

## 慢性非传染性疾病防制工作计划 3 篇

根据《市区慢性病防治“十二五”规划（XX~XX年）》和《XX年市慢性非传染性疾病防制工作要点》，结合《区卫生系统建设国家慢性非传染性疾病综合防控示范区工作方案》的要求，制定区XX年慢性非传染性疾病（以下简称“慢性病”）防制工作计划如下。

### 一、总体目标

（一）依托国家基本公共卫生服务项目，提高居民健康档案质量，进一步提升高血压、糖尿病、恶性肿瘤、脑卒中和冠心病的规范管理水平。

（二）以国家慢性病综合防控示范区建设和健康生活方式行动示范创建为抓手，完善慢性病防控工作机制，创新工作方法，不断探索适宜技术应用和长效管理模式，不断强化队伍建设，有效推动全区慢性病防控工作持续发展。

### 二、工作项目及要求

#### （一）慢性病综合防控示范区建设工作

按照《区卫生系统建设国家慢性非传染性疾病综合防控示范区工作方案》开展各项工作，通过国家慢性病综合防控示范区省级验收。要求在XX年5月底前完成全部资料的收集并进行申报。

#### （二）监测与调查

##### 1.死因监测

按照国家疾病分类 ICD-10 和《全国死因登记信息系统网络报告工作规范》，准确填报死因，及时进行居民死亡网络直报。要求：各级医疗、社区卫生服务机构每月进行 1 次机构内死亡漏报自查。各镇（街道）社区卫生服务中心并每月与属地派出所、社区（行政村、居委会）等相关部门进行辖区死亡信息的核对；年内开展人群死因漏报调查，根据《市居民死亡漏报调查方案》要求，每个镇（街道）选择一个行政村（居民社区）开展居民死亡漏报调查工作。区疾病预防控制中心定期开展专项培训、指导，每季进行 1 次漏报抽查。相关医疗、社区卫生服务机构居民死亡报告率、及时率和死亡医学证明书填写合格率达 100%，不明死因比率 < 5%，死亡医学证明书网络直报率达 100%。全区居民粗死亡率不低于 0.6%，死亡报告审核及时率达 95% 以上。

## 2. 发病监测

按照《全国慢性病预防控制工作规范》（XX 版），做好肿瘤、糖尿病、冠心病、脑卒中等常见慢性病的报病工作。要求：各级医疗、社区卫生服务机构每月开展漏报自查，按时上报相关信息；各镇（街道）社区卫生服务中心并根据《市居民慢性病漏报调查方案》，并结合高血压糖尿病筛查工作开展居民疾病漏报调查工作，9 月底前完成数据的分析，总结报告。区疾病预防控制中心重点做好相关培训、指导及报病信息的流转管理，每季进行 1 次漏报抽查。全区常见慢性病报告率达 95% 以上，报告慢性病信息转送率和及时率达 100%。各社区卫生

生服务机构当年高血压、糖尿病新登记病人分别达到辖区常住人口的2%和0.3%或高血压、糖尿病累计登记病人分别达到常住人口的9%和2%。

### 3.高血压、糖尿病筛查

按《市高血压、糖尿病疾病筛查工作方案》，开展高血压、糖尿病疾病筛查工作。要求：以社区卫生服务中心为单位，整群完成今年计划要求的高血压、糖尿病疾病筛查任务数，新病人检出率高血压、糖尿病分别达4%和1%，三季度前将相关筛查数据及总结上报区疾病预防控制中心。

### 4.血压、血糖控制效果监测

按《区血压血糖控制效果评估方案》，开展血压血糖控制效果的监测。要求：社区卫生服务机构常规开展评估工作，及时对新发现登记并管理满一年的高血压、糖尿病病人进行血压血糖控制效果评估，新发现管理病人评估率达90%以上；XX年以社区卫生服务中心为单位，对XX年10月~XX年9月份新发现登记的高血压、糖尿病病人进行评估信息的收集，统一于9月底前完成评估报告，并上报区疾病预防控制中心。区疾病预防控制中心于年底前完成全区评估报告。

### 5.慢性病危险因素监测调查

按照区疾病预防控制中心印发的《区慢性病行为危险因素监测方案》，各镇（街道）以社区卫生服务中心为单位开展慢性病及危险因素核心指标（包括体重、腰围、血糖、血压）监测调查和辖区全人群

抽样调查工作。各镇（街道）至少完成 280 例调查，全区至少完成 3920 例。此项工作请结合社区诊断一并开展。

#### 6.双生子的调查登记

按照《市双生子登记调查方案》开展双生子的登记调查工作，要求登记率 95% 以上，调查率 90% 以上。

#### 7.社区诊断

根据国家慢性病防控示范区要求和《区 XX 年社区诊断实施方案》，各镇（街道）完成不少于 1600 份调查问卷，全区不少于 22400 份，通过调查完成我区社区诊断工作。

#### 8.中国慢性病前瞻性研究项目

KSCDC 项目为中英合作项目，区为该项目实施点。XX 年要做好项目常规监测信息的收集、报告。相关医疗、社区卫生服务机构要切实加强慢性病报病和死因监测工作，为项目办提供准确、有效的基础监测数据。

### （三）干预与管理

#### 1.慢性病健康管理

对高血压、糖尿病、肿瘤、冠心病、脑卒中进行分类登记及管理。

（1）根据高血压危险度分层和糖尿病分类的原则开展高血压、糖尿病非药物和药物管理工作，不断提高血压、血糖的控制率。一是要对当年新发现登记的高血压、糖尿病患者，参照《国家基本公共卫生

服务规范（XX版）》开展规范管理。落实免费随访评估、分类干预与健康体检（主要项目是：双向转诊、一年内4次以上血压、血糖免费检测和一次较全面的健康体检），并在每位患者管理满一年时进行血压、血糖的控制性评估。二是要对历年累计登记的高血压、糖尿病患者，根据其血压、血糖控制性评估结果落实分类管理。对血压、血糖控制良好或理想者予以常规管理，每年提供4次血压、血糖检测为主的免费随访管理；对控制差者则参照上述新发现登记患者管理要求继续纳入下一轮规范管理。要求：社区卫生服务机构对新发现登记病人的管理率达90%以上，新发现登记病人管理对象评估率达90%以上。

（2）根据相关技术方案开展肿瘤访视工作和脑卒中、冠心病随访工作。社区卫生服务机构肿瘤访视率达到90%、脑卒中和冠心病随访率达到60%。

（3）开展高血压和糖尿病患者血脂管理工作。即对新检出的高血压、糖尿病人开展血脂检测，血脂异常者按相关技术方案落实控制血脂管理，管理率达75%，并在管理满一年后进行评估。要求：年内各社区卫生服务中心至少有1个社区卫生服务站开展该项工作，对XX年开展该项工作的站要完成管理情况的评估，管理一年对象评估率达80%。10月底前完成评估工作。

（4）开展慢性病自我管理项目。全区社区卫生服务机构要积极开展慢性病患者自我管理活动。年内各社区卫生服务站均要成立1个以高血压、糖尿病等主要慢性病患者组成的自我管理小组，开展社

区倡导下的慢性病自我管理，探索提高慢性病患者管理的依从性与效果。要求有工作小结。

(5) 开展职业人群高血压规范化管理。根据《区职业人群高血压规范化管理工作实施方案》，各社区卫生服务中心分别对辖区内 XX 年已经纳入管理的对象继续开展第二年管理工作。要求及时上报数据库，有工作小结。

(6) 居家血压远程监护工作。结合示范区建设和“家庭医生制度”的落实，在木渎、光福、郭巷、城南、越溪等镇（街道）适当扩大重点人群高血压的居家远程监测管理试点工作。

## 2.居民健康档案管理

为辖区常住人口建立统一、规范（100 项以上）的居民健康档案，健康档案主要信息包括居民基本信息、主要健康问题及卫生服务记录等；健康档案要及时更新，并实行电子化管理。

XX 年全区各镇（街道）社区卫生服务中心要结合新的公共卫生信息管理系统，着力本辖区内已建档常住居民的原始信息核实与电子档完善工作。以社区卫生服务站为单位，常住人口居民电子档建档率保持在 75% 以上，年度内档案信息更新、使用率达 85%。

## 3.老年人健康管理

以健康档案为管理基础，按国家规范要求每年为辖区 65 岁以上老年人提供 1 次免费健康管理服务：包括生活方式和健康状况评估、健康体检（体格检查、辅助检查）和健康指导。以社区卫生服务中心为

单位，65岁以上老年人健康管理率达90%以上，健康体检率达80%以上。

#### 4.危险因素评价与分类管理

利用当年建档、体检等信息，对其中41~60岁未确诊患病对象进行1次危险因素的检索、评价，评价人数不少于200人。对评价后存在2~5个以上生活方式危险因素的对象按相关技术方案落实分类管理，管理率达75%。要求：年内各社区卫生服务中心至少有1个社区卫生服务站开展该项工作，对XX年开展该项工作的站要完成管理情况的评估，管理一年对象评估率达80%。11月底前完成计划任务。此项工作可与社区诊断一并开展。

#### 5.健康教育与健康促进

(1) 开展全民健康生活方式行动。按照市卫生局、爱卫办通知（苏卫疾控〔XX〕67号）要求和省创建示范单位（镇、街道，社区、单位、食堂和餐厅）标准开展创建活动。以镇（街道）为单位，年内累计完成创建全民健康生活方式示范镇、街道，社区、单位、食堂和餐厅至少6家，并于年底前通过区卫生局、爱健办的验收。已经创建的镇、街道，社区、单位、食堂和餐厅做好要求的常态管理工作。根据《省全民健康生活方式行动评估实施方案》开展全民健康生活方式行动实施评估调查工作。以社区卫生服务中心为单位，各地开展不少于50人的调查，并于年内完成数据录入与评估分析。根据《区健康生

活方式指导员工作实施方案》继续开展健康生活方式指导员相关工作，要求有活动记录和工作小结。

(2) 开展各类宣传日活动。各社区卫生服务机构要利用全国高血压日、世界糖尿病日、世界无烟日、健康日、爱牙日、爱国卫生宣传月和肿瘤宣传周，通过各种媒体及咨询服务等形式开展慢性病防制宣传。各镇（街道）宣传日活动不少于3次，有图片、有小结；区级4次以上，每次至少有1家媒体参与。要求11月底前完成计划任务。

(3) 开展大众知识日常教育。以《慢性病大众知识题库500题》读本为基本教材和宣传素材，并结合其他科普资料有计划地开展知识讲座和其他形式的宣传活动，如板报、宣传资料和候诊影像等。各社区卫生服务机构一年至少有4次目标人群讲座、4次板报类宣传和4次宣传资料发放（每次发放至少500人）。

## 6.春雨行动

按照《“春雨行动”工作方案》，结合慢病自我管理和健康教育等，开展《中国高血压健康教育工作规范》普及工作，要求各地配合区疾控中心做好相关工作。

## 7.减盐行动

根据省卫生厅领导在“在全民减盐行动新闻发布会上的讲话稿”精神和《市“减盐防病行动”工作方案》，开展减盐行动，要求各地配合区疾控中心做好相关工作。

## (四) 信息管理



## 1.信息资料上报

各级医疗、社区卫生服务机构要指定专人负责相关监测信息的管理，加强有关信息系统及数据库的日常维护，并及时、准确统计填报健康档案、慢性病登记管理等相关报表。要求信息资料上报的及时率、准确率达 100%。

## 2.肿瘤 GIS 构建

根据《市恶性肿瘤地理信息系统一期工作方案》开展工作，完成镇级和 XX-XX 年村级肿瘤地理信息的构建工作。

## 三、工作措施

### （一）提高工作认识，加强组织领导

慢性病是影响我区居民健康和生命质量的主要疾病，由于慢性病具有高发病率、高死亡率、高致残率和低知晓率的特点，已成为影响居民健康的重要公共卫生问题。各单位要充分认识做好慢性病防治工作的重要性和紧迫性，各镇（街道）社区卫生服务机构要积极争取当地政府的支持，加强部门协调与机构协作，以项目管理为手段，合理资源配置，创新工作机制，严格目标管理，落实防控措施，努力构建慢性病防治社区为基础、全社会共同参与的格局，有效推动慢性病防治工作的深入开展。

### （二）把握工作重点，推进示范建设

各单位要进一步明确慢性病防控工作的重点，以基本公共卫生服务项目为基础，加大力度推进慢性病综合防控示范建设和全民健康生

展居民建档、高血压、糖尿病、老年人等健康管理服务，努力提高工作实效。二是对照国家慢性病综合防控示范区建设标准，全面开展我区慢性病综合防控示范区建设。积极争取政府支持，整合现有卫生资源、强化部门合作与机构协作，逐步确立完善社区为基础、各部门协同、全社会参与的慢性病综合防控管理机制。三是有序推动全民健康生活方式行动示范创建活动。动员各镇（街道）、社区、单位、食堂、餐饮行业的积极参与，通过组织实施健康教育与健康促进工作，营造健康生活方式支持环境，普及健康生活相关知识，提供健康生活行为指导，不断提高全民健康意识和素养。

### （三）明确工作职责，提高工作效能

各单位要按照《全国慢性病预防控制工作规范》（XX版）明确各自职责。各医院、各镇（街道）社区卫生服务机构要将慢性病预防控制工作作为一个整体，有效衔接预防、治疗、康复各环节，提高慢性病预防控制效果。区疾病预防控制中心要认真组织慢性病预防控制工作规划、计划的实施，全面加强工作的协调与管理，紧扣《国家基本公共卫生服务规范》（XX版）及其他慢性病相关规范、指南的要求，开展业务指导培训，推广适宜技术，不断规范工作流程与考核评估。区卫生局将每季度组织开展相关工作督导，推进全区慢性病预防控制工作有序、规范开展。

### （四）加强队伍建设，提升工作技能

的培养。区疾病预防控制中心要强化对慢性病预防控制工作资源与能力的评估分析，确定能力建设的重点；组织开展层级技术指导与各类培训，提高各医院及各镇（街道）社区卫生服务机构专业队伍防控慢性病的能力，以整体提升慢性病防控工作技能。

## 第二篇

为进一步提升我区结核病防治工作水平，切实保障年度目标任务的全面完成，有效遏制结核病流行，根据国家、省、市结核病防治有关工作要求，结合本区实际，制定 XX 年区结核病防治工作计划如下：

### 一、工作指标

1.病人发现工作指标。XX 年全区拟发现和治疗管理肺结核患者总任务数 429 例，其中涂阳肺结核患者 129 例，涂阴肺结核患者 300 例。为确保患者发现任务的如期完成，相关医疗卫生机构应切实做到：初诊患者查痰率 95% 以上；发现肺结核患者报告率、转诊率 100%；转诊、追踪总体到位率 95% 以上；涂阳患者密切接触者筛查率 95% 以上；艾滋病病毒感染者结核病筛查率 90% 以上。

2.病人治管工作指标。初治患者接受免费治疗率 90% 以上（开始治疗时提供免费药品可计入分子）；肺结核病患者系统管理率 95% 以上；新涂阳肺结核病患者治愈率达 85% 以上。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/206151050212010235>