

最新慢病防治工作计划总结 慢病防治工作计划优选(大全5篇)

做任何工作都应改有个计划，以明确目的，避免盲目性，使工作循序渐进，有条不紊。因此，我们应该充分认识到计划的作用，并在日常生活中加以应用。下面是小编为大家带来的计划书优秀范文，希望大家可以喜欢。

慢病防治工作计划总结篇一

依据《慢性病防控工作使用方法》的要求、结合濮阳市20xx年慢性病防治工作的安排、按照慢性病工作计划的具体安排，县疾控中心慢病科在上级业务部门的精心指导下，在中心领导的大力支持下，圆满完成了20xx年度xx县慢性病防治工作计划目标及指令性工作，具体工作总结如下：

（一）慢性病危险因素监测：在卫生局、疾控中心领导的`大力支持下，对我县个乡镇个行政村共计人进行了慢性病危险因素监测工作。问卷经过审核、回访、整理、评估数据库共录入份问卷。调查了被调查对象构成情况、吸烟情况、饮酒情况、就餐情况、身体活动情况、高血压调查情况、糖尿病调查情况。针对调查内容分析出超重、肥胖、高血压、糖尿病、精神卫生等结果。分析显示15—74岁高血压患病率为，5—74岁糖尿病患病率为。

（二）慢性病督导考核工作：在卫生局带队下完成对乡镇公共卫生服务次的督导及考核工作，针对督导中存在的问题进行了指导并提出整改性建议。

（三）xx县全民健康生活方式行动启动工作：为提高我县全民健康意识和健康生活方式的行为能力，降低慢病危险因素，创造长期可持续的支持环境，今年9月份启动全民健康生活方式行动工作。组织县直医疗单位、县疾控中心、县卫生监督

所、乡镇卫生院共计千余人的健步走活动。对参加活动的人员和群众免费发放了控油壶、限盐勺、折页、倡议书、全民健康生活方式核心信息书刊组成的大礼包余套，并重点讲解了控油壶、限盐勺的正确使用方法和作用。展示了健康生活方式方面的展板余块。前来观看的群众达500余人次，接受咨询的群众达450余人次，发放全民健康生活方式行动倡议书和折页3000余份。为创造可持续性的健康生活环境，以后逐步创造健康食堂、健康社区、健康单位、健康餐厅等示范性单位。

（四）截至今日完成6个慢病防治卫生宣传日的宣传活动工作，即“世界无烟日”、“全民健康生活方式日”、“爱牙日”、“全国高血压日”、“世界精神卫生日”、“联合国糖尿病日”。利用健康教育宣传栏、制作健康知识展板、开展健康咨询、制作发放宣传资料等形式，开展各种疾病防治知识传播，共计制作宣传材料8000份，发放5000余份，接受咨询达5000余人次。

（一）*及卫生行政部门对慢性病防治工作重要性的认识严重不足。

*或卫生行政部门没有协调好相关部门的关系，没有明确各部门的责任。

（二）专业技术人员力量不足。

随着基本公共卫生力度的加深及重视，对慢性病防治（高血压、糖尿病、重性精神疾病）健康教育的工作技术要求越来越严格，专业技术水*越来越高，所以就需要一定数量的慢病防治专业工作人员匹配当前的工作。

（一）抓住机会、逐步深入。

在以后慢性病防治工作（项目工作、公共卫生工作）在做好

本职工作的前提下，在一定基础上逐步深入、全面开展。

（二）加强专业学习。

在外因充足的情况下，如果不加强自身学习、慢性病防治工作的有效开展就无法顺利进展。所以加强人员业务学习和培训，提高了自身业务技能是当务之急。

——慢性病个人申请书

慢病防治工作计划总结篇二

随着经济的发展，人们生活方式的改变及老龄化的加速，高血压、糖尿病及各种慢性疾病的发病率和患病率呈快速上升趋势，严重影响患者的身心健康，并且给个人、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，而慢性病的防治重心则在基层乡镇，慢性病的基层预防是慢性病防治最有效的手段，基层慢病的防治工作好坏直接关系到慢病的防治效果。为此我院创建慢病综合防控示范区，并创建慢病综合防控示范区创建工作领导小组暨技术指导小组，以及将慢病防治工作纳入基层卫生考核目标，确保慢病综合防控示范区创建工作顺利完成和慢病管理进一步完善，走“预防为主、防治结合”的道路。根据上级慢病防治相关文件及主管部门的要求，特制定瓦店卫生院院2014年慢病管理工作计划：

一、工作目标

1、建立慢病基础信息系统。利用计算机管理，对我院慢病示范区对应服务人群的高血压、糖尿病的病人及新发病人首诊病例进行登记建档工作，制定慢病管理制度，由领导分管此项工作，责任落实到个人。

2、利用居民健康档案、组织居民进行健康体检等多种方

式， 1

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、加强村级高血压、糖尿病患者的随访管理，提高高血压、糖尿病的规范管理率和控制率，提高高血压和糖尿病患者的自我管理知识和技能，减少或延缓高血压、糖尿病的并发症发生。

4、以我院为基础，从群体防治出发，个人防治入手，建立慢病随访管理模式。

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，普及基层居民高血压、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、糖尿病档案管理系统。

二、建档目标

1、建立基层居民健康档案，服务人民。

2、建立慢病患者的健康档案，应有随访记录、治疗记录及健康教育记录。

三、实施计划

建立慢病各种制度；对一般人群、慢病患者开展预防控制工作，建立健全慢病管理综合防治机制。

1、对各村各组进行健康档案建立及体检。

2、高血压及糖尿病的检出：利用建立居民健康档案、健康

体检、本院门诊35岁以上首诊血压测量制度及化验室血糖检测记录等多种方式发现高血压、糖尿病患者。

3、高血压、糖尿病患者的登记：将检出的高血压、糖尿病患者进行登记建档并规范化管理。

4、高血压、糖尿病患者的随访管理和转诊：对检出高血压、糖尿病患者收集详细的病史，帮助患者制定自我管理计划，对高血压患者进行自我管理的技术支持。

5、高血压、糖尿病高危人群的健康指导和干预：对检出高血压、糖尿病高危人群的界定标准、筛查出高血压、糖尿病高危人群采取群体或个体健康指导相结合的方法，开展健康教育以改变不良的生活方式，通过健康教育提高高危人群对高血压、糖尿病相关知识及危险因素的了解，给以健康方式的指导，定期测血压、血糖。

6、一般人群的健康促进：根据基层人群的健康需求，在基层广泛开展高血压、糖尿病防治知识宣传，提倡健康的生活方式，鼓励基层人群改变不良的生活方式，减少危险因素，预防和减少高血压、糖尿病的发生。

（1）在我院及村卫生室建立慢病防治知识宣传刊栏，每个季度更换一次内容。

（2）在我院慢病示范区域内每季度举办一次慢病知识讲座，健康生活方式讲座及义诊等活动。

（3）院内开展免费测量血压。

四、培训及评估

按照《高血压防治基层实用规范》、《中国高血压、糖尿病防治指南》全院职工进行培训。以提高对高血压、糖尿病的

管理质量。

评估时按照慢病建档动态管理情况、随访管理开展情况、双向转诊执行情况、35岁首诊血压开展情况、就诊者的满意度等，慢病知识知晓率、相关危险行为的改变率及慢性病的药物规范治疗情况，综合评估。

瓦店卫生院

二〇一四年一月六日

慢病防治工作计划总结篇三

早期发现和干预：癌症早诊早治，脑卒中、心血管病、慢性呼吸系统疾病筛查干预，高血压、糖尿病高危人群健康干预，重点人群口腔疾病综合干预。

健康管理：居民健康档案、健康教育、慢性病（高血压、糖尿病等）患者健康管理、老年人健康管理、中医药健康管理。

（三）强化规范诊疗，提高治疗效果。

1. 落实分级诊疗制度。优先将慢性病患者纳入家庭医生签约服务范围，积极推进高血压、糖尿病、心脑血管疾病、肿瘤、慢性呼吸系统疾病等患者的分级诊疗，形成基层首诊、双向转诊、上下联动、急慢分治的合理就医秩序，健全治疗—康复—长期护理服务链。鼓励并逐步规范常见病、多发病患者首先到基层医疗卫生机构就诊，对超出基层医疗卫生机构功能定位和服务能力的慢性病，由基层医疗卫生机构为患者提供转诊服务。完善双向转诊程序，重点畅通慢性期、恢复期患者向下转诊渠道，逐步实现不同级别、不同类别医疗机构之间的有序转诊。

2. 提高诊疗服务质量。建设医疗质量管理与控制信息化平台，

加强慢性病诊疗服务实时管理与控制，持续改进医疗质量和医疗安全。全面实施临床路径管理，规范诊疗行为，优化诊疗流程，努力缩短急性心脑血管疾病发病到就诊有效处理的时间，推广应用癌症个体化规范治疗方案，降低患者死亡率。基本实现医疗机构检查、检验结果互认。

（四）促进医防协同，实现全流程健康管理。

1. 加强慢性病防治机构和队伍能力建设。发挥中国疾病预防控制中心、国家心血管病中心、国家癌症中心在政策咨询、标准规范制定、监测评价、人才培养、技术指导等方面作用，在条件成熟地区依托现有资源建设心血管病、癌症等慢性病区域中心，建立由国家、区域和基层中医专科专病诊疗中心构成的中医专科专病防治体系。各地区要明确具体的医疗机构承担对辖区内心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病、糖尿病等慢性病防治的技术指导。二级以上医院要配备专业人员，履行公共卫生职责，做好慢性病防控工作。基层医疗卫生机构要根据工作实际，提高公共卫生服务能力，满足慢性病防治需求。

2. 构建慢性病防治结合工作机制。疾病预防控制机构、医院和基层医疗卫生机构要建立健全分工协作、优势互补的合作机制。疾病预防控制机构负责开展慢性病及其危险因素监测和流行病学调查、综合防控干预策略与措施实施指导和防控效果考核评价；医院承担慢性病病例登记报告、危重急症病人诊疗工作并为基层医疗卫生机构提供技术支持；基层医疗卫生机构具体实施人群健康促进、高危人群发现和指导、患者干预和随访管理等基本医疗卫生服务。加强医防合作，推进慢性病防、治、管整体融合发展。

3. 建立健康管理长效工作机制。明确政府、医疗卫生机构和家庭、个人等各方在健康管理方面的责任，完善健康管理服务内容和流程。逐步将符合条件的癌症、脑卒中等重大慢性病早诊早治适宜技术按规定纳入诊疗常规。探索通过政

府购买服务等方式，鼓励企业、公益慈善组织、商业保险机构等参与慢性病高危人群风险评估、健康咨询和健康管理，培育以个性化服务、会员制经营、整体式推进为特色的健康管理服务产业。

（五）完善保障政策，切实减轻群众就医负担。

1. 完善医保和救助政策。完善城乡居民医保门诊统筹等相关政策，探索基层医疗卫生机构对慢性病患者按人头打包付费。完善不同级别医疗机构的医保差异化支付政策，推动慢性病防治工作重心下移、资源下沉。发展多样化健康保险服务，鼓励有资质的商业保险机构开发与基本医疗保险相衔接的商业健康保险产品，开展各类慢性病相关保险经办服务。按规定对符合条件的患慢性病的城乡低保对象、特困人员实施医疗救助。鼓励基金会等公益慈善组织将优质资源向贫困地区和农村延伸，开展对特殊人群的医疗扶助。

2. 保障药品生产供应。做好专利到期药物的仿制和生产，提升仿制药质量，优先选用通过一致性评价的慢性病防治仿制药，对于国内尚不能仿制的，积极通过药品价格谈判等方法，合理降低采购价格。进一步完善基本药物目录，加强二级以上医院与基层医疗卫生机构用药衔接。发挥社会药店在基层的药品供应保障作用，提高药物的可及性。老年慢性病患者可以由家庭签约医生开具慢性病长期药品处方，探索以多种方式满足患者用药需求。发挥中医药在慢性病防治中的优势和作用。

（六）控制危险因素，营造健康支持性环境。

1. 建设健康的生产生活环境。推动绿色清洁生产，改善作业环境，严格控制尘毒危害，强化职业病防治，整洁城乡卫生，优化人居环境，加强文化、科教、休闲、健身等公共服务设施建设。建设健康步道、健康主题公园等运动健身环境，提高各类公共体育设施开放程度和利用率，推动有条件的学校

体育场馆设施在课后和节假日对本校师生和公众有序开放，形成覆盖城乡、比较健全的全民健身服务体系，推动全民健身和全民健康深度融合。坚持绿色发展理念，强化环境保护和监管，落实大气、水、土壤污染防治行动计划，实施污染物综合控制，持续改善环境空气质量、饮用水水源水质和土壤环境质量。建立健全环境与健康监测、调查、风险评估制度，降低环境污染对健康的影响。

2. 完善政策环境。履行《烟草控制框架公约》，推动国家层面公共场所控制吸烟条例出台，加快各地区控烟立法进程，加大控烟执法力度。研究完善烟草与酒类税收政策，严格执行不得向未成年人出售烟酒的有关规定，减少居民有害饮酒。加强食品安全和饮用水安全保障工作，推动营养立法，调整和优化食物结构，倡导膳食多样化，推行营养标签，引导企业生产销售、消费者科学选择营养健康食品。

3. 推动慢性病综合防控示范区创新发展。以国家慢性病综合防控示范区建设为抓手，培育适合不同地区特点的慢性病综合防控模式。示范区建设要紧紧密结合卫生城镇创建和健康城镇建设要求，与分级诊疗、家庭医生签约服务相融合，全面提升示范区建设质量，在强化政府主体责任、落实各部门工作职责、提供全人群全生命周期慢性病防治管理服务等方面发挥示范引领作用，带动区域慢性病防治管理水平整体提升。

慢病防治工作计划总结篇四

依据《慢性病防控工作使用方法》的要求、结合濮阳市2013年慢性病防治工作的安排、按照慢性病工作计划的具体安排，县疾控中心慢病科在上级业务部门的精心指导下，在中心领导的大力支持下，圆满完成了2013年度清丰县慢性病防治工作计划目标及指令性工作，具体工作总结如下：

一、慢病防治工作

(一慢性病危险因素监测:在卫生局、疾控中心领导的大力支持下,对我县个乡镇个行政村共计人进行了慢性病危险因素监测工作。问卷经过审核、回访、整理、评估数据库共录入份问卷。调查了被调查对象构成情况、吸烟情况、饮酒情况、就餐情况、身体活动情况、高血压调查情况、糖尿病调查情况。针对调查内容分析出超重、肥胖、高血压、糖尿病、精神卫生等结果。分析显示15-74岁高血压患病率为19.59%,5-74岁糖尿病患病率为6.54%。

(二慢性病督导考核工作:在卫生局带队下完成对乡镇公共卫生服务次的督导及考核工作,针对督导中存在的问题进行了指导并提出整改性建议。

危险因素,创造长期可持续的支持环境,今年9月份启动全民健康生活方式行动工作。组织县直医疗单位、县疾控中心、县卫生监督所、乡镇卫生院共计千余人的健步走活动。对参加活动的人员和群众免费发放了控油壶、限盐勺、折页、倡议书、全民健康生活方式核心信息书刊组成的大礼包余套,并重点讲解了控油壶、限盐勺的正确使用方法和作用。展示了健康生活方式方面的展板余块。前来观看的群众达500余人次,接受咨询的群众达450余人次,发放全民健康生活方式行动倡议书和折页3000余份。

为创造可持续性的健康生活环境,以后逐步创造健康食堂、健康社区、健康单位、健康餐厅等示范性单位。

(四截至今日完成6个慢病防治卫生宣传日的宣传活动工作,即“世界无烟日”、“全民健康生活方式日”、“爱牙日”、“全国高血压日”、“世界精神卫生日”、“联合国糖尿病日”。利用健康教育宣传栏、制作健康知识展板、开展健康咨询、制作发放宣传资料等形式,开展各种疾病防治知识传播,共计制作宣传材料8000份,发放5000余份,接受咨询达5000余人次。

二、存在的困难问题

(一)政府及卫生行政部门对慢性病防治工作重要性的认识严重不足。政府或卫生行政部门没有协调好相关部门的关系,没有明确各部门的责任。(二)专业技术人员力量不足。

随着基本公共卫生力度的加深及重视,对慢性病防治(高血压、糖尿病、重性精神疾病健康教育)的工作技术要求越来越严格,专业技术水平越来越高,所以就需要一定数量的慢病防治专业工作人员匹配当前的工作。

三、今后工作打算

(一)抓住机会、逐步深入。在以后慢性病防治工作(项目工作、公共卫生工作在做好本职工作的前提下,在一定基础上逐步深入、全面开展。

(二)加强专业学习。在外因充足的情况下,如果不加强自身学习、慢性病防治工作的有效开展就无法顺利进展。所以加强人员业务学习和培训,提高了自身业务技能是当务之急。

县疾控中心慢性病防治科 2013年12月11日

慢性病防治工作计划总结篇五

随着人们生活水平的不断提高,慢性病在我国呈不断上升的趋势,严重威胁人民身体健康。慢性病在我国主要有心脑血管病、恶性肿瘤、糖尿病、慢性阻塞性肺部疾患、骨质疏松等。为加强慢性病管理,制定工作计划如下:

- 1、开展社区疾病调查工作,了解本辖区内慢病人数及分布并建立档案。
- 2、重点对高血压、冠心病加强管理,对就医的高血压、冠心病病人随时建立档案。

3、为社区内35岁以上人群进行免费查体，进一步筛选高血压及冠心病病人，并进行微机管理。

4、对高血压及冠心病病人进行监测及治疗，及时调整治疗方案，使心电图及血压控制在最佳水平，防止并发症的发生，为高血压病人免费测血压，对冠心病病人发放优惠卡，实行心电图检查半价等措施。

5、定期访视（包括入户访视、电话访视），对冠心病及高血压病人随时了解他们的病情。

6、开展健康教育工作，对就诊的病人随时进行健康教育，发放健康教育处方，并通过“健康教育专栏”进行宣传高血压、冠心病的有关知识，增进居民防病治病意识。

7、定期开展高血压、冠心病专题讲座，参加对象为高血压及冠心病病人。

8、通过健康教育等措施对边区居民进行行为干预，使之采纳健康生活方式，改变不良生活习惯。如：宣传戒烟、少量饮酒、适当进行体育锻炼等。

9、年终对开展的工作进行评估总结□

社区卫生服务站

年

月