

温州市突发急性呼吸道传染病事件 应急预案

1 总则

1.1 编制目的

1.2 编制依据

1.3 适用范围

1.4 工作原则

2 风险与应对评估

2.1 风险评估

2.2 应对资源评估

2.3 应对能力评估

3 事件分级

3.1 特别重大事件

3.2 重大事件

3.3 较大事件

3.4 一般事件

4 应急组织体系与机制

4.1 应急指挥体系

4.2 管理机构

4.3 专家咨询委员会

4.4 工作机制

5 监测、报告、评估与预警

5.1 监测

5.2 报告

5.3 评估

5.4 预警

6 应急响应

6.1 响应原则

6.2 分级响应与措施

6.3 响应调整和终止

7 善后处理

7.1 后期评估

7.2 补助抚恤

7.3 征用补偿

7.4 恢复重建

8 保障措施

8.1 组织保障

8.2 技术保障

8.3 经费和物资保障

8.4 通信和交通保障

8.5 法律保障

9 监督管理

9.1 监督检查

9.2 责任与奖惩

10 附则

10.1 预案管理

10.2 预案解释部门

10.3 预案实施时间

11 附件

1 总则

1.1 编制目的

指导和规范我市突发急性呼吸道传染病事件（以下简称事件）的应急准备和应急处置工作，有效预防、及时控制并消除危害，最大程度保障公众身心健康与生命安全，维护正常社会秩序，促进健康温州建设，奋力续写好新时代温州创新史，争创社会主义现代化先行市。

1.2 编制依据

依据《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国突发事件应对法》《突发公共卫生事件应急条例》《浙江省突发公共卫生事件应急办法》《温州市突发公共事件总体预案》和《温州市突发公共卫生事件应急预案》等，制定本预案。

1.3 适用范围

本预案适用于本市范围内突然发生，造成或者可能造成社会公众身心健康严重损害的突发急性呼吸道传染病和以呼吸道症状为主要表现的突发急性传染病（以下统称突发急性呼吸道传染病）疫情的应急处置工作。

1.4 工作原则

1.4.1 预防为主，立足四早。各级政府和全社会要切实强化公共卫生安全观念，积极开展卫生应急准备工作，落实防范措施，做到有备无患；加强监测、分析、预警，对突发急性呼吸道传染

病病例做到早发现、早报告、早隔离、早治疗。

1.4.2 统一领导，完善机制。各级政府根据事件的范围、性质和危害程度，对事件进行分级管理，实行集中领导和统一指挥；完善部门协作和相关工作机制，做到有序分工、闭环管理，高效做好事件预防与应急处置工作。

1.4.3 平战结合，强化准备。各级政府、各部门高度重视并充分做好人员、技术、经费、物资、设备等应急储备和信息化建设投入，加强队伍建设，提高平战快速转换能力，做到随时备战、随时能战。

1.4.4 群防群控，社会参与。加强健康教育和宣传引导，提升公众自我防控意识和能力。积极整合协调志愿者队伍、社会组织和其他社会力量等，共同参与防控。

2 风险与应对评估

2.1 风险评估

温州地处浙江东南部沿海，东濒东海、南毗福建，气候温和湿润，每年7-9月受台风影响明显。截至2019年，全市下辖4个区、5个县、代管3个县级市，总面积11612.94平方千米，2019年末全市常住人口为930万人，其中市区人口305.2万人；常住外来人口达297万人。全市有34.6万归侨侨眷，有68.8万华侨华人、港澳同胞，分布于世界五大洲130个国家和地区。我市国内外人口流动频繁，新发传染病和境外输入传染病的传播流行风险不断增加。2009年以来，我市H1N1流感、人感染H7N9

禽流感、寨卡病毒病、基孔肯雅热、新冠肺炎等呼吸道传染病均有报告，每年发生多起呼吸道传染病的未分级突发公共卫生事件。我市存在公共卫生风险因素较多，一是存在境外输入的新发呼吸道传染病的事件风险；二是在学校、企业等特定场所发生突发急性传染病的事件风险。综合分析我市自然人居环境、人员活动、行为习惯、交通物流、气象气候等要素，根据近年来我市突发急性传染病疫情的概况，综合判定我市潜在公共卫生风险点较多，发生事件的可能性较大，发生事件的影响范围有限，危害性一般，总体可控。急性呼吸道传染病是威胁我市人民群众身体健康的最主要因素。

2.2 应对资源评估

2.2.1 医疗资源

近年来，市委、市政府始终坚持以人民为中心的发展理念，把人民健康放在优先发展的战略地位，加快推进“健康温州”和“区域医疗康养中心城市”建设，我市公共卫生、医疗服务能力不断提升。截至 2019 年底，全市医疗卫生机构 5794 家，医疗机构床位总数 44058 张（其中重症医学科床位 461 张），医疗卫生人员总数 85431 人（其中卫技人员 70248 人）。按户籍人口测算，每千人口执业（助理）医师 3.62 人，每千人口注册护士 3.51 人，每千人口床位 5.29 张。

2.2.2 卫生应急资源

创成国家级卫生应急示范县 1 个，创成省级卫生应急示范县

11 个，市级卫生应急示范镇（街道）68 个，市级卫生应急基地 4 个，卫生应急规范化医院 30 家。浙南公共卫生紧急医疗救援基地启动建设。建成城市核酸检测基地 4 家，在全员核酸筛查时，采用 10 合 1 采样管混采检测的方式，该 4 家核酸检测基地最大检测能力可达每天 120 万人份。传染病网络直报系统覆盖 335 家医疗机构，全市 12 家疾病预防控制机构均建有 PCR 实验室。全市急救站点 112 个，救护车数 277 辆，其中负压救护车 91 辆。成立市卫生应急专家咨询委员会，下设 6 个专业组 73 名专家。各级各类卫生应急队伍齐全，市级卫生应急机动队 21 支 283 人，县级卫生应急机动队 45 支 717 人。应急队伍按国家《卫生应急队伍装备参考目录（试行）》配置传染病控制类、中毒处置类、核与辐射处置类、队伍保障类等各项装备。全市组建流调队伍 354 支 1488 人，每个乡镇（街道）至少建立一个由疾病预防控制机构、基层医疗、公安或社区干部组成的流调小组。

2.3 应对能力评估

我市已形成以“卫健内部联动、部门联动、市县联动、军地与跨地区联动、社会联动”为主要内容的事件应急处置联动机制，建立市级区域性机动力量与调度机制，利用“公安+大数据+卫健+疾控+基层”部门联合机制，具备较大事件卫生应急处置自主应对能力。到 2022 年，我市要建成与公共卫生安全风险挑战相匹配和治理能力现代化相适应的公共卫生应急管理体系，实现基层社区公共卫生治理、疾病预防控制、重大疫情防控救治、院前急

救保障、重大疾病医疗保险和应急物资保障“六大能力”全面提升，能够做到重大级以上事件早期影响自主应对。

3 事件分级

根据事件的性质、危害程度、涉及范围，结合事件发生背景、本地防控能力、专家评估等，将事件划分为特别重大、重大、较大和一般四个等级。市政府和市卫生健康主管部门结合我市事件实际情况和应对能力，对事件的分级标准适时进行补充和调整。

3.1 特别重大事件

有下列情形之一的可确定为特别重大事件：

- (1) 我市出现新冠肺炎、新型流感疫情广泛社区传播。
- (2) 传染性非典型肺炎波及我市 2 个以上县（市、区），呈扩散趋势。
- (3) 我市出现中东呼吸综合征疫情持续社区传播。
- (4) 我市出现人感染禽流感疫情社区传播，重症病例或死亡病例持续出现。
- (5) 我市 1 个平均潜伏期内发生 5 例以上肺鼠疫、肺炭疽病例，并有扩散趋势。
- (6) 我市急性呼吸道传染病短期内大量发病，已经超过我市医疗救治和防控能力。
- (7) 省政府或国家卫生健康主管部门认定的其他特别重大急性呼吸道传染病事件。

3.2 重大事件

有下列情形之一的可确定为重大事件：

（1）我市出现新冠肺炎局部社区传播。

（2）我市出现传染性非典型肺炎病例。

（3）我市出现中东呼吸综合征本地聚集性疫情。

（4）我市 6 个以上县（市、区）范围内发生人感染禽流感病例并出现 2 起以上人感染禽流感聚集性疫情，或发现人感染禽流感病毒已具备人传人的能力。

（5）流感哨点监测每周流感样病例百分比（ILI%）超过基线水平 8 个百分点，且每周流感样病例标本阳性检出率超过基线水平 40 个百分点。

（6）我市出现新型流感疫情局部社区传播，并出现 5 例以上死亡病例。

（7）我市发生肺鼠疫、肺炭疽本地病例，1 个平均潜伏期内病例数未超过 5 例。

（8）我市急性呼吸道传染病短期内大量发病，可能超过我市医疗救治和防控能力。

（9）省卫生健康主管部门认定的其他重大急性呼吸道传染病事件。

3.3 较大事件

有下列情形之一的可确定为较大事件：

（1）我省其他设区市出现新冠肺炎持续性社区传播，或我市出现新冠肺炎病例。

(2) 我市出现中东呼吸综合征本地病例。

(3) 我市 2 周内发生 2 起以上人感染禽流感聚集性疫情。

(4) 流感哨点监测每周流感样病例百分比 (ILI%) 超过基线水平 4 个百分点, 且每周流感样病例标本阳性检出率超过基线水平 20 个百分点。

(5) 我市出现新型流感疫情。

(6) 我市出现可能为新病原引起的不明原因肺炎聚集性疫情, 且出现多点扩散、病例死亡、社区传播、院内感染等情况之一者。

(7) 我市发生肺鼠疫、肺炭疽输入性病例。

(8) 我市局部区域急性呼吸道传染病短期内大量发病, 已超过发病所在县 (市、区) 医疗救治和防控能力。

(9) 市卫生健康主管部门认定的其他较大急性呼吸道传染病事件。

3.4 一般事件

有下列情形之一的可确定为一般事件:

(1) 我市出现中东呼吸综合征输入性病例。

(2) 我市发生人感染禽流感病例。

(3) 流感哨点监测每周流感样病例百分比 (ILI%) 超过基线水平 2 个百分点, 且每周流感样病例标本阳性检出率超过基线水平 10 个百分点。(注: 基线水平根据监测结果, 由省疾病预防控制中心每年动态调整)

(4) 我省其他设区市出现新型流感病例，可能波及我市。

(5) 我市出现可能为新病原引起的不明原因肺炎聚集性疫情。

(6) 我市局部区域急性呼吸道传染病短期内大量发病，可能超过发病所在县（市、区）医疗救治和防控能力。

(7) 市卫生健康主管部门认定的其他一般急性呼吸道传染病事件。

4 应急组织体系与机制

4.1 应急指挥体系

各级政府应将突发急性呼吸道传染病事件纳入本级政府突发公共卫生事件应急指挥管理框架，开展防控工作。建立平战结合运行机制，在启动事件应急响应时，依响应级别启动相应的应急指挥机构。应急指挥机构成员单位和有关部门，制定本部门、本系统的事件应急预案，建立相应应急指挥组织，按照党政同责、一岗双责的要求做好管辖范围内的事件应急处置工作。

4.1.1 市应急指挥机构

市政府成立市突发公共卫生事件应急领导小组（以下简称市领导小组），领导全市突发急性呼吸道传染病事件预防和应对工作。

我市发生突发急性呼吸道传染病事件，市政府启动预案后，市领导小组自动转为市突发公共卫生事件应急指挥部（以下简称市应急指挥部），统一领导、组织、指挥和协调全市突发急性呼

呼吸道传染病事件应对工作，指挥部实行专班工作机制。

启动Ⅳ级应急响应后，市政府分管副市长任市应急指挥部总指挥，启动联防联控工作机制，指导应急响应区域内县（市、区）政府开展防控工作。启动Ⅲ级应急响应后，市政府分管副市长任市应急指挥部总指挥，市应急指挥部实体化运作。启动Ⅱ级应急响应后，市政府常务副市长任市应急指挥部总指挥；启动Ⅰ级应急响应后，由市长任市应急指挥部总指挥。

4.1.2 市领导小组职责

（1）组织力量应对处置特别重大、重大和较大事件，迅速果断作出决策部署。

（2）向省政府和省卫生健康主管部门报告事件应急处置情况。

（3）接受省政府及其应急组织体系领导和省卫生健康主管部门指导，与省政府有关部门和相关地市的联系和沟通，通报相关信息。

（4）指导和要求各级政府、相关部门和单位制定应急预案，开展培训演练、物资储备、宣传教育、经费保障等应急准备，并对应急处置工作中的履职情况进行监督检查。

（5）承担突发急性呼吸道传染病事件应急准备与处置的其他相关工作。

4.1.3 县（市、区）应急指挥部

县（市、区）政府成立县（市、区）突发公共卫生事件应急

领导小组（以下简称县<市、区>领导小组），领导本行政区域内突发急性呼吸道传染病事件预防和应对工作。

发生突发急性呼吸道传染病事件，县（市、区）政府启动预案实施应急响应后，县（市、区）领导小组自动转为县（市、区）突发公共卫生事件应急指挥部，县（市、区）政府相应负责人任应急指挥部总指挥，负责本行政区域内事件应急处置的决策部署和指挥协调，与上级应急组织体系建立工作联系与信息共享机制。

4.2 管理机构

4.2.1 日常办事机构

各级卫生健康主管部门作为事件应急组织体系办公室常设机构，开展卫生应急日常事务处理工作。

市领导小组办公室设在市卫生健康主管部门，市卫生健康主管部门分管负责人兼任办公室主任，负责日常管理工作。承担事件应急处置的日常管理和组织协调工作；负责牵头事件联防联控工作机制日常工作，组织有关部门对各级应急处置工作进行指导；组织起草事件应急处置相关规章制度；制定应急处置方针、政策和措施；建立完善监测预警系统；制订应急预案，开展培训演练；开展公共卫生安全教育、突发急性呼吸道传染病防控知识和政策宣传。

4.2.2 应急工作机构

启动Ⅳ级应急响应后，启动联防联控工作机制，市应急指挥

部由市卫生健康主管部门牵头，抽调相关部门工作人员组成工作组和工作专班，指导应急响应区域内县（市、区）政府开展防控工作。

启动Ⅲ级及以上应急响应后，市应急指挥部以“一办五组”为基本架构，即组建办公室、管控服务组、医疗组、宣传组、物资保障组、督查组等工作组，实行实体化运作，并可根据防控和应急处置工作需要，增设工作组和工作专班，形成“1+5+N”的工作机制。“一办五组”组成部门、职责与运作参照《温州市突发公共卫生事件应急预案》执行。

4.3 专家咨询委员会

各级卫生健康主管部门负责组建专家咨询委员会，专家咨询委员会主要职责：

（1）对日常应急准备提出意见建议，参与制订应急预案和技术方案。

（2）对事件相关信息进行分析评估，提出应对措施建议。

（3）提出应急响应启动、调整、终止的意见建议，参与事后评估。

（4）对应急处置工作提供专业咨询和技术指导。

（5）承担领导小组、卫生健康主管部门交办的其他工作。

4.4 工作机制

各级政府领导小组建立健全相关工作机制，确保事件应急组织体系的高效运行，全面做好监测预警、应急指挥、应急响应、

物资调度、部门联动等事件应对处置工作。

4.4.1 应急指挥机制。立足常态，各级政府构建平战结合的公共卫生应急体系，实现事件的统一指挥、高效协调。组建跨领域、多学科的突发急性呼吸道传染病防控高级别专家组，发挥技术优势在应急处置中的关键支撑作用。

4.4.2 联防联控机制。在落实各级政府属地责任基础上，建立各部门工作职责清单，明确各自应急响应工作流程，建立部门高效协同、上下有序联动、区域紧密协作、信息互通共享的联防联控机制。推进省内兄弟城市、长三角城市、省际和国际间公共卫生应急合作，形成区域联动格局。统筹多方力量，健全基层网格化疫情防控体系。

4.4.3 监测预警机制。围绕早发现、早报告、早隔离、早治疗目标，建立健全各级各类医疗机构预检分诊系统，完善各类监测哨点布局。提高信息化水平，完善多点触发机制，健全监测预警网络。

4.4.4 精密智控机制。充分运用大数据、云计算、区块链等技术，强化卫生健康、公安、大数据管理等多部门数据共享和场景化多业务协同，全面提升疫情防控和公共卫生应急管理的数字化和智能化水平。深化“大数据+网格化”管控机制，加强数字流行病学和智能化疫情防控工程研究，深化“一图一码一库一指数”经验成果，提升管控水平。

4.4.5 平战结合机制。以防范化解重大疫情风险隐患为指

引，建立应急培训、应急演练、应急征用等机制，提高平战快速转换能力，确保平时服务、战时能战。打造重大公共卫生平台，提升卫生应急保障、处置和恢复能力。

4.4.6 “三情”联判机制。推进疫情、舆情、社情（以下简称“三情”）联判联动、综合管控，统筹防风险、战疫情和保稳定各项工作。完善重大事件信息公开和新闻发布制度，及时主动回应社会关切，加强权威信息发布和正面舆论引导，切实保障公众知情权、参与权和监督权。利用大数据分析和研判手段，加强“三情”监测，捕捉疫情线索，有效管控负面信息，及时核实辟谣。

4.4.7 医防融合机制。坚持将预防为主、防治结合原则贯通监测预警、预防控制和医疗救治全过程。强化医疗机构的疾病预防控制职责和“两员一中心一团队”医防融合机制，提升一线医务人员的基础公共卫生知识和技能，提高传染病的前端发现、早期预警能力。

5 监测、报告、评估与预警

5.1 监测

按照国家、省卫生健康主管部门统一规定和要求，建立完善我市法定传染病和突发公共卫生事件网络直报、不明原因肺炎、发热呼吸道症候群监测、实验室检测、出入境口岸卫生检疫报告、医疗卫生工作人员报告、科研发现报告、舆情监测以及公众举报等多渠道监测网络，实现信息源头收集、实时抓取和在线监测。

各级医疗机构、疾病预防控制机构、卫生监督机构和海关等负责开展事件的日常监测。

发生突发急性呼吸道传染病事件后，各地可根据事件的性质、严重程度、发展趋势等，适时启动应急监测，调整监测方式、范围、内容、频次等。

5.2 报告

县级以上卫生健康主管部门指定的突发急性呼吸道传染病事件监测机构、各级各类医疗卫生机构、县级以上人民政府和海关、农业农村、自然资源和规划、市场监督管理、教育等有关部门和机构为事件的报告责任单位。执业中的各级各类医疗卫生机构的医疗卫生人员为报告责任人。报告责任单位要按照有关规定及时、准确报告事件及其处置情况。任何单位和个人不得瞒报漏报迟报。

其他单位、公众举报可向所在地应急联动指挥中心（110）报告，并按本单位突发公共卫生事件应急预案或突发急性呼吸道传染病事件应急预案启动相应级别的应急响应，采取必要的先期处置措施；应急联动指挥中心（110）接到报告后，应立即通报当地卫生健康、公安和市级主管单位等部门。当地卫生健康、公安等主管部门接到事件报告后，应立即派人赶赴现场，开展先期处置，同时将事件信息报告本级政府和市卫生健康主管部门、市公安主管部门和市级主管单位。

发生较大及以上事件，事发地县级政府及卫生健康主管部门

要在收到事件报告 1 小时内、力争 30 分钟内，向市委市政府总值班室和市卫生健康主管部门电话报告或通过信息报送渠道报送初步情况；并在 2 小时内、力争 1 小时内书面报告相关情况。因特殊原因难以在 2 小时内书面报送情况的，须提前口头报告并简要说明原因。发生一般事件，事发地县级政府及卫生健康主管部门应在事发后 2 小时内将事件初步情况上报市委市政府总值班室和市卫生健康主管部门。市委市政府对报告时限另有规定的，从其规定执行。

5.3 评估

根据多渠道监测网络数据、国内外突发急性呼吸道传染病发生发展情况、舆情监测数据等信息，各级卫生健康主管部门组织专家开展日常风险评估和专题风险评估，及时排查发现事件发生发展的风险隐患。

针对智慧化预警多点触发机制发出的预警提示，各级卫生健康主管部门及时进行核实，必要时组织专家开展专题风险评估。根据核实评估结果，及时发布预警信息，需要启动应急响应的按规范程序启动。

一旦进入应急响应状态，应充分利用大数据、物联网、区块链技术，综合人员活动、行为习惯、物流、气候等更大范围的社会化层面数据，结合事件的处置发展情况，针对性开展动态的专题评估并发布风险提示和预警。

5.4 预警

在健全多渠道监测网络的基础上，各级卫生健康主管部门应科学设定预警指标体系以及风险预警阈值，建立突发急性呼吸道传染病智慧化预警多点触发机制。在事件处于未然状态时，及时发布预警信息。

按照突发急性呼吸道传染病疫情的性质、发生形式、波及范围、发展趋势、严重程度、病原特征等因素，从低到高预警分为四个级别，依次用蓝色、黄色、橙色和红色表示。我市范围内突发急性呼吸道传染病疫情达到四个级别预警阈值时，由市疾病预防控制中心对疫情核实后向市卫生健康主管部门提出预警建议。市卫生健康主管部门组织专家咨询委员会评估，报市政府备案后，作出预警决定。根据防控需要，向有关部门、医疗卫生机构、社会等全部或部分对象发布相应级别（颜色）的预警（预警的分级标准和方法见附件）。

县（市、区）卫生健康主管部门参照市级预警原则，对本行政区域内发生的突发急性呼吸道传染病疫情进行预警。

各级疾病预防控制机构、医疗机构、卫生监督机构和海关等应根据监测、预警结果，及时公众发布健康提示。

预警发布后，各级卫生健康主管部门应根据疫情发展趋势和事件变化以及疾病预防控制机构建议，对原发布的预警信息及时进行调整。如疫情得到有效控制，危险已经消除，各级卫生健康主管部门应在组织评估后及时解除预警。

6 应急响应

6.1 响应原则

6.1.1 市级响应原则

符合 I 级应急响应的事件，由市卫生健康主管部门组织专家咨询委员会评估后，向市政府提出是否启动应急响应的建议。市政府根据市卫生健康主管部门和专家咨询委员会的建议，决定是否启动 I 级应急响应，如启动应向省政府报告备案后向社会发布实施。国务院、省政府启动事件 I 级应急响应或者国务院、省政府要求我市启动 I 级应急响应的，则直接启动。

符合 II 级、III 级应急响应的事件，由市卫生健康主管部门组织专家咨询委员会评估后，向市政府提出是否启动相应级别应急响应的建议。市政府根据市卫生健康主管部门和专家咨询委员会的建议，决定是否启动相应级别应急响应，如启动向社会发布实施。

符合 IV 级应急响应的事件，由市卫生健康主管部门组织专家咨询委员会评估后，决定是否启动，如启动报市政府批准后向社会发布实施。

6.1.2 县级响应原则

上级政府启动应急响应后，如无特别要求的，下级政府应随之启动相应级别响应。如需启动更高级别应急响应，具体程序和原则参照市级响应原则。各有关部门应根据部门职责和指挥机构要求，落实各项工作措施。上级政府取消应急响应后，其所属有关部门、下级政府须根据本部门和辖区内实际情况，组织专家咨

询委员会评估后，作出是否继续本级本部门响应的决定。

县（市、区）政府启动区域内应急响应，参照市级响应原则，按规范程序启动相应级别的响应。上级政府根据疫情形势、评估结果和防控工作需要，可指定下级政府启动应急响应。

6.2 分级响应与措施

6.2.1 IV级应急响应

（1）组织领导：启动应急预案，市领导小组自动转为市应急指挥部，市政府分管副市长任市应急指挥部总指挥，启动联防联控工作机制，由市卫生健康主管部门牵头，抽调相关部门工作人员组成工作组和工作专班，指导响应区域内县（市、区）政府开展防控工作。

（2）信息报告研判：按照《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》要求进行信息报告，针对事件开展专题风险评估和形势研判。

（3）重点人群管理：对病人、疑似病人坚持早发现、早报告、早隔离、早治疗原则，采取就近隔离、就近观察、就近治疗措施。对密切接触者、共同暴露者根据情况采取集中隔离医学观察或居家医学观察。所有二级以上医疗机构规范开设发热呼吸道门诊，其他医疗机构加强预检分诊。卫生健康主管部门会同公安、大数据管理、交通运输、通信管理等部门运用大数据技术联合开展疫情的流行病学调查、传染源追溯、密切接触者追踪管理等调查处置工作。疾病预防控制机构和医疗机构加强疫情相关监测工

作。

(4) 事件控制：精准划定防控区域范围至最小化单元，对疫点、疫区进行应急处置和终末消毒，加强日常预防性消毒。加强学校、农贸水产批发市场、养老院、福利院、精神卫生医疗机构、监所等重点和特殊场所的防控。根据疫情防控需要，可对涉及疫情的企事业单位、公共场所、学校等采取停工停业停学措施；可对发生疫情的社区采取限制人员聚集性活动、封闭式管理等措施；可对禽类、野生动物、冷冻水产品等交易进行必要的限制，在疫情涉及的市场等场所禁止交易。

(5) 信息发布：由市卫生健康主管部门按照常规每月发布疫情，必要时及时发布。

(6) 健康教育：开展急性呼吸道传染病防治知识的健康教育，提高公众防范意识和自我保护能力。

(7) 保障措施：市政府做好对事发地疫情防控的支援准备，抽调医疗卫生资源加强事发地防控力量，或组织协调行政区域内其他医疗机构协助收治病人。

(8) 维护社会稳定：保障商品供应，平抑物价，防止哄抢；打击哄抬物价、囤积居奇、制假售假以及造谣传谣等违法犯罪和扰乱社会治安的行为。依法处理不配合疫情防控措施的行为。

6.2.2 III级应急响应

在IV级应急响应的基础上，强化和增加以下响应措施：

(1) 组织领导：调整市应急指挥部，市政府分管副市长任

市应急指挥部总指挥，市应急指挥部实体化运作，办公室设在市卫生健康主管部门，特殊情况办公室设在市政府办公室。根据工作需要组建相应的工作组和工作专班，实行专班运作、分工负责，统筹协调全市或特定区域的卫生应急处置工作。

（2）信息报告研判：实行疫情日报告零报告制度；每周开展疫情风险评估和以乡镇（街道）为单位编制疫情风险地图，并向社会发布。

（3）重点人群管理：根据国际、国内、省内疫情形势变化动态调整疫情重点国家（地区）、省市名单，建立与区域疫情风险等级相对应的人员安全流动管理机制。可对来自疫点、疫区或疫情中高风险国家（地区）的人员实施严格排查管控措施和实施集中隔离医学观察或居家隔离医学观察、健康监测、医学检测等必要措施。提升医疗卫生机构、第三方检测机构检测服务能力，满足重点人群应检尽检、其他人员愿检尽检需求。

（4）事件控制：市政府为应急响应措施的实施主体，涉及疫情防控重要情况和问题，及时向省领导小组报告。重点落实好企业、生产经营单位、公共场所防控措施，对公共场所实施必要的限流限客措施。避免非必需的人群聚集活动，尽可能减少参加活动的人数，保持安全社交距离。实施“大数据+网格化”管理，落实社区防控责任，对进出人员、车辆采取“健康码+体温测量”等查验措施。引导公众加强自我防护，分具体场合科学合理使用口罩等防护用品。必要时，各级政府根据《中华人民共和国传染

病防治法》等有关法律规定，划定并宣布疫区范围，实施封锁措施。根据防控需要，可对禽类、野生动物、冷冻水产品等交易进行必要的限制，在疫区范围内可禁止交易。

（5）信息发布：由市委宣传部（市政府新闻办）每周发布事件进展信息、防控相关政策和措施。必要时及时发布。

（6）健康教育：加大宣传力度，多渠道、多形式、广覆盖，重点普及针对性疾病防治核心知识。

（7）保障措施：市政府实施统一的物资调配保障机制，统筹调集使用行政区域内的人员、物资、交通工具、相关设施设备等各类疫情防控资源，及时组织生产、供应和调度防控物资，满足防控工作需要。

（8）其他措施：组织协调多部门利用新技术和新资源支持应急响应工作；建立多部门参与的事件应急处置支持信息系统，提升信息报告、统计分析、流行病学调查、疫情追踪等的时效性和智能化水平，确保应急处置信息准确、共享，促进防控措施有序落实；建立各县（市、区）间的事件应急信息互通共享机制。

6.2.3 II级应急响应

在III级应急响应的基础上，强化和增加以下响应措施：

（1）组织领导：进一步调整市应急指挥部，市政府常务副市长任市应急指挥部总指挥，办公室设在市政府办公室。实行“一办五组”工作机制，组建办公室、管控服务组、医疗组、宣传组、物资保障组和督查组，根据需要增设相应工作组和工作专班，实

行专班运作、集中办公、分工负责，开展事件的应急处置、医疗救治、技术支撑保障、交通保障、物资设备供应保障、通信保障、生活物资保障、信息发布、宣传教育、科研攻关、国内外交流合作和督导检查等各项应急工作。

（2）信息报告研判：建立各县（市、区）、各部门 24 小时畅通的每日调度和会商机制。每日开展疫情风险评估，每三日编制以乡镇（街道）为单位的疫情风险地图，并向社会发布。发布频次可根据防控需要及时调整。

（3）重点人群管理：对病人、疑似病人，以县（市、区）为单位实施“集中患者、集中专家、集中资源、集中救治”。不能开设发热呼吸道门诊的医疗机构开设发热诊室、设立临时隔离病室，开展发热病人筛查，及时转诊并做好登记和报告。

（4）事件控制：市应急指挥部根据风险评估结果，在全市范围内分区分级采取限制措施。高风险地区可采取除保障疫情防控、群众生活必需物资生产供应外的全面停工停业停学措施，关闭公共场所，停止集市、集会等人群聚集活动；严格限制人员流动、物流、商流，实施严格交通运输管制，可采取除保障疫情防控、群众生活必需物资和人员运输外（开通绿色通道），全面或局部区域内停止客运、市区交通和物流运输，实施市际交界口岸、交通卡点管控。中风险地区建立全市统一的企业、生产经营单位开工和公共场所开放开业负面清单，并及时调整，对列入负面清单的单位和场所采取停工停业措施，未列入负面清单的单位和场

所在落实好防控措施的前提下可继续生产经营;根据疫情防控需要,可采取学校停学措施;停止集市、集会等人群聚集活动;对人员流动、物流、商流采取必要的限制措施,实施市际交界口岸、交通卡点管控。低风险地区在落实好防控措施的前提下可开工开业开学;停止集市、集会等人群聚集活动。划定控制区域,根据疫情防控需要和《中华人民共和国传染病防治法》等有关法律规定,报省领导小组批准,市应急指挥部可决定是否实行县域或多个县域封锁。强化社区管控措施,高风险地区禁止非居住人员进入、限制居住人员进出,中风险地区禁止非居住人员进入,低风险地区人员进入须测温亮码。公众外出必须全程佩戴口罩,进入公共场所、乘坐公共交通工具实行测温亮码。根据防控需要,可对禽类、野生动物等交易进行必要的限制,并可在一定的市域范围内采取禁止交易措施。

(5) 社会动员:在中高风险地区,积极动员机关、企事业单位、乡镇(街道)、以及村(居)委会、社会团体、志愿者队伍等协助做好事件相关信息收集报告、重点人群查验、人员隔离、健康随访及其他公共卫生措施的实施。广泛开展爱国卫生运动,加强环境整治。

(6) 交通检疫:实施中高风险地区交通检疫,铁路、交通运输、民航、海关等部门可在交通站点、干线公路和口岸设置临时交通卫生检疫站,或利用现有的卫生检疫场所,对出入境、进出疫区和其他运行中的交通工具及其乘运人员、运送物资进行检

疫查验；低风险地区可对来自中高风险地区交通工具、乘坐人员、运送物资进行检疫查验。做好出租车、网约车、公共汽车、客运大巴、火车、飞机、轮船等公共交通工具的消毒工作。

(7) 信息发布：市委宣传部（市政府新闻办）每日发布事件进展信息、防控相关政策和措施；及时发布健康提示和就医指南；及时披露信息、澄清谣言、回应关切，正确引导舆论。

(8) 健康教育：重视心理健康服务，加强公共卫生事件应对的心理健康干预，向社会公众提供心理援助。

(9) 保障措施：建立全市物资统一调配保障机制，根据需要可调集市内相关人员、物资、交通工具、相关设施设备疫情防疫资源支援中高风险地区防控工作，及时组织生产、供应和调度防疫物资，满足防疫需要。中高风险地区政府可在本行政区域内紧急调集人员和调用储备物资，临时征用房屋、交通工具以及相关设施设备。根据疫情防控需要，按照国家或省委省政府要求，可临时调整医保政策，启动医疗救助应急机制。

(10) 其他措施：建立跨市际的事件应急信息互通共享机制；组织相关部门运用大数据、云计算、区块链等新技术支持开展重大疫情防控和应急处置。

6.2.4 I 级应急响应

国务院、省政府启动 I 级应急响应的，在国家、省应急指挥机构的统一领导和指挥下，组织协调应急处置工作。国务院、省政府未启动 I 级应急响应的，根据事件等级和实际情况，市政府

报省政府备案同意后，启动 I 级应急响应，在市应急指挥部的统一领导和指挥下开展应急处置工作，必要时请求省政府及其有关部门支持。在 II 级应急响应的基础上，强化和增加以下响应措施：

（1）组织领导：升格并优化市应急指挥部，由市长任组长，实行战时工作机制，强化“一办五组”的运行机制，根据需要增设相应工作组和工作专班，进一步加强组织领导，全社会动员，统一调配全市防控力量与资源。

（2）信息报告研判：每日开展疫情风险评估，编制以乡镇（街道）为单位的疫情风险地图，并向社会发布。发布频次可根据防控需要及时调整。

（3）重点人群管理：根据需要启用方舱医院开展大批量病例、疑似病例的集中收治，向省政府请求医疗救治和防控工作支援。

（4）事件控制：市应急指挥部根据风险评估结果，可在全市范围内采取全面停工停业停学、关闭公共场所、停止人群聚集活动等措施；在全市或局部区域内采取严格交通运输管制措施。划定控制区域，根据疫情防控需要和《中华人民共和国传染病防治法》等有关法律规定，报省领导小组批准，市应急指挥部可决定是否实行全市区域封锁。所有社区禁止非居住人员进入，限制居住人员进出，落实“健康码+体温测量”管理措施。根据防控需要，可在全市范围内禁止禽类、野生动物交易等必要的限制措施。

(5) 社会动员：全市范围内进行社会动员和开展爱国卫生运动。

(6) 交通检疫：实施全市范围的交通检疫。

(7) 信息发布：增加每日新闻发布频次，及时发布事件进展信息、防控相关政策和措施。

(8) 健康教育：设立 24 小时心理健康咨询热线，随时向公众提供心理支持服务。

(9) 保障措施：实施全市物资统一调配保障机制，统筹调集使用全市范围内的各类人员、物资、交通工具、相关设施设备疫情资源，及时组织生产、供应和调度防控物资，满足防控需要，必要时可临时征用房屋、交通工具、相关设施设备。各级政府可在本行政区域内紧急调集人员和调用储备物资用于疫情防控。

各县（市、区）启动区域内应急响应的措施参照以上内容。启动省、市级应急响应后，事件发生地的县（市、区）政府可酌情提高本地应急响应等级，强化工作措施，严防事件传播扩散，控制事件影响。

6.2.5 非事件发生地区

未发生事件的地区应根据其他地区发生事件的性质、特点、区域、发展趋势和应急响应范围，分析本地区受波及的可能性和程度，重点做好以下工作：

(1) 密切关注事件发展，多渠道及时获取相关信息，组织

专家开展事件影响的评估研判，及时发布预警信息。

(2) 组织做好本行政区域应急处置所需的人员、经费、物资、技术等资源储备和风险沟通等准备。

(3) 加强监测和报告工作，必要时建立专项报告制度。

(4) 实施上级政府或应急指挥机构统一部署的应急响应措施。

(5) 认真准备，随时等待上级指令，支援事件发生地开展应急处置工作。

6.3 响应调整和终止

6.3.1 响应调整依据

在应急响应期间，根据事件发生、发展的趋势和控制效果，由卫生健康主管部门组织专家咨询委员会评估后向同级政府提出调整应急响应级别的建议；对事态和影响不断扩大的事件，应提高响应级别；对范围有限、不会进一步扩散的事件，或经处置后有效控制的事件，应降低响应级别或终止响应。

6.3.2 响应调整原则

响应级别调整和响应终止程序同启动程序，在事件得到有效控制、事件隐患或相关危险因素发生变化后，应在专家咨询委员会评估基础上，按照谁启动、谁调整的原则，由相应组织（部门）宣布调整响应级别或终止应急响应。

6.3.3 响应调整程序

IV级响应由市卫生健康主管部门组织专家咨询委员会进行

论证分析,得出终止应急响应结论后,报市政府批准后发布实施;如应提高响应等级则参照“6.1 响应原则”的程序实施。

III级响应由市卫生健康主管部门组织专家咨询委员会进行论证分析后,向市政府提出调整响应级别或终止应急响应的建议,由市政府决定发布实施。

II级响应由市卫生健康主管部门组织专家咨询委员会进行分析论证后,向市政府提出调整响应级别或终止应急响应的建议,其中提高响应至I级等同于启动I级响应程序(参照“6.1 响应原则”),降低响应级别或终止响应则由市政府决定发布实施。

I级响应由市卫生健康主管部门组织专家咨询委员会进行分析论证后,向市政府提出降低响应级别或终止应急响应的建议,由市政府向省政府报告后发布实施。

各县(市、区)调整响应级别或终止应急响应程序参照以上程序及“6.1 响应原则”。

7 善后处理

7.1 后期评估

事件应急处置工作结束后,各级政府应及时组织开展事件的处理情况评估,并向上级政府报告。

7.2 补助抚恤

各级政府和有关部门对在应急处置中英勇献身的人员,按规定追认为烈士;对因参与应急处置致病、致残、死亡的人员,按

国家有关规定给予相应的补助和抚恤。对应急处置一线工作人员，按规定给予相应补助。

7.3 征用补偿

事件应急处置结束后，各级政府应组织有关部门对应急处置期间紧急调集、征用的有关单位、企业、个人的物资和劳务进行评估并给予合理补偿。

7.4 恢复重建

按照属地管理的原则，由事发地政府负责。根据事件风险评估结果、防控措施、受疫情影响程度、重建能力，制定当地复工复产和恢复重建计划，有序恢复生产生活秩序。

8 保障措施

8.1 组织保障

各级政府应加强对事件应急处置工作的统一领导、统一指挥；建立事件防范和应急处置工作责任制，保证事件应急处置工作正常进行；将事件应急工作纳入各级政府国民经济和社会发展规划，加强基层应急体系和应急能力建设，尤其要强化卫生健康系统的卫生应急管理处置力量配备。

8.2 技术保障

8.2.1 信息系统

各部门要发挥技术优势，将大数据、云计算、人工智能、物联网、区块链、5G 等技术应用于事件应急处置，在事件监测、预测预警、病原溯源、流行病学调查、密切接触者和重点人员追

踪排查、防控救治、资源调配等方面发挥技术支撑作用。完善大数据在公共卫生应急管理中应用的立法保障。

8.2.2 专业机构

建立完善疾病预防控制体系，提高事件监测预警、信息报告、流行病学调查、实验室检测、健康教育、科研创新能力；建立健全应急医疗救治体系，强化急救、传染病救治、心理危机干预能力；加强卫生监督执法队伍建设，推进在线监测和数字化监管手段，提升应急监督执法能力。

医疗机构的建设应考虑增加应急扩容设计，具备应急物资储备功能和快速腾空、平战转换能力；建立后备医疗机构，建立分层次动员机制；对后备方舱医院、紧急隔离点等作出计划安排。

8.2.3 卫生应急队伍

按照平战结合、因地制宜、分类管理、分级负责、统一指挥、协调运转的原则，建立事件卫生应急队伍。各级卫生健康主管部门应结合工作实际，强化突发急性呼吸道传染病防控与应急处置专业队伍建设。加强后备处置队伍建设，积极吸纳志愿者队伍、民间救援组织和社会力量共同参与应急处置和常态化训练，提升卫生应急处置扩容能力。建立集成化、梯队化队伍管理模式，完善专业队伍与社会力量的工作联动机制，通过实战和演练不断优化协调联动。

8.2.4 培训和演练

各级政府、相关部门、专业机构开展应急预案培训和演练，

培训演练的内容和对象范围应立足于实践，对标预案和情景构建，在范围方面除了专业应急处置队伍、后备处置队伍、志愿者队伍和社会救援组织、公众参与外，还应考虑加大对行政管理人员的培训力度。每两年按预案内容及流程组织开展一次培训演练，及时进行总结和评估，完善预案体系。

8.2.5 科研和国际交流

开展事件应急相关的科研攻关，做好技术储备；加强国内外交流与合作，学习和引进国内外先进技术、装备，提高应对突发急性呼吸道传染病的能力与水平。

8.3 经费和物资保障

各级政府按照我省医疗卫生领域财政事权和支出责任划分改革有关规定，落实事件应急准备、处置和常态化建设经费，财政部门要及时拨付资金并督促相关部门做好经费的绩效管理工作；按照集中管理、统一调拨，平时服务、灾时应急，智能管理、节约高效的原则，建立健全应急物资保障指挥调度、日常储备、应急生产、物流配送等机制，提高战时紧急扩容和自主保障能力；建立应急渠道，推进紧缺医用应急物资的技术评审和生产审批。

8.4 通信和交通保障

有关部门要组织协调各通信运营企业为事件应急监测、报告、调查、处置等提供技术服务和通信保障。公安、交通运输部门优先安排、调度、放行应急救援人员、物资和车辆，必要时开设应急救援绿色通道。

8.5 法律保障

各级政府和部门要严格执行相关法律法规和规定，根据预案要求，严格履行职责；对履行职责不力，造成严重后果、损失和影响的，依据相关法律法规及《温州市人民代表大会常务委员会关于依法全力做好当前新型冠状病毒肺炎疫情防控工作的决定》（温人大常〔2020〕5号）等规定，依法追究相关单位和个人的责任。

司法行政、卫生健康主管部门等应根据事件应急处置过程中出现的新情况新问题，加强调查研究，起草制订并不断完善应对事件的法规、规章、制度，做好相关法律解释工作。

加强事件应急相关法治宣传和法律服务，提高全民法律意识，教育公众自觉配合事件防控处置工作。

9 监督管理

9.1 监督检查

各地、各部门加强对防控措施落实情况的督促指导，确保应急处置措施落到实处；建立督导、考核和问责机制，把事件应急处置工作纳入地方政府和部门绩效考核。

各级纪检监察部门根据应急处置需要，组织开展监督执纪检查、监督举报调查、专题巡视巡察等监督工作。

9.2 责任与奖惩

各级政府和有关部门对在事件应急处置作出贡献的先进集体和个人，按国家和省有关规定及时进行表彰、奖励；对在事件

的预防、监测、报告、调查、控制和处置过程中,存在玩忽职守、失职、渎职等行为,以及不遵守有关规定、不配合或拒不执行应急管控措施的,依据相关法律法规追究责任。

10 附则

10.1 预案管理

10.1.1 本预案由市卫生健康主管部门牵头制订,报市政府批准后实施。本预案原则上每三年修订一次,当卫生应急相关法律法规被修改,部门职责或应急资源发生变化,或者在实际应对和实战演习中出现新的问题、新的情况,应及时修订完善本预案。

10.1.2 市级有关部门根据需 要和 本 预 案 规 定,制 定 本 部 门 职 责 范 围 内 的 具 体 工 作 预 案,报 市 卫 生 健 康 主 管 部 门 备 案。

10.1.3 县级政府根据《突发公共卫生事件应急条例》《浙江省突发公共卫生事件应急办法》规定,参照本预案并结合本地区实际情况,组织制定本地区应急预案,自印发之日 20 个工作日内报市卫生健康主管部门备案。

10.2 预案解释部门

本预案由市卫生健康主管部门负责解释。

10.3 预案实施时间

本预案自印发之日起实施。

11 附件

附件

温州市突发急性呼吸道传染病事件预警方案

急性呼吸道传染病具有发病急、传播快、控制难等特点，易造成较大的经济社会影响，严重危害人民群众身心健康。为及早发现急性呼吸道传染病重大疫情风险并采取防控措施，最大程度减少疫情带来的影响，根据疾病特点、监测信息、发生发展规律，在突发急性呼吸道传染病事件处于未然状态时，及时对其进行预警。

一、预警分级

按照急性呼吸道传染病疫情的性质、发生形式、波及范围、发展趋势、严重程度、病原特征等因素，从低到高将预警分为四个级别，依次用蓝色、黄色、橙色和红色表示，并按照疫情的发生发展变化，及时作出调整。

二、预警的分级标准

按照急性呼吸道传染病病原体的不同，将突发急性呼吸道传染病事件主要分为新冠肺炎、传染性非典型肺炎（SARS）、中东呼吸综合征（MERS）、人感染禽流感、季节性流感、新型流感、不明原因肺炎和肺鼠疫、肺炭疽等 8 类进行预警。具体预警分级标准如下：

（一）蓝色预警

1. 省内出现中东呼吸综合征（MERS）输入性病例。
2. 省内发生人感染禽流感病例；或我市出现禽间禽流感疫情，并发生职业人员暴露。
3. 流感哨点监测每周流感样病例百分比（ILI%）超过基线水平 1.5 个百分点，且每周流感样病例标本阳性检出率超过基线水平 5 个百分点。（注：基线水平根据监测结果，由省疾病预防控制中心每年动态调整）
4. 省内出现新型流感病例。
5. 省内出现不明原因肺炎聚集性疫情。

（二）黄色预警

1. 省内出现新冠肺炎本土病例。
2. 省内出现中东呼吸综合征本地病例,波及 2 个以上设区市；或我市出现中东呼吸综合征输入性病例。
3. 我市发生人感染禽流感病例。
4. 流感哨点监测每周流感样病例百分比（ILI%）超过基线水平的 3 个百分点，且每周流感样病例标本阳性检出率超过基线水平的 15 个百分点。
5. 我市出现新型流感病例。
6. 我市出现可能为新病原引起的不明原因肺炎聚集性事件，并出现重症病例。
7. 我省发生肺鼠疫、肺炭疽输入性病例。

（三）橙色预警

1. 省内其他设区市出现新冠肺炎局部社区传播；或我市出现新冠肺炎本地病例。

2. 省内出现传染性非典型肺炎病例。

3. 省内出现中东呼吸综合征本地聚集性疫情；或我市出现中东呼吸综合征本地病例。

4. 我市3个以上县（市、区）范围内发生人感染禽流感病例并出现聚集性疫情。

5. 流感哨点监测每周流感样病例百分比（ILI%）超过基线水平的6个百分点，且每周流感样病例标本阳性检出率超过基线水平的30个百分点。

6. 我市出现新型流感聚集性疫情，并出现重症病例。

7. 我市发生肺鼠疫、肺炭疽本地疑似病例。

（四）红色预警

1. 我市出现新冠肺炎局部社区传播。

2. 我市出现传染性非典型肺炎（SARS）聚集性疫情。

3. 我市出现中东呼吸综合征（MERS）聚集性疫情，并出现本地续发病例。

4. 我市出现人感染禽流感的社区传播。

5. 我市出现新型流感社区传播，并呈扩散趋势。

6. 我市1个平均潜伏期内发生2例以上肺鼠疫、肺炭疽病例。

三、预警原则

我市急性呼吸道传染病疫情形势经研判符合上述四个级别

预警阈值时，由市疾病预防控制机构核实后向市卫生健康主管部门提出预警建议。市卫生健康主管部门组织专家咨询委员会评估，报市政府备案后，作出预警决定，发布相应级别（颜色）的全市预警，并可同时对预警触发地（市、县）发布预警，预警触发地的预警级别须不低于全市预警级别。当同时存在2种及以上预警情形的，应合并发布预警，并以分级标准最高情形作为最终预警的级别。

县（市、区）卫生健康主管部门参照市级预警原则，对本行政区域内发生的急性呼吸道传染病疫情进行预警，预警级别应不低于市级预警级别。

各级疾病预防控制机构、医疗机构、卫生监督机构以及海关应根据监测、预警结果，及时向社会公众发布健康提示。

四、预警的发布、调整 and 解除

各级卫生健康主管部门在接到疾病预防控制机构的预警建议后，应及时通过新闻媒体发布预警，内容包括预警的情形、预警级别、预警范围、预警措施等，可以文字、预警地图等形式展示。同时，向同级政府报告。

预警发布后，各级卫生健康主管部门应根据疫情发展趋势、突发事件发生发展可能性以及疾病预防控制机构建议，对原发布的预警信息及时进行调整。疫情得到有效控制后，应及时解除预警。

