

荥阳市卫生和计划生育委员会文件

荥卫〔2018〕10号

关于印发《荥阳市卫生和计划生育委员会 创建国家慢性病综合防控示范区工作实施方案》的 通 知

委相关科室、各医疗卫生单位：

为确保各单位创建国家慢性病综合防控示范区工作开展符合示范标准，市卫生计生委结合实际情况，制定了《荥阳市卫生和计划生育委员会创建国家慢性病综合防控示范区工作实施方案》，现将方案印发给你们，请遵照执行。

2018年2月11日

创建国家慢性病综合防控示范区工作 实 施 方 案

为贯彻落实《国家卫生计生委办公厅关于印发国家慢性病综合防控示范区建设管理办法的通知》国卫办疾控发〔2016〕44号文件精神，进一步提升我市慢性病预防控制工作水平，切实提高城乡居民健康素质，根据《荥阳市创建国家慢性病综合防控示范区实施方案》和2018年荥阳市慢性病防治工作要求，特制定本方案。

一、加强组织领导，强化工作保障

成立由李向阳主任任组长，薛志强副书记、刘玉琴副主任、何宝毓副主任、谈俊红副主任、荆淑静副主任、张晋副主任任副组长，相关科室负责人、各医疗卫生单位主要领导为领导小组成员，负责组织协调、督促检查、统筹安排卫生计生系统的慢性病综合防控示范区建设工作。领导小组下设办公室，并成立督查组。各医疗卫生单位要相应成立慢性病综合防控建设工作领导小组，具体组织领导本单位的慢性病综合防控工作，确保工作需要的人财物投入，为慢性病防控工作提供强有力的保障。

二、明确职责分工，落实工作任务

慢性病综合防控示范区考核指标共有7大类、22项、127条，涉及卫计系统的有7大类、21项、98条，内容多、要求高、时间紧、专业性强。卫计系统在完善本系统慢性病防控政策，配合、指导有关成员单位开展慢性病防控示范区建设的同

时，主要开展以下工作：一是根据全市方案要求制定卫计系统慢性病综合防控示范区建设工作实施方案，二是开展健康支持环境建设，为有关成员单位提供技术指导；三是加强慢性病防控体系建设，完善慢性病防控服务体系的运行、质控、绩效评价机制；四是开展健康教育与促进，为成员单位健康教育工作提供技术指导与服务；五是规范慢性病全程管理，开展高危人群筛查与干预，加强高血压、糖尿病、脑卒中、癌症、心脑血管疾病等重大慢性病的早期发现与管理；六是开展慢性病防控社会因素调查与监测评估，定期发布调查结果；七是将慢性病综合防控工作与全市社区文化建设、卫生城市创建、文明城市创建、食品卫生城市、园林城市、公共卫生服务与公共产品等相关项目有机衔接整合，创新工作方法，打造创建亮点，推广慢性病防控成功经验。

为确保卫计系统工作职责的落实，对卫计系统慢性病综合防控示范区建设工作任务进行分解。各医疗卫生机构负责本单位示范区建设相关工作。各单位要对示范区建设工作任务进行再分解，落实责任部门 and 责任人。

三、实施步骤

（一）准备阶段（2018 年 1 月—2018 年 2 月）：制定卫计系统慢性病综合防控示范区建设工作实施方案，成立工作领导小组与督查指导组，明确工作职责、要求和目标任务，召开卫计系统慢性病综合防控示范区建设动员大会。

（二）实施阶段（2018 年 3 月—2018 年 7 月）：按照实施

方案要求，有组织、有计划、有步骤地全面落实各项目标任务。开展慢性病防控社会因素调查、慢性病相关信息监测；完成健康元素基础设施建设；深入、广泛地开展健康教育和健康促进活动、全民健康生活方式行动、积极参加全国第三届“万步有约”活动；开展慢性病高危人群发现、干预和患者规范化管理。各项指标达到慢性病综合防控示范区相关建设标准。

（三）评审阶段（2018年4月—5月郑州市评审，8月-9月河南省评审，10月-国家级评审）：对相关工作进行科学、全面、客观评价，总结经验，做好迎检报告、档案材料、迎检现场等准备工作，迎接各级评审验收。

（四）巩固阶段（国家统一安排验收一）：巩固活动成果，建立、健全慢性病防控长效管理机制，提升慢性病防控工作水平。

四、强化督查指导

为确保建设工作的有效完成，卫计委将定期对各单位建设工作的落实情况进行跟踪督查，对检查中发现的问题及时发出督办整改通知，并将督查结果及时反馈各单位。

附件：

1. 荥阳市慢性病综合防控示范区建设工作领导小组
2. 荥阳市慢性病综合防控示范区建设工作督查组
3. 荥阳市慢性病综合防控示范区建设工作目标任务分解表

附件 1

荥阳市慢性病综合防控示范区建设工作领导小组

组 长：	李向阳	市卫计委主任
副组长：	薛志强	市卫计委副书记
	刘玉琴	市卫计委副主任
	何宝毓	市卫计委副主任
	谈俊红	市卫计委副主任
	荆淑静	市卫计委副主任
	张 晋	市卫计委副主任
成 员：	袁金华	财务审计科科长
	魏 勇	信息科科长
	何志鹏	医政医管科科长
	徐梦柯	疾病预防控制科科长
	郑晓斌	公共卫生科科长
	时桂冬	基层卫生与计生科科长
	杨金柱	药政科科长
	郭花玲	中医科科长
	赵文涛	纪检监察室主任
	詹娅娟	宣传科副科长
	高 燕	工会副主席

张 玮	市红十字会会长
许向东	市卫生防疫站站长
耿革新	市人民医院院长
郭 辉	市中医院院长
李 强	市妇幼保健院院长
平秋月	市第二人民医院院长
李彦军	郑州瑞龙医院院长
王书仁	豫龙卫生院院长
王建峰	乔楼卫生院院长
王爱民	贾峪卫生院院长
王文斌	崔庙中心卫生院院长
王淑娟	刘河卫生院院长
张海波	高山卫生院院长
张新玲	汜水中心卫生院院长
韩光智	王村卫生院院长
王顺强	高村中心卫生院院长
王超魁	广武中心卫生院院长
张红彤	城关卫生院院长
房海峰	金寨回族乡卫生院院长
王玉柱	环翠峪景区卫生院院长
王秋霞	索河社区卫生服务中心主任
李文朝	京城社区卫生服务中心主任

领导小组下设办公室。

附件 2

荥阳市慢性病综合防控示范区建设工作督查组

组 长：谈俊红 市卫计委副主任

成 员：袁金华 财务审计科科长

魏 勇 信息科科长

何志鹏 医政医管科科长

徐梦柯 疾病预防控制科科长

郑晓斌 公共卫生科科长

时桂冬 基层卫生与计生科科长

杨金柱 药政科科长

郭花玲 中医科科长

赵文涛 纪检监察室主任

詹娅娟 宣传科副科长

高 燕 工会副主席

督查组负责市卫计系统慢性病综合防控示范区建设工作督查指导。

附件 3

荥阳市慢性病综合防控示范区建设工作目标任务分解表

类别	工作内容	工作要求	工作标准	责任单位	配合单位
一、政策完善	(一) 发挥政府主导作用，建立多部门协作联动机制。	1、辖区政府成立示范区建设领导小组，明确部门职责，建立完善的信息反馈沟通制度。	1、成立示范区创建办公室；2、制定卫计委慢性病综合防控示范区建设实施方案，明确相关科室、各医疗卫生单位工作职责；3、成立领导小组，至少召开 2 次领导小组工作会议；4、各相关科室、医疗单位设联络员，至少召开 4 次联络员会议。	卫计委	相关科室、医疗卫生单位
		2、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。	成立督导组，不定期督查慢性病综合示范区工作开展情况。	卫计委	相关科室、医疗卫生单位
	(二) 保障慢性病防控经费。	1、保障疾控机构的慢性病防控工作经费。	1、慢性病经费纳入政府预算、决算管理；2、经费执行率 100%；3、提供示范区专项工作经费；4、慢性病防控经费专项管理，确保专款专用。	财务科	
		2、按规划、计划提供示范区建设专项工作经费，专款专用。	市疾控机构慢性病防控工作经费达到业务总经费的 10% 及以上，10% 以下不得分	防疫站	
二、环境支持	(一) 开展全民健康生活方式行动，构建全方位健康支持性环境。	开展“三减三健”（减盐减油减糖、健康口腔、健康体重、健康骨骼）专项行动。	1、开展全民健康生活方式的“三减三健”（减盐减油减糖、健康口腔、健康体重、健康骨骼）专项行动；2、食盐与食用油的摄入量低于本省平均水平 3% 以上。	疾控科 防疫站	医疗卫生单位

	(二) 为群众提供方便、可及的自助式健康检测服务。	社区设立自助式健康检测点，检测内容包括身高、体重、腰围、血压等。	1、医疗卫生单位设置自助式健康检测点；2、提供个性化健康指导。	医疗卫生单位	
	(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。	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（大于 50 人单位）覆盖率 100%；2、每年组织开展至少 1 次健身竞赛活动。	工 会	医疗卫生单位
	(四) 开展烟草控制，降低人群吸烟率。	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句和标识。各医疗机构开展简短戒烟服务培训，提供简短戒烟服务。	1、室内公共场所和工作场所设置禁止吸烟警句和标语；2、无烟医疗卫生机构覆盖率 100%；3、开展简短戒烟服务培训的医疗机构覆盖率>90%；4、提供简短戒烟服务的医疗机构覆盖率 100%。	宣传科	医疗卫生单位
		2、降低辖区 15 岁以上成年人吸烟率。	15 岁以上成人吸烟率低于 25%。	防疫站	医疗卫生单位
三、体系整合	(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。	1、建立完善慢性病防控服务体系和分工明确、上下联动的工作机制。	1、制定实施慢性病防控服务体系建设的方案；2、负责完善督导慢性病服务体系运行、质控、绩效评价机制；3、明确专业公共卫生机构、医院和社区卫生服务中心职责。	疾控科	医疗卫生单位
		2、建立完善相关制度及信息共享、互联互通等工作机制，推进慢性病防治、管的整合。	市卫生防疫站对基层医疗卫生机构技术指导和对口支援，建立有效合作关系。	防疫站	基层医疗卫生单位
			市医疗机构对基层医疗卫生机构技术指导和对口支援，建立有效合作关系。	医政科	医疗卫生单位
	(二) 加强慢性病防控队伍建设。	1、疾病预防控制机构按职能有独立的慢性病防控科室，配备专职人员。	1、市卫生防疫站有独立慢性病科；2、专职人员占本单位专业人员总数的比例 ≥10%，低于 5% 不得分；3、每年接受上级专业培训不少于 2 次。	防疫站	

		2、二级以上医院配备公共卫生专业人员，履行相应的公共卫生职责。	1、市直医院有单独承担疾病预防控制工作的部门； 2、有专职的公共卫生人员承担慢性病防控工作；3、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。	疾控科	市直医疗单位
		3、基层医疗卫生机构加强公共卫生服务能力建设，承担所在区域慢性病防控工作。	1、基层医疗机构设有单独的科室负责慢性病防控工作；2、有专职的公共卫生人员承担慢性病防控工作；3、每年接受上级培训不少于4次；4、每年组织对村医或社区卫生服务站医护人员的培训不少于2次。	疾控科	基层医疗卫生单位
四、健康教育和健康促进	(一) 通过多种渠道积极开展慢性病防治全民健康教育。	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。	利用媒体广泛开展慢性病防治和健康教育，每月不少于2次。	疾控科 宣传科	医疗卫生单位
		2、开展社会性大型健康日活动，扩大传播慢性病防治和慢病健康素养知识和技能的范围。	每年至少开展4次健康主题日大型宣传活动，应包括肿瘤宣传周、全国高血压日、世界糖尿病日、全民健康生活方式日、爱牙日、世界脑卒中日等，大型活动指参与人数超过300人。	疾控科	医疗卫生单位
		3、各社区设有健康教育宣传阵地，向居民普及慢性病防控的知识与技能。	1、健康教育活动室在当地社区的覆盖率100%；2、健康教育宣传栏社区覆盖率≥90%，内容至少2个月更新一次；3、社区健康讲座每年≥4次，每次不少于50人。	基层医疗卫生单位	
四、健康教育和健康促进	(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。	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。	1、居民慢性病核心知识知晓率≥60%；2、居民健康素养达到20%。	防疫站	医疗卫生单位

促进	(三) 发挥社会团体和群众组织在慢性病防控中的积极作用。	鼓励社区慢性病患者积极参与社区自我管理活动。	1、鼓励社区慢性病患者积极参与社区自我管理活动；2、有自我管理小组的社区覆盖率达到50%。	防疫站	医疗卫生单位
五、慢性病全程管理	(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。	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。	65 岁以上老年人健康体检率 ≥ 90%。	公共卫生科	基层医疗卫生单位
			每 2 年至少组织职工体检 1 次，并开展健康指导服务。	工 会	医疗卫生单位
		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。	1、医疗机构首诊测血压率 ≥ 90%；2、开展心脑血管疾病、重点癌症、糖尿病、慢性阻塞肺病等重大慢性病的筛查和早期诊断。	防疫站	医疗卫生单位
			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 ≥ 50%。	医政科	基层医疗卫生单位
			提高加强个人健康档案与健康体检信息的作用，发现高危人群登记率 100%，高危人群纳入健康管理 ≥ 30%。	公共卫生科	基层医疗卫生单位
	(二) 建立分级诊疗制度，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理。	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。	1、建立分级诊疗制度；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。	医政科	医疗卫生单位
			依托信息平台实现分级诊疗。	医政科 信息科	医疗卫生单位

		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。	家庭医生签约服务覆盖率≥本省平均水平 30%。	基层卫生科	基层医疗卫生单位
		3、提高 18 岁以上人群高血压、糖尿病知晓率。	1、18 岁以上高血压知晓率≥60%；2、糖尿病知晓率≥50%。	疾控科 防疫站	医疗卫生单位
五、慢性病全程管理	(二) 建立分级诊疗制度，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理。	1、提高 35 岁以上人群高血压、糖尿病患者管理率。	1、35 岁以上高血压患者管理率高于全省平均水平 5%；2、糖尿病患者管理率高于全省平均水平 5%。	公共卫生科 防疫站	基层医疗卫生单位
		2、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%；2、糖尿病患者血糖控制率高于全省平均水平 5%。	公共卫生科 防疫站	基层医疗卫生单位
	(三) 在重点人群中开展口腔疾病防治。	1、实施儿童窝沟封闭，社区协同开展健康口腔活动。 2、控制 12 岁儿童患龋率。	1、辖区内实施儿童窝沟封闭学校比例≥60%；2、社区协同开展健康口腔活动；3、辖区 12 岁儿童患龋齿率低于 25%。	防疫站	
	(四) 完善区域信息平台，实现医疗卫生机构间互联互通、信息共享。	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、建立区域卫生信息平台；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。	信息科	医疗卫生单位
			3、实现电子健康档案和电子病历的连续记录和信息共享。	医政科 信息科	医疗卫生单位
		2、应用互联网+、健康大数据提供便捷、高效的健康管理服务。	应用互联网+、健康大数据为签约服务的患者提供健康管理和诊疗服务。	基层卫生科 信息科	医疗卫生单位
	(五) 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。	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。	设有中医综合服务区的社区卫生服务中心、乡镇卫生院比例达 100%。	中医科	基层医疗卫生单位
		2、开展中医药养生保健知识的宣传及中医适宜技术推广。	1、宣传中医药养生保健知识；2、推广中医适宜技术。	中医科	医疗卫生单位

	(六) 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的衔接。	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。	提高签约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。	基层卫生科	医疗卫生单位
		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。	1、按基本药物目录配置；2、按省级卫生计生行政部门规定和要求配备使用医保报销药物，非基本药物占基层用药的 30% 及以上。	药政科	医疗卫生单位
	(七) 动员社会力量参与慢性病防控工作，促进医养结合。	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；2、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。	医政科	
			商业健康保险参与医疗救助	红 会	
		2、促进慢性病全程防治管理服务与居家养老、社区养老和机构养老服务融合。	1、医疗结构向居家养老、社区养老与机构养老的老年人提供医养结合的健康养老服务覆盖比例 $\geq 80\%$ ； 2、具有医养结合机构的街道/乡镇覆盖率 $\geq 10\%$ 。	医政科	医疗卫生单位
六、监测评估	(一) 开展过程质量控制和重点慢性病监测工作。	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、慢病与营养监测、心脑血管疾病、肿瘤、慢阻肺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、每五年 1 次慢病与营养监测；3、心脑血管疾病报告；4、肿瘤随访登记；5、慢阻肺检测。	防疫站	医疗卫生单位
		2、慢性病监测数据互联互通。	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。		

	(二)开展慢性病防控社会因素调查,定期发布调查结果。	1、辖区每5年开展一次慢性病防控社会因素调查。	1、综合运用社会学、流行病学及管理学理论与方法开展社会因素调查,完成调查报告;2、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;3、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;4、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、辖区政府发布人群慢性病防控有关健康信息。	1、辖区政府每5年发布含慢性病防控内容的综合健康报告;2、综合健康报告主要结果用于政府工作报告。		
七、创新引领	慢性病综合防控工作有特色、可复制、可推广。	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、公共产品供给相结合。	慢性病综合防控工作与社区文化建设、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,已达到1+1>2的实际效果。建立协同工作机制并有效衔接达3项。	医政科 中医科 疾控科 基层卫生科 公共卫生科 信息科 药政科 防疫站	医疗卫生单位
		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。		
		3、示范区成功经验在全省被推广应用。	示范区成功经验被推广2项。		