



北京仁泽公益基金会

—— Beijing RenZe Foundation ——

E 随访 医同行- 慢病患者全程管理促进项目 公示文件

一、项目背景

由于人口老龄化、城镇化、生活方式变化等原因，慢性病已严重威胁我国居民健康，我国居民慢性病死亡占总死亡人数的比例高达 86.6%，造成的疾病负担已占总疾病负担的 70%以上，随着慢性病的增多，医疗资源消耗也越来越多，造成了沉重的社会负担。妥善、科学地解决慢性病科学管理的问题已成为当前医改与全民践行“健康中国”的头等大事。

《“健康中国 2030”规划纲要》中明确指出要实施慢性病综合防控战略，加强国家慢性病综合防控示范区建设。强化慢性病筛查和早期发现，基本实现高血压、糖尿病患者管理干预全覆盖，因此提升基层医院慢病诊疗水平和慢病患者对于高血压、糖尿病预防意识势在必行。

随着慢性病患者数量的增多，社区卫生服务中心在医院管理、医务人员诊疗水平和患者疾病管理方面的需求也日益凸显。为了落实《“健康中国 2030”规划纲要》，实现《中国防治慢性病中长期规划（2017—2025 年）》的目标深化社区卫生服务综合改革和推进社区慢病综合诊疗能力的提升，需要不断提升全科医生的诊疗水平及社区卫生服务中心在慢性病综合防治服务与管理工作中的管理水平。只有社区医生的疾病管理能力提升，让慢病患者，尤其是行动不便的老年患者可以放心的就近诊疗，



节省治疗时间和交通支出，减轻家庭负担。

为了切实帮助提升社区基层医务工作者的临床实践技能，综合提升基层医生的服务水平，改善广大慢性病患者（高血压，糖尿病）的疾病管理能力，提升慢病患者对疾病认知与预防意识，北京仁泽公益基金会发起“E 随访 医同行- 慢病患者全程管理促进项目”，与一线专家携手共同完善社区慢病全病程管理（高血压、糖尿病等），以加速推进社区慢病管理建设；同时借助信息化管理手段，支持社区医院慢病管理的规范化发展。旨在更大范围地共享医疗学习资源，助力基层医生完善正确的诊疗思维，强化诊疗技能临床运用，提高疑难病例诊断能力，提升相应疾病的社区管理水平，切实的帮助行动不便的慢病患者，就近诊疗减轻负担，减少患者家庭的疾病医疗支出，同时降低社会总体慢病治疗费用。

二、项目地点

全国范围。

三、项目开展时间

2023 年 2 月至 2023 年 10 月结束。

四、项目受众与范围

全国各地慢病相关领域基层医生

五、项目执行方案

计划召开交流参访会 50 场，基层医生会 200 场，院内患教会 400 场，预计覆盖医生 8000 余人，患者 5000 余人，累计覆盖全国基层医院 800 家。

六、项目资金用途



项目资金主要用于专家劳务、项目平台费用、物料制作、会议场租、餐费、交通及住宿费用、项目执行费用、项目管理费税费等相关费用。

七、项目收入和支出

参见：基金会网站--信息公开栏--项目报告中，每月动态的项目收入支出。

八、我会承诺不利用本项目进行如下的活动：

1. 利用该项目进行任何营利性活动（如：替他人发布广告等）；
2. 侵犯任何第三方的合法权益，包括但不限于物权、版权、专利、商标、商业秘密或其他知识产权，或隐私权、名誉权；
3. 违反任何法律、法规、条例、规章或行业规范；
4. 发送含有诽谤（包括商业诽谤）、恐吓或者骚扰内容的信息；
5. 向项目捐助方透露任何关于患者个人隐私信息的数据；

联系人：北京仁泽公益基金会“E随访 医同行-慢病患者全程管理促进项目”办公室

电话：010-87101789

项目监督投诉邮箱：office@renzefoundation.org

