

# 最新慢病管理实施方案 慢性病管理实施方案(通用5篇)

为了确保事情或工作得以顺利进行，通常需要预先制定一份完整的方案，方案一般包括指导思想、主要目标、工作重点、实施步骤、政策措施、具体要求等项目。方案对于我们的帮助很大，所以我们要好好写一篇方案。下面是小编精心整理的方案策划范文，欢迎阅读与收藏。

## 慢病管理实施方案篇一

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、冠心病、恶性肿瘤等慢性疾病发病率和患病率呈快速上升趋势，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，为此我院将慢性病防治工作纳入我院综合考核目标，创造支持性的环境，走“防治结合，预防为主”的道路。根据上级慢性病防治相关文件的要求，特制定20xx年我院慢性病管理工作计划。

- 1、建立慢病基础信息登记，针对重性精神病、糖尿病和高血压的首诊病例进行登记工作，制定慢病管理工作制度，由分管副院长分管此项工作，医教科具体负责实施，责任落实到人。
- 2、加强高血压、糖尿病患者的初筛工作，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早期诊断和早期治疗，减少或延缓高血压、糖尿病并发症的发生。
- 3、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住院病人入院宣教，普及居民高血压、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。

建立控烟督导登记本，有记录可查。

5、对我院健康食堂进行规范化管理，对职工进行健康生活方式培训，对职工发放控盐、控油壶，每年举行全院职工进行一次健康知识竞赛，有记录可查。

对心脑血管事件及肿瘤病人进行登记，对死亡病人进行死因监测并登记上报金山社区疾妇站，对35岁以上首诊病人测血压、对达到诊断标准高血压病人进行登记并上报金山疾妇站进行相应管理。

建立慢病工作制度；对一般人群、高血压和糖尿病患者开展预防控制工作，建立高血压、糖尿病综合防治机制。

1、高血压、糖尿病、重性精神病的检出：利用患者就诊、健康体检、门诊免费测血压、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、糖尿病患者进行登记并上报金山社区疾妇站。

3、体检中心每月上报体检单位及体检总人数，对达到高血压、糖尿病诊断标准的进行详细登记并上报金山疾妇站进行管理。

4、对社区进行慢性病知识讲座，参加市疾控中心的慢性宣教，对基层医护人员进行业务知识培训，每年对医院职工进行慢性病知识培训。

5、不定期邀请上级医院专家对我院医护人员进行业务培训。

1、高血压、糖尿病高危人群的界定和检出：按照高血压、糖尿病高危人群的界定标准，通过日常诊疗、健康体检、建立健康档案、主动筛查等方式发现高血压、糖尿病高危人群。

2、高血压、糖尿病高危人群健康指导和干预：对高危人群采取群体和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，给与健康方式的指导，定期测量血压，血糖。

根据基层人群的健康需求，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，鼓励群众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。用“精神卫生日”“高血压日”“世界糖尿病人日”等宣传日，宣传慢性非传染性疾病防治知识和防治理念，引导社会对慢性非传染性疾病的关注，提高人群慢病防治知识知晓率，不断增强广大群众的自我保健意识，促使人们改良不良的生活习惯，建立健康的生活和工作方式，消除或减轻相关危险因素，降低慢病的发病率伤残率和死亡率。

4、建立高血压、糖尿病防治知识宣传栏，每1季度更换1次内容，在导诊台发放高血压、糖尿病等慢性病防治知识宣传单。

5、在辖区举办高血压、糖尿病知识讲座和健康生活方式讲座、义诊等活动。

6、在辖区开展免费测血压、血糖活动。

按照《高血压防治基层实用规范》、《中国高血压防治指南》、《中国糖尿病防治指南》对我院的医务人员进行培训，以提高对高血压、糖尿病的管理质量。

## 1、过程评估

高血压、糖尿病建档动态管理情况，高血压、糖尿病随访管理开展情况，双向转诊执行情况，35岁患者首诊测血压开展情况，就诊者的满意度等。

## 2、效果评估

高血压、糖尿病防治知识知晓率，高血压、糖尿病相关危险行为的改变率，高血压、糖尿病的血压、血糖控制情况和药物规范治疗情况。

我院医教科负责对各临床科室进行督导和考核，考核意见及时反馈到被检科室或到个人，以便及时改进工作。

各村相关科室要制定内部的工作制度，工作流程和质量控制等规章制度，加强自我检查。

## 慢病管理实施方案篇二

为贯彻落实《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》，促进公共卫生均等化服务更好开展，做好慢性非传染性疾病的预防控制和管理工作的，结合我乡实际，特制定本实施方案。

通过已建立的居民健康档案，掌握所建档案居民患高血压、糖尿病等慢性病和与慢性病相关的高危人群情况，对高血压、糖尿病等慢性病患者及高危人群进行适宜技术指导，控制超重、肥胖、血压和血糖水平。

（四）开展以控制高血压、糖尿病等慢性病危险因素为核心内容的居民健康生活方式的健康指导，提高居民慢病知识知晓率 and 自我保健意识，使其掌握健康生活方式技能，并能主动采取行动。健康指导率达到90%以上。

### （一）工作范围

在全乡8个村卫生室办事处已建立电子居民健康档案的人群中开展工作。

## （二）工作内容

1、建立高血压、糖尿病等慢病患者及高危人群档案。依据已建立的居民健康档案，以35岁以上居民为重点：实行门诊首诊测血压，并动态掌握高血压、糖尿病等慢性病患者和高危人群的健康状况，对确诊的高血压、糖尿病患者和高危人群进行登记。

2、定期随访。对高血压、糖尿病患者至少每季度随访1次，每次随访要询问病情、进行基本体格检查，对用药、饮食、运动、心理等进行健康指导，并填写随访表（见附表1）。对高血压、糖尿病患者的随访及管理率不低于80%，提供健康行为指导的比率不低于80%。

对高危人群至少每半年随访1次，每次随访要提供膳食和身体活动等行为的指导，并填写随访表（见附表1）。高危人群半年随访率不低于80%，对失访人群应当记录原因。随访的高危人群管理率及提供行为指导的经率不低于90%。

基本体格检查包括身高、体重、血压（血糖）、腰围、臀围等。

3、开展危险因素控制，干预及效果评价。按照慢病患者和高危人群分类，以体重和血压为核心指标，参考腰围、血糖、血脂、身体活动等综合指标，通过膳食指导、身体活动促进血压管理等适宜措施的实施，实现“健康体重”和“血压管理”两大核心健康改善目标，采用有关指标定期进行效果评价。

4、根据全民健康生活方式行动总体方案（2007—2011）和实施方案，开展以控制慢病危险因素为核心内容的健康生活方式行动，以合理膳食和适量运动为切入点，倡导和传播健康生活方式理念，推广适宜技术，以点带面，全面推动全民健康生活方式行动。

自20xx年起，依据建立电子居民健康档案工作的开展情况，逐步覆盖全市95%以上的高血压、糖尿病患者和高危人群。

按照已建立的居民健康档案中高血压、糖尿病患者和高危人群数，对管理率、随访率等相关指标进行评估考核。

## 慢病管理实施方案篇三

为贯彻落实《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》，促进公共卫生均等化服务更好开展，做好慢性非传染性疾病的预防控制和管理工作的，结合我乡实际，特制定本实施方案。

通过已建立的居民健康档案，掌握所建档案居民患高血压、糖尿病等慢性病和与慢性病相关的高危人群情况，对高血压、糖尿病等慢性病患者及高危人群进行适宜技术指导，控制超重、肥胖、血压和血糖水平。

（四）开展以控制高血压、糖尿病等慢性病危险因素为核心内容的居民健康生活方式的健康指导，提高居民慢病知识知晓率 and 自我保健意识，使其掌握健康生活方式技能，并能主动采取行动。健康指导率达到90%以上。

在全乡8个村卫生室办事处已建立电子居民健康档案的人群中开展工作。

- 1、建立高血压、糖尿病等慢性病患者及高危人群档案。依据已建立的居民健康档案，以35岁以上居民为重点：实行门诊首诊测血压，并动态掌握高血压、糖尿病等慢性病患者和高危人群的健康状况，对确诊的高血压、糖尿病患者和高危人群进行登记。

- 2、定期随访。对高血压、糖尿病患者至少每季度随访1次，每次随访要询问病情、进行基本体格检查，对用药、饮食、

运动、心理等进行健康指导，并填写随访表（见附表1）。对高血压、糖尿病患者的随访及管理率不低于80%，提供健康行为指导的比率不低于80%。

对高危人群至少每半年随访1次，每次随访要提供膳食和身体活动等行为的指导，并填写随访表（见附表1）。高危人群半年随访率不低于80%，对失访人群应当记录原因。随访的高危人群管理率及提供行为指导的经率不低于90%。

基本体格检查包括身高、体重、血压（血糖）、腰围、臀围等。

3、开展危险因素控制，干预及效果评价。按照慢病患者和高危人群分类，以体重和血压为核心指标，参考腰围、血糖、血脂、身体活动等综合指标，通过膳食指导、身体活动促进血压管理等适宜措施的实施，实现“健康体重”和“血压管理”两大核心健康改善目标，采用有关指标定期进行效果评价。

4、根据全民健康生活方式行动总体方案〔20xx—20xx〕和实施方案，开展以控制慢病危险因素为核心内容的健康生活方式行动，以合理膳食和适量运动为切入点，倡导和传播健康生活方式理念，推广适宜技术，以点带面，全面推动全民健康生活方式行动。

自20xx年起，依据建立电子居民健康档案工作的开展情况，逐步覆盖全市95%以上的高血压、糖尿病患者和高危人群。

按照已建立的居民健康档案中高血压、糖尿病患者和高危人群数，对管理率、随访率等相关指标进行评估考核。

## 慢病管理实施方案篇四

为深入开展我区慢性病综合防控工作，加快建立适宜的患者

自我管理模式，按照相关工作要求，20\_\_年我区将继续在全区范围内开展以高血压、糖尿病为主的慢性病患者自我管理活动，现制定本实施方案。

## 一、工作目标

建立和完善促进全民健康的社会支持系统，推进政府倡导、社区实施、医疗机构指导的健康之家，探索建立“医患合作、患者互助、自我管理”群防群控高血压、糖尿病的工作模式，建立运作规范的“高血压、糖尿病等慢病患者自我管理小组”。

## 二、工作内容

1. 各镇社区卫生服务中心（镇卫生院）根据辖区人口与患者数，按不同病种类别，组织慢性病患者成立相应数量的“慢性病患者自我管理小组”，并按要求确保完成6次以上小组活动任务（见附件1）。
3. 患者自我管理小组要落实固定活动场所，面积在20——50平方米；活动场所应配置黑板、挂图、血压计、体重称、腰围尺、电视机、放松音乐光盘、健康处方、宣传资料等基本设施。
4. 每个小组至少每月组织开展1次慢性病防治的基础知识和基本技能培训，拟定活动的内容与形式，有针对性地进行培训和学习。
5. 每次小组活动要有活动计划、活动记录和活动小结，每次活动中要进行问卷调查，开展个人健康状况评价（见附件2、3）。

## 三、工作职责

1. 区疾控中心：制定工作方案，组织和协调区级师资培训，负责对高血压、糖尿病等慢性病患者自我管理工作的业务指导。
2. 区级医院：建立自我管理小组长培训基地，制定年度工作计划；在专科病区开展患者自我管理活动，示范、引领全区患者自我管理工作的开展。
3. 社区卫生服务机构：各镇社区卫生服务中心要指派专人负责管理小组工作，指导各小组制定活动计划，对小组人员制定详细的个人健康档案，并根据小组要求和建议，提供有针对性地培训和指导服务。
4. 居（村）委会：指派专人协助小组开展工作，负责招募志愿者和参加者，提供活动场所，负责联络与信息沟通。
5. 管理小组组长：负责小组日常活动开展、组员管理；了解、汇总组员各类健康需求；定期与指导医生沟通；做好日常活动的记录和资料整理归档。

#### 四、实施步骤

1. 组建小组：居（村）委会发出公告和邀请信（见附件4），发动慢性病患者报名参加管理小组，各管理小组在小组人员中推荐正、副组长。
2. 组织培训：各镇社区卫生服务对管理小组组长（每组2名）开展技术培训，培训内容为高血压、糖尿病患者自我管理的基础知识、基本技能（指导手册、指南）等。
3. 开展活动：各小组开展自我管理活动，认真填写活动记录（附件5），及时收集、整理活动过程中的指导资料、影像资料及问卷调查、组员个人健康计划等相关的资料，并按要求上报区疾控中心。

## 五、工作要求

1. 加强组织协调。慢性病患者自我管理活动是一项群众性的健康行动，对建立患者主动参与的慢性病防控新模式，形成健康的生活方式和行为具有非常重要的意义。各单位要认真组织协调，充分调动患者参与的积极性，确保患者自我管理工作顺利开展。
2. 定期开展交流。各镇社区卫生服务中心要实行月例会制度，定期组织小组负责人汇报、交流各管理小组工作开展情况，采取互动交流或座谈方式，激发组员参与的主动性和积极性。
3. 认真落实考核。区疾控中心按照区卫生局要求，结合基本公卫工作考核，以查看台账资料、实地观摩、现场走访等方式，综合日常采集信息，对各镇患者自我管理工作开展情况进行督查考核。考核以工作数量、质量和现场效果为重点，年终根据考核结果，对工作开展较好者进行适当奖励。

## 慢病管理实施方案篇五

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20xx年创省级慢病示范区领导小组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：

20xx年度健康教育与慢性病科年度工作计划表月份123456789  
月20号全国爱牙日10月8号全国高血压日、1010号世界精神卫生日1111月14号世界糖尿病日129重性精神病、高血压、糖尿

病、死因监测季度督导、指导重性精神病、高血压、糖尿病、死因监测季度督导、指导4月7号世界卫生日（15--21）号全国肿瘤防治宣传周5月31号世界无烟日重性精神病、高血压、糖尿病、死因监测季度督导、指导重性精神病、高血压、糖尿病、死因监测季度督导、指导开展创建省级慢性病示范区工作宣传主题备注1：慢性病备注2：健康教育备注：3正常工作开展，收集汇总报表。

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。

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。

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。

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。

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。

1、辖区内上报死亡人数达标率是否有6‰。

2、辖区内上报死亡及时率是否大于50%。

3、辖区内上报死亡报告完整率是否大于95%。