



北京仁泽公益基金会

—BeiJing RenZe Foundation—

2024 E 随访 医同行-慢病患者全程管理促进项目二期公示文件

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、高血脂、慢阻肺等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、高血脂、慢阻肺、糖尿病等疾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。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、高血脂、慢阻肺、



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于2023年开展了“E随访 医同行-慢病患者全程管理促进项目”,项目通过与一线专家携手共同完善社区慢病全病程管理,并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,获得了一线临床医生认可与支持。

基于此,在2024年北京仁泽公益基金会继续发起“E随访 医同行-慢病患者全程管理促进项目”,旨在通过更大范围地共享医疗学习资源,强化基层医生诊疗技能临床运用,提高疑难病例诊断能力,提升相应疾病的社区管理水平,并通过信息化管理手段切实的帮助更多行动不便的慢病患者,通过就近诊疗的方式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

2024年3月至2024年12月结束。

四、项目受众与范围

国内各地基层医生

五、项目执行方案

预计在全国范围内召开50场线下交流参访会,线上/线下基层医生会180场,预计覆盖医生6000余人,覆盖300医院智能语音随访系统服务。

六、项目资金用途

项目资金主要用于讲者劳务，物料设计，系统运维及管理，餐费、交通、场租、三方执行，审计及管理费用等。

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“2024 E 随访 医同行-慢病患者全程管理促进项目二期”办公室

电话：010-87101789

项目监督投诉邮箱：office@renzefoundation.org

