

RE-AIM 视角下南京市综合医院实施中医 DRG 改革政策文本与实践分析

盛雅菲^{1*} 邓敏^{1,2}

1. 南京中医药大学卫生经济管理学院 江苏南京 210023

2. 江苏省重大健康风险管理与中医药防控政策研究中心 江苏南京 210023

【摘要】目的:在 RE-AIM 框架视角下分析我国综合医院实施中医 DRG 改革政策文本的配置特征与实施现状,为政策完善提供参考。方法:以中央、江苏省和南京市三级政策文件为研究对象,构建“政策工具-RE-AIM”二维分析框架,采用内容分析法进行文本编码与定量分析。结果:纳入 31 份政策文本,RE-AIM 框架方面主要集中于覆盖度(31.28%)、采纳度(23.46%)和实施度(20.67%),表明现有政策更侧重改革范围扩展、组织采纳引导与执行过程规范;持续度(15.64%)和有效度(8.94%)占比较低,提示长效运行保障和改革效果评价仍相对薄弱。结论:综合医院中医 DRG 改革政策在推进覆盖扩面、组织采纳和规范实施的同时,对成效评价与持续运行保障仍显不足,未来可从差异化激励、标准化运行与协同治理等方面优化。

【关键词】综合医院; 中医 DRG; RE-AIM 框架; 政策工具

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2026.05.007

Policy text and practice analysis of Traditional Chinese Medicine DRG reform in general hospitals in Nanjing from the perspective of RE-AIM

SHENG Ya-fei¹, DENG Min^{1,2}

1. College of Health Economics and Management, Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing Jiangsu 210023, China

2. Jiangsu Research Center for Major Health Risk Management and TCM Control Policy, Nanjing Jiangsu 210023, China

【Abstract】 Objective: To analyze the configuration characteristics and implementation status of DRG reform policy texts in general hospitals of Traditional Chinese Medicine (TCM) in China from the perspective of RE-AIM framework, so as to provide reference for policy improvement. Methods: Taking the policy documents of the central government, Jiangsu Province and Nanjing Municipality as the research object, a two-dimensional analysis framework of "policy instrument-RE-AIM" was constructed, and the content analysis method was used for text coding and quantitative analysis. Results: A total of 31 policy texts were included. The RE-AIM framework mainly focused on the coverage (31.28%), adoption (23.46%) and implementation (20.67%), indicating that the existing policies focused more on the expansion of the scope of reform, organizational adoption guidance and implementation process specification. The persistence (15.64%) and validity (8.94%) accounted for relatively low, suggesting that long-term operation guarantee and reform effect evaluation were still relatively weak. Conclusions: While promoting the coverage expansion, organizational adoption and standardized implementation, the DRG reform policy of TCM in general hospitals still has insufficient effectiveness evaluation and continuous operation guarantee. In the future, it can be optimized from the aspects of differential incentive, standardized operation and collaborative governance.

【Key words】 General hospital; DRG in Traditional Chinese Medicine; RE-AIM framework; Policy tools

* 基金项目:教育部哲学社会科学研究重大课题攻关项目(24JZD043);南京市中医药传承创新试点城市医保支付改革二期课题(JSDY-2025F0102);江苏省智慧中医药健康服务工程研究中心开放课题(ZHZYY202408)

作者简介:盛雅菲(2003年—),女,硕士研究生,主要研究方向为中医药管理、卫生政策研究。E-mail:202411031@njucm.edu.cn

通讯作者:邓敏。E-mail:280721@njucm.edu.cn

在全面深化医保支付方式改革与推进中医药传承创新发展的双重背景下,构建适配中医特色的DRG/DIP支付体系,已成为推动中西医协同发展与优化医疗服务体系结构的重要制度路径。2021年6月,国家卫生健康委员会印发《关于进一步加强综合医院中医药工作推动中西医协同发展的意见》(国卫医函〔2021〕126号),明确综合医院是中医药服务体系的骨干之一,是中西医结合的重要平台,是中医传承与创新的重要阵地。^[1]同年11月,国家医疗保障局发布《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》(医保发〔2021〕48号),提出DRG/DIP支付方式应覆盖所有符合条件的住院服务医疗机构,逐步实现病种与医保基金的全面覆盖。^[2]上述顶层设计为综合医院在DRG支付框架下探索体现中医药特色的支付方式奠定了坚实的制度基础。

然而,综合医院中医药发展普遍面临资源约束,以及在以西医诊疗体系为主的医院运行结构中融合不足等问题。^[3]在此结构性约束下,中西医编码体系尚未实现有效衔接^[4],且定性的中医辨证数据与西医量化指标在概念内涵和数据标准方面仍存在不一致,导致DRG分组逻辑难以充分体现中医诊疗特征^[5]。此外,相关配套制度要素仍不完善,病种遴选标准、临床路径规范、成本核算口径及价值评价规则等缺乏统一与规范,制约了中医优势病种的发展。^[6-8]既有研究表明,中医特色付费机制可在一定程度上提升综合医院中医科室结余率并实现控费与提效^[9],但在现有政策体系下,由于权重激励不足,该类标准化支付亦可能引致医疗行为扭曲^[10],并诱发服务结构偏移的潜在风险^[11]。值得注意的是,现有研究整体以经验性分析为主,对综合医院所处的制度情境关注有限。

南京市作为国内较早开展中医DRG探索的地区,先后构建融合中西医特色的NJ-DRG967分组

器^[12],入选中央财政支持的中医药传承创新发展示范试点^[13],并持续扩大中医DRG病组范围,将符合条件的综合医院中医相关临床科室纳入中医DRG分组付费范围^[14-15],为综合医院情境下实施中医DRG提供了可观测的实证样本。系统评估其改革特征与政策效果,对国家制度顶层设计优化及区域实践经验推广具有重要的参考意义。基于此,本研究在系统梳理中央政策文件的基础上,选取江苏省和南京市关于综合医院实施中医DRG的政策文本作为研究对象。在多层级政策体系框架下,从政策工具与RE-AIM双视角系统分析制度供给特征,识别关键短板与可优化环节,为后续政策改革与制度完善提供针对性参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

本文政策主要来源于国务院政策文件库、北大法宝数据库。以“综合医院”“中医”和“DRG”为检索词进行检索并筛选,主要收集直接体现中央政府态度的相关政策文本,包括中央法规以及江苏省人民政府和南京市人民政府发布的地方性法规。政策文本筛选标准如下:(1)检索时间为2016年1月1日—2025年10月13日。选择2016年作为检索起点,是因为2016年《中医药发展战略规划纲要(2016—2030年)》和《“健康中国2030”规划纲要》相继发布,为后续中医药服务体系建设及医保支付方式改革奠定了政策基础;(2)政策文件主题与综合医院实施中医DRG相关;(3)为了保证政策的相关性,对检索出的政策文本进行筛选,剔除重复文件,并且将批复、函和工作报告等非正式决策文件进行剔除。最终共筛选出31条符合标准的政策文本作为研究对象,其中中央政策文件13份,省级政策文件8份,市级政策文件10份(表1)。

表1 综合医院中医DRG全部政策文本

序号	政策名称	政策层级	发布年份
1	国务院关于印发中医药发展战略规划纲要(2016—2030年)的通知	国家级	2016
...
16	江苏省医疗保障局、江苏省中医药管理局关于医保支持中医药传承创新发展的实施意见	省级	2022
...
31	市政府办公厅关于印发促进南京市基层卫生健康事业高质量发展行动计划(2025—2030年)的通知	市级	2025

1.2 分析框架

为全面分析政策的实施效果与配置特征,本文

整合RE-AIM(Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance)框架与政策工具分类框架构

建了二维分析框架(图 1)。RE-AIM 框架由 GLASGOW 等提出,最初用于评估健康促进干预对公共卫生的影响^[16],后逐步拓展为实施科学领域中分析干预措施推广与实施成效的重要框架^[17]。该框架涵盖覆盖度、有效度、采纳度、实施度与持续度五个核心维度,结合综合医院实施中医 DRG 的制度特征,可从政策覆盖对象、干预效果、组织采纳、实施过程及持续运行等方面进行系统分析,为理解政策实施机制与成效提供结构化分析视角。与此同时,政策工具分类框架为分析政策配置结构的重要方法,已被广泛应用于公共政策研究。本文借鉴 Roy Rothwell 与 Walter Zegveld 的分类方式^[18],将政策工具划分为供给型、需求型和环境型,并将三类政策工具嵌入 RE-AIM 各维度之中,以实现对政策文本的系

统分析。

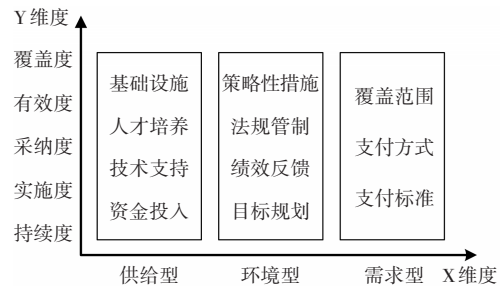


图 1 “政策工具-RE-AIM”二维分析框架

1.2.1 X 维度:政策工具维度

结合我国综合医院中医 DRG 政策配置情况,将三类政策工具细化为 11 项次级政策工具(表 2)。

表 2 综合医院实施中医 DRG 政策工具分类及含义

政策工具类型	次级政策工具	工具释义
供给型	基础设施	指为进行中医 DRG 实施建立和完善的设施。
	人才培养	完善教育和培训体系为综合医院实施中医 DRG 提供人才保障。
	技术支持	指利用互联网、大数据等技术,在实施中医 DRG 中的应用。
	资金投入	政府通过资金投入推进综合医院实施中医 DRG。
环境型	战略性措施	制定具体的政策措施和实施计划,推动综合医院实施中医 DRG 的执行。
	法规管制	制定和完善相关法律法规,对综合医院中医 DRG 的实施进行监督和管理。
	绩效反馈	通过绩效考核引导和规范综合医院实施中医 DRG 的行为。
	目标规划	指政府为综合医院实施中医 DRG 的发展所制定的总体目标和长期规划。
需求型	覆盖范围	将符合条件的中医药服务项目纳入医保支付范围或医保目录。
	支付方式	围绕综合医院中医药服务供给设置按病种、床日、人头等付费方式。
	支付标准	通过调整系数分值和支付标准等激励综合医院实施中医 DRG。

1.2.2 Y 维度:RE-AIM 框架

结合综合医院实施中医 DRG 改革的政策语境,对 RE-AIM 五个维度进行操作化界定,以增强政策文本编码的适配性与一致性。其中,覆盖度对应政策纳入范围与扩面安排,有效度对应政策预期成效与评价方式,采纳度对应相关主体采纳中医 DRG 的要求或激励,实施度对应相关具体的执行要求,持续度则对应政策长期运行的保障机制。

1.2.3 政策文本内容编码

使用质性文本分析工具 Nvivo 开展内容分析法。首先,明确编码方法。文本编码以“政策编号-章节号-条款号”为基本单元,对含复合内容的条款进一步细分编码单元。如 1-3-1 表示第 1 份政策文件《国务院关于印发中医药发展战略规划纲要(2016—2030 年)的通知》(国发[2016]15 号)中第三部分的第一条。进一步,对纳入的 31 份政策文本进行系统

编码。由两名研究者在统一编码规则下独立完成编码并开展交叉核验,以提高编码结果的客观性与一致性。

2 研究结果

2016 年以来,我国综合医院实施中医 DRG 改革政策数量呈阶段性增长与波动特征。其中 2021 年是综合医院实施中医 DRG 相关政策演进的关键转折点,该年国家层面相继出台《深化医疗服务价格改革试点方案》《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》和《关于医保支持中医药传承创新发展的指导意见》,政策议题由中医药服务体系逐步转向医疗服务价格改革、医保支付方式改革与中医药传承创新协同推进,为后续地方探索中医 DRG 支付改革提供了制度依据。

2.1 政策文本维度分析

2.1.1 政策工具分析结果

本研究在政策工具维度共形成 194 条有效编码条目,基于对其有效编码条目的分析发现,三类政策工具在文本中呈现出“环境型主导、供给型次之、需求型相对薄弱”的分布格局:环境型工具占比 57.22%,供给型占比 27.32%,需求型仅占 15.46%。这表明当前政策体系更多依赖规划引导、策略安排与规范约束等环境塑造手段,对资源供给和需求拉动的制度设计相对不足(表 3)。

表 3 政策工具编码数量及占比(n,%)

政策工具类型	次级政策工具	编码数量及占比
供给型		53(27.32)
	基础设施	17(8.76)
	技术支持	15(7.73)
	人才培养	13(6.70)
	资金投入	8(4.12)
环境型		111(57.22)
	策略性措施	63(32.47)
	法规管制	8(4.12)
	绩效考核	12(6.19)
需求型		30(15.46)
	目标规划	28(14.43)
	覆盖范围	8(4.12)
	支付方式	15(7.73)
	支付标准	7(3.61)

2.1.2 RE-AIM 框架分析结果

RE-AIM 框架五个维度的系统编码共纳入 179 条,整体分布存在较为明显的不均衡特征。其中,覆盖度维度占比最高(31.28%),显示综合医院实施中医 DRG 改革首先注重覆盖广度。采纳度(23.46%)与实施度(20.67%)两个维度占比大致相当,在采纳层面,政策文件多通过将中医药服务能力提升、中医优势病种管理、中西医协同发展等内容纳入医院绩效考核、等级评审与重点专科建设等制度安排,引导综合医院将中医 DRG 改革上升为医院治理与学科发

展层面的战略选择。在实施层面,政策条款则集中于信息系统改造、病案首页质量管理以及 DRG 分组标准对接等具体环节。持续度(15.64%)和有效度(8.94%)两个维度的占比相对较低。

2.1.3 “政策工具-RE-AIM”二维分析结果

将 RE-AIM 框架与政策工具进行交叉编码发现(表 4),各次级政策工具在覆盖度、有效度、采纳度、实施度与持续度维度均有呈现,说明政策文本对改革推进的主要环节具备一定覆盖,但政策工具配置在不同维度间存在明显的结构性差异。

(1)在覆盖度维度中,环境型工具占比最高(50.00%),需求型工具次之(29.03%),供给型工具相对较少(20.97%)。其中,“策略性措施”和“目标规划”占较高比重(均为 22.58%),反映政策在扩面与制度铺陈阶段同时强调支付牵引与宏观规划、行动部署并行。

(2)在有效度维度中,环境型工具高度集中(87.50%),且主要由“目标规划”(68.75%)支撑,提示政策对改革成效的表达更偏向原则性目标的期待。

(3)在采纳度维度中,环境型工具仍居主导(54.35%),供给型工具形成重要支撑(36.96%),需求型工具占比较低(8.69%)。其中,“策略性措施”占比最高(39.13%),同时“资金投入”具有一定权重(17.39%)。

(4)在实施度维度中,环境型工具占比进一步上升(65.85%),且高度集中于“策略性措施”(51.22%);供给型工具中“技术支持”占比突出(24.39%)。这表明政策在落地执行层面更强调流程性、规范性与行动性要求,同时依赖信息化与技术能力支撑实施。

(5)在持续度维度中,环境型工具仍占优势(48.28%),但供给型工具占比显著提高(34.48%),并由“人才培养”主导(34.48%),需求型工具主要体现在“覆盖范围”(17.24%)。

表 4 “政策工具-RE-AIM”二维分布情况(n,%)

政策工具	次级工具	覆盖度	有效度	采纳度	实施度	持续度
供给型		13(20.97)	2(12.50)	17(36.96)	10(24.39)	10(34.48)
	基础设施	12(19.35)	2(12.50)	3(6.52)	0(0.00)	0(0.00)
	技术支持	1(1.61)	0(0.00)	4(8.70)	10(24.39)	0(0.00)
	人才培养	0(0.00)	0(0.00)	2(4.35)	0(0.00)	10(34.48)
	资金投入	0(0.00)	0(0.00)	8(17.39)	0(0.00)	0(0.00)
环境型		31(50.00)	14(87.50)	25(54.35)	27(65.85)	14(48.28)
	策略性措施	14(22.58)	3(18.75)	18(39.13)	21(51.22)	7(24.14)
	法规管制	3(4.84)	0(0.00)	1(2.17)	2(4.88)	2(6.90)
	绩效考核	0(0.00)	0(0.00)	5(10.87)	4(9.76)	3(10.34)

表 4 “政策工具-RE-AIM”二维分布情况(n,%) (续)

政策工具	次级工具	覆盖度	有效度	采纳度	实施度	持续度
需求型	目标规划	14(22.58)	11(68.75)	1(2.17)	0(0.00)	2(6.90)
	覆盖范围	18(29.03)	0(0.00)	4(8.69)	4(9.76)	5(17.24)
	支付方式	7(11.29)	0(0.00)	3(6.52)	0(0.00)	5(17.24)
	支付标准	3(4.84)	0(0.00)	1(2.17)	4(9.76)	0(0.00)
	支付标准	8(12.90)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)

2.2 RE-AIM框架视角下的多层次比较

基于RE-AIM框架的多层级雷达图比较显示,中央级、江苏省与南京市综合医院中医DRG政策文本在五个维度上的分布并不均衡,呈现出与不同治理层级功能定位相对应的差异化特征。中央层面覆盖度(31.18%)和实施度(23.66%)占比较高,说明国家政策主要承担改革范围界定、制度规则建构和实施框架确立的功能。省级层面覆盖度(36.36%)最高,采纳率(24.24%),持续度(18.18%)相对突出,表明江苏省政策更强调对国家改革要求的区域化承接,并通过服务体系建设、资源配置和长效保障推动政策在辖区内延伸。市级层面采纳率(24.53%)和实施度(20.75%)相对较高,有效度(15.09%)亦保持较高水平,反映南京市政策更接近具体支付实践和医疗机构运行场景,因而在机构动员、支付激励和效果反馈方面具有更强的操作导向。由此可见,综合医院实施中医DRG改革政策在纵向层级上形成了中央宏观统筹、省级承接转化、市级实践推进的治理结构。然而,从各层级维度分布看,有效度仍是相对薄弱环节,对临床价值评价、支付效果评估及持续反馈机制的制度供给仍显不足。

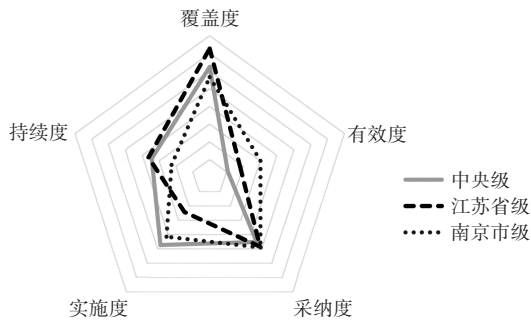


图 2 中央-省-市政策文本 RE-AIM 框架分布雷达(%)

3 讨论

3.1 政策覆盖范围扩大与医院临床业务结构之间的适配不足

覆盖度最高、采纳率居前是现阶段综合医院实施中医DRG政策文本的重要特征,说明当下制度设计的首要目标是推动改革扩面并将相关主体纳入改革范围。中央层面于2021年在《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》明确提出,到2024年底实现统筹地区全覆盖,到2025年底实现符合条件的开展住院服务医疗机构全覆盖,并逐步实现病种和医保基金全覆盖。同年,《关于医保支持中医药传承创新发展的指导意见》提出探索中医病种按病种分值付费,并对已经实行DRG/DIP的地区,适当提高中医医疗机构、中医病种的系数和分值,以体现中医药服务特点。2024年,江苏省在《进一步完善医疗卫生服务体系实施方案》中提出,落实国家DRG/DIP病种组目录、推动同一病种在设区市范围内按统一支付标准结算,并健全符合中医药特点的医保支付方式。^[19]由此可见,国家政策重在确立支付改革的总体框架,江苏省则侧重于在省域范围内承接国家目录、统筹医保支付规则和中医药服务体系建设。

在此背景下,2024年南京市在《关于进一步做好2024年DRG支付方式改革工作的通知》中明确提出,将符合条件的综合性医疗机构中医相关临床科室纳入中医DRG分组付费范围,并对三级中医医疗机构按中医DRG病组中医治疗费用占比变化设置1.1~1.5的中治率系数^①。^[20]与上海以“中西医同病同效同价”为原则开展中医优势病种按疗效价值付费试点^[21]、南通将中医优势住院病种按疗效价值点数法付费纳入DRG点数法管理并在试点初期上浮10%结算点数,以及浙江落实DRG中医细分组方案、提高

① “中治率”是对中医药治疗在住院诊疗中参与程度的概括性表述,其相关政策口径参照《国家三级公立中医医院绩效监测操作手册(2025版)》中的“以中医为主治疗的出院患者比例”,即监测年度以中医为主治疗的出院患者人次数占同期出院患者总人次数的比例;其中,“以中医为主治疗”指出院患者住院费用中中医药治疗费用占住院治疗费用大于等于60%。“中治率系数”并非国家统一绩效监测指标,文中是指南京市中医DRG支付改革中的医保支付调节性激励系数。

病组支付标准,并完善以中治率等指标构成的DRG中医评价与激励机制^[22]相比,南京率先向综合医院中医相关科室延伸。

与此同时,中医DRG病组范围从2022年的51个扩大到2024年的85个。但从实际执行情况来看,综合医院整体参与程度仍明显偏低。目前仅有1家综合医院参与中医DRG入组,显著低于中医(综合)医院已实现的全覆盖水平,呈现出政策覆盖范围扩大与综合医院中医临床业务承接能力之间的适配不足。这种差异并非简单源于执行层面的偏差,而是制度设计与机构特征之间尚未形成有效衔接:现阶段中医DRG分组与激励机制主要围绕中医服务体系设计,其分组逻辑与运行基础更契合以中医服务为主体的医疗机构。但综合医院通常具有多学科并存、业务结构复杂、病例来源分散以及西医服务占比较高特点,使其在病种选择、路径匹配及绩效核算方面面临更高的制度嵌入成本,从而在客观上削弱了其采纳积极性。

3.2 中医DRG实施规范与临床价值评价之间的失衡

实施度与有效度是检验政策能否实际落地以及实施具体效果的核心维度。在实施度方面,国家层面明确要求综合医院将中西医协同、多学科诊疗、联合查房和会诊纳入医院管理制度。《综合医院中医药工作指南2024版》则新增“其他临床科室中医药能力建设”章节^[23],这表明在推动综合医院实施中医DRG并不应被理解为单纯强化独立中医科室,同时还要嵌入其他临床科室和诊疗流程之中,在西医主导的诊疗体系内发挥协同增效作用。南京则依托“医保高铁”^①DRGs专区和DRGs指数大厅,建立了面向医疗机构运行情况的数字化监测机制。^[24]

与此同时,有效度是整个RE-AIM框架中最低的维度,说明当前政策体系对综合医院实施中医DRG后的真实成效评价仍相对薄弱。国家层面已开始强化中医医保支付改革的临床价值导向,其中,国家医疗保障局办公室、国家中医药管理局综合司于2025年联合发布《关于开展中医优势病种按病种付费试点工作的通知》提出建立以真实世界医保综合评价为基础的评价办法。现阶段,南京的评价重点主要集中于中医治疗费用占比、病组结算和支付调节,对

中医药在综合医院场景中产生的功能改善、并发症减少、康复促进、再入院率降低和患者负担变化等临床结局指标尚缺乏制度化表达,暂未建立能突显出中医独特价值的疗效评价标准。

3.3 支付场景约束下综合医院中医DRG持续运行面临挑战

从江苏省及南京市的政策实践看,综合医院中医DRG改革的长效激励机制仍存在不足,主要表现为支付场景与服务结构之间的适配性约束较为突出。一方面,现行DRG支付机制主要以住院服务为作用对象,而综合医院中医科室的服务以门诊为主,住院服务量相对有限,单一基于住院的支付激励难以形成对中医DRG持续运行的稳定推动力。另一方面,综合医院中医科室在院内资源配置中通常处于非核心地位^[3],其功能更多表现为辅助性与协同性,加之管理层中医药发展认知与激励导向相对不足,进一步弱化了中医DRG在组织层面的持续推进动力。

在南京地区的实践中,上述支付场景约束进一步通过具体运行环节显现出来。首先,中医DRG运行依赖的证候分型与编码体系仍缺乏统一、规范的标准化支撑,使其在支付结算与病组归类中存在一定操作不确定性,进而影响制度稳定性与执行一致性。其次,现行DRG支付体系对长期康复、慢病管理及功能恢复等服务价值的体现仍不充分,而这些正是综合医院中医科室的潜在优势,但在支付激励不足的情况下难以转化为持续服务供给动力。尽管已开始探索对长期住院费用保障及支付方式的优化调整,但整体制度供给仍相对有限,面向长期运行的支付支持体系尚未完全建立。

4 政策建议

4.1 完善综合医院实施中医DRG改革的差异化激励机制

在现有中医DRG制度框架下,可以从提升综合医院制度嵌入能力与优化激励机制适配性两个方面加以完善。

在制度嵌入方面,可构建面向综合医院的分层准入机制。从实践来看,已实施改革的综合医院的入组病组来自肛肠科,而非中医科,这或为综合医院

① “医保高铁”是南京市医疗保障部门推进医保信息化和精细化管理的地方实践平台,主要汇聚医保、医疗、医药等“三医”数据,通过数据挖掘、集成、分析和呈现,支撑集中采购、带量采购、DRG支付改革、基金监管及“三医”协同治理等工作。

实施中医 DRG 提供了一条路径。引导综合医院优先在中西医协同基础较为成熟的病种与服务场景中提升参与深度,如骨伤康复、脑卒中康复、疼痛与运动系统疾病及肿瘤围治疗期等领域。对于具有明确中医药协同价值但病例数量较少的病种,可通过试点病组与动态扩围机制逐步推进,以降低制度嵌入初期的适配成本,推动中医 DRG 由单点应用向多病种协同应用拓展。

在激励适配方面,结合综合医院多学科融合与中医资源相对分散的组织特征,完善差异化激励机制设计。在支付与绩效调节体系中适度引入反映中西医协同的指标,如中医参与率、中西医联合诊疗占比和优势病种中医路径使用率等,从而增强综合医院持续参与中医 DRG 的内生动力。

4.2 健全中医 DRG 证候编码、路径管理与疗效评价机制

当前中医 DRG 改革应重点在制度层面完善中医病证分类与西医诊断分类的映射关系,统一中医 DRG 证候分型、病案首页填写、治疗项目归集及费用口径,推动证候编码由依赖临床经验向标准化、可追溯、可质控的数据采集转变。因此,可在制度设计中明确跨部门协同的实施要求,推动综合医院建立涵盖中医科、病案管理、医保管理、信息系统及相关临床科室在内的协同运行机制,形成病种申报、路径制定、编码审核、费用测算与结算反馈的完整流程。同时,在政策层面引导相关技术工具的应用与规范,推动人工智能(AI)及大语言模型等技术在证候分型识别与数据质量校验中的合理应用,以降低临床主观判定偏差,提升同病同证分组的规范性与一致性。^[25]

关于疗效评价体系构建,可借鉴 2024 年南京在基本医疗保险康复病组价值付费(VRG)中的实践经验^[26],引入世界卫生组织制定的《国际功能、残疾和健康分类》(ICF)量表等客观工具^[27],对中医疗效进行适度转化与量化表达,通过患者出入院功能状态变化及时间维度的对比,实现疗效的可测量评价,从而推动中医疗效评价与西医病组量化指标之间的衔接与互认。

4.3 推进复合支付体系与综合医院院内协同治理同步建设

从可持续角度看,综合医院中医 DRG 改革需重点关注其运行的持续优化。有必要在支付政策层面探索与中医服务场景相适配的复合式支付机制,将

中医 DRG 改革由单一住院支付改革拓展为复合式支付体系建设,推动住院 DRG 与门诊病种付费、中医日间病房付费及康复住院付费等方式有机衔接。南京市在医保部门调研和政策座谈中也已提出,应围绕病组监测分析、价值疗效评价、康复分组付费及补偿窗口前移等关键环节进行动态优化^[28],这表明中医 DRG 改革本质上是一个需要持续校准的制度过程。基于此,建议建立面向综合医院的中医 DRG 动态监测与反馈机制,围绕病组结构变化、病例组合转移、中医路径执行率、患者功能恢复、再入院率、平均住院日及医保结算绩效等关键指标开展常态化评估,并将评估结果与支付参数、医院绩效考核及院内资源配置联动。同时,可为综合医院设置适度的过渡期支持和风险共担机制,特别是在中医优势病种拓展、创新技术应用和中西医协同路径培育的初期,通过预算调节、专项补偿或增量奖励等形式降低改革试错成本,避免因短期收益不确定而抑制综合医院采纳积极性。

需要注意的是,上述举措的推进有赖于相应的组织保障与治理机制支持。支付机制优化与医院内部治理能力提升的协同推进,是推动综合医院中医 DRG 改革由政策文本层面的制度供给转化为稳定、可持续实践成效的关键。

作者贡献: 盛雅菲负责数据整理与分析、论文撰写与修改,邓敏负责研究设计、论文审定与指导。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 国家卫生健康委员会. 关于进一步加强综合医院中医药工作推动中西医协同发展的意见(国卫医函[2021]126号)[EB/OL]. [2026-05-06]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7659/202104/9f7d6a3b70a84386917e0c8566d1e278.shtml>
- [2] 国家医疗保障局. 国家医疗保障局关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知(医保发[2021]48号)[EB/OL]. [2026-05-06]. http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/11/26/art_10_4231.html
- [3] 罗维军,张维晴,林启辉,等. 综合医院设立中医部推进中医药高质量发展管理模式探讨[J]. 中国医院, 2024, 28(8): 1-6.
- [4] 王大壮,喻小勇,李天鹏,等. 南京 DRG 点数法付费在中医医院的实施效果及其完善策略探析:以某省三甲中医院为例[J]. 中国卫生事业管理, 2023, 40(3): 171-174+181.

- [5] 蒋文君, 过忆, 谢雪彦, 等. 综合医院中西医协同旗舰科室优势病种关键数据构建及运用[J]. 中国医院管理, 2026, 46(3): 45-48.
- [6] 朱小颖, 田侃, 方鹏骞, 等. 我国中医医院DRG付费若干问题与对策探讨[J]. 中国医院, 2022, 26(5): 10-12.
- [7] 廖藏宜, 杨若宁, 廖俏敏, 等. DRG/DIP付费下中医药医保支付改革的现实困境、典型经验及政策建议[J]. 中国现代中药, 2024, 26(5): 765-773.
- [8] 李希, 邓世虎, 彭美华, 等. 中医优势病种DRG付费: 政策、难点及对策[J]. 卫生经济研究, 2025, 42(1): 39-42+47.
- [9] 兰妮, 廖莉莉, 朱光炜, 等. DRG付费下柳州市某三甲综合医院开展中医优势病种按病种点数法付费的实践探索[J]. 中国卫生标准管理, 2024, 15(10): 1-6.
- [10] WANG J Y, CHEN M E, WEI X X, et al. Do the diagnosis-related group payment reforms have a negative impact?: an empirical study from Western China[J]. Frontiers in Public Health, 2025(13): 1234567.
- [11] 张玉, 李民, 达坤林, 等. DRG改革前后南通市某三级综合医院中医药发展实践对比分析[J]. 卫生软科学, 2024, 38(12): 45-49.
- [12] 刁仁昌, 薛虹, 吴尚勇. 江苏南京中医DRG的分组逻辑与改革成效[J]. 中国卫生, 2022(8): 61-64.
- [13] 南京市人民政府. 南京入选全国示范试点项目 将打造特色中医药传承创新发展样板[EB/OL]. (2023-08-16) [2025-12-14]. https://www.nanjing.gov.cn/njxx/202308/t20230816_3987784.html
- [14] 南京市人民政府. 我市加大医保DRG支付中医支持力度[EB/OL]. (2024-06-21) [2025-12-14]. https://www.nanjing.gov.cn/njxx/202406/t20240621_4695673.html
- [15] 刁仁昌, 石斌, 薛虹, 等. 南京市中医DRG分组付费改革的成效、经验与展望[J]. 南京中医药大学学报(社会科学版), 2024, 25(4): 218-224.
- [16] GLASGOW R E, VOGT T M, BOLES S M. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework[J]. American Journal of Public Health, 1999, 89(9): 1322-1327.
- [17] 孙立信, 宫恩莹, 刘逸舒, 等. 实施科学理论、模型与框架概述[J]. 协和医学杂志, 2025, 16(5): 1332-1343.
- [18] ROTHWELL R. Reindustrialization and technology [M]. Harlow, Essex, UK: Longman, 1985: 1-20.
- [19] 江苏省人民政府. 省政府办公厅关于印发进一步完善医疗卫生服务体系实施方案的通知[EB/OL]. (2024-01-31) [2026-04-24]. https://www.jiangsu.gov.cn/art/2024/1/31/art_46144_11141650.html
- [20] 南京市人民政府. 关于进一步做好2024年DRG支付方式改革工作的通知[EB/OL]. (2024-07-27) [2026-03-22]. https://www.nanjing.gov.cn/xxgkn/zfgb/202407/t20240727_4725219.html
- [21] 上海市医疗保障局. 关于开展中医优势病种按疗效价值付费试点工作的通知[EB/OL]. (2022-08-19) [2026-04-25]. <https://ybj.sh.gov.cn/qtwj/20220819/842f53b4d2fe4d4083903a86efb86ef7.html>
- [22] 南通市医疗保障局. 关于开展中医优势住院病种按疗效价值点数法付费试点工作的通知[EB/OL]. [2026-04-25]. <https://ylbjz.nantong.gov.cn/ntsyylbjz/bmwj/content/53c06b36-bd9a-4e03-9f85-305a7baf9b23.html>
- [23] 国家卫生健康委员会办公厅, 国家中医药管理局综合司, 中央军委后勤保障部卫生局. 关于印发综合医院中医药工作指南(2024版)的通知(国卫办医政函[2024]321号)[EB/OL]. [2026-05-06]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7659/202406/5f7d6a3b70a84386917e0c8566d1e278.shtml>
- [24] 南京日报. 南京医保支付改革的“共赢账本”: “体系化、全链条、高协同”让患者看病更省、医院效益更高[EB/OL]. (2025-10-29) [2026-03-18]. http://njrj.njdaily.cn/html/2025-10/29/content_59_234383.htm
- [25] 宋逸杰, 马素亚, 戴亚盛, 等. 人工智能辅助中医辨证的关键问题与技术挑战[J]. 中国工程科学, 2024, 26(2): 234.
- [26] 南京市医疗保障局. 关于印发《南京市基本医疗保险康复病组价值付费(VRG)管理办法》的通知[EB/OL]. (2024-11-06) [2026-03-18]. https://ybj.nanjing.gov.cn/gkml/202411/t20241106_5002659.html
- [27] 健康报. 两会·现场她把中医“精气神”和医保支付想到了一起[EB/OL]. (2026-03-11) [2026-03-18]. <https://mp.weixin.qq.com/s/ivLDYQ7cxyDpUSjZW9xXg>
- [28] 南京市医疗保障局. 市医保局开展DRG支付方式改革落实情况系列调研[EB/OL]. (2023-11-23) [2026-03-22]. https://ybj.nanjing.gov.cn/ztlz/fjdt/202311/t20231123_4104754.html

[收稿日期:2026-01-18 修回日期:2026-05-06]
(编辑 刘博)