

相继落地，国内多地也逐渐展开安宁疗护服务探索与实践，专业化安宁疗护中心、病房、专业机构、社区居家等多种形式的安宁疗护服务不断发展。

2016年以“推进安宁疗护工作”为主题的第49次双周协商座谈会的顺利召开及次年《安宁疗护中心基本标准和管理规范（试行）》《安宁疗护实践指南（试行）》等政策文件的发布，标志着安宁疗护服务由局部发展推动至国家整体规划的发展阶段。国家卫生健康委员会也于2017年、2019年和2023年先后启动三批安宁疗护试点工作，覆盖全国185个市（区）。

目前，我国经过三十余年的探索与推进，安宁疗护地位已有明显提高。截至2023年10月，全国设有安宁疗护科的医疗卫生机构已超4000家，<sup>[3]</sup>安宁疗护正逐渐成为国内各地区健康发展规划中的一个重要部分。

## 安宁疗护在我国的发展困境

### （一）安宁疗护制度设计尚不完善，服务供给碎片化

政策制度的支持与完善是安宁疗护服务得以流畅化规模化发展的必要基础。通过梳理中央及地方发布的政策性文件，可以发现现有政策支持与制度设计多为宏观性指导或工作实施意见，对安宁疗护服务对象需求衡量标准、服务供给的考核标准、各类安宁疗护之间的转介与衔接等实践过程中的细节性问题与流程缺乏明确的制度性规定；对非医疗服务的收费、医保报销以及社区、居家安宁疗护服务所需的硬性支持涉及较少，造成服务供给内容碎片化、连续性不足，供给质量参差不齐的问题。<sup>[4]</sup>此外，安宁疗护发展的资金支持也存在一定的问题。安宁疗护作为一项需求大、成本高的社会福利服务，其服务发展的资金虽由政府补贴、服务费用收取以及医疗单位支持三方面构成，但为缓解民众获得安宁疗护服务的压力，政府补贴仍为主要来源。而从长远来看，仅依靠政府补贴作为服务供给的主要资金来源难以使安宁疗护服务得到正向持续且完整的发展。

### （二）安宁疗护人力资源配置低，专业培训不足

安宁疗护是一项集症状控制、照护指导、心理支持、社会资源整合、哀伤辅导多方面功能于一体的关怀照护服务，须由医生、护士、社工师、心理咨询师、志愿者等不同学科的专业人员共同配合才能达到较好的效果。而从各地安宁疗护从业人员及志愿者的参与情况来看，目前普遍存在安宁疗护人力资源配置低，专业培训不足的情况。<sup>[5]</sup>如，北京市24家开设安宁疗护服务的医疗机构从业人员现状显示，多数医疗机构的安宁疗护团队以医生护士为主，仅有部分安宁疗护团队增加社工师、



北京大学首钢医院安宁疗护中心环境图

心理咨询师、营养师等专业人员；上海市7912名安宁疗护从业人员中，医护人员总体配置比例不足1:2，且多数安宁疗护从业人员表示现有培训力度、深度、广度不足，不能够应对临床实践所遇到的现实情况。安宁疗护人力资源配置低，专业培训不足不仅反映出我国安宁疗护人才队伍建设及培训体系存在较大的问题，也直接导致服务推进受阻，多数安宁疗护服务仅符合生理层面的照护标准，并未触及精神慰藉、接纳倾听等涉及改善终末期民众死亡质量的深层次内容。

### （三）民众获取安宁疗护服务的权利未能得到充分保障

民众优逝服务的选择与执行离不开完善的法律制度对其知情权、医疗决策权、生前预嘱的保障与认可。安宁疗护在我国的探索与实践已有三十余年，虽有《老年人权益保障法》等法律对安宁疗护服务的重要性予以认可，但却并未出台一般法或单行法对民众获取安宁疗护服务的权利予以保障，也并未明确颁布医务人员实施安宁疗护医疗措施的条例。导致在临床实践过程中，医生为避免产生医患纠纷，在面对患者确诊重大疾病的情况出现时常常选择患者家属作为病情告知的第一人，将告知病情与隐瞒病情的权利交到患者家属手中。多数家属