

2010 年其他重点疾病防治项目管理方案

为进一步加强全国疟疾、包虫病、麻风病、地方病、手足口病、流行性出血热、布病、登革热、狂犬病防治及慢性病综合干预控制、癌症早诊早治、癫痫防治、重性精神疾病监管治疗及儿童口腔疾病综合干预等工作，确保全国重点疾病预防控制工作的顺利实施，2010 年中央财政安排专项资金，在全国范围内开展上述重点疾病防治项目。

全国流感监测工作暂时按照《2009 年扩大流感监测网络项目管理方案》(卫疾控发〔2009〕76 号)执行，中央财政已下达专项补助资金(财社〔2010〕18 号和财社〔2010〕44 号)。

一、疟疾防治项目

(一) 项目目标。

1. 总目标。

到 2015 年，全国除云南部分边境地区外，其他地区均无本地感染疟疾病例；到 2020 年，全国实现消除疟疾的目标。

2. 阶段目标。

(1) 所有三类县到 2015 年实现消除疟疾的目标。

(2) 所有二类县以及除云南部分边境地区外的一类县，到 2015 年，无本地感染疟疾病例；到 2018 年，实现消除疟疾的目标。

(3) 云南边境地区的一类县，到 2015 年，疟疾发病率下降到万分之一以下；到 2017 年，无本地感染疟疾病例；到 2020 年，实现消除疟疾的目标。

(二) 项目范围和内容。

1. 项目范围。覆盖江苏、安徽、河南、湖北、海南、四川、贵州、云南、西藏、山东、福建、广东、河北、广西、江西、浙江、湖南、上海、重庆、辽宁、山西、陕西、甘肃、新疆等 24 个疟疾流行省（区、市）。

2. 项目内容。

(1) 开展发热病人血检。通过对临床诊断为疟疾、疑似疟疾、不明原因的发热病人进行疟原虫血片镜检，及时发现传染源，共计开展发热病人血检 703 万人次。

(2) 传染源治疗及人群预防服药。对云南、贵州、海南、西藏等 4 个葡萄糖六磷酸盐脱氢酶（G6PD）缺乏高发的省（区）的疟疾患者治疗前进行检测，共检测 4.51 万人。对发现的疟疾现症病人按照治疗方案进行规范治疗，共治疗 2.06 万人次；针对间日疟病人易复发的特点，在每年春季对上年的间日疟病人进行休止期治疗，减少传染源积累，防止疫情蔓延，共治疗 18.05 万人次。同时在疟疾

流行季节高发地区的高危人群开展预防性服药，共服药 25.4 万人次。

(3) 开展媒介调查。在疟疾传播风险较高的地区，按照疟疾防治技术方案的要求进行媒介调查，动态反映媒介密度的消长和变化趋势，为采取有效的媒介防治措施提供依据，共计对 245 个点开展媒介调查。

(4) 采取媒介防治措施。根据疟疾防治技术方案，在出现暴发流行时，对疫点采取杀虫剂浸泡蚊帐或室内滞留喷洒等媒介防治措施，共计采购杀虫剂 4.35 万升。

(5) 防治技术培训。通过为县级专业技术人员举办显微镜检疟原虫培训班，提高基层人员的实验室检测能力，共计开展 1650 人次培训。

(6) 设备配置。为保障疟疾消除工作的顺利开展，按照“填平补齐”的原则，为疟疾流行省份的县、乡两级基层防治机构配置显微镜 2320 台。同时，为保证媒介调查工作的顺利开展，为所有新增媒介调查点的县级防治机构配备解剖镜 120 台。

(三) 项目组织实施。

1. 组织形式。

(1) 卫生部和地方各级卫生行政部门负责本项目的规划、指导、组织实施和督导检查，及时分发设备。

(2) 中国疾病预防控制中心寄生虫病预防控制所和流行区各级疾病预防控制机构负责各项技术措施的实施、质量控制、信息收集管理、技术指导与考核评估。

(3) 流行村的村委会和乡村医生协助和配合当地卫生行政部门和疾病预防控制机构开展防治工作。

(4) 流行区县级卫生、财政部门根据本项目方案和有关技术方案的要求，制订本地区的项目实施计划，经市（地）级卫生、财政部门审核后报省级卫生、财政部门批准后组织实施。省级卫生行政部门应当将汇总后的实施计划报卫生部、财政部备案。

2. 资金安排。项目所需经费由中央财政和地方财政共同承担，地方各级卫生行政部门要协调财政部门落实相关配套资金，制定本省（区、市）项目资金管理办法，加强资金使用和管理。2010年中央财政安排专项资金4272万元，对项目省开展疟疾防治药品、设备采购、劳务、培训等工作所需经费给予补助。

(1) 药品和设备采购。疟疾药品和设备由地方招标采购。人群查病所需试剂由地方选购。

(2) 培训、督导服药补助费用。中央财政对开展防治人员培训、督导服药给予补助。由流行省根据相关工作进展情况，及时拨付中央财政补助资金。有关培训经费的拨付要与培训效果直接挂钩。

3. 招标采购。

(1) 各项目省卫生行政部门成立采购工作组，负责本省采购工作。

(2) 各项目省卫生行政部门根据本地的实际情况，合理制订计划购买品目、数量，根据《中华人民共和国政府采购法》等有关规定组织招标采购工作，并将采购结果报卫生部、财政部备案。

(四) 项目执行时间。

项目于 2011 年 6 月底前完成。

(五) 项目监督与评估。

1. 项目资金要专款专用，未经卫生部、财政部批准，不得更改用途，不得挤占、挪用。

2. 项目地区的各级卫生行政部门和疾病预防控制机构要加强监督检查，保证项目工作进度和质量。卫生部将适时组织检查和督导。

3. 项目完成后，省级卫生行政部门要将项目总结、项目考核办法和考核结果报卫生部。

二、包虫病防治项目

(一) 项目目标。

1. 总目标。采取切实有效措施控制包虫病在局部地区的流行。四川、新疆、内蒙古、甘肃、青海、宁夏、西藏等省（自治区）和新疆生产建设兵团，以县（团场）为

单位，到 2010 年底，人群血清学阳性率（12 岁以下的学生）下降 40%以上，犬感染率下降 50%。

2. 年度目标。

（1）开展有针对性的健康教育，使流行区农牧民群众对包虫病及其危害的知晓率有一定的提高，逐步培养健康的生产生活方式。

（2）对流行区的所有犬进行登记管理和驱虫，犬驱虫覆盖率达到 80%以上。

（3）通过开展流行区重点人群查病，加大病人发现力度，对发现的包虫病病人开展药物或手术治疗，改善患者生活质量。

（4）对从事包虫病防治和诊疗的专业人员集中进行培训，提高基层防治人员和医务人员的业务水平和服务能力。

（5）配备基层疾控机构急需的防治、实验设备，提高防控能力。

（二）项目范围和内容。

1. 项目范围。四川、新疆、内蒙古、甘肃、青海、宁夏、西藏等 7 个重点流行省（自治区）的 157 个重点流行县和新疆生产建设兵团和 13 个团场。

2. 项目内容。

(1) 重点人群查病。按照卫生部《包虫病防治技术方案（试行）》要求，各项目地区对重点流行乡（镇）采用 B 超和血清学方法开展人群查病，共 **122.95** 万人次。对各流行乡（镇）**12** 岁以下儿童采用血清学方法开展儿童感染情况监测，提供血清学检测试剂 **18.31** 万人份。

(2) 救治病人。

①药物治疗。对新发现的包虫病病人，免费提供阿苯达唑片剂或乳剂；对正在接受药物治疗的包虫病病人，每 **6** 个月进行一次影像学复查，评价疗效，确定需继续采用药物治疗的，免费提供阿苯达唑片剂或乳剂。药物治疗包虫病病人 **5.09** 万人次。

②手术治疗。为确保包虫病手术治疗的质量和安
全，使患者就近得到有效的救治，各项目地区应当根据本地实际情况，通过设立定点医院，开展包虫病手术治疗 **2030** 例。每省（区、市）可选择 **1-2** 个地市级以上医疗机构作为定点救治的试点，摸索适合本地区实际的包虫病手术救助管理机制。

(3) 传染源犬管理和驱虫。参照《包虫病防治技术方案（试行）》要求，以村为单位，对流行区的所有犬进行登记管理；每月定期对流行区的 **198.4** 万条犬采用吡喹酮进行药物驱虫；对流行区的犬感染情况进行调查，免费提供检测试剂 **19.66** 万份。

(4) 健康教育。加强包虫病防治知识的宣传教育，提高包虫病流行区各级干部、群众对包虫病及其危害的认识，引导农牧区群众改变不卫生的生产、生活方式，提高流行区群众的防病意识和自我保护能力。针对重点人群，采取举办专题讲座、召开村民会议、结合宗教活动进行宣传、设立专题宣传栏、媒体宣传等多种群众喜闻乐见的形式，大力宣传防治包虫病的核心信息。

(5) 人员培训。省级对县级专业人员开展现场流行病学调查、实验室检验、诊断治疗技术等专题培训，共计举办 10 期，提高基层专业人员的防治技能。县级对参与包虫病防治工作的乡村医生、村干部或村兽医员等进行病人督导管理、传染源犬驱虫和管理、包虫病防治知识等方面的培训，共举办 188 期。

(6) 配备设备。为新增的 50 个项目县各配备 1 台包虫病诊断用便携式 B 超，用于开展现场查病工作。

(三) 项目组织实施。

1. 组织形式。

(1) 卫生部和地方各级卫生行政部门负责本项目的规划、指导、组织实施和督导评估。省级卫生行政机构按照《中华人民共和国政府采购法》的规定，负责药品、试剂、消耗品招标采购工作。地方各级卫生行政部门及时将配备的物资分发到项目地区和项目单位。

(2) 中国疾病预防控制中心寄生虫病预防控制所和项目省各级疾控机构负责各项技术措施的落实、质量控制、信息收集和管理、技术指导、检查督导与考核评估。

(3) 流行村的村委会、乡村医生或村兽医协助和配合当地卫生行政部门和疾控机构开展防治工作。

(4) 省级卫生、财政部门根据本规划制订实施计划，报卫生部、财政部备案。

2. 资金安排。

项目所需经费由中央财政和地方财政共同承担，地方各级卫生行政部门要协调财政部门落实相关配套资金，制订本省（区）项目资金管理办法，加强资金使用和管理。2010年中央财政安排专项资金11388万元，对项目省（区）开展包虫病防治的药品购置、手术治疗、检测试剂、设备采购、健康教育、培训所需经费给予补助（具体补助项目及资金分配情况见附表）。

(1) 病人药物治疗督导管理补助费。由省级卫生行政部门根据有关技术方案、核定的实际工作量，审定补助金额。县级卫生行政部门按标准和进度制定用款计划，核拨补助金额。补助经费仅限于承担上述工作的乡、村医生、村干部，凭收款凭证领取补助经费。

(2) 健康教育、培训补助费用。中央财政对项目县（师）开展健康教育、培训给予补助。各项目地区根据相

关工作进展情况，及时拨付中央财政补助资金。有关培训经费的拨付要与培训效果直接挂钩。

(3) 包虫病病人手术治疗费用。包虫病病人手术治疗工作由各省（区）卫生、财政部门制订实施办法并组织实施，及时拨付中央财政补助资金。

(4) 药品设备。人群治疗和犬驱虫的药品、B超由地方招标采购。人群和犬的检测试剂、实验耗材由地方选购。

3. 招标采购。

(1) 项目省级卫生行政部门成立采购工作组，负责本省（区）采购工作。

(2) 项目省级卫生行政部门根据本地的实际情况，合理制订计划采购品目、规格和数量，根据《中华人民共和国政府采购法》等有关规定组织招标采购工作，并将采购结果报卫生部、财政部备案。

(四) 项目执行时间。

项目于2011年6月底前完成。

(五) 项目监督与评估。

1. 加大宣传力度，增加透明度。各地应当在项目实施前期，组织各级防治部门贯彻学习本方案，编制浅显易懂的宣传材料，并利用多种宣传形式向流行区广大群众广泛宣传。

2. 加大监督检查力度。卫生部组织国家级专家每年对项目省的包虫病防治情况进行 1 次督导和调研。省级卫生行政部门每年要组织省级专家组对各项目县的防治工作落实情况、经费使用和实施效果等进行 2 次技术指导和检查督导。

3. 项目完成后，省级卫生行政部门必须将项目总结、项目考核办法和考核标准、考核结果报卫生部、财政部。

三、麻风病防治项目

(一) 项目目标。

1. 总目标。促进《全国麻风病防治规划（2006-2010 年）》目标的实现，及早发现和治疗麻风病人，对重症麻风病人进行救治，保障人民群众身体健康。

2. 年度目标。

(1) 加强病例发现，发现新病人 1860 例；

(2) 强化病人的诊断、治疗和管理，治愈病人 1550 例；

(3) 对严重不良反应进行处置，救治麻风反应、神经炎、严重药物不良反应病人数分别为 880 例、1140 例和 215 例；

(4) 对重症麻风病病人进行救治，手术治疗 1400 例；

(5) 对重症麻风病病人进行救治，开展必要的医学处置，向不同类别病人提供自我护理用具包、一次性换药包、防护鞋，人数分别为 11500 例、19000 例和 47500 例。

(二) 项目范围和内容。

1. 项目范围。全国 31 个省（自治区、直辖市）和新疆生产建设兵团。

2. 项目内容。

(1) 病例发现。

①可疑者筛查。流行病学数据显示，麻风新病人每年不断出现，人群中仍存在相当数量未被发现的传染源。培训乡村医生主动寻找并推荐可疑患者，专业医生负责赴现场核查。早期发现麻风病例，需筛查 3 万名可疑者。提供相关医学检查、乡村医生推荐可疑者补助及专业医生现场工作补助。

②密切接触者检查。麻风病通过直接接触传播，麻风病人家庭成员及近邻等密切接触者是高危人群。通过专业医生赴现场，对麻风现症病人数 4 倍的密切接触者进行检查，以早期发现病例。提供相关医学检查、专业医生赴现场工作补助。

(2) 病例诊断和治疗。尽早发现和确诊病例，以新病例和现症病例为治疗对象。通过乡村医生和基层医务人员

员报告病例，专业医生赴现场进一步检查并确诊病例；对新病例和现症病例进行相关医学检查，专业医生根据病例类别赴现场进行不同频次的核查，检查治疗效果。

促进广大乡村医生报告病例和治疗管理病例的积极性，实现确诊一例，管理一例，治愈一例，以有效控制传染源，最终基本消除麻风病。乡村医生深入偏远、艰苦地区，主动开展线索调查，推荐病例并最终确诊后给予报病补助；乡村医生经常性地深入偏远、艰苦地区对病人进行管理，观察治疗进展情况，通过 2 年有效治疗和管理，病例被判定为治愈后给予管理病人补助。

(3) 严重不良反应处置。由于治疗麻风病时间长，易出现严重不良反应，主要为麻风反应、神经炎及严重药物不良反应 3 种。对上述严重不良反应免费提供药品、相关医学检查，专业医生根据不良反应类别赴现场进行不同频次的检查，预防畸残发生及避免死亡。

(4) 重症病人手术治疗。对存活的约 15000 名重症病人分期进行救治，开展手术治疗，避免失能和死亡。对每例手术病人提供住院、药品、治疗、护理和生活补助。

(5) 重症病人医学处置。对存活的不同类别重症病人进行救治，开展必要的医学处置，防止失能和死亡。提供自我护理防护用具包，通过专业人员指导，掌握简单的

技能，进行自我护理；向溃疡病人提供溃疡换药敷料包，由专业人员开展治疗；向麻木足患者提供防护鞋，防止创伤发生。

（6）规划管理工作。

①健教宣传：结合世界防治麻风病日等时机，制作本省（区、市）健康促进相关材料，开展综合性健康促进活动并定期进行评估等。

②疫情监测：根据监测方案的要求报告病例，收集、分析和整理数据，定期赴现场采集信息等。

③人员培训：由省、地两级开展分级培训，加强专业人员和乡村基层人员的培训，提高知识和技能。

④设备配置：加强流行地区麻风防治业务负责单位和中国疾病预防控制中心麻风病控制中心（以下简称国家麻风中心）麻风病理检查能力，分批配置皮肤组织切片机和病理生物显微镜各 26 台，用于筛查和诊断工作。由于大量可见畸残病人的存在，而基层麻风防治业务单位大多不具备基本简易手术和外科处置条件，为部分省份配置重症病人救治流动手术车 5 辆，深入基层提供防治服务，通过扩大服务半径，便于边远地区病人就诊。

（三）项目组织实施。

1. 组织形式。

卫生部负责对项目实施管理与监督，国家麻风中心对项目进行技术指导，各级卫生行政部门和麻风防治业务负责单位负责具体组织实施。

省级卫生和财政部门要制定补助经费发放管理办法。补助经费发放要与完成工作任务和质量挂钩。工作任务量和质量及发放补助要有详细记录，便于监督检查。

2. 资金安排。

2010年中央财政安排麻风病防治专项资金5819万元，对麻风病例发现、诊断和治疗、严重不良反应治疗、重症病人手术治疗、重症病人医学处置及规划管理和能力建设等方面给予补助。具体补助项目及金额详见附表。

项目实施所需经费由中央财政和地方财政共同承担。地方各级卫生行政部门要协调财政部门制订本省（区、市）项目资金管理办法，加强资金使用和管理。

3. 招标采购。

(1) 各项目省（区、市）卫生、财政部门成立采购工作组，负责本省（区、市）采购工作。

(2) 各省（区、市）根据本地的实际情况，合理制订计划购买品目、规格和数量，根据《中华人民共和国政府采购法》等有关规定组织招标采购工作，并将采购结果报卫生部、财政部备案。

(四) 项目执行时间。

项目于 2011 年 6 月底前完成采购。

（五）项目监督和评估。

1. 卫生部组织对重点省份督导，各省级卫生行政部门要组织对市（地）级、县（区）级的防治工作进行督导和技术指导，落实各项控制措施，并对经费使用和实施效果进行检查。

2. 中央级制定考核和评估指标，对各省（区、市）防治工作情况和防治措施实施情况、经费使用和取得的效果进行考核和评估。

3. 每项活动结束后，省级卫生行政部门应当完成评估报告和总结；项目完成后，省级卫生行政部门要会同财政部门将项目执行情况总结上报卫生部、财政部。

四、地方病防治项目

（一）项目目标。

1. 总目标。

（1）落实重点病区、重点人群和重点地方病防治措施，适时采取应急预防和对适宜患者的救治措施。

（2）建立和完善重点地方病防治监测体系，监控病情动态，评价预防干预措施的实施效果。

（3）加强防治地方病的健康教育和健康促进工作，显著提高病区群众对地方病防治知识的知晓率。

(4) 加强地方病防治能力建设，提高地方病防治队伍的综合实力和防治水平。

2. 年度目标。

(1) 开展地方性氟中毒监测，掌握病区防治措施落实进度及病情变化趋势，评价炉灶使用及相关行为形成情况。

(2) 开展地方性砷中毒的病情监测，有效指导和评价防治措施。

(3) 建立、完善防治碘缺乏病监测、预警体系；强化监测与防治干预措施有机结合，适时对高危地区特需人群采取应急补碘措施。

(4) 开展重点地区大骨节病监测工作，掌握全国大骨节病的病情动态；对适宜患者给予治疗补贴。

(5) 在全国克山病重点病区开展病情监测；对重病区适宜的克山病患者提供治疗。

(6) 重点支持开展地市级、县级地方病防治专业人员的岗位培训，做好项目实施管理培训工作。

(7) 根据重点地方病的分布情况，加强重点地方病的健康教育和健康促进工作，提高病区群众防治地方病知识的知晓率。

(8) 开展《全国重点地方病防治规划（2004—2010年）》（以下简称《规划》）终期考核评估，切实掌握《规划》目标完成情况。

(9) 加强省级独立地方病防治机构、重点省份和中国疾病预防控制中心地方病控制中心（设在黑龙江省）的能力建设；补充、更新省、地市、县各级地方病防治机构开展重点地方病防治监测工作的必需仪器、设备，保证地方病防治常规工作的正常运转。

(二) 项目范围和内容。

1. 项目范围。

(1) 燃煤污染型地方性氟中毒监测。江西、湖北、湖南、重庆、四川、贵州、云南、陕西 8 个省（市）。

(2) 饮水型地方性氟中毒监测。北京、天津、河北、山西、内蒙古、辽宁、吉林、黑龙江、江苏、浙江、安徽、福建、江西、山东、河南、湖北、湖南、广东、广西、重庆、四川、云南、西藏、陕西、甘肃、青海、宁夏、新疆 28 个省（区、市）和新疆生产建设兵团。

(3) 饮茶型地方性氟中毒监测。内蒙古、四川、西藏、甘肃、青海、宁夏、新疆 7 个省（区）。

(4) 燃煤污染型地方性砷中毒监测。贵州和陕西 2 个省。

(5) 饮水型地方性砷中毒监测。山西、内蒙古、吉林、江苏、安徽、湖北、云南、甘肃、青海、宁夏、新疆 11 个省（区）和新疆生产建设兵团。

(6) 碘盐监测。全国 31 个省（区、市）和新疆生产建设兵团。

(7) 碘缺乏病高危地区监测和高危人群补碘。北京、天津、浙江、福建、山东、河南、广东、广西、海南、云南、西藏、甘肃、青海、宁夏、新疆 15 个省（区、市）和新疆生产建设兵团。

(8) 大骨节病防治。河北、山西、内蒙古、辽宁、吉林、黑龙江、河南、四川、西藏、陕西、甘肃、青海 12 个省（区）。

(9) 克山病防治。河北、山西、内蒙古、辽宁、吉林、黑龙江、山东、河南、重庆、四川、云南、陕西、甘肃 13 个省（区、市）。

(10) 地方病防治人员岗位培训和项目实施培训。全国 31 个省（区、市）和新疆生产建设兵团。

(11) 健康教育。全国 31 个省（区、市）和新疆生产建设兵团。

(12) 《规划》终期考核评估。北京、天津、河北、山西、内蒙古、辽宁、吉林、黑龙江、江苏、浙江、安徽、福建、江西、山东、河南、湖北、湖南、广东、广

西、重庆、四川、贵州、云南、西藏、陕西、甘肃、青海、宁夏、新疆 **29** 个省（区、市）和新疆生产建设兵团。

（13）省、地、县各级地方病防治机构能力建设。全国 **31** 个省（区、市）和新疆生产建设兵团。

（14）重点省份地方病防治机构能力建设。山西、内蒙古、吉林、山东、贵州、云南、西藏、陕西、青海、新疆 **10** 个省（区）及中国疾病预防控制中心地方病控制中心。

2. 项目内容。

（1）地方性氟中毒防治。

①燃煤污染型地方性氟中毒监测。为掌握病区防治措施落实进度及病情变化趋势，动态评价炉灶使用及相关行为形成情况，按照《燃煤污染型地方性氟中毒监测方案（试行）》（卫办疾控发〔2009〕122号），2010年度在**8**个省（市）的**31**个县开展监测工作，主要工作内容有：改炉改灶进度、炉灶使用及相关行为形成情况、病情监测等。

②饮水型地方性氟中毒监测。为掌握病区防治措施落实进度，动态观测病情变化趋势，综合评价改水工程运行效果，按照《饮水型地方性氟中毒监测方案（试行）》（卫办疾控发〔2009〕131号），2010年度在**28**个省（区、市）和新疆生产建设兵团的**136**个县开展监测工

作，主要内容有：改水工程进度、改水工程运行情况、病情监测等。

③饮茶型地方性氟中毒监测。为及时掌握病区居民户合格砖茶普及情况，动态评价病区人群饮茶型地氟病流行趋势，以采取针对性干预措施，按照《饮茶型地方性氟中毒监测方案（试行）》（卫办疾控发〔2009〕129号），2010年度在7个省（区）的27个县开展监测，主要内容有：砖茶饮用情况、病情监测等。

（2）地方性砷中毒防治。

①燃煤污染型地方性砷中毒监测。为动态监控高砷煤矿管理情况、燃煤污染型地方性砷中毒病区居民炉灶使用及相关行为形成情况，评价防治措施效果，以采取针对性干预措施，按照《燃煤污染型地方性砷中毒监测方案（试行）》（卫办疾控发〔2009〕122号），2010年度在贵州和陕西2个省的4个县开展监测工作，主要内容有：高砷煤矿管理情况、炉灶使用及相关行为形成情况、病情监测、死亡人口登记等。

②饮水型地方性砷中毒监测。为掌握病区改水工程进度，动态观测病情变化趋势，综合评价改水工程运行效果，切实保护病区人民健康，按照《饮水型地方性砷中毒监测方案（试行）》（卫办疾控发〔2009〕132号），2010年度在11个省（区）和新疆生产建设兵团的98个村

开展监测工作，主要内容有：改水工程进度、改水工程运行情况、病情监测等。

(3) 碘缺乏病防治。按照《全国碘缺乏病监测方案（试行）》（卫办疾控发〔2007〕197号），在全国2869个县级碘盐监测单位开展碘盐监测；对60个碘缺乏病高危县进行高危地区监测；根据高危地区监测结果，对7个省（区）和新疆生产建设兵团高危地区育龄妇女适时采取应急投服碘油胶囊措施，防止出现新发地方性克汀病和儿童智力损伤。

(4) 大骨节病防治。按照《全国大骨节病监测方案（试行）》（卫办疾控发〔2009〕128号），在12个省（区）选取50个病区县开展大骨节病监测，掌握儿童大骨节病新发情况，确定大骨节病活跃病区，评价综合措施防控效果，为进一步采取防治措施提供依据。重点对四川5000例、西藏2000例和青海300例大骨节病患者提供适宜治疗干预，不断总结经验，完善救治措施，最大限度减缓大骨节病患者痛苦。

(5) 克山病防治。按照《全国克山病监测方案（试行）》（卫办疾控发〔2009〕127号），在全国13个省（区、市）进行病例搜索和重点监测，掌握克山病的病情动态。在重点病区对350例慢性克山病、潜在型克山病的适宜患者实施治疗。

(6) 地方病防治人员培训。根据各地防治地方病工作重点，结合工作需要，开展市、县级地方病防治专业技术人员岗位培训，重点提高地方病防治人员岗位工作必备的基础知识、实用技术和操作技能，强化综合业务素质，促进地方病防治工作规范、有序地开展；根据项目实施工作需要，组织开展对项目管理和项目实施人员的项目培训。

(7) 健康教育。开展碘缺乏病、地方性氟中毒、地方性砷中毒等重点地方病健康教育工作。项目地区要结合本地情况，按照统筹规划、因地制宜、分类指导原则，充分发挥县级和县级以下基层单位的作用，采取以播放VCD、张贴宣传画和向学生传播防治知识等多种形式，广泛、深入地开展健康教育宣传活动，显著提高病区群众对地方病防治知识的知晓率。

(8) 《规划》终期考核评估。为切实掌握各地《规划》目标完成情况，总结经验，查找问题，指导地方病防治工作，2010年度支持开展《规划》终期考核评估工作，在县级人民政府或地方病防治领导小组对辖区内地方病防治工作目标完成情况进行自查的基础上，由市级、省级、国家级考评组逐级对下级报送的考评结果进行抽查。

(9) 省、地市、县各级地方病防治机构能力建设。加强省、地、县各级地方病防治专业机构能力建设，主要

用于开展地方病监测、现场诊断、实验室检测和实验室质量控制所需的仪器设备及试剂耗材等。

(10) 加强重点省份地方病防治机构能力建设。为重点地区省级地方病防治机构和中国疾病预防控制中心地方病控制中心配置地方病现场防治和实验室检测必需的仪器、设备及防治监测交通工具。

(三) 项目组织实施。

1. 组织形式。

(1) 卫生部、财政部负责项目的组织、协调和监督，并根据项目内容统一编制有关项目的实施方案。

(2) 各项目省(区、市)卫生、财政厅(局)严格按照实施方案要求，制订实施计划并组织实施。

2. 资金安排。

2010年度项目实施所需经费由中央财政和地方财政共同承担。其中，中央财政安排地方病防治专项资金总额为**12181**万元。主要用于地方性氟中毒、地方性砷中毒、碘缺乏病、大骨节病、克山病等重点地方病的防治监测、应急干预、患者救治、考核评估、能力建设、人员培训和健康教育。项目具体补助金额见附表。

地方各级卫生行政部门要积极协调财政部门尤其是省级财政部门落实相关配套资金，确保项目按期保质完成。各项目省要制订本省(区、市)项目资金管理办法，

严格执行中央财政专项资金使用管理规定，加强项目资金监管，确保专款专用，按时拨付资金，提高项目资金的使用效益。

3. 招标采购。

(1) 各项目省（区、市）卫生、财政等部门成立采购工作组，负责本省（区、市）防治工作所需物资、设备的采购工作。

(2) 各省（区、市）根据本地实际情况，合理制订购买品目、规格和数量计划，根据《中华人民共和国政府采购法》等有关规定组织招标采购工作，并将采购结果报卫生部、财政部备案。

(四) 项目执行进度。2010年10月底前完成项目启动；2011年3月底前完成招标采购工作；2010年11月—2011年4月落实项目实施计划；2011年5月各省（区、市）进行项目总结，总结材料报卫生部；2011年5月—6月卫生部对项目进行抽查评估和验收工作。

(五) 项目监督与评估。

1. 各级卫生和财政部门要加强对项目的组织管理，严格按项目要求和技术规范落实工作。每项工作结束后，要及时对完成情况进行总结、评估。

2. 各省（区、市）要加强项目管理，落实责任，严格按项目方案组织实施，定期组织开展对项目执行进度、完成质量等情况的督导检查。

3. 项目工作完成后，省级卫生行政部门须会同财政部门，及时将项目总结报送卫生部、财政部。卫生部会同有关部门适时对项目资金使用、项目执行进度和项目实施效果等情况进行专项抽查。

五、手足口病防治项目

（一）项目目标。加大对手足口病防治的支持，及时发现处置手足口病疫情，提高手足口病疫情调查处置能力；加强重症病例医疗救治和流行病学调查工作；提高手足口病实验室检测水平，开展病原学监测，了解我国手足口病的病原谱构成、变迁及毒力变化。

（二）项目范围和内容。

1. 项目范围。在我国 31 个省（自治区、直辖市）和新疆建设兵团开展此项目。

2. 内容。

（1）手足口病重症病例调查和标本检测。

在 31 个省（区、市）开展手足口病重症病例的流行病学个案调查，进行病例的临床资料、流行病学资料收集、标本收集和实验室检测等工作。

（2）病原学监测。所有项目地区均需进行病原学监测，每个县区每年完成 60 人份标本的检测任务，分离病毒和开展病毒核酸的检测，以掌握病毒型别和流行特点。

（3）暴发疫情处置。对暴发疫情进行流行病学调查和实验室检测，掌握暴发疫情的病毒变化及危险因素，收

集相应的流行病学资料和实验室检测证据，积累疾病暴发调查的资料。

(4) 风险沟通和人员培训。项目省份通过广播、电视、网络、报刊等新闻媒体和新闻宣传画等方式进行健康教育和健康促进，引导群众养成良好的卫生习惯；正确引导社会舆论，消除社会恐慌，努力形成良好的手足口病防控社会氛围。对手足口病防治专业人员和县级医院的医务人员开展手足口病防治知识培训，并对培训效果进行考核。

(三) 项目组织措施。

1. 组织形式。

项目省（区、市）各级卫生行政部门负责组织实施项目管理工作。中国疾病预防控制中心负责对各项目地区进行技术指导，协助卫生部对各省（区、市）的项目工作进行督导、检查、考核和评估。项目地区的省级疾病预防控制中心负责本辖区内防治工作的技术指导；定期分析、汇总、上报、反馈本省的防治措施实施及效果等情况；定期对地市级和县级疾控中心的工作进行督导、检查和质量控制。项目地区的县级疾病预防控制中心负责落实项目确定的各项工作。

2. 资金安排。

项目实施所需经费由中央财政和地方财政共同承担，用于手足口病重症病例调查和标本检测、病原学监

测、暴发疫情处置、风险沟通和业务培训等。中央财政安排防治资金补助**3300**万元，具体补助项目及标准详见附件，地方各级卫生行政部门要协调财政部门落实相关配套资金，制定本省（区、市）项目资金管理办法，加强资金使用和管理。

（四）项目执行时间。全部项目工作在**2011**年**6**月**30**日前完成。

（五）项目监督与评估。项目病各项目地区卫生行政部门每半年对项目实施、经费使用和效果进行一次督导和检查。卫生部组织专家组按有关规定对项目经费的使用和项目实施进行考核评估。

六、流行性出血热防治项目

（一）项目目标。做好流行性出血热的监测、疫情处理、宣传培训及对流行性出血热扩大免疫规划项目实施结果的监测和评估，逐步降低全国流行性出血热发病率。

（二）项目实施范围和内容。

1. 项目实施范围。河北、辽宁、吉林、黑龙江、山东、浙江和陕西等**7**个疫情高发省份和北京、天津、山西、内蒙古、江苏、安徽、江西、河南、湖北、湖南、四川、贵州、云南、甘肃、宁夏等**15**个省份。

2. 项目内容。

（1）出血热报告和监测。在所有项目省进一步规范监测方法和病例分类报告标准，对病例的实验室诊断进行

试剂补助，提高病例的实验室诊断率，强化病例的病原学监测。

高发省份在既往有工作基础的高发县区，加强宿主动物鼠密度和出血热病原学监测，了解疫情动态和流行规律，观察宿主动物情况和病原分布，分析流行因素。

(2) 疫情调查和处理。各项目省按照国家有关技术要求，对暴发疫情进行流行病学调查和现场处理，家鼠型疫区要在流行高峰到来前开展灭鼠工作。

(3) 出血热扩大免疫规划项目实施效果监测和评估。国家出血热疫苗接种效果评价技术方案，对7个高发省份接种地区在疫苗接种后报告的所有病例（临床诊断病例和实验室确诊病例）进行个案调查；对接种人群进行抽样调查，采集免疫前、后不同时点的血清，进行免疫效果评估；对免疫接种的成本-效益、人群接种的策略方法等进行评估。

(4) 开展基层出血热技术培训。对基层专业人员进行出血热监测、实验室检测和调查处理技术培训；对扩大免疫规划纳入省份的相关人员进行重点培训。

(三) 项目组织实施。

1. 组织形式。

由项目地区卫生行政部门组织实施，卫生部组织专家进行指导。

2. 资金安排。

项目实施所需经费由中央财政和地方财政共同承担，用于流行性出血热疫情监测、疫情处理、扩大免疫规划效果评价、人员培训和健康教育等。中央财政安排防治经费 422 万元，具体补助项目及标准详见附表，地方各级卫生行政部门要协调财政部门落实相关配套资金，制定本省（区、市）项目资金管理办法，加强资金使用和管理。

（四）项目执行时间。

流行性出血热对专业人员的技术培训应当在 2011 年上半年完成，各省（区、市）应当根据本地具体情况在流行高峰发生前完成对群众的健康教育和宣传。其他工作应当于 2011 年 8 月底前完成。

（五）项目监督与评估。卫生部根据项目管理需要，按照有关规定对项目实施情况、经费使用和取得的效果进行督导评估。各项目省卫生厅（局）组织省级专家组对地、县级的工作开展情况进行考核和评估，并完成本地区的年度总结报告。督导内容主要包括：项目资金的落实情况，项目指标完成情况，开展现场技术指导等。

七、布鲁氏菌病防治项目

（一）项目目标。

1. 提高重点省份疾控机构疫情调查处理和实验室检测能力，遏制重点地区布病发病迅速上升势头。

2. 加强牧业地区各级布病监测能力。

3. 在部分布病高发地区进行布病病例规范化管理试点，减少布病患者慢性化数量，降低布病的危害。

（二）项目范围和内容。

1. 项目范围。在我国 31 个省（区、市）和新疆生产建设兵团开展此项目。

2. 项目内容。

（1）开展布病疫情监测及流行病学调查，掌握相关流行因素。

（2）及时进行疫情控制处理，防止疫情扩散。

（3）为疫区疾病预防控制机构提供布病检验试剂，提高病例实验室诊断比例。

（4）举办基层疾控机构和县级以下医疗卫生人员专业培训班，规范布病诊断和治疗技术，提高基层诊治水平。

（5）开展早期病例筛查，对急性病例提供治疗补助，加强病例管理，减少布病慢性化率。

（6）支持省级布病防治专业机构对辖区内布病防治工作的落实情况进行检查和技术指导。

（7）支持鼠疫布氏菌病预防控制基地生产和供应全国重点监测点监测用诊断试剂，开展监测技术省级师资培训。

（三）项目组织实施。

1. **组织形式。**由项目地区卫生行政部门组织实施，卫生部组织专家进行指导。

2. **资金安排。**项目实施所需经费由中央财政和地方财政共同承担，用于布病监测、疫情处理、检验试剂、人员培训、病例管理、省内检查指导等，中央财政安排防治资金补助 **1381** 万元，具体补助项目及金额详见附表，地方各级卫生行政部门要协调财政部门落实相关配套资金，制订本省（区、市）项目资金管理办法，加强资金使用和管理。

（四）**项目执行时间。**项目各项工作在 **2011** 年 **6** 月 **30** 日前完成。

（五）**项目监督与评估。**卫生部根据项目管理需要，按照有关规定对项目实施情况、经费使用和取得的效果进行督导评估。各省（区、市）卫生行政部门每年组织 **2** 次省级督导评估，每次覆盖 **50%** 以上的项目县，督导考核评估报告及时报中国疾病预防控制中心，并由中国疾病预防控制中心撰写年度报告。

八、登革热防治项目

（一）项目目标。

1. 提高重点地区登革热疫情监测和疫情调查处理能力，及时发现并控制输入性登革热病例，有效防范本地感染，避免疫情扩散。

2. 开展媒介伊蚊监测，为登革热流行风险评估和早期预警提供依据。

（二）项目范围和内容。

1. 项目范围。

上海、江苏、浙江、福建、江西、湖北、湖南、广东、广西、海南、重庆、四川、贵州、云南等 **14** 个重点省份。

2. 项目内容

（1）登革热监测。

①疫情监测和诊断。

按照《全国登革热监测方案》的要求，在未发生较大规模的暴发时，各地应当对所有的输入性登革热病例进行详细的个案调查，并采集血清标本进行实验室诊断。

②媒介伊蚊监测。

各省（区、市）根据既往疫情分布和现有工作条件，选择重点地市或县进行伊蚊密度和季节消长情况监测，以往有过登革热本地感染病例或曾发生暴发的地区，除伊蚊密度监测外，还应当采集蚊虫标本进行登革热病原学监测，了解本地是否存在登革热病毒循环。

（2）疫情调查和处理。

按照有关技术方案的要求，发现病例和暴发疫情后要及时进行调查和处理，如果输入性病例的病毒血症期在国内，应在病例周围进行病例搜索，对环境中的媒介伊蚊密度进行风险评估，并根据风险评估结果采取清除蚊虫孳生地和化学灭蚊等控制措施。一旦发生暴发疫情，要立即采取搜索病例，控制媒介密度等应急控制措施，防止疫情播散。

（3）人员培训。支持各项目省对疾控专业人员开展登革热监测和疫情调查处理的培训；**对临床医务人员**开展登革热诊断、治疗和报告的培训，以提高专业人员的登革热发现和应对水平。

（三）项目组织实施。

1. **组织形式。**由项目地区卫生行政部门组织实施，卫生部组织专家进行指导。

2. **资金安排。**项目实施所需经费由中央财政和地方财政共同承担，用于蚊媒监测、疫情处理、培训及实验室诊断工作等。中央财政安排资金补助**687**万元，具体补助项目及金额详见附表，地方各级卫生行政部门要协调财政部门落实相关配套资金，制定本省（区、市）项目资金管理办法，加强资金使用和管理。

（四）项目执行时间。各项工作在 2011 年 6 月 30 日前完成。

（五）项目督导与评估。

卫生部根据项目管理需要,按照有关规定对项目实施情况、经费使用和取得的效果进行督导评估。各项目省份卫生行政部门每年组织 2 次省级督导评估,每次覆盖 50% 以上的项目县,并完成本地区的年度总结报告。

九、狂犬病防治项目

（一）项目目标。

1. 加强高发省份狂犬病监测和狂犬病病例的调查处理;
2. 提高各地狂犬病暴露后预防处置服务技术水平,规范狂犬病暴露后预防处置门诊;
3. 提高群众狂犬病暴露后预防处置率。遏制狂犬病在高发地区的上升,降低全国狂犬病发病率。

（二）项目范围和内容。

1. 项目范围。

2008 年以来报告病例数较多的省份,包括河北、山西、江苏、浙江、安徽、福建、江西、山东、河南、湖北、湖南、广东、广西、海南、重庆、四川、贵州、云南、陕西等 19 个省(区、市)。

2. 项目内容。

(1) 病例的调查和处理。所有项目省份对报告的所有狂犬病疑似或确诊病例要 **100%**开展规范的个案调查，尽量采集病例或伤人动物的标本进行实验室诊断。严格按照有关规定进行疫情处理。查清传染来源，促进有关部门清除当地病犬和可疑犬，强化犬的免疫，控制动物间狂犬病的流行。

(2) 一犬伤多人事件的调查处理。所有地区接到一犬伤多人事件报告后，需对事件进行调查和处理，查清伤人动物来源、伤人经过和致伤特征等，对共同暴露者开展追踪调查并采集伤人动物标本开展实验室检测，促进犬伤者尽快进行规范的暴露后处置。

(3) 暴露后处置技术培训。所有项目省份应当对所有从事狂犬病暴露后处置工作的医疗卫生人员逐级开展技术培训，提高预防处置技术水平。开展对暴露处置门诊的指导和检查。

(4) 暴露后免疫补助和处置门诊规范化建设试点。开展高发农村贫困人口暴露后免疫补助和狂犬病暴露处置门诊规范化建设试点，积极探索狂犬病处置门诊设置标准和管理方式，在有条件的地市和县区试点建立狂犬病处置示范门诊，对门诊的设备、人员和操作规程提出规范化要求，推广建立外伤处理、疫苗和被动免疫制剂接种相结合

的综合性狂犬病预防处置门诊，提高卫生部门处置服务的能力。

（三）项目组织实施。

1. 组织形式。由项目地区卫生行政部门组织实施，卫生部组织专家进行指导。

2. 资金安排。项目实施所需经费由中央财政和地方财政共同承担，用于病例调查处理、一犬伤多人事件的调查、暴露后处置技术培训、贫困人口暴露后处置补助、暴露门诊规范化建设试点工作等。中央财政安排防治专项资金补助 613 万元，具体补助项目及金额详见附表，地方各级卫生行政部门要协调财政部门落实相关配套资金，制定本省（区、市）项目资金管理办法，加强资金使用和管理。

（四）项目执行时间。全部项目工作于 2011 年 6 月 30 日前完成。

（五）项目督导与评估。卫生部根据项目管理需要，按照有关规定对项目实施情况、经费使用和取得的效果进行督导评估。各项目省份卫生厅局组织省级专家组每半年一次对地、县级的工作开展情况进行考核和评估，并完成本地区的年度总结报告。

十、慢性病综合干预控制

（一）慢性病危险因素评估、控制及干预（慢性病综合防控示范区）。

1. 项目目标。

总目标：以区/县级行政区划为单位，建立一批慢性病综合防控示范区。通过政府主导、全社会共同参与，实现多部门、多环节、多层次、多措施控制慢性病社会和个人危险因素，减少慢性病发生，降低慢性病危害。充分发挥示范区的示范作用，总结成熟经验，以点带面，全面推动全国慢性病预防控制工作。

年度工作目标：

（1）加强政策倡导，制订和完善慢性病防控相关公共卫生政策。逐步建立政府主导、多部门合作、专业机构支持、全社会参与的慢性病综合防控工作机制。

（2）建立持续有效的慢性病防控筹资机制和渠道，实现慢性病防治的可持续发展。

（3）加强慢性病防治队伍建设，提高专业技术人员水平和服务能力，规范开展慢性病监测、干预、评估和信息管理工作。

（4）提高示范区人群烟草消费、不合理膳食、身体活动不足等慢性病危险因素知识知晓率，逐步提升健康行为形成率。

(5) 加强高危人群和患者生活方式干预的技术指导，提高高血压、糖尿病等患者规范化管理率，进一步提升患者自我管理意识和技能。

2. 项目范围。

覆盖 31 个省（区、市）和新疆生产建设兵团，以区/县为项目范围。其中北京、天津、河北、内蒙古、辽宁、吉林、上海、福建、安徽、河南、广东、海南、贵州、西藏、甘肃和新疆等 16 个省（自治区、直辖市）和新疆生产建设兵团各覆盖 1 个区/县。山西、黑龙江、江苏、浙江、江西、山东、湖北、湖南、广西、重庆、四川、云南、陕西、宁夏和青海等 15 个省（自治区、直辖市）各覆盖 2 个区/县，共计 47 个项目区/县。

示范区的选择由省级卫生行政部门根据以下原则，结合本辖区实际情况确定并报卫生部备案。

(1) 示范区的区/县级政府重视，支持慢性病综合防控工作，各有关部门能积极配合，街道及乡村有开展活动的积极性。

(2) 有较完善的慢性病防治队伍，有一定工作基础和能力。

(3) 开展过慢性病综合防控工作和监测工作的地区优先。

(4) 根据示范区工作进展和质量对示范区适时进行调整。

3. 项目工作内容。

各项目省可因地制宜，制订切实可行的实施方案。示范区工作内容可根据国家方案整体推进，也可以结合当地优势，突出重点，将特色做深做细。

(1) 加强政策倡导，建立工作机制。

区/县级政府将慢性病预防控制工作列入当地社会经济发展规划，将慢性病相关指标纳入有关政府部门考核内容。成立区/县慢性病综合防控工作领导小组，建立多部门合作机制，落实部门职责，形成联防联控格局。

当地疾病预防控制机构、基层医疗卫生机构和综合医院等慢性病防治专业机构明确职责，分工协作，形成密切配合的工作团队，共同开展慢性病防控工作，建立评估和考核体系。

出台至少 **1-2** 项慢性病综合防控相关的公共政策和制度，包括新建社区构筑 **10** 分钟步行可达的健身场所，设置步行道和自行车道；制订工作场所职工工间操制度，每天职工运动时间不低于 **20** 分钟；在机关、学校、企事业食堂和公共餐厅推广健康饮食宣传制度；鼓励和支持食品企业研发、生产和销售促进健康的食品；落实《烟草控制框架公约》，各级医疗卫生机构达到无烟单位标准，公共场

所、工作场所、学校等禁止吸烟；促进媒体规范宣传；探索多渠道慢性病预防性服务付费机制等。

（2）广泛开展全人群健康促进活动。

深入开展全民健康生活方式行动，结合各地实际情况，围绕控制烟草消费、推动合理平衡饮食、促进健身活动三个重点，开展四项行动，包括“人人知体重（腰围），成人测血压行动”，“家庭、食堂和餐馆减盐限油行动”，“推广简便适宜技术，促进人群健康行动”和“慢性病主题日宣传活动”等系列行动。

通过开展人群健康促进活动，示范区人群实现“五个覆盖”，即至少获得一种慢性病宣传材料，参加过一次慢性病讲座或主题宣传活动，学会使用一种适宜工具，测量过一次个人健康指标（体重、腰围或血压），掌握一项健康自我管理技能。本年度要求东中西部地区各示范区达到“五个覆盖”人数累计不少于**40000**人次、**30000**人次和**20000**人次。

（3）重视高危人群发现和预防性干预。

慢性病高危人群包括超重肥胖者，血压、血糖、血脂水平升高者和现在每日吸烟者。本年度重点工作是促进机关、学校、企业、社区、基层医疗卫生机构等单位提供测量体格和基本生理指标的简易设备，发放相关宣传资料，方便职工和居民主动测量个体健康指标，及时发现高

危人群，逐步形成高危人群管理模式。各示范区建立健康指标自助检测的单位不少于 **10** 个。

(4) 加强基层防治，规范慢性病患者管理。

落实国家基本公共卫生服务规范，加强慢性病患者规范化管理，提高社区高血压管理率和糖尿病管理率。以社区、工作场所和家庭为基础推广慢性病自我管理模式，提升慢性病患者自我管理意识和技能，开展高血压和糖尿病患者自我管理小组活动，本年度自我管理小组不少于 **10** 个。

(5) 收集基础资料，加强综合监测和评估。

整合示范区基础信息和资料，掌握当地死因、慢性病危险因素、患病和发病状况，确定重点目标人群和优先干预领域，为评估示范区工作提供基础数据。

疾病预防控制机构建立慢性病综合监测和信息管理系统，利用现有资源，在常规工作中从医疗机构信息系统（**HIS**）中收集脑卒中、冠心病、癌症等发病资料；从基层医疗卫生机构建立的电子健康档案中收集高血压、糖尿病等病例管理资料。同时根据国家要求，定期开展死因、慢性病危险因素、患病和发病相关监测和调查工作。

(6) 加强能力建设，健全慢性病综合防控队伍。

加强慢性病预防控制队伍建设，保证区/县疾病预防控制机构有慢性病防控专业科室，人员不少于 **3** 人，每年

接受至少 1 次慢性病预防控制理论与技术培训。区/县疾病预防控制机构定期为所辖基层医疗卫生机构提供规范化培训和技术指导，提高专业人员慢性病监测和综合防控技术水平 and 能力。

4. 项目组织实施。

(1) 组织形式。卫生部疾控局对项目的实施进行统一的领导和管理，定期组织检查、督导和评估，卫生部疾控局成立项目办公室，设在中国疾控中心慢病中心；中国疾控中心作为国家级项目技术支持单位，负责组织制订技术实施方案，开展省级师资培训并对相关工作提供技术指导；省级卫生行政部门严格按照技术方案，负责组织实施本辖区内的慢性病综合防控示范区工作；省、地市级疾病预防控制中心负责技术指导、质量控制、督导和培训；区/县级卫生行政部门具体组织实施。

(2) 技术保障。卫生部组织专业机构和专家组，制定慢性病综合防控示范区工作指导方案，并对各地项目的实施进行技术指导、督导、检查、考核和评估。

(3) 资金安排。项目实施所需经费由中央财政和地方财政共同承担。地方各级卫生行政部门要协调财政部门落实相关配套资金，制定本省（区、市）项目资金管理办法，加强资金使用和管理。2010 年中央财政安排慢性病综合防控示范区专项资金 1186 万元，对项目省慢性病综合防

控示范区的创建、人员培训、技术指导、质控、督导和数据分析等给予补助，具体补助项目及金额见附表。

5. **项目执行时间。**项目在**2011年6月底**前完成。

6. **项目督导与评估。**卫生部组织国家专家组对项目实施情况、经费使用和取得的效果进行督导评估。各省（区、市）卫生行政部门每年组织**2次**省级督导评估。督导考核评估报告及时报送国家项目办公室。

（二）全民健康生活方式行动。

1. 项目目标。

总目标：进一步扩大全民健康生活方式行动覆盖范围，创造可持续的支持性环境，提高全民的健康水平，促进人与社会和谐发展。

具体目标：

（1）2009年以前已经启动行动的省（区、市）在既往工作基础上继续深入开展工作。

（2）到2010年底前，包括既往启动县（区），各省（区、市）累计完成**30%**以上县（区）的全民健康生活方式行动启动工作。

（3）所有启动行动的省、地市、县（区），结合全国高血压日、联合国糖尿病日、无烟日、全民健身日、健康生活方式日等健康日主题或既定工作计划，组织开展至少**2次**健康促进活动。

(4) 各省(区、市)和新疆生产建设兵团,按照《卫生部办公厅关于印发〈全民健康生活方式行动示范创建工作指导方案〉(试行)的通知》(卫办疾控函〔2009〕825号)要求,继续推广示范创建工作。2010年,每省至少新创建示范单位、示范社区和示范食堂(餐厅)各3个。

(5) 鼓励各省(区、市)继续推进“健康步道”、“健康主题公园”、“健康知识一条街”等形式的支持性环境建设工作。

(6) 根据国家行动办公室的要求完成全民健康生活方式行动的省级评价。

2. 项目范围和内容。

(1) 项目范围。全国31个省(区、市)和新疆生产建设兵团,及辖区30%以上已经启动或于2010年底前将要启动全民健康生活方式行动工作的项目县(区)。鼓励各省(区、市)在更大范围内开展工作。

(2) 项目内容。

① 建立健全组织机构,制定工作实施方案。各省全民健康生活方式行动领导小组组织所辖项目县(区)建立健全全民健康生活方式行动组织管理机构,包括行动领导小组和行动办公室。行动办公室建议设在当地疾病预防控制机构。

各省级行动办根据本管理方案，结合本省（区、市）情况，制定有利于工作开展和资源整合的工作计划和实施方案，包括行动启动、示范创建、健康日活动以及支持性环境建设等内容。方案中应当明确既往工作基础和工作延续，**2010**年工作任务和确保任务完成的工作计划。各省（区、市）指导辖区项目县（区）制订和实施全民健康生活方式行动工作计划，并在国家行动办公室的指导下定期完成辖区有关工作信息的收集和评估工作。

②行动启动。按照《卫生部办公厅关于开展全民健康生活方式行动的通知》（卫办疾控发〔**2007**〕**189**号）全民健康生活方式行动总体方案（**2007-2015**年）的工作要求，到**2010**年底，包括既往启动县（区），各省（区、市）累计完成**30%**以上县（区）的启动工作。启动工作要充分发挥政府倡导与领导示范作用，动员多部门参与，突出地方特色，充分发挥媒体作用，重点宣传“日行一万步，吃动两平衡，健康一辈子”的知识和理念，为群众提供应用技能指导。

③健康促进活动。所有启动行动的省、地市、县（区），包括在**2010**年新启动的县（区），应当结合全国高血压日、联合国糖尿病日、无烟日、全民健身日、健康生活方式日等健康日主题或既定工作计划，至少开展**2**次

健康教育和健康促进现场活动，扩大全民健康生活方式行动的影响。

④开展示范创建活动。各省（区、市）和新疆生产建设兵团在既往工作基础上开展示范创建工作。2010年，要求每个省（区、市）完成新的示范单位、示范社区和示范食堂（餐厅）创建各3个。创建标准参照卫生部办公厅印发的《全民健康生活方式行动示范创建工作指导方案》（试行）（卫办疾控函〔2009〕825号），各省（区、市）可根据地区实际情况制订具体指导方案和验收标准。

⑤能力建设。按照统一程序，对项目所在县（区）有关工作人员进行技术培训。培训内容包括慢性病健康促进知识、技能，行动启动方案和要求，示范创建和考评办法，以及生活方式行动的督导和评价办法等。

3. 项目组织实施

（1）组织管理及各级职责。在卫生部疾控局的统一领导和管理下，国家行动办公室负责制订项目实施方案，编写培训材料，负责省级师资培训；制订考核和评估方案，定期组织人员对各项目地区工作落实情况和经费使用情况等进行抽查考核和评估；负责撰写项目总结评估报告；定期向主管部门报告项目进展情况和效果。

省级卫生行政部门负责协调和统筹全民健康生活方式行动各项工作，指导方案制订，协调各项工作落实，组

织考核与评估。省、县（区）级全民健康生活方式行动办公室或相应机构负责制订具体工作方案，落实技术培训、行动启动、示范创建和各项健康教育和促进活动，开展项目县（区）工作的质量控制，逐级报送有关材料。

（2）技术保障。卫生部组织专业机构和专家组，制订项目技术方案，并对各地项目的实施进行技术指导、督导、检查、考核和评估。

（3）资金安排。项目实施所需经费由中央财政和地方财政共同承担。地方各级卫生行政部门要协调财政部门落实相关配套资金，制定本省（区、市）项目资金管理办法，加强资金使用和管理。2010年中央财政安排全民健康生活方式行动专项资金179万元，对全民健康生活方式行动进行补助，具体补助项目及金额详见附表。

4. 项目执行时间。项目工作在2011年3月底前完成。

5. 项目督导与评估。卫生部组织国家专家组对项目实施情况、经费使用和取得的效果进行督导评估。各省级卫生行政部门每年组织2次省级督导评估。督导考核评估报告及时报送国家项目办公室。

（三）慢性病监测。

1. 项目目标。掌握我国居民慢性病危险因素、主要慢性病患病的流行状况和变化趋势，为确定疾病预防控制

优先领域、制定慢性病预防控制策略和措施提供科学依据；为评估国家卫生及相关政策、慢性病防控项目的效果提供信息。通过开展慢性病监测，加强各级疾病预防控制机构慢性病防控专业技术人员的工作能力建设。

2. 项目范围和内容。

(1) 项目范围。在北京东城区、通州区，天津红桥区、蓟县，河北唐山市开平区、迁西县、秦皇岛市海港区、磁县、武安市、张家口市桥东区、宣化县、丰宁满族自治县，山西太原市杏花岭区、平定县、壶关县、朔城区、绛县、临县，内蒙古呼和浩特市回民区、巴林右旗、开鲁县、巴彦淖尔市临河区、苏尼特右旗，辽宁沈阳市新城子区、大连市沙河口区、鞍山市千山区、凤城市、阜新蒙古族自治县、辽阳县，吉林长春市南关区、德惠市、吉林市丰满区、集安市、龙井市，黑龙江哈尔滨市南岗区、齐齐哈尔市梅里斯达斡尔族区、依安县、鸡西市梨树区、宝清县、大庆市大同区、桦川县，上海卢湾区、松江区，江苏南京市浦口区、徐州市云龙区、苏州市吴中区、张家港市、金湖县、响水县，浙江杭州市下城区、奉化市、桐乡市、安吉县、金华市婺城区、遂昌县，安徽马鞍山市雨山区、安庆市大观区、天长市、巢湖市居巢区、蒙城县、泾县，福建三明市梅列区、惠安县、建瓯市、永定县、宁德市蕉城区，江西南昌市东湖区、武宁县、赣州市章贡

区、龙南县、上高县，山东青岛市市北区、李沧区、沂源县、枣庄市薛城区、烟台市芝罘区、蓬莱市、高密市、莱芜市莱城区、莒南县，河南郑州市中原区、洛阳市吉利区、新安县、滑县、辉县市、唐河县、睢县、信阳市浉河区，湖北武汉市江岸区、黄石市黄石港区、宜昌市伍家岗区、谷城县、云梦县、天门市，湖南长沙市天心区、浏阳市、常德市武陵区、平江县、郴州市苏仙区、洪江市、凤凰县，广东广州市越秀区、南雄市、四会市、五华县、汕尾市城区、云浮市云城区，广西宾阳县、柳州市柳北区、桂林市秀峰区、合浦县、凌云县、罗城仫佬族自治县，海南海口市美兰区、定安县，重庆万州区、大足县，四川成都市青羊区、彭州市、攀枝花市仁和区、资中县、西充县、汉源县、康定县、越西县，贵州遵义市红花岗区、湄潭县、玉屏侗族自治县、施秉县、独山县，云南玉溪市红塔区、通海县、广南县、勐腊县、祥云县、兰坪白族普米族自治县，西藏拉萨市城关区、墨竹工卡县、米林县、乃东县、江孜县、陕西铜川市王益区、眉县、华阴市、洛川县、汉阴县、景泰县，甘肃天水市麦积区、张掖市甘州区、敦煌市、临潭县，青海西宁市城中区、平安县、门源回族自治县，宁夏银川市兴庆区、中卫市中卫城区、新疆乌鲁木齐市天山区、新和县、莎车县、和田县、新源县，

新疆生产建设兵团农二师等 162 个监测点开展慢性病监测工作。

监测对象为 15 岁及以上常住居民，共收集 97200 人慢性病主要危险因素的核心信息。

(2) 项目内容。现场调查包括问卷调查、身体测量和生化指标检测三部分。技术方案将由中国疾控中心另行下发。国家对省级和县级慢性病监测技术骨干进行一级培训，各省（区、市）按照国家培训方案对各监测点未参加一级培训的全部慢性病监测人员进行二级培训，提高监测地区疾控系统慢性病人员的专业技术水平，保证监测质量。

3. 项目组织实施

(1) 组织形式及工作任务。卫生部疾控局负责慢性病监测工作的总体领导和协调，定期组织检查、督导和评估。中国疾控中心慢病中心负责制订技术方案、调查问卷和培训教材；编制数据录入软件，汇总全国调查资料，分析、清理监测数据等；对现场调查提供技术指导和进行质量控制；负责省级和县（区）监测骨干人员的培训。

各省（区、市）和新疆生产建设兵团的慢性病监测工作由各省（区、市）卫生厅（局）领导，省级疾控中心成立省级现场调查工作组，根据国家慢性病监测技术方案制订本省（区、市）慢性病监测实施方案，并负责组织实施

施本辖区内的慢性病监测工作；省、地市级疾控中心负责技术指导、质量控制、督导和二级培训；省级疾控中心负责本省监测地区数据录入和问卷保存，并及时上报中国疾控中心慢病中心。各省（区、市）和新疆生产建设兵团在完成国家项目任务的基础上，可根据本身实际，扩大监测范围和人群，建立和完善具有省级代表性的慢性病监测系统。

县（区）级卫生局负责协调、管理本县（区）监测工作；县（区）级疾控中心在省、地市级疾控中心的指导下，具体组织实施本县（区）监测现场工作。

（2）技术保障。中国疾控中心慢病中心负责对慢性病监测技术方案（包括抽样方案、现场实施方案和质控方案等）以及调查问卷进行修订与论证，开展现场预试验，保证监测方案整体的科学性和可操作性；省、地市级疾控中心对辖区内监测点项目的实施进行技术指导。

（3）资金安排。项目实施所需经费由中央财政和地方财政共同承担。地方各级卫生行政部门要协调财政部门落实相关配套资金，制定本省（区、市）项目资金管理办法，加强资金使用和管理。2010年中央财政安排慢性病监测专项经费 1639 万元，对项目省的慢性病监测、人员培训、技术指导等工作给予补助。具体补助项目及金额见附表。

4. 项目执行时间。2011年6月底前完成。

5. 项目督导与评估。卫生部制订督导评估方案并组织检查，对项目的管理、资金运转、实施情况、质量控制及效果进行督导和评估；省、市、县三级成立项目领导小组，定期组织检查，对项目实施情况进行督导和评估，建立例会制度，发现问题及时协调解决，保证此项工作顺利如期完成。

（四）营养监测。

1. 项目目标。

总目标：开展覆盖全国城乡居民营养与相关健康状况的监测工作，定期收集居民的营养与相关健康状况信息，分析和发现存在的营养健康问题及相关危险因素，建立营养与相关健康状况调查体系和信息数据库，为政府部门制定营养与健康相关政策提供基础信息。通过开展监测工作，加强各级疾病预防控制机构专业技术人员的营养工作能力建设。

2. 项目范围和内容。

（1）项目范围。人群监测：重点在天津河西区，河北石家庄市新华区、邯郸市邯山区，内蒙古呼和浩特市新城区，辽宁沈阳市沈河区、大连市中山区，吉林长春市朝阳区，上海长宁区、虹口区，江苏南京市秦淮区、泰州市高港区，福建福州市仓山区、厦门市思明区，江西南昌市

东湖区，山东潍坊昌邑市，河南郑州市金水区、洛阳市吉利区，湖北武汉市江汉区、鄂州市华容区，湖南长沙市天心区，广东珠海市金湾区，广西南宁市兴宁区，海南省海口市秀英区，重庆南岸区，四川成都市金牛区，云南昆明市盘龙区、红河哈尼族彝族自治州个旧市，西藏拉萨市城关区，陕西西安市新城区，甘肃兰州市安宁区、天水市麦积区，青海西宁市城西区，宁夏吴忠市青铜峡市，新疆乌鲁木齐市沙依巴克区开展人群营养与健康状况监测。

食物成分监测：在黑龙江、上海、浙江、山东、广东、广西、四川、陕西**8**个省（区、市），每省（区、市）开展**30**种食物样品的采集和检测工作。

（2）项目内容。人群监测主要包括询问调查、医学体检、实验室检测和膳食调查**4**个部分。技术方案将由中国疾控中心另行下发。

3. 项目组织实施。

（1）组织形式。卫生部疾控局对项目的实施进行统一的领导和管理，定期组织检查、督导和评估；中国疾控中心营养与食品安全所负责组织制订技术实施方案，组织省级师资培训并对相关工作提供技术指导；项目省级卫生行政部门负责领导协调及组织实施工作；省、地市级疾控中心负责技术指导、质量控制、督导和培训，县区级疾控中心具体组织实施。

(2) 技术保障。中国疾控中心营养与食品安全所负责制定统一的监测实施方案和项目考核评估方案；举办省级师资培训班并对各地项目的实施进行技术指导、督导、检查、考核和评估。

(3) 资金安排。项目实施所需经费由中央财政和地方财政共同承担。地方各级卫生行政部门要协调财政部门落实相关配套资金，制定本省（区、市）项目资金管理办法，加强资金使用和管理。2010年中央财政安排营养监测工作专项资金882万元。中央财政将对现场调查与生化指标检测及数据录入、营养监测工作中的宣传、动员及营养教育和指导工作、营养监测人员的能力建设等工作给予补助。具体补助项目及金额见附表。

4. 项目执行时间。项目工作在2011年6月底前完成。

5. 项目督导与评估。项目省（区、市）对项目的实施工作每一季度检查一次，卫生部组织专家组在2011年6月底之前对项目省（区、市）营养监测工作实施情况、经费使用和取得的效果进行抽查考核和评估。在监测工作相对集中的时候，省（区、市）专家组及卫生部专家组可分别或联合派出专家进行现场督导。

十一、癌症早诊早治

(一) 食管癌/贲门癌、肝癌、大肠癌、鼻咽癌、胃癌及肺癌的早诊早治项目。

1. 项目目标。

(1) 提高食管癌/贲门癌、肝癌、大肠癌、鼻咽癌、胃癌、肺癌的早期诊断率及早期治疗率，提高五年生存率，降低死亡率。

(2) 提高技术队伍水平。

2. 项目范围和内容。

(1) 项目范围。重点支持 71 个县（市、区）开展食管癌/贲门癌早诊早治，包括河北磁县、涉县、赞皇、武安、光宗、永年，山西阳城、壶关、襄汾、襄垣、阳泉，内蒙古赤峰巴林左旗、呼伦贝尔，辽宁法库、康平，吉林大安，黑龙江哈尔滨南岗区，江苏扬中、泰兴、淮安楚州区、建湖，浙江仙居，安徽庐江、天长，福建惠安、莆田涵江区、厦门同安区，江西武宁，山东肥城、宁阳、邹城、曲阜、东平、梁山，河南林州、济源、内乡、偃师、辉县、南召、镇平，湖北钟祥、麻城、英山，湖南衡阳雁峰区，广东梅县，广西北流，重庆璧山、涪陵，四川盐亭、西充、阆中、巴中巴州区，贵州福泉，云南兰坪，陕西商州、潼关，甘肃张掖、敦煌、武威，青海循化，宁夏青铜峡，新疆新源、和丰，新疆生产建设兵团八师，以及

内蒙古、新疆、宁夏**3**个民族自治区各新增**2**个少数民族自治县（自治州）。

重点支持江苏启东、江苏海门、广西扶绥、福建同安等**4**个县（市）开展肝癌早诊早治。

重点支持北京丰台区、天津红桥区、山西洪洞、上海徐汇区、浙江嘉善、海宁、山东五莲、湖北武汉江岸区、秭归，广东广州越秀区、四川双流、云南昆明西山区和宁夏银川兴庆区**13**个县（区）开展大肠癌早诊早治。

重点支持广东四会、中山、广西苍梧、福建闽侯等**4**个县（市）开展鼻咽癌早诊早治。

重点支持辽宁庄河、山东临朐、甘肃武威等**3**个县（市）开展胃癌早诊早治。

重点支持天津大港、云南宣威等**2**个县（市）开展肺癌早诊早治。

（2）项目内容。

开展食管癌/贲门癌早诊早治的河北磁县、河北涉县、山东肥城、河南林州、四川盐亭等**5**个县（市）每点筛查人数不少于**5000**人，其余**66**个项目县（市、区）每点筛查人数不少于**2000**人，**71**个项目点筛查总数为**157000**人。开展食管癌/贲门癌早诊早治的**71**个县（市、区）对发现的食管癌/贲门癌癌前病变患者及癌患者进行治疗，其中河北磁县、山东肥城、河南林州等**3**个县

(市)开展健康教育、肿瘤登记及危险因素监测与干预等综合防治工作。

开展肝癌早诊早治的江苏启东、江苏海门、广西扶绥、福建同安等**4**个项目点诊断性筛查人数不少于**1000**人，共筛查**4000**人，对发现的癌患者进行治疗。

开展大肠癌早诊早治的浙江嘉善、海宁两个项目点每点诊断性筛查**2000**人；北京丰台区、天津市红桥区、山西洪洞、上海徐汇区、山东五莲、湖北武汉江岸区、秭归，广东广州越秀区、四川双流、云南昆明西山区和宁夏银川市兴庆区，每点诊断性筛查不少于**1000**人；开展大肠癌早诊早治的**13**个县(区)共筛查**15000**人，对发现的癌前病变患者及癌患者进行治疗。

开展鼻咽癌早诊早治的广东四会、广东中山、广西苍梧、福建闽侯等**4**个县(市)每点诊断性筛查不少于**1500**人，共筛查**4500**人，对发现的癌患者进行治疗。

开展胃癌早诊早治的辽宁庄河、山东临朐、甘肃武威等**3**个县(市)筛查任务各**1500**人，共筛查**4500**人，对发现的癌前病变患者及癌患者进行治疗，并开展健康教育、肿瘤登记及危险因素监测与干预等综合防治工作。

开展肺癌早诊早治的天津大港、云南宣威筛查任务各**1000**人，对发现的癌前病变患者及癌患者进行治疗。

举办培训班及进行现场指导，对上述**97**个县（市、区）的技术骨干进行培训。

3. 项目组织实施。

（1）组织形式。卫生部对项目的实施进行统一的领导和管理，定期检查、督导和评估；中国癌症基金会是国家级项目技术支持单位，负责制定技术实施方案，提供技术指导，定期开展督导；项目省级卫生行政部门负责领导协调及组织实施工作，并选定一个项目地区医疗机构作为实施项目的主要负责单位。

（2）技术保障。卫生部组织专家，通过举办培训班及现场指导，推广、实施“中国癌症筛查及早诊早治技术方案”（试行）。各县（市、区）的项目负责单位可整合当地技术力量，并引入上级医疗机构的技术力量，共同实施项目。

（3）伦理要求。在癌症筛查及早诊早治工作中，坚持知情同意和自愿原则。

（4）资金安排。项目实施所需经费由中央财政和地方财政共同承担。地方各级卫生行政部门要协调财政部门落实相关配套资金，制定本省（区、市）项目资金管理办法，加强资金使用和管理。**2010**年中央财政安排食管癌/贍门癌、肝癌、大肠癌、鼻咽癌、胃癌及肺癌早诊早治专项资金**4453**万元，中央财政将对早诊早治项目防治措施中

的筛查、综合防治、人员培训等工作给予补助，具体补助项目及金额详见附表。

4. **项目执行时间。**项目工作在2011年6月底前完成。

5. 项目督导与评估

项目省（区、市）组织专家每半年检查一次工作，卫生部专家组年底前检查工作。在筛查工作相对集中的时候，省（区、市）专家组及卫生部专家组可分别或联合派出专家进行现场督导。主要监督及评估以下方面：工作进度及质控、早期诊断率、早期治疗率及经费使用情况。

（二）淮河流域癌症早诊早治。

1. 项目目标。

（1）根据国务院同意下发的《淮河流域癌症综合防治工作方案》，在初步查明的淮河流域癌症高发地区，制定并实施以部分癌症早诊早治为主的癌症综合防治措施，提高部分癌症（食管癌、肝癌、胃癌）等主要上消化肿瘤的早期诊断率及早期治疗率，提高五年生存率，降低死亡率。

（2）在淮河流域癌症高发区，初步建立肿瘤登记系统，为综合防治奠定基础。

(3) 加强淮河流域癌症高发区能力建设，在淮河流域癌症高发区建立癌症综合防治网络，提高癌症防治的技术队伍水平。

2. 项目范围和内容。

(1) 项目范围。

重点支持江苏 4 个淮河流域癌症高发县（区），山东 4 个淮河流域癌症高发县（区），安徽 4 个淮河流域癌症高发县（区），河南 4 个淮河流域癌症高发县（区）开展部分癌症的筛查和早诊早治工作。

(2) 项目内容。

在上述地区选择高危人群，开展部分上消化道癌症的筛查和早诊早治工作，山东、江苏、河南 3 省的淮河流域癌症高发项目县（区）每年筛查人数不少于 2000 人；安徽省新增淮河流域癌症高发项目县（区）每年筛查人数不少于 2000 人，原有 2 个项目县（区）每年筛查人数仍不少于 2700 人。各项目点癌种的选择可根据当地实际情况确定，对筛查发现的早期病变开展个体干预及早期治疗，筛查发现的中晚期病例开展规范化的常规治疗。

在对部分癌症进行早诊早治的同时，开展早诊早治工作的技术培训、现场指导工作，对上述 16 个县（区）技术骨干进行培训。开展肿瘤登记报告工作，以县（区）为单位建立健全以人群为基础的肿瘤发病登记报告系统，收

集肿瘤病人的信息资料，掌握辖区内人群肿瘤的发病水平及时间变化趋势。在上述地区选择高危人群，开展健康教育健康促进工作。

3. 项目实施。

(1) 组织形式。卫生部疾控局对项目的实施进行统一的领导和管理，定期检查、督导和评估；中国医科院肿瘤医院（全国肿瘤防办）作为国家级技术支持单位，负责技术方案的制定，提供技术指导，定期开展督导；项目省级卫生行政部门负责领导协调、群众发动及组织实施工作；选定1个县区级医疗机构作为实施本项目的主要负责单位。

(2) 技术保障。

卫生部疾控局组织专家组根据各县（区）的实际情况制订“淮河流域部分癌症筛查及早诊早治指南”，并对淮河流域癌症高发县（区）开展早诊早治工作提供技术支持。各县（市）的项目负责单位整合当地和上级技术力量共同实施。

(3) 伦理要求。在癌症筛查及早诊早治工作中，坚持知情同意和自愿原则。

(4) 资金安排。项目实施所需经费由中央财政和地方财政共同承担。地方各级卫生行政部门要协调财政部门落实相关配套资金，制定本省（区、市）项目资金管理办

法，加强资金使用和管理。2010年中央财政安排淮河流域癌症早诊早治专项资金1150万元，中央财政将上述4个省的16个淮河流域癌症高发县（区）开展部分癌症的早诊早治筛查和早诊早治工作、技术培训、肿瘤登记工作和健康教育健康促进工作等工作给予补助，具体补助项目及金额见附表。

4. 项目执行时间。2011年8月底前完成。

5. 项目督导与评估。省（市）专家组定期开展检查工作，卫生部专家组年底前检查工作。在筛查工作相对集中的时候，省（市）专家组及卫生部专家组可分别或联合派出专家进行现场督导。主要监督及评估以下方面：工作进度及质控、早期诊断率、早期治疗率及经费使用情况。

（三）肿瘤随访登记。

1. 项目目标。

（1）总体目标：建立健全符合我国社会经济水平的国家肿瘤登记报告系统，反映我国城乡居民肿瘤发病、死亡、生存状态，提供满足我国肿瘤防治需求的信息。

（2）对全国肿瘤登记中心及现有肿瘤登记系统工作状态进行综合评价、整合现有资源、继续加强登记网点的建设，每个省（自治区、新疆建设兵团）增加一个登记点，使登记网点覆盖面继续扩大。

(3) 加强规范化建设，所有登记处工作流程制度化，登记资料质量达到全国肿瘤登记规范要求。

(4) 在登记点的数量增加和质量提高的基础上，登记数据具有全国代表性和区域代表性。

2. 项目范围和内容。

(1) 项目范围。重点支持北京，天津，河北磁县、涉县、保定市、迁西县、赞皇县、秦皇岛市区、武安市，山西阳城县、临汾市、阳泉市、襄垣县、太原市杏花岭区、襄汾县，内蒙古赤峰市、开鲁县、牙克石市、锡林浩特市，辽宁沈阳市、大连市、鞍山市、本溪市、东港市、建平县、康平县、法库县、庄河市，吉林延吉市、德惠市、吉林市市区、大安市，黑龙江哈尔滨市南岗区、尚志市、勃利县，上海，江苏金坛县、海门市、启东市、连云港市、赣榆县、东海县、灌云县、淮安市楚州区、建湖县、大丰市、扬中市、泰兴市、苏州市区，浙江杭州市、嘉兴市、嘉善县、海宁市、上虞市、仙居县，安徽马鞍山市、肥西县、铜陵市区、天长市、庐江县，福建长乐市、厦门市市区、建瓯市、厦门市同安区、莆田市涵江区、惠安县，江西赣州市章贡区、上高县、龙南县、靖安县、上饶市信州区，山东临朐县、肥城市、青岛市市区、烟台市区、招远市、邹城市、宁阳县，河南林州市、洛阳市市区、禹州市、偃师市、辉县、内乡县、济源市，湖北武汉市、云梦

县、五峰土家族自治县、钟祥市、英山县、麻城市，湖南岳阳市岳阳楼区、慈利县、衡东县、株洲市石峰区、资兴市，广东广州市、深圳市、四会县、中山市、珠海市区、江门市区，广西苍梧县、扶绥县、柳州市区、桂林市区、北流市，海南琼海市、定安县，重庆九龙坡区、万州区、涪陵区、渝中区，四川盐亭县、成都市青羊区、攀枝花市仁和区、自贡市自流井区、大竹县、乐山市区，贵州遵义市、开阳县、安龙县、雷山县，云南个旧市、宣威市、富源县、玉溪市、兰坪白族普米族自治县，西藏拉萨市区，陕西西安市莲湖区、眉县、潼关县、商洛市商州区，甘肃武威市、兰州市区、景泰县、临潭县、张掖市区、敦煌市，青海西宁市区、互助县、民和回族土族自治县，宁夏中卫市区、固原市区、银川市，新疆乌鲁木齐市天山区、新源县、和田市、石河子市，总计 **149** 个肿瘤登记处，在此基础上，新增加 **44** 个肿瘤登记点，其中河南、江苏、山东和安徽各增加 **5** 个新点，其他省、自治区和新疆生产建设兵团各增加 **1** 个登记点，总计 **193** 个肿瘤登记处，覆盖人口约 **17913** 万人，占全国人口总数约 **13.5%**。

(2) 项目内容。

制订、落实全国肿瘤登记报告工作方案及框架布局，修订肿瘤登记工作规范，着重对 **44** 个新建肿瘤登记点的工作进行实地指导，提高原有的 **149** 个肿瘤登记处的数

据质量，加强对全国肿瘤登记队伍建设，对肿瘤登记数据质量进行控制与评估、定期发布数据，实现数据共享和利用。

3. 项目组织实施。

(1) 组织形式。卫生部疾控局对项目的实施进行统一的领导和管理，定期检查、督导和评估；中国医科院肿瘤医院（全国肿瘤防办）作为国家级技术支持单位，负责技术方案的制订，提供技术指导，定期开展督导；项目省级卫生行政部门负责领导协调及组织实施工作；设立肿瘤登记处，并选定相应医疗机构作为主要负责单位。

(2) 技术保障。卫生部疾控局组织专家组对《中国肿瘤登记工作指导手册》进行修订，制订《中国肿瘤登记工作规范》。对开展肿瘤登记工作的市（县）提供技术支持，各市（县）项目负责单位与上级技术力量共同实施。

(3) 资金安排。项目实施所需经费由中央财政和地方财政共同承担。地方各级卫生行政部门要协调财政部门落实相关配套资金，制定本省（区、市）项目资金管理办法，加强资金使用和管理。2010年中央财政安排中国肿瘤登记系统建设专项资金 1191 万元，中央财政将对上述 31 个省（区、市）和新疆建设兵团的 193 个肿瘤登记处在技术培训、肿瘤登记卡片、表格的印刷、肿瘤登记数据收

集、整理、汇总、分析等工作给予补助，具体补助项目及金额见附表。

4. **项目执行时间。**2011年6月底前完成资料上报。

5. **项目督导与评估。**各省（区、市）专家组针对方案实施的年度计划，定期开展检查工作，对各项具体的实施措施的进度和贯彻执行情况进行检查评价。卫生部专家组年底前对登记工作进行检查，并汇同各省（区、市）专家组对部分登记处进行现场督导。主要监督及评估以下方面：人员落实及培训、工作进度、数据质控、经费使用情况等。

十二、农村癫痫防治管理项目

（一）项目目标。

1. 培训基层医生的专业技能，建立癫痫防治队伍，为当地防治癫痫发挥积极作用。

2. 对自2004年度起项目已经筛检出的8.1万名癫痫患者，包括当年新扩展人群筛检出的患者约2.5万人实施合理治疗管理，使60%以上的患者达到良好治疗效果。

3. 继续开展宣传教育活动，提高癫痫患者、家属和公众对癫痫的认识，改变人们对癫痫的歧视态度。提高癫痫病人的生存质量，努力减轻癫痫对患者、家属以及社会造成的负担和危害。

（二）项目范围和内容。

1. **项目范围。**2010年度在黑龙江、山西、河南、江苏、山东、甘肃、湖南、宁夏、陕西、四川、云南、安徽、青海、吉林、河北等**15**个项目省（自治区）**79**个项目县继续开展工作。为了能使更多癫痫患者受益，**2010**年度在上述**15**个省各扩展**2-4**个新的项目县。此外，增加广西、贵州和湖北**3**个省（区），每个省（区、市）第一年各选定**3**个项目县按统一要求开展癫痫防治管理工作。**18**个项目省合计**132**个项目县。

2. **项目内容。**按照《农村癫痫防治管理项目管理办法（试行）》、《农村癫痫防治管理项目技术指导方案》（卫办疾控发〔**2006**〕**111**号文件）要求开展各项活动。

（1）继续落实、完善由卫生行政管理人員和神经科专业医师组成的省、县级癫痫防治管理督导队伍。负责督导项目的组织实施、技术培训、指导检查、质量控制和资料收集整理等各项工作。

（2）对项目实施地区参加本项工作的县、乡级医生进行癫痫知识的培训，提高当地医生诊治癫痫的专业水平，进一步规范癫痫的诊断和治疗。

（3）在项目实施地区，由经过培训的当地乡（镇）卫生院医生按要求筛查惊厥型癫痫患者，再经省、县级神经科专家核实确诊为（活动性）癫痫患者后，按项目实施

方案进行苯巴比妥和丙戊酸钠等药物治疗，并按时随访和管理患者。

(4) 每个乡（镇）卫生院经过培训的 1~2 名医师负责使用苯巴比妥治疗病人和随访管理。包括每个月给病人（免费）发药并随访一次，按要求认真填写随访记录，根据病情调整药量，并及时处理由于药物引发的不良反应。

(5) 进一步开展对已入组癫痫患者的随访管理工作；同时继续扩大人群筛查范围，使更多癫痫患者受益。入组患者随访管理率不应低于 80%。

(6) 以乡（镇）卫生院为单位，组织 2~3 次癫痫病人和家属的座谈交流会，发放有关癫痫的科普宣传资料，讲解癫痫基本知识。在项目实施地区大力宣传普及癫痫知识，消除人们对癫痫的误解和歧视。举办 1~2 次有关癫痫的大型宣传活动。包括在公共场所张贴宣传画，发放科普宣传资料，在电台、电视台举办癫痫知识讲座等；有条件的地区可请省级专家举办义诊咨询活动。

(7) 承担项目技术指导任务的县医院开设定期癫痫门诊，对不符合苯巴比妥入组治疗的活动性癫痫患者，或苯巴比妥治疗已达上限剂量（210mg）连续 3 个月，但发作控制效果仍不满意或不良反应明显的患者，可由县医院经过培训的神经科医师或癫痫项目负责医师按照《临床诊

疗指南—癫痫病分册》进行诊断，并确定改用丙戊酸钠治疗的患者。丙戊酸钠（免费）扩展治疗入组病例数各省（区、市）要按年度计划指标完成。

（8）接受丙戊酸钠治疗的患者，为及时评估治疗效果、调整药量，应当由县医院项目负责医生治疗随诊至少 3 个月。开始治疗后第 2 周末、1 个月末应当各随诊 1 次，以后每月随诊 1 次。3 个月后，视患者病情决定是否继续在县医院癫痫门诊随诊，或转至患者所在地的乡镇卫生院进行随诊。

使用丙戊酸钠治疗的患者应在入组前、治疗 1 个月、3 个月和治疗满 1 年时各检查肝功能一次（共 4 次）。

（9）三个新增项目省（广西、贵州、湖北）的 9 个项目县和原 15 个项目省新扩增的 44 个项目县本年度不开展丙戊酸钠扩展治疗。

（三）项目组织实施。各地应当按照《农村癫痫防治管理项目管理办法（试行）》和卫办疾控发〔2008〕54 号文件要求落实项目组织机构，加强质量管理和定期进度报告。

1. 组织形式。

(1) 卫生部组织农村癫痫防治管理项目专家指导组制订具体技术方案、培训教材和项目实施质量控制标准，并负责项目具体实施和质量控制。

(2) 各项目省（区、市）、地市（州）卫生行政部门制定完善项目实施计划和监督管理制度，成立省级（地市级）癫痫项目指导组，下设项目办公室承担日常工作。由综合医院承担项目办公室职责的地方，要将疾病预防控制机构纳入项目办公室的组成单位，参加日常管理工作。

(3) 各项目县成立由卫生、财政、发改、民政、残联等部门参加的农村癫痫防治领导小组。县级卫生行政部门成立项目办公室，将承担项目技术指导任务的县医院、承担日常管理任务的县疾病预防控制机构纳入项目办公室的组成单位，明确各组成单位职责。建立由县医院、乡镇卫生院等机构组成的农村癫痫防治和管理组织，建立农村癫痫防治和管理队伍，在神经科专业人员的指导下，开展项目工作。

2. 资金安排。项目所需实施经费由中央财政和地方财政共同承担。地方各级卫生行政部门要加强与同级财政部门的沟通，落实相关配套资金，制订本省（区、市）项目资金管理办法，加强资金使用与管理。**2010**年度中央财政安排农村癫痫防治管理项目专项资金**1343**万元，对患者的筛查与诊断复核、基本治疗药品和贫困患者血液化验、

随访治疗和家属教育、治疗质量控制和数据处理、人员培训等给予补助。具体补助项目内容及金额详见附表。

3. 招标采购。

(1) 项目省（区、市）卫生行政部门和财政部门成立采购工作组，负责本省（区、市）采购工作；也可以由具备本项目药品采购资质的省级项目实施单位，按照本省政府药品招标采购价格和相关规定统一采购。

(2) 项目省（区、市）卫生行政部门根据本地的实际情况，合理制订计划购买品目、数量，根据《中华人民共和国政府采购法》等有关规定组织招标采购工作，并将采购结果报卫生部、财政部备案。

(四) 项目执行时间。项目工作在 2011 年 6 月底前完成。

(五) 项目督导与评估。国家项目督导组举办国家级培训活动，分别到 4~6 个省督导检查 1 次；省级、地市级项目督导组专家每 3 个月到各项目县进行质控检查 1 次；项目县级领导小组和办公室每 2 个月督促、检查项目执行情况。各级人员在每次项目督导后，向派出部门提交督导报告，报告项目实施情况。

项目县、地市卫生行政部门每年定期对项目实施过程、实施效果进行评估和考核。项目省（区、市）卫生行

政部门每年定期将项目进展的书面报告和进度报表上报卫生部。

卫生部组织国家指导组和有关专家每年对各省（区、市）项目实施情况和效果进行监督与考核，提交项目年度报告和报表。

十三、重性精神疾病管理治疗项目

（一）项目目标。在原项目 113 个示范市（州）继续完善或建立综合预防和控制重性精神疾病患者危险行为的有效机制；提高示范市（州）重性精神疾病患者治疗率，降低危险行为率；提高基层人员执行项目的能力。在 47 个新增示范市（州）（要求每市州至少覆盖 3 个区县）建立重性精神疾病管理治疗网络和工作机制，开展人员培训；同时筛选、诊断复核重性精神疾病患者。

（二）项目范围和内容。

1. 项目范围。

项目覆盖全国 30 个省（区、市，西藏除外）和新疆生产建设兵团的 160 个示范市（州），其中 2010 年度新增 47 个示范市（州），要求每个新增示范市（州）的覆盖户籍人口在 50 万人以上。

市（州）卫生行政部门要按照《重性精神疾病管理治疗项目管理办法（试行）》对示范区的要求，设立项目组织管理机构，加强人员培训，指导项目实施区县继续做

好工作，同时要求原示范市（州）逐步将项目实施范围扩至其他区县乃至整个市（州）（**2010**年度每示范市州至少扩**2**个区县），北京、上海应当覆盖全市所有区县。

2. 项目内容。

（1）继续完善或建立省、市、区县、街道（乡镇）、村级重性精神疾病管理治疗队伍，负责项目组织实施、技术培训、指导检查、重性精神疾病评估、治疗、随访管理，以及相关资料收集整理等工作。

（2）培训管理社区危险行为病人的知识和技术，提高当地医务人员评估病人行为危险性的水平，规范重性精神疾病诊断和治疗，提高追踪随访重点病人的能力。

（3）新增筛选、复核和登记重性精神病人**211951**人，开展危险性评估，全部资料建档立卡并录入国家数据库，建立重点病人监控网络。

（4）由社区医生按照《国家基本公共卫生服务规范(2009年版)》随访管理有危险行为倾向的患者。对危险性评级为**3-5**级的**73943**例患者，由精神专科医生对社区医生的随访每季度提供一次专业指导。

（5）对有危险行为倾向的贫困患者**31350**例，提供免费药物治疗、每季度**1**次相关化验检查，并由专科医生每半年开展服药后免费疗效评价与治疗方案调整。

(6) 对 13560 例次 (120 例次/市州) 贫困的有危险行为病人进行应急处置。解锁救治关锁病人 200 例 (2 例/市州, 无北京、上海和天津)。

(7) 对 107385 名新登记和部分已登记的病人家属开展家庭护理和管理教育。向大众宣传重性精神疾病危害和防治措施、项目内容、目的、意义以及参加项目方法。

(三) 项目组织实施。

各地应当按照《重性精神疾病管理治疗项目管理办法(试行)》和《重性精神疾病管理治疗项目技术指导方案(试行)》(卫办疾控发〔2006〕80号)的要求,开展各项工作。

1. 组织形式。

(1) 卫生部完善国家精神卫生项目指导组,强化国家精神卫生项目办公室职责,组织有关专家制定具体技术方案、培训教材和项目实施质量控制标准,并负责项目总体实施和质量控制。

(2) 项目省(区、市)卫生行政部门负责组织有关部门完善省级精神卫生项目领导小组和工作小组,积极开展本省(区、市)重性精神疾病监管治疗项目的组织落实工作。项目工作组中建立由具有高级技术职称的医疗专家 3—5 人组成的省级医疗小组,负责免费治疗患者的医疗技术

指导、疑难病人会诊、有关培训和协助处理与治疗相关的突发事件。

项目工作组下设省项目办公室承担对各省项目的管理、协调、指导和评估，并向国家项目办公室上报相关材料。各省级项目工作组应当切实提高省项目办公室的各项能力。

(3) 各示范市（州）和承担项目任务的区县成立项目领导小组和项目办公室，组建由**2—4**名医疗人员组成市（州）医疗小组，其中至少有**1**名具有高级技术职称的医疗专家，负责市（州）免费治疗病人的医疗技术问题。由**1**名高年资主治医师担任医疗质量管理员，**1**名工作人员担任数据质量管理员，共同负责项目的质量管理。

各市（州）应当采取措施，保证各级项目实施人员队伍稳定。

2. 资金安排。项目所需实施经费由中央财政和地方财政共同承担。地方各级卫生行政部门要加强与同级财政部门的沟通，落实相关配套资金，制订本省（区、市）项目资金管理办法，加强资金使用与管理。**2010**年度中央财政安排重性精神疾病管理治疗专项资金**7158**万元已下达，在**160**个示范市（州）中，对登记、诊断与复核新增重性精神病人、应急处置部分有危险行为倾向病人、提供部分贫困病人紧急住院治疗、用药及专项检查 and 复诊、人员培

训、大众宣传、培训教材及资料印刷、治疗质量质控和项目管理数据处理工作给予补助；使用国家基本公共卫生服务经费随访管理有危险行为倾向的患者。具体补助项目及金额详见附表。

3. 药品采购。

(1) 项目省（区、市）卫生行政部门和财政部门成立采购工作组，负责本省（区、市）采购工作；也可以由具备本项目药品采购资质的省级项目实施单位，按照本省（区、市）政府药品招标采购价格和相关规定统一采购。

(2) 项目省（区、市）卫生行政部门根据本地的实际情况，合理制订计划购买品目、数量，根据《中华人民共和国政府采购法》等有关规定组织招标采购工作，并将采购结果报卫生部、财政部备案。

(四) 项目执行时间。项目资金到位后，各省（区、市）制定技术方案、工作计划，开展省级培训，同时开始筛查、诊断和登记重性精神疾病患者，并开展治疗、管理和定期随访患者工作。2011年6月30日前，各省（区、市）应当完成本年度全部项目工作。

(五) 项目要求。

1. 对2006-2009年未完成项目指标的省份，要求2010年12月31日前补齐项目各年度未完成的指标数，包

括筛选、诊断复核、随访、应急处置、免费住院和解锁患者数。要求患者应当从社区人群中筛查出来

2. 项目执行过程中，各省（区、市）应当于**2011年1月31日前**上报截至**2010年12月31日**的项目执行进度报表；**2011年7月30日前**，各省（区、市）报告本年度项目执行进度报表。

（六）项目监督与评估。

1. 卫生部组织国家指导组和有关专家每年对各省（区、市）项目实施情况和效果进行监督与考核，举办国家级培训活动，在**2010-2011**年内督导**5-6**个项目省。

2. 各省（区、市）卫生行政部门根据本省（区、市）情况制定项目实施计划及管理办法，并上报卫生部，抄送国家精神卫生项目办公室。省级卫生行政部门应当每半年到各示范市（州）检查督导**1**次，定期将项目进展书面报告和项目年度进度报表上报卫生部。

3. 各示范市（州）卫生行政部门每年定期对项目实施过程、实施效果进行评估和考核。示范市（州）应当每季度到项目区县督导**1**次。

4. 项目区县每月督促、检查项目执行情况。

5. 各级人员在每次项目督导后，应向派出部门提交督导报告，报告项目实施情况。

十四、儿童口腔疾病综合干预试点项目

（一）目标。

1. 在项目试点县开展口腔健康教育，小学生口腔卫生知识知晓率达到 **85%** 以上，正确刷牙率达到 **70%** 以上；

2. 在项目试点县开展儿童口腔健康检查，适龄儿童口腔检查率达到 **90%** 以上，早期发现口腔疾病；

3. 为项目地区适龄儿童进行窝沟封闭，符合窝沟封闭适应证儿童的窝沟封闭率达到 **90%** 以上，封闭完好率达到 **85%** 以上，降低儿童恒牙龋病患病率；

4. 加强基层口腔疾病防治队伍建设，提高防治水平。

（二）项目范围和内容。

1. **项目范围。** 在充分深入调研的基础上在河北、山西、内蒙、吉林、黑龙江、安徽、江西、河南、湖北、湖南、广西、海南、重庆、四川、贵州、云南、西藏、陕西、甘肃、青海、宁夏、新疆等 **22** 个中西部省（区、市）和新疆生产建设兵团选择口腔疾病防治网络比较健全，有一定防治经验和工作基础,并且有积极性的县（市、区、团场）作为试点县（市、区、团场）,试点县（市、区、团场）数量要适中，使项目服务范围尽量覆盖项目试点县（市、区、团场）的所有适龄儿童。

2. 项目内容。

(1) 深入开展宣传发动和健康促进。项目县（市、区、团场）卫生行政部门会同教育、广电等部门，通过发放健康教育材料、宣传画以及各地群众喜闻乐见的形式，进行深入的、持久的健康教育，培养群众养成良好的口腔卫生习惯，掌握基本的口腔预防保健知识和自我保健技能，营造人人关注口腔卫生的氛围。特别要注意健康教育的效果，避免宣传工作流于形式。广泛、深入地进行动员，引导适龄儿童自觉参加窝沟封闭。

(2) 加强培训，提高口腔疾病防治人员项目管理能力、执行能力和防治水平。根据工作任务严格筛选、确定承担项目工作的口腔疾病防治机构和人员，对其认真开展项目管理和业务技术培训，使其能够深刻领会项目内涵、意义和项目要求，技术培训要紧紧围绕《口腔预防适宜技术操作规范》（卫办疾控发〔2009〕15号）的要求，以理论与实际操作相结合为原则，确保操作人员准确掌握适应证、窝沟封闭技术。

(3) 严格标准，加强项目工作质量控制。对项目地区的8岁儿童进行口腔健康检查，严格按适应证标准筛选出窝沟封闭适宜人群，并按照“自愿参与”原则，对参加窝沟封闭的儿童严格按标准进行操作，保证工作质量，同时对检查过程中发现有口腔问题的儿童，积极引导他们及

早接受治疗。要严格按照消毒隔离的要求开展操作，防止交叉感染；

(4) 加强信息收集、统计和分析。各承担项目工作的单位和人员应当按要求向当地卫生行政部门或其指定单位定期报告项目工作的信息资料。各项目县（市、区、团场）卫生行政部门或其指定单位要采用计算机管理的手段，及时准确输入、整理、统计和和分析数据，并按要求每月上报有关信息。

(5) 定期复查，确保窝沟封闭工作质量。各项目县（市、区、团场）卫生行政部门应当组织专家，按照“随机”的原则，在封闭后的 3 个月后选择 20% 的人群进行复查，了解窝沟封闭情况。复查不合格者应当由开展封闭的单位进行再封闭。

(三) 项目组织形式。

1. 组织形式。

(1) 卫生部负责项目管理，组织有关专家制订具体技术方案，组织对各项目省（区、市）技术指导小组人员进行培训，并对项目实施情况进行抽查、考核。

(2) 项目省（区、市）卫生行政部门负责当地工作的开展，针对本省（区、市）特点制定项目实施方案，选择合适的项目县（市、区），协调、落实项目所需的经费，指导、督促项目县（市、区）开展项目工作。要成立

技术指导小组和项目办公室，负责本省（区、市）的技术指导、培训、复查和每年**2**次的督导工作，定期向国家项目办上报项目进展。技术指导小组必须由具有副高级技术职称以上的口腔专家组成。

(3) 项目县（市、区）卫生行政部门根据本地区的工作任务，本着“质量优秀、医疗安全、布局合理、方便群众”的原则，选择定点医疗卫生机构承担口腔健康教育、口腔健康检查、窝沟封闭工作。进行窝沟封闭的操作人员必须是经过项目培训的口腔执业医师或口腔执业助理医师，实行持证上岗制度。项目县（市、区、团场）卫生行政部门应当及时收集、整理、统计项目数据，并在规定的时间内向各省（区、市）汇总、上报。要求上报数据记录准确、完整，无缺项，无漏报或重复上报，误差率不超过**5%**。

2. 资金安排。项目实施所需经费由中央财政和地方财政共同承担。中央财政安排专项经费**3348**万元，对中西部地区**22**个省（区、市）和新疆生产建设兵团的人员培训、窝沟封闭、复查、健康教育、宣传发动、数据汇总等活动给予补助（具体补助项目及金额见附表）。地方各级卫生行政部门要协调财政部门落实相关配套资金，制订本省（区、市）项目资金管理办法，加强资金使用和管理。

（四）项目执行时间。2010年8月底前，完成项目县（市、区、团场）定点医疗卫生机构的选择、人员培训、健康教育和宣传发动；2011年4月底前完成各项工作；2011年5月底前向卫生部报工作总结。

（五）项目督导与评估。卫生部制定质量控制和评估方案，组织有关人员对各项目省（区、市）项目执行情况进行督导与评估。各项目省（区、市）卫生行政部门要加强对项目的组织领导，严格按照国家有关专项资金管理的规定执行，加强项目经费管理，提高资金使用效益。各省（区、市）要组织技术人员对各县（市、区）工作开展情况进行不少于2次的督导，确保工作质量。

各县（市、区、团场）卫生行政部门要组织专家对各承担任务的医疗卫生机构开展工作质量监督检查。完好率在85%以上的县（市、区、团场）按完成数量划拨经费，对完好率不达标的，将不予拨款，并取消第二年的项目资格。