

2024年

中国医养及康复医疗产业发展研究报告

春华秋实

写在中国医养及康复医疗产业大发展之际

Research Report on the Development of China's Medical Care
and Rehabilitation Industry in 2024



更多免费行业报告

并购家

www.ipoipo.cn

并购家 免费行业报告网

IPOIPO.CN 每日更新 不用注册会员 无广告 永久免费

摘要

随着人口结构的演变，中国人口老龄化时代已经到来，养老问题成为横亘在中国经济社会发展过程中的巨大现实问题。然而相比于日本、欧洲等国家和地区，中国老龄化还面临未富先老、社会保障体系和法律法规体系不完善、养老观念传统、医疗护理及康复资源不足等特殊国情，积极、科学、创新发展养老产业已成为当务之急。

一方面，国内养老行业发展长期重日常照料、轻医疗护理，养老服务以食宿等最基础服务为主。而对于老年人群体，尤其是高龄老人、失能老人，其最需要的医疗、护理、康复等服务长期未得到满足，医养、康养长期脱节，养老质量低下，养老运营或服务主体盈利能力亦难以提升；另一方面，经过最近十余年的发展，我国已初步形成居家养老、社区养老、机构养老等多种模式，且社会养老领域（社区及机构养老）已涌现出众多优质的市场化服务主体；在产业方面已初步形成配套器械设备、医护运营、养老运营等上下游产业链条。

医养及康复医疗作为养老场景中的重要支撑，目前已取得一定发展成绩，但仍然存在与养老照护脱节、资源不足、支付体系不完善、盈利水平低下等痛点。此外，行业涉医、涉老、涉弱等特征亦决定了其发展需十分注重合规运营、民事纠纷等法律风险。总之，中国医养及康复医疗产业的发展尚需依靠政府部门、社会资本、法律界、从业者等社会各界持续创新与改革，正所谓“路漫漫其修远兮，吾将上下而求索”。

■ 医养结合、康养并举成为养老产业发展升级的主流方向

现阶段，我国人口老龄化问题凸显，养老需求爆发，并呈现多样化、个性化趋势，养老服务模式已形成“9073”格局，但仍普遍存在医养分离、康养分离等问题，产业发展质量和服务水平不高。新形势下，医疗、护理、康复等服务在养老场景中日趋重要，医养结合、康养并举成为养老产业发展升级的必然方向。

■ 中国医养产业起步较晚，但近年来发展迅速、前景广阔

相比欧美日等海外成熟市场，中国医养产业起步晚、近年来发展迅速。尽管行业整体上仍存在医养分离普遍、规范标准和监管体系不完善、人才和资源配置不足、市场主体盈利能力不强等痛点，目前已形成多种相对成熟的发展模式，未来市场前景广阔。

■ 中国康复医疗产业链雏形初具，多领域将涌现发展机遇

我国正在形成三级医院、二级或专科医院、社区或居家康复的三级康复医疗运行体系，康复产业链条雏形初具。但整体仍存在行业分散、高端产品缺乏、资源区域分布不均等问题，未来在器械创新、细胞疗法、资源下沉、支付体系变革等方面将持续涌现新的发展机遇。

■ 医养及康复医疗的法律风险及完善方向

在医养及康复医疗场景中，易产生老年群体权益损害、权益纠纷，支付体系中可能存在医保合规等诸多合规风险。未来，监管部门、市场运营主体、专业法律机构等可在健全政策法规体系、老人普法宣传、司法救济和法律援助等方面积极作为，共同推动产业发展进步。

作者信息及主要参考资料

一、作者信息

出品单位及主要作者信息：

海通证券投行委医疗健康行业组：内容系胡旋、邓伟、沈晟、蔡新县、陈东阳、舒克兢、戴阳、王喆参与撰写；报告封面系郑民设计。

北京海润天睿律师事务所：王振；知名律所合伙人：熊川。

协作单位：

在本报告撰写过程中，动脉网及旗下蛋壳研究院提供了相关数据支持及建议。

二、主要参考资料及数据库

本报告在撰写过程中参考了相关研究报告、文献及数据库，主要如下¹：

- 1、国家统计局等相关政府信息公开平台及各类政府文件；
- 2、国家卫生健康委员会新闻发布会（2024 年 5 月 16 日）：介绍推动医养结合高质量发展有关情况，并答记者问；
- 3、动脉橙数据库；
- 4、；
- 5、iFinD；
- 6、《中国老龄化报告 2024》，泽平宏观；
- 7、《2024 年中国银发经济发展报告》，Frost & Sullivan；
- 8、《千年之变：老龄化时代的养老需求及中国特点》，平安证券；
- 9、《中国养老行业未来——医康养一体化》，龙舟投资；
- 10、《养老地产系列研究：结庐人境大国丰，老有所养夕阳红》，海通国际；
- 11、《加快推动医养结合 建设健康山东研究》，朱孔来；
- 12、《中国医养结合式长期护理服务体系的建构——基于美国 PACE 模式的经验》，万谊

¹ 基于可读性方面的考量，未穷尽列举所有参考资料。

娜；

- 13、《英国养老设施医养结合模式分析及经验借鉴》，陈暘；
- 14、《积极老龄化视角下的“医养结合”——英国的经验与启示》，赵晓芳；
- 15、《英国“医养结合”的经验与启示》，耿爱生；
- 16、《守正出奇，轻资产服务与重资产社区双轨并行》，平安证券；
- 17、《日本医养结合养老模式及其运行机制研究》，习开冉；
- 18、《日本医养结合养老服务的实践及对我国的启示》，杨哲；
- 19、《中国医养结合市场专题分析报告 2018》，易观分析；
- 20、《对医养结合模式的实践探索和对策建议》，朱孔来、朱孟斐、姜文华；
- 21、《康复医学导论》，唐强、严兴科；
- 22、《康复医疗趋势引领新蓝海》，毕马威；
- 23、《中国康复医疗行业研究报告》，艾瑞咨询；
- 24、《康复行业方兴未艾，广阔空间大有可为》，西南证券；
- 25、《2021 年度国家康复医学专业医疗服务与质量安全报告》，张元鸣飞、杨延砚等；
- 26、《2019 康复产业发展潜力研究报告》，动脉网、蛋壳研究院；
- 27、《医养结合养老模式探索》，邓诺；
- 28、《回归与成长：中国城市居家社区养老服务体系构建——以北京市为例》，刘妮娜、朱茜茜；
- 29、《我国临终关怀照护:现状、困境与对策建议》，黄晨熹；
- 30、《“医康养”融合 助力建设健康中国》，孙良丹。

目录

摘要	1
作者信息及主要参考资料	2
目录	4
图目录	6
表目录	9
一、国内养老产业发展概述	10
（一）国内养老产业发展的背景	10
（二）国内养老产业主要发展模式	15
（三）“医养+康复”——养老产业发展升级的方向	21
二、医养产业发展现状、前景及趋势	24
（一）医养产业概述	24
（二）医养产业发展历程及现状	27
（三）目前医养产业发展存在的主要痛点	68
（四）医养产业市场前景及未来趋势分析	70
三、康复医疗产业发展现状、前景及趋势	72
（一）康复医疗产业概述	72
（二）康复医疗产业发展历程及现状	78
（三）目前康复医疗产业发展存在的主要痛点及问题	94
（四）康复医疗产业发展未来趋势分析	97
（五）康复医疗在国内医养产业的融合应用情况	101

四、医养、康复医疗产业发展面临的潜在法律问题浅析103

 （一）行业的主管部门及监管体制..... 103

 （二）国内养老及医养、康复医疗领域法律法规及监管体系情况..... 104

 （三）主要面临的潜在法律问题及风险..... 108

 （四）法律方面尚需做的工作和努力..... 115

五、医养及康复产业发展的相关建议 117

 （一）医养产业发展的相关建议..... 117

 （二）康复医疗在养老产业中融合发展的相关建议..... 120

法律声明129

图目录

图 1 我国社会人口老龄化程度持续加深.....	11
图 2 第三轮“婴儿潮”后我国出生率明显下降，少子化趋势出现.....	12
图 3 我国平均家庭户规模逐渐下降.....	13
图 4 我国老年人口抚养系数呈现显著上升趋势.....	14
图 5 “9073”养老格局示意图.....	17
图 6 2017-2023 年全国养老机构数量（家）变化	19
图 7 医养产业服务对象.....	25
图 8 各主体承办 PACE 项目所占比例.....	29
图 9 英国“社区照护”服务体系构成.....	33
图 10 英国综合照护体系.....	34
图 11 传统社区照护与综合照护的对比.....	34
图 12 英国 NHS 医疗服务体系.....	35
图 13 英国医养设施中医疗单元与养老单元结合的 4 种方式.....	36
图 14 伦敦达尔文医养社区.....	37
图 15 日本介护体系组成结构.....	38
图 16 日本居家与社区医养模式.....	39
图 17 医养产业及医养结合政策发展的三个阶段.....	44
图 18 医养结合产业链条.....	45
图 19 我国医养产业将逐渐下沉至居家社区养老场景中.....	46
图 20 中国医养结合发展的 4 大基础模式.....	47
图 21 福寿康养老业务布局.....	55

图 22 锦欣福星医养一体化养老机构.....	58
图 23 锦欣福星养老业务布局.....	58
图 24 颐家聚焦社区、居家的医养服务全覆盖的业务模式.....	59
图 25 重医附一院青杠老年护养中心全景.....	63
图 26 燕达金色年华健康养护中心.....	65
图 27 和熹会公寓.....	67
图 28 三级康复医疗体系示意图.....	74
图 29 各级康复服务机构的主要区别.....	75
图 30 康复医学发展的四个主要时期.....	78
图 31 中国康复医疗产业链.....	80
图 32 2010-2021 年中国康复医院万元以上设备总价值	81
图 33 2021 年康复医院万元以上设备台数分布.....	81
图 34 2021 年骨科医院万元以上设备台数分布.....	81
图 35 2010-2021 年中国康复医院数量及人员数量	84
图 36 2010-2021 年中国康复医院所有制结构	84
图 37 2010-2021 年诊疗人次数和收入规模	85
图 38 2014-2023 年中国 65 岁以上人口走势（万人）及占比情况	86
图 39 2019-2025E 中国康复医疗服务市场规模及空间.....	87
图 40 2020-2023 三星医疗医疗服务板块营收及利润情况（亿元）	88
图 41 2020-2023 环球医疗医疗健康业务板块营收及利润情况（亿元）	90
图 42 2020-2023 翔宇医疗营业总收入和扣非净利润（亿元）	91
图 43 2020-2023 翔宇医疗各个业务板块营收情况（亿元）	92

图 44 顾连医疗产业布局.....	93
图 45 2018 年中国康复医疗器械市场竞争格局.....	94
图 46 2017 年中国康复医疗总收入和人均花费.....	96
图 47 康复外骨骼机器人示意图.....	97
图 48 无线微创植入脑机接口 NEO 系统及其体内机的设计合成图	98
图 49 现有体系下康复领域人才培养周期.....	122

表目录

表一 CCRC 养老社区服务内容总结.....	20
表二 医养产业服务对象类别.....	25
表三 机构医养、居家社区医养服务内容简介.....	26
表四 PACE 中心的架构设置与人员组成.....	31
表五 英国医养设施类型及服务内容.....	36
表六 日本日间照料中心资金来源.....	39
表七 居家医养模式服务内容.....	40
表八 日本医养结合养老机构类型及特点.....	40
表九 国内医养结合相关政策汇总.....	42
表十 18 种医养结合实践模式.....	51
表十一 福寿康医养服务模式总结.....	55
表十二 颐家养老服务模式总结.....	60
表十三 同仁堂医养发展历程.....	61
表十四 康复医学与临床医学的区别.....	72
表十五 医院康复科和康复医疗机构建设标准.....	76
表十六 中国康复医学发展简史.....	79
表十七 我国养老及医养、康复医疗领域相关规范性文件.....	104
表十八 全国各地区医养结合政策.....	107

一、国内养老产业发展概述

（一）国内养老产业发展的背景

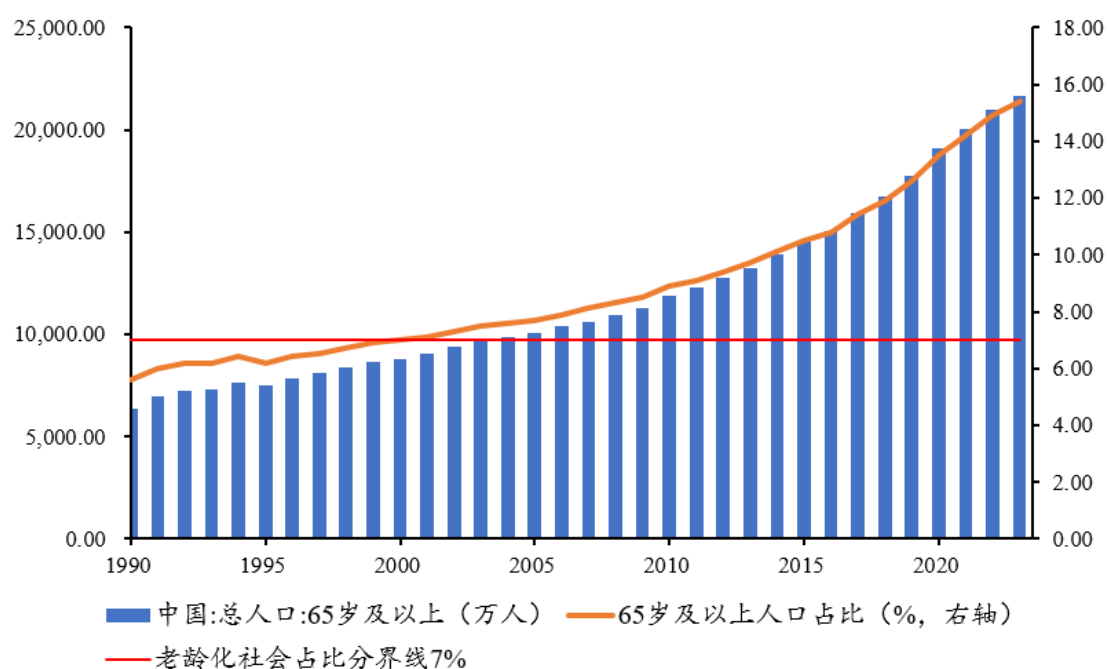
1、当前我国已进入深度老龄化社会，人口预期寿命延长叠加少子化使得老龄化形势较为严峻

对于一个曾经经历了生育高峰、享受了较大人口红利的社会来说，人口老龄化是一个不以人们意志为转移的客观规律，是我国社会持续发展过程中必然要面临的现实问题。促使人口老龄化的直接原因是生育率和死亡率的降低，而根本原因是人口结构的惯性演变以及国民人均收入及医疗保障水平提高带来的人均寿命的上升。当今世界，发达国家都已经进入老龄化社会，国内人口老龄化程度也呈现不断加深的趋势。

国际上通常用老年人口比重作为衡量人口老龄化的标准，老年人口比重越高，人口老龄化程度也越高。一般把 60 岁及以上的人口占总人口比重达到 10%，或 65 岁及以上的人口占总人口的比重达到 7% 作为一个国家或地区进入老龄化社会的标准，65 岁以上人口比例达到 14% 则为深度老龄化社会，达到 20% 为超老龄化社会。

由于人口基数庞大，加之人口政策的变迁，我国未来将面临的老龄化趋势更为严峻。按照 65 岁及以上的老龄人口统计口径，2000 年老龄人口占我国总人口比重便已达到 7%，我国正式步入老龄化社会，此后二十余年，人口老龄化程度持续加深。2021 年我国老龄人口占比超过 14%，开始进入深度老龄化社会。全球范围来看，当前中国老龄化程度属于中上水平，2023 年我国老龄人口占比 15.4%，而根据弗若斯特沙利文的数据，2023 年全球老龄化程度为 14.2%，国际上较为发达的北美及欧洲地区同期的老龄化程度分别为 24.1% 和 26.7%。从老年人口的数量上看，2023 年我国 65 岁及以上人口约 2.2 亿，约占世界老年人口的四分之一。

图 1 我国社会人口老龄化程度持续加深



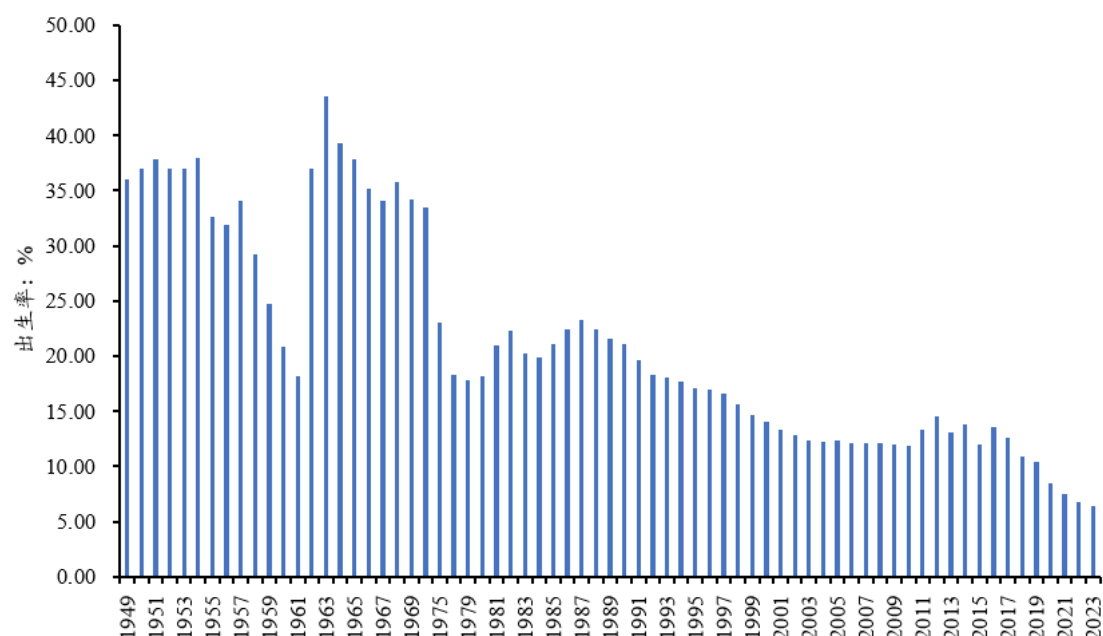
数据来源：国家统计局，

建国以后我国共出现三轮“婴儿潮”，分别为 1950-1958 年、1962-1975 年、1981-1991 年。第一轮“婴儿潮”人口已于 2023 年完全进入 65 岁，未来第二、三轮“婴儿潮”人口也将于 2027 年、2046 年陆续步入老龄化，未来老龄人口的数量受此影响也将呈现阶梯式上行的趋势。同时，第三轮“婴儿潮”之后，我国出生率呈现明显下降趋势，少子化趋势使得老龄人口的比重愈发上升，加速人口老龄化进程。此外，我国人口预期寿命的不断提高也是人口老龄化不断加深的主要因素之一。《中国老龄化报告 2024》显示，1950-2022 年，中国平均预期寿命从约 44 岁提升至约 78.3 岁，过去 20 年平均每十年提升 2-3 岁。目前中国平均预期寿命已明显高于全球平均水平的 72.8 岁和中高收入经济体的 75.9 岁，略低于高收入经济体的 80.9 岁。少子化趋势以及人口预期寿命的提升无疑会使得我国老龄化程度进一步加深，根据育娲人口²《中国人口预测报告 2023》中预测数显示，中国将在 2030 年左右进入占比超 20% 的超老龄化社会，之后持续快速上

² 一个专注于人口形势、生育、老龄化、养老金融等领域研发分析的智库机构。

升至 2060 年的约 37.4%，企稳一段后将再度上升至 2080 年及之后的 46% 左右，届时中国 8 亿总人口中将近一半是老年人。

图 2 第三轮“婴儿潮”后我国出生率明显下降，少子化趋势出现



数据来源：国家统计局，

2、庞大的人口基数孕育可观的养老行业市场空间，少子化、高龄化趋势推动传统养老理念变革

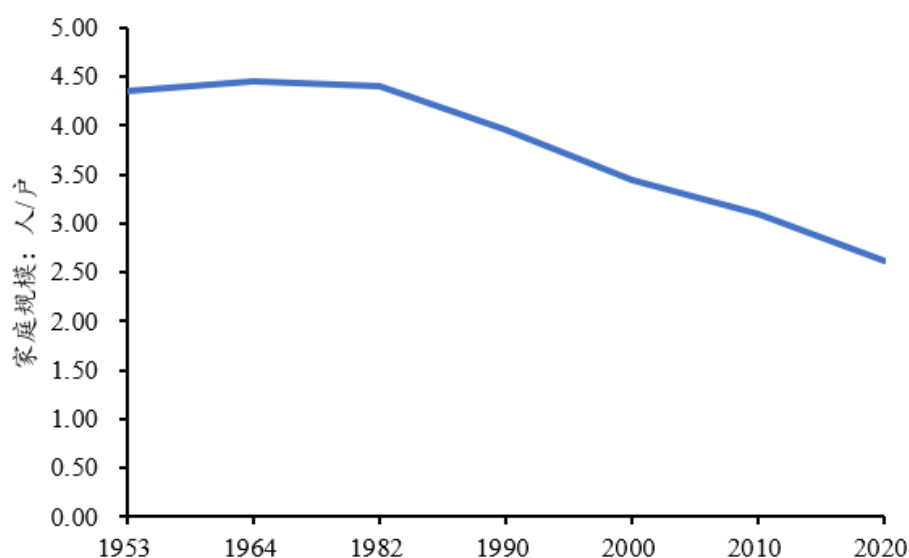
正如前文提到的，我国老龄人口占世界老龄人口的四分之一，庞大的老年人口背后隐藏着养老产业的巨大挑战与机遇。一方面，随着老龄化进程的加速，老年人口的数量以及消费潜力将进一步提高，老年人对于养老服务的需求也会更加多样化、个性化，养老产业必将伴随老龄化进程迎来发展良机。另一方面，对标发达国家成熟市场，我国养老产业当前的发展水平相对较低，依赖家庭成员的传统居家养老理念导致过去养老产业发展较为迟缓，并未形成较为规模化的产业链模式，老年人的基础需求难以得到充分满足。

在社会少子化现状的背景下，目前传统的以家庭为老年人养老主要依托和支持系统的养老理念受到不断冲击，仅凭下一代子女养老显得愈发困难。我国的传统家庭形态以三代同堂为主，通过内部成员以及家族资源的相互帮助来分担养老责任，然而少子化带来的家庭小型化使得传统的居家养老变得更加困难。根据

1953 年至 2020 年共计七次人口普查的数据，我国家庭户规模从 1953 年的 4.36 人/户锐减至 2020 年的 2.62 人/户。家庭规模的减小无疑会导致传统家庭结构的简化，从而难以承担养老功能，家庭规模的减小也是当下老年人与子女同住比例下降的体现，年轻成员的缺位使得老年人失去了最直接的人员照料和日常生活支持来源，老人不得不更多依赖其他的养老方式。

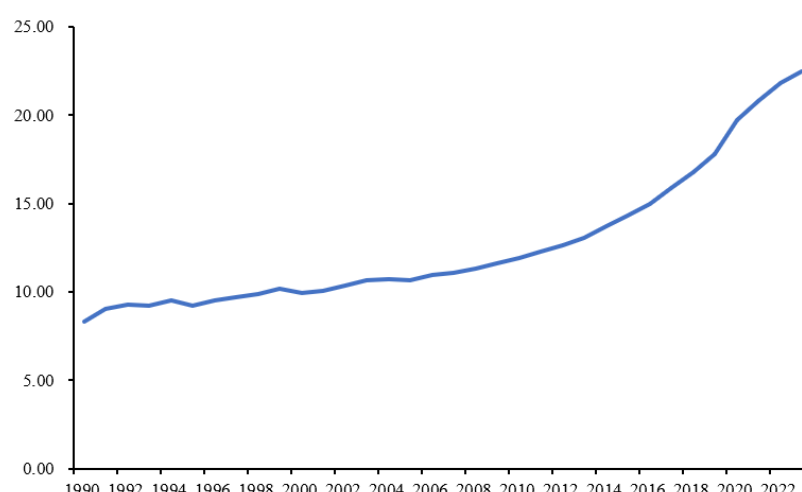
少子化也将导致未来劳动力数量的下降，从而导致全社会养老压力的上升。根据国家统计局相关数据，我国老年人口抚养系数（指某一地区人口中的老年人口数与劳动年龄人口数之比，用以表明每 100 名劳动年龄人口要负担多少名老年人）从 1990 年的 8.4 上升至 2023 年的 22.5。考虑到此前“婴儿潮”劳动人口的陆续退休，未来二三十年内我国的适龄劳动人口可能出现负增长，而二、三轮“婴儿潮”中劳动人口的退休又将导致老年人口的快速上升，因此我国老年人口抚养系数还将进一步上升，对社会养老资源的分配将构成极大的挑战。从人力和物力的角度来看，逐渐简化的家庭结构以及不断增加的老年人口抚养系数使得老年人越来越难以进行仅依靠子女的传统居家养老。

图 3 我国平均家庭户规模逐渐下降



资料来源：历次人口普查数据

图 4 我国老年人口抚养系数呈现显著上升趋势



资料来源：国家统计局，

此外，随着人口预期寿命的提高，我国当前的社会老龄化还呈现出高龄化的趋势，老年人口高龄化也对传统的养老理念提出了全新的挑战。以 80 岁为界限将老龄人口分为低龄老人和高龄老人，前者健康水平、自理能力相对较高，而后者健康水平低，更需要他人的看护。过去，我国人口预期寿命较低，高龄老人数量较少，在低龄老人生活可以自理的前提下，传统的居家养老自然能满足老人并不复杂的基本养老需求。而高龄老人将会有更多的医疗、看护、康复方面的养老需求，该等专业性较强的养老需求难以通过简单的传统居家养老得到满足。

3、国内经济社会的发展使得老年人对于生活质量有了更高要求，国外成熟养老经验的输入使得传统居家养老观念发生转变

随着国内人均收入的提升以及养老制度的不断完善，老年人的购买力逐渐提升，对于生活标准的要求也不断提高，老年人的消费习惯以及需求偏好也发生了较大改变。过去社会的老年人更多地关注生理方面的基础养老需求，如食品、居住。收入水平的提高使得现代老年人更加重视生活品质以及身心健康，在衣食住行、医疗水平、运动休闲、社交娱乐等方面有了更多个性化要求。

收入水平的提高也使得国外发达国家成熟的养老理念被越来越多的国内老年群体所接受。以美国为代表的发达国家广泛采用 CCRC（持续养老照料社区，Continuing Care Retirement Community）的全新养老服务模式，即为老年人提供连续性照护服务的退休老人社区。在 CCRC 模式中，老人可以根据自己的身体状

态，灵活地选择独立生活、协助生活以及专业护理等不同生活方式，社区可以为老人提供配套的打扫、洗衣做饭、康复理疗、社交娱乐等服务，使得老年人在健康状况和自理能力变化时，依然可以在熟悉的环境中继续居住，并获得与身体状况相对应的照料服务。据 1999 年美国一项学术调查显示，居住于 CCRC 社区的老人的余命年龄是非居住于 CCRC 社区的老人的 1.5 倍，人性化的 CCRC 养老理念受到了西方国家老年人的欢迎与认可。

CCRC 模式集合了居家、社区和机构养老等不同模式的优点，因此已被国内养老产业广泛关注，我国目前也已出现类似 CCRC 模式的“一站式养老服务社区”。当然，CCRC 模式养老也存在明显的缺点，即服务成本较高。根据美国全国老年公寓及护理业投资中心（NIC）发布的报告，2019 年美国成本最低的独立生活社区每月平均租金 3,239 美元。如果涉及专业护理，养老成本将更加昂贵，如失忆症患者生活小区月均租金高达 6,709 美元。

德国作为欧洲人口老龄化程度最高的国家之一，其主要的养老模式为居家护理型养老，该模式与居家养老类似，老年人依旧住在自己原居所内，但会由周边养老机构提供上门服务，老人可根据自己的服务需要，获得日间照料、娱乐陪伴、医疗护理等上门服务。该模式下的养老成本相对 CCRC 模式更低，也能提供相比传统居家养老更加专业的养老服务，这种“居家养老+护工上门”的养老模式也被我国越来越多的独生子女家庭所采用。

（二）国内养老产业主要发展模式

1、养老服务的主要内容

随着社会结构的演变和人口老龄化进程的加快，全球养老模式经历了显著的转变，养老服务的内涵和形式也随之发生了深刻的变化。传统的养老模式主要聚焦于满足老年人的基本生活需求，如衣食住行等方面的照料和护理。而在当今社会，养老服务愈加注重老年人的自主性、尊严、生活质量以及社会参与度，致力于满足老年人多方面的需求，包括健康管理、社交活动及心理支持等。《中国老龄产业发展报告》指出，养老产业应当以保障和改善老年人生活、健康、安全以

及参与社会发展，实现“老有所养、老有所医、老有所为、老有所学、老有所乐、老有所安”等最终目标。

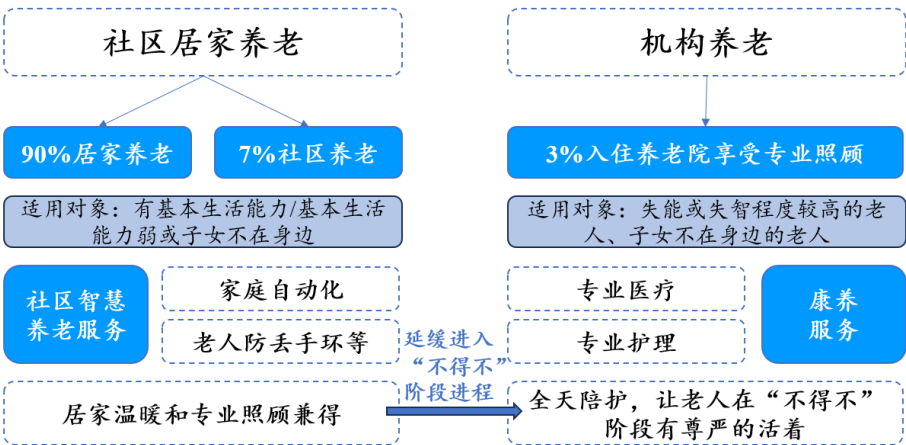
随着老年群体中慢性疾病发病率的上升，养老机构越来越关注老年人的健康维护和疾病预防，包括提供定期体检、药物管理、康复护理以及营养指导等多方面服务。现代养老服务突破了传统养老观念的一些认知局限，开始重视老年人的社交需求和社会参与感。越来越多的养老机构通过提供丰富多样的社交活动和娱乐项目，如舞蹈班、音乐会、手工艺课程等，积极鼓励老年人参与社会活动，增强他们的社会归属感和生活乐趣。此外，现代养老服务还包括专业的心理咨询和支持，帮助老年人应对情绪波动、焦虑和孤独等心理问题。养老服务提供者注重倾听老年人的意见和需求，尊重他们的选择和决策权，努力维护他们在养老过程中的自主权和尊严感。总体而言，现代养老服务正朝着更加综合化、人性化和多样化的方向发展。

2、养老产业主要发展模式

根据国家卫健委相关人士表示，目前我国已初步形成以居家养老为基础、社区及机构养老为补充的养老服务体系，即“9073”³的养老模式格局。“9073”养老模式是在“十一五”规划期间，在上海经过精确调研和评估提出，即90%的老年人以自助或家庭成员照顾为主居家养老；7%的老年人可得到有政府福利政策支持在社区养老服务；3%的老年人接受机构养老服务。

³ 全文涉及的“9073”表述含义均等同此处。

图 5 “9073” 养老格局示意图



资料来源：前瞻产业研究院

（1）居家养老

居家养老是符合中国传统理念的养老方式，目前大概有 90%的老年人均采用这种养老方式。传统的居家养老建立在多代同堂的传统家庭结构以及“多子多福”、“养儿防老”的传统理念的基础上。过去父母只能将抚养子女过程的投入视为养老保障的投资，多生多育来保障年老后的生活，而随着社会经济的发展以及生育率的降低，仅依靠独生子女无法满足老人日益丰富的养老需求。现代的居家养老也与传统的居家养老有所不同，老人在依赖子女进行养老的同时，还会搭配护工进行定期或不定期的上门服务来共同解决自身的养老需求。现代居家养老模式也较为符合我国“未富先老”的国情，生活自理能力较为健全的老人会更多的选择这种养老成本较低的方式来解决自身的养老需求，居家养老大部分的费用由老人及子女来承担。

我国部分地区也参考日本社会的养老经验，将长期护理保险⁴纳入老年生活保障的一部分。例如，吉林省长春市在《长春市失能人员医疗照护保险居家照护服务实施意见（试行）》中确定 25 家居家失能人员照护服务定点机构，将生活照料类、医疗护理类的 18 项服务纳入长期护理保险支付范围；根据《上海市长期

⁴ 所谓长期护理保险，是指为长期失能老人提供基本生活照料和与之密切相关的医疗护理提供服务或资金保障的社会保险。

护理保险试点办法》，上海市长护险以参加职工医保和居民医保的 60 岁以上人群为对象，经老年照护统一需求评估之后可享受居家上门照护、社区日间照护和养老机构照护三种照护服务，其中社区日间照护和养老机构照护待遇方面，对参保人员在评估有效期内发生的符合规定的相关照护服务费用，长期护理保险基金的支付水平为 85%；居家上门护待遇方面，对参保人员在评估有效期内发生的居家上门照护的服务费用，长期护理保险基金的支付水平为 90%。

（2）社区养老

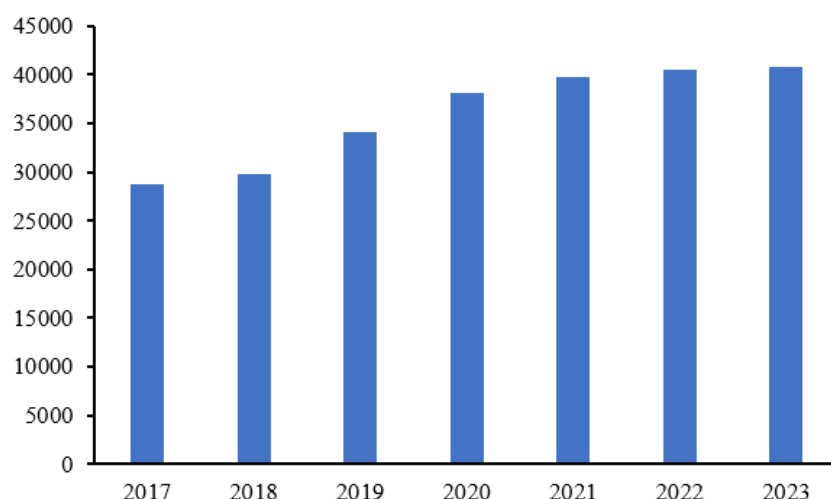
社区养老综合了居家养老以及机构养老的部分特点优势：社区养老以家作为老人主要的生活环境，联结家附近社区的建设养老服务设施，为老人提供多样化的养老服务，如简单的医疗服务、社交娱乐服务等。相比居家养老，社区养老可以为子女不在身边，或者生活自理能力相对较弱、但也暂不需要机构养老服务的老年人提供必要的生活保障以及精神陪伴；相比机构养老，老人不需要搬离自己所熟悉的社群，子女也能更方便地去探望、照料父母。但相应的，由于各个社区之间养老设施存在较大的差异，所能提供的养老服务也大相径庭，开发不完善的社区所能提供的服务远不如专业的养老机构。目前我国社区养老大约占据 7%。随着老人与子女同住比例逐渐下降，社区养老作为一种成本适中，且不需要子女投入过多看护精力的养老模式，将被更多老年人选择。

（3）机构养老

机构养老是指老年人通过入住养老院、老年公寓、康养中心等养老机构，并从中获得居住、就餐、医疗、娱乐等全面养老服务的养老方式。理想的养老机构一般具有“医养结合”的功能，将护老中心与老年医院相结合，既包括传统的生活护理、精神健康、老年文化等服务，更有医疗康复保健的职能，使大部分入住的老年人不必需求机构外的医疗机构服务。这类养老机构一般以全方位看护、解放家庭负担、满足老年人社交需求为卖点来吸引老人选择机构养老。随着人口预期寿命上升带来的高龄老人增加，以及社会经济的发展，近年我国养老机构的数量呈现逐年上涨的趋势。

机构养老适用于生活一定程度上难以自理的高龄老人，同时由于需要入住专业的养老机构，这类养老方式的成本负担一般都较高。根据龙舟投资研究报告估计，2023 年北上广深及长三角的一二线城市中非低端养老院的养老费用高达上万元每月。

图 6 2017-2023 年全国养老机构数量（家）变化



资料来源：中国民政部

（4）类 CCRC 模式（与地产开发结合的养老园区）

国内的养老行业通过借鉴美国等发达国家的 CCRC 养老模式，探索出了适合中国本土国情的类 CCRC 模式，即与地产开发结合的养老园区。在 CCRC 模式下，老人将按身体健康状态、生活自理程度及专业医疗护理介入程度，被分为 3 类：1）自理型老人：一般在 55-65 岁，老人生活能够自理，居住在独立单元。社区会组织各种形式的活动，如老年大学、兴趣协会等，丰富自理型老年人的日常生活；2）介助型老人：一般在 65-75 岁，当老人的日常生活需要他人帮助照料时，将从自理转入介助型护理。介助老人得到的服务内容除社区服务之外，还包括日常生活照护，如饮食、穿衣、洗浴、洗漱及医疗护理等，社区还为介助型老人提供与身体状况相适应的各类活动，丰富其日常生活；3）介护型老人：多在 75 岁以上，当老人生活完全不能自理，需要他人照料时，将转入提供 24h 专业护士照料服务的长期护理区。

表一 CCRC 养老社区服务内容总结

服务项目	服务内容
居住	CCRC 社区提供独立生活的住宅单元，包括公寓、别墅等不同类型的住房选择。居民可以根据自己的喜好和需求选择适合的住房，并享受社区提供的安全、便利的居住环境。
医疗	CCRC 社区配备基本的医疗设施和医护人员，为居民提供常规体检、疾病预防与诊治等基本医疗服务。社区还与医院和医疗机构建立合作关系，为居民提供更全面的医疗保健服务。
护理	CCRC 社区提供日常生活中所需的护理服务，包括饮食、洗浴、活动等生活照料以及褥疮、口腔等的专业护理。护理人员会根据居民的需求和健康状况提供相应的护理服务，帮助提高居民的独立生活能力。
康复	CCRC 社区提供康复治疗 and 辅助设备，帮助居民改善身体功能、恢复自理能力。社区会安排专业的康复师为居民制定个性化的康复计划，并提供必要的康复设备和服务。
社交	CCRC 社区组织各类社交活动和娱乐项目，促进居民之间的交流、心理健康和社区氛围的建立。社区会定期举办各种活动，如舞蹈、音乐会、手工艺等，为居民提供丰富多样的社交和娱乐选择。

资料来源：龙舟投资

中国的类 CCRC 模式按照养老地产园区的主导参与者的不同分为开发商模式、运营商模式以及保险公司模式三种，具体如下：

1) **地产开发商模式——绿地集团**：地产开发商模式指由房地产开发商主导和负责养老地产项目的规划、设计、建设和销售。绿地集团作为中国大型房地产开发商，以其强大的资源整合能力，汇聚土地、资金、人力等方面资源来满足养老地产项目的建设需求，并组建专业的养老管理团队来运营项目。青浦绿地国际康养城是绿地集团首个落地的 CCRC 项目，涵盖“医、康、养、旅、产、融”六大功能业态。其依托绿地房地产主业优势，致力于医疗产业、养老产业、健康管理产业发展，通过商业创新、管理创新、技术创新，以大数据驱动全生命周期、全方位健康管理服务为纽带，打通医疗体检、旅居养老、健康保险、智能设备等健康产业上下游，为老年人提供全方位的支持和关怀。

2) **地产运营商模式——联实集团**：地产运营商模式是运营商通过租赁、自己持有和委托管理方式取得养老地产，并对其进行经营管理的一种经营模式。联实集团是澳大利亚著名的养生享老社区运营商和开发商，2021 年 9 月，联实于中国打造的首个养生享老 CCRC 旗舰项目“澳朵花园·逸浦荟”正式开园。澳朵

花园为入住的老年人提供五星级酒店的服务，涵盖日常照料、健康管理、社交娱乐、多维就医等服务，是国内首个获得 WELL 健康-安全评价准则认证的养老社区。运营商能借助其在养老领域成熟的运营模式和经验，为老年人打造适合当地生活特色的养老社区，满足老人的高品质养老需求。

3) **保险公司模式——泰康集团**：该模式是一种以保险公司为主导，通过投资和运营养老地产项目来提供综合养老服务的模式。考虑到保险业持有大量可投资资金，同时国家政策明确支持保险资金投资养老实体，以泰康为首的国内的保险公司纷纷参与养老地产领域的布局 and 运营。泰康集团于 2010 年成立中国首个养老社区“泰康之家”并引入 CCRC 模式，形成了“活力养老、高端医疗、卓越理财、终极关怀”为一体的商业模式。“泰康之家”总体采用医养结合的模式打造养老社区，养老社区均配备有专业医疗机构，并包括独立生活区、协助生活区、专业护理区及记忆障碍照护区等养老单元，同时还包含丰富的长者休闲娱乐项目。相比于地产商开发养老社区，保险公司在进入养老产业时具有客户导入和产品定价方面的明显优势。

（三）“医养+康复”——养老产业发展升级的方向

1、随着我国老龄化进程展现出的高龄化趋势，医疗、护理、康复等服务在养老场景中重要性日益突出

养老服务需要由完善的医疗资源支撑，方能形成“医养+康复”结合的服务模式，尤其是对于高龄人口群体。根据《中国老年健康报告（2024）》，我国当前 60 岁以上失能人口规模达 4,654 万。北京大学一项人口学研究显示，到 2030 年，我国失能老人规模将超过 7,700 万，平均将经历 7.44 年的失能期。失能老人在日常生活中可能面临更多的健康和护理需求，而专业的护理团队和康复师能够为其提供个性化、专业化的护理计划和康复方案，帮助他们恢复身体功能、延缓疾病进展，并提供日常生活的照顾和支持。“医养+康复”模式能够使老人得到全面的医疗和护理服务，改善他们的健康水平和生活质量。

高龄老年人在日常生活中更容易面临突发疾病或意外伤害的风险，“医养+康复”模式还能够提供医疗专家或紧急情况下的医疗服务和救援支持。通过与合作

医院建立良好的紧急医疗救援机制，“医养+康复”结合的养老机构能够迅速响应老人的紧急医疗需求，提供迅速、有效的救治服务，并能在社区外医疗机构诊治后继续回到养老社区接受必要的康复或护理服务，这种类型的养老模式将是国内养老产业未来升级的重要方向。

2、目前的养老服务与医疗、康复等方面存在脱节，“医养+康复”结合的优质养老服务供给相对不足

当前我国失能老人已经超过 4,500 万，该等老人群体需要更加专业细致的照护服务。目前市场上存在的多种形式养老机构，例如疗养院，护理院，颐养院等等，其主要问题在于养老设施单一化，提供的服务大多数是基础型常规服务，侧重传统的养老陪护，而缺乏专业、系统的医疗诊治及康复服务，服务人员专业化程度不足。根据民政部的数据，截至 2023 年末，全国共有两证齐全（具备医疗卫生机构资质，并进行养老机构备案）的医养结合机构仅有不到 8,000 家，占同期全国养老机构比例不到两成。同时，居家养老作为我国老年人养老的首选模式，在当前也难以将养老服务与医疗康复资源进行联动。具备专业医疗素养的养老护理人员缺失是导致医养康复结合的优质养老服务难以在全国铺开推广并下沉至居家养老模式的主要原因之一。据民政部统计，我国对养老护理员的需求超过 600 万名，但目前相关从业人员不到 100 万名，其中具有医养结合技能的长期护理服务人员更是十分紧缺。

尽管 CCRC 养老模式也可以提供较为全面的“医养+康复”的优质养老服务，但目前我国 CCRC 社区基本分布在长三角地区，特别是上海周边，相对欠发达地区的老年人难以触达到相关的养老资源。CCRC 养老费用则是制约其大规模推广的主要因素，公开资料显示，上海申园“泰康之家”需要缴纳上百万元的保费来预约未来入住资格，入住后还将按照护理级别，收取不同档位的费用，最低的一级护理每月护理费用达万元以上。

客观上，随着人口老龄化的进一步深化，我国医养康复结合服务资源不足的供需矛盾还将长期存在，医疗资源和养老服务的深度融合需要政策制定者、监管部门、产业界等各方的协同努力，可谓是任重而道远。而只有推动医养康复服务

体系融合升级，为广大老年人提供专业规范、方便可及、综合连续的健康养老服务，才能实现让老年群体“老有所养、老有所乐”的终极目标。

3、“医疗+康复”的养老产业是增进老年人福祉的必由之路，也是人口老龄化趋势下社会经济稳定发展的应有之义

随着我国老年人对医疗护理的需求日益增长，而目前国内养老服务和医疗服务体系在服务层面相对分离，使得广大老年群体的养老照料和医疗康复服务需求无法得到有效满足和及时供给。老年人一旦患病，就需要在家庭、医院和养老院之间不断往返，既耽误了治疗，也增加了负担。如今，现代养老理念更注重健康快乐和生活质量，“医疗+康复”相结合的养老模式将成为国内养老行业未来发展的重要方向。

兼顾老年人的物质需求以及精神需要，让老年人“老有所养、老有所医、老有所乐”，为各年龄段的老人提供针对性的服务，是我国老龄化进程下的养老产业应当承担的责任与使命。国家也越来越重视养老体系的构建与完善，不断凸显健康老龄化的理念，医养康养及老年人康复医疗行业将迎来广阔的发展前景。随着我国养老服务体系的不断健全，“医养结合+康复护理”的现代养老服务模式将面向更广大老龄人口，老年人群体将能享受到更加全面细致的养老服务，完成由“养”老到“享”老的转变，在不断增进老年人群体生活福祉的同时，更好地挖掘老龄社会潜能、激发老龄社会活力。而我们同样坚信，未来我国养老服务体系的普惠性、普适性、专业性也将伴随着老龄化进程而渐进式提升，可谓是“长风破浪会有时，直挂云帆济沧海”。

二、医养产业发展现状、前景及趋势

（一）医养产业概述

所谓医养结合，即医疗结合养老模式，区别于之前我国医养分离的养老模式，即医疗系统与养老系统二者之间处于相互独立、自成系统的状态。医疗结合养老服务将医疗服务与养老服务相结合，整合医疗与养老资源，面对不同养老模式及需求的老年人口，在满足其养老需求，照顾其日常起居的基础之上，着重提供并保障其治疗护理、预防保健、健康检查等医疗需求。就本质而言，医养结合的核心在于建立以养老服务为基础、医疗服务为支撑的健康养老服务体系，“着眼”在养，“着力”在医。

医养产业是一项以满足老年人“医-养-康-护”服务为核心，综合供给层面（环境资源、硬件与服务资源、人员配置等）与需求层面（健康养老、子女照料、医疗诊治需求、养老服务质量等），通过不同实践渠道、实践机制实现医与养相互结合，积极应对老龄化社会的高质量养老需求，着力搭建老年人口健康福祉的产业。实践中，“医康养”融合是大趋势，医养和康养之间亦没有绝对的界限，往往互相包含彼此，需要特别说明的是，本文的医养产业在一定程度上包含了偏医疗护理侧的康养领域，就康养涵义本身而言，不同于包含了旅居、养生等更广泛意义上的大康养概念。

1、服务场景：三大类型

在国内养老产业模式逐渐清晰的大背景下，医养结合养老服务的实现，可以概括分成三大服务场景，即：居家医养、社区医养和机构医养场景。基于我国现行养老模式的基本格局是“9073”，在家庭这一养老方式占比最高、相对独立的服务空间提供生活照料与健康服务是长期内我国医养结合服务面临的基本现实。

2、服务对象：老年群体

医养产业的服务对象主要是老年人群体，特别是那些需要医疗护理和日常生活照料的老年人。医养产业通过提供综合性的服务，满足这些不同群体老年人的医疗、护理、生活照料和心理支持等多方面的需求，以提高他们的生活质量，确

保他们在晚年能够得到适当的关怀和尊重。按受众特点来划分，医养产业服务对象分类如下：

表二 医养产业服务对象类别

服务对象分类	特点描述	需求情况
高龄老人	身体机能逐渐下降	医疗护理和日常生活照料
慢性病老年患者	患有高血压、糖尿病等慢性疾病的老年人	需要定期医疗监测、慢性病管理、健康咨询
老年康复需求者	因疾病或意外事故导致身体功能受损	需要康复训练以恢复或提高身体功能
认知障碍老年患者	如阿尔茨海默病等认知障碍患者	需要特殊护理和支持、认知训练、心理慰藉，以维持日常生活和社会功能
行动不便老年人	由于各种原因导致行动能力受限	需要辅助设备或他人的帮助来进行日常活动
独居老人	没有与家人同住，面临孤独和社会隔离的问题	需要更多的社交活动和心理支持
经济困难老人	经济状况较差	需要政府或社会组织提供的经济援助和医疗救助
特殊需求老人	具有特殊文化、宗教或个人偏好的老年人	根据个人偏好定制服务
临终关怀需求者	生命末期的老年人	需要得到尊严和舒适的护理、临终关怀、家属支持

按服务场景，医养产业服务对象分类如下：

根据国家卫生健康委于 2023 年 11 月发布的《居家和社区医养结合服务指南（试行）》，居家和社区医养结合服务的服务对象是辖区内有医养结合服务需求的居家养老和社区养老的老年人，重点是失能（含失智，下同）、慢性病、高龄、残疾、疾病康复或终末期，出院后仍需医疗服务的老年人。机构医养场景下，主要服务对象为高净值、高消费老年群体，以及部分失能老人。

图 7 医养产业服务对象

居家和社区医养场景

- 辖区内有医养结合服务需求的居家养老和社区养老的老年人，重点是失能（含失智）、慢性病、高龄、残疾、疾病康复或终末期，出院后仍需医疗服务的老年人

机构医养场景

- 高净值、高消费老年群体，以及部分失能老人

资料来源：互联网公开资料，海通证券投行医疗健康行业组整理

3、服务内容：医养康护

按服务场景划分，国家卫生健康委于 2019 年 12 月发布的《医养结合机构服务指南（试行）》，以及 2023 年 12 月发布的《居家和社区医养结合服务指南（试行）》分别对机构医养、居家与社区医养服务内容做了表述，具体整理如下：

表三 机构医养、居家社区医养服务内容简介

项目	《医养结合机构服务指南（试行）》	《居家和社区医养结合服务指南（试行）》
健康教育服务	医养结合机构应通过宣传册、讲座等适当开展健康教育和健康知识普及。	医疗卫生机构应利用多种媒介，面向老年人及其照护者进行健康知识科普，提升老年人健康素养。
巡诊服务	医养结合机构应当根据老年人健康需求，安排医师对其进行定期巡诊并做好记录。	有条件的医疗卫生机构可根据资源配置情况，为有需求的老年人提供医疗巡诊服务。
健康管理服务	入住医养结合机构的老年人应当全部建立健康档案；每年至少提供一次老年人健康体检服务，并针对老年人健康状况及个人需求提供相应健康服务。	基层医疗卫生机构应按照国家相关规定规范，为老年人建立健康档案，并提供基本公共卫生服务；有条件的基层医疗卫生机构可为老年人提供个性化保健咨询等服务。
心理支持服务	医养结合机构应提供相应精神支持服务，并由经过相关培训的护理人员承担；配备必要设施及环境，帮助老年人适应环境，并协调督促第三方进行定期探访。	有条件的医疗卫生机构可为老年人提供相应心理精神支持服务，促进老年人与外界社会接触。
转诊服务	与周边综合医院、中医医院签约合作关系，确保有效转诊；针对危急重症疾病，应及时联系家属在取得同意后进行转诊，并安排专门医护人员与医院对接。	对于居家或社区养老中符合转诊条件的老年人，巡诊机构应积极响应并将其转诊至综合性或专科医院；对于有慢性病及康复护理需求的老年人，巡诊医疗机构可根据病情和医疗机构医嘱开具处方，并提供必要的家庭病床等服务。
中医药服务	充分利用中医药技术方法，为老年人提供中医诊疗服务及相关咨询；医养结合机构提供的中药煎煮服务要符合《医疗机构中药煎药室管理规范》要求。	医疗卫生机构可利用中医药技术方法，为老年人提供中医诊疗服务及相关咨询。
安宁疗护服务	参照《安宁疗护实践指南（试行）》内容，为老年人提供疼痛及其他症状控制、舒适照护、心理、精神及社会支持等人文关怀服务，并根据老年人需求，帮助患者应对情绪反应、寻求社会支持，为患者提供死亡教育等心理支持和人文关怀服务；应当尊重患者的价值观与信仰，保护患者的隐私与权利。	-

项目	《医养结合机构服务指南（试行）》	《居家和社区医养结合服务指南（试行）》
急诊救护服务	有条件的机构应当安排医护人员 24 小时值班，及时提供急诊救护服务；针对无能力处理的急危重症疾病，遵循就近转诊原则，立即呼叫 120 或电话通知上级医院	-
常见病/多发病诊疗	参考已发布的临床路径和有关诊疗指南为老年人提供常见病、多发病诊疗服务	-
护理服务	参照《老年护理实践指南（试行）》，遵医嘱为老年人提供护理服务。	-
康复服务	康复人员需按照《常用康复治疗技术操作规范（2012 年版）》相关要求为老年人提供物理治疗康复服务	-
辅助服务	辅助服务内容包括但不限于：观察老年人日常生活情况变化、协助或指导老年人使用辅助器具、化验标本的收集送检、陪同老年人就医并协助老年人完成医疗护理辅助工作等。	-
失智老年人服务	为有需求的失智老年人提供基本服务、医疗服务、中医药服务、护理服务、康复服务、辅助服务、心理精神支持服务等（详情参考本指南前述服务内容与要求），并为失智老年人做好安全防护措施；为失智老年人提供认知康复服务，	-
家庭病床服务	-	医疗卫生机构可根据资源配置情况，为符合条件的居家老年人和社区养老服务机构入住老年人提供家庭病床服务。
居家医疗服务	-	有条件的医疗卫生机构应按照《关于加强老年人居家医疗服务工作的通知》的有关要求，为有需求的老年人提供诊疗、康复护理、安宁疗护等上门服务，并在提供相应服务过程中应遵循《老年护理实践指南（试行）》《安宁疗护实践指南（试行）》等，规范服务行为。

注：根据《医养结合机构服务指南（试行）》与《居家和社区医养结合服务指南（试行）》整理。

（二）医养产业发展历程及现状

1、美国：整合式长期护理医养结合实践

美国等发达国家是“整合式长期护理”的典型实践者，特别是缘起于美国华裔老人长期护理需求的 PACE（Program of All-inclusive Care for the Elderly）模式

⁵，是医养结合式长期护理服务领域的一次成功实践，因此本部分重点介绍美国 PACE 医养结合模式的基本情况与实践经验。

（1）起源背景与发展历程

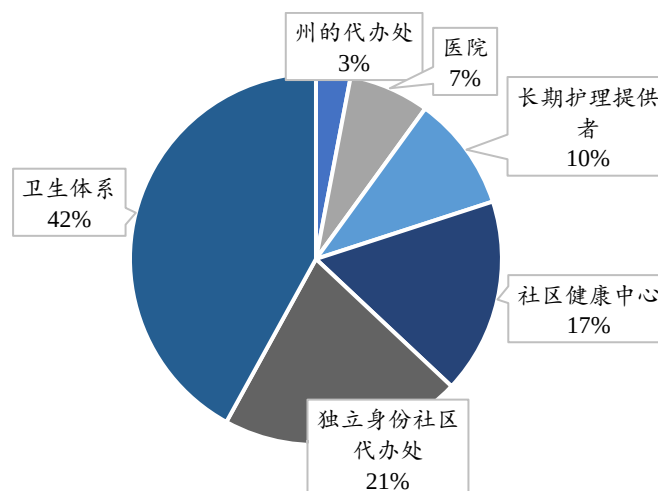
PACE 意为老年人全面护理服务项目，起源可追溯到 1971 年：在旧金山中国城，由于文化传统，很多华裔老人不愿意入住护理之家（Nursing Home）或无法负担相关费用，当地社区便参照英国日间医院模式，建立日间医疗和护理服务中心，让这些老年人延迟或避免入住护理之家。

1973 年，由和健康服务部（Department of Health Services）、老年管理机构（Administration of Aging）和加利福尼亚州政府（the State of California）集资建立 On Lok 社区成人日间护理中心。该中心可提供急性和慢性长期医疗服务（包括基础的全科医疗服务和专科会诊），并提供其他辅助服务。

1983 年，美国认为 On Lok 服务形式值得推广，退休人员医疗保险（Medicare）和医疗救助（Medicaid）开始试验性共同对其出资。1986 年，美国政府通过立法在全国范围内建立多个示范项目，由医疗保险和医疗救助为其支付费用，并开始称为“老年人全面护理服务项目（PACE）”。到 2014 年，美国有 31 个州开展了共计 104 个 PACE 项目，承办这些项目的主体包括：卫生体系、独立身份社区代办处、社区健康中心、长期护理提供者、医院、州的代办处，其中卫生体系承办的项目最多。

⁵ 美国养老模式以社区养老为主，主要包括：会员制养老模式、“医养结合”养老模式、退休社区模式。其中，美国的“医养结合”养老模式的典型就是 PACE 模式。

图 8 各主体承办 PACE 项目所占比例



资料来源：PACE 官网，《社会政策研究》（《中国医养结合式长期护理服务体系的建构——基于美国 PACE 模式的经验》，万谊娜），海通证券投行医疗健康行业组整理

（2）服务模式

1）服务对象：55 岁及以上符合入住护理院标准者

PACE 服务旨在为年龄在 55 岁及以上的居住在服务区域内的个体提供援助。这些参与者必须经过州医疗救助机构的严格审批，确认其满足该州护理院入住的相关标准。参与者基于自愿原则加入 PACE 计划，一旦加入，他们将接受来自 PACE 中心员工或与 PACE 中心签订协议的医生及医疗服务机构的专属服务。

2）PACE 的筹资与给付：双渠道融资，独立核算与统一使用

PACE 计划是由美国联邦医疗保险与州级医疗补助共同资助执行的。该计划下，医疗保险和医疗补助服务中心（CMS）依据疾病分类及病情分层系统（HCC），针对每位失能老人的具体病情和疾病种类，预估其医疗开销，并据此每月向 PACE 中心提供资金支持，即按人头计费。在此机制中，医疗补助所负担的部分大约占整体 2/3，该部分在各个州之间存在着不小的差异。不符合医疗补助资格的失能老人，须自行承担每月约 3,000 至 5,000 美元的费用，而一旦符合资格并加入 PACE 项目，他们便无需再支付任何医疗费用。至于医疗保险的支付部分，则是基于调整风险后的平均成本进行核算，而医疗补助部分的支付比例，则是通过与各州协商，参照各州对于长期护理的支出标准来确定的。

各 PACE 机构将所有资金汇总，实行单独核算，并统筹规划资金用途。尽管它们各自独立进行财务核算，却不会通过削减服务来降低成本。该做法可能使得患者后续需承担更频繁、价格更高的医疗负担。相反，PACE 机构亦提供超出一般医疗保险和医疗援助范畴的服务，如代付患者水电费等，目的是确保每位患者获得适宜的医疗服务与生活照料，以保持其最佳的生活状态。

3) 服务内容：预防、治疗、康复、日常照护以及临终关怀一体衔接

PACE 项目致力于为老年群体提供一整套涵盖预防、医疗、康复、日常照护以及安宁照料的综合护理方案。该项目的主要服务由日间照护中心承担，每天清晨，中心的班车将行动不便的老人接至中心，让他们有机会在此参与各类社交活动，如休闲娱乐、阅读以及与同龄人交流等。在专业的生活照护人员、护士，及社会工作者等的陪同与照料下，老人们得以保持其生活功能，防止因身体衰弱而被边缘化。对于生活自理能力较弱的老人，中心提供个性化的日常照护服务，如沐浴、理发、如厕等，并统一提供午餐。此外，PACE 中心设有药剂师定期审查老人的用药情况，确保其用药的安全性合理性（同时有护士辅助老人用药）。行动不便的老人还能在中心便捷地接受门诊及随访服务，并根据个人需要接受康复或专科治疗。病情稳定的老人，每月仅需到门诊部进行一次随访。由于中心全体员工对老人们的健康状况了如指掌，病情出现波动，便能及时发现、评估，进而迅速得到诊断与治疗。若老人经处理后病情稳定，便可与其他老人一道乘坐班车回家；倘若病情加重，则将安排住院或入住护理机构，PACE 中心的医生将参与并跟进老人在院期间的医疗事务。

PACE 计划的目标之一是预防。该策略着重于对体弱长者实施预防性治疗，包含常规预防保健和社会援助两大方面。常规预防保健手段包括但不限于接种疫苗，迅速识别并应对急性或慢性疾病的恶化，以保持其生活功能，降低残障风险；同时，定期开展营养与居住环境的安全性评估，年度抑郁症状筛查，以及药物管理（如提升用药依从性、常规药物监测、适时调整用药方案以及规避药品副作用）。至于社会支持方面，则提供了临时的替代性护理，为照护者提供喘息之机，同时防止虐待老年人事件的发生。

PACE 项目参与者多为高风险失能老人，因此医生及团队成员极为注重与老人们深入探讨其健康期望，并确切掌握他们在晚年生活中医疗诉求。基于此背景，临终关怀服务成为 PACE 的重要组成部分。此类关怀通常针对预期寿命不超过半年的患者展开。然而，对于 PACE 中的失能老人而言，由于医疗团队对其病史、身体功能、社交关系及心理需求有深入了解，且对其生命末期的紧急救治及医疗期望有充分认知，许多患者得以更早接受临终关怀。此外，PACE 致力于全方位解决患者的各类问题，即便患者预后尚未明朗，实际上也已着手进行临终关怀，这一做法已使更多患者受益。

4) 服务团队：依托单一医疗机构，汇聚跨学科医护人员

PACE 机构提供一系列涵盖基础医疗、急性医疗及长期照护的全方位服务，这些服务通过 PACE 中心（包括日间照护设施和治疗门诊）、居住场所或医院展开。各中心大致服务 120 人，每周运营 5 至 7 天，且在周末至少有一个中心对外开放。为了照顾 120 至 150 名行动不便的老年人，中心大约需要部署 60 至 80 名工作人员。PACE 团队会针对每位老人的特定需求，量身定制治疗计划，直接为他们提供所需的医疗与家居服务，同时跟踪治疗进展并适时进行调整。通常情况下，医院及护理之家的患者由医生照看，但在某些 PACE 中心，则是老年病专科的护理人员依据医生建议，独立负责护理之家内失能老人的日常看护工作。

表四 PACE 中心的架构设置与人员组成

医疗门诊部	健康中心	家庭护理部	运送部	行政部
1 位专科护理师，配 3 位注册护士，1 位职业护士备	3 位硕士资格的社工，0.75 位全职注册营养师，0.5 位全职注册物理治疗师，1.5 位全职职能治疗师，2 位复健助理，2 位娱乐治疗师，1 位宗教助理，1 位中心主任，1 位接待员，1-3 位健康工作人员	1.5 位全职家庭健康护士 19-26 位家庭护理员	4 位司机，3 位专科医师	1 位计划主任，0.25 位全职医疗主任，1 位营销专家，1 位内部联络员，2.5 位全职医疗记录员

注：资料来源为 PACE 官网（<https://www.npaonline.org/>），《社会政策研究》（《中国医养结合式长期护理服务体系的建构——基于美国 PACE 模式的经验》，万谊娜），海通证券投行医疗健康行业组整理。

2、英国：从机构与社区照护到综合照护

在那些较早面临人口老龄化问题的欧美地区，老年人对健康关照、日常生活辅助及高专业度医疗护理服务的需求，与传统医疗服务、社会化养老服务的分割供给之间已呈现出明显的矛盾。为此，“医疗与养护相结合”的模式逐渐演变为这些国家对抗人口老龄化和慢性病挑战的关键策略。自 20 世纪 70 年代起，英国政府便将这一结合模式纳入其政策目标。该模式已发展成老年公共服务的医疗服务与社会照护二元并立体系里实现资源整合的重要手段。

（1）起源背景：日益严峻的老龄化程度

英国在 1930 年代就进入了老龄化社会。1950 年其 60 岁以上人口在总人口中占比已达 15.5%，是较早进入老龄化的国家。截至 2022 年底，全英共有人口 6,697.14 万人，其中 65 岁以上人口占 19.2%⁶，已呈深度老龄化状态。

（2）医养理念发展历程：从机构照护到社区照护再到综合照护

1) 从机构照护到社区照护

在 1946 年，英国政府正式实施了《国家卫生服务法》，以此兑现了工党对公众的社会福利承诺。该法通过建立全民健康系统（National Healthy System, NHS），向国内所有公民及长期居住者提供了无偿医疗服务。同时，对于那些残疾和年迈等弱势群体，政府采取了集中化的机构照护模式，这一举措取得了明显的成效。然而，这种无需付费的医疗保健和长期的机构护理，却在一定程度上导致受助者对福利的过度依赖，削弱了他们融入社会的意愿与能力。随着人口老龄化问题的加剧，医疗体系和养老机构的财政压力也逐步增大。

在 1990 年，为应对老年人口的增长速度加快、服务成本上升以及相关压力不断增大的挑战，英国政府实施了《国民健康服务与社区关怀法案》，着手构建以社区为基础的社会关怀体系。该体系有效地将专业护理人才和社会工作专家配

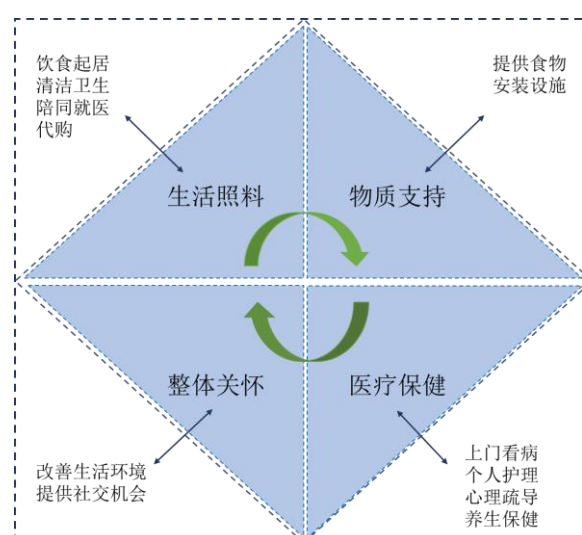
⁶ 数据来源于 ，海通证券投行医疗健康行业组整理。

置于社区之中，将原本长期住院的老年人群转向社区接受照护，大幅减轻了医疗健康服务的负担。

英国的社区照护模式旨在为老年人提供适度的支持，重点关照那些需要长期护理的老年人，保障其最大限度的自主性，通过团体之家、临时庇护所等设施提供短期托养和日间照料服务，同时也包括居家护理。

在英国，医疗健康机构与社区居民生活紧密相连，通过在社区设置健康巡视员，定期入户拜访老年人，提供医疗救治、康复指导以及营养咨询等多元化服务与建议，强化了医院与基层社区之间的互动纽带。诸如老年公寓、日间照料中心、老年人活动站及护理院等多样化设施，均可在社区提供服务。

图 9 英国“社区照护”服务体系构成

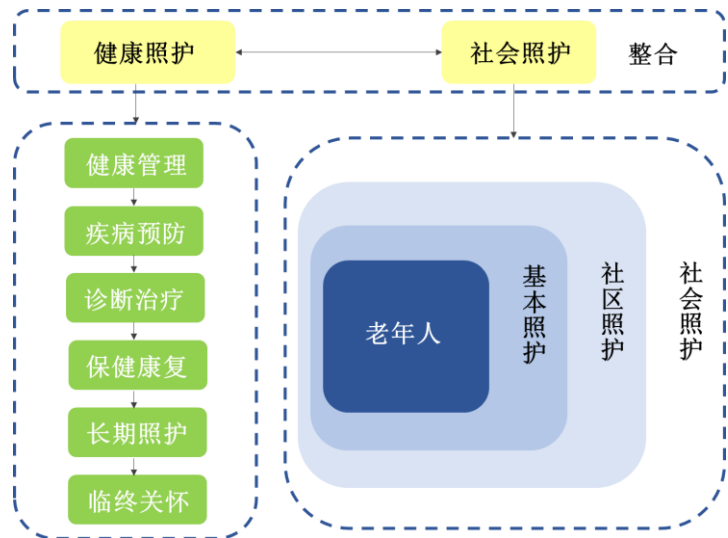


资料来源：《英国养老设施医养结合模式分析及经验借鉴》，陈暘

2) 从社区照护到综合照护

20 世纪 90 年代的英国，社区照护模式实现了从“社区中照护”向“社区提供照护”的转变。此时，英国开始致力于推进医疗照护与社会照护的融合，打造出“综合照护”新模式。所谓“综合照护”，即围绕被照护者，将基础医疗、社区支持以及社会服务等多方资源进行有机整合，通过构建跨机构协作，提供持续且高品质的照护。这一模式特别强调健康与社会服务的结合，旨在为老年人提供包括养护、日常生活照料、医疗保健及社交支持在内的全方位服务，从而实现对老年人从生活照料至医疗关怀，直至生命终点的全程照护。

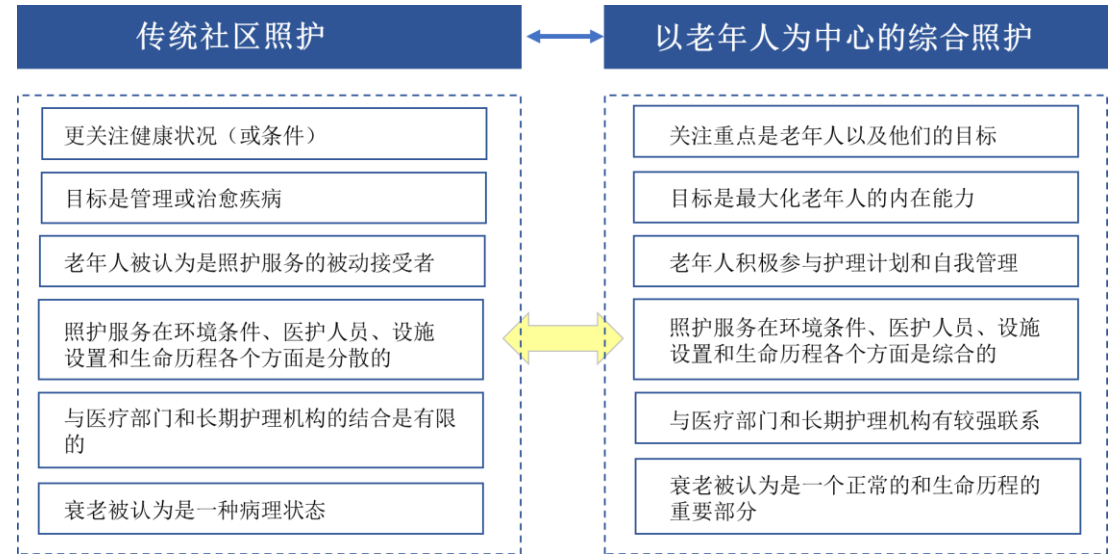
图 10 英国综合照护体系



资料来源：《英国养老设施医养结合模式分析及经验借鉴》，陈暘

“综合照护”模式虽以“社区”作为基本照护单位，却不仅止于社区范畴。该模式已跨越了传统的社区界限，实质上对既有照护体系进行了深刻的变革。

图 11 传统社区照护与综合照护的对比



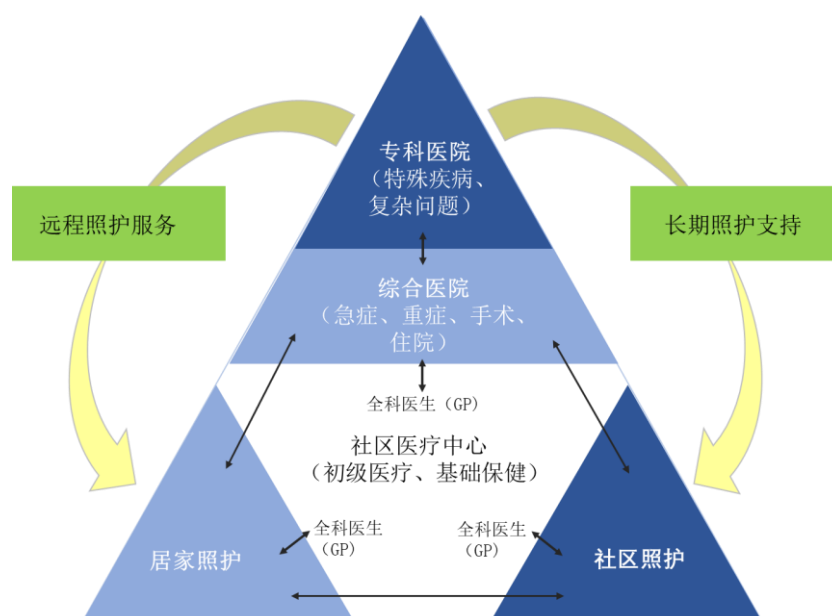
资料来源：《英国养老设施医养结合模式分析及经验借鉴》，陈暘

（3）医养支撑体系：医疗照护与社会监管

英国养老服务具有较完善法律和体系支撑，包括医疗照护服务体系和社会服务监管体系。英国医疗照护服务体系由国家医疗服务体系（National Health Service, NHS）与地方政府社会服务体系（Social Service Department, SSD）共同组成。

1948 年问世的英国国家卫生服务体系（NHS），致力于向全体公民无偿提供普遍且公平的医疗卫生服务，已成为融合医疗与养护的关键支柱。NHS 底层由社区医疗枢纽构成，它们作为 NHS 的基石，在各自社区内提供基本的医疗服务；中层由提供急诊、严重疾病治疗、手术及住院服务的综合性医院组成。位于金字塔顶端的专科医院，则专注于处理罕见及复杂的医疗难题。患者首先在社区医疗中心注册，并预约全科医生进行健康咨询和常见病的处理；如需更深层治疗，则通过推荐方式前往综合医院或专科医院。此流程极大地优化了医疗资源的分配与利用。

图 12 英国 NHS 医疗服务体系



资料来源：《英国养老设施医养结合模式分析及经验借鉴》，陈暘

NHS 的各级医疗单元已与地方众多的养老护理机构建立了紧密的合作关系，提供如远程医疗看护、持续性护理等扩展服务，从而有效地应对了老年群体在医疗保健及护理方面的需求。

（4）医养实施系统：医养设施与具体服务

英国医养设施可分为 6 种类型，注重医养结合，但养老和医护服务各有侧重，涵盖了基本生活照料、日间照护、长期照料、专业照护、临终关怀等多种形式。

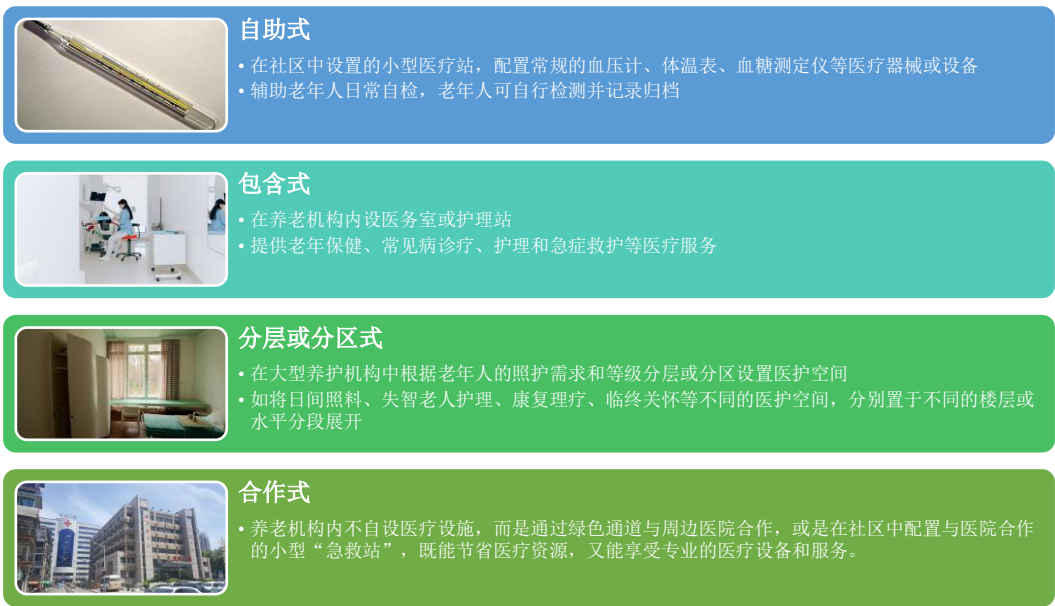
表五 英国医养设施类型及服务内容

医养设施类型	服务对象	服务类型	医养服务内容
养老院	自理老人、介助老人	机构照护	生活照料、日间照护、文化娱乐、社交活动、医疗保健、康复护理、缓和治疗
老年养护院	介助老人、介护老人	机构照护	生活照料、日间照护、康复理疗、姑息治疗、缓和治疗、EMI 单元、临终关怀
日间照护中心	自理老人、介助老人	居家照护 社区照护	膳食供应、家政协助、个人护理、社交活动、文化娱乐、医疗保健、临托服务
老年护理公寓	自理老人、介助老人	居家照护	膳食供应、家政协助、个人护理、文化娱乐、复健护理
失智照护机构	痴呆症、阿尔兹海默症患者	机构照护	生活照料、专业照护、心理疏导、认知训练、生活能力培训
医养社区	自理老人、介助老人、介护老人	社区照护 居家照护	老年住宅、商业服务、文体娱乐、医疗护理中心、体检中心

英国在为老年人提供医护服务方面，强调根据老人的具体需求来配置医养设施。对于那些生活能自理的老人，设施所提供的医疗服务集中于慢性病管理，重视医疗保健与理疗；而对于患有痴呆或阿尔茨海默病等认知障碍的老人，医养结合机构专注于心理辅导和认知功能训练等专项照护；在规模较大、功能全面的医养机构中，除了要提供舒适的居住环境、便捷的商业服务以及丰富的休闲活动外，还应配备一定规模的综合性医疗单元，以满足老人们的全面需求。

医养设施中医疗单元与养老单元的结合，主要包括以下 4 种类型：

图 13 英国医养设施中医疗单元与养老单元结合的 4 种方式



资料来源：互联网公开资料

以建成于 2003 年的伦敦达尔文医养社区为例，该社区为自理、介助和介护不同类型的老人提供服务。社区内配置了社区中心、花园、活动用房、咖啡厅、美容美发、图书馆、游泳池、IT 培训室、医疗保健、理疗单元等综合功能，老人可以方便地解决一切生活需要。内设社区医疗为入住者提供预防、诊疗、护理和康复等多种专业、快捷的医疗服务。

图 14 伦敦达尔文医养社区



资料来源：互联网公开资料

3、日本：基于介护保险的长期介护体系

日本医养服务主要为长期介护体系，这建立在强制介护保险体系基础上，日本在 2000 年就针对 40 岁以上人群制定了强制介护护理保险制度，且政府也有大量的公共长期照护支出投入。此后，日本政府通过碎片化政策整合，从医疗诊治逐渐向预防进行过渡转型，搭建了“医养结合”的养老模式。

（1）起源背景：人口高龄化带来的养老负担与医疗挤压

日本社会老龄化加快，劳动力市场的适龄人口缩减，生育率显著降低，使得该国的养老保障体系持续性的根基遭受冲击。在此背景下，日本的长期护理保险机制在实施过程中暴露出诸多瑕疵。因此日本计划制定一套更紧密融合医疗与养护功能的老年照护体系，旨在补充和完善现行长期照护体制的运作短板。

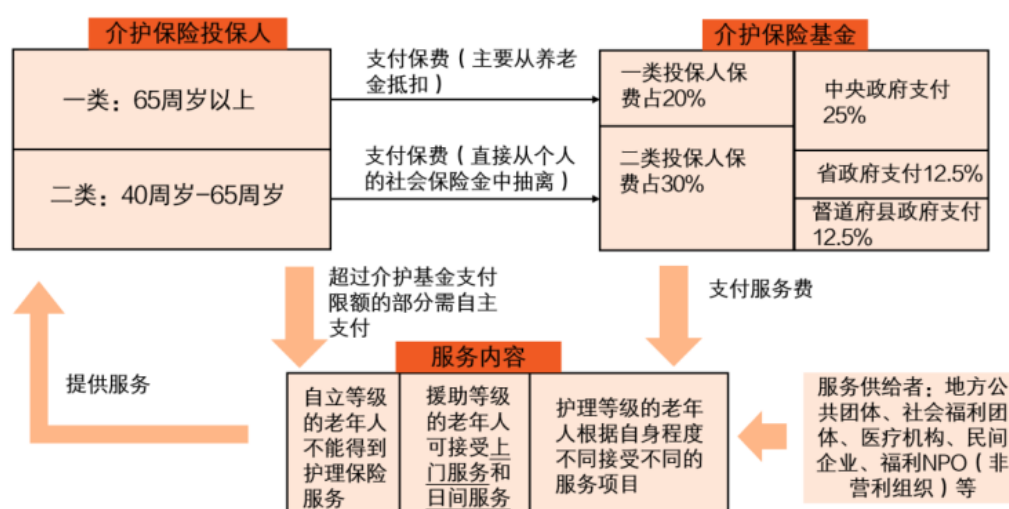
（2）发展历程：逐步建立基于强制介护保险体系的长期介护体系

1963 年，日本政府制定了《老人福利法》，规定政府出资修建特别养老院，为认知症、卧床不起等体弱老人提供服务；1982 年，日本出台了《老人保健法》，

其中提出了由政府为有需要的老人出资建立提供短期入住、治疗服务和护理的托老所这一新举措；1989 年制定《高龄者保健福利推进十年战略》，以此为契机，众多老年活动室、老人医院、老年公寓开始出现；1997 年 12 月，日本通过了《护理保险法》，规定：“采用强制的方式，以政府为主体，将居住在本国的 40 岁以上者（包括外国人）纳入到长期护理保险中，65 岁后开始享受保险提供的服务，卧床或患痴呆无法自理的老年人不去医院就可在家接受护理”。

2000 年开始日本在全国实行介护保险法，并在 2005 年进行了部分修订。其程序为，首先由被保险人提出介护申请，然后由地方政府下设的专业评估机构根据申请人的生理和精神状况评定需要介护的时数和级别。

图 15 日本介护体系组成结构



资料来源：《守正出奇，轻资产服务与重资产社区双轨并行》，平安证券

日本构建的介护保险机制，其核心在于向有需求的公民提供专业的介护服务。在此基础上，服务的具体执行严格以介护保险制度为基础，主要服务于那些处于“需介护情形”及“需支援情形”的人群。所谓的“需介护情形”，是指公民身体或心理障碍持续超过六个月；而“需支援情形”则指那些能够自理部分日常事务，但仍旧依赖外界援助以保持生活质量的人群。鉴于“需支援情形”有可能发展成更为严重的“需介护情形”，日本着力强化居家与机构两种介护服务，旨在延缓这种状态转变的进程。居家介护涉及在家或在养老机构的短期照护服务，而机构介护则是在各种老年设施中提供的长期护理及康复服务。这些服务大多由私

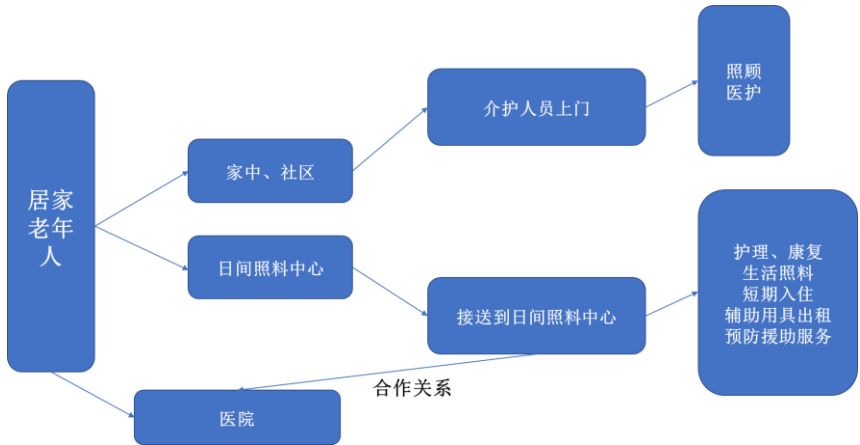
营企业或非盈利组织承担。日本老龄服务企业，以“小型化”和“连锁化”为经营策略，向老年人提供全方位的照护支持，介护费用由服务使用者与政府共同分担。此外，日本法律规定，凡年满四十周岁者，不论其是否立即需要介护服务，均须加入介护保险计划。

（3）服务模式

1) 居家与社区医养结合养老模式

居家医养结合的养老模式可区分为两类形态：一是老年人群在居住地便能得到专业护理人员的多样化服务，如应急援助、家居清洁、医疗支持及餐饮服务 etc 个性化、专业化的照护；二是老年人白天被送达日间照料中心，接受专业机构提供的全面护理，夜间则返回家中。实操种，部分日间照料中心的服务范畴进一步拓宽，为社区老年人提供短期寄宿式的养老服务。

图 16 日本居家与社区医养模式



资料来源：《日本医养结合养老模式及其运行机制研究》，习开冉

日间照料中心是日本居家医养结合养老模式中的一个典型设施。已发展至上千家，其资金来源情况如下：

表六 日本日间照料中心资金来源

资金来源	负担者	负担比例
公费	国家	25.00%
	都道府县	12.50%
	市村	12.50%

资金来源	负担者	负担比例
	合计	50.00%
保险费	65 岁以上参保者	29.00%
	40~64 岁参保者	21.00%
	合计	50.00%

注：上表中相关数据来源于杨哲所著的《日本医养结合养老服务的实践及对我国的启示》。

从服务内容来看，目前日本居家养老护理模式服务已发展到十余项，其中，上门服务包括护理、洗澡、诊疗、康复服务以及居家营养管理指导等。这些上门服务可以划分为照顾和医护两种。其中护理和洗澡为照护服务内容，诊疗和康复、居家营养管理指导为医护服务内容。

表七 居家医养模式服务内容

序号	机构日间照料	序号	上门服务
1	日间机构护理	1	上门护理
2	日间机构康复	2	上门洗澡
3	短期入住生活照护服务	3	上门诊疗
4	短期入住疗养护理服务（老人保健设施）	4	上门康复服务
5	短期入住疗养护理服务（疗养型医疗设施）	5	居家营养管理指导
6	辅助用具出租		
7	特殊养老设施入住护理服务		
8	预防援助服务		

资料来源：《日本医养结合养老模式及其运行机制研究》，习开冉

2) 机构医养结合养老模式

在日本，医养结合的养老机构呈现出多样化的形态，它们大致可根据入住长者的具体需求，细分为六类不同模式，具体情况如下：

表八 日本医养结合养老机构类型及特点

序号	类型	入住对象及特点
1	特别养护之家	针对失能、残疾以及痴呆老人
2	老年公寓	针对于长期入住且身体健康老年人
3	老年福利中心	针对于低收入老年人，此机构具有政府补贴性
4	残疾人福利中心	针对于特殊人群，专门性的养老机构

序号	类型	入住对象及特点
5	康复养老院	针对中风、骨折等住院后需要康复的老年人
6	介护疗养型养老院	针对于高收入且注重入住品质的老年人

资料来源：《日本医养结合养老模式及其运行机制研究》，习开冉

4、中国：较晚的起步伴随较大市场空间

（1）起源背景：人口老龄化快速深化

目前，我国所处的人口老龄化具有“规模庞大、增速加快、未富先老、区域发展不平衡”等特点。据国家统计局数据显示，截至 2023 年底，全国 60 岁以上老年人口达 2.97 亿，占总人口的 21.1%，65 周岁及以上人口 2.17 亿，占总人口比例为 15.4%。

根据育娲人口《中国人口预测报告 2023》“中方案”，预计中国在 2030 年左右进入占比超 20%的超级老龄化社会，之后持续快速上升至 2060 年的约 37.4%，企稳一段后将再度上升至 2080 年及之后的 46%左右，届时中国 8 亿总人口中近一半是老年人。心脑血管疾病等慢性病患率高成为影响老年人群健康的主要问题，我国失能和部分失能老年人近 4,000 万⁷，其中完全失能的老年人近 1,000 万。而据北京大学一项人口学研究显示，如果不加以预防和控制措施，到 2030 年，我国失能老人规模或将超过 7,700 万。

老年人对健康服务的需求明显高于其他年龄人口，需要得到适宜便捷的医疗和护理服务。而当前医疗服务体系还是以应急、救治为主，需要向预防为主、急慢分治、注重慢性病治疗等方面转变，迫切需要加快长期护理相关制度设计和实践探索。从长远看，人口老龄化将给家庭养老、医疗服务等带来长期支付压力，将对社会保障制度的可持续性产生一定影响。

⁷ 根据全国老龄办、民政部、财政部 2016 年共同发布的第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查结果，我国失能、半失能老年人约为 4000 万人。

发展医养结合对于促进实现健康老龄化、建设健康中国具有重要意义⁸。医养结合可以有效提高老年人的健康水平、改善老年人的生活质量，是社会各界普遍关注的重大民生问题，是满足亿万老年人健康养老需求的重大举措。

（2）发展历程：从产业地位确立到提质增效运营

自 2013 年，国务院《关于加快养老服务业发展的若干意见》首次对医养结合理念给予官方认可，众多部门陆续出台相关政策，促进了医养结合模式的深入发展。

表九 国内医养结合相关政策汇总

时间	部门	文件	内容
2013.9	国务院	《关于加快发展养老服务业的若干意见》	推动医养融合发展，探索医疗机构与养老机构合作新模式。
2013.9	国务院	《关于促进健康服务业发展的若干意见》	推进医疗机构与养老机构等加强合作。
2014.9	发改委	《关于加快推进健康与养老服务工程建设的通知》	加快推进医养结合服务设施工程的建设。
2015.2	民政部	《关于鼓励民间资本参与养老服务业发展的实施意见》	支持有条件的养老机构内设医疗机构或与医疗机构签订协议，并支持纳入医保。
2015.3	国务院	《全国医疗卫生服务体系规划纲要（2015-2020 年）》	支持有条件的医疗机构设置养老床位；支持有条件的养老机构设置医疗机构。
2015.5	国务院	《关于印发中医药健康服务发展规划（2015-2020 年）的通知》	促进中医药与养老服务结合，支持养老机构开展融合中医特色的健康管理服务。
2015.11	卫计委	《关于推进医疗卫生与养老服务相结合指导意见》	支持养老机构开展医疗服务；鼓励社会力量兴办医养结合机构；鼓励医疗卫生机构与养老服务融合发展。
2016.4	卫计委民政部	《关于做好医养结合服务机构许可工作的通知》	各地民政、卫生计生部门高度重视做好医养结合服务机构许可工作，加强沟通、密切配合。

⁸ 资料来源于国家卫生健康委员会新闻发布会的相关内容。

时间	部门	文件	内容
2016.6	民政部卫健委	《关于确定第一批国家级医养结合试点单位的通知》	确定北京市东城区等 50 个市（区）作为第一批国家级医养结合试点单位；2016 年底前每省份至少启动 1 个省级试点。
2016.7	人社部	《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》	积极鼓励和支持长期护理服务机构和平台建设，促进长期护理服务产业发展。
2016.7	民政部	《民政事业发展第十三个五年规划》	强调医养结合是十三五期间的重要任务。
2016.9	卫健委	《关于确定第二批国家级医养结合单位的通知》	确定北京市朝阳区等 40 个市（区）作为第二批国家级医养结合试点单位。
2016.10	国务院	《“健康中国 2030”规划纲要》	再次强调医养结合的战略重要性。
2016.12	国务院	《关于全面放开养老服务市场提升养老服务质量的若干意见》	为养老机构开办老年病院、康复院、医务室等医疗卫生机构设置审批绿色通道。
2017.10	卫健委	《康复医疗中心基本标准》、《护理中心基本标准》	明确鼓励社会力量举办康复医疗中心、护理中心；要“打通专业康复医疗服务、临床护理服务向社区和居家康复、护理延伸的‘最后一公里’”。
2017.11	卫健委	《“十三五”健康老龄化规划重点任务分工的通知》	明确“医养结合示范工程”由国家卫生计生委牵头，民政部、国家发展改革委配合。
2017.11	卫健委	《关于养老机构内部设置医疗机构取消行政审批实行备案管理的通知》	养老机构内部设置诊所、卫生所（室）、医务室、护理站，取消行政审批，实行备案管理。
2017.11	国务院	十九大报告	再次强调医养结合是“健康中国战略”的重要组成部分。
2019.9	国务院	《关于深入推进医养结合发展的若干意见》	提出多项强化医疗卫生与养老服务衔接的举措，鼓励养老机构与周边的医疗卫生机构开展多种形式的签约合作。
2019.12	国务院	《关于印发医养结合机构服务指南（试行）的通知》	提高我国医养结合机构服务质量，规范医养结合机构服务内容。
2020.10	卫健委	《关于印发医养结合机构管理指南（试行）的通知》	为适应我国医养结合机构发展需要，加强机构内部管理，提升管理质量和管理水平。
2020.12	国务院	《关于开展医养结合机构服务质量提升行动的通知》	深入推进医养结合发展，持续提升医养结合服务质量，着力解决影响医养结合机构医疗卫生服务质量的突出问题。

时间	部门	文件	内容
2022.7	国务院	《关于进一步推进医养结合发展的指导意见》	积极应对老龄化，不断完善医养结合政策，着力破解在政策支持、服务能力、人才建设等方面的一些难点堵点问题。
2023.11	国务院	《关于印发居家和社区医养结合服务指南（试行）的通知》	进一步规范居家和社区医养结合服务内容，提高服务质量，对医疗卫生机构在居家和社区环境下所提供的医养结合服务内容和服务要求作出了规范。
2024.5	上海市民政局、市卫健委、市发改委、市财政局、市人社局、市医保局	《关于进一步深化本市养老机构医养结合发展的若干措施》	提出推进有条件的养老机构内设医疗机构、强化养老机构与医疗机构签约合作、提升机构医养结合服务能力、加强建设和运营支持、强化科技为养老赋能、加强规划统筹和联合监管等方面措施。

我国在医疗与养老结合的政策发展上，经历了三个阶段。第一个阶段为 2013 年至 2015 年，在国务院的牵头下，这一政策的顶层设计得以确立，突显了医疗养老结合的战略意义及其在产业中的核心地位；第二个是 2015 年至 2016 年期间，由民政部和卫健委共同推进的任务规划阶段，该阶段进一步明晰了各部门的监管职责与实施路径，产业布局逐步走向深化与细化；第三个阶段自 2017 年起，以卫健委为主导的落实细节阶段，该阶段对医疗与养老结合的推广及试点工作指明了具体任务。另外，为缓解社保基金的压力，金融监管机构亦出台了多项政策，积极推动商业健康险和养老险的发展。

图 17 医养产业及医养结合政策发展的三个阶段



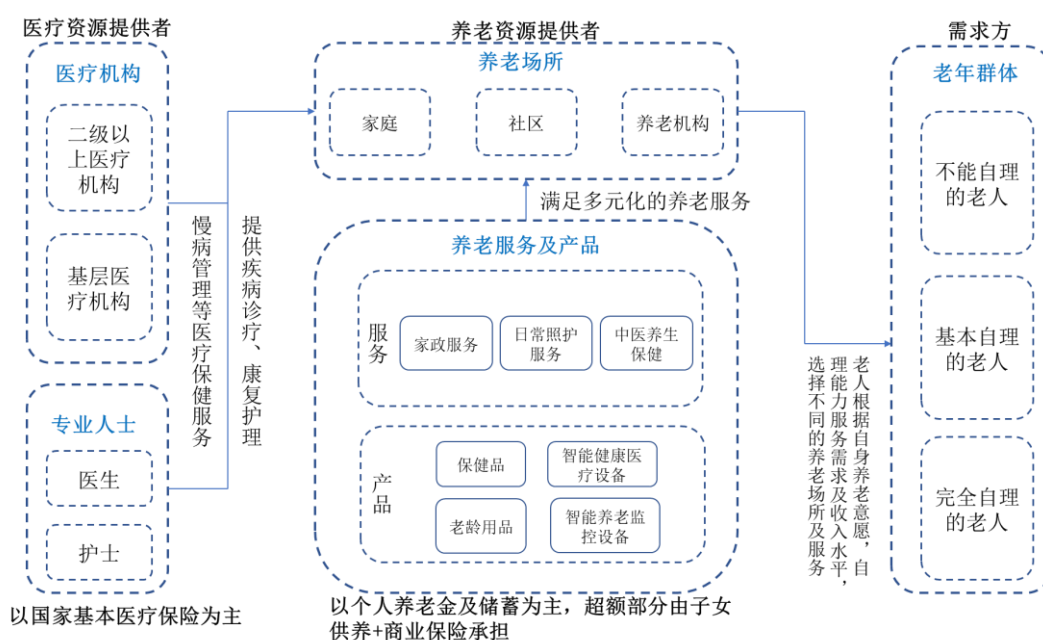
（3）产业链条概览：从资金端到资源端到消费端

1) 资金端：医养资金流入渠道主要包括：医疗保险、基本养老保险、企业年金、商业养老保险、个人养老金及储蓄等。

2) 资源端：医养产业主要整合医疗资源以及养老资源，医疗资源包括各类医疗机构与医生护士等专业人员，养老资源包括家庭、社区、机构等养老场所，各类医养服务及其产品，养老保健相关药品与设备等。

3) 消费端：即医养服务需求方，主要为各类老年群体，老人根据自身养老意愿、自理能力服务需求及收入水平，选择不同的养老场所及服务。

图 18 医养结合产业链条



资料来源：易观分析《中国医养结合市场专题分析报告 2018》，海通证券投行医疗健康行业组整理

(4) 市场体量：医养结合机构近 8,000 家，居家及社区医养潜在市场空间可期

根据 2024 年 5 月 16 日国家卫生健康委新闻发布会报道，截至目前全国医疗卫生机构和养老服务机构签约对数达到了 8.7 万对。具备医疗卫生机构资质并进行养老机构备案的医养结合机构达 7,800 多家，床位达 200 万张。其中，有 5,500 多家是社会力量举办的，占总量的 70% 以上。养老模式上，90% 以上的老年人希望居家养老，由此将催生出巨大的居家及社区医养服务市场。卫健委一直致力于

推进增加居家社区医养结合服务，提升居家社区医养结合服务的能力，丰富居家社区医养结合服务的内容。

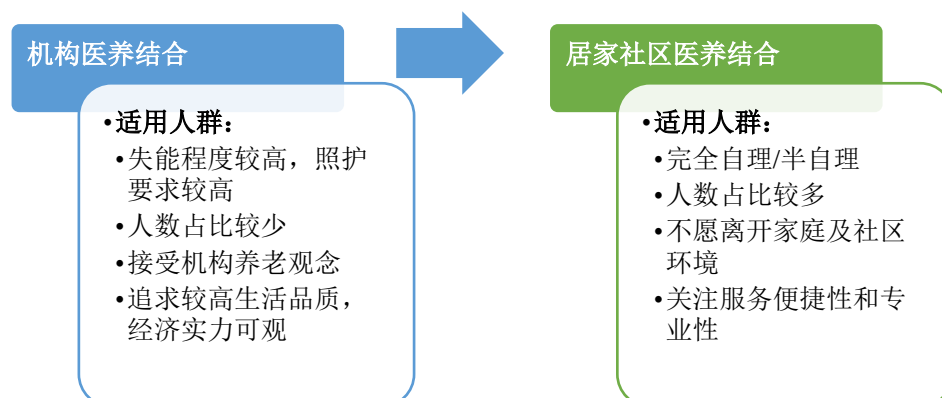
据易观分析《中国医养结合市场专题分析报告 2018》数据，2020 年我国医养结合市场规模可达到 5.7 万亿元人民币，包括医护养康四大板块，包括但不限于远程医疗服务、医疗护理、生活护理、健康管理、智能硬件、保健品等；而根据中国社科院 2016 年发布的《中国养老产业白皮书》的预计，到 2030 年，中国养老产业的规模将达到 13 万亿元人民币。

（5）未来发展趋势：医养服务由机构养老场景逐渐普及至居家社区养老

就实际情况来看，以居家为主、社区为辅的医养结合模式更适合中国国情，而当前医养资源更多集中在优质的养老机构中，暂时难以全面普及到居家及社区养老场景中。

在国家大力发展医养结合的养老产业的大背景下，推动优质医养服务下沉至居家及社区养老，让更多的老年人得以享受医养结合的养老服务，是构建我国医养结合养老体系的必然选择。为扩大医养相结合的养老服务供给，市场上也涌现出许多瞄准社区及居家养老需求的医养企业，以信息化、数字化、智能化的手段建立“没有围墙的养老院”，化解居家、社区医养资源获取难题，实现医养服务半径的最大化，同时减轻子女的陪护压力，为医养结合提供了一个全新的思路。

图 19 我国医养产业将逐渐下沉至居家社区养老场景中



资料来源：易观分析《中国医养结合市场专题分析报告 2018》，海通证券投行医疗健康行业组整理

5、中国医养产业模式：4 大基础模式与 18 种实践模式

（1）4 种基础发展模式⁹

根据 2024 年 5 月 16 日国家卫生健康委新闻发布会介绍，我国大力推进医养结合，取得了积极成效。完善政策措施，将医养结合纳入重要规划，对居家社区服务、机构服务、医养衔接、服务监管出台具体政策措施。针对财税、价格、土地、医保、投融资等制定支持性政策，为医养结合发展提供了支撑。扩大服务供给，形成了 4 种比较成熟的医养结合服务模式，即医疗卫生机构和养老服务机构进行签约合作、医疗卫生机构开展医养结合服务、养老机构依法依规开展医疗卫生服务、医疗卫生服务延伸到居家和社区。

图 20 中国医养结合发展的 4 大基础模式



1) 医疗卫生机构和养老服务机构进行签约合作

目前医院与养老机构建立合作关系较为普遍，民办小型养老机构，尤其是邻近医院或经济能力较弱的机构，通常会选择与医院建立协同关系。这种合作涉及多方面内容：专业医护人员会定期前往养老机构，为老年居民进行健康评估；此外，医院也会安排专业护士提供康复护理。为使得老人们在生病时能快速就医，双方还设立了专门的绿色通道。在紧急情况下，医院能够迅速派出救护车，为入

⁹ 资料来源：2024 年 5 月 16 日国家卫生健康委员会新闻发布会介绍推动医养结合高质量发展有关情况，并答记者问。

住老人提供及时的医疗救助。该等合作机制，在很大程度上优化了民办小型养老机构的养老服务质量，但相应的养老成本亦较高。

对于社区而言，鉴于养老机构与医疗中心距离较近，构建两者间的合作关系成为优化社区养老模式的理想选择。社区中健全的医疗与养老资源，构成了医疗与养护结合的坚实基础。通常，社区内设有卫生服务中心或医务室，配备有常驻的全科医师及专业护理团队，为居民提供基础诊疗和护理服务。随着分级诊疗制度的推进，社区医疗机构能够为老年人群提供双向转诊和预约诊疗服务。此外，社区养老服务设施亦日臻完善，一些日间照料中心转变为老年人娱乐休闲的好去处。社区医院与养老服务中心通过合作机制，为养老服务站点配置医疗专业人才，进行日常体检、疾病治疗及术后康复等工作，同时建立健康档案。医护人员根据老年人的健康状况调整用药及诊疗方案，提供专业护理，并在养老服务中心增设必要的护理及医疗设备，加强了对老年人身体状况各项指标的监测，从而实现了更周全的护理服务，确保在紧急情况下能迅速给予医疗援助。

2) 医疗卫生机构开展医养结合服务

该模式专注于那些长期疾患、生活难以自理的老年群体，其服务形态大致可划分为三类。一是以医疗机构为主导，拓展养老服务。这主要适用于那些门诊量较少、医疗资源闲置的城市二级医院。这类医院不仅设施完备、医护人员专业素质高、康复护理能力强，而且能吸引老年患者资源，有效利用现有医疗资源；二是部分医疗机构的特定科室也开始提供养老服务，如设立老年病专科和专门病房，创建康复及护理中心，以便在治疗疾病的同时，助力老年人恢复身体机能；三是将医疗机构转变为融合医疗与养老服务的康复机构或护理院。这涉及整合医疗资源，将有条件的医院转型为以康复护理为主的养老机构，为病患老人提供专业、长期护理。以医疗机构为支撑，拓展养老服务，能最大限度地发挥其在疾病救治、康复护理、健康咨询和养老托管等方面的优势。特别是对慢性病患者及康复期老人，这些机构可利用完善的医疗设备和专业团队，提供健康生活习惯、合理饮食等指导，并制定个性化的康复计划。一些中医院还能提供针灸、牵引、推拿等中医康复治疗，而大型综合性医院则可设立无需陪护的全程托管病房，通过建立健康档案，指派专职护士全天候护理，定期检测身体指标，对老人的健康状况进行

动态评估。此外，也有医疗机构专设老年病专科，主要收治临终患者，侧重于心理调节和精神慰藉，尽力减轻病危老人及其家属的心理压力。

3) 养老机构依法依规开展医疗卫生服务

养老机构担当着为老年人提供日常看护、精神慰藉及文化娱乐的重要角色。然而，目前大部分此类机构面临的一个显著问题是缺乏医疗执业资格。尽管国家卫健委已经降低了养老机构设立医务室的申请标准，但养老场所之间经济实力、市场定位、服务对象、基础设施以及发展规划上的不同，导致只有那些规模较大、经济较为雄厚、服务对象主要为长期患病、康复中或生活部分自理的老年人、收费较高且设施较为完备的养老机构，才更适合拓展医疗服务业务。这些机构往往通过在内部增设附属医疗设施，如老年病房、专科医务室、护理站点、康复治疗室等，以及引入专业的体检和诊疗设备，招募专业医疗人员，包括全科医师、药剂师、保健导师、专业护士及护工等，以此构建完整的医疗护理团队，进而转型为一家提供全方位医疗服务的养老机构。

养老机构可在对老年人生活状态进行全面健康评估的基础上，定期开展生理指标检测和健康跟踪，开展常见病症的预防与药物治疗，同时专注于慢性病的康复照护。在疾病突发情况下，确保及时治疗并配备必要的急救设备，提供紧急救治及陪同就医服务。此外，亦可根据每位老人的特定需求，量身定制个性化的护理方案，使其在养老机构内就能获得专业医疗照顾。规模较小的养老机构，在满足医务室及护理站设立标准的前提下，也能申请取得医疗执业资格，为老人提供必要的医疗护理服务。

4) 医疗卫生服务延伸到居家和社区

在我国的养老体系中，社区居家养老模式以其兼顾家庭与社区照料的特色，充分融合了居家舒适与社区支持的优点，形成了一种充满人文关怀的社会养老方式。目前，绝大多数老年人倾向于选择这种养老方式，尤其是那些生活能够自理或仅有一些轻微慢性疾病的老年人群。该模式的优点之一在于为老年人提供了一个他们熟知和喜爱的生活环境，便于他们与社区邻里及朋友保持交流互动，能够

经常性地获得亲情与友情的关爱，以及精神上的慰藉，在一定程度上减轻了对子女的依赖程度。

在社区居家养老体系中，医养结合服务主要由社区医疗机构承担，向居家老年人提供贴心的一对一服务。这些服务项目涵盖了日常生活照料、家居保洁、陪同外出以及代为求医购药等多个方面，有效地填补了家庭护理的空缺。通常，身体状况较好的老年人可能会倾向于选择居家养老，然而随着年龄增长，自理能力逐步衰退，加之家庭护理功能的减弱，社区养老便显得尤为关键，成为了家庭养老模式的优质延伸，并为居家老年人提供必需的医疗服务。在该模式下，全科医生走进家庭扮演了重要角色。他们为居家养老的老年人，尤其是那些身患疾病的人群，提供上门看诊和专业评估，通过定期对老人的健康状况进行监测，对病情做出精确判断，并给出相应的康复指导。例如，对于高血压、糖尿病和精神疾患等慢性病患者，医生会定期上门进行巡诊和健康评估，满足老年人的个性化需求。对于需要长期照护的老人，社区医院还可与其签订长期医疗服务合同，指派固定的医疗团队定期上门实施专业的医护服务。

（2）18 种实践模式¹⁰

济南大学朱孔来教授通过调研与分析，总结了山东省推进医养结合养老服务现有的十八种模式，包括三个场景：机构医养结合场景、社区医养结合场景、居家医养结合场景，山东省的医养结合模式可能具有地域性特点，但在全国范围内仍具有一定的普适性和观察价值，具体情况如下：

¹⁰ 资料来源：《对医养结合模式的实践探索和对策建议》，朱孔来、朱孟斐、姜文华。

表十 18 种医养结合实践模式

医养场景	模式	概述	医养结合程度	推广情况	模式评价
机构医养结合场景	“大养老+小医疗”型	养老机构基础上新建小型医疗机构、新增医疗服务	养老为主、医疗为辅	多数养老机构采用该模式	内设医疗机构只能开展门诊业务，无法解决直接住院问题；医疗机构运营成本高，养老机构难以长期支撑
	“医疗、养老并重”型	新建的大型养老机构，同步配套建设综合医院或护理院；一些资源闲置的医疗机构将富余资源转型为养老服务，开设老年专护病房或者直接转型为护理院、康复中心等	医养并重	多为新建的大型医养结合机构或医院采用	以医促养、以养助医，能基本实现非危急重病老年人在机构内医养共享
	“大医疗+小养老”型	医疗机构内部新建一个医院下属的专业养老机构	医养并重	多为规模较大的医疗机构采用	优点是养老环境条件好、医疗保障好；缺点：一方面对现有医院资源的利用不经济甚至浪费，另一方面是养老费用较高，普通家庭难以承受。
	“大医疗+小康复”型	医疗机构新建小型康复机构，如老年科室或康复科、康复中心	医疗为主、康复为辅，养的比重较小	多为规模较大的医疗机构采用	多数发展较好，但在“医、康、养一体化”体系中“养”的比重较小
	“两院一体”型	地方政府建设的敬老院由当地乡镇卫生院托管运营，乡镇卫生院与敬老院实现“一体化”，或由乡镇卫生院直接新建养老机构以实现医养结合。乡镇卫生院利用敬老院的资源除照顾好“五保老人”外，还接纳一部分社会养老人员	医养并重	多为乡镇敬老院采用	能够激活医养资源，就近服务农村老年人群。同时，与“公建民营”养老服务相比，该模式容易保持原有敬老院国有资产的保值增值
	“医康养一体”型	在医院基础上，新建护理院和养老院	医、康、养一体化	多为规模较大的医疗机构采用	康复患者在住院期间既得到康复治疗服务，同时又得到养老服务，康复出院后可能会有一批人在养老机构长期住下，机构的经济效益将大为提高
	“个体诊所+小型养老”型	门厅作为诊所，后面为家庭式小型养老，诊所的医生、护士为老人提供医疗服务，另聘 1-2 名护理人员照顾老人	医养融合但效果均较弱	多为个体诊所采用	优点是收费低、离家近、比较方便，资源利用充分、效果好；但缺点是医疗和护理设施相对简单，护理不规范

医养场景	模式	概述	医养结合程度	推广情况	模式评价
	“养老机构+医疗服务整体外包”型	不具备设置医疗机构条件的养老机构，与就近的有住院功能的医疗机构（多为一级综合医院）签订合作协议，将养老机构所需的医疗服务整体外包给医疗机构	嵌入式医养结合	多为不具备设置医疗机构条件的养老机构采用	优点是医养双方责、权、利明确，适用于 100-300 人的养老机构开展医养结合服务，缺点是规模较小的养老机构采用这一模式，医疗机构可能会“赔本”造成服务不可持续
	“养老机构+医疗服务绿色通道”型	养老机构与邻近医疗机构签订合作协议，医疗机构为养老机构患者就医提供“绿色通道”，优先提供住院、远程会诊、预约挂号等服务	嵌入式医养结合	多为不具备设置医疗机构条件的养老机构采用，实务中采用该方式的机构较多	缺点是医养结合程度较弱，双方合作基础来自双方的信任和利益驱动，缺乏有效约束和利益协调机制；如协议要求优先到合作医疗机构住院，但患者家属并不一定同意，可能会到规模较大、更放心的医院就医
	“大养老+小医疗+医疗服务绿色通道”型	养老机构自身先建设一个小型医疗机构，如卫生室或诊所，同时又另与其他较大规模的医疗机构签订合作协议，并由其为养老机构患者就医提供“绿色通道”	混合式医养结合	部分养老机构采用该模式	一般的医疗问题，养老机构能自行解决，当有较重患者时则立即转入合作的医疗机构进行诊治
社区医养结合场景	“社区卫生服务机构+老年人日间照料中心”型	由社区卫生服务机构运营老年人日间照料中心	医养并重	多为社区卫生服务机构采用	由社区卫生服务机构运营老年人日间照料中心，符合“能负责、能问责”的要求，且所有权与经营权相分离，既解决了由社区居委会管理运营老年人日间照料中心带来的体制不顺、权属不清的问题，又解决了老年人日间照料中心资产闲置的问题，还化解了社区卫生服务机构用房紧张的矛盾，日间照料中心的设施可以在养老、医疗、基本公共卫生服务等多方面得以共享使用，资源配置效率较高

医养场景	模式	概述	医养结合程度	推广情况	模式评价
	“社区医养设施共建共享”型	将养老服务设施同基层医疗卫生服务机构统一规划、统一建设，如农村幸福院与卫生室同步建设、城市社区日间照料中心与社区卫生服务机构同步建设	医养并重	多为社区卫生服务机构采用	通过同步建设，一步到位实现社区层面的医养结合
	“专业养老运营机构+老年人日间照料中心”型	由大型专业化养老机构托管老年人日间照料中心	养老为主、医疗为辅	多为大型专业化养老机构采用	由于老年人日间照料中心的规模较小，难以发挥规模效益；有些专业养老机构医疗服务跟不上，很难做实做优医养结合，一旦政府补贴减少或取消，较难维持
	“社区综合养老服务机构与社区卫生服务机构签订协议”型	社区建设养老综合服务中心，并与社区卫生服务机构签订合作协议	养老为主、医疗为辅	多为社区养老综合服务中心采用	所开展的医疗服务为基本公共卫生服务，医疗服务程度较弱
	“村卫生室+农村幸福院”型	由村卫生室托管运营农村幸福院	医养融合但效果均较弱	多为村卫生室采用	医养效果均较弱，典型案例少
居家医养结合场景	“互联网+可穿戴设备+实体性服务机构”型	为居家老人配备穿戴式设备，对老人的生活和身体状况进行远程监测，相关数据及时传递给实体性医养结合型的养老机构或实体性社区机构；服务机构根据老年人身体监测数据作出服务方案，同时根据老年人及其子女的需求，及时为居家老人提供饮食起居、医疗医护、消防安保、休闲娱乐、报警呼救等服务	医养融合但效果均较弱	多为企业开发	典型案例较少
	“居家养老+家庭医生签约服务”型	开展家庭医生签约服务活动，推广家庭医生服务	医养融合但效果均较弱	多为社区开发	该模式主要解决居家老人的医疗服务问题，但社会化的生活服务得不到有效解决，服务性质更倾向于基本公共卫生服务范畴

医养场景	模式	概述	医养结合程度	推广情况	模式评价
	“居家养老+长护险中的‘家护’服务”型	为符合条件的失能老人提供居家养老服务，失能老人平时在家中由自家人提供生活照料，由长护险的定点医疗机构提供以康复为重点的“家护”服务，相关费用主要由医保资金提供	医养并重	由政府主导推进	参保范围逐步扩面，目前仍在稳步推进

资料来源：《对医养结合模式的实践探索和对策建议》，朱孔来、朱孟斐、姜文华

此外，部分医养结合大型机构在做好“机构养老”的同时向“社区养老”和“居家养老”场景提供延伸服务，在“机构养老”、“社区养老”、“居家养老”三个层面同步开展医养结合服务，形成了“机构、社区、居家三个层面融合发展的智慧型”医养结合模式，取得了较好的经济效益与社会效益。

6、国内代表性医养服务企业或机构分析

医养结合市场服务提供主体众多，包括远程照护服务商、上门康复护理服务商、智能养老设备厂商、医疗机构、数据服务商、医养结合养老机构、地产系养老企业等，本文重点介绍医养服务企业或服务机构，具体如下：

（1）福寿康

福寿康智慧医疗养老服务（上海）有限公司（以下简称“福寿康”）成立于2011年，秉持“助天下长者生活更美好”的使命，以“打造中国居家医疗照护领导品牌”为愿景，致力于为客户提供专业、优质、便捷、放心的社区居家医疗、护理和康复服务。福寿康在社区居家养老领域精耕细作十余载，是目前我国规模较大的居家医疗照护服务机构。公司官网显示，公司主要提供的医养服务包括长期护理、日式助浴、私人专护、康复指导以及认知症照护等，截至2023年底，福寿康业务布局全国60多个城市，拥有全国400余家分支机构，其中包括8家护理培训学校、10家养老院、70家日间照料中心及长者照护之家、1家互联网医院、13家医疗诊所、260家医疗护理站等。

图 21 福寿康养老业务布局



资料来源：公司官网

公司自成立以来快速发展：2016 年便获得天使轮投资；2018 年实施全国拓展战略，年服务量达 250 万人次，并于同年获得华医资本、复星医药等机构领投的 A 轮融资；2021 年公司业务覆盖全国 50 余个城市，年服务量达 1,500 万人次，并完成了由红杉资本中国基金领投的数亿元 B+轮融资，这是继 2020 年 12 月启明创投领投数千万美金投资后获得的又一笔新融资；2022 年公司全国分支机构突破 400 家，并分别获得了腾讯投资的数亿元人民币的 C 轮融资以及人寿集团旗下国寿大养老基金超亿元的 C+轮融资。

表十一 福寿康医养服务模式总结

医养服务项目	适宜人群	具体服务	特点
长期护理	参加本市职工医保或城乡居民医保的 60 岁以上人员	包括面部清洁等 27 项基本生活照料以及药物喂服等 15 项常用临床护理	长期护理保险基金支付 90%，个人支付 10%；自付部分：基本生活照料，护理员上门 6.5 元/小时；常用临床护理，护士上门 8 元/小时
日式助浴	缺乏自理能力者	测量血压血糖、呼吸脉搏等生命体征；清洗身体、洗头、洗面；修剪指甲、剃须、理发	为失能或半失能、术后、临终客户提供上门洗浴服务，保持身体清洁，促进血液循环，提高生活质量，维护客户尊严

医养服务项目	适宜人群	具体服务	特点
私人专护	半失能/全失能/疾病期/临终人群	为不同人群提供相应的协助护理、专业护理、专项护理以及特需护理服务	根据护理人群的需要，提供从居家照护到医院陪护等私人专业护理
康复指导	有康复需求的老年人	根据客户个体情况，结合物理疗法（PT）、作业疗法（OT）、言语疗法（ST）、中医疗法以及心理疗法，最大限度恢复客户的残存肢体机能，提高其生活自主能力，达到提升生活质量的目标	入户一对一康复训练，及时调整康复方案；根据评定结果形成的康复计划进行定制报价，专业康复师 250 元/小时；健康评估 200 元/次
认知症照护	认知症长者	为认知症长者提供专业的认知症评估、一对一照护计划、BPSD 周边症状应对等认知症专项服务	专业的认知症培训，拥有国家资质的照护人员和医护康复全套服务团队；舒适的环境，别墅庭院和居家式布置，适老化设计，设备齐全，交通便利；源自日本的人性化管理模式，自主研发的智能管理平台，让长者与家属无障碍沟通；绿色就医通道，大型综合医院优先就诊无需排队

资料来源：福寿康公司官网，海通证券投行医疗健康行业组整理

（2）锦欣福星

成都锦欣福星康养产业集团有限公司（以下简称“锦欣福星”）成立于 2014 年 7 月，前身系成都锦欣康养医院管理有限公司（以下简称“锦欣康养”）。公司是一家集机构、医疗、居家、社区一体化发展的城市养老综合服务运营商。公司以“全方位医养结合”为核心，提供包含健康管理、生活照料、基本医疗、老年康复、专业护理、营养管理、心理慰藉、安宁疗护等“全老年生命周期健康照护服务”，其探索创建的“锦欣模式”、“福星模式”以及互联网+居家养老服务的“居家乐虚拟养老院模式”，为养老事业提供了全国样板。锦欣福星依托成都锦欣医疗投资管理集团有限公司（简称“锦欣集团”）旗下生殖、医疗板块服务优势，统筹服务资源，坚持老年医疗、机构养老、社区居家养老、产业协同服务一体化发展战略，做强全产业链、全老年生命周期服务体系。服务区域上，公司深耕川

渝、长三角和大湾三大区域，已完成在成都、绵阳、自贡、德阳、内江、乐山、贵阳、苏州、无锡、扬州、徐州、安庆、北京、东莞等城市的养老产业布局。

2022 年，锦欣康养与苏州福星医疗养老产业集团有限公司（以下简称“福星医养”）完成全面战略重组后，实现强强联合，打造出全新的养老服务集团锦欣福星。锦欣康养源于锦欣集团的公益事业部，自 2011 年 9 月建立第一家养老机构，整合锦欣集团旗下医疗资源，针对居家养老、社区养老和机构养老三种养老模式，建立起了庞大的养老服务网络和上下游产业链。同时依托锦欣集团下属社区卫生家庭医生工作站，以及 4 家医院内设的康养科室，实现居家和社区日间照料中心的医养结合。福星医养前身系“苏州福星护理院”，始建于 2004 年，为解放军 100 医院老年病科的四位军医所创立，是国内首批以卫健委批准、民政局注册、医保定点的民非医疗养老机构。

2023 年 6 月，重组完成后的锦欣福星获得了春华资本以及奥博资本 8,000 万美元的战略融资，据公开信息，锦欣福星有可能成为锦欣集团板块下继锦欣生殖（01951.HK）后第二家登陆港交所的公司。

目前，锦欣福星深度探索和打造的“医养结合”服务模式，将医养理念融入居家养老、社区养老、机构养老三大模式中。居家养老方面，锦欣福星搭建 24 小时一站式居家社区智慧养老信息服务平台，充分利用社区资源为居家养老的老人提供日常生活所需的社会化服务，为老人提供紧急援助、生活照料、健康管理、长期照护保险服务、情感关怀等一系列居家社区养老服务；社区养老方面，锦欣福星遵循“依托站点，覆盖社区”的发展模式，立足社区、服务家庭，以社区长者、残疾人服务对象的需求为导向，承接运营养老综合体、社区日间照料中心、助餐服务点的运营项目，为附近社区老人提供日间托老、老年助餐、上门护理、居家清洁、康复理疗、长期照护、适老化改造等综合性养老服务；机构养老方面，锦欣福星为各类老人打造了不同层次的专业养老机构，并依托母公司锦欣集团在医疗领域的资源，使老人享受医养护一体的养老服务。未来，锦欣福星康养将持续发挥自身“标准化、连锁化、品牌化”的核心竞争优势，以医养融合模式为核心，为失能失智和慢性病老人等刚性需求提供普惠型健康养老服务，全面满足“三无”、空巢、失独、失能失智老人、残障老年人和慢病老人以及临终关怀老人等

多元需求，预计 2023 年内总床位将超 15,000 张，2025 年超 40,000 张，远期实现 300,000 张床位目标。

图 22 锦欣福星医养一体化养老机构



资料来源：公司官网

图 23 锦欣福星养老业务布局



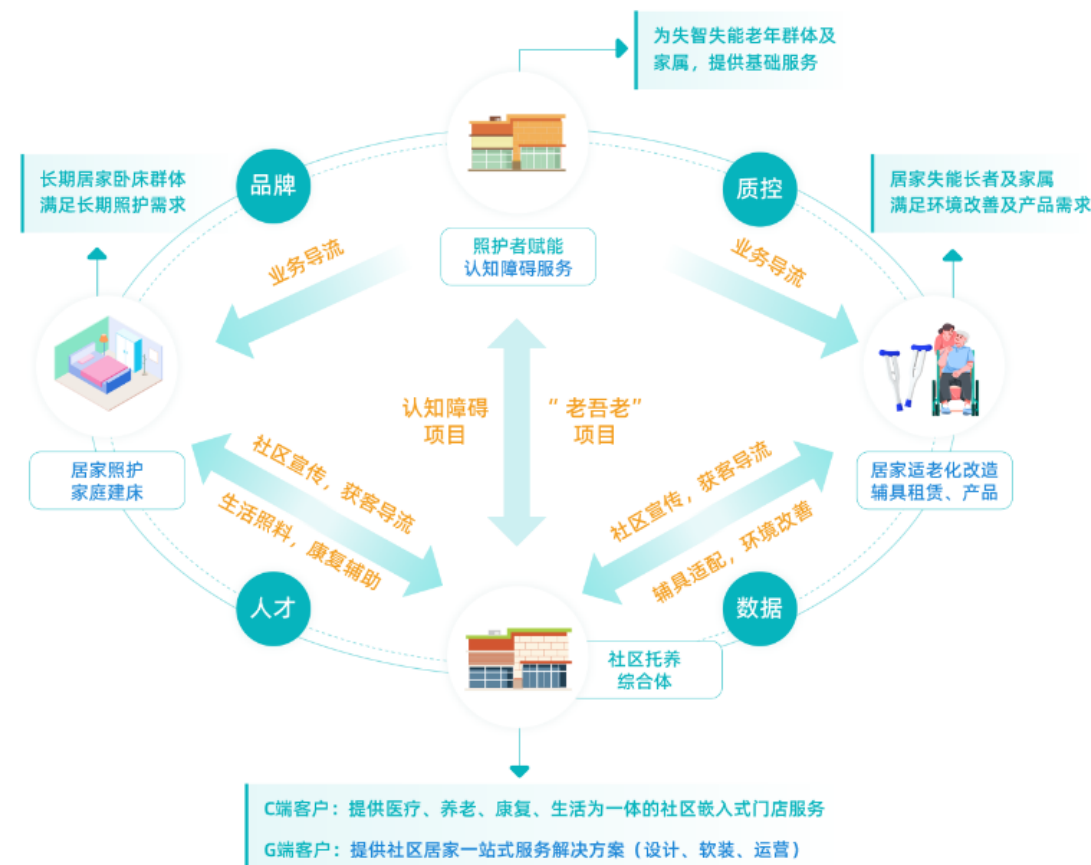
资料来源：公司官网

(3) 颐家

颐家（上海）医疗养老服务有限公司（以下简称“颐家”）创立于 2013 年，公司以“医护康养一体化”的发展模式，借鉴发达国家成熟的复合型健康服务主流模式，贯彻“健康养护每一个中国家庭”理念，以专业的医疗级服务为核心，

聚焦护理、康复、养老三大健康服务场景，整合多元化资源，为全年龄段人群提供高品质整合式医养照护服务。

图 24 颐家聚焦社区、居家的医养服务全覆盖的业务模式



资料来源：公司官网

成立之初，颐家业务方向定位为社区居家养老业务。2016 年，颐家获得医保资质和长护险资质，开始启动社区居家医康养护运营模式，形成了卫生站、护理站、健康驿站三站合一多元化居家养老支持服务业务板块。2017 年，颐家开启了信息化建设，利用“互联网+”的思路，优化运营模式，完善人才培养体系，研发市场化付费项目，建立了自己的线上平台。2018 年，颐家开始大力投入科技创新，研发出一套人工智能语音识别技术，实现了一对一居家上门养老服务的监管。同年，颐家成为国内首家获得国际 JCI Home Care 认证的居家康养行业机构。2020 年，颐家和其战略投资人中国人民保险（PICC）联合发布了收款服务型理赔医护康养产品——“福佑一家”中老年骨折护理险。近两年，颐家面向行业 B 端，大力推广其根据市场需求自主研发的 AHC（尔家护）“AI 人工智能服务流程数字化监管解决方案”，从而提升了居家服务的质量、保护了用户隐私和数据安

全、实现了服务监管和责任追溯。目前，颐家的业务范围已覆盖上海、广州、成都、天津等 17 座城市，管理员工规模超 2,000 人，长者会员约 10 万人，一年提供超过 800 万人次的居家护理服务。对外融资方面，根据公开信息，2017 年颐家获得华润健康集团的 Pre-A 轮战略投资，2020 年获得人保 A 轮战略投资，2023 年 5 月获得源道投资 A+轮投资，2023 年 12 月，颐家获得由绍兴国创振德医疗产业基金独家领投的数千万元 B 轮融资。

颐家通过“颐护到家”以及“颐家诺”两项服务为居家养老的老年人提供优质的医养服务，通过构建“邻里圈”、“怡心园”、“护耆家”三大实体机构来优化老年人社区养老资源，实现整合式医养服务。

表十二 颐家养老服务模式总结

医养服务项目	服务内容
颐护到家	颐家整合优势医疗资源，由跨学科团队为各类人群定制针对性的专属护理服务方案，由照护师提供一对一的专业照护服务。服务内容包括：24 小时居家照护、住院陪护、护士陪诊、计时护理、护士上门、专项护理。
颐家诺	颐家诺是由颐家医养集团整合其医护康养资源和专业跨学科团队，聚焦居家场景提供一站式整合型居家康养服务，由“居家照护+居家康复+居舍安全+银龄产品”四大产品板块组成，致力于提供专业、高端、有品质的居家康养服务。
邻里圈	邻里圈针对不同长者需求提供生活照护、基础护理、康复理疗、娱乐休闲、营养膳食五大专业为老服务，同时，构建“医养服务中心”、“智慧养老中心”、“综合管理中心”三大医养服务模式。融合长者切身需求，因地制宜打造特色项目。
怡心园	怡心园社区长者照护之家社区嵌入式托养机构，借助 24 小时全天候智能系统监控，使老年人无需远离熟悉的社区环境，在安全、温馨、熟悉的生活环境中，享受到洁净，舒适，安心的生活体验。包括健康监测、家庭病床、药物管理、药物喂服、吸氧、陪就医、代配药等医疗服务以及文娱活动、社交活动、身体活动、情感交流等快乐服务。
护耆家	护耆家社区护理站是上海市“长期护理保险”定点机构，为区域长者提供养老服务到家的医疗护理和生活护理服务。护耆家作为社区基层医疗机构，除了为长者提供居家上门护养服务，还利用设施资源和服务团队力量，为社区内所有居民提供基础护理、专科护理以及康复指导、营养指导、消毒隔离指导等服务。

资料来源：颐家公司官网，海通证券投行医疗健康行业组整理

（4）同仁堂医养

北京同仁堂医养投资股份有限公司（简称“同仁堂医养”）成立于 2015 年，是同仁堂集团下的子公司，致力于整合医疗与养老资源，打造集医、食、居、养、文娱为一体的中医特色大健康生态圈。同仁堂医养是一家领先的中医医疗集团，按照连锁医院、基层连锁医疗机构及互联网医院三个层级构成自有和管理医疗机构。结合“医”与“养”，其提供现代化、定制化的中医医疗服务，以标准化服务流程一站式覆盖全场景，利用优势专科并采用中医药物和非药物治疗相结合的方式，为客户提供最合适的方案。

同仁堂医养的业务主要集中在北京以及长三角地区，随着公司的不断发展以及并购战略的不断推进，同仁堂医养未来的商业版图将囊括北京、天津、华东区域、广东省等经济活跃的地区以及华中、西南等人口密集地区。同时，同仁堂医养拟通过 IPO 之路来为自身的发展注入全新动能：2024 年 6 月 28 日，同仁堂医养正式向港交所递交上市申请，有望成为同仁堂旗下继同仁堂（600085.SH）、同仁堂科技（01666.HK）、同仁堂国药（03613.HK）后第四家上市公司。此番 IPO，同仁堂医养的募资用途之一就是在 2028 年底之前收购 5 家营利性的医疗机构，主要位于北京、天津、华东地区（尤其长三角地区）和广东省。

表十三 同仁堂医养发展历程

年份	里程碑事件
2015 年	公司前身北京同仁堂投资发展有限责任公司成立，由控股股东同仁堂集团 100%控股。
2019 年	同仁堂集团增资，公司更名为北京同仁堂医养投资股份有限公司；同仁堂医养逐步自同仁堂集团收购若干中医院控制权，进行业务重组，开始提供以中医为战略重点的综合医疗服务。
2020 年	公司成立同仁堂互联网医院，整合线上医疗资源。
2022 年	公司收购三溪堂保健院和三溪堂国药馆的控股权，开始将业务拓展到长三角地区。
2024 年	公司控股股东同仁堂集团与同仁堂养老基金、同仁堂医疗基金、同康基金等六名投资者签订增资协议，公司引入新股东；收购鞍山同仁堂中医医院、石家庄同仁堂中医医院及北京同仁堂第二中医医院、粹和药店、上海承志堂等，强化公司各地业务布局；2024 年 6 月 28 日，公司向港交所递交上市申请。

资料来源：公开资料整理

依托同仁堂集团丰富的医疗资源，同仁堂医养以中医药为优势，力推中医特色医养服务，探索医养结合服务的新模式。同仁堂医养按照同仁堂集团的部署，

将实施医养结合作为医养集团战略规划中的重要一环，推动旗下社区医疗、养老业务板块间的协同联动，丰富社区医养结合服务项目渠道，创建有中医药特色的社区医养有机结合和多维度老年人居家养老服务品牌。传统中医药文化是同仁堂医养结合模式的主要特点和优势所在。依托同仁堂集团系内资源，同仁堂医养在社区医疗机构设置以老年病、慢性病防治为主的中医诊室，充分发挥中医药预防保健特色优势，开发中医药与养老服务相结合的系列服务产品。围绕健康管理、慢病康复等领域，同仁堂医养可为中老年人提供具有同仁堂中医特色的针灸、推拿、理疗、慢病调理等医养服务。此外，同仁堂医养还积极探索线上线下医养服务结合：通过设立北京同仁堂互联网医院，同仁堂医养以“互联网+”模式，深度整合同仁堂旗下的专科医院、社区服务中心、诊所、药店等资源，为老年人提供一站式在线诊疗服务。

（5）青杠老年护养中心

1) 基本情况

重庆医科大学附属第一医院青杠老年护养中心（简称“青杠老年护养中心”）是重庆医科大学附属第一医院投资兴建，国家发改委批准的全国第一家医院下属的养老机构，系 2009 年国家基本养老服务体系建设试点项目，是全国首家大型公立医院主办的养老机构，2024 年获评“全国医养结合示范机构”。青杠老年护养中心占地面积 1,073 亩，设置养老床位 3,000 张，医疗床位 1,000 张，是集养生文化、康复理疗、医疗护理、休闲娱乐等功能为一体的重庆市首家大型五星级综合性养老机构。

图 25 重医附一院青杠老年护养中心全景



资料来源：青杠老年护养中心微信公众号

2) 服务模式

①医疗资源配置

依托重医附一院精湛的医疗护理技术、先进的仪器设备、优秀的管理团队，中心目前配备专职医师 2 名，住培医师、有执业医师资格的研究生共 4 名，保障中心医疗所需；同时还有老专家每月 2 次来到中心进行查房，协助解决医疗难题。中心设有心理卫生、中医科、皮肤科、老年科、记忆门诊等专科门诊，配有检验、药房、放射、B 超、远程心电等辅助科室，为长者提供强有力的医疗保障。重医附一院本部为中心开设“绿色通道”，实施双向转诊制度，救护车 24 小时待命，再加上慢病区提供的医疗支持，形成“3+1 循环转区机制”，满足“养老”与“医疗”需求。

②服务内容

整合照护：提供个性化的健康管理方案，架起长者、家属与健康资源之间的桥梁，实现全人、全程、全家的健康照护。

认知症照护：用认知训练、园艺疗法、音乐疗法等非药物的防治方法，让认知症长者从容安稳，感受家一般的温暖。

生活式康复：运用 ICF 理念和方法，通过气压治疗、中频脉冲电治疗、肺康复指导等方式，实现康复训练与日常生活高度融合，激发长者主动参与意愿，重建长者生活能力。

失能照护：提供全人化照护服务，通过减少多重用药、老年综合评估、非药物干预等精细管理，让长者干净整洁、安全舒适，实现离床生活，过上尊严有品质的晚年生活。

安宁疗护：传承台湾安宁疗护之母赵可式教授的先进理念，结合老年慢性病长期综合管理的丰富经验，开展死生教育、安宁疗护个案介入、生前预嘱签订、预立医疗计划签订等，目前已帮助百余位老人安详、无痛苦、有尊严地走完人生的最后一段旅程。

③分类管理

青杠老年护养中心在区域设置上按功能分区，设有养老区（含自理区、照护区、护理院）慢病区（含老年病、神经系统疾病、康复理疗）等不同区域。根据入住老人的身体状况、失能程度和个性需求将老人分别安排入住不同区域。自理区主要接收生活能自理的老人，提供保健指导食宿和精神文化娱乐活动，不需要提供生活护理服务。照护区和护理院主要接收急性病恢复期、慢性病需要长期康复照护、认知功能障碍、肿瘤晚期以及长期卧床、生活不能自理，处于失能或半失能状态，需要 24 小时看护和护理服务的老人。慢病区接收处于慢性病治疗阶段、需要制定和调整治疗计划，要求 24 小时精心专业医疗护理服务。

（6）燕达金色年华健康养护中心

1）基本情况

燕达金色年华健康养护中心为燕达国际健康城投资管理有限公司旗下养老板块，坐落于北京东燕郊开发区。燕达金色年华健康养护中心总投资近 100 亿元，总建筑面积 92 万 m²，设置养老床位 15,000 张，于 2011 年正式运营。燕达金色

年华健康养护中心分三期建设，一期 2,300 张床位于 2016 年全部住满，二期近 8,000 张床位于 2018 年 10 月陆续开放入住，三期近 4,700 张床位，于 2023 年 11 月开放入住。公开资料显示，截至目前，养护中心共入住 6,000 余人，其中 95% 均为京籍长者，为疏解北京地区的养老压力做出了较突出贡献。

图 26 燕达金色年华健康养护中心



资料来源：互联网公开资料

2) 服务模式

①医疗资源配置

养护中心内设置的老年病科，配备了脑科医生、心脏科医生、骨科医生、妇科医生、心理医生、全科医生和中医医生等，对长者的慢性病、常见病、一般性疾病等进行诊疗，每年定期为长者免费体检，建立健康档案，并制定合理的健康管理方案。医护人员 24 小时值班，长者发生重大、突发性疾病时可第一时间对接燕达医院，为长者赢取黄金救治时间。家庭医生定期上门健康服务，进行疾病诊疗、健康检查、健康评估、健康调理、健康指导等，并把长者身体健康情况，录入健康档案，进行健康管理。中医医生定期上门健康服务，根据长者的身体状况，给予提供针灸、拔罐、艾灸、蜡疗等中医理疗服务。心理咨询师定期上门为长者提供生活问题咨询、身心疾病咨询、心理疏导、心理危机干预等服务。

此外，与养护中心紧紧相邻的燕达医院是三级甲等综合医院，通过先后与北京朝阳医院、天坛医院、北京中医医院、北京协和医院等权威三甲医院合作，有效提高了医院的整体诊疗水平，为养护中心入住长者提供了较好的医疗保障。

②服务内容

医疗健康服务：养护中心配套社区卫生服务中心，康养中心，燕达医院（三甲医院），可对长者的慢性病、常见病、一般性疾病等进行诊疗，由家庭医生、护士、中医医生、全科医生、心理咨询师、医疗专家等提供各类健康服务。

康复服务：养护中心在非自理区的一层和老年病科三层专门设置了康复中心，配备的康复师有：脑科、心肺功能、心脏、肢体、运动和中医等康复师，并配备了各类现代化的康复设备，为长者提供各项康复服务。

生活照护：根据长者身体状况，养护中心专业的护理团队，为长者提供不同等级的规范化护理服务。经过专业培训的护理人员，为长者提供整理衣物、床铺，洗浴、洗脚、修剪指甲、帮助室内外活动、沐浴阳光、晨晚间护理和各类生活照料等近百项服务。

文化与膳食服务：养护中心配有老年大学、温泉游泳馆、室内模拟高尔夫球馆、健身俱乐部、桌球馆、书画室、电影院、棋牌室、图书馆等，同时设置有：中餐厅、西餐厅、特色餐厅、素食餐厅等，可容纳 3,000 多长者同时就餐。

居家养老服务：燕达金色年华社区居家养老服务经营主体是三河市燕达金色年华健康养护中心。隶属于燕达国际健康城，依托河北燕达医院和燕达金色年华健康养护中心的服务优势，为居住在家的老年人提供健康管理、康复理疗、上门照护、日间照料和心理咨询、老年大学、便民服务等。让有需要的康养老人，足不出户就能享受到高品质的“医康养”服务。

（7）和熹会

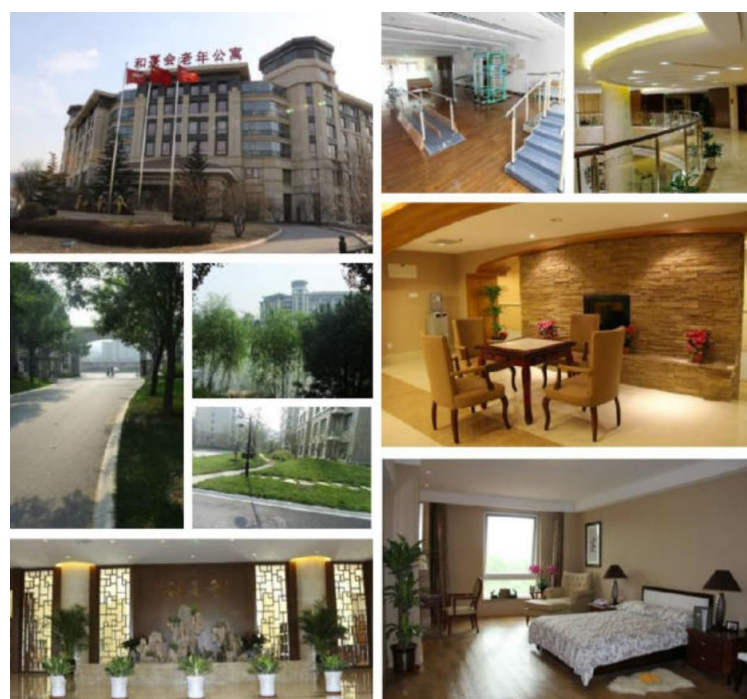
1) 基本情况

和熹会是保利（广州）健康产业投资有限公司旗下全国性专业养老服务机构品牌，其以长者需求为核心，全力打造医养结合型中心，已在北京、上海、成都、

广州、嘉善等多个城市连锁发展，入住长者可享受一地入住、多地养老的候鸟式养老服务体验。目前和熹会已开业机构包括：保利北京和熹会、保利北京静和养老、保利北京鲁谷和悦会、保利广州天悦和熹会、保利广州中科和熹会、广州海龙街颐康中心、广州龙洞街颐康中心、广州琶洲街颐康中心、保利嘉善银福苑、保利西塘和熹会（一期和二期）、保利大云银福之家、保利嘉辰银福之家、保利西塘银福之家、保利成都和熹会、太原青运社区养老服务中心、保利长沙天心和悦会。

以北京和熹会老年公寓为例，该公寓建筑面积 22,400m²，床位 400 张，2012 年 12 月开业，服务自理/护理/失能失智老人。机构入住率常年保持在 90%以上，当前入住率达 90%，平均年龄 87 岁，最长者年龄 107 岁。

图 27 和熹会公寓



资料来源：互联网公开资料

2) 服务模式

①医疗资源配置

和熹会老年公寓配有医务室、康复室，配有专业医护团队、照护团队，并设有认知症照护专区，同时与周边三甲医院搭建了绿色通道、提供疾病转诊服务。

医务室配套专门的康复区，配备齐全的适老化康复设施，有专业康复师为老人进行一对一专业康复训练。

②服务内容

和熹会老年公寓可以为长者提供医疗服务、康复服务、生活照护服务、营养配餐服务、专业社工服务。

（三）目前医养产业发展存在的主要痛点

由于医养产业发展起步较晚，我国诸多地区的养老行业普遍存在“医养分离”的现象。行业规范待完善、优质医护资源不足、医保支付体系不完善以及医养行业的盈利性问题均是导致我国养老体系“医养分离”，制约医养产业发展的关键痛点。

1、行业发展规范和监管体系待完善

当前，我国医养领域发展规范大部分都是各地经过实践探索后出台的地方性法规以及部门文件和规章，行业发展规范及监管体系仍待完善。医养结合养老模式推行的初衷是形成“医养护三者紧密融合”的一种全方位的养老模式，但现阶段医养结合并未发挥出预期的联动效果。

2、医护人才与相关医疗资源配置不足

在我国，医养结合服务机构在人员构成上存在两大显著问题：首先是从事该领域的工作人员相对较少，其次，人员专业素养普遍偏低。目前我国相关工作人员约有 100 万人，相较于需要特别关照的 4,000 多万老年人群体，医养人才数量严重不足。此外，众多从业人员并未持有相关的专业护理资格证书，且在职期间也鲜少接受系统的医养知识培训及定期考核，导致他们的专业技能整体偏弱，服务品质亦难以得到有效保障。这与我们国家对养老服务职业的社会认可度不高、薪资待遇缺乏吸引力等因素有关系。

此外，中国医院的全科能力较弱，老年人罹患多种疾病的前提下，只有专科的治疗服务模式在能力上不匹配。受教育失衡、职业发展受限以及收入水平较低等因素影响，我国全科医生数量有着巨大的缺口。根据卫健委数据，我国每万人

口全科医生数已由 2020 年的 2.9 人提高至 2022 年的 3.28 人，但仍远远低于西方国家的平均水平，这也在一定程度上影响了中国医养结合行业发展。

为适应老龄化需求，2019 年，国家卫生健康委会同国家发改委、教育部等八部门已发布《关于建立完善老年健康服务体系的指导意见》，该文件明确：“有条件的二级及以上综合性医院要开设老年医学科，到 2022 年，二级及以上综合性医院设立老年医学科的比例达到 50%”。但在全科长期积弱的体制现状下，如何将老年科的建设做到实处，仍然面临不少挑战。除了全科人才缺乏之外，医院的经营模式和医保的支付考核如何进行转变是其中的关键。

3、医养结合筹资能力与支付水平有限

目前我国的养老服务支付体系中，医疗保险的支撑力度尚显不足。除部分与公立医院合作且距离极近的养老机构外，大部分养老机构自设的医疗配套申请划入医保比较困难。由于申请划入医保需同时满足医疗机构基础设施的硬件标准与医务人员配比要求，众多养老机构难以达标。通过全民基本医疗保险来推广医养结合模式，既面临重重挑战，也不宜成为长远发展的唯一路径。未来，推动商业保险在规模与种类上进一步发展完善，才利于构筑一个更全面、稳健的养老支付体系。

二是医保长期只覆盖医疗服务，护理和生活照顾服务缺乏支付方，导致医养结合的链条无法贯通。长期护理险的试点显示其资金主要来自医保，在医保资金有限的前提下，未来将长护险将独立筹资。不过，在企业整体减负的大背景下，筹资的渠道和各地发展趋势将面临一定的挑战。

4、盈利能力较弱且盈利模式有待探索

当前医养结合服务模式仍面临盈利挑战。由于我国养老行业主体多有公益性，加之基层医疗机构的服务项目收费偏低，导致现有的商业化养老产品在服务层面盈利效果并不理想。其盈利大多依赖于类似地产及金融产品的方式，服务对象也往往局限于高净值人群，而非普遍老年人群体。同时，由于医养结合项目的投资成本较高，回报周期较长，盈利模式仍在摸索。部分机构在运营成本上升与

收费标准受限的双重压力下，面临着经济效益与社会效益平衡的难题。因此，除了政府的资金支持之外，激发社会资本的参与也显得尤为重要。

（四）医养产业市场前景及未来趋势分析

1、市场前景广阔且需求将进一步释放

随着中国社会老龄化进程的加速，以及国民对健康养老需求的日益提升，生活水平提高和消费观念转变，老年人群对高质量医疗保健服务与舒适养老服务的需求日益增强，医养结合市场需求将被进一步释放，未来市场前景广阔。

2、智能技术应用与资源将进一步整合

随着科技日新月异，尤其是数字化与智能化技术的深入应用，医疗养老行业的转型升级已见端倪。如远程医疗咨询、智能化监护等创新服务模式的兴起，拓展了该行业的服务范畴，并显著提升服务品质。从长远视角审视，医养结合将在优化资源分配、提高服务水平、确保老年人群福祉等多方面扮演更为关键的角色。不仅助力我国积极应对人口老龄化的挑战，也成为了促进经济社会协调发展的有力支柱。

3、产业政策与监管体系将进一步完善

医养结合产业政策、评价标准将进一步落地和完善。包括医养结合的监督管理、基层医疗机构收费标准过低、医疗保险支付政策不完善，以及机构护理人员激励鼓励政策不足等制约机构医养模式发展的问题，将通过相关政策落地、细化得到改善。

4、居家社区的养老模式将进一步发展

在我国，结合家庭与社区的医养模式更契合实际情况。从社会经济层面考虑，我国庞大的人口规模使得居家和社区养老能有效缓解养老床位及机构短缺的压力。对于养老投资机构而言，居家与社区医养场景以提供服务为主，具有投资少、回报快的优势。对于医养服务需求者来说，居家养老相比于资本密集型的养老院和养老地产，成本更为低廉，同时也更贴合中国传统文化价值观。居家为核心、

社区为支持的养老方式，在资源运用和成本控制上具有优势，展现出覆盖面广、成本低特性，既减轻了家庭的养老压力，又降低了养老资金的投入需求。

5、中医药在医养的作用将进一步发挥

在医养结合的实践中，中医药展现出了其独特的价值和功能。“未病先防、已病早治、既病防变”的中医预防理念与“以养促医，以医助养”的现代观念不谋而合。我国特有的中医药健康养老服务，融合了医疗与养老的双重优势，针对养老，中医药能够提供诸如太极拳、八段锦、按摩、针灸、拔罐、刮痧及药浴等多种养生保健项目。各类医养机构可针对老年人的不同健康状况，量身打造具有中医特色的调养康复计划。

三、康复医疗产业发展现状、前景及趋势

（一）康复医疗产业概述

1、康复医学概念

康复医学（rehabilitation medicine）是医学的一个重要分支，是一个运用多种手段促进病、伤、残者康复而研究有关功能障碍的预防、评定和治疗等问题的医学学科，主要利用医学措施，治疗因疾病、外伤等原因导致生活、工作能力暂时或永久性的减弱或丧失，以致独立生活有困难的功能障碍者，旨在使其功能复原至可能达到的最大限度，帮助其提高生活质量，重返家庭和社会。

世界卫生组织将医学分为保健医学、预防医学、临床医学和康复医学四个领域。在现代医学体系中，保健医学、预防医学、临床医学、康复医学“四位一体”，并称现代“四大医学”，四者相互关联、相互融合，共同构成现代医学的完整体系。其中，康复医学与临床医学互有区分，但又紧密结合、相互渗透，康复医疗贯穿于临床治疗的全过程，从而使临床医学更加完善，从临床处理早期就引入康复治疗更加有利于临床疾病的痊愈与功能恢复。

表十四 康复医学与临床医学的区别

项目	临床医学	康复医学
研究范围	以人体疾病为中心	以人体功能障碍为中心
治疗对象	各类患者	功能障碍者
治疗目的	去除病因，逆转疾病的病理过程	促进功能恢复，提高生活质量，回归社会
诊断或评价	疾病诊断（按 ICD-10 分类）	功能评定（按 ICF 分类）
治疗手段	以药物和手术为主	主动性功能训练
人员组成	专科医生、护士	康复治疗组（康复医师、康复护士、物理治疗师、作业治疗师等）
效果评定	治愈、好转、死亡	从身体结构与功能、活动、参与水平上评价

资料来源：《康复医学导论》

2、康复医学的主要服务对象

康复医学的对象主要是由于损伤及急、慢性疾病和身体老化带来的功能障碍者或先天发育障碍者。随着疾病谱的改变和医学模式的转变，使得以功能障碍者为核心的康复医学对象越来越多，康复医学的服务范围也在不断扩展，已由传统的神经系统疾病和骨科伤病康复为主，逐渐扩展到肿瘤康复、认知障碍康复、慢性疼痛康复以及心肺等脏器康复等领域。一般而言，康复医学的对象主要包括以下人群：

（1）急性伤病及术后者

发生急性伤病及手术后的患者，早期、恢复期还是后遗症期均存在可介入场景，并且随着康复医学概念的普及，人们逐渐认识到在伤病的早期就接受康复治疗，对减少残疾、提高患者生活质量具有重要作用。早期康复介入能预防残疾发生，预防和改善功能障碍，如脑外伤及术后患者、骨折及术后患者、关节置换术后患者、断肢再植术后患者、运动损伤及术后患者、心肌梗死及术后患者等。

（2）残疾人

残疾人尤其存有功能障碍者是康复医学的对象，如中风、脑瘫、脊髓损伤、脊髓灰质炎、周围神经损伤等导致的肢体残疾、智力残疾、视听残疾、言语残疾、精神残疾等，大多可通过康复医学的手段进行康复治疗。

（3）慢性病患者

慢性病患者往往病情进程缓慢或反复发作，相应的器官出现功能障碍，而功能障碍又加重了原发病，形成恶性循环。对慢性病的康复治疗既可以改善其功能障碍，又可防止慢性病的进一步加重：神经系统疾病如帕金森病、阿尔茨海默病等，骨关节疾病如颈椎病、腰椎间盘突出症等，心血管疾病如冠心病、高血压等。

（4）老年人群

老年人群是康复医学主要对象之一。人口老龄化是国际性问题，肢体和器官功能障碍与年龄老化一般成正比，年龄越大，各种疾病或功能障碍的发生率越高，很大程度上影响老年人的生活质量。我国 60 岁以上人群慢性病的患病率是一般

人群的 2.5~3 倍，达 42.5%~51%。针对老年人慢性病及老龄导致的功能障碍，采用各类康复措施有助于改善老年人功能障碍，提高其生活质量。

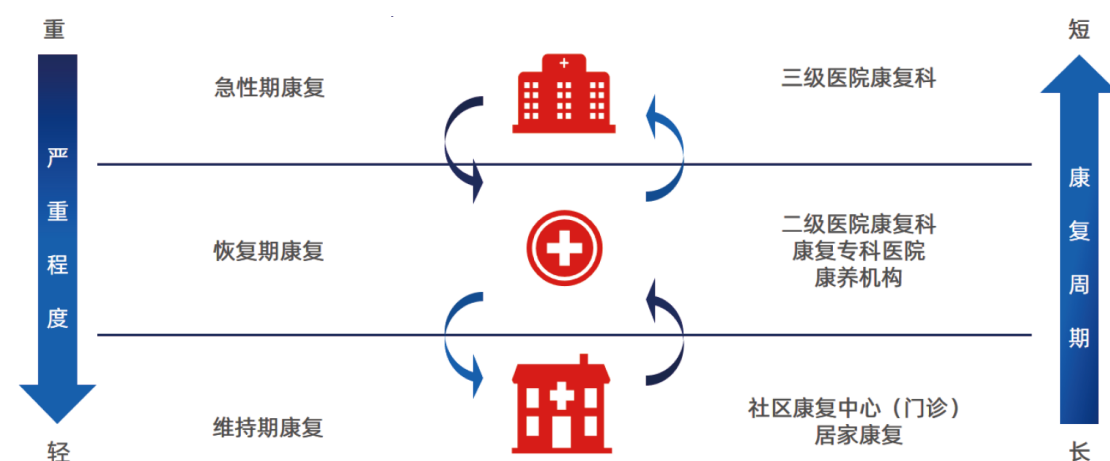
（5）其他

近年来，随着全面康复概念的传播，康复医学范围逐渐扩大，面向产后功能障碍者、运动损伤人群、癌症患者、慢性疼痛患者等群体的康复也在得到快速发展。由于本文的主旨聚焦于老年人的医养及康复医疗产业发展情况，因此本文所涉及康复医疗将侧重于围绕老年人群展开，其余群体不作特别展开。

3、康复医疗的运行体系

为贯彻落实党的十九届五中全会精神和实施健康中国、积极应对人口老龄化的国家战略，进一步加强康复医疗服务体系建设，加快推动康复医疗服务高质量发展，逐步满足群众多样化、差异化的康复医疗服务需求，2021 年国家卫生健康委、国家发展改革委、教育部、民政部、财政部、国家医保局、国家中医药管理局、中国残疾人联合会联合制定并印发的《关于加快推进康复医疗工作发展的意见》文件中明确强调，各地卫生健康行政部门要按照分级诊疗工作和医疗卫生服务体系规划要求，结合本地区康复医疗需求等，健全完善覆盖全人群和全生命周期的康复医疗服务体系。

图 28 三级康复医疗体系示意图



资料来源：蛋壳研究院制图

我国康复医疗体系由三级医院康复科、二级医院康复科（康复专科医院）、社区康复中心（门诊）或居家康复组成。三级医院康复科主要承担急性期康复治疗

疗，二级医院康复科（康复专科医院）则承担恢复期康复治疗，社区康复医疗中心（门诊）或居家康复主要承担维持期康复治疗。各级康复机构之间建立双向转诊机制，三级医院康复科完成患者急性期康复后，向下转诊，由二级医院康复科等机构完成恢复期、维持期康复治疗。如果恢复期或维持期康复出现恶化现象，可以及时向上转诊至三级医院康复科，进行救治。通过构建三级康复医疗体系，可以为患者提供全周期、分阶段的康复服务，确保患者获得最好的康复疗效。

图 29 各级康复服务机构的主要区别

	 介入时期	 康复对象	 住院治疗	 康复周期	 医务人员
三级医院 康复科	早期	疾病、损伤急需 治疗的患者	21~28天	较短	专科医师、康复医师 康复治疗师 康复护士
二级医院 康复科等	中期	经过治疗且需 住院恢复的患者	3个月	适中	康复医师 康复治疗师 康复护士
社区康复 医疗中心等	后期	经过治疗且无需 住院恢复的患者	不需要	较长	康复医师 康复治疗师 康复护士

资料来源：蛋壳研究院制图

三级康复体系内，不同层级的康复机构具有的功能和特点不同。具体而言，三级医院康复科介入最早，对疾病、损伤患者进行早期专业性治疗，需要配备专科医师、康复医师、康复治疗师、康复护士等组成的服务团队，在完成急性救治后就可以转诊到下一层级的康复机构，康复周期较短；二级医院康复科等机构主要是对经过治疗且病情稳定的患者提供恢复性康复服务，患者需要经过一段时间的住院恢复，主要由康复医师、康复治疗师、康复护士为其提供医疗服务；社区康复医疗中心等机构主要对经过治疗的患者提供长期性的康复服务，患者一般无需住院，而是定期到康复机构接受治疗训练或者康复医师（治疗师）上门指导患者进行康复。

在康复医疗体系的建设中，相关主管部门对综合医院康复科或不同类型的康复医疗机构等提出了相应建设标准。通过归类整理主要涉及科室面积、科室设置、床位设置、人员配置以及设备配置 5 个方面。

表十五 医院康复科和康复医疗机构建设标准

类别	三级综合医院	二级综合医院	三级康复专科医院	二级康复专科医院	康复医疗中心
科室面积	康复医学科门诊和治疗室总使用面积不少于 1,000 平方米	康复医学科门诊和治疗室总使用面积不少于 500 平方米	康复医学科门诊和治疗室总使用面积不少于 3,000 平方米	康复医学科门诊和治疗室总使用面积不少于 800 平方米	1、设置康复床位的，康复训练区总面积不少于 200 平方米，每床建筑面积不少于 50 平方米； 2、未设置康复床位的，不少于 500 平方米
科室设置	1、独立设置门诊和病区； 2、至少设置具备临床康复评定功能的物理治疗室、作业治疗室、言语治疗室、传统康复治疗室、康复工程室等	1、独立设置门诊和病房； 2、至少设置具备临床康复评定功能的物理治疗室、作业治疗室、言语治疗室、传统康复治疗室、康复工程室等	骨关节康复科、儿童康复科、老年康复科、心肺康复科、疼痛康复科、听力视力康复科、烧伤康复科中的 6 个科室以及内科、外科和重症医学科	骨关节康复科、儿童康复科、老年康复科、听力视力康复科、疼痛康复科中的 3 个部门以及内科、外科和重症医学科	-
床位设置	为医院总床位数的 2%-5%，每床使用面积不少于 6 平方米，床间距不少于 1.2 米	至少为医院床位数的 2.5%，但不得少于 10 张床，每床使用面积不少于 6 平方米，床间距不少于 1.2 米	1、每床建筑面积指标不少于 95 平方米，住院床位总数 300 张以上； 2、康复专业床位数占到 75%以上，每床使用面积不少于 6 平方米，床间距不少于 1.2 米	1、每床建筑面积指标不少于 85 平方米，住院床位总数 100 张以上； 2、康复专业床位数占到 75%以上，每床使用面积不少于 6 平方米，床间距不少于 1.2 米	1、提供住院康复医疗服务的，康复床位总数 20 张以上； 2、不提供住院康复医疗服务的，应设置不少于 10 张的日间康复床
人员配置	1、每床至少配备 0.25 名医师，至少有 2 名具有副高以上专业技术职务任职资格的医师，1 名具备中医类别执业资格的执业医师； 2、每床至少配备 0.5 名康复治疗师； 3、每床至少配备 0.3 名护士	1、每床至少配备 0.25 名医师，至少有 2 名具有副高以上专业技术职务任职资格的医师，1 名具备中医类别执业资格的执业医师； 2、每床至少配备 0.5 名康复治疗师； 3、每床至少配备 0.3 名护士	1、康复医师每床 0.2 名； 2、康复治疗师 0.4 名； 3、护士 0.3 名； 4、每床至少配备 1.4 名卫生技术人员，医师中具有副高级及以上专业技术职务任职资格人数不低于医师总数的 15%； 5、康复医师、康复治疗师、康复护	1、康复医师每床 0.15 名； 2、康复治疗师 0.3 名； 3、护士 0.3 名； 4、每床至少配备 1.2 名卫生技术人员，医师中具有副高级及以上专业技术职务任职资格人数不低于医师总数的 10%； 5、康复医师、康复治疗师、康复护	1、设置住院康复床位的，每床至少配备 0.5 人的标准卫生专业技术人员，其中医师、康复治疗师、护士比例不低于 1:2:3； 2、未设置住院康复床位的，至少应配备 5 名卫生专业技术人员，其中，医师不少于 1 名，康复治疗师不少于 2 名

类别	三级综合医院	二级综合医院	三级康复专科医院	二级康复专科医院	康复医疗中心
			士结构比原则为 1.0:2.0:1.5	士结构比原则为 1.0:2.0:1.5	
设备配置	1、功能评定与实验检测设备 2、康复治疗专业设备 3、急救设备 4、信息化设备	1、功能评定与实验检测设备 2、康复治疗专业设备 3、急救设备 4、信息化设备	1、功能评定与实验检测设备 2、康复治疗专业设备 3、急救设备 4、信息化设备	1、功能评定与实验检测设备 2、康复治疗专业设备 3、急救设备 4、信息化设备	-

资料来源：《康复医院基本标准（2012 年版）》、《康复医疗中心基本标准（试行）》等政府公开文件

4、康复医疗的效益

（1）社会效益

康复医疗可避免或减少各种并发症和后遗症的发生，增强患者战胜伤病的自信心，这不但有利于原发病的恢复，还使得功能改善的程度明显高于自然恢复。其结果提高了患者生活自理能力及从事适当工作的能力，减少社会家庭的负担，具备明显的社会效益。

（2）医疗价值

随着社会的发展和人们生活水平的提高，患者已不再满足于“治病救命”的临床治愈，进一步提出了功能改善和生活质量提高的要求。康复医疗能够加速人体伤病后的恢复进程，最大限度地预防和减轻其后遗的功能障碍程度，提高其生存质量。

（3）经济效应

康复医疗的及时干预，对于患者、机构、社会都具有积极意义。首先对患者而言，康复治疗能加快身体机能恢复、减少药品使用、降低复发率、减少并发症，有效改善患者的预后，从而实现总体治疗费用降低，减轻家庭及个人的经济负担；对于医疗机构而言，康复能够提升医疗质量，缩短住院周期提高运营效率；对于政府而言，能够减轻社会保障体系的负担。在我国老龄化进一步加快、慢性病患者率持续上升带来的医疗支出压力加剧背景下，康复医疗能够在一定程度上降低整体医疗费用，在医疗体系中拥有重要的经济价值。

（二）康复医疗产业发展历程及现状

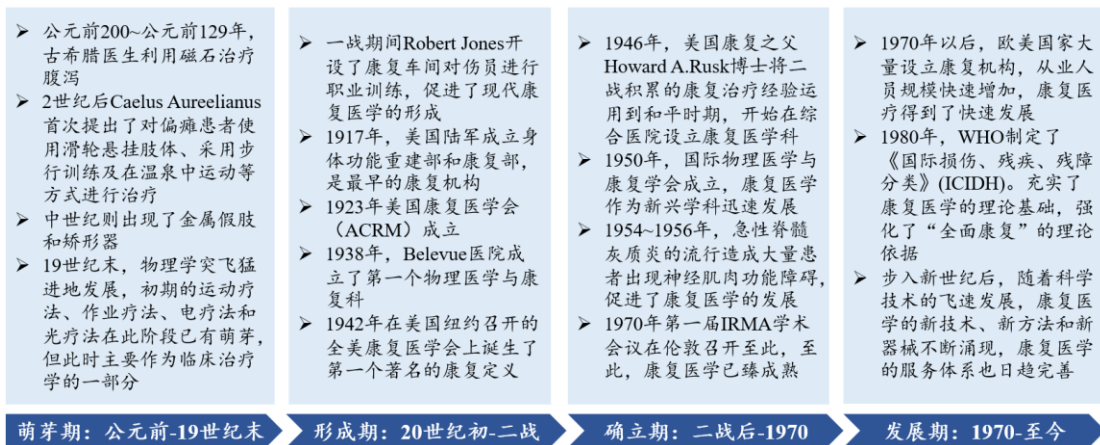
1、康复医学发展历程

（1）国外康复医学发展简史

康复医学发展已有悠久历史，最早可以追溯到公元前。公元前，人们已经认识到利用温泉、日光、磁石等自然因子可以治疗风湿、慢性疼痛、劳损等疾患。公元前 200~公元前 129 年，古希腊医生利用磁石治疗腹泻；我国古籍中亦有记载春秋时期著名医家扁鹊用磁石为秦穆公治疗偏头痛。

现代康复医学概念形成始于 20 世纪初，并在两次世界大战带来的大量战后伤残人群的恢复需求中得到了确立。步入新世纪后，随着科学技术的飞速发展，康复医学的新技术、新方法和新器械不断涌现，受益人群也得到了更为广泛的普及。目前，欧美国家已形成了较为完善的涵盖术后康复人群、伤残人群、老年群体、慢性病、产后功能障碍者、运动损伤人群等的康复医学服务体系。

图 30 康复医学发展的四个主要时期



资料来源：《康复医学导论》、公开资料整理

（2）中国康复医学发展简史

我国在 20 世纪 80 年代引入现代康复医疗体系，起步明显较晚，较美国晚了 60 余年，但经过近 40 年的发展，在康复医疗服务方面取得了快速进步。其中，2008 年之后，受汶川地震导致的康复需求激增，推动我国康复医学发展步入快车道，大大提高了我国对加快发展中国康复医学事业的重视和扶持程度。

表十六 中国康复医学发展简史

时期	时间	事件
萌芽期	1982	国家卫生部选择若干医疗机构试办康复中心，引入现代康复医学理念
	1988	中国康复研究中心成立，中国正式进入康复医疗服务发展阶段，全国多个城市开始建设康复专科医院
试点推广期	1989	卫生部要求一、二、三级医院建立康复科且在同济医学院启动康复医学人才培养计划
	1995	中国已在 20 余省建立康复医疗服务机构，尝试将康复服务与重点病种相结合，扩大康复服务范围
	2005	大型综合医院设立康复医学中心，区域医疗中心根据地方疾病谱设立社区康复中心及康复专科医院
	2008	汶川地震伤员康复救助，使康复医学得到越来越广泛的关注，提高了社会和政府对于康复医学事业的重视程度
快速发展期	2010	将运动疗法等 9 项医疗康复项目纳入医保
	2011	原卫生部颁布《关于开展建立完善康复医疗服务体系试点工作的通知》，鼓励试点城市建立三级康复医疗体系：疾病急性期在三级综合医院康复医学科，疾病稳定期在康复医院/二级综合医院康复医学科，疾病恢复期在社区卫生服务机构和乡镇卫生院
	2013	中国综合医院设立康复医学科的比例已达 50%以上，康复床位从 2011 年的 8.3 万张增加到 2013 年的 11.7 万张
	2016	将 20 个新增康复项目纳入医保，“健康中国 2030”规划提出“早诊断、早治疗、早康复”
	2017	由北京大学第三医院牵头，联合全国 31 个省市康复医学专家联合成立“国家级康复医学专业质控中心”
	2018	中国康复专科医院已达 637 家，其中民营专科医院发展迅速，高达 485 家，占比约为 76%
	2021	明确支持和引导社会力量举办规模化、连锁化的康复医疗中心
	2022	加强康复医院、护理院和安宁疗护机构建设，支持医疗资源丰富地区的二级及以下医疗卫生机构转型，开展康复、护理以及医养结合服务。
	2024	由中国残疾人联合会、国家卫生健康委员会与山东省共同建设的康复大学获教育部同意设置，并拟开展招生。这是首个以康复医学为特色的高等学府。

资料来源：艾瑞咨询、公开资料整理

2、国内康复医疗产业发展现状分析

（1）中国康复医疗产业链

我国康复医疗产业虽然起步落后于欧美国家，但随着近年来国民经济的快速发展和人口老龄化的逐渐加重，叠加政府对康复医疗发展的重视和居民对康复医疗概念认知的加深，已逐渐形成了一条较为完善的康复产业链条。

图 31 中国康复医疗产业链



资料来源：艾瑞咨询

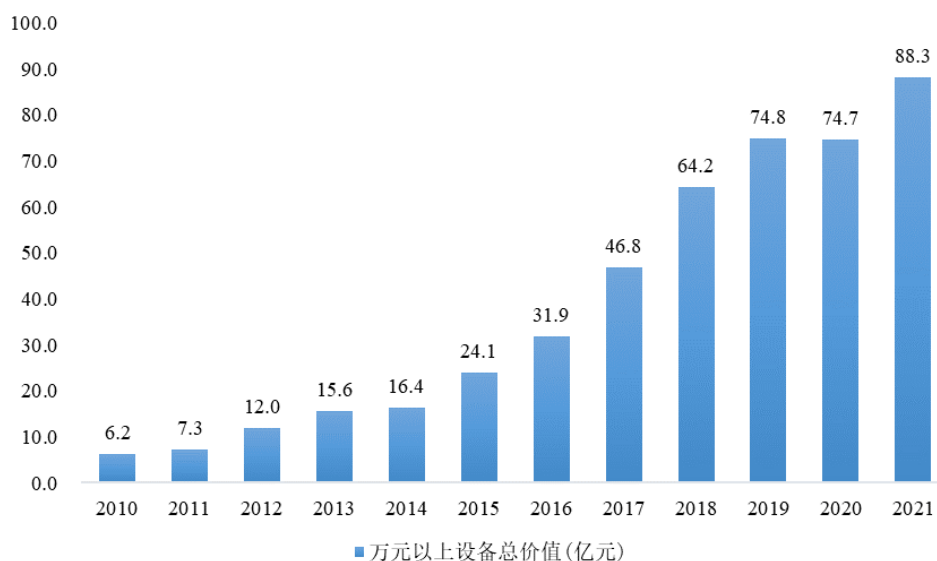
1) 产业链上游

产业链上游主要包括康复医疗器械类、远程康复类、康复医疗信息化类等企业，其中康复医疗器械类企业包括提供拐杖、轮椅、矫形器、固定器、夹板等康复辅助器具的传统企业和通过融合康复医学、生物力学、机械学、机械力学、电子学、材料学、计算机科学及机器人学等诸多领域进而打造康复机器人、智能穿戴设备等的新兴企业。此外，还有专注于提供覆盖康复评定、病历管理、康复文书、康复方案、人员排班、数据采集与管理、康复随访等全流程的信息化管理系统等的康复医疗信息化企业。

① 康复医疗器械

康复医疗器械是康复治疗开展的前提与基础。近年来，在市场需求和国家政策推动下，康复医疗器械行业快速成长。从《中国卫生健康统计年鉴》的万元以上设备台数数据来看，康复医院端对康复医疗器械的需求呈现较快增长的态势。

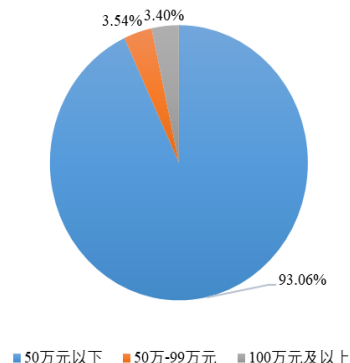
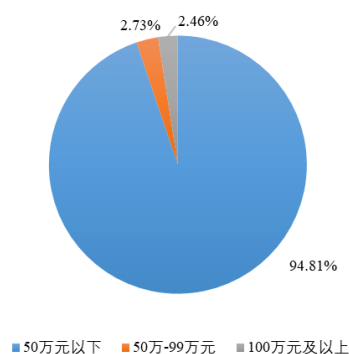
图 32 2010-2021 年中国康复医院万元以上设备总价值



资料来源：《中国卫生健康统计年鉴》；注：康复医院端统计口径不包含综合医院的康复医学科，下文同。

从价格构成来看，2021 年康复医院内万元以上设备中，50 万元以下的设备占比高达 94.81%，50-99 万元占比 2.73%，100 万元及以上占比 2.46%。横向对比对同样高度依赖医疗器械且高端化发展加速过程中的骨科来看，在 50 万元以上设备的比例上仍有较大不足，低单价康复医疗器械仍占绝对地位。但随着未来中国康复医疗行业的加速发展，预期市场也会呈现出向高端化加速发展的趋势。预计未来从事创新类、高端类和符合国产替代趋势的高端康复医疗器械公司有望得到更好的发展。

图 33 2021 年康复医院万元以上设备台数分布 图 34 2021 年骨科医院万元以上设备台数分布



资料来源：《中国卫生健康统计年鉴》

②远程康复类

2021 年 6 月国家卫生健康委下发的《关于加快推进康复医疗工作发展的意见》中的第 15 条“积极发展社区和居家康复医疗”提到：鼓励有条件的医疗机构通过“互联网+”等方式将康复医疗服务延伸至社区和居家，为有迫切康复医疗服务需求的人群提供居家康复医疗、日间康复训练、康复指导等服务；第 19 条“加强康复医疗信息化建设”中提到，借助创新发展康复医疗服务新模式等，积极开展康复医疗领域的远程医疗、技术指导等，惠及更多基层群众。

我国当前的文化观念中，大多数老龄群体在思想观念上更愿意接受居家性质的康复医疗，这与我国当前主流的养老方式，即依托于政府、街道、机构的社区居家养老模式契合。同时，这与我国初步建成的三级康复医疗体系初衷一致，即以社区康复中心（门诊）或居家康复组成基层承载主体。

远程康复医疗通过其“智能化、个体化、大数据、共享化”的特点，能够充分发挥“互联网+医疗健康”作用，加快实现医疗资源互通共享，提供社区和居家康复场景下的“云康复”医疗服务，有效缓解基层康复在医疗资源端的需求痛点，满足大量、多样的康复医疗需求。一般而言，远程康复医疗依托传感器和云服务器（数据库+云计算），实现患者与医生通过电脑或手机、互联网、摄像头和交互设备等实现灵活的实时交互。凭借完整的智能评估与治疗康复程序，云康复可根据患者的需要，在线评估并推送康复指导建议，实时监督患者康复过程，记录患者的康复数据，搭建患者、家属与康复医生之间的沟通、反馈、随访平台。

理想状态下，云康复能够满足患者和医务人员的多种需求。对于患者，尤其是老年患者，能够实现在其更为舒适的居家或社区等场景下进行有康复医生远程指导、有家属陪护监督、有设备实时记录反馈性质的康复训练，有效避免了老年群体出行不便的难题，并免去了交通耗时和相应经济负担。对于医务人员，通过云康复能实现由“一对一”到“一对多”，大幅提高服务效率；而 AI 等功能的加入能够辅助实时互动，减少医务人员精力消耗的同时还能够便于随访数据的收集。因此，云康复能够帮助患者便捷、高效获得优质康复资源，同时有助于医务人员提高康复效率，服务更多院外康复患者。

③康复医疗信息化类

康复医疗信息化企业主要面向机构端提供覆盖康复评定、病历管理、康复文书、康复方案、人员排班、数据采集与管理、康复随访等全流程的信息化管理系统，解决康复数据不规范、评估量表主观性强、康复数据无法实现互联互通等痛点，通过康复全流程的信息化管理，实现康复治疗标准化。

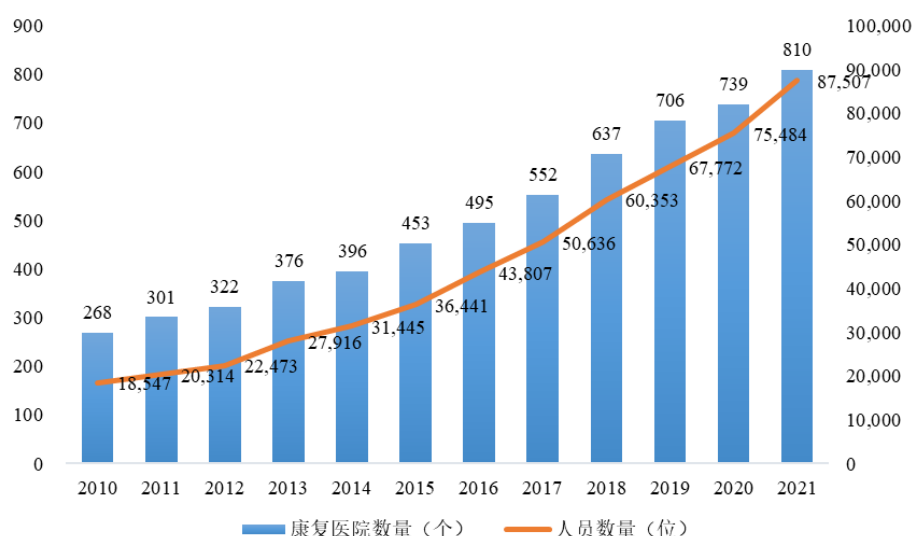
对于机构端而言，实现康复医疗系统信息化能够有效提高了康复医疗服务的质量和效率。通过规范化的信息录入和管理流程，医护人员可以更加高效地处理患者信息和治疗方案，减少了人为错误和信息遗漏的可能性。其次，系统的人性化设计使得医护人员能够更加便捷地获取和使用相关信息，减轻其工作负担。此外，康复医疗信息管理系统还有助于提升患者的就医体验。通过实时更新患者康复进展和治疗方案，医护人员可以更好地与患者沟通交流，增强患者对治疗的信心和配合度。

2) 产业链中游

产业链中游主要是指为下游患者提供康复医疗服务的机构，包括综合医院、康复专科医院、康复医疗中心或门诊、远程康复以及康复护理机构等，具体运行体系详见本文“三、（一）、3、康复医疗的运行体系”。

近年来，我国康复医院数量和从业人员得到快速增长，发展势头良好，2010年，我国康复医院仅 268 家，人员数量合计 18,547 人；2021 年，康复医院合计 810 家，人员数量合计已达到 87,507 人，均呈现了翻倍式增长。

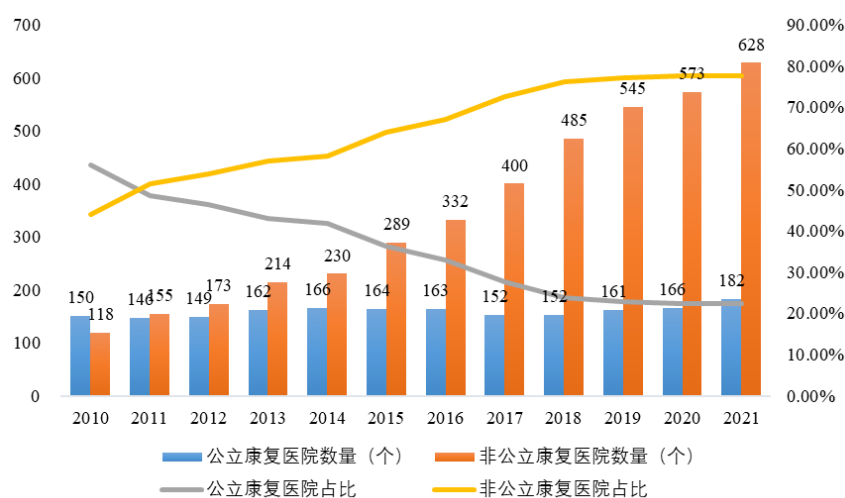
图 35 2010-2021 年中国康复医院数量及人员数量



资料来源：《中国卫生健康统计年鉴》

从所有制结构来看，在政府对社会力量办医的支持和引导下，我国呈现出公立康复医院占比逐年下降，非公立医院占比逐年上升的趋势。2010 年，我国公立康复医院有 150 家，占比 55.97%，非公立康复医院有 118 家，占比 44.03%；而在 2021 年，我国公立康复医院有 182 家，占比下降到 22.47%，非公立康复医院快速增长至 628 家，占比大幅上升至 77.53%。由此可见，在底层需求的推动和政府的积极引导下，民营资本在康复医疗的发展过程中贡献了重要力量。同时，这也意味着不可避免的行业内竞争程度加剧。

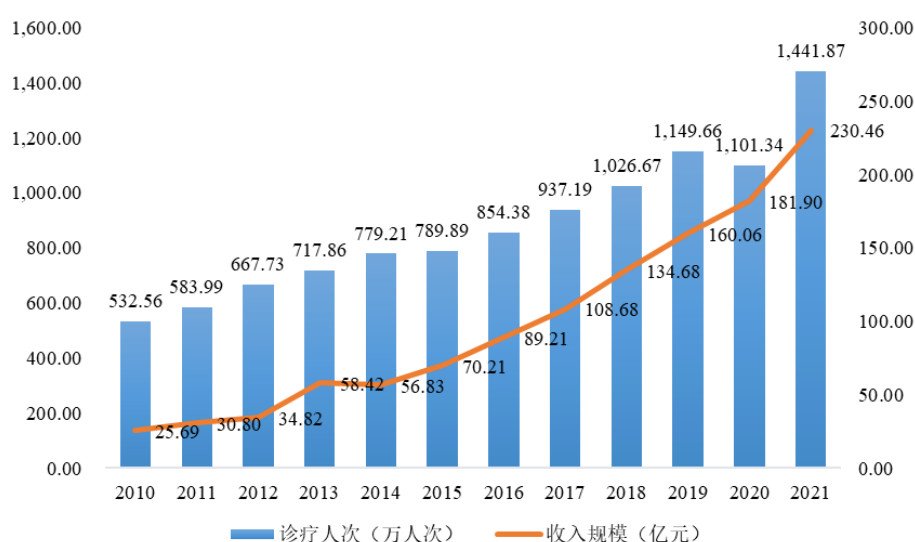
图 36 2010-2021 年中国康复医院所有制结构



资料来源：《中国卫生健康统计年鉴》

从经营状况来看，随着人口老龄化加速、慢性病人口数量增加、康复意识增强及国家对于潜在康复人群需求的重视，诊疗人次快速增长。2010-2021 年，我国康复医院诊疗人数及营收规模呈现较快上升趋势，由 2010 年的 532.60 万人次，25.69 亿收入增长至 2021 年的 1,441.87 万人次，230.46 亿元收入。其中，受突发性公共卫生事件导致 2020 年诊疗人次数和出院人数均有所下降。康复医院端诊疗人次数和收入的提升意味着康复医院收入预期和支付能力在同步提高，这将推动整个康复医疗产业链快速发展。

图 37 2010-2021 年诊疗人次数和收入规模

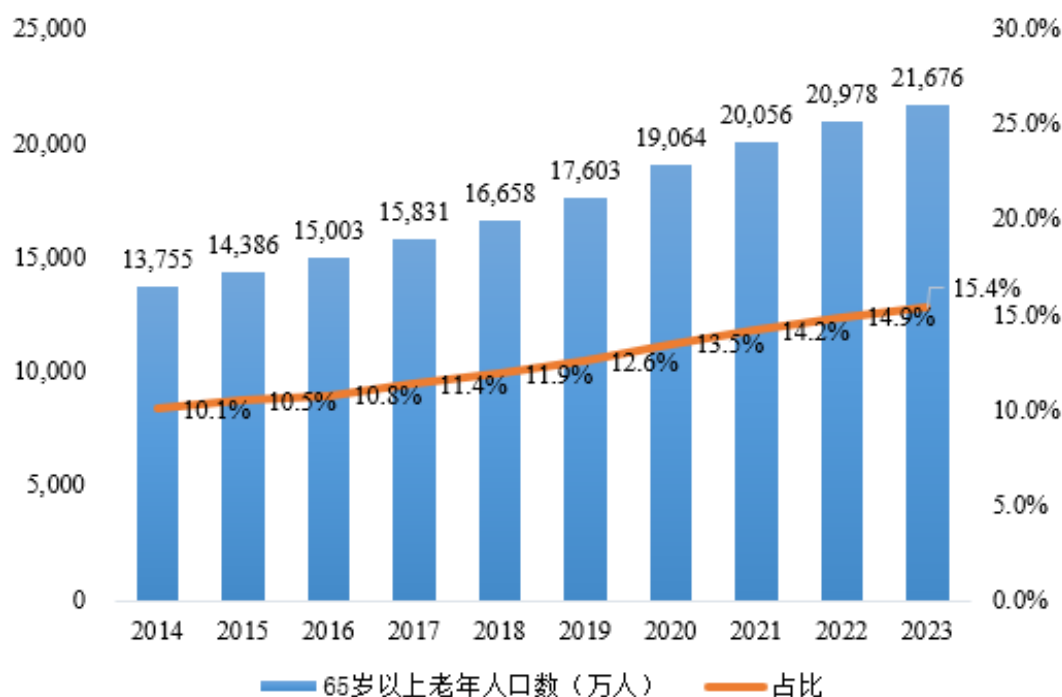


资料来源：《中国卫生健康统计年鉴》

3）产业链下游

康复医疗产业链下游是各类需要康复治疗的人群，其中老年人群作为康复医疗服务的核心主体人群之一，在人均寿命提升和我国人口结构向老龄化演变的主要趋势下，未来有望成为最大的康复医疗市场服务人群。

图 38 2014-2023 年中国 65 岁以上人口走势（万人）及占比情况



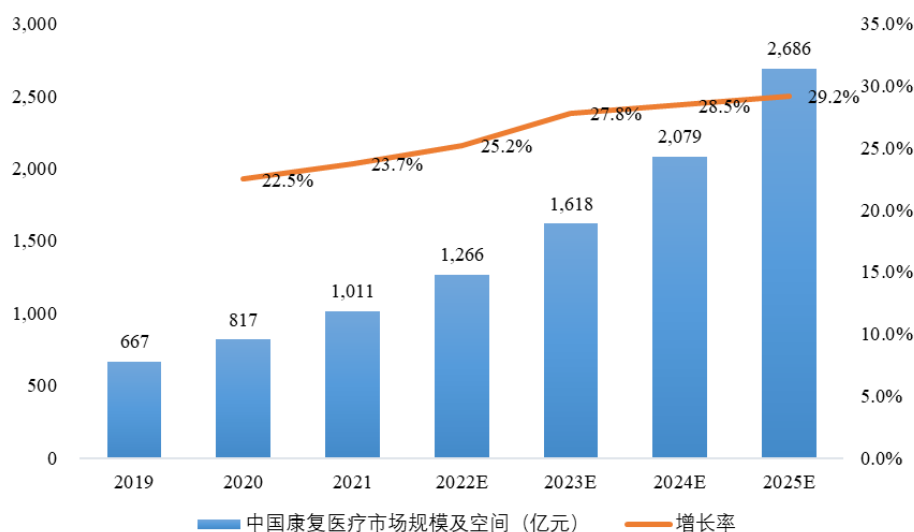
资料来源：国家统计局数据

（2）中国康复医疗行业市场规模

目前，我国存在康复需求的人群数量巨大，但康复医疗供给严重不足。随着国民经济的发展、人民生活水平的提高、医保政策推进以及医疗技术提升，民众对康复保健的意识也在不断提高，未来“预防、治疗、康复”相结合的理念将更深入人心。各种功能性障碍群体对身体各项功能恢复的康复需求越来越强烈，将有效提高康复医疗就诊率及覆盖率。

根据艾瑞咨询的研究数据，2021 年我国康复医疗服务行业市场规模约 1,011 亿元，随着人口老龄化的加速、国民康复意识的逐步觉醒以及国家政策的持续强力推动，康复医疗服务行业市场规模将持续增长，有望于 2025 年达到 2,686 亿元，整体市场未来成长空间广阔。

图 39 2019-2025E 中国康复医疗服务市场规模及空间



资料来源：艾瑞咨询

3、国内代表性企业分析

(1) 三星医疗

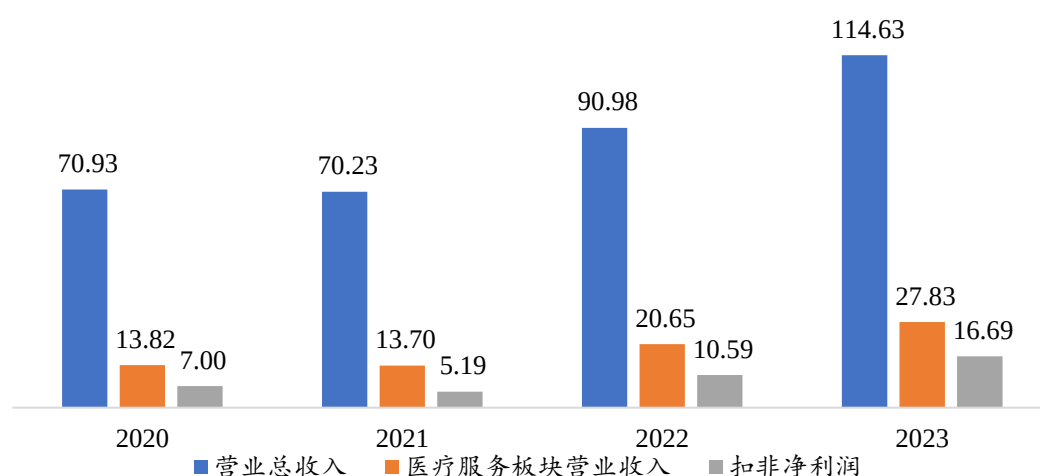
三星医疗始创于 1986 年的奥克斯集团，产业涵盖家电、电力设备、医疗、地产、金融投资等领域，连续多年位列中国企业 500 强。三星医疗的主要业务包括智能配用电和医疗服务两大板块。智能配用电业务是公司的传统主业，而医疗服务则是公司近年来转型的重点，特别是在康复医疗领域。三星医疗是国内领先的康复医疗提供者。公司建设、投资并运营实体医疗机构，致力于为社会大众提供优质的医疗服务。

目前公司旗下医院重点打造重症康复特色，以神经康复与功能康复为核心，属于高品质康复连锁专科。公司开展前沿的教学科研和高端人才的培养，实现科研、教学、临床三位一体蓬勃发展；整合全国范围内优秀医疗人才与专家资源，引进院长及学科带头人，增加人才厚重度，共同促进公司发展。在医疗服务领域，公司通过并购和自建医院，快速扩张其医疗服务网络。三星医疗的战略布局体现在其从智能配用电向医疗服务领域的转型，特别是在康复医疗服务方面，公司通过并购和自建医院，构建了“院前-院中-院后”的完整产业链。

公司在医疗服务领域深耕多年，得益于在康复医疗领域的先发优势，2023 年公司通过自建和并购新增 10 家医院，医院家数已达 28 家，其中康复医院 22 家；总床位数增加至约 8,868 张。在医院新建、临床诊疗、学科建设、人才培养以及并购扩张等方面已经摸索出行之有效的单店模型，积累了丰富的连锁拓展经验。经过多年探索，公司已建立起“大综合托底，强专科连锁”的医疗体系。宁波明州医院作为公司首家医院，多年来持续强化大综合基础学科建设，并于 2023 年 3 月通过三乙医院综合评定，正式成为三级乙等综合性医院。依托于大综合的临床能力和学术资源，公司开辟了差异化的康复医疗连锁体系，目前已发展成为国内康复医疗领先机构。公司致力于创新康复医疗模式，与综合医院有效协同，走差异化、连锁化、品牌化发展道路。业务以重症康复为特色，探索 ICU、康复、高压氧深度融合之路，充分利用早期治疗的“黄金时间”，率先开展氧舱内呼吸机支持技术与带呼吸机康复训练，显著提高重症患者愈后康复情况。

财务方面，2023 年公司营收为 114.63 亿元，同比增长 25.99%，扣非净利润为 16.69 亿元，同比增长 57.66%，增长稳健，盈利能力维持在较高水平。目前医疗服务部分收入增长稳健，2023 年医疗业收入 27.83 亿，同比增长 34.73%，占总营收比值为 24%；同时毛利率较 2022 年增加了 5.01%，达到了 31.73%。目前医疗服务贡献收入仍有巨大增长空间，随着公司规模逐渐扩大，费率管控能力持续增强，净利率水平仍有一定上升空间。

图 40 2020-2023 三星医疗医疗服务板块营收及利润情况（亿元）



（2）环球医疗

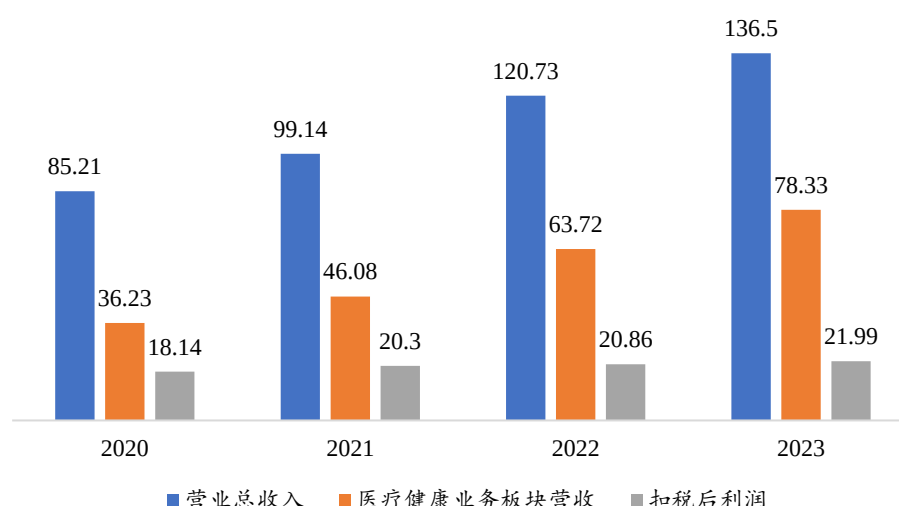
通用环球医疗集团有限公司（以下简称“环球医疗”）是中央直接管理的国有骨干企业——中国通用技术（集团）控股有限责任公司下属的上市公司，是一家以医疗健康为主业的央企控股公司，医研产融相结合的大型医疗健康集团，于 2015 年 7 月在香港联交所上市。通用技术集团是国家批准的参与国企医院改革的 6 个主体之一，主营业务是医疗服务和金融租赁。目前，通用技术集团拥有医疗机构 170 余家，开放床位数 3.2 万多张，年门急诊量超 1,600 万人次，是床位数领先、网络覆盖全、全产业链特征明显的医疗集团。环球医疗是通用技术集团旗下公司，为充分调动上市公司发展效率，环球医疗引进民企二股东元知集团和战略投资中信资本，帮助企业在相关业务方面协同发展。截至 2023 年年底，公司旗下 67 家医疗机构分布于陕西、山西、安徽、河北、四川、辽宁等 14 个省市，其中包含 5 家三甲医院、32 家二级医院，总床位数超过 1.6 万张。

医院集团是公司战略布局的核心资源，从年报上来看，综合医疗板块发展持续向好：医疗健康业务板块收入持续增快，实现收入 78.33 亿元，同比增长 22.9%，实现盈利 21.99 亿元，同比增长 5.4%。此外，随着床位数规模的扩大，尤其是三甲医院床位数的增加，医院的单床产出持续提升，并且随着就诊流程得到改善，集团化经营管控进一步提升，使得诊疗人次大幅上涨，医院收治能力不断增强，运营效果显著提升。

围绕核心医疗资源，在专科医疗、设备全周期管理、医疗数字科技、医养结合、健康保险等领域持续布局，逐步构建共享共赢的健康产业生态系统。在最新年报中显示，公司专科及健康产业布局加速，不断加固完善，在肾病和肿瘤的专科领域业务收入和医疗服务上均取得较为显著的增长，并加快医疗领域数字产业化转型布局。此外，2024 年初，公司完成并购国内智慧健康养老头部企业山东青岛软通信息技术股份有限公司，将积极探索数字化技术与医疗康复、疾病预防、健康养老深度结合的一体化医养结合服务的发展模式，构建居家-小区-机构相融合的智慧医养服务体系，在赋能内部医院业务高质量发展的同时，打造国内头部智慧化居家医养品牌，成为公司旗下能够释放更大价值的独立产业条线。

作为中国最大型的综合医疗解决方案供货商，环球医疗在品牌知名度与广泛的客户基础、行业专家网络的支持与创新能力、国际医疗设备的引入、客户忠诚度及交叉销售机会等多个方面拥有较强的竞争优势。2023 年，环球医疗销售收入达到 136.50 亿元人民币，与上一年相比增长了 13.1%。公司的医疗健康业务表现突出，板块收入高达 78.33 亿元，同比增长了 22.9%，占公司总收入的 57.4%。公司全年的利润达到了 21.99 亿元，同比增长了 5.4%。其中，医疗健康业务对利润的贡献尤为显著，达到了 4.54 亿元，同比增长了 20.6%。在其他财务指标方面，公司的总资产回报率（ROA）为 2.80%，而归属于普通股股东的股本回报率（ROE）达到了 13.63%，反映出公司的收益能力和资产状况都保持在稳健且优秀的水平。

图 41 2020-2023 环球医疗医疗健康业务板块营收及利润情况（亿元）



（3）翔宇医疗

翔宇医疗成立于 2002 年，作为中国康复医疗器械行业内的研发引领型企业，被评为国家智慧健康养老示范企业 and 国家首批专精特新“小巨人”企业，于 2021 年 3 月在科创板上市，主要为全国各级综合医院、康复医院、基层诊疗机构等全国各级医疗机构，养老机构，残疾人康复中心，福利院机构客户提供全系列康复产品及整体解决方案。公司坚持核心技术的自主研发与持续创新投入，专注于疼痛管理、神经恢复、骨科康复、产后恢复以及医养结合等智能康复设备的

研发、制造和市场推广，凭借 20 年的专业深耕经验，成为国内少数能够提供全方位康复医疗器械的领先企业之一。

公司在康复器械领域拥有深厚的技术积累和丰富的产品线，已掌握超过 30 项核心技术，包括动态传感反馈信息驱动技术，并拥有超过 1,200 项专利，确立了行业领先的自主知识产权技术地位。公司的产品种类繁多，具有显著的市场广度优势。主营产品涵盖声音、光线、电疗、磁疗等多种治疗方式，构建了 20 多个产品系列，包括 400 多种细分产品。此外，公司还提供针对疼痛康复、神经康复、术后恢复等 30 多项专科专病的定制化解决方案。

2023 年，翔宇医疗在康复理疗设备领域的收入达到了 4.59 亿元人民币，同比增长 56%，毛利率提升至 70.08%，增长了 2.68 个百分点。康复训练设备的收入为 2.05 亿元人民币，同比增长 48%，毛利率达到 66.94%，增长了 3.74 个百分点。康复评定设备的收入为 0.35 亿元人民币，同比增长 67%，毛利率为 77.48%，微增 0.81 个百分点。经营及配件产品的收入为 0.37 亿元人民币，同比增长 23%，毛利率达到 64.46%，提升了 3.96 个百分点。

图 42 2020-2023 翔宇医疗营业总收入和扣非净利润（亿元）

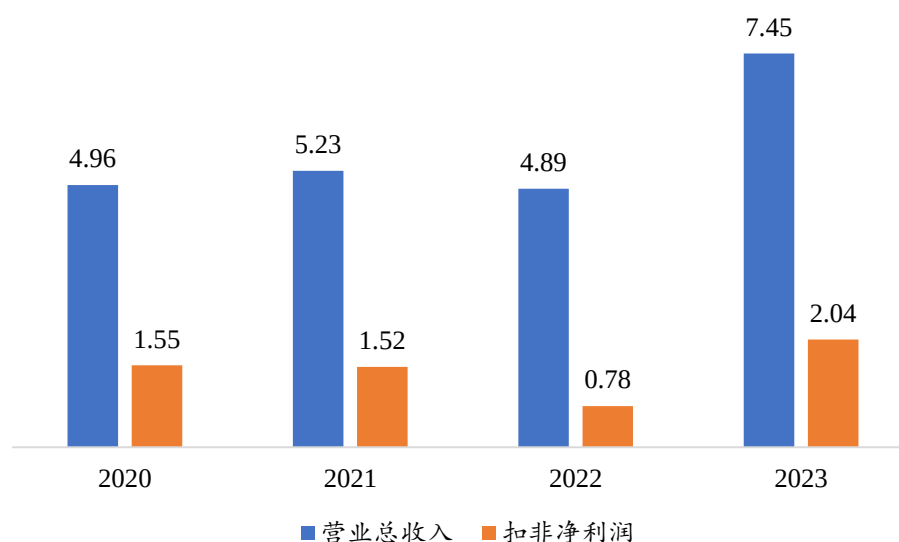
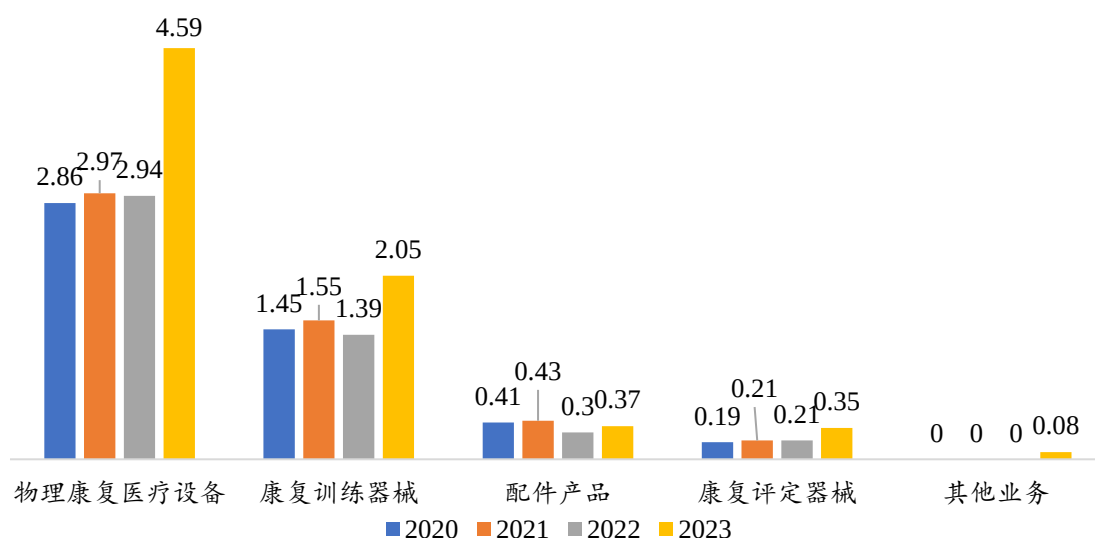


图 43 2020-2023 翔宇医疗各个业务板块营收情况（亿元）



翔宇医疗在各类产品的销售上展现出了强劲的增长势头和定价能力。以理疗类设备为例,2023 年的销量达到了 117,590 台,与前一年相比增长了大约 3.66%。这些设备的平均出厂价约为 0.39 万元,与上一年相比,售价的增长达到了约 50.76%。在三大类康复器械中,康复理疗类产品不仅收入规模较大,而且毛利率较高,其增速尤为迅猛。此外,毛利率最高的康复评定类设备同样保持了快速增长。随着这些高毛利产品在公司总收入中所占比例的提升,它们成为了推动公司综合毛利率提高的另一个关键因素。这种趋势表明公司在产品定价和市场定位方面的策略正在取得成功,同时也反映出其产品在市场上的竞争力和消费者的认可度。

（4）顾连医疗

顾连医疗是新风天域集团成员,总部设于上海,是覆盖广泛康复需求、连续医疗服务业态、从摇篮到摇椅各生命周期的综合性康复医疗集团,搭建了以老年康复为基础、功能康复为特色、重症康复为核心、居家护理为补充的业务架构,运营管理康复医院、老年病医院、儿童康复诊疗中心等康复医疗机构。顾连医疗是国内较早建立全国一体化管理模式,并拥有三甲康复医院及国家临床重点专科的康复医疗集团,运营及在建床位近 8,000 张,业务覆盖全国各主要区域。顾连医疗的服务业态主要有以下四种:

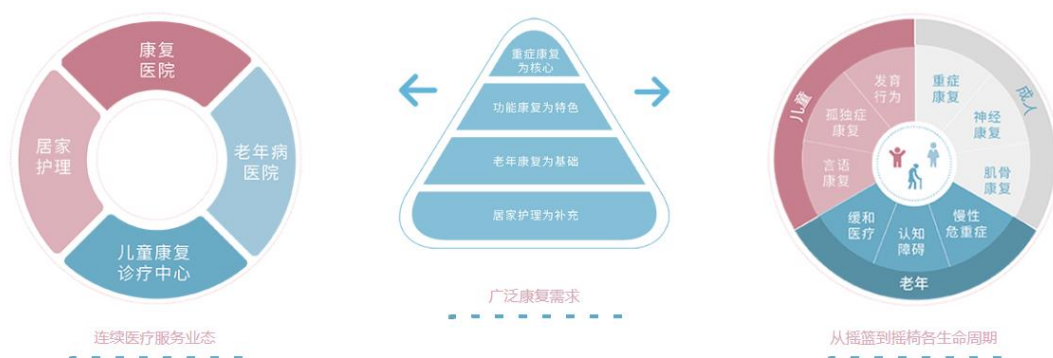
1) 重症康复：注重超早期康复及脱机拔管困难患者的床旁康复，主要针对 ICU 出院后、生命体征稳定的危重病人以及疑难复杂功能障碍患者，提供重症监护与超早期心肺、运动、心理康复等专业重症治疗，减少患者并发症、尽早拔管或脱机、恢复身体功能、提升生存质量、缩短住院时间、降低住院费用。

2) 功能康复：注重符合国际标准的康复临床治疗能力，主要针对各种疾病或外伤术后导致功能障碍的亚急性期患者，提供高强度、高频次、重疗效的专业康复治疗服务，帮助患者恢复功能、改善自理能力，最终回归家庭和社会。

3) 老年康复：注重老年病专科特色、慢病管理能力及长期护理的专业性，针对老年慢病及失能失智老年患者的康复需求，在医疗和照护的配合下，提供在老年综合评估及老年康复评估指导下的专业老年治疗服务，帮助患者减缓功能衰退、延长健康预期寿命。

4) 居家护理：依托顾连医疗旗下各医疗机构优势医疗资源，并与新风医疗旗下易得康开展深度合作，借助其全国护理站布局，形成“机构-社区-居家”服务平台，满足社区老人医养需求。为社区老年人提供健康监测、医养指导、医养活动、绿色就医通道等公益性服务，提升生活幸福感。同时，社区门诊及护理站可为有需求的老年患者，提供专业康复及上门护理服务。

图 44 顾连医疗产业布局



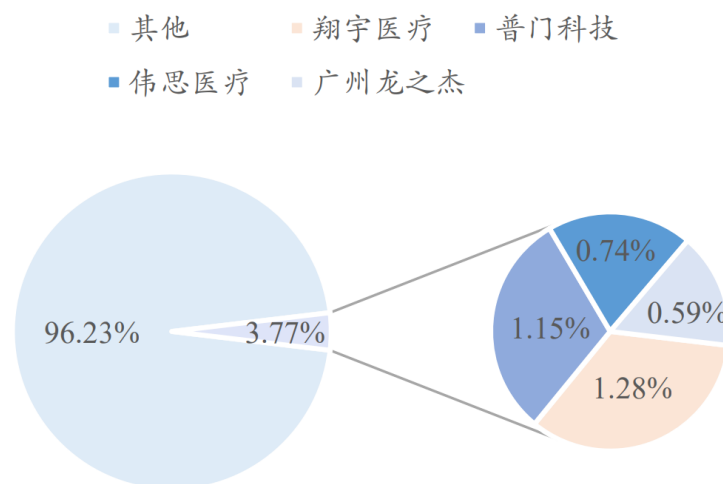
资料来源：互联网公开资料

（三）目前康复医疗产业发展存在的主要痛点及问题

1、康复医疗器械行业相对分散，高端产品仍需发展

从竞争格局来看，国内康复医疗器械行业内企业数量较多，普通康复医疗器械技术壁垒较低、产品同质化程度高但细分需求与产品种类多，行业相对分散。2018 年翔宇医疗、普门科技、伟思医疗、广州龙之杰（诚益通的康复医疗器械板块）总营收仅占中国康复医疗器械市场总规模的 3.77%。同时，国内康复医疗器械虽然整体国产化率高，但高端设备仍然被外资品牌占据，在高端产品上仍缺乏更多的“中国制造”声音。

图 45 2018 年中国康复医疗器械市场竞争格局



资料来源：伟思医疗招股说明书，Frost&Sullivan，iFinD，华安证券研究所等

2、康复医疗资源总量不足，专业康复人才匮乏

根据《2021 年度国家康复医学专业医疗服务与质量安全报告》发布的数据，我国康复医疗存在资源总量不足，专业康复人才匮乏的问题，具体而言：

全国多数综合医院未配置康复医学科病房。根据《综合医院标准》要求，三级、二级综合医院均应设置康复医学科病房。根据《康复医院标准》要求，三级、二级康复医院的康复专业床位应占 75%以上。年度抽样调查的 9,138 家综合医院中仅 2,676 家具备康复医学病房。全国综合医院的康复医学科病房配置率仍不足三成，康复医学病房配置情况较往年无明显改善，无法充分满足康复医疗需求。

综合医院康复医学科室面积不满足要求。《综合医院标准》要求，康复医学科门诊和治疗室总使用面积不少于 1,000m²，二级综合医院则不应少于 500m²。年度调查中，共有 656 家三级综合医院康复医学科门诊和治疗室总使用面积不足 1,000m²，占 54.67%；555 家二级综合康康复医学科门诊和治疗室总使用医院面积不足 500m²，占 52.35%，不满足要求。

康复床位数不满足要求。《综合医院标准》要求，三级综合医院康复医学科床位数应为医院总床位数的 2%~5%，二级医院则应高于 2.5%。《康复医院标准》要求，三级康复医院的住院床位总数应在 300 张以上，其中康复专业床位 75%以上。年度调查中，23.92%三级综合医院康复医学科床位数不足医院总床位数的 2%；12.64%二级综合医院康复医学科床位数不足医院总床位数的 2.5%；16.67%的三级康复医院不满 300 张，不满足要求。国家质控中心实地调研发现，各地康复医学科现有床位基本处于饱和状态，候床入院患者等候时间长。

康复医务人员总量不满足要求、分布不均。《综合医院标准》要求，综合医院康复医学科每床至少配备 0.25 名医师，0.5 名康复治疗师及 0.3 名护士。年度调查中，综合医院方面，57.92%医院的平均每床配置医师数、80.44%医院的平均每床配置康复治疗师数、53.92%医院的平均每床配置护士数未达到《综合医院标准》要求，且各地区康复医学科每床平均配置康复医务人员数量差距较大。调查显示，全国各级各类医院康复医学科医务人员工作负担较重。

3、人均康复支出较低，支付能力有待提高

据《中国卫生健康统计年鉴》及毕马威分析数据显示，2017 年中国康复医疗总收入约为 75 亿美元，人均康复医疗消费约为 5.5 美元，远低于同年美国人均康复花费 54 美元的水平，这在一定程度上反映出中国的康复医疗支出与欧美国家尚存在较大差距。

图 46 2017 年中国康复医疗总收入和人均花费



资料来源：毕马威

人均康复支出的不足会削弱康复机构的盈利能力，根据 2022 年《中国卫生健康统计年鉴》的数据，康复医院总收入为 230.46 亿元，其中财政拨款收入 30.77 亿元，占总收入比重 13.35%，而总支出为 227.64 亿元，收入扣减支出后的盈余为 2.82 亿元，占总收入比重仅 1.22%。这意味着当前中国康复医院的盈利能力仍相对有限且明显依赖财政拨款，对于市场的进一步扩容造成了阻碍。

从支付意愿来看，一方面中国患者对于康复医疗的意识与认知存在偏差，投入资金意愿不强，尤其是老年群体支付能力不一，并广泛存在“重治疗，轻康复”的心理，康复支出优先级不高；另一方面，我国当前的医保体系中覆盖的康复类项目仅 29 项，占比极低，同时商保覆盖率极低。长期人均康复支出的不足会削弱康复医疗行业良性扩张的能动性，影响康复医疗体系的健全和良性运转。

4、康复医疗资源分布不均衡，三级康复体系尚未完善

2023 年 2 月，中共中央办公厅、国务院办公厅印发了《关于进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展的意见》，意见中指出，强化县域内医疗卫生资源统筹和布局优化，全面提升乡镇卫生院防病治病和健康管理能力，鼓励拓展康复医疗、医养结合、安宁疗护等服务功能。

意见的推出从侧面也反映出了当前我国康复医疗资源分布不均的难题，由于我国三级康复体系建设仍在初期，上下流转通道不畅，加之基层康复医疗机构常见人才缺乏、设备不足等问题，导致康复医疗资源仍主要集中在三级医院，相应的，有康复需求的患者不得不到更高级别的康复医疗机构就诊。

（四）康复医疗产业发展未来趋势分析

1、康复医疗器械产品加速创新，提升老年人康复效果和体验

康复医疗器械在医疗健康领域中占据着重要的地位，尤其是在老年人的康复护理领域。近年来，随着人口老龄化的加剧，面向老年群体的康复医疗器械行业发展面临着巨大的市场机遇。近年来，国家通过政策引导和支持，促进康复医疗器械行业高质量发展，鼓励创新和技术攻关。

相比于同质化程度高、技术壁垒较低的低端康复器械，高端设备的突破是未来康复医疗器械行业分化和整合的重要着力点。当前，随着新兴技术的蓬勃发展的背景下，AI、机器人、脑机接口等创新技术已为高端康复器械的发展提供了前所未有的机遇。以康复外骨骼机器人为例，通过仿生设计结合智能评估系统和云端智能管理等功能，可以实现对脊髓损伤、脑卒中、下肢肌无力或其他神经系统疾病导致下肢运动功能障碍患者的康复治疗。

图 47 康复外骨骼机器人示意图



资料来源：程天科技官网

此外，康复医疗赛道也是近年来发展迅速的脑机接口技术预想的重要应用场景之一。改善/恢复是脑机接口的主要功能之一，基于刺激的以输入为主的脑机接口具有神经调控的功效，可用于肌萎缩侧索硬化（ALS）、脑卒中、脊髓损伤、轻度认知障碍、创伤后应激障碍和强迫症等的治疗康复。因此，老年群体作为 ALS、

脑卒中、认知障碍等疾病的主要发病人群，具备脑机接口技术快速落地应用的潜力。

图 48 无线微创植入脑机接口 NEO 系统及其体内机的设计合成图



资料来源：清华大学官网

随着技术的不断迭代升级和市场的逐渐成熟，可以预见未来从事智能穿戴设备、康复机器人、脑机接口设备等高端康复医疗器械研发和生产的企业有望迎来更加广阔的发展空间和应用前景，相关康复医疗设备及器械也将在老年人康复护理领域扮演重要角色。

2、细胞疗法等新兴技术，或将在康复领域大有可为

例如在抗衰老方面，身体衰老的本质是细胞衰老，尤其是干细胞衰减，治愈细胞衰老最根本的途径是修复细胞、改善细胞代谢、激活衰老细胞的功能。只有及时对受损细胞、衰老细胞进行有效治疗，使受损细胞得到康复，衰老细胞得到激活，器官组织和生理功能才能完全恢复正常。当前，美国、欧盟、中国、日本和世界卫生组织等官方的数据库中均可查询到干细胞抗衰老相关的研究，这些研究探讨了干细胞减缓或逆转正常衰老过程的疗效。2019 年 1 月 1 日以来，全球已有数十项临床试验用于研究干细胞疗法改善身体虚弱，大量证据表明，干细胞耗竭与衰老脆弱的进展有关，而通过补充间充质干细胞可能是改善老年人身体虚弱的有效疗法。

在退行性疾病方面，无论是神经退行性疾病（如阿尔兹海默症）还是关节退行性病变（如骨关节炎、类风湿性关节炎等），都是全球范围内老年群体中常见的疾病，严重影响患者的生活质量。目前国内众多创新生物医药企业都积极开展了细胞疗法在退行性疾病上的研发探索和临床试验，其中部分企业相关管线已进入临床中后期阶段。以上海爱萨尔生物科技有限公司为例，其治疗膝骨关节炎的间充质干细胞药品是中国首批进入临床三期的干细胞产品，有望成为国内首批商品化间充质干细胞药品。

以膝骨关节炎（KOA）为例，其作为常见的骨关节炎类型，在老年群体中其发病率逐年升高。由于关节软骨无血运，自我修复受到限制，最终导致进行性软骨丢失和关节退行性变。目前 KOA 治疗方法包括保守治疗（功能锻炼、药物治疗、关节内注射激素）和手术治疗，该等治疗方法可在一定程度上减轻患者的疼痛症状及改善关节活动度，但并不能促进受损关节软骨的再生。间充质干细胞（MSC）作为种子细胞，具有成软骨潜能、自我更新能力和免疫调节能力，使其成为 KOA 治疗中可修复受损软骨的理想工具。

目前我国骨关节炎患者总数已超过 1.5 亿，以干细胞、免疫细胞为代表的细胞科技疗法，正在引领一场新的医学革命，有望给 KOA 患者带来福音，切实提高患者的生活质量，同时也助推细胞疗法在医养、康复产业中的深度应用。

3、康复医疗资源加速下沉，基层社区康复大有可为

相较于其他医疗机构康复，社区康复具备建设成本低、往返距离近、可覆盖范围广等优点，尤其适合行动不便且又需要长期康复训练的老年群体。随着国家及各省市在推进分级诊疗方面的不断尝试，医联体、医共体建设力度的加大，对民营康复机构资源下沉的鼓励，以及在加速相关康复人才培养方面的努力，社区康复在未来打通转诊链条后，能够链接三级综合医院、二级康复专科医院等的优质资源，更好也更多的满足基层康复需求。

以上海市为例，2021 年上海市卫生健康委员会发布了《关于推进本市社区卫生服务机构社区康复中心建设的通知》，以社区卫生服务机构（中心、服务站、村卫生室）为依托，建设标准化社区康复中心。建设内容包括打造社区现代化康

复功能平台、充实社区康复专业人员队伍、提供整合型康复服务和建立与上级医疗机构紧密高效的协作机制等。截至 2023 年 10 月底，上海全市已建成示范性社区康复中心 118 家，计划到 2025 年，实现全市 50% 以上社区卫生服务中心建成示范性社区康复中心的目标。

因此，随着未来康复医疗资源加速下沉，从事社区康复相关业务的业内企业有望获得更好的发展机遇。此外，除了常规通过在基层建设社区康复机构实现康复医疗资源的下沉外，还可通过远程康复系统和互联网医院等手段实现康复医疗资源的延伸，这也是提高诊疗效率并有效缓解康复医疗人员短缺的重要手段。

4、人均康复支出提升和支付体系多元化对行业发展至关重要

根据公开数据显示，2019 年我国人均康复费用在 5.5 美元左右，预计到 2022 年人均康复费用支出增长至 74 元左右，但与欧美发达国家相比我国人均康复支出水平仍较低。从 2022 年《中国卫生健康统计年鉴》的数据来看，康复医院的收支盈余仅占整体收入的 1.22%，而来自于财政拨款的收入占比为 13.35%，这意味着当前中国康复医院的盈利能力仍相对有限且明显依赖财政拨款。

但从长期来看，无论是在康复医院端还是患者支出端，康复医疗行业的进一步发展壮大都难以无限制的依赖财政拨款，因老龄化问题逐渐承压的医保基金也难以支撑大规模新增康复类项目。因此，康复医疗行业的良性发展，不仅仅是需要政府端在各个环节加大补贴支持力度，也需要从底层解决人均康复支出较低和支付体系单一的难题。

一方面，可以加强患者对于康复医疗的认知和重视程度，提升其在康复方面投入资金的意愿之；另一方面也需要引导更多元化的支付体系改革，例如在社保支付端逐渐推行预付制（FRGs）和推动民营康复机构与商业保险机构的对接，鼓励保险机构在现有少数涉及康复医疗的高端商保之外，开发面向更广泛老年群体的商业康复医疗保险项目等，这也更加贴合“少子化”社会趋势下老年群体对自身未来健康和生活保障的愈加重视。以重庆市为例，2023 年 10 月，重庆市卫生健康委、市发改委、市民政局等 11 个部门近日联合印发了《关于进一步推进医养结合发展的若干政策措施》（以下简称“《措施》”），提出稳步推进长期护理保

险制度试点，适应失能老年人基本护理保障需求。鼓励商业保险将老年人预防保健、健康管理、康复、护理等纳入保障范围。

（五）康复医疗在国内医养产业的融合应用情况

随着健康中国 2030 的不断推进，中国康复产业从一个边缘开始进入了一个国家大力支持的高速发展阶段，中国医疗将由以往的“重手术（重治疗）、轻康复”向“治疗、康复”齐步走转变，为康复医疗在国内医养产业的融合应用奠定了市场基础。

2022 年 4 月，国务院办公厅关于印发“十四五”国民健康规划的通知中明确指出：“提升医养结合发展水平。健全医疗卫生机构和养老服务机构合作机制，为老年人提供治疗期住院、康复期护理、稳定期生活照料、安宁疗护一体化的服务。进一步增加居家、社区、机构等医养结合服务供给。”以及“推动预防、治疗、护理、康复有机衔接，形成‘病前主动防，病后科学管，跟踪服务不间断’的一体化健康管理服务。”

在医疗实际应用领域中，康复医疗也的确与临床医学相辅相成。临床医疗以疾病为主体，以治愈为目的，以人的生存为主，医生主要抢救患者和治疗疾病；康复医疗以病人为主体，以恢复功能为目的，以人的生存质量为主，使有障碍存在的病人最大程度的得到恢复。因此，从广义上来讲，康复医疗即是独立的医学领域，也可以视作医养产业的一个重要组成环节，是全生命周期、一体化健康管理的重要组成部分之一。

从服务对象来看，老年人群即是医养产业的核心群体，也是康复医疗的主要服务对象之一。随着年龄的增长，老年人常发肢体和器官功能障碍，患有一种或几种慢性病的概率也比一般人群要高几倍。针对老年人慢性病及老龄导致的功能障碍，除在医养环节中常见的住院治疗和长期药物治疗和护理等手段，康复医疗环节的融入也有助于改善老年人功能障碍，提高其生活质量。

从主要场景来看，鉴于我国养老产业“9073”发展格局，相应的提供医养结合服务的重点在居家和社区，包括实施国家基本公共卫生服务项目、提供家庭医生签约服务、上门医疗服务和支持鼓励有条件的医疗卫生机构，特别是基层的医

疗卫生机构，开展养老服务，增设养老床位等。”而同时在康复医疗端，我国也在通过推进分级康复诊疗和鼓励民营康复机构建设康复机构等措施加速康复医疗资源下沉，实现以居家康复、社区康复为基础的康复医疗体系。因此，医养产业和康复医疗拥有共同的应用场景，具备融合开展的基础，养老服务机构可以通过与医疗卫生机构合作实现二者共同运营。

从收费方面来看，在基础的养老服务和医疗服务收费外，康复医疗与医养的融合能够给从业者带来新的营收渠道。除在普通康复医疗服务收费之外，可以通过差异化、面向有支付能力的老年人群体提供诸如智能穿戴设备、康复机器人等高端康复医疗器械实现增值收入，缓解整个服务环节过程中的盈利压力。最后，在支付方式方面，医养与康复医疗也具备整合推出商业保险的潜力，且两者的有机结合除提高产品吸引力之外，整体上也具备降低保费支出的潜力，如通过合理的住院治疗与社区康复的组合缩短患者入院时间，并降低再入院频率等。

回顾当下，我国距离建立“医养+康复”相结合的养老体系仍需要较长时间，康复医疗与医养产业的融合之路任重而道远。目前，我国“医养+康复”结合的养老产业暴露出业态纵深相对不足、服务场景不够丰富的问题。一方面，优质养老及医疗资源地域性分布不均、相关服务机构的服务能力参差不齐使得大部分老年人仅能获得较为基础的养老服务，优质的“医养+康复”养老服务的可及性问题亟待解决；另一方面，专业服务人才的短缺、行业规范的不完善、不统一也使得目前康复医疗与医养产业的融合应用尚不成熟，难以满足当下老年人日益多元化、个性化的养老及医疗康复需求。展望未来，随着国家对养老和康复医疗产业重视程度的不断提高，相关法规体系和技术标准亦会逐步完善，从而推动行业的规范化发展，最终构建多层次、广覆盖的“医养+康复”结合的养老体系，真正实现“老有所养、老有所医、老有所康”的目标。

四、医养、康复医疗产业发展面临的潜在法律问题浅析

（一）行业的主管部门及监管体制

1、主要行业主管部门

医养以及康复医疗行业属于医疗服务行业，其主要管理部门为卫生行政管理部门，国家层面为国家卫生健康委。此外，医保部门、市场监督管理部门（下属国家药品监督管理局）、发展和改革委员会等亦对医疗机构履行部分监管职能。

卫生行政管理部门主要负责起草医疗服务行业等相关的法律法规草案，拟订政策规划，制定部门规章、标准和技术规范；协调推进医药卫生体制改革和医疗保障，建立医疗服务评价和监督管理体系；制定医疗机构和医疗服务全行业管理办法并监督实施；组织制定国家药物政策和国家基本药物制度，开展药品使用监测、临床综合评价等。

医疗保险部门在医疗服务领域的主要职责包括：拟订医疗保险、生育保险、医疗救助等医疗保障制度的法律法规草案、政策、规划和标准；组织制定并实施医疗保障基金监督管理办法；组织拟订定点医疗机构、药店的医疗保险服务管理、结算办法及支付范围；制定药品、医用耗材的招标采购政策并监督实施等。

在医疗服务领域，市场监督管理部门依法对医疗广告进行监管，核准广告的内容等。下属的药品监督管理部门负责：起草药品、医疗器械监督管理的法律法规草案；组织制定、公布国家药典等药品和医疗器械标准、分类管理制度并监督实施；制定药品、医疗器械监督管理的稽查制度并组织实施，组织查处重大违法行为等。

发展和改革委员会在医疗服务领域的主要职责包括：研究起草价格、收费方面的法规和规章草案，规范政府价格行为、经营者价格行为；负责推进价格改革，完善主要由市场决定价格的机制；对中央预算内投资支持的养老服务项目建设资金实施管理，对普惠性养老项目实施评估；研究提出政府管理服务价格和收费的管理原则和作价办法；拟订重要商品价格、服务价格和收费政策并组织实施。

而在养老服务领域，民政部亦发挥了相关管理职能，组织拟订并协调落实促进养老事业发展的政策措施，加快建设居家社区机构相协调、医养康复相结合的养老服务体系。

2、监管体制

在监管机制上，从经营目的角度，医疗机构按照非营利性和营利性进行分类管理；从机构规模和水平分级上，分为一级、二级、三级，等次分为甲等（最高等级为三级甲等）、乙等、不合格。具体到医疗机构设置及经营本身，国家对医疗机构设置、医护人员的执业、医疗器械以及药品的采购使用、医保结算和支付等方面也进行了管理与规范。

（二）国内养老及医养、康复医疗领域法律法规及监管体系情况

1、国家层面

国内养老及医养、康复医疗领域的法律法规主要为国务院及其直属机构，如国务院办公厅、国家卫生健康委员会和民政部等部门颁布实施的行政法规和规范性文件，它们共同构成了推动医养结合机构发展的法规框架，涵盖了从机构设立许可、服务标准制定到监督管理等多个方面，为医养结合机构提供了明确的发展方向和操作指南，具体如下表所示：

表十七 我国养老及医养、康复医疗领域相关规范性文件

序号	文件名称	发文时间	发文单位	相关主要内容
1	《关于命名全国医养结合示范县（市、区）和示范机构的通知》（国卫老龄函〔2024〕18号）	2024 年 1 月 19 日	国家卫生健康委	命名了一批医养结合示范县（市、区）和示范机构，鼓励其持续提升医养结合服务能力和水平。本通知共计确定了 100 家示范县（市、区）以及 99 家示范机构。
2	《居家和社区医养结合服务指南（试行）》（国卫办老龄发〔2023〕18 号）	2023 年 11 月 1 日	国家卫生健康委	为规范居家和社区医养结合服务制定本指南，主要内容包括机构资质与设施设备、服务人员资质等基本要求，并明确了服务内容、流程等要求。

序号	文件名称	发文时间	发文单位	相关主要内容
3	《康复治疗专业人员培训大纲》（国卫办医政函〔2023〕386号）	2023 年 10 月 27 日	国家卫生健康委办公厅	贯彻落实《关于加快推进康复医疗工作发展的意见》，指导各地加强康复治疗专业人员的培训，主要包括培训目标，培训对象，培训时间、方式和方法，培训内容和要求、实施建议等内容。
4	《关于推广医养结合试点工作典型经验的通知》（国卫办老龄发〔2023〕3号）	2023 年 3 月 17 日	国家卫生健康委、民政部	推广医养结合试点工作中的典型经验，促进医养结合模式的创新和发展。主要包括组织领导强化、落实政策措施、健全投入机制、探索服务模式、人才培养与队伍建设、实施效果等方面。
5	《关于进一步推进医养结合发展的指导意见》（国卫老龄发〔2022〕25号）	2022 年 7 月 18 日	国家卫生健康委、国家发展和改革委员会、教育部、民政部、财政部、人力资源和社会保障部、自然资源部、住房和城乡建设部、应急管理部、国家市场监督管理总局、国家医疗保障局	优化老年健康和养老服务供给，提出发展居家社区医养结合服务、推动机构深入开展医养结合服务、优化服务衔接、加强人才培养培训、引导医务人员从事医养结合服务、完善价格政策，加大保险支持，盘活土地资源，落实财税优惠，壮大失能照护服务队伍等意见。
6	《医养结合示范项目工作方案》（国卫老龄发〔2022〕14号）	2022 年 4 月 18 日	国家卫生健康委	鼓励各地深入推进医养结合发展，满足老年人健康养老服务需求，包括创建范围、创建标准、工作流程、政策支持、服务优化、监督管理等相关内容要求。
7	《关于加快推进康复医疗工作发展的意见》（国卫医发〔2021〕19号）	2021 年 6 月 8 日	国家卫生健康委、国家发展改革委、教育部、民政部、财政部、国家医保局、国家中医药管理局、中国残联	提出了健全完善康复医疗服务体系、加强康复医疗人才培养和队伍建设、提高康复医疗服务能力、创新康复医疗服务模式、加大支持保障力度、组织实施等方面的具体措施。
8	《医养结合机构管理指南（试行）》（国卫办老龄发〔2020〕15号）	2020 年 9 月 27 日	国家卫生健康委、民政部、国家中医药管理局	规范医养结合机构的管理和服务，确保服务质量。规定了包括机构设置、科室设置、设施设备配备等基本要求，以及服务内容、服务流程、养老服务管理等要求。

序号	文件名称	发文时间	发文单位	相关主要内容
9	《关于建立健全养老服务综合监管制度促进养老服务高质量发展的意见》（国办发〔2020〕48号）	2020年12月21日	国务院办公厅	明确了养老服务的监管重点（质量安全监管、从业人员监管、涉及资金监管、运营秩序监管等），落实监管责任，创新监管方式。
10	《医养结合机构服务指南（试行）》（国卫办老龄发〔2019〕24号）	2019年12月23日	财政部、民政部、国家中医药管理局	指南对医养结合机构应当提供的服务内容和 service 要求作出了规范，规定了包括机构设置、机构科室设置、人员配备、设施设备配备、药品配备、服务人员资质和环境等要求。
11	《关于深入推进医养结合发展的若干意见》（国卫老龄发〔2019〕60号）	2019年10月13日	国家卫生健康委员会、民政部、国家发展和改革委员会、教育部、财政部、人力资源和社会保障部、自然资源部、住房和城乡建设部、国家市场监督管理总局、国家医疗保障局、国家中医药管理局、全国老龄工作委员会	该意见明确深入推进医养结合发展，鼓励社会力量积极参与，进一步完善居家为基础、社区为依托、机构为补充、医养相结合的养老服务体系，更好满足老年人健康养老服务需求。
12	《关于做好医养结合机构审批登记工作的通知》（国卫办老龄发〔2019〕17号）	2019年5月27日	国家卫生健康委、民政部、国家市场监督管理总局、国家中医药管理局	优化医养结合机构审批流程和环境，进一步促进医养结合发展。做好政策宣讲及指导、支持养老机构设立医疗机构、支持医疗机构设立养老机构、支持新建医养结合机构、加强事中事后监管等。
13	《关于推进医疗卫生与养老服务相结合的指导意见》（国办发〔2015〕84号）	2015年11月18日	国务院办公厅	该意见明确指出建立健全医疗卫生机构与养老机构合作机制、支持养老机构开展医疗服务、鼓励社会力量兴办医养结合机构、鼓励医疗卫生机构与养老服务融合发展。完善投融资和财税价格政策、加强规划布局和用地保障。

序号	文件名称	发文时间	发文单位	相关主要内容
14	《国务院关于促进健康服务业发展的若干意见》（国发〔2013〕35号）	2013 年 9 月 28 日	国务院	该意见明确提出加快发展健康养老服务。推进医疗机构与养老机构等加强合作。发展社区健康养老服务。积极开发长期护理商业险以及与健康管理和养老等服务相关的商业健康保险产品。
15	《国务院关于加快发展养老服务业的若干意见》（国发〔2013〕35号）	2013 年 9 月 6 日	国务院	明确了养老服务业发展的指导思想、基本原则和发展目标。同时，提出了主要任务、政策支持措施、工作机制、综合改革试点等。
16	《常用康复治疗技术操作规范（2012年版）》（卫办医政发〔2012〕51号）	2012 年 4 月 27 日	原国家卫生部	本技术规范规定了康复治疗的具体技术规范，旨在规范临床康复治疗行为，提高康复医疗服务水平，保障医疗质量和患者安全。
17	《康复医院基本标准（2012年版）》（卫医政发〔2012〕17号）	2012 年 3 月 20 日	原国家卫生部	为规范康复医院建设，制定了相关标准和要求，包括床位要求、科室设置、人员配备、场地要求、设备配置、规章制度、注册资金等相关要求。

2、地方层面

各地区根据本地的社会特点和经济状况，出台了一系列地方性法规与文件，以促进养老服务与医疗保健的深度融合。这些地方性法规与文件，是地方政府对国家《指导意见》的具体落实，体现了地区间的差异性和个性化需求。地方政府通过制定推进医养结合的实施意见，明确了发展目标，规划了实施路径，并提出了创新的政策措施。

目前，国内部分省市的医药结合政策如下表所示：

表十八 全国各地区医养结合政策

序号	地区	文件名称	发文时间	相关主要内容
1	河南省	《推广“全链式”医养结合模式实施方案》	2023 年 9 月 4 日	加快推进医养结合高质量发展，建立完善居家社区机构相协调的健康养老服务体系和服务机制，全面提升医养结合服务能力，更好地满足老年人健康养老服务需求

序号	地区	文件名称	发文时间	相关主要内容
2	河南省	《关于进一步加强社区居家医养结合服务工作的通知》	2021 年 12 月 31 日	加快推进医养结合服务设施建设、优化社区居家医养结合服务模式、强化医养结合服务的组织保障
3	江苏省	《关于加快推进医养结合高质量发展的实施意见》	2023 年 7 月 13 日	增加居家社区医养结合服务供给、提升机构医养结合服务能力、推动医疗卫生与养老服务有效衔接、建强医养结合人才队伍、加大医养结合政策支持力度、强化行业监管等
4	辽宁省	《辽宁省关于深入推进医养结合发展的实施意见》	2023 年 3 月 24 日	发展居家医疗服务、加强社区医养结合服务、加快发展医养结合机构、优化服务衔接、完善支持政策、加强队伍建设、强化服务监管
5	贵州省	《贵州省加快推进医养结合机构发展若干措施》	2022 年 6 月 27 日	推动医养结合服务机构设置、提升医养签约服务质量、明确医养签约费用、强化医保政策支持、强化医疗政策支持、支持医务人员参与医养结合服务、强化组织领导和投入支持等
6	福建省	《福建省人民政府办公厅关于加快推进医养结合发展若干措施的通知》	2021 年 9 月 17 日	优化医养结合服务资源布局、提升居家社区医养结合服务能力、强化医疗机构和养老服务机构协作、支持设立医养结合机构、推动数字医养服务、加大医保支持力度、完善医务人员激励机制、加强人才培养培训、强化组织领导和绩效考核等
7	北京市	《关于推进医疗卫生与养老服务相结合的实施意见》	2016 年 11 月 24 日	加强养老机构内设医疗机构建设、发挥中医药在医养结合中的作用、建立健全养老机构与医疗机构合作机制、鼓励社会力量兴办医养结合机构、促进京津冀区域医养结合工作协同发展等
8	上海市	《关于全面推进本市医养结合发展的若干意见》	2015 年 8 月 4 日	推进养老机构医养结合发展、促进社区居家医养结合发展、发展专业的老年医疗护理、加强老年康复与中医药服务等

（三）主要面临的潜在法律问题及风险

1、资质合规问题

（1）机构设立程序简化，但仍需要注意满足相关基础资质条件

2019 年 5 月，国家卫生健康委、民政部、国家市场监督管理总局、国家中医药管理局 4 部门联合印发了《关于做好医养结合机构审批登记工作的通知》，根

据该通知，支持医疗机构设立养老机构。各级民政部门不再实施养老机构设立许可。具备法人资格的医疗机构申请设立养老机构的，不需另行设立新的法人，不需另行法人登记。支持养老机构设立医疗机构。养老机构申请内部设置诊所、卫生所（室）、医务室、护理站的，取消行政审批，实行备案管理。

在医养结合机构审批登记工作相应简化后，整体而言，医疗服务部分应当具备医疗机构执业许可证或在卫生健康行政部门进行备案；养老服务部分在民政部门进行养老机构登记备案。在此需要特别注意的是，尤其是对于具有养老服务职能的机构，对于实质开展相关医疗活动的，需要特别注意资质的完备性。例如，部分养老机构可能实质上已经通过针灸等诊疗方式开展医疗活动，但由于缺乏相关合规意识，未能及时办理相关许可登记或备案手续。

同时，除了相应登记许可或备案外，按照 2019 年 12 月 23 日财政部、民政部及国家中医药局出台《关于印发〈医养结合机构服务指南（试行）〉》等相关行业指南及技术规范，还需要满足相关指南以及行业标准规定的人员资质、设施配置、服务要求、医保合规等相应要求。

例如，2023 年 12 月，西安市未央区卫生健康局出具行政处罚决定书（未卫医罚〔2023〕164 号），陕西伯伦养老服务有限责任公司因举办中医诊所应当备案而未备案擅自开展针灸执业的行为被处以罚款人民币壹万元整的行政处罚。2021 年，四川省宜宾市兴文县某医养综合服务中心因医护人员配比不符合二级精神病医疗机构设置要求，不能满足临床工作需要，被处以警告和罚款人民币壹万贰仟元的行政处罚。

（2）涉及其他业务需要办理其他许可或备案资质

如果在医养机构开展食品、餐饮等服务，还需要办理食品经营许可证。另外，对于以民办非企业单位开展经营活动的机构而言，也需要注意按照《民办非企业单位登记管理暂行条例》等法律法规做好相关登记以及参加年度检查活动。

例如，2023 年 3 月，仙桃市民政局出具行政处罚决定书（仙民罚决〔2023〕16 号），仙桃市大福医养院因 2020 年度年检不合格、2021 年度未参检，被处以撤销登记的处罚。

（3）人员资质

在人员资质方面，现有技术指南提出了相应的要求。结合既往行政处罚情况来看，对于医养和康复医疗相结合的机构人员而言，由于服务对象医疗、康复和养老的结构化需求，出于效率等方面考虑，可能会出现不具有诊疗资质的人员从事或实质从事诊疗活动，对此，从机构内部而言，应加强内部人员管理，避免违规从事医疗活动。

例如，2019 年 5 月，温岭市禧乐医养护理院有限公司因使用内科专业的执业医师从事 X 射线影像诊断工作、使用非卫生专业技术人员从事医疗卫生技术工作的行为，被台州市温岭市卫生健康局处以罚款人民币肆仟伍佰元整的行政处罚。

2、医养及康复医疗开发用地问题

用地合规问题是养老行业难以回避的重要问题。按照目前国内《土地管理法》相关法律法规及规范性文件，从土地使用权所有制角度，分为国有土地以及集体土地，在取得方式上，包括划拨、出让、租赁等方式。在用地方面需要探讨以下问题：

（1）国有土地

按照《土地管理法》等相关规定，合法取得相关用地的方式主要是包括划拨和出让，其中，出让方式是合法取得相关土地使用权的常见方式，但是否可以利用划拨用地，需要结合是否符合《土地管理法》第 54 条的规定进行判断。

根据《土地管理法》第 54 条的规定，“建设单位使用国有土地，应当以出让等有偿使用方式取得；但是，下列建设用地，经县级以上人民政府依法批准，可以以划拨方式取得：（一）国家机关用地和军事用地；（二）城市基础设施用地和公益事业用地；（三）国家重点扶持的能源、交通、水利等基础设施用地；（四）法律、行政法规规定的其他用地。”

另外，根据 2013 年国务院发布的《国务院关于加快发展养老服务业的若干意见》，“……民间资本举办的非营利性养老机构与政府举办的养老机构享有相同的土地使用政策，可以依法使用国有划拨土地或者农民集体所有的土地……”。

因此，对于医养和康复医疗用地而言，如果拟通过划拨方式取得相关土地，可考虑适用“公益事业用地”，但由于划拨土地用途的限制以及非营利性等特点，实操中，能否按照划拨用地方式实际取得相关用地存在不确定性。而且在以划拨方式取得相关用地后，能否持续合规使用（如可能面临政府收回、规划调整等）也可能存在一定的不确定性。

（2）集体土地

由于不少医养或康复医疗项目计划在城市郊区落地，所在地用地性质往往是集体所有土地。如前述国务院 2013 年发布的《国务院关于加快发展养老服务业的若干意见》，可以依法使用集体所有用地。另外，2014 年 4 月 17 日，原国土资源部发布了《养老服务设施用地指导意见》，根据该意见，“农村集体经济组织可依法使用本集体所有土地，为本集体经济组织内部成员兴办非营利性养老服务设施。民间资本举办的非营利性养老机构与政府举办的养老机构可以依法使用农民集体所有的土地。”

同时，按照《土地管理法》第 43 条的规定：“任何单位和个人进行建设，需要使用土地的，必须依法申请使用国有土地；但是……兴办……乡（镇）村公共设施和公益事业建设经依法批准使用农民集体所有的土地的除外。”据此，如所开发的非营利性养老地产可认定为“乡（镇）村公共设施和公益事业”的，则可以申请按照集体土地进行开发建设。

因此，基于上述相关政策及法律规定，医养和康复医疗用地可以申请使用集体所有土地，但在具体落地方面，各个地方根据各地的实际情况，制定了具体的政策。例如，2022 年 9 月，河北省自然资源厅发布了《河北省养老服务设施用地管理办法》，根据该规定，“农村集体经济组织可依法使用本集体经济组织所有的建设用地自办或以建设用地使用权入股、联营等方式与其他单位和个人共同举办养老服务设施。符合国土空间规划和用途管制要求、依法取得的集体经营性建设

用地，土地所有权人可以按照集体经营性建设用地的有关规定，依法通过出让、出租等方式交由养老服务机构用于养老服务设施建设。”

因此，总体而言，相关法律、法规及政策方面，支持医养和康复医疗项目以“相对灵活”的方式使用相关土地。但由于涉及项目所在地方及区域土地权益、项目所在地规划制定或调整问题，项目开发方能否实际取得相关土地以及持续合规使用相关土地，可能存在一定不确定性，需要项目方持续关注相关政策变化。

另一方面，在租赁用地方面，根据自然资源部 2019 年 11 月 27 日发布的《关于加强规划和用地保障支持养老服务发展的指导意见》（自然资规〔2019〕3 号），规定了“以租赁方式供应的，租赁年限不得超过 20 年”“以多种有偿使用方式供应养老服务设施用地。对单独成宗供应的营利性养老服务设施用地，应当以租赁、先租后让、出让方式供应，鼓励优先以租赁、先租后让方式供应。”等相关政策支持内容，这对降低项目开发方成本具有重要的意义，但如前所述，该等支持政策能否在实际操作中落地，落地程序是否合规需要重点关注。

例如，2021 年 7 月，山东华洋医养健康产业有限公司因未经批准擅自占用河山镇黄家屯村集体土地（耕地）1,560 平方米建设硬化地面，被日照市自然资源和规划局处以责令退还非法占用的 1,560 平方米土地和没收在非法占用的 1,560 平方米土地上新建的建筑物和其他设施的行政处罚。2022 年 11 月，河北顺安医养服务有限公司亦因未经批准非法占用村集体土地，被清苑区清苑镇人民政府处以责令退还非法占用北大冉村的集体土地和没收在非法占用的土地上新建的建筑物和其他设施的行政处罚。

3、医保合规问题

在现行法律框架下，原则上仅当医疗服务项目（包括康复服务）被正式纳入国家医疗保险报销目录时，方可依法获得医疗保险基金的资助。鉴于医养结合机构提供的养老服务与医疗服务之间存在性质上的交叉与复合，可能导致在实际操作中难以明确区分。在此情形下，部分老年人及其家属可能出于个人利益，通过将养老服务费用以医保报销范围内的医疗服务名义进行申报，以不正当手段套取医疗保险基金。

若医养结合机构参与或协助此类“骗取医疗保险基金”的行为，并遭到举报或查实，根据《中华人民共和国社会保险法》（2018 年修正）及《城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理暂行办法》等相关规定，将可能遭受以下行政处理措施，例如，责令改正：要求相关机构或个人立即停止违法行为，并采取有效措施纠正错误；保险金退还：责令相关机构或个人退还非法获取的医疗保险基金；行政处罚：对参与骗取医疗保险基金的行为，依法处以罚款；协议解除：终止与医疗保险基金相关的服务协议；定点资格取消：剥夺医养结合机构作为医疗保险定点机构的资格。当事人的行为若触犯《刑法》诈骗罪等罪名，还可能依法被判处有期徒刑等。

一定程度上，医保合规问题也是影响目前医疗机构开展医养结合活动的“阻碍”因素，尤其是对于医疗机构而言，由于养老和医疗、康复之间存在界限不明晰的情况，如果因此导致医疗机构以康复或医疗之名义实质开展养老活动，一旦被行政机关检查发现，可能会对医疗机构及相关负责人造成一定不利影响。为了避免合规风险，导致部分医疗机构开展医养结合运营活动的意愿降低，甚至不予开展相关医养及康复医疗结合项目。

例如，2023 年 7 月，上海市松江区人民法院审理了一起“医养结合”模式下，民营医院医生和护士虚构诊疗服务名目，偷刷合作的福利院老人医保卡，骗取国家医保基金的案件。三名被告人的行为构成诈骗罪，法院依法对三名被告人判处有期徒刑并处罚金。2023 年 11 月，北京市医疗保险事务管理中心发布《关于对北京三诺健恒糖尿病医院违规行为处理决定的通报》。该医院存在利用养老机构老年人的医保卡开具诊疗项目，实际并未开展，虚构医药服务项目骗取医保基金的问题，严重违反了医疗保险规定及服务协议书有关条款。医保中心对医院做出解除医疗保障服务协议并追回违规费用的处理决定。

4、民事争议纠纷问题

由于医养及康复医疗项目群体主要是老年人群体，身体素质水平欠佳，失能率较高，可能产生的意外事件也相对较高，因此也有可能会容易发生医养服务纠纷，通常涉及以下几个方面：

（1）医疗服务责任：如果医养结合机构提供医疗服务时未能达到应有的医疗标准，导致服务对象健康受损，可能面临医疗损害赔偿赔偿责任。

例如，在福建省永安市燕西街道中山社区医养结合卫生服务站、魏莹医疗损害责任纠纷（(2019)闽民申 509 号）一案中，法院认为被告在诊疗过程中存在对患者低血压病情重视不足，未行必要的鉴别诊断，在无心电图等其他检查手段的情况下未建议患者及时转诊上级医院的过失；该过失有可能影响患者心肌梗死的及时抢救治疗，与患者最终死亡存在一定的因果关系；过错参与度为次要因素（25%）。

（2）护理服务责任：医养结合机构在提供日常护理服务过程中，如果因护理不当导致服务对象受伤或健康受损，可能涉及护理责任的争议。

例如，在罗山县福海颐养院、李松凤侵权责任纠纷（(2018)豫 15 民终 3763 号）一案中，法院认为被告在死者入院时没有按照岗位制度对其进行体检，死者进入颐养院不久就发生全身大面积压疮，颐养院并没有相关的护理记录证明张某的压疮不是护理不到位造成的。从医院的死亡诊断证明上可见，张某的死亡与其全身大面积压疮有因果关系。法院酌定应由颐养院对受害人的损失承担 60% 责任。

（3）安全保障义务：医养结合机构需要提供安全的养老环境，如果发生意外事故，可能需要承担相应的安全保障责任。

例如，在赖淑清与绵阳雨辰医养结合医院生命权、健康权、身体权纠纷（(2019)川 0703 民初 8119 号）一案中，被告与死者及其亲属签订了《托老协议》，后死者从该院四楼坠亡。法院认为，被告对死者入住期间的人身安全负有保障义务，而被告在徐文霞无亲属陪护的情况下，对徐文霞的人身安全未引起足够重视，未尽到高度注意其人身安全的防范义务，对徐文霞发生坠楼死亡的结果应承担相应赔偿责任（原被告双方各自应承担责任的比​​例酌定为 70%、30%）。

（4）紧急情况处理：在服务对象突发疾病或紧急情况时，医养结合机构是否及时采取了必要的救治措施，也是可能发生的争议点。

例如，在罗某、罗某 2 等生命权、身体权、健康权纠纷（(2024)新 28 民终 570 号）一案中，法院认为，被告九九康养中心在发现死者骨折后虽第一时间通知了家人但并未及时送医，九九康养中心虽然是医养结合的养老机构，配备了医生及护理员，护理员在护理老人时致使老人左侧股骨骨折，虽然进行了输液处理及照顾老人，但其医务室只有内科诊疗范围，并不具备骨科的诊疗条件，应该通知家属的同时转送医疗机构救治。九九康养中心在发生紧急情况下，未能及时拨打 120，违反了及时救助的法定义务，更是背离了生命至上的人道主义宗旨，故久久康养中心对王久珍的死亡存在过错。

（5）其他合同或侵权责任问题。服务合同中约定的服务内容与实际提供的服务是否存在差异，服务是否达到了约定的标准；医养结合机构在提供服务前，是否充分告知了服务对象及其家属相关服务的风险，以及是否获得了服务对象或家属的知情同意等等。

这些问题的出现，一方面要求医养结合机构在运营过程中，需要严格遵守法律法规及合同的约定，明晰合同具体内容及权利和义务，切实提高服务质量和水平，以预防和减少可能发生的民事争议；另外一方面，随着医养和康复医疗人群不断增加，也需要从立法及执法层面，进一步细化相关硬件设施以及服务标准。

（四）法律方面尚需做的工作和努力

1、法律法规及监管体系方面

医养、康复医疗结合主要兴起于近年来我国愈发严峻的人口老龄化趋势，随着社会结构和家庭结构之变迁，相关法律法规及政策、标准体系需动态完善。建议从国家层面制定及梳理医养结合、养老护理等相关制度体系以及法律框架，不断明确不同层级的医疗机构在提供医养服务时的权利与责任设定明确的界限。同时，为降低医疗机构的顾虑，需要明确医疗和养护之间的界限和区分问题，以免因为界限不清导致触发“骗保”问题。此外，为推进医养结合及康复医疗产业的发展，需要在医疗保险基金的支付范围和医养结合机构的医保结算方面为医养、康复医疗领域提供更为明确的政策支持。

2、用地政策方面

医养和养老用地政策是支持养老服务发展的重要组成部分，也是实践中项目落地的重点问题，关于用地方面建议：

（1）合理规划用地布局。各地应依据国土空间规划，合理规划养老服务设施的空间布局，确保养老服务设施用地的有效供给，并尽可能保证规划的稳定性，以防因为规划调整导致持续用地存在一定障碍或风险；

（2）优化土地供应方式。从合规用地而言，通过出让等方式成本相对较高，对非营利性养老服务机构，建议保障划拨用地需求。同时需要进一步鼓励和支持通过租赁、租售结合等多元化有偿使用方式取得土地使用权，以降低项目方前期投入成本；

（3）实施用地优惠政策。对符合条件的医养结合机构，按规定实行行政事业性收费优惠政策，减轻税费负担，享受相应的财税优惠政策。

3、民事争议方面

由于行业的特殊性，对于降低可能产生的纠纷风险，建议如下：

结合医养和康复医疗实践、国外先进经验，国家在法律法规及行业标准方面，不断细化和明晰相关技术和服务标准。由于服务对象往往在订立服务合同方面处于信息劣势地位，容易订立可能对服务对象不利的合同文本，事后也容易引发相关争议纠纷。建议参考劳动合同、技术转让合同等经验，由政府主管部门制定行业内相关服务合同样本（包括但不限于服务对象和医养及康复医疗机构之间的合同、养老机构和医疗机构之间的合同），细化相关条款，减少争议风险。

从监管机构角度，为保障服务对象合法权益，建立健全相关投诉以及协商解决机制通道，尽最大限度化解服务过程中可能产生的相关争议风险。

五、医养及康复产业发展的相关建议

（一）医养产业发展的相关建议

1、医康养融合发展是大势所趋，互相赋能方能提高养老服务效率

老年人在养老过程中，往往伴随着医疗诊治及康复需求，甚至也涉及到心理健康及情感诉求方面的服务供给，从“老有所住”到“老有所医”再到“老有所乐”，离不开养老资源、医疗卫生资源、康复资源的协同赋能和统筹协调，相关职能体系之间的衔接效率和服务打通尤为关键。具体而言，政府部门可适度推动医疗资源丰富地区的部分一级、二级医院转型为护理院、康复医院，鼓励医疗卫生机构与养老服务机构签约合作，同时运用市场化机制鼓励社会资本更多投入，推动专业照护机构的建设，为老年人提供多层次、多样化的医养服务。可以说医康养的融合效率，对于养老产业提升整体服务能力及高质量发展至关重要。

同时，作为具有民生性质的战略性新兴产业，医康养产业对于提升民生福祉意义重大，具有普适性、人文性、差异性等潜质，在构建养老社区或者养老院方面，各地需因地制宜、因城施策，充分结合当地地域特色、本土文化传统、人口结构和经济发展水平特点，高效利用本地自然资源优势，进行精准化、个性化开发。同时，在养老服务体系搭建方面需考虑生态性，即养老产业发展模式要侧重宜居生活环境的营造，对周边环境友好，有利于促进地方生态文明和产业绿色升级，服务国家“绿水青山就是金山银山”的战略大局。

2、根植于健康中国发展战略，统筹协调医养产业发展大局

医养产业涉及到多资源、多体系的结合，其发展实践探索须植根于健康中国战略，紧密对接国家经济社会发展及产业升级需求，强化协同创新与多方合作，不断优化和完善实践布局，积极探索创新发展路径及新模式。具体而言，政策制定者需要精心谋划、逐步健全医康养服务产业的政策法规体系，兼顾实际国情及民生需求制定行业标准和指导规范，细化准入门槛、运营机制、成本控制、组织架构等方面的规章制度和实施细则；同时，在国家层面政策方针及行业规范的指引下，各地方政府需结合本地特点持续推进具有针对性和可操作性的政策落地，积极推进养老产业的服务质量和覆盖人群。

同时，完善医养产业全链条布局也是行业未来高质量发展的内在要求，逐步增加养老服务产业在专业医养服务商、医疗服务资源配置、康复医疗器械及康复师等产业链相关环节的配套供给，不断完善行业服务生态。此外，政府在保障医养产业稳健发展的过程中，需统筹整合医疗、康复资源，实现资源的充分利用和有效配置，明确各责任主体的权利义务关系。最后，政府可以通过设立产业研究院、医康养产业联盟等多元载体形式，广泛吸引社会力量参与，丰富养老服务行业的服务层次、优化供给水平。

3、加强专业护理康复人才培养，积极推动行业发展的标准化

当前在养老服务生态体系中，专业的护理康复人才较为短缺，而该等人才的培养亦非一朝一夕之事，职业人才的数量和质量在某种程度上决定了医康养产业的发展水平，是推动行业发展的根本动力。政策制定方面，应加快医疗卫生与养老服务领域紧缺人才的培养步伐，鼓励普通高校及职业院校增设相关专业课程、加大培训教师的引进力度，在保证培养质量的同时，适当扩大招生规模，采取定向培养、订单招生等多种形式加大人才储备，亦可激励医务人员特别是退休医务人员投身医养服务行业，使其发挥余热的同时适度解决当前养老行业医疗服务人才不足之问题。同时，政府可加强宣传引导和适度的激励机制，逐步建立健全常态化的志愿者服务体系，加强志愿者在服务技术能力方面的培训，鼓励志愿者为居家失能老年人家庭提供日常照护服务。

此外，医养行业的长期稳健发展离不开服务流程、技术规范、争议解决等方面的标准化指导，对于从业者而言，在满足老年人个性化服务要求的同时，只有在普适性更强的基础养老和医疗服务方面不断提升标准化水平，方能更好的树立品牌效应和市场影响力。而服务商只有在医养服务提供过程中，提升标准化和统一化程度，同一模式下的不同机构在技术规范上总体趋于一致，方能便于相关专业人才的快速培养和养老资源的配套供应，在全社会层面显著提升养老服务的效能。

4、推动长期护理保险制度全面落地，建立各方合理分担的筹资机制

作为健全我国社会保障体系的一项重要任务，党的二十大报告明确提出要“建立长期护理保险制度”。截至 2022 年底，全国长期护理保险参保人数达到 1.69 亿，累计有 195 万人享受待遇，累计支出基金 624 亿元，年人均支出 1.4 万元¹¹。经评估符合条件的失能人员可以享受每月数百元至数千元的长期护理保险待遇，或入住机构接受专业长期照护服务，或居家接受专业机构的上门照护服务。试点地区的实践表明，长期护理保险制度有效缓解了失能人员家庭的照护和经济压力，同时显著减轻了公立医院康复医疗资源的紧张状况。这一制度的实施，不仅提高了失能人员尤其是失能老年人的生活质量，也提升了医疗资源的利用效率，对促进社会保障体系的可持续发展起到了积极作用。

而在老年群体人口基数更大、养老压力愈发凸显的农村，可加强农村长护险建设，积极探索农村长护险制度，比如扩大参保对象纳入范围，将农村居民纳入长护险保障范围；加快设立和普及村级护理中心，完善农村医疗护理资源配置，加强农村监管力度；鼓励城市养老机构向农村地区发展，鼓励企业盘活农村地区陈旧废弃场地，就地建立养老机构。

目前长期护理保险制度仍在试点中，探索如何建立健全各方合理分担的筹资机制成为该项制度进一步扩大试点范围乃至全面实行的关键所在。当前，我国各级政府财政压力依旧较大，在不增加企业、单位、职工、居民家庭负担的前提下，建立长期护理保险制度应采取多方分层分担机制。以同样面临老年护理问题严峻且社会医疗保险支付压力繁重的日本为例，日本自 2000 年起实施的长期护理保险制度覆盖所有 40 岁以上国民，分为 65 岁以上和 40 至 64 岁在职劳动者两类。第一类保险人的保费从养老年金中扣除，第二类则与健康保险费一同缴纳。在老年人康复护理服务环节，个人承担 10%至 20%，保险支付 40%至 45%，政府补助剩余部分。我国可以结合实际国情适度借鉴日本等国的分担机制，加快推动适应我国经济发展水平和老龄化发展趋势的长期护理保险制度政策的建立。

¹¹ 数据来源于全国人大代表，甘肃省人民医院副院长韩琳在 2024 年全国两会期间发表的相关文章。

（二）康复医疗在养老产业中融合发展的相关建议

1、在战略层面重视老年康复医疗产业，扭转“重治疗轻康复”观念

老年康复并非一蹴而就，同样对于国家战略而言，发展老年康复医疗产业也绝非一朝一夕。国内大部分老年人群体以及家属、甚至部分医务人员仍保留“重治疗轻康复”的观念，忽视康复医疗的重要性。这种观念的根深蒂固，限制了医养结合及康复医疗产业在需求端的发展，影响了产业生态环境的优化。因此，发展老年康复医疗产业的首要任务是在战略上重视产业需求端的观念重塑，认识到产业服务接受方的主体性地位以及相应服务体系建设的重要性，从而才能将医养与康复有机结合，赋能产业的蓬勃发展。

老年群体对康复医学的认知程度直接关系到康复成果及其未来的生活品质。在康复治疗期间，开展公众教育活动，提高公众对康复医疗的认识和接受度，尤其是对老年群体进行有效的教育，指导其把握康复的最佳时机，及时开始康复治疗，这将显著降低功能缺陷和残疾的风险，增强老年群体的生活自理能力，助力他们重返日常生活。老年康复医疗从业者不仅需要开展康复治疗，还应致力于培养患者正确的康复理念，使其真正能“老有所医”，享受到高质量的晚年生活。

2、立足“未富先老”的国情，基于现有三级康复诊疗体系探索中国特色老年康复服务模式

“未富先老”意味着相比部分老龄化水平相同的发达国家而言，老年人群的收入水平和对老年康复医疗的支付能力、支付意愿都相对不高，同时考虑到中国城镇化推进过程中诸多因素，中国针对老年人群的康复医疗服务需求相对多元并存在地区差异，因此有必要基于现有国情探索具有中国特色的老年康复医疗产业发展模式。

此外，目前现有的三级康复医疗体系虽在一定程度上推动了医养与康复医疗服务的发展，但不同级别的系统之间仍缺乏有效链接。这一方面是由于缺乏强有力的行政指导干预，另一方面则是源于患者尤其是老年患者对于大型综合类医院的依赖和对基层康复专科医院或者诊所的不信任。再加之基层康复医疗机构的设

备和专业医师严重匮乏，进而加重了上述人群对其的不信任，形成了恶性循环，从而致使三级康复诊疗体系无法实现高效畅通的链接和流通。

因此，为了满足《“健康中国 2030”规划纲要》所提出的“加强康复、老年病、长期护理、慢性病管理、安宁疗护等接续性医疗机构建设，推动医养结合，为老年人提供治疗期住院、康复期护理、稳定期生活照料、安宁疗护‘一体化’的健康和养老服务。”这一目标，下面从多个维度进行探索分析：

（1）政策端：建立并完善关于老年康复医疗的法律法规和政策

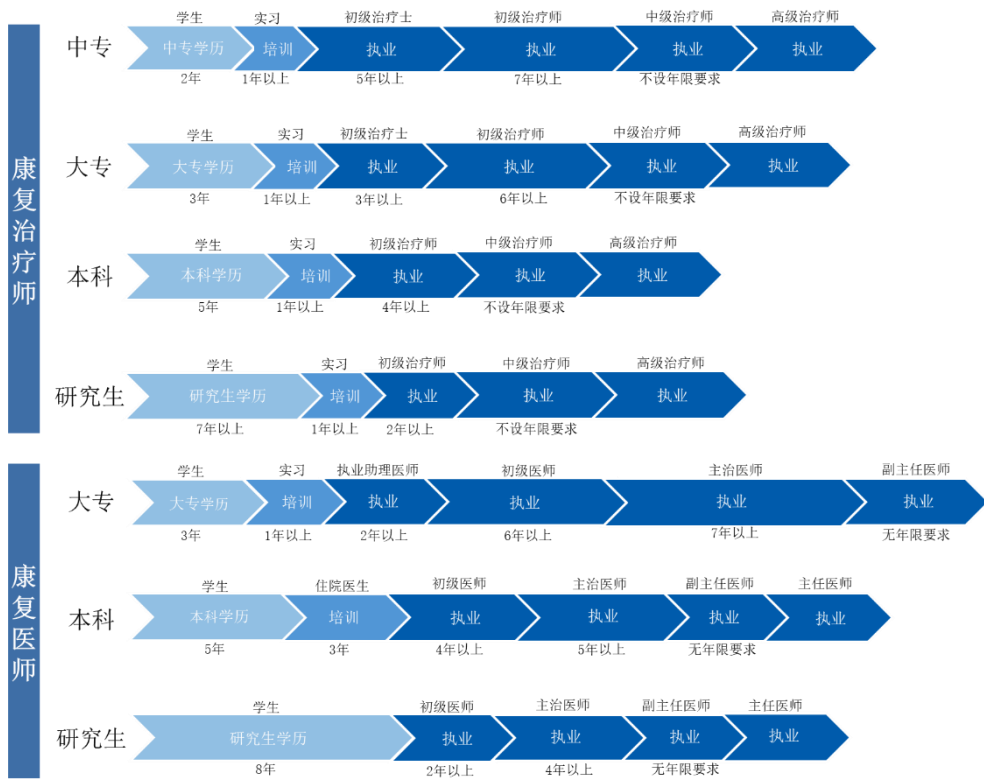
我国老年康复医疗产业起步较晚，政策法规尚待完善，这就需要各地政府根据本地区的实际情况，制定并发布促进老年医养模式发展的指导性规划，对资金投入、设施建设、人才培养、服务监管等方面提出具体措施和要求，以确保政策的落地实施，同时制定明确的服务人员资质要求和准入标准，确保提供服务的人员具备相应的专业能力和道德素质。此外，打通民政系统和卫生系统对于养老康复服务机构的统一管理模式建立统一的康复医疗服务质量监管体系，明确监管职责，确保政策的有效执行是推动老年医养模式向制度化、产业化和规范化发展的重要推动力。

（2）人才端：全方位助理培养康复治疗专业人才，制定规范严格的康复职业资格认证制度，并提供与之匹配的待遇

老年康复服务是一项复杂而多维的工作，它要求服务提供者不仅要具备专业的医疗知识和技能，还要有跨学科的综合能力。随着年龄的增长，老年人的生理结构和功能逐渐衰退，这导致他们在康复过程中面临多种复杂的健康问题，也迫使康复医师和治疗师需要具备广泛的知识和技能，以满足老年患者的多元化需求。据相关统计，中国现有的康复师仅为 5 万余人，远不足以满足日益严峻的老年康复医疗需求，而且康复师的缺乏更是会直接影响老年人群适应医养模式的进程。从目前国内康复师的培养模式来看，高校毕业生需要经过多年的理论学习以及实践经验才能持证上岗，培养周期与一般临床医生无异。而当前，康复服务在医保体系中的定价偏低，加之康复治疗的收费与成本不成正比，这导致了康复专业人员相较于临床医生在收入上存在明显差距。这种薪酬差异不仅影响了康复专业人

员的职业稳定性，也促使他们更倾向于转行，从而进一步加剧了康复领域的人才短缺现象。

图 49 现有体系下康复领域人才培养周期



资料来源：互联网公开资料

考虑到“未富先老”的国情，人民群众对于老年康复医疗的需求大多倾向于中低层次的普适性需求，高层次的专业化需求较少，因此对于康复医师的培养，除了根据行业需求大力培养康复治疗高层次人才以外，在现有全科医生培训体系中将康复医学作为必须轮转且着重考核的专业从而提升全科医生在康复医学领域的专业水平似乎是一个弥补康复医师的供给缺口的有力途径。此外，也需要政府和医疗机构通过深入的市场调研和成本分析，对康复项目的医保支付标准进行重新评估，以确保其能够合理覆盖服务成本，体现康复服务的专业价值。同时，调整康复治疗的收费标准，消除价格与成本的倒挂现象，保障康复服务的财务可持续性，提高康复专业人员的薪酬，缩小与临床医生的收入差距，提升康复职业的吸引力。

（3）支付端：建立健全支付保障机制，统筹协调各类支付方系统性参与支付体系，升级改良支付模式

随着我国老年护理问题严峻且社会医疗保险支付压力繁重，拓展支付端的资金来源渠道并增强其稳定性是促进康复医疗产业健康发展极为重要的“助推器”。

1) 拓宽医保覆盖范围，完善老年康复医疗保障体系，推动医保体系改革

医疗保险支付体系是中国医疗行业的核心支柱。近年来，康复治疗项目逐渐被纳入医保范围，报销项目也在逐步增加。然而，要实现全面覆盖，尤其是针对老年人的康复医疗服务，仍需进一步扩大覆盖范围。为此，应将康复医疗服务的价格纳入医疗服务价格改革的总体框架中，合理调整和优化相关项目的价格，为医疗保险更全面地覆盖康复医疗项目奠定坚实基础。这将大幅度提高支付能力以及支付意愿均有限的老年人群触及康复医疗的可能性，促进老年康复医疗产业的发展。

同时，赋予医院协会、医师协会、保险行业协会等社会组织应有的管理权力，使其充分发挥主观能动性，能够积极参与支付方式改革协商谈判中，保证政府宏观调控和行业自治的高度契合；通过引入商业保险公司参与基本医疗保险的经办，利用市场竞争机制激发医保经办的内在活力和改革动力。此外，鼓励大型企业和社会资本投资民营康复医疗机构，通过市场竞争促进康复医疗服务机构的发展，形成良性的市场生态循环。

2) 功能相关分类支付方式或将成为主流，取代按“服务项目/单元”支付方式

目前国内康复医疗普遍采用按“服务项目/单元”的支付方式，具有较高的可操作性，能有效控制康复医疗服务费用。然而，由于康复患者尤其是老年康复患者存在康复治疗时间周期长、康复医疗服务繁杂等特点，该支付方式容易产生过度治疗、康复服务难以合理定价、康复机构推诿重症病人、康复住院周期延长等诸多问题。功能相关分类支付方式（FRGs）则是能很好的解决上述问题。FRGs以康复患者的功能改善作为支付依据，预测各项资源的消耗程度进而对患者进行分组管理。这种以功能改善为导向的整体支付方式，可以在有限的成本内实现最大的康复效果。它不仅能控制医疗费用的不合理增长，还能激励医疗机构寻求最

优治疗方案，争取在最短时间内帮助患者恢复功能，从而提高医疗服务的质量和医疗机构的运营效率。

（4）社会参与端：鼓励各方积极投身于老年康复医疗产业，博采众长，积沙成塔，助力产业迈入全新发展阶段

在《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标的建议》中，国家已明确提出要大力发展普惠型养老服务和互助性养老，构建居家社区机构相协调、医养康复医疗相结合的养老服务体系。这意味着以市场型社会养老服务为主的康复护理体系和以互助型社会养老服务为主的社区照顾体系二者相辅相成，是需要政府、人民群众、营利性企业、非营利性机构、社会团体等多方积极参与的，这样才能促进各类医养结合模式在现实中的实践运用。例如公立医疗机构向医疗康复相结合的养老机构转型，或者大型公立医院内置医养结合的相关机构，亦或者养老机构通过引进医学人才，转型提供医养结合的服务。这样的做法能够因地制宜，充分利用现有的资源，以实现社会效益的最大化。通过这种方式，可以提高养老服务的质量和效率，同时满足老年人对康复医疗和养老的双重需求，促进老年康复医疗产业的健康发展。

值得注意的是，营利性企业和各类非营利性的社会组织才是居家社区养老服务的直接供给主体。随着人口老龄化的加剧和慢性病患者的增多，医院内部的康复服务已难以满足日益增长的康复需求。因此，康复医疗迫切需要向社区层面扩展。社区康复服务为患者提供了极大的便利，减轻了医院的床位压力，有助于提高医疗资源的使用效率。此外，社区康复还有助于提升康复医疗服务的质量和效果，对患者的康复过程和生活质量都有显著的正面影响。通过将康复服务延伸到社区，可以更好地满足患者的康复需求，实现医疗服务的优化和资源的合理分配。

营利性企业在居家社区机构相协调、医养康复医疗相结合的养老服务体系中，其盈利模式不应仅仅局限于传统的医疗服务和养老护理。实际上，企业还应该重视对健康老年人群的健康管理服务，并通过提供个性化、全面的健康管理方案，例如为老年人提供居家康护、社区照护、全程陪护、智能照护、辅具服务、中医推拿保健等专业化和规范化的长期照护和康复护理服务，充分挖掘“银发市场”的潜力，致力于为老年人提供便捷、全方位的康复服务。而对于整个老年康复医

疗体系而言，企业的商业行为也同时增强了对社区居家康复养老服务的支持。同时，通过运用其在康复医疗和资源分配等领域的优势，企业能够为社区居委会和互助型社会组织提供必要的支持和赋能，帮助这些组织更有效地提供社区照顾服务。这种合作不仅能够提升居家康复养老服务的整体质量，还能够促进老年康复医疗产业的创新和发展。

此外，中国式老年康复养老矛盾的破局之法离不开广大人民群众以及非营利性社会互助团体的参与。实际上，社区内部的邻里互助模式恰恰是新中国建国以后最初占据主导地位的养老模式，只是受制于当时缺乏专业人员和专业组织的支持，该模式持续运行能力不足，且缺少专业康复医疗手段的介入。但不可否认的是，这种来自人民群众内部的处于低水平阶段的社区互助养老模式在当时的国情下无疑是具有性价比和可行性的。时至今日该模式在结合了现代康复医疗技术以后仍具有强大的生命力，因为非营利性社会互助团体所能提供的精神慰藉、日常帮扶、短期照料等一系列服务正好满足了当下中国老年人群庞大却又简单的一般性心理康复需求，而这也是中国老年康复医疗产业不容忽视的现实需求。因此，在推动构建居家社区机构相协调、医养康复医疗相结合的养老服务体系时，需要摒弃“重机构轻社区”的观念，并加强对社区互助理念的宣传，提高公众对这一服务模式的认识和参与度。

3、立足尚未被满足的产业需求，学习国外先进产业模式经验，为中国特色康复服务模式“查漏补缺”

现有的三级康复诊疗体系受制于我国“未富先老”的现实国情，无法在更大人群范围中实现更有针对性更加全面的覆盖。随着我国人均 GDP 的不断提高，科学技术的不断突破，以及人民群众对于未来美好生活的追求，势必会产生新的康复模式来弥补现阶段的不足。

(1) “治疗、康复、养老”一站式产业模式在国内方兴未艾，虽有荆棘坎坷但未来可期

治疗、康复、养老之间是相辅相成的关系，这三者往往在老年人医疗养老阶段共同出现。因此随着人民群众对更高层次的美好生活提出了新的需求，将“治疗、康复、养老”融为一体的新型高品质服务体系便会应运而生。

实际上，该模式与国外所流行的 CCRC 养老社区模式在理念上并无本质差异。CCRC 养老社区模式作为一种综合性的养老服务模式，能为老年人提供从独立生活到辅助生活、专业护理等多层次的一站式服务，满足老年人在不同生活阶段的多样化需求。参考国外的经验不难发现，CCRC 模式的成功关键在于：①保障老年人的私人空间和公共设施的完备与安全，为老年人营造一个舒适、便利的生活环境；②提供多样化的支付选项，以适应不同经济能力的老年人，使服务更加灵活和可及；③发挥 CCRC 模式的一站式服务优势，让老年人在熟悉的环境中安享晚年，减少搬迁的不便；④帮助老年人盘活存量资产，提高他们的支付能力，确保他们能够负担起所需的养老服务；⑤利用税收优惠政策，减少老年人的医疗开支，提高他们对养老服务的可负担性。

结合该类型模式在国外的发展历程，再考虑到国内所面临来自资金、运营、政策、社会观念等多方面因素的考验，“治疗、康复、养老”高品质一站式模式若要在中国生根发芽，发展成为中国传统康复养老体系的全新补充，则必须依靠政府、企业和社会各界的共同努力。政府的政策支持是确保一站式新模式推广和发展的基础，而高效的运营管理则是实现其成功的关键。一站式新模式应提供全面的养老服务，加强服务质量监管，同时加大对养老服务人才的培养，以提升服务的专业性和效率。此外，完善养老金体系和提供充足的土地资源也是满足老年人养老需求的重要保障。通过这些综合措施，可以逐步构建起一个适应中国国情的“治疗、康复、养老”高品质一站式模式，以应对老龄化社会带来的挑战。

（2）临终关怀服务长期缺位，须正视临终关怀的需求增长，建立临终关怀分级服务体系，进一步推进中国特色临终关怀服务模式建设

临终关怀服务是老年康复医疗体系中的最后一环也是最容易被忽视的一环。临终关怀是全过程医疗服务的最后一公里，是实现生命尊严与保证生命质量的重要服务，其目的在于让患者能够以更安详和有尊严的姿态离开人世，有效提升患者在临终前的生活品质。

随着人口寿命的延长和疾病模式的变化，临终关怀已经成为现代医疗保健体系中不可或缺的一部分。它不仅反映了一个国家社会福利事业的发展水平，也是社会人文关怀理念成熟度的重要标志。推广临终关怀服务，对于提高生命末期人群，尤其是老年人的生命质量具有显著效果，并且能有效降低医疗成本。美国的研究表明，临终关怀的平均医疗开支远低于传统医疗照护，尤其在患者去世前的最后几天，这种成本差异更为显著。因此，投资于临终关怀服务，不仅能够提升老年人的生活质量，也是医疗资源合理分配和成本控制的有效途径。

目前我国正在开展临终关怀试点工作，推动多层次和多模式服务体系建构，但由于临终关怀服务需求快速增长，而供应能力存在短板，供需矛盾突出。同时，我国临终关怀服务方式主要为镇痛药物和生理护理，相比于真正拥有灵魂和深层次的高质量服务，包括生活关照、精神慰藉、运动指导和选择自由等方面，还有很大的进步空间，这也与临终关怀专业人员明显缺乏，服务专业性不足有着直接关系。值得注意的是，临终关怀服务不仅是医疗卫生问题，还是重要的政治、经济问题，更是有关于社会问题和文化问题。人民对美好生活的追求确实不仅限于日常生活的质量，临终时的尊严和安宁同样是衡量生活质量的重要标准。

长期来看，有必要将临终关怀服务纳入公共服务体系中，确保临终关怀服务与医疗保险、长期护理、养老服务及其他老年健康保障和服务制度实现无缝对接，拓宽医疗保险和养老服务系统对于临终关怀服务项目的覆盖面，构建临终关怀分级服务体系，建立三甲医院与基层医院间的双向转诊绿色通道，保证患者在“重大疾病救治”与“临终状态安养”两种模式之间能够有效快速切换，并根据实际情况进一步优化现有优惠政策，加大政策引导与倾斜力度，以吸引和鼓励更多的社会资本和力量投入到医养康复产业的发展中。

最后，进一步加强政策宣传，利用文化资源和教育手段来提升社会对临终关怀的理解和接受，提高公众对临终关怀的认识，转变传统的生死观念，普及“优逝”观念，避免大量毫无意义的过度治疗侵占原本就有限的医疗资源。对于患者来说，活着是最好的礼物，而善终是最好的结果。“逝者善终，留者善别”，这可能才是临终关怀社会工作所要达到的目标。

行文至此，本报告主体内容基本完成，聊以在写作过程中的部分随笔思考作为报告结尾。人的一生，在生命的两端都需要有人照护，如今养老产业早已超出家庭和亲情的范畴，而上升至社会民生福祉的层面。我们无需特异化养老问题，它本身就是社会发展到一定阶段的天然组成部分，需要全社会的广泛参与、理解与支持。就养老照护本身而言，或许没有最佳实践方案，对于活力型老人群体，居家社区养老因熟悉的居住环境和服务之便利性，给老龄人带来了舒适温馨感和社交体验，符合人性之需要，或许是相对更优方案；而对于失能老人群体而言，因需要特殊的照护，专业的养老院、护理院或许是更优选择。

对于监管部门和从业者而言，针对不同类型养老群体的服务需求，在服务体系、资源配置和政策支持方面可以考虑分层施治、统筹规划，正所谓“不因长江水清而偏用，不因黄河水浊而偏废”。站在人性的角度，抛开养老本身，老年人首先是一个独立的个体，除常规的养老、医疗及护理康复服务外，老龄人的身心健康、独立自主及在情绪价值方面的获得感，或许对于老年群体实现“老有所乐”的目标更为重要，而这些往往是基础养老服务容易忽视或欠缺之处。时间是玫瑰，也是衰老、疾病和死亡的见证者，我们终将老去，但无需提前焦虑！展望未来，我们坚信，随着全社会对于养老认知和重视度的提升、养老服务及配套体系的日臻完善，国内人口老龄化带来的养老压力问题终将迎刃而解！

法律声明

本研究报告系由海通证券股份有限公司投行委医疗健康行业组（以下简称“海通证券”）、北京海润天睿律师事务所（以下简称“海润天睿”）及动脉网相关团队编制，仅供相关客户及合作伙伴交流使用。在任何情况下，本研究报告中的信息或所表述的意见仅系编制团队的信息整理与意见表达，并不代表海通证券、海润天睿及动脉网之立场。本研究报告中的信息或所表述的意见并不构成对任何人或主体的承诺，亦不构成任何投资或政策建议。在任何情况下，海通证券、海润天睿及本次编制团队不对任何人或主体因使用本研究报告中的任何内容所引致的任何损失负任何责任。本研究报告所载的资料、意见及推测仅反映编制团队于发布本研究报告当日之判断。本研究报告所载的信息、材料及结论只提供特定客户或合作伙伴作参考，不构成投资建议，也没有考虑到个别客户特殊的投资目标、财务状况或需要。使用方应考虑本研究报告中的任何意见或建议是否符合其特定状况。在法律许可的情况下，本研究报告仅向特定客户传送，未经编制团队书面授权，本研究报告的任何部分均不得以任何方式制作任何形式的拷贝、复印件或复制品，或再次分发给任何其他人或主体，或以任何侵犯版权的其他方式使用。如欲引用或转载本研究报告内容，务必联络编制团队并获得许可，并需注明出处，且不得对本文进行有悖原意的引用或删改。