# 2024年关于医防融合慢性病管理试点工作方案[5篇材料]

来源：网络 作者：红叶飘零 更新时间：2024-01-06

*第一篇：2024年关于医防融合慢性病管理试点工作方案2024年关于医防融合慢性病管理试点工作方案范文为贯彻落实十九届五中全会精神，根据《健康中国行动》、《省卫生健康委关于开展三高共管六病同防医防融合慢性病管理试点工作的通知》、《市卫生健康...*

**第一篇：2024年关于医防融合慢性病管理试点工作方案**

2024年关于医防融合慢性病管理试点工作方案范文

为贯彻落实十九届五中全会精神，根据《健康中国行动》、《省卫生健康委关于开展三高共管六病同防医防融合慢性病管理试点工作的通知》、《市卫生健康委关于印发的通知》和《县基层医疗卫生服务能力提升行动三年规划》要求，进一步提升基本公共卫生服务效果，建立医防融合慢性病管理服务机制，推进县域整合型服务体系建设，在全县开展“三高共管六病同防”医防融合慢性病管理试点工作。根据工作实际，制定本方案。

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面落实以基层为重点卫生健康工作方针，依托紧密型县域医共体，建立以疾控中心为健康管理技术支撑和管理主体、以医共体牵头医院为临床诊疗技术支撑、以镇街卫生院和社区卫生服务中心为联系纽带、以家庭医生团队为基础网底的“高血压、高血糖、高血脂”（以下简称“三高”）三级协同、医防融合的一体化服务体系，提高“三高”患者的发现、治疗、管理规范化水平，建立区域冠心病、脑卒中、肾病综合征、眼底病变、周围神经病变、周围血管病变等并发症（以下简称“六病”）预防、筛查、治疗、康复闭环管理路径，强化中西医协同，努力实现“三高”和“六病”患者全过程、全周期健康管理，推进和带动县域整合型健康服务体系和分级诊疗格局建设。

二、工作目标

xxxx年启动试点，到xxxx年底，基本建立全县“三高共管六病同防”医防融合慢性病管理体系，纳入管理的患者治疗率、控制率明显提升，“六病”实现定期筛查、精准治疗、有效恢复和减少复发。

（一）在县人民医院建设三高中心。镇街卫生院三高基地和村卫生室三高之家建设实现全覆盖。

（二）形成基本成熟的一体化“三高共管六病同防”工作规范，全县管理三高或两高患者数量争取达到x千人以上，血压、血糖和血脂的总体控制率较基线水平提高xx%以上。、（三）建立“六病”筛查-治疗-康复连续服务链条，管理患者的“六病”发现率、康复率和复发率实现“两升一降”。

（四）探索建立与“三高共管六病同防”医防融合慢性病管理模式相适应的保障、激励和技术支撑机制。

三、任务措施

（一）构建“三高共管”协同服务与联合指导体系。县人民医院负责牵头全县“三高共管六病同防”医防融合慢性病管理试点工作，鼓励县中医院和市第二人民医院积极建设“三高中心”，按照医共体合作单位开展工作（即市二院与xx镇卫生院，县中医院与xx镇卫生院、xx街道社区卫生服务中心），各医疗卫生机构按照职责划分，对照标准完成“三高之家”“三高基地”和“三高中心”建设（见附件x）。依托家庭医生团队和家庭医生工作室在村卫生室建设“三高之家”，承担稳定期患者的常规药物治疗、随访管理和高危人群干预。依托镇街卫生院和社区卫生服务中心建设“三高基地”，承担首诊患者和病情不稳定患者提供个性化方案制（审）定和线下、线上协诊服务。依托牵头医院建设“三高中心”，负责难治性、复杂性“三高”患者及“六病”等并发症的诊治和院内就诊患者医防融合服务。县疾控中心建设“三高公共卫生指导中心”，协同承担全县“三高共管六病同防”医防融合慢性病管理的技术指导和质量控制工作。

（二）开展“三高”精准连续管理。各单位要按照三高共管医防协同分级服务清单（见附件x），制定工作流程和工作路径，完善签约服务包或菜单，实施全过程、一体化、协同诊疗管理。优先将享受“四不摘”健康扶贫政策和接受基本公共卫生服务x年以上的三高患者纳入试点，逐步扩大“三高共管”患者覆盖范围。“三高之家”要充分发挥家庭医生优势，提高能力水平，努力提供三高医防融合连续性服务。“三高基地”要针对患者分级和需要制定个性化管理方案，加强中西医结合，从整体出发优化用药，做好并发症筛查及其他合并疾病监测。“三高中心”要加强专全结合、多学科联合服务模式探索，推动专科能力和科研能力提升。

县卫生健康局设置项目管理工作办公室，承担“三高共管”项目统筹管理工作；县疾控中心设置项目指导工作办公室暨“三高公共卫生指导中心”，承担项目业务指导工作。

（三）围绕“六病”强化专科能力建设。强化县人民医院胸痛、卒中中心建设，以现有急救网络为依托，构建卒中、胸痛急诊救治网络。以牵头医院相关科室为龙头，通过联合门诊、专科联盟等形式，加强镇街卫生院和社区卫生服务中心康复科、糖尿病足诊治专科、糖网病筛查、血液（腹膜）透析等特色科室建设，加强眼底检查设备、动态心电监测仪、动态血压监测仪等配备，将眼底检查、心电和血压动态监测等纳入远程服务范围，建立起区域内“六病”筛查与防治服务协作网。

（四）加强机会性筛查和行为管理。结合“一评二控三减四健”专项行动，指导“三高”高危人群和患者实施生活方式干预。在全县各级医疗卫生机构普及并规范血压测量，加强医疗机构内自助监测点的设立及利用；倡导公共场所、社区服务场所内健康服务设施建设，为居民血压、血糖测量提供便利。依托基本公共卫生服务、各种慢病防控行动及健康教育活动，推广饮食（减盐、减油、减糖）、运动、心理等行为干预措施，提高“三高”人群的控制水平。充分发挥中医药治未病优势。完善自我管理和远程管理技术，依托互联网或物联网开展膳食、运动、睡眠等行为监测和管理，创新自我管理小组形式，推进体医融合，提高患者依从性和健康管理水平。积极推进机关企事业单位、药店、车站等场所健康加油站和基层机构健康驿站建设，普及血压、血糖自助和远程检测，加快实现电子健康档案的自我管理和更新。

（五）完善药品保障和补偿激励机制。按照国家和省、市高血压糖尿病门诊用药保障机制有关文件要求，将符合条件的患者纳入“两病”门诊用药保障范围。并将“两病”患者的用药管理纳入家庭医生签约服务内容，发挥签约服务费激励作用，推进“三高共管六病同防”医防融合慢性病管理，提高签约患者的合理用药率、规范服药率和控制率。积极推动一体化管理村卫生室参与“两病”用药备药、开方、取药和服务，畅通政策落地“最后一公里”。

（六）统筹推进信息化建设。在市级平台建设基础上统筹推进全县卫生健康信息化建设，配合市级平台推动基层医疗卫生机构和上级医疗机构、医疗服务和公共卫生管理服务、专业服务和居民自测相关信息互联、互通和共享，规范三高管理数据的采集和汇总，支持便捷开展在线协诊、签约、随访、远程会诊和疾病风险评估等，随访数据要全部实现智慧采集。积极开发或利用智能辅助系统提高诊疗、协诊和质控水平，通过打卡积分等方式，提升患者管理水平和积极性（参考流程和模板见附件x、x）。

（七）定期开展监测评估。建立监测指标体系，综合利用基本公共卫生服务、电子病历等数据，对患者管理和医防融合效果进行监测，及时评估试点成效，调整完善工作策略。

四、实施步骤

（一）动员部署阶段（xxxx年x月—x月）。制定全县三高共管六病同防医防融合慢性病管理试点工作方案，全面启动三高共管医防协同试点工作。

（二）推进落实阶段（xxxx年x月—xx月）。开展摸底调查，建立工作体系和机制，xxxx年x月底前出台工作方案，x月底前公布“三高之家”、“三高基地”和“三高中心”名单并启动试点工作，xx月底前进一步细化落实工作措施，对各单位工作开展情况进行督导。

（三）巩固提高阶段（xxxx年—xxxx年）。在监测评估和总结经验基础上，xxxx年进一步巩固提升，扩大“三高共管”患者覆盖范围，总结典型经验。xxxx年底，基本建立“三高共管六病同防”医防融合慢性病管理体系。

五、组织保障

（一）加强组织领导。成立全县三高共管医防协同试点工作领导小组，领导小组下设项目管理工作办公室和项目指导工作办公室，分别设在局基妇股和县疾控中心。各单位要高度重视“三高共管六病同防”医防融合慢性病管理试点工作，对照“三高共管医防协同重点推进任务”（附件x）抓好落实，将其作为实施基层医疗卫生服务能力提升行动、做实紧密型医共体、巩固提升健康扶贫成果和推进整合型服务体系建设的着力点，积极协调有关部门，强化辖区医疗资源统筹和信息化建设，加强与慢性病综合防控示范区建设、高血压达标行动、“三减控三高”项目和心血管疾病、脑卒中等筛查项目的结合，为试点提供组织和政策保障。

（二）加强业务培训。组建全县“三高共管”专家团队，分别对牵头医院及基层医疗卫生机构开展培训，重点培训技术指导方案、工作流程及“三高”“六病”基层规范诊疗。每个机构可结合实际设立首诊医师，确保规范开展患者分层分级管理，提高基层“三高”“六病”预防和诊疗服务水平。

（三）加强督导和总结推广。县卫生健康局将定期调度试点工作进展情况，及时发现、总结、宣传、推广好的经验做法，推动试点工作顺利实施。

**第二篇：某区体医融合深化试点工作方案**

XX 区体医融合深化试点工作方案

为贯彻落实《“健康中国 2024”规划纲要》、《“健康XX2030”规划纲要》,推进全民健身与全民健康融合发展，提高全民健康水平，助力健康 XX 建设。决定在我区开展体医融合深化试点工作。为科学、有序推进此项工作，特制定本方案。

一、工作目标

通过深化试点，探索通过非医疗健康干预疾病管理与健康服务模式，构建科学合理的测评、评估、指导三级科学健身指导体系，促进基层医疗卫生人员和社会体育指导员有机协作，发挥科学健身在健康促进、慢性病预防等方面的积极作用，为在全市、全省推广体医融合和非医疗健康干预奠定坚实的实践和理论基础。

二、工作内容

（一）慢病健康干预

定向招募 180 名患有糖尿病、高血压、高血脂、肥胖症且病程不超过 5 年的 20-65 岁慢性非传染性疾病患者。通过对慢病人群进行“身体形态、机能、素质、心肺耐力”等指标的测评，结合部分体检指标，由运动、医疗专家共同开具运动处方。应用互联网手段给予干预人群线上、线下的专业

健身指导。整个干预周期定为 5 个月，通过干预前后的数据对比来评估慢病运动处方的科学性和有效性。

（二）培养专业队伍

结合我区实际，培训社会体育指导员和基层卫生工作者队伍，就科学锻炼技能和健康指导知识进行专门培训，掌握慢病运动处方开具的基本技能，针对各种慢性疾病的科学锻炼理论及方法。计划线下培训运动处方咨询师 50 名，线上培训运动处方咨询师 150 名。

（三）打造试点实体

以先进运动处方理论为基础，以国民体质监测站和社区卫生服务中心科学健身门诊为依托，以社会体育指导员为骨干，以互联网信息技术为纽带，以 XX 街道卫生服务中心为试点，打造集体质测试、运动风险评估、运动处方开具、科学健身指导、健康科普讲堂为一体的科学健身服务实体。

三、组织实施

（一）加强组织领导

成立由区政府分管区长为组长，区文化旅游体育局和卫健委领导任副组长，各街道、相关部门分管领导和卫生服务中心负责人为成员的体医融合慢病干预工作领导小组。建立责任明确、分工合理、齐抓共管的推进机制，加强统筹和协调，坚持定期调度，确保试点工作序时推进、全面完成。各

成员单位要在方案的基础上，制定具体实施方案，研究工作措施，落实工作任务。

（二）完善保障措施

为确保本次试点工作顺利推进，省体育局通过公开招标的方式确定 XXXX 健康管理有限公司为本次体医融合慢病干预服务的企业，明确了工作要求，并组建专家组对试点工作的实施进行全程指导和监督。各成员单位要高度重视此次体医融合深化试点工作，协调技术指导和资金补助作为有力保障，积极组织人员参与，因地制宜的将试点工作落实。

（三）坚持有序推进

在疫情防控常态化形势下，逐步推进各项工作，推进步骤如下：

0 1.2024 年 年 7 7 月 月 1 31 日前完成前期工作，主要包含：月 10 日前，完成宣传预热：以各类宣传手段，结合举办科学健身专家讲堂的形式，为试点工作进行宣传预热；月 20 日前，完成参与人群的招募：通过区卫健委的慢病人群数据库进行定向筛选和邀约。月 25 日前，完成体医融合骨干培训：为拟参与试点工作的社会体育指导员、医务人员进行体医融合相关培训；月 31 日前，完成运动风险评估：完成志愿者的详细信息登记、体质测评与运动风险评估；

0 2.2024 年 年 8 8 月 月 1 1 日正式实施运动处方干预，主要包含：

线下集中锻炼课程：以集中教学的形式，指导干预对象从运动基础开始，到熟练掌握慢病运动干预的锻炼手段和方法。

线上科学健身指导：提供各类科普知识、锻炼指导视频，并配有健康管理师进行在线咨询服务，解决干预对象运动处方执行中的各类问题，保障处方执行安全高效。

远程运动处方线下执行监控：通过信息化手段，对干预对象的运动处方执行情况进行收集，由负责的社会体育指导员根据执行情况实施督促和调整。

科普讲座：邀请专家做专题科学健身系列讲座。

0 3.2024 年 年 2 12 月 月 5 15 日前，完成线上线下所有干预课程，结束试点工作。期间工作包含：月 31 日前，完成中期评估：通过中期测评，评价阶段干预效果，对运动处方进行调整和完善。月 15 前，完成期末评估：收集全部干预对象的期末体质数据，和干预前进行对比分析，评估健康干预的效果；

0 4.2024 年 年 2 12 月 月 0 30 日前形成总结分析报告并提交。

5.专家评审和组织调 研考核。

（四）注重宣传引导

采取多种形式，强化舆论宣传，大力宣传健康生活理念和全民健身的重要意义，编制群众喜闻乐见的宣传材料和影像作品，推广普及科学健身知识，倡导健康生活方式。

四、预期成果

本次深化试点工作旨在探索体育主管部门、医疗卫生部门和服务企业三方协作，以国民体质监测站和社区卫生服务中心为功能载体、社区晨晚练点为服务前沿、社会体育指导员和社区医务人员为服务排头兵的慢病人群健康干预模式，通过对干预对象进行组织、测评、教学、跟踪等一系列管理手段，达到以非医疗手段促进健康的良好预期。

（一）体育部门与卫健委共同推进运动处方的普及

非医疗健康干预的有效性已经被科学界所证实，作为体医融合的最佳载体，运动处方的普及和推广需要两部门的协力。合作形式可以采取共同培养队伍、举办健康宣讲、在基层医疗卫生服务机构推进协作融合等措施，共同推进运动处方普及惠民。

（二）在社区卫生服务中心尝试建立科学健身门诊

首先在 XX 街道卫生服务中心开设科学运动健身门诊，出具科学健身运动处方，再在其它社区卫生服务中心逐步推广，既可以弥补国民体质监测站检测手段和指标单一的问题，又能增强运动处方的权威性和公信力，以较低的成本获取较高的社会效益，符合国家慢病社区管理的政策方针。

（三）利用现有国民体质监测站资源，拓展信息化的干预指导

目前我区已成立了国民体质监测站，为达到提高服务效率、缓解人手不足、节约成本的目的，应大力拓展信息化的新型干预指导手段，更好的为群众服务。

（四）社区晨晚练点服务的延伸

本次深化试点安排了示范性管理环节，对干预群体集中授课，但未来的体医融合模式推广中，这一职责将由社区晨晚练点进行承接。将晨晚练点的服务功能进行延伸，由带练向管理逐步过渡。本次体医融合深化试点工作的示范管理环节还承担着提炼一套程序简单、行之有效的管理指导模式的责任。

（五）与区老年人体育协会、老年大学形成工作联动，覆盖重点人群

体医融合的推广需要合适的受众群体，先期可以从具备锻炼习惯的重点人群中进行，区老年人体育协会中的中老年群体，老年大学群体是较合适的人群，在工作中进一步调动此类人群的积极性，增强参与度，有效增加运动处方的覆盖面，增加受益人群。

（六）设置体医融合方向的三级社会体育指导员岗位，制定培训计划和培训课程

为确保体医融合形成模式推广，需要增设体医融合方向的三级社会体育指导员岗位。结合本次深化试点的培训，为科学健身指导的骨干群体颁发体医融合三级社会体育指导

员证书，制定具体的培训计划和课程，扩大我区体医融合人才队伍。

（七）扶持健身市场，促进规范发展

采取干预对象康复健身运动与扶持健身市场相结合，扶持健身市场规范发展，在健身市场安排体医融合三级指导员，指导干预对象科学、正确、高效完成健身运动。

附件：1.XX 区体医融合慢病干预工作领导小组

2.

XX 区 2024 年体医融合深化试点工作职责分工

附件 1：

XX 区体医融合深化试点工作领导小组

为贯彻落实《“健康中国 2024”规划纲要》、《“健康XX2030”规划纲要》的通知，深入开展体医融合深化试点工作，建立责任明确、分工合理、齐抓共管的推进机制，成立XX 区体医融合深化试点工作领导小组如下：

组

长：XX（区政府副区长）

副组长：XX（区文化旅游体育局局长）

XX（区卫生健康委员会主任）

组

员：XX

区文化旅游体育局

XX

区卫生健康委员会

XX

XX 街道

XX

XX 街道

XX

XX 街道

XX

XX 街道

XX

XX 街道社区卫生服务中心

XX

XX 街道社区卫生服务中心

XX

XX 街道社区卫生服务中心

XX

XX 街道社区卫生服务中心

领导小组下设办公室，办公室设在区文化旅游体育局，办公室主任由 XX 兼任，办公室成员由 XX、XX 组成，负责联络协调相关单位和部门、具体推进试点工作的落实。联络人：XX，联系电话：XXX。

附件 2：

XX 区 2024 年体医融合深化试点工作

职责分工

为贯彻落实《“健康中国 2024”规划纲要》、《“健康XX2030”规划纲要》、推进全民健身与全民健康融合发展，在疫情常态化的情况下，做好我区 2024 年体医融合深化试点工作，现将工作职责分工如下：

一、

区文化旅游体育局

和卫健委联合发文，全面开展体医融合深化试点工作。对试点工作进行宣传；抽调专家，组成考核组，对试点工作过程进行监督、考核，对试点成果进行论证、考核、宣传。举办体医融合三级体育指导员培训，培训参与试点工作的科学健身指导业务骨干。制定工作方案，以国民体质监测站为载体，通过体医融合深化试点，进一步扩大科学健身宣传。积极抽调人力、物力参与深化试点工作，协助服务企业落实锻炼场地、人员组织、科普讲堂、新闻宣传等基础性工作。因地制宜对试点工作进行创新，探索形成体医融合工作新模式。完成体医融合深化试点工作领导小组赋予的其它任务。

二、区卫生健康委员会

与文化旅游体育局联合发文，协调有关单位配合，包括共同宣传、在社区卫生服务中心选取慢病人群资源、干预现场的医疗保障等工作。做好疫情防控常态下体医融合深化试点工作方案的技术指导，对中标服务企业实施业务指导，对慢病防控进行科学健身宣传等。选派优秀社区全科医生参与深化试点工作，积极参加体医融合方向的社会体育指导员培训与考核，利用现有慢病人群数据库对干预对象进行定向邀约。在线下健康干预期间提供现场医疗保障。有条件的社区卫生服务中心可尝试建设科学健身门诊、运动处方门诊，推广非医疗健康干预理念。完成体医融合深化试点工作领导小组赋予的其它任务。

三、各街道办事处

对全面开展体医融合深化试点工作进一步加大宣传、发动。在社区选取慢病人群资源，对慢病人群健康干预对象进行初步筛选。配合中标服务企业完成体医融合深化试点工作方案规定内容，配合中标服务企业执行招标文件所要求的服务工作。对确定的慢性非传染性疾病患者干预对象，完成监督、联系、组织和带队工作。完成体医融合深化试点工作领导小组赋予的其它任务。

四、各街道卫生服务中心

负责筛选慢病人群资源、健康干预对象，组织本卫生服务中心医生参与体医融合深化试点培训，开设运动健康门

诊、运动处方门诊。完成体医融合深化试点工作领导小组赋予的其它任务。

五、中标服务企业

按照工作方案要求，积极在试点工作各单位部门之间进行联系沟通和工作安排，理清工作思路，配合试点单位因地制宜的调整制定科学、合理的工作方案，优质高效的执行招标文件所要求的服务工作内容，详细收集干预数据，总结分析报告，形成成果，提交专家组考核验收。

**第三篇：鄂州市三网融合试点工作方案**

【摘要】为有序推进鄂州市三网融合工作，2024年5月13日，鄂州市人民政府办公室鄂州政办发〔2024〕40号文件印发关于《鄂州市三网融合试点工作方案》的通知。

方案提出鄂州市三网融合试点工作的主要目标是：全面推进广电、电信业务双向进入。到2024年底，基本完成全市有线电视网络数字化、双向化改造和三网融合内容集成平台、综合业务平台和运营支撑平台等基础平台的搭建，实现城乡一体、有线无线相结合、宽带交互全覆盖的融合性网络，力争基于有线电视网络的三网融合综合业务用户达到1万户。全力推进光进铜退改造工程，加快光纤宽带网络建设，实现电信宽带T级出口，千兆到楼，百兆到户，光纤覆盖主城区和农村行政村，覆盖率达到100%，宽带用户（含3G无线宽带）达30万户。开展基于融合性网络的移动业务，提升移动互联网运营的质量与效能，实现全市辖区内移动宽带网络覆盖达到100%，3G手机用户达到50万户。

此外，随着三网融合试点的逐步深入，鄂州市逐渐增加业务种类，呈现方式从电视屏逐渐扩展到电视屏、电脑屏、手机屏等，实现业务的多屏融合。即：由鄂广信息网络公司按有关规定经营增值电信业务、比照增值电信业务管理的基础电信业务和基于有线电视网络提供的互联网接入业务、互联网数据传送增值业务、国内IP 电话业务。同时，由鄂州电信、鄂州移动和鄂州联通公司按有关规定开展除时政类节目之外的广播电视节目生产制作、互联网视听节目信号传输、转播时政类新闻视听节目服务以及除广播电台电视台形态以外的公共互联网音视频节目服务。实现电信网、广电网、互联网的互联互通、资源共享的网络格局。

详见：鄂州市三网融合试点工作方案

鄂州政办发〔2024〕40号

鄂州市人民政府办公室关于印发鄂州市三网融合试点工作方案的通知

各区人民政府、开发区管委会，各街道办事处，市政府各部门：

现将《鄂州市三网融合试点工作方案》印发给你们，请结合实际，认真组织实施。

二〇一二年五月十三日

鄂州市三网融合试点工作方案

为有序推进我市三网融合工作，按照国务院《推进三网融合总体方案》和《三网融合试点方案》的总体要求，结合我市实际，特制定如下工作方案。

一、指导思想和基本原则

（一）指导思想

以邓小平理论和“三个代表”重要思想为指导，深入贯彻落实科学发展观，根据国家推进三网融合试点工作总体要求，按照“全域鄂州、城乡一体、三网融合”的基本思路，充分发挥鄂州的独有优势，创新发展，全面推进三网融合试点工作。

（二）基本原则

立足于改革创新，科学规划，统筹全局，突出重点，先行试点的原则，以服从国家利益、人民群众利益为重，优化信息服务市场，科学发展信息产业和文化产业，改善和提高人民群众的物质和精神文化生活水平。

二、主要目标

全面推进广电、电信业务双向进入。到2024年底，基本完成全市有线电视网络数字化、双向化改造和三网融合内容集成平台、综合业务平台和运营支撑平台等基础平台的搭建，实现城乡一体、有线无线相结合、宽带交互全覆盖的融合性网络，力争基于有线电视网络的三网融合综合业务用户达到1万户。全力推进光进铜退改造工程，加快光纤宽带网络建设，实现电信宽带T级出口，千兆到楼，百兆到户，光纤覆盖主城区和农村行政村，覆盖率达到100%，宽带用户（含3G无线宽带）达30万户。开展基于融合性网络的移动业务，提升移动互联网运营的质量与效能，实现全市辖区内移动宽带网络覆盖达到100%，3G手机用户达到50万户。

三、工作任务

（一）推动广电、电信业务双向进入

按照广电、电信业务双向进入的要求，推动双向业务进入。在三网融合试点的起步阶段，三网融合主要以互动型的IPTV业务、基于有线电视网络的互联网接入业务和国内IP电话业务、为手机电视集成播控平台与手机终端之间提供信号传输和技术保障业务为主。随着三网融合试点的逐步深入，逐渐增加业务种类，呈现方式从电视屏逐渐扩展到电视屏、电脑屏、手机屏等，实现业务的多屏融合。即：由鄂广信息网络公司按有关规定经营增值电信业务、比照增值电信业务管理的基础电信业务和基于有线电视网络提供的互联网接入业务、互联网数据传送增值业务、国内IP 电话业务。同时，由鄂州电信、鄂州移动和鄂州联通公司按有关规定开展除时政类节目之外的广播电视节目生产制作、互联网视听节目信号传输、转播时政类新闻视听节目服务以及除广播电台电视台形态以外的公共互联网音视频节目服务。实现电信网、广电网、互联网的互联互通、资源共享的网络格局。

（二）探索研究三网全业务发展的模式和推进路线，推进技术更新改造

一是要推动IPTV业务的研发，提高IPTV的接入能力，为IPTV集成播控平台与用户端之间提供信号传输和技术保障。

利用现有IPTV平台，加载鄂州本地新闻及综合频道，扩大鄂州本地党和政府信息的传播渠道和覆盖面。加快下一代广播电视网建设（NGB）和有线电视网络数字化和双向化升级改造，实现有线电视接入网入户广播下行带宽每秒2吉比特，窄播下行带宽每秒1吉比特，宽带接入能力超过每秒100兆比特。二是以光纤网为基础，以FTTB/H为目标，推进光进铜退和光纤到户工作，大力提高网络互联互通，力争全市20户以上的自然村光纤全覆盖。三是为手机电视集成播控平台与手机终端之间提供信号传输和技术保障，打造多方面多角度全覆盖音视频，探索多屏融合运营模式，带动数字内容产业发展，满足广大消费者的需求。

（三）加强网络建设改造和统筹规划

加快有线网数字化、双向化改造，建设下一代广电网（NGB），统筹与基础电信企业网络对接的关键技术，加快电信网升级改造和光纤入户工程。依照国家有关规定和技术规范，完成数据城域网改造和移动3G网络的升级，提高网络承载能力，大幅度提升互联网接入宽带标准。以FTTB/H为目标，以城区、乡镇为重点，统一规划，分布实施PON技术。根据业务发展需求有计划有步骤地进行改造。新建区原则上实现光纤到楼，优先采用FTTH方式，旧城区铜缆覆盖的区域大力推进光进铜退。区域改造可采用FTTH方式，重点实施低于4M速率的接入端口改造，提升城区FTTB端口比例。到2024年底基本完成现网宽带用户的提速改造工作，线路普遍具备4M以上接入带宽能力，支持高清视频业务的规模开展。

（四）强化网络信息安全和文化安全监管措施

建立健全安全保障工作协调机制。按照国家有关要求，落实分业监管措施，改进和完善信息内容监管方式，建立较为完备的信息安全保障体系。对三网融合信息系统安全实行分级管理，对新业务的开展进行安全风险评估和安全指导。保障网络信息安全和文化安全，推动建立由相关管理部门和广电部门实施监督的IPTV、手机电视监管平台。建立一套行之有效、分工明确的网络监管工作体制和试点业务安全评估制度，确保试点业务安全运行。

（五）整合资源，推进信息基础设施共建共享

由市政府工作部门牵头，会同市住建委、规划局及其他有关部门制定通信网络设施基础建设工作方案，统筹规划、同步设计、联合建设、统一组织竣工验收和移交工程技术档案，避免重复建设，推动信息管网、基站、铁塔等信息基础设施共建共享，加强合作共赢，节约公共资源、降低网络建设成本和运营成本，新的小区建设要预留配套设施资源（包括机房、管线、基站站址、分布系统、公共接入点等），为三网融合试点企业接入线路、设备和业务提供良好条件。

（六）建立新型产业链，推动相关产业发展

利用三网融合的有利契机，探索发展基于三网融合的信息化应用和社会信息化服务体系，加快发展电子商务、移动电子商务，推动广播电视、新媒体、通信业与其他现代服务业融合发展。大力发展融合性终端产业，围绕网络升级改造、融合业务，加强信息技术创新和产品研发，打造三网融合业务产业链，促进工业化和信息化融合。打造电子商务运营平台、云计算应用平台，提供数据处理、信息服务等增值性业务，通过现有营销实体渠道和电子渠道进行推广，形成新的经济增长点。

四、实施步骤

（一）启动阶段（2024 年3月-6月）

按照国家三网融合试点方案和协调小组办公室《关于三网融合试点工作有关问题的通知》（国协办函〔2024〕3号）要求，建立健全适应三网融合发展需要的领导机构、监管机构、运行机构，制订相关政策和保障措施；加快网络设施建设改造，推进有线电视网络数字化、双向化，电信网络宽带化。

（二）推进阶段（2024 年7月-2024年6月）

有序推进广电、通信业务双向进入，逐步开展基于有线电视网络提供的互联网接入业务、互联网数据传送增值业务、通信企业开展的公共互联网音视频节目服务、IPTV 传输服务、手机电视分发服务等融合性业务。基本实现全市三网融合网络基础设施共建共享。

（三）深化完善阶段（2024年7 月-10月）

全面开展三网融合业务，不断创新业务形态、拓展服务领域，完成广电有线电视网络和通信网络提升扩容。实现符合三网融合要求的基础网、驻地网共建共享，通信、广电下一代业务网络相互融合、有序合作竞争；三网融合终端技术成熟，三网融合业务不断创新、初具规模，基本实现网络全覆盖、业务多形态、产业大发展；三网融合监管体系健全，充分保障网络信息安全和文化安全。

（四）总结阶段（2024 年11月-12月）

全面总结试点阶段的各项工作，检查评估试点效果，总结实施经验，形成技术标准和业务规范，提出下阶段的主要工作任务和具体实施方案。

五、保障措施

（一）建立三网融合协调机构，成立三网融合工作协调小组办公室。全面贯彻执行国家关于“三网融合”工作的方针、政策和总体部署，根据省三网融合协调工作小组的要求，做好统筹规划，制定推进办法，研究、解决我市推进三网融合重要问题，加强协调指导，进一步优化试点工作环境，加大支持力度，为三网融合试点工作创造良好条件。强化责任，加强督促检查，采取有效措施，积极有序推进三网融合工作。

（二）加大对三网融合试点工作的政策扶持力度。研究制定出台有关三网融合试点工作的扶持政策和优惠措施，将三网融合涉及的技术改造、技术创新、新产品研发优先列入发展项目，优先申报产学研、信息产业和技术改造专项资金。对符合高新技术生产条件的企业和服务技术先进型企业，积极落实国家支持三网融合的各项优惠政策。将三网融合相关产品和业务纳入政府采购范围，为三网融合提供有利条件。

（三）加强对通信和广电网络设施设备的保护。任何单位和个人不得擅自改动或者迁移通信、广电网络设施、设备，从事施工、生产、种植树木等活动，不得危及通信、广电网络设施的安全或者妨碍线路畅通，遇有特殊情况必须改动或者迁移的，必须征得该设施产权人同意，建立网络设施的安全保护措施，形成有效监管机制，确保公共信息和网络信息安全。

（四）建立和完善体制机制，突出体制机制创新。通过广电和电信业务的融合，建立各方利益协调机制，健全网络规划建设、基础设施共享、业务规范发展、用户权益保护、网络文化安全等管理制度，建立分工明确、行为规范、运转协调、协同高效的工作机制和能保障三网融合工作规范有序开展的政策体系。增加发展动力，增强企业活力。营造良好的发展环境。

（五）加强舆论引导，维护群众合法利益。充分利用报刊、广播、电视、网络等媒体，宣传三网融合试点工作措施和取得的成效，加强舆论引导和宣传，让广大人民群众充分享受三网融合带来的益处，满足人民群众多样化的信息服务需求，为试点工作的顺利开展营造良好的舆论氛围。

**第四篇：医联体慢性病管理帮扶工作计划**

\*\*\*\*市人民医院

2024年社区慢性病管理帮扶工作计划

2024年5月以来,我院积极推进 “双下沉、两提升” 工作，在积极与省级医院结对的的基础上，全面推进我院优质资源下沉到基层卫生院，已经与8家基层卫生院（宅）建立了医疗联合体，形成1+8医联体合作合作模式，群众满意度明显提升。

2024年，为进一步推动“双下沉、两提升”工作，深化医联体建设，优化医疗资源配置，加快推进分级诊疗，提高基层医院对社区慢性病的诊治水平和管理能力，现制定2024年社区慢性病管理帮扶工作计划:

一、工作目标

1、建立社区居民健康档案，社区服务人口的慢性病健康档案建档率率大于 80%；

2、建立高血压、糖尿病患者的健康档案。

对发现并登记高血压患者进行规范化管理，其血压控制率≥60%；高危人群每月至少测 1 次血压得比例达 50%； 对高危人群的干预有记录及效果评价； 35 岁以上居民每年至少测1次血压得比例达 60%；居民高血压防治知识知晓率达 60%。

糖尿病工作目标 ：发现并登记糖尿病患者进行规范化管理，血糖控制率到 60%；每月至少测 1 次血糖的比例达 40%；高危人群防治知识知晓率达 60%；

3、对高危人群和普通人群进行健康教育有记录和效果评价。

二、工作措施

1、优化下沉专家的专科结构；

根据对2024年专家下沉坐诊情况的综合分析，及时调整各卫生院下沉坐诊专家的专科结构，增加基层医院比较欢迎，老百姓需求大的专科专家下沉频率，例如心血管内科、内分泌科、神经内科、骨科等专科，减少或取消门诊病人少的专科，例如普外科、心胸外科等专科，以提升医联体建设的工作效率及群众满意度。除门诊坐诊外，专家还开展查房、会诊、讲课及指导手术等工作，以提高基层医院的医疗服务水平。

2、积极扶持基层卫生院重点专科建设，引导乡镇卫生院分类、差异化发展；

针对基层各卫生院医疗技术水平及专科特色，每家基层卫生院重点专科均不同，例如璜山镇中心卫生院、次坞镇中心卫生院需重点帮扶专科为心血管内科、妇科、慢病管理等；草塔中心卫生院重点帮扶专科为普外科、消化内科、妇科等，岭北、陈宅及陶朱街道为中医专科。2024年将根据各医院的实际情况，帮助基层医院制定专科发展计划，并提供全方位指导，加大下沉力度，使重点专科技术水平有明显提升。

3、选派优秀的管理人才下沉到基层医院，提高基层医院管理水平；

在2024年选派护理、药事、检验等管理人员定期到基层医院进行质控及管理指导的基础上，增加医疗质量、院感、病历质量、公共卫生管理等一批医院管理人员每季度下沉到基层进行全方位医院管理指导。

4、加强基层卫生人才的培养及技能培训；

积极鼓励医联体医院卫生人员到我院进修，特别是重点帮扶学科的骨干医师实施“导师制”培养模式，发挥卫生高层次人才的传帮带作用，每年到我院进修培训应达到医院卫技人员的5%；我院开展的各种学术活动均向医联体医院开放；每月下基层对各医院进行急诊抢救技能的培训及考核，每季度进行医院管理知识的培训。

5、加强与基层医院合作，争取做到互联互通；

进一步完善心电、影像、检验、超声及消毒供应等五大共享中心建设，医联体医院内部推出开单互通举措，基层医院医生可以直接开具我院的CT、MR等基层卫生院不具备的检查项目的检查单，病人在当地完成缴费、预约后可直接在预定日期到我院进行检查，让就医体验也“最多跑一次”；通过分级诊疗平台及一卡通，建立医联体医院内部之间的病人信息互通平台，并争取做到优先预约住院及检查。

6、加大健康教育力度, 同时提升分级诊疗社会知晓率； 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。督促基层医院对每月下沉专家通过电视、微信、广告牌、及联村医生宣传等各种形式宣传下沉专家，以提高群众知晓率，吸引区域周边群众就近就医。

**第五篇：慢性病一体化防治管理工作方案**

慢性病一体化防治管理工作方案

根据2024年《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》中提出，“完善疾病预防控制体系，加强对严重危害人民健康的慢性病等疾病的监测和预防控制”的要求。同时在“促进基本公共卫生服务逐步均等化”为重点改革任务中明确，将高血压、糖尿病及重性精神疾病患者的健康管理服务等列入基本公共卫生服务项目中。2024年福建省卫生厅发布了福建省慢性病一体化防治管理工作方案，提出了福建省慢性病工作的要求。现为推进我院慢性病防治工作的开展，特制定本实施方案。

一、工作目标

充分发挥医院各部门的作用，推进医院慢性病防治工作的开展，实现为广大慢性病患者提供健康管理等公共卫生服务。主要工作目标：

（一）推广慢性病医院—社区一体化防治管理模式。建立以人群为基础，慢性病人为中心，社区—医院一体化的慢性病规范化治疗与管理服务模式。

（二）以慢性病人为中心，实施规范化的诊断治疗和个体化的行为干预指导，实现全程、动态的疾病管理与健康促进，有效预防控制慢性病及其并发症，提高患者的生命质量，减轻疾病负担。

（三）全面掌握我院慢性病病人信息，综合慢性病人的病情及行为危险因素等实施分类管理，提高我院慢性病病人的规范管理率。

（四）明确我院（市直医疗单位）在慢性病规范化管理过程中的职责分工，提高医生、护士及专业防治人员的慢性病防治知识和技能。

二、组织管理

成立以医院院长为组长的“慢性病一体化防治管理领导小组”（附件1），领导小组下设办公室和专家组，办公室挂靠医务科，负责医院慢性病一体化管理工作的组织协调、督导检查等事宜；专家组负责医院慢性病诊疗技术规范，指导我院及相关医疗卫生单位开展慢性病规范诊断、治疗、干预和管理等。

三、患者的管理

要以慢性病病人为中心，为患者提供无缝化、连续式的医疗、预防和保健为一体的综合服务。

（一）发现

发现患者是慢性病管理的基础性工作。为达到早诊早治的目的，必须加大患者发现的力度。医院在诊疗过程中或从业人员健康体检中发现的确诊慢性病病人，依托“医院信息管理系统”进行登记报告。

（二）诊断、评估与治疗

对通过筛查或体检发现的异常者，根据有关慢性病防治诊疗规范进行诊断，同时根据患者临床症状、检测结果、危险因素水平进行量化后分级分类评估。对已确诊的病人，按照有关慢性病防治诊疗规范、卫生部有关病种的临床路径和国家中医药管理局有关病种的临床路径要求，进行规范治疗。

（三）双向转诊与社区管理 与基层医疗卫生单位之间加强协作，按照医疗与转诊条件的规定，制定慢性病人的转诊程序和管理办法，明确分工协作机制，形成分级医疗、双向转诊的服务模式。

通过慢性病防控三级网络实行慢性病双向转诊。建立我院与基层医疗卫生单位间双向转诊、技术指导机制。对基层医疗卫生单位向我院转诊的慢性病门诊和住院病人，通过预约挂号，建立转诊“绿色通道”，享受优先诊疗和住院服务，实现无缝隙转诊。

各基层医疗卫生单位医生为慢性病人的“责任医生”，按照《国家基本公共卫生服务规范》要求，我院应将辖区内明确诊断的高血压、糖尿病等慢性病患者纳入慢性病患者健康管理，实施规范的健康管理。通过预约门诊就诊、电话追踪和家庭访视等方式，对病人实施用药治疗与指导、行为干预和生活功能康复训练指导等服务。对随访中病人出现的需要解决的事宜，应及时解决。

（四）健康促进与预防指导

针对主要慢性病开展健康教育，创造支持性环境，宣传普及健康知识，倡导“合理膳食、适量运动、戒烟限酒、心理平衡”的健康方式，改变不良生活习惯，提高人群自我保健意识，预防控制慢性病的危险因素及相关疾病发生。对慢性病的高危人群，实施危险因素控制，做好慢性病的早期发现、早期诊断和早期治疗。

四、信息的管理

指定专人负责医院内信息的收集、整理，定期将医院内病人信息变动情况通报相关单位。

（一）报告内容 医院依托“医院信息管理系统”，报告在本院就诊的确诊慢性病人的基本信息及检查、诊断和治疗等的相关信息。

（二）报告流程

1.信息的报告

医院指定专人，收集并审核院内报告的各慢性病个案信息。依托“医院信息管理系统”，将就诊的新发慢性病病人（首次确诊为慢性病病人）的基本信息、诊断治疗信息及个性化干预指导信息收集、整理，适时上报至市疾病预防控制中心。

2.信息的核实反馈

对各基层医疗卫生单位转诊至我院的慢性病病人信息，进行信息核实比对确认。

对我院辖区内的新发现的确诊慢性病病人，建立慢性病人健康管理档案，根据个性化干预指导信息要求，结合病人实际情况，实施规范的随访管理。

（三）质量控制

对我院及各基层医疗卫生单位转诊至我院的慢性病病人信息，要严格审核个案信息，确保数据完整性、准确性和及时性。

五、职责分工

按照《福建省慢性病一体化防治管理工作方案》要求，明确我院的职责。与基层医疗卫生单位间要建立持续性的双向转诊机制、技术支持机制和信息共享机制。以病人为中心，确定服务团队人员，为患者提供无缝化、连续式的医疗、预防和保健为一体的综合服务；要建立对口帮扶指导关系，定期为基层医疗卫生单位提供规范化培训和技术指导。对高血压、糖尿病等提供规范诊断、治疗与临床预防性服务，对慢性病信息进行登记报告，指导基层医疗卫生单位开展二、三级预防，提供转诊服务等。

六、有关要求

（一）加强组织领导，健全工作机制

要按照慢性病防治管理工作的要求，建立在院部领导下、各个科室加强合作、全院员工积极参与的慢性病一体化防治工作机制，建立和完善慢性病防控工作体系，完善慢性病信息管理系统，建立适合于我院慢性病防控策略、措施和长效管理模式，规范开展慢性病综合监测、干预和评估。加强慢性病防治队伍建设，提高专业人员技术水平和服务能力。

我院应积极与各基层医疗卫生单位建立双向转诊业务工作小组，工作小组由所在单位分管领导为组长，并指定1-2名业务人员为工作小组成员，负责具体事务。各单位要认真做好双向转诊的沟通和协调工作，要定期召开双向转诊工作联系会，协调处理双方在实施双向转诊过程中存在的具体问题。

（二）加强能力建设，提高服务水平

要加强医院慢性病防治网络队伍建设和人员的技术培训，要加强慢性病防治人员能力培训，提高公共卫生服务能力。

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！