

---

# 长期护理保险失能-照护 等级评估制度区域比较研究 ——以长三角地区 10 个试点城市为例

吴君槐 马琦峰 李蕾 段楚楚<sup>1</sup>

(上海师范大学 200234)

**【摘要】** 伴随着我国长护险制度的逐步完善和全面推广，以及长三角一体化战略的纵深发展，未来长三角地区长护险制度将会面临更多的机遇和挑战。建立统一完善的长护险评估制度，对于保障社会民生、助推经济发展有着重要的战略意义。对此，应在制度调适及推广过程中更加聚焦于评估工作，以城市经济基础和社会保险制度为依托，探索区域共性、借鉴优秀经验，为长护险制度在长三角地区乃至全国范围内的完善、创新及推广提供一份借鉴。

**【关键词】** 长期护理保险 长三角一体化 失能-照护

**【中图分类号】**:C913.6 **【文献标识码】**:A **【文章编号】**:1005-1309(2021)10-0105-009

## 一、引言

据第七次全国人口普查数据显示，截至 2020 年 12 月底，我国 60 岁及以上人口有 2.6 亿，占比高达 18.70%，其中 65 岁及以上人口有 1.9 亿。全国 31 个省级行政区中，65 岁及以上人口超过 500 万的有 16 个，其中老年人口超过 1000 万的有 6 个省份。有学者预测这一数字将在未来数十年内持续增长。人口老龄化及相伴而生的老年人口慢病化、失能化问题导致了长期护理需求剧增，这不但严重掣肘了我国的经济发展与社会进步，而且对我国的社会养老与医疗保障体系均产生了不同程度上的冲击。早在 2016 年 6 月，人力资源和社会保障部(以下简称“人社部”)出台了《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》(以下简称《意见》)，将上海等 15 个城市列入首批试点名单，提出将“探索护理需求认定和等级评定等标准体系和管理办法”作为试点的主要任务之一。自此，我国“社保第六险”的长护险制度应运而生，作为一项新的制度安排为照护我国失能老年人口提供了新的思路与方案。我国长护险制度主要面向的对象是患有慢性病或处于伤残等而导致生活不能自理时，需要他人帮助进行日常生活的老年人(戴卫东、徐谷雄，2018)，<sup>[1]</sup>它是在国家护理保险法律框架下，通过多方主体社会化筹资的方式建立长护险基金，用以支付参保人长期护理服务费用的一项制度。2020 年 9 月，经国务院同意，国家医疗保障局会同财政部下发了《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》，至此我国已正式确立包括河北承德、江苏苏州、天津等在内的两批共 29 个国家试点城市(区)，与此同时，还有若干城市自行开启了长护险试点工作，如江苏无锡、浙江温州等。

总的来看，我国长三角地区城市的长护险制度探索起步相对较早，且取得了一定成效。其中，失能-照护等级评估制度(以

---

<sup>1</sup>**作者简介**: 吴君槐，经济学博士，上海师范大学哲学与法政学院副教授。;马琦峰，上海师范大学哲学与法政学院本科生。李蕾，上海师范大学哲学与法政学院本科生。;段楚楚，上海师范大学哲学与法政学院本科生。

**基金项目**: 国家社科基金项目“老年人长期照护的资金筹措与机制创新研究”(编号 17BRK008);上海市大学生“1+2+4”RBL 研究型学习项目(编号 304-AC0103-20-005329)

下简称“评估制度”)作为长护险制度实施的入口,是对申请长护险待遇的参保人按照标准进行失能程度及照护等级评估,并出具结论这一过程中各环节规范的总称,具体又包括评估指导性文件、评估主客体、评估工具及评估程序等内容。评估制度设计不仅事关后续护理工作落实的精确度与实际效用,且对长护险基金及财政资金的支出产生了深远影响,成为未来全国推广长护险制度的重要抓手。

由于我国长护险制度整体起步较晚,大部分试点城市均处于探索阶段,因而在评估制度落实过程中难免会产生一些问题:一方面,评估各环节的顶层设计存在缺陷,具体表现为缺少统一的评估指标及相应的评估工具,评估机制呈现出碎片化、差异化特征(贾云竹,2019;郑伟、姚奕等,2020;马骁,2017)<sup>[2][3][4]</sup>,同时我国长护险制度的法律体系建设也相对薄弱、评估乱象频发(黄丽娟、罗娟,2020;蒋曼、鲍建武等,2019)<sup>[5][6]</sup>。另一方面,现阶段我国的评估指标及评估工具多源自于国外,缺乏本土化特色,科学性与落地性仍有待考究(马晶、杨天红,2021)<sup>[7]</sup>。总的来看,国内学者对长护险评估制度的研究相对较少,在有限的相关研究中又可将其大致分为两类,即个案研究与比较研究:其中前者数量较多,且多以某一典型试点城市或模式为出发点进行研究,如杨松等人从长护险供需关系视角出发,指出成都市评估制度存在评估主体缺位及评估流程不规范的问题(杨松、王守福等,2020)<sup>[8]</sup>;后者研究相对较少,且多为国际间或国内首批试点城市间的对比研究,如蒋曼等人分别选取日本与韩国的评估工具同中国进行对比,提出我国长护险评估工具设计可适当借鉴并引入“中介变量”的观点(蒋曼、罗力等,2019)<sup>[9]</sup>。

综上所述,在既有的长护险评估制度文献中,多数的比较研究普遍存在着研究范围宽泛、研究区域割裂等问题,且尚未有区域共同体内各城市评估制度横向比较的相关研究内容,这一研究方向存在的不足为本文研究提供了重要思路。

## 二、研究设计

在长三角一体化发展布局下,建立统一完善的长护险评估制度对于保障社会民生、助推经济发展有着重要的战略意义。如何在充分保障安全性的前提下实现区域长护险协同发展,是当下长三角地区社会治理过程中所面临的一大难题。为弥补前文所述的研究领域空白,更好地探索区域性长护险评估制度的未来发展方向,本文结合我国各省、市、自治区长护险试点工作推行状况,选取了长三角地区10个长护险试点城市(其中包括5个首批试点城市和5个自行试点城市)作为研究对象,在实地调查及政策梳理基础上,借鉴协同理论及城市善治理论中的核心概念,提炼并构建出区域评估制度的“协同—善治”比较分析框架(图1)。通过对框架内容的深入发掘,旨在发现长三角地区长护险评估制度存在的问题,为长三角地区长护险评估制度的进一步完善提供有价值的对策建议。

### (一)比较对象的选择

本文选取的5个国家首批试点城市分别是上海、苏州、南通、宁波和安庆。《意见》发布后,这5个城市积极响应并采取有力措施:南通于2016年正式启动试点工作,上海、安庆、宁波和苏州也于2017年先后进行试点。上海是我国最早进入老龄化也是老龄化程度最高的城市;苏州毗邻上海,经济增速快,老龄化程度也不断增加;南通是深度老龄化地区典型代表,对长护险需求最迫切,首创4家保险共保模式;宁波、安庆也都具有老龄化程度显著、长护险需求急迫、经济水平可承担三大典型特征。另外选取的5个自行探索城市分别是常州、无锡、嘉兴、扬州和温州,这5个城市中既有参考借鉴首批试点城市长护险制度模式开展试点的,如常州武进区;也有符合首批长护险试点城市三大典型特征的,如无锡、嘉兴、扬州三市;温州则由于其兼具制度因素与区域特征上的相似性,从而入选。



图1 区域评估制度的“协同—善治”比较分析框架

## (二) 比较环节的选择

从城市善治的“责任、效率、过程公平、弹性、制衡”五大核心价值出发，结合评估制度具体内容将其转化为4个环节(即评估制度的出台背景、评估主客体、评估工具及评估程序),用以研究在复杂城市社群中的政策制度，进而合理预测评长护险估一体化设计的有效环节。选取上述4个环节进行对比主要由于其在长护险评估制度中存在着典型的特性与普遍的共性。

在特性方面,4个环节分别反映了城市善治与协同发展过程中的核心价值:通过政策背景分析可以反映政府表达与主导力(责任);通过评估主客体判定及评估工具使用情况可以反映长护险照护评估的有效性(效率);通过评估程序的规范性分析则可以反映出过程公平、弹性与制衡的基础理念。

在共性方面,4个环节是长护险评估制度政策研究中不可或缺的部分,环环相扣,且存在着进一步优化的空间:对比政策背景旨在给分析长护险政策的推进和后续建构做理论参考;对比主客体旨在辨析清楚后续长护险的实施对象,更加落实长护险福利资源精准化配置;评估工具是制度构建的必然手段,是判断长护险待遇给付标准的重要方法;对比评估程序旨在系统完整梳理整个评估流程,利于优化评估效率。除此之外,这4个环节也是目前政策文件可整理的主要部分,数据考究真实,化零为整,便于分析使用。

## 三、试点城市评估制度比较

### (一) 出台背景比较

各试点城市长护险及其评估制度的建立,往往与当地的人口老龄化水平及相关政策进程有着密切的联系。目前,我国长三角地区的老龄化程度要远高于全国平均水平,不少城市已步入深度老龄化,其中上海以518.12万的老龄人口基数、35.20%的老龄人口占比位居全国老龄化城市首位,南通、无锡、嘉兴等市紧随其后。在长三角地区10个长护险试点城市中,有8个城市老龄化程度在25%以上(其中老龄化程度30%以上的城市2个),<sup>1</sup>面对庞大的老年群体需求,长护险率先在长三角地区落地并形成规模具有其必然性。

在政策制定方面,本文重点梳理比较了各试点城市先后出台的长护险及其评估制度相关文件。总的来看,10个试点城市评估工作推进均按照“试点意见—实施细则—管理办法”这一脉络,但其中也有少数城市由于推进缓慢或公示滞后,致使相关实施细则或管理办法缺失。

从出台时间看,在国家首批试点城市中,南通于2015年率先出台《关于建立基本照护保险制度的意见》(通政发[2015]73号),随后是上海、安庆、苏州、宁波;其他的自行试点城市起步较晚,除嘉兴外的4个城市均在2018年后出台相关政策文件。

从落实范围看，目前试点城市基本实现了长护险及其评估制度的全覆盖或绝大多数区覆盖，仅常州重点选取了武进区开展小范围试点，<sup>2</sup>在常州市文件精神指导下，武进区长护委于2019年出台《武进区长期护理保险失能等级评定管理办法》。

## (二) 评估主客体比较

在失能一照护等级评估过程中一般会涉及评估主体与客体双方。其中，评估主体是指在评估过程中，负责履行评估操作规范、评估任务委派、评估业务执行、评估结果审核、评估结论出具、评估质量监管等职能的有关单位，其影响并决定着评估工作开展客观性、公正性与科学性。评估客体则是指有长期照护需求并申请享受相关待遇的长护险参保人员，即评估对象。

### 1. 评估主体

评估主体可分为政府方评估主体(如社保经办机构、劳动能力鉴定委员会、失能等级评定委员会、资格评定委员会等)和非政府方评估主体(如商保承办机构、第三方专业评估机构和护理服务机构等)两种类型。通过对10个试点城市的梳理，可以发现其评估主体两种类型兼有，只是政府介入程度存在一定差异。其中，上海、无锡和温州三市的政府介入程度较低，非政府方在评估过程中具有较高的自主性和独立性。以上海为例，政府方主要发挥着评估操作规范、评估任务委派及评估质量监管3项职能，而评估业务执行、评估结果审核及评估结论出具均由非政府方的评估机构完成，且复核评估环节工作同样由政府方委派第三方评估机构来完成。

### 2. 评估客体

长三角地区的10个试点城市均设置了不同的限制性条件来划定评估对象范围。一是年龄限制，目前仅上海明确对评估客体有60周岁的年龄限制，而其他各试点城市虽没有明文规定，但评估客体也几乎均为高龄长护险参保人。二是区域限制，目前南通、宁波、安庆、常州、扬州和温州六市仍处于区域试点阶段，因而存在着一定的区域限制，而其他四市则实现了市内各区的全覆盖目标。三是医保关联限制，目前10个试点城市均存在医保关联限制，即限定评估客体需为基本医疗保险参保人员，其中，宁波、安庆、扬州和温州四市还明确规定评估客体必须为职工医保参保人员。四是治疗期限限制，除上海、无锡和扬州三市外，其余各试点城市均要求评估客体在评估前应先接受一段时间的治疗，治疗周期通常为6个月。五是再次申请限制，除上海、宁波、嘉兴和温州四市外，其余试点城市均对再次申请评估的时间作了限制，通常为距上次评定结论作出之日起满6个月。除此之外，各试点城市还有一些差异化的其他限制，如上海要求评估客体中参加本市职工医保的人员还需要按照规定办理申领基本养老保险手续，常州市武进区要求评估客体在申请时点前已连续参加武进区基本医疗保险2年及以上(表1)。

表1 各试点城市评估主客体

国家首批试点城市		上海	苏州	南通	宁波	安庆
评估主体		两者兼有	两者兼有	两者兼有	两者兼有	两者兼有
评估客体	年龄限制	有(60周岁)	无	无	无	无
	区域限制	无	无	有	有	有
	医保关联限制	有	有	有	有(职工医保)	有(职工医保)
	治疗期限限制	无	经过一段时间治疗	不少于6个月	不少于6个月	不少于6个月
	再次申请限制	无	间隔6个月	间隔6个月	无	间隔6个月

自行试点城市	无锡	常州	扬州	嘉兴	温州
评估主体	两者兼有	两者兼有	两者兼有	两者兼有	两者兼有

续表

国家首批试点城市		上海	苏州	南通	宁波	安庆
评估客体	年龄限制	无	无	无	无	无
	区域限制	无	有	有	无	有
	医保关联限制	有	有	有(职工医保)	有	有(职工医保)
	治疗期限限制	无	不少于6个月	无	不少于6个月	不少于6个月
	再次申请限制	间隔6个月	间隔6个月	间隔6个月	无	无

资料来源：根据各省市相关政策文件及文献资料整理。

### (三) 评估工具及等级比较

#### 1. 评估工具

评估工具是指用于判定长护险参保人员(以失能人员为主)在身体结构及功能损伤、行为活动及社会参与限制等方面存在功能障碍的依据。总的来看,我国长护险制度建构还处于探索阶段,在护理需求认定和等级评定方面尚未形成统一的评估工具,各试点城市依据当地情况制定地方标准并开发相应的评估工具,在具体评估过程中表现出较大的差异性。通过对10个试点城市评估工具的对比梳理可以发现,各试点城市的评估工具及其标准不尽相同:南通、宁波和安庆三市使用的是第一代评估工具,初代工具多采用单一性指标进行测量与评估,多选用的是《日常生活活动能力(Barthel指数)评定量表》;其他7个试点城市均是在整合多套标准的基础上进行调适而研发出第二代工具,二代工具均采用复合性指标,即从基本生活活动能力、感知能力、认知能力、疾病轻重等多维度进行评估,不同试点城市各具特色。例如,扬州采用了由中国社会保障学会颁布的《失能等级评估标准(ICF-A-CN量表)》作为该市的评估工具。

#### 2. 评估等级

在评估等级上,目前仅有上海、无锡和常州三市有明确的划分,其中无锡采用6级制,常州采用7级制,而上海则采用近似8级制,即正常(0级)、照护1~6级和建议医疗机构就诊。其余7个试点城市则普遍根据评估得分来确定失能程度,大致包括正常、轻度失能、中度失能和重度失能4个程度。其中南通将失智人员从失能人员中剥离,又划分出正常与认知功能障碍(轻度、中度、重度)<sup>[10]</sup>而宁波与安庆两市在划分过程中仅以40分为界限来认定重度失能人员,相较其他城市而言,评估等级划分明显缺乏精度。在享受范围上,10个试点城市均涵盖了重度失能人员,上海、苏州、南通、无锡四市还涵盖中度失能人员。其中,上海是唯一享受范围涵盖轻度失能(2级)人员的城市,南通则是唯一享受范围涵盖失智(重度失智)人员的城市。

### (四) 评估程序比较

评估程序直接影响着评估结果是否客观公正以及评估工作能否常态化运作，目前长三角地区的 10 个试点城市均对其评估程序作出明确规定，主要包括初评与复评两个环节。

### 1. 初评环节

初评环节的要件包括：申请渠道、评估方式、评估团队规模、评估人员资质、评估费用来源及评估公示 6 个方面。

申请渠道。根据各试点城市信息化水平建设差异，分为线下网点和线上平台两种方式。目前 10 个试点城市均设有线下网点，如上海的参保者需向就近的社区事务受理服务中心或分中心提出评估申请。苏州、无锡、扬州和温州四市开设了线上平台，参保人自主选择评估申请渠道，如苏州的参保者既可向参保关系所在地商保机构受理窗口提出评估申请，也可通过该市“长护险信息管理系统平台”提出评估申请。

评估方式。分为线下评估(包括上门评估、护理机构现场评估等)和线上评估两种方式。目前 10 个试点城市均实行线下评估，线上评估仅在嘉兴试点初期进行过短暂探索，然而受制于技术等多方限制并未得到推行。

评估团队规模。10 个试点城市普遍规定至少应为 2 人，其中宁波明确规定评估团队规模应为 3 人。

评估人员资质。10 个试点城市均从工作经历、专业资格、技术职称等方面作出要求并设定相关限制，上海、宁波两市将多项条件进行整合从而将评估人员资质划分为 A、B 两类。<sup>34</sup>

评估费用来源。可大致划分为自负、基金支付及财政补助 3 种主要渠道，在 10 个试点城市中，基金支付是评估费用的主要来源，上海实行的是自负(20%)与基金支付(80%)相结合的形式，而苏州、嘉兴两市则主要由财政提供补助。

评估公示。10 个试点城市均明确规定应对初评结论及时进行公示。

### 2. 复评环节

复评环节中的要件包括复评条件、复评费用来源及公示情况 3 个方面：复评条件上，根据 10 个试点城市各自的复评申请规定，归纳出 3 种复评情形(满足其一即可)，<sup>56</sup>其中苏州、无锡、常州、扬州和温州五市的复评条件均包括上述 3 种情形，因而复评申请门槛较低；复评费用来源上，同初评一样可划分为 3 种渠道，但与之不同的是，上海、苏州、无锡和常州四市实际费用来源是与两次评估结果是否一致相挂钩的，因而需视情况而定。<sup>7</sup>复评与初评有着较大的差异，各试点城市普遍不再对复评结论进行公示。此外，各试点城市在复评率上也表现出阶段性变化，以上海为例，该市评估等级偏重医学、划分较细且待遇区分度较低，故早期复评率较高。<sup>[11]</sup>然而随着服务项目及补贴的等级调适，目前上海复评率持续下降，群众接受度得到显著提升。<sup>[12]</sup>

除上述两个主要环节外，具体实践中还会涉及其他类型的评估程序，主要包括终核评估、期末评估与状态评估 3 类。<sup>8</sup>各试点城市在评估类型设置上存在着差异(表 2)。

表 2 各试点城市评估程序

国家首批试点城市	上海	苏州	南通	宁波	安庆
评估主体	两者兼有	两者兼有	两者兼有	两者兼有	两者兼有

初评	申请渠道	线下网点	线下网点、线上平台	线下网点	线下网点	线下网点
	评估方式	线下评估	线下评估	线下评估	线下评估	线下评估
	评估团队规模	不少于2人	2人	不少于2人	3人	不少于2人
	评估人员资质	至少1人为B类评估人员	工作经历(2年以上)、专业资格	工作经历、专业资格、技术职称	均为B类评估专家	-
	评估费用来源	基金支付、自负	政府支付	基金支付	基金支付	基金支付或商保公司承担
	是否公示	是	是	是	是	是

续表

国家首批试点城市		上海	苏州	南通	宁波	安庆
复评	复评条件	①	①②③	①	①	-
	评估费用来源	视情况而定	视情况而定	-	基金支付	-
	是否公示	否	否	否	否	-
其他评估类型		终核、期末、状态	状态	期末	期末	期末
自行试点城市		无锡	常州	扬州	嘉兴	温州
初评	申请渠道	线下网点、线上平台	线下网点	线下网点、线上平台	线下网点	线下网点、线上平台
	评估方式	线下评估	线下评估	线下评估	线下评估	线下评估
	评估团队规模	2人	2人	不少于2人	不少于2人	2人
	评估人员资质	工作经历(2年以上)、专业资格	工作经历(3年以上)、学历背景	专业资格、技术职称	工作经历、专业资格、技术职称	工作经历、专业资格、技术职称
	评估费用来源	基金支付	基金支付	基金支付	财政统筹	基金支付
	是否公示	是	是	是	是	是
复评	复评条件	①②③	①②③	①②③	①	①②③
	评估费用	视情况而定	视情况而定	基金支付	财政统筹	基金支付

	来源					
	是否公示	否	否	否	否	否
其他评估类型	状态	期末	-	状态、期末	状态	

资料来源：根据各省市相关政策文件及文献资料整理。

## 四、存在的问题

通过对长三角地区 10 个长护险试点城市评估制度的比较与分析，不难发现各试点城市评估工作背后还存在一些评估制度问题。

### (一) 评估政策推进滞缓，缺乏执行管理细则

评估政策是评估制度运作的坚实保障，尽管目前各试点城市均已出台长护险制度实施指导意见及实施细则，但其中部分城市在评估政策制定、推进与更迭环节上则相对滞后，表现出较大的差异性。上海、苏州两市在长护险评估工作上处于领先地位，政策规章相对健全且近年来仍在不断地更新修订；然而，南通、安庆两市仍未出台(或未公示)专项评估工作管理办法，基层评估工作的自由度较高。此外，常州则受限于区域试点范围，因而在评估政策上也表现出推进滞缓、覆盖面窄的问题。评估政策的泛化与缺失为这些试点城市评估基层工作的落实带来了一系列阻碍，也易产生评估流程不规范、评估结果不准确等问题，评估主体间容易产生矛盾，从而影响评估制度的稳定性。

### (二) 评估工具标准不一，存在显著地区差别

评估制度的构建在于推广，故应当具备普适性，然而通过对各试点城市评估工具的横向比较可以发现，尽管各试点城市评估制度的框架存在共性，但具体的评估标准却存在着较为显著的差异，这种差异表现在评估维度、失能评估及享受护理等级划分等方面。从评估维度上看，可将 10 个试点城市分为三类：第一类侧重于医疗护理，如上海、常州等市；第二类侧重于基本生活照料，如宁波、安庆等市；第三类则侧重于认知及精神状态，如南通、嘉兴等市。此外，从失能评估及享受护理等级划分上看，存在着享受范围及待遇水平上的差异。这些差异造成了长三角地区长护险参保人员待遇间的横向落差，易产生由区域分割所带来的跨区域统筹问题，这既损失了评估制度的总效用，也不利于区域制度体系的构建。

### (三) 评估工作活力不足，缺少必要监督管理

无论是长护险评估工作的执行主体抑或是监管主体，均可划分为政府方与非政府方两类，如何在长护险评估工作中合理使用两种资源，实质上就是在对公共管理中“民主与效率、国家与市场”这两组矛盾的调适。目前在各试点城市评估过程中政府介入程度普遍偏高，而社会参与力量相对薄弱。缺乏竞争而形成的稳定评估环境往往难以调动评估人员的积极性，缺乏内部激励机制使得评估工作活力明显不足，评估人员工作失位、缺位现象频发。此外，由于目前评估监管多为内部监管，外部监管不足带来了一系列评估工作“阴影”，最显著的表现即在于各试点城市不再对复评结果进行公示，这种追求“效率”的监管方式损害了评估的民主与结果的公平，这对评估制度的稳定性是一个重大挑战。

## 五、对策与展望

针对现阶段长三角地区各试点城市评估制度存在的问题，本文提出如下针对性建议。

### (一)完善评估管理细则，推进政策落实执行

完善评估管理细则，明晰执行细则是长护险评估工作有效开展的重要前提。目前长三角地区部分试点城市评估政策推进滞缓，伴随着长护险制度的快速演变，较长的政策出台周期必然会影响到政策本身的时效性与精确度，对此应加强调查研究，厘清影响长护险评估管理的主要障碍。一方面，长三角试点城市可借鉴上海、苏州等地的成熟经验，结合自己城市的实际情况进行调整，出台规范的评估工作细则。另一方面，可由当地民政部门、医保部门牵头成立专项职能部门，科学民主决策，辅之以必要的立法约束，从制度层面给予评估工作以坚实的法律保障。

### (二)构建区域公平体系，助推长三角一体化

2019年12月，中共中央、国务院印发了《长江三角洲区域一体化发展规划纲要》，提出构建区域协调发展新格局、加快公共服务便利共享等一系列目标。长护险试点事关区域社会民生，探究长护险评估制度助推长三角一体化发展具有独特的战略意义。为此，可从3个方面思考这个问题：一是在适用对象上，应逐渐将中度失能和失智人群纳入保障范围，降低并统一准入门槛；二是在评估工具上，应鼓励南通、宁波、安庆三市结合实际情况出台二代工具，重点推促各试点城市评估工具标准统一化；三是在评估应用上，应打通跨市信息屏障，以实现长三角地区长护险评估制度的横向公平。

### (三)调动社会主体力量，加强评估流程监管

面对评估工作活力不足、评估监管主体缺失所产生的问题，则应通过调动政府与社会双方的力量加以解决。一方面，政府在长护险评估工作中应适度放权，引入更多社会专业机构代为评估以扮演“划桨者”，而自身则更多扮演着引导方向的“掌舵者”，通过定期绩效考核的方式来完善社会评估机构的“激励—退出”机制，这不仅有助于缓解政府主体压力，更有助于提升评估工作的效率与专业程度。另一方面，则需厘清双方主体的监管责任，对于评估流程而言，应实行内部与外部相结合，事前、事中和事后相衔接的综合监管方式，以确保评估的程序正义，维系评估制度的稳定性。

总的来看，伴随着我国长护险制度的逐步完善和全面推广，以及长三角一体化战略的纵深发展，未来长三角地区长护险制度将面临更多的机遇和挑战。对此，应在制度调适及推广过程中更加聚焦于评估工作，以城市经济基础及社会保险制度为依托，探索区域共性、借鉴优秀经验，为长护险制度在长三角地区乃至全国范围内的完善、创新及推广提供一份借鉴。

### 参考文献:

- [1]戴卫东,徐谷雄.长护险的“有所为”和“有所不为”[J].中国社会保障,2018(5):24-25.
- [2]贾云竹.建立全国统一的失能评估和照护需求标准[J].中国社会工作,2019(23):17.
- [3]郑伟,姚奕,刘子宁,吕有吉.长期护理保险制度的评估框架及应用:基于三个案例的分析[J].保险研究,2020(10):65-78.
- [4]马骁.长期护理保险需求评估和等级评定的国内外比较研究——分别以青岛市和日本为例[J].中国市场,2017(20):60-63.
- [5]蒋曼,鲍建武,郑嘉毅,戴瑞明,宋阳,李星辉,王颖.上海市长期护理保险评估环节的监管研究[J].中国初级卫生保健,2019,33(7):28-30.
- [6]黄丽娟,罗娟.长期护理保险的理论指引与体系建构[J].华东政法大学学报,2020,23(5):143-157.

---

[7] 马晶, 杨天红. 长期护理需求评估体系建设研究——基于地方试点与德国实践[J]. 重庆大学学报(社会科学版), 2021, 27(2): 176-187.

[8] 杨松, 王守富, 黄桃, 邓靖, 彭美华. 成都市长期护理保险服务的供需现状与思考[J]. 卫生经济研究, 2020, 37(10): 34-36.

[9] 蒋曼, 罗力, 何世英, 戴瑞明, 白鸽, 王颖. 国内外长期护理保险需求评估的对比分析[J]. 中国卫生资源, 2019, 22(1): 20-23.

[10] 赵元萍, 黄春芳, 刘守国, 叶梦秋, 励建安, 谢红. 长期照护保险失能评估工具的研究进展[J]. 中国护理管理, 2019, 19(1): 113-119.

[11] 舒露, 王群. 我国长期护理保险失智老人保障政策研究[J]. 卫生经济研究, 2020, 37(11): 7-10.

[12] 胡苏云. 长期护理保险制度试点实践——上海案例分析[J]. 华东理工大学学报(社会科学版), 2018, 33(4): 84, 92.

#### 注释:

1 为便于横向比较, 表格内的各试点城市老龄人口基数及占比均为 2019 年统计数据, 老龄人口定义为年龄在 60 岁及以上的拥有该试点城市户籍的人口群体。

2 由于常州市尚未实现长护险的全市覆盖, 在后续的评估制度对比中, 本文均选取常州市武进区作为基本参考。

3 依据上海市长护险评估工作相关规定, 评估人员分为 A、B 两类: 其中 A 类需具有中专及以上学历, 且具备一定的养老服务、医疗护理或社会工作经验; B 类需在 A 类基础上取得执业医师或执业助理医师资格。

4 依据宁波市长护险评估工作相关规定, 评估专家分为 A、B 两类: 其中 A 类需在二级及以上定点医疗或康复机构工作, 且具备高级专业技术职务任职资格, 从劳动能力鉴定委员会专家库中产生; B 类则需具备中级专业技术职务任职资格, 或为从事相关工作 3 年以上的在岗医护人员。

5 受制于文章及表格篇幅限制, 对于各试点城市复评条件注释如下(下文同): (1) 申请人或代理人、监护人对评估结果存在异议的; (2) 经公示有异议, 异议人在公示期内向相应社保经办机构、承办机构实名举报, 并经审核符合复评要求的; (3) 经经办机构、社保经办机构抽查、监管发现参保人员不符合评估结论的。

6 复评费用视情况而定具体可分为两种情形(下文同): 其一, 初评与复评结果一致由申请人自付; 其二, 初评与复评结果不一致由初评评估机构支付。

7 评估类型具体分为 3 种(下文同): 终核评估, 即申请人对复核评估结果存在异议而进行长护险失能等级评估; 期末评估, 即在评估有效期届满前进行长护险失能等级评估; 状态评估, 即在评估结果有效期内, 长护险待遇享受者因身体状况和生活自理能力等方面发生变化而需重新进行失能等级评估。

8 评估类型具体分为 3 种(下文同): 终核评估, 即申请人对复核评估结果存在异议而进行长护险失能等级评估; 期末评估, 即在评估有效期届满前进行长护险失能等级评估; 状态评估, 即在评估结果有效期内, 长护险待遇享受者因身体状况和生活自理能力等方面发生变化而需重新进行失能等级评估。