干燥；注意降温后的反应，避免虚脱。
- (5) 降温处理 30 分钟后复测体温。
- (6) 做好口腔、皮肤护理。

4. 注意事项

- (1) 低热情况以擦浴等物理降温方式为主，中高热情况下适度使用退热药物，注意皮肤失水及电解质紊乱的纠正。
- (2) 高热或超高热可考虑冰帽、冰毯和 / 或冬眠疗法。

(十) 厌食 / 恶病质。

1. 评估和观察

- (1) 评估患者进食、牙齿、口腔黏膜情况。
- (2) 评估患者有无贫血、低蛋白血症、消化、内分泌系统等疾病表现。
- (3) 评估患者皮肤完整性。
- (4) 评估有无影响患者进食的药物及环境因素。

2. 治疗原则

- (1) 根据具体病情及患者、家属意见选择喂养或营养支持方式，如经口、鼻饲、胃空肠造瘘管饲或静脉营养。

- (2) 可给予改善食欲的药物治疗。
- (3) 患口腔疾病且可干预的患者可考虑治疗口腔疾病。

3. 操作要点

- (1) 每天或每餐提供不同的食物，增加食欲，在进餐时减少任何可能导致情绪紧张的因素。
- (2) 少量多餐，在患者需要时提供食物，将食物放在患者易拿到的位置。

(3) 提供患者喜爱的食物，提供一些不需太过咀嚼的食物。

(4) 遵医嘱予以营养支持。

4. 注意事项

(1) 注意照顾患者的情绪，循序渐进。

(2) 充分与照护者及家属沟通，取得信任和配合。

(3) 必要时考虑肠外营养逐步向肠内营养，经口进食过渡。注意食物的搭配与口感。

(十一) 口干。

1. 评估和观察

(1) 评估患者口腔黏膜完整性及润滑情况，有无口腔烧灼感。

(2) 评估患者有无咀嚼、吞咽困难或疼痛以及有无味觉改变。

(3) 评估有无引起患者口干的药物及治疗因素。

2. 治疗原则

(1) 调整居住环境。

(2) 口腔局部治疗。

(3) 药物改善症状。

3. 护理要点

(1) 饮食方面鼓励患者少量多次饮水。

(2) 增加病房中空气的湿度。

(3) 口腔护理。

(4) 必要时常规使用漱口剂。

4. 注意事项

避免粗暴的口腔护理操作，强行剥脱血痂、表面覆膜、警惕润滑液误吸情况。

(十二) 睡眠 / 觉醒障碍（失眠）。

1. 评估和观察

(1) 评估患者性别、年龄、既往失眠史。

(2) 评估患者失眠发生的药物及环境因素。

(3) 评估患者有无不良的睡眠卫生习惯及生活方式。

(4) 有无谵妄、抑郁或焦虑状态等精神障碍。

2. 治疗原则

了解患者睡眠节律，可能的诱因和病因，必要时行睡眠监测，行为心理治疗，避免使用非处方催眠药物。

3. 护理要点

(1) 改善睡眠环境，减少夜间强光及噪声刺激。

(2) 对于躯体症状如疼痛、呼吸困难等引发的失眠应积极控制症状。

(3) 采取促进患者睡眠的措施，如：增加日间活动、听音乐、按摩双手或足部。

(4) 定期进行失眠症防治的健康教育。

4. 注意事项

(1) 注意观察、评估和沟通环节，贯穿治疗整个过程。如睡眠质量、睡眠时间改善，不必强行纠正已有的睡眠规律。

(2) 警惕意识障碍发生，及早发现。

(3) 在使用处方类镇静催眠药物时应告知并注意预防跌倒、低血压等副作用。

(十三) 谵妄。

1. 评估和观察

(1) 评估患者意识水平、注意力、思维、认知、记忆、精神行为、情感和觉醒规律的改变。

(2) 评估患者谵妄发生的药物及环境因素。

2. 治疗原则

(1) 寻找病因并改变可能的危险因素至关重要，如感觉损害、药物等，监测并处理尿潴留、便秘、跌倒外伤等并发症。

(2) 使用合适的约束，充分向患者家属告知病情。

(3) 必要时小剂量使用苯二氮卓类或氟哌啶醇类镇静药物。

3. 护理要点

(1) 保持环境安静，避免刺激。尽可能提供单独的房间，降低说话的声音，降低照明，应用夜视灯，使用日历和熟悉的物品，较少的改变房间摆设，以免引起不必要的注意力转移。

(2) 安抚患者，对患者的诉说作出反应，帮助患者适应环境，减少恐惧。

4. 注意事项

(1) 在诱因病因无法去除的情况下，应与家属及照护者沟通谵妄发作的反复性和持续性，争取理解、配合，保护患者避免外伤。

(2) 约束保护的基础上可予以药物干预。

二、舒适照护

(一) 病室环境管理。

1. 评估和观察

(1) 评估病室环境的空间、光线、温度、湿度、卫生。

(2) 评估病室的安全保障设施。

2. 操作要点

(1) 室内温度、湿度适宜。

(2) 保持空气清新、光线适宜。

(3) 病室物体表面清洁，地面不湿滑，安全标识醒目。

(4) 保持病室安静。

3. 指导要点

(1) 告知患者及家属遵守病室管理制度。

(2) 指导患者了解防跌倒、防坠床、防烫伤等安全措施。

4. 注意事项

(1) 病室布局合理，温馨。

(2) 通风时注意保暖。

(3) 工作人员应做到说话语气温和、走路轻、操作轻、关门轻。

(二) 床单位管理。

1. 评估和观察

(1) 评估患者病情、意识状态、合作程度、自理程度、皮肤情况等。

(2) 评估床单位安全、方便、整洁程度。

2. 卧床患者更换被单操作要点

(1) 与患者沟通，取得配合。

(2) 移开床旁桌、椅。

(3) 将枕头及患者移向对侧，使患者侧卧。

(4) 松开近侧各层床单，将其上卷于中线处塞于患者身下，清扫整理近侧床褥；依次铺近侧各层床单。

(5) 将患者及枕头移至近侧，患者侧卧。

(6) 松开对侧各层床单，将其内卷后取出，同法清扫和铺单。

(7) 患者平卧，更换清洁被套及枕套。

(8) 移回床旁桌、椅。

(9) 根据病情协助患者取舒适体位。

(10) 处理用物。

3. 指导要点

(1) 告知患者床单位管理的目的及配合方法。

(2) 指导患者及家属正确使用床单位辅助设施。

4. 注意事项

(1) 评估操作难易程度，运用人体力学原理，防止职业损伤。

(2) 操作过程中观察患者生命体征、病情变化、皮肤情况，注意保暖，保护患者隐私。

(3) 操作中合理使用床挡保护患者，避免坠床。

(4) 使用橡胶单或防水布时，避免其直接接触患者皮肤。

(三) 口腔护理。

1. 评估和观察

(1) 评估患者的病情、意识、配合程度。

(2) 观察口唇、口腔黏膜、牙龈、舌苔有无异常；口腔有无异味；牙齿有无松动，有无活动性义齿。

2. 操作要点

(1) 核对患者，向患者解释口腔护理的目的、配合要点及注意事项，准备用物。

(2) 选择口腔护理液，必要时遵医嘱选择药物。

(3) 协助患者取舒适恰当的体位。

(4) 颌下垫治疗巾，放置弯盘。

(5) 擦洗牙齿表面、颊部、舌面、舌下及硬腭部，遵医嘱处理口腔黏膜异常。

(6) 操作前后认真清点棉球，温水漱口。

(7) 协助患者取舒适体位，处理用物。

3. 指导要点

(1) 告知患者口腔护理的目的和配合方法。

(2) 指导患者正确的漱口方法。

4. 注意事项

(1) 操作时避免弯钳触及牙龈或口腔黏膜。

(2) 昏迷或意识模糊的患者棉球不能过湿，操作中注意夹紧棉球，防止遗留在口腔内，禁止漱口。

(3) 有活动性义齿的患者协助清洗义齿。

(4) 使用开口器时从磨牙处放入。

(四) 肠内营养的护理。

1. 评估和观察

(1) 评估患者病情、意识状态、营养状况、合作程度。

(2) 评估管饲通路情况、输注方式，有无误吸风险。

2. 操作要点

(1) 核对患者，准备营养液，温度以接近正常体温为宜。

(2) 病情允许，协助患者取半卧位，避免搬动患者或可能引起误吸的操作。

(3) 输注前，检查并确认喂养管位置，抽吸并估计胃内残留量，如有异常及时报告。

(4) 输注前、后用约 30 毫升温水冲洗喂养管。

(5) 输注速度均匀，根据医嘱调整速度。

(6) 输注完毕包裹、固定喂养管。

(7) 观察并记录输注量以及输注中、输注后的反应。

3. 指导要点

(1) 携带喂养管出院的患者，告知患者及家属妥善固定喂养管，输注营养液或特殊用药前后，应用温开水冲洗喂养管。

(2) 告知患者喂养管应定期更换。

4. 注意事项

(1) 营养液现配现用，粉剂应搅拌均匀，配制后的营养液密闭放置在冰箱冷藏，24 小时内用完，避免反复加热。

(2) 长期留置鼻胃管或鼻肠管者，每天用油膏涂拭鼻腔黏膜，轻轻转动鼻胃管或鼻肠管，每日进行口腔护理，定期（或按照说明书）更换喂养管，对胃造口、空肠造口者，保持造口周围皮肤干燥、清洁，定期更换。

(3) 特殊用药前后用约 30 毫升温水冲洗喂养管，药片或药丸经研碎、溶解后注入喂养管。

(4) 避免空气输注入胃，引起胀气。

(5) 注意放置恰当的管路标识。

(五) 肠外营养的护理。

1. 评估和观察要点

(1) 评估患者病情、意识、合作程度、营养状况。

(2) 评估输液通路情况、穿刺点及其周围皮肤状况。

2. 操作要点

(1) 核对患者，准备营养液。

(2) 输注时建议使用输液泵，在规定时间内匀速输完。

(3) 固定管道，避免过度牵拉。

(4) 巡视、观察患者输注过程中的反应。

(5) 记录营养液使用的时间、量、滴速及输注过程中的反应。

3. 指导要点

(1) 告知患者及照护者输注过程中如有不适及时通知护士。

(2) 告知患者翻身、活动时保护管路及穿刺点局部清洁干燥的方法。

4. 注意事项

(1) 营养液配制后若暂时不输注，密闭冰箱冷藏，输注前室温下复温后再输，保存时间不超过 24 小时。

(2) 等渗或稍高渗溶液可经周围静脉输入，高渗溶液应从中心静脉输入，明确标识。

(3) 如果选择中心静脉导管输注，参照静脉导管的维护（PICC/CVC）。

(4) 不宜从营养液输入的静脉管路输血、采血。

（六）静脉导管的维护（PICC/CVC）。

1. 评估和观察要点

(1) 评估患者静脉导管的固定情况，导管是否通畅。

(2) 评估穿刺点局部及周围皮肤情况；查看敷料更换时间、置管时间。

(3) PICC 维护时应每日测量记录双侧上臂臂围并与置管前对照。

2. 操作要点

(1) 暴露穿刺部位，由导管远心端向近心端除去无菌透明敷料。

(2) 打开换药包，戴无菌手套，消毒穿刺点及周围皮肤，消毒时应以穿刺点为中心擦拭至少 2 遍，消毒面积应大于敷料面积。

(3) 使用无菌透明敷料无张力粘贴固定导管；敷料外应注明的置管及更换日期、时间和操作者签名。

(4) 冲、封管遵循 A-C-L 原则：A 导管功能评估；C 冲管；L 封管。每次输液前抽回血，确定导管在静脉内，给药前后生理盐水脉冲式冲管，保持导管的通畅。输液完毕使用生理盐水或肝素盐水正压封管，封管液量应 2 倍于导管 + 附加装置容积。

(5) 输液接头至少每 7 天更换 1 次，如接头内有血液残留、完整性受损或取下后，应立即更换。

3. 指导要点

(1) 告知患者及照护者保持穿刺部位的清洁干燥，如敷料有卷曲、松动或敷料下有汗液、渗血及时通知护士。

(2) 告知患者妥善保护体外导管部分。

4. 注意事项

(1) 静脉导管的维护应由经过培训的医护人员进行。

(2) 出现液体流速不畅，使用 10 毫升及以上注射器抽吸回血，不可强行推注液体。

(3) 无菌透明敷料应至少每 7 天更换 1 次, 如穿刺部位出现渗血、渗液等导致的敷料潮湿、卷曲、松脱或破损时应立即更换。

(4) 经输液接头进行输液或给药前, 应使用消毒剂用力擦拭接头至少 15 秒。

(5) 注意观察中心静脉导管体外长度的变化, 防止导管脱出。

(七) 留置导尿管的护理。

1. 评估和观察要点

(1) 评估患者年龄、意识状态、心理状况、自理能力、合作程度及耐受力。

(2) 评估尿道口及会阴部皮肤黏膜状况。

2. 操作要点

(1) 固定引流管及尿袋, 尿袋的位置低于膀胱, 尿管应有标识并注明置管日期。

(2) 保持引流通畅, 避免导管受压、扭曲、牵拉、堵塞等。

(3) 保持尿道口清洁, 女性患者每日消毒擦拭外阴及尿道口, 男性患者消毒擦拭尿道口、龟头及包皮, 每天 1—2 次。排便后及时清洗肛门及会阴部皮肤。

(4) 及时倾倒尿液, 观察尿液的颜色、性状、量等并记录, 遵医嘱送检。

(5) 定期更换引流装置、更换尿管。

(6) 拔管前采用间歇式夹闭引流管方式。

(7) 拔管后注意观察小便自解情况。

3. 指导要点

(1) 告知患者及家属留置导尿管的目的、护理方法及配合注意事项。

(2) 告知患者防止尿管受压、脱出的注意事项。

(3) 告知患者离床活动时的注意事项。

4. 注意事项

(1) 注意患者的主诉并观察尿液情况, 发现尿液混浊、沉淀、有结晶时, 应及时处理。

(2) 避免频繁更换集尿袋, 以免破坏其密闭性。

(八) 会阴护理。

1. 评估和观察

(1) 了解患者的病情、意识、配合程度, 有无失禁及留置导尿管。

(2) 评估病室温度及遮蔽程度。

(3) 评估患者会阴清洁程度, 会阴皮肤黏膜情况, 会阴部有无伤口, 阴道流血、流液情况。

2. 操作要点

(1) 向患者解释会阴护理的目的和配合要点, 准备用物。

(2) 协助患者取仰卧位, 屈膝, 两腿略外展。

(3) 臀下垫防水单。

(4) 用棉球由内向外、自上而下外擦洗会阴, 先清洁尿道口周围, 后清洁肛门。

(5) 留置尿管者, 由尿道口处向远端依次用消毒棉球擦洗。

(6) 擦洗完后擦干皮肤, 皮肤黏膜有红肿、破溃或分泌物异常时需及时给予特殊处理。

(7) 协助患者恢复舒适体位并穿好衣裤, 整理床单位, 处理用物。

3. 指导要点

- (1) 告知患者会阴护理的目的及配合方法。
- (2) 告知女性患者观察阴道分泌物的性状和有无异味等。

4. 注意事项

- (1) 水温适宜。
- (2) 女性患者月经期宜采用会阴冲洗。
- (3) 为患者保暖，保护隐私。
- (4) 避免牵拉引流管、尿管。

（九）协助沐浴和床上擦浴。

1. 评估和观察

- (1) 评估患者的病情、自理能力、沐浴习惯及合作程度。
- (2) 评估病室或浴室环境。
- (3) 评估患者皮肤状况。

2. 操作要点

- (1) 协助沐浴。
 - 1) 向患者解释沐浴的目的及注意事项，取得配合。
 - 2) 调节室温和水温。
 - 3) 必要时护理人员护送进入浴室，协助穿脱衣裤。
 - 4) 观察并记录患者在沐浴中及沐浴后病情变化及沐浴时间。
- (2) 床上擦浴。
 - 1) 向患者解释床上擦浴的目的及配合要点。
 - 2) 调节室温和水温。
 - 3) 保护患者隐私，给予遮蔽。
 - 4) 由上至下，由前到后顺序擦洗。
 - 5) 协助患者更换清洁衣服。
 - 6) 整理床单位，整理用物。

3. 指导要点

- (1) 协助沐浴时，指导患者及照护者使用浴室的呼叫器。
- (2) 告知患者及照护者沐浴时不应用湿手接触电源开关，不要反锁浴室门。
- (3) 告知患者及照护者沐浴时预防意外跌倒和晕厥的方法。

4. 注意事项

- (1) 浴室内应配备防跌倒设施（防滑垫、浴凳、扶手等）。
- (2) 床上擦浴时随时观察病情，注意与患者沟通。
- (3) 床上擦浴时注意保暖，保护隐私。
- (4) 保护伤口和管路，避免浸湿、污染及伤口受压、管路打折扭曲。

（十）床上洗头。

1. 评估和观察

(1) 评估患者病情、配合程度、头发卫生情况及头皮状况。

(2) 评估操作环境。

(3) 观察患者在操作中、操作后有无病情变化。

2. 操作要点

(1) 调节适宜的室温、水温。

(2) 协助患者取舒适、方便的体位。

(3) 患者颈下垫毛巾，放置马蹄形防水布垫或洗头设施，开始清洗。

(4) 洗发后用温水冲洗。

(5) 擦干面部及头发。

(6) 协助患者取舒适卧位，整理床单位，处理用物。

3. 指导要点

(1) 告知患者床上洗头目的和配合要点。

(2) 告知患者操作中如有不适及时通知护士。

4. 注意事项

(1) 为患者保暖，观察患者病情变化，有异常情况应及时处理。

(2) 操作中保持患者体位舒适，保护伤口及各种管路，防止水流入耳、眼。

(3) 应用洗头车时，按使用说明书或指导手册操作。

（十一）协助进食和饮水。

1. 评估和观察

(1) 评估患者病情、意识状态、自理能力、合作程度。

(2) 评估患者饮食类型、吞咽功能、咀嚼能力、口腔疾患、营养状况、进食情况。

(3) 了解有无餐前、餐中用药，有无特殊治疗或检查。

2. 操作要点

(1) 协助患者洗手，对视力障碍、行动不便的患者，协助将食物、餐具等置于容易取放的位置，必要时协助进餐。

(2) 注意食物温度、软硬度。

(3) 进餐完毕，协助患者漱口，整理用物及床单位。

(4) 观察进食中和进食后的反应，做好记录。

(5) 需要记录出入量的患者，记录进食和饮水时间、种类、食物含水量和饮水量等。

3. 指导要点

根据患者的疾病特点，对患者或照护者进行饮食指导。

4. 注意事项

(1) 特殊饮食的患者，应制定相应的食谱。

(2) 与患者及照护者沟通，给予饮食指导。

(3) 患者进食和饮水延迟时，做好交接班。

（十二）排尿异常的护理。

1. 评估和观察

- (1) 评估患者病情、意识、自理能力、合作程度，了解患者治疗及用药情况。
- (2) 了解患者饮水习惯、饮水量，评估排尿次数、量、伴随症状，观察尿液的性状、颜色、透明度等。
- (3) 评估膀胱充盈度、有无腹痛、腹胀及会阴部皮肤情况；了解患者有无尿管、尿路造口等。
- (4) 了解尿常规、血电解质检验结果等。

2. 操作要点

(1) 尿量异常的护理。

- 1) 记录 24 小时出入液量和尿比重，监测酸碱平衡和电解质变化，监测体重变化。
- 2) 根据尿量异常的情况监测相关并发症的发生。

(2) 尿失禁的护理。

- 1) 保持床单清洁、平整、干燥。
- 2) 及时清洁会阴部皮肤，保持清洁干爽，必要时涂皮肤保护膜。
- 3) 根据病情采取相应的保护措施，可采用纸尿裤、尿套、尿垫、集尿器或留置尿管。

(3) 尿潴留的护理。

- 1) 诱导排尿，如调整体位、听流水声、温水冲洗会阴部、按摩或热敷耻骨上区等，保护隐私。
- 2) 留置导尿管定时开放，定期更换。

3. 指导要点

(1) 告知患者尿管夹闭训练及盆底肌训练的意义和方法。

(2) 指导患者养成定时排尿的习惯。

4. 注意事项

(1) 留置尿管期间，注意尿道口清洁。

(2) 尿失禁时注意局部皮肤的护理。

(十三) 排便异常的护理。

1. 评估和观察

- (1) 评估患者心脑血管、消化系统病情。
- (2) 了解患者排便习惯、次数、量，粪便的颜色、性状，有无排便费力、便意不尽等。
- (3) 了解患者饮食习惯、治疗和检查、用药情况。

2. 操作要点

(1) 便秘的护理。

- 1) 指导患者增加纤维食物摄入，适当增加饮水量。
- 2) 指导患者按摩腹部，鼓励适当运动。
- 3) 指导患者每天训练定时排便。
- 4) 指导照护者正确使用通便药物，必要时灌肠处理。

(2) 腹泻的护理。

- 1) 观察记录生命体征、出入量等。
- 2) 保持会阴部及肛周皮肤清洁干燥，评估肛周皮肤有无破溃、湿疹等，必要时涂皮肤保护剂。
- 3) 合理饮食，协助患者餐前、便前、便后洗手。
- 4) 记录排便的次数和粪便性状，必要时留取标本送检。

(3) 大便失禁的护理。

- 1) 评估大便失禁的原因，观察并记录粪便的性状、排便次数。
- 2) 必要时观察记录生命体征、出入量等。
- 3) 做好会阴及肛周皮肤护理，评估肛周皮肤有无破溃、湿疹等，必要时涂皮肤保护剂。
- 4) 遵医嘱指导患者及照护者合理膳食。
- 5) 指导患者根据病情和以往排便习惯，定时排便，进行肛门括约肌及盆底肌肉收缩训练。

3. 指导要点

- (1) 指导患者合理膳食。
- (2) 指导患者养成定时排便的习惯，适当运动。

4. 注意事项

- (1) 大便失禁、腹泻患者，应注意观察并护理肛周皮肤情况。
- (2) 腹泻者注意观察有无脱水、电解质紊乱的表现。

(十四) 卧位护理。

1. 评估和观察

- (1) 评估患者病情、意识状态、自理能力、合作程度。
- (2) 了解诊断、治疗和护理要求，选择体位。
- (3) 评估自主活动能力、卧位习惯。

2. 操作要点

(1) 平卧位。

- 1) 垫薄枕，头偏向一侧。
- 2) 昏迷患者注意观察神志变化，谵妄患者应预防发生坠床，必要时使用约束带。
- 3) 做好呕吐患者的护理，防止窒息，保持舒适。
- 4) 注意观察皮肤、压疮。

(2) 半坐卧位。

- 1) 仰卧，床头支架或靠背架抬高 $30^{\circ} \sim 60^{\circ}$ ，下肢屈曲。
- 2) 放平时，先放平下肢，后放床头。注意观察皮肤、压疮。
- (3) 端坐卧位。

1) 坐起，床上放一跨床小桌，桌上放软枕，患者伏桌休息；必要时可使用软枕、靠背架等支持物辅助坐姿。

- 2) 防止坠床，必要时加床挡，做好背部保暖。注意观察皮肤、压疮。

3. 指导要点

- (1) 协助并指导患者按要求采用不同体位，掌握更换体位时保护各种管路的方法。
- (2) 告知患者调整体位的意义和方法，注意适时调整和更换体位，如局部感觉不适，应及时通知医务人员。

4. 注意事项

- (1) 注意各种体位承重处的皮肤情况，预防压疮。
- (2) 注意各种体位的舒适度，及时调整。

(3) 注意各种体位的安全，必要时使用床挡或约束带。

（十五）体位转换。

1. 评估和观察

(1) 评估病情、意识状态、皮肤情况，活动耐力及配合程度。

(2) 评估患者体位是否舒适。

(3) 翻身或体位改变后，检查各导管是否扭曲、受压、牵拉。

2. 操作要点

(1) 协助患者翻身。

1) 检查并确认病床处于固定状态。

2) 妥善安置各种管路，翻身后检查管路是否通畅。

3) 轴线翻身时，保持整个脊椎平直，翻身角度不可超过 60°，有颈椎损伤时，勿扭曲或旋转患者的头部、保护颈部。

4) 记录翻身时间。

(2) 协助患者体位转换。

1) 卧位到坐位的转换，长期卧床患者注意循序渐进，先半坐卧位，再延长时间逐步改为坐位。

2) 协助患者从床尾移向床头时，根据患者病情放平床头，将枕头横立于床头，向床头移动患者。

3. 指导要点

(1) 告知患者及照护者体位转换的目的、过程及配合方法。

(2) 告知患者及照护者体位转换时和转换后的注意事项。

4. 注意事项

(1) 注意各种体位转换间的患者安全，保护管路。

(2) 注意体位转换后患者的舒适；观察病情、生命体征的变化，记录体位调整时间。

(3) 协助患者体位转换时，不可拖拉。

(4) 注意各种体位受压处的皮肤情况，做好预防压疮的护理。

（十六）轮椅与平车使用。

1. 评估和观察

(1) 评估患者生命体征、病情变化、意识状态、活动耐力及合作程度。

(2) 评估自理能力、治疗以及各种管路情况等。

2. 操作要点

(1) 轮椅。

1) 患者与轮椅间的移动：①使用前，检查轮椅性能，从床上向轮椅移动时，在床尾处备轮椅，轮椅应放在患者健侧，固定轮椅。护士协助患者下床、转身，坐入轮椅后，放好足踏板；②从轮椅向床上移动时，推轮椅至床尾，轮椅朝向床头，并固定轮椅。护士协助患者站起、转身、坐至床边，选择正确卧位；③从轮椅向座便器移动时，轮椅斜放，使患者的健侧靠近座便器，固定轮椅。协助患者足部离开足踏板，健侧手按到轮椅的扶手，护士协助其站立、转身，坐在座便器上；④从座便器上转移到轮椅上时，按从轮椅向座便器移动的程序反向进行。

2) 轮椅的使用：①患者坐不稳或轮椅下斜坡时，用束腰带保护患者；②下坡时，倒转轮椅，使轮

椅缓慢下行,患者头及背部应向后靠;③如有下肢水肿、溃疡或关节疼痛,可将足踏板抬起,并垫软枕。

(2) 平车。

1) 患者与平车间的移动:①能在床上配合移动者采用挪动法;儿童或体重较轻者可采用1人搬运法;不能自行活动或体重较重者采用2~3人搬运法;病情危重或颈、胸、腰椎骨折患者采用4人以上搬运法;②使用前,检查平车性能,清洁平车;③借助搬运器具进行搬运;④挪动时,将平车推至与床平行,并紧靠床边,固定平车,将盖被平铺于平车上,协助患者移动到平车上,注意安全和保暖;⑤搬运时,应先将平车推至床尾,使平车头端与床尾成钝角,固定平车,1人以上人员将患者搬运至平车上,注意安全和保暖;⑥拉起护栏。

2) 平车的使用:①头部置于平车的大轮端;②推车时小轮在前,车速适宜,拉起护栏,护士立于患者头侧,上下坡时应使患者头部在高端一端;③在运送过程中保证输液和引流的通畅,特殊引流管可先行夹闭,防止牵拉脱出。

3. 指导要点

(1) 告知患者在使用轮椅或平车时的安全要点以及配合方法。

(2) 告知患者感觉不适时,及时通知医务人员。

4. 注意事项

(1) 使用前应先检查轮椅和平车,保证完好无损方可使用;轮椅、平车放置位置合理,移动前应先固定。

(2) 轮椅、平车使用中注意观察病情变化,确保安全。

(3) 保护患者安全、舒适,注意保暖。

(4) 遵循节力原则,速度适宜。

(5) 搬运过程中,妥善安置各种管路和监护设备,避免牵拉。

三、心理支持和人文关怀

心理支持的目的是恰当应用沟通技巧与患者建立信任关系,引导患者面对和接受疾病状况,帮助患者应对情绪反应,鼓励患者和家属参与,尊重患者的意愿做出决策,让其保持乐观顺应的态度度过生命终期,从而舒适、安详、有尊严离世。

(一) 心理社会评估。

1. 评估和观察

评估患者的病情、意识情况,理解能力和表达能力。

2. 操作要点

(1) 收集患者的一般资料。包括年龄、性别、民族、文化程度、信仰、婚姻状况、职业环境、生活习惯、嗜好等。

(2) 收集患者的主观资料。包括患者的认知能力、情绪状况及行为能力,社会支持系统及其利用;对疾病的主观理解和态度以及应对能力。

(3) 收集患者的客观资料。通过体检评估患者生理状况,患者的睡眠、饮食方面有无改变等。

(4) 记录有关资料。

3. 注意事项

- (1) 与患者交谈时确立明确的目标，获取有效信息。
- (2) 沟通时多采用开放式提问，鼓励患者主动叙述，交谈后简单小结，核对或再确认交谈的主要信息。
- (3) 交谈时与患者保持适度的目光接触，注意倾听。
- (4) 保护患者的隐私权与知情权。
- (5) 用通俗易懂的语言解释与疾病相关的专业名词。

（二）医患沟通。

1. 评估和观察

- (1) 患者的意识状态和沟通能力。
- (2) 患者和家属对沟通的心理需求程度。

2. 操作要点

- (1) 倾听并注视对方眼睛，身体微微前倾，适当给予语言回应，必要时可重复患者语言。
- (2) 适时使用共情技术，尽量理解患者情绪和感受，并用语言和行为表达对患者情感的理解和愿意帮助患者。

- (3) 陪伴时，对患者运用耐心、鼓励性和指导性的话语，适时使用治疗性抚触。

3. 注意事项

- (1) 言语沟通时，语速缓慢清晰，用词简单易理解，信息告知清晰简短，注意交流时机得当。
- (2) 非言语沟通时，表情亲切、态度诚恳。

（三）帮助患者应对情绪反应。

1. 评估和观察

- (1) 评估患者的心理状况和情绪反应。
- (2) 应用恰当的评估工具筛查和评估患者的焦虑、抑郁程度及有无自杀倾向。

2. 操作要点

- (1) 鼓励患者充分表达感受。
- (2) 恰当应用沟通技巧表达对患者的理解和关怀（如：倾听、沉默、触摸等）。
- (3) 鼓励家属陪伴，促进家属和患者的有效沟通。
- (4) 指导患者使用放松技术减轻焦虑，如深呼吸、放松训练、听音乐等。
- (5) 帮助患者寻找团体和社会的支持。
- (6) 指导患者制定现实可及的目标和实现目标的计划。
- (7) 如患者出现愤怒情绪，帮助查找引起愤怒的原因，给予有针对性的个体化辅导。
- (8) 如患者有明显抑郁状态，请心理咨询或治疗师进行专业干预。
- (9) 如患者出现自杀倾向，应及早发现，做好防范，预防意外发生。

3. 注意事项

- (1) 提供安宁、隐私的环境，减少外界对情绪的影响。
- (2) 尊重患者的权利，维护其尊严。
- (3) 正确识别患者的焦虑、抑郁、恐惧和愤怒的情绪，帮助其有效应对。

（四）尊重患者权利。

1. 评估和观察

- (1) 评估患者是否由于种族、文化和信仰的差异而存在特殊的习俗。
- (2) 评估患者知情权和隐私权是否得到尊重。

2. 操作要点

- (1) 对入院患者进行入院须知的宣教。
- (2) 为患者提供医疗护理信息，包括治疗护理计划，允许患者及其家属参与医疗护理决策、医疗护理过程。

- (3) 尊重患者的价值观与信仰。
- (4) 诊疗过程中保护患者隐私。

3. 注意事项

- (1) 尊重患者的权利和意愿。
- (2) 在诊疗护理过程中能平等地对待患者。

（五）社会支持系统。

1. 评估和观察

- (1) 观察患者在医院的适应情况。
- (2) 评估患者的人际关系状况，家属的支持情况。

2. 操作要点

- (1) 对患者家属进行教育，让家属了解治疗过程，参与其中部分心理护理。
- (2) 鼓励患者亲朋好友多陪在患者身边，予以鼓励。

3. 注意事项

- (1) 根据患者疾病的不同阶段选择不同的社会支持方式。
- (2) 指导患者要积极地寻求社会支持，充分发挥社会支持的作用。

（六）死亡教育。

1. 评估和观察

- (1) 评估患者对死亡的态度
- (2) 评估患者的性别、年龄、受教育程度、疾病状况、应对能力、家庭关系等影响死亡态度的个体和社会因素。

2. 操作要点

- (1) 尊重患者的知情权利，引导患者面对和接受当前疾病状况。
- (2) 帮助患者获得有关死亡、濒死相关知识，引导患者正确认识死亡。
- (3) 评估患者对死亡的顾虑和担忧，给予针对性的解答和辅导。
- (4) 引导患者回顾人生，肯定生命的意义。
- (5) 鼓励患者制定现实可及的目标，并协助其完成心愿。
- (6) 鼓励家属陪伴和坦诚沟通，适时表达关怀和爱。
- (7) 允许家属陪伴，与亲人告别。

3. 注意事项

- (1) 建立相互信任的治疗性关系是进行死亡教育的前提。

- (2) 坦诚沟通关于死亡的话题，不敷衍不回避。
- (3) 患者对死亡的态度受到多种因素影响，应尊重。

(七) 哀伤辅导。

1. 评估和观察

- (1) 观察家属的悲伤情绪反应及表现。
- (2) 评估患者家属心理状态及意识情况，理解能力和表达能力和支持系统。

2. 操作要点

- (1) 提供安静、隐私的环境。
- (2) 在尸体料理过程中，尊重逝者和家属的习俗，允许家属参与，满足家属的需求。
- (3) 陪伴、倾听，鼓励家属充分表达悲伤情绪。
- (4) 采用适合的悼念仪式让家属接受现实，与逝者真正告别。
- (5) 鼓励家属参与社会活动，顺利度过悲伤期，开始新的生活。
- (6) 采用电话、信件、网络等形式提供居丧期随访支持，表达对居丧者的慰问和关怀。
- (7) 充分发挥志愿者或社会支持系统在居丧期随访和支持中的作用。

3. 注意事项

- (1) 悲伤具有个体化的特征，其表现因人而异，医护人员应能够识别正常的悲伤反应。
- (2) 重视对特殊人群如丧亲父母和儿童居丧者的支持。

国家卫生计生委办公厅关于开展 城乡居民基本医疗保险（新型农村合作医疗）跨省就医结报服务 框架协议签署工作的通知

国卫办基层发〔2017〕6号

各省、自治区、直辖市卫生计生委，福建省医保办，国家卫生计生委预算管理医院：

为贯彻落实国家卫生计生委、财政部《关于印发全国新型农村合作医疗异地就医联网结报实施方案的通知》（国卫基层发〔2016〕23号）精神，协助各省份加快推进新农合（城乡居民医疗保险）异地就医联网结报工作，我委拟定了《城乡居民基本医疗保险（新型农村合作医疗）跨省就医联网结报服务框架协议》，并拟于近期组织开展集体签约工作。现将有关事项通知如下：

一、签约目的

协议由卫生计生部门管理城乡居民医保（新农合）地区的省级结算中心（管理中心）、非卫生计生部门管理城乡居民医保（新农合）地区的定点医疗机构、中国医学科学院医学信息研究所（国家卫生计生委异地就医结算管理中心）和商

业保险公司共同签署，主要服务对象是国家卫生计生委管理城乡居民医保（新农合）制度地区的参保患者，其经规范转诊到非卫生计生部门管理城乡居民医保（新农合）省份的协议定点医疗机构住院，享受即时结报服务。本协议统一规范各方的责任和义务。

二、协议内容

协议规范了跨省就医联网结报业务流程、资金结算流程、票据周转流程、专用账户设置和信息系统联通等。根据协议,经规范转诊至省外联网结报定点医疗机构就医的参合患者在出院时仅需支付个人自付费用,报销费用暂由医疗机构垫付。医疗机构于每月5日之前向签约商业保险公司申请上月垫付资金回款,由签约商业保险公司每月15日之前向医疗机构先行垫付回款。参保省城乡居民医保(新农合)结算中心(管理中心)每月30日之前完成跨省就医费用审核确认及资金拨付工作。中国医学科学院医学信息研究所(国家卫生计生委异地就医结算管理中心)负责跨省就医票据的清分。因费用审核发生的争议及纠纷,由国家卫生计生委组织专家委员会按相关规程妥善处理。

三、签约形式

本次签约由国家卫生计生委统一组织。城乡居民医保(新农合)由卫生计生部门管理的省份,由省级新农合结算中心(新农合管理中心)代表省内统筹地区签约。新农合交由其他部门管理的省份,由省级卫生计生行政部门组织前期根据《关于遴选并报送新农合跨省就医结报联网医疗机构和试点统筹地区信息的通知》(国卫办基层函〔2016〕846号)报送的医疗机构进行签约。未报送联网医疗机构的省份须至少有2家省内医疗机

构进行签约。国家卫生计生委委属委管医疗机构直接参与签约。参与签约单位须在签约仪式前根据协议范本在本单位自愿履行页签字盖章,并于签约当日带至国家卫生计生委,供签约协议统一印制使用(会议时间另行通知)。

四、明确分工

各地各单位要充分认识落实跨省就医联网结报工作的重要意义,加强组织领导,切实做好协议签署的各项准备工作。由卫生计生部门管理城乡居民医保(新农合)的省份,都要参与签约。城乡居民医保交由其他部门管理的省份,要组织辖区内定点医疗机构参与签约,为其他省份患者服务。所有委属委管医疗机构要有高度责任感,发挥国家队带头作用,主动参与签约,不得以任何理由推诿。实施过程中遇到的有关问题、建议,请及时报告。

中国医学科学院医学信息研究所联系人:郭珉江

电话:010-52328873

国家卫生计生委基层卫生司联系人:刘阳、姬小荣

电话:010-62030652 62030650

附件:城乡居民基本医疗保险(新型农村合作医疗)跨省就医联网结报服务框架协议

国家卫生计生委办公厅

2017年2月13日

附件

城乡居民基本医疗保险（新型农村合作医疗）
跨省就医联网结报服务框架协议

甲方：省级新农合管理机构（或结算机构）

乙方：跨省就医联网结报定点医疗机构

丙方：中国医学科学院医学信息研究所（国家卫生计生委异地就医结算管理中心〈筹〉）

丁方：中国人寿保险股份有限公司

为贯彻落实国家卫生计生委、财政部联合印发《关于做好新型农村合作医疗跨省就医费用核查和结报工作的指导意见》（国卫基层发〔2015〕46号）和《关于印发全国新型农村合作医疗异地就医联网结报实施方案的通知》（国卫基层发〔2016〕23号）的要求，推进新型农村合作医疗（简称新农合）跨省就医联网结报工作，国家卫生计生委委托中国医学科学院医学信息研究所承担异地就医结算管理职能，甲、乙、丙、丁四方在自愿、平等的前提下，参加跨省就医联网结报工作，并就有关事项约定如下：

甲方的责任与义务

第一条 统筹管理本省各统筹地区跨省就医结算事务，负责以多种有效方式向参合农民广泛宣传乙方提供即时结报服务的情况，确定辖区内参与新农合跨省就医联网结报的统筹地区范围（附件1）。

第二条 建立规范有序的跨省就医转诊制度，对于确需转诊到省外就医的患者，规范做好转诊申请登记，由参合地经办机构（或指定的其他机构）发起转诊，转诊患者参合信息及身份信息经省级新农合信息平台（简称省级平台）传输至国家新农合信息平台（简称国家平台）。通过国家平台及时接收乙方返回的住院登记信息。在办理转诊的同时，须告知患者外出就医携带转诊证明、身份证、参合证/卡，方可享受跨省就医即时结报服务。转诊流程须符合《国家卫生计生委办公厅关于印发新型农村合作医疗跨省就医联网结报转诊流程与信息交换操作规范（试行）的通知》（国卫办基层函〔2016〕900号）中的要求。

第三条 在跨省就医患者办理出院手续时，接收乙方提供的住院费用信息以及病案首页信息，在甲方省级平台计算补偿结果，然后经国家平台将该补偿结果返回乙方信息系统，作为结算补偿的依据。

第四条 在参合患者就医补偿时，运用就医地相关目录，并根据参合地补偿政策标准进行报销。

第五条 每月10日，接收到丙方提交的以下四种跨省就医联网结报垫付资金申请材料：出院结算发票、《XX省（就医省份）城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医结报垫付资金回款申请单》（附件2-1）、《XX省（就医省份）城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医资金回款申请明细表》（附件2-2）和《XX医院城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医结报住院费用结算单》（附件3-4）后，当月30日前完成结算单审核确认工作，一次性将审核确认的跨省就医垫付资金拨付给丁方，并将拨付情况通知丙方，同时向丙方出具《XX省城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医资金拨付单》（附件4-1）、《XX省城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医回款拨付明细表》（附件4-2）。

第六条 对于第五条审核过程中认定需要扣减的费用，须在拨付前5个工作日内，出具书面说明

逐项说明扣减原因和相关依据，并发回乙方做好充分沟通，如双方对扣减费用存在争议，可向国家卫生计生委提出书面申请，由国家卫生计生委根据核实的情况和专家会审意见裁定。对于拨付回款前协商一致的扣减费用可在当期向丁方的回款中予以扣除；对于拨付回款之后协商一致的扣减费用，甲方在对丁方的下期回款中进行扣除。在当期拨付前无法协商一致且尚未经专家会审裁定的扣减费用，甲方应先按乙方垫付的金额向丁方全额拨款。

第七条 甲方协调所属统筹地区，配合乙方进行患者身份识别等工作。如参合患者因同时需经商业医疗保险、民政救助等其他渠道享受补偿待遇，须为患者出具相关证明。

第八条 确定专职人员（附件 5），保持通讯通畅，确保网络信息连接等业务正常开展。

乙方的责任与义务

第九条 在显著位置设置有明显标识的新农合即时结报窗口，配置计算机、复印机等必要的办公设备，为本协议合作省份转诊的参合患者提供出院即时结报服务。

第十条 在跨省就医参合患者就医时，接到患者参合省的转诊申请后，按照本院业务流程及时向患者提供诊疗服务。为患者办理住院登记手续时，认真核实患者身份，确保实名制就医，并将住院登记信息上传至国家平台。

第十一条 对于不能及时提供相关材料的，一次性告知患者在出院结算前补齐材料；如患者在出院结算时仍未补齐材料，乙方不能为患者提供跨省就医即时结报服务。

第十二条 不得擅自更改患者的姓名、性别、出生日期及参合信息。

第十三条 严格按照诊疗规范提供服务，做到合理施治。

第十四条 按照国家平台提供的接口计算垫付资金和患者自付资金。结算以患者出院时汇总清单数据为依据并打包上传。暂不考虑中途结算。

第十五条 垫付新农合基金可报销费用，留存出院结算发票，如患者同时需经商业医疗保险、民政救助等其他渠道享受补偿待遇，须告知患者由甲方出具相关证明。

第十六条 在进行回款申请之前，应将患者出院诊断、住院费用信息（出院结算时，需标识保内费用和保外费用）以及病案首页信息（出院 15 个工作日内）上传至国家平台，供参合省结算中心抽检，如因信息上传障碍等原因，无法审核使用，须同患者参合省结算中心协商解决。

第十七条 每月 5 日前，汇总上月 1 日 00:00 点至上月最后一日 24:00 点（汇总时间以出院结算时间为准）患者费用信息，向丙方提交以下五种纸质材料作为申请垫付资金回款的终审材料：出院结算发票、《XX 医院城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医结报垫付资金回款申请单》（附件 3-1）、《XX 医院城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医结报垫付资金回款申请汇总表》（附件 3-2）、《XX 医院城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医结报住院费用及补偿明细表》（附件 3-3）、《XX 医院城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医结报住院费用结算单》（附件 3-4）。乙方对材料的真实性负责。

第十八条 如丁方已为乙方中的医疗机构垫付的回款资金中存在与甲方中的参合省协商一致的应扣减费用和专家会审裁定的违规费用，但自该参合省对丁方回款扣除之日起 90 天内丁方未能从对乙方的回款中予以扣除的，乙方相应的医疗机构须对上述差额回款予以返还，差额回款时间距收到丁方最后一笔回款资金的时间应不长于 90 天。

第十九条 确定专职人员（附件 5），保持通讯通畅，确保网络信息连接等业务正常开展。

丙方的责任与义务

第二十条 承担国家卫生计生委异地就医结算管理职能，委托丁方设立银行专用账户，作为资金结算通道。

第二十一条 负责对丁方提供的垫付资金额度在合作省份间进行分配。

第二十二条 组织乙方申请跨省就医垫付资金，督促丁方及时向乙方拨付跨省就医垫付资金；督促甲方及时审核垫付资金回款申请，向丁方及时回款。

第二十三条 每月 5 日前，接收并归档乙方提交的垫付资金回款申请纸质材料，包括出院结算发票、《XX 医院城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医结报垫付资金回款申请单》（附件 3-1）、《XX 医院城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医结报垫付资金回款申请汇总表》（附件 3-2）、《XX 医院城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医结报住院费用及补偿明细表》（附件 3-3）、《XX 医院城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医结报住院费用结算单》（附件 3-4）。

第二十四条 每月 10 日前，向甲方提交乙方垫付资金回款申请纸质材料（以就医省为单位），包括出院结算发票、《XX 省（就医省份）城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医结报垫付资金回款申请单》（附件 2-1）、《XX 省（就医省份）城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医资金回款申请明细表》（附件 2-2）和《XX 医院城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医结报住院费用结算单》（附件 3-4），同时将附件 2-1、附件 2-2、附件 3-2 的复印件以及电子信息流发送至丁方，丙方应保证纸质单据与电子信息流的一致、准确。

第二十五条 每月 15 日前，在收到丁方已向乙方拨付垫付资金回款信息后，向乙方提交《XX 医院城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医医疗机构垫付资金回款拨付明细表》（附件 2-3）。

第二十六条 根据《新农合跨省就医联网结报数据交换技术方案》联通各方信息系统，督促各方与国家平台及时交换跨省就医转诊信息、诊疗信息、费用信息、补偿信息和资金流转信息。

第二十七条 定期汇总跨省就医联网结报工作进展，对服务签约情况、系统联通情况、资金结算情况进行公示，做好监督考核工作。

丁方的责任与义务

第二十八条 开设银行专用账户，用于参合患者跨省异地就医联网结报垫付资金的周转，该账户的支出仅限于向乙方支付跨省就医垫付资金和向丁方的指定账户回划资金，实行“封闭运行、专款专用”。

第二十九条 接收到丙方生成的《XX 省（就医省份）城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医结报垫付资金回款申请单》（附件 2-1）、《XX 省（就医省份）城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医资金回款申请明细表》（附件 2-2）后，每月 15 日前，按汇总表金额向乙方拨付垫付资金回款，对于甲乙双方已协商一致或国家卫生计生委专家会审意见确认的上期扣款金额在本期回款中予以扣除，回款后 5 个工作日内，将拨付情况通知丙方，并向丙方提交《XX 医院城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医医疗机构垫付资金回款拨付明细表》（附件 2-3）。

第三十条 对于共享交换的参合患者信息以及相关资料负有保密义务，不得向第三方泄露，不得用于其他用途。

纠纷解决及救济

第三十一条 甲方中未按协议约定的时间将丁方垫付的跨省就医结报资金拨付的省份，逾期 20 个工作日仍未回款的，在催促无效、协商无果的情况下，丁方可以中止与该省的合作关系，由此产生的一切后果由该省承担。但丁方必须事先书面告知其他各方。该省结算中心仍须及时拨付丁方已经垫付的回款资金。

第三十二条 丁方未按协议约定在规定时间内将乙方垫付的跨省就医结报资金拨付的，逾期 20 个工作日仍未回款的，在催促无效、协商无果的情况下，乙方可以中止为合作省份参合患者提供跨省就医联网结报服务，由此产生的相应后果由丁方承担。但乙方必须事先书面告知其他各方。相关省份结算中心仍须及时拨付乙方已经垫付的资金。

第三十三条 若任何一方或多方发生违约行为，超过 20 个工作日还未执行，守约方有权终止与违约方的合作关系，并上报至国家卫生计生委，由国家卫生计生委组织专家进行审核，并根据专家会审意见进行协调解决。

其他事项

第三十四条 签约各方在本协议签订后确有其他事项需要说明的，可另行签订书面补充协议，与本协议具有同等法律效力。

第三十五条 本协议自签署之日生效，期限为 1 年。

第三十六条 如协议期满后各方对继续履行协议无异议，无需另行续签书面协议，本协议自动续期。

第三十七条 针对本协议约定的事宜，在执行过程中产生的纠纷，可协商解决。协商未果时，任何一方可向国家卫生计生委提出书面申请，由国家卫生计生委组织专家进行审核，并根据专家会审意见进行协调解决。

第三十八条 任何一方若提前终止本协议，须提前 30 个工作日向国家卫生计生委提出申请，在国家卫生计生委未同意终止本协议之前，仍应继续履行本协议约定的法律义务。

第三十九条 所属附件、所附签章页是本协议的组成部分，与本协议具有同等法律效力。

第四十条 本协议所指的新农合是指由卫生计生部门管理的城乡居民基本医疗保险或新型农村合作医疗制度。

第四十一条 截止至本协议签署之日，参加签约的省级新农合管理机构（或结算机构）及医疗机构名单如下：

省级新农合管理机构（或结算机构）	医疗机构
省新型农村合作医疗结算中心 1	医院 1
省新型农村合作医疗结算中心 2	医院 2
省新型农村合作医疗结算中心 3	医院 3
省新型农村合作医疗结算中心 4	医院 4
省新型农村合作医疗结算中心 5	医院 5
省新型农村合作医疗结算中心 6	医院 6
省新型农村合作医疗结算中心 N	医院 N

甲方签章页 1:

XX 省新型农村合作医疗结算中心

本单位已仔细阅读《城乡居民基本医疗保险(新型农村合作医疗)跨省就医联网结报服务框架协议》内容,对各项条款的含义已全部知晓并充分理解,自愿履行协议中甲方的责任义务。

本页提供的约定账户为本单位跨省就医联网结报使用账户,账户状态正常,如有不符,责任自负。

XX 省新型农村合作医疗结算中心

开户银行

户 名

账 号

联 系 人(负责人)

联系电话

(法人代表或授权代表签名)

(单位章)

年 月 日

甲方签章页 2:

XX 省新型农村合作医疗结算中心

本单位已仔细阅读《城乡居民基本医疗保险(新型农村合作医疗)跨省就医联网结报服务框架协议》内容,对各项条款的含义已全部知晓并充分理解,自愿履行协议中甲方的责任义务。

本页提供的约定账户为本单位跨省就医联网结报使用账户,账户状态正常,如有不符,责任自负。

XX 省新型农村合作医疗结算中心

开户银行

户 名

账 号

联 系 人(负责人)

联系电话

(法人代表或授权代表签名)

(单位章)

年 月 日

乙方签章页 1:

XX 医院

本单位已仔细阅读《城乡居民基本医疗保险(新型农村合作医疗)跨省就医联网结报服务框架协议》内容,对各项条款的含义已全部知晓并充分理解,自愿履行协议中乙方的责任义务。

本页提供的约定账户为本单位跨省就医联网结报使用账户,账户状态正常,如有不符,责任自负。

XX 医院

开户银行

户 名

账 号

联 系 人(负责人)

联系电话

(法人代表或授权代表签名)

(单位章)

年 月 日

乙方签章页 1:

XX 医院

本单位已仔细阅读《城乡居民基本医疗保险(新型农村合作医疗)跨省就医联网结报服务框架协议》内容,对各项条款的含义已全部知晓并充分理解,自愿履行协议中乙方的责任义务。

本页提供的约定账户为本单位跨省就医联网结报使用账户,账户状态正常,如有不符,责任自负。

XX 医院

开户银行

户 名

账 号

联 系 人(负责人)

联系电话

(法人代表或授权代表签名)

(单位章)

年 月 日

乙方签章页 2:

XX 医院

本单位已仔细阅读《城乡居民基本医疗保险(新型农村合作医疗)跨省就医联网结报服务框架协议》内容,对各项条款的含义已全部知晓并充分理解,自愿履行协议中乙方的责任义务。

本页提供的约定账户为本单位跨省就医联网结报使用账户,账户状态正常,如有不符,责任自负。

XX 医院

开户银行

户 名

账 号

联 系 人(负责人)

联系电话

(法人代表或授权代表签名)

(单位章)

年 月 日

丙方签章页：

中国医学科学院医学信息研究所（国家卫生计生委异地就医结算管理中心〈筹〉）

本单位已仔细阅读《城乡居民基本医疗保险（新型农村合作医疗）跨省就医联网结报服务框架协议》内容，对各项条款的含义已全部知晓并充分理解，自愿履行协议中丙方的责任义务。

本页提供的约定账户为本单位跨省就医联网结报使用账户，账户状态正常，如有不符，责任自负。

中国医学科学院医学信息研究所

联 系 人

联系电话

（法人代表或授权代表签名）

（单位章）

年 月 日

丁方签章页：

中国人寿保险股份有限公司

本单位已仔细阅读《城乡居民基本医疗保险(新型农村合作医疗)跨省就医联网结报服务框架协议》
内容，对各项条款的含义已全部知晓并充分理解，自愿履行协议中丁方的责任义务。

本页提供的约定账户为本单位跨省就医联网结报使用账户，账户状态正常，如有不符，责任自负。

中国人寿保险股份有限公司

开户银行

户 名

账 号

联 系 人

联系电话

(法人代表或授权代表签名)

(单位章)

年 月 日

附件 1

参与新农合跨省就医联网结算统筹地区

地区（单位）	负责人	联系人	联系方式
XX 省 XX 县卫生计生委			
XX 省 XX 县卫生计生委			
XX 省 XX 区卫生计生委			
XX 省 XX 市卫生计生委			

附件 2 丙方生成材料

附件 2-1 XX 省（就医省份）城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医结算垫付资金回款申请单

XX 省（就医省份）城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医结算垫付资金回款申请单				
丙方（盖章）：		XX 省新农合结算中心		所属期： 2017-xx-xx —— 2017-xx-xx
补偿项目	补偿人次	总费用（元）	可补偿费用（元）	实际补偿金额（元）
住院补偿				
住院分级（定额补偿）				
重大疾病补偿				
总计				
本期申请结算资金	¥：	（大写）：		
本期拨付资金	¥：	（大写）：		
单位账户名称				
开户银行				
账号				
制表人： 负责人：				

注：丙方（中国医学科学院医学信息研究所）向甲方（参合省结算中心）提交。

附件 2 丙方生成材料

附件 2-2 XX 省（就医省份）城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医资金回款申请明细表

XX 省（就医省份）城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医资金回款申请明细表			
序号	医疗机构名称	应付金额（元）	实付金额（元）

注：丙方（中国医学科学院医学信息研究所）向甲方（参合省结算中心）提交。

附件 2 丙方生成材料

附件 2-3 XX 医院城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医医疗机构垫付资金回款拨付明细表

XX 医院城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医医疗机构垫付资金回款拨付明细表					
序号	参合省份名称	应付金额（元）	实付金额（元）	上期扣款金额（元）	
丁方（盖章）： 丙方（盖章）：		医疗机构：		所属期： 2017-xx-xx —— 2017-xx-xx	

注：丁方（中国人寿）向丙方（中国医学科学院医学信息研究所）提交，丙方向乙方（医疗机构）提交。

附件 3 乙方生成材料

附件 3-1 XX 医院城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医结算垫付资金回款申请单

XX 医院城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医结算垫付资金回款申请单				
医疗机构名称（盖章）：			所属期：2017-xx-xx —— 2017-xx-xx	
补偿项目	补偿人次	总费用（元）	可补偿费用（元）	实际补偿金额（元）
住院补偿				
住院分级（定额补偿）				
重大疾病补偿				
总计				
本期申请结算资金	¥：	（大写）：		
本期拨付资金	¥：	（大写）：		
单位账户名称				
开户银行				
账号				
制表人：单位负责人（账务负责人）：				

注：乙方（医疗机构）向丙方（中国医学科学院医学信息研究所）提交垫付资金总体情况。

附件 3 乙方生成材料

附件 3-2 XX 医院城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医结算垫付资金回款申请汇总表

XX 医院城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医结算垫付资金回款申请汇总表				
医疗机构名称（盖章）：		所属期： 2017-xx-xx —— 2017-xx-xx		
患者所在省份	补偿人次	总费用（元）	可补偿费用（元）	实际补偿金额（元）
省 1				
省 2				
省 3				
省 4				
省 5				
省 6				
省 7				
省 N				
总计				
制表人：			单位负责人（财务负责人）：	

注：乙方（医疗机构）向丙方（中国医学科学院医学信息研究所）提交垫付资金分省情况。

附件 3 乙方生成材料

附件 3-3 XX 医院城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医结报住院费用及补偿明细表

XX 医院城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医结报住院费用及补偿明细表													
医疗机构名称（盖章）：			所属期：2017-xx-xx —— 2017-xx-xx							单位：元			
序号	姓名	身份证号码	省（区、市）	统筹地区	疾病名称	入院时间	出院时间	住院天数	总费用	可补费用	实际金额	联系电话	行政区划
1													
2													
3													
N													
合计													
填报人：联系电话：制表时间：													

注：乙方（医疗机构）向丙方（中国医学科学院医学信息研究所）提交垫付资金明细情况。

附件 3 乙方生成材料
附件 3-4 XX 医院城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医结报住院费用结算单

XX 医院城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医结报住院费用结算单

患者姓名

身份证号

年

龄

医疗机构名称

住院号

主要诊断

入院日期

出院日期

住院天数

共 X 天

结账日期

单位：元（保留两位小数）

项目	金额	项目	金额	项目	金额
床位费		中草药费		手术费	
西药费		化验费		检查费	
中成药费		治疗费		卫生材料费	
总费用		可补费用		不可补费用	
单病种可补费用		单病种补偿费用		大病可补费用	
直报金额（小写）		直报金额（大写）		起付线	
自付金额（小写）		自付金额（大写）		封顶线	
患者地址				联系电话	
医院经办人		医疗机构经科室		日期	
				患者 / 家属签字	

注：按照财政部卫生部关于印发《医疗收费票据使用管理办法》的通知规定，将结算单的项目分为：床位费、诊查费、检查费、化验费、治疗费、手术费、护理费、卫生材料费、西药费、中成药费、中草药费、药事服务费、一般诊疗费、其他住院费。

附件 4 甲方生成材料

附件 4-1 XX 省（参合省份）城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医资金拨付单

XX 省（参合省份）城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医资金拨付单		
XX 省新农合结算中心（盖章）：		所属期： 2017-xx-xx —— 2017-xx-xx
应付金额 (小写)		大写
实付金额 (小写)		大写
扣减金额 (小写)		大写

单位负责人：

审核人：

填表人：

打印日期：

注：甲方（参合省结算中心）向丙方（中国医学科学院医学信息研究所）提交

附件 4 甲方生成材料

附件 4-2 XX 省（参合省份）城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医资金回款拨付明细表

XX 省（参合省份）城乡居民基本医疗保险（新农合）跨省就医资金回款拨付明细表				
XX 省新农合结算中心（盖章）：		所属期： 2017-xx-xx —— 2017-xx-xx		
序号	医疗机构名称	应付金额（元）	实付金额（元）	扣减金额（元）
合计				

注：甲方（参合省结算中心）向丙方（中国医学科学院医学信息研究所）提交

附件 5 跨省就医结算联系人名录

跨省就医结算联系人名录

序号	单位	姓名	部门及职务	联系方式
1				
2				
3				
4				

国家卫生计生委办公厅关于印发 造血干细胞移植技术管理规范（2017 年版）等 15 个“限制临床应用” 医疗技术管理规范和质量控制指标的通知

国卫办医发〔2017〕7 号

各省、自治区、直辖市卫生计生委，新疆生产建设兵团卫生局：

为进一步加强医疗技术临床应用事中事后监管，做好“限制临床应用”医疗技术的临床应用管理工作，规范临床行为，保障医疗质量和医疗安全，我委组织制（修）订了《造血干细胞移植技术管理规范（2017 年版）》等 15 个“限制临床应用”的医疗技术管理规范，并制定了相应技术的质量控制指标（可从国家卫生计生委网站下载）。现印发给你们，请遵照执行。

2009 年 11 月 13 日印发的《变性手术技术管理规范（试行）》（卫办医政发〔2009〕185 号）、《心室辅助装置应用技术管理规范（试行）》（卫办医政发〔2009〕186 号）、《放射性粒子植入治疗技术管理规范（试行）》（卫办医政发〔2009〕187 号）、《肿瘤深部热疗和全身热疗技术管理规范（试行）》（卫办医政发〔2009〕188 号）、《脐带血造血干细胞治疗技术管理规范（试行）》（卫办医政发〔2009〕189 号）、《肿瘤消融治疗技术管理规范（试行）》（卫办医政发〔2009〕190 号）、《口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治技术管理规范（试行）》（卫办医政发〔2009〕191 号）、《颅颌面畸形颌面外科矫治技术管理规范（试行）》（卫办医政发〔2009〕192 号）、《口腔颌面部恶性肿瘤放射性粒子植入治疗技术管理规范（试行）》（卫办医政发〔2009〕193 号）、《颜面部同种异体器官移植技术管理规范（试行）》（卫办医政发〔2009〕194 号）、《基因芯片诊断技术管理规范（试行）》（卫办医政发〔2009〕195 号）、《人工智能辅助诊断技术管理规范（试行）》（卫办医政发〔2009〕196 号）、《人工智能辅助治疗技术管理规范（试行）》（卫办医政发〔2009〕197 号）、《质子和重离子加速器放射治疗技术管理规范（试行）》（卫办医政发〔2009〕198 号）、《组织工程化组织移植治疗技术管理规范（试行）》（卫办医政发〔2009〕199 号）同时废止。

附件

1. 造血干细胞移植技术管理规范（2017 版）
2. 造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标（2017 版）
3. 同种胰岛移植技术管理规范（2017 版）
4. 同种胰岛移植技术临床应用质量控制指标（2017 版）
5. 同种异体运动系统结构性组织移植技术管理规范（2017 版）
6. 同种异体运动系统结构性组织移植技术临床应用质量控制指标（2017 版）
7. 同种异体角膜移植技术管理规范（2017 版）
8. 同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标（2017 版）
9. 同种异体皮肤移植技术管理规范（2017 版）
10. 同种异体皮肤移植技术临床应用质量控制指标（2017 版）
11. 性别重置技术管理规范（2017 版）
12. 性别重置技术临床应用质量控制指标（2017 版）

13. 质子和重离子加速器放射治疗技术管理规范（2017 版）
 14. 质子和重离子加速器放射治疗技术临床应用质量控制指标（2017 版）
 15. 放射性粒子植入治疗技术管理规范（2017 版）
 16. 放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标（2017 版）
 17. 肿瘤深部热疗和全身热疗技术管理规范（2017 版）
 18. 肿瘤深部热疗和全身热疗技术临床应用质量控制指标（2017 版）
 19. 肿瘤消融治疗技术管理规范（2017 版）
 20. 肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标（2017 版）
 21. 心室辅助技术管理规范（2017 版）
 22. 心室辅助技术临床应用质量控制指标（2017 版）
 23. 人工智能辅助诊断技术管理规范（2017 版）
 24. 人工智能辅助诊断技术临床应用质量控制指标（2017 版）
 25. 人工智能辅助治疗技术管理规范（2017 版）
 26. 人工智能辅助治疗技术临床应用质量控制指标（2017 版）
 27. 颅颌面畸形颅面外科矫治技术管理规范（2017 版）
 28. 颅颌面畸形颅面外科矫治技术临床应用质量控制指标（2017 版）
 29. 口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治技术管理规范（2017 版）
 30. 口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治技术临床应用质量控制指标（2017 版）
- （请见国家卫生计生委官方网站 http://www.nhfpc.gov.cn/mohbgt/pwsbgb/wsbg_index.shtml）

国家卫生计生委办公厅

2017 年 2 月 14 日

关于印发电子病历应用管理规范（试行）的通知

国卫办医发〔2017〕8 号

各省、自治区、直辖市卫生计生委、中医药管理局，新疆生产建设兵团卫生局：

为贯彻落实全国卫生与健康大会精神及深化医药卫生体制改革有关要求，规范电子病历临床使用与管理，促进电子病历有效共享，推进医疗机构信息化建设，国家卫生计生委、国家中医药管理局组织制定了《电子病历应用管理规范（试行）》。现印发给你们，请遵照执行。

国家卫生计生委办公厅 国家中医药管理局办公室

2017 年 2 月 15 日

电子病历应用管理规范 (试行)

第一章 总 则

第一条 为规范医疗机构电子病历(含中医电子病历,下同)应用管理,满足临床工作需要,保障医疗质量和医疗安全,保证医患双方合法权益,根据《中华人民共和国执业医师法》、《中华人民共和国电子签名法》、《医疗机构管理条例》等法律法规,制定本规范。

第二条 实施电子病历的医疗机构,其电子病历的建立、记录、修改、使用、保存和管理等适用本规范。

第三条 电子病历是指医务人员在医疗活动过程中,使用信息系统生成的文字、符号、图表、图形、数字、影像等数字化信息,并能实现存储、管理、传输和重现的医疗记录,是病历的一种记录形式,包括门(急)诊病历和住院病历。

第四条 电子病历系统是指医疗机构内部支持电子病历信息的采集、存储、访问和在线帮助,并围绕提高医疗质量、保障医疗安全、提高医疗效率而提供信息处理和智能化服务功能的计算机信息系统。

第五条 国家卫生计生委和国家中医药管理局负责指导全国电子病历应用管理工作。地方各级卫生计生行政部门(含中医药管理部门)负责本行政区域内的电子病历应用监督管理工作。

第二章 电子病历的基本要求

第六条 医疗机构应用电子病历应当具备以下条件:

- (一)具有专门的技术支持部门和人员,负责电子病历相关信息系统建设、运行和维护等工作;具有专门的管理部门和人员,负责电子病历的业务监管等工作;
- (二)建立、健全电子病历使用的相关制度和规程;
- (三)具备电子病历的安全管理体系和安全保障机制;
- (四)具备对电子病历创建、修改、归档等操作的追溯能力;
- (五)其他有关法律、法规、规范性文件及省级卫生计生行政部门规定的条件。

第七条 《医疗机构病历管理规定(2013年版)》、《病历书写基本规范》、《中医病历书写基本规范》适用于电子病历管理。

第八条 电子病历使用的术语、编码、模板和数据应符合相关行业标准 and 规范的要求,在保障信息安全的前提下,促进电子病历信息有效共享。

第九条 电子病历系统应当为操作人员提供专有的身份标识和识别手段,并设置相应权限。操作人员对本人身份标识的使用负责。

第十条 有条件的医疗机构电子病历系统可以使用电子签名进行身份认证,可靠的电子签名与手写签名或盖章具有同等的法律效力。

第十一条 电子病历系统应当采用权威可靠时间源。

第三章 电子病历的书写与存储

第十二条 医疗机构使用电子病历系统进行病历书写，应当遵循客观、真实、准确、及时、完整、规范的原则。

门（急）诊病历书写内容包括门（急）诊病历首页、病历记录、化验报告、医学影像检查资料等。

住院病历书写内容包括住院病案首页、入院记录、病程记录、手术同意书、麻醉同意书、输血治疗知情同意书、特殊检查（特殊治疗）同意书、病危（重）通知单、医嘱单、辅助检查报告单、体温单、医学影像检查报告、病理报告单等。

第十三条 医疗机构应当为患者电子病历赋予唯一患者身份标识，以确保患者基本信息及其医疗记录的真实性、一致性、连续性、完整性。

第十四条 电子病历系统应当对操作人员进行身份识别，并保存历次操作印痕，标记操作时间和操作人员信息，并保证历次操作印痕、标记操作时间和操作人员信息可查询、可追溯。

第十五条 医务人员采用身份标识登录电子病历系统完成书写、审阅、修改等操作并予以确认后，系统应当显示医务人员姓名及完成时间。

第十六条 电子病历系统应当设置医务人员书写、审阅、修改的权限和时限。实习医务人员、试用期医务人员记录的病历，应当由具有本医疗机构执业资格的上级医务人员审阅、修改并予以确认。上级医务人员审阅、修改、确认电子病历内容时，电子病历系统应当进行身份识别、保存历次操作痕迹、标记准确的操作时间和操作人员信息。

第十七条 电子病历应当设置归档状态，医疗机构应当按照病历管理相关规定，在患者门（急）诊就诊结束或出院后，适时将电子病历转为归档状态。电子病历归档后原则上不得修改，特殊情况下确需修改的，经医疗机构医务部门批准后进行修改并保留修改痕迹。

第十八条 医疗机构因存档等需要可以将电子病历打印后与非电子化的资料合并形成病案保存。具备条件的医疗机构可以对知情同意书、植入材料条形码等非电子化的资料进行数字化采集后纳入电子病历系统管理，原件另行妥善保存。

第十九条 门（急）诊电子病历由医疗机构保管的，保存时间自患者最后一次就诊之日起不少于 15 年；住院电子病历保存时间自患者最后一次出院之日起不少于 30 年。

第四章 电子病历的使用

第二十条 电子病历系统应当设置病历查阅权限，并保证医务人员查阅病历的需要，能够及时提供并完整呈现该患者的电子病历资料。呈现的电子病历应当显示患者个人信息、诊疗记录、记录时间及记录人员、上级审核人员的姓名等。

第二十一条 医疗机构应当为申请人提供电子病历的复制服务。医疗机构可以提供电子版或打印版病历。复制的电子病历文档应当可供独立读取，打印的电子病历纸质版应当加盖医疗机构病历管理专用章。

第二十二条 有条件的医疗机构可以为患者提供医学影像检查图像、手术录像、介入操作录像等电子资料复制服务。

第五章 电子病历的封存

第二十三条 依法需要封存电子病历时，应当在医疗机构或者其委托代理人、患者或者其代理人双方共同在场的情况下，对电子病历共同进行确认，并进行复制后封存。封存的电子病历复制件可以是电子版；也可以对打印的纸质版进行复印，并加盖病案管理章后进行封存。

第二十四条 封存的电子病历复制件应当满足以下技术条件及要求：

- （一）储存于独立可靠的存储介质，并由医患双方或双方代理人共同签封；
- （二）可在原系统内读取，但不可修改；
- （三）操作痕迹、操作时间、操作人员信息可查询、可追溯；
- （四）其他有关法律、法规、规范性文件和省级卫生计生行政部门规定的条件及要求。

第二十五条 封存后电子病历的原件可以继续使用。电子病历尚未完成，需要封存时，可以对已完成的电子病历先行封存，当医务人员按照规定完成后，再对新完成部分进行封存。

第六章 附 则

第二十六条 本规范所称的电子签名，是指《电子签名法》第二条规定的数据电文中以电子形式所含、所附用于识别签名人身份并表明签名人认可其中内容的数据。“可靠的电子签名”是指符合《电子签名法》第十三条有关条件的电子签名。

第二十七条 本规范所称电子病历操作人员包括使用电子病历系统的医务人员，维护、管理电子病历信息系统的技术人员和实施电子病历质量监管的行政管理人员。

第二十八条 本规范所称电子病历书写是指医务人员使用电子病历系统，对通过问诊、查体、辅助检查、诊断、治疗、护理等医疗活动获得的有关资料进行归纳、分析、整理形成医疗活动记录的行为。

第二十九条 省级卫生计生行政部门可根据本规范制定实施细则。

第三十条 《电子病历基本规范（试行）》（卫医政发〔2010〕24号）、《中医电子病历基本规范（试行）》（国中医药发〔2010〕18号）同时废止。

第三十一条 本规范自2017年4月1日起施行。

国家卫生计生委办公厅关于印发早产儿保健工作规范的通知

国卫办妇幼发〔2017〕9号

各省、自治区、直辖市卫生计生委，新疆生产建设兵团卫生局：

为进一步规范早产儿保健工作，提高早产儿医疗保健水平，改善早产儿生存质量，根据《中华人民共和国母婴保健法》及其实施办法，我们组织制定了《早产儿保健工作规范》。现印发给你们，请遵照执行。

国家卫生计生委办公厅

2017年2月22日

早产儿保健工作规范

根据《中华人民共和国母婴保健法》及其实施办法，为提高早产儿医疗保健水平，改善早产儿生存质量，提高出生人口素质，制定本规范。

一、定义范围

（一）早产儿是指胎龄<37周出生的新生儿，是新生儿死亡发生的重点人群，也是易发生远期健康问题的高危人群。本规范将早产儿分为：

1. 低危早产儿：胎龄 ≥ 34 周且出生体重 ≥ 2000 克，无早期严重合并症及并发症、生后早期体重增长良好的早产儿。

2. 高危早产儿：胎龄<34周或出生体重<2000克、存在早期严重合并症或并发症、生后早期喂养困难、体重增长缓慢等任何一种异常情况的早产儿。

（二）早产儿保健是指各级各类医疗机构为早产儿提供的医疗保健服务。

（三）早产儿专案管理是指按照本规范要求定期对早产儿进行生长发育监测和指导等综合管理。

（四）一般情况下，评价生长发育时建议使用矫正年龄至24月龄。小于28周出生的早产儿，可使用矫正年龄至36月龄。

二、工作职责

（一）卫生计生行政部门

1. 加强妇幼保健服务机构能力建设，提高早产儿救治和保健服务能力。制订辖区内早产儿保健工作规范实施方案，并负责组织实施。

2. 建立健全辖区内早产儿会诊、转诊网络体系，明确各级机构职责。

3. 组织成立由相关学科专家组成的儿童保健技术指导组。

4. 建立健全辖区内妇幼保健信息系统，监督管理早产儿保健信息的收集、上报工作。

5. 组织开展新生儿死亡评审工作。

（二）妇幼保健机构

1. 组织儿童保健技术指导组对辖区内各级医疗机构的早产儿保健工作进行技术指导与评价。

2. 组织开展辖区内早产儿医疗保健业务培训，推广适宜技术。

3. 负责指导和开展本辖区早产儿健康教育工作，制订健康教育工作计划，开发适宜的健康教育材料。

4. 负责早产儿保健相关信息的管理工作。

5. 结合新生儿死亡评审工作，针对早产儿死亡开展评审。

6. 按当地儿童保健分级服务规定，提供与本级职责和能力相适应的早产儿保健服务。

（三）基层医疗卫生机构

基层医疗卫生机构负责辖区内早产儿的登记、转诊及信息上报工作。有条件的基层医疗卫生机构负责辖区内低危早产儿专案管理。

（四）其他医疗机构

1. 遵照本规范、相关疾病诊疗规范、技术指南及建议等，为早产儿提供与本级职责和能力相适应的医疗保健服务。

2. 县级及以上医疗机构的新生儿科或儿科要承担与能力相适应的早产儿救治工作和/或提供早产儿保健服务。

3. 县级及以上医疗机构由相关科室负责早产儿专案管理，并按要求报送相关信息报表。

三、早产儿保健管理

（一）住院前管理

1. 对有早产高危因素的孕妇按照相关规范及指南进行管理。

2. 早产儿出生时应有具备早产儿复苏能力的人员参与现场复苏和评估。

3. 对早产儿进行评估后, 决定是否转入儿科或留在产科。

4. 缺乏危重早产儿救治能力的医疗机构, 应尽可能宫内转诊。

(二) 住院期间管理

1. 对早产儿进行保暖、生命体征监测、预防医院内感染及发育支持性护理。

2. 安全用氧, 根据病情提供呼吸支持。

3. 根据早产儿状况提供相应的肠道内及肠道外营养。提倡早期喂养和鼓励母乳喂养, 根据早产儿具体情况及时补充相应的营养素。

4. 监测和评估体重、身长、头围及发育状况。

5. 按照相关规范或指南, 进行新生儿疾病筛查和早产儿视网膜病(ROP)筛查等。

6. 加强早产儿常见病及危重症识别。

7. 出院前对早产儿进行全面评估, 指导家长做好家庭准备、早产儿护理、喂养与疾病预防, 并告知家长随访的重要性及相关内容。

(三) 出院后管理

提供早产儿保健服务的机构, 在早产儿首次就诊时建立管理档案, 对早产儿进行专案管理。

1. 管理对象: 出院后至 36 月龄的早产儿。

2. 随访次数:

(1) 低危早产儿: 建议出院后至矫正 6 月龄内每 1-2 个月随访 1 次, 矫正 7-12 月龄内每 2-3 个月随访 1 次, 矫正 12 月龄后至少每半年随访 1 次。根据随访结果酌情增减随访次数。

(2) 高危早产儿: 建议出院后至矫正 1 月龄内每 2 周随访 1 次, 矫正 1-6 月龄内每 1 个月随访 1 次, 矫正 7-12 月龄内每 2 个月随访 1 次; 矫正 13-24 月龄内, 每 3 个月随访 1 次; 矫正 24 月龄后每半年随访 1 次。根据随访结果酌情增减随访次数。矫正 12 月龄后, 连续 2 次生长发育评估结果正常, 可转为低危早产儿管理。

3. 随访主要内容:

(1) 询问既往信息;

(2) 全身检查, 体格生长监测与评价;

(3) 神经心理行为发育监测与评估;

(4) 特殊检查: 早产儿视网膜病(ROP)筛查及儿童眼病筛查和视力检查、听力筛查, 以及其他必要的辅助检查;

(5) 喂养、护理、疾病预防及早期发展促进指导;

(6) 异常情况的早期识别和处理。

4. 转诊: 对随访中发现的诊断不明、治疗无效、神经心理行为发育可疑或异常儿, 及时转至相关专科或上级医疗机构就诊。

5. 结案: 体格生长及神经心理行为发育评价正常的早产儿, 实际年龄满 24 月龄时可以结案; 暂时不能结案者管理至 36 月龄时结案。结案后的早产儿转入儿童保健系统管理。

四、质量控制

(一) 国家卫生计生委负责全国早产儿保健工作管理和质量控制, 定期组织专家进行检查、督导和评价, 并通报质量控制结果。

(二) 省级卫生计生行政部门应当按照本规范、相关诊疗指南及建议, 结合当地工作实际情况, 制定早产儿保健工作质量控制方案和本地区质量评价标准。

(三) 各级卫生计生行政部门定期对辖区内医疗机构的早产儿保健工作进行质量检查与评价, 每年至少进行 1 次早产儿保健工作质量抽查。

(四) 各类医疗机构应当严格执行本规范、相关诊疗指南及建议。建立早产儿保健工作自查制度, 定期进行自查, 并接受卫生计生行政部门的质量检查。

五、信息管理

(一) 卫生计生行政部门。各级卫生计生行政部门负责早产儿保健工作的信息管理, 掌握早产儿的健康情况, 确定早产儿保健工作重点, 定

期对各级医疗机构的信息工作进行质量控制。

（二）妇幼保健机构。负责辖区内早产儿相关信息的收集、整理、汇总、分析、质控，报送上级妇幼保健机构及辖区卫生计生行政部门。信息主要包括：早产儿登记率、早产儿随访率、早产儿专案管理率和医疗机构早产儿发生率等。定期组织召开信息管理例会，并对信息管理相关人员进行培训。

（三）基层医疗卫生机构。基层医疗机构做好早产儿相关信息的登记、汇总，并按要求报送至辖区妇幼保健机构。

（四）其他医疗机构。对本机构早产儿相关信息进行登记、汇总，报送至辖区妇幼保健机构。

六、信息统计指标

（一）早产儿登记率：

统计年度辖区内出生的早产儿数为分母，其中登记人数为分子。

早产儿登记率 = (年度辖区内早产儿登记人数 / 同期辖区内出生的早产儿数) × 100%。

（二）早产儿专案管理率：

专案管理指完成标准次数的 80% 及以上。

统计本年度辖区内 1 岁以下早产儿数为分母，其中早产儿专案管理人数为分子。

早产儿专案管理率 = (年度辖区内早产儿专案管理人数 / 同期辖区内 1 岁以下早产儿数) × 100%。

（三）医疗机构早产儿发生率：

统计本年度某机构活产数为分母，其中胎龄 <37 周的早产儿数为分子。

医疗机构早产儿发生率 = (年度某机构出生的胎龄 <37 周的早产儿数 / 同期本机构活产数) × 100%。

附件：1. 早产儿保健服务指南

2. 早产儿出院后管理服务流程

附件 1

早产儿保健服务指南

一、住院前管理

（一）产前

1. 产科：及时处理孕期并发症 / 合并症，预测早产的发生，完成产前促胎肺成熟；及时与儿科沟通，开展围产讨论，评估母婴风险，确定处理方式和分娩地点。

2. 儿科：鼓励分娩前新生儿科医生与早产高风险孕妇及家属沟通，介绍可能出现的合并症及处理。

（二）早产儿复苏

所有早产儿出生时应有具备早产儿复苏能力的人员参与现场复苏和评估。按照《中国新生儿复苏指南》进行复苏，特别注意保暖、用氧和呼吸支持。

（三）早产儿住院指征

1. 出生体重小于 2000g 或胎龄 <34 周。
2. 虽然出生体重或胎龄超过以上标准，但存在以下任何一种情况：

- （1）新生儿窒息，产伤；
- （2）体温：异常；
- （3）皮肤：发绀、苍白、多血质貌、黄染、出血、水肿表现；
- （4）呼吸：呼吸暂停或呼吸困难（呼吸急促、呻吟、三凹征）；
- （5）循环：心率 / 心律异常、血压异常、末梢循环不良；
- （6）消化：喂养困难、呕吐、腹胀、大便异常、肝脾肿大；
- （7）神经：前囟饱满，意识、反应和肌张力异常，惊厥；

(8) 需进一步排除或治疗的先天畸形;

(9) 监测发现的其他异常,如血糖、胆红素、血常规等异常;

(10) 母亲为高危孕产妇:胎膜早破 >18 小时、产前或产时感染、药物滥用等。

(四) 危重早产儿转诊

1. 宫内转诊:不具备救治早产儿条件的医疗机构应及时将早

产高危孕妇转至具有母婴救治条件的医疗机构分娩。

2. 出生后转运:包括院内转运和院间转运。

(1) 转运前:评估,积极救治并维持生命体征稳定,完成病历资料的交接;

(2) 转运中:密切监护,持续保暖及生命支持治疗,做好监护及抢救记录;

(3) 转运后:与新生儿重症监护病房(NICU)接诊医生交接患儿情况、转运经过和主要治疗情况。

二、住院期间管理

(一) 护理及发育促进

1. 保暖:出生体重 <2000g 的早产儿应置于婴儿培养箱保暖,根据早产儿胎龄、日龄、体重和病情调节暖箱的温度及湿度,维持恒定的中性温度。

2. 生命体征监测:密切监测体温、心率、呼吸、血压、脉搏、血氧饱和度。

3. 发育支持性护理:注意新生儿病房的环境、早产儿体位,减少疼痛等不良刺激,集中操作护理,减少不必要的接触。采取适当的发育护理措施,如:新生儿抚触、视觉与听觉刺激等。生命体征稳定的早产儿推荐使用“袋鼠式护理”方法,即早产儿与妈妈进行皮肤接触,利于保暖,促进母乳喂养。

(二) 预防医院内感染

严格执行手卫生要求,严格遵守消毒隔离制度,做好病房环境细菌学监测,减少侵袭性操作,合理使用抗生素。

(三) 呼吸支持

1. 安全氧疗:呼吸支持期间保持早产儿动脉血氧分压 50-80mmHg;脉搏血氧饱和度 90%-95%,不宜超过 95%。鼻导管吸氧时建议使用空氧混合仪控制吸氧浓度。

2. 生后早期呼吸支持:对有新生儿呼吸窘迫综合征(RDS)风险的早产儿,有自主呼吸时尽早采用无创正压通气支持,罹患 RDS 的早产儿有指征地使用肺表面活性物质及恰当的呼吸支持,视病情调节呼吸支持方式。

3. 机械通气:采用小潮气量和允许性高碳酸血症的肺保护性通气策略,尽可能缩短机械通气时间。

(四) 营养支持

1. 母乳喂养:首选母乳喂养,生后尽早开奶,充分利用初乳。

2. 肠内营养:无先天性消化道畸形及其他严重疾患、血流动力学相对稳定的早产儿应尽早开始喂养,酌情使用微量肠道内营养策略。对出生体重 <2000g、胎龄 <34 周或有营养不良高危因素的早产儿,酌情使用营养强化,包括母乳强化剂或早产儿配方奶。根据早产儿的吸吮、吞咽、呼吸和三者间协调的发育成熟情况,选择经口喂养或管饲喂养。

3. 肠外营养:按照《中国新生儿营养支持临床应用指南》,及时给予肠外营养,持续至经胃肠道摄入达到所需总能量的 85%-90% 以上。

4. 营养状况的评价

(1) 生长评价:基本指标包括体重、身长和头围。早产儿在住院期间的生长参照正常胎儿宫内生长速度,采用胎儿宫内生长曲线图进行评价。早产儿住院期间应每日测体重,每周测身长和头围。

(2) 实验室指标:常用指标包括血常规、肝功能、碱性磷酸酶、钙和磷代谢等营养相关指标,住院期间每 1-2 周检测 1 次,发现异常征象进一步检查。

（五）疾病筛查

1. 听力筛查：听力的初筛和复查参照《新生儿听力筛查技术规范》执行。早产儿属于听力障碍高危人群，应在出院前进行自动听性脑干反应（AABR）检测。

2. 遗传代谢病：参照《新生儿疾病筛查技术规范》进行。

3. 早产儿视网膜病（ROP）：对出生体重<2000g、胎龄<32周、患有严重疾病或有明确较长时间吸氧史的早产儿，生后4-6周或矫正胎龄31-32周开始进行眼底病变筛查。检查由具有足够经验和相关知识的眼科医师进行。具体筛查方法参照《中国早产儿视网膜病变筛查指南》进行。

（六）常见病症的识别

密切监测，及时发现各系统异常，根据各疾病诊治指南或规范进行处理。

1. 呼吸系统：注意呼吸困难、呼吸暂停、青紫等症状，及时发现呼吸窘迫综合征、呼吸暂停、肺炎、支气管肺发育不良等。

2. 循环系统：注意心率、心律、血压、尿量、呼吸困难、青紫、心脏杂音及末梢循环状况，早期识别动脉导管未闭、肺动脉高压、休克及先天性心脏病等。

3. 消化系统：注意喂养困难、呕吐、胃潴留、胎便排出、大便性状、腹胀、肠鸣音及黄疸等情况，及时识别新生儿坏死性小肠结肠炎、消化道畸形及高胆红素血症等。

4. 神经系统：注意精神状态、呼吸暂停、惊厥、肌张力、前囟及头围情况，及时识别颅内出血、脑损伤、脑积水及中枢神经系统感染等。

5. 血液系统：注意观察皮肤颜色、出血表现及其他异常情况，及时发现贫血、血小板减少及弥散性血管内凝血（DIC）等。

6. 感染：注意精神状态、生命体征、肤色、腹部情况等，及时识别早产儿感染迹象。

7. 代谢：注意监测血气分析、血糖、电解质、肝肾功能、甲状腺功能及骨代谢指标（钙、磷、

碱性磷酸酶、25 羟维生素 D、甲状旁腺激素），及时发现内环境紊乱，如酸碱失衡、血糖异常、电解质紊乱及代谢性骨病等。

（七）出院前评估及指导

1. 出院指征

体重 $\geq$ 2000g，生命体征稳定，可以经口足量喂养，体重持续增长，室温下能维持正常体温，疾病已愈或可进行家庭序贯治疗。

2. 指导

（1）喂养：早产儿出院前由新生儿科医生进行喂养和生长评估，结合出生体重、胎龄及并发症对营养风险程度进行分类，并给予出院后喂养的初步建议。指导母乳喂养，介绍出院后短期内喂养方案及注意事项。

（2）护理：指导家庭护理方法与技巧，紧急情况的处理，如呛奶、窒息、呼吸暂停等。

（3）观察：精神状态、体温、喂养、大小便、体重增长、呼吸、黄疸、视听能力、肢体活动等，发现异常及时就诊。

（4）营养素补充：一般生后数天内开始补充维生素 D800-1000IU/d，3 个月后改为 400IU/d，出生后 2-4 周开始补充铁元素 2mg/（kg·d），上述补充量包括配方奶及母乳强化剂中的含量。酌情补充钙、磷、维生素 A 等营养素。

（5）随访计划：告知早产儿随访的重要性和相关内容，以及首次随访的时间及地点等。

三、出院后管理

按照《早产儿保健工作规范》的要求，对出院后首次接受访视或健康检查的早产儿进行建档并实施专案管理。无条件的机构将早产儿转至上级医疗机构进行专案管理。

（一）询问既往信息

1. 首次随访时了解家庭基本信息、母亲孕产期情况、家族史、早产儿出生情况、患病情况及治疗经过，住院天数、出院时体重及出院时喂养情况等。

2. 每次随访时询问两次随访期间的喂养与

饮食、体格生长和行为发育、睡眠、大小便、健康状况及日常生活安排等情况。如患疾病，应询问并记录诊治情况。

（二）全身检查

每次随访时对早产儿进行详细的体格检查。首次随访时重点观察早产儿哭声、反应、皮肤、呼吸、吸吮、吞咽、腹部、四肢活动及对称性等。

（三）体格生长监测与评价

测量体重、身长（高）、头围，记录测量值并描记在生长曲线图上。矫正胎龄 40 周及以下的早产儿，使用胎儿宫内生长曲线图进行监测与评价；矫正胎龄 40 周以上的早产儿，使用儿童生长曲线图进行监测与评价。根据早产儿体重、身长（高）和头围生长速度与趋势，结合早产儿的出生体重、胎龄及喂养情况进行综合评价。

如发现异常，及时查找原因，有针对性地指导及干预，并酌情增加随访次数。如果连续监测 2 次无明显改善或原因不清，及时转诊，并追踪早产儿诊治情况与转归。

（四）神经心理行为发育监测、筛查与评估

1. 发育监测

每次随访时询问儿童发育史，观察和检查早产儿运动、语言认知、社会 / 情绪 / 适应性行为等发展情况，使用“0-6 岁儿童心理行为发育问题预警征象筛查表”等进行发育监测。

2. 发育筛查

发育监测提示可疑或异常者，应采用标准化的发育筛查量表进行检查。如标准化的发育筛查未提示异常，以家庭早期综合干预为主，并增加随访频率。

发育监测未发现异常者，矫正胎龄 40 周时进行新生儿神经行为测定；矫正 3、6、9、18 月龄及实际年龄 30 月龄时，采用标准化的发育筛查量表测查。

有条件的机构在早产儿矫正 18 月龄及实际年龄 30 月龄时，进行语言和社会 / 情绪 / 适应性行为的标准化筛查。如发现其他心理行为异常，

可采用相应的量表进行筛查。

3. 发育评估

发育筛查可疑或异常者，应采用诊断性的发育量表进行综合的发育评估和医学评估，明确诊断并进行干预。无条件机构或诊断不明、治疗无效或原因不清时，应及时转诊。

发育筛查未发现异常者，建议在矫正 12、24 月龄及实际年龄 36 月龄时采用诊断性发育量表评估。

（五）特殊检查

1. 听力评估

听力筛查未通过的早产儿，应在出生后 3 个月内，转至儿童听力诊断中心进行听力综合评估。确诊为永久性听力障碍的早产儿，应在出生后 6 个月内进行相应的临床医学和听力学干预。

具有听力损失高危因素的早产儿，即使通过新生儿听力筛查，仍应在 3 年内每年至少进行 1 次听力筛查；在随访过程中怀疑有听力损失时，应及时转至儿童听力诊断中心进行听力综合评估。

具体方法参照《新生儿听力筛查技术规范》进行。

2. 早产儿视网膜病变（ROP）筛查及儿童眼病筛查和视力检查对符合筛查标准的早产儿，参照《中国早产儿视网膜病变筛查指南》定期进行眼底病变筛查。早产儿应定期进行阶段性眼病筛查和视力检查，具体方法参照《儿童眼及视力保健技术规范》进行。

3. 贫血检测

矫正月龄 1-3 个月至少检测 1 次血常规，根据早产儿有无贫血、生长速度以及喂养情况等，酌情复查并进一步检查营养性贫血的其他相关指标。

4. 其他检查

对于出生后有并发症的早产儿，根据病情及专科医生的建议，定期做相应的辅助检查和复查，如影像学检查及其他实验室检查，并监测病情变

化。

（六）喂养咨询与指导

在原喂养方案基础上，根据随访监测的早产儿生长水平和速度、摄入奶量等综合因素调整下一阶段喂养方案，使早产儿达到理想适宜的生长状态。具体参照《早产 / 低出生体重儿出院后喂养建议》。

1. 乳类喂养

（1）强化营养：采用强化母乳、早产儿配方奶或早产儿出院后配方奶喂养的方法。按矫正年龄的体重未达到第 25 百分位的适于胎龄早产儿及未达到第 10 百分位的小于胎龄早产儿，出院后均需继续强化营养。达到上述体格生长标准时，应逐渐减低强化营养的能量密度，期间密切监测生长速度及血生化指标，直至停用。

（2）非强化营养：不需强化营养的早产儿首选纯母乳喂养，注意补充多种维生素、铁、钙、磷等营养素及指导母乳均衡膳食。母乳不足时补充婴儿配方奶。

2. 食物转换

在保证足量母乳和 / 或婴儿配方奶等乳类喂养的前提下，根据发育和生理成熟水平及追赶生长情况，一般在矫正 4-6 月龄开始逐渐引入泥糊状及固体食物。食物转换方法参照《儿童喂养与营养指导技术规范》进行。

3. 营养素补充

（1）铁剂补充：继续补充铁剂 $2\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ ，酌情补充至矫正 12 月龄。使用母乳强化剂、强化铁的配方奶及其他富含铁的食物时，酌情减少铁剂的补充剂量。

（2）维生素 A、D 和钙、磷补充：继续补充维生素 D $800-1000\text{IU}/\text{d}$ ，3 个月后改为 $400\text{IU}/\text{d}$ ，直至 2 岁，酌情补充维生素 A、钙和磷。

（七）护理与疾病预防指导

护理时间尽量集中，动作轻柔，避免频繁、过度刺激。

1. 保暖：根据早产儿的体重、发育成熟度及环境温湿度，采取不同的措施进行适度保暖，提倡“袋鼠式护理”方法。

2. 避免感染：接触早产儿前和换尿布后洗手，减少亲友探望，每次喂奶后清洁和消毒奶具，居室每日开窗通风。保持脐部干爽清洁，若发现脓性分泌物或脐轮红肿，及时就诊。

3. 提供适宜睡眠环境：保持室内空气流通、安静，光线明暗要有明显昼夜区别，帮助早产儿建立昼夜节律。注意早产儿体位，避免吸入或窒息。

4. 预防接种：按照《国家预防接种工作规范》相关要求预防接种。

（八）早期发展促进指导

了解两次随访期间进行早期发展促进的实施情况，根据神经心理行为发育筛查或评估结果并结合养育史，进行下一阶段的早期发展促进指导。

根据早产儿发育水平，给予适度的视、听、触觉等感知觉刺激，提供丰富的语言环境和练习主动运动的机会，进行适合年龄特点的游戏活动，鼓励亲子间的情感交流及同伴关系的建立，避免违背发育规律的过度干预。

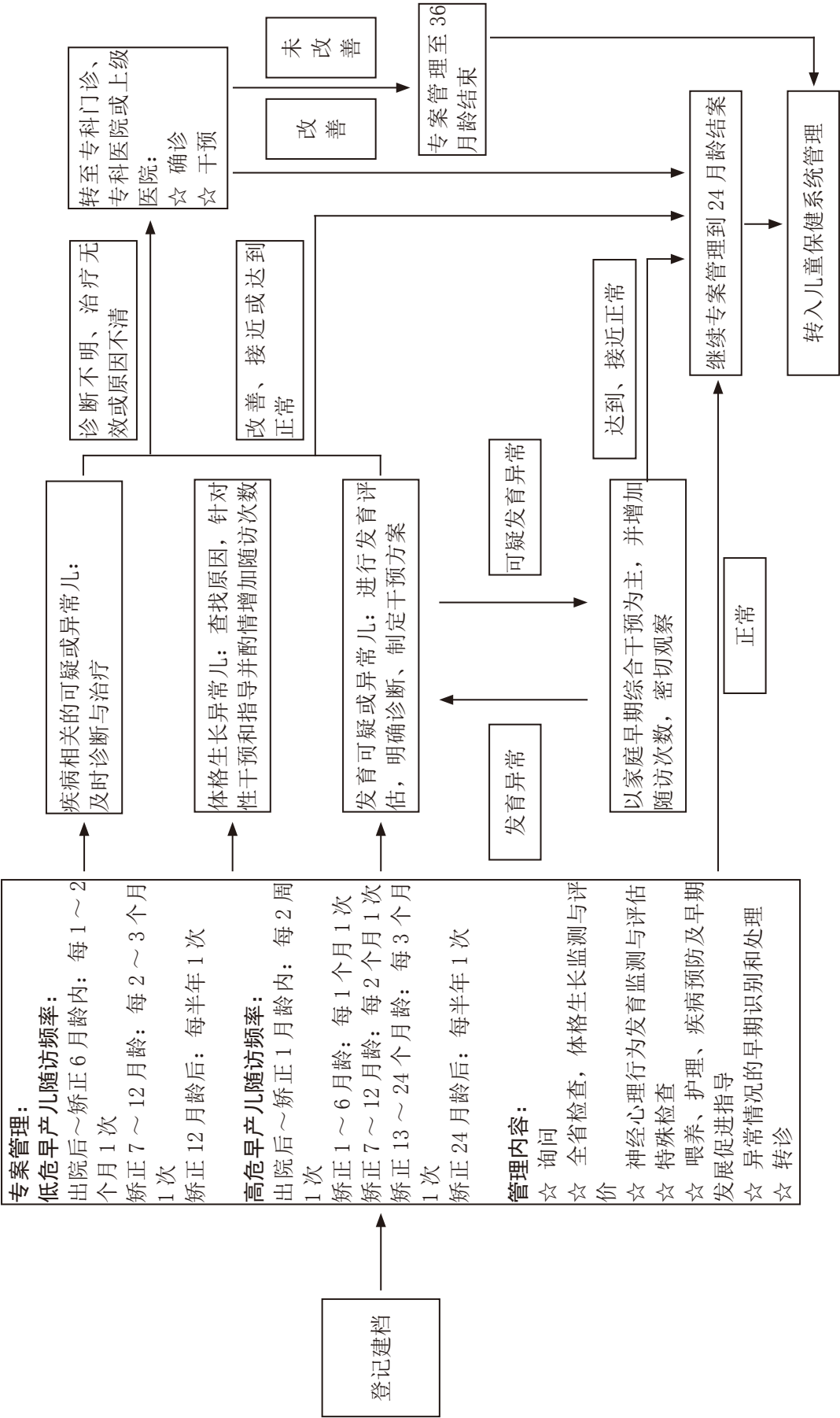
附表：早产儿不同年龄段早期发展促进内容

附表

早产儿不同年龄段早期发展促进内容

年龄	内容
矫正 1 月龄内	以发育支持性护理为主，护理时间要集中，动作要轻柔，及时安抚情绪并满足其需求。
矫正 1 月龄 -	鼓励适度抗重力体位控制，如竖头、俯卧位肘支撑下抬头；以面对面对交流的方式，用鲜艳的物品或发声玩具进行视觉和听觉刺激。
矫正 3 月龄 -	诱导上肢在不同方向够取物品，双手抓握不同形状和质地的物品；练习翻身、支撑坐位；常与其说话、逗笑。
矫正 6 月龄 -	练习双手传递、敲打和扔安全的物品或玩具；练习坐位平衡、翻滚、爬行；模仿动作，如学习拍手；言语理解练习，如叫其名字等。
矫正 9 月龄 -	学习用拇、食指捏取小物品；通过环境设计练习独站、扶站、躯体平衡和扶物走；学习指认家人、物品，增加模仿性游戏；给予丰富的语言刺激，用清晰的发音与其多说话，通过模仿和及时鼓励促进语言发育。
矫正 1 岁 -	学习翻书、涂鸦、搭积木、自主进食，锻炼手眼协调能力；练习独自行走、跑和扶栏上下楼梯。玩亲子互动游戏，如认五官；引导其有意识的语言表达。
实际 2-3 岁	模仿画画；练习双脚跳、单脚站立；培养自己洗手、脱穿衣和如厕等生活能力；多与其讲故事、念儿歌，叙述简单的事情；学认颜色、形状、大小；与小朋友做游戏，学会等待、顺序、分享、同情等社会规则。

早产儿出院后管理服务流程



国家卫生计生委办公厅关于 进一步加强抗菌药物临床应用管理遏制细菌耐药的通知

国卫办医发〔2017〕10号

各省、自治区、直辖市卫生计生委，新疆生产建设兵团卫生局：

为贯彻《“健康中国2030”规划纲要》和《遏制细菌耐药国家行动计划（2016-2020年）》有关要求，进一步加强抗菌药物临床应用管理、遏制细菌耐药，针对抗菌药物临床应用管理中仍存在的薄弱环节，提出以下要求：

一、高度重视抗菌药物临床应用管理工作

当前，细菌耐药已成为全球公共健康领域的重大挑战，也是各国政府和社会广泛关注的世界性问题。在2016年召开的G20杭州峰会上，细菌耐药问题被列入主要议题，并写入最后公报；在第71届联合国大会上，世界各国对细菌耐药问题进行了讨论，成为联合国大会有史以来讨论的第四个卫生议题。细菌耐药问题已经从卫生领域扩大到了政治、经济领域。各级卫生计生行政部门和各级各类医疗机构要从大局出发，从对政治、经济影响、维护人民群众健康和建设小康社会角度出发，高度重视抗菌药物临床应用管理，进一步做好有关工作。

二、严格落实抗菌药物临床应用管理有关要求

各级卫生计生行政部门和各级各类医疗机构要严格按照《药品管理法》、《医疗机构药事管理规定》、《抗菌药物临床应用管理办法》、《处方管理办法》及《医院处方点评管理规范（试行）》等有关规定，全面落实抗菌药物管理要求。要加强相关学科建设，加大人才尤其是抗感染专业临床药师培养力度，提高临床药事专业化管理水平。要严格落实抗菌药物分级管理和医师处方权限管理。各级各类医疗机构要按照要求制定本机构的抗菌药物供应目录，明确各级医师使用抗菌药物的处方权限，并将制定的抗菌药物供应目录报核发其《医疗机构许可证》的卫生计生行政部门备案。尚未按照要求完成备案工作的，应当在接到

本通知后1个月内完成。在制定抗菌药物供应目录时，要严格落实品种、品规要求，其中碳青霉烯类抗菌药物注射剂型严格控制在3个品规内。要按照规定调整抗菌药物供应目录，调整周期原则上为2年，最短不少于1年，并在目录调整后15日内报核发其《医疗机构许可证》的卫生计生行政部门备案。

三、加强抗菌药物临床应用管理技术支撑体系建设

各级卫生计生行政部门和医疗机构要加强感染科、临床微生物室和临床药学等学科建设，逐步建立涵盖感染性疾病诊疗、疑难疾病会诊、医院感染控制、抗菌药物应用管理等相关内容的诊疗体系，并在抗菌药物临床应用管理中发挥重要作用。要加强医务人员培训，落实《国家处方集》、《抗菌药物临床应用指导原则（2015版）》、《国家抗微生物治疗指南》等要求，并将抗菌药物临床应用管理和临床路径管理工作进行有效结合，发挥临床路径在规范诊疗行为、促进合理用药工作中的作用。要加大医师、药师、微生物检验人员和管理人员培训，提高合理使用抗菌药物的技术能力和管理能力。要加强医疗机构信息化建设，发挥信息技术对抗菌药物临床应用管理的技术支撑作用。

四、加强抗菌药物临床应用和细菌耐药监测与评价

各级卫生计生行政部门和各级各类医疗机构

要加强抗菌药物临床应用和细菌耐药监测工作，鼓励有条件的医疗机构加入相应抗菌药物临床应用监测网和细菌耐药监测网。要及时了解辖区内或医疗机构内抗菌药物临床应用和细菌耐药情况，定期对抗菌药物临床应用管理工作和细菌耐药形势进行评价。根据监测结果，按照有关要求逐步建立完善抗菌药物临床应用与细菌耐药预警机制。对监测和评价过程中发现的问题，要采取针对性、有效措施。要将监测、评价结果在一定范围内公开。对工作不力、问题突出的卫生计生行政部门、医疗机构或临床科室进行通报批评，对主要负责同志进行诫勉谈话。在监测、评价过程中发现并经查实，医务人员有违反“九不准”、存在医德医风问题的，要依法依规严肃处理。

五、加强抗菌药物临床应用重点环节管理

各级卫生计生行政部门和各级各类医疗机构要针对抗菌药物临床应用管理中的突出问题，加强重点环节管理。要加强预防使用、联合使用和静脉输注抗菌药物管理，要强化碳青霉烯类抗菌药物以及替加环素等特殊使用级抗菌药物管理。特殊使用级抗菌药物必须经具有相应处方权限的医师开具处方，并经具有抗感染临床经验的感染或相关专业专家会诊同意后，方可使用。紧急情况下未经会诊同意或确需越处方权限使用的，处方量不得超过 1 日用量，并做好相关病历记录。门诊不得使用特殊使用级抗菌药物。接受特殊使用级抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物送检率不低于 80%。自本文印发之日起，对碳青霉烯类抗菌药物及替加环素等特殊使用级抗菌药物先行实施专档管理。各临床科室使用碳青霉烯类抗菌药物及替加环素时，要按照要求及时填报有关信息。医疗机构要指定专人定期收集、汇总本单位碳青霉烯类抗菌药物及替加环素使用情况信息表（见附件 1），并进行分析，采取针

对性措施，有效控制碳青霉烯类抗菌药物和替加环素耐药。对基层医疗机构以及二级以上医疗机构中，抗菌药物临床使用量大、使用级别高、容易产生问题的重症监护病房（ICU）、新生儿室、血液科病房、呼吸科病房、神经科病房、烧伤病房等科室，要重点加强抗菌药物管理。

六、加强督导检查 and 结果运用

各级卫生计生行政部门和各级各类医疗机构要加强对抗菌药物临床应用管理工作的日常监督和定期督导检查，原则上每年不少于 2 次。要将抗菌药物临床应用管理情况纳入大型医院巡查、改善医疗服务行动等有关工作中。通过督导检查，不断提高抗菌药物临床应用管理水平，有效遏制细菌耐药。对督导检查中发现的未按照有关要求落实工作、问题突出的卫生计生行政部门或医疗机构，要予以通报批评，有关医疗机构取消其一个周期的评审资格或评审结果。

七、明确责任部门和责任人

地方各级卫生计生行政部门和各级各类医疗机构要明确本单位抗菌药物临床应用管理的责任部门和责任人（见附件 2），原则上责任部门主要负责同志为责任人。医疗机构责任部门和责任人信息，报核发其《医疗机构执业许可证》的卫生计生行政部门；卫生计生行政部门的责任部门和责任人信息，报上级卫生计生行政部门。明确责任部门和责任人应当于收到本通知后 1 个月内完成。责任部门和责任人要切实履行职责，推进抗菌药物临床合理使用，有效遏制细菌耐药。

- 附件：1. 医疗机构碳青霉烯类抗菌药物及替加环素使用情况信息表
2. 抗菌药物临床应用管理责任部门和责任人信息表

国家卫生计生委办公厅

2017 年 2 月 27 日

附件 1

医疗机构碳青霉烯类抗菌药物及替加环素使用情况信息表

XXX 医院（自行修改）

科室名称：_____ 统计期间：20__年__月__日至 20__年__月__日 科主任签字：_____

抗菌药物名称		用药病人信息		用药信息							
商品名	通用名	姓名	病历号	用药主要诊断	药物用法	感染性疾病科是否会诊	使用前是否微生物送检	是否紧急情况下使用	处方医师	处方时间	审方药师
美平	美罗培南	张某	123456	支气管扩张合并感染	500mg/q12h	是	是	否	李某	20170103	王某

附件 2

抗菌药物临床应用管理责任部门和责任人信息表

单位名称 (加盖公章)	责任部门	责任人	职务	联系地址	邮编	办公电话	传真	电子邮箱	手机

2017 年 2 月全国法定传染病疫情概况

2017 年 2 月（2017 年 2 月 1 日 0 时至 2 月 28 日 24 时），全国（不含港澳台，下同）共报告法定传染病 485649 例，死亡 1409 人。其中，甲类传染病鼠疫、霍乱无发病、死亡报告。乙类传染病中传染性非典型肺炎、白喉、脊髓灰质炎和人感染高致病性禽流感无发病、死亡报告，其余 22 种传染病共报告发病 278526 例，死亡 1397 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、淋病以及细菌性和阿米巴性痢疾，占乙类传染病报告病例总数的 96%。

同期，丙类传染病中丝虫病无发病、死亡报告，其余 10 种传染病共报告发病 207123 例，死亡 12 人。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 94%。

附件

2017 年 2 月全国法定传染病发病、死亡统计表

病名	发病数	死亡数 **
甲乙丙类总计	485649	1409
甲乙类传染病合计	278526	1397
鼠疫	0	0
霍乱	0	0
传染性非典型肺炎	0	0
艾滋病	3325	1097
病毒性肝炎 *	124995	46
甲型肝炎	1616	0
乙型肝炎	99417	37
丙型肝炎	19435	8
丁型肝炎	52	0
戊型肝炎	2588	1
肝炎未分型	1887	0
脊髓灰质炎	0	0
人感染高致病性禽流感	0	0
麻疹	628	0
流行性出血热	654	1
狂犬病	44	39
流行性乙型脑炎	2	3
登革热	20	0
炭疽	12	0
细菌性和阿米巴性痢疾	5227	0
肺结核	92037	142
伤寒和副伤寒	567	0
流行性脑脊髓膜炎	13	2

病名	发病数	死亡数 **
百日咳	488	0
白喉	0	0
新生儿破伤风	5	1
猩红热	2335	0
布鲁氏菌病	2740	0
淋病	8934	0
梅毒	36118	4
钩端螺旋体病	4	0
血吸虫病	20	0
疟疾	198	1
人感染 H7N9 禽流感	160	61
丙类传染病合计	207123	12
流行性感冒	22998	6
流行性腮腺炎	10208	0
风疹	123	0
急性出血性结膜炎	2074	0
麻风病	64	0
斑疹伤寒	40	0
黑热病	19	0
包虫病	458	0
丝虫病	0	0
其它感染性腹泻病	132485	4
手足口病	38654	2

注：发病数与死亡数按照终审日期进行统计；

* 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。