

上海康养服务制度体系建设现状、问题及对策

龚张斌¹ 陈以文²¹

(1. 上海中医药大学 201203;

2. 上海市老龄事业发展促进中心 200062)

【摘要】: 人口老龄化的加速发展、疾病谱的变化, 警示我们必须把握住战略准备期, 积极进行养老模式的转变, 将后端“医”养老延展至前端“康”干预, 打通医养与康养之间的沟壑, 实现“福利+康复+开放”的养老模式。康养产业的发展是自然条件、空间要素和适度市场化共同作用的结果, 需要政府根据老年工作实际情况, 结合区域特点进行顶层设计, 将政策落到实处。

【关键词】: 老龄化 健康养老 康养产业

【中图分类号】: C913. 6. 51 **【文献标识码】:** A **【文章编号】:** 1005-1309 (2020) 09-0099-008

“生有所养, 老有所乐”, 随着经济社会飞速发展, 人们对“身心健康”幸福生活的诉求日益增高。同时, 持续增加的老年人口群体, 使得城市的人口结构、疾病谱、经济格局发生了重大改变, “健康养老”成为社会关注焦点。截至 2019 年末, 上海户籍 60 岁及以上老年人口 518. 28 万人, 占户籍总人口的 35. 2%。人口老龄化快速发展在给养老政策、医疗卫生资金带来巨大挑战的同时, 也为老龄产业带来巨大商机。构建可及、高效、专业的养老体系, 将被动养老转化为主动抗老, 将劳动力劣势转化为人口红利, 将是未来养老模式的新出口。

随着社会发展和疾病谱改变, “治未病”越来越受关注, 提示我们应该把目光放得更长远, 加强养老环节前端管理。国内外研究表明, 在进入老年期之前对人群进行科学健康的干预, 能有效降低病死率/病残率, 实现健康的老龄化。^[1-3]健康养老(简称康养)重在提升生命质量, 强调主动调养, 保持身心健康, 将养老从老龄后端延展至前端, 在养老前端进行积极预防和保健, 打通整条养老通路, 从而保障健康防老、健康养老, 合理利用人力资源, 优化医疗资源配置。成熟的康养产业一方面减少政府在老年医护的开支, 另一方面培育健康养老的市场, 使“健康养老”成为继互联网产业之后最有发展前景的新兴产业。

一、老龄化社会特质是上海大力发展康养产业的前提

(一) 上海老龄人口主要特征

根据生理年龄, 可以把老年人大致分为 3 个阶段: 低龄老年人群 (Young-Old), 中龄老年人群 (Middle-Old), 高龄老年人群 (Old-Old)。每个国家的标准不同。国内一般将 60~69 岁人群定义为低龄老年, 80 岁以上划为高龄老年。

1. 低龄化加速发展:

作者简介: 龚张斌, 医学博士, 上海中医药大学基础医学院副教授。陈以文, 上海市老龄事业发展促进中心社会工作者。

低龄老年人口占老年人口比例在 2016 年底接近 60%,近 5 年呈加速增长趋势。^[4]由于低龄老年人群的文化、教育、生活(独生子女家庭)背景,他们具有更高的精神生活追求、更高的新兴事物接受度、更高的健康水平和健康意识,对养老服务提出多层次、多元化需求,将成为康养产业最大的潜在客群。

2. 高龄化增速放缓:

2017—2018 年,80 岁及以上高龄老人数量增加了 1.09 万人,增长 1.4%,增速显著放缓,在近 5 年将形成相对宽裕的战略准备期。随着低龄老年人群陆续进入高龄阶段,整个老龄化社会的程度将进入快车道。因此应把握住这个关键时间节点,切实做好养老相关产业的各种准备,以应对人口深度老龄化的各项挑战。

(二)上海地区疾病谱的变化

健康状态是影响老年人幸福感的第一要素。^[5]大约 80%的老年人口至少患有一种慢性疾病。^[6]

从全国层面看,1990—2017 年,我国居民疾病谱发生重大变化,慢性疾病如中风和缺血性心脏病取代了呼吸道感染和新生儿疾病,成为疾病的主要原因。2017 年,肌肉骨骼疾病、精神健康障碍和感觉器官疾病是残疾生活年数(YLDs)的三大主要原因;收缩压高、吸烟、高钠饮食和环境颗粒物污染是导致死亡、残疾、降低寿命(DALYs)的四大危险因素。^[7]

上海疾病谱变化趋势。统计数据显示,2018 年,循环系统、肿瘤、呼吸系统疾病为上海户籍人口死亡原因前 3 位。^[8]老年人住院病因排前 3 位的依次为冠脉粥样硬化心脏病、手术后恶性肿瘤化疗、脑梗死。由此可见,与老年相关的慢性病、心身疾病成为影响上海市民生命质量的主导因素。目前,上海前 20 位病因导致寿命损失的年数显著低于全国平均值,这与上海社会、经济和卫生事业发展水平相关。上海的医疗水平、群众的医疗常识、对健康产品的追求均走在全国前列。

二、上海康养产业处于蓬勃发展的初期阶段

中国首部《中国康养产业发展报告 2017》蓝皮书,将康养产业的核心功能定义为“尽量提高生命的长度、丰度和自由度”,这一定义大大扩展了康养产业的发展空间。^[9]

欧美发达国家非常关注康养产业的发展。如德国在建立世界首个森林浴场后,将森林康养列为基本国策,对全体公务员实行强制性森林康养,费用纳入医疗报销体系,带来的结果是国家医疗保障体系整体费用支出减少 30%,每年节约数百亿欧元的医疗费用,国家健康指数大幅度升高。^[10]1982 年日、韩等国陆续引进德国森林疗法,目前日本成为世界上森林康养效果测定方面最先进、最科学的国家,建立了世界首个森林养生基地认证体系。

美国的康养产业已形成相对成熟的产业体系,结构完善,门类齐全,专业化程度高,市场细分清晰,以“小精尖”为主要模式,从细分领域中培育出高盈利能力的养老企业。这种市场化发展的模式得益于高度成熟的金融市场体系,渗透于康养产业全产业链的各节点。

2014 年,美国养老服务消费占 GDP 的比例为 22.3%,欧洲养老产业产值占 GDP 的比例达到 28.5%。我国的养老产业产值仅占 GDP 的 7%,产业基础及发展速度远低于国际水平。据测算,当下我国康养产业市场消费需求在 5 万亿元以上,随着康养产业供给不断完善,预测至 2030 年我国康养产业市场消费需求将达到 20 万亿元。但目前每年康养产业供给的产品却仅在 5000 亿元~7000 亿元,供给严重不足。

近年来,康养产业在我国逐步得到重视。自 2013 年起,国家及地方相继出台有关康养产业的文件。国家以顶层设计的方式,

大力推动康养产业发展,国家已将“健康养老与长期养护服务”列入《健康产业统计分类 2019》。森林康养已纳入《全国林业“十三五”发展规划》;制定了康养旅游的规范性文件《国家康养旅游示范基地标准》,国内部分城市已经先行。重庆市政协将康养产业发展列为 2019 年度重点调研和协商计划,从政策、产业、市场等层面加速推进康养产业发展。2018 年全国 240 余万家康养相关企业,市场总规模为 6.85 万亿元,较 2017 年上升 10.5%。2018 年全国共有 107 家上市公司涉足康养产业。

据不完全统计,全国 22 个省、5 个自治区、4 个直辖市(除港澳台地区外),已建有高端养老社区项目 177 个,其中 4 个直辖市建有 54 个,占总数的 30.5%(表 1)。自 2008 年国内首个会员制养老项目亲和源老年公寓开业以来,上海已建成高端养老社区 24 家,占全国养老社区总数的 13.55%,与浙江(25 家)、北京(21 家)并驾齐驱。高端养老社区项目有外资、合资、国企、连锁等多样化形式。从产业角度分析,上海正在加快发展包括生物医药、医疗服务在内的大健康产业,预计到 2020 年市场总规模将超 4000 亿元,成为上海产业发展的“长板”。

表 1 全国各省、自治区、直辖市高端养老社区项目统计

省、自治区、直辖市	个数	占比(%)
北京	21	11.86
天津	7	3.95
上海	24	13.56
重庆	2	1.13
浙江	25	14.12
广东	16	9.04
江苏	15	8.48
四川	11	6.22
江西	6	3.39
海南	6	3.39
辽宁	5	2.83
山东	5	2.83
湖北	5	2.83
湖南	5	2.83
广西	4	2.26
安徽	4	2.26
河南	3	1.69
云南	3	1.69
河北	2	1.13

黑龙江	2	1.13
福建	2	1.13
贵州	1	0.56
山西	1	0.56
陕西	1	0.56
吉林	1	0.56
总计	177	100

从已获得的的分析,各企业在康养产业领域投入甚巨,一方面说明企业对康养产业未来充满信心,能形成一个庞大的蓝海市场;另一方面也说明前期投入费用极其高昂(图1)。

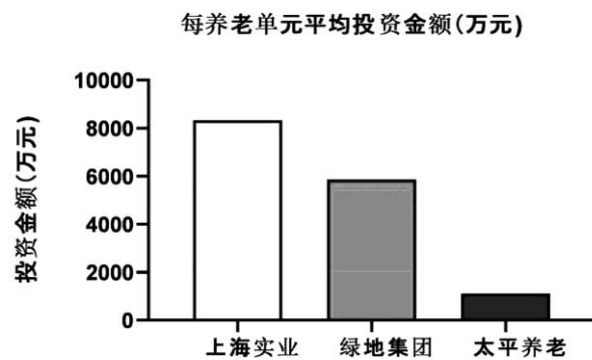


图1 有代表性的康养企业每养老单元平均投资金额(万元)

追求经济效益是企业生存的根本,高额的投入意味着高收费。表2所示,大部分企业以房产所有权或使用权、保证金等形式向老年消费者预收费用,大多在百万元以上,再加上每月需要万元不等的基本生活费用,而2017年上海每月领取城镇养老金超过5000元/月的为73.75万人(约占领取养老金总人数的20%),^[11]由此注定目前的服务对象只能局限于高端老龄人群。

表2 有代表性的康养企业养老费用

康养企业	养老一次性投入(万元)	月生活成本(元)
太平养老产业管理有限公司(梧桐人家)	200	>10000
复星集团(中外合资)	200	15000
远洋集团(上海嘉定远洋·椿萱茂虹湾长者社区)	69~104(每床)	6800~13000
上海实业(集体)有限公司	使用权	10000~30000

绿地集团(绿地国际康养城颐尚居)	68~168	—
永泰红礪养老产业集团(鸿泰乐璟会)	—	10000~20000
新东苑国际投资集团有限公司(快乐家园)	126	7000~18000
保集控股集团有限公司(上海保集富椿佘山高端养老社区)	—	>10000
上海颐和苑老年服务中心	—	6400~11000
亲和源	30~178	>8000

2019年5月,《上海市深化养老服务实施方案(2019—2020)》出台。该方案根据养老服务“既是大民生,又是大产业”的理念,^[12]以实现养老服务“增能”“增量”“增效”为目标,提出打造枢纽型的社区养老综合体,集成日托、全托、助餐、医养结合、康养服务等功能;鼓励养老服务机构通过设置医疗机构或与医疗机构合作的形式,开展中医药和康复适宜技术服务。

以上海市中心城区JN街道为例,其开展的社区公共康养服务在上海具有一定的代表性。截至2019年6月底,JN街道60岁以上户籍老年人数为26997人,街道办事处积极探索各种方式,面对不同健康水平的老年人,自2009年起就开展不同的康养服务,包括老年健康教育、健康档案和健康咨询、康复理疗、健康兴趣小组、健康茶饮等老年活动项目,旨在帮助老年人有更积极健康丰富的晚年生活。街道办事处委托管理的社会组织之一好帮手社区服务中心运营10年来,开展的老人服务项目和平均服务人次都在逐年升高,2019年推出的服务项目为8项,服务11.4万人次,体量可谓庞大。产业模式则以公益+商业(个性化)的模式进行,具有较高的可持续性;另一委托管理的爱老家园项目则针对失智失能老人,依靠市、区精神卫生中心等医疗单位的专家力量,以项目为依托,开展为老服务,这些项目取得了较好的健康效果。

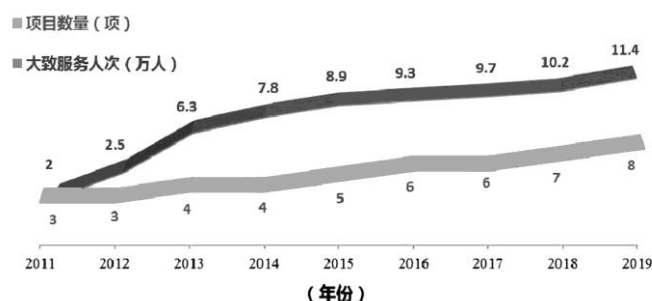


图2 2011—2019年上海市JN街道服务项目及服务人次(万人)趋势

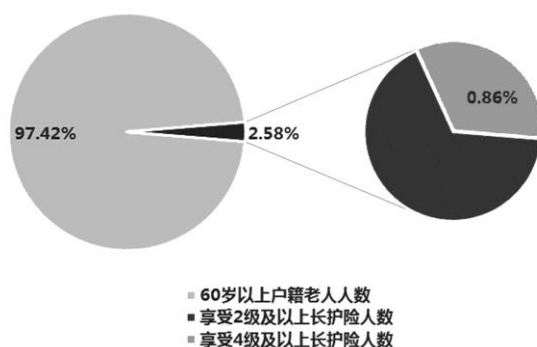


图 3 2019 年 6 月底上海市 JN 街道接受长护险 2 级以上服务老人占比

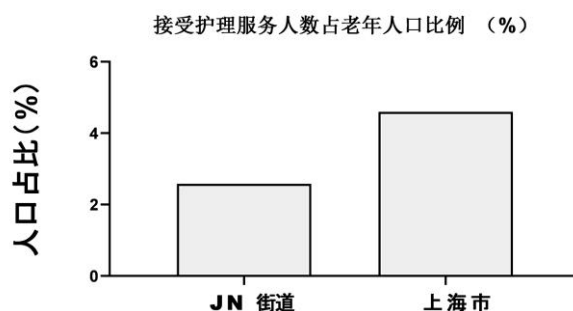


图 4 2019 年上海市及 JN 街道接受护理服务人数占比 (%)

JN 街道康养服务工作的主要特点是:多产业融合、多主体参与、多渠道融资、多机制运作、品牌化经营。以点及面,按照上海目前 105 个街道、107 个镇和 2 个乡,如果 JN 街道的经验能推广至每个街、镇、乡,则能为老人提供服务 2500 万人次。政府通过投入较少资金,取得较高的经济效益和社会效益。对上海大多数老年人而言,56%老年人领取的城镇养老金低于平均养老金(4038 元/月,2017 年),因而大力发展经济型社区公共康养产业,可使老年人真正有获得感。上海老年人的消费观念较为先进,愿意为健康而买单。

三、现阶段上海康养产业发展所面临的问题

(一)康养的概念尚未完全厘清

虽然“康养”早在 20 世纪就已提出,但至今尚未形成公认的概念体系。即使在康养产业较为发达的欧美国家,对康养的叫法也有较大差异,如 Health and Senior Care, Health care for the aged, health care industry 等。国内学术界将康养的概念解读为“健康+养生”,重点关注在生命养护上。产业界倾向于将“康养”理解为“健康+养老”,类同于“大健康”。

概念不清,导致康养产业在发展过程中没有指向灯。它与大健康产业、养老产业、老龄产业是何种关系?康养产业的模式、类型是什么?康养产业的核心产业与支撑产业包括哪些?概念的外延不加节制,“康养”被商业高端养老地产混同,或者概念内涵紧缩,在媒体报道中往往局限于旅游、地产等,因此迫切需要一个完整的系统的理论来界定。

(二)政策规划尚不健全

康养产业相关政策法规的推出落后于实际发展,不能很好地发挥政策的预见性和行业指导性作用。如国家卫健委等部门出台的指导意见中,主要从宏观层面上进行指导,具体的实施方案与措施较为欠缺。

目前康养城市建设主要集中在中西部地区,这自然与相关地区的自然环境、旅游资源有关,由于经济发展水平,人文背景,自然环境等存在差别,很难有现成的模式可以照搬。2019 年 8 月在上海召开的《健康城市建设中的健康治理论坛》上,“康养”尚未列入上海健康产业“5+X”布局,这势必影响健康产业对康养的支持,拖累康养产业发展的大好势头。

(三)康养产业发展模式误区和部门壁垒

事实上,上海针对老年人的社会保障体系仍处于初级阶段(托底保障:救助+供养+封闭),这种低保障度模式无法满足广大老年人群的需求,也是康养产业发展的掣肘,但片面追求高端化、完全市场化,又将有损康养产业健康发展根基。

康养产业涉及城市规划、旅游、环保、预防医学、老年学、社会学等多个学科。参与康养产业发展的主体涵盖政府有关部门、各类企业和社会组织、相关科研机构及专家、老年群体。这些主体的合作需要规划、土地、制度、政策、项目、资金、人才、机构、服务、产品等信息,因此信息交流、沟通与整合能有效促进康养产业的快速健康发展。但现在各个职能主体基本上是各自为政,未能打通部门之间的壁垒,同时康养与信息技术等新技术融合不深入,缺乏大区域高层次规划统筹及行业的整体性标准,行业发展缺乏信息的整合和有效利用。

(四)康养产业监管存在盲区

康养产业缺乏行业标准,监管也缺位。“地产养老”等模式太热,存在房地产商圈地的风险;而健康医疗在老年人服务等级、养老护理等评估标准的考核细化不够。老年健康产品频频出现欺诈现象,有较大的金融风险,这归因于产品标准和监测手段缺失,产业监管缺位。

从建设角度,康养产业大多还停留在规划设计层面,一些签约项目迟迟没有落地,康养规划成了纸面上的政绩工程。从产业模式角度看,康养产业目前以“保险”“旅游”“体验式养老”“地产养老”等发展模式为主,在产业方向上存在误区,如康养旅游只围绕着风景区进行开发,康养地产则以康养度假的名义,存在房地产商圈地的风险。

以长护险为例,这是上海推出的一项利于居家养老的措施。但目前存在等级评估环节考核标准不够细化,且医生对评估工作不热衷,对养老护理员上门服务的评估也较为粗化,护理员的服务内容是生活照料还是医疗护理,监督制度仍有缺失,因此出现一些护理员出工不出力,应付式护理,甚至发生套取护理费等个案。

(五)康养专业人才相对匮乏

康养产业包含旅游、医疗、康复等,产业模式多样,如康复理疗等,均属于大康养范畴,需要多层次的专业人员。一方面康养产业的潜力极大,需要为产业内不同专业的人才设定不同的标准。另一方康养产业的人文性也对从业人员的人文素质提出了较高要求。康养产业必须具备较高的人文底蕴、提供人文产品、充满人文关怀。目前康养行业存在着巨大的专业人才缺口,在对入行人员的教育培训中普遍忽视人文素养的培养,成为产业发展的短板。

四、对策与建议

(一)厘清内涵,加强顶层设计,重视康养产业的战略地位

抓紧战略准备期,将前端“康养”与后端“医养”相结合,构建“福利、康复、开放”的养老链。在老龄机构改革完成之机,重构以健康养老为中心的老龄工作顶层设计,建立康养产业智库,将“康养”及相关产业建设纳入老龄、卫健等“十四五”发展规划,明确“康养”的目标、重点领域和政策保障措施。作为我国经济发展的新引擎,需厘清“康养”内涵、重点领域和产业外延,科学构建制度体系,建立和完善康养产业相关的法律法规和政策体系。

一是建立康养产业智库,相关部门就产业发展、项目实施和监督管理等重大问题形成协调、会商制度,加强研判国内外健康新业态发展趋势。

二是继续加强养老服务增能、增量、增效的同时,更要大力发挥“老龄办”各相关部门在康养领域的积极作用,努力完善老

年健康服务体系。

三是重视基层开展老年工作的行政话语权,为基层老龄工作的实际工作提供助力。

四是为康养产业发展立章建制。建立制度标准,确保规范运营,加快出台和完善相关服务标准、设施标准和管理规范,如制定康养结合机构的建设标准,建立等级评定制度及评估制度,制定康养结合服务机构的准入、退出机制,规范康养结合服务市场行为。

(二)积极培育康养产业,引导产业健康发展

合理界定“托底”“公共性”“高端盈利”的边界,以公共性康养为产业基础,由基础至高端,呈金字塔状有序发展。构建多主体、多层面康养共同体,将政府、营利和非营利组织等多方主体有机结合。

一是发展康养“公”性产业,不断提高人们的健康意识,考虑多数老年群体的消费观念、经济能力,切合老年群体的康养需求,以期减少日益高昂的医药费用支出。创新政府购买服务机制,保证充足的公共型康养产品和康养服务的供给。加大财政在公益性康养产业的投入力度,大力推动医疗治疗手段、健康教育措施与康养资源的结合。建立针对性的康养服务措施,推动健康生活方式,并形成制度,包括体检、食品、保健等。

二是支持康养产业中属于非公益性的部分,以市场调节为主,积极探索社会力量参与机制,积极推动与保险结合,规范康养保险制度运营,形成政府、企业、个人多方共担,财政、医保基金、个人账户缴费多渠道筹集、动态可持续的康养保险筹资机制,大力推动康养服务医保异地结算制度,建立“康养结合”服务模式市场化运作机制。政府依法监管,鼓励良性竞争,抢滩国际康养市场,深耕多元化的康养市场需求,不断提升康养服务质量和康养产品品质,提升行业整体竞争力。同时建议对老年人生活服务相关行业强化安全监管,采取税收优惠政策,使经营者能有适当营利和拓展产业的能力,坚持社会效益与经济效益相结合。这既可解决老人的医疗和养老难题,也可促进养老行业整体水平的提高。

三是结合大数据,重视差异化需求,构建一体化综合管理平台。随着老龄化社会的发展,日益需要我们细分不同年龄段,不同健康水平人群的差异化需求。康养产业应利用互联网信息技术、大数据分析等技术优势,精准提炼不同人群的康养需求,形成一体化综合管理平台,提供精准前瞻的数据支撑,拓展已有的产业链,促进产业技术升级。

四是积极谋划长三角区域康养产业的统筹发展。长三角各地共同面临人口老龄化压力,同时区域内交通便捷,人口流动性大,老年群体旅居养老、随迁养老等多种类型的异地养老现象十分普遍,可以通过区域合作更充分地实现区域的资源整合优势互补。制定行业的整体性标准,建立大区域的高层次规划统筹,让上海的市民能享受到周边地区的青山绿水,让周边区域的民众也能享受到上海的医护资源。

(三)加快标准建设,强化行业综合监管,重视人才培养

一是加快服务标准建设,强化行业综合监管。“综合监管”,强调部门之间的联合管理、联合执法、联合惩处;“综合评价”,强调对养老服务机构开展结果与过程相统一的评价。建立政府监管、行业自律和社会监督相结合的治理体制,更多发挥信用联合惩戒、行业禁入等措施作用,预防不规范、不诚信行为。建议将“上海健康云”的成功模式,扩展至家庭护理、日间照护等领域,推动实现健康产业治理监管现代化。

二是加快培养康养专业人才。制定行业准则,设置准入门槛,规范操作标准,促进整个大健康产业自身的健康运行与发展。增加康养行业专业人才的培养和辅助人员的专业技能培训,并将其纳入人力资源资格管理范畴,积极扩充相关专业人才队伍,补足

行业人才和劳动力短板。鼓励上海各级公共医疗机构在医疗项目、医疗手段和人员交流进修等方面与康养基地进行合作。

(四)立足上海,发挥优势,培育具有上海特色的康养产业

上海在发展康养产业中具备独特优势,应利用上海领先的医教资源优势,培养康养专业人才,为康养受众提供健康保障。

一是重视老年教育,提高群众康养意识。加强康养的观念教育,知识教育,实践教育,形成全民健康教育、社区教育的局面。通过精准健康教育,使老年人建立正确的健康意识,掌握科学的养生方法,了解自身的体质状况。政府应鼓励社区创造康养环境,利用上海领先的医教资源优势,为康养受众提供健康知识的宣讲和进行防伪、防骗、防假警示,以减少老年人受骗的概率。

二是促进社区治理现代化。开放社会资源,鼓励引入社会多元产业,满足社区全龄人群的康养需求,以公共性康养为产业基础,由基础至高端,呈金字塔状有序发展。创新政府购买服务机制,保证康养公共型产品和服务的供给。加大财政在公益性康养产业包括体检、康复、保健等领域的投入,以社区基层为中心,使“综合为老服务中心”“社区卫生服务”和“智慧健康小屋”等资源产生正向叠加融合。

三是积极推动传统医学、海派中医与“康养”融合,规范中医药特色老年医疗和康复促进中医药与养老服务结合。例如,构建中医药特色老年饮食标准,制定符合老年人饮食结构的食疗食养标准;针对慢性疾病、失能、失智老人功能障碍,结合传统疗法,综合运动治疗、作业治疗、言语治疗、物理治疗、针灸、推拿、拔罐,进行中医药特色老年康复;同时重视心理状态的疏导,以改善机体功能,提高生活质量。发扬中医传统疗养技术,包括针灸疗养、推拿疗养、中药及药浴熏蒸疗养,功法如太极拳、八段锦等,达到食、疗、养、锻炼相结合,健体、舒心、延年益寿。

五、结语

人口老龄化的加速发展、疾病谱的变化(慢性非传染性疾病、心理疾病的患者逐年增长,传染性疾病威胁仍然存在),警示我们必须把握住战略准备期,积极进行养老模式的转变,将后端“医”养老延展至前端“康”干预,打通医养与康养之间的沟壑,实现“福利+康复+开放”的养老模式。康养产业的发展是自然条件、空间要素和适度市场化共同作用的结果,需要政府根据老年工作实际情况,结合区域特点(经济、金融、人文、环境、物产等),进行顶层设计,将政策落到实处。康养产业的良性发展,有助于缓解上海社会老龄化带来的压力,从而促进整个社会健康和谐发展。

参考文献:

[1]臧少敏.老年期健康管理服务新模式的构建[J].老龄科学研究,2015,3(8):67-72.

[2]Matt Kaeberlein,Peter S Rabinovitch,George M Martin.Healthy Aging:The Ultimate Preventative Medicine [J]. Science, 2015, 350(6265):1191-1193.

[3]Marco Pahor,J M Guralnik,S D Anton,et al. Impact and Lessons From the Lifestyle Interventions and Independence for Elders (LIFE) Clinical Trials of Physical Activity to Prevent Mobility Disability[J].J Am Geriatr Soc, 2020, 68(4):872-881.

[4]上海市民政局,上海市老龄工作委员会办公室,上海市统计局.2017年上海市老年人口和老龄事业数据手册 [EB/OL], 2018-3-29.

[5]龚秀全. 医养融合的实现路径及其策略性嵌入——以上海为例[J]. 华东理工大学学报(社会科学版), 2016(5):95-103.

[6]Aldrich N, Benson WF. Disaster Preparedness and the Chronic Disease Needs of Vulnerable Older Adults[J]. Prev Chronic Dis, 2008, 5(1):A27.

[7]Maigeng Zhou, Haidong Wang, Xinying Zeng, et al. Mortality, morbidity, and risk factors in China and its provinces, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017[J]. Lancet, 2019, 394(10204): 1145-1158.

[8]上海市卫生健康委员会, 上海市卫生计生信息中心. 2018年上海市卫生健康统计数据[EB/OL]. 2019-5-14.

[9]何莽. 中国康养产业发展报告(2017)[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2017, 658.

[10]柏方敏, 王明旭. 湖南森林康养发展新探索[J]. 国土绿化. 2017(1):14-17.

[11]2017年上海市老年人口和老龄事业数据手册[EB/OL]. 2018-3-29.

[12]关于推进养老服务发展的意见国办发[2019]5号[EB/OL]. 2019-3-29.