

国家慢性病综合防控示范区建设指标体系解读手册

(2020 版)

指标分类	指标内容	指标要求	赋分标准	权重分值
一、政策发展 (60分)	(一) 发挥政府主导作用, 建立多部门协作联动机制。 (18分)	1. 辖区政府成立示范区建设领导小组, 明确并落实部门职责, 建立完善的信息反馈沟通制度。	(1) 成立辖区示范区建设领导小组, 政府主要领导任组长, 明确各部门职责, 2分; 其余0分。 (2) 设立示范区建设工作办公室, 1分; 其余0分。 (3) 每年召开1次及以上领导小组工作会议, 1分; 其余0分。 (4) 根据实际工作需要及时召开联络员会议, 1分; 其余0分。	5
		1. 指标定义与说明 (1) 由政府主要领导(党政一把手)担任组长, 得1分, 非主要领导担任组长, 得0.5分, 部门领导任组长不得分。在示范区建设工作中, 各有关部门有明确职责, 得1分; 有职责但落实不到位, 得0.5分; 无不得分。 (2) 示范区建设领导小组每年至少召开一次工作会议, 研究部署示范区建设工作, 落实部门责任。 (3) 每年至少召开1次联络员会议, 通报示范区建设情况, 协调并落实示范区建设存在问题的解决办法; 各成员部门明确一名联络员, 参会率>95%, 1分; 未召开或参会率<95%, 不得分。		
		2. 指标设置依据 《国务院防治重大疾病部际联席会议制度》、《健康中国行动(2019-2030年)》		
		2. 辖区政府将慢性病防控工作纳入当地政府经济社会发展规划。	(1) 慢性病防控工作纳入政府社会经济发展规划, 2分; 其余0分。 (2) 政府制定慢性病综合防控示范区建设实施方案, 1分; 其余0分。	3

<p>1. 指标定义与说明</p> <p>(1) 辖区政府将慢性病综合防控工作纳入当地社会经济发展规划，并以政府名义正式发布，得 2 分；仅在政府工作报告，或人大通过的决议中体现，未纳入政府发布的当地社会经济发展规划，得 1 分；其他不得分。</p> <p>(2) 示范区建设实施方案内容包括背景、目的、阶段性目标、任务和措施等，得 1 分；方案内容不完整，扣 0.5 分。</p> <p>2. 指标设置依据</p> <p>《国民经济和社会发展第十三个五年规划纲要》、《中国防治慢性病中长期规划（2017-2025 年）》、《健康中国行动（2019-2030 年）》</p>		
<p>3. 慢性病防控融入各部门政策规章制度，有烟草控制、降低有害饮酒、减盐、控油、控制体重、全民健身等慢性病危险因素干预、疾病管理相关的政策规章制度。</p>	<p>抽查 5 个部门制定落实相关健康政策情况。</p> <p>(1) 凡制定并落实，每个部门得 1 分，满分 5 分。</p> <p>(2) 制定但没有落实，每个部门得 0.5 分。</p>	<p>5</p>
<p>1. 指标定义与说明</p> <p>(1) 示范区建设领导小组成员单位，应根据规划和实施方案确定的任务目标与职责分工，将慢性病防控工作与部门工作相结合，制定相关政策、规章制度或规定，并组织落实。</p> <p>(2) 随机抽查 5 个相关部门，已制定并落实“控制烟草危害、降低有害饮酒、减盐、控油、控制体重、全民健身”等 6 项内容的有关政策和规章制度，每个部门得 1 分，满分 5 分；部门仅制定政策或规章制度，但未落实，得 0.5 分。</p> <p>2. 指标设置依据</p> <p>《“健康中国 2030”规划纲要》、《健康中国行动（2019-2030 年）》、《Health in all Policies》</p>		

	4. 示范区建设领导小组建立工作督导制度，开展示范区建设的多部门联合督导。	<p>(1) 辖区政府主导每年组织 2 次由 5 个及以上部门参与的联合督导，每次得 1 分；低于 5 个部门参与得 0.5 分。对于在政府主导下采用第三方督导的，每年组织 2 次，每次得 1 分。</p> <p>(2) 督导内容主要包括部门合作建立的信息沟通共享、激励问责、质量控制等 3 个基本运行机制情况，每个机制分值为 1 分。</p>	5
<p>1. 指标定义与说明</p> <p>(1) 无工作督导制度，不得分；有制度，但参与督导少于 5 个部门，1 次得 0.5 分。</p> <p>(2) 每个机制有督导结果通报、问题清单、整改结果跟踪、奖惩兑现等要素执行情况，相关要素缺一项扣 0.5 分，扣完为止。</p> <p>2. 指标设置依据</p> <p>《“健康中国 2030”规划纲要》、《健康中国行动（2019-2030 年）》</p>			
(二) 保障慢性病防控经费。(10 分)	1. 慢性病防控工作经费纳入政府年度预算、决算管理。	<p>(1) 慢性病防控工作经费纳入政府预算、决算管理，各 2 分，共 4 分。</p> <p>(2) 经费预算执行率 100%，1 分；其余 0 分。</p>	5
	<p>1. 指标定义与说明</p> <p>辖区政府将慢性病防控经费纳入当地政府财政年度预算和决算管理，并保证每年持续稳定投入。</p>		
	2. 辖区政府按规划、计划提供示范区建设专项工作经费，专款专用。	<p>(1) 辖区提供示范区建设专项工作经费，3 分；其余 0 分。</p> <p>(2) 慢性病防控经费专项管理，确保专款专用，2 分；其余 0 分。</p>	5
<p>1. 指标定义与说明</p> <p>示范区专项经费：省级、市、区县财政以示范区名义下拨的专项工作经费，用于示范区建设的工作经费。在提供佐证材料时拨款凭证上应注明有示范区。</p>			

<p>(三) 建立有效的绩效管理 及评价机制。 (11分)</p>	<p>1. 辖区政府将示范区建设实施方案相关工作纳入各相关部门年度目标管理。</p>	<p>(1) 辖区政府将示范区建设工作纳入各相关部门年度目标管理，纳入绩效考核目标工作，2分；其余0分。 (2) 抽查5个部门执行情况，发现2个及以上部门没有纳入目标管理和绩效考核者不得分。</p>	2
	<p>1. 指标定义与说明 示范区建设工作纳入政府与部门年度目标管理，并签订目标责任书，严格实行绩效考核。</p>		
	<p>2. 辖区政府将示范区建设实施方案相关工作纳入各部门绩效考核，落实问责制。</p>	<p>抽取5个相关部门职能科室，询问相关职责知晓与执行情况。部门履职合格的覆盖率达100%，5分。</p>	5
	<p>3. 采用多种形式获取群众对辖区慢性病综合防控的参与度和满意度。</p>	<p>采用多种形式获取群众对辖区慢性病综合防控的参与度和满意度，并形成相关评价报告，4分。</p>	4
<p>1. 指标定义与说明 满意度调查由当地自行组织开展，具有代表性与科学性。</p>			
<p>(四) 辖区政府定期发布慢性病及社会影响因素状况报告。(21分)</p>	<p>1. 辖区政府定期发布慢性病及社会影响因素状况报告。</p>	<p>(1) 辖区政府定期发布慢性病及社会影响因素状况报告，3分；其余0分。 (2) 报告主要结果用于政府工作报告，2分；其余0分。</p>	5
	<p>1. 指标定义与说明 基于辖区社区诊断调查、慢性病监测工作，以及其他相关健康数据撰写慢性病及社会影响因素状况报告，可作为《居民健康状况白皮书》的组成部分，由人民政府或相关行政部门向社会公开发布，作为政府工作报告与相关政策的依据。至少每5年发布一次。</p>		

	2. 辖区居民健康状况优于全国平均水平。	<p>(1) 重大慢性病过早死亡率 5 年下降$\geq 10\%$, 8 分; 5%-10%, 3 分, 其余 0 分。</p> <p>(2) 心脑血管疾病标化死亡率降至 205.1/10 万及以下, 4 分; 205.1-209.7/10 万, 2 分; 高于 209.7/10 万不得分。</p> <p>(3) 70 岁及以下人群慢性呼吸系统疾病标化死亡率降至 9.0/10 万及以下, 4 分; 高于 9.0/10 万不得分。</p>	16
	<p>1. 指标定义与说明</p> <p>(1) 重大慢性病过早死亡率, 即 30~70 岁人群因心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病和糖尿病导致的过早死亡率: 是指 30~70 岁人群因心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病和糖尿病死亡的概率。</p> <p>(2) 心脑血管疾病和呼吸系统疾病死亡率的标化, 采用 2010 年第六次全国人口普查的人口构成数据, 按 5 岁一个年龄组进行标化。</p> <p>2. 指标设置依据</p> <p>(1) 《“健康中国 2030”规划纲要》要求, 重大慢性病过早死亡率 2020 年较 2015 年要降低 10%, 2030 年较 2015 年要降低 30%。《中国防治慢性病中长期规划 (2017-2025 年)》要求, 到 2020 年, 力争 30~70 岁人群因心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病和糖尿病导致的过早死亡率较 2015 年降低 10%; 到 2025 年, 力争 30~70 岁人群因心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病和糖尿病导致的过早死亡率较 2015 年降低 20%。《健康中国行动 (2019-2030 年)》要求, 30~70 岁人群因心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病和糖尿病导致的过早死亡率 2022 年$\leq 15.9\%$, 2030 年$\leq 13.0\%$。</p> <p>(2) 《中国慢性病防治中长期规划 (2017—2025 年)》要求, 心脑血管疾病死亡率 2020 年要较基线 (241.3/10 万) 下降 10%, 即$\leq 217.17/10$ 万, 2025 年要较基线下降 15%, 即$\leq 205.105/10$ 万。《健康中国行动 (2019-2030 年)》要求, 心脑血管疾病死亡率 2022 年$\leq 209.7/10$ 万, 2030 年$\leq 190.7/10$ 万。</p> <p>(3) 《健康中国行动 (2019-2030 年)》要求, 70 岁及以下人群慢性呼吸系统疾病死亡率 2022 年$\leq 9.0/10$ 万, 2030 年$\leq 8.1/10$ 万。</p>		

二、环境支持 (35分)	(一) 构建全方位健康支持性环境。 (9分)	1. 按照国家标准开展健康社区、单位、学校、食堂、餐厅/酒店建设，数量逐年增加。	(1) 健康社区占辖区社区总数 $\geq 30\%$ ，1分；30%以下0分。 (2) 健康单位、学校、食堂、餐厅/酒店每类不少于5个，每类1分；每少1个扣0.5分。 (3) 现场调研发现每类中有1个不达标，该类不得分。 复审： 健康社区覆盖率逐年增加5%或达到40%及以上，1分。 健康单位、学校、食堂、餐厅/酒店每年增加2个或每类达到10个及以上，每类1分，每年增加未达标者该类不得分。	5
		2. 按照国家标准开展健康主题公园、步道、小屋、健康街区等健康支持性环境建设，数量逐年增加。	(1) 健康主题公园、步道、小屋、街区、超市、社团等，每建设1类，1分，满分4分。 (2) 现场评估发现1个不达标，该类不得分。 复审： 健康步道、小屋等数量逐年有增加或每类建设数量达到3个，每类2分，满分4分，未达标者该类不得分。	4
	1. 指标定义与说明 (1) 以上各类健康支持性环境建设标准按照《全民健康生活方式行动健康支持性环境建设指导方案(2019年修订)》执行。 (2) 健康社区中的社区指村、居委会。			
	(二) 为群众提供方便、可及的自助式健康检测服务。 (4分)	1. 社区卫生服务中心和乡镇卫生院设置自助式健康检测点，并提供个性化健康指导。	(1) 设置健康检测点的机构覆盖率达100%，1分；其他0分。 (2) 检测结果进入健康档案，实现信息利用。1分 (3) 提供个性化健康指导的机构比例 $\geq 50\%$ ，2分；30-50%，1分；30%以下0分。	4
1. 指标定义与说明 (1) 机构覆盖率=设置健康检测点的社区卫生服务中心和乡镇卫生院数量/辖区内社区卫生服务中心和乡镇卫生院总				

	<p>数×100%。</p> <p>(2) 检测结果通过手工录入或信息化终端设备接入等方式进入居民健康档案。</p> <p>(3) 个性化健康指导：指根据自助检测结果由专业人员提供书面的健康指导建议书，并予以解释和指导。</p> <p>(4) 机构比例=提供个性化健康指导的社区卫生服务中心和乡镇卫生院数量/辖区内社区卫生服务中心和乡镇卫生院总数×100%。</p>		
	<p>1. 社区建设 15 分钟健身圈，居民健身设施完好，提高人均体育场地面积。</p>	<p>(1) 社区 15 分钟健身圈/农村行政村体育设施覆盖率达到 100%，1 分；其余 0 分。</p> <p>(2) 设备完好 100%，0.5 分；其余 0 分。</p> <p>(3) 人均体育场地面积达 2 平米，0.5 分；其余 0 分。</p>	2
<p>(三) 开展全民健身运动，普及公共体育设施，提高经常参加体育锻炼人口比例。</p>	<p>1. 指标设置依据</p> <p>《健康中国行动（2019-2030 年）》全民健身行动要求，农村行政村体育设施覆盖率达到 2022 年基本实现全覆盖，到 2030 年达到 100%。</p>		2
<p>(11 分)</p>	<p>2. 公共体育场地、有条件的企事业单位和学校的体育场地免费或低收费向社区居民开放。</p>	<p>(1) 公共体育场地、设施免费或低收费开放比例 100%，1 分；其余 0 分。</p> <p>(2) 有条件的单位免费或低收费开放比例≥30%，1 分；30%以下 0 分。</p>	2
<p>1. 指标定义与说明</p> <p>(1) 低收费：指收费低于该区同类私营场地、设施收费 50%以上。</p> <p>2. 指标设置依据</p> <p>《健康中国行动（2019-2030 年）》全民健身行动要求：到 2022 年和 2030 年，学校体育场地设施开放率超过 70%和 90%；人均体育场地面积分别达到 1.9m²及以上和 2.3 m²及以上。鼓励公共体育场地设施更多更好地提供免费或低收费开放服务，符合条件的企事业单位体育场地设施全部向社会开放。</p>			

3. 机关、企事业单位开展工间健身活动，组织符合单位特点的健身和竞赛活动。	(1) 开展工间健身活动单位覆盖率 $\geq 80\%$ ，1分；80%以下0分。 (2) 每年机关、企事业单位组织开展至少1次健身竞赛活动，1分；未开展不得分。	2
1. 指标定义与说明 (1) 工间操：指由单位组织开展的，工作期间进行的统一规范的徒手体操。每工作日至少1次，每次大于10分钟。 2. 指标设置依据 《健康中国行动（2019-2030）》全民健身行动倡导：机关、企事业单位积极开展工间操。		
4. 实施青少年体育活动促进计划。	(1) 中小学生每天校内体育活动时间不少于1小时的比例达到100%，1分；100%以下，0分。 (2) 国家学生体质健康标准达标优良率（%） $\geq 50\%$ ，1分；50%以下，0分。	2
1. 指标定义与说明 《国家学生体质健康标准》是测量学生体质健康状况和锻炼效果的评价标准，实施这一评价标准有利于促进学生积极参加体育锻炼，养成良好的锻炼习惯，提高体质健康水平。计算方法：国家学生体质健康标准达标优良率（%）= 学年体质综合评定总分80分及以上学生数/参加评定学生总人数 $\times 100\%$ 。 2. 指标设置依据 《健康中国行动（2019-2030年）》中小学健康促进行动要求：国家学生体质健康标准达标优良率到2022年要 $\geq 50\%$ ，到2030年要 $\geq 60\%$ ；中小学生每天校内体育活动时间要 ≥ 1 小时。		
5. 提高经常参加体育锻炼人口比例。	经常参加体育锻炼人口比例 $\geq 40\%$ ，3分；35-40%，2分；35%以下0分。	3
1. 指标定义与说明 经常参加体育锻炼：是指每周参加体育锻炼频度3次及以上，每次体育锻炼持续时间30分钟及以上，每次体育锻炼		

	<p>的运动强度达到中等及以上。</p> <p>中等运动强度：是指在运动时心率达到最大心率的 64%~76%的运动强度（最大心率等于 220 减去年龄）。</p> <p>经常参加体育锻炼人口比例=调查发现的经常参加体育锻炼人数/参加调查的总人数×100%。</p> <p>2. 指标设置依据</p> <p>《健康中国行动（2019-2030 年）》全民健身行动要求：到 2022 年，经常参加体育锻炼人数比例要≥37%，到 2030 年要≥40%。</p>		
<p>（四）开展烟草控制，降低人群吸烟率。（11 分）</p>	<p>1. 辖区室内公共场所、工作场所和公共交通工具设置禁止吸烟警语和标识。</p>	<p>辖区 100%的室内公共场所、工作场所和公共交通工具全面禁烟，设置禁止吸烟警语和标识，2 分；95-100%,1 分；95%以下 0 分。抽查发现 1 个单位不合格，不得分。</p>	<p>2</p>
	<p>1. 指标设置依据</p> <p>《健康中国行动（2019-2030 年）》控烟行动要求：逐步提高全面无烟法规覆盖人口比例，在全国范围内实现室内公共场所、室内工作场所和公共交通工具全面禁烟。积极推进无烟环境建设，强化公共场所控烟监督执法。把各级党政机关建设成无烟机关。</p>		
	<p>2. 禁止烟草广告。</p>	<p>辖区未发现烟草广告，1 分；其余 0 分。</p>	<p>1</p>
	<p>1. 指标设置依据</p> <p>《健康中国行动（2019-2030 年）》控烟行动要求：全面落实《中华人民共和国广告法》，加大烟草广告监督执法力度，严厉查处在大众传播媒介、公共场所、公共交通工具、户外发布烟草广告的违法行为。</p>		
	<p>3. 建设无烟党政机关、无烟医疗卫生机构、无烟学校。</p>	<p>(1) 覆盖率均达 100%，2 分；100%以下 0 分。</p> <p>(2) 抽查发现 1 个单位不合格，不得分。</p>	<p>2</p>
<p>1. 指标设置依据</p> <p>《健康中国行动（2019-2030 年）》控烟行动要求：逐步提高全面无烟法规覆盖人口比例，在全国范围内实现室内公</p>			

	公共场所、室内工作场所和公共交通工具全面禁烟。积极推进无烟环境建设，强化公共场所控烟监督执法。把各级党政机关建设成无烟机关。		
	4. 辖区各级医疗机构开展简短戒烟服务培训并提供简短戒烟服务。	(1) 开展简短戒烟服务培训的医疗机构覆盖率 $\geq 80\%$ ，1分；80%以下0分。 (2) 提供简短戒烟服务的医疗机构覆盖率100%，1分；100%以下0分。	2
	<p>1. 指标定义与说明</p> <p>(1) 开展简短戒烟服务培训的医疗机构覆盖率=开展简短戒烟服务培训的一级、二级、三级医疗机构数量/辖区内一级、二级、三级医疗机构总数$\times 100\%$。</p> <p>(2) 一级、二级、三级医疗机构均需要提供简短戒烟服务，其中一级医疗机构（社区卫生服务中心和乡镇卫生院）在日常门诊问诊过程中提供简短戒烟干预服务；二级及以上医疗机构需开设戒烟门诊。</p> <p>2. 指标设置依据</p> <p>《健康中国行动（2019-2030年）》控烟行动要求：逐步建立和完善戒烟服务体系，将询问患者吸烟史纳入到日常的门诊问诊中，推广简短戒烟干预服务和烟草依赖疾病诊治。</p>		
	5. 降低辖区15岁及以上人群吸烟率。	15岁及以上人群吸烟率低于20%，4分；20%-25%，2分； $\geq 25\%$ 不得分。 复审： 15岁及以上人群吸烟率逐年下降，5年降低10%以上，4分；5年降低5%-10%，2分，其余不得分。	4
	<p>1. 指标定义与说明</p> <p>若区县无法提供15岁及以上人群吸烟率，可以用18岁及以上人群吸烟率代替。</p> <p>2. 指标设置依据</p> <p>《中国防治慢性病中长期规划（2017-2025年）》要求：15岁以上人群吸烟率到2020年控制在25%以内，到2025年控制在20%以内。</p> <p>《健康中国行动（2019-2030年）》控烟行动要求：15岁以上人群吸烟率到2022年$< 24.5\%$，到2030年$< 20\%$。</p>		

三、“三减三健”专项行动（20分）	（一）开展专题宣传。（5分）	1. 开展健康生活方式主题日（周）主题宣传（2分）。	（1）开展健康生活方式日宣传，1分；其余0分。 （2）开展全民营养周、中国减盐周、全国爱牙日、世界骨质疏松日等“三减三健”相关内容的专项宣传，1分；其余0分。	2
		1. 指标定义与说明： （1）健康生活方式日：是指每年9月1日的全民健康生活方式日，围绕当年活动主题，积极开展全民健康生活方式宣传日活动，需有文件资料、活动记录、核心信息宣传资料制作、活动全景、logo使用和现场照片等佐证材料。 （2）全民营养周，是每年5月第三周，集中开展营养教育和知识传播活动；中国减盐周，在9月的第三周开展“915”减盐周宣传活动，向公众宣传“就要5克”的减盐理念；全国爱牙日，每年9月20日，广泛开展群众性口腔卫生知识的普及教育活动；世界骨质疏松日，每年10月20日，开展预防骨质疏松症的宣传教育。要有活动记录、核心信息等宣传资料制作和使用记录、现场照片等佐证材料。		
	2. 指标设置依据 《健康中国行动（2019-2030年）》合理膳食行动要求：推动营养健康科普宣教活动常态化，鼓励全社会共同参与全民营养周、“三减三健”（减盐、减油、减糖，健康口腔、健康体重、健康骨骼）等宣教活动。			
	2. 利用传统媒体和新媒体开展健康生活方式的日常宣传（3分）。	（1）充分利用传统媒体和新媒体等宣传方式，1分；其余0分。 （2）宣传内容覆盖“三减三健”各个方面，1分；其余0分。（3）全年至少6次，1分；其余0分。	3	
		1. 指标定义与说明 （1）传统媒体是指报纸、电视、广播等渠道；新媒体宣传是指利用网络、微博、微信、抖音、快手等新媒体宣传平台，开展图文、音视频、短视频等形式的健康生活方式宣传倡导。 （2）三减三健：指减盐、减油、减糖，健康口腔、健康体重、健康骨骼。		
（二）开展专项活动。	1. 适宜技术与工具的推广与评价（11分）	（1）推广使用健康“小三件”（限盐勺、定量油壶和健康腰围尺），1分。 （2）食盐与食用油的摄入量低于本省平均水平3%及以上，各1分，共2分。	11	

(15分)		<p>复审：食盐与食用油的摄入量5年下降15%以上，各1分，共2分；10%-15%，各0.5分，共1分；其余0分。</p> <p>(3) 辖区内儿童窝沟封闭服务覆盖率$\geq 60\%$，3分；60%以下0分。</p> <p>辖区12岁儿童患龋率$< 25\%$，3分；其余0分。</p> <p>(4) 将骨密度检测纳入常规体检，逐年提高50岁及以上人群骨密度检测率，2分；其余0分。</p>	
<p>1. 指标定义与说明</p> <p>(1) 推广使用健康“小三件”，以发放记录、现场应用证明为依据。</p> <p>(2) 儿童窝沟封闭服务覆盖率=适龄儿童(7-9岁)接受窝沟封闭服务(含检查)人数/辖区7-9岁儿童总数$\times 100\%$。 如果示范区有儿童窝沟封闭全覆盖项目，这项默认满分。</p> <p>(3) 12岁儿童龋患率=患有未充填龋病的12岁儿童数量/12岁儿童总数$\times 100\%$。</p> <p>2. 指标设置依据</p> <p>《健康中国行动(2019-2030年)》合理膳食行动要求：推广使用健康“小三件”(限量盐勺、限量油壶和健康腰围尺)，提高家庭普及率，鼓励专业行业组织指导家庭正确使用。</p> <p>《健康中国行动(2019-2030年)》合理膳食行动倡导：人均每日食盐摄入量不高于5g，成人人均每日食用油摄入量不高于25~30g。</p> <p>《健康口腔行动方案(2019-2025年)》要求：12岁儿童龋患率到2020年要控制在32%以内，2025年要控制在30%以内；儿童窝沟封闭服务覆盖率2020年要达到22%，2025年要达到28%。</p> <p>《中国防治慢性病中长期规划(2017-2025年)》要求：将骨密度检测项目纳入40岁以上人群常规体检内容。</p>			
	<p>2. 健康生活方式指导员能力建设。(2分)</p>	<p>(1) 在健康社区的社区工作者中至少有1名健康生活方式指导员，1分；其余0分。</p> <p>复审：每年至少招募并培训5名健康生活方式指导员，1分，其余0分。</p>	2

		(2) 每年举办或者组织参加“三减三健”相关培训至少一次, 1分; 其余0分。	
	1. 指标定义与说明 (1) 健康生活方式指导员: 是指接受专业培训并考核合格, 掌握了较多健康生活方式知识和技能, 能够承担起在各类健康支持性环境中开展健康教育、健康生活指导的人员。 (2) 健康生活方式指导员通过线上或者线下持续性学习, 并且持续性发挥指导作用。		
	3. 健康生活方式指导员的五进活动。(2分)	(1) 覆盖家庭、社区、学校、单位、医院等五类场所, 1分。 (2) 每年至少开展2项特色现场活动, 1分; 其余0分。	2
	1. 指标定义与说明 特色活动: 是指根据当地的实际情况有针对性地开展以“三减三健”为主题内容的活动, 如厨艺大赛、健骨操比赛、减重比赛等。		
四、体系整合 (30分)	(一) 建立防治结合、分工协作、优势互补、上下联动的慢性病综合防治体系。(15分)	1. 建立完善慢性病防控服务体系 and 分工明确、上下联动的工作机制。	(1) 辖区卫生健康行政部门制定实施慢性病防控服务体系建设的方案, 4分; 其余0分。 (2) 明确专业公共卫生机构、医院和基层医疗卫生机构职责, 4分; 其余0分。
		1. 指标定义与说明 (1) 辖区制定的体系建设方案应包含指标、内容、方法与措施、职责分工、考核督导、实施步骤、资金预算等内容要素, 方案内容完整得4分。 (2) 明确辖区专业公共卫生机构、医院和基层医疗卫生机构在慢性病综合防治中承担的职责, 着力做好高血压、糖尿病等慢性病全程健康管理服务。职责每缺1种机构类型的资料扣2分, 扣完为止。	
		2. 指标设置依据	《关于深化医药卫生体制改革的意见》、《全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015—2020年)》、《全国慢性病预防控制

	制工作规范（试行）》、《中国防治慢性病中长期规划（2017-2025年）》《“健康中国2030”规划纲要》、《健康中国行动（2019-2030年）》。		
	2. 建立完善信息共享、互联互通等的工作机制，推进慢性病防、治、管的整合。	<p>(1) 卫生健康行政部门负责督导慢性病防控服务体系的有效运行，2分；其余0分。</p> <p>(2) 建立完善慢性病防控服务体系的运行、质控、绩效评价机制，3分；其余0分。</p> <p>(3) 疾控机构、医院对基层医疗卫生机构进行的技术指导和对口支援，建立有效的合作关系，2分；其余0分。</p>	7
	<p>1. 指标定义与说明</p> <p>(1) 卫生健康行政部门把慢性病综合防治工作列入部门工作和考核目标，质控、评价相关制度齐全，有督导评价工作小组，参照体系建设方案中相应职责任务，对各机构慢性病防治工作任务的完成质量和效果进行考核和评价，并建立问责制。有且执行2分，无或不执行，0分。</p> <p>(2) 基于慢性病防控服务体系，整合公共卫生与医疗机构慢性病发病、诊疗、随访等信息，健全运行、质控、绩效评价机制。</p> <p>(3) 辖区专业公共卫生机构、二级以上医院及专科医院密切合作，各自发挥专业优势履行慢性病综合防治职责，建立强化与基层医疗卫生机构业务指导、培训、信息共享等对口技术支援协作机制，提升综合防治能力。有计划或方案并实施2分，有方案未实施的不得分。</p> <p>2. 指标设置依据</p> <p>《全国医疗卫生服务体系规划纲要（2015—2020年）》、《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》、《中国防治慢性病中长期规划（2017-2025年）》、《“健康中国2030”规划纲要》、《健康中国行动（2019-2030年）》。</p>		
(二) 加强慢性病防控队伍	1. 加强疾病预防控制机构慢性病防控专业技术人员	疾病预防控制机构每年组织本单位慢性病防控专业技术人员参加专业培训不少于2次，5分；1次，2分；未接受培训不得分。	5

	建设。 (15分)	能力建设。 2. 提升二级以上医院公共卫生专业人员能力。	(1)二级及以上医院每年组织本单位承担疾病预防控制工作的专业技术人员接受专业培训不少于2次,2分;1次,1分;未接受培训不得分。 (2)二级及以上医院每年组织对辖区基层医疗机构的慢病专业培训不少于2次,2分;1次,1分;未接受培训不得分。	4
		3. 加强基层医疗卫生机构公共卫生服务能力建设,承担所在区域慢性病防控工作。	(1)基层医疗卫生机构每年接受上级疾控机构慢性病防控专业技术培训不少于2次,2分;1次,1分;未接受培训不得分。 (2)基层医疗卫生机构每年接受上级医疗机构慢性病防治专业技术培训不少于2次,2分;1次,1分;未接受培训不得分。 (3)基层医疗卫生机构每年组织对村卫生室或社区卫生服务站医护人员的培训不少于2次,2分;1次,1分;未接受培训不得分。	6
		1. 指标设置依据 《全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015—2020年)》、《中国防治慢性病中长期规划(2017-2025年)》、《“健康中国2030”规划纲要》、《健康中国行动(2019-2030年)》、《全国慢性病预防控制工作规范(试行)》。		
五、健康教育与健康促进 (20分)	(一)通过多种渠道积极开展慢性病防治全民健康教育。 (6分)	1. 广泛开展健康教育,定期传播慢性病防治和健康素养知识和技能。	(1)当地社会主流媒体和互联网等新媒体广泛开展慢性病防治和健康教育,每月不少于2次,0.5分;其余0分。 (2)建立医疗机构和医务人员开展健康教育和健康促进的绩效考核机制,0.5分;其余0分。	1
		1. 指标定义与说明 (1)当地社会主流媒体和互联网等新媒体广泛开展慢性病防治和健康教育:渠道以县区宣传部主管的融媒体中心,县区政府及部门的新媒体发布为基本要求,与县区卫生健康等部门有持续的、有协作合同的市、省等媒体视为符合此条件。内容为具体的慢性病防治健康教育和慢性病防控的舆论引导、与慢性病防控有关的健康素养知识与技能普		

		<p>及、慢性病工作报告与述评等。每月不少于 2 次，全年均衡安排，包含慢性病关联的健康主题日、周、月等活动报道。全年达不到 24 次，不得分。</p> <p>(2) 卫生行政部门对医疗机构和医务人员开展健康教育和健康促进建立绩效考核机制并落实。</p> <p>2. 指标设置依据</p> <p>《基本医疗卫生与健康促进法》第六十七条：各级人民政府应当加强健康教育工作及其专业人才培养，建立健康知识和技能核心信息发布制度，普及健康科学知识，向公众提供科学、准确的健康信息。医疗卫生、教育、体育、宣传等机构、基层群众性自治组织和社会组织应当开展健康知识的宣传和普及。医疗卫生人员在提供医疗卫生服务时，应当对患者开展健康教育。新闻媒体应当开展健康知识的公益宣传。健康知识的宣传应当科学、准确。</p> <p>《健康中国行动（2019-2030 年）》健康知识普及行动政府工作约束性指标 7 要求：建立医疗机构和医务人员开展健康教育和健康促进的绩效考核机制。</p>	
	<p>2. 开展形式多样的健康教育与健康促进活动，扩大传播慢性病防治和慢病健康素养知识和技能的范围。</p>	<p>辖区每年至少开展 6 次围绕全国肿瘤防治宣传周、世界无烟日、全国高血压日、世界卒中日、联合国糖尿病日、世界慢阻肺日等慢性病防治主题宣传日的形式多样的健康教育与健康促进宣传活动，每次 0.5 分，共 3 分；其余 0 分。</p>	<p>3</p>
	<p>3. 开展幼儿园、中小学校健康行为方式教育。</p>	<p>(1) 幼儿园、中小学校开设健康教育课覆盖率达 100%，0.5 分；其余 0 分。</p> <p>(2) 健康教育课包括营养均衡、口腔保健、健康体重、视力保护、心理健康、伤害预防（溺水、烧烫伤）等内容，每学期以班级为单位，课程≥6 学时，0.5 分；低于 6 学时 0 分。</p> <p>(3) 寄宿制中小学校或 600 名学生以上的非寄宿制中小学校配备专职卫生专业技术人员、600 名学生以下的非寄宿制中小学校配备专兼职保健教师或卫生专业技术人员的比例达到 70%，0.5 分；其余 0 分。</p>	<p>2</p>

		(4) 配备专兼职心理健康工作人员的中小学校比例达到 80%，0.5 分；其余 0 分。	
	<p>1. 指标定义与说明</p> <p>健康教育课覆盖率=开展健康教育课的幼儿园（中小学）/幼儿园（中小学）总数×100%</p> <p>2. 指标设置依据</p> <p>(1) 《基本医疗卫生与健康促进法》第六十八条</p> <p>(2) 《健康中国行动（2019-2030 年）》中小学健康促进行动。政府工作约束性指标 65 要求：符合要求的中小学体育与健康课程开课率 2022 年达到 100%；政府工作约束性指标 68 要求：寄宿制中小学校或 600 名学生以上的非寄宿制中小学校配备专职卫生专业技术人员、600 名学生以下的非寄宿制中小学校配备专兼职保健教师或卫生专业技术人员的比例，2022 年≥70%，2030 年≥90%；政府工作约束性指标 69 要求：配备专兼职心理健康工作人员的中小学校比例 2022 年达到 80%，2030 年 90%。</p>		
	1. 提高居民重点慢性病核心知识知晓率。	居民重点慢性病核心知识知晓率≥70%，5 分；60-70%，2 分；60%以下 0 分。	5
(二) 提高居民重点慢性病核心知识知晓率和居民健康素养水平。 (9 分)	<p>1. 指标定义与说明</p> <p>以原卫生部 2012 年发布的慢性病防治核心知识 10 条为基础，或采用国家统一的知晓率调查方式。</p> <p>2. 指标设置依据</p> <p>(1) 《中国防治慢性病中长期规划（2017-2025 年）》规定到 2020 年和 2025 年，居民重点慢性病核心知识知晓率分别达到 60%和 70%。</p> <p>(2) 《健康中国行动（2019-2030 年）》健康知识普及行动，心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病、糖尿病防治行动均规定了慢性病核心知识普及，人群对四类慢性病知情检测、提升知晓率、治疗率、控制率等指标，核心知识知晓是促成行为变化的基础。</p>		

	2. 提高居民健康素养水平。	居民健康素养水平 \geq 25%，4 分；20-25%，2 分；20%以下不得分。	4
	<p>1. 指标定义与说明</p> <p>健康素养水平：是指具备健康素养的人在监测总人群中所占的比例。计算方法：具备基本健康素养的人数/监测人群总人数\times100%。原卫生部 2008 年首次发布《中国公民健康素养——基本知识与技能（试行）》（66 条），2015 年修订，建立健康素养监测系统，定期发布居民健康素养水平监测报告。</p> <p>2. 指标设置依据</p> <p>《中国防治慢性病中长期规划（2017-2025 年）》规定，到 2025 年，居民健康素养水平达到 25%。</p> <p>《全民健康生活方式行动方案（2017-2025 年）》要求，到 2025 年，居民健康素养水平达到 25%。</p> <p>《健康中国行动（2019-2030 年）》健康知识普及行动，居民健康素养水平 2022 年\geq22%，2030 年\geq30%。</p>		
	1. 辖区开展群众性健身运动。	<p>(1) 有 5 个及以上的群众健身团体，0.5 分；其余 0 分。</p> <p>(2) 配有体育指导员和志愿者，0.5 分；其余 0 分。</p>	1
(三) 发挥社会团体和群众组织在慢性病防控中的积极作用。（5 分）	<p>1. 指标定义与说明</p> <p>(1) 社会体育指导员：是指不以收取报酬为目的，向公众提供传授健身技能、组织健身活动、宣传科学健身知识等全民健身志愿服务，并获得技术等级称号的人员。根据当地体育部门报告，按健身场所及健身团队配置。</p> <p>(2) 群众健身团体、体育指导员和志愿者应由当地体育主管部门登记备案。</p> <p>2. 指标设置依据</p> <p>《中国防治慢性病中长期规划（2017-2025 年）》鼓励机关、企事业单位开展工间健身和职工运动会、健步走、健康知识竞赛等活动，依托村（居）委会组织志愿者、社会体育指导员、健康生活方式指导员等，科学指导大众开展自我健康管理。</p> <p>《健康中国行动（2019-2030 年）》全民健身行动。建立健全群众身边的健身组织，体育总会在地市、县、乡实现全覆盖，单项体育协会延伸到群众身边，让想健身的群众加入到体育组织中。鼓励医疗机构提供运动促进健康的指</p>		

	<p>导服务，鼓励引导社会体育指导员在健身场所等地方为群众提供科学健身指导服务，提高健身效果，预防运动损伤；每千人拥有社会体育指导员 2022 年达到 1.9 人，2030 年达到 2.3 人。</p>		
	<p>2. 每年至少开展 1 次由社会团体组织和参与的集体性健身活动。</p>	<p>定期开展由社会团体组织、企事业单位承担参与并积极支持的健身活动，每年≥ 1次，1 分；其余 0 分。</p>	<p>1</p>
	<p>1. 指标定义与说明</p> <p>社会团体：是指以非营利为目的的社会组织。重点考察社会团体与企事业单位组织参与健身活动的主动性，行政部门给予支持。</p> <p>2. 指标设置依据</p> <p>《全民健身条例》第十六条：工会、共青团、妇联、残联等社会团体应当结合自身特点，组织成员开展全民健身活动。单项体育协会应当将普及推广体育项目和组织开展全民健身活动列入工作计划，并对全民健身活动给予指导和支持。</p>		
	<p>3. 鼓励社区慢性病患者积极参与社区自我管理活动。</p>	<p>有自我管理小组并规范开展的社区覆盖率$\geq 50\%$，3 分；40-50%，2 分；40%以下 0 分。不符合技术规范要求或每年参加人数不变者分数减半。</p>	<p>3</p>
	<p>1. 指标定义与说明</p> <p>(1) 围绕以高血压、糖尿病等为代表的主要慢性病开展社区患者自我管理，在卫生专业人员的指导下、在社会力量的协助下形成自我管理小组，根据相关技术规范和要求，切实开展自我管理活动，以提升患者自我效能为核心，加强患者的疾病管理、改善并保持健康行为和心理状态，提高患者的生活质量。小组活动不符合规范要求扣 50%分值。</p> <p>(2) 此处社区的界定为：农村以村、城市以居委会为单位范围。</p> <p>2. 指标设置依据</p> <p>《中国防治慢性病中长期规划（2017-2025 年）》，鼓励机关、企事业单位开展工间健身和职工运动会、健步走、健</p>		

		<p>康知识竞赛等活动，依托村（居）委会组织志愿者、社会体育指导员、健康生活方式指导员等，科学指导大众开展自我健康管理。</p> <p>《健康中国行动（2019-2030年）》心脑血管疾病防治行动。高血压患者要学会自我健康管理，认真遵医嘱服药，经常测量血压和复诊。</p>	
<p>六、慢性病全程管理（70分）</p> <p>（一）规范健康体检，开展高危人群筛查与干预，加强癌症、心脑血管疾病等重大慢性病的早期发现与管理。（17分）</p>	<p>1. 开展学生、老年人等重点人群和职工定期健康体检和健康指导。</p>	<p>（1）学生健康体检率$\geq 90\%$，2分；80-90%，1分；80%以下0分。</p> <p>复审：学校对学生健康体检结果进行分析和反馈覆盖率$\geq 50\%$，2分。</p> <p>（2）65岁及以上老年人健康体检率$\geq 90\%$，2分；80-90%，1分；80%以下0分。</p> <p>（3）每2年1次体检并开展健康指导的机关事业单位和员工数超过50人的企业的覆盖率$\geq 50\%$，3分；40-50%，2分；40%以下0分。</p>	7
	<p>1. 指标定义与说明</p> <p>（1）学生健康体检率=年内接受健康体检人数/年内辖区内中小学校在校生总数$\times 100\%$。</p> <p>（2）学校对学生健康体检结果进行分析和反馈覆盖率=年内学校对参加体检的学生的健康体检结果全部进行分析和反馈的学校数/年内开展学生体检的学校总数$\times 100\%$。分析与反馈内容应包括但不限于当年学生体检结果及动态变化，可采用书面或电子的方式送达学生及家长。</p> <p>（3）老年人健康体检率=年内接受基本公共卫生服务老年人健康体检人数/年内辖区内65岁及以上常住居民数$\times 100\%$。</p> <p>（4）单位覆盖率=每2年1次为职工提供体检的机关、企事业单位数/辖区内机关、企事业单位总数$\times 100\%$。企业指员工人数超过50人的企业。</p> <p>2. 指标设置依据</p> <p>学生体检要求参照《学校卫生工作条例》、《国家学校体育卫生条件试行基本标准》、《预防性健康检查管理办法》、《中小学生健康体检管理办法》等。</p>		

<p>老年人健康体检按照《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》中老年人健康管理服务规范要求开展。职业人群体检参照《健康中国行动 2019-2030 年》职业人群健康保护行动。</p>		
<p>2. 应用推广成熟的适宜技术，早期发现诊治患者，及时纳入基本公共卫生服务管理。</p>	<p>(1) 医疗机构首诊测血压率达到 100%，2 分；其余 0 分。</p> <p>(2) 开展心脑血管疾病、重点癌症、糖尿病、慢性阻塞性肺病等重大慢性病的筛查和早期诊断，每 1 项 1 分，满分 4 分。</p> <p>(3) 具备血糖、血脂、简易肺功能测定和大便隐血检测等 4 种技术并提供服务的社区卫生服务中心和乡镇卫生院的覆盖率≥70%，2 分；50-70%，1 分；50%以下 0 分。</p> <p>(4) 提高加强个人健康档案与健康体检信息的利用，发现高危人群登记率 100%，1 分，其余 0 分；高危人群纳入健康管理率≥30%，1 分，其余 0 分。</p>	<p>10</p>
<p>1. 指标定义与说明</p> <p>(1) 医疗机构首诊测血压率=年度内首诊 35 岁及以上患者中测量血压的人数/年度内首诊 35 岁及以上患者总数×100%。首诊测血压指全科诊室（内、外、妇科）、慢性病管理室、中医门诊等科室，把 35 岁及以上病人首诊测血压做为常规检查内容，并在门诊日志和病历中记录血压值。本年度第一次到该医疗机构来就诊即为首诊，如果辖区信息平台实现联网，在本年度第一次到辖区医疗机构就诊即为首诊。</p> <p>(2) 高危人群：具有下列 1 项及以上危险因素者为慢性病高危人群：血压水平为 130-139/85-89mmHg；现在吸烟者；6.1mmol/L≤空腹血糖水平 (FBG) <7.0mmol/L；5.2mmol/L≤血清总胆固醇水平 (TC) <6.2mmol/L；男性腰围≥90cm，女性腰围≥85cm。</p> <p>(3) 高危人群登记率=登记的高危人群数/发现的高危人群总数×100%。</p> <p>(4) 高危人群纳入健康管理率=发现的高危人群纳入健康管理的人数/发现的高危人群总数×100%。</p> <p>(5) 开展心脑血管疾病、重点癌症、糖尿病、慢性阻塞性肺病等重大慢性病的筛查和早期诊断：指在辖区内自主开展具有一定规模的重点筛查与早期诊断工作，仅参与国家级、省级或科研项目、个别地区（街乡、社区）参与的工</p>		

	<p>作，视为未开展，不得分。</p> <p>(6) 慢性病高危人群登记数量以提供的健康档案、健康体检资料为依据，并能体现筛查高危人群的途径、方法与结果。如资料不详实，不得分。</p> <p>(7) 慢性病高危人群健康管理的方案应由辖区卫生行政部门统一制定，各社区卫生服务机构组织实施，根据资料进行评分。如没有全区统一制定的工作方案，各社区实施的过程资料不详实，不得分。</p> <p>2. 指标设置依据</p> <p>《健康中国行动（2019-2030年）》心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病和糖尿病防治行动。</p> <p>《全国慢性病预防控制工作规范（试行）》和白雅敏主编《慢性病高风险人群健康管理指南》。</p>		
<p>(二) 建立分</p>	<p>1. 开展基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的慢性病分级诊疗服务。</p>	<p>(1) 建立分级诊疗制度，1分；其余0分。</p> <p>(2) 落实并开展高血压与糖尿病基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗服务，基层医疗机构门诊量占比$\geq 50\%$，2分；其余0分。</p> <p>(3) 依托信息平台实现分级诊疗，2分；其余0分。</p>	<p>5</p>
<p>级诊疗制度，推进家庭医生签约服务，开展高血压、糖尿病等重点慢性病规范化管</p>	<p>1. 指标定义与说明</p> <p>(1) 基层医疗机构门诊量占比=年内辖区基层医疗机构总诊疗人次/年内辖区医疗机构总诊疗人次$\times 100\%$。</p> <p>(2) 依托信息平台实施分级诊疗：指借助辖区信息平台系统开展双向转诊，实现被转诊者医疗信息的上下联通，在平台上开展挂号、检查、药物、治疗等诊疗以及转诊质控工作。</p> <p>2. 指标设置依据</p> <p>《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》</p>		
<p>理。(20分)</p>	<p>2. 推进家庭医生签约服务，签约团队负责提供约定的基本医疗、公共卫生和健康管理服务。</p>	<p>家庭医生签约服务覆盖率高于本省平均水平30%及以上，3分；25-30%，1分；25%以下0分。</p>	<p>3</p>

1. 指标定义与说明		
参照国家基本公共卫生服务要求，并与其保持一致。		
3. 提高人群高血压、糖尿病知晓率。	(1) 30 岁以上高血压知晓率 \geq 60%，2 分；55-60%，1 分；55%以下 0 分。 (2) 18 岁以上糖尿病知晓率 \geq 55%，2 分；50-55%，1 分；50%以下 0 分。	4
1. 指标定义与说明		
参照国家基本公共卫生服务要求，并与其保持一致。		
4. 提高高血压、糖尿病患者规范管理率。	(1) 35 岁以上高血压患者规范管理率达到 70%，2 分；60%-70%，1 分；60%以下不得分。 (2) 35 岁以上糖尿病患者规范管理率达到 70%，2 分；60%-70%，1 分；60%以下不得分。	4
1. 指标定义与说明		
参照国家基本公共卫生服务要求，并与其保持一致。		
5. 提高管理人群高血压、糖尿病患者的控制率。	(1) 高血压患者血压控制率高于全省平均水平 5%及以上，2 分；3-5%，1 分；3%以下 0 分。 (2) 糖尿病患者血糖控制率高于全省平均水平 5%及以上，2 分；3-5%，1 分；3%以下 0 分。	4
1. 指标定义与说明		
参照国家基本公共卫生服务要求，并与其保持一致。		
(三) 完善区域信息平台，实现医疗卫生机构间互联互	1. 建立区域卫生信息平台，实现公共卫生服务、诊疗信息互联互通。 (1) 建立区域卫生健康信息平台，4 分；其余 0 分。 (2) 专业公共卫生机构、二级及以上医院和基层医疗卫生机构之间实现互联互通和信息共享，3 分；其余 0 分。 (3) 实现电子健康档案和电子病历的连续记录和信息共享，3 分；其余 0 分。	10

<p>通、信息共享。 (15分)</p>	<p>1. 指标定义与说明</p> <p>(1) 区域卫生健康信息平台：建立区域卫生健康信息平台，至少涵盖公共卫生、各级医疗机构等收集的卫生健康信息。</p> <p>(2) 辖区内所有专业公共卫生机构、二级及以上医院和基层医疗卫生机构之间实现互联互通和信息共享：各机构之间可以查阅、使用其他机构的信息，实现一点采集、多点使用。</p> <p>(3) 实现电子健康档案和电子病历的连续记录和信息共享。基本公卫居民电子健康档案和各级医疗机构诊疗信息共享，实现个人信息的连续记录。</p> <p>2. 指标设置依据</p> <p>《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》</p>		
	<p>2. 应用互联网+、健康大数据提供便捷、高效的健康管理服务。</p>	<p>(1) 应用互联网+技术为签约服务的患者提供健康管理和诊疗服务，3分；其余0分。</p> <p>(2) 应用健康大数据为签约服务的患者提供健康管理和诊疗服务，2分；其余0分。</p>	<p>5</p>
	<p>1. 指标定义与说明</p> <p>(1) 应用互联网+技术为签约服务的患者提供健康管理和诊疗服务：包括优化“互联网+”家庭医生签约服务、完善“互联网+”药品供应保障服务、发展“互联网+”医疗服务、推进“互联网+”医疗保障结算服务等提高医疗机构管理和便民服务水平。</p> <p>(2) 应用健康大数据为签约服务的患者提供健康管理和诊疗服务：指利用源自临床诊疗、公共卫生、可穿戴设备、智能健康电子产品以及跨部门等获取的健康医疗数据，为签约服务的患者提供健康管理和诊疗服务。</p> <p>2. 指标设置依据</p> <p>《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》，《关于促进和规范健康医疗大数据应用发展的指导意见》。</p>		

<p>(四) 中西医并重, 发挥中医药在慢性病预防、保健、诊疗、康复中的作用。(7分)</p>	<p>1. 辖区各社区卫生服务中心、乡镇卫生院有中医综合服务区。</p>	<p>(1) 乡镇卫生院/社区卫生服务中心提供 6 类以上中医非药物疗法的比例达到 100%, 2 分;</p> <p>(2) 社区卫生服务站/村卫生室提供 4 类以上中医非药物疗法的比例达到 70%, 2 分; 70%以下不得分。</p>	4
	<p>1. 指标定义与说明</p> <p>中医非药物疗法: 又被称为自然疗法或天然疗法, 使用不同的方法刺激经络穴位唤起人体的自然疗能以治疗各种疾病。如针灸、拔罐、点穴按摩、正骨推拿、穴位埋线、刮痧等。</p>		
	<p>2. 开展中医药养生保健知识的宣传及中医适宜技术推广。</p>	<p>(1) 宣传中医药养生保健知识, 1 分;</p> <p>(2) 推广使用中医防治慢性病适宜技术, 1 分;</p> <p>(3) 对 65 岁以上老年人提供中医药健康管理; 1 分。</p>	3
<p>1. 指标定义与说明</p> <p>宣传、推广和管理, 需在辖区内所有社区卫生服务机构内开展才可得分, 只个别或部分开展不得分。</p>			
<p>(五) 做好基本医疗保险、城乡居民大病保险和医疗救助重大疾病保障。(4分)</p>	<p>1. 做好基本医疗保险、城乡居民大病保险和医疗救助重大疾病保障。</p>	<p>(1) 落实基本医疗保险、大病保险和医疗救助重大疾病保障等相关政策, 1 分; 其余 0 分。</p> <p>(2) 提高签约慢性病患者的医疗保障水平和残疾人、流动人口、低收入等人群医疗救助水平的具体措施, 1 分; 其余 0 分。</p>	2
	<p>2. 基层医疗卫生机构优先配备使用基本药物, 根据省级医保药品报销目录, 配备使用一定数量或比例的药品。</p>	<p>(1) 按基本药物目录配置, 1 分; 其余 0 分。</p> <p>复审: 辖区基层医疗卫生服务机构设立药物绿色通道 (包括延伸处方或长处方) 1 分。</p> <p>(2) 按省级卫生健康行政部门规定和要求配备使用医保报销药物。1 分; 其余 0 分。</p>	2

		1. 政府引导、市场驱动、社会力量参与，为慢性病患者提供健康管理服务。	(1) 有效引进社会资本参与慢性病防控，1分；其余0分。 (2) 商业健康保险参与医疗救助，1分；其余0分。 (3) 通过向社会力量购买服务的方式，为慢性病患者提供健康管理服务，2分；其余0分。	4
	(六) 动员社会力量参与慢性病防控工作，促进医养结合。(7分)	1. 指标定义与说明 (1) 引进社会资本：是政府和社会资本进行合作，是公共基础设施中的一种项目运作模式。在该模式下，基于提供慢性病防控的出发点，鼓励私营企业、民营资本与政府进行合作，达成特许权协议，形成“利益共享、风险共担、全程合作”伙伴合作关系。 (2) 商业健康保险：包括个人自行购买的商业健康保险，也包括工会组织/单位为职工购买、或为职工健康而增加、职工可自愿购买的、基础医疗保险以外的商业健康保险。 (3) 向社会力量购买服务：是指通过发挥市场机制作用，把政府直接提供的一部分慢性病患者健康管理服务，按照一定的方式和程序，交由具备条件的社会力量和事业单位承担，并由政府根据合同约定向其支付费用。		
		2. 促进慢性病全程防治管理机构养老服务融合。	(1) 辖区内每个街道（乡镇除外）均设有为居家养老的半失能老年人提供日间托养服务的社区老年人日间照料中心，1分；其余0分。 (2) 以不同形式为入住老年人提供医疗卫生服务的养老机构比例达到100%，1分；其余0分。 (3) 设置老年医学科的二级及以上综合性医院比例达到70%，得1分；50%-70%，得0.5分；50%以下0分。	3
七、监测评估 (30分)	(一) 开展过程质量控制和重点慢性病监测工作。(20分)	1. 规范开展覆盖辖区慢性病及相关危险因素监测，掌握辖区重点慢性病状况、影响因素和疾病负担。	全人群的死因监测、慢性病与营养监测（含心脑血管事件监测、慢性阻塞性肺疾病监测）、肿瘤随访登记等重大慢性病登记报告达到基本技术指标，完成报告。 (1) 死因监测，2分；其余0分。	10

分)		<p>(2) 慢性病与营养监测，6分。</p> <p>(3) 肿瘤随访登记，2分；其余0分。</p>	
<p>1. 指标定义与说明</p> <p>(1) 死因监测，要求粗死亡率不低于600/10万，得1分；低于600/10万不得分。有规范的年度分析报告，包括背景、资料来源、结果、发现与建议等内容，分析指标必须包括三大死因死亡率及构成，主要疾病的死亡率、标化死亡率、顺位，四类主要慢性病死亡率、标化死亡率、早死概率，人均期望寿命等指标，得1分；报告不规范，得0.5分；无报告不得分。</p> <p>(2) 慢性病与营养监测（包括慢性病与营养监测、心脑血管事件报告、慢性阻塞性肺部疾病病例报告，各2分，共6分），每项监测要求有监测方案、质量控制、数据库和规范的分析报告，1项0.5分，缺1项扣0.5分。</p> <p>(3) 肿瘤随访登记，2分。有监测方案、培训、质量控制指标达到肿瘤登记要求、规范的年度分析报告，每个内容0.5分，缺1项扣0.5分。</p>			
<p>2. 慢性病监测数据互联互通。</p>		<p>(1) 利用省、地市、县三级人口健康信息和疾病预防控制信息管理系统，实现重点慢性病监测数据互联互通，5分；其余0分。</p> <p>(2) 慢性病监测数据管理利用得到省级及以上卫生行政部门认可推广，5分；其余0分。</p>	<p>10</p>
<p>1. 指标定义与说明</p> <p>(1) 有省级慢性病监测信息平台，得5分；无省级慢性病监测信息平台，但通过全民健康保障工程疾病预防控制信息系统慢性非传染性疾病监测模块进行网络报告得2分；无网络报告不得分。</p> <p>(2) 慢性病监测数据达到质量控制标准，被省级及以上采用纳入分析报告。死因监测、心脑血管事件报告、肿瘤随访登记、慢性阻塞性肺部疾病、慢性病与营养监测，各1分，由省级提供报告佐证。</p>			

	<p>(二) 开展慢性病防控社会因素调查。(10分)</p>	<p>1. 辖区每5年开展一次慢性病及社会影响因素状况调查。</p>	<p>(1) 规范制定慢性病及社会影响因素状况调查方案，2分；其余0分。</p> <p>(2) 综合运用社会学、流行病学及管理学理论与方法开展慢性病及社会影响因素状况调查，完成调查技术报告，2分；其余0分。</p> <p>(3) 技术报告信息来源权威、准确、多元、综合，报告结构完整，有背景、方法、现状与主要问题、资源分析、预期目标、主要对策与具体措施等内容，2分；其余0分。</p> <p>(4) 技术报告调查结果清晰、调查依据正确、对策合乎逻辑、目标设定科学、措施设计得当，2分；其余0分。</p> <p>(5) 技术报告结果用于指引、评估示范区建设及慢性病综合防控工作计划的制定，2分；其余0分。</p>	10
		<p>1. 指标定义与说明</p> <p>(1) 慢性病及社会影响因素状况调查方案包括背景、目的、调查内容与方法、质量控制、组织保障等。</p> <p>(2) 提供调查的原始数据库，1分；提供完成的技术报告，1分。</p> <p>(3) 慢性病及社会影响因素状况报告框架包括背景、方法、现状与主要问题、资源分析、预期目标、主要对策与具体措施，少一项扣0.5分，扣完为止。</p> <p>(4) 调查报告数据分析层次清晰、数据来源准确与可靠、不存在明显的逻辑错误、报告提出的目标可行和可实现、措施具有可操作性，缺1项扣0.5分，扣完为止。</p> <p>(5) 技术报告对示范区现状及效果进行了评估，有评估的结果，1分，无相关的内容不得分；结果指引了示范区建设未来的发展方向和工作计划，1分，无相关的内容不得分。</p>		
<p>八、创新引领 (35)</p>	<p>慢性病综合防控工作有特色、可复制、</p>	<p>1. 倡导慢性病综合防控工作与当地社会、文化等建设和公共服务、公共产品</p>	<p>慢性病综合防控工作与辖区社区文化建设、健康城市建设、文明创建、公共服务与公共产品等相关项目有机衔接整合，以达到1+1>2的实际效果。建立协同工作机制并有效衔接达5项，10分；2-4项，5分；其余0分。</p>	10

分)	可推广。(35分)	供给相结合。	未达到提高实际效果者分数减半。	
		1. 指标定义与说明 <p>(1) 有效衔接：指通过认真梳理各项工作的异同之处，在各县区政府层面，形成慢性病综合防控工作与诸如健康城市建设等在工作机制、工作内容、工作模式等方面有机融合，相互结合，避免单打独斗，造成不必要的重复，既可以达到更好的建设效果，也可以减轻基层负担。具体表现为：组织机构、工作方案、实施方案、工作内容与指标、管理督导办法、评价方法等多方面的融合，实现信息的共享。</p> <p>(2) 协同工作机制：指建立有助于各相关工作有效衔接、共建共享共赢的工作机制。具体体现在：组织机构、工作人员、沟通制度、信息共享等各个方面。</p> <p>(3) 1+1>2 的实际效果：指通过建立有效衔接和协同工作机制，成本效益和成本效果更优。成本包括但不限于经费、人员的投入。</p> <p>(4) 满足指标即建立协同工作机制并有效衔接、且产生实际效果者，得 2 分，未全部满足或者未满足要求者，分别得 1 分或 0 分。每实现一项得 2 分，最高为 10 分。评审办法：查阅工作计划、方案、总结报告等文字资料，必要时查阅数据库并进行现场查询核实。</p>		
		2. 总结有创新、特色案例。	创新特色案例达 2 个，案例撰写符合要求，15 分；1 个，10 分；其余 0 分。 案例撰写不符合要求者分数减半。 复审： 区别于创建年份的创新特色案例达到 3 个，撰写符合要求，15 分；2 个，10 分；其余 0 分。案例撰写不符合要求者分数减半。 案例撰写要求包括：主题鲜明突出防控重点、技术流程清晰逻辑性强、特色突出创新意识明显、易于被推广可操作性强。	15
		1. 指标定义与说明 <p>(1) 案例撰写要求：案例基本结构应包括标题、正文、分析三部分。正文包括背景材料和案情材料两部分，其中案情是主要部分；案情又包括对象、时间、地点、何事（内容和做法）和如何（效果）共 6 个基本元素。分析是议论</p>		

		<p>部分，也是突出创新和特色的主要部分，必须有 5 篇以上参考材料或文献支撑。每一个案例文本在 4000-5000 字之间，慢性病案例不倡导大量使用统计图、统计表和照片等。</p> <p>(2) 创新特色案例：指该案例在工作内容、工作模式、实施等方面具有原创性和创新性，位居领先地位，不是对其他地区做法的复制。</p> <p>(3) 复审时的案例应与创建年份的特色案例不同，否则视为没有，不计分。</p> <p>(4) 查看案例原始资料，包括：计划、实施过程资料（如原始记录单、统计表、登记表、督导资料、数据库、工作照片等）和有关总结（评估）材料。</p> <p>(5) 案例中的数据应经得起追源，即数据来源和产生过程有依据，纸质和电子均有效。</p>		
	3. 示范区建设成功经验起到示范引领作用。	<p>(1) 示范区建设成功经验在本辖区得到有效推广应用 2 项及以上，5 分；1 项，2 分；其余 0 分。</p> <p>(2) 示范区建设成功经验在辖区外得到有效推广应用 2 项及以上，5 分；1 项，2 分；其余 0 分。</p>		10
	<p>1. 指标定义与说明</p> <p>(1) 成功经验：指示范区建设中的做法已取得成效，具有一定的创新意义与推广价值。</p> <p>(2) 有效推广：指成功经验已被其他部门、地区所借鉴，并已取得初步成效。</p> <p>(3) 示范引领：指示范区建设中的成功经验，在本辖区或更广地区，居于领先地位，并发挥了重要的榜样示范和引领作用，更好地推动了工作的发展和效果的取得。</p> <p>(4) 查阅相关资料进行评分，需查看成功经验、被推广和推广后产生的效果与反响等资料。</p>			
合计	300			300