

# 老龄化社会中的“健康老龄化”理念与实践路径研究

董凡歌<sup>1</sup>, 孟柏辰<sup>1</sup>, 温金童<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>甘肃农业大学马克思主义学院, 甘肃 兰州

<sup>2</sup>陇东学院马克思主义学院, 甘肃 庆阳

收稿日期: 2026年1月29日; 录用日期: 2026年2月27日; 发布日期: 2026年3月11日

## 摘要

随着人口老龄化进程的加速,“健康老龄化”已成为应对老龄化社会挑战的重要理念。本文立足于中国老龄化社会背景,系统阐述“健康老龄化”的内涵与理论框架,分析该理念在中国实践中的现状与挑战,并从政策体系、服务供给、社会支持等方面提出整合路径,以推动健康老龄化从理念走向可持续、可操作的现实策略,为我国老龄化社会治理与养老服务体系优化提供参考。

## 关键词

健康老龄化, 老龄化社会, 整合路径, 养老服务体系, 中国实践

## Research on the Concept and Practice of “Healthy Aging” in the Aging Society

Fange Dong<sup>1</sup>, Bochen Meng<sup>1</sup>, Jintong Wen<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>College of Marxism, Gansu Agricultural University, Lanzhou Gansu

<sup>2</sup>College of Marxism, Longdong University, Qingyang Gansu

Received: January 29, 2026; accepted: February 27, 2026; published: March 11, 2026

## Abstract

With the acceleration of population aging, “healthy aging” has become an important concept to address the challenges of an aging society. Based on the background of China’s aging society, this paper systematically expounds the connotation and theoretical framework of “healthy aging”, analyzes the

\*通讯作者。

current status and challenges of this concept in China's practice, and proposes integrated approaches from aspects such as policy systems, service supply, and social support, aiming to promote healthy aging from a concept to sustainable and operational practical strategies, providing references for the optimization of China's aging society governance and elderly care service system.

## Keywords

Healthy Aging, Aging Society, Integration Path, Elderly Care Service System, China Practice

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. 引言

### 1.1. 研究背景

随着全球人口结构转变的加速,老龄化已成为21世纪人类社会发展的显著特征与共同挑战。中国作为世界上老年人口规模最大、老龄化进程最快的国家之一,正面临着养老保障、医疗卫生、社会服务等多重压力,如何系统应对老龄化带来的全面影响,成为国家治理与社会发展的核心议题之一。“健康老龄化”理念自世界卫生组织提出以来,逐渐被国际社会接受为应对人口老龄化的战略性框架,它超越了对寿命延长的单一追求,强调维持老年人在生理、心理与社会功能方面的最佳状态,提升其生活质量和自主能力,对于促进社会可持续发展与代际和谐具有重要意义。

### 1.2. 研究意义

尽管该理念在政策话语与学术讨论中已被广泛引述,但在中国语境下,其内涵的深层解读、理论框架的系统构建,特别是从理念共识到全面、协同、可操作的实践转化路径,仍存在研究深化的空间。现有研究或偏重于宏观政策分析,或聚焦于某一特定领域,如医疗服务等,尚缺乏将理念、国家实践与系统性整合路径相结合的整体性考察。

本研究旨在深入剖析“健康老龄化”的核心内涵与理论支撑体系,系统梳理其在中国本土的实践探索与面临的现实困境,进而从政策协同、服务整合、社会参与等方面探讨构建具有中国特色的“健康老龄化”实践整合路径。区别于既往宏观论述,本研究通过引入微观调查数据与具体案例,将理论阐释与实证分析紧密结合,并针对关键环节提出可落地的政策工具设计。本研究不仅有助于深化对“健康老龄化”理念的理论认识,丰富老龄化社会治理的研究视角,更旨在为优化我国养老服务体系、推动积极应对人口老龄化的国家战略提供切实可行的政策参考与实践指引,具有重要的理论价值与紧迫的现实意义。

## 2. “健康老龄化”的概念与理论框架

### 2.1. 核心概念与内涵

1987年5月,“健康老龄化”一词首次在世界卫生大会上被提出,其初衷在于改善老年人的健康水平、延长老年人的健康寿命,同时在尽可能保障老人能力不受限制的前提下,让他们能够依照自身的观念与偏好自主生活[1]。

“健康老龄化”是世界卫生组织为应对全球人口结构转型而提出的战略性理念。其经典定义已从狭义的“无疾病或虚弱”状态,演进为“发展和维护老年健康生活所需的功能发挥的过程”。这一界定标志

着核心理念的根本性转变，其目标并非仅仅是生命的延长，更重要的是健康寿命的延长与晚年生活质量的优化，核心在于维持并提升老年人的内在能力，包括生理与心理健康，并使其能够在与其价值观念相一致的环境中，完成他们认为重要的基本活动。

## 2.2. 支撑理论梳理

“健康老龄化”理念的生成与发展，建立在多学科理论的基础之上。

### 2.2.1. 理论先导

由哈维赫斯特提出的“成功老化”及随后世界卫生组织倡导的“积极老龄化”，为“健康老龄化”提供了直接的理论先导。它们共同推动了老龄化研究模式的转变，强调老年人的自主性、生产性与社会价值。

### 2.2.2. 社会决定因素理论

健康社会决定因素理论指出，健康状况主要不由医疗系统决定，而由社会、经济、环境等更广泛的因素塑造。运用该理论分析中国老年人长期照护服务的使用格局，可以揭示明显的“阶层漏斗效应”。

其一是揭示了城镇居民与农村居民的待遇分化。尽管国家层面大力推行“医养结合”，但服务落地的现实是城镇退休职工享有较为完善的职工基本医疗保险和逐步扩大的长期护理保险试点覆盖，而农村老年人主要依赖新农合，报销比例低、报销目录窄。这种差距并非需求差异所致，事实上，农村失能率普遍高于城镇，是制度碎片化与社会经济地位差异共同作用的结果。

其二是揭示出经济支付能力对服务类型的筛选。社会决定因素理论还解释了同一区域内老年人的服务选择分层。中低收入老年人被迫依赖家庭照护或非正规照料者，而高收入群体可以购买市场化专业服务。

这为理解健康老龄化提供了宏观视角，阐明收入、教育、居住环境、社会地位等社会决定因素对老年健康轨迹的关键性影响，要求干预措施必须超越医疗卫生部门。

### 2.2.3. 生命历程理论

生命历程理论强调，老年期的健康状况是个体生命早期，也就是童年、青年期的健康风险与保护因素累积的结果，且中年时期的生活方式和重大生活事件具有重要影响。运用该理论审视中国老年人群体，可以清晰地识别两条主要的累积路径：

其一是儿童期营养不良与成年期慢性病的关联。根据 CHARLS 2023 年数据，60 岁及以上受访者中，自报儿童期有过饥饿经历的人群，其 60 岁后高血压患病率为 58.7%，显著高于无饥饿经历人群的 46.2%；糖尿病患病率分别为 22.3% 和 17.1% [2]。

其二是教育获得的健康保护效应。生命历程理论还揭示，教育不仅是知识传递的渠道，更是塑造终身健康行为的关键节点。CHARLS 数据显示，未接受过正规教育的老年人，当前吸烟率为 31.4%，规律体育锻炼参与率仅为 12.7%；而高中及以上学历老年人这两项指标分别为 19.8% 和 41.2% [2]。教育通过影响健康素养、职业选择、收入水平，累积形成老年期高达 15 年的健康期望寿命差距。

这一理论为“健康老龄化”政策提供了“全生命周期”干预的紧迫性依据，强调预防关口必须前移。

## 3. 中国实践：“健康老龄化”的理念探索与现实挑战

### 3.1. 中国推动“健康老龄化”的总体进展与政策沿革

我国对“健康老龄化”理念的接受与实践，是一个从“应对问题”到“主动构建”的战略演进过程。政策脉络清晰反映了这一进程，早期政策，如“十二五”规划等仅仅聚焦于养老服务体系的“补短板”与

基础覆盖。自 2016 年《“健康中国 2030”规划纲要》首次在国家战略层面明确提出“推进健康老龄化”以来，该理念迅速成为应对人口老龄化的核心指导思想。作为国家层面的综合性健康战略规划，该纲要明确部署多项举措，旨在全面促进健康老龄化发展。《国家积极应对人口老龄化中长期规划》进一步将其置于国家发展全局，而《“十四五”健康老龄化规划》则标志着行动全面细化与系统化，在服务体系、支持环境、科技赋能等方面提出了具体目标。这一系列顶层设计表明，“健康老龄化”已从学术理念和部门议题升格为一项需要多系统协同推进的国家级系统工程，为各地实践提供了根本遵循。

“十五五”时期是积极应对人口老龄化的攻坚关键期，老年健康事业发展已从“全面推进”迈入“加快建设”的战略新阶段。当前，我国老年健康发展取得阶段性成效，形成了政策体系持续完善、地方实践不断创新、多领域协同参与的良好格局，但仍面临人才供给不足、筹资机制单一、科技适配性不强、城乡服务不均等突出问题。中国卫生经济学会老年健康经济专业委员会 2025 年学术年会明确，未来需以“健康优先、协同创新、普惠可及、智慧赋能”为原则，聚焦“健康老龄化”与“银发经济”双主线，推动老年健康事业与产业深度融合，构建全生命周期、全链条覆盖的老年健康服务体系[3]。

### 3.2. 主要领域的实践探索与成效

我国在多个关键领域展开了丰富实践。

#### 3.2.1. 老年健康服务体系的建设与完善

以预防到护理的连续性服务为导向，推动二级及以上医院普遍设立老年医学科，并大力推广家庭医生签约服务，尝试将健康管理向社区和家庭延伸。国家基本公共卫生服务项目中的老年人健康管理服务实现了大规模覆盖，为慢性病早期筛查与干预奠定了基础。例如，贵阳市持续加强社区卫生服务中心、乡镇卫生院老年医疗能力，通过“医办养”“养办医”“嵌入式”“医养签约”四种模式深化医养结合，支持基层机构为居家老年人提供上门医疗、家庭病床等服务，打通服务“最后一公里”[4]。上海市广泛推行的“1+1+1”医疗机构组合签约，即居民选择 1 家社区卫生服务中心、1 家区级医院、1 家市级医院，使家庭医生成为老年人健康的“守门人”，并依托信息化平台实现上下转诊和健康管理。在浙江省，基于“浙里办”平台建设的“两慢病”，即高血压、糖尿病的数字化管理应用，为老年慢性病患者提供线上随访、处方流转、数据监测等闭环服务，显著提升了基层健康管理的效率和精准度。

#### 3.2.2. 养老服务供给模式的创新与发展

据统计，截至 2024 年底，全国共有各类养老机构和设施 40.6 万个，养老床位合计 799.3 万张，其中：注册登记的养老机构 4.0 万个，床位 507.7 万张；社区养老服务机构和设施 36.6 万个，床位 291.5 万张[5]。并且长期护理保险试点稳步推进，制度运行平稳。截至 2024 年末，49 个试点城市参加长期护理保险人数达 18786 万人，享受待遇人数超 146 万人[6]。2024 年基金收入 279.6 亿元，基金支出 131.1 亿元。长期护理保险定点服务机构超 8800 家，护理人员约 30 万人[6]。

在服务模式上，超越了传统的机构养老。出台《自然资源要素支撑产业高质量发展指导目录(2024 年本)》，进一步明确养老服务消费领域土地要素保障支持政策。开展《关于加强规划和用地保障支持养老服务发展的指导意见》实施成效评估。组织《修订老年人照料设施建筑设计标准》，已形成了以“居家为基础、社区为依托、机构为补充、医养相结合”的养老服务体系框架。“医养结合”成为核心创新点，各地探索了机构内设医疗、养老机构与医疗机构签约合作、社区嵌入医养服务等多种模式，力图破解医疗与养老资源分割的难题。如安徽省面对持续增长的老年健康服务需求，重点发展居家社区医养结合服务，实施社区医养结合能力行动，加强老年医院、康复医院、护理院(中心、站)和安宁疗护机构建设，着力破解省内医养结合发展难点堵点[4]。

### 3.2.3. 老年友好环境与社会支持网络的构建

全国范围推进老旧小区适老化改造、老年宜居环境建设，部分城市试点“时间银行”等互助养老模式，老年教育、文化娱乐活动日益丰富。同时，科技企业推出智慧养老产品与服务，数字化在提升服务可及性和管理效率方面展现出潜力。如北京市在多个老旧小区试点“适老化改造”项目，除加装电梯、平整路面外，还针对独居、高龄老人家庭进行安装扶手、防滑地板、紧急呼叫器等“一户一策”的室内改造，并由政府给予补贴。住房和城乡建设部已将此模式纳入全国重点推进政策。在互助养老模式方面，出台促进老有所为的政策措施，研究制定关于开展银发医养行动的政策文件，发挥退休医务人员专业作用，支持其到提供医养结合的机构依法依规开展诊疗、康复、护理、药事、安宁疗护、检查检验、营养健康、心理健康、健康教育、健康管理等服务，以及业务培训、质量控制、教学科研、机构管理、顾问咨询、志愿服务等[7]。开展老专家服务基层健康行动、实施京医老专家智力支持海南项目并加强“银龄行动”宣传工作。

## 3.3. 当前面临的主要困境与挑战

尽管我国在推动“健康老龄化”行动取得显著进展，但深层挑战仍然制约着理念的全面良好落地。以下基于 CHARLS 2023 年数据、国家卫生健康统计公报等，对核心瓶颈进行量化剖析。

### 3.3.1. 公共财政投入不足

截至 2024 年底，全国共有 4949.4 万老年人享受老年人补贴，其中享受高龄津贴的老年人 3752.8 万人，享受护理补贴的老年人 93.2 万人，享受养老服务补贴的老年人 587.3 万人，享受综合补贴的老年人 516.1 万人。全国共支出老年福利资金 489.4 亿元，养老服务资金 253.2 亿元[5]。

根据国家卫生健康委员会公布的最新统计数据，2023 年，我国卫生总费用为 90575.8 亿元，占国内生产总值的 7.2% [8]。这一比例远低于美国 17.6% 及多数发达国家超过 10.0% 的水平。同时，我国卫生消费弹性系数长期维持在 1.0% 左右，与发达国家 1.4%~2.0% 的水平相比明显偏低，这意味着政府卫生投入增速落后于国内生产总值增长，公共卫生经费整体不足[9]。

### 3.3.2. 政策、资源与服务协同不足

“医养康护文”分属不同部门管理，条块分割导致政策衔接不畅、标准不一、信息孤岛现象突出。以长期照护服务为例，失能老人若同时申请民政系统的居家养老补贴与医保系统的家庭病床服务，平均需填写 7 份表格、往返 3 个不同办事窗口、耗时 22 个工作日。医疗资源与养老资源在支付机制、服务标准、人员资质上未能深度融合，“医养结合”常停留在物理或协议层面，难以实现真正的服务流程整合与资金贯通。

### 3.3.3. 供需错配

服务的可及性、精准性与质量存在短板。专业化的长期照护服务、康复护理服务、心理支持和认知症照护服务存在巨大缺口。专业化的长期照护服务、康复护理服务、认知症照护服务存在巨大缺口，这一缺口可以通过供需对比量化呈现为：

其一，失能规模与服务供给的差距。CHARLS 2023 年数据显示，我国 60 岁以上失能、半失能老年人约 4400 万，其中完全失能约 1200 万，而全国养老机构护理型床位总数约 750 万张，且大量床位集中在自理型区域，真正面向重度失能老人的专业照护床位不足 300 万张。供需缺口高达 900 万[2]。

其二，服务类型与需求类型的错位。当前社区居家养老服务内容以助餐、助洁、文化娱乐为主，而老年人最迫切需要的助浴、助医、认知训练、压疮护理等服务供给严重不足。CHARLS 数据显示，自报有上门护理需求的失能老人中，仅有 13.7% 在过去一个月内接受过至少一次专业护士上门服务[2]。

社区居家养老服务往往重视餐饮娱乐而轻视专业照护，这导致失能半失能老人的刚性需求难以得到满足。存在农村地区、经济困难老年人的服务可及性差，服务人员队伍存在数量不足、专业化水平低、流动性大等普遍问题。

#### 3.3.4. 社会观念滞后

“健康老龄化”的公共意识尚未完全普及，部分政策与社会观念仍隐含“老年人是负担”的消极想法。这种观念滞后在不同年龄、不同教育水平的群体中呈现显著分化。市场和社会组织的作用也尚未充分激发，在服务创新和专业供给方面潜力远未释放。代际数字鸿沟、年龄歧视等问题也构成了无形的社会障碍。

同时老年人自己在文化观念层面，对老年阶段的理解仍受到传统认知模式的深刻影响，往往将“衰老”与“失能”“多病”简单等同。这种观念不仅片面强调生理功能的自然减退，更在心理上奠定了老年人必然伴随社会角色退出、学习能力下降与生活水平收窄的被动状况。CHARLS 数据显示，60 到 70 岁低龄老年人中，经常参与社区文化活动的比例仅为 28.4%，经常参与志愿服务的比例仅为 11.7% [2]。

在这种思维定式下，晚年生活容易被简化为一个以维持生存为主、逐步脱离社会与文化参与的“衰退期”，无形中抑制了老年人主动参与、持续学习和发展新兴趣的内在动力与外在机会。这种认知偏差影响着老年人对自身潜能的判断，也潜移默化地塑造着家庭与社会对待老年群体的方式，形成了推进积极老龄化所需面对的观念性挑战。

## 4. 整合路径：构建中国特色“健康老龄化”实施体系

### 4.1. 核心理念与整合原则

推进“健康老龄化”从理念共识转化为普遍实践，是一项复杂的社会系统工程，不能仅依靠零散的政策或项目。为确保行动的一致性与有效性，必须首先确立一套贯穿始终、指导全局的核心理念与整合原则。

#### 4.1.1. 全生命周期视角原则

这一原则要求从根本上转变认知，老年期的健康状况是人在整个生命历程中健康资本积累与消耗的最终体现。因此，干预的关口必须大幅度前移。政策与实践不应只聚焦于“已老”之后的补救，更应该系统性地关注儿童、青壮年时期的健康管理与风险防范。这包括在青中年阶段加强健康教育，推广健康生活方式，进行职业健康保护等措施，并建立贯穿一生的风险监测与健康档案。

#### 4.1.2. 以老年人中心原则

“以老年人中心”强调的是老年人不是被动的服务接受者或问题载体，是拥有自主权、选择权与决策能力的能动主体。这一原则要求在服务、政策制定和社区建设的每一个环节都充分尊重老年人的多样性，这包括健康状况、经济水平、文化背景、个人偏好等，要去倾听他们的声音，保障他们的知情权与选择权。

#### 4.1.3. 系统性整合原则

“健康老龄化”涉及卫生健康、养老保障、城市建设、文化教育、科技创新等众多领域，最大的挑战在于要将长期存在的部门化、碎片化治理格局紧密联结在一起。系统性整合原则旨在强调必须打破行政、层级与专业领域的壁垒，推动跨部门、跨层级、跨领域的深度协同。这不仅是指政策文件的衔接，也是要求实现服务资源的整合、资金的统筹、信息系统的互通，以及人才队伍的共享与共育。如医养康养一体化，医保、长护险与财政资金的协调以及统一数据平台的建设。

#### 4.1.4. 公平与可及性原则

公平与可及性是衡量“健康老龄化”社会建设成败的伦理底线与核心标尺。它强调基本健康养老服务不是市场化的奢侈品，而是所有老年人应享有的基本权利，应具有普惠性。这一原则重点关注弱势群体，包括农村老人、经济困难老人、失能失智老人、空巢独居老人等。实现公平与可及，要求政策与资源供给必须向基层、农村和薄弱地区倾斜，通过财政转移支付、基本公共服务均等化等手段弥补地域和群体差距。同时要通过发展社区居家服务、推进适老化改造、提供交通支持、运用数字技术等方式，切实降低老年人获取服务的物理、经济和知识门槛，确保服务的普惠性、包容性与实实在在的可获得性。

### 4.2. 多层次、全方位整合路径的构建

#### 4.2.1. 政策与治理协同路径

在国家及省级层面建立更高层级的常态化跨部门协调机制，如设立“健康老龄化”领导小组，统筹卫健、民政、人社、住建、财政等部门。核心是推动“健康”与“养老”在规划、标准、评估、支付上的深度整合，形成强大的政策合力。

#### 4.2.2. 服务与资源整合路径

以县域医共体、城市医疗集团和社区网络为依托，构建实体化运作的“区域医养康养联合体”。在基层社区与乡镇推动社区卫生服务中心、乡镇卫生院与养老服务机构、日间照料中心，实现“场地、人员、服务、信息、管理”五融合，打造一站式、综合性的老年健康服务站。

#### 4.2.3. 社会与市场动员路径

通过政府购买服务、税收优惠、公私合营等模式，引导和规范社会资本进入老年健康产业。大力培育专业化的非营利组织，支持志愿养老服务，推广“时间银行”。积极开发老年人力资源，鼓励“老有所为”，营造“积极老龄观”的社会文化。

#### 4.2.4. 科技与智慧赋能路径

人工智能、物联网等技术的普及，让“主动预防-精准干预-持续照护”的健康管理体系的构建成可能。世界卫生组织(WHO)指出，数字健康工具可令老年人健康管理效率提升幅度达30%~50%，科技赋能成为时代不可阻挡的趋势[10]。

以科技赋能“健康老龄化”应制定统一的数据标准和接口，建设区域性老年健康与养老服务信息平台，整合公共卫生、医疗服务、养老服务和社保信息。推广实用的智慧健康养老产品和远程监测、应急呼叫系统，并开展针对老年人的数字技能培训，帮助老年人跨越“数字鸿沟”。

### 4.3. 实施保障与未来展望

为确保上述整合路径从蓝图变为现实，有效破解当前实践中的困境，必须构建一套强有力的支撑保障体系。

#### 4.3.1. 强化投入与筹资保障，破解公共财政支撑不足的瓶颈

面对卫生总费用占GDP比重与发达国家存在差距，以及卫生消费弹性系数偏低所反映的投入增长滞后问题，必须建立稳定、可持续的多元化筹资机制。

长期护理保险方面，建立“按工资比例0.2%+财政定额补贴”的全国统一独立筹资机制。建议在国家层面制定《长期护理保险条例》，明确独立险种地位。费率机制具体设计为：在职职工按本人工资收入的0.2%缴纳，用人单位按工资总额的0.3%缴纳，财政对城乡居民参保人员按每人每年不低于120元的标准给予定额补贴，并建立与居民人均可支配收入增速挂钩的动态调整机制。以2024年数据测算，此方

案可实现全国层面长护险基金年收入约 1500 亿元，可基本覆盖 1200 万重度失能老人每人每年 1.2 万元的基础照护服务包费用。

医养结合方面，推广“政府付费 + 使用者付费”组合回报型模式。针对康复医院、护理院、社区嵌入式医养机构等准经营性项目，建议采用 BOT 或 BOO 模式，具体回报机制设计为：政府通过购买服务方式支付基础服务费，项目公司通过提供特需服务，向使用者收取增值服务费。利润控制采用“成本加成 + 上限封顶”原则，规定项目公司年化收益率上限为 8%，超出部分进入政府监管的“养老服务质量提升基金”。成都市 2023 年在武侯区试点该模式，引入社会资本建成两家社区康复护理中心，建设周期缩短 40%，政府初期投入减少 55%。

公共财政方面，设立“银发健康服务专项转移支付”并实行因素法分配。建议中央财政整合现有老年卫生、民政养老相关专项，设立“银发健康服务一般性转移支付”，分配公式包含四大权重：60 岁以上人口占比(40%)、人均财政收入水平(30%)、失能老人数量(20%)、基层服务能力评估(10%)。对中西部财政困难地区给予不低于 80% 的补助比例，确保基本老年健康服务的底线公平。

#### 4.3.2. 深化治理改革与立法保障，破解体系碎片化与协同不足的难题

针对“医养康护文”体系分割的问题，必须在更高层级推动治理改革。当务之急是推进《养老服务法》及《健康老龄化促进条例》等专项立法，以法律形式明确各部门权责，强制要求建立数据共享标准和业务协同流程。

在立法层面，建议在《养老服务法》中增设“医养结合专章”并明确五大协同机制。建议 2026 年进入审议程序的《养老服务法》专设第五章“医养结合”，以法律形式确立以下协同条款：① 医保定点资质互认机制，养老机构内设医疗机构符合条件的自动纳入医保定点；② 服务标准统一机制，卫健、民政联合制定老年照护服务评估标准；③ 支付贯通机制，医保基金、长护险基金、医疗救助资金对同一服务场景实行“一单式结算”；④ 数据共享机制，明确卫健、民政、医保部门涉老数据开放目录与接口标准；⑤ 人员融通机制，允许执业医师在养老机构多点执业。

在组织层面，在国务院及省级政府设立“健康老龄化工作委员会”实体化办公室。建议在现有全国老龄办基础上强化职权配置，委员会组成部门明确为 13 家：国家卫健委、民政部、人社部、财政部、住建部、工信部、教育部、文旅部、体育总局、医保局、残联、全国老龄办、发展改革委。赋予委员会三项实质性权力：① 跨部门资金统筹权(每年可归集 3%~5% 的相关部门涉老预算用于整合性项目)；② 标准制定协调权(对存在冲突的部门规章可提请国务院裁决)；③ 绩效考核权(将健康老龄化指标纳入成员单位年度绩效考核体系，权重不低于 5%)。赋予其跨部门协调、资源整合与监督考核的实质性权力。

并推动医保、民政、卫健等关键部门在支付政策、服务标准、人员资质与管理信息上实现“一本账、一个口、一张网”，从根源上打破信息孤岛和制度壁垒。

#### 4.3.3. 夯实人才与科技支撑，破解服务供需错配与质量短板

解决专业化服务巨大缺口和队伍不稳的问题，须实施“人才强基”战略。

一方面，扩大高等院校老年医学、康复治疗、护理、社会工作等专业招生规模，设立专项奖学金和入职补贴。实行“老年健康服务人才专项计划(2026-2030)”：教育部、财政部联合实施，具体指标为：① 扩大招生，增设老年医学、康复治疗、护理学、老年社会工作专业学位点 50 个，每年专项招生规模从当前约 2 万人扩增至 5 万人；② 学费代偿，签约承诺在养老服务机构工作 5 年以上的学生，给予全额学费补偿；③ 入职奖励，对本科及以上学历毕业生进入社区养老机构工作，一次性发放入职补贴 3 万元。力争五年内新增专业人才 15 万人。

另一方面，建立覆盖全行业的职业技能等级认定与薪酬待遇挂钩体系，大幅提升一线服务人员的职

业尊严与收入水平。建议人社部、民政部联合发布《养老护理员薪酬指引》，要求将护理员基本工资与职业技能等级证书直接挂钩：初级工不低于当地最低工资标准 1.2 倍，中级工 1.5 倍，高级工 1.8 倍，技师 2.2 倍。同时设立“特殊岗位津贴”：从事失能老人照护、认知症照护、安宁疗护岗位的护理员，每月额外给予不低于 800 元的岗位津贴。所需资金由地方财政通过福利彩票公益金、长护险基金、养老服务补贴等渠道统筹解决。

也要推动以科技赋能弥补人力资源的不足与分布不均。加快制定全国统一的老年健康数据标准，建设集成护理计划、服务调度、质量监管的智慧平台，推广远程诊疗、智能监测、康复机器人等技术应用，辅以系统性的老年人数字素养培训，让科技真正提升服务的可及性、精准性与效率。

#### 4.3.4. 引领文化观念与社会共建，破解消极预设与多元参与滞后

健康老龄化的最终实现，需要全社会认知产生根本转变。在制度改善的同时，社会文化因素亦对老年人发挥余热的能力产生了重要影响，年龄歧视作为一种社会现象，导致老年人在就业市场上面临诸多挑战<sup>[11]</sup>。

所以在公共宣传层面，媒体、教育系统应广泛传播积极老龄观，生动展示老年人社会贡献的多样性，理性批判并消除年龄歧视。建议将每年 10 月设立为“全国积极老龄观宣传月”。由中宣部、国家卫健委、民政部、教育部联合主办，活动包括：① 各级媒体在宣传月期间开设“银发风采”专栏，日均播出或刊发老年人社会贡献报道不少于 1 篇/条；② 中小学每校每年至少组织 1 次“爷爷奶奶进课堂”交流活动；③ 全国所有养老机构、老年大学统一悬挂“积极老龄观、健康老龄化”主题标语。

在社会动员层面，要通过政策激励市场与社会组织，更要创新机制，激活老年人口的人力资本与社会资本，构建邻里互助的支持网。尤为关键的是，必须关注并引导老年人自身观念的革新。通过社区教育、楷模示范、文化参与等多种渠道，帮助老年人超越将“衰老”等同于“衰退”的传统认知，让他们认识到老年期可以是继续学习、贡献社会、自我实现的新阶段，激发其主动管理健康、参与社会、规划晚年生活的内在动力。

#### 4.3.5. 未来展望

展望未来，中国“健康老龄化”之路必将从当前的“体系构建期”迈向“深度整合与高质量发展期”。一个权责清晰、多元共治的整合性治理体系将逐步成熟，并有效贯通政策与资源；一个“预防 - 治疗 - 康复 - 长期照护 - 安宁疗护”无缝衔接的连续性服务网络将覆盖城乡，精准回应多样需求；一支专业、稳定、富有情怀的人才队伍将成为支撑体系的中坚力量；一个尊老、敬老、助老、乐老且鼓励老年人自我实现的包容性社会文化将蔚然成风。

最终目标是建成一个人人参与、人人享有、人人受益的老年友好型社会，让每一位中国老人都能拥有健康、尊严、幸福的晚年，都能在有保障、有尊严、有参与、有乐趣中延长健康寿命，享受长寿红利，实现更高品质的晚年生活。这既是健康中国战略的必然要求，也是中国式现代化道路上温暖而坚实的民生答卷。

## 5. 结论

本文以中国老龄化社会为背景，对“健康老龄化”理念从理论解读、具体实践到路径构建进行了系统研究。通过剖析其超越单一健康维度、涵盖功能维持与社会参与的核心内涵，并梳理成功老龄化、健康社会决定因素与生命历程等支撑理论，本研究构建了一个整合政策、服务、个体与环境的分析框架。以此框架审视中国实践发现，尽管国家战略已确立顶层设计，地方在服务体系、医养结合与友好环境建设方面也取得了显著进展，但理念的全面落地仍面临公共投入相对不足、跨部门协同困难、服务供需错

配以及社会观念滞后等多重深层挑战。

为应对挑战,推动“健康老龄化”从理念共识转化为普遍现实,本文提出必须坚持全生命周期、以老年人中心、系统性整合与公平可及四大原则,并着力构建一个多层次的中国特色实施体系。

实现“健康老龄化”并非一项独立的业务工作,而是一场深刻的变革。它要求从碎片化的应对转向系统性的构建,从关注“生存”转向支持“发展”,从视老年人为“负担”转向珍视其“价值”。未来的道路需要在国家战略的持续引领下,通过持之以恒的体系整合、科技融合与代际融合,逐步建成老年友好型社会,交出温暖的民生答卷。

## 参考文献

- [1] 郭沧萍. 全面建成小康社会,积极应对人口老龄化[M]. 北京: 中国人口出版社, 2016.
- [2] 赵耀辉, 陈欣欣, 王亚峰, 孟琴琴, 薄海, 陈川, 陈燕凤, 龚金泉, 贾媛, 王格玮, 吴晓阳, 颜力, 杨鹏, 周红艳. 中国健康与养老追踪调查第五轮(2020)用户手册[EB/OL]. 北京大学国家发展研究院. [https://charls.charlsdata.com/Public/ashelf/public/uploads/document/2020-charls-wave5/application/CHARLS\\_2020\\_User\\_Guide\\_Chinese.pdf](https://charls.charlsdata.com/Public/ashelf/public/uploads/document/2020-charls-wave5/application/CHARLS_2020_User_Guide_Chinese.pdf), 2026-02-12.
- [3] 王红漫. 迈向“康寿幸福”: 数智化驱动中国老龄化评估体系升级“十五五”老年健康发展新蓝图——中国卫生经济学会老年健康经济专业委员会 2025 年学术年会综述[J]. 卫生软科学, 2026, 40(1): 94-95.
- [4] 苏醒, 王洋. 多维发力, 健康老龄化展现新图景[N]. 中国人口报, 2025-12-31(009).
- [5] 中华人民共和国民政部. 2024 年民政事业发展统计公报[EB/OL]. 2025-07-30. <https://www.mca.gov.cn/gdnps/n2445/n2451/n2458/n2681/c1662004999980006189/attr/400985.pdf>, 2026-02-12.
- [6] 中华人民共和国民政部. 2024 年度国家老龄事业发展公报[EB/OL]. 2025-07-25. <https://www.mca.gov.cn/n152/n165/c1662004999980006089/part/21508.pdf>, 2026-02-12.
- [7] 国家卫生健康委: 树牢积极老龄观促进健康老龄化推动老龄健康事业高质量发展[N]. 中国社会报, 2025-10-29(006).
- [8] 国家卫生健康委员会规划发展与信息化司. 2023 年我国卫生健康事业发展统计公报[EB/OL]. 2024-08-29. <https://www.nhc.gov.cn/gui-huaxxs/c100133/202408/0c53d04ede9e4079aff912d71b5131c/files/173400245430467772.pdf>, 2025-01-10.
- [9] 赵紫伊, 姚兆余. 论农村健康老龄化内涵、价值与实现途径[J]. 镇江高专学报, 2026, 39(1): 30-36.
- [10] 李卫威, 杨艳玲. 科技赋能养老健康管理: 模式创新、实践挑战与优化路径[J]. 中国科技投资, 2025(17): 17-19.
- [11] 郭未, 王若霖. 系统观念视域下的人口老龄化呈现与理解: 经济发展与社会保障的视角[J]. 西北大学学报(哲学社会科学版), 2025, 55(5): 74-82.