

2013 第 5 期(总号:118)

目 录

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:卫生部新闻宣传中心

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: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

国家卫生和计划生育委员会公告(2013 年 第 6 号)	(1)
国家卫生和计划生育委员会通告(卫计生通〔2013〕4 号)	(1)
国家卫生和计划生育委员会通告(卫计生通〔2013〕5 号)	(2)
国家卫生和计划生育委员会、国家发展和改革委员会、财政部 等关于在县级公立医院综合改革试点工作中充分发挥 中医药特色优势的通知(卫计生发〔2013〕21 号)	(3)
国家卫生和计划生育委员会关于印发血站设置规划指导 原则的通知(卫计生发〔2013〕23 号)	(6)
国家卫生和计划生育委员会、全国爱国卫生运动委员会 办公室关于开展第 26 个世界无烟日活动及相关控烟履约 工作的通知(卫计生发〔2013〕24 号)	(6)
国家卫生和计划生育委员会关于进一步做好食品安全相关 工作的通知(卫计生发〔2013〕25 号)	(8)
国家卫生和计划生育委员会办公厅关于印发四肢骨折等 9 个常见病种(手术)早期康复诊疗原则的通知 (卫办医政发〔2013〕25 号)	(10)
国家卫生和计划生育委员会办公厅关于 2013 年第一季度全国 食物中毒事件情况的通报(卫办应急发〔2013〕30 号)	(15)
国家卫生和计划生育委员会办公厅关于印发口腔种植技术 管理规范的通知(卫办医政发〔2013〕32 号)	(17)
国家卫生和计划生育委员会办公厅关于做好综合医院精神科 门诊设置有关工作的通知(卫办医政发〔2013〕36 号)	(19)
2013 年 5 月全国法定传染病疫情概况	(20)

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

2013 Issue No. 5 (Serial No. 118)

CONTENTS

Proclamation No. 6 of the National Health and Family Planning Commission (1)

Announcement No. 4 of the National Health and Family Planning Commission (1)

Announcement No. 5 of the National Health and Family Planning Commission (2)

Circular of the National Health and Family Planning Commission, National Development and Reform
Commission, the Ministry of Finance and Other Organizations on Bringing the Characteristics and
Advantages of Traditional Chinese Medicine into Full Play in Implementing the Pilot Project of
Comprehensive Reform of County-level Public Hospitals (3)

Circular of the National Health and Family Planning Commission on Printing and Issuing the Design
Guidelines for Blood Stations (6)

Circular of the National Health and Family Planning Commission and Office of the National Patriotic
Health Campaign Committee on Carrying Out the 26th World No Tobacco Day Activities and Tobacco
Control Related Work (6)

Circular of the National Health and Family Planning Commission on Further Strengthening Food Safety
Related Work (8)

Circular of the General Office of the National Health and Family Planning Commission on Printing and
Issuing the Principles for the Diagnosis and Treatment of Early Rehabilitation of Nine Common
Diseases (Operation) Including Limb Fracture (10)

Notice of the General Office of the National Health and Family Planning Commission on the National
Food Poisoning Incidents in the First Quarter of 2013 (15)

Circular of the General Office of the National Health and Family Planning Commission on Printing and
Issuing the Specification for Oral Implant Technology (17)

Circular of the General Office of the National Health and Family Planning Commission on Providing
Psychiatric Outpatient Services in General Hospitals (19)

The Epidemic Situation of Statutory Reporting Infectious Diseases of May, 2013 (20)

国家卫生和计划生育委员会公告

2013 年 第 6 号

根据第十二届全国人民代表大会第一次会议批准的《国务院机构改革和职能转变方案》和《国务院关于机构设置的通知》，设立国家卫生和计划生育委员会。由原卫生部统一制发的印有“中华人民共和国卫生部”印章的《出生医学证明》，签发日期截至 2013 年 12 月 31 日。自 2014 年 1 月 1 日起启用新版《出生医学证明》。

特此公告。

2013 年 4 月 22 日

国家卫生和计划生育委员会通告

卫计生通〔2013〕4 号

现发布《5 岁以下儿童生长状况判定》等 10 项卫生行业标准，其编号和名称如下：

一、强制性卫生行业标准

WS423—2013 5 岁以下儿童生长状况判定

二、推荐性卫生行业标准

WS/T424—2013 人群健康监测人体测量方法

WS/T425—2013 紧急情况下的营养保障指南

WS/T426.1—2013 膳食调查方法 第 1 部分：24 小时回顾法

WS/T426.2—2013 膳食调查方法 第 2 部分：称重法

WS/T427—2013 临床营养风险筛查

WS/T428—2013 成人体重判定

WS/T429—2013 成人糖尿病患者膳食指导

WS/T430—2013 高血压患者膳食指导

WS/T441—2013 人群贫血筛查方法

上述标准自 2013 年 10 月 1 日起施行。

特此通告。

2013 年 4 月 18 日

国家卫生和计划生育委员会通告

卫计生通〔2013〕5 号

原卫生部于 2012 年 9 月 19 日发布了卫生标准《公共场所集中空调通风系统清洗消毒规范(WS/T 396—2012)》(卫通〔2012〕16 号)。现发布该标准第 1 号修改单,自发布之日起施行。

特此通告。

2013 年 5 月 6 日

《公共场所集中空调通风系统清洗消毒规范》 (WS/T 396—2012)标准第 1 号修改单

6.1.1 清洗效果要求中:“风管清洗后,风管内表面积尘残留量宜小于 1 g/m²,风管内表面细菌总数、真菌总数应小于 100 CFU/m²。部件清洗后,表面细菌总数、真菌总数应小于 100 CFU/m²。”修改为“风管清洗后,风管内表面积尘残留量宜小于 1 g/m²,风管内表面细菌总数、真菌总数均应小于 100 CFU/cm²。部件清洗后,表面细菌总数、真菌总数均应小于 100 CFU/cm²。”

6.1.2 消毒效果要求中:“集中空调系统消毒后,其自然菌去除率应大于 90%,风管内表面细菌总数、真菌总数应小于 100 CFU/m²,且致病微生物不得检出。”修改为“集中空调系统消毒后,其自然菌去除率应大于 90%,风管内表面细菌总数、真菌总数均应小于 100 CFU/cm²,且致病微生物不得检出。”

国家卫生和计划生育委员会、国家发展和改革委员会、 财政部等关于在县级公立医院综合改革试点工作中 充分发挥中医药特色优势的通知

卫计生发〔2013〕21 号

各省、自治区、直辖市卫生厅(局)(卫生计生委)、中医药管理局、发展改革委、财政厅(局)、人力资源社会保障厅(局),新疆生产建设兵团及各计划单列市卫生局(卫生计生委)、中医药管理局、发展改革委、财务局、人力资源社会保障局:

按照党的十八大报告关于“扶持中医药和民族医药事业发展”的方针要求,为在县级公立医院综合改革试点工作中充分发挥中医药(含民族医药,下同)特色优势,根据《国务院办公厅印发关于县级公立医院综合改革试点意见的通知》(国办发〔2012〕33 号)(以下简称《试点意见》),现就有关事项通知如下。

一、改革中医药补偿机制

(一)鼓励使用中药饮片。颁布国家药品标准的中药饮片为国家基本药物。对中药饮片的管理,要根据原卫生部会同有关部门印发的《国家基本药物目录管理办法(暂行)》(卫药政发〔2009〕79 号)和人力资源社会保障部印发的《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》(人社部发〔2009〕159 号)等要求,暂按国务院有关部门关于中药饮片定价、采购、配送、使用和基本医疗保险给付等政策规定执行。各地在改革县级医院药品加成政策时,要区别对待中药饮片,充分考虑中药

饮片价格形成机制和管理成本,研究制定科学合理的政策措施,形成鼓励使用中药饮片的有效机制。

(二)调整中医医疗服务项目和价格。各地要结合医疗服务价格项目规范和按病种收费试点工作的实施,鼓励技术成熟稳定的中医医疗服务的临床使用,切实做好县级中医医疗服务价格项目管理工作。按照国家发展改革委、原卫生部、国家中医药管理局《关于规范医疗服务价格管理及有关问题的通知》(发改价格〔2012〕1170 号)要求,全面规范县级中医医疗服务价格项目。对于确需保留的本地区已审批但未列入《全国医疗服务价格项目规范(2012 年版)》的中医医疗服务价格项目,要按规定及时上报审核。在推进按病种收费试点工作中,应确保一定数量的中医优势病种纳入试点范围。

各地要结合取消药品加成、财政补偿和医保支付水平的具体情况,按照“总量控制、结构调整”的原则,合理提高中医医疗服务价格,充分体现中医和中医药人员技术劳务价值,进一步理顺医疗服务价格。调整医疗服务价格时,要切实做好医疗服务成本分摊测算工作,并与改革医保支付方式、提高医保支付水平相衔接,确保不增加群众看

病就医负担。

(三)在医保中鼓励使用中医药。继续贯彻落实在全民医保中鼓励使用中医药服务的政策,充分发挥中医药对保障参保人员基本医疗需求的作用。将符合条件的各类中医诊疗项目和中药(含中药饮片、中成药、中药制剂)纳入基本医疗保险基金支付范围。适当提高新农合中医药报销比例。

在支付方式改革中,要充分考虑中医药和县级中医医院(含中西医结合、民族医医院,下同)特点和实际情况,合理确定县级中医医院医疗服务支付标准。人力资源社会保障部门通过区分县级中医医院类型、级别、服务特色以及承担的基本医疗服务量等,合理确定医保付费总额控制指标,引导医疗机构运用成本相对较低、疗效相对较好的诊疗项目,发挥中医药“简、便、验、廉”的特色和优势。

(四)落实和完善政府对中医医院投入倾斜政策。全面落实公立医院政府投入政策,并按照《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》(中发〔2009〕6号)对中医医院“在投入政策上予以倾斜”的要求,探索多种形式的中医医院投入倾斜政策,切实加大对中医医院投入力度。

二、提升县级医院中医药服务能力

(一)优化中医医疗资源配置。县级政府对政府办中医医院履行出资责任,要坚持中西医并重,落实好《试点意见》关于“政府在每个县(市)重点办好1—2所县级医院(含中医医院)”要求,优化县域内卫生资源配置,按照“填平补齐”原则,改善中医医院基础设施条件,完善辅助设施。要加强县级中医医院临床科室、医技科室和中药房的设备配置,发展和丰富中医药服务。把县级中医医院纳入院前急救体系,积极发挥其作用。加强县

级综合医院中医科室和中药房建设。

(二)加强中医重点(特色)专科建设。支持开展县级医院中医重点(特色)专科建设,提高中医医疗技术水平。每个县级中医医院要选择中医药特色突出的临床专业科室进行重点建设,并加强预防、养生、保健、康复服务功能,探索将治疗和预防、养生、保健、康复服务相结合,努力形成中医药综合服务模式。制定实施适应基本医疗需求、符合县级医院实际的中医优势病种中医诊疗方案和临床路径,推广应用针、灸、推拿、正骨、微创、刮痧、罐、敷熨熏洗等中医医疗技术。加强中医药文化建设与宣传,营造大医精诚的文化氛围。

(三)加强中医医院信息化建设。按照统一标准,以电子病历和医院管理为重点,加强县级中医医院信息系统建设,功能涵盖电子病历、临床路径、诊疗规范、绩效考核及综合业务管理等,与医疗保障、基层医疗卫生机构信息系统衔接,逐步实现互联互通。

(四)加强中医药人才队伍建设。做好县级中医医院人员配备和岗位设置工作,中医类别执业医师占执业医师总人数比例不低于60%。县级中医医院应当进行中医住院医师规范化培训;对临床类别医师进行中成药合理应用和包括针灸、推拿在内的中医适宜技术等中医药知识与技能培训,鼓励参加西医师学习中医专项培训。遵循中医药人才成长的特殊规律,鼓励老中医药专家师带徒,加强经方培训和使用,建立健全中医药继续教育制度。积极培养或引进中医药学科带头人。推广国家基本药物中成药临床应用指南,加强药师队伍建设,提高中药学专业技术服务能力和水平。增强护理人员力量,开展护理人员规范化培训,加强中医辨证施护力度,县级中医医院医护比至少达到1:2。按照《综合医院中医临床科室基

本标准》为县级综合医院配置中医药人员。

三、加强医院与基层医疗卫生机构上下联动

县级中医医院要发挥县域中医医疗中心和农村三级中医药服务网络龙头作用,设置基层指导科,加强对基层医疗卫生机构中医药技术帮扶指导和人员培训。支持县级中医医院对乡镇卫生院和村卫生室医务人员进行中医药专项培训和定期轮训。县级中医医院要与城市三级中医医院开展危重病例远程医疗技术支持、重大疑难病例转诊等工作。尚未设置中医医院的县域,要充分发挥综合医院中医科对基层中医药业务的指导作用。

探索实施城市三级中医医院向县级中医医院轮换派驻医师和管理人员制度。继续实施“万名医师支援农村卫生工程”,县级中医医院在受援医院中比例应不低于 10%。逐步建立中医类别医师县、乡、村纵向流动机制以及县级中医医院向乡镇卫生院轮换派驻院长和骨干医师制度,通过开展纵向技术合作、人才流动、管理支持等多种形式,逐步建立县级中医医院从人才、技术等多方面帮扶乡镇卫生院建设中医科的机制,提高农村中医药服务网络整体效率。在探索建立县级医院与基层医疗卫生机构长期稳定的分工协作机制中,

与县级中医医院确定分工协作关系的基层医疗卫生机构应占有一定的比例。

四、强化组织保障

(一)加强组织领导。省级卫生行政部门,医改办等部门在制定县级公立医院改革相关政策和推动试点地区制定实施方案时,要充分考虑和体现中医药的特点,会同省级中医药管理部门共同做好研究、规划、部署、实施和督导工作。

(二)加大投入力度。县级政府要合理分配和使用好中央及地方各级政府对试点县(市)的综合改革补助经费,完善政府投入方式,加强资金管理,提高资金使用效益。

(三)做好宣传引导。要深入细致地做好对县级医院中医药人员的宣传动员和政策培训,增强参与改革工作的积极性和主动性。

国家卫生和计划生育委员会
国家发展和改革委员会
财 政 部
人力资源和社会保障部
国家中医药管理局

2013 年 4 月 19 日

国家卫生和计划生育委员会关于 印发血站设置规划指导原则的通知

卫计生发〔2013〕23 号

各省、自治区、直辖市卫生厅局(卫生计生委),新疆生产建设兵团卫生局:

根据《中华人民共和国献血法》和《血站管理办法》等法律法规,我委组织制定了《血站设置规划指导原则》(可从国家卫生和计划生育委员会网站下载)。现印发给你们,请按照本指导原则制订本地区血站设置规划,并组织实施。2005 年印发的《采供血机构设置规划指导原则》(卫医发〔2005〕500 号)同时废止。

2013 年 5 月 2 日

国家卫生和计划生育委员会、全国爱国卫生运动委员会办公室 关于开展第 26 个世界无烟日活动 及相关控烟履约工作的通知

卫计生发〔2013〕24 号

各省、自治区、直辖市卫生厅局(卫生计生委)、爱卫办,新疆生产建设兵团及计划单列市卫生局、爱卫办:

2013 年 5 月 31 日是世界卫生组织发起的第 26 个世界无烟日。本次世界无烟日的主题是“禁止烟草广告、促销和赞助”。按照世界卫生组织《烟草控制框架公约》(以下简称《公约》)要求,我国应当广泛禁止所有烟草广告、促销和赞助。为切实履行《公约》,保护人民群众免受烟草烟雾危

害,现将开展第 26 个世界无烟日活动及相关控烟履约工作要求通知如下:

一、拒绝烟草广告、促销和赞助

各级卫生(卫生计生委)、爱卫部门要积极履行《公约》要求,禁止本系统相关机构和个人接受烟草企业广告、促销和赞助,已经接受烟草企业广告、促销和赞助的项目或活动要及时终止,并采取措

措施消除不良影响。在全国范围内开展“拒绝烟草广告、促销和赞助倡议活动”,动员各级各类学

校、学会、协会、科研机构以及媒体拒绝烟草广告、促销和赞助,降低烟草制品对人民群众的影响,尤其是对青少年的误导。具体工作委托中国疾病预防控制中心控烟办公室组织实施。

二、继续巩固全国创建无烟医疗卫生系统工作成果

各级医疗卫生系统要继续贯彻落实原卫生部等4部门联合印发的《关于2011年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》(卫妇社发〔2009〕48号),加强无烟医疗卫生机构督导考核,将控烟工作情况纳入部门绩效考核和评优指标,巩固全国创建无烟医疗卫生系统成果。继续组织开展多种形式的督导和检查,包括各地自查自评、交叉督导和暗访评估(督导方案另行通知),及时通报暗访结果,接受媒体和公众监督。

三、推进无烟环境创建

各级卫生(卫生计生委)、爱卫部门要积极宣传和落实《中华人民共和国国民经济和社会发展的第十二个五年规划纲要》、《公共场所卫生管理条例实施细则》(卫生部第80号部令)、《未成年人保护法》、《预防未成年人犯罪法》和《关于在公共交通工具及其等候室禁止吸烟的规定》,推行室内公共场所、室内工作场所和公共交通工具禁止吸烟。广泛动员和鼓励各有关部门、社会团体及企事业单位积极参与无烟环境创建工作,开展创建无烟

学校、无烟政府机关、无烟单位等活动。有条件的地方,积极推进符合《公约》要求的公共场所禁止吸烟立法。

四、大力开展控烟宣传和健康教育

各级卫生(卫生计生委)、爱卫部门要以世界无烟日为契机,结合控烟履约工作新形势,因地制宜地开展控烟宣传和健康教育活动,大力推广原卫生部发布的《中国吸烟危害健康报告》,组织开展烟草制品包装警示巡展,让更多的群众了解吸烟危害,倡导控烟履约,努力营造全社会支持控烟的良好氛围。积极动员媒体参加2012—2013年度中国烟草控制大众传播活动(活动方案参见<http://kongyan.nihe.org.cn/newstopic.php?id=79>),各地以省级为单位报送参选作品。

请各地各有关部门根据本通知精神,积极开展2013年世界无烟日活动及相关控烟履约工作。如需第26个世界无烟日活动相关资料,请与中国疾病预防控制中心控烟办公室联系。

联系人:中国疾病预防控制中心控烟办

申燕、王继江

联系电话:010—63183162

传 真:010—63188036

2013年5月6日

国家卫生和计划生育委员会关于 进一步做好食品安全相关工作的通知

卫计生发〔2013〕25 号

各省、自治区、直辖市卫生厅局(卫生计生委),新疆生产建设兵团卫生局,中国疾病预防控制中心、卫生监督中心、国家食品安全风险评估中心、中国健康教育中心:

为认真贯彻国务院《关于加强食品安全工作的决定》(国发〔2012〕20 号,以下简称《决定》)、《国家食品安全监管体系“十二五”规划》(国办发〔2012〕36 号,以下简称《规划》)和《2013 年食品安全重点工作安排》(国办发〔2013〕25 号)要求,现就进一步做好食品安全标准和风险监测评估等工作通知如下:

一、切实履行职责,狠抓任务落实

根据国务院机构改革和职能转变方案,国家卫生和计划生育委员会(以下简称国家卫生计生委)负责制定并公布食品安全标准,组织开展食品安全风险监测、评估等工作。地方各级卫生(卫生计生)行政部门要在当地政府统一领导下,继续做好食品安全标准和风险监测评估等相关工作,不断提高能力水平,充分利用卫生计生系统的专业技术优势,对当地食品安全工作发挥技术支撑作用,同时加强与食品安全办和监管部门的沟通配合。要加强组织领导,认真履行职责,切实提高执行力。对 2013 年卫生计生系统承担的食品安全工作任务,要细化工作方案,明确进度安排,落实岗位和人员责任,强化督促指导和考核评价,确保

任务完成。

二、加快食品安全标准建设

地方各级卫生(卫生计生)行政部门要认真抓好食品安全地方标准的制(修)订与清理以及企业标准备案工作,完善相关制度机制。各地制(修)订食品安全地方标准要以食品安全风险监测及其评估结果为依据,严格遵循工作程序,严把立项关,及时公布地方标准,加强宣传贯彻和跟踪评价;要在 2013 年底前完成食品安全地方标准清理,对已有食品安全国家标准的,应当及时废止相应的地方标准。要进一步完善食品安全企业标准备案和政务公开工作。要大力推进食品安全国家标准的跟踪评价,充分利用风险监测数据,全面收集分析标准执行情况、存在问题及有关意见建议,及时向我委报告。鼓励有条件的市、区县级卫生(卫生计生)行政部门开展标准跟踪评价和备案工作。

三、认真组织开展食品安全风险监测工作

地方各级卫生(卫生计生)行政部门要进一步加大食品安全风险监测工作力度,会同有关部门制订本地区风险监测方案,牵头制订落实“统一计划实施、统一经费渠道、统一数据库、统一数据分析”要求的具体措施。地方各级疾病预防控制中心(以下简称疾控机构)作为承担风险监测任务的技术牵头和数据归口单位,要统一汇总分析本地

区监测数据并进行风险评估,鼓励在具备条件的省、地市两级疾控机构加挂本行政区域风险监测评估机构牌子。地方各级卫生(卫生计生)行政部门要及时向同级政府和食品安全办报告监测结果及其评估意见和工作进展,及时向同级食品安全监管部门通报监测发现问题;要统一按照我委出台的质控方案加强质量控制,各省级卫生(卫生计生)行政部门要组织质控工作专项监督检查。国家食品安全风险评估中心和中国疾病预防控制中心要继续按照相关职责分工,发挥好业务指导作用。

四、做好食源性疾病监测报告工作

地方各级卫生(卫生计生)行政部门要按照《食品安全法》及其实施条例要求,尽快建立本地区食源性疾病监测报告体系,明确相关单位报告责任,加强督促检查,强化技术培训。要及时分析食源性疾病信息,组织食源性致病物质实验室检验和溯源分析,经初步核实怀疑由食品生产经营行为引起的食源性疾病应当及时通报食品安全监管部门,重要信息要按照相关规定及时向我委报告。各地要完善食源性疾病监测报告与突发公共卫生事件应急处置、食品安全事故流行病学调查的协作机制,配合有关部门处置食品安全事故。

五、扎实推进食品安全风险评估工作

各省级卫生行政部门(卫生计生委)要围绕当地食品安全突出问题组织做好本地区的食品安全风险评估工作。要对风险监测数据进行风险评估,评估结果显示有问题的,应当及时报告本级政府和食品安全办并通报食品安全监管部门。要配合做好国家食品安全优先评估项目相关工作,及时提供评估所需的风险监测等数据。国家食品安全风险评估中心按照监管和标准等工作需要,组

织实施好国家食品安全优先评估项目,加强评估基础数据采集、研究和技术储备;要加快自身软硬件建设,逐步建立全国风险评估网络;要进一步完善技术规范,加强对承担评估工作技术机构的指导。卫生监督中心要继续承担并做好新的食品原料、食品添加剂新品种、食品相关产品新品种的安全性评估材料的审查等工作。

六、强化宣传和风险交流工作

各地要以群众关心、舆论关注的食品安全热点问题为切入点,积极开展食品安全宣传和风险交流工作。要把食品安全标准的宣贯作为宣传重点,采用通俗易懂的方式宣传食品安全知识,引导公众、媒体理性看待我国食品安全现状,科学认知食品安全风险。要逐步建立食品安全风险交流专家队伍,研究制订相关工作规范,逐步建立健全长效机制。加强对卫生计生系统人员的风险交流培训,不断提高能力水平。

七、加强食品安全相关工作体系能力建设

地方各级卫生(卫生计生)行政部门要按照《决定》和《规划》要求,全面加强卫生计生系统食品安全标准、风险监测评估、食品安全事故应急处置和流行病学调查、检验检测等体系建设,要积极向当地政府汇报,争取发展改革、财政等部门支持。要按照《食品安全风险监测能力(设备配置)建设方案》(发改社会〔2013〕422号)要求,配合当地发展改革部门制订本地区具体实施方案,争取配套经费,加快省、地市两级疾控机构风险监测设备条件建设,特别要安排好2013年的建设任务。各地要按照国家相关要求建设好食品安全标准、风险监测评估等信息系统,实现国家与省级食品安全数据实时对接。要着力培养高水平的食品安全标准、监测评估人才,完善专业人员待遇保障机制和奖励制度。

各地要结合本地区实际,抓紧制订贯彻落实
的具体工作方案,及时向当地政府汇报工作情况,
年度工作进展和完成情况请于 2014 年 1 月底前

报告我委。

2013 年 5 月 16 日

国家卫生和计划生育委员会办公厅关于印发四肢骨折等 9 个常见病种(手术)早期康复诊疗原则的通知

卫办医政发〔2013〕25 号

各省、自治区、直辖市卫生厅局,新疆生产建设兵团卫生局:

为充分发挥综合医院康复医学科早期康复诊疗作用,推动康复医学科与其他临床科室的密切合作,提高疾病诊疗效果和综合医院工作效率,我委组织专家编写了《四肢骨折等 9 个常见病种(手术)早期康复诊疗原则》,现印发给你们。各级卫生行政部门、医疗机构和有关学术团体要组织康复医学和相关临床学科医务人员认真学习,并在诊疗活动中参照执行。

2013 年 4 月 2 日

四肢骨折等 9 个常见病种(手术)早期康复诊疗原则

基本原则

在疾病早期规范开展康复诊疗,可以有效避免或减轻患者功能障碍,提高生活自理能力和生活质量,降低家庭与社会的负担。早期康复诊疗应当遵循以下基本原则:

一、患者安全原则。保证患者安全是开展早期康复诊疗的核心要求。康复诊疗活动应当由

康复医师和具备执业资质的康复治疗师实施。康复治疗过程中应当密切观察患者的反应,及时了解治疗效果,避免引起病情加重、不良反应及出现新损伤等情况。

二、循序渐进原则。康复治疗的方法、强度、时间、频度等剂量参数应当从小到大,合理递增。

三、个体化诊疗原则。应当全面了解患者基

本信息、病情及专科治疗情况、功能障碍范围及程度等,制订个体化的康复诊疗方案。

四、多学科合作原则。康复专业人员与其他

临床专科医务人员应当充分沟通,建立团队工作模式,综合专科优势,共同制订实施康复诊疗方案,提高患者整体治疗效果。

四肢骨折早期康复诊疗原则

一、首次诊疗时间

骨科临床处置完成后 24 小时内。

二、康复评定内容

(一)患者一般情况。包括意识、生命体征、睡眠和大小便等基本情况。了解患者总体治疗情况。

(二)康复专科评定。评定骨折部位的疼痛、肿胀情况,肢体神经功能和循环功能,在不影响骨折稳定性的前提下评定关节活动度和肌力等。根据病情评定患者的转移、站立、步行功能以及日常生活活动能力。

三、康复治疗

根据评定结果并结合病情,视情开展以下康复治疗。

(一)体位摆放与处理。

(二)防治并发症,特别是深静脉血栓、关节粘

连、肌肉萎缩、肌腱萎缩和骨化性肌炎等。

(三)骨折局部治疗。消肿、止痛、促进骨折部位的愈合。根据骨折部位及固定方法,实施骨折部位的等长收缩运动和相邻关节主动或被动运动。

(四)根据患者病情,适时开展转移、负重及步行训练,必要时进行辅助器具的使用指导。

四、注意事项

(一)根据骨折固定方式,制定患肢负重时间进度表。

(二)康复治疗不应引起患者明显疼痛,运动量应当循序渐进。

(三)患者出现以下情况或并发症时,应当调整或暂停康复治疗:生命体征不稳定、发热、肺栓塞、下肢深静脉血栓、骨折固定不稳定、伴发不宜康复治疗的疾病以及患者不配合等。

运动创伤早期康复诊疗原则

一、首次诊疗时间

临床专科处置完成后 24 小时内。

二、康复评定内容

(一)患者一般情况。包括意识、生命体征、睡

眠和大小便等基本情况。了解患者总体治疗情况。

(二)康复专科评定。评定损伤部位的疼痛、肿胀情况,关节活动度和肌力,神经功能状况等。

根据病情评定患者的运动能力和日常生活活动能力。

三、康复治疗

根据评定结果并结合病情，视情开展以下康复治疗。

- （一）体位摆放与处理。
- （二）防治并发症，特别是深静脉血栓、关节粘连、肌肉萎缩、肌腱萎缩和骨化性肌炎等。
- （三）局部治疗。消肿、止痛、促进损伤部位的愈合。根据损伤部位及固定方法，实施肌力训练

和关节主动或被动运动。

（四）根据患者病情，进行运动能力、本体感觉、负重和日常生活活动能力训练。必要时配置辅助器具。

四、注意事项

- （一）根据组织损伤和愈合情况进行康复治疗，准确把握关节活动范围和牵伸强度，避免二次损伤。
- （二）康复治疗不应引起患者明显疼痛，运动量应循序渐进。

髌/膝关节置换早期康复诊疗原则

一、首次诊疗时间

关节置换术后 24 小时内。鼓励在手术前根据病情开展适宜的康复诊疗及宣教。

二、康复评定内容

- （一）患者一般情况。包括意识、生命体征、睡眠和大小便等基本情况。了解患者总体治疗情况。
- （二）康复专科评定。评定手术部位的疼痛、肿胀情况，肢体神经功能和循环功能，在不影响关节稳定性的前提下评定关节活动度和肌力等。根据病情评定患者的转移、站立、步行功能以及日常生活活动能力。

三、康复治疗

根据评定结果并结合病情，视情开展以下康复治疗。

- （一）体位摆放与处理。
- （二）防治并发症，特别是预防假体松动和下肢深静脉血栓形成。

- （三）手术部位治疗。消肿、止痛、促进伤口愈合。根据手术方式和假体类型，实施肌力训练和关节主动或被动运动。
- （四）根据患者病情，适时开展转移、负重及步行训练，必要时进行辅助器具的使用指导。

四、注意事项

- （一）髌关节置换术后早期应当保持手术关节轻度外展，避免易引发假体脱位的体位和动作。膝关节置换术后早期应当保持手术关节伸直，膝后不垫枕。
- （二）根据手术方式和假体类型，确定患肢负重时间进度。
- （三）康复治疗不应当引起患者明显疼痛，运动量应当循序渐进。
- （四）患者出现以下情况应当调整或暂停康复治疗：生命体征不稳定、发热、肺栓塞、下肢深静脉血栓、假体松动或脱位、伴发不宜康复治疗的疾病以及患者不配合等。

手外伤早期康复诊疗原则

一、首次诊疗时间

临床专科处置完成后 24 小时内。

二、康复评定内容

(一)患者一般情况。包括意识、生命体征、睡眠和大小便等基本情况。了解患者总体治疗情况。

(二)康复专科评定。评定受伤手疼痛、肿胀情况,神经功能和循环功能,在不影响组织愈合的前提下评定关节活动度和肌力等。

三、康复治疗

根据评定结果并结合病情,视情开展以下康复治疗。

(一)受伤手保持功能位或有利于组织愈合的

位置。

(二)局部治疗。消肿、止痛、促进组织愈合。根据损伤类型、部位和治疗方式,实施肌力训练、关节主动或被动运动,保持关节活动度,预防肌腱粘连和关节僵硬。

(三)根据患者病情,适时开展手功能训练和感知觉训练。必要时配置辅助器具。

四、注意事项

(一)根据肌腱愈合情况进行康复治疗,准确把握关节活动范围和牵伸强度,以主动运动为主,注意避免肌腱断裂。

(二)康复治疗不应当引起患者明显疼痛,运动量应当循序渐进。

周围神经损伤早期康复诊疗原则

一、首次诊疗时间

临床专科处置完成后 24 小时内。

二、康复评定内容

(一)患者一般情况。包括意识、生命体征,睡眠和大小便等基本情况。了解患者总体治疗情况。

(二)康复专科评定。评定肢体感觉功能、运动功能和循环功能,反射检查,必要时实施神经电生理评定。

三、康复治疗

根据评定结果并结合病情,视情开展以下康复治疗。

(一)保持肢体处于有利于组织愈合的位置。

(二)局部治疗。消肿、止痛、促进神经修复。根据损伤类型、部位和治疗方式,实施物理因子治疗和关节主动或被动运动,促进神经功能恢复、保持关节活动度。

(三)根据患者病情,适时开展肌力训练和感

知觉训练。必要时配置辅助器具。

四、注意事项

周围神经损伤早期康复治疗时,应当避免代

偿动作,防止皮肤损伤。禁忌过度牵伸动作,避免过度疲劳。

脊髓损伤早期康复诊疗原则

一、首次诊疗时间

临床专科处置完成后 48 小时内。

二、康复评定内容

(一)患者一般情况。包括意识、生命体征,睡眠,大、小便等基本情况。了解患者总体治疗情况。

(二)康复专科评定。采用《脊髓损伤神经学分类国际标准》评定脊髓休克、神经损伤的平面和程度。根据患者情况评定日常生活活动能力。

三、康复治疗

根据评定结果并结合病情,视情开展以下康复治疗。

(一)体位摆放与处理。

(二)防治并发症,特别是压疮、泌尿系统感染、神经源性膀胱导致的膀胱和肾脏损害、深静脉血栓、坠积性肺炎、关节或肌肉肌腱的损伤、肌肉

萎缩和肌腱萎缩、体位性低血压等。

(三)根据患者病情进行主动或被动的关节活动和肌力训练,早期坐站训练、呼吸及排痰训练、神经源膀胱和直肠处理、疼痛处理。

(四)根据患者病情,适时开展日常生活能力训练。必要时配置辅助器具。

(五)开展早期心理支持。

四、注意事项

(一)早期坐站训练时根据损伤平面选用合适的辅助器具保护,支撑脊柱。

(二)在康复治疗过程中特别注意防治并发症,如压疮、肺部感染、泌尿道感染、深静脉血栓形成、体位性低血压等。

(三)高位脊髓损伤患者应密切观察患者呼吸情况。

脑外伤、脑出血术后和脑卒中早期康复诊疗原则

一、首次诊疗时间

患者生命体征稳定、神经功能缺损症状稳定后 48 小时内。

二、康复评定

(一)一般情况。包括生命体征,睡眠和大小便等基本情况,注意评估患者的意识状态。了解患者总体治疗情况。

(二)康复专科评定。评定认知功能、精神行为、运动功能、言语功能、吞咽功能、感觉功能等。根据病情评定患者的转移、站立、步行功能以及日常生活活动能力。

三、康复治疗

根据评定结果并结合病情,视情开展以下康复治疗。

(一)体位摆放与处理。

(二)防治并发症,特别是误吸、肺部感染、下肢深静脉血栓形成和压疮。

(三)促醒治疗。昏迷患者应当尽早开始促醒治疗,包括各种感觉输入刺激。

(四)吞咽治疗。患者意识恢复后,尽早开展口咽部吞咽功能训练,改善吞咽功能。

(五)认知和言语治疗。

(六)精神行为治疗。

(七)改善肢体功能,必要时可使用辅助器具。

(八)日常生活活动能力训练。

四、注意事项

患者如有精神行为异常,开展康复治疗应当注意加强防护,保障患者安全。康复治疗过程中应当密切观察生命体征,关注合并症情况。如果出现病情加重,则请相关科室会诊。

国家卫生和计划生育委员会办公厅关于 2013 年第一季度全国食物中毒事件情况的通报

卫办应急发〔2013〕30 号

各省、自治区、直辖市卫生厅局(卫生计生委),新疆生产建设兵团卫生局,中国疾病预防控制中心、卫生部卫生监督中心:

2013 年第一季度,我委通过突发公共卫生事件网络直报系统共收到全国食物中毒类突发公共卫生事件(以下简称食物中毒事件)报告 24

起,中毒 755 人,其中死亡 18 人。与 2012 年同期相比,报告起数增加 41.2%,中毒人数增加 72.4%,死亡人数增加 50.0%。与前四年周期平均的报告起数(23.5)、中毒人数(726.5)、死亡人数(20.5)相比,基本持平。现将有关情况通报如下:

一、食物中毒事件报告情况

(一)按月报告情况。

月份	报告起数	中毒人数	死亡人数
1 月	11	396	7
2 月	5	154	5
3 月	8	205	6
合计	24	755	18

第一季度,1 月份报告的事件起数、中毒人数和死亡人数最多,分别占第一季度总报告起数、中毒人数和死亡人数的 45.8%、52.5%和 38.9%。

(二)按食物中毒原因分类情况。

中毒原因	报告起数	中毒人数	死亡人数
微生物性	6	298	1
化学性	5	75	7
有毒动植物及毒蘑菇	9	175	9
不明原因或尚未查明原因	4	207	1
合计	24	755	18

第一季度,微生物性食物中毒事件的中毒人数最多,占总中毒人数 39.5%;有毒动植物引起的食物中毒事件的报告起数和死亡人数最多,分别占总报告起数和死亡人数的 37.5%和 50.0%。

与 2012 年同期相比,微生物性食物中毒事件报告起数增加 3 起,中毒人数增加 3.5 倍,死亡人数减少 2 人;化学性食物中毒事件报告起数持平,中毒人数增加 2.9 倍,死亡人数增加 2 人;有毒动植物引起的食物中毒事件报告起数增加 3 起,中毒人数减少 4.4%,死亡人数增加 6 人。

(三)按食物中毒场所分类情况。

中毒场所	报告起数	中毒人数	死亡人数
集体食堂	5	255	0
家庭	13	297	14
餐饮服务单位	3	147	1
其他场所	3	56	3
合计	24	755	18

第一季度,发生在家庭的食物中毒事件的报

告起数、中毒人数和死亡人数均最多,分别占总报告起数、中毒人数和死亡人数的 54.2%、39.3%和 77.8%。

与 2012 年同期相比,发生在集体食堂的食物中毒事件的报告起数增加 1 起,中毒人数增加 10.4%,均无死亡;发生在家庭的食物中毒事件报告起数增加 4 起,中毒人数增加 1.8 倍,死亡人数增加 5 人;发生在餐饮服务单位的食物中毒事件报告起数增加 2 起,中毒人数增加 69.0%,死亡人数增加 1 人;发生在其他场所的食物中毒事件报告起数和死亡人数与去年持平,中毒人数增加 2.7 倍。

(四)学生食物中毒事件报告情况。

第一季度,报告学生食物中毒事件 1 起,中毒 48 人,无死亡,发生在乡小学的集体食堂,是由生豆浆引起的植物性食物中毒事件。与 2012 年同期相比,学生食物中毒事件报告起数减少 3 起,中毒人数减少 76.6%,死亡人数减少 1 人。

(五)剧毒鼠药中毒事件报告情况。

第一季度,全国报告剧毒鼠药中毒事件 1 起,中毒 8 人,死亡 1 人。剧毒鼠药中毒的报告起数、中毒人数和死亡人数分别占化学性食物中毒事件报告总数的 20.0%、10.7%和 14.3%。

二、中毒原因分析

(一)根据食物中毒原因分析,微生物性食物中毒事件的中毒人数最多,主要由沙门氏菌、副溶血性弧菌、大肠埃希氏菌、葡萄球菌肠毒素及旋毛虫引起。有毒动植物及毒蘑菇引起的食物中毒事件报告起数和死亡人数最多,中毒因素主要为乌头碱、未煮熟四季豆、生豆浆、钩吻。化学性食物中毒事件的中毒因素主要为亚硝酸盐、有机磷农药、毒鼠强。

(二)根据食物中毒发生场所分析,发生在家庭的食物中毒事件报告起数、中毒人数及死亡人数均最多。其中,有毒动植物引起的食物中毒事件 4 起,死亡 5 人;化学性食物中毒中毒事件 4

起,死亡 7 人;微生物性食物中毒事件 1 起,死亡 1 人;不明原因或尚未查明原因的食物中毒事件 4 起,死亡 1 人。

三、下一步工作建议

(一)随着气温逐渐升高,食物污染和变质导致的微生物性食物中毒容易发生。各地要切实加强对学校等集体食堂和饮食服务单位的食品安全监管工作,同时要采取多种形式开展健康教育工作,引导公众养成良好的饮食卫生习惯,掌握正确的食品加工和储存方法。

(二)各种野生植物和蘑菇将陆续进入采食

期,各地要根据当地居民的饮食习惯,有针对性地开展健康教育宣传,告知公众不要随意采食不能确认的野菜、野果、草药等野生植物和蘑菇,并向公众提供可食用野生植物、蘑菇和有毒野生植物、蘑菇的鉴别知识与方法。

(三)春夏季农药使用频率高,农药类食物中毒事件容易发生。各级卫生部门要加强对基层医疗卫生人员的培训和技术指导,使其掌握农药类食物中毒的诊断和救治方法,能够及时、有效救治中毒人员,降低中毒人员的死亡率。

2013 年 4 月 19 日

国家卫生和计划生育委员会办公厅关于
印发口腔种植技术管理规范的通知

卫办医政发〔2013〕32 号

各省、自治区、直辖市卫生厅局(卫生计生委),新疆生产建设兵团卫生局:

为加强我国口腔种植技术管理,规范口腔种植技术临床应用行为,加强口腔种植技术医疗质量管理与控制,保障医疗质量和医疗安全,我委组织制定了《口腔种植技术管理规范》(可从我委网站医政管理栏目下载)。现印发给你们,请遵照执行。

2013 年 4 月 23 日

口腔种植技术管理规范

为规范口腔种植技术的临床应用,保证医疗质量和医疗安全,制定本规范。本规范为医疗机构及其医师开展口腔种植技术的最低要求。

本规范所称口腔种植技术,是指通过外科方法在口腔或颌面部植入人工种植体,进而进行有关牙列缺损、缺失或颌面部器官缺损、缺失修复的技术。

口腔种植技术分为简单种植技术与复杂种植技术。简单种植技术是指无需在术区进行复杂种植技术处理即可进行种植体植入进而实施修复的种植技术。复杂种植技术是指在术区需经下列一项及一项以上处理,方可进行种植体植入和修复的种植技术,包括:骨劈开技术、上颌窦底提升植骨技术、即刻修复技术、牙槽突牵引成骨技术、功能性颌骨重建技术,以及面部赈复体种植修复技术等。

一、医疗机构基本要求

(一)医疗机构开展口腔种植诊疗技术,应当与其功能、任务相适应。

(二)有卫生行政部门核准登记的口腔科诊疗科目。

(三)房屋建筑面积与功能划分、设备设施与人员配备应当符合原卫生部印发的《医疗机构基本标准(试行)》的基本要求。

(四)用于口腔种植外科治疗的诊室应当是独立的诊疗间。用于口腔种植诊疗的诊室除具备基本诊疗设备及附属设施外,同时应当装备口腔种植动力系统、种植外科器械、种植修复器械及相关专用器械。

(五)具备曲面体层或颌骨 CT 影像诊断及诊断能力。

(六)用于口腔种植诊疗的诊室的消毒管理应

当符合《医疗机构口腔诊疗器械消毒技术操作规范》要求。

(七)从事使用射线装置的医疗技术人员应当持有当地卫生行政部门颁发的《放射工作人员证》,并按照相关规定开展诊疗活动。

二、医师基本要求

(一)取得《医师执业证书》,执业范围为口腔专业。

(二)具有口腔医学专业本科及本科以上学历的口腔执业医师接受正式口腔种植学课程 120 课时以上(含种植学实习)考试合格;或经过口腔种植学的继续教育累计 I 类学分 40 分以上;或在境内外教育机构(国家教育部认可的教育机构)接受口腔种植学培训和学习满 3 个月并获得结业证书,方可从事口腔种植诊疗活动。

(三)在医疗机构设立的专业口腔种植科室工作 3 年以上,并专职从事口腔种植临床诊疗工作的医师可免于培训。

三、技术管理基本要求

(一)严格遵守相关技术操作规范和诊疗指南,根据患者病情、可选择的治疗方案等因素综合判断治疗措施,因病施治,合理治疗,严格掌握口腔技术的适应证和禁忌证。对患有全身系统性疾病或局部疾患等种植治疗禁忌证的患者应当待全身或局部疾患改善后酌情实施种植治疗。

具有种植治疗适应证并同意接受种植治疗的患者在首次手术治疗前应当依照常规进行颌骨 X 线检查与诊断、必要的血液检查及传染病筛查。

(二)对具备口腔种植治疗适应证并同意接受种植治疗的患者,经治医师应当履行告知义务,并

签署种植治疗知情同意书。

(三)开展口腔种植治疗活动的医疗机构应当建立完善的种植门诊病历,其书写与管理应当执行原卫生部《病历书写基本规范》,种植门诊病历还应当包括 X 线检查记录、手术记录、治疗记录、使用材料(含种植体)登记记录、复诊记录等。

(四)医疗机构和医师按照规定定期接受口腔种植技术临床应用能力评价和临床应用效果评估,包括病例选择、手术成功率、严重并发症、药物并发症、医疗事故发生情况、术后病人

管理、病人生活质量以及随访情况和病历质量等。

四、其他管理要求

(一)使用经国家药品监督管理部门审批的口腔种植技术所需的材料、器械、设备。

(二)建立口腔种植技术医用器材登记制度,保证器材来源可追溯。在病人住院病历中手术记录部分留存介入医用器材条形码或者其他合格证明文件。

(三)严格执行国家物价、财务政策,按照规定收费。

国家卫生和计划生育委员会办公厅关于 做好综合医院精神科门诊设置有关工作的通知

卫办医政发〔2013〕36 号

各省、自治区、直辖市卫生厅局(卫生计生委),新疆生产建设兵团卫生局:

为落实《中华人民共和国精神卫生法》,做好综合医院精神科门诊或心理治疗门诊的设置工作,提高综合医院精神障碍预防、诊断、治疗能力,统筹协调精神病专科医院与综合医院精神科诊疗资源,更好地为精神障碍患者提供医疗服务,现就做好综合医院精神科门诊或心理治疗门诊设置有关工作通知如下:

一、完善精神科设置和发展规划,合理设置综合医院精神科门诊或心理治疗门诊

地方各级卫生行政部门应当根据本辖区精神障碍患者情况,在医疗机构设置规划中完善精神科建设和发展规划。各省(区、市)至少有一家省

级综合医院设置精神科门诊或心理治疗门诊。设区的市至少有一家市级综合医院设置精神科门诊或心理治疗门诊。远离中心城区的市辖区没有精神科专科医院的,应当至少有一家区级综合医院设置精神科门诊或心理治疗门诊。各县(市)应当至少有一家县级综合医院设置精神科门诊或心理治疗门诊。

二、加强综合医院精神科门诊或心理治疗门诊的建设,提高医疗服务能力

地方各级卫生行政部门要指导综合医院做好精神科门诊或心理治疗门诊的设置和建设工作,通过精神卫生专业培训、技术帮扶等方式,不断提高综合医院的精神科诊疗能力。综合医院设置精神科门诊的应当具有 1 名以上精神科执业医师,

精神科诊室以及满足精神科门诊诊疗需求的设备和设施。综合医院设置心理治疗门诊的,参照《卫生部关于印发〈医疗机构临床心理科门诊基本标准(试行)〉的通知》(卫医政发〔2011〕22 号)的有关规定执行。

三、充分发挥综合医院精神科门诊或心理治疗门诊与精神病专科医院的协同作用

统筹协调区域内和区域间的精神科诊疗资

源,建立综合医院精神科门诊或心理治疗门诊与精神病专科医院双向转诊、分工协作的工作机制。同时,要积极开展医院间专科技术交流,充分发挥各类医院在精神障碍预防、诊断、治疗方面的作用,为精神障碍患者提供良好的医疗服务。

2013 年 5 月 3 日

2013 年 5 月全国法定传染病疫情概况

2013 年 5 月(2013 年 5 月 1 日零时至 5 月 31 日 24 时),全国(不含台港澳,下同)共报告法定传染病 721 605 例,死亡 1526 人。其中,甲类传染病中报告霍乱 8 例,无死亡;乙类传染病中除传染性非典型肺炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感和白喉无发病、死亡病例报告外,其余 22 种传染病共报告发病 337 223 例,死亡 1475 人;报告

发病数居前五位 的病种依次为病毒性肝炎、肺结核、梅毒、细菌性和阿米巴性痢疾、淋病,占乙类传染病报告发病总数的 93%。

同期,全国共报告丙类传染病发病 384 374 例,死亡 51 人。报告发病数居前三位的病种依次为手足口病、其它感染性腹泻病和流行性腮腺炎,占丙类传染病报告发病总数的 96%。

附件

2013 年 5 月全国法定传染病报告发病、死亡统计表

病 名	发病数	死亡数 * *	病 名	发病数	死亡数 * *
甲乙丙类总计	721605	1526	流行性脑脊髓膜炎	21	2
甲乙类传染病合计	337231	1475	百日咳	134	0
鼠疫	0	0	白喉	0	0
霍乱	8	0	新生儿破伤风	39	7
传染性非典型肺炎	0	0	猩红热	4600	0
艾滋病	3913	1098	布鲁氏菌病	6088	0
病毒性肝炎 *	125243	77	淋病	8521	0
甲型肝炎	1908	0	梅毒	39930	6
乙型肝炎	96978	55	钩端螺旋体病	10	0
丙型肝炎	20405	17	血吸虫病	388	0
戊型肝炎	2536	1	疟疾	405	3
肝炎未分型	3416	4	丙类传染病合计	384374	51
脊髓灰质炎	0	0	流行性感冒	9006	4
人感染高致病性禽流感	0	0	流行性腮腺炎	45354	0
甲型 H1N1 流感	1379	4	风疹	3804	0
麻疹	5240	3	急性出血性结膜炎	3544	0
流行性出血热	1318	7	麻风病	121	0
狂犬病	97	87	斑疹伤寒	200	0
流行性乙型脑炎	7	1	黑热病	17	0
登革热	24	0	包虫病	367	0
炭疽	16	0	丝虫病	0	0
细菌性和阿米巴性痢疾	16364	1	其它感染性腹泻病	66449	1
肺结核	122172	179	手足口病	255512	46
伤寒和副伤寒	1314	0			

* 病毒性肝炎发病数和死亡数分别为甲肝、乙肝、丙肝、戊肝、未分型肝炎报告发病数和死亡数的合计。

* * 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的依据。