

农村失能老人医疗保障权实现路径探析

——以安徽省为例

王敬萍

武汉科技大学法学与经济学院, 湖北 武汉

收稿日期: 2026年3月24日; 录用日期: 2026年6月19日; 发布日期: 2026年6月29日

摘要

中国式现代化强调民生为大, 随着我国人口老龄化程度加深, 农村失能老人的医疗保障问题日益成为社会关注的焦点。为适应安徽省医疗保障改革安排, 健全完善老年人医疗, 本文采用规范分析和实证分析的研究方法, 就安徽省农村失能老人的医疗保障问题进行探讨。分析指出了在当前人口老龄化背景下失能老人问题的医疗保障的必要性, 基于此, 结合安徽省医疗救助政策的实施效果分析出该政策在安徽省取得的显著成效, 参保资助对象机制实现全覆盖, 主动发现机制实现由人找政策到政策嵌入生活的转变, 追溯机制落地见效等, 透过上述执行动态, 为持续推动医疗救助走向更成熟、更定型, 从优化社区护理和家庭签约医生模式, 为失能老人提供更专业的护理照料; 构建数据平台为老年群众线上就诊, 费用结算提供有力支撑; 动员社会力量共建医疗保障新格局三个方面提出优化路径。

关键词

人口老龄化, 农村失能老人, 医疗保障权, 医疗救助

Analysis on the Realization Path of Medical Security Rights for Rural Disabled Elderly

—A Case Study of Anhui Province

Jingping Wang

School of Law and Economics, Wuhan University of Science and Technology, Wuhan Hubei

Received: March 24, 2026; accepted: June 19, 2026; published: June 29, 2026

Abstract

Chinese modernization prioritizes people's livelihoods. With the deepening of population aging in

China, the medical security issue of disabled elderly people in rural areas has increasingly become a focus of social concern. To adapt to the medical security reform arrangements in Anhui Province and improve the medical care for the elderly, this paper adopts the research methods of normative analysis and empirical analysis to explore the medical security issue of disabled elderly people in rural areas of Anhui Province. The analysis points out the severity of the problem of disabled elderly people in the current context of population aging and the necessity of medical protection. Based on this, combined with the implementation effect of the medical assistance policy in Anhui Province, it is concluded that this policy has achieved remarkable results in Anhui Province, with the mechanism of providing subsidies for insured people achieving full coverage, the active discovery mechanism transforming from people seeking policies to policies being embedded in life, and the traceability mechanism being effectively implemented. Through the above implementation dynamics, this paper proposes three optimization paths for continuously promoting medical assistance towards greater maturity and stability: optimizing the community care and family doctor contract model to provide more professional care for disabled elderly people; building a data platform to provide strong support for online medical treatment and cost settlement for the elderly; and mobilizing social forces to jointly build a new pattern of medical security.

Keywords

Population Aging, Rural Disabled Elderly, Right to Medical Security, Medical Assistance

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

人口老龄化是当前社会的一大趋势。根据我国《宪法》规定，我国公民在年老、疾病或者丧失劳动能力的情况下，有从国家和社会获得物质帮助的权利¹。可见医疗保障在我国作为社会保障的组成部分，是国家社会的公共职责行为。随着人口老龄化、医学模式转变和社会照护需求增长，“失能”这一概念最早可追溯至20世纪中后期。世界卫生组织在2001年发布的《国际功能、残疾和健康分类》中对失能进行了系统定义。中国人口老龄化加速背景下，21世纪初，政府和学术界将“失能老人”作为特定人群概念规范使用。失能老人顾名思义是指因年迈虚弱、残疾、患病等生理心理问题而不能独立完成室内外活动，即失去日常生活自理能力的老人。农村老年人在其年轻的时候一直从事体力劳动，随着老龄化的加速发展，慢性病患率提高，农村经济不发达导致医疗卫生条件相对较差，因此农村老人往往患病后出于对经济的考量，很少及时去医治，久而久之形成顽疾。但随着医疗技术的发展，更多疾病不再是无药可医，在有药可医的同时也带来了医保方面的支出压力。“十四五”国家针对老龄事业的发展和养老服务体系建设，将失能老人照护纳入了养老服务体系建设重点。

安徽省作为人口、土地大省，已进入中度老龄化社会。截至2024年底，全省60岁及以上人口共有1348.9万，占比22.03%，65岁及以上人口960.1万人，占总人口的15.68%，相较于2020年分别上升3.24、0.67个百分点²。且呈现老龄化进程快、农村老人占比高、高龄化程度深等特征。农村失能老人作为弱势群体，在患病求医过程中或多或少存在困难，为维护农村老人的利益，本文立足于安徽省内农村失能老人的医疗保障问题，探讨新背景下老年人的医疗保障困境与应对路径，力求最大限度维护老年人的医疗安全。

¹《宪法》第45条第一款“中华人民共和国公民在年老、疾病或者丧失劳动能力的情况下，有从国家和社会获得物质帮助的权利。国家发展为公民享受这些权利所需要的社会保险、社会救济和医疗卫生事业。”

²<https://tjj.ah.gov.cn/ssah/qwfbjd/tjgb/sjtjgb/149851771.html>, 2026年3月18日访问。

2. 医疗保障权的内涵

医疗保障权作为社会保障体系的重要组成部分，是指公民因疾病或其他自然事件及突发事件造成身体与健康损害时，获得医疗服务或对其发生的医疗费用损失和其他损失获得经济补偿或救济的权利，将医疗保障权作为一项社会属性权利理解[1]。有观点将医疗保障权作为医疗权的组成部分予以理解，将医疗权界定为公民提供医疗服务，包括有权获得医疗保障和医疗救济的权利。可见医疗保障权是一种受益性权利。作为医疗权的子权利，医疗保障权与公民的生命权和健康权息息相关[2]。另有观点认为医疗保障权与基本医疗服务权关系密切，基本医疗服务权包括预防保健、医疗卫生、健康教育服务等内容，与医疗保障权具有重合部分[3]。

2.1. 医疗保障权的结构

从法教义学的角度来看任何权利的成立均需具备主体、客体、内容这三层要素，通过对医疗保障权进行结构解析，以厘清这一复合结构的内部构造。

2.1.1. 权利主体

医疗保障权的权利主体是指依法享有医疗保障待遇的自然人，即从范围上全体社会成员均享有该项权利，当前我国已经建立起全面覆盖的医疗保障体系。尽管国内外基于地区经济差异对医疗保障权的特性和限制上有所不同，但将该权利设定在公民权基础上则在实践中达到了一致。

医疗保障权的主体又分为一般主体和特殊主体，一般主体涵盖全体参保人员，包括职工基本医疗保险的参保职工、城乡居民基本医疗保险的参保居民。特殊主体主要是指因生理或社会原因需要额外保护的群体，主要包括残疾人和老年人。

2.1.2. 权利客体

医疗保障权是指向国家及相关主体的给付行为。公民基于依法享有的请求权向有关公权力主体提出申请请求给予给付。政府的给付义务通常需要以履行法定义务的方式实现，在医疗除此之外还包括物质客体，即将公民以及国家针对特殊人群缴纳的医疗保障基金转化为医疗服务和费用补偿。主要体现为参保人患病时获得的诊疗服务和药品供给以及医保基金支付的医疗费用补偿。

2.1.3. 权利内容

医疗保障权作为社会保障体系组成部分，其基本权利内容可划分为基本医疗保险和医疗救助[4]。在医疗保障体系中，基本医疗保险具有社会属性，包括隶属于政府的劳动和社会保障的职能部门组织举办的社会医疗保险，以及政府直接举办的医疗机构，依靠政府财政税收以预算的方式拨付给相关的医疗部门。符合条件的公民有权依法获得医疗费用补偿和医疗服务。对于贫困弱势群体，以减免医疗费用的形式向其提供保障，在现代医疗保障体系中起到托底性的作用。

3. 医疗救助政策的实践效果分析——以安徽省为例

安徽省作为中部地区人口大省，基于 2025 年下半年安徽省出台的系列政策文件，对做好困难群众医疗保障服务管理工作进行战略部署。该政策自实行以来极大地缓解了困难群众的就医难问题，从多方面维护了患者的医疗保障利益。

3.1. 参保资助对象机制实现全覆盖

安徽全面升级医疗救助体系，将救助对象明确分为特困对象，低保对象，低保边缘家庭，刚性支出困难大病患者四类，同时以制度化形式将失能老人纳入重点帮扶范围，针对性地提供医疗服务。高血压、

糖尿病等作为老年人常见疾病，此前相关保障未作明确规定，新规实施后，医保覆盖范围进一步规范，除了住院费用外，将慢性病门诊费也纳入救助范围，有效减轻了老人及其家属的医疗负担。

安徽省某县积极优化医疗救助定点布局，改变了既往的广泛定点模式，将医疗资源延伸到市，县乃至镇，每个乡镇确定一家卫生院作为医疗救助定点单位，为该镇居民提供就近就医服务，此类举措极大提高了老年人的就医主动性。

3.2. 主动发现机制创新成效显著

为优化医疗救助办理流程，安徽某县开展了诸多有效探索。为推进“全民健康数智化建设”，当地医保、民政与乡村振兴等部门高效联动，利用大数据和人工智能等数智技术搭建起数据即时共享的工作机制[5]。医保部门按季度梳理自费超五千元的人员信息，及时推送至民政与乡村振兴部门核查。经多方核实后，满足救助条件的家庭会被纳入帮扶名册；自费金额达一万五千元以上的家庭，乡镇工作人员会上门核实实际生活状况。一旦排查出返贫风险，便协助其向医保、民政部门递交救助申请，让救助工作从被动受理转为主动介入。跨部门的数据互通，实现了救助对象的动态管理，为乡村振兴筑牢了民生保障的根基。

3.3. 追溯救助机制落地见效

资金拨付的实际情况，更能体现政策落地的实际成效。2025年以来，TH县已为182名新增救助对象完成费用追溯报销，累计拨付资金超203万元。参保资助方面，依据对象类别精准落实帮扶政策，辖区内低收入群体与脱贫人口均实现全员参保。此外，QM县2026年以来共向564名救助对象拨付救助基金13.10万元³；S县医保局启动“基本医保+大病保险+医疗救助”联动机制的模式，发挥托底作用，针对四大类型患者给予相应的医疗救助。2024年，全县脱贫户和监测户中有7920人享受了医疗救助，救助资金达1935.35万元，报销比例较去年也有所增长⁴。

这些数据充分说明，安徽的医疗救助机制运转高效，对困难群体的兜底保障，切实达到了政策设计的预期效果。

4. 老年人医疗保障权实现路径优化

4.1. 优化社区护理和家庭签约医生模式

随着经济发展，农村青年劳动力外流，中老年劳动力向农村回流，深化了农村的人口老龄化，老年人医疗服务需求大幅增长。但农村老年人面临经济约束和医疗信息不对称等问题，呈现“高医疗服务需求，低医疗服务利用率”的特征[6]。同时糖尿病高血压等慢性病作为老年人的常发病，对其护理也是一大问题，目前农村老人多依赖基本养老保险、医疗保险和子女给付的方式进行养老，且随着失能程度加深，老人选择居家养老的比例提高。但经济压力致使子女无法对老年人贴身照顾，传统内敛的思想也让老人不愿麻烦子女，这也导致慢性病老人群体孤身居家存在一定风险[7]。

针对此问题，可以借鉴上海社区居家养老服务建设，上海作为最早进入人口老龄化城市行列，利用既有资源构建一站式养老服务综合体。通过优化“社区护理”的运行方式，让专业护理人员及团队为社区里的居民或家庭提供全面的照料。在预防疾病和促进术后恢复等方面发挥作用，这也是发达国家应对老龄化普遍采取的策略[8]。减轻了普通家庭和社区的照护负担。对于糖尿病、脑梗等慢性病人来说，社区护理一定程度上不能满足其照护需求，“签约家庭医生”[9]的模式作为基层首诊的关键力量，积极回应了对高质量健康服务需求。这种专属服务模式能有效解决老年人子女不在身边居家照护的各类问题。

³<https://chinajob.mohrss.gov.cn/h5/c/2026-02-05/489808.shtml>, 2026年3月18日访问。

⁴<https://www.sixian.gov.cn/xwzx/bmzx/162132531.html>, 2026年3月18日访问。

国家已陆续发布相关政策，支持家庭医生服务的发展，天津市也在 2025 年把“金牌家庭医生团队”建设列为民心工程[10]。

4.2. 构建数据平台赋能医保服务

数字化技术的深度应用，正在推动安徽省医保服务发生深刻变革，主动发现机制的创新性应用为农村失能老人提供了更加便捷高效的服务体验。

为了老年群体体验更加完善的就医服务，可由政府牵头，整合民政部门、医保部门、卫生健康部门、医疗机构和农业农村等多方资源搭建共享的数据共享平台[11]。慢性病患者可通过该平台进行线上问诊，因多部门的信息共享，接诊医生可直接向原就诊医院调取更为详尽的病例资料，极大程度上减轻了慢性病患者的线下奔波。这一平台在费用结算环节发挥巨大作用，通过“一站式”结算服务，系统会自动抵扣医保报销费用，参保人员再进行自付，针对符合救助条件的老人，医保机构会与医疗机构直接结算相关费用，救助基金管理方后续再与医保方完成资金核对划转[12]。接受帮助的老人无须预先垫付护理费用，也不用事后办理报销手续，只需要支付个人自付金额。这一模式让基本医保、医疗救助与养老护理服务的有效衔接，也解决了部分困难老人因资金短缺，无法及时得到护理照料的问题。以及对于困难身份患者的认定时限在该平台上被压缩至最短，医保管理系统实时更新，确保医疗救助对象最快享受到对应的帮扶政策。这也意味着“智慧医保”将成为守护老年群体的有力支撑[13]。

4.3. 动员社会力量共建共享格局

在人口老龄化不断加剧的当下，失能老人数量持续攀升，既需要政府部门的持续发力，也需要动员全社会力量的共同参与，构建共建共治共享的医疗保障新格局。

2024 年新修订的《中华人民共和国慈善法》⁵为社会力量参与医疗保障提供了坚实的法治基础。安徽省可进一步建立健全社会力量参与医疗保障的激励引导机制，通过税收优惠、荣誉表彰、项目扶持等方式，激发社会各界参与积极性。J 县明确表示将在 2026 年度参保征缴工作中进一步深化“三位一体”筹资机制建设，拓宽资助覆盖面。

完善政府引导、社会参与、慈善帮扶、商业保险补充的多元保障体系，使农村失能老人的医疗保障不再局限于政府单一救助，逐步走向多方协作推进的新局面[14]。财政投入稳步提升、村集体收益反哺民生、公益组织定向帮扶、爱心企业捐资助力、志愿者上门陪护、商业保险做好配套支撑，各类力量汇聚在一起，为农村失能老人筑牢医疗保障防线。在政府统筹推进与社会各界共同努力下，安徽农村失能老人医疗保障事业发展前景向好，广大农村失能老人都能得到及时诊疗、妥善照护、困难帮扶，晚年生活更有保障、更安心。

5. 结语

人民老龄化是发展中国家在发展道路上必不可少的一个难题，中国式现代化是全体人民共同富裕的现代化，为推进乡村振兴，健康中国战略，积极应对人口老龄化，要坚决建立农村老年人作为重要群体的农村健康支撑体系，维护农村医疗保障制度，确保老年人享有尊严的晚年生活。

参考文献

- [1] 周向明. 医疗保障权研究[D]: [博士学位论文]. 长春: 吉林大学, 2006.
- [2] 谭浩. 医疗权研究[D]: [博士学位论文]. 长春: 吉林大学, 2019.

⁵ 《中华人民共和国慈善法》第 3 条“自然人、法人和非法人组织以捐赠财产或者提供服务等方式，自愿开展的下列公益活动，扶贫、济困；扶老、救孤、恤病、助残、优抚……”。

-
- [3] 郭够萍. 宪法权利视角下公民基本医疗保险权与政府责任[D]: [硕士学位论文]. 太原: 山西大学, 2012.
- [4] 仇雨临. 医疗保障[M]. 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2022: 121-125.
- [5] 匡亚林, 赵蜀蓉, 孟雅琪. 数字赋能社会救助高质量发展的路径选择[J]. 中国行政管理, 2024, 40(7): 155-158.
- [6] 高鸣. 中国农村人口老龄化: 关键影响、应对策略和政策构建[J]. 南京农业大学学报(社会科学版), 2022, 22(4): 8-21.
- [7] 赵青. 老年失能、社会支持与养老居住意愿——基于中国老年健康影响因素跟踪调查数据的分析[J]. 人口与发展, 2021, 27(6): 140-150.
- [8] 涂文菲, 甘甜, 章花, 等. “互联网+”居家医疗服务平台应用效果分析[J]. 护理学杂志, 2022, 37(21): 82-85.
- [9] 郝思凯. 家庭医生签约服务政策的变迁逻辑与高质量发展路径研究: 基于政策整合的分析框架[J]. 中国卫生政策研究, 2025, 18(4): 9-17.
- [10] 付家瑞, 李牧灏, 杜灼, 等. 制度激励、资源协同与团队赋能: 金牌家庭医生团队建设的多维困境与破解策略——一项天津市的质性研究[J/OL]. 中国全科医学, 2026: 1-7.
<https://link.cnki.net/urlid/13.1222.R.20260320.1345.002>, 2026-04-07.
- [11] 翟绍果, 徐咪. 数字经济时代医保治理的机制创新与政策路径[J]. 中国医疗保险, 2024(2): 72-82.
- [12] 石国本. 新时代推动医保高质量发展的遵循与路径研究[J]. 中国井冈山干部学院学报, 2026, 19(1): 52-60.
- [13] 陈敏. 2021 年度我国智慧医疗新进展与展望[J]. 中华医学信息导报, 2021, 36(24): 6-7.
- [14] 李漫. 农村失能老人家庭照护的社会支持研究[D]: [硕士学位论文]. 无锡: 江南大学, 2025.