

附件 1

贵德县建设国家级慢性病综合防控示范区工作任务及责任分解表

指标分类	建设内容	建设说明	牵头部门	责任部门
一、 政策 发展	1.慢性病防控工作纳入县政府经济社会发展规划，强化慢性病防控的政府主导作用。	县政府将慢性病综合防控工作纳入当地经济社会发展规划，并明确各部门职责，推进落实慢性病综合防控各项工作。	县发改局	县政府办公室
	2.县政府按规划计划提供的示范区建设专项经费，专款专用，持续推进示范区建设。	省级、州、县财政以示范区名义下拨的专项工作经费专用于示范区建设。	县财政局	县卫健局
	3.有效落实各项慢性病防控	示范区承担的中央支付地方等慢性病综合防控项目年度完成情况。	县卫健局	

	工作任务。			
二、 环境支持	4.实施健康细胞工程，构建全方位健康支持性环境，提升健康环境建设品质。	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》开展支持性环境建设，数量逐年增加。健康社区（村）覆盖率达到30%，健康单位、学校、医院、食堂、餐厅/酒店、超市每类达到5个以上并逐年增加。健康公园、健康步道、小屋等数量逐年增加。	县卫健局	各乡镇政府（社区、村）、县卫健局（医院）、县教育局（学校）、县市监局（餐厅、食堂、超市）、县住建局（健康公园、步道）
	5.普及体育设施，营造有利于体育活动的支持性环境。	（1）社区15分钟健身圈/农村行政村体育设施的覆盖率≥100%，设备完好100%。人均体育场地面积不低于2平方米。 （2）公共体育场地、设施免费或低收费开放比例100%。有条件的企事业单位和学校的体育场地免费或低收费（指收费低于同类私营场地、设施收费50%以上）向社区居民开放比例≥30%。	县文旅局	县教育局

	6.卫生院设置自助式健康检测点，并提供个体化健康指导，为群众提供方便、可及的自助式健康检测服务。	(1) 提供个性化健康指导的机构比例 $\geq 50\%$。提供个性化健康指导服务率=提供个性化健康指导的社区卫生服务中心数量/乡镇卫生院总数*100%。 (2) 检测结果通过信息化终端设备接入等方式进入居民健康档案。 (3) 个性化健康指导：指根据自助检测结果由专业人员提供健康指导建议，并予以解释和指导。	县卫健局	各乡镇卫生院
三、专项行动	7.开展烟草控制，持续降低人群吸烟率和二手烟危害。	(1) 建设无烟党政机关、无烟医疗卫生机构、无烟学校。 (2) 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。 (3) 15岁及以上人群吸烟率 $\leq 20\%$ 二手烟暴露率持续下降。	县卫健局	各乡镇、各相关部门

	8.开展“体重管理年”活动,预防和控制人群超重肥胖。	(1)倡导个人掌握体重管理知识与技能;倡导家庭、医疗卫生机构、学校、机关企事业单位、宾馆酒店等配置体重秤;政府编制和发布体重管理权威信息;推动体重管理科普宣教进家庭、进社区、进医疗卫生机构、进机关企事业单位、进宾馆、进餐馆食堂等。 (2)提高人群超重率、肥胖率的监测和管理。	县卫健局	各乡镇、县教育局、县市监局
	9.开展全民健身运动,提升人群身体活动水平。	经常参加体育锻炼的人口 $\geq 40\%$ 。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%。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,每次体育锻炼的运动强度达到中等及以上。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)。	县教育局	县文旅局

	10.开展“三减三健”活动,践行文明健康生活方式。	(1)人均每日食盐摄入量不超过5克;人均每日食用油摄入量不超过25克。 (2)辖区内儿童窝沟封闭服务覆盖率 $\geq 60\%$ 。	县卫健局	各乡镇
四、体系整合	11.健全疾控、各级医疗卫生机构的医防融合工作机制,实现不同机构间功能协同、信息互联互通。	(1)明晰各类机构慢性病防控相关职责和要求,加强各级慢性病综合防控队伍建设,创新慢性病协同管理服务模式。 (2)建立区域卫生健康信息平台,至少涵盖公共卫生机构、各级医疗卫生机构等收集的卫生健康信息,实现辖区内所有专业公共卫生机构、各级医疗卫生机构之间实现互联互通和信息共享。 (3)实现居民电子健康档案和电子病历的连续记录和信息共享。辖区内基本公共卫生服务居民电子健康档案和医疗机构诊疗信息共享,实现个人信息的连续记录。	县卫健局	各乡镇、各相关部门
五、健康促进	12.开展健康教育和健康促进,加大健康知识传播力	居民重点慢性病核心知识知晓率 $\geq 70\%$;健康素养水平达到25%;老年人健康素养水平持续提升。	县委宣传部	县卫健局

	度，提高居民健康素养水平。			
六、 全程管理 (70分)	13.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，提升健康水平。	(1) 国家学生体质健康标准达标优良率 $\geq 50\%$ (2) 65 岁及以上老年人城乡社区规范健康管理服务率达到 62%以上。	县教育局	县卫健局
	14.开展心脑血管、癌症、糖尿病、慢性阻塞性肺病等重大慢性病的早期发现与管理，提高重大慢性病的早诊早治与管理水平。	(1) 医疗机构 35 岁及以上患者首诊测血压率 $\geq 100\%$ 。 (2) 开展心脑血管疾病、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。	县卫健局	县医院 县妇计中心 各乡镇卫生院

七、 监测 评估	15.提高高血压、糖尿病、慢阻肺病等重点慢性病规范化管理，不断提升知晓率、治疗率和控制率。	(1) 高血压患者基层规范管理率达到 65%以上。 (2) 糖尿病患者基层规范管理率达到 65%以上。 (3) 提高慢阻肺病患者规范健康服务率。	县卫 健局	各乡镇卫生院
	16.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。	提高老年人中医药健康管理率。	县卫 健局	各乡镇卫生院
	17.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。	开展全人群的死因监测、慢病和营养监测、心脑血管实践监测、慢性阻塞性肺疾病监测、肿瘤随访登记等重点慢性病登记报告达到基本技术指标。	县卫 健局	县疾控中心

	18.开展慢性病综合防控，降低重大慢性病过早死亡率。	(1)重大慢性病过早死亡率持续下降。	县卫健局	县疾控中心
--	----------------------------	--------------------	------	-------