

2011

中国慢性病预防控制能力 调查报告

梁晓峰 施小明 主编



中国协和医科大学出版社

中国慢性病预防控制能力调查报告

中国慢性病预防控制能力 调查报告 2011

主 编 梁晓峰 施小明

副主编 翟 屹 司 向

编 者 (按姓氏拼音顺序)

方益荣	绍兴市疾病预防控制中心
房玥晖	中国疾病预防控制中心营养与健康所
丁贤彬	重庆市疾病预防控制中心
梁晓峰	中国疾病预防控制中心
路 静	北京协和医学院公共卫生学院
施小明	中国疾病预防控制中心
司 向	中国疾病预防控制中心
唐雪峰	四川省疾病预防控制中心
翟 屹	中国疾病预防控制中心
朱晓磊	中国疾病预防控制中心
谢 晨	北京市疾病预防控制中心

 中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

中国慢性病预防控制能力调查报告. 2011 / 梁晓峰, 施小明主编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2015. 4

ISBN 978-7-5679-0309-8

I. ①中… II. ①梁… ②施… III. ①慢性病-防治-调查报告-中国-2011 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 071015 号

中国慢性病预防控制能力调查报告 2011

主 编: 梁晓峰 施小明
责任编辑: 韩 鹏
助理编辑: 杨小杰

出版发行: 中国协和医科大学出版社
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com
经 销: 新华书店总店北京发行所
印 刷: 北京佳艺恒彩印刷有限公司

开 本: 787×1092 1/16 开
印 张: 10.75
字 数: 200 千字
版 次: 2016 年 1 月第 1 版 2016 年 1 月第 1 次印刷
印 数: 1—4000
定 价: 24.00 元

ISBN 978-7-5679-0309-8

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

前 言

慢性非传染性疾病,简称慢性病,是一大类疾病的总称,主要指心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病、糖尿病等,其特点是病程长、流行广、致残致死率高、社会资源消耗多。随着我国疾病谱变化和人口老龄化的快速推进,以及工业化和城镇化进程的加快,我国慢性病发病人数在快速上升,调查时我国确诊的慢性病患者已超过 2.6 亿人,因慢性病导致的死亡占总死亡的 85%,导致的疾病经济负担已占总疾病经济负担的 70%,成为群众因病致贫返贫的重要原因。

慢性病预防控制能力可在一定程度上反映慢性病预防控制的应对情况,是慢性病预防控制工作发展的基础。中国疾病预防控制中心已于 2009 年和 2010 年开展了两次全国慢性病防控能力调查,并于第二次调查之前,开展了慢性病防控能力评估专题研究,系统梳理了国内外慢性病防控能力调查现状,建立了评估指标体系,形成了调查实施方案,定制了调查报告系统。前两次调查数据不仅为制定慢性病防控政策提供依据,也为深化医药卫生体制改革的评估工作提供参考依据。

本次调查仍然沿用 2010 年全国慢性病防控能力调查问卷,调查包括疾病预防控制机构和基层医疗卫生机构慢性病防控能力,同时还涉及卫生行政部门政策管理等内容,调查于 2012 年 9 月~2013 年 3 月进行,反映的是 2011 年的情况,故将本次调查称为 2011 年全国慢性病防控能力调查。

本报告主体包括三章。第一章为绪论,阐述了调查背景、调查目的、调查内容与方法、数据采集方式、职责分工、质量控制、数据清理与分析方法等。第二章为分析结果,主要分为九个部分,包括数据完成情况、慢性病防控政策能力、慢性病防控基础配置能力、慢性病防控教育培训与指导能力、慢性病防控合作与参与能力、慢性病监测能力、慢性病干预与管理能力、慢性病评估能力和慢性病科研能力。第三章为主要发现和建议,根据本次调查结果,结合前两次调查内容,阐述主要发现并提出政策建议。

本次调查得到了全国 31 个省(自治区、直辖市)和新疆生产建设兵团卫生行政部门、疾病预防控制中心及被调查基层医疗卫生机构的大力支持,在此对所有参与调查的人员表示由衷的感谢。

限于编者水平,书中难免有不足之处,敬请各位读者不吝赐教。

主 编

2015 年 10 月

摘要

一、调查目的

系统评估 2011 年我国慢性病防控能力现状及慢性病防控能力建设中的制约因素和需求情况；并与 2009 年调查结果作对比，了解我国慢性病防控能力变化情况；综合评估各省慢性病防控能力；为落实国家基本公共卫生服务项目提供基线数据，为加强我国慢性病防控能力建设、制定慢性病防控相关政策提供依据。

二、内容与方法

采用中国疾控中心开发的全国慢性病防控能力在线调查系统，于 2012 年 8 月至 2013 年 3 月，对全国 31 个省（自治区、直辖市）和新疆生产建设兵团的省级、地市级和县（区）级疾病预防控制中心和随机抽样的 3000 家基层医疗卫生机构进行调查。调查内容包括各级慢性病防控政策能力、慢性病防控基础配置能力、教育培训与指导能力、合作与参与能力、监测能力、干预与管理能力、评估能力和科研能力等。各级疾控中心负责本级疾控中心调查表的在线填报，县（区）级疾控中心还承担对辖区内基层医疗卫生机构的调查及调查表在线填报。

三、主要结果

本次应调查全国 3340 家疾控中心，包括省级 32 家、地市级 347 家、县（区）级 2961 家及 3000 家基层医疗卫生机构（包括 1500 家社区卫生服务中心和 1500 家乡镇卫生院）。在线调查结束时，共有 32 家省级疾控中心、346 家地市级疾控中心、2937 家县（区）级疾控中心和 2955 家基层医疗卫生机构填写了调查问卷，应答率分别为 100%、99.7%、99.2% 和 98.5%。调查主要结果如下：

（一）慢性病防控政策能力

反映各级政府或卫生行政部门对慢性病防控工作的认识程度和给予相关支持，主要包括政策认定能力、政策制定能力、政策执行能力、政策评估能力和政策调整能力等。考虑到数据的可获得性和实际意义等，本报告仅针对各地、各级慢性病防控的政策认定能力和政策制定能力进行分析、评价。

1. 政策认定能力

政策认定能力，即将社会问题转化为政策问题的能力。本调查中主要包括，财政经费支持情况、政府领导参与情况和政策倡导情况等三个方面。2011 年，全国 84.4% 的省级政府财政经费配置了慢性病防控专项经费，地市级和县（区）级的比例分别为 28.0% 和

21.5%。各地政府财政配置慢性病防控专项经费的比例,东部地区(34.1%)高于中部(19.0%)和西部地区(17.1%)。

省、地市、县(区)级政府领导参与慢性病防控相关活动的比例分别为46.9%、40.8%和36.1%。

2011年,各级、各地人大会议或政协会议(简称两会)上,提有慢性病防控为主题的议案或提案的比例按省(43.8%)、地市(17.9%)、县(区)(5.9%)逐级递减。其中省级两会慢性病防控相关提案或议案平均10个,地市级平均2.2个,县(区)级平均2.4个。

2. 政策制定能力

政策制定能力主要以所在地区本级政府或卫生行政部门制定并发布现行慢性病防控相关规划的情况为衡量。2011年,全国有7个省(自治区、直辖市),38个地市和432个县(区)颁布慢性病防控相关规划,所占比例分别为21.9%、11.0%和14.7%;全国有26个省级(81.3%)、106个地市(30.6%)和753个县(区)(25.6%)有现行的慢性病防控相关工作(实施)方案。

(二) 慢性病防控基础配置能力

主要包括部门、人员、经费、设备等的配置情况。

1. 部门设置

2011年,全国省级疾控中心均设有承担慢性病防控工作的部门,地市级和县(区)级的设置比例分别为93.4%和89.2%(2009年分别为90.5%和79.3%)。从地区分布来看,东、中、西部地区设有承担慢性病防控工作部门的比例分别为95.5%、94.8%和81.7%。

全国省级疾控中心内设立专门承担慢性病防控工作部门的比例为78.1%,地市级和县(区)级疾控中心设立专门部门的比例明显降低,分别为36.4%和14.8%,但较2009年有所提高[2009年地市和县(区)两级比例分别为27.2%和7.1%]。

2. 人力资源配置

2011年,全国省及以下各级疾控中心慢性病防控在岗总人数为9315人,较2009年(8263人)和2008年(7483人)调查时有所增长。三级平均配置人数分别为10.8人、4.1人和2.8人,与2009年调查数据相比,省级有所下降,地市级有所上升、县(区)级持平(2009年三级分别为11.8人、3.9人和2.8人)。2011年,全国省及以下各级疾控中心专职慢性病防控人员总数为6370人,省、地市、县(区)三级分别为310人、910人和4150人。专职人员占慢性病防控在岗人员的68.4%,占疾控中心总在岗人数的3.2%,较2008年(4796人,2.6%)和2009年(3656人,1.9%)均有所增加。在应答的2955家基层医疗卫生机构中,平均在岗卫生技术人员数39.8人,社区卫生服务中心和乡镇卫生院平均分别为49.4人和30.3人。

调查显示,各级疾控中心慢性病防控在岗人员平均年龄为38.4岁,省级、地市级和

县(区)级差别不大,分别为38.1岁、40.0岁和38.1岁。全国范围内,35~44岁组人员所占比例最高,为35.1%。各级疾控中心慢性病防控在岗人员的平均工作年限为4.7年,其中省级人员平均工作年限最长,为7.4年,地市级和县(区)级分别为5.8年和4.4年。

我国慢性病防控人员队伍的学历水平和专业素质都比较高。全国慢性病防控在岗人员中具有本科以上学历的比例为43.7%,较2009年调查时(38.2%)有所增长。省、地市、县(区)三级呈现逐级下降趋势,分别为88.6%、64.1%和37.9%。各级疾控中心慢性病防控在岗人员中有医学专业背景的比例为89.9%,其中预防医学或公共卫生、临床医学为主要专业,分别占40.1%和30.1%,均较2009年(41.3%和33%)有所下降。省、地市、县(区)三级疾控中心中具有预防医学或公共卫生专业的人员比例分别为69.8%、50.4%和36.9%。应答的9266名慢性病防控在岗人员中7150名(77.2%)取得执业资格,省、地市和县(区)三级分别为85.5%、85.6%和75.2%。全国慢性病防控工作人员中具有初级职称的比例最高为38.9%,具有中级职称的占36.6%,具有副高级职称的占8.7%,具有正高级职称的占2.3%。

3. 经费配置能力

经费配置能力主要指被调查疾控中心2011年到账的慢性病防控工作经费情况、被调查基层医疗卫生机构2011年到账的基本公共卫生服务经费情况。2011年,全国57.3%的疾控中心配置了慢性病防控工作经费,其中省、地市、县(区)三级该比例分别为96.9%、76.0%和54.6%。省级疾控中心慢性病防控工作经费平均为181.6万元,地市级和县(区)级分别为17.0万元和13.7万元;与2009年的各级经费配置额度相比[省、地市和县(区)分别为147.7、14.2和9.1万元]有一定幅度提高。全国各地各级疾控中心的慢性病防控工作经费占疾控中心业务经费比例为4.4%,较2009年(2.7%)有所增长。省、地市和县(区)三级分别为2.0%、3.1%和7.4%。

在应答的2955家基层医疗卫生机构中,有2822家在2011年获得了基本公共卫生服务经费,占95.5%;获得基本公共卫生服务经费的平均数额为85.4万元,其中乡镇卫生院平均数额为52.4万元,社区卫生服务中心平均数额为117.9万元。2011年,在获得基本公共卫生服务经费的2822家基层医疗卫生机构中,34.8%的财政拨款来源于基本公共卫生服务经费,较2009年有所下降(37.6%);其中乡镇卫生院为36.3%,社区卫生服务中心为34.1%。

4. 设备配置能力

本部分主要调查了基层医疗卫生机构的基本设备配备情况,调查发现,基层医疗卫生机构配备体重秤、身高计、腰围尺、血压计、血糖仪的比例均在90%以上,其次为心电图机(82.8%)、B超(79.5%)、生化仪(72.1%)、健教设备(71.9%)和X线机(66.8%),配备肺功能仪的比例最低,仅为16.3%。

(三) 慢性病防控教育培训与指导能力

本部分主要包括培训能力、指导能力和知识普及能力。培训能力包括组织培训和参与培训,指导能力即对下级机构开展慢性病防控工作现场指导的情况,知识普及能力指基层医疗卫生机构向大众宣传慢性病防控相关知识的情况。

1. 培训能力

2011年全国各级疾控中心有2227家机构举办过各类慢性病防控相关培训班,比例为67.2%,(2009年为43.5%),其中东部、中部、西部地区各级疾控中心举办各类相关培训的比例分别为79.8%、63.5%、60.5%,省级、地市级、县(区)级疾控中心举办各类相关培训的比例分别为100.0%、70.5%、66.4%。

全国省级、地市级、县(区)级疾控中心均以举办本级慢性病防控相关培训班的比例最高,分别为93.8%、63.9%、65.6%。全国各级慢性病防控相关培训班共培训298 273人次。全国各级慢性病防控培训中,以县(区)级培训人次数最多,占总培训人次数的95.3%。

各级疾控中心均以举办本级继续教育培训为主,其中22个省级疾控中心、91个地市级疾控中心举办了本级的继续教育培训。全国各级慢性病防控相关继续教育培训班共培训38 995人次,其中由县(区)级疾控中心举办的培训班培训人次数最多,占总培训人次数的90.8%。

本次调查共有2437个基层医疗卫生机构应答举办了慢性病防控相关培训班,占被调查基层医疗卫生机构的82.5%(2009年为58.8%),其中社区卫生服务中心1200家,占被调查同类机构的81.2%(2009年为72.5%),乡镇卫生院1237个,占被调查同类机构的83.8%(2009年为44.6%)。

2. 技术指导能力

全国有30个省级疾控中心开展过对县(区)级疾控中心的现场指导工作,比例为93.8%(2009年为100%),85.5%的地市级疾控中心指导过县(区)级疾控中心(2009年为64.7%),79.5%的县(区)级疾控中心开展过对基层医疗卫生机构的指导工作(2009年为48.3%)。

全国有2160个基层医疗卫生机构对辖区内的社区卫生服务站/村卫生室开展过慢性病现场技术指导,占被调查机构的比例为73.1%(2009年为49.0%),其中乡镇卫生院1220个,比例为82.6%(2009年为36.9%)、社区卫生服务中心940个,比例为63.6%(2009年为60.8%)。

3. 知识普及能力

2011年,被调查基层医疗卫生机构在高血压日开展活动的机构比例达91.0%,较2009年(56.3%)有大幅度增长,其中社区卫生服务中心为96.5%、乡镇卫生院为85.4%。在世界无烟日、世界糖尿病日、全民健康生活方式日、世界脑卒中日和世界心脏病日开展过

相关宣传活动的机构比例依次降低,分别为 88.5%、87.8%、68.2%、48.5%和 41.8%。

(四) 慢性病防控合作与参与能力

慢性病防控合作与参与能力是一个广义的概念,它包括与其他机构或部门在慢性病防控领域开展项目合作的能力和参与上级机构慢性病防控相关工作的能力。

1. 合作能力

2011 年,36.2%的疾控中心与媒体开展过合作,居首位,且高于 2009 年的 20.2%。与独立健康教育机构、专业防办、二级及以上医院和 NGO 等其他机构合作的比例分别为 13.6%、6.1%、28.2%和 5.9%。省级、地市级、县(区)级疾控中心开展慢性病防控相关合作的比例逐渐降低。

2. 参与能力

省级、地市级、县(区)级疾控中心参与本级卫生行政部门政策制定的比例分别为 59.4%、30.9%和 29.1%;参与本级卫生以外其他行政部门慢性病防控工作的比例,省级、地市级、县(区)级分别为 62.5%、34.4%和 29.7%;参与上级卫生行政部门或业务机构慢性病防控工作的比例,省级、地市级、县(区)级分别为 71.9%、28.6%和 18.0%。

被调查基层医疗卫生机构参与慢性病防控相关项目或科研工作的比例为 12.4%,其中乡镇卫生院为 7.1%,社区卫生服务中心为 17.7%。参与国家级慢性病防控相关项目或科研工作的比例为 4.8%;参与省级、地市级和县(区)级慢性病防控相关项目或科研工作的比例分别为 2.9%、3.2%和 5.5%。

(五) 慢性病监测能力

1. 死因监测

2011 年,全国有 66.1%的疾控中心开展了死因监测工作。省级、地市级、县(区)级疾控中心开展此项工作的比例分别为 96.9%、80.1%和 63.4%。2011 年开展死因监测的任务来源主要是上级,占 93.3%,来源于本级的比例为 32.4%,来源于国际级的比例仅为 2.5%。在开展死因监测的地区中,开展覆盖所有县(区)死因监测的省和地市比例分别为 48.4%和 79.4%;开展死因监测工作覆盖所有街道和乡镇的县(区)级比例为 84.3%。死因监测数据发布或利用的首要形式是编写年报,省级、地市级和县(区)级编写年报的机构比例分别为 90.3%、64.3%、57.4%。各地、各级疾控中心所在地开展死因监测中信息被采纳的比例为 54.8%,省级(80.6%)比例高于地市(62.8%)和县(区)级(53.2%)。

57.6%的被调查基层医疗卫生机构开展了死亡病例报告工作。其中,乡镇卫生院为 47.2%,社区卫生服务中心为 68.1%,均高于 2009 年。东、中、西部地区开展死亡病例报告的机构所占的比例分别为 74.2%、51.3%和 44.0%。

2. 慢性病危险因素监测

2011 年,省级疾控中心所在地区开展各类慢性病危险因素监测(除血脂)的机构比例均大于 90%,且均明显高于地市级和县(区)级。各级疾控中心所在地区开展各类危险因

素监测的任务来源主要是上级机构,其次是本级。数据信息发布及利用的首要方式为编写年报,随后依次是发表论文、出版报告和媒体发布。

3. 发病和患病登记/报告

恶性肿瘤、脑卒中和心肌梗死的病例报告工作在省级、地市级和县(区)级疾控中心开展的比例依次降低,其中省级开展恶性肿瘤登记的比例最高,为90.6%;县(区)级开展心肌梗死报告的比例最低,为20.6%。东部地区开展比例高于中、西部地区,其中东部地区开展恶性肿瘤登记的比例最高,为34.4%;西部地区开展心肌梗死报告的比例最低,为14.2%。各级疾控中心开展覆盖所有县(区)/街道和乡镇的恶性肿瘤、脑卒中与心肌梗死病例报告的比例分别为82.2%、86.3%、87.7%。发病信息的主要发布形式为编写年报,其中恶性肿瘤病例报告中利用此形式发布数据的比例占61.1%,脑卒中和心肌梗死病例报告的比例分别为60.4%和60.4%。

共有27.1%(2009年为18.6%)的被调查基层医疗卫生机构开展了新发脑卒中病例报告工作,其中乡镇卫生院开展比例为17.4%,社区卫生服务中心的开展比例为36.9%。开展急性心肌梗死病例报告的基层医疗机构占23.8%(2009年为13.0%),其中乡镇卫生院开展比例为15.1%,社区卫生服务中心的开展比例为32.5%。

(六) 慢性病干预与管理能力

1. 主要慢性病及其危险因素干预

2011年,各级疾控中心开展或参与了慢性病高危人群个体化干预的比例为28.1%,较2009年有所上升(13.7%),分别为高血压64.1%、糖尿病62.8%、恶性肿瘤21.4%、脑卒中15.1%、冠心病14.3%和慢性呼吸系统疾病8.7%,较2009年均有提高(2009年分别为36.1%、32.2%、16.1%、10.9%、11.0%、6.5%)。

2011年全国分别有35.2%、24.7%、20.7%、16.2%的疾控中心开展了烟草使用、膳食、身体活动、酒精使用的相关干预项目或工作,较2009年开展这四项干预工作的比例明显升高(烟草使用18.4%、膳食15.4%、身体活动12.2%、酒精使用9.3%)。2011年全国分别有20.2%、33.4%、31.8%、16.2%的疾控中心开展了超重肥胖、高血压、高血糖、血脂异常相关的干预项目或工作,较2009年开展这四项干预工作的比例明显升高(2009年分别是11.5%、19.9%、17.2%与9.9%)。

2. 慢性病患者及高危人群早发现

2011年,94.1%的基层医疗卫生机构开展了35岁以上居民首诊测血压工作,其中96.5%的社区卫生服务中心和91.7%的乡镇卫生院开展了35岁以上居民首诊测血压工作,均比2009年明显提高(2009年分别是89.1%与43.8%)。

2011年,90.9%的社区卫生服务中心和93.4%的乡镇卫生院开展了65岁以上老年人免费健康体检工作,比2009年(分别是74.8%与45.0%)明显上升。在开展此项工作的基层医疗卫生机构中,各项检查项目开展比例从高到低依次为,血压(99.9%)、体重

(98.8%)、身高(98.7%)、血糖(95.5%)、腰围(93.0%)、心电图检查(80.9%)、血脂(64.9%)、X线检查(36.6%)。

3. 主要慢性病患者和高危人群管理

2011年,96.8%的被调查基层医疗卫生机构开展了高血压患者建档工作,明显高于2009年(62.8%)。44.0%的被调查基层医疗卫生机构开展了血压正常高值者建档工作,明显高于2009年(26.8%)。在被调查基层医疗卫生服务机构中,分别有96.0%和34.3%开展了高血压患者随访管理和血压正常高值者随访管理。经估算,开展高血压患者管理的基层医疗卫生机构所在辖区内,高血压患者的管理率为14.2%,管理人群规范管理率为82.6%,控制率为53.1%(均比2009年调查数据有所提高,2009年三者分别为12.0%、73.8%和48.7%)。

2011年,95.6%的被调查基层医疗卫生机构开展了糖尿病患者建档工作,28.2%的被调查基层医疗卫生机构开展了糖尿病高危人群即空腹血糖受损/糖耐量减低者建档工作,这两项工作的开展比例均较2009年有所提高,2009年分别为61.3%和15.5%。在被调查基层医疗卫生服务机构中,分别有94.7%和23.9%开展了糖尿病患者随访管理与空腹血糖受损/糖耐量减低者随访管理。经估算,开展糖尿病患者管理的基层医疗卫生机构所在辖区内,糖尿病患者管理率为10.1%,管理人群规范管理率为82.5%,控制率为51.7%(2009年,管理率、规范管理率和控制率分别为7.9%、80.1%和50.0%)。

4. 慢性病康复服务能力

2011年,676个被调查基层卫生机构提供脑卒中患者机械康复服务,占22.9%,社区卫生服务中心和乡镇卫生院开展脑卒中患者康复工作的比例分别为38.6%和7.1%。

(七) 慢性病评估能力

2011年全国有30.6%的卫生行政部门或疾控中心对本辖区慢性病应对情况开展定期评估,比2009年的比例(13.3%)明显增高,省级的比例为37.5%,比2009年(40.6%)略有下降,但高于地市级(29.8%)与县(区)级(30.6%),地市级与县(区)级开展定期评估的比例比2009年(19.7%和12.2%)明显增加。

2011年全国各级疾控中心参与本辖区基层医疗卫生机构考核或评估的比例为71.1%,明显高于2009年的比例(40.9%),省级、地市级与县(区)级疾控中心参与本辖区基层医疗卫生机构考核或评估的比例分别为71.9%、70.8%和71.2%,均高于2009年各级疾控中心参与的比例(62.5%、45.1%、40.2%)。

(八) 慢性病科研能力

2011年,全国6.7%的疾控中心主持或参与了慢性病领域国内课题,略高于2009年(6.1%)的调查结果。2011年,全国仅有1.1%的疾控中心参与国际科研课题,低于2009年的调查结果(3.8%)。2011年,全国仅有8.3%的疾控中心有工作人员在国内外期刊发表过论文,略低于2009年的比例(9.7%)。2011年,全国仅有27个疾控中心的工作人员

出版过慢性病方面专著,所占比例是0.8%,低于2009年的比例(4.8%)。2011年,全国获科技进步奖的疾控中心有27个,占0.8%。省、地市、县(区)三级机构所占比例依次降低,分别为12.5%、3.8%和0.3%[2009年,省、地市和县(区)级的比例分别为12.5%、5.8%和2.7%]。

(九) 慢性病防控综合能力

本次综合评估是从之前评估的8个模块中选取核心指标,分别是政策能力模块中的3个指标,包括指标1政府慢性病防控专项财政经费配置情况、指标2有以慢性病防控为主题的提案或议案的情况、指标3制定慢性病综合规划(政府或多部门制定)的情况;基础配置能力模块的3个指标,包括指标4专门慢性病防控科所设置情况、指标5专职慢性病防控人员占疾控卫生技术人员比例、指标6基层医疗卫生机构同时配置血糖仪和血压计的情况;教育培训和指导能力模块的3个指标,包括指标7主办慢性病防控相关培训班情况、指标8县级疾控中心对基层医疗卫生机构开展指导的情况、指标9基层医疗卫生机构举办健康讲座的情况;合作模块的2个指标,包括指标10疾控中心与媒体合作的情况、指标11开展多部门合作的情况;早期发现与监测模块3个指标,包括指标12开展全人群死因监测的情况、指标13开展危险因素监测的情况、指标14基层医疗卫生机构开展35岁以上首诊测血压的情况;干预与管理能力模块4个指标,指标15开展全民健康生活方式行动的情况、指标16基层医疗卫生机构高血压患者血压控制情况、指标17基层医疗卫生机构糖尿病患者血糖控制情况、指标18基层医疗卫生机构同时开展高血压和糖尿病患者双向转诊的情况;评估能力模块1个指标,指标19疾控中心参与基层医疗卫生机构考核或评估的情况;科研能力模块1个指标,指标20疾控中心慢性病防控人员人均发表论文的情况。共20个核心指标建立慢性病防控能力综合评估指标体系,每个指标赋值5分,共100分。根据各省(自治区、直辖市)和新疆生产建设兵团各指标完成情况,对各省(自治区、直辖市)新疆生产建设兵团慢性病防控综合能力进行评分并排序

四、主要发现

1. 2011年,全国慢性病防控政策能力已较2009年调查时有所提高,但仍然比较薄弱,各级各地政府对慢性病防控工作的重视程度有待提高,各地慢性病防控工作仍缺乏有力的政策保障。

2. 2011年,地市和县(区)级设置专门慢性病防控科所的比例较2009年均有一定幅度的提高。全国慢性病防控人员共9315人,较2009年和2008年分别增加1052人和1832人,占疾控中心总在岗人数的比例(4.6%)也呈上升趋势(2009年4.2%、2008年4.0%);2011年慢性病防控队伍素质进一步提高,本科以上学历的慢性病防控工作人员占43.7%(2009年和2008年分别为38.2%、34.7%)。2011年,全国配置慢性病防控工作经费的疾控中心比例为57.3%,比2009年的比例(40.2%)有所提高;不同级别和地区疾控中心经费配备数额相差悬殊;慢性病防控工作经费占疾控中心业务经费比例为4.4%,较

2009年(2.7%)有所增长。2011年,在被调查基层医疗卫生服务机构中,乡镇卫生院配备各类慢性病防控相关设备的比例与2009年相比,已有大幅度增加,但除X线机外,仍低于社区卫生服务中心的各项设备配备比例。

3. 2011年全国各级疾控中心举办过慢性病相关培训的比例为67.2%,比2009年上升了23.7个百分点。2011年全国各级疾控中心派人员参加慢性病防控相关培训的比例为78.5%,比2009年上升了24.7个百分点。2011年各级疾控中心对各项技能培训的需求均较高,应根据各级疾控中心具体需求情况开展有针对性的培训才能达到事半功倍的效果。乡镇卫生院开展慢性病防控相关各项活动的比例均低于社区卫生服务中心,乡镇卫生院知识普及的能力低于社区卫生服务中心。

4. 2011年各级疾控中心与其他部门在慢性病防控方面的合作程度比2009年有所提高,但比例仍不高,特别是县(区)级疾控中心与其他机构开展合作的比例较低。2011年,在慢性病防控工作中,主要合作机构仍然是媒体和二级及以上医院,合作比例明显高于其他机构。2011年各级疾控中心与各类慢性病防控机构的合作比例均呈现省、地市、县(区)和东、中、西部下降趋势,与2009年的趋势一致。

5. 各类慢性病相关监测的开展比例整体偏低,特别是基层机构的监测水平亟待提高。在开展的各类慢性病相关监测中,地方代表性较好,其中覆盖所有县(区)/街道和乡镇的比例均在50%以上,能更好地反映被监测地区的实际情况。2011年,在开展的各类慢性病相关监测中,编写年报仍然是信息发布及利用的主要形式。

6. 2011年,各级疾控中心开展主要慢性病及其危险因素干预工作的比例较2009年有所提高,但整体水平仍然较低。35岁以上居民首诊测血压制度和为65岁以上老年人免费健康体检制度在基层医疗卫生机构中已初步建立,乡镇卫生院早期发现的能力与2009年相比有大幅度提高。基层医疗卫生机构承担高血压、糖尿病患者管理工作的比例较2009年有较大幅度的提高,辖区管理率虽有提高,但相对庞大的患者人群仍显不足,规范化管理过程和管理效果仍需提高。高危人群管理工作较2009年有一定程度改善,但仍处于较低水平。

7. 2011年,地市和县(区)级疾控中心或卫生行政部门对本辖区慢性病应对情况的评估能力较2009年有所加强。各级疾控中心参与本辖区基层医疗卫生机构考核评估的比例较高,超过了70%,较2009年的比例明显提高,省、地市、县(区)各级均有不同程度的提高。

8. 省级疾控中心相对具有较强的慢性病科研能力,明显高于地市和县(区)级疾控中心;东部地区疾控中心的科研能力高于中、西部地区。但从全国总体水平来看,全国疾控中心慢性病防控方面的科研能力仍然较为薄弱。

五、政策建议

1. 加强政策倡导，均衡区域发展。
2. 稳步提升慢性病防控基础配置。
3. 发挥省级技术培训和指导能力优势，提高基层慢性病防治的工作能力。
4. 加强多部门的合作，提高慢性病防控决策参与能力。
5. 抓好慢性病防控基础性工作，确保工作质量。
6. 提高各级疾控中心对慢性病应对情况的评估能力，积极开展科学合作。

Abstract

1. Objectives

1.1 Systematically assessing the status quo of the capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases (NCDs) in China in 2011 and restricts and needs in construction of national capacity for the prevention and control of NCDs.

1.2 Knowing about the change of country's capacity for NCDs' prevention and control compared with the findings of 2009.

1.3 Comprehensively assessing the capacity for the prevention and control of NCDs in every province.

1.4 Providing baseline data to carry out national basic public health service projects and basis for strengthening the capacity construction of the prevention and control of NCDs; moreover, laying down relevant policies on prevention and control of NCDs in China.

2. Content and methods

This survey was conducted from August 2012 through March 2013 over the Centers for Disease Control and Prevention (CDCs) at the provincial, municipal and county/district levels across 31 provinces/autonomous regions/municipalities directly under the central government and Xinjiang Production and Construction Corps and 3000 primary health care units (PHCUs) by using the online survey system on national capacity for the prevention and control of NCDs developed by Chinese Center for Disease Prevention and Control. The contents of the survey include the capacity of the prevention and control of NCDs refers to policy in each administrative area, basic deployment, educational training and direction, cooperation and participation, surveillance capacity, intervention and management capacity, assessment capacity and scientific research capacity, and so on. Each-level CDCs were responsible for online filing of survey forms within their respective jurisdiction, and the county-level CDCs were also responsible for carrying out a survey on PHCUs within their jurisdiction and the online filing of survey forms.

3. Main Results

This survey involved 3340 CDCs (including 32 ones at the provincial level, 347 ones at the municipal level and 2961 ones at the county/district level) and 3000 PHCUs (1500 community health centers and 1500 town public health centers). At the end of the online survey, 32 provincial

CDCs, 346 municipal CDCs, 2937 county/district CDCs and 2955 PHCUs filed in the questionnaire in total. The response rates were respectively 100%, 99.7%, 99.2% and 98.5%. The overall response rate in this survey was 99.3%, higher than 2009 (97.2%). The main results of the survey are as follows.

3.1 Capacity on policies for the prevention and control of NCDs

This capacity can reflect on each administrative level of governments or health administrations' awareness of and support for the work of prevention and control of NCDs, including the capacity for making, executing, assessing and adjusting policies, etc. Considering the availability and actual meaning of data, this report only analyzes and evaluates the capacity for policy making and laying down policies on the prevention and control of NCDs at each locality and level.

3.1.1 Capacity for policy making

Capacity for policy making means the capability of transforming social issues into policies. This survey mainly involves the following three aspects: support by financial funds, leadership and participation by governments and policy advocacy. In 2011, 84.4% of the provincial financial funds in China allocated special funds for NCDs prevention and control, which at the municipal and county/district levels were 28.0% and 21.5%. The rate was 34.1% in the eastern region, higher than 19.0% in the middle region and 17.1% in the western region.

The proportion of participation in the prevention and control of NCDs by government leaders of the provincial, municipal and county levels were 46.9%, 40.8% and 36.1%, respectively.

In 2011, at the people's congress conferences or political consultative conferences ("Two Sessions") of each level and locality, the rates of proposals or bills with the subject of prevention and control of NCDs decreased level by level: 43.8% at the provincial level, followed by 17.9% at the municipal level and 5.9% at the county/district level. On average, the number of proposals or bills at Two Sessions at the provincial level was 10, 2.2 at the municipal level and 2.4 at the county/district level.

3.1.2 Capacity for laying down policies

The capacity for laying down policies was mainly measured by the status quo on a certain local government or health administration laying down and enacting current plan on the prevention and control of NCDs. In 2011, 7 provinces/municipalities directly under the central government/autonomous regions, 38 cities at the municipal level and 432 counties/districts enacted relevant plans on the prevention and control of NCDs, accounting for 21.9%, 11.0% and 14.7%, respectively. 26 provinces (81.3%), 106 cities at the municipal level (30.6%) and 753 counties/districts (25.6%) have had in place current plans (for implementation) on the prevention and control of NCDs.

3.2 Capacity for basic deployment of the prevention and control of NCDs

Mainly including the deployment of department, personnel, funds, equipment, and so on.

3.2.1 Deployment of departments

Up to 2011, all China provincial CDCs have established departments responsible for the prevention and control of NCDs. The rates of deployment of such departments at the municipal and county/district levels were 93.4% and 89.2% (the rates were respectively 90.5% and 79.3% in 2009). In terms of regional distribution, such rates were 95.5%, 94.8% and 81.7% in the eastern, middle and western regions.

The proportion of the departments which particularly responsible for the prevention and control of NCDs established in the provincial CDCs in China was 78.1%. The proportion apparently declined at the municipal and county/district levels, which were separately 36.4% and 14.8%, however, higher than that in 2009 (27.2% and 7.1%).

3.2.2 Deployment of human resources

In 2011, the personnel in service engaged in the prevention and control of NCDs at CDCs at and below the provincial level in China was totally 9315, which saw an increase compared to 8263 in 2009 and 7483 in 2008. The average numbers of deployed personnel at three levels were respectively 10.8, 4.1 and 2.8. To be specific, in comparison to 2009, there was a descent at the provincial level, an increase at the municipal level and no fluctuation at the county/district level (respectively 11.8, 3.9 and 2.8 in 2009). In 2011, the number of full-time personnel for the prevention and control of NCDs at and below the provincial level of CDCs was totally 6370, among whom 310910 and 4150 employees work at the provincial, municipal and county/district levels. Full-time personnel accounted for 68.4% in all employees working for the cause of preventing and controlling NCDs and 3.2% of total workers at CDCs, which both faced an increase compared with those of 2008 (4796, 2.6%) and 2009 (3656, 1.9%). In the 2955 responded PHCUs, technical personnel in service was 39.8 on average and such numbers for community health centers and town public health centers were respectively 49.4 and 30.3.

According to the survey, the average age of personnel in service at each-level CDCs was 38.4. There are no remarkable differences among the provincial, municipal and county/district levels, 38.1, 40.0 and 38.1, respectively. Nationwide, the group of 35~44 accounted for the highest proportion, 35.1%. The average work seniority of the personnel in service at NCD posts of each-level CDCs was 4.7 years, personnel working at the provincial level featured the longest work seniority on average: 7.4 years, while those at the municipal and county/district levels worked for a less longer time period: 5.8 and 4.4 years, respectively.

The team of NCD personnel in China featured a high academic level and professional quali-