2026 年 11 月 20 日

医药健康行业研究

买入（维持评级）

行业深度研究

证券研究报告

医药组
分析师：甘坛焕（执业 S1130525060003）
gantanhuan@gjzq.com.cn

医疗服务价格立项指南跟踪：项目规则全面统一，质量与效率驱动行业分化

投资逻辑

40 批立项指南编制收官，改革由国家层面的项目统一进入地方映射和定价阶段。40 批立项指南将全国医疗服务价格项目规范为 2624 个主项目、742 个加收项和 174 个扩展项，基本形成统一的项目名称、服务产出和计价规则。项目设置上，按照完整、独立且可验证的服务产出收费；同一服务产出原则上使用统一主项目，临床复杂程度、特殊人群和额外资源投入通过加减收或分档定价体现，不同技术路径和应用场景则通过扩展项兼容。价格构成进一步划定医疗技术与医用耗材的收费边界，完成服务所需的基本物耗原则上纳入项目价格，特殊功能耗材及其他可单独计价耗材按照地方政策分类处理。该体系有助于减少重复立项和分解收费，同时为真正提高诊疗质量、增加技术难度和改善服务产出的创新技术保留合理的价格表达空间。

计价逻辑由操作过程转向服务产出，行业价值分配有望向技术劳务和复杂医疗服务倾斜。项目设置由按照操作步骤、设备和技术方法收费，逐步转向按照完整、独立且可验证的服务产出收费；同一服务产出原则上使用统一主项目，临床复杂程度、特殊人群和额外资源投入通过加减收或分档定价体现，不同技术路径则通过扩展项兼容。价格构成进一步划定医疗技术与医用耗材的收费边界，基本物耗原则上纳入项目价格。手术、护理、诊疗、康复和中医等技术劳务及复杂服务有望获得更清晰的价格载体；检查检验等标准化服务则更加依赖设备利用率、采购成本、流程效率和质量控制。创新技术获得立项解决了收费入口问题，为后续形成收费政策奠定基础。

项目价格能否转化为经营改善取决于医疗机构综合能力。基本物耗打包与 DRG/DIP 支付共同强化单病例成本约束，医疗机构需要进一步完善项目、科室和病种成本核算，并通过供应链管理和临床路径优化控制实际资源消耗。数据交付也正在由后台信息化能力转化为收费兑现和合规运营能力。部分放射检查、病理、检验、一般治疗和辅助操作项目已将必要的数据处理、上传和存储纳入服务产出或价格构成，未能完整交付数据可能触发项目减收。PACS、LIS、电子病历、影像云及医保数据接口因此不再只是信息化投入，而开始影响项目价格能否足额兑现、医保审核能否顺利完成以及跨院区服务能否标准化复制。

投资建议与估值

从行业比较看，服务量稳定、复杂病例能力较强，同时具备成本控制和数据交付能力的医疗机构，更有可能将价格结构优化转化为收入结构和经营质量改善。建议关注：

1）优势专科和疑难重症能力突出，能够通过复杂项目、加收项及分档定价合理体现技术价值；2）病种成本核算和供应链管理完善，能够在按病种付费和基本物耗打包背景下控制单病例成本；3）数据交付及跨区域标准化能力较强，能够降低地方项目映射、系统改造和合规执行成本，并支撑成熟服务模式跨区域复制。看好兼具医疗质量、运营效率和标准化能力的机构，在本轮改革中份额提升。

风险提示

医保支付及收费政策推进不及预期、医院采购及装机节奏不及预期、临床渗透率提升不及预期、行业竞争加剧导致盈利承压、核心技术迭代及产品研发风险、国产替代进程不及预期等。

内容目录

一、医疗服务价格改革如何走到今天 4
1.1 医疗服务价格位于“三医”协同改革的交汇点 4
1.2 既有价格体系难以充分适应医疗服务模式和技术进步 4
1.3 医疗服务价格管理五阶段演进，改革迈向机制化治理 5
1.4 改革由阶段性调价转向五项机制建设 7
1.5 立项、定价与医保支付分层运行，政策影响需要逐层传导 8
二、40 批指南究竟统一了什么 9
2.1 40 批指南编制收官，全国统一项目体系基本形成 9
2.2 40 批指南已覆盖医疗服务主要学科和服务类型 10
2.3 指南编制并非简单压缩项目，而是重新确定项目颗粒度 11
2.4 医疗服务计价依据之一：以服务产出确定基础计价单元 11
2.5 医疗服务计价依据之二：以临床复杂程度和必要资源投入体现价格差异 12
2.6 医疗服务计价依据之三：以价格构成划定医用耗材收费边界 12
三、国家指南如何转化为地方执行价格 12
3.1 不同映射关系对应不同价格平移路径 12
3.2 地方定价主要采用四类方法 13
3.3 地方落地仍保留合理价格差异 13
四、立项指南将如何改变医疗服务行业 13
4.1 行业价值分配向技术劳务和复杂医疗服务倾斜 13
4.2 标准化程度越高，竞争越可能由项目价格转向成本效率 14
4.3 耗材打包与医保支付改革共同强化医疗机构成本管理 14
4.4 医疗服务行业的竞争壁垒将转向质量、效率和数据能力 14
投资建议 15
风险提示 15

图表目录

图表 1： 2024 年公立医院总收入构成（亿元） 4
图表 2： 医疗服务价格管理尚存的问题与成因 5
图表 3： 医疗服务价格改革前后机制对比 5
图表 4： 我国医疗服务价格管理演变历程的阶段划分 6
图表 5： 我国医疗服务价格管理发展五阶段的简要示意 7
图表 6： 五大机制共同构成医疗服务价格“立项—定价—调价—评价”闭环 8
图表 7： 价格制定、医保支付范围和医保支付方式四个政策环节解决的问题并不相同 9

图表 8： 医疗服务价格项目立项指南发布进程 10
图表 9： 40 批医疗服务价格项目立项指南全景图 11
图表 10： 部分立项指南项目整合情况 11
图表 11： 主项目、加减收、分档定价与扩展项的功能比较 12
图表 12： 江苏省眼科类医疗服务价格项目立项指南映射表 13
图表 13： 医疗服务价格有升有降，整体结构优化 14
图表 14： 检查检验数据交付要求及减收规则 15

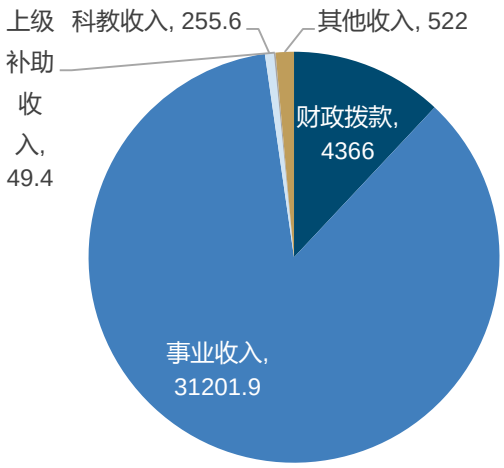
一、医疗服务价格改革如何走到今天

1.1 医疗服务价格位于“三医”协同改革的交汇点

从收入构成看，我国公立医院收入主要包括财政拨款收入、事业收入、上级补助收入及其他收入，其中事业收入主要由医疗收入和科教收入构成，医疗收入进一步分为门急诊收入和住院收入。

随着公立医疗机构药品和医用耗材加成相继取消，药耗原则上按实际采购价格实行零差率销售，依靠药耗加成弥补医疗服务成本的传统补偿方式基本退出。在此背景下，提高体现医务人员技术劳务价值的医疗服务收入、落实政府投入，成为完善公立医院补偿机制、支持其可持续运行的重要方向。医疗服务价格一端连接医疗机构收入结构和医务人员技术劳务价值，另一端影响医保基金支出与患者费用负担，是贯通医疗供给、医保支付与医药价格治理的重要政策纽带。

图表1：2024年公立医院总收入构成（亿元）



来源：《2025 中国卫生健康统计年鉴》、国金证券研究所

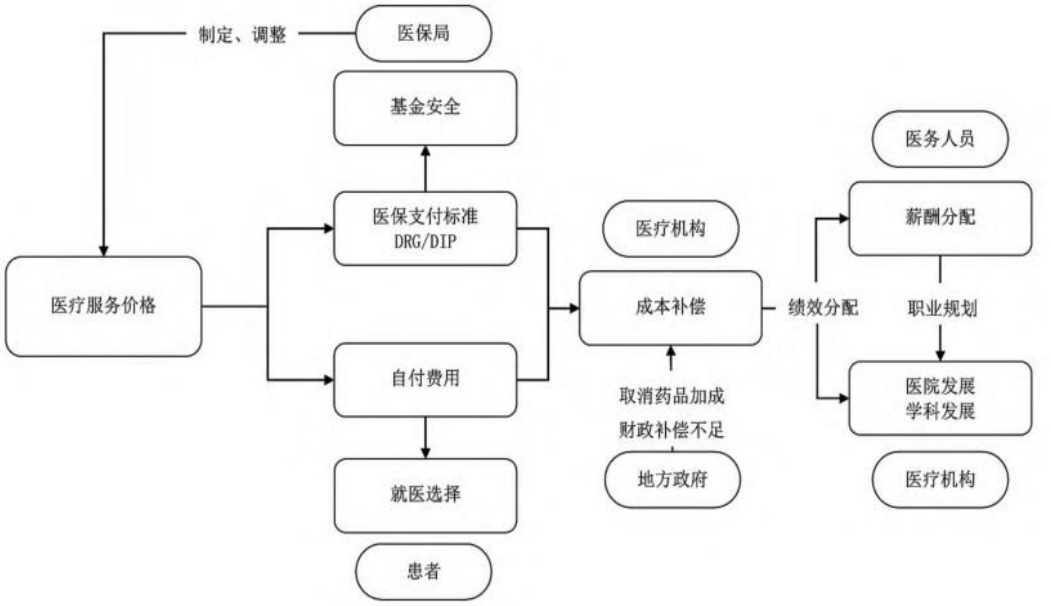
1.2 既有价格体系难以充分适应医疗服务模式和技术进步

经过多年改革，我国医疗服务价格结构和管理机制持续优化，但传统体系仍存在项目标准不统一、计价单元偏重操作过程、比价关系有待理顺以及创新兼容性不足等问题。

长期以来，医疗服务价格项目主要实行属地管理，各地项目名称、服务内涵和计价单位存在差异，增加了跨区域比较、异地结算和医保监管的难度。部分项目按照设备、方法、部位或操作步骤设置，完整服务可能被拆分为多个收费环节，也使项目数量随技术迭代不断增加。同时，部分检查检验和设备物耗类项目价格相对较高，诊查、护理、手术、康复和中医等技术劳务价值仍有进一步合理体现的空间。

此外，当价格项目与特定设备、耗材或技术路径绑定较深时，新技术投入临床往往需要重新申请或匹配收费项目，项目管理与技术创新之间容易产生时滞。因此，医疗服务价格改革不仅需要调整价格水平，也需要同步重构项目设置和价格形成机制。

图表2：医疗服务价格管理尚存的问题与成因



来源：《深化医疗服务价格改革的内在逻辑与实践经验》、国金证券研究所

图表3：医疗服务价格改革前后机制对比

对比维度	改革前的主要管理方式	改革方向及新机制
价格项目管理	医疗服务价格项目和价格水平长期实行属地管理，地区间项目名称、内涵、计价单位和拆分颗粒度差异较大；部分项目按照操作步骤、岗位分工拆分，并与具体技术标准、设备耗材等绑定，对医疗技术改良创新的兼容性不足。	国家制定并完善全国医疗服务价格项目规范，统一项目编码；以服务产出为导向、医疗人力资源消耗为基础，推进技术劳务与物耗分开；价格项目实行国家和省两级管理，由各省对接国家立项指南并制定本地区项目政策；简化新增项目申报，对重大创新项目开辟绿色通道。
价格总量管理	价格管理偏重具体项目的微观定调价，宏观调节和总量管理相对不足，价格调整与经济社会发展、医保基金运行、患者负担及医疗机构运行之间的统筹不够。	以区域内公立医疗机构医疗服务总费用为基数，综合考虑经济发展水平、医疗技术进步、医药费用规模和结构、医保基金运行、医疗机构成本及绩效、患者跨区域流动等因素，确定一定时期内价格调整总量；在总量范围内突出重点、有升有降。
价格形成方式	不同性质的医疗服务较多采用相近的政府定价机制；复杂型项目过去主要依靠政府行政决策，医院和医务人员参与定调价的程度不高，专业意见和技术劳务价值体现不足。	对通用型项目，围绕政府指导价统一基准，允许不同区域、不同层级医疗机构在规定范围内浮动；对复杂型项目，建立政府主导、公立医院参与的价格形成机制；公立医疗机构特需服务和试行期内新增项目实行市场调节价，但需备案并严格控制规模。
价格调整机制	调价启动条件、约束条件和预期管理机制不够完善，存在调价长期不启动或集中突击调整的风险。	建立“设置启动条件—定期评估触发—总量内有升有降—医保支付衔接—跟踪监测考核”的动态调整闭环；通用型项目调整相对平稳，复杂型项目突出重点、小步快走、轮动调整；重大改革任务、突发公共卫生事件及突出价格矛盾可启动专项调整。
检测考核机制	价格监测更多作为一般性工作要求，调价前的数据支撑、调价后的效果评价以及监测结果运用相对不足。	建立公立医疗机构价格和成本监测制度，编制并定期发布医疗服务价格指数；定期评估调价对公立医疗机构运行、患者负担和医保基金的影响；实行公立医疗机构价格责任考核，并将监测、评估和考核结果与价格制定调整挂钩。
中央与地方权限	地方长期同时承担价格项目管理和价格水平制定，地区间项目体系差异较大，跨地区价格比较和评价的基础不足。	医疗服务价格项目实行国家和省两级管理；价格水平以设区的市属地化管理为基础，国家和省级医保部门可根据医疗机构功能定位、成本结构和技术复杂程度等进行政策指导；全国统一的是项目规范和编码，并非全国统一具体价格。

来源：关于印发《深化医疗服务价格改革试点方案》的通知、国家医疗保障局相关负责同志就《深化医疗服务价格改革试点方案》答记者问、医疗服务价格项目立项指南解读辅导（第 1 期）、国金证券研究所

1.3 医疗服务价格管理五阶段演进，改革迈向机制化治理

从长期视角看，我国医疗服务价格管理经历了管理权限、定价方式和价格—成本关系持续调整的过程。可以概括为行政放管、集中统管、改革起步、专项改革和深化改革五个阶段。

图表4：我国医疗服务价格管理演变历程的阶段划分

阶段	时间	政策拐点	典型特点	定价部门与定价方式	价格与成本的关系
第一阶段	1949—1953年	-	完全放管	医院自主定价	价格高于成本
第二阶段	1954—1984年	1954年《山东省各级医疗单位试行收费标准》	集中统管，管制收紧，以降价为主	由卫生部门转变为物价、卫生部门定价，医院确定有价格伸缩性的项目价格、参与新项目定价	价格逐步低于成本，医院开始赔本
第三阶段	1985—1999年	1985年《国务院批转卫生部关于卫生工作改革若干政策问题的报告》	启动改革，管制放宽，价格上调	物价、卫生部门定价，医院自主定价新增项目	价格整体低于成本，差距逐步缩小
第四阶段	2000—2020年	2000年《关于改革医疗服务价格管理的意见》	专项改革，适当放权，调价有升有降，以升为主	基本医疗服务由物价、卫生部门定价转变为医疗保障部门会同卫生健康部门制定政府指导价，特需医疗服务、试行期内新增医疗服务和部分市场竞争比较充分、个性化需求较强的医疗服务由医院自主定价	基本医疗服务价格低于成本，差距拉大；实行市场调节价的医疗服务价格高于成本
第五阶段	2021年至今	2021年《关于印发〈深化医疗服务价格改革试点方案〉的通知》	深化改革，进一步放管，调价周期缩短	复杂型医疗服务的政府指导价引入医院参与，其余同第四阶段	基本医疗服务价格逐步缩小与成本的差距，其余同第四阶段

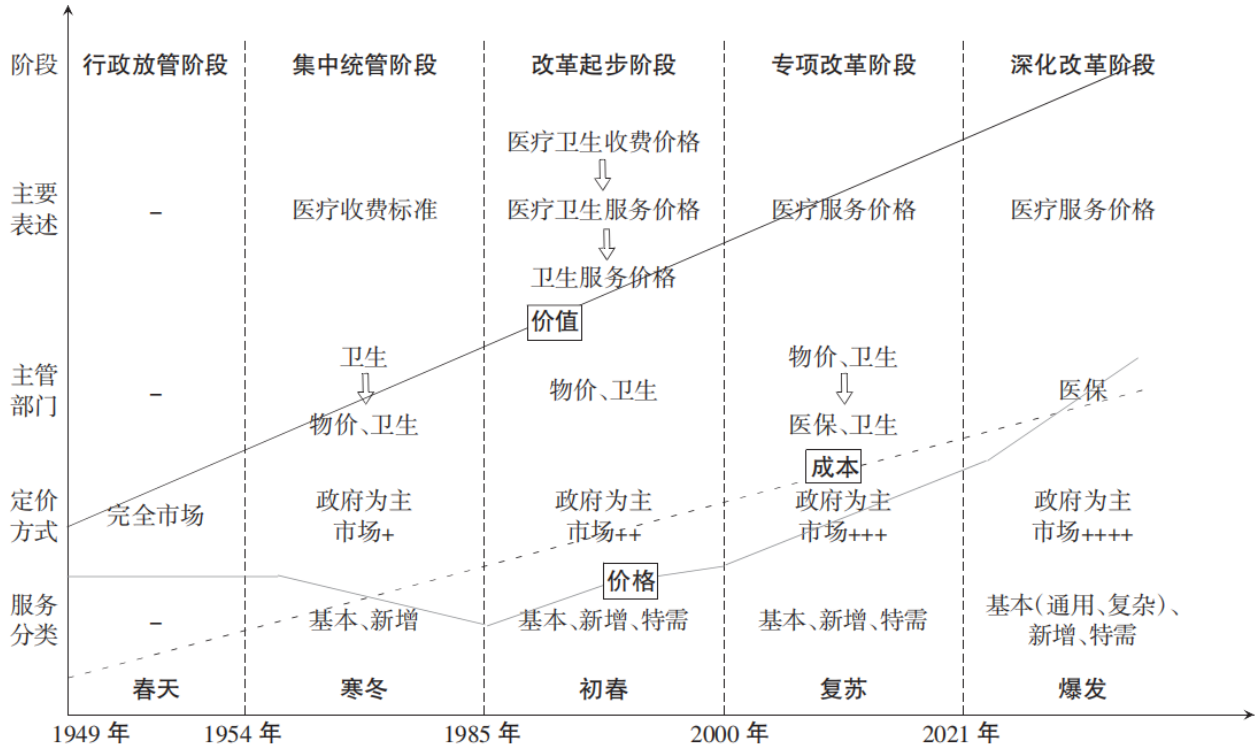
来源：《我国医疗服务价格管理的演变历程与发展构想》、国金证券研究所。注：定价部门与定价方式以省级公立医院为例。

1949—1953 年，医疗机构定价自主性相对较高；1954—1984 年转向集中统一管理，医疗服务价格总体趋低；1985—1999 年开始适度放宽管理并调整部分价格；2000—2020 年进入专项改革阶段，基本医疗服务以政府指导价为主，特需服务及部分新增项目更多采用市场调节价，分类管理和动态调整逐步建立；2021 年以来进入深化改革阶段，医疗保障部门承担价格管理职责，改革重点转向项目、总量、分类形成、动态调整和监测考核的机制化治理。

在这一历史框架下，2016—2020 年构成本轮机制改革的重要铺垫。2016 年明确“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”，2019 年建立动态调整的基本路径，2020 年中央提出完善项目准入和价格科学确定、动态调整机制。2021 年《深化医疗服务价格改革试点方案》进一步将改革整合为五项机制，标志着价格管理由具体项目调价迈向制度化治理。

2024 年以来，国家层面加快编制立项指南；2026 年 40 批指南全部完成，全国统一规范的项目体系基本形成，改革重心转向地方映射、具体定价、医疗机构执行以及与医保支付的衔接。

图表5：我国医疗服务价格管理发展五阶段的简要示意



来源：《我国医疗服务价格管理的演变历程与发展构想》、国金证券研究所

1.4 改革由阶段性调价转向五项机制建设

我国医疗服务价格改革的重点，正由围绕具体项目开展阶段性调价，转向覆盖项目设置、价格形成、动态调整和监测评价的系统性机制建设。

2016 年《关于推进医疗服务价格改革的意见》提出按照“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”的原则调整医疗服务价格，并逐步建立分类管理、动态调整、多方参与的价格形成机制。2020 年《关于深化医疗保障制度改革的意见》进一步提出完善医疗服务项目准入制度，建立价格科学确定、动态调整机制，持续优化医疗服务价格结构。

2021 年《深化医疗服务价格改革试点方案》将改革思路进一步系统化，明确建立价格项目管理、价格管理总量调控、价格分类形成、价格动态调整和价格监测考核五项机制。五项机制分别回答“项目如何设置、调价空间如何确定、价格如何形成、何时启动调整以及调整效果如何评价”等问题，共同构成医疗服务价格管理闭环。

总体来看，改革已由以具体项目和价格水平调整为主，逐步转向以项目规范为基础、覆盖价格形成、动态调整和监测评价的全流程机制建设，医疗服务价格管理体系的制度化、规范化和精细化程度持续提升。

图表6：五大机制共同构成医疗服务价格“立项—定价—调价—评价”闭环



改革机制	主要制度安排	具体措施
立项 目标导向的价格项目管理机制	服务产出导向、技耗分离； 全国项目规范和统一编码； 新增项目分类管理	• 项目与操作步骤等技术细节脱钩，增强新技术兼容性 • 项目实行国家和省两级管理，各省对接国家立项指南 • 简化新增申报；重大创新绿色通道；高预期项目开展创新性、经济性评价
定价 更可持续的价格管理总量调控机制	以区域医疗服务总费用为基数； 宏观管理调价总量； 总量范围内突出重点、有升有降	• 综合经济发展、医药费用结构、医保基金、医院成本绩效等测算总量 • 地区间调价快慢结合，医疗机构间有保有压 • 支持薄弱学科、基层和中医；费用增速过快地区从严控制
定价 规范有序的价格分类形成机制	通用型项目统一基准、分层浮动； 复杂型项目政府主导、医院参与； 特需及试行新增项目实行市场调节价	• 通用型：围绕政府指导价统一基准，在规定范围内浮动 • 复杂型：医院按成本提出建议，在总量和规则范围内形成政府指导价 • 特需及试行期新增：自主定价并备案，收费项目和费用占比不超过10%
调价 灵敏有度的价格动态调整机制	启动条件+约束条件+定期评估； 通用型和复杂型差异化调整； 重大事项可实施专项调整	• 通用型参考工资和CPI，复杂型纳入基金结余、患者自付等指标 • 符合条件时在总量范围内有升有降，调价结果与医保支付衔接 • 技术劳务为主项目的数量和金额原则上占调价总量60%以上
评价 严密高效的价格监测考核机制	价格与成本监测； 改革实施效果评估； 公立医院价格责任考核	• 监测重要项目价格，编制价格指数；异常项目开展成本调查或评估 • 评估调价对医院运行、患者和医保基金负担的影响 • 监测、评估和考核结果与价格制定调整挂钩，形成反馈闭环

来源：国家医保局、国金证券研究所

1.5 立项、定价与医保支付分层运行，政策影响需要逐层传导

价格项目立项、具体价格制定、医保支付范围和医保支付方式四个政策环节相互关联，但解决的问题并不相同。

医疗服务价格项是医疗机构计价收费的基本单元。国家立项指南主要统一项目名称、服务产出、价格构成和计价规则，并不直接规定全国统一价格。地方仍需完成项目映射并制定具体价格，因此，同一项目在不同地区可能存在合理价差。

医保支付范围解决“相关费用能否由基本医保基金支付”。医疗服务项目具备收费依据，并不意味着必然纳入医保；项目是否支付及其限定条件，需要依据医保项目目录和地方支付政策确定。2026 年，国家医保局已启动国家基本医疗保险医疗服务项目目录的分批制定，推动支付范围逐步规范统一。

医保支付方式则解决“医保基金如何与医疗机构结算”。按项目付费下，医保结算与项目价格和服务数量联系较为直接；在 DRG/DIP、总额预算等支付方式下，基金支付主要取决于病组、病种分值及预算约束，并不与单个收费项目逐项对应。

图表7：价格制定、医保支付范围和医保支付方式四个政策环节解决的问题并不相同

政策环节	主要解决的问题	主要管理方式
医疗服务价格项目立项	明确医疗机构可以按什么项目收费，以及项目名称、服务产出/内涵、价格构成、加收/扩展项、计价单位和计价说明。	价格项目实行国家和省两级管理：国家制定全国立项指南、统一项目规范与编码；省级对接落地并形成可执行的项目政策。
医疗服务价格制定	确定公立医疗机构各医疗服务价格项目的实际收费标准（价格水平）。	价格水平以设区市属地化管理为基础；国家和省级医保部门可按功能定位、成本结构、医疗技术复杂程度等给予政策指导。医疗机构实际收费以当地价格政策为准。
医保医疗服务项目管理	确定哪些医疗服务项目，以及在何种支付条件下，可由基本医保基金支付。	国家制定医保准入和管理政策；原则上由省级医保部门按国家规定，采取准入法与排除法确定医疗服务项目目录，统筹地区按当地支付政策执行。
DRG/DIP等医保支付方式	确定医保基金对定点医疗机构的住院费用如何打包结算；它不等同于患者端单项医疗服务价格。	以区域总额预算为基础：DRG按病组打包付费；DIP按病种组合、分值测定和点值计算结算。基金总额预算、权重/分值、调节系数等经协商确定，并配套结算清算、监管考核和特例单议。

来源：国家医保局、国金证券研究所

二、40 批指南究竟统一了什么

2.1 40 批指南编制收官，全国统一项目体系基本形成

长期以来，我国医疗服务价格实行属地化管理，各省实际执行项目从 4,000 余项至 2 万多项不等，在项目数量、名称内涵和计价规则等方面存在差异。国家立项指南并非简单增加一套并行目录，而是为各地规范整合原有项目提供统一依据。

2021 年起，国家医保局按照"成熟一批、发布一批"的思路组织编制立项指南，2024 年以来明显加快编制进度。2026 年 8 月，随着检验类指南发布，历时近五年的 40 批立项指南编制工作全面收官。40 批指南共将各地医疗服务价格项目规范整合为 2,624 个主项目、742 个加收项和 174 个扩展项，覆盖诊查、护理、手术、治疗、检查和检验等主要医疗服务领域。

截至 2026 年 9 月，各省平均已对接落地 37 批指南，其中 16 个省份完成 39 批指南的对接发文，改革重点正由国家层面的指南编制转向地方映射、定价和执行。

图表8：医疗服务价格项目立项指南发布进程

序号	立项时间	医疗服务类别	主项目数量	序号	立项时间	医疗服务类别	主项目数量
1	2021年4月29日	器官移植	12	21	2025年1月22日	血液系统	15
2	2021年10月26日	临床量表评估	2	22	2025年2月21日	口腔	114
3	2022年8月25日	中医（灸法、拔罐、推拿）	18	23	2025年2月21日	呼吸系统	68
4	2022年9月19日	口腔种植	15	24	2025年2月27日	骨骼肌肉系统	109
5	2023年4月7日	中医外治	18	25	2025年3月7日	耳鼻喉科	164
6	2023年6月15日	辅助生殖	12	26	2025年3月7日	心血管系统	129
7	2024年3月5日	中医针法	10	27	2025年3月11日	神经系统	82
8	2024年5月20日	产科	30	28	2025年5月6日	泌尿系统	108
9	2024年7月22日	护理	22	29	2025年6月12日	体被系统	53
10	2024年10月12日	中医骨伤	9	30	2025年6月12日	美容整形	101
11	2024年10月12日	中医特殊疗法	6	31	2025年8月20日	物理治疗	32
12	2024年10月18日	放射治疗	15	32	2025年8月21日	消化系统	150
13	2024年10月18日	超声检查	13	33	2025年8月21日	疝、甲乳	25
14	2024年11月4日	综合诊查	36	34	2025年11月4日	血管、淋巴系统	116
15	2024年11月7日	放射检查	26	35	2025年11月21日	颌面外科	71
16	2024年11月12日	康复	17	36	2025年12月19日	病理类	28
17	2024年11月12日	精神治疗	10	37	2026年1月20日	手术和治疗辅助操作类	37
18	2024年12月3日	麻醉	10	38	2026年2月11日	一般治疗	63
19	2024年12月12日	妇科	84	39	2026年2月11日	药学	10
20	2024年12月27日	眼科	125	40	2026年8月14日	检验	662

来源：国家医保局、国金证券研究所

2.2 40 批指南已覆盖医疗服务主要学科和服务类型

从覆盖范围看，40 批立项指南已涵盖基础医疗服务、检查诊断、主要临床系统、专科特色服务以及创新辅助操作等领域。

立项指南同时为新技术预留了规范化收费渠道。40 批指南统一新增质子放疗、手术机器人、远程手术、脑机接口置入、血管保护装置置入等 200 余项价格项目；其中，手术和治疗辅助操作类指南还覆盖医学 3D 打印、示踪增强成像、术中影像引导和机械臂辅助等技术。创新技术获得价格项目，意味着具备了进一步形成收费政策的基础。

图表9：40 批医疗服务价格项目立项指南全景图

归纳类别	涉及的立项指南
基础与通用医疗服务	综合诊查、护理、麻醉、一般治疗、药学、临床量表评估、物理治疗
检查、检验与诊断	放射检查、超声检查、病理类、检验
临床系统及手术治疗	放射治疗、呼吸系统、神经系统、心血管系统、消化系统、泌尿系统、血液系统、血管、淋巴系统、眼科、耳鼻喉科、口腔、颌面外科、体被系统、骨骼肌肉系统、疝、甲乳、产科、妇科、器官移植
康复、特色服务及中医	康复、精神治疗、辅助生殖、口腔种植、中医针法、中医（灸法、拔罐、推拿）、中医外治、中医骨伤、中医特殊疗法
创新辅助操作及市场化服务	手术和治疗辅助操作类、美容整形

来源：国家医保局、国金证券研究所。注：上述分类为研究所根据服务属性进行的归纳，并非官方分类。

2.3 指南编制并非简单压缩项目，而是重新确定项目颗粒度

从政策内容看，40 批指南主要围绕存量项目整合、主项目与加收项体系构建、新技术兼容以及地方映射落地展开。其核心并非单纯减少项目数量，而是以服务产出为导向，重新划分计价单元和收费边界。

从部分指南看，项目整合幅度较为明显：耳鼻喉科将 512 项技术规范项目映射整合为 164 个价格项目；泌尿系统将 421 项技术规范项目整合为 108 个主项目；体被系统将 256 项技术规范项目整合为 53 个主项目。

图表10：部分立项指南项目整合情况

指南类别	整合前	整合后	整合方式	主要作用
检验类	葡萄糖检测按干化学法、酶法、酶电极法等不同方法学分别立项	统一整合为“葡萄糖检测费”，原则上不再按方法学分别设主项目	方法学合并	从按检测方法定价转向按检验指标和服务产出定价
口腔类	固定修复按检查、设计、粘结、试戴、调合、咬合关系重建等步骤，以及冠、嵌体、桩核根帽、桩冠等类型拆分	整合为“修复体固定修复费”，不同步骤和修复体类型纳入同一服务产出	步骤与类型合并	减少拆分收费并提高对新修复技术的兼容性
产科类	难产接生按产钳助产、臀位助产、胎头旋转、手取胎盘等具体情形分别立项	按资源消耗和技术难度相近原则归类整合；产科类统一规范为30个主项目	相近服务归类	降低项目颗粒度，适应复杂情形及新助产技术
护理类	口腔护理、肛周护理、会阴护理等专项护理可单独收费	相关服务纳入特级护理和Ⅰ级护理的价格构成；护理类整体整合为22个主项目	价格构成内含	减少基础护理内部重复拆分，便于医疗机构计费
	整合前技术规范项目	整合后主项目	减少项目数	项目数量压缩率
眼科类	563	125	438	77.8%
泌尿系统类	421	108	313	74.3%
呼吸系统类	207	68	139	67.1%
血液系统类	23	15	8	34.8%

来源：国家医保局、国金证券研究所

2.4 医疗服务计价依据之一：以服务产出确定基础计价单元

“服务产出”是立项指南确定计价单元的核心依据，主要指医疗机构向患者交付的独立、完整且可验证的医疗服务结果，而非对疾病治疗效果作出保证。项目名称原则上不再与特定设备、耗材或技术路径绑定，完成服务产出所必需的操作步骤和资源投入，则通过价格构成纳入主项目。

在这一逻辑下，判断某项操作能否单独收费，关键在于其是否形成主项目之外的独立服务

产出。如果只是实现主项目结果所必需的中间环节，单独收费空间将相应收窄；如果能够形成独立、可验证的新增产出，则仍可能保留单独立项和收费的基础。

2.5 医疗服务计价依据之二：以临床复杂程度和必要资源投入体现价格差异

医疗服务具有较强的非标准化特征。即使服务产出相同，不同患者的病情、操作风险和资源投入也可能存在差异。立项指南因此以主项目确定基础计价单元，并通过加减收、分档定价和扩展项处理不同临床情形。

其中，加减收项适用于能够归结为单一因素的差异，如儿童或高龄患者、特殊解剖部位、操作难度增加以及服务内容简化等；对于风险、难度和资源投入均显著增加、且难以拆分为单一因素的复杂病例，部分手术和治疗项目按照“常规—复杂”分档定价。扩展项则用于标识同一服务产出下的不同技术路径或应用场景，不改变最终服务产出，原则上执行与主项目相同的价格水平。

由此，立项指南在统一基础收费单元的同时，为临床复杂程度和必要资源投入保留了差异化表达空间，避免项目过度细分，也避免将不同难度的医疗服务简单按照同一标准处理。

图表11：主项目、加减收、分档定价与扩展项的功能比较

方式	主要功能	适用情形或案例	计价规则
主项目	明确具有独立、完整服务产出的收费单元	如纯音听阈测定、听力筛选试验等按听阈检查费主项目收费	按对应主项目及计价单位收费，具体价格由地方依权限确定
加收或减收	体现可归结为单一要素的技术难度或服务差异	如儿童、特殊部位、恶性肿瘤淋巴结清扫加收，简易检查减收	按项目单价及规定比例或金额增减，符合叠加规则的分别计算后汇总
分档定价	体现复杂情形多样、难以归结为单一要素的差异	部分治疗或手术区分常规、复杂情况，并在计价说明中明确范围	按常规、复杂等不同档次差异化定价
扩展项	在同一服务产出下兼容不同服务方式或应用场景	如同一治疗目的下资源消耗、技术难度相近的方式及部分技术迭代	执行与主项目相同的价格水平

来源：国家医保局、国金证券研究所

2.6 医疗服务计价依据之三：以价格构成划定医用耗材收费边界

价格构成明确完成一项医疗服务通常需要投入的人力、设备和物耗，是判断相关成本能否另行收费的重要依据。立项指南强调“技术劳务与物耗分开”，但并不意味着所有医用耗材均从医疗服务项目价格中剥离，而是根据耗材属性分类确定收费方式。

第一，　完成服务所必需、且不宜与医疗过程分割的基本物耗，其采购成本纳入医疗服务项目价格，医疗机构不得另行收费。

第二，　与基本物耗属于同一类别、但具有特殊功能的产品，如普通纱布与特殊止血功能纱布，在具有临床必要性、项目价格难以覆盖成本并符合当地采购管理要求的情况下，可以由地方探索单独收费；同时应相应扣减项目价格中已包含的基本物耗费用，避免重复补偿。

第三，　基本物耗之外的其他一次性耗材，原则上可以独立计价，但过渡期内具体收费范围仍由各地结合原有政策确定。

三、国家指南如何转化为地方执行价格

3.1 不同映射关系对应不同价格平移路径

从“原项目映射至新项目”的口径进行分析，对于一对一映射且计价单位不变的项目，通常可以直接平移原有价格；多个原项目以“或”的关系合并为一个新项目时，可依据历史服务量进行量价加权，即以“原项目价格×服务量”的加权平均值作为定价参考。

如果原项目与新项目属于部分与整体关系，可根据工作量或资源消耗进行比例分摊；原项目被纳入新项目价格构成的，则不再单独定价收费。对于计价单位发生变化或一个原项目拆分为多个新项目的情形，则需要按照新的服务边界和计价单位换算，不能机械平移。

图表12：江苏省眼科类医疗服务价格项目立项指南映射表

江苏省眼科类医疗服务价格项目立项指南映射表（参考）

说明：映射表仅作为参考，不作为稽核判定项目内涵的依据。

序号	立项指南项目			医保医疗服务价格项目		国家卫健委2023卫生技术规范	
	项目名称	加收项	扩展项	项目名称	纳入价格构成	项目名称	纳入价格构成
1	视力检查费（普通）			普通视力检查		普通远视力检查 普通近视力检查 光机能检查 伪盲检查	
2	视力检查费（特殊）			特殊视力检查 特殊视力检查（每增加一项加收） 特殊视力检查（儿童图形视力表） 特殊视力检查（点视力表） 特殊视力检查（条栅视力卡） 特殊视力检查（视动性眼震仪） 选择性观看检查 视网膜视力检查 阿姆斯勒（Amsler）表检查 对比敏感度检查 暗适应测定 明适应测定		特殊视力检查 选择性观看检查 视网膜视力检查 阿姆斯勒(Amsler)表检查 印刷图片对比敏感度检查 对比敏感度仪检查 暗适应测定 明适应测定	
3	散瞳验光费			验光 验光（每增加一项加收） 验光（检影） 验光（散瞳） 验光（试镜）		睫状肌麻痹验光 电脑验光	
		01儿童加收					
4	显然验光费			验光（云雾试验）		显然验光 云雾试验 综合验光	
		01儿童加收					

来源：江苏省医疗保障局、国金证券研究所

3.2 地方定价主要采用四类方法

结合国家医保局解读和地方实践，立项指南落地后的定价方法可归纳为四类：

第一，历史价格平移。对于已有收费基础的存量项目，主要采用直接平移、量价加权、价格叠加或比例分摊等方式，尽量保持改革前后总体费用平稳。

第二，比较定价。对于缺乏直接映射关系、但存在相近服务的项目，可参考本地区技术难度、人力投入和耗时相近的项目，或参考其他省份已落地价格。

第三，成本测算定价。对于新设项目、技术难度较高或原有价格难以覆盖合理资源消耗的项目，可结合人力、设备、物耗及服务量开展成本测算。

第四，市场化定价。对于特需服务和试行期内新增项目，可在政策规定范围内实行市场调节价，由公立医疗机构定价并按规定备案。

3.3 地方落地仍保留合理价格差异

立项指南统一的是项目名称、服务产出和计价规则，并不直接统一全国价格水平。地方落地时，省级医保部门制定全省价格基准，具有价格管理权限的统筹地区可结合当地情况上下浮动，形成实际执行价格。

具体价格需要综合考虑地区经济发展水平、医疗机构成本、医保基金运行、患者负担、医疗资源供给及原有价格结构等因素；不同等级医疗机构之间，也可根据功能定位和技术难度保留合理价差。

例如，江苏省颈部疾病推拿的省级基准价为 57 元/次，各地实际执行价格为 50—66 元/次；广东省特级护理省级基准价为 180 元/日，各地实际价格为 162—180 元/日。上述案例表明，即使项目规范和省级基准趋于统一，地区间实际价格仍可能存在一定差异。

四、立项指南将如何改变医疗服务行业

4.1 行业价值分配向技术劳务和复杂医疗服务倾斜

医疗服务价格改革的重点并非普遍提高价格，而是在调价总量约束下优化内部结构：适当提高技术劳务型项目价格，降低部分价格偏高、以设备物耗为主的项目价格。国家医保局

披露，经过多轮动态调整， 2018—2025 年间医疗服务价格总水平累计上涨 26.0%，年均涨幅约 3.4%，高于同期 CPI 年均增速（约 1.2%），低于同期居民人均可支配收入年均增速（约 6.3%），调价总体平稳有序。

从地方落地情况看，技术劳务项目的调价方向已较为明显。各地特级护理价格普遍由约 60 元/日提高至 150 元/日，一级护理由约 30 元/日提高至 60 元/日；河南将吞咽功能训练由 20 元/次提高至 80 元/半小时，预计省管公立医疗机构康复类项目费用增加约 420 万元；重庆落地病理类指南后，预计公立医疗机构相关收入增加约 1.11 亿元、同比增长 13.94%。

图表13：医疗服务价格有升有降，整体结构优化

类别	地区/项目	调整前	调整后或调整幅度
护理类	各地普遍·特级护理	约60元/日	约150元/日，约+150%
护理类	各地普遍·一级护理	约30元/日	约60元/日，约+100%
康复类	河南·吞咽功能训练	20元/次	80元/半小时；省管公立机构康复类费用预计增加约420万元
麻醉类	甘肃·全身麻醉（支气管内麻醉）	690元/2小时	1,277元/2小时，约+85%；全省预计调增约8,000万元
病理类	重庆·病理诊断费等	—	预计增加公立医疗机构收入约1.11亿元，同比+13.94%
口腔类	北京·乳牙期错合矫治	—	平均每疗程下降约1,250元，降幅约25%
口腔类	北京·恒牙期Ⅱ类错合矫治（常规）	—	平均每疗程减负约7,500元，降幅超22%
放射类	安徽等·CT平扫/MR平扫/PET-CT	—	降至约250元/约500元/控制在5,000元以下
药学类	各地·中药配方颗粒调剂费	—	基本稳定在2-4元/付

来源：国家医保局《国家医保局加快推进医疗服务价格项目立项指南对接落地》、国金证券研究所

4.2 标准化程度越高，竞争越可能由项目价格转向成本效率

随着项目名称、服务产出和计价规则逐步统一，医疗机构通过拆分项目、改变技术名称或设置不同收费口径形成收入差异的空间趋于收窄。对于检查检验、基础护理和一般治疗等标准化程度较高的服务，在执行相近价格的情况下，盈利差异将更多取决于服务量、设备利用率、人员效率和单位成本。

以检验类指南的联检折扣为例：一次联检指标不超过 5 个时，各项目按 80%计价；5—10 个按 70%计价；超过 10 个按 60%计价。假设 8 项检验单独开展时合计收费 200 元，联检后收费降至 140 元，降幅为 30%。医疗机构需要通过自动化检测、试剂集采、样本集中处理和提高设备使用率消化价格下降。

因此，标准化服务的竞争优势将由“项目多、收费细”转向“单位成本低、周转效率高”。规模较大、流程标准化程度较高的机构更有能力摊薄设备折旧和固定人力成本；服务量不足或设备利用率偏低的机构，则可能面临更明显的利润压力。

4.3 耗材打包与医保支付改革共同强化医疗机构成本管理

立项指南将常规、低值且难以与医疗过程分割的基本物耗纳入项目价格，不再允许医疗机构另行收费；DRG/DIP 则按照病组或病种支付标准进行结算。两项政策叠加后，增加耗材使用数量或选择更高价格耗材，通常不会带来等额的医保支付增量，相关成本更多由医疗机构承担。

若某手术单例成本为 4,000 元，其中材料成本 2,500 元，占总成本的 62.5%；若 DRG 支付标准为 3,800 元，单例亏损 200 元。若材料成本下降 10%、即减少 250 元，单例总成本降至 3,750 元，可由亏损 200 元转为盈余 50 元；反之，材料成本上升 10%，单例成本增至 4,250 元，亏损将扩大至 450 元。

由此，医疗机构需要由单项收费管理转向病例全成本管理，重点控制药耗采购价格和使用数量，同时提高设备利用率、缩短平均住院日、优化临床路径并合理分摊间接成本。

4.4 医疗服务行业的竞争壁垒将转向质量、效率和数据能力

部分立项指南已将医疗数据处理、存储和上传纳入完整服务产出，并配套设置“缺数减收”规则。数据能否按要求交付，开始直接影响医疗机构能否完整实现项目价格。

放射检查类指南规定，医疗机构未提供符合要求的数字影像处理和上传存储服务时，CT、磁共振等检查按部位减收 5 元。假设某医院全年完成 10 万个检查部位，若均未达到数据上传要求，对应减收金额可达到 50 万元。检验类指南则规定，未按要求上传检验数据的，

每项指标减收 10%、最高不超过 5 元；若 10 万项检验均触发最高减收，减收金额可达到 50 万元。

国家医保局披露，截至 26H1，医保影像云累计归集索引数据已超过 4.4 亿条。随着数据交付逐步嵌入收费和医保审核，LIS、PACS、电子病历、设备运行记录和医保数据接口不再只是后台信息化系统，而成为价格执行、检查检验互认和医保结算的重要基础。

因此，数据能力对医疗机构的影响将由提高管理效率，进一步延伸至保障收费完整性。数据治理基础薄弱的机构可能面临减收、医保审核和系统改造压力；数据标准化程度较高的机构，则更有能力实现跨院调阅、结果互认和精细化成本管理。

图表 14：检查检验数据交付要求及减收规则

场景	数据交付要求	未达到要求时的减收/统计口径
CT、磁共振	按规定上传影像数据	每个部位减收5元
检验项目	上传并存储符合要求的检验数据	每项指标减收10%，累计最高5元
部分检验项目	采用规定的行业标准参考区间	每项指标减收5%，每项最高0.5元
全国医保影像云	归集影像索引	截至2026年6月底近4.4亿条

来源：国家医保局、国金证券研究所

投资建议

立项指南核心影响在于统一计价单元、明确收费边界，并通过动态调价逐步优化医疗服务比价关系。技术劳务和复杂医疗服务有望获得更清晰的价格载体，设备物耗型及标准化项目则更加重视成本效率；与此同时，耗材打包、DRG/DIP 支付及“缺数减收”等政策，也将成本管理和数据交付能力纳入医疗机构经营评价体系。

从行业比较看，服务量稳定、复杂病例能力较强，同时具备成本控制和数据交付能力的医疗机构，更有可能将价格结构优化转化为收入结构和经营质量改善。

建议关注：1）优势专科和疑难重症能力突出，能够通过复杂项目、加收项及分档定价合理体现技术价值；2）病种成本核算和供应链管理完善，能够在按病种付费和基本物耗打包背景下控制单病例成本；3）数据交付及跨区域标准化能力较强，能够降低地方项目映射、系统改造和合规执行成本，并支撑成熟服务模式跨区域复制。看好兼具医疗质量、运营效率和标准化能力的机构，在本轮改革中份额提升。

风险提示

地方对接及定价进度不及预期：若省级映射、价格测算、系统改造或医疗机构执行进度偏慢，立项指南对行业的实际影响可能滞后。

医保支付衔接不及预期：项目具备收费依据不等同于纳入医保支付，医保目录、DRG/DIP、总额预算及协议管理可能影响项目收费向机构收入的转化。

结构性降价和成本控制风险：检查检验等设备物耗占比较高的项目可能继续降价；若采购、设备利用率和流程效率改善不足，相关机构盈利可能承压。

政策口径与执行差异风险：立项指南仍处于地方对接阶段，各地映射关系、价格水平和支付政策存在差异，跨地区比较及行业影响判断可能出现偏差。

行业投资评级的说明：

买入：预期未来 3—6 个月内该行业上涨幅度超过大盘在 15%以上；

增持：预期未来 3—6 个月内该行业上涨幅度超过大盘在 5%—15%；

中性：预期未来 3—6 个月内该行业变动幅度相对大盘在-5%—5%；

减持：预期未来 3—6 个月内该行业下跌幅度超过大盘在 5%以上。

特别声明：

国金证券股份有限公司经中国证券监督管理委员会批准，已具备证券投资咨询业务资格。

本报告版权归“国金证券股份有限公司”（以下简称“国金证券”）所有，未经事先书面授权，任何机构和个人均不得以任何方式对本报告的任何部分制作任何形式的复制、转发、转载、引用、修改、仿制、刊发，或以任何侵犯本公司版权的其他方式使用。经过书面授权的引用、刊发，需注明出处为“国金证券股份有限公司”，且不得对本报告进行任何有悖原意的删节和修改。

本报告的产生基于国金证券及其研究人员认为可信的公开资料或实地调研资料，但国金证券及其研究人员对这些信息的准确性和完整性不作任何保证。本报告反映撰写研究人员的不同设想、见解及分析方法，故本报告所载观点可能与其他类似研究报告的观点及市场实际情况不一致，国金证券不对使用本报告所包含的材料产生的任何直接或间接损失或与此有关的其他任何损失承担任何责任。且本报告中的资料、意见、预测均反映报告初次公开发布时的判断，在不作事先通知的情况下，可能会随时调整，亦可因使用不同假设和标准、采用不同观点和分析方法而与国金证券其它业务部门、单位或附属机构在制作类似的其他材料时所给出的意见不同或者相反。

本报告仅为参考之用，在任何地区均不应被视为买卖任何证券、金融工具的要约或要约邀请。本报告提及的任何证券或金融工具均可能含有重大的风险，可能不易变卖以及不适合所有投资者。本报告所提及的证券或金融工具的价格、价值及收益可能会受汇率影响而波动。过往的业绩并不能代表未来的表现。

客户应当考虑到国金证券存在可能影响本报告客观性的利益冲突，而不应视本报告为作出投资决策的唯一因素。证券研究报告是用于服务具备专业知识的投资者和投资顾问的专业产品，使用时必须经专业人士进行解读。国金证券建议获取报告人员应考虑本报告的任何意见或建议是否符合其特定状况，以及（若有必要）咨询独立投资顾问。报告本身、报告中的信息或所表达意见也不构成投资、法律、会计或税务的最终操作建议，国金证券不就报告中的内容对最终操作建议做出任何担保，在任何时候均不构成对任何人的个人推荐。

在法律允许的情况下，国金证券的关联机构可能会持有报告中涉及的公司所发行的证券并进行交易，并可能为这些公司正在提供或争取提供多种金融服务。

本报告并非意图发送、发布给在当地法律或监管规则下不允许向其发送、发布该研究报告的人员。国金证券并不因收件人收到本报告而视其为国金证券的客户。本报告对于收件人而言属高度机密，只有符合条件的收件人才能使用。根据《证券期货投资者适当性管理办法》，本报告仅供国金证券股份有限公司客户中风险评级高于 C3 级（含 C3 级）的投资者使用；本报告所包含的观点及建议并未考虑个别客户的特殊状况、目标或需要，不应被视为对特定客户关于特定证券或金融工具的建议或策略。对于本报告中提及的任何证券或金融工具，本报告的收件人须保持自身的独立判断。使用国金证券研究报告进行投资，遭受任何损失，国金证券不承担相关法律责任。

若国金证券以外的任何机构或个人发送本报告，则由该机构或个人为此发送行为承担全部责任。本报告不构成国金证券向发送本报告机构或个人的收件人提供投资建议，国金证券不为此承担任何责任。

此报告仅限于中国境内使用。国金证券版权所有，保留一切权利。

上海
电话：021-80234211
邮箱：researchsh@gjzq.com.cn
邮编：201204
地址：上海浦东新区芳甸路 1088 号紫竹国际大厦 5 楼

北京
电话：010-85950438
邮箱：researchbj@gjzq.com.cn
邮编：100005
地址：北京市东城区建内大街 26 号新闻大厦 8 层南侧

深圳
电话：0755-86695353
邮箱：researchsz@gjzq.com.cn
邮编：518000
地址：深圳市福田区金田路 2028 号皇岗商务中心 18 楼 1806

【小程序】
国金证券研究服务

【公众号】
国金证券研究