

慢病、康复和养老等院后医疗市场深度分析

1.发展空间酝酿机会，慢病、康复、养老需求大

头号杀手，慢性病需要健康管家根据《中国居民营养与慢性病状况报告(2015年)》的数据显示，2012年全国居民慢性病死亡率为533/10万，占总死亡人数86.6%。其中心脑血管病、癌症和慢性呼吸系统疾病是主要死因，占总死亡的79.4%。慢性病已经名副其实成为我国居民的头号杀手。

根据心血管疾病作为慢性病中导致死亡最高的一类疾病，我国的患病率仍然在不断的上升，目前，我国有心血管病人2.9亿，其中高血压患者2.7亿，卒中患者至少700万，心肌梗死患者250万，心力衰竭患者450万，肺心病患者500万，风湿性心脏病患者250万，先天性心脏病患者200万，每5个成人中有1名患心血管病。高患病率与高死亡率使得人们对于心血管病以及慢性病的关注度也逐渐提高。

2012年全国18岁及以上高血压患病率为25.2%，糖尿病患病率为9.7%，患病率呈现上升趋势。按照我国成年人口计算，我国约有2.7亿高血压患者，以及约1亿的糖尿病患者，对于慢病医疗的需求巨大。我国2013年全国卫生总费用首次超过3万亿，并有数据显示慢性病在疾病负担中所占比重达到70%，慢性病已经成为我国居民健康水平提高的关键因素。

以10%的增长率推算，2015年我国卫生费用差不多达到3.8万亿，而70%的慢性病支出为2.68万亿，我们认为，如果未来能够将其中10%转化为慢病管理费用，则市场规模将有2680亿，发展潜力巨大。

国家政策鼓励，康复市场有待进一步成长康复医学是20世纪中期出现的概念，其与预防医学、保健医学、临床医学并称为“四大医学”。《中国医疗康复发展报告》数据显示，仅有20%的伤残患者得到了有效的康复治疗。而2009年卫计委的统计数据显示，全国大约有3000家综合医院设置康复医学科，仅占全国综合医院总数的24.6%，各类康复医院338所，编制床位仅占医疗机构床位总数1.18%。近年来随着政策的不断推进，我国医院康复科设置和康复医院数量得以快速发展。

2009年以来，国家不断推进康复医学的发展，包括升级综合医院、康复医院的基本建设标准，鼓励社会资本进入兴办康复医院等。在国家政策的支持下，我们保守估计目前医院康复科设置超过10000家，康复医院数量超过1000家。

目前包括9000万人的残疾人，还包括慢性病中的脑卒中患者、脑损伤患者、脊髓损伤患者、糖尿病患者、冠心病患者等大约近2亿人，这些人中得到康复治疗的大约只有20%。而数据显示，美国康复医疗市场规模超过200亿美元，而我国目前规模仅为200亿人民币，未来随着政策的继续推进以及公众对于康复医疗观念的转变，对于康复器械、护理等的需求将明显上升，发展前景看好。

根据全国老龄工作委员会办公室发布《中国老龄产业发展报告(2014)》数据称，我国老年人口的消费潜力为4万亿左右，占GDP的比例为8%，而预测到2050年，这一数字将会是106万亿。截止2013年底，我国各类养老服务机构达到了42475家，拥有床位493.7万张，但相比于发达国家床位数占老年人口数5%~7%的水平，还有相当大的差距。

除了养老机构外，随着老年人口数量的不断增加以及人均收入水平提升，他们对于日用品、文娱、医疗、护理等均有较大的需求，并且我们认为，养老产业有望很快进入到成长期，这个万亿级的市场中将会包含众多商机。

我们眼中的“医院后市场”借鉴“汽车后市场”的概念，我们把医院就诊后所涉及的产品

业称之为“医院后市场”，这里主要包括了三大领域：慢病管理、康复医疗、养老产业，虽然并不能涵盖所有，但我们认为这三个领域都是大步迈入成长期的朝阳产业，本篇报告中将对这三个行业进行探讨，构建我们眼中的“医院后市场”。

2.慢病管理：互联网下打开成长空间，国内盈利模式有待突破

互联网为慢病管理插上翅膀慢性病顾名思义，治疗过程相对较长，有些疾病甚至需要终身进行治疗，因此患者需要长期坚持服药，并且需要定期进行复诊，并进行体征数据测量。这些行为往往重复性较强，患者往往久病成医，拥有一定的自我医疗能力，并且家用医疗器械的出现可以让患者自行监测体征数据并完成记录。而互联网能够打破地域的限制，患者可以通过互联网进行自行监测体征数据的传送，并由医生分析是否有当面就医的需求，而远程医疗使得患者足不出户可以完成对疾病的诊治。并且通过互联网还可以形成慢病社区，慢性病患者还可以进行经验分享，获取健康咨询，实行慢性病的主动防治。

我国目前网民规模超过 6.6 亿，而手机网民也超过了 5.5 亿，wifi、3G/4G 等快速移动互联网方式使得移动慢病管理成为可能，各种健康类手机 APP 也可以随时记录相关数据，随着医院信息化建设的不断推进以及数据管理分析技术的不断提升，我们将通过互联网获得更为全面的慢性病服务。

越来越多的便携式医疗健康设备也成为促进互联网慢病管理发展的另一大因素，原先必须到专业医疗机构监测的数据我们现在在家中也能够完成。从健身指标的跟踪到疾病数据的检测，从私人化的健康管理到系统性的医疗诊断，为了满足用户日渐增长的健康管理需求，医疗设备和服务企业正不断吸收互联网基因，将移动化与大数据结合，成为医疗健康管理的新助手。

医疗信息化建设是我国医疗产业改革的开端，而移动医疗被称为“王冠上的明珠”。在我国医疗人力资源短缺的情况下，移动医疗为我国医疗卫生服务提供了一种有效的解决方法。从 2012 年开始，北京的多家医院就已经开始实施移动医疗系统。移动医疗正成为医院信息化建设的重点，随着移动医疗的持续升温，未来医院在移动医疗建设方面的速度将不断加快。

移动慢病管理发展空间巨大根据预测，到 2017 年全世界移动医疗中，监控服务(Monitoring)的市场规模将达到 150 亿美元，占据了整个移动医疗的 65%，而其中主要包含了慢病管理(Chronic disease management)、独立老龄化应用(Independent ageing applications)等方面，而慢病管理和急性治疗后监测服务大约占据了 10.7 亿美元的市场规模。

而某单位给出的数据显示国内移动医疗市场规模 2015 年达到 42.7 亿元，用户规模将达到 1.38 亿，参考全球预测中慢病管理的比例，国内移动慢病管理市场规模将超过 20 亿元。

从大众对移动医疗的需求结构上来看，首先由于中国社会人口结构的老龄化，老龄人口的基数在未来几十年内将加速增加;另一方面，计划生育政策的实施使得老年人口与青壮年人口的比例失调，造成老龄人口独居比例的上升。中国不断加剧的老龄化和空巢化的社会现实将成为未来移动医疗市场快速发展的基础。

3.康复医疗：三级康复医疗服务体系有待完善

康复医疗受到政策层面重视康复医疗是一门有关促进残疾人及患者康复的医学学科，更具体地说，康复医疗是为了康复的目的而应用有关功能障碍的预防、诊断和评估、治疗、训练和处理的一门医学学科，它被称之为继临床医学和预防医学之后的第三医学。

2009 年 3 月，在《关于深化医药卫生体制改革的意见》(下称《意见》)中明确提出了要注重“注重预防、治疗、康复三者的结合”。而在 2011 年 8 月，为贯彻落实《意见》内容，

卫生部公布了《卫生部建立完善康复医疗服务体系试点工作方案》，其中鼓励建立三级康复医疗服务体系：

三级综合医院康复医学科：立足于疾病急性期的早期介入，与相关临床科室充分融合，改善患者预后，预防残疾发生，减轻残疾程度，并承担区域内康复医学专业人才培养任务，充分发挥区域辐射带动作用。

康复医院/二级综合医院康复医学科：为疾病稳定期患者提供专业、综合的康复治疗，并具备其他疾病的一般诊疗、处置能力和急诊急救能力。

社区卫生服务机构和乡镇卫生院：为疾病恢复期患者提供基本康复服务，条件允许的可以提供居家的康复、护理服务，贴近社会和家庭，并逐步将居民康复医疗服务信息与现有的居民健康档案相结合。

截至 2013 年，我国已经拥有三级医院 1787 家，开放病床 167 万张，2013 年收治住院患者 5450 万人次，平均住院日 11 天。在现有医疗资源条件下，如果能通过康复医疗服务体系将全国三级医院平均住院日下降为 9 天，年收治住院人次将达到 6700 万，对于缓解目前国内优质医疗资源紧缺意义重大。

国内康复医疗仍然存在问题康复医疗机制不完善。我国康复医疗早期接入不及时，由于国内临床医生对于康复医疗的意识薄弱，并且缺乏实质驱动力，导致早期的康复医疗训练和临床医疗衔接不紧密，从而使得患者急性期过后无法得到及时治疗，从而错过恢复的最佳时机，并且一定程度上也加重了康复医疗机构的负担。

此外我国康复医疗双向转诊不畅，表现为医院的康复住院周期长、床位周转率低，综合医院康复医学科常处于超负荷运作状态，滞留的住院患者难以转出，大量早期患者无法得到及时的康复医疗服务。

康复医疗费用居高不下，同样制约了我国康复医疗的发展。直到 2010 年，医保才将部分医疗康复项目纳入基本医疗保障范围，除此之外，是更多无法报销的内容，这对患病人士来说是一笔沉重的负担。

康复医疗资源总量不足。据专家估计，我国现阶段需要康复治疗师 11.47 万，缺口达 10 万人。如果参照国际平均水准，结合我国家庭和社区康复的巨大需求，康复治疗师的需求至少为 30 万人，缺口更大。

《全国康复医疗服务体系试点评估工作进展报告》则表明我国二、三级综合医院的康复医学科面积、床位、医疗设备相对不足，硬件资源落后也客观上影响了我国康复医疗的发展。

资源分布不均。具体可表现为经济发达地区较不发达地区康复医疗资源丰富，三级医院较二级、一级医院康复医疗资源丰富，城市较农村康复医疗资源丰富。

多因素推动，康复医疗期待成长需求推动。2013 年我国老年人口超过 2 亿，而据，2010 年全国是能老年人状况专题研究显示，我国失能老人约 3300 万，完全失能老人 1080 万。另外中国现有残疾人近 9000 万，而据第二次全国残疾人抽样调查显示，残疾人康复器械服务率仅为 7.31%。庞大的群体对于康复医疗的需求巨大，而目前仅有 20% 左右接受了康复医疗，剩余 80% 的人群需求是巨大的潜在市场。

政策推动。2011 年 9 月，卫生部提出在 14 个省 46 个城市试点建立三级康复医疗服务网络，坚持“分层级医疗、分阶段康复”理念，有效提高医疗服务体系的整体利用率。目前国家已坚定推进三级康复医疗服务网络的建设，明确各个层级康复医疗服务的定位和功能属性，发挥它们各自的功能。目前康复医疗机构以及专业人员还存有巨大缺口，在政府鼓励社会资本进入医疗体系的大背景下，缺口有望得到填补。

医保推动。2010 年，我国医保将部分医疗康复项目纳入基本医疗保障范围。目前国家虽然没有进一步的动作，但地方已有将更多的康复医疗项目纳入医保，比如长沙市医疗保险管理服务局下发《关于开展脑卒中等五个病种两级康复治疗住院医疗费用单病种包干结算试

点工作的通知》，急性期后治疗在康复医院的，享受住院医疗费用包干结算，自付比例最低可达5%。未来国家层面同样存在扩大康复项目医保范围的需求与趋势。

利润推动。我国目前虽然康复医疗规模仅为200亿人民币，但随着三级康复医疗服务网络的逐步完善，以康复器械为例，如果康复器械服务率从当前的7.31%提高到50%，按照人均消费500元/年的规模，就可获得200亿的市场规模，而康复服务体系成熟后，术后康复、失能老人护理、慢病康复都细分市场都能够造就百亿甚至千亿级的市场，规模庞大。

博采众长，“湘雅模式”探索三级康复医疗网络建设由中南大学湘雅医院、天津天士力集团等多方共同打造的湖南省最大的湘雅博爱康复医院于2012年开业，一期医疗建筑面积约3.2万平方米，开放编制床位数420张，康复治疗业务用房面积达2万余平米。在“大专科、小综合”的业务定位下，医院开设神经康复中心、骨与关节康复中心、脊柱脊髓损伤康复中心、儿童康复中心、疼痛康复中心、防盲与低视力康复中心、烧伤康复中心、亚健康康复中心等八大特色康复专科，同时开设内、外、妇、儿科等基本医疗科室。

湘雅博爱康复医院是国内第一家通过了三级康复医院达标验收的医院，医院与中南大学湘雅医院进行全面对接，按卫生行政部门统一部署承担全省康复体系建设试点任务，率先开启综合医院、康复专科医院、社区卫生服务机构共同组成的三级康复服务体系建设，共同开展“分层级诊疗、分阶段康复”的新型医疗服务模式探索。

湘雅模式中，天士力作为出资方，投资2.2亿元用于医院建设，医院地址得以从长沙以东70公里的浏阳市迁至市区。天士力作为投资商，占股51%；湘雅博爱康复医院作为医院的主体运营方，占股49%；湘雅医院作为托管方，派出管理团队和相关专业人员，各有关专科形成科室对接，紧密结合。湘雅医院提供品牌支撑、技术和管理指导，不占股，在盈亏尚未平衡之前，每年收取品牌使用费和管理费各300万元，盈亏平衡后，按一定比例提成。

这种运作模式下，以康复医院依托湘雅医院拥有稳定的康复病人来源，同时通过湘雅医院的专业技术指导，保证了自身的医疗质量，除此之外对于湘雅医院、患者、投资方天士力以及国家也能够实现多方共赢。

对湘雅医院。以湘雅医院2013年平均住院日11.47天计算，像骨科、神经内科、神经外科等具有康复需求的住院患者病情稳定后转诊到康复医院治疗，预计可将平均住院日降低为9天左右；在不增加任何人力和床位的情况下，医院每年可多收治患者9000人以上；另外还可引导医生实行有益的、规范化的多点执业，通过合法途径和诚实的工作提高职工收入。

对患者。湘雅博爱康复医院在整体花费上明显低于湘雅医院，并且长沙对由综合医院转诊至康复医院提高了医疗费用支付标准。作为国内首家通过三级康复医院验收的医院，患者能够在不降低医疗服务的前提下，实现花费的降低。

对天士力。湘雅博爱康复医院开业以来亏损逐渐收窄，有望在未来实现盈利，投资方则能够获得相应回报。

对国家。国家三级康复医疗服务体系成功应用，为国家政策推广提供蓝本，“湘雅模式”获得众多领导充分肯定。

4.养老产业：包罗万象，最大的医院后市场

养老确切来说并不是完全归属于医疗的范畴，但老年人是受疾病困扰最严重、康复护理需求最旺盛的群体，我国超过2亿的老年人中，失能老人达到3300万，完全失能老人1080万，并且老人也是高血压、糖尿病等慢性疾病的重灾区，因此我们这里将养老也归入我们的医院后市场中，而养老作为一个万亿级市场规模的产业，我们认为其即将进入快速成长期。随着我国平均预期寿命的不断增加，我国的老年人年龄结构将呈现高龄化老年人逐渐增加的态势。

我国的老龄化进程可以归纳出以下几个特点：①中国跑步进入老龄化社会，发达国家几十年甚至上百年的老龄化进程，我国只用了 20 年左右的时间就实现了，并且未来还将在老龄化社会里跑步前进，老年人口增量巨大。②地区老龄化不平衡。从第六次人口普查数据来看，辽宁、上海、江苏、四川、重庆、安徽等地 60 岁以上人口占比已经超过了 15%，而青海、宁夏、西藏、新疆等地 60 岁以上人口占比还未到 10%，还未进入老龄化社会。③未富先老。发达国家是在其经济发达、社会文明程度高的情况下进入老龄化社会，而我国在 2000 年 60 岁以上人口首次超过 10% 的时候，人均 GDP 刚刚达到 900 美元，未富先老也对我国的养老失业提出了更大的挑战，国家应对老龄化的任务更加紧迫。

国家“十二五”规划纲要首次提出“以居家为基础，社区为依托，机构为支撑”的养老服务体系建设目标，明确将社会养老服务体系建设作为老龄事业的重中之重。

2012 年 12 月，《中华人民共和国老年人权益保障法》修订版颁布，新法将“积极应对人口老龄化”提高到国家战略层面，随后的 2013 年与养老相关的政策出台越来越密集，因此也有说法将 2013 年称为“养老元年”，随后“让社会力量逐步成为发展养老服务业的主体”的理念越来越清晰。

总结来看，国家政策以鼓励性为主，对养老产业的态度是积极的，而这些政策中，鼓励和扶持养老服务业的政策数量是最多的，我们认为，目前养老服务业必然是养老产业中最早兴起的产业，而相应配套的行业也将有较大的机会。

老年人消费潜力巨大《中国老龄产业发展报告》推算 2014 年全国老年人消费潜力约 38000 亿元，占全国 GDP 的 6.9%，而到 2020 年该数字将达到 76000 亿元，占 GDP 比重上升至 9%。(全国老年人口消费潜力=全国人口总量×老年人比重×(城镇人口比重×城镇人均收入×城镇老年人消费倾向+农村人口比重×农村人均收入×农村老年人消费倾向))。

基于以上三点：①老龄化趋势不可逆转，老龄人口成为巨大需求主体；②养老政策加速，国家迫切需要解决养老问题；③市场规模巨大，生活水平提高与人口基数增长催生更广阔需求。

我国养老服务业态我国老年人的一些基本现状

1.与子女同居比例在降低。根据《中国城乡老年人口状况一次性抽样调查数据分析》2003 年发布的老年人居住方式调查结果与 CHARLS(中国健康与养老追踪调查)全国基线调查(2011-12)数据对比，可以发现老年人与子女居住的比例明显减低。但尽管很多老年人不与子女共同居住，但在这 62.2% 的不与子女共同居住的老年人中，占总数 37.4% 的有子女住在附近，15.4% 与子女住在同一县城。

2.老年人自理情况。2010 年《中国城乡老年人口状况追踪调查》数据显示，日常生活完全不能自理(失能)的老年人 1208 万，有部分自理困难的 2824 万，在老年人生活自理能力丧失后，则需要长时间的照护，这也造成了养老产业对于康复护理的大量需求。然而大部分老年人并不愿意入住养老机构，在家庭中，子女、配偶进行老年人照护的比例较高。

3.老年人慢性病情况。根据前面的介绍，慢性病已经是我国居民的头号杀手，对于老年人来说，他们患病的概率更高，卫生部资料显示，我国慢性病的患病率为 17%，其中 60 岁以上人群患病率是一般人群患病率的 2.5-3 倍，常规医疗机构在防治慢性病的发生上作用有限。

居家、社区、机构一个不能少

国家“十二五”规划纲要首次提出“以居家为基础，社区为依托，机构为支撑”，国家积极引导 9037 的养老模式，即 90% 居家养老，7% 社区养老，3% 机构养老。发达国家居家养老的比例一般在 80% 左右，有 5%-15% 的老年人采用机构养老，其中北欧大约为 5%-12%，

英国大约为 10%，美国大约为 20%。

根据《中国老龄产业发展报告》中所涉及的老龄产业的领域，可以得到广义养老产业具体的细分市场。但我们认为广义的养老产业或许太过天马行空，先从狭义的养老产业说起，作为一个“未富先老”的国家，目前养老产业盘子无法铺的太开，而应该抓住痛点进行针对性解决。因此我们看好能够真正解决目前养老问题痛点的具体行业，从国家政策层面出发，养老服务必将得到最优先的发展，而与其相关的配套产业也将得到发展。当然我国老龄化是一个长期、不可逆转的过程，我们同时看好在其他细分领域中有所突破，占据先机的企业。

养老产业从护理服务起航从政策层面来看，目前国家首先抓住的养老服务体系建设，随着政策的引导，我们认为养老服务是目前养老产业最大的发展方向。

养老护理认识

通过国外养老产业发展轨迹来看，在养老产业发展较为完善的美国、日本和台湾地区，养老需求最先释放的是医疗照护需求，包括长期看护和专业化的精细护理需求，在医疗照护阶段发展完善之后，养老产业链条才逐渐拓展至普通的支持服务和养老居住需求。结合美国商业养老地产和美国 HCP(高端社区运营商)的发展脉络可以看到先护理后养老是商业养老地产发展初期的共同模式。从某种角度来讲，护理是刚性的需求，而养老则是具有一定弹性的需求。进入 75 岁之后的老年人对于护理的需求是普通人群的 3 倍，而随着护理市场的发展，专业医疗护理团队以及养老照护需求也就得以自然成长。因此护理服务应是发展养老产业的起点。

对应养老的三种模式，根据长期护理服务地点、服务内容和方式的不同，我国老年人护理服务主要有居家护理、社区护理和机构护理三种模式。

主要痛点

但我国目前照护服务体系完全不能满足老年人的需求，据统计，目前我国城市 48.5% 的老年人有各种各样的养老服务需求，但总的满足率只有 15.9%，其中需要护理服务的占 18.04%，而护理服务满足率仅为 8.3%。

机构功能定位不准。国际上，机构照护服务的对象基本定位在生活不能全部自理或完全不能自理的老年人身上，而国内众多机构收住服务对象时往往选择身体状况好的消费者，造成许多高收入、身体健康的老人占据了大量床位。

供求失衡。大家庭的解体使得家庭护理的功能弱化，部分功能转向社会，而目前我国养老机构床位水平与发达国家相差甚远，而由于养老机构功能单一、人员专业水平等问题，养老机构又出现床位空置的情况。

缺乏制度化资金支持。护理行业在发展初期由于针对用户的特殊性具有非常强的公共福利性质，需要国家和地方财政的支出，而事实情况是，我国福利事业的财政支出非常单薄。从 1997 到 2007 年，我国民政支出占财政支出的比重不足 2.5%，而民政支出中用于公共福利事业的比重更小，以 2007 年的数据来看，社会福利费占民政支出比重约为 7.2%。社会福利占整个财政支出的比重就更加是微乎其微。养老院扮演了最初的护理和看护服务的供给方的角色，但是由于财政支持力度的缺乏导致养老院的服务水平较低。

专业人力资源短缺。目前我国 4 万所养老机构大部分规模较小，从事老人照顾的人员总数估计不超过 50 万，其中确实在护理岗位上的职业护理员不超过 20 万人，而经过劳动部门考核、拿到护理员资格证书的专业护理员不足 2 万人。

社区护理设置不足。许多社区的护理对象往往是低龄老人、健康老人、能自理的老人，而未能估计那些不能完全自理或不能自理的老年人，我国社区卫生医疗机构比较普遍，但这些机构一般是在卫生部门领导下运作，还未纳入社区老龄人口护理服务的体系中。

国外养老护理经验借鉴

各国的养老护理体制大致上可以分为三种：①以美国为代表的残补式结合私有化自由市场供给制的体制。老年人护理需求大部分由私人市场来完成；②以德国、日本为代表的护理保险制度，将护理独立于健康保险之外，增加一个社会保险项目。第三，以英国为代表的税收支持的护理制度。

下面以日本日医学馆的案例作为我国未来养老护理发展的经验借鉴。

由于日本社会整体的老龄化正以比中国提前 30 年的速度推进，因此其养老制度与产业发展非常成熟。在日本，把照看老人、护理老人等统称为“介护”。其定义不仅仅停留在看护好老人，还包括照顾日常生活、医学护理及保健健康，而这些又是建立在维护老年人权利与尊严的基础上。养老服务不仅能提高老人的生活质量，更能支持与帮助老人在养老生活中保持自立，帮助失能或半失能老人恢复自立。自立包括了身体性自立、心理性自立和社会性自立。

日医学馆成立于 1968 年 12 月。2007 年，日医学馆开始正式参与团体之家、收费老人之家等机构类护理服务，并构建了可满足顾客各种需求的“全面护理服务”提供机制。从公司年报可以看出，日医学馆的事业是与日本的医疗和护理保险制度一同成长起来的。2013 年日医学馆的主营业务收入稳步增长，超过 2750 亿日元，净利润也达到了接近 40 亿日元。2013 年日医学馆收入中 58% 来源于护理服务收入，38.96% 来源于医疗相关服务收入，8.13% 来源于教育收入。

此外，发展护理服务后趋势公司向其他养老服务子产业发展，日医在日本还为高龄养老机构所需要的各种福利器具和用品，包括护理床、拐杖在内。护理产品的种类虽然繁多，但从业企业大都规模小、营业网点不大。为此，日医学馆采用了集中商品，向日本全国的护理商店销售的策略。

所谓护理保险制度，是指由国民支付护理保险费，以这种保险费为资金来源，向需要护理者提供护理服务的制度。作为由整个社会来帮助那些因身体功能衰退以及患痴呆症等原因需要护理的高龄者的一种机制，护理保险制度于 2000 年 4 月诞生。之所以引入这种制度，有以下几个方面的原因：随着日本高龄话的发展，需要护理的高龄者增加、护理长期化等，护理需求不断增大，迄今为止需要护理的家庭发生了变化，诸如小家庭化、护理者高龄话等。

护理补贴的资金来源构成是，利用者负担 10%，剩余 90% 由保险费和公费负担，保险费又有 65 岁以上的第一被保险人和 40 岁至 64 岁的第二被保险人之分。日本护理费用走保险，厚生省决定价格，日医学馆没有定价权，所以净利率很低但也十分稳定，维持在 1.5% 左右的水平。

我国养老护理发展趋势

目前，中国老人的主要养老模式是在家养老，但并未接受到正规的养老护理服务，甚至多数失能、半失能老人也只在家依靠亲戚或子女的照顾。从普遍性来说，入住养老院以空巢、孤寡、失能、半失能老人为主，特别是失能与半失能老人在民营养老院中尤为普遍。

居家养老护理服务应是未来发展的重点，机构养老护理服务将更重视护理服务质量的提升。国内护理服务将向“医疗护理、生活照料、精神慰藉三位一体”养老护理模式发展。

国内从事养老护理服务企业需要：1. 培养专业化的养老运营团队，提供更为细致的服务内容与措施；2. 充分发挥社区日间照料服务及居家辐射功能，提供托老、上门服务；3. 养老院与社区医院充分合作，解决老年人医疗问题。

养老机构的公益属性

我们可以将养老机构分为以下三类：①国营养老机构；②民营(包括民办和公办民营)非营利性养老机构；③营利性养老机构。

营利性和非营利性的差别

对于非营利性质的养老机构，各地均有相应的补贴政策，而对于营利性质的养老机构，相应的政策优惠就少了很多，进而造成营利性养老机构客户群体偏向中高端。这里以北京市对于营利性和非营利性养老机构的政策差异，让读者更加一目了然，这里营利性和非营利性均是针对民办而言。

按照《北京养老产业发展报告》的测算，在北京经营一家民办非营利性养老机构入住率达到 70%，每床 10 平米时每月收费需要达到 1455 元才能实现收支平衡，而这其中还没有包括特殊老人的一些辅助需求。对于补贴较少的营利性养老机构，拿地、各项补贴、税收等优惠均少于非营利性养老机构，而为了实现盈利，其价格必定远高于该值。

养老地产，方兴未艾多方投资主体竞相涌入

随着各类鼓励和引导社会资本进入养老产业的政策出台，各类资本争相拥入养老产业，而随着房地产调控政策不断深入，传统的房地产住宅开发面临困境，进而演变出了养老与地产的结合体——养老地产。目前，除房地产商外，各路资本也纷纷进军该领域，包括保险、养老机构、其他企业等，纷纷积极布局、抢占市场。

而目前我国养老地产存在多样化的运营模式，目前国内的养老地产还处于经验积累期，盈利状况普遍不理想。

主要痛点

产业链尚需完善。养老地产包括资本运作、人才培养、硬件设施、管理运营等诸多方面，目前我国的养老地产才刚刚起步，完备的产业链形态还没形成。地产先行，后续的服务、管理、运营对专业化水平要求较高，而国内专业化人才相对匮乏，地产开发商想要兼顾后续运作着实困难。

未抓住服务的本质。养老地产目前的定位大部分都是中高端人群，并且随着经济的发展和收入的提高，老年人对于医疗、康复护理、居住环境、心理服务等更人性化的服务的需求不断增加，养老地产不止是房产开发以及配套设施建设这么简单，回到我们的核心观点，当前养老服务才是整个养老产业的本质。

美国养老地产模式

美国养老是一种私立化的运作模式，政府只负担最基本的养老需求。而美国的养老地产行业可以分为养老地产开发商、房地产投资信托(REITs)、养老地产运营商。其中 REITs 通过发行金融产品，集合公众投资者资金，由专门机构经营管理，通过选择不同地区、不同类型的房地产项目进行投资组合，在有效降低风险的同时通过将出租不动产所产生的收入以派息的方式分配给股东，从而使投资人获取长期稳定的投资收益，而在美国 REITs 免征企业所得税。

我们认为，目前国内养老地产业态还不明晰，国内虽然人工成本较低，但是经济水平同样较低。看好地产商与运营商的合作经营，实现专业化的养老服务，提高议价能力，并通过政府加强监管规范市场环境，实现养老地产的良性发展。

养老用品，期待成长老年人购买能力及消费行为特征

随着国家养老制度的不断完善以及经济水平的发展，我国老年人的消费能力在不断的提

升，2013年我国城镇职工社会养老保险人均养老金达到24600元，较2006年翻番有余，并且随着市场上消费品品种的多样化，老年人的消费行为特征也在发生转变。

一来随着老年人消费群体的增长，二来随着老年人的消费能力的提升，老年用品市场也在逐步增长形成，未来老年用品市场将会越来越成熟。目前，我国市场上的老年用品中老年保健品和老年护理产品是整个老年用品市场中比重最大的。现在的老年人的收入也在逐渐增加，老年人目前的消费能力相当可观，加之老年人消费观的转变，现在的开放老年人正在逐步抛弃“为了下一代，自己无所谓”的传统观念，开始朝着向健康、养生、积极、进取、乐观的思维转变。老年用品市场将会发展得越来越迅速。

老年人以其自身的年龄阶段与生理状况拥有特定的消费行为特征，包括①消费自主性，凭着几十年的消费经验进行购买产品；②消费便利性，受限于身体行动不便，就近消费成为首选；③消费群体性，随着年龄增长、智力退化，老年人群体性消费行为增长明显；④消费实用性，老年人往往追求商品的经济实用。

主要痛点

政策缺失。目前我国老龄用品相关具体政策缺失，企业得不到财税、信贷等方面的支持，制约了行业的进一步发展。

行业秩序混乱。目前国内的老年用品市场尚未成熟，法律也不十分健全，行业监管缺失。不少老年用品市场鱼龙混杂、乱象丛生，出现一些以次充好、坑蒙拐骗的欺诈行为。这些欺诈行为严重损害了老年人的合法权益，常常使他们蒙受巨大的经济损失。

国内产品科技含量低，国外产品价格昂贵。国内老年用品整体科技含量较低，性能单一，缺乏创新，高端产品被国外垄断，价格高昂老人难以负担，并且国内老年用品市场信息交流不畅，厂家与用户的需求对接不上，使得产品华而不实。

我们的观点

从2000年我国进入老龄化社会以来，老年市场的巨大潜力就被不断提及，但实质的发展相对落后，未来，随着9073养老服务体系的逐渐完善、政策扶持力度增加，养老用品有望进入正常上升轨道。

养老金融，才刚起步老年人对于金融产品的需求

安全性第一。老年人因其收入少，收入来源单一，对风险承受能力较差，而往往倾向于选择风险较低的金融产品，而储蓄由于没有本金损失的风险且能获得一定的收益，而成为老年人理财的首选。

流动性。老年人往往身体不佳，因担心突发疾病等需要大笔资金，因而通常对金融产品流动性有一定要求，因此储蓄中老年人对于短期储蓄的选择也较为常见。

收益性。老年人对于财富的收益往往是建立在安全的基础之上的，在绝对安全的基础之上追求高收益。

各类养老金融产品层出不穷

我国养老金融还处于起步阶段，银行储蓄仍旧占据着老年人理财的主流地位，因此在对老年人上具有优势，以安全为原则，推出养老专属理财产品，给予老人更多元的理财选择，切入养老金融相对容易。

5.小结

观点陈述借鉴“汽车后市场”的概念，我们暂且把医院就诊后所涉及的产业称之为“医院后市场”，主要探讨了三大领域：慢病管理、康复医疗、养老产业，虽然并不能涵盖所有，但我们认为这三个领域都是目前属于培育期，有望迈入成长期的朝阳产业，并且三者很大程度上是互相涵盖互相叠加的，老年人往往是这三个领域共同的用户群。

国内慢病管理目前属于起步阶段，尚没有绝对的行业领先者，而在“互联网+”概念爆炒下，移动慢病管理获得较多的关注，但浮华终将褪去，行业不确定性将加大，建议关注资源整合能力强或真正拥有核心技术能力的相关企业。

对于康复医疗领域，国内三级康复医疗服务体系还有待完善，相互转诊以及医保制度的不够完善使得行业整体发展缓慢。康复医疗方面建议关注获得相关资质并拥有稳定病源的服务型企业以及拥有研发能力的器械生产企业。

对于养老，无论是 9073 还是 9064，机构养老人口占比是少数毋庸置疑，但是无论是欧美日本养老实践还是我国国情看，对于失能半失能老人，嵌入在成熟社区，交通医疗便利区域是养老的必要条件。目前还未形成大规模连锁机构，市场还处于未能激烈、同质化竞争的阶段。因此养老产业我们认为没有完美的业态，但伴随整体养老需求的抑制逐渐释放以及创业者的不断涌入，新技术、新模式也将不断打破我们对养老产业的认知。