

# 舟山市卫生健康委员会办公室文件

舟卫办发〔2019〕37号

## 关于做好 2019 年健康素养促进项目工作的通知

各县（区）卫生健康局，新城、普-朱管委会社会发展局：

为贯彻落实《“健康中国 2030”规划纲要》《健康浙江 2030 行动纲要》《健康舟山 2030 行动纲要》和《浙江省健康促进与教育工作“十三五”规划》等有关要求，按照《财政部 国家卫生健康委关于提前下达 2019 年公共卫生服务（基本公共卫生）补助资金预算的通知》《国家卫生健康委员会关于做好 2019 年健康素养促进项目工作的通知》和《浙江省卫生健康委员会办公室关于做好 2019 年健康素养促进项目工作的通知》，经研究，2019 年我市继续实施健康素养促进项目。现将有关事项通知如下：

### 一、主要目标

大力推进健康促进县（区）建设，建设健康促进学校、健康促进医院、健康单位、健康社区和健康家庭等各类健康细胞，积极开展健康科普，传播健康知识、理念和技能，普及健康生活方式，2019年全市居民健康素养水平较上一年度增长不少于5个百分点。

## **二、重点任务**

**（一）大力推进健康促进县（区）建设。**以政府为主导，实施“将健康融入所有政策”策略，制定促进健康的公共政策，探索公共政策健康影响评价研究，开展多部门健康行动，建设健康环境，营造健康文化，开展机关、企业、学校、医院及家庭等健康促进场所建设，实施多种形式的综合干预活动，提高居民健康水平。在普陀区已经建成国家级健康促进县（区）的基础上，我市将根据当前实际，新增1~2个县（区）开展2019~2020年度健康促进县（区）建设。

**（二）持续推进健康促进场所建设。**根据健康浙江建设和考核要求，严格按照健康促进学校和健康促进医院标准，继续推进健康促进学校和健康促进医院建设，探索在县域医共体中加强健康促进医院建设的工作模式。各地要加大健康家庭建设工作力度，以健康家庭为核心推动健康社区、健康村等健康细胞的建设。各地要根据实际情况开展健康促进机关（事业单位）、健康促进企业等建设工作，营造良好的健康环境氛围。

**（三）开展健康科普活动。**积极创新健康传播工作渠道和形式，围绕《中国公民健康素养——基本知识与技能（2015版）》和卫生健康重点工作，结合当地情况，做好健康中国行主题宣传活动。各县（区）、功能管委会选择至少20%的渔农村文化礼堂开展健康素养进渔农村文化礼堂试点工作，确保全市健康讲座、健康服

务等进文化礼堂活动开展不少于 200 次，受益人数达 5000 人次以上。继续开展健康素养进学校活动，以传染病防治、近视防治、营养教育、生命安全、健康技能普及、青春期健康教育等为重点，采取举办启动仪式、专家进学校宣讲、征文征画、签名倡议、家校互动、发放材料、遴选推广优秀健康教育课程等方式开展活动。市、县级电视台滚动播放省级制作 2 部公益广告片，每月播放不少于 100 次。市和县级至少邀请省级健康教育讲师开展巡讲 1 场 100 人以上的科普讲座。市、县两级健康教育讲师团开展健康巡讲，各级巡讲次数不少于 100 场，覆盖人数不少于 5000 人次，其中流动人口不少于 200 人次。鼓励利用互联网提供健康科普知识精准教育，普及健康生活方式，提高居民自我健康管理能力和健康素养。

**（四）组织重点领域和重点人群健康教育。**针对重点疾病、重点领域和重点人群健康需求，认真做好合理膳食、无烟生活、科学就医、合理用药、心理健康、安全与急救、食品安全等主题健康教育工作，结合实际继续做好高血压、糖尿病等重点慢性病，艾滋病、结核病等重点传染病及地方病健康教育工作。针对妇女、儿童、老年人、残疾人、流动人口等重点人群，开展符合其特点的健康素养促进活动。

**（五）加强健康素养和烟草使用监测。**在兼顾省级监测任务的同时，按照《2019 年浙江省居民健康素养监测方案》和《2019 年舟山市居民健康素养和烟草使用监测方案》要求，全面开展居民健康素养监测。其中定海区和岱山县为省级监测点，普陀区和嵊泗县为市级监测点。各地要按照方案要求组织实施，利用电子化工具 PAD 开展监测工作，保证监测质量，按时报送监测数据，加强数据的分析利用，提高健康教育专业队伍的能力。

### 三、保障措施

**（一）提高认识，强化保障。**各地要充分认识提高居民健康素养对于推进健康中国、健康浙江和健康舟山建设，提高全民健康水平的重要意义，按照项目任务和要求，加强统筹协调和监督管理，精心组织，扎实开展健康素养促进行动工作。按照财政部门有关文件精神，自2017年起健康素养促进项目经费从基本公共卫生服务项目经费列支。各地要贯彻落实中央与地方财政事权和支出责任划分改革精神，主动担当，根据实际工作统筹使用项目经费，切实保障健康素养促进项目经费足额落实，加强监管，提高资金使用效益。

**（二）分级管理，加强指导。**各地要加强项目管理，提高项目执行质量和效率。各县（区）卫生健康局负责健康素养促进项目的组织实施与监督管理。各县（区）疾病预防控制中心或健康教育专业机构负责为当地开展健康素养促进行动提供技术支持，市级负责制定具体的实施方案或技术方案，做好健康促进县（区）建设、健康促进场所建设、健康科普、重点领域和重点人群健康教育、健康素养和烟草使用监测等任务的技术指导，负责全市监测数据的收集、整理和分析，开展技术培训；各县（区）负责承担各项目的具体实施工作。各地要加强健康教育队伍建设，提高人员能力。尤其是要加强基层健康促进与教育服务力量，打造村级健康教育骨干队伍。

**（三）开展督导，强化考评。**健康素养促进项目作为基本公共卫生服务考核的重要内容，各级卫生健康部门要采取自评、督导等方式，将居民健康素养水平指标和公益广告播出频次、健康巡讲覆盖人数以及重点疾病、重点领域、重点人群健康教育活动频次等过

程性工作指标作为考评内容，加强督导检查，强化考核推进。各地要加强总结，提炼典型经验。

#### **四、其他事项**

请各县（区）于2019年6月30日前将年度项目方案报送至市卫生健康委健康处，在11月30日前提交自评报告和信息表。

联系人：舟山市疾控中心 杨梨丽、段蒋文

联系电话：0580-2080926

邮 箱：zjzsjjs@126.com

舟山市卫生健康委 钟艳娜

联系电话：0580-2280055

附件：1. 2019年健康素养促进项目信息表

2. 2019年舟山市居民健康素养监测方案

舟山市卫生健康委员会办公室

2019年6月11日



附件 1:

## 2019 年健康素养促进项目信息表

序号	指标	填报
填报县(区):		
1	2019 年印发的健康教育和健康促进领域政策性文件 (格式: 文件名, 附文号, 未出台则填无)	
2	2019 年健康素养促进项目经费(万元)	
3	2019 年培训乡村健康教育骨干人数(人)	
5	截至 2019 年末, 通过县级技术评估的健康促进场所数 (个)	
5.3	健康社区(个)	
5.4	健康村(个)	
5.5	健康家庭(户)	
6	2019 年制作公益广告情况	
6.1	制作公益广告数量(部)	
6.2	公益广告在电视播放的总时间(小时)	
7	健康素养进学校活动(场次), 其中儿童青少年预防近视活动数量(场次)	
8	县级健康教育讲师团人数	

## 附件 2:

# 2019 年舟山市居民健康素养和烟草使用监测方案

## 一、背景

健康素养是健康素质的重要组成部分,是指个人获取和理解基本健康信息和服务,并运用这些信息和服务做出正确决策,以维护和促进自身健康的能力。世界卫生组织指出,提高公众健康素养是公共卫生领域的当务之急,提升健康素养有助于减少健康不公平,降低社会成本。2008年,国家卫生和计划生育委员会(原卫生部)以公告形式发布了《中国公民健康素养——基本知识与技能(试行)》。同年,由国家卫计委组织、中国健康教育中心提供技术支持,在全国开展了第一次全国居民健康素养调查。调查结果显示,中国居民健康素养水平为 6.48%,浙江省居民健康素养水平为 8.45%。2012年,居民健康素养水平纳入《国家基本公共服务体系建设“十二五”规划》,并作为健康教育专业机构的重要职责,每年开展监测。目前,居民健康素养水平已纳入《健康中国 2030 规划纲要》、《健康浙江 2030 行动纲要》和《健康舟山 2030 行动纲要》以及国家基本公共卫生服务项目和“十三五”期间省、市卫生健康事业发展的指标体系,成为衡量经济社会发展水平的综合评价指标,更是评价卫生健康服务水平和人民群众健康水平的重要指标。2018年,我市居民的健康素养水平为 23.71%,较 2013 年的 8.15%提高了 15.56 个百分点。2018 年我市 15-69 周岁的成人总体吸烟率为 23.32%,较 2016 年的 24.76%下降了 1.44 个百分点。这说明健康教育与健康促进工作取得了阶段性成果。《健康舟山 2030 行动纲要》提出到 2030 年全市居民健康素养水平达到 32%。《中共浙江省委办公厅 浙江省人民政府办公厅关于印发〈健康浙江考核办法(试行)〉的通知》(浙委办发〔2016〕83 号)将以县(区、市)为单位开展有代表性的居民健康素养监测纳入基本指标;自 2017 年起,居民健康素养促进行动纳入国家基本公共卫生服务项目,要求居民

健康素养水平每年提升 2 个百分点,烟草使用每年下降 0.6 个百分点。我市于 2018 年起在全市范围内以县(区)为单位开展居民健康素养和烟草使用监测,2019 年将继续开展此项监测工作。

为规范我市居民健康素养和烟草使用监测技术和流程,加强监测工作的质量控制,进一步掌握我市居民健康素养和烟草使用水平变化趋势,为各级政府和卫生健康行政部门制定健康相关政策提供科学依据,特制定本技术方案。

## **二、目标**

- (一)掌握居民年度健康素养状况和变化趋势;
- (二)了解全市烟草流行现状、变化趋势和影响因素;
- (三)分析居民健康素养影响因素,确定优先工作领域;
- (四)评价卫生健康政策、健康教育、控烟工作效果;
- (五)提升健康教育专业人员能力和水平;
- (六)为政府和卫生健康行政部门进行健康决策提供科学依据。

## **三、监测方法**

### **(一)监测对象**

本次监测的目标人群为舟山市各县(区)非集体居住的 15~69 周岁具有中国国籍的常住人口,不包括集体居住于军事基地、医院、监狱、养老院、宿舍等地点的居民。常住人口是指过去 12 个月内在当地居住时间累计超过 6 个月的居民,不考虑是否具有当地户籍。

### **(二)监测范围**

全市各县(区),其中定海区和岱山县为省级监测点。(见附表 1)

### **(三)抽样原则**

1. 以城乡、经济水平进行分层,考虑可行性及经济有效性,采用分层多阶段、与人口规模成比例的整群抽样方法(PPS 法)、



随机抽样相结合的方法，使样本人群的人口结构、经济状况、与总体人群相符，考虑监测点样本具有全市代表性。

2. 考虑地形地貌和地理分布均衡性。

3. 考虑健康素养水平和健康相关行为在家庭户中的聚集性，1个家庭户只调查1名符合条件的家庭成员。

#### **(四) 抽样方法**

##### **1. 样本量估算**

2019年舟山市健康素养和烟草使用监测样本量计算方法与2018年一致，即每个县（区）至少调查640人。

##### **2. 抽样步骤**

采用分层多阶段随机抽样方法，在每个县（区）采用按规模大小成比例的概率抽样法（即PPS抽样法）抽取4个街道（乡镇），再按PPS抽样法在每个街道（乡镇）抽取2个居委会（村）。如果选定的村或居委会的家庭户数大于750户少于1500户，则将该村或居委会视为最终的第二阶段抽样单位；如果选定的村或居委会的家庭户数为1500以上，则将村或居委会将分为几个片区，每片区大致包含750个家庭户。采用简单随机抽样方法选择其中的一个片区，选定的片区是最终的第二阶段抽样单位。在每个选定的第二阶段抽样单位，调查员进行实地走访列表。在每个居委会（村）采用随机抽样的方法抽取100个家庭户。每户采用KISH表法抽取1名15~69岁常住人口作为调查对象，每个片区内完成80份调查为止。其中省级监测点的第1~3阶段抽样由省级负责，其他监测县（区）的第1~3阶段抽样由市级负责，抽样过程和结果报省级备案。

具体抽样步骤见下表。

表 1 居民健康素养监测抽样步骤

抽样阶段	样本分配	抽样方法	分工
第一阶段	抽取 4 个街道(乡镇)	PPS 法	县级收集街道(乡镇)信息后由上级单位进行抽样
第二阶段	每个街道(乡镇)抽取 2 个居委会(村)	PPS 法	县级收集居委会(村)信息后由上级单位进行抽样
第三阶段	每个居委会(村)抽取 100 个家庭户	简单随机抽样	现场走访列表后由上级单位进行抽样
第四阶段	每个家庭户随机抽取 1 人调查, 每个居委会(村)内完成 80 份调查	KISH 表法	根据 PAD 提供的 KISH 表抽样结果, 或由调查员根据家庭成员信息和 KISH 表代码确定调查对象。

### (五) 监测内容

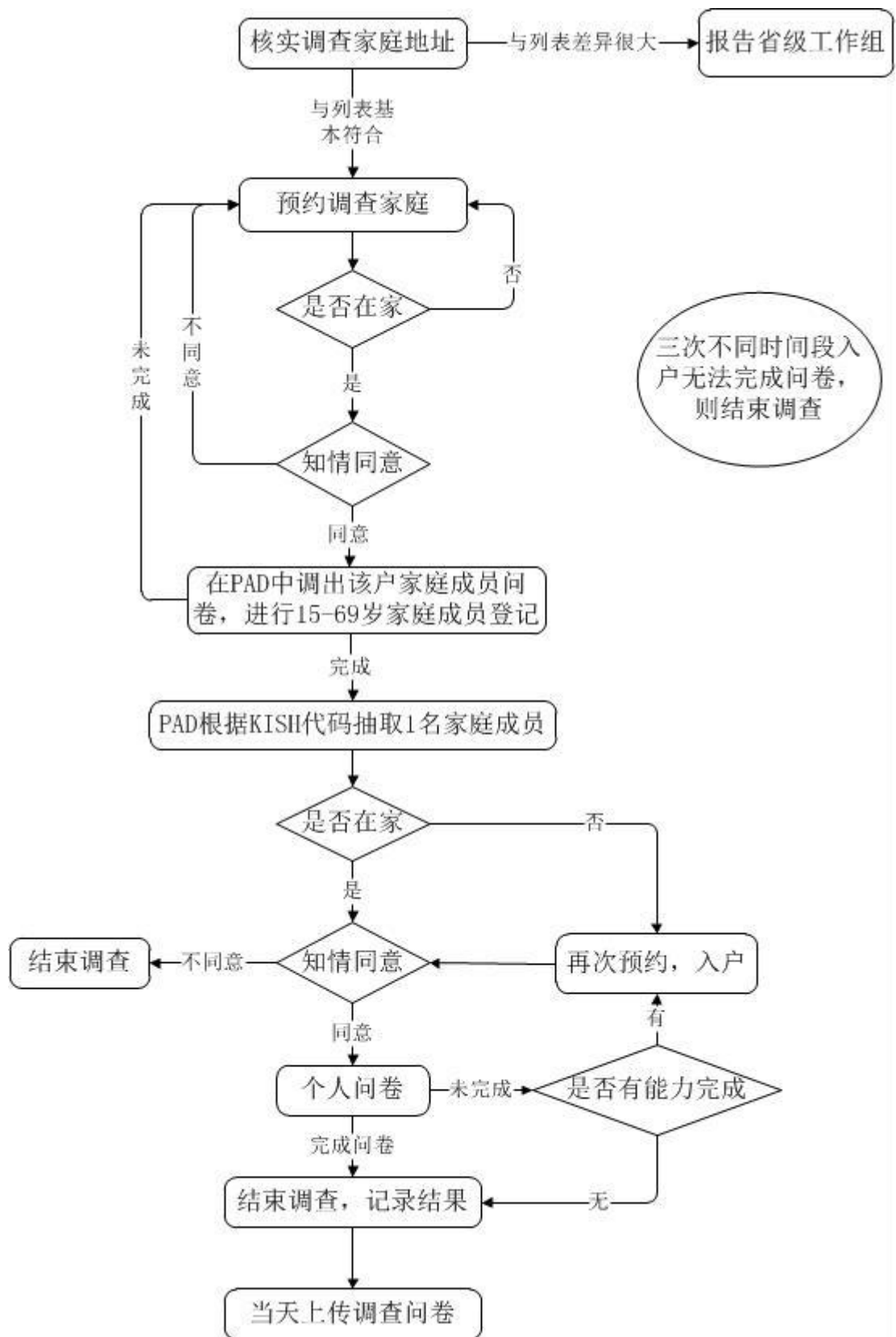
采用问卷调查的方式了解监测对象的健康素养水平和烟草使用行为, 主要包括基本健康知识和理念、健康生活方式与行为、基本技能等内容。监测采用《全国居民健康素养监测调查问卷》。

### (六) 现场调查

采用入户调查形式, 现场调查工作人员着统一的调查服装, 各县(区)的监测点均使用掌上电脑(PAD)进行调查, 由省疾控中心统一负责居民健康素养和烟草使用监测系统的开发与维护。问卷由调查对象自填完成, 如调查对象不能独立完成填写, 则采用面对面询问方式调查。

各地成立现场调查工作组, 确定负责人、协调员、调查员、质控员及数据管理员, 明确工作职责。现场调查工作组通过收集抽样信息的过程与被调查对象建立联系, 取得其同意和配合; 准备调查所需用品, 印刷调查方案, 打印调查对象名单, 携带平板电脑(PAD)。同时, 每个居委会(村)至少有一名工作人员协助开展预约及入户工作。现场调查前, 需在抽中的居委会(村)发布调查信息, 以便取得调查对象的配合。

具体的现场调查流程如下图。



## **(七) 督导**

现场督导作为质量控制的手段之一，对于确保数据质量非常重要。进行现场督导能确保现场工作按照调查方案开展，同时能及时发现和解决现场调查过程中出现的问题。在现场调查过程中，市、县（区）必须对辖区内所有开展调查的点进行督导。督导的方法主要包括：陪访、问卷复核、抽取录音、例会、组建微信群等。其中，陪访主要在调查的头几天，市级、县（区）工作组成员和现场协调人陪同调查员一起入户调查，观察调查员的表现，确认调查员是否正确地进行家庭问卷和个人问卷的调查；问卷复核主要由市级督导员进行现场督导时进行，从已完成调查的家庭中随机抽取 10% 进行复核，以核实调查员是否调查了正确的家庭和个人以及问卷填写真实性；录音主要由市级督导员抽取 5% 现场调查录音仔细听取，核查是否存在虚假调查、问答不科学合理等情况；例会主要由现场协调人每天召集，汇总调查进展、存在问题，反馈质控结果，安排调查进度。

## **(八) 数据管理及传输**

监测点的调查员负责收集并传输数据。每天调查结束，及时通过无线网络上传 PAD 中的问卷数据。

## **四、质量控制**

### **(一) 调查前质量控制**

本次监测采用市级培训的形式对各县（区）辖区内所有参加现场调查的工作人员进行统一培训，培训使用统一监测方案和操作手册，培训师资来自省级技术指导小组成员。

现场调查前，严格遵循指定的抽样方法完成逐级抽样，县（区）级现场复核辖区内的每个监测居委会（村）的家庭户列表，市级对辖区内的每个监测点随机抽取 4 个监测居委会（村）进行现场家庭户列表复核，若遗漏率超过 5%，则需重新现场走访列表。

调查员在开展调查前，必须保证 PAD 的电池电量充足。此外，

需要核对家庭户列表中调查对象的家庭户编号是否与 PAD 中调查对象列表中的编码一致，家庭户列表中调查对象居住地址是否与 PAD 居民信息详情一致，如发现问题立即向协调员报告。如果列表出现遗漏家庭时，应该立即记录并明确标明它们的地址，当得到协调员对遗漏家庭处理的明确指示后，在家庭户列表最后注明新的家庭，记录这些家庭户的编号，并同时导入 PAD 系统。

## **(二) 调查阶段质量控制**

使用统一编制的问卷进行调查。调查员不能使用诱导性或暗示性语言，如遇被调查人文化水平较低或存在语言障碍时，可作适当解释，但解释要忠于原意。调查员每完成一次访问后，需在调查完成情况登记表（附表 2）中做相应的记录。

问卷完成后调查员需当场核对问卷并当天上传 PAD 数据，若调查员发现调查问卷记录填写发生了错误，请及时联系县（区）级协调员，协调员需帮助调查员在后台系统中完成相应的修改。协调员填写调查任务分配表（附表 3）并每周汇总调查员填写的调查完成情况登记表，填写协调员任务管理表（附表 4），汇总后报送至市级，市级汇总后报送至省级。市级工作小组对 10% 的调查对象进行入户或电话复核调查，以核查调查质量，填写复核表；抽取 5% 的现场调查录音，仔细听取录音，核查是否存在诱导回答、虚假填写等问题。若抽取复核的问卷或抽取的录音中，不合格问卷超过 20% 或录音存在问题，则视为该监测点现场调查工作不合格，必须重新进行调查。

为科学规范我市的监测工作，结合我市实际，经研究决定成立市级督导专家组，负责全市居民健康素养与烟草使用监测工作的督导工作。具体名单见附表 5。

## **(三) 数据处理分析阶段质量控制**

市级工作人员对收集的资料进行认真核查，统计分析人员将对数据进行处理分析和比对。此外，由于本次调查使用 PAD 进行调查，

其调查程序软件将提前设置逻辑纠错功能。

## **五、组织实施**

### **(一) 市级**

市疾病预防控制中心负责制定市级技术/工作方案，承担辖区内居民健康素养和烟草使用监测的技术指导和质量控制；负责汇总对辖区内监测点乡镇（街道）、居委会（村）的片区、家庭户汇总，并将抽样结果反馈至监测点；建立健全市级监测网络，负责对辖区内专业人员和调查员进行技术培训；负责管理调配调查装备和 PAD，并分配给辖区内监测点，调查结束后回收 PAD，属于省级的送省里；根据浙江省监测工作综合评价标准（附表 6）对县（区）开展质控评估，并进行排名通报；配合市级卫生行政部门进行督导、问卷复核、数据收集、审核、整理、分析、报送、撰写技术报告等。

### **(二) 县（区）**

县（区）疾病预防控制中心（健康教育专业机构）负责制定县（区）级技术/工作方案，承担辖区内居民健康素养和烟草使用监测质量控制，落实专人负责；根据方案要求负责监测工作的具体实施，收集、整理、报送前期抽样所需的信息材料；对本辖区内的现场调查人员、协调员与质控员进行培训；将调查服装和 PAD（或调查问卷）合理分配给监测街道/乡镇，并在调查结束后收回调查服装和 PAD 并交回市级，若在调查过程中 PAD 出现损毁，由县（区）负责 PAD 的修理或赔偿事项；配合当地卫生行政部门进行督导、问卷复核、数据收集、审核、整理、分析、报送、撰写技术报告等。

## **六、时间进度**

5 月底前：完成街道/乡镇、居委会(村)抽样、现场走访列表以及家庭户抽取。

9 月底前：完成各县(区)的现场监测。各县(区)于 9 月 30 日前将所有现场调查记录上传至服务器，材料报送至市疾控中心健康教育所。

12月底前：各县(区)报送健康素养和烟草使用监测工作总结和技术报告至市疾控中心健康教育所；市疾控中心健康教育所负责全市数据的清理、分析，撰写市级居民健康素养和烟草使用监测工作总结和技术报告。

- 附表：
1. 舟山市各县（区）居民健康素养和烟草使用监测代码
  2. 2019年浙江省居民健康素养监测和烟草使用监测调查完成情况登记表
  3. 现场协调员任务分配表
  4. 现场协调员任务管理表
  5. 舟山市市级督导专家组名单
  6. 浙江省居民健康素养和烟草使用监测工作综合评价标准（2019年版）

附表 1:

## 舟山市各县（区）居民健康素养和烟草使用监测代码

县（市、区）	县（区）代码
定海区*	069
普陀区	070
岱山县*	071
嵊泗县	072

注：\*说明该县（区）为省级监测点。



附表 2:

## 2019 年浙江省居民健康素养监测和烟草使用监测调查完成情况登记表

调查点:

街道(乡镇):

居委会(村):

家庭户代码	家庭户地址或户主姓名	KISH 表代码	家庭户完成情况						调查对象姓名	个人完成情况						最终完成情况代码	问卷编码	联系电话
			第 1 次		第 2 次		第 3 次			第 1 次		第 2 次		第 3 次				
			时间	代码	时间	代码	时间	代码		时间	代码	时间	代码	时间	代码			

数据管理员:            日期:            质控员:            日期:            调查员:            日期:

注: 1. 家庭户地址根据省级健康教育专业机构抽样结果填写。问卷编码根据编码规则由数据管理员填写。

2. 家庭完成情况代码: 11. 完成; 12. 拒绝; 13. 无能力回答; 14. 不在家; 15. 无符合条件调查对象; 16. 无人居住/空房/已无此家庭/不是家庭; 17. 其他。

3. 个人完成情况代码: 21. 完成; 22. 部分完成; 23. 拒绝; 24. 无能力回答; 25. 不在家; 26. 其他。

4. 最终完成情况代码: 以家庭或个人最后一次完成情况代码为最终完成情况代码。

附表 3:

### 现场协调员任务分配表

省:            市:            区/县:

现场协调员:      填写日期: (    年/    月/    日)

调查员编码	调查家庭编 码	调查家庭地址	家庭问卷		个人问卷	
			分配日期	结果代 码	分配日期	结果代码

补充说明:

现场协调员签字

1. 家庭完成情况代码: 11. 完成; 12. 拒绝; 13. 无能力回答; 14. 不在家; 15. 无符合条件调查对象; 16. 无人居住/空房/已无此家庭/不是家庭; 17. 其他。

2. 个人完成情况代码: 21. 完成; 22. 部分完成; 23. 拒绝; 24. 无能力回答; 25. 不在家; 26. 其他。

附表 4:

### 现场协调员任务管理表

协调员编码汇总日期( 年/ 月/ 日)

		工作任务 (份)	已完成 (份)	无法完成(份)
调查员 1:	家庭问卷			
	个人问卷			
调查员 2:	家庭问卷			
	个人问卷			
合计	家庭问卷			
	个人问卷			

调查中出现的问题:

协调员签名

附表 5:

## 舟山市市级督导专家组名单

组长：楼世峰 市卫生健康委副主任

成员：龚岳平 市爱卫办副主任（主持工作）

王建侠 市卫生健康委监督疾控处处长

梅宏舟 市卫生健康委基妇处处长

戎珊珊 市卫生健康委基妇处副处长

朱可虎 市卫生健康委监督疾控处副处长

仝振东 市疾控中心副主任

段蒋文 市疾控中心健教所所长

方跃伟 市疾控中心健教所（主任医师）

杨梨丽 市疾控中心健教所（主管医师）

附表 6:

浙江省居民健康素养监测工作综合评价标准(2019 年版)

序号	指标名称	指标要求	分值	评估方法	评分标准
1	健康素养监测 工作计划或工 作方案或技术 方案	县级撰写一 份工作计划 或工作方案 或技术方案	10 分	市级汇总辖区内县级的工 作计划或工作方案或技术 方案后报送省级, 省级进 行现场指导时也将核对。	县级撰写工作计划或工作 方案或技术方案, 要素齐 全得 10 分。方案要素不全 酌情扣分。
2	健康素养监测 技术培训	县级对抽中 的街道/乡镇 开展技术培 训	10 分	市级汇总辖区内县级培训 过程性资料(照片、课件、 文件等)后报送省级。	县级进行技术培训, 并有 培训过程性资料, 得 10 分。 资料不全酌情扣分。
3	健康素养监测 列表、现场调 查和数据上传	县级列表、现 场调查和数 据上传等按 省级方案时 间进度要求 进行	20 分	县级根据方案内时间安排 进行列表、现场调查并上 传 PAD 调查数据, 市级汇 总辖区内县级工作进度后 向省级报送, 省级监测项 目组进行现场督导。	县级进行现场走访列表(5 分)、现场调查(10 分)、数 据上传(5 分)均按方案要 求时限, 得 20 分。
4	健康素养监测 家庭户补导入 情况	县级在导入 家庭户数量 内完成现场 调查	10 分	县级根据导入系统平台的 家庭户进行现场调查, 省 级进行系统实时核查	县级无家庭户补导入情 况, 得 10 分, 每补导入 20 户扣 1 分, 扣完为止。
5	健康素养监测 问卷质量	调查录音听 取和问卷复 核合格	20 分	省级和市级监测项目组现 场督导复核问卷或电话复 核问卷, 根据复核情况填 写问卷基本情况复核表, 复核一致率低于 80%, 则 县级需重调查; 省级和市 级监测项目组抽取 5%现 场调查录音进行听取, 出 现问题, 则县级需重调查。	根据问卷复核情况进行计 分, 复核一致率高于 80%(10 分), 抽取录音无问 题(10 分)得 20 分。县(市、 区)若有重新调查现象, 则 该项不得分。

6	健康素养监测数据质量	县级数据质量符合要求	20分	省级根据县级上传数据进行质控，重点核查监测点编码、性别、年龄、15~69周岁家庭人口数有无缺失、错填、出现异常值，题目答案有无缺失和逻辑错误。	调查对象全部选择正确(10分)，数据差错率小于5%(10分)，得20分。若发现数据造假，则该项不得分。
7	健康素养监测报告	根据辖区内的监测数据进行分析，撰写技术报告	10分	技术报告要素齐全，及时报送。	要素不全酌情扣分；报送不及时扣5分。
合计	100分				

2019年按上述标准进行监测工作综合评价并排名。

