

三门峡市卫生健康委员会文件

三卫提案〔2025〕3号

签发人：张建军

办理结果：A

对市政协八届三次会议第 148 号提案的答复

尊敬的张晓娟委员、杨丽侠委员、张丽峡委员、范清华委员、魏厚哲委员、赵双良委员、秦殿超委员：

您提出的关于“关于预防慢病防控，助力健康生活”的提案收悉。现答复如下：

慢性病是严重威胁我市城乡居民健康的一类疾病，已成为影响经济社会发展的重大健康问题和公共卫生问题。收到您的提案后，市卫生健康委高度重视，主要领导亲自做出工作安排，成立由委分管领导负责，医疗应急科牵头，医政、宣传、基层、信息

化等科室人员参加的提案办理工作专班，全面系统梳理总结我市慢性病防治体系建设和慢性病患者管理进展情况，以及当前存在的困难问题，积极推动惠民政策落实落地，满足广大慢性病患者健康管理需要。

一、全面健全完善慢病防治体系

一是全面搭建三级重大慢性病防治体系。按照省慢性病防治网络建设规划，结合我市实际，成立了以市级医院为龙头，县级医院为骨干、基层医疗机构为网底的市县乡三级重大慢性病防治体系。分别开设脑卒中、高血压、慢阻肺、糖尿病、癌症等五大慢性病防治中心，截至目前高血压、脑卒中防治中心已形成市县区全覆盖，运转高效便捷，成功打造了卒中患者“黄金一小时救治圈”。癌症和糖尿病防治网络已取得突破性进展，实质性开展网络化防治工作。目前我委正在积极推动县级慢阻肺防治中心建设，补齐“最后一块短板”，形成“1个疾控中心+5个市级慢性病防治中心+县级慢性病防治中心”三级网络防治模式。

二是强化落实防治政策。出台并推动落实健康三门峡行动心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病、糖尿病防治行动实施方案（2025-2030年），加强慢性病防治体系和服务能力建设，推动“以治病为中心”向“以人民健康为中心”转变。

三是积极推广居民电子健康档案和电子健康卡应用。实行一人一码数字健康管理，逐步实现全生命周期电子健康档案、电子

病历、检验检查结果在各级各类医院共享。目前，全市 20 家二级及以上医院已经完成了居民电子健康卡的对接工作，慢病群众可以凭借一张卡完成全流程就医。

四是加快推进全民健康信息平台的互联互通。通过统一的标准化信息系统，逐步实现全省慢病数据共享，形成上下联动、协同运作的工作模式。

二、全面加强慢病健康教育体系建设

一是建立健全慢病健康教育网络。全市各级卫生健康行政部门、各级医疗卫生机构均建立了负责的健康教育和健康促进的内设机构，各司其职，全面开展包括慢性病在内的健康促进和健康教育工作。结合慢性病防治网络，各慢性病诊疗临床科室均积极开展多种形式的院内宣传、社区宣传，各级疾控机构积极推进全民健康生活方式行动和“三减三健”活动，开展健康学校、健康食堂、健康餐厅、健康主题公园、健康步道、健康知识一条街等健康支持性环境建设，不断提高健康知识的可及性和知晓率。三门峡市健康支持性环境建设共计 274 处。其中健康小屋 8 个，健康食堂 30 个，健康餐厅 20 个，健康单位 65 个，健康学校 50 个，健康社区 64 个，健康步道 16 个，健康主题公园 14 个，健康街区 3 个，健康家庭 1 个，其他健康支持性环境 8 个。

二是加强健康教育队伍建设。建成市、县、乡三级健康科普网络，覆盖全市 6 个县（市、区）及所有乡镇卫生院，实施“健

康中原行·大医献爱心”志愿服务行动，累计开展活动 1200 场，惠及群众 50 万人次。选拔 423 名具备丰富专业知识和较高宣传技能的专家建立市县两级健康科普专家库，同时对专家库实行动态管理，每年对科普工作情况开展考核，为进一步提高健康教育能力提供助力支持。持续更新完善慢病健康科普资源库，为人民群众提供丰富权威的健康科普知识，同时全面强化考核激励机制，鼓励医务人员创作优质慢病健康科普作品，五年以来累计发布科普文章 3000 篇，视频播放量超 500 万次，进一步提升健康教育服务水平。

三是深入开展全民健康生活方式和体重管理年等专项活动。围绕全国高血压日、世界卒中日、世界慢阻肺日、联合国糖尿病日、体重管理年以及全民健康生活方式宣传月等主题活动，积极开展了 169 场次健康生活方式与体重管理年宣传工作，参与人数 2.3 万人，印发宣传材料 7.4 万份，发放健康支持工具 7 千余件，组织动员 23 支队伍 355 人参加“万步有约”健走激励大赛，培养健康指导员 50 人。

三、规范开展慢病患者健康管理

一是依托各项慢性病筛查管理项目，提升慢病患者健康管理质量。根据省级工作安排，我市开展的慢性病筛查管理项目主要包括农村癌症早诊早治、脑卒中高危人群筛查和干预、心血管疾病高危人群早期筛查和综合干预、慢阻肺高危人群早期筛查与综

合干预、糖尿病综合管理等项目。在省级项目单位和专家的指导下，进一步推进各慢性病防治中心建设，患者规范管理水平得到了极大的提升，每年受益慢病性患者及风险人群超过了2万人。目前部分项目已经增点扩面，进一步提升了我市慢性病患者管理能力，越来越多的患者从中受益。

二是依托基本公共卫生服务项目，为农村地区慢病患者提供普及性健康管理服务。充分发挥基层医疗卫生机构网底作用，组建家庭医生签约团队，规范开展家庭医生签约服务，免费为高血压、糖尿病等患者提供优质规范的治疗、随访、体检等健康管理服务。目前，家庭医生签约服务政策已覆盖全市8个县（市、区），建设基层全科诊室131个、家庭医生工作室150个、健康驿站（小屋）466个，组建家庭医生团队1463个，居民规范化电子健康档案覆盖率85.71%；管理高血压患者23.02万人，规范管理服务率78.46%；管理Ⅱ型糖尿病患者8.6万人，规范管理服务率79.89%。通过持续实施基本公共卫生服务项目，贯彻落实“以基层为重点、预防为主”的卫生与健康工作方针，维护广大慢病患者身体健康。

四、强化慢病患者心理健康干预

一是进一步完善心理健康服务体系。全市16家医院设置了精神（心理）科门诊，8家医院设置了精神科病区，乡镇卫生院和社区卫生服务中心全部设有专兼职人员，市、县、乡三级精神

卫生服务网络基本形成。全市 12356 心理援助热线已全部开通，配备了专业的接线人员和心理咨询师，为慢病群众提供 24 小时免费心理咨询和心理危机干预服务。

二是积极开展心理健康知识巡讲活动。从全市精神卫生专业机构、综合医院心理科等单位选拔了 10 位业务精湛、经验丰富的专家，组建了市级心理健康知识巡讲团，并按照巡讲计划，深入机关、学校、企业等单位，开展心理健康知识巡讲活动，受益居民超 2 万人次。

下一步，我市将持续推进信息化系统深度集成，以居民健康为中心，构建一体化的医疗健康信息平台，打破信息孤岛。统一各系统的数据标准和接口规范，实现医疗服务、公共卫生、医疗管理等数据的实时共享和协同应用，提升慢性病医疗服务的整体性和连贯性，并探索 AI 辅助诊断、远程医疗等新技术应用，持续提升慢性病防治的精准性和可及性。同时，通过“医康养”一体化和心理健康服务下沉，构建全生命周期健康管理模式，推进“以治病为中心”向“以健康为中心”转变，形成有利于慢性病防治的生活方式、生态环境和社会环境，降低因慢性病及其并发症导致的死亡和伤残，提高人民群众健康水平，为共建共享健康三门峡奠定重要基础。

联系部门及电话：市卫生健康委医疗应急科 2866902

联系人：白云祥



抄送：市政协提案委（3份），市政府督查室（1份）。

三门峡市卫生健康委员会

2025年5月29日印发

