卫生部关于组织义诊活动实行备案管理的通知

（卫医发〔2001〕365号）

各省、自治区、直辖市卫生厅局、新疆生产建设兵团卫生局：

义诊是提供医疗、预防、保健等咨询服务的非商业性社会公益活动,对于疾病防治、宣传卫生知识、普及健康教育以及卫生支农等均具有积极的重要作用,是医务人员实践全心全意为人民服务宗旨的具体行动。近年来,各种社会团体、企、事业单位(以下简称组织单位)积极开展社会公益活动,组织医务人员开展形式多样的义诊活动,受到广大群众的欢迎。但是,在义诊活动中也出现了一些不规范的行为,有个别单位甚至以义诊的名义非法行医、欺骗群众、诈骗钱财，损害人民群众的利益,造成了恶劣影响。为加强对组织单位组织义诊的管理,规范义诊行为,保障公民健康和合法权益,现通知如下:

一、各级卫生行政部门要从实践"三个代表"重要思想的高度,支持组织单位组织义诊,鼓励各级各类医疗、预防、保健机构组织医务人员积极开展或参加义诊活动。

二、县级以上卫生行政部门负责对义诊活动的备案、审查、监督和管理。义诊组织单位原则上应组织本地区的医务人员在本地区范围内举行义诊,在开展义诊活动前15日到义诊所在地县级以上卫生行政部门备案；需跨县(区)、市(地、州)或省(自治区、直辖市)组织义诊时,组织单位应在开展义诊活动前15-30日分别向其所在地和义诊所在地相应的县(区)、市(地、州)、省（自治区、直辖市)卫生行政部门备案。

三、义诊组织单位到卫生行政部门备案时需提交以下材料

(一)义诊情况说明包括义诊的组织单位，开展义诊的时间、地点 义诊的内容参加的医疗、预防、保健机构名称、医务人员数量及其从事专业等。

(二)组织单位法人代表签发的责任承诺书,包括：在预定时间、地点开展所备案的义诊,义诊中不从事商业活动,不误导、欺骗公众，不聘请、雇佣非医务人员提供医疗、预防、保健咨询,不妨碍公共秩序等。

(三)参加义诊医疗、预防、保健机构的《医疗机构执业许可证》(复印件)或卫生行政部门批准设置的有效证明(复印件)。

(四)参加义诊医务人员所在医疗、预防、保健机构出具的同意其参加义诊的证明。

(五)在城镇公共场所开展义诊须提供城管等部门的同意书。

四、卫生行政部门对按规定提交的全部备案材料进行审查。经审查,不符合义诊要求的,应明确提出,并在义诊活动前10日书面通知义诊组织单位予以纠正；不纠正者,不得组织开展义诊活动。

五、参加义诊的机构必须是经县级以上卫生行政部门核发《医疗机构执业许可证》的医疗机构或批准设置的预防、保健机构。

六、参加义诊进行医疗、预防、保健咨询活动的人员必须具有医学专业技术职务任职资格,并经县级以上卫生行政部门执业注册的医务人员。医务人员参加义诊需经所在医疗、预防、保健机构批准,并在义诊时佩带本机构统一印制的胸卡。

七、义诊组织单位应当按照向卫生行政部门备案的内容开展义诊。发现有下列行为之一者,卫生行政部门要立即责成义诊组织单位停止义诊,并依照《执业医师法》、《医疗机构管理条例》等有关法律法规追究责任,对相关机构和人员予以严肃处理。

(一)未经卫生行政部门备案擅自组织的义诊。

(二)组织非医疗、预防、保健机构或非医务人员参加的义诊。

(三)在义诊中推销药品、医疗器械、保健品等非法作医疗、药品、医疗器械、保健品等广告或从事其他商业活动。

(四)超出上报卫生行政部门备案的义诊内容,擅自变更义诊时间、地点等。

(五)弄虚作假骗取卫生行政部门同意其开展义诊或骗取医疗、预防、保健机构同意其医务人员参加的义诊。

(六)在义诊中进行封建迷信活动。

八、组织非医疗、预防、保健机构或非医务人员参加义诊的视为非法行医，卫生行政部门可依照《执业医师法》、《医疗机构管理条例》等有关法律法规对组织单位予以严肃处理；情节严重的，依法追究刑事责任。

卫生部

二○○一年十二月二十五日

义诊活动备案表

|  |  |
| --- | --- |
| 组织单位 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 义诊主题 |  |
| 义诊地点 |  | 义诊时间 |  |
| 义诊科目 |  |
| 参加义诊医务人员数 |  |
| 义诊宣传形式及内容 |  |
| 义诊组织单位法人代表责任承诺内容 | 1.严格按照上述备案项目内容开展义诊活动；2.义诊中不从事商业活动，不在义诊活动中推销药品、医疗器械、保健品等，不非法作医疗、药品、医疗器械、保健品等广告或从事其他商业活动, 不误导、欺骗公众；3.不聘请、雇佣非医务人员提供医疗、预防、保健咨询；4.医务人员参加义诊需经所在医疗、预防、保健机构批准，并在义诊时佩带所在机构统一印制的胸卡；5.不妨碍公共秩序,在城镇公共场所开展义诊须提供城管等部门的同意书；6.不从事封建迷信活动及其他违反法规的活动。 |
| 法人签字：                            组织单位盖章年   月  日     |

参 加 义 诊 的 医 务 人 员 名 单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 | 工作单位 | 技术职称 | 本人签名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：1、此表可复制

   2、参加非本单位组织的义诊，须提供现工作单位同意的证明书。