

人口老龄化视域下我国农村老年人健康困境与优化路径研究

杨亚强

贵州大学法学院, 贵州 贵阳

收稿日期: 2026年6月3日; 录用日期: 2026年10月13日; 发布日期: 2026年10月23日

摘要

国内老龄化存在明显城乡倒置特征, 农村老龄化程度与增速均高于城镇。城镇化持续推动青年劳动力外流, 家庭养老功能不断衰退, 城乡医疗资源分配不均, 农村留守老人、随迁老人普遍面临生理、心理与社会融入多重健康难题。当前人口红利消退, 叠加乡村振兴、健康中国战略推进, 本文依托健康老龄化、积极老龄化与嵌入理论, 从生理、心理、社会健康梳理农村老年群体健康问题, 从制度、资源、组织、认知、数字鸿沟剖析困境成因, 并立足乡村本土特质, 跳出城市养老建设固有思路, 从健康科普、基层医疗、多层次医保、本土化医养融合、乡村互助养老、适老化数字健康服务六方面提出优化治理对策。

关键词

人口老龄化, 农村老年人, 健康老龄化, 医养结合, 健康政策, 卫生法

Study on Health Difficulties and Optimization Paths of Rural Elderly in China from the Perspective of Population Aging

Yaqiang Yang

Law School of Guizhou University, Guiyang Guizhou

Received: June 3, 2026; accepted: October 13, 2026; published: October 23, 2026

Abstract

China's aging population exhibits a distinct urban-rural inversion: rural areas register both a higher degree and faster growth rate of aging compared with urban regions. Sustained urbanization drives

文章引用: 杨亚强. 人口老龄化视域下我国农村老年人健康困境与优化路径研究[J]. 老龄化研究, 2026, 13(10): 158-164. DOI: 10.12677/ar.2026.1310739

the outflow of young laborers, steadily weakening the family-based elderly care system. Coupled with the uneven distribution of urban and rural medical resources, left-behind elderly in rural areas and elderly migrant residents generally face multifaceted health challenges spanning physical, psychological and social integration dimensions. Against the backdrop of fading demographic dividends, alongside the advancement of the Rural Revitalization Strategy and the Healthy China Initiative, this paper draws on theories of healthy aging, active aging and embeddedness theory. It sorts out health predicaments of rural elderly groups from physical, psychological and social perspectives, and analyzes the root causes of such dilemmas covering institutional arrangements, resource allocation, organizational support, public awareness and the digital divide. Rooted in the inherent local characteristics of villages, this research breaks away from the stereotyped urban elderly care development mindset, and puts forward targeted optimized governance countermeasures in six dimensions: popularizing health science, strengthening primary medical care, developing multi-tiered medical insurance, advancing localized integrated medical-elderly care services, building rural mutual-aid elderly care systems, and delivering age-friendly digital health services.

Keywords

Population Aging, Rural Elderly, Healthy Aging, Integrated Medical and Elderly Care, Health Policy, Health Law

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

城镇化推进与人口结构变迁加剧了农村人口空心化与老龄化问题，空巢失能、进城随迁老年群体规模持续扩大，农村老年人慢性病高发、失能比例攀升，健康保障形势严峻。人口红利消退后，传统养老医疗模式适配性大幅降低，尽管农村医养康养服务体系逐步完善，但受经济基础薄弱、传统观念固化、基层人才流失、医保衔接不畅、服务供需错位等因素制约，城乡老年健康保障差距依然明显，随迁老年群体还面临福利脱节、就医不便、社区融入困难等诸多问题。当前老龄健康研究存在明显城市偏向，农村相关研究较为零散、乡土适配性不足。基于多区域调研与全国宏观数据，本文以健康老龄化、积极老龄化、嵌入理论为支撑，区分农村留守与随迁老年群体的健康差异，多维度剖析其健康困境与风险成因，构建乡村适配性老龄健康分析框架，弥补现有研究短板。研究成果可为优化乡村养老医疗服务、推进资源下沉提供参考，有助于降低农村老年健康风险、完善多元养老服务模式，推动乡村民生建设稳步发展。

2. 相关核心理论阐释

2.1. 健康老龄化理论

1987 年世界卫生大会正式提出健康老龄化发展目标，该理论核心内涵聚焦老龄人口全生命周期健康质量提升，摒弃单纯追求寿命延长的老旧观念，强调从生理健康、心理健康、社会适配三个维度降低老年带病生存、失能致残概率，通过完善健康服务、优化保障制度、营造友好养老环境，弱化人口老龄化带来的负面社会冲击，实现老龄群体寿命与健康寿命同步提升。健康老龄化分为预防、诊疗、康复、长期照护四大实践环节，贯穿老年人从壮年到高龄的全周期。在我国农村落地健康老龄化，核心是补齐基层预防保健与居家康复短板，破解农村“重治病、轻预防”的现实困境，改变老年人小病拖成大病、慢病迁延恶化的普遍现状，也是本文研究的核心理论立足点。进入人口负债周期背景下，推进农村健康老龄

化能够有效减少大额医疗支出、缓解家庭照护负担、压缩社保基金支出压力，是对冲人口负债负面影响的关键举措[1]。

2.2. 积极老龄化理论

积极老龄化由世界卫生组织在 2002 年正式推出政策框架，以健康、保障、社会参与三大支柱为核心，转变“老年人是社会负担”的固有观念，充分发掘低龄老年群体的社会价值，支持老年人通过就业劳动、志愿服务、投身乡村公共事务等途径实现个人价值。健康维度承接健康老龄化的核心内涵，聚焦贯穿人生全过程的健康养护；保障维度注重构建多维度社会保障体系，健全养老、医疗、长期照护配套制度，夯实老年人基本生活保障基础；社会参与维度提出立足本地现有资源搭建各类参与渠道，引导身体健康的低龄老人投身村级治理、邻里帮扶、特色种养等各类事务。这一理论契合国内农村老年群体结构现状[2]，农村地区存在规模可观、身体状况良好的低龄老年人，有条件参与乡村生产经营与互助照料工作，运用积极老龄化相关理念能够充分激活乡村存量人力，减轻乡村高龄、失能群体照护资源不足的压力。

2.3. 嵌入理论

嵌入理论最早由波兰尼提出，后经格兰诺维特等学者拓展至制度、组织、资源、技术、认知多维度嵌入分析框架，核心观点是各类社会制度、公共服务需要嵌入本土社会经济、文化、人际网络之中，一旦出现系统性脱嵌，便会引发资源错配、服务失效、民生风险。周建芳将该理论引入农村老龄健康研究，提出当前我国农村健康服务体系存在制度、组织、资源、技术、认知五大脱嵌：现代健康制度设计以城市为基准，脱离农村乡土经济与人文；基层医疗组织持续萎缩，正式与非正式帮扶网络同步弱化；优质医疗资源集中在城市，农村资源存量不足；数字化健康服务脱离农村老人使用能力；现代化健康理念与农村传统认知割裂。五大脱嵌相互作用，持续放大农村老年健康风险，嵌入理论是本文深挖健康困境成因的核心分析工具[3]。

3. 人口老龄化背景下农村老年人健康现实困境

3.1. 生理健康难题：慢病高发、身体素质衰退、就医与体检利用率偏低

一是慢性病多发，多病共存问题突出。农村老年群体慢性病发病现象普遍，高血压、腰椎疾病、骨关节炎等为高发慢性病，同时糖尿病、心脑血管及呼吸系统慢性疾病也较为常见。从地域调研情况来看，农村老年人身体健康状态随年龄增长持续下滑，老年群体血压异常、营养不良等问题较为普遍，多重健康问题叠加，持续损耗身体脏器机能。多数农村老年人存在多种慢性病共存的情况，各类病症相互影响、相互加重，显著提升了身体失能、行动受限的发生概率，严重影响晚年生理健康状态。

二是随迁老漂族异地就医壁垒突出。多数农村随迁老人的医保参保地集中在户籍所在地，早期异地就医需个人先行垫付全部费用，再返回户籍地办理报销手续，流程繁琐、成本较高。即便目前异地就医直接结算机制逐步落地推行，部分地区仍存在报销标准、报销范围的区域差异，异地就医保障力度不足。受就医保障限制，多数随迁老人面对病痛时，不会选择正规医疗机构就诊，普遍采取自行购药、依托老家留存药物、隐忍硬扛等方式应对，慢性病难以得到常态化、规范化诊疗，长期处于带病迁延状态，病情易持续加重恶化[4]。

3.2. 心理健康困境：孤独抑郁高发、精神慰藉缺失

一是留守老人空巢独居诱发负面情绪。城镇化发展进程中，农村青壮年人口普遍外出务工，农村空巢独居老年群体规模庞大，多数老年人长期独自居住生活，缺乏常态化的家人陪伴与情感交流。长期独

居的生活状态，极易让农村留守老人滋生孤独、落寞等负面情绪，心理状态长期处于消极状态，心理健康隐患突出。

二是随迁老漂族心理归属感严重缺失。进城随迁老人为照料晚辈被动离开熟悉的乡土环境与亲友圈层，迁入城市生活后，受地域方言、生活习惯、城乡生活氛围差异的影响，难以快速适应城市生活、融入城市社区[5]。这类群体日常生活重心多为隔代照料，晚辈日常工作繁忙，缺乏有效的情感沟通与陪伴，在城市中无固定社交圈层，人际关系单薄。长期的陌生感与疏离感，让思乡、失落、无助成为常态心理，多数随迁老人长期积攒负面情绪，缺少有效的情绪宣泄和疏导渠道。

三是城乡养老资源配置失衡。优质的康复护理、长期照护等养老服务资源大多集中在城市区域，农村地区医养结合服务机构数量稀少、配套设施不完善，专业护理床位供给缺口较大。农村失能、高龄老人的照料方式以家庭居家照料为主，主要依靠配偶、子女提供日常照护，依托专业养老机构获得规范化照护的比例极低。一旦家庭照料者外出务工或无暇兼顾，高龄、失能农村老人便会陷入无人照料的困境，养老保障与健康照料难以落地。

4. 农村老年人健康困境的多维成因分析

依托嵌入理论从制度脱嵌、资源脱嵌、组织脱嵌、认知脱嵌、技术脱嵌五大维度拆解困境内在成因，同时区分城乡二元结构、人口流动等宏观外部因素。

4.1. 制度层面脱嵌：社保与医养制度城乡差异化设计

制度与优质医疗养老资源的城乡结构性失衡，是农村老年健康服务脱嵌的核心根源。制度设计层面存在明显的城乡差异化割裂，养老保障、长期护理、异地医保、公共卫生等核心政策均以城市为核心搭建，农村养老基础待遇水平偏低、长期护理保障缺失、异地就医报销受限，且公共卫生服务适配性不足，导致农村老人就医负担重、抗风险能力弱，极易陷入因病致贫、因病返贫困境[6]。资源配置层面呈现典型的城乡倒置格局，优质医养硬件设施、专业医护人员高度集聚于城市，农村基层医疗机构设备老旧、药品种类匮乏，专业人才青黄不接，加之公共卫生财政投入长期向城市倾斜，使得农村常态化健康服务、居家康复、健康科普等基础服务难以落地，基层医养服务供给能力严重不足。

4.2. 法律保护层面脱嵌：农村老年健康权益法治供给不足

从卫生法体系审视，现行健康保障规范带有鲜明的城市中心取向，法律制度难以适配乡土社会场景，形成法律维度的脱嵌。《基本医疗卫生与健康促进法》¹虽确立健康权与基本医疗卫生服务均等化原则，但条文偏原则化，缺少针对农村老年群体的强制性实施细则，对慢病随访、上门医疗、老年心理健康等服务未明确刚性履职标准与追责机制。卫生法与老年保障、社会保险相关法律衔接不畅，规范碎片化问题突出。现有法律对村医居家诊疗、乡村互助照料等本土服务模式的权责边界界定不清，随迁老人异地公共卫生服务的户籍壁垒尚未通过卫生法治路径完全破除。乡村卫生监管力量薄弱，对虚假养生宣传、非法保健品营销的治理效能有限。农村老年人法治认知不足，健康权益受损时维权救济渠道不畅，卫生法律规范难以有效转化为现实保障，农村老年人法定健康权落地受阻。

4.3. 组织层面脱嵌：正式与非正式帮扶网络双重弱化

社会组织帮扶体系失效与健康认知观念割裂，进一步加剧了农村老年健康服务的落地困境。在组织帮扶层面，正式基层健康服务网点持续收缩，乡镇、村级医疗服务机构不断缩减，拉大了农村老人的就

¹<https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/202007/e1192329ea4d45ef892892cd8232d385.shtml>

医服务半径；而非正式的乡村邻里、宗族互助网络伴随城镇化空心化瓦解，经济薄弱村缺乏养老健康配套建设能力，社会第三方服务主体下沉不足，形成正式与非正式帮扶网络双重弱化的格局。在认知理念层面，农村老年人固守传统乡土健康观念，重治疗、轻预防，忽视慢病管控与日常体检；同时基层健康科普形式单一、内容晦涩，难以被老年群体接受，反而使其易被虚假养生信息误导，现代主动健康、医养结合的政策理念难以转化为农村老人的日常行为，形成理念与实践的脱节[7]。此外，数字技术鸿沟进一步加剧服务壁垒，智慧健康服务缺乏乡村适老化改造，农村高龄老人数字使用能力不足，导致优质线上医疗资源无法下沉乡村，新技术成为农村老年获取健康服务的阻碍。

5. 人口老龄化背景下农村老年人健康优化路径

立足健康老龄化、积极老龄化与嵌入理论，紧扣乡村本土资源禀赋，从健康宣教革新、基层医疗提质、社保体系完善、本土化医养融合、乡土互助网络搭建、适老化数字服务六大方向提出创新性落地对策，兼顾留守老人与随迁老漂差异化需求。

5.1. 重构本土化健康科普与健康教育体系，破解认知脱嵌

第一，转变科普形式，摒弃标语、宣传栏等低效模式，依托乡村集市、红白喜事、农闲时段，采用方言宣讲、田间科普、村内实景案例等本土化形式，由乡镇卫生院医生、本土村医开展常态化健康课堂，围绕高血压、糖尿病、骨关节病、合理膳食、科学锻炼开展普及；第二，联动县域公立医院专家下乡开展公益义诊 + 科普一体化活动，以免费测血压血糖带动健康知识传播；第三，规范乡村保健品市场，联合市场监管、卫健部门整治乡村虚假养生讲座，从源头避免老人被虚假健康信息误导；第四，分层科普，针对留守老人侧重慢病管理、居家防护，针对随迁老人通过社区线下宣讲科普异地医保、城市免费体检政策。

5.2. 补强基层医疗卫生资源，夯实农村健康服务底盘

第一，优化村医培育与激励机制，落实村医编制、薪资补贴政策，定向培养乡村全科医生，推行县管乡用、乡聘村用人才制度，提升基层医务人员收入与职业归属感，破解村医流失、队伍老化难题；第二，完善村级健康驿站建设，按照村落人口疏密差异化布局，人口集中村建设实体健康驿站，偏远散村配置流动巡回医疗车，常态化开展上门体检、慢病随访、轻症诊疗；第三，推动县域优质医疗资源下沉，建立城市三甲医院与乡镇卫生院对口帮扶长效机制，定期派驻医师坐诊、带教村医，远程会诊常态化落地乡镇。

5.3. 完善多层次社会保障制度，补齐制度短板

第一，稳步提升农村城乡居民基础养老金标准，建立养老金与物价、人均收入动态联动上调机制，逐步缩小城乡养老金待遇差距，提升农村老人医疗支付能力；第二，分区域、分阶段落地农村长期护理保险，集体经济发达村镇采用集体补助 + 个人缴费模式，欠发达地区以财政补贴为主，优先覆盖高龄、重度失能农村老人，减轻居家照护经济压力；第三，持续优化异地就医结算政策，扩大异地报销药品目录、适度提高跨省报销比例，简化随迁老人异地备案流程，依托社区便民窗口代办医保备案，破除老漂就医报销壁垒；第四，完善农村高龄、低保、特困老人医疗救助制度，对低收入患病老人实施医药费倾斜减免。

5.4. 立足乡土特色，推进本土化医养康养融合发展

摒弃照搬城市大型养老院的模式，因地制宜探索农村医养新模式：一是推行“两院一体”改革，

乡镇卫生院与乡镇敬老院毗邻共建、资源共享，医疗机构负责诊疗慢病，养老机构负责日常照料，实现小病院内即时医治；二是村级依托幸福院、日间照料中心打造微型医养站点，配备基础医护设备与兼职村医，满足本村老人日间就餐、临时托管、简易诊疗；三是鼓励村集体盘活闲置校舍、旧村部改造适老照料点，依托集体经济收入补贴运营成本，降低入住费用。针对失能老人，推广家庭病床、上门巡诊、居家康复等居家医养服务。

5.5. 组织监管与法律层面：基层养老健康服务监管法律缺位，多元主体责任不清

针对基层养老健康服务监管缺失、多元主体法律权责模糊的组织脱嵌问题，立足医疗卫生法治视角，提出如下专项法律完善建议。第一，细化基层公立医疗服务强制性法律细则，依托《基本医疗卫生与健康促进法》出台地方配套实施细则，以立法形式明确乡镇卫生院、村卫生室老年慢病随访、免费体检、上门诊疗的服务频次、覆盖范围与考核标准，划定基层医疗机构履职红线，对公共卫生服务敷衍缺位、服务供给缩水的机构及负责人，依法追究行政追责与绩效处罚，压实基层官方医疗服务法定责任。第二，补齐农村互助养老法律空白，制定地方性农村互助养老服务管理法规，明确邻里互助小队、时间银行的合法法律地位，规范志愿服务时长登记、兑换、传承全流程法律规则，厘清互助帮扶过程中的人身损害权责边界，配套设立公益意外保险机制，明确风险分担主体，化解互助养老法律纠纷。第三，健全乡村康养社会组织监管法律体系，完善第三方养老服务机构下沉乡村的准入标准、运营规范与退出追责法律条款，明确民政、卫健双部门联合监管权责，建立服务失信黑名单制度。同时以法律形式明确政府购买乡村养老健康服务的流程与标准，保障社会主体合法权益，激活多元养老服务主体活力，从法治层面补齐基层养老健康组织监管漏洞。

6. 结论与研究展望

6.1. 研究结论

在人口老龄化加速、农村老龄化“城乡倒置”、我国步入人口负债周期的时代背景下，受城乡二元结构、青壮年持续外流、制度资源组织技术认知五重系统脱嵌等多重因素叠加影响，我国农村留守老人与进城随迁老漂普遍面临慢病高发、身体素质持续衰退、体检就医利用率不足、心理孤寂抑郁、社会融入受阻等多层次健康难题。生理层面慢病共病、失能风险攀升，心理层面孤独焦虑常态化，社会层面公共健康服务可及性偏低是农村老年健康三大突出特征[8]。根源层面，城乡差异化社保设计造成制度脱嵌、优质医疗资源城市集中形成资源脱嵌、城乡人口流动瓦解传统帮扶网络引发组织脱嵌、传统健康认知与现代健康理念割裂催生认知脱嵌、数字建设忽略老年使用能力带来技术脱嵌，五大脱嵌相互联动，持续放大农村老年健康安全风险。

在法治保障层面可从两处完善相关立法与制度细则：一是加快农村养老健康专项立法进程，立足城乡发展差异细化农村老年人医保、长期护理保险配套法律条款，明确各级政府在基层医疗资源配置、老年普惠体检落地中的法定责任；二是完善异地就医相关行政法规，优化随迁老人医保异地备案、报销的法定流程，从法律层面破除户籍带来的公共福利壁垒，以刚性法条护航农村老年人各项健康权益落地[9]。

立足健康老龄化与积极老龄化理论，跳出城市化养老建设惯性，紧扣我国乡村熟人社会、本土集体经济现实，从本土化健康科普、基层医疗提质、社保制度优化、乡土型医养融合、邻里互助网络培育、适老化数字健康六个维度精准施策[10]，能够系统性破解多重脱嵌困局，推动健康服务深度嵌入乡土社会，全方位改善农村老年生理、心理、社会三重健康水平，稳步落地农村健康老龄化目标，对冲人口负债带

来的养老医疗压力。

6.2. 研究展望

受数据可得性限制,本文以定性规范分析为主,未结合细分县域微观量化数据开展区域精细化研究。后续研究可结合东中西部不同农村经济水平、老龄化差异,因地制宜分地区细化差异化健康治理方案;伴随长护险逐步向农村扩面、数字乡村持续建设,未来可跟进政策落地实效,持续优化农村老年健康保障举措。伴随乡村集体经济不断壮大、乡土互助养老模式逐步落地,农村健康老龄化建设将持续完善,逐步缩小城乡老年健康服务差距,助力健康中国与乡村振兴双向落地。

参考文献

- [1] 申瑜洁. 中国农村老年人健康服务困境与对策研究——基于积极老龄化和健康中国视角[J]. 产业与科技论坛, 2026, 25(5): 204-206.
- [2] 张鑫, 再努尔·买买提. 老龄化背景下农村老年人健康养老模式选择研究[J]. 山西农经, 2024(6): 33-35.
- [3] 周建芳. “十五五”时期农村人口老龄化健康安全风险的演化机理与前瞻治理[J]. 现代经济探讨, 2026(5): 122-132.
- [4] 姜全保, 韩青, 郭玉. 农村老年人的社会支持困境与对策研究[J]. 苏州大学学报(哲学社会科学版), 2023, 44(6): 61-72.
- [5] 周琳. 医养结合背景下农村居家老年人健康服务方案构建及应用研究[D]: [硕士学位论文]. 北京: 中国人民解放军医学院, 2022.
- [6] 石欣雅. 人口老龄化背景下基本养老保险对农村老年人健康的影响研究[D]: [硕士学位论文]. 成都: 西南财经大学, 2021.
- [7] 李知, 关贺文, 皇甫文静, 郑锴. 我国农村老年人健康管理困境及解决措施[J]. 吉林医药学院学报, 2020, 41(2): 114-115.
- [8] 王博, 吴琼, 张苹, 陈莉军. 人口老龄化背景下我国农村随迁老年人健康状况及其影响因素的研究现状[J]. 中国医药导报, 2019, 16(2): 155-158.
- [9] 秦永超. 福利多元视域下农村老年人福祉提升研究[D]: [博士学位论文]. 南京: 南京大学, 2016.
- [10] 姜思宇. 关于农村老年人生活保障问题的思考[J]. 商, 2013(17): 366.