

# 卫生政策研究进展

## Progress in Health Policy Research

安宁疗护  
2019年 第7期  
(总第98期)

上海市卫生和健康发展研究中心

2019年11月15日

**编者按** 安宁疗护关乎患者的生命质量，关乎医学的价值取向和社会的文明进步，是一个重要的民生问题。上海市从2012年开始设立“舒缓疗护”病房，并将“临终关怀”列入市政府实事项目。《国家卫生计生委办公厅关于开展安宁疗护试点工作的通知》（国卫办家庭函〔2017〕993号）提出，在全国开展安宁疗护试点工作，并选定上海市普陀区作为全国第一批安宁疗护工作试点市（区）之一。本期关注上海市安宁疗护服务发展现状及存在的问题，并对上海市安宁疗护的发展进行思考与展望；研究上海市试点机构中的社区卫生服务中心开展安宁疗护服务的现状，发现问题并提出政策建议；以普陀区长征镇社区卫生服务中心为样本，探索社区卫生服务中心安宁疗护住院服务按床日付费的可行性，进一步推进安宁疗护事业的不断发展；根据普陀区安宁疗护工作情况，探索构建安宁疗护转介模式，并进行实践思考；介绍普陀区长征镇社区卫生服务中心社区安宁疗护服务实践与思考。谨供领导和同志们参阅。



## 卫生政策研究进展

2008 年 11 月创刊  
第 12 卷 第 7 期 (总第 98 期)  
2019 年 11 月 15 日  
(内部交流)

### 主管

上海市卫生健康委员会

### 主办

上海市卫生和健康发展研究中心  
(上海市医学科学技术情报研究所)

### 编辑出版

《卫生政策研究进展》编辑部  
上海市建国西路 602 号  
邮编: 200031  
电话: 021-33262061  
传真: 021-22121623  
E-mail: phpr@shdrc.org  
网 址: www.shdrc.org

顾 问: 邬惊雷  
赵丹丹

主 编: 胡善联

副 主 编: 徐崇勇  
金春林 (常务)  
丁汉升  
黄玉捷

编辑部主任: 信虹云

责任编辑: 张 苹 信虹云

编辑组成员: 吴 美 楚玉玲

校 对: 周 娜 刘 娟

## 目 次

### 专题研究

上海市安宁疗护发展的现状与思考

..... 姜 楠, 马福敏, 宋建玲, 等 (1)

上海市社区卫生服务中心安宁疗护服务探索及思考

..... 徐嘉婕, 彭 颖, 施永兴, 等 (11)

### 区县之窗

社区卫生服务中心安宁疗护住院服务按床日付费实证研究

..... 吴玉苗, 彭 颖, 刘统银, 等 (22)

上海市普陀区安宁疗护转介模式的构建与探讨

..... 徐 文, 吴 颖, 曹宜璠, 等 (32)

上海市普陀区长征镇社区卫生服务中心社区安宁疗护服务

实践与思考..... 吴玉苗, 奉典旭, 施永兴, 等 (41)

### 征稿启事

征稿启事..... (51)

印刷单位: 上海市欧阳印刷厂有限公司  
印刷数量: 800 本

## 上海市安宁疗护发展的现状与思考

姜楠<sup>1</sup> 马福敏<sup>1</sup> 宋建玲<sup>2</sup> 纪明阳<sup>1</sup> 潘婷婷<sup>1</sup> 奉典旭<sup>3</sup> 史玲<sup>1</sup>

**【摘要】** 文章介绍了安宁疗护的界定和起源，分析上海市安宁疗护服务发展现状及存在的问题，从安宁疗护的专业培养、从业人员的发展和心理健康、家庭医生团队支撑、纳入社会保障支付体系、体系建设与推进立法、树立理念等方面，对上海市安宁疗护的未来发展进行了思考与展望。

**【关键词】** 安宁疗护；发展现状；思考与展望；上海

随着社会的迅速发展，人们对生命质量和精神文明的追求更加迫切，患者生命末期的质量和尊严问题逐渐凸显，越来越多的人关注“追求优逝、获得善终”，由此，安宁疗护应运而生。世界卫生组织（World Health Organization, WHO）于2014年5月通过一项重要决议：包括中国在内的现有194个成员国承诺将临终关怀（安宁疗护）列为各国卫生系统的一项重要工作。作为医养结合工作的最后一公里，安宁疗护的发展也是医学的价值取向和社会文明进步的体现。

### 一、安宁疗护的界定和起源

#### （一）安宁疗护的界定

2017年，原国家卫生和计划生育委员会提出我国将临终关怀、舒缓医疗、姑息治疗等统称为安宁疗护。安宁疗护旨在为疾病终末期或老年患者在临终前通过控制痛苦和不适症状，提供身体、心理、精神等方

第一作者：姜楠，女，硕士研究生

通信作者：史玲，女，主任医师，上海市普陀区社区卫生服务中心主任

作者单位：1. 上海市普陀区社区卫生服务中心，上海 200333

2. 上海市普陀区长风街道长风社区卫生服务中心，上海 200333

3. 上海市普陀区卫生健康委员会，上海 200333

基金项目：2018年度上海市普陀区卫生和计划生育委员会卫生管理类研究课题项目（2018ptwsgl01）

面的照料和人文关怀等服务，提高生命质量，帮助患者舒适、安详、有尊严地离世。安宁疗护并非放弃对病人的积极救治，也不是“安乐死”，它既不加速死亡，也不延后死亡，而是用规范、科学、系统的方法帮助病人缓解临终痛苦和不适，确保其拥有最佳的生活品质。安宁疗护同时也帮助病人的亲属平静地面对亲人的离世。

## （二）安宁疗护的起源

安宁疗护起源于英国的临终关怀（hospice care）。1967年，西西里·桑德斯博士（Dame Cicely Saunders）在英国伦敦创建圣克里斯托弗临终关怀院（St. Christopher Hospice），标志着临终关怀事业的开始。政府重视、国民参与度高、服务模式多样化、制度保障体系健全等因素促使英国成为世界临终关怀的典范。继英国之后，美国、澳大利亚、日本等发达国家相继开展安宁疗护，并出台单独的法律或相关法律对安宁疗护服务进行规范管理。如英国1990年发布的《国家卫生服务及社区关怀法》，制定临终关怀院指南，并将临终关怀纳入国民医疗保险体系；美国出台《安宁疗护法案》，制定安宁疗护医保赔付计划；日本建立安宁疗护医院，将安宁疗护纳入医疗保险，生命末期患者接受临终关怀服务可达99%以上。

中国的安宁疗护开展较早且较成熟的地区是香港和台湾地区。2015年12月，台湾地区通过的“《患者自主权利法》”是亚洲第一部患者自主权利法案。1988年，天津医学院临终关怀专门研究机构正式成立，该中心还建立了临终关怀病房，成为中国安宁疗护发展史上重要的里程碑。同年10月，上海市南汇老年护理医院建立，开始开展临终关怀服务。1992年5月，首届东方临终关怀国际研讨会在天津举办。1998年李嘉诚基金会捐资汕头大学医学院第一附属医院，设立全国首家宁养院。2006年4月，中国第一个关注人的生命晚期生存状态的临终关怀社会

团体——中国生命关怀协会成立。目前我国已开展安宁疗护服务的地区均为经济发达的中心城市，如北京市、上海市、广州市等，其中上海市的安宁疗护工作是目前全国安宁疗护工作中较为突出的。

## 二、上海市安宁疗护的发展状况

### （一）安宁疗护发展历程

1988年，上海市浦东新区老年医院（前身为南汇县工农兵医院、南汇县结核病防治院）引入了临终关怀服务理念。1994年，上海市闸北区临汾社区卫生服务中心在中国生命关怀协会生命关怀研究中心的带领下，引入涵盖身体、心理、社会及灵性全方位的舒缓医疗。2001年上海交通大学医学院附属新华医院开设宁养院，2006年复旦大学附属肿瘤医院成立姑息治疗科。2012年，上海市开始设立“舒缓疗护”病房，并将“临终关怀”列入市政府实事项目，要求全市18家社区卫生服务中心为肿瘤晚期患者提供居家和机构相结合的舒缓疗护服务。2014年，上海市政府又将新增1000张安宁舒缓疗护床位列为政府实事项目之一。截至2018年底，上海市已有76家医疗机构开展安宁疗护服务，200余家医疗机构注册临终关怀科，共有机构床位900余张，累计服务临终患者2.87万人次，其中机构住院1.03万人次。

2017年，国家开展安宁疗护试点工作，上海市普陀区被选为全国第一批安宁疗护工作试点市（区），建立了以普陀区利群医院（二级甲等）为中心、11家社区卫生服务中心落实机构和居家安宁疗护的“1+11”服务体系。截至2019年6月，普陀区已建立安宁疗护床位111张。2019年，上海市正式成为全国第一个安宁疗护试点省（市），并发布了《上海市安宁疗护试点实施方案》（以下简称“实施方案”）。实施方案中明确，至2020年，上海市全面推广安宁疗护服务，安宁疗护服务纳入本市社区健康服务清单基本项目，每区至少建设一家安宁疗护中心，全市所有



社区卫生服务中心均开展安宁疗护服务。

## （二）安宁疗护服务模式

上海市安宁疗护服务主要由上海市政府牵头顶层设计，以市政府实项目和试点先行等形式积极推进，上海市卫生健康委员会、上海市发展和改革委员会、上海市人力资源和社会保障局、上海市医疗保障局、上海市民政局等部门通力合作，逐步形成了政府主导、部门推进、医护实施、社会介入、志愿者和义工参与的“五位一体”工作模式。目前，76家开展安宁疗护服务的“上海市政府实项目”试点单位中，仅1家社会办医院和3家独立建制的老年护理院，其余均为社区卫生服务中心。上海市社区卫生服务中心开展安宁疗护服务的模式包括机构安宁疗护服务和居家安宁疗护服务两种，机构安宁疗护指在患者自办理住院后24小时内由医护人员完成入院评估，入院1周、半月、1个月、2个月对生存期、疼痛和心理社会需求等进行动态评估；居家安宁疗护指自患者填写预约申请表48小时内完成居家评估，居家2周、1个月、2个月对生存期、疼痛和心理社会需求等进行动态评估，两种服务模式最大的区别在于接受安宁疗护服务的地点不同。两者取决于患者/居民的卡氏功能状态评分(Karnofsky, KPS)和预期生存期，KPS小于70（满分100分）、预期生存期小于6个月者，建议接受居家安宁疗护服务；KPS小于50分、预期生存期小于3个月者，建议接受住院安宁疗护服务。

## （三）安宁疗护服务试点单位的经费支持

2016年，上海市政府临终关怀服务实项目明确由上海市卫生局、上海市财政局、上海市人力资源和社会保障局、上海市民政局、上海市红十字会等相关部门负责资金保障，各区出台具体方案，如普陀区对试点单位每开10张床位，给予一次性建床经费36万元。目前，区财政设安宁疗护专项经费，机构安宁疗护每死亡一位病人补助2000元，居家

安宁疗护每死亡一位病人补助 1 000 元，用于医护人员绩效发放。2017 年上海市 8 个区（占上海市行政区的 50%）有安宁疗护倾斜政策的财政补助，安宁疗护专项补助总经费达 1 209.23 万元。上海市试点社区卫生服务中心安宁疗护工作总收入主要由区财政对安宁疗护专项补助经费、安宁疗护科医药收入、慈善事业及社会团体或个人支持 3 块构成。

#### **（四）安宁疗护服务的支付保障**

目前，安宁疗护服务中的一般医疗行为被纳入医疗保险统一收费，机构安宁疗护服务患者的医保报销政策按照现行的基本医保制度规定执行，职工医保参保人员的医保报销政策按职工医保规定执行，居民医保参保人员的医保报销政策按居民医保规定执行。居家安宁疗护服务的临终患者，可以申请老年照护统一需求评估，达到一定护理需求等级的长期失能人员，可以申请长期护理保险（以下简称“长护险”）为其提供基本生活照料和医疗护理服务。

### **三、上海市安宁疗护服务存在的问题**

#### **（一）安宁疗护服务供给“量”上不足**

上海是我国最早进入老龄化社会的城市，也是我国老龄化程度最高的大城市。2017 年，上海老龄化率达到 14.3%。按照联合国的划分标准，一个国家或地区 65 岁及以上老人占总人口的 7%，即该地区视为进入老龄化社会。上海老龄化率是国内主要城市中老龄化程度最高的，在国际上也处于较高水平，预计 2030 年上海常住人口老龄化率将超 19%。2017 年度上海市安宁疗护（临终关怀）质量督导显示，2017 年上海市试点中心所辖街道（镇）每千名老年人口拥有安宁疗护床位仅 3.84 张，这与人民群众对安宁疗护服务的潜在需求仍存在较大差距。

#### **（二）安宁疗护专业人员队伍建设亟需加强**

根据《上海市社区卫生服务中心舒缓疗护（临终关怀）科基本标准（试

行)》(沪卫基层〔2012〕012号)规定,临终关怀科至少配备2名获得市级岗位培训合格证书、执业范围为全科医学专业的临床类别或中医类别专职执业医师和4名注册护士,其中包括1名中级以上任职资格的临床类别执业医师、1名中级以上任职资格的注册护士。每增加4张病床至少增加配备1名执业医师,1名注册护士。每20位居家舒缓疗护患者至少配备1名执业医师,1名注册护士。文献显示,2017年上海市试点社区卫生服务中心安宁疗护团队中执业医师共405人,注册护士共509人,医护比未达到文件要求;执业医师以中级职称为主(占68.40%),注册护士以初级职称为主(占56.19%),拥有高级职称的执业医生有40人、注册护士有15人,安宁疗护团队专业能力亟需提升。另外,安宁疗护医务社工和志愿者来源分散、质量不一,没有形成长期稳定的团队模式。

### (三) 安宁疗护服务支付体系有待完善

目前上海市尚未建立适合安宁疗护服务特点的社会保障体系,机构安宁疗护服务中一些适宜且必需的服务,如病情及症状等评估、心理疏导、水疗及芳香疗护等,没有单独的收费标准。一些收费项目价格与成本存在差距,无法体现医务人员的技术劳动价值。安宁病房也不能使用大病医保,镇痛舒缓手段又受到医保支付的局限。一些设备由于缺乏相应的收费标准,不能投入使用。社会办养老机构的安宁疗护服务费用参照长护险服务项目收取。虽然居家安宁疗护患者可以申请长护险,但是与住院医保一样,长护险服务项目中未建立专门的安宁疗护服务项目;其次,长护险与住院医保互相割裂,不可同时申请,这一矛盾在家庭病床患者身上尤为凸显,影响了患者在机构及居家服务的转介。

### (四) 安宁疗护转介机制还需优化

上海市安宁疗护服务主要依托于社区卫生服务中心,大部分医疗机



构包括综合医院、养老院等未完全具备安宁疗护服务的各项标准，因此建立完善的上下级、同区或跨区、居家和住院的转介机制尤为重要。目前，社区卫生服务中心内部机构和居家安宁疗护服务的转介往往由机构自主制定，尚未形成与二、三级医院、养老机构之间的上下联动机制或跨区之间的转介机制。

### （五）安宁疗护理念尚未普及

上海市开展安宁疗护服务已有 30 多年的历史，但是在“重生轻死”传统观念的掣肘下，死亡是一个讳莫如深的话题。同时由于传统孝道的行为评价准则，不仅使得子女在老人临终时会选择过度治疗而忽视老人对生命质量的真正需求，也造成了医疗资源的浪费。由于家庭、学校、社会长期以来对死亡教育的缺位，疏忽了对生死观的正确引导，影响了死亡质量和生命自主权的选择。2015 年，经济学人智库（The Economist Intelligence Unit, EIU）发布了死亡质量指数报告，对 80 个国家进行了排名，这些排名以姑息治疗与医疗环境、人力资源、医疗护理的可负担程度、护理质量和公众参与水平 5 大类指标为依据，中国排名第 71 名，表明中国居民的死亡质量亟待提升。近年来，上海市通过纪录片、书籍、舞台剧、宣传册等对安宁疗护进行了宣传，一定程度上普及了安宁疗护服务。但是，目前中国高等医学院校安宁疗护教育严重匮乏，且发展极不平衡。未受过专业安宁疗护系统培训的医护人员对安宁疗护的理解也往往拘于表面，在面对临终患者时未能真正做到尊重患者本人意愿，造成目前安宁疗护服务对象的需求与安宁疗护理念之间有较大偏差，服务机构无法精准对接真实需求，单纯的服务提供方考核进一步加剧了这一现象。

#### 四、安宁疗护发展的思考

##### （一）探索安宁疗护服务的专业培养，加强学术引领

我国目前本科院校教育体系中，没有设置专门的安宁疗护相关专业，而社会在安宁疗护服务方面的供给缺口巨大，难以应对未来对安宁疗护服务需求的持续增长。因此，结合安宁疗护行业需要的特点，上海市可以探索安宁疗护服务的专业培养，在一些专科类院校试行，探索培养、实习、就业模式。在学科建设及学术引领方面，培养一批对安宁疗护事业充满热情的领军人物，让他们以高超的医学技术、深厚的医学人文精神，帮助患者及其家属正确认识死亡，有效减轻患者的痛苦，并在安宁疗护领域进行不屈的探索。

##### （二）关注安宁疗护从业人员的发展和心理健康

针对安宁疗护服务的特殊性，应当在岗位绩效、职称晋升、业务培训等环节完善激励机制。上海市安宁疗护的发展主要依托于社区卫生服务中心，因此可依托医联体等形式，加强上下联动，鼓励二、三级医院在安宁舒缓疗护服务的培训和技术等方面扶持基层卫生服务机构，加强社区卫生服务中心安宁疗护人才队伍的建设。安宁疗护从业人员长期面对临终患者，承受着巨大的心理压力，许多医护人员不仅要从事安宁疗护工作，还承担着其他治疗、救护工作，因而需要定期心理疏导和培训。

##### （三）加强家庭医生团队支撑，促进安宁疗护工作

上海市于2011年开始开展家庭医生制试点工作，2012年全面推广家庭医生制度。家庭医生作为居民健康的守门人，为签约居民提供建立动态健康档案、预约就诊、优先转诊、便捷配药、优先家庭病床等服务。在家庭医生团队护士、公共卫生医生成员的基础上，建议大力培养心理咨询师、健康管理师、营养师、康复师等人力资源并将其纳入家庭医生团队，丰富家庭医生服务项目、提高家庭医生服务质量。在服务形式上，

可借鉴普陀区全专联合的家医—专家团队“双签约”服务模式，将整个家庭纳入家庭医生服务对象，与居民的联系更为紧密，开展安宁疗护服务过程中，可以为患者及家属更好地提供身体、心灵上的照护，更加有利于安宁疗护服务的顺利推进，让百姓得到更多的实惠。

#### **（四）纳入社会保障支付体系，推动安宁疗护工作可持续发展**

全国政协第 49 次安宁疗护双周协商座谈会上，有委员建议“调整医保政策，将安宁疗护纳入基本医疗保障病种付费改革范畴，研究制定基层医疗机构开展安宁疗护所需的药品种类、医疗技术、护理服务等报销目录，并提高护理费、换药费等价格。鼓励商业健康保险公司开办安宁疗护有关新险种。对于困难群众，可通过大病保险或医疗救助方式予以保障”。上海市的医疗保险政策目前对社区卫生服务中心采取的是总额预付下的按项目支付方式。这种支付方式下，安宁疗护服务发展存在技术劳务类项目价格偏低，部分安宁疗护服务项目和部分替代疗法无收费标准，未纳入医保诊疗项目范围等问题。建议在安宁疗护发展初期，鼓励供方市场，开展按项目收费的探索，市场需求充分发掘有利于科学的成本核算，并逐步过渡到按人头或按床日支付；或者在长春模式（长春市将安宁疗护纳入医保单病种打包付费）的基础上借鉴国外及港台地区现行支付方式下的安宁疗护服务规范，建立符合中国国情的安宁疗护服务规范，试行单病种打包支付或者按床日支付，兼顾服务质量及成本控制。

#### **（五）完善安宁疗护体系建设，推进相关立法**

上海市安宁疗护服务的实践走在了该领域的政策研究和体系建设的前面，因此在完善安宁疗护服务体系建设时可充分借鉴和吸取实践过程中的经验教训。如普陀区以社区卫生服务中心安宁护理为主体，以二、三级医院技术支持与指导为辅的安宁疗护服务体系；以家庭医生信息化

平台对接二、三级医院信息库，建立机构与机构间、机构与居家间的转介机制等。任何服务体系的顺利建立和有效运行都不是孤立的，不仅需要家庭、社区、市场、政府基于自身资源与优势，在安宁疗护服务供给方面协同发挥作用，正确引导社会潜在需要；也需要一系列相关法律策略的辅助和支持，通过立法明确责任主体和相关责任人的权利和义务，并对其进行有效的保护、规范和管理，为安宁疗护的医生执业、机构设置、医疗保障、医疗救助等提供法治保障。在医患关系紧张的当下，安宁疗护立法显得尤为紧迫。

#### （六）加强死亡教育，树立安宁疗护理念

对死亡的正确认识是安宁疗护服务开展的基础。从供需角度来看，虽然上海市安宁疗护存在巨大的需求潜力，但由于观念的限制，安宁疗护服务的接受及推广困难重重。事实上中国人自古以来就十分讲究“优逝”，中国人常说的“五福临门”源自《书经》和《洪范》，所指五福分别是“长寿”“富贵”“康宁”“好德”与“善终”。我们应该充分发掘祖国的传统文化，传承并发扬光大，在社会开展死亡教育，即运用与死亡相关的医学、护理学、心理学、精神学、经济学、法律学及伦理学等学科知识对人们进行生与死的教育，帮助人们树立正确的人生观、生命观，不仅了解幼儿、青少年、中年、老年阶段的身心变化，也要了解临终阶段的变化与需求，使人们更加珍惜生命、欣赏生命，减少盲目的轻生和不必要的死亡，也帮助人们树立科学、合理、健康的死亡观，能够客观理性的对待和接受死亡。只有树立正确的生死观，才能激发全社会对安宁疗护的认知和需求，才能加快推进安宁疗护服务。

（责任编辑：信虹云）



## 上海市社区卫生服务中心安宁疗护服务探索及思考

徐嘉婕<sup>1</sup> 彭颖<sup>1</sup> 施永兴<sup>2</sup> 吴玉苗<sup>3</sup> 刘统银<sup>4</sup> 王力男<sup>1</sup>

**【摘要】目的：**研究上海市试点机构中的社区卫生服务中心开展安宁疗护服务的现状，发现问题并提出政策建议。**方法：**分析 2015 年度与 2017 年度上海市安宁疗护（临终关怀）质量指数督导表数据，并结合专家访谈。**结果：**2017 年上海市试点中心共 72 家，服务临终患者 8 352 人；拥有安宁疗护床位 1 191 张，平均住院日机构安宁疗护达 40.61 天，居家安宁疗护达 55.48 天；人均医药费用机构安宁疗护为 7 388.47 元，居家安宁疗护为 936.23 元；收支结余 -5 423.96 万元。**结论：**上海市安宁疗护事业的发展取得了明显的社会效益，但仍面临服务资源不足、服务提供效率待提升、经费保障乏力、转介机制碎片化状态等问题。建议加强学科建设和人才培养、加强社会宣传、建立长效的筹资机制，保障技术劳务的合理补偿。

**【关键词】** 安宁疗护；社区卫生服务中心；补偿；上海

《国家卫生计生委办公厅关于印发安宁疗护实践指南（试行）的通知》（国卫办医发〔2017〕5 号）提出，安宁疗护是以临终患者为中心，以多学科协作为模式进行，主要内容包括疼痛及其他症状控制、舒适照护、心理、精神及社会支持等。

### 一、安宁疗护的“上海模式”总体情况

安宁疗护关系到医学的价值取向和社会的文明进步，为推进安宁疗护工作开展，满足人民群众健康需求，2012 年上海市开始设立“舒缓

第一作者：徐嘉婕，女，研究实习员，硕士

通信作者：王力男，女，助理研究员，硕士

作者单位：1. 上海市卫生和健康发展研究中心，上海 200040；上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

2. 中国生命关怀协会调研部，上海 200435

3. 上海市普陀区长征镇社区卫生服务中心，上海 200333

4. 江西中医药大学，南昌 330004

基金项目：2018 年度上海市卫生和计划生育委员会卫生行业临床研究专项（20184Y0052）；2018 年度上海市普陀区卫生和计划生育委员会卫生管理类研究课题项目（2018ptwsg103）

注：本文已发表于《中国卫生经济》2019 年第 38 卷第 8 期



疗护”病房并将“临终关怀”列入市政府实事项目，要求全市 18 家社区卫生服务中心为终末期患者提供居家和住院相结合的舒缓疗护（临终关怀）服务。为进一步落实民生问题，缓解终末期患者临终关怀的需求，原上海市卫生局（现为“上海市卫生健康委员会”）先后下发了《上海市社区卫生服务中心舒缓疗护（临终关怀）科基本标准的通知》（沪卫基层〔2012〕020 号）（以下简称“020 号文件”）和《上海市社区舒缓疗护（临终关怀）工作规范的通知》（沪卫基层〔2013〕001 号）（以下简称“001 号文件”）。2014 年安宁疗护项目被评为上海市社会建设十大创新项目之首，同年上海市政府又将新增 1000 张安宁舒缓疗护床位列为政府实事项目之一。2015 年，上海新一轮社区卫生服务综合改革“1+8”配套文件将安宁疗护服务列入社区卫生服务中心的基本服务项目目录之中，同年上海市中医药参与安宁疗护试点。

上海的安宁疗护以政府为主导，具体工作任务由试点社区卫生服务中心来承担。2014—2017 年上海市 76 家市政府实事试点项目单位（以下简称“试点机构”）中，除了 1 家社会办医院和 3 家独立建制的老年护理院外，其余 72 家均为社区卫生服务中心（占 94.74%）。以社区卫生服务中心为运营主体的安宁疗护模式已成为上海特色。上海市社区卫生服务中心采用社区肿瘤防控、家庭病床、安宁疗护门诊和病房服务相联动的工作模式。

## 二、资料及方法

### （一）研究对象

以上海市试点机构中参与填报的社区卫生服务中心（以下简称“试点中心”）为研究对象。

## （二）研究方法

### 1. 数据分析

数据来源为 2015 年度上海市舒缓疗护（临终关怀）质量指数督导表（包含 2014—2015 年数据）、2017 年度上海市安宁疗护（临终关怀）质量指数督导表（包含 2016—2017 年数据）。采用描述性分析方法，分析时将 16 个市辖区分为中心城区、近郊、远郊。中心城区包括黄浦、徐汇、长宁、杨浦、虹口、普陀及静安 7 区；近郊包括宝山、嘉定、浦东及闵行 4 区；远郊包括崇明、奉贤、金山、青浦及松江 5 区。

### 2. 专家访谈

通过专家访谈了解试点中心安宁疗护服务提供和补偿的现状及存在问题。访谈对象包括上海市卫生健康委员会、中国生命关怀协会调研部及部分社区卫生服务中心的专家。

## 三、上海市试点中心安宁疗护服务提供和补偿现状

### （一）机构及床位配置

2014—2017 年上海市试点机构中的社区卫生服务中心共 72 家，2016—2017 年 3 家未参与填报（以下分析和表格均为未包含 3 家未填报试点中心的数据）。2017 年上海市试点中心拥有安宁疗护床位 1 191 张，其中机构安宁疗护床位 781 张，居家安宁疗护床位 410 张。所辖街道（镇）每千名老年人口拥有安宁疗护床位 3.84 张，近郊略高于中心城区和远郊（见表 1、表 2）。

表 1 2014—2017 年上海各区域安宁疗护试点中心数

| 年份   | 中心城区（家） | 近郊（家） | 远郊（家） | 总计（家） |
|------|---------|-------|-------|-------|
| 2014 | 19      | 36    | 17    | 72    |
| 2015 | 19      | 36    | 17    | 72    |
| 2016 | 18      | 35    | 16    | 69    |
| 2017 | 18      | 35    | 16    | 69    |

表2 2017年上海各区域安宁疗护试点中心床位设置情况

| 地区   | 床位数（张） |     | 所辖街道（镇）每千名老年人口<br>拥有床位数（张） |
|------|--------|-----|----------------------------|
|      | 机构     | 居家  |                            |
| 中心城区 | 284    | 170 | 3.91                       |
| 近郊   | 336    | 123 | 4.51                       |
| 远郊   | 161    | 117 | 3.11                       |

## （二）人力资源配置

2014—2017年安宁疗护团队中执业医师数与注册护士数均呈逐年上升趋势。2017年上海市试点中心安宁疗护团队中执业医师共405人（占试点中心执业医师的12.08%），注册护士共509人（占试点中心注册护士的12.95%），医护比为1:1.26。

2017年上海市试点中心的安宁疗护团队中，执业医师以中级职称为主（占68.40%），注册护士以初级职称为主（占56.19%）。与2016年相比，高级职称执业医师与中高级职称注册护士的占比均有所上升，但中高级职称执业医师的占比有所下降（见图1）。

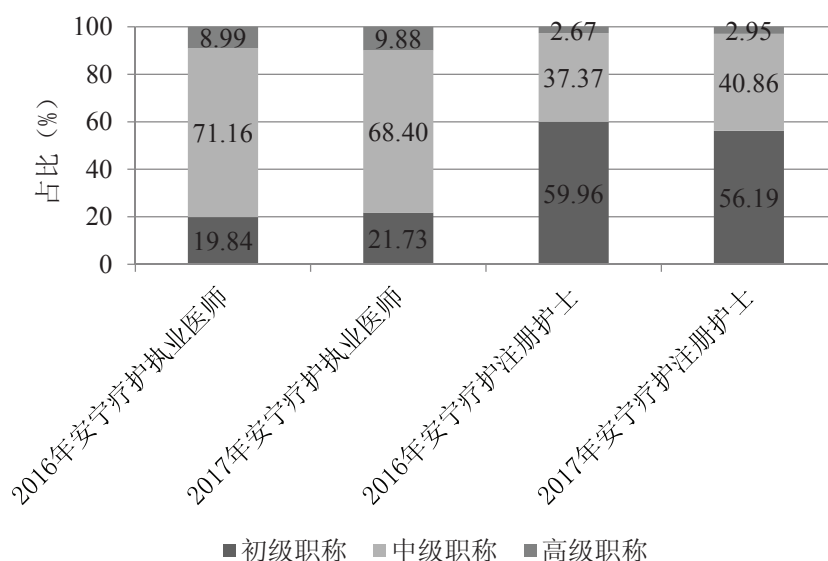


图1 2016—2017年上海市试点中心安宁疗护医护人员职称占比情况

此外，志愿者与社会工作者亦是安宁疗护团队的重要组成部分。2014—2017年，上海市有安宁疗护志愿者网络和配备有专职医务社会工作者的试点中心数皆呈现逐年上升趋势，2017年分别达到61家和30家（见图2）。

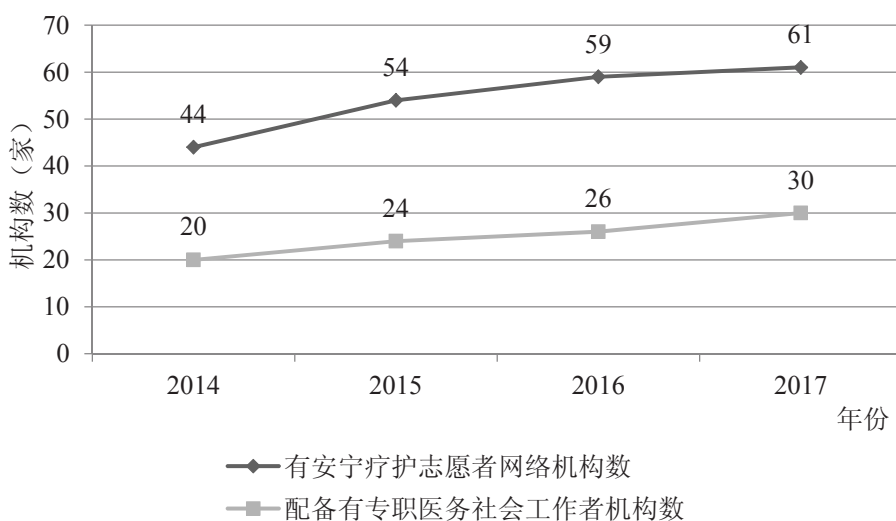


图2 2014—2017年上海市试点中心志愿者及社工设置情况

### （三）服务量及效率

2014—2017年上海市试点中心安宁疗护科年服务人数呈逐年上升趋势，2017年已达8 352人，其中中心城区4 018人、近郊3 081人、远郊1 253人（见图3）。

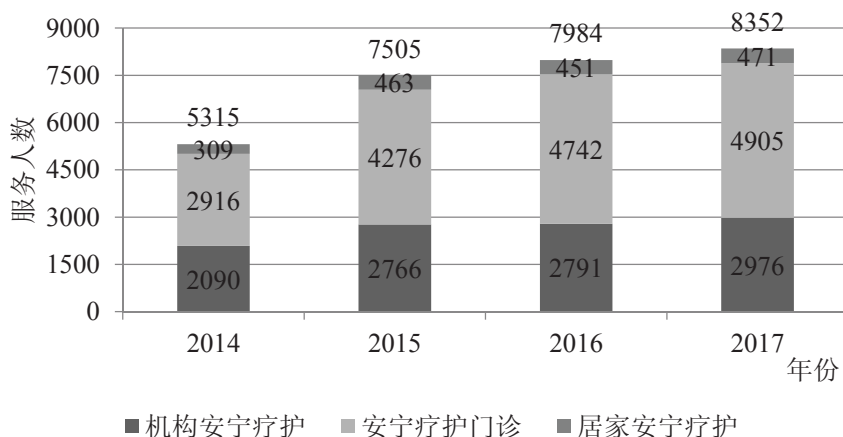


图3 2014—2017年上海市安宁疗护试点中心服务人数

2017 年上海市试点中心安宁病房的病床使用率较 2016 年有所上升，中心城区高于近郊和远郊（见图 4）。

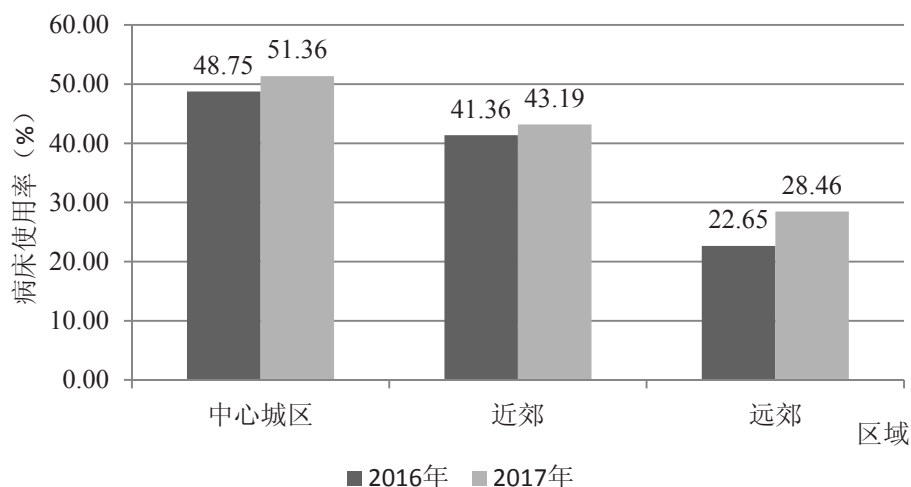


图4 2017年上海市安宁疗护试点中心安宁病房病床使用率

2014—2017 年上海市试点中心平均住院日均呈总体上升趋势，2017 年机构安宁疗护与居家安宁疗护的平均住院日分别达到 40.61 天与 55.48 天，均符合《关于印发上海市社区舒缓疗护（临终关怀）工作规范的通知》（沪卫基层〔2013〕001 号）中规定的预计生存期 3 个月以内的入选条件（见表 3）。

表 3 2014—2017 年上海市安宁疗护试点中心平均住院日

| 年份   | 机构（天） | 居家（天） |
|------|-------|-------|
| 2014 | 20.49 | 31.52 |
| 2015 | 32.46 | 42.93 |
| 2016 | 41.45 | 45.29 |
| 2017 | 40.61 | 55.48 |

#### （四）费用负担

2014—2017 年上海市试点中心人均医药费用均呈总体上升趋势，2017 年机构安宁疗护与居家安宁疗护分别为 7 388.47 元与 936.23 元。2014—2017 年上海市试点中心日均医药费用均呈总体上升趋势，2017 年机构安宁疗护与居家安宁疗护分别为 186.23 元与 24.39 元（见表 4）。



表4 2014—2017年上海市安宁疗护试点中心人均与日均医药费用

| 年份   | 人均医药费用（元） |        | 日均医药费用（元） |       |
|------|-----------|--------|-----------|-------|
|      | 机构        | 居家     | 机构        | 居家    |
| 2014 | 3413.07   | 550.80 | 117.95    | 15.59 |
| 2015 | 5029.00   | 787.46 | 170.13    | 21.28 |
| 2016 | 6745.56   | 721.22 | 169.25    | 19.48 |
| 2017 | 7388.47   | 936.23 | 186.23    | 24.39 |

住院临终病人个人负担费用方面，2017年上海市试点中心住院医疗保险临终病人中，个人负担费用的中位数为3 035.68元，较2016年的2 888.77元有所上升。

### （五）收支情况

上海市试点中心安宁疗护科总收入由区财政对安宁疗护专项补助经费、安宁疗护科医药收入、慈善事业及社会团体或个人支持3块构成。目前区财政对安宁疗护的专项补助政策为住院每一死亡病人补助2 000元，居家每一死亡病人补助1 000元。2017年8个区（占上海市辖区总数的50%）有区政府层面对安宁疗护倾斜政策的财政补助，安宁疗护专项补助总经费达1 209.23万元，且近3年都在1 000万元以上。2017年上海市试点中心安宁疗护科总收入4 201.30万元，其中区财政对安宁疗护专项补助经费占28.78%，安宁疗护科医药收入占71.22%。

上海市试点中心安宁疗护科总支出主要由卫生材料、药品等物耗支出，及人员经费构成。2017年安宁疗护科总支出9 625.26万元，其中卫生材料、药品支出占16.00%，人员经费占72.40%。由于目前社区卫生服务中心尚未能核算到科室一级，故数据可能存在一定程度上的偏倚。收支结余-5 423.96万元，亏损较2016年增加36.26万元（见表5）。

表 5 2016—2017 年上海市安宁疗护试点中心安宁疗护科收支情况

| 年份   | 总收入（万元）  |          |          | 总支出（万元）  |           |          | 收支结余      |
|------|----------|----------|----------|----------|-----------|----------|-----------|
|      | 金额       | 区财政专项补助  | 医药收入     | 金额       | 卫生材料、药品支出 | 人员经费     |           |
| 2016 | 4 204.35 | 1 067.61 | 2 956.73 | 9 412.05 | 1 784.93  | 6 723.27 | -5 387.70 |
| 2017 | 4 201.30 | 1 209.23 | 2 992.07 | 9 625.26 | 1 539.81  | 6 968.83 | -5 423.96 |

#### 四、存在问题

##### （一）安宁疗护服务需求量大，服务资源仍显不足

一是人力供给不足。020 号文件和 001 号文件均要求安宁疗护科至少配备 1 名中级以上任职资格的临床类别执业医师、1 名中级以上任职资格的注册护士。2017 年上海市试点中心的安宁疗护团队共拥有高级职称的执业医师 40 人、注册护士 15 人，未达到文件中的要求。另外，目前志愿者和社会工作者来源较散、培训质量不一、人员力量不足，尚未形成一支统一规范的志愿者和社工队伍。

二是床位供给不足。2017 年，上海市试点中心所辖街道（镇）每千名老年人口拥有安宁疗护床位仅 3.84 张，这与人民群众对安宁疗护服务的需求仍存在较大差距。

##### （二）安宁疗护认同不足，客观原因造成服务提供效率不高

2017 年上海市试点中心安宁病房的病床使用率较低，主要有以下两方面原因。一是受到中国传统观念的制约。我国传统观念中，“死亡”一词是避讳、消极的，面对死亡的负面态度直接阻碍和制约了对安宁疗护服务的认可。二是生命教育缺失。不少人对安宁疗护缺乏正确的理解和认识，由于传统观念的限制，很多患者家属不愿意让患者知道病情的真相，忽视濒死者的自身需求，加上对安宁疗护病房的知晓率较低，选择安宁疗护服务较少。

### （三）安宁疗护服务运营经费保障乏力，存在较大经济压力

一是缺乏持续配套政策的联动支持。2017 年仅 8 个区对安宁疗护予以财政补助，5 个区在市政府实项目后并没有持续性的投入。二是部分项目不属于医保报销范围。相比于传统的医疗服务，安宁疗护更讲究对患者的社会属性和精神属性等方面的关怀。然而目前社区卫生服务中心安宁疗护服务涉及的收费项目，其价格与项目成本存在一定差距，无法体现医务人员的技术劳务价值。此外，部分安宁疗护服务项目，如死亡教育、芳香治疗、心理疏导等人文项目，目前尚未纳入医疗保险项目，无收费标准，对医务人员激励不足。三是缺乏慈善事业支持。国外的安宁疗护机构多属福利性质，大多能得到慈善捐款，而我国的安宁疗护机构目前还不属于慈善范围，2017 年上海市试点中心中，有慈善事业及社会团体或个人支持者仅占 15.94%。

### （四）居家安宁疗护服务关注不足，转介机制有待完善

一是相较于机构安宁疗护服务，居家服务得到的关注较少。受医保报销繁琐、安宁疗护人手不足、社区卫生服务中心麻醉和止痛药品管理要求、居家设备条件所限等客观原因，家庭病床需求不高、服务能力有限且开展困难，导致居家安宁疗护的发展远不如住院安宁疗护。

二是转介机制碎片化状态。安宁疗护服务的开展离不开完善的转介机制，建立完善的上下级、同区或跨区、居家和住院的转介机制尤为重要。上海市安宁疗护未形成二、三级医院与社区卫生服务中心之间良好的分工协作与转介机制。目前社区卫生服务中心本身居家与住院间的转介机制由各机构自主制定；但社区卫生服务中心与二、三级医院间的转介多为社区卫生服务中心自发，由于二、三级医院对不可逆疾病终末期患者仍以“治愈派”理念为主，因此渠道不是很畅通，上下级联动性安宁疗护服务体系网络尚未建立。

## 五、政策建议

### （一）强化学科建设和人才培养，提升安宁疗护服务质量

一是把安宁疗护专业教育纳入教学培养计划，融入护理本科和研究生课程中，同时尽量为护生提供安宁疗护的实践机会，增加护生的感性认识。二是建立安宁疗护志愿者和社工网络，将其体系化、制度化，并扩大志愿者和社工队伍，加强相关培训。三是通过组织讲座、外出进修学习等多种方式，对在职医护人员进行定期培训，以提高高层次人才的比例，加强对低职称人员的再教育，增强照顾患者的能力。四是鼓励优秀人才从事安宁疗护服务，政策上优先向安宁疗护科倾斜，对新入职的规培医师可要求到安宁疗护科轮转。

### （二）加强社会宣传，开展生死观转变教育

发展具有中国特色的安宁疗护事业，是一项庞大的系统工程，需要全社会的广泛参与，才能不断地将安宁疗护事业引向深入。因此，需要加强安宁疗护的社会宣传，大力开展死亡教育和安宁疗护知识的普及和宣传工作，如增加广播、电视、戏剧、报刊、网络中“善终优逝”的内容比重，赋予安宁疗护“孝道”的意义；出版安宁疗护科普教育读本；在社区卫生服务中心设立安宁疗护宣传栏等。不断扩大安宁疗护在公众中的影响，引起社会的重视与关注，使全社会在加强认识的同时，更加尊重和理解安宁疗护工作。

### （三）建立长效的安宁疗护筹资机制，保障技术劳务的合理补偿

一是扩大财政对安宁疗护专项补助的范围，同时建立持续性的经费保障机制。二是完善对安宁疗护服务的激励机制，对安宁疗护相关收费项目（生存期评估、心理护理、心理治疗、哀伤辅导、音乐疗护、水疗等）予以立项。三是鼓励慈善事业及社会团体或个人，以捐助、募捐、赞助等方式支持安宁疗护，缓解社区卫生服务中心的资金运转压力。四是可

开展支付方式改革，将安宁疗护服务的目标融入，安宁疗护的政策扶持、费用支持和体系构建有利于提高服务的可及性，改善患者的生存质量。

#### **（四）推进居家安宁疗护服务，健全转介机制**

一是加强居家安宁疗护服务与家庭病床的衔接，加快居家安宁疗护的发展，以满足不同层次的社会需求。二是建立安宁疗护转介机制，提高二、三级医院安宁疗护服务意识。鼓励试点中心与其他医院肿瘤科、老年科、急诊科等相关临床科室加强业务联系，为符合安宁疗护入选条件的患者建立畅通的转介通道，使安宁疗护患者能在医院病床、老年护理床位、安宁疗护床位、居家病床之间合理转介，并做好会诊工作，有效利用医疗资源。安宁疗护若能实现上下级联动，则能够给予患者完整的治疗，提供全周期服务。

（责任编辑：张苹）



## 社区卫生服务中心安宁疗护住院服务按床日付费实证研究

吴玉苗<sup>1</sup> 彭 颖<sup>2</sup> 刘统银<sup>3</sup> 王力男<sup>2</sup>

**【摘 要】 目的：**以上海市普陀区长征镇社区卫生服务中心为样本，探索社区卫生服务中心安宁疗护住院服务按床日付费的可行性，进一步推进安宁疗护事业的不断发展。**方法：**收集上海市普陀区长征镇社区卫生服务中心 2013—2017 年安宁疗护科出院患者入院诊断、住院天数、医药费用等相关信息并进行统计分析；设计调查表采集安宁疗护科 2017 年成本相关数据信息并进行成本分析；对安宁疗护科医生、护士、护理员等进行为期 1 周的追踪调查。**结果：**489 例患者平均住院天数 15.60 天，平均医药费用为 4 827.29 元，每床日平均医药费用 309.40 元，每床日医药费用的基尼系数为 0.3157，变异系数为 0.6233。2017 年安宁疗护每床日直接成本为 530.05 元。**结论：**上海市普陀区长征镇社区卫生服务中心安宁疗护科住院患者每床日医药费用差异较小、分布较集中，较符合按床日收付费标准和要求。住院服务按床日付费有利于安宁疗护服务良性发展，建议科学界定安宁疗护住院床日服务内容，根据客观条件和现实情况合理确定床日付费标准，加强对平均住院天数、日均费用以及治疗效果的考核评估。

**【关键词】** 社区卫生服务中心；安宁疗护；按床日付费；成本分析

安宁疗护以临终患者和家属为中心，以多学科协作模式进行，主要内容包括疼痛及其他症状控制，舒适照护，心理、精神及社会支持等。安宁疗护关乎患者的生命质量，关乎医学的价值取向和社会的文明进步，

第一作者：吴玉苗，女，副主任医师，硕士，普陀区长征镇社区卫生服务中心主任

通信作者：彭颖，女，助理研究员，硕士，上海市卫生和健康发展研究中心卫生政策研究部副主任

作者单位：1. 上海市普陀区长征镇社区卫生服务中心，上海 200333

2. 上海市卫生和健康发展研究中心，上海 200040；上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

3. 江西中医药大学，南昌 330004

基金项目：2018 年度上海市普陀区卫生和计划生育委员会卫生管理类研究课题项目，项目编号（2018ptwsg103）；

2018 年度上海市卫生和计划生育委员会卫生行业临床研究专项，项目编号（20184Y0052）

是一个重要的民生问题。上海市从 2012 年开始设立“舒缓疗护”病房并将“临终关怀”列入市政府实事项目，截至 2017 年，全市共有 76 家市政府实事试点项目单位，其中 72 家社区卫生服务中心，以社区卫生服务中心为运营主体的安宁疗护模式已成为上海特色。

在取得明显社会效益的同时，目前安宁疗护服务在按项目付费方式下，部分项目（如安宁疗护患者的生存期评估、替代疗法等）缺少支付标准，这成为制约上海市安宁疗护事业发展的主要因素之一。2017 年 6 月，国务院办公厅印发《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》（国办发〔2017〕55 号，以下简称“国办 55 号文”），提出“对于精神病、安宁疗护、医疗康复等需要长期住院治疗且日均费用较稳定的疾病，可采取按床日付费的方式，同时加强对平均住院天数、日均费用以及治疗效果的考核评估”。

按床日付费是一种预付制，支付单元以天为基础，对每位患者每一天的住院服务按固定费用支付给供方。本文以上海市普陀区长征镇社区卫生服务中心（以下简称“普陀长征社区”）为样本，在对其 2013—2017 年连续 5 年安宁疗护病房服务数据进行分析的基础上，同时对其 2017 年安宁疗护床日成本进行测算和分析，为探索安宁疗护住院服务按床日付费提供参考和建议。

## 一、研究对象和方法

### （一）研究对象

本文以普陀长征社区安宁疗护科出院患者为研究对象。普陀长征社区是全国临终关怀培训基地、全国“关爱生命奉献爱心”先进集体、上海市政府实事项目——首批安宁疗护的 18 家试点单位之一。普陀长征社区于 2012 年成立安宁疗护科，截至 2017 年底，累计收住晚期患者 850 名。

## （二）采集的数据和采集方法

### 1. 直接提取数据

从普陀长征社区信息系统提取 2013—2017 年安宁疗护科所有出院患者病案首页信息，统计患者的入院诊断、住院天数、医药费用等。

### 2. 采集现有数据

设计调查表，通过普陀长征社区管理部门（财务科、人事科、设备科、总务科等）采集安宁疗护科 2017 年度人员配置、工资收入、耗材与设备采购金额等相关人力及物力消耗情况数据。

### 3. 访谈获取数据

设计调查表，对普陀长征社区安宁疗护科的医生、护士、护理员、医务社工和社会志愿者进行深入访谈，访谈内容包括工作内容、时间分配、每床日涉及的一次性耗材类别及使用量等。同时，对访谈对象进行为期 1 周的追踪调查，追踪调查结束后对调查表内容进行复核，对明显不合理的数据进行核实和修改，对出现差异的数据查找原因并进行合理的修改，形成最终分析数据库。

## （三）床日成本测算方法

床日成本是以住院床日为核算对象，将医院为住院患者提供服务发生的所有成本进行汇总计算，分摊到住院患者床日，计算出住院床日成本。由于《基层医疗卫生机构财务制度》未对成本核算提出具体要求，目前对社区卫生服务中心成本核算的范围和口径也未作统一，因此本文主要基于一手数据资料对安宁疗护住院床日直接成本进行测算，经过多次专家咨询和讨论，确定住院床日直接成本由人力成本、耗材成本、药品成本、设备折旧成本、建筑物折旧成本、其他成本 6 类构成。本文将汇总得到的普陀长征社区 2017 年度安宁疗护住院服务 6 类成本按实际

占用总床日数进行分摊，得到每床日直接成本。

#### （四）基尼系数、洛伦兹曲线和变异系数

根据国办 55 号文要求，为进一步分析安宁疗护住院患者每床日费用的集中程度，本文选用基尼系数和变异系数这 2 个指标。基尼系数是指国际上通用的，用以衡量一个国家或地区居民收入差距的常用指标。基尼系数介于 0～1 之间，基尼系数越大，表示不平等程度越高。洛伦兹曲线用以比较和分析一个国家在不同时代或者不同国家在同一时代的财富不平等，该曲线作为一个总结收入和财富分配信息的便利的图形方法得到广泛应用。变异系数是概率分布离散程度的一个归一化量度，其定义为标准差与平均值之比，变异系数可以消除单位和 / 或平均数不同对两个或多个资料变异程度比较的影响。变异系数小于 1 的分布被称为低差别的分布，变异系数大于 1 的分布则被称为高差别的分布。

## 二、结果

### （一）安宁疗护住院服务基本情况

普陀长征社区安宁疗护科 2013—2017 年累计出院患者人数为 491 人，其中 2 人住院天数分别为 1 522 天和 191 天，远远超过《关于印发上海市社区舒缓疗护（临终关怀）工作规范的通知》（沪卫基层〔2013〕1 号）（以下简称“《工作规范通知》”）中对于社区机构舒缓疗护（临终关怀）服务收治对象标准（存活期 <6 个月），故在分析中予以剔除，最终纳入统计分析的出院患者人数为 489 人（见表 1）。

表1 2013—2017年上海市普陀区长征镇社区卫生服务中心安宁疗护科出院患者基本情况

| 年份<br>(年) | 出院患者<br>人数(人) | 出院者占用总床<br>日数(天) | 平均住院天数<br>(天) | 平均医药费用<br>(元) | 每床日平均医药<br>费用(元) |
|-----------|---------------|------------------|---------------|---------------|------------------|
| 2013      | 78            | 1 051.50         | 13.48         | 4 181.05      | 310.15           |
| 2014      | 111           | 1 839.00         | 16.57         | 4 576.58      | 276.24           |
| 2015      | 109           | 1 660.50         | 15.23         | 4 904.27      | 321.93           |
| 2016      | 105           | 1 658.50         | 15.80         | 5 391.92      | 341.36           |
| 2017      | 86            | 1 420.00         | 16.51         | 4 950.06      | 299.79           |
| 合计        | 489           | 7 629.50         | 15.60         | 4 827.29      | 309.40           |

从出院患者住院天数分布情况来看,超过50%的患者住院天数少于10天,96.73%的患者住院天数在60天以内,大于60天且小于等于180天的患者只有3.27%(见表2)。出院患者住院天数相对集中,较符合《工作规范通知》中提到的机构舒缓疗护(临终关怀)服务收治对象预期存活期小于6个月的要求。

表2 2013—2017年上海市普陀区长征镇社区卫生服务中心安宁疗护科  
出院患者住院天数分布情况

| 住院天数(天) | 出院患者人数(人) | 出院患者占住院人数的比例(%) |
|---------|-----------|-----------------|
| 0~10    | 273       | 55.83           |
| 11~20   | 83        | 16.97           |
| 21~30   | 55        | 11.25           |
| 31~60   | 62        | 12.68           |
| 61~180  | 16        | 3.27            |
| 合计      | 489       | 100.00          |

从出院患者医药费用分布情况来看,4 000元以内的出院患者占57.26%,10 000元以内的出院患者占87.53%(见表3)。



表3 2013—2017年上海市普陀区长征镇社区卫生服务中心安宁疗护科  
出院患者医药费用分布情况

| 医药费用（元）     | 出院患者人数（人） | 出院患者占住院人数的比例（%） |
|-------------|-----------|-----------------|
| 0~2000      | 122       | 24.95           |
| 2001~4000   | 158       | 32.31           |
| 4001~6000   | 76        | 15.54           |
| 6001~8000   | 45        | 9.20            |
| 8001~10000  | 27        | 5.52            |
| 10001~12000 | 19        | 3.89            |
| 12001~14000 | 14        | 2.86            |
| 14001~16000 | 18        | 3.68            |
| 16001~18000 | 4         | 0.82            |
| 18001~20000 | 3         | 0.61            |
| > 20000     | 3         | 0.61            |
| 合计          | 489       | 100.00          |

从出院患者每床日平均医药费用水平分布来看，1 000元以内的出院患者占比超过90%，其中200~600元的出院患者占比超过60%（见表4）。

表4 2013—2017年上海市普陀区长征镇社区卫生服务中心安宁疗护科  
出院患者每床日平均医药费用分布情况

| 每床日平均医药费用（元） | 出院患者人数（人） | 出院患者占住院人数的比例（%） |
|--------------|-----------|-----------------|
| 0~200        | 68        | 13.91           |
| 201~400      | 178       | 36.40           |
| 401~600      | 129       | 26.38           |
| 601~800      | 68        | 13.91           |
| 801~1000     | 23        | 4.70            |
| 1001~1200    | 12        | 2.45            |
| 1201~1400    | 4         | 0.82            |
| 1401~1600    | 3         | 0.61            |
| 1601~1800    | 3         | 0.61            |
| > 1800       | 1         | 0.20            |
| 合计           | 489       | 100.00          |

## （二）安宁疗护服务按床日付费可行性分析

借鉴基尼系数和洛伦兹曲线原理，将 489 名出院患者每床日平均医药费用按从小到大排列，洛伦兹曲线的横轴为统计患者的占比，纵轴为各占比患者每床日平均医药费用累加后的占比。结果显示，每名患者每床日平均医药费用的基尼系数为 0.315 7，按照联合国开发计划署等组织规定的标准，属于“中”等级，即 489 名患者每床日平均医药费用分布较为集中。同时，489 名患者每床日平均医药费用的变异系数为 0.623 3，为低差别。通过上述分析可以发现，普陀长征社区安宁疗护住院患者每床日平均医药费用差异较小且相对稳定，较符合按床日收付费标准和要求。

## （三）安宁疗护每床日直接成本

为进一步确定安宁疗护每床日收费标准，本文按照床日成本测算方法，对样本机构每床日直接成本进行测算。普陀长征社区 2017 年度安宁疗护科每床日直接成本为 530.05 元，高于每床日平均医药费用 230.26 元。从成本构成来看，人力成本占比接近 60%，药品成本占比接近 30%（见表 5）。

表 5 2017 年上海市普陀区长征镇社区卫生服务中心安宁疗护科每床日直接成本构成情况

| 成本类别    | 成本（元）  | 占总成本的比例（%） |
|---------|--------|------------|
| 人力成本    | 309.11 | 58.32      |
| 药品成本    | 144.60 | 27.28      |
| 设备折旧成本  | 25.81  | 4.87       |
| 耗材成本    | 22.40  | 4.23       |
| 建筑物折旧成本 | 17.39  | 3.28       |
| 其他费用    | 10.74  | 2.03       |
| 合计      | 530.05 | 100.00     |

### 三、讨论

#### （一）探索住院服务按床日付费有利于安宁疗护服务良性发展

上海市医疗保险目前对社区卫生服务中心采取的是总额预付下的按项目支付方式。这种支付方式下，安宁疗护服务发展主要存在如下问题：**一是**技术劳务类项目本身价格偏低，部分项目价格与项目成本或标化价值仍存在一定差距；**二是**部分安宁疗护服务项目无收费标准，未纳入医保诊疗项目范围，如生存期、疼痛、心理社会需要评估和部分替代疗法（居丧护理 / 哀伤辅导、死亡教育等）；**三是**根据《关于印发城镇职工基本医疗保险诊疗项目管理、医疗服务设施范围和支付标准意见的通知》（劳社部发〔1999〕22号）规定，气功疗法、音乐疗法、饮食营养指导、水疗服务、芳香治疗等辅助性治疗项目，即使纳入医疗服务收费汇编目录内，仍然无法纳入基本医保报销目录内。因此，对于安宁疗护这种需要长期住院治疗且日均费用较稳定的疾病，采取按床日付费的打包支付方式，有利于安宁疗护服务的良性发展。

#### （二）科学界定安宁疗护住院床日服务内容是开展按床日付费的前提

按床日付费将服务与每个住院日捆绑在一起，按天支付固定费率，这种方式虽然会激励医院提高效率，减少检验、检查和手术，但存在服务不足的风险。因此，实施按床日付费的前提之一是明确安宁疗护按床日打包的内容。以台湾地区为例，住院安宁疗护采用按日支付照护费，该照护费明确包括医师诊察费、护理费、病床费、相关医疗团队照护费（包含社工师、心理师、物理治疗师、职能治疗师等安宁疗护相关人员的照护费用）、各项诊疗、处置费、药剂费、药事服务费、特殊材料费及其他杂项成本（如不计价药材成本、建筑与设备成本、水电费支出、废弃物处理、电子资料处理及行政作业成本等）；同时特别指明放射线治疗、淋巴水肿照护、血液透析治疗、使用双磷酸盐类或 RANK Ligand 抑制

剂（denosumab）药物等需另行核实申报费用。

### （三）根据客观条件和现实情况合理确定床日付费标准

按床日打包付费标准测算方法包括历史数据法、成本核算法和点数法 3 种。历史数据法主要是根据历史数据测算来确定单元收费金额（一般采用近 3 年历史数据），用全年住院患者总费用除以总住院床日，该方法优点是计算简便、容易测算，但在测算安宁疗护床日费用时，由于很多服务项目无收费价格而未进入收费系统中，因此测算的床日费用可能低于实际成本。成本核算法是依据全面科学系统测算安宁疗护住院服务每床日社区卫生服务中心的投入成本，该方法的前提是能够准确地测量不同单元下的成本，以服务单元平均成本作为收费的依据，但鉴于目前社区卫生服务中心信息化基础和财务管理水平尚较薄弱，虽然可以通过数据追踪的方式计算住院服务每床日直接成本，但医辅、医技、行政后勤等科室分摊的间接成本计算仍存在一定困难。此外，在算出每床日成本后，还应综合考虑社区卫生服务中心财政补助情况设定床日付费标准。点数法是建立各单元的收费权重，综合区域医疗服务收费、医保基金支出及实际运行频次等数据，动态建立每年单元支付权重单价，从而确定收付费标准。

### （四）加强对平均住院天数、日均费用以及治疗效果的考核评估

基于按床日付费方式存在的不足（如延长患者住院时间、增加患者住院率、优先选择病情较轻的患者），通过制定平均住院天数、日均费用、治疗效果等主要控制指标体系，结合安宁疗护住院服务的操作规范和路径，探索符合中国国情的规范化、专业化的安宁疗护服务模式，建立科学的安宁疗护监督评估和质量评价体系，保障社区卫生服务中心合理提供符合规范和质量的安宁疗护服务。

综上所述，本文以普陀长征社区连续 5 年安宁疗护病房服务数据为

样本，利用基尼系统和变异系数 2 个指标，得出社区卫生服务中心安宁疗护住院服务按床日付费存在可行性，且有利于安宁疗护服务良性发展的结论。为进一步推行安宁疗护住院服务按床日付费政策落地，建议科学界定安宁疗护住院床日服务内容，根据客观条件和现实情况合理确定床日付费标准，同时加强对平均住院天数、日均费用及治疗效果的考核评估。

（责任编辑：信虹云）



## 上海市普陀区安宁疗护转介模式的构建与探讨

徐 文<sup>1</sup> 曹宜璠<sup>2</sup> 奉典旭<sup>3</sup> 曹西友<sup>1</sup> 刘 兵<sup>1</sup> 吴 颖<sup>1</sup>

【摘 要】 文章结合大量文献查阅、专家咨询、例会探讨、实践应用等方法，并根据国家试点市（区）之一——上海市普陀区安宁疗护工作情况进行探索，从转介的服务对象与收治范围、转介原则与条件、转介制度要求与流程等方面构建出安宁疗护转介模式，以满足疾病终末期患者和家属对安宁疗护服务的需求。在此基础上，文章对安宁疗护转介模式进行思考，提出需进一步建立对接机制、落实优先转诊制度、提高安宁疗护从业人员转介意识、完善转介信息化平台建设等建议。

【关键词】 安宁疗护；转介机制；服务模式

安宁疗护，也被称为“临终关怀”或“舒缓疗护”，是为患有不可治愈的严重疾病和终末期慢病的患者及家属提供的减轻其不适与痛苦、改善生活质量的医疗护理服务。安宁疗护曾被上海列为市政府实事项目，通过几年的宣传和推广，接受和认可安宁疗护的患者和家属越来越多。上海市普陀区自 2017 年启动安宁疗护国家试点工作，构建出挂靠于二级医院的安宁疗护中心和 11 家社区卫生服务中心的服务体系。为进一步深化安宁疗护试点工作，将安宁疗护融入分级诊疗，作为普陀区安宁疗护中心的利群医院，积极探索并建立机构和居家安宁疗护相结合的工作机制与方案，以实现临终患者在机构与机构间、机构与居家间的转介。

第一作者：徐文，女，副主任医师

通信作者：吴颖，女，副主任医师，普陀区利群医院医务科负责人

作者单位：1. 上海市普陀区利群医院，上海 200333；上海市普陀区安宁疗护中心，上海 200333

2. 上海市卫生和健康发展研究中心，上海 200040；上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

3. 上海市普陀区卫生健康委员会，上海 200333

基金项目：2018 年度上海市普陀区卫生和计划生育委员会卫生管理类研究课题项目（2018ptwsg105）

## 一、研究背景

### （一）国家政策

根据《国务院办公厅转发卫生计生委等部门关于推进医疗卫生与养老服务相结合指导意见的通知》（国办发〔2015〕4号）、《国家卫生计生委办公厅关于开展安宁疗护试点工作的通知》（国卫办家庭函〔2017〕993号）及《上海市普陀区关于开展全国安宁疗护试点工作的通知》（普卫计〔2017〕30号）的要求，2017年9月，上海普陀区、北京海淀区、吉林长春市、河南洛阳市和四川德阳市共同被列为全国第一批安宁疗护工作试点的单位。

### （二）“1+11”安宁疗护服务体系建设

2017年12月，普陀区卫生健康委员会成立了“安宁疗护试点”领导小组和工作小组。利群医院作为普陀区安宁疗护中心，是第一批全国安宁疗护工作试点单位之一，携区域内11家社区卫生服务中心，基本形成了以二级医院安宁疗护中心为引领、11家社区卫生服务中心为主体的“1+11”安宁疗护服务体系。

### （三）转介机制建立的需求

目前，社区卫生服务中心安宁疗护床位相对于普通床位的使用率偏低，同时二、三级医院晚期肿瘤患者压床现象普遍存在，这就要求我们健全机构与机构间、机构与居家间的转介机制，探索出符合本区域合理流畅的转介制度。

## 二、普陀区安宁疗护转介方案的构建

### （一）服务对象与收治范围

安宁疗护的服务对象为区域内医疗机构、社区居家与养老机构中需要安宁疗护的患者。收治类型分为住院安宁疗护和居家安宁疗护两种。

## 1. 住院安宁疗护收治范围

住院安宁疗护收治条件符合以下条件其中之一即可，包括：① 经执业医师明确诊断且病情不断恶化，现代医学不能治愈，属不可逆转的疾病终末期的患者；② 有安宁疗护需求，自愿接受服务协议患者；③ 卡氏活动状态评分（Karnofsky, KPS）小于 50 分、预期生存期小于 3 个月的患者；对于疼痛比较明显、自行口服止痛药效果不明显的患者，KPS 大于 50 分，也可列入收治对象。

## 2. 居家安宁疗护收治范围

居家安宁疗护确定服务对象时应遵守“肿瘤、晚期、疼痛”六字方针，收治条件符合以下条件其中之一即可，包括：① 经执业医师明确诊断的晚期肿瘤患者，指原发肿瘤无切除或淋巴转移、血行转移、局部复发患者；② 肿瘤患者需提供二级及以上医院的明确病理学诊断或明确影像学诊断，对骨转移患者需要有相应磁共振或 CT 诊断报告证实；③ KPS 评分小于 70 分、预期生存期小于 6 个月的患者；有安宁疗护需求、自愿接受服务协议、家属及亲友愿意共同参与临终护理的患者。

### （二）转介原则与条件

#### 1. 转介原则

转介原则主要遵循就近与急重症原则，如居家安宁疗护、二三级医院（除安宁疗护中心所在医疗机构）、社会办医院、养老机构有安宁疗护需求患者请求转介时，根据实际情况，原则上应优先将患者转介至就近医疗机构，如就近医疗机构难以满足居民实际需求的，再转往其他安宁疗护医院。如安宁疗护需求患者出现急症或社区医院因条件所限不能解除的病症转介时，应优先转往安宁疗护中心进行治疗。

#### 2. 转介条件

转介条件包括：难治性症状（难治性疼痛、难治性腹胀、顽固性呃

逆等)；呕血、咯血、便血；或伴发心肌梗死、哮喘持续状态、顽固性心力衰竭等严重并发症，经评估 KPS 评分小于 50 分、预期生命小于 28 天的患者。

安宁疗护中心的患者病情平稳，经评估预期生命大于 1 个月，在征求患者和家属的意愿后，可转回社区卫生服务中心，或由安宁疗护病房直接转为居家疗护。

### 三、普陀区安宁疗护转介模式的制度要求与流程

#### (一) 转介制度要求

##### 1. 加强信息互通传递

加强在转介过程中有关转诊信息与资料的有效传递。通过信息化等手段，在患者上转时，应向转诊医院提供患者已有就诊记录、相关检查资料、本次转诊建议等内容；在患者下转时，应向家庭医生提供居民在上级医疗机构就诊记录、出院小结、用药医嘱、相关检查资料、本次转诊建议等内容。

##### 2. 实施针对性的转介

实施有针对性的转介，提高转介的必要性和有效性。转介应严格按照相关流程规范，确保应该转介的安宁疗护患者能够便捷上转或规范下转，确保转介患者在居家安宁疗护或医疗机构内得到有效的诊疗服务。

##### 3. 加强转介工作管理考核

对各级医疗机构安宁疗护转介工作的管理与考核应该加强，落实各级医疗机构尤其是安宁疗护中心在转介工作中的质量控制责任，通过信息化对安宁疗护就诊与转诊情况进行及时跟踪、汇总与分析。对安宁疗护的转介工作应计入标化工作量，并纳入安宁疗护工作考核体系。

## （二）转介流程

### 1. 内设安宁疗护中心的医院院内转介流程

内设安宁疗护医院院内科室间转诊流程：符合收治范围的患者，经安宁疗护医师会诊，评估 KPS 评分小于 50 分、预计生存期小于 28 天的患者，取得家属和（或）患者知情同意，转入安宁疗护中心进一步对症治疗（见图 1）。

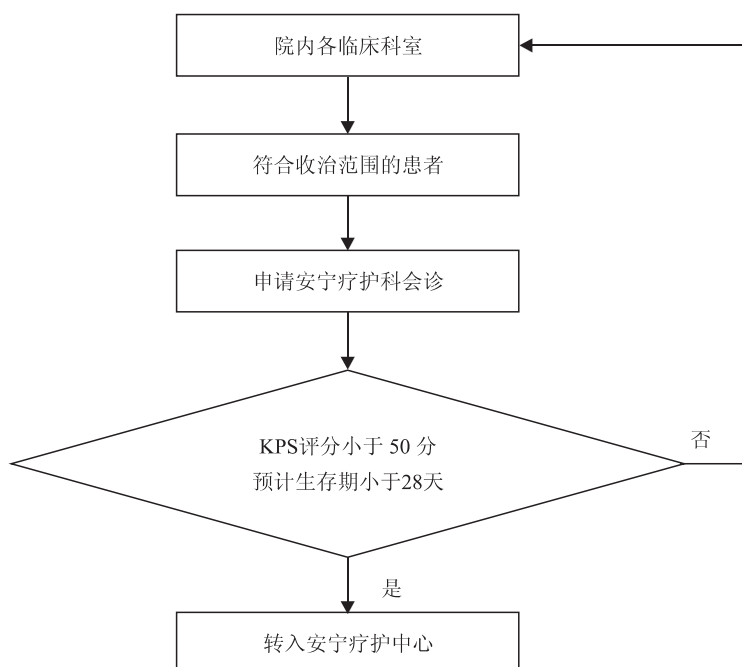


图1 普陀区内设安宁疗护中心医疗机构院内安宁疗护转介流程

### 2. 非内设安宁疗护中心的医院转介流程

二、三级医院（除安宁疗护中心所在医疗机构）符合收治范围的患者，通过联系就近安宁疗护机构（包括社区卫生服务中心及安宁疗护中心）实现转诊。各医疗机构门诊患者可由医生直接登录普陀区区域卫生信息平台预约转诊系统，转至就近社区卫生服务中心或安宁疗护中心门诊就诊（见图 2）。



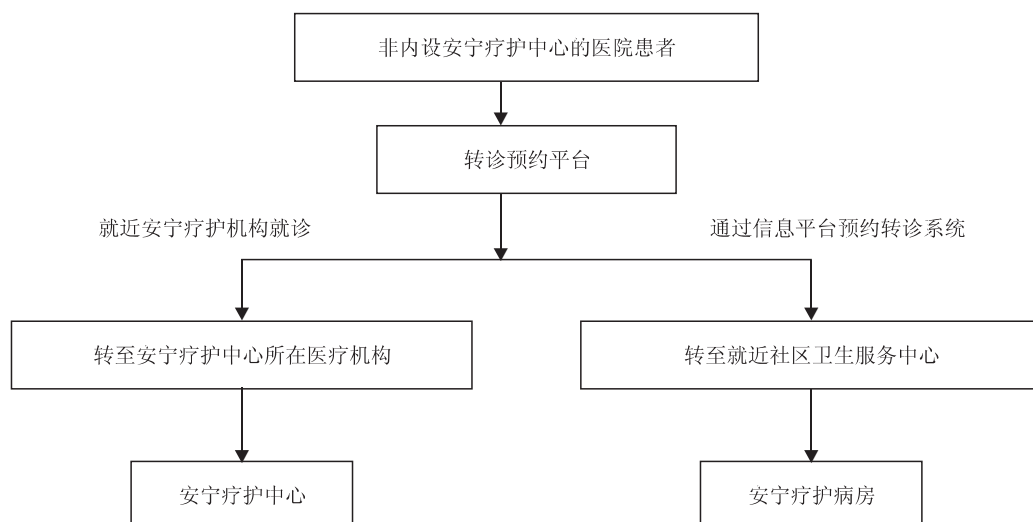


图2 普陀区非内设安宁疗护中心医疗机构患者安宁疗护转介流程

### 3. 居家、社区安宁疗护与安宁疗护中心双向转诊流程

符合转介条件患者，应向安宁疗护中心提出转诊申请，安宁疗护中心根据患者情况（会诊）收入病房，患者合并症缓解后可转回居家安宁疗护或社区卫生服务中心，形成双向的转介机制（见图3）。

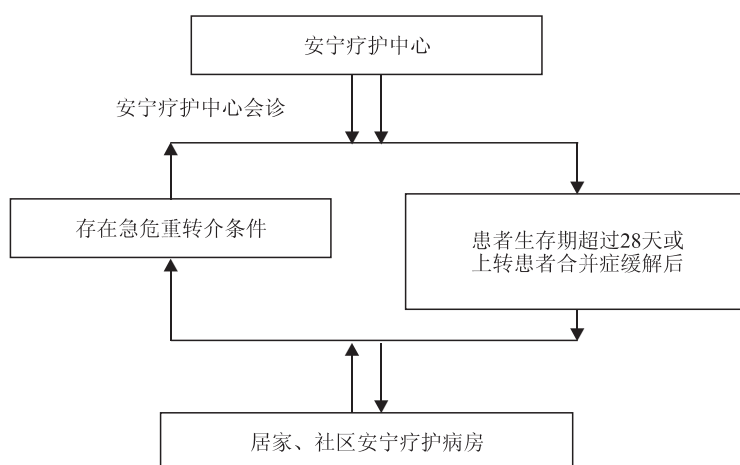


图3 普陀区社区、居家安宁疗护与安宁疗护中心双向转诊流程

### 4. 养老机构转介流程

养老机构内符合安宁疗护收治范围的老人，可以联系与养老机构进行医养结合签约服务的社区卫生服务中心进行会诊，同时也可以联系与老人进行“1+1+1”签约服务的社区卫生服务中心家庭医生进行会诊。

会诊后，根据老人的病情，转至社区卫生服务中心或安宁疗护中心进一步治疗（见图4）。

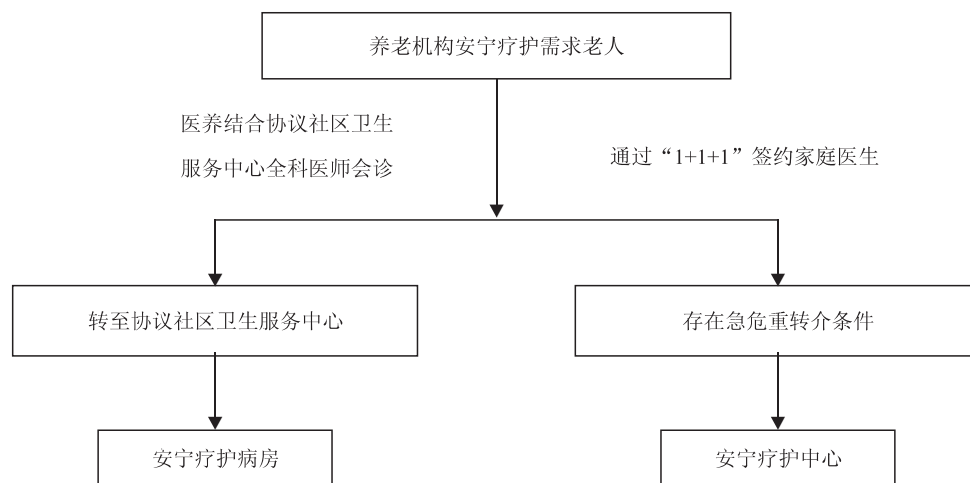


图4 普陀区养老机构安宁疗护需求转介流程

#### 四、思考

上海是全国第一个迈入老龄化的城市，也是全国老龄化程度最高的城市，安宁疗护作为医养结合的“最后一公里服务”，关乎医学的价值取向和社会文明的进步。为进一步提升临终患者和高龄老年人的医疗护理和生活质量，上海市政府牵头顶层设计，以市政府实项目和试点先行等形式积极推进上海市安宁疗护相关工作。2017年10月27日，《国家卫生计生委办公厅关于开展安宁疗护试点工作的通知》（国卫办家庭函〔2017〕993号），选定包括上海市普陀区在内的5个省/市作为全国第一批安宁疗护工作试点市（区）。安宁疗护作为现代医学领域中一门新兴的边缘性交叉学科，与生物—心理—社会的医学模式相适应，是社会需求和人类文明发展的标志。目前，全世界许多国家和地区都开展了安宁疗护的实践和理论研究。对安宁疗护患者进行转介，符合我国现阶段分级诊疗工作的具体要求。

上海市普陀区共有1所二级医院（利群医院）和11所社区卫生中

心开展安宁疗护试点工作，总床位数 141 张；利群医院作为普陀区安宁疗护中心，设有安宁疗护床位 27 张，实际运行转介模式以来，半年时间共服务了 24 例患者，在实践过程中，由于存在诸多因素影响转介流程的实施，在今后的工作中尚需进一步完善。

### （一）进一步建立对接机制

安宁疗护中心作为转诊、会诊质量控制部门，各社区卫生服务中心安宁疗护病房应作为协同部门负责安宁疗护患者的对接。安宁疗护中心与各社区卫生服务中心应建立联系人制度，对其他医疗机构提出的转诊要求以及对基层医疗机构提出的预约转诊、技术支持等需求予以及时应对与组织落实，充分发挥组织协调、资源整合、紧密对接作用。

安宁疗护中心工作职责范围应至少包括以下 4 个方面：①负责落实对该医疗机构安宁疗护需求患者，或通过社区卫生服务中心转诊患者的优先住院，通过医疗机构内部绿色通道，帮助符合入院条件的患者优先办理入院；②负责从安宁疗护中心转诊至下级医疗机构过程中安宁疗护相关的对接工作；③负责其他医疗机构安宁疗护患者分诊事宜，通过安宁疗护信息平台，进行床位协调和统筹；④负责基层医疗机构医生与安宁疗护中心进行信息平台对接的管理与维护，包括信息平台上转诊信息、技术支持信息、联络信息、诊断检查记录的及时维护、跟踪、响应与分析。

### （二）落实优先转诊制度

区域内安宁疗护中心及社区卫生服务中心应做好安宁疗护资源的预留工作，利用信息化预约平台，将床位优先提供给其他医疗机构或居家安宁疗护的患者。具体包括：①对经家庭医生或其他医疗机构转诊的安宁疗护居民，安宁疗护中心通过绿色通道优先安排转诊；②区域内各医疗机构应积极配合安宁疗护转诊要求，对于有安宁疗护转诊需求的患者（居民），需加强其门诊病历、急诊病历、辅助检查报告单等医疗资料的

完整性和有效性，提升安宁疗护与其他相关服务的衔接协同。

### **（三）提高安宁疗护从业人员的转介意识**

目前，相关医疗 / 非医疗机构仍不能满足安宁疗护服务的需求，且转介主要还是借助于电话、微信、口头等方式，安宁疗护相关从业人员缺乏转介意识和主观能动性，转介服务后也未能进行后续追踪。因此，对于安宁疗护从业人员尚需加强培训、规范服务。

### **（四）完善转介信息化平台建设**

为提升转介流程运转效率和服务质量，需加强完善信息化平台建设，同时要求进入转介系统的各医疗机构接入普陀区安宁疗护信息化平台，使转诊流程和信息能够及时传输，便于安宁疗护中心及社区卫生服务中心全科医师能第一时间接收到转诊信息；及时了解各医疗机构安宁疗护床位使用情况，确保该平台能够切实履行信息实时传递和体系支撑的职能。各家医疗机构与安宁疗护信息化平台的对接应纳入安宁疗护临床质量控制体系中进行考核。

（责任编辑：张革）

## 上海市普陀区长征镇社区卫生服务中心社区安宁疗护服务 实践与思考

吴玉苗<sup>1</sup> 奉典旭<sup>2</sup> 施永兴<sup>3</sup> 姚志刚<sup>1</sup>

【摘要】文章介绍了上海市普陀区长征镇社区卫生服务中心作为国家级安宁疗护试点,在市、区政策的有力支撑下,在硬件建设、队伍建设、制度流程、服务内容、宣传教育、质量控制等方面开展的社区安宁疗护服务实践探索,总结安宁疗护服务取得的成效,分析目前存在的问题并展望安宁疗护服务未来发展趋势。

【摘要】社区卫生服务;安宁疗护;临终关怀

安宁疗护实践以临终患者和家属为中心,以多学科协作模式进行,主要内容包括疼痛及其他症状控制,舒适照护,心理、精神及社会支持等。安宁疗护服务有助于提高生命质量,维护人的基本尊严,也有助于减少无意义的过度治疗,减少资源浪费,促进社会文明进步。

2012年、2014年上海连续两次将“安宁疗护”列入市政府实项目,全市有76家试点单位为肿瘤晚期等疾病终末期患者提供居家和住院相结合的安宁疗护服务。2017年10月,《国家卫生计生委办公厅关于开展安宁疗护试点工作的通知》(国卫办家庭函〔2017〕993号)提出,在全国开展安宁疗护试点工作,并选定北京市海淀区、吉林省长春市、上海市普陀区、河南省洛阳市和四川省德阳市作为全国第一批安宁疗护工作试点市(区)。

第一作者:吴玉苗,女,副主任医师,硕士,普陀区长征镇社区卫生服务中心主任

通信作者:奉典旭,男,主任医师,博士,普陀区卫生健康委员会副主任

作者单位:1.上海市普陀区长征镇社区卫生服务中心,上海200333

2.上海市普陀区卫生健康委员会,上海200333

3.中国生命关怀协会,上海200435

基金项目:2018年度上海市普陀区卫生和计划生育委员会卫生管理类研究课题项目(2018ptwsg104);2018年度上海市卫生和计划生育委员会地方卫生标准预研制项目(2018WB04)



2017年上海市普陀区在国家级安宁疗护试点工作中，建立了覆盖全区的“1+11”安宁疗护服务体系，包括1家安宁疗护中心、11家社区卫生服务中心。普陀区长征镇社区卫生服务中心（以下简称“中心”）作为上海市政府实项目——“临终关怀”的首批18家试点单位之一，自2012年开始成立安宁疗护科，开展安宁疗护服务实践。同时作为普陀区内社区安宁疗护的牵头单位，在社区安宁疗护服务内涵与学科建设等方面展开探索。本文总结中心7年安宁疗护服务的实践和成效，分析目前存在的问题并展望未来。

## 一、安宁疗护服务实践

根据上海市公共卫生三年行动计划，中心作为上海市普陀区人民政府的实事工程项目，于2007年建成投入使用。中心是上海市住院医师规范化培训社区教学基地、全国临终关怀培训基地、全国爱心护理工程建设基地、全国百强社区卫生服务中心。中心于2012年成立安宁疗护科，建设安宁疗护门诊与病房，组建安宁疗护跨学科专业团队，按照“生理、心理、精神平安”理念，以“善生、善别、善终”为目标，为晚期肿瘤等疾病终末期患者及家属提供住院与居家相结合的安宁疗护服务。

### （一）硬件建设

按照《上海市社区卫生服务中心临终关怀科设置标准》，中心硬件建设方面设置安宁疗护门诊诊室和相对独立的病区。病区选择在有空中花园的楼层，营造良好的安宁疗护教育文化氛围，给病人身处家中的感觉，亲朋好友可以随时来探访。中心设有三大功能区（即服务区、管理区、生活辅助区），具体包括3间病房（共10张床位）、护士站、治疗室、处置室、谈心室（评估室）、家属陪伴室、关怀室（告别室）、医务人员办公室、配膳室、沐浴室和综合活动室以及进、出两部电梯。其中，关怀室设置独立病床，考虑病人不同信仰，配置可变换的大幅风景、佛像、

耶稣像等图画装饰以及音乐播放设备。

## （二）队伍建设

中心安宁疗护跨学科专业团队由全科医生 4 人、安宁护士 10 人、心理咨询师 1 人、临床药师 1 人、医务社工 1 人、护理员 3 人以及志愿者 10 余人组成，设安宁疗护科主任与护士长各 1 名，均具备中级及以上技术职称、10 年以上临床工作经验。

医护人员均参加上海市安宁疗护岗位执业资格培训并取得资格证书，每年参加相关继续教育培训。全科医生的职责是负责患者的全程治疗，管理疼痛，控制症状，提供疾病咨询，指导团队成员成长等。安宁护士的职责是协助和指导患者入院和转诊咨询，病案登记及保存，舒适护理，临终患者常见症状及护理措施实施，肿瘤相关护理操作，持续评估患者，制定照护计划，缓解患者和家属在临终期出现的生理和情感问题并给予支持，提供照护和康复等方面的咨询教育，丧亲护理（包括尸体护理和家属情感支持）。

医务社工是医师的助手，护士的伙伴，患者与家属的朋友，家庭的保护人，社区的组织者，其他专业技术人员的合作者；可以对病人及家属提供心理关怀、社会服务，对医务人员提供减压、情绪舒缓、心理疏导，同时承担志愿者的组织管理工作。安宁疗护志愿者由“上海手牵手生命关爱发展中心”招募医科院校学生与社会热心人士组成，开展安宁疗护专业培训后上岗，定期进行服务督导；可以关怀、倾听及陪伴患者，为患者读报或代写书信，协助患者心愿完成，协助患者食物准备与喂食，简易肢体运动及按摩，组织患者相互沟通、交流，鼓励患者参与适当的文化娱乐活动等。

### （三）制度流程

中心制定安宁疗护岗位职责与服务规范，明确安宁疗护服务纳入标准，确定服务对象，明确居家与住院安宁疗护服务流程（见图1）。

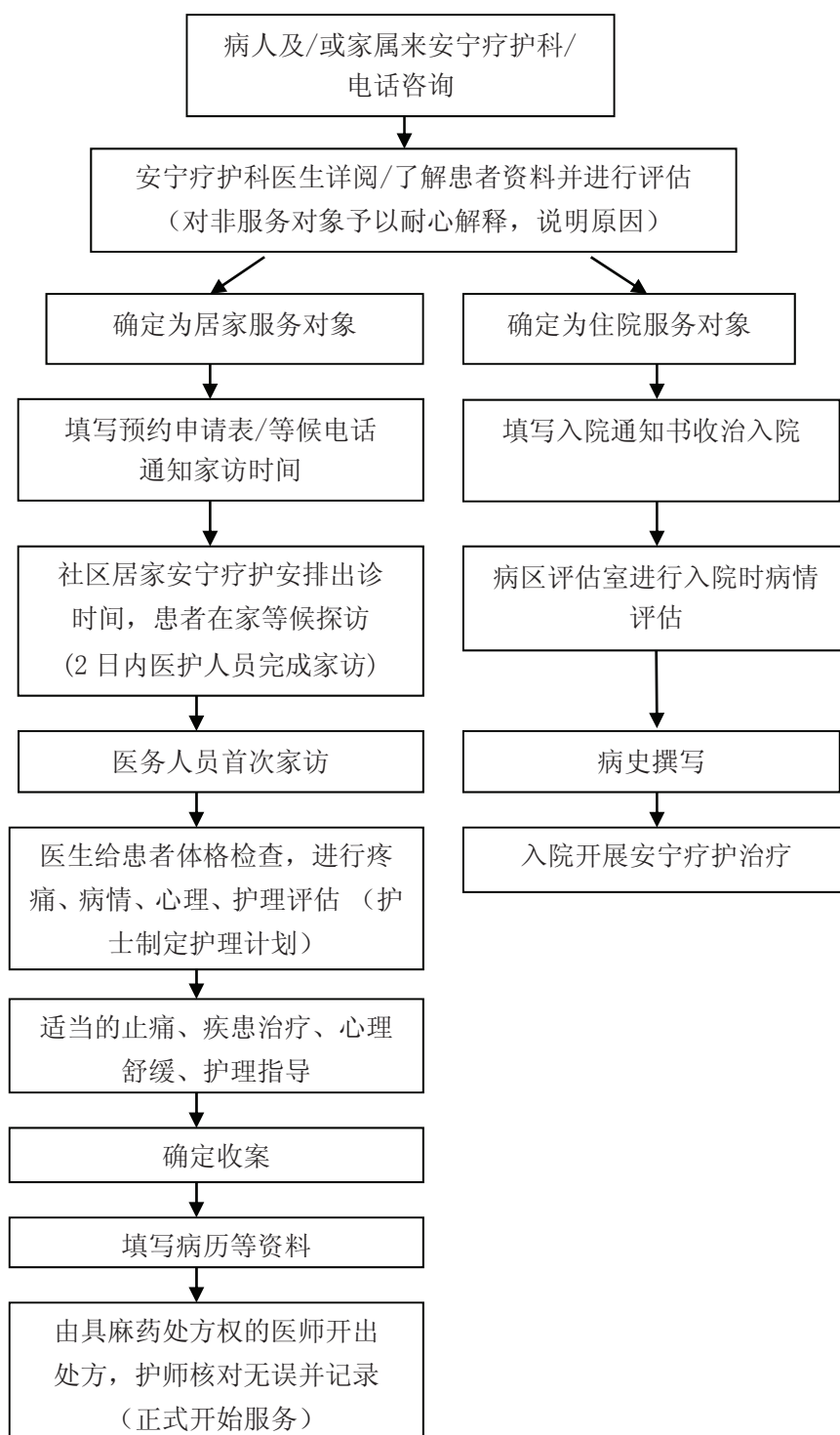


图1 普陀区长征镇社区卫生服务中心安宁疗护科接待患者及/或家属（确定服务对象）流程图

居家安宁疗护服务对象包括居住在本辖区内的常住居民，具有上海户籍或上海居住证的晚期肿瘤患者。必备条件：晚期肿瘤指原发肿瘤无切除或淋巴转移、血行转移、局部复发患者；肿瘤患者需提供二级及以上医院的明确病理学诊断或明确影像学诊断，对骨转移患者需要有相应磁共振或即电子计算机断层扫描（Computed Tomography, CT）诊断报告证实；有服务需求，自愿，接受协议患者。优先条件：卡氏功能状态评分标准（Karnofsky, KPS）评分 70 分以下；预计生存期 3 个月或以下；确定癌性疼痛患者。

住院安宁疗护服务对象：诊断明确且病情不断恶化，现代医学不能治愈，属不可逆转的慢性疾病终末期，预期存活期小于 6 个月者；晚期终末期癌症临终患者；高龄（ $\geq 80$  岁）老衰临终者，4 个以上重要器官持续衰竭，卧床 1 年以上丧失生活自理能力的高龄临终者；其他疾病失代偿期临终患者，主要为晚期恶性肿瘤患者，其生存期为 3 个月之内。

#### （四）服务内容

安宁疗护跨学科专业团队在对病人开展针对性评估的基础上提供安宁疗护评估、症状控制、安宁护理、人文关怀等服务。团队每周开展一次联合大查房并一起讨论，制定及调整服务计划。

##### 1. 安宁疗护评估

安宁护士在住院安宁疗护病人入住病房 24 小时内完成入院评估，并动态评估入院 1 周、半个月、1 个月、2 个月的生存期、疼痛、心理需求和社会需求、生活质量。安宁护士在居家安宁疗护病人填写预约申请表 48 小时内完成居家评估，并动态评估居家 2 周、1 个月、2 个月的生存期、疼痛、心理需求和社会需求、生活质量。安宁护士根据《上海市舒缓疗护（临终关怀）工作规范》要求填写评估量表并记录。

## 2. 症状控制

安宁疗护跨学科专业团队开展支持治疗技术，三阶梯镇痛、镇静、抗惊厥、止呕吐、通便、利尿、清创换药等安宁疗护基本服务项目；在减轻临终症状、提高生命质量等方面发挥中医药优势与特色，如中药内服、全息治疗、经络疗法、中医外治法、食疗药膳等；积极创造条件开展非药物治疗，尝试开展音乐治疗、芳香治疗、水疗等；尊重病人的自主权，让病人和家属参与症状控制计划。

## 3. 安宁护理

安宁疗护跨学科专业团队运用护理程序，根据临终患者评估情况，制定并实施临终护理计划，提供整体护理，包括舒适护理、基础护理、饮食护理、终末期精神心理症状护理、死亡教育、濒死期护理、尸体护理、哀伤辅导等。疼痛、呼吸困难、咳嗽、咳痰、水肿、谵妄等疾病终末期患者常见症状控制护理与舒适照护，按照《安宁疗护实践指南（试行）》（国卫办医发〔2017〕5号）的规定执行。

## 4. 人文关怀

开展“向阳小屋”人文关怀服务项目，安宁护士、医务社工在与病人及家属有效沟通、建立信任关系、开展充分评估的基础上，组织志愿者共同参与，根据病人及家属需求提供关怀（家庭纪念册、陌生“熟人”的来信、灵性关怀、心理疏导、其他服务）、咨询（法律咨询、营养咨询、转介咨询、其他咨询）、教育（死亡教育、告别教育、其他教育）、活动（端午节、中秋节、重阳节、春节或元宵等主题活动）、照顾（陪护探访、生活拍照、定期理发、生日会、其他照护）5大类菜单式服务，注重临终愿望实现，使病人无憾走完人生最后旅程。

## （五）宣传教育

为发动社会各界共同参与，中心制作《我们在这里陪伴您》《人生



善别路》等 5 种安宁疗护服务宣传小册子，在机构内外进行广泛宣传；每年举办科普大讲堂——学会告别，向社区居民进行告别教育与安宁疗护服务宣传；连续 3 年向全国安宁疗护从业者征集近 300 篇安宁病房感人故事，承办安宁病房感人故事演讲赛，汇编《阳光下的告别》科普专著。

## （六）质量控制

普陀区成立安宁疗护临床质控小组，制定“安宁疗护质控督查标准”，指标内容包括安宁疗护机构管理、人力资源管理、质量管理、药品安全管理、医疗护理安全、满意度测评、科教工作等，每半年进行一次质控考核，并与财政补偿与绩效工资挂钩，确保试点单位完善三级质控体系，加强日常考核监管，不断提高安宁疗护服务质量与服务对象满意度。

## 二、安宁疗护服务取得的成效

### （一）服务成效显著

7 年来，中心安宁疗护科累计收住疾病终末期病人 877 人，其中 80% 左右为晚期肿瘤，80% 左右在中心安然离世，平均住院日 15.6 天，每床日平均医药费 309.4 元。提供居家安宁疗护服务 52 人。病人及家属满意度保持 98% 以上，收到锦旗、表扬信等 100 余次。在上海市每年开展的 76 家试点单位安宁疗护（临终关怀）质量指数排名中均保持名列前茅的好成绩。2017 年中心在上海市 72 家项目单位安宁疗护质量指数综合得分排第 4 名，其中政策框架与保障第 3 名、管理与临终关怀环境第 1 名、人力资源与教育培训第 1 名、经济效益与可负担程度第 1 名、社区公众参与第 7 名。

### （二）单位影响扩大

安宁疗护已成为中心的一张名片，安宁疗护团队的职业荣誉感不断增强，系统内外的知晓度逐步提高。中心荣获“全国关爱生命 奉献爱心”先进集体、上海市卫生计生系统先进集体等多项荣誉。原国家政协副主席

席韩启德、国家卫生健康委员会主任马晓伟等曾带队到中心现场视察，新民晚报等多家媒体报道。2018年中心接待全国各地参观考察20余批次。

### （三）科教实力增强

中心作为“全国临终关怀培训基地”，连续7年承担“上海市安宁疗护岗位执业资格培训班”社区实践培训，共计700余人次。作为上海市住院医师规范化培训社区教学基地，中心承担成都中医药大学临床本科生及住院医师规范化培训学员安宁疗护的理论与实践教学工作，促使中心教学能力不断提高。医务人员积极开展安宁疗护研究，促使中心科研实力得到大幅提升。安宁疗护医务人员累计获得市、区级自主创新科研项目资助7项，公开发表学术论文20余篇，主编专著1部，参编专著4部。

## 三、存在的问题及展望

### （一）安宁疗护支付方式有待改进

中心安宁疗护试点工作能够得到有效落实，其中非常关键的是作为国家级试点单位与政府实事项目，普陀区卫生健康委员会非常重视，在政策保障与财政投入方面给予大力支持，每年给予专项经费用于安宁疗护软硬件建设、人才培养、专项服务绩效补贴等。对试点单位每10张床位一次性补贴36万元，机构病房每收治离世一名疾病终末期病人给予2000元补贴，收治一名居家安宁疗护病人给予1000元补贴。研究发现，目前中心安宁疗护每床日平均医药费收费309.4元，测算2017年安宁疗护每床日直接成本为530.05元，其中60%为人力成本。上海医保目前对社区卫生服务中心采取的是总额预付下的按项目支付方式。这种支付方式下，安宁疗护服务发展存在技术劳务类项目价格偏低，部分安宁疗护服务项目如生存期、疼痛、心理社会需要评估和部分替代疗法（居丧护理/哀伤辅导、死亡教育等）无收费标准，未纳入医保诊疗

项目范围。因此，对于安宁疗护这种需要长期住院治疗且日均费用较稳定的疾病，建议可以采取按床日付费的打包支付方式，有利于安宁疗护服务的良性发展。

## （二）安宁疗护宣传有待加强

目前，中国高等医学院校，安宁疗护教育严重匮乏，且发展极不平衡。公众受到“重生轻逝”的传统思想影响，对于生很重视，而对于死却讳莫如深，其主要原因就是生命教育缺失，这些因素制约了安宁疗护服务的发展。需要全社会动员，从学生时期开展死亡教育、告别教育，医学院校开设安宁疗护理论课程，建设安宁疗护教学实践基地，加强安宁疗护继续教育，开展多渠道的公众安宁疗护理念宣传等。

## （三）安宁疗护专业培训有待强化

普陀区在国家级安宁疗护试点工作中，建立了安宁疗护专家库，组织区内各级医疗机构相关人员开展了安宁疗护岗位执业资格培训，以加强安宁疗护队伍建设。这对试点工作的有效落实非常关键。在中心安宁疗护具体实践中，安宁疗护的疾病终末期症状控制、安宁护理、人文关怀、死亡教育等，其专业性较强，但目前医学院校在此方面的教育培训比较薄弱，有些甚至是空白。临终关怀起步较早的英国在此方面的经验值得我们借鉴学习，英国一半左右的老年全托护理院将专科资质认证护士作为上岗的必备条件，并要求护士定期接受专业技能培训。建议通过多种途径建立完整的安宁疗护团队专业资质认证体系。

## 四、小结

随着人口老龄化、家庭结构变化、疾病谱改变及医疗体制的改革，开展经济、有效、方便、综合的社区卫生服务已成为现代健康服务的发展趋势。社区卫生服务是以人的健康为中心、家庭为单位、社区为范围、需求为导向，用团队力量为一定范围内的居民提供全生命周期的健康管

理服务。生老病死是自然规律，每个人都无法避免，如何提高死亡质量，让生命平静、尊严离世非常重要。享有临终关怀服务是人的一项基本权利。在我国，社区卫生服务应该成为最可及的安宁疗护服务模式。世界家庭医生组织亦建议，在社区范围内，以全科医生为主体开展临终关怀是各个国家在普及临终关怀过程中的一项重要工作。

中心安宁疗护服务的实践表明，在政府重视与主导下加大投入，充分发挥社区卫生服务优势，加强队伍建设与宣传教育，完善制度规范与运行机制，明确服务流程与服务内容，发动社会力量参与，住院与居家相结合的社区安宁疗护服务模式可以有效满足疾病终末期病人与临终老人的需求，大大提高死亡质量。随着国家的重视与推进，目前存在的安宁疗护支付方式、文化理念、教育培训等问题得到逐步解决，中国的安宁疗护将得到快速发展。

（责任编辑：信虹云）

## 征稿启事

《卫生政策研究进展》杂志是上海市卫生健康委员会主管，上海市卫生和健康发展研究中心主办的卫生政策研究期刊，属于连续性内部资料性出版物（上海市连续性内部资料准印证第 K0649 号），2008 年 11 月正式创刊发行，每年发行 8 期，主要设有、医药卫生体制改革、专家解读、专题研究、他山之石、区县之窗、专家观点政策解读、信息动态讯息等栏目。现广泛征集优质稿件，欢迎作者踊跃投稿。征稿事项简述如下。

### 一、办刊宗旨

配合卫生健康事业的改革与发展，及时传播改革进展及相关政策研究成果，为决策者提供及时、可靠的卫生决策咨询信息服务。

### 二、读者对象

刊物出版后，进行赠阅，赠阅范围主要包括：世界卫生组织驻华代表处、世界银行驻华代表处，美国中华医学基金会合作项目单位；国家卫健委相关司局，国家卫健委卫生发展研究中心、国家卫健委统计信息中心；各省市卫健委规划发展处、财务处、政策法规处；上海市市委、市人大、市政府、市政协相关部门，上海市卫健委委领导及有关处室，上海市各区分管副区长、各区卫健委主要领导，上海相关医疗卫生单位；全国部分高校和研究机构的卫生政策研究专家和学者等。

### 三、来稿要求

1. 来稿主题应与卫生健康事业改革相关，如有 4～5 篇同一主题的一组文章，可单独与编辑部联系，编辑部将视稿件情况考虑是否专门成刊。每篇文章 5000～8000 字为宜。



2. 来稿应结构完整（包括中文摘要 200 字左右，关键词 3～5 个、正文等），论点明确，论据可靠，数字准确，文字精练。

3. 来稿作者信息包括姓名、单位、职称、职务、地址（xx 省 xx 市或 xx 县 xx 路 xx 号）、邮编、电话、E-mail 等信息。

4. 文稿中摘编或引用他人作品，请按《中华人民共和国著作权法》有关规定在参考资料中标明原作者姓名、作品名称及其来源等。

### 四、投稿事宜

文稿请采用 word 格式发送至以下邮箱：phpr@shdrc.org。凡被采用的稿件，编辑部会进一步与作者沟通修改事宜。稿件一经录用，编辑部会联系作者支付稿费并赠送当期杂志 2 本。不收取任何版面费。

### 五、联系方式

地 址：上海市建国西路 602 号      邮 编：200031

网 址：www.shdrc.org

微信公众号：卫生政策研究进展（过刊电子稿可从公众号查阅和下载）

联系人：张苹 信虹云

电 话：021-33262062      021-33262061

邮 箱：phpr@shdrc.org



发送对象：

世界卫生组织驻华代表处、世界银行驻华代表处

国家卫健委相关司局

国家卫健委卫生发展研究中心、国家卫健委统计信息中心

中国医学科学院医学信息研究所

美国中华医学基金会合作项目单位

上海市市委、市人大、市政府、市政协相关部门

各省市卫健委政策法规处、财务处

上海市卫健委委领导及有关处室

上海市各区分管副区长、各区卫健委

相关医疗卫生单位

全国部分高校和研究机构



研究 传播 交流 影响

Research Dissemination Communication Impact

上海市卫生健康发展研究中心

(上海市医学科学技术情报研究所)

Shanghai Health Development Research Center

(Shanghai Medical Information Center)

中国 上海

Shanghai China