

北京慢性病防治与健康教育研究会

2024 县域慢性病综合管理数质化能力提升项目 项目招商函

尊敬的各企业负责人：

慢病患者的健康问题已成为我国实现健康中国 2030 奋斗目标的首要问题。随着我国新医改的推进，互联网信息化建设、多学科联动正在促使县域医院朝着以健康为中心，医疗服务模式重塑、服务模式再造的一个过程，使之满足居民对健康的诉求。本项目聚焦于糖尿病、高血压和慢阻肺病管理，为高质量、高效率、高标准的慢病管理提供可行的途径，在“体系创新、技术创新、管理创新”中能够成为推动慢性病管理高质量发展和提升人民健康水平的重要手段。

在此背景下，北京慢性病防治与健康教育研究会联合各医院，启动“2024 县域慢性病综合管理数质化能力提升项目”，旨在推动县域健康数字化生态构建，推动县域公立医院高质量发展，更好满足人民日益增长的健康需求。现诚挚邀请各企业单位积极参与项目并给予支持。

附件：《2024 县域慢性病综合管理数质化能力提升项目》

北京慢性病防治与健康教育研究会

2024 年 1 月



附件：

2024 县域慢性病综合管理数质化能力提升项目 项目实施方案

一、项目目标

项目旨在进一步推动县域慢病管理信息化建设，挖掘与提升慢病管理信息化工具，推广人工智能的新技术在慢病管理方面的应用，提高县级医院慢病管理效率和质量，以支持慢病管理中心随访，管理，教育等工作的落实。

二、实施机制

主办单位：北京慢性病防治与健康教育研究会

三、项目覆盖人员

（一）省（区、市）关注慢病管理（糖尿病、高血压和慢阻肺病）的有关临床专家和医院管理者；

（二）各级卫生管理者、相关医共体或医联体建设单位相关负责人；
医疗卫生机构一线医务人员；

（三）各地区关注医疗卫生工作的医疗卫生机构相关人员。

四、项目覆盖医院

（一）二级以上县级综合医院，有心内、内分泌、呼吸专科；

（二）慢病管理意愿强烈，计划建立或已建立慢病管理中心；

（三）具有一定的慢病管理经验，已管理慢病患者大于1千人；。

五、项目时间

2024年4月-2025年3月



六、项目活动

本项目实行线上、线下相结合的培训方式。

（一）参访会（线下会议）

标杆医院参访会面向全国，计划开展20场项目参访交流会，实现专家、学员面对面交流，走进标杆医院，学习先进的经验。

备注：参访医院选择标准（二级及以上综合医院；医院已经建立慢病管理中心并正常运营1年以上；2. 持续性管理慢病患者5千人以上）

（二）云课堂（线上会议）

为了更好地整合头部专家资源，打造慢病管理服务能力提升专家智库，打造线上云学院。面向县域医院管理人员、医生等所有医疗相关人员计划开展500场系列线上网络会。专家在线点对点指导，手把手带教。

（三）信息平台建设

为了进一步落实分级诊疗政策，充分发挥平台服务作用，搭建慢病管理数质化公益平台。计划对参与项目的县域医院进行平台扶持，经过专家组成员审核认证通过后，由协会邀请县域龙头医院参与县域智慧慢病智能管理系统的测评和优化，提高县级医院慢病管理效率和质量，以支持慢病管理中心随访、管理、教育等工作的落实。

（四）总结会（线上线下结合会议）

总结会面向全国，计划开展3场项目培训班及相应线下会议，实现专家、学员面对面交流，临床经验近距离分享。总结归纳项目的优秀实践方法和经验，为优秀的实践单位和管理者授牌，为下一阶段项

目规划提供新的思路和方法。

七、项目总结

项目主办方将对项目进行跟踪、督导和评估，组织专家开展项目效果评估工作，确保项目资金规范使用、项目有效落实，进一步加强县域卫生人才能力建设，有效提升县域医疗卫生服务能力和水平。

八、项目预算预估

项目开展所需资金主要用于项目执行、项目管理等。

类别	单价	数量	费用（w）
标杆医院参访会	20	20	400
线上交流会	0.7	500	350
信息化平台建设	3	300	900
总结会	58	3	174
总计			1824

九、联系咨询

联系人：李珊珊 18611125433

座 机：010-80816355

邮 箱：mxbfzjkjy@163.com

地 址：北京市朝阳区化工路 59 号院 1 号楼 1 至 14 层 01 内 A 座十四层 1701 室