

北京结核病诊疗技术创新联盟

关于申请加入“一扫双筛”移动 CT 筛查支持项目的报名通知

联盟各医疗机构会员及相关单位：

为贯彻落实《健康中国 2030 规划纲要》，推动肺癌、肺结核早筛早诊早治，降低疾病负担，北京结核病诊疗技术创新联盟（以下简称“创新联盟”）、中国红十字基金会肺常健康专项基金（以下简称“基金会”）、中关村仁德胸部疾病诊疗技术创新研究院（以下简称“研究院”）联合发起“一扫双筛、肺常健康”移动 CT 筛查支持项目。现诚邀符合条件的医疗机构报名参与，共同守护人民生命健康。具体事项通知如下：

一、项目背景

本项目通过移动 CT 车开展肺癌、肺结核联合筛查，于 2024 年试点已完成 4.5 万例筛查，发现数百例肺癌、肺结核患者，打造了移动 CT 诊疗车低剂量联合筛查新模式，提高了肺癌早筛早诊早治能力，有效降低肺癌治疗疾病负担。同时在肺癌筛查过程

中发现肺结核等其他胸肺部疾病，逐步形成多种疾病同筛共管、多病同防的新模式。为扩大项目实施范围，打造筛查典型，争取政府和社会支持，建立可持续发展机制，进一步保护广大人民群众生命健康，特开展“一扫双筛、肺常健康”肺癌、肺结核移动CT筛查项目（以下简称“一扫双筛”项目）的支持活动，扩大项目覆盖范围，支持更多单位参与，打造可持续筛查机制。

二、合作目标

（一）合作范围：

2026年至2027年将支持50家医疗机构开展筛查合作。

（二）合作目标：

完成不少于7.5万例的筛查，发现不少于500例早期肺癌和200例活动性肺结核；探索肺癌、肺结核等多病同筛模式，打造筛查项目典型，为各单位持续筛查争取政府资金支持，扩大筛查规模提供数据支撑。

三、申请条件

（一）资质要求：

1. 各医疗机构及疾病预防控制机构；
2. 具备胸外科、呼吸科或结核病诊疗能力。

（二）优先支持：

1. 优先支持会员级别高的单位：理事长/副理事长单位→理事/常务理事单位→会员单位→非会员单位；

2. 优先支持自筹资金比例高的单位；
3. 优选支持已经使用自筹资金参加过本项目的单位；
4. 优先支持联盟会费按期完成缴纳的单位；
5. 优先支持西藏、新疆、凉山地区医疗机构。

四、资金支持方案

（一）资金支持标准：

1. 筛查费用预计 200-400 元/例，其中 CT 车辆使用、信息化平台使用、四审阅片、现场实施等核心工作费用约按 200 元/例，项目筹备、组织发动、高危患者专家会诊、患者随访等工作费用约 100-200 元；

2. 联盟与基金会按自筹筛查量的 50%提供匹配支持（例：自筹 1000 例，额外支持 500 例）；

3. 申请单位需自筹 ≥ 1000 例配套资金。

（二）资金支持政策

1. 理事长/副理事长单位、西藏、新疆、大凉山地区和特殊贡献医疗机构：支持上限 1000 例；

2. 理事/常务理事单位：支持上限 800 例；

3. 普通会员单位：支持上限 600 例；

4. 非会员单位：支持上限 500 例。

注：自筹资金筛查超过 1 万例者，支持上限可达到 3000 例，特殊情况可经联盟理事会单独审议。

五、申请流程

（一）提交材料（截止日期：2025 年 9 月 10 日）：

填写《“一扫双筛”项目支持申请表》（附件），提供单位资质证明、自筹资金承诺函。

（二）评审立项：

1. 项目办公室组织专家评审，公布结果；
2. 签署合作协议，明确筛查任务与资金使用计划；
3. 为合作单位分配专属项目编号，唯一识别码：YSSS-年度-省简称-市代码-序号。

（三）申请单位资金支付：

申请单位自筹资金部分需要经过合规流程后在筛查启动前支付给联盟和研究院账户或合作单位账户，统一用于筛查项目支出，否则取消资格。

（四）筛查执行

研究院和筛查单位成立联合项目组，专人负责筛查活动组织和开展。

（五）评估总结

汇总项目数据，编制《“一扫双筛”项目报告》。

六、职责分工

1. 创新联盟：提供资金支持，联合基金会、研究院组建项目办公室，统筹项目申报审核、会员单位协调、进度监督及成果汇

总。

2. 基金会：提供资金支持，整合公益资源、募集社会支持资金，开展项目监督。

3. 研究院：提供部分资金支持，整合技术资源（设备、人员、信息技术），组织项目组实施筛查工作。科研数据汇总分析、报告生成与归档。

4. 申请单位：自筹部分筛查资金、配合筛查项目实施，负责筛查后追踪随访，配合科研数据汇总与分析，如需举办启动仪式需另行安排。

5. 北京胸科医院：提供筛查的专业指导、科研课题合作、技术支持和培训，阅片质量控制等。

七、报名方式

请于 2025 年 9 月 10 日前将申请材料电子版发送至邮箱：
yyf@chinaiatb.org，联系人：姚宇峰 17701051949。

附件：《“一扫双筛”移动 CT 筛查支持项目申请表》

北京结核病诊疗技术创新联盟
二〇二五年七月十八日



附件：

“一扫双筛”移动 CT 筛查支持项目 申请表

一、项目单位基本信息

1. 项目单位名称：_____
2. 项目单位按行政级别属于：☐省级 ☐地（市）级 ☐县（区）级
3. 项目单位按医院等级分类 ☐三级甲等 ☐三级 ☐二级甲等
☐二级 ☐一级 ☐其他（请注明）_____
4. 项目单位门诊量及手术量
2024 年胸外科手术量：_____例
2024 年结核病门诊量：_____例
5. 项目单位会员级别：☐理事长/副理事长单位 ☐理事/常务理事单位
☐普通会员单位 ☐非会员单位 ☐西藏、新疆、大凉山地区 ☐
其他（请注明）_____
6. 既往是否使用自筹资金参加过本项目 ☐是_____例， ☐否

二、项目分管领导、负责人和联系人信息

1. 项目分管领导
姓名：_____ 职务：_____ 手机：_____
2. 项目负责人（可同分管领导）
姓名：_____ 职务：_____ 手机：_____
3. 项目联系人
姓名：_____ 职务：_____ 手机：_____

三、项目实施计划

1. 项目具体实施地点：_____
2. 自筹资金筛查目标数量：筛查_____人
3. 预计项目开展日期：_____年_____月-----_____月

四、项目所需资源

1. 本单位是否自有或自备移动 CT 车： ☐ 是_____台， ☐ 无
2. 一审二审阅片：☐ 需要外部支持 ☐ 自行安排_____人
3. 远程会诊：☐ 需要支持（具体专业_____）
4. 其他医疗合作需求：_____

五、预算与资金来源

1. 申请单位预计筹集资金：_____万元
2. 资金来源：本单位自筹_____万，政府拨款_____万，其他：_____万。

六、申请单位责任和承诺

1. 申请单位承诺自筹资金的全部金额在筛查启动前到指定账户。
2. 申请单位承诺按时、按质配合完成项目任务。
3. 申请单位需保障筛查人数按计划一批次组织完成。若未完成相关计划任务，优先使用申报单位资金；若申报单位资金未使用完成，资金不予退还。
4. 申请单位承诺遵守相关法律法规和项目管理规定。
5. 申请单位同意接受监督和评估。

单位名称（加盖公章）：

申请日期：_____年_____月_____日