主　　管:中华人民共和国卫生部
主　　办:卫生部办公厅
承　　办:卫生部新闻宣传中心
出　　版:《中华人民共和国卫生部公报》编辑部

编　　辑:《中华人民共和国卫生部公报》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
电子信箱:wsbgb_new@sina.com
电　　话:010-64262681

印　　刷:人民卫生出版社
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

2011 第 5 期(总号:094)

目　录

中华人民共和国卫生部公告(2011 年 第 11 号) …… (1)
中华人民共和国卫生部公告(2011 年 第 12 号) …… (1)
中华人民共和国卫生部通告(卫通〔2011〕4 号) …… (2)
中华人民共和国卫生部通告(卫通〔2011〕5 号) …… (2)
中华人民共和国卫生部通告(卫通〔2011〕7 号) …… (3)
中华人民共和国卫生部通告(卫通〔2011〕8 号) …… (3)
卫生部关于成立突发事件卫生应急专家咨询委员会的通知(卫应急发〔2011〕19 号) …… (4)
卫生部关于切实履行职责进一步加强职业病防治工作的通知(卫监督发〔2011〕20 号) …… (12)
卫生部、民政部、财政部关于做好 2011 年新型农村合作医疗有关工作的通知(卫农卫发〔2011〕27 号) …… (15)
卫生部关于印发《综合医院康复医学科建设与管理指南》的通知(卫医政发〔2011〕31 号) …… (17)
卫生部关于做好严厉打击食品非法添加行为切实加强食品添加剂监管工作的通知(卫监督发〔2011〕34 号) …… (19)
卫生部关于建立卫生系统重大事项社会稳定风险评估机制的指导意见(试行)卫办发〔2011〕2 号 …… (21)
卫生部办公厅关于公布第一批卫生部四级妇科内镜手术培训基地名单的通知(卫办医政发〔2011〕15 号) …… (24)
卫生部办公厅关于印发《慢性非传染性疾病综合防控示范区管理办法》的通知(卫办疾控发〔2011〕35 号) …… (28)
卫生部办公厅关于开展“癌痛规范化治疗示范病房”创建活动的通知(卫办医政发〔2011〕43 号) …… (43)

卫生部办公厅关于增加“优质护理服务示范工程”重点联系医院及有关工作的通知
（卫办医政发〔2011〕48号）…… （47）
卫生部办公厅关于印发国家食品安全风险评估专家委员会章程的通知（卫办监督发〔2011〕53号）…… （51）
卫生部办公厅关于调整《消毒产品卫生安全评价规定》中抗（抑）菌制剂毒理学指标检测方法的的
通知（卫办监督发〔2011〕57号）…… （54）
卫生部办公厅关于2011年第一季度全国食物中毒事件情况的通报（卫办应急发〔2011〕59号）…… （54）
卫生部办公厅关于启动心脏死亡捐献器官移植试点工作的通知（卫办医管发〔2011〕62号）…… （56）
卫生部办公厅关于做好医疗卫生机构防灾减灾工作的通知（卫办应急发〔2011〕64号）…… （58）
卫生部办公厅关于调整基因芯片诊断技术管理类别的通知（卫办医政发〔2011〕66号）…… （59）
2011年4月全国法定报告传染病疫情概况 …… （60）

GAZETTE OF THE MINISTRY OF HEALTH OF PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA

2011 Issue No. 5 (Serial No. 094)

CONTENTS

Proclamation No. 11 of the Ministry of Health ..... (1)

Proclamation No. 12 of the Ministry of Health ..... (1)

Announcement No. 4 of the Ministry of Health ..... (2)

Announcement No. 5 of the Ministry of Health ..... (2)

Announcement No. 7 of the Ministry of Health ..... (3)

Announcement No. 8 of the Ministry of Health ..... (3)

Circular of the Ministry of Health on Establishing Expert Advisory Committee for Health Emergency ..... (4)

Circular of the Ministry of Health on Discharging Functions for Further Strengthening the Prevention of Occupational Diseases ..... (12)

Circular of the Ministry of Health, the Ministry of Civil Affairs, the Ministry of Finance on well Implementing the New Rural Cooperative Medical Care in 2011 ..... (15)

Circular of the Ministry of Health on Printing and Issuing the Guideline of Construction and Management of Rehabilitation Departments in General Hospital ..... (17)

Circular of the Ministry of Health on well Implementing the Crackdown on Illegal Addition to the Food and the Strengthening of Supervision on Food Additives ..... (19)

Guidance of the Ministry of Health on the Establishment of Risk Assessment Regime of Social Stability for Major Issues in the Health System ..... (21)

Circular of the General Office of the Ministry of Health on Publishing the List of First Four Approved Gynecologic Endoscopic Surgery Training Bases by the Ministry of Health ..... (24)

Circular of the General Office of the Ministry of Health on Printing and Issuing the Management Approach of Integrated Prevention and Control Demonstration Areas in Chronic Non-communicable Diseases ..... (28)

Circular of the General Office of the Ministry of Health on Carriying out the construction of Demonstration Sickroom for the Standard Treatment of Cancer Pain ..... (43)

Circular of the General Office of the Ministry of Health on Increasing the Key Contact Hospital of Demonstration Project Concerning High Quality Nursing Service and Related Work …… (47)
Circular of the Ministry of Health on Printing and Issuing the Charter of National Food Safety Risk Assessment Expert Committee …… (51)
Circular of the General Office of the Ministry of Health on the Adjustment of Evaluation of Disinfection Products, Health and Safety Regulations Concerning in the Resistance (Inhibition) Detection of Bacterial Agents Toxicology …… (54)
Aviso of the General Office of the Ministry of Health on the Situation of National Food Poisoning Cases in the First Quarter of 2011 …… (54)
Circular of the General Office of the Ministry of Health on Starting Cardiac Death Donor Organ Transplant Experiments …… (56)
Circular of the General Office of the Ministry of Health on well Implementing the Disaster Prevention and Reduction of Medical and Health Institutions …… (58)
Circular of the General Office of the Ministry of Health on Adjusting the Managing Category of Gene Chip Diagnostic Technology …… (59)
The National Situation of Notable Infectious Diseases in April, 2011 …… (60)

中华人民共和国卫生部公告

2011 年　第 11 号

根据《食品安全法》、卫生部等 9 部门《关于加强食品添加剂监督管理工作的通知》(卫监督发〔2009〕89 号)和卫生部、质检总局 2011 年第 6 号公告的规定,为规范食品添加剂产品标准指定工作,现公告如下:

一、生产企业建议指定产品标准的食品添加剂,应当属于已经列入《食品添加剂使用标准》(GB2760)或卫生部公告的单一品种食品添加剂(包括食品添加剂、加工助剂、食品用香料,不包括复配食品添加剂)。

二、拟提出指定标准建议的生产企业,应当向中国疾病预防控制中心营养与食品安全所提交书面及电子版材料,包括指定标准文本、编制说明及参考的国际组织或相关国家标准。指定标准文本应当包含质量要求、检验方法,其格式应当符合食品安全国家标准的要求。

三、生产企业应当于 2011 年 7 月 1 日前提交相关材料。对于没有国际标准或国外标准可参考的,或虽然有参考标准但未在 2011 年 7 月 1 日前提交材料的,应当按照《食品安全国家标准管理办法》和《食品安全国家标准制(修)订项目管理规定》的程序制订产品标准。

特此公告。

二〇一一年四月十九日

中华人民共和国卫生部公告

2011 年　第 12 号

根据《中华人民共和国食品安全法》和《食品安全国家标准管理办法》的规定,经食品安全国家标准审评委员会审查通过,现发布《食品添加剂使用标准》(GB 2760－2011)等 4 项食品安全国家标准。其编号和名称如下:

GB 2760－2011 食品添加剂使用标准

GB 2761－2011 食品中真菌毒素限量

GB 7718－2011 预包装食品标签通则

GB 14963－2011 蜂蜜

特此公告。

二〇一一年四月二十日

中华人民共和国卫生部通告

卫通〔2011〕4 号

现发布《医用常规 X 射线诊断设备影像质量控制检测规范》等 2 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

WS 76－2011 医用常规 X 射线诊断设备影像质量控制检测规范(代替 WS/T 76－1996，WS/T 189－1999)

二、推荐性卫生行业标准

WS/T 328－2011 放射事故医学应急预案编制规范

以上标准于 2011 年 9 月 30 日起施行。自实施之日起，WS/T 76－1996、WS/T 189－1999 废止。

特此通告。

二〇一一年四月六日

中华人民共和国卫生部通告

卫通〔2011〕5 号

现发布《职业性白斑的诊断》等 3 项国家职业卫生标准。其编号和名称如下：

一、强制性国家职业卫生标准

GBZ 236－2011 职业性白斑的诊断

GBZ 69－2011 职业性慢性三硝基甲苯中毒的诊断(代替 GBZ 69－2002)

二、推荐性国家职业卫生标准

GBZ/T 237－2011 职业性刺激性化学物致慢性阻塞性肺疾病的诊断

以上标准于 2011 年 10 月 1 日起实施。

特此通告。

二〇一一年四月十三日

中华人民共和国卫生部通告

卫通〔2011〕7 号

现发布《职业性急性光气中毒的诊断》等 3 项国家职业卫生标准。其编号和名称如下：

一、强制性国家职业卫生标准

GBZ 29－2011 职业性急性光气中毒的诊断(代替 GBZ 29－2002)

GBZ 239－2011 职业性急性氯乙酸中毒的诊断

二、推荐性国家职业卫生标准

GBZ/T 238－2011 职业性爆震聋的诊断

以上标准于 2011 年 11 月 1 日起实施。

特此通告。

二〇一一年四月二十一日

中华人民共和国卫生部通告

卫通〔2011〕8 号

现发布《克山病诊断》为推荐性行业标准，其编号和名称如下：

WS/T 210－2011 克山病诊断(代替 WS/T 210－2001)

本标准于 2011 年 11 月 1 日起施行。自本标准实施之日起，WS/T 210－2001 废止。

特此通告。

二〇一一年四月二十六日

卫生部关于成立突发事件卫生应急专家咨询委员会的通知

卫应急发〔2011〕19号

各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团卫生局，中国疾病预防控制中心：

为适应卫生应急工作需要，进一步完善行政决策机制，我部决定成立卫生部突发事件卫生应急专家咨询委员会，并制定了《卫生部突发事件卫生应急专家咨询委员会管理办法》（见附件1）。

卫生部突发事件卫生应急专家咨询委员会下设应急管理组、突发急性传染病组、鼠疫防治组、中毒处置组、核和辐射事件处置组、紧急医学救援组、应急保障组、心理救援组等8个专业组，成员共计169人（具体名单见附件2）。卫生部突发事件卫生应急专家咨询委员会委员任期3年。

原国家突发公共卫生事件专家咨询委员会自即日起撤销。

特此通知。

附件：1. 卫生部突发事件卫生应急专家咨询委员会管理办法

2. 卫生部突发事件卫生应急专家咨询委员会名单

二〇一一年三月十日

附件1

卫生部突发事件卫生应急专家咨询委员会管理办法

第一章 总 则

第一条 为适应卫生应急工作需要，进一步完善行政决策机制，根据《中华人民共和国突发事件应对法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《国家突发公共卫生事件应急预案》、《国家突发公共事件医疗卫生救援应急预案》有关规定，成立卫生部突发事件卫生应急专家咨询委员会（以下简称专家咨询委员会）。

第二条 为加强和规范专家咨询委员会工作，充分发挥专家咨询委员会的决策、咨询、参谋作用，制定本办法。

第三条 专家咨询委员会由卫生部组建和管理。卫生部卫生应急办公室统一协调专家咨询委员会工作，负责提出专家咨询委员会设立、变更、撤并的意见，受理工作意见和建议。

第四条 专家咨询委员会作为卫生部的咨询组织，应当遵循科学严谨、求实创新、主动参与的原则，发挥多学科、多专业的综合优势，积

极开展卫生应急相关领域的研究，为完善国家卫生应急体系、应对突发公共事件提供决策咨询。

第二章　组织管理

第五条　专家咨询委员会的主要职责是：

（一）研究国内外卫生应急相关领域的发展战略、方针、政策、法规和技术规范，了解相关工作进展情况；

（二）参与研究制订国家卫生应急体系建设与发展有关规划、政策、法规及各类实施方案；

（三）对卫生应急领域重大项目的立项和评审提供意见和建议；

（四）对突发事件的预防、准备和处置各环节工作提供意见和建议，并给予技术指导；

（五）承担卫生部委托的其他工作。

第六条　专家咨询委员会由国内从事公共卫生、临床救治、卫生管理及相关领域工作的专家组成，设主任委员1名，副主任委员若干名。

第七条　专家咨询委员会可根据工作需要，下设若干专业组。各专业组设组长1名，副组长1—2名，负责管理、协调本组的业务工作及日常活动。

第八条　专家咨询委员会设立秘书处，承担专家咨询委员会的日常事务性工作。原则上，秘书处设在主任委员所在单位。各专业组可根据工作需要，由组长指定1名秘书承担本组日常事务。

第三章　委　员

第九条　专家咨询委员会成员（以下简称委员）应当具备以下条件：

（一）有良好的职业道德，作风正派，遵纪守法；

（二）原则上应当具有正高级专业职称，也可酌情吸收部分业务能力强、经验丰富、年富力强的副高级专业职称技术人员；

（三）长期从事本专业工作，有扎实的专业理论基础和丰富的实践经验，在国内本专业领域具有较高的知名度；

（四）有良好的敬业和奉献精神，能积极参加专家咨询委员会组织的活动；

（五）原则上，年龄在65岁以下，身体健康。

第十条　委员由卫生部聘任，任期3年。期间，专家咨询委员会可根据需要增聘委员，增聘名额和人选由专家咨询委员会提请卫生部批准。

第十一条　委员聘任程序：

（一）采取相关部门或所在单位推荐和专家提名相结合的方式确定专家咨询委员会候选委员；

（二）被提名或推荐的候选委员填写《卫生部突发事件卫生应急专家咨询委员会候选委员登记表》并提供相关材料，由所在单位签署意见并加盖公章后报卫生部卫生应急办公室；

（三）卫生部卫生应急办公室负责组织遴选工作，拟定委员名单，报卫生部审定；

（四）卫生部审核批准后颁发聘任证书。

第十二条　委员享有以下权利：

（一）参与专家咨询委员会举行的各项活动，获取相关信息资料；

（二）向卫生部及专家咨询委员会提出工作意见和建议；

（三）在参与决策咨询过程中充分发表个人意见和建议；

（四）可自愿退出专家咨询委员会。

第十三条　委员承担以下义务：

（一）遵守专家咨询委员会管理办法；

（二）积极参加专家咨询委员会各项活动，并提出相关意见和建议；

（三）承担卫生部和专家咨询委员会组织的咨询、调研任务；

（四）在咨询工作中涉及的重大问题和重要资料，未经有关部门同意，不得擅自对外泄露。

第十四条　对有以下情形之一的委员，予以

解聘：

（一）违反国家法律、法规和本管理办法；

（二）未经专家咨询委员会同意，以专家咨询委员会委员名义发布有关突发公共事件信息、发表有关言论或者组织相关活动；

（三）连续 2 次不参加专家咨询委员会全体会议；

（四）连续 3 次不参加本专业组组织的活动；

（五）因客观情况或个人原因不能承担工作的。

第四章　议事规则

第十五条　专家咨询委员会实行主任委员负责制，重大事项由主任办公会研究决定。

第十六条　专家咨询委员会及下设各专业组于每年年终向卫生部报送本年度工作总结和下一年度工作计划。工作计划经卫生部同意后实施。

第十七条　专家咨询委员会每年至少召开 1 次全体会议，通报情况，征求意见，研究审议工作计划及重大事项。

根据卫生部要求，可临时召开相关委员参加的咨询会议，研讨相关工作并提出意见和建议。

第十八条　专家咨询委员会的各项决定采用民主讨论、协商一致的原则作出，必要时可采用投票方式进行。投票时，持同一意见的票数超过与会人数的二分之一方为有效。

第十九条　各专业组可根据本管理办法制定各组活动规则，明确组内委员职责要求、工作内容和工作程序。专业组活动规则应当报专家咨询委员会和卫生部备案。

第五章　经费和刊物

第二十条　卫生部对专家咨询委员会的工作经费予以支持，主要用于年度例会、各专业组的日常业务活动、有关专题会议和专家现场指导等。

第二十一条　专家咨询委员会不定期编印《专家建议》，用以刊发专家建议、专题报告和工作动态等。

第六章　附　则

第二十二条　本管理办法由卫生部负责解释。

第二十三条　本管理办法自发布之日起施行。

附件 2

卫生部突发事件卫生应急专家咨询委员会名单

序号	姓 名	工作单位及职务/职称	担任职务
1	王陇德	中国工程院院士、中华预防医学会会长	主任委员
2	侯云德	中国工程院院士、中国疾病预防控制中心研究员	副主任委员
3	王永炎	中国工程院院士、中国中医研究院教授/主任医师	副主任委员
4	李兰娟	中国工程院院士、浙江大学医学院附属第一医院传染病诊治国家重点实验室主任	副主任委员
5	毛常学	军事医学科学院研究员	副主任委员
6	王　宇	中国疾病预防控制中心主任/研究员	副主任委员
7	杨维中	中国疾病预防控制中心副主任/主任医师	秘书长

应急管理组（委员排列以姓氏笔画为序）

序号	姓名	工作单位及职务/职称	担任职务
1	王　宇	中国疾病预防控制中心主任/研究员	组长
2	张　愈	天津市卫生局主任医师	副组长
3	毛群安	中国健康教育中心主任/研究员	副组长
4	王　健	中国疾病预防控制中心办公室主任/研究员	委员
5	王亚东	首都医科大学管理学院教授	委员
6	王声湧	暨南大学医学院伤害预防与控制中心主任/教授	委员
7	王苏阳	卫生部卫生监督中心主任	委员
8	王晨光	清华大学法学院卫生法研究中心主任/教授	委员
9	邓　瑛	北京市疾病预防控制中心主任/副主任医师	委员
10	石应康	四川大学华西医院院长/教授	委员
11	乔仁毅	国家行政学院应急管理培训中心主任/教授	委员
12	刘中民	上海市东方医院院长/主任医师	委员
13	刘清泉	北京中医药大学东直门医院副院长/主任医师	委员
14	吴　凡	上海市疾病预防控制中心主任/主任医师	委员
15	吴群红	哈尔滨医科大学卫生管理学院副院长/教授	委员
16	张振忠	卫生部卫生发展研究中心主任/研究员	委员
17	张鹭鹭	第二军医大学卫生勤务学系军队卫生事业管理研究所所长/教授	委员
18	李希光	清华大学国际传播中心主任/教授	委员
19	李培林	中国社会科学院社会学研究所所长/研究员	委员
20	杜志淳	华东政法大学党委书记/教授	委员
21	邸泽青	中华预防医学会副秘书长/研究员	委员
22	陈仲强	北京大学第三医院院长/主任医师	委员
23	陈宝珍	中国疾病预防控制中心研究员	委员
24	陈育德	北京大学医学部公共卫生学院教授	委员
25	孟　群	卫生部统计信息中心主任/研究员	委员
26	孟庆跃	北京大学中国卫生发展研究中心主任/教授	委员
27	郑剑宁	宁波出入境检验检疫局处长/副主任医师	委员
28	郑静晨	武警总医院院长/主任医师	委员
29	姜庆五	复旦大学公共卫生学院院长/教授	委员
30	封国生	北京朝阳医院院长/主任医师	委员
31	胡永华	北京大学公共卫生学院常务副院长/教授	委员
32	饶克勤	中华医学会党委书记/研究员	委员
33	涂光晋	中国人民大学新闻学院教授	委员
34	曾　光	中国疾病预防控制中心流行病学首席专家/研究员	委员
35	程曼丽	北京大学新闻与传播学院副院长/教授	委员
36	薛　澜	清华大学公共管理学院院长/教授	委员

突发急性传染病组（委员排列以姓氏笔画为序）

序号	姓名	工作单位及职务/职称	担任职务
1	杨维中	中国疾病预防控制中心副主任/研究员	组长
2	徐建国	中国疾病预防控制中心传染病所所长/研究员	副组长
3	李德新	中国疾病预防控制中心病毒病所所长/研究员	副组长
4	马家奇	中国疾病预防控制中心信息中心主任/主任医师	委员
5	乌正赉	中国协和医科大学公共卫生学院教授	委员
6	王　辰	卫生部北京医院副院长/主任医师	委员
7	丛黎明	浙江省疾病预防控制中心主任/主任医师	委员
8	兰亚佳	四川大学华西公共卫生学院劳动卫生教研室主任/教授	委员
9	冯子健	中国疾病预防控制中心疾控应急办主任/研究员	委员
10	任　军	安徽省疾病预防控制中心主任/主任医师	委员
11	刘　民	北京大学医学部公共卫生学院教授	委员
12	孙　乔	上海市浦东区疾病预防控制中心主任/主任医师	委员
13	朱会宾	河北省疾病预防控制中心主任/主任医师	委员
14	池　慧	中国医学科学院医学信息研究所副所长/研究员	委员
15	吴　昊	北京佑安医院感染中心主任/主任医师	委员
16	张永慧	广东省疾病预防控制中心主任、党委书记/主任医师	委员
17	张流波	中国疾病预防控制中心环境所消毒中心主任/研究员	委员
18	李六亿	北京大学第一医院感染管理科主任/研究员	委员
19	李兴旺	北京地坛医院感染中心主任/主任医师	委员
20	汪　华	江苏省疾病预防控制中心主任、党委书记/主任医师	委员
21	陈化兰	中国农业科学院哈尔滨兽医研究所国家禽流感参考实验室主任/研究员	委员
22	洪荣涛	福建省疾病预防控制中心应急处置与疫情管理所所长/主任医师	委员
23	倪大新	中国疾病预防控制中心疾控应急办副主任医师	委员
24	徐爱强	山东省疾病预防控制中心副主任/主任医师	委员
25	秦　川	中国医学科学院医学实验动物研究所所长/教授、研究员	委员
26	高占成	北京大学人民医院呼吸科主任/主任医师	委员
27	曹务春	军事医学科学院微生物流行病研究所所长/研究员	委员
28	梁晓峰	中国疾病预防控制中心免疫规划中心主任/研究员	委员
29	舒跃龙	中国疾病预防控制中心病毒病所副所长/研究员	委员

鼠疫防治组（委员排列以姓氏笔画为序）

序号	姓名	工作单位及职务/职称	担任职务
1	俞东征	中国疾病预防控制中心传染病所研究员	组长
2	海　荣	中国疾病预防控制中心传染病所鼠疫室主任/研究员	副组长
3	丛显斌	中国疾病预防控制中心鼠布基地书记、副所长/主任医师	副组长
4	王建平	新疆生产建设兵团疾病预防控制中心主任/主任医师	委员
5	王祖郧	青海省地方病预防控制所党委书记/研究员	委员
6	刘　俊	内蒙古地方病防治研究中心主任/主任医师	委员
7	刘新民	北大医院党委书记/教授	委员
8	西绕若登	西藏自治区疾病预防控制中心主任/主任医师	委员
9	宋志忠	云南省地方病防治所副所长/主任医师	委员
10	张渝疆	新疆疾病预防控制中心研究员	委员
11	李　丽	宁夏疾病预防控制中心副主任/主任医师	委员
12	李　群	中国疾病预防控制中心疾控应急办副主任/研究员	委员
13	李玉贵	河北省鼠疫防治所所长/主任医师	委员
14	李素英	北京佑安医院主任/主任医师	委员
15	杨瑞馥	军事医学科学院微生物流行病研究所主任/研究员	委员
16	汪立茂	四川省疾病预防控制中心急传所主任医师	委员
17	陈志海	北京地坛医院感染科主任/主任医师	委员
18	席进孝	甘肃省疾病预防控制中心副所长/主任医师	委员
19	童朝晖	北京朝阳医院呼吸与危重症医学科副主任/主任医师	委员

中毒处置组（委员排列以姓氏笔画为序）

序号	姓名	工作单位及职务/职称	担任职务
1	孙承业	中国疾病预防控制中心职业卫生与中毒控制所副所长/研究员	组长
2	黄汉林	广东省职业病防治院院长/主任医师	副组长
3	郝凤桐	北京朝阳医院职业病科主任/主任医师	副组长
4	马沛滨	中国疾病预防控制中心职业卫生与中毒控制所主任医师	委员
5	王海石	山东省省立医院中毒与职业病科主任/主任医师	委员
6	计　融	中国疾病预防控制中心营养与食品安全所生物性污染监控室主任/研究员	委员
7	白雪涛	中国疾病预防控制中心环境所副所长/研究员	委员
8	闫慧芳	中国疾病预防控制中心职业卫生与中毒控制所理化检验室主任/研究员	委员
9	何跃忠	解放军第 307 医院副院长/主任医师	委员
10	宋　维	海南省人民医院急诊科主任/主任医师	委员
11	张劲松	江苏省人民医院急诊中心主任/主任医师	委员
12	李晓军	黑龙江省第二医院副院长/主任医师	委员
13	陈　良	上海市疾病预防控制中心环境职业场所卫生评价科副主任/主任医师	委员
14	金　焱	重庆市职业病防治院院长/主任医师	委员
15	谢剑炜	军事医学科学院毒物药物研究所八室主任/研究员	委员

核和辐射事件处置组（委员排列以姓氏笔画为序）

序号	姓名	工作单位及职务/职称	担任职务
1	苏　旭	中国疾病预防控制中心辐射防护与核安全医学所所长/研究员，卫生部核事故医学应急中心主任	组长
2	姜恩海	中国医学科学院放射医学研究所放射病科主任/主任医师	副组长
3	问清华	台山核电合营有限公司主任医师	副组长
4	王守正	核工业 417 医院职业病科主任/主任医师	委员
5	王瑞儒	北京大学第三医院副主任医师	委员
6	艾辉胜	解放军 307 医院血液科主任/主任医师	委员
7	刘　英	中国疾病预防控制中心辐射防护与核安全医学所应急办主任/研究员	委员
8	刘玉龙	苏州大学附属第二医院应急办主任/主任医师	委员
9	吕　焱	吉林大学公共卫生学院教授	委员
10	孙全富	中国疾病预防控制中心辐射防护与核安全医学所副所长/研究员	委员
11	张良安	中国医学科学院放射医学研究所研究员	委员
12	杨国山	军事医学科学院放射与辐射医学研究所研究室主任/研究员	委员
13	傅宝华	河南省职业病防治研究院主任医师	委员

医疗救援组（委员排列以姓氏笔画为序）

序号	姓名	工作单位及职务/职称	担任职务
1	李宗浩	中国武警总医院中国医学救援协会常务副会长/教授、主任医师	组长
2	许树强	卫生部中日友好医院院长/教授、主任医师	副组长
3	席修明	首都医科大学附属复兴医院院长	副组长
4	万立东	北京急救中心副主任/主任医师	委员
5	马中立	空军总医院院长/主任医师	委员
6	王发省	新疆维吾尔自治区人民医院党委副书记、院长/主任医师	委员
7	王发强	武警医学院院长/教授、主任医师	委员
8	王　杉	北京大学人民医院院长/教授	委员
9	王明晓	煤炭总医院院长/主任医师	委员
10	史若飞	重庆市急救医疗中心院长/主任医师	委员
11	田军章	广东省第二人民医院院长/主任医师	委员
12	刘晓光	北京大学第三医院医疗院长/教授、主任医师	委员
13	杜　斌	北京协和医院内科主任/主任医师	委员
14	汪志明	复旦大学附属华山医院副院长/主任医师	委员
15	武秀昆	平顶山市急救中心主任、书记，平顶山市疾病预防控制中心主任、副书记/副主任医师	委员
16	侯世科	武警总医院医务部主任/主任医师	委员
17	姜成华	同济大学医学院党委书记/教授	委员
18	贺　良	北京积水潭医院副院长/主任医师	委员
19	徐永刚	陕西省人民医院副院长/主任医师	委员
20	钱阳明	海军总医院院长/主任医师	委员
21	曹　钰	四川大学华西医院急诊科主任/副主任医师	委员
22	黄子通	中山大学孙逸仙纪念医院急诊科主任/教授、主任医师	委员
23	董宏伟	沈阳急救中心主任、党委副书记/主任医师	委员
24	黎檀实	解放军总医院急救医学中心急诊科副主任/教授、主任医师	委员

卫生应急保障组（委员排列以姓氏笔画为序）

序号	姓名	工作单位及职务/职称	担任职务
1	赵自林	中国医学装备协会常务副理事长	组长
2	刘剑君	中国疾病预防控制中心副主任/研究员	副组长
3	王东升	中国医学装备协会副理事长	副组长
4	于德志	卫生部项目监管中心主任/研究员	委员
5	王才有	卫生部统计信息中心副主任/高级工程师	委员
6	王军志	中国食品药品检定研究院副院长/研究员	委员
7	伍瑞昌	军事医学科学院卫生装备研究所系统论证室主任/研究员	委员
8	汤晓勇	中国疾病预防控制中心科技开发处副研究员	委员
9	吴海东	工业和信息化部消费品工业司副司长	委员
10	张戈屏	中国疾病预防控制中心设备条件处副处长	委员
11	李振彪	总后卫生部药品仪器检验所主任/高级工程师	委员
12	金连弘	黑龙江省医学科学院院长/教授	委员
13	黄朝晖	第三军医大学高原军事医学系卫勤教研室主任/副教授	委员

心理救援组（委员排列以姓氏笔画为序）

序号	姓名	工作单位及职务/职称	担任职务
1	于　欣	北京大学第六医院院长/教授、主任医师	组长
2	马　辛	北京安定医院院长/教授、主任医师	副组长
3	杨甫德	北京回龙观医院院长/教授、主任医师	副组长
4	马　弘	北京大学精神卫生研究所公共卫生事业部主任，中国疾病预防控制中心精神卫生中心常务副主任/主任医师	委员
5	王旭梅	中国医科大学附属盛京医院主任医师	委员
6	何　鸣	杭州市第七医院主任医师	委员
7	张　侃	中国科学院心理所研究员	委员
8	李凌江	中南大学湘雅二医院精神卫生研究所所长/教授	委员
9	杨彦春	四川大学华西医院临床心理部主任/教授	委员
10	武国城	空军航空医学研究所心理教育疏导研究中心主任/研究员	委员
11	钱铭怡	北京大学心理学系教授	委员
12	黄宣银	四川省精神卫生中心党委书记、副院长/主任医师	委员
13	程文红	上海市精神卫生中心儿少科副主任/主任医师	委员
14	谢永标	广东省精神卫生研究所主任/主任医师	委员
15	樊富珉	清华大学心理学系副主任/教授	委员

卫生部关于切实履行职责进一步加强职业病防治工作的通知

卫监督发〔2011〕20 号

各省、自治区、直辖市卫生厅局，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：

为贯彻落实《职业病防治法》、《国家职业病防治规划（2009－2015 年）》和中央编办《关于职业卫生监管部门职责分工的通知》（中央编办发〔2010〕104 号，以下简称《通知》）精神，认真履行卫生部门职责，现就进一步加强职业病防治工作通知如下：

一、认清形势，进一步加强对职业病防治工作的领导

我国正处在职业病的高发期和矛盾凸显期，职业病防治形势严峻，防治任务极其繁重。为进一步加强职业病防治工作，遏制职业病高发的势头，《通知》对我部和安全监管总局等有关部门的职业卫生监管职责进行了调整，其中明确我部负责以下职责：一是负责会同安全监管总局、人力资源社会保障部等有关部门拟订职业病防治法律法规、职业病防治规划，组织制定发布国家职业卫生标准。二是负责监督管理职业病诊断与鉴定工作。三是组织开展重点职业病监测和专项调查，开展职业健康风险评估，研究提出职业病防治对策。四是负责化学品毒性鉴定、个人剂量监测、放射防护器材和含放射性产品检测等技术服务机构的资质认定和监督管理；审批承担职业健康检查、职业病诊断的医疗卫生机构并进行监督管理，规范职业病的检查和救治；会同相关部门加强职业病防治机构建设。五是负责医疗机构放射性危害控制的监督管理。六是负责职业病报告的管理和发布，组织开展职业病防治科学研究。七是组织开展职业病防治法律法规和防治知识的宣传教育，开展职业人群健康促进工作。

这次职业卫生监管职责调整是党中央、国务院为进一步加强职业卫生监管、切实保障劳动者健康权益所作出的重大决策。各级卫生行政部门要增强紧迫感和责任感，把做好职业病防治工作作为保障和改善民生的重要举措，以对劳动者高度负责的态度，切实加强领导，认真履行各项职责。要及时向当地党委、政府汇报职业病防治工作情况，当好参谋和助手，按照当地政府确定的职责分工，进一步集中力量，针对薄弱环节，采取有力措施，扎实推进职业病防治工作。同时，要积极协商有关部门，健全职业病防治工作协调机制，形成部门监管合力，建立完善职业病防治工作长效机制。

二、以深化医药卫生体制改革为契机，进一步加强职业病防治机构建设

目前我国有独立的职业病防治院所 60 余家（其中省级 12 家）、职业健康检查机构 2272 家、职业病诊断机构 492 家，远不能满足职业病防治工作的需要。各地要以深化医药卫生体制改革为契机，以落实职业病防治项目为抓手，继续加强职业病防治机构建设。当前首先要加强省级职业病防治专业机构建设。没有省级职业病防治专业机构的省份，要尽快恢复重建或指定具备条件的医疗卫生机构作为全省（区、市）职业病防治工作的技术支持和指导中心，加强对辖区内职业病防治的技术指导。要继续认真贯彻《卫生部关于进一步

加强职业病诊断与鉴定管理工作的通知》(卫监督发〔2009〕82 号)的要求,尽快全面实现每个市(地)具有职业病诊断机构、每个县(区)有承担职业健康检查机构的工作目标。各地要以国家临床重点专科职业病科建设为契机,提高职业病医疗救治和教学科研水平。

为加强职业病防治机构建设和管理,我部正在组织制定《职业病防治机构设置规划和建设指导意见》、《职业病防治机构功能定位、职责任务和绩效考核标准》。各地要结合实际,研究制订当地职业病防治机构设置规划和绩效考核的具体实施方案,加大经费投入和政策支持力度,确保机构到位、人员到位、设备到位,满足职业病防治工作的需要。

三、加强管理,进一步规范职业健康检查和职业病诊断与鉴定工作

职业健康检查、职业病诊断与鉴定是一项政策性和技术性都很强的工作,直接关系到劳动者的切身利益。随着用人单位职业病防治主体责任的落实,劳动者职业健康权益保护意识的提高,对职业健康检查、职业病诊断、鉴定与治疗的能力和水平要求也将越来越高。各地卫生行政部门在不断加强机构建设、规范审批行为的同时,要切实加强对职业健康检查、职业病诊断与鉴定工作的监督管理。要加强与安全监管部门的沟通,根据当地职业健康检查工作需求,有针对性地制订年度工作计划,统筹规划,合理安排,确保职业健康检查工作的顺利开展。

职业健康检查机构和职业病诊断机构要进一步提高认识,加强领导,牢固树立依法执业意识、服务意识和责任意识。进一步建立完善管理制度,公开办事程序,建立健全内部监督制约机制,严格管理和考核,不断提升专业技术人员和管理人员的政策水平、职业道德和业务素质。严格依法开展工作,确保职业健康检查、职业病诊断质量和水平,认真履行职业病报告义务,落实劳动者个人权益保护措施,为用人单位和劳动者提供充足、优质、便捷的服务。

四、发挥专业优势,认真组织开展重点职业病监测等技术工作

组织开展重点职业病监测和专项调查,开展职业健康风险评估工作,对及时掌握职业病发生情况,预测预警职业病危害程度及趋势,指导和实施职业病危害干预措施,研究提出职业病防治对策具有重要意义。2009 年以来,我部在全国设立了 72 个监测哨点,并争取中央财政支持探索开展对煤工尘肺、矽肺、石棉肺、铅中毒、苯中毒、镉中毒、锰中毒、汞中毒、放射性肿瘤等重点职业病的监测工作。各地要根据当地实际,尽快建立重点职业病监测网络,合理制订监测计划,争取经费支持,认真组织实施。

各级职业病防治机构要充分发挥专业技术优势,通过系统收集、汇总当地职业病危害因素分布和检测、职业健康监护、职业病报告等资料,及时综合分析评价当地职业病防治工作状况和职业健康风险,研究提出职业病防治工作对策和建议,为国家制定职业病防治政策提供基础和技术依据。

五、突出重点,加强职业卫生和放射卫生监督工作

各地要继续调整、充实、加强职业卫生和放射卫生监督执法力量,改善工作条件,保障工作经费,加强专业知识和技能培训,不断提高监管能力和水平。各级卫生监督机构要继续加大职业卫生监督执法力度,重点做好对职业健康检查、职业病诊断与鉴定工作的日常监督管理,依法查处违法行为。

各地要进一步加强放射卫生监督管理,重点做好医疗机构放射性危害控制。加强放射工作人员个人剂量监测机构、医疗机构放射性危害评价机构、放射防护器材和含放射性产品检测技术机构的资质认定和监督管理,依法开展放射诊疗建设项目的职业卫生审查工作。按照 2011 年公共卫生重点监督检查计划,组织开展全国医疗机构放射诊疗防护情况调查。结合“医疗质量万里行”活动,切实加强医疗机构放射诊疗防护情况的日常监督管理,规范医疗机构放射诊疗行为,切实做

好患者和从事放射工作医务人员的防护。

六、加强职业病防治宣传教育，开展职业人群健康促进

继续开展《职业病防治法》宣传活动，以存在粉尘、噪声、有机溶剂、放射性物质等职业病危害的行业、企业为重点，通过制作职业病防治知识宣传册、海报、音像制品、公益广告、举办讲座和播放广播电视节目等多种方式，广泛开展职业病防治法律、法规、标准和防治知识的宣传教育活动，不断提高用人单位的职业病防治法律意识和劳动者的自我保护意识，形成全社会关心和保护劳动者健康的良好氛围。积极探索在重点职业病危害行业、企业和人群开展职业健康促进工作，倡导有益健康的行为方式并指导实施，促进劳动者健康。

请各级卫生行政部门于 2011 年 11 月底前将职业病防治专业机构、职业病诊断机构和职业健康检查机构建设情况报我部。

附件：职业健康检查和职业病诊断机构情况表

二〇一一年三月十四日

附件

职业健康检查和职业病诊断机构情况表

_____省（自治区、直辖市）

所在市（地）、县	职业健康检查机构名称	职业病诊断机构	备注

填表人：　　填表日期：　　联系电话：

卫生部、民政部、财政部关于做好2011年新型农村合作医疗有关工作的通知

卫农卫发〔2011〕27号

各省、自治区、直辖市卫生厅局、民政厅局、财政厅局：

为贯彻落实《国务院办公厅关于印发医药卫生体制五项重点改革2011年度主要工作安排的通知》（国办发〔2011〕8号）要求，使医改成效尽快惠及广大农村居民，现就做好2011年新型农村合作医疗（以下简称新农合）工作通知如下：

一、提高筹资水平，增加财政补助

2011年起，各级财政对新农合的补助标准从每人每年120元提高到每人每年200元。其中，原有120元中央财政继续按照原有补助标准给予补助，新增80元中央财政对西部地区补助80%，对中部地区补助60%，对东部地区（含京津沪）按一定比例补助。确有困难的个别地区，地方财政负担的补助增加部分可分两年到位。原则上农民个人缴费提高到每人每年50元，困难地区可以分两年到位。将农村重度残疾人的个人参合费用纳入农村医疗救助资助范围。做好宣传引导工作，确保财政补助和农民个人缴费提高后，参合率继续保持在90%以上。有条件的地区应当结合当地实际，加大筹资力度，让群众更多受益。

二、优化统筹补偿方案，提高保障水平

进一步提高保障水平，将新农合政策范围内的住院费用报销比例提高到70%左右，统筹基金最高支付限额提高到全国农村居民年人均纯收入的6倍以上，且不低于5万元。扩大门诊统筹实施范围，普遍开展新农合门诊统筹。人均门诊统筹基金不低于35元，力争达到40元以上。将重性精神疾病患者经常服药费用纳入门诊统筹或门诊特殊病种费用支付范围。按照卫生部、人力资源社会保障部、民政部、财政部、中国残联五部门《关于将部分医疗康复项目纳入基本医疗保障范围的通知》（卫农卫发〔2010〕80号）的要求，将9类残疾人康复项目纳入新农合支付的诊疗项目范围。各统筹地区卫生、财政部门应在综合分析历年补偿方案运行和基金使用等情况的基础上，结合筹资标准的提高，优化调整统筹补偿方案。各省（区、市）要加强对辖区内各统筹地区的指导，进一步规范和逐步统一省（区、市）内各统筹地区的补偿方案。

三、扩大重大疾病保障试点工作，缓解农村居民重大疾病费用负担

积极开展提高重大疾病医疗保障水平试点工作，要以省（区、市）为单位推开提高儿童白血病、先天性心脏病保障水平的试点。在总结评价试点情况的基础上，可结合本地实际和基金收支等情况，选择疗效确切、费用较高、社会广泛关注的病种，逐步扩大重大疾病救治试点的病种范围（可优先考虑妇女宫颈癌、乳腺癌、重性精神疾病等病种）。重大疾病保障工作要以临床路径为基础，积极推行按病种付费，推进诊疗和收费的规范化，提高医疗服务质量，控制医药费用不合理增长。对于重大疾病的救治，要严格论证，坚持分级治疗，能够在县级医疗机构救治的病种，应当在县级医疗机构治疗。复杂、疑难病可选择三级医院作为定点医疗机构。

四、加快推进支付制度改革，控制医药费用不合理增长

在门诊费用控制方面，各地要在开展门诊统筹的同时推行门诊总额预付制度。原则上门诊统筹基金支付范围仅限于乡、村两级医疗卫生机构。在住院费用控制方面，要积极推进按病种付费方式，扩大开展按病种付费试点县的范围，同时努力扩大按病种付费的病种数量并增加其对住院患者的覆盖面。对于未纳入按病种付费范围的病种，探索按项目付费与按床日付费相结合的混合支付方式。有条件的地区，在混合支付方式的基础上，探索建立住院费用总额控制的机制，在基金预算上对定点医疗机构实施支付总量的控制。医疗机构要配合支付方式改革，完善各项内部管理制度，建立自我约束机制。各级卫生行政部门特别是县级卫生行政部门要进一步强化对定点医疗机构服务行为的监管，特别是对乡镇卫生院和民营医疗机构的管理，要建立起有效的制约机制，使新农合的管理经办与乡镇卫生院的医疗服务相分离。要从卫生行政管理、第三方付费管控和医疗机构内部业务管理等方面，加大监管工作力度。

五、强化基金监管，确保基金平稳运行

一是严格执行新农合基金财务会计制度，加强基金监督管理，规范监管措施，健全监管机制，杜绝挪用和违规使用基金、骗取套取基金等行为。二是加强基金收支预算管理，建立基金运行分析和风险预警制度，防范基金风险，提高使用效率。既要避免部分地区统筹基金结余过多，又要防止部分地区收不抵支。三是继续加强对新农合基金的监督检查，并将新农合基金列入各地的审计计划，定期予以专项审计并公开审计结果。四是严格执行新农合三级定期公示制度，并纳入村务公开内容。进一步完善监督举报制度，建立信访内容核查、反馈机制，充分发挥社会和舆论的监督作用。五是加大对违反各项基金政策行为的查处力度。对有组织进行骗取、套取基金的行为要依法依规严厉查处，违规的医疗机构要取消定点资格，对医疗机构主要负责人要追究责任，重大案件要予以通报。

六、配合国家基本药物制度实施，促进农村基层医疗卫生机构运行机制改革

发挥新农合在农村居民医药费用支付中的主导作用，通过调整补偿方案和支付制度，促进国家基本药物制度的实施和完善基层医疗机构补偿机制。各地要将国家基本药物全部纳入新农合报销药物目录，报销比例明显高于非基本药物，引导基层使用基本药物。按照《国务院办公厅关于建立健全基层医疗卫生机构补偿机制的意见》（国办发〔2010〕62号）的要求，在已实施基本药物零差率销售及开展新农合门诊统筹的地区，将乡、村医疗卫生机构现有的挂号费、诊查费、注射费（含静脉输液费，不含药品费）以及药事服务成本合并为一般诊疗费，不再单设药事服务费。一般诊疗费的收费标准可在原来分项收费标准总和的基础上适当调整。各省（区、市）要结合当地情况，合理确定新农合基金对乡、村两级医疗卫生机构一般诊疗费的支付标准，采用门诊总额预付的方式，纳入新农合门诊统筹报销范围。要根据近2—3年来乡、村医疗卫生机构的就诊人次数、次均门诊费用、诊疗和药品费用水平等数据，科学测算，综合各种因素后确定新农合支付标准，实施门诊总额预付。

七、加快新农合信息系统建设，开展“一卡通”试点工作

各地要加快新农合信息化建设，按照新农合管理信息系统建设规范等要求，尽快完成省级新农合信息平台建设，加快县级新农合信息系统建设。利用好中央补助地方公共卫生专项资金，开展村卫生室信息化建设。在已经基本实现县乡两级即时结报的基础上，全面推行新农合省市级定点医疗机构的即时结报工作，结合门诊统筹和村卫生室信息化建设进展，推进村卫生室的即时结报工作。开展新农合“一卡通”试点，逐步达到农民持卡在省、市、县、乡、村五级医疗机构就医和结算的目标。同时，做好新农合“一卡通”与健康档案、公共卫生、医院管理等信息系统的整合与衔

接，使之成为涵盖农村居民参合、就医、结算、预防保健、健康信息的综合健康“一卡通”。

八、加强管理经办能力建设，创新经办模式

要加强新农合管理经办机构建设，完善经办机构内部各项管理制度，健全新农合基金使用内部控制机制，继续加强管理经办人员队伍建设，定期开展政策和业务培训，提高经办服务水平，为参合农民提供高效便捷的服务。鼓励各地在规范有序，强化监管的基础上采取政府购买服务的方式，委托具有资质的商业保险机构开展新农合经办服务，探索第三方经办的有效形式，但不得将基金用于支付商业保险机构的经办管理费用。有条件的地区，可依托商业保险机构的统一经办平台，积极探索建立补充性医疗保险，加强与基本医疗保障制度的衔接，完善农村医疗保障体系建设。

卫生部　民政部　财政部

二〇一一年四月六日

卫生部关于印发《综合医院康复医学科建设与管理指南》的通知

卫医政发〔2011〕31号

各省、自治区、直辖市卫生厅局、新疆生产建设兵团卫生局：

为指导和加强综合医院康复医学科的建设和管理，推动康复医学的发展，我部对《综合医院康复医学科管理规范》（卫医发〔1996〕13号）进行了修订，形成《综合医院康复医学科建设与管理指南》（以下简称《指南》），现印发给你们。综合医院要根据《指南》要求进一步加强对康复医学科的建设和管理，规范服务，逐步提高康复医疗服务水平。

二〇一一年四月十四日

综合医院康复医学科建设与管理指南

第一条　为指导和规范综合医院康复医学科建设和管理，提高综合医院康复医疗服务能力和水平，满足人民群众日益增长的康复医疗服务需求，根据《执业医师法》、《医疗机构管理条例》和《护士条例》等有关法律法规，制定本指南。

第二条　本指南是对综合医院设置康复医学科和开展康复医疗服务的基本要求。综合医院康复医学科应当按照本指南进行建设和管理。

第三条　综合医院康复医学科是在康复医学理论指导下，应用功能评定和物理治疗、作业治疗、言语治疗、心理康复、传统康复治疗、康复工程等康复医学诊断和治疗技术，为患者提供全面、系统的康复医学专业诊疗服务的临床科室。

第四条　二级以上（含二级，下同）综合医院应当按照《综合医院康复医学科基本标准》独立设置科室开展康复医疗服务，科室名称统一为康复医学科。鼓励有条件的综合医院开展心理康复咨询工作。

第五条 综合医院应当具备与其功能和任务相适应的诊疗场所、专业人员、设备设施以及相应的工作制度，以保障康复医疗工作的有效开展。

第六条 综合医院应当根据医院级别和功能提供康复医疗服务，以疾病、损伤的急性期临床康复为重点，与其他临床科室建立密切协作的团队工作模式，选派康复医师和治疗师深入其他临床科室，提供早期、专业的康复医疗服务，提高患者整体治疗效果，为患者转入专业康复机构或回归社区、家庭作好准备。

第七条 综合医院应当与专业康复机构或者社区卫生服务中心建立双向转诊关系，实现分层级医疗，分阶段康复，使患者在疾病的各个阶段均能得到适宜的康复医疗服务，提高医疗资源利用效率。

第八条 综合医院应当采取适宜技术开展以下康复诊疗活动：

一、疾病诊断与康复评定：包括伤病诊断，肢体运动功能评定、活动和参与能力评定、生存质量评定、运动及步态分析、平衡测试、作业分析评定、言语及吞咽功能评定、心肺功能评定、心理测验、认知感知觉评定、肌电图与临床神经电生理学检查等。

二、临床治疗：针对功能障碍以及其他临床问题，由康复医师实施的医疗技术和药物治疗等。

三、康复治疗：在康复医师组织下，由康复治疗师、康复护士、康复工程等专业人员实施的康复专业技术服务。包括：

（一）物理治疗（含运动治疗和物理因子治疗）；

（二）作业治疗 ；

（三）言语吞咽治疗 ；

（四）认知治疗；

（五）传统康复治疗 ；

（六）康复工程；

（七）心理治疗。

第九条 综合医院应当鼓励运用中医药技术和方法开展康复服务。

第十条 综合医院应当根据本指南要求切实加强对康复医学科的管理，不断提高康复医疗服务能力，保证医疗质量和安全，满足患者康复医疗服务需求。

第十一条 综合医院应当认真遵守有关法律、法规、标准、诊疗护理指南、常规，建立、健全康复医疗服务工作制度，制定康复医疗质量控制标准，并认真有效地组织实施，持续改进康复医疗服务质量。

第十二条 综合医院应当保证康复专业技术人员层次、结构合理，岗位责任分工明确，团队协作特征鲜明，服务流程科学、规范，病历书写符合要求，信息资料保存完整。

第十三条 综合医院应当科学制订康复医学人才培养目标以及岗位培训计划，不断提高康复医学专业人员的业务素质和水平。

第十四条 综合医院应当重视和加强住院患者的医疗安全管理，有效控制医院感染和预防并发症，防止发生二次残疾。

第十五条 综合医院康复医学科就医环境应当体现“以病人为中心”的服务宗旨，便利、舒适、整洁、温馨。门诊、病区及相关公用场所应当执行国家无障碍设计规定的相关标准，医务人员应当善于了解和体察患者心理，服务热情、礼貌、耐心、细致。

第十六条 综合医院康复医学科诊疗活动应当达到以下指标：

（一）康复治疗有效率≥90%；

（二）年技术差错率≤1%；

（三）病历和诊疗记录书写合格率≥90%；

（四）住院患者康复功能评定率＞98%；

（五）三级综合医院康复医学科的平均住院日不超过 30 天，二级综合医院康复医学科的平均住院日不超过 40 天。

第十七条 综合医院应当保证各类康复设备维护良好，每 3 个月检查 1 次，并有相关记录，设

备完好率＞90%。

第十八条 综合医院应当提供统一、规范的康复医疗服务，康复医学专业人员和康复医疗专业设备应当由康复医学科归口管理，避免资源浪费，保证康复医疗质量和患者安全。

第十九条 省级卫生行政部门应当设置省级康复医疗质量控制中心，对辖区内康复医学科设置和康复医疗服务质量进行评估和质量控制。综合医院应当积极配合卫生行政部门和康复医疗质控中心开展的检查和质控工作。

第二十条 本指南由卫生部负责解释。

第二十一条 本指南自发布之日起施行。卫生部《综合医院康复医学科管理规范》（卫医发〔1996〕13号）同时废止。

卫生部关于做好严厉打击食品非法添加行为切实加强食品添加剂监管工作的通知

卫监督发〔2011〕34号

各省、自治区、直辖市卫生厅局，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：

为贯彻落实2011年4月21日国务院严厉打击非法添加和滥用食品添加剂专项工作电视电话会议和国务院办公厅《关于严厉打击食品非法添加行为切实加强食品添加剂监管的通知》（国办发〔2011〕20号，以下简称《通知》）要求，做好卫生系统严厉打击食品非法添加行为，切实加强食品添加剂监管工作，现通知如下：

一、切实加强组织领导，落实责任

当前，在食品生产经营中违法添加非食用物质和滥用食品添加剂已成为影响食品安全的突出问题。4月21日，国务院专门召开电视电话会议，部署在全国范围内严厉打击非法添加和滥用食品添加剂专项工作，强调要按照党中央、国务院的要求，以坚决的态度、过硬的举措、更大的力度，持续深入整治食品非法添加行为，切实解决影响食品安全的突出问题。各级卫生行政部门要按照法定责任和当地政府确定的职责分工，立即组织开展严厉打击食品非法添加行为，切实加强食品添加剂监管。要认真传达学习国务院电视电话会议精神和《通知》要求，深刻认识做好这项工作对保障食品安全的重要性和迫切性，以对人民群众健康高度负责的态度，切实加强对专项工作的领导。卫生行政部门的主要负责同志要亲自负责工作部署和组织协调，分管负责同志要具体负责组织实施，督促落实；各级卫生行政部门要分解任务，建立责任制；各级疾病预防控制机构和卫生监督机构要按照任务分工，落实责任。要加大责任追究力度，确保任务明确、措施到位、履职到位。

二、加强协调配合，规范信息公布

各级卫生行政部门要在地方政府统一领导下，依法加强食品安全综合协调工作，与各食品安全监管部门建立协调配合工作机制，及时主动向当地政府报告食品安全监管综合协调相关工作，加强日常监管信息的通报和管理，与各相关部门建立畅通的食品安全信息通报机制。要开展食品安全舆情监测，畅通信息收集渠道，及时发现问题、隐患、事故和案件线索，客观准确公布食品安全信息，主动回应社会关切。各地要积极通过报

纸、电视、广播、网络等多种手段，大力宣传食品添加剂的相关法律法规知识、各类非法添加和滥用食品添加剂行为及其危害以及严厉惩处的措施，做好正面宣传报道和舆论引导。

三、加强食品安全标准管理，跟踪标准执行情况

各级卫生行政部门要依法做好食品安全标准管理，加强食品安全国家标准解读和贯彻实施指导工作。配合有关部门跟踪监督食品生产经营单位严格执行食品安全标准。省级卫生行政部门要加强食品安全企业标准备案管理，对已备案的食品安全企业标准进行审核并跟踪评估，发现存在问题的要依法督促企业纠正并重新备案食品安全企业标准。对提供虚假材料的，要坚决撤销备案。食品安全企业标准备案及跟踪评估结果要及时通报相关部门。

四、加强案件查办，严肃责任调查

各级卫生行政部门要高度重视打击非法添加非食用物质相关事件和案件查办工作。承担食品安全综合协调和组织查处事故的卫生行政部门要按照《食品安全法》的规定，建立本地区食品安全事故通报和组织查处机制，强化食品安全事故应急处置工作制度，不断加强食品安全事故应急处置能力。要成立食品安全事故调查队伍，充分发挥专家作用，参与事故调查和相关工作督查。要高度重视对非法添加行为造成食品安全事故的责任调查工作，会同有关部门依法调查食品安全事故中相关监管机构、检验机构以及认证机构存在的失职渎职责任，向同级政府提出事故责任调查报告。要根据相关规定和职责，组织相关专业机构主动支持配合公安机关对有毒有害食品和不符合安全标准食品危害的认定工作。

五、做好风险监测评估，强化专项行动的技术支撑

各级卫生行政部门要加强食源性疾病、食品污染物和食品中有害因素监测工作的组织领导，按照《2011 年国家食品安全风险监测计划》（卫办监督发〔2010〕164 号），制订本地区食品安全风险监测方案，并根据当地食品安全具体情况适时滚动调整增补监测内容。要以我部和有关部门公布的食品中可能非法添加物和易滥用的食品添加剂“黑名单”为重点监测项目，认真开展食品中非法添加物和食品添加剂的监测。各级疾病预防控制机构和参与风险监测工作的机构要认真组织实施国家食品安全风险监测计划，确保监测计划按期完成，及时上报结果。中国疾病预防控制中心要加强技术指导，规范各食品安全风险监测机构执行风险监测的相关技术要求。各地在监测中发现原因不明的疑似食源性异常病例时，要重点对食品中是否含非法添加物和易滥用的食品添加剂进行排查，一旦发现食品中含有非法添加物和滥用的食品添加剂，应当立即组织检验，核实情况并通报当地相关监管部门，同时报告当地政府并上报我部。各地要及时开展食品安全风险评估，对食品安全隐患和风险进行分析和梳理，发现风险较高的食品安全问题，要提出应当采取措施的建议，并及时通报相关部门。各级卫生行政部门要积极主动争取地方政府和有关部门的支持，加强食品安全风险监测与评估能力建设，不断提高食品安全风险监测与评估水平。

请各地于每月 30 日前将执行本通知的进展情况报送我部，重要情况请及时报送。

二〇一一年四月二十五日

卫生部关于建立卫生系统重大事项社会稳定风险评估机制的指导意见（试行）

卫办发〔2011〕2号

各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团卫生局，部直属各单位，部机关各司局：

为贯彻落实《中共中央办公厅、国务院办公厅转发〈中央政法委员会、中央维护稳定工作领导小组关于深入推进社会矛盾化解、社会管理创新、公正廉洁执法的意见〉的通知》（中办发〔2009〕46号，以下简称《通知》）精神和中央维稳办关于建立社会稳定风险评估机制的一系列工作部署，明确在卫生系统建立和推进重大事项社会稳定风险评估机制的基本要求、评估范围、责任主体、评估内容和工作程序，从源头上预防和减少不稳定因素，保证医药卫生事业科学发展和深化医药卫生体制改革的顺利进行，现提出以下意见。

一、充分认识建立卫生系统重大事项社会稳定风险评估机制的重要性、必要性和特殊性

进行重大事项社会稳定风险评估是构建社会主义和谐社会和维护社会稳定的实践需要，是落实“发展是第一要务，稳定是第一责任”的有效工作机制，是党的十七大向各级党委、政府和各部门提出的明确要求，目的是防范和化解各种社会矛盾，避免各种损害人民群众切身利益和影响社会和谐稳定的群体性事件与极端恶性事件的发生。

建立卫生系统重大事项社会稳定风险评估机制，从源头上预防和减少不稳定因素，对于提高各级卫生行政部门和各级各类医疗卫生机构维护人民群众健康权益的自觉性，保证医药卫生事业科学发展和深化医药卫生体制改革顺利实施具有十分重要的意义。

各级卫生行政部门在作决策、定政策、搞改革、上项目时要把社会稳定风险评估作为刚性程序，不断提高依法决策、民主决策、科学决策的水平；各级各类医疗卫生机构要依法承担防范和化解因医疗卫生和食品药品安全等问题引发的矛盾纠纷的责任，关口前移、重心下移、预防为主、标本兼治，掌握防范化解矛盾纠纷和维护稳定的主动权。

二、评估工作的基本要求

（一）加强领导，落实责任。各级卫生行政部门和各级各类医疗卫生机构要高度重视、认真落实、切实推进重大事项社会稳定风险评估工作，对应当进行评估的事项做到不评估不上会、不研究。在组织领导本级重大事项社会稳定风险评估工作的同时，指导督促下一级单位落实重大事项社会稳定风险评估责任。各级卫生行政部门和各级各类医疗卫生机构主要负责人是维护稳定的第一责任人，各级领导干部对分管工作中涉及稳定的事项负直接领导责任，要结合分管工作，协调和督促分管部门和单位切实抓好重大事项社会稳定风险评估工作。

（二）分类指导，把握重点。卫生系统重大事项风险评估工作应当贯彻分类指导的原则。国家和省级卫生行政部门要侧重做好在作决策、定政策、促改革时的社会稳定风险评估工作，最大限度地防止和减少不稳定因素。基层卫生行政部门和各级各类医疗卫生机构要侧重做好涉及本地区、本部门、本单位的重大事项社会稳定风险评估工作。实施预防接种等重大公共卫生干预措施前的风险评估应当作为卫生系统重大

事项社会稳定风险评估工作的重点。医疗卫生行业作为高风险行业，医患纠纷已经成为影响社会稳定的因素之一，应当在更大的范围内推广和强化社会稳定风险评估工作。

（三）广泛听取群众意见，维护群众根本利益。各级卫生行政部门和各级各类医疗卫生机构要坚持把维护人民群众健康权益和根本利益放在第一位，通过多种方式广泛征求群众意见，拓宽公众参与决策的渠道。对争议较大、专业性较强的评估事项，应当组织相关部门和人员进行听证、论证，把公众参与、专家论证和政府决策有机结合起来，努力使决策体现和反映人民群众的要求。

（四）形成机制，完善程序。各级卫生行政部门和各级各类医疗卫生机构要以建立和完善卫生系统重大事项风险评估工作长效机制为目标，积极探索，创新实践，不断改进和提高管理水平。要逐步建立科学、全面、规范、有效的社会稳定风险评估工作程序，将定量分析与定性分析相结合，因地制宜，切实增强评估的科学性、可行性、权威性。

（五）条块结合，创新实践。重大事项社会稳定风险评估工作要在各级党委、政府的统一领导下组织实施，各级卫生行政部门要处理好条块关系，把卫生系统重大事项社会稳定风险评估与本地区的社会稳定风险评估工作有机结合。要克服官僚主义、本本主义，通过广泛调研和深入征求群众意见，提高评估的科学性和有效性，使评估结果能够有效地应用于实践。要围绕重大事项社会稳定风险评估的目标创新方法，探索引入第三方和新闻媒体参与评估，提高风险评估工作的客观性和有效性。

三、评估工作的范围

（一）事关广大人民群众健康权益和切身利益的重大决策、重要政策和重大改革。医疗卫生政策的重大调整，关系民生问题的政策性收费和价格调整。

（二）关系人民群众健康权益的重大疾病防控干预措施、食品药品安全和医疗安全管理与干预措施、医疗技术准入和医疗器械产品（装备）应用、药品和血液制品供应。

（三）涉及较大范围群众切身利益的医药卫生工程项目。涉及群众切身利益的医疗卫生服务设施项目建设工程选址等。

（四）医患纠纷多发、医疗安全存在较大隐患的医疗机构的整顿与恢复运营。

（五）关系广大医务人员切身利益的政策制定与改革实施。国有、集体医疗卫生机构改制或改革，职工待遇调整，机构重组中的产权转让、资产处置、人员安置和社会保障等。

（六）其他涉及较多群众切身利益和可能引发群众集体上访、群体性事件的事项和国际社会关注的重大事项。

四、重点评估内容

（一）合法性。是否符合国家法律、行政法规、地方性法规和规章、党的政策和中央制定的规范性文件精神，政策调整、利益调节的法律、政策依据是否充分，是否符合法定程序。政策调整、利益调节的对象和范围是否界定准确。是否经过严格的审查报批程序。

（二）合理性。是否符合以人为本的科学发展观，是否符合经济社会发展总体水平，是否符合本系统的近期和长远发展规划，是否兼顾了人民群众的现实利益和长远利益并得到大多数群众的理解和支持，是否把改革的力度、发展的速度和社会可承受程度有机地统一起来。是否遵循公开、公平、公正原则，经过必备的公众参与程序。

（三）可行性。是否经过严谨科学的可行性论证，是否具有稳定性、连续性和严密性，是否充分考虑到时间、空间、人力、物力、财力等制约因素，方案是否具体、周全，配套措施是否完备，资金投入是否能够到位。重大事项出台的时机是否成熟，是否会导致相关行业、相邻地区群众的攀比。

（四）安全性。是否符合可持续发展的要求，对生态环境和群众健康权益有何重大影响；当地群众对该项目建设有无强烈的反映和要求；对可能产生环境污染、生态环境影响的项目，是否有科学的治理、环保配套措施；重大事项的制订和出台是否会引发较大的影响社会治安和社会稳定以及国际社会关注的事件。

（五）可控性。对评估后认为存在可能引发不稳定因素和群体性事件的苗头性、倾向性问题以及影响稳定的其他隐患，是否制订相应的预防预警措施和应急处置预案；是否有化解矛盾的对策措施；是否在可控范围之内。

（六）国际性。是否会引发国际社会的关注或负面反应；是否准备相应的应对口径；是否需要向有关国际组织和国家通报。

五、评估工作的责任主体与评估结果审核的责任主体

卫生系统重大事项社会稳定风险评估工作以“谁主管、谁负责，谁决策、谁评估”为原则，由政策的制订部门、改革的启动部门、决策事项的提出部门、重大项目的报建部门作为社会稳定风险评估的责任主体，由其上一级行政机关和同级人民政府为审核责任主体。上一级行政机关和本级人民政府在审核后，对重大事项可作出实施、部分实施、暂缓实施或不予实施的决定，向责任主体反馈。

重大疾病防控、食品药品安全和医疗安全措施与技术应用由决策提出部门负责进行社会稳定风险评估。医患纠纷多发、医疗安全存在较大隐患的医疗机构的整顿与恢复运营由申请部门负责进行社会稳定风险评估。

重大事项涉及多个部门的，由所涉及的部门共同完成（由上级组织决定的牵头部门具体组织实施）并对评估结论负责。

六、评估工作的基本程序

（一）确定评估事项，制订评估方案。凡涉及到有可能影响社会稳定的重大事项，评估责任主体认为存在较大社会稳定风险的重大事项，应当将其确定为需要评估事项。对需要评估事项在作出决策前，按照“不评估不决策”的原则，组织好风险评估工作。重大事项的风险评估，要制订详细的评估方案。

（二）广泛研究论证，准确识别风险。要根据实际情况，采取专家咨询、专题座谈、抽样调查、实地踏勘、召开听证会等形式，广泛征求群众和社会各界的意见建议，准确掌握社情民意。根据收集掌握的情况，评估可能存在的不稳定因素。特别要对评估事项启动实施后可能引发的矛盾冲突及涉及人员的数量、范围和激烈程度作出评估预测。对争议较大、专业性较强的评估事项，要组织有关专家和群众代表进行论证和听证。

（三）形成评估报告，制订维稳预案。对社会稳定风险评估工作进行全面汇总和分析论证，对稳定风险作出确定性最终评价，形成以重大事项基本情况和社会稳定风险评估结论、化解预案、稳控措施等为内容的评估报告，并分别报送上一级主管部门和本级人民政府。

（四）确定风险等级，实行分级管理。按照高、中、低三个等级对卫生系统重大事项社会稳定风险进行分级管理。对政策分歧较大、矛盾隐患集中、稳定风险大的重大事项，列入高风险管理，暂缓推出，避免因决策不当引发群体性事件；对群众欢迎但存在异议，有一定稳定风险的重大事项，列入中度风险等级管理，对重大事项重新研究修订，待条件成熟后再行启动实施；对群众欢迎、条件成熟且风险低的重大事项，列入低风险管理，加快推进实施。

（五）及时跟踪反馈，加强风险调控。责任主体要对已经评估审查、批准实施的重大事项进行全程跟踪，密切监控运行情况，及时发现可能产生的不稳定问题，并采取有力有效的措施调控风险、化解矛盾，确保不发生大的事端。对决策实施中已经出现和可能出现的影响社会稳定的问题，要及时排查化解。

七、评估工作的考核监督

各级卫生行政部门和各级各类医疗卫生机构要把重大事项社会稳定风险评估工作作为年度工作考核的重要内容，严格考核，并加强过程控制和督导检查。对应当进行社会稳定风险评估而未实施评估，或组织实施不力、走过场，未按照有关程序进行充分评估，未严格执行评估审查意见落实相应防范、化解和处置措施，未按照相关程序和规定进行严格审查，以致引发规模性集体上访或群体性事件，给改革发展稳定造成严重影响的，按照维护社会稳定责任制，对有关部门、单位及其主要责任人和直接责任人问责，进行责任追究。

卫生系统重大事项社会稳定评估工作应当尽快启动。各级卫生行政部门和各级各类医疗卫生机构要不断提高民主决策、科学决策、依法决策的水平，不断提高维护人民群众健康权益和社会稳定责任的自觉性，正确处理好源头防范与风险控制、规避风险与深化改革、群众意见与专家意见、落实责任主体与各方齐抓共管、社会稳定风险评估与矛盾纠纷排查化解的关系，将卫生系统重大事项社会稳定评估机制建设与医患纠纷第三方调解和医疗风险分担机制等长效机制建设有机结合起来，努力实现医药卫生事业健康发展和深化医药卫生体制改革的目标，为构建社会主义和谐社会做出更大贡献。

二〇一一年一月五日

卫生部办公厅关于公布第一批卫生部四级妇科内镜手术培训基地名单的通知

卫办医政发〔2011〕15号

各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团卫生局：

为加强妇科内镜诊疗技术临床应用管理，规范妇科内镜诊疗行为，保证医疗质量和医疗安全，按照《妇科内镜诊疗技术管理规范》（卫办医政发〔2009〕183号）和《卫生部办公厅关于进一步规范内镜诊疗技术临床应用管理有关问题的通知》（卫办医政发〔2010〕72号）要求，在各省级卫生行政部门推荐的基础上，我部组织专家对各地上报的卫生部四级妇科内镜手术培训基地候选医院进行了技术审核。

根据专家技术审核意见，经研究，同意北京协和医院等48家医院（名单见附件1）作为第一批卫生部四级妇科内镜手术培训基地，开展四级妇科内镜手术培训工作。同意天津市中心妇产科医院等22家医院（名单见附件2）作为卫生部四级妇科内镜手术培训基地培育单位。各培育单位要按照我部专家组现场审核意见组织整改，整改时间为1年。我部将于整改期满后组织专家进行验收审核，对满足规定条件的培育单位授予卫生部四级妇科内镜手术培训基地资格。

各培训基地要按照《妇科内镜诊疗技术管理规范》要求和我部统一编制的培训大纲、培训教材，认真组织培训工作。要制定科学的培训方案，加强对培训医师和受训医师的管理，保证培训质量；培训结束

后，对受训医师进行严格考核，保证培训效果。各培育单位整改期间不得开展四级妇科内镜手术培训工作。各医疗机构相关医师未经四级妇科内镜手术培训基地培训不得开展四级妇科内镜手术。

第一批卫生部四级妇科内镜手术培训基地有效期自本通知印发之日起，至 2014 年 1 月 31 日止。我部将定期组织对各培训基地进行审核，对于不符合规定条件的，将取消卫生部四级妇科内镜手术培训基地资格。

附件：1. 第一批卫生部四级妇科内镜手术培训基地名单

2. 卫生部四级妇科内镜手术培训基地培育单位名单

二〇一一年二月九日

附件 1

第一批卫生部四级妇科内镜手术培训基地名单

省、自治区、直辖市	医疗机构
北京市	北京协和医院
	北京大学第一医院
	北京大学人民医院
	北京大学第三医院
	首都医科大学附属北京朝阳医院
	首都医科大学附属复兴医院
	首都医科大学附属北京妇产医院
河北省	河北医科大学第二医院
山西省	山西医科大学第二医院
辽宁省	中国医科大学附属盛京医院
	沈阳市妇婴医院
吉林省	吉林大学第一医院
	吉林大学第二医院
黑龙江省	哈尔滨医科大学第一附属医院

（续表）

省、自治区、直辖市	医疗机构
上海市	复旦大学附属妇产科医院
	上海交通大学附属第一人民医院
	上海市同济医院
	中国福利会国际和平妇幼保健院
	上海市第一妇婴保健院
江苏省	江苏省人民医院
	南京医科大学第二附属医院
	南京医科大学附属南京妇幼保健院
浙江省	浙江大学医学院附属邵逸夫医院
	浙江大学医学院附属妇产科医院
安徽省	安徽省立医院
福建省	福建中医药大学附属人民医院
江西省	江西省妇幼保健院
山东省	山东大学齐鲁医院
	山东大学第二医院
	青岛大学医学院附属烟台毓璜顶医院
河南省	河南省人民医院
	郑州大学第二附属医院
	郑州大学第三附属医院
湖北省	华中科技大学同济医学院附属同济医院
	湖北省妇幼保健院
广东省	中山大学附属第一医院
	南方医科大学附属南方医院
	南方医科大学附属珠江医院
	广州医学院附属第一医院
	广东省妇幼保健院
	广东省佛山市第一人民医院

（续表）

省、自治区、直辖市	医疗机构
广西壮族自治区	广西壮族自治区人民医院
	广西医科大学第四附属医院
	广西中医学院附属瑞康医院
四川省	四川大学华西第二医院
陕西省	西安交通大学医学院第二附属医院
青海省	青海红十字医院
新疆维吾尔自治区	新疆医科大学第一附属医院

附件 2

卫生部四级妇科内镜手术培训基地培育单位名单

省、自治区、直辖市	医疗机构
天津市	天津市中心妇产科医院
河北省	河北医科大学附属第四医院
	沧州市人民医院
辽宁省	大连市妇产医院
黑龙江省	哈尔滨医科大学附属第二医院
上海市	上海交通大学附属瑞金医院
江苏省	南京市鼓楼医院
浙江省	浙江省人民医院
	宁波大学医学院附属医院
安徽省	安徽医科大学第一附属医院
福建省	福建省立医院
	福建省妇幼保健院
山东省	青岛市妇幼保健院
河南省	郑州大学第一附属医院

（续表）

省、自治区、直辖市	医疗机构
湖北省	武汉协和医院
湖南省	中南大学湘雅二医院
广东省	南方医科大学附属南海医院
	佛山市妇幼保健院
重庆市	重庆医科大学附属第一医院
陕西省	陕西省妇幼保健院
甘肃省	甘肃省妇幼保健院
新疆维吾尔自治区	新疆自治区人民医院

卫生部办公厅关于印发《慢性非传染性疾病综合防控示范区管理办法》的通知

卫办疾控发〔2011〕35号

各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团及计划单列市卫生局：

为落实《慢性非传染性疾病综合防控示范区工作指导方案》（卫办疾控发〔2010〕172号）提出的各项防控措施和有关要求，科学指导各地开展慢性非传染性疾病综合防控示范区的创建工作，我部组织制定了《慢性非传染性疾病综合防控示范区管理办法》。现印发给你们，请认真贯彻落实。

二〇一一年三月十七日

慢性非传染性疾病综合防控示范区管理办法

为落实《慢性非传染性疾病综合防控示范区工作指导方案》(卫办疾控发〔2010〕172号)的有关要求,加强慢性非传染性疾病(以下简称慢性病)预防控制工作,确保慢性病综合防控示范区(以下简称示范区)建设工作的顺利进行和可持续发展,提高人民群众健康水平,特制订本管理办法。

一、示范区的申报和审批

(一)示范区的申报原则。示范区创建采取自愿申报和逐级申报原则,鼓励各县(市、区)积极开展示范区创建工作,符合条件的地区均可申报作为示范区。

(二)示范区的审批程序。示范区分国家级示范区和省级示范区两个等级,卫生部和各省(区、市)卫生行政部门分别负责国家级示范区和省级示范区的审批工作,具体程序为:

1.拟申报示范区的县(市、区),以当地县(市、区)政府的名义,将申报材料提交至所辖地市级卫生行政部门备案,由地市级卫生行政部门集中统一上报至所属省(区、市)卫生行政部门初审。

2.各省(区、市)卫生行政部门负责组织本省(区、市)示范区创建、申报和考核评估工作,考核合格者命名为"省级慢性非传染性疾病综合防控示范县(市、区)",并推荐一定比例的省级示范区参评申报国家级示范区。申报材料由省(区、市)卫生行政部门统一上报至国家示范区工作办公室,申报表可参照《国家慢性非传染性疾病综合防控示范区申报表》(附件1)。

3.卫生部组织对各省(区、市)推荐的示范区进行考核评估,考核合格者命名为"国家慢性非传染性疾病综合防控示范县(市、区)",并予以公布,有效期三年。

二、示范区的管理及考评

(一)卫生部对全国示范区工作进行统一领导和管理,定期组织检查、督导和评估。

(二)各省(区、市)卫生行政部门对省级示范区工作进行统一领导和管理,定期组织检查、督导和评估。省(区、市)疾病预防控制中心负责技术指导、质量控制和业务培训。

(三)地市级卫生行政部门及疾病预防控制中心的职能和管理方式由各省(区、市)自行制定。

(四)各示范区政府应当成立示范区慢性病综合防控工作领导小组,建立多部门合作机制。领导小组下设办公室,负责示范区慢性病防控工作的组织实施、协调管理、督导检查和考核评估。

(五)国家级示范区实行动态管理,对已命名的示范区每三年进行一次考核,期间还将采取不定期抽查的方式加强考核评估,考评具体参照《国家慢性非传染性疾病综合防控示范区考核评价方案(试行)》(附件2)。考核不合格者,将限期改进,逾期仍未达到要求的取消其国家级示范区称号。各省(区、市)卫生行政部门牵头每年对示范区进行督导和考核,并将示范区进展情况和考核结果上报国家示范区工作办公室。

附件:1.国家慢性非传染性疾病综合防控示范区申报表

2.国家慢性非传染性疾病综合防控示范区考核评价方案(试行)

附件 1

国家慢性非传染性疾病综合防控示范区申报表

示范区名称：_____

申报单位：_____省/自治区/直辖市卫生厅(局)

申报日期：_____年_____月_____日

国家慢性非传染性疾病综合防控示范区工作办公室　制

国家慢性非传染性疾病综合防控示范区
申报表

省级联系人		单位名称	
电话		传真	
电子邮箱			
示范区联系人		单位名称	
电话		传真	
电子邮箱			
示范区基本情况	（包括示范区社会经济状况、人口统计学资料、医疗卫生服务资源等背景资料）		
示范区工作创建情况			
省级自评结果			
省（区、市）卫生行政部门意见	单位公章 年　月　日		

附件 2

国家慢性非传染性疾病综合防控示范区考核评价方案

（试行）

一、考评目的

为促进全国慢性非传染性疾病综合防控示范区（以下简称示范区）工作的深入开展，全面落实《慢性非传染性疾病综合防控示范区工作指导方案》（卫办疾控发〔2010〕172 号，以下简称《指导方案》）的各项防控措施，及时发现和解决工作中存在的问题，总结和推广工作中的经验，推动示范区工作的顺利开展，特制定本考核评价方案。

二、考评内容

根据《指导方案》提出的任务要求和创建的基本内容，示范区基本考评内容主要包括以下七个方面，同时鼓励各地因地制宜，创新确定本地区的工作内容。

（一）保障措施。当地政府与有关部门在落实示范区工作中所采取的组织、经费、政策和队伍等保障措施。

（二）社区诊断。根据示范区社会人口经济等基本情况、主要慢性病及危险因素流行状况等，确定重点目标人群和优先领域，明确主要策略和行动措施。

（三）监测。建立和完善覆盖示范区全人群的慢性病监测系统，包括慢性病死因监测、慢性病危险因素监测、肿瘤登记和心脑血管事件报告等。

（四）健康教育和健康促进。开展媒体宣传，提供宣传资料技术支持，营造社区宣传和支持性环境，结合宣传日开展系列主题活动。

（五）全民健康生活方式行动。开展示范创建、工作场所干预、群众社区健身活动，以及平衡膳食和烟草控制等活动。

（六）高危人群发现和干预。利用多种途径进行慢性病高危人群早发现，采取分类实施、管理和干预等措施。

（七）患者管理。落实国家基本公共卫生服务规范，加强高血压、糖尿病等慢性病患者规范化管理，提高患者自我管理能力的情况。

三、考评细则

考评将采用基本分加附加分的方法，汇总总分将作为评选的主要依据。其中基本分满分 1000 分，附加分满分 280 分，总分满分 1280 分。考评内容共分 7 大项，每项有多个指标。通过专家遴选，确定现阶段考评内容中的 11 个指标为核心指标（下文中以“*”标识），核心指标总分为 240 分，东中西部地区均需在 180 分及以上。

省级示范区总分需在 700 分及以上，国家级示范区考评标准东中西部地区总分有所不同，详见下表。

表　东中西部地区国家级示范区考评标准

地区	总分	基本分	附加分	核心分
东部地区	850 分及以上	650 分及以上	200 分及以上	180 分及以上
中部地区	800 分及以上	650 分及以上	150 分及以上	180 分及以上
西部地区	750 分及以上	650 分及以上	100 分及以上	180 分及以上

注：东部地区包括北京、天津、河北、辽宁、上海、江苏、浙江、福建、山东、广东和海南。中部地区包括山西、吉林、黑龙江、安徽、江西、河南、湖北、湖南。西部地区包括内蒙古、广西、重庆、四川、贵州、云南、西藏、陕西、甘肃、青海、宁夏、新疆、新疆生产建设兵团。

（一）保障措施（250 分）

1. 组织保障（80 分）

（1）由示范区所在地政府主要领导担任组长的领导小组负责示范区工作（20 分）。政府主要领导任组长得 20 分，卫生行政部门主要领导任组长得 10 分。此项为核心指标 1*。

（2）领导小组每年至少召开一次工作会议，落

实各部门慢性病防控职责(15分)。

(3)建立卫生、教育、民政、财政、文化、广电、体育等多部门工作协调制度,各部门有明确职责及履行情况记录,设有联络员(20分)。多部门合作达到2—4家得10分,5家及以上得20分。此项为核心指标2*。

(4)示范区办公室每年至少召开4次联络员会议,协调并解决慢性病防控重点问题(15分)。

(5)有专家技术组指导示范区工作计划及工作记录(10分)。

2.经费保障(50分)

(1)示范区所在地政府按照中央投入提供配套项目经费(20分)。地方不提供配套项目经费不得分,地方和中央配套比例在1∶1和2∶1之间(含1∶1)附加10分;2∶1及以上者附加20分。此项为核心指标3*。

(2)区/县疾控机构慢性病防控工作经费达到业务总经费的10%及以上(20分)。无慢性病业务经费不得分,10%以下者每减少一个百分点扣2分。业务总经费是指地方财政拨款除去人员和公用费(办公、水电等)的费用,用于购置计划免疫疫苗的费用不包括在内。此项为核心指标4*。

(3)慢性病防控经费专款专用,可查实(10分)。

3.政策保障(70分)

(1)示范区所在地政府有因地制宜、切合实际的慢性病预防控制工作内容(25分)。

(2)示范区有慢性病防控规划(20分)。政府出台规划得20分,多部门出台规划得15分,卫生行政部门出台规划得10分,疾控机构出台规划得5分。此项为核心指标5*。

(3)至少出台1项慢性病防控相关政策(25分)。每年出台2项及以上政策附加20分。

4.队伍保障(50分)

(1)区/县疾控机构有慢性病防控机构设置(20分)。有独立慢病科(所)且人员达到3人及以上得20分,1—2人得10分;无独立慢病科(所)但慢病人员达到3人及以上得10分,1—2人得5分。无疾控中心的区/县,考核承担该工作的市级机构。此项为核心指标6*。

(2)区/县疾控机构对基层医疗卫生机构技术指导和培训每年不少于4次(10分)。4次以下者每次技术指导和培训得2.5分。

(3)接受省、市疾控机构技术指导和培训每年不少于2次(10分)。2次以下者每次技术指导和培训得5分。

(4)区/县医疗机构对基层医疗卫生机构技术指导和培训每年不少于4次(10分)。4次以下者每次技术指导和培训得2.5分。

(二)社区诊断(50分)

1.从社会学、流行病学以及管理学角度出发,针对社区人群健康问题开展社区诊断工作(20分)。社区诊断是指覆盖全辖区的诊断工作,应当反映辖区内近两年情况。

2.完成社区诊断报告(30分)。社区诊断报告应当涵盖如下内容:当地人口、社会、经济、政策与环境等基本情况(10分);当地居民慢性病患病、死亡及危险因素流行情况(10分);结合社区诊断结果提出符合当地实际情况的慢性病防控重点人群、优先策略、目标、行动措施和评价标准(10分)。此项为核心指标7*。

(三)监测(155分)

1.死因监测(45分)

(1)县级及以上医疗机构死亡网络报告:医疗机构死亡网络报告覆盖率100%,漏报率小于5%,审核率达95%以上(15分)。医疗机构报告覆盖率=医疗机构开展死因报告工作的个数/示范区内医疗机构总数×100%,死亡报告漏报率=(漏报调查估计死亡数−报告死亡数)/漏报调查估计死亡数×100%,死亡网络报告审核率=死亡报告已审核数/死亡网络报告总数×100%。各项指标分别为5分,其中医疗机构报告覆盖率小于80%不得分,80%—89%得3分,90%—99%得4分,100%得5分。死亡报告漏报率、审核率不

达标者不得分。

(2)全人群死亡登记报告:居民粗死亡率原则上不低于6‰,不明原因疾病死亡构成5%以下,编码错误率5%以下(10分)。全人群居民粗死亡率=报告死亡数/平均人口数×1000‰,不明原因疾病死亡构成=死因不明的死亡数/总报告死亡数×100%,编码错误率=编码错误的个案数/已编码的个案数×100%。不明原因疾病死亡构成和编码错误率指标分别为5分,每增加1%减1分。

(3)至少每年开展1次覆盖示范区所有街道或乡/镇的漏报调查,出具漏报调查报告至少应当涵盖漏报死亡病例信息等相关重要内容(10分)。每年开展1次漏报调查得10分,2年开展1次漏报调查得6分,3年开展1次漏报调查得3分。

(4)每年度开展监测综合分析及报告,出具分析报告至少应涵盖监测背景、目的、方法、内容、质控与评价、统计方法、监测结果、主要发现和建议等内容(10分)。每年出具1次报告得10分,2年出具1次报告得6分,3年出具1次报告得3分。

2.慢性病及危险因素监测(45分)

(1)每年完成1次有代表性的慢性病及危险因素核心指标(包括体重、腰围、血糖、血压)监测调查(20分)。每个核心指标为5分。

(2)每3年完成1次辖区全人群抽样调查,调查方案全面、科学、合理,所得数据可反映当地实际情况(15分)。行为危险因素问卷调查、体格测量、实验室检查三类指标各占5分。

(3)撰写监测报告,出具分析报告至少应当涵盖监测背景、目的、方法、内容、质控与评价、统计方法、监测结果、主要发现和建议等内容(10分)。

3.肿瘤登记(45分)

(1)辖区内具有肿瘤诊治能力的医疗机构均应当开展肿瘤登记报告工作(覆盖率100%),恶性肿瘤死亡发病比(MI Ratio)在0.6和0.8之间,病理诊断率(MV%)大于66%,仅有医学死亡证明书比例(DCO%)低于15%,发病率与前一年比较浮动在10%以内(25分)。覆盖率未达到100%的不得分,覆盖率达到100%,但四项指标中有一项不达标的得20分,有二项不达标的得15分,有三项不达标的得10分,四项均不达标的得5分。肿瘤登记流程参照《中国肿瘤登记工作指导手册》的要求。

(2)每年度开展恶性肿瘤发病死亡和生存的分析。年度报告分析应当涵盖背景、目的、信息来源、收集流程及步骤、登记内容、质控与评价、统计方法、监测结果(包括发病率、死亡率、生存率、变化趋势)、主要发现和建议等内容(20分)。

4.心脑血管事件报告(20分)

(1)辖区内医疗机构报告覆盖率100%,心脑血管疾病事件发生报告发病率不低于死亡率(10分),辖区内医疗机构报告覆盖率小于80%者不得分,80%-89%得6分,90%-99%得8分。

(2)每年度开展监测综合分析,出具分析报告。报告至少应当涵盖监测背景、目的、方法、内容、质控与评价、统计方法、监测结果、主要发现和建议等内容(10分)。

(四)健康教育和健康促进(160分)

1.媒体宣传(20分)

(1)结合当地实际情况制定传播计划(5分)。

(2)当地主流大众媒体(受众多、覆盖面广)设置健康教育宣传专栏,定期传播慢病防治和健康素养知识和技能(10分)。设置2个及以上宣传专栏附加20分。此项为核心指标8*。

(3)每半年在电视台宣传达到1次及以上(10分)。

(4)每年在公共场所设置2块及以上户外广告牌(10分)。2块以下者每块户外广告5分。

2.宣传资料技术支持(40分)

(1)每年提供印刷资料和宣传栏模板分别达到8种及以上(10分)。1-3种3分,4-7种6分,8种及以上10分。

(2)每年提供6次及以上公众健康咨询活动核心信息(10分)。每次核心信息覆盖不同内容,

1—2次4分，3—5次7分，6次及以上10分。

(3)每年提供3种及以上音像资料模板(10分)。1—2种5分，3种及以上10分。

(4)每年提供8次及以上健康知识讲座的核心信息及参考教案(10分)。1—3次3分，4—7次6分，8次及以上10分。

3.社区宣传和支持性环境(40分)

(1)健身场所和健康教育活动室在当地社区的覆盖率达到90%以上(10分)。覆盖率50%以下不得分，50%—90%得5分，90%以上得10分。覆盖率＝有健身场所或健康教育活动室的社区数/辖区社区总数×100%。

(2)社区健康讲座每年不少于4次，每次不少于50人(10分)。4次以下每次讲座2.5分。

(3)宣传栏社区覆盖率达90%以上，至少2个月更新1次(10分)。覆盖率50%以下不得分，50%—90%得5分，90%以上得10分。覆盖率＝有宣传栏的社区数/辖区社区总数×100%。

(4)社区卫生服务中心提供至少12种内容宣传材料，且每星期播放宣传视频至少3次(10分)。宣传材料内容少于12种或每星期播放宣传视频少于3次得5分。

4.儿童青少年健康促进(25分)

(1)中小学校开设慢性病健康教育课覆盖率不低于60%，3年内达到100%(15分)。覆盖率＝开设慢性病健康教育课的中小学校数/辖区中小学校总数×100%。每学期以班级为单位，课程不少于2学时。60%以下不得分，60%—79%得5分，80%—99%得10分，100%得15分。

(2)幼儿园开设健康讲座覆盖率不低于60%，3年内达到100%(10分)。覆盖率＝开设健康讲座的幼儿园数/辖区幼儿园总数×100%。60%以下不得分，60%—79%得3分，80%—99%得7分，100%得10分。

5.宣传日活动(20分)

每年至少3场，每次参与活动人数不少于300人(20分)。每年4场及以上的可附加20分。

(五)全民健康生活方式行动(135分)

1.工作场所干预(20分)

机关、企事业单位落实工作场所工间操健身制度，每人每天不少于20分钟，达到要求的覆盖示范区企事业单位30%及以上(20分)。覆盖50%及以上的可附加20分。覆盖率＝落实工作场所工间操健身制度的企事业单位/辖区内企事业单位总数×100%。10%以下不得分，10%—19%得10分，20%—29%得15分，30%及以上得20分。

2.群众社区健身活动(25分)

(1)开展多部门组织的集体性健身活动每年至少1次(5分)。多部门组织的集体性健身活动得5分，非多部门组织的集体性活动得3分。

(2)社区有3个及以上群众性健身活动团体，每月至少组织开展1次活动(10分)。1—2个得5分，3个及以上得10分。

(3)平均每天运动量达到6000步以上成年人比例达到35%及以上(10分)。5%以下不得分，5%—14%得4分，15%—34%得7分，35%及以上得10分。

3.平衡膳食(20分)

(1)示范区出台推广食品营养标签相关政策，销售企业执行食品营养标签的加工食品比例达到50%及以上(5分)，20%以下不得分，20%—49%得3分，50%及以上得5分；人群食物营养标签知晓率达到30%及以上(5分)，10%以下不得分，10%—29%得3分，30%及以上得5分。

(2)利用5年时间将居民人均每日食盐摄入量降至10克，利用10年时间将居民人均每日食盐摄入量降至8克(居民人均每日食盐摄入量每年降低0.5克)(10分)。

4.烟草控制(30分)

(1)1年内示范区无烟医疗卫生机构覆盖率为100%(10分)。覆盖率＝无烟医疗卫生机构数/辖区医疗卫生机构总数×100%。1年内覆盖率未达到100%不得分。

(2)每年至少新创建2家卫生系统外的无烟单位(10分);每年创建5家及以上的附加20分。1家5分,2家及以上10分。

(3)到2015年,示范区成年男性人群吸烟率在现有基础上下降5%(10分)。

5.示范创建(40分)

根据全民健康生活方式行动方案,创建示范社区、示范单位、示范食堂和示范餐厅,每年各类示范创建不少于2家(40分),其中每创建1家得5分。每年每类创建5家及以上的附加20分。此项为核心指标9*。

(六)高危人群发现和干预(130分)

1.高危人群发现(70分)

(1)各级医疗卫生机构35岁以上首诊测血压率达到90%及以上(20分)。查阅过去一年医疗卫生机构的门诊记录,60%以下不得分,60%-74%得10分,75%-89%得15分,90%及以上得20分。此项为核心指标10*。

(2)每2年1次为机关、企事业单位职工提供体检的单位覆盖率达到50%(20分)。达到80%及以上的附加20分,发现高危人群且实施管理的附加20分(建立档案且有随访管理记录)。覆盖率=为职工提供体检的单位数/辖区内企事业单位总数×100%。覆盖率30%以下不得分,30%-39%得10分,40%-49%得15分,50%及以上得20分。

(3)在社区、医疗卫生机构、公共场所等设立健康指标自助检测点,1年内建立至少10个,且逐年递增(30分)。自助点可提供身高、体重、腰围、血压、血糖等测量。每个自助检测点2分,提供全部5种自助检测服务得1分。

(4)实施社区主动筛查高危人群的附加20分。

(5)干预人群重点癌症早诊率达到50%及以上的附加20分。

2.高危人群干预(60分)

(1)与基线调查相比,高危人群标准知晓率逐年递增30%(20分)。递增1%-9%得5分,10%-19%得10分,20%-29%得15分,30%及以上得20分。知晓率=知晓高危人群标准的成人数/被调查人群总数×100%。

(2)人群体重知晓率达到70%及以上(10分)。体重知晓率30%以下不得分,30%-49%得5分,50%-69%得7分,70%及以上得10分。知晓率=知晓体重的成人数/被调查人群总数×100%。被调查人群应来自示范区全人群抽样。

(3)人群腰围知晓率达到70%及以上(10分)。腰围知晓率30%以下不得分,30%-49%得5分,50%-69%得7分,70%及以上得10分。知晓率=知晓自身腰围的成人数/被调查人群总数×100%。被调查人群应来自示范区全人群抽样。

(4)人群血压知晓率达到70%及以上(10分)。血压知晓率30%以下不得分,30%-49%得5分,50%-69%得7分,70%及以上得10分。知晓率=知晓血压的成人数/被调查人群总数×100%。被调查人群应来自示范区全人群抽样。

(5)人群血糖知晓率达到30%及以上(10分)。血糖知晓率10%以下不得分,10%-19%得5分,20%-29%得7分,30%及以上得10分。知晓率=知晓血糖的成人数/被调查人群总数×100%。被调查人群应来自示范区全人群抽样。

3.口腔卫生(附加40分)

(1)对以幼儿园和学校为单位的儿童龋齿的充填率应在2010年基础上,逐年增加30%(附加20分)。递增1%-9%得5分,10%-19%得10分,20%-29%得15分,30%及以上得20分。

(2)符合适应证儿童窝沟封闭率达到50%以上(附加20分)。1%-9%得5分,10%-29%得10分,30%-49%得15分,50%及以上得20分。

(七)患者管理(120分)

1.基本公共卫生服务均等化(60分)

(1)高血压患者登记率达到当地调查患病率或全国平均患病率的60%及以上(10分),糖尿病登记率达到60%及以上(10分)。

(2)高血压患者规范化管理率达到35%及以上(10分)。15%以下不得分,15%－24%得4分,25%－34%得7分,35%及以上得10分。糖尿病患者规范化管理率达到30%及以上(10分)。10%以下不得分,10%－19%得4分,20%－29%得7分,30%及以上得10分。管理率=纳入管理的患者数/辖区内估算患者数×100%。此项为核心指标11*。

(3)高血压患者血压控制率达到30%及以上(10分),10%以下不得分,10%－19%得4分,20%－29%得7分,30%及以上得10分。糖尿病患者血糖控制率达到25%及以上(10分),5%以下不得分,5%－14%得4分,15%－24%得7分,25%及以上得10分。控制率=控制达标的患者数/辖区内估算患者数×100%。

(4)利用信息技术支持,实现对高血压、糖尿病等慢性病患者的动态管理(附加20分)。

2.患者自我管理(60分)

(1)1年内完成活动的自我管理小组达到10个,逐年增加(30分)。每成立1个自我管理小组得1分,每个自我管理小组每年完成6次及以上活动得2分,完成3－5次活动得1分,2次活动及以下不得分。

(2)社区患者自我管理小组覆盖率达到30%及以上(30分)。30%以下每1%得1分。覆盖率=开展自我管理小组活动的社区数/辖区社区总数×100%。

四、组织实施

(一)省级自评

按照自愿申报和逐级申报的原则,各省级卫生行政部门组织本省(区、市)示范区创建、申报和自评工作。省级示范区考核自评工作应当于每年5月31日前完成,每年6月推荐一定比例的省级示范区参评申报国家级示范区,申报材料由省(区、市)卫生行政部门统一上报至国家示范区工作办公室。

(二)国家级考评

卫生部于每年7—9月组织对各省(区、市)推荐的示范区进行考核评估,考核评估组由相关部门和领域的专家以及各省(区、市)推荐人选共同组成。

(三)考评方法

1.查阅各省(区、市)上报示范区工作资料,包括相关文件、记录、照片、报表、工作总结和省级评估报告等。

2.听取当地示范区工作情况汇报。

3.现场考察与评估,抽查部分示范区进行现场督导。

(四)考评步骤

1.熟悉被考评示范区的工作计划、实施方案、各类文件等资料。

2.收集示范区工作开展情况、项目活动、效果等信息。

3.根据考核评定标准对示范区工作进行评分,并将考评结果向示范区反馈。

4.完成考评报告并公布。

附表:国家慢性非传染性疾病综合防控示范区现场考评表

附表

国家慢性非传染性疾病综合防控示范区现场考评表

示范区名称：

考评时间：　　年　　月　　日—　　月　　日　　考评组长：

项目	内容	总分	自评分	考核分	简述自评分考核分有差异的原因
一、组织保障（80分）	(1)*由示范区所在地政府主要领导任组长的领导小组负责示范区工作。	20			
	(2)领导小组每年至少召开一次工作会议，落实各部门慢性病防控职责。	15			
	(3)*建立卫生、教育、民政、财政、文化、广电、体育等多部门工作协调制度，各部门有明确职责及履行情况记录，设有联络员。	20			
	(4)示范区办公室每年至少召开4次联络员会议，协调并解决慢性病防控重点问题。	15			
	(5)有专家技术组指导示范区工作计划及工作记录。	10			
二、经费保障（50分） 附加分(20分)	(1)*示范区所在地政府按照中央投入提供配套项目经费。	20			
	地方和中央配套比例在1∶1和2∶1之间(含1∶1)附加10分。在2∶1及以上者附加20分。	加20			
	(2)*区/县疾控机构慢性病防控工作经费达到业务总经费的10%及以上。	20			
	(3)慢性病防控经费专款专用，可查实。	10			
三、政策保障（70分） 附加分(20分)	(1)示范区所在地政府有因地制宜、切合实际的慢性病预防控制工作内容。	25			
	(2)*示范区有慢性病防控规划。	20			
	(3)至少出台1项慢性病防控相关政策。	25			
	每年出台2项及以上政策附加20分。	加20			
四、队伍保障（50分）	(1)*区/县疾控机构有慢性病防控设置机构。有独立慢病科(所)且人员达到3人及以上得20分，1—2人得10分；无独立慢病科(所)但慢病人员达到3人及以上得10分，1—2人得5分。	20			
	(2)区/县疾控机构对基层医疗卫生机构技术指导和培训每年不少于4次。	10			
	(3)接受省、市疾控机构技术指导和培训每年不少于2次。	10			
	(4)区/县医疗机构对基层医疗卫生机构技术指导和培训每年不少于4次。	10			
五、社区诊断（50分）	(1)从社会学、流行病学以及管理学角度出发，针对社区人群健康问题开展社区诊断工作。	20			
	(2)*完成社区诊断报告。报告应涵盖如下内容：当地人口、社会、经济、政策与环境等基本情况(10分)，当地居民慢性病患病、死亡及危险因素流行情况(10分)，结合社区诊断结果提出符合当地实际情况的慢性病防控重点人群、优先策略、目标、行动措施和评价标准(10分)。	30			

（续表）

项目	内容	总分	自评分	考核分	简述自评分考核分有差异的原因
六、死因监测（45分）	(1)县级及以上医疗机构死亡网络报告覆盖率100%，漏报率小于5%，审核率达95%以上。	15			
	(2)全人群居民粗死亡率原则上不低于6‰，不明原因疾病死亡构成5%以下，编码错误率5%以下。	10			
	(3)至少每年开展1次覆盖示范区所有街道或乡镇的漏报调查，出具漏报调查报告至少应涵盖漏报死亡病例信息等相关重要内容。	10			
	(4)每年度开展监测综合分析及报告，出具分析报告至少应涵盖监测背景、目的、方法、内容、质控与评价、统计方法、监测结果、主要发现和建议等内容。	10			
七、慢性病及危险因素监测（45分）	(1)每年完成1次有代表性慢性病及危险因素核心指标（包括体重、腰围、血糖、血压各5分）监测调查。	20			
	(2)每3年完成1次辖区全人群抽样调查，调查方案全面、科学、合理，所得数据可反映当地实际情况。	15			
	(3)撰写监测报告，出具分析报告至少应涵盖监测背景、目的、方法、内容、质控与评价、统计方法、监测结果、主要发现和建议等内容。	10			
八、肿瘤登记（45分）	(1)辖区内具有肿瘤诊治能力的医疗机构开展肿瘤登记报告覆盖率100%，恶性肿瘤死亡发病比（MI Ratio）在0.6和0.8之间，病理诊断率（MV%）大于66%，仅有医学死亡证明书比例（DCO%）低于15%，发病率与前一年比较浮动在10%以内。	25			
	(2)每年度开展恶性肿瘤发病死亡和生存的分析。年度报告分析应涵盖背景、目的、信息来源、收集流程及步骤、登记内容、质控与评价、统计方法、监测结果（包括发病率、死亡率、生存率、变化趋势）、主要发现和建议等内容。	20			
九、心脑血管事件报告（20分）	(1)辖区内医疗机构报告覆盖率100%，心脑血管疾病事件发生报告发病率不低于死亡率。	10			
	(2)每年度开展监测综合分析，出具分析报告。报告至少应涵盖监测背景、目的、方法、内容、质控与评价、统计方法、监测结果、主要发现和建议等内容。	10			
十、媒体宣传（35分） 附加分（20分）	(1)结合当地实际情况制定操作性强的传播计划。	5			
	(2)*当地主流大众媒体（受众多、覆盖面广）设置健康教育宣传专栏，定期传播慢病防治和健康素养知识和技能。	10			
	设置2个及以上宣传专栏附加20分。	加20			
	(3)每半年在电视台宣传达到1次及以上。	10			
	(4)每年在公共场所设置2块及以上户外广告牌。2块以下者每块5分。	10			

（续表）

项目	内容	总分	自评分	考核分	简述自评分考核分有差异的原因
十一、宣传资料技术支持（40分）	(1)每年提供印刷资料和宣传栏模板分别达到8种及以上。	10			
	(2)每年提供6次及以上公众健康咨询活动核心信息。	10			
	(3)每年提供3种及以上音像资料模板。	10			
	(4)每年提供8次及以上健康知识讲座的核心信息及参考教案。	10			
十二、社区宣传和支持性环境（40分）	(1)健身场所和健康教育活动室在当地社区的覆盖率达到90%以上。	10			
	(2)社区健康讲座每年不少于4次，每次不少于50人。4次以下每次2.5分。	10			
	(3)宣传栏社区覆盖率达90%以上，至少2个月更新1次。	10			
	(4)社区卫生服务中心提供至少12种内容宣传材料，每星期播放宣传视频至少3次。	10			
十三、儿童青少年健康促进（25分）	(1)中小学校开设慢性病健康教育课覆盖率不低于60%，3年内达到100%。	15			
	(2)幼儿园开设健康讲座覆盖率不低于60%，3年内达到100%。	10			
十四、宣传日活动(20分) 附加分(20分)	每年至少3场，每次参与活动人数不少于300人。	20			
	每年4场及以上附加20分。	加20			
十五、工作场所干预(20分) 附加分(20分)	机关、企事业单位落实工间操健身制度，每人每天不少于20分钟，达到要求的覆盖示范区企事业单位30%及以上。	20			
	覆盖50%及以上附加20分。	加20			
十六、群众社区健身活动（25分）	(1)开展多部门组织的集体性健身活动每年至少1次(5分)。多部门组织的集体性健身活动得5分，非多部门组织集体性活动得3分。	5			
	(2)社区有3个及以上群众性健身活动团体，每月至少组织开展1次活动(10分)。	10			
	(3)平均每天运动量达到6000步以上成年人比例达到35%及以上。	10			
十七、平衡膳食（20分）	(1)示范区出台推广食品营养标签相关政策，销售企业执行食品营养标签的加工食品比例达到50%及以上，人群食物营养标签知晓率达到30%及以上。	10			
	(2)利用5年时间将居民人均每日食盐摄入量降至10克，利用10年时间将居民人均每日食盐摄入量降至8克(居民人均每日食盐摄入量每年降低0.5克)。	10			
十八、烟草控制（30分） 附加分(20分)	(1)1年内示范区无烟医疗卫生机构覆盖率为100%。	10			
	(2)每年至少新创建2家卫生系统外的无烟单位。	10			
	每年创建5家及以上的附加20分。	加20			
	(3)到2015年，示范区成年男性人群吸烟率在现有基础上下降5%。	10			

（续表）

项目	内容	总分	自评分	考核分	简述自评分考核分有差异的原因
十九、示范创建（40分）附加分（20分）	*根据全民健康生活方式行动方案，创建示范社区、示范单位、示范食堂和餐厅，每年各类示范创建不少于2家。	40			
	每年每类创建5家及以上的附加20分。	加20			
二十、高危人群发现（70分）附加分（80分）	（1）*各级医疗卫生机构35岁以上首诊测血压率达到90%及以上。	20			
	（2）每2年1次为机关、企事业单位职工提供体检的单位覆盖率达到50%。	20			
	达到80%及以上的附加20分，发现高危人群且实施管理的附加20分（建立档案且有随访管理记录）。	加40			
	（3）在社区、医疗卫生机构、公共场所等设立健康指标自助检测点，1年内建立至少10个，且逐年递增。	30			
	（4）实施社区主动筛查高危人群的附加20分。	加20			
	（5）干预人群重点癌症早诊率达到50%及以上的附加20分。	加20			
二十一、高危人群干预（60分）	（1）与基线调查相比，高危人群标准知晓率逐年递增30%。	20			
	（2）人群体重知晓率达到70%及以上。	10			
	（3）人群腰围知晓率达到70%及以上。	10			
	（4）人群血压知晓率达到70%及以上。	10			
	（5）人群血糖知晓率达到30%及以上。	10			
二十二、口腔卫生（附加40分）	（1）对以幼儿园和学校为单位的儿童龋齿的充填率应在2010年基础上，逐年增加30%。	加20			
	（2）符合适应证儿童窝沟封闭率达到50%以上。	加20			
二十三、基本公共卫生服务均等化（60分）附加分（20分）	（1）高血压患者登记率达到当地调查患病率或全国平均患病率的60%及以上（10分），糖尿病登记率达到60%及以上（10分）。	20			
	（2）*高血压患者规范化管理率达到35%及以上（10分），糖尿病患者规范化管理率达到30%及以上（10分）。	20			
	（3）高血压患者血压控制率达到30%及以上（10分），糖尿病患者血糖控制率达到25%及以上（10分）。	20			
	（4）利用信息技术支持，实现对高血压、糖尿病等慢性病患者的动态管理附加20分。	加20			
二十四、患者自我管理（60分）	（1）1年内完成活动的自我管理小组达到10个，逐年增加。	30			
	（2）社区患者自我管理小组覆盖率达到30%及以上。30%以下每1%为1分。	30			

（续表）

考评总分	
核心分	
示范区工作亮点、经验及案例	
可推广经验或模式	
存在的问题和改进的建议	
考评成员签字	

各注：* 为核心指标

卫生部办公厅关于开展“癌痛规范化治疗示范病房”创建活动的通知

卫办医政发〔2011〕43号

各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团卫生局：

为进一步加强我国肿瘤规范化诊疗管理，提高癌痛规范化治疗水平，改善对肿瘤患者的医疗服务，提高肿瘤患者生存质量，我部决定于2011－2013年在全国范围内开展“癌痛规范化治疗示范病房”创建活动。现将活动方案印发给你们，请遵照执行。

各省级卫生行政部门要按照要求，切实加强组织领导，结合本地实际认真组织实施，确保创建活动顺利开展，并及时将活动有关情况报送我部医政司。

联系人：卫生部医政司　邓一鸣、胡瑞荣、焦雅辉

电　话：010－68792840、68792097

传　真：010－68792513

E-mail：mohyzsylc@163.com

附件：2011－2013年“癌痛规范化治疗示范病房”创建活动方案

二〇一一年三月三十日

附件

2011－2013年“癌痛规范化治疗示范病房”创建活动方案

为进一步加强我国肿瘤规范化诊疗管理，提高癌痛规范化治疗水平，提高肿瘤患者生存质量，保障医疗质量和安全，改善医疗服务，制定本方案。

一、指导思想

按照深化医药卫生体制改革有关要求，进一步加强我国肿瘤规范化诊疗管理，提高癌痛规范化治疗水平，改善肿瘤患者的生存质量，提高医疗质量，保障医疗安全。

二、活动目标

利用3年时间，通过开展“癌痛规范化治疗示范病房”创建活动，至2013年底，在全国范围内创建150个“癌痛规范化治疗示范病房”（以下简称“示范病房”），其中三级医院示范病房100个，地市级二级和县级二级医院示范病房50个。通过示范病房的带动和示范作用，以点带面，不断提高我国肿瘤规范化诊疗水平，加强麻醉和精神药品临床应用管理，提高肿瘤患者生存质量。

三、活动范围

全国二级以上医院。

四、组织管理

卫生部医政司负责“示范病房”创建活动的组织与管理。主要职责是制定活动方案并组织实施；成立卫生部癌痛规范化治疗专家组（名单见附件）；确定“示范病房”创建和审核标准；指定机构具体负责“示范病房”创建活动；组织对“示范病房”申请单位进行审核；审定“示范病房”名单；对创建活动开展情况进行监督、指导和评估等。

卫生部癌痛规范化治疗专家组主要负责为创建活动提供技术支持和指导。拟订“示范病房”创建和审核标准；协助制订癌痛规范化诊疗相关技术文件，编写相关培训教材并组织培训；协助对“示范病房”申请单位进行技术审核和指导，分析工作相关信息等。

受卫生部医政司委托，中国抗癌协会临床肿瘤学协作专业委员会（北京市希思科临床肿瘤学研究基金会）负责“示范病房”创建活动的具体实施工作。协助组建卫生部癌痛规范化治疗专家组；协助制订“示范病房”创建和审核标准；印制癌痛规范治疗相关培训教材并组织培训；协助组织对“示范病房”申请单位进行技术审核和指导；开展相关工作信息分析评估等。

各省级卫生行政部门负责组织和指导辖区内医院“示范病房”创建相关工作。

五、活动内容和重点要求

“示范病房”创建活动重点在于进一步规范对肿瘤患者诊疗行为，加强医院的麻醉和精神药品管理，提高麻醉和精神药品临床合理应用水平，提升医务人员癌痛规范化治疗水平，提高患者对癌痛治疗的认知度和用药依从性，保障麻醉和精神药品临床合理应用。

（一）提高肿瘤规范化诊疗水平。

1. 按照肿瘤诊疗相关规范、指南要求，开展医护人员定期培训，提高肿瘤规范化诊疗水平。

2. 建立癌痛评估标准和治疗规范，保证患者的疼痛能被及时发现，对疼痛的程度和性质进行正确评估并进行合理镇痛治疗。

（二）提高医院的麻醉药品和精神药品规范化管理水平。贯彻落实《中华人民共和国药品管理法》、《麻醉药品和精神药品管理条例》、《处方管理办法》、《医疗机构药事管理暂行规定》等文件要求，完善医院麻醉药品和精神药品管理制度，改进工作机制，优化管理流程，保障麻醉药品和精神药品临床应用需求。

（三）提高麻醉药品和精神药品临床合理应用水平。

1. 贯彻落实《麻醉药品临床应用指导原则》、《精神药品临床应用指导原则》、《国家处方集》和《癌症三级止痛阶梯疗法指导原则》等规范性文件，提高麻醉和精神药品临床合理应用水平，合理为癌痛患者进行止痛治疗。

2. 建立医护人员定期培训制度，进行癌痛治疗相关知识的培训及更新。

3. 科室负责人对本科室癌痛治疗工作进行全面管理和监督，并指定专人定期对本科室癌痛治疗情况和存在的问题进行评估和反馈。

（四）加强对医务人员和患者的宣传教育。建立医护人员定期培训机制，提高医务人员肿瘤规范化诊疗水平。建立患者定期宣传教育制度，采用发放患者宣传教育手册、设立宣传教育栏等多种形式，提高患者对癌痛治疗的认知度和用药依从性。

六、实施步骤

（一）筹备启动阶段（2011 年 3—6 月）。

1. 制定下发“示范病房”创建活动方案。

2. 制定下发《癌痛规范化治疗示范病房标准》。

3. 各省级卫生行政部门根据创建活动要求，进一步细化活动方案并部署相关工作，推荐参加“示范病房”创建活动的医院。

（二）组织实施阶段（2011 年 7 月至 2013 年 8 月）。

1. 各医院按照活动方案要求，开展“示范病房”创建相关工作。

2.省级卫生行政部门定期组织对辖区内医院“示范病房”创建活动开展情况进行指导和检查。卫生部将适时组织对全国创建活动开展情况进行指导和督导。

3.制定下发《癌痛规范化治疗示范病房审核标准》。

4.分阶段组织开展“示范病房”审核工作。卫生部组织有关专家,按照《活动方案》和《癌痛规范化治疗示范病房审核标准》的要求,对各省级卫生行政部门推荐的医院进行审核,确定“示范病房”名单。审核工作分3批进行:

(1)第一批“示范病房”审核工作(2011年10—12月)。在全国范围内创建50个“示范病房”,其中三级医院示范病房40个,地市级二级和县级二级医院示范病房10个。

(2)第二批“示范病房”审核工作(2012年10—12月)。在全国范围内创建50个“示范病房”,其中三级医院示范病房30个,地市级二级和县级二级医院示范病房20个。

(3)第三批“示范病房”审核工作(2013年6—8月)。在全国范围内创建50个“示范病房”,其中三级医院示范病房30个,地市级二级和县级二级医院示范病房20个。

(三)总结评估阶段(2013年9—12月)。

1.各省级卫生行政部门对本省(区、市)创建活动开展情况进行终期总结评估,并于2013年9月底前将总结评估材料报卫生部。

2.卫生部组织对全国“示范病房”创建活动开展情况进行评估总结。

3.卫生部组织召开总结会,组织各地区、各医院间交流经验、总结工作,宣传和推广好的做法和经验。同时,研究建立肿瘤和癌痛规范化治疗管理的长效机制。

七、工作要求

(一)提高思想认识,加强组织领导。各级卫生行政部门和有关医院要统一思想,从深化医药卫生体制改革和维护广大人民群众健康权益的高度,充分认识“癌痛规范化治疗示范病房”创建活动的重要性,切实加强组织领导,克服工作中的困难,结合本地实际认真组织实施,确保各项工作取得实效。

(二)认真贯彻落实,扎实稳步推进。各级卫生行政部门和有关医院要认真贯彻落实文件精神,明确职责、周密部署,鼓励医院结合自身实际,创造性地开展工作,探索建立肿瘤和癌痛规范治疗管理的长效机制;建立本辖区癌痛规范化治疗专家组,发挥专家的技术指导作用;发扬求真务实的工作作风,真抓实干,认真、全面地开展自建自查工作,推动各项工作扎实稳步开展,持续提高我国肿瘤规范化治疗水平、医疗机构麻醉和精神药品临床应用管理水平,以及医务人员癌痛治疗能力。

(三)加强指导检查,确保取得实效。各级卫生行政部门要适时开展指导、检查,认真组织开展对“示范病房”创建工作开展情况和效果的检查和评估工作。检查组要注重癌痛患者的感受和评价,提升患者满意度,切实加强癌痛规范化诊疗工作,务求创建工作取得实效。卫生部医政司将适时组织对创建工作开展情况进行评估和督导检查。

附:卫生部癌痛规范化治疗专家组名单

附

卫生部癌痛规范化治疗专家组名单

（成员名单按姓氏笔划顺序排列）

顾　问：		
孙　燕	中国医学科学院肿瘤医院	中国工程院院士
韩济生	北京大学神经科学研究所	中国科学院院士
李大魁	中国医学科学院北京协和医院	主任药师
罗爱伦	中国医学科学院北京协和医院	主任医师
管忠震	中山大学附属肿瘤医院	主任医师
组　长：		
秦叔逵	中国人民解放军第八一医院	主任医师
副组长：		
于世英	华中科技大学同济医学院附属同济医院	主任医师
张　力	中山大学附属肿瘤医院	主任医师
黄宇光	中国医学科学院北京协和医院	主任医师
樊碧发	中日友好医院	主任医师
成　员：		
于布为	上海交通大学附属瑞金医院	主任医师
马　军	哈尔滨血液病肿瘤研究所	所长
马胜林	浙江省肿瘤医院	主任医师
王　昆	天津医科大学附属肿瘤医院	主任医师
王杰军	上海长征医院	主任医师
王雅杰	第二军医大学附属长海医院	主任医师
邓燕明	佛山市第一人民医院	主任医师
石远凯	中国医学科学院肿瘤医院	主任医师
刘　巍	河北医科大学第四医院	主任医师
刘云鹏	中国医科大学附属第一医院	主任医师
刘端祺	北京军区总医院	主任医师
吴一龙	广东省人民医院	主任医师
张贺龙	第四军医大学唐都医院	主任医师
张清媛	哈尔滨医科大学附属第三医院	主任医师
李　平	四川大学华西医院	主任医师
李　进	上海复旦大学附属肿瘤医院	主任医师
李水清	北京大学第三医院	副主任医师
李萍萍	北京大学临床肿瘤学院	主任医师
杜　光	华中科技大学同济医学院附属同济医院	主任药师

花亚伟	河南省肿瘤医院	主任医师
罗荣城	南方医科大学南方医院	主任医师
胡　冰	安徽省立医院	主任医师
赵继军	第二军医大学附属长海医院	护 士 长
徐建国	南京军区南京总医院	主任医师
梁　军	青岛大学医学院附属医院	主任医师
黄　诚	福建省肿瘤医院	主任医师
傅志俭	山东省立医院	主任医师
程　颖	吉林省肿瘤医院	主任医师
谢广茹	天津医科大学附属肿瘤医院	主任医师
翟所迪	北京大学第三医院	主任药师
颜　青	卫生部医院管理研究所药事管理研究部	主任药师

卫生部办公厅关于增加“优质护理服务示范工程”重点联系医院及有关工作的通知

卫办医政发〔2011〕48号

各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团卫生局：

为贯彻落实《2011年公立医院改革试点工作安排》和2011年全国卫生工作会议精神，进一步推广优质护理服务，我部决定增加“优质护理服务示范工程”重点联系医院，加强直接联系和指导，以点带面，扎实推进优质护理服务。现就有关工作提出以下要求：

一、提高思想认识，充分发挥大型公立医院的示范作用

为更好地落实公立医院改革工作任务，我部在原有72所部级重点联系医院的基础上，增加部分部属（管）医院和省级医院，将重点联系医院扩大至110所（名单见附件）。地方各级卫生行政部门和各重点联系医院要进一步提高思想认识，加强组织领导，扎实推进优质护理服务，确保工作取得实效。重点联系医院要率先垂范，充分发挥示范带头作用，带动辖区内整体护理质量和管理水平的提高，推广优质护理服务，进一步促进医患和谐。

二、明确工作目标，巩固和扩大优质护理服务覆盖面

到2011年6月，原有重点联系医院在80%以上的病房开展优质护理服务；新纳入的重点联系医院在50%以上的病房开展优质护理服务。

到2011年12月，110所重点联系医院争取在全院全面推行优质护理服务。

三、落实工作标准，确保优质护理服务取得实效

地方各级卫生行政部门和各重点联系医院要认真落实《医院实施优质护理服务工作标准（试行）》（以下简称《工作标准》）。各省级卫生行政部门要结合实际，细化工作标准，指导辖区内医院开展优质护理服务，注重工作实效，确保工作落实。各重点联系医院要按照《工作标准》认真开展优质护理服务，着

力推进优质护理服务深入、持续开展。

四、制定工作计划，落实各项重点工作任务

各重点联系医院要根据《2011 年推广优质护理服务工作方案》，认真制订本医院推进优质护理服务的工作计划，明确具体的任务目标、组织分工、工作进度、时间节点和保障措施等，加强医院内各部门之间的分工协作，落实推进优质护理服务的责任，扎实开展工作。

医院要深化“以病人为中心”的服务理念，改革护理工作模式，实行责任制整体护理，责任护士全面履行护理职责，为患者实施全面、全程的优质护理服务，切实加强护理管理，逐步实施护士岗位管理和绩效考核，完善激励机制，调动护士积极性，建立持续推进优质护理服务深入开展的长效机制。

五、落实工作责任，强化对工作效果的评估和考核

地方各级卫生行政部门要进一步加强对医院的直接联系和指导，认真落实本省（区、市）推进优质护理服务的实施方案，按照我部要求，在落实工作标准和保证工作进度方面，加大对重点联系医院的评估考核力度，定期通报工作信息，做好新闻宣传和人员培训工作。

我部将加强对 110 所重点联系医院的定点联系和指导，加强信息交流，及时总结经验，不断推进工作，定期对各项工作任务的完成情况和实施效果进行评估和考核。请各重点联系医院将 2011 年推进优质护理服务的工作计划于 4 月 30 日前报送我部医政司。

联系人：卫生部医政司护理管理处　王曼莉、孟莉

电话：010－68792733、68792208

传真：010－68792513

电子邮箱：yzshulichu@yahoo.com.cn

附件：110 所“优质护理服务示范工程”重点联系医院名单

二〇一一年四月七日

附件

110 所“优质护理服务示范工程”重点联系医院名单

序号	省、自治区、直辖市	医院名称
1	北京	卫生部北京医院
2		中国医学科学院北京协和医院
3		中日友好医院
4		中国医学科学院阜外心血管病医院
5		中国医学科学院肿瘤医院
6		北京大学第一医院
7		北京大学人民医院
8		北京大学第三医院
9		北京肿瘤医院
10		首都医科大学宣武医院
11		首都医科大学附属北京友谊医院
12		首都医科大学附属北京朝阳医院
13		首都医科大学附属北京天坛医院
14		北京积水潭医院

（续表）

序号	省、自治区、直辖市	医院名称
15	天津	天津医科大学总医院
16		天津市第三中心医院
17		泰达国际心血管病医院
18	河北	河北省人民医院
19		河北医科大学第二医院
20	山西	山西省人民医院
21		大同煤矿集团有限责任公司总医院
22	内蒙古	内蒙古自治区人民医院
23		内蒙古林业总医院
24	辽宁	中国医科大学附属第一医院
25		中国医科大学附属盛京医院
26		大连医科大学附属第一医院
27	吉林	吉林大学白求恩第一医院
28		吉林省人民医院
29		四平市中心医院
30		延边大学附属医院
31	黑龙江	哈尔滨医科大学附属第一医院
32		哈尔滨医科大学附属第二医院
33	上海	复旦大学附属中山医院
34		复旦大学附属华山医院
35		上海市第十人民医院
36		上海市东方医院
37		上海交通大学医学院附属瑞金医院
38	江苏	江苏省人民医院
39		南京大学医学院附属鼓楼医院
40		苏州大学附属第一医院
41		镇江市第一人民医院
42		苏北人民医院
43	浙江	浙江省人民医院
44		浙江大学医学院附属第一医院
45		浙江大学医学院附属第二医院
46	安徽	安徽省立医院
47		安徽医科大学第一附属医院
48		合肥市第一人民医院
49	福建	福建省立医院
50		厦门市第一医院
51	江西	南昌大学第一附属医院
52		江西省肿瘤医院

（续表）

序号	省、自治区、直辖市	医院名称
53	山东	山东大学齐鲁医院
54		山东大学第二医院
55		山东省立医院
56		山东省千佛山医院
57		济宁医学院附属医院
58	河南	河南省人民医院
59		郑州大学第一附属医院
60		河南科技大学第二附属医院
61	湖北	华中科技大学同济医学院附属同济医院
62		华中科技大学同济医学院附属协和医院
63		湖北省人民医院
64		武汉大学中南医院
65		武汉科技大学附属天佑医院
66		湖北省荆州市中心医院
67	湖南	中南大学湘雅医院
68		中南大学湘雅二医院
69		中南大学湘雅三医院
70		湖南省人民医院
71		湖南省肿瘤医院
72	广东	中山大学附属第一医院
73		中山大学附属第二医院
74		中山大学附属第三医院
75		中山大学附属第五医院
76		中山大学附属肿瘤医院
77		广东省人民医院
78		暨南大学附属第一医院
79		南方医科大学珠江医院
80		南方医科大学南方医院
81	广西	广西壮族自治区人民医院
82		广西医科大学第一附属医院
83	海南	海南省人民医院
84		海口市人民医院
85	重庆	重庆医科大学附属第一医院
86		重庆医科大学附属第二医院
87	四川	四川大学华西医院
88		四川省医学科学院 • 四川省人民医院
89	贵州	贵州省人民医院
90		贵阳医学院附属医院
91		遵义医院

（续表）

序号	省、自治区、直辖市	医院名称
92	云南	昆明医学院第一附属医院
93		云南省玉溪市人民医院
94		云南省第三人民医院
95		云南省老年病医院
96	西藏	西藏自治区人民医院
97	陕西	西安交通大学医学院第一附属医院
98		西安交通大学医学院第二附属医院
99		陕西省人民医院
100		西安市第四医院
101	甘肃	甘肃省人民医院
102		兰州大学第一医院
103	青海	青海省人民医院
104		青海大学附属医院
105	宁夏	宁夏回族自治区人民医院
106		宁夏医科大学附属医院
107	新疆	新疆维吾尔自治区人民医院
108		新疆医科大学第一附属医院
109	兵团	新疆生产建设兵团医院
110		石河子大学医学院第一附属医院

卫生部办公厅关于印发国家食品安全风险评估专家委员会章程的通知

卫办监督发〔2011〕53号

各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团卫生局，发展改革委、工业和信息化部、财政部、农业部、商务部、工商总局、质检总局办公厅，法制办秘书行政司，新闻办秘书局，食品药品监管局办公室：

《国家食品安全风险评估专家委员会章程》已经国家食品安全风险评估专家委员会全体会议审议通过。现印发给你们，请遵照施行。

二〇一一年四月十二日

国家食品安全风险评估专家委员会章程

（国家食品安全风险评估专家委员会
第一次全体大会审议通过）

第一章　总　则

第一条　国家食品安全风险评估专家委员会（以下简称专家委员会）是根据《中华人民共和国食品安全法》的规定成立的食品安全风险评估专家组织。

第二条　专家委员会由卫生部负责组建和管理，受卫生部委托独立开展食品安全风险评估工作。

第三条　专家委员会的主要职责是：

（一）起草国家食品安全风险监测、评估规划和年度计划，拟定优先监测、评估项目；

（二）进行食品安全风险评估；

（三）负责解释食品安全风险评估结果；

（四）开展食品安全风险交流；

（五）承担卫生部委托的其他风险评估相关任务。

第四条　专家委员会应当加强与食品安全风险评估相关国际机构和组织的沟通、交流。

第二章　组织机构

第五条　专家委员会设主任委员 1 名，副主任委员 2－3 名，秘书长 1 名，副秘书长 2－3 名，委员若干名。

第六条　专家委员会主任委员、副主任委员、秘书长、副秘书长和委员由卫生部聘任。

第七条　专家委员会根据评估需要设置专门工作组，具体负责不同专业领域的风险评估工作。

第八条　专家委员会设秘书处，作为专家委员会的常设办事机构。秘书处实行秘书长负责制。

第九条　秘书处的职责：

（一）负责管理专家委员会的日常事务；

（二）组织召开专家委员会议并承担会议各项议事材料的准备；

（三）协调受委托的有关技术机构开展食品安全风险评估相关科学数据、技术信息、检验结果的收集、处理、分析等事项；

（四）主动跟踪、汇总、分析国内外食品安全风险评估相关的政策与科学信息；

（五）开展食品安全风险信息交流；

（六）负责管理专家委员会工作经费；

（七）组织落实专家委员会议定的其他事项。

第十条　专家委员会根据应急评估任务需要，可设临时工作组，负责专家委员会委派的评估任务。临时工作组可由专家委员会委员或其他专家组成。

第十一条　参加专门工作组和临时工作组的委员人数视具体情况而定。组长由专家委员会指定，对专家委员会负责。

第三章　专家委员会委员

第十二条　专家委员会应由医学、农业、食品、毒理、营养等方面的专家组成。专家委员会可根据工作需要，建立由相关专业领域的专家组成的食品安全风险监测专家库和风险评估专家库。

第十三条　专家委员会委员应当符合以下条件：

（一）拥护党的路线、方针、政策，具有较强的社会责任感，遵纪守法，具有严谨、科学、端正的工作作风和较强的敬业精神；

（二）严格遵守委员会章程，能够按时参加委员会组织的各项活动，承担并完成委员会交付的各项任务；

（三）从事专业技术工作，具有副高级以上专业职称（副高级职称者需具有博士学位），年龄在65岁以下（院士除外），身体健康；

（四）具体从事食品安全风险评估工作，或者从事与食品安全风险评估相关的工作；

（五）业务水平突出，在国内相关专业领域具有较高的学术威望，或者具备丰富的工作经验。

第十四条 专家委员会委员享有对各项风险评估活动的表决权、建议权和监督权。

第十五条 专家委员会委员应当主动回避可能与自身利益相关的风险评估工作，并遵守国家相关保密的规定。

第十六条 所有委员不得以专家委员会委员名义从事与食品安全风险评估无关的活动。

第十七条 专家委员会委员存在以下情形之一的，经专家委员会报请卫生部批准，按照有关程序终止其委员资格：

（一）因客观情况或个人原因不能承担工作的；

（二）触犯国家法律的；

（三）无故不参加专家委员会议的；

（四）以专家委员会委员名义从事相关商业活动或在公共场合发表有悖于专家委员会决议的言论的。

第十八条 专家委员会委员每届任期为五年。

第四章 工作机制

第十九条 专家委员会根据卫生部下达的风险评估任务，按照相应程序独立开展风险评估工作。

第二十条 各专门工作组开展风险评估工作，起草风险评估实施方案和评估报告草案，提交专家委员会秘书处。

第二十一条 以下事项由专家委员会全体会议审议：

（一）专家委员会章程；

（二）食品安全风险监测、评估年度计划草案和优先监测、评估项目；

（三）专家委员会年度工作计划和年度工作报告；

（四）各专门工作组和临时工作组的组建；

（五）食品安全风险评估实施方案；

（六）食品安全风险评估结果和报告草案。

第二十二条 对应急评估的风险评估实施方案和风险评估意见，可通过由主任委员或副主任委员参加的临时工作组会议表决通过。

第二十三条 根据工作需要，专家委员会可邀请专家库中的专家参加相关议题的讨论或承担相应工作。

第二十四条 专家委员会的各项决定根据协商一致的原则作出，必要时可采用投票方式作出决定。投票时专家委员会应当有四分之三以上委员出席，持同一意见的票数超过全体专家委员会人数的二分之一方为有效。

第二十五条 专家委员会形成的风险评估结果、报告和意见等各项文件经主任委员或经主任委员授权的副主任委员签字后，由专家委员会秘书处报送卫生部。

第五章 经 费

第二十六条 专家委员会的工作经费由卫生部申请专项财政经费保障。

第六章 附 则

第二十七条 本章程由专家委员会负责解释。

第二十八条 本章程自公布之日起施行。

卫生部办公厅关于调整《消毒产品卫生安全评价规定》中抗(抑)菌制剂毒理学指标检测方法的通知

卫办监督发〔2011〕57 号

各省、自治区、直辖市卫生厅局,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:

经我部组织专家论证,现将《消毒产品卫生安全评价规定》(卫监督发〔2009〕105 号)中"附件 1 表 3 抗(抑)菌制剂检验项目及要求"中"注 4"修改为:"说明书中标明用于皮肤的抗(抑)菌制剂应进行多次皮肤刺激性试验,于使用后及时清洗的可只进行暴露时间为 2 小时的急性皮肤刺激试验;说明书中标明用于黏膜的抗(抑)菌制剂应进行眼刺激性试验,用于阴道黏膜的抗(抑)菌制剂还应进行阴道黏膜刺激性试验"。本通知自印发之日起施行。

二〇一一年四月十九日

卫生部办公厅关于 2011 年第一季度全国食物中毒事件情况的通报

卫办应急发〔2011〕59 号

各省、自治区、直辖市卫生厅局,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:

2011 年第一季度,我部通过中国疾病预防控制中心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 13 起,中毒 566 人,其中死亡 16 人。与 2010 年同期相比,报告起数减少 58.1%,中毒人数减少 28.3%,死亡人数减少 33.3%。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	7	393	9
2	3	159	2
3	3	14	5
合计	**13**	**566**	**16**

第一季度,1 月份报告的食物中毒事件起数、中毒人数和死亡人数最多,分别占总报告起数、中毒人数和死亡人数的 53.8%、69.4%和 56.3%。

（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	2	154	0
化学性	6	36	13
有毒动植物及毒蘑菇	3	323	1
不明原因或尚未查明原因	2	53	2
合计	**13**	**566**	**16**

第一季度，化学性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46.2%和81.3%；有毒动植物及毒蘑菇引起的食物中毒的中毒人数最多，占总中毒人数的57.1%。

与2010年同期相比，微生物性、化学性食物中毒事件的报告中毒人数分别减少了41.0%和83.4%，有毒动植物及毒蘑菇引起的食物中毒事件报告中毒人数增加7.7%；化学性食物中毒事件的报告死亡人数增加30.0%。

（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	2	322	0
家庭	9	238	14
饮食服务单位	1	1	1
其他场所	1	5	1
合计	**13**	**566**	**16**

第一季度，发生在家庭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69.2%和87.5%；发生在集体食堂的中毒人数最多，占总中毒人数的56.9%。

（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46人，无死亡。该事件发生于学校集体食堂，为食用未炒熟豆角导致毒扁豆碱中毒引起。

与2010年同期相比，学生食物中毒事件的报告起数减少6起，中毒人数减少86.9%，均无死亡。

（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3起，中毒13人，7人死亡，均发生在家庭。剧毒鼠药食物中毒事件的报告起数、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50.0%、36.1%和53.8%。

与2010年同期相比，剧毒鼠药中毒事件报告起数减少1起，中毒人数减少40.9%，死亡人数增加2人。

二、食物中毒事件原因分析

（一）第一季度，有毒动植物及毒蘑菇引起的食物中毒事件的中毒人数最多，达323人，占总中毒人数的57.1%，与2010年同期相比增加7.7%。其中，两起因食用未炒熟豆角导致毒扁豆碱中毒的事件，分别造成276人和46人中毒，均发生在集体食堂。

（二）第一季度，发生在家庭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总死亡人数的69.2%和87.5%。其中，剧毒鼠药中毒3起，中毒13人，死亡7人，分别占家庭食物中毒事件总报告起数、中毒人数和死亡人数的33.3%、5.5%和50.0%。

三、下一步工作要求

（一）随着气温逐渐升高，食品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，同时采取多种形式开展食品安全知识宣传和健康教育工作，引导公众养成良好的饮食习惯、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，告知公众不食用不能确认的野生植物和蘑菇，并根据条件向公众提供鉴别可食用野生植物和蘑菇的知识与方法。

（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，减少和避免死亡。

（四）云南省各级卫生行政部门要协调有关部门共同做好盈江地震灾区食品安全监督监测工作，加强灾民集中安置点食品安全监管，广泛开展食品安全知识宣传，严防灾区发生食物中毒事件。

二〇一一年四月二十二日

卫生部办公厅关于启动心脏死亡捐献器官移植试点工作的通知

卫办医管发〔2011〕62号

各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团卫生局：

人体器官捐献试点工作启动一年来，取得了初步成效。为深入贯彻落实《人体器官移植条例》，全面推进人体器官捐献体系建设，进一步调动各地工作积极性，我部在卫生部人体器官移植技术临床应用委员会（以下简称OTC）第八次会议讨论的基础上，决定启动心脏死亡捐献器官移植试点工作。现就有关事项通知如下：

一、试点工作的时间、内容及申请程序

（一）试点时间。2011年5月至2012年5月。

（二）试点内容。符合《卫生部关于印发肝脏、肾脏、心脏、肺脏移植技术管理规范的通知》（卫医发〔2006〕243号，以下简称《移植技术管理规范》）要求的三级甲等医院可以申请开展心脏死亡捐献器官移植试点工作。经省级卫生行政部门审核批准后，试点医院按照中国红十字会总会、卫生部《关于印发人体器官捐献试点工作方案的通知》（红总字〔2010〕13号）等文件要求，参照《卫生部办公厅关于印发卫生部人体器官移植技术临床应用委员会第八次会议纪要的通知》（卫办医管函〔2011〕234号）确定的中国心脏死亡器官捐献分类标准（见附件1），在已有该器官移植诊疗科目的移植医院指导下，开展心脏死亡捐献器官移植试点工作。

（三）申请程序。拟开展心脏死亡捐献器官移植试点工作的医院需在2011年5月30日前向省级卫生行政部门提出试点申请。省级卫生行政部门按照《移植技术管理规范》等文件的要求在2011年6月15日前完成申请医院的审核，并将确定符合试点条件的医院向社会公示两周。对于公示期内无异议的医院，省级卫生行政部门将其列入试点医院名单，按有关规定办理诊疗科目登记，并注明有效期一年。省级卫生行政部门在办理完试点移植诊疗科目登记后的10个工作日内，将试点医院名单和登记的诊疗科目报我部备案。

二、试点工作有关要求

（一）各级卫生行政部门要高度重视，加强对辖区内各级各类医疗机构的监管和指导，严格按照有关法律法规和我部要求，积极配合各级红十字会做好人体器官捐献工作。

（二）试点医院要成立心脏死亡捐献器官移植工作委员会，负责规范指导本医院开展心脏死亡捐献器官移植工作。试点医院要严格按照登记的诊疗科目依法依规开展心脏死亡捐献器官移植工作，不得超范围开展其他形式和来源的人体器官移植。试点工作结束后，未通过本通知第三条所列移植资质核准的试点医院不得继续开展心脏死亡捐献器官移植工作。

（三）试点医院须严格按照《卫生部办公厅关于加强人体器官移植数据网络直报管理的通知》（卫办医管发〔2010〕105号）要求，做好移植数据网络直报工作。

三、移植资质核准事项

（一）试点医院在试点期间完成心脏死亡捐献供体例数达到10例或以上，并完成相关移植手术

的，可通过省级卫生行政部门向我部申请，由 OTC 核定该诊疗科目心脏死亡捐献器官移植资质。

（二）原由省级卫生行政部门指定具有移植资质的医院在试点期间完成心脏死亡器官捐献供体例数达到 5 例或以上的，可通过省级卫生行政部门向我部申请，由 OTC 核定移植资质。

（三）试点结束后两年内，未开展心脏死亡捐献器官移植工作的省级指定和 OTC 核定移植医院，将被取消相应移植资质。

请将试点工作进展及意见建议及时报送我部。

联 系 人：卫生部医管司　王毅、高新谱

联系电话：010－68792773、68792607

附件：1. 中国心脏死亡器官捐献分类标准

2. 国际 DCD 分类简介

二〇一一年四月二十六日

附件 1

中国心脏死亡器官捐献分类标准

依据前期探索经验并参照国际分类（见附件 2），将我国现阶段公民逝世后心脏死亡器官捐献分为三大类：

一、中国一类（C－I）：国际标准化脑死亡器官捐献（DBD），即：脑死亡案例，经过严格医学检查后，各项指标符合脑死亡国际现行标准和国内最新脑死亡标准（中国脑血管病杂志，2009 年 6 卷 4 期），由通过卫生部委托机构培训认证的脑死亡专家明确判定为脑死亡；家属完全理解并选择按脑死亡标准停止治疗、捐献器官；同时获得案例所在医院和相关领导部门的同意和支持。

二、中国二类（C－II）：国际标准化心死亡器官捐献（DCD），即包括 Maastricht 标准分类中的 M－I～V 类案例；其中 M－I、M－II、M－IV、M－V几乎没有争议，但成功几率较小，其器官产出对医疗技术、组织结构及运作效率的依赖性极强。M－III 所面临的主要问题是关于“抢救与放弃”之间的医学及伦理学争论，需要用具有法律效力的、权威性的医学标准、共识或指南来保证其规范化实施。

三、中国三类（C－III）：中国过渡时期脑－心双死亡标准器官捐献（donation after brain death plus cardiac death，DBCD），即：虽已完全符合 DBD 标准，但鉴于对脑死亡法律支持框架缺位，现依严格程序按 DCD 实施；这样做实际上是将 C－I 类案例按 C－II 类处理，既类似 M－IV 类，又不同于 M－IV 类（M－IV 为非计划性、非预见性脑死亡后心脏停搏）。

附件 2

国际 DCD 分类简介

按照 1995 年和 2003 年修订的 Maastricht 标准，DCD 分为 5 大类：

一、M－I：入院前已经宣告死亡，但时间不超过 45 分钟。

二、M－II：于医院外发生心脏停搏，急诊入院后经心肺复苏 10 分钟无效，宣告死亡。

三、M－III：受到严重的不可救治性损伤，通常为毁灭性脑外伤，但还没有完全达到或完全满足脑死亡的全套医学标准；同时生前有意愿捐献器官，经家属主动要求或同意，在 ICU 中有计划地撤除生命支持和治疗，主要手段为终止呼吸机人工通气给氧，使心脏缺氧而停搏及残余脑细胞彻底失活，等待死亡的发生。

四、M－IV：脑死亡判定成立后、器官捐献手术之前所发生的非计划性、非预见性心脏停搏。

五、M－V：住院病人的心脏停搏（2003 年新增标准）。主要为 ICU 中抢救过程中发生的非计划性、非预见性心脏停搏。

卫生部办公厅关于做好医疗卫生机构防灾减灾工作的通知

卫办应急发〔2011〕64 号

各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团卫生局，部直属各单位：

为全面提升医疗卫生机构应对自然灾害的能力，减少自然灾害造成的损失，最大程度地保障灾后医疗卫生工作正常开展，现就做好医疗卫生机构防灾减灾工作提出以下要求：

一、提高认识，加强领导

各地卫生行政部门和各级各类医疗卫生机构要充分认识做好防灾减灾工作的重要性，把防灾减灾工作提高到与抗灾救灾工作同等重要的程度。要充分认识到只有做好防灾减灾工作，才能最大限度减少自然灾害对医疗卫生机构造成的各种直接损失，才能在灾后迅速有效地开展医疗卫生服务工作。要切实加强对医疗卫生机构防灾减灾工作的领导，把防灾减灾理念贯穿于医疗卫生机构日常管理全过程，在规划设计、建筑布局、设备配置、人员培训、监督管理等工作环节，全面分析和考虑防范和减少灾害风险的因素，采取有效措施，加强督导检查，全面做好防灾减灾工作，力争将自然灾害可能造成的不利影响降低到最低限度。

二、健全机制，落实责任

各地卫生部门要与气象、水利等部门建立有效地沟通协调机制，及时了解自然灾害预测预报和灾害风险评估信息，采取有效措施避险减灾。各级各类医疗卫生机构要建立健全内部防灾减灾工作机制，落实领导同志的领导责任、职能科室的专项工作责任、直接责任人的直接责任。各级卫生行政部门要切实落实监管责任，按照隶属关系和属地化管理原则加强对医疗卫生机构防灾减灾工作的督导检查，对发现的问题要求限期整改。

三、突出重点，强化措施

各地卫生部门要结合本地区自然灾害发生特点做好风险评估，以人群密集的大型医院、灾害频发地区的医疗卫生机构、防灾能力薄弱的县、乡基层医疗卫生机构为重点，定期开展各级各类医疗卫生机构的灾害风险隐患排查和治理工作；要加强对医疗卫生机构微生物菌毒种、有毒有害化学品及辐射源的使用和保藏管理，避免因自然灾害次生其他事故灾难。各级各类医疗卫生机构要结合本地区、本单位实际，组织开展防灾减灾培训和演练，切实提高应对灾害风险的能力；要结合本单位工作实际和特色，采取多种形式开展公众防灾减灾知识宣传普及活动。

四、有效准备，有序应对

各级各类医疗卫生机构要根据需要制订和完善应对自然灾害的应急预案，并做好培训和演练工作。各级卫生行政部门要组织协调本区域相关医疗卫生机构做好人员、药械及相关物资和后勤保障等准备工作，确保自然灾害发生后能够迅速、有效、有序地开展卫生应急处置工作。各地要总结既往自然灾害应对工作中的经验教训，做好重灾导致交通、通讯等基础设施严重破坏和水、电、气、暖等能源供应中断情况的应对准备，确保在极端条件下能够继续有效提供各项医疗卫生服务和开展医疗卫生救援工作。

五、做好“防灾减灾日”有关工作

5 月 12 日是我国“防灾减灾日”，其所在周为防灾减灾宣传周。各地卫生行政部门和各级各类医疗卫生机构要在每年“防灾减灾日”期间，以增强防灾减灾意识、提升防灾减灾能力、普及防灾减灾知识为目的，按照国家减灾委员会和地方人民政府的统一部署和工作要求，结合本地区、本单位实际，做好“防灾减灾日”的各项工作。各省级卫生行政部门和部直属有关单位要在每年防灾减灾宣传周后的一周内把本省（区、市）卫生系统和本单位“防灾减灾日”工作开展情况报我部。

二〇一一年五月三日

卫生部办公厅关于调整基因芯片诊断技术管理类别的通知

卫办医政发〔2011〕66 号

各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团卫生局：

基因芯片诊断技术是新型临床诊断技术，为了规范该项技术的临床应用，2009 年，我部将其列为第三类医疗技术进行管理。根据近两年的管理实践及专家建议，鉴于基因芯片诊断技术具有灵敏性和准确性较高、检测快速简便等优点，为了更好地满足患者医疗需求，推广该项技术，经研究，我部决定将基因芯片诊断技术的管理类别调整为第二类医疗技术，由省级卫生行政部门负责该技术临床应用管理工作。原则上，按照《医疗机构临床基因扩增检验实验室管理办法》（卫办医政函〔2010〕194 号），通过省级卫生行政部门组织的临床基因扩增检验实验室技术审核的医疗机构，即可开展基因芯片诊断技术。

请各省级卫生行政部门按照《医疗技术临床应用管理办法》及相关规定，认真组织做好基因芯片诊断技术临床应用管理工作。

本通知自印发之日起施行。

二〇一一年五月三日

2011 年 4 月全国法定传染病疫情概况

2011 年 4 月(2011 年 4 月 1 日零时至 4 月 30 日 24 时),全国(不含台港澳,下同)共报告法定传染病 548 956 例,死亡 1373 人。其中,甲类传染病无发病、死亡病例报告。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 338 585 例,死亡 1326 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、痢疾和淋病,占乙类传染病报告发病总数的 94%。

同期,全国共报告丙类传染病发病 210 371 例,死亡 47 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 89%。

附件

2011 年 4 月全国法定传染病发病、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	**548956**	**1373**	流行性脑脊髓膜炎	48	6
甲乙类传染病合计	**338585**	**1326**	百日咳	213	1
鼠疫	0	0	白喉	0	0
霍乱	0	0	新生儿破伤风	58	8
传染性非典型肺炎	0	0	猩红热	5023	0
艾滋病	2806	932	布鲁氏菌病	6294	0
病毒性肝炎*	133616	74	淋病	7806	0
甲型肝炎	2735	1	梅毒	35153	10
乙型肝炎	106464	58	钩端螺旋体病	5	0
丙型肝炎	15969	9	血吸虫病	462	0
戊型肝炎	3731	6	疟疾	339	0
肝炎未分型	4717	0	**丙类传染病合计**	**210371**	**47**
脊髓灰质炎	0	0	流行性感冒	5727	1
人感染高致病性禽流感	0	0	流行性腮腺炎	40527	0
甲型 H1N1 流感	261	3	风疹	14506	1
麻疹	2279	2	急性出血性结膜炎	2720	0
流行性出血热	625	1	麻风病	79	0
狂犬病	117	101	斑疹伤寒	135	0
流行性乙型脑炎	1	0	黑热病	51	0
登革热	4	0	包虫病	349	0
炭疽	16	1	丝虫病	0	0
细菌性和阿米巴性痢疾	13328	3	其它感染性腹泻病	46458	0
肺结核	129351	184	手足口病	99819	45
伤寒和副伤寒	780	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。