

第三方独立医疗机构-康复医疗服务机构

报告导读：

我国康复医疗体系起步较晚，现存康复需求的残疾人数量达到 2300 万，新发病的脑与神经系统疾病、骨与关节疾病康复需求人数达到每年 300 万以上。我国康复医疗体系尚处于成长期，供给需求之间存在较大缺口。随着国家控费政策的大力推行和 29 项康复项目纳入医保，我国康复医疗服务行业经营状况在 2012 年出现明显好转，康复医院数量在 2012-2016 年间增长 50% 以上。2017 年底，国家出台社区康复中心基本标准和管理规范，将贴近社区的康复中心纳入医疗机构范畴，在社区端有效解决支付问题。这一政策的出台将释放社区端每年近 400 万人的康复需求，除此之外社区康复中心还将有效承接康复医院的下转病源，造就巨大社区康复市场。而目前我国社区端康复服务产业几乎空白，易于复制且能够快速抢占流量端口的连锁社区康复中心将具备良好的投资价值。

投资要点：

- 我国现存康复需求残疾人数 2300 万，新发住院康复需求人数每年 300 万以上，供需之间存在较大缺口；
- 康复医疗体系建立符合医改宗旨，是我国医疗体系重点建设方向。国家利好政策频出，鼓励社会资本参与；
- 国家大力推行医保控费政策，未来将逐步推行按病种付费的医保支付政策，有效促进康复病源下转；
- 29 项康复项目纳入医保，有效解决院内康复的支付问题，未来有望加大康复医保支付力度；
- 2017 年底，国家出台社区康复中心基本标准和管理规范，社区康复中心的医疗机构身份得到认定，有效解决社区端康复的支付问题，关注上门康复医保支付的可能性；
- 社区康复中心将承接康复医院病源，同时释放现存 1500 万人+每年新增 400 万人的社区端康复需求，目前社区康复市场蓄势待发；
- 社区康复中心的理想标的必须是连锁模式，以轻资产快速布点的运作思路为佳。拥有能够输出品牌、人员和技术的基地医院会是加分项；
- 社区康复中心能够借助医保支付开启一大块潜在康复需求。同时，由其承接上级康复医院急性期后病患也是我国康复医疗体系的发展方向。将之并入医院体系，可以完成病患的渠道闭环，打通医院到社区的转诊通路，所以具备先发优势的连锁社区康复中心将受到康复医院集团的青睐。

正文目录

1. 康复医疗服务概述.....	1
1.1 康复医学概述.....	1
1.2 康复医疗分类.....	1
1.2.1 康复医疗的五类适应症.....	1
1.2.2 康复医疗的五种评定方式.....	1
1.2.3 康复医疗的七种治疗方式.....	1
1.2.4 康复医疗的十类从业者.....	1
1.3 脑卒中康复医疗过程简析.....	2
1.4 康复医疗服务行业现状分析.....	3
1.4.1 美国各级康复医疗机构完备，康复服务市场成熟规范.....	3
1.4.2 我国康复医疗资源缺口大，国家政策大力推进康复医疗事业发展.....	4
2. 康复医疗服务市场分析.....	5
2.1 医疗政策走向分析.....	5
2.1.1 美国医疗体制概述.....	6
2.1.2 日本医疗体制概述.....	7
2.1.3 英国医疗体制概述.....	9
2.1.4 国际先进医疗体制小结.....	9
2.1.5 我国医疗体制现状和政策走向分析.....	10
2.1.6 我国康复医疗体制现状和政策走向分析.....	11
2.2 康复医疗服务受众需求分析.....	14
2.3 康复医疗服务市场规模分析.....	15
2.4 康复医疗服务行业特点分析.....	16
2.5 康复医疗服务市场与竞争分析.....	19
2.5.1 康复医疗机构市场与竞争分析.....	19
2.5.2 康复医疗器械市场与竞争分析.....	25
2.6 康复医疗服务市场分析小结.....	25
3. 国内外主要竞争公司分析.....	26
3.1 美国南方健康公司（Health South Corporation）.....	26
3.2 美国优选医疗控股公司（Select Medical Holding Corporation）.....	26
3.3 博爱康复医院.....	27
3.4 北大医疗康复医院.....	27
3.5 张家港港城康复医院.....	27
3.6 北京英智康复医院.....	28
3.7 上海一康康复医院.....	28
4. 投资建议.....	29

图表目录

图 1: 脑卒中康复场景.....	2
图 2: 我国康复事业发展历程.....	5
图 3: 国际先进医疗体系历年平均寿命和医疗支出对比.....	7
图 4: 三级康复医疗体系.....	12
图 5: 各领域专科医院净利润率比较.....	16
图 6: 2008-2016 我国医疗卫生机构康复科出院人数.....	17
图 7: 我国康复医院地域分布状况.....	18
图 8: 2016 年各省份医院康复病床数量.....	18
图 9: 2008-2016 我国康复医院所有权分布情况.....	19
图 10: 2008-2016 我国康复医院整体运营状况.....	22
表格 1: 1987/2006 年全国残疾人口总数与结构.....	4
表格 2: 我国目前 29 项康复项目医保报销目录.....	13
表格 3: 主要康复项目特点分析.....	14
表格 4: 康复医院与综合医院投入产出对比.....	16

1. 康复医疗服务概述

1.1 康复医学概述

康复医学是一门新兴的学科，是 20 世纪中期出现的一个新的概念。康复医学和预防医学、保健医学、临床医学并称为“四大医学”。它是一门以消除和减轻人的功能障碍，弥补和重建人的功能缺失，设法改善和提高人的各方面功能的医学学科，也就是功能障碍的预防、诊断、评估、治疗、训练和处理的医学学科。

世界卫生组织指出：残疾并不是注定要发生的，也并不是不可控制的。利用现有的技术可以使至少 50% 的残疾得以控制或使其延迟发生。在发达国家，康复治疗在整个治疗过程中扮演着极为重要的角色，可以说 70% 疗效在临床、30% 疗效在康复。据统计，发达国家“中风”的致残率为 30% 左右，而在中国，致残率则高达 75% 以上，主要原因就是患者缺少康复治疗环节。在脑血管意外患者中，积极康复治疗可使 90% 患者重新获得行走和生活自理能力，30% 患者恢复工作。若不进行康复治疗，上述情况恢复率仅为 6% 和 5%。同时，在儿童先天残障领域，如语言障碍、运动障碍、听力障碍等，尽早接受康复治疗，有极大可能得到治愈，获得正常生活。

康复医学主要面向慢性病人及伤残者，强调功能上的康复，使患者不但在身体上，而且在心理上和精神上得到康复。它的着眼点不仅在于保存伤残者的生命，而且还要尽量恢复其功能，提高生活素质，重返社会，过有意义的生活。根据 2006 年的第二次全国残疾人抽样调查结果显示，我国残疾人总数为 8296 万，有残疾人的家庭户共 7050 万户，占全国家庭户总户数的 17.80%；有 2 个以上残疾人的家庭户 876 万户，占残疾人家庭户的 12.43%。残疾人中有康复需求的达到 2297 万人。康复医疗体系的发展不仅将极大程度上提高我国残障人士的生活水平，而且通过治愈或者降低再患病几率，可以间接减少我国医疗开支，减轻医疗保险体系压力，康复医疗体系的发展在我国任重而道远。

1.2 康复医疗分类

1.2.1 康复医疗的五类适应症

康复医疗适应症可以分为五大类：神经系统疾病和伤残（代表性疾病包括脑卒中、截瘫、脊髓灰质炎后遗症）；骨关节肌肉疾病和伤残（代表性疾病包括截肢或断肢再植术、骨折、各类关节炎、脊柱侧弯）；心血管及呼吸系统疾病（代表性疾病包括冠心病、原发性高血压）；感官及智力残疾（代表性疾病包括儿童听力及语言障碍、弱智、儿童孤独症、老年性痴呆）；精神残疾（代表性疾病包括精神分裂症）。

1.2.2 康复医疗的五种评定方式

康复医疗按评定方式可以分为五大类：躯体功能评定（包括肌力评定、关节活动度评定、痉挛的评定、感觉评定、协调与平衡功能评定、日常生活活动能力评定、步态分析、神经电生理评定、心肺功能评定、泌尿和性功能评定等）；精神功能评定（认知功能评定、情绪评定、失用症和失认症的评定、智力测定、性格评定等）；言语功能评定（失语症评定、构音障碍评定、言语失用症评定、言语错乱评定、言语发育迟缓评定）；社会功能评定（社会生活能力评定、生活质量评定、就业能力评定等）；电诊断（包括肌电图、神经传导速度测定、神经反射检查、诱发电位、低频电诊断等）。

1.2.3 康复医疗的七种治疗方式

康复医疗按治疗方式可以分为七大类：物理疗法（包括物理治疗、体育疗法、运动疗法）；作业疗法（包括功能训练、职业训练及日常生活训练等）；语言疗法（包括对失语、构音障碍及听觉障碍的患者进行训练）；心理治疗（包括对心理、精神、情绪和行为有异常的患者进行个别或集体心理调整或治疗）；康复护理（包括心理支持、体位处理、膀胱护理和肠道护理等）；康复工程（包括利用假肢、矫形器及辅助器械补偿生活能力和感官缺陷）；传统康复疗法（包括中医传统针灸、按摩和推拿等疗法）。

1.2.4 康复医疗的十类从业者

康复医疗从业者可分为：康复医师、康复护士、物理治疗师、作业治疗师、语言治疗师、心理治疗师、假肢及矫形治疗师、中医师、针灸师和推拿按摩师。康复医师是正规医科大学毕业并接受过系统康复医学专业培训、取得执业医师资格的专业医师，是康复治疗的组织者和领导者。康复医师是临床工作定科后，在考取中级职称（主治医师）时获得的。康复治疗师要经过正规高校（各省市中医院校、医科大学、医药专科学校、体育院校等）康复治疗学或相关专业培养，取得理学学位。康复治疗师的等级依次为初级（技士）、初级（技师）、中级（主管技师）、高级（副主任技师）。在康复治疗领域，治疗师较医师有很多优势，因为康复专业的很多核心技术是掌握在治疗师手里的。我国康复治疗专业起步较晚，康复专业执业资格认证系统尚不成熟，所以目前我国康复机构仍然以康复医师为主导。但在康复发达国家，治疗师是具有独立执业资质的，并具有一定的处方权。

1.3 脑卒中康复医疗过程简析

脑卒中（cerebral stroke）又称“中风”、“脑血管意外”。是一种急性脑血管疾病，是由于脑部血管突然破裂或因血管阻塞导致血液不能流入大脑而引起脑组织损伤的一组疾病，包括缺血性和出血性卒中。缺血性卒中的发病率高于出血性卒中，占脑卒中总数的 85%。颈内动脉和椎动脉闭塞和狭窄可引起缺血性脑卒中，年龄多在 40 岁以上，男性较女性多，严重者可引起死亡。调查显示，城乡合计脑卒中已成为我国第一位死亡原因，也是中国成年人残疾的首要原因，脑卒中具有发病率高、死亡率高和致残率高的特点。

从临床治疗角度，脑卒中可分为急性期、恢复期及后遗症期。急性期持续约为 2 周（有人则主张为 1 周或 1 个月）。恢复期时间较长，按照世界卫生组织规定 8 个月则为后遗症期，也有学者建议 6 个月为后遗症期。

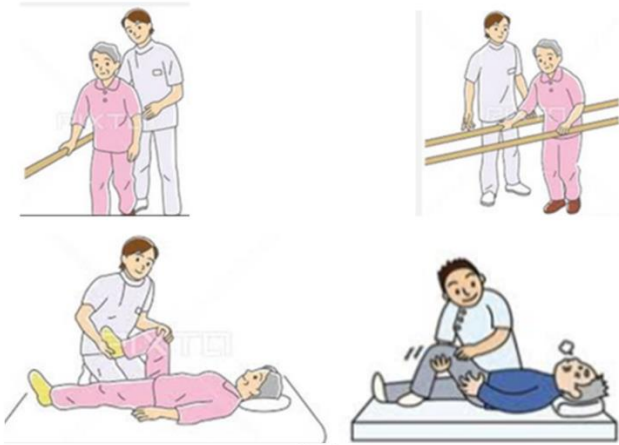
从康复治疗角度，脑卒中可分为早、中、后不同时期。患者依次在不同的机构给予相应的康复措施：脑卒中早期（即急性期）在综合医院急诊科或神经内科开展早期床边的第一级康复治疗，预防并发症。中期转至康复病房或康复中心进行第二级康复治疗，主要在训练室进行训练，以促进功能的最大恢复及提高日常生活能力为训练目标。而后期是在社区或在家中继续进行第三级康复治疗，以巩固疗效。

早期康复：罹患脑卒中后，早期常表现为弛缓性瘫痪，可持续数天到数周，相当于 Brunnstrom 偏瘫功能分期的 1~2 期。此期患者随意运动消失，肌张力低下，腱反射减弱或消失。有观点认为，康复应从急性期开始，只要不妨碍治疗，康复训练开始得越早，功能恢复的可能性越大，预后也就越好。在缺血性脑卒中时，只要患者神志清楚，生命体征平稳，病情不再发展，48h 后即可进行主动的康复训练。早期康复的内容有：保持良好的卧位姿势；体位变换；关节的被动活动；床上移动训练；床上动作训练；起坐训练；正确的坐位姿势；坐位平衡训练；日常活动能力训练。

中期康复：脑卒中发病 2~4 周后开始进入中期。随着病患的恢复，偏瘫肢体肌张力逐渐增高，可初步做到某些关节的独立运动，但部分患者会出现明显的肌痉挛，使运动难以随意协调地进行，无法完成精细、快速的运动，相当于 Brunnstrom 分期的 3~5 期，因此也有人称为恢复期或痉挛期。此期康复的目的是降低肌张力以缓解痉挛，打破共同运动的模式，促进更多分离动作的出现，提高协调性。此期患者通常转到康复中心或综合医院康复科，在康复训练室接受全面的康复治疗，内容主要包括卧位、坐位、站立位、行走训练和上下楼梯训练，最终解决患者的行走问题。

后期康复：经过康复与治疗，绝大部分患者在半年内神经功能已恢复至最高水平。由于脑代偿作用的有限性，患者不可避免地留下各种不同程度的后遗症。处于后期的患者如果未经历早期正确的康复医疗，大多被“废用综合征”和“误用综合征”所困扰，这些患者仍旧可从康复训练中受益。此期的康复目标是继续加强训练和充分利用患者残存的功能，防止功能退化和各种并发症，争取最大限度的日常生活自理，使患者回归家庭和社会。

图 1: 脑卒中康复场景



资料来源：公开资料、华医资本

1.4 康复医疗服务行业现状分析

1.4.1 美国各级康复医疗机构完备，康复服务市场成熟规范

目前国际上通行的康复医疗体系可以划分为三个等级：急性期康复服务、恢复期康复服务和家庭社区康复服务。以美国为例，美国有 80 年的康复医疗历史，在美国需要康复的患者，医疗机构会根据其具体病情、家庭支持程度、医疗保险覆盖程度和其他一些相关因素将其进行分层康复转诊，所涉及机构包括：急诊医疗机构、急性康复机构、亚急性康复机构、执业护理机构、长期照料机构以及家庭社区层面的康复机构。

急诊医疗机构 (emergency medical unit) 是指急性发病后的就诊医疗机构，开展早期床边康复治疗；急性期康复机构 (acute rehabilitation unit) 一般设在急诊医疗机构，接受病情稳定且能主动参与每天至少 3 小时，每周 5 天的高强度康复训练的患者，且训练后能得到切实的功能提高；亚急性期康复机构 (subacute rehabilitation unit) 接受病情稳定且能够主动参与每天少于 3 小时但至少 1 小时康复训练的患者，且训练后能得到切实的功能提高。执业护理机构 (skilled nurse facility) 接受病情稳定的，丧失独立日常活动能力的患者，可以从临床急诊、急性康复机构、亚急性康复机构转诊的患者。这部分患者的功能改善不足以独立适应家庭或是社区生活。家庭社区康复 (home or community rehabilitation) 是指那些功能恢复较好的，有在社区或家庭独立生活能力的患者，接受居家的康复治疗，每周 2-3 次由治疗师提供上门居家式康复治疗，患者可以由以上各级康复机构转诊而来。

美国对不同的康复阶段实施基于患者功能评估的价格引导机制，促使各类机构迅速发展和完善，满足患者不同层次、不同治疗阶段的康复需求。也实现患者及时、主动、顺畅地分诊和转诊。美国医疗保险机构目前采用功能独立性评估量表 (function independent measure, FIM) 来评估患者的功能恢复情况，以此来判断患者功能改善程度、预后以及出院时间。目前美国医保的康复医疗支付方式为功能相关分组付费制度 (FRGs)，该付费制度便是依据标准将患者分组，然后根据 FIM 评估每组患者的功能障碍水平、年龄和并发症分级，最后测算康复费用标准。给付依据为患者切实的功能改善，也促使医院更加关注功能恢复。

2015 年美国医疗服务开支达到三万两千亿美元，占 GDP 比重 17.8%。康复护理医疗服务开支 420 亿美元，占全部医疗开支的 1.3%。据美国康复医师专科委员会数据，美国现有近 1 万名康复医师和多达 20 万名理疗师。目前美国理疗师教育项目从原有的理疗硕士改为三年制理疗博士，申请者还要通过各州的执照考试，人才培养体系完备。美国康复医疗行业的高速发展始于上世纪 80 年代美国医改。1984 年开始，临床医疗支付方式由按服务后付费制改为基于诊断相关分组的预付制，对单个疾病分组的支付额度划定上限，医院受利益驱动，纷纷将稳定期病人转诊至康复医院以期降低成本。当时康复医疗仍使用后付费制，其高收益也成了医院和社会资本追逐的目标。从 1985 年到 1995 年的 10 年间，美国医保康复支出以每年 20% 的速度增长。目前，美国康复护理医疗机构约有三万家，其中提供恢复期康复服务的执业护理机构一万五千家，约占 50%。家庭护理康复机构一万两千家，约占 40%，其余 10% 为住院康复机构和长期护理医院。康复护理服务总体开支中，急性期占比 12%，恢复期占比 58%，家庭康复期占比 30%。2015 年，南方健康公司 (Health South)、优选医疗控股 (Select Medical) 和金德健康公司 (Kindred Healthcare) 三家龙头企业占据了美国康复医疗市场 20% 左右的份额。从公司运营数据来看，其营收百分之七十以上来自于美国

联邦政府医保 (Medicare 和 Medicaid)，个人缴费部分极少，基本在 1% 以下。目前美国康复医疗服务市场整体增速低于 10%，且近年有下降趋势，处于行业稳定期。自 2010 年奥巴马医改后，美国医保覆盖率达到 95% 以上，美国民众康复需求得到较好满足。

1.4.2 我国康复医疗资源缺口大，国家政策大力推进康复医疗事业发展

我国的康复医学始于上世纪 50 年代，真正发展开始于 80 年代。我国在 1987 年和 2006 年分别进行了两次全国性的残疾人抽样调查（调查仅包括中国大陆地区）。通过比较两次抽样调查数据，我们可以发现一些显著的变化趋势。1987 年调查结果显示，全国总残疾人数为 5164 万人，占全国人口比例的 4.90%。2006 年全国总残疾人数上升至 8296 万人，占全国人口比例也上升至 6.34%。同时，两次调查结果显示，从 1987 年到 2006 年我国残疾种类结构也发生了明显改变。肢体残疾人数占总残疾人口比例从 14.62% 上升至 29.07%，精神残疾比例从 3.76% 上升至 7.40%。与此相反，智力残疾比例从 19.70% 下降至 6.68%。接近 20 年间，我国总残疾人口占比明显上升，主要归因于我国人口结构老龄化趋势。1987 年我国 60 岁及以上人口比例为 8.5%，到 2005 年已达 11%。老年人由于生理机能衰退，脑血管疾病、骨关节病、痴呆等发病率和致残率增高。2006 年残疾人抽样调查 60 岁以上残疾人约有 4416 万人，比 1987 年第一次调查时该年龄段残疾人数增加 2365 万人，占全国残疾人新增总数的 75.5%。肢体残疾比例明显增加可以归因于两点，其一是人口老龄化趋势。1987 年时，60 岁及以上的肢体残疾人占残疾人总数的 29.5%，至 2006 年，这一比例上升到了 44.7%。其二是脑血管和骨关节疾病发病率明显增加。智力残疾比例下降除了统计方法差异外，还归因于人们营养条件显著改善，优生优育、计划免疫、健康教育知识普及以及补碘改水等干预措施取得成效。从目前数据来看，中国残疾种类以肢体残疾、听力残疾和视力残疾为首，占比接近 70%。2006 年调查结果显示，8296 万残疾人中有救助和扶持需求的占比 67.78%，有辅助器具需求的占比 38.56%，有康复训练和服务需求的占比 27.69%。有康复训练和服务需求的人数达到 2297 万人。

表格 1: 1987/2006 年全国残疾人口总数与结构

单位 (万人)	1987年		2006年	
	残疾人数	占残疾人口比重	残疾人数	占残疾人口比重
视力残疾	754	14.61%	1,223	14.86%
听力残疾	1,770	34.29%	2,004	24.16%
言语残疾	未统计	未统计	127	1.53%
肢体残疾	755	14.62%	2,412	29.07%
智力残疾	1,017	19.70%	554	6.68%
精神残疾	194	3.76%	614	7.40%
多重残疾	674	13.03%	1,352	16.30%
单位 (万人)	总残疾人数	占总人口比重	总残疾人数	占总人口比重
总计	5,164	4.90%	8,296	6.34%

资料来源: 1987/2006 年全国残疾人抽样调查数据、华医资本

致电华医研究院，解锁完整报告
联系电话：021-61990532