



KOMMISSIONEN FOR DE EUROPÆISKE FÆLLESSKABER

Bruxelles, den 05.12.2001
COM (2001) 723 endelig

**MEDDELELSE FRA KOMMISSIONEN TIL RÅDET, EUROPA-
PARLAMENTET, DET ØKONOMISKE OG SOCIALE UDVALG OG
REGIONSUDVALGET**

Den fremtidige ældreomsorg og sundhedspleje - sikring af adgangen, kvaliteten og
den økonomiske holdbarhed

INDHOLDSFORTEGNELSE

Indledning	3
Fælles Udfordringer	4
1 Indvirkningen af befolkningens aldring på sundhedsordninger og -udgifter	4
2 Udviklingen af nye teknologier og behandlingsformer	6
3 Øget trivsel og højere levestandard	7
De forskellige nationale ordninger og fællesskabspolitikernes bidrag	8
1 De forskellige nationale ordninger	8
2 Fællesskabspolitikernes bidrag	8
Tre langsigtede målsætninger: adgang, kvalitet og holdbarhed.....	9
1 Adgang.....	9
2 Kvalitet	10
3 Økonomisk holdbarhed.....	12
Bilag 1: fællesskabspolitikernes bidrag	15
Bilag 2 : pleje- og omsorgsordninger og sundhedspolitikker i Den Europæiske Union	18

INDLEDNING

Europæerne mener, at eksistensen af en kvalitetspræget beskyttelse mod risikoen for at blive syg og plejekrævende er en væsentlig landvinding, og at det er nødvendigt at beskytte og tilpasse dette resultat til vor tids udfordringer, herunder især befolkningens aldring.

Derfor mindede Det Europæiske Råd på sit møde i Lissabon i marts 2000 om, at de sociale sikringsordninger skal reformeres, for at de stadig kan præstere kvalitetsprægede sundhedsydelser. Endvidere anmodede Det Europæiske Råd i Göteborg i juni 2001 om, at Rådet *"i overensstemmelse med den åbne koordinationsmetode og på grundlag af en fælles rapport fra Udvalget for Social Beskyttelse og Udvalget for Økonomisk Politik (...) skal udarbejde en første rapport til Det Europæiske Råds forårsmøde i 2002 om pejlemærker inden for sundhedsvæsen og ældrepleje. Resultatet af dette arbejde vil blive indarbejdet i de overordnede retningslinjer for de økonomiske politikker."* (artikel 43)

I den forbindelse og i tråd med konklusionerne fra Lissabon, der definerer den åbne koordinationsmetode som en metode, der hviler på partnerskaber mellem de forskellige aktører inden for rammerne af deres respektive kompetenceområder, ønsker Kommissionen med denne meddelelse at bidrage til gennemførelsen af det mandat, som den fik overdraget af Det Europæiske Råd i Göteborg.

I Den Europæiske Union er den generelle sundhedstilstand og pleje- og omsorgsordningerne uden sidestykke i verden. Den generelle sikring mod risici ved sygdom og invaliditet er en væsentlig årsag hertil sammen med andre faktorer, såsom en højere levestandard, bedre levevilkår og levevis eller bedre sundhedsundervisning¹. Det er faktisk den, der har gjort det muligt at beskytte den enkelte mod økonomiske risici ved sygdom, samtidig med at man har støttet den rivende udvikling inden for lægevidenskaben og behandlingsformerne: den sociale beskyttelse udgør således et centralt område inden for driften af sundhedsvæsenet i al almindelighed, da den står for størstedelen af de samlede sundhedsudgifter, hvilket betyder, at denne del af den sociale beskyttelse er ét af hovedområderne efter alderspensions- og efterladtepensionsordningerne.

De samlede sundhedsudgifter er steget fra ca. 5 % af BNP i 1970 til mere end 8 % i 1998, og størstedelen af denne stigning fandt i øvrigt sted før 1990. De offentlige sundhedsudgifter har fulgt samme tendens, idet de er steget hurtigere end BNP i perioden 1970 til 1990 (dermed stiger deres del af BNP fra 3,9 % til ca. 6 %) og lidt langsommere siden 1990, især under indflydelse af den udgiftskontrol, som alle

¹ Således er den overordnede ydeevne i forbindelse med sundhed ikke direkte forbundet med de udgifter, der bruges på sundhed, og dermed på pleje- og omsorgsordninger. For eksempel brugte Tyskland i 1999 mere end 10 % af sit BNP på sundhedsområdet - hvilket er det højeste i Den Europæiske Union - mod 7 % i Spanien, men den forventede levetid i Tyskland er 2 år lavere; den er lavere end hos britiske mænd og lig med levetiden for britiske kvinder, men Det Forenede Kongerige anvender langt færre midler (6,8 % af BNP)).

medlemsstater har iværksat. Siden 1999 stiger sundhedsudgifterne imidlertid tilsyneladende igen hurtigere end BNP i mange lande².

De forskellige sundhedsplejeordninger i Den Europæiske Union står således over for en udfordring: nemlig at nå de tre målsætninger på én gang, der handler om adgang til pleje- og omsorg for alle, en høj kvalitet i udbuddet af pleje- og omsorg samt sikring af ordningernes økonomiske holdbarhed.

FÆLLES UDFORDRINGER

1 Indvirkningen af befolkningens aldring på sundhedsordninger og -udgifter

Befolkningens aldring indeholder to aspekter:

En *længere levetid*³. Siden 1970 er middellevetiden steget med 5,5 år for kvinder og næsten 5 år for mænd. På trods af markante forskelle - svenske mænd og franske kvinder havde i 1997 en forventet levetid, der er mere end 3 år længere i forhold til deres finske og irske pendanter, - er middellevetiden for Den Europæiske Unions befolkning én af de højeste i verden, og den stiger stadig. I 2000 var den på 74,7 år for mænd, der var født i det pågældende år, og 81,1 år for kvinder. I år 2050 vil den i henhold til Eurostats prognoser være på 79,7 henholdsvis 85,1 år. Denne stigning i den forventede levetid betyder også, at der er flere, der har en forventet levetid med "et sundt helbred" eller uden handicap.

- En *stigning i antallet af ældre i befolkningen*. Ældre over 65 vil opleve, at deres andel af den europæiske befolkning stiger, nemlig fra 16,1 % i 2000 til 22 % i 2025 og 27,5 % i 2050. Den del af befolkningen, der er over 80 år, og som i 2000 udgjorde 3,6 %, når formodentlig op på 6 % i 2025 og 10 % i 2050⁴.

Konsekvenserne ved denne udvikling inden for *sundhedsvæsnen* kan være betydelige, selvom de er vanskelige at måle nøjagtigt. Faktisk stiger sundhedsudgifterne pr. person voldsomt efter det fyldte 65 år og yderligere efter 80. Den højere grad af sygelighed blandt ældre, deres tendens til at have flere sygdomme på én gang, den mere alvorlige og kroniske karakter af aldersbestemte lidelser, der kan blive plejekrævende, er nogle af de mange faktorer, der kan forklare denne fordeling af udgifter på aldersgrupper. Sundhedsinformationssystemet, hvis oprettelse er planlagt i forslaget til et handlingsprogram om folkesundhed, der i øjeblikket er under udarbejdelse, vil gøre det muligt at forbedre kendskabet til disse spørgsmål.

Det er imidlertid meget vanskeligt at evaluere den sundhedstilstand og sygelighed, som rammer ældre gennem flere årtier, såvel som den forventede levetid med "et sundt helbred" for de generationer, der fylder 60 år omkring år 2030. Først og fremmest fordi sundhedsudgifterne koncentrerer sig i livets sidste år, uanset personens alder, og fordi udgifter til intensiv pleje og omsorg i dette sidste år er knap så høje, når personen er meget gammel. Dernæst vil en højnelse af levestandarden og

² Jf. tabel 1, bilag 3

³ Jf. tabel 2, bilag 3

⁴ Jf. tabel 3, bilag 3

uddannelsesniveauet - hvilket er en afgørende faktor for sundhedstilstanden ud over sundhedsvæsenet selv - bidrage til at forbedre befolkningernes sundhedstilstand, navnlig gennem sundere levevis og forebyggende foranstaltninger. Det medfører en højere alder, førend man begynder at få behov for pleje og omsorg, og formindsker dermed risici for ældres alvorlige afhængighed. Men omvendt kan ældre fra generationer, som er vant til et højt forbrugsniveau af pleje og omsorg, kræve de nyeste behandlinger, der meget vel kan tænkes at være dyrere.

Endvidere medfører den voldsomme stigning i tallene for disse aldersgrupper *en øget efterspørgsel efter langvarig pleje- og omsorg*. Faktisk er der ved aldersbestemte sygdomme, der kan medføre afhængighed, behov for langvarig pleje og omsorg, både ambulant, under langvarige indlæggelser eller i form af psykiatrisk pleje og omsorg, der ikke hører til det "klassiske" sundhedssystem, men derimod til det socialmedicinske. Imidlertid kan stigningen i antallet af reducerede og mere ustabile familiestrukturer underminere de familiemæssige solidariske netværk og besværliggøre udbuddet af pleje, omsorg og pasning af familiemedlemmer. Hvis antallet af personer, der har behov for langvarig pleje og omsorg, stiger, og i betragtning af den stigende beskæftigelsesfrekvens for kvinder, (der hovedsageligt udfører de uformelle plejeopgaver), bør der derfor udvikles et særligt tilbud. Man kan altså konstatere, at de faktorer, der er knyttet til tilrettelæggelsen af udbuddet, spiller en afgørende rolle i den forbindelse.

Disse to sider af befolkningens aldring afspejler sig i de beregninger af indvirkningerne på de offentlige udgifter, som er udført for Den Europæiske Unions Udvalg for Økonomisk Politik af de nationale korrespondenter i arbejdsgruppen "aldring" i henhold til en enkel ikke helt sikker metode⁵ :

- Hvis beregningerne over befolkningsudviklingen holder stik, vil de offentlige udgifter til *sundhedspleje* i perioden 2000-2050 stige fra mellem 0,7 % af BNP (lavt skøn for DK) og 2,3 % af BNP (IRL). Mens de offentlige sundhedsudgifter i 2000 strakte sig fra 4,6 % (UK og FIN) til 6,2 % af BNP (F), vil de i 2050 strække sig fra 5,6 % (UK og NL) til 8,2 % (IRL) af BNP. I alle lande vil udgifterne for aldersgruppen 0 til 64 år falde (med 0,2 til 0,7 % af BNP). Alt i alt vil stigningen for de fleste medlemsstaters vedkommende i dette halve århundrede være på 1 og 1,5 % af BNP, hvilket ikke er meget i forhold til det nuværende niveau, og kun tre medlemsstater vil få en stigning på mere end 2 % af BNP (D, IRL og A).
- Indvirkningen af den demografiske udvikling på den *langvarige pleje og omsorg* vil med de samme beregningsmetoder være større, hvis de berørte lande allerede har strukturerede ordninger for, hvem der skal bære udgifterne, og dermed et udgiftsniveau, der allerede er højt (mellem 1,5 og 3 % af BNP). Sverige, Finland, Danmark og Nederlandene, der er i denne gruppe, vil opleve, at befolkningens aldring vil forøge udgifterne til langvarig pleje- og omsorg med ca. 1,7 til 2,5 % af BNP, dvs. næsten en fordobling. Seks andre lande, der - med undtagelse af Det

⁵ Udgiftsstrukturen for sundhedspleje og langvarig pleje og omsorg fordelt på aldersgruppe har været kombineret med demografiske fremskrivninger med henblik på at udarbejde beregninger over de fremtidige offentlige udgifter. Som rapporten fra arbejdsgruppen anfører, drejer det sig snarere om et "øjebliksbillede" af indvirkningen af den demografiske udvikling end om de "faktiske" offentlige udgifter.

Forenede Kongerige - i 2000 brugte mindre end 1 % af BNP til pleje og omsorg, vil få mere beskedne stigninger (mellem 0,2 og 1 % af BNP). Men disse lande kan opleve en udvikling i deres ordninger for, hvem der skal bære udgifterne, som kan bevæge sig mod en mere formaliseret struktur som følge af en vækst i de berørte befolkningsgrupper og sociale ændringer, hvilket for deres vedkommende vil medføre en stigning i de offentlige udgifter og i BNP. Den form for forventet udvikling forudsætter, at man på området sygdom og invaliditet fastlægger, hvilke finansieringsbetingelser der er egnede, eller sagt mere konkret, at man indfører en særlig risiko kaldet "afhængighed", en udgiftsdeling mellem sundhedsplejeordninger og socialhjælp, samtidig med at man anvender private forsikringer.

Alt i alt kan den umiddelbare indvirkning af befolknudgiftingens aldring forøge den del af de offentlige udgifter, der anvendes på sundhed og langvarig pleje og omsorg, fra 1,7 til ca. 4 % af BNP, dvs. et offentligt udgiftsniveau på mellem 7,5 % (lavt skøn for I) og 12,1 % af BNP (højt skøn for S), mod 5,5 % (I) og 8,8 % (S) af BNP i 2000.

Generelt set åbner en sådan udvikling inden for sundhedspleje og langvarig pleje og omsorg spørgsmålet om *menneskelige ressourcer*, da denne form for pleje og omsorg i sagens natur er intensiv med hensyn til kvalificeret arbejdskraft. Disse rekrutteringsbehov indtræder imidlertid i forbindelse med stagnation eller reducere af den erhvervsaktive befolkning, og i den forbindelse oplever den socialmedicinske sektor allerede en meget kraftigere stigning inden for beskæftigelsen end gennemsnittet: i Den Europæiske Union steg den samlede beskæftigelse mellem 1995 og 2000 med 6,8 % mod 12,6 % i den socialmedicinske sektor⁶.

2 Udviklingen af nye teknologier og behandlingsformer

Udviklingen af medicinsk teknologi - hvad enten det drejer sig om anvendelsen af minirobotter inden for kirurgien, genterapi, dyrkning af erstatningsvæv og -organer eller nye lægemidler, udgør den anden udfordring, som de nationale sundhedsvæsner står over for, især med hensyn til sundhedspleje⁷.

Det tekniske fremskridt medfører produkter og behandlingsformer, der indeholder yderligere forskning og udvikling samt teknologi. Det kan betyde produktivitetsgvinster, f.eks. kortere hospitalsophold for en bestemt lidelse, eller en formindskelse af risici for alvorlige lidelser gennem forebyggende behandlinger. Men effektivitetsforbedringen af behandlingerne kommer som oftest til udtryk gennem muligheden for at behandle nye lidelser såvel som mere intensive behandlinger, hvilket betyder en stigning i de samlede udgifter.

Indvirkningerne fra udbud og efterspørgsel bidrager til denne stigning. Sundhedssektoren er en atypisk aktivitetssektor, da udbuddet - i form af receptudstederne - stort set bestemmer efterspørgslen, ofte på bekostning af en systematisk evaluering af de reelle fordele for sundheden af fornyelserne og disses samfundsmæssige omkostninger. Endvidere forlanger patienterne, der i dag er veluddannede og oplyste, at få adgang til de sidste nye præparater, behandlingsformer eller produkter, såsom

⁶ Arbejdsstyrkeundersøgelsen for 2001, fordeling af beskæftigelsen pr. aktivitetssektor.

⁷ De fremskrivninger, som EU's Udvalg for Økonomisk Politik har udarbejdet, tager gennem forskellige hypoteser indirekte højde for indvirkningen af teknologier og udviklingen heraf og for udgiftsudviklingen pr. person.

kosttilskud, der formodes at have eller som tillægges indvirkninger på sundheden. De yder dermed et ikke ringe pres på receptudstederne, der er særligt højt i de lande, hvor der findes et frit lægevalg. Dette pres på efterspørgslen er især stort og måleligt for lægemidlernes vedkommende, da de sidste nye præparater næsten altid er de dyreste.

Disse karaktertræk ved det tekniske fremskridt rejser spørgsmålet om, hvordan det finansieres og hvem der skal bære udgifterne, da indvirkningen heraf kan sammenlignes med indvirkningen af befolkningens aldring eller eventuelt overstige denne. I forbindelse med udgiftskontrol er det vigtigt at udvikle klare, gennemskuelige og effektive evalueringsmekanismer, der alene kan garantere adgangen til nye produkter og behandlingsformer. Imidlertid bør de i højere grad end i øjeblikket tage højde for de særlige behov, som ældre over 65 har, og som i øvrigt kun udgør en lille del af de patienter, der gennemgår kliniske forsøg.

De nye informationsteknologier giver nye muligheder for at forbedre evalueringerne, samtidig med at de ansatte i sundhedssektoren kan samarbejde på europæisk plan.

3 Øget trivsel og højere levestandard

Efterspørgslen efter og udbuddet af sundhedspleje afhænger stærkt af levestandarden og uddannelsesniveaut, der i øvrigt bestemmer den enkeltes levevis. Man kan således iagttage, at efterspørgslen på sundhedspleje i de sidste 50 år har haft tendens til at stige mere end proportionalt med indtægten pr. person.

Dette fænomen har tre hovedkonsekvenser.

- Patienterne, der er bedre uddannet, kan føre *en sundere levevis og foretage forebyggende foranstaltninger*, der gør det muligt på sigt at undgå intensiv og omkostningstung pleje og omsorg. Sundhedsplejeordningerne er derfor nødt til at øge deres uddannelses- og forebyggelsesaktiviteter inden for rammerne af den overordnede politik for folkesundheden.
- Patienterne forventer endvidere en stadig større kvalitet og effektivitet af pleje- og omsorgsordningerne. Udviklingen af ny *informationsteknologi* forøger mulighederne for at søge medicinske oplysninger, men også at anvende tjenesteydelser (sundhedsrådgivning, ...) og skaffe sig produkter med de risici, som disse metoder kan medføre. Den nemmere adgang til informationer - uanset kvaliteten heraf, gør det også muligt at foretage sammenligninger med praksis fra andre lande og betyder en større tværnational mobilitet for personer, varer og tjenesteydelser. Det har direkte konsekvenser for driften af sundhedsplejeordningerne både med hensyn til udbud og betingelser for, hvem der skal bære udgifterne.
- Endelig udtrykker patienterne i højere grad ønske om selv fuldt ud at blive betragtet som *partnere og deltagere* i sundhedsplejeordningerne af de ansatte inden for sundhedssektoren og de offentlige myndigheder. Udarbejdelsen af et charter over syges rettigheder på hospitalerne og styrkelsen af syges rettigheder i de nationale lovgivninger er et tegn herpå. Mere generelt forventer patienterne mere åbenhed med hensyn til ydeevnen og kvaliteten af pleje- og omsorgsydelserne.

DE FORSKELLIGE NATIONALE ORDNINGER OG FÆLLESSKABSPOLITIKKERNES BIDRAG

Tilrettelæggelsen af pleje- og omsorgsordningerne, betingelserne for finansiering og planlægning af pleje- og omsorgsudbuddet i forhold til befolkningernes behov hører ind under medlemsstaternes kompetenceområde. Imidlertid udøves denne kompetence i stigende omfang i en sammenhæng, der berører en lang række fællesskabspolitikker⁸, hvilket berettiger til, at der udvikles et europæisk samarbejde i den forbindelse.

1 De forskellige nationale ordninger

De mange forskellige finansieringsformer⁹ og måder, som disse er tilrettelagt på, er meget karakteristisk for Europa og udgør således rammen for de reformer, der skal tilpasse sig aldringen og andre aspekter af udviklingen inden for udgifter til ældreomsorg og sundhedspleje.

Man kan imidlertid iagttage, at den offentlige finansiering overalt udgør en afgørende del af sundhedsudgifterne; i det land, hvor den er lavest, Grækenland, udgør den trods alt ca. 56 %, og den beløber sig til næsten 84 % i Det Forenede Kongerige. Der er to aspekter af denne forskellighed:

- En række ordninger - især de ordninger, der har form af et nationalt sundhedsvæsen - bygger på en finansiering - undertiden udelukkende - via *beskatningen* (NL, P, S, UK, DK, IRL). Andre bygger på en finansiering via *sociale bidrag*, selvom man kan konstatere en tendens til at formindske sidstnævnte til fordel for betalinger via skatten (som i Frankrig og Tyskland).
- Det andet aspekt af forskelligheden, som er uafhængigt af det foregående, findes i opdelingen mellem *offentlig og privat finansiering*, dvs. den del af de samlede sundhedsudgifter, som husholdningerne skal betale eventuelt gennem frivillige tillægssforsikringer. Den del udgør mellem en femtedel og en fjerdedel af de samlede udgifter i de fleste medlemsstater, men den er meget lav i Det Forenede Kongerige og i Luxembourg (under 5 %), og den udgør op til 42 % i Italien og i Portugal.

Opdelingen varierer ofte alt efter, hvilken form for pleje og omsorg der er tale om: hospitalspleje betales for en stor dels vedkommende ofte via en minimumsdækning, men det er ikke tilfældet for lægemidler, tandlægebehandlinger og optiske produkter for bare at citere de hyppigste tilfælde. Denne del, som brugerne skal betale, forsvares ofte med ønsket om at ville skærpe bevidstheden om, hvad pleje og omsorg koster. Imidlertid styrker den netop også tillægssforsikringernes rolle i forbindelse med adgangen til pleje- og omsorgsordningerne, herunder for de dårligst stillede, for hvem der skal udarbejdes ordninger for, hvordan denne tillægssforsikring skal betales.

2 Fællesskabspolitikken bidrag

Der er tre politikområder, der udgør væsentlige dele af tilpasningen og reformerne.

⁸ Jf. bilag 1

⁹ Jf. graf 4, bilag 3

- Folkesundhedspolitikken og sikring af et højt sundhedsbeskyttelsesniveau (artikel 152 i traktaten). Meddelelsen fra Kommissionen om "Det Europæiske Fællesskabs strategi på sundhedsområdet" (KOM(2000) 285 endelig) fremhævede, at "sundhedsvæsenet skal afspejle befolkningens forventninger og ønsker", i en sammenhæng, der er præget af udfordringerne i forbindelse med befolkningens aldring og udviklingen inden for medicinske teknologier, såvel som de sundhedsspørgsmål, der bliver stadig mere tværnationale (overførbare sygdomme, miljø sundhed, øget mobilitet for personer, tjenesteydelser og varer).
- *Forbedring af de offentlige finansers kvalitet og holdbarhed.* Den store del, som sundhedsudgifterne udgør af de offentlige udgifter, betyder, at denne sektor spiller en afgørende rolle med hensyn til gennemførelsen af strategierne om kvalitet og holdbarhed i henhold til de principper, der er fastlagt i *De overordnede politiske retningslinjer for de økonomiske politikker for 2001* ("Fremme af kumulering af fysisk og menneskelig kapital" - Mere effektiv udnyttelse af udgifter gennem institutionelle og strukturelle reformer).
- *Udvidelsen af det indre marked.* Tilrettelæggelsen af de sociale sikringsordninger og af finansieringen heraf hører ind under medlemsstaternes kompetenceområde. Ifølge EF-domstolens¹⁰ faste retspraksis begrænser fællesskabsretten ikke medlemsstaternes kompetence til at udforme deres socialsikringsordninger, dog skal medlemsstaterne i udøvelsen heraf stadigvæk overholde fællesskabslovgivningen¹¹. Siden 1999 og som følge af meddelelsen fra Kommissionen *"En samordnet strategi til modernisering af den sociale beskyttelse"* (KOM(99) 347 endelig udg.), er der et europæisk samarbejde inden for social beskyttelse under udvikling med deltagelse af de berørte parter. I sine konklusioner af den 29. november 1999 gjorde Rådet således garantien om et højt og bæredygtigt sundhedsbeskyttelsesniveau til én af sine prioriterede målsætninger for et sådant europæisk samarbejde. Ved den lejlighed mindede det om, at en fællesskabsforanstaltning bør støtte og fremme medlemsstaternes reformbestrebelse inden for rammerne af deres nationale prioriterede områder.

TRE LANGSIGTEDE MÅLSÆTNINGER: ADGANG, KVALITET OG HOLDBARHED

1 Adgang

For europæerne er adgang til sundhedspleje en grundlæggende rettighed, som er vigtig for den menneskelige værdighed, og som skal sikres alle. Den Europæiske Unions charter om grundlæggende rettigheder anfører, at *"enhver har ret til at få adgang til forebyggende sundhedsydelser og til at modtage lægehjælp .."*¹² og at *"Unionen anerkender og respekterer retten til adgang til sociale sikringsydelser og*

¹⁰ Dom af 7. februar 1984, sag 238/82, Duphar m. fl., Sml. 1984, s. 523, punkt 16; dom af 17. juni 1997, sag C 70/95, Sodemare m. fl., Sml. I, s. 3395, punkt 27; dom af 28. april 1998 sag C-158/96, Kohll, Sml. I, s. 1931, punkt 17,

¹¹ Sag C-157/99 Smits/Peerbooms og Sag C-368/98 Vanbraeckel

¹² Artikel 35

*sociale tjenester, f.eks. i tilfælde af graviditet og barsel, sygdom, arbejdsulykker, plejebenhov eller alderdom..."*¹³.

Rådets henstilling af den 27. juli 1992 om overensstemmelse mellem målene og politikken for social beskyttelse¹⁴ havde gjort adgangen til sundhedspleje og bevilling af alternativ indkomst i et tilstrækkeligt omfang for personer, der var tvunget til at ophøre med at arbejde som følge af sygdom, til én af hovedmålsætningerne i det sociale beskyttelsessystem.

I henhold til statistikkerne over dødelighed¹⁵, kan man imidlertid iagttage - og sommetider i særlig tydelig grad -, at den globale sundhedstilstand i alle lande er knyttet til den enkeltes sociale stilling. Dette forhold afspejler lave indtægter, hvilket får nogle mennesker til at begrænse deres forbrug af pleje- og omsorgsydelser, navnlig når en væsentlig del af omkostningerne skal afholdes af patienterne selv (tandlægebehandlinger eller optiske produkter...), eller når pleje- og omsorgsordningerne kræver, at patienterne selv lægger ud. Men det afspejler også mange andre faktorer, så som levevilkår og boligforhold, jobkvalitet, uddannelsesniveauer, levevis og ernæring.

Udfordringerne med hensyn til adgang til pleje og omsorg for de dårligst stillede, men også de indbyrdes forbindelser mellem pleje- og omsorgsordningerne såvel som de andre aktører i kampen mod udstødelse er således anerkendt som værende én af de "fælles målsætninger" i kampen mod udstødelse, der blev vedtaget på Det Europæiske Råds møde i Nice. Den *fælles rapport* om evaluering af de nationale handlingsplaner med henblik på social integration beskriver tre hovedkategorier af foranstaltninger inden for dette område:

- Udviklingen af forebyggelse og sundhedsuddannelse gør det lettere at nå de dårligst stillede, selvom den ikke kun vedrører dem. Det er f.eks. tilfældet med foranstaltninger til beskyttelse af mor og barn, skolelægeordninger og arbejdsmedicin.
- Bedre adgang til pleje og omsorg dels gennem en stærkere understøttelse, der endog kan omfatte gratis behandling for lavindkomstgrupper, dels gennem en bedre koordinering mellem de sociale ydelser og sundhedsydelserne.
- Iværksættelsen af foranstaltninger over for de dårligst stillede grupper, såsom personer med psykiske lidelser, vandrende arbejdstagere, hjemløse, alkohol- og stofmisbrugere, prostituerede, osv.

2 Kvalitet

Det er et krav fra alle europæere at kunne få kvalitetspræget sundhedsbehandling, og det er en hovedmålsætning i folkesundheden. Gennem den afgørende rolle, som den offentlige finansiering spiller, får dette krav om kvalitet i øvrigt endnu en dimension,

¹³ Artikel 34

¹⁴ 92/442/EØF

¹⁵ Forholdet mellem dødeligheden for mandlige manuelle og ikke-manuelle arbejdstagere, mellem 45 og 59 år varierer således fra 1,71 i Frankrig til 1,33 i Danmark, ifølge *Sundhedsmæssige og sociale uligheder*, Inserm-La Découverte, 2000

nemlig hvilke midler der er nødvendige for at opnå det bedst mulige forhold (der kan accepteres uden at kompromittere målsætningen inden for folkesundheden) mellem sundhedsfordele og produkt- eller behandlingsomkostninger. Udviklingen af informationsværktøjer, som offentligheden har adgang til, men også udvidelsen af det indre marked og den øgede mobilitet for personer giver en hidtil uset tværnational dimension til spørgsmålet om kvalitet.

Imidlertid bliver en sådan strategi med hensyn til kvalitet særlig kompleks og vanskelig som følge af to faktorer:

- *De mange forskellige pleje- og omsorgsformer.* For eksempel var der med hensyn til hospitalssenge i 1997 465 senge til 100 000 indbyggere i Danmark, mod 708 i Tyskland og 877 i Frankrig. Hvad angår læger, var der i 1999 226 læger pr. 100 000 indbyggere i Irland, mod ca. 405 læger pr. 100 000 indbyggere i Belgien. Med hensyn til apotekere var der i 1997 46,4 apotekere (beskæftiget på et apotek) i Frankrig mod kun 17,5 i Nederlandene¹⁶. Strukturerne for langvarig pleje og omsorg varierer endnu mere afhængig af, i hvilket omfang de forskellige lande har institutionaliserede pleje- og omsorgsordninger. Udbudsstrukturen og -niveauet spiller imidlertid i den forbindelse ofte en afgørende rolle for efterspørgslen efter pleje og omsorg (og dermed for udgiftsniveauet).
- *De forskellige terapeutiske metoders overensstemmelse.* Det gælder f.eks. tilfældet med fødsler. Frankrig og Nederlandene har en perinatal dødelighed, der er næsten identisk (i 1996, 8,2 ‰ og 8,4 ‰); mens de fleste fødsler i Frankrig sker i et hospitalsmiljø, finder imidlertid næsten en tredjedel af fødslerne i Nederlandene sted i hjemmet (selvom anvendelsen af hospitalerne er steget meget i løbet af de sidste 30 år). Det er derfor vanskeligt umiddelbart at konkludere, at den ene af de to metoder er "bedre" end den anden. Endvidere er der inden for det samme land regionale forskelle ikke bare i metoder og procedurer, men også i effektiviteten af tjenester eller teknikker (f.eks. målt på postoperativ dødelighed).

Talrige undersøgelser har således vist, at politikker til forbedring af kvaliteten, navnlig på hospitalsområdet, (der udgør den største post blandt sundhedsudgifterne), gør det muligt at reducere de omkostninger, der opstår ved manglende kvalitet¹⁷. Foranstaltninger til måling af omkostningsniveauet og ydeevnen, ved hjælp af rundspørger hos patienterne, evaluering og akkreditering af pleje- og omsorgsydelser er nødvendige midler til at forklare og rette op på disse forskelle og således forbedre den overordnede kvalitet af sundhedsvæsenet¹⁸. De skal inddrage alle de berørte parter, (tilsynsmyndigheder, ansatte i sundhedssektoren, organisationer, der afholder udgifterne, herunder tillægssikringerne).

En sammenlignende analyse med henblik på at indkredse "god praksis" med hensyn til pleje- og omsorgsordningerne samt behandlingsmetoderne er derfor særlig interessant for at kunne forbedre kvaliteten af de forskellige sundhedssystemer og

¹⁶ Statistikker fra Eurostat, *Key figures on Health, Eurostat 2000*

¹⁷ Rapport fra *Agence française pour l'accréditation et l'évaluation en santé (ANAES) Le coût de la qualité et de la non-qualité à l'hôpital* (september 1998).

¹⁸ For eksempel: « A First Class Service: Quality in the new NHS » (UK), der indeholder bestemmelser om oprettelsen af et institut « National Institute for Clinical Excellence »; der skal etableres af det franske *Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (F)*.

derigennem sikre en optimal anvendelse af ressourcerne i forbindelse med social beskyttelse. Det fremtidige handlingsprogram for folkesundhed, der i øjeblikket er til behandling i Rådet og i Europa-Parlamentet, kan medvirke til at fremme kvaliteten af og "god praksis" inden for sundhedsplejeordningerne.

3 Økonomisk holdbarhed

Det kræver et vist finansieringsniveau at have kvalitetspræget pleje og omsorg, der tager højde for det videnskabelige og tekniske fremskridt, og som er tilgængeligt for befolkningen. Det pres, der udøves på omkostningerne pr. enhed ved pleje og omsorg og på efterspørgslen efter sundhed kan mærkes, uanset hvordan pleje- og omsorgsordningerne tilrettelægges, men har forskellig indvirkning. Sagt med andre ord: de forskellige ordninger såsom "det nationale sundhedsvæsen" letter i princippet udgiftskontrollen (der i sagens natur er af budgetmæssig karakter), men presset på efterspørgslen kan medføre længere ventelister¹⁹, hvis omfang i virkeligheden kan afspejle et manglende udbud. På den anden side under de ordninger, hvor udbydere af pleje- og omsorgsydelser ofte er uafhængige af den organisation, der afholder udgifterne, medfører øget efterspørgsel og/eller øgede omkostninger yderligere udgifter, der kan blive umulige at afholde over de offentlige finanser, medmindre der opkræves højere indtægter eller foretages foranstaltninger til begrænsning af udgifterne. Dette møder ofte modstand hos de pågældende ansatte i sundhedssektoren og støder på vanskeligheder især, når der skal vælges mellem lige vigtige og forskellige behov, der skal opfyldes.

I den forbindelse har man kunnet fastslå, i det mindste indtil 1999, at der var et mærkbart fald i stigningshastigheden i udgifterne i forhold til væksten i BNP. Siden 1999 ser det imidlertid ud, som om sundhedsudgifterne i mange lande igen stiger hurtigere end BNP. Rent faktisk har der fundet talrige reformer sted siden begyndelsen af 90'erne²⁰. Der anvendes typisk to reguleringsmetoder, der undertiden er blevet kombineret, ligesom deres rækkevidde varierer fra tilfælde til tilfælde:

- reguleringen af efterspørgslen, der kan finde sted gennem højere bidrag (skattemæssige eller sociale) eller ved at forbrugeren i sidste ende skal betale mere af omkostningerne (gennem en lavere refusitssats eller gennem medfinansiering).
- reguleringen af udbuddet, der i sig selv kan være makroøkonomisk (navnlig gennem fastsættelse af budgetter eller af de midler, der er øremærket til udbydere af tjenesteydelser inden for pleje og omsorg), eller som har til hensigt at øge udbuddets mikroøkonomiske effektivitet: det er målsætningen for de foranstaltninger, der bygger på konkurrence mellem de personer, der afholder udgifterne, og/eller udbydere af pleje og omsorgsydelser (Tyskland) eller på etablering af kontraktforhold mellem "købere" og "udbydere" af omsorg og pleje (Det Forenede Kongerige).

¹⁹ Det engelske rammeprogram « NHS High-Level Performance Framework » (UK) indeholder en indikator, der kan måle længden af ventelisterne (« % af patienter på venteliste i 12 måneder eller mere »).

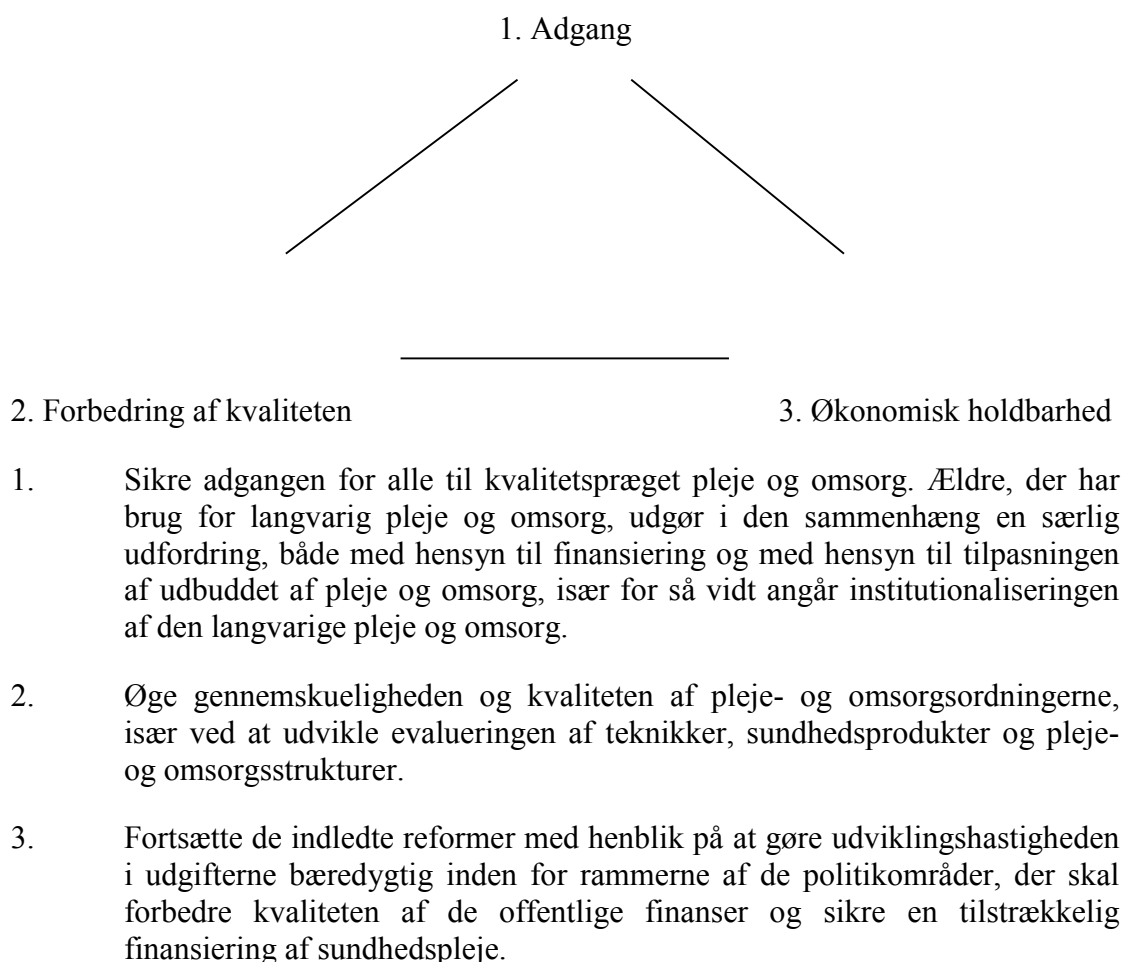
²⁰ Der henvises til bilag 2 for en forenklet præsentation af pleje- og omsorgsordningerne og de nye reformer.

Udfordringen består heri at kunne skelne mellem den konjunkturbestemte og strukturelle indvirkning af foranstaltningen, dvs. evnen til at gøre udviklingshastigheden bæredygtig uden at det går ud over kvaliteten af pleje- og omsorgsordningerne samt disses ydeevne. Udveksling af erfaringer, der gør det muligt at gøre status over de politikker, der har været iværksat ofte over flere år, vil i den forbindelse være nyttige værktøjer, hvormed man kan foretage sammenligninger og måle fremskridtet.

Den udfordring, som de fleste *kandidatlande* skal tage op, er af en anden dimension. Mange har således bestræbt sig på at foretage grundlæggende ændringer både i finansieringsstrukturen og -betingelserne inden for deres pleje- og omsorgsordninger, især fordelingen mellem den offentlige og private finansiering for at forbedre effektiviteten og den overordnede kvalitet. Imidlertid hænger sådanne reformers succes tæt sammen med evnen til at sikre ordningernes økonomiske holdbarhed, der igen afhænger af de økonomiske reformer, og af om overgangen til markedsøkonomi lykkes.

Konklusion

De forskellige sundhedsplejeordninger i Den Europæiske Union og i kandidatlandene står over for en udfordring: nemlig at nå de tre målsætninger på én gang, der handler om adgang til pleje- og omsorg for alle, en høj kvalitet i udbuddet af pleje- og omsorg samt ordningernes økonomiske holdbarhed.



For at opfylde disse målsætninger er det et grundlæggende krav, at ***alle de berørte parter i sundhedsvæsenet samarbejder***, hvad enten det drejer sig om de offentlige myndigheder, de ansatte i sundhedssektoren, sociale beskyttelsesorganer, organisationer, der tilbyder tillægssikringer, brugerne og deres repræsentanter. Dette har ofte været vanskeligt på grund af parternes forskellige eller sågar divergerende interesser og tænkemåder.

Bilag 1: fællesskabspolitikernes bidrag

FRIE VAREBEVÆGELSER (ARTIKEL 28).

Sundhedsydelser er varer, hvis frie bevægelighed kun kan forhindres ved tvingende almene hensyn, der f.eks. handler om sundhedsbeskyttelse eller nødvendigheden af at bevare den økonomiske balance i de sociale sikringsordninger, der anses for at være en forudsætning for at kunne bevare et kvalitetspræget udbud af pleje og omsorg. Disse forhindringer, især afslag på at refundere udgifterne til et sundhedsprodukt købt i en anden medlemsstat end den stat, hvor den enkelte er medlem, skal være begrundet og stå i forhold til den tilstræbte målsætning.

DEN FRIE BEVÆGELIGHED FOR PERSONER (ARTIKEL 18, 39, 42 OG 43).

Med henblik på at fremme retten til den frie bevægelighed for personer samordner forordning nr. 1408/71 medlemsstaternes sociale sikringsordninger, herunder sundhedsplejeordningerne. Endvidere er der i en række direktiver i forbindelse med den frie bevægelighed for arbejdstagere og selvstændige, der også finder anvendelse på pleje- og omsorgssektoren, fastsat bestemmelser om den gensidige anerkendelse af lægeuddannelser og uddannelse af andre ansatte i sundhedssektoren ved at definere, de væsentlige krav, der stilles i forbindelse med disse personers grunduddannelse.

DEN FRIE BEVÆGELIGHED FOR TJENESTEYDELSER (ARTIKEL 49 OG 50).

EF-domstolen har fastslået, at sundhedspleje, hvad enten den foregår ambulant eller ved hospitalsindlæggelse, er tjenesteydelser, hvilket medfører, at den tværnationale ydelse heraf kun kan forhindres ved tvingende almene hensyn, der f.eks. handler om sundhedsbeskyttelse eller nødvendigheden af at bevare den økonomiske balance i de sociale sikringsordninger, der anses for at være en forudsætning for at kunne bevare et kvalitetspræget udbud af pleje og omsorg. Disse forhindringer, især afslag på refusion af udgifterne til en sundhedsplejeydelse, der tilbydes i en anden medlemsstat end den stat, hvor den enkelte er medlem, skal være begrundet og stå i forhold til den tilstræbte målsætning.

DET INDRE MARKEDS FUNKTION (ARTIKEL 95)

Artiklen fastlægger tilnærmelsen mellem love, forordninger og administrative bestemmelser, der har til formål at sikre det indre markeds oprettelse og funktion, især på området for sundhedsprodukter (lægemidler, medicinsk udstyr) og tillægssygeforsikringer.

KONKURRENCE (ARTIKEL 85 OG 86).

Sygekasserne eller de organisationer, der deltager i forbindelse med forvaltningen af de offentlige sygesikringsordninger, opfylder en funktion, der udelukkende er social, hvis deres aktivitet bygger på princippet om den nationale solidaritet og er uden gevinst for øje, og hvis de ydelser, de præsterer, er lovbestemte og uafhængige af bidragstidspunktet. Deres aktivitet er altså ikke en økonomisk aktivitet og følgelig er de organisationer, der har ansvaret herfor, ikke virksomheder, jf. artikel 85 og 86 i

traktaten²¹. Hvis aktiviteterne i sundhedsplejesektoren imidlertid kan karakteriseres som værende økonomiske aktiviteter i henhold til traktaten, finder disse bestemmelser dog anvendelse.

SAMORDNING AF DE ØKONOMISKE POLITIKKER (ARTIKEL 99)

Befolkningsaldringens økonomiske og budgetmæssige konsekvenser undersøges som led i den multilaterale overvågningsprocedure. I den forbindelse blev det understreget i *de overordnede politiske retningslinjer for de økonomiske politikker* for 2001, vedtaget på Det Europæiske Råds møde i Göteborg den 15. juni 2001, at: "*Det er nødvendigt, at medlemsstaterne udvikler omfattende strategier for at tage den økonomiske og budgetmæssige udfordring op, som den aldrende befolkning stiller os over for. Strategiske foranstaltninger kan omfatte reformer af pensions- og sundhedssystemerne og ældreplejen.*" Arbejdet med befolkningsaldringens økonomiske og budgetmæssige aspekter støttes af Udvalget for Økonomisk Politik.

SAMARBEJDET MELLEM MEDLEMSSTATERNE OG SAMORDNING AF DERES INDSATS INDEN FOR SOCIAL SIKRING (ARTIKEL 140)

Artikel 2 i traktaten fastsætter, at "*Fællesskabet har til opgave gennem oprettelsen af et fælles marked og en Økonomisk og Monetær Union samt gennem iværksættelsen af fælles politikker eller aktioner [...] i Fællesskabet som helhed at fremme [...] et højt beskæftigelsesniveau og et højt socialt beskyttelsesniveau.*" I den forbindelse har meddelelsen fra Kommissionen "*En samordnet strategi til modernisering af den sociale beskyttelse*" (KOM(99) 347 endelig udg.), gjort garantien om en høj og bæredygtig sundhedsbeskyttelse til én af de fire hovedmålsætninger i det europæiske samarbejde inden for social sikring. I sine konklusioner af 29. november 1999 godkendte Rådet målsætningerne i denne meddelelse og opfordrede til at udvikle et europæisk samarbejde på dette område, hvor tilrettelæggelsen af ordningerne såvel som finansieringsbetingelserne hører ind under det nationale kompetenceområde.

FOLKESUNDHED (ARTIKEL 152)

Traktaten fastsætter, at målsætningen om et højt sundhedsbeskyttelsesniveau skal indarbejdes i definitionen og gennemførelsen af alle Fællesskabets *politikker og foranstaltninger*. Inden for folkesundhed skal Fællesskabets rolle være et supplement til de nationale politikker, fremme samarbejdet og støtte foranstaltningerne, for at forbedre folkesundheden og forebygge sygdomme hos mennesker samt imødegå forhold, der kan indebære risici for menneskers sundhed. Meddelelsen fra Kommissionen om "*Det Europæiske Fællesskabs strategi på sundhedsområdet*"²² beskæftiger sig med, hvordan Fællesskabet fortsætter med at tage de centrale udfordringer op, som pleje- og omsorgsordningerne står overfor, og opfylde borgernes ønske om en effektiv beskyttelse af deres sundhed. Gennem et nyt fællesskabsprogram støttes denne strategi i perioden 2001-2006. Fællesskabets foranstaltning på dette område tager fuldt ud hensyn til det ansvar, som medlemsstaterne har for at tilrettelægge og tilvejebringe sundhedsydelser og medicinsk pleje og omsorg.

²¹ De forenede sager C-159/91 og C-160/91 (Poucet og Pistre)

²² KOM (2000) 285 endelig af 22. maj 2000.

FORSKNING OG TEKNOLOGISK UDVIKLING (AFSNIT XVIII)

Det 5. rammeprogram for forskning og udvikling har afsat én af sine 23 nøgleaktioner til de medicinske og samfundsmæssige udfordringer i forbindelse med aldring og aldersbestemte handicap. Et af de forskningsområder, der sigtes på med denne nøgleaktion, er sundhedsplejeydelsernes effektivitet og kompetence og socialhjælp til ældre, såvel som en sammenligning mellem finansieringsbetingelser for langvarig pleje og pensionsordninger. Endvidere har man gennem det fjerde og femte rammeprogram for forskning og udvikling støttet udviklingen af elektroniske værktøjer, der skal styre de kliniske forsøg, fjernindlæsning, adgang til videnskabelig litteratur, udarbejdelsen af medicinske referencer samt sikring af kvaliteten. Inden for rammerne af det femte rammeprogram for forskning og udvikling er der udviklet projekter om tilpasningen af disse værktøjer til ældres særlige behov.

Bilag 2 : pleje- og omsorgsordninger og sundhedspolitikker i Den Europæiske Union

	Total health expenditure	Public expenditure	General government expenditure	Social security expenditure	Private expenditure	Out-of-pocket expenditure	Private health insurance	Recent trends
A	8,2	72,1	39,4	60,6	27,9	16,6	7,1	No overall fixed health care budget
B	8,8	71,3	n/a	N/A	28,7	n/a	n/a	Budget set annually by Government
D	10,3	75,8	8,4	91,6	24,2	12,8	7,1	No overall fixed health care budget
DK	8,4	82,2	100	0	17,8	16,2	1,6	Budget negotiated annually and set by central and local governments
E	7	76,8	88,3	11,7	23,2	n/a	n/a	Budget set annually
EL	8,4	56,3	n/a	n/a	43,7	n/a	n/a	Budget set annually
F	9,3	76,2	3,3	96,7	23,8	10,1	12,6	Target budget set by Parliament since constitutional reform in 1996;"Universal Health Coverage" for low-income households
FIN	6,8	75,7	80,2	19,8	24,3	20	2,6	No overall fixed health care budget
I	7,9	76,8	99,9	0,1	27,7	24,1	n/a	Budget set annually
IRL	6,8	72,3	91	9	23,2	11,4	8,3	Expenditure is cash-limited and set by Government
L	6,1	92,9	11,5	88,5	7,1	7,1	n/a	Target budget since 1994
NL	8,7	68,5	6	94	31,5	8	17,5	Target budget set for a 4-years period
P	7,7	66,9	n/a	n/a	33,1	n/a	n/a	Budget set annually on an historical basis
S	7,9	83,8	n/a	n/a	16,2	n/a	n/a	No overall fixed health care budget
UK	6,9	83,3	88,2	11,8	16,7	11,2	3,4	Expenditure is cash-limited and set by Government

as % of GDP (1999 data, as % of total health as % of public expenditure as % of public as % of total health as % of total health as % of total health expenditure (1999 data for B,DK,F,FIN,UK;1998 for 1998 for D,S,UK,IRL,E,EL) expenditure (1999 data, on health (1999 data for expenditure on health expenditure expenditure (1999 IRL,NL,D) 1998 for A,DK,F,FIN,I,L;1998 for (1999 data for data for A,DK,F,FIN,I,L,UK P,S,IRL,E,EL,D) D,E,IRL,NL,UK) A,DK,F,FIN,I,L;1998 for D,E,IRL,NL) ;1998 for D,IRL,NL)

Source: OECD Health Data 2001, Health care & Cost Containment in the EU, edited by Elias Mossialos & Julian Le Grand, Ashgate, 1999.

	Organisation		Recent trends and reforms		
	Contracted services	Integrated services	Hospitals	Doctors	Pharmaceutical products
Most countries			Co-payments;prospective budget setting;development of activity-based funding	Co-payments;restriction on the number of doctors	Co-payments;price controls;positive and negative lists of products;
BE	All services		Prospective budgets for hotel and biology costs	Fee for service;free choice of doctor	Expenditure targets
DK	Most hospitals, GPs and specialists outside hospitals, dentists, pharmacies	Some counties hospitals	Prospective budgets	Fee for service and capitation	Expenditure targets;Reference prices
DE	All services		Prospective budgets	Fee for service;free choice among sickness funds doctors;indicative budget	Reference prices
GR	Pharmacies, private hospitals, most dentists, private doctors	Doctors and hospitals	Prospective budgets	Fee for service (private doctors) and salary (NHS)	
ES	Specialist doctors, hospitals, 60% of GPs	Pharmacies, dentists and private hospitals	Prospective budgets combined with activity-based payments	Salary payment or capitation	Fixed budget;ceilings on promotion expenditures
FR	All services		Prospective global budgets, with phasing-in of activity-based payment	Fee for service;free choice of doctor;expenditure global targets;non-binding medical guidelines (RMO)	Expenditure targets;revenue target for companies;taxes on promotion expenditure;development of generics;practice guidelines
IE	Private hospitals, GPs, pharmacies	Public hospitals, specialists	Prospective budgets and diagnosis-related group measures	Capitation plus fee for service (for special service);referral;indicative budget	
IT	Private hospitals, GPs and specialists, pharmacies	Public hospitals, specialists	activity-based payment	Salary payment or capitation, plus fee-for-service (for special services);referral	Fixed budget;Reference prices
LU	All services		Prospective budgets combined with activity-based payments	Fee for service;free choice of doctor	
NL	All services		Prospective functional budgets based on activities	Capitation (low income) or fee for service (high income);referral;prescription auditing;	Pharmacists paid on a flat rate;Reference prices
AT	All services		Prospective budgets combined with activity-based payments	Fee-for-service combined with capitation;free choice among sickness funds doctors	
PT	Private hospitals, doctors in rural areas, pharmacies, most dentists, labs	GPs, some specialists, public hospitals	Prospective global budgets based on activities	Salary;referral	
FI	Hospitals, pharmacies, private out-patient care	Health centres	Purchasing of packages of hospital services, phasing-in of DRG-based prices	Salary payment or capitation;referral	
SE	Hospitals, pharmacies, private hospitals, dentists	Health centres, pharmacies, dentists	Prospective payments based on DRGs, complemented by price, volume and quality controls	Salary payment;fee for service for private doctors	Reference prices;taxes on promotion expenditure
UK	Public hospitals, GPs, most dentists, pharmacies	Community care services	Activity-related annual contracts between purchaser and provider	Fixed budgets (fundholding GPs);salary payment or capitation for first-contract doctors;referral;prescription auditing;	Pharmacists paid on a flat rate;promotion of generics;profit control;ceilings on promotion expenditures

Source: *Health care & Cost Containment in the EU*, op.cit.; European Commission.

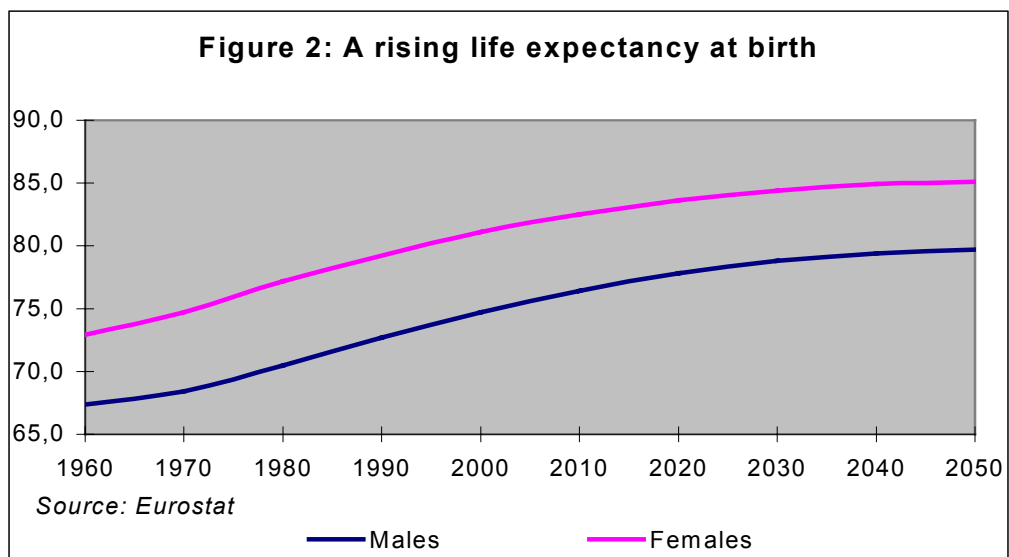
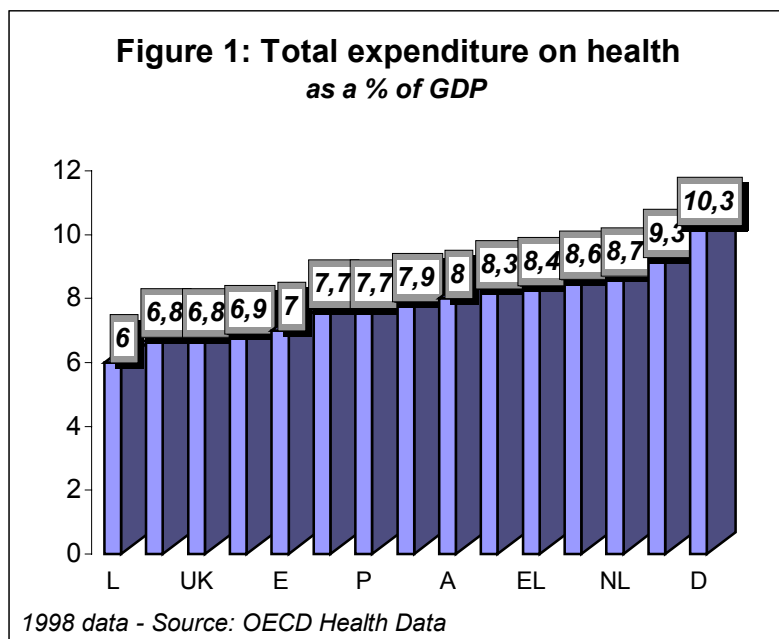


Figure 3: The ageing EU population

Source: Eurostat, population structure indicators (1960-1990), baseline scenario projection (2000-2050)

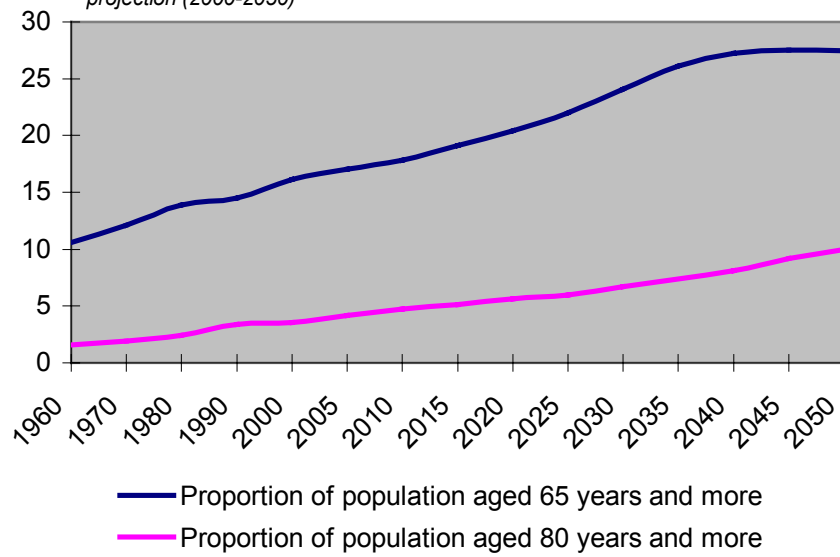
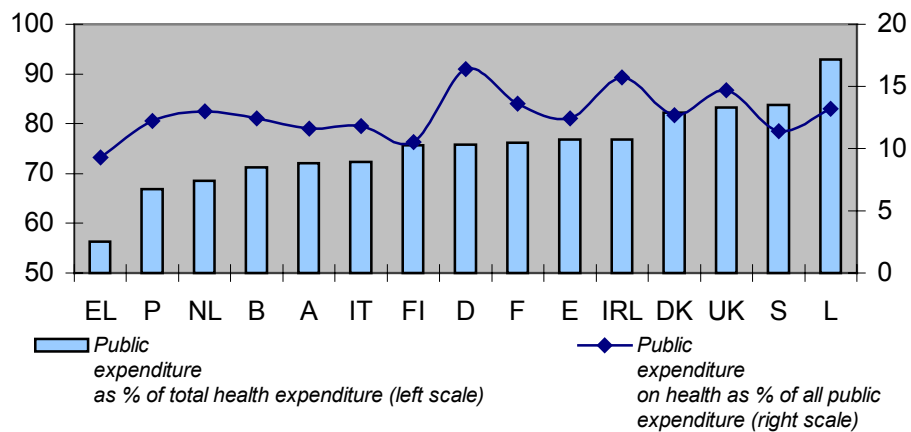


Figure 4: Public expenditure on health



Source: OECD Health Data 2001