

全国慢性病预防控制工作规范

(试行)

卫生部疾病预防控制局
二〇一一年一月

目 录

前言	
第一章 机构、职责和人员	1
一、职责	1
(一) 卫生行政部门	1
(二) 疾控机构	1
(三) 基层医疗卫生机构	2
(四) 医院	2
(五) 专业防治机构	3
二、人员配备	3
第二章 工作计划和实施方案	4
一、目标	4
二、内容和方法	4
(一) 工作计划	4
(二) 实施方案	4
三、任务	5
(一) 卫生行政部门	5
(二) 疾控机构	5
(三) 基层医疗卫生机构	5
(四) 医院	5
(五) 专业防治机构	5
四、流程和步骤	5
五、质量控制	6
六、考核和评价	7
第三章 监测与调查	8
一、死因监测	8
(一) 目标	8

(二) 内容和方法	8
(三) 任务	9
(四) 流程和步骤	10
(五) 质量控制	10
(六) 考核和评价	11
二、慢性病危险因素监测	13
(一) 目标	13
(二) 内容和方法	13
(三) 任务	13
(四) 流程和步骤	14
(五) 质量控制	15
(六) 考核和评价	15
三、肿瘤登记报告	16
(一) 目标	16
(二) 内容和方法	16
(三) 任务	17
(四) 流程和步骤	18
(五) 质量控制	19
(六) 考核和评价	19
四、脑卒中和心肌梗死病例报告	21
(一) 目标	21
(二) 内容和方法	21
(三) 任务	21
(四) 流程和步骤	22
(五) 质量控制	22
(六) 考核和评价	23
五、专题调查	23
第四章 干预与管理	24
一、危险因素控制	24
(一) 目标	24
(二) 内容和方法	24
(三) 任务	25
(四) 流程和步骤	26
(五) 质量控制	26

(六) 考核和评价·····	27
二、高风险人群的早期发现与管理·····	28
(一) 目标·····	28
(二) 内容和方法·····	28
(三) 任务·····	30
(四) 流程和步骤·····	31
(五) 质量控制·····	31
(六) 考核和评价·····	31
三、高血压和糖尿病患者的早期发现与管理·····	33
(一) 目标·····	33
(二) 内容和方法·····	33
(三) 任务·····	33
(四) 流程和步骤·····	34
(五) 质量控制·····	34
(六) 考核和评价·····	34
四、重点癌症的早诊早治·····	36
(一) 目标·····	36
(二) 内容和方法·····	36
(三) 任务·····	36
(四) 流程和步骤·····	37
(五) 质量控制·····	37
(六) 考核和评估·····	37
第五章 信息管理·····	39
一、目标·····	39
二、内容和方法·····	39
(一) 信息管理内容·····	39
(二) 信息收集渠道·····	39
(三) 信息系统建设·····	39
(四) 信息管理与利用·····	40
三、任务·····	40
(一) 疾控机构·····	40
(二) 基层医疗卫生机构·····	40
(三) 医院·····	41
四、流程和步骤·····	41

五、质量控制	41
六、考核和评价	42
第六章 能力建设	43
一、目标	43
二、内容和方法	43
(一) 开展能力评估	43
(二) 优化资源配置	44
(三) 技术指导和培训	44
三、任务	45
(一) 疾控机构	45
(二) 基层医疗卫生机构	45
(三) 医院和专业防治机构	45
四、流程和步骤	45
五、质量控制	46
六、考核和评价	48
(一) 工作指标	48
(二) 效果指标	48
第七章 综合评估	49
一、目标	49
二、内容和方法	49
(一) 评估内容	49
(二) 评估指标	49
(三) 收集信息	51
(四) 数据分析	51
(五) 完成报告	51
三、任务	51
(一) 疾控机构	51
(二) 基层医疗机构和医院	51
四、流程和步骤	51
五、质量控制	51
六、考核和评价	52
附件 术语	53

前 言

慢性非传染性疾病(以下简称慢性病)是一组发病率、致残率和死亡率高,严重耗费社会资源,危害人类健康的疾病,也是可预防、可控制的疾病。

《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》(以下简称《医改意见》)明确提出完善重大疾病防控体系和突发公共卫生事件应急机制,加强对严重威胁人民健康的传染病、慢性病、地方病、职业病和出生缺陷等疾病的监测与预防控制。为充分发挥卫生行政部门、疾病预防控制机构(以下简称疾控机构)、基层医疗卫生机构、医院和专业防治机构在慢性病预防控制(以下简称慢性病防控)工作中的作用,明确各自职责、任务和内容,规范慢性病防控工作流程和考核标准,提高慢性病防控效果,特制定《全国慢性病预防控制工作规范(试行)》(以下简称《规范》)。

《规范》围绕严重危害我国居民健康的心脑血管疾病、恶性肿瘤、慢性呼吸系统疾病和糖尿病等4类疾病,从机构、职责和人员、工作计划和实施方案、监测与调查、干预与管理、信息管理、能力建设、综合评估等7个部分对卫生行政部门、疾控机构、基层医疗卫生机构、医院和专业防治机构的职责、任务和基本工作流程进行了规定。供各地卫生行政部门和各级各类医疗卫生机构在开展慢性病防控工作时参照执行。

各地在实施《规范》过程中,要紧密联系《国家基本公共卫生服务规范》及其他慢性病相关规范和指南,将慢性病防控工作作为一个整体,有效衔接预防、治疗、康复等各环节,分工协作,各负其责,最大程度地提高慢性病防控效果。同时,卫生部门要与其他政府部门和非政府组织进行密切协作,创造有利于健康的社会、经济、生活方式和心理环境,采取综合预防措施,有效遏制慢性病的增长。

地方各级卫生行政部门可根据《规范》的基本要求,结合当地的实际情况,制定本地区的慢性病防控实施细则。鉴于慢性病防控内涵与要求将随着社会经济发展、疾病预防控制需要等因素进行调整,现行《规范》作为试行版本,卫生部将根据实际情况适时对《规范》进行修订。

第一章 机构、职责和人员

慢性病防控工作在卫生行政部门的组织协调下,由疾控机构、基层医疗卫生机构、医院及专业防治机构共同组成慢性病综合防控网络。各有关机构应当根据《医改意见》及疾病预防控制有关文件精神,结合我国基本医疗卫生制度建设要求,内设相应的职能和业务部门,配备足够人员,履行慢性病防控工作职责。

一、职责

(一) 卫生行政部门。负责辖区慢性病防控工作的组织领导与协调。主要职责:

1. 制定国家、辖区慢性病防控工作有关的公共政策、规划和工作计划,并组织实施。
2. 建立完善慢性病防控工作联系机制,加强相关部门间的沟通与协作。
3. 建设国家、辖区慢性病防控网络,落实防控责任。
4. 组织、监督、管理慢性病防控的重大专项。
5. 组织推广成熟的慢性病防控措施。
6. 组织开展国家、辖区慢性病防控督导、绩效考核、评价。

各级卫生行政部门的职责各有侧重。卫生部侧重于制定国家慢性病防控规划,指导全国工作;省及地级侧重于慢性病防控规划的组织落实、监督、管理和评价;县级侧重于规划的实施、执行和评价。

(二) 疾控机构。负责国家、辖区慢性病防控工作的技术管理与指导。主要职责:

1. 协助卫生行政部门制订慢性病防控规划和工作计划,为制定和发展政策提供技术支持。
2. 负责执行国家、辖区慢性病防控规划和方案,制订本机构慢性病防控工作的年度计划和实施方案,指导实施慢性病综合防控干预策略与措施。
3. 组织并开展慢性病及其危险因素监测和流行病学调查,分析预测慢性病流行形势、疾病负担、危险因素流行和发展趋势,提出慢性病防控对策。
4. 组织开展各类目标人群慢性病防控的健康促进活动。
5. 承担慢性病防控有关技术规范、指南、标准的制订及推广应用。

6. 负责下级疾控机构、基层医疗卫生机构和医院慢性病防控工作的技术指导和培训。

7. 承担慢性病防控工作的业务信息管理,防控效果的考核评价。

8. 开展慢性病防控相关的科学研究,推动学术交流和国际合作。

各级疾控机构的职责各有侧重。国家级重点负责全国慢性病监测、干预等的组织和实施;汇总分析相关信息,评估全国慢性病和相关危险因素的流行情况与变化趋势、防控能力与应对、防控效果等;发布国家慢性病综合评估报告;开展政策策略研究,为国家制订相关政策提供技术支持;研究制订和推广技术规范、指南和适宜技术;开展科学研究和国际合作。

省级和地级重点负责辖区慢性病监测数据收集汇总,发布慢性病综合评估报告,为辖区相关政策的制订提供技术支持;组织辖区慢性病及相关危险因素的干预控制工作,开展常规督导和评估;结合辖区特点开展科学研究,推广技术规范和技术指南;培训辖区慢性病防控队伍,提高慢性病监测和干预工作的质量。

县级重点负责完成上级下达的慢性病防控任务,负责辖区内慢性病防控具体工作的管理和落实;收集汇总辖区慢性病监测数据,完成综合评估报告;组织实施健康促进项目;制订辖区慢性病干预的工作计划;指导基层医疗卫生机构实施慢性病防控工作,并考核评估防控效果。

(三) 基层医疗卫生机构。基层医疗卫生机构包括城市社区卫生服务中心和服务站、农村乡镇卫生院和村卫生室。主要职责:

1. 承担 35 岁以上患者首诊测血压工作;承担辖区慢性病高风险人群发现、登记、指导和管理的工作。

2. 承担明确诊断的高血压、糖尿病等慢性病患者的建档、定期干预指导和随访管理。

3. 承担辖区居民慢性病及其所致并发症和残疾的康复工作,提供康复指导、随访、治疗、护理等服务。

4. 开展辖区健康促进工作,开设健康课堂,组织健康日宣传活动。

5. 建立居民健康档案,并根据其主要健康问题和服务提供情况填写相应记录。

6. 承担国家、辖区慢性病监测任务,有条件的地区开展死亡登记和死因调查、恶性肿瘤发病登记、新发脑卒中和心肌梗死病例报告等。

7. 与上级医院建立双向转诊机制。

8. 城市社区卫生服务中心和农村乡镇卫生院承担对社区卫生服务站和村卫生室慢性病防控的指导和管理。

(四) 医院。医院包括城市二级及以上医院和县级医院。负责执行国家、辖区慢性

病防控规划和方案要求的慢性病防控工作。主要职责：

1. 承担 35 岁以上患者首诊测血压工作。
2. 对有关慢性病病例进行登记和报告,包括死亡登记、恶性肿瘤发病登记、新发脑卒中和心肌梗死病例报告等。
3. 开展慢性病有关的健康咨询、健康教育和知识宣传,包括院内板报和宣传画张贴、宣传日活动、健康课堂、诊疗过程中的咨询教育等。
4. 承担对辖区基层医疗卫生机构的技术指导和培训。
5. 与基层医疗卫生机构建立双向转诊机制。

(五) 专业防治机构。包括国家心血管病中心、国家癌症中心和各级各类防治办公室等专业机构。承担专病防治工作。主要职责：

1. 协助卫生行政部门制订相关疾病防治规划,参与有关政策的研究,编制防治指南、技术规范和相关标准。
2. 在国家或辖区疾病预防控制信息平台基础上,构建相关慢性病信息管理系统,收集、分析、发布国家或辖区有关慢性病专病防治报告,评价防控效果和预测疾病发展趋势。
3. 构建全国或辖区慢性病综合防控网络,示范、推广适宜有效的防治技术和措施。
4. 开展慢性病专病基础、临床、预防及管理的培训活动。
5. 开展科学研究、学术交流和国际合作。

二、人员配备

各级卫生行政部门和各级各类慢性病防控相关机构应当根据《医改意见》及疾病预防控制有关文件精神,结合我国基本医疗卫生制度建设要求,内设慢性病防控相应的职能和业务部门,按照职责设置岗位,配备足够人员从事慢性病防控工作。

疾控机构依据其职责和工作任务,结合所在地域服务人口、服务半径、交通状况、慢性病流行情况等,按照职责设置岗位,根据工作需要配备专职人员,从事慢性病防控工作。

慢性病防控专业技术人员应当具备履行岗位职责的相应专业资质和执业资格,并经过县级以上业务主管部门组织的专业技术和业务培训。

第二章 工作计划和实施方案

疾控机构、基层医疗卫生机构、医院和专业防治机构应当根据各自的职责和任务制订工作计划和实施方案。

一、目标

按照各级政府或卫生行政部门的工作要求,制订本单位年度工作计划与实施方案,明确年度慢性病防控工作目标、重点内容、相关措施、预期成果与时间安排,确保机构履行职责和慢性病预防控制工作的有序开展。

二、内容和方法

(一) 工作计划。根据上级或辖区政府卫生政策、慢性病防控规划、机构职责,结合辖区特点,确定本单位慢性病防控工作重点,制订年度或阶段工作计划。内容一般包括:

1. 背景与依据:工作计划制订的现实意义与政策依据。
2. 工作目标与指标:工作计划期望达到的效果与阶段性指标。
3. 主要任务:为达到工作目标需要完成的工作任务。
4. 具体措施:为完成主要工作任务需要采取的措施。
5. 保障措施:人、财、物等方面的管理与保障措施。
6. 时间进度:各项具体工作步骤与时间安排。
7. 考核与评价:明确考核与评价的执行部门、主要内容和方法等。

(二) 实施方案。根据工作计划,针对特定工作明确具体实施措施与办法、步骤流程。包括目标、所需资源、负责人和时间进度安排。内容一般包括:

1. 目标:工作期望达到的阶段性目标、具体指标和效果。
2. 内容与方法:需要完成的各项具体工作、方法及要求。
3. 实施步骤:工作执行的流程、关键环节、时间进度等。
4. 组织落实:责任人以及保证实施的人、财、物等方面的管理与保障。
5. 质量控制:对各个环节工作质量控制的定性、定量指标与方法。

6. 时间进度:完成各阶段工作目标的时间安排。
7. 评估:对工作开展的过程、产出和效果进行评估。

三、任务

(一) 卫生行政部门。依据慢性病预防控制规划和辖区慢性病防控实际情况,制订并下达年度工作计划。

(二) 疾控机构。

1. 根据本级工作职责和卫生行政部门年度计划,于每年年初制订本单位年度慢性病防控工作计划和辖区慢性病防控相关工作实施方案、质量控制考核与评价计划。
2. 指导下一级疾控机构或基层医疗卫生机构制订慢性病防控工作计划和实施方案。
3. 协助卫生行政部门对慢性病防控工作计划和实施方案的执行情况进行考核与评价。

(三) 基层医疗卫生机构。

1. 根据上级计划、自身职责和实际需要,于每年年初制订本单位年度慢性病防控工作计划、实施方案,并通报需要协作开展工作的相关部门、机构。
2. 考核与评价本单位相关工作计划、方案执行情况,并接受和配合疾控机构对有关工作的考核与评价。

(四) 医院。

1. 根据工作计划、自身职责和实际需要,于每年年初制订本单位年度慢性病防控工作计划、实施方案,并通报需要协作开展工作的相关部门、机构。
2. 考核与评价本单位相关工作计划、方案执行情况,并接受和配合疾控机构对有关工作的考核与评价。

(五) 专业防治机构。

1. 根据工作计划、自身职责和实际需要,于每年年初制订本单位年度慢性病防控工作计划、实施方案,并组织实施。
2. 根据工作任务和职责,制订对自身和下级机构开展相关慢性病防控工作执行情况的考核与评价计划。
3. 指导下一级机构或基层医疗卫生机构或医院制订相关的慢性病防控工作计划和实施方案。

四、流程和步骤

(一) 成立工作计划和实施方案起草工作组。组长由该机构领导或分管领导担任,相关部门人员参与起草,可邀请卫生系统内外有关领导和专家参加,指定专人负责起草工作。

(二) 收集有关政策和技术资料,结合辖区慢性病流行形势和防控现状,明确计划年

度慢性病防控工作目标、内容、重点、完成任务数量、质量要求和所需资源。

- (三) 编制慢性病预防控制工作计划初稿。
- (四) 组织论证、完善慢性病预防控制工作计划。
- (五) 工作计划经主管部门审定批准并下发有关部门执行。
- (六) 组织各有关部门根据工作计划,对各项具体工作制订相应的实施方案。
- (七) 定期、不定期对计划实施情况进行检查、督导。

制订工作计划的流程图如下。

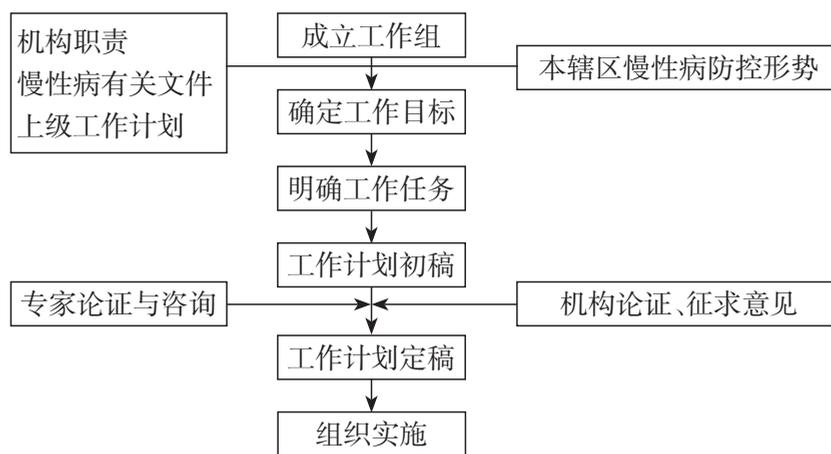


图 2-1 慢性病预防控制工作计划制订流程图

五、质量控制

具体内容见下表。

表 2-1 计划方案制订质量控制表

关键步骤	关键控制点	质控要求
成立工作组	工作组的成员要求	由领导或分管领导及熟悉慢性病防控相关工作的专业人员组成
确定计划和方案的目标	收集资料	资料特别是辖区资料,收集应当全面、内容应当真实、完整;分析方法合理、结果准确
	开展调查研究	对未掌握又必须掌握的情况进行调查研究
确定计划的主要任务	任务的内容	主要任务是否能完成,计划目标、数量、质量指标可量化
确定方案的实施步骤	实施步骤的科学性与可操作性	制订过程中须经过专家论证
确定计划和方案的保障措施	人、财、物等方面的组织管理与保障	机构和人员责任是否明确

六、考核和评价

- (一) 资料收集的完整性与全面性。
- (二) 工作目标的科学性。
- (三) 工作流程制订的规范性。
- (四) 策略和措施的可行性。
- (五) 时间安排合理性。
- (六) 保障措施可及性。

根据考核结果、上级督导检查的结论以及工作人员和社会各方面的反映,对年度工作计划和实施方案的执行情况给予总体评价。

第三章 监测与调查

建立和完善慢性病监测系统,开展慢性病监测与调查是动态掌握慢性病发病、患病、死亡及危险因素流行状况和变化趋势,确定慢性病预防控制优先领域,制订政策和评价干预措施效果的重要基础。

慢性病监测包括:死因监测、慢性病危险因素监测、发病和患病登记等。居民营养监测、国民体质监测、特定人群(孕产妇、儿童、青少年)营养或行为监测及人口和出生信息等资料也是慢性病监测重要的信息来源。慢性病监测信息统一纳入疾病预防控制信息系统维护管理。

一、死因监测

(一) 目标。建立和完善死因监测系统,掌握居民死亡情况,确定主要死因分布及其变化趋势,为确定慢性病防控优先领域,制订政策和评价干预效果提供科学依据。

(二) 内容和方法。

1. 完善死因监测工作规范。根据死因监测技术要求和现状,结合相关领域最新进展,不断完善死因监测工作规范。

2. 建立和完善工作网络。建立覆盖国家、省、地、县级疾控中心,所有医院和基层医疗卫生机构的死因监测工作网络。完善与公安、民政、妇幼和计生部门的合作机制。

3. 开展死因监测常规工作。各级各类医院和基层医疗卫生机构均为死因监测工作的责任报告单位。

(1) 院内死亡,由临床医生填写死亡医学证明书,并由专人通过网络直报系统填报死亡个案信息。

(2) 院外死亡,应当建立村(居)委会、乡镇(街道)、县(区)逐级死因数据报告网络,由村医或社区卫生服务站医生向乡镇卫生院或社区卫生服务中心防保人员报告死亡数,防保人员和临床医生负责开展死因流行病学调查,填写死亡医学证明书,并通过网络直报系统填报死亡个案信息。

各级疾控中心按照规范要求审核死亡卡片信息,并定期向下级反馈核查结果,开展经常性的培训工作,促进死亡医学证明书填写质量的提高。

4. 培训与督导。编写和更新死因监测、漏报调查、督导检查等培训教材,包括教程、试卷等,定期培训监测工作人员,提高监测技能。

制订死因监测工作督导方案,统一工作流程,分级组织督导与检查责任单位的死因监测工作,并及时向相关部门书面报告反馈督导检查情况。

5. 漏报调查。制订漏报调查实施方案,定期抽取样本,了解数据的完整性,复查死因诊断的准确性,评估漏报情况。合理使用漏报调查结果调整常规监测数据,评价死因监测工作的质量。

6. 资料的管理与利用。按照数据管理要求定期备份、长期保存监测数据;制订数据分析方案,定期分析监测数据,完成常规分析报告,及时上报和反馈监测信息。

建立数据共享和使用制度,按照规定使用数据和提供信息咨询服务。

(三) 任务。

1. 疾控机构。

各级疾控机构依据基本职责,在卫生行政部门的组织协调下,承担如下任务:

(1) 负责建立健全死因监测系统,制订、完善、执行死因监测工作规范和技术方案。

(2) 制订培训计划,分级组织开展死因监测工作的培训和对疾病监测点监测人员的培训。

(3) 对下级和监测点死因监测工作提供技术指导,开展现场督导检查,了解死因监测现场工作开展情况,及时发现和解决问题。

(4) 及时审核网络报告数据,定期(月、季度、半年、年)对死亡数据、人口资料进行质量评价,编制质量分析报告,促进提高死因网络报告数据质量。

(5) 负责疾病监测点死因数据的收集、管理和分析,按照月、季和年度对监测数据进行整理,并形成数据分析报告,及时逐级反馈数据报告地区。

(6) 定期对疾病监测点死因监测工作进行漏报调查,对辖区死因监测漏报情况进行评估,调整监测结果。

(7) 负责死因登记信息系统的维护,数据备份,确保数据安全;编写监测报告,及时发布数据,并为专业机构和相关部门提供技术支持。

(8) 开展国际、地区间合作和应用性科学研究。

2. 基层医疗卫生机构。

(1) 社区卫生服务中心和乡镇卫生院

指定专门人员负责所辖街道的死因监测管理工作;收集所辖服务站、卫生室的死因登记信息,统一上报;对死因明确的个案进行网络直报;对死亡原因不明的个案,开

展死因推断并进行网络直报;及时复核辖区疾控机构反馈的有关死亡原因不明的个案;配合收集所辖街道、乡镇上一年度分年龄和性别的人口等资料,并提供给辖区疾控机构。

(2) 社区卫生服务站和村卫生室

指定专门人员负责出具死亡证明,按照要求定期上报到所属社区卫生服务中心、乡镇卫生院;及时复核上级反馈的信息或死因不明的个案。

3. 医院。

依据死因监测规范,建立院内死因登记报告流程和步骤,规范填写死亡医学证明书,定期进行院内考核和评价。

指定专门人员定期收集、审核本医院出具的死亡医学证明书,审核合格后通过网络进行直报,并及时复核辖区疾控机构反馈的信息。

(四) 流程和步骤。

死因信息报告流程如下。

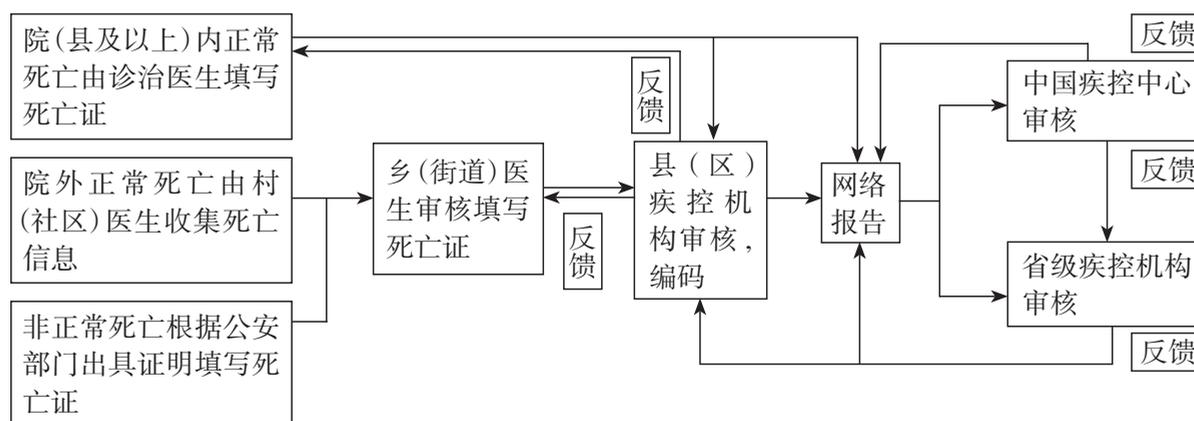


图 3-1 死因信息报告流程图

(五) 质量控制。

1. 建立死因监测质量控制工作体系:制订完善质量控制工作制度、标准流程、评价指标体系,规范质量控制工作,确保死因诊断准确和死亡案例报告完整。

2. 网络报告资料质量控制:通过网络对死因监测数据进行及时审核,对各报告地区存在的问题进行定期或不定期通报,督促改进工作中存在的问题。

3. 现场质量控制:开展漏报调查、现场督导检查与考核评价、专项培训等。

表 3-1 死因监测质量控制表

工作项目	关键控制点	质控要求
完善死因监测工作技术规范	修订过程与记录	记录参与人员名单;记录修订过程和不同版本;归档所有相关文件资料,如会议纪要和专家论证意见等
人员培训	培训教材、培训效果评估、培训完成率	使用标准培训资料;统一教程和考核标准;培训完成率 100%;受训人员合格率 $\geq 95\%$;完成培训总结 国家级、省级和地级分别每年至少举办 1 次培训;县级 2-3 次,覆盖本县所有死因报告人员
督导检查及考核评价	方案、落实、产出	使用统一的现场督导工作方案;备案督导工作记录;产出督导报告,并反馈 现场督导覆盖每年国家级至少 10 个省份,省级 1/3 地市,地级 1/2 区县;区县级覆盖所有医院、乡镇卫生院和社区卫生服务中心
漏报调查	调查户数	调查户数不小于 2000 户 / 县;调整本地死因监测结果
死因诊断	死因诊断准确性	通过回顾死亡医学证明书,发现诊断错误的比例
技术支持	覆盖面	系统内各级相关单位
数据审核分析	数据储存	检查数据储存的情况,查看数据备份管理,安全措施,数据集制作的情况
数据共享利用	数据利用	数据对外公布的情况,其他部门使用数据的规定和数据提供情况

(六) 考核和评价。

死因监测工作各级考核内容及指标见表 3-2。

表 3-2 死因监测工作各级考核和评价表

考核机构	考核对象	项目内容	评价指标	指标的基本含义和测算公式	参考值
国家、省、市级疾控机构	下一级疾控机构	工作指标	上级任务完成情况	根据上级监测框架应当完成的监测工作	及时准确
			监测点的代表性	监测点数量、分布和覆盖范围合理,能够代表辖区监测结果	要求省级、建议地级
			监测系统完整率	实际纳入监测的单位 / 应纳入监测的单位 $\times 100\%$	100%
			督导覆盖率	督导点数 / 监测点总数 $\times 100\%$	$\geq 30\%$

续表

考核机构	考核对象	项目内容	评价指标	指标的基本含义和测算公式	参考值	
国家、省、市级疾控机构	下一级疾控机构	专题调查	漏报调查覆盖率	实际开展漏报调查监测点数 / 监测点总数 × 100%	≥ 95%	
			漏报调查样本量	每个监测点的抽查户数	≥ 2000	
			工作质量评价	有无	有	
		监测结果指标	监测报告	季度和年度报告	有	
			数据报告率	实际报告数据监测单位数 / 应报告数据监测单位数 × 100%	≥ 95%	
			及时率	实际按时报告数据监测单位数 / 应按时报告数据监测单位数 × 100%	≥ 90%	
			合格率	数据符合要求监测单位数 / 报告数据监测单位数 × 100%	≥ 95%	
			粗死亡率	监测区域报告死亡数 / 监测区域覆盖人口数 × 100%	≥ 6‰	
各级疾控机构	死亡报告单位	监测结果指标	不明原因死亡比例	死因编码为 R00-R99 报告死亡数 / 总报告死亡数 × 100%	<5%	
			质量控制指标	《死亡证》填写准确率	项目填写完整、规范或无逻辑错误者的死亡证数 / 同期报告的死亡证数 × 100%	≥ 95%
				ICD-10 编码错误率	ICD-10 编码错误的死亡证数 / 同期报告的死亡证数 × 100%	<5%
				死亡原因判断错误率	死亡原因错误判断死亡证数 / 同期报告的死亡证数 × 100%	<5%
国家、省、市级疾控机构	下一级疾控机构	数据管理和利用	数据管理和利用的权限和责任	清晰,有明文规定	有	
			数据维护及数据安全	定期维护和安全备份,每年完成上年度数据集制作	有	
			数据利用	在规定范围内共享使用数据集	有	
		每年完成上一年度监测报告		是		
		其他工作资料	死因监测工作培训教材、死亡漏报调查工作方案、死因监测工作督导方案、相关表格(督导考核表格,培训记录表等)、季度和年度分析报告、死因监测工作计划和总结、死因监测年报、督导考核报告、漏报调查报告	有		

二、慢性病危险因素监测

慢性病危险因素监测主要包括吸烟、饮酒、膳食、身体活动等行为危险因素,身高、体重、腰围、血压、血糖、血脂等身体测量和生化指标及社会、经济、文化等社会决定因素。各级疾控机构应当从本地区的实际情况出发,逐步建立起能反映本地区慢性病危险因素流行水平及变化趋势的慢性病危险因素监测系统。

(一) 目标。建立和完善慢性病危险因素监测系统,动态掌握居民慢性病相关危险因素的流行状况和变化趋势,预测慢性病流行趋势,为制订相关政策和评价慢性病干预效果提供科学依据。

(二) 内容和方法。

1. 制订和完善各级监测方案。通过组织专家论证,开展现场预试验等方式,依据辖区实际情况,修订和完善监测方案。监测的核心内容应当包括:

- (1) 人口统计学信息。
- (2) 慢性病主要行为危险因素状况(吸烟、膳食、身体活动和饮酒等)。
- (3) 主要慢性病如高血压、糖尿病、心脑血管事件、慢性阻塞性肺病等的自报患病状况、知晓、治疗和控制状况等。
- (4) 身体测量指标(身高、体重、腰围、血压等)。
- (5) 有条件的地区可检测血糖、血脂等生化指标。

2. 监测前准备。

(1) 监测工具准备。按照方案要求准备,包括调查表、工作手册和测量工具。当监测内容涉及实验生化指标时,应当统一实验耗材和实验方法、标准要求。

(2) 抽样。收集并核实各监测点抽样基础信息,根据抽样方案进行抽样。

3. 培训。使用标准化的培训教材对调查员开展培训。监测覆盖范围较广的地区,可采用两级培训的方式。

4. 现场调查与督导。成立现场调查工作组,由培训合格的调查员按照监测实施方案,组织开展现场调查工作。

根据现场调查的进度安排制订督导计划和方案,开展督导工作并撰写督导报告。

5. 数据清理、分析与反馈。制订数据清理和分析方案;组织录入调查表数据,按照标准数据管理程序进行数据清理和分析;详细记录清理和分析过程,存档原始和过程文件;上报和反馈清理后数据库。

6. 监测结果利用。完成监测数据分析报告,评价和总结监测工作质量,并提出控制危险因素、防控慢性病的建议。

(三) 任务。慢性病危险因素监测工作主要由各级疾控机构在医院和基层医疗卫生

机构的配合下完成。

1. 疾控机构。

(1) 国家级负责制订、修订全国监测方案,组织开展全国监测工作,并指导下级单位制订监测方案。地方各级参照上级监测方案,制订并实施辖区监测计划和方案。统一协调和安排辖区监测工作。

(2) 国家级的监测工作至少每3年开展1次。地方各级监测不低于国家、上级方案要求的频率,并尽量保证调查时间一致。

(3) 设立专家咨询委员会和技术指导组,为监测工作提供技术咨询和指导,并参与现场督导、质量控制和评价。

(4) 按照监测方案收集有关信息,确定监测点,负责监测抽样。开展现场调查、质控与评价,及时向上一级报告现场出现的问题。

(5) 国家级制订全国培训方案和计划,编制各类培训资料,组织开展分级培训,并提供技术指导。

(6) 及时汇总、分析监测资料,编制监测报告,按时上报并反馈有关部门和各监测点。

(7) 制订监测数据分级管理要求,并负责辖区监测资料 and 数据的保存与管理。

2. 医院和基层医疗卫生机构。配合疾控机构,按照方案要求参与相关的调查监测工作,收集、报告有关信息。各级医院和基层医疗卫生机构为监测工作提供必要的技术支持。

(四) 流程和步骤。

慢性病危险因素监测的流程和步骤如下。

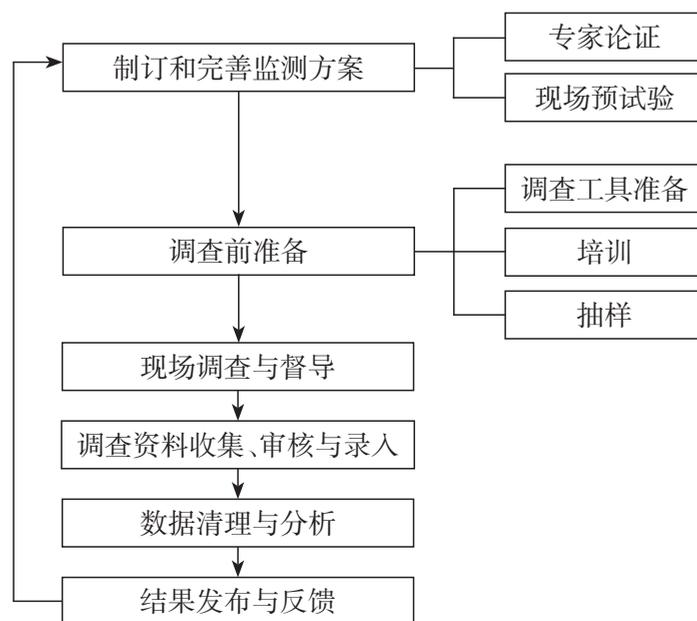


图 3-2 慢性病危险因素监测流程图

(五) 质量控制。

慢性病危险因素监测的质量控制要求,见下表。

表 3-3 慢性病危险因素监测质量控制表

工作项目	关键控制点	质控要求
方案设计与完善	方案修订计划与记录 预试验组织实施与结果分析	制订方案修订计划,详细记录修订过程,归档所有修订相关文件资料 制订预试验方案,记录预试验过程,撰写预试验结果分析报告
抽样	基础抽样信息 抽样过程	基础信息必须完整 存档所有抽样过程中产生的文件
培训	按照计划培训	培训资料规范 培训完成率 $\geq 95\%$ 培训合格率 $\geq 95\%$
督导	督导频率和覆盖面	根据实际工作情况确定开展督导的次数,国家覆盖至少 10 个省(区、市),地方覆盖至少 50% 的所辖区域和监测点
调查资料收集与审核	回收的调查资料完整 填写准确、无逻辑错误	逐一清点和登记调查资料 调查表完整率 $\geq 95\%$
数据录入	录入准确、无遗漏	错误率 $<1\%$
数据清理与分析	清理与分析过程	制订数据清理与分析方案,过程记录应当完整详细,存档清理和分析过程中产生的文件,是否异地备份数据库

(六) 考核和评价。

表 3-4 考核和评价表

考核单位	考核对象	项目内容	评价指标	指标的基本含义和测算公式	参考值
国家、省、市级疾控机构	下一级疾控中心	工作指标	上级任务完成情况	根据上级监测任务应当完成的监测工作	及时准确
			辖区监测系统代表性	监测点数量、分布和总样本量合理,能够代表辖区监测结果	要求省级、建议地级符合
			抽样信息完整率	信息完整的监测点数 / 监测点总数 $\times 100\%$	$\geq 95\%$
			培训完成率	实际培训人数 / 应培训人数 $\times 100\%$	$\geq 95\%$
			督导覆盖率	督导下级培训班数 / 应举办培训班数 $\times 100\%$ 督导监测点数 / 监测点总数 $\times 100\%$	$\geq 20\%$ $\geq 20\%$

续表

考核单位	考核对象	项目内容	评价指标	指标的基本含义和测算公式	参考值
国家、省、市级疾控机构	下一级疾控中心	数据质量	调查表缺失率	未回收调查表数量/应回收调查表数量 × 100%	<1%
			调查表填写完整率	内容填写完整的调查表数 / 调查表总数 × 100%	≥ 95%
			录入错误率	错误变量值个数 / 总变量值个数 × 1000‰	<1‰
		结果发布	完成数据集	每年完成上年度数据集整理汇编,并实现数据共享	是
			报告及时完成	在监测结束后 1 年内完成	是
			报告质量	报告格式、章节设置、表格和表述恰当	是
		其他工作资料	完成情况	监测记录资料,包括:原始调查表、质量控制表、监测方案修订记录、培训和考核记录、督导记录等 总结与报告,包括:现场预试验总结报告、督导报告、各级监测机构工作总结以及国家级监测数据分析报告等	有

三、肿瘤登记报告

(一) 目标。建立和完善符合我国国情的肿瘤登记报告系统,反映我国城乡不同地区、不同人群的居民肿瘤发病、死亡、生存状态,为国家和辖区肿瘤防治提供相关信息。

(二) 内容和方法。

1. 制订肿瘤登记工作方案,组织培训。制订肿瘤登记工作方案,建立肿瘤新发和死亡病例登记报告制度,规范工作程序,明确肿瘤登记报告单位和管理单位职责、工作内容和质量控制要求,统一印制报告卡片及有关表格,分级培训登记报告相关人员。

2. 登记资料的收集。建立健全人口死因登记报告制度,收集肿瘤登记资料,包括人口资料、新发病例资料和死亡资料。肿瘤新病例的报告范围是全部恶性肿瘤(ICD-10: C00.0-C97)和中枢神经系统良性肿瘤(D32.0-D33.9)。死亡资料主要用于补充发病资料 and 评价登记质量等。

3. 登记资料的验收和编码。检查卡片书写情况,剔除非恶性肿瘤和非本地区常住人口的病例。统一采用世界卫生组织(WHO)编制的国际疾病分类第10版(ICD-10)中肿瘤部分或国际疾病分类肿瘤学分册(ICD-O)系统编码规则,对主要人口学项目和肿瘤分类项目进行编码。

4. 死亡补充发病和剔除重复卡。肿瘤登记报告管理单位每年应当将收集的肿瘤死亡资料与肿瘤报告资料进行核对。

(1) 补填肿瘤发病卡。对只有死亡卡而没有病例报告卡的发病漏报病例,应当进行追溯调查,获得肿瘤的部位、病理学类型、诊断日期等诊断信息后,及时按规范补填。

(2) 剔除重复报告卡。

5. 肿瘤病例的随访。肿瘤报告管理单位应当按属地化管理原则组织肿瘤患者户籍所在地的社区卫生服务中心(站)或乡镇卫生院(村卫生室)定期随访,进行健康促进与干预。随访要有记录,并及时归档或录入电脑。

6. 肿瘤登记质量与审核督导。肿瘤报告管理单位负责分级定期考核及督导。按照规范,对登记报告实施过程、数据质量进行评价,发现问题及时指导改进。

7. 登记资料的保存与利用。登记资料定期备份。登记报告卡经编码、剔重录入并完成年度统计后,应当按照规则存放、备份,以备核查。各级肿瘤登记报告管理单位应当及时整理分析资料,编写肿瘤登记分析报告,并向同级卫生行政部门和上级业务机构报告。各级卫生行政部门应当定期发布辖区肿瘤发生、死亡情况。

(三) 任务。由辖区卫生行政部门按职责分工,明确辖区所属疾控机构或肿瘤防治办公室为肿瘤登记报告管理单位;医疗机构为肿瘤登记报告单位。具体任务如下。

1. 肿瘤登记报告管理单位。

(1) 国家癌症中心。为国家级技术支持单位,负责项目方案的制订,技术培训,督导检查 and 项目验收等工作。

具体任务:制订、修订全国肿瘤登记报告工作、质控、评价、漏报调查等方案和制订年度工作计划,定期组织对省级的质控、登记点现场督导、评价,组织开展肿瘤登记工作人员分级培训,提供技术指导;汇总、分析登记资料,按照规定编制各种报表,分析上报并反馈有关部门。及时出版《中国肿瘤登记年报》。

(2) 省级。根据国家方案结合实际,制订实施方案、工作计划;按国家统一的工作规范,组织开展辖区肿瘤登记报告工作;定期培训,对合格人员及时登记注册;组织开展日常技术指导、督导,定期质量检查和漏报调查,并协调解决登记工作中出现的问题;及时收集辖区肿瘤登记数据,审核数据质量,并及时上报上级业务管理机构;定期分析辖区登记数据,报告卫生行政部门和反馈有关基层单位。

(3) 地级和县级。组织和指导登记报告单位开展肿瘤登记报告;负责收集登记审核分析、整理编码、查重录入新发病例报告;开展新发病例核实,组织督导、质控和考核,撰写工作报告,及时反映评估结果;定期对有关人员进行技术培训和指导;根据当地死因统计部门获得的死亡资料,及时做好死亡补发病工作;定期与当地公安、统计部门获取人口资料;按时编制分析上报辖区各类统计报表、登记资料,并按照国家档案管理有关规定,

对各种新发病例原始资料、统计报表等相关资料归档保存。

2. 肿瘤登记报告单位。

(1) 具有肿瘤诊治能力的医疗机构按规范填写肿瘤登记报告卡。明确诊治肿瘤病例的责任医生,在病例确诊1周内填写肿瘤登记报告卡;配备专人负责肿瘤登记报告卡收集、登记、上报及计算机录入。协助肿瘤登记报告管理单位确诊肿瘤病例相关资料的核对、随访。

(2) 社区卫生服务中心或乡镇卫生院明确专人填写报告新发肿瘤病例报告卡及完成相关资料的核对、上报,并建立档案,定期随访。

(3) 村卫生室乡村医生填写报告户籍所在地新发肿瘤病例报告卡及完成相关资料的核对、上报和随访。

(四) 流程和步骤。

肿瘤登记报告的工作流程和步骤如下。

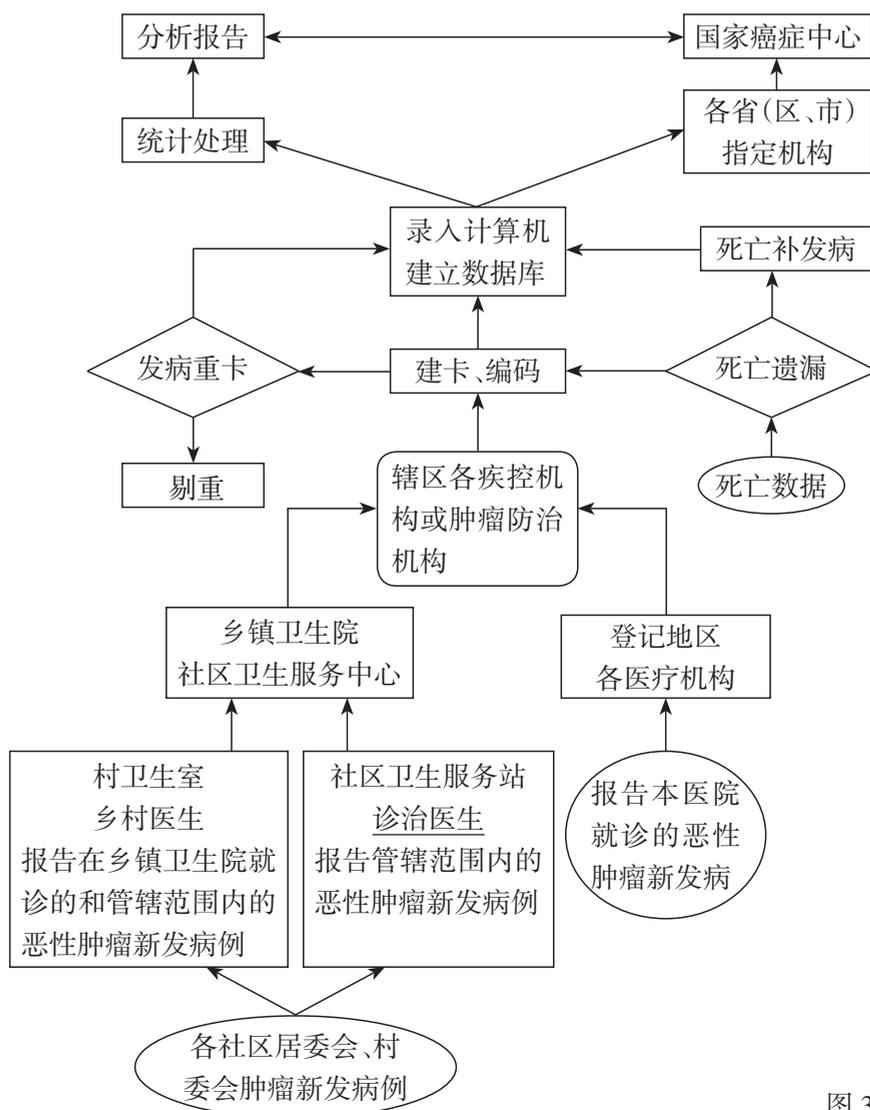


图 3-3 肿瘤登记工作流程图

(五) 质量控制。

1. 质量控制贯穿肿瘤登记报告工作的全过程。
2. 肿瘤登记报告和管理单位应当按照自身特点,就工作的各方面、各环节制订规范,明确质量控制要求,定期召开肿瘤登记工作会议,分析资料质量,通报工作情况,部署今后工作重点。逐级组织肿瘤登记培训班,对登记点进行全面督导检查,及时审核辖区登记点《报告卡》填写、ICD 编码质量和上报的肿瘤登记数据,发现问题及时解决。
3. 省级及以上单位每年至少组织一次,地、县级单位每季度至少组织一次辖区内督导、质控和培训,并将情况报上级相关单位。
4. 建立内部质控制度,指定专人负责肿瘤登记报告资料的质量管理工作。每年至少进行一次漏报调查工作。
5. 质控指标。
 - (1) 统一“发病”、“偶发”诊断、分类与编码、死亡证明等标准或定义,评价可比性。
 - (2) 通过数据溯源、独立病例的发现、历史数据方法、死亡 / 发病比、死亡医学证明书(DCN)、只有死亡证明(DCO)的病例、组织学诊断确认的比例、病例的来源数与报告单位数等,评价辖区目标人群发病病例发现的程度和数据的完整性。
 - (3) 引用病理诊断率(HV%)和DCO%评价年龄 / 出生日期、性别 / 部位、部位 / 组织学、部位 / 组织学 / 年龄、原发部位不详或未特指的病例占登记病例的百分比、年龄不明所占的百分比、再摘录与再编码等内部一致性。

(六) 考核和评价。

1. 定性指标。
 - (1) 有肿瘤登记技术和实施方案。
 - (2) 有相关工作计划、规定和实施细则。
 - (3) 有技术培训计划和实施方案。
 - (4) 落实人员配置和基础设备。
 - (5) 覆盖所辖全部户籍人口和辖区有肿瘤诊断能力的二级以上医院。
 - (6) 有相关肿瘤登记流程和考核措施。
 - (7) 及时发布和利用数据。
2. 定量指标。
 - (1) 上报医疗单位登记报告漏报率 <5%。
 - (2) 数据录入错误率 <2%。
 - (3) 人员培训合格率 $\geq 95\%$ 。
 - (4) 病理诊断率 >66%; DCO% <12%; $0.6 < \text{死亡 / 发病比 (MI 比例)} < 0.8$; 原发部位不明 <2%。

(5) 定期开展随访工作,随访率 >80%。

(6) 数据上报及时率 \geq 95%。

表 3-5 各级考核指标

考核机构	考核对象	主要环节	检查方法	内容 / 指标	评价标准	
国家级 (或省级、 市级) 肿 瘤登记 报告管 理机构	下级肿 瘤登记 报告单 位	项目点 建设情 况	查看机构人员 名单	主任、登记员、编码员、 计算机人员、数据分析 人员。在肿瘤登记上投 入的时间	无为 0, 人员齐全符 合要求为 10, 视实现 程度在 0—10 分之间 给分	
			查看相关部门 协调会的会议 通知、纪要或相 关文件	部门协调	相关部门(生命统计、 公安人口)提供相关 资料有 =5、没有 =0	
			查看相关文件 资料	是否制订工作计划和切 实可行的规章制度	有 =5、没有 =0	
		人员培 训	查看培训通知 和材料	是否制订培训计划和开 展培训	有 =5、没有 =0	
			查看培训考核 成绩单	培训考核合格率	合格率 >92%=5 90%=3、<90%=0	
		登记资 料溯源	听取汇报、查看 部门统计资料	登记地区医院上报资料 覆盖范围	覆盖 100% 医院 =10、 80%= 5、<80%=0	
		数据分 析及质 量控制	查看分析报告、 年报	数据定期公布		有 =5、没有 =0
				病理组织学诊断(MV%)		>66%=5、>50% = 3 40% = 2、30% = 1、 <30%=0
				仅有死亡医学证明书 (DCO%)		<12%=5、20%=3 22%=2、30%=1 >30%=0
				死亡 / 发病比 (M/I)		0.6 和 0.8 之间 =5 否则 =0
				其他或未指明部位恶性 肿瘤所占比例(O&U%)		<2%=5、6%=4、7%=3 8%=2、9%=1、10% 或 以上 =0
		资料上 报审核		及时上报数据,数据要 求达标		合格率 95%=10、90%= 8、80%=5、<80%=0

续表

考核机构	考核对象	主要环节	检查方法	内容 / 指标	评价标准
国家级 (或省 级、市 级) 肿 瘤登记 报告管 理机构	下级肿 瘤登记 报告和 管理单 位	登记方 法与数 据管理	查看登记处工 作流程	新病例发现方法(主 动、被动)	都有 =5、被动 =0
			查看死亡病例 收集表	死亡病例确认方法、死 亡补发病的步骤	按方案要求 =5 不是 =0
			查看病例报告卡	编码情况, 部位 / 组织 学编码工作	按方案要求 =5 不是 =0
			查看录入软件、 操作指南、录入 指标	数据录入方法、使用的 登记软件情况, 数据录 入时的质控方法, 数据 更正情况	数据录入及时准确 =5 不是 =0
			查看随访登记表	是否进行病例随访	有 =5 没有 =0

四、脑卒中和心肌梗死病例报告

(一) 目标。对辖区内的急性心肌梗死和心脏性猝死、脑卒中(包括原发性脑实质出血、脑栓塞、脑血栓形成、蛛网膜下腔出血)病例进行报告,为分析评价疾病发生、流行、控制、预后和预防控制效果、卫生决策、科学研究提供数据支持。

(二) 内容和方法。

1. 报告病种。以具有重大公共卫生意义,并较容易确诊的急性心肌梗死(I21-I22)、心脏性猝死(I46.1)、脑卒中(I60-I64)(指:原发性脑实质出血、脑栓塞、脑血栓形成、蛛网膜下腔出血)等心脑血管事件作为报告病种,并用 ICD-10 进行编码。

2. 报告方法和方式。建立脑卒中和心肌梗死的病例登记报告网络。采用卡片或(和)网络报告的方式。有条件的地区从医院信息系统(HIS)抽取相关信息。

3. 报告对象和范围。对本辖区医院就诊的所有病例进行登记报告。

(三) 任务。

1. 疾控机构。

(1) 中国疾控中心会同国家心血管病中心、全国脑防办等组织制订脑卒中和心肌梗死病例报告工作方案,开展技术培训、督导检查,及时分析和发布数据。

(2) 省级及以下各级疾控机构依据国家计划、方案,制订并实施辖区工作计划和方案,负责本辖区的培训、督导、质量检查,定期开展漏报调查,审核数据质量,剔重,死亡补发病,并及时整理上报数据;定期分析报告数据,并及时上报疾控机构和本级卫生行政部

门,反馈有关报病机构;做好本级报告数据的保存和管理。

2. 登记报告单位。

(1) 县级及城市二级以上医疗机构,按照辖区疾控机构要求,负责本规范规定疾病的登记报告工作。包括门急诊、住院和来院已死亡病例。将数据定期上报给属地疾控机构。

(2) 基层医疗卫生机构。在疾控中心提供的病例报告基础上,负责辖区内病例的核实和漏报病例的补报。对辖区内的病例进行核实、登记、随访,并定期向辖区疾控机构上报登记、随访情况。

(四) 流程和步骤。

登记报告的工作流程和步骤如下。

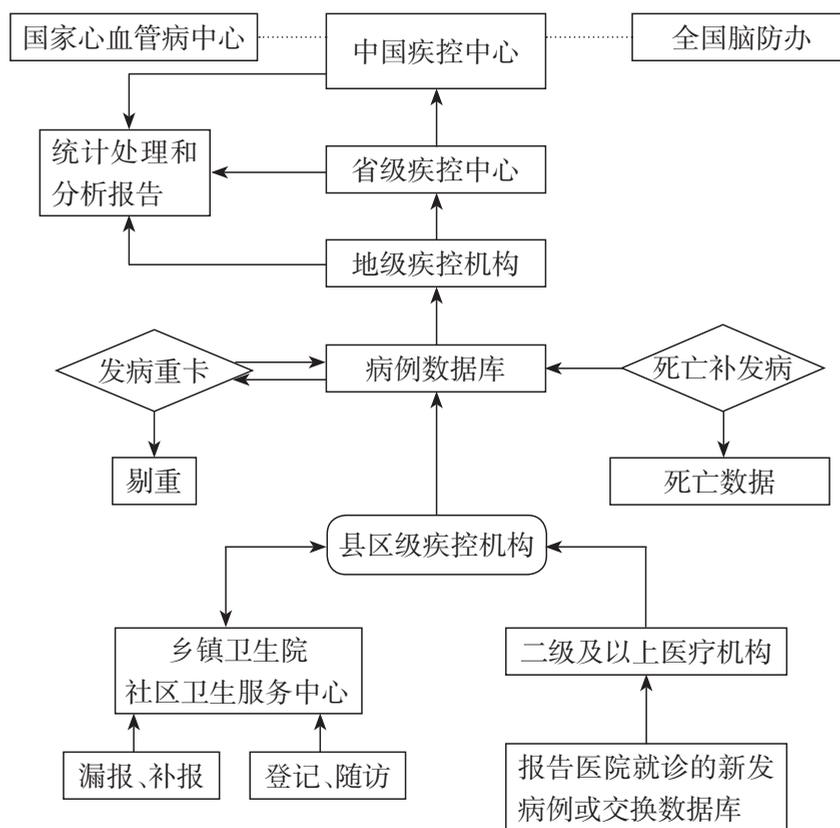


图 3-4 脑卒中和急性心梗病例登记报告工作流程图

(五) 质量控制。

1. 组织专家论证脑卒中和心肌梗死病例报告工作方案。
2. 培训有关人员。
3. 督导检查各阶段工作。
4. 审核报告数据真实性、完整性。

(六) 考核和评价。

1. 组织管理。

- (1) 有工作计划、规章制度、总结及质量控制记录等。
- (2) 各种原始资料、统计资料分类管理,符合档案管理要求。
- (3) 有定期例会、培训记录。
- (4) 有与相关机构协调工作记录。
- (5) 有年度报告。

2. 考核评价指标。数据上报及时率、漏报率、重复报告率、卡片填报完整率和录入符合率等指标。

(1) 网络报告单位的考核指标。死亡病例同时具有发病报告的比例 $\geq 90\%$ 、病例漏报率 $\leq 10\%$ 、报告信息完整率 $\geq 90\%$ 、报告信息准确率 $\geq 98\%$ 、报告及时率 $\geq 98\%$ 。

(2) 随访确认的考核指标。随访及时率 100%、随访信息填报完整性 100%、随访信息填报准确率 $\geq 98\%$ 、随访信息重报率 $\leq 2\%$ 。

(3) 数据汇总分析的考核指标。按规定及时完成数据汇总和分析报告。

五、专题调查

按照具体工作方案执行。方案必须明确调查目标、对象、内容和方法、主要任务、流程和步骤、质量控制和效果考核评价体系。

第四章 干预与管理

慢性病的干预与管理需要疾控机构、基层医疗卫生机构、医院和专业防治机构的密切协作,需要卫生系统外其他部门或单位的支持,需要社会和民众的积极参与。干预工作要面向三类人群:一般人群、高风险人群和患病人群;重点关注三个环节:危险因素控制、早诊早治和规范化管理;注重运用三个手段:健康促进、健康管理和疾病管理。围绕心脑血管疾病、恶性肿瘤、慢性呼吸系统疾病和糖尿病等重点慢性病,积极开展社区防治和健康教育,重视高风险人群管理,控制社会和个人危险因素,推广有效防治模式,努力减少疾病负担。根据我国慢性病及其危险因素流行特征,结合世界卫生组织《烟草控制框架公约》、《饮食、身体活动与健康全球战略》等战略目标,现阶段慢性病危险因素干预与管理重点包括:烟草使用、不合理膳食、身体活动不足三种行为危险因素;超重/肥胖、血压升高、血糖升高和血脂异常四种指标异常。

慢性病综合防治示范区及其他有条件的地区,在有效开展上述工作基础上,可扩大慢性病干预与管理的范围。

一、危险因素控制

(一) 目标。通过政策倡导、环境建设、技术支持、健康教育和健康促进活动的开展,营造健康生活方式支持环境,促进全民健康生活方式培养,降低人群慢性病危险因素水平,预防慢性病的发生和发展。

(二) 内容和方法。

1. 健康生活方式行动。根据《卫生部办公厅关于开展全民健康生活方式行动的通知》精神,开展全民健康生活方式行动。

(1) 政府倡导与推动。充分发挥领导示范和政府相关部门的作用,积极推进各类活动开展,促进有利于全民健康生活方式行动的政策、策略和措施的出台。

(2) 创造支持环境。营造有利于健康的生活环境和工作环境。参考《全民健康生活方式行动示范创建工作指导方案(试行)》(卫办疾控函[2009]825号),积极开展健康生活方式示范社区、单位、食堂/餐厅等示范创建活动。鼓励相关企业和团体参与健康生

活方式行动,形成全社会支持、参与健康生活方式行动的环境和氛围。

(3) 普及健康知识。根据不同人群特点,充分利用电视、广播、报纸、期刊及网络等群众喜闻乐见和易于接受的方式,普及健康生活方式的有关知识。积极动员社区、工作单位和学校等开展健康教育行动。

(4) 开发和推广适宜技术。开发和推广简便易行适用于个人、家庭和集体单位的支持工具,支持社区、学校、单位和公共场所开展控烟、合理膳食和适当运动等健康生活方式活动;相关部门积极为个人、家庭和集体人群提供咨询和有关技术服务。

2. 烟草控制。

(1) 加强政策倡导,促进出台室内公共场所和工作场所禁止吸烟法律、法规和制度,禁止烟草广告、促销和赞助制度等。

(2) 采取多种手段,开展系统的烟草危害宣传与健康教育,改变社会敬烟送烟的陋习,提高人群烟草危害知识水平。

(3) 开展吸烟人群戒烟指导和干预,重点加强医生培训,促进医生对病人的戒烟教育。

(4) 指导医院、学校、政府机关、公共场所、社区、家庭创建无烟环境。

(5) 加强对青少年、妇女、公务员、医务人员等重点人群的健康教育和管理,重点预防青少年吸第一支烟、医务人员和妇女吸烟。

3. 合理膳食。

(1) 制订和落实合理膳食的支持性政策。落实《营养改善工作管理办法》和《食品营养标签管理规范》,促进学生营养午餐、餐饮业健康膳食宣传等相关制度的制订和实施。

(2) 建设有利于合理膳食的支持环境。引导食品生产企业开发和生产低盐、低脂食品;餐饮行业研制健康食谱;专业技术部门开发合理膳食的支持工具和技术,并进行推广。

(3) 开展合理膳食有关的健康教育和健康促进活动。推广和普及《中国居民膳食指南》(2007版),多途径宣传合理膳食的知识和技能,推广合理膳食支持工具。针对不同人群,如慢性病高风险人群和患者开展合理膳食指导。

4. 身体活动促进。

(1) 政策倡导与支持性环境建设。宣传和推进《全民健身条例》;建设居民方便、可及和安全的健身设施环境;出台鼓励步行或骑车出行的交通政策、单位职工参加身体活动和锻炼的政策(如工间操制度);培养健身指导员以指导公众健身。

(2) 开展身体活动健康教育活动。编制并多途径宣传和普及身体活动关键信息。

(3) 开展身体活动健康促进活动。在单位、学校、社区等不同场所,开展形式多样、参与性强的大众健身活动。

(三) 任务。

1. 疾控机构。

(1) 制订健康生活方式行动、烟草控制、合理膳食、身体活动促进的工作计划和实施方案,并指导实施和总结。

(2) 组织实施相关政策宣传、倡导、提案、议案和媒体深度报道。

(3) 确定健康教育核心信息,设计并推广宣传资料,组织开展辖区内大型健康教育和健康促进活动。

(4) 编制相关技术文件,开发推广健康促进适宜工具和技术。

(5) 指导健康生活方式示范创建工作,不断扩大示范社区、示范单位、示范食堂、示范餐厅等的覆盖范围。

(6) 组织实施试点或典型研究,总结推广成熟技术和经验。

(7) 对相关部门、下级疾控机构、基层医疗卫生机构进行技术培训、业务指导和考核评价。

2. 基层医疗卫生机构。

(1) 制订辖区内健康教育和健康促进工作计划、实施方案,并组织实施。

(2) 配备专人负责辖区内健康教育和健康促进工作。

(3) 参与辖区健康生活方式示范社区、示范单位和示范餐厅/食堂等的创建工作。

(4) 参与辖区健康促进工作的考核与评价,完成辖区工作自我总结与评价。

3. 医院。

(1) 协助当地卫生行政部门和疾控机构制订健康教育和促进规划和计划。

(2) 参与健康教育核心信息、技术规范和支持工具的制订和开发。

(3) 以各种形式开展院内健康生活方式知识宣传,并在门诊常规开展针对个体的健康生活方式指导。

(4) 在健康生活方式、高血压、糖尿病等健康宣传主题日,组织开展宣传活动。

(5) 创建无烟医院、健康生活方式示范医院等。

(6) 协助开展辖区基层医疗卫生机构的业务培训和指导。

(四) 流程和步骤。

1. 根据当地慢性病防治规划,因地制宜,制订慢性病危险因素控制工作计划和实施方案。

2. 获取可能的政策、技术、人力和经费支持。

3. 按计划实施健康生活方式行动、烟草控制、合理膳食、身体活动促进等活动。

4. 督导、评价和总结健康教育和健康促进工作。

(五) 质量控制。

1. 依据工作计划、实施方案明确的质量控制要求,制订质量控制实施细则。

2. 明确质量控制的具体负责人、内容、关键控制点、基本要求、奖惩办法。

3. 质控贯穿计划制订、组织建设、活动开展、工作总结、效果评估等全过程各环节。

(六) 考核和评价。

具体见表 4-1。

表 4-1 各级考核指标

考核机构	考核对象	内容	评价指标	指标含义及要求
上级疾控机构	下级疾控机构	政策倡导	政策倡导情况	有政策倡导的内容清单,实施计划和工作记录
		健康教育与健康促进	资料准备情况	有自主开发或选用权威机构推荐的慢性病危险因素控制健康教育资料和工具,内容覆盖慢性病危险因素控制的各个方面
			健康日活动	结合无烟日、健康生活方式日、高血压日、糖尿病日等健康日开展相关健康教育活动
			健康教育和健康促进活动	全年有 3 种以上途径的健康教育和促进活动 活动覆盖控烟、合理膳食和适当运动等危险因素控制的各个方面
			健康生活方式示范创建情况	省、地级开展相应级别的 3 种以上的示范社区、示范单位和示范食堂(餐厅)创建
			评估与总结	有年度健康教育和健康促进工作评估与总结报告
	效果评估	控烟指标	无烟工作场所和公共场所覆盖率、戒烟门诊数量、青少年吸烟率等指标。 无烟学校覆盖率 = 达标无烟学校数 / 辖区学校总数 × 100% 无烟社区覆盖率 = 达标无烟社区数 / 辖区社区总数 × 100% 无烟公共场所覆盖率 = 达标无烟公共场所数 / 辖区公共场所总数 × 100% (公共场所定义依相应管理办法确定) 打算戒烟率 = 打算戒烟人数 / 接受调查的现吸烟者人数 × 100% 戒烟率 = 戒烟半年以上的人数 / 调查的吸烟者数 × 100% 戒烟成功率 = 戒烟 2 年以上的人数 / 调查的吸烟者数 × 100% 现在吸烟率 = 现在吸烟的人数 / 调查总人数 × 100% 青少年吸烟率 = 吸烟的青少年数 / 抽查的青少年总数 × 100% 被动吸烟率 = 被动吸烟的人数 / 调查者总数 × 100%	

续表

考核机构	考核对象	内容	评价指标	指标含义及要求
上级疾控机构	下级疾控机构	效果评估	控盐指标	人均每日食盐摄入量
			身体活动指标	城乡居民经常参加体育锻炼的比例
			血压、血糖监测指标	35岁以上成人血压、血糖知晓率:指在35岁以上成年人中,知道自己血压、血糖所处水平的人所占的百分比
卫生行政部门委托机构	医院	健康教育和促进活动	院内健康生活方式知识宣传	有3种以上宣传形式
			个体化健康生活方式指导	对在相关科室就诊者开展个体化健康生活方式指导
			健康日活动	结合无烟日、健康生活方式日、高血压日、糖尿病日、肿瘤宣传周、世界COPD日、世界哮喘日等健康日开展相关健康教育活动
			创建无烟医院	无烟医院覆盖率 = 达标无烟医院数 / 辖区医院总数(一级以上医疗机构) × 100%
县级疾控机构(或医院)	基层医疗卫生机构	健康教育和促进活动	机构内健康生活方式知识宣传	有3种以上宣传形式
			个体化健康生活方式指导	对就诊者开展个体化健康生活方式指导
			健康日活动	结合无烟日、健康生活方式日、高血压日、糖尿病日等健康日开展相关健康教育活动
			工作总结	有辖区健康促进活动工作总结,包括活动场次、资料 and 工具发放、人群覆盖、效果评估等内容

二、高风险人群的早期发现与管理

(一) 目标。积极发现慢性病高风险人群,通过健康管理和强化生活方式干预,降低个体慢性病危险水平,防止和延缓慢性病的发生。

(二) 内容和方法。

1. 高风险个体发现。

(1) 创造方便发现慢性病高风险人群的条件和政策环境,宣传高风险人群早期发现的重要性和方法,鼓励在家庭、社区、单位、公共场所提供便利条件,发现高风险人群。

(2) 医疗卫生机构可通过日常诊疗、健康档案建立、单位职工和社区居民的定期体检、从业人员体检、大型人群研究项目等途径发现高风险人群。

(3) 慢性病高风险人群特征。

慢性病高风险人群为具有以下特征之一者：

- ① 血压水平为 130-139/85-89mmHg；
- ② 现在吸烟者；
- ③ 空腹血糖水平为 $6.1 \leq \text{FBG} < 7.0\text{mmol/L}$ ；
- ④ 血清总胆固醇水平为 $5.2 \leq \text{TC} < 6.2\text{mmol/L}$ ；
- ⑤ 男性腰围 $\geq 90\text{cm}$ ，女性腰围 $\geq 85\text{cm}$ 。

2. 高风险人群的健康管理。为防止或延缓高风险人群发展为慢性病患者，高风险人群需要加强健康管理，定期监测危险因素水平，不断调整生活方式干预强度，必要时进行药物预防。针对具有任何 1 项高风险人群特征者，可以通过公众群体的健康管理（可参考“危险因素控制”相关内容），促进其对自身进行动态监测和生活方式自我调整；针对具有 3 项及以上高风险人群特征者，应当纳入个体健康管理范围。

(1) 动态监测危险因素指标变化。

对于血压在 130-139/85-89mmHg 之间者，每半年测量血压一次；男性腰围 $\geq 90\text{cm}$ ，女性腰围 $\geq 85\text{cm}$ ，每季度测量体重及腰围一次；空腹血糖水平为 $6.1 \leq \text{FBG} < 7.0\text{mmol/L}$ ，每年测血糖一次；血清总胆固醇水平为 $5.2 \leq \text{TC} < 6.2\text{mmol/L}$ ，每年测量一次。医疗卫生机构通过健康教育等方式指导具有任何 1 项高风险人群特征者按照上述要求主动监测自身指标变化情况。对具有 3 项及以上高风险人群特征者，基层医疗卫生机构应当将其纳入管理，定期随访其指标变化情况。此外，对于吸烟者，每半年询问一次吸烟情况。对伴有多种危险因素和同时伴有其他慢性病的患者，监测频率还需加强。

(2) 生活方式自我调整和强化干预。对具有任何 1 项高风险人群特征者通过健康教育，促进其对自身的生活方式进行自我调整。对具有 3 项及以上高风险人群特征者，基层医疗卫生机构应当对其开展强化干预。

干预的内容主要包括合理膳食、减少钠盐摄入、适当活动、缓解心理压力、避免过量饮酒等。强化生活方式干预需要坚持以下原则：

- ① 强度适中，循序渐进：需针对个体情况，医患共商，确定干预可能达到的阶段性目标。
- ② 长期坚持，形成习惯：长期坚持良好的生活方式，逐步形成习惯，才能取得良好的效果。
- ③ 亲友互助，强化习惯：强化干预需要家人和朋友的配合。首先，亲友的配合为实现戒烟、合理膳食等行为提供支持；其次，亲友的支持有助于增进感情，使家庭和睦社会

和谐;第三,高风险个体的家人甚至是同事往往具有相似的行为习惯,共同培养健康生活方式有助于亲友的健康。

④ 同伴共勉,提高信心和技能:发挥同伴教育的作用,充分运用“自我管理”技能。如参加“兴趣俱乐部”等,有助于同伴间交流经验,增强信心,长期坚持,降低成本。

强化生活方式干预需遵循以下步骤:

① 确定个体存在的危险因素和所处水平,了解其知识、态度和行为改变状况。

② 分析控制各种危险因素对预防慢性病作用的大小,提出循证医学建议。

③ 结合实际情况,综合考虑各种危险因素控制的难度和可行性,制订危险因素控制优先顺序、阶段目标和干预计划。

④ 创造方便的危险因素监测、咨询和随访管理的支持性环境;鼓励高风险个体争取亲友、同事的配合,积极参与有关活动组织。

⑤ 结合经常性的监测与评价,适时调整干预策略和措施。

(3) 控制其他并存的疾病或危险。高风险个体在监测危险因素、生活方式自我调整和强化干预(包括控烟)的同时,尚需加强对体重、血糖和血脂等指标的控制。共同危险因素与慢性病发病危险的关系详见下表。

表 4-2 共同危险因素与慢性病发病危险的关系

危险因素	高血压	冠心病	脑卒中	糖尿病	慢性阻塞性肺疾病	肿瘤
血压	++++	+++	++++	+		
吸烟		+++	++		++++	++++*
血糖	+	++	++	++++	+	+**
总胆固醇		++++	++	+		
腰围	++	++	++	+++	+	++***

* 吸烟与肺癌、肝癌、胃癌、食管癌关系密切,还与口腔癌、咽癌、鼻咽癌、喉癌、胰腺癌、膀胱癌和宫颈癌有关联。

** 血糖与肿瘤有关,高血糖增加肝癌、胆囊癌、胃癌、呼吸道肿瘤的风险。

*** 腰围与结直肠癌、胰腺癌、绝经期的乳腺癌、子宫内膜癌、肾癌有关联。

(三) 任务。

1. 疾控机构。

(1) 以循证医学为基础,组织确定各类慢性病高风险人群发现的执行标准和工作策略。

(2) 开发并推广高风险人群发现、健康教育和强化生活方式干预适宜技术。

(3) 组织辖区医院和基层医疗卫生机构制订高风险人群发现、管理工作方案和技术

文件,并指导实施。

(4) 开展群体水平高风险人群的健康教育。

(5) 定期对工作质量和效果进行考核评价。

2. 基层医疗卫生机构。

(1) 依据上级的方案,参与制订辖区高风险人群干预和管理工作计划。

(2) 为居民提供方便的危险因素监测环境和设备条件。

(3) 多种形式开展群体水平健康教育,宣传危险因素监测方法和高风险及患病状态的判断标准,鼓励自我监测危险因素水平。

(4) 通过各种途径发现慢性病高风险人群,做好建档和随访工作,指导高风险个体进行强化生活方式干预。

(5) 对辖区慢性病高风险人群的干预和管理工作进行评估。

3. 医院。

(1) 为制订高风险人群判定标准、发现和管理技术方案提供技术支持。

(2) 通过培训和指导,协助辖区基层医疗卫生机构高风险人群的发现和管理。

(3) 多种途径向就诊者宣传高风险个体发现的意义和方法。

(4) 在医院的诊疗服务中,积极发现高风险个体并提供健康生活方式指导。

(四) 流程和步骤。

1. 参照上级标准,结合辖区具体情况,制订慢性病高风险人群的执行标准,高风险人群发现、健康教育和强化生活方式干预工作计划和实施方案。

2. 倡导高风险人群发现支持政策,开发支持技术,争取人、财、物力支持。

3. 按计划实施高风险人群的发现、干预和管理。

4. 对工作进行督导和评价,总结和汇报工作经验和效果。

(五) 质量控制。

1. 结合工作计划、实施方案和本地工作实际,制订具体质量控制实施细则。

2. 明确质量控制的具体负责人、内容流程、关键点、基本要求、奖惩办法。

3. 质量控制应当遵照循证原则贯穿计划制订、组织建设、活动开展、工作总结和评估等各环节。

(六) 考核和评价。

具体见下表 4-3。

表 4-3 各级考核指标

考核机构	考核对象	内容	评价指标	指标含义及要求
上级疾控机构	下级疾控机构	工作计划和实施方案	有无	包含高风险人群判定标准、高风险人群的发现、健康教育、危险因素监测和强化生活方式干预方案
		推广适宜技术	适宜技术有无	包括高风险人群检出、健康教育和强化生活方式干预适宜技术,可自主开发或选用权威机构提供的技术或工具
			适宜技术是否推广	有推广计划和推广工作记录
		群体水平健康教育	内容是否齐全	内容覆盖高风险人群判定标准,早发现、早管理的意义、方法,以及强化生活方式干预方法等
			工作记录有无	有针对高风险人群开展健康教育的工作记录
		支持环境建设	有无	方便体重、血压、血糖等指标监测的政策环境、设备和人财物力配置
		评估和总结	有无	包括督导评估工作开展情况及年度工作总结,后者除工作开展情况外,应当有高风险个体发现率(数)和管理率(数)等效果指标
卫生行政部门委托机构	医院	高风险人群发现 and 生活方式指导	院内高风险人群发现和管理知识宣传	有 3 种以上宣传形式
			高风险个体健康生活方式指导	对本院就诊的所有慢性病高风险个体开展个体化健康生活方式指导
县级疾控机构(或医院)	基层医疗卫生机构	计划及方案制订	有无	包括辖区高风险个体的发现和管理工作计划和实施方案
		健康教育和促进活动	机构内健康生活方式知识宣传	有 3 种以上宣传形式
			个体化健康生活方式指导	对就诊的所有高风险个体开展个体化健康生活方式指导
		效果评估	高风险人群发现	发现率 = 发现的高风险个体数 / 高风险个体总数 × 100% 辖区高风险个体总数估算:辖区常住成年人口总数 × 成年人慢性病高风险个体所占比例(通过当地流行病学调查、社区卫生诊断获得或从本省(全国)近期慢性病监测数据获得)
高风险人群管理	管理率 = 规范化管理人数 / 高风险个体总数 × 100%			

三、高血压和糖尿病患者的早期发现与管理

(一) 目标。早期发现和管理高血压和糖尿病患者,提高知晓率、治疗率和控制率,减少或延缓心血管病事件等严重并发症的发生。

(二) 内容和方法。

1. 患者筛查。根据诊断标准,利用以下各种途径筛查和早期诊断高血压和糖尿病患者。

(1) 有计划地测量辖区成年人的血压和血糖。

(2) 在日常诊疗过程中检测发现血压和血糖异常升高者。

(3) 在各种公共活动场所,如老年活动站、单位医务室、居委会等测量血压;通过各类从业人员体检、健康体检、建立健康档案、进行基线调查等机会筛查血压和血糖。

(4) 在各种公共场所安放半自动或全自动电子血压计,方便公众自测血压。

2. 患者的健康教育。通过各种方式开展针对高血压和糖尿病患者的健康教育,指导养成健康的生活方式,掌握血压和血糖的监测方法,提高患者的遵医行为。

3. 患者的管理。被检出的高血压和糖尿病患者,纳入规范化管理,有效控制血压和血糖,预防和减少并发症的发生。

提倡高血压和糖尿病患者自我管理。争取村(居)委会支持,由专业人员指导,组织患者建立自我管理小组,学习健康知识和防治技能,交流经验,提高自我管理效能,改变危险行为,促进管理效果。

(三) 任务。

1. 疾控机构及专业防治机构。

(1) 联合基层医疗卫生机构和医院制订慢性病患者规范化管理信息标准、慢性病早期发现和规范化管理工作规范;编制慢性病患者生活方式干预和自我管理宣传资料;制订有关工作考核评估标准。

(2) 对医院和基层医疗卫生机构开展相关业务指导。

(3) 组织实施或参与辖区慢性病患者早期发现、规范化管理和信息管理、慢性病基本公共卫生服务项目考核评估,完成评估报告。

2. 基层医疗卫生机构。

(1) 制订辖区慢性病患者筛查和管理计划,积极发现慢性病患者,建立健康档案,按照《中国高血压防治指南(2009年基层版)》、《中国糖尿病防治指南》、《高血压患者健康管理服务规范》、《2型糖尿病患者健康管理服务规范》要求,实施规范化管理,提高高血压和糖尿病等慢性病患者的知晓、治疗和控制水平。

(2) 开展辖区健康教育与健康促进活动,提高慢性病患者健康生活方式行为能力和

自我管理的知识和技能。

(3) 为高血压、糖尿病等慢性病的早期发现提供血压、体重、血脂、血糖等指标监测的有利环境和条件。

(4) 促进“病友俱乐部”等活动小组的建立,为患者康复提供交流和共同参与的平
台,并派出专门人员定期进行指导。

(5) 充分利用门诊、家庭访视等机会对慢性病患者进行个体化危险评估和生活方式
指导。

(6) 按要求收集、管理和上报慢性病患者发现和随访管理信息。

(7) 做好辖区居民慢性病及其所致并发症和残疾的康复工作。

(8) 对有关工作进行自我评估。

3. 医院。

(1) 以多种形式开展慢性病防治知识宣传,有效传播慢性病防治知识。

(2) 实施 35 岁以上患者首诊测血压制度,利用各种诊疗机会发现高血压和糖尿病患
者,并协助纳入属地管理。

(3) 建立健全双向转诊制度,为高血压、糖尿病等慢性病患者提供规范化诊疗服务。

(4) 指导基层开展高血压、糖尿病防治服务,提高基层人员技术水平。

(四) 流程和步骤。

1. 制订高血压、糖尿病等慢性病早期发现和管理工作计划。

2. 广泛宣传高血压、糖尿病早期发现和规范管理的方法和意义。

3. 营造高血压、糖尿病早期发现和规范化管理的支持环境。

4. 有计划地开展早期发现和管理工作。

5. 落实标准化信息收集、管理和上报工作。

6. 实施相关工作的督导、评估和总结。

(五) 质量控制。

1. 依据工作计划、实施方案,结合本地工作实际,制订具体的过程质量控制实施
细则。

2. 明确质量控制的具体负责人、内容流程、关键点、基本要求,奖惩办法。

3. 质量控制应当贯穿计划制订、组织建设、活动开展、工作总结和评估等全过程各
环节。

(六) 考核和评价。

具体见下表 4-4。

表 4-4 各级考核指标

考核机构	考核对象	内容	评价指标	指标含义及要求
上级疾控机构	下级疾控机构	工作计划和实施方案	有无	包含慢性病患者早期发现方法、信息管理、患者管理、督导评估等内容
		健康教育	有无	内容覆盖高血压、糖尿病等慢性病诊断标准,早发现、早管理的意义、方法,以及强化生活方式干预方法等
		支持环境建设	有无	方便体重、血压、血糖等指标监测的政策环境、设备和人财物力配置
		评估和总结	评估	有
总结报告	除工作开展情况外,还包括辖区高血压、糖尿病等疾病的知晓率、管理率、规范管理率、控制率等指标			
卫生行政部门委托机构	医院	院内健康教育	慢性病防治知识宣传	有 3 种以上宣传形式
		高血压、糖尿病的早期发现与治疗	首诊测血压制度	为 35 岁以上首诊患者测血压,并登记
			规范化诊疗服务	为高血压、糖尿病等慢性病患者提供规范化诊疗服务
		高血压、糖尿病的转诊	在医院诊疗结束后,将首诊发现的患者和治疗出院的患者转入属地管理	
县级疾控机构(或医院)	基层医疗卫生机构	工作计划与实施方案	有无	有辖区慢性病患者筛查和管理计划及实施方案
		辖区健康教育和健康促进活动	机构内健康教育	有 3 种形式以上
			辖区健康教育	有 3 种形式以上
			环境支持	有支持血压和血糖监测的环境;组建高血压、糖尿病等病友俱乐部
		效果指标	知晓率	知晓率 = 知晓自己患某病的人数 / 辖区该病估计患者数 × 100%。 辖区某病患者数估算: 辖区常住成年人口总数 × 成年人该病患率(通过当地流行病学调查、社区卫生诊断获得或从本省(全国)近期慢性病监测数据获得)。下同
			管理率	管理率 = 某病发现并进行登记的患者数 / 辖区该病估计患者数 × 100%
			规范管理率	规范管理率 = 发现并纳入规范管理的患者数 / 辖区估计的患者总数 × 100%
		控制率	控制率 = 某病得到控制者人数 / 辖区该病患者总数 × 100%	
		评估与总结	有无	有机构工作评估和总结报告

四、重点癌症的早诊早治

(一) 目标。以早诊早治工作为载体,提高主要癌症的早期诊断率、早期治疗率、五年生存率,降低死亡率;提高技术队伍水平,加强基层能力建设;建立合理、可行的费用分担机制,保证绝大部分患者得到及时治疗;逐步全面开展癌症的综合防治工作。

(二) 内容和方法。

1. 确定优先开展早诊早治的癌症。依据危害严重、筛查成本低、技术成熟、人群受益面广的原则,确定优先开展早诊早治的病种:如食管癌/贲门癌、大肠癌、乳腺癌、子宫颈癌、胃癌、肝癌和鼻咽癌等。

2. 制订早诊早治工作计划和实施方案。各地卫生行政部门应当根据当地癌症流行特点,组织制订适合本地情况的早诊早治工作计划和具体实施方案。科学确定开展早诊早治工作的癌症种类、人群范围、技术指导及工作承担单位,建立健全包括流行病学、临床检查及组织病理诊断等多学科协作的早诊早治技术队伍。

3. 规范早诊早治工作。根据国家相关癌症诊疗规范,结合本地区卫生资源状况,统一辖区内医疗卫生机构癌症早诊早治工作流程,统一培训医疗卫生人员,落实癌症规范化诊疗,切实保证癌症患者有效早诊早治,提高治疗效果、生存质量。

(三) 任务。

1. 疾控机构及专业防治机构。

(1) 依据国家相关规划、计划及方案,制订辖区癌症筛查及早诊早治技术方案,发展和推广重点癌症早诊早治的适宜技术。

(2) 组织发动早诊早治工作,开展流行病学调查,收集筛查对象信息,建立癌症综合防治示范区,逐步推动癌症综合防治工作。

(3) 开展癌症健康知识普及工作,提高人民群众对癌症防治知识的知晓程度及在癌症防治工作中的主动参与意识。

(4) 承担对开展癌症筛查和早诊早治工作的各级各类机构的技术指导和相关人员培训。

(5) 组织和参与早诊早治工作质量和效果的评估考核。

2. 基层医疗卫生机构。

(1) 做好健康教育,动员辖区居民参与癌症筛查工作,协助上级医院开展癌症筛查工作。

(2) 在上级医院指导下,参与部分癌症的筛查和早诊早治工作。

3. 医院。

(1) 执行癌症筛查及早诊早治技术方案,按照分地区、分阶段、有计划、有重点的原则逐步开展癌症筛查和早诊早治工作。

(2) 指导基层医疗卫生机构开展癌症筛查和早诊早治,培养基层医疗卫生机构技术队伍。

(四) 流程和步骤。

1. 制订筛查技术路线。
2. 确定筛查对象范围。
3. 明确参与机构职责和任务。
4. 时间进度安排。
5. 早诊早治的保障措施。
6. 参与早诊早治人员的技能培训。
7. 确定质量控制措施与评价指标。

(五) 质量控制。

1. 广泛开展健康教育和宣传动员,提高群众的参与程度和依从性。
2. 认真开展人员培训,提高技术水平,提高早诊率。
3. 政策保障措施到位,提高治疗率。

(六) 考核和评估。

具体见下表 4-5。

表 4-5 各级考核指标

考核机构	考核对象	各级考核指标		
		项目内容	评价指标	指标含义及要求
国家级(或省级、市级、县级)疾控机构	省级(或市级、县级)疾控机构	技术培训	技术培训和实施方案 举办技术培训班	确定培训的目的、培训对象、培训师资、时间进度安排;有培训教材、培训记录、培训总结;培训完成率和培训对象合格率不低于 95%
		业务指导	业务指导计划 业务指导过程	筛查现场计划实施情况、指导目的、指导的内容、参与指导的人员、时间进度安排;业务指导完成率,被指导单位的满意率均不低于 85%,完成业务指导工作总结报告
卫生行政部门委托机构	医院	技术培训	参与国家级培训 组织下级培训	根据早诊早治工作要求,参加上级部门组织的培训 根据能力评估报告结果和下级单位需求制订培训计划和实施方案,并进行实施效果评估 能力培训覆盖率(评估应答率) ≥ 95%,能力培训(对象)合格率 ≥ 95%
		业务指导	计划和总结	有技术指导具体的计划和总结,技术指导满意率 ≥ 85%

续表

考核机构	考核对象	各级考核指标		
		项目内容	评价指标	指标含义及要求
卫生行政部门委托机构	基层医疗卫生机构	技术培训	参与上级培训	根据工作要求,参加上级部门组织的早诊早治培训;培训合格率 $\geq 95\%$ 根据能力评估报告结果和筛查地区需求制订实施方案,并进行实施效果评估
		工作考核	任务完成率,病变检出率,早诊率,治疗率; 相关资料收集	筛查任务完成率 100%,病变检出率符合当地癌症分布特点;早诊率不低于 75%,治疗率不低于 90% 覆盖地区的人口资料齐全,筛查临床诊断及病例诊断资料齐全,数据库完善

第五章 信息管理

一、目标

将慢性病有关信息作为疾病预防控制或区域卫生信息平台建设的重要组成部分。建立和完善慢性病信息管理系统,规范慢性病信息管理,逐步实现跨部门跨单位间的信息共享,为慢性病预防控制工作提供信息支持和服务。

二、内容和方法

(一) 信息管理内容。

1. 基础信息:人口、环境、社会经济、气候、地理、医疗卫生机构等基础信息。
2. 慢性病监测与调查:死因监测、慢性病危险因素监测、慢性病发病/患病报告、慢性病防控能力和应对调查、慢性病专题调查等信息。
3. 业务管理信息:慢性病政策、规划、干预、管理、评估、培训、科研项目等相关资料。
4. 日常工作信息:工作计划、总结、报告、会议、文件等日常管理资料。

(二) 信息收集渠道。

1. 基础信息类资料主要来自有关部门的统计信息。
2. 慢性病监测类资料主要来自执行各项监测工作的疾控机构、基层医疗卫生机构和医院,以及民政、公安、社保、妇幼保健等相关部门。
3. 业务管理信息和日常工作信息类资料主要来自相关机构和部门的信息登记报告,相关报表和日常工作记录。
4. 辖区区域卫生信息或医疗卫生系统信息平台、居民健康档案、医院诊疗体检形成的有关慢性病防控信息。

(三) 信息系统建设。

1. 依据国家疾病预防控制或区域卫生信息化规划,将慢性病信息作为子系统纳入,统一规划建设。
2. 依据国家信息管理规范,编制慢性病信息管理规范,统一标准、统一规范、统一管

理,建立数据库共享机制,保证纵向、横向数据交换。

3. 依据“统一规划、满足需要、网络互联、数据挖掘、信息共享、分段实施”的原则,逐步构建统一、规范、安全可信的慢性病信息管理子系统。

(四) 信息管理与利用。

1. 信息资料规范化管理。

(1) 制订慢性病信息管理制度,规范慢性病信息收集、汇总和上报的流程和方法。

(2) 基础信息的收集每年至少1次,业务和日常工作资料等非结构化信息应当随时做好收集和整理,统一分类、建立目录,及时整理归档,逐步实现电子档案管理,电子档案应当保留相应的备份。

(3) 调查与监测等数据库资料,应当按照方案要求的工作频率和数量及时完成收集、审核和上报,原始资料应当妥善保管,数据库资料应当随时备份保存。

2. 建立和维护慢性病数据库,实现数据共享。建立和维护慢性病数据库,定期更新信息,对不同来源数据开展质量评估,确保数据安全,实现数据共享。

3. 信息交流与报告。及时向卫生行政部门上报,向下级机构反馈和交流信息,并为公众提供准确、科学的慢性病信息,定期开展慢性病信息交流活动,为政府和社会提供慢性病信息服务。

三、任务

(一) 疾控机构。

1. 负责制订并指导实施国家、辖区慢性病信息管理工作方案、技术规范和信息标准。

2. 建立、完善和管理慢性病信息管理系统。

3. 构建和及时更新辖区慢性病数据库,审核、分析、反馈、上报、备份数据,实现数据共享,妥善保管原始资料,确保数据安全。

4. 负责评价与报告辖区慢性病信息数据库数据质量,对下级疾控机构数据管理工作进行核查。对属地医院和基层医疗卫生机构等责任报告单位的慢性病信息登记和报告工作进行督导和检查。

5. 负责疾控机构信息管理的逐级培训和技术支持。

6. 及时上报和反馈信息,定期编印慢性病信息工作动态,开展信息交流。

(二) 基层医疗卫生机构。

1. 承担辖区内慢性病信息的收集、整理和上报工作。

2. 按照国家档案管理规定,做好慢性病相关资料档案保存和管理,长期保存有关证明书、登记表等。

3. 适时更新、维护辖区居民慢性病健康档案。

(三) 医院。

1. 承担本院慢性病诊疗信息的收集、整理和上报工作。

2. 按照国家档案管理规定,做好慢性病相关资料保存和管理工作,长期保存有关证明书、登记表等。

3. 医院信息管理系统应当参照慢性病信息数据标准预留数据交换接口,保障信息实现共享。

四、流程和步骤

(一) 制订工作方案。按照工作目标制订慢性病信息管理工作方案,并制订相应的年度工作计划。

(二) 统一慢性病信息技术规范。依据国家慢性病信息管理规范,执行全国慢性病基本数据集标准,统一数据编码,统一慢性病信息收集、汇总、上报和交换的方法和标准,对慢性病相关信息管理的各项内容提出相应的规范要求。

(三) 技术培训。逐级对从事慢性病信息管理的人员进行专业知识和技能培训,定期更新相关知识。

(四) 信息收集。建立健全相关制度,规范数据的收集、汇总、上报、备份,以及各环节的工作内容、方法和流程。

(五) 数据库维护与安全保障。定期对数据库及系统安全性进行审核、评价、更新、完善。

(六) 数据共享。建立数据共享机制,提供信息数据的交换和共享服务。

(七) 信息交流。定期开展信息交流,及时上报和反馈相关信息,定期编印慢性病信息工作动态。

五、质量控制

(一) 建立信息质量管理体系,由各级疾控机构、基层医疗卫生机构和医院主管领导负责,制订质量控制实施细则,明确质量控制责任人与基本要求。

(二) 建立健全慢性病信息管理制度。

(三) 专人负责慢性病信息管理工作,督促保证各类资料收集的规范性、及时性、完整性、准确性。

(四) 信息资料严格审核,并进行质量评估,将合格的信息数据纳入慢性病信息数据库。

(五) 定期数据备份保存和系统安全评价,确保数据安全。

六、考核和评价

- (一) 慢性病数据标准的统一性、完整性。
- (二) 信息资料收集和上报的及时性、完整性。
- (三) 信息资料管理的规范性。
- (四) 数据库更新的及时性。
- (五) 数据共享利用程度。
- (六) 信息交流和报告的及时性、准确性。
- (七) 信息系统与数据的安全性、有效性。

第六章 能力建设

慢性病防控能力是指各级各类慢性病防控相关机构有效、高效、可持续执行慢性病防控领域中适当任务的能力。慢性病防控能力建设是指为促进慢性病防控各类工作的有效开展而发展的相关知识、技能、组织机构、体系及领导能力。

一、目标

通过对各级疾控机构、基层医疗卫生机构、医院和专业防治机构的慢性病防控资源和能力进行评估,确定能力建设的重点,优化资源配置、开展技术指导和培训,提高各级疾控机构、基层医疗卫生机构、医院和专业防治机构防控慢性病的能力,整体提升各地慢性病防控工作的水平。

二、内容和方法

(一) 开展能力评估。

1. 评估内容。

- (1) 慢性病防控相关的政策、策略、行动计划制订、执行、评价和调整情况。
- (2) 慢性病防控的基础设施情况。包括慢性病防控机构设置、人员配置、经费配置。
- (3) 慢性病信息报告系统情况。报告系统中是否包括死因、慢性病疾病登记、危险因素等。
- (4) 核心职责的履行情况。疾控机构开展死因登记报告和管理、慢性病及危险因素监测、社会心理行为等危险因素干预、指导基层医疗卫生机构建立居民健康档案开展疾病综合防控及效果评估的情况。基层医疗卫生机构规范治疗、管理和危险因素健康促进与干预情况。医疗机构引用适宜技术、设备和基本药物,合理检查、治疗、用药及其危险因素健康促进与干预、指导培训基层的情况。专业防治机构开展专病防治及相关慢性病专病基础、临床、预防的培训情况。
- (5) 各类慢性病防控相关机构在慢性病防控政策制订及相关工作中的参与情况。
- (6) 技术指导和培训情况、科研情况。

(7) 慢性病防控中的多部门合作情况、慢性病预防控制健康信息传播与多部门的交流沟通情况。

2. 评估方法。

(1) 专项调查。

(2) 文献回顾。

3. 结果的利用。撰写慢性病防控能力评估报告,提出优化资源配置和慢性病防控的政策建议。及时将报告上报同级卫生行政部门和上级疾控机构。

(二) 优化资源配置。

依据慢性病防控需要,逐步整合、优化资源,提高慢性病防控能力,满足慢性病防控形势需要。各级疾控机构、基层医疗卫生机构、医院和专业防治机构应当:

1. 按本规范第一章对机构和人员设置的要求,安排人员,完善科室设置。

2. 每年按项目管理要求,安排慢性病防控业务经费,保证年度计划任务如期完成。

(三) 技术指导和培训。

1. 确定培训目标和指导主题。根据慢性病防控工作需求、慢性病防控能力现状和慢性病防控领域的新进展,结合工作任务,确定技术指导和培训内容,制订相应计划和方案。

2. 针对不同对象逐级分层培训和指导。

(1) 疾控机构。

慢性病防控相关业务知识:死因监测;慢性病危险因素监测;慢性病患者和高风险人群的干预和规范化管理;居民健康档案建立;生活方式相关危险因素知识;ICD-10 分类、肿瘤编码等。

慢性病相关理论及实用技能:健康教育和健康促进有关理论与方法;慢性病防控能力评估方法;现场调查方法(抽样方法、调查表编制、调查方法等);慢性病及危险因素干预管理技能;慢性病信息管理软件使用;数据利用的方法和技能;各类慢性病防治指南等。

慢性病防控综合能力:进行政策倡导、社区动员、多部门合作、信息传播和交流能力的培训和技术指导。

(2) 基层医疗卫生机构。

慢性病防控相关业务知识:高血压、糖尿病等慢性病患者和高风险人群的干预和规范化管理;慢性病筛查及早诊早治;居民健康档案的建立;生活方式相关危险因素知识等。

慢性病相关理论和实用技能:健康教育和健康促进有关理论与方法;生活方式相关危险因素的干预技能;慢性病信息管理软件使用;交流技能(问卷调查、访谈及社会动员)等。

(3) 医院和专业防治机构。

流行病学、健康教育和健康促进有关理论、方法、技能;生活方式相关危险因素干预技能;慢性病信息管理软件使用;交流技能(问卷调查、访谈及社会动员)等。

进行政策倡导、社区动员、多部门合作、信息传播的技能。

相关专病的基础、临床、预防知识;相关专病适宜的防治技术及新技术、新方法;相关专病早期的诊断和筛查;相关专病发病、死亡、生存及危险因素的信息收集;全人群中相关专病防治知识的宣传和教育的。

三、任务

(一) 疾控机构。

1. 制订和修订辖区慢性病防控能力评估方案,并负责组织实施。
2. 在能力评估的基础上,依据国家慢性病防控要求,制订辖区加强能力建设的工作实施方案,并组织实施。
3. 根据能力建设方案,制订技术培训指导计划和实施方案。
4. 组织编制培训教材和发展培训相关技术,按计划举办技术培训班,对省级慢性病防控人员进行岗位培训和师资培训,对部分地、县疾控机构进行针对性的技术培训。
5. 组织辖区慢性病防控业务指导,对下级基层防控工作提供针对性的技术支持。
6. 在卫生部疾病控制专家委员会基础上建立国家专家库,省级慢性病防控专家咨询委员会和专家库。
7. 培养慢性病防控队伍。

(二) 基层医疗卫生机构。

1. 执行辖区提高慢性病防控能力建设方案,逐步提高工作质量和服务水平。
2. 按照慢性病防控工作计划要求,参加慢性病防控工作培训。
3. 依据辖区慢性病防控要求和本单位实际情况,制订年度继续教育和岗位培训计划,定期组织技术培训、人员进修。

(三) 医院和专业防治机构。

1. 参与辖区慢性病防控能力评估,并落实评估报告提出的政策建议。
2. 根据慢性病防控工作要求,参加上级部门组织的慢性病防控工作培训。
3. 依据辖区慢性病防控要求和本单位实际,制订年度继续教育和岗位培训计划,定期组织技术培训、人员进修。
4. 指导基层医疗卫生机构慢性病防控能力建设,并承接下级医疗机构的进修任务。

四、流程和步骤

- (一) 依据国家有关规定,制订并实施慢性病防控能力评估方案。

- (二) 在能力评估的基础上,制订并实施能力建设工作方案。
- (三) 制订并实施优化资源配置方案。
- (四) 制订技术培训和实施方案,并举办培训班。
- (五) 根据工作需要,提供经常性的技术指导。
- (六) 过程和效果评估。

五、质量控制

(一) 各级疾控机构负责慢性病防控能力建设的质量控制。国家至少每 3 年开展 1 次全国性的能力评估工作,地方根据辖区实际情况可适当增加。

(二) 根据能力建设工作方案和本地实际情况,制订质量控制实施细则,明确质量控制的负责人、内容、关键点、基本要求、进度、经费安排和奖惩办法。具体参见表 6-1。

表 6-1 各级考核指标

考核机构	考核对象	项目内容	评价指标	指标含义及要求
国家级 (或省级、 市级、 县级)疾 控机构 或卫生 行政部 门委托 机构	省级(或 市级、 县级)疾 控中 心	能力评估	1. 能力评估工作实施方案 2. 能力评估培训计划 3. 能力评估的组织实施 4. 能力评估报告	制订和修订方案,召开专家论证会,组织预试验,记录修订过程和归档相关资料 有统一的培训计划、教材;培训完成率和合格率不低于 95%;培训记录完整 能力评估应答率不低于 95%;问卷填写完整率不低于 95%;有数据库并备份 召开专家会编制、论证能力评估报告,记录过程,相关资料归档,规范管理
		优化资源配置	1. 机构 2. 人员 3. 经费	各级疾控机构成立专门的慢性病防控科(所) 人员配置能够满足工作的需要 慢性病防控业务经费保证本规范要求的必须开展的工作需要
		技术培训	1. 技术培训和实施方案 2. 举办技术培训班	确定培训的目的、培训对象、培训师资,时间进度安排 培训教材、培训记录、培训总结,培训完成率和培训对象合格率均不低于 95%
		技术指导	1. 技术指导计划 2. 技术指导过程	指导的依据是否充分,指导目的、内容、参与人员、时间进度安排 指导覆盖率、被指导单位的满意率不低于 85%,有指导工作总结报告

续表

考核机构	考核对象	项目内容	评价指标	指标含义及要求
卫生行政部门委托机构	医院	能力评估	1. 能力评估工作的配合 2. 能力评估报告中政策建议的执行	参与能力评估方案制订、预试验、培训、实施 根据能力评估报告,结合本单位实际,制订加强能力建设的计划,并实施效果评估
		优化资源配置	1. 慢性病防治宣教场所 2. 慢性病师资组 3. 慢性病防控能力培训经费	有慢性病防治宣教场所,定期活动 明确慢性病防治专职人员,组织团队或责任医生开展工作,服务站和卫生室设立兼职人员 有专项培训经费,慢性病防控工作经费较上一年度增加
		技术培训	1. 参与上级培训 2. 组织下级培训	根据要求,参加上级组织的慢性病防控培训 根据评估报告和需求制订培训计划和实施方案,并实施;能力培训覆盖率(评估应答率)≥95%;能力培训(对象)合格率≥95%
		技术指导	计划和总结	有技术指导具体的计划和总结,技术指导满意率≥85%
卫生行政部门委托机构	医院和专业防治机构	能力评估	1. 能力评估工作的配合 2. 能力评估报告中政策建议的执行	参与能力评估方案制订、预试验、培训、实施 根据能力评估报告,结合本单位实际,制订加强能力建设的计划,并实施效果评估
		优化资源配置	1. 慢性病防治宣教场所 2. 慢性病师资组 3. 慢性病防治能力培训经费	有慢性病防治宣教场所,定期活动 承接下级医疗机构或专业防治机构的进修任务;慢性病专业人员的数量和质量普遍提高 有专项培训经费,慢性病防控工作经费较上一年度增加;有资源配置有关文件
		技术培训	1. 参与上级培训 2. 组织下级培训	根据要求,参加上级组织的慢性病防控培训 根据评估报告和需求制订培训计划和实施方案,并实施;能力培训覆盖率(评估应答率)≥95%;能力培训(对象)合格率≥95%
		技术指导	计划和总结	有技术指导具体计划和总结,技术指导满意率≥85%

六、考核和评价

(一) 工作指标。

1. 有慢性病防控能力评估工作方案。
2. 有加强能力建设的工作计划和实施方案。
3. 有技术培训计划和实施方案。
4. 有资源配置相关文件。
5. 有关过程记录等。

(二) 效果指标。

1. 能力评估问卷填写完整率 $\geq 95\%$ 。
2. 能力培训覆盖率 $\geq 95\%$ 。
3. 能力培训合格率 $\geq 95\%$ 。
4. 技术指导满意率 $\geq 85\%$ 。
5. 慢性病防控工作经费较上一年度增加。
6. 履行职责,开展慢性病防控工作的能力和质量提高。

第七章 综合评估

本章所指的综合评估是对国家、一定辖区范围内的慢性病防控情况,包括慢性病流行情况、防控工作情况和防控效果等开展综合评估。

一、目标

综合分析并评估慢性病的流行现状及变化趋势、应对策略及效果,为指导慢性病预防控制工作的开展、相关政策和规划的制订提供科学依据。

二、内容和方法

(一) 评估内容。

1. 慢性病流行情况。

(1) 慢性病的流行形势。死亡率、死因构成;高血压、糖尿病等主要慢性病的患病情况;冠心病、脑卒中、恶性肿瘤等发病情况。

(2) 危险因素的流行形势。吸烟、饮酒、膳食不合理、身体活动不足;超重/肥胖、血压升高、血糖升高、血脂异常等;慢性病相关的社会决定因素。

2. 慢性病防控工作情况。

(1) 政策的制订与执行。有关公共政策的出台及其对慢性病发生的可能影响;慢性病防控政策的出台及执行情况等。多部门合作情况。

(2) 工作项目的实施。慢性病监测的内容及覆盖面;适宜干预技术的开发及应用;主要干预措施的实施情况;技术指南的制订与推广情况;科学研究等。

3. 机构能力建设情况。慢性病防控机构的设置、人员配备、工作经费(包括国家专项经费、地方政府拨款以及其他来源的经费),能力培训等。

4. 慢性病防控效果。包括危险因素流行水平、疾病、健康管理,疾病管理和针对特定干预项目的指标等。

(二) 评估指标。

根据慢性病综合评估的需要,核心指标包括:

1. 慢性病流行形势的评估指标。
 - (1) 高血压患病率、糖尿病患病率。
 - (2) 恶性肿瘤发病率、脑卒中发病率、急性心肌梗死发生率。
 - (3) 慢性病总死亡率及占居民总死亡的构成比、恶性肿瘤死亡率、心血管病死亡率、脑血管病死亡率、慢性呼吸系统疾病死亡率。
2. 危险因素的评估指标。
 - (1) 预防和控制慢性病的核心知识知晓率、健康行为形成率。
 - (2) 新建居民小区安置健身器材和设施的比例、居民步行 10 分钟内可到达健身场地的比例。
 - (3) 吸烟率、青少年尝试吸烟率、医务人员吸烟率、女性吸烟率。
 - (4) 人均每日钠盐摄入量、食用油摄入量、新鲜蔬菜水果摄入量。
 - (5) 城乡居民经常参加体育锻炼的人数比例。
 - (6) 成人超重和肥胖现患率、血压正常高值现患率、糖尿病前期现患率、血脂异常现患率。
3. 健康管理的评估指标。
 - (1) 成人每年血压测量率,成人高血压知晓率、治疗率、控制率、规范管理率。
 - (2) 35 岁以上成人每年血糖检测率,成人糖尿病知晓率、治疗率、控制率、规范管理率。
 - (3) 35 岁以上成人每年血脂检测率。
4. 慢性病防控工作的评估指标。
 - (1) 制订与执行的政策。所颁布、修订和执行与慢性病防控有关的法律法规的数量和情况;慢性病预防控制综合规划、部门规划、慢性病预防控制专项行动计划等的制订与执行情况。
 - (2) 开展工作的情况。监测工作的覆盖人群、干预工作的开展情况、指南或规范的制订种类及执行情况。
5. 能力建设的评估指标。

疾控机构慢性病防控科(所)的设置、人员数量及人员占单位人员总数的比例;接受和举办技术培训班的数量和培训的人(次)数、人员进修的人(次)数和比例。
6. 慢性病防控效果的评估指标。
 - (1) 危险因素流行水平指标。
 - (2) 疾病指标。
 - (3) 健康管理和疾病管理指标。
 - (4) 针对特定干预项目的指标。

（三）收集信息。

1. 收集现有监测、患病报告数据,如死因与危险因素监测结果、患病或发病数据等。
2. 文献回顾资料,如专题调查结果、历年统计年鉴等。
3. 专题调查资料,如收集慢性病相关政策,调研慢性病预防控制工作开展情况等。

（四）数据分析。开发、完善分析技术和方法,围绕目标与评估指标进行横向、纵向以及与目标差距综合分析。

（五）完成报告。评估的产出,最终形成综合评估报告。

三、任务

（一）疾控机构。各级疾控机构负责国家、辖区范围内的综合评估工作。

1. 制订国家、辖区评估计划和方案,每三年至少组织一次慢性病防控综合评估。
2. 研究、完善、调整和优化综合评估相关方法、技术、指标等。
3. 按方案逐级开展综合评估的技术指导和培训。
4. 撰写、上报和反馈辖区慢性病综合评估报告。

（二）基层医疗机构和医院。

1. 参与各级综合评估计划和方案的制订和实施。
2. 配合疾控机构研究完善综合评估相关方法、技术、指标等。
3. 参与各级综合评估的技术指导和培训。

四、流程和步骤

（一）制订评估计划和方案:包括评估内容、评估指标、分析方法、选点和抽样方法、信息采集方法、人员培训方案、质量控制,时间进度等。

（二）培训人员:依据培训方案对参与评估人员就数据收集整理、指标界定与指标值计算以及统计分析方法与技术进行培训,统一标准和方法。

（三）实施评估:按照评估计划和方案,组织实施评估工作。

（四）完成评估报告:利用结果指导慢性病预防控制工作,及时向公众发布重要信息,并向有关部门提出政策建议。

五、质量控制

表 7-1 综合评估质量控制表

关键步骤	关键控制点	质控要求
确定评估需求	1. 背景 2. 目标	是否符合慢性病预防控制政策和规划的要求
确定评估内容	1. 内容框架 2. 具体内容	内容框架是否包括慢性病的总体流行趋势、危险因素及有关的社会环境因素、应对策略、干预措施等在内容框架下的具体内容是否全面、科学
建立指标体系	1. 各级指标的设立 2. 计算公式 3. 权重的设置	指标是否能反映评估内容 指标计算公式、权重设置是否科学 指标的合法性、可获得性
制订评估方案	1. 程序科学 2. 内容齐全 3. 格式规范	方案符合上级要求,切合实际,目标范围、内容要求、指标体系等明确
采集信息	1. 确定采集信息的范围 2. 制订信息采集方案 3. 组织信息采集 4. 信息录入与整理	信息与评估指标的一致性 数据来源分析是否科学合理 现有监测数据是否完整 信息采集问卷的设计是否科学完整 信息采集是否具有可操作性 数据质量达标率 数据录入复核情况
综合分析	1. 分析方法的选用 2. 分析结果的复核	分析方法的科学性、准确性
技术培训	1. 培训人数 2. 教师资质 3. 培训内容 4. 培训考试	教材、教师满意度(对教材、教师的满意人数/受训人数 $\times 100\%$) $\geq 95\%$ 考核合格率(培训考试合格人数/受训人数 $\times 100\%$) $\geq 95\%$ 培训率(实际受训人数/应受训人数 $\times 100\%$) $\geq 95\%$ 方法和技能应用情况

六、考核和评价

主要考核和评价:

- (一) 评估方案的科学性、可行性。
- (二) 定性及定量指标的可获得性、可操作性。
- (三) 现场调查工作质量以及数据资料记录的真实性、完整性。
- (四) 评估报告及其完整性、科学性。

术 语

一、疾病预防控制机构:简称疾控机构,本规范中特指国家、省(自治区、直辖市)、地(辖区市)、县(区)级疾病预防控制中心和未更名的卫生防疫站。

二、基层医疗卫生机构:本规范中特指城市社区卫生服务中心(包括服务站)、农村乡镇卫生院以及村卫生室。

三、医院:指对群众或特定的人群进行治病防病的场所,备有一定数量的病床设施、相应的医务人员和必要的设备,通过医务人员的集体协作达到对住院或门诊病人实施科学的和正确的诊疗目的的医疗事业机构。本规范中所指的医院包括城市二级及以上医院和县级医院。

四、专业防治机构:指包括国家心血管病中心、国家癌症中心和各级各类慢性病防治办公室(中心)等具有独立法人资质的专业机构,承担专病防治工作。

五、慢性非传染性疾病:简称慢性病,是对一类起病隐匿、病程长且病情迁延不愈、缺乏明确的传染性生物病因证据、病因复杂或病因尚未完全确认的疾病的概括性总称。本文中的慢性病主要指心脑血管疾病、恶性肿瘤、慢性呼吸系统疾病及糖尿病。

六、高血压:在未用抗高血压药的情况下,收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和(或)舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$,按血压水平将高血压分为1、2、3级。收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和舒张压 $<90\text{mmHg}$ 单列为单纯性收缩期高血压。患者既往有高血压史,目前正在用抗高血压药,血压虽然低于 $140/90\text{mmHg}$,亦应当诊断为高血压。

七、糖尿病:是由于人体内胰岛素缺乏或相对缺乏所致的一种慢性内分泌代谢性疾病,以糖代谢紊乱为突出表现,未治疗状态下,高血糖为主要特征,并伴有蛋白质及脂肪代谢异常。

八、血脂异常:指血液脂质代谢异常,目前主要指血中总胆固醇(total cholesterol, TC)和甘油三酯(triglyceride, TG)水平过高,以及高密度脂蛋白胆固醇(high density lipoprotein cholesterol, HDL-C)水平过低。

九、超重和肥胖:指人体能量的摄入超过能量消耗以致体内脂肪过多蓄积的结果。以体重指数(BMI, Kg/m^2)对肥胖程度分类,体重指数在 $24.0\sim 27.9$ 为超重,大于等于 28.0

为肥胖。

十、慢性病基本公共卫生服务项目:本规范中特指国家基本公共卫生服务项目中提出的“对高血压、糖尿病等慢性病高风险人群进行指导,对确诊高血压和糖尿病患者进行登记管理,定期进行随访”。随着国家或地方慢性病基本公共卫生服务项目内容的不断扩大,这一概念内涵也将随之延伸。

十一、死因监测:指通过持续、系统地收集人群死亡资料,并进行综合分析,研究死亡水平、死亡原因及变化趋势和规律的一项基础性工作。

十二、现在吸烟者:一生中连续或累积吸烟6个月或以上者,且在调查前30天内吸过烟的人。

十三、被动吸烟:指不吸烟者吸入吸烟者呼出的烟雾及卷烟燃烧产生的烟雾,也称为“非自愿吸烟”,或“吸二手烟”。

十四、合理膳食:指多种食物构成的膳食,这种膳食不但要提供给用餐者足够的热量和所需的各种营养素,以满足人体正常的生理需要,还要保持各种营养素之间的比例平衡和多样化的食物来源,以提高各种营养素的吸收和利用,达到平衡营养的目的。

十五、身体活动:指需要消耗能量且产生渐进性健康益处之骨骼肌所形成的身体活动,包括家居活动、工作、运动活动、休闲活动等。

十六、过量饮酒:指成年男性一天饮用酒的酒精量超过25克,成年女性超过15克。

十七、健康教育:指通过有计划、有组织、有系统地传播健康相关知识,促使人们自愿地改变不良的健康行为和影响健康行为的相关因素,消除或减轻影响健康的危险因素,预防疾病,促进健康和提高生活质量。

十八、健康促进:指一个增强人们控制影响健康的因素,改善自身健康的能力的过程。《渥太华宪章》确定了健康促进的3项基本策略,即为创造上述保障健康的若干必要条件所进行的倡导;为人们最充分地发挥健康潜能而向他们的授权;为了实现健康目标的共同协作,在社区各利益相关者之间进行的协调。上述策略由5项重点行动领域给予支持,即建立促进健康的公共政策;创造健康支持环境;增强社区的能力;发展个人技能;调整卫生服务方向。

十九、社会动员:指一种有规模地发动众多人员和社会众多部门参与并通过他们自身努力来实现特定发展目标的运动。

二十、慢性病预防控制能力:指各级各类慢性病防控相关机构,有效、高效可持续执行慢性病防控领域中适当任务能力。

二十一、慢性病预防控制能力建设:指为促进慢性病防控各类工作的有效开展而发展的相关的知识、技能、组织机构、体系及领导能力。