



中国农村老龄健康:特征、成因与应对方略

陆杰华 孙 杨

[摘要] 文章基于多期中国健康与养老追踪数据分析我国农村老年人口的健康状况及其变化趋势,并从性别、地区、城乡、家庭四个维度剖析健康不平等的主要特征。研究发现,农村老年人自评健康较差但略有改善;患慢性病率达七成且共病特征明显;ADL失能率稳定在13%左右,但IADL失能率提高;男性、城镇、有配偶老年人的健康状况更好;健康性别差异随年龄增长而扩大,地区差异呈东高西低、南高北低的分布格局。当前,农村医疗和养老保障水平低、村居基础设施落后、医疗资源城乡配置非均衡、家庭照料功能弱化以及预防性保健不足是制约老龄健康发展的重点因素。下一步需要坚持全生命周期和积极老龄观理念,加强健康中国和乡村振兴战略协同,夯实设施、制度和资源基础,深化康养服务内核,促进农村老龄健康高质量、可持续、公平发展。

[关键词] 农村老年人;健康状况;健康老龄化;健康不平等;应对方略

DOI:10.13240/j.cnki.caujsse.2024.02.005

我国长期存在的城乡二元结构造成的位势差异推动了大规模的人口乡城迁移,催生了严重的老龄化“城乡倒置”现象(李辉,王瑛洁,2012;林宝,2018)。根据第七次全国人口普查数据,我国农村地区60岁及以上人口规模达到1.2亿人,占比23.81%,65岁及以上人口规模达到0.9亿人,占比17.72%,分别比城镇地区高出7.99和6.61个百分点。参照联合国关于老龄化的划分标准,相对于全国和城镇地区,我国农村地区已经提前步入中度老龄化社会^①。人口数量规模不断扩大与发展速度持续加快的农村老龄化对老年人的养老、医疗、照料等提出了持续性挑战,这也是有力有效推进乡村全面振兴过程中必然面临并亟待解决的现实问题。

健康是个体追求的目标,关系到晚年生活福祉和实现对美好生活的向往。健康

[基金项目] 北京市社会科学基金重大项目“实施积极应对人口老龄化国家战略研究”(20ZDA32)。

[作者简介] 陆杰华,北京大学中国社会与发展研究中心研究员、社会学系教授,中央民族大学民族学与社会学学院兼职博导;

孙 杨,中央民族大学民族学与社会学学院博士生。

^① 按照联合国关于老龄化的划分标准,当一个国家60岁及以上人口占总人口比重超过10%或65岁及以上人口比重超过7%,即进入轻度老龄化社会;60岁及以上人口占总人口比重超过20%或65岁及以上人口比重超过14%,即进入中度老龄化社会;60岁及以上人口占总人口比重超过30%或65岁及以上人口比重超过21%,即进入重度老龄化社会。

老龄化是积极应对人口老龄化的主要手段,更是推进乡村高质量发展、可持续振兴的重要前提和题中之义。面对城镇化快速发展、乡城人口流动不断加剧、城乡养老与健康服务资源差异日渐凸显等问题(杜本峰,王旋,2013),探究如何在乡村振兴战略背景下推进健康老龄化,以积极的中国方案解决日益严峻的农村老龄化问题,需要从整体上准确把握目前我国农村老龄健康的基本状况和阶段性特征,以切实掌握老年人健康需求情况,为农村养老服务政策安排、医疗资源配置和健康干预行动提供科学依据。以往有关老龄健康的研究主要关注老年人整体,对农村老年人的健康现状及其特征尚未作针对性探讨。鉴于此,本研究将基于中国健康与养老追踪调查(CHARLS)数据,考察我国农村老龄健康的现状及其阶段性特征,研究农村老龄健康状况的性别差异、城乡差异、地区差异和家庭差异,并深层次解析其形成动因,最后围绕“强引领、强基础、强服务”的促进农村老龄健康发展的行动思路提出应对策略。

一、相关文献回顾与评述

(一) 老龄健康的相关理论

根据人类死因模式与死亡水平的关系,Omran(1971)提出流行病学转变理论。该理论比较系统地分析了健康与疾病模式的复杂变化及其与人口结构和社会经济的相互作用,描述了人类的主要死亡原因从传统疾病和饥荒转变到慢性非传染性疾病这一长期变化过程。近30年来,我国人口的疾病转换模式基本符合流行病学转变理论。死亡率下降,慢性非传染性疾病成为老年人死亡的主要原因,而农村老年人受到慢性病的冲击更明显且增长速度更快(Yang et al., 2013; 李涌平,韩丽媛,2016)。平均预期寿命不断延长意味着人可以活得更长,但并不等于都能活得更健康。Gruenberg(1977)提出“成功的失败”概念,指出虽然医学技术进步大大提高了预期寿命,但与此同时慢性病患者率和残障率也在不断提升,造成了严重的疾病负担和健康损失。因此,20世纪80年代学界围绕预期寿命与疾病的关系展开了疾病扩张(Kramer, 1980)、疾病压缩(Fries, 1980)和疾病动态均衡(Manton, 1982)的讨论,即讨论增加的预期寿命到底是在健康还是在疾病状态中度过,这为认识人口健康变化规律和老年人健康预期寿命奠定了基础。

社会分层理论从经济、政治、社会等资源占有的分层和异化角度为健康不平等提供了解释机制(方长春,2009)。社会经济地位对健康起着决定性作用,是造成健康不平等的根本因素(Link & Phelan, 1995; 陆杰华,郭冉,2017)。农村老年人在收入、教育、职业等资源的占有上处于劣势地位,健康状况明显低于社会经济地位相对更高的城镇老年人,这也是我国健康老龄化进程面临的主要问题(焦开山,2014; 陆杰华,韦晓丹,2021)。压力过程理论在社会分层的基础上,着重从精神健康的角度构建生

活事件和社会经济地位影响心理健康的理论框架,认为不同社会经济地位群体的生活事件等压力源暴露程度以及面对压力源的应激反应存在差异,从而导致了心理健康状况不同(Aneshensel et al., 1991)。生命历程理论纳入时间效应考察生命历程早期因素对健康的长远影响,认为晚年时期的健康问题可以追溯到生命的早年时期(Elder, 1998)。生命历程理论强调从出生到死亡每个生命历程时期的生活方式、经历、环境都与健康问题息息相关,为健康干预和疾病预防提供了重要理论指导,是近几十年来研究老龄健康问题的主要分析框架(宋新明, 2018)。累积优势/劣势理论也是从生命历程的时间维度分析健康不平等问题经典理论框架,认为个体早期与社会经济地位相关的健康优势/劣势会随着时间的推移不断累积,从而在不同结构性群体之间形成健康水平的系统性分异(Dannefer, 2003)。

(二) 老龄健康及其测量研究

人口健康概念经历了从传统生物医学模式到涵盖环境和社会性特征的发展过程,老龄健康指标测量也随着人口健康概念边界的不断拓展和内涵的不断丰富而愈发多元化、体系化。生物医学模式将健康定义为人体各个器官拥有正常的功能能力。根据此定义,衡量健康的指标主要是某类特定的生物统计性标准,比如死亡率、预期寿命、发病率等(Boorse, 2014)。但随着社会和医学的进步,生物统计性指标的显著性变化趋势减弱且更加趋于动态稳定,生物医学模式缺乏对认知、情感、环境、社会、卫生政策等方面的考虑的缺陷也逐渐被认识(Saini et al., 2017)。世界卫生组织对健康的定义为医学模式提供了替代方案,即健康不仅指疾病和衰弱的消除,还指个体在身体、精神、社会上的完全健康状态(World Health Organization, 1946)。因此,健康成了一个多维、全生命历程、综合的社会性概念,老年人口健康的测量指标也从单一生物功能范围扩展到生理、心理、社会和环境领域。

日常生活能力(ADL)和工具性日常生活能力(IADL)是衡量老年人客观生活自理健康状况的主要指标(Katz et al., 1963; Dunlop et al., 2002),自评健康是常用的测量老年人主观健康状况的综合性指标(Maddox & Douglass, 1973)。有研究将多个健康指标整合为一个综合的指数体系,例如老年人资源和服务(OARS)健康评估量表、健康生活质量指数等(Maddox, 1993; 赵忠, 侯振刚, 2005),从身体健康、心理健康、生活自理能力、经济和社会功能等多维角度衡量老年人的健康状况。米特尼斯基构建的虚弱指数(Mitnitski et al., 2001)不仅能反映ADL、IADL、心理健康、患病情况等多维健康状况,还能从健康随年龄增长而变化的生命历程角度关注个体的虚弱程度累积和身体机能老化趋势,逐渐成为主要的老龄健康状况测量工具(曾宪新, 2010; 陆杰华, 郭冉, 2019)。

(三) 老龄健康的影响因素研究

现有研究主要从微观、中观和宏观三个层面分析农村老龄健康的影响因素。微观因素包括农村老年人的个体禀赋特征、社会经济特征、生活习惯和方式等。一般情

况下,老年人健康状况随着年龄增长而下降,具有明显的年龄效应,高龄老年人患慢性病和存在生活自理功能障碍的比例和风险会显著上升(陆杰华,郭冉,2019)。农村老年人的健康状况存在明显的性别差异,虽然女性老年人的平均预期寿命高于男性老年人,但这只是生存优势(杨玲,宋靓珺,2022)。男性老年人在患慢性病、自理能力、自评健康、心理健康等指标上具有明显的健康优势(董明英,王晓军,2021)。受教育水平、收入、职业等与社会分层相关的社会经济特征因素显著影响农村老年人的健康水平,受教育程度和收入越高的农村老年人总体健康状况越好(刘欣,顾源,2023)。贫困会加重农村老年人的健康风险(柳建坤,张云亮,2021)。积极的社会参与有利于帮助老年人改善精神状态、减缓身体机能老化速度、提高生活福祉,对农村老年人的健康尤其是心理健康具有显著提升作用(盛亦男,刘远卓,2022)。农村老年人吸烟和喝酒的频率显著高于城镇老年人,而坚持体育锻炼的频率显著低于城镇老年人,因此具有不良生活习惯和方式的农村老年人群通常会遭受长期性健康损伤(黄洁萍,尹秋菊,2013;夏德龙,朱博文,2021)。

中观因素包括农村老年人的家庭结构和居住环境等。家庭结构变动会对老年人的健康状况产生影响,在大规模乡城流动背景下,丧偶不仅直接影响农村老年人的心理健康,还会通过改变生活和生产方式增加患慢性病和身体功能障碍的风险(李琴等,2022)。尽管老年人会根据健康状况安排居住方式,独居老年人的身体健康状况要优于非独居老年人,但独居会提高农村老年人的抑郁水平(蒋炜康,孙鹃娟,2022;晏月平,李雅琳,2022)。与子女同住对农村老年人的身心健康有显著提升作用(丁继红,董旭达,2017)。住房条件和村居环境的改善能显著促进农村老年人缓解抑郁状况、降低跌倒风险、提高健康水平(徐延辉,刘彦,2020;刘悦,米红,2021;侯建明,张培东,2023)。

宏观因素包括地区经济发展水平、基础设施、医疗服务供给和医疗保障制度等。由于城乡二元结构机制导致的政策差异,农村地区在经济发展水平、基础设施建设、公共服务供给等方面长期处于劣势地位,这塑造了农村老年人整体健康的弱势状态(林万龙,2018;黄俊辉,2019)。在宏观制度上,随着基本医疗保险覆盖面扩大和城乡居民医保走向整合,农村老年人的身心健康水平显著提高(汪连杰,刘昌平,2022)。但差别化的制度设计导致城乡在基础医疗资源和医保报销水平等方面存在明显差异,城乡老年人群体之间的健康不平等现象依然存在(刘慧侠,2014)。从多层交互效应上看,宏观因素与微观因素会共同影响农村老年人的健康状况,城乡发展不平衡的缩小有利于缓解个体社会经济分层带来的健康不平等(陆杰华,汪斌,2022)。因此,如何在推进基本医保城乡制度性整合的基础上,进一步缩小城乡之间在基础医疗设施、医疗服务质量、养老服务供给等方面的差距,是破解城乡健康不平等困局、全面提升农村老年人健康水平并最终实现健康老龄化的重点所在。

(四) 文献评述

既有文献对老龄健康的相关理论、人口健康的概念及其测量、影响农村老年人健康的多层因素进行了系统研究,为认识老年人口变化规律、明晰老龄健康概念、构建老龄健康衡量指标和把握健康老龄化发展趋势奠定了理论和实证基础,具有积极的借鉴意义,但对农村老龄健康的分析还存在不足。具体来说,现有关于我国老龄健康状况的文献多分析总体老年人的健康状况,缺乏对农村老年人健康现状的关注。同时,既有研究多通过单一指标分析影响农村老年人口健康的相关因素,不利于深入分析其变化趋势和内部差异性特征。面对加速发展的农村老龄化,在城乡二元痕迹和社会经济分层等多维因素塑造的城乡老年人健康差异背景下,有针对性地分析农村老年人口健康状况的现状及其特征,对掌握农村老龄健康基本状况、预测农村地区健康服务与资源供给、积极应对农村健康老龄化具有重要的现实意义。综上所述,本研究将从现状与特征分析、动因分解、应对方略三大方面对上述缺陷进行补充完善。

二、中国农村老龄健康的现状与特征

以全生命周期视角提升全民健康水平并促进健康公平是实现健康老龄化的两大核心理念(陆杰华等,2017)。在疾病模式转变与老龄化加剧的宏观背景下,积极应对人口老龄化,促进社会发展进步,首先要提升老年人整体健康水平,增加健康预期寿命。然而,由于社会分层、人口流动、区域发展不均衡、家庭结构变化等,农村老年人的健康不平等问题趋于严重(杜本峰,王旋,2013),为健康事业高质量均衡发展带来严峻挑战。为实现健康中国与健康老龄化,在追求整体健康水平提升的同时,还要关注老年人健康不平等,缩小群体间的健康差距。故此,本研究将基于2011—2018年中国健康与养老追踪调查(CHARLS)数据,从两大方面解构中国农村老龄健康的现状与特征。一方面,结合自评健康、慢性病、ADL、IADL和抑郁等五个健康指标描述农村老年人口的总体身心健康状况;另一方面,从性别、地区、城乡、家庭四个维度分析农村老龄健康的不平等特征。

(一) 中国农村老年人健康总体状况

1. 自评健康整体水平较差,但近年略有改善,不健康老龄群体比重下降

自评健康是衡量老龄健康的重要指标,能够较好地反映老年人的总体健康状况。2018年的数据显示,农村老年人中有26.2%自评健康状况为“不好”,7.5%自评健康状况为“非常不好”,两类合计占老年人总体的33.7%,明显高于自评健康为“好”和“非常好”的老年人占比之和。自评健康状况为“一般”的老年人占比最大,为46.2%。但从2011—2018年的变化趋势来看,自评健康状况为“非常好”和“一般”的老年人占比上升,自评健康状况为“好”“不好”和“非常不好”的老年人占比下降。

其中,变化较明显的是自评健康状况为“非常好”和“不好”的老年人占比,前者占比从4.0%上升到9.7%,后者占比从33.2%下降到26.2%(见图1)。整体来看,农村老年人整体健康状况相对较差,但近年来呈逐渐改善的趋势,自评“不健康”的老年人群占比下降。

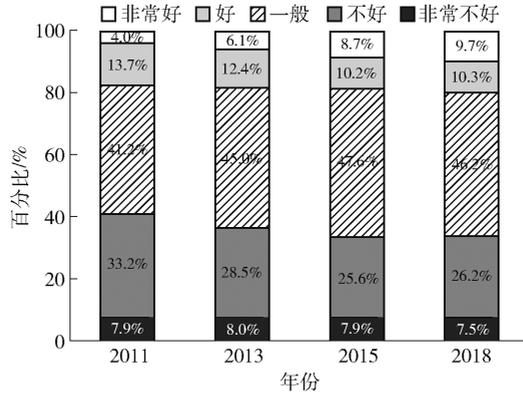


图1 2011—2018年农村老年人口自评健康状况

2. 慢性病患病率依然在七成以上,且共病特征十分明显

老年人群慢性病高发是健康老龄社会的一大挑战。2011—2018年,我国农村老年人患慢性病率一直高达七成以上,患三种及以上慢性病率也一直在20%以上。若以此推算患慢性病农村老年人总量,我国近9000万农村老年人患有至少一种慢性病。图2列举了农村老年人中常见的慢性病种,2018年其发病率由高到低分别为关节炎、高血压、胃病、心脏病、慢性肺病、血脂异常、糖尿病、肾脏疾病等,共病特征十分明显。从变化趋势来看,无论是总体患病率还是高发慢性病种患病率,大多呈上升趋势。这表明慢性病患病风险仍在不断加剧,农村老年人的慢性病防控以及高发慢性病种的针对性干预需要国家和社会予以重点关注。

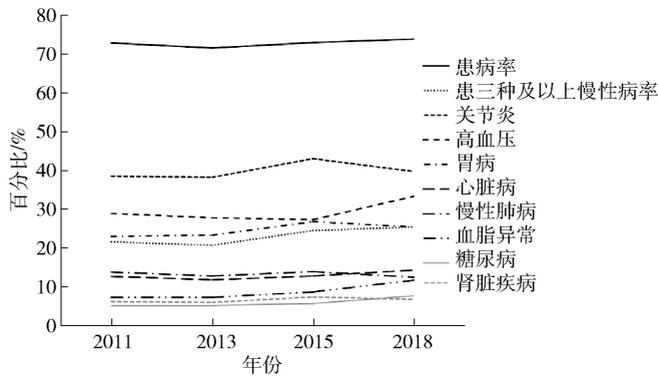


图2 2011—2018年农村老年人口慢性病患者情况

3. ADL 失能率基本稳定在 13% 左右,但 IADL 失能率明显上升

从表 1 可以看出,2011—2018 年农村老年人的日常生活活动能力(ADL)失能率略有增加,但变化幅度不大,基本稳定在 13% 左右。工具性日常生活活动能力(IADL)失能率显著高于 ADL 失能率,且上升趋势明显,从 21.9% 上升到 35.1%。从年龄队列来看,随着年龄的增长,ADL 和 IADL 失能率明显提高,且提高幅度越来越大,ADL 失能率的提高集中表现在 90 岁及以上高龄老年人中。2018 年,ADL 失能率从 70~79 岁组的 15.8% 提高到 90 岁及以上组的 42.7%,IADL 失能率也从 70~79 岁组的 43.9% 大幅提升至 90 岁及以上组的 92.3%。农村老年人的生活自理能力正在不断下降,绝大多数 80 岁及以上农村高龄老年人处于失能状态。

表 1 2011—2018 年分年龄农村老年人口失能状况

单位:%

年龄	ADL 失能			IADL 失能		
	2011 年	2018 年	差值	2011 年	2018 年	差值
总体	13.1	13.6	0.5	21.9	35.1	13.2
60~69 岁	9.2	9.4	0.2	16.1	24.5	8.4
70~79 岁	15.5	15.8	0.3	26.8	43.9	17.1
80~89 岁	27.1	25.0	-2.1	48.3	66.5	18.2
90 岁及以上	33.3	42.7	9.4	63.6	92.3	28.7

ADL 测量的是吃饭、穿衣、进食、洗澡、控制大小便、上下床等最基本的生活自理能力,IADL 衡量的是做饭、洗衣、购物、打电话、服药等较为复杂且受限程度较高的日常生活能力,因此 IADL 失能率明显高于 ADL 失能率,尤其是在生活设施条件较差的农村地区,老年人 IADL 失能率可能更高,两个指标间的差异更显著。同时,IADL 受损往往发生在老年人身体机能和认知能力下降的早期阶段,对 ADL 失能有一定的预测作用,因此要警惕农村老年人特别是高龄老人日常生活自理能力快速下降的潜在风险。

4. 心理健康状况有所下降,患抑郁老年人比重上升

从心理健康状况来看,2011—2018 年农村老年人患抑郁比重从 16.7% 上升到 22.4%。具体来看,轻度抑郁老年人比重从 11.5% 上升到 14.3%,提升了 24.3%;中度抑郁老年人比重从 4.3% 上升到 6.9%,提升了 60.5%;重度抑郁老年人比重从 0.9% 上升到 1.3%,提升了 44.4%。农村老年人的心理健康状况呈下降趋势,患抑郁老年人比重增多,特别是中度抑郁和重度抑郁老年人比重的增加速度更快。因此,除了关注老年人群的各项身体健康指标外,农村老龄人群的心理健康也需要得到更多的关注和干预。

(二) 中国农村老年人健康不平等特征

1. 性别差异:男性老年人健康状况显著优于女性,而且健康差异随年龄增长而扩大

图3反映了我国农村男性老年人与女性老年人的健康差值情况,各年龄段自评“不健康”的女性平均比男性高出近10个百分点,仅90岁及以上高龄组的男性自评健康状况比女性差。从慢性病患者率、ADL失能、IADL失能、抑郁来看,女性老年人各项健康指标发生比要远高于男性,健康状况明显更差。随着年龄的增长,各项健康指标的性别差异呈扩大趋势,仅在60~69岁组中女性ADL失能率与IADL失能率要略低于男性。由此可见,虽然女性的平均预期寿命高于男性,但随着年龄的增长,女性老年人的健康劣势更明显。

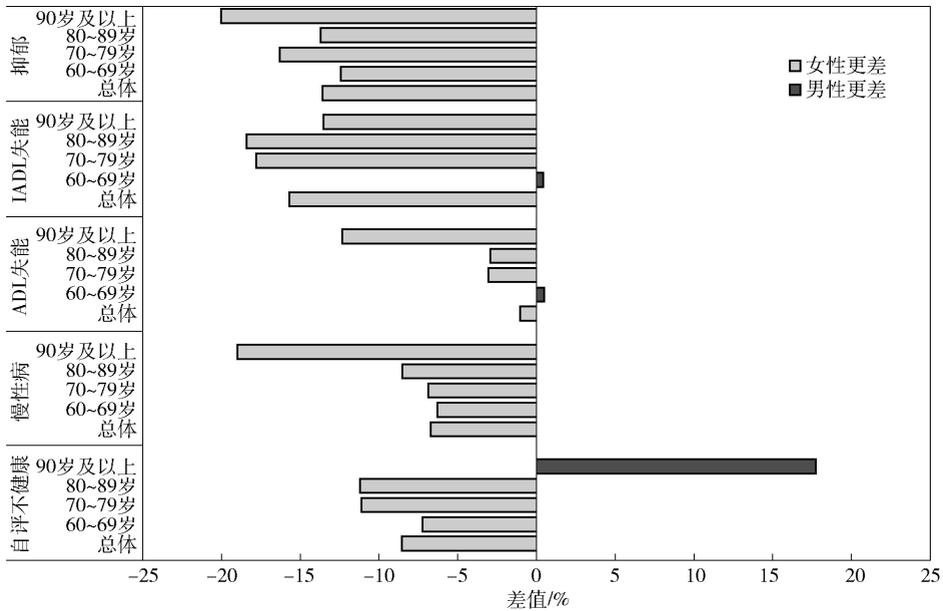


图3 2018年中国农村老龄健康状况性别差值

2. 地区差异:省份健康状况差异较大,整体呈东高西低、南高北低的空间分布格局

从农村老龄健康状况的省份和地区差异来看,省际和地区间各健康指标波动较大(见图4),表明其农村老龄健康状况差异较大。总体上,社会经济发展水平更高的地区农村老年人健康状况更好,呈现出东部高西部低、南方高北方低的波动分布态势。从区域内部差异来看,东部地区江苏、山东、河北三个省份农村老年人健康状况相对较差,中部地区山西、江西、安徽三个省份老年人健康状况相对较差,西部地区新疆、甘肃、青海三个省份老年人健康状况相对较差,东北地区黑龙江省农村老年人健康状况最差。

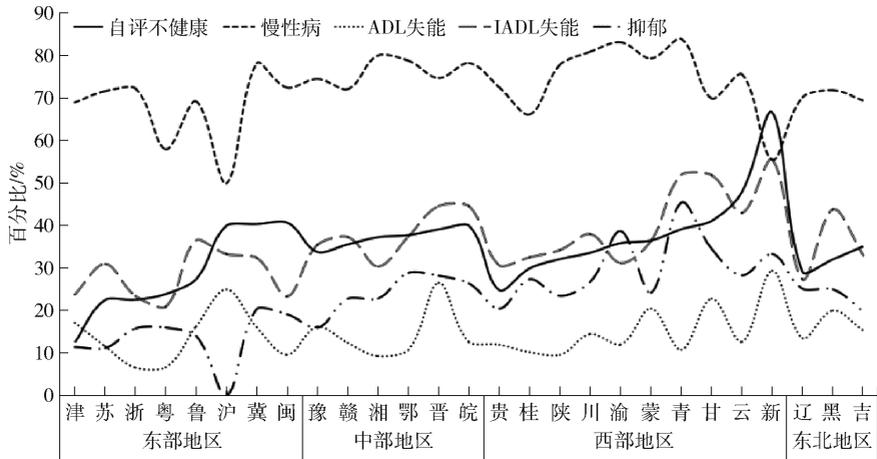


图4 2018年中国农村老龄健康省份及区域差异状况

3. 城乡差异：农村老年人健康状况低于城镇老年人，且IADL失能率差异最明显与城镇老年人相比，农村老年人健康状况更差（见图5）。具体来看，城乡老年人在IADL失能率上差异最大，其次为自评健康和抑郁状况，这可能与农村生活设施基础薄弱、老年人社会经济条件较差以及年轻劳动力的乡城流动有关。自评不健康的农村老年人与城镇老年人比重差值在整个老龄阶段呈倒“U”形，IADL失能状况也表

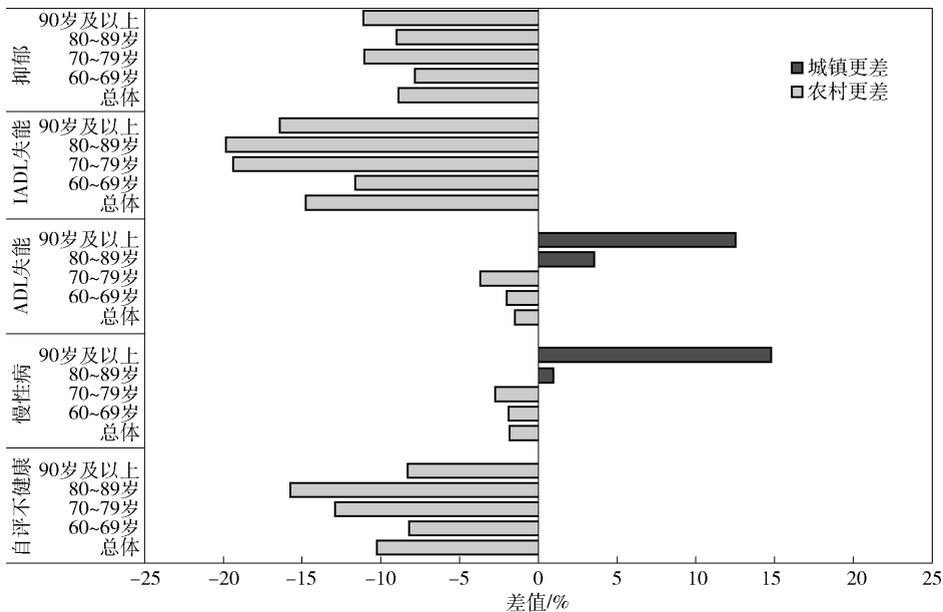


图5 2018年中国老龄健康状况城乡差值

现出类似特征。患慢性病率和 ADL 失能率的城乡差异相对较小,甚至在 80 岁及以上高龄老年人组中,农村老年人这两项指标要优于城镇老年人。

4. 家庭差异:有配偶的老年人健康状况更好,丧偶和未婚的老年人生活自理能力更差

婚姻状态会引起家庭结构、居住安排和照料方式等的变动,从而对老年人健康状况产生影响。如图 6 所示,有配偶的老年人健康状况较好,离异和丧偶的老年人健康状况普遍较差。离异的老年人自评不健康和抑郁比例最高,分别达 41.9% 和 39.0%,表明离异的老年人心理健康状况最差。未婚的老年人慢性病患者率最低,只有 63.2%,低于整体平均患病率水平。丧偶的老年人 ADL 失能率和 IADL 失能率最高,分别达 19.6% 和 51.2%,其次为未婚的老年人,分别有 17.0% 和 50.0%,表明丧偶和未婚的老年人生活自理能力更差。

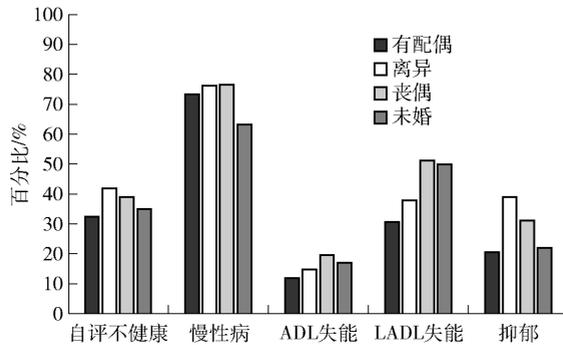


图 6 2018 年中国农村老龄健康与婚姻状况

三、中国农村老龄健康现状的形成动因解析

积极应对农村人口老龄化,全面提升农村老龄健康水平,需要有健全的医疗卫生设施提供基础保障、完善的医疗服务体系提供服务保障以及科学的养老和医疗保险制度提供制度保障。从目前我国农村老龄健康现状和特征来看,既要肯定得益于科学的政策体系和不断完善的农村医疗保障制度,我国农村老龄整体健康水平在稳步提升;但也要客观地认识到,受限于当下社会经济发展水平,农村地区在医疗和养老保障、村居环境、医疗设施、服务照料、预防性健康保健等方面还存在明显短板,老龄健康的城乡和地区差异比较大,健康不平等问题依然存在,使健康中国建设与乡村全面振兴面临严峻挑战和现实困境。

(一) 农村医疗保障水平明显不足,制度设计矛盾凸显

改革开放以来,中国农村医疗保险经历了从合作医疗到城乡居民基本医疗整合的变迁过程,社会医疗保障制度逐渐完善,农村居民基本医疗保障水平全面提升,总

体健康状况得到明显改善。但农村医疗保障水平仍然明显不足,医保制度设计存在“保高弃低”的冲突现象。具体而言,制度分立造成职工与城乡居民医保制度之间的保障水平差异较大,对农村居民的保障力度仍然有限。2022年,住院费用目录内报销比例职工医保为84.2%,而城乡居民医保仅为68.3%,个人自付比例分别为15.8%和31.7%^①,农村居民自付比例明显偏高。按人头缴费的责任负担方式也背离了以个人能力大小分担责任从而体现的公平互济原则,导致农村居民的医疗保险缴费负担过重,很大程度上降低了农村老年人自主参保的积极性。城乡居民基本医保制度性整合之后,虽然待遇水平有了一定提升,但个人实际自付保费也在连年上涨,每人每年的个人缴费标准从2018年的220元涨到2023年的380元。对于一个有老年人的农村家庭来说,光医保门槛缴费就是一笔沉重的负担,更不用说还要加上日常门诊和住院治疗费用。在支付方式上,目前按项目付费的主要报销方式没有控制好医疗费用的过度上涨,加上先付费后治病的医保支付程序,进一步加重了参保农村老年人的医疗负担。偏高的自付比例、过重的缴费负担以及较高的医疗费用显然让大部分处于中低收入水平的农村老年人难以享受到高水平的医疗保障,在重大疾病面前更是不堪一击,严重削弱了农村老年人的抗疾病风险能力,加剧了健康劣势和健康不平等。

(二)农村养老保障水平有限,老年人收入增长速度滞后于医疗费用增长速度

社会基本养老金是老年人最主要的收入来源,也是改善农村老年人医疗健康状况的重要保障之一。但目前农村社会保障层次较低,农村居民领取的养老金仍处于较低水平。如表2所示,在2013年新型农村社会养老保险和城镇居民社会养老保险并轨之前,农村老年人每月领取的养老金不足100元。在城乡居民基本养老保险制度建立之后,2013—2020年,农村老年人每月领取的养老金稳步上升到174元。但与此同时,医疗服务价格改革并未取得预期效果,我国各类医疗费用仍在连年上涨,居民看病就医压力不断增大。到2020年,农村居民人均医疗保健支出达到1417.5元,占消费性支出比重上升到10.3%,次均门诊费用为324.4元,人均住院费用高达一万元以上。尽管医保报销比例逐年提升,但在患大病和慢性病比例较高的农村老年人群中,低水平的养老金收入与报销比例以外高昂的医疗保健支出、门诊费用以及住院费用相比只是杯水车薪,大部分费用仍需要老年人自己承担,这容易导致农村老年人陷入“有病不敢医”的艰难困局。低水平的养老保障与不断上涨的医疗费用阻碍了农村老年人的医疗服务利用,也在一定程度上弱化了医疗保险的基本健康保障功能(赵黎,2019)，“看病贵”的问题亟待进一步解决。

^① 2022年全国医疗保障事业发展统计公报, http://www.nhsa.gov.cn/art/2023/7/10/art_7_10995.html。

表 2 2010—2020 年我国农村居民养老金收入与医疗费用支出情况

年份	城乡基本养老 保险人均年 收入(元)	城乡基本养 老保险人均 月收入(元)	人均医疗 保健支出 (元)	医疗保健支出 占消费性支出 比例(%)	门诊病人 次均医药 费(元)	住院病人 人均医药 费(元)
2010	698.6	58.2	326.0	7.4	166.8	6 193.9
2011	689.7	57.5	436.8	8.4	179.8	6 632.2
2012	879.5	73.3	513.8	8.7	193.4	6 980.4
2013	979.1	81.6	668.2	8.9	206.4	7 442.3
2014	1 097.6	91.5	753.9	9.0	220.0	7 832.3
2015	1 430.4	119.2	846.0	9.2	233.9	8 268.1
2016	1 408.0	117.3	929.2	9.2	245.5	8 604.7
2017	1 520.7	126.7	1 058.7	9.7	257.0	8 890.7
2018	1 827.9	152.3	1 240.1	10.2	274.1	9 291.9
2019	1 942.4	161.9	1 420.8	10.7	290.8	9 848.4
2020	2 088.0	174.0	1 417.5	10.3	324.4	10 619.2

注:根据 2010—2022 年中国卫生健康统计年鉴及人力资源与社会保障事业发展统计公报整理得出。

(三) 农村基础设施相对落后,村居适老化环境短板明显

村居环境是农村老年人日常生活与社会交往的重要场所,在老龄化程度不断加深且以居家养老为主要养老模式的农村地区,良好的村居环境与居住空间的适老化建设是促进健康老龄化的重要物质支撑。村居道路、住房条件、生活垃圾和污水处理方式、饮用水安全、厕所环境、生活清洁能源等都与老年人的健康和生活方式息息相关。由于长期的城市偏向性政策,农村地区的生活基础设施建设相对落后。第三次全国农业普查数据显示,截至 2016 年年末,我国农村居民使用卫生厕所和安全饮用自来水的比例仅为 48.6% 和 47.7%, 分别有 17.4% 和 73.9% 的农村实行了生活污水和垃圾处理(见表 3)。农村基础设施和居民生活条件呈现出明显的地区差异,东部地区的村居环境设施条件明显优于全国其他地区,中部地区的村居环境略好于西部地区但差距不大,东北地区的村居环境和居住条件最差。提升农村老年人的健康水平要考虑养老环境的适宜性,以满足老年人的日常生活需求。而农村地区村居环境、住房安全、养老服务设施等的适老化规划和建设还存在明显短板,理念相对落后,弱化了老年人的日常生活自理能力,不利于缓解老年人的抑郁症状,降低了其心理健康水平。农村相对落后与区域发展不均衡的卫生基础设施,以及村居生活环境的适老化短板,是造成老年人城乡健康不平等和地区健康不平等的重要原因。

表3 我国农村基础设施与居民生活条件情况

单位:%

	全国	东部地区	中部地区	西部地区	东北地区
水冲式卫生厕所	36.2	54.2	29.2	29.7	4.1
卫生旱厕	12.4	11.7	13.6	12.0	12.2
安全饮用自来水	47.7	62.3	43.9	38.2	36.1
生活污水集中或部分集中处理	17.4	27.1	12.5	11.6	7.8
生活垃圾集中或部分集中处理	73.9	90.9	69.7	60.3	53.1

注:根据第三次全国农业普查主要数据公报整理得到。

(四) 农村基层医疗服务基础薄弱,城乡医疗资源配置不均衡

尽管我国整体医疗服务水平在不断提升,但高水平医疗资源向城市快速聚合发展的趋势愈发明显,导致农村基层医疗卫生资源严重不足。医疗服务资源的城乡与区域配置非均衡大大削弱了农村基层医疗的健康保障功能,阻碍了农村老年人健康水平的提升。一方面,农村医疗服务基础短板明显,城乡医疗卫生资源存在较大差距。截至2021年,农村地区每万人口卫生技术人员、执业(助理)医师、注册护士分别为63人、24人和26人,分别比城市少36人、13人和20人;每万人医疗卫生机构床位数比城市少14.64张^①。另一方面,乡村医生短缺且年龄结构老化。一直以来,乡村医生紧缺是农村基层医疗服务系统面临的首要问题。乡村医生不仅医疗卫生服务工作繁重,而且经济回报和职业发展得不到充分保障,工资收入、住房、社会保障、子女教育等条件较差,吸引力自然远不及城市医疗服务系统。乡村医生的低吸引力使农村医疗机构既留不住也引不来年轻的高素质医疗人才,导致乡村医生呈现出年龄结构逐渐老化与知识技能结构偏低趋势,从而降低了农村医疗卫生服务的质量和可持续性。2021年,乡村卫生室人员构成中年龄在45岁及以上的占69.5%,拥有大专及以上学历的占41.1%,拥有师级及以上专业技术职称的仅占15.4%;而这三项比重在社区卫生服务中心人员构成中分别为30.5%、82.1%和66.5%,在各类医院人员构成中分别为23%、86.2%和66.3%^②。这表明,与城市相比,乡村医生的年龄结构普遍偏大,学历和技能水平较低,职业发展面临上升瓶颈。城乡医疗资源的配置差异使健康状况本就较差的农村老年人难以享受到优质的医疗服务,进一步加剧了城乡老年人的健康不平等。因此,如何提升农村地区的医疗卫生服务供给质量和水平,实现城乡基本公共服务均等化,是积极应对农村老龄化和乡村全面振兴亟待解决的重要议题。

(五) 乡村“空村”与家庭“空巢”,家庭照料功能不断弱化

家庭照料支持仍是我国农村养老保障体系最主要的组成部分,而当前农村社会

① 根据2022年《中国统计年鉴》相关数据计算所得。

② 根据2022年《中国卫生健康统计年鉴》相关数据计算所得。

面临的是老年人护理需求不断增加与家庭照料功能持续弱化的双重困境。一方面,农村老年人的预期寿命在继续增长,患慢性病、失能、抑郁等的老年人比例和规模持续上升,农村老龄群体的长期护理需求不断扩大;另一方面,持续大规模的农村年轻劳动力乡城流动,使农村社会传统稳定的家庭结构被逐渐打破。随着城镇化不断深化,妇女逐渐进入劳动力市场,儿童需要接受更高水平的教育,乡村社会从传统的老人、妇女和儿童到只剩下老年人,进一步弱化了农村家庭的照料和养老功能,大部分农村老年人只能靠自己养老,乡村也只能依靠老年人继续维持。第七次全国人口普查数据显示,与2010年相比,2020年我国农村平均家庭户规模从每户3.34人减少到2.70人,减少了19.2%,城市平均家庭户规模从每户2.71人减少到2.49人,减少了8.1%;从65岁及以上老年人口抚养比看,城市老年抚养比从9.5%增长到14.6%,而农村老年抚养比从14.2%增长到28.1%,10年间增长了近一倍,抚养比绝对值和增长速度均远高于城市;从老年人家庭空巢水平看,农村60岁及以上老年人独居空巢和夫妻空巢比例从29.6%上升到43.9%,城市空巢水平也从35.7%上升到43.4%^①。人口不断外流导致农村家庭空巢水平提升较快,尽管家庭核心化与小型化是当前人口转变的普遍趋势,但与城市不同的是,农村家庭空巢具有明显的代际地域隔离特征,因此农村老年人面临更为严重的养老困境和健康积累劣势。我国农村已经提前步入中度老龄化社会,在疾病风险增加和家庭照料功能持续弱化的双重困境下破局以提升农村老龄健康水平,需要探索更加多元化的老年人照料护理模式与支持体系。

(六) 农村预防性健康保障措施不健全,潜在疾病风险明显增加

农村基层医疗卫生基础设施投资取得了一定成效,农村老年人的预期寿命普遍提升,死亡率明显降低并得到有效控制。但当前我国的农村医疗服务在疾病预防和健康保健服务上还比较缺失,未能及时适应流行病学模式的转变。目前,农村医疗保障体系主要还是依靠社会基本医疗保险制度,但医保报销是事后医疗行为,不具有早期疾病预防和健康保健的功能。由于缺乏足够的资金和相应的技术手段,农村初级保健和医疗护理服务质量相对低下,对老年人长期的慢性非传染病预防和干预管理较为缺乏,乱投医、误诊、药物滥用等情况大量存在,与城市医疗服务相比存在较大差距(董志勇,赵晨晓,2020)。生命周期早期的不健康生活方式和行为习惯也会对老年人晚年健康造成损害,包括农村生活污水和垃圾对生活环境的污染、不卫生厕所的使用以及长期吸烟与酗酒行为等,农村地区缺乏对此类长期风险危害的正确认识和关注。在流行病转变的宏观背景下,以全生命历程视角实现农村健康老龄化,不仅要對患病风险不断增加的慢性非传染性疾病和心理疾病进行及时干预,而且要加强疾病早期预防,形成健康的生活方式和行为习惯,降低潜在的老年人患病风险,不断提高老年人的健康预期寿命。

^① 根据第六次和第七次全国人口普查数据整理所得。

四、中国农村老龄健康的未来思路与应对策略

(一) 未来主要思路

强引领,筑牢农村老龄健康发展框架。全面提高农村老年人健康预期寿命,实现健康老龄化,需要科学的价值理念和宏观战略框架引领具体健康行动策略。首先是理念引领,科学应对疾病模式转变,以积极老龄观正确认识老年人、老年生活和老龄社会,以生命周期理念全方位、全历程维护和保障老龄健康;其次是战略引领,以建设健康中国战略和乡村振兴战略为指导,把人民健康和农业农村摆在优先发展的战略地位,推动农村老龄健康长足性、可持续性进步;最后是行动引领,全面落实以预防为主的中长期农村老龄健康行动,普及健康知识和健康观念,加强健康生活方式与健康环境促进,基本实现健康公平。

强基础,夯实农村老龄健康发展根基。一是要有设施基础,加强农村基础设施建设,以设施提档和资源下沉并举提升农村公共服务能力。综合整治农村人居环境,将健康和适老化融入村居环境规划、建设与治理的全过程,建设老年友好型宜居和健康乡村;二是要有制度基础,持续优化多层次社会保障体系,加快实现基本医疗和养老保障制度城乡统筹,推进长期护理保险制度在农村扎实落地,切实解除农村老年人看病、照料、生活的后顾之忧;三是要有资源基础,促进基层医疗卫生资源均衡化配置,实现基本卫生公共服务均等化,加强农村两级医疗卫生健康保障能力建设。

强服务,深化农村老龄健康发展内核。照料护理服务是维护和保障农村老年人健康的核心内容。首先是加快促进农村健康养老服务增量提质,满足农村老年人全周期健康服务需求;其次是创新多元化照料服务模式,巩固落实家庭居家照料第一责任,加快引入多元化合作医养主体共同参与;最后是健全多层次健康服务体系,维护女性、高龄、失能、残障、低收入等重点老年群体健康服务,积极探索乡村健康服务新业态。

(二) 具体应对策略

第一,加强农村老龄健康中长期发展规划,明确宏观战略导向。农村老龄健康及其相关的基础设施和基层医疗资源是制约健康中国建设和乡村振兴的明显短板。要立足农村老龄健康的长远可持续发展,主动应对、加强布局,加快制定促进中国农村老龄健康的中长期发展规划,完善健康老龄顶层战略体系设计,加强多部门和城乡有机融合的科学合理规划,坚持健康政策、健康服务、健康人才、健康环境、健康保障、健康生活和健康产业的全方位创新融合发展,为积极推进农村健康老龄化提供更具针对性的战略支撑和政策指导。

第二,完善农村社会医疗和养老保障制度,推进城乡统筹发展。维护和保障农村老年人健康,首先要解决好“未备先老”的问题,解除老年人养老的后顾之忧,提升老

年人健康维护和促进的内生动力。必须健全和优化现行社会保障体系,加快促进法定基本医疗和养老保险制度城乡统筹发展与定型。积极探索高龄津贴制度和公平合理的待遇动态调整机制,大幅提高农村老年人实际领取养老金的待遇,缩小养老金水平的城乡差异和区域差异。在保障老年人经济来源的同时,必须严格控制门诊和住院医疗费用非理性增长,切实减轻农村老年人看病就医负担。根据农村老年人的实际健康需求和负担能力优化制度设计,加快促进长期护理保险制度在农村地区落地见效,以普惠型商业健康保险为突破点,健全农村健康老龄化可持续发展的多支柱、多层次社会保障体系。

第三,加强农村卫生基础设施建设,促进基本医疗公共服务均等化。基础设施落后与医疗卫生资源紧缺是制约农村健康老龄化发展的主要现实困境,必须尽快补齐农村健康养老的基础性短板。以改善农村人居环境为重点,根据各地区实际情况持续加大财政投入,加快完善农村生活垃圾与污水处理、卫生厕所、安全饮用水、清洁能源使用等,全面推行农村村居环境和居家住房的适老化改造工程。针对基层医疗卫生资源供给量和质严重不足的情况,加快整合城乡医疗卫生服务体系,构建衔接乡村基层医疗的分级诊疗体系,推动医疗资金向农村倾斜、医疗服务向农村流动。整合医疗系统人事管理制度,切实提高乡村医生的薪资待遇和福利保障,拓展基层医疗与上级医疗之间人才双向流动渠道与职业发展空间,探索多样化基层医疗岗位服务模式,促进医疗服务资源均衡配置。

第四,完善全生命周期健康服务体系,提升农村养老服务质量。从全生命周期视角引领健康的长期系统性维护和保障,是促进中国农村健康老龄化发展最经济和最有效的办法。迫切需要加强健康知识宣传普及,提高农村居民从生命早期到晚年的健康自治意识和自我管理能力,促进其养成健康的生活方式和行为习惯。加快形成农村老年人常态化健康管理和医疗服务机制,增强健康巡检、定期体检、疾病筛查、心理疏导等老年保健服务,提升农村医疗系统慢性病预防、心理疾病干预、传染病防控和康复保健能力。健全多主体参与、多中心合作的农村康养服务体系,完善以家庭为责任基础、以国家和社会为坚实补充的老年人照料服务模式,积极探索城乡联动发展的集养老、健康服务、旅游休闲、绿色食品等为一体的普惠型乡村康养产业链,全面推动农村老年人照料护理服务增量提质。

[参考文献]

丁继红,董旭达,2017.我国城乡老龄健康:子女的作用有多大?——基于CHNS数据的实证研究.南开经济研究(5):60-76

董明英,王晓军,2021.中国老龄人口健康受损进展与持续时间研究.保险研究(7):45-59

董志勇,赵晨晓,2020.“新医改”十年:我国医疗卫生事业发展成就、困境与路径选择.改革(9):149-159

- 杜本峰,王旋,2013.老年人健康不平等的演化、区域差异与影响因素分析.人口研究(5):81-90
- 方长春,2009.分层过程中的权力与市场——对当代中国分层过程研究的反思.中国农业大学学报(社会科学版)(3):12-20
- 侯建明,张培东,2023.居住条件对中国老年人抑郁状况的影响.人口研究(4):67-81
- 黄洁萍,尹秋菊,2013.社会经济地位对人口健康的影响——以生活方式为中介机制.人口与经济(3):26-34
- 黄俊辉,2019.农村养老服务供给变迁:70年回顾与展望.中国农业大学学报(社会科学版)(5):100-110
- 蒋炜康,孙鹃娟,2022.居住方式、居住环境与城乡老年人心理健康——一个老年友好社区建设的分析框架.城市问题(1):65-74
- 焦开山,2014.健康不平等影响因素研究.社会学研究(5):24-46
- 李辉,王瑛洁,2012.中国人口老龄化城乡倒置现象研究.吉林大学社会科学学报(1):154-158
- 李琴,赵锐,张同龙,2022.农村老年人丧偶如何影响健康?——来自CHARLS数据的证据.南开经济研究(2):157-176
- 李涌平,韩丽媛,2016.流行病学转变视角下中国死亡水平及死因构成分析:2009—2013.人口与发展(3):36-42+12
- 林宝,2018.人口老龄化城乡倒置:普遍性与阶段性.人口研究(3):38-50
- 林万龙,2018.从城乡分割到城乡一体:中国农村基本公共服务政策变迁40年.中国农业大学学报(社会科学版)(6):24-33
- 刘慧侠,2014.基于城乡视角的我国人口健康不平等及改进路径研究.西北大学学报(哲学社会科学版)(1):156-161
- 刘欣,顾源,2023.收敛还是发散:社会经济地位影响老年人口健康的年龄——世代轨迹.社会科学(3):148-159
- 刘悦,米红,2021.居住环境对老年人跌倒风险的影响分析——基于中国城乡老年人生活状况抽样调查2015年数据.人口与发展(3):123-132+109
- 柳建坤,张云亮,2021.贫困对农村居民自评健康的影响及机制分析——来自中国家庭金融调查的证据.中国农业大学学报(社会科学版)(3):55-71
- 陆杰华,郭冉,2017.基于地区和社区视角下老年健康与不平等的实证分析.人口学刊(2):57-67
- 陆杰华,郭冉,2019.病态状态压缩还是病态状态扩展?——1998—2014年老年人健康指标长期变化趋势探究.人口与发展(6):76-86
- 陆杰华,阮韵晨,张莉,2017.健康老龄化的中国方案探讨:内涵、主要障碍及其方略.国家行政学院学报(5):40-47
- 陆杰华,汪斌,2022.乡村振兴背景下农村老年人健康老龄化影响机理探究——基于CLHLS2018年数据.中国农业大学学报(社会科学版)(1):134-147
- 陆杰华,韦晓丹,2021.跨学科视角下老龄健康研究的主要框架、核心议题及其展望.河北大学学报(哲学社会科学版)(3):140-149
- 盛亦男,刘远卓,2022.社会参与对老年人健康的影响.中国人口科学(6):97-110

- 宋新明,2018. 生命周期健康:健康中国建设的战略思想. 人口与发展(1):3-6
- 汪连杰,刘昌平,2022. 城乡居民医保整合、农村老年人健康及其健康不平等研究. 社会保障研究(3):46-62
- 夏德龙,朱博文,2021. 社会经济地位能否通过生活方式影响健康——基于城乡劳动者的比较分析. 湖北社会科学(2):50-58
- 徐延辉,刘彦,2020. 居住环境、社会地位与老年人健康研究. 厦门大学学报(哲学社会科学版)(1):52-59
- 晏月平,李雅琳,2022. 独居老人的多维健康脆弱性研究——基于“中国老年健康影响因素跟踪调查”的实证分析. 云南民族大学学报(哲学社会科学版)(4):64-75
- 杨玲,宋靛璐,2022. 中国老年人口健康预期寿命差异的分解研究. 人口与经济(1):90-105
- 曾宪新,2010. 我国老年人口健康状况的综合分析. 人口与经济(5):80-85
- 赵黎,2019. 新医改与中国农村医疗卫生事业的发展——十年经验、现实困境及善治推动. 中国农村经济(9):48-69
- 赵忠,侯振刚,2005. 我国城镇居民的健康需求与 Grossman 模型——来自截面数据的证据. 经济研究(10):79-90
- Aneshensel,Carol S., Carolyn M. Rutter, Peter A. Lachenbruch,1991. Social structure, stress, and mental health:competing conceptual and analytic models. American Sociological Review(2):166-178
- Boorse,Christopher,2014. A second rebuttal on health. The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine(6):683-724
- Dannefer,Dale,2003. Cumulative advantage/disadvantage and the life course:cross-fertilizing age and social science theory. The Journals of Gerontology:Series B(6):S327-S337
- Dunlop,Dorothy D.,Larry M. Manheim,Min-Woong Sohn,et al.,2002. Incidence of functional limitation in older adults:the impact of gender,race,and chronic conditions. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation(7):964-971
- Elder,Jr Glen H.,1998. The life course as developmental theory. Child Development(1):1-12
- Fries,James F.,1980. Aging,natural death,and the compression of morbidity. The New England Journal of Medicine(3):130-135
- Gruenberg,Ernest M.,1977. The failures of success. Milbank Memorial Fund Quarterly Health and Society(1):3-24
- Katz,Sidney,Roland W. Moskowitz,Beverly A. Jackson,et al.,1963. Studies of illness in the aged:the index of ADL;a standardized measure of biological and psychosocial function. Journal of the American Medical Association(12):94-99
- Kramer,M.,1980. The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities. Acta Psychiatrica Scandinavica(S285):382-397
- Link,Bruce G.,Jo Phelan,1995. Social conditions as fundamental causes of disease. Journal of Health and Social Behavior(extra issue):80-94
- Maddox,G.,1993. Duke university center for the study of aging and human development. Gerontology & Geriatrics Education(1):5-9

Maddox, George L., Elizabeth B. Douglass, 1973. Self-assessment of health: a longitudinal study of elderly subjects. *Journal of Health and Social Behavior*(1): 87 - 93

Manton, Kenneth G., 1982. Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*(2): 183 - 244

Mitnitski, Arnold B., Alexander J. Mogilner, Kenneth Rockwood, 2001. Accumulation of deficits as a proxy measure of aging. *The Scientific World*(1): 323 - 336

Omran, Abdel R., 1971. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*(4): 509 - 538

Saini, Vikas, Sandra Garcia-Armesto, David Klemperer, et al., 2017. Drivers of poor medical care. *The Lancet*(10090): 178 - 190

World Health Organization, 1946. *Official Records of the International Health Conference*. New York: United Nations

Yang Gonghuan, Yu Wang, Yixin Zeng, et al., 2013. Rapid health transition in China, 1990—2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*(9882): 1987 - 2015

Elderly Health in Rural China: Characteristics, Causes and Responding Strategies

LU Jiehua SUN Yang

Abstract Based on multi-period CHARLS data, this paper analyzes the health status and its variation trend of the elderly in rural China, and their main characteristics of health inequality across gender, region, areas and family dimensions. The results reveal that the self-rated health of rural elderly was poor but slightly improved. The prevalence of chronic diseases reached 70% and the comorbidity was obvious. The disability rate of ADL was stable at 13%, but the disability rate of IADL increased. Male elderly individuals, older people with spouses, and urban seniors exhibited better health. Gender inequalities in health widened with age, and regional differences in health presented a distribution pattern that the east was better than the west, and the south was better than the north. At present, the low level of rural medical and old-age securities systems, inadequate village infrastructure, unbalanced allocation of medical resources between urban and rural areas, weakening of family care function, and lack of preventive health care measures are key factors restricting the healthy development of rural elderly. Next step, we need to adhere to the whole life cycle and positive aging concepts, strengthen the coordination between healthy China and rural revitalization strategies, consolidate facility, institutional and resource bases, deepen the core of health and aging services, and finally promote high-quality, sustainable and equitable development of aging health in rural area.

Keywords Rural elderly; Health status; Healthy aging; Health inequality; Responding strategies