

Research on the Innovation of Traditional Chinese Medicine Hospital Operation Mode under the Background of New Medical Reform

Qiong Zhu¹ Lan Zhong^{2*}

1. Guangxi International Zhuang Medicine Hospital, Nanning, Guangxi, 530200, China

2. First Affiliated Hospital of Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning, Guangxi, 530023, China

Abstract

As the core carrier of the development of traditional Chinese medicine (TCM), the operational model of TCM hospitals is closely related to healthcare reform policies. This article analyzes how to innovate and optimize the operational model of TCM hospitals under the new healthcare reform context, in order to better adapt to the changes brought by the new healthcare reform and promote the high-quality development of TCM hospitals. The analysis is based on current healthcare reform orientations and practical challenges.

Keywords

traditional chinese medicine hospital; healthcare reform; operation; management; innovation

新医改背景下中医医院运营模式创新研究

朱琼¹ 钟岚^{2*}

1. 广西国际壮医医院, 中国·广西 南宁 530200

2. 广西中医药大学第一附属医院, 中国·广西 南宁 530023

摘要

中医医院作为中医药事业发展的核心载体, 其运营模式与医改政策密切相关。本文结合当前医改导向及现实挑战, 分析在新医改背景下, 中医医院运营模式要如何创新及优化, 才能更好的适应新医改的变化, 以推动中医医院实现高质量发展。

关键词

中医医院; 医改; 运营; 管理; 创新

1 新医改对中医医院运营的核心导向与现实挑战

随着医改的持续深化, 中医医院作为中医药服务体系的核心载体, 被赋予了强化公益性、彰显中医特色、提升服务效能、降低运营成本的重要使命。医改政策的推进, 既为中医医院高质量发展提供了政策指引和机遇, 也对其长期以来形成的运营模式带来了全方位、深层次的冲击与挑战。

【课题项目】广西壮族自治区中医药管理局科技项目自筹课题(项目编号: GXZYA20240214)。

【作者简介】朱琼(1971-), 女, 中国广西玉林人, 本科, 正高级经济师、高级会计师, 从事财务管理研究。

【通讯作者】钟岚(1974-), 女, 中国广西玉林人, 本科, 正高级经济师, 从事财务管理、经济管理研究。

1.1 从“以药养医”转向“以技养医”, 收支结构优化压力凸显, 盈利模式面临转型阵痛

为了破除“以药养医”, 国家通过药品集中采购、医疗服务价格动态调整、医保控费等措施, 直接冲击了中医医院传统的收支结构, 盈利模式转型面临较大压力。

一方面, 医改推行的药品集中采购政策, 大大降低了药品中标价格, 直接导致药品销售收入增速放缓甚至下滑。同时, 医保对中药类药品的报销限制进一步规范, 部分高价中药制剂、特色饮片的报销比例调整, 也减少了医院的药品收益空间, 对依赖药品收入弥补运营成本的中医医院形成冲击。另一方面, 政府希望通过优化医疗服务价格, 提升医务人员技术劳务价值来实现“以技养医”, 但中医特色服务项目的价格调整存在滞后性。中医辨证论治、针灸、拔罐等核心服务项目定价偏低, 与医务人员的技术投入、时间成本不匹配, 且部分中医特色项目未被纳入医保报销范围, 患者接受度受限, 导致中医医疗服务收入占比提升缓慢。

1.2 中医特色定位与政策导向衔接不足，核心竞争力难以凸显

公立中医医院绩效考核将“中治率、中医特色技术占比、中药饮片使用”等指标权重提升，强化中医医院须以中医药服务为主的办院模式，并突出中医临床优势特色，倒逼医院回归中医特色、提质增效、控费合规，但同时也带来指标冲突、价值扭曲、发展受限等深层挑战。

一是部分考核指标不符合中医规律。比如，绩效考核指标中的次均费用、住院日、周转率等短期指标，与中医慢病调理、整体康复周期长的特色现实有冲突，导致特色越强越难“达标”；辨证思维、个体化治疗、治未病效果更是难以量化，在绩效考核中未能得到相应的加分；DRG/DIP付费下，中医非药物疗法多、住院周期长，易超支亏损，医院被迫减少纯中医治疗；药占比的考核导致中药饮片的使用有可能导致药占比偏高，加上院内制剂、颗粒定价高但医保支付不足，患者及医院有时会主动放弃中药使用。

二是非药物治疗价值未得到充分体现。针灸、推拿、正骨、外治等技术含量高、收费低、耗时多，价值未得到充分体现，市场竞争力较弱。预防、保健、健康管理等治未病项目收费低、在绩效中体现的是“负资产”。

三是中医制剂发展受限，特色优势难以转化为运营动力。中医医院的自制制剂是彰显中医特色、提升诊疗效果的重要载体，但当前中医制剂面临审批流程繁杂、医保报销范围窄、生产成本低、推广难度大等问题，导致中医药制剂发展受限，特色优势难以转化为运营动力，限制了中医特色优势的转化与落地。

1.3 中医诊疗特性，难以适应 DRG/DIP 付费带来的运营变革

DRG/DIP 支付方式全面覆盖，要求中医医院建立“证病结合”的诊疗路径适配体系，同时鼓励按疗效价值付费等创新模式。但中医辨证施治的个体化特征与 DRG/DIP 的标准化付费逻辑存在冲突，部分非药物疗法入组困难。

一是当前 DRG/DIP 付费主要基于西医诊断标准，难以准确反映中医“辨证施治”的核心特点，无法充分涵盖中医症型差异、特色疗法的诊疗过程，导致部分中医优势病种难以精准入组，中医技术的价值未能完全体现，部分中医医疗机构出现特定病组支付亏损的情况。

而且中医“治未病”服务未完全纳入医保支付，绩效评价仍侧重治疗类指标，“重治疗轻预防”导向影响中医特色运用的积极性。

二是部分中医特色疗法的成本较高，在 DRG/DIP 固定付费标准下，难以实现成本与收益的平衡，不利于中医药、民族医药的传承与创新。

三是数据支撑能力有待提升。部分中医医疗机构病案首页填写不规范、中医诊疗数据统计不全面，缺乏完善的数据分析体系，难以精准测算中医病种成本、评估 DRG/

DIP 付费成效，也不利于中医优势病种的遴选和支付标准的优化。

1.4 人才队伍建设滞后，难以支撑高质量运营需求

中医药人才是中医医院运营发展的核心支撑，医改政策明确要求加强中医人才队伍建设，提升中医药服务能力。但当前中医医院人才队伍存在结构不合理、培养与激励机制不完善、流失严重、复合型管理人才短缺等问题，难以支撑中医特色学科建设和高质量诊疗服务需求。也难以适应精细化管理、医保合规管理、资源整合等工作需求，制约了医院运营模式的优化升级。

1.5 资源整合能力不足，协同运营机制尚未完善

医改政策强调推动优质医疗资源扩容下沉，加强医联体建设、区域医疗协同，实现资源共享、优势互补。但当前中医医院的资源整合能力及协同运营机制难以适应医改政策对资源优化配置的要求。

一是由中医医院牵头的医联体存在“联而不通、合而无力”的问题，与基层医疗机构的资源共享、技术帮扶、双向转诊等机制落实不到位，与基层医疗机构系统不兼容，处方数据割裂形成“数据孤岛”，缺乏统一的术语编码与权责界定，跨院共享数据易引发纠纷。

二是资源保障不足。中医特色耗材、饮片、制剂未完全纳入基层集中采购目录，基层药房储备有限；物流成本高，偏远地区配送可持续性存在不确定性。

2 中医医院优化创新运营模式的路径建议

2.1 通过医保支付与中医特色的双向赋能优化收支结构

一是构建中医 DRG/DIP 精细化管理体系，通过“证病结合”编码体系，将优势病种、中医适宜技术纳入主诊断，并优化诊疗路径降低次均费用；通过做强中药与院内制剂，提高药事收入^[1]；通过开展日间针灸、推拿、康复，缩短住院日、提升床位周转，增加服务人次等措施做强中医核心服务，提升中医特色服务收入。

二是建立动态成本管控平台，借助“医保高铁”等工具实时监控耗材、药品使用，提升入组率与结余率，广西多个中医优势病种通过该模式实现收入显著增长。

三是构建多元支付体系，争取政策倾斜，拓展医保外支付渠道。在申报中医优势病种“同病同效同价”，扩大中药饮片、适宜技术报销范围的同时，与泰康在线等险企共建中医特色商业健康险，开发企业员工健康管理采购服务，目前不少大型企业已将中医干预纳入员工福利。

2.2 锚定绩效考核“指挥棒”，深耕中医内涵建设

一是聚焦提升中医药特色指标。重点优化门诊中药处方比例、出院患者中药饮片及中医非药物疗法使用率，规范理法方药一致性管理，突出中医为主的诊疗模式，打造中医优势专科，提升绩效考核核心指标得分。参考先进地区经验，

细化中医诊疗流程,推动中医特色指标持续提升。

二是以绩效考核为抓手破解行业痛点。在医疗机构内部,对中医经典研究室建设、拜师传承制度落实、经方创新应用等成果给予考核加分,激发内生动力;鼓励机构深耕“简、便、廉、验”的中医药特色服务;通过明确中医内涵建设的核心靶点,引导资源向传承、特色、疗效等关键领域集中,破解发展不平衡、不充分的问题。

三是强化绩效考核与中医内涵建设的良性互动,健全反馈与优化机制。一方面,通过绩效考核结果的深度分析,精准识别内涵建设中的短板——如中医护理骨干人才不足、治未病服务覆盖率低等,为优化发展策略提供数据支撑;另一方面,建立考核机制的民意反馈渠道,广泛吸纳中医医师、中药师、患者的意见建议,确保考核指标既符合国家中医药政策导向,又贴近临床实际需求;同时,强化考核结果的运用,将考核成绩与薪酬分配、科室评级、干部任用直接挂钩,形成“考核促传承、内涵促发展”的闭环,让中医内涵建设成为全体员工的自觉行动。

2.3 构建特色运营模式,提升中医药服务能力

一是完善内部激励机制。优化绩效分配方案,将中医药治疗占比、中药饮片使用、基层帮扶等纳入绩效分配,向中医临床一线、特色专科倾斜,激发医务人员积极性。落实中医人员收入不低于同院同职级医务人员平均水平的要求,增强人才凝聚力。

二是强化医联体与县域医共体建设。主动牵头组建紧密型城市医疗集团或县域医共体,统筹县域中医药业务管理和指导,建设共享中药房,提供统一的中药煎煮配送服务;搭建中医药适宜技术推广中心,开展基层医务人员培训,推动优质资源下沉。在医共体建设中,保留并强化中医医院法人地位,落实内部业务管理自主权。

三是推动中西医协同发展:健全中西医联合查房、多学科会诊机制,将中医纳入多学科诊疗体系,在急危重症救治、慢性病管理中融入中医技术,探索AI赋能中医药慢病协同防治体系,提升诊疗效果。

2.4 强化人才队伍建设,夯实发展根基

一是创新引才模式育与优化激励机制。通过柔性引才、定向培养、挖掘民间特色人才等模式引进各类人才;推行“编制周转池”制度,通过动态调整编制资源,优先保障紧缺专业人才需求。同时,建立急需紧缺人才引进“绿色通道”,对高层次中医人才、特色技术传承人才实行职称直聘、协议工资制等灵活政策,落实“同岗同酬”待遇保障,消除基

层人才后顾之忧^[2]。

二是构建“守正创新”培养体系,夯实人才成长根基。通过完善课程体系、深化医教协同,优化院校教育,强化中医核心素养;通过健全师承体系、打造传承平台,强化师承教育,传承学术经验;通分层培养基层人才、高层次人才、跨学科人才,覆盖全领域需求^[3]。

2.5 落实资源下沉政策,拓展服务场景

一是构建县域中医健康大数据平台,完善基层服务网络。统一中医术语、处方格式、接口标准,整合体质、诊疗、慢病数据,支撑AI辅助决策与服务优化;推进HIS系统互联互通,纳入互联互通成熟度测评指标。搭建远程医疗平台,实现基层检查、上级诊断的服务模式,方便群众就近就医。

二是完善资源保障,延伸中医药服务。扩大基层中药耗材、饮片、制剂集中采购范围,实现中药统一采购、煎煮、配送,提升服务便捷度,降低物流成本。依托“治未病”理念,开展中医药健康促进、体质辨识、养生保健等服务,拓展老年病、慢性病中医药干预等场景,推动服务从“治病”向“防病”延伸。针对儿童、老年人等重点人群,推出个性化中医药保健服务,提升群众获得感。

三是建立下沉人才激励机制,派驻中医医师驻点服务,开展中医适宜技术培训,提升基层中医药服务能力。将基层带教、远程会诊纳入医师绩效考核,提高积极性。

3 结论与展望

新医改背景下,中医医院面临收支结构转型、特色定位模糊、运营压力凸显、人才短缺、资源整合乏力等挑战,面对这些挑战,中医医院需紧扣政策导向,以中医药特色为核心,以内涵建设为支撑,以机制创新为动力,实现“政策落地有抓手、运营发展有方向、群众受益有保障”,推动公立中医院在医改背景下实现高质量、可持续发展,充分发挥中医药在健康中国建设中的重要作用。

参考文献

- [1] 刘艳,章军,李思远,陆洋,董政起,李耿,田纪祥,韩凌,闫志翻,申诺,刘安.医疗机构中药制剂开发现状及问题讨论[J].中国中药杂志,2025,50(24):7050-7057
- [2] 国政,姚宁萍.高校人才引育留用中的激励机制构建分析[J].社会科学理论与实践,2025(8).
- [3] 王艳,等.乡村振兴背景下基层中医人才培养模式创新[J].中国农村卫生事业管理,2024,44(2):109-112.