

专项整治对医院抗菌药物临床应用的影响[△]

朱世权*, 谢瑞祥#, 欧棋华, 余 炜, 杨 琳(福建省肿瘤医院药剂科, 福州 350014)

中图分类号 R197.323;R978.1;R969.3

文献标志码 A

文章编号 1001-0408(2014)30-2789-04

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2014.30.02

摘要 目的:评价专项整治对医院抗菌药物临床应用的影响。方法:从医院信息系统中导出2011年7月—2012年6月(第1次整治)和2012年7月—2013年6月(第2次整治)全院抗菌药物应用数据,利用Excel对抗菌药物的品种、品规数、消耗量及金额、用药频度(DDDs)、日均费用(DDC)等指标进行汇总和分析。结果:继续深入开展抗菌药物临床应用专项整治活动后,抗菌药物AUD从15.75 DDDs/(100人·天)降到11.93 DDDs/(100人·天),下降了24.25%;抗菌药物费用占药费比例从2.67%降到2.16%,下降了19.10%;门诊患者使用抗菌药物百分率从1.73%降到0.85%,下降了50.87%;住院患者使用抗菌药物百分率从19.71%降到16.99%,下降了13.80%;清洁手术预防使用抗菌药物百分率从9.38%降到9.00%,下降了4.05%;预防使用抗菌药物人均用药天数从1.69 d降到0.83 d,下降了50.89%;介入预防使用抗菌药物百分率从17.74%降到13.22%,下降了25.48%。结论:连续有效的行政与药学干预措施可提高临床合理应用抗菌药物的水平。

关键词 抗菌药物;用药频度;使用强度;专项整治

Effects of Special Rectification on Clinical Application of Antibiotics in Hospital

ZHU Shi-quan, XIE Rui-xiang, OU Qi-hua, YU Wei, YANG Lin (Dept. of Pharmacy, Fujian Provincial Cancer Hospital, Fuzhou 350014, China)

ABSTRACT OBJECTIVE: To evaluate the effects of special rectification on clinical application of antibiotics. METHODS: The application of antibiotics from Jul. 2011 to Jun. 2012 (first rectification) and Jul. 2012 to Jun. 2013 (second rectification) exported from the hospital information system was analyzed by using Excel in respects of the types of antibiotics, specification, consumption amount and sum, DDDs, DDC, etc. RESULTS: AUD decreased from 15.75 DDDs/(100 persons·d) to 11.93 DDDs/(100 persons·d), decreasing by 24.25%; the proportion of antibacterial drug costs in drug cost decreased from 2.67% to 2.16%, decreasing by 19.10%; the utilization ratio of outpatient antibiotics decreased from 1.73% to 0.85%, decreasing by 50.87%; the utilization ratio of inpatient antibiotics decreased from 19.71% to 16.99%, decreasing by 13.80%; prophylactic utilization ratio of antibiotics in the clean surgery decreased from 9.38% to 9.00%, decreasing by 4.05%; the average medication days of prophylactic use of antibiotics decreased from 1.69 d to 0.83 d, decreasing by 50.89%; the proportion of antibiotics in the interventional operation decreased from 17.74% to 13.22%, decreasing by 25.48%. CONCLUSIONS: Continuous and effective administrative and pharmaceutical interventions can promote rational use of antibiotics in the clinic.

KEYWORDS Antibiotics; DDDs; AUD; Special rectification

我国抗菌药物临床的不合理应用已经成为社会各界普遍关注的问题,医院抗感染治疗也面临无药可用的严峻现实。近年来,为了加强对抗菌药物合理应用的监管,原卫生部先后颁布了多个法规文件,并于2011年4月启动为期3年的抗菌药物专项整治活动。抗菌药物的合理应用越来越受到医院领导的重视和临床医师的关注,我院先后开展两次专项整治活动,抗菌药物临床应用情况得到明显的改善。本调查通过对前后2次抗菌药物临床应用专项整治各项指标变化情况的观察,评价专项整治对医院抗菌药物临床应用的影响,完善抗菌药物临床应用管理有效措施和长效工作机制,促进临床合理

应用抗菌药物能力和管理水平的持续提高。

1 资料与方法

1.1 资料来源

从医院信息系统(HIS)中导出2011年7月—2012年6月(第1次整治)和2012年7月—2013年6月(第2次整治)全院抗菌药物应用数据以及同期患者的住院天数和出院人数。本次调查所统计的抗菌药物分类参照HIS,复方制剂按主药分类、不考虑酶抑制剂,品种统计不包括抗结核、抗病毒、抗寄生虫和局部用药。

1.2 各项指标的计算

本调查采用限定日剂量(DDD)、用药频度(DDDs)、日均费用(DDC)、使用强度(AUD)等对2次整治期间的抗菌药物使用情况进行分析。利用Excel对抗菌药物的品种、品规数、消耗量及金额、用药频度进行汇总和分析。门诊、住院患者抗菌药物使用金额及使用率、AUD、三级管理抗菌药物DDDs、各项百分率指标直接从医院医疗监控系统读取。DDD采用“卫

[△] 基金项目:中国药学会科技开发中心委托研究项目(No. 2012DCST010T59)

* 副主任药师。研究方向:临床药学。电话:0591-83660063-8444。E-mail:zsqsxq@126.com

通信作者:主任药师。研究方向:医院药学。电话:0591-83660063-8270。E-mail:xllx3956@163.com

生部抗菌药物临床应用监测网药品字典及DDD值”。
 $DDD_s = \text{用总剂量} / DDD \text{值}^{[1]}$,同一品种不同规格、不同厂家药品分别计算其 DDD_s ,将 DDD_s 相加即为该药总的 DDD_s 。
 $DDC = \text{药年销售金额} / DDD_s^{[1]}$ 。 $AUD = \text{抗菌药物总} DDD_s / (\text{同期住院患者总人数} \times \text{天数} \times 100)$ 。

2 结果与分析

2.1 基本情况比较

2次专项整治期间抗菌药物临床应用基本情况见表1。由表1可知,第2次整治期间的门诊就诊人次和住院出院人次分别比第1次整治期间增加12.0%和11.8%,抗菌药物使用总金额、 DDD_s 、 DDC 在2个周期之间没有太大差别。但是,分别从门诊和住院方面分析可发现:门诊方面,在 DDD_s 增加的情况下出现抗菌药物使用金额和 DDC 的下降,提示门诊抗感染治疗的费用在下降,这与鼓励在门诊使用价格便宜的非限制使用级或口服剂型的抗菌药物有关,表明在门诊加强开展专项处方点评可以促进抗菌药物合理使用;住院方面,在 DDD_s 下降的情况下出现使用金额和 DDC 的上升,提示住院抗感染治疗的费用增加,这可能与免疫力低下的癌症患者感染病情往往较重以及临床医师从多因素考虑使用价格高的抗菌药物有关,也提醒我们要加强住院患者的抗感染预防和治疗医嘱的点评干预,实现既经济又有效的合理用药目标。

表1 抗菌药物临床应用基本情况

Tab 1 The clinical application of antibiotics

项目	第1次整治	第2次整治
品种数	49	34
品规数	75	42
抗菌药物使用总金额,万元	1 530.70	1 551.98
抗菌药物 DDD_s	115 019.96	118 273.14
抗菌药物 DDC ,元	133.10	131.19
门诊就诊人次	224 078	251 064
门诊抗菌药物使用金额,万元	45.14	43.47
门诊抗菌药物 DDD_s	43 593.36	54 002.98
门诊抗菌药物 DDC ,元	10.35	8.05
出院人次	39 763	44 469
住院抗菌药物使用金额,万元	1 485.56	1 508.51
住院抗菌药物 DDD_s	71 426.60	64 270.16
住院抗菌药物 DDC ,元	208.06	234.60

2.2 观察指标比较

抗菌药物临床应用各项指标情况见表2。由表2可知,我院 AUD 持续降低,经过第2次整治降到11.93 $DDD_s/(100 \text{人} \cdot \text{天})$,下降24.25%,大大低于活动方案中30 $DDD_s/(100 \text{人} \cdot \text{天})$ 的要求;预防使用抗菌药物人均用药天数从1.69 d降到0.83 d,表明深入开展专项活动调控措施有效。2年来,医院通过每周通报点评清洁手术预防使用抗菌药物医嘱和加大处罚力度,使抗菌药物过度使用的现象得到控制,抗菌药物管理重点逐渐转移到如何更加合理地使用上。

2.3 三级管理情况比较

依据医院抗菌药物分级管理目录,抗菌药物 DDD_s 情况见图1。由图1可知,与第1次整治期间相比,第2次整治期间非限制使用级抗菌药物 DDD_s 构成比从25.72%提高到52.42%,限制使用级抗菌药物 DDD_s 构成比从61.04%下降到38.78%,特殊使用级抗菌药物 DDD_s 构成比从13.24%下降到8.80%,可以看出医院抗菌药物三级管理使用已趋于合理。

表2 抗菌药物临床应用各项指标统计

Tab 2 The indexes of the clinical application of antibiotics

指标	第1次整治	第2次整治
$AUD, DDD_s/(100 \text{人} \cdot \text{天})$	15.75	11.93
抗菌药物费用占药费比例, %	2.67	2.16
门诊患者使用抗菌药物百分率, %	1.73	0.85
住院患者使用抗菌药物百分率, %	19.71	16.99
清洁手术预防使用抗菌药物百分率, %	9.38	9.00
清洁手术预防使用抗菌药物在术前0.5~2 h	98.40	98.00
给药的百分率, %		
预防使用抗菌药物人均用药天数, d	1.69	0.83
介入预防使用抗菌药物百分率, %	17.74	13.22

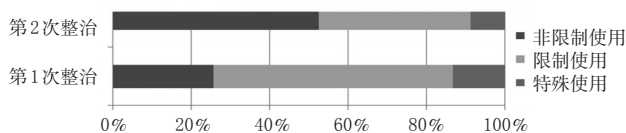


图1 两次整治不同分级管理抗菌药物 DDD_s 构成比变化

Fig 1 The constituent ratio of different-level management of antibiotics after double rectification

2.4 类别应用比较

各类别抗菌药物应用情况见表3。由表3可知,头孢菌素具有抗菌谱广、抗菌作用强、耐青霉素酶、临床疗效高、毒性低、过敏反应较青霉素类少见等优点^[2],在抗菌药物使用中占主导地位,是临床应用抗菌药物的首选。在2个观察周期内第三代头孢菌素总消耗量均排在第2位,碳青霉烯类总消耗量排名从第8位上升到第5位,造成了住院抗感染治疗的费用和 DDC 水平的上升。

表3 各类别抗菌药物 DDD_s 及构成比与排序统计

Tab 3 DDD_s , constituent ratio and sequence of different types of antibiotics

类别	第1次整治				第2次整治			
	品规	DDD_s	构成比, %	排序	品规	DDD_s	构成比, %	排序
青霉素类	6	9 596.09	8.32	6	3	974.43	0.82	12
第一代头孢菌素	5	8 252.76	7.16	7	3	5 002.10	4.22	7
第二代头孢菌素	5	4 704.03	4.08	9	2	3 012.88	2.54	10
第三代头孢菌素	12	19 546.50	16.95	2	5	21 425.88	18.08	2
第四代头孢菌素	2	188.00	0.16	15	1	29.00	0.02	15
其他 β -内酰胺类	5	3 370.13	2.92	11	3	724.25	0.61	14
碳青霉烯类	4	8 073.50	7.00	8	3	7 979.25	6.73	5
大环内酯类	7	21 932.52	19.02	1	4	40 250.28	33.97	1
氟喹诺酮类	7	11 416.95	9.90	3	4	11 325.80	9.56	4
氨基糖苷类	5	10 483.91	9.09	5	3	7 245.74	6.12	6
糖肽类	2	1 193.00	1.03	12	2	828.00	0.70	13
噁唑酮类	1	1 082.50	0.94	13	1	1 245.50	1.05	11
酰胺类	1	746.04	0.65	14	1	3 231.49	2.73	9
磺胺类	1	4.58	0.004	16	0	0	0	0
硝基咪唑类	6	10 848.75	9.41	4	2	11 623.16	9.81	3
抗真菌类	6	3 860.43	3.35	10	5	3 585.66	3.03	8

2.5 品种消耗量前10位比较

抗菌药物 DDD_s 排前10位的抗菌药物见表4。由表4可知,第1次整治 DDD_s 排前10位的抗菌药物占抗菌药物总 DDD_s 的58.15%,第2次整治活动期间占77.79%, DDD_s 构成比上升19.64%,若忽略门诊克拉霉素的影响则上升4.96%,提示临床抗菌药物品种选择有过于集中的倾向,这与抗菌药物的品种品规减少有关。表3示,在2个观察周期内抗菌药物总

消耗量排第1位的都是大环内酯类,而且第2次整治周期比第1次整治周期增加83.52%;结合表4可发现,克拉霉素和阿奇霉素占很大的比重,特别是克拉霉素。通过分析发现处方绝大部分是医院体检中心给幽门螺杆菌(HP)阳性的检员开具

的,近年来随着医院体检中心检员大大增多,克拉霉素用量一直居高不下。由于甲硝唑在第2次整治活动品种调整时调出供应目录范围,替硝唑替代甲硝唑用于抗HP阳性治疗,造成替硝唑片剂消耗量的大幅增加。

表4 消耗量居前10位的抗菌药物

Tab 4 Top 10 antibiotics in the list of consumption amount

排序	第1次整治					第2次整治						
	药品名称	剂型	级别	DDDs	构成比,%	DDC,元	药品名称	剂型	级别	DDDs	构成比,%	DDC,元
1	克拉霉素	片剂	限制	16 999.00	14.74	5.32	克拉霉素	片剂	非限制	34 852.00	29.42	5.87
2	庆大霉素	注射剂	非限制	8 543.15	7.41	0.60	头孢哌酮/舒巴坦钠	注射剂	限制	13 747.88	11.60	211.31
3	阿莫西林/双氯西林	胶囊	限制	8 098.19	7.02	6.05	替硝唑	片剂	非限制	8 318.75	7.02	0.56
4	头孢硫脒	注射剂	限制	7 489.55	6.50	182.50	庆大霉素	注射剂	非限制	5 974.74	5.04	0.60
5	莫西沙星	片剂	限制	6 194.00	5.37	28.37	头孢噻肟	注射剂	限制	5 934.50	5.01	155.20
6	头孢哌酮/舒巴坦钠	注射剂	限制	5 991.38	5.20	211.31	莫西沙星	片剂	限制	5 750.00	4.85	28.18
7	阿奇霉素	片剂	限制	4 773.14	4.14	2.60	阿奇霉素	片剂	非限制	5 333.95	4.50	2.60
8	甲硝唑	注射剂	非限制	3 136.35	2.72	4.23	头孢硫脒	注射剂	限制	4 581.21	3.87	147.01
9	氟康唑	注射剂	非限制	2 938.00	2.55	256.23	比阿培南	注射剂	特殊	4 445.00	3.75	680.80
10	美罗培南	注射剂	特殊	2 889.25	2.51	504.00	替硝唑	注射剂	非限制	3 234.54	2.73	11.89
合计				67 052.01	58.15					92 172.56	77.79	

值得注意的是,在2个周期消耗量前10位中均有4个DDC大于100以上的药品,可能有以下原因:(1)药品价格较高;(2)大剂量使用;(3)疗效明显;(4)临床医师习惯使用。主要集中在第三代头孢菌素上,此类抗菌药物的频繁使用很容易诱导产生超广谱酶,导致细菌耐药率增加,也是超广谱β-内酰胺酶阳性菌发生的危险因素^[9]。其中头孢哌酮/舒巴坦钠排名从第6位上升到第2位,消耗量增加幅度特别明显,达到129.46%。此药主要适用于因产β-内酰胺酶而对β-内酰胺类药耐药的细菌感染,但不推荐用于对复方制剂中头孢菌素仍为敏感的细菌感染和非产β-内酰胺酶的耐药菌感染。头孢硫脒虽为第一代头孢菌素但相比优势不明显且价格贵,原卫生部38号文件也不推荐使用,故第2次整治后消耗量下降了38.83%,排名从第4位降到第8位,但经查多为外科围术期用药,表明控制效果仍不够。因此,应加大对这类高价药品的监控管理,检查是否存在过度使用的现象,检查剂量和疗程是否合理,引导使用同类价格低廉的品种。

酰胺类的甲砒霉素消耗量排名从第14位升到第9位,DDDs增加333%,经查主要集中在外科病区使用,尤其是在围术期预防感染使用不符合抗菌药物临床应用的相关管理

规定。甲砒霉素可引起造血系统的毒性反应,引起白细胞、血小板减少,用药期间应定期检查血象,忌用于已使用有可能引起骨髓抑制药物的患者。该药已有致严重白细胞减少的病例报道^[4],提示甲砒霉素不适合应用于放、化疗的肿瘤患者的抗感染治疗。应提醒临床在使用此药时要高度重视此类不良反应发生,药师要加大对甲砒霉素使用的监控和干预,以保证临床用药安全。

2.6 AUD前10位的病区比较

抗菌药物AUD前10位的病区的抗菌药物应用各项指标比较见表5。在第2次整治中医院将与大科室签订量化指标责任书改变为直接与23个病区签订,这种责任到区的措施在整治活动中起到很好的效果。从表5可知,AUD排在前10位的病区和抗菌药物使用率几乎在全院水平之上,外科病区AUD高,其中胸外科和腹部外科排在前列,这主要与科室疾病特点和手术切口类型有关,还与肿瘤患者易感染部位以上、下呼吸道感染为主有关^[5]。干预效果最明显的是头颈外科,AUD排名从第5位退出前10位。另外,排名前10个病区都有联合使用抗菌药物的现象,针对腹部外科联用严重的问题展开专项点评干预,虽有改善但效果不明显。

表5 抗菌药物AUD前10位的病区指标情况

Tab 5 The index of top 10 wards in the list of AUD

排序	第1次整治					第2次整治				
	病区	科室	AUD, DDDs/(100人·天)	使用抗菌药物百分率,%	人均使用抗菌药物品种数	病区	科室	AUD, DDDs/(100人·天)	使用抗菌药物百分率,%	人均使用抗菌药物品种数
1	一区	胸外科	74.68	44.52	2.70	一区	胸外科	62.56	42.15	2.34
2	四区	综合外科	35.18	46.03	1.86	四区	综合外科	42.20	44.28	1.94
3	六区	腹部外科	25.80	46.97	3.17	五区	腹部外科	29.37	57.56	2.61
4	五区	腹部外科	18.97	52.89	2.46	六区	腹部外科	22.91	48.09	2.87
5	二区	头颈外科	16.97	27.96	1.45	十一区	妇外科	13.99	43.51	2.70
6	三区	妇外科	15.90	33.77	2.25	十三区	胸内科	13.88	11.48	1.90
7	十二区	胸内科	15.35	12.25	1.87	十四区	腹部内科	12.90	7.96	1.86
8	十一区	妇外科	13.87	46.26	2.85	十二区	胸内科	12.78	10.46	1.67
9	十四区	腹部内科	12.75	8.95	1.97	三区	妇外科	12.35	30.01	2.04
10	八区	综合内科	12.34	10.74	2.09	九区	妇外科	12.19	29.71	2.60

3 讨论

抗菌药物AUD可以测算住院人群暴露于抗菌药物的广

度、强度,是抗菌药物合理应用指标统计中重要一项,能够综合性地反映出医院抗菌药物管理的整体水平。预防性抗菌药

物在患者围术期使用可以有效减少可能出现的感染并发症,整治方案对预防性抗菌药物使用有严格的规范作用。我院AUD及清洁手术预防使用抗菌药物百分率均低于国内有相关报道水平^[6-8],但未见有肿瘤专科医院的报道。

直接减少抗菌药物供应品种是整治活动的主要干预措施,在临床上用来危重抢救的高端抗菌药物如碳青霉烯类、糖肽类、噁唑酮类和抗真菌的伏立康唑等品种又不可或缺,这样在一定程度上会加大临床医师选择抗菌药物的困难。虽然抗菌药物的DDDs与细菌耐药率两者关系较复杂,但长期大量集中使用某个或某类品种势必会影响临床抗感染治疗效果。如何科学地轮换使用抗菌药物比靠单纯减少供应品种来达到延缓或避免细菌耐药的目的更为重要。

肿瘤患者特别是晚期肿瘤患者经多疗程的放化疗后,患者机体的抵抗和防御能力降低。感染又是临床上恶性肿瘤最常见的并发症和主要的死亡原因之一,粒细胞缺乏伴发热是肿瘤患者相关感染中的重要类型。根据美国感染学会发布的粒细胞缺乏肿瘤患者抗菌药物治疗临床实践指南(2010年版),对粒细胞缺乏伴发热进行抗感染治疗需准确及时^[9],而且高风险患者须使用广谱且具有良好抗铜绿假单胞菌活性的抗菌药物。碳青霉烯类和部分的第三代头孢菌素是指南推荐用于粒细胞缺乏伴发热的一线单药治疗方案,也是国内临床认为治疗粒细胞缺乏伴发热的可靠治疗药物^[10-11]。因此,肿瘤患者的抗感染治疗往往首选抗菌谱广抗菌活性强的第三代头孢菌素或碳青霉烯类是有合理依据的。

本研究结果也提示,医院抗菌药物的管理还存在有待完善的方面,比如用药目录调整、贵重品种的监控、围术期预防性抗感染的品种选择等,还需进一步的行政支持和药学干预。

经过持续有力的行政和药学干预,医院开展抗菌药物临床应用专项整治活动可促进抗菌药物的合理使用。抗菌药物管理工作是一项长期任务,医院第3次整治活动的重点要放在综合提高合理使用抗菌药物水平方面,从品种、剂量、疗程和联合应用等方面考察,尤其是高价抗菌药物的使用,探索出符合肿瘤患者抗感染治疗特点的抗菌药物管理模式。

参考文献

- [1] 邹豪,邵元福,朱才娟,等.医院药品DDD数排序分析的原理及利用[J].中国药房,1996,7(5):215.
- [2] 国家药典委员会.中华人民共和国药典:临床用药须知[S].2010年版.北京:中国医药科技出版社,2010:640.
- [3] 张丽华,尚谦,于庆萍.第三代头孢菌素的用量与大肠埃希菌、肺炎克雷伯菌耐药相关性分析[J].中国药师,2006,9(3):260.
- [4] 李慧,范雪亮.注射用盐酸甲砒霉素甘氨酸酯致白细胞减少1例[J].山西医药杂志,2013,42(4):365.
- [5] 俞斐,李皓,俞臻,等.肿瘤患者临床应用抗菌药物的回顾性分析[J].中华医院感染学杂志,2013,23(12):2974.
- [6] 辛月.抗菌药物临床应用专项整治活动在我院的实施效果评价[J].中国医院药学杂志,2013,33(11):918.
- [7] 李春,梁莹.某院抗菌药物专项整治活动效果分析[J].北方药学,2013,10(8):130.
- [8] 薛傲霜,王锐锐,孙红霞,等.抗菌药物临床应用专项整治活动在某妇产医院的实施效果分析[J].中国现代药物应用,2014,8(2):230.
- [9] Freifeld AG, Bow EJ, Sepkowitz KA, et al. Clinical practice guideline for the use of antimicrobial agents in neutropenic patients with cancer: 2010 update by the Infectious Diseases Society of America [J]. *Clin Infect Dis*, 2011, 52(4):427.
- [10] 焦园园,李然,张关敏,等.143例粒细胞缺乏伴发热住院患者一线抗感染用药分析[J].中国药理学杂志,2013,48(5):395.
- [11] 赵莹,李娟,黄蓓晖,等.哌拉西林/他唑巴坦在恶性血液病粒细胞缺乏伴发热经验性治疗中的应用[J].中国感染与化疗杂志,2008,8(3):200.

(收稿日期:2014-02-25 修回日期:2014-04-30)

国家卫生和计划生育委员会副主任陈啸宏一行赴辽宁调研

本刊讯 2014年7月16-17日,国家卫生和计划生育委员会副主任陈啸宏一行赴辽宁进行“完善我国食品安全国家标准体系重点课题”调研,了解地方食品安全标准、监测和评估工作进展和加强食品安全能力建设、人才队伍、经费投入、完善工作机制等情况,以及食品安全标准贯彻实施情况。调研采取座谈会和现场调研等方式进行。调研组听取了省卫生和计划生育委员会副主任车竞同志关于辽宁省食品安全标准与风险监测的工作汇报,与省疾控中心、卫生监督局和沈阳市卫生和计划生育委员会等负责同志座谈。调研组还分别与营口市等卫生行政部门、疾控中心和监督所负责同志,以及营口市开发区、大石桥区卫生行政部门等负责同志座谈交流,并深入辽宁省疾控中心、卫生监督局和乳品、植物油生产企业开展实地调研。

陈啸宏副主任肯定了省卫生和计划生育委员会在省委、

省政府领导下,认真履行食品安全职责,不断完善食品安全标准管理制度,做好食品安全国家标准宣传贯彻、食品安全地方标准清理和企业标准备案工作,特别是克服困难,顺利完成了国家食品安全风险监测任务。他鼓励各级卫生和计划生育行政部门从实际出发,深入调研基层食品安全工作的薄弱环节,研究食品安全标准实施的意见建议,提出完善政策措施的建议。他还要求各级卫生和计划生育委员会继续加强食品安全标准和风险监测的能力建设和人才队伍建设,发挥卫生和计划生育部门在标准和风险监测工作的牵头作用,充分利用各方面资源,调动卫生技术人员积极性,切实做好2014年食品安全标准和风险监测工作。

国家卫生和计划生育委员会人事司、规划司、食品司,辽宁省卫生和计划生育委员会有关人员陪同调研。