刑责年龄底线降至12周岁、网络招聘信息不得含有歧视性内容……

这些你关心的新规3月起施行

阳春三月，万物复苏，一批关系国计民生的新规也将从3月起施行。刑责年龄底线降至12周岁、网络招聘信息不得含有歧视性内容、惩戒学生可以批评训导不能伤害侮辱……法治有温度，社会更进步。

刑责年龄相关规定作出调整

刑法修正案（十一）自3月1日起施行，涉及低龄未成年人犯罪、疫情防控、金融市场乱象等社会热点。

修正案对刑事责任年龄相关规定作出调整，已满12周岁不满14周岁的人，犯故意杀人、故意伤害罪，致人死亡或者以特别残忍手段致人重伤造成严重残疾，情节恶劣，经最高人民检察院核准追诉的，应当负刑事责任。

此外，修正案提高欺诈发行股票、债券罪，违规披露、不披露重要信息罪等资本市场违法犯罪的刑罚；严厉惩处非法讨债行为，将采取暴力、“软暴力”等手段催收高利放贷等产生的非法债务的行为规定为犯罪；加大对性侵未成年人犯罪的惩治力度，着力打击药品“黑作坊”，将高空抛物、抢公交车方向盘、“冒名顶替上大学”等写入刑法。

网络招聘信息不得含有歧视性内容

《网络招聘服务管理规定》自3月1日起施行。规定明确，用人单位向人力资源服务机构提供的单位基本情况、招聘人数、招聘条件、用工类型、工作内容、工作条件、工作地点、基本劳动报酬等网络招聘信息，应当合法、真实，不得含有民族、种族、性别、宗教信仰等方面的歧视性内容。其招聘信息不得违反国家规定在户籍、地域、身份等方面设置限制人力资源流动的条件。

规定还要求从事网络招聘服务的人力资源服务机构履行网络安全保护义务，确保用户信息安全。人力资源服务机构应当建立健全网络招聘服务用户信息保护制度，不得泄露、篡改、毁损或者非法出售、非法向他人提供其收集的个人公民身份号码、年龄、性别、住址、联系方式和用人单位经营状况等信息。

惩戒学生可以批评训导不能伤害侮辱

《中小学教育惩戒规则（试行）》自3月1日起施行。根据规则，在确有必要的情况下，学校、教师可以在学生存在不服从、扰乱秩序、行为失范、具有危险性、侵犯权益等情形时实施教育惩戒。

根据程度轻重，规则将教育惩戒分为一般教育惩戒、较重教育惩戒和严重教育惩戒三类。其中，严重教育惩戒适用于违规违纪情节严重或者影响恶劣，且必须是小学高年级、初中和高中阶段的学生，包括停课停学、法治副校长或者法治辅导员训诫、专门人员辅导矫治等。

为防止将体罚和变相体罚作为教育惩戒实施，规则明确禁止实施的不当教育行为，如以击打、刺扎等方式直接造成身体痛苦的体罚，超过正常限度的罚站、反复抄写，辱骂或者以歧视性、侮辱性的言行侵犯学生人格尊严等。

企业“取名”自主权更强

新修订的《企业名称登记管理规定》自3月1日起施行。这项新规将企业名称的预先核准制度改为企业名称自主申报制度，赋予企业更大的“取名”自主权。

新规施行后，登记机关向社会公开企业名称的基本规则，企业可以通过申报系统或服务窗口提交有关信息和材料，对拟定的企业名称进行查询、比对和筛选。企业对自己选取的企业名称自主判断、决定申报、登记和使用，并承诺依法承担相应的法律责任。

规定强化了事中事后监管，明确了建立企业名称争议的行政裁决机制，对于“傍名牌”等企业名称侵权行为，可以请求登记机关处理，也可以向人民法院起诉。

土地经营权流转严禁“粮田不种粮”

《农村土地经营权流转管理办法》自3月1日起施行。办法围绕强化耕地保护和粮食安全，进一步强化对农村土地经营权流转的监督管理。

办法明确，土地经营权流转不得损害农村集体经济组织和利害关系人的合法权益，不得破坏农业综合生产能力和农业生态环境，不得改变承包土地的所有权性质及其农业用途，确保农地农用，优先用于粮食生产，制止耕地“非农化”、防止耕地“非粮化”。

受让方应当依照有关法律法规保护土地，禁止改变土地的农业用途。禁止闲置、荒芜耕地，禁止占用耕地建窑、建坟或者擅自在耕地上建房、挖砂、采石、采矿、取土等。禁止占用永久基本农田发展林果业和挖塘养鱼。

我国首部流域法律全面保护长江母亲河

长江保护法从3月1日起施行，这是我国出台的首部流域法律。

这部法律规定，长江流域经济社会发展，应当坚持生态优先、绿色发展，共抓大保护、不搞大开发；长江保护应当坚持统筹协调、科学规划、创新驱动、系统治理。

法律加大对长江流域的水污染防治、监管力度，规定了有效控制总磷排放总量、提高城乡污水收集处理能力等。

法律规定，在长江流域水生生物保护区全面禁止生产性捕捞；在国家规定的期限内，长江干流和重要支流、大型通江湖泊、长江河口规定区域等重点水域全面禁止天然渔业资源的生产性捕捞。同时，法律明确开展非法采砂联合执法工作。

（新华社北京2月28日电）

携手同心，让更多罕见病患者“不孤单”

每年2月的最后一天是“国际罕见病日”。数据显示，我国有2000多万罕见病患者，每年新增患者超20万，罕见病其实并不罕见。误诊率高、确诊难、可用药少、用不起药……一道道无形的高墙将他们围困。

为了让这个群体更多被看见、被关爱，全社会还需要做哪些努力？在这个特别的日子，让我们听听临床一线的医生和有关专家怎么说。

让更多罕见病患者“被看见”

“有慢性腹泻吗？”“来月经正常吗？”“胰酶的用量是多少？”25日中午，在北京协和医院疑难病会诊中心，来自儿科、消化内科、物理医学康复科等20多个科室的“大咖”轮番向患者小赵提问。

18岁的小赵正值花季，却已遭受咳嗽、咳痰和发热折磨长达13年。她的病曾被北京协和医院鉴别诊断为囊性纤维化，虽经治疗好转，但近来又有所加重。为此，医院组织了这场多学科会诊，从影像学、基因学、康复医学等角度进行研判，并给出治疗建议。

囊性纤维化已被列入五部门印发的第一批罕见病目录。建立全国罕见病诊疗协作网、发布罕见病诊疗指南、开展罕见病注册登记……自2018年以来，关爱罕见病患者的政策脚步不断加快，帮助更多罕见病患者“走到聚光灯下”。

截至目前，中国国家罕见病注册系统上已注册罕见病166种、注册病例超过6万例。注册病种数量已超过第一批罕见病目录的121种。

同时，随着全国罕见病诊疗协作网建立，多学科会诊在解决罕见病诊断难题方面的作用愈加凸显。

“初诊医院如果怀疑患者患有某种罕见病但无法确诊，可以将患者转诊至协作网的国家级牵头医院北京协和医院，通过多学科会诊明确诊断并形成治疗意见。”平均一年参加7至8次罕见病多学科会诊，北京协和医院骨科主任仇建国深有感触，“患者只需要来一次，不用反复在异地或医院科室间奔波。”

建立罕见病病种特异性临床数据库、按病种成立学组、开展线上培训分享病例和最新诊断及治疗方案……系列举措为我国罕见病科学研究打下基础，罕见病诊疗能力正在不断提升。

诊断要再快一点、再准一些

“十三五”期间，通过国家重点研发计划“精准医学研究”和“生殖健康及重大出生缺陷”重点专项，支持开展罕见病临床队列等研究，我国罕见病筛查、干预、治疗的技术水平进一步提高。不过，临床一线的医生认为，罕见病的诊断仍不够准、不够快。

研究显示，80%以上的罕见病由遗传因素导致，50%在出生或儿童期发病。一旦配偶双方存在基因缺陷，下一代就有可能患罕见病；即使父母双方基因正常，下一代也有可能由于自身的基因问题而患罕见病。

“罕见病多与基因相关，它的诊断大部分依赖基因测序的结果。”仇建国告诉记者，由于不少医院的基因测序技术尤其是分析技术还不成熟，检测结果的可靠性有待提高；一些第三方基因检测中心不具备相应资质，也可能影响到诊断的准确性。此外，由于基因检测成规模才能降低成本，检测结果等待时间也往往较长。

“因此，通过建立权威的基因检测中心来提高罕见病诊断效率和准确性十分必要。”仇建国说。

北京协和医院风湿免疫科副主任张文告诉记者，随着基因检测手段增强，单基因相关的罕见病较以前更容易被确诊，因此近年来此类疾病确诊数量有明显上升。然而，对于那些多因素致病或病因不明、临床表现复杂、且需要特殊检测方法方能确诊的罕见病，提高其诊断水平则需要提高不同专业科室临床医生的认识水平。

她举例说，IgG4相关性疾病为免疫系统的罕见病，疾病可累及几乎全身任何器官和系统，临床表现多种多样，起病症状也各不相同。此类疾病的患者往往首诊于症状最突出的某个受累器官相应的科室。“如果该专科临床医生缺乏经验，就可能漏诊或误诊。”

张文认为，有必要在医学研究生、继续教育等阶段普及罕见病诊疗知识，提高整个医学界对各种罕见病的认识水平。同时，基层医疗机构要增强罕见病诊治意识，并为患者开通绿色通道、及时转诊。

多方、多系统、多层面保障用药

经过近两年调整，将于3月1日实施的新医保目录已纳入数十种罕见病药物，给患者带去生的希望。然而，与病种总数相比，纳入的药品数量仍然有限。部分特别昂贵的特殊罕见病用药，由于超出医保基金和患者承受能力等原因尚未被纳入。

北京医学会罕见病分会主任委员、北京大学第一医院教授丁洁说，罕见病患者往往需终身用药，保障用药单靠患者自身和媒体宣传远远不够，需要政策引导。

丁洁曾提出“1+4”模式：“1”指罕见病药品尽可能进入国家医保药品目录，“4”意味着多方、多系统、多层面，是指由慈善基金、专项救助、商业保险及患者个人多方支付分担药费。

在北京大学药学院药事管理与临床药学系教授史录文看来，如果在国家医药信息和登记系统中发现罕见病患者，以某种罕见病患者整体为单位去购买药品，可以降低企业寻找患者的成本，同时降低药价。

史录文建议，建立政府引导、多方参与、第三方独立运行的公开平台，供医患查找罕见病信息资料、诊疗机构等。他认为，应夯实罕见病信息数据基础，逐步将更多药品纳入医保目录，临床可诊可治病种的、已上市的和公众认知度高的罕见病药物应优先纳入医保目录。

一线临床医生反映，有些罕见病治疗药物是国内外专家共识或指南推荐用药，也并不昂贵，却因为药物说明书所列适应症不包括该罕见病，而无法进入医保药品目录。“这部分药品说明书急需将可治疗的罕见病纳入适应症范围，同时简化适应症更改程序，比如，有诊疗指南或专家证明为依据即可更改。”丁洁建议。

除了降药价，“最后一公里”问题也至关重要。丁洁说，有些纳入医保目录有所降价的罕见病用药仍然昂贵，冲击医院绩效，导致医院进货积极性不高，患者买不到药。此类现象急需政策引导，使罕见病用药不占医院绩效，同时建立患者申请用药的绿色通道，并鼓励有资质的药店为患者提供罕见病用药。

（据新华网）

【新华时评】 罕见的病需最广泛的爱

“瓷娃娃”“月亮的孩子”“蝴蝶宝宝”……这些看似美丽的名字背后，却是种种致命的疾病：成骨不全症、白化病、遗传性大疱性表皮松解症……2月的最后一天，是国际罕见病日。罕见病一般为慢性、严重的疾病，因其发病率极低，又被称为“孤儿病”。这类疾病需要被全社会重视，患者需要得到全社会关爱。

虽然单一罕见病发病率低，但罕见病作为一个整体影响的人数却很多。目前，我国有2000多万罕见病患者，每年新增患者超20万。数字后面，是一个个与命运做斗争的生命。

从全球范围来看，目前仅有5%的罕见病存在有效治疗方法。即使有药可医，患者也往往面临高额的治疗费用。保障罕见病患者吃得起药，需要政策的不断完善。2018年，国家公布《第一批罕见病目录》，收录121种疾病。2019年，全国罕见病诊疗协作网建立。2020年底，国家基本医保药品目录调整已将《第一批罕见病目录》中20余种罕见病的相关药品纳入医保。开展罕见病病例直报、发布罕见病诊疗指南、不断提升罕见病药物研发能力，为提升我国罕见病诊疗能力提供了全方位的保障。

保障罕见病患者权益，还需要社会各界的努力。2018年，病痛挑战基金会等社会机构发起了罕见病医疗援助工程，募集善款，同时为病友提供医疗信息咨询服务，为更多病友带来生的希望。公益组织的加入，也为罕见病患者带来了更多的希望。

尽可能去了解罕见病，在生活中不歧视，在需要时伸出援手，是人与人之间应有的温暖和善意。当每个人都点燃希望的灯火，再偏狭的角落也会被照亮。