附件2-1

“十三五”江苏省结核病防治规划终期评估现场调查表

（省级）

填报时间： 年 月 日

填报单位： 省（自治区、直辖市） 地区编码：□□□□□□

| 评估内容 | 指 标 | 调 查 内 容 | | | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 组织领导  政策开发 | 印发“十三五”  结核病防治规划 | 1.是否印发全省的“十三五”结核病防治规划: ①是 ②否 | | | | | | | | | | | | | |
| 2.如“是”，印发部门为：①人民政府 ②多部门联合 ③其他 | | | | | | | | | | | | | |
| 结核病防治工作纳入当地政府目标管理考核 | 1.是否纳入当地政府目标管理考核（2016-2020年）：  （1）2016年①是 ②否 （2）2017年①是 ②否 （3）2018年①是 ②否  （4）2019年①是 ②否 （5）2020年①是 ②否 | | | | | | | | | | | | | |
| 2.提供相关情况的文字说明和文件 | | | | | | | | | | | | | |
| 结核病防治相关政策开发、防治工作亮点和创新点 | 结核病防治相关政策开发、防治工作中的亮点和创新情况（医保、筹资、患者发现与管理等）的文字说明（控制在1000字以内）和文件 | | | | | | | | | | | | | |
| 宣传部门、新闻出版广电部门 | 是否支持配合开展结核病公益宣传: ①是(如”是”,支持次数 次) ②否 | | | | | | | | | | | | | |
| 发展改革部门 | 是否支持开展结核病防治机构基础设施建设: ①是(如”是”,支持经费 万元) ②否 | | | | | | | | | | | | | |
| 教育部门 | 1.召开工作例会: ①是 ②否  2.是否联合下发文件: ①是 ②否  3.是否联合开展督导检查: ①是 ②否 | | | | | | | | | | | | | |
| 科技部门 | 科技项目是否对结核病防治研究工作提供支持: ①是(如”是”,支持的项目数 个) ②否 | | | | | | | | | | | | | |
| 组织领导  政策开发 | 工业和信息化部门 | 是否参与协调抗结核药品供应和降低药品价格相关工作：①是 ②否 | | | | | | | | | | | | | |
| 公安部门、司法部门 | 1.召开工作例会: ①是 ②否  2.是否联合下发文件: ①是 ②否  3.是否联合开展工作: ①是 ②否 | | | | | | | | | | | | | |
| 民政部门 | 是否发文制定针对贫困结核病患者的基本生活补助和医疗救助的政策：①是 ②否 | | | | | | | | | | | | | |
| 财政部门 | 是否根据结核病防治工作需要，安排部署结核病防治专项经费：①是 ②否 | | | | | | | | | | | | | |
| 人力资源社会保障部门 | 是否制定异地就医结算相关政策：①是 ②否 | | | | | | | | | | | | | |
| 质检部门 | 是否建立口岸入境人员结核病监测和管理协调工作机制：①是 ②否 | | | | | | | | | | | | | |
| 食品药品监管部门 | 2016-2020年间是否开展结核病药品抽检和质量监管：①是（如“是”，共开展相关工作 次） ②否 | | | | | | | | | | | | | |
| 中医药部门 | 简要描述中医药技术如何发挥在结核病防治中的作用： | | | | | | | | | | | | | |
| 扶贫部门 | 是否发文制定针对建档立卡贫困户中结核病患者的精准帮扶政策：①是 ②否 | | | | | | | | | | | | | |
| 经费保障  （万元；保留1位小数） | 结核病防治经费投入情况 | 年度 | | | | 省财政专项工作经费 | | | | | | | | | |
| 2016 | | | |  | | | | | | | | | |
| 2017 | | | |  | | | | | | | | | |
| 2018 | | | |  | | | | | | | | | |
| 2019 | | | |  | | | | | | | | | |
| 2020 | | | |  | | | | | | | | | |
| 其中，省财政专项经费中耐药结核病投入情况 | 年度 | | | | 耐药  筛查 | 实验室  能力建设 | | 二线抗结核药品采购 | 耐多药  患者补助 | | 其他 | | 合计 | |
| 2016 | | | |  |  | |  |  | |  | |  | |
| 2017 | | | |  |  | |  |  | |  | |  | |
| 2018 | | | |  |  | |  |  | |  | |  | |
| 2019 | | | |  |  | |  |  | |  | |  | |
| 2020 | | | |  |  | |  |  | |  | |  | |
| 服务体系 | 省级结核病预防控制机构类型 | 1. 疾控中心 ②独立结防所 ③院所合一 ④慢病院 ⑤其他，请说明： | | | | | | | | | | | | | |
| 省级定点医疗机构设置情况 | 是否设置省级结核病定点医疗机构：①是 ②否  如“是”，共有 家定点医疗机构**（逐一填写定点医疗机构相关信息：包括机构设置、岗位人员统计、实验室能力，卫生防疫津贴政策落实自行补齐）**  **省级定点医疗机构1：**  （1）定点医疗机构名称： 该机构在结核病管理信息系统中的名称为： （2）定点医疗机构的类型：①结核病专科医院 ②综合医院 ③传染病医院 ④慢病院⑤疾控中心 ⑥结防所  ⑦其他，请说明：  （3）该机构是否承担地（市）级定点医疗机构诊疗工作职能：①是 ②否  如“是”，承担地（市）名称：  （4）该机构是否承担县（区）级定点医疗机构诊疗工作职能：①是 ②否  如“是”，承担县（区）名称：  （5）是否开通结核病管理信息系统：①是 ②否  如“否”：承担该机构信息录入的单位在结核病管理信息系统中的名称为：  （6）该定点医疗机构能否开展儿童结核病诊断治疗： ①是 ②否  如“否”，是否设立专门的儿童结核病定点医疗机构：   1. （如“是，”定点医疗机构名称为： ） ②否   **省级定点医疗机构2：……** | | | | | | | | | | | | | |
| 省级专科医院设置情况 | 省级是否有未被卫生健康行政部门指定为结核病定点医疗机构的结核病专科医院：①是 ②否  如“是”，该结核病专科医院是否开通了结核病管理信息系统：①是 ②否 | | | | | | | | | | | | | |
| 机构类型 | 岗位人员统计 | | | | | 2016年 | | | 2020年 | | | | | |
| 省级结核病预防控制机构 | 总数 | | | | |  | | |  | | | | | |
| 其中，直接从事结核病实验室的工作人员数（人） | | | | |  | | |  | | | | | |
| 服务体系 | 省级定点医疗机构（1） | 总数 | | | | |  | | |  | | | | | |
| 其中，直接从事结核病诊疗的工作人员数（人） | | | | |  | | |  | | | | | |
| 其中，直接从事结核病影像学检查的工作人员数（人） | | | | |  | | |  | | | | | |
| 其中，直接从事结核病实验室的工作人员数（人） | | | | |  | | |  | | | | | |
| 省级定点医疗机构  (2) | …… | | | | |  | | |  | | | | | |
| 省级结核病预防控制机构实验室能力 | 1.省级结核病预防控制机构是否具备药敏试验能力：①是 ②否  如“是”，该机构是否常规开展药敏试验工作：①是 ②否 | | | | | | | | | | | | | |
| 2.省级结核病预防控制机构是否具备菌种鉴定能力：①是 ②否  如“是”，该机构是否常规开展菌种鉴定工作：①是 ②否 | | | | | | | | | | | | | |
| 3.省级结核病预防控制机构是否具备分子生物学耐药检测能力：①是 ②否  如“是”：  （1）该机构是否常规开展分子生物学耐药检测工作：①是 ②否  （2）如“是”，采用的分子生物学耐药检测技术和方法是： | | | | | | | | | | | | | |
| 省级定点医疗机构实验室能力（1） | 1.省级定点医疗机构是否具备药敏试验能力：①是 ②否（如“否”，是否有其他机构代为承担：①是 ②否）  如“是”，该机构是否常规开展药敏试验工作：①是 ②否 | | | | | | | | | | | | | |
| 2.省级定点医疗机构是否具备菌种鉴定能力：①是 ②否（如“否”，是否有其他机构代为承担：①是 ②否）  如“是”，该机构是否常规开展菌种鉴定工作：①是 ②否 | | | | | | | | | | | | | |
| 3.省级定点医疗机构是否具备分子生物学耐药检测能力：①是 ②否（如“否”，是否有其他机构代为承担：  ①是 ②否）  如“是”：  （1）该机构是否常规开展分子生物学耐药检测工作：①是 ②否  （2）如“是”，采用的分子生物学耐药检测技术和方法是： | | | | | | | | | | | | | |
| 服务体系 | 省级定点医疗机构实验室能力（2） | …… | | | | | | | | | | | | | |
| 省级卫生防疫津贴政策落实情况 | 1.省级结核病预防控制机构传染病防治人员卫生防疫津贴政策是否落实（2016-2020年）：  （1）2016年：①是，标准\_\_\_\_\_\_\_元/人/年 ②否 （2）2017年：①是，标准\_\_\_\_\_\_\_元/人/年 ②否  （3）2018年：①是，标准\_\_\_\_\_\_\_元/人/年 ②否 （4）2019年：①是，标准\_\_\_\_\_\_\_元/人/年 ②否  （5）2020年：①是，标准\_\_\_\_\_\_\_元/人/年 ②否 | | | | | | | | | | | | | |
| 2.省级定点医疗机构1传染病防治人员卫生防疫津贴政策是否落实（2016-2020年）：  （1）2016年：①是，标准\_\_\_\_\_\_\_元/人/年 ②否 （2）2017年：①是，标准\_\_\_\_\_\_\_元/人/年 ②否  （3）2018年：①是，标准\_\_\_\_\_\_\_元/人/年 ②否 （4）2019年：①是，标准\_\_\_\_\_\_\_元/人/年 ②否  （5）2020年：①是，标准\_\_\_\_\_\_\_元/人/年 ②否 | | | | | | | | | | | | | |
| 3. 省级定点医疗机构2传染病防治人员卫生防疫津贴政策是否落实（2016-2020年）：  …… | | | | | | | | | | | | | |
| 分级诊疗制度  建立情况 | 省级是否制定和下发了分级诊疗的相关文件：①是 ②否 | | | | | | | | | | | | | |
| 抗结核  药品 | 一线抗结核药品（对应选项下划“√”） | 药品名称 | | | 省级医保目录收录情况 | | | | | | 采购方式（可多选） | | | | |
| 甲类 | | 乙类 | 丙类 | | 其他 | 省级集中招标采购 | | 省级药品采购平台采购 | | 其他，请简要描述（限40字） |
| 异烟肼 | | |  | |  |  | |  |  | |  | |  |
| 利福平 | | |  | |  |  | |  |  | |  | |  |
| 吡嗪酰胺 | | |  | |  |  | |  |  | |  | |  |
| 乙胺丁醇 | | |  | |  |  | |  |  | |  | |  |
| 链霉素 | | |  | |  |  | |  |  | |  | |  |
| 乙胺吡嗪利福异烟片（FDC-HRZE） | | |  | |  |  | |  |  | |  | |  |
| 抗结核  药品 | 一线抗结核药品（对应选项下划“√”） | 异福酰胺片（FDC-HRZ） | | |  | |  |  | |  |  | |  | |  |
| 异福片（FDC-HR） | | |  | |  |  | |  |  | |  | |  |
| 二线抗结核药品（对应选项下划“√”） | A组 | 左氧氟沙星 | |  | |  |  | |  |  | |  | |  |
| 莫西沙星 | |  | |  |  | |  |  | |  | |  |
| 贝达喹啉 | |  | |  |  | |  |  | |  | |  |
| 利奈唑胺 | |  | |  |  | |  |  | |  | |  |
| B组 | 氯法齐明 | |  | |  |  | |  |  | |  | |  |
| 环丝氨酸 | |  | |  |  | |  |  | |  | |  |
| C组 | 德拉马尼 | |  | |  |  | |  |  | |  | |  |
| 亚胺培南-西司他汀 | |  | |  |  | |  |  | |  | |  |
| 美罗培南 | |  | |  |  | |  |  | |  | |  |
| 阿米卡星 | |  | |  |  | |  |  | |  | |  |
| 卷曲霉素 | |  | |  |  | |  |  | |  | |  |
| 丙硫异烟胺 | |  | |  |  | |  |  | |  | |  |
| 对氨基水杨酸 | |  | |  |  | |  |  | |  | |  |
| 中央转移支付地方结核病项目药品经费到位及使用情况（万元；保留1位小数） | 年度 | |  | | | 药品经费到位金额 | 药品经费支出金额 | | 其中，抗结核固定剂量复合制剂（FDC）药品经费支出金额 | | | | | |
| 2016 | | 合计 | | |  |  | |  | | | | | |
| 其中司法系统 | | | —— |  | |  | | | | | |
| 2017 | | 合计 | | |  |  | |  | | | | | |
| 其中司法系统 | | | —— |  | |  | | | | | |
| 2018 | | 合计 | | |  |  | |  | | | | | |
| 其中司法系统 | | | —— |  | |  | | | | | |
| 抗结核  药品 | 中央转移支付地方结核病项目药品经费到位及使用情况（万元；保留1位小数） | 2019 | | 合计 | | |  |  | |  | | | | | |
| 其中司法系统 | | | —— |  | |  | | | | | |
| 2020 | | 合计 | | |  |  | |  | | | | | |
| 其中司法系统 | | | —— |  | |  | | | | | |
| 科研与国际合作 | 科研课题 | 省级是否有自主申请的结核病相关科研课题：①有 ②无 | | | | | | | | | | | | | |
| 如“有”， 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_项,分别列出每项的如下内容**（如超过4项，则按照国际、国家、省级和其他的顺序列出主要4项）**： | | | | | | | | | | | | | |
| **项目（一）** | | | | | | | | | | | | | |
| 1.项目名称： | | | | | | | | | | | | | |
| 2.项目级别：①国际，参与国家\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_②国家级 ③省级 ④其他，请说明： | | | | | | | | | | | | | |
| 3.项目实施时间：\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 | | | | | | | | | | | | | |
| 4.项目预算：\_\_\_\_\_\_\_\_万元 | | | | | | | | | | | | | |
| **项目（二）** | | | | | | | | | | | | | |
| 1.项目名称： | | | | | | | | | | | | | |
| 2.项目级别：①国际，参与国家\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_②国家级 ③省级 ④其他，请说明： | | | | | | | | | | | | | |
| 3.项目实施时间：\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 | | | | | | | | | | | | | |
| 4.项目预算：\_\_\_\_\_\_\_\_万元 | | | | | | | | | | | | | |
| **项目（三）** | | | | | | | | | | | | | |
| 1.项目名称： | | | | | | | | | | | | | |
| 2.项目级别：①国际，参与国家\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_②国家级 ③省级 ④其他，请说明： | | | | | | | | | | | | | |
| 3.项目实施时间：\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 | | | | | | | | | | | | | |
| 4.项目预算：\_\_\_\_\_\_\_\_万元 | | | | | | | | | | | | | |
| **项目（四）** | | | | | | | | | | | | | |
| 1.项目名称： | | | | | | | | | | | | | |
| 2.项目级别：①国际，参与国家\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_②国家级 ③省级 ④其他，请说明： | | | | | | | | | | | | | |
| 3.项目实施时间：\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 | | | | | | | | | | | | | |
| 4.项目预算：\_\_\_\_\_\_\_\_万元 | | | | | | | | | | | | | |
| 科研与国际合作 | 国际合作 | 省级是否有自主申请的结核病相关国际合作项目：①有 ②无 | | | | | | | | | | | | | |
| 如“有”， 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_项，分别列出每项的如下内容**（如超过4项，按照经费支持额度列出主要4项）** ： | | | | | | | | | | | | | |
| **项目（一）** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 合作领域：①患者发现和治疗 ②实验室技术 ③疫苗研发 ④健康宣传  ⑤其他，请说明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | |
| 2. 合作项目题目： | | | | | | | | | | | | | |
| 3．合作形式：①技术援助 ②经费支持 ③两者均有 ④其他，请说明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | |
| 4. 合作时间：\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 | | | | | | | | | | | | | |
| **项目（二）** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 合作领域：①患者发现和治疗 ②实验室技术 ③疫苗研发 ④健康宣传  ⑤其他，请说明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | |
| 2. 合作项目题目： | | | | | | | | | | | | | |
| 3．合作形式：①技术援助 ②经费支持 ③两者均有 ④其他，请说明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | |
| 4. 合作时间：\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 | | | | | | | | | | | | | |
| **项目（三）** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 合作领域：①患者发现和治疗 ②实验室技术 ③疫苗研发 ④健康宣传  ⑤其他，请说明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | |
| 2. 合作项目题目： | | | | | | | | | | | | | |
| 3．合作形式：①技术援助 ②经费支持 ③两者均有 ④其他，请说明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | |
| 4. 合作时间：\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 | | | | | | | | | | | | | |
| **项目（四）** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 合作领域：①患者发现和治疗 ②实验室技术 ③疫苗研发 ④健康宣传  ⑤其他，请说明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | |
| 2. 合作项目题目： | | | | | | | | | | | | | |
| 3．合作形式：①技术援助 ②经费支持 ③两者均有 ④其他，请说明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | |
| 4. 合作时间：\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 | | | | | | | | | | | | | |

附件2-2

“十三五”江苏省结核病防治规划终期评估现场调查表

（地市级）

填报时间： 年 月 日

填报单位： 省（自治区、直辖市）\_\_\_\_\_\_\_\_\_地（市） 地区编码：□□□□□□

是否为规划管理的执行单位：①是 ②否

如“否”，代为承担规划管理工作的单位名称： （结束调查）

| 评估内容 | 指 标 | 调 查 内 容 | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 组织领导政策开发 | 印发“十三五”结核病防治规划 | 1.是否印发全地（市）的“十三五”结核病防治规划：①是 ②否 | | |
| 2.如“是”，印发部门为：①人民政府 ②多部门联合 ③其他 | | |
| 纳入当地政府目标管理考核 | 1.是否纳入当地政府目标管理考核（2016-2020年）：  （1）2016年①是 ②否 （2）2017年①是 ②否 （3）2018年①是 ②否  （4）2019年①是 ②否 （5）2020年①是 ②否 | | |
| 2.相关情况的文字说明和文件。 | | |
| 结核病防治相关政策开发、防治工作亮点和创新点 | 结核病防治相关政策开发、防治工作中的亮点和创新情况（医保、筹资、患者发现与管理等）的文字说明（控制在1000字以内）和文件 | | |
| 经费保障  （万元；保留1位小数） | 结核病防治经费投入情况 | 年度 | 地（市）财政专项工作经费 | |
| 2016 |  | |
| 2017 |  | |
| 2018 |  | |
| 2019 |  | |
| 2020 |  | |
| 服务体系 | 地（市）级结核病预防控制机构类型 | 1. 疾控中心 ②独立结防所 ③院所合一 ④慢病院 ⑤其他，请说明： | | |
| 地（市）级定点医疗机构设置情况 | 是否设置地（市）级结核病定点医疗机构：①是 ②否  如“是”，共有 家定点医疗机构**（逐一填写定点医疗机构相关信息：包括机构设置、岗位人员统计、实验室能力，卫生防疫津贴政策落实自行补齐）**  **地（市）级定点医疗机构1：**  （1）定点医疗机构名称： 该医院在结核病管理信息系统中的名称为：  （2）定点医疗机构的类型：①结核病专科医院 ②综合医院 ③传染病医院 ④慢病院  ⑤疾控中心 ⑥结防所 ⑦其他，请说明：  （3）该机构是否承担县（区）级定点医疗机构诊疗工作职能：①是 ②否  如“是”，承担县（区）名称：  （4）是否开通结核病管理信息系统：①是 ②否  如“否”：承担该医院信息录入在结核病管理信息系统中的单位名称为： （5）该定点医疗机构能否开展儿童结核病诊断治疗：①是 ②否  如“否”，是否设立专门的儿童结核病定点医疗机构：  ①（定点医疗机构名称： ） ②否  **地（市）级定点医疗机构2：……** | | |
| 地（市）级专科医院设置情况 | 地（市）级是否有未被卫生健康行政部门指定为结核病定点医疗机构的结核病专科医院：①是 ②否  如“是”，该结核病专科医院是否开通结核病管理信息系统：①是 ②否 | | |
| 机构类型 | 岗位人员统计 | 2016年 | 2020年 |
| 地（市）级结核病预防控制机构 | 总数 |  |  |
| 其中，直接从事结核病实验室的工作人员数（人） |  |  |
| 服务体系 | **地（市）级定点医疗机构（1）** | 总数 |  |  |
| 其中，直接从事结核病诊疗的工作人员数（人） |  |  |
| 其中，直接从事结核病影像学检查的工作人员数（人） |  |  |
| 其中，直接从事结核病实验室的工作人员数（人） |  |  |
| **地（市）级定点医疗机构（2）** | …… |  |  |
| 地（市）级结核病预防控制机构实验室能力 | 1.地（市）级结核病预防控制机构是否具备药敏试验能力：①是 ②否  如“是”，该机构是否常规开展药敏试验工作：①是 ②否 | | |
| 2.地（市）级结核病预防控制机构是否具备菌种鉴定能力：①是 ②否  如“是”，该机构是否常规开展菌种鉴定工作：①是 ②否 | | |
| 3.地（市）级结核病预防控制机构是否具备分子生物学耐药检测能力：①是 ②否  如“是”：  （1）该机构是否常规开展分子生物学耐药检测工作：①是 ②否  （2）如“是”，采用的分子生物学耐药检测技术和方法是 ： | | |
| **地（市）级定点医疗机构实验室能力（1）** | 1.地（市）级定点医疗机构是否具备药敏试验能力：①是 ②否（如“否”，是否有其他机构代为承担：①是 ②否）  如“是”，该机构是否常规开展药敏试验工作：①是 ②否 | | |
| 2.地（市）级定点医疗机构是否具备菌种鉴定能力：①是 ②否（如“否”，是否有其他机构代为承担：①是 ②否）  如“是”，该机构是否常规开展菌种鉴定工作：①是 ②否 | | |
| 3.地（市）级定点医疗机构是否具备分子生物学耐药检测能力：①是 ②否（如“否”，是否有其他机构代为承担：①是 ②否）  如“是”：  （1）该机构是否常规开展分子生物学耐药检测工作：①是 ②否  （2）如“是”，采用的分子生物学耐药检测技术和方法是 ： | | |
| 服务体系 | **地（市）级定点医疗机构实验室能力（2）** | …… | | |
| 地（市）级卫生防疫津贴政策落实情况 | 1.地（市）级结核病预防控制机构传染病防治人员卫生防疫津贴政策是否落实（2016-2020年）：  （1）2016年：①是，标准\_\_\_\_\_\_\_元/人/年 ②否  （2）2017年：①是，标准\_\_\_\_\_\_\_元/人/年 ②否  （3）2018年：①是，标准\_\_\_\_\_\_\_元/人/年 ②否  （4）2019年：①是，标准\_\_\_\_\_\_\_元/人/年 ②否  （5）2020年：①是，标准\_\_\_\_\_\_\_元/人/年 ②否 | | |
| 2.地（市）级定点医疗机1构传染病防治人员卫生防疫津贴政策是否落实（2016-2020年）：  （1）2016年：①是，标准\_\_\_\_\_\_\_元/人/年 ②否  （2）2017年：①是，标准\_\_\_\_\_\_\_元/人/年 ②否  （3）2018年：①是，标准\_\_\_\_\_\_\_元/人/年 ②否  （4）2019年：①是，标准\_\_\_\_\_\_\_元/人/年 ②否  （5）2020年：①是，标准\_\_\_\_\_\_\_元/人/年 ②否 | | |
| 3. 地（市）级定点医疗机构2传染病防治人员卫生防疫津贴政策是否落实（2016-2020年）：  …… | | |
| 分级诊疗制度建立情况 | 地（市）级是否制定和下发了分级诊疗的相关文件：①是 ②否 | | |
| 科研与国际合作 | 科研课题 | 地（市）级是否有自主申请的结核病相关科研课题：①有 ②无 | | |
| 如“有”， 共\_\_\_\_\_\_\_项,分别列出每项的如下内容**（如超过4项，则按照国际、国家、省级、地市级和其他的顺序列出主要4项）**： | | |
| **项目（一）** | | |
| 1.项目名称： | | |
| 2.项目级别：①国际，参与国家\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_②国家级 ③省级 ④地（市）级 ⑤其他，请说明： | | |
| 科研与国际合作 | 科研课题 | 3.项目实施时间：\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 | | |
| 4.项目预算：\_\_\_\_\_\_\_\_万元 | | |
| **项目（二）** | | |
| 1.项目名称： | | |
| 2.项目级别：①国际，参与国家\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_②国家级 ③省级 ④地（市）级 ⑤其他，请说明： | | |
| 3.项目实施时间：\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 | | |
| 4.项目预算：\_\_\_\_\_\_\_\_万元 | | |
| **项目（三）** | | |
| 1.项目名称： | | |
| 2.项目级别：①国际，参与国家\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_②国家级 ③省级 ④地（市）级 ⑤其他，请说明： | | |
| 3.项目实施时间：\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 | | |
| 4.项目预算：\_\_\_\_\_\_\_\_万元 | | |
| **项目（四）** | | |
| 1.项目名称： | | |
| 2.项目级别：①国际，参与国家\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_②国家级 ③省级 ④地（市）级 ⑤其他，请说明： | | |
| 3.项目实施时间：\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 | | |
| 4.项目预算：\_\_\_\_\_\_\_\_万元 | | |
| 国际合作 | 地（市）级是否有自主申请的结核病相关国际合作项目：①有 ② 无 | | |
| 如“有”， 共 项，分别列出每项的如下内容**（如超过4项，按照经费支持额度列出主要4项）**： | | |
| **项目（一）** | | |
| 1. 合作领域：①患者发现和治疗 ②实验室技术 ③疫苗研发 ④健康宣传 ⑤其他，请说明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 科研与国际合作 | 国际合作 | 2. 合作项目题目： | | |
| 3．合作形式：①技术援助 ②经费支持 ③两者均有 ④其他，请说明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 4. 合作时间：\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 | | |
| **项目（二）** | | |
| 1. 合作领域：①患者发现和治疗 ②实验室技术 ③疫苗研发 ④健康宣传 ⑤其他，请说明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 2. 合作项目题目： | | |
| 3．合作形式：①技术援助 ②经费支持 ③两者均有  ④其他，请说明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 4. 合作时间：\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 | | |
| **项目（三）** | | |
| 1. 合作领域：①患者发现和治疗 ②实验室技术 ③疫苗研发 ④健康宣传 ⑤其他，请说明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 2. 合作项目题目： | | |
| 3．合作形式：①技术援助 ②经费支持 ③两者均有  ④其他，请说明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 4. 合作时间：\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 | | |
| **项目（四）** | | |
| 1. 合作领域：①患者发现和治疗 ②实验室技术 ③疫苗研发 ④健康宣传 ⑤其他，请说明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 2. 合作项目题目： | | |
| 3．合作形式：①技术援助 ②经费支持 ③两者均有  ④其他，请说明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 4. 合作时间：\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 | | |

附件2-3

“十三五”江苏省结核病防治规划终期评估现场调查表

（县区级）

填报时间： 年 月 日

填报单位： 省（自治区、直辖市）\_\_\_\_\_\_\_\_\_地（市）\_\_\_\_\_县（区） 地区编码：□□□□□□

是否为规划管理执行单位：①是 ②否

如“否”，代为承担规划管理工作的单位名称： （结束调查）

结核病诊疗工作是否由其他单位代为承担：①是 ②否

如“是”：（1）承担单位级别：①省级 ②地（市）级 ③县（区）级 ④其他，请描述：

（2）承担诊疗工作医疗机构名称：

| 评价内容 | 指 标 | 调 查 内 容 | | | | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 组织领导政策开发 | 印发结核病防治“十三五”规划 | 1.是否印发全县（区）的结核病防治“十三五”规划： ①是 ②否 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.如“是”，印发部门为：①人民政府 ②多部门联合 ③其他 | | | | | | | | | | | | | | |
| 纳入当地政府目标管理考核 | 1.是否纳入当地政府目标管理考核（2016-2020年）：  （1）2016年①是 ②否 （2）2017年①是 ②否 （3）2018年①是 ②否  （4）2019年①是 ②否 （5）2020年①是 ②否 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.相关情况的文字说明和文件。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 结核病防治相关政策开发、防治工作亮点和创新点 | 结核病防治相关政策开发、防治工作中的亮点和创新情况（医保、筹资、患者发现与管理等）的文字说明（控制在1000字以内）和文件 | | | | | | | | | | | | | | |
| 经费保障（万元；保留1位小数） | 结核病防治经费投入情况 | 年度 | | | 县（区）财政专项工作经费 | | | | | | | | | | | |
| 2016 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 2017 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 2018 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 2019 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 2020 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 服务体系 | 县（区）级结核病预防控制机构类型 | 1. 疾控中心 ②独立结防所 ③院所合一 ④慢病院 ⑤其他，请说明： | | | | | | | | | | | | | | |
| 县（区）级定点医疗机构设置情况 | 是否设置县（区）级结核病定点医疗机构： ①是 ②否  如“是”，共有 家定点医疗机构**（逐一填写定点医疗机构相关信息：包括机构设置、岗位人员统计、实验室能力，卫生防疫津贴政策落实自行补齐）**  如“否”，请填写承担结核病住院的医院名称：  **县（区）定点医疗机构1：**  （1）定点医疗机构名称： 该医院在结核病管理信息系统中的名称为：  （2）定点医疗机构的类型：①结核病专科医院 ②综合医院 ③传染病医院 ④慢病院 ⑤疾控中心 ⑥结防所 ⑦其他，请说明：  （3）是否开通结核病管理信息系统： ①是 ②否  如“否”，承担该医院信息录入在结核病管理信息系统中的单位名称为：  （4）该定点医疗机构能否开展儿童结核病诊断治疗：①是 ②否  如“否”，是否设立专门的儿童结核病定点医疗机构：  ①是（如“是”，定点医疗机构名称为： ） ②否  **县（区）定点医疗机构2：**…… | | | | | | | | | | | | | | |
| 县（区）级专科医院设置情况 | 县（区）级是否有未被卫生健康行政部门指定为结核病定点医疗机构的结核病专科医院：①是 ②否  如“是”，该结核病专科医院是否开通结核病管理信息系统：①是 ②否 | | | | | | | | | | | | | | |
| 服务体系 | 机构类型 | 岗位人员统计 | | | | 2016年 | | | | 2020年 | | | | | | |
| 县（区）级结核病预防控制机构 | 总数 | | | |  | | | |  | | | | | | |
| 其中，直接从事结核病实验室的工作人员数（人） | | | |  | | | |  | | | | | | |
| 县（区）级定点医疗机构（1） | 总数 | | | |  | | | |  | | | | | | |
| 其中，直接从事结核病诊疗的工作人员数（人） | | | |  | | | |  | | | | | | |
| 其中，直接从事结核病影像学检查的工作人员数（人） | | | |  | | | |  | | | | | | |
| 其中，直接从事结核病实验室的工作人员数量（人） | | | |  | | | |  | | | | | | |
| 县（区）级定点医疗机构（2） | …… | | | | …… | | | | …… | | | | | | |
| 县（区）级结核病预防控制机构实验室能力 | 1.县（区）级结核病预防控制机构是否具备痰涂片能力：①是 ②否  如“是”，该机构是否常规开展痰涂片工作：①是 ②否 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.县（区）级结核病预防控制机构是否具备痰培养的能力：①是 ②否  如“是”，该机构是否常规开展痰培养工作：①是 ②否 | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.县（区）级结核病预防控制机构是否具备分子生物学核酸检测能力：①是 ②否  如“是”：   （1）该机构是否常规开展分子生物学核酸检测工作：①是 ②否   （2）如“是”，采用的分子生物学核酸检测技术和方法是 | | | | | | | | | | | | | | |
| 县（区）级定点医疗机构实验室能力（1） | 1.县（区）级定点医疗机构是否具备痰涂片能力：  ①是 ②否（如“否”，是否有其他机构代为承担：①是 ②否）   如“是”，该机构是否常规开展痰涂片工作：①是 ②否 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.县（区）级定点医疗机构是否具备痰培养的能力：  ①是 ②否（如“否”，是否有其他机构代为承担：①是 ②否）   如“是”，该机构是否常规开展痰培养工作：①是 ②否 | | | | | | | | | | | | | | |
| 服务体系 | 县（区）级定点医疗机构实验室能力（1） | 3.县（区）级定点医疗机构是否具备分子生物学核酸检测能力：  ①是 ②否（如“否”，是否有其他机构代为承担：①是 ②否）  如“是”：   （1）该机构是否常规开展分子生物学核酸检测工作：①是 ②否   （2）如“是”，采用的分子生物学核酸检测技术和方法是 | | | | | | | | | | | | | | |
| 县（区）级定点医疗机构实验室能力（2） | …… | | | | | | | | | | | | | | |
| 县（区）级卫生防疫津贴政策落实情况 | 1.县（区）级结核病预防控制机构传染病防治人员卫生防疫津贴政策是否落实（2016-2020年）：  （1）2016年： ①是，标准\_\_\_\_\_\_\_元/人/年 ②否  （2）2017年： ①是，标准\_\_\_\_\_\_\_元/人/年 ②否  （3）2018年： ①是，标准\_\_\_\_\_\_\_元/人/年 ②否  （4）2019年 ：①是，标准\_\_\_\_\_\_\_元/人/年 ②否  （5）2020年： ①是，标准\_\_\_\_\_\_\_元/人/年 ②否 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.县（区）级定点医疗机构1传染病防治人员卫生防疫津贴政策是否落实（2016-2020年）：  （1）2016年： ①是，标准\_\_\_\_\_\_\_元/人/年 ②否  （2）2017年： ①是，标准\_\_\_\_\_\_\_元/人/年 ②否  （3）2018年： ①是，标准\_\_\_\_\_\_\_元/人/年 ②否  （4）2019年 ：①是，标准\_\_\_\_\_\_\_元/人/年 ②否  （5）2020年： ①是，标准\_\_\_\_\_\_\_元/人/年 ②否 | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.县（区）级定点医疗机构2传染病防治人员卫生防疫津贴政策是否落实（2016-2020年）：  …… | | | | | | | | | | | | | | |
| 服务体系 | 分级诊疗制度落实情况 | 年度 | | | 县（区）级结核病定点医疗机构诊断登记的肺结核患者数 | | | | | | | | 在本县（区）接受治疗的患者数 | | | |
| 2016 | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 2017 | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 2018 | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 2019 | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 2020 | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 治疗管理 | 基层医疗卫生机构肺结核患者管理情况 | 基层医疗卫生机构数量：  （1）社区卫生服务中心/乡镇卫生院数： 个 （2）社区卫生服务站/村卫生室数： 个 | | | | | | | | | | | | | | |
| 年度 | | | 同期辖区内停止治疗的肺结核患者人数 | | | | | | | 规范管理肺结核患者数 | | | | |
| 2016 | | |  | | | | | | |  | | | | |
| 2017 | | |  | | | | | | |  | | | | |
| 2018 | | |  | | | | | | |  | | | | |
| 2019 | | |  | | | | | | |  | | | | |
| 2020 | | |  | | | | | | |  | | | | |
| 患者规则服药情况 | 年度 | | | 同期辖区内停止治疗的肺结核患者人数 | | | | | | | 按照要求规则服药的肺结核患者人数 | | | | |
| 2016 | | |  | | | | | | |  | | | | |
| 2017 | | |  | | | | | | |  | | | | |
| 2018 | | |  | | | | | | |  | | | | |
| 2019 | | |  | | | | | | |  | | | | |
| 2020 | | |  | | | | | | |  | | | | |
| 重点人群结核病  防治 | 学校结核病防控 | 1．政府是否将学校结核病工作纳入年度目标责任制考核内容（2016-2020年）：  （1）2016年①是 ②否 （2）2017年①是 ②否 （3）2018年①是 ②否  （4）2019年①是 ②否 （5）2020年①是 ②否  如“否”，未纳入原因为： | | | | | | | | | | | | | | |
| 2．是否已将结核病筛查纳入新生入学体检的必查项目：①是 ②否  如“是”，最新的新生入学体检标准：小学\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元/人， 初中\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 元/人；  其中结核病检查标准：小学 元/人， 初中 元/人。 如“否”，未纳入原因为： | | | | | | | | | | | | | | |
| 3．是否已制定并下发了高中新生入学体检的文件：①是 ②否 如“是”：   （1）文件中是否包含结核病检查项目： ①是 ②否  （2）最新体检标准\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元/人，其中结核病检查标准 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元/人 如“否”，原因为： | | | | | | | | | | | | | | |
| 4．2020年辖区内是否发生同一学校/校区出现3例及以上的聚集性疫情：①是 ②否 如“是”：   （1）发现途径：①通过监测/预警数据分析 ②密接者筛查  ③其他（具体描述： ）  （2）聚集性疫情数量\_\_\_\_\_\_\_\_\_起，其中上报为突发事件\_\_\_\_\_\_\_\_\_起   （3）是否向上级疾控机构报告：① 是  ②否（原因： ）  （4）是否组织现场处置：①是（处置\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_起）  ②否（原因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）   （5）是否开展预防性服药：①是（预防性服药接受率\_\_\_\_\_\_ %）  ②否（原因 ） | | | | | | | | | | | | | | |
| 重点人群结核病  防治 | 学校结核病防控 | 学校肺结核单病例预警信号响应情况 | | | | | | | | | | | | | | |
| 年度 | 收到预警信号数（个） | 24小时内核实信息并勾选疑似事件的预警信号数（个） | | | 预警时身份  为学生的信号 | | | | 预警时身份不是学生的信号 | | | | | |
| 信号数（个） | 核实后身份仍为学生的信号数（个） | | | 信号数（个） | | | 核实后身份变更为学生的信号（个） | | |
| 2018年  7-12月 |  |  | | |  |  | | |  | | |  | | |
| 2019 |  |  | | |  |  | | |  | | |  | | |
| 2020 |  |  | | |  |  | | |  | | |  | | |
| 65岁及以上老年人主动筛查 | 年度 | 老年人口数（人） | | | | 进行肺结核可疑症状筛查数（人） | | | | | | | | | |
| 2016 |  | | | |  | | | | | | | | | |
| 2017 |  | | | |  | | | | | | | | | |
| 2018 |  | | | |  | | | | | | | | | |
| 2019 |  | | | |  | | | | | | | | | |
| 2020 |  | | | |  | | | | | | | | | |
| 糖尿病患者主动筛查 | 年度 | 纳入社区管理的Ⅱ型糖尿病患者数（例） | | | | 进行肺结核可疑症状筛查数（人次） | | | | | | | | | |
| 2016 |  | | | |  | | | | | | | | | |
| 2017 |  | | | |  | | | | | | | | | |
| 2018 |  | | | |  | | | | | | | | | |
| 2019 |  | | | |  | | | | | | | | | |
| 2020 |  | | | |  | | | | | | | | | |
| 重点人群结核病  防治 | 预防性治疗开展情况 | 年度 | HIV/AIDS患者（人） | | | | 与病原学阳性肺结核患者密切接触的5岁以下儿童（人） | | 学校聚集性疫情中出现的学生密接者（人） | | | | | | 其他（人） |
| 2016 |  | | | |  | |  | | | | | |  |
| 2017 |  | | | |  | |  | | | | | |  |
| 2018 |  | | | |  | |  | | | | | |  |
| 2019 |  | | | |  | |  | | | | | |  |
| 2020 |  | | | |  | |  | | | | | |  |
| 医疗保险和关怀  救助 | 县（区）级基本医保政策中对结核病患者的保障情况 | 1.结核病是否纳入到门诊慢/特病管理：①是 ②否 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. 普通肺结核  （1）普通肺结核在新农合中的报销情况（一个自然年度内；对于新农合和城镇居民医保已合并的县区直接填写“城乡居民医保报销情况”）：  门诊：起付线 元 封顶线 元 报销比例为 %  其他，请说明  住院：报销比例为 % 其他，请说明  （2）普通肺结核在城镇居民医保中的报销情况（一个自然年度内；对于新农合和城镇居民医保已合并的县区直接填写“城乡居民医保报销情况”）：  门诊：起付线 元 封顶线 元 报销比例为 %  其他，请说明  住院：报销比例为 % 其他，请说明  （3）普通肺结核在城镇职工医保中的报销情况（一个自然年度内）：  门诊：起付线 元 封顶线 元 报销比例为 %  其他，请说明  住院：报销比例为 % 其他，请说明  （4）普通肺结核在城乡居民医保中的报销情况（一个自然年度内）：  门诊：起付线 元 封顶线 元 报销比例为 %  其他，请说明  住院：报销比例为 % 其他，请说明 | | | | | | | | | | | | | | |
| 医疗保险和关怀  救助 | 县（区）级基本医保政策中对结核病患者的保障情况 | 3. 耐药肺结核  （1）耐药肺结核是否纳入到重大疾病保障范围：①是 ②否  （2）耐药肺结核诊疗在新农合中的报销情况（一个自然年度内；对于新农合和城镇居民医保已合并的县区直接填写“城乡居民医保报销情况”）：  门诊：起付线 元 封顶线 元 报销比例为 %  其他，请说明  住院：报销比例为 % 其他，请说明  （3）耐药肺结核诊疗在城镇居民医保中的报销情况（一个自然年度内；对于新农合和城镇居民医保已合并的县区直接填写“城乡居民医保报销情况”）：  门诊：起付线 元 封顶线 元 报销比例为 %  其他，请说明  住院：报销比例为 % 其他，请说明 （4）耐药肺结核诊疗在城镇职工医保中的报销情况（一个自然年度内）：  门诊：起付线 元 封顶线 元 报销比例为 %  其他，请说明  住院：报销比例为 % 其他，请说明  （5）耐药肺结核诊疗在城乡居民医保中的报销情况（一个自然年度内）：  门诊：起付线 元 封顶线 元 报销比例为 %  其他，请说明  住院：报销比例为 % 其他，请说明 | | | | | | | | | | | | | | |
| 贫困结核病患者救助 | 是否有针对贫困结核病患者的治疗支持和救助项目：①是 ②否 | | | | | | | | | | | | | | |