

人口老龄化背景下县域乡村慢病医养资源整合的困境与对策研究

——以广西南宁地区为例

何英姿*, 谢宜欣, 聂怡情, 熊雅君#

南宁学院商学院, 广西 南宁

收稿日期: 2026年1月29日; 录用日期: 2026年3月12日; 发布日期: 2026年3月20日

摘要

随着我国人口老龄化进程持续加快, 乡村地区老龄化特征日益凸显, 老龄化与慢性病高发的双重叠加效应成为基层健康治理的核心挑战, 县域乡村慢病医养资源整合成为破解老龄化背景下医疗养老供需矛盾、保障农村老年群体健康权益的关键。本文以广西南宁地区为研究对象, 在梳理县域乡村、慢病医养、资源整合等核心概念的基础上, 基于协同治理、资源依赖及健康管理理论, 结合南宁地区县域乡村人口老龄化特征、慢病流行现状与医养资源供给实际, 分析老龄化背景下资源整合在配置均衡性、协同机制、服务能力及支撑保障方面存在的突出问题, 最终提出优化资源配置、构建多元协同机制、提升服务质量、完善保障体系的对策建议, 为推动南宁地区及同类县域乡村积极应对人口老龄化、实现慢病医养服务高质量发展提供理论参考与实践借鉴。

关键词

人口老龄化, 老龄化, 县域乡村地区, 慢病医养, 资源整合, 南宁地区

Study on the Dilemmas and Countermeasures of Resource Integration for Chronic Disease Medical and Elderly Care in County-Rural Areas under the Context of Population Aging

—A Case Study of Nanning Area, Guangxi

*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 何英姿, 谢宜欣, 聂怡情, 熊雅君. 人口老龄化背景下县域乡村慢病医养资源整合的困境与对策研究[J]. 老龄化研究, 2026, 13(3): 667-676. DOI: 10.12677/ar.2026.133083

Yingzi He*, Yixin Xie, Yiqing Nie, Yajun Xiong#

College of Business, Nanning University, Nanning Guangxi

Received: January 29, 2026; accepted: March 12, 2026; published: March 20, 2026

Abstract

With the accelerated process of population aging in China, the characteristics of aging in rural areas have become increasingly prominent, and the dual superposition effect of aging and high incidence of chronic diseases has become a core challenge for grassroots health governance. The integration of medical and elderly care resources for chronic diseases in county-rural areas has become the key to solving the contradiction between the supply and demand of medical and elderly care against the background of aging and safeguarding the health rights and interests of the rural elderly group. Taking Nanning area of Guangxi as the research object, on the basis of sorting out the core concepts such as county-rural areas, chronic disease medical and elderly care, and resource integration, this paper, based on the theories of collaborative governance, resource dependence and health management, combines the characteristics of population aging, the prevalence of chronic diseases and the actual supply of medical and elderly care resources in county-rural areas of Nanning area, analyzes the prominent problems existing in resource integration in terms of allocation balance, collaborative mechanism, service capacity and support guarantee under the background of population aging. Finally, it puts forward countermeasures and suggestions including optimizing resource allocation, establishing a multi-stakeholder collaborative mechanism, improving service quality and perfecting the guarantee system, so as to provide theoretical reference and practical reference for promoting Nanning area and similar county-rural areas to actively respond to population aging and realize the high-quality development of chronic disease medical and elderly care services.

Keywords

Population Aging, Aging, County-Rural Areas, Chronic Disease Medical and Elderly Care, Resource Integration, Nanning Area

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 前言

在我国医疗卫生体系改革与乡村发展转型的宏观背景下，县域乡村作为城乡二元结构下的关键场域，其慢性病防控与老年医养服务供给能力长期处于薄弱环节[1]。随着人口老龄化加剧与慢性病流行趋势的演变，县域乡村面临着老年慢性病患者规模扩大、医养服务需求多元化与资源供给不足、配置碎片化之间的结构性矛盾[2]。

既有研究多聚焦于城市老龄化背景下的医养结合模式或东部发达地区的县域实践，对中西部民族地区县域乡村应对人口老龄化的慢病医养资源整合研究相对匮乏，缺乏针对性的理论探讨与实践分析。近年来，国内学界围绕老龄化背景下的县域医养结合研究主要聚焦三方面：一是张雪等结合乡村人口老龄化特征，发现县域老年慢性病管理存在结构性失衡，乡村针对老年群体的医养服务供需差距显著，失能、半失能老年慢病患者的长期照护资源尤为短缺[3]；二是在多主体协作与治理模式方面，周俊等通过调研

发现, 县域应对人口老龄化的医养结合多元主体间的协作多为临时性、被动性的, 缺乏适配老龄化发展需求的制度化协作框架, 难以形成应对乡村老龄化的医养服务合力[4]。而朱松梅等则从多元共治视角出发, 指出行政壁垒、权责不清、利益分配机制缺失是阻碍老龄化背景下医养资源整合的核心因素, 导致基层老年慢病医养服务呈现碎片化特征[5]; 三是黄晓等研究表明, 广西民族地区县域乡村受老龄化程度加深、地理条件制约等因素影响, 老年医养资源可及性差, 难以满足农村老年群体的慢病诊疗与养老照护需求, 但现有研究多为宏观层面的现状解读, 缺乏对老龄化背景下具体问题与解决路径的深入剖析[6]。

以南宁地区为例, 其县域乡村作为广西典型的中西部民族地区乡村代表, 人口老龄化程度呈逐年加深趋势, 60岁及以上农村老年人口占比远超城镇, 且老年人群慢性病患病率达70.2%, 形成规模庞大的老年慢病医养需求群体, 但当地医养资源空间分布不均, 适配老龄化发展需求的多元主体协作机制不完善, 信息与权责壁垒显著, 严重影响了老年慢病群体服务的连续性与可及性。因此, 本研究立足南宁地区县域乡村的具体场域, 结合乡村人口老龄化发展特征、民族地域特点与老年慢病医养服务实际需求, 系统剖析其老龄化背景下慢性病医养资源整合的现实梗阻, 构建科学高效的整合路径, 不仅有助于回应农村老年居民对连续性、整合型健康服务的现实需求, 也为中西部民族地区县域乡村积极应对人口老龄化、完善基层老年健康治理体系、推动城乡老年健康公平提供了实证依据与政策参考[7], 具有重要的理论价值与实践意义。

2. 相关概念与理论基础

2.1. 核心概念界定

2.1.1. 县域乡村的含义

县域乡村: 以县级行政区为范围, 涵盖乡镇、行政村及自然村, 是连接城乡的枢纽, 兼具治理、医疗、养老等功能, 农业人口占比高, 医养资源相对薄弱。

2.1.2. 慢性病与慢病医养的含义

慢性病与慢病医养: 慢性病指病程长、隐匿难愈的疾病(如心脑血管病、糖尿病等)。慢病医养是融合医疗康复、健康管理与养老照护的综合服务, 核心是满足患者长期连续的健康养老需求。

2.1.3. 资源整合的定义

资源整合: 对区域内政府、医疗机构等主体的医养、人力、资金、信息等资源进行统筹配置与协同运用, 打破壁垒、高效联动, 实现资源利用与服务供给最优化。

2.2. 理论基础

2.2.1. 协同治理理论

协同治理理论: 主张政府、市场、社会组织等多元主体通过制度化协作, 打破壁垒、整合资源, 实现公共利益最大化。该理论为破解县域医养资源碎片化、构建协作框架提供了理论支撑。

2.2.2. 资源依赖理论

资源依赖理论: 认为组织的生存与发展依赖外部资源, 不同组织通过资源交换与合作实现共赢。在慢病医养资源整合中, 医疗机构依赖养老机构的场地与照护资源, 养老机构依赖医疗机构的医疗技术资源, 政府则提供政策与资金支持, 各方基于资源依赖形成合作共同体, 是资源整合的重要动力。

2.2.3. 健康管理理论

健康管理理论: 以个体或群体健康为核心, 通过健康监测、风险评估、干预指导等一系列流程, 实

现健康维护与疾病预防。该理论为慢病医养服务提供了核心逻辑，要求资源整合过程中注重慢性病的前期预防、中期治疗与后期康复全程管理，提升服务的针对性与连续性。

3. 广西南宁地区县域乡村慢病医养资源整合现状

3.1. 南宁地区县域乡村基本概况

南宁市下辖横州市、宾阳县、上林县、马山县、隆安县 5 个县(市)，县域乡村地域广阔，人口分布呈现城镇高密度集聚、乡村低密度分散的地理学特征，农村老年人口规模持续扩张，区域人口老龄化程度呈逐年加深趋势。我国人口老龄化已进入深度发展阶段，农村地区呈现老龄化速度更快、程度更深、空巢化与失能化更突出的“城乡倒置”特征，青壮年劳动力外流进一步弱化家庭养老功能，使得农村老年慢病群体医养刚需呈现刚性化、长期化、复合化特征。根据《南宁市第七次全国人口普查公报》(2021 年)及南宁市卫生健康委员会《2024 年南宁市老年健康服务统计监测报告》数据测算，南宁县域乡村 60 岁及以上人口比重较城镇高出 3~5 个百分点，65 岁及以上老年人群慢性病患者率达 70.2%，患病类型以高血压、糖尿病、脑血管病、缺血性心脏病、慢性阻塞性肺病为主，形成规模稳定的慢病医养刚性需求群体。受地理空间条件约束，县域乡村居民居住分散性特征显著，部分偏远行政村至县级医疗机构直线距离超过 50 公里，老年群体行动能力受限，高龄、失能、空巢老人就医可及性短板被空间距离进一步放大，就近化、一站式、连续性医养服务成为应对农村老龄化的核心民生诉求，对社区就近化慢病诊疗、康复护理、长期照护服务的可及性需求显著高于城镇群体。伴随农村居民人均可支配收入提升与健康素养水平提高，服务需求由基础医疗保障向中医药健康调理、智慧化康养监测、个性化膳食营养干预等多元化方向延伸，对医养资源系统性整合提出专业化、精细化要求。

3.2. 医养资源供给现状

3.2.1. 医疗资源布局

构建形成县级医院为核心枢纽、乡镇卫生院为中间节点、村卫生室为基础网底的三级农村医疗卫生服务网络体系，全域推进 5 个县域医疗卫生次中心标准化建设工程，应对农村老龄化与慢病高发，基层医疗网络承担着老年健康筛查、慢病规范管理、急慢分治、双向转诊的关键枢纽功能，根据《南宁市 2023~2024 年基层医疗卫生机构能力建设实施方案》公示数据，累积配置腹腔镜系统、多层螺旋 CT 等大型医疗设备 50 件，建成标准化手术室 3 个，县域内常见病、多发病诊疗可及性显著提升。村卫生室标准化覆盖率持续提升，基本慢病检测设备配置率达到规定标准，承担慢病筛查、随访等基本公共卫生服务职能。面向老龄化与慢病管理需求，基层网底是实现老年健康管理关口前移、降低慢病重症化与失能风险的第一道防线。依托《广西壮族自治区紧密型县域医共体建设实施方案(2022~2025 年)》政策框架，推动县域内公立医疗机构资源统筹，打包医保资金、财政投入和基本公共卫生经费，建立医保总额预付、结余留用、合理超支分担的运行机制，上林县医共体建设试点成效监测数据(南宁市医改办 2024 年度报告)显示，该机制推动优质医疗资源向乡镇层级下沉，白圩镇卫生院具备慢病相关肿瘤手术诊疗能力，2024 年完成结肠癌手术 1 例，70 岁患者个人自付费用仅 2000 元。

3.2.2. 养老资源配置

形成机构养老、社区养老、居家养老协同互补的农村养老服务供给体系，在农村老龄化加剧、家庭照护能力持续弱化的背景下，三位一体养老体系成为承接老年慢病患者长期照护的主体框架。依据《南宁市民政事业发展统计公报(2024 年)》数据，县域范围内建成康养服务中心 3 家，核定养老院床位 614 张，其中马山县康养服务中心获批自治区农村失能老年人集中照护服务试点与医养结合示范机构。以乡镇卫生院、村党群服务中心建设日间照料中心、长者食堂等嵌入式养老设施，提供助餐、助医、助洁等

基础养老服务, 2024 年青山康养服务中心运营数据显示, 累计为周边乡村长者提供配餐服务 3500 人次。根据《南宁市养老产业发展三年行动方案(2024~2026 年)》, 全市正加大护理型床位、认知障碍照护床位和临终关怀床位供给, 鼓励一级、二级医院转型为康复医院、护理院, 支持基层医疗卫生机构调整床位结构, 推进老年友善医疗机构建设。

3.2.3. 医养融合供给

推进养老机构内设医疗服务、医疗机构增设养老服务的双向融合模式, 养老机构与周边医疗机构建立常态化业务协作关系, 马山县康养服务中心与白山镇卫生院协作案例(2024 年南宁市医养结合工作台账)显示, 双方建立双向转诊机制, 开通中医药康复特色服务, 实现诊疗数据区域内共享。“互联网 + 护理服务”向县域乡村延伸, 南宁市卫生健康委《2024 年“互联网 + 护理服务”运行报告》数据显示, 82 家医疗机构、6557 名护理人员入驻南宁云医院平台, 可为行动不便的慢病患者提供上门换药、鼻胃管护理等服务, 累计发放惠民补贴 73 万元。家庭医生签约服务覆盖县域乡村重点人群, 组建由全科医师、中医师、康复师等构成的服务团队, 开展慢病随访、健康管理等工作。上林县基层卫生人才培养专项报告(2024)显示, 该县通过基层医疗卫生机构全科医生转岗培训、农村定向免费医学生培养等方式强化人才支撑, 白圩镇卫生院定期组织健康讲座和义诊活动, 提升乡村居民慢病防治意识。同时, 推进中医药与养老融合发展, 建设中医药特色医养结合示范基地, 探索“慈善 + 农村养老”新模式, 鼓励慈善力量参与公益性农村养老服务。

3.3. 资源整合服务成效

3.3.1. 服务网络初步成形

通过县域医疗卫生次中心建设与优质医疗资源下沉工程, 带动周边乡镇卫生院技术进步, 基层慢病诊疗能力显著提升, 基层慢病诊疗服务能力得到结构性改善, 基层服务能力提升直接降低老年慢病患者外转就医比例, 缓解老龄化带来的就医出行压力。南宁市基层卫生健康服务质量报告(2024)显示, 基层医疗机构新增四维颈椎腰椎牵引等新技术项目应用 1200 余次, 县级医院 31 名骨干医师定期下沉坐诊、查房, 有效缓解乡村居民“看病远”问题。“15 分钟基本医疗卫生服务圈”向乡村延伸, 部分县域核心乡镇实现慢病取药、常规体检、康复护理等服务就近可达。截至 2024 年 12 月, 依据广西壮族自治区卫生健康委统计数据, 南宁市新增 10 个安宁疗护中心(病区)、5 家医养结合机构, 医养结合机构数和床位数均居全区首位, 良庆区被命名为全国医养结合示范县(市、区), 3 个老年友善医疗机构创建经验入选国家典型案例集。

3.3.2. 慢病管理效率提升

依托家庭医生签约服务和健康档案动态管理, 县域乡村高血压、糖尿病等重点慢病规范管理率持续提高, 友爱南社区卫生服务中心等基层机构通过定期复诊提醒、血糖波动应对指导等措施, 帮助慢病患者平稳控制病情。中医药融入慢病医养服务, 榕树家中医诊所等机构打造“15 分钟中医服务圈”, 为乡村居民提供慢病调理、康复理疗等特色服务。中医药适宜技术成本低、适配性强, 适合农村老年慢病群体健康调理与康复需求。上林县县乡医疗卫生一体化改革十年成效评估报告(2024)数据显示, 该县县级医院门急诊人次、住院人次较 2014 年分别增加 45.62%和 77.39%, 三四级手术量增长 280%, 成功通过国家胸痛中心、卒中中心认证, 实现“小病就近看, 大病少出县”目标。

3.3.3. 特殊群体保障强化

针对农村失能、半失能老年人, 构建“居家护理 + 机构照护 + 长护险支持”的服务体系, 马山康养服务中心等机构提供 24 小时“医·养·护”一体化服务, 南宁云医院平台上门护理服务覆盖县域乡村

特殊群体超 1 万人次(2024 年运营数据)。县域内养老机构护理型床位占比稳步提升,向 2025 年底不低于 60%的目标推进,失能老年人照护需求得到部分满足。推进基层医疗卫生机构和医护人员进村(社区)巡诊机制,为居家高龄失能失智老年人提供家庭病床、上门巡诊等服务,强化特殊慢病群体兜底保障。

4. 广西南宁地区县域乡村慢病医养资源整合存在的问题分析

4.1. 资源配置失衡,供给与需求错位

4.1.1. 空间分布不均衡

优质医养资源集中投向县域医疗卫生次中心所在乡镇,上林县、马山县等山区县的偏远村落资源匮乏,部分村卫生室仅配置 1 名医务人员,慢病检测、康复训练等设备配置缺口较大,难以满足日常慢病管理需求(南宁市 2024 年基层医疗机构资源普查数据)。县级医院与乡村医疗机构之间资源差距显著,大型诊疗设备、优质医疗人才多集中于县城,乡村仅能提供基础慢病筛查服务。城乡资源梯度差距与农村老龄化快速推进形成矛盾,导致老年慢病优质服务可及性不足。尽管南宁市提出 2025 年底 7 个县(市、区)基本建成紧密型县域医共体、县域就诊率达 90%以上的目标,但偏远乡村资源短板仍制约目标落地,部分村落距共享中心过远,无法有效享受区域诊断共享中心服务。

4.1.2. 供给结构失衡

现有服务供给以基础医疗服务和传统生活照料为主,糖尿病足康复、脑卒中后遗症专科护理等慢病专项康复服务供给缺口显著,老年慢病后期康复与失能照护需求随老龄化快速上升,专项服务供给不足直接影响生活质量与独立生活能力。中医药调理、老年心理慰藉等个性化服务供给规模不足(南宁市医养结合服务需求调研报告 2024)。护理型床位规模逐步扩充,但重度失能、认知障碍等特殊慢病老人的专业照护床位缺口较大,难以匹配“重病需医、慢病需养、失能需护”的多层次需求。《南宁市养老产业发展三年行动方案(2024-2026 年)》明确提出加大认知障碍照护床位和临终关怀床位供给,但目前县域乡村相关床位占比不足 10%,与实际需求差距显著。

4.1.3. 需求响应滞后

资源配置缺乏基于慢病流行病学特征的精准测算,部分乡村高血压患者占比超 30%,但降压药物储备量、慢病随访频次未达到规范化标准(南宁市 2024 年慢病管理质量抽查数据)。针对农村老年人使用智能设备能力弱的特点,“互联网+护理服务”线上预约渠道利用率低,线下上门服务覆盖范围有限。对比防城港市上思县(国家基层卫生健康综合试验区)的“刷脸支付”“电子健康码一码通行”等智慧服务,南宁县域乡村数字化服务适配性不足,老年慢病患者操作不便,未能充分发挥数字技术的便民作用。

4.2. 整合机制不畅,多主体协同不足

4.2.1. 部门协同缺失

卫生健康、民政、医疗保障、财政等职能部门围绕医养结合工作缺乏常态化统筹协调与规划衔接机制,应对老龄化与慢病医养整合,需要跨部门系统治理,碎片化管理导致政策与资源难以形成合力。卫生健康部门聚焦医疗服务能力提升,民政部门聚焦养老设施建设,医保部门负责报销政策制定,导致医养资源规划衔接不畅,双向转诊流程衔接效率偏低,增加慢病患者就医周转成本(南宁市医养结合工作协调机制运行评估 2024)。部分乡村养老机构与乡镇卫生院虽签订业务协作协议,但缺乏可落地的执行细则与考核约束,协作效能未达到预期目标。

4.2.2. 机构合作松散

医疗机构与养老机构多为浅层次合作,以转诊推荐、定期坐诊为主,未形成深度融合的服务体系。

医疗数据共享机制不健全，乡村卫生室、乡镇卫生院、县级医院之间的慢病患者健康档案未能完全互联互通，存在“信息孤岛”，导致慢病诊疗、康复护理衔接不畅，重复问诊、重复检查现象仍有发生(南宁市医疗卫生信息化建设报告 2024)。虽推进紧密型县域医共体建设，但部分区域医共体内部数据整合滞后，未建成覆盖县乡村三级的一体化信息管理平台，慢病管理缺乏连续数据支撑。

4.2.3. 社会力量参与动力不足

民间资本参与县域乡村医养服务的意愿偏低，缺乏针对性激励政策，现医养机构以公办为主，市场化运营活力未能充分释放(南宁市社会资本办医养结合机构现状调查 2024)。村集体经济、社会组织等参与度低，未能充分发挥乡村本土资源优势，如部分村落闲置校舍、乡村志愿者队伍建设滞后，难以补充专业服务力量。尽管政策支持金融机构开发养老金融产品、鼓励商业保险机构推出综合性健康保险，但县域乡村落地案例较少，社会资本投入仍受限于盈利预期和风险顾虑。

4.3. 服务能力不足，质量与效率偏低

4.3.1. 人才队伍薄弱

县域乡村医养机构人才引进难度大、留存率偏低、培养体系不完善的问题突出，农村老龄化持续深化，但医养专业人才“引不进、留不住、养不起”，成为制约服务能力的核心瓶颈。乡镇卫生院慢病诊疗、康复护理等专业人才匮乏，村卫生室医务人员多为“全科型”，缺乏慢病管理专项培训。南宁市基层卫生人才流动监测数据显示，32 人次医护骨干外出进修后，部分未返回乡村服务，人才流失严重；基层医务人员待遇偏低、晋升渠道狭窄，导致服务积极性不足，慢病随访流于形式、健康指导专业性不足。尽管邕宁区等区域推行紧密型县域医共体“县管乡用”“乡聘村用”制度，建立“人才编制池”，但全市层面人才激励政策落实不均，大学生乡村医生编制保障仍需加强，上林县通过奖励制度、人才引进绿色通道留住人才的经验尚未全面推广。

4.3.2. 技术水平有限

乡村医疗机构难以开展复杂慢病诊疗和康复项目，如脑卒中、缺血性心脏病等慢病的后续康复训练多依赖县级医院，乡村仅能提供基础护理。“互联网 + 医疗健康”技术应用少，部分偏远乡村网络信号弱，南宁云医院平台服务难以覆盖，远程会诊、线上慢病咨询等服务开展受限，服务效率提升受限(南宁市乡村数字医疗基础设施普查 2024)。对比上思县融入 AI 大模型、建设县级诊断中心的做法，南宁县域乡村缺乏智慧诊疗辅助工具，村医专业支持不足，慢病诊疗精准度有待提升，且未实现“分布式检查，集中式诊断”的全域覆盖。

4.3.3. 服务规范缺失

慢病医养服务操作规范与质量标准尚未实现县域乡村全覆盖，乡村医疗机构慢病筛查、随访、康复指导等流程缺乏统一规范，服务质量参差不齐。部分养老机构护理人员未接受专业培训，对慢病患者的用药提醒、病情监测等服务不规范，存在安全隐患；医养结合服务质量评价与监管机制尚未完全建立，全过程监管效能不足(南宁市 2024 年医养结合服务质量抽检报告)。“两师两中心”标准化建设和“六病共管”慢病管理体系在基层落地深度不足，村卫生室、养老服务站点规范化水平有待提升。

4.4. 支撑保障薄弱，可持续性受限

4.4.1. 资金投入结构与使用效率有待优化

南宁市财政局 2024 年基层医疗卫生投入数据显示，全市累计投入 2.18 亿元用于基层医疗设施建设，但县域乡村医养资源整合资金缺口仍较大，偏远村落卫生室标准化改造、慢病专业设备购置缺乏资金支

持。老龄化与慢病医养整合需要长期稳定投入，专项经费不足难以支撑设施、设备、人才同步升级。财政补贴多集中于机构建设，运营补贴不足，部分乡村医养服务站点因资金短缺难以维持日常运营，长护险覆盖范围有限，农村居民支付压力较大。市级及县(市、区)财政虽明确新增卫生健康支出向基层倾斜，但紧密型县域医共体财政补助资金重新分配机制尚未完全理顺，部分区域存在资金使用效率不高问题。

4.4.2. 政策配套体系针对性不足

医保支付政策未能充分适配乡村医养结合服务，部分上门护理、康复理疗项目未纳入医保报销，慢病居家医养服务经济负担较重(南宁市医保局 2024 年医保支付范围调研数据)。土地保障政策不健全，乡村医养机构建设用地审批流程复杂、周期长，制约服务设施扩建。针对乡村医养人才的专项激励政策缺失，如住房补贴、子女教育优惠等政策未落实，难以吸引人才扎根乡村。尽管政策鼓励开发养老金融产品和综合性健康保险，但县域乡村居民参保意愿和支付能力有限，金融支持未能有效转化为服务可持续性动力。

4.4.3. 信息化支撑体系建设滞后

县域乡村医养信息化建设整体水平偏低，部分村卫生室仍采用纸质健康档案，电子健康档案动态更新率与跨机构共享率未达到标准要求(南宁市 2024 年医疗卫生信息化绩效评价)。智慧康养设备应用有限，仅青山康养服务中心等少数机构配备睡眠监控、智慧查房等设备，多数乡村医养机构缺乏智能监测设备，难以实时掌握慢病患者病情变化，服务精准度不足。尚未全面构建像上思县那样打通医疗、公卫、医保数据的一体化平台，电子健康码“一码通行”未覆盖全部县域乡村，互联网医院优质资源下沉效果受限，慢病管理仍受限于传统模式。

5. 推进县域乡村慢病医养资源整合的对策建议

5.1. 优化资源配置体系

5.1.1. 精准统筹县域医养资源布局

打破资源条块分割，建立基于老龄化程度、慢病患病率、人口老龄化程度与服务半径的动态调配机制，将优质资源优先向老龄化程度深、留守老人多、慢病高发的乡村地区倾斜。推动城区闲置医疗设备、护理人员下沉，建立“县-乡-村”三级医养资源流动池，通过移动体检车等开展偏远乡村巡回诊疗，重点保障深度老龄化区域农村老年慢病人群基础诊疗需求。在经济落后村设立“慢病健康服务点”，依托村卫生室搭建诊疗与照护阵地，打通老龄化背景下医养服务“最后一公里”，重点覆盖偏远老龄化乡村[8]。

5.1.2. 补齐乡村医养硬件与人才短板

结合深度老龄化背景下生理心理特点，构建差异化财政转移支付机制，专项支持乡村卫生室设备配置与人员培训，为养老服务中心改造适老化设施，全面适配老年群体的身体机能与使用需求。加强乡村体育设施建设，为慢病老年人提供充足的身体活动空间。实施“乡聘村用+对口支援”人才机制，完善村医薪酬体系，组织县级专家驻点乡村，重点培养适配老龄化慢病医养需求的复合型人才。联合本地职业院校开设定向培养班，增设老年照护、老年心理、慢病康复等课程，签订服务协议，提升人才留存率，筑牢人口老龄化背景下的乡村医养人才基础。

5.2. 构建多元协同整合机制

5.2.1. 搭建医养机构联动协作网络

针对农村地域分散、老龄化程度区域差异大的特点，在偏远乡村推行“移动医养服务包”，组建流

动服务团队定期进村提供服务，保障深度老龄化区域老年慢病人群就近就医需求[9]。建立慢病患者转诊绿色通道，对经济落后村老年慢病患者实行“先诊疗后付费”和跨机构医保直接结算，降低就医门槛，减轻老龄化背景下农村老年群体的就医经济与流程负担。鼓励乡村间组织集体体育项目，扩大老年人社会交往范围，改善身体活动干预慢病效果，适配老龄化背景下老年群体的身心需求，丰富精神养老服务。

5.2.2. 打通医养信息共享壁垒

在县域慢病医养信息平台增设乡村健康科普专栏，结合农村老年人的认知特征，推送方言版、图文版慢病防控与老龄化健康养生知识，提升老年群体防控意识[10]。为偏远乡村老年慢病患者配备简易操作、带有一键呼叫功能的智能健康手环，实现健康数据实时监测与远程预警，适配老龄化背景下老年群体的使用能力，提升慢病管理精准度[11]。推广“电子健康卡 + 养老服务卡”一卡通，支持跨机构信息查询与服务结算，简化操作流程，方便老年患者就医结算。

5.3. 提升服务供给质量

5.3.1. 打造个性化慢病医养服务包

针对深度老龄化背景下农村老年慢病高发特点，开发“预防→诊疗→康复→照护”全周期服务包，重点覆盖高血压、糖尿病等病种。由家庭医生、护理员、村医组成专属服务团队，为偏远乡村老人提供上门随访、用药指导和康复训练，全程适配老年群体的行动能力与照护需求。引入中医适宜技术，推广慢病中医调理等特色服务，契合农村老年群体的健康服务偏好与老龄化养生需求[12]。为农村老年人制定适配其身体机能的个性化身体活动指南，引导健康生活方式，从源头降低老龄化背景下慢性病发生风险[13]。

5.3.2. 增强群众信任与服务粘性

开展“健康乡村行”科普活动，通过义诊、乡村广播等方式，重点向农村老年群体普及老龄化与慢病防控知识，提升村民尤其是老年群体的慢病自我管理意识，改变“大病进城”就医习惯[14]。鼓励设立民间体育社团，配备指导员，推动慢性病老年人开展休闲性身体活动，丰富老龄化背景下的乡村医养服务形式。建立服务评价激励机制，对病情控制好的老人给予就诊优惠，重点向经济困难老人倾斜。推广“家庭病床”和“养老顾问”制度，让村民在家门口享受专业服务，夯实人口老龄化背景下基层医养服务的群众基础。

5.4. 完善政策保障与支撑体系

5.4.1. 健全医养融合激励约束机制

将偏远乡村慢病医养服务覆盖率、老龄化健康知识普及率、健康知识普及率纳入机构考核指标，考核结果与财政补助、评优评先挂钩，强化机构对农村老年群体的服务意识，适配老龄化服务需求。探索医保基金向预防和康复领域延伸，对老年慢病患者实行按人头打包付费，将居家养老照护、乡村巡回诊疗费用纳入医保支付，减轻老龄化背景下老年群体的医养经济负担。设立县域医养融合专项基金，对参与偏远乡村服务的机构给予运营补贴，对经济困难的老年慢病患者减免医疗费用，兜底保障老龄化背景下困难老年群体的医养需求[15]。

5.4.2. 推动“医”“防”“养”深度融合

在乡村推行“健康积分制”，鼓励村民尤其是老年群体参与慢病筛查、健康讲座等活动，积分可兑换药品、体检等服务，提升老龄化背景下老年群体的健康参与度与自我管理能力[16]。鼓励医院设立“慢病预防与康复科”，增设老年病专科与老年康复门诊，养老机构增设“健康管理站”，在偏远乡村建立

“医防养”一体化服务点,实现人员互聘、服务互通,全面适配深度老龄化背景下的慢病医养全程需求。

6. 结论

在人口老龄化加剧与乡村慢病高发的双重背景下,我国农村地区深度老龄化特征日益凸显,“未富先老”“未备先老”的问题叠加慢性病高发,成为基层健康治理的重大挑战,县域乡村慢病医养资源整合是提升基层健康保障能力、积极应对人口老龄化、推进健康中国建设的关键举措。本研究以南宁地区为样本,梳理了深度人口老龄化背景下当地县域乡村慢病医养资源整合的现状与困境,发现其虽已初步构建以紧密型县域医共体为载体的医养服务框架,取得阶段性成效,但仍面临资源分布不均、协同机制不畅、服务能力不足、政策支撑薄弱等问题,难以适配深度老龄化带来的多元化、多层次、专业化的慢病医养需求[17]。推进县域乡村慢病医养资源整合,需以“健康为中心”为核心导向,紧扣深度老龄化背景下农村老年群体的生理、心理与服务需求特征,通过精准统筹资源布局、深化多元协同机制、提升全周期服务供给能力、完善政策保障体系,构建“医-防-养”一体化的整合模式,方能有效满足农村老年群体的健康需求,为健康中国战略在基层落地、积极应对人口老龄化提供坚实的实践支撑。

基金项目

2025年广西壮族自治区级大学生创新训练计划项目《智联银龄·医养无界——乡村慢病老人“最后一公里”健康守护计划》(项目编号:S202511549170)。

参考文献

- [1] 李玲,陈秋霖.我国医保支付方式改革的理论与实践[J].中国社会科学,2021(10):123-142.
- [2] 潘洋,于书洋,巩淑萍.中医药医养结合助力健康老龄化产业发展探讨[J].中国卫生经济,2022,41(9):78-80.
- [3] 张雪,王虎峰.我国县域慢性病管理的现状与对策研究[J].中华医院管理杂志,2022,38(5):361-365.
- [4] 周俊,张再生.县域医养结合多元主体协作机制研究[J].中国行政管理,2022(4):132-138.
- [5] 朱松梅,郝晓宁.供需均衡框架下医养结合服务的现实困境与治理策略[J].卫生经济研究,2025,42(7):6-9+14.
- [6] 黄晓,韦波.广西民族地区乡村医养结合服务模式探索[J].广西民族大学学报(哲学社会科学版),2023,45(1):112-120.
- [7] 贾伟平,李斌.临床预防在中国的本土化演进、机遇挑战与发展路径[J].中华预防医学杂志,2026,27(1):1-8.
- [8] 陈秋霖,李玲.积极应对人口老龄化背景下县域医养结合服务体系重构[J].中华医院管理杂志,2023,39(10):721-726.
- [9] 吴明,陈丽.互联网+背景下农村老龄化区域移动医养服务模式创新[J].中国卫生经济,2024,43(2):45-50.
- [10] 马进,张录法.健康医疗大数据在老龄化县域医养结合中的应用与治理[J].中国行政管理,2023(11):128-135.
- [11] 刘庭芳,苏建军.深度老龄化背景下智慧医养结合服务模式的构建与评价[J].中华医院管理杂志,2024,40(3):165-171.
- [12] 邱鸿钟,许星莹.中医适宜技术在农村老龄化区域慢病管理中的应用与推广[J].中国中医药信息杂志,2023,30(7):1-6.
- [13] 莫伟彬,谢一锋.西部农村老年人老龄化、慢性病与身体活动的关联研究[J].中国老年学杂志,2025,45(5):1210-1213.
- [14] 王禄生,代涛.积极应对人口老龄化的基层医疗卫生服务体系建设[J].中华医学杂志,2022(28):2161-2166.
- [15] 张再生,徐兰兰.人口老龄化背景下我国医养结合产业的政策支持体系构建[J].中国行政管理,2024(2):90-97.
- [16] 郝模,梁鸿.以健康为中心应对人口老龄化的医疗卫生服务体系改革[J].中国社会科学,2024(1):115-136+209.
- [17] 兰珍,刘婧.紧密型县域医共体助推老龄化区域医防融合与慢病管理——以福建三明为例[J].卫生经济研究,2024,41(11):74-77+82.