

〔A〕

〔主动公开〕

苏州市卫生健康委员会文件

苏州卫健办复〔2026〕164号

签发：程军平

对市政协十五届五次会议 第265号提案的答复

喻敏毅委员：

您好！您提出的《关于建设“苏州市糖尿病足诊疗中心”的建议》收悉，现就有关情况答复如下：

苏州经济社会的持续快速发展，同时带来生活节奏加快、生活压力剧增和生活方式转变，慢性病成为日益严重的健康挑战，糖尿病患者人数总量已达127.35万人，常住人口整体粗患病率达9.83%。为提高全市慢病管理能力，结合《健康中国行动-糖尿病防治行动实施方案（2024-2030年）》和《苏州市慢性病防治中长期规划（2018-2025年）》等文件，我市于2025年5月启动苏州市慢病管理中心建设。

一、构建三级慢性病协同管理体系

建立以市慢病防治中心为统领、3个慢性病专病中心为技术支撑、10个县级市（区）慢病防治中心为纽带、148家社区卫生服务中心（乡镇卫生院）为网底，纵向联动、横向协同的慢病防治体系。市级层面，苏州市慢病管理中心下设各慢性病专病管理中心，首批已确立3个：苏大附一院建设慢阻肺专病管理中心、苏大附二院建设骨质疏松症专病管理中心、苏州市立医院建设高血压、糖尿病专病管理中心，完善从健康科普、疾病预防、诊断治疗及康复管理服务闭环，推进市县镇一体化慢病管理服务体系建设。县级层面，分别设立县级市（区）慢病管理中心工作专班，依托医共体或医联体平台，全面提升区域主要慢性病诊疗与管理能力。基层层面，对全市社区卫生服务中心（乡镇卫生院）明确基层慢病中心建设标准，强化设备、药品、人员配置，在县级市（区）慢病管理中心的指导下做好慢性病诊治，承担双向转诊和健康管理职责。

二、打造区域糖尿病同质化诊疗模式

由苏州市立医院建设的高血压、糖尿病专病管理中心，牵头制定糖尿病诊疗规范，涵盖糖尿病分型诊断、血糖控制目标、药物治疗方案、并发症早期筛查与干预等全流程标准，确保区域内各级医疗机构遵循统一的诊疗路径。中心定期组织基层医护人员开展糖尿病规范化诊疗培训，通过理论授课、病例研讨、技能实操等形式，提升基层团队的专业能力。建立统一质量管理体系，执行统一质量控制标准，由市级慢病管理中心实行全市质量控制管理，促进医疗卫生服务

能力提升。强化AI智慧赋能，整合数据建立居民全生命周期健康档案，实现患者在不同医疗机构就诊时的信息互通，避免重复检查、不合理用药等问题，保障诊疗的连续性与一致性。

三、完善跨院多学科诊疗协作模式

在全市慢病防治体系内建设跨院多学科诊疗协作中心，成立市级糖尿病专家组，构建多学科协同的慢病“多病共管”诊疗服务体系，通过跨院专家协作，集中优势力量，提升重特大疾病救治能力。同时加强临床科研协同，由市糖尿病专病管理中心与国内外相关科研机构、生物医药企业进行合作，共同开展糖尿病及其并发症的研究和治疗工作，推动技术进步和创新。设置出院服务中心，医院、社区联合保障患者出院后就近、便捷接受后续健康管理，打造出院患者后续健康管理“接力式”服务链条。

下一步，进一步完善市糖尿病专病管理中心建设，加强糖尿病足专病诊疗能力提升。一是整合全市优质医疗资源，依托苏州市立医院糖尿病专病管理中心，联合苏大附一院、苏大附二院等三甲医院的内分泌科、骨科、血管外科、创面修复科等多学科团队，组建苏州市糖尿病足诊疗联盟，搭建跨院多学科会诊平台，实现疑难病例的快速联合诊疗。二是制定糖尿病足分级诊疗与管理规范，明确不同阶段糖尿病足的诊疗路径、创面处理标准及康复指导方案，确保各级医疗机构诊疗行为统一规范。三是强化基层糖尿病足筛查与转诊能力，通过组织专项培训、发放标准化筛查工具等方式，提

升社区卫生服务中心医护人员对糖尿病足早期症状的识别能力，并建立从社区到市级中心的绿色转诊通道，缩短救治时间。四是推进智慧化诊疗应用，通过市县镇慢病管理一体化平台、远程会诊平台等，实现糖尿病足患者的动态监测与跨院信息共享，为患者提供精准化、个性化的诊疗服务。五是加强糖尿病足防治科研与人才培养，支持联盟单位开展糖尿病足发病机制、新型治疗技术等方面的研究，引进国内知名糖尿病足诊疗专家，培养本地专科骨干，持续提升我市糖尿病足诊疗水平，切实保障糖尿病患者的健康权益。

苏州市卫生健康委员会

2026年5月28日

联系人：王菊花

联系电话：69291992

抄 送：市政府办公室、市政协提案委。

苏州市卫生健康委员会办公室

2026年5月28日印发
