

慢性病管理工作计划

篇1：慢性病管理工作计划

一、工作目标

- 1、建立慢病基础信息系统，利用现有网络对冠心病、脑卒中、糖尿病和恶性肿瘤的新发的首诊病例进行网路直报工作，制定慢病网络直报工作制度，由领导分管此项工作，责任落实到人。疾控中心每季度对慢病报告工作进行检查、督导，并写出简报。
- 2、利用居民健康档案和组织居民进行健康体检等多种方式，早期发现高血压、糖尿病患者，提高高血压、糖尿病的早诊率和早治率。
- 3、加强社区高血压、糖尿病患者的随访管理，提高高血压、糖尿病的规范化管理率和控制率，提高高血压和糖尿病患者的自我管理和知识和技能，减少或延缓高血压、糖尿病并发症的发生。
- 4、以社区卫生服务中心(站)为基础，从群体防治着眼，个体防治入手，探索建立**区疾控中心管理、评价，综合性医院协助诊断、个体化治疗、提供技术支持，社区卫生服务中心(站)随访管理高血压、糖尿病管理模式和机制。
- 5、加强健康教育和健康促进，定期开展高血压、糖尿病专题知识讲座及大众宣传，普及社区居民高血压、糖尿病的防治知识，控制各种危险因素，提高人群的健康意识。
- 6、建立规范化的高血压、糖尿病计算机档案档案管理系统。

二、建档工作目标

- 1、建立社区居民健康档案，社区服务人口基线调查率大于40%;
- 2、建立高血压、糖尿病患者的健康档案，应有随访记录、治疗记录及健康教育记录。

三、高血压工作目标

- 1、发现并至少登记高血压患者100名;
- 2、发现并至少登记高危人群20名;
- 3、高危人群每年至少测1次血压得比例达50%;
- 4、对高危人群的干预有记录及效果评价;

5、35岁以上居民3年至少测1次血压得比例达60%;

6、居民高血压防治知识知晓率达60%。

四、糖尿病工作目标

- 1、发现并至少登记糖尿病患者30名;
- 2、至少对其中15名糖尿病患者进行规范化管理，血糖控制率到60%;
- 3、发现并登记高危人群10名，每年至少测1次血糖的比例达40%;
- 4、高危人群防治知识知晓率达60%;
- 5、对高危人群和普通人群进行健康教育有记录和效果评价。

五、实施计划

建立慢病网络直报系统和工作制度;对社区一般人群、高血压和糖尿病患者开展预防控制工作，在社区建立高血压、糖尿病综合防治机制。

(一)、利用现有的网络直报系统，对今年新发的冠心病、糖尿病、脑卒中、恶性肿瘤病例进行网络直报。建立慢性病报告工作制度，责任落实到人。

(二)、高血压、糖尿病的管理

1、高血压、糖尿病的检出

利用建立社区居民健康档案、健康体检、社区卫生服务中心的诊疗、社区测血压、血糖、主动检测、首次测血压等方式发现高血压、糖尿病患者。

2、高血压、糖尿病患者的登记

将检出的高血压、糖尿病患者以及成都市慢病报告网络所报告的属于本社区的高血压、糖尿病患者，建立高血压、糖尿病患者管理卡并将所有信息录入相关的数据库，进行微机化管理

篇2：慢性病管理工作计划

一、背景分析

随着我国社会经济的快速发展，人民生活水平的不断提高，慢性病发病率呈逐年上升趋势，已成为影响国民健康的主要疾病负担。根据最新数据显示，我国慢性病死亡人数占总死亡人数的X%，其中，心血管疾病、肿瘤、糖尿病等疾病尤为严重。为有效预防和控制慢性病，降低慢性病发病率，提高患者生活质量，制定本工作计划。

二、目标定位

1.提高全民慢性病防治知识知晓率，增强人民群众的健康意识。

2.降低慢性病发病率，减缓慢性病增长速度。

3.提升慢性病患者管理水平，降低并发症发生率。

4.加强慢性病防治体系建设，提高医疗服务能力。

三、主要措施

1.加强慢性病防治宣传教育

(1) 开展慢性病防治知识普及活动，利用广播、电视、报纸、网络等多种渠道，普及慢性病防治知识。

(2) 将慢性病防治知识纳入中小学健康教育课程，提高青少年慢性病防治意识。

(3) 加强对基层医疗卫生人员慢性病防治知识的培训，提高其服务水平。

2.落实慢性病早期筛查和干预

(1) 开展慢性病早期筛查，提高早诊早治率。

(2) 加强对高危人群的干预，降低慢性病发病风险。

(3) 推广慢性病健康管理，提高患者自我管理能力。

3.提升慢性病患者管理水平

(1) 完善慢性病患者档案，实现信息化管理。

(2) 开展分级诊疗，实现慢性病患者合理分流。

(3) 加强对慢性病患者的随访和健康教育，提高患者治疗依从性。

4.加强慢性病防治体系建设

(1) 建立健全慢性病防治网络，实现各级医疗卫生机构协同作战。

(2) 加大慢性病防治科研力度，推广新技术、新方法。

(3) 完善慢性病防治政策，加大政策支持力度。

四、实施步骤

1. 制定慢性病工作计划实施方案，明确各部门职责。
2. 开展慢性病防治宣传教育，提高全民健康意识。
3. 落实慢性病早期筛查和干预，降低慢性病发病风险。
4. 加强慢性病患者管理，提高患者生活质量。
5. 完善慢性病防治体系建设，提高医疗服务能力。

五、保障措施

1. 加大政策支持力度，将慢性病防治工作纳入政府绩效考核。
2. 加大慢性病防治经费投入，保障工作计划顺利实施。
3. 建立慢性病防治专家库，为工作计划提供技术支持。
4. 加强对慢性病防治工作的监督和评估，确保工作计划取得实效。

五、监测与评估

1. 建立慢性病监测系统，定期收集和分析慢性病发病、死亡和相关危险因素的数据，为政策制定提供科学依据。
2. 开展慢性病防治效果评估，对工作计划的实施情况进行定期检查和评估，确保各项措施落实到位。
3. 根据监测和评估结果，及时调整工作计划，优化慢性病防治策略。

六、培训与宣传

1. 组织开展慢性病防治专业培训，提高医疗卫生人员的服务能力和水平。
2. 通过举办健康讲座、发放宣传资料等形式，加大慢性病防治知识宣传力度，提高公众的自我保健意识。
3. 利用媒体和互联网平台，开展慢性病防治主题宣传活动，营造全社会关注慢性病的良好氛围。

七、社会参与与合作

1. 鼓励和支持社会力量参与慢性病防治工作，形成政府主导、社会参与的慢

性病防治格局。

2. 加强与国内外慢性病防治机构、学术团体的交流与合作，引进和推广先进的慢性病防治技术和管理经验。

3. 建立慢性病患者组织，发挥患者自我管理、互助互帮的作用，共同推进慢性病防治工作。

八、政策支持与法律保障

1. 制定和完善慢性病防治相关法律法规，明确慢性病防治的责任和义务。

2. 加加大对慢性病防治政策宣传力度，提高政策知晓率，确保政策得到有效实施。

3. 保障慢性病防治工作所需的财政投入，建立稳定的经费保障机制。

九、紧急应对与风险管理

1. 建立慢性病紧急应对机制，对突发公共卫生事件中的慢性病患者进行及时救治和健康管理。

2. 加强慢性病风险评估，针对高危人群和重点区域，制定有针对性的防控措施。

3. 提高慢性病患者在自然灾害、事故等紧急情况下的自救互救能力，降低慢性病患者在紧急情况下的风险。

十、信息化建设与数据利用

1. 推进慢性病防治信息化建设，建立完善慢性病管理信息系统，实现患者信息共享和业务协同。

2. 利用大数据和人工智能技术，开展慢性病流行趋势分析和预测，为决策提供精准数据支持。

3. 加强慢性病防治数据安全，保护患者隐私，确保数据合法合规使用。

十一、创新与科研

1. 鼓励开展慢性病防治新技术、新方法的研究与开发，推动科研成果转化应用。

2. 加强慢性病防治领域的国际合作，引进国外先进技术和管理经验，提升我

国慢性病防治水平。

3.建立慢性病防治科研基金，支持慢性病防治科研项目，培养慢性病防治科研人才。

十二、社区参与与家庭医生制度

1.加强社区慢性病防治工作，发挥社区医疗卫生机构在慢性病防治中的作用，提供便捷、高效的医疗服务。

2.推广家庭医生签约服务，建立居民与家庭医生之间的长期稳定关系，为慢性病患者提供个性化健康管理。

3.培训社区慢性病防治工作人员，提高其专业素质和服务能力。

十三、激励机制与绩效评价

1.建立慢性病防治工作激励机制，对在慢性病防治工作中表现突出的单位和个人给予表彰和奖励。

2.完善慢性病防治绩效评价体系，从多个维度评价工作成效，为改进工作提供依据。

3.将慢性病防治工作纳入医疗机构和医务人员绩效考核，引导医疗机构和医务人员积极参与慢性病防治。

十四、健康教育与行为干预

1.开展针对性的慢性病健康教育，提高公众对慢性病防治的认识，促进健康生活方式的形成。

2.实施慢性病高风险人群的行为干预，通过健康教育、生活方式指导等方式，降低慢性病发病风险。

3.加强对青少年慢性病防治教育，培养健康生活习惯，预防慢性病年轻化趋势。

十五、跨部门协作与社会支持

1.加强跨部门协作，整合卫生、教育、体育、民政等部门资源，形成慢性病防治合力。

2.鼓励企业、社会组织和个人参与慢性病防治公益活动，共同构建慢性病防治社会支持体系。

3.建立慢性病防治志愿者队伍，发挥志愿者在慢性病防治宣传、教育和患者关爱等方面的作用。

十六、资源整合与优化配置

1.优化慢性病防治资源配置，确保各级医疗卫生机构具备慢性病防治所需的基本设施和条件。

2.整合医疗、预防、保健、康复等资源，构建慢性病全程管理体系，提供全方位、连续性的医疗服务。

3.加强慢性病防治药品和医疗器械的供应保障，确保患者用药安全和质量。

十七、多元化融资与长效机制

1.探索建立慢性病防治多元化融资机制，通过政府投入、社会捐赠、市场运作等方式，拓宽慢性病防治资金来源。

2.设立慢性病防治专项基金，加强对慢性病防治项目的资金支持。

3.建立慢性病防治长效机制，确保工作计划的持续性和稳定性。

十八、法律宣传与权益保护

1.加强慢性病防治相关法律法规的宣传，提高患者和医务人员的法律意识。

2.保护慢性病患者的合法权益，禁止任何形式的歧视和排斥。

3.建立慢性病患者投诉和维权机制，及时处理患者反映的问题。

十九、心理健康与支持系统

1.关注慢性病患者心理健康，提供心理咨询和干预服务，帮助患者建立积极的生活态度。

2.建立慢性病患者支持系统，通过患者互助、家庭支持等方式，为患者提供情感和社会支持。

3.加强对慢性病患者的心理疏导，降低患者因疾病带来的心理压力。

二十、预防为主与综合防控

1.坚持预防为主，强化慢性病危险因素的控制，减少慢性病发病风险。

2.实施综合防控策略，结合健康教育、早期筛查、规范治疗和康复管理等多个环节，形成慢性病防治闭环。

3.加强慢性病防治策略研究，不断完善预防、治疗和康复相结合的综合防控体系。

二十一、环境改善与生活方式引导

1.改善生活环境，加强公共场所无障碍设施建设，为慢性病患者提供便利。

2.引导公众养成健康生活方式，通过合理膳食、适量运动、戒烟限酒等行为改变，降低慢性病发病风险。

3.加强对慢性病患者生活方式的指导和跟踪，提高患者自我管理能力，促进疾病康复。

二十二、持续改进与质量提升

1.持续改进慢性病防治工作，通过质量管理体系认证，提高慢性病防治服务的标准化和规范化水平。

2.定期开展慢性病防治服务质量评估，针对问题进行整改，不断提升服务质量。

3.鼓励创新慢性病防治模式，推广最佳实践，提高慢性病防治整体效能。

二十三、监督执行与责任落实

1.明确各级政府和相关部门在慢性病防治工作中的职责，确保政策落实到位。

2.建立慢性病防治工作监督机制，对工作计划实施情况进行定期检查和不定期抽查。

3.对慢性病防治工作不力的单位和个人，依法依规追究责任。

二十四、成果分享与经验交流

1.定期总结慢性病防治工作经验，组织成果交流和分享活动，促进各地慢性病防治工作均衡发展。

2.利用国内外会议、研讨会等平台，加强与国际慢性病防治领域的交流与合作，借鉴先进经验。

3.建立慢性病防治案例库，收集和推广慢性病防治典型案例，为全国慢性病防治工作提供参考。

本工作计划围绕慢性病防治工作，从政策支持、宣传教育、早期筛查、患者管理、体系建设等多个方面，制定了全面、具体的措施。通过加强监测评估、培训宣传、社会参与、法律保障、信息化建设等手段，形成了一个科学、高效、可持续的慢性病防治机制。同时，注重激励机制、资源整合、多元化融资、心理健康支持、环境改善和生活方式引导等方面的创新与落实，全面提升慢性病防治工作质量。最终，通过监督执行和责任落实，确保工作计划的有效实施，为构建健康中国、提高全民健康水平做出积极贡献。

篇3：慢性病管理工作计划

随着经济的发展，生活方式的改变和老龄化的加速，高血压、糖尿病等慢性疾病发病率呈上升趋势，致残率、致死率高，严重影响患者的身心健康并给个人、家庭和社会带来沉重的负担。因此，慢性病的防治显得尤为重要，而慢性病的预防是慢性病防治最有效的手段，慢性病防治工作的好坏直接关系到慢性病防治的效果，我区2015年创省级慢病示范区领导办公室充分认识到慢性病防治的重要性，将健康教育；高血压、糖尿病、重性精神病人的管理基本公共卫生服务工作列为重点，采取指派专人管理，成立“健康教育慢病管理”科室，特制定今年健康教育，慢性病管理计划如下：

一、老年人管理、督导

- 1、对辖区65岁及以上老年人进行登记管理。
- 2、每年为65岁及以上老年人进行1次健康管理，包括影响健康的危险因素咨询指导和干预，进行一般体格检查、血常规、尿常规、肝肾功能、空腹血糖、血脂和心电图检测等。
- 3、对发现已确诊的原发性高血压和2型糖尿病等患者纳入相应的慢性病患者健康管理。对存在危险因素且未纳入其他疾病健康管理的居民建议定期复查。对老年居民进行慢性病危险因素和疫苗接种、骨质疏松预防及防跌倒措施、意外伤害和自救等健康指导。

二、高血压管理、督导

- 1、对35岁以上人群实行门诊首诊测血压，对血压异常者应登记造册。
- 2、对高血压患者进行登记管理，每年对原发性高血压患者进行面对面随访至少4次，每次随访要询问病情、进行体格检查及用药、饮食、运动、心理等健康指导。
- 3、每年至少进行1次较全面的健康检查，可与随访相结合，内容包括血压、体重，一般体格检查和口腔、视力、听力、运动能力检查，并进行健康评价和健康指导。

4、管理人群血压控制情况。

三、糖尿病管理、督导

1、重点对35岁以上人群进行筛查（门诊服务、健康体检等）。

2、对2型糖尿病患者进行登记管理，每年对确诊的2型糖尿病患者进行至少4次面对面随访，每次随访要询问病情、进行一般体格检查、免费空腹血糖检测及用药、饮食、运动、心理等健康指导。

3、每年至少进行1次较全面的健康检查，可与随访相结合，内容包括血压、体重、空腹血糖，一般体格检查（含足背动脉搏动检查）和口腔、视力、听力、运动能力检查，并进行健康评价和健康指导。

4、管理人群血糖控制情况。

四、重性精神病管理、督导

1、对辖区确诊的重性精神病患者进行登记管理。

2、在专业机构指导下对在家居住的病情稳定和基本稳定患者进行治疗随访，填写随访记录表，每年随访不少于4次。

3、对重性精神病患者进行健康检查。在患者病情许可的情况下，征得监护人与患者本人同意后，每年进行1次健康检查，可与随访相结合。内容包括一般体格检查、血压、体重、血常规(含白细胞分类)、转氨酶、血糖、心电图。

4、注重重性精神疾病患者管理各环节规范；每年至少进行1次综合评价；对恢复期重性精神病患者进行康复指导，实施康复训练；发现复发或加重征兆时，给予相应处理或指导转诊，并进行危机干预。

五、健康教育

1、针对健康素养基本知识和技能、优生优育、食品安全问题等内容，向辖区居民，尤其是重点人群提供健康教育宣传信息，利用各种健康主题日或节假日开展健康教育咨询服务，在醒目位置设置健康教育宣传栏并定期更新内容。

2、针对辖区重点健康问题，定期举办健康知识讲座，讲授健康素养基本知识和技能，指导居民纠正不利于身心健康的行为和生活方式。

3、针对公共卫生问题，配合开展突发事件应对的宣传教育。

六、死因监测管理、督导

辖区内上报死亡人数达标率是否有6%。

辖区内上报死亡及时率是否大于50%。

辖区内上报死亡报告完整率是否大于95%。

篇4：慢性病管理工作计划

我院依据《国家基本公共卫生服务规范（20xx年版）》和《陕西省促进基本公共卫生服务逐步均等化的实施意见》，为做好慢性病（高血压、II型糖尿病）患者医疗卫生服务管理工作，特制定慢性病防治工作方案。

一、详细实施项目和目标

- 1、应用相宜技术，指导居民掌握血压、血糖水平，实现关口前移，重心下移的策略。
- 2、把握个体和人群高血压、II型糖尿病状况。
- 3、对辖区内高血压和II型糖尿病患者进行登记管理。
- 4、在专业机构指导下，对高血压和II型糖尿病患者进行随访和指导服务。
- 5、服务对象为辖区内35岁以上原发性高血压和II型糖尿病患者。

二、服务内容：高血压和II型糖尿病筛查

- 1、高血压筛查，对辖区内35岁以上居民（常住），每年在其第一次到我院或村卫生室就诊时测量血压。
- 2、对第一次发觉收缩压 140mmHg和舒张压 90mmHg的居民在去除可能引起血压上升的因素，后预约其复查，对可疑继发性高血压患者准时转诊。
- 3、建设高危人群每年至少测量1次血压，并接受医务人员的生活方式指导。
- 4、对原发性高血压患者，我们镇卫生院、村卫生室，每年要供应至少4次面对面的随访。

三、服务内容中关于II型糖尿病管理彻底做到：

- 1、对II型糖尿病人严格筛查，绝无遗漏，并对患者每年至少测量二次空腹血糖和二次餐后2小时血糖，并接受医务人员的生活方式指导。
- 2、对确诊的II型糖尿病患者，我们医院、村卫生室，要每年供应面对面至少

次随访。

3、定期测量空腹血糖和血压，并评估是否存在危险症状如消失血糖16.7mmol/L或血糖<3.9mmol/L，收缩压 180mmHg或舒张压 110mmHg，有意识转变等症状时需紧急转诊，对于紧急转诊者，我们卫生院应在2周内主动随访转诊状况。

4、对全部的患者进行针对性的健康训练，与患者一起制定生活方式改进目标并在下一次随访时评估进展，先访患者消失那些状况及特别现象应马上就诊。

5、马上在辖区为慢性病患者建立管理档案，实施随访和健康指导的详细实施人，要严格根据要求，规范各项工作并将信息的建立与规范化管理紧密结合起来。

篇5：慢性病管理工作计划

慢性病，是指由各种原因造成的病程较长、缓慢发展的疾病，如心脏病、糖尿病、高血压等。这些疾病需要长期的治疗和管理，才能够实现预防、控制和治疗的目的。因此，开展慢性病管理工作是非常重要的，也是现代医疗服务的不可或缺的一个部分。

慢性病管理工作需要从以下几个方面来进行计划和实施。

1.提高公众的健康意识和知识水平

在慢性病管理过程中，公众的健康意识和知识水平是至关重要的。因此，我们需要通过各种媒体和方式，向公众传播慢性病的相关知识和预防措施。例如，可以通过卫生教育宣传、媒体报道、社区讲座等方式，向公众介绍慢性病的知识和预防措施，并提供一些简单的健康自查和诊断工具，帮助公众及时发现自身的健康问题。

2.建立慢性病管理机制

为了更好地实现慢性病的管理和预防，我们需要建立一个完整的慢性病管理机制。这个机制应该包括慢性病的防治、诊断和治疗的规范。具体的，可以在各级医疗机构建立慢性病诊治的专科门诊，提供血压、血糖、血脂等检查，并制定详细的诊断和治疗方案，为患者提供更加全面、有效的医疗服务。

3.构建完整的医疗服务体系

为了让患者获得更好的医疗服务，我们需要建立一个完整的医疗服务体系，包括诊断与治疗、保障与预防、康复与管理等方面的服务。通过建立多个渠道和平台，如在线咨询、电话咨询、家庭医生等，为患者提供全天候、及时、专业的医疗服务。

4.引进新技术与新方法

随着科技的进步和医疗技术的快速发展，我们可以引进一些新技术和新方法

，如远程医疗、智能诊断与控制系统等，来优化慢性病的管理和治疗。例如，通过智能设备来收集、分析和监测患者的健康数据，及时预警和干预患者的健康状况，更好地实现慢性病的管理和治疗。

慢性病管理工作计划需要不断创新和完善，同时也需要全社会的共同努力。只有通过多方面的合作和努力，才能够达到控制和预防慢性病的目的，让人们更好地享受健康生活。