# 厦门市人民政府办公厅文件

厦府办规〔2026〕6号

## 厦门市人民政府办公厅<br>关于印发《厦门市深化城市型<br>分级诊疗体系建设的若干措施》的通知

各区人民政府，市直各委、办、局，各开发区管委会，各有关单位：

《厦门市深化城市型分级诊疗体系建设的若干措施》已经第165次市政府常务会议研究通过，现印发给你们，请认真组织实施。

厦门市人民政府办公厅

2026年9月9日

（此件主动公开）

# 厦门市深化城市型
# 分级诊疗体系建设的若干措施

为深入贯彻新时代党的卫生与健康工作方针，深化城市型分级诊疗体系建设，以满足群众就近就便看病就医需求为出发点，以实施医疗卫生强基工程为支撑，以构建合理有序就医秩序为导向，逐步实现“首诊在基层，一般病在区里，大病不出市，康复回社区”，制定本措施。

## 一、以多层次多形式医联体为抓手完善分级诊疗协同机制

（一）优化医疗卫生机构功能定位和结构布局。坚持强基、提质、攀峰并举，构建整合型医疗卫生服务体系。基层医疗卫生机构定位为医疗卫生服务体系“网底”，要因地制宜提升机构建设标准、单体规模和服务能力，推进检查设备配置扩容。统筹行政区划调整、人口变化趋势等因素，持续优化基层医疗卫生机构建设布局。未设置社区卫生服务中心的街道应按标准新建，人口规模大于10万人的街道可根据实际需要扩大现有规模或增设社区卫生服务分中心，“十五五”期间实现基层医疗卫生服务全覆盖；区级区域性三级医院定位为辖区“枢纽型”医院，建设有城市分级诊疗特点的紧密型医联体，强化在市级三级医院和基层医疗卫生机构之间的桥梁纽带作用，实现“常见病不出区、急重症能稳住、疑难复杂再上转”；市级三级医院定位为急危重病和疑难杂症

的市域诊疗中心，加强复杂手术开展和住院服务，逐步酌减常见病、慢性病等普通门诊，门住比逐步下降到17:1以下；国家区域医疗中心项目医院定位为死亡率高、外转率高疾病的区域医疗高峰，通过专家柔性引进、输出医院技术平移、专家来厦会诊等方式减少跨省跨区域就医。

（二）推动多层次多形式医联体模式提质扩面。打造“区域医联体+专科联盟+专病防治中心”医联体模式。区域医联体横向由市级高水平三级医院牵头建设城市医疗集团，整合托管运营困难医疗机构，推动集团内医疗、运营、信息管理一体化，提升区域医疗资源配置和使用效率；纵向推行“1+1+N”医联体模式，每1家基层医疗卫生机构以1家本区域“枢纽型”医院为上级医院，根据需要在全市范围内与N家其他三级医院“双向选择”，实现优质医疗资源均衡共享。岛内“枢纽型”医院侧重向社区疏解功能，做实连续性健康服务。专科联盟由三级医院优势专科牵头打造各具特色的专科协作网络，构建辐射闽西南及更大范围的区域专科诊疗高地。专病防治中心依托三级医院优势专科设立，作为市级专病领域的技术指导中心与资源共享中心，系统推进常见病、多发病、慢性病技术规范、管理模式下沉基层。

（三）加强医联体内医疗资源共享。市级层面建设实体化全市分级诊疗指挥中心，运营优质医疗服务共享平台，统筹线上线下、院内院外转诊服务，实现“双向转诊、病理检验、检查预约、

医学影像、心电共享”等功能。打造“开放共享、自由竞争”的影像、检验、心电共享中心，推广“分布式检查、集中式诊断”医疗服务模式，提升基层首诊承载能力，逐步实现基层医疗卫生机构与医院检查检验结果互认。区级层面依托医联体协作关系，“枢纽型”医院医疗管理人员下沉，并建设双向转诊、专病防治、医疗质控、资源共享四类中心。双向转诊中心完善转诊程序，畅通上下转诊;专病防治中心负责专病规范化防治与健康管理指导;医疗质控中心负责基层医疗质量管理；资源共享中心提供医学影像、心电诊断、医学检验、消毒供应、病理诊断、药品供应和药学服务等资源共享服务。推动紧密型医联体内处方流转和药品配备衔接联动，健全药品供应保障机制和短缺预警处置机制，保障基层用药需求。加快推进“医保药品云平台”建设。

**二、以常见病、慢性病为重点引导群众基层首诊**

（四）加强基层常见病诊疗和慢性病管理。常见病诊疗方面，推动三级医院普通门诊向基层医疗卫生机构延伸，提高常见病、慢性病基层就诊比例。为确保群众用药需求，对基层使用的基药、集采、国谈三类药品重点做好保障。基层医疗卫生机构可单次开具最长 12 周用药的长期处方，不纳入门诊次均费用、门诊药品次均费用考核。经上级医院下转至基层医疗卫生机构的患者，可延续原有用药方案（麻醉、精神药品除外）。参保人在基层医疗卫生机构使用的相关药品，由卫健、医保部门联合评估，属于分级诊

疗需要的参照基本药物在区域总额预算内优先保障。建成全域共享中药房，提供中药饮片处方审核、代煎配送等服务，探索院内制剂、配方颗粒基层共享。基层医疗卫生机构要因地制宜打造1-2个特色专科，有条件的提供眼科、口腔科、五官科、皮肤科等诊疗服务。支持基层医疗卫生机构合理开展肿瘤标志物等检验项目，提升急危重症早期识别与转诊能力。推广中医药适宜技术，支持基层医疗卫生机构规范开展不少于6类10项技术。慢性病管理方面，支持基层医疗卫生机构整合预防、筛查、诊疗、随访、健康教育等服务功能（含中医），设立分区合理、动线流畅的“一站式”慢性病健康管理中心，实现医防融合。通过基本公共卫生服务、健康体检、个人自检、疾病早筛等方式及早发现慢性病高风险人群，及时开展健康评估与干预指导。为确诊的慢性病患者提供“红黄绿”分类分级健康管理，对同时患有2种及以上慢性病的多病患者开展综合评估，做好多病共管服务。为慢性病患者提供体重管理、中医康复、精神心理等服务，全面提升基层慢性病综合防治与管理效能，基层高血压、2型糖尿病患者规范管理率保持在85%以上。

（五）强化上级医院帮扶作用。推动专家下沉基层，每家基层医疗卫生机构平均每周有8名以上二、三级医院主治医师及以上职称人员坐诊，挂牌“专家工作室”，开设“三师共管”联合门诊，信息向社会公布。对基层坐诊专家，根据技术职称、坐诊时

间，由区级统筹补贴。探索市区人力资源共享，三级医院可安排医疗卫生人员脱产驻点基层服务。推动三级医院到乡村区域开展常态化巡回医疗，提升乡村医生诊疗服务能力。推广移动医疗和远程医疗。实行基层医疗卫生人员定期免费进修制度，引导中医、护理、药学、检验、影像等人员到上级医院进修。到2030年，开展不少于1000名基层全科医师、健康管理师团队轮训，经费可从基层医疗卫生机构基本公共卫生服务项目列支。

（六）深化特色家庭医生签约服务内涵。加强家庭医生与签约居民“亲情式”联系，常态化公示家庭医生团队、责任片区及联系方式。家庭医生要与服务关系稳定的居民签订长期服务协议，明确“健康经纪人”角色。推进“互联网+签约”，依托签约服务平台开展线上签约、健康咨询、专家预约、慢性病管理、长处方线上续方等服务。做好签约基本服务包，将运动膳食指导、家庭药事服务、中医药治未病等纳入范畴；开展个性化服务包，每家基层医疗卫生机构到2027年提供不少于3类个性化服务。鼓励做好签约居民健康管理，对于连续两年签约的参保人员，医保资金较上年度节约的，可留用于调增签约机构门诊清算总额。卫健、医保、财政部门要联合健全家庭医生签约服务考核评价体系，根据评价结果合理支付签约服务费。

## 三、以提升就医连续性为导向加强转诊服务管理

（七）建立标准化转诊机制。2026年制定市级双向转诊规则，

依托市级优质医疗服务共享平台，横向汇集家庭医生签约、妇幼保健信息等数据，实现“上下转诊”全流程闭环管理。市级专病防治中心制定相应病种双向转诊标准，各区“枢纽型”医院制定医联体内转诊规则。全市三级医院50%门诊号源和不低于20%检查资源提前10天下放基层，推动患者“基层智能预约、医院便捷结算、现场直接检查、报告辅助解读”。全市医疗机构根据需要设立分级诊疗转诊中心，统一窗口标识，配备专职工作人员，统筹院内转诊全流程服务，落实急危重症绿色通道与优先就诊、优先检查、优先住院“三优先”政策，强化院内科室、人员接诊、转诊质控管理，保障转诊服务高效顺畅。试点签约患者住院分级共管，基层医疗卫生机构家庭医生到上级医院参与联合查房，患者出院后由上级医院指导基层共同做好康复管理，2028年实现全市基层全覆盖。发挥医疗机构和临床医师引导患者有序转诊的作用，原则上由二、三级医院副主任医师及以上职称人员评估患者跨统筹地区、跨省异地就医的必要性；依据就医类型合理确定跨省异地就医差异化结算报销政策。

（八）人工智能赋能先行先试。在全市医疗机构推广应用人工智能诊前健康数据采集、诊中病历书写语音换转、诊后辅助随访等技术应用，提高诊疗效率。合理利用人工智能加强病历、处方、医嘱等辅助审核，提高医学文书管理水平。在基层医疗卫生机构推动使用人工智能医技辅助诊断系统，提升基本公共卫生服

务水平，探索相关费用从基本公共卫生服务项目列支。建设分级诊疗“数字驾驶舱”，动态监测基层诊疗、专家下沉、双向转诊等全链条数据，开展风险预警、超时处置等智能调度。

（九）强化医保政策引导。持续深入推进医保费用保障型门诊统筹模式，参保人在定点医疗机构门诊、住院就医费用均可按规定纳入统筹基金支付，其中在基层定点医疗机构使用的基本药物，不设起付标准，直接纳入统筹报销；在基层医疗卫生机构住院并转诊的参保患者，在上级医院住院起付线连续计算；经家庭医生推荐转诊到上级医院住院的签约参保患者医保报销不设二次起付线。由上级医院下转至基层定点医疗卫生机构的住院患者，同一疾病周期内不再另设住院起付线。稳步推进将省内及跨省异地就医住院费用纳入就医地按病种付费管理。推进即时结算提质增效，基层实现全覆盖，大病保险纳入结算范围。

**四、完善分级诊疗多元保障措施**

（十）完善基本医保差异性支付政策。健全总额付费动态调整机制，年度新增医保基金适当向基层医疗卫生机构倾斜。合理确定不同等级、类型医疗卫生机构的支付系数，加大对基层倾斜力度。优化医保区域点数法分配机制，根据基层服务人口结构、网点数量等因素动态调整修正系数。

（十一）完善医疗服务价格等政策。在符合现行法律法规以及国家、省相关政策规定的前提下，适当提高基层医疗卫生机构

一般诊疗费价格，分类优化医疗服务价格体系，对手术、治疗、检查检验等项目价格，实行差异化定价，通过价格杠杆更好引导患者基层就诊；对换药、注射、输液、采血等均质化程度高的医疗服务价格项目，推进区域内价格同城同价。遴选不少于100个常见病、慢性病基层病种实行“同城同病同付”，中医优势病种实行“同病异治优付”。加大特例单议保障力度，将多学科联合诊疗、新药新技术应用纳入范围，适度提升医疗机构申报支付病例比例。

（十二）完善补助激励等政策。按规定落实对符合区域卫生规划的医疗卫生机构的财政补助政策。落实“两个允许”要求，完善市、区财政对公立医院分级诊疗激励补偿机制。各区应合理配置人力资源，根据基层服务负荷、居民健康需要等因素，逐步通过招聘、劳务派遣等方式充实基层医疗卫生人员队伍。根据现有考核体系，卫健部门将分级诊疗落实情况纳入市属公立医院考核、各区评估指标、基层医疗卫生机构综合激励评价；医保部门在年度医保基金总额预算框架内，增加分级诊疗权重；财政部门将落实分级诊疗情况纳入市级公立医院高质量发展竞争性分配指标体系。

（十三）加强宣传引导。积极宣传基层服务能力提升、专家下沉、用药便利、医保差异化支付等政策，提升居民基层就诊意愿。推进厦门市“三医协同”健康教育馆建设，助力居民健康素

养提升和就医理念转变。鼓励各区积极探索体制机制创新，系统总结经验，以点带面推动全市城市型分级诊疗体系深化做实。

各区、各有关部门要对照本措施，依托“三医协同”联动机制，立足“三师共管”良好基础，强化统筹协调推进，完善补偿激励机制，持续提升群众就医获得感与满意度。到2030年，以多层次、多形式医联体模式为抓手的分级诊疗协同机制更加完善，医疗卫生服务同质化水平和便利性、可及性显著提高，就医秩序更加合理规范,打造形成可复制推广的城市型分级诊疗厦门模式。

本措施由市卫健委会同相关责任部门按职责负责解释，自发布之日起施行，有效期至2030年12月31日。

有关单位：市属公立医院，厦门大学、厦门医学院。

厦门市人民政府办公厅　　2026年9月10日印发