专 题

医保支持中医药发展的县域实践困境与路径优化研究

徐清琳[1,2]，李志广[1,2]，谢瑞瑾[1,2]
1. 安徽中医药大学医药经济管理学院，
2. 数据科学与中医药创新发展安徽省哲学社会科学重点实验室，安徽 合肥 230012

摘 要：文章基于安徽省广德市、旌德县、望江县三个紧密型县域医共体的实地调研，从定价机制、支付方式、考核导向、部门协同四个维度，比较分析医保政策支持中医药发展面临的县域实践与现实困境。研究发现，中医诊疗项目定价机制不完善、中药饮片药耗占比考核不合理、县级门诊报销政策调整等制度安排制约了基层中医药服务发展，三地在中医优势病种倾斜支付、智慧共享中药房运营及基层激励分配等方面呈现差异化特征。建议完善中医诊疗价格形成机制、优化中医药医保支付设计、构建基层中医药服务专项激励、健全省级医保中医药政策统筹协调机制等。

关键词：医保政策；中医药；医保支付方式改革；紧密型县域医共体
中图分类号：R197.1 **文献标志码**：A **文章编号**：1671-0479（2026）05-530-005
doi：10.7655/NYDXBSSS260199

促进中医药传承创新发展是新时代中国特色社会主义卫生健康事业的重要内容。2019年《中共中央 国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》明确提出，要完善中医药服务价格和医保政策。2023年国务院办公厅印发的《中医药振兴发展重大工程实施方案》进一步要求健全中医药医保管理措施，加大对中医药服务的支持力度。《中华人民共和国国民经济和社会发展第十五个五年规划纲要》中明确提出，推进符合中医药特点的医保支付方式改革。在政策推动下，各地围绕中医优势病种支付、中医药服务价格调整等方面开展了积极探索。

医疗保险作为卫生筹资体系的核心制度安排，在扩大中医药服务可及性、保障群众中医药需求方面应发挥关键的杠杆作用。然而，我国医保制度的顶层设计长期遵循西医诊疗的知识框架和管理逻辑，从诊疗项目编码、病种分组到药品耗材管理、费用控制考核，均以西医诊疗模式为参照。这套制度体系在规范医疗行为、控制费用不合理增长方面成效明显，但与中医药理论体系和服务特点不够适配。中医诊疗强调辨证施治，而标准化的按疾病诊断相关分组付费（DRG）与按病种分值付费（DIP）分组方案倾向于将同病种患者归入统一付费单元；中药饮片作为中医治疗的核心载体，被纳入药耗占比考核；部分中医特色诊疗项目因缺乏收费编码，医疗机构难以获得合理补偿。上述因素叠加，制约了基层中医药服务的发展。

紧密型县域医共体建设为厘清医保政策与中医药发展的互动关系提供了现实依据。随着国家明确提出到2027年底基本实现紧密型县域医共体全覆盖，县域医共体已成为统筹医保基金管理、分级诊疗与中医药服务下沉的核心组织载体。在医共体实行总额预算管理的背景下，医保支付制度对中医药服务的影响效应被进一步放大。已有研究对医共体的组织架构、运行机制、建设成效以及促进医防融合的实现路径进行了较为深入的探讨[1-3]，也有学者关注了DRG/DIP支付改革对中医药服务的影响[4-5]。但总体而言，从医保政策视角系统分析其对基层中医药服务支持路径的研究仍显薄弱，特别是基于多地区实践的

基金项目：国家自然科学基金“基于价值导向的公立医院中医诊疗服务价格动态调整模型构建与应用研究”（72674005）；安徽省教育厅科学研究项目“公立中医医院高质量发展的实现路径研究”（2025AHGXSK40242）；中国卫生经济学会医药卫生体制改革第一批重点研究课题“医保政策支持中医药发展研究”（CHEATG2501060601）
收稿日期：2026-04-29
作者简介：徐清琳（1996— ），女，安徽六安人，博士，讲师，研究方向为医疗保障与卫生政策；谢瑞瑾（1968— ），男，安徽滁州人，教授，研究方向为医药卫生体制改革，通信作者，xierj@ahtcm.edu.cn。

比较分析有待丰富，难以全面揭示不同政策执行路径对中医药服务供给的差异化影响。

基于此，本文选取安徽省广德市、旌德县、望江县三个紧密型县域医共体，围绕定价机制、支付方式、考核导向、部门协同四个维度展开比较分析，试图回答以下问题：在医共体建设背景下，医保政策支持中医药发展面临哪些现实困境；不同县域的政策执行呈现出怎样的差异；如何构建更加适配中医药特色的医保政策体系。

一、研究设计与案例概况

（一）研究方法与资料来源

采用质性比较案例研究方法。资料来源于2026年1月课题组对安徽省广德市、旌德县、望江县的实地调研，调研对象涵盖市（县）卫健委、医保局、县级中医院与人民医院、乡镇卫生院、村卫生室等。调研方式包括专题座谈、实地考察（智慧共享中药房、治未病中心、村卫生室等）及政策文件收集。案例选择遵循目的性抽样原则[6]，筛选标准为：已建成并实际运行紧密型县域医共体，在医共体框架内推进中医药服务体系建设并建有智慧共享中药房等标志性设施，且在医保支持中医药发展方面形成了一定特色实践。结合课题组前期政策梳理与可行性调研，最终选取广德市、旌德县、望江县。一方面，三地分属宣城、安庆两个地级市。安徽省中医优势病种倾斜支付政策由省级设定框架、地市确定具体病种与倾斜幅度，两市推进力度差异明显，可借以考察地市层面政策执行弹性对县域中医药服务的影响。另一方面，广德与旌德同属宣城市，执行相同的市级医保政策，但在智慧共享中药房运营模式和基层激励机制设计上做法不同，可在控制市级政策变量的条件下识别县级制度安排的具体作用。三地在改革路径上亦各有侧重，为比较分析提供了多样化的实践样本。

文中涉及的医保政策数据主要来源于两个层面：一是省级及地市层面公开发布的政策文件，包括安徽省医保局《关于试行中医优势病种按疗效价值付费工作的通知》（2024年）、安庆市与宣城市DRG/DIP支付方式改革相关文件等；二是课题组调研期间收集的地方实施方案、工作报告及座谈资料。

（二）三地基本概况

广德市位于皖东南，2025年末全市户籍人口50.58万，拥有市人民医院和市中医院2所三级医院，下辖8家乡镇卫生院、2家社区卫生服务中心和124家一体化村卫生室。全市依托2所县级医院分别组建医共体，形成“双体并行”的格局，在医共体标化绩效管理、智慧共享中药房建设等方面开展了有特色的改革探索。旌德县位于皖南山区，人口规模较小，2025年末全县户籍人口14.09万，下辖10家乡镇卫生院和58家村卫生室。2019年搭建全民健康信息平台，2020年启动紧密型县域医共体建设。望江县位于皖西南，2025年末户籍人口62.86万，县域医疗卫生服务体系以县中医院和县人民医院为支撑，下辖10家乡镇卫生院、1家社区卫生服务中心和131个村（社区）卫生室。依据医保政策影响县域中医药服务的关键环节且三地存在实质差异的标准，表1从医共体组建模式、中医优势病种倾斜支付、智慧共享中药房三个维度进行了比较。

表1　三地医保政策支持中医药发展的制度框架比较

比较维度	广德市（宣城市）	旌德县（宣城市）	望江县（安庆市）
医共体组建模式	双体并行，医共体标化绩效改革入选国家典型案例	双体并行，2019年局部试点，2020年5月全面启动	双体并行，政府主导模式，2025年调整为“6+5”牵头格局
中医优势病种倾斜支付	依据宣城市统一部署16个病种，最高上浮4%	依据宣城市统一部署16个病种，最高上浮4%	依据安庆市DIP改革60个病种，最高上浮20%，病种覆盖更广、倾斜幅度更大
智慧共享中药房	市中医院独立运营（2023年9月启用）	县中医院运营	政府投资建设、县中医院运营

二、医保政策支持中医药发展的县域实践

（一）中医优势病种纳入DRG/DIP差异化支付

根据安徽省医保局2024年印发的《关于试行中医优势病种按疗效价值付费工作的通知》，全省范围内推动将中医优势病种纳入DRG/DIP支付体系，允许各地在省级框架内遴选病种并确定倾斜幅度。宣城市所辖的广德市和旌德县依托市级统一部署，分别遴选中医优势病种纳入DRG点数倾斜，住院期间中药使用占比达到一定比例的，给予病种点数上浮。望江县所属的安庆市在DIP支付改革中力度更大，遴选的中医优势病种数量和分值倾斜幅度均高于宣城市。此外，三地均探索了日间病房按病种付费模式，以中医适宜技术、康复和疼痛治疗为主的病种在乡镇卫生院开展日间服务。

（二）智慧共享中药房的建设与运营

三地均建成了覆盖县域的智慧共享中药房，实现统一审方、统一采购、统一调剂、统一配送的标准化服务流程，解决了基层无中药房、无中药师、饮片保管难等突出问题。广德市于2023年9月正式运营，由市中医院独立管理，在全省较早实现中药配送到村卫生室。旌德县建成覆盖全县10家乡

镇卫生院和58家村卫生室的共享中药房网络。望江县由政府投资建设、县中医院统一运营，覆盖全县131个村卫生室。三地均依托邮政物流实现24小时内配送到村。

在激励机制设计方面，三地存在较大差异。与西药实行零差率不同，现行政策允许公立医疗机构对中药饮片保留最高25%加成。三地对这一加成收益的分配方式各不相同：有的纳入绩效考核体系统筹调配，有的大部分返还给基层开方医生和机构，有的用于设立处方专项补助激励基层。

（三）门诊保障政策调整

2025年起，安徽省调整城乡居民医保普通门诊统筹政策，普通门诊报销限于基层医疗卫生机构（含社区卫生服务中心、乡镇卫生院），县级及以上医院不再纳入报销范围，三地均按此执行。基层普通门诊报销比例不超过50%，年度封顶150元/人。在此基础上，三地对高血压、糖尿病等慢性病实行单独报销政策。该政策的初衷是引导参保人在基层就诊、推动分级诊疗，但调查显示，三地医保基金均存在较高比例的县外就医流出，反映出基层医疗服务能力建设仍需进一步加强。

三、医保政策支持中医药发展的现实困境

尽管三地在医保政策支持中医药方面进行了积极探索，但现行医保制度与中医药服务特征之间仍存在较为突出的结构性矛盾，集中表现为以下三个层面。

（一）定价机制缺位，中医诊疗价值未能充分体现

中医诊疗服务的劳务价值与技术价值在现行收费定价体系中长期被低估，是三地实践中普遍存在的突出问题。

一方面，大量中医特色诊疗项目在安徽省尚缺统一的收费编码与定价标准。中医体质辨识、经络检测、人工智能辅助诊断等新兴项目无法在现行医疗服务价格体系中找到对应编码，导致医疗机构即便配备了相关设备、开展了相应服务，也无法依据物价标准合规收费。望江县投入专项资金建设的覆盖全县的人工智能辅助诊断系统，以及部分基层医疗机构引进的中医智能诊疗设备，均因缺乏对应的医保收费项目，难以形成可持续的运营模式。

另一方面，统一代煎和物流配送作为智慧共享中药房的核心增值服务，其产生的费用未被纳入医保报销范围。安徽省目前规定代煎费由患者自行承担。代煎费自付既影响了患者的使用意愿，也制约了智慧中药房的服务可及性。此外，三地调查中均发现，中医适宜技术的定价普遍偏低，部分项目的收费标准多年未做调整，难以覆盖人力和耗材成本，削弱了医疗机构开展中医药服务的积极性。

（二）控费压力凸显，激励方向与政策目标背离

DRG/DIP付费改革与药耗占比考核是当前医保控费的两大核心工具，但在实际运行中也对中医药服务有所制约。基于西医诊断体系设计的DRG/DIP付费模式未能充分考虑中医药“辨证论治、个性化治疗”的特点，导致中医诊疗路径在成本核算中难以体现自身价值[7]。

首先，在DRG/DIP打包付费模式下，中药饮片费用作为住院总费用的组成部分被计入病种成本，挤占了病种的支付空间，其使用量也因为DRG/DIP的总额控制机制受到间接约束[5,8]。中药饮片是中医治疗的核心载体，与化学药品和高值耗材在性质上存在本质差异。尽管国家层面已明确药占比计算不含中药饮片，但实践中考核口径并不统一，部分地区仍将其与化学药、高值耗材合并统计，临床使用中药饮片会直接推高药耗占比指标，医疗机构和医务人员在开具中药处方时面临考核压力。与此同时，中药饮片加成率政策调整后，公立中医院的药事服务收入大幅缩减，而医疗服务价格未能同步调整进行补偿，收入结构受到较大冲击。

其次，现行DRG/DIP分组方案对中医诊疗的包容性不足。中医强调个体化辨证施治，同一西医诊断的患者因体质不同可能采取截然不同的治疗方案，标准化的病组付费难以兼容这种诊疗特点[9]。尽管安徽省已出台中医优势病种倾斜支付政策，但各地执行中获得倾斜支持的病种范围仍然有限，且基金承受能力成为进一步扩面的客观制约。

更值得关注的是多项政策的叠加效应。如前所述，县级医院自2025年起不再纳入居民普通门诊报销范围，政策初衷是引导分级诊疗、强化基层首诊。但在中医药领域产生了预期之外的影响：县级中医院是区域中医药服务的技术高地和人才集聚地，取消其门诊报销资格后，患者获取较高水平中医门诊服务的经济负担增加；而基层医疗机构虽可报销，却普遍面临中医药人才不足、辨证开方能力薄弱的困境，难以有效承接患者需求。门诊报销政策调整、药耗占比考核持续运行、中药饮片加成率变动等多重因素共同作用，使部分县级中医院的业务收入出现了一定程度的下滑。

（三）政策协调不足，统一规则与地方需求脱节

三地调查发现，县级政府在医保政策上基本不具备自主制定权，严格执行省、市级医保政策。但不同县域的中医药服务基础、人才储备、群众需求差异悬殊，统一政策在落地过程中不可避免地出现适配性问题。以中医优势病种遴选为例，安庆市辖区内的望江县获得倾斜支持的病种数量明显多于宣城市辖区内的广德市和旌德县，这主要是由于地市层面的政策执行弹性不同。在中药代煎费纳

入医保、数字诊疗设备收费编码等事项上，政策调整权限集中于省级层面，县级缺乏先行探索的制度空间，需要等待省级统一部署。

跨部门政策的衔接不畅加剧了这种困境。卫健部门积极推动智慧中药房建设和数字化设备下沉，但医保部门尚未建立与之配套的付费标准，导致设备配置与收费政策之间未能匹配。人社部门在职称评定和薪酬体系上未能充分向基层中医药岗位倾斜，基层人才下沉政策的吸引力不足。财政保障与绩效激励之间也存在矛盾，基层医疗机构普遍实行公益一类财政保障与公益二类绩效管理相结合的双轨运行模式，在获得财政兜底的同时要通过服务创收维持运营，使得基层机构缺乏提供复杂中医药服务的内在动力[10-11]。

上述三重困境制约了基层中医药的发展。定价机制缺位导致中医诊疗设备和创新服务缺乏经济可持续性；控费压力促使医疗机构收缩中医药特色服务的供给规模；部门间政策衔接不畅则使上述问题在基层长期难以有效破解。进一步比较三地情况可以发现，上述困境在不同县域的表现程度，与市级政策力度和县级激励措施密切相关。在支付政策上，安庆市DIP改革纳入60个中医优势病种、最高上浮20%，望江县由此获得的支付支持明显大于执行宣城市统一政策的广德市、旌德县；在激励安排上，中药饮片加成收益的分配方式直接影响基层开方积极性，定向返还给开方医生和机构的做法，激励作用比纳入医共体绩效统筹调配更为直接。

四、突破路径与政策建议

破解基层中医药发展的系统性困境，需要构建省级统筹引领、市县协同调适、基层精准激励的多层级治理框架：省级层面以制度集成破解跨部门政策壁垒，市县层面以差异化执行适配区域发展差异，基层层面以精准激励激活内生动力。

（一）加快完善中医诊疗服务价格形成机制

省级医保部门应联合中医药管理部门，系统梳理并加快中医特色诊疗项目的收费立项。重点推进中医体质辨识、人工智能辅助诊断、经络检测等新兴服务项目的价格审核，同时对传统中医适宜技术的定价进行动态调整，使其能够合理体现中医诊疗的劳务价值与技术含量。参照浙江等先行省份的做法，将智慧共享中药房产生的代煎费、配送费纳入医保报销范围，制定合理的支付标准。建立中医医疗服务价格的定期评估与调整机制，避免价格长期滞后于成本变动。

（二）优化DRG/DIP改革中的中医药支付设计

在DRG/DIP支付改革全面推进的背景下，应充分尊重中医诊疗特殊规律，建立适配中医药特色的差异化制度设计。一是进一步增大中医优势病种的覆盖范围和支付倾斜力度，在省级统一目录基础上允许市县结合区域特色拓展病种清单，针对中医疗效确切、成本优势明显的病种探索推行“同病同效同价”支付模式，破除按诊疗方式定价的制度壁垒。二是推动中药饮片从药耗占比考核中单列，督促各地统一考核口径、落实国家关于药占比计算不含中药饮片的规定，消除临床使用中药饮片的考核约束。三是优化DRG/DIP病组划分以兼容中医辨证分型，在国家分组框架基础上逐步将中医证型作为病组细分的辅助变量，对证型差异显著、治疗方案迥异的病种进行二次分组，从根源上解决中医病种成本被低估的问题，增强支付体系对中医个体化诊疗的适应能力。

（三）构建基层中医药服务专项激励机制

在县级普通门诊报销政策调整的同时，可以探索为县级中医院的中医特色门诊设置专项报销通道，对中医疗效确切、群众需求集中的病种适当提高报销比例并参照住院待遇管理；或在现有基层普通门诊报销基础上，将中医药服务的报销比例适当上调并提高年度限额，避免分级诊疗政策对中医药门诊服务产生挤出效应。在基层层面，充分发挥中药饮片25%加成的政策空间，探索将加成收益定向返还给基层开方医生和机构的分配模式，提升医保激励对基层医务人员行为的引导作用。建立基层中医药处方的长效补助机制，并与智慧共享中药房的处方流转数据联动，依据安徽省智慧共享中药房建设标准实现精准核算与激励。

（四）健全省级医保中医药政策统筹协调机制

在省级层面建立由医保、卫健、中医药管理、财政、人社等部门参与的联席会商制度，定期研究解决医保政策支持中医药发展中的跨部门问题。赋予市县在中医优势病种遴选、倾斜幅度确定、创新服务项目试点等方面适度的自主权，允许各地在统一框架内因地制宜地探索。将中医药服务医保支付相关指标纳入紧密型县域医共体绩效考核体系，引导医共体主动扩大中医药服务供给。鼓励推广政府引导、高校支撑、企业参与、医院运营的多方协同模式，形成中医药数字化服务的可持续发展机制。

安徽省广德市、旌德县、望江县三地的比较研究表明，医保政策与中医药发展之间的结构性矛盾，是制约紧密型县域医共体中医药服务能力提升的关键因素。定价机制缺位、医保控费工具挤压、部门政策协调不足三重困境的叠加，使得基层中医药服务虽具备需求基础和技术条件，仍面临可持续发展难题。与此同时，三地在中医优势病种差异化支付、智慧共享中药房多元化运营、基层开方激励等方面的多

样化探索，也为突破困境提供了实践经验。

本研究基于三地横截面调研资料，三地均属皖南或皖西南地区，经济社会发展水平处于省内中等位次，研究结论在其他类型县域的适用性有待进一步检验；对医保政策调整前后中医药服务变化的纵向追踪尚不充分。未来研究可拓展样本范围，结合定量分析或定性比较分析等组态方法，进一步考察不同医保政策工具组合对中医药服务供给与利用的因果效应，为构建适配中医药特色的医保政策体系提供更加充分的实证支撑。

参考文献

[1] 韦静佳，周丹橘，许兴龙. 紧密型县域医共体助推医防融合实现的路径研究——基于全国27个典型案例[J]. 南京医科大学学报（社会科学版），2026，26（2）：116-123

[2] 刘莉，张克俊，刘佳鑫. 紧密型县域医共体建设和乡村健康治理绩效提升：作用机制与依存条件——基于3个典型县的跨案例分析[J]. 中国卫生事业管理，2025，42（10）：1081-1087，1108

[3] 彭翔. 五维联动视角下紧密型县域医共体建设研究——以浙闽苏三地典型县（市）为例[J]. 郑州大学学报（哲学社会科学版），2026，59（2）：46-52

[4] 吴琼，张自严，冯丹，等. DRG改革对中医医院中医药服务的影响——基于间断时间序列分析[J]. 中国卫生事业管理，2025，42（1）：74-78

[5] 凌叶青，李建国，祝建辉. DRG/DIP付费下中医医疗行为异化及对策[J]. 卫生经济研究，2025，42（8）：79-82

[6] 毛基业. 运用结构化的数据分析方法做严谨的质性研究——中国企业管理案例与质性研究论坛（2019）综述[J]. 管理世界，2020，36（3）：220-225

[7] 荣超，刘林，王延隆，等. “三医”协同驱动浙江省中医医保支付方式改革的路径研究[J]. 中国医院管理，2026，46（2）：42-45

[8] 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

[9] 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

[10] 张丽芳，秦江梅，张艳春，等. 基层医疗卫生机构实行“公益一类财政供给、公益二类绩效管理”的实践与成效研究[J]. 中国全科医学，2020，23（1）：1-6，13

[11] 王思远，杭苒枫，韦莹珏，等. 基层医疗卫生机构发展困境分析：基于桂林市的扎根理论研究[J]. 中国全科医学，2023，26（31）：3856-3862

（**本文编辑：姜　鑫**）

Practical challenges and path optimization of medical insurance supporting traditional Chinese medicine development at the county level

Xu Qinglin[1,2], Li Zhiguang[1,2], Xie Ruijin[1,2]

1. School of Pharmaceutical Economics and Management, 2. Anhui Key Laboratory of Philosophy and Social Sciences for Data Science and Innovative Development of Traditional Chinese Medicine, Anhui University of Chinese Medicine, Hefei 230012, China

Abstract: Based on field research of three closely integrated county-level medical communities in Guangde City, Jingde County, and Wangjiang County of Anhui Province, this study comparatively analyzes county-level practices and practical challenges of medical insurance policies in supporting the development of traditional Chinese medicine(TCM) across four dimensions: pricing mechanisms, payment methods, performance assessment orientation, and inter-departmental coordination. The study finds that institutional arrangements, such as inadequate pricing mechanisms for TCM healthcare services, the inappropriate application of medical consumable expenditure ratio assessments to Chinese herbal decoction pieces, and the adjustment to county-level outpatient reimbursement policies, have constrained the development of primary-level TCM services. The three counties exhibit distinct characteristics in preferential payment policies for TCM-advantaged disease categories, the operation of smart shared TCM pharmacies, and primary-level incentive allocation. Accordingly, the paper proposes recommendations, including improving the pricing mechanism for TCM healthcare services, optimizing medical insurance payment arrangements for TCM, establishing tailored incentive mechanisms for primary-level TCM services, and strengthening provincial-level coordination of medical insurance policies for TCM.

Key words: medical insurance policy; traditional Chinese medicine; reform of medical insurance payment methods; closely integrated county-level healthcare community