

中国医疗卫生改革结果导向型项目 (P154984)

环境与社会影响管理体系评价报告

2017年4月

世界银行集团

缩略语

| | |
|--------|-----------------------|
| CHSI | 国家卫生计生委统计信息中心 |
| DLI | 支付关联指标 |
| EHS | 环境、健康与安全 |
| EIA | 环境影响评价 |
| EPB | 环境保护局 |
| HCF | 医疗卫生机构 |
| HFPC | 卫计委 |
| HRH | 卫生人力资源 |
| IDS | 一体化服务提供体系 |
| MOF | 财政部 |
| MoHRSS | 人力资源与社会保障部 |
| NDRC | 国家发展和改革委员会 |
| NHFPC | 国家卫生与计划生育委员会 |
| PAP | 项目行动计划 |
| PforR | “结果导向型规划贷款”或“结果导向型项目” |
| PHC | 基层卫生服务 |
| PTF | 项目工作组 |
| QA | 质量保证 |
| SCHRO | 国务院医改办公室 |
| THC | 乡镇卫生院 |
| WHO | 世界卫生组织 |
| | |

目录

| | |
|--|-----------|
| 概要 | 5 |
| 1. 引言 | 12 |
| 1.1. 背景 | 12 |
| 1.2. 安徽省和福建省背景 | 12 |
| 1.3. 环境和社会体系评价的目的和方法 | 13 |
| 1.4. 环境和社会体系评价方法 | 13 |
| 1.5. 借款人与本结果导向型项目相关的以往经验 | 14 |
| 2. 项目描述 | 15 |
| 2.1. 项目内容 | 15 |
| 2.1.1. 国家医疗卫生改革议程 | 15 |
| 2.1.2. 安徽和福建医疗卫生改革总体规划 | 17 |
| 2.1.3. 中国医疗卫生改革结果导向型项目（本“结果导向型项目”） | 19 |
| 3. 潜在环境和社会影响 | 22 |
| 3.1. 环境与社会筛查 | 22 |
| 3.2. 潜在环境效益和风险 | 22 |
| 3.2.1. 潜在环境效益 | 22 |
| 3.2.2. 环境影响与风险 | 22 |
| 3.2.1. 职业健康与安全影响 | 26 |
| 3.3. 潜在社会效益和风险 | 27 |
| 3.3.1. 潜在社会效益 | 27 |
| 3.3.2. 潜在社会影响和风险 | 29 |
| 4. 环境管理系统评价 | 32 |
| 4.1. 法律和监管框架 | 32 |
| 4.1.1. 总体的环保、控污和医疗废物管理 | 32 |
| 4.1.2. 职业健康与安全 | 38 |
| 4.2. 环境管理制度的实施 | 40 |
| 4.2.1. 环境影响评价 | 40 |
| 4.2.2. 卫生项目的医疗废物管理 | 43 |
| 4.2.3. 职业健康与安全辐射管理 | 44 |
| 职业健康与安全综合管理 | 44 |
| 4.2.4. 环境、健康和安全措施实施监督 | 45 |
| 4.2.5. 项目层面上环境、健康和安全的法律制度实施总结 | 46 |

| | | |
|--------|-------------------------------------|----|
| 4.3. | 项目环境管理制度的机构能力及绩效 | 48 |
| 4.3.1. | 医疗废物管理 | 48 |
| 4.3.2. | 辐射风险管理 | 52 |
| 4.4. | 对照世行结果导向型项目政策和指令评估环境管理制度 | 52 |
| 4.5. | 主要问题小结 | 53 |
| 5. | 社会影响管理体系及其绩效评价 | 54 |
| 5.2. | 法律法规框架 | 54 |
| 5.2.1. | 征地 | 54 |
| 5.2.2. | 可及性与公平性 | 58 |
| 5.2.3. | 公众参与 | 60 |
| 5.2.4. | 少数民族 | 61 |
| 5.3. | 社会管理制度的实施 | 61 |
| 5.3.1. | 征地实践 | 61 |
| 5.3.2. | 其他社会事宜的管理 | 64 |
| 5.3.3. | 结果导向型项目实施组织架构安排 | 64 |
| 5.4. | 机构能力与绩效 | 65 |
| 6. | 环境与社会影响管理体系评价小结 | 66 |
| 7. | 征求意见与披露 | 67 |
| 8. | 项目环境与社会影响管理体系的建议 | 70 |
| 附件 1 - | 适用的法律法规清单 | 72 |
| 附件 2 - | 参照世行结果导向型规划贷款政策和导则对环境和社会体系的评价 | 74 |
| 附件 3 - | 环境与社会风险筛查表 | 78 |
| 附件 4 - | 福建和安徽已选定医疗机构征地情况评估 | 80 |

概要

- i. 在向公众和社区特别是农村贫困地区公众和社区提供更好医疗卫生服务方面，本结果导向型项目预计将产生正面环境、社会和健康效益。在上述效益下，预计医院在管理医疗废物、职业安全与健康等方面的标准化做法以及农村地区医疗废物收集和转运工作将得到改进。
- ii. 尽管如此，本结果导向型项目支持的部分活动仍具有潜在负面影响和风险。从环境、健康和安全角度看，医疗废物管理和辐射风险被认为是主要问题。本次环境和社会体系评估报告由世行团队编制，对中国和两省相关的环境和社会管理体系与程序进行了综合审查，确定了国家/地方体系与结果导向型项目世界银行政策以及导则的符合程度，并提出关于解决区域差距的必要措施以及在结果导向型项目实施期间增强绩效的机会。

潜在环境与社会影响和风险

环境

- iii. 医疗废物由医疗机构人员收集并临时存放在指定地方。一个特别部门（通常为感染预防部门）负责提供技术指导和日常监督。两省的医疗废物均由专业公司负责收集、转运和处置。每个地级市均已建成了为本市服务的医疗废物处置设施（焚烧炉），该类设施被认为具备足够的处置能力，但处置中心操作能力不足可能产生炉底渣和浮尘。不过，考虑到本结果导向型项目将扩建乡镇和村医疗卫生机构，其中部分机构地处偏远农村地区，这些地区可能会因为相关意识或技术知识不足、设备或存储能力不足或监督不力而使废物管理效果大打折扣。
- iv. 辐射风险。诸如医学成像和放射治疗设施等放射设备在县级医院及其级别以上的医疗机构广泛应用。辐射或遭辐射污染的物资（包括纸张、医用手套等）如得不到有效管理，将会是医护人员、公众和社区居民健康与安全方面的一大关切，在医疗机构地处人口稠密的核心城区情况下尤为如此。此外，辐射源和淘汰的老旧放射设备如处置不当，将是另一大关切。

- v. 该结果导向型项目包括在县级和乡镇层面对医疗设施进行更新、修复和/或新建。物理基础设施的规模从县级检测中心等小型建筑到相对大型的健康康复中心或医院（特别是二级医院）。与物理建筑建设以及现有或新建医疗设施运营相关的潜在环境和社会影响包括：灰尘、噪音、无害固体垃圾、废水、交通安全和拥堵等社会干扰以及建设安全问题。按照设想，这些影响为中度、临时性的或仅限于建设/使用场所的，并且可通过充分的可用措施予以缓解。

社会

- vi. 在评估期间考虑到的主要社会问题包括社会风险、潜在负面影响以及结果导向型项目的潜在影响，与以下内容相关：（1）引入政策改革；（2）可及性与公平性；（3）公众参与；（4）征地移民安置；以及（5）少数民族。其中征地影响通常最为相关并预测会对此类项目产生负面影响。然而，本结果导向型项目中，征地总体影响的范围有限，影响程度为中度。
- vii. 根据世行结果导向型项目的导则和政策，上述社会影响和风险属中度，与本结果导向型项目拟支持的活动相吻合。

适用于本结果导向型项目的法律和机构框架评价

- viii. 针对与本结果导向型项目拟支持活动相关的社会、环境、安全和健康保护法律法规框架，评价团队进行了全面评估，包括其执行、机构绩效和能力，还将其与世行结果导向型项目政策和导则进行了比较。
- ix. 国家和地方法律框架健全，全面涵盖了本结果导向型项目的主要环境和社会影响。中国已建立了健全的环境、职业健康与安全以及社会问题管理体系，包括法律、法规、指导方针以及规范和标准。该体系为应对与本项目拟支持活动相关的环境和社会问题提供了合理依据。
- x. 与福建和安徽两省相关政府部门的磋商以及对两省市、县、乡镇医疗机构的实地考察表明，项目层面的机构安排已明确制定，审批和申诉处理等相关程序得到了有效执行。

xi. 本次评价发现，用于管理已识别出的与本结果导向型项目拟支持活动相关的环境和社会风险的环境和社会管理体系已然到位，但应对其部分内容加以完善，以确保其得到妥善执行。

环境

xii. 具体到医疗卫生行业，随着过去几十年来该行业快速发展及改革，中国颁布了一系列处理医疗行业环境、健康和安全事项的法律法规。通过对两省相关部门和医院的实地考察及与其进行的讨论，我们注意到，医院废物流（垃圾、废水、废气排放等）、医疗废物收集、转运和处置以及辐射风险按照国家和地方法规之规定得到了有效管理。

xiii. *机构职责*。本结果导向型项目环境管理涉及的主要利益相关者包括各级卫生计生委（卫生局）、环保局以及医疗废物处置机构。本评价发现，这些利益相关者和机构的职责已明确划定。一般而言，政府机构有能力履行其职责，如《环境影响评价报告》和各类行动计划的审批、监督检查以及申诉处理。审批和监督检查流程设计良好。政府部门定期开展监督检查。政府机构的技术能力很大程度上取决于其专家组的能力，后者负责审查环境评价报告和各类行动计划，并为决策提出建议。

xiv. 就与本结果导向型项目相关、经筛查的医疗废物管理和辐射风险（被视为主要关切）而言，评价团队得出了以下结论：

xv. *医疗废物收集、转运和处置*。得益于过去十年左右期间的新法规、强大的政治意愿以及持续投资，同时借助公共投资或政府与社会资本合作模式，中国建成了健全的医疗废物收集、贮存、转运和处置体系。该体系受健全的法律框架和执法部门监管。

xvi. 在两省医疗机构，评价团队注意到，医疗废物分类制度、医院垃圾管理方案、专项培训计划得到了有效执行。地方卫生局和卫生监督站定期对医院内医疗废物管理效果和绩效进行监督。关于医疗废物转运和处置，评价团队注意到，每一个地级市都有一家经认证的公司向该市提供服务。处置设施（焚烧炉）采用现代焚烧和空气污染控制技术，由当地环保局密切监督。每个地级市均设有一家医疗废物集中处置中心，市环保局定期对其开展现场检查和污染排放监测。抽样监测报告通过了审查，监测结果达到相关排放标准。

- xvii. **辐射风险。**管理辐射影响和风险的文件、程序和能力已然到位。为控制医护人员和社区居民的辐射暴露，两省医疗机构均配有适当防护和屏蔽装置，另外还配有便携式检测仪，用于监测并控制辐射泄漏。关于医用放射设备，HFPC、EPB 和公安局对放射源和放射性药物、许可证、审查评估、库存、安全使用、工作场所检测、监控、养护、应急响应和淘汰等作出了特别要求和规定。关于受辐射污染的废物，对收集、分离、贮存、包装、转运以及最终处置等也作出了具体要求。
- xviii. 在管理淘汰的放射设备过程中，具体做法符合相关规定。使用单位针对放射设备或同位素的淘汰编制环境评价报告，提交省环保厅审批。对于仍具有使用价值的放射源，按照放射性同位素和放射设备安全防护规定，被移交给其它单位使用。使用单位把放射源退还给生产企业、进口企业或经认证的贮存机构。使用单位需向省环保局提交申请，请求变更或注销《辐射安全许可证》。
- xix. 不过，对医疗废物和辐射风险的评价仍发现了可能影响两省环境管理体系运转的潜在薄弱环节：（1）鉴于本结果导向型项目向偏远贫困地区提供医疗废物，医疗废物收集和转运至贮存设施方面做得可能不够，原因在于成本较高或执法不力；（2）基层（县级及以下）医疗机构和医疗卫生部门因人手不够、培训不足以及监测或执法工具欠缺而受到制约；（3）涉及环境、健康和安全问题监管的不同等级的 HFPC、EPB 和公安局可能缺乏信息共享和相互间的内部协调。因此，应加强现行环境、健康和安全管理体的执行、机构协调以及能力建设，尤其是在基层（即县级以下）；地级和/或县级部门应加强其能力，确保执法系统绩效良好。

社会

- xx. **可及性和公平性。**《“健康中国 2030”规划纲要》的一项主要内容是健全以基本医疗保障为主体、其他多种形式补充保险和商业健康保险为补充的多层次医疗保障体系。基本策略是加强基本医保、城乡居民大病保险、商业健康保险与医疗救助等的有效衔接。到 2030 年，全民医保体系成熟定型。2009 年和 2015 年，民政部等部门和国务院办公厅分别发布有关文件¹，要求进一步完善医疗救助制度。该制度按照低收入救助对象的承受能力及满足其基本医疗服务需求实际发生的费用，向其提供额

¹ 《关于进一步完善城乡医疗救助制度的意见》（民发〔2009〕81号）；《国务院办公厅转发民政部等部门〈关于进一步完善医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救助工作意见〉的通知》（国办发〔2015〕30号）。

外救助。该制度资金来源稳定，按照相关规定运作，效果良好。从供方层面来说，本结果导向型项目活动将包括加强服务提供能力，重点加强县级（含）以下能力。本拟议项目将在医疗救助制度和大病医保制度支持下促进各类社会医疗保险制度的整合，改善基本医疗服务提供特别是最贫困农村地区的服务提供，因此应能增强弱势群体的医疗服务的可及性。

xxi. **征地和安置。**《土地管理法》和《国务院关于深化改革严格土地管理的决定》是确定中国征地制度主要内容的主要法律依据。现行法律框架为投资项目征地获批和征地过程管理设定了明确程序，包括向受影响人通报待征土地的用途、地点、补偿标准和安置措施、与受影响各方确认土地调查结果，以及就待征土地举行公开听证。征地实际手续由当地国土资源局在乡镇政府协助下办理。根据实地考察以及对本地区以往类似征地工作经验的评价，只要征地程序得到执行，受影响人的基本权益就能得到保障。相关发现也表明，避免或最大限度减少拆迁这一原则得到了执行，受影响人在提高或至少恢复其生计和生活水平方面得到了帮助。

xxii. **公众参与。**根据对试点城市具体做法的回顾，我们发现医疗卫生改革的内容和细节向民众进行了广泛宣传。医疗福利覆盖面扩大（尤其对弱势群体）以及面对面交流，使得民众对改革措施的基本内容、基本医疗保险保障范围以及本结果导向型项目下拟完善的内容有了基本认知。与此同时，各医疗队的定期走访也给居民表达其对医疗改革方案的关切提供了机会。最后，对医疗改革方案各方面有特殊问题或投诉的民众，随时可以通过各县常设的投诉和信访机构提出意见。

xxiii. **少数民族。**中国现有 400 多部法律法规提出了关于少数民族的法律要求和规定。这一法律框架一方面促进了对少数民族的优待，另一方面也促进了对各民族的平等对待。现行法律框架保障了少数民族的合法权益，同时也要求在项目规划和征地过程中，让受影响的少数民族社区应与当地其它社区一样参与磋商并获得其支持。

磋商与信息披露

xxiv. 本报告编制期间，世行评价团队与安徽和福建两省项目工作组、省环保和国土资源局的代表以及地方政府部门官员开展了磋商。此外，世行项目组还实地考察了两省规模和服务范围各异的医疗机构，特别是县级医院和乡镇卫生院以及村卫生室；同机构管理人员（包括施工负责人）进行了讨论和考察，包括负责施工的人员，这些

考察和讨论使得我们对两省医疗服务现状有了清晰的了解，为本环境与社会体系评价报告的编制提供了依据。2017年2月21日至25日，安徽和福建两省在6个会场举办了公众咨询研讨会，就《环境与社会影响管理体系评价》（ESSA）草案接受反馈，此前该项草案中文版本已向潜在参与者发行，并通过两省的卫生和计划生育委员会网站提前披露（2017年2月17日）。每省举办了三场咨询研讨会：一场省级研讨会，另外两场为县/城市级研讨会。此项多方利益相关者咨询研讨会的目的在于：

（1）介绍结果操作建议计划下的环境和社会系统评估方法；（2）寻求环境与社会体系评价关键调查结果和建议相关的意见和反馈。在所有研讨会中，参与者都表示强烈支持该计划。参与者认为：总体而言，环境与社会体系评价报告质量优良；对于国内法律法规的审查和分析较为详尽、结构清晰；发现的关键环境和社会问题基本与现实一致；制度安排、能力和绩效的评估较为客观；环境与社会体系评价的建议是务实且可实现的。

xxv. 根据反馈意见，修改后的报告已在世行外网、省卫计委网站以及国家卫计委项目资金监管中心网站上发布（2017年4月12日）。

建议

xxvi. **加强环境、健康和安全管理能力。**为确保各级医疗机构均具有充分的环境、健康和安全管理能力，有必要制定并实施相关规范，如定期对医护人员和医疗机构进行培训和能力建设以及确保环境、健康和安全问题得到协调管理、监管和执行。具体内容包括：

制定并实施规范，用于向医护人员和医院传染病防治部门提供安全防护设备，为其更换或淘汰（老旧）防护设备，从而确保其总能用上运行状况良好的所有必要设备。

- 制定并实施规范，用于定期对院长和医护人员以及医院传染病防治科室进行培训，确保各级医疗机构在医疗废物管理和辐射风险控制方面具备足够意识和技能。
- 制定并实施规范，用于在地方卫生监督站、环保局和公安部门指导监督下定期总结、持续执行并更新医疗废物分类方法、（医院）内部医疗废物管理制度、传染病和辐射暴露控制方案以及消防方案。
- 确保制定并实施一项制度，确保地方医疗卫生机构和医院具备规模足够大的医疗废物临时贮存室以及防护装置。

- 加强主管机构的监督执法能力，确保对覆盖各级（村、乡、县、市）医疗废物收集、转运和处置全过程的管理链给予充分监督，特别要重视加强环保局和卫生监督站在偏远贫困地区开展工作的能力。

完善公共协商和信息披露。为确保现有国内信息披露和公共参与要求的有效性，建议采取以下措施：

- 完善公共信息披露制度，通过在政府网站和环境公告中向公众披露排放监控结果、废物产生和处置以及医疗放射设备/源的库存，确保医疗废物处置符合环境标准以及辐射风险控制符合安全要求。
- 针对本结果导向型项目支持的建设活动编制的《环境影响评价报告》草案，应在公众能够访问的网站上发布或以印刷版形式向当地民众分发，以用于公众磋商。

xxvii. **完善征地监测流程。**为确保针对医疗机构升级和新建相关的所有活动的统一征地监测流程，建议建立标准登记流程，该流程中具有显示完全符合国家法律和地方法规并保护受影响人群利益的证明。本结果导向型项目下的任何征地行为应在进度报告中汇报，包括相关证明（土地使用证、补偿协议、土地价格支付以及与受影响方订立的土地租用协议）和地方相关政府机构的尽职调查。

xxviii. **加强医疗卫生改革实施过程中的公众参与。**为在本结果导向型项目实施期间增强社会问责性、处理好有关申诉，应在借鉴两省试点城市的经验教训基础上制定公共参与计划，明确基本参与步骤及拟采取的措施，以便在推广实施期间取得相同成果。该计划应包含更主动的公众参与程序、更透明的信息披露程序以及更有效的申诉处理程序。

其他考虑

xxix. 考虑本结果导向型项目活动的地域覆盖面和性质以及 OP7.50《国际水域项目》或 OP7.60《有争议地区项目》不适用于本结果导向型项目。

1. 引言

1.1. 背景

1. 医药卫生体制改革联合研究旗舰报告——《深化中国医药卫生体制改革，建设基于价值的优质服务提供体系》，为这项改革提供了全面诊断，并绘制了未来改革路径。研究报告建议的许多关键内容都在中国政府近期的政策文件得到了体现，包括改革公立医院治理、管理和运营机制、优化社会保险使用、调整人力资源管理和薪酬机制，以及塑造服务提供体系，通过加强基本医疗服务和进一步整合各级医疗服务网络，构建更有效、更均衡的分级诊疗制度。本项目将借鉴联合研究报告的建议，并将在政府政策主张基础上设计本项目，以促进包容、公平发展，这是中国政府在“十三五”规划中描述的“和谐社会”核心要素。

1.2. 安徽省和福建省背景

2. **福建省**位于中国东南沿海，总面积 12.4 万平方公里。2015 年，全省总人口 3839 万，人口自然增长率 6.19%，森林覆盖率全国第一，人均 GDP 全国第八，下辖九个地级市、一个综合实验区、85 个县（市、区）。

3. 2014 年，福建省共有 27913 家医疗卫生机构，包括 557 家规模各异的医院、536 家社区卫生服务中心或卫生院、886 个乡镇医疗卫生机构（222 家卫生院和 664 个卫生站）以及 19125 个村卫生室。全省总床位 164781 张，每千人床位 4.33 张。全省共有 273669 名医疗工作者。全省共有 65 家三级医院，每市至少一家三甲综合医院，人口 80 万以上县每八个县至少六家三级医院，人口 30 万以上县每 30 个县至少一家二级综合医院。每个乡镇都有一家乡镇卫生院，每个行政村都有一个卫生室。

4. **安徽省**位于长江中下游，总面积 13.94 万平方公里。2015 年，全省总人口 614,360 万，人口自然增长率 6.98%，全省 GDP 总额 2.2006 万亿元，人均 GDP 35817 元。城镇居民人均收入 26936 元，农村居民人均收入 10821 元。安徽省下辖 16 个地级市、61 个县（市）和 44 个县级区。

5. 2015 年，安徽省共有 24853 家医疗卫生机构，包括 1018 家规模各异的医院、22030 家社区卫生服务中心以及 1721 家公共卫生机构，形成了覆盖全省的综合医疗

服务网络。全省总床位 267405 张，每千人床位 4.35 张。全省共有 377387 名医疗工作者，包括 280768 名卫生技术人员。每千人拥有 1.75 名医生和 1.94 名护士。

6. 尽管两省医疗卫生行业投资近期均有所增加，但约三分之一的县仍有进一步提高空间，以确保所有县都达到医疗卫生机构标准。为确保分级诊疗服务制度能够得到充分落实和县内就诊率达到 90%，县级医疗卫生机构的基本服务能力需要提高，相应措施包括在现有医疗卫生机构内增加各种设备和诊室，这无需征地；新建或扩建现有县级医院和乡镇卫生院，这将涉及一定数量的征地。

1.3. 环境和社会体系评价的目的和方法

7. 本评价的目的在于：（1）总结政府为实施本结果导向型项目而采用的环境和社会管理规则、程序和机构职责；（2）评价实施机构管理本结果导向型项目潜在不利环境和社会问题的机构能力和迄今为止取得的成效；（3）就提升实施机构在项目实施期间有效管理环境、健康与安全以及社会问题的能力提出具体行动建议。

8. 本报告是世行对结果导向型规划贷款项目提出要求的文件之一。报告由世行员工撰写，另外咨询专家为编制工作提供了必要支持。报告编制过程中，编制人员广泛查阅了现有项目资料和技术文件，对政府部门、中央项目办、各级医疗卫生机构以及医疗废物处置中心的工作人员或代表进行了访谈，与关键利益相关者和专家进行了磋商。本报告中作出的发现、结论和意见仅代表世行观点。在 2017 年 2 月两省环境与社会体系评价报告协商会召开之前，环境与社会体系评价报告草案已在相关方之间传阅。环境与社会体系评价报告终稿也适当采纳了公共协商中的意见。

1.4. 环境和社会体系评价方法

9. 本报告涉及的内容包括：评价中国环境、职业健康与安全以及社会管理体系、评估该体系在处理与本项目相关的环境、职业健康与安全以及社会问题方面的有效性，以及评估实施机构的机构能力。本报告的编制方法包括：（1）识别本项目拟支持活动的潜在影响；（2）对旨在预防或缓解已识别出影响的环境、职业健康与安全以及社会管理法律法规、要求以及指导方针进行案头研究；（3）与关键利益相关者座谈和访谈，包括实施机构、当地环保局和国土资源局、医疗卫生机构代表、政府

官以及个人；（4）实地考察两省的各级医疗卫生机构和多个医疗废物处置中心。考察的医疗卫生机构包括市级和县级医院、乡镇卫生院以及村卫生室。这些机构中，部分已于近期完成了征地和安置工作。得益于考察期间的观察和讨论，考察人员更进一步了解了与项目活动相关的潜在环境和社会影响，政府部门应对此类影响的能力和程序，包括当前按照相关法律法规的规定而采取的相关措施。

1.5. 借款人与本结果导向型项目相关的以往经验

10. 本结果导向型项目支持的活动，覆盖福建和安徽两省。1983 年以来，世行在中国共支持实施了 11 个医疗卫生项目。国家卫生计生委（原称“国家卫生部”）参与了全部 11 个项目，在准备和实施世行资助项目（包括投资贷款项目和技术援助项目）过程中积累了丰富经验，培养了很强的能力。两省参加过部分世行在华贷款医疗卫生项目，获得了相关经验。本结果导向型项目实施期间，将持续向国家卫计委和两省提供能力建设和实施支持。

2. 项目描述

2.1. 项目内容

11. 拟议中国医疗卫生改革结果导向型项目（下文简称“本结果导向型项目”）的目标是，提高安徽和福建两省医疗卫生服务质量和医疗卫生服务提供体系的效率。为实现这一目标，本项目将支持两省实施医疗卫生改革总体规划的重点内容，即公立医院改革，实行以人为本的一体化卫生服务模式，加强基层卫生服务，并解决两省城市和农村医疗改革的跨领域政策、制度和财政环境问题以及项目管理和制度能力问题。八个支付相关指标以及相关监控指标将重点关注两省结果导向型项目所支持的医疗服务（结果导向型项目）效率和质量方面可衡量和可获得的改进点。

12. 中国政府改革方案在省级医疗卫生改革总体规划中得到了具体落实。安徽和福建两省严格遵照国家改革模板，在各自医疗卫生行业改革总体规划中列出了“十三五”时期（2016-2020年）的配套改革措施。本结果导向型项目将为五年期内（2017-2021）安徽和福建两省政府对城市和农村地区的医疗改革总体规划提供支持。

13. 本结果导向型项目是适当的，原因如下：（1）项目与政府自身的医疗改革议程紧密挂钩并直接支持政府自身的实施方案；（2）项目重点关注结果，而非投入，这就为当地改革实施机构探索实现预期结果的方法提供了一定的灵活性；（3）项目进一步强化了政府现有项目管理和实施系统，提高了政府能力；以及（4）项目通过渐进式的系统性方法扩大了其地域范围，进而推广了当地成功改革试点。

2.1.1. 国家医疗卫生改革议程

14. 尽管中国在改善全民总体健康状况和医疗卫生体制改革方面取得了令人瞩目的成就，特别是在需求方融资方面，大多数人口由三种医疗保险之一覆盖，但医疗卫生行业仍然存在问题，新挑战也在涌现。受预期寿命延长以及计划生育政策的影响，中国人口老龄化速度空前。根据《世界人口展望》，到2030年，65岁以上老龄人口比例将增加约四分之一；到2050年，老龄人口将占总人口的四分之一。与此同时，慢病，特别是高血压和糖尿病也对中国医疗卫生体系造成重大负担。慢病已是中国第一大健康威胁，占2010年全年过早死亡1030万人的80%以上，占全年伤残调整寿命年损失的77%。2012年，慢病死亡率为每十万人死亡533人，占总死亡人

数的 86.6%。此外，超过 50%的慢病负担落在经济活跃人口（15 至 64 岁）身上，这可能对劳动力供给产生不利影响，也可能降低人力资本质量。抽烟、不当饮食、久坐以及饮酒等风险性行为和空气污染等环境因素是中国慢病的主要推手。

15. 供给方服务提供体制改革进展相对慢于需求方融资进展，从而限制了改革影响。中国目前的医疗卫生服务体系是以医院为核心、分散和成交量驱动的。医疗卫生服务体系严重地偏向治疗型，对人口的健康状况不够重视。同时，基层人力资源短缺和医疗能力落后削弱了初级卫生保健服务体系。民众普遍反映初级卫生保健服务水平质量低。因此人们通常会绕过基层设施，去医院寻求高成本的后期治疗。因此，医院医疗服务系统的利用率已从 2003 年的 4.7%迅速增长至 2013 年的 14.1%。2002 年至 2013 年期间，三级和二级医院的数量分别增加了 29%和 82%，而初级保健服务供应处的数量则轻微下降。激励倒错对医院的快速扩张发挥了推动作用。以往，医疗保险不包括门诊医疗，医院通过收取医疗费用的融资体系作为提供产品服务的回报。因此，医疗服务提供者受利益驱动会提供更多常常不必要的服务，推高投入和经常性费用，有时甚至会危及病人的生命。中国现有的人均病床数量已超过美国、加拿大或英国。医院服务占中国医疗保健总开支的 54%，与其相比，初级保健服务的开支还不到 10%。中国住院的平均时长（高成本的关键驱动因素）与经合组织（OECD）国家相比较高（前者 9.8 天，后者 7.3 天）。

16. 因此，医疗服务成本正迅速增加，患者经济负担仍然很重，从而引发了对政府和家庭医疗可负担性的担忧。过去二十年，医疗支出总额实际增长了 13 倍，从 2200 亿元增至 3.17 万亿元（中国国家卫生计生委卫生发展研究中心，2014）。随着中国经济持续增长，医疗支出将几乎不可避免地继续增加，但通过审慎选择医疗服务的组织和提供以及高效利用资源，可以显著控制医疗支出增速。最近完成的医药卫生行业联合研究旗舰报告——《深化中国医药卫生体制改革，建设基于价值的优质服务提供体系》建议，高成本路径将导致人均支出比低成本路径高出两三倍，而且不会导致更优结果。服务质量也不符合国民期望，对医疗服务的不满程度也在上升。最后，各制度实体之间协调不足也是医疗部门创新和实施持续性改革的主要障碍。

17. 中国已认识到存在上述医疗部门挑战，医疗卫生体制该给从 2014 年起进入到改革的“深水”区。2015 年 10 月 29 日，十八届五中全会提出了“健康中国”国家战略。在该战略指导下，中国政府制定了一项全面的国家医疗卫生改革议程，包括《“健康中国 2030”规划纲要》、《医疗卫生行业发展规划》以及《“十三五”医疗改革规划》，列出了 2016-2020 年的部门改革议程。为实施改革规划，中央政府颁布了各类政策文件，明确了医疗卫生行业改革的全国重点和方向²，针对医疗卫生行业的各相关领域广泛制定了全面、具体的措施。总体而言，国家改革举措可归纳为以下 10 点：（1）建立有效的分级服务交付体系；（2）在三明市和其它地区成功改革试点基础上深化公立医院改革；（3）完善全民医疗保障制度；（4）加强药品采购供应制度；（5）加强行业监管框架；（6）建立有效的卫生信息系统；（7）加强医疗卫生行业队伍；（8）完善基本卫生服务均等化项目，继续增加政府对该项目的补贴；（9）促进医疗产业发展（民营部门）；以及（10）最后，也可能是最重要的措施就是加强对综合改革实施工作的领导和指导。

18. 将国家/省级的愿景转化为行动计划的责任将落在各个省份的肩上。中国 13 个五年医疗改革计划为医疗保健行业提出了一个全面的愿景，但并未规定省级医疗改革计划的具体细节，也没有指定任何预算/融资计划支持医疗改革。但中央政府确实通过向各个省份拨付中央预算，对关键改革内容进行了补贴，如：基本公共卫生计划、社会医疗保险、标准化普通科医生和居民培训，以及公立医院改革。基于中央政策的愿景，并利用中央和省级资源，各个省份的任务是切实推行计划和预算，从而实现医疗改革。国家和省级政府的目标愿景是调剂特效药资源，将大部分医疗开支优先导向并利用于省级以下级别，包括市、县级政府。省级政府资助的政策和监督活动，以及各种特效药将转移至省级以下级别，因此助推改革计划的实现。

2.1.2. 安徽和福建医疗卫生改革总体规划

19. 两省紧密联系国家改革模板，在各自医疗部门改革总体规划中列出了十三五规划（2016-2020）期间的协调性医疗改革。两省医疗卫生改革总体规划均注重各自

² 《国务院办公厅关于深化医药卫生体制改革 2016 年重点工作任务的通知》，国办发〔2016〕26 号。

省情，同时遵循中央指令。两省总体规划将国家 10 大改革领域整合为五项改革重点：（1）实行公立医院综合改革；（2）建立有效的分级医疗制度；（3）营造良好环境，包括适用于医院改革和分级医疗制度的相互交叉的领域；（4）加强行业监管框架；（5）促进民营医疗产业发展。世行计划为省级总体规划中的前三个优先改革领域提供支持。

20. 两省的卫生保健系统包括实施中的计划和各个渠道筹资的医疗改革干预措施提议。从不同融资渠道所得的收入“串联”至各级政府（国家、省、区，公社级别，最终到达一线医院或诊所），并包括一系列一般和特定/专项支出线。就医疗保险计划而言，融资途径汇集了各级政府、企业和市民。因此，主要干预措施是巩固各种保险计划，改革供应方支付方式，以便更好地激励实现医疗改革目标的成就。中央政府对卫生保健部门的资助包括直接拨付给各省的预算、以及对城乡医疗保险计划的资助。这些包括一般和专项资助，取决于具体的方案和资金流动。2015 年从中央政府向两省拨付的省级资金预估总计 351 亿元人民币（合 51 亿美元）。整体医疗支出，包括 2015 年安徽和福建省各级政府的社会保险支出总计 839.4 亿元人民币（合 122 亿美元）。预估 60% 的支出用于安徽省，福建省支出为剩余的 40%。医疗服务主要由医疗机构提供，各级政府的资金投入，加上其医疗机构自身的业务收入（包括医保支付和自付费用）都用于支持医疗卫生体系的运营和建设。

21. 中央和省级政府的部分卫生保健融资与省级卫生部门总体规划的医疗改革计划是密切相关的。考虑到中央政府、特别是省级政府在指导和支持全省范围的医疗改革中所扮演的战略角色，结果导向型项目导则专注于中央和省级政府用于资助医疗改革计划的资金。其中包括对政策改革、能力建设，以及一些战略性基础设施（如 IT 系统和设施等）的资助。2015 年，以此种方式计算的实施中的医疗改革计划基线开支达 8.28 亿美元。结果导向型项目导则 4 年实施期间，预计总额将超出 40 亿美元。因此如上所示，结果导向型项目导则支持的政府医疗改革计划总体价值已远远超出了运营的融资金额。

22. 与本结果导向型项目相关的政府拟支持的活动包括：

A: 综合性政策改革，包括医疗服务定价、医疗保险和供方支付制度、医疗服务提供机构治理和管理、服务提供、药品物流制度、HRH、质量保障等内容。这些改革的实施需要调用相关资源并基于循证。具体行动包括政府动员技术专家来编制政策包、技术导则和行动计划；组织相关培训，举办研讨会；以及确保有效实施本结果导向型项目并对其开展有效的监测和监督。目前，大多数政策改革经费都从政府部门的预算中列支，但这一预算经证明是不够的。因此，政府已同意增加预算分配额度，或设立新的预算项目，为今后政策改革提供支持。

B. 加强服务提供能力，重点加强县/区级（含）以下能力，包括县级医院、乡卫生院、村卫生室、城镇社区卫生服务中心的能力以及县级（含）以下机构的急诊能力。县级医院被视为农村医疗机构，改革重点目标之一是把大部分服务（90%的住院服务）留在县级（含）以下机构，从而降低对城市三级医院的过度依赖。因此，加强县医院的服务能力是政府方案的重点。后者包括对县级以及乡镇层面的医疗设施进行更新、修复和/或新建。此外，还包括移动便携设备采购、远程医疗网络扩建等内容。

C. 通过引入“以人为本”的一体化服务提供模式，提高服务提供质量和效率，促进各级服务机构整合，支持制定并执行适当的临床规范和标准，确保提供优质服务；通过改革医疗保险、供方支付制度和政府对服务提供机构的融资机制，转变服务提供机构面临的财务和治理激励机制。

D. 按照中央政府总体规划，建立有效的卫生信息平台，重点扩大远程医疗网络，为医疗卫生服务一体化提供支持；建立人口健康门户网站和疾病管理系统，为慢病管理工作提供支持；卫生主管部门和医保主管部门加强质量保障和监督。

E. 通过强化培训、升级或新建培训中心和医疗人员培训学校（如助理医师培训中心）等措施，提升人力资源水平。

2.1.3. 中国医疗卫生改革结果导向型项目（本“结果导向型项目”）

23. 如上所述，本结果导向型项目将在五年内支持（2017—2021）安徽和福建两省城乡医疗卫生改革总体方案。两省总体方案所涉时期为 2016 年至 2020 年。本结果

导向型项目预计将在 2017 年 8 月启动实施，将在 2017 年至 2020 年期间支持改革实施工作，也将注重知识创造、经验传播以及 2021 年的项目评价。

24. 拟议的结果导向型项目包括三个结果领域，它们是从两省总体方案前三项重点领域中提取出来的，同时设有相应支付关联指标，即：（1）公立医院综合改革；（2）“以人为本”的一体化卫生服务提供模式；（3）相互交叉的体系。选择这些领域的指导原则是：解决两省医疗卫生部门面临的重大挑战；是旨在提高医疗卫生服务提供效率和质量的综合配套改革的一部分或与之相关；建立在世行过去的参与和持续的部门分析工作的基础上；提供“增值”的干预措施，并且这些干预措施是创新、可扩展的或扩大了先期的试点举措。将医院和“以人为本”的一体化卫生服务提供模式分离为两个结果领域有些牵强，因为医院和“以人为本”的一体化医疗卫生服务提供是一个连贯的整体，二者都是医疗卫生服务提供所不可或缺的。但政府部门已表示强烈希望将二者分开（国家改革战略和省级总体方案强调了这一点），以突出三明市公立医院改革和安徽省医疗卫生服务一体化试点取得的经验和具体的干预措施。应该强调的是，本结果导向型项目将确保这两个结果领域中与治理、融资、IT 系统和服务提供相关的问题得到协调的解决，从而充分利用医疗卫生系统内部的相互联系，最大限度地发挥拟议医疗卫生改革的影响。

25. 本结果导向型项目将不支持拟议的加强中央层面的医疗卫生监管框架（总体方案中重点领域 4），这对医院和综合医疗服务的提供没有直接的影响，也不支持促进民营医疗产业发展（重点领域 5），因为中国公私合作的支柱和架构仍在酝酿之中。此外，这两个领域目前均未得到政府的预算支持。如上所述，不包括这两个优先领域，预计不会对拟议结果导向型项目的结果产生重大影响。

26. 与两省总体规划实施相关的支出被两省卫计委列为核心支出，主要用于能力建设和改革管理工作以及工程和信息技术基础设施等重点开支。本结果导向型项目仅包含用于政策改革和加强医疗交付系统、并可追溯至中央和省政府的支出。因此，医疗保险缴费将不纳入本结果导向型项目支出框架，原因在于此类经费不会为医改本身筹集资金，虽然它们对提高服务提供机构的积极性至关重要。但医疗保险制度的管理支出是包括在内的，因为这部分支出为医疗保险供方支付制度相关的政策改革提供经费。药品采购支出不包括在内，不过政府因实施药品零差率政策造成的收

入减退而付给医院的补偿是包括在内的。政府还计划为县、乡和村级医疗设施的升级、扩建和/或新建提供经费。

27. 国际复兴开发银行为本结果导向型项目提供的贷款总额为 6 亿美元，占政府医疗改革支出计划总预计费用的 15%。在全部 6 亿美元中，5.935 亿美元将由两省负责根据支付关联性指标分配，500 万美元将由国家卫生计生委负责根据支付关联性指标分配。

28. 在本结果导向型项目实施过程中，将使用推广的方式。中国已在县级或地级实施创新型改革试点。中央政府和两省现现今已承诺对这些成功试点进行推广。本项目将借鉴三明市和安徽省改革试点取得的经验，也将借鉴国际经验，包括 PCIC 模式、改革实施路径、行动排序以及机构和融资安排方面的经验，鼓励两省政府将这些成功的试点推广至全省。为支持中央政府在安徽和福建两省推广成功试点的决定，本结果导向型项目将在取得项目成效后通过支付相关指标 1.1（1,500 万美元）以及支付相关指标 1.2（4,000 万美元）以提前支付的方式分别为安徽省和福建省三个成功试点项目（即，三明市医院改革、福建省医疗保险方案管理一体化以及）所取得的成果提供资助。

3. 潜在环境和社会影响

3.1. 环境与社会筛查

29. 按照世界银行结果导向型项目政策和指令的要求，世行团队与两省共同开展了筛查工作，以便界定项目范围，找出可能产生高风险环境和社会问题的潜在投资地区或活动并将其排除在外，同时还要确保投资活动能够产生可测量的结果。筛查的目的是：i) 找出可能会对环境和/或受影响人员产生严重不利影响的项目活动（这些活动不符合结果导向型项目要求，不应纳入项目）；ii) 确定环境和社会制度评估阶段需要进一步关注的重点领域。

3.2. 潜在环境效益和风险

3.2.1. 潜在环境效益

30. 结果导向型项目能够改善面向公众和社区的卫生服务，特别是在农村贫困地区，预计会产生积极的环境和健康效益。同时，随着卫生服务得到改善和专业化发展，医院在医疗废物、职业健康与安全方面的标准化管理措施，以及农村地区的医疗废物收集和运送预计也将得以改进。

3.2.2. 环境影响与风险

31. 结果导向型项目支持开展的活动不会发生在、占用或破坏敏感栖息地，不会位于生物多样性价值较高的敏感区域，或影响有形文化资源的保护地区。尽管如此，项目中实体设施的建设、现有或新的医疗机构的运营却可能产生不利的影响和风险。

A. 施工影响

32. 在本结果导向型项目下有限的实体工程施工期间，可能会产生环境影响，包括扬尘、噪声、非有害固体垃圾、废水，会给社会带来交通安全隐患和交通拥堵等干扰，另外也会产生施工安全关切。这些影响预计程度较缓，为临时性或局限于特定地点，可通过现有措施减缓，详见表 3-1。

表 3-1: 施工活动相关的潜在环境影响和风险

| 环境问题 | 结果导向型项目下开展的活动 | 关注程度 |
|--------------------------|--|--|
| 粉尘，噪声，普通固体垃圾，废水 | 医疗机构内部实体工程的建设可能会产生粉尘，噪声，普通固体垃圾，废水。考虑到工程实施的敏感位置，来访者和病人，特别是住院病人，在医疗机构内部设施建设期间可能会受到噪声和粉尘的影响。 | <p><u>轻微关注程度:</u></p> <p>此类影响局限于特定区域，可通过多种措施有效减缓：喷水、防尘网、建围栏、车辆清洁；使用低噪音设备，禁止夜间施工，施工地点安装收集池，废水排放到市政污水管网，及时收集和运走普通固体垃圾。</p> <p>根据国内规定，此类实体工程的建设需要开展环评（编制环境影响报告书，或填写环评报告表）。这些问题将在环评文件中进行评估并由当地环保局负责审查。环评工作由施工单位实施，建设单位和当地环保局进行监督，这将有效减轻此类关切。</p> |
| 社会干扰，包括工人流入，交通安全和拥堵，施工安全 | <p>县城的医疗机构可能会地处人口密集区，结构/建筑物的施工将局限在医院边界之内，病人、来访者以及医疗机构人员的安全会受到运输车辆和施工活动的影响，例如高处掉落建筑材料，另外医疗机构内外地区也可能出现拥堵。</p> <p>施工活动和工人也可能给当地社区和习俗带来干扰。</p> | <p><u>较低关注程度:</u></p> <p>此类影响局限于特定地区，可通过环评报告书的编制、审查和实施等措施有效减轻。</p> <p>施工活动规模有限，预计在施工过程中不会涌入大量的劳动力。近年来，较大基础设施的建设通常都需要开展社会风险和稳定性评估，着眼于社会干扰和社会关注等社会问题。</p> |

B. 运营影响与风险

33. 结果导向型项目的活动包括现有及新建医疗设施的运营以及医疗设备的购置。这些活动会产生运营影响与风险，具体包括：(i) 医疗卫生机构内部的医疗废物管理；(ii) 医疗废物的运送与处置；(iii) 辐射泄漏，辐射污染废物的处理；(iv) 医疗辐照设备的淘汰；(v) 医疗废水；(vi) 医疗卫生机构的大气排放。如管理不善，这些活动就会给环境、公共健康、职业健康和社区带来威胁。

34. 通过现场走访以及与主管部门和医院的沟通，注意到两个省份医院的废物（废物、废水和大气排放）及辐射影响均是按照国家 and 地方规定进行管理。例如，

每家医院都建有医疗废水处理设施。应对运营影响和风险方面有多项规定，另外各家医院也都建立了环境影响评价制度和内部管理制度。

35. 表 3-2 简要梳理了两省医疗卫生机构运营相关的主要环境影响。

表 3-2：医疗机构运营可能产生的环境影响和相关风险

| 环境问题 | 结果导向型项目下开展的活动 | 关注程度 |
|-------------|---|---|
| 医疗机构内部的医疗废物 | <p>随着医改推进，县级医院将扩大服务范围，提高服务水平，预计县级医院的就诊人员数量也会随之增加；相应地，医疗废物的复杂性也会有所提高。</p> <p>对县级以下医疗卫生机构来说，预计医疗废物的构成不会发生实质性改变，但数量会有所增多。</p> <p>省市两级医疗卫生机构医疗废物的数量和构成预计变化不大。</p> | <p><u>中等关注程度：</u></p> <p>在医疗卫生机构内，医疗废物由医院工人收集包装，临时存放在特定位置。有特定部门（大部分是传染预防部门）负责提供技术指导和日常监督。如相关人员意识薄弱或知识有限，设备或存储能力不足，或缺乏监督，风险管理工作就会受到影响。</p> <p>此类影响和风险可通过强化现有的院内废物管理制度来加以缓解，包括医疗废物分类制度，医疗废物管理计划，不定期培训，以及院内医疗废物临时存放间的定期检查和改建（视情况而定）。地方卫计委和卫生监督站也应参与相关工作。</p> |
| 医疗废水 | <p>同上述医疗废物问题一样，县级医院医疗废水的数量和复杂性预期也会增加。</p> | <p><u>中等关注程度：</u></p> <p>县乡两级医疗卫生机构中，废水处理设施的处理效率和监测可能会受到废水量增多或废水负荷波动的影响。医院应定期检查废水处理设施，不断改进和升级（视情况而定），确保处理后出水满足适用标准。</p> <p>医疗废水的流量和构成应根据医院改革后的服务能力和服务范围进行定期监测，确保医疗废水及时收集，处理后出水达到适用质量标准。</p> |
| 对社区的辐射 | <p>新购更为精密的医学影像或放疗设备。如管理不善或保护不当，此类设备会造成辐射曝露和/或产生辐射污染材料（包括液体、粪便、纸张、医用手套），产生公共健康和社区健康关切。位处城市核心区的医疗卫生机构风险尤大。</p> | <p><u>中等关注程度：</u></p> <p>医院已就辐射影响与风险建立了相关的资料、程序和能力。辐照设备的许可、安全使用、工作地点检测、维护、应急和适当淘汰等方面都有具体规定，以期避免潜在的辐射泄漏。</p> |

| 环境问题 | 结果导向型项目下开展的活动 | 关注程度 |
|------|---|---|
| | | 针对辐射污染废物，医院也已经出台了针对收集、分离、存放、包装、运送和最终处置的具体要求。 |
| 大气排放 | <p>医院锅炉与社区供暖系统分离，单独为住院楼供暖，为洗衣房和淋浴间提供热水，为消毒间提供蒸汽。</p> <p>锅炉使用化石燃料；如管理不善，排出气体会造成空气污染。</p> | <p><u>较低关注程度：</u></p> <p>大气排放影响可通过低氮燃烧炉、烟气脱硫技术和除尘过程来加以缓解，以期满足中国的相关标准。烟气排放控制技术非常先进，在中国已经实现广泛商业化。</p> |

c. 诱导影响与风险

36. 评估还涵盖了可能的诱导、累积或跨境影响。这方面的主要问题是医疗废物运送和处置相关的继发影响与风险。两个省份的情况一样，都是由一家医疗废物焚烧厂（处置中心）负责一个地级市。从全国来看，医疗废物处置中心是 2003 年非典之后逐步建立起来的，使用现代焚烧技术和空气污染防控设施。附件 5 简要介绍了 2003 年的非典危机以及由此带来的医疗废物管理制度的发展。

37. 通过现场走访、案头研究及沟通，注意到这些设施受到地方环保局严格监管，执行严格的排放标准，并实行在线监测。在福建安徽两省，各市医疗卫生机构的医疗废物处置和运送均由一家经过认证的企业负责。表 3-3 简要梳理了医疗废物运送和处置相关的潜在影响与风险。

表 3-3：潜在诱发环境影响和风险

| 环境问题 | 结果导向型项目下开展的活动 | 关注程度 |
|-------------|---|---|
| 医疗固体废物运输与处置 | <p>医疗卫生机构的运营会产生医疗废物，需要进行适当的运送和处置。</p> <p>处置中心可能会产生排入大气的底渣、飞尘和废水。</p> <p>医疗废物的运送可能会造成二次污染。</p> | <p><u>中等关注程度：</u></p> <p>两个省份医疗废物的收集、运送和处置均由专业化公司负责。每个地市都建有服务全市的医疗废物处置设施（焚烧厂），处置能力充足。但考虑到结果导向型项目活动可能会拓展到省以下层级的医疗卫生机构，包括乡村两级，另外还有一些医疗卫生机构设在农村偏远地区，因此医疗废物的处理和处置能力不足是个实实在在的风险。从继发影响来</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>看，如管理不善，医疗废物的运送就可能会造成二次污染。另外，处置中心运营不当也可能会向大气排放底渣和飞尘。</p> <p>这些问题可通过相关措施加以解决，包括根据国内要求对认证运送车队进行核验，以及根据行业最佳做法设计运营处置设施。市场上已有很多符合国际标准的医疗废物处置设备或技术。</p> <p>各个城市医疗废物的总量和构成预计不会发生很大变化，因此处置设施的设计能力足以消化收集到的医疗废物。</p> <p>如管理不善，医疗废物运送及焚烧系统的运营绩效都可能受到运行能力不足或维护不善的影响。</p> |
|--|--|---|

3.2.1. 职业健康与安全影响

38. 结果导向型项目活动的潜在职业健康与安全影响主要涉及医疗废物和辐照设备，以及运营阶段的防火。表 3-4 简要梳理了结果导向型项目活动的主要职业健康与安全影响。

表 3-4: 项目的潜在健康及安全影响

| 健康及安全 问题 | 结果导向型项目下开展的 活动 | 关注程度 |
|---------------|---|---|
| 受到感染/ 疾病影响 | 医疗卫生服务机构和人员在提供护理和治疗服务时，以及在医疗废物的收集、处理、处置过程中，可能会接触传染病原、血液传播病原体以及其他的传染性材料。 | <p>中等关注程度：</p> <p>此类影响局限于特定地点，影响程度为中等，可通过以下措施加以解决：i) 制定血液传播病原体暴露控制计划；ii) 为职工和来访者提供关于传染防控政策和程序的信息；iii) 建立标准化的防护程序，在处理血液和其他潜在传染性材料时采取适当的防护措施。</p> <p>结果导向型项目活动将提高市级以下医疗卫生机构的服务能力，医疗废物数量预计将有所增多，构成也会更加复杂；因此，医疗卫生机构内部的现有系统需要在当地卫计委/卫生监督站的协助下升级改造，当地卫计委/卫生监督站也负责医疗卫生机构此类系统的日常绩效监督。</p> |

| 健康及安全 问题 | 结果导向型项目下开展的 活动 | 关注程度 |
|---------------|--|--|
| 接触有害材 料和废物 | 医疗卫生机构工人可能接触到有害材料和废物，包括戊二醛（用来给热敏医疗设备消毒的有毒化学物），环氧乙烷气体（医疗设备消毒剂），甲醛，水银（体温计破损），化疗和抗肿瘤化学药品，溶剂，以及光敏性化学药品等。 | <p><u>中等关注程度：</u></p> <p>此类影响局限于特定地点，影响程度为中等，可通过多种措施加以解决，包括在处理这些有害材料和废物时为清洁部门和工人提供防护性器具和培训。</p> <p>只有获得许可的施工单位才可以处理有害材料和废物，且县级医院内设检验中心、影像中心以及消毒和供给中心，只需扩建服务能力，因此负责对医疗卫生机构职业健康系统绩效进行日常检查的当地卫计委/卫生监督站的尽职审查会有效解决这一关切。</p> |
| 辐射 | 因职业原因接触 X 射线、伽马射线设备（如 CT 扫描仪）、放疗机器和辐射污染废物 | <p><u>中等关注程度：</u></p> <p>此类影响局限于特定地点，影响程度为中等，可通过精心设计的暴露控制计划加以解决，包括剂量监测、操作人员定期体检，以及为操作人员提供防护性器具/衣物和培训，确立操作程序。</p> <p>结果导向型项目活动包括县级医院的医疗设备购置和影像中心扩建，因此医院职工可能不熟悉部分放射性设备，暴露控制计划应当更新并交由地方卫生站审查。</p> <p>另外，升级后的暴露控制计划应当进行报告。</p> |
| 消防安全 | 医疗卫生机构起火风险应当引起注意，因为设施内会存放及处理各种化学药品、高压气体、纸板、塑料和其他可燃基质。 | <p><u>中等关注程度：</u></p> <p>此类影响局限于特定地点，影响程度为中等。根据中国防火技术规范精心设计建筑结构，制定消防计划和开展消防演习将有效解决这一关切。</p> <p>县级以下医疗卫生机构的加强会导致就诊人员人数增多，存放/使用的可燃材料数量也会增加，因此火灾风险会相应增加。医疗卫生机构的防火计划应当更新。</p> |

3.3. 潜在社会效益和风险

3.3.1. 潜在社会效益

39. 《“健康中国 2030”规划纲要》提出要“以农村和基层为重点，推动健康领域基本公共服务均等化，维护基本医疗卫生服务的公益性，逐步缩小城乡、地区、人群间基本健康服务和健康水平的差异，实现全民健康覆盖”；特别是“要解决好妇女儿童、老年人、残疾人、低收入人群等重点人群的健康问题”。

40. 建议的医改方案包括推行一系列公立医院改革措施，建立基于“以人为本一体化卫生服务”的负责有效的服务提供系统；这些改革措施将提高安徽福建两省城乡居民的医疗卫生服务可及性，改善医疗卫生服务质量，同时降低自付费用，特别是弱势群体的自付费用。以三明为例：自医改启动以来，三明市推行了多项公立医院改革措施，产生了一系列惠及城乡居民的积极成果，包括将医疗卫生费用的总体增长限制到可控水平，解决药品市场上的大处方和逐利问题，提高医务人员工资，降低患者的自付医疗费用，在医院绩效管理中更加突出服务质量，以及使医疗基金扭亏为盈。

41. 在三明市很多患者的眼中，主要的改善就是报销比例提高（特别是对农村居民来说），以及开放了新的网站，居民可通过网站获得关于价格和服务提供方的可靠信息。三明的报销比例现已高出全国平均水平 10%左右，城乡制度之间的差距基本消除。门诊和住院的平均处方费用大幅下降，目前在福建省各市中最低。次均住院费用比全省平均水平低 35%。治疗费用下降、报销比例提高，直接影响了自付费用的数据。2011 年到 2015 年，城镇职工（享有职工医保）以及城乡居民（分别享有居民医保和新农合）住院费用中自付费用比例大幅降低，从 2011 年的 1818 元和 2914 元降至 2015 年的 1615 元和 1715 元，降幅分别为 11%和 20%。随着政府财力逐年增强，面向大病弱势群体的财政支持也大幅提高，受益人群从 2014 年的 55 人增加到 2016 年的 1214 人。

42. 在该项目下建立“以人为本一体化卫生服务”提供系统的活动也将促进农村基层卫生服务能力的提高。通过出资建设更加标准化的村卫生室和扩建乡卫生院，聘用更多的医疗卫生专业人员，数百万城乡居民的卫生服务可及性和卫生服务质量都将有所提高，特别是在偏远的农村地区。例如在推行此类改革的福建省长汀县，乡内治疗比例提高到 90%以上，县内治疗比例提高到 80%以上。

43. 项目中建议开展的医改活动不会造成保费增加，或改变保险覆盖面。因此，建议实施的结果导向型项目中着眼于进一步提高当前医疗卫生服务系统可及性和质量的大部分活动和措施均会对两个省份的城乡居民产生巨大的社会效益，即预防性卫生服务可及性提高，医疗服务质量改善，自付费用有所降低。

3.3.2. 潜在社会影响和风险

44. 推行上述改革措施可能会产生一些不利影响，特别是未经通盘考虑的改革措施在过渡期会遇到阻力。评估过程中考虑的主要社会问题包括本结果导向型项目实施的社会风险、潜在不利影响以及潜在效应，具体涉及：i) 政策改革的推行；ii) 可及性与公平性；iii) 公众参与；iv) 征地与重新安置；v) 少数民族。

45. 政策改革的推行：医院治理改革推行后，医务人员的奖金将不再与药品和检查处方挂钩。这可能会抑制医生和其他医务人员提供优质卫生服务的动力。在这方面，改革将针对医疗卫生专业人员建立基于绩效的补偿制度。三明市试点改革的岗位评价结果表明，改革推行后医务人员收入翻了一番还多，职工满意度和士气有显著提升。

46. 按病种付费制度的推行将改变当前的按服务付费模式；但如果病种费率制定不当，可能也会推高医疗费用的费用。另一方面，付费制度的改革还有可能造成服务提供不足，这一风险可通过在县级公立综合医院实行标准化临床路径得以控制。

47. 可及性与公平性：虽然覆盖城乡总人口 96% 的三项社会保险制度——城镇职工基本医疗保险制度、城镇居民基本医疗保险制度以及新型农村合作医疗（“新农合”）制度——已经建立，但它们在资金来源、福利待遇以及经济保障等方面存在较大差异，城镇居民基本医疗保险制度和“新农合”制度与城镇职工基本医疗保险制度之间尤为如此。例如，尽管政府向城乡居民提供大量保费补贴（占保费总额 75% 左右），但农村人口所享受的福利包不如城镇职工，其经济保障水平也低于城镇职工，主要原因在于城镇居民基本医疗保险和“新农合”的保费较低。

48. 本结果导向型项目旨在推动各个社会医疗保险制度并轨，以便缩小城乡之间、收入水平各异的地区之间以及不同人群之间在医疗服务使用率、产前服务和大病支出方面的差距。此外，政府还建立了两个补充性制度 - 医疗救助制度和大病医疗保险制度，旨在提高贫困人口的卫生服务可及性和公平性，减轻家庭的疾病负担。尽管如此，在某些贫困地区，周边缺少医疗卫生服务机构以及本地社区的一些习惯都可能给可及性和公平性带来不利影响。

49. 公众参与：在本结果导向型项目实施阶段，医改中缺少公众参与和社会问责的问题可能会逐步显现，另外还有公众在监督卫生服务提供质量、满意度和使用方面参与不足的问题。

50. 如世界银行卫生领域旗舰研究《深化中国医药卫生体制改革，建设基于价值的优质服务提供体系》所述，患者参与的主要方面几乎毫无例外地依赖提高健康素养、加强自我管理和改善共同决策等多措并举。例如，如患者缺乏基本的健康素养，共同决策就无处落脚；而健康素养反过来又会提高患者管理自身健康能力的信心。

51. 征地与重新安置：新建、扩建或完全重建的医疗卫生机构需要一定规模的征地。医疗卫生机构的建设和改造活动可能包括县级医院和乡镇中心卫生院。根据对福建安徽两省多家医疗卫生机构的走访情况，乡镇卫生院和县医院的用地规模应分别为 5-15 亩和 20-200 亩（二类）。乡镇卫生院当前占地面积为 5-15 亩不等，因此在改建扩建中可能需要征用一定规模的土地，以便达到国家标准。村卫生室通常只有一间房子，面积约为 60-120 平米；由于多数村卫生室都建在村自有土地上，因此预计不需要新征土地。

52. 就地理位置而言，这些投资项目多数将建在县城或乡镇中心地区。所需的新土地会涉及到对村集体土地的永久征用，部分土地可能已承包给农民个人。本结果导向型项目涵盖各类医疗卫生机构，从县医院到乡镇卫生院不等；考虑到这些机构的性质，永久性征地的规模较小，不需要大规模的房屋拆迁和居民安置。征地的总体影响在规模上有限，程度中等。

53. 少数民族：就可能对安徽福建两省少数民族产生的社会影响来说，这两个省份的少数民族人口比例很低，安徽省为 0.66%，福建省为 2.16%。畲族和回族约占两个省份少数民族人口总数的 90%。这两个民族使用汉语，生活和行为方式也与汉族几乎完全相同，因此通常对少数民族面对的特殊问题不很敏感。项目中拟建医疗卫生机构大部分将建在城镇和乡镇中心地区，少数民族人口分布较少。只有村卫生室会建在包括部分少数民族聚居区的村里。根据中国的少数民族法律框架，此类项目的建设将与少数民族进行密切沟通。过去经验表明，多数社区都会欢迎此类项目，因为本地居民看病会更方便。所有的村卫生室都将建在村集体所有的土地上，对村民个人影响很小。部分少数民族在医疗卫生机构改建的过程中可能会受到影响；但考

考虑到所涉项目类型以及需要土地面积较小，此类不利影响预计会非常有限。与其他本地社区一样，在规划投资项目的环评和征地过程中，也同样会与受影响的少数民族社区进行沟通，获得他们的支持。地方政府部门将代表本地居民和社区审批相关投资项目。

54. 因此，此类社会影响和风险应为中等水平，适于本项目根据世行结果导向型项目政策和指令支持的活动。

4. 环境管理系统评价

4.1. 法律和监管框架

55. 国家层面上，政府已出台 80 多项法律、120 项法规和 1000 多项环境质量与排放标准和技术规范，对大气环境质量、污染防治、自然资源和生态保护进行规范。文物、安全和健康问题也涵盖在非常全面的法律框架之内。在省级和地方层面，各省市出台了多项环境保护法规。应当指出的是，地方环保和排放标准只能比国家标准更为严格。本报告附件 1 中列出了涉及环境、健康和主要安全的主要法律、法规和技术规范。

56. 本章讨论了与结果导向型项目相关的环境、安全和健康保护法律及监管框架，以及框架的实施、制度绩效和能力，并与世界银行结果导向型项目政策和指令进行了比较。文章表示，国家环境管理制度非常健全，与世界银行和国际标准相比并无显著差异；但结果导向型项目实施过程中，框架实施、联合执法、机构协调以及能力建设等方面需要加强，特别是在较低的行政层级（即县级以下）。

4.1.1. 总体的环保、控污和医疗废物管理

A. 总体的环境保护和污染控制

57. 《环境保护法》-（《环保法》，1979 年颁布，2014 年修订）；《环保法》确立了环境保护的总体原则，描述了环境管理的主要工具。法律要求企业事业单位和其他生产或经营者应当防止、减少环境污染和生态破坏，对所造成的损害依法承担责任（第六条）；还要求编制有关开发利用规划，建设对环境有影响的项目，应当依法进行环境影响评价（第十九条）。法律区分了负责落实环境法律要求的国家和地方环境行政主管部门的环境管理职能。另外，《环保法》要求国家采用环境保护目标责任制和考核评价制度（第二十六条）等监管工具，建立、健全生态保护补偿制度（第三十一条），实行“三个同步”³（第四十一条），实行重点污染物排放总量控制制度（第四十四条），以及实行排污许可管理制度（第四十五条）。《环保法》中还包括了信息公开和公众参与的条款（第五章），承认公民、法人和其他

³ 控污设施必须与主体工程同时设计、同时施工、同时投产使用。

组织拥有举报污染环境和破坏生态行为的权利。修订后的《环保法》授权环境保护主管部门关停不达标生产者和企业，实行按日连续罚款。另外还允许对违法者处拘留（但非刑事责任）。法律还要求中央、省级和市级政府在制定经济技术政策时考虑环境影响。

58. 《环保法》建立了诸多重要实施制度，作为中国保障环境的主要工具。这些制度背后有多个规定、实施细则、标准和指南支撑。主要的制度包括：

- 环境影响评价制度：所有施工项目和相关的开发利用规划都要服从环评制度的要求。下文《环评法》部分有更为具体的讨论。
- “三个同时”制度：防治污染的设施，应当与主体工程同时设计、同时施工、同时投产使用。“三个同时”制度由相关层级的环保局负责实施，由环保局审批环评方案，进行完工和投产验收。
- 排放总量控制制度：国家实行重点污染物排放总量控制制度。重点污染物排放总量控制指标下达各省分解落实。各省再进一步分解给企事业单位。企事业单位在执行国家和地方污染物排放标准的同时，应当遵守排放总量控制指标。对超过排放总量控制指标的地区，应当暂停审批其新增重点污染物排放总量的建设项目。
- 排污许可管理制度：所有单位均应按照排污许可证的要求排放污染物。排污许可证具体规定了污染物类型、排放方式、排放配额总量以及有效期。地方环保局监管许可证制度，负责审批许可证，监督达标情况。

59. **《环境影响评价法》（《环评法》，2002）**：《环评法》为《环保法》的子集。2002年10月，《环境影响评价条例》升格成为新的《环境影响评价法》，于2003年9月生效。法律要求所有相关部门，包括专家和公众参与评价开发项目、计划和方案对环境的可能影响。《环评法》及一整套技术规范共同形成了一个综合全面的环评制度，涵盖了施工项目和规划涉及的各类环境问题。

60. 开发项目分为一类（可能造成重大环境影响的，应编制完整的环境影响报告书）、二类（可能造成轻度环境影响的，应编制简化的环境影响报告数，即环境影响报告表）和三类（对环境影响很小，应当填报环境影响登记表）。

61. 作为环评制度的部分内容,《环境影响评价公众参与暂行办法》(国家环保总局,2006)对公众参与和信息公开提出了更加具体的要求和程序。简而言之,这些要求包括:

- 两轮信息公开: 1) 建设单位应当在确定了环境影响评价机构后 7 日内,公告环评工作的开始、建设项目概要以及征求公众意见的主要事项; 2) 建设单位应当在报送审批或者重新审核前实行二轮信息公开,公告环评的主要结果,即影响和减轻影响的措施,查阅环评报告书简本的方式以及提供反馈的形式。建设单位应在公共场所、互联网上或通过其他方便公众查阅的方式公开环评报告简本。
- 公众参与: 建设单位或者其委托的环境影响评价机构应当在发布信息公告、公开环境影响报告书的简本后,采取调查公众意见、咨询专家意见、座谈会、论证会、听证会等形式,公开征求公众意见。

62. 需要编制环境影响报告书的项目必须有公众参与(一类)。对于需要开展专项环评的项目(二类),公众参与不是必须,除非需要将针对特定环境内容的特殊影响评价作为附件提交。根据《暂行办法》的要求,环保部或地方环保局应当在受理环境影响报告书后,在其政府网站或者采用其他便利公众知悉的方式,公告环境影响报告书受理的有关信息。

63. 就环境影响评价制度的实施来看,《建设项目环境保护管理条例》界定了环境影响评价类别(第七条)、内容要求(第八条),以及潜在影响规模相应的审批层级。《管理条例》还提出对从事建设项目环境影响评价工作的单位实行资格审查制度。

64. 为引导确定类别,环境保护部(环保部)发布了《建设项目环境影响评价分类管理名录》。最新版本的《分类管理名录》(2015)提出了针对 23 个部门(199 类项目)的环评分类管理名录,考虑了项目类型、规模和环境敏感区。为确保环境影响评价的技术质量,共有 26 个技术规范提供支撑,这些规范提出了针对不同类型影响和各重点部门评估的方法和技术细节。

65. **《水土保持法》(2010)**:《水土保持法》旨在预防建设项目破坏地表而造成的水资源污染和水土流失。作为获得审批的条件之一,所有可能造成土壤侵蚀的建设项目都要编制一份水资源节约和水土流失防控方案(作为总体环境影响报告书的部

分内容)。该方案将在环境影响报告书提交环保部门审批前由相关的水资源行政管理部门审批。

66. **《大气污染防治法》(2015):** 作为大气污染防治的根本大法,《大气污染防治法》要求所有污染排放部门遵守国家和地方规定的排放标准(第十三条)。向大气排放污染物的单位,必须向所在地的环境保护行政主管部门申报拥有的污染物排放设施、处理设施和排放污染物的种类、数量和浓度(第十二条)。新建、扩建、改建向大气排放污染物的项目,必须开展大气污染影响评价,必须经过环境保护行政主管部门审查和验收(第十一条)。该法律针对燃煤(第三章)、机动车船(第四章)以及废气、尘和恶臭(第五章)造成的大气污染做出了具体规定。法律要求国务院环境行政主管部门(环保部)建立大气污染监测网络,并允许地方政府制定比国家标准更为严格的地方环境标准(第七条)。

67. **《固体废物污染环境防治法》(全国人大, 2004):** 法律要求环境保护行政主管部门固体废物污染环境监测制度。产生固体废物的项目必须依法进行环境影响评价(第十三条)并遵守“三个同时”的要求(第十四条)。法律涵盖了固体废物控制的一般规定,以及针对工业固体废物、生活垃圾和危险废物的具体规定(第三章)。具体而言,法律要求要适当收集、贮存、利用或者处置畜禽粪便,禁止在人口集中地区、机场周围、交通干线附近以及当地人民政府划定的区域露天焚烧秸秆(第二十条)。

68. **《森林法》(全国人大, 1998):** 建设工程应当不占或少占林地。必须占用或者征用林地的,须经县级以上人民政府林业主管部门审核同意,由用地单位依照国务院有关规定缴纳森林植被恢复费。森林植被恢复费专款专用,由林业主管部门统一安排植树造林,恢复森林植被。植树造林面积不得少于因占用、征用林地而减少的森林植被面积。

69. **《文物保护法》(2002):** i) 各级文物保护单位,分别由各级政府划定必要的保护范围;可以在文物保护单位的周围划出一定的建设控制地带; ii) 文物保护单位的保护范围内不得进行其他建设工程;需要在文物保护单位的保护范围内进行作业的,必须经相应级别政府批准,在批准前应当征得上一级人民政府文物行政部门同意; iii) 在文物保护单位的保护范围和建设控制地带内,不得建设污染文物保护

单位及其环境的设施，不得进行可能影响文物保护单位安全及其环境的活动；iv) 建设工程选址，应当尽可能避开不可移动文物。因特殊情况不能避开的，对文物保护单位应当尽可能实施原址保护。实施原址保护的，建设单位应当事先确定保护措施，并报相应的文物行政部门批准。必须迁移异地保护或者拆除的，应当报相关层级政府批准。原址保护、迁移、拆除所需费用，由建设单位列入建设工程预算；v) 进行大型基本建设工程，建设单位应当事先报请政府文物行政部门组织进行考古调查、勘探。考古调查、勘探、发掘所需费用由建设单位列入建设工程预算；vi) 在进行建设工程或者在农业生产中，任何单位或者个人发现文物，应当保护现场，立即报告当地文物行政部门。发现重要文物的，应当立即上报国务院文物行政部门。

70. **《防洪法》(1997)**：法律规定洪泛区内所有项目均需由许可单位编制洪水影响评价报告；可行性研究报告报请批准时，应当附具有关水行政主管部门审查批准的洪水影响评价报告。

71. **《地质灾害防治条例》(2003)**：条例规定地质灾害易发区内所有项目均需由许可单位编制地质灾害危险性评估报告。报告需由相关的国土资源部门批准，并作为可行性研究报告审批的前提条件。

B. 医疗废物与辐射预防

72. 具体到卫生部门，中国颁布了多项着眼于医疗领域环境、健康和安全性问题的法律法规。通过现场走访以及与两省份主管部门和医院的讨论，任务小组注意到医院的废物（如固体废物、污水和大气排放），医疗废物收集、运送和处置，以及辐射风险均是依照国家和地方法规进行管理和监管。

73. 得益于各项法律法规、政府的高度重视和持续投入，过去几年间中国建立了全面的医疗废物贮存、运送和处置系统。同时，很多法律法规都对医疗卫生机构的医疗废水、辐射预防、职业安全与健康做出了规定。这些法规涵盖了以下方面：1) 明确界定各机构的责任和角色；2) 确立这些问题审查/清理和监督程序；3) 提供技术指南，控制垃圾问题。下文简要梳理了这些法规的主要规定。

74. **《医疗废物管理条例》(2003)**：本条例旨在加强医疗废物的安全管理，防止疾病传播，保护环境，保障人体健康。《条例》确定了医疗废物的性质，界定了机构

责任，包括：1) 卫生部门在医疗废物管理过程中负责传染病防控；2) 环保部门在医疗废物管理过程中负责污染监测和控制；3) 医疗卫生机构内部收集、内部运送、临时贮存的要求和程序，以及医疗废物外部运送和处置的要求和程序。

75. **《医疗卫生机构医疗废物管理办法》(2003)**：本办法根据《医疗废物管理条例》制定，于 2003 年生效。《办法》强调医疗卫生机构在医疗废物管理方面的职责，并提出了医疗卫生机构内部医疗废物分类、包装、标识和贮存方面的要求。另外，《办法》也涵盖了应急方案、培训和职业健康保护。

76. **《放射性同位素与射线装置安全和防护条例》(2005)**：射线装置或同位素使用放射性同位素或射线装置的单位应当将废旧放射性同位素或放射源交回生产单位或者返回原出口方；确实无法交回生产单位或者返回原出口方的，送交有相应资质的放射性废物集中贮存单位贮存。

77. **《医疗废物分类目录》**：该目录对医疗废物的分类、专门收集和单独贮存以及最终处置提供了分类信息。

78. **《医疗废物集中处置技术规范》(HJ/ T177-2005)**：本技术规范就医疗废物处置设施的运行和环保要求做出了要求。

79. **《医疗废物集中焚烧处置工程技术规范》(HJ/T 177-2005)**：本技术规范就医疗废物焚烧处置工程的选址、厂区设计、过程单元和烟气处理提供了指南。

80. **《医疗废物转运车技术要求》(GB 19217)**：本标准规定了医疗废物转运车的技术要求；例如，驾驶室应与货箱完全隔开，车厢应具有良好的密封性能。

81. **《放射性污染防治法》(2003)**：法律要求；使用射线装置的单位应在申请领取许可证前编制环境影响评价文件，报省级政府环境保护行政主管部门审查批准；放射性污染防治设施，应当与主体工程同时设计、同时施工、同时投入使用；放射性废物应单独收集和贮存，并交由专门的公司运送和处置。

82. **《医用 X 射线 CT 机房的辐射屏蔽规范》(GBZ/T180-2006)**：规范提出了 CT 机房屏蔽值测算方法和屏蔽要求。

83. 《医院污水处理工程技术规范》(HJ 2029-2013): 技术规范就医疗卫生机构医疗污水处理站的设计过程提供了指南。

84. 除上述法律/法规和技术规范外, 针对医疗废物、辐射以及职业健康和安全相关的每个重要关切都有一整套的环境标准。医疗卫生机构在设计、建设和运行环境、职业健康和安全防护设施时必须遵守这些标准; 这些标准也被相关政府部门用作绩效审查(包括验收)的基准。

4.1.2. 职业健康与安全

85. 中国已经建立了全面的职业健康与安全监管框架。职业健康与安全密不可分, 因此很多法规都同时涵盖了这两个方面。在医疗卫生领域, 《医疗废物管理条例》规定, 医疗机构负责对本机构的职业健康与安全负总责, 医疗机构的传染控制部门负责处理日常的技术问题。本结果导向型项目涉及的一系列职业健康和安全规定总结如下。

86. 《劳动法》(2009): 法律规定了劳动合同中的卫生和安全要求。法律要求用人单位建立劳动安全卫生制度, 严格执行国家劳动安全卫生规程和标准, 对劳动者进行劳动安全卫生教育, 防止劳动过程中的事故, 减少职业危害。另外还要求用人单位必须为劳动者提供符合国家规定的劳动安全卫生条件和必要的劳动防护用品, 对从事有职业危害作业的劳动者应当定期进行健康检查。法律还要求新建、改建、扩建工程的劳动安全卫生设施必须与主体工程同时设计、同时施工、同时投入生产和使用。

87. 《安全生产法》(2002): 本法为约束劳动安全的框架法律。本法要求生产经营单位必须遵守本法和其他有关法律、法规, 建立安全生产规章和管理制度, 改善安全生产条件, 确保安全生产。本法明确了生产经营单位负有下列职责: 建立、健全安全生产责任制; 组织制定安全生产规章制度和操作规程; 实施安全生产教育和培训计划; 新建、改建、扩建工程项目的安全设施实施“三同时”制度, 安全评价, 安全设计和建设, 安全警示标志, 应急计划以及提供个人防护设备。生产经营单位生产、经营、运输、储存、使用危险物品, 必须建立专门的安全管理制度, 采取可

靠的安全措施。相关从业人员应获得许可。本法明确界定了各级安全生产主管部门在安全监督方面的职责划分。

88. 法律确立了安全生产设施的“三同时”制度，《建设项目安全设施“三同时”监督管理办法》（国家安监总局，2010）对此作出了更进一步的具体规定。“三同时”制度要求安全生产设施与主体工程同时设计、同时施工、同时投产使用。

89. 《安全生产法》和《安全生产条例》还建立了安全生产评价制度，要求各类项目开展安全生产评价：安全评价由具备资质的机构开展，并要得到安全生产相关主管部门的批准，这是可行性报告获得审批的前提条件。

90. 《建设工程安全生产管理条例》（国务院令第 393 号）对建设单位、勘察单位、设计单位、施工单位、工程监理单位的安全职责提出了总体要求。《条例》还对生产安全事故应急救援和调查处理以及违反规定法律责任做出了规定。

91. 《生产安全事故报告和调查处理条例》（安监总局，2007）明确提出，企业对安全生产负责，并要求企业建立安全生产调查和报告制度。《条例》规定所有企业必须每月开展安全生产风险调查，并报告地方安监部门。

92. 安全生产的主要监管部门是国家安全生产监督管理总局（安监总局）以及省市两级的安监部门。安监总局已经制定了 80 多项行政条例和数百个安全生产标准与指南，构成了全面的职业健康和安全管理制度的。

93. **《传染病防治法》（2013）**：该法要求：i) 医疗机构应当定期对其工作人员进行传染病防治知识、技能的培训；ii) 医疗机构必须严格执行政府制定的管理制度、操作规范，防止传染病的医源性感染和医院感染；iii) 医疗机构应当确定专门的部门或者人员，承担传染病疫情报告以及本单位的传染病预防控制工作；iv) 医疗机构应当确定专门的部门或者人员，承担医疗活动中的危险因素监测、安全防护、消毒、隔离和医疗废物处置工作；v) 疾病预防控制机构应当指定专门人员负责对医疗机构内传染病预防工作进行指导、考核，开展流行病学调查。

94. **《放射性同位素与射线装置安全和防护条例》（2005）**：环境保护主管部门对放射性同位素、射线装置的安全和防护工作实施统一监督管理。公安、卫生等部门按照职责分工实施监督管理。国家对放射源和射线装置实行分类管理。使用放射性

同位素和射线装置的单位应当取得许可证。生产、销售、使用放射性同位素和射线装置的单位，应当对工作人员进行个人剂量监测和职业健康检查，建立个人剂量档案和职业健康监护档案，并对工作人员进行安全和防护知识教育培训。

95. **《安全生产法》(2014):** “以人为本”的原则贯穿整部法律。工业发展应当以安全为重，着力减少事故，并通过责任制落实全面综合的措施。

96. **《消防法》(2009):** 公安部门对消防工作实施监督管理。机关、团体、企业、事业等单位，应当加强对本单位人员的消防宣传教育。公安机关应当督促、指导、协助有关单位做好消防宣传教育工作。公众聚集场所在投入使用、营业前，建设单位或者使用单位应当向公安机关消防机构申请消防安全检查。单位的主要负责人是本单位的消防安全责任人，单位应制定灭火和应急疏散预案。

97. 从医疗卫生领域的职业健康和安全来看，国家颁布了一整套规范和标准，为落实此类法律法规提供技术指南和基准。这些规范和标准涉及消毒、监督、健康防护等，是设计、建设和运营过程中必须遵守的，也已经成为相关机构评估职业健康和安全管理绩效的法律标准。

4.2. 环境管理制度的实施

98. 为确保医疗卫生部门环境管理制度的有效落实，所有相关部门的职责都进行了明确划分，投资审批程序也已确立 - 包括编制环境影响报告书、安全评估报告、卫生初评报告的等各种文件，以便应对医疗卫生机构建设运营的相关问题。下文简要梳理了环境管理制度的实施。

4.2.1. 环境影响评价

99. 环保部、省级和地方环保部门通过环境影响评价机构认证、环评审查和监督进行执法。

环境影响评价机构和从业人员认证

100. 环保部颁布的《建设项目环境影响评价资质管理办法》针对提供环评服务的机构提出了具体的资质和管理要求。环保部定期审查所有认证机构的资质和绩效，并相应地中止、降级或取消资格。

101. 环保部还通过环境影响评价工程师职业资格登记系统约束开展环评工作的个人。提供环评服务的个人必须通过专业考试才能登记成为环评工程师。包括职业道德和技术背景在内的执业资质由环保部定期审查。

环境评价报告书编制和审批

102. 环境评价报告书由建设单位负责编写。建设单位委托有资质的独立环评机构根据适用法律法规、政策、环境技术规范和相关标准编制环境影响报告书。环评技术指南是编制环境影响报告书的技术基础之一；结果导向型项目侧重医疗废物的管理，这也是环保局评审的重点。针对辐射风险，要由有资质的机构开展辐射影响评估，专门编制评估报告。

103. 环评审批职能分解到各级政府。审批机构为环保部或地方（省、市或县）环保局，具体取决于开展活动、项目建议书审批层级以及环境敏感度。

104. 在结果导向型项目中，针对医疗卫生机构新建或改建小型医疗设施或新建医院的环评将由区/县一级的环保局负责管理，射线装置采购的环评需经省环保厅批准。市环保局只负责审批产生严重污染或跨区/县的项目。结果导向型项目中，除三类放射性同位素的采购和使用外，预计没有其他活动需要市环保局审批。

105. 区/县环保局或省环保厅受理环评报告书后，将发布公告，启动审查程序，并将报告全文公开征求公众意见。相反，环境影响报告表和环境影响登记表无需公共参与和信息公开。环境影响评价由环保局组织独立专家组进行审查。这些专家从环保局建立的专家库中选出；专家组通常有至少三位专家组成。通过专家组审查后，省环保厅或区/县环保局将颁发最终批准文件。

验收

106. 环评文件获批后，项目单位要确保落实环评报告中提出的各项措施。在建设阶段，施工单位要采取措施减缓环境影响，项目单位和监理工程师负责监理。项目完工后，由审批环评报告书的环境主管部门进行强制性的环境验收。只有在环境验收合格（此外还有针对工程质量、安全和职业健康的其他强制性验收）后，项目才能正式投入运行。

107. 建设施工阶段，地方环保局（通过其监督执法部门，通常称为环境执法队）可对项目开展现场督导。

环境影响评价过程与结果导向型项目

108. 根据《建设项目环境影响评价分类管理名录》（环保部，2015），以下结果导向型项目支持的活动有可能产生需要启动环境影响评价进程的影响（表 4-1）。

表 4-1：按照中国环保监管制度划分的结果导向型项目支持活动环评类别

| 活动 | 完整的环境影响报告书 | 环境影响报告表 | 环境影响登记表 |
|--------------------------|--------------|---------------|---------|
| 新建或改建小型设施，如标准影像中心、消毒供应中心 | √（若设施位于敏感地区） | √（若设施位于非敏感地区） | √ |
| 新建社区医疗中心或站点 | | √（全部） | |
| 新建医院 | √（全部） | | |
| 采购使用一类射线装置 | √ | | |
| 采购使用放射性同位素以及二类三类射线装置 | | √ | |

109. 根据环境主管部门的分类⁵，区/县环保局负责管理结果导向型项目支持的土建工程和设备（射线装置或放射性同位素除外）相关项目类型的环境影响评价。此外，随着中国环境影响评价和程序改革的持续推进，环境影响评价审查和批准可能会发生变化。例如，在过去，环境影响评价登记表必须由 EPB 进行审查与批准，但考虑到此类活动的环境影响微乎其微，因此现在只需进行登记。另外，为简化流程，将 EIA 审查和批准的权利进行了下放。省环保厅负责管理一类和二类放射性同位素和射线装置采购与使用的环境影响评价，三类放射性同位素由市环保局负责管理。

⁵ 当前环境机构的分类正处于权力下放过程中，环境与社会体系评价报告中的信息恰好反映了其编制过程中环境机构的最新变化。

4.2.2. 卫生项目的医疗废物管理

医疗废物管理指南

110. 为推动落实《医疗废物管理条例》（2003），卫生部于 2015 年出台了《医疗废物管理条例实施细则》。《细则》对以下五个方面做出了规定：

- (i) 医疗卫生机构内部各科室医疗废物的分类、收集、标识要求；
- (ii) 各科室和临时存放间的医疗废物管理制度要求，以及从各科室到临时存放间的运送要求；
- (iii) 医疗机构内部以及处置中心之间医疗废物运送和登记要求；
- (iv) 医疗废物管理循环内医疗废物泄漏事故的紧急情况减缓措施；
- (v) 分类、收集、运送和临时存放过程中对工人提供的职业健康与安全保护。

医疗废物内部管理制度

111. 地方卫生局负责就上述五个方面为定期为医疗卫生机构职工提供培训。通常情况下，卫生局会委托一家经过认证的机构开展培训，培训后向医疗卫生机构职工发放证书，表明该职工有资格应对上述方面的问题。

112. 医疗卫生机构院长对机构内建立和完善医疗废物、传染防控和环境保护内部管理制度负有最终责任；副院长负责医疗废物的日常管理。

113. 医疗卫生机构各科室中均会制定一位护士或护士长负责医疗废物的分类、收集、标识、运送和记录。这位护士或护士长将由从卫生局拿到培训证书的职工提供培训。医疗卫生机构通常会委托一家经过认证的公司帮助打扫病房和厕所，以及收集、分类和运送医疗废物。该公司的工人定期接受公司和医疗机构的培训。

114. 各个医疗卫生机构内部建立了传染防控科，负责传染防控，包括针对医疗废物管理的培训和日常检查。

115. 各个医疗卫生机构还设有后勤科室，负责向各科室提供塑料袋、消毒液、手套和利器盒等防护器具和材料；但防护器具和材料的费用由各科室自行承担。

4.2.3. 职业健康与安全辐射管理

职业健康与安全综合管理

116. 本项目下，所有可能导致职业病的工程或结构的新建、扩建和改建都需要编写职业健康与安全预评估报告。

117. 《职业病分类和目录》中可查找到项目的相关职业病。在 HCF 日常工作中存在以下风险，即，治疗室和实验室的运行可能会导致部分职业病，如化学品中毒、皮肤病、传染病、烧伤、辐射等。

118. 职业健康和安全预评估报告将由地市级以上层级卫生局负责审批。卫生局将从专家库中遴选专家，对报告和防护设施/措施的充足性进行审查。

119. 新建工程完工后，项目单位/开发单位将向县级以上卫生局提交职业健康和安全设施与制度验收申请，之后相关工程或结构才能获批正式投入运营。

119. 根据有关法律法规，政府部门必须建立并审查职业健康与安全内部制度。该制度包括关于防火、职业病（传染病、辐射、化学中毒、皮肤病等）预防与控制的程序、制度安排、报告机制、资料编制和培训计划。

120. 由医疗卫生机构的负责人对组织、监测和监督职业健康与安全内部制度的实施负总责。此外，对该制度的预算支持也由医疗卫生机构的负责人负责。

医疗辐射风险管理

121. 在医疗设施日常运营中，辐射风险管理受到特别关注。医疗放射性设备、放射性药物和辐射源的管理有明确的程序和制度。一般情况下，医疗卫生机构需要向省级环保局提交放射性诊断和治疗申请。收到省环保局颁发的许可证后，医疗卫生机构将聘请经认证的第三方机构为其即将购买和使用的放射性设备、放射性同位素或

放射性药物准备环境影响评价。环境影响评价是按照辐射环境保护管理技术导则进行的，重点是影响预测、选址、屏蔽、健康与安全、减缓措施、监测和培训计划。医疗卫生机构只有在通过环境影响评价审核后，才可开始设计、施工和采购。

122. 对于放射性设备，需在安装前雇用经过认证的第三方公司进行职业健康和安全初步评价，并需通过审核。此外，环保局还进行检查，并发放试点运行许可证。医疗卫生机构还需要在卫生局和环保局更新放射性治疗许可证和辐射安全许可证的记录。安装完成后，需在 3 个月内聘请经过认证的第三方公司进行职业健康与安全有效性评价。同时，环保局进行环境验收检查。在这两者均通过审核后，医疗卫生机构可以开始正式运行设备。

123. 在运行放射性设备或同位素/治疗之前，医疗卫生机构的医疗卫生工作人员/员工必须接受卫生局的培训。在完成培训并通过考试后，医疗卫生工作人员/员工将被颁发放射性诊断操作人员资格证。

124. 在本结果导向型项目实施期间，工作人员/员工将继续接受至少每年一次的定期培训。培训记录将保存在医疗卫生机构，由卫生局查核。必须为操作人员/员工安排体检，并向其提供用于监测个人辐射剂量的日常便携式设备，相关记录将在医疗卫生机构永久保存。数据将由县级卫生局通过省、市级卫生局提交给卫生部。

125. 放射性设备和工作间的年度监测及其核查必须由经过认证的第三方公司进行，并编制检查报告，以供有关责任部门进行年检。

126. 放射性设备即将停止使用时（辐射强度太低，无法满足治疗用途），必须先走医院内部程序。首先由环保局测试辐射源；然后，医院向当地公安局申请辐射源运输许可。得到批准后，辐射源供应商（通常是生产厂商）派人员和车辆收集辐射源并开具凭证。然后，医院在环保局和卫生局更新相关信息，完成整个流程。停止使用的医疗放射性设备在去除辐射源后通常不会造成健康风险。

4.2.4. 环境、健康和安全措施实施监督

127. 在医疗卫生机构和医疗废物处置企业的正常运营期，企业的职业健康和安全制度绩效检查时地方政府、医疗卫生机构以及医疗废物处置企业的关注重点。此类

检查包括企业管理层和工会开展的经常性检查，以及环境或卫生部门开展的定期性检查。县级环保局负责就县级或以下医疗卫生机构医疗废物和辐射防护管理的环境绩效开展监督和检查；如环评报告书提交给省级或市级环保局审批，则由省级或市级环保局对其监督检查。县卫生局负责监督县级或以下医疗卫生机构医疗废物管理整个过程的传染病防控，省级或市级卫生局通常对市级或以上医疗卫生机构的医疗废物管理制度绩效进行监督。安全生产局负责对工业企业的职业健康管理，如处置中心进行监控与监督。

128. 卫生局和环保局会对医疗卫生机构的环境、健康与安全开展定期的现场检查。检查重点放在职业健康保障、操作人员证书、培训实施和人为剂量监测、辐射保障措施的实施以及法律法规的履行。环保局检查重点关注对社区的辐射影响，并会每年开展至少一次的辐射监控。

129. 通常来说，卫生局和环保局在开展定期检查后会出具医疗卫生机构/医疗废物处置中心环境、健康和安全评分报告或记录。如果医疗卫生机构/医疗废物处置中心的健康和安制度在检查中被发现问题，在企业纠正问题并被环保局或卫生局验收合格前，环保局或卫生局有权暂停甚或终止医疗卫生机构/医疗废物处置中心的运营。

4.2.5. 项目层面上环境、健康和安法律制度实施总结

130. 从制度安排来看，医疗卫生部门的相关法律法规明确界定了下述机构的职责，并要求在相关活动的设计、建设和运营阶段提供以下文件/信息，详见下表 4-2。此种安排确保政府主管部门能够对项目的主要环境、健康和安关切实行全面审查和有效控制。

表 4-2: 机构职责及所需信息

| 医疗卫生机构的环境、健康和安问题 | 机构 | 法律/法规要求的文件/信息 |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 医疗废物和医疗废水 | <ul style="list-style-type: none"> • 省卫计委负责监督医疗废物管理整个过程中的传染病防控工作。 • 环保局负责监督控制医疗废物管理整个过程中的环境污染，包括审查批准环评文件； | <ul style="list-style-type: none"> • 环评文件将由医疗卫生机构编制，其中包括对医疗废物及相关减缓措施影响评估、制度安排、培训计划以及监测计划； |

| 医疗卫生机构的环境、健康和安全问题 | 机构 | 法律/法规要求的文件/信息 |
|--|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> 医疗卫生机构只负责管理机构内医疗废物相关的环境、健康和安全问题。通常来说，这些问题的日常管理由医院传染病控制科具体负责。 | <ul style="list-style-type: none"> 医疗卫生机构要与医疗废物处置公司签订合同，这是环保局审批环评文件的前提条件。 环境设施验收报告将由医疗卫生机构编写，在机构投入运营前提交环保局审批； 环保局或卫计委就医疗卫生机构内部医疗废物管理制度的绩效定期开展现场监督并做出相应记录。 |
| <ul style="list-style-type: none"> 对社区造成的辐射 | <ul style="list-style-type: none"> 若项目中需要购置射线装置或涉及放疗业务，则环保局负责监督控制射线装置和放射性同位素整个周期的放射性污染，要求医疗卫生机构编制环境影响报告书并提交省环保厅审批，之后省环保厅会发放射线设备运行或放射性同位素使用证书。 医疗卫生机构负责编制并提交辐射污染环境报告书，确保射线装置和放射性同位素相关结构/建筑物的设计和建设中采取相关技术规范 and 标准。 | <ul style="list-style-type: none"> 环评文件由医疗卫生机构负责编制，省环保厅进行审查/批准； 放射诊断和放疗许可由环保局发放； 放射防护设施验收报告由省环保厅审批； 环保局就医疗卫生机构内部辐射管理制度的绩效定期开展现场监督并做出相应记录。 |
| <ul style="list-style-type: none"> 交通拥堵与安全，施工安全，灰尘，噪声，普通废物和废水 | <ul style="list-style-type: none"> 环保局负责监督控制环境问题，审查批准环评文件； 医疗卫生机构负责编制环评文件，落实减缓措施。 交通拥堵与安全及施工安全被视为社会问题，但通常不会纳入环评文件。 | <ul style="list-style-type: none"> 环评文件由医疗卫生机构负责编制，环保局进行审查/批准。 |
| <ul style="list-style-type: none"> 医疗废物和辐射相关的职业健康和安 | <ul style="list-style-type: none"> 卫计委负责对医疗卫生机构内的传染病进行监督和控制； 安全生产局负责对工业企业内的传染病进行监督与控制； 医疗卫生机构和工业企业负责建立和运行职业健康与安全防护制度，包括培训、监测以及防护性器具的提供。 | <ul style="list-style-type: none"> 职业健康和安全预评估报告由医疗卫生机构/工业企业编制，卫生部门进行审查和批准。 |
| <ul style="list-style-type: none"> 防火 | <ul style="list-style-type: none"> 公安部门负责防火工作的监督管理； 医疗卫生机构负责其域内的防火工作，包括确保将防火措施纳入防火设施的设计和定期检查，以及防火演练。 | <ul style="list-style-type: none"> 公安部门负责验收防火设施/设备，验收合格后向医疗卫生机构发放运营许可。 |

| 医疗卫生机构的环境、健康和安全问题 | 机构 | 法律/法规要求的文件/信息 |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 医疗废物运送和处置 | <ul style="list-style-type: none"> • 省卫计委负责医疗废物运送和处置阶段的传染病监督和管理； • 省环保厅负责该过程中的环境污染监督管理，包括烟气、飞尘、废水和废渣； • 医疗废物处置设施及运送车队的所有者/经营者负责确保相关设施正常运行，保证环境达标，并为职工和工人提供职业健康与安全防护。 | <ul style="list-style-type: none"> • 处置和运送项目业主单位负责编制环评文件，交由环保局审批； • 环境安全评估报告为一份独立文件，由项目业主单位编制，环保局审批； • 环境验收报告由业主单位编制，并在处置设施投入运行前由环保局进行审查； • 出水数据实行在线监测并报告给环保局； • 烟气二噁英⁴监测报告由处置机构管理层负责编制，每年编制一次，交由环保局审查； • 环保局保留处置设施环境绩效的定期监督记录。 |

4.3. 项目环境管理制度的机构能力及绩效

131. 根据对结果导向型项目活动开展的环境和社会影响筛查以及对适用管理制度的分析，环境管理涉及的主要利益相关方包括各级卫生计生委（卫生局）、环保局以及医疗废物处置机构。本节基于现场考察及与利益相关方的沟通，讨论了各个机构及其表现。

4.3.1. 医疗废物管理

132. 两个省份的医疗卫生机构都建立了医疗废物分类制度及医院废物管理计划，并不定期提供培训。当地卫生局和卫生监督站对医院内部医疗废物管理的效果和绩效开展定期监督。在医疗废物的运送和处置方面，注意到各个地市都有一家经过认证的公司为整个城市提供服务。处置设施（焚烧厂）采用了现代焚烧技术和大气污染防治制度，当地环保局对其实行密切监测。每个城市均设有一处集中的医疗废物处置中心，市政管理局对其开展定期的现场检查 and 排放监测。样本排放监测报告要接受审查，监测结果要满足适用的排放标准。

⁴ 烟气二噁英不能使用在线传感器监测，因此处置机构管理层会委托一家经过认证的实验室对二噁英进行采样分析。

133. 任务小组分别考察了福建和安徽两省的两家处置中心。两家处置中心采用相似的技术过程，即热解焚烧、烟气处理技术，一次和二次燃烧，确保二次燃烧室的温度要有2秒钟至少达到1200°C，以便处置遗传毒性或细胞毒性废物，去除二噁英。烟气从燃烧室出来后经过碱洗塔降低温度，去除其中的硫氧化物和氮氧化物；之后使用袋滤捕尘室去除粉尘。按照省环保厅的要求，在堆栈安装在线传感器，将数据传输给省环保厅以及处置中心设在本地的监测控制站。传感器每年由经过认证的第三方公司进行校准。认证实验室每年对二噁英进行采样分析，分析报告现场留存，环保厅每年检查一次。另外还了解到，这些中心的医疗废物收集车队安装了GPS装置，中心可进行对其监督。

134. 下文简要介绍了基于现场考察对机构绩效的评估情况：

- 结果导向型项目实施层面涉及环境、健康和安全管理的政府部门清楚根据法律法规界定的自身职责。这些部门都独立于医疗卫生机构。医疗卫生机构或废物管理及处置机构委托专业化机构编写环境影响报告书等文件，或提供法律法规和管理程序所需的信息；
- 政府部门的技术能力主要依靠专家组，尤其负责审查相关文件的技术细节，并提出初步意见供政府部门做出决策；
- 在执法方面，相关政府部门定期开展检查或监督，具体记录或意见会反馈给医疗卫生机构和医疗废物处置中心。
- 医疗卫生机构的环境评价非常重视医疗废物和减缓措施，这些方面也是环保局审查的重点。另外，医疗卫生机构与医疗废物处置机构签订的合同应与环评文件一道提交环保局审批；没有合同，环保局拒收环评文件；
- 只有需要编写完整环境影响报告书的项目才需要满足公共参与和信息公开要求。对于此类项目，环保局要求在其网站上对环境影响报告书全文公开。其他相关环境文件，如职业健康和安全预评估报告、环境安全评估报告等，都不需要公共参与和信息公开。
- 环保局建立了申诉补偿制度，由下设环境执法队负责监督并响应公众的申诉；
- 环保局和卫生局定期对医疗废物处置中心开展常规督导和检查，两家单位通常实行联合督导检查。视评估情况，检查结果在网站上公布。卫生局通常委托

同级卫生监督站开展现场督导。卫生监督站是政府预算单位，人员配置充足；但各地督导和检查工作的质量却存在差异。在安徽省，此类督导通常依靠督导检查组人员的个人经验和知识，省市两级人员经验和知识丰富，而县级以下相对薄弱。由于全省医疗卫生机构为数众多，省环保厅和卫计委只能选择性地针对大型医疗卫生机构，如三甲医院，开展医疗废物管理督导检查。县级环保局和卫计委负责督导县级及以下层级的所有医疗卫生机构，对县环保局和卫计委的能力构成较大挑战。

- 在安徽省，县级或以上层级医疗卫生机构的医疗废物收集可以保证，而乡镇以下层级的收集工作并不充分。乡级及以下层级医疗卫生机构距离医疗废物处置中心较远，收集工作达不到要求。县级或以上层级医疗卫生机构要在省环保厅登记自身产生的医疗废物数量，但对乡级及以下层级的医疗卫生机构却没有此种要求。安徽省一直在努力提高乡级及以下层级医疗卫生机构的收集率。福建省也面临着相同的挑战，距离处置中心较远的医疗卫生机构也存在着医疗废物收集频率不够的问题。2016年，福建省卫生局和环保局共同出台了小型医疗卫生机构医疗废物集中收集和处理行动计划。在福建省，医疗废物将通过电单车从村卫生室运送到乡镇卫生院进行短暂储存，乡镇卫生院将按照每批医疗废物十元的价格付款给村卫生室。同时，指定乡镇卫生院的一名工作人员对从村卫生室运送来的医疗废物收集与运输进行检查与监督，县级卫生局将为该技术人员提供技术指导。然而，由于缺乏资金，乡镇卫生院的暂存室不具有容纳该类医疗废物的充足能力。

- 各医疗卫生机构都建立了医疗废物管理以及职业健康与安全内部制度，并成立了传染防控科负责院内的日常管理，例如培训、提供防护性器具，督导和存档，另外每个运营科室还专门指派了负责质控的护士在整个认证过程中进行把关。但任务小组通过现场走访发现，各个医疗卫生机构的医疗废物管理绩效也有差别。总体来说，较高层级医疗卫生机构（如三甲医院）的表现可圈可点，而县乡两级的医疗卫生机构尚需改进。例如，在较高层级的医疗卫生机构，护士站必须配置利器盒并要在推车中使用利器盒，护士拔掉针头和处理废物时要使用乳胶手套；而基层医疗卫生机构的护士在拔掉针头和处理废物时，通常使用的是比乳胶手套便宜很多的PE手套。基层医疗卫生机构的传染控制科也有待

加强。部分县乡层级医疗卫生机构在这个方面的人员配置和预算都有缺口，培训和监督也不到位。医院院长应确保为此划拨充足的人力财力资源。

- 某些情况下，医院医疗废物和材料的处理外包给一家经过认证的承包方（如清洁队）。不同层级医疗卫生机构聘请的承包方绩效也不一而同。在较高层级的医疗卫生机构中，承包方的表现令人满意。医疗废物根据法规分类包装，废物包进行标识和称重。清洁队每天接受包装好的废物都要记录在案。垂直运送使用专门的垃圾运送电梯，运送路线的设计中将存放室位于医院后门附近，避免与来访者接触。在县乡两级医疗卫生机构，医疗废物有时没有密封包装或加贴标识；临时存放间的设计不足，通风、清洗、消毒以及防鼠等方面都存在问题。
- 各医疗卫生机构建设了医疗废水处理站，使用一级强化工艺处理医疗废水，确保出水能够达到市政管网的排放标准。按照设计规范，设计建设了两条污水处理工艺线。在省市层级的医疗卫生机构，医疗废水处理站排放口安装了在线监测设备，出水数据分别传输给环保局和卫计委。在县乡层级医疗卫生机构，院内人员对出水进行单次采样，之后送到地方的认证实验室进行分析。环保局进行督导时会检查分析报告。但如果采样培训不到位，且运送样本时间较长，因此检测结果的价值也有待商榷。另外，较低层级医疗卫生机构的废水处理设施是按照国家规定设计，但污泥处理常常也存在隐患。但产生的污泥量很小，所以这个问题尚不构成很大的风险。
- 安徽福建两省的每个城市都建设了一个医疗废物处置中心，实行特许经营。多数中心采用焚烧技术，只有少数几个使用高温蒸煮法。各中心还下设垃圾运送车队，从市辖范围内各处医疗卫生机构收集医疗废物，包括县、乡、村各级医疗卫生机构。在城市地区和交通便利地区，车队收集频率可以保证最多两天一次；但在偏远地区或交通不便的地区，医疗废物甚至一周收集一次都保证不了。如上所述，此类医疗卫生机构在医疗废物包装、处理以及临时存放间方面都不达标，收集不足的风险需要加以应对。
- 医疗处置中心向医院收取一些费用，但根据政府定的费率，这些费用通常很低，无法弥补成本。某些情况下，这个问题由医疗废物处置中心与医院协商解决。其他情况下，在某些地市由政府提供补贴，鼓励处置中心增加收集频次。

为提高收集率、增加收集频次，安徽省正在试点一种新的模式，即由环卫部门收集乡级或以下层级的医疗废物，在运送到县里的集中存放点。

- 医疗废物的接收记录在处置中心档案室备案，注明医疗机构的名称，日期，重量，以及垃圾收集车的车牌号。这些记录由省环保厅定期检查。

4.3.2. 辐射风险管理

135. 下文简要介绍了机构绩效的评估情况：

- 辐射影响与风险相关的资料、程序和能力已经到位。从医务人员和社区的辐射暴露问题来看，两个省份医疗卫生机构都配备了适当的防护性器具和遮挡物，另外还配备了可移动检测仪来监督和控制辐射泄漏。辐照设备的许可、安全使用、工作地点检测、维护、应急和适当淘汰等方面都有具体规定并接受监管。针对辐射污染废物，医院也已经出台了针对收集、分离、存放、包装、运送和最终处置的具体要求。
- 淘汰射线设备的管理遵循适用规定。使用者负责编制射线设备或放射性同位素淘汰环境评价报告，由省环保厅负责审批。还有使用价值的放射源按照放射性同位素和射线装置安全防护规定的要求转让给其他使用者。使用者将放射源归还给生产者、进口商或经过认证的存放机构。使用者要向省环保厅申请变更或注销辐射安全证书。
- 医疗废物管理相关机构已经建立，各机构职责也已明确界定；
- 政府部门有能力履行职责，即审查和批准、监督和检查，以及申诉赔偿；
- 审查批准和监督检查程序设计得当，确保实现职业健康和安全以及社区健康和安全的相關目标；
- 政府部门针对辐射的日常督导行之有效；
- 各医疗卫生机构均已建立了职工/工人辐射防护内部制度，运行效果令人满意。

4.4. 对照世行结果导向型项目政策和指令评估环境管理制度

136. 基于对国家环境、健康和安全制度的评估，任务小组认为中国的法律法规制度健全，合乎国际标准。法律、法规、指南、政策和标准构成的法律框架以及实施

机制涵盖了环境、健康和安全的方方面面。总的来说，该框架在原则和主要内容方面符合世行结果导向型项目政策和指令。法律框架为应对拟议结果导向型项目中可能出现的环境、健康和安全问题奠定了合理的基础。附件 2 简要介绍了结果导向型项目相关的国家环境管理制度与世行结果导向型项目政策及相关指令的对比。

4.5. 主要问题小结

137. 医疗废物处置和辐射风险评估显示了两个省份环境管理制度有效运行的潜在缺陷：i) 随着结果导向型项目活动推广到偏远贫困地区，费用高昂或执法不力等因素可能会造成医疗废物收集并运送到处置设施的工作不到位；ii) 基层（县级及以下）医疗卫生机构和卫生行政主管部门可能会因为人员、培训、监测或执法工具不足而受到限制；iii) 地市级环境执法制度（比结果导向型项目干预实施层级高出一个层级）可能不会采用系统性方法来定期核验医疗卫生机构和处置机构的环保达标情况。因此，应加强当前环境、健康和安全管理制度的落实，制度协调及能力建设，特别是基层单位（及县级以下）；地市和/或县级机构应加强能力，确保执法系统的适当绩效。

5. 社会影响管理体系及其绩效评价

5.2. 法律法规框架

5.2.1. 征地

138. 就征地拆迁的社会影响的管理而言，中国政府出台了一系列法律法规。其中《中华人民共和国土地管理法》和《国务院关于深化改革严格土地管理的决定》是规制中国征地制度最主要内容的基本法律依据。按照国家法律规定，安徽和福建两省也颁布了一系列征地政策和规定，包括补偿标准、安置措施、审批程序和信息披露，目的在于确保受影响人的原有生活水平不降低，其长远生计得到保障。下文扼要介绍了相关法律法规的主要规定。

139. **土地所有权和使用权。**中华人民共和国实行土地的社会主义公有制，即全民所有制和劳动群众集体所有制。城市市区的土地属于国家所有。农村和城市郊区的土地，除由法律规定属于国家所有的以外，属于农民集体所有；宅基地和自留地、自留山，属于农民集体所有（《中华人民共和国土地管理法》第二条和第八条）。

140. 为了公共利益的需要，依照法律规定的权限和程序可以征收集体所有的土地和单位、个人的房屋及其他不动产。征收集体所有的土地，应当依法足额支付土地补偿费、安置补助费、地上附着物和青苗的补偿费等费用，安排被征地农民的社会保障费用，保障被征地农民的生活，维护被征地农民的合法权益。征收单位、个人的房屋及其他不动产，应当依法给予拆迁补偿，维护被征收人的合法权益；征收个人住宅的，还应当保障被征收人的居住条件。（《中华人民共和国物权法》第四十二条）。

141. 农村土地承包，妇女与男子享有平等的权利。承包中应当保护妇女的合法权益，任何组织和个人不得剥夺、侵害妇女应当享有的土地承包经营权。承包期内，发包方不得收回承包地。承包期内，发包方不得调整承包地。（《中华人民共和国农村土地承包法》第六条、第二十六条、第二十七条）。

142. **关于征地补偿标准的规定。**征收土地的，按照被征收土地的原用途给予补偿。征收耕地的补偿费用包括土地补偿费、安置补助费以及地上附着物和青苗的补偿费。

征收耕地的土地补偿费，为该耕地被征收前三年平均年产值的六至十倍。征收耕地的安置补助费，按照需要安置的农业人口数计算。需要安置的农业人口数，按照被征收的耕地数量除以征地前被征收单位平均每人占有耕地的数量计算。每一个需要安置的农业人口的安置补助费标准，为该耕地被征收前三年平均年产值的四至六倍。但是，每公顷被征收耕地的安置补助费，最高不得超过被征收前三年平均年产值的十五倍（《中华人民共和国土地管理法第四十七条》）。

143. 县级以上地方人民政府要采取切实措施，使被征地农民生活水平不因征地而降低。要保证依法足额和及时支付土地补偿费、安置补助费以及地上附着物和青苗补偿费。依照现行法律规定支付土地补偿费和安置补助费，尚不能使被征地农民保持原有生活水平的，不足以支付因征地而导致无地农民社会保障费用的，省、自治区、直辖市人民政府应当批准增加安置补助费。土地补偿费和安置补助费的总和达到法定上限，尚不足以使被征地农民保持原有生活水平的，当地人民政府可以用国有土地有偿使用收入予以补贴（《国务院关于深化改革严格土地管理的决定》第十二条）。

144. **关于被征地农民安置办法的规定。**县级以上地方人民政府应当制定具体办法，使被征地农民的长远生计有保障。对有稳定收益的项目，农民可以经依法批准的建设用地土地使用权入股。在城市规划区内，当地人民政府应当将因征地而导致无地的农民，纳入城镇就业体系，并建立社会保障制度；在城市规划区外，征收农民集体所有土地时，当地人民政府要在本行政区域内为被征地农民留有必要的耕作土地或安排相应的工作岗位；对不具备基本生产生活条件的无地农民，应当异地移民安置（《国务院关于深化改革严格土地管理的决定》第十三条）。

145. 被征地农民安置途径可选择下列安置途径：（1）农业生产安置。征收城市规划区外的农民集体土地，应当通过利用农村集体机动地、承包农户自愿交回的承包地、承包地流转和土地开发整理新增加的耕地等，首先使被征地农民有必要的耕作土地，继续从事农业生产。（2）重新择业安置。应当积极创造条件，向被征地农民提供免费的劳动技能培训，安排相应的工作岗位。在同等条件下，用地单位应优先吸收被征地农民就业。征收城市规划区内的农民集体土地，应当将因征地而导致无地的农民，纳入城镇就业体系，并建立社会保障制度。（3）入股分红安置。对有长

期稳定收益的项目用地，在农户自愿的前提下，被征地农村集体经济组织经与用地单位协商，可以以征地补偿安置费用入股，或以经批准的建设用地土地使用权作价入股。农村集体经济组织和农户通过合同约定以优先股的方式获取收益。（4）异地移民安置。本地区确实无法为因征地而导致无地的农民提供基本生产生活条件的，在充分征求被征地农村集体经济组织和农户意见的前提下，可由政府统一组织，实行异地移民安置（《关于完善征地补偿安置制度的指导意见》第二条）。

146. **关于征地信息公示的规定。**在征地过程中，要维护农民集体土地所有权和农民土地承包经营权的权益。在征地依法报批前，要将拟征地的用途、位置、补偿标准、安置途径告知被征地农民；对拟征土地现状的调查结果须经被征地农村集体经济组织和农户确认；确有必要的，国土资源部门应当依照有关规定组织听证。要将被征地农民知情、确认的有关材料作为征地报批的必备材料。要加快建立和完善征地补偿安置争议的协调和裁决机制，维护被征地农民和用地者的合法权益。经批准的征地事项，除特殊情况外，应予以公示（《国务院关于深化改革严格土地管理的决定》第十三条）。

147. 省、自治区、直辖市人民政府应当根据土地补偿费主要用于被征地农户的原则，制订土地补偿费在农村集体经济组织内部的分配办法。被征地的农村集体经济组织应当将征地补偿费用的收支和分配情况，向本集体经济组织成员公布，接受监督。农业、民政等部门要加强对农村集体经济组织内部征地补偿费用分配和使用的监督（《国务院关于深化改革严格土地管理的决定》第十五条）。

148. 行政机关应当及时、准确地公开政府信息。行政机关发现影响或者可能影响社会稳定、扰乱社会管理秩序的虚假或者不完整信息的，应当在其职责范围内发布准确的政府信息予以澄清（《中华人民共和国政府信息公开条例》第六条）。

149. 行政机关应当将主动公开的政府信息，通过政府公报、政府网站、新闻发布会以及报刊、广播、电视等便于公众知晓的方式公开（《中华人民共和国政府信息公开条例》第十五条）。

150. 各级人民政府应当在国家档案馆、公共图书馆设置政府信息查阅场所，并配备相应的设施、设备，为公民、法人或者其他组织获取政府信息提供便利。行政机

关应当及时向国家档案馆、公共图书馆提供主动公开的政府信息（《中华人民共和国政府信息公开条例》第十六条）。

151. **关于用地审批的规定。**需审批的建设项目在可行性研究阶段，由建设用地单位提出预审申请。需核准的建设项目在项目申请报告核准前，由建设单位提出用地预审申请。需备案的建设项目在办理备案手续后，由建设单位提出用地预审申请。未经预审或者预审未通过的，不得批准农用地转用、土地征收，不得办理供地手续（《建设项目用地预审管理办法》第五条、第十五条）。

152. 国家征收土地的，依照法定程序批准后，由县级以上地方人民政府予以公告并组织实施（《中华人民共和国土地管理法》第四十六条）。

表 5-1：与征地有关的主要法律法规

| 法律和法规 | 主要规定 |
|---|--|
| 《中华人民共和国土地管理法》，第 2 条和第 8 条：土地所有权与使用权的规定 | 中华人民共和国实行土地的社会主义公有制，即全民所有制和劳动群众集体所有制。城市市区的土地属于国家所有。农村和城市郊区的土地，除由法律规定属于国家所有的以外，属于农民集体所有；宅基地和自留地、自留山，属于农民集体所有。 |
| 《中华人民共和国物权法》，第 42 条：征地拆迁的规定 | 为了公共利益的需要，依照法律规定的权限和程序可以征收集体所有的土地和单位、个人的房屋及其他不动产。征收集体所有的土地，应当依法足额支付土地补偿费、安置补助费、地上附着物和青苗的补偿费等费用，安排被征地农民的社会保障费用，保障被征地农民的生活，维护被征地农民的合法权益。 |
| 《中华人民共和国农村土地承包法》，第 6 条，第 26 条及第 27 条 | 农村土地承包，妇女与男子享有平等的权利。承包中应当保护妇女的合法权益，任何组织和个人不得剥夺、侵害妇女应当享有的土地承包经营权。 |
| 《中华人民共和国土地管理法》第 47 条：征地补偿政策 | 征收土地的，按照被征收土地的原用途给予补偿。征收耕地的补偿费用包括土地补偿费、安置补助费以及地上附着物和青苗的补偿费。征收耕地的土地补偿费，为该耕地被征收前三年平均年产值的六至十倍。征收耕地的安置补助费，按照需要安置的农业人口数计算，但是，每公顷被征收耕地的安置补助费，最高不得超过被征收前三年平均年产值的十五倍。 |
| 《国务院关于深化改革严格土地管理的决定》第 12 条：完善征地补偿办法 | 县级以上地方人民政府要采取切实措施，使被征地农民生活水平不因征地而降低。要保证依法足额和及时支付土地补偿费、安置补助费以及地上附着物和青苗补偿费。依照现行法律规定支付土地补偿费和安置补助费，尚不能使被征地农民保持原有生活水平的，不足以支付因征地而导致无地农民社会保障费用的，省、自治区、直辖市人民政府应当批准增加安置补助费。 |

| 法律和法规 | 主要规定 |
|--------------------------------------|---|
| 《国务院关于深化改革严格土地管理的决定》第 13 条：妥善安置被征地农民 | 县级以上地方人民政府应当制定具体办法，使被征地农民的长远生计有保障。对有稳定收益的项目，农民可以经依法批准的建设用地土地使用权入股。在城市规划区内，当地人民政府应当将因征地而导致无地的农民，纳入城镇就业体系，并建立社会保障制度；在城市规划区外，征收农民集体所有土地时，当地人民政府要在本行政区域内为被征地农民留有必要的耕作土地或安排相应的工作岗位；对不具备基本生产生活条件的无地农民，应当异地移民安置。 |
| 《国务院关于深化改革严格土地管理的决定》第 14 条：健全征地程序 | 在征地过程中，要维护农民集体土地所有权和农民土地承包经营权的权益。在征地依法报批前，要将拟征地的用途、位置、补偿标准、安置途径告知被征地农民；对拟征土地现状的调查结果须经被征地农村集体经济组织和农户确认；确有必要的，国土资源部门应当依照有关规定组织听证。 |
| 《国务院关于深化改革严格土地管理的决定》第 15 条 | 省、自治区、直辖市人民政府应当根据土地补偿费主要用于被征地农户的原则，制订土地补偿费在农村集体经济组织内部的分配办法。被征地的农村集体经济组织应当将征地补偿费用的收支和分配情况，向本集体经济组织成员公布，接受监督。 |
| 《国务院关于深化改革严格土地管理的决定》第 16 条 | 政府应该在国家档案馆或公共图书馆设置政务信息查询处，配有必要的设施设备，方便公民、法人或其他组织查询政务信息。指定一个行政部门负责向国家档案馆或公共图书馆及时自愿披露政务信息。 |
| 《建设项目用地预审管理办法》第 5 条 | 需审批的建设项目在可行性研究阶段，由建设用地单位提出预审申请。需核准的建设项目在项目申请报告核准前，由建设单位提出用地预审申请。需备案的建设项目在办理备案手续后，由建设单位提出用地预审申请。未经预审或者预审未通过的，不得批复可行性研究报告、核准项目申请报告；不得批准农用地转用、土地征收，不得办理供地手续。 |

5.2.2. 可及性与公平性

153. “健康中国 2030 规划”的一个重要内容是建立并完善基本医疗保险制度及以基本医疗保险为基础，各种保险包括商业医疗保险为补充的医疗保障体系。主要是通过有效整合社会医疗保险，大病医疗保险，商业医疗保险和医疗救助制度从而到 2030 年建立起一个成熟的医疗保障制度。民政部及国务院在 2009 年和 2015 年颁发了关于进一步完善城乡医疗救助制度的通知⁵。医疗救助制度依据低收入人群对医疗

⁵ 关于进一步完善城乡医疗救助制度的意见 (民发〔2009〕81 号)；国务院办公厅转发民政部等部门关于进一步完善医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救助工作意见的通知 (国办发〔2015〕30 号)。

费用的负担能力及他们实际的医疗费用为他们提供额外的经济补偿从而确保他们能够获得最基本的医疗服务。医疗救助制度有稳定的筹资来源，依据有关管理办法运行，效果良好。

154. 中国已经建立起覆盖城乡居民的基本医疗保险制度。城镇企业职工基本医疗保险是城镇地区职工的强制医疗保险，费用由用人单位及职工个人共同负担，可报销门诊、住院及在定点药店费用。没有参加城镇企业职工基本医疗保险的城镇居民可以参加城镇居民基本医疗保险，该制度通过个人缴费和政府补助筹资。而农村居民则以家庭为单位，自愿参加新型农村合作医疗，该制度也是通过个人缴费和政府补助筹资。对于城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗制度，政府都发挥着重大的筹资作用。这三个基本医疗保险制度都依据有关规定建立了针对住院费用及特定疾病的门诊治疗费用的统筹基金，有不同的起付线，报销补偿比例及自付比。那些负担不起基本医疗保险保费或保险自付费用部分的人可以享受城乡医疗救助制度的补助，从而为中国的几个基本医疗保险制度提供一个社会安全网。医疗救助制度通过多渠道筹资包括政府补助及公共捐助来确保贫困人口最基本的就医需求能够得到满足。截止到 2012 年底，城镇企业职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新农合的参保人数分别达到 2.65 亿，2.72 亿和 8.05 亿，占全国总人口的 95.7%。医疗保险制度的扩面极大改善了医疗服务的可及性，譬如，由于经济负担过重而过早出院的患者比例从 2003 年的 63.6% 降到了 2011 年的 28%。政府持续加大对基本公共卫生服务的投入同样也提高了基本公共卫生服务的可及性。例如，孕妇产前检查比例从 2003 年的 43.2% 上升到 2011 年的 62.8%，且住院分娩率从 2003 年的 73.3% 上升到 2011 年的 95.8%。

155. 政府致力于通过两个主要制度让贫困人口能够享受基本医疗服务并减少家庭就医的经济负担：(i) 医疗救助制度；及 (ii) 重大疾病保险。

- 医疗救助制度：2003 年开始实施，已经在全国推行。该制度主要针对领取最低生活保障的家庭及贫困个人。医疗救助制度旨在减轻贫困人口因患大病而带来的经济负担。制度为目标人群提供两方面的补助：(1) 提供社会医疗保险的缴费补贴；(2) 对患者慢病、门诊大病及住院服务医疗费用自付部分的大部分进行再次

报销（即社会医疗保险报销后患者需个人负担的那部分费用）。医疗救助制度主要是由地方运行管理，地方政府可以酌情决定制度的设计与实施安排。安徽及福建省都依据中央政府的指导意见建立了本地的医疗救助制度。

- 重大疾病保险：重大疾病保险试点是在 2009 年开始实施，2015 年在全国推广。主要是为患者远远超过基本医疗保险制度封顶线的医疗费用提供报销。这个政府支持的保险制度旨在与解决因病致贫的问题。现在 16 家保险公司提供覆盖 605 种重大疾病的保险，为众多因就医而面临巨大经济负担的患者提供了很大帮助。截止到 2016 年 9 月，重大医疗保险的参保人数超过了 10.5 亿。一旦得以成功实施，除了用人单位为他们提供大病保险的公务员，军人及企业职工，重大医疗保险将覆盖所有其他城乡居民。

156. 就医疗服务的供方而言，本结果导向型项目支持的活动包括强化服务提供能力，尤其是对于县级及以下医疗机构。通过促进各类社会医疗保险制度的整合，并辅以医疗救助制度和大病医疗保险，以及改进基本医疗服务的提供，尤其是在贫困农村地区，该以结果为导向贷款项目应该能够提高卫生服务对弱势群体的可及性。

5.2.3. 公众参与

157. 鼓励公众参与医疗卫生改革的法律框架体现在以下三方面。一是对政府信息公开提出了总体要求。《中华人民共和国政府信息公开条例》规定，“行政机关应当及时、准确地公开政府信息。当行政机关发现影响或者可能影响社会稳定、扰乱社会管理秩序的虚假或者不完整信息时，应当在其职责范围内发布准确的政府信息予以澄清”（《中华人民共和国政府信息公开条例》第六条）；此类信息应“通过政府公报、政府网站、新闻发布会以及报刊、广播、电视等便于公众知晓的方式公开（第十五条）”；“各级人民政府应当在国家档案馆、公共图书馆设置政府信息查阅场所，并配备相应的设施、设备，为公民、法人或者其他组织获取政府信息提供便利。行政机关应当及时向国家档案馆、公共图书馆提供主动公开的政府信息”（第十六条）。

158. 二是通过试点城市医疗卫生改革该项目采取的措施促进公众参与，包括向当地居民特别是弱势人群发布更透明信息、实现公共医疗卫生服务咨询全覆盖等。三是对于有具体投诉的公众，可通过各县设立的申诉和信访机构提出投诉。虽然此类

机构并非专门为本项目设立，但提出的相关问题或事项可随时引起地方医疗卫生改革主管部门的重视。

5.2.4. 少数民族

159. 在中国至少有 400 部针对少数民族的法律法规，阐述了有关少数民族的法律要求及规定。这些法律法规涉及少数民族生活的方方面面，从政治代表、文化保护到经济发展。所有这些立法都旨在与在一些情况下促进为少数民族实施优惠政策或在有些情况下保证他们享受与其他民族一样的同等待遇。但是《中华人民共和国宪法》及《中华人民共和国民族区域自治法》是基本法，确立了后来立法的框架，具体内容总结如下：

表 5-2： 涉及少数民族的主要法律法规

| 法律与法规 | 主要规定 |
|------------------|---|
| 《宪法》 | 中华人民共和国各民族一律平等。国家保障各少数民族的合法的权利和利益，维护和发展各民族的平等、团结、互助关系。禁止对任何民族的歧视和压迫，禁止破坏民族团结和制造民族分裂的行为。国家根据各少数民族的特点和需要，帮助各少数民族地区加速经济和文化的发展。各少数民族聚居的地方实行区域自治，设立自治机关，行使自治权。各民族自治地方都是中华人民共和国不可分离的部分。各民族都有使用和发展自己的语言文字的自由，都有保持或者改革自己的风俗习惯的自由。 |
| 《中华人民共和国民族区域自治法》 | 《中华人民共和国民族区域自治法》强调民族自治区域居民的权益，最为重要的内容如下：i) 上级国家机关的决议、决定、命令和指示，应该适合民族自治地方的实际情况； ii) 国家在民族自治地方开发资源、进行建设的时候，应当照顾民族自治地方的利益，作出有利于民族自治地方经济建设的安排，照顾当地少数民族的生产和生活。国家采取措施，对输出自然资源的民族自治地方给予一定的利益补偿； iii) 任何组织和个人在民族自治地方开发资源、进行建设的时候，要采取有效措施，保护和改善当地的生活环境和生态环境，防治污染和其他公害。 |

5.3. 社会管理制度的实施

5.3.1. 征地实践

160. 中华人民共和国实行土地的社会主义公有制，即全民所有制和劳动群众集体所有制。城市市区的土地属于国家所有。农村和城市郊区的土地，除由法律规定属

于国家所有的以外，属于农民集体所有；宅基地和自留地、自留山，属于农民集体所有。为了公共利益的需要，依照法律规定的权限和程序可以征收集体所有的土地和单位、个人的房屋及其他不动产。征收集体所有的土地，应当依法足额支付土地补偿费、安置补助费、地上附着物和青苗的补偿费等费用，安排被征地农民的社会保障费用，保障被征地农民的生活，维护被征地农民的合法权益。当征收单位或个人的房屋或其他不动产时，须依据有关法律提供拆迁补偿并保障财产被征收的业主的合法权益。如果被征收的房产为居住用房，需要保障房产被征收的业主的居住条件。且依据有关法律法规的规定，已经建立了管理征地程序的一套制度。这些法律法规包括中央层面国土资源部出台的法规，各省国土资源厅以及地市一级的国土资源管理局出台的条例还有乡镇一级土地管理局出台的规章。这些机构在各级政府行政级别承担着土地使用规划和土地使用管理的职能，包括国家建设用地征地程序的管理。

161. 就征地可能产生的潜在社会影响而言，当前的法律框架明确规定了投资项目征地的审批流程以及征地流程的管理。项目用地未经预审的，不得核准项目申请报告。有关条例的一个重要要求是建设项目审批，核准之前，国土资源管理部门（省或中央一级）依法对建设项目用地事项进行审查。如果建设项目未经预审，不得批准农用地转用建设用地。一旦预审通过，可以开始征地流程。为了管理征地可能带来的社会影响，当前法律规定了征地程序的主要步骤，包括要将拟征地的用途、位置、补偿标准、安置途径告知被征地农民；对拟征土地现状的调查结果须经被征地农村集体经济组织和农户确认；确有必要的，国土资源部门应当依照有关规定组织听证。

162. 在批准后，县国土资源管理局开始准备征地申请材料，递交上级政府审批。一旦被批准，在收到批复文件后 10 日内在被征地所在村范围内公告。在公告规定期限内，被征地的农村集体和个人持土地权属证书到当地人民政府土地行政主管部门办理征地补偿登记。依据征地方案及所登记的数据，县国土资源管理局拟定征地补偿安置方案，向被征地所在村披露。一旦支付了所有的补偿项，被征地村集体和个人应该将所征土地移交县国土资源管理局。

163. 所有各种类型的医疗机构建设项目，无论征地规模与类型，项目建设方都需在可行性研究阶段，通过有关各种审批，包括：当地发改部门对项目建议书的审批；国土资源管理部门的用地预审；及地方规划部门的土地规划许可证。项目建设方在履行了征地程序的所有手续后，才能获得项目建设用地。依据征地程序有关规定，在农村集体用地转为国有用地后，地方国土资源管理局负责为项目建设方办理供地手续。项目建设方在向地方政府支付土地出让金及有关税费后，会获得所征地块的土地使用证。县国土资源管理局在乡镇政府的辅助下负责具体征地程序，包括对拟征土地现状的调查结果，听证，征地补偿登记以及征地农民补偿金的发放。项目建设方可能并不了解征地地区补偿政策，补偿金的发放及安置方案的细节。

164. 通过与项目建设方的交流及实地考察我们发现各地基本上都遵守了上述的征地程序，所有拟征地区都发放了征地公告，开展了影响评价，公布中也公示了补偿标准。鉴于大部分拟建的医疗机构都处于县城的新开发区，补偿安置方案的标准往往高于省级规定。以安徽省天长市为例，两个刚刚完成征地程序的县医院建设项目的补偿标准远远高于省级规定。被征地农村地区有两种可选的补偿方案，一种是按照每亩 42000 元的标准进行现金补偿，另一种是现金补偿加上为村集体提供 5% 的建设用地。鉴于建设用地收益率高，实际补偿标准可能达到每亩 120000 元，是省级补偿标准的三倍多。在福建龙岩市两个县走访收集到的信息也证明这两个县的新县医院建设项目，如武平妇幼保健院和长汀汀州医院，及乡镇卫生院的建设和扩建，如长汀县河田镇乡镇卫生院及武平县下坝镇乡镇卫生院都严格遵守有关征地程序。

165. 依据实地考察所获得的信息（详情见附件 4）以及以前在该地区实施项目的经验，只要有关各方遵守征地程序，被征地人群的基本利益能够得到保障。我们的调查结果同样表明建设单位尽力避免拆迁或力图把拆迁规模降到最低，努力帮助失地人群改善或恢复生计，并提高生活水平。

166. 对于项目建设期间所需的临时用地，项目建设方没有依赖当地的国土资源管理局，而是直接和被征地所在村协商解决方案。临时用地的补偿标准往往是依据年农作物价值加上将所占土地恢复到原来状态所需费用。对于村集体所有土地，补偿直接发放给被征地所在村。而对于农户承包土地，补偿直接发放给被征地农户。

5.3.2. 其他社会事宜的管理

167. 关于公众参与，在审核选定试点城市医疗改革实施的基础上，有必要重点强调以下良好实践：（1）通过各种形式的媒体向公众广泛宣传医改的内容及细节；（2）医疗保障覆盖面扩大，尤其是对于弱势群体，面对面的宣传使得百姓更加了解基本的改革措施，基本医疗保险覆盖面的扩大，以及项目支持的其他改善医疗服务的措施；（3）县或乡镇医疗队定期考察当地，向各社区提供公共医疗服务，也为城乡居民提供了反应医疗服务的问题的机会。此外，对于那些对医疗服务有特殊问题需要解决或不满的人，可以通过各县的投诉办公室申诉。

168. 就及可及性和公平性而言，两个省的政府都为当地卫生服务发展及医改的有关社会问题建立了综合管理体系，针对如医疗服务可及性、各基本医疗保险待遇差别、医疗服务质量、健康结果及服务效率等方面的问题。这个综合管理体系为解决本贷款项目所支持的活动所产生的社会问题提供了合理基础。

5.3.3. 结果导向型项目实施组织架构安排

169. 省级组织架构： 由于本项目（结果为导向型项目）涉及两省医改的部分内容，项目实施依托现有的组织架构安排。在每个项目省都有纵向的医改实施组织架构，从省到地市，到县。

170. 在福建省，由省委书记挂帅的省医改领导小组是该省医改工作的领导机构。这个领导小组的成员为省政府各业务部门的分管领导。医改办设在省卫生与计划生育委员会，负责全省改革活动的推进。医改办的成员由省卫计委 9 个业务部门的负责人构成。此外，省医疗保险管理中心负责各项医疗保险的改革与一体化管理。

171. 在安徽省省医改领导小组组长由省长担任。在这个跨部门高级领导小组下是医改办，设在省卫生与计划生育委员会，办公室主任由省卫计委主任担任。改办的成员由规划财务处、人事处、科教处、国际合作处、妇幼健康服务处、医政处及基层卫生处处长构成。医改办的主要职责是：（i）为领导小组准备资料与报告；（ii）制定深化改革的政策与措施；（iii）制定中长期规矩及年度工作计划；（iv）协同有关部门起草改革文件及实施方案；（v）组织改革措施实施状况的监测与评价；

(vi) 提供技术支持与培训； (vii) 组织研究与知识共享活动； 以及 (viii) 作为领导小组的秘书处。

172. 中央一级组织架构： 中央层面现有的组织架构及能力能够支持所提议的以结果为导向型项目。在中央层面，国务院医改办公室负责全国医改议程的推进。国务院医改办为全国各省提供政策指导。对于所提议的以结果为导向型项目，国务院医改办是世行在中央层面的直接对口合作伙伴。国务院医改办负责项目执行重大事项的决策，会在项目实现发展目标方面发挥重大作用。国务院医改办秘书处设在以前管理过多个世行项目的国家卫计委项目资金监督服务中心。秘书处负责中央层面项目活动的日常实施。中央层面子项目包括政策开发，以及会在中央层面对医改产生影响的一些领域的特定专题研究。此外，中央层面的活动还包括支付关联指标实施结果的审查核实，技术援助，协调，能力建设，经验交流，成功试点经验的宣传，及对项目省的支持与指导。中央层面设有专家委员会为省级医改工作有关部门提供技术支持。

5.4. 机构能力与绩效

173. 对安徽与福建两省的技术评价表明这两个省都有很大的决心及足够的能力确保所提议的以结果为导向型项目在省及中央一级的顺利执行。实施本项目的主要利益相关方是两省的卫计委及中央层面的国务院医改办。政府坚定的医改决心以及世行通过本项目所提供的支持有助于项目省通过更好地协调有关激励机制从而实现政府医改目标，及本项目的发展目标和所确定的指标。

174. 与福建和安徽两省政府部门的讨论及对这两省地市、县和乡镇一级医疗机构的实地考察表明项目已建立了明晰的组织架构，关于如何实行各类医改措施、准备和管理本结果导向型项目下投资活动的程序也运行良好并得到了持续执行。

175. 对环境与社会影响管理体系的评价发现，总的来说，项目省已经建立针对因结果导向型项目活动而产生的社会风险的管理体系，但是仍有待改进从而确保项目的顺利实施。

6. 环境与社会影响管理体系评价小结

176. 本以结果为导向世行贷款项目的环境与社会影响管理体系评价应该评估管理体系在多大程度上有助于实现项目在以下方面的目标：

- a. 加强项目设计的环境与社会可持续性；避免、减轻或将负面影响最小化；在项目的环境与社会影响方面，促进知情决策。
- b. 避免、减轻或将项目实施对自然栖息地及物质文化遗产的负面影响降到最低。
- c. 保护公众与劳动者安全，防范在以下方面的风险：（i）医疗机构的建设运行及本项目的其他运行活动；（ii）项目所产生的有毒化学物品、威胁废弃物及其他威胁物质的暴露；以及（iii）自然灾害高发地区基础设施的重建与修复；
- d. 对于征地过程及自然资源使用权损失的管理应该尽量避免拆迁或者将规模降到最低，协助被征地人群改善其生计，或至少帮助他们恢复生计或原有的生活水平。
- e. 充分考虑项目产生的收益符合当地文化要求，且各人群平等享有项目收益，尤其关注原住居民⁶的权益及弱势群体的需求与关注。
- f. 避免社会冲突恶化，尤其是局势脆弱的地方，发生过冲突的地区或容易发生领土纠纷的地区（不适用本项目）。

177. 环境与社会影响管理体系评价认为总体而言，所建立的规章制度符合世行以结果为导向贷款项目的政策和“结果为导向贷款项目指令”的内容，不过一些部门实施有关规定的的能力尚待提高。因此，在项目行动计划和支付关联指标中给出了加强这些弱点的建议。附件 2 给出了依据有关评价结果项目所支持的活动简介。

⁶ 就本政策内容而言，原住居民指少数民族。

7. 征求意见与披露

178. 在开展环境与社会影响管理体系评价的过程中，世行评估组广泛征求两省项目管理部门、环保及国土资源管理部门还有地方有关政府部门领导的意见，从而能够发现项目执行可能产生的环境与社会影响。此外，工作组实地考察了安徽及福建省不同规模不同类型的医疗机构，尤其是县医院、乡镇卫生院和村卫生室一级，与这些机构的管理人员包括那些负责机构建设与管理的人座谈。交流与实地考察让评估人员更好地了解两省的卫生服务状况，为本评价报告的撰写奠定了基础。表 7-1 是有关会议与考察活动的汇总。

**表 7-1. 项目省环境与社会影响管理体系评价
会议与考察活动详情**

日期 (2016)

| 日期 | 省 | 地点 | 利益相关方 | 具体活动 |
|----------|---------|-----|-----------------------------|--------------------|
| 7/23-27 | 安徽 | 合肥 | 拜访了福建与安徽省、市县卫生主管部门的 50 多名职工 | 介绍本项目，讨论可以投资的领域 |
| 7/28-30 | 福建 | 三明 | 拜访了福建省、市县卫生主管部门的 30 多名职工 | 介绍本项目，讨论可以投资的领域 |
| 11/22-24 | 福建 & 安徽 | 福州 | 拜访了中央、省、市县卫生主管部门的 60 多名职工 | 讨论项目执行单位的选择标准 |
| 8-24 | 福建 | 福州 | 省级政府部门，如卫计委，财政厅，发改及国土资源管理部门 | 介绍医改措施，讨论项目可以投资的领域 |
| 8-25 | 福建 | 三明市 | 三明市卫计委，市级医院，沙县医院，县国土资源局 | 了解三明医改措施 |
| 8-25 | 福建 | 沙县 | 县卫计委 | 了解该县医改状况 |
| 8-26 | 福建 | 三明 | 参观三明第一人民医院 | |
| 8-26 | 福建 | 三明 | 参观三明医疗垃圾处理中心 | |
| 8-29 | 安徽 | 合肥 | 省级政府部门，如卫计委，财政厅，发改及国土资源管理部门 | 介绍医改措施，讨论项目可以投资的领域 |

| | | | | |
|-------|----|-----|----------------------------|-------------------------|
| 8-30 | 安徽 | 天长 | 市卫计委，市医院，市中医院及国土资源管理部门 | 了解该市医改方案，讨论可以投资的领域 |
| 8-31 | 安徽 | 天长 | 参观汉涧镇卫生院，访谈职工 | |
| 8-31 | 安徽 | 天长 | 访谈因天康医院建设而失地的农民 | 了解天康医院建设项目的征地程序 |
| 9-1 | 安徽 | 天长 | 参观滁州天长市医疗垃圾处理中心 | |
| 9-1 | 安徽 | 天长 | 拜访天长市民政局，访谈工作人员 | 了解贫困，以及当地的扶贫措施 |
| 10-24 | 福建 | 龙岩市 | 与龙岩市卫计委工作人员座谈 | 了解当地医改状况并讨论可以投资的领域 |
| 10-24 | 福建 | 长汀县 | 与长汀县卫计委，县医院和国土资源管理局的工作人员座谈 | 了解当地医改状况并讨论可以投资的领域 |
| 10-25 | 福建 | 长汀县 | 参观大通及河田镇卫生院 | 了解当地乡镇及村一级的医疗服务 |
| 10-25 | 福建 | 武平县 | 与武平卫计委，妇幼保健院和国土管理局工作人员座谈 | 了解当地的卫生服务发展规划并讨论可以投资的领域 |
| 10-26 | 福建 | 武平县 | 参观武平县中山及下坝镇卫生院 | 了解当地乡镇及村一级的医疗服务 |

179. 为了交流环境与社会影响管理体系评价的初步结果，并确认执行项目投资活动的资格要求是否合适，2016年11月22日和24日与两省省级项目工作组成员开展了磋商会议。讨论主要是围绕评估组所提出的两省项目执行单位的资格标准。

180. 2017年2月21日至25日，安徽和福建两省在6个会场举办了公众咨询研讨会。此项多方利益相关者咨询研讨会的目的在于：（1）介绍结果操作建议计划下的环境和社会系统评估方法；（2）寻求环境与社会体系评价报告关键调查结果和建议相关的意见和反馈。

181. 在举办公众咨询研讨会之前，此项环境与社会体系评价报告中文版本已向潜在参与者发行，并通过两省的卫生和计划生育委员会网站提前进行公示（2017年2月17日）。

每省举办了三场咨询研讨会：一场省级研讨会，另外两场为县/市级研讨会（参见下表7-2）。

表 7-2. 公共协商会列表

| 日期 | 省份 | 地点 |
|------------|----|--------|
| 2017年2月22日 | 安徽 | 滁州市凤阳县 |
| 2017年2月22日 | | 蚌埠市 |
| 2017年2月23日 | | 合肥市 |
| 2017年2月24日 | 福建 | 福州市 |
| 2017年2月24日 | | 三明市沙县 |
| 2017年2月25日 | | 龙岩市长汀县 |

183. 参与者包括卫生和计划生育委员会、患者代表、非政府组织、与本项目相关的国土资源局、环境保护局等政府机构；包含村级、镇级、县级和省级的医疗机构；以及医疗废物管理企业。在所有咨询研讨会上都进行了广泛的探讨。

184. 在所有研讨会中，参与者都表示强烈支持所拟议结果导向型项目项目。参与者认为：总体而言，环境与社会体系评价报告质量优良；对于国内法律法规的审查和分析较为详尽、结构清晰；发现的关键环境和社会问题基本与现实一致；制度安排、能力和绩效的评估较为客观；环境与社会体系评价的建议是务实且可实现的。更多详细内容，请参见附件6。

185. 此版本环境与社会体系评价报告将公众咨询意见纳入其中修改，并于当地以及世界银行外部网站进行公示（2017年4月12日）。

8. 项目环境与社会影响管理体系的建议

186. 基于对结果导向型项目所适用的环境和社会影响管理体系的评估，我们认为，中国以及福建省和安徽省已经建立了一整套的环境和社会影响管理制度，来解决结果导向型项目活动带来的环境、卫生、安全、征地和原住民的问题。这些制度符合世界银行结果导向型项目的核心原则和关键规划要素。本结果导向型项目的总的潜在环境和社会风险评级为中度，并且可以在现有的环境和社会管理体系内得到有效降低。

187. 评价发现两地的环境与社会影响管理体系有一些领域尚待改进，可通过以下建议来进一步完善：

188. **加强医疗机构的环境、卫生与安全管理能力。** 为确保各级医疗机构获得一致和足够的环境、卫生和安全的管理能力，必须设计并实施医务人员和医疗卫生机构的定期培训和能力建设，并确保对环境、健康和安全问题进行协调性管理、监督和执行。需包括以下内容：

- 设计并实施安全设备的提供、更换和退役的计划，确保医务人员和医院的感染控制科能够使用所有必要的运行状态良好的设备。
- 为医院院长、医务人员和医院感染控制部门设计并实施定期的培训计划，确保各级医疗机构有医疗废弃物管理和辐射风险控制的充足意识和技巧。
- 在地方卫生监督站和公安部门的指导和监督下，制定并实施医疗废弃物分类方法和内部管理、传染病和辐射暴露控制规划和消防规划的计划。
- 建立对地方医疗机构的定期监察制度，确保他们有足够的管理能力管理固体医疗垃圾临时存储设施并配有人员保护装置。
- 加强主管部门的监督和执法能力，确保各个行政级别（村、镇、县、市）涉及医疗废弃物的收集、运输和处置的一系列单位，得到充足的监督。尤其关注偏远地区环保局和卫生监督站的能力建设。
- 建立医疗废弃物的收集、运输和处置的信息披露制度，包括退役辐射医疗设备和放射性垃圾的管理信息。

189. **加强公众磋商与信息披露。**为确保现有国内信息披露和公共参与要求的有效性，建议采取以下措施：

- 完善公共信息披露制度，通过在政府网站和环境公告中向公众披露排放监控结果、废物产生和处置以及医疗放射设备/源的库存，确保医疗废物处置符合环境标准以及辐射风险控制符合安全要求。
- 针对本结果导向型项目支持的建设活动编制的《环境影响评价报告》草案，应在公众能够访问的网站上发布或以印刷版形式向当地民众分发，以用于公众磋商。

190. **完善征地监测流程。**为确保针对医疗机构升级和新建相关的所有活动的统一征地监测流程，建议建立标准登记流程，该流程中具有显示完全符合国家法律和地方法规并保护受影响人群利益的证明。本结果导向型项目下的任何征地行为应在进度报告中汇报，包括相关证明（土地使用证、补偿协议、土地价格支付以及与受影响方订立的土地租用协议）和地方相关政府机构的尽职调查。

191. **加强医疗卫生改革实施过程中的公众参与。**为在医疗卫生改革期间增强社会问责、处理好有关申诉，应在借鉴两省选定城市的成功实施经验基础上制定公共参与计划，明确基本参与步骤及拟采取的措施，以便在推广实施期间取得相同成果。该计划应包含更主动的公众参与程序、更透明的信息披露程序以及更有效的申诉处理程序，以便两省大部分城乡居民更好地了解本结果导向型项目的各类改革措施。

附件1 - 适用的法律法规清单

| 序号 | 名称 |
|----|--|
| 1 | 《传染病防治法》（2014年修订） |
| 2 | 《放射性污染防治法》（2003） |
| 3 | 《医疗废物分类目录》 |
| 4 | 《劳动法》（2009） |
| 5 | 《医疗废物管理条例》（2003） |
| 6 | 《病原微生物实验室生物安全条例》（2014） |
| 7 | 《疫苗流通和预防接种管理条例》（2005） |
| 8 | 《艾滋病防治条例》（2006） |
| 9 | 《放射性同位素与射线装置安全和防护条例》（2005） |
| 10 | 《消毒管理办法》（2016年修订） |
| 11 | 《医疗卫生机构医疗废物管理办法》（2003） |
| 12 | 《医疗废物管理行政处罚办法》（2004） |
| 13 | 《医院感染管理办法》（2006） |
| 14 | 《结核病防治管理办法》（2013） |
| 15 | 《医疗机构消毒技术规范》（WS/T 367-2012） |
| 16 | 《医院消毒卫生标准》（GB 15982-2012） |
| 17 | 《传染病防治日常卫生监督工作规范》（2010） |
| 18 | 《放射诊疗管理规定》（2006） |
| 19 | 《放射工作人员职业健康管理办法》（2016） |
| 20 | 《实验室生物安全通用要求》（GB19489-2008） |
| 21 | 《医疗机构水污染物排放标准》（GB18466-2005） |
| 22 | 《电离辐射防护与辐射源安全基本标准》（GB18871-2002） |
| 23 | 《医用 X 射线诊断放射防护要求》（GBZ130-2013） |
| 24 | 《建设项目职业病危害放射防护评价报告编制规范》（GBZ/T181-2006） |
| 25 | 《放射工作人员职业健康监护技术规范》（GBZ235-2011） |
| 26 | 《危险废物焚烧污染控制标准》（GB18484-2014） |
| 27 | 《医疗废物集中焚烧处置工程建设技术规范》（HJ/T177-2005） |
| 28 | 《医疗废物集中焚烧处置设施运行监督管理技术规范（试行）》（HJ516-2009） |

| | |
|----|---|
| 29 | 《医疗废物高温蒸汽集中处理工程技术规范（试行）》（HJ/T 276-2006） |
| 30 | 《医疗废物专用包装物、容器标准和警示标识规定》（环保部 2003 年发布） |
| 31 | 《医疗废物转运车技术要求（试行）》（GB 19217-2003） |
| 32 | 《关于实施福建省小型医疗卫生机构医疗废物集中收集和处置行动计划的通知》（2016） |
| 33 | 《固体废物污染防治法》（2016） |

附件2 - 参照世行结果导向型规划贷款政策和导则对环境和社会体系的评价

| a. 项目设计方案促进环境和社会可持续发展；避免、最大限度减少或缓解不利影响，促进对项目的环境和社会影响作出知情决策。 | | |
|---|--|---|
| 主要内容 | 国家和省级体系 | 主要结论 |
| 以适当法律法规框架指导本项目开展环境和社会影响评价，并在框架范围内操作。 | <p>中国已为环境、健康和安​​全以及社会影响评价建立了适当法律法规框架，该框架得到了适用于全国的健全法律、法规、技术导则和标准的支撑。几十年来，该框架已逐步演变为总体上与世行结果导向型项目导则相一致的健全体系。总体而言，中国环境管理法律框架与世行结果导向型项目导则完全一致。</p> <p>在福建和安徽两省，省、市及地方环保局、卫生局和劳动局均制定有健全的制度安排，具备管理建设项目环境和社会影响评价所需的称职人员和专业技能。</p> | 一致。 |
| <p>纳入经公认的环境和社会评价最佳做法：包括：（1）尽早筛查潜在影响；（2）考虑战略、技术和场地备选方案（包括“无行动”方案）；（3）明确评价潜在诱发性、累积性及跨界影响；（4）如果不利环境或社会影响无法避免或最大限度减少，则应制定缓解措施；（5）明确阐述机构责任和资源以支持相关方案的实施；（6）通过利益相关者磋商、及时传播项目信息和回应申诉，落实积极响应和问责制。</p> | <p>中国环境、健康和安​​全体系针对筛查、备选方案分析、影响评价、缓解措施、管理计划以及磋商等多个方面制定有明确的指南。相关政府部门在项目审批、检查监督、申诉处理等方面的职责明确。总体而言，中国环境管理法律框架在这方面与世行结果导向型项目导则完全一致。</p> | <p>一致。</p> <p>鉴于本结果导向型项目的性质、所在地和范围，它可能不会涉及累积性和跨界影响。</p> <p>由于本结果导向型项目可能只要求编制无需披露或进行公众磋商的《环境影响评价表》或《环境影响评价登记表》，因此建议在环境和社会体系评价过程中至少进行一轮磋商和信息披露。</p> |
| b. 避免，最大限度减少或缓解本项目对自然栖息地和物质文化资源产生的不利影响。 | | |
| 主要内容 | 国家和省级体系 | 主要结论 |
| 纳入尽早识别和筛查潜在重要生物多样性和文化资源区域的适当措施。 | <p>《环境影响评价技术导则》就识别和筛查敏感性环境和文化资源提供了详细指导，包括自然环境现状调查，调查内容包括地质、地表水、野生动物、森林、湿地、渔业、珍惜濒危物种以及自然保护区。为开展详细调查和专题评价，应识别出河流、水库、自然保护区、湿地公园、森林公园以及景区等关键敏感区。通过与相关部门协商或经其批准以及实地调查，对文化资源进行筛查。总体而言，中国环境管理法律框架在这方面与世行结果导向型项目政策和导则完全一致。</p> | <p>一致。</p> <p>预计重要的生物多样性和文化资源地区将不会受到本结果导向型项目活动的影响。</p> |

| | | |
|---|---|--|
| 支持并促进自然栖息地的保护、保育和恢复；避免关键自然栖息地发生重大转化或退化；如果避免自然栖息地重大转化在技术上不可行，则应采取措施，缓解或抵消项目活动的不利影响。 | 中国环境保护体系强调自然栖息地的保护、维护和恢复工作。避开此类敏感区是环境影响评价工作的重中之重。如避开自然栖息地不可行，则必须开展专题评价，也要在环境管理计划中制定必要的影响缓解或抵消措施。总体而言，中国环境管理法律框架在这方面与世行结果导向型项目导则完全一致。 | 一致。 预计本项目支持的活动将不会在环境敏感点或地区开展。 |
| 考虑对物质文化遗产产生的潜在不利影响，提出适当措施，避免、最小化或缓解此类影响。 | 《文物保护法》为环评期间的文物保护工作提供了适当法律框架和流程。如物质文化遗产受到影响，则必须对影响进行评价，将保护措施纳入环境管理计划。总体而言，中国针对该领域的环境管理法律框架与世行结果导向型项目导则完全一致。 | 一致。 预计本项目支持的活动将不会在存在物质文化遗产的地区开展。 |
| c. 保障公众和劳动者安全，使其免遭与以下方面相关的潜在风险影响：（1）本项目下设施建设和/或运营或其它操作实践；（2）对本项目下有毒化学品、危险废物以及其它危险品的暴露；（3）在自然灾害易发地区进行的基础设施重建或改造。 | | |
| 主要内容 | 国家和省级体系 | 主要发现 |
| 借助工程性基础设施的安全设计、施工、运行和维护，促进社区、个人和劳动者的安全；在开展有可能有赖于此类基础设施的活动过程中，应酌情纳入安全保障措施、检查或补救工作。 | 中国建立了健全的劳动安全监督管理体系。该体系可确保筛查出安全问题和职业危害，评估项目准备期间存在的劳动安全和职业病风险，对劳动安全和健康设施进行设计和竣工验收，在项目运行期间开展检查监督。总体而言，中国环境管理法律框架在这方面与世行结果导向型项目政策和导则完全一致。 福建和安徽两省建立了医疗卫生行业放射设备或材料采购和使用以及医疗废物运输和处置许可证制度。 | 一致。 预计本项目对社区、个人和劳动者安全造成的主要影响来自辐射和医疗废物。安徽和福建两省的此类影响可轻易得到识别和缓解。 |
| 在生产、管理、贮存、转运和处置本结果导向型项目产生的危险材料过程中，推广采用公认的良好做法；推广采用病虫害综合管理方法，管理或减少虫害或病媒；按照相关国际指南和公约的规定，向参与危险化学品生产、采购、贮存、运输、使用和处置的职工提供培训。 | 中国法律体系为危险品管理提供了健全框架，要求对危险化学品的生产、贮存和销售实行特别许可制度，也要求采用优良的合规管理做法，还对参与危险化学品生产或处置的工人实行强制性认证。总体而言，中国环境管理法律框架在这方面与世行结果导向型项目导则完全一致。 安徽和福建两省颁布了各省《医疗服务管理办法》，要求明确机构安排，各县建立处置中心或成立处置公司，向职工提供保障和培训。 | 一致。 本项目支持的活动将涉及医疗卫生机构内部医疗废物的管理，如分类、包装、标识和贮存；也涉及医疗废物处置中心或公司对医疗废物的转运和处置。县级（含）以下机构能力应予以加强，才能确保医疗废物得到有效、安全管理。 预计本项目支持的活动将不涉及危险化学品或农药的生产、贮存和销售。 |
| 结果导向型项目活动位于自然灾害（如洪水、飓风、地震或其它恶劣天气或气候事件）易发地区时，应采 | 环境影响评价和劳动安全制度涵盖环境和劳动相关风险评价，要求把必要措施纳入项目设计和实施。此外，中国已建立了针对洪灾和自然灾害 | 一致。 |

| | | |
|--|---|---|
| 取适当措施避免、最大限度减少或缓解社区、个人和劳动者面临的风险。 | (如地质灾害、地震等)易发地区项目的其它风险评价制度,对此类项目的风险评价是项目获批的条件之一。总体而言,中国环境管理法律框架在这方面与世行结果导向型项目政策和导则完全一致。 | 本项目将不再自然灾害易发地区实施。 |
| d. 避免或最大限度减少动迁,管控好征地和自然资源获取途径的丧失;协助受影响人提高或起码恢复其生计、生活水平。 | | |
| 主要内容 | 国家和省级体系 | 主要结论 |
| 避免或最大限度减少征地及与之相关的不利影响;识别和应对由征地或自然资源获取途径丧失造成的经济和社会影响,包括对其使用或占用的资源缺乏充分法律权利的受影响人。 | 通过技术设计和相关国土部门审查,包括初步核定,可避免或最大限度减少征地。初步核定的主要目的在于确保征地符合区域和地方土地利用规划要求,保护基本农田。如征地无法避免,则应对建设项目执行严格的征地审批程序,确保受影响人的原有生活水平不降低,其长远生计得到保障。 根据现行征地程序,应对潜在社会影响的途径包括发动受影响村参与土地影响调查、确认调查结果、举行公开听证、省政府制定统一的补偿标准以及为失地农民提供就业机会和社会保障。 对于对其使用或占用的资产或资源缺乏充分法律权利的受影响人,影响人,现行法律法规并未明确相关权益,但在具体实施过程中,通常可在与受影响各方协商基础上向其提供一定程度的补偿。应通过大众传媒及时、有效披露并传播征地相关信息。 | 一致。 中国现行征地法律框架健全,可确保受影响人在提高或至少恢复其生计和生活水平方面得到援助。 因征地或自然资源获取途径丧失造成的经济和社会影响已得到全面调查和充分补偿。 |
| 提供足够补偿以购买等值重置资产,并在征地或限制进入之前支付所有必要的过渡期费用。 | 两省征地补偿标准根据各县综合地价和统一年产值确定,每2-3年调整一次。对于其它附着物补偿,通常选聘有资质的评估机构对附着物进行评估,制定补偿方案,同受影响户签订最终补偿协议。 对于临时占地,通常直接与受影响人协商,确定占地规模和期限;向受影响人直接支付补偿款。 | 一致。 征地补偿充分,足以恢复受影响人的生计。重置价格用于确定房屋拆迁现金补偿标准。 |
| 如果征地导致创收机会丧失(如丧失农作物收成或失业),则提供补充性生计改善或恢复措施。 | 根据国务院第28号令,地方主管部门应特别重视恢复失地农民生产生活,为此应采取一系列恢复措施,如提供农地置换、就业机会、技能培训和社会保障以及分享项目用地收益。 | 一致。 项目实施期间将采用多种恢复方法。 |
| 恢复或重置可能受到本结果导向型项目不利影响的公共基础设施和社区服务设施。 | 根据现行征地制度,项目建设单位应为所有受影响资产支付补偿款,包括私有附着物、公共基础设施和社区服务设施。大多数情况下,由相关政府机构恢复受影响的公共基础设施和社区服务设施。 | 一致。 |
| e. 适当考虑项目效益的文化适当性和获取公平性,特别关注原住民的权益和弱势群体的需求或关切。 | | |
| 主要内容 | 国家和省级体系 | 主要结论 |

| | | |
|--|---|---|
| <p>如果原住民可能受到影响（正面或负面影响），为确定本结果导向型项目活动是否得到广泛的社区支持，应开展自由、事先和知情磋商。</p> | <p>该内容与中国《宪法》的规定一致。《宪法》规定：“中华人民共和国各民族一律平等。国家保障各少数民族的合法的权利和利益，维护和发展各民族的平等、团结、互助关系。各少数民族聚居的地方实行区域自治，设立自治机关，行使自治权。”</p> | <p>一致。 本本结果导向型项目拟支持的且可能涉及少数民族的活动属自愿参与的活动。本项目拟处理的事项经过了充分交流沟通，覆盖面较广，可确保相关社区有机会平等参与项目活动。</p> |
| <p>确保原住民可以参与创造机会，从开发民俗资源或乡土知识中受益，后者（乡土知识）需得到原住民同意。</p> | <p>尽管现行法律体系保障全国少数民族的合法权益，但没有具体政策要求发展项目与少数民族社区开展自由、事先和知情磋商并获得广泛支持。尽管如此，在规划中各类医疗卫生项目的环境影响评价和征地过程中，对待少数民族社区应与当地其他社区一样，都将与其进行磋商并获得其支持。地方政府机构将代表当地居民和社区审批相关建设项目。</p> | <p>一致。 已建有高效的组织机构，但领导小组成员中未包括省民宗厅和县民宗局的代表。这一点应在本项目实施期间加以解决。</p> |
| <p>关注经济困难或身体条件欠佳的弱势群体，包括穷人、残疾人、妇女儿童、老年人或边缘化少数民族。酌情采取特别措施，促进结果导向型项目效益的公平获取。</p> | <p>至于对穷人、残疾人、妇女和老年人等弱势群体的特别关注，中国现有完善的体系供地方政府为城乡低收入家庭提供援助，也包括为各类弱势群体提供援助。援助内容包括向弱势群体提供现金收入，确保其达到最低生活保障标准；对各项日常开销提供实物支持，如电费减免、医保补贴和支出补贴等。拟议的医疗卫生机构改造工程将提高项目区医疗服务的可及性和质量，在项目区创造临时就业机会，从而使普通民众受益。</p> | <p>一致。 弱势群体通常会得到城乡现有保障网的援助，包括公共医疗服务和医疗开支援助。</p> |

附件3 - 环境与社会风险筛查表

| 风险 | 评价 |
|----------------|---|
| 相关或可能的社会与环境的影响 | <p>通过早期筛查以避免自然栖息地，本项目将不会导致自然栖息地的潜在丧失或转用；</p> <p>本项目可能导致潜在的污染或其他项目外部影响，但风险为中等或很小。由于大部分潜在的工程是在现有医疗机构范围内，因此增量影响为中等或者较小，并且可以通过现行的医疗机构环境管理体系予以有效缓解，通过商定的行动进一步加强环境管理；</p> <p>本项目将会征用少量土地，导致土地用途改变，但不可能导致大量房屋拆迁；</p> <p>本项目将不会导致资源可及性发生重大变化；</p> <p>世行定义的少数民族不可能受到本项目活动的影响。</p> |
| 环境与社会背景 | <p>本项目建设地点将位于不会对自然环境构成特殊挑战的城市或农村地区。通过对选定的地点进行早期筛查，避开生态敏感区域，可以保证做到这一点；</p> <p>通过早期筛查以避免自然栖息地，本项目将不会涉及在敏感栖息地内或附近进行建设；</p> <p>已筛选出的主要影响包括对社区的辐射和交通安全。通过早期筛查、备选方案比较和磋商，可以避免、最大限度减少或缓解潜在影响；</p> <p>本项目不可能位于社会敏感地区，例如少数民族集中居住区、弱势群体集中居住区或冲突地带。</p> |
| 项目战略和可持续性 | <p>本项目高度契合中国政府的医疗卫生改革战略。中国政府将医疗卫生改革视为当务之急，需要立即采取行动和付出长期努力；</p> <p>项目将在政府对医疗卫生改革行动进行持续投资的背景下，确保环境与社会可持续发展。本项目是朝着支持政府实现社会、经济和环境可持续发展目标迈出的重要一步。</p> <p>本项目实施之后，确保本项目的环境与社会可持续发展方面的障碍很少。中国政府日益重视环境保护和人文，完善制度安排，并提供更多的资源来增强政府机构能力。</p> |
| 机构复杂性和机构能力 | <p>本项目的环境、社会以及健康和安全管理将涉及多个地区。子项目建设单位需要针对环境、健康与安全社会问题的各个方面编制各类文件。</p> <p>这些文件需要由不同的政府部门予以审批，同时项目建设和运行期间的执法也涉及不同的政府部门和非政府组织。</p> <p>中央项目办参与协调本项目在两省的实施工作，并通过提供技术支持和建议，简化候选项目筛查和遴选流程，以便实现本项目目标和支付挂钩指标。实施单位、中央项目办和省项目办具备一定的环境风险评价经验和能力；</p> <p>省项目办将是项目的主要实施机构，具备从以往世行资助贷款医疗卫生项目中获得的某些经验，其环境和社会管理能力将会通过采取本项目下商定的行动进一步得到增强。</p> <p>相关的环境和社会管理机构现已组建完毕，其职责也已明确。通过政府部门的审批、监督和检查、监测以及医疗机构和处置中心的内部制度，可以有效地解决环境和社会问题。</p> <p>机构能力将足以管理与本项目相关的环境和社会风险。</p> |
| 声誉和政治风险背景 | <p>本项目没有较高的政治风险，而且行业被公认为不存在争议。由于本项目将涉及采购医疗设备和兴建某些医疗机构等方面的投资，因此环境和社会问题可能会使世行面临声誉风险，进而导致某种政治风险，尤其是如果存在擅自排放医疗废物、对社区造成辐射以及小规模征地等问题。但是，中国的环境、健康与安全和社会体系将会为环境和社会问题的尽早筛查提供保障，同时为避免或最大程度降低这些风险，将制订备选方案。现已制定管理此类风险的机构安排，机构能力和绩效将会得到进一步增强，尤其是县级（含）以下医疗卫生机构。通过审批、监督和检查、监测以及指导，医疗废物管理的全过程将处于政府的严格监督之下。</p> <p>因此，声誉和政治风险为中度。</p> |

| 风险 | 评价 |
|------|---|
| 总体评价 | 按照世行结果导向型政策和导则的规定，可以对本项目的拟议活动提供支持。 环境风险为中度，可以通过现行环境、健康与安全和社会体系予以有效管理； 社会风险为中度，可以通过现行社会体系予以有效管理。 |

附件4 - 福建和安徽已选定医疗机构征地情况评估

1、 背景

为了更好地了解新建医疗机构和升级现有医疗机构潜在的征地影响，在福建和安徽两省卫生计生委帮助下，项目组考察了福建省三明市和龙岩市以及安徽省天长市的多家医疗机构。在福建省，考察的医疗机构包括三明市第一医院、龙岩市长汀县汀州医院以及大同镇和河田镇卫生院、龙岩市武平县妇幼保健院以及十方镇和下坝乡卫生院。在安徽省，考察的医疗机构包括天长中医院和汉涧镇卫生院。根据与上述利益相关者的讨论和对上述医疗机构和医疗废物处置中心的实地考察，项目组得出了关于社会管理体系在应对征地影响方面绩效的初步结论：

2、 选定的医疗机构项目名单和征地基本情况

表 1 提供了考察的两省已选定医疗卫生机构的征地情况。本表显示，不同医疗机构的征地数量有所不同。在县级医院中，龙岩市武平县妇幼保健院仅为 1.38 公顷，龙岩市长汀县汀州医院为 20 公顷。在乡镇医疗机构中，天长市汉涧镇卫生院扩建项目的总用地需求仅为 0.13 公顷，龙岩市武平县中山镇卫生院新建项目用地需求为 0.8 公顷。

表 1：安徽和福建两省选定的医疗机构的征地情况

| 医疗机构 | 县 | 市 | 总占地面积 (公顷) | 农村土地 (公顷) | 受影响户数 | 有无房屋 拆迁 |
|----------|----|----|---------------|--------------|-------|------------|
| 中医院 | 天长 | 滁州 | 7.20 | 7.20 | 数字未取得 | 无 |
| 天康医院 | 天长 | 滁州 | 7.35 | 4.99 | 38 | 无 |
| 武平县妇幼保健院 | 武平 | 龙岩 | 1.38 | 1.34 | 40 | 无 |
| 汀州医院 | 长汀 | 龙岩 | 20.00 | 15.33 | 50 | 有 |
| 汉涧镇卫生院* | 天长 | 滁州 | 0.13 (0.91) | | 7 | 有 |
| 河田镇卫生院* | 长汀 | 龙岩 | 0.62 (1.6) | 0.62 | 13 | 无 |
| 下坝乡卫生院 | 武平 | 龙岩 | 0.21 | 0.19 | 6 | 无 |
| 中山镇卫生院 | 武平 | 龙岩 | 0.797 | 0.797 | 50 | 无 |

注：标记的两个乡镇卫生院涉及扩建而非新建。括号中的数字是现有占地面积。

3、 征地手续

在考察的医疗卫生机构中，无论规模大小，对于无需征用新土地或需要征用新土地的情况，都必需遵循国家规定的手续和步骤。例如，在所有选定的医疗机构中，除了汉涧镇卫生院涉及现有建成区域的扩建之外，两省医疗机构的所有其他建设，包括河田镇卫生院扩建，都从相关的国土资源部门取得了土地初步审查文件。此外，所有医疗机构都从相关县市国土资源部门取得了有关征地的批准文件。

4、 补偿政策和补偿发放

在征地获准后，针对这些医疗机构采用的补偿标准均基于两省规定的补偿标准制定，从龙岩市武平县中山镇卫生院的每亩 33800 元、武平县妇幼保健院的每亩 49400 元，到天康和天长中医院的每亩 120000 元不等。天长市的补偿标准相对较高，原因是总补偿款中包括每亩 19800 元的现金补偿，其余部分由分给受影响人的商用设施的价款组成，后者基于开发房地产时向受影响村分配的土地面积确定。包括土地补偿款和各种附着物补偿在内的所有补偿款，均已发放给受影响人，不存在遗留问题。

5、 磋商和申诉程序

根据与选定的医疗卫生机构的项目建设单位进行的探讨，选定的医疗机构的征地过程非常透明。受影响人有机会针对已征用土地的拟定补偿政策和恢复措施方面的问题发表意见。以武平县妇幼保健院为例，虽然土地补偿是基于福建省公布的标准，并且已与受影响的村民顺利达成一致，但有关附着物的补偿成为一大难题。这是因为征用的土地是当地农业合作社租赁的土地的一部分，专门用于种植葡萄和其他高产经济作物。在与其他城市的葡萄种植户进行广泛讨论和磋商之后，受影响各方同意的总补偿款约为 116 万元。

附件 5 - 中国“非典”危机（2003 年）、医疗废物和医疗辐射管理的发展与现状简述

2003 年初，中国发生“非典”疫情；疫情一直持续到 2003 年 6 月 24 日，世界卫生组织于当日正式宣布将中国大陆移出受灾地区名单。“非典”共导致了经报告的 5327 例感染病例（其中医护人员感染约 1000 例），其中死亡病例为 349 例。

对中国大陆“非典”事件的总结，揭示了医疗废物管理制度方面的一些经验教训。当时的医疗废物管理制度较为薄弱被认为是导致“非典”疫情快速广泛传播的原因之一。该总结也揭示，在医疗废物管理制度得到严格执行之后，疫情传播得到了有效控制。当时，有关部门认识到，应建立健全的医疗废物管理体系，包括法律法规、技术规范和标准体系、医疗废物收集、转运和处置体系以及能力建设体系。

关于医疗废物管理，从 2003 年“非典”危机中汲取的主要教训如下：

安全处置医疗垃圾的能力不足：据估算，2003 年全国每天产生的医疗废物总量为 1880-2800 吨，其中县级以上医疗机构医疗废物量为 1380-2060 吨。不过，已具备的安全处置能力最大只能处置 130 吨/天，全国仅有 10 市建成了医疗废物处置系统。京沪等大城市甚至未开始建设医疗废物处置中心。当时采用的常见处置手段包括分类回收、与一般生活垃圾混合处置、在医院内的锅炉或小型焚烧炉中焚烧等。“非典”的爆发导致感染性废物猛增，但此类废物并不能通过医疗废物处置系统得到安全处置。在北京等一些“非典”重灾区，感染性废物不得不被运送至火葬场处置，北京耗资数百万美元采购临时性废物焚烧设施。

医疗废物管理方面缺乏有效的条例、技术规范、标准以及执法：“非典”爆发时，针对医疗废物管理的主要条例、技术规范 and 标准尚未制定或颁布，其设计并非为了从废物数量和质量角度有效控制非预期事件。例如，针对排入市政污水管网的医疗废水排放标准和设计规范只要求对医疗废水进行预处理和消毒。在废水中悬浮物水平很高且流速变化很大情况下，这一方法并不能确保对医疗废水的有效消毒。此外，地方环保局在医疗废物管理方面的执法不力，各医院也未能就医疗废物管理向环保局寻求有效指导。

“非典”的经验教训大大促进了中国大陆医疗废物管理体系的建立和健全。2003 年以来，中国政府为按照《巴塞尔公约》建立有效的医疗废物管理体系付出了巨大努力，投入了大量资金。2004 年 1 月 19 日，国务院批准了实施《全国危险废物和医疗废物处置设施建设规划》。为实现危险废物、医疗废物和放射性废物安全收贮和处置，《规划》制定了三年总投资 149.2 亿元的目标。《规划》要求建设医疗废物集中处置设施 300 个，拟新增医疗废物处置能力 2080 吨/日；同时还针对运送车、技术路线、焚烧炉、尾气处理、安全填埋以及系统配置等提出了技术要求。

除了上述规划，中国还颁布了一系列法规、规范和标准，包括但不限于：

- 《医疗废物管理条例》（2003）；
- 《医疗卫生机构医疗废物管理办法》（2003）
- 《医疗废物分类目录》（2003）；
- 《医疗废物集中处置技术规范》（2003）；
- 《医疗废物专用包装物、容器标准和警示标识规定》（2003）；

- 《医疗废物集中焚烧处置工程建设技术规范》（2004）。

“非典”事件也提升了政府对传染病相关执法和信息披露工作的问责意识和责任感，建立了全国传染病预警体系。

附件六——环境与社会体系评价报告公众咨询研讨会汇总

引言

2017年2月21日至25日，安徽和福建两省在6个会场举办了环境与社会体系评价报告公众咨询研讨会。

每省举办了三场咨询研讨会：一场省级研讨会，另外两场为县/市级研讨会。此项多方利益相关者咨询研讨会的目的在于：（1）介绍结果操作建议计划下的环境和社会系统评估方法；（2）寻求环境与社会体系评价关键调查结果和建议相关的意见和反馈。

研讨会日程包括：（1）世行工作组就结果导向型项目做介绍，介绍内容包括所拟议项目融资；及范围、覆盖主题区域以及期望达到效果；（2）就研究方法、关键原则以及要求做介绍；（3）就本报告的社会方面影响做介绍；（4）就本报告的环境方面影响做介绍；（5）讨论以及反馈。

在举办公众咨询研讨会之前，此项环境与社会体系评价报告中文版本已向潜在参与者发行，并通过两省的卫生和计划生育委员会网站提前进行公示（于2017年2月17日）。

参与者包括卫生和计划生育委员会、患者代表、非政府组织、与本项目相关的国土资源局、环境保护局等政府机构；包含村级、镇级、县级和省级的医疗机构；以及医疗废物管理企业。在所有咨询研讨会上都进行了广泛的探讨。一些参与者针对环境与社会体系评价报告给出了补充细节以及修改信息意见。会上世行工作组给予了反馈。

咨询研讨会关键意见汇总

在所有研讨会中，参与者都表示强烈支持该项目。参与者认为：总体而言，环境与社会体系评价报告质量优良；对于国内法律法规的审查和分析较为详尽、结构清晰；发现的关键环境和社会问题基本与现实一致；制度安排、能力和绩效的评估较为客观；环境与社会体系评价的建议是务实且可实现的。

参与者建议可以对环境与社会体系评价报告的下列方面进行修正或者修改。

- 几乎在所有咨询研讨会上，环境保护局工作人员均建议在本报告中可以对正在进行的环境影响评价（EIA）审查机构及程序的改革进行体现。
- 两省的卫生和计划生育委员会工作人员以及医务管理专家针对辐射设备和放射性废物管理给出了具体详述和相关建议。他们理解支持辐射风险应当受到足够的重视，由于受到严格的管控和监测，通常来说辐射风险并不会那么大，较低级别的医疗机构就并没有配备运行此类设备。退役辐射设备的停止使用遵循严格的处理程序。
- 针对此事项宜提出的环境与社会体系分析报告建议是“发展一套包括已停用辐射设备和放射性废物管理的医疗废物收集、转运和处置的信息公开公示系统”。两省所有发声参与者均指出在现有的管控下，需要而

且已实现对于医疗废物处置设备排放标准的信息公开。公众可以通过年度环境保护信息公告等渠道获知关于医疗废物产生和转运体量的基本信息。还可以通过省环境保护局官方网站获知使用中辐射医疗设备的清单和信息。虽然如此，他们也对医疗废物产生和转运信息（例如，每一处医疗机构）的详细公示提出了问题，因为感兴趣的公众可以依据国内行政法规来获取此类信息，而且现有监测机制足以有效处理这种问题，所以这种管控并不是很有必要。同样，对关于已停用辐射设备的信息进行公示并不视为重大风险，因为不建议将此类信息公开给公众。

- 关于镇级医院扩建的土地征用和重新安置问题，目前并没有出台详细的计划。市/县级医院的土地征用面积预计小于 200 亩。受邀参会的省级和县级国土资源部门表示，国家有严格的土地法律法规以及省市级法规来对土地征用以及相关重新安置问题进行指导，其中包括：（1）审查医院位置，尽可能少的征用乡村土地；（2）如确实需要土地，国土资源部门对医院可行性研究进行审核，可将拟议医院位置设置于土地属于国家政府所有的城市规划区域；（3）土地征用信息需要对公众和受影响的家庭进行公示。
- 土地征用处理流程包括严格的程序，不仅是对于土地征用申请的审查，而且还包含针对农民生计恢复的社会保险和职业发展培训。

下一步工作

关于咨询探讨会的意见会酌情纳入到环境与社会体系评价报告中。修订版环境与社会体系评价报告将于世界银行外部网站上公布，包括省级卫生和计划生育委员会网站和国家卫生和计划生育委员会项目监督管理中心网站。

咨询研讨会会场

安徽省

滁州市凤阳县，2017年2月22日

蚌埠市，2017年2月22日

合肥市，2017年2月23日

福建省

福州市，2017年2月24日

三明市沙县，2017年2月24日

龙岩市长汀县，2017年2月25日

参会人员

| 名字 | 工作单位 | 职衔 |
|----------------------|----------|-----|
| 风阳县 | | |
| 黄久平 (Huang Jiuping) | 滁州市卫生局 | 副局长 |
| 吴文仁 (Wu Wenren) | 滁州市环境保护局 | |
| 孙忠民 (Sun Zhongmin) | 滁州市国土资源局 | 处长 |
| 宋光辉 (Song Guanghui) | 滁州市卫生局 | 处长 |
| 肖继根 (Xiao Jigen) | 风阳县政府 | 副县长 |
| 方光前 (Fang Guangqian) | 风阳县卫生局 | 局长 |
| 高革 (Gao Ge) | 风阳县卫生局 | 副局长 |
| 刘宏进 (Liu Hongjin) | 风阳县卫生局 | |
| 徐静 (Xu Jing) | 风阳县红十字协会 | 副会长 |
| 傅继荣 (Fu Jirong) | 风阳县人民医院 | 副院长 |
| 徐军 (Xu Jun) | 府城镇卫生院 | 副院长 |
| 薛玉丽 (Xue Yuli) | 府城镇村卫生室 | |
| 郭辉 (Guo Hui) | 风阳县环境保护局 | 处长 |
| 张玉磊 (Zhang Yulei) | 风阳县国土资源局 | |
| 李志敏 (Li Zhimin) | 患者 | |
| 蔡政 (Cai Zheng) | 患者 | |
| 蚌埠市 | | |

| 名字 | 工作单位 | 职衔 |
|--------------------|------------------|---------|
| 刘学杰 (Liu Xuejie) | 蚌埠市卫生局 | 局长 |
| 刘志军 (Liu Zhijun) | 蚌埠市卫生局 | 副局长 |
| 陈云 (Chen Yun) | 蚌埠市环境保护局 | 副局长 |
| 左志勇 (Zuo Zhiyong) | 蚌埠市环境保护局固体废物管理中心 | 主任 |
| 陈伟 (Chen Wei) | 国土资源局 | 规划处处长 |
| 翟宏斌 (Zhai Hongbin) | 蚌埠市卫生局 | 规划处处长 |
| 杨东林 (Yang Donglin) | 蚌埠市卫生局 | 卫生管理处处长 |
| 张景福 (Zhang Jingfu) | 蚌埠市卫生局 | 财务处处长 |
| 李健 (Li Jian) | 蚌埠市第二人民医院 | 副院长 |
| 庞涛 (Pang Tao) | 蚌埠市第三人民医院 | 卫生事务处处长 |
| 王传一 (Wang Chuanyi) | 卫生改革办公室 | 处长 |
| 徐辉 (Xu Hui) | 蚌埠市第三人民医院 | 卫生专家 |
| 贾玉琴 (Jia Yuqin) | 蚌埠市卫生协会 | 秘书长 |
| 单明 (Shan Ming) | 蚌埠市固镇县卫生局 | 局长 |
| 田英 (Tian Ying) | 固镇县卫生局 | 副局长 |
| 张虎 (Zhang Hu) | 固镇县国土资源局 | 副局长 |
| 谢美娟 (Xie Meijuan) | 固镇县环境保护局 | 工会主席 |
| 马佳芝 (Ma Jiazhi) | 固镇县城关镇卫生院 | 院长 |
| 王婧 (Wang) | 田庄村卫生室 | 医生 |

| 名字 | 工作单位 | 职衔 |
|------------------------|-----------------------|-------|
| Jing) | | |
| 李 淳 景 (Li Chunjing) | 患者 | |
| 赵 培 林 (Zhao Peilin) | 患者 | |
| 沈 印 龙 (Shen Yinlong) | 患者 | |
| 合肥市 | | |
| 谢 瑞 瑾 (Xie Ruijin) | 安徽省卫生改革办公室 | 副局长 |
| 程 坤 (Cheng Kun) | 安徽省环境保护厅土地管理处 | 高级工程师 |
| 李明 (Li Ming) | 安徽省国土资源厅土地利用管理处 | 副处长 |
| 马 玉 龙 (Ma Yulong) | 安徽省卫生厅法务处 | 副处长 |
| 王 瑶 (Wang Yao) | 安徽省卫生厅监察处 | 副处长 |
| 黄 利 勤 (Huang Liqin) | 安徽省卫生厅法务处 | 副处长 |
| 卢超 (Lu Chao) | 安徽医科大学第二附属医院 | 院长 |
| 程 全 胜 (Chen Quansheng) | 安徽省卫生监督所卫生监督处 | 处长 |
| 纪亮 (Ji Liang) | 安徽省卫生监督所传染病防治与中医服务监督科 | 副科长 |
| 朱霞 (Zhu Xia) | 安徽省计划生育协会 | 会长 |
| 程 金 栋 (Chen Jindong) | 安徽省中医院 | 专家 |
| 福州市 | | |
| 林 再 得 (Lin Zaide) | 福建省卫生厅 | |
| 汤 晓 明 (Tang) | 福建省卫生厅 | |

| 名字 | 工作单位 | 职衔 |
|----------------------|-------------------|----------|
| Xiaoming) | | |
| 代表 | 福建省卫生厅卫生管理处 | |
| 代表 | 福建省卫生厅秘书处 | |
| 代表 | 福建省国土资源厅 | |
| 代表 | 福建省环境保护厅 | |
| 代表 | 福建省妇女儿童保护协会 | |
| 沙县 | | |
| 张元明 (Zhang Yuanming) | 三明市政府 | 副市长 |
| 鲍渚斌 (Bao ZHubin) | | 卫生改革咨询顾问 |
| 于秀琴 (Yu Xiuqin) | 三明市卫生局 | 副局长 |
| 饶关进 (Rao Guangjin) | 三明市国土资源局土地利用管理处 | 处长 |
| 岳清江 (Yue Qingjiang) | 三明市环境保护局环境监督和检查小组 | |
| 杨卫平 (Yang Weiping) | 三明市卫生局计财处 | 处长 |
| 叶廷奎 (Ye Tingkui) | 三明市卫生局 | |
| 李鹏 (Li Peng) | 三明市卫生局项目办 | |
| 姜左泰 (Jiang Zuotai) | 三明市卫生局项目办 | |
| 赖超宏 (Lai Chaohong) | 三明市卫生局项目办 | |
| 陈佳煌 (Chen Jiahuang) | 三明市绿洲环境科技有限公司 | |
| 郭贤辉 (Guo Xianhui) | 沙县政府 | 副县长 |

| 名字 | 工作单位 | 职衔 |
|----------------------|------------------|------|
| 龚秋明 (Gong Qiuming) | 沙县卫生局 | 局长 |
| 罗玉双 (Luo Yushuang) | 沙县卫生局 | 党委书记 |
| 王逢春 (Wang Fengchun) | 沙县卫生局 | 副局长 |
| 潘胜图 (Pan Shengtu) | 沙县卫生局卫生改革处 | 处长 |
| 陈宏龙 (Chen Honglong) | 沙县环境保护局环境监督和检查小组 | 负责人 |
| 郑世良 (Zheng Shiliang) | 沙县国土资源局 | 副局长 |
| 姜玉英 (Jiang Yuying) | 沙县妇女联合会 | 会长 |
| 王龙平 (Wang Longping) | 沙县医院 | 副院长 |
| 陈贵华 (Chen Guihua) | 沙县中医院 | 副院长 |
| 杨岚清 (Yang Lanqing) | 沙县医院工作者协会 | |
| 刘锦章 (Liu Jinzhang) | 沙县中医院工作者协会 | |
| 佟丽丽 (Tong Lili) | 沙县中医院工作者协会 | |
| 吴芙蓉 (Wu Furong) | 高桥镇卫生院 | 院长 |
| 刘水清 (Lin Shuiqing) | 西山村卫生室 | 负责人 |
| 3名患者 | | |
| 长汀县 | | |
| 黄万金 (Huang Wanjin) | 龙岩市环境保护局 | 副局长 |

| 名字 | 工作单位 | 职衔 |
|------------------------|---------------|-----|
| 张 健 (Zhang Jian) | 龙岩市国土资源局 | |
| 易 晓 军 (Yi Xiaojun) | 龙岩市卫生局 | 副局长 |
| 吴昊 (Wu hao) | 长汀县政府 | 副县长 |
| 钟 长 仁 (Zhong Changren) | 龙岩市卫生局财务处 | 处长 |
| 兰 金 凯 (Lan Jinkai) | 龙岩市卫生局项目办 | 负责人 |
| 陈 江 林 (Chen Jianglin) | 龙岩市卫生局卫生管理处 | 处长 |
| 钟 奎 林 (Zhong Kuilin) | 龙岩市卫生局卫生改革办公室 | 主任 |
| 吴 胜 峰 (Wu Shengfeng) | 长汀县卫生局 | 局长 |
| 涂 志 亮 (Tu Zhiliang) | 长汀县卫生局 | 副局长 |
| 廖 海 泉 (Liao Haiquan) | 长汀县卫生局 | 副局长 |
| 邱 道 尊 (Qiu Daozun) | 长汀县卫生局 | 副局长 |
| 闫 春 晖 (Yan Chunhui) | 长汀县卫生局项目办 | 主任 |
| 戴宏 (Dai Hong) | 长汀县卫生局计财处 | 处长 |
| 邱 天 荣 (Qiu Tianrong) | 长汀县卫生局卫生管理处 | 处长 |
| 马 宏 林 (Ma Honglin) | 长汀县卫生局疾病控制处 | 处长 |
| 朱 广 营 (Zhu Guangying) | 长汀县国土资源局 | |
| 胡兵 (Hu Bing) | 长汀县环境保护局 | 副局长 |

| 名字 | 工作单位 | 职衔 |
|---------------------|----------|-----|
| 黄美玲 (Huang Meiling) | 长汀县妇女联合会 | 主席 |
| 曾宪清 (Zeng Xianqing) | 长汀汀州医院 | 院长 |
| 戴秋林 (Dai Qiulin) | 新桥镇卫生院 | 院长 |
| 廖洪莲 (Liao Honglian) | 廖家村卫生室 | 负责人 |
| 黄先生 | 绿洲环境科技公司 | |
| 张琼 (Zhang Qiong) | 患者 | |
| 赖春山 (Lai Chunshan) | 患者 | |
| 张显 (Zhang Xian) | 患者 | |

环境与社会体系评价银行咨询团队

张硕，项目经理/高级卫生专家

毛睿祺，高级社会发展专家

刘哲夫，高级社会发展专家

杨宁，高级环境工程师

王永立，环境咨询顾问

刘锐，卫生专家

徐晶，翻译