

2009~2011年北京市石景山区健康促进工作回顾与发展探讨

白云 班玉贞 史平 赵欣

【关键词】 健康促进;工作回顾;发展探讨

《健康北京人—全民健康促进十年行动规划(2009~2018年)》^[1](以下简称《北京市健促十年规划》),其宗旨是充分利用“健康奥运 健康北京 全民健康运动”的宝贵遗产和针对近年来慢性病对北京市民的危害和发展趋势,从“防治结合 以防为主”的大卫生观念出发而出台的重要文件。《北京市健促十年规划》提出了改善全市居民的11项健康指标,动员全民参加的9项健康行动及7项保障措施,总目标是将北京建成拥有一流“健康环境、健康人群、健康服务”的国际化大都市。

根据《北京市健促十年规划》文件的要求,2010年石景山区政府出台了《石景山区“健康北京人—全民健康促进十年行动规划(2009~2018年)”实施方案》^[2](以下简称《石景山区规划实施方案》),又于2012年制订了《石景山区健康北京人—全民健康促进十年行动阶段工作方案(2012~2014年)》^[3](以下简称《石景山区阶段工作方案》)。经过三年积极筹备与调研,石景山区建立了较为完善的健康促进工作体系,包括:领导小组、办公室,委办局、街道办以及专业、行业、社区、社团构成的三级组织网络;制订了例会及联络员制度;提出了“健身积分”和“健身储蓄”的政府购买公共体育服务政策;并对《北京市健促十年规划》的11项健康指标进行了基础性的调查。尽管有了起步的成绩,但仍存在一些问题,如规划的各担责单位(部门)对健康促进的理念普遍认识不足,工作主动性不够,各自行动、工作重叠难以形成合力,专业机构业务水平经验有限,健康促进经费缺乏等,这些都制约了健康促进工作在全区的全面深入开展。

现通过对三年工作的回顾,对照《北京市健促十年规划》的指标、行动、措施等方面的要求,汇总分析全区的工作,不断总结经验,探索发展新思路,确保该区健康

促进工作到2018年达到全市规划的各项要求水平。

1 2009~2011年石景山区健康促进工作的基本情况

1.1 11项健康指标的基线情况 将11项健康指标基线情况与规划要求进行比较^[1-6],石景山区11项健康指标中2项达到规划要求,5项尚未达到要求,4项基线数据正在调查中,部分指标无基线数据未确定阶段目标(表1)。

1.2 居民参与9项健康行动情况 《北京市健促十年规划》中提出了健康知识普及行动,合理膳食行动,控烟行动,健身行动,保护牙齿行动,保护视力行动,知己健康行动,恶性肿瘤防治行动及母婴保健行动,并对这9项行动提出了24项具体的活动内容。

三年来,石景山区充分动员社会各界力量,围绕9项行动开展了一系列全民健康教育和健康促进工作。全区建立并逐步完善了由电视、报刊、互联网站、健康教育大课堂以及公共场所的健康教育设施构成立体的传播体系,实现全方位、全天候、多层次、多形式的健康知识传播,开展了各类“健康主题日”大型宣传活动、健康科普知识竞赛等形式多样、内容丰富的系列健康科普宣传活动,每年覆盖15万人次。辖区中小学校健康教育开课率100%，“北京市健康促进学校”覆盖率达87%；所有医疗机构均已达到无烟医疗机构标准。机关、企(事)业单位工间(前)操活动普及率达到70%以上；辖区每年举办各种体育活动70多项,每年参与人数达到30万人次；打造了一公里体育圈和一刻钟健身圈。开展儿童口腔检查和氟化泡沫预防龋齿和适龄儿童窝沟封闭预防龋齿工作,受益人数达到1.2万人次；为30余名60岁以上全口无牙低保老年人开展了免费镶牙。辖区药店免费为居民提供便民血压、体重、腰围等测量服务；各级医疗卫生机构首诊测血压工作执行比例达到100%；高血压、糖尿病规范管理率分别达到72.3%和74.6%。对7.1万适龄妇女进行了“两癌”(宫颈癌、乳腺癌)筛查,检出人数28人,检出率39.4/10万。实施育龄妇女增补叶酸预

作者单位:100043,北京市石景山区疾病预防控制中心(白云、史平);
北京市石景山区卫生局(班玉贞);北京市石景山区爱国卫生运动委
员会办公室(赵欣)

通讯作者:白云,Email: baiyun_gh@163.com

表 1 石景山区居民健康指标基本情况比较

健康指标目录	《北京市健促十年规划》 (2009~2018)	《石景山区阶段行动方案》 (2012~2014)	基线情况(2009~2011)	
			北京市	石景山区
1. 全民健康知识知晓率(%)	>85	>85	73.7	82.7
2. 人均日食盐摄入量(g)	<10	—	13.4	10.26
3. 人均日油脂摄入量(g)	<35	—	54.6	—
4. 成人吸烟率总吸烟率(%)	<25.0	—	29.4	23.2
男性吸烟率(%)	<50.0	—	54.9	46.6
女性吸烟率(%)	<4.0	—	3.0	8.9
5. 每周运动 3 次,每次 30min	人群达 50%	60%	49.1%	39.0%
6. 市民刷牙率(%)	>90	—	—	—
正确刷牙率(%)	>70	—	—	—
7. 中小學生肥胖率(%)	<15	<15	20.7	20.3
8. 死亡率 孕产妇	<15/10 万	<15/10 万	14.55/10 万	14.47/10 万
新生儿	<3‰	<3‰	3.49‰	2.70‰
9. 高血压患者知识知晓率(%)	>80	—	49.5	—
治疗率(%)	>60	—	42.7	—
控制率(%)	>50	—	13.3	—
10. 人群健康体检合格率	逐年上升	逐年上升	成人体检 274.28 万(2011 年 22 所市级卫生机构)	—
11. 平均期望寿命(岁)	81	83	81.12(2011 年)	83.35(2011 年)

防神经管缺陷和免费唐氏综合征产前筛查项目,每年对 1 千余名孕产妇开展高危筛查;实施 0~6 岁学前儿童免费健康体检和免费为新生儿进行先天性疾病筛查工作,新生儿疾病筛查率 99.8%,学龄前儿童免费体检率为 93.2%。

从 9 项行动实际开展情况来看,健康知识普及行动、健身行动、知己健康行动、恶性肿瘤防治行动和母婴保健行动开展情况较好,这与区域相关政策的制定和落实、年度重点工作的开展、全市对此项工作的整体推动、相关项目工作的实施以及各部门日常工作的基础有关。合理膳食行动、控烟行动、保护牙齿行动、保护实力行动实施情况相对滞后,有些指标尚无基线数据,与全市整体工作推进缓慢、区域此项工作基础薄弱、相关人员缺乏、工作人员积极性不高等因素有关。

1.3 保障措施 《北京市健促十年规划》提出了组织领导、考核与评估、经费保障机制、健教专业队伍建设,公布北京人健康状况、发挥社团作用及开展国内外交流合作等 7 项措施。三年来,全区进一步完善健康促进工作的组织管理体制,深化“预防为主、防治结合,政府主导、部门合作,专业指导、市民参与”的健康促进工作格局和工作机制,进一步健全各领域健康促进工作网络,显著提升了健康促进工作能力。成立了区健康促进工作领导小组,由主管副区长任领导小组组长,成员包括 20 个相关委办局主管领导;建立了每季

度工作例会和联络员制度;制定完善了辖区健康促进工作要点和相关工作考核标准,建立了考评机制,每年进行相应考评;采取专项经费和年度固定经费支持方式予以经费保障;定期编制健康促进工作简报,互通信息、展示亮点,将简报发至区政府及各成员单位;加强健康促进专业队伍及志愿者队伍建设,成立了区健康促进讲师团队和志愿者队伍,充分利用各专业领域专家骨干的专业优势并充分发挥基层志愿者的示范带头作用,深入社区、面向大众广泛开展健康教育和健康促进工作。

2 石景山健康促进工作的发展和探讨

2.1 激活现有健康促进领导体系,探讨顶层设计、顶层监管、科学考评的工作模式

2.1.1 夯实区健康促进工作领导小组的实际存在,发挥顶层领导协调作用: 由于《北京市健促十年规划》是跨十年的中长期规划,期间各级领导频繁更换,易形成纸上名单,故实行每年核实施度并向三级组织网络公布。领导小组要树立健康促进工作是政府主导而不是卫生部门的专利的大卫生观念,发扬亲力亲为的调研作风;小组成员每年分别参加至少一项现场活动及调研,增强主动参与及主人翁意识。建立领导小组例会制度,审核当年工作和次年计划,进行工作报告,开展工作交流,听取基层需求并公布年度健康环境与人群健康状况报告,营造全区健康促进氛围。

2.1.2 优化完善现有办公室,发挥担责高效的驱动作用:区健康促进工作领导小组办公室是决策推动规划实施的关键部门,办公室成员应针对规划的实际要求而设。办公室负责人由卫生、财政、教委、体育局相关科室负责人担任,成员则包括宣传部、爱卫会、工会、计生以及街道办事处等机构工作人员以及疾控、妇幼、牙防、体检专业机构的负责人。实行每月小协调会(卫生系统内部沟通协调)和每季度大联席会(办公室各成员单位沟通协调)的办公制度并常态化,相关信息及时汇总并上报领导小组,主动争取领导小组成员批示和获得顶层思路,同时通过网络上传至三级组织网络单位,起到动员、协调行动的作用,利用信息激活体系驱动工作。

2.1.3 组建隶属领导小组下的智库级专家组,发挥科学导航的作用:鉴于辖区健康促进方面的高端人才相对缺乏,应积极由国家、市、区及高等院校搜集、聘请理念及实践丰富的资深专家组成3~5人的专家组,提供信息、理念、思路、方法及工作方案、科学考评等。专家组组长可独立主持专家研讨会,统一理念,构成成熟的方法及方案,也可以参与部分联席办公会,参与具体研讨并提供指导,对全区大型活动提出创新的策划及科学的评估方法,全面提高辖区的健康促进工作水平。

2.2 打造与《北京市健促十年规划》健康指标紧密挂钩,盖上石景山烙印的健康品牌工程 为达到《北京市健促十年规划》中的11项指标,除积极参与全市统一的9项健康行动外,结合辖区具体特点并针对薄弱环节在《石景山区阶段工作方案》基础上开展以下行动。

2.2.1 建立本区居民膳食摄入量监测体系,培训监测队伍,开展具有石景山特色的膳食干预行动:在专家指导下,全区以街道为单位,每街道设若干居民户、若干集体食堂、若干餐馆为监测点,每年同一季度监测一次,重点掌控食盐、油脂摄入动态,以监测数据指导干预活动,再以监测结果评估干预效果,实现膳食监测科学化管理。通过广泛深入宣传和积极干预,达到2018年居民膳食中盐摄入量在10g以下,油脂摄入量在35g以下标准指标。

2.2.2 开展场所禁烟与科学戒烟组合式控烟行动,切实降低人群吸烟率:全区实行无烟学校、无烟医院、无烟餐馆及无烟单位的年度考评制度,考评结果进行公布。可借鉴口腔系统窝沟封闭进校园的做法,辖区内医疗机构划片包干进单位实行团体干预与个性化治疗相结合的科学生理治疗,采用国际通用的“5A”戒烟疗法从心理、生理及药物相结合的综合疗法,医药费用纳入医

保。戒烟行动可分计划、分批次进行,由行政机关公务员、学校教师、医疗机构医务人员至企事业单位工作人员再进一步扩大至辖区普通居民。

2.2.3 营造有利于中小學生形成理想身高体重指数的环境,切实控制肥胖率在15%以下:该区2009~2011年中小學生肥胖率为20.3%,与指标要求差距较大,应积极进行干预。整体干预工作由区教委牵头,充分依靠中小学保健所的技术支撑,构建中小學生身高体重监测体系,每学期监测1次。建立身高体重指数信息平台,及时公布学校学生超重率、肥胖率并自查原因,同时公布学校拟采取的措施。相关部门联合对普遍存在的造成学生肥胖的原因采取统一的干预措施,努力使中小學生肥胖率逐渐下降。

2.2.4 组建本区健康体检体系及信息网络,规范体检行为,实现健康体检量逐年增加的目标:对辖区各级各类、各系统的医疗机构及社会力量举办专门体检机构进行摸底调查,整合全区健康体检资源,建立统一信息平台。制定体检信息定期上报制度,及时汇总分析体检基本情况及体检结果,公布辖区体检人数、变化趋势、主要慢性病危险因素检出率等指标,起到早发现、早诊断、早治疗的二级预防目的。多部门联合,积极倡导各行政、企事业单位积极组织职工进行健康体检,实现区健康体检量逐年上升的指标,并不断规范后期健康管理。

2.2.5 编写《石景山区健康环境及人群健康状况年度报告》,营造关注健康氛围:借鉴《北京市卫生与人群健康状况年度报告》思路,在全面覆盖《北京市健促十年规划》11项健康指标的同时参考《健康北京“十二五”发展建设规划》^[7]中的健康北京建设主要指标(包括健康水平、健康服务、健康环境3个方面的共35项指标),同时结合居民的现实热点关注,在可操作范围内确定《石景山区健康环境及人群健康状况年度报告》。这必将是有创意、广大居民及全市所期待的一项民生工程,也将为石景山区的卫生工作留下宝贵的遗产。

参考文献

- [1] 北京市人民政府. 关于印发《健康北京人—全民健康促进十年行动规划(2009~2018)》的通知. 京政发[2009]17号.
- [2] 石景山区人民政府. 关于印发《北京市石景山区“健康北京人—全民健康促进十年行动规划(2009~2018年)”实施方案》的通知. 石政发[2009]30号.

- [3] 石景山区健康促进工作领导小组. 关于印发《石景山区健康北京人—全民健康促进十年行动阶段工作方案(2012~2014年)》的通知. 石健促发[2012]1号.
- [4] 北京市疾病预防控制中心. 北京市疾病预防控制中心年度报告. 2009.
- [5] 北京市人民政府. 北京市 2010 年度卫生与人群健康状况报告. 北京:人民卫生出版社,2011.
- [6] 北京市人民政府. 北京市 2011 年度卫生与人群健康状况报告. 北京:人民卫生出版社,2012.
- [7] 北京市人民政府. 关于印发《健康北京“十二五”发展建设规划(2010~2015)》的通知. 京政发[2011]35号.

(收稿日期:2014-03-08)

· 知识链接 ·

《食品中致病菌限量》(GB 29921—2013) 问答

一、标准的制定目的

致病菌是常见的致病性微生物,能够引起人或动物疾病。食品中的致病菌主要有沙门氏菌、副溶血性弧菌、大肠杆菌、金黄色葡萄球菌等。据统计,我国每年由食品中致病菌引起的食源性疾病报告病例数约占全部报告的40%至50%。

《食品安全法》规定,食品安全标准应当包括食品、食品相关产品中的致病性微生物、农药残留、兽药残留、重金属、污染物质以及其他危害人体健康物质的限量规定。目前,我国涉及食品致病菌限量的现行食品标准共计500多项,标准中致病菌指标的设置存在重复、交叉、矛盾或缺失等问题。

为控制食品中致病菌污染,预防微生物性食源性疾病发生,同时整合分散在不同食品标准中的致病菌限量规定,国家卫生计生委委托国家食品安全风险评估中心牵头起草《食品中致病菌限量》(GB 29921—2013,以下简称GB 29921)。标准经食品安全国家标准审评委员会审查通过,于2013年12月26日发布,自2014年7月1日正式实施。

GB 29921属于通用标准,适用于预包装食品。其他相关规定与本标准不一致的,应当按照本标准执行。其他食品标准中如有致病菌限量要求,应当引用本标准规定或者与本标准保持一致。

二、标准的实施要求

GB 29921实施日期(2014年7月1日)前,允许并鼓励食品生产经营单位按照本标准执行。在标准实施日期之后,食品生产经营单位、食品安全监管机构和检验机构应按照本标准执行。在实施日期前已生产的食品可在保质期内继续销售。进口食品的标准执行时

间应按照相关规定执行。致病菌检验应按照GB 29921引用的检验方法执行。

食品生产经营者应当严格执行食品生产经营规范标准或采取相应控制措施,严格生产经营过程的微生物控制,确保产品符合GB 29921规定。

国家卫生计生委将组织对GB 29921实施情况进行跟踪评价,根据评价情况适时修订完善标准。

三、标准的制定原则与制定过程

(一)以健康保护为目的。GB 29921制定目的是控制食品中致病菌污染,预防食源性疾病。起草组分析我国2005年至2011年食源性疾病发生原因,参照国际管理经验,对“致病菌-食品”组合开展风险评估,根据风险监测和风险评估结果,优先制定高危食品中的重要致病菌限量,降低高危致病菌导致食源性疾病的风险。

(二)以科学为依据。起草组在食品中致病菌风险监测和风险评估基础上,综合分析相关致病菌或其代谢产物可能造成的健康危害、原料中致病菌情况、食品加工、贮藏、销售和消费等各环节致病菌变化情况,充分考虑各类食品的消费人群和相关致病菌指标的应用成本/效益分析等因素,科学设置致病菌限量指标。

(三)参考国外评估结果和标准,完善标准规定。GB 29921参考了相关国际组织致病菌风险评估结果和标准规定,包括国际食品法典委员会(CAC)食品微生物标准的制定和应用原则、联合国粮农组织/世界卫生组织食品微生物风险评估专家委员会评估报告、国际食品微生物标准委员会(ICMSF)微生物危害及其潜在风险分析及分级采样方案等。标准还借鉴了美国、欧盟、澳大利亚和新西兰、日本、加拿大等国家和地区食品中致病菌限量标准规定。

(四)广泛听取意见,做到公开透明。标准起草过程中多次召开研讨会,听取相关部门、研究机构、行业协会和企业意见,两次通过国家卫生计生委网站向社会公开征求意见并向世贸组织成员通报,在分析反馈意见基础上,完善标准文本,确保了标准制定过程公开、透明。

四、标准的适用范围和主要内容

GB 29921 适用于预包装食品。GB 29921 规定了肉制品、水产制品、即食蛋制品、粮食制品、即食豆类制品、巧克力类及可可制品、即食果蔬制品、饮料、冷冻饮品、即食调味品、坚果籽实制品等 11 类食品中沙门氏菌、单核细胞增生李斯特氏菌、大肠埃希氏菌 O157:H7、金黄色葡萄球菌、副溶血性弧菌等 5 种致病菌限量规定。

非预包装食品的生产经营者应当严格生产经营过程卫生管理,尽可能降低致病菌污染风险。

罐头食品应达到商业无菌要求,不适用于本标准。

五、标准适用的主要食品类别

(一)肉制品。GB 29921 中的肉制品包括熟肉制品和即食生肉制品。熟肉制品指以猪、牛、羊、鸡、兔、狗等畜、禽肉为主要原料,经酱、卤、熏、烤、腌、蒸、煮等任何一种或多种加工方法制成的直接可食的肉类加工制品。即食生肉制品指以畜、禽等肉为主要原料经发酵或特殊工艺加工制成的直接可食的生肉制品。

(二)水产制品。GB 29921 中的水产制品包括熟制水产品、即食生制水产品 and 即食藻类制品。熟制水产品指以鱼类、甲壳类、贝类、软体类、棘皮类等动物性水产品为主要原料,经蒸、煮、烘烤、油炸等加热熟制过程制成的直接食用的水产加工制品。即食生制水产品指食用前经洗净加工而不经加热或加热不彻底可直接食用的生制水产品,包括活、鲜、冷冻鱼(鱼片)、虾、头足类及活蟹、活贝等,也包括以活泥螺、活蟹、活贝、鱼籽等为原料,采用盐渍或糟、醉加工制成的可直接食用的腌制水产品。即食藻类制品指以藻类为原料,按照一定工艺加工制成的可直接食用的藻类制品,包括经水煮、油炸或其他加工藻类。

(三)即食蛋制品。GB 29921 中的即食蛋制品指以生鲜禽蛋为原料,添加或不添加辅料,经相应工艺加工制成的直接可食的再制蛋(不改变物理性状)及蛋制品(改变其物理性状)。

(四)粮食制品。GB 29921 中的粮食制品指以大

米、小麦、杂粮、块根植物、玉米等为主要原料或提取物,经加工制成的、带或不带馅(料)的各种熟制品,包括即食谷物(麦片类)、方便面米制品、速冻面米食品(熟制)和焙烤类食品。焙烤类食品指以粮食、油脂、食糖、蛋为主要原料,添加适量的辅料,经配制、成型、熟制等工序制成的各种焙烤类食品,包括糕点、蛋糕、片糕、饼干、面包等食品。

(五)即食豆类制品。GB 29921 中的即食豆类制品包括发酵豆制品和非发酵豆制品。即食发酵豆制品包括腐乳、豆豉、纳豆和其他湿法生产的发酵豆制品。即食非发酵豆制品包括豆浆、豆腐、豆腐干(含豆干再制品)、大豆蛋白类和其他湿法生产的非发酵豆制品,也包括各种熟制豆制品。

(六)巧克力类及可可制品。GB 29921 中的巧克力类及可可制品包括巧克力类(包括巧克力及其制品、代可可脂巧克力及其制品、相应的酱、馅)、可可制品(包括可可液块、可可饼块、可可粉)。GB 29921 未对作为原料的各种可可脂进行致病菌限量规定。

(七)即食果蔬制品。GB 29921 中的即食水果制品指以水果为原料,按照一定工艺加工制成的即食水果制品,包括冷冻水果、水果干类、醋/油或盐渍水果、果酱、果泥、蜜饯凉果、水果甜品、发酵的水果制品及其他加工的即食鲜果制品。即食蔬菜制品指以蔬菜为原料,按照一定工艺加工制成的即食蔬菜制品,包括冷冻蔬菜、干制蔬菜、腌渍蔬菜、蔬菜泥/酱(番茄沙司除外)、发酵蔬菜制品及其他加工的即食新鲜蔬菜制品。

(八)饮料(包装饮用水、碳酸饮料除外)。GB 29921 中的饮料包括果蔬汁类、蛋白饮料类、水基调味饮料类、茶、咖啡、植物饮料类、固体饮料类、其他饮料类等(不包括饮用水和碳酸饮料)。

(九)冷冻饮品。GB 29921 中的冷冻饮品包括冰淇淋类、雪糕(泥)类和食用冰、冰棍类。冷冻饮品指以饮用水、食糖、乳制品、水果制品、豆制品、食用油等为主要原料,添加适量的辅料制成的冷冻固态饮品。

(十)即食调味品。GB 29921 中的即食调味品包括酱油(酿造酱油、配制酱油)、酱(酿造酱、配制酱)、即食复合调味料(沙拉酱、肉汤、调味清汁及以动物性原料和蔬菜为基料的即食酱类)及水产调味料(鱼露、蚝油、虾酱)等。GB 29921 不对香辛料类调味品规定致病菌限量。

(十一)坚果籽实制品。GB 29921 中的坚果籽实制品包括坚果及籽类的泥(酱)以及腌制果仁类制品。

六、标准中的致病菌指标设置

(一)沙门氏菌。沙门氏菌是全球和我国细菌性食物中毒的主要致病菌,各国普遍提出该致病菌限量要求。起草组梳理我国现行食品安全标准中沙门氏菌规定,参考 CAC、ICMSF、欧盟、澳大利亚和新西兰、美国、加拿大、香港、台湾等国际组织、国家和地区的即食食品中沙门氏菌限量标准及规定,按照二级采样方案对所有 11 类食品设置沙门氏菌限量规定,具体为 $n = 5, c = 0, m = 0$ (即在被检的 5 份样品中,不允许任一样品检出沙门氏菌)。

(二)单核细胞增生李斯特氏菌。单核细胞增生李斯特氏菌是重要的食源性致病菌。鉴于我国没有充足的临床数据支持,根据我国风险监测结果,从保护公众健康角度出发,参考联合国粮农组织/世界卫生组织即食食品中单核细胞增生李斯特氏菌的风险评估报告和 CAC、欧盟、ICMSF 等国际组织和地区即食食品中单核细胞增生李斯特氏菌限量标准,按二级采样方案设置了高风险的即食肉制品中单核细胞增生李斯特氏菌限量规定,具体为 $n = 5, c = 0, m = 0$ (即在被检的 5 份样品中,不允许任一样品检出单增李斯特菌)。

(三)大肠埃希氏菌 O157:H7。美国、日本等相关国家曾发生牛肉和蔬菜引起的大肠埃希氏菌 O157:H7 食源性疾病。我国虽无典型的预包装熟肉制品引发的大肠埃希氏菌 O157:H7 食源性疾病,但为降低消费者健康风险,结合风险监测和风险评估情况,按二级采样方案设置熟牛肉制品和生食牛肉制品、生食果蔬制品中大肠埃希氏菌 O157:H7 限量规定,具体为 $n = 5, c = 0, m = 0$ (即在被检的 5 份样品中,不允许任一样品检出大肠埃希氏菌 O157:H7)。

(四)金黄色葡萄球菌。金黄色葡萄球菌是我国细菌性食物中毒的主要致病菌之一,其致病力与该菌产生的金黄色葡萄球菌肠毒素有关。根据风险监测和评估结果,参考 CAC、ICMSF、澳大利亚和新西兰、香港、台湾等国际组织、国家和地区不同类别即食食品中金黄色葡萄球菌限量标准,按三级采样方案设置肉制品、水产制品、粮食制品、即食豆类制品、即食果蔬制品、饮料、冷冻饮品及即食调味品等 8 类食品中金黄色葡萄球菌限量,具体为 $n = 5, c = 1, M = 100 \text{ CFU/g(ml)}, M = 1000 \text{ CFU/g(ml)}$,即食调味品中金黄色葡萄球菌限量为 $n = 5, c = 2, M = 100 \text{ CFU/g(ml)}, M = 10000 \text{ CFU/g(ml)}$ 。

(五)副溶血性弧菌。副溶血性弧菌是我国沿海及部分内地区域食物中毒的主要致病菌,主要污染水

产制品或者交叉污染肉制品等,其致病性与带菌量及是否携带致病基因密切相关。起草组梳理现行水产品中副溶血性弧菌的相关标准,结合风险监测和风险评估结果,参考 ICMSF、欧盟、加拿大、日本、澳大利亚和新西兰、香港等国际组织、国家和地区的水产品中副溶血性弧菌限量标准,按三级采样方案设置水产制品、水产调味品中副溶血性弧菌的限量,具体为 $n = 5, c = 1, M = 100 \text{ MPN/g(ml)}, M = 1000 \text{ MPN/g(ml)}$ 。

七、其他问题

乳与乳制品、特殊膳食食品中的致病菌限量,按照现行食品安全国家标准执行。

由于蜂蜜、脂肪和油及乳化脂肪制品、果冻、糖果、食用菌等食品或原料的微生物污染的风险很低,参照 CAC、ICMSF 等国际组织的制标原则,暂不设置上述食品的致病菌限量。本标准在实施过程中,根据风险监测和风险评估结果,适时修订增加相关食品类别。

志贺氏菌污染通常是由于手被污染、食物被苍蝇污染、饮用水处理不当或者下水道污水渗漏所致。根据我国志贺氏菌食品安全事件情况,以及我国多年风险监测极少在加工食品中检出志贺氏菌,参考 CAC、ICMSF、欧盟、美国、加拿大、澳大利亚和新西兰等国际组织、国家和地区规定,本标准未设置志贺氏菌限量规定。

八、国外标准情况

国际食品法典委员会(CAC)的国际食品卫生法典委员会(CCFH)是制定和协调全球食品微生物标准的国际政府间技术委员会,负责提出微生物风险评估的优先领域以及需要解决的问题,制定并审议食品微生物风险管理措施等。1999 年 CCFH 启动了重要“食品-病原”组合的风险管理模式,并加速制定高危食品中的微生物限量标准。CAC 公布了《应用食品卫生通则控制即食食品中单核细胞增生李斯特氏菌的准则》、《婴幼儿配方粉的卫生操作规范》,对即食食品中的单增李斯特菌和婴儿配方粉(适用于 6 个月以下婴儿的配方粉)中的阪崎肠杆菌进行了限量规定。

国际食品微生物标准委员会(ICMSF)在食品微生物标准的制定和应用原则(1995)以及国际贸易食品中微生物安全标准采样方案(1996)中提出分级采样方案,被国际社会广泛认可和采纳。ICMSF《食品中的微生物(第八卷)》对 18 类食品中的微生物危害及其潜在风险进行了系统分析,按照食品类别及加工工艺特点提出了应该加以控制的主要致病菌及其限量值。

欧盟、美国、澳大利亚和新西兰、日本、加拿大等国家和地区参照CAC的标准制定原则,对即食食品和生食食品制定了致病菌限量标准。欧盟、澳大利亚和新

西兰、加拿大等国家和地区还针对食品中常见的微生物制定公布食品微生物限量通用标准。

(来源: <http://www.nhpc.gov.cn>, 2014-3-6)

· 知识链接 ·

《关于进一步加强控烟履约工作的通知》解读

12月29日,中共中央办公厅、国务院办公厅联合印发《关于领导干部带头在公共场所禁烟有关事项的通知》(以下简称《通知》)。为贯彻落实《通知》精神,发挥卫生计生系统在控烟履约工作上的带头示范作用,我委在原卫生部等四部门联合印发《关于2011年起医疗卫生系统全面禁烟的决定》(卫妇社发〔2009〕48号)基础上,组织起草了关于进一步加强控烟履约工作的通知。要求各省加强组织领导,全面创建无烟卫生计生系统;强化控烟措施,落实各项工作责任;加大宣传教育,推动无烟环境创建工作;开展督导评估,确保取得实效。为了促进各项工作的落实,我委将开展国家级督导、交叉督导、第三方暗访评估等,并及时通报督导结果。

相关链接:国家卫生计生委办公厅关于进一步加强控烟履约工作的通知

国家卫生计生委办公厅关于进一步加强控烟履约工作的通知

国卫办宣传发〔2014〕8号

各省、自治区、直辖市卫生计生委(卫生厅局、人口计生委),新疆生产建设兵团卫生局、人口计生委:

世界卫生组织《烟草控制框架公约》(以下简称《公约》)是医药卫生领域第一部具有法律约束力的多边条约。2006年1月9日,《公约》在我国正式生效。加强控烟履约工作是保护公众身体健康的重要措施,也是履行国际承诺、维护我负责任大国形象的迫切需要。近日,中共中央办公厅、国务院办公厅联合印发《关于领导干部带头在公共场所禁烟有关事项的通知》(以下简称《通知》)。为贯彻落实《公约》和《通知》有关要求,我委决定进一步加强控烟履约工作。现将有关要求通知如下:

一、加强组织领导,全面创建无烟卫生计生系统

各地要充分发挥卫生计生系统在控烟履约工作中的带头作用,全面创建无烟卫生计生系统。各级卫生计生行政部门要成立控烟履约领导协调机制,主要负责同志担任负责人,切实加强组织领导。要进一步明确控烟履约工作主管部门及其工作职责,积极推进本地区控烟立法和执法,研究制定控烟履约工作规划,将其纳入常规工作。要按照《无烟卫生计生机构标准》(附件1)及其评分标准(附件2),将各级各类卫生计生机构全面纳入创建工作,不断加强无烟卫生计生机构内涵建设。

二、强化控烟措施,落实各项工作责任

各级各类卫生计生机构工作人员不得在禁止吸烟的室内外场所吸烟,并要有专兼职人员劝阻和制止他人违规吸烟行为;不得在机构内销售和提供烟草制品,全面禁止烟草广告、促销和赞助;按规定张贴禁烟标识。要将创建无烟卫生计生机构工作纳入各单位制度建设,加强相关人员培训和教育,要将控烟宣传教育纳入卫生计生人员岗位继续教育的必修课。给予必要的人员和经费支持,为员工提供戒烟帮助。卫生计生机构在提供医疗卫生服务过程中,应建立首诊询问吸烟史制度,将其纳入病历考核标准,为吸烟病人提供戒烟指导和服务。

各地要结合创建卫生城市(镇)、文明城市、中央补助地方健康素养促进行动项目、国家基本公共卫生服务项目、婚育新风进万家等工作,推进落实控烟履约工作。

各级各类卫生计生机构在公务活动中严禁吸烟,承办单位不得提供烟草制品,参加人员不吸烟、不敬烟、不劝烟,严禁使用或变相使用公款支付烟草消费开支。

各地要依据《公共场所卫生管理条例实施细则》加强对公共场所禁烟规定执行情况的监督检查。

三、加大宣传教育,推动无烟环境创建工作

各级要结合节假日、世界无烟日等重大活动,积极宣传吸烟危害健康科学知识,重点宣传《中国吸烟危害健康报告》和控烟健康教育核心信息。充分利用传统媒体和新媒体,持续深入开展大众传播活动,建立起稳定的宣传教育队伍,不断创新宣传教育形式和内容,配合宣传部门和主流媒体进行深度宣传报道。帮助和支持其他部门创建无烟机关、无烟学校、无烟单位等,在全社会营造主动参与控烟、自觉远离烟草的社会氛围。要充分发挥12320卫生热线作用,广泛传播健康知识,提供戒烟咨询服务。加强与控烟社会组织合作,推行公共场所全面禁烟。

四、开展督导评估,确保取得实效

各级卫生计生行政部门要定期开展无烟环境监测,自觉接受群众监督和舆论监督,加强督导检查。将无烟卫生计生机构纳入各级卫生计生系统精神文明建设和评优指标,实行一票否决。对于个人和单位违反规定的,取消当年各种评优评先资格。将创建无烟卫生计生系统工作纳入卫生计生机构评审、质量控制、执法监督等工作。对尚未实现全面禁烟的单位,限期整改;对于违反规定在公共场所吸烟的工作人员,要给予批评教育;造成恶劣影响的,要依纪依法严肃处理。

我委将开展国家级督导、交叉督导、第三方暗访评估等,及时通报督导结果。

附件:1.无烟卫生计生机构标准

2.无烟卫生计生机构评分标准

国家卫生计生委办公厅

2014年1月26日

附件1

无烟卫生计生机构标准

一、成立控烟领导组织,将无烟机构建设纳入本机构发展规划

- (一)本机构有控烟领导小组,职责明确。
- (二)各部门有专人负责控烟工作,职责明确。
- (三)将控烟工作纳入本机构的工作计划(包括资

金保障)。

(四)本机构领导班子成员带头不吸烟,吸烟成员带头戒烟。

二、建立健全控烟考评奖惩制度

- (一)本机构有控烟考评奖惩制度。
- (二)有控烟考评奖惩标准。
- (三)有控烟考评奖惩记录。

三、所属区域有明显的禁烟标识,室内完全禁烟

(一)本机构所有建筑物的入口处有清晰明显的禁止吸烟提示。

(二)机构所属管辖区域的等候厅、会议室、厕所、走廊、电梯、楼梯等区域内有明显的禁烟标识。

(三)机构室内场所无人吸烟、无烟味、无烟蒂,达到完全禁烟。严禁工作人员穿工作服在任何场所吸烟。

(四)合理设置室外吸烟区(远离密集人群和必经通道)。

四、设有控烟监督员和巡查员

- (一)机构内设有控烟监督员和巡查员。
- (二)对控烟监督员和巡查员进行相关培训,并有培训记录有定期监督、巡查记录。

五、开展多种形式的控烟宣传和教

- (一)有一定数量和种类的控烟宣传材料。
- (二)有大众控烟宣传活动。

六、明确规定全体职工负有劝阻吸烟的责任和义务

- (一)有对职工进行控烟知识培训(包括劝阻技巧等),并有培训等记录。
- (二)有劝阻工作相关制度。
- (三)工作人员发现吸烟者及时劝阻。

七、鼓励和帮助吸烟职工戒烟

- (一)掌握机构所有员工吸烟情况。
- (二)对员工提供戒烟帮助。

八、所属区域内禁止销售烟草制品

机构内无烟草广告,商店、小卖部、食堂不出售烟草制品。

中的吸烟者进行简短戒烟干预并有记录。

九、医务人员掌握控烟知识、方法和技巧,对吸烟者至少提供简短的劝阻和戒烟指导

(一) 医护人员要了解吸烟的危害和戒烟的益处,相关科室的医生要掌握戒烟方法和技巧。

(二) 医生对门诊、住院病人需询问吸烟史,对其

十、医疗机构在相应科室设戒烟医生和戒烟咨询电话

设有戒烟门诊或在相应科室设戒烟医生,并有工作记录。

附件 2

无烟卫生计生机构评分标准

评估标准	分值
一、成立控烟领导组织,将无烟机构建设纳入本机构发展规划	10 分
(一) 本机构有控烟领导小组,职责明确(2 分)	2
(二) 各部门有专人负责控烟工作,职责明确(2 分)	2
(三) 将控烟工作纳入本机构的工作计划(包括资金保障)(3 分)	3
(四) 本机构领导班子成员不吸烟(3 分,有 1 位成员吸烟扣 1 分)	3
二、建立健全控烟考评奖惩制度	4 分
(一) 本机构有控烟考评奖惩制度(1 分)	1
(二) 有控烟考评奖惩标准(1 分)	1
(三) 有控烟考评奖惩记录(2 分)	2
三、所属区域有明显的禁烟标识,室内完全禁烟	40 分
(一) 本机构所有建筑物的入口处有清晰明显的禁止吸烟提示(5 分)	5
(二) 本机构所属管辖区域的等候厅、会议室、厕所、走廊、电梯、楼梯等区域内有明显的禁烟标识(10 分,缺 1 处扣 2 分)	10
(三) 本机构室内场所完全禁止吸烟(21 分,每发现 1 个烟头扣 1 分,发现吸烟者 1 次扣 2 分。每发现 1 个工作人员在室内吸烟扣 5 分,若为医务人员穿工作服吸烟,扣 21 分)	21
(四) 正确设置室外吸烟区(尽量远离密集人群和必经通道)(2 分),有明显的引导标识(2 分)	4
四、设有控烟监督员和巡查员	8 分
(一) 机构内设有控烟监督员和巡查员(2 分)	2
(二) 对控烟监督员和巡查员进行相关培训,并有培训记录(2 分),有定期监督、巡查记录(4 分)	6
五、开展多种形式的控烟宣传和教育的	8 分
(一) 有一定数量和种类的控烟宣传材料(4 分,如院内电视、展板、宣传栏、海报、折页、标语等,至少 2 种,少 1 种扣 2 分)	4
(二) 有大众控烟宣传活动(4 分,如讲座、咨询活动等,至少 2 次,少 1 次扣 2 分)	4
六、明确规定全体职工负有劝阻吸烟的责任和义务	8 分
(一) 有对职工进行控烟知识培训(包括劝阻技巧等),并有培训等记录(2 分)	2
(二) 有劝阻工作相关制度(2 分)	2
(三) 工作人员发现吸烟者及时劝阻(4 分,有工作人员在场的吸烟行为未被劝阻,扣 4 分)	4
七、鼓励和帮助吸烟职工戒烟	5 分
(一) 掌握机构所有员工吸烟情况(2 分)	2
(二) 对员工提供戒烟帮助(3 分)	3
八、所属区域内禁止销售烟草制品	5 分
医疗卫生机构内无烟草广告,商店、小卖部不出售烟草制品(5 分,发现任何 1 种,扣 5 分)	5
九、医务人员掌握控烟知识、方法和技巧,对吸烟者至少提供简短的劝阻和戒烟指导	8 分
(一) 医护人员了解吸烟的危害和戒烟的益处(2 分)	2
(二) 相关科室的医生掌握戒烟方法和技巧(2 分)	2
(三) 医生询问门诊、住院病人的吸烟史,对其中的吸烟者进行简短戒烟干预并有记录(4 分)	4
十、医疗机构在相应科室设戒烟医生和戒烟咨询电话	4 分
设有戒烟门诊或在相应科室设戒烟医生(2 分),并有工作记录(2 分)	4
总分	100

评分说明:

1. 无烟医疗卫生机构评分表总分为 100 分,达标标准为 80 分。
2. 公共卫生机构和卫生行政部门不对第九项和第十项进行评估,总分 88 分,达标标准为 70 分。
3. 第一至八项标准中有 1 项为 0 分,即视为不达标。

(来源: <http://www.nhfp.gov.cn>. 2014-02-07)