

标本兼治，深化医改

药品降价和《2011年公立医院改革试点工作安排》点评

医疗保健 领先大市-A

上次评级

领先大市-A

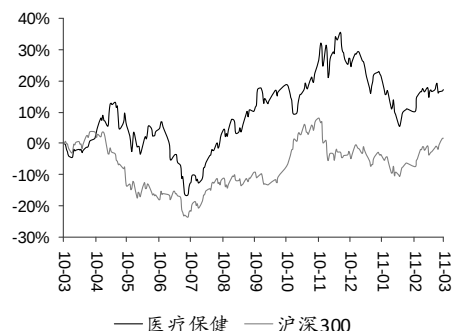
报告日期

2011-03-09

报告摘要:

- **发改委降低部分药品价格，平均降幅为21%。**国家发改委日前发出通知降低部分抗生素和循环系统用药的最高零售价。此次降价共涉及162个品种，近1,300个剂型规格，调整后的价格比现行规定价格平均降低21%，预计每年可减轻群众负担近100亿元。我们对于此次降价目录中上市公司涉及的品种进行了梳理：在我们统计的24个品种中，过往中标价格高于调整后最高零售价的品种有10种；中标价和最高零售价之间价差小于15%的有7种；中标价和最高零售价之间价差大于15%的有7种（详见表1）。我们认为，此次降价目录中的大部分产品可以通过价值链内部的利益重构消化降价影响，但部分品种降价幅度较大，仍需进一步观察企业采取的对策。此外，本次降价的单独定价产品中多数为外资企业品种，彰显外资企业的超国民待遇地位正在受到威胁，而国内企业反而有望借此契机抢占该部分药品的市场份额。
- **公立医院改革试点工作发布，进一步明确改革“以药养医”。**国务院于日前发布《2011年公立医院改革试点工作安排》，进一步深化和推进公立医院改革。在体制机制方面，通知指出推进管办分开，深化公立医院管理体制，推进政事分开，完善公立医院法人治理机制，推进医药分开，完善公立医院补偿机制，推进营利性与非营利性分开，完善医疗机构分类管理制度。在公立医院服务体系建设方面，通知指出在优化公立医院布局的基础上，优先建设发展县级医院，并建立公立医院与基层医疗卫生机构的分工协作机制；改进群众就医服务，控制医药费用，探索医疗保障付费方式改革等惠民措施；完善公立医院人事和收入分配制度，营造良好的医疗执业环境，促进医务人员合理流动，从而充分调动医务人员积极性。同时细化鼓励和引导社会资本举办医疗机构，改善社会资本举办医疗机构的执业环境，给非公立医疗机构留出合理发展空间，从而推进形成多元化办医格局。
- **药品降价并非医改主旋律，公立医院改革才是解决问题的根本所在。**我国的医疗服务产业由政府垄断，但由于政府补偿机制长期不到位，导致医疗资源严重不足亦严重不均，医生薪酬过低激励不足，从而造成了目前“以药养医”的深层次矛盾。因此，公立医院改革无疑是本次医改的重中之重，也是本次医改能否成功的关键所在。1997年以来的历次药品降价（详见表2），虽然能在一定程度上控制医药费用支出，减轻患者药费负担，但并未触及“药价虚高”的根本所在。因此，我们认为药品降价仅仅是我国医疗改革过程中的一个环节，并非医改的主旋律。而观察整个医药上市公司历年的ROE情况，企业则不断通过创新、调结构、内部管理提效，盈利能力在不断提升。
- **标本兼治，走在正确的道路上。**此次公立医院改革试点工作安排发布紧随药品降价通知之后，我们认为，政府已然充分认识到公立医院改革才是本次医改的核心所在，药品降价只是控制医药费用、减轻群众负担的权宜之计。由此判断，国家医疗体制改革无疑正沿着正确的方向前进。从长远来讲，公立医院的深入改革将使医药工业、医药流通、医疗服务价值链布局更加合理有序，这将有利于整个制药行业更加健康快速发展，对制药行业而言是实质性利好，我们仍长期坚持看好整个中国医药行业。
- **风险提示：**药品价格调整幅度与频度超预期的风险。

12个月行业表现



洪露

021-68766073
执业证书编号

首席行业分析师

honglu@essence.com.cn
S1450511020023

报告联系人

陈宁浦

021-68765361
chennp2@essence.com.cn

前期研究成果

医药行业：笔歌墨舞，万象更新

2010-12-17

医药：群英竞放，各具风流

2010-10-10

医疗保健设备：新苗兰芽，早树争春

2010-09-16

附录：

表 1 部分上市公司品种降价幅度及过往中标价等情况

公司	品种	规格	剂型	本次公布最高零售价	本次调整之前最高零售价	中标均价	最高零售价降幅	最高零售价与中标价差幅
单独定价产品								
白云山	头孢克肟	50mg×6	胶囊	25.1	28.2	24.1	10.96%	4.34%
	头孢地尼	0.1g×10	胶囊	108.0	120.0	98.3	10.00%	9.85%
誉衡药业	头孢米诺	0.5g	注射剂	65.3	76.5	66.5	14.64%	-1.83%
丽珠集团	罗红霉素片	50mg×12	分散片	13.2	18.8	14.0	29.79%	-5.40%
华北制药	青霉素 V	40 万单位×15	片剂	7.1	12.5	9.2	43.20%	-22.95%
	阿莫西林克拉维酸	1g/200mg	注射剂	36.8	44.0	14.0	16.36%	162.86%
	头孢噻肟	500mg	注射剂	23.3	32.0	26.0	27.19%	-10.33%
	去甲万古霉素	400mg	注射剂	65.8	77.0	58.4	14.55%	12.71%
哈药集团	阿莫西林	1g(溶媒结晶)	注射剂	8.1	11.6	7.9	30.17%	2.70%
西南药业	头孢唑肟	0.75g	注射剂	55.1	64.0	53.0	13.91%	3.96%
东北制药	阿奇霉素	125mg	注射剂	24.1	26.6	22.3	9.40%	7.91%
双鹤药业	氧氟沙星	200mg:100ml	注射剂	10.6	13.5	10.9	21.48%	-2.90%
非单独定价产品								
白云山	头孢丙烯	250mg×6	分散片	36.8	55.8	45.2	34.05%	-18.56%
	头孢噻肟	2.0g	注射剂	5.4	17.5	4.8	69.14%	11.80%
	头孢吡肟	1g	注射剂	52.3	90.0	30.7	41.89%	70.28%
一致药业	头孢克肟	100mg×6	胶囊	17.9	28.0	19.2	36.07%	-6.85%
	头孢唑肟	1g	注射剂	38.6	51.8	30.9	25.48%	24.99%
哈药股份	头孢替安	1g	注射剂	51.4	79.0	65.0	34.94%	-20.96%
信立泰	头孢吡肟	1g	注射剂	52.3	90.0	42.7	41.89%	22.57%
健康元	美罗培南	500mg, 冻干粉	注射剂	126.0	161.9	93.0	22.17%	35.51%
	亚胺培南	0.5g/0.5g	注射剂	123.0	189.0	136.7	34.92%	-10.01%
丽珠集团	头孢吡肟钠/舒巴坦钠	0.75g(0.5g/0.25g)	注射剂	7.9	17.4	10.4	54.60%	-24.24%
莱美药业	氨曲南	0.5g	注射剂	37.3	57.7	32.2	35.36%	15.96%
福安药业	氨曲南	1g, 溶媒结晶粉	注射剂	69.8	98.1	51.9	28.85%	34.58%

数据来源：南方所、发改委、安信证券研究中心

注 1：本表只选取了本次降价中上市公司涉及到的部分品种；中标价由于数据可获得性差，样本数量平均仅为 3 个，故中标均价及以此计算的指标最高零售价与中标价差幅仅供参考；最高零售价降幅=（本次公布最高零售价-本次调整之前最高零售价）/本次调整之前最高零售价；最高零售价与中标价差幅=（本次公布最高零售价-中标均价）/ 中标均价。

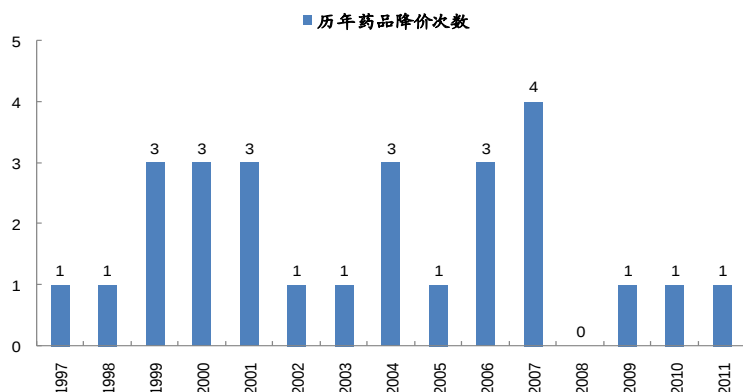
注 2：一般药品的价格为：中标价*（1+15%）≤最高零售价，15%是医院的药品顺加价。因此理论上最高零售价与中标价差幅<15%时，招标价就会下降；或者价值链上药品生产企业和药品流通企业将重新利益分配，当然药品生产企业产品价格最终受影响幅度很大程度上还取决于其议价能力。

表 2 1997 年以来 27 次药品降价概况

序号	时间	降价范围	降价总额(亿元)	平均降幅
1	1997 年 10 月	15 种抗生素和 32 种生物制品	20	15%
2	1998 年 4 月	解热镇痛类等 38 种药品	15	10%
3	1999 年 4 月	21 种头孢类中管药品	20	20%
4	1999 年 6 月	西力欣等 150 种进口药品	8	5%
5	1999 年 8 月	降纤酶等 2 种生化药品	1.2	15%
6	2000 年 1 月	人血白蛋白等 12 种中管生物制品	3.4	10%
7	2000 年 6 月	头孢拉定等 9 种药品	12	15%
8	2000 年 10 月	氨苄青霉素等 21 种抗感染药品	18	20%
9	2001 年 4 月	医保目录 69 种抗感染药品	20	20%
10	2001 年 7 月	医保目录 49 种中成药	4	15%
11	2001 年 12 月	抗肿瘤、循环系统用药、神经系统用药以及治疗精神障碍用药等医保目录 383 种化学药	30	20%
12	2002 年 12 月	消化道、血液系统及诊断用药等医保目录 199 种化学药	20	20%
13	2003 年 3 月	公布医保目录种 267 种中成药的最高零售价, 其中甲类 67 种, 乙类 200 种	15	14%
14	2004 年 5 月	调整枸橼酸芬太尼等 3 种特殊药品价格		
15	2004 年 6 月	大幅调低 24 种抗感染类药物价格	35	30%
16	2004 年 7 月	18 种药品单独定价方案		
17	2005 年 10 月	下调抗生素、生物制品、维生素等 22 种药品价格	40	40%
18	2006 年 3 月	300 多个剂型规格的抗生素抗肿瘤药物	23	23%
19	2006 年 8 月	99 种抗微生物药品, 涉及 400 多个规格	43	30%
20	2006 年 11 月	32 种中成药肿瘤用药的 100 多个剂型规格的零售价格进行调整, 平均降价幅度 14.5%, 最大降幅 33.4%	13	15%
21	2007 年 1 月	调整心脑血管等 10 类 354 种药品的最高零售价格, 平均降价幅度 20%, 最大降幅 85%	70	20%
22	2007 年 2 月	278 种中成药内科用药	50	15%
23	2007 年 4 月	188 种中成药专科用药		16%
24	2007 年 5 月	260 种西药最高零售价格	50	19%
25	2009 年 10 月	296 种基本药物零售指导价		12%
26	2010 年 11 月	174 种单独定价最高限价调低; 16 种取消单独定价	20	19%
27	2011 年 3 月	治疗感染和心血管疾病的抗生素和循环系统类药品最高零售价格, 共涉及 162 个品种, 近 1300 个剂型规格	100	21%

数据来源: 发改委、安信证券研究中心

图 1 国家历年药品降价次数



数据来源: 发改委、安信证券研究中心

表 3 2011 年公立医院改革试点工作安排

一、工作思路

按照上下联动、内增活力、外加推力的原则，坚持点面结合、远近兼顾、突出重点、边试边推，紧紧围绕缓解群众看病难、看病贵问题，在全国实施一批看得准、见效快的公立医院改革政策措施，争取在人民群众得实惠和医务人员受鼓舞方面取得突破性进展。同时，大力推动试点城市在“管办分开、政事分开、医药分开、营利性和非营利性分开”等重大体制机制综合改革方面积极探索，并加强指导，力争形成公立医院改革的基本路子。要把实施惠民便民措施和推进体制机制综合改革、建立长效机制紧密结合起来，使之相互配合、相互促进。

二、开展重大体制机制综合改革试点

（一）推进管办分开，深化公立医院管理体制改革。

1. 加强卫生行政部门全行业管理职责。所有医疗卫生机构均由卫生行政部门实行统一规划、统一准入、统一监管。强化卫生行政部门医疗服务监管职能，加强医疗服务监管能力建设。完善机构、人员、技术、设备的准入和退出机制，健全医疗服务标准、规范和质量评价体系，加强医疗服务行为、质量安全和医疗卫生机构运行监测监管。各级卫生行政部门负责人不得兼任公立医院领导职务。

2. 建立统一、高效、权责一致的政府办医体制。采取设立专门管理机构等多种形式确定政府办医机构，由其履行政府举办公立医院的职能，负责公立医院的资产管理、财务监管、绩效考核和医院主要负责人的任用。

（二）推进政事分开，完善公立医院法人治理机制。

1. 探索建立理事会等多种形式的公立医院法人治理结构。明确理事会、院长及医院管理层、职工代表大会等的职责，构建决策、执行、监督相互分工、相互制衡的权力运行机制。公立医院理事会成员应包括政府有关部门代表、政府办医机构代表、医院职工代表、服务对象代表、专家学者等。

2. 理顺公立医院所有者和管理者责权。公立医院的功能定位、发展规划、重大投资、院长及医院管理层薪酬制定等权力由政府办医机构或理事会行使。落实公立医院独立法人地位和经营管理自主权，强化经营管理责任，按照国家有关规定管理人员聘用和内部收入分配。推行院务公开，推进民主管理。

3. 完善公立医院院长任用制度，探索公开招聘院长，在任用或招聘中突出专业化管理能力。加强院长管理能力培训，推进院长职业化、专业化建设。按照国家政策指导建立院长收入分配激励机制和约束机制。

4. 合理确定公立医院绩效考核制度。研究建立以公益性为核心的公立医院绩效考核体系，逐步扩大考核结果公开范围，并将考核结果与院长任免、奖惩和医院财政补助、工作人员平均收入水平等挂钩。

5. 加强对公立医院履行功能定位和发展建设、投融资行为的监管，强化预算、收支、资产、成本核算与控制等财务管理的监管。探索建立医院总会计师制度，建立健全内部控制制度，实施内部和外部审计制度。

（三）推进医药分开，完善公立医院补偿机制。

1. 改革以药补医机制。探索医药分开的多种具体途径，逐步取消药品加成政策，对公立医院由此减少的合理收入，采取增设药事服务费、调整部分技术服务收费标准等措施，通过医疗保障基金支付和增加政府投入等途径予以补偿。药事服务费纳入基本医疗保障支付范围。鼓励以收付费制度改革为切入点解决以药补医问题。

2. 研究合理调整医疗服务价格。按照总量控制、结构调整的原则，合理调整体现医务人员技术劳务价值的医疗服务价格；政府出资购置的公立医院大型设备按扣除折旧后的成本制定检查价格；植（介）入类医用耗材实行集中招标采购，以省（区、市）为单位逐步推开；加强医用耗材的价格管理。所有医疗机构都要采取适当方式公示药品、医用耗材价格和医疗服务收费标准。研究制定改革医疗服务收费方式的指导意见，开展按病种等收费方式改革试点，探索有利于控制费用、公开透明、方便操作的医疗服务收费方式。

3. 落实对公立医院基本建设和大型设备购置、重点学科发展、符合国家规定的离退休人员费用和政策性亏损补贴等政府投入政策。

（四）推进营利性与非营利性分开，完善医疗机构分类管理制度。

建立健全不同经营性质医疗机构管理制度，完善非营利性医疗机构的资产管理制度、财务与会计制度、治理机制和监督管理制度。规范不同性质医疗机构的转换程序。严格界定社会资本举办医疗机构的经营性质，按照经营性质规范管理。政府不得举办营利性医疗机构。

三、推进公立医院服务体系建设发展

（一）优化公立医院布局结构。

1. 研究制定强化区域卫生规划的指导意见，完善区域医疗机构设置规划指导原则，研究制定全国不同类型地区医疗资源配置的指导标准，制定公立医院布局结构调整的指导意见。各地区要在区域卫生规划、区域医疗机构设置规划的框架下，制定公立医院设置与发展规划，确定公立医院的功能、种类、数量、规模和

布局。

2. 按照总量控制、结构调整、规模适度的原则，严格控制公立医院建设规模、标准和贷款行为，采取新建、改扩建、迁建、整合、转型等方式，优化配置公立医院资源。重点加强新区、郊区、卫星城区等区域和儿科、妇产、精神卫生、传染病防控、老年护理、康复等领域的医疗服务能力建设。

3. 推进公立中医（含民族医药）医院改革发展。完善公立中医医院服务体系，促进中医药进社区、进基层、进农村，充分发挥中医药特色优势。加强国家中医重点专科建设，提高中医临床疗效。落实政府对公立中医医院投入倾斜政策，研究制订有利于公立中医医院发挥中医药特色优势的经济政策。

（二）优先建设发展县级医院。

1. 政府在每个县重点办好1所县级医院。在前两年工作基础上，中央今年再支持300所以上县级医院（含中医医院，下同）标准化建设。人口数超过30万的县（市）2011年底前基本建成1所二级甲等以上的公立医院，使常见病、多发病、危急重症和部分疑难复杂疾病的诊治能够在县域内基本解决。

2. 深化城市三级医院对口支援县级医院工作。继续实施“万名医师支援农村卫生工程”，采取合作、托管、选派院长、团队支援等方式，提高县级医院的管理和服务能力。在全国推行城市三级医院向县级医院轮流派驻医生制度，每个县不少于1所医院，每所医院不少于5名医生。妥善解决城市医院派驻人员涉及的人员编制和补助问题。

3. 加强县级医院骨干人才培养。严格县级医院人员准入，新进入县级医院医务人员须具备相应执业资格。组织未经过住院医师规范化培训的新进临床医学本科毕业生进行3年规范化培训。鼓励经过规范化培训的医师到县级医院就业，并为其长期在县级医院工作创造条件。健全继续教育制度，鼓励县级医院卫生专业技术人员通过多种形式提高业务能力和综合素质。遴选6000名左右县级医院骨干医师或其他卫生专业技术人才到对口的三级医院进修学习。完善县级卫生人才职称评价标准，突出临床技能考核，淡化论文和外语要求。

4. 逐步推进县级医院综合改革。制定县级医院综合改革方案，在全国选择300所服务人口较多、基础较好的县级医院进行以人事管理和收入分配、绩效考核、优质护理服务、支付方式、调整医疗服务价格、实施临床路径、推进信息化建设等为重点的综合改革试点。鼓励有条件的地区扩大试点范围，加大试点力度。

（三）建立公立医院与基层医疗卫生机构的分工协作机制。

1. 总结各地医院与基层医疗卫生机构分工协作工作经验，研究制定指导性文件。

2. 加强县级医院对乡镇卫生院的支持。在全国20%的县（市）探索推进县乡纵向技术合作，提高农村医疗卫生服务体系的整体效率。在国家扶贫工作重点县和部分省定扶贫工作重点县实施二级以上医疗卫生机构对口支援乡镇卫生院项目。

3. 在城市公立医院与社区卫生服务机构之间建立长期稳定的分工协作机制。采取签订长期合作协议等多种形式，综合运用医保支付、医药服务价格调整、财政投入等政策，鼓励大医院医生到基层出诊，逐步形成基层首诊、分级医疗、双向转诊的格局。

4. 组建医疗小分队，为边远地区提供巡回医疗服务。

（四）加快推进医院信息化建设。

1. 研究建立全国统一的医院信息化建设标准体系，为实现跨机构、跨区域、跨领域的医疗信息资源互联互通、共享利用奠定基础。

2. 统一规划，整合资源，逐步完善与区域卫生信息系统衔接、以电子病历建设和医院管理为重点的医院信息化网络，支持医院和医务人员以病人为中心提供协调、连贯、便捷的服务。同时，为公立医院与基层医疗卫生机构建立上下联动的分工协作机制、建立高效医疗服务监管制度提供技术支持。

3. 推动县级医院与城市三级医院开展远程医学活动，实现远程会诊、远程诊断、远程检查、远程教育和信息共享，充分发挥优质医疗资源的辐射作用。2011年完成边远地区500所县级医院与城市三级医院的远程会诊系统建设。

四、在全国推行惠民便民措施

（一）改进群众就医服务。

1. 普遍开展预约诊疗服务。全国所有三级甲等综合医院实行多种方式预约诊疗，社区转诊预约的优先诊治，到2011年底，社区转诊预约占门诊就诊量的比例达到20%，本地病人复诊预约率达到50%，其中口腔科、产前检查、术后病人复查等复诊预约率达到60%。

2. 优化医院门急诊环境和流程。按照“填平补齐”的原则，改善三级医院急诊设施和条件。开展错峰服务和分时段诊疗，简化就医手续，缩短群众等候时间。完善门诊信息管理平台，公开医疗服务信息，提供预约挂号、叫号、报告单打印等服务。

3. 广泛开展便民门诊服务。全国三级医院普遍开展双休日及节假日门诊，充实门诊力量，延长门诊时间。通过购买服务等措施，鼓励、支持三级医院医务人员到基层医疗卫生机构开展执业活动。

4. 推广优质护理服务。全国三级医院全部开展优质护理服务，50%的三级甲等医院优质护理服务覆盖50%以上的病房，40%的地（市）级二级医院和20%的县级二级医院开展优质护理服务。完善并落实专业护理人员编制、医疗服务价格和内部收入分配等支持政策。

（二）实施控制医药费用的惠民措施。

1. 探索多种基本医疗保障付费方式改革，大力推行按人头付费、按病种付费、总额预付等多种支付方式。探索由基本医疗保障经办机构与公立医院通过谈判方式确定服务范围、支付方式、支付标准和服务质量要求。严格考核基本医疗保障药品目录备药率、使用率及自费药品控制率等指标。
2. 实现基本医疗保障费用直接结算。做好医院信息系统与基本医疗保障信息系统的对接，公立医院对统筹区域内的参保者只收取住院医药费用个人自付部分，其余部分与基本医疗保障经办机构直接结算。明显降低参保病人预交金金额，医疗保障经办机构向医院拨付一定数额的周转金，并及时足额结算医疗保障费用。
3. 促进公立医院优先配备、使用基本药物，广泛使用适宜技术。逐步实行同级医疗机构检查结果互认。
4. 完善药品集中招标采购办法，推进一般医用耗材集中招标采购，在保证质量的情况下降低采购成本和采购价格。
5. 加强医院财务管理，实施成本核算与控制，提高资源利用效率。
6. 加强医药费用的监管控制。各地要根据经济社会发展水平、基本医保基金保障能力、医药服务成本变化、医疗技术发展等情况综合确定本地区门诊和住院均次费用增长率、人次增长率、住院率、药品费用增长率和药占比等控制管理目标，纳入公立医院目标管理责任制和绩效考核范围。加强对医药费用增长速度较快疾病的诊疗行为监管。

（三）加强医疗安全质量监管。

1. 研究制定适应基本医疗需求的临床路径，不断扩大实施医院和病种范围。到2011年底，制定下发的临床路径数量增加到300个，50%的三级甲等综合医院和20%的二级甲等综合医院实行临床路径管理的病种数分别不少于每家医院10个和5个。
2. 督促指导医院加强学科建设和人才队伍建设，严格依法执业，加强对重点环节和重点部位的管理，保障医疗安全质量。
3. 开展医疗安全质量控制评价工作，推进医院管理评价评审工作，组织开展医疗安全质量专项检查治理活动。建立患者投诉处理机制，及时受理、认真解决患者投诉，提高群众满意度。

五、充分调动医务人员积极性

（一）完善公立医院人事和收入分配制度。

全面推行聘用制度，基本完成岗位设置管理实施工作，实行公开招聘和竞聘上岗，建立能进能出、能上能下的用人机制。完善人员绩效考核制度，实行岗位绩效工资制度，将医务人员的工资收入与医疗服务的数量、质量、技术难度、成本控制、群众满意度等挂钩，做到多劳多得、优绩优酬，提高临床一线护士和医师工资待遇水平。

（二）合理确定公立医院人员编制。

根据医院的功能定位、工作量和现有编制使用等因素，合理确定医务人员编制，研究解决护士不足和支援农村、基层人员编制问题。

（三）营造良好的医疗执业环境。

深入开展“平安医院”创建活动，严厉打击“医闹”行为，维护医院正常秩序。建立医疗纠纷第三方调解机制，大力发展医疗责任保险和医疗意外保险，加强医患沟通，构建和谐医患关系。加强正面宣传引导，在全社会形成尊重医学科学、尊重医务人员的社会氛围。组织或支持制作一批反映医疗战线典型人物和先进事迹的优秀影视文艺作品。

（四）创造良好的职业发展条件。

建立并贯彻落实全科医生和专科医生规范化培训制度，完善培训模式和政策措施。建立100个规范化培训基地，招录1万人开展规范化培训。加强政策指导，支持医院以提高临床实践技能为核心开展医务人员岗位培训。加强三级医院临床重点专科建设，明显提高医务人员医疗服务水平和能力。

（五）促进医务人员合理流动。

完善执业医师多点执业试点，制订规范性文件，将试点范围扩大到所有公立医院改革试点城市和其他有条件的地区，将适用人员条件放宽到主治医师，增加多点执业的地点数量。鼓励公立医院执业医师到基层医疗卫生机构开展执业活动。

（六）弘扬崇高的职业操守。

加强医德医风建设和思想政治工作，重视医务人员人文素质培养和职业素质教育，大力弘扬救死扶伤的人道主义精神。

六、推进形成多元化办医格局

（一）细化鼓励和引导社会资本举办医疗机构的政策措施。

贯彻落实《国务院办公厅转发发展改革委卫生部等部门关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构意见的通知》（国办发〔2010〕58号），抓紧清理和修订相关规章和办法，制定和完善实施细则和配套文件，落实鼓励和引导社会资本举办医疗机构的政策，促进非公立医疗机构持续健康发展，加快形成多元化办医格局，满足群众的多层次医疗服务需求。

（二）给非公立医疗机构留出合理发展空间。

1. 各地在制定和调整本地区区域卫生规划、医疗机构设置规划和其他医疗卫生资源配置规划时，要给非公立医疗机构留出合理空间，明确非公立医疗机构卫生人员、床位和资产总量的比例等发展指标。需要调整和新增医疗卫生资源时，在符合准入标准的条件下，优先考虑由社会资本举办医疗机构。
2. 控制公立医院特需服务规模，公立医院提供特需服务的比例不得超过本院医疗服务资源的10%。

（三）改善社会资本举办医疗机构的执业环境。

1. 非公立医疗机构凡执行政府规定的医疗服务和药品价格政策，符合医保定点相关规定，应按程序将其纳入城镇基本医疗保险、新型农村合作医疗、医疗救助、工伤保险、生育保险等社会保障的定点服务范围，签订服务协议进行管理，并执行与公立医疗机构相同的报销政策。鼓励采取招标采购等办法，选择符合条件的非公立医疗机构承担公共卫生服务以及政府下达的医疗卫生支农、支边、对口支援等任务。
2. 支持非公立医疗机构按照批准的执业范围、医院等级、服务人口数量等，合理配备大型医用设备。鼓励医务人员在公立和非公立医疗机构间合理流动，有关单位和部门应当按照有关规定办理执业变更、人事劳动关系衔接、社会保险关系转移、档案转接等手续。

（四）促进非公立医疗机构健康发展。

1. 引导非公立医疗机构依法规范执业。严禁超诊疗范围服务，依法严厉打击非法行医活动和医疗欺诈行为。规范医疗机构医疗广告发布行为。加强医疗安全质量的监督检查、审核和评估。
2. 促进非公立医疗机构按经营性质开展经营活动。非公立医疗机构要执行国家规定的财务会计制度。非营利性医疗机构所得收入除规定的合理支出外，只能用于医疗机构的继续发展。

七、有关要求

（一）加强组织领导。各地区、各有关部门要充分认识公立医院改革的重要性、复杂性和紧迫性，增强政治责任感，把这项改革摆上重要议事日程，加强领导，精心组织，周密部署。地方政府主要负责同志要亲自抓，制定工作计划，分解目标任务，层层落实责任，加强督促检查。卫生部、国务院医改办是公立医院改革试点的牵头单位，要加强全国改革试点工作的统筹协调、组织实施和检查指导，卫生部要整合内部力量，研究设立专门的临时性公立医院改革工作机构。中央编办、发展改革委、财政部、人力资源社会保障部、中医药局等部门要按职责分工密切配合，加强对各地工作的指导和督促检查。

（二）强化支持保障。各级政府要加大投入，认真落实公立医院财政补助政策，积极支持建立公立医院与基层医疗卫生机构分工协作机制、公立医院体制机制综合改革、住院医师规范化培训和医院信息化建设。要加强财政资金使用的管理，提高资金使用效益。各有关部门要深入开展调查研究，密切跟踪工作进展，积极制定完善有关配套政策。

（三）积极宣传引导。加强对医务人员的宣传动员工作，使广大医务人员拥护改革，积极参与改革，发挥改革主力军作用。要广泛宣传公立医院改革试点的政策措施和取得的成效，加强政策解读，使全社会理解、配合和支持改革，为公立医院改革试点营造良好环境。

数据来源：国务院办公厅、安信证券研究中心

分析师简介

洪露，首席医药行业研究员，西北大学生命科学院理学学士，中山大学金融投资系管理学硕士。曾就职于丽珠集团，具有10年医药行业从业经验，2007年6月加盟安信证券研究中心。2010年《新财富》最佳分析师第三名。

分析师声明

洪露声明，本人具有中国证券业协会授予的证券投资咨询执业资格，勤勉尽责、诚实守信。本人对本报告的内容和观点负责，保证信息来源合法合规、研究方法专业审慎、研究观点独立公正、分析结论具有合理依据，特此声明。

本公司具备证券投资咨询业务资格的说明

安信证券股份有限公司（以下简称“本公司”）经中国证券监督管理委员会核准，取得证券投资咨询业务许可。本公司及其投资咨询人员可以为证券投资人或客户提供证券投资分析、预测或者建议等直接或间接的有偿咨询服务。发布证券研究报告，是证券投资咨询业务的一种基本形式，本公司可以对证券及证券相关产品的价值、市场走势或者相关影响因素进行分析，形成证券估值、投资评级等投资分析意见，制作证券研究报告，并向本公司的客户发布。

免责声明

本报告仅供安信证券股份有限公司（以下简称“本公司”）的客户使用。本公司不会因为任何机构或个人接收到本报告而视其为本公司的当然客户。

本报告基于已公开的资料或信息撰写，但本公司不保证该等信息及资料的完整性、准确性。本报告所载的信息、资料、建议及推测仅反映本公司于本报告发布当日的判断，本报告中的证券或投资标的价格、价值及投资带来的收入可能会波动。在不同时期，本公司可能撰写并发布与本报告所载资料、建议及推测不一致的报告。本公司不保证本报告所含信息及资料保持在最新状态，本公司将随时补充、更新和修订有关信息及资料，但不保证及时公开发布。同时，本公司有权对本报告所含信息在不发出通知的情形下做出修改，投资者应当自行关注相应的更新或修改。任何有关本报告的摘要或节选都不代表本报告正式完整的观点，一切须以本公司向客户发布的本报告完整版本为准，如有需要，客户可以向本公司投资顾问进一步咨询。

在法律许可的情况下，本公司及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并进行证券或期权交易，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，提请客户充分注意。客户不应将本报告为作出其投资决策的惟一参考因素，亦不应认为本报告可以取代客户自身的投资判断与决策。在任何情况下，本报告中的信息或所表述的意见均不构成对任何人的投资建议，无论是否已经明示或暗示，本报告不能作为道义的、责任的和法律的依据或者凭证。在任何情况下，本公司亦不对任何人因使用本报告中的任何内容所引致的任何损失负任何责任。

本报告版权仅为本公司所有，未经事先书面许可，任何机构和个人不得以任何形式翻版、复制、发表、转发或引用本报告的任何部分。如征得本公司同意进行引用、刊发的，需在允许的范围内使用，并注明出处为“安信证券股份有限公司研究中心”，且不得对本报告进行任何有悖原意的引用、删节和修改。

安信证券股份有限公司对本声明条款具有惟一修改权和最终解释权。

安信证券评级体系

公司收益评级:

- 买入 — 未来 6 个月的投资收益率领先沪深 300 指数 15% 以上;
 增持 — 未来 6 个月的投资收益率领先沪深 300 指数 5% 至 15%;
 中性 — 未来 6 个月的投资收益率与沪深 300 指数的变动幅度相差-5%至 5%;
 减持 — 未来 6 个月的投资收益率落后沪深 300 指数 5% 至 15%;
 卖出 — 未来 6 个月的投资收益率落后沪深 300 指数 15% 以上;

行业收益评级:

- 领先大市 — 未来 6 个月的投资收益率领先沪深 300 指数 10% 以上;
 同步大市 — 未来 6 个月的投资收益率与沪深 300 指数的变动幅度相差-10%至 10%;
 落后大市 — 未来 6 个月的投资收益率落后沪深 300 指数 10% 以上;

风险评级:

- A — 正常风险, 未来 6 个月投资收益率的波动小于等于沪深 300 指数波动;
 B — 较高风险, 未来 6 个月投资收益率的波动大于沪深 300 指数波动;

销售联系人

黄方祥	上海联系人	朱贤	上海联系人
021-68765913	huangfc@essence.com.cn	021-68765293	zhuxian@essence.com.cn
梁涛	上海联系人	凌洁	上海联系人
021-68766067	liangtao@essence.com.cn	021-68765237	lingjie@essence.com.cn
张勤	上海联系人	潘冬亮	北京联系人
021-68763879	zhangqin@essence.com.cn	010-59113590	pandl@essence.com.cn
马正南	北京联系人	李昕	北京联系人
010-59113593	mazn@essence.com.cn	010-59113565	lixin@essence.com.cn
周蓉	北京联系人	胡珍	深圳联系人
010-59113563	zhourong@essence.com.cn	0755-82558073	huzhen@essence.com.cn
李国瑞	深圳联系人		
0755-82558084	ligr@essence.com.cn		

安信证券研究中心

深圳

深圳市福田区深南大道 2008 号中国凤凰大厦 1 栋 7 层
 邮编: 518026

上海

上海市浦东新区世纪大道 1589 号长泰国际金融大厦 16 层
 邮编: 200122

北京

北京市西城区金融大街 5 号新盛大厦 B 座 19 层
 邮编: 100034