

上海进一步完善“长护险”制度研究

史健勇¹

(上海工程技术大学 201620)

【摘要】:长护险需要与养老、医疗、护理行业构建良性的互动关系。一要结合养老和医疗服务资源,将护理与医疗服务有序链接起来。二要理顺价格调控机制和服务监督机制,尊重市场在价格确定中的基础性作用,也要认真研究社保购买服务时的价格形成机制。三要研究与社会救助、慈善、商业保险等之间的互相衔接。民众的护理需求是多层次的,需要一个多元制度协调发展的保障体系予以支撑。

【关键词】:长期护理保险 养老服务 医疗保险

【中图分类号】:C913.6.51 **【文献标识码】:**A **【文章编号】:**1005-1309(2019)02-0097-007

一、上海长期护理保险试点成效

长期护理保险制度(以下简称为“长护险”),是指以社会互助共济方式筹集资金,对经评估达到一定护理需求等级的长期失能人员,为其基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理提供服务或资金保障的社会保险制度。为积极应对人口老龄化,健全上海社会保障制度体系,探索建立长期护理保险制度,保障失能人员基本护理需求,2016年,国家“十三五”规划纲要提出“探索建立长期护理保险制度,开展长期护理保险试点”,同年6月,国家人力资源和社会保障部明确上海作为全国首批开展长期护理保险试点的15个城市之一。根据国家人力资源和社会保障部的要求,上海市政府结合《上海市老年人权益保障条例》的有关规定,2016年12月29日制定并印发《上海市长期护理保险试点办法》,2017年1月1日起在徐汇、普陀、金山3个区先行启动长期护理保险试点,试点期限为1年。《上海市长期护理保险试点办法》经修订,2018年1月1日起在全市各区试点实施。

(一)长护险整体有序推进,居民满意度较高

1. 规范制定长护险执行文件,减轻失能老人及其家庭负担。

2016年12月以来,上海市政府先后印发了《上海市长期护理保险试点办法》《上海市长期护理保险试点办法实施细则》等文件,将参加职工医保和居民医保的60岁以上老年人纳入进来,确定上海市长期护理保险的筹资来源为医保基金,进一步明确定点评估、服务机构,通过社区居家照护、养老机构照护、住院医疗护理3种形式,对经评估失能程度达到评估等级二~六级的老人,提供包括基本生活照料和常用临床护理在内的42项服务。

2018年1月,上海市政府修订了《上海市长期护理保险试点办法》,文件明确市人力资源社会保障局(市医保办)会同市发展改革委、市民政局、市卫生计生委、市财政局协同推进老年照护统一需求评估工作。文件进一步调整资金筹集来源,规定第二类人员从居民医保统筹基金中按季调剂资金,作为长期护理保险筹资,以充实长护险待遇给付。与此同时,上海市政府还配套出台了

¹基金项目:上海市决策咨询研究重点课题(编号2018-A-029-B)。

作者简介:史健勇,上海工程技术大学副校长,管理学院教授。本文参与撰写人员:罗娟高、凯顾静、魏晓静、单明霞、陆海燕、杨彦伟、陈懿妃、沈钰麒。

有关文件,如《上海市老年照护统一需求评估及服务管理办法》《关于本市长期护理保险试点有关个人负担费用补贴的通知》《上海市长期护理保险结算办法(试行)》。

这些配套政策出台后,符合长期护理保险申请条件的参保人享受社区居家照护服务可享受 90%的报销,养老机构照护报销比例在 85%,这一保障很大程度上缓解了部分失能老人家庭的经济负担,让专业护理不再是无法承载之重,也进一步提高了老年人的生活质量。享受长护险服务的老年人对上海目前实施的长期护理保险的整体满意度较高。

2. 加强衔接政策研究和出台,平移享受养老服务老人。

面对长护险受理申请过程中的问题,全面考虑长护险与原高龄老人医疗护理计划、民政部门居家养老等之间老人信息的平移问题。通过加大政策宣传力度,妥善做好舆情处置和舆论引导工作。做好政策前期排摸,完善托底方案,不断优化存量老人平移工作措施。根据全市操作口径,上海各区从实际出发,进一步细化操作流程,加强指导,切实方便机构开展长护险业务。目前,养老机构老人平移工作平稳推进,根据长护险评估结果开展补结算工作。2018 年一季度,上海共新增受理长护险申请 5.6 万人,其中完成评估 3.7 万人,正在接受评估 1.5 万人,主动放弃评估的 0.4 万人;已有 1.7 万人开始享受长护险服务。再加 3 个先行试点区的服务对象、高龄老人医疗护理计划平移过来的老人,以及民政部门提供的存量老人,有 4 万人享受到长护险服务。

(二)长护险实施效果明显,服务有序规范

1. 着力壮大服务人员和机构队伍,有效应对长护险需求高峰。

在长护险试点阶段,老人提出长护险评估申请后,由定点评估机构对其自理能力、疾病状况等进行综合评估,确定不同的老年照护统一需求评估等级,从而确定享受的长护险服务及相关待遇。在前期统一照护需求评估的基础上,根据 A 类和 B 类评估员的设置要求,上海各区首先抓长护险评估人员队伍建设,主要包括评估人员参与培训,有效利用社区家庭医生等。各区充分发挥社区全科医生的作用,鼓励全科医生上门为提出长护险申请的老人尽快完成长期照护需求的评估。上海各区加强定点资质审核,全面做好机构联网纳保,鼓励区域内各类护理服务机构申请纳入长护险定点。将原各街镇提供养老服务机构重新调整,根据定点要求考核,纳入长护险结算,让护理机构继续照料服务原服务老人。加大具有资质的机构纳入,方便有服务需求的老人自主选择护理机构。

2. 积极开展长护险业务培训和政策宣传,做好服务监管工作。

根据工作部署,各区结合实际情况,细化操作流程,切实方便机构开展长护险业务。长护险作为一项新政策,处于试点阶段,针对广大老年人对长护险政策不熟悉,对护理服务不了解等问题,各区民政局、人社局、卫计委等部门组织街道镇服务办、社区事务受理服务中心(医保受理条线)、社区卫生服务中心、二三级医院、社区生活服务中心、老龄条线、区域内养老机构、护理站以及社区养老服务机构开展长护险政策吹风会,并开展系统操作、护理计划制定、护理服务记录以及医保结算等业务操作培训。在长护险试点过程中,通过移动 app 的安装进行服务实时动态定位、信息互动等方式,实时掌握长护险的服务水平和服务质量,及时沟通遇到的问题。针对长护险分散的特点,上海已探索长护险居家照护服务监管新模式,开发了长护险监管执法端、服务端和站长端 3 个环节 app 终端应用,旨在通过移动终端实现对居家服务实时监管。

3. 打破条块壁垒,加强民政、人社(医保)、卫计委的协作。

在长护险实施之前,养老床位及养老服务基本由民政部门管理。试点实施之后,遵循谁出钱谁负责的原则,由人社局主管,积极整合民政原有的养老服务队伍和卫计委的护理院资源,进一步加强人员培训,持证上岗。3 个部门在试点推进过程中,加强统筹协调,长护险的受理、评估、服务、结算工作有条不紊地推进。

(三)长护险试点工作扎实推进,各区各有特色

1. 徐汇区发挥信息整合优势构建一体化长护险管理系统。

依托“徐汇区老年照护统一需求评估管理信息系统”,开发了“长护险项目”系统模块,迅速整合已有的老龄资源,构建满足长护险要求、更趋“监管服”一体化的服务管理支撑系统。通过信息化等措施,优化养老服务环境,做实集内部制约、社会监管、专业监督为一体的事中事后监管体系。

2. 普陀区实现数据共享为老人提供优质服务。

普陀区积极利用城区护理站等资源,与市社保局打通数据,让老人少走路,让数据多走路。按照聚焦特困对象、兼顾刚性需求的原则,结合普陀区实际,制定居家、入住养老机构以及评估费用的补贴方法,平稳衔接过渡。

3. 金山区服务内容做加法,贴近居民实际需求。

金山区作为上海郊区的长护险试点区,在长护险实施方面具有一定的代表性。该区地处远郊,农村低收入老人所占比例较大,且老年人对养老、护理、医疗服务的需求总体呈金字塔形状,洗衣做饭、打扫卫生等居家服务和基本生活照料服务是规模最大的金字塔底座,护理需求居于终端。为应对低收入老年群体的生活照料需求,金山区积极探索保留部分服务内容,以服务迭加的方式保障老人的服务需求。采用“居家照料为主、医疗照护为辅”的模式,在享受长护险42项服务内容上,继续保留洗涤衣服、做饭或送餐、居室保洁等5项居家服务,有效增强服务内容实用性。

4. 长宁区充分利用家庭医生构建四位一体融合模式。

长宁区探索建立长期护理保险7级服务供给模式,即长护险6级+家庭病床,为评定等级6级以上的老人提供家庭病床服务,精准做好服务配送工作。同时探索建立综合为老服务中心+社区卫生服务中心+护理站相结合的医养康护“四位一体”末梢融合模式。建立了第三方长护险服务与管理配套机构——康宁长照评估指导中心,集中进行信息数据处理、服务质量监控、评估质量监控、护理继续教育在内的工作内容。

二、上海长期护理险试点出现的新情况、新问题

长护险作为一项重要的、全新的民生保障工作,在其政策实施过程中,需要多个政府部门和社会机构参与,且涉及受理、评估、服务等多个环节,因没有先例可循,在试点过程中会遇到各种问题和困难。

(一)长护险设计须更加完善

1. 长护险顶层设计定位须进一步清晰。

(1)长护险顶层设计须更加系统性。目前,长护险功能与养老保险、医疗保险功能上有交叉重叠。长护险政策的实施目标应区别于为老服务和医疗护理。长护险服务是为失能老人提供基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理服务。由于对长护险的定位尚不清晰,从而成长护险提供的服务与基本养老服务(基本生活照料为主)及医疗保障服务(专业医疗护理)存在很多重叠,容易使服务人员和服务对象对长护险提供的服务有所误解。(2)实施长护险须多部门进一步协同形成合力。目前,家庭医生(健康档案)、医保办的长护险基金、护理评估,民政的居家、机构养老服务设施之间的信息共享渠道尚未完全打通,主要体现在:如何将健康档案、护理档案、养老档案整合为统一的信息系统,将有长护险服务对象的信息与民政养老服务信息完全打通。

2. 长期照护服务“供”“需”尚不匹配。

(1) 长护险服务内容供给与实际需求存在不匹配。在 42 项长期护理保险的服务项目中, 主要以基本日常照料项目为主, 如: 洗发服务、头面部清洁、梳理服务、指/趾甲护理服务、手足部清洁服务。而享受晨间护理和晚间护理服务的人们占比较低。(2) 长护险服务频次与实际需求之间差距过大。目前, 上门服务额度最多平均每天 1 小时。而不少失能老人需要全天候的看护, 难以满足需求。评估为 2~6 级的老人, 虽然每周服务时间有差异, 单次服务时间大多数是 1 小时左右, 服务时间很紧凑。(3) 长期卧床的老人需要居家照护模式的配套。由于服务社和居家养老服务中心不具备医疗机构资质, 无法开展 15 项常用临床护理, 5 级、6 级入住老人无法享受医疗护理服务。

(二) 长护险实施环节须优化

1. 长护险社会化评估机构不足且评估标准须完善。

(1) 社会化评估机构数量较少, 系统自有评估机构专业人员力量不足。目前, 评估工作主要依托于社区卫生服务中心家庭医生执行评估, 或由原民政系统的评估机构进行评估。部分区虽成立了第三方评估机构, 还是依靠家庭医生上门评估。(2) 评估机构和服务机构存在利益共享的风险。老年人选择的服务机构与上门评估及制定评估计划的机构属于同一家机构, 容易产生服务机构为追求自身利益的最大化或人员配比制定符合机构服务能力的计划而忽视了老年人身体状况的实际照护需求。(3) 评估标准有待优化。评估过程中存在评估的道德风险。部分老人对评级不满意, 复评结果跳级可能性较高。医生在进行评估过程中多为验证性疾病评估、而非治疗性、探索性的医疗诊断, 即在评估过程中, 主要是根据评估老人的病史及相关医疗报告资料进行生活自理能力与医疗疾病程度的评估, 对于症状明显但证明材料缺乏的老人, 依旧不能予以确诊。

2. 长护险参保范围须考虑失能非老人群。

(1) 长护险申请要打破年龄界限。长护险申请对象为参加职工基本医疗保险和城市居民基本医疗保险的 60 周岁以上的参保人员, 只对年龄和参保有要求, 个别年龄未满 60 周岁但又确实需要照护的病人不能纳入该体系。因此, 长护险申请要打破年龄界限。(2) 申请前期工作需加强力量。在长护险受理环节, 反映较多的问题是评估结果等待周期较长。

3. 长护险的缴费和给付须多元。

(1) 筹资渠道单一。目前, 上海长护险基金筹集未实行个人缴费, 过度依赖医保基金, 缺乏可持续性。从国际经验来看, 很多国家建立长护险制度后基本明确个人要缴费, 如较早建立长护险制度的荷兰、德国等。长护险作为一个独立运行的险种, 亟须建立专门的长护险基金和多元化的筹资机制。

(2) 补贴的给付机制需要更加灵活。目前, 长护险补贴对象较为单一, 主要是为老人提供服务的护理机构或养老机构。现有居家护理服务项目尚不能够满足老人的护理服务需求。因此, 还有很多需要照护的老年人自费购买照护服务或者由家人进行照护。有的老人反映“长护险补贴不如直接给个人”, 这样可以节省聘请护理人员的费用, 或者给照顾的家人一定的补贴。

4. 长护险服务质量监管须多措并举。

(1) 技术手段对服务质量的监督明显不足。不少区反映通过 app 等技术手段虽然对服务时间、位置定位进行有效监管, 但对服务质量和服务内容等关键要素的监管手段还比较缺乏。(2) 服务质量投诉渠道尚未完全建立。对长护险服务质量反馈渠道目前主要为向养老机构、护理站、医疗机构和社区等进行反馈, 享受社区居家照护服务、养老机构照护服务、住院医疗护理服务的人群中, 对该项不满的人群占比分别为 4.86%、6.37%、1.59%。

(三)长护险配套政策体系须落地

1. 长护险护理人员的“质”和“量”亟须提高。

(1)长护险护理队伍缺口较大。按上海标准1名护理人员护理9人/天,但在实际操作时,每天护理超过9人的护理员非常多,护理人员短缺问题在中心城区更为严重。服务人员持证上岗的进度与申请服务的快速增加呈现出一定的矛盾,现有机构养老服务人员的文化程度总体偏低,而新成立的护理站招收人员需要一定的培训周期和全市统一考核,在短期内难以上岗。(2)长护险护理队伍素质制约长护险服务质量的提高。目前养老服务从业人员大多为外来务工人员,长护险的护工大多是40~55岁外省市在沪工作的中老年人,之前大多从事家政服务相关行业。上海从事长护险护理人员储备压力很大,且亟须提高长护险的服务质量。

2. 政策宣传不到位。

(1)政策宣传不到位,居民对长护险了解程度低。由于政策宣传不到位,导致部分老人对新政策的不理解,有的老人将其与家政服务混为一体。(2)政策宣传深度不够,居民认识存在偏差。在长护险服务中,很多老人仍然认为护理员上门以老人居家养老服务的需求为主,照护服务为辅。上海长护险全面试点以后,部分区在长护险宣传导向致使个别地区大多数老人试着去做评估,从而对长护险前期工作造成极大的困难。

三、完善上海长护险制度的对策建议

(一)优化长护险制度顶层设计,综合考虑制度可持续性

1. 明确长护险在为老服务体系中的定位。

民政现有政府补贴的居家养老服务,自2004年起实施已有14年历史,主要是为低保低收入和月收入低于上一年度全市月平均养老金的困难老人提供居家上门生活照料,深受老人的欢迎。而长护险则突出其专业护理,与生活照料应该形成梯度化的差异。长护险涉及面广,由于筹资能力有限,对受益人群范围进行适当限制,才能确保该项制度有序稳妥的实施。

上海实施长期护理保险制度涉及市政府多个部门,目前最有效的管理路径是在乡镇街道层面设立长期护理服务中心,这个中心是一个基层的经办管理机构,把长期护理保险经办管理职能进行整合,统一到这个中心,以提高工作绩效。

2. 明确长护险与养老、医疗保险的功能划分。

需要与养老、医疗、护理行业构建良性的互动关系。一要整合养老和医疗服务资源,将护理与医疗服务有序链接起来。二要理顺价格调控机制和服务监督机制,尊重市场在价格确定中的基础性作用,但也要认真研究社保购买服务时的价格形成机制。三要研究与社会救助、慈善、商业保险等之间的互相衔接。民众的护理需求是多层次的,需要一个多元制度协调发展的保障体系予以支撑。社会保险和社会救助层次要致力于解决“底线”问题,实现制度上的广覆盖,提供基本水平的保障。

(二)完善长护险作为社会保险的制度设计

1. 合理确定长护险的缴费和支付比例。

在人社部办公厅发布《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》第八条规定,长期护理保险基金支付水平总体上控制在70%左右。待制度定型时,待遇支付需要细化。一方面,坚持“居家服务优先”的原则,对接受居家护理服务的人,在待遇支付上加

以倾斜,鼓励居家照护的模式,可防止医疗机构和养老机构过度膨胀。另一方面,做好两个区分:一是定点医疗机构与定点养老机构的待遇差别。考虑到医疗服务的专业性,入住定点医疗机构的支付比例可稍高于入住定点养老机构的待遇。二是定点社区卫生服务中心与定点医院之间的待遇差别。入住定点社区卫生服务中心的支付比例应高于定点医院。

2. 优化长护险基金管理 with 结算办法。

根据 2017 年试点工作的规定,对参保人员在护理院、社区卫生服务中心等基层医疗卫生机构(少数治疗性床位除外)和部分承担老年护理服务的二级医疗机构内(非手术科室)住院的,不需要评估,默认为“长期护理保险”对象,发生的符合长期护理保险规定的住院费用,由长期护理保险基金支付。实际上,医疗费用按现行的“职工医疗保险”来结算,对于《长期护理保险服务项目内容》中规定的“27 项基本生活照料”项目费用,目前仍由家属自负。建议完善对符合长期护理保险规定的费用支付范围和实效性,按长护险规定的费用支付范围,支付在上述机构住院的参保对象包括“27 项基本生活照料”项目在内的相关费用。

(三)加大力度推进长护险试点

1. 稳步做好长护险与居家养老政策衔接,全力保障参保人权益。

针对养老服务补贴与长护险衔接问题,确保政策实施的公正性。积极推进为老服务中心纳入长护险定点服务机构,平移后确保服务人员的稳定性以及护理服务的延续性。认真开展上海养老机构住养老人集中评估工作,做好对养老机构的业务指导,确保老人的待遇匹配和服务正常开展。继续加强长期护理保险政策宣讲,深入居民区和养老机构,开展长护险政策宣传。遵循平稳过渡、有序管理、健康发展、创新服务的原则,医保、民政等部门联合做好社区居家养老的纳保工作,有效衔接好民政条线居家养老的老人平移工作。

2. 优化对接各类信息平台,落实好长护险政策。

落实信息平台升级、移动支付应用、住养老人实时结算护理费等措施;加强评估人员后续培训,进一步把握好评估尺度;主动做好对老人和家属的解释引导工作;及时做好评估管理规范细则、“建议至医疗机构就诊”老人的长护险待遇等优化政策落实。

3. 优化长护险评估量表,侧重失能指标。

目前出台的政策文件尚未对因失智、精神疾病而有长期照护需求的老人做出明确规定,且失能评估方案也没有涉及因认知、失智、精神问题而导致需要长期照护的老人内容。在《老年照护统一需求评估》量表中,各种慢性疾病所占比例过高,导致出现评估等级过高而实际可以自理的情况,这可能会导致对保障对象评估不公平的问题。应当考虑将失智、认知、精神疾病等也以适当方式纳入评估量表,加以明确使长护险失能评估量表所含内容更加全面。

4. 扩大长护险覆盖面,保障失能群体长期照护需求。

(1)扩大保障对象。根据政策规定,申请对象是针对长期失能老人的。由于试点政策推行时间不长,覆盖面还不够广,且政策并没有明确规定保障对象包含失智人群、长期患有精神人员等,政策目前集中在对长期失能老人的保障,对其他原因也有长护护理需求的人群并没有纳入政策保障范围之内。(2)把失能作为享受长护险标准。长护险申请对象为参加上海职工基本医疗保险和上海城市居民基本医疗保险的 60 周岁以上参保人员,只对年龄和参保提出要求,个别年龄未满 60 周岁但又确实需要照护的病人不能纳入该体系,建议纳入保障范围。(3)科学合理划分等级。按照现有标准,长护险服务人群为身体照护 2~6 级的老年人,实践中,服务项目基本上围绕以床为单元的服务,服务内容对长期卧病在床 5~6 级的老人确实很实用,但对有一定的自理能力,以家庭照料和家政服务为主,对服务技能要求不高的照护等级在 2~4 级老人适用性不强。因此,需合理划分服务等级。

5. 了解居民实际需求,提高需求供给匹配度。

(1)更新服务内容。对于长期护理保险服务项目的开展,上海居民有所期待,原以为可以享受专业化的护理服务,弥补照料过程中的欠缺。目前所接受到的服务主要集中在基本生活照料和常用临床护理模块,对专业的临床护理利用率较低。同样一个护理项目,对于低等级失能老人来说或许足够,但对于高等级失能老人来讲,服务项目少、服务时间短。因此,要根据试点实际情况,酌情更新服务内容。(2)提高服务质量。目前实施的长护险政策只涉及上门护理服务,缺乏对护理对象的康复服务和精神慰藉。对于不少失能时间并不太长的老人家属来说,他们还是非常希望老人无论是在身体机能还是情绪状态方面能够有所好转。(3)增加服务频次。目前最多是平均每天一小时的上门服务额度。而不少失能老人大多需要全天候的看护,在服务时长方面也难以满足需求,建议适当增加服务频次。(4)保障服务人员安全。随着居家护理服务量的不断上升,护理服务人员的 service 安全问题也需要予以关注,如服务对象是否有传染病、精神病史,目前还没有相配套的政策出台以保障护理服务人员的安全问题。

6. 建立第三方长护险服务与管理配套机构。

在长期护理保险实施与试点过程中,面对出现的问题,比如评估质量、护理质量、继续教育和信息汇总等,应建立长护险的配套机构,功能涵盖评估等级的鉴定、服务供给的遴选、护理员的继续教育、护理质量的监管和大数据分析等。

(四)培育长护险供给市场,健全长护险机构监督机制

1. 提升长护险服务人员专业水平。

随着纳入评估及服务的老年人日益增多,护工队伍需要不断壮大,其个人素质、服务能力及服务质量仍需不断提高。建议,一是由专门机构对护工队伍进行规范化培训、工作质量控制,以保证该项工作的可持续性。二是制订相关的服务标准并向社会公布,建立行业考核机制,接受来自服务对象和全社会的监督,进一步提高长护险服务质量。三是做好与长护险相配套的用工政策,在服务队伍的职业规划、社会保障待遇等方面给予一揽子解决方案。

2. 加强长护险与其他机构间的合作。

建立以居家为基础、社区为依托、机构为补充的多层次养老服务体系,针对失能老年人的生活照料、医疗保健和心理慰藉等长期护理服务,应依托社区照护服务资源,重点开展居家失能老年人的助餐、助浴、购物、户外活动以及家庭病床等服务。对于重度失能老年人,偏重医疗保健康复的,可入住定点医疗机构;偏重日常生活照料的,可入住定点养老机构。在服务供给体系中,公办养老机构和公立医院负责发挥托底作用,免费向城乡特困群体提供照护服务;民办营利和非营利机构处于主导地位,负责提供市场化的护理服务。

3. 稳步加大长期照护人才培养力度。

继续推进机构联网纳保和护理人员培训工作的基础上,积极关注护理人员安全问题,强化对护理人员的保障措施。建议进一步充实优化评估量表内容,完善第三方责任险,加大保险保障力度。针对养老机构人员配备问题,在前期培训基础上,继续分批组织针对养老机构管理人员的电脑操作及业务培训;同时,从制度层面加以规范,积极探索研究增加对养老机构落实长护险工作的考核管理内容。四是借鉴德国护理教育,建立起包括中专、专科培训(继续护理教育)、大学本科3个层次的一整套护理人员培养体系,并延伸至其就业的资格证和级别待遇的确定,形成一支涵盖不同级别人员的护理队伍。

4. 加强对护理机构督查机制。

坚持以扶持、引导、规范为目的,继续做好对护理机构的督导工作,指导相关护理机构加快落实护理人员移动 app 安装及使用;以移动监管工作部署为契机,注重分类监管,逐步建立自查、互查、督查、开展联合专项检查、加强投诉举报监督稽查等多形式的综合监管模式。同时,充分发挥行业主管部门作用,进一步加大业务培训力度,确保护理服务质量。