

## 行业专题

2022年07月26日

# 医保政策继续支持真创新、真获益

姓名：丁丹（分析师）

邮箱：dingdan@gtjas.com

电话：0755-23976735

证书编号：S0880514030001

姓名：吴宇擎（分析师）

邮箱：wuyuqing@gtjas.com

电话：13671790318

证书编号：S0880516050001

姓名：张拓（研究助理）

邮箱：zhangtuo024925@gtjas.com

电话：18827440101

证书编号：S0880121080012

## 摘要

01

### 医保续约谈判规则是已发布实施政策的具体化，透明度更高

医保谈判2016年试点后2017年首次正式实施，2018年国家医保局才成立，政策和规则都在不断细化和动态调整中，方向是更合理、更贴近临床。近期发布的续约谈判规则是2020年已发布并实施政策的具体化，且配套开放数据平台，有利于企业建立合理的降价预期。

02

### 针对创新的支付安排是DRG的重要组成部分

DRG为标化服务的支付标准，需配套其他政策使用。创新产品上市初期缺乏相关数据难以确定适宜的DRG权重和支付标准，医疗机构面临“超支自付”风险可能导致使用受限，为解决该问题，几乎全世界所有实施DRG的国家，均有针对创新的除外支付等制度安排。国内前几年已有文件发布指引并有浙江、云南等多地实践，近期北京的除外支付规则更加清晰和有章可循，政策在实践中不断迭代完善。需注意，政策鼓励的仍然是真正的创新、真正能让病人临床获益的新项目。

03

### 医保政策方向不变，但规则变得更加可预测

其他医保政策：因疫情影响延迟开阵，2022下半年集采执行环比上半年更为密集，但预计影响为局部和阶段性。医保政策整体方向不变，但规则变得可预测，——短期影响是政策预期边际改善，中期影响是二级市场风险评价改变，估值锚有望重构。

# 目录 / CONTENTS

01 医保续约谈判政策

02 DRG政策

03 如何理解长期趋势和短期数据

## 国家医保局《基本医疗保险用药管理暂行办法》

2020年4月意见征求，7月正式发布

**第十八条【谈判续约】**原则上谈判药品协议有效期为2年。协议期满后，如谈判药品仍为独家、周边国家及地区价格等市场环境未发生重大变化、未调整限定支付范围或虽然调整了限定支付范围但对医保基金影响较小的，根据协议期内**医保基金实际支出**（以医保部门统计为准）与谈判前**企业提交的预算**影响分析进行对比，按差异程度降价，并续签协议。具体降价规则另行制定。

调整规则透明化、具体化



### 《谈判药品续约规则》

2022年6月发布

- **核心规则保持一致：**以医保基金实际支出和企业预算计算比值A和B为2022年发布文件的核心规则
- **配套政策跟进落地：**6月30日，国家医保局发布《关于公布“协议期内谈判药品医保支付数据查询”模块的公告》，向谈判药品企业开放了协议期内谈判药品医保基金支付数据查询渠道。



注：此图仅做参考，未考虑市场环境未发生重大变化的情况，若市场环境发生重大变化应重新谈判。

## 谈判药品续约规则分为三类

规则一 纳入常规目录管理

非独家产品；或2018年谈判进入目录，且连续两个协议周期均未调整支付标准和支付范围的独家药品。——基本为成熟度较高的产品。

无需谈判，不占用专家资源。

规则二 简易续约

按照销售越大，续约时价格越要下降的原则，实际支出大于预算一定百分比，续约时支付标准要相应下降一定比例，支出金额越大，超出预算越多，降价幅度越大。——更多面对还在成长期的产品。

规则三 重新谈判

专家资源聚焦在超出预算较大的高速增长产品。

**不调整支付范围** ——指协议到期的谈判药品。

$$\text{比值 A} = \frac{\text{基金实际支出}}{\text{基金支出预算}}$$

**调整支付范围** ——指协议期内，因新增适应证或功能主治发生重大变化的药品，企业主动申报调整支付范围的谈判药品。

$$\text{比值 B} = \frac{\text{未来两年 因调整支付范围所致的基金支出预算 增加值}}{\text{本协议期 基金支出预算和基金实际支出中的高者}}$$

## 支出增量比

1. 比值  $A \leq 110\%$ ，支付标准不作调整。
2.  $110\% < \text{比值 } A \leq 140\%$ ，支付标准下调 5 个百分点。
3.  $140\% < \text{比值 } A \leq 170\%$ ，支付标准下调 10 个百分点。
4.  $170\% < \text{比值 } A \leq 200\%$ ，支付标准下调 15 个百分点。

## 不调整支付范围

+

## 支出量级

### 基金年均实际支出

- $\leq 2$ 亿，不增加
- 2-10亿，下调幅度增加2个百分点
- 10-20亿，下调幅度增加4个百分点
- 20-40亿，下调幅度增加6个百分点
- $> 40$ 亿，下调幅度增加10个百分点

## 调整支付范围

1. 比值  $B \leq 10\%$ ，支付标准不作调整。
2.  $10\% < \text{比值 } B \leq 40\%$ ，支付标准下调 5 个百分点。
3.  $40\% < \text{比值 } B \leq 70\%$ ，支付标准下调 10 个百分点。
4.  $70\% < \text{比值 } B \leq 100\%$ ，支付标准下调 15 个百分点。

+

### 基金年均支出预算的增加值

- $\leq 2$ 亿，不增加
- 2-10亿，下调幅度增加2个百分点
- 10-20亿，下调幅度增加4个百分点
- 20-40亿，下调幅度增加6个百分点
- $> 40$ 亿，下调幅度增加10个百分点



## 不调整支付范围的续约规则

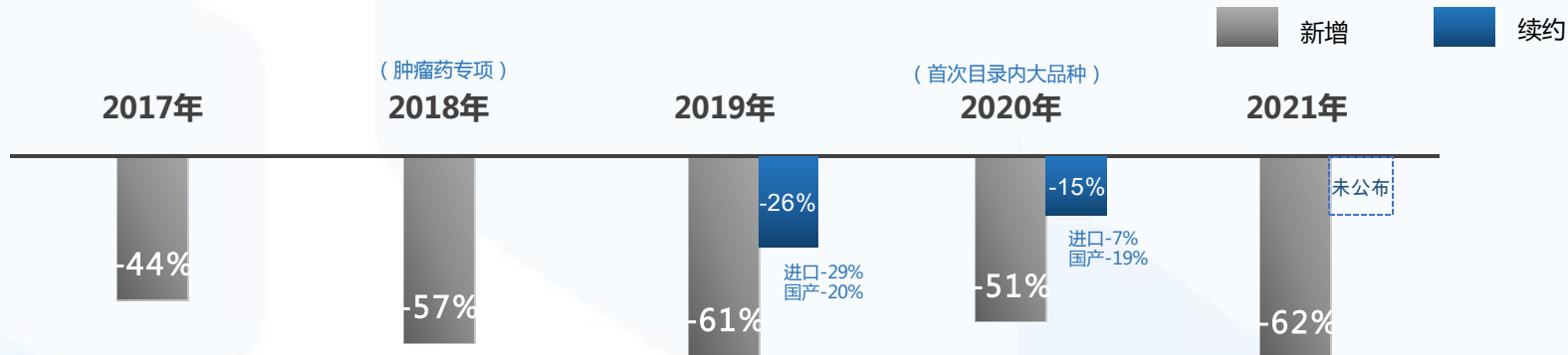
比值A	医保基金年实际支出金额				
	< 2亿	2~10亿	10~20亿	20~40亿	> 40亿
≤110%	支付标准不作调整				
≤140%	5%	7%	9%	11%	15%
≤170%	10%	12%	14%	16%	20%
≤200%	15%	17%	19%	21%	25%

## 调整支付范围的续约规则

比值B	医保基金年实际支出金额				
	< 2亿	2~10亿	10~20亿	20~40亿	> 40亿
≤10%	支付标准不作调整				
≤40%	5%	7%	9%	11%	15%
≤70%	10%	12%	14%	16%	20%
≤100%	15%	17%	19%	21%	25%

- 医保谈判2016年试点后2017年首次正式实施，2018年国家医保局才成立，政策和规则都在不断细化和动态调整中，方向是更合理、更贴近临床
- 2020年已实施的续约规则具体化，且配套开放数据平台，有利于企业建立合理的降价预期

### 医保谈判历年降幅



# 目录 / CONTENTS

01 医保续约谈判政策

02 DRG政策

03 如何理解长期趋势和短期数据

# 02 DRG政策趋势：2022-2024年全面铺开

医保政策继续支持真创新、真获益

## 《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》

	2022	2023	2024
统筹地区全覆盖	+40%	+30%	+30%
		启动后	
	第一年	第二年	第三年
医疗机构全覆盖	+40%	+30%	+30%
病种全覆盖	~70%	~80%	~90%
医保基金全覆盖	~30%	~50%	~70%

### 总目标：

- 2024年底，全国所有统筹地区全部开展
- 2025年底，覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，基本实现病种、医保基金全覆盖



### 医保控费工具箱——复合支付方式——DRG——DIP——DRG/DIP

DIP/DRG都包括了按病种分值付费和区域总额预算管理，差异是分组方法；都是针对急性住院病人。

### 定义

#### DRG

Diagnosis Related Groups :  
按疾病诊断相关分组付费。

#### DIP

Big Data Diagnosis-  
Intervention :  
基于大数据的病种分值付费。

### 分组方式

#### DRG

对同一主要诊断下的疾病按照内科治疗、外科治疗和非手术操作三种方式进行分组，按照疾病诊断、手术或操作临床过程相似，资源消耗相近的原则进行归纳形成核心疾病诊断相关组（ADRG），再根据合并症与并发症细化分组。

分组个数：几百个至一千个（如国家医保局的CHS-DRG为618个分组），从粗到细分组，求最大公约数（病例组合），组内差异大。

#### DIP

按照医保版疾病诊断及代码（ICD-10）进行疾病诊断及适当组合，按照医保手术操作分类与编码技术进行分类，对“疾病诊断”和“治疗方式”随机组合，穷举形成DIP病种组合。

分组个数：上万种（如国家医保局印发DIP目录库共14052个病组），从细到粗分组，强调临床客观真实数据，组内差异小。

### 计算方式

#### DRG

各DRG付费标准=DRG费率×各DRG调整后权重

#### DIP

DIP病组支付标准=DIP病种分值×结算点值

### 监管难点

#### DRG

①分组对专家依赖程度高；②需编码统一，否则无法分组；③各地因诊疗方式区别，各组差异大；④标准化的诊疗路径可能妨碍技术进步。

#### DIP

①依赖历史病案数据；②具有诱导使用复杂技术的风险；③分组细导致监管难度大，存在upcoding现象；④冲工分导致分值贬值风险。

## DRG/DIP试点地区实施效果总结

## 控费效果达到预期

- 医保基金支出增速放缓，部分地区从亏损转为结余
- 平均住院日下降、患者自付金额降低
- 次均费用降低，其中药耗占比降低明显；检查费、化验费也有所下降；治疗费、手术费相比而言降幅较低或呈上升趋势

## 医疗机构绩效提升

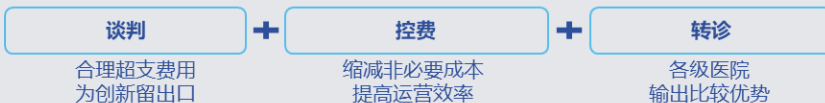
- 临床路径覆盖率增加、再入院率下降
- 分级诊疗效果显现

## DRGs/DIP机制

## 医保部门：



## 医疗机构：



## 产业变化

## 医疗形式变化

- 日间手术
- 检验结果互认
- 第三方检验及影像中心

## 医疗技术创新

- 国谈药品转化为DRG点数另行付费（宁波）
- 首次实行新技术，可由专家评估并按折算点数/新增分组支付（衢州）
- 鼓励性价比适宜的新技术、新器械/设备（如浙江省达芬奇、TAVI、飞秒、腔镜手术等增速较高）
- 一定比例高倍率病例按项目付费（云南玉溪）

以上为局部试点的有限样本，大规模推广后的效果还有待观察

DRG为标化服务的支付标准，需配套其他政策使用。创新产品上市初期缺乏相关数据难以确定适宜的DRG权重和支付标准，医疗机构面临“超支自付”风险可能导致使用受限，为解决该问题，**几乎全世界所有实施DRG的国家，均有针对创新的除外支付等制度安排。**

### 国家层面此前已为新技术项目的除外支付留有余地

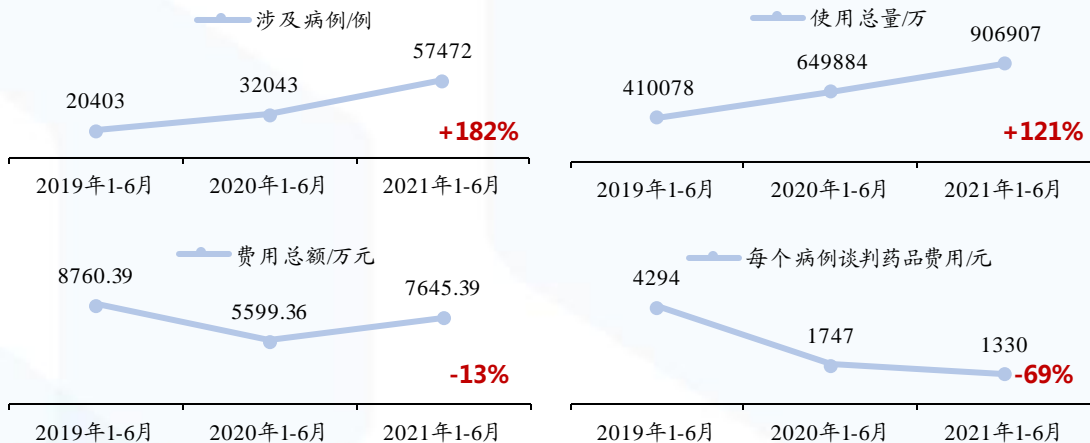
时间	政策	细则
2021.09.09	《国家医疗保障局 国家卫生健康委关于适应国家医保谈判常态化持续做好谈判药品落地工作的通知》	对实行DRG等支付方式改革的病种，要及时 <b>根据谈判药品实际使用情况合理调整该病种的权重。</b>
2019.10	《关于印发疾病诊断相关分组（DRG）付费国家试点技术规范 and 分组方案的通知》	已在医保经办备案的 <b>新技术项目，可暂先按项目付费执行一年后，再根据数据进行测算，修订该病种分组的支付标准。</b>

### 此前已有多地开展创新支付制度安排实践

2019年~浙江省	2020年~宁波市	2015年~云南省	2022年~北京市
除外支付+创新奖励	国谈药品折算为点数付费	高/低倍率病例按项目付费	除外支付

剔除国家谈判药品  
用的该DRG病例点数该病例涉及的国家谈判药品费用  
按实际发生额折算成DRG点数该病例  
总点数
$$\text{国家谈判药品DRG点数} = \text{药品实际发生费用} / \text{全市所有病例次均费用} \times 100$$

图：国家谈判药品使用量逐年上升（非2020年新增品类，仅住院部分）



#### 国谈药品举例：

- 贝伐珠单抗：2019年1-6月使用量5191支，2021年1-6月使用量8404支，使用总量增加**62%**
- 康柏西普：2021年1-6月使用总量和涉及病例数相比2019年1-6月增幅**接近2倍**

**2020.06.30** 宁波市DRG点数法付费改革全面启动，探索将国谈药品折算为点数付费

#### 以某宁波市三级医院患者为例，国谈药品折算成点数后医院收益增加

**诊断：**肺腺癌伴胸膜转移  
**治疗方案：**卡铂+培美曲塞二钠+贝伐珠单抗  
**DRG分组：**RE13，恶性增生性疾患的化学和/或靶向、生物治疗，伴一般并发症与合并症

**住院总费用：**20137.94元  
**培美曲塞二钠+贝伐珠单抗费用：**17180元  
**病例点数：**61.7536  
**高倍率费用界值：**19381.67元

**未剔除国谈药品，医院亏损：**  
 住院总费用 > 高倍率费用界值

**剔除国谈药品，医院收益约3500元：**  
 培美曲塞二钠+贝伐珠单抗按实际费用折算后的点数为175.441；假设点值100元  
**医院收益=（病例点数+国谈药品点数）\*100=（61.7536+175.441）\*100=23720元 > 20137.94元**

## 浙江省

时间	政策	细则
2019.11.12	《浙江省基本医疗保险住院费用DRGs点数付费暂行办法》	医疗机构开展符合卫生行政相关规定且为该设区市首次施行的医疗新技术时，经专家评议，按合理医疗服务费用确定点数。
2020.05.11	《浙江省省级及杭州市基本医疗保险住院费用DRGs点数付费实施细则（试行）》	定点医疗机构开展符合卫生行政部门规定的医疗新技术， <b>经DRG专家组评议，可按其医疗服务项目价格合理确定点数。（不需要首次实施）</b>
2020.09.30	关于《浙江省省级及杭州市基本医疗保险住院费用DRGs点数付费实施细则(征求意见稿)》公众意见收集情况的说明	已经开展的内窥镜、Tomo、Tavi等医疗新技术经DRG专家组评议，可按其医疗服务项目价格合理确定点数，具体流程由省医保经办机构制定。

## ➤ 除外支付后，创新手术数量保持高增速

2020年，全省达芬奇机器人手术、Tavi、Tomo和飞秒激光手术的手术量分别同比增长**157%、1011%、51%和126%**，2021年分别同比增长**95%、25%、-1%和33%**。2020年和2021年，在杭的省级医院、市级医院腔镜手术量同比上升了**48%和50%**。

## ➤ 除外DRG支付费用与实际费用相比基本持平

2020年，达芬奇、飞秒、TOMO手术的DRG支付费用/病例总费用略超100%；TAVI手术接近100%。

## ➤ 除外支付后，医疗机构获得激励

2020年和2021年，杭州医疗机构因使用新技术分别获得激励金额约**1亿元和1.3亿元**。

## 衢州市

时间	政策	细则
2020.02.11	《衢州市基本医疗保险住院费用DRGs点数付费实施细则》	医疗机构开展符合卫生行政相关规定且为市内首次施行的新技术，并属于基本医疗保险范围的病例，经专家评议， <b>按合理医疗服务费用确定点数</b> 。

## ➤ 新增病组

新增**ECMO病组1个、腔镜类/微创类病组20个、多发伤病组3个**，解决因①新技术及创新术式；②费用离散程度大导致分组不精确等而导致的DRG费用偏离实际医疗费用过多的问题



## 既往实践：一定比例的高/低倍率病例按项目付费（云南）

### 高倍率病组

- 将每月实际医疗费用超过付费标准的病例**降序**排列
  - 取县区人民医院的**前5%**、市人民医院的**前7%**，**按项目付费**
- ✓ 解决DRG付费与新业务新技术的矛盾

### 低倍率病组

- 对实际医疗费用小于等于付费标准**0.35倍**的病例，**按项目付费**
  - 合理控制医院结余率，年度**结余超过7%**的部分**不予留用**
- ✓ 确保医疗服务质量，防范医疗供给不足



2022.07.13 北京医保局发布  
《关于印发CHS-DRG付费新药新技术除外支付管理办法的通知（试行）》



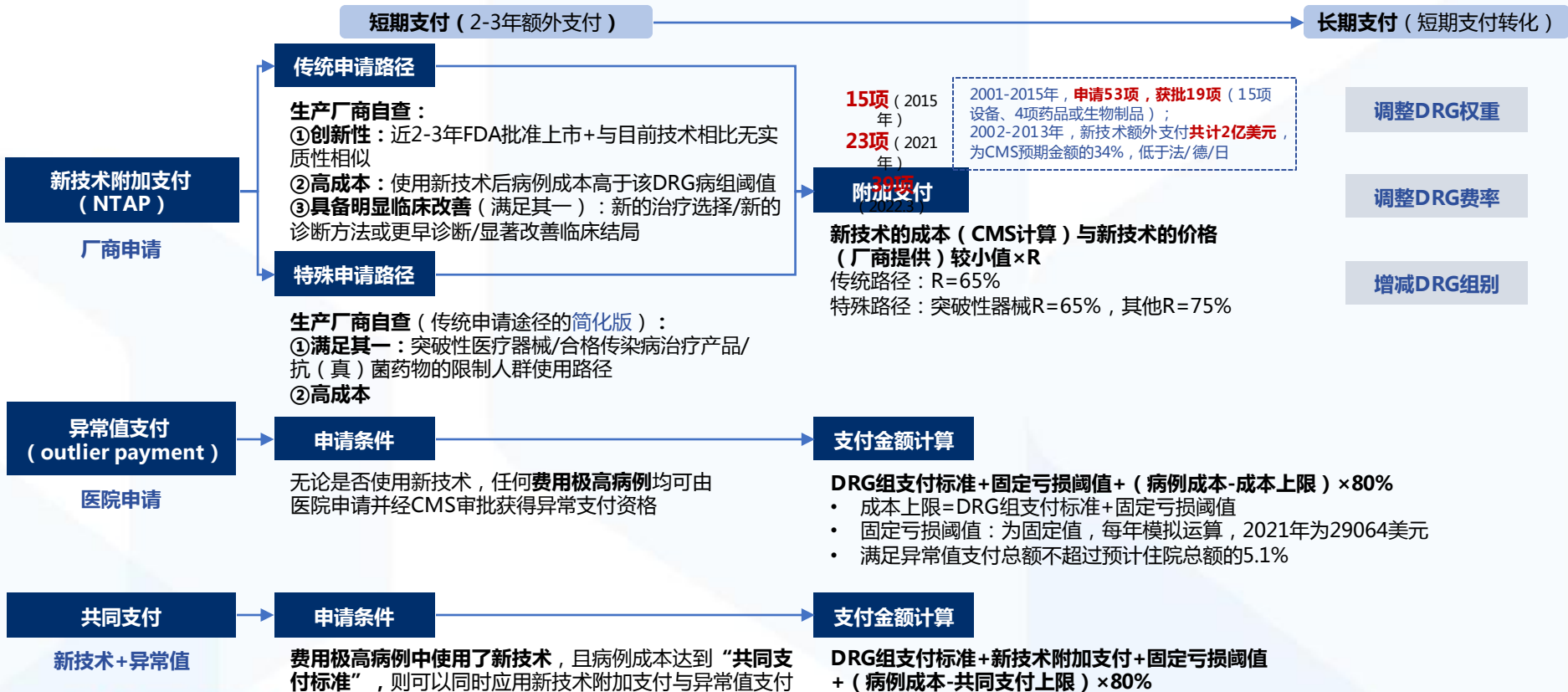
- **北京除外支付规则更加明确。**此前浙江省已有创新药械除外支付，但规则相对模糊；北京本次除外支付政策，明确药械、诊疗项目的审批条件、申报流程，除外支付有章可循。
- **创新项目需具备卫生经济效益，真创新不怕火炼。**北京除外支付类似德国、美国，都需具备“创新+效果提升+对DRG支付有影响”条件才可纳入除外支付，但仍需专家进一步评估卫生经济效应，预计该环节权重较高，具备真正临床创新的药械及诊疗技术有望受益。
- **有望建立常态化短期除外支付及长期支付转化机制。**参考其余进行除外支付的国家及地区，均已建立常态化创新药械支付规则，即逐年申请并审批创新药械除外支付，1-3年后随病例数据累积，可建立长期支付机制。除外机制为DRG配套政策，此后在其他地区也有望常态化。

其余国家和地区具有较完善的创新支付配套制度



创新技术纳入门槛各有差异

	美国（较严格）	法国（较宽松）
<b>创新技术纳入标准</b>	创新+高成本+具备明显临床改善	创新+高成本
<b>创新技术支付情况</b>	2001-2015年，申请53项，获批19项； 2002-2013年，新技术额外支付共计 <b>2亿美元</b> ，为CMS预期金额的34%	2005年至2007年，补充支付的金额增加了37%， 2008年总计支出达到 <b>24亿欧元</b> 。



# 02

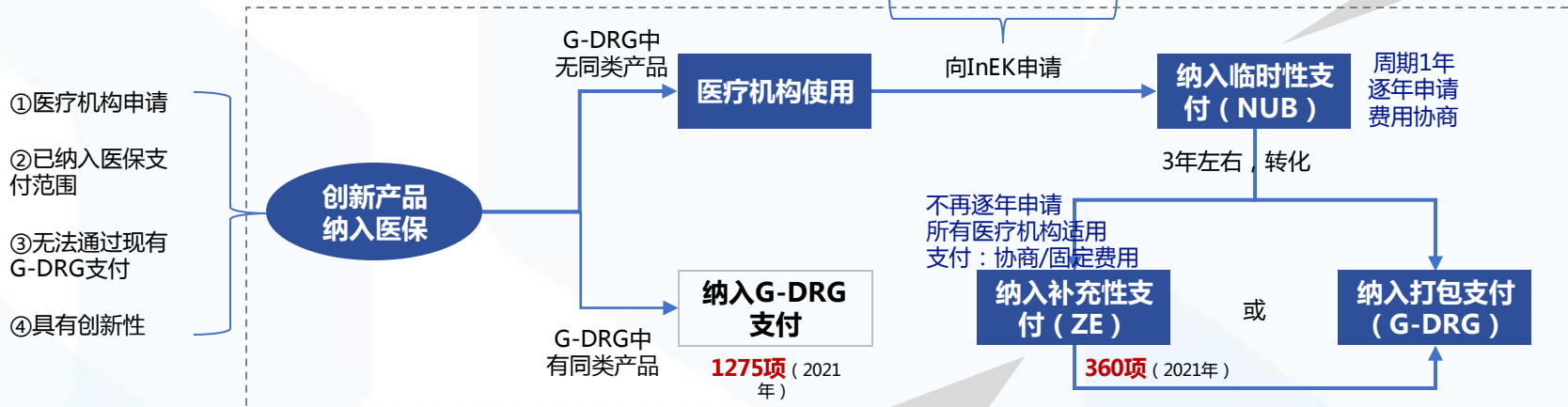
## 德国：建立常规化的创新产品临时性-补充性-打包支付转换程序

- 1 医疗机构**每年10月31日**之前向InEK申报下一年度NUB项目
- 2 InEK**每年1月31日**之前完成评估并公布本年度NUB名单及评估结果
- 3 申请医疗机构与当地疾病基金谈判支付标准（不同机构存在差异性）
- 4 3年后依具体情况纳入补充性支付或打包支付

- **2007年起**G-DRG付费全面实施
- **2010年起**全国采用统一的基础费率

- ①创新性介绍
- ②患者人数预估及患者对新技术的评价
- ③新项目预估成本
- ④新项目与现有项目的成本效益分析

- ①提高临床可及性
- ②利用NUB病例数据加快纳入常规G-DRG的速度



- ①临床数据和信息不足以创建G-DRG分组；
- ②成本过高或不同病例使用数量差异较大，增加分组复杂程度

# 目录 / CONTENTS

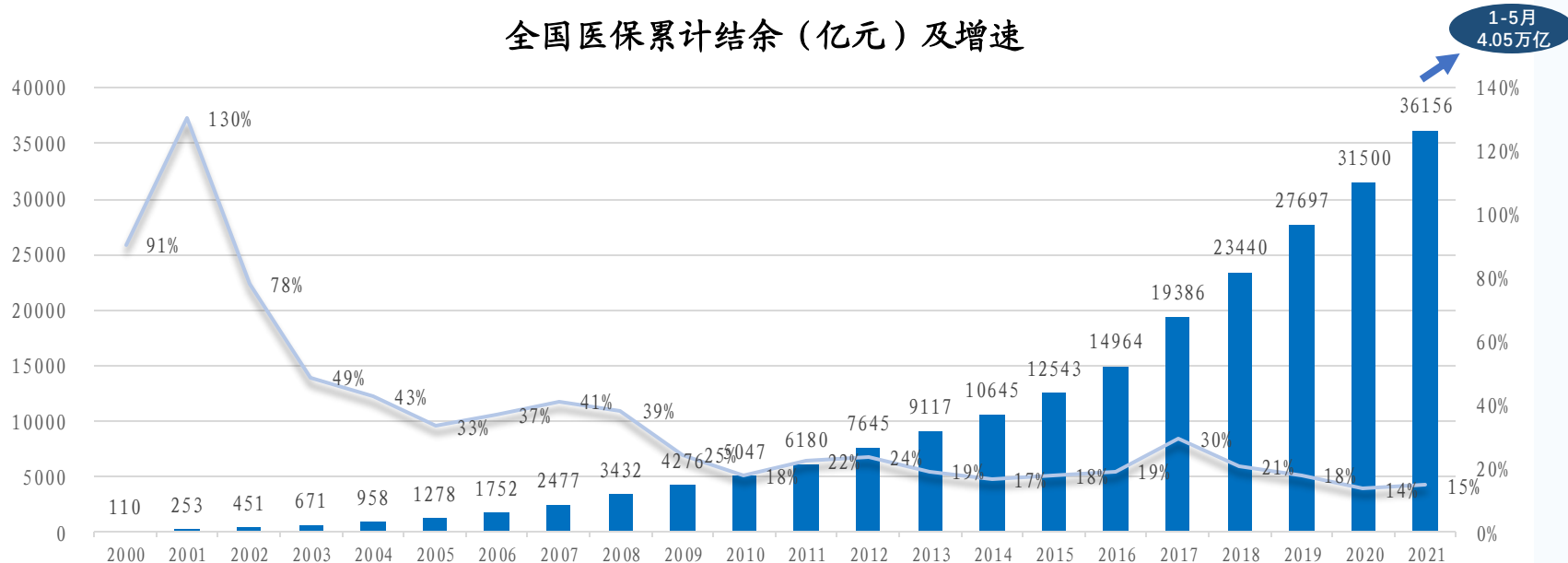
01 医保续约谈判政策

02 DRG政策

03 如何理解长期趋势和短期数据

- 2022年1-5月，全国医保基金累计结余达**4.05万亿**，延续之前累计趋势。
- 2022年与2020年不同的是，收入端影响并未如此前显著，但支出再次出现罕见的下滑，2022年1-5月医保当期累计结余达4310亿元，较2020-2021年同期（1635/2715亿元）显著提高。但支出下滑不是常态，预计随着下半年疫情好转，医院就诊有所恢复，支出增速逐步走向回正。

全国医保累计结余（亿元）及增速



# 03 2020年至今医保基金收支受疫情影响较大

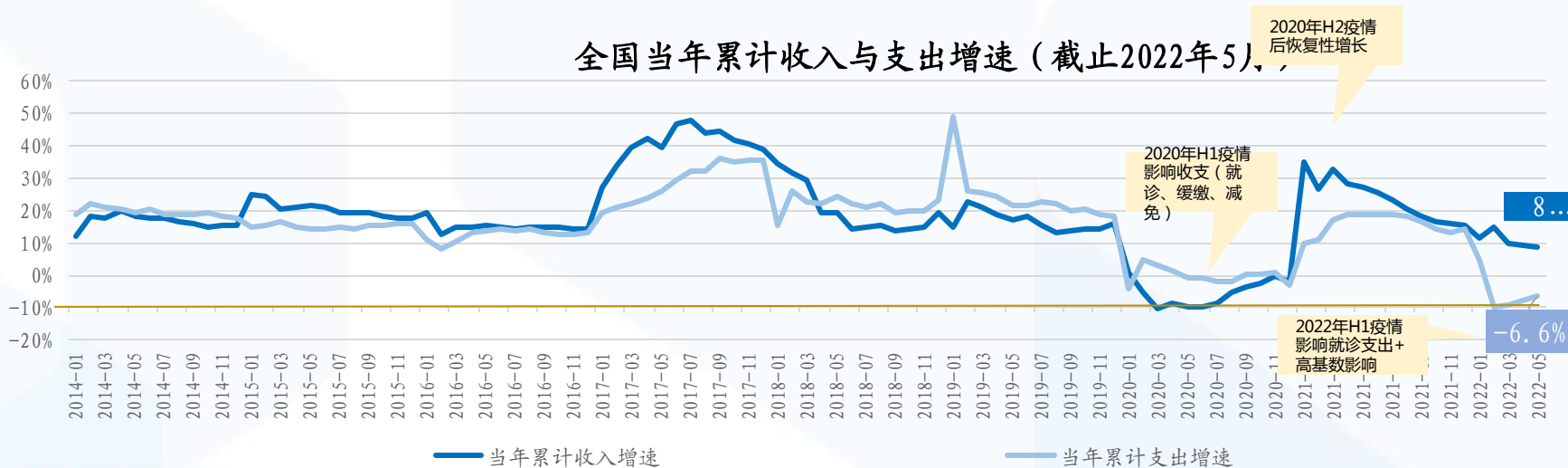
## ① 疫情期间对收入端的政策

- 2020年2月起对参保单位减半征收职工医保费，最长实施5个月，阶段性减征1650亿元；参保单位和个人还可延期缓缴医保费不超过6个月；
- 2022年7月国家医保局等四部门联合发文对中小微企业实施阶段性缓缴职工医保单位缴费，统筹基金累计结存可支付月数大于6个月的统筹地区，自7月起，对中小微企业、以单位方式参保的个体工商户缓缴3个月，免申即享，预计缓缴规模1500亿。

## ② 疫情影响就诊支出

## ③ 基数效应：新冠疫苗和核酸支出

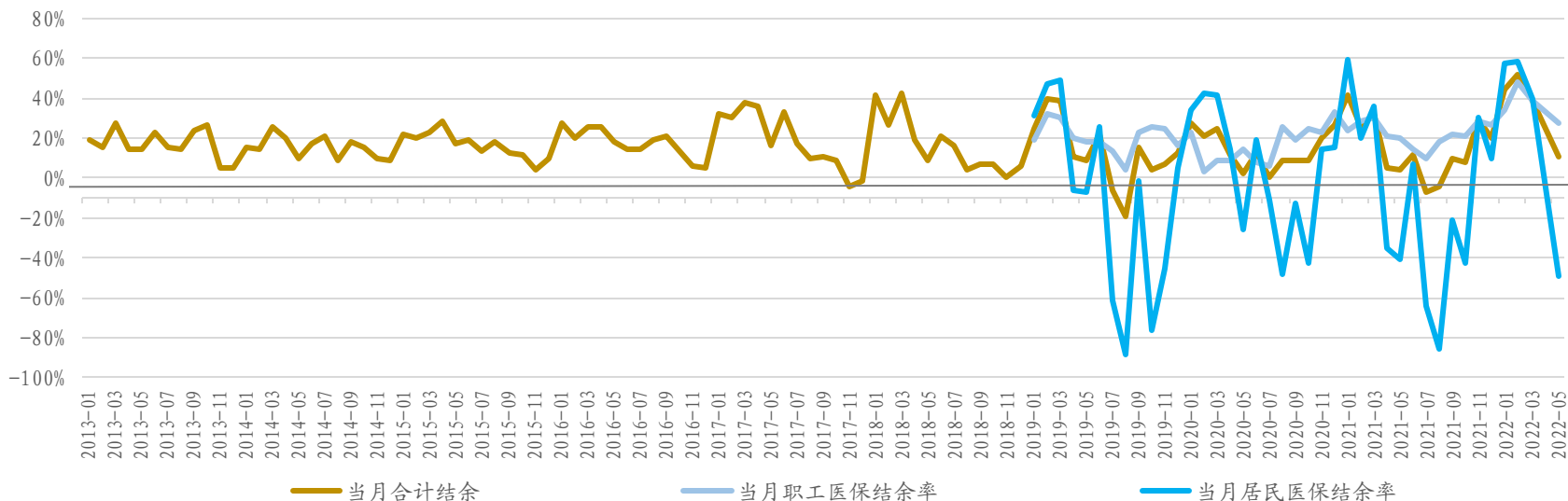
- 截至2022.4月我国已经接种32亿剂次新冠病毒疫苗，疫苗费用1200余亿元，由医保基金和财政共同分担。医保支出高峰预计为2021Q2-Q3。





- 当期单月数据受基数等原因影响会有波动
- 居民医保主要来自财政补贴，波动更大

单月收支结余率增速（截止2022年5月）

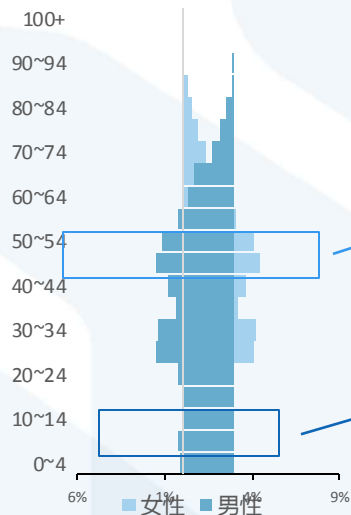


医保基金基本原则：

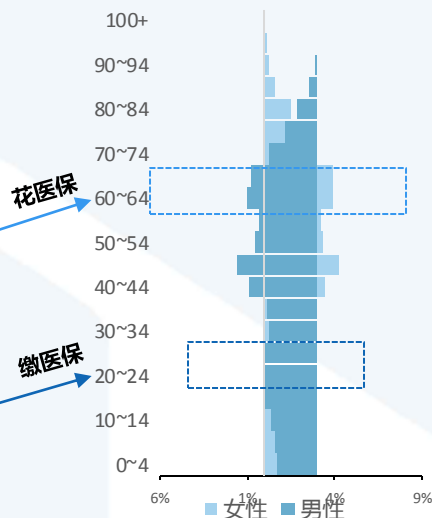
① 保基本

② 以收定支

2018年人口结构



2035年预期人口结构



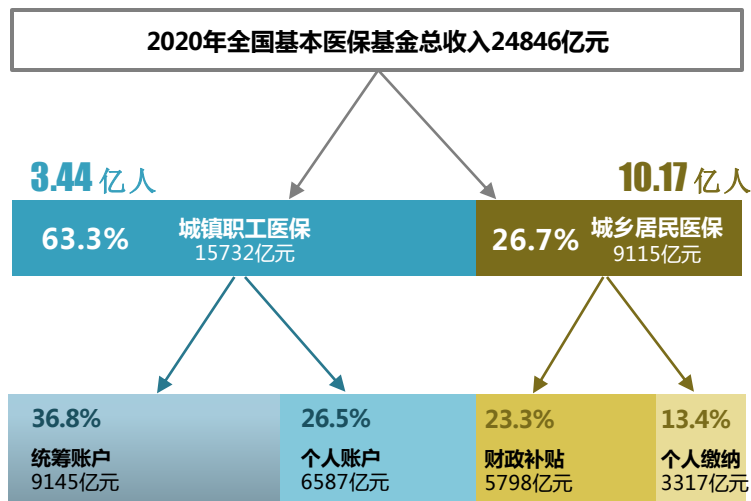
医保基金的收入和支出均受人口直接影响：

- 少子化影响缴费人群
- 老龄化影响开支人群
- 个人收入差异大

医保基金基本原则：

① 保基本

② 以收定支



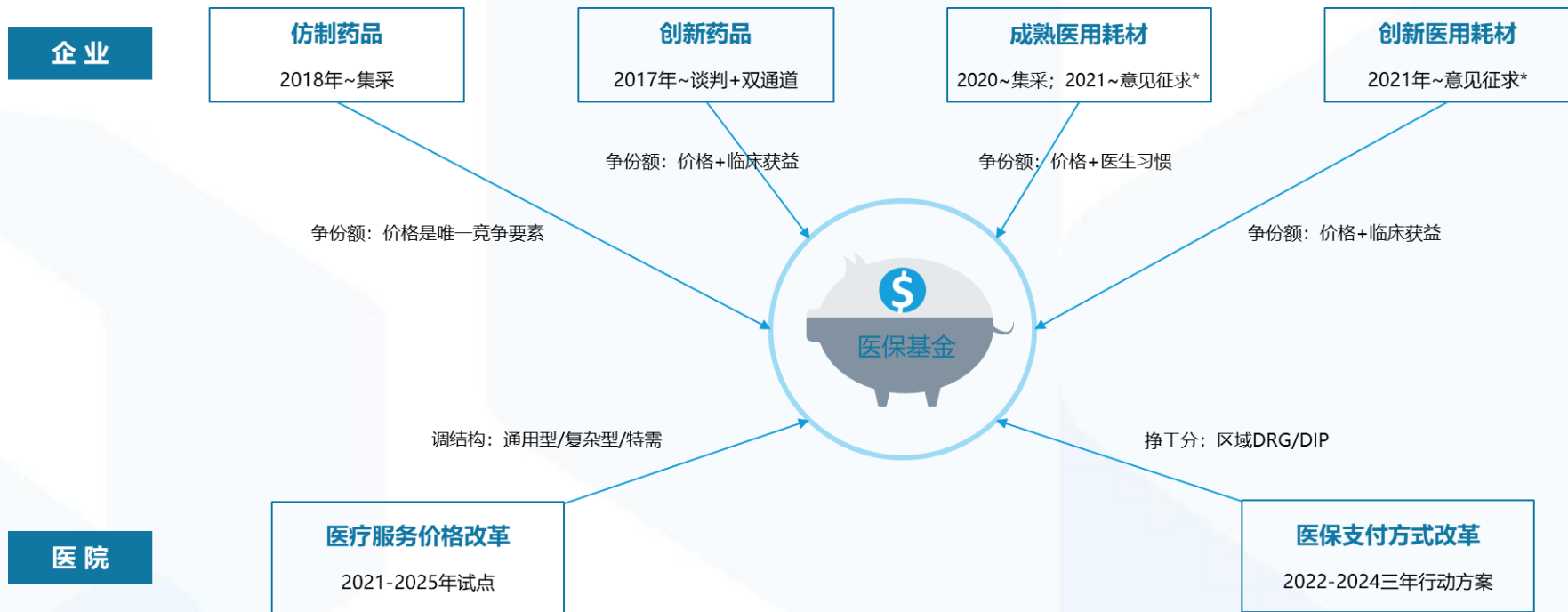
注：上图比例为细分医保收入金额占比总收入比例

医保基金筹资来源和宏观经济休戚相关：

- 财政收入
- 企业盈利
- 个人收入

# 03

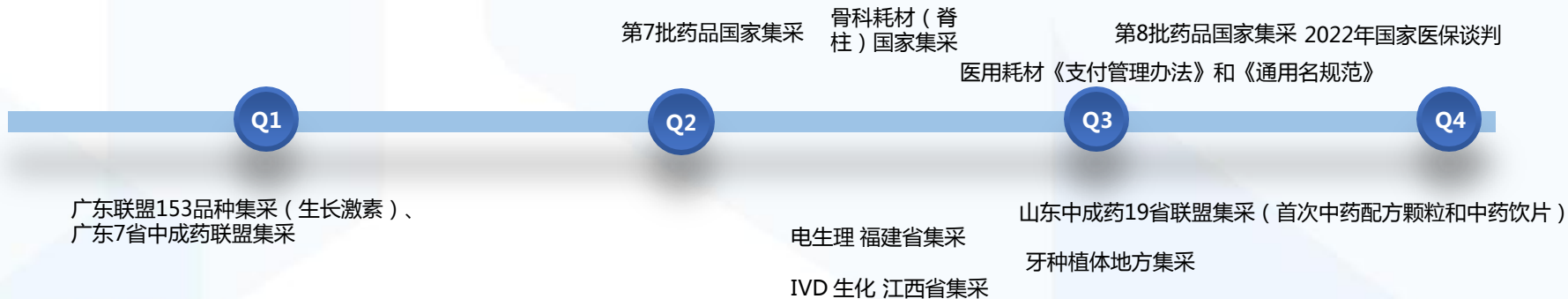
## 医保改革内在逻辑：核心是总量目标下分配方式的改革



## 小结：医保政策支持创新方向不变，规则更清晰可预测

- 政策方向不变，但规则变得可预测，——短期影响是政策预期边际改善，中期影响是二级市场风险评价改变，估值锚有望重构；
- 需注意，政策鼓励的仍然是真正的创新、真正能让病人临床获益的新项目，不是走回头路；
- 其他医保政策：因疫情影响延迟开阵，2022下半年集采执行环比上半年更为密集，但预计影响为局部和阶段性。

### 2022年 医药行业重点政策预期及其时间表



- 集采政策顶层框架设计已确定，在市场预期之内，如地方推进节奏较快则对相关公司业绩影响可能提前。
- 政策不断动态调整，具体公司影响不确定。