江苏省科协调研课题任务书

**课题名称：智能化、区域性慢性病管控创新模式研究**

**申报单位：江苏省健康管理学会/江苏省省级机关医院**

**课题负责人：** **熊 亚 晴**

江苏省科协调研宣传部

2018年 5 月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 计划类别 | | 江苏省科学技术协会调研课题 | | | | | | | | | | | | | |
| 课题名称 | | 智能化、区域性慢性病管控创新模式研究 | | | | | | | | | | | | | |
| 课题编号 | | JSKXKT 2018 | | | | | | | | | | | | | |
| 管理单位（甲方） | | | | | 江苏省科学技术协会调研宣传部 | | | | | | | | | | |
| 承担单位（乙方） | | | | | 江苏省健康管理学会（盖章） | | | | | | | | | | |
| 承担单位法定代表人 | | | | | 侯建全 | | | | | | | | | | |
| 单位账号开户银行 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 单位账号开户名 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 单位账号 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 课题负责人 | | | | | 熊亚晴（签字） | | | | | | | | | | |
| 课题负责人手机号码 | | | | | 13776415188 | | | | | | | | | | |
| 详细地址及邮编 | | | | | 南京市珞珈路30号-江苏省省级机关医院 210024 | | | | | | | | | | |
| 承担课题起止时间 | | | | | 2018年3月 | | | | | | 到 | 2018年12月 | | | |
| **一、立项背景和依据** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 课题的研究目的、意义，国内外研究状况、水平和发展趋势的分析与评价等（应附主要参考文献及出处) | | | | | | | | | | | | | | | |
| **课题的研究目的、意义，国内外研究状况、水平和发展趋势的分析与评价等（应附主要参考文献及出处)**  **1、当前我国社会主要矛盾已转化为人民日益增长的美好生活需要和不平衡不充分的发展之间的矛盾。健康是人民的美好生活需要的重要内容，《“健康中国2030”规划纲要》已经把推进健康中国建设上升成为国家战略。**  党的十九大报告指出：当前我国社会主要矛盾已转化为人民日益增长的美好生活需要和不平衡不充分的发展之间的矛盾。健康是人民的美好生活需要的重要内容之一，健康是促进人的全面发展的必然要求，是经济社会发展的基础条件，是民族昌盛和国家富强的重要标志，也是广大人民群众的共同追求。2016年10月25日，国务院印发了《“健康中国2030”规划纲要》（以下简称〈纲要〉），把推进健康中国建设上升成为国家战略。  **2、《纲要》的重要章节“防治重大疾病”中要求：以基层为重点，创新医疗卫生服务供给模式，实施慢性病综合防控战略，基本实现高血压、糖尿病患者管理干预全覆盖。**  《纲要》第七章第一节“防治重大疾病”中要求：“慢性病防治应坚持以基层为重点，创新医疗卫生服务供给模式”，“实施慢性病综合防控战略，基本实现高血压、糖尿病患者管理干预全覆盖。”。《中国居民营养与慢性病状况报告(2015年)》报告统计，2012年全国18岁及以上成人高血压患病率为25.2%，糖尿病患病率为9.7%，目前在我国这两种慢病患者接近三亿，并在逐步增加且向年轻化发展。高血压、糖尿病等慢性非传染性疾病(以下简称“慢病”) 因其高患病率、高致残率、高致死率的特点而被称作“无声的杀手”，已成为威胁人民健康和生命质量的重大公共卫生问题，慢性病防治成为健康中国建设的重中之重。对高血压和糖尿病患者进行有效管理，能够达到减缓其患病率的增长、遏制或减少其并发症冠心病心肌梗死和卒中等心脑血管病的发生率和病死率、提高其生活质量的目的。  **3、江苏正在逐步推进分级诊疗制度，基层医疗卫生机构成为慢性病管理的主体，但是因为其技能不足、缺乏有效的信息化管理工具等原因，存在慢病管理效果不到位、防控措施和三级医院不能做到“同质化”、缺乏管理效果数据等问题。**  目前江苏省正在逐步推进分级诊疗制度和家庭医生签约，基层医疗卫生服务机构在逐步开展慢性病患者的管理工作，但是存在慢病管理效果不到位、防控措施和三级医院不能做到“同质化”、缺乏管理效果数据等问题。其原因包括：（1）社区医务人员慢病管理技能不足。（2）患者对基层医生信任度不足。（3）没有合适的信息化管理工具支撑，基层医务人员难以管理众多的慢病患者，慢病管控效率低下。（4）针对基层医生慢病管理工作的考核和激励机制不足。（5）目前部分医联体功能主要在于急性病转诊和三级医院医生不定期下社区坐诊，且下社区坐诊未能以社区需求为导向，在慢病管控方面指导不到位、更未做到慢病管控与三级医院同质化，而慢病管理效果不到位则达不到减少其并发症和死亡率的目的。  **4、针对基层医疗卫生机构慢病管理工作存在的效果不到位等问题，本研究承担单位江苏省健康管理学会的挂靠单位江苏省省级机关医院，业已研究建立了“医院-社区一体化、智能化、区域性慢性病管控模式”，长期致力于推动形成基于自主研发信息化管理工具的、在三级医院指导下的、以基层医疗为主要载体的、区域一体化的新型医疗健康服务模式。**  江苏省健康管理学会挂靠单位江苏省省级机关医院在慢病管理方面有深厚的基础。该院糖尿病国际合作中心项目组在2005年就引进国际糖尿病中心（IDC）管理理念，结合国内医疗实践进行改良，建立和发展了糖尿病分阶段达标管理模式（Staged Diabetes Targeting Management，SDTM），并自主研发了《糖尿病达标信息管理软件》（国家知识产权保护，软著登字第093305号）及“糖尿病分阶段达标管理平台”（[www.chinasdtm.com，软著登字第0675393](http://www.chinasdtm.com，软著登字第0675393)）。  2010该院与鼓楼区卫计局合作，优化管理信息平台建立了适合社区医院使用的“糖尿病管理‘5+1’模式”，在鼓楼区各社区医院的“慢病管理小屋”上线，由社区医务人员进行慢病管理。2016年又增加了高血压慢病管理项目-由该院心内科自主研发、并已院内应用成熟的“高血压管理网络平台” （http://120.25.144.73）及手机APP “高压线”。糖尿病和高血压慢病管理平台因为明确了管理项目、项目目标和达标路径，并自带提醒复诊时间、复诊内容等功能，解决了“管什么”和“怎么管”的问题。该院为各社区医院进行慢病管理平台使用指导和质量控制、指导协助各社区统一慢病诊疗流程、针对性人员培训和临床实践培训，该院专科医生提供在线指导社区医生诊疗，并根据需求预约去社区坐诊疑难患者，专科护士定期现场指导胰岛素治疗、并发症筛查等技术支持并进行患者健康宣教等。业已初步建立了以基层医疗为主要载体的健康服务创新新模式“医院-社区一体化、智能化、区域性慢性病管控模式”。 经过该模式管理的患者血压、血糖等指标达标率提高、治疗依从性增强；社区医务人员慢病管理能力得到提高。  **5、基于江苏省省级机关医院探索的智能化区域性慢病管控模式，江苏省健康管理学会拟与江苏省省级机关医院合作，以人民公众健康需求为导向，进一步改进该模式，建立完善“以科技创新为基础的智能化、区域性健康服务新模式”，以提升慢性病防治效果、提高人民健康水平，为健康中国助力。**  虽然江苏省省级机关医院探索的区域性慢病管控模式初步建立，但该模式也还有待进一步智能化，例如（1）信息平台集成不够，影响了慢病管理过程中患者数据录入速度或重复录入而影响社区医生管理效率；（2）缺乏可穿戴远程影像诊断监测方法，在患者出现心悸等症状时不能获得即时的检测结果；（3）因社区影像诊断能力的限制，一些社区无法独自诊断的检查如动态心电、放射影像检查无法及时得到检查报告延误诊疗时间等。  针对以上问题，江苏省健康管理学会拟与江苏省省级机关医院合作，以需求为导向，进一步优化江苏省省级机关医院探索的慢病管控模式、提高管理效率和服务范围：（1）将“社区糖尿病5+1达标管理平台”、“高血压达标管理平台”等慢病管理系统进行信息集成和平台整合，提高慢病管理智能化程度和管理效率。（2）在社区医院使用便携式远程即时心电检测系统，检测结果可显示于相关社区医生和相关专家的手机APP。（3）患者在社区医院接受的动态心电图等影像检查通过信息系统传输，由省级机关医院专家出具诊断报告。（4）江苏省健康管理学会专家与省级机关医院专家以需求为导向，以远程会诊或预约下社区诊疗等方式共同解决疑难病例诊治。通过以上措施使鼓楼区慢病管理进一步信息化、智能化，并提高管理能力，以期提升社区医院慢病管控水平，达到提升管理效果、减少脑卒中、心梗等主要并发症的发生、提高慢性病患者生活质量的目的，提高人民群众健康水平，为健康中国助力。  **【参考文献】**  1.中共中央、国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》[J].中华人民共和国国务院公报, 2016(32):5-20.  2. 中共江苏省委、江苏省人民政府《“健康江苏2030”规划纲要》.2017年2月.  3. 中国卫生信息与健康医疗大数据学会《中国家庭健康大数据报告（2017）. 2017年12月发布.  4. 中华人民共和国卫生和计划生育委员会2015发布：《中国居民营养与慢性病状况报告(2015)》.  5. 中国高血压防治指南修订委员会.《中国高血压防治指南(2017 修订版)》 2017年10月.  6. 国家基本公共卫生服务项目基层高血压管理办公室.《国家基层高血压防治管理指南2017》2017年8月.  7. Weng J, Bi Y. Diabetes in China: the challenge now. J Diabetes Investing, 2010;1(5):170-171.  8. Yang WY, Lu JM, Weng JP,et al. Prevalence of Diabetes among Men and Women in China.N Engl J Med.2010,25,362(12):1090 -1101.  9. Xu Y,Wang LM,He J,et al.Prevalence and Control of Diabetes in Chinese Adults.JAMA.2013,310(9):948-958.  10. 纪立农,陆菊明,郭晓蕙,等.中国2型糖尿病药物治疗现状与血糖控制的调查研究.中华糖尿病杂志.2012,4(7):397-401.  11. Stefano Omboni，ROssella Ferrari.The role of telemedicine in hypertension management:focus on blood pressure telemonitoring，Curr Hypentens Rep,2015 Apr;17(4):535.  12. Abdullah A,Liew SM,Hanafi NS,Ng CJ,Lai PS,Chia YC,Loo CK.[What influences patients' acceptance of a blood pressure telemonitoring service in primary care?A qualitative study.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26869773)Patient Prefer Adherence.2016 Jan;27(10):99-106.  13. Pan C,Yang W,Jia W,et al.Psychological status of Chinese patients with Type 2 diabetes:data review of Diabcare-China studies.Diabet Med.2012,29(4):515-521.  14. Casagrande SS,Fradkin JE,Saydah SH,et al.The Prevalence of Meeting A1C,Blood Pressure,and LDL Goals Among People With Diabetes,1988–2010. Diabetes Care.2013,36 (8):2271-2279.  15.Ji LN,Hu DY,Pan CY,et al.Primacy of the 3B Approach to Control Risk Factors for Cardiovascular Disease in Type 2 Diabetes Patients. [J].Am J Med. 2013,126(10):925.e11-22.  16. 中华医学会糖尿病学分会慢性并发症调查组. 1991～2000年全国住院糖尿病患者慢性并发症及相关大血管病变回顾性分析[J].中国医学科学院学报, 2002,24(5):447-451.  17. Narayan K M, Gregg E W,Engelgau M M,et al.Translation research for chronic disease:the case of diabetes.[J].Diabetes Care,2000,23(12):1794.  18. Wang J,Wang Y,Wei C,et al.Smartphone interventions for long-term health management of chronic diseases: an integrative review.[J].Telemed J E Health,2014,20(6):570-583. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **二、研究方案** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 主要研究内容、预期目标以及主要考核指标 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.1主要研究内容：**  将前期省级机关医院与鼓楼区联合建立的的医院-社区一体化慢性病管控模式进一步优化升级，建立和完善以科技创新为基础的智能化、区域性慢病管理健康服务新模式。  江苏省健康管理学会与江苏省省级机关医院合作，在南京市鼓楼区区域协同发展医联体前提下，进一步改进完善江苏省省级机关医院探索的慢病管控模式。前期鼓楼区卫计局为辖区内19个社区卫生服务机构建立了慢病管理小屋，江苏省省级机关医院为各社区提供了“社区糖尿病5+1达标管理平台”和“高血压达标管理平台”，社区医务人员运用智能平台设定的评估、治疗、并发症筛查、随访方案对慢病患者建档并进行连续性健康服务。本课题组通过进一步进行信息平台集成提高慢病管理智能化和管理效率、增加即时远程心电检测功能、完善动态心电图等影像诊断远程报告等智能设备、江苏省省级机关医院专家和江苏省健康管理学会专家在线指导社区医生诊疗患者，并以需求为导向预约去现场指导和诊疗疑难病例，提高优质医疗资源的使用效率、节约医疗资源，从而提供全面、连续性的技术支持，以保证社区慢病患者能得到与三级医院同质化的、连续性健康服务。  **1.2预期目标**  1.2.1建立以健康需求为导向、科技创新为基础的智能化、区域性健康服务新模式；  1.2.2社区医务人员慢性病管理能力和管理信心提升；  1.2.3区域内主要慢性病（高血压、糖尿病）患者经该模式管理后血压、血脂、血糖等指标达标率和并发症筛查率达到全国领先水平；  1.2.4提高区域内慢性病患者生活质量、减少主要并发症脑卒中和心肌梗死等预期发生率，增加人民群众的获得感。  **1.3主要考核指标：**  A.完成研究报告一份；B.完成建言献策报告一份；C.在核心期刊发表研究论文一篇以上；D.形成科普文章若干篇，建立科普平台若干个。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2．研究方法、技术路线及本课题的创新之处 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1研究方法：  本课题拟将前期省级机关医院与鼓楼区联合开展的“医院-社区一体化慢性病管控模式”进一步优化、通过提升信息化、智能化程度提高医联体慢病管理能力和管理效率：将“社区糖尿病5+1达标管理平台”、“高血压达标管理平台”等慢病管理系统进行信息集成和平台整合，提高慢病管理智能化程度和管理效率；在社区医院使用便携式远程即时心电检测系统；为患者在社区医院接受的影像检查出具远程诊断报告；江苏省健康管理学会专家与省级机关医院专家以需求为导向，以远程会诊或预约下社区诊疗等方式共同解决疑难病例诊治等。通过以上措施完善科技创新为基础的智能化、区域性健康服务新模式，进一步提高社区医院的慢病管理水平和技术能力，为社区慢病患者提供精准治疗，以保证社区慢病患者能得到与三级医院同质化的、连续性健康服务；并达到社区医务人员慢性病管理能力和管理信心提升、区域内高血压、糖尿病患者管理后血压、血脂、血糖等指标达标率和并发症筛查率达到全国领先水平、增加人民群众的获得感的目的。具体步骤：  2.1.1本课题依托单位江苏省级机关医院在鼓楼区卫计局支持下，已经在鼓楼区19个社区卫生服务机构建立慢病管理小屋，江苏省省级机关医院为各社区医院提供慢病管理平台上线使用。  2.1.2将“社区糖尿病5+1达标管理平台”、“高血压达标管理平台”等慢病管理系统进行信息集成和平台整合，使鼓楼区19个社区卫生服务机构的慢病管理小屋医务人员更高效运用该平台，对糖尿病和高血压等慢性病患者进行建档，并按照平台设定的评估、治疗、并发症筛查、随访方案对慢病患者进行连续性健康服务。  2.1.3江苏省省级机关医院通过信息系统进行管理工作质量控制，并联合江苏省健康管理学会专家在线指导社区医生诊疗患者，并以需求为导向，以远程会诊或预约下社区诊疗等方式共同解决疑难病例诊治。  2.1.4在鼓楼区各慢病管理小屋启用便携式远程即时心电检测系统，患者即时检测结果可显示于相关社区医生和相关专家的手机APP，以便实时诊断和指导就诊。  2.1.5启用远程影像诊断系统，患者在社区医院接受的影像检查通过信息系统传输，由省级机关医院专家出具诊断报告。  2.1.6江苏省省级机关医院联合江苏省健康管理学会专家组结合信息平台提示的指标异常、即时远程心电检测功能、动态心电图等影像诊断远程诊疗报告异常等问题安排在线指导或预约现场诊疗，并根据患者存在的具体问题安排多学科协作组中对口专家到社区解决疑难患者的诊疗问题。  2.1.7省级机关医院定期对管理数据进行统计，进行远程质量控制，定期出具各社区慢病管理质量报告，并提出整改意见。鼓楼区根据省级机关医院提供的管理慢病患者的数量和质量测算出发放给社区的相应经费。  2.1.8 统计分析新模式管理下患者指标达标率情况；调查问卷了解社区医生参与“医院-社区一体化、智能化、区域性慢性病管控模式”后，对慢病管理能力、管理效率和管理信心的变化。  2.1.9 根据研究结果，撰写关于“医院-社区一体化、智能化、区域性慢性病管控模式”的研究报告和建言献策报告。  2.2 技术路线  F:\2018-03-28_061546  111111111111.jpg  **2.3本课题创新之处**  2.3.1 模式创新：三级医院—社区一体化的智能化慢性病管控模式，把医联体工作由“虚”落到了“实”。  目前三级医院和基层医院的医联体功能基本仅限于重病人转诊和专家定期去社区坐诊且不是按需型、与社区患者需求不匹配，存在帮扶内容不明确、社区医院体会到帮扶作用欠缺、人民群众获得感不够强等问题，而江苏省健康管理学会联合省级机关团队及基层医疗机构共同构建的智能化区域性慢病管控体系，帮扶内容明确、提供的慢病管理工具网络平台社区医院能熟练使用、三级医院专家可随时在线解决社区医务人员遇到的问题并按需预约去社区坐诊疑难患者，该模式可以提升社区医务人员慢病管理技术能力和管理信心，并达到社区慢病患者能得到与三级医院同质化的、连续性健康服务的目的，提高人民群众的获得感。  2.3.2 管理工具创新：智慧平台解决了“管什么”和“怎么管”的问题，基层医生也能规范管理、一对多管理。  省级机关医院自主研发的慢病智慧管理平台明确管理目标和路径并自带提醒复诊时间、复诊内容等功能。该慢病智慧管理平台的特点：①以国际标准化诊疗规范为设计基础；②根据患者相关数据进行分析诊断和风险评估后分组，对于高风险和低风险的患者分别按照不同方案提示采取相应治疗干预措施，并根据患者病情确定并自动提醒复诊内容和复诊日期；③管理目标明确，解决了“管什么”问题；自动监测和提醒功能，解决了“怎么管”问题。如系统设定了糖尿病的“5+1”目标（血压达标、低密度脂蛋白胆固醇达标、血糖达标并稳定、远离烟草、服用阿斯匹林+定期监测和控制并发症），并根据患者病情确定并自动提醒并发症筛查时间和筛查项目（如眼底检查、周围神经病表筛查等）；④远程诊疗，患者数据在社区端和三级医院中心端同步显示，为远程会诊、实时会诊提供了信息技术支持；⑤所有终端管理前后数据均在线储存，管理效果统计分析便捷，利于为政府部门决策时提供参考数据。  2.3.3远程技术创新：远程诊断和远程监测技术，提升基层医院健康服务范围。  远程心电等设备实时记录患者监测数据，并实时传输到社区医生和省级机关医院专家及江苏省健康管理学会相关专家的手机APP，使患者出现问题能得到及时诊断和治疗建议；远程影像诊断系统使患者在社区医院接受的影像检查通过信息系统传输，由省级机关医院专家出具诊断报告（必要时由健康管理学会相关专业专家出具）。以上措施为省级机关医院和江苏省健康管理学会相关专家实时指导社区医生的处理方案或指导患者治疗建议提供了信息支持。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. 计划进度和阶段目标 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本项目历时8个月（2018.05～2018.12），总体实施可分成二个阶段，并定期进行考核评估，对于发现的问题及时整改完善落实。  第一阶段：2018.05～2018.10  按照方案在鼓楼区19个社区实施慢病管理；  进行信息系统集成和完善提升管理效果；  上线远程心电检测、远程动态心电图报告等提升慢病管控能力；  每季度开展现场质量检查与项目督导工作。  第二阶段：2018.11～2018.12  资料整理及统计分析；  撰写结题报告并申报结题。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4．经济效益、社会效益和科学技术水平 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.1经济效益：本课题期望借助“智能化、区域性慢性病管控新模式”，提升慢病的管理效果，减少患者住院率、并发症发生率，从而减少患者个人、家庭的经济负担，也减少政府医保部门相关投入；此外，卫生行政部门根据各社区医院管理慢病患者的数量和质量，决定拨付给社区的相应慢病管理经费，提高了经费使用的效率避免经费无效浪费。  4.2社会效益：实施“医院-社区一体化、智能化、区域性慢性病管控模式”，进一步体现了三级医院和社区医院都坚持公立医院的公益性，提升社区医院对慢病的管理效果，达到提高慢性病患者生活质量、提升人民群众健康水平的目的，增加人民群众的获得感，为健康江苏助力。  4.3科学技术水平：项目中区域性远程诊断和远程监测技术，符合国务院办公厅关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见中“基层检查、上级诊断”的技术要求。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. 预期研究成果及形式 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 完成研究报告一份；  完成建言献策报告一份；  发表研究论文一篇以上。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **课题负责人：** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | 性别 | | | 出生年月 | | 单 位 | | | 专业 | | | | 职务职称 | 本课题承担任务 | |
| 熊亚晴 | 女 | | | 1964.7 | | 江苏省省级机关医院 | | | 心血管 | | | | 副院长  主任医师 | 项目负责人 | |
| **四、主要研究人员** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | 性别 | | 出生年月 | | | | 单 位 | | | 专业 | | | 职务职称 | | 本课题承担任务 |
| 许家仁 | 男 | | 1960.6 | | | | 江苏省健康管理学会/江苏省省级机关医院 | | | 血液内科 | | | 副会长/院长  主任医师 | | 项目指导 |
| 许 津 | 女 | | 1959.6 | | | | 江苏省健康管理学会 | | | 健康管理 | | | 副会长  研究员级高级政工师 | | 技术指导 |
| 刘家文 | 男 | | 1976.10 | | | | 南京鼓楼卫计局 | | | 管理 | | | 社区卫生科科长 | | 项目指导  组织实施 |
| 申志祥 | 男 | | 1972.3 | | | | 江苏省健康管理学会 | | | 肾内科 | | | 常委兼副秘书长  主任医师 | | 项目实施 |
| 王 惠 | 女 | | 1984.2 | | | | 江苏省省级机关医院 | | | 消化内科 | | | 社区卫生服务指导中心科长，主治医师 | | 项目实施 |
| 郭红梅 | 女 | | 1970.8 | | | | 江苏省省级机关医院 | | | 心血管内科 | | | 心血管科科主任  主任医师 | | 项目实施 |
| 王 屹 | 男 | | 1972.2 | | | | 江苏省省级机关医院 | | | 心血管内科 | | | 大内科副主任  主任医师 | | 项目实施 |
| 唐 伟 | 男 | | 1972.9 | | | | 江苏省省级机关医院 | | | 内分泌内科 | | | 大内科主任/糖尿病中心主任，主任医师 | | 项目实施 |
| 娄青林 | 男 | | 1974.3 | | | | 江苏省省级机关医院 | | | 内分泌内科 | | | 糖尿病中心副主任  主任医师 | | 项目实施 |
| 巫海娣 | 女 | | 1974.6 | | | | 江苏省省级机关医院 | | | 护理 | | | 糖尿病中心护士长  主任护师 | | 项目实施 |
| **五、 经费预算** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. 申报江苏省科协研究课题计划经费资助预算表** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 经费来源 | | | | | | | | 金额（万元） | | | | 备注 | | | |
| 1、省科协调研宣传部资助经费 | | | | | | | | 5.0 | | | |  | | | |
| 2.地方、部门配套经费 | | | | | | | | 4.0 | | | | 由合作单位江苏省省级机关医院根据实际需要给予配套支持 | | | |
| 3.自筹经费 | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| 合计 | | | | | | | | 9.0 | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 经费开支科目 | | | | | | | | 预算金额（万元） | | | | 备注 | | | |
| 1.文献资料费 | | | | | | | | 1.0 | | | |  | | | |
| 2.数据处理费(设备使用费) | | | | | | | | 0.5 | | | | 统计数据处理 | | | |
| 3.国内调研差旅费 | | | | | | | | 0.5 | | | |  | | | |
| 4.问卷设计、调查费 | | | | | | | | 0.5 | | | |  | | | |
| 5.会议费 | | | | | | | | 1.5 | | | | 两次社区医务人员培训会、一次质量考核总结会 | | | |
| 6.管理费 | | | | | | | | 0.25 | | | |  | | | |
| 7.印刷费 | | | | | | | | 0.5 | | | | 社区医务人员培训资料、患者健康教育资料、管理软件使用说明等 | | | |
| 8.协作研究费(子课题外拨费) | | | | | | | | 1.75 | | | | 各社区医院病例管理、资料收集 | | | |
| 9.其它 | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| 论文发表费 | | | | | | | | 0.5 | | | | 版面费 | | | |
| 信息平台接口费 | | | | | | | | 1.0 | | | | 软件公司系统集成接口费用 | | | |
| 远程技术服务费 | | | | | | | | 1.0 | | | |  | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| 合计 | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| **2. 项目申请单位自筹资金或归口管理部门配套资金情况说明** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配套资金情况说明（须由资金配套单位加盖公章） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合作单位江苏省省级机关医院根据经费使用情况，按照实际需要给予配套支持，自筹配套经费不超过4万。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自筹资金情况说明（须由资金提供单位加盖公章） | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |