

# 社会医疗保险参与老年安宁疗护服务保障的路径优化研究： 基于 27 个试点地区的政策分析

张爱华<sup>1</sup>, 胡紫宜<sup>2</sup>, 蒋 艳<sup>2</sup>, 张欣莉<sup>3</sup>, 唐加福<sup>4</sup>

(1. 四川大学华西医院神经外科/四川大学华西护理学院, 四川 成都 610041;  
2. 四川大学华西医院护理部, 四川 成都 610041; 3. 四川大学商学院, 四川 成都 610041;  
4. 东北财经大学管理科学与工程学院, 辽宁 大连 116025)

**摘要:** 社会医疗保险是推动安宁疗护普及的有效路径, 对提高服务质量、降低服务成本具有重要意义。结合统计方法, 从保障、筹资、支付、监管 4 个方面对 2017—2024 年 27 个地区社会医疗保险参与安宁疗护服务相关政策进行分析。结合国际先进经验, 提出扩大覆盖范围、拓展筹资渠道、改革支付方式、完善监管机制、推动信息化建设的优化路径。

**关键词:** 社会医疗保险; 老年安宁疗护; 政策分析; 优化路径

中图分类号: R197.1 文献标识码: A 文章编号: 1005-0566(2024)12-0051-12

## Study on the characteristics and optimization paths of social medical insurance participation in elderly palliative care: Policy analysis based on 27 pilot regions

ZHANG Aihua<sup>1</sup>, HU Ziyi<sup>2</sup>, JIANG Yan<sup>2</sup>, ZHANG Xinli<sup>3</sup>, TANG Jiafu<sup>4</sup>

(1. Department of neurosurgery, West China Hospital, Sichuan University/

West China School of Nursing, Sichuan University, Chengdu 610041, China;

2. Department of Nursing, West China Hospital, Sichuan University, Chengdu 610041, China;

3. Business School, Sichuan University, Chengdu 610041, China;

4. School of Management Science and Engineering, Dongbei University of Finance and Economics, Dalian 116025, China)

**Abstract:** Social health insurance is an effective way to promote the popularization of palliative care, playing a significant role in improving service quality and reducing costs. By using statistical methods, this paper analyzes policies related to social health insurance participation in palliative care services in 27 regions from 2017 to 2024, focusing on four aspects: coverage, financing, payment, and regulation. Drawing on international advanced experiences, it proposes an optimized path that includes expanding coverage, diversifying funding channels, reforming payment methods, improving regulatory mechanisms, and promoting the construction of information technology.

**Key words:** social medical insurance; elderly palliative care; policy analysis; optimization paths

收稿日期: 2024-09-09 修回日期: 2024-10-08

基金项目: 国家重点研发计划项目“老年安宁疗护关键技术与服务模式示范应用”(2023YFC3605900)。

作者简介: 张爱华(1997—), 女, 云南施甸人, 四川大学华西医院护士, 助教, 硕士, 研究方向为老年安宁疗护。通信作者: 蒋艳。

截至 2023 年年底,中国 60 岁及以上人口逾 2.9 亿人,占比高达 21.1%<sup>[1]</sup>,标志着人口结构加速转向深度老龄化,其中有相当一部分人口处于或即将处于生命末期。但中国死亡质量在全球排名处于低位,与高质量的经济的发展十分不协调,而安宁疗护是提升患者死亡质量的重要方案<sup>[2-3]</sup>。全球每年约有 4 000 万人需要安宁疗护,只有 14% 的患者可获得,中国每年约有 750 万人死亡,其中约 80% 需要安宁疗护服务,但多数患者的需求无法得到满足<sup>[4]</sup>。党的二十大报告<sup>[5]</sup>强调将保障人民健康放在优先发展的战略位置,《“健康中国 2030”规划纲要》<sup>[6]</sup>亦强调构建从胎儿到生命终点的全生命周期健康服务体系。国家卫生健康委员会自 2017 年起分三批次,在 185 个城市开展安宁疗护试点工作,上海市已实现安宁疗护服务社区卫生服务中心全覆盖<sup>[7]</sup>,但目前还未有切实可行的老年安宁疗护服务的收付费制度,这在一定程度上制约安宁疗护的可持续发展。医保支付政策创新是有效推动老年安宁疗护服务普及与可持续发展的关键。国务院发布《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》<sup>[8]</sup>,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”,为安宁疗护服务提供了新的支付路径。随后,多地出台相关政策,激励社会医疗保险参与老年安宁疗护服务保障,为行业发展注入活力<sup>[9]</sup>。

本文以 2017 年 1 月—2024 年 6 月颁布安宁疗护医保支付相关政策的 27 个试点城市为目标城市,以安宁疗护相关的医保支付政策为研究对象,采用政策内容归纳分析,及非参数检验、多元逐步回归等统计方法分析现行政策特征,同时回顾和参考国际先进经验,提出我国社会医疗保险参与安宁疗护服务保障的优化路径,为推动医保政策参与老龄化事业高质量发展提供策略依据。

## 一、文献回顾与分析框架

### (一) 文献回顾

安宁疗护是提高生命末期患者生存与死亡质

量的重要方案,世界卫生组织将其定义为一种提供给患有危及生命疾病的病人和家庭的,旨在提高生活质量及面对危机能力的系统方法<sup>[10]</sup>,主要通过控制痛苦和不适症状,提供身体、心理、精神等方面的照护和人文关怀。英国在 1967 年开创了安宁疗护,并率先将安宁疗护纳入国家全民医疗服务体系,提高了公众对安宁疗护的参与度和支持度,促进了服务普及<sup>[11]</sup>;1974 年,美国建立了第一家安宁疗护院,并于 1980 年将其纳入国家医疗保险法案,目前有多机构提供相关服务<sup>[12]</sup>;日本是亚洲较早开展安宁疗护的国家,已将安宁疗护纳入国民健康和长期护理保险范畴<sup>[13]</sup>,增强了服务可及性。纵观全球,已有许多国家将安宁疗护纳入国家医疗卫生体系,并形成了相对成熟的服务及社会保障方案,其演进展现了政策驱动与服务模式创新的双重路径,这些经验对安宁疗护尚处于起步阶段的国家提供了宝贵的参考框架。

20 世纪 80 年代初期,中国香港、中国台湾相继开展安宁疗护<sup>[14]</sup>,1988 年天津医学院(现天津医科大学)成立临终关怀研究中心,标志着我国大陆地区跻身安宁疗护探索与实践行列。我国安宁疗护的发展大致分为学术研究与临床实践的初步探索、安宁疗护纳入老龄工作范畴,以及现代安宁疗护体系持续发展 3 个阶段<sup>[15-16]</sup>,发展过程中呈现出一定的特征。安宁疗护领域最初的关注焦点在于安宁疗护服务理念的介绍和理论研究,而相关政策的颁布和发展则相对滞后;政策的起源可以追溯到上海等个别地方政府的探索,并逐步向全国层面发展,显示出“从地方到中央”的发展趋势<sup>[17]</sup>;安宁疗护服务的政策主要在就如何提供安宁疗护服务、以何种形式提供安宁疗护服务等“供给侧”方面的问题提供规划和指导,尚未将“需求侧”纳入政策制定的考量范畴<sup>[17]</sup>。发展过程中,体现了从概念引入到地方实践,再到全国性服务实践与政策制度建设的显著转变<sup>[15-16]</sup>,政策与制度逐渐从依赖于老龄化等其他领域转向独立发展,服务模式由单一向多元化转变,服务范围也从

局部地区扩展至全国范围的试点<sup>[18]</sup>。

经过 30 余年的探索与发展,我国安宁疗护作为老年健康服务体系的重要组成部分得到系列政策支持,成为健康福利政策的重要议题之一。目前,我国已开展了三批安宁疗护试点工作<sup>[19]</sup>,多地出台相关政策,激励社会医疗保险纳入安宁疗护服务,对安宁疗护的医保支付方式、标准等做出了相应规定。但当前我国还未从国家层面出台安宁疗护社会保障政策,各地区间相关政策仍存在差异,这在一定程度上制约服务的深入普及和可持续发展,急缺相对统一的服务标准和社会保障方案。鉴于此,有必要对我国社会医疗保险参与安宁疗护服务保障的相关政策进行系统梳理,深入分析其特征与不足,并结合我国实际情况,探索构建更为完善、均衡的政策优化路径。

## (二)分析框架

2020 年,中共中央、国务院颁布《关于深化医疗保障制度改革的意见》<sup>[8]</sup>,提出到 2025 年,医疗保障制度更加成熟定型,基本完成待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管等重要机制和医药服务供给、医保管理服务等关键领域的改革任务。本文基于医疗保障制度的重要机制,从待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管 4 个方面构建了多维度政策分析框架,对社会医疗保险参与老年安宁疗护服务保障政策进行深入分析。同时,横向比较英国、美国、日本 3 个采用按床日付费的方式对安宁疗护服务进行保障的国家的相关政策与标准。基于中国特有的社会经济特点和安宁疗护医保支付需求,汲取和借鉴国际经验,提出符合中国国情的本土化社会医疗保险参与老年安宁疗护服务保障的政策优化路径。

## 二、研究设计

### (一)政策检索

本文以安宁疗护及其医保支付机制为对象,选取“安宁疗护”“社会医疗保险”“医保”“支付”“付费”等关键词,系统检索了我国各试点地区官方网站及北大法宝数据库,时间跨度为 2017 年 1 月—2024 年 6 月。结果显示,我国有 27 个地区已

出台相关政策,收集到其中 24 个地区的政策文件全文,另外 3 个地区(雅安、铜陵、晋城)仅获取到医保支付标准的相关数据。

### (二)付费标准差异性分析

为探讨安宁疗护床日付费标准的相关影响因素,基于各地区统计年鉴、国民经济和社会发展统计公报等相关政策文件,收集各试点地区的地理位置并按我国四大经济区域划分标准<sup>[20]</sup>,分为东部、中部、西部、东北地区,收集各城市行政等级(正省级、副省级、准副省级、地市级、县级市)以及政策颁布前一年的人口结构、经济状况、医疗资源配置等信息,包括常住人口、60 岁以上老年人口及占比、人均国内生产总值、居民人均可支配收入、医疗卫生财政支出及其在一般公共预算支出中的占比、医疗机构数、每千人拥有床位数、每千人拥有执业医师数、每千人拥有注册护士数等指标。以不同级别医疗机构付费标准为因变量,人口、经济及医疗资源配置相关信息为自变量,采用非参数检验、多元逐步回归分析等方法,探讨影响安宁疗护按床日付费标准的相关因素。

## 三、政策分析结果

### (一)我国社会医疗保险参与安宁疗护服务保障政策的特征

#### 1. 待遇保障体系

##### (1)覆盖人群

保险覆盖人群直接影响其筹资与运行的效率和公平性。27 个试点地区中,21 个试点城市明确规定社会医疗保险参与安宁疗护服务保障主要覆盖基本医疗保险参保人群,山东省德州市仅覆盖职工医保参保患者,抚州市、邢台市未对覆盖人群进行明确规定;大连、株洲两个城市指出成年居民参保患者按职工参保患者结算标准的 80% 执行。

##### (2)保障范围

保险保障范围的明确对于医保基金使用效率、参保人员权益、医疗服务公平性及可及性具有至关重要的影响。政策梳理发现,我国安宁疗护服务及其社会医疗保险保障范围具有以下特征。

表 1 我国社会医疗保险参与安宁疗护服务保障相关政策列表

| 政策名称                                  | 政策发文号           | 年份   | 省份城市  |
|---------------------------------------|-----------------|------|-------|
| 抚州市人民政府办公室关于印发抚州市安宁疗护试点工作实施方案的通知      | 抚府办发〔2019〕85 号  | 2019 | 江西抚州  |
| 关于印发金华市基本医疗保险住院费用病组(DRGs)点数法付费实施细则的通知 | 金医保发〔2019〕64 号  | 2019 | 浙江金华  |
| 关于开展安宁疗护工作有关问题的通知                     | 淄卫办字〔2020〕107 号 | 2020 | 山东淄博  |
| 关于开展安宁疗护工作有关问题的通知                     | 邢医保发〔2020〕12 号  | 2020 | 河北邢台  |
| 关于安宁疗护实行按床日费用结算等有关问题的通知               | 大医保发〔2020〕104 号 | 2020 | 辽宁大连  |
| 关于开展安宁疗护按床日付费试点工作的通知                  | 雅医保办〔2021〕97 号  | 2021 | 四川雅安  |
| 温州市实施基本医疗保险住院床日费用结算办法                 | 温医保联发〔2021〕22 号 | 2021 | 浙江温州  |
| 关于安宁疗护实行按床日付费试点工作的通知                  | 眉市医保发〔2021〕15 号 | 2021 | 四川眉山  |
| 关于开展安宁疗护医疗费用按床日付费试点结算工作的通知            | 株医保发〔2021〕11 号  | 2021 | 湖南株洲  |
| 关于印发《攀枝花市安宁疗护服务按床日付费结算试行办法》的通知        | 攀医保〔2021〕19 号   | 2021 | 四川攀枝花 |
| 市医保局关于《开展安宁疗护按床日收费试点工作》的通知            | 蚌医保发〔2021〕25 号  | 2021 | 安徽蚌埠  |
| 关于基本医疗保险长期住院和安宁疗护费用按床日 DRG 付费的试行通知    | 甬医保发〔2021〕27 号  | 2021 | 浙江宁波  |
| 德州市医疗保障局关于开展安宁疗护医保结算试点工作的通知           | 德医保发〔2022〕50 号  | 2022 | 山东德州  |
| 关于开展舒缓疗护保障工作的通知                       | 白医保发〔2022〕11 号  | 2022 | 吉林白城  |
| 关于调整舒缓疗护相关政策的通知                       | 吉市医保联〔2022〕19 号 | 2022 | 吉林吉林  |
| 郑州市精神类康复类安宁疗护类定点医院住院按床日付费办法(试行)       | 郑医保办〔2022〕42 号  | 2022 | 河南郑州  |
| 关于开展安宁疗护住院医疗费用包干结算试点工作的通知             | 长医保发〔2022〕2 号   | 2022 | 湖南长沙  |
| 师市关于开展安宁疗护医疗费用按床日付费工作的通知              | 石医保发〔2023〕55 号  | 2023 | 新疆石河子 |
| 钦州市医疗保障局关于开展安宁疗护医疗费用按床日付费工作的通知        | 钦医保发〔2023〕18 号  | 2023 | 广西钦州  |
| 关于开展安宁疗护医保支付试点工作的通知                   | 卫医保发〔2023〕21 号  | 2023 | 宁夏中卫  |
| 关于开展安宁疗护服务按床日付费的通知                    | 自医保发〔2021〕64 号  | 2023 | 四川自贡  |
| 淮北市安宁疗护患者住院医疗保险按床日付费实施办法              | 淮医保秘〔2023〕20 号  | 2023 | 安徽淮北  |
| 铜陵市安宁疗护患者住院医疗保险按床日付费实施办法(试行)          | 未找到相关发文号        | 2023 | 安徽铜陵  |
| 关于精神类疾病及安宁疗护按床日付费有关事项的通知              | 荆医保发〔2023〕4 号   | 2023 | 湖北荆州  |
| 关于公布嘉兴市第三批(安宁疗护)住院费用按床日付费标准的通知        | 嘉医保〔2024〕20 号   | 2024 | 浙江嘉兴  |
| 关于开展舒缓疗护保障工作的通知                       | 四医保规〔2024〕1 号   | 2024 | 吉林四平  |
| 关于在全市试行安宁疗护按床日费用结算的通知                 | 未找到相关发文号        | 2024 | 山西晋城  |

一是服务内容界定宽泛。仅中卫市等 5 个地区对安宁疗护服务内容进行了简要说明,主要聚焦于提升临终患者生命质量,提供疼痛控制、舒适照护等服务,并强调心理支持与人文关怀。

二是保障项目界定模糊。大部分地区未对具体保障项目进行详尽阐述,攀枝花市、钦州市较为笼统指明安宁疗护医保支付覆盖对症处理等费用和床位费,抚州市、长沙市则规定覆盖包括医疗费用、症状控制、舒适照护、心理支持和人文关怀等费用,吉林市、白城市、四平市指出将疾病终末期

患者舒缓疗护过程中的必须用药、诊疗及服务项目纳入支付范围。

三是医保支付主要集中在小范围的典型机构。尽管安宁疗护服务形式多样,但除抚州市提出探索将居家和机构安宁疗护服务纳入基本医疗保险以及其他补充医疗保险范畴外,其余 26 个试点地区安宁疗护医保支付均仅面向住院安宁疗护。纳入安宁疗护医保支付的机构可概括为 3 种类型:一是直接指定定点医疗机构,如邢台市;二是由医疗机构提出申请并经医保经办机构审核后

纳入,如温州市;三是明确纳入安宁疗护中心和基层医疗机构,并单独设定付费标准,如大连市<sup>[21]</sup>。

(3)受益对象

医保受益对象是社会医疗保险参与安宁疗护服务保障需明确的重要内容,受益对象的确定有赖于安宁疗护服务准入准出标准、医保支付准入标准。政策梳理发现,我国目前还未有统一的安宁疗护服务及其医保支付的准入准出标准,安宁疗护服务及医保支付的受益对象具有以下特征。

一是绝大部分地区以肿瘤晚期及其他疾病终末期患者为主要对象。温州市、吉林市等5个试点地区仅以恶性肿瘤晚期患者为对象,其中自贡市、石河子市提出定期根据运行及发展情况逐步扩大

到其他疾病终末期参保患者。

二是终末期的界定主要基于《Karnofsky 功能状态评分标准》评分(KPS 评分)和预计生存期。大连市等13个城市采用KPS评分对终末期进行界定,其中12个地区以50分为阈值,纳入KPS≤50分的患者;吉林市等8个城市则采用安宁疗护病人病情评估单、舒缓疗护定点医疗机构临终病人病情(生存期)评估单等工具对患者进行评估。19个城市采用预计生存期评估。其中,大连市等11个地区纳入预计生存期小于3个月的患者,淄博市等8个地区纳入预计生存期小于6个月的患者。以疾病类型、生存期、评估工具等为依据的受益对象分类具体情况见表2。

表2 社会医疗保险参与安宁疗护服务保障受益对象分类情况

| 类别     |             | 城市                                                       |
|--------|-------------|----------------------------------------------------------|
| 预计生存期  | 小于3个月       | 大连、宁波、雅安、温州、眉山、株洲、攀枝花、德州、中卫、石河子、荆州                       |
|        | 小于6个月       | 淄博、邢台、蚌埠、郑州、长沙、钦州、淮北、嘉兴                                  |
| 功能状态评估 | KPS 评分标准    | 纳入 KPS≤50 患者的城市:<br>大连、宁波、雅安、温州、眉山、株洲、蚌埠、德州、长沙、淮北、石河子、荆州 |
|        |             | 纳入 KPS≤60 患者的城市:<br>嘉兴                                   |
|        | 癌症患者生存期评价工具 | 长沙                                                       |
|        | 体力状况评分      | 嘉兴                                                       |
|        | 其他评估工具      | 吉林、白城、四平、蚌埠、淮北、中卫、邢台、淄博                                  |
| 疾病类型   | 恶性肿瘤        | 温州、吉林、自贡、石河子、德州                                          |
|        | 恶性肿瘤及其他末期患者 | 金华、淄博、邢台、大连、宁波、雅安、眉山、株洲、攀枝花、蚌埠、郑州、长沙、钦州、中卫、淮北、白城、嘉兴、四平   |

在分析社会医疗保险参与老年安宁疗护服务保障的过程中,研究发现现有待遇保障体系存在系统差异:首先,政策覆盖范围不均衡。部分地区的政策仅面向城镇职工参保患者,亦有地区对职工与居民参保患者设置双重标准,党的二十大报告提出要“健全覆盖全面、统筹城乡、公平统一、安全规范、可持续的多层次社会保障体系”,社会医疗保险参与安宁疗护服务保障的均衡性和公平性还有待提升。其次,保障范围的局限性突出。当前政策对安宁疗护服务的保障主要聚焦于医疗机构,忽视了居家与社区层面的安宁疗护需求,不能良好契合《“十四五”国家老龄事业发展和养老服务体系规划》中强调的居家社区养老服务能力建设目标,造成了供需之间的显著缺口。同时,当前政策对结算项目的规定较为粗放,缺乏全国统一

的安宁疗护服务包和安宁疗护医保报销目录,且心理咨询、上门访视、人文关怀等多项安宁疗护服务项目的收费标准缺失,给临床实践带来困难<sup>[22]</sup>,并可能加剧服务质量的地区间和机构间差异<sup>[23]</sup>,影响服务的公平性与可及性。最后,终末期的评估及安宁疗护的准入标准缺失。作为医保支付制度运行的前端重要环节,终末期评估及安宁疗护准入、准出标准的功能相当于医疗保险中全科医生的“守门人”作用,但目前尚缺乏统一的终末期评估标准、安宁疗护及医保支付准入标准,无法满足我国人口老龄化加剧、慢性非传染性疾病增加等带来的日益增长的安宁疗护服务需求<sup>[21]</sup>,安宁疗护及其医保支付准入准出标准、等级划分和评估流程的完善与深入落实显得尤为紧迫。

## 2. 筹资运行体系

政策梳理显示,我国社会医疗保险在安宁疗护服务中的筹资渠道单一,主要依赖于“医疗保险统筹基金划转”。目前,所有试点地区均通过医保基金进行安宁疗护医保支付,仅有抚州市对安宁疗护提供财政补助(60 万元/年)。邢台市、雅安市等地区采取医保基金与个人共担模式,患者个人需按一定比例进行付费,眉山市同时规定了补充医疗保险、大病医疗保险、公务员补助等主体的支付金额或比例。

筹资机制作为医保制度稳健运行的基本保证,其核心在于资金来源的多元化与可持续性。目前我国社会医疗保险参与安宁疗护服务高度依赖于医疗保险基金,鲜有慈善组织、商业保险等社会力量参与,限制了资金规模,也削弱了医保基金的长期支持能力。在经济新常态下,医保基金划拨虽可应当前之急,但难以支撑安宁疗护的长远发展,多元化筹资主体的缺乏,可能导致医保基金“收不抵支”,影响安宁疗护服务的可及性和可持续性。

## 3. 医保支付体系

医保支付机制的探索中,试点地区社会医疗保险参与安宁疗护服务相关政策主要涉及安宁疗护医保支付方式、支付标准、支付比例 3 个方面。在支付方式上 27 个试点地区均采用按床日付费的方式进行安宁疗护医保支付。在支付标准及支付比例方面,安宁疗护床日付费具有以下特征。

一是床日付费标准与入住医疗机构级别挂钩。本文收集到了 26 个地区的床日付费标准,其中 17 个地区按照医疗机构级别制定床日付费标准,嘉兴市按照市/县级安宁疗护中心、病区、病房制定床日付费标准,金华市等 8 个试点地区仅提出了一个床日付费标准。

二是部分地区根据患者疾病严重程度、参保类型及住院天数制定床日付费标准。除了根据医院级别确定不同的床日付费标准外,8 个试点地区结合住院时间制定差异化支付标准,如大连市规

定住院时长 >90 天的部分按照床日标准的 60% 结算;长沙市则规定轻度患者为 300 元/床日,重度患者在不同类别医疗机构住院分别为 600 元/床日、500 元/床日、400 元/床日;株洲市、荆州市根据参保类型,分别制定城镇职工参保患者、城乡居民参保患者安宁疗护按床日付费标准。

三是床日费用趋向于由医保基金与患者个人按比例支付。8 个地区明确指出安宁疗护床日费用由医疗保险基金与患者个人按比例支付,5 个地区按照参保类型分别制定职工、居民参保患者自付比例或自付金额。支付比例与参保类型、医疗机构级别有关,城镇职工、入住较低级别医疗机构的患者自付比例相对较低。

四是结算时间为 20 ~ 180 天。4 个地区结算时间为 180 天,13 个地区结算时间为 90 天,2 个地区结算时间为 120 天,抚州市结算时间最短为 20 天,淄博市、长沙市未规定具体结算时间。5 个地区对超出规定时长的患者的结算标准进行了详细说明,如大连市、德州市按照结算标准的 60% ~ 80% 进行结算,温州市按长期慢性病组结算(220 元/人日),眉山市则转为按项目付费结算。

五是床日付费标准的制定基于相关定点医疗机构历史数据。绝大部分地区未明确说明安宁疗护按床日付费结算标准的制定依据,攀枝花市、郑州市、淮北市提出综合近年定点医疗机构相关历史费用、就诊人数、生存期、医保基金收支情况、平均住院床日、按床日付费运行情况等数据和因素综合确定。

六是床日付费标准可能与地区经济水平、卫生资源配置等相关,与试点城市行政级别、所在区域,以及老龄人口规模等无关。统计分析结果显示,虽行政等级较高、东部地区的城市床日付费标准趋向于越高,但经济区域、城市等级间床日付费标准的差异无统计学意义;卫生财政支出、每千人拥有注册护士数对一级医院床日付费标准具有正向影响,城镇居民人均可支配收入对二级医院床日付费标准具有正向影响,城镇居民人均可支配收入、每千人拥有执业医师数对三级医院床日付

表3 27个城市安宁疗护按床日付费标准及地区人口、经济、卫生资源情况

| 年份   | 地区    | 结算标准(元/床日) |      |      | 常住人口<br>/万人 | 60岁以上<br>老年人口<br>/万人 | 居民人均可支配收入/元 |        | 医疗卫生<br>财政支出<br>/亿元 | 每千人<br>拥有医师数<br>/人 | 每千人<br>拥有护士数<br>/人 |
|------|-------|------------|------|------|-------------|----------------------|-------------|--------|---------------------|--------------------|--------------------|
|      |       | 三级医院       | 二级医院 | 一级医院 |             |                      | 城镇          | 农村     |                     |                    |                    |
| 2019 | 江西抚州  | 320        | 300  | 260  | 404.71      | 43.04                | 31 976      | 14 767 | 49.14               | 1.45               | 1.69               |
| 2019 | 浙江金华  | 300        | 300  | 300  | 560.40      | 53.56                | 54 883      | 26 218 | 51.14               | 3.09               | 3.18               |
| 2020 | 山东淄博  | 500        | 500  | 300  | 469.70      | 104.00               | 45 237      | 19 916 | 40.47               | 3.68               | 3.72               |
| 2020 | 河北邢台  | 260        | 260  | 160  | 739.52      | 132.56               | 31 533      | 13 798 | 58.30               | 2.85               | 1.93               |
| 2020 | 辽宁大连  | 260        | 260  | 160  | 700.20      | 160.60               | 46 468      | 31 485 | 66.88               | 3.24               | 3.84               |
| 2021 | 四川雅安  | 350        | 300  | 260  | 143.46      | 30.77                | 37 191      | 15 890 | 22.50               | 3.82               | 3.93               |
| 2021 | 浙江温州  | 480        | 400  | 350  | 957.29      | 160.16               | 63 481      | 32 428 | 105.46              | 3.29               | 3.28               |
| 2021 | 四川眉山  | 360        | 360  | 300  | 295.52      | 76.43                | 38 892      | 19 730 | 34.21               | 2.39               | 2.82               |
| 2021 | 湖南株洲  | 340        | 300  | 270  | 390.31      | 77.41                | 48 788      | 23 240 | 38.10               | 2.83               | 3.54               |
| 2021 | 四川攀枝花 | 400        | 350  | 300  | 121.22      | 23.96                | 44 209      | 19 938 | 23.19               | 3.32               | 4.23               |
| 2021 | 安徽蚌埠  | 320        | 280  | 240  | 329.64      | 62.08                | 39 116      | 18 016 | 35.22               | 3.09               | 3.84               |
| 2021 | 浙江宁波  | 480        | 480  | 480  | 940.43      | 160.90               | 68 008      | 39 132 | 124.04              | 3.39               | 3.63               |
| 2022 | 山东德州  | 400        | 330  | 270  | 561.12      | 116.31               | 31 927      | 19 020 | 54.32               | 5.16               | 2.69               |
| 2022 | 吉林白城  | 350        | 350  | 350  | 155.14      | 36.60                | 28 428      | 13 510 | 19.56               | 3.64               | 3.78               |
| 2022 | 吉林吉林  | 350        | 350  | 350  | 362.37      | 90.59                | 33 479      | 17 777 | 25.83               | 3.88               | 4.54               |
| 2022 | 河南郑州  | 460        | 460  | 460  | 1274.20     | 149.18               | 45 246      | 26 790 | 117.50              | 4.14               | 5.29               |
| 2022 | 湖南长沙  | 600        | 500  | 400  | 1023.93     | 153.98               | 62 145      | 38 195 | 83.91               | 3.46               | 4.50               |
| 2023 | 新疆石河子 | 320        | 270  | 220  | 76.11       | 14.60                | 43 743      | 30 430 | —                   | 3.57               | 4.19               |
| 2023 | 广西钦州  | 380        | 310  | 220  | 331.81      | 59.95                | 41 094      | 18 081 | 28.64               | 2.24               | 3.52               |
| 2023 | 宁夏中卫  | 300        | 300  | 300  | 108.04      | 16.83                | 34 091      | 26 116 | 22.91               | 2.12               | 2.70               |
| 2023 | 四川自贡  | 380        | 320  | 280  | 245.20      | 73.90                | 43 740      | 21 976 | 31.85               | 2.19               | 3.40               |
| 2023 | 安徽淮北  | 320        | 280  | 280  | 195.00      | 37.51                | 40 701      | 17 495 | 11.56               | 3.02               | 3.39               |
| 2023 | 安徽铜陵  | 350        | / *  | 224  | 130.10      | 30.69                | 46 645      | 20 264 | 21.42               | 3.22               | 3.72               |
| 2023 | 湖北荆州  | 400        | 400  | 400  | 523.12      | 123.95               | 40 678      | 22 904 | 57.18               | 2.79               | 3.13               |
| 2024 | 浙江嘉兴  | 650        | 500  | 350  | 558.40      | 111.30               | 75 909      | 49 643 | 100.04              | 4.00               | 4.43               |
| 2024 | 吉林四平  | 350        | 350  | 350  | 169.80      | 44.43                | 32 491      | 18 207 | 14.50               | 3.62               | 4.21               |
| 2024 | 山西晋城  | 330        | 300  | 270  | 218.90      | 44.50                | 39 089      | 17 744 | 34.29               | 3.29               | 3.51               |

表 4 不同城市等级、区域试点城市安宁疗护床日付费标准情况 (n = 27)

| 类别   |                | 三级医院结算标准<br>/元 |     |     | 二级医院结算标准<br>/元 |     |     | 一级医院结算标准<br>/元 |     |     |
|------|----------------|----------------|-----|-----|----------------|-----|-----|----------------|-----|-----|
|      |                | 最小值            | 最大值 | 中位数 | 最小值            | 最大值 | 中位数 | 最小值            | 最大值 | 中位数 |
| 城市等级 | 县级市 (n = 1)    | 320            | 320 | 320 | 270            | 270 | 270 | 220            | 220 | 220 |
|      | 地级市 (n = 23)   | 260            | 650 | 350 | 260            | 500 | 325 | 160            | 480 | 300 |
|      | 准副省级城市 (n = 1) | 460            | 460 | 460 | 460            | 460 | 460 | 460            | 460 | 460 |
|      | 副省级城市 (n = 2)  | 260            | 600 | 430 | 260            | 500 | 380 | 160            | 400 | 280 |
|      | H 值            | 1. 93          |     |     | 3. 18          |     |     | 4. 13          |     |     |
|      | p              | 0. 59          |     |     | 0. 36          |     |     | 0. 25          |     |     |
| 所属区域 | 东北地区 (n = 4)   | 260            | 350 | 350 | 260            | 350 | 350 | 160            | 350 | 350 |
|      | 东部地区 (n = 7)   | 260            | 650 | 480 | 260            | 500 | 400 | 160            | 480 | 300 |
|      | 中部地区 (n = 9)   | 320            | 600 | 340 | 280            | 500 | 300 | 224            | 460 | 270 |
|      | 西部地区 (n = 7)   | 300            | 400 | 360 | 270            | 360 | 310 | 220            | 300 | 280 |
|      | H 值            | 2. 63          |     |     | 1. 92          |     |     | 1. 99          |     |     |
|      | p              | 0. 45          |     |     | 0. 59          |     |     | 0. 57          |     |     |

表 5 安宁疗护床日付费标准多元回归分析结果 (n = 27) \*

| 模型            | 指标          | 非标准化系数  |        | 标准化系数<br>Beta | t     | p      | R <sup>2</sup> | 调整 R <sup>2</sup> | F      | p      |
|---------------|-------------|---------|--------|---------------|-------|--------|----------------|-------------------|--------|--------|
|               |             | B       | 标准误    |               |       |        |                |                   |        |        |
| 模型 1:<br>一级医院 | 常数          | 115. 08 | 57. 74 | —             | 1. 99 | 0. 05  | 0. 42          | 0. 37             | 8. 33  | <0. 01 |
|               | 医疗卫生财政支出    | 1. 10   | 0. 39  | 0. 46         | 2. 81 | 0. 01  |                |                   |        |        |
|               | 每千人拥有注册护士数  | 37. 83  | 16. 00 | 0. 38         | 2. 36 | 0. 03  |                |                   |        |        |
| 模型 2:<br>二级医院 | 常数          | 178. 84 | 46. 69 | —             | 3. 83 | 0. 00  | 0. 40          | 0. 37             | 15. 07 | <0. 01 |
|               | 城镇居民人均可支配收入 | 0. 00   | 0. 00  | 0. 63         | 3. 88 | 0. 00  |                |                   |        |        |
| 模型 3:<br>三级医院 | 常数          | 36. 62  | 66. 48 | —             | 0. 55 | 0. 59  | 0. 60          | 0. 56             | 17. 13 | <0. 01 |
|               | 城镇居民人均可支配收入 | 0. 01   | 0. 00  | 0. 68         | 5. 09 | <0. 01 |                |                   |        |        |
|               | 每千人拥有医师数量   | 35. 13  | 16. 76 | 0. 28         | 2. 10 | 0. 04  |                |                   |        |        |

注: \* 表示模型因变量为各级医院床位付费标准。

费标准具有正向影响,这在一定程度上说明经济水平越高、卫生资源配置越强的地区床日付费标准相对越高,具体如表 3、表 4、表 5 所示。医保支付机制是构成医保制度并支撑其稳健运行和可持续发展的重要机制,是医保部门实现医药服务战略性购买,让参保者获得性价比相当的医疗保障服务的基本途径和主要手段。目前我国安宁疗护医保支付方面还存在以下几个问题。

其一,支付方式主要为按床日付费,大部分依据医疗机构级别进行梯度支付,仅有极少数地区结合参保类型、档次、疾病严重程度等制定付费标准和医保基金支付比例,尚未关注到患者需求以及不同病种、病情发展阶段等对于医疗资源消耗的差异等影响因素。

其二,床日付费标准、结算时间、报销额度及比例等标准不够精细<sup>[24]</sup>,且各地区间存在一定差异,可能影响社会医疗保险参与安宁疗护的公平性。

其三,按床日付费标准偏低,不能满足安宁疗护服务需求<sup>[25]</sup>。相关研究<sup>[26]</sup>对美国、英国、日本、中国香港和中国台湾地区住院和居家两类安宁疗护服务收费标准进行折算,建议我国内地三甲医院住院安宁疗护定价可在 1 000 元/床日以上,而 27 个试点地区中三级医疗机构床日付费标准最高的长沙市仅为 600 元/床日,不能完全覆盖安宁疗护服务各类需求的费用。

其四,不同级别医疗机构间床日付费梯度差距相对较小,与我国经济发展水平和医疗卫生事业发展水平不相适应,不能较好地发挥医保支付在促进安宁疗护分级诊疗方面的杠杆作用。

#### 4. 监督管理体系

从相关政策来看,试点城市的对安宁疗护及其医保支付的监督管理具有以下几个特征。首先,监管体系以政府为核心,市场力量尚未实质性融入监管框架。20 个试点城市对社会医疗保险参与安宁疗护提出了监管要求,具体实施中由医疗

保障部门负责医保基金使用的监督,卫生健康部门负责医疗服务质量的把控与考核,仅4个城市提出加强与第三方监管机构合作。其次,信息化建设成为强化监管效能的路径。抚州市等6个地区已明确提出构建信息化平台、完善智能审核体系的目标,旨在通过技术手段提升监管的精确性与时效性。此外,重视安宁疗护服务质量管理,多数地区已制定患者就医与医疗服务行为的管理措施,在医保支付监管层面的规定较为宽泛。

监督管理机制是医保制度得以高效运行的重要保障机制,现阶段社会医疗保险参与安宁疗护服务保障的监督管理机制仍面临多重挑战。政策层面对监管的重视程度不一,一些地区在政策中将监督与管理单独列出并做出规定,但仍有部分地区在政策中未涉及监督管理的相关内容。监督主体上,以政府监督为主,缺乏市场、患者、社会等多元监督主体的有效参与。分工协作方面,跨部门协同机制尚待完善,医保支付监管涉及医保、卫健、财政等多个部门,但目前政策对各部门间的协同合作的规定较少,相关机制尚不完善。此外,信息化、智能

化监管手段应用不足,目前虽部分城市提出了加强信息化建设的目标,但大数据、人工智能等现代信息技术在医保支付监管中的应用还不够广泛和深入,限制了数据驱动监管的潜力。

(二)国外社会医疗保险参与老年安宁疗护服务保障经验

1. 美国

美国政府制定了明确的制度框架。待遇保障方面,获取安宁疗护服务必须满足以下条件:患者为联邦医保计划(Medicare)Part A 受益者;执业医师或家庭医生认定患者的预期寿命不足6个月;患者签署协议,在接受安宁疗护服务期间,放弃Medicare 涵盖的治愈性医疗措施<sup>[27]</sup>。主要由注册机构派出安宁疗护专业医师(或家庭医生)和护理人员团队<sup>[27]</sup>提供不同模式的服务。由公共医保体系对安宁疗护服务的支付进行筹资和监督管理。医保支付方面,美国安宁疗护服务费用从公共医保基金中支出,采用按床日付费的方式进行支付,为4类服务分别设置不同的基本费率,并根据各地工资指数调整确定实际支付金额<sup>[12]</sup>,服务模式及支付标准详见表6。

表6 美国安宁疗护服务模式及支付体系(以2024财政年度为例)

| 等级/模式 <sup>[28]</sup> | 服务特点                 | 支付标准                             | 工资指数在总支付金额中的占比 <sup>[29]</sup> /% |
|-----------------------|----------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| 常规居家照护                | 患者情况稳定,医护上门服务        | 60天及以下: \$ 218<br>61天及以上: \$ 172 | 66.0                              |
| 连续居家照护                | 患者家中处理短期症状危机         | \$ 65.2/h<br>(最高 \$ 1 565)       | 75.2                              |
| 入院暂息照护                | 基层医疗机构为患者提供至多5天的照护服务 | \$ 508                           | 61.0                              |
| 常规住院治疗                | 症状无法控制时,入院短期治疗       | \$ 1 145                         | 63.5                              |

2. 英国

英国是世界上最早开展安宁疗护服务的国家。待遇保障方面,英国安宁疗护的对象为预期寿命不超过6个月的晚期病人,由医生、护士、医疗助理、社工等提供疼痛及其他症状控制、物理治疗、职业治疗、暂息护理、丧亲护理、精神和心理帮助等服务。根据服务提供地点,可分为家庭、养老院、疗护院及医院安宁疗护<sup>[30]</sup>。筹资方面,国民医疗保健制度(National Health Service, NHS)提供安宁疗护服务的部分资金(约占1/5~2/5)<sup>[31]</sup>,其余资金来自捐赠、筹款、慈善商店等。医保支付方

面,英国的安宁疗护服务由NHS采用按床日付费的方式提供医疗给付,根据NHS公布的2020—2021年数据,住院、面对面居家、非面对面居家安宁疗护支付标准分别为695英镑/日、126.12英镑/次、59.98英镑/次<sup>[26,31]</sup>。

3. 日本

日本是亚洲最早开展安宁疗护服务的国家。待遇保障方面,最初安宁疗护服务仅针对癌症病人提供镇痛与症状控制、情感与精神支持、社会支持和丧亲服务,主要包括住院、门急诊和居家安宁疗护几种形式<sup>[32]</sup>。在筹资方面,国民健康保险是

日本主要的安宁疗护服务资金来源,长期护理保险涵盖 40 岁以上末期癌症病人的居家安宁照护,病人自付费用占总费用的 10% ~ 30%。医保支付方面,国民健康保险主要采用按床日付费的方式给付,住院、居家等服务形式的安宁疗护的支付特点及支付标准<sup>[33]</sup>详见表 7。

表 7 日本安宁疗护服务收费标准(以 2020 年为例)

| 等级/模式              | 支付特点                                | 安宁疗护支付标准                                                                    |
|--------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 住院安宁疗护<br>(普通病房)   | 安宁疗护团队与主治医生一起提供治疗,医疗费用中将增加“安宁疗护治疗费” | 3 900 日元/日                                                                  |
| 住院安宁疗护<br>(安宁疗护病房) | 入住定点“安宁疗护病房”,每日医疗费用为固定金额            | 51 070 日元/日                                                                 |
| 居家安宁疗护             | 医生和护士提供上门医疗/护理,医疗保险承保               | 每周 1 次:约 500 000 日元/月<br>每周 3 次:约 1 300 000 日元/月<br>每周 5 次:约 2 000 000 日元/月 |

四、政策优化路径

为进一步提升我国老龄人口生命终点健康服务和健康保障水平,有必要系统审视当前 27 个试点地区在社会医疗保险参与安宁疗护服务政策中待遇保障、筹资运行、医保支付及监督管理等关键领域存在的不足。本文基于多维度政策分析,结合国际先进经验与国内成功试点案例,探索符合我国国情的社会医疗保险参与安宁疗护服务保障优化路径,不断促进国际先进经验的本土化创新应用。

(一)扩大保障范围、优化服务供给,提升安宁疗护公平性与可及性

社会医疗保险对安宁疗护的参与深度与保障范围的扩大,直接关联到成本效率、财政支撑力度及服务供给模式的优化。建议将城乡居民全面纳入安宁疗护保障体系,增强服务的公平性和普及率。扩大安宁疗护服务及医保支付范围,在加强住院服务的同时,借鉴美国、日本等国际经验,将居家、门诊、远程等服务模式纳入医保覆盖范畴,构建多元化、多层次服务体系,实现“门诊—住院—社区/机构—居家”四位一体的安宁疗护服务链与医保支付机制的深度融合,以医疗保障体系改革为驱动,深化安宁疗护分级服务体系建设。同时,需明确安宁疗护服务标准,界定安宁疗护中的综合评估、适宜技术、心理支持及人文关怀等自主服务项目的核心内容、实施路径、操作流程及收费标准,确保服务内容、质量及流程的规范化、标准化,提升基层服务能力,增强安宁疗护

的可及性,同时为医保支付政策的制定提供科学依据。

(二)拓展筹资渠道,强化保障制度的独立性

筹资机制是医保制度可持续发展的基本保证,建立社会化安宁疗护医疗保障体系,需要依托资金成本投入。目前单以医保基金划拨难以为继,急需拓宽筹资路径。建议出台财政补贴、税收优惠政策,并借鉴英国经验,激励慈善捐赠,形成政府、单位、个人及慈善多方共筹的格局,倡导多主体共担支付责任,同时基于数据驱动,科学设定各主体支付比例,促进安宁疗护服务费用分担的公平与高效,增强资金互济性,确保安宁疗护保障制度稳健运行。

(三)改革支付方式,提升医保支付的科学性

在我国加速推进基本医疗保险省级统筹与 DRG/DIP 支付方式改革的背景下<sup>[21]</sup>,急需深化安宁疗护医保支付方式改革,优化以按床日付费为主、多元并进的支付体系,提升医保支付的科学性。可借鉴美国居家安宁疗护的分段支付模式,融合疾病特征,综合历史数据精准核算成本,探索基于病种、阶梯式分段支付的复合支付机制,并基于消费价格指数、医药价格变动以及医保基金运行情况等对支付标准进行动态调整。同时,汲取日本经验,探讨将安宁疗护服务费用纳入长期护理保险。此外,针对家庭病床、上门服务 etc 个性化需求,设计灵活的医保支付政策,以精细化管理推动安宁疗护服务的全面优化与普及。

#### (四) 完善监管机制,确保供给保障的规范性

监督管理是确保制度安全稳固与可持续发展的关键所在,为构建高效、透明的监管体系,需多管齐下。一方面,要提升政策重视,推动监管模式由政府单一主导向多元化、协同化方向演进,形成以政府监管为核心,第三方专业机构为执行主力,辅以社会(医疗机构、患者、社会各界)广泛参与的监管网络。另一方面,要深化跨部门协作机制,明确界定各部门在监管链中的职责、分工与合作流程,建立定期评估与反馈机制。此外,为确保安宁疗护服务质量与患者满意度,需构建科学、全面的服务质量及患者满意度评价体系。通过患者直接反馈、专业机构独立评审、政府部门综合监管,形成多维度监督与激励机制,促进服务质量的持续改进与提升。

#### (五) 推动信息化建设,提高信息共享和精细化管理水平

推动信息化建设以提升安宁疗护及其医保支付的信息共享与精细化管理水平,是促进安宁疗护现代化转型的重要驱动力。首先要构建安宁疗护信息系统,对接电子病历系统、远程医疗服务等关键模块,实现患者信息、治疗记录、医嘱执行等的数字化管理,为后续的数据分析与管理奠定基础。其次,要加强信息共享,在信息系统建设的基础上,实现医疗机构、医保部门、患者及其家属之间的信息互联互通,确保患者治疗过程的连续性与医保支付的准确性,为政策制定提供数据支持。此外,还要深化数据分析与管理,运用大数据、人工智能等先进技术,对安宁疗护服务过程、效果及医保支付情况进行深入挖掘与分析,以识别服务需求、评估服务质量、预测费用趋势,为服务供给的优化与调整提供科学依据。同时,要建立基于数据的医保支付监督机制,实现对医保资金使用的实时监管与动态调整,确保医保资金的安全与有效使用。

#### 五、结论

本文采用文献回顾与统计分析的方法,创新

性地构建了多维度政策评价框架,从待遇保障、筹资运行、医保支付及监督管理4个方面系统分析当前政策的特征与现存挑战。同时,结合国际先进经验,提出扩大覆盖范围、拓展筹资渠道、改革支付方式、完善监管机制、推动信息化建设五个优化路径,实现了政策趋势的把握与国际先进经验的本土化融合,为有效应对人口老龄化、推动老龄事业高质量发展贡献策略性见解与实证依据。但本文仅对27个试点地区的相关政策内容进行归纳和分析,纳入地区具有一定局限性,后续将进一步增加样本地区数量并采用文本挖掘等方法给出更为精细化的社会保障举措。

#### 参考文献:

- [1] 国家统计局. 中华人民共和国 2023 年国民经济和社会发展统计公报[EB/OL]. (2024-02-29) [2024-07-15]. [https://www.stats.gov.cn/xgk/sjfb/tjgb2020/202402/t20240229\\_1947923.html](https://www.stats.gov.cn/xgk/sjfb/tjgb2020/202402/t20240229_1947923.html).
- [2] FINKELSTEIN E A, BHADILIA A, GOH C, et al. Cross country comparison of expert assessments of the quality of death and dying 2021 [J]. Journal of pain and symptom management, 2022, 63(4): 419-429.
- [3] 陆宇晗. 我国安宁疗护的现状与发展方向[J]. 中华护理杂志, 2017, 52(6): 659-664.
- [4] 袁志娜. 基于症状管理理论的安宁疗护在晚期肺癌患者中的应用效果研究[D]. 呼和浩特:内蒙古医科大学, 2021:8-9.
- [5] 新华社. 高举中国特色社会主义伟大旗帜为全面建设社会主义现代化国家而团结奋斗:在中国共产党第二十次全国代表大会上的报告[EB/OL]. (2022-10-25) [2024-07-15]. [https://www.gov.cn/xinwen/2022-10/25/content\\_5721685.htm](https://www.gov.cn/xinwen/2022-10/25/content_5721685.htm).
- [6] 中华人民共和国中央人民政府. 中共中央国务院印发《“健康中国 2030”规划纲要》[EB/OL]. (2016-10-25) [2014-03-14]. [https://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content\\_5124174.htm](https://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content_5124174.htm).
- [7] 吴玉苗,施永兴. 上海市安宁疗护发展蓝皮书(2012—2022)[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2023.
- [8] 中华人民共和国中央人民政府. 国务院办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见[EB/OL]. (2017-06-20) [2024-03-14]. <https://www.gov.cn/>

gongbao/content/2017/content\_5210497.htm.

[9] 谭清立,李丽桃,林岱衡. 安宁疗护的社会医疗保险参与现状与对策研究[J]. 医学与哲学, 2021, 42(16): 43-47.

[10] 陈静,王笑蕾. 安宁疗护的发展现状与思考[J]. 护理研究, 2018, 32(7): 1004-1007.

[11] 赵越,刘兰秋. 英国和美国社区居家安宁疗护服务模式及其对我国的启示[J]. 中国全科医学, 2022, 25(19): 2330-2335.

[12] 何云涓,郝晓宁,江启成,等. 美国安宁疗护服务体系介绍及启示[J]. 卫生经济研究, 2020, 37(5): 50-52, 56.

[13] 赵苇苇,郭辰阳,杨俊侠,等. 安宁疗护实践研究新进展[J]. 医学与哲学, 2024, 45(5): 32-37.

[14] 王梦莹,王宪. 国内外安宁疗护的发展现状及建议[J]. 护理管理杂志, 2018, 18(12): 878-882.

[15] 吴玉苗,奉典旭,徐东浩,等. 中国安宁疗护服务政策演变与发展[J]. 医学与哲学, 2020, 41(14): 23-27.

[16] 盛彦楠. 国际比较视角下安宁疗护服务的供给研究[D]. 南京:南京大学, 2021:2-6.

[17] 李曼. 我国老年人安宁疗护服务利用问题研究[D]. 上海:华东师范大学, 2020:72-80.

[18] 刘继同,徐硕. 中国安宁疗护服务体系历史发展、制度化困境与国家政策框架[J]. 社会建设, 2024, 11(3): 3-22.

[19] 老龄健康司. 国家卫生健康委办公厅关于开展第三批安宁疗护试点工作的通知[EB/OL]. (2023-07-12) [2024-03-14]. <http://www.nhc.gov.cn/ljks/tggg/202307/df326ed6049249c7bf823df1395c9b4f.shtml>.

[20] 中华人民共和国国家统计局. 东西中部和东北地区划分方法[EB/OL]. (2011-06-13) [2024-08-26]. [https://www.stats.gov.cn/zt\\_18555/zthd/sjtjr/dejtkfr/tjzp/202302/t20230216\\_1909741.htm](https://www.stats.gov.cn/zt_18555/zthd/sjtjr/dejtkfr/tjzp/202302/t20230216_1909741.htm).

[21] 王静蓉,荆丽梅,张惠文,等. 我国安宁疗护按床日付费政策进展与发展建议[J]. 卫生经济研究, 2024, 41(6): 27-30.

[22] 张舒雨,陆心愉,张慧超,等. 基于社会网络分析和聚类分析的我国安宁疗护付费政策研究[J]. 中国医院, 2024, 28(3): 69-72.

[23] 原国家卫生和计划生育委员会. 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[EB/OL]. (2017-02-19) [2023-03-14]. <http://www.nhc.gov.cn/zyygj/s3593/201702/83797c0261a94781b158dbd76666b717.shtml>.

[24] 郑丽英,朱碧帆,李芬,等. 美国和德国长期住院支付方式对我国按床日付费的启示[J]. 中国卫生经济, 2024, 43(1): 92-96.

[25] 纪光伟,周明飞,周雨欣,等. 国内外安宁疗护发展模式的研究与评价[J]. 实用医学杂志, 2024, 40(7): 877-886.

[26] 杨轶,王友青,秦苑,等. 基于购买力平价指数的安宁疗护服务收费标准研究[J]. 中国卫生质量管理, 2023, 30(10): 51-55.

[27] MEDICARE. Your Medicare coverage:hospice care[EB/OL]. (2022-05-12) [2024-07-15]. <https://www.medicare.gov/coverage/hospice-care>.

[28] MEDICARE. Hospice levels of care[EB/OL]. (2022-05-12) [2024-07-15]. <https://www.medicare.gov/care-compare/resources/hospice/levels-of-care>.

[29] MEDPAC. Hospice services payment system[EB/OL]. (2023-10-20) [2024-07-15]. <https://www.medpac.gov/document/hospice-services-payment-system/>.

[30] SERVICE NATIONAL-HEALTH. Choosing where you have end of life care[EB/OL]. (2022-05-12) [2024-07-15]. <https://www.nhs.uk/conditions/end-of-life-care/where-you-can-have-care/places-you-can-have-care/>.

[31] LONDON ECONOMICS. Modelling demand and costs for palliative care services in England March 2021[EB/OL]. (2021-03-08) [2024-08-26]. <https://londoneconomics.co.uk/blog/publication/modelling-demand-and-costs-for-palliative-care-services-in-england-march-2021/>.

[32] 日本緩和医療学会. いつでも、どこでも緩和ケアは受けられます[EB/OL]. (2022-05-12) [2024-07-15]. <https://www.kanwacare.net/forpatient/where/>.

[33] 日本緩和医療学会. 緩和ケアの医療費について[EB/OL]. (2022-05-12) [2024-07-15]. <https://www.kanwacare.net/forpatient/howmuch/>.

(本文责编:润 泽)