

欧盟公共长期照护体系：政策选择、支出差异与保障充分性

[比利时] 卡雷尔·范登博斯

[摘要] 欧盟成员国长期照护体系的跨国差异究竟源于福利国家的制度禀赋，还是政策选择的结果？基于欧盟长期照护建议的监测框架及相关统计资料，本文围绕公共支出、治理与筹资、服务供给、费用保障和未满足需求五个维度，对欧盟成员国的公共长期照护体系展开系统比较。研究发现，各国长期照护公共支出占 GDP 的比重从 0.1% 到 3.8% 不等，但支出差异与老年人口规模和失能人口占比并无明显关联，其深层驱动因素主要是政策选择，而非人口结构。类型学分析表明，欧盟长期照护体系总体上呈现两类特征鲜明的模式：北欧和西北欧国家依托成熟的福利国家制度基础，构建了高支出、高保障且制度相对统一的长期照护体系；南欧和东欧多数国家则表现为公共投入有限、治理碎片化、保障覆盖具有选择性，自付费用负担较重，且对家庭照护的依赖程度较高。更具悖论意味的是，较高的公共投入并不必然消除未满足的照护需求，服务可及性、供给结构和制度整合程度同样发挥重要作用。上述发现表明，欧盟长期照护体系的分化，实质上是福利国家制度路径依赖与政策能动性交互作用的结果。

[关键词] 长期照护；公共支出；政策选择；保障充分性；未满足需求

一、引言

2022 年 12 月 8 日，欧盟通过了《关于获得可负担且高质量长期照护的建议》（以下简称《长期照护建议》）。^① 该建议不仅是《欧洲照护战略》的核心，^② 也是落实《欧洲社会权利支柱》

[作者简介] 卡雷尔·范登博斯，比利时安特卫普大学赫尔曼·德莱克社会政策研究中心教授。主要研究方向：福利国家、社会政策。

[译者简介] 舒文，中国人民大学劳动人事学院博士研究生。

① Council of the European Union, "Council Recommendation of 8 December 2022 on Access to Affordable High-Quality Long-Term Care (2022/C 476/01)," *Official Journal of the European Union*, 15 December 2022.

② 《欧洲照护战略》（European Care Strategy）于 2022 年 9 月 7 日由欧盟委员会通过，该战略还附带了《关于修订巴塞罗那早期儿童教育与照护目标》和《关于获得可负担且高质量长期照护的建议》两份草案。参见 European Commission, *A European Care Strategy for Caregivers and Care Receivers*, https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_22_5169, September 2022.

（特别是第 18 条长期照护原则）及其《行动计划》的关键举措，^①旨在呼吁成员国扩大长期照护覆盖面，确保所有人都能享有可负担、高质量的长期照护。为保障上述目标的落地，该建议进一步要求成员国构建完善统一的国家数据收集与评估框架，强化对长期照护供给缺口等关键指标的监测，从而为政策执行提供坚实的证据支撑。

2025 年 5 月 27 日，欧盟社会保护指标小组与欧盟委员会联合发布了“长期照护建议监测框架”，将《长期照护建议》的各方面内容转化为可量化、可落地的评估指标与政策调控抓手，并定期更新。^②本文以该框架所公布的指标为主要依据，系统梳理欧盟各国公共长期照护体系的巨大差异，必要时辅以其他来源数据佐证分析。研究选取的指标涵盖长期照护公共支出规模，公共支出在机构照护、居家照护、现金津贴三类服务间的分配结构，照护服务供给水平，照护成本社会保障覆盖水平，照护服务实际使用率与未满足需求规模。由于塞浦路斯、卢森堡和马耳他三国人口不足百万，情况特殊，故未纳入本文分析范围。

为便于理解，有必要先界定若干概念。其一，长期照护（Long-Term Care, LTC）是指为因身心衰弱、疾病或残疾而长期丧失日常生活自理能力、需要持续性照料护理支持的人群提供的各类帮扶服务。^③其二，日常生活活动（Activities of Daily Living, ADL）指个人每日必须完成的自我照料活动，包括洗澡、穿衣、进食、起居、如厕等。其三，工具性日常生活活动（Instrumental Activities of Daily Living, IADL）则指与独立生活相关的活动，如备餐、理财、清洁和购物等。

必须指出的是，即便在正式长期照护体系较为发达的国家，相当大一部分长期照护服务仍由非正式照护者承担，包括配偶、同住或不同住子女、其他亲属、朋友与邻里等。据估计，欧盟 18—75 岁人口中约 12% 至 18% 每周至少提供一次非正式照护，但照护强度国别差异较大。^④本文遵循配套监测框架建议，仅聚焦由专业（有偿）长期照护人员提供的正式长期照护，非正式照护不在讨论范畴。另外，监测框架内各类指标存在口径不统一、数据盲区等问题，根源在于各国长期照护公共筹资与管理体制高度碎片化，统计数据存在缺失。^⑤例如，部分指标覆盖全体居民，部分仅针对 65 岁及以上老年人口。然而，对这些及其他不一致之处进行系统分析超出了本文的研究范围，笔者仅在文中适当之处予以说明。

本文接下来的结构安排如下：第二部分将分析长期照护公共支出的规模及其在机构照护、

① 《欧洲社会权利支柱》（European Pillar of Social Rights）是欧盟委员会、欧洲议会和欧盟理事会于 2017 年共同通过的纲领性文件，确立了 20 条社会权利原则。其中，第 18 条原则强调：“每个人都有权获得可负担的高质量长期照护服务，尤其是居家照护和社区服务。”参见 European Commission, *European Pillar of Social Rights*, https://commission.europa.eu/system/files/2017-11/social-summit-european-pillar-social-rights-booklet_en.pdf, November 2017; European Commission, *The European Pillar of Social Rights Action Plan*, <https://op.europa.eu/webpub/empl/european-pillar-of-social-rights/downloads/KE0921008ENN.pdf>, May 2021.

② 参见 European Commission, *The EU Monitoring Framework on the Council Recommendation on Access to Affordable High-Quality Long-Term Care*, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2025.

③ Council of the European Union, "Council Recommendation of 8 December 2022 on Access to Affordable High-Quality Long-Term Care (2022/C 476/01)," *Official Journal of the European Union*, 15 December 2022.

④ European Commission (DG EMPL), Social Protection Committee, *2021 Long-Term Care Report: Trends, Challenges and Opportunities in an Ageing Society, Volume I*, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2021, 78.

⑤ European Commission, *2024 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2022-2070)*, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2024, 104.

居家照护和现金津贴之间的分配结构；第三部分简述长期照护治理与筹资模式；第四部分介绍机构照护和居家照护的服务供给现状；第五部分评估长期照护费用保障的充分性；第六部分依托两套长期照护体系分类模型，整合前文指标开展综合归纳；第七部分聚焦体系运行结果，即未满足的长期照护需求；第八部分给出初步研究结论。

二、长期照护公共支出的规模与构成

欧盟各成员国在长期照护公共支出方面呈现显著的区域差异。如图 1 所示，各国长期照护支出占 GDP 的比重差距悬殊，最高者荷兰达 3.8%，最低者希腊仅为 0.1%；从区域分布看，支出高于欧盟平均水平的国家主要集中于北欧和西北欧，而支出低于 1% 的国家则多位于南欧和东欧。在公共投入较低的国家，其照护缺口通常由私人自付及非正式照护加以弥补。尽管如此，自 2014 年以来，欧盟整体长期照护公共支出仍呈小幅上升态势。在政策不变的假设下，预计到 2070 年，欧盟长期照护支出占 GDP 的比重将提高 0.8 个百分点。从成员国层面看，增幅最大的往往是 2022 年支出水平已较高的国家，例如丹麦预计增长 3.3 个百分点，而罗马尼亚仅增长 0.4 个百分点。^①

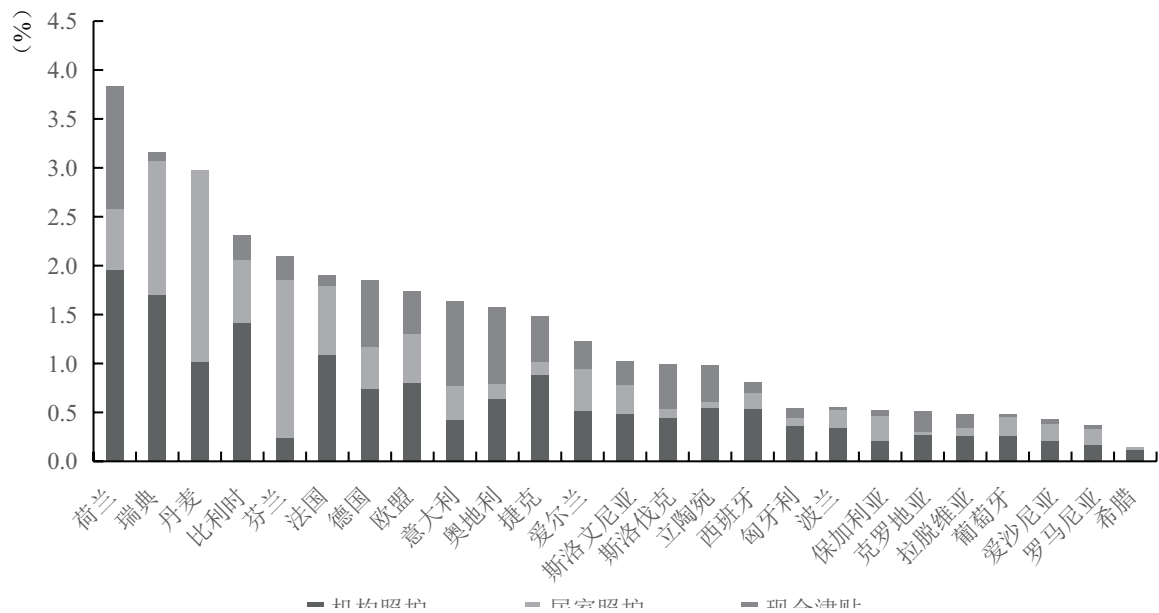


图 1 各类长期照护公共支出占 GDP 的比例

资料来源：European Commission, 2024 Ageing Report - Statistical Annexes All Horizontal Tables, Tables II.1.115-117, https://economy-finance.ec.europa.eu/publications/2024-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2022-2070_en, 18 April 2024.

长期照护公共支出可分解为机构照护支出、居家照护支出和现金津贴支出。机构照护是指在养老院等专业机构中获得的正式照护服务；居家照护是指由专业人员在受照护者家庭住所中

① European Commission, 2024 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2022-2070), Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2024, 103-130.

提供的照护服务；现金津贴是向有照护需要者或其家庭支付的款项，以用于直接购买照护服务或补偿非正式照护者（如家庭成员）。从支出结构看，欧盟长期照护公共支出中，机构照护占比最高（46%），居家照护和现金津贴分别占29%和25%。

在荷兰、比利时、法国等高支出国家，机构照护比例更高；但在西班牙、匈牙利、波兰等总支出较低的国家，该比例同样不低。机构照护成本高昂，既因为其提供全天候服务，也因其服务对象多为重度失能、依赖程度较高的人群。此外，居民自付费用水平也会影响各国机构照护的公共支出规模（详见后文）。与之相对，丹麦、芬兰、瑞典等北欧国家将更多资源投向居家照护；奥地利、德国、意大利等国则以现金津贴为重要手段，受益人可自由支配款项，无须说明用途，而法国、西班牙等则对津贴用途加以限定。^①奥地利、德国和意大利属于“支持型家庭主义”（Supported familism）国家，其基本预设是家庭而非国家为照护的主要提供者。^②此类制度通过提供相对慷慨的现金转移支付，既认可家庭在照护中的核心作用，也允许受益人使用（部分）津贴在照护市场上直接购买服务。

为什么不同欧盟成员国在长期照护上的公共资源投入差距如此悬殊？首先可能想到的是人口年龄结构和健康状况的差异。根据2019年欧洲健康访谈调查数据，欧盟65岁及以上老年人口占比为20%，多数成员国介于17%—23%之间，而爱尔兰、斯洛伐克则显著低于欧盟平均水平（见图2）。就长期照护而言，日常生活活动能力严重受限（即重度失能而需要照护）的人口比例或许更具指向性。尽管欧盟整体该比例为8%，但各国差异较年龄结构差异更为显著。其中，比利时、克罗地亚和立陶宛等65岁及以上重度失能人口比例相对较高，丹麦、芬兰、爱尔兰和瑞典等国比例低于5%。需注意的是，该指标来源（欧洲健康访谈调查）仅包含私人住户人口，^③在老年人机构入住率较高的国家（如荷兰、瑞典、比利时），其失能人口比例可能会被低估。尽管存在上述局限，但老年人口规模及失能人口比例与长期照护公共支出规模并无显著相关关系：一些重度失能人口占比较低的国家，长期照护公共支出却较高。因此，公共支出的巨大差异应主要从长期照护政策本身寻找原因，下文将通过多项指标对此展开佐证。

① 荷兰长期照护支出中现金津贴占比极高，属于特殊情形，统计上可能存在口径偏差。相关数据显示，此类津贴的主要发放对象为65岁以下人群，仅有1.2%的65岁及以上人口领取长期照护现金津贴。此类现金津贴大概率为“个人照护预算”（PGB），即有照护需求者可凭该预算自主购买照护服务，尽管该项目在统计分类中被归为实物福利。参见 European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, 2021 *Long-Term Care Report: Trends, Challenges and Opportunities in an Ageing Society, Volume II: Country Profiles*, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2021, 300.

② Chiara Saraceno, Wolfgang Keck, "Can We Identify Intergenerational Policy Regimes in Europe?" *European Societies*, 2010, 12(5); Joanna Geerts, Karel Van den Bosch, "Transitions in Formal and Informal Care Utilization amongst Older Europeans: The Impact of National Contexts," *European Journal of Ageing*, 2011, 9(1).

③ Eurostat, *European Health Interview Survey (EHIS)*, https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth_det_esms.htm#shortstat_popDisseminated, 17 July 2024.

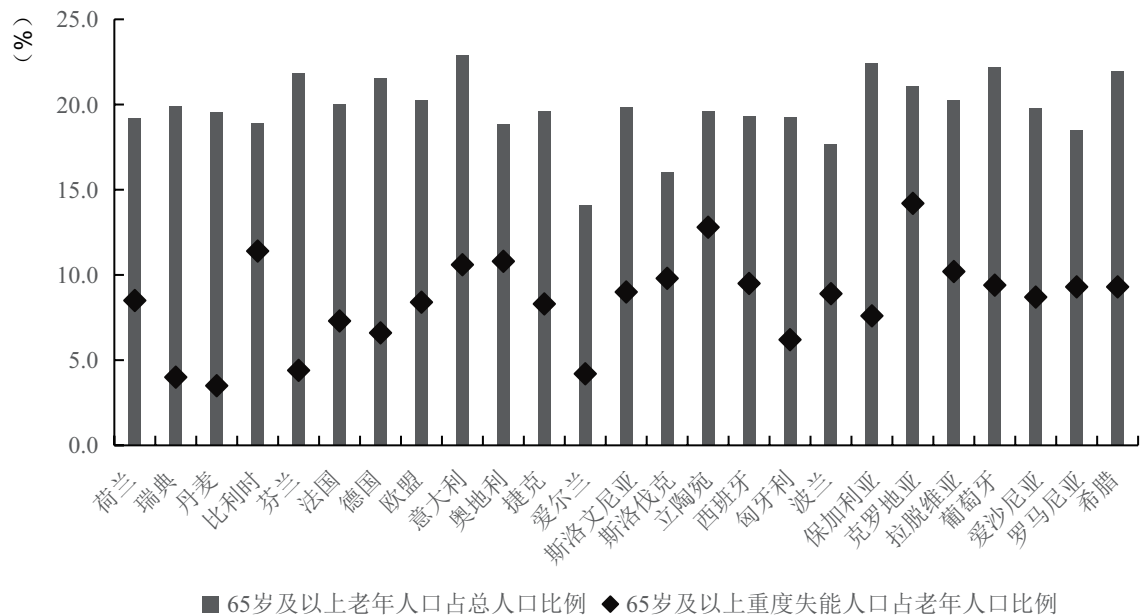


图2 65岁及以上人口占总人口比例及其中重度失能人口占比（2019年）

资料来源：Eurostat Database, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/explore/all/popul?lang=en&subtheme=hlth.hlth_state.hlth_fal&display=list&sort=category&extractionId=hlth_ehis_ha1d, 1 July 2025.

三、长期照护的治理与筹资模式

多数国家的长期照护并非在国家层面组织，而是在地区、省或市镇等较低层级进行。本文考察的欧盟国家中，仅克罗地亚、德国、希腊、爱尔兰、立陶宛、荷兰、斯洛伐克和斯洛文尼亚实行中央统筹治理，但即便在这些国家，地方政府仍承担重要的服务运营配套职能。许多国家甚至将不同照护类型的组织责任分配给不同层级的政府，但此类安排易导致管理碎片化，也加大了医疗照护与社会照护之间整合不足的风险，进而造成服务覆盖重叠与保障缺口。与治理体系相关的一个关键问题是，长期照护服务提供者是否须经资质认证，以及是否建立了统一的质量监管框架。两者在波兰和葡萄牙均缺失，两国的长期照护质量指标表现亦不佳。^①

从筹资模式看，欧盟成员国公共长期照护的资金来源主要分为三类：其一，一般税收筹资，为北欧国家以及奥地利、保加利亚、克罗地亚、爱尔兰、意大利、拉脱维亚、罗马尼亚和西班牙所采用。其二，以强制性社会缴费为主，德国、希腊和荷兰采取此模式。^② 其中，德国多数居民参加法定长期照护保险，2020年其费率为3.05%，缴费由雇主和雇员各承担一半，少数居民购买商业照护保险。荷兰则实行固定金额缴费，其缴费与收入水平或所接受的照护

① 参见 Ana Llana-Nozal, et al., *How Do Countries Compare in Their Design of Long-Term Care Provision? A Typology of Long-Term Care Systems*, OECD Health Working Papers No. 182, Paris, OECD Publishing, 2025; Emmanuele Pavolini, *Long-Term Care Social Protection Models in the EU—2021*, European Social Policy Network (ESPN), Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2022, 9.

② Emmanuele Pavolini, *Long-Term Care Social Protection Models in the EU—2021*, European Social Policy Network (ESPN), Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2022, 13.

无关。^①其三，其余欧盟国家采用一般税收与强制缴费混合筹资模式。其中，除法国外，绝大多数国家长期照护责任较为分散，一般性社会照护由税收承担，而健康相关照护则由社会缴费筹资。需指出的是，公共长期照护服务的使用者均需承担部分自付费用。

四、长期照护的供给

机构照护的供给通常以每 10 万人对应的机构床位数来衡量。如图 3 所示，该指标在欧盟成员国之间差异悬殊，保加利亚每 10 万人仅 25 张床位，而荷兰高达 1420 张，二者相差近 57 倍。不过，若将各国机构床位充裕程度与其机构照护公共支出水平相比较，可以发现其排名并不一致：爱沙尼亚、芬兰、斯洛文尼亚等国在公共支出相对较低的情况下，床位供给反而较为充足。这种供给与公共支出的错位现象，除各国对机构床位的统计口径存在差异外，主要原因在于其筹资与支付机制的不同：一方面，在若干成员国中，相当一部分机构照护成本可能由私人资金承担，并未纳入公共支出统计范围；另一方面，在某些国家（尤其是奥地利和德国），长期照护相关的现金津贴可用于支付机构照护费用，从而降低了公共支出统计中机构照护的显性份额。

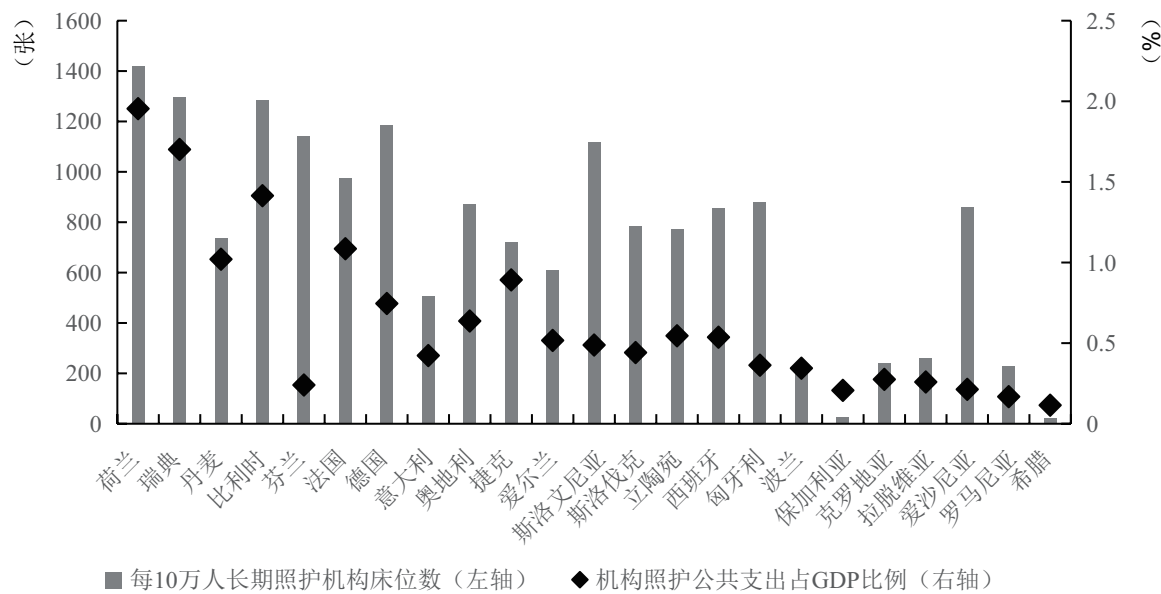


图 3 2022 年机构照护的床位数与公共支出

资料来源：Eurostat Database, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/explore/all/popul?lang=en&subtheme=hlth.hlth_state.hlth_fal&display=list&sort=category&extractionId=hlth_egis_hald,1 July 2025; European Commission, 2024 Ageing Report - Statistical Annexes All Horizontal Tables, Tables II.1.115.
注：葡萄牙无数据。

① European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, 2021 Long-Term Care Report: Trends, Challenges and Opportunities in an Ageing Society, Volume II: Country Profiles, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2021, 71, 287.

成员国机构照护提供者的所有制类型（公共、私人营利性或私人非营利性）亦各不相同（图4）。瑞典、捷克、法国、奥地利、爱沙尼亚和保加利亚以公共提供者为主；芬兰、西班牙、罗马尼亚、比利时、爱尔兰、德国、希腊和荷兰则主要由私人营利性和非营利性提供者提供服务，其中德国和希腊的私人非营利性提供者占比最高。趋势数据显示，一些国家照护机构正从公共主体转向私人营利性和非营利性实体，部分跨国营利性公司已活跃于机构照护市场。^①

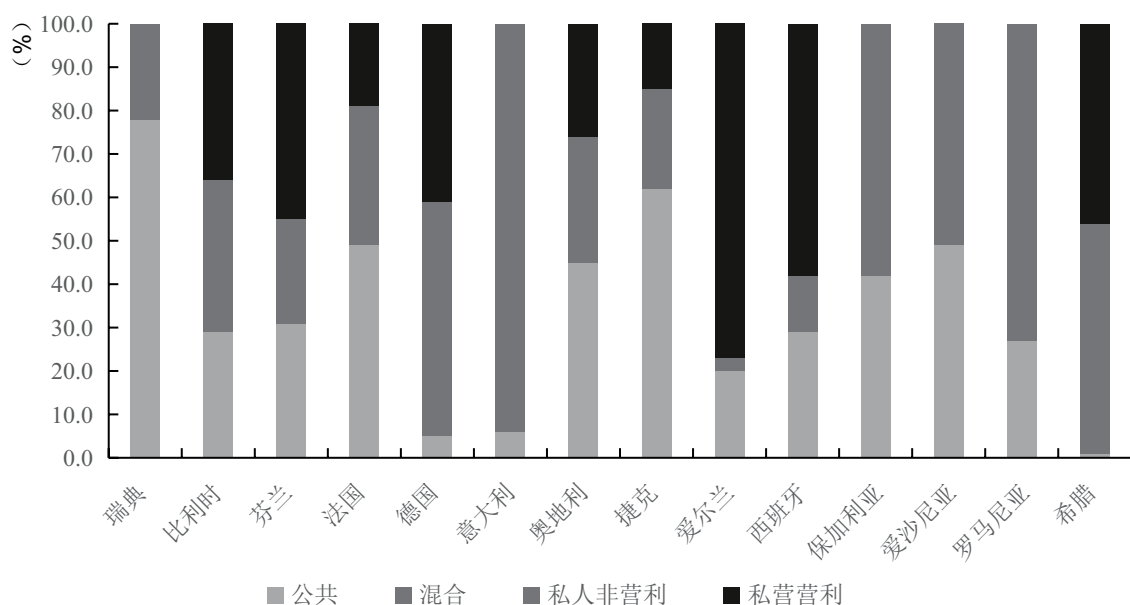


图4 机构照护提供者的所有制类型占比

资料来源：KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, *Study on the Long-Term Care Supply and Market in EU Member States: Final Report*, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 24 January 2022.

注：荷兰、丹麦、斯洛文尼亚、斯洛伐克、立陶宛、匈牙利、波兰、克罗地亚、拉脱维亚和葡萄牙无数据。

居家照护的供给以每100名65岁及以上人口对应的有偿照护人员数量衡量。如图5所示，欧盟层面该指标均值为1.2人，但各成员国差异显著。北欧国家、荷兰、斯洛伐克和保加利亚居家照护人力配比居于欧洲前列，而南欧、东欧和中欧等国家尚不足欧盟平均水平的二分之一。一般而言，有偿居家照护人员数量较多的国家，居家照护公共支出占GDP的比重也相对较高，但二者相关性偏弱。部分国家的数据偏差可能源于统计口径差异：欧盟劳动力调查对职业类型与行业门类的划分标准存在疏漏，例如跨行业兼职的照护从业者极易出现归类偏差。在荷兰、瑞典和德国，大量照护人员以非全日制形式就业。同时，部分居家照护人员的劳务报酬由私人资金承担，未纳入公共财政统计口径。另外，欧盟长期照护行业从业人员以个人生活照料员为主体，专业照护人员占比仅为29%。^②部分成员国（尤其是德国）的专业照护人员占比远高于欧盟平均水平。

① KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, *Study on the Long-Term Care Supply and Market in EU Member States: Final Report*, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 24 January 2022.

② European Commission, *The EU Monitoring Framework on the Council Recommendation on Access to Affordable High-Quality Long-Term Care*, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2025, 55-56.

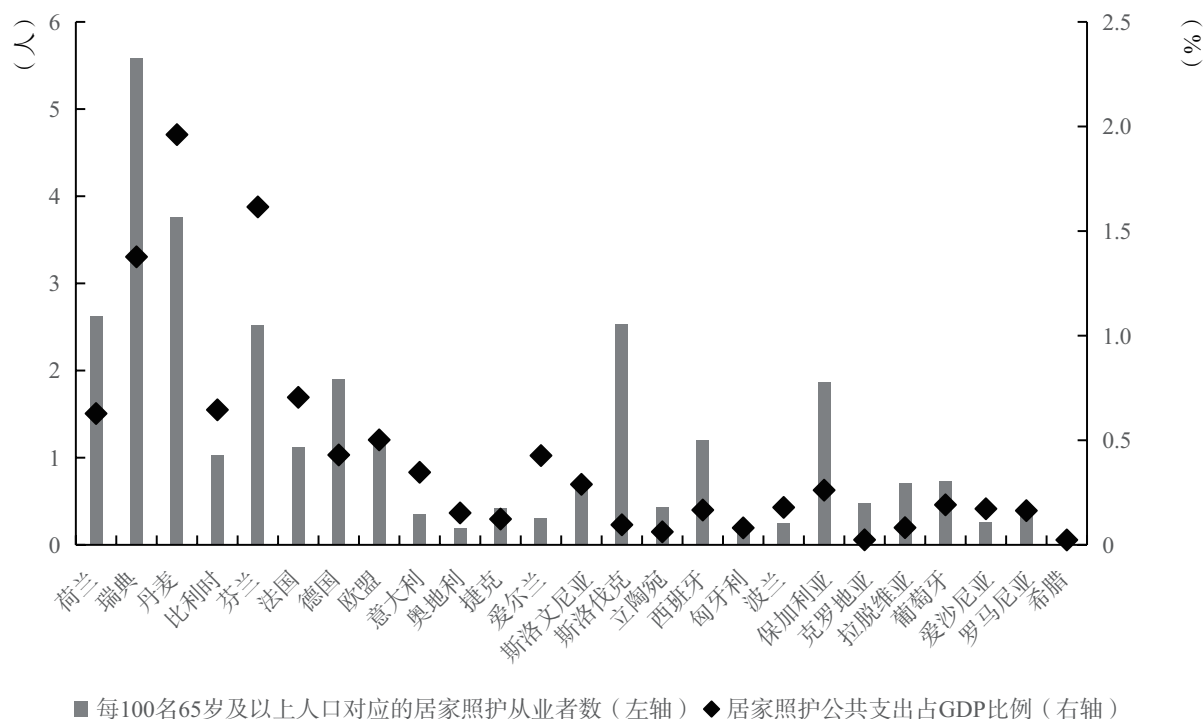


图 5 居家照护从业人员数量与公共支出情况

资料来源: European Commission, *The EU Monitoring Framework on the Council Recommendation on Access to Affordable High-Quality Long-Term Care*, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2025, 118-119.

五、长期照护费用保障的充分性

公共长期照护体系能在多大程度上覆盖照护使用者的费用? 这一问题较为复杂, 因为公共供给既包括免费或低价服务, 也包括受益人可用于支付照护费用的现金津贴。对此, 本研究采用典型案例分析法开展测算: 通过设定虚拟的用户画像, 并区分其照护需求类型、严重程度、所需专业服务、收入与资产水平, 开展对比分析。一般而言, 无论是实物给付还是现金给付, 各国均会依据收入或资产进行家计调查, 因此明确收入和资产水平十分必要。^① 典型案例法排除了现实中服务供给与实际使用情况的干扰, 仅从制度设计层面对各国长期照护社会保护体系进行横向比较。

如图 6 所示, 在模拟重度失能、收入处于中位数、无净资产人群的情形下, 各国居家照护开支的公共保障覆盖比例差异显著, 北欧国家、比利时与荷兰可实现近乎全额保障, 捷克、波兰、爱沙尼亚的公共保障覆盖水平则极低。针对中度失能人群的测算结果虽略有差异, 但各国呈现的整体格局基本一致; 多数国家仅对重度失能群体提供支持, 轻度失能人群几乎无法享受公共照护福利。^② 对于重度失能群体, 机构照护与居家照护的费用覆盖程度存在明显差异, 绝大多

① 参见 OECD, *Is Care Affordable for Older People?* OECD Health Policy Studies, Paris, OECD Publishing, 2024.

② European Commission, *The EU Monitoring Framework on the Council Recommendation on Access to Affordable High-Quality Long-Term Care*, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2025, 18.

数成员国对机构照护成本的保障力度更低。究其原因，机构照护同时包含食宿开销，这部分费用大多需要使用者全额或部分自行承担。部分国家还对公共福利可覆盖的照护时长设置上限，法国、斯洛文尼亚便是典型代表；这进一步压缩了公共保障的覆盖范围。^①

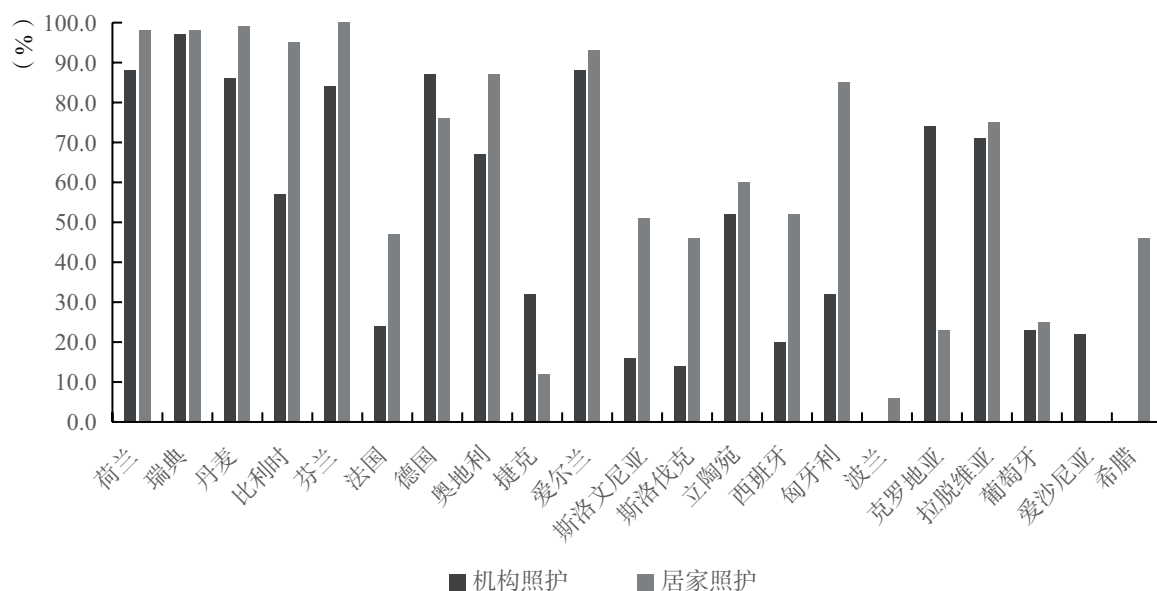


图6 2020—2021年公共社会保护覆盖长期照护费用的比例

资料来源：European Commission, *The EU Monitoring Framework on the Council Recommendation on Access to Affordable High-Quality Long-Term Care*, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2025, 107-109.

注：测算对象为重度失能、收入处于中位数、无净资产群体；保加利亚、罗马尼亚无数据；意大利仅提供南蒂罗尔地区数据，不具备全国代表性。

若无公共支持，绝大多数国家的老年人将难以承担长期照护费用。对于重度失能者而言，其全年照护总费用最高可达65岁及以上群体收入中位数的6倍，最低也接近该群体全年收入。^②值得注意的是，丹麦、芬兰、瑞典、荷兰这类照护保障力度最强的国家，照护费用相对老年收入的比值反而更高；希腊、波兰、葡萄牙的保障体系虽薄弱，但照护费用与老年收入的比值相对更低，只是其成本依旧超出老年人的收入承受能力。即便考虑公共支持，多数国家机构照护费用仍等于或超过老年人中位收入（图7）。只有在瑞典、德国和拉脱维亚，该费用低于中位收入的一半。高收入老年群体的机构照护经济压力相对更小，但自付费用依旧会占据收入较大比重，而低收入老年人则更难负担机构照护费用。^③然而，由于欧盟成员国普遍根据收入对长期照护津贴进行家计调查，在多数国家，低收入与中位收入老年人的自付费用比例相同或相近。在法国、德国和拉脱维亚，低收入老年人的自付费用比例甚至明显低于中位收入老年人。

① OECD, *Is Care Affordable for Older People?* OECD Health Policy Studies, Paris, OECD Publishing, 2024, 48.

② OECD, *Is Care Affordable for Older People?* OECD Health Policy Studies, Paris, OECD Publishing, 2024, 47.

③ 高收入群体和低收入群体分别以老年人口收入分布中的第80个百分位数和第20个百分位数作为划分界限。

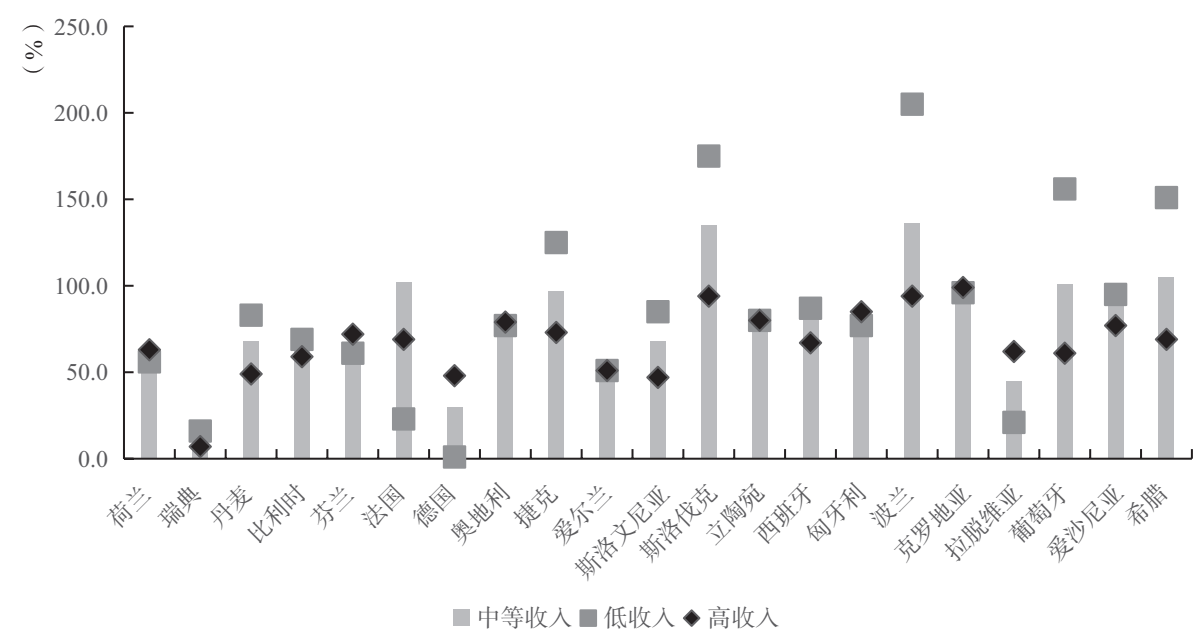


图 7 不同收入水平群体机构照护自付费用占收入比例

资料来源：European Commission, *The EU Monitoring Framework on the Council Recommendation on Access to Affordable High-Quality Long-Term Care*, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2025, 107-109.

注：测算对象为重度失能且无净资产的老年群体。

另有研究基于同一典型案例数据，对比高收入与低收入群体长期照护费用保障的差异。研究发现，法国、德国、瑞典、比利时、捷克、斯洛文尼亚的高收入与低收入人群之间的保障差距较小，奥地利、荷兰、爱沙尼亚、克罗地亚、西班牙、意大利等国两类群体的保障差距则相对突出。^①保障差距较小的实现路径分为两种：一是普惠型制度，以瑞典为代表，实现对全体人群的高比例费用覆盖；二是精准兜底制度，以法国为代表，福利资源向低收入群体定向倾斜。

六、长期照护体系的类型学分析

类型学分析能够整合多维度特征，将各国长期照护体系归纳为少数典型类别。针对欧盟各成员国的长期照护体系，近期提出的两套分类体系在纳入的特征维度上均比以往研究更为全面，分别为帕沃利尼（Pavolini）分类模型与经合组织（OECD）分类模型。其中，帕沃利尼模型依托长期照护公共支出（占 GDP 的比重）和现金津贴（占长期照护总支出比重）两个核心维度，将欧盟长期照护体系划分为六种类型（见表 1）。^②OECD 最近的一项研究则采

① Marco Angrisani, et al., "Financial Social Protection and Individual Out-of-Pocket Costs of Long-Term Care in the USA and Europe: An Observational Study," *eClinicalMedicine*, 2022, 50.

② Emmanuele Pavolini, *Long-Term Care Social Protection Models in the EU—2021*, European Social Policy Network (ESPN), Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2022.

用五个基本维度，通过聚类分析划分出四种主要的长期照护体系类别（见表1）。^①这五个维度包括：（1）可及性，涵盖准入资格、目标人群覆盖程度，以及对实物服务或现金津贴的依赖度；（2）可获得性，即正式照护服务的供给能力；（3）筹资，侧重于公共筹资力度与居民自付费用的对比；（4）治理，考察体系的碎片化或集中化程度；（5）质量，主要涉及人力资源状况。

这两种划分方法所考察的维度有所重叠但各有侧重：OECD模型增加了质量指标，并更加强调整按需求程度与收入水平进行分层保障，但它们对各国的类型定位大体一致，整体可分为三大类型。（1）政府干预有限或偏低，因而公共长期照护供给薄弱的类型（共13国）。除爱尔兰外，这些国家均位于南欧或东欧。这类长期照护体系往往呈现碎片化或分权化的特征，其中部分国家设置严格的需求评估或家计调查准入门槛。即便不存在此类瞄准机制，受限于有限的资源投入，这些国家的公共长期照护供给亦难免零散不均。（2）政府干预较强或极强的类型（共8国）。该类国家主要位于西欧和西北欧，其公共长期照护体系财政支持力度较高，现金津贴或实物服务供给较为充足；无论采取集权还是分权形式，均保持较高的制度统一性和完整性。（3）介于上述两类之间的过渡类型（共3国）。在捷克和意大利，政府主要通过现金津贴介入长期照护，但财政投入总量相对偏低；斯洛文尼亚则更侧重于长期照护服务。

表 1 两种长期照护体系类型学的交叉分类

帕沃利尼分类 OECD 分类	国家干预有限	国家干预偏低		国家干预较强		国家干预极强
		依托现金津贴	依托服务供给	依托现金津贴	依托服务供给	依托服务供给
长期照护公共筹资水平最低、正式照护覆盖率低；制度碎片化，服务质量较低	希腊、克罗地亚、葡萄牙、保加利亚、罗马尼亚	西班牙、立陶宛、波兰、斯洛伐克	—	捷克	—	—
分权治理，严格的需求评估与家计调查限制了长期照护的公共供给	爱沙尼亚、匈牙利、拉脱维亚	—	爱尔兰	意大利	—	—
财政支持力度高，集中化治理，更多依赖私人提供方，家计调查要求较低	—	斯洛文尼亚	—	德国	—	荷兰
财政支持力度最高，正式公共照护供给充足，同时对非正式照护者提供高度支持；制度统一但分权，服务质量高	—	—	—	奥地利	比利时、芬兰、法国	丹麦、瑞典

注：该表根据正文内容整理。保加利亚和罗马尼亚未纳入 Llana-Nozal 等的类型学（非经合组织国家），但本文数据支持将其归入该类别。

① Ana Llana-Nozal, et al., *How Do Countries Compare in Their Design of Long-Term Care Provision? A Typology of Long-Term Care Systems*, OECD Health Working Papers No. 182, Paris, OECD Publishing, 2025.

七、体系运行的结果：未满足的长期照护需求

当正式照护服务难以获取或负担不起，且家庭等非正式照护者又无力提供充足的照料时，民众就会出现“未满足的长护需求”。2019年，欧盟65岁及以上重度失能老年人中，47%存在照护需求未充分满足的问题（见图8）。然而，纵观各成员国未满足需求比例的差异，其与长期照护公共支出、服务供给或上述体系分类之间，并未呈现出清晰的线性关系。一方面，未满足的长期照护需求比例较高的国家，既包括保加利亚、克罗地亚、爱沙尼亚和罗马尼亚等财政投入和服务供给有限的国家，也包括长期照护体系较为完善的瑞典、芬兰。另一方面，以全部65岁及以上老年人口为基数，各成员国未满足需求的人口占比则要低得多。保加利亚、克罗地亚、爱沙尼亚、罗马尼亚未满足需求占比达5%以上，其根源是重度失能老年人基数大、该群体内部照护缺口比例高；欧盟成员国中仅丹麦的这一比例低于2%。

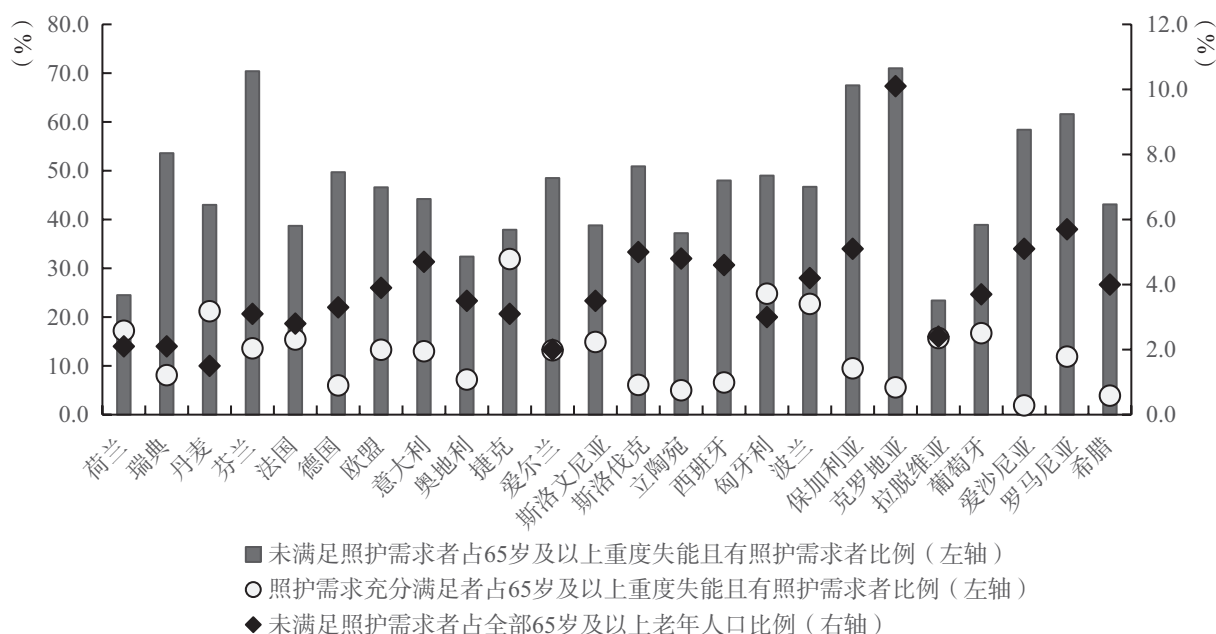


图8 65岁及以上重度失能人群的未满足照护需求占比

资料来源：Eurostat Database, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/explore/all/popul?lang=en&subtheme=hlth.hlth_state.hlth_fal&display=list&sort=category&extractionId=hlth_chis_ha1d, 1 July 2025.

注：比利时无数据。

在未满足需求的各种原因中，经济原因最为突出。2016年，欧盟有照护需求者中，36%因经济原因（认为过于昂贵）未使用专业居家照护服务，^①保加利亚、希腊、波兰、罗马尼亚和西班牙超过50%，克罗地亚、爱沙尼亚、意大利、拉脱维亚、立陶宛和葡萄牙介于30%至50%之间，芬兰、爱尔兰和瑞典低于15%。这些结果与图7大体一致：在长期照护自付费用相对于老年人中位收入较高的国家，经济原因更为重要。另一原因是无法获得服务。在爱沙尼亚、

① European Commission, *The EU Monitoring Framework on the Council Recommendation on Access to Affordable High-Quality Long-Term Care*, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2025, 107-109.

意大利、拉脱维亚和爱尔兰，超过 15% 的有照护需求者将无法获得服务列为需求未满足的原因。研究表明，国家间未满足的长期照护需求差异不易解释，难以判断这些差异究竟源于个人处境，还是源于国家层面的制度效应。^①一种可能的解释是，发展较为完善的公共长期照护体系会形成照护需求应当得到满足的预期，但这一预期并不总能实现。

八、结论

尽管长期照护领域较为复杂，且现有数据存在口径不一致与缺失问题，但从上述指标仍能看出一定的规律。一类是以北欧和西北欧国家为代表的“高保障阵营”（包括丹麦、芬兰、瑞典，以及奥地利、比利时、法国、德国和荷兰）。这些国家的长期照护公共支出占其 GDP 的约 1.5%—3.8%。国家对机构照护和居家照护的成本覆盖程度较高，从而将个人的自付费用控制在有限范围内。其长期照护体系无论在行政上是集权还是分权，都维持了政策的统一性。当然，该阵营内部也存在路线差异：部分国家在财政上更倾向于机构照护，而另一些国家则倾向于通过发放现金津贴来赋能家庭承担照料责任；有些国家由公共机构提供大部分照护服务，而另一些国家则高度依赖民间非营利组织乃至私营营利性企业的市场化运作。另一类是以东欧和南欧国家为代表的“弱保障阵营”。在这些国家，国家对长期照护的干预极其有限或较为温和，长期照护公共支出仅占其 GDP 的 0.1%—1%。公共财政对长期照护费用的覆盖程度低，且设置严苛的需求或收入门槛，居民个人自付压力较大。其长期照护体系治理碎片化程度较高，服务质量保障程度较低。这就意味着，非正式家庭照护必须承担比第一阵营更为沉重的支柱性责任。此外，捷克、意大利和斯洛文尼亚的长期照护体系制度设计介于上述两种类型之间，各有侧重。

基于上述研究，可进一步得出三点结论。第一，长期照护公共支出的鸿沟并非由人口老龄化或失能人群比例的客观差异所决定，政策抉择至关重要。所有长期照护财政投入和保障水平较高的国家，均拥有体系成熟、多领域广覆盖的福利国家制度基础。第二，所有国家均存在一定规模的未满足照护需求，即便在公共照护体系高度发达的国家，照护缺口问题仍客观存在。第三，现行长期照护指标存在口径矛盾、数据缺口、无法解释的统计异常。这些问题部分源于定义分歧，也反映了欧盟各国长期照护统计体系仍有较大完善空间。

^① Platon Tinios, et al., "Heterogeneity in Long-Term Care for Older Adults in Europe: Between Individual and Systemic Effects," *Journal of Ageing and Longevity*, 2022, 2(2).

Public Long-Term Care Systems in the European Union: Policy Choices, Expenditure Differences, and the Adequacy of Long-Term Care Protection

Karel van den Bosch

(Herman Deleeck Centre for Social Policy, University of Antwerp, Antwerp 2000, Belgium)

Abstract: Do cross-national differences in long-term care (LTC) systems across the European Union arise from the institutional legacies of welfare states, or are they the result of policy choices? Drawing on the monitoring framework for the EU Recommendation on long-term care and related statistical data, this article systematically compares public LTC systems across EU Member States in five dimensions: public expenditure, governance and financing, service provision, cost protection, and unmet needs. The findings show that public LTC expenditure ranges from 0.1 to 3.8 percent of GDP across countries. These differences are not significantly associated with either the size of the older population or the prevalence of disability; instead, they are driven primarily by policy choices rather than demographic structure. A typological analysis reveals two broad clusters. Nordic and north-western European countries, building on mature welfare-state foundations, have developed LTC systems characterised by high public expenditure, extensive protection, and relatively integrated institutional arrangements. By contrast, most southern and eastern European countries exhibit limited public investment, fragmented governance, and selective protection, with heavier out-of-pocket costs and greater reliance on family care. Paradoxically, higher public spending does not necessarily eliminate unmet care needs; service accessibility, the structure of provision, and the degree of institutional integration also play important roles. These findings indicate that differences among LTC systems ultimately reflect the interaction between welfare-state path dependence and policy agency.

Keywords: long-term care; public expenditure; policy choices; adequacy of protection; unmet needs

(责任编辑: 华 颖)