

中国慢性病预防控制能力

.....调查报告2009.....

主 编 梁晓峰 施小明



人民卫生出版社

中国慢性病预防控制能力 调查报告 2009

主编 梁晓峰 施小明

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

中国慢性病预防控制能力调查报告. 2009/梁晓峰,施小明
主编. —北京:人民卫生出版社,2013

ISBN 978-7-117-17177-9

I. ①中… II. ①梁…②施… III. ①慢性病-防治-调查
报告-中国-2009 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 080589 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数 据库服务, 医学教育资 源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

中国慢性病预防控制能力调查报告 2009

主 编: 梁晓峰 施小明

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京中新伟业印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 7

字 数: 170 千字

版 次: 2013 年 7 月第 1 版 2013 年 7 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-17177-9/R·17178

定 价: 17.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

编委会名单

主 编 梁晓峰 施小明

副主编 翟 屹 司 向

编 者 (按姓氏拼音排序)

龚巍巍 浙江省疾病预防控制中心

李 刚 北京市疾病预防控制中心

李 园 中国疾病预防控制中心

梁 靖 中国疾病预防控制中心

梁晓峰 中国疾病预防控制中心

毛德强 重庆市疾病预防控制中心

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

尹香君 中国疾病预防控制中心

慢性非传染性疾病预防控制中心

翟 屹 中国疾病预防控制中心

张 娟 中国疾病预防控制中心

张 颖 天津市疾病预防控制中心

赵艳芳 中国疾病预防控制中心

慢性非传染性疾病预防控制中心

前言

慢性病已经成为我国居民死亡的主要原因,如何采取有效的应对措施,控制慢性病上升的趋势,是我国政府、卫生行政部门乃至全社会需要面对的重大挑战。慢性病预防控制能力是指有效、高效、可持续地履行慢性病预防控制领域中适当任务的能力,能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于2009年组织对全国疾控系统2008年慢性病预防控制能力进行了调查,并编撰了《2008年全国疾控系统慢性病预防控制能力调查报告》,该报告引起了政府、卫生部门和相关科研机构的较大关注,为各级政府和卫生行政部门制定慢性病预防控制政策提供了参考依据。

2010年,中国疾病预防控制中心在总结前期工作的基础上,开展了慢性病防控能力评估专题研究,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,组织完成了第二次慢性病防控能力调查,这次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,调查反映的是全国2009年的情况。故将本次调查称为2009年全国慢性病预防控制能力调查。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数据。

本报告包括三章,并附有附录。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、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2008年调查结果和相关文献,阐述主要发现并提出政策建议。附录部分对本报告中涉及的术语进行了解释,并通过表格的形式对各省各级疾病预防控制机构慢性病预防控制机构、人员和经费配置情况及被调查基层医疗卫生机构开展高血压和糖尿病患者管理、35岁以上居民测血压和65岁以上居民免费体检工作的情况进行了展示,便于各省之间的比较。

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、疾病预防控制中心以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。

由于编者水平有限,书中难免有不足之处,敬请各位读者不吝赐教。

编者

2013年3月

目录

摘要 // 1

Abstract // 9

第一章 绪论 20

- 一、调查背景 20
- 二、调查目的 22
- 三、调查内容与方法 23
- 四、数据采集方式 25
- 五、质量控制 25
- 六、数据清理与分析方法 26

第二章 分析结果 27

- 一、数据完成情况 27
- 二、慢性病防控政策能力 30
- 三、慢性病防控基础配置能力 32
- 四、慢性病防控教育培训与指导能力 43
- 五、慢性病防控合作与参与能力 54
- 六、慢性病监测能力 57
- 七、慢性病干预与管理能力 64
- 八、慢性病评估能力 72
- 九、慢性病科研能力 73

第三章 主要发现和建议 75

- 一、主要发现 75
- 二、建议 82

附录 // 87

参考文献 // 99

摘要

一、调查目的

评估 2009 年我国慢性病防控相关政策能力、各级疾病预防控制中心和基层医疗卫生机构慢性病防控能力现状,分析能力建设中的制约因素和需求情况,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和制定慢性病防控政策提供依据。

二、内容与方法

采用中国疾病预防控制中心(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 2010 年 8 月至 11 月间,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 1200 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 3352 家疾控中心,包括省级 32 家、地市级 353 家和县(区)级 2967 家,及 1200 家基层医疗卫生机构(包括 600 家社区卫生服务中心和 600 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、2880 家县(区)级疾控中心和 1157 家基层医疗卫生机构填写了调查问卷,应答率分别为 100%、98.0%、97.1%和 96.4%。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,本报告仅涵盖针对各地、各级慢性病防控的政策认定能力和

政策制定能力。

1. 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。2009年,全国75.0%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19.7%和11.3%。各地政府财政配置慢性病防控专项经费的比例,东部地区(23.2%)高于中部(8.3%)和西部地区(8.3%)。

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53.1%、29.8%和20.8%。东、中、西部地区政府领导参与慢性病防控相关活动的比例分别为30.4%、23.4%和14.6%。

2009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提案或议案的比例按省(46.9%)、地市(14.7%)、县(区)(3.7%)和东部(8.6%)、中部(5.8%)、西部(2.3%)地区呈依次递减趋势。其中省级两会慢性病防控相关提案或议案平均3.5个,地市级平均2.5个,县(区)级平均1.6个。

2. 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了现行慢性病防控相关规划的情况为衡量。2009年,全国仅有8个省(市、区)、18个地市和81个县(区)颁布了慢性病防控综合规划,1个省、8个地市和19个县(区)颁布了慢性病防控专病规划,1个地市和11个县(区)颁布了针对危险因素控制的规划。

(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 2009年,全国省级疾控中心内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91.0%、90.0%和65.8%。

全国省级疾控中心内设立专门承担慢性病防控工作的部门的比例为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27.2%和7.1%。

2. 人力资源配置 全国省级及以下疾控中心慢性病防控在岗总人数为8263人,较2008年调查时(7483人)有所增长。省级慢性病防控科所平均在岗人数11.8人,地市级3.9人,县(区)级2.8人,各级较2008年在岗人数(分别为9.5人、3.5人和2.2人)均有所提高。2009年,全国省级及以下疾控中心慢性病防控专职在岗人员总数为3656人,省、地市、县(区)三级分别为294人、669人和2693人。省、地市、县(区)三级慢性病防控专职在岗人员平均数量分别为9.5人、3.2人和2.4人。全国慢性病防控在岗人员数占疾控中心总在岗人员数的4.2%,专职在岗人员数占疾控中心总在岗人员数的1.9%。在应答的1146家基层医疗机构中,共有卫生技术在岗人员43 055人,其中社区卫生服务中心平均为49.2人、乡镇卫生院平均为25.4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38.8岁,省级、地市级和县(区)级差别不大,分别为38.3岁、40.5岁和38.5岁。全国范围内,35~44岁组人员所占比例最高,为34.7%。各级疾控中心慢性病防控在岗人员的平均工作年限为4.8年,其中省级人员平均工作年限最长,为7.3年,地市级和县(区)级分别为5.5年和4.5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 38.2%。省、地市、县(区)三级呈现逐级下降趋势,分别为 83.9%、59.2%和 31.7%。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 91.7%,其中预防医学或公共卫生、临床医学为主要专业,分别占 41.3%和 33%。省级疾控中心中预防医学或公共卫生专业背景人员比例最大,为 67.4%,地市和县(区)级这一比例有所下降,分别为 50.8%和 38.0%。全国疾控中心慢性病防控在岗人员中具有初级职称的人员比例最高为 40.9%,中级、副高级和正高级的比例依次降低分别为 37.9%、9.0%和 2.2%。从地区分布来看,东部地区拥有高级职称的人员比例高于中、西部地区。县(区)级慢性病防控人员中以具有初级职称的人员的比例最高为 43.5%,省级以具有高级职称的人员的比例最高为 36.3%。

3. 经费配置能力 主要指被调查疾控中心 2009 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 2009 年到账的基本公共卫生服务经费情况。2009 年,全国 40.2%的疾控中心配置了慢性病防控工作经费,其中省级比例最高为 100%,地市级为 55.7%,县(区)级仅有 37.4%。省级疾控中心慢性病防控工作经费平均为 147.7 万元,地市级和县(区)级分别为 14.2 万元和 9.1 万元;与 2008 年的各级经费配置额度(省级、地市级和县(区)级慢性病防控经费平均额度为 86.6 万元、8.9 万元和 4.5 万元)有较大幅度的提高。全国各级疾控中心的慢性病防控工作经费占疾控业务经费比例均处于较低水平,与 2008 年基本一致,全国平均为 2.7%,省、地市、县(区)分别为 2.8%、2.2%和 2.9%。

在应答的 1157 家基层医疗卫生机构中,有 860 家在 2009 年获得了国家基本公共卫生服务项目经费,比例为 74.3%。获得此项经费的平均数额为 55.3 万元,其中乡镇卫生院平均为 17.0 万元,社区卫生服务中心平均为 80.1 万元。2009 年,全国基层医疗卫生机构的财政拨款中 37.6%来源于国家基本公共卫生服务项目经费,其中乡镇卫生院为 33.4%,社区卫生服务中心为 38.2%。

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,发现城市地区的配备情况要好于农村。社区卫生服务中心配备有体重秤、身高计、腰围尺、血压计、血糖仪、心电图的比例均在 90%以上,配备有 B 超、生化仪和健教设备的比例分别为 87.6%、81.5%和 79.6%,配备有肺功能仪的比例最低,仅为 15.5%。乡镇卫生院配备有血压计的占 84.2%,健教设备为 29%,肺功能仪仅为 9.3%,其他设备的配备比例都在 50%~80%。B 超和肺功能仪的配备比例以中部最高,其他设备配备比例均为东部最高。

(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 2009 年,有 1417 家疾控中心举办过慢性病防控相关培训班,占 43.5%。其中省级、地市级、县(区)级疾控中心举办各级培训的比例分别为 96.9%、50.3%、42.1%。同一地区不同级别的疾控中心举办培训班的比例以省级最高,地市级次之,县(区)级最低。其中东部和中部省级疾控中心举办培训班的比例均为 100%,西部为 92.3%。

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%、44.8%、40.0%。全国各级慢性病防控相关培训班共培训163 972人次。全国各级慢性病防控培训中,以县(区)级培训人次最多,占总培训人次数的76.4%。

各级疾控中心均以举办本级继续教育培训为主,其中25个省级疾控中心(占省级的78.1%)、55个地市级疾控中心(占地市级的15.9%)举办了本级继续教育培训。全国各类慢性病防控相关继续教育培训班共培训18 275人次,其中由地市级疾控中心举办的培训班培训人次最多,占总培训人次数的43.7%。

本次调查共有680个基层医疗卫生机构应答举办过慢性病防控相关培训班,占被调查基层医疗卫生机构的58.8%,其中乡镇卫生院44.6%,社区卫生服务中心72.5%。

2. 技术指导能力 2009年,全国所有省级疾控中心均开展过对县(区)级疾控中心的现场指导工作,64.7%的地市级疾控中心指导过县(区)级疾控中心,48.3%的县(区)级疾控中心开展过对基层医疗卫生机构的指导。

被调查基层医疗卫生机构中共有567家开展过对社区卫生服务站或村卫生室的慢性病防控相关指导工作,占被调查机构的49.0%。社区卫生服务中心的比例(60.8%)高于乡镇卫生院(36.9%)。

3. 知识普及能力 2009年,被调查基层医疗卫生机构在世界无烟日开展活动的机构比例最高,达66.1%,在世界糖尿病日、世界高血压日、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59.4%、56.3%、43.4%、30.0%和29.0%。

(四) 慢性病防控合作与参与能力

主要反映各级疾控中心、基层医疗卫生机构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,及参与上级机构慢性病防控相关工作的能力。

1. 合作能力 2009年,20.2%的疾控中心与媒体开展过合作,居首位;19.7%的疾控中心与医院有过合作;与专业防办、大学、科研院所、企业、非政府组织(NGO)等其他机构合作的比例均低于5%。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依次降低。

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65.6%、21.1%和14.3%;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46.9%、19.4%和12.4%;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68.8%、14.2%和8.1%。

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13.3%,其中乡镇卫生院为6.3%,社区卫生服务中心为20.1%。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4.5%、3.8%和5.6%。

(五) 慢性病监测能力

1. 死因监测 2009年,全国有66.3%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 100%、77.7%和 64.6%。而省级、地市级、县(区)级开展的死因监测工作中具有当地代表性的比例分别为 87.5%、78.4%和 72.0%。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 84.4%、69.5%和 56.8%。

44.8%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 32.5%,社区卫生服务中心为 56.6%。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 60.1%、38.5%和 31.5%。

2. 慢性病危险因素监测 2009 年,省级疾控中心开展各类慢性病危险因素监测(除血糖和血脂监测外)的机构比例均大于 90%,且均明显高于地市级(18.8%~42.0%)和县(区)级(11.7%~26.3%)疾控中心。各级疾控中心开展的慢性病危险因素监测,有当地代表性的机构比例,在烟草使用、膳食、身体活动、酒精使用、超重和肥胖、血压、血糖和血脂方面,分别为 81.0%、81.6%、82.9%、82.8%、81.6%、77.5%、76.4%和 78.4%。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 87.5%;县(区)级开展心肌梗死报告的比例最低,为 17.4%。东部地区开展情况明显好于中、西部地区,其中东部地区开展恶性肿瘤登记的比例最高,为 50.2%;西部地区开展心肌梗死报告的比例最低,为 9.1%。信息的主要发布形式为编写报告,其中恶性肿瘤病例报告中利用此形式发布数据的比例占 57.7%,脑卒中和心肌梗死病例报告的比例分别为 57.8%和 59.8%。

共有 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 9.5%,社区卫生服务中心的开展比例为 27.4%。开展急性心肌梗死病例报告的基层医疗机构占 13.0%,其中乡镇卫生院开展比例为 7.0%,社区卫生服务中心的开展比例为 18.7%。

(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 13.7%的疾控中心开展或参与了慢性病高危人群的个体化干预。开展或参与 6 种主要慢性病患者个体化干预工作的各级疾控中心机构比例从高到低分别为,高血压 36.1%、糖尿病 32.2%、恶性肿瘤 16.1%、冠心病 11.0%、脑卒中 10.9%和慢性呼吸系统疾病 6.5%。开展高血压、糖尿病、恶性肿瘤患者个体化干预和高危人群干预工作的机构比例呈省、地市、县(区)下降趋势,开展脑卒中和冠心病患者个体化干预工作的机构比例则呈省、地市和县(区)上升趋势。

2009 年全国分别有 18.4%、15.4%、12.2%、9.3%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,开展超重或肥胖、高血压、高血糖、血脂异常相关干预项目或工作的疾控中心比例则分别为 11.5%、19.9%、17.2%和 9.9%。

2. 慢性病患者及高危人群早发现 2009 年,被调查的基层医疗卫生机构中,43.8%的乡镇卫生院和 89.1%的社区卫生服务中心开展了 35 岁以上居民首诊测血压工作。

45.0%的乡镇卫生院和 74.8%的社区卫生服务中心开展了 65 岁以上老年人免费健康体检工作。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(97.0%)、身高(96.0%)、血糖(83.6%)、腰围(80.0%)、心电图检查(74.9%)、血脂(49.4%)、X线检查(45.0%)。

3. 主要慢性病患者和高危人群管理 2009年,62.8%的被调查基层医疗卫生机构开展了高血压患者建档工作,其中有88.3%的机构开展了高血压患者随访管理工作。26.8%的被调查基层医疗卫生机构开展了血压正常高值患者建档工作。其中80.3%的机构开展了血压正常高值患者随访管理工作。经估算,开展了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12%,规范管理率为73.8%,控制率为48.7%。

61.3%的被调查基层医疗卫生机构开展了糖尿病患者建档工作,15.5%的被调查基层医疗卫生机构开展了空腹血糖受损/糖耐量减低者建档工作。这些机构中,分别有88.6%和87.7%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,开展了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7.9%,规范管理率为80.1%,控制率为50.0%。

4. 慢性病康复服务能力 被调查的基层医疗卫生机构中有275个开展脑卒中患者康复工作,占23.8%,乡镇卫生院和社区卫生服务中心开展脑卒中患者康复工作的比例分别为3.9%和43.0%。

(七) 慢性病评估能力

2009年,全国有13.3%的疾控中心或卫生行政部门对本辖区慢性病应对情况开展定期评估,其中省级占40.6%,高于地市级19.7%和县(区)级12.2%。全国有62.5%的省级,45.1%的地市级和40.2%的县(区)级疾控中心参与了本辖区基层医疗卫生机构的考核或评估工作。

(八) 慢性病科研能力

全国6.1%的疾控中心主持或参与过慢性病领域国内课题研究,省级、地市级、县(区)级疾控中心主持或参与慢性病领域国内课题的比例分别为56.3%、15.9%、4.3%。有3.8%的疾控中心参与国际科研课题,省级46.9%,地市级6.4%,县(区)级3.0%。9.7%的疾控中心在国内外期刊发表过论文,省级78.1%,地市级25.1%,县(区)级7.1%。全国有157个疾控中心的工作人员出版过慢性病防控专著,占全国各级疾控中心的4.8%,省级、地市级、县(区)级疾控中心出版慢性病防控专著的机构比例分别为21.9%、5.8%、4.5%。全国获科技进步奖的疾控中心有103个,占3.2%。省级、地市级、县(区)级疾控中心所占比例依次降低,分别是12.5%、5.8%、2.7%。

四、主要发现

1. 全国慢性病防控政策能力比较薄弱,各级各地政府对慢性病防控工作的重视程度有待提高。特别是大部分地市级和县(区)级均没有专项慢性病防控经费,各地在开展慢性病防控工作时仍缺乏有力的政策保障。

2. 本次调查发现全国慢性病防控人员数量较2008年有所提高,但基础配置总体情况没有改善。工作经费配置绝对数比2008年有较大幅度的提高,但慢性病防控工作经费占疾控

业务经费比例仍处于较低水平,与2008年基本一致。各级疾控中心特别是中、西部县(区)级疾控中心配置慢性病相关人、财、物的数量不足。基层医疗卫生机构,特别是乡镇卫生院,慢性病防控基本设备配备比例较低。

3. 各级疾控中心在教育培训和技术指导方面的能力还存在较大差异。省级举办培训班和开展指导的比例明显高于地市级和县(区)级,西部县(区)级举办培训班和开展指导的比例均最低。基层医疗卫生机构还没有完全承担起慢性病相关健康教育和宣传的职责,这方面社区卫生服务中心要好于乡镇卫生院。

4. 各级疾控中心与其他机构/部门开展慢性病防控方面合作的程度还不高,特别是县(区)级疾控中心很少与其他机构/部门开展合作。省级疾控中心的慢性病防控参与能力明显高于地市级和县(区)级。基层医疗卫生机构参与各级慢性病防控相关项目或科研工作的比例均较低,都在10%以下。

5. 2009年,全国有66.3%的各级疾控中心所在地区开展了死因监测。各类慢性病危险因素监测和发病/患病报告工作的开展比例均不足30.0%,主要是县(区)级疾控中心开展的比例偏低。基层医疗卫生机构开展死亡及发病/患病报告工作的比例明显不足。

6. 全国部分疾控中心开展了以高血压和糖尿病为主的慢性病干预工作,但开展危险因素干预工作的机构比例较低。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正逐步建立,基层医疗卫生机构开始承担高血压、糖尿病患者管理工作,但管理率偏低,规范化管理过程和管理效果有待提高和评估。高危人群管理工作还处于起步阶段。基层医疗卫生机构开展脑卒中患者康复工作能力较低,乡镇卫生院鲜有开展。

7. 各地各级疾控中心或卫生行政部门开展对本辖区慢性病应对情况的评估尚不足,评估工作还没有作为慢性病防治的常规工作。

8. 全国疾控系统的慢性病防治方面的科研能力较弱,省级疾控中心明显好于地市级和县(区)级疾控中心,东部地区明显好于中、西部地区。

五、政策建议

1. 国家已出台《中国慢性病防治工作规划(2012—2015年)》,下一步应促进各地根据规划,出台本地区慢性病防控相关政策和行动计划,进一步明确政府在慢性病防控中的主导作用,营造健康支持性环境。

2. 为了更好地落实医改任务和国家基本公共卫生服务项目,应加强各级尤其是基层慢性病防控基础配置能力建设,保障各级慢性病防控经费、增加慢性病防控人员和补足基础设备配置,推进各级慢性病防控部门设置。

3. 应加大各级慢性病防控相关培训、指导的力度和范围,特别要重视提高基层慢性病防治的工作能力。

4. 亟待建设多部门参与的慢性病防控工作机制,各级疾控中心应主动向相关部门开展政策倡导,争取合作,特别是要加强和媒体的广泛合作。逐步提升各级疾控中心在慢性病防控方面的参与能力和话语权。

5. 建立健全慢性病综合监测系统,将慢性病监测工作作为各级疾控中心的常规工作,

提高各项监测的地方代表性,夯实我国慢性病防控工作的基础。

6. 积极开展慢性病及危险因素干预的适宜技术研究、评估、转化和推广,明确疾控中心和基层医疗卫生机构等在慢性病干预工作中的责任与分工。

7. 各级疾控中心应重视对慢性病应对情况的评估,并逐步提高此方面的能力。

8. 加强对慢性病和危险因素防控方面的科学研究,带动慢性病防控工作的有序开展。

Abstract

1. Objectives

1.1 Assess the capacity in prevention and control of noncommunicable diseases (NCDs) in the public health system including health departments, CDCs and grass-roots health care institutions across the country in 2009.

1.2 Identify constraints and needs in capacity building for the prevention and control of NCD.

1.3 Provide baseline information for implementing the Basic Public Health Services.

1.4 Develop evidences for capacity building and policy making in NCD prevention and control.

2. Contents and methods

An online institution-based report system was developed by the Chinese Center for Disease Control and Prevention, to assess the capacity in NCD prevention and control between August and November 2010. Data was collected from the public health system across the country, including 32 Centers for Disease Control and Prevention (CDCs) at provincial level, 353 CDCs at city level, and 2,967 CDCs at county level, as well as 1,200 randomly selected grass-roots health care institutions. 32 CDCs at provincial level, 346 CDCs at city level, 2,880 CDCs at county level, and 1,157 grass-roots health care institutions with complete data were included for this analysis (response rates were 100%, 98.0%, 97.1%, and 96.4%, respectively).

Questions collected informations on: policy, infrastructure, education, collaboration, surveillance, intervention, evaluation, research etc. The CDCs at all levels are responsible for filling their own questionnaire online, while the CDCs at county level are also responsible for investigating grass-roots health care institutions in their jurisdictions and filling in their questionnaires.

3. Major findings

3.1 Capacity of Policy for NCD Prevention and Control

It refers to the capacity of policy making, formulation, implementation, evaluation and

adjustment related NCD prevention and control. Considering the data availability and practical significance, the report only collects information including capacity of policy making and formulation.

3.1.1 Capacity for policy making

It refers to the capacity in developing policies to address emerging social problems. This survey collected information including: financial support, governmental leaders participation and policy advocacy.

In 2009, 75% provincial government provided special fund for NCD prevention and control, whereas 19.7% city government and 11.3% county government did so. The proportion of local governments that allocated special fund for NCD prevention and control was higher in the Eastern China (23.2%) and lower in the Central China (8.3%) and the Western China (8.3%).

The proportion of provincial, city, county level government whose leaders participated in key events related to NCD prevention and control was 53.1%, 29.8% and 20.8% respectively. And the proportion of government leaders in the Eastern China, the Central China and the Western China whose leaders participated in key events related to NCD prevention and control was 30.4%, 23.4% and 14.6% respectively.

A decreasing trends was observed in the National People's Congresses and the Chinese People's Political Consultative Conference at different levels, to submit proposals or bills on NCD prevention and control: provincial government (46.9%), city government (14.7%), and county government (3.7%). A decreasing trend also was observed among the different regions: the Eastern China (8.6%), the Central China (5.8%) and the Western China (2.3%). The average number of relevant proposals and bills from provincial level were 3.5, from city level were 2.5 and from county level were 1.6.

3.1.2 Capacity for policy formulation

It refers to the number of local government or local health departments develop and release NCD plans. In 2009, only 8 provinces, 18 cities and 81 counties developed comprehensive planning for NCD prevention and control; 1 province, 8 cities and 19 counties developed special plan on NCD prevention and control; and 1 city and 11 counties developed plan on behavioral risk factors of NCD.

3.2 Availability of Infrastructure for NCD prevention and control

Infrastructure refers to unit responsible for NCD prevention and control, availability of human resources, financial resources and equipment for NCD prevention and control, etc.

3.2.1 Unit/department for NCD prevention and control

In 2009, all the provincial CDCs reported having a department including but not limit to NCD prevention and control, while 90.5% of CDCs at city level and 79.3% of CDCs at county level reported so. The percentage of CDCs which reported having this department was 91.0%, 90.0% and 65.8%, respectively, in the Eastern China, Central China, and Western China.

78.1% provincial CDCs reported having a department specialized in NCD prevention and control, while 27.2% of CDCs at city level and 7.1% of CDCs at county level reported so.

3.2.2 Human resources for NCD prevention and control

The amount of health professionals who were responsible for NCD prevention and control increased from 7,483 in 2008 to 8,263 in 2009. On average, between 2008 and 2009, the amount of health professionals who were responsible for NCD prevention and control, increased from 9.5 to 11.8 at provincial level; from 3.5 to 3.9 at city level; from 2.2 to 2.8 at county level.

The percentage of health professionals at CDC who were responsible for NCD prevention and control in 2009 was 4.2%, whereas the percent of those who were full-time staffs for NCD prevention and control was 1.9%. It was reported that there were 43,055 health professionals working in the 1,146 grass-roots health care institutions which participated in the survey.

The results show that the average age of health professionals for NCD prevention and control in CDCs nationwide was 38.8 years old, and was 38.3, 40.5 and 38.5 years old respectively at provincial level, city level and county level. Nationwide, as high as 34.7% of health professionals aged 35-44. Nationwide, health professionals for NCD prevention and control had working experience in NCD prevention and control for about 4.8 years. The duration of working experience in NCD prevention and control was highest in CDCs at provincial level, up to 7.3 years, seconded by 5.5 years at city level, and 4.5 at county level.

Nationwide, health professionals for NCD prevention and control usually have higher education background and professional qualifications. On average, 38.2% of the health professionals were with bachelor's degree or above, whereas the percent varied from 83.9% at provincial level, 59.2% at city level, to 31.7% at county level. Nationwide, 91.7% of health professionals for NCD prevention and control were with medical background, and among them, 41.3% were trained in preventive medicine or public health, and 33% were trained in clinical medicine. The percentage of health professionals for NCD prevention and control who were trained in preventive medicine or public health was highest at provincial level, 67.4%, seconded by 50.8% at city level and 38.0% at county level. Among the health professionals for NCD prevention and control, 40.9% were with junior professional titles, 37.9%, 9% and 2.2% were with medium, sub-senior and senior professional titles.

3.2.3 Financial resources for NCD prevention and control

It refers to the fund received by the CDCs for NCD control and prevention, and by the grass-roots health care institution for basic public health service in 2009. Nationwide, 40.2% of CDCs reported having specific allocated resources or a dedicated budget for NCD prevention and control, while 100% of CDCs at provincial level, 55.7% of CDCs at city level, and 37.4% of CDCs at county level reported so. The average amount of specific allocated resources or dedicated budget for NCD prevention and control at provincial level was 1.477 million yuan(RMB), while it was 142,000 yuan(RMB) at city level and 91,000 yuan(RMB)