

· 安宁疗护 ·

中国安宁疗护政策文本研究

——基于2017—2024年的相关政策文本三维框架分析

张歆竹¹, 刘俊荣²

(1. 广州医科大学卫生管理学院, 广东 广州 511436; 2. 广州医科大学人文社会科学研究, 广东 广州 511436)

[摘要]目的 通过政策工具视角研究中国安宁疗护的地区差异和服务供给机制, 为改善安宁疗护政策提供参考。**方法** 基于政策工具视角和内容分析法, 对中国2017—2024年140份安宁疗护政策文本进行编码, 并构建政策工具、地区、服务供给机制三维分析框架, 分析政策工具使用情况及地区差异, 以及服务供给机制的分配情况等。**结果** 纳入140份政策文本得到459个编码单元, 供给型、需求型、环境型政策工具占比依次为21.13%(97/459)、23.53%(108/459)、55.34%(254/459); 东部政策工具使用频次最多, 西部次之, 中部和东北地区较少; 服务供给机制以行政主体为主, 市场发挥辅助作用。**结论** 政策工具的运用存在结构性失衡, 部分措施难以落地, 各地区之间政策水平差异较为明显, 市场效率发挥较小。应当调整政策工具运用的结构框架, 加强政策落地性, 缩小地区差异, 加大市场占比。

[关键词] 安宁疗护; 政策文本; 政策工具

[中图分类号] R-052 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1001-8565(2026)09-1190-10

DOI: 10.12026/j.issn.1001-8565.2026.09.08

Research on policy texts of hospice care in China: a three-dimensional framework analysis of relevant policy texts from 2017 to 2024

Zhang Xinzhu¹, Liu Junrong²

(1. School of Health Management, Guangzhou Medical University, Guangzhou 511436, China; 2. Institute of Humanities and Social Sciences, Guangzhou Medical University, Guangzhou 511436, China)

Abstract: **Objective:** To explore the regional differences and service supply mechanism of hospice care in China from the perspective of policy tools, and provide references for optimizing hospice care policies. **Methods:** Based on the perspective of policy tools and a content analysis method, 140 Chinese hospice care policy texts from 2017 to 2024 were encoded. A three-dimensional analysis framework of policy tools, regions, and service supply mechanisms was constructed to analyze the use of policy tools and regional differences, as well as the allocation situation of service supply mechanisms. **Results:** A total of 459 coding units were obtained through the inclusion of 140 policy texts. Supply-side, demand-side, and environmental policy tools accounted for 21.13% (97/459), 23.53% (108/459), and 55.34% (254/459), respectively. Eastern regions exhibited the highest frequency of policy tool application, western regions ranked second, and central and northeastern regions showed a lower frequency. Service supply mechanisms were predominantly administered by government entities, with the market playing a supplementary role. **Conclusion:** The employment of policy tools demonstrates structural imbalance, with certain measures proving difficult to implement. Significant regional disparities exist in policy levels, and market efficiency remains underutilized. It is essential to optimize the structural framework of policy tools, enhance policy implementation, narrow regional disparities, and expand

[基金项目] 广州医学伦理学重点研究基地阶段性成果(穗社规办[2024]9号)

[作者简介] 张歆竹, 女, 研究方向: 安宁疗护; 刘俊荣(通信作者), 男, 研究方向: 医学伦理学

the market share.

Keywords: hospice care; policy text; policy tool

20 世纪末,中国进入老龄化社会。第七次全国人口普查数据显示,自 2000 年步入老龄化社会以来的 20 年间,老年人口比例增长了 8.4%。《2023 年度国家老龄事业发展公报》显示,截至 2023 年年底,中国 60 周岁及以上老年人口近 2.97 亿人,占总人口的 21.1%;65 周岁及以上老年人口超 2.17 亿人,占总人口的 15.4%,中国已进入中度老龄化社会。与此同时,人类疾病谱发生显著改变,以癌症为主的慢性疾病发病率不断攀升。为了提高医疗服务质量和老年、临终患者的生存质量,中国开始建立安宁疗护服务体系。

近些年,中国政府不断对安宁疗护进行应用性探索。2017 年,国家卫生计生委在《医疗机构管理条例》中增加了设立“安宁疗护”中心的条款,同时出台《关于印发安宁疗护中心基本标准和管理规范(试行)的通知》,并选取北京市海淀区、吉林省长春市等 5 个市(区)作为首批试点。2019 年,国家卫生健康委印发《关于开展第二批安宁疗护试点工作的通知》,确定上海市为第二批试点省(市),北京市西城区等 71 个市(区)为第二批安宁疗护试点。2023 年,国家卫生健康委印发《关于开展第三批安宁疗护试点工作的通知》,继续扩大试点范围,确定北京市、浙江省、湖南省为第三批试点省(市),天津市南开区等 61 个市(区)为第三批试点市(区)。截至三批试点,安宁疗护政策文件层级清晰,为安宁疗护服务、制度规范、人才和宣传四个领域的建设工作提供了有力指导。

根据 2017 年《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》,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、心理及精神等方面的照料和人文关怀等服务,以提高生命质量,帮助患者舒适、安详及有尊严地离世。为了实现这一目标,除了需要政策文件的清晰引导,还要依靠政策工具的科学运用。本文将通过深入研究自 2017 年开启试点工作以来中国各试点省市的安宁疗护政策文本,分析政策工具运用的情况,探讨其使用结构是否合理科学以及政策优化等问题。

1 文献回顾

政策工具研究被广泛应用于分析各类政策,在

医疗卫生领域也是如此。例如,在长期护理保险方面,唐瑶等^[1]基于政策工具、利益相关者和时间序列三个维度构建三维分析框架,运用政策文献计量法,对中国 2012—2022 年长期护理保险政策文本进行分析,发现长期护理保险政策工具使用存在结构失衡问题,提出多层次改进政策工具结构、全方位优化政策工具内容以及持续性提升政策工具价值的建议。在医院高质量发展方面,徐佳苗等^[2]基于政策工具、系统论两个维度构建二维分析框架,对公立医院高质量发展政策文本进行内容分析,发现需求型政策工具占比较少,内部子模使用较多,并提出加强公立医院精细化管理、实施创新驱动发展等优化建议。在医养结合方面,司建平等^[3]运用政策工具和政策过程二维分析框架对中国医养结合政策文本进行分析,发现政策工具结构不均衡、政策过程不协调等问题,并提出统筹方案。

在目前对安宁疗护政策的研究中,张舒雨等^[4]通过分析中国安宁疗护付费政策,提出制定合理的收费标准,推出综合服务包,加大政府对安宁疗护的投入,并完善“居家—社区—医院”联动;龚秀全等^[5]基于政策扩散理论对上海市的安宁疗护政策文本进行研究,拓宽了安宁疗护领域的研究视角。然而,安宁疗护政策工具的相关研究相对匮乏,需要对政策工具的运用情况进行梳理,并观察不同地区在政策工具使用上的差异以及政府与市场服务供给的分配情况。

综上所述,本文从政策工具视角出发,建立政策工具(X)、地区(Y)、服务供给机制(Z)的三维分析框架,针对三批试点省市的安宁疗护政策进行文本分析,研究当前安宁疗护政策存在的工具性问题,以期完善中国安宁疗护政策体系提供一定的参考价值。

2 资料来源与研究方法

2.1 资料来源

本研究的政策文本数据主要来源于“北大法宝”数据库和国家、各省政府网站,搜索关键词为“安宁疗护”。为确保研究的准确性和有效性,确立了以下文本筛选原则:其一,检索对象来源于三份国家级安宁疗护试点工作文件中的试点名单,且政策文本仅选择

国家级和省级(直辖市级),地级市(区)级文件不纳入考虑,发文机关为政府相关部门,如省政府、医疗保障局、卫生健康委员会等,检索时间为 2017—2024 年;其二,各省政策文本的纳入从该省存在地级市成为试点开始,各直辖市政策文本的纳入从该直辖市辖区成为试点开始;其三,政策文本内容需与安宁疗护密切相关,排除仅有关键词而无明确举措的文本,省(直辖市)文件中与国家级文件内容高度重复而无根据本地情况调整的文本排除;其四,政策文本形式主要为通知、意见、法规、方案、细则、标准规范等,排除工作报告、政策解读、对人大代表的答复、公示等类型的文本。本文最终纳入 140 份政策文本。

2.2 政策分析框架

本文构建以政策工具为 X 维度,以地区为 Y 维度、以服务供给机制为 Z 维度构建中国安宁疗护政策的三维分析框架。

2.2.1 X 维度:政策工具维度

政策工具作为政府实现政策目标所采取的途径,其分类方式多样。Rothwell 等^[6]提出的三分法将政

策工具的强制性特点淡化,并突出供给和需求在政策发展过程中的作用,这与中国安宁疗护政策所处的环境和应有的思路较为契合。同时,三分法在中国医疗卫生领域如长期护理保险、医院发展、医防协同、医养结合等,均得到了广泛采用。因此,本文基于三分法,将政策工具划分为供给型、需求型、环境型,并结合安宁疗护政策划分具体的次级工具。

供给型政策工具是指对安宁疗护起推动作用的工具,政府通过各种形式的资源投入直接提供安宁疗护发展所需的要素,具体包括基础设施、资金投入、人才培养、信息技术支持。需求型政策工具是指以安宁疗护需求为动因,政府通过保障相关者的利益、鼓励引导市场发展等方式刺激社会各方提供安宁疗护供给以满足安宁疗护的需求,具体包括医疗保障、政府购买、政策支持。环境型政策工具是指对安宁疗护起支撑作用的工具,政府通过创造良好的政策环境保障安宁疗护长期可持续的发展,具体包括目标规划、法规管制、策略性措施、宣传推广、标准规范。安宁疗护政策工具的具体内容见表 1。

表 1 安宁疗护政策工具及其含义

类型	次级政策工具	含义
供给型(X ₁)	基础设施(X ₁₁)	完善安宁疗护相关机构的软硬件设施、建设培养基地等
	资金投入(X ₁₂)	政府对安宁疗护发展所提供的财政支持
	人才培养(X ₁₃)	培训相关从业人员;研究相关技术;激励从业人员提高自身技能水平
	信息技术支持(X ₁₄)	利用“互联网+”、大数据等技术与安宁疗护服务相结合,建设数据信息平台等
需求型(X ₂)	医疗保障(X ₂₁)	将安宁疗护相关项目纳入医保,探索按床日付费支付制度降低负担
	政府购买(X ₂₂)	政府向第三方购买安宁疗护的相关服务
	政策支持(X ₂₃)	政府支持、引导和鼓励医疗体系和社会力量采取措施促进安宁疗护发展,并非强制性要求
环境型(X ₃)	目标规划(X ₃₁)	政府针对安宁疗护的发展所提出的总体目标和规划
	法规管制(X ₃₂)	政府针对安宁疗护制定的一系列法律法规
	策略性措施(X ₃₃)	政府为促进安宁疗护逐步发展所采取的完善组织体系、分工协作、资源整合、监督评估等一系列措施
	宣传推广(X ₃₄)	向全社会宣传安宁疗护服务和理念,开展生命教育,营造良好的政策实施环境
	标准规范(X ₃₅)	建立安宁疗护服务技术标准、规范、指南、收费标准、准入标准等

2.2.2 Y 维度:地区维度

在中国,医疗领域的诸多方面都存在着地区差异。朱亚欣等^[7]通过对中国 31 个省份 2005—2019 年医疗资源配置效率进行测算,发现各省份医疗资源配置效率存在明显地区差异,东部地区明显高于其他地区。张盈华等^[8]基于 49 地的调研数据对中国长期护理保险制度试点运行的地区展开研究,按照

“收入支出比/参保受益率”将制度运行状况分为三类,发现试点地区之间长期护理保险制度的运行存在差异。由此,本研究选择地区作为 Y 维度,分析各地区安宁疗护政策工具的使用情况。

根据国家统计局《东西中部和东北地区划分方法》,将试点各省(直辖市)进行分类。详情见表 2(西藏不在试点名单中,故排除)。

表 2 试点省(直辖市)地区分类

地区	具体省份(直辖市)
东部(Y_1)	北京、天津、河北、上海、江苏、浙江、福建、山东、广东、海南
中部(Y_2)	山西、安徽、江西、河南、湖北、湖南
西部(Y_3)	内蒙古、广西、重庆、四川、贵州、云南、陕西、甘肃、青海、宁夏、新疆
东北(Y_4)	辽宁、吉林、黑龙江

2.2.3 Z 维度:安宁疗护服务供给机制维度

安宁疗护相关政策的实施与政策工具的运用需要依托于服务主体的供给。党的十八届三中全会提出“全面深化改革的总目标是完善和发展中国特色社会主义制度,推进国家治理体系和治理能力现代化”这一战略目标,逐渐摒弃单一主体治理,不断研究多中心治理模式^[9]。安宁疗护在国内发展时间短、理论基础匮乏、服务体系与配套设施薄弱,政府在这一方面的服务供给数量与效率均不足。为了应对日益增长的安宁疗护服务需要和现实复杂性,安宁疗护的服务供给机制应当参考多元主体共同合作的模式,通过引入市场机制提高服务供给效率,利用行政权力把握和规范服务供给形式,达到

提高服务供给质量的目标^[10]。

由此,本研究选择安宁疗护服务供给机制作为 Z 维度,分析当前政策工具涉及的服务供给主体情况:①市场主体型(Z_1),即依靠社会资本进行服务供给,如民营院校、私立医疗机构、媒体等;②行政主体型(Z_2),即公立单位直接参与服务供给环节,如政府、公立院校、公立医疗机构、社区卫生服务中心等;③混合主体型(Z_3),即政府、市场等组织相结合进行服务供给。

综上所述,本文将政策工具(X 维度)、地区(Y 维度)、安宁疗护服务供给机制(Z 维度)结合起来,构建出中国安宁疗护政策的三维分析框架(见图 1)。

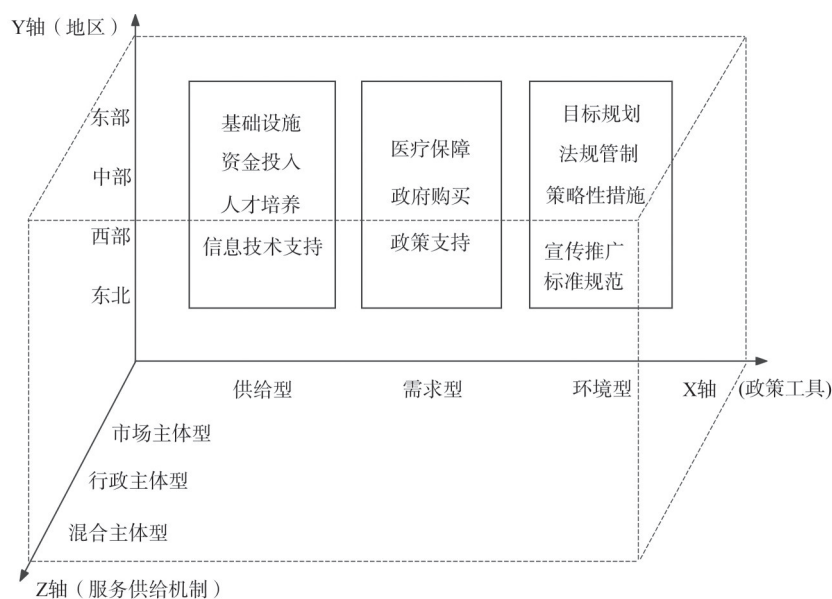


图 1 安宁疗护政策三维分析框架

2.3 政策文本编码

本文利用 Nvivo 软件,对 2017—2024 年间政府发布的关于安宁疗护试点开展和建设的 140 份政策文本进行编码分析。

2.3.1 编码规则

将 140 份安宁疗护政策文本按照“政策工具类型(X_{ab})-地区(Y_m)-服务供给机制类型(Z_n)”的

形式进行编码,其中国家级文件在地区维度编码时用“0”表示。如 1 号文件编码为“ X_{23} -0- Z_3 ”代表其属于需求型下的政策支持—国家级文件—混合主体型服务供给机制。编码过程遵循统一编码和不可细分原则,若某一条款中涉及多种政策工具则进行重复编码。安宁疗护政策文本编码表详情见表 3。

表 3 政策文本内容分析单元编码(节选)

编号	政策名称	政策内容	编码
1	《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》	(二)建设服务体系。支持在医养结合机构、社区卫生服务中心(乡镇卫生院)开展安宁疗护服务,支持开展居家上门安宁疗护服务;结合实际,有条件的可在二级医院开展安宁疗护服务。大力支持社会力量举办安宁疗护服务机构,根据需求,设置独立的安宁疗护中心,逐步推动形成举办主体多元、服务形式多样的安宁疗护服务体系。	X ₂₃ -O-Z ₃
.....			
67	《内蒙古自治区人民政府办公厅关于印发自治区“十四五”老龄事业发展规划的通知》	第三章 主要任务 第二节 构建老年健康服务体系 加强宣传教育,引导公众特别是老年群体认可和接受安宁疗护理念..... 鼓励有条件的基层医疗卫生机构根据需要设置提供安宁疗护服务的床位。支持社区和居家安宁疗护服务发展,建立机构、社区和居家相衔接的安宁疗护工作机制,形成畅通合理的转诊制度。	X ₃₄ -Y ₃ -Z ₂ X ₂₃ -Y ₃ -Z ₂
.....			

2.3.2 信效度检验

为保证数据分析的信效度,本研究将政策工具的编码工作同时分配给本人和另一位研究者分别独立进行,结束后进行一致性检验,针对存在异议的编码进行共同商讨并确定最终编码。

3 安宁疗护政策文本分析结果

3.1 X 维度分析

本文对 140 份政策文件进行编码,共计 459 个编码单元,详见表 4,分布情况见图 2。

表 4 安宁疗护政策工具统计

类型	次级政策工具	频数/次	占比/%
供给型	基础设施	34	7.41
	资金投入	8	1.74
	人才培养	48	10.46
	信息技术支持	7	1.53
	合计	97	21.13
需求型	医疗保障	25	5.45
	政府购买	3	0.65
	政策支持	80	17.43
	合计	108	23.53
环境型	目标规划	87	18.95
	法规管制	4	0.87
	策略性措施	59	12.85
	宣传推广	34	7.41
	标准规范	70	15.25
	合计	254	55.34

通过数据对比,三类政策工具的使用频次存在明显差异。环境型政策工具使用得最频繁,共计 254 次,占比 55.34%,远超其他两种政策工具。供给型和需求型分别使用 97 次和 108 次,占比 21.13% 和 23.53%。

次级政策工具的使用情况在组间也存在一定差异。安宁疗护政策中使用了大量的环境型政策工具,其中以目标规划(18.95%)、标准规范(15.25%)、策略性措施(12.85%)为主,加上宣传推广(7.41%)进行配合。政府做出详细的目标规划和工作指示以期安宁疗护发展指明方向,一方面确实在一定程度上带来政策驱动力,让各级政府自上而下地明确一段时期内的工作目标;另一方面,过多的目标规划可能带来内容架空的弊端,且在编码过程中发现部分省份关于安宁疗护的文件是将国家级文件换上省级文件名头和前言后直接发布的,名为省级规划,实为转发文件,并没有根据本省情况做出针对性的改动和调整,反而阻碍了安宁疗护的扎根。而在标准规范和策略性措施方面,技术标准、服务规范、收费标准、监督评估、安宁疗护体系建设、各部门分工协作、资源整合等一系列举措越细致越精确,对于安宁疗护的发展越具有促进作用。除此之外,中国安宁疗护起步较晚,与传统“重生忌死”的价值观念不太契合^[11],而安宁疗护的推广离不开广大公众的接纳,宣传推广工具的使用体现了这一点,但在数量上和质量上仍稍显不足。有研究^[12]表明当前对安宁疗护的宣传仍不到位,公众对安宁疗护认知水平不高,这会影响服务接受度和使用率,进而阻碍安宁疗护体系形成闭环。

供给型政策工具中,人才培养(10.46%)使用最频繁,占供给型整体的一半,其次是基础设施(7.41%),资金投入(1.74%)和信息技术支持(1.53%)则略显薄弱。人才是关键要素,建立专家库,加强安宁疗护专业人员的教育培训,建立多学

科交叉协作机制,并完善激励机制,有利于积累安宁疗护的优质人力资源。基础设施则主要集中在床位、科室、基地、中心等建设,为服务和培训提供软硬件设施,在目标规划中也多次提及各省的基础设施建设计划。而信息技术支持方面则存在漏洞。“互联网+”和大数据技术近年来备受关注,2015 年 7 月国务院出台《关于积极推进“互联网+”行动的指导意见》推动“互联网+”发展,后续出台了一系列“互联网+医疗”的相关政策来将医疗领域与互联网技术创新融合^[13]。然而在细分的安宁疗护领域,这方面的技术融合并没有到位。资金投入工具在本研究中定义为直接的财政拨款,但实际上政府在安宁疗护的开支覆盖了各个方面,比如医疗保障、科研经费、设施等。因此单一的资金投入工具并无法直观体现政府投入的情况,在此不进行剖析。

需求型政策工具中,政策支持(17.43%)占比最高,其次是医疗保障(5.45%),政府购买(0.65%)很少。在政策文件中大量出现“支持社会力量参与”“支持养老机构、社区卫生服务中心开展安宁疗护服务”等鼓励性条款,践行“放管服”政策理念,并给予一定的政策扶持。但过多依赖政策支持在某种程度上也体现出中国仍处于探索安宁疗护的阶段,没有构建出成熟清晰的运行机制,而是依靠社会力量和机构自身试探性地开展安宁疗护活动。而医疗保障和政府购买工具匮乏,一方面是安宁疗护纳入医保、长期护理保险等保险的政策研究不足^[14],自主服务项目缺乏收费依据^[15];另一方面也说明通过政府采购药品、器械等材料降低服务对象负担的举措较少,这不利于为安宁疗护的服务对象提供现实的支持保障作用,难以提高服务对象的需求度。

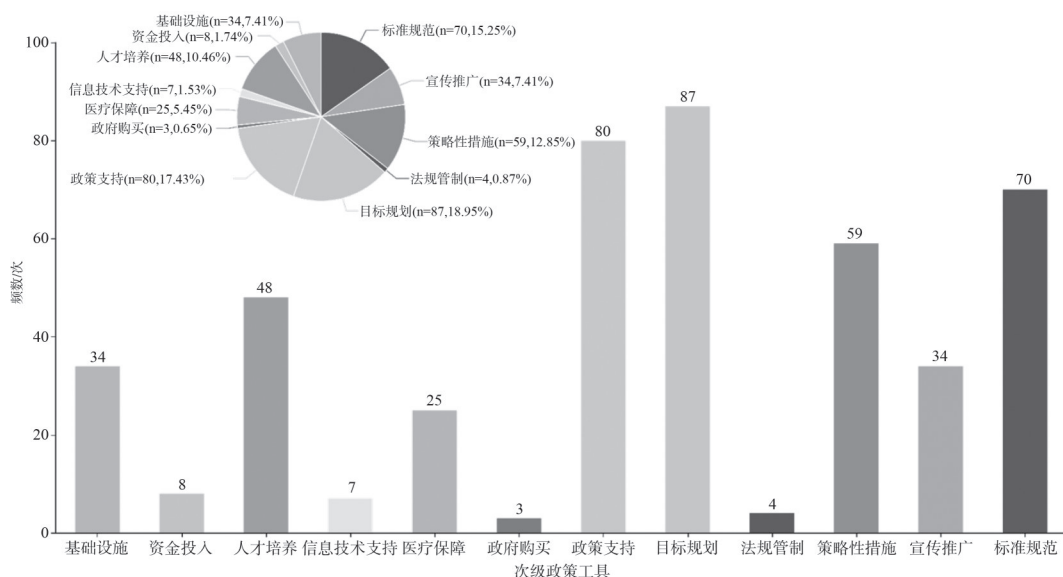


图2 安宁疗护政策工具使用分布

3.2 X-Y 维度分析

研究不同地区使用政策工具的情况时,不纳入国家级政策文本,去除 83 个节点,剩余 376 个节点(见表 5)。

如表 5 所示,东部地区的政策工具使用频数体现了绝对的数量优势,且在编码过程中可见,文件的质量也较为优秀。西部地区次之,再者是中部地区,东北地区的政策工具使用量最少。

具体来看,东部地区中,环境型政策工具占比最高,为 39.89%,以目标规划和策略性措施为主;供给型和需求型次之,分别为 16.53% 和 12.77%,

以基础设施、人才培养、政策支持为主。西部地区也是环境型政策工具占比最高,为 9.31%,以目标规划为主;需求型和供给型次之,分别为 5.59% 和 3.99%,以政策支持为主。中部、东北地区政策工具使用较少,整体比较匮乏。四个地区分别的政策工具弱项的结构与上文 X 维度单独分析时提及的一致。

3.3 X-Z 维度分析

研究各政策工具涉及的服务供给机制时,保留国家级政策文本,共 459 个节点(见表 6)。

整体而言,安宁疗护政策工具涉及的服务供给机制以行政主体型和混合主体型为主,分别为 48.15%

和 44.88%。市场主体型占比较少,为 6.97%,很大程度上是由于众多政策工具类目难以由市场独立承担,在“政策支持”上主要是引导社会力量合规建设安宁疗护服务机构,减轻政府压力并拓展安宁疗护服务体系。在供给型政策工具中,基础设施建设主要由政府承担,建设对象重点放在基层医疗机构,如社区卫生服务中心、乡镇卫生院等,从而减轻三级医院的负

担,并提高居民的安宁疗护服务可及性。人才培养则是政府建设培训基地与公立民营高校开设专业相配合,一方面对已从事相关行业的医务工作人员进行技能培训,提高服务水平与认知;另一方面高校加大对安宁疗护新生力量的培养力度,尤其是民营高校,在符合政府办学规定的情况下可自行开办相关专业,从而弥补安宁疗护服务体系人员不足的空缺。

表 5 安宁疗护政策 X-Y 二维分布

项目	东部		中部		西部		东北	
	频数/次	占比/%	频数/次	占比/%	频数/次	占比/%	频数/次	占比/%
供给型	62	16.53	6	1.60	15	3.99	2	0.53
基础设施	17	4.52	4	1.06	8	2.13	0	0.00
资金投入	6	1.60	0	0.00	0	0.00	0	0.00
人才培养	33	8.78	2	0.53	7	1.86	1	0.27
信息技术支持	6	1.60	0	0.00	0	0.00	1	0.27
需求型	48	12.77	10	2.66	21	5.59	12	3.19
医疗保障	8	2.13	2	0.53	6	1.60	4	1.06
政府购买	0	0.00	0	0.00	1	0.27	0	0.00
政策支持	40	10.64	8	2.13	14	3.72	8	2.13
环境型	150	39.89	10	2.66	35	9.31	5	1.33
目标规划	48	12.77	3	0.80	15	4.00	2	0.53
法规管制	1	0.27	0	0.00	0	0.00	1	0.27
策略性措施	36	9.57	3	0.80	7	1.86	1	0.27
宣传推广	21	5.59	1	0.27	5	1.33	1	0.27
标准规范	44	11.70	3	0.80	8	2.13	0	0.00

在需求型政策工具中,主要依靠政府力量提供医疗保障,并通过政策支持引导社会资本与政府协作,降低公众接受安宁疗护服务时关于价格、可及性等方面的难度。在环境型政策工具中,通过政府规划安宁疗护建设目标,在政府与社会力量的共同协作下,采取组织分工、资源整合、监督评估等一系列措施,加强公办单位宣传与社会媒体宣传,努力打造良好的安宁疗护体系建设环境。

4 结论与建议

4.1 平衡政策结构,提高政策针对性

整体来看,中国目前安宁疗护的发展比较依赖以制定为主的环境型政策工具并辅以政府可直接管控的供给型政策工具。规划目标确定方向、制定标准规范、协调体系内各部门工作、推进基础设施建设与人才培养等政策较易强制执行,政府对过程和结果具有主导权。而安宁疗护的医疗保障作为需求型政策工具中的一大重点,需要面临优化按床日付费标准、制定合理报销额度比例、在全国范围

统一安宁疗护服务项目包和医保报销目录^[16]、考量安宁疗护特色服务的收费标准和医保纳入^[4]、筹资渠道单一依赖“医疗保险统筹基金划转”^[16]等难题,短周期内难以直接通过政策工具解决。中国正处于安宁疗护发展起步阶段,安宁疗护整体框架与流程的体系构建优先于局部优化,通过政策设计在第三批试点阶段构建出“医院—社区—居家”三级网络框架,在此基础上再逐步完善分支内容。因此政府在选择上更侧重于通过强制性较高的政策工具搭建框架,但长期来看应当加强柔性工具的使用,平衡政策工具结构。

首先,逐步减少对环境型政策工具的依赖,并根据不同地区的具体情况进行政策工具的使用调整。如北京、上海等安宁疗护发展较早地区应适当减少目标规划这类强制性工具,放宽其探索路径的范围,并做好经验总结。可通过区域协同发展与对口帮扶实现“先富带动后富”,进而缩小地区差异^[17]。在安宁疗护领域也是如此,划下安宁疗护试

点工作的底线,让各试点城市按照国家规划稳步推行政策。部分城市拥有一定优势,可进一步探索发展更加多层次、多样化的安宁疗护服务体系,更加与国际接轨并中国化,在取得一定成果后逐步推广到安宁疗护发展相对缓慢的地区。其次,继续加强基础设施建设和人才培养,完善激励机制,鼓励公立医疗机构建立安宁疗护服务人员待遇激励机制,在绩效考核、职称晋升、评先评优等方面予以倾斜,进一步体现技术劳务价值,调动从业人员的积极性,形成行业良性循环^[18]。再次,进一步深入推进按床日付费试点,并尝试纳入按病种、按阶段、按服务单元打包付费制度^[14],减少医疗资源浪费降低成本,加快确定安宁疗护服务项目包与特色服务收费标准。最后,应当击破安宁疗护信息技术支持不足的弱点,加强“互联网+安宁疗护”建设,优化信息服务平台,解决各机构系统不互通、资料不共享等掣肘。

表 6 安宁疗护政策 X-Z 二维分布

	市场主体型		行政主体型		混合主体型	
	频数/次	占比/%	频数/次	占比/%	频数/次	占比/%
供给型	0	0.00	57	12.42	40	8.71
基础设施	0	0.00	27	5.88	7	1.53
资金投入	0	0.00	5	1.09	3	0.65
人才培养	0	0.00	24	5.23	24	5.23
信息技术支持	0	0.00	1	0.22	6	1.31
需求型	29	6.32	29	6.32	50	10.90
医疗保障	0	0.00	19	4.14	6	1.31
政府购买	0	0.00	2	0.44	1	0.22
政策支持	29	6.32	8	1.74	43	9.37
环境型	3	0.65	135	29.41	116	25.27
目标规划	0	0.00	53	11.55	34	7.41
法规管制	0	0.00	2	0.44	2	0.44
策略性措施	2	0.44	25	5.45	32	6.97
宣传推广	0	0.00	11	2.40	23	5.01
标准规范	1	0.22	44	9.59	25	5.45

4.2 落实政策内容,控制地区差异水平

由上述可知,环境型政策工具使用过多,其中以目标规划为首。由此导致一批政策的条款和具体内容方向性强但实操性不足,做出的规划在落地存在困难。安宁疗护在中国的发展时间较短,尚未形成完善成熟的体系机制,难以在短期内立刻转换传统的“命令—控制”型政策工具。在积极转变政策工具结构惯性的同时,国家级文件应当在目标规划上做出更细致的安排,各省市应当在此基础之

上针对本地情况,如经济、习俗等因素,做出适应性调整,让政策不悬浮,优化可操作性和落地性,并加强监督评估机制,确保政策效果。如在政策文件中虽强调安宁疗护纳入医保的重要性,但多地区支付标准与保障范围目前仍较模糊,应在后续政策制定中具体提出改进措施。

此外,各地区在政策工具的使用方面存在明显差异。东部地区在政治经济资源充足、制度创新能力优异和社会认知熏陶多重因素的加持下呈现出“高密度、多层次、强协同”的特点。东部依托中央政策倾斜、医疗水平发达与地方财政实力雄厚等优势,不断探索“医院—社区—居家”三级服务框架^[19]、按服务单元付费按床日付费和居家按诊次付费等医保支付新方式^[20]以及自主服务项目研究^[15],从服务体系、服务可持续性、服务规范多个层面保障政策转化率。中西部地区部分试点城市虽然也一定程度上对按床日付费标准进行研究^[14],但缺乏省级统筹,服务布局尚未网络化结构化,而仍然集中于医院层级,社区与居家层级服务缺失^[21]。在保持各地区当前成果的基础上,东部地区应继续完善安宁疗护服务项目包与自主服务项目收费依据,向其他地区辐射三级服务框架的优秀经验,中西部及东北地区应优先初步构建“医院—社区”二级框架,逐步将医院主体承接安宁疗护服务转移向社区卫生服务中心,形成畅通的转诊制度。

4.3 提高市场占比,丰富体系建设

整体而言,政府是安宁疗护服务体系建设的主体,即使在混合主体型中政府也占据主导地位,市场作用的发挥渠道较为单一。虽然这有利于提高体系管理与政策执行的精度与力度,打下安宁疗护体系规范与发展方向的基础,但政府压力较大,没有发挥出市场经济效率的力量。当前安宁疗护的社会力量参与度并不高,主要体现在安宁疗护筹资渠道上少有商业保险和慈善组织等社会力量的参与^[16]、安宁疗护服务仍以医院、社区卫生服务中心等公立机构供给为主等。一方面,慈善组织需要收获社会名誉度的正反馈,而相较于贫困山区捐助和希望小学建设、灾区重建等话题,安宁疗护的社会舆论关注度较低,难以成为慈善组织的优先考虑项目,这体现了安宁疗护公众教育的欠缺和社会认知的不足^[22];另一方面,受限于服务项目收费标准存在漏洞以及现有

医保报销政策限制,即使在政府投入的条件下公立机构开办安宁疗护服务仍处于亏损状态,而民营机构没有财政补贴,想要持续性运营安宁疗护服务需要利润空间,否则更加难以维系。

提高市场占比需要解决开源节流的问题。其一,加大公众宣传教育力度,开展安宁疗护通识教育,从而提高社会对安宁疗护的关注度和认知水平,减少大众对安宁疗护的误解与偏见,增加其获得服务的机会^[23],在一定程度上增加民营机构的潜在服务对象数量;其二,加快确定安宁疗护服务项目包,维持已有收费标准的医疗服务项目收费,探索社会支持、心理诊疗、芳香疗法等非医疗服务的收费标准^[18],减少部分服务项目无收益的亏本现象^[24];其三,优化市场运营环境,推行安宁疗护民营机构税收优惠等扶持政策,降低机构运营成本,吸引更多社会资本进入行业。让社会力量建设安宁疗护机构成为体系重要组成部分,在国家设置的安宁疗护服务标准规范基础之上进一步优化服务水平与类型,探索差异化特色服务,在满足公众需求的同时完成经营利润循环,丰富安宁疗护服务体系建设。

〔参考文献〕

- [1] 唐瑶,陈天然.政策工具视角下我国长期护理保险政策研究:基于2012—2022年试点地区政策文本的量化分析[J].社会保障研究,2023(4):71-84.
Tang Y, Chen T R. Research on long-term care insurance policy in China from the perspective of policy tools: quantitative analysis based on the policy texts of the pilot areas from 2012 to 2022 [J]. Social Security Studies, 2023(4): 71-84.
- [2] 徐佳苗,刘健,王欣媛,等.我国公立医院高质量发展政策文本量化分析[J].卫生经济研究,2023,40(8):24-27.
Xu J M, Liu J, Wang X Y, et al. Quantitative analysis of policy texts for high-quality development of public hospitals in China[J]. Health Economics Research, 2023, 40(8): 24-27.
- [3] 司建平,郭清,王先菊,等.政策工具视角下我国医养结合政策文本研究[J].中国卫生政策研究,2020,13(6):49-55.
Si J P, Guo Q, Wang X J, et al. A study on the policy text of integrated health care and social services for seniors in China from the perspective of policy tools [J]. Chinese Journal of Health Policy, 2020, 13(6): 49-55.
- [4] 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.
Zhang S Y, Lu X Y, Zhang H C, et al. Research on China's hospice payment policy based on social network analysis and cluster analysis [J]. Chinese Hospitals, 2024, 28(3): 69-72.
- [5] 龚秀全,白海宁.上海市安宁疗护政策扩散研究:基于56份安宁疗护政策的文本分析[J].中国卫生政策研究,2022,15(7):30-37.
Gong X Q, Bai H N. Research on the policy diffusion of hospice care in Shanghai: text analysis based on 56 hospice policies [J]. Chinese Journal of Health Policy, 2022, 15(7): 30-37.
- [6] Rothwell R, Zegveld W. Reindustrialization and technology [M]. Harlow: Longman, 1985.
- [7] 朱亚欣,陈保启,靳福磊.我国医疗资源配置效率的地区差异及动态演进[J].统计与决策,2023,39(24):78-83.
- [8] 张盈华,孙光辉,糕悦.我国长期护理保险制度试点运行的地区差异分析:基于49地的调研数据[J].社会保障研究,2023(5):37-44.
Zhang Y H, Sun G H, Zhuo Y. Analysis on regional differences in the pilot operation of long-term care insurance system in China: based on survey data from 49 pilot cities [J]. Social Security Studies, 2023(5): 37-44.
- [9] 郁俊莉,姚清晨.多中心治理研究进展与理论启示:基于2002—2018年国内文献[J].重庆社会科学,2018(11):36-46.
Yu J L, Yao Q C. Research progress and theoretical enlightenment of multi-center governance: based on domestic literature from 2002 to 2018 [J]. Chongqing Social Sciences, 2018(11): 36-46.
- [10] 金菁.农村供养服务机构嵌入式养老服务供给机制与治理效能[J].华南农业大学学报(社会科学版),2024,23(4):36-47.
Jin J. Supplying mechanism and governance effectiveness of embedded supply of elderly service in rural nursing institutions [J]. Journal of South China Agricultural University (Social Science

- Edition), 2024, 23(4): 36-47.
- [11] 孔丽娜, 王云岭, 孙洪岩. 论老龄化社会中的尊严死亡[J]. 医学与哲学, 2021, 42(20): 43-46.
Kong L N, Wang Y L, Sun H Y. On death with dignity in aging society[J]. Medicine and Philosophy, 2021, 42(20): 43-46.
- [12] 乐英南, 俞晓利, 钱颖. 医共体模式下“互联网+安宁疗护”的实践与思考[J]. 中国护理管理, 2024, 24(5): 765-768.
Le Y N, Yu X L, Qian Y. Practice and thinking of “Internet+ Hospice Care” under the medical community model[J]. Chinese Nursing Management, 2024, 24(5): 765-768.
- [13] 谭清立, 陈嘉琳, 庄洲洲. 我国“互联网+”医疗的政策推进与优化研究: 基于政策文本量化分析[J]. 卫生经济研究, 2021, 38(7): 21-23.
Tan Q L, Chen J L, Zhuang Z Z. Research on the promotion and optimization of “Internet+” medical policy in China: quantitative analysis based on policy text[J]. Health Economics Research, 2021, 38(7): 21-23.
- [14] 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.
Wang J R, Jing L M, Zhang H W, et al. Progress and development suggestions on the policy of payment by per bed-day for palliative care in China [J]. Health Economics Research, 2024, 41(6): 27-30.
- [15] 李雪莹, 荆丽梅, 许艺帆, 等. 上海市社区安宁疗护试点自主服务项目开展现况研究[J]. 中国全科医学, 2022, 25(13): 1624-1628.
Li X Y, Jing L M, Xu Y F, et al. Hospice care pilot program independently pioneered by community health centers in Shanghai: a cross-sectional survey [J]. Chinese General Practice, 2022, 25(13): 1624-1628.
- [16] 张爱华, 胡紫宜, 蒋艳, 等. 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[J]. 中国软科学, 2024(12): 51-62.
Zhang A H, Hu Z Y, Jiang Y, et al. Study on the characteristics and optimization paths of social medical insurance participation in elderly palliative care: policy analysis based on 27 pilot regions [J]. China Soft Science, 2024(12): 51-62.
- [17] 韩广富, 周耕. 我国东西扶贫协作的回顾与思考[J]. 理论学刊, 2014(7): 34-38.
- [18] 黄泽欢, 辛孟东, 戚栋丹, 等. 医养融合安宁疗护模式的构成要素、经验及推广意义[J]. 中国医学伦理学, 2025, 38(7): 914-923.
Huang Z H, Xin M D, Qi L D, et al. The constituent elements, experiences, and popularization significance of the palliative care model of integrated elderly care and medical services [J]. Chinese Medical Ethics, 2025, 38(7): 914-923.
- [19] 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.
Liu J T, Xu S. The historical development, institutional dilemmas, and national policy framework of China’s modern palliative care service system [J]. Social Construction, 2024, 11(3): 3-22.
- [20] 荆丽梅, 李水静, 王静蓉, 等. 新发展阶段上海市安宁疗护事业回顾与展望[J]. 中国卫生资源, 2023, 26(5): 561-565.
- [21] 黄晨熹. 全面推广安宁疗护的文化与政策考量[J]. 人民论坛, 2024(6): 56-61.
- [22] 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.
Ji G W, Zhou M F, Zhou Y X, et al. Research and evaluation on development model of hospice care at home and abroad[J]. The Journal of Practical Medicine, 2024, 40(7): 877-886.
- [23] 祁晓娜, 姚强, 于钦明, 等. 我国安宁疗护通识创新教育思考[J]. 中国医学伦理学, 2024, 37(3): 332-338.
Qi X N, Yao Q, Yu Q M, et al. Reflection on general and innovative education of palliative care in China [J]. Chinese Medical Ethics, 2024, 37(3): 332-338.
- [24] 陈蜀惠, 来小彬, 夏海鹏, 等. 上海市社区安宁疗护服务困境[J]. 中国卫生资源, 2021, 24(6): 811-814.
- 收稿日期: 2025-10-27
修回日期: 2026-02-10
编辑: 商丹