

形成多层次的医疗护理体系，减轻市民相应负担

潍坊市职工长期护理保险试点成效明显

□于晓伟 王世斌 都镇强

长期护理保险是为因年老、疾病或伤残导致人身某些功能全部或部分丧失，需要长期照顾的参保人提供护理服务费用补偿的医疗保险。近年来，我国开始探索建立长期护理保险制度，为的是应对老龄化发展趋势带来的一系列新情况新问题。

据了解，目前，我国失能老人超过4000万，怎样对他们进行长期护理已成为社会性难题。由于家庭护理功能弱化，长期护理保障不足，许多老人选择离家长期住院，致使医院的医疗资源被大量占用。因此建立长期护理保险制度，是老龄化社会的需求，是解决长期失能人员护理难题的需求，是经济社会发展的一项重要重要的民生工程。

作为职工长期护理保险试点城市，潍坊市于2014年底建立了职工长期护理保险制度，2015年1月1日正式实施。潍坊市长期护理保险试点实施3年多以来，推进效果显著，得到了省市部门的充分肯定，受到了广大市民的热烈欢迎，形成了多层次的医疗护理体系。

潍坊市60岁以上的老年人210.7万，占总人口数的22.7%，高出全省平均水平1.3个百分点。潍坊市参加职工基本医疗保险170.1万人，截至2018年11月31日，潍坊市长期护理保险已经覆盖了全市城镇职工医保的全体参保人员。全市长期护理保险备案8221人，享受长期护理保险待遇共5.2万人次。

潍坊市职工长期护理保险制度着眼失能人员的不同医疗需求，确定了三种医疗护理方式。其中，一是居家护理，接受医护人员上门服务提供的医疗护理服务；二是机构护理，入住具有医疗资质的养老机构接受长期临床医疗护理；三是医疗专护，病情严重的重症失能人员入住定点医疗机构接受医疗专护。

着眼医保基金现状，潍坊市政府确定了多渠道的基金筹集模式。该市对医疗保险基金支付压力大的现状进行准确分析，确定了长期护理保险基金多渠道筹集和以收定支、收支平衡、略有结余的使用原则。目前，该市确定了职工医保统筹基金、个人缴费、福彩公益金等筹资渠道。从职工医保统筹基金中按照缴费基数0.1%划转；个人按照缴费基数(退休人员按养老金)的0.1%缴纳，从个人账户代扣；从

福彩公益金每年划拨600万元。

着眼失能参保人员的经济承受能力，合理确定护理保险待遇。考虑到享受护理保险待遇人员长期患病、年老体弱、家庭负担较重的实际，长期护理保险不设起付线，并规定了高于基本医疗保险的报销比例。其中，居家护理和机构护理的合规医疗护理费，由护理保险基金报销96%，个人负担4%；医疗专护的合规医疗护理费一、二、三级医院分别报销94%、92%、90%。

着眼参保人员和护理机构的需求，潍坊市社会保险事业管理中心科学布局护理机构，试点之初在全市遴选确定了98家定点护理机构。此后两年，在充分调研的基础上，根据参保人员和护理机构的需求，又增加部分定点护理机构，目前协议管理护理机构189家，其中，居家护理122家，机构护理22家，医疗专护45家。定点护理机构的布局更加合理，建立了服务半径更近、辐射范围更广的服务网络。

职工长期护理保险制度的运行，待遇的落实，必须依靠规范的经办管理来保证。潍坊市先后出台了《关于做好职工长期护理保险试点工作的通知》等6个文件，规范了准入条件、申报流程、结算管理、财务管理、评定标准等相关内容，并结合经办工作实际不断调整完善，切实加强监管考核工作。

其中，潍坊市制定了《潍坊市职工长期护理保险定点护理机构医疗护理服务质量考核办法》，围绕5大类18项考核内容，开展日常和年终考核。根据定点护理机构医疗护理服务质量考核总分，作为确定社会保险经办机构与定点护理机构服务协议续签资格的重要依据。通过严把事前、事中、事后“三关”，来保证长期护理保险服务质量。

着眼保障服务、主动控费，确定床日包干的结算办法。为促进护理机构主动控费，护理保险费用实行“定额包干、超支不补”的结算管理办法，接受机构护理和居家护理的参保人员，每床日总费用定额包干(含统筹范围内个人负担部分)为60元、50元；在一、二、三级定点医院接受医疗专护的，每床日总费用定额包干费分别为120元、170元、200元。

长期护理保险制度的建立，为以家庭养老和机构养老为主的失能老人搭建了医疗护理服

务平台，形成了“小病在家护理，大病住院治疗”的护理模式，解决了失能老人“住院贵、看病难”的问题。长期护理保险不仅解决了家属不懂医疗，护理不到位的问题，还送去了人文关怀，使失能老人获得了更多的心理慰藉，生活得更加体面，更有尊严，超出了单纯的医疗护理的意义。据了解，三年多来，潍坊市为失能老人提供了上门护理服务几十万次，深受参保职工欢迎。

长期护理保险制度对于优化现有医疗资源配置，引导社会力量举办“医养结合”的养老机构发挥了积极作用。潍坊市社会保险事业管理中心推动14家养老机构与定点医疗机构联合承办长期护理业务，签订了服务协议，让符合护理条件的老人享受到了医养结合的实惠便利。有的护理院与医疗机构合作组建了医养结合联合体，开展老年人保健、护理等服务，筹备一种有病治病、无病疗养、医疗和养老相结合的新型养老模式。护理院和医院病房之间建立绿色通道，入住护理院的老人可享受日常的卫生诊疗、护理服务，以及先入院后办理住院手续的服务等，充分体现“医养结合”的便利。

今后，潍坊市将加强护理人员队伍建设。着眼长护需要，鼓励支持护理机构培养和建设能够提供专业化优质服务的人员队伍。探索建立护理需求分级制度和评估标准。根据病情和护理等级确定相应的支付标准，改变目前支付标准“一刀切”的模式。探索由独立的第三方评估机构承担护理等级评估工作，增强护理等级评定的独立性，提高等级评定水平，体现公正、公开、公平的原则。

◆ 相关链接 ◆

参保人申请长期护理保险待遇，除符合规定条件外，需因疾病、伤残等原因常年卧床已达或预期达6个月以上。因年老、疾病、伤残等导致人身某些功能全部或部分丧失，常年卧床，生活无法自理，需要医护人员上门服务的，可以申请居家护理服务；长期在定点的养老机构或护理院居住，需要临床医疗护理的参保人员，可以申报机构护理服务；因病情需要长期住院维持治疗的参保人员可以申请在定点医院接受医疗专护。



潍坊市社保中心

着眼参保群众需求，推进医保服务“一次办好”

□韩健 都镇强

近年来，潍坊市社保中心按照潍坊市委、市政府关于“作风建设年”“一次办好”改革的安排部署，以参保群众需求为出发点和落脚点，推进医保服务改革举措落地，13项公共服务事项全部实现“一次办好”。特别是门诊特殊慢性病业务经办方面，呈现出“服务模式创新、经办质效提升、待遇水平提高、群众满意度提升”的效果。

主动作为，创新模式

优化经办流程，主动应变。门诊特殊慢性病是由专业人员审查准入的业务，申请办理较为复杂，需个人提交申请、专人审核病历、专家审查准入，有的病种还需要专业机构体检检验，经办环节多、工作流程长、证件发放慢。在“一次办好”改革中，潍坊市社保中心本着“一切方便参保群众”的理念，把自己摆在参保人员的位置审视经办工作，组织经办机构和医疗机构的专家，按照“三减”(减材料、减环节、减时限)的原则，逐个环节梳理，诸多事项整合，逐份材料压减，再造了整个业务流程，实现了全市范围内统一的“四个一”(一份材料、一窗通办、一个标准、只跑一次)门

诊特殊慢性病经办服务模式，办理环节压缩了7个、材料压减了3份、时间减少了2天，办理效率较以往“至少需要2人、准备4类材料、进2次门、跑2趟腿，全部办完需要12个环节”的模式提升近60%。

着眼群众需求，主动创变。深入医疗机构和慢性病患者中开展实地调研，摸清城市、乡镇和偏远山区等不同群体的就医需求，围绕“方便办、就近办、一次办”的目标，创造性改革，打通“一次办好”的“最后一公里”。推动门慢业务下沉办理，将服务关口前移至镇街社保所或部分乡镇医院，资料受理后由工作人员代送经办机构，家住偏远山区的参保人员，不出镇就能办理门慢业务，在家门口就能享受医疗待遇。推行门慢证件多渠道发放，在市人社局“个人网上大厅”“人社自助终端”都可自助打印，在全市布置了390处自助终端，参保人员在家里、在镇上就能打印证件，无需再到经办机构领取。仅此两项服务，累计就能减少患者跑腿40万余次，减少了奔波之苦。

结合工作实际，主动求变。一是与“综合柜员制”改革紧密结合。在改革之前，经办窗口按照业务划分，受理门慢业务的窗口一般为1—2个，经常出现参保群众排队等候的现象。通过“综合柜员制”改革，变单窗口受理为多窗口受理，实现了“一窗受理”，有效缓解了参保人员排队等待的问题。二是与核心业务系

统升级改造紧密结合。会同信息技术专家对经办环节和流程研究探讨，提出37个业务需求，升级业务信息系统，实现业务经办全程网络推送、运转。三是与基金监管紧密结合。按照方便群众、防范风险的要求，实行“前台受理、简单简化，后台审核、严格严谨”的经办模式，既确保监管有效到位，又最大限度方便群众，实现维护基金安全运行和改善群众办事体验的“双赢”目标。

转变作风，提质增效

把转变工作作风融入到提供医保最优服务和高效办理的全过程。体现在从申报到获取慢性病证件的全流程，用工作人员的“辛苦指数”换取群众的“满意指数”。

代替群众跑腿。对年老、卧床等行动不便的参保人员，开通慢性病体检“绿色通道”“上门服务”，工作人员带领专家上门为群众开展体检检验。在审核中，遇到病历材料证明不清楚不准确的情况，调用业务系统和医疗机构上传的既往住院、门诊病历查验印证，不用参保人员再次补交。办理证件需要的个人照片、信息全部后台提取，不用个人填表提交。办理结果主动提示，系统自动发送短信告知，不需要参保人员到窗口或电话查询，工作人员和信息数据多跑路，让参保人员少跑腿。

统一标准规范。针对职工医保、居民医保病种名称、审核标准不一的问题，组织医疗专家进行研究论证，制定了《关于规范基本医疗保险门诊特殊慢性病相关工作的通知》，对职工、居民医保共有的31个门慢病种名称进行了规范，对全部72个病种制定了共计216项鉴定标准。大幅压缩查体病种数量，将职工医保门慢查体病种数量由原先的22个缩减到7个，减少了70%。统一规定了查体病种申报时间，从“重管理”到“重服务”，变定期申报为随时申报。调整查体模式，变每季度固定组织查体1次为每月组织查体2次，且参保人员可自主选择查体时间，切实方便群众。

加大培训力度。利用现有网络组织业务培训，全市联动、全员参与，不断提升经办质量和水平。组织审核人员专项培训，采取骨干上课、难题会诊、专家带教、定期考试等多种方式，提高审核人员业务素质，大大提高了工作效率，将非查体病种的办结时限由7个工作日内压缩到5个工作日内，保障参保人员及时享受门慢待遇，切实减轻医药费用负担。

不断提高待遇，推动政策落地惠民

保障范围逐步扩大。潍坊市职工基本医疗保险制度实施之初，就建立了门慢就医管理制

度，经过十几年的发展，门慢病种从最初的5种增加到目前的72种；2015年居民医保制度整合之后，建立并逐步完善门慢制度，门慢数量达到31种，涵盖了潍坊市常见、多发的慢性疾病，在全省范围内均名列前茅，较好保障了参保人员的慢性病诊疗需求。

待遇水平稳步提升。职工医保、居民医保门慢报销比例按病种分别确定，职工医保平均报销比例达到82%以上，最高达到95%；居民医保按一档缴费的报销比例为60%，按二档缴费的报销比例为70%。年度最高支付限额也按病种分别确定，其中恶性肿瘤患者的放、化疗等重大疾病不设病种限额，与住院合并执行年度最高支付限额，职工医保达到100万元，居民医保达到55万元。建立、完善职工、居民大病保险制度，将原先不在基本医疗保险支付范围内的高值肿瘤靶向药物、特效药物纳入支付范围，年度最高支付限额达到20万元，覆盖到全部810万余名参保人员。

群众满意度不断提升。目前，潍坊市门慢患者已达几十万人，今年1—10月，就诊130余万人次，发生医疗费用近10亿元。为保障参保人员权益，对治疗恶性肿瘤的靶向药物，器官抗排异、尿毒症透析等重症患者，启动超常规办理模式，协调各个环节加快进度，保障患者用药、治疗。在经办流程和服务态度方面实现“零投诉”，群众满意度和获得感持续提升。