

2023年慢病工作计划(通用10篇)

时间就如同白驹过隙般的流逝，我们的工作与生活又进入新的阶段，为了今后更好的发展，写一份计划，为接下来的学习做准备吧！写计划的时候需要注意什么呢？有哪些格式需要注意呢？这里给大家分享一些最新的计划书范文，方便大家学习。

慢病工作计划篇一

三季度以来，我行继续围绕第二届董事会目标任务，理清工作思路，求真务实，强化管理，统筹发展，狠抓了组织资金和市场份额拓展，月底，各项存款总额突破亿元大关，发展的'速度不断加快，管理水平不断提升，各项业务又有了新的进展，为下阶段工作打下了坚实的基础。

至今年九月末，全行人民币存款××亿元，比年初增长××亿元，增幅××，其中储蓄存款比年初增长××亿元，余额达××亿元，增幅××%，对公及其它存款余额××亿元，比年初增加××亿元。

人民币贷款余额××亿元，比年初增放××亿元，增幅达××%。其中农业经济组织、农户贷款余额××亿元，比年初增长××亿元；民营、个私、股份制中小企业贷款余额××亿元，比年初增长××亿元；中小企业贷款占总贷款××%。

月末，国际业务外汇存款余额××万美元，比年初增长××万美元。国际结算量××万美元，比去年同期增加××万美元，其中出口结算量达××万美元较去年同期增加××万美元；进口结算量××万美元，比去年同期增加××万美元。结售汇合计××万美元，比去年同期增加××万美元。外汇贷款余额××万美元，比年初增长××万美元；人民币打包

贷款××万元，比年初增长××万元。

九月末不良资产余额××亿元包括抵贷资产××亿元，比年初减少××万元，不良资产占比××%，比年初下降个百分点。今年三季度，贷款综合收息率××%，比去年同期增加个百分点，季度我行实现帐面利润××万元。

今年三季度，我们主要抓了以下几方面工作：

存款始终是银行经营的根本；份额代表着地区竞争的地位。今年上半年我行存款总额虽然实现了时间过半，任务过半，但在同业竞争中，我行新增存款额较本地区其他行存在较大差距，总存款占全市的份额由年初下降到。面对这一情况，我们充分认识到“逆水行舟，不进则退”，三季度，我们一步不松抓组织存款，一着不让拓市场份额。

一是为帮助各支行调动员工积极性，激发员工工作热情，长久保持组织资金的高昂斗志，在激烈的市场竞争中，打好组织资金漂亮仗，力争市场份额有更大的突破，向我行独立运行十周年献礼，月号，独立经营以来第一次在晚上召开了各支行行长会议，全面动员，紧密部署了“结对子、争份额、比贡献、争市场组织资金竞赛”活动。竞赛将全市家支行按市场份额水平和所处经济环境结成组，分别下达各自目标任务，捆绑式竞赛考核，为我行存款的增加，市场份额的扩大起到了有力的推动作用。

二是通过对市场份额较低支行的排队，分析我行组织资金工作存在的考核不力，激励不力等具体问题和不足，月日，再次召集市场份额在本镇低于他行，当年新增少于他行，考核力度不大的位支行行长，在××支行举行现场会。再一次鼓劲增压，敲响了结对子、比贡献、争份额的战鼓。通过看××支行营业大厅的宣传氛围，和张榜公布的全体员工每月组资业绩和每季考核结果；听××支行组织资金实行公开、公正、透明考核的经验做法和强考核，扩份额，促进各项业

务稳健发展的汇报；位支行行长纷纷上台表示，一定坚定必胜的决心与信心，发扬好领先精神、拼搏精神、吃苦精神；营造好宣传氛围、考核氛围、组资氛围，创造出新的业绩。

同时，为让全行干部员工通过与兄弟支行的对照比较，更加清楚自己存在的差距，和在整个农商行中的排名，做到知己知彼，百战不殆，我们开办了每周一期《结对子、争份额、比贡献、争市场组织资金竞赛简报》，每周公布存款情况，跟踪各支行组织资金竞赛动态，定期介绍组织资金做法，营造了你追我赶、共同进步的浓烈气氛。月末总存款比月末增长了亿元，存款市场份额得到稳步拓展。

慢病工作计划篇二

2、编发了5期《依法行政工作动态》，向市局、各相关单位及局领导反馈了依法行政工作信息。并与各分局、各科室签定了《依法行政责任书》，发放了《依法行政工作学习宣传读本》，制定了《依法行政先进单位和先进个人评选实施办法》；邀请了县政府法制办法律专业人员授课，举办依法行政专题辅导会，同时发放了50余册《行政处罚办案程序与技巧》。

3、继续组织开展了“一周一案”网络答题活动，二季度共发布案例分析题10期，各分局干部职工均积极参与，按时答题，75%以上的分局答题率达到了100%，同时局机关的部分干部职工也积极参与答题，起到了以案说法，以案促学的作用。部署和开展了一季一学、一季一考普法学习活动。开展了对《企业所得税汇算清缴管理办法》、新《发票管理办法》的学习和考试。

4、全面落实执法系统疑点数据库疑点信息核查工作。针对总局开发的税收执法疑点信息库软件中下派的核查任务，对我县国税系统在20xx年至20xx年期间ctais处理的执法行为中共有1446件行为涉及12个疑点项目进行了任务分解分派核查，

要求对于核查出来的执法问题，各单位要及时做好纠正和整改工作，要进一步完善内部岗责体系，优化业务流程，健全制约机制，补全管理漏洞。

5、提高法制工作深度，完善法制服务工作。

(1)、积极完成了市局季度及半年的政策调研反馈工作。

(2)、提高税务案件的办案水平，全面开展案卷工作。一是对普通案件的审理、系统录入工作进行监督，指导案卷的规范性管理；二是落实好重大税务案件审理制度，不断提高系统涉税案件办理的整体质量；三是继续做好税收执法案卷评查工作，对20xx-20xx年度的执法案卷报送市局，积极参与案卷评优工作。

(3)、按时完成了市局执法监督报表报送工作，并对分局和相关股室的报表表送情况进行通报和考核。

1、全面开展20xx年度税收执法检查工作的；

4、开展部署了20xx□

慢病工作计划篇三

为认真落实x号文件，全面提高x生活垃圾处理能力，加快城市生活垃圾减量化、资源化、无害化进程，逐步建立和完善垃圾分类工作运行机制，实现垃圾资源综合利用。

x小区作为垃圾分类工作试点单位之一，自试点工作开展以来，在上级主管部门和x区生态文明办的正确领导下，紧紧围绕《x方案》的部署要求，加强组织管理，坚持注重实效，着力解决问题，克服困难，扎实工作，较好地完成了试点阶段垃圾分类工作的各项任务。

x重点抓好住宅小区、主次干道和综合市场周边环境整治，做到垃圾分类工作与“美丽乡村”创建、示范道路(小区)创建、环境长效管理有机结合。

(一)前期准备

1、建立x个垃圾分类试点小区□x□x和x小区。

2、在试点小区中开展大型宣传活动x次，发放宣传品x余份。使居民知晓率达到100%。

(二)制订方案，健全机构

x社区作为先行试点社区，按照要求对垃圾分类工作做统一部署，结合小区的实际情况，成立了垃圾分类工作领导小组，制定了《社区生活垃圾分类工作实施方案》，同时，按照垃圾分类工作有关要求，明确工作职责和任务，制订了垃圾分类工作考核细则，以及责任主体、操作流程、管理标准等一系列制度，确保了垃圾分类试点工作的有序开展。

(三)着力宣传，营造氛围

垃圾分类工作的开展，离不开社区居民的支持，为了营造试点，社区开展垃圾分类工作氛围，利用宣传栏、宣传展板、微信、微博等介绍垃圾分类有关知识，提高全员做好垃圾分类的自觉性和准确性。

按照实施方案□x广场计划发放分类垃圾亭x个，分类垃圾桶x组;x发放分类垃圾亭x个，分类垃圾桶x组;x发放分类垃圾亭x个，分类垃圾桶x组。x月下旬将购买垃圾亭、垃圾桶的申请报告递交至x□预计x月初资金落实到位，分类垃圾配置也及时安装到位。

慢病工作计划篇四

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法律规定，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。

慢病工作计划篇五

20xx年，对本单位和自己来说都是不平凡的一年，说其不平凡，有两方面的缘由，其一是从大的、客观的形势看，对盐池联社下达了很严格的考核任务，因而，联社给惠安堡信用社下达的考核任务，尤其是信贷考核指标也很严格；其二是从自身看，自己调岗任客户经理，面临新的问题和压力。但无论如何，自己将在本社两位主任的带领下、在同事的帮助下，虚心学习、积极进取、勇敢面对困难和压力，以实际行动为本单位顺利完成各项信贷考核指标尽自己的努力，也为自己以后的工作打下坚实的基础。具体工作计划如下，请领导审阅，不妥之处请批评指正。

面对新的岗位，实事求是的讲，自己的思想认识、业务知识、工作方法等方面还存在很大欠缺，这对于从事客户经理岗位来说是很大的障碍，所以，为了很快适应这一新岗位，把工作干好、干出成绩，要积极学习与信贷工作有关的各类业务知识、技能以及工作方法，学习途径一是相关书籍和资料；二是遇事多向两位主任请示、请教，勤汇报、多沟通，同时虚心向其他两位客户经理学习请教，也要经常和客户沟通，了解情况。采取这些方式，快速提高自己的工作能力。

一是根据从业这几年的体会，自己觉得，作为一个客户经理，不能只坐在营业室等业务、等客户、等存款，还需要认识到一点，就是随着建行和宁夏银行的入驻盐池，今后贷款也需要大力营销，所以我们要打破以往的“坐等”思维，要积极树立“走出去”意识，走出营业室，出去调查调查市场、调查客户，及时了解市场资金需求的方向和客户的金融服务需要，掌握第一手资料，在此基础上营销贷款，保证贷款规模稳中有增。

二是“走出去”对于存款营销工作也有很大裨益，降下身段、提高服务和宣传意识，到市场中去、到客户当中去，寻找优质客户，宣传我社的金融政策及服务方式，让客户充分了解我社一些金融服务的实惠之处，吸引客户入储我社。

三是加大有贷客户的资金“入社率”通过积极和有贷客户，尤其是有贷大客户的沟通，尽全力使有贷客户的周转及运作资金存取在我社、周转在我社、沉淀在我社，真正使这部分客户为我社存款稳定及增长发挥积极作用。

贷过程中，注重调查，严格甄选贷款客户和担保人，在条件允许的情况下，优先发放抵（质）押贷款，同时自己将会对每一笔贷款做好贷前调查、贷中审查和贷后检查，并且会把每笔贷款的“三查”做实做细，不流于形式和表面，确保每笔贷款在正常状况下放的出、收的回、有效益。四、尽己所能，积极收回不良贷款在保证自己新发放贷款质量的同时，要尽全力、想办法做好存量不良贷款的收回工作，以实际行动摒弃“新官不理旧账”的错误意识，要把不良降控工作作为一项长期性工作去做，多向领导和有经验的同事请教，寻求对策，加强与贷款当事人及担保人的沟通，多从当事人的角度出发想问题、想对策，同时，借助社会力量，运用社会舆论，多策并举做好不良清收工作。

慢病工作计划篇六

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

慢病工作计划篇七

一;对于老客户，和固定客户，要经常保持联系，在有时间有条件的情况下，送一些小礼物或宴请客户，好稳定与客户关系。

二;在拥有老客户的同时还要不断从各种媒体获得客户信息。

三;要有好业绩就得加强业务学习，开拓视野，丰富知识，采取多样化形式，把学业务与交流技能相结合。

四，对于下阶段的工作制订了以下计划

- 1: 每周要增加10个以上的新客户，还要有3到5个潜在客户。
- 2: 一周一小结，每月一大结，看看有哪些工作上的失误，及时改正下次不要再犯。
- 3: 见客户之前要多了解客户的状态和需求，再做好准备工作才有可能不会丢失这个客户。
- 4: 对客户不能有隐瞒和欺骗，这样不会有忠诚的客户。在有些问题上你和客户是一直的。
- 5: 要不断加强业务方面的学习，多看书，上网查阅相关资料，与同行们交流，向他们学习更好的方式方法。
- 6: 对所有客户的工作态度都要一样，但不能太低三下气。给客户一好印象，为公司树立更好的形象。
- 7: 客户遇到问题，不能置之不理一定要尽全力帮助他们解决。要先做人再做生意，让客户相信我们的工作实力，才能更好的完成任务。
- 8: 自信是非常重要的。要经常对自己说你是最好的，你是独一无二的。拥有健康乐观积极向上的工作态度才能更好的完成任务。

慢病工作计划篇八

一、严格执行35岁以上社区居民首诊测血压制度。门诊各科诊室配备血压计，首诊医师需对区35岁以上的首诊病人进行血压测量，并将血压值记录在门诊病历的“备注栏”内，对血压异常的门诊病人进行必要的健康宣教。门诊部负责对门诊各诊室血压监测情况及门诊病历、门诊日志登记情况进行日常督导，发现问题，制定措施整改，确保该项工作有序开展。

二、设立健康小屋方便门诊就诊病人进行健康自测 在医院门诊大厅设立健康自测点（健康小屋），配备电子血压计、身高体重计、体质指数模板、腰围尺、血糖仪，方便就诊群众进行健康自测，并专人负责对自测结果进行登记。健康小屋的搭建由门诊部及后勤保障部负责。健康小屋设施的配备、检测结果登记及日常管理由门诊部负责。

1、心肌梗死和心脏性猝死、脑卒中（包括原发性脑实质出血、脑栓塞、脑血栓形成、蛛网膜下腔出血）

2、恶性肿瘤病例。由首诊医生负责填写报告卡，为分析评价心脑血管疾病、恶性肿瘤等疾病的发生、流行、控制、预后和预防控制效果、卫生决策、科学研究提供数据支持。

四、加强死亡报卡的管理

要求临床医生对发生我院院内的所有死亡病人均填写死亡报卡，并在死亡一周内上报预防保健科进行网络直报。死亡报告率要求100%。

五、加强就诊患者的宣教

切实做好5月31日世界无烟日庆祝活动及10月8日全国高血压宣传日、11月14日国际糖尿病宣传日等健康宣传活动。每月定期举办高血压、糖尿病等慢病的预防知识健康讲座，向广大居民传递高血压病、糖尿病及其他慢病的防治知识，真正架起了医患之间、社区和群众之间的连心桥，为居民的健康撑起了保护伞。

慢病工作计划篇九

一晃几个月就这么忙过去了，这使我的能力也在随着工作进度的增加而提升，之前的工作可以说是比较艰难，因为我那是对工作基本是没有什么经验。完全是处在摸索的状态，对

于一些特别的情况完全不知道如何应对，所幸部门有几位颇为热心的前辈，他们给我细心的指导才使我度过难关。眼下已经做了一年多，马上又是一个新的季度，不过我已经不再惧怕挑战。除了有经验可以凭借外，我已精心拟好了季度工作计划，只要按照上面的框架去安排工作进程，就能让自己在做事的时候更为有序。

之前我已经服务过不少的客户，他们都对有又很高的认可，那么在接下来的工作里，他们就可以作为我的一个渠道资源。我可以通过定期与他们联络，从他们那里获得潜在客户的信息，通过他们的推荐或者介绍。再则需要发展新的合作渠道，与其他行业经营者合作，互通资源然后筛选出目标选项。

再把业务范围铺开之后，虽然有很多可以开发的客户，但是毕竟会有一推展上的缺陷，无法造成有效的成交。介于此我们在渠道不变的情况西撒，需要改进一下手段，从策略上进行创新，增添一些更为有价值的服务内容，而且还不会使我们的成本增加。相反还会带来额外的收益，这就是渠道整合产生的互惠效益。

这一通规划落实下来之后，届时应该已经积累起了相当庞大的用户体系，那么可以给这些客户分为三类，由新、忠、老这三个层次来划分。既要把新用户的引导给做扎实，同时又要巩固与忠实客户的沟通，多给他们一些产品上的优惠。然后老客户是最为核心的部分，要提升优先级别，给以特惠待遇。

慢病工作计划篇十

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，

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。