

六安市人民政府办公室

六政办秘〔2017〕237号

六安市人民政府办公室 关于印发六安市防治慢性病中长期规划 (2017-2025年)的通知

各县区人民政府，开发区管委，市政府有关部门、有关直属机构：

《六安市防治慢性病中长期规划（2017-2025年）》已经市政府同意，现印发给你们，请结合实际，认真贯彻执行。



六安市防治慢性病中长期规划 (2017-2025年)

为加强慢性病防治工作，全方位、全周期保障全市人民群众身体健康，按照《安徽省人民政府办公厅关于印发安徽省防治慢性病中长期规划（2017-2025年）的通知》（皖政办秘〔2017〕242号）要求，结合我市实际，制定本规划。

一、规划背景

本规划所称慢性病主要包括心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病、糖尿病和口腔疾病，以及内分泌、肾脏、骨骼、神经等疾病。慢性病是严重威胁我国居民健康的一类疾病，已成为影响国家经济社会发展的重大公共卫生问题。慢性病的发生和流行与经济、社会、人口、行为、环境等因素密切相关。随着我国工业化、城镇化、人口老龄化进程不断加快，居民生活方式、生态环境、食品安全状况等对健康的影响逐步显现，慢性病发病、患病和死亡人数不断增多，群众慢性病疾病负担日益沉重。慢性病影响因素的综合性、复杂性决定了防治任务的长期性和艰巨性。

近年来，六安市各级、各有关部门认真贯彻落实党中央、国务院、省委、省政府及市委、市政府的决策部署，深化医药卫生体制改革，着力推进环境整治、烟草控制、体育健身、营养改善等工作，组织实施《六安市慢性病防治工作规划（2013—2015年）》，推进慢性病综合防控示范区建设，全面启动全民健康生活方式行动，不断加强基本公共卫生服务，初步形成了慢性病综合防治工作机制和防治服务网络。防治慢性病工作已引起社会各界

高度关注，健康支持性环境持续改善，群众健康素养逐步提升，为制定实施慢性病防治中长期规划奠定了重要基础。

二、总体要求

（一）指导思想。

深入学习贯彻党的十九大精神，以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚持正确的卫生与健康工作方针，以提高人民健康水平为核心，以深化医药卫生体制改革为动力，以控制慢性病危险因素、建设健康支持性环境为重点，以健康促进和健康管理为手段，提升全民健康素质，降低高危人群发病风险，提高患者生存质量，减少可预防的慢性病发病、死亡和残疾，实现由以治病为中心向以健康为中心转变，促进全生命周期健康，提高居民健康期望寿命，为推进健康六安建设奠定坚实基础。

（二）基本原则。

坚持政府主导、统筹协调。健全政府主导、部门协作、动员社会、全民参与的慢性病综合防治机制，统筹各方资源，将健康融入所有政策，调动社会和个人参与防治的积极性，营造有利于慢性病防治的社会环境。

坚持共建共享、全民参与。倡导“每个人是自己健康第一责任人”的理念，促进群众形成健康的行为和生活方式。构建自我为主、人际互助、社会支持、政府指导的健康管理模式，将健康教育与健康促进贯穿于全生命周期，推动人人参与、人人尽力、人人享有。

坚持预防为主、防治结合。大力开展健康知识普及、高危人群干预、重点疾病监测、慢病患者管理工作，推动由疾病治疗向

健康管理转变。加强医防协同，坚持中西医并重，为居民提供公平可及、系统连续的预防、治疗、康复、健康促进等一体化的慢性病防治服务。

坚持分类指导、示范引领。根据不同地区、不同人群慢性病流行特征和防治需求，确定针对性的防治目标和策略，实施有效防控措施。落实贫困人口慢性病防治健康脱贫措施。推动慢性病综合防控示范区建设提质增效，发挥引领作用，提升各地慢性病防治水平。

（三）规划目标。

慢性病防治工作机制进一步完善，居民健康素养明显提升，慢性病危险因素有效控制。到 2020 年，降低因慢性病导致的过早死亡率，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，实现全人群全生命周期健康管理，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%。逐步提高居民健康期望寿命，有效控制慢性病疾病负担。

慢性病防治中长期规划（2017-2025 年）主要指标

主要指标	基线	2020 年	2025 年	属性
心脑血管疾病死亡率（1/10 万）	256.51/10 万	下降 10%	下降 15%	预期性
总体癌症 5 年生存率（%）	30.9%	提高 5%	提高 10%	预期性
高发地区重点癌种早诊率（%）	48%	55%	60%	预期性
70 岁以下人群慢性呼吸系统疾病死亡率（1/10 万）	18.45/10 万	下降 10%	下降 15%	预期性

40 岁以上居民肺功能检测率 (%)	7.1%	15%	25%	预期性
高血压患者管理人数 (万人)	56	59	62	预期性
糖尿病患者管理人数 (万人)	10.7	15	17	预期性
高血压、糖尿病患者规范管理率 (%)	50%	60%	70%	预期性
35 岁以上居民年度血脂检测率 (%)	20.7%	25%	30%	预期性
65 岁以上老年人中医药健康管理率 (%)	45%	65%	80%	预期性
居民健康素养水平 (%)	9.45%	大于 20%	25%	预期性
全民健康生活方式行动县(区)覆盖率 (%) (第二阶段)	0	50%	65%	预期性
经常参加体育锻炼的人数 (万人)	120	150	180	预期性
15 岁以上人群吸烟率 (%)	27.7%	控制在 25% 以内	控制在 20% 以内	预期性
人均每日食盐摄入量 (克)	10.5	下降 10%	下降 15%	预期性
慢性病综合防控示范区覆盖数 (个)	国家级 0 省级 2 个	国家级 1 个 省级 4 个	国家级 2 个 省级 5 个	预期性

备注：我市基线数据来源于“十二五”期间调查、基本公共卫生服务报表数据或参照国家、省级基线数据确定。

三、策略与措施

(一) 加强健康教育，倡导健康生活方式。

1. 开展慢性病防治全民教育。针对影响居民健康的主要慢性病，卫生计生部门组织专家编制通俗易懂的健康宣讲材料，推广科学有效的健康适宜技术和支持工具，广泛宣传合理膳食、适量运动、戒烟限酒、心理平衡等健康科普知识，规范慢性病防治

健康科普管理。以慢性病综合防控示范区建设及文明城市、卫生城市等创建为契机，充分利用主流媒体和新媒体开展形式多样的慢性病防治宣传教育，根据不同人群特点开展有针对性的健康宣传教育。深入推进全民健康素养促进行动、健康中国行等活动，提升健康教育效果。定期开展健康家庭、健康单位、健康社区等健康细胞建设，以点带面，营造良好社会氛围。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%。

2. 推广健康生活方式。大力实施全民健身计划，全面加强幼儿园、中小学营养均衡、口腔保健、视力保护等健康知识和行为方式教育，实现预防工作的关口前移。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。发挥中医治未病优势，大力推广传统养生健身法。推进全民健康生活方式行动，开展“三减三健”、适量运动、控烟限酒和心理健康等专项行动，增强群众维护和促进自身健康的能力。

专栏 1 健康教育与健康促进项目

全民健康生活方式行动：“三减三健”（减盐、减油、减糖、健康口腔、健康体重、健康骨骼）、适量运动、控烟限酒和心理健康等专项行动。

健康教育：全民健康素养促进行动、健康中国行活动、健康家庭行动。

（二）实施早诊早治，降低高危人群发病风险。

1. 促进慢性病早期发现。全面实施 35 岁以上人群首诊测血压，对发现的高血压患者和高危人群提供干预指导，并纳入基本公共卫生服务管理。社区卫生服务中心和乡镇卫生院逐步提供血糖血脂检测、口腔预防保健、简易肺功能测定和大便隐血检测等服务。逐步将临床可诊断、治疗有手段、群众可接受、国家能负担的疾病筛检技术列为公共卫生措施。规范实施癌症早诊早治和慢性病筛查干预项目，加强随访管理，逐步扩大项目覆盖人群。推动癌症、脑卒中、冠心病等慢性病的机会性筛查。健全学生、老年人健康体检制度，推进全民健康体检，加强体检数据的分析利用。将口腔健康检查纳入常规体检内容，将肺功能检查和骨密度检测项目纳入 40 岁以上人群常规体检内容。

2. 开展个性化健康干预。依托专业公共卫生机构和医疗机构，开设戒烟咨询热线，提供戒烟门诊等服务，提高戒烟干预能力。促进体医融合，在有条件的机构开设运动指导门诊，提供运动健康服务。社区卫生服务中心和乡镇卫生院逐步开展超重肥胖、血压血糖升高、血脂异常等慢性病高危人群的患病风险评估和干预指导，提供平衡膳食、身体活动、养生保健、体质辨识等咨询服务。深入推进家庭医生签约服务，将个性化健康干预指导纳入服务内容。鼓励慢性病患者和高危人群接种成本效益较好的二类疫苗。加大牙周病、龋病等口腔常见病干预力度，将儿童局

部用氟、窝沟封闭等措施纳入适龄期常规口腔保健，12岁儿童患龋率控制在30%以内。逐步开展老年人常见慢性病、口腔疾病、心理健康的指导与干预。探索开展集慢性病预防、风险评估、跟踪随访、干预指导于一体的职工健康管理服务。

专栏2 慢性病筛查干预与健康管理项目

早期发现和干预：癌症早诊早治，脑卒中、心血管病、慢性呼吸系统疾病筛查干预，高血压、糖尿病高危人群健康干预，重点人群口腔疾病综合干预，重点人群和地区营养干预。

健康管理：居民健康档案、健康教育、慢性病（高血压、糖尿病等）患者健康管理、老年人健康管理、中医药健康管理。

（三）强化规范诊疗，提高治疗效果。

1. 落实分级诊疗制度。深化医药卫生体制改革，促进慢性病防治与医改工作相融合，优先将慢性病患者纳入家庭医生签约服务范围，加强糖尿病等慢性病专科联盟建设，引导优质医疗资源向基层延伸发展，在推动基层首诊的基础上，推进分级诊疗制度落实，构建合理的就医秩序，健全治疗—康复—长期护理服务链。鼓励并逐步规范常见病、多发病患者首先到基层医疗卫生机构就诊，对超出基层医疗卫生机构功能定位和服务能力的慢性病，由基层医疗卫生机构为患者提供转诊服务。完善双向转诊程序，重点畅通慢性期、恢复期患者向下转诊渠道，逐步实现不同级别、不同类别医疗机构之间的有序转诊。

2. 提高诊疗服务质量。建设医疗质量管理与控制信息化平台，加强慢性病诊疗服务实时管理与控制，持续改进医疗质量和医疗安全。全面实施临床路径管理，规范诊疗行为，优化诊疗流程，努力缩短急性心脑血管疾病发病到就诊有效处理的时间，推广应用癌症个体化规范治疗方案。基本实现医疗机构检查、检验结果互认。

（四）促进医防协同，实现全流程健康管理。

1. 加强慢性病防治体系建设。依托市级公共卫生机构和市二级及以上医疗机构组建市级慢性病防治协作网络，明确职责，在政策咨询、标准规范制定、监测评价、人才培养、技术指导等方面发挥作用。推进慢性病防治中医专科专病防治体系建设。市、县（区）疾病预防机构按区域卫生资源规划配置慢性病防治岗位和人员。整合全市卫生资源，建立和完善各级医防协同工作机制，落实全流程健康管理。市人民医院、市中医院、市疾病预防控制中心承担全市心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病、糖尿病、口腔疾病等慢性病防治的技术指导，各县（区）要明确具体的医疗卫生机构承担技术指导任务。二级以上医院要配备专业人员，履行公共卫生职责，做好慢性病防控工作。基层医疗卫生机构要以满足慢性病防治基本需求配置人力，提高公共卫生服务能力。加快推进基层计划生育工作人员承担健康教育职能转岗培训，不断充实基层慢性病防治工作力量。

2. 构建慢性病防治结合工作机制。疾病预防控制机构、医院和基层医疗卫生机构要建立健全分工协作、优势互补的合作机制。疾病预防控制机构负责开展慢性病及其危险因素监测和流行病学调查、综合防控干预策略与措施实施指导和防控效果考核评价；医院承担慢性病病例登记报告、危重急症病人诊疗工作并为基层医疗卫生机构提供技术支持；基层医疗卫生机构具体实施人群健康促进、高危人群发现和指导、患者干预和随访管理等基本医疗卫生服务。加强医防衔接、体系合作，充分利用居民健康档案、电子病历和全员人口信息库，以区域人口健康信息平台建设为基础，整合利用多源监测数据，建立城乡居民医保信息与公共卫生机构信息共享机制，推进慢性病防、治、管整体融合发展。

3. 建立健康管理长效工作机制。明确政府、医疗卫生机构、用人单位和家庭、个人等各方在健康管理方面的责任，完善健康管理服务内容和服务流程。逐步将符合条件的癌症、脑卒中等重大慢性病早诊早治适宜技术按规定纳入诊疗常规。探索通过政府购买服务等方式，鼓励企业、公益慈善组织、商业保险机构等参与慢性病高危人群风险评估、健康咨询和健康管理，培育以个性化服务、会员制经营、整体式推进等为特色的健康管理服务产业。

（五）完善保障政策，切实减轻群众就医负担。

1. 完善医保和救助政策。逐步建立并完善城乡居民医保门诊统筹等相关政策，推进区域医共体、医联体建设发展，探索基

层医疗卫生机构对慢性病患者按人头打包付费。完善不同级别医疗机构的医保差异化支付政策，推动慢性病防治工作重心下移、资源下沉。发展多样化健康保险服务，鼓励有资质的商业保险机构开发与基本医疗保险相衔接的商业健康保险产品，开展各类慢性病相关保险经办服务。按规定对符合条件的慢性病患者实施医疗救助。鼓励基金会等公益慈善组织将优质资源向贫困地区和农村延伸，开展对特殊人群的医疗扶助。

2. 保障药品生产供应。做好慢性病防治药品生产、采购、储备、供应工作。进一步完善基本药物目录，加强二级以上医院与基层医疗卫生机构用药衔接。慢性病患者可以由家庭签约医生开具慢性病长期药品处方。发挥中医药在慢性病防治中的作用。加强对慢性病用药情况监测，建立部门协调机制，切实做好药品供应保障。

（六）控制危险因素，营造健康支持性环境。

1. 建设健康的生产生活环境。推动绿色清洁生产，改善作业环境，严格控制尘毒危害，强化职业病防治，整洁城乡卫生，优化人居环境，加强文化、科教、休闲、健身等公共服务设施建设。建设健康步道、健康主题公园等运动健身环境，提高各类公共体育设施开放程度和利用率，推动有条件的学校体育场馆设施在课后和节假日对本校师生和公众有序开放，形成覆盖城乡、比较健全的全民健身服务体系，推动全民健身和全民健康深度融

合。坚持绿色发展理念，强化环境保护和监管，落实大气、水、土壤污染防治行动计划，实施污染物综合控制，持续改善环境空气质量、饮用水水源水质和土壤环境质量。建立健全环境与健康监测、调查、风险评估制度，降低环境污染对健康的影响。

2. 完善政策环境。履行《烟草控制框架公约》，加大控烟执法力度，推进公共场所无烟化进程。实施机关、学校、企事业单位无烟创建工作全覆盖。严格执行不得向未成年人出售烟酒的有关法律规定，减少居民有害饮酒。加强食品安全和饮用水安全保障工作，调整和优化食物结构，倡导膳食多样化，推行营养标签，引导企业生产销售、消费者科学选择营养健康食品，推动营养改善工作。

3. 推动慢性病综合防控示范区创新发展。以慢性病综合防控示范区建设为抓手，强化政府主体责任，落实各部门工作职责，提供全人群全生命周期慢性病防治管理服务。示范区建设要与文明城市（县城）、卫生城镇创建和健康城镇、健康促进县（区）建设紧密结合，与分级诊疗、家庭医生签约服务相融合，惠及所有家庭，全面提升建设质量，引领全市慢性病防治管理水平整体提升。到 2025 年，我市至少建成一个国家级慢性病综合防控示范区。

专栏 3 健康支持性环境建设项目

健康环境建设：大气污染防治、污水处理、重点流域水污染

防治等环保项目，文明城镇、卫生城镇、健康城镇建设，全民健身设施建设，食品安全示范城市（县）、健康促进县（区）、慢性病综合防控示范区建设。

危害因素控制：减少烟草危害行动、贫困地区儿童营养改善项目、农村义务教育学生营养改善计划。

（七）统筹社会资源，创新驱动健康服务业发展。

1. 动员社会力量开展防治服务。鼓励、引导、支持社会力量举办的医疗、体检、养老和养生保健机构以及基金会等公益慈善组织、商业保险机构、行业协会学会、互联网企业等通过竞争择优的方式，参与所在区域医疗服务、健康管理与促进、健康保险以及相关慢性病防治服务，创新服务模式，促进覆盖全生命周期、内涵丰富、结构合理的健康服务业体系发展。建立多元化资金筹措机制，拓宽慢性病防治公益事业投融资渠道，鼓励社会资本投向慢性病防治服务和社区康复等领域。

2. 促进医养融合发展。促进慢性病全程防治管理服务与居家、社区、机构养老紧密结合。深入养老机构、社区和居民家庭开展老年保健、老年慢性病防治和康复护理，维护和促进老年人功能健康。支持有条件的养老机构设置医疗机构，有条件的二级以上综合医院和中医医院设置老年病科，增加老年病床数量，为老年人就医提供优先便利服务。加快推进面向养老机构的远程医疗服务试点。鼓励基层医疗卫生机构与老年人家庭建立签约服务

关系，开展上门诊视、健康查体、健康管理、养生保健等服务。

3. 推动互联网创新成果应用。促进互联网与健康产业融合，发展智慧健康产业，探索慢性病健康管理服务新模式。完善移动医疗、健康管理法规和标准规范，推动移动互联网、云计算、大数据、物联网与健康相关产业的深度融合，充分利用信息技术丰富慢性病防治手段和工作内容，推进预约诊疗、在线随访、疾病管理、健康管理等网络服务应用，提供优质、便捷的医疗卫生服务。

（八）增强科技支撑，促进监测评价和研发创新。

1. 完善监测评估体系。整合单病种、单因素慢性病及其危险因素监测信息，实现相关系统互联互通。健全死因监测和肿瘤登记报告制度，建立慢性病与营养监测信息网络报告机制，逐步实现重点慢性病发病、患病、死亡和危险因素信息实时更新，定期发布慢性病相关监测信息。各县（区）基本摸清辖区内主要慢性病状况、影响因素和疾病负担。开展营养和慢性病危险因素健康干预与疾病管理队列研究。运用大数据等技术，加强信息分析与利用，掌握慢性病流行规律及特点，确定主要健康问题，为制定慢性病防治政策与策略提供循证依据。加强水、土壤、空气等环境介质和工作场所等环境质量、农产品质量安全监测，逐步实现跨行业跨部门跨层级的纵向报告和横向交换，动态实施环境、食物等因素与健康的风险评估与预警。

2. 推动科技成果转化和适宜技术应用。加强慢性病防治科

研布局，推进相关科研项目。加强慢性病防治基础研究、应用研究和转化医学研究。总结形成慢性病中医健康干预方案并推广应用。结合慢性病防治需求，遴选成熟有效的慢性病预防、诊疗、康复保健适宜技术，加快成果转化和应用推广。开展慢性病社会决定因素与疾病负担研究，探索有效的慢性病防控路径。积极参与国内外慢性病防治交流与合作。

专栏 4 慢性病科技支撑项目

慢性病监测：疾病监测（慢性病与营养监测、死因监测、肿瘤随访登记）；环境危险因素监测（城乡饮用水卫生监测、农村环境卫生监测、公共场所健康危害因素监测、空气污染对人群健康影响监测、人体生物监测）；重点人群健康监测（学生常见病和健康危害因素监测）。

慢性病科技项目：各级慢性病防治科技项目。

科技成果转化和适宜技术应用：健康科技成果转移转化行动，基层医疗卫生服务适宜技术推广。

四、保障措施

（一）强化组织领导。各县区政府（管委）要将慢性病防治作为健康六安建设和深化医药卫生体制改革的重点内容，作为重要民生工作，确定工作目标和考核指标，制定符合本县区实际的慢性病防治规划及实施方案，强化组织实施，建立健全慢性病防治工作协调机制，定期研究解决慢性病防治工作中的重大问题，

统筹协调规划实施、监督评价。

（二）落实部门责任。卫计部门要会同有关部门共同组织实施本规划并开展监督评估。发改部门要将慢性病防治列入经济社会发展规划，加强慢性病防治能力建设。财政部门按照政府卫生投入政策要求落实相关经费。人社部门和卫计部门要进一步完善门诊相关保障政策和支付机制，发挥医保控费作用。教育、科技、经信、民政、环保、住建、农业、商务、文广新（体育）、安监、药监、中医药等部门要树立“把健康融入所有政策”理念，将慢性病防治工作与日常工作有机结合，推动形成慢性病防治工作合力。

（三）加强人才培养。按照合理比例配置各级各类卫生技术人员，完善有利于人才培养使用的政策措施，加强健康教育、健康管理、医疗、公共卫生、护理、康复及中医药等领域人才培养。加强医教协同，深化院校教育改革，加强对医学生慢性病防治相关知识和能力的教育培养，支持高校设立医学健康相关专业，加强有针对性的继续医学教育，着力培养慢性病防治复合型、实用型人才。完善专业技术职称评定制度，促进人才成长发展和合理流动。

（四）营造良好氛围。各地各部门要广泛宣传党和国家关于维护和促进人民健康的重大战略思想、方针政策，宣传实施慢性病综合防控战略的重大意义、目标任务和策略措施。要加强正面宣传、舆论监督、科学引导和典型报道，增强社会对慢性病防治

的普遍认知，形成全社会关心支持慢性病防治的良好氛围。

五、督导与评估

市卫计委要会同有关部门制定本规划实施分工方案，各相关部门要各负其责，及时掌握工作进展，定期交流信息，联合开展督导和效果评价，2020 年对规划实施情况进行中期评估，2025 年对规划实施组织终期评估。各县区要建立监督评价机制，强化职责部门责任，组织开展规划实施督导检查 and 跟踪问效，将规划实施情况作为政府督查督办的重要事项，对发现的问题迅速整改，及时调整工作部署，推动各项规划目标任务落实。

抄送：省卫计委，市委办公室，市人大常委会办公室，市政协办公室。