



## 宏观研究

## 【粤开宏观】疫情之下的医疗资源比较：基于中国 31 省市区和 36 城市的分析

2022 年 04 月 14 日

分析师：罗志恒

执业编号：S0300520110001

电话：010-83755580

邮箱：luozhiheng@y kzq.com

研究助理：原野

## 近期报告

《【粤开宏观】一季度 GDP 增速或跌破百分之 5，稳增长保民生迫在眉睫》

2022-04-05

《【粤开宏观】稳增长再发力——解读国常会精神》2022-04-07

《【粤开宏观】盘点历年积极的财政政策：回顾、比较与展望（1998-2021）》

2022-04-08

《【粤开宏观】一季度专项债和城投债的发行与投向及其对基建的影响》2022-04-11

《【粤开宏观】社融超预期与中美利差倒挂，降准降息仍有空间》2022-04-12

## 摘要

近期疫情在全国范围内大面积反弹，上海、吉林受侵扰最甚，大众对医疗系统的抗压能力产生了前所未有的关注。医疗资源在抗疫过程中发挥了重要作用，我们基于医生护士、床位、医院、医药上市企业数量规模、卫生财政支出等指标从五个维度进行了国际比较，同时比较了 31 个省市区和 36 个重点城市的医疗资源情况，描绘出一幅中国医疗资源“地图”，以期为后续完善和均衡区域间医疗体系提供数据基础。

## 一、国际比较

经过多年发展，中国医疗卫生体系建设取得了长足的进步，但不可否认，与发达经济体仍有差距，尤其是医护人员相对匮乏。世界卫生组织《2020 年世界护理状况报告》显示，2018 年全球每千人拥有护士数量为 3.7 人，其中美洲为 8.3 人，欧洲为 7.9 人。反观我国，每千人注册护士数量从 2018 年的 2.9 人增长至 2021 年的 3.5 人，仍未达 2018 年全球平均水平。北京作为医护资源丰富的典型城市，其千人护士数为 6.9 人，仍不及 2018 年欧洲平均水平。

## 二、省际比较

第一，北京医护资源全国领先，人均医护人员数量明显“碾压”其他省份；三甲医院汇集，但人均床位略显不足。

第二，江、浙、沪为代表的华东省份，人均医护人员相对充裕；医院、床位“总量足、人均少”。

第三，东三省以及陕、甘、宁为代表的西北诸省，则是人均医护数量偏少，人均床位相对充足。

第四，天津、河北为代表的华北省份，医生多，护士少；而云、贵、川为代表的西南省份，护士多，医生少。

第五，广东、福建为代表的沿海省份，由于常住人口规模大，人均医生、护士、床位皆“捉襟见肘”。

第六，生物医疗上市企业分布基本呈“东多西寡”特征，浙江（40 家）、广东（31 家）、江苏（29 家）位列前三，北京、上海紧随其后，上市企业数量均超过 20 家；青海、宁夏没有上市的医药企业，甘肃（2 家）、新疆（1 家）居末两位。

第七，医疗领域财政支出在总量上基本和人口数呈正比，西部省份由于中央大量转移支付和人口稀疏的原因，人均支出较高。



### 三、重点城市比较

绝大多数重点城市的医生、护士、床位等医疗资源均优于全国平均水平。中西部省份，省内分化大，省会城市“虹吸效应”显著，而东部省份内部发展更均衡，所以部分中西部省会城市的医疗资源反而优于经济发达的“明星城市”。例如，广州、上海、深圳三座一线城市，人均医生、护士拥有量均排在中下游水平，其中深圳更是位于末位水平，每千人医生、护士数量分别为 2.3 人和 2.6 人，显著低于全国平均水平。中西部昆明、太原、济南、郑州、西宁等市医护资源充沛，无论医生，还是护士，均排在全国前 10 行列。新一线城市长沙，每千人医院床位数为 7.7 张，每百万人拥有医院数量 32.6 家，分别排名第 4 和第 7，而深圳的相应数据为 3.3 张和 8.3 家。

### 四、动态清零仍有必要，同时要切实保障居民的生活物资和正常就医需要

**比较分析我国医疗资源后发现，当前尚不具备“共存”的条件，而贯彻“动态清零”的总方针才能保证国内医疗体系的平稳运行和社会生活的正常秩序。**

第一，我国医疗资源整体并不充裕，分配极不均衡，叠加老年人接种疫苗比率不足，若不及时“动态清零”，一旦形成规模性反弹和社会心理恐慌，医疗体系将面临被击穿的危险。第二，面对疫情需要算总账、算生命账，在巨大的人口基数面前，绝对数更值得关注。第三，中国的“动态清零”不是追求零感染，而是快速、精准的发现一例解决一例，守住不出现疫情规模性反弹的底线。未来更需要在坚持战略不变的基础上，完善战术，将防疫政策落得更实、更细，避免生活物资供应不足和正常就医停摆引发的次生灾害，切实保障居民的生活物资和正常就医需要。

**风险提示：**疫情反弹超预期、数据披露不及时产生统计偏误



## 目 录

一、我国医疗资源与国际比仍有差距 .....	4
二、各省市区医疗资源比较 .....	4
1、医护数量 .....	5
2、医院床位数 .....	6
3、医院数量 .....	7
4、医药行业上市企业数量与规模 .....	9
5、卫生健康支出 .....	9
三、重点城市医疗资源孰优孰劣 .....	12

## 图表目录

图表 1：2017 年主要经济体每千人医生数量 .....	4
图表 2：2021 年各省市区人均医生资源的分布情况 .....	5
图表 3：2021 年各省市区人均护士资源分布 .....	6
图表 4：2021 年各省市区人均医院床位数分布 .....	7
图表 5：总量上，我国医院数量呈“东南到西北递减”的分布特征 .....	8
图表 6：上海、江苏、浙江等华东省份呈“总量足，人均少”的特征，北京、天津等华北省份优势突出 .....	8
图表 7：2021 年各省市区医药行业上市企业数量分布 .....	9
图表 8：绝对总量上，人口密集的省份普遍卫生健康支出较高 .....	10
图表 9：各省市区 2020 年人均卫生健康支出 .....	10
图表 10：2021 年部分省市区人均卫生健康支出情况 .....	11
图表 11：2021 年重点城市医护资源情况 .....	12
图表 12：2021 年重点城市医院、床位情况 .....	13
图表 13：一线城市、人口稠密的省会城市卫生健康支出规模较大 .....	13
图表 14：2020 年重点城市人均卫生健康支出情况 .....	14



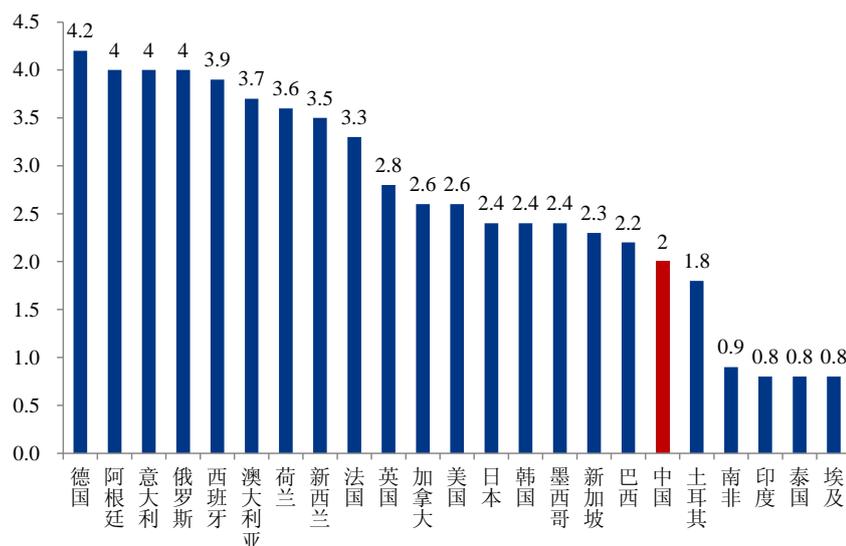
## 一、我国医疗资源与国际比仍有差距

经过多年发展，中国医疗卫生体系建设取得了长足的进步。尤其是 2003 年非典过后，我国医疗投入快速增长。根据英国顶级智库列格坦研究所发布的 2021 年全球繁荣指数中健康指标数据，中国卫生健康领域的排名从 2007 年的 26 位跃居到 2021 年的第 7 位。《柳叶刀》发布的数据显示，中国的医疗保健获取及质量 (HAQ) 指数从 2000 年的 53.3 分快速攀升至 2016 年的 77.9 分。

但不可否认，中国的基础医疗资源与发达经济体仍有差距，尤其是医护人员相对匮乏。医生数量上，根据《2020 年国际统计年鉴》数据，2017 年高收入国家的每千人医生数量为 3.1 人，而彼时我国仅为 2.0 人。即使到 2021 年，我国每千人医生数量增长至 3.0 人，仍未达到当时高收入国家标准。

护士数量上，世界卫生组织《2020 年世界护理状况报告》显示，2018 年全球每千人拥有护士数量为 3.7 人，其中美洲为 8.3 人，欧洲为 7.9 人。反观我国，每千人注册护士数量从 2018 年的 2.9 人增长至 2021 年的 3.5 人，仍未达 2018 年全球平均水平。北京作为医护资源丰富的典型城市，其千人护士数为 6.9 人，尚不及 2018 年欧洲平均水平。另一方面，我国护医比较低，2021 年仅为 1.2，远低于国际公认合理的护医比 (2.8)。

图表1：2017 年主要经济体每千人医生数量



资料来源：《2020 年国际统计年鉴》、粤开证券研究院

## 二、各省市医疗资源比较

疫情爆发来，倏忽已三年，期间变种毒株层出不穷，死亡阴霾挥之不去。面对百年疫情，医疗资源成为遏制疫情的“关键底牌”，被越来越多的人所重视。医疗资源的完备程度不仅决定了一个城市、地区医疗系统的抗压能力，更成为制定防疫政策的重要依据。为此，我们从五个维度剖析了各省医疗资源的分布，描绘了一幅完整的中国医疗资源“地图”。



## 1、医护数量

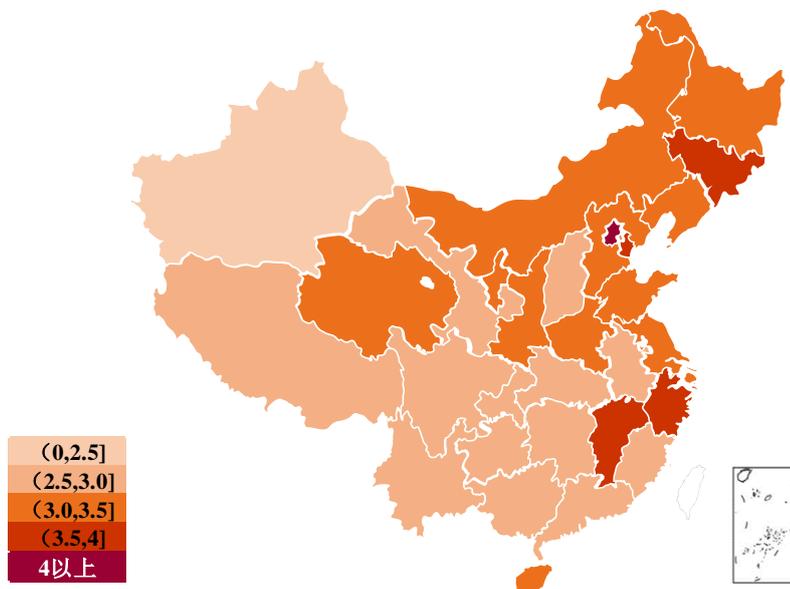
医生和护士数量反映了一个地区的基础救治能力，是最重要、最基础的医疗资源。抗击疫情过程中，医护人员更起着主力军作用。

人均医生数量上，华北地区优势显著，华东诸省相对充足，中南、西南地区较匮乏。2021年全国每千人执业医生（助理）数量为3.0人，较2020年的2.9小幅提升。其中，北京一骑绝尘，每千人医生数量为5.7人，显著“碾压”其他省份，排名前10的其他省份每千人医生数量基本在3人左右的水平。华北地区的天津、内蒙古、河北排名靠前。华东地区，上海、浙江、江苏、山东均跻身全国前10。经济发展速度较快的广东，每千人医生数量仅为2.5，不及全国平均水平，主要是省内分化较大，粤东西北地区医疗建设较薄弱。云南、贵州、西藏、新疆等省排名整体靠后。

人均护士数量上，北京、上海、浙江、江苏等省份仍占据优势；与医生资源分布不同的是，医生较多的河北、天津等华北省份护士资源出现短缺，而西南诸省的人均护士数量则不像医生那样匮乏。北京每千人注册护士数量依然遥遥领先，为6.5人；上海、浙江、江苏分别排名3、7、14位，整体靠前。天津、河北等医生资源充足的省份，人均护士数排在下游水平；而医师短缺的云贵川，其护士资源排在中上游水平。广东、安徽、福建等省人均护士依然不足。

图表2：2021年各省市人均医生资源的分布情况

2021年31个省市区每千人执业医生（助理）数量

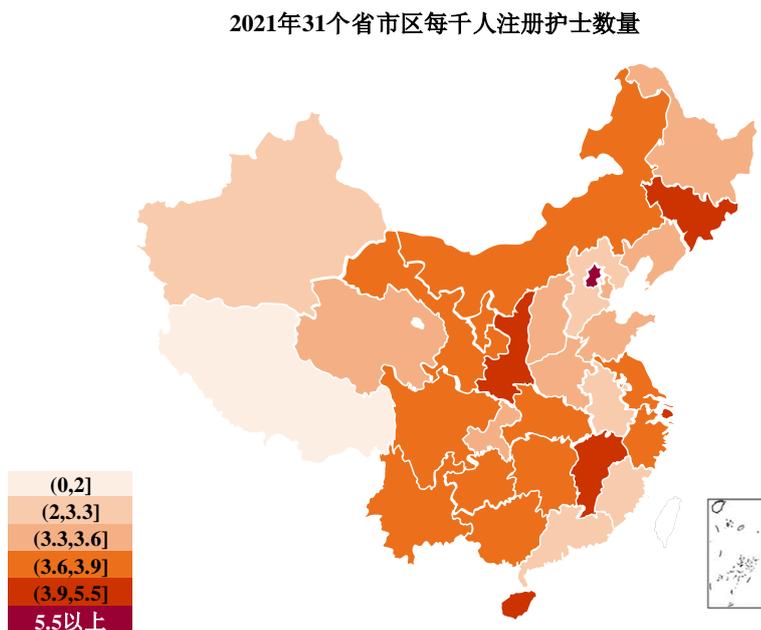


资料来源：各省市区2021年统计公报、粤开证券研究院罗志恒、原野等整理

注：由于吉林、西藏、青海、宁夏未披露2021年统计公报；相应省市区的医生数量采用2020年数据替代。



图表3：2021年各省市自治区人均护士资源分布



资料来源：各省市自治区2021年统计公报、粤开证券研究院罗志恒、原野等整理

注：由于吉林、西藏、青海、宁夏未披露2021年统计公报；相应省市自治区的护士数量采用2020年数据替代。

## 2、医院床位数

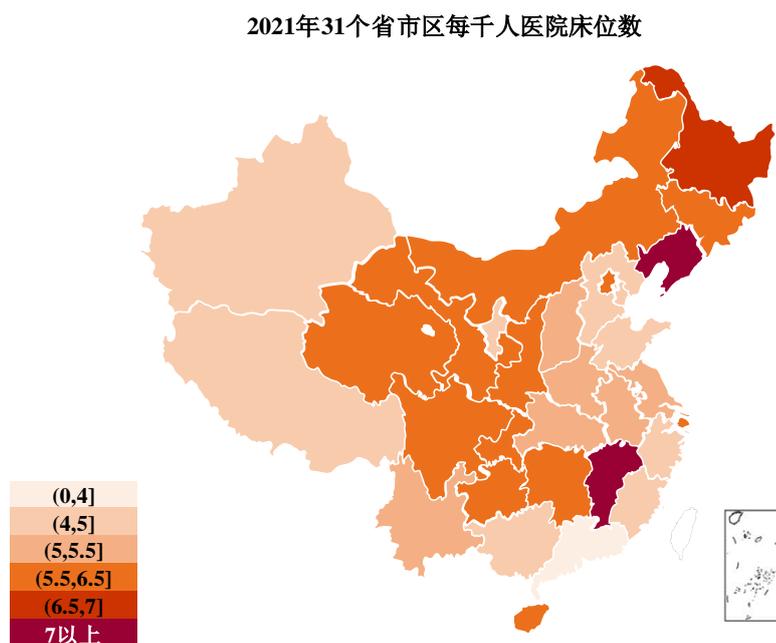
医院床位数直接反映了一地区医疗系统的收治能力，是基础的硬件条件。

医护资源充足的北京、上海、浙江、江苏等发达地区，在人均医院床位数上的优势有所弱化，人口流出、经济欠发达地区的床位则更充足。辽宁、江西、黑龙江、陕西、青海排名前5，上海、北京排名下滑至10名开外，浙江、江苏排名在20名开外，广东、西藏、福建居末三位。排名垫底的广东每千人医院床位数仅为3.8张，约是榜首辽宁的一半（7.4张）

整体上，2021年东北地区每千人医院床位数约7张、西南、西北地区约6张、华东、华北约5张、中南地区不足5张。



图表4：2021年各省市自治区人均医院床位数分布



资料来源：各省市自治区2021年统计公报、粤开证券研究院罗志恒、原野等整理

注：由于吉林、西藏等未披露2021年统计公报；辽宁、上海等2021年统计公报中未披露医院床位数；云南、新疆2021年统计公报中未将医院和卫生院床位数分开披露；相应省市区的人均医院床位数采用2020年数据替代。

### 3、医院数量

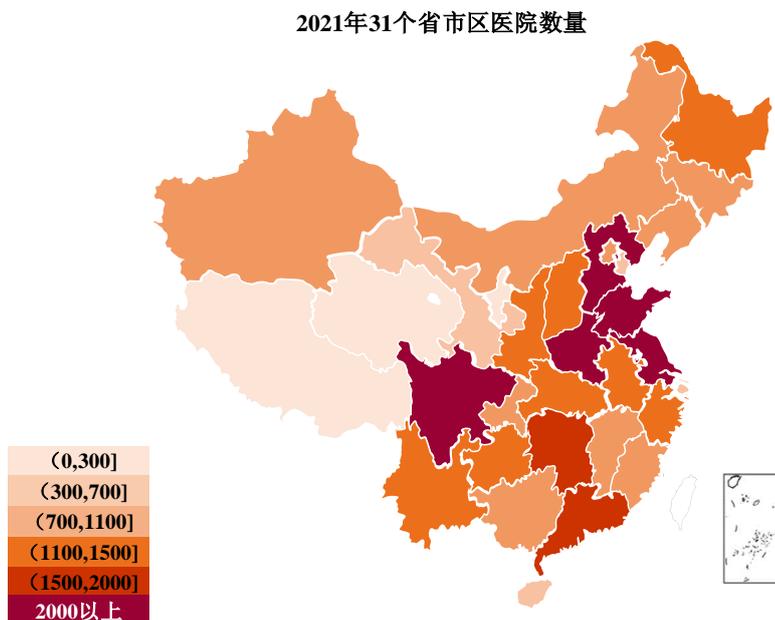
总量上，我国医院数量呈“东南到西北递减”的分布特征，经济发达的华东、中南地区的医院最密集，华北、西南、东北诸省次之，西北地区省份医院较少。中南、华东地区13个省份的医院数量约占全国的50%。山东省领跑全国，拥有2640家医院；河南、江苏、广东、浙江等均排进全国前10。人口相对稀疏、经济欠发达的西北5省，医院数量占全国比重仅8.6%，宁夏、青海居末。

人均上，在巨大的人口基数面前，上海、广东、浙江、江苏、福建、河南等华东、中南地区的人均医院数量显得“捉襟见肘”。其每百万人拥有医院数量排在31个省市区的最下游，广东、福建、上海为倒数第1、3、4位。北京、天津、山西等华北地区省份居全国前列，每百万人拥有医院数量仍然较多。

三甲医院是优质医疗资源的集中体现，华东、中南地区仍呈“总量足，人均少”的特征，华北地区优势突出。以上海、江苏、浙江为代表的华东地区拥有434家的三甲医院，占全国总量的27.5%，广东以122家三甲医院数量夺魁，几乎等于整个西北地区三甲医院数量的总和（138家）。但考虑到人口规模，相应省份每百万人拥有三甲医院数量只能排到中下游。北京优质医疗资源最集中，人均水平排名第1，天津排第4。



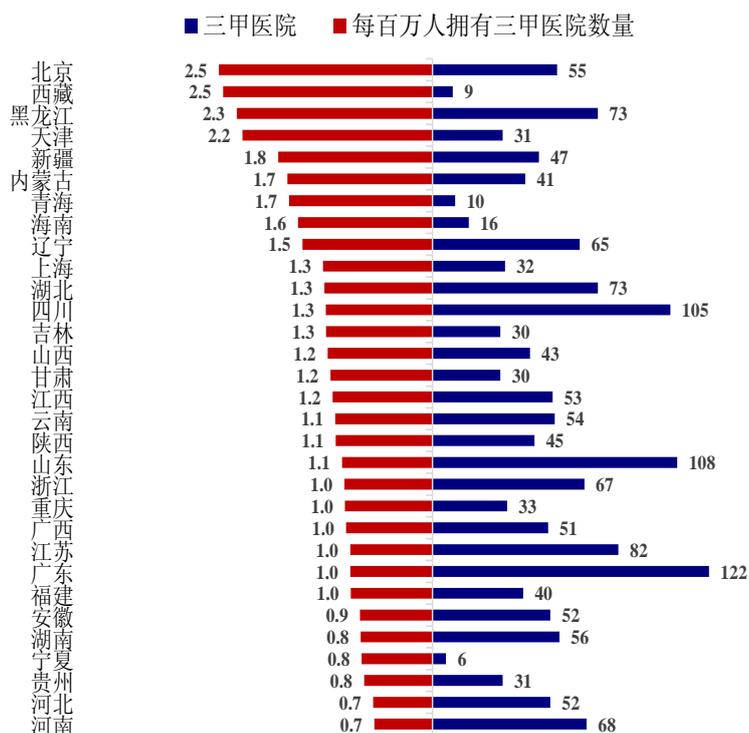
图表5：总量上，我国医院数量呈“东南到西北递减”的分布特征



资料来源：各省市区2021年统计公报、粤开证券研究院罗志恒、原野等整理

注：由于吉林、西藏等未披露2021年统计公报；山西2021年统计公报中未披露医院数量，黑龙江、江西等2021年统计公报中医院与卫生院未分开披露，相应省市区的医院数量采用2020年数据替代。

图表6：上海、江苏、浙江等华东省份呈“总量足，人均少”的特征，北京、天津等华北省份优势突出





资料来源：《2021 年中国卫生健康统计年鉴》、粤开证券研究院罗志恒、原野等整理

#### 4、医药行业上市企业数量与规模

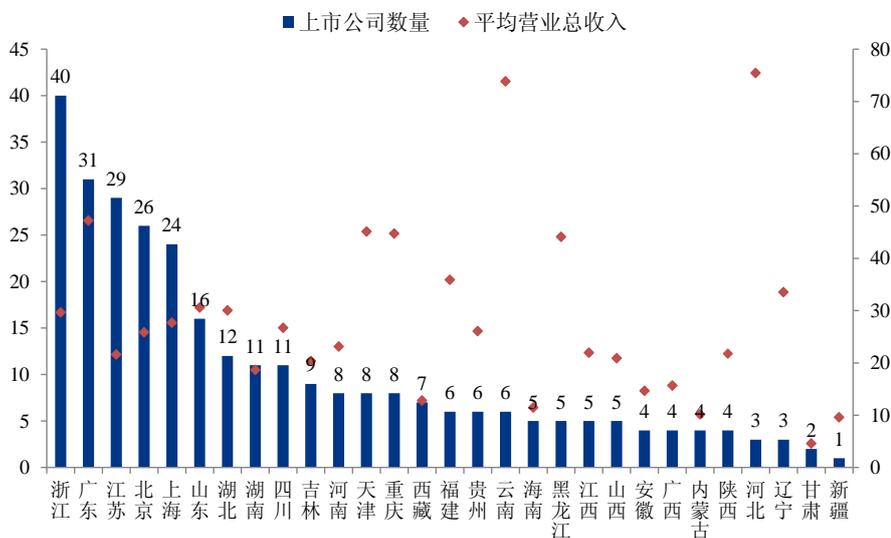
医药制造业上市企业数量与规模，一定程度上表征了一个地区在面对紧急公共事件时期，能够快速调动的本地生产、供应能力，部分医药行业上市企业的库存更对医疗物资的本地供应起到“雪中送炭”的作用，是短期应急保障能力的体现。

数量上，上市企业主要集中在东部省份，中部、东北次之，西部省份由于历史沿革和产业基础问题，医药行业发展较迟滞，上市企业数量较少。截止 4 月 7 日，北上深三个交易所共上市企业 4774 家，医药制造业企业 303 家。东、中、东北、西部省份上市企业数量分别为 188、41、17、57 家，平均到各省分别为 19、8、6、4 家。

浙江（40 家）、广东（31 家）、江苏（29 家）位列前三，北京、上海紧随其后，上市企业数量均超过 20 家，五大省市汇集了超过三分之一的上市企业。反观西部地区，青海、宁夏没有上市的医药企业，甘肃（2 家）、新疆（1 家）居末两位。

规模上，不少数量排名靠后的中西部、东北省份，由于存在大型龙头制药企业导致平均营收、平均总资产均较大。例如云南的云南白药显著拉高了上市企业平均规模，河北则受到华北制药、以岭药业的影响。这类大型上市国企，出于企业责任和企业性质在抗疫过程中发挥了一定积极作用。东三省也类似，虽然上市药企不多，但多是老牌成熟企业，如吉林的长春高新、通化东宝，辽宁的东北制药，黑龙江的哈药股份等。

图表 7：2021 年各省市医药行业上市企业数量分布



资料来源：Wind、粤开证券研究院

#### 5、卫生健康支出

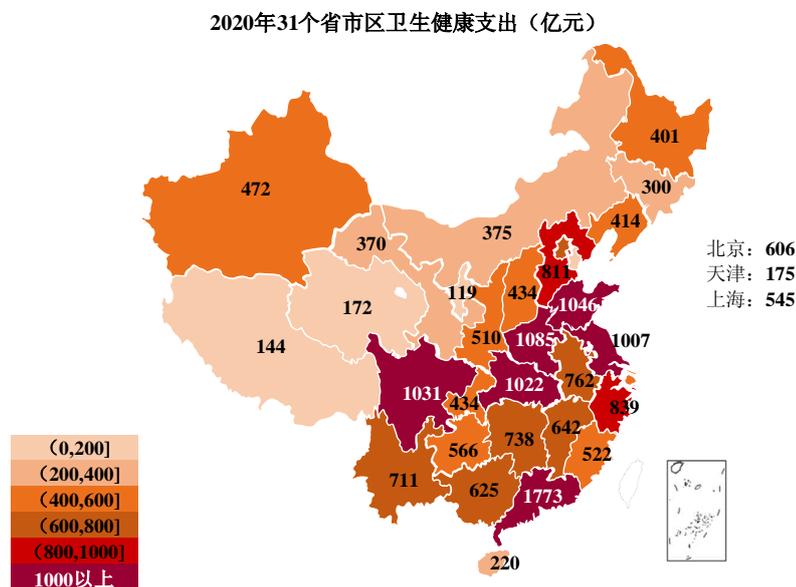
财政是国家治理的基础和重要支柱。疫情之下，一般公共预算支出中的卫生健康支出不仅是一个地区进行病患救治、核酸检测、防疫物资储备的重要资金，更是其提高应急处置、患者收治能力，完善公立医院建设的基础。

绝对总量上，人口密集的省份普遍卫生健康支出较高。2020 年卫生健康支出排名前三的省份分别是广东（1773.0 亿元）、河南（1085.4 亿元）和山东（1045.5 亿元），也



是人口最稠密的三大省份。湖北位列第五，主要受 2020 年初疫情大爆发的影响，其卫生健康支出直接从 2019 年约 600 亿水平，跃升至 1000 亿水平，增长 69.8%。

图表8：绝对总量上，人口密集的省份普遍卫生健康支出较高



资料来源：各省市区财政厅、统计局、粤开证券研究院整理（决算数据）

剔除人口因素后，西部省份“逆袭”，部分东部发达省份人均卫生健康支出不及全国平均水平。2020 年，人均卫生健康支出排名前 10 的省市区里西部省份占 6 席，分别为西藏、青海、新疆、宁夏、内蒙古、云南。其中西藏人均卫生健康支出为 3949.2 元，是全国平均水平的 2.5 倍。而广东、浙江、江苏人均卫生健康支出均低于全国平均水平 1564.0 元。这种“西高东低”的特征或体现了中央财政转移支付在促进公共服务均等化方面的效果。

2020 年绝大多数省份的卫生健康支出增速都有所提高。31 个省市区人均卫生健康支出平均增长 16.3%，除了天津同比下降 11.4%（2021 年由负转正 2.9%），其余 30 个省市区均为正增长。湖北、新疆、重庆增速居前，分别为 75.2%、54.1%和 31.5%。

2021 年来疫情整体有所缓解，但多点散发的情况显著，疫情反复的典型省份均持续追加卫生健康支出，增速普遍较高。由于缺乏财政决算数据，因此我们统计了在财政预算执行报告中公布卫生健康支出细项数据的 20 个省市区 2021 年的情况。样本省份人均卫生健康支出平均增速为 2.8%，较 2020 年有所下降。其中 12 个省份同比增速为正，8 个省份缩减了支出规模。上海人均卫生健康支出增速最高，为 16.2%。江苏、陕西、福建、广东分别为 15.6%、10.7%、7.4%和 3.2%，对应于 7 月南京疫情、12 月西安疫情、9 月厦门疫情、6 月广州疫情。

图表9：各省市区 2020 年人均卫生健康支出



排名	较2019年排名变化	省市区	2020人均卫生健康支出(元)	同比增速
1	→	0 西藏	3949.2	15.9%
2	→	0 青海	2903.0	15.5%
3	→	0 北京	2766.7	13.4%
4	→	0 上海	2188.3	10.0%
5	→	0 海南	2174.1	27.4%
6	↑	9 新疆	1820.7	54.1%
7	↑	18 湖北	1779.3	75.2%
8	↓	-2 宁夏	1644.7	10.7%
9	↑	1 内蒙古	1560.9	17.0%
10	↑	2 云南	1506.4	16.7%
11	→	0 甘肃	1480.6	13.8%
12	↓	-3 贵州	1466.2	5.5%
13	↓	-5 江西	1421.3	1.7%
14	↓	-1 广东	1404.5	11.0%
15	↑	9 重庆	1353.9	31.5%
16	→	0 浙江	1296.9	12.4%
17	↓	-3 陕西	1288.7	9.0%
18	↓	-11 天津	1265.4	-11.4%
19	↑	9 黑龙江	1265.2	31.0%
20	↓	-1 福建	1254.3	10.9%
21	↓	-4 吉林	1251.1	8.7%
22	↓	-1 安徽	1247.6	10.6%
23	↓	-5 广西	1245.0	9.7%
24	↓	-1 山西	1242.1	18.5%
25	↓	-5 四川	1231.1	9.0%
26	↓	-4 江苏	1188.4	11.1%
27	→	0 湖南	1110.0	11.4%
28	↓	-2 河南	1091.8	9.5%
29	→	0 河北	1086.7	16.4%
30	→	0 山东	1028.6	14.0%
31	→	0 辽宁	971.7	14.0%

资料来源：各省市区财政厅、统计局、粤开证券研究院整理（决算数据）

图表10：2021年部分省市区人均卫生健康支出情况





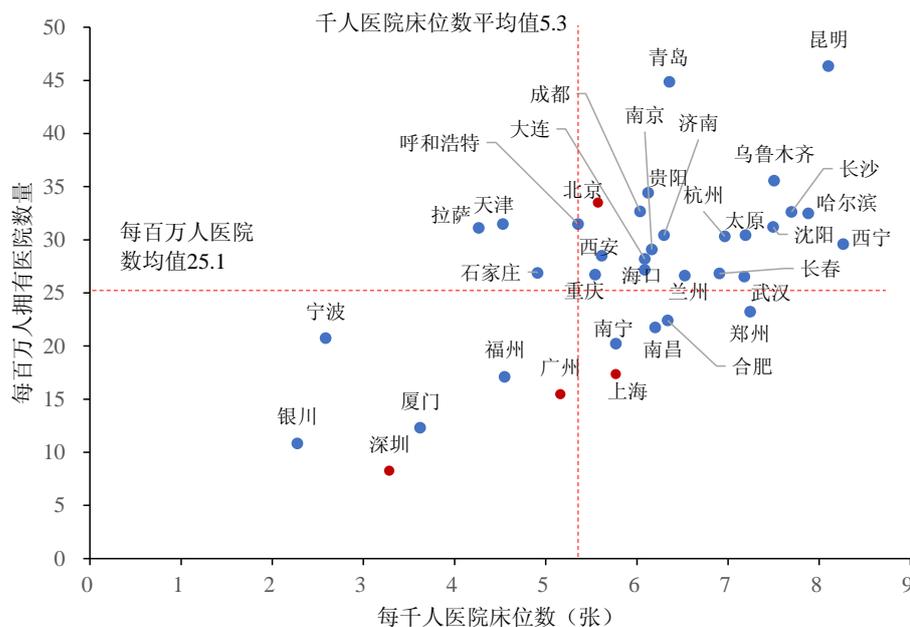


数相对比较紧缺。

昆明、西宁、乌鲁木齐、长沙、郑州、济南等中西部省会城市，人均医院、床位水平皆居于前列。例如新一线城市长沙，每千人医院床位数为 7.7 张，每百万人拥有医院数量 32.6 家，分别排名第 4 和第 7。作为对比，深圳的相应数据为 3.3 张和 8.3 家。

此外，东北的省会城市作为老牌的工业基地积累了较好的基础医疗资源，尽管面临着经济总量下滑和人口持续流出的问题，但人均硬件水平仍具优势。例如哈尔滨、沈阳千人床位数约 8 张，处在全国前列。

图表12：2021 年重点城市医院、床位情况



资料来源：各市 2021 年统计公报、粤开证券研究院

注：由于南京、沈阳等市未发布 2021 年统计公报；武汉、太原市的 2021 年统计公报中并未公布医院数量；上海、武汉等市的 2021 年统计公报中并未公布医院病床数量；相应城市的数据采用 2020 年替换。

3、一线城市、人口稠密的省会城市卫生健康支出规模较大，西北地区的省会城市卫生健康支出较低。北、上、深三市位居前三，广州排名第 6，相应卫生健康支出分别为 605.6 亿元、544.5 亿元、441.1 亿元和 300.8 亿元。重庆、成都、武汉、郑州等人口密集城市排名也相对靠前，支出规模在 100-300 亿区间。西北地区城市近年来人口流出显著，常住人口较少，卫生健康支出规模也较小，西宁、银川、拉萨排名居末，支出规模在 20 亿元左右。

人均水平上，一线城市卫生健康支出依然保持前列，拉萨由于人口和转移支付的因素位列第 4，武汉、乌鲁木齐受当年疫情冲击影响，卫生健康支出大幅提高。北京、深圳、上海、广州依次居于第 2、3、5、6 位。武汉位列第 1，2020 年人均卫生健康支出为 3061.2 元，较 2019 年增长 154.5%，乌鲁木齐的人均卫生健康支出增速也高达 143.6%。

图表13：一线城市、人口稠密的省会城市卫生健康支出规模较大





排名	较2019年排名变化	重点城市	2020人均卫生健康支出(元)	同比增速
1	↑	10 武汉	3061.2	154.5%
2	↓	-1 北京	2766.7	13.4%
3	↑	1 深圳	2501.5	27.5%
4	↓	-2 拉萨	2439.5	3.2%
5	↓	-2 上海	2188.3	10.0%
6	↑	3 广州	1605.3	19.4%
7	↓	-1 南昌	1491.9	4.1%
8	↓	-3 厦门	1390.1	-14.2%
9	↑	8 重庆	1353.9	31.5%
10	↑	26 乌鲁木齐	1352.5	143.6%
11	↓	-1 宁波	1316.8	7.1%
12	↓	-4 南京	1296.7	-6.1%
13	↓	-6 天津	1265.4	-11.4%
14	↑	10 海口	1256.1	35.6%
15	↓	-3 杭州	1245.3	11.2%
16	→	0 福州	1130.7	8.7%
17	↑	9 济南	1072.7	16.1%
18	↑	5 青岛	1028.4	10.9%
19	↑	3 长春	1023.8	7.8%
20	↑	1 西宁	1021.9	7.4%
21	↓	-7 郑州	997.4	-10.4%
22	↓	-9 大连	978.7	-12.4%
23	↓	-8 南宁	974.4	-7.0%
24	↓	-6 兰州	955.6	-5.1%
25	↑	10 哈尔滨	941.3	34.7%
26	↓	-1 合肥	924.3	-0.1%
27	↑	3 贵阳	923.7	10.5%
28	↓	-9 昆明	915.3	-7.1%
29	↑	4 沈阳	905.8	15.4%
30	↑	2 呼和浩特	902.7	10.8%
31	↑	3 西安	901.3	21.0%
32	↓	-12 银川	859.0	-11.7%
33	↓	-4 石家庄	839.0	0.3%
34	↓	-7 成都	815.5	-5.5%
35	↓	-4 太原	788.9	-3.7%
36	↓	-8 长沙	776.3	-9.3%

资料来源：各市财政局、统计局、粤开证券研究院整理

#### 四、动态清零仍有必要

通过对我国医疗资源的分析比较,我们更清楚地认识到,当前尚不具备“共存”的条件,而贯彻“动态清零”的总方针才能保证国内医疗体系的平稳运行和社会生活的正常秩序。

第一,我国医疗资源整体并不充裕,分配极不均衡,叠加老年人接种疫苗比率不足,若不及时“动态清零”,一旦形成规模性反弹,医疗体系将面临被击穿的危险。事实上,欧美等发达经济体选择“躺平”后,不断出现医疗资源挤兑的情况,如美国多地出现“护士荒”,不少医疗机构通过紧急雇佣外国护士缓解人手短缺。欧美国家较完善的医疗系统尚且在奥密克戎面前发生了挤兑,我国是否具有开放的条件不言自明。

第二,面对疫情需要算总账、算生命账,在巨大的人口基数面前,绝对数更值得关注。从世卫组织公布的数据来看,新冠疫情造成的死亡数量并未明显降低。今年年初至4月7日,中国香港地区因新冠死亡病例逾8000例。更重要的是,除新冠疫情本身造成的死亡外,超额死亡同样不能忽视。2022年3月10日,《柳叶刀》的一项研究指出因新冠疫情造成的超额死亡数是新冠报告死亡数的3倍。

第三,中国的“动态清零”不是追求零感染,而是快速、精准的发现一例解决一例,守



**住不出现疫情规模性反弹的底线。**未来更需要在坚持战略不变的基础上，完善战术，将防疫政策落得更实、更细，充实基层组织和医疗力量，切实保障居民的生活物资和正常就医需要，避免生活物资供应不足和正常就医停摆引发的次生灾害。



## 分析师简介

罗志恒，2020年11月加入粤开证券，现任首席经济学家兼研究院院长，证书编号：S0300520110001。

## 分析师声明

作者具有中国证券业协会授予的证券投资咨询执业资格或相当的专业胜任能力，保证报告所采用的数据均来自合规渠道，分析逻辑基于作者的职业理解，本报告清晰准确地反映了作者的研究观点，力求独立、客观和公正，结论不受任何第三方的授意或影响，特此声明。

## 与公司有关的信息披露

粤开证券具备证券投资咨询业务资格，经营证券业务许可证编号：10485001。

本公司在知晓范围内履行披露义务。

## 股票投资评级说明

投资评级分为股票投资评级和行业投资评级。

### 股票投资评级标准

报告发布日后的12个月内公司股价的涨跌幅度相对同期沪深300指数的涨跌幅为基准，投资建议的评级标准为：

买入：相对大盘涨幅大于10%；

增持：相对大盘涨幅在5%~10%之间；

持有：相对大盘涨幅在-5%~5%之间；

减持：相对大盘涨幅小于-5%。

### 行业投资评级标准

报告发布日后的12个月内行业股票指数的涨跌幅度相对同期沪深300指数的涨跌幅为基准，投资建议的评级标准为：

增持：我们预计未来报告期内，行业整体回报高于基准指数5%以上；

中性：我们预计未来报告期内，行业整体回报介于基准指数-5%与5%之间；

减持：我们预计未来报告期内，行业整体回报低于基准指数5%以下。



## 免责声明

本报告由粤开证券股份有限公司(以下简称“粤开证券”)提供,旨为派发给本公司客户使用。未经粤开证券事先书面同意,不得以任何方式复印、传送或出版作任何用途。合法取得本报告的途径为本公司网站及本公司授权的渠道,非通过以上渠道获得的报告均为非法,我公司不承担任何法律责任。

本报告基于粤开证券认为可靠的公开信息和资料,但我们对这些信息的准确性和完整性均不作任何保证,也不保证所包含的信息和建议不会发生任何变更。粤开证券可随时更改报告中的内容、意见和预测,且并不承诺提供任何有关变更的通知。本公司力求报告内容的客观、公正,但文中的观点、结论和建议仅供参考,不构成所述证券的买卖出价或询价,投资者据此做出的任何投资决策与本公司和作者无关。在本公司及作者所知情的范围内,本机构、本人以及财产上的利害关系人与所评价或推荐的证券没有利害关系。

本公司利用信息隔离墙控制内部一个或多个领域、部门或关联机构之间的信息流动。因此,投资者应注意,在法律许可的情况下,本公司及其所属关联机构可能会持有报告中提到的公司所发行的证券或期权交易,也可能为这些公司提供或者争取提供投资银行、财务顾问或者金融产品等相关服务。在法律许可的情况下,本公司的员工可能担任本报告所提到的公司的董事。

市场有风险,投资需谨慎。投资者不应将本报告作为作出投资决策的唯一参考因素,亦不应认为本报告可以取代自己的判断。在决定投资前,如有需要,投资者务必向专业人士咨询并谨慎决策。

本报告版权仅为本公司所有,未经书面许可,任何机构和个人不得以任何形式翻版、复制、发表或引用。如征得本公司同意进行引用、刊发的,须在允许范围内使用,并注明出处为“粤开证券研究”,且不得对本报告进行任何有悖意愿的引用、删节和修改。

投资者应根据个人投资目标、财务状况和需求来判断是否使用资料所载之内容和信息,独立做出投资决策并自行承担相应风险。我公司及其雇员做出的任何形式的分享证券投资收益或者分担证券投资损失的书面或口头承诺均为无效。

## 联系我们

广州经济技术开发区科学大道 60 号开发区控股中心 21-23 层

北京市西城区广安门外大街 377 号

网址: [www.ykzq.com](http://www.ykzq.com)