

分级诊疗制度下江苏省安宁疗护服务项目需求与实施现状调查*

张慧超^{①②}, 吴金凤^③, 苏孟宇^④, 李晓燕^⑤, 周宁^⑤,
周智^⑥, 陈燕子^⑦, 李捷^④, 吴静^③, 张玉玺^⑦

摘要 目的: 调查江苏省安宁疗护服务项目的开展现况, 分析江苏省不同级别医院对安宁疗护服务项目的需求、实施情况, 并结合相关文献、医保政策等提出建议。方法: 采用自行设计的“安宁疗护服务项目开展现状调查表”进行调查。结果: 实际调查63家实施安宁疗护服务的医院, 包括41家三级医院、10家二级医院和12家一级医院。114个安宁疗护相关服务项目, 根据不同医院的等级分组, 得出已纳入医保相关服务项目需求—实施均值为: 一级医院10.40%, 二级医院31.10%, 三级医院23.90%; 未纳入医保相关服务项目需求—实施均值为: 一级医院16.40%, 二级医院43.10%, 三级医院32.40%。结论: 分级诊疗制度下的安宁疗护亟待从三级医院下沉至一级、二级医院。部分已纳入医保的相关服务项目难以在安宁疗护科室享受医保待遇, 难以实施。未纳入医保的安宁疗护相关服务项目有较大发展空间。

关键词 安宁疗护服务项目; 分级诊疗; 医保政策; 江苏

中图分类号 R1-9; R195 **文献标志码** A **文章编号** 1003-0743(2023)08-0060-06

Investigation on the Demand and Implementation Status of Hospice Care Services under the Hierarchical Diagnosis in Jiangsu Province/Zhang Huichao, Wu Jinfeng, Su Mengyu, et al./Chinese Health Economics, 2023, 42(8): 60-65

Abstract Objective: To investigate the current situation of hospice care service projects in Jiangsu Province, analyze the demand and implementation of hospice care service projects in hospitals of different levels in Jiangsu Province, and put forward suggestions based on relevant literature and medical insurance policies. **Method:** The current situation of hospitals providing hospice care services in Jiangsu Province was investigated by using the self-designed “Hospice Care Service Project Status Questionnaire”. **Results:** A total of 63 hospitals providing hospice services were surveyed, including 41 tertiary hospitals, 10 secondary hospitals and 12 primary hospitals. A total of 114 hospice care related service items were grouped according to different hospital levels, and the average demand for covered medical insurance related service items was 10.4% in primary hospitals, 31.1% in secondary hospitals and 23.9% in tertiary hospitals. Demand for services not covered by medical insurance: the mean of implementation was 16.4% for primary hospitals, 43.1% for secondary hospitals and 32.4% for tertiary hospitals. **Conclusion:** Hospice care under the hierarchical diagnosis should be transferred from tertiary hospitals to primary and secondary hospitals. Some of the related service items that have been included in medical insurance are difficult to enjoy medical insurance treatment in hospice care departments and difficult to implement. Hospice care services that are not covered by medical insurance have a large space for development.

Keywords hospice care services ; investigation hierarchical diagnosis; medical insurance policy; Jiangsu

First-author’s address Nanjing university of Chinese medicine, Nanjing, 210046, China

Corresponding author Zhang Yuxi, E-mail: zhangyuxi830@163.com

随着老龄化社会的到来与医疗水平的进步, 如何

* 基金项目: 江苏省科学技术协会调研课题 (JSKXKT 2022034); 江苏省老年健康科研课题 (LKZ2022002); 国家自然科学基金 (71704084); 江苏省研究生科研与实践创新计划 (SJCX22_0701)。

- ① 南京中医药大学附属南京医院 (南京市第二医院) 南京 210003
- ② 南京中医药大学 南京 210046
- ③ 江苏省护理学会 南京 210009
- ④ 南京医科大学 南京 211166
- ⑤ 中国人民解放军东部战区空军医院 南京 210000
- ⑥ 南京明基医院 南京 210019
- ⑦ 南京医科大学第一附属医院 (江苏省人民医院) 南京 210029

作者简介: 张慧超 (1996—), 女, 护师, 硕士学位; 研究方向: 护理管理、安宁疗护; E-mail: woshizhanghuichao@126.com。

通信作者: 张玉玺, E-mail: zhangyuxi830@163.com。

在生命的最后一环保证患者的生命质量使其安宁、有尊严地离去, 已成为世界关注的重要话题。世界卫生组织 (WHO) 指出, 在发展中国家大约有 78% 需要安宁疗护^[1]。而我国安宁疗护起步较晚, 社会认知度较低。近年来, 国家层面高度重视安宁疗护的发展, 明确了安宁疗护作为健康连续照护体系的最后一环。《国家卫生健康委办公厅关于开展第二批安宁疗护试点工作的通知》(国卫办老龄函〔2019〕483号) 指出, 截至 2022 年底, 江苏省较多的医疗单位积极申请实施安宁疗护服务。然而, 研究组通过前期走访发现, 不同医院对安宁疗护项目的需求、实施与医保政策存在争议。目前我国安宁疗护尚在试点阶段, 尚无安宁疗护服务项目清单, 相关政策没有明确规定, 所以不同医院实施安宁疗护服务的情况不同, 需求和实施情况都存在争议。本研究旨在调查江苏省安宁疗护服务项目

开展情况,分析江苏省不同级别医院对安宁疗护服务项目的需求和实施情况,并结合相关文献、医保政策等提出建议。

1 对象与方法

1.1 调查对象

于2022年7月7日—10月31日,江苏省护理学会对江苏省各级医院进行目的抽样。将问卷发放给江苏省13个市级护理学会,再由各市级护理学会向实施安宁疗护的各级医院发放。问卷发放数量为65份,共回收63份有效问卷,回收率96.92%。最终对纳入63家实施安宁疗护服务的医院进行现状调查研究。由实施安宁疗护的医院临床管理者填写“安宁疗护服务项目开展现状调查表”。

1.2 调查工具及内容

1.2.1 调查表初设计。基于以往文件与文献《国家卫生健康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)、《安宁疗护专科护理》^[1]《江苏省基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施范围及支付标准(20210120)公示版》),梳理安宁疗护试点服务项目,对其整合归类,初步形成“安宁疗护服务项目开展现状调查表”。

1.2.2 专家咨询。为讨论调查问卷可行性。于2022年5—6月对3家南京市实施安宁疗护的医院进行小组讨论,对8位南京市安宁疗护专家和1位统计学专家进行线下走访。9位专家平均年龄为44岁,5位高级职称,4位中级职称,6位就职于三级医院,2位就职于二级医院,1位就职于一级医院。

1.2.3 预调查。选取南京市5家安宁疗护试点医院进行预调查,基于代表性原则,预调查医院级别分别为三级医院2家,二级医院2家,一级医院1家。预调查问卷收集后,对预调查医院电话随访或走访,再次确定调查表的逻辑完整性和条目可及性。

1.2.4 调查内容。(1)一般人口学资料:包括医院名称、地址、级别、性质、是否实施安宁疗护、填写者姓名、联系方式等。(2)内容:包含2个大类别和12个小类别,共114项服务项目条目的调查表。一般检查治疗(47项),其他医疗服务项目(1项),家庭医生签约服务(1项),心脏及血管系统(3项),精神心理卫生(11项),麻醉(7项),物理治疗与康复(6项),疼痛诊疗类(8项),中医及民族医诊疗类(11项);未纳入医保相关服务项目:症状控制类(3项),舒适照护(6项),心理支持与人文关怀(10项)。对安宁疗护各项服务的需求和实施情况调查。需求度分为6个等级:“非常不需要”“不需要”“较不需要”“较需要”“需要”“非常需要”,由被调查者根据其自身认识填写。实施情况设置为实施和未实施两种。如在调查前1年内(2021年1月—2022年12月)实际开展该项目,认为实

施。并设置对补充情况填空,补充本调查表中未提及的服务项目。

1.3 统计学方法

采用Excel 2019和SPSS 26.0软件对数据进行整理与分析。采用频数、百分比对调查对象医院所在城市、医院级别、医院性质进行描述。

定义需求度为服务项目“非常需要”“需要”“比较需要”的占比;定义实施情况为不同服务项目实施的占比。需求—实施为:项目需求情况(%)减去实施情况(%)。

针对需求度,使用雷达图描述各部分总体评分占比。针对实施情况,雷达图描述各部分总体评分占比。针对需求—实施比例,使用雷达图,描述其各部分总体评分占比。

2 结果

2.1 一般资料

江苏省13个市共63家开展安宁疗护的医院完成调研,包括41家三级医院,10家二级医院,12家一级医院。公立医院47家,私立医院16家。

2.2 各级医院中不同类别服务项目需求、实施以及需求—实施的平均值

根据是否纳入医保和安宁疗护相关服务项目12个类别,得出一级医院、二级医院、三级医院中不同类别服务项目需求、实施、需求—实施的平均值(表1)。

2.3 各级医院中需求情况占比>80%的安宁疗护相关服务项目

一级医院中,需求情况占比>80%的服务项目:吸痰护理(83.33%)、氧气吸入(83.33%)、肌肉注射(83.33%)、压疮风险评估(83.33%)、静脉注射(静脉采血)(83.33%)、身体清洁护理(83.33%)、指脉氧监测(83.33%)、悲伤辅导/哀伤辅导(83.33%)、静脉输液(83.33%)、鼻饲管置管(83.33%)、心电监测(83.33%)、睡眠质量评估(83.33%)、健康状况评定(83.33%)、生前预嘱/预立医疗照护计划(83.33%)、死亡教育(83.33%)、营养状况评定(83.33%)、体位护理(83.33%)、家庭会议(83.33%)、皮试(83.33%)、尊严疗法(83.33%)。纳入医保项目11项,未纳入医保项目9项。

二级医院中,需求情况占比>80%的服务项目是:中心静脉穿刺置管术(100.00%)、压疮风险评估(100.00%)、II级护理(100.00%)、I级护理(100.00%)、导尿(100.00%)、静脉注射(100.00%)、雾化吸入(100.00%)、胃肠减压(100.00%)、留置导尿加收(100.00%)、吸痰护理(100.00%)、氧气吸入(100.00%)、肌肉注射(100.00%)、静脉注射(静脉采血)(100.00%)、灌肠(100.00%)、静脉输液(100.00%)、鼻饲管置管(100.00%)、皮试(100.00%)、睡眠质量评

表1 安宁疗护服务项目是否纳入医保的需求、实施以及需求—实施的平均值

%

是否纳入医保 及服务项目	需求平均值			实施平均值			需求平均值—实施平均值		
	一级医院	二级医院	三级医院	一级医院	二级医院	三级医院	一级医院	二级医院	三级医院
是									
一般检查治疗	57.80	76.38	79.08	47.52	64.45	67.61	10.28	11.94	11.47
其他医疗服务项目	75.00	40.00	87.80	66.70	20.00	75.60	8.30	20.00	12.20
家庭医生签约服务	50.00	70.00	80.50	33.30	10.00	31.70	16.70	60.00	48.80
心脏及血管系统	77.77	83.33	95.13	72.57	80.00	89.43	5.20	3.33	5.70
精神心理卫生	57.58	68.18	84.48	40.15	21.82	47.89	17.43	46.36	36.59
麻醉	28.59	64.29	56.43	26.21	45.71	41.51	2.37	18.57	14.91
物理治疗与康复	66.65	78.33	79.67	56.95	40.00	54.08	9.70	38.33	25.58
疼痛诊疗类	32.16	68.57	67.59	25.01	30.00	40.77	7.140	38.57	26.81
中医及民族医诊疗类	43.76	70.83	70.22	27.10	28.33	37.40	16.66	42.50	32.82
否									
症状控制	61.10	76.67	86.97	38.87	23.33	55.30	22.23	53.33	31.67
舒适照护	70.82	78.33	90.65	68.05	43.33	61.40	2.770	35.00	29.25
心理支持与人文关怀	73.30	65.00	85.90	49.20	24.00	49.50	24.10	41.00	36.30

估 (90.00%)、灸法 (90.00%)、造瘘护理 (90.00%)、营养状况评定 (90.00%)、身体清洁护理 (90.00%)、日常生活能力评定 (90.00%)、物理降温 (90.00%)、心电监测 (90.00%)、心肺复苏术 (90.00%)、静脉穿刺置管术 (90.00%)、膀胱冲洗 (90.00%)。纳入医保项目 25 项，未纳入医保项目 3 项。

三级医院中，需求情况占比 >80% 的服务项目：吸痰护理 (100.00%)、氧气吸入 (100.00%)、肌肉注射 (100.00%)、压疮风险评估 (100.00%)、I 级护理 (100.00%)、导尿 (100.00%)、物理降温 (100.00%)、疼痛综合评定 (100.00%)、心理治疗 (100.00%)、静脉注射(静脉采血) (97.59%)、静脉注射 (97.59%)、雾化吸入 (97.59%)、灌肠 (97.59%)、胃肠减压 (97.59%)、身体清洁护理 (97.59%)、日常生活能力评定 (97.59%)、指脉氧监测 (97.59%)、换药 (97.59%)、动静脉置管护理 (97.59%)、机械辅助排痰 (97.59%)、心理咨询 (97.59%)、悲伤辅导/哀伤辅导 (97.59%)、静脉输液 (95.10%)、鼻饲管置管 (95.10%)、留置导尿加收 (95.10%)、中心静脉穿刺置管术 (95.10%)、心电监测 (95.10%)、睡眠质量评估 (95.10%)、造瘘护理 (95.10%)、健康状况评定 (95.10%)、心理干预 (95.10%)、生前预嘱/预立医疗照护计划 (95.10%)、死亡教育 (95.10%)、营养状况评定 (92.67%)、静脉穿刺置管术 (92.67%)、体位护理 (92.67%)、血氧饱和度监测 (92.67%)、贴敷疗法 (92.67%)、家庭会议 (92.67%)、认知疗法 (92.67%)、引流管冲洗 (92.67%)、音乐治疗 (92.67%)、生命回顾 (92.67%)、皮试 (90.20%)、静脉高营养治疗 (90.20%)、肠内高营养治疗 (90.20%)、自控镇痛 (90.20%)、尊严疗法 (90.20%)、肠外营养配置 (87.81%)、冷热湿敷

(87.81%)、松弛治疗 (87.81%)、暗示治疗 (87.81%)、绘画疗法 (87.81%)、尸体料理 (87.81%)、II 级护理 (82.90%)、谵妄评估 (82.90%)、生存期动态评估 (82.90%)、精神科 A 类量表测查 (82.90%)、精神科 B 类量表测查 (82.90%)、辩证施膳指导 (81.50%)、灸法 (80.50%)、中段尿培养尿液留取 (80.50%)、家庭医生签约服务 (80.50%)、术后镇痛 (80.50%)，纳入医保项目 50 项，未纳入医保项目 15 项。

2.4 安宁疗护相关服务项目的的需求比例

三级医院所有类别安宁疗护服务项目的的需求均值都大于一级医院，且三级与二级医院需求相似 (图 1)。

2.5 安宁疗护相关服务项目的实施比例情况

各级医院不同类型安宁疗护相关服务项目的实施比例均值走势较不统一，各级医院不同类型项目实施情况不同。二级医院大部分服务项目类型的实施均值小于一、三级医院 (图 2)。

2.6 安宁疗护相关服务项目的的需求—实施比例情况

各级医院需求—实施比例均值的差值在各类安宁疗护服务项目中的走势较为相似。整体需求—实施比例均值二级医院 (34.09%) > 三级医院 (26.01%) > 一级医院 (11.91%)，图 3)。

2.7 安宁疗护相关服务，根据项目需求—实施比例

不同级别医院中，未纳入医保的项目比纳入医保的项目需求—实施比例均值大。二级医院 (43.10%) 中未纳入医保的项目需求—实施比例均值比一级医院 (16.40%) 和三级医院 (32.40%) 要大 (图 4)。

3 讨论与建议

3.1 居家安宁疗护和心理支持是今后安宁疗护实施的重点

居家安宁疗护是今后安宁疗护实施的重点。受

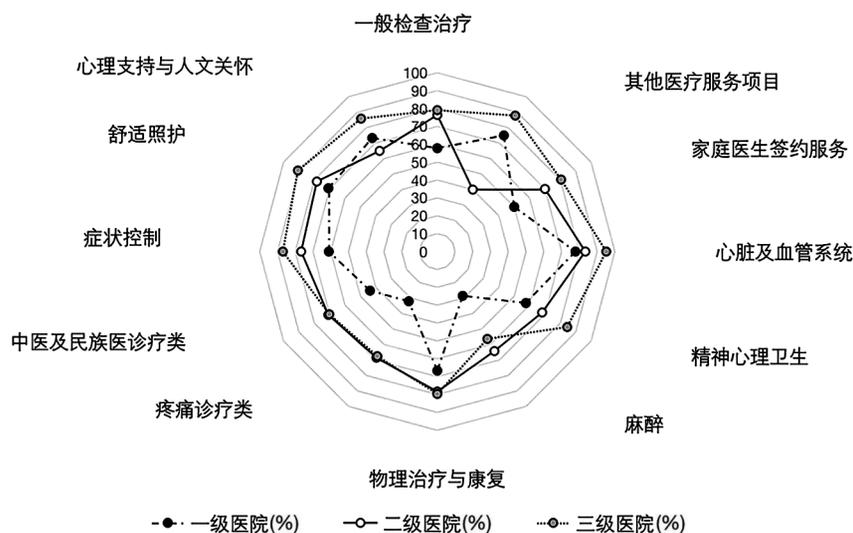


图1 各级医院对不同类别项目需求比例均值比较



图2 各级医院对不同类别项目的实施比例均值情况

“落叶归根”传统文化观念的影响，居家安宁疗护是大多数患者生命终末期的愿望。居家安宁疗护具有减轻患者及其照护者的症状负担和经济压力，改善生活质量等优点^[9]。接受居家治疗的患者医疗费用明显低于住院接受姑息治疗的患者，且可避免医疗资源的浪费和过度治疗^[9]。本研究发现，家庭医生签约服务类安宁疗护相关服务项目的需求大，实施少，且需求—实施的差值排行靠前，目前这类服务项目的实施无法满足相对的需求与管理者的期待。

心理支持符合安宁疗护的核心理念，也是今后安宁疗护实施的重点内容。对临终患者的心理支持是指能够主动识别患者的心理问题，并可经相应诊疗团队

解决的方法。虽然心理支持是安宁疗护的核心理念，但课题组调查显示，精神心理卫生和心理支持与人文关怀类相关服务项目的需求大，实施少，存在此类服务项目供求失衡的问题。

各级医院需求—实施差值的排序中可以明显看出，家庭医生签约服务、精神心理卫生和心理支持与人文关怀类安宁疗护相关服务项目的重要地位。所以居家安宁疗护（家庭医生签约服务类）和心理支持（精神心理卫生和心理支持与人文关怀类）是今后安宁疗护实施中需要重点发展的服务项目。

不可否认，人才的培养、方法的健全、文化的冲突等都可能是影响实际试点过程中此类项目实施进度的原因，但是收费与医保问题可能是实施难以满足需求的主要原因之一。2023年全国“两会”期间，多位全国人大代表提出安宁疗护的医保政策问题。虽然家庭医生签约服务明确为医保收费项目，但是目前居家安宁疗护尚在探索阶段，较多居家类项目的相关医保政策尚未健全^[3-4]。而精神心理卫生类相关服务项目虽然属于医保范畴，但是只能在规定的心理

科室享受医疗保障，心理支持与人文关怀类属于未纳入医保服务项目，这些服务项目虽然是安宁疗护中重要的服务项目，但是由于目前未纳入医保与各级医院管理者对安宁疗护的服务优先理念有所偏差，所以真实实施情况难以符合相应的需求。

建议扩充精神心理卫生类等安宁疗护相关项目的医疗保障范畴，不让医保范围受限成为安宁疗护实施困难的主要原因。建议可以培养安宁疗护专科人才，加设心理专科护士。但开业护士在国内不具备处方权条件，建议赋予同时具备安宁疗护专科资质和心理专科资质的开业护士合理的处方权^[9]。此外，应当完善居家安宁疗护的医保相关政策，建立从三级医院到一级

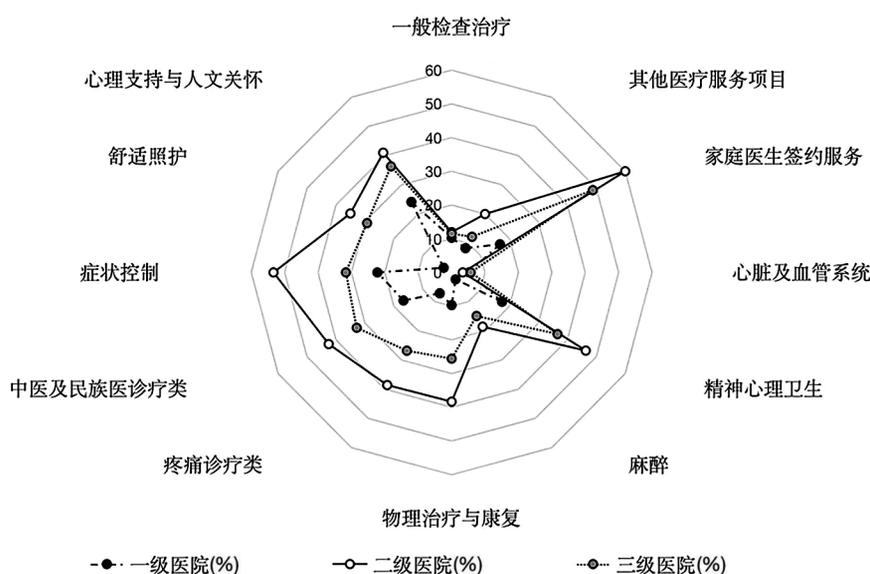


图3 各级医院对不同类别项目的需求—实施比例均值

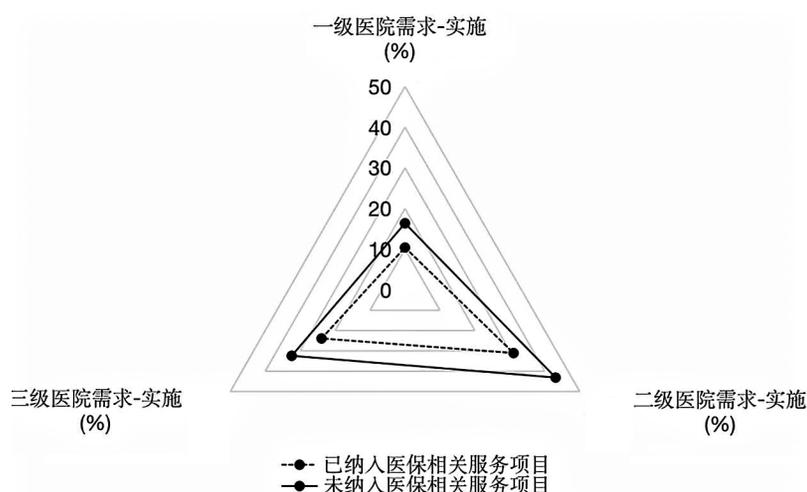


图4 不同级别医院对是否纳入医保项目需求—实施比例均值

医院、从医院到居家多层次的安宁疗护医保实行方案，保障人民生命终点的质量。

3.2 一些已纳入医保的特色项目需要加大实施力度并与安宁疗护服务融合

本研究发现，已纳入医保的常规医疗服务项目（一般检查治疗和心脏及血管类）在各级医院中开展较好，而已纳入医保的特色医疗服务项目（物理治疗与康复类、中医及民族医诊疗）虽然需求度较高，但实施情况较差，需求—实施的差值较高。各级医院对物理治疗与康复类项目都表现出较高需求（均值76.10%）且中医及民族医诊疗类需求与实施比例平均数的差值在各级医院中也明显较大。二级医院中特色服务项目的需求—实施空白相较于一级医院和三级医院更大。如，二级医院物理治疗与康复类服务项目中

的虚拟情景康复训练和疼痛诊疗类中的自控镇痛需求—实施差值都是70.00%，需求—实施差值远远大于同类其他等级医院。

本研究中的物理治疗与康复类安宁疗护服务项目为日常生活能力评定等评估类项目，与患者的症状控制相关，虽然已纳入医保，但是安宁疗护相关科室尚不能享受此类项目的医疗保障。

相关文献提出，安宁疗护与中医观念有重合之处。建议发展中医特色安宁疗护服务项目，培养安宁疗护加中医类的专科人才，推动中医症状缓解方法与安宁疗护的融合^[6]。

3.3 三级医院“做得多，领头做”，二级医院“做得少，很想做”，一级医院重视舒适照护

三级医院对大多数项目的实施呈现出“做得多”的状态，二级医院对大多数项目的实施呈现出“做得少”的状态，一级医院在舒适照护等方面比二级和三级医院做得更多。

目前，仍然处于三级医院“领头做”与安宁疗护资源下沉二级、一级医院的过程中。三级医院“领头做”主要表现为江苏省三级医院实施安宁疗护数量更多，且三级医院对各类安宁疗护相关服务的需求都很大。虽然三级医院的功能定位是要承担急难危重患者的救治，但是患者和家属更倾向于选择三级医院安宁疗护。患者与家属秉持三级医院医疗水平更高的固有思想，驱使他们倾向于三级医院就医。个人感性化等因素^[7]驱使安宁疗护资源难以下沉至一二级医院。

二级医院“很想做”主要表现为二级医院已纳入和未纳入医保项目数量都比一级和三级医院的多；二级医院在雷达图的外圈，对所有类型项目的需求—实施都大于一级和三级医院，有较大的发展空间。有研究调查发现，二级医院病床使用率在逐年下降^[8]，可见医疗能力尚未发挥，有待真正落实分级诊疗的政策。

应当鼓励二级医院积极实施安宁疗护，给予一定的政策支持，促进安宁疗护服务实施，加强安宁疗护人才培养，完善三级—二级—一级医院之间转介流程和责任分工，扩充三级联动安宁疗护模式及安宁疗护相关评估系统的依据与内涵。

3.4 未纳入医保的安宁疗护相关服务项目发展空间大

本研究归纳了部分医保内和未纳入医保的安宁疗护相关服务项目，并对江苏省各级医院进行调查。结果显示，各级医院未纳入医保的比已纳入医保的安宁疗护相关服务项目需求—实施的差值更大，实施发展的空间更大。目前未纳入医保的安宁疗护相关服务项目存在定价不明确、资源与补偿之间不平衡等问题，但具体如何进行付费以及付费的标准至今没有明确，患者与医疗部门之间的利益平衡亟待相关政策的干预。因此，安宁疗护服务项目医保政策与自主收费机制有待进一步完善。《上海市基本公共服务实施标准（2022年版）》将安宁疗护列为基本公共服务并新增安宁疗护服务项目为第49个项目。徐嘉婕等^[9]也提出应实施安宁疗护非医保项目外的公共服务实施标准研究。在德国，法律规定安宁疗护由长护险保障。方嘉珂等^[10-11]分析我国安宁疗护纳入长护险的可行性，提出我国可以通过立法降低长护险准入条件，补充长护险失能等级考察指标与给付标准划分依据，解决安宁疗护接受者因长护险准入体系及给付标准划分依据不合理，未能享受公平待遇的问题。

建议扩大已纳入医保安宁疗护相关服务项目的统筹覆盖范围，并将未纳入医保的安宁疗护相关服务项目纳入相应类型的医保范畴或长护险等其他类型保障中，整合各级医院安宁疗护相关科室可用的医保体

系，充分发挥各级医院相对的安宁疗护职能并保障患者的末期生命质量。

参 考 文 献

- [1] World health organization. Palliative care[EB OL]. [2022-12-01].<https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.
- [2] 湛永毅, 刘翔宇. 安宁疗护专科护理[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2020.
- [3] 张永喜, 刘淑媛, 李君艳, 等. 晚期癌症患者居家宁养服务与住院姑息治疗成本—效益分析[J]. 中国卫生经济, 2012, 31(4):73-74.
- [4] 徐嘉婕, 彭颖, 施永兴, 等. 上海市社区卫生服务中心安宁疗护服务提供和补偿研究[J]. 中国卫生经济, 2019,38(8):64-67.
- [5] 李明丹. 国内外护士处方权的研究进展[J]. 中国社区医师, 2019,35(27):9-11.
- [6] 许艺帆, 荆丽梅. 关于中医与安宁疗护融合发展的哲学思考[J]. 中医药管理杂志, 2022,30(11):1-4.
- [7] 石龙. 我国分级诊疗的痛点:政策理性与个人感性悖论[J]. 中国卫生经济, 2018,37(8):13-16.
- [8] 陈丽娟, 张帆, 刘金宝. 分级诊疗制度下社区卫生服务中心医疗服务承载能力研究[J]. 中国卫生经济, 2021,40(3):46-50.
- [9] 徐嘉婕, 彭颖, 施永兴, 等. 上海市社区卫生服务中心安宁疗护服务提供和补偿研究[J]. 中国卫生经济, 2019,38(8):64-67.
- [10] 方嘉珂. 德国养老新动向——公司化 保险化 法制化 外籍化[J]. 社会福利, 2009(7):55-56.
- [11] 胡芳, 韦彦名. 长期护理保险制度参与安宁疗护的挑战与对策研究[J]. 卫生软科学, 2023,37(1):71-76.

[收稿日期: 2023-05-27] (编辑: 毕然)

(◀◀上接第59页◀◀)

- [5] 蒋艳, 余京飞, 王倩宏, 等. “十三五”期间北京市基层中医药发展现状研究: 基于机构法中医总费用核算[J]. 中国卫生经济, 2022,41(10):44-48.
- [6] 蒋艳, 满晓玮, 赵丽颖, 等. 北京市“医药分开”“医耗联动”改革前后不同来源患者治疗费用机构流向变化研究[J]. 中国卫生经济, 2022,41(8):29-33.
- [7] 陈志芬, 韦成玉, 陈广辉, 等. 中药内服治疗腰椎间盘突出症常用方的选择策略[J]. 临床医学研究与实践, 2022,7(14):188-190.
- [8] 魏娜, 李静, 许保海. 我院2008—2011年中药饮片价格走势分析[J]. 中国药房, 2012,23(27):2588-2590.
- [9] 肖久庆, 刘丰榕, 肖冬媛, 等. 患者支付方式对住院费用水平影响的案例研究[J]. 中国医院管理, 2021,41(3):77-79, 87.
- [10] 薛慧颖, 喻兆阳, 李娟. 2019年版《国家基本医疗保险、

- 工伤保险和生育保险药品目录》解读[J]. 医药导报, 2020,39(1):1-9.
- [11] 黄诗尧, 杨练, 孙群, 等. 四川省恶性肿瘤患者住院费用及影响因素研究[J]. 现代医院管理, 2018,16(2):61-64.
- [12] 金雯, 张岩曦, 徐周. 基于ARIMA乘积季节模型预测恶性肿瘤住院量、住院费用及平均住院时间[J]. 现代医院, 2019,19(3):383-389.
- [13] 王淑强, 钟文洲. 结直肠癌患者住院费用构成分布及其影响因素分析[J]. 中国医药导报, 2019,16(23):118-121.

[收稿日期: 2023-05-15] (编辑: 高非)