大众日报客户端 大众日报微信 大众日报 DAZHONG

山东省深化医疗保障制度改革——

民生服务有“温度”，民生福祉有“质感”

山东省医疗保险事业中心

多点发力

创新推动经办服务精细化智能化便捷化

山东省医疗保险事业中心以流程创新和技术赋能，打造高效便捷的政务服务环境，快速推动经办服务精细化、智能化、便捷化，服务质效实现跨越式升级，营商环境进一步优化，人民群众的幸福感和获得感与日俱增。

优化流程做“减法”，办事效率再提速。率先在全国开展“四个最”“六统一”改革，山东省医疗保险事业中心认真落实医疗保障经办政务服务事项清单制度，持续深化流程再造，简化办事手续。取消医保关系转移所需的参保凭证和联系函2项申办材料，省内转移接续时间由15个工作日压缩到9个工作日，跨省转移接续时间缩减至15个工作日。异地就医备案全面推行告知承诺制，结算更加便捷，实现免材料，免审核，即时提交，即时生效，一次备案长期有效。异地长期居住人员备案有效期内回参保地就医，可享受参保地医保待遇。发生急诊抢救时，参保人员未办理异地就医备案的视同已备案，允许参保人员按“临时外出就医人员”待遇标准直接结算费用。实行医保经办流程再造以来，实现申办材料整体精简60.9%，办理时限整体压缩76.8%，办事环节整体减少63.1%，服务事项纳入医保政务服务清单在全国推广实施。

智能化建设做“加法”，政务服务再加码。山东省医疗保险事业中心主动靠前服务，智能化建设赋能，创新推行“免申即享”，优选省内医保关系转移接续，职工在职转退休医保待遇、生育保险待遇、门诊慢特病病种待遇（器官移植术后抗排异、恶性肿瘤放化疗）4个具备条件的医保服务事项，由医保部门自动筛选触发业务流程，参保群众无需申报，通过相关部门数据共享，实现材料自动归集和业务智能办理，参保群众“无感”享受相应医保待遇。全面推行医保服务事项“一网通办”，医保服务事项全部上线“爱山东”公共服务平台，推动新生儿出生、员工录用、企业职工退休等“一件事”“一次办”，医保个人账户一次性支取等18个服务事项实现全市通办，生育保险待遇核准支付等9个事项实现跨省通办，有效减轻了参保群众负担，实现了医保服务“零距离”。建成全省统一的医保短信服务平台，免费将医保知识、政策、服务事项办理情况等及时精准送达参保人员。截至目前，医保短信服务平台累计发送短信5156.2万条，实现由“群众找医保”向“医保找群众”转变。

延伸网络做“乘法”，基层服务再提升。以人民群众服务需求为导向，山东省医疗保险事业中心聚力破解县级医保服务能力不足难题，大力推进服务下沉，在全省建设基层医保工作站点，实现了省、市、县、乡、村五级服务体系全覆盖。积极开展“医保明白人”培育工程，在基层医保工作站点中择优选取学习能力强、服务意识优、专业素质高的人员作为“医保明白人”培养对象，培育政策上“一口清”“问不倒”、业务上“上手快”“办得好”的基层“医保明白人”。截至目前，全省共建成3.5万家基层医保工作站点，培育3.8万名“医保明白人”，平均每个工作站点服务能力覆盖1—2个村庄，配备1—2名“医保明白人”，下放8类12项医保服务事项，由点到面形成“站点一人员一事项”服务全链条，基本实现“15分钟医保服务圈”，让“小事不出村，大事不出镇”，有效解决了农村群众“办事距离远、交通不方便、来回往返次数多”等问题，基层服务能力翻倍提升。

山东省医疗保险基金稽核中心

强化智能监控

信息化手段为医保监管注入新动能

近年来，山东省医保基金稽核中心以“智能监控是手段，数据挖掘是根本，成果转化是目标”为方向，充分加强智能监控系统应用，打造医保稽核新模式，持续推动医保基金安全稳健运行。

坚持数据赋能，提升稽核智能化水平。省医保基金稽核中心通过人工构建算法（多层逻辑关系）和风险模型，深度挖掘分析全省医保结算信息，就诊信息、费用明细等大数据。重点聚焦住院数据分析。以频繁就医、过高费用、过度诊疗、分解住院等为基础，设置重点监控指标，如：骨科、心内科等项目在不同医疗机构、不同疾病程度下的使用量、金额和费用的异常增长情况，开展同级别医院对比分析。开展门诊数据分析。以参保人为分析维度，关注血液透析、超量购药、高频次就医等行为。开展专项分析。如口腔、眼科、中医、妇幼等专科类医疗机构以及“乙类乙管”、异地就医、“双通道”药店、门诊共济等专项，形成10余期医保数据分析报告，为智能监控稽核规则建立和日常稽核奠定坚实基础。

健全稽核规则，织密医保基金防护网。建立智能监控稽核工作规则，省医保基金稽核中心利用医保大数据筛选疑点信息，织密医保基金防护网。随着“互联网+医疗”、医保谈判药品、门诊统筹等新业态的出现，省医保基金稽核中心结合日常审核、专项检查、飞行检查发现的医保违规行为特点，结合现阶段欺诈骗保的新趋势、新手段，梳理疾病图谱、临床路径、医疗资源消耗和医保费用之间的逻辑关联，挖掘新的风险控制场景，设定合理灵活的监管规则和阈值，建成适应山东稽核业务特点的知识库和规则库。知识库分为政策法规库，药品说明书，中华人民共和国药典、临床诊疗指南等9大类，包含百万余条知识。规则库将规则统一归属为政策依据类、医疗类、管理类等6大类共200余条规则，全面监控不合理医疗行为，可识别欺诈行为、浪费行为、滥用行为等多种违规行为，真正实现精准稽核、靶向稽核。

探索线上线下联动模式，实现全流程闭环管理。省医保基金稽核中心充分借鉴先进地区医保基金稽核线上线下联动的经验做法，结合我省稽核业务特点和流程，在山东医保信息平台智能监控系统基础上，开发建设医保智能稽核管理系统，为现场检查稽核和精准打击欺诈骗保提供数据支撑。建立线上线下监管有机结合的监管新模式，实现智能监控系统全覆盖，利用智能监控系统大数据分析，线上生成日常稽核疑点线索，线下稽核，取证，形成日常稽核工作闭环。确定重点监管领域及稽核清单，对不同类型、不同级别的定点医药机构开展医保大数据筛查，及时分析研判疑点信息，提高稽核精细化、靶向化水平。依托医保智能监控平台，优化完善智能监控系统稽核模块，线上实时上传现场稽核图片和视频等资料，全程实时记录稽核计划下发、启动实施、过程管理、稽核结果认定、文书归档情况，实现线上留痕，线上线下联动的稽核全业务流程智能化管理。

加强结果运用，深化协同联动。充分发挥数据的生命力，省医保基金稽核中心以数据分析结果为抓手，形成协同机制，强化协同联动。加强对地市指导。针对全省数据分析的异常结果，对各市定点医药机构稽核做好指导工作。强化协议管理。对经稽核查实确定存在问题的定点医药机构，充分运用通报、约谈、限期整改，追回违规医保基金等协议管理措施，形成强有力震慑。建立协同联动机制，强化与政策处室、医保经办机构的联合，建立问题反馈、处理、整改协同联动机制，避免多头执法、重复检查、重复处理问题产生。强化行行衔接、行刑衔接、行纪衔接工作机制。充分发挥医保基金监管联席会议制度优势，加强联席会议成员单位协同配合，齐抓共管，压实责任，综合运用司法、行政、协议管理等手段，筑牢长治长效监管网。

青岛市医疗保障局

构建“双通道” 保障“救命药”

为切实做好国家医保谈判药品落地使用工作，青岛市在全国率先构建国谈药品“双通道”供药保障机制，把定点零售药店纳入国谈药供药保障范围，让国谈药“买得到、报得了、管得住、体验好”，多管齐下打通国家医保谈判药品政策落地“最后一公里”。

自2022年至今年10月底，青岛市共保障国谈药品使用约235万人次，结算药费27.72亿元，其中定点医疗机构占41%，定点零售药店占59%，共为参保人员减轻医疗费用约20.78亿元。

畅通保障供应渠道，确保国谈药品“买得到”。动态调整“双通道”药品目录。青岛市医保局将谈判协议期内的346种国谈药品全部纳入“双通道”管理，并根据国家谈判结果和医保目录调整情况及时动态更新。同时将34个常规乙类药品、1个竞价药品和7个省大病保险谈判药品一并纳入“双通道”管理。

加快推进“双通道”药店扩容。发挥定点零售药店灵活、及时的优势，青岛市医保局把定点零售药店纳入国谈药供药保障范围，并享受与医疗机构同样的医保报销政策。目前，青岛市联网结算的“双通道”药店达到88家，覆盖了全部10个区、市。

压紧压实医疗机构和药店供药责任。青岛市医保局还联合卫健部门加强督导，将定点医疗机构配备国谈药品品种数量、群众用药购药投诉等情况纳入对定点医疗机构的考核，督促各定点医疗机构根据临床用药需求，及时召开药事会，将国谈药纳入供应范围。

完善配套保障政策，确保国谈药品“报得了”。增设国谈药使用的门诊慢特病病种。针对部分慢性病药品适用于门诊长期治疗等特点，青岛市医保局第一时间将溃疡性结肠炎等13个病种纳入门诊慢特病管理，让患者长期用药有了保障。

提高部分门诊慢特病报销标准。针对类风湿性关节炎等7种疾病使用的国谈药年治疗费用明显高于现行医保报销额度的问题，青岛市医保局将相关病种使用国谈药品的费用单列，不受医保门诊年度额度限制，明显降低了参保患者的用药负担。

畅通注射类药品使用报销渠道。青岛市医保局针对部分肿瘤患者注射类化疗药品的需求，支持定点医疗机构和零售药店开展日间化疗中心业务，药店可将注射类药品直接配送到患者就近的医院日间化疗中心进行注射，既保证临床用药安全，又方便患者。

优化经办服务流程，确保就医购药“体验好”。夯实信息化支撑，患者“无感”购药结算。青岛市医保局建成电子处方线上流转平台，患者经医生诊断开具电子处方，到“双通道”药店购药时，只需刷社会保障卡或者出示医保电子凭证，药店即可获取患者处方ID信息，完成配药报销，实现无感式医保结算。

优化线上购药服务，药店药品信息随时查。在医保局官方网站、微信公众号开通了“双通道”线上查询功能，方便参保人自主就近选择定点零售药店购药结算。

探索“互联网+”，拓展线上服务功能。青岛市医保局积极引导医疗机构开展互联网+医疗，为参保患者提供互联网复诊，网上购药，医保支付、送药上门等线上服务。

加强费用监管控制，确保药品费用“管得住”。推进制度规范化，强化医院药店医生三方管理。青岛市医保局通过定点医疗机构为参保人提供必要的医疗、护理等相关服务；责任医师确保患者用药安全；“双通道”药店确保药品供应，提供药品配送和费用结算服务。

推进监管智能化，加强国谈药品全流程使用监管。全市“双通道”药店全部完成“进销存”系统改造，实现了药品从入库到医保支付全程可查询、可追溯。以电子处方流转为抓手，严格执行实名制就医购药，落实好药品的审核、配药和信息留存等工作，对用药行为和医保基金安全进行全流程监管。

推进预算一体化、强化定点医疗机构总额预算管理。青岛市医保局综合考虑导致国谈药品费用增长的合理因素，测算各定点医疗机构线上处方流转的药品费用，调整提高医保总额预算指标，保障定点医疗机构使用国谈药品，确保医保基金支出安全可控。

烟台市医疗保障局

强化数据赋能 创新场景应用

让医保信息资源“活起来”

近年来，烟台市医疗保障局创新推进全国医保个人信息授权查询和使用试点市建设，坚持安全第一、规范管理、以“链”赋能，实现“价值数据上链、个人链上授权、机构链上使用、全程链上监管”，打造了医保个人信息授权查询和使用新模式。

健全管理机制，让数据聚合赋能。完善分级分类制度。烟台市医疗保障局制定《烟台市个人医保信息查询和使用管理办法》，将个人信息划分为11大类、74个信息项、3个敏感级，夯实数据安全基础。实施多方参与制度。烟台市医疗保障局打造参保人、医保部门、第三方机构共同参与的数据共享管理体系。在有效保障数据安全基础上，推动数据要素按需、自主在不同主体之间有序共享流动。创新自我管理服务。搭建“数字保险箱”，做到自主申领、自主管理、自主查看、自主授权、自主纠错医保数据。

健全保护机制，让数据安全高效。搭建区块链基础平台。作为联盟节点加入山东医保链，烟台市医疗保障搭建区块链功能平台，使用国产密钥体系和国密算法，确保数据共享全过程安全、可控。建立数据监管机制。建设追溯监管系统，实时监测分析个人数据上链、接入机构、数据调用等情况，全面掌握数据流向和应用场景。构建安全使用防护网。烟台市医疗保障局严格审批第三方机构接入和数据交付流程，全过程监控数据流向，强化个人信息的全过程安全管理。

健全授权机制，让数据流动有序。让参保人“知数”。烟台市医疗保障局整理637万参保人数据，形成个人数据资产中心，参保人可自主掌握参保、缴费、备案、结算等数据。让使用者有效“管数”。创新授权管理模式，烟台市医疗保障局实行“一次授权一次查询”“一次授权有限次查询”“一次授权多次查询”3种授权模式，参保人在手机或线下窗口自主决定开授权数据使用。创新授权认证方式，支持包括医保电子凭证展码、短信验证、人脸识别等多种认证方式。第三方明白“用数”。烟台市医疗保障局建设第三方机构数据服务系统，面向社会机构提供开放数据查看、数据申请等功能。目前，第三方机构已授权授权数据930万条。

健全使用机制，让数据多维释能。打造商保快速投保新模式。烟台市医疗保障局为“烟台市民健康保”130多万人次参保人提供参保身份授权核验服务，助力惠民保险参保扩面。打造商保快速理赔新模式。参保患者出院后扫描二维码进行一键授权，即可线上提出理赔申请，免去打印病历资料，到商保柜台申请办理等环节。274个商业健康险产品实现理赔直付，累计为1.3万人提供免报案、免申请、免资料、免临柜、免等待“五免”服务，直付赔款1817万元。打造医药机构信用贷款新模式。烟台市医疗保障局联合商业银行推出医保信用贷款，以医保结算共享数据为信用，经医保部门上传数据，金融机构进行信用评估后可实现快速放贷，有效解决卫点医药机构融资难、融资贵的难题。目前，已在4家商业银行推广使用。

昌邑市医疗保障局

办好群众家门口“医保事”

近年来，昌邑市医疗保障局始终坚持以群众需求和感受为导向，以推动传统服务和智能创新并行为出发点，探索建立以“e”网为支撑，“线”点为载体的“邑”e线全方位立体式服务体系，推进医保服务通办、快办、“邑”办。

据统计，医保服务大厅窗口办件数量较成立之初减少76%，不见面办理率达90%以上，22项政务服务事项即时办结率100%。“邑保e线”“昌邑两病模式”等先后获评省级医保经办典型案例，昌邑医保“四办”模式被评为潍坊市“揭榜挂帅”优秀案例。

党建引导聚合力，淬炼素质谋发展。素质提升“盯着办”。昌邑市医疗保障局实行岗前学习、跟班轮训和练兵比武多项制度，两年来7名新考选工作人员科室“轮转”；从定点医院经办人员选派79人次到业务科室跟班轮训；市民之家医保专区由班子成员和业务骨干“坐班轮值”，2020年初院端“能办”到2021年试点“公共卫生随访+两病送药上门”服务。昌邑市医疗保障局联合商业银行推出医保信用贷款，以医保结算共享数据为信用，经医保部门上传数据，金融机构进行信用评估后可实现快速放贷，有效解决卫点医药机构融资难、融资贵的难题。目前，已在4家商业银行推广使用。

创新服务方式，量身提供精准化、精细化服务。围绕乡村医生做文章，新泰市医疗保障局结合医保政策进基层和医保政策进卫室“两进”活动，对村（居）卫生室和乡村医生开展医保政策和经办服务培训，把乡村医生打造成“医保小管家”，全面创新服务方式，着力提高服务能力。公示“医保小管家”信息。“医保小管家”与低保、特困、孤寡老人等重点人群，建立精准对接、“管家”服务机制。在服务对象家中张贴“医保小管家”公示牌，公示“医保小管家”姓名、电话、服务事项等信息，畅通问题解决和医保服务“快车道”。目前已张贴“医保小管家”公示牌3万张。推行医保“连心卡”。由卫生室、卫生院的接诊医生向就诊群众发放，告知服务事项、联系方式，承诺就诊服务和帮办代办事项，架起医患“连心桥”。目前已发放“连心卡”7万张。建立待遇落实台账。群众每次就诊时，接诊医生当场逐项登记和告知当次就诊花费金额、报销金额，让群众清清楚楚就医，明明白白报销，改善群众就医体验，提高群众满意指数。赠送医保服务包。“医保小管家”结合入户走访、义诊随访和患者回访，向重点人群发放配备确保、体温表，分药盒等常用消杀护理用品的医保服务包，让医保服务到家到人。目前已发放服务包3万个。

新泰市医疗保障局

创新“3+N”网格化医保服务新模式

优化医疗保障服务

新泰市医疗保障局从医保服务供给侧入手，依托村（居）治理网格，创新“3+N”网格化服务模式，发挥村（居）卫生室和乡村医生的作用，为人民群众提供“管家式”医保服务，壮大了服务力量，增强了医保服务可及性和实效性。

截至10月底，辖区734个村（居）卫生室，1412名乡村医生，融入2373个治理网格，累计走访群众25.23万户，帮办代办群众医保事项3484件，打通了医保服务的“最后一米”。9月1日，泰安市医保局在新泰召开现场会，向全市推广了这一做法。

健全“3+N”网格体系，推进医保服务全覆盖全贯通。以村（居）卫生室为重心，新泰市搭建“三级网格+N个辅助点”的服务架构，实现居家头负责顶层设计、统筹协调、运行指导、考核督导等工作。二级网格，由20个乡镇（街道）构成，乡镇（街道）牵头医保工作站和乡镇卫生院，负责辖区下属二级网格建设运行、教育培训、问题处置、督导考核等工作。三级网格，由村（居）委牵头卫生室和治理网格，乡村医生与网格员的协作配合，发挥“医保小管家”作用，宣传医保政策，解决医保难题，听取医保意见建议，帮办代办医保事项。“N”，是指三级架构之外，抓住其他定点医药机构和第三方机构医保工作点，强化待遇落实、政策宣讲、帮办代办等工作，打造医保满意度提升的“N”个辅助点，进一步壮大医保工作力量。

完善体制机制，构建共建共治共享的医保治理格局。“条块结合、属地为主”的工作运行和责任机制。坚持县乡村各负其责、同频共振、合力提升，分别明确乡镇（街道）、卫生院、卫生室、村委会、网格员等不同类型单位和人员的职责任务及考核标准，做到了事有人管、活有人干、责有人担。“网中有格、格中有人、人在格上、事在格中”的协作联动机制。针对医保服务力量相对不足、医保服务供给相对滞后的问题，以遍布城乡的村（居）卫生室为“前哨站”，以守护群众健康的乡村医生为“联络员”，把医保工作、融入村（居）治理网格，打通了医保工作的“神经末梢”。“网格发现、村（居）响应、街乡吹哨、部门报到”的吹哨报到和闭环处理机制。坚持实施协调一级、层级处理，三级网格问题由村（居）委协调解决，二级网格问题由乡镇（街道）协调解决，一级网格问题由医保部门牵头处理。对重大复杂疑难问题，实行吹哨报到提级解决，以三级网格发现和吹集的医保问题为哨源，三级网格不能办理的逐级吹哨到二级、一级网格，联动部门应哨报到、联席解决。

郯城县医疗保障局

强化智能监控系统应用 筑牢医保基金安全防线

为提升医疗保险基金监管效能，郯城县医疗保障局持续推进智能监控系统建设应用，构建起了全链条、广覆盖、多要素的智能监管体系，有效从源头上筑牢医保基金的安全防线。

完善实名制就医系统，筑牢基层就医防护墙。全面升级基层医疗机构就医信息系统。增加基于AI智能人脸识别比对和就诊拍照功能，参保人员只能通过人脸识别、扫描医保电子凭证（电子健康卡）或刷社保卡才能进行看病就医报销，杜绝了只录入个人身份证信息就可以看病就医报销、不实际输入就默认疾病名称或单一使用同一疾病名称问题。持续完善实名制就医信息系统功能。设置门诊大处方费用预警提醒；完善亲属代拿药拍照核验办法；升级就医信息查询、医保电子凭证使用提示，卫生室医保结算数据乡镇卫生院审核和医保经办机构复核拨付等功能，共改造软件系统2个、软件接口4个。多措并举确保实名制就医推进实效。加强系统业务培训，宣传进展成效，注重舆论引导，创造实名制就医良好氛围。及时导入更新身份证、社保卡照片信息，集中进行信息采集，已采集人脸信息65.8万人，实现看病就医“一秒”识别。对亲属代为拿药或不方便上验识别的，由亲属绑定医保电子凭证进行识别，并拍照备查，极大方便了群众，确保了就医实名制推进实效。自2022年5月实名制就医系统上线以来，全县423家基层定点医疗机构累计为参保居民提供服务超过600万人次，筑牢了基层就医基金安全防护墙。

完善“远程查床”系统，源头遏制住院违规行为。开发“移动稽查”App，打通数据互联互通壁垒。建设医保监控专网，保证监控平台、前端设备、查房应用、实名认证等应用的数据互通。利用大数据智能分析，对医保行为场景实施监控，通过对可疑数据进行取证、核查，为医保监管提供智能风险评估依据。日常查床高效便捷，破解“挂床住院”监管难题。医保监管人员通过“移动稽查”App随时随机下达远程查床任务，查看住院患者在床情况，核查是否存在挂床住院、虚假医疗等行为。今年以来，下发远程查床任务160余次，核查住院800余人次，大幅提高了医保查房的覆盖率和频次，弥补了定点医疗机构检查量多、医保监管人员不足的短板，通过人院信息上传，有效解决了“挂床住院、虚假住院”监管难题。稽核全覆盖，助力“中医日间病房”规范管理。严格落实《临沂市“中医日间病房”医保结算管理工作方案（试行）》要求，完成信息系统实时监控，保障准确上传治疗期间的患者治疗信息。列入智能监控范围，患者每日治疗时医疗机构使用“移动稽查”App远程查床系统拍照上传相关信息，由稽查人员比对核查，今年以来已上传核查数据1532条。

完善“药店智慧管理”系统，守护个人账户基金安全。引入智慧监管机制，全面布局智能监控系统。全县共176家医保定点零售药店安装智能监控系统，完善药店实景视频监控，药品耗材进销存管理，医疗保障分类信用管理系统，集监控、督查、数据分析于一体，全天候、全视角监督药店刷卡销售情况，形成全程可视、风险可控、源头可溯、证据可留的“云监管”模式，从源头上震慑医保违规行为。创新动态监测模式，实现监管关口前移。药品进销存管理系统接入全县所有定点零售药店，动态掌握药品耗材信息，通过医保结算数据对比，及时发现药品耗材在流通过程中的串换、虚记等疑点问题，实现全县零售药店药品非现场监管24小时全天候监控。今年以来，定点零售药店违规行为，举报投诉大幅减少。探索药品“赋码”管理，布局门诊统筹药店全方位监管。对“双通道”药店、门诊统筹药店及零售药店大额个人账户支出，通过“移动稽查”App比对刷卡人和持卡人影像资料，自动记录并保留刷卡人影像，以备核查，有效避免着意监刷医保卡、违规使用医保基金行为的发生。各定点零售药店所有药品入库时必须在系统拍照上传随货同行单和正式发票，集采药品、国谈“双通道”药品实行电子监管码管理，实现一物一码，来源可查、去向可追、责任可究，有效防范药品重复销售和串换问题，为职工医保门诊共济改革顺利进行提供保障。

齐河县医疗保障局

推行“两院一体”长护服务

全力打造“医养康护”医保新模式

今年以来，齐河县以列入德州市居民长护险试点县为契机，聚焦人口老龄化特别是农村地区护理服务可及性不足等短板，积极探索乡镇卫生院、养老院“两院一体”长护服务模式，全力打造医、养、康、护融合发展的“齐河模式”。

目前，长护险覆盖全县57万职工居民，享受待遇1227人，培育定点机构19家。相关做法被山东省委改革办推广。并上报中央改革办，在全省长期护理保险经办工作会议上，作为全省唯一的县作典型发言。

加强组织体系建设，在“两院一体”服务模式上求突破。搭建资源统筹配置平台，提升服务承载力。搭建康养医疗平台，推动基层医疗、养老资源整合集约利用，“两院”实行“一个法人、一套班子、一支队伍、一套管理”的“四个一”管理模式，建立起“政府统筹、部门联动、两院运维、标准管理”的长护运行体系。完善“两院”设施配套，提高资源利用率。开辟机构护理专区、医疗服务区，增设长护办、医保办、老年病房等科室，实施“护理+医疗”双管齐下，让养护型失能人员享受周到护理服务，医护型失能人员实现不转院就地治疗，治疗费用直接医保结算。培育“两院”护理人员，增加护理服务供给。设置村（社区）护理员岗位300个，依托县医院优质护理资源组建长护险技能培训中心，联建乡镇卫生院及康养中心，招录“互联网+护理服务”培训渠道。已开展培训62期，200余名农村妇女及失能人员家属护理员持证上岗。

强化服务体系建设，在提质增效上求突破。加强标准管理，确保长护险精细化。打造“情暖齐河、长护万家”的“齐康长护”服务品牌，推行统一长护举福卡，统一护理对象档案，统一服务计划、统一护理规范，统一管理制度等“九统一”标准化服务模式，让失能群众享受到同等高质量的“医疗+生活”全面护理服务。加强运营管理，确保长护服务专业化。组建“医师+护士+乡医+护理员”的医护团队58岁以下、发生符合长护险待遇情形的“德康安护”居家护理套餐包，“齐康长护”机构护理套餐包，提供精细化护理、康复训练、护理护对象真正受益。目前14个卫生院已开展居家照护9300余人次，9个康养中心新增待遇享受307人，挖潜有意愿社会失能老人150余名，床位利用率提高20%，加快了机构护理服务“农村转困老人”为主向积极吸纳“社会失能老人”的转型升级。加强质量管理，确保长护运行优质化。编写《护理服务标准与规范》《康养服务手册》等文件，“两院”实行服务项目“一单清”、评定人员互认、护理服务互联互惠、投诉线索互通。选拔1000余名党员干部、网格员组建村级“长护幸福员”监督队伍。参与居家护理护的帮扶宣传及服务监管，建立“部门监管、机构自治、社会监督”的多元监管模式。

完善保障体系建设，在长效惠民上求突破。强化制度保障。研究形成1个实施方案+6个配套措施的“1+6”政策制度体系，重点从医疗专家集体评定、县乡村三级公示、费用结算、护理培训、满意度调查、退出机制等方面制定全实施管理的全流程经办模式。强化资金保障，由县财政、医保统筹基金、个人三方按比例分担，为长护险可持续发展提供资金保障。建立内部控制，举报投诉、欺诈防范、夸现稽核等风险防控机制，确保资金使用安全。强化监督保障。开展“齐康长护”智慧平台，出台《齐河县长期护理保险监督管理办法》，对定点医护机构实施全过程考核管理和服务质量评价，确保服务优质优化。截至目前，失能群众入户巡查、电话回访率达98%以上，失能家庭护理服务满意度达99%。