

中国本土化安宁疗护体系建设的实践探索

文 | 陆杰华 唐帷涛



视觉中国供图

党的二十大报告指出：“人民健康是民族昌盛和国家强盛的重要标志。把保障人民健康放在优先发展的战略位置，完善人民健康促进政策。”二十届四中全会通过的“十五五”规划指出：“扩大康复护理、安宁疗护服务供给。”扩大安宁疗护服务供给不仅是政府导向，更是民生所需。当前，中国正在经历前所未有的长寿时代，养老问题正日益成为社会普遍关注的焦点问题。国家统计局数据显示，2024年末中国60岁及以上人口超3.1亿人，这意味着老龄化问题愈来愈严峻，而与衰老相伴随的“老年病”的流行程度也持续上升，这使得临终安宁疗护的迫切性大大提高。临终关怀是为了满足临终阶段的患者及其家属的需求而产生和发展起来的照护模式，世界卫生组织（WHO）与世界安宁缓和医疗联盟（WHPCA）将安宁疗护（hospice care）定义为“由卫生专业人员和志愿者提供的生命末期照护，包括医疗、心理和精神支

持，通过控制疼痛和其他症状，帮助临终患者获得平和、安慰和尊严，同时为患者家庭提供支持服务”。迄今，中国形成缓和医疗（palliative care）和安宁疗护的专家共识版本，将安宁疗护定义为“缓和医疗不可或缺的一部分，侧重于对临终患者及其家庭和照护人员的整体性照护，其目标在于维护尊严并实现善终，同时通过减轻患者身、心、社、灵方面的痛苦而不刻意加速或推迟死亡，来提高其家庭和照护人员的生活质量”。

一、改革开放以来 中国本土化安宁疗护体系建设的实践进展

（一）改革开放之后安宁疗护体系建设的阶段性

1. 第一阶段：理念引入与早期探索（1980年至20世纪末）。1988年，天津医学院（现天津医科大学）

成立了中国第一家“临终关怀研究中心”，标志着安宁疗护理念被正式、系统地引入中国。在此基础上，1990年，中国第一家临终关怀病房在天津医学院诞生。随后，上海、北京等大城市也陆续出现了类似的探索性机构。与此同时，通过学术会议、论文和有限的媒体报道，“临终关怀”这一术语开始在小范围的医学界和公众中被认知，从而实现了一定程度的概念普及。在这个阶段，安宁疗护主要由医学院校和少数医生推动，属于自发性的学术与实践探索。同时，这一阶段服务覆盖面相对有限，仅局限于北京、上海、天津等少数大城市，安宁疗护事业也缺乏相关政策支持和资金保障，公众对于安宁疗护的接受度较低，安宁疗护事业处于萌芽阶段。

2. 第二阶段：缓慢发展与本土化实践（21世纪初至2015年）。在这一阶段，安宁疗护的实践模式逐渐多样化，在实践支持上也有所拓展。一些大城市的公立医院开始设立姑息治疗科或安宁疗护病房。同时在上海等地，出现了将安宁疗护服务与社区卫生服务中心和家庭病床相结合的探索模式，促进了社区一家庭模式的发展。民营与非营利组织介入、政策支持与学术研究则为安宁疗护事业提供了向上生长的养料。北京松堂关怀医院、上海手牵手生命关爱发展中心等民间力量开始活跃，丰富了服务供给。原卫生部在《中国护理事业发展规划纲要（2005—2010年）》等文件中，首次提出要“关注临终关怀服务”，标志着国家层面开始重视安宁疗护事业。相关学术组织（如中国生命关怀协会）的成立，则进一步推动了行业交流，相关学术研究也逐步深入对疼痛控制、心理慰藉、哀伤辅导等具体服务内容的探索。

3. 第三阶段：国家政策推动与体系化建设（2016年之后）。2016年《“健康中国2030”规划纲要》首次在国家战略层面明确提出要“加强安宁疗护等持续性医疗机构的建设”。2017年，原国家卫生计生委分两批在全国选择了90个市（区）开展国家级安宁疗护试点工作，这标志着安宁疗护从地方探索正式上升为国家级的系统性工程。2019年，国家卫生健

康委发布了《关于开展第二批安宁疗护试点工作的通知》，并着手制定相关的标准和规范。国家层面连续出台顶层设计文件，明确了发展方向和目标。与此同时，各地政府纷纷响应，制定本地化的实施方案，政策体系初步构建。2022年，国家卫生健康委等部委发布《关于进一步推进医养结合发展的指导意见》，鼓励医养结合机构提供安宁疗护服务。“十四五”健康老龄化规划将安宁疗护列为主要任务之一。

（二）中国安宁疗护体系建设的主要实践模式

经过多年的实践探索，中国安宁疗护初步形成了大医院安宁疗护、社区安宁疗护、居家/家庭安宁疗护3种主要模式。

大医院安宁疗护主要开设于二、三级医院，既有内嵌于医院的病房、床位、科室等，主要为突发急性病变或身体、心理症状较重、需要住院治疗的安宁疗护患者提供安宁疗护服务，也有相对独立的安宁疗护中心，以综合服务收住患者。

社区安宁疗护主要开设于社区卫生服务中心或社区其他机构（康复、护理、养老、医养结合、公益等），与大医院安宁疗护一样，既有内嵌的病房、床位、科室等为诊断明确、症状轻且稳定的安宁疗护患者提供机构和居家安宁疗护服务，也有相对独立的安宁疗护中心收住患者或指导社区患者开展居家/家庭安宁疗护。

居家/家庭安宁疗护开设于各种机构，形式机制多样，如家庭病床、家庭医生、巡诊、上门服务、互联网远程服务等，由机构在特定的机制下为诊断明确、症状轻且稳定的安宁疗护患者提供居家服务。

二、现阶段中国安宁疗护体系建设面临的主要挑战

（一）人才资源十分匮乏

作为护理人员，他们的薪酬水平较低，而且工作往往不被社会理解，在日常工作中经常面临加班时

间过长、心理压力过大等问题。此外，安宁疗护工作者还面临着专业人才匮乏的问题。来自中国安宁疗护专业教育培养的缺席。当前国内医学院校本专科阶段开设安宁疗护学课程较少，而安宁疗护对从业者继续参加培训的动机较强，现有培训的力度、广度、深度却明显不足，无法满足他们的成长需求。

（二）投入资金明显不足

总体来看，中国安宁疗护事业仍然存在经费投入不足的问题。许多开设安宁疗护科的医院表示，该科室往往处于亏损状态，因为它不像其他科室依靠高精尖手术或检查创收，主要支出是人力成本（医护人员、心理师、社工等）和场地成本，收入却很低。另一方面，由于收费低、不盈利，医疗机构不愿开设或扩大安宁疗护床位，导致总供给不足，形成“一床难求”的尴尬局面。此外，资金不足问题还反映在筹资渠道单一上。目前，安宁疗护的费用大多通过基本医疗保险按项目报销，但报销范围狭窄，主要报销的是符合疾病诊疗项目的药品、检查等，而对占大部分的床位费、护理费、心理关怀等非治疗性服务的支付标准极低或不予支付。

（三）安宁疗护资源分配不均

从分配结构来看，国内安宁疗护不仅存在经费不足、人才资源短缺，还存在分配不均的问题。国家统计局数据报告，每年有 960 万到 990 万死亡人数，仅有 3% 接受了安宁疗护服务，安宁疗护服务受益群体较少，且公众需求日益凸显^[1]。从地区来看，北京、上海等大城市的安宁疗护医院 / 病房发展较快，安宁疗护机构分布集中在东部沿海地区和珠三角地区^[2]；而在广大中西部地区、东北地区等，安宁疗护服务几

乎为空白，或仅有零星机构勉强支撑，无法形成有效服务网络。从城乡来看，安宁疗护资源高度集中在省会城市或大城市，而农村地区成为了安宁疗护服务的“真空地带”。中国大量需要安宁疗护服务的终末期患者居住在农村，但和城市居民相比，他们能获得的社区支持和专业安宁疗护服务微乎其微。

（四）公共认知明显滞后

从中国传统观念和习俗角度来看，让人们放弃对临终患者的原发病治疗往往不易被接受。传统观念提倡“百善孝为先”，大多数人在至亲之人即将死去之时，仍然竭尽全力寻求延缓死亡的救治方案，要求医院“全力救治”。而将亲人送至安宁疗护机构进行姑息治疗，这并不被认为能够较好地诠释孝道，作出该选择的亲人家属也可能面临来自其他亲朋好友的质疑。因此，受传统孝道的影响，大多数患者及其家属对安宁疗护的认识和接受程度较低。另一方面，由于中国安宁疗护事业自改革开放后才逐渐发展，对安宁疗护的公共宣传、科普力度不足，当前社会中的大多数人没有对“安宁疗护”这一概念的基本认识，更难以接受不采取“全力救治”手段对抗疾病的“安宁疗护模式”。

三、推动中国安宁疗护体系建设的 路径选择

（一）加强安宁疗护专业化队伍建设

一是改善安宁疗护人员职业处境，建立健全对安宁疗护医生、护士、社会工作者、志愿者的激励机制。医院等机构中心需要改革绩效考核制度，不能简单以经济创收为导向，而应将心理疏导、人文关怀、

[1][2] 袁梦玲, 龚莉娜, 程雪莹, 等. 老龄化背景下安宁疗护服务发展现状及对策分析 [J]. 全科护理, 2023, 21(11):1481-1485.

家属支持等“软性服务”量化纳入考核指标，实现工作量与薪资的公平匹配。政府可设立安宁疗护专项补贴，用于提高该岗位人员的特殊岗位津贴，提升职业吸引力，以留住安宁疗护人才。二是加强专业化人才的培养，建立系统化的人才培养体系。一方面，应将安宁疗护课程更多地融入本专科教育体系之中。另一方面，针对在职人员，应逐步建立国家、省、市三级联动的安宁疗护继续教育网络。培训内容不应局限于医疗护理，还应涵盖心理纾缓、哀伤辅导、沟通技巧、灵性关怀及伦理法律等，提升培训的广度与深度。三是完善安宁疗护服务规范。具体服务规范制定既需要参考国际经验，更要结合国情实际。需明确服务对象的收治准入标准、核心服务内容、多学科团队协作流程、服务质量评估指标等，为专业人员提供清晰、可操作的实践指引，从而改变当前服务水平参差不齐的局面。

（二）多举措、全方位拓宽安宁疗护资金投入渠道

一是引导社会资本与慈善力量进入安宁疗护产业，通过建立公开透明的慈善捐助平台，引导社会慈善资金精准投向该领域。政府也可以通过税收减免、土地优惠等政策，鼓励商业保险公司开发专属的安宁疗护保险产品，吸引社会资本投资兴建安宁疗护机构。二是改革基本医疗保险支付方式。积极探索将体现安宁疗护核心价值的“非治疗性”服务，如个性化护理、心理关怀、社工服务、哀伤辅导等，纳入医保报销目录。这不仅能减轻患者经济负担，也能使服务机构获得合理补偿，减少服务机构运营的经费压力。三是构建分类分级的支付体系。借鉴国际上成熟的“按人头付费”或“打包付费”模式，即根据患者的疾病严重程度和预期生存期，预先设定一个固定的支付总额。这能激励医疗机构主动提供最高效、最人性化的服务，而非通过延长住院或过度检查来获利，从而与安宁疗护“减少不必要创伤性治疗”的理念相契合。

（三）优先解决安宁疗护资源空间分配不平衡问题

在宏观层面，需要建设科学高效、自上而下的安宁疗护总体服务网络，促进从省、市二、三级医院到基层社区组织与医疗机构的资源下沉与高效联动。在微观层面，安宁疗护的发展可以与基层社会养老服务深度融合，推动乡镇传统敬老院、幸福院转型升级，增加安宁疗护功能，使其成为一个多功能、高水平的安宁疗护中心。此外，还可以动员社会力量，整合社会与社区资源，发扬邻里、亲朋的互助文化，凝聚安宁疗护发展的核心动力。

（四）多渠道提升公众对安宁疗护的认知度

为提高公众对安宁疗护的认知，可以利用社交媒体等媒介平台，制作分享短视频、开展专题直播、互动问答等，提高安宁疗护的公共宣传和科普力度。在宣传与科普中，可以与医疗机构、公益组织等积极联动，制作出更多具有深度、具有温情、具有吸引力的宣传内容。发展有关安宁疗护的全民生命教育。鼓励将生命教育纳入公共健康教育体系，在中小学素质教育及大学通识课程中，引入生命教育与死亡教育内容，帮助年轻一代从小建立对生命历程的完整认知。在社区和企事业单位，则可以定期举办安宁疗护知识讲座和体验活动，让公众能够提前思考并规划自己的终末期选择，从而在自己或亲属朋友面临生死问题时能够作出更加温情、合理的决策。**H**

【本文系江苏省无锡市朗新公益基金会资助“生命慧育，心源启明”项目阶段性成果】

作者单位：陆杰华，中国人民大学人口与健康学院；

唐帷涛，北京大学社会学系

责任编辑：王勇 林晓红