

# 最新结核病工作方案 慢病防治工作计划(汇总10篇)

为有力保证事情或工作开展的水平质量，预先制定方案是必不可少的，方案是有很强可操作性的书面计划。方案书写有哪些要求呢？我们怎样才能写好一篇方案呢？下面是小编精心整理的方案策划范文，欢迎阅读与收藏。

## 结核病工作方案 慢病防治工作计划篇一

### 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

## 结核病工作方案 慢病防治工作计划篇二

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，而慢性病的防治的重心则在社区，慢性病的社区预防是慢性病防治最有效的手段，社区慢性病的防治工作的好坏直接关系到慢性病防治的效果。各社区卫生服务中心要充分认识慢性病防治的重要性，将慢性病防治工作纳入社区卫生服务中心的考核目标，创造支持性的环境，走“防治结合，预防为主”的道路。根据九台市卫生局慢性病防治相关文件的要求，特制定今年慢性病防治工作计划。

## 一、工作目标

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为基础，从群体防治着眼，个体防治入手，探索建立西营城街道社区卫生服务中心疾控中心管理、评价，综合性医院协助诊断、个体化治疗、提供技术支持。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、实施计划

## 结核病工作方案 慢病防治工作计划篇三

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

## 结核病工作方案 慢病防治工作计划篇四

各地教育行政部门和学校要加强与属地卫生健康部门协同合作，建立健全学校结核病疫情通报和定期会商机制。

### （二）动员多方力量，助力结核防控

全国学校结核病防控专家组要充分发挥作用，制订学校结核病防控工作指引，规范学校结核病常态化预防健康宣教内容，提高日常预防工作效能。各地教育行政部门要积极协调卫生健康部门、疾控机构等支持学校结核病防控和宣传教育活动。要动员学生、教师、家长积极参与结核病防控工作。

### （三）健全工作机制，扩大防控成果

各地教育行政部门和学校要按照《教育部等五部门关于全面加强和改进新时代学校卫生与健康教育工作的意见》《普通高等学校健康教育指导纲要》要求，推动“师生健康 中国健康”主题健康教育高质量、可持续发展。学校成立校领导牵头、相关部门和学生社团等组成的学校结核病防控工作小组，不断巩固和扩大学校结核病防控工作成果。

## 结核病工作方案 慢病防治工作计划篇五

1、继续加强项目工作规范管理，项目人口覆盖率达到100%。

2、做好疑似结核病人及结核病人的发现、转诊工作。

1、疑似病人的转诊及病人发现：发现和治愈结核病人是控制结核疫情最重要措施。我院要认真执行中华人民共和国传染病防治法和结核病归口管理办法，抓好疑似结核病人、结核病人的发现及转诊工作。

2、开展培训，提高专业技术人员能力水平：结合结核病防控工作需要，针对技能薄弱问题，定期开展各种类型不同培训

工作。

3、对流动人口进行结核病防治。

加强对结核病人资料登记、收集、管理工作，做好登记本，按时统计和上报结核病控制项目报表，做到字迹清楚，数据准确，不迟报不漏报，加强结核病信息交流。

1、加强结核知识宣传，增强全民防痨意识，我院医务人员要围绕“3.24”世界结核病防治宣传日，采取专栏及其它宣传方式加强对结核病防治知识的宣传。

2、加强对流动人口中肺结核病人的管理，建立好病案，了解病人流向，防止病人丢失，使流动人口肺结核病人的全程治疗率至少达到60%。

## 结核病工作方案 慢病防治工作计划篇六

1. 广泛开展结核病健康教育。

2. 加强督导工作，提高防治工作质量。

3. 完成各类报表的收集与分析工作。

5. 网络系统管理率100%。

6. 网络及时报告率90%。

（一）提高结核病防治水平，加强政府承诺，全方位完善结核病防治的工作机制。

结核病防治是一项长期而又艰巨的工作任务，只有逐步完善政府领导、各部门合作和全社会参与的结核病预防与控制可持续发展的有效机制。才能加强结核病防治项目统筹管理，提高项目工作质量。各级卫生行政部门特别是基层部门要加强结核病免费治疗政策的宣传，基层卫生院要提高本级结核病控制的工作水平，加强对疑似病人的转诊工作，一旦有追踪病人务必要追踪到位，并且每半年一次向上级单位提供工作进展报告。

（二）进一步加强结防机构与医疗机构的合作，做好转诊和追踪工作。

1. 各级医疗机构要加强肺结核病人初诊、疫情报告和转诊工作，转诊率要求在95%以上。根据传染病网络直报资料开展病人追踪工作，以提高病人发现水平。确保非结防机构报告肺结核或疑似肺结核患者的总体到位率在80%以上。

2. 对所有涂阳肺结核病人的家庭密切接触者开展流行病学调查，筛查率要求在85%以上。

4. 在已设立并经过重新核实的乡镇卫生院痰涂片检查点，继续因地制宜开展肺结核可疑症状者的初筛工作。

（三）开展技术培训和质量控制，加强结核病防治能力建设



1. 各级要按照卫生部下发的《结核病预防控制工作规范》的要求配备相应的专业人员，制定并实施包含对医疗机构人员在内的系统的培训计划，注重从培训的质量控制和效果评价，进一步提高结防人员的工作能力和素质。配合上级部门开展的培训会议，力争派遣相关工作人员参加会议。
2. 进一步提高结核病网络管理能力，提高系统管理率，及时网报率等。

#### （四）加强新型防治服务体系建设

明确责任完善机制为重点，境界构建“疾控机构负责规划协调、医疗机构负责初筛转诊、定点医院负责确诊收治、基层医疗机构负责全程管理”的结核病新型防治服务体系。进一步提高我县的. 结核病防治水平。

（五）广泛开展结核病健康教育，提高结核病防治知识知晓率。

利用中央项目，整合资源，统筹考虑开展各项结核病健康促进活动，利用全球基金项目经费在本县各中小学校开展结核病防治健康教育试点；以“3.24”世界结核病防治日为重点，组织开展宣传活动，通过电视、广播等宣传活动，提高群众结核病防治知识知晓率；编印有关结防简报，及时通报、交流信息；利用中央加强项目经费开展结核病防治知识知晓率调查等。

#### （六）加强督导工作，提高防治工作质量

要根据规划和项目要求制定督导计划，促进规划落实和提升项目管理水平。要结合监测资料的分析结果，开展有针对性的督导工作，并做好督导后的反馈和整改工作，在完成督导频度要求的同时，提升督导工作质量。

本级要按照《中国结核病防治规划实施工作指南》（简称《指南》）的要求开展督导工作，每2月对乡镇督导1次。乡镇卫生院对每例涂阳病人及其所在村卫生所，在治疗全疗程中随访4次，对其它村卫生所选择性进行不定期督导。每次督导都要随机抽查随访1—2个正在治疗的病人，在此基础上，进行分类重点督导，督促后进。通过增加督导力度，提高重点地区结核病发现率和治愈率。

利用常规登记本及季度报告等资料，每季度对《规划》活动进行常规监测与评价。县级完成各类报表的收集与分析工作。

### （七）积极应对结核病“三大挑战”

1. 加强流动人口管理防治工作：在我县开展流动人口结核病控制项目的前期工作，提高对流动人口肺结核病人的发现与治疗管理水平。

2. 继续调查开展tb/hiv双重感染工作，以了解我县双重感染的疫情状况。组织各县结核病防治机构与艾滋病防治机构互相协调，采用x线检查□ppd试验、痰涂片等检查方法，在hiv感染者及艾滋病人中筛查结核病。

3加强耐多药结核病的监测工作，根据需要不断扩大耐多药肺结核诊疗覆盖面，推广快速诊断方法，缩短诊断时间，及时遏制耐药菌传播。

### （八）存在问题

1. 结核病防治人力资源不足，业务人员尚不能满足目前工作的需要，对业务工作不熟练，给开展常规工作带来很多困难。

2. 医防合作质量有待提高。县医疗机构肺结核及疑似肺结核病人登记、报告制度不够健全。还存在县医院把很多结核服药病人转到疾控中心。

3. 病人发现有待提高。虽然完成了结核病控制各项任务指标，但结核病疫情仍十分严峻，尤其是耐多药病人不断增加，还有许多新病人有待我们去发现，去诊断、去治疗、去管理，结核病控制工作任重而道远。

4. 结核病人系统管理有待加强。规范、全程治疗是提高治愈率，防治耐多药病例发生的关键，对涂阳肺结核病人实行在医护人员面视下服药为主的全程督导化疗工作非常薄弱，对结核病人的治疗、管理、督导、访视有待加强。

## **结核病工作方案 慢病防治工作计划篇七**

1. 执行35岁以上社区居民首诊测血压制度；每年至少测四次血压和血糖。

2. 对新发现的高血压、糖尿病病人必须建立规范完整的档案资料，建档率和规范管理率达90%以上，有效随访率达85%。

3. 辖区内35岁以上户籍居民高血压发现登记率应达100%，糖尿病发现登记率应达100%以上。

4. 高血压、糖尿病的上报资料准确、完整、及时。

1、设专人负责社区各项慢病防治工作。

2、首诊测血压，35岁以上居民每年至少测四次血压和血糖，做好居民的周期性体检（一年一次）。

3、掌握辖区居民高血压、糖尿病人数，有规范完整的病历档案和名册登记（高血压发现登记率达100%，糖尿病达100%），规范管理和随访率均达95%以上，每年随访四次。

4、掌握辖区65岁以上老年人群（常住人口）的基本情况，健康档案等资料齐全，开展老人周期性健康教育工作，有开展

工作记录及资料。

5、按要求对重点人群督导访视，并有记录。

6、按照慢性病防治要求，及时、准确、完整、规范地将慢病防治工作相关原始资料统计成报表，按时上报。

7、按照各类慢病防治的需要，积极开展相应的慢病防治，健康宣传教育及健康促进工作。

## 结核病工作方案 慢病防治工作计划篇八

提高各族市民防治慢性非传染性疾病的知识水平和能力，建立有利于主要慢性病防治的社会物质环境，逐步降低社区人群中主要危险因素，控制慢性病发病和死亡上升趋势，改善人们的生活质量，纠正不良生活行为，提高整体人群自我保健意识和健康水平。

### 二、组织机构及其职责

#### （一）领导机构。

成立由市人民政府分管领导任组长，由市卫生、计划、财政、教育、公安、广电、体育、劳动、工商、妇联、老龄委等部门作为成员单位的\*\*市慢性非传染性疾病综合防治领导小组，负责制定有关政策，明确各部门职责，审定慢性非传染性疾病综合防治规划和年度计划，落实防治经费，搞好社区协调。

由卫生行政部门负责协调卫生系统内部预防、医疗、康复、健康教育等部门的工作和卫生资源配置。

#### （二）防治机构。

各级疾病预防控制、医疗和健康教育等机构在明确分工的基

础上积极协作，共同完成综合防治任务。

医疗机构负责病人和高危人群的治疗、康复和健康指导；

健康教育机构负责健康教育、健康促进工作。

### （三）技术指导机构。

成立由医疗、预防、健康教育、康复、保健等多部门专家组成的技术指导小组，负责业务咨询、技术培训、设计方案论证、评估及效果评价、监督考核等工作。

## 三、示范点社区的选择原则

（一）该社区是至少含有一级政府在内的生活社区；

## 结核病工作方案 慢病防治工作计划篇九

一、 配备优秀人员，建立完善制度 1. 医疗保险工作的宗旨就是服务于广大的参保患者，为广大的 参保人员服务不应成为一句空洞的口号， 在具体工作中需要有一支敬 业、奉献、廉洁、高效、乐于为参保患者服务的工作队伍。因此院领 导组织了精干的人员进行此项工作，并成立了以院长 000 为组长，书 记 00 为副组长，医保科主任 00、护理部主任 00、内科主任 00、大 外科主任、妇科主任、药剂科主任为组员的信用等级评定领导小组。

医保科配备三名人员，医保科主任、医务科长、医保物价管理。院领 导为了保证基本医疗参保人员在我院就诊的质量、方便患者就医、保 证医保管理部门与医保患者和医疗科室之间的联系特别指定各科主 任及负责人为医疗保险联络员，并制定医疗保险患者住院一览表。根 据医疗保险信用等级评定标准的要求\*兼副院长孟醒为医疗保险 分管院长，每月组织 医保科和全院相关人员召开一次医疗保险会议， 并带领医保

科人员联同医保科长薛毓杰每周对患者进行一次查房。

2. 我院现有大型设备如、彩超、24 小时心电监测 X 光机等都符合国家标准并达到省内领先，保证了诊疗的准确性。认真执行大型 设备检查申请批准制度。

3. 20xx 年我们医保科组织医保培训每季度 1 次，每季度组织考核 1 次。

认真组织学\*、讨论、落实深圳市人民\*第 180 号文件 精神 。

二、 认真完成工作任务 20xx 年我们医保科按医保公司及医院的要求认真工作，诚心为患者服务圆满的完成了各项工作，0000 年（1—12 份）我院共收住院 医保患者 000 人次，医疗费用总计 000， 住院人次费用 000 住门比 000。

医保门诊 000 ， 门诊人次 000， 人均费用 000。

三、 树立良好的服务理念，诚信待患 为了让患者满意在医院，放心在医院，院领导经常组织行风学\* 与讨论，增强全院医务人员的服务意识，开展了创建患者放心满意医 院活动。为了实现就诊公开化、收费合理化的承诺，我院把所有服务 内容及收费标准公开， 把收费标准及药品价格制成公示板悬挂在门诊 大厅两侧。我院还对就诊患者实行首问负责制，每位来院患者问到每 一个医务人员都会。院领导及医保科人员经常对住院患者进行探望， 询问病情问询对医院的要求及意见。医院实行了科学化及自动化管 理，收费、药局、护士站均使用了微机管理，并上了科学的 hiss 系 统，每天给住院患者提供一日清单，把每天发生的费用情况打印后交 到患者手中，各种费用一目了然，免除了患者很多的麻烦和不必要的 担心，增加了收费的透明度。院领导和我们医保科经常深入病房之中 监督医生服务质量， 杜绝了冒名住院、 分解住院及未达标收治住院、 串换药品及诊疗项目、串换医疗服务设施、串换病种、乱收费、分解 收费等违法违规行为的发生。

患者出院后我们医保科对他们交待报销原则，及时整理账目，按时返还报销金。年底我们对来院就医的医疗保险患者进行服务调查，反馈回信息患者及家属对医院及医保科的工作给予很高的评价，总满意率达到98%以上。

这一年我们医保工作取得了一定的成绩，同时也存在一些问题，但我们深信在新的一年里，在医疗保险公司的大力支持下，院领导的正确领导下，我们一定会把医疗保险这项工作完成的更加出色，造福全市的参保人员。

## 结核病工作方案 慢病防治工作计划篇十

去年，在各级党委政府的大力支持，在上级业务部门的指导下，肺结核病防治工作取得了一定的成绩。为更好的开展今年的肺结核病防治工作，提高人群免疫力，使每一位患者都得到更好的治疗，在治疗过程中得到较好的指导。根据实际情况，特制定本年度计划。

更好的开展肺结核病防治工作，提高人群免疫力，使每一位患者都得到更好的治疗，在治疗过程中得到较好的指导。

（一）做好肺结核病知识的宣传，提高人口结核病知识知晓率。

（二）加强人群免疫力，主要提高新生儿卡介苗的接种率达90%。

（三）降低结核病人的患病率和死亡率，实现并保持至少70%的病人发现和85%的病人、的治愈率。

（四）对肺结核病人的督导管理。

1、治疗原则。

(1) 以管理病人为管理的主要对象。

(2) 对所有管理肺结核病人实行在医护人员面视下服药为主的全程督导化疗。

(3) 乡结核病防治医生和村级医生分级负责。

## 2、管理的内容。

指导病人服用每剂抗结核药物，确保病人做到全疗程规律服药。

掌握病人用药后有无毒副反应，如有应及时采取措施，最大限度地保证病人完成规定的疗程。

督导病人定期复查，掌握其痰菌变化情况并做好记录。

采取多种形式，对病人及家属进行结核病防治知识的健康教育，提高病人的治疗依从性及家属的责任心。争取痰菌尽早转阴，减少传播。

## 3、管理的分工。

肺结核病人不住院条件下落实化疗管理的组织与分工如下：

卫生院：

设专职或兼职结防医生，负责指导村医或家庭督导员对病人的治疗管理。

接到市结防科确诊的管理肺结核病人治疗管理通知后，应立即对病人进行访视，并落实治疗管理。

每个病人全疗程至少访视4次，了解病人治疗情况，督导村医生实施dost□



在村医生实施督导化疗有困难的地区，就选择具备一定文化水平的志愿者、家庭成员进行培训，以代替医务人员实施督导化疗。

社区医生：

是实施督导化疗的执行人，每次督导服药后按要求填写“肺结核病人治疗记录卡”。

病人如未按时服药，应及时采取补救措施，防止病人中断服药。

一旦发现病人出现毒副作用或中断用药等情况及时报告上级主管医师并采取相应措施。

组织、督促病人定期复查，协助收集痰标本。

病人完成全程治疗后，应将“治疗记录卡”上交乡卫生院，转送至市结核病防治科归档保存。

4、具体措施。

一年至少出一期关于肺结核知识的版报。

加强新生儿的上卡接种率。

乡结防医生接到病人管理通知单后，立即填写村级通知单把责任落实到村医或其家属成员身上并把“肺结核病人落实治疗管理反馈单”反馈到市结防科。实行家庭督导的要对其家属进行培训。

村医接到通知后立即进行督导管理，逢双日须到患者处督导，看病人服药到口，并做好治疗记录。