附件2

新指标统计口径与指标要求一览表

| 新指标 | 统计口径 | 指标要求 |
| --- | --- | --- |
| 居民规范化电子健康档案覆盖人数（人） | 是指到统计时间点，历年累计规范化电子健康档案覆盖人数。规范化电子健康档案覆盖人数是指电子健康档案管理系统完成健康档案封面和个人基本信息表，按照《国家基本公共卫生服务规范》规范记录健康体检结果、重点人群健康管理记录，以及其他医疗卫生服务记录等。其中 0-6 岁儿童不需要填写个人基本信息表，其基本信息填写在“新生儿家庭访视记录 表”上。辖区内规范化电子健康档案覆盖人数应减去死亡、 迁出、失访（即不明去向的永久性失访）的健康档案终止人数。注意排除重复建档情况。 |  |
| 居民规范化电子健康档案覆盖率（%） | 居民规范化电子健康档案覆盖人数/辖区内常住居民数×100% | 60% |
| 辖区内接受1次及以上眼保健和视力检查的0—6岁儿童数（人） | 指从年初到统计时间点，辖区内接受1次及以上眼保健和视力检查的0～6岁儿童数，其中0～3岁儿童检查眼部是否有异常，4～6岁儿童检查视力。 |  |
| 0—6岁儿童眼保健和视力检查覆盖率（%） | 辖区内接受1次及以上眼保健和视力检查的0～6岁儿童数/辖区内0～6岁儿童数×100%。 | 90% |
| 65岁及以上老年人城乡社区规范健康管理服务人数（人） | 指从年初到统计时间点，在基层医疗卫生机构接受健康管理的 65 岁及以上常住居民数。接受健康管理是指建立了健康档案、接受了健康体检，健康指导、健康体检表填写完整。 |  |
| 65岁及以上老年人城乡社区规范健康管理服务率（%） | 65 岁及以上老年人城乡社区规范健康管理服务人数/ 辖区内 65 岁及以上常住居民数×100% | 60% |
| 在基层医疗卫生机构按照规范要求提供高血压患者健康管理服务的人数（人） | 指从年初到统计时间点，在基层医疗卫生机构按照规范要求提供高血压患者健康管理服务的人数。规范管理指建档、定期随访管理（每年提供至少4次面对面随访和1次较全面的健康体检）和档案填写规范（信息真实，必填项目完整且无逻辑错误）。半年报需从年初到统计时间点随访2次及以上；年报需从年初到统计时间点完成4次随访和1次健康体检。 |  |
| 高血压患者基层规范管理服务率（%） | 在基层医疗卫生机构按照规范要求提供高血压患者健康管理服务的人数/ 年内辖区内已管理的高血压患者人数×100% | 60% |
| 在基层医疗卫生机构按照规范要求提供2型糖尿病患者健康管理服务的人数（人） | 指从年初到统计时间点，在基层医疗卫生机构按照规范要求提供 2 型糖尿病患者健康管理服务的人数。规范管理指建档、定期随访管理（其中每年提供至少4次面对面随访、4次免费空腹血糖检测和1次较全面的健康体检）和档案填写规范（信息真实，必填项目完整且无逻辑错误）。半年报需从年初到统计时间点随访2次及以上；年报需从年初到统计时间点完成4次随访和1次健康体检。 |  |
| 2型糖尿病患者基层规范管理服务率（%） | 在基层医疗卫生机构按照规范要求提供 2 型糖尿病患者健康管理服务的人数/年内辖区内已管理的 2 型糖尿病患者人数×100% | 60% |
| 社区在册居家严重精神障碍患者健康管理人数（人） | 指从年初到统计时间点，辖区内按照规范要求进行管理的社区在册居家严重精神障碍患者人数。半年报需从年初到统计时间点随访2次及以上；年报需从年初到统计时间点完成4次随访和1次健康体检。相邻两次间隔时间≤3个月。 |  |
| 社区在册居家严重精神障碍患者健康管理率（%） | 社区在册居家严重精神障碍患者健康管理人数（人）/辖区内登记在册的确诊严重精神障碍患者人数（人）×100% | 80% |