

健康老龄化背景下农村老年健康服务的可及性障碍与优化路径研究

毕胜男

南京林业大学人文社会科学学院、生态文明传播学院，江苏 南京

收稿日期：2026年4月29日；录用日期：2026年8月20日；发布日期：2026年8月28日

摘 要

随着中国进入快速老龄化社会，在乡村地区出现了“城乡倒置”的现象，“老有余”“弱更多”，即乡村地区老年人数量更多、老龄化水平更高、失能率更高，但医疗资源投入更少。文章以“5A”可及性理论为基础，并综合运用国家卫生统计年鉴、政策文献以及相关研究成果，对农村老年人健康服务从空间距离、价格费用、便利程度、时间花费及认同度等方面存在的困难进行了深入分析。笔者分析其原因在于城乡二元体制下的惯性思维、基层卫生服务功能的弱化乃至消失以及农村社会结构及代际养老模式的变化。为此，文章建议在构建县域医疗共同体的同时，应推动医养康养融合发展，推进长期照护保险试点，完善老年人便利化信息服务，加强老年教育。以期为破解农村老年人健康困境提供一定的理论借鉴及对策建议。

关键词

农村老年人，健康服务，可及性，医养结合，县域医共体，健康老龄化

Research on the Accessibility Barriers and Optimization Paths of Rural Elderly Health Services under the Background of Healthy Aging

Shengnan Bi

Faculty of Humanities & Social Sciences, School of Ecological Civilization Communication, Nanjing Forestry University, Nanjing Jiangsu

Received: April 29, 2026; accepted: August 20, 2026; published: August 28, 2026

文章引用：毕胜男. 健康老龄化背景下农村老年健康服务的可及性障碍与优化路径研究[J]. 老龄化研究, 2026, 13(8): 631-638. DOI: 10.12677/ar.2026.138602

Abstract

As China enters a rapidly aging society, a phenomenon of “urban-rural inversion” has emerged in rural areas, characterized by “more elderly and weaker”, meaning that the number of elderly people, the level of aging, and the rate of disability are higher in rural areas, but the investment in medical resources is lower. Based on the “5A” accessibility theory and by comprehensively applying the National Health Statistics Yearbook, policy documents, and related research results, this article conducts an in-depth analysis of the difficulties faced by rural elderly people in accessing health services in terms of spatial distance, price and cost, convenience, time consumption, and recognition. The author attributes the reasons to the inertial thinking under the urban-rural dual system, the weakening or even disappearance of the functions of primary health services, and the changes in the rural social structure and intergenerational elderly care model. Therefore, the article suggests that while building county-level medical communities, efforts should be made to promote the integrated development of medical care, elderly care, and health care, advance the pilot program of long-term care insurance, improve the information service for the convenience of the elderly, and strengthen elderly education. The aim is to provide certain theoretical references and policy suggestions for solving the health problems of rural elderly people.

Keywords

Rural Elderly People, Health Services, Accessibility, Integration of Medical and Elderly Care, County-Level Medical Community, Healthy Aging

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. 绪论

1.1. 研究背景与意义

人口老龄化是 21 世纪我国社会发展面临的基本国情背景之一。根据国家统计局统计数据,截至 2025 年底,60 岁及以上人口为 32,338 万人,其中 65 岁以上人口 22,365 万人¹。相对于全国而言,农村地区人口老龄化的形势更为严峻。而且这种老龄化不是单纯由人口再生产方式转变带来的自然老龄化,而是大量劳动年龄人口涌入城镇导致的结构性老龄化。

基于七普数据进行的人口预测显示,2025 年我国农村地区 65 岁及以上老年人口占比已超过 20%,2050 年前后,农村老年人口中 40%以上将是 80 岁及以上的高龄人口[1]。乡村常住人口持续减少,2025 年,中国乡村常住人口 4.51 亿人,较 2024 年减少 1369 万人²。农村人口“空心化”与公共服务薄弱、家庭养老功能弱化等问题叠加,加剧了农村留守老人经济压力与养老困境。

此外,第五次中国城乡老年人生活状况抽样调查显示³,慢性病管理、康复护理、长期照顾等服务需求快速上升,农村基层医疗卫生机构服务能力面临严峻挑战在此基础上,农村老人的卫生服务需求有特殊紧迫性。

¹https://www.stats.gov.cn/xxgk/jd/sjjd2020/202601/t20260119_1962338.html

²<https://www.mycailing.com/article/detail/563579>

³<http://www.crca.cn/images/20241017wdsjgb.pdf>

1.2. 国内外研究现状

在国内外学术界，关于农村卫生服务可及性的相关研究主要在国外发展得比较完善。Andersen 健康服务利用将影响居民使用健康服务的因素归纳为倾向特征(Preceptions)、使能资源(Resources)和需求因素(Needs)三方面，并据此提出了一套分析模式；Penchansky & Thomas 提出以“5A”概念评价卫生服务可及性的概念：即可用(Availability)、可达性(Accessibility)、适宜性(Appropriateness)、价格合理性(Affordability)及可接受性(Acceptability)，目前已在养老服务可及性评估、不同国家间老年人群无障碍设施差异比较等方面得到了广泛应用。

国内研究侧重于医养结合、家庭医生签约、长期护理保险试点等政策话题。有学者从安德森模型角度对农村地区中老年人健康服务的需求做网络分析，得出感情精神关怀的需求率达 93.2% [2]；根据实证结果讨论县域医养结合养老服务的可及性的影响路径，发现倾向特征、使能资源和需要因素均是可及性的显著影响因素[3]。

此外，在中国老年健康影响因素跟踪调查(CLT HLS)数据基础上进行的研究发现，医疗资源的可及性与中国农村空巢老人的健康需求具有显著的相关性[4]；在我国东部、中部和西部地区的农村空巢老年人中的横断面调查显示，中国东、中、西部地区农村空巢老年人家庭医生服务总体签约率和使用率分别为 49.82%和 42.93%；其中东部 39.41%、36.97%；中部 36.46%、23.80%；西部 83.68%、79.34% [5]。综上所述，已有文献大多聚焦在城市或者宏观制度层面上的研究，在对农村老年人群的微观感受方面缺乏深入细致的实证探索。

1.3. 研究内容与方法

本文采取“概念阐释－情况阐述－障碍剖析－对策设计”的方式展开探讨。主要概念以 Penchansky 的“5A”模型为参照并进行本土诠释，理论依据借鉴了健康公平观、社会支撑论及新公共效劳观，在实践层面结合了文献调查法、政策解析法以及案例比照法，本文主要采用 2024-2026 年国家卫生健康统计公报、国家相关政策文件以及各地区已开展的相关实践为研究资料，在此基础上尽量全面地了解农村老年人健康服务可及性的现状情况。

2. 核心概念与理论基础

2.1. 核心概念界定

本文所称的“农村老年人”，是指户籍或者常住地在农村的 60 周岁及以上人口，以留守、空巢、失能、半失能老人为重点人群。“健康服务”概念广泛，包含预防、保健、基本医疗、康复、护理、长期照护以及临终关怀等方面的服务，建立贯穿于健康促进－疾病预防－治疗康复－临终关怀全过程的服务体系。

“可及性”是本研究的核心分析工具。

本文采用 Penchansky 与 Thomas 的“5A”框架界定健康服务可及性：可获得性衡量服务品类与供给规模是否充足；可接近性关注居住点位与医疗机构的空间距离、交通便捷度；可负担性对比服务费用和老年人实际支付能力；可适应性考察服务时段、预约模式是否契合老年群体生活需求；可接受性包含老人对服务主体的信任，以及服务与本土乡村文化的适配程度。该模型跳出单一地理可达性视角，覆盖供需匹配全流程，便于系统剖析农村老年健康服务背后各类复杂结构性问题[6]。

2.2. 理论基础

健康公平理论认为社会中不同的群体不应该因为所处的社会经济地位不同而在健康上存在不必要的

差别，这是反思城乡之间健康服务差距的价值前提；社会支持理论可以用来探讨家庭－社区－政府三个层级的支持系统如何实现对农村老年人健康保障的不同定位及其整合机制的问题——随着劳动力外出务工，家庭层面的支持被削弱后，三是政府及社区如何有效补位？新公共服务主张政府角色由“掌舵”向“服务”转变，在一定程度上可作为分析基层政府提供健康服务职能定位的重要参照系。

这三个理论相互补充，共同构成了本研究分析农村老年健康服务可及性问题的理论支柱。

3. 农村老年健康服务可及性的多维困境

3.1. 可获得性困境：基层服务供给能力薄弱

可获得性关注的是健康服务是否“存在”且“充足”。从机构层面看，全国已建有 8 万个老年助餐点，每天有 300 多万老年人在养老助餐点就餐，家庭养老床位累计建成 49.5 万张⁴。然而，机构数量并不能完全反映服务能力。多地调研显示，乡镇卫生院现有医疗设备陈旧，财政专项支持力度有限，基层服务力不足。

在服务内容层面，农村基层医疗卫生机构提供的服务仍以基本医疗和基本公共卫生服务为主，康复护理、临终关怀、心理慰藉等“软服务”严重缺失。且该项服务在实践中受到服务费用、服务方式、医生团队专业素质等多种因素的影响，可及性和有效性仍有待提升^[7]。

基层卫生人才“下不去、留不住”，是影响服务供给的主要障碍之一。从村医队伍的年龄结构看，在一些地方存在突出问题。如株洲市乡村医生 2300 余人，其中 45~60 岁 728 人，占 31.6%⁵，60 岁以上占 11.6%⁵；云南省元江县 40 岁以上乡村医生占到了 74.42%⁶；辽宁省朝阳市村医队伍老龄化率已高达 42%⁷；偏远地区的村卫生室后继乏人^[7]。

3.2. 可接近性困境：地理距离与交通障碍

可达性代表服务物理层面的抵达便利程度。农村村落布局分散、交通薄弱，空间就医阻碍十分突出。乡镇卫生院集中在集镇，不少自然村与其相距数公里甚至数十公里，失能、半失能老人难以独自前往就诊。当前全国九成以上群众可实现 15 分钟就近就医，2025 年基层医疗机构诊疗量基层医疗机构诊疗量占全国总诊疗量的比重始终保持在 50%以上⁸，分级诊疗建设初见成效。但 15 分钟医疗圈仅适配行动正常人群，无法反映失能、半失能老人面临的真实就医空间障碍^[8]。

县域医共体建设在一定程度上缓解了这一问题。到 2025 年，紧密型县域医共体建设实现了全面铺开，全国多个县、县级市以及城市辖区正加快推进并运行紧密型县域医共体⁹。

但也要看到，这些服务主要解决的是诊断质量问题，并没有从根本上改变患者必须“到达”基层机构接受服务的地理约束。

3.3. 可负担性困境：经济成本的多重压力

可及性是指老人是否能够“买得起”。目前虽然城乡居民基本医疗保障基本实现全覆盖，但是农村老人依然面临着较大的健康支出风险。除了目录以外的药品、康复项目仍需自己承担之外，看病过程中产生的交通、陪护等方面的间接成本也不容忽视。

支付能力本身也极为有限。近年来我国城乡居民养老保险待遇标准逐年提高，基础养老金部分的国

⁴<https://m.chinanews.com/wap/detail/cht/zw/10582858.shtml>

⁵<http://www.hnzzzx.gov.cn/c8112/20170523/i511705.html>

⁶<https://www.yjx.gov.cn/yjzfxgk/yjxwshjshyjrddbzyzxytadblqk/20251011/1627608.html>

⁷<https://wjw.chaoyang.gov.cn/html/CYWSJ/202505/0174856432488343.html>

⁸<https://news.cctv.cn/2025/11/27/ARTIhijTlb623EKJmmrDkSiP251127.shtml>

⁹https://www.gov.cn/zccfh/2026nzccfh/20260413/jdzc/202604/content_7065390.htm

家最低标准从最初的每人每月 55 元经过七次提高标准之后, 2025 年为每人每月 143 元¹⁰。2025 年政府工作报告提出城乡居民基础养老金最低标准再提高 20 元¹¹, 这一举措将直接惠及广大领取养老金的老年人。但相较于农村老年人实际健康支出需求而言, 这一改善幅度仍显有限。“未富先老”在农村地区表现得尤为集中——老龄化先于经济发展和制度准备, 使得老年群体的支付意愿和能力受到严重抑制[9]。

3.4. 可适应性困境：服务方式与需求的错配

可适应性关注的是服务的组织方式是否适应老年人的生活习惯和实际需求。当前农村健康服务在这一维度上存在明显的供需错配。

一是服务时间不对称。乡镇卫生院及村卫生室的门诊时间基本都是按照机关事业单位的上班时间来设置, 而农村老人多数在早晨或傍晚才有空看病, 门诊时间限制了老人的选择, 他们只能舍弃农作时间或者舍弃看病机会。二是没有上门服务项目。

虽然到 2025 年, 全国共有家庭医生 139.1 万人, 部分地区重点人群签约率超过 80%¹², 但是家庭病床及上门服务尚在起步阶段, 在广大农村地区的覆盖率还远未达到需求量。国家卫生健康委等部门出台了《关于印发提升家庭医生签约服务感受度若干措施的通知》¹³, 这一政策方向值得肯定, 但从政策落地到真正改变农村老年人的服务体验, 仍有较长的路要走。

3.5. 可接受性困境：文化与信息隔阂

可接受性关注的是服务能否被老年群体从心理和文化上“接受”, 这涉及健康素养、就医习惯、信任关系等深层次因素。

一是健康素养不高。从监测结果显示, 在 2025 年部分县域内城乡居民健康素养出现显著差距: 洱源县城城镇居民健康素养水平达 44.30%, 农村居民仅达到 24.80%¹⁴; 且很多农村老人不了解基本的健康常识, 有“小病不看医生, 大病不去医院”的想法。

二是数字鸿沟扩大化。在医疗卫生信息化的过程中, 网上预约挂号、电子健康档案查阅等功能逐步开放。然而乡村中老年人数字化能力不足, 缺乏网上操作的常识。

三是信任关系的脆弱。在农村推广实施家庭医生签约服务的过程中, “签而不约”的现象比较普遍, 农村空巢老人的家庭医生服务签约及使用率受信任程度、服务满意度等因素影响而出现较大差异性。如果签订服务没有实质健康照护活动的协议书, 或无法落实相关协议内容, 会导致老年群体无法信任该政策。

4. 可及性困境的深层成因

4.1. 制度层面：城乡二元结构的延续

导致农村老年群体获得基本健康服务的机会不均等的主要原因有: 一是由我国现行城乡分割体制造成的城乡发展不平衡状况。由于受传统观念的影响, 在我国很多地方都存在重城市轻农村的现象, 城市的卫生资源大多集中于大中型城市, 而乡镇卫生院等机构普遍面临资金不足等问题。虽然随着国家对农村基础设施投入力度的加大, 城乡之间的发展差距逐渐拉近, 然而积重难返[10]。

¹⁰<https://i.ifeng.com/c/8pAge7uDSyz>

¹¹https://www.gov.cn/yaowen/liebiao/202503/content_7010294.htm

¹²https://www.gov.cn/zccfh/2026nzccfh/20260413/wzsl/202604/content_7065384.htm

¹³<https://www.nhc.gov.cn/jws/c100073/202508/a304af6bc8e84d6c90dfb4f8bbdbf736.shtml>

¹⁴https://www.eryuan.gov.cn/eyxrmzf/c106787/pc/content/2028767206202970112/content_2028767206202970112.html

4.2. 供给层面：基层服务能力的系统性衰退

基层卫生人才引留困难是制约农村健康服务供给的核心难题。尽管国家出台多项人才扶持政策，但基层工作条件简陋、薪酬待遇偏低、晋升渠道狭窄，难以吸引和稳定专业医护人员。同时供给侧还存在医养分离问题，医疗机构与养老机构场地、运营相互割裂，老人兼顾看病与日常照料十分不便。目前，在农村地区，紧密型县域医共体基本实现县域全覆盖，整个“十四五”期间，国家层面累计派出医务人员超过 5.7 万人次到县域工作¹⁵。但农村医疗与养老服务融合衔接仍存在短板。如今我国进入中度老龄化，农村叠加空巢、高龄、慢病、失能多重特征，老年人医疗照护需求持续攀升，加快推进农村医养深度融合十分紧迫。

5. 提升农村老年健康服务可及性的对策建议

5.1. 优化资源配置，提升“可获得性”

提升农村老年健康服务可及性，需破除城乡二元结构带来的资源分配惯性，推动优质医疗资源下沉。搭建紧密型县域医共体是关键路径，统筹整合医共体内人、财、物，推动县级医院技术、管理资源辐射乡镇与村级卫生室。

此外，盘活乡村闲置校舍、厂房，改造村级医养结合站点。安徽金寨具备实践参考价值，当地建成多家医养、养老机构，护理型床位占比 67%¹⁶，医养机构签约合作配套完善；2025 年获批省级医养联合体试点，搭建县级医院牵头的双向转诊机制，超八成医疗机构完成老年友善化改造，形成全域覆盖的医养服务体系。

5.2. 创新服务模式，改善“可接近性”

针对农村就医地理阻隔，应推广流动诊疗车、巡回医疗队，由乡镇卫生院进村定点服务，云南勐海布朗山乡医养中心融合医疗、康养与民族特色服务，打通服务末梢。面向失能、半失能老人，扩大家庭病床规模，完善上门诊疗医保报销支持，2025 年全国基层家庭病床已超 37 万张¹⁷。同时推行邻里互助、时间银行模式，组织低龄老人帮扶高龄失能群体，搭建乡村互助养老数字平台，常态化开展代购、陪同就医等志愿帮扶，全方位消解远距离就医带来的不便。

5.3. 完善支付保障，增强“可负担性”

因此，提升服务可负担性离不开医保与长期护理保险协同支撑。一方面扩大康复、安宁疗护等老年刚需项目医保覆盖范围，减轻农村老人自费压力；另一方面加快长护险向农村落地，依托乡镇卫生院搭建乡村照护体系。多地已有实践：徐州 33 家基层机构承接长护险，服务约 670 名失能老人，有效破解照护难题¹⁸；昆明共有 210 家长护定点服务机构为失能参保人提供护理服务¹⁹。2026 年国家启动重度失能老人补贴试点，为农村长护险完善、补齐农村长期照护短板创造了政策机遇。

5.4. 弥合数字鸿沟，提高“可适应性”

信息化是提高服务效率的利器，但是不能落下老人。推行“互联网 + 医疗健康”，要坚持“两条腿走路”，一边发展线上服务，另一边也要为不太会用网络技术的老年人留出线下人工通道。要开发一些

¹⁵<https://www.gov.cn/xinwen/2026zccfh/5/index.htm>

¹⁶<https://wjw.ah.gov.cn/ztzl/wsijkzdgz/58198881.html>

¹⁷<http://www.scio.gov.cn/live/2026/38302/tw/>

¹⁸https://www.nhsa.gov.cn/art/2025/8/21/art_14_17643.html

¹⁹<https://ylbz.yn.gov.cn/index.php?c=show&id=5812>

适合老年人使用的简易终端，比如一键呼叫、语音交互的健康监测机具，简化技术应用流程。

与此同时，还应强化乡村数字基建。有研究者提出建立专项基金，保证偏远村庄 5G、光纤等网络基础设施覆盖到位，为老年人健康数据即时上传、远程诊疗等提供技术支撑，在村一级则可以通过“银龄数字伙伴”行动，由村干部、留守青年与高龄长者结成帮扶对子，在村委活动室设立电脑培训室。

5.5. 加强健康宣教，改善“可接受性”

可接受性问题的破解，破解可接受性难题需同步提升农村老人健康素养、重塑医患信任。依托村医、乡贤的熟人社会优势普及健康知识，为每户培育掌握基础健康与急救技能的“健康明白人”。推进家庭医生签约不能只追求覆盖率，更要提质增效，组建全科医生、护士、村医协同团队，针对老人开展个性化慢病管理。落实卫健部门相关政策，完善上级医师下沉签约的长效机制与薪酬补偿制度。以持续落地的实质性健康照护服务获取老年群体认可，切实扭转签约流于形式、“签而不约”的现实问题。

6. 结语

农村老年健康服务可及性不足是城乡发展失衡下多重矛盾叠加的综合性民生问题。本文运用 Penchansky “5A” 分析框架，从五个维度梳理现实困境：基层医疗资源短缺、人才断层导致供给薄弱；村落分散、交通不便形成就医地理阻碍；老人收入有限，自费照护开支加重经济负担；服务时间、服务形式与农村老人需求不相匹配；老年人健康素养不足、数字使用困难、医患信任不足，降低其主动接受服务的意愿。

各类可及性障碍存在三层深层根源：城乡二元结构造成医疗资源分配长期偏向城市；基层医疗机构发展动力不足，人才流失、医养分离持续削弱服务能力；城镇化带来农村空心化，传统家庭养老、邻里互助体系衰退，社会化照护供给未能及时补齐缺口，多重因素叠加造成农村老人看病、照护、经济负担三重难题。

针对五大维度困境，本文配套提出系统性优化对策：统筹县域医疗资源、改造乡村闲置场地，补齐服务供给短板；推广巡回诊疗、家庭病床与互助养老，消除空间就医壁垒；扩大医保报销范围、落地长期护理保险，减轻经济压力；同步搭建线上服务与线下人工窗口，适配老年人使用习惯；借助村医普及健康知识，做实家庭医生签约服务，重建医患信任。

综上，农村老年健康服务可及性缺失本质是健康公平层面的结构性矛盾，由乡村老龄化、人口外流、基层公共服务滞后共同引发。该问题无法依靠单一措施化解，需统筹资源配置、服务模式、保障制度与群众认知协同推进，贴合农村老人实际需求完善全周期健康服务体系，缩小城乡健康保障差距，让农村老人公平、便捷、低成本地享受健康照护，缓解乡村老龄化带来的养老医疗压力。

参考文献

- [1] 杜鹏. 农村养老应更重战略耦合[J/OL]. <http://lw.xinhuanet.com/20250813/1da19acf2a00419a87f1da605be39f2f/c.html>, 2025-08-13.
- [2] 张翔, 陈梦瑶, 贾常离, 许晶琳, 任盼盼, 贾晶晶. 基于网络分析的新时期农村地区中老年人健康服务需求及相关因素实证研究[J]. 中国卫生事业管理, 2025, 42(5): 552-554+568.
- [3] 王家合, 曾维亮, 赵艳蕊. 县域医养结合养老服务可及性及其影响因素——基于安德森模型的实证研究[J]. 社会保障研究, 2025(4): 17-30.
- [4] 郑吉友, 张喜凤. 基于农村空巢老人健康需求状况的医疗服务可及性研究[J]. 辽宁大学学报(哲学社会科学版), 2024(4): 40-52.
- [5] 张翔, 宓金融, 贾常离, 等. 中国东、中、西部地区农村空巢老年人家庭医生服务签约和使用情况及影响因素：一项横断面研究[J]. 中国公共卫生, 2025, 41(12): 1409-1414.

- [6] 刘海燕, 宁艳花, 孔维娟, 等. 我国农村家庭医生签约服务老年人健康管理实践影响因素: 一项范围综述[J]. 中国全科医学, 2025, 28(4): 482-490.
- [7] 邓元慧, 张新庆, 韩跃红. 我国村医队伍发展的现状与问题[J]. 中国卫生事业管理, 2017, 34(2): 120-122+144.
- [8] 王雯, 张泉. 15 分钟就医圈规划的可达性偏差——基于农村行动受限老年群体的反思[J]. 中国卫生经济, 2023, 42(8): 62-67.
- [9] 都阳, 崔慧敏. 农村人口老龄化: 趋势、挑战与应对策略[J]. 中国农村观察, 2025(4): 3-17.
- [10] 陈起风, 邓大松. 推进健康中国: 乡村医疗资源配置共生能力框架构建[J]. 江苏社会科学, 2023(6): 102-111.