



KOMMISSIONEN FOR DE EUROPÆISKE FÆLLESSKABER

Bruxelles, den 20.4.2004
KOM(2004) 304 endelig

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

**Modernisering af socialsikringen med henblik på at udvikle en tilgængelig og varig
sundhedspleje og langvarig pleje af høj kvalitet - understøttelse af de nationale
strategier via den åbne koordinationsmetode**

1. INDLEDNING

Medlemsstaternes socialsikringsystemer har til formål at sikre enhver adgang til sundhedsydelser af høj kvalitet. Udviklingen af disse systemer har medført en betydelig nedbringelse af fattigdomsrisikoen, som førhen ofte var forbundet med sygdom, høj alder eller ulykker, og har i vidt omfang bidraget til en markant forbedring af den europæiske befolknings sundhedstilstand i løbet af de seneste årtier¹. Socialsikringsystemerne er derfor et vigtigt element i den europæiske samfundsmodel, idet man kun få steder i verden kan levere sundhedsydelser af samme niveau som i Europa.

Kommissionens sigte med denne meddelelse, som blev bebudet i *Forårsberetningen 2004*², er gennem anvendelse af den åbne koordinationsmetode at fremme fastlæggelsen af en fælles ramme til støtte for medlemsstaterne i deres bestræbelser på at omstrukturere og udvikle sundhedspleje og langvarig pleje, som varetages af socialsikringen. Europa-Parlamentet opfordrer på sin side i betænkningen af 11. marts i år til at styrke samarbejdet på sundheds- og ældreomsorgsområdet og anmoder Kommissionen om at fremsætte forslag hertil i foråret 2004, så Rådet kan anvende den åbne koordinationsmetode på området og vedtage fælles målsætninger.

Denne meddelelse supplerer således den meddelelse (herefter benævnt "meddelelse om patientmobilitet"), der fulgte på forslagene fra "Processen for overvejelser på højt plan vedrørende patienternes mobilitet og den fremtidige udvikling inden for sundhedspleje i EU", som blev igangsat på initiativ af EU-kommissærerne David Byrne og Anna Diamantopoulou og sammensat af repræsentanter for sundhedsministrene og Kommissionen³. Disse to meddelelser, som Kommissionen vedtog i sammenhæng, udgør således en overordnet strategi for opbygning af en fælles vision for de europæiske sundheds- og socialsikringsystemer.

Socialsikringen gør det nemlig muligt, at hele samfundet deles om omkostninger, der meget ofte overstiger en enkelt persons eller en families økonomiske formåen, og man undgår dermed, at behovet for hjælp gør folk fattigere, og at en beskeden indkomst ikke i væsentlig grad hindrer adgangen til behandlingssystemet. Resultaterne på området er opnået i kraft af systemernes store mangfoldighed. De kan bygge på forsikringsprincippet eller omfatte direkte levering af ydelser, og det er ifølge traktaten medlemsstaterne, der har det primære ansvar herfor. Betydningen af dette ansvar og behovet for et bedre samarbejde på EU-plan blev bl.a. understreget i konklusionerne fra "Processen for overvejelser på højt plan".

Behandlingssystemernes betydning for faldet i fattigdoms- og sygdomsrisikoen, deres bidrag til den sociale samhørighed og deres andel i beskæftigelsen har sammen med konsekvenserne af befolkningens aldring længe været anerkendt på EU-plan. Allerede i 1992 bad Rådet i en henstilling⁴ medlemsstaterne om "*at sørge for*

¹ Fra 1960 til 2001 steg f.eks. mænds forventede levetid med 8,1 år og kvinders med 8,7 år.

² KOM(2004) 29 endelig - Gennemførelse af Lissabon-strategien - Reformen for den udvidede Europæiske Union.

³ "HLPR"-konklusionerne findes på:

http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/key01_mobility_da.pdf

⁴ Rådets henstilling af 27. juli 1992 om overensstemmelse mellem målene og politikken for social beskyttelse (92/442/EØF), EFT L 245 af 26.8.1992, s. 49-52.

opretholdelse og om nødvendigt udbygning af et effektivt behandlingssystem, som tilpasses befolkningens behov, og som især er rettet mod de behov, som skyldes ældre personers stigende afhængighed, og som afpasses efter udviklingen i sygdomsformer og terapier og den nødvendige øgede forebyggelse". I 1999 blev sundhedsydelser udpeget af Rådet som et af fire socialsikringsområder⁵, hvor det var nødvendigt at styrke samarbejdet mellem medlemsstaterne.

Efter Det Europæiske Råds møder i Lissabon og Göteborg, hvor Rådet lagde vægt på, at det var nødvendigt at ændre og tilpasse socialsikringsystemerne, herunder sundhedsydelserne, for at imødegå konsekvenserne af befolkningens aldring og sikre social samhørighed, har Kommissionen fastlagt tre retningsgivende målsætninger⁶ for denne modernisering. Målsætningerne blev godkendt af Det Europæiske Råd i Barcelona i marts 2002⁷:

- **adgang til sundhedsydelser** ud fra principperne om universel karakter, lighed og solidaritet, idet der tages hensyn til de behov og problemer, der gør sig gældende for de ringest stillede grupper og enkeltpersoner såvel som for de mennesker, som har brug for dyre og langvarige ydelser;
- **udbud af sundhedsydelser af høj kvalitet** til befolkningen i overensstemmelse med de videnskabelige fremskridt og de behov, der hidrører fra befolkningens aldring, og på grundlag af en vurdering af ydelseernes gavnlige virkning for folkesundheden;
- foranstaltninger til sikring af langsigtet **økonomisk bæredygtighed** i sundhedsydelserne og et så effektivt system som muligt.

2. **ADGANG, KVALITET OG ØKONOMISK BÆREDYGTIGHED: EN UDFORDRING FOR SUNDHEDSSYSTEMERNE OG NØGLEN TIL SUCCES FOR LISSABON-STRATEGIEN**

I Kommissionens og Rådets fælles rapport af 10. marts 2003 om understøttelse af nationale strategier for de fremtidige sundheds- og ældreomsorgsydelser understreges det, at de teknologiske og terapeutiske nyskabelser og forbedringen af patienternes velbefindende og patientoplysningen såvel som befolkningens aldring i dag afføder nye problemer i henseende til de nationale systemers kapacitet til at sikre adgang og kvalitet og garantere langsigtet økonomisk bæredygtighed. Der er tale om fælles udfordringer for alle systemer, hvilket afsløres af en række problemer som vedvarende ulige og vanskelige betingelser for at få adgang til ydelserne, som ellers i princippet er garanteret af systemerne i kraft af adgangens universelle karakter, det sommetider utilstrækkelige udbud af ydelser af høj kvalitet i forhold til befolkningens behov, hvilket af og til giver for lange ventelister, samt finansielle ubalancer gemt i bestemte systemer.

⁵ I 2000 udgjorde sundhedsydelserne 27,3 % af udgifterne til socialsikring i EU-15, kun overgået af udgifterne til alders- og enkepension (*Kilde: Statistisk bilag til udkastet til Fælles rapport om social integration 2003, SEK(2003) 1425*).

⁶ KOM(2001) 723 endelig.

⁷ Artikel 25: "Det Europæiske Råd noterer sig Rådets første rapport vedrørende sundhedsvæsen og ældrepleje og opfordrer Kommissionen og Rådet til at se nærmere på spørgsmålene om adgang, kvalitet og finansiell holdbarhed forud for Det Europæiske Råds forårsmøde i 2003."

De nye medlemsstater kommer til at øge denne forskellighed og fremhæve visse træk hos de 15 nuværende medlemsstater. Deres primære sundhedsindikatorer er generelt mindre gode end EU-15's, i særdeleshed for den mandlige befolkningsgruppe, og de har siden begyndelsen af 1990'erne afsat betydeligt færre midler til deres sundhedsvæsen trods fortsat vækst. I øvrigt er den stigende gennemsnitsalder hos sundhedsvæsnets personale mere mærkbar end i EU-15. Lissabon-strategien danner således et sammenhængende grundlag for de nye medlemsstater til at indhente de nuværendes medlemsstaters niveau og kvalitet i sundhedsvæsnets, og dette støttes af en lang række instrumenter, herunder den åbne koordinationsmetode.

Samtidig medfører integrationen i EU et stigende samspil mellem sundhedssystemerne:

- sundhedsydelserne er blevet anerkendt ifølge Domstolens retspraksis som tjenesteydelser i traktatens forstand, og patienterne skal som modtagere af disse tjenesteydelser kunne nyde godt af den fri udveksling af tjenesteydelser, som traktaten garanterer⁸. I ajourføringen af forordning nr. 1408/71⁹ inddrages denne dimension, og måden, den skal anvendes på, præciseres i et forslag til direktiv, der blev fremlagt den 13. januar 2003 om tjenesteydelser i det indre marked, herunder en definition af hospitalsbehandling¹⁰
- EU's borgere gør i stigende grad brug af deres ret til fri bevægelighed¹¹ for at bosætte sig i en anden medlemsstat, hvad enten det er fast, midlertidigt eller endog med det formål at modtage sundhedsydelser.

Samtidig har dette samspil været ledsaget af udformningen af EU-politikker, som har indvirkning på sundhedssystemerne og påvirker europæernes helbred i det hele taget. Men udviklingen på området har aldrig været omfattet af en overordnet strategi, som på samme tid kunne omhandle både udvikling og modernisering af udbuddet og finansieringen af sundhedsydelserne, patientmobilitet og sundhedspersonalets mobilitet i en udvidet Union, samarbejdet mellem regioner og sundhedssystemer og integreringen i samtlige EU-politikker af det centrale mål om et højt beskyttelsesniveau for folkesundheden. *Forårsberetningen 2004* rummer derfor en opfordring til at styrke samordningen af de nationale politikker for på den måde at understøtte de moderniserings- og udviklingsbestræbelser, som alle nuværende og kommende medlemsstater udfolder i sektoren. Det er således en **overordnet strategi for sundhedssystemerne**, der præsenteres i Kommissionens to meddelelser:

- I denne meddelelse foreslås nogle fælles målsætninger for udvikling og modernisering af udbuddet og finansieringen af sundhedsydelserne, som skal gøre det muligt for medlemsstaterne at formulere deres egen nationale strategi og nyde godt af andres erfaringer og eksempler på god praksis. Denne samordning af de nationale politikker føjer sig således til de tre andre store socialsikringsområder,

⁸ Jf. "Rapport de synthèse sur l'application des règles du marché intérieur aux services de santé et la mise en oeuvre par les Etats membres de la jurisprudence de la Cour" (SEK(2003) 900).

⁹ Forslag til Rådets forordning (EF) om koordineringen af de sociale sikringsordninger (KOM(1998) 779 endelig), ændret forslag til Europa-Parlamentets og Rådets forordning om koordineringen af de sociale sikringsordninger (KOM(2003) 596 endelig), meddelelse fra Kommissionen til Europa-Parlamentet vedrørende Rådets fælles holdning med henblik på vedtagelse af Europa-Parlamentets og Rådets forordning om koordinering af de sociale sikringsordninger (KOM(2004) 44 endelig).

¹⁰ KOM(2004) 2 endelig.

¹¹ Kommissionens aktionsplan vedrørende kvalifikationer og mobilitet, KOM(2002) 72 endelig.

nemlig pension, social integration og "make work pay", som siden 2000 har været genstand for en øget samordning.

- Den anden meddelelse er en opfølgning på de henstillinger, der blev vedtaget af HLPR (Processen for overvejelser på højt plan). Den indeholder således et sæt konkrete forslag, som dækker mange områder, og som gør det muligt at integrere traktatens målsætning om et højt sundhedsbeskyttelsesniveau i EU-politikkerne. Det foreslås i meddelelsen at nedsætte et samarbejdsudvalg inden for sundhed og medicinsk behandling, som skal være det operationelle omdrejningspunkt for denne integration.

I øvrigt er udbuddet og finansieringen af sundheds- og ældreomsorgsydelser nøgleelementer i den strategi for økonomisk og social modernisering, som blev lanceret i Lissabon i marts 2000, af tre komplementære grunde:

Den sociale samhørighed styrkes ved, at adgangen til sundhedsydelser af høj kvalitet har universel karakter og bygger på lighed og solidaritet. En bedre adgang til sundhedsydelserne anerkendes som et middel til at mobilisere EU's arbejdskraftreserve set i lyset af det faldende antal erhvervsaktive europæere. Nylige undersøgelser¹² har i den forbindelse vist, at sundhedspolitikken burde opfattes som et aktivt beskæftigelsespolitisk redskab, fordi den gør det muligt at øge kapaciteten til social og erhvervsmæssig integration af de arbejdssøgende. Som udkastet til *Fælles rapport om social integration*¹³ viser, har de dårligst stillede grupper flere og større problemer med helbredet. For eksempel erklærer 16 % af personerne i den nederste indkomstkventil, at de har et dårligt helbred, mod 7 % i den øverste¹⁴. Men disse mennesker støder også ofte på flere vanskeligheder med at få adgang til sundhedsvæsnets ydelser i form af ventetid, store behandlingsudgifter i forhold til deres indkomst, komplicerede administrative procedurer og i det hele taget en utilstrækkelig forebyggelse (screening, vaccinationer osv.).

For det andet var sundheds- og langtidsplejesektorens¹⁵ andel af EU-15's samlede **beskæftigelse** i 2002 ca. 10 % og mellem 4,1 og 7,1 % i de nye medlemsstater. Med 1,7 mio. nye arbejdspladser fra 1997 til 2002 i EU-15 er sektoren desuden den næstmest jobskabende sektor. For at være i stand til at tage de udfordringer op, som følger af den demografiske udvikling og de teknologiske fremskridt, er det afgørende, at man har et tilstrækkeligt antal fagfolk, og at man sikrer dem en ordentlig jobkvalitet. Men navnlig på det punkt vil arbejdsstyrkens aldring kunne mærkes. I både EU-15 og EU-25 var 11 % af den beskæftigede arbejdsstyrke i denne sektor i 2002 mellem 55 og 64 år gamle, og andelen var endnu højere for lægerne¹⁶. Især befinder en stor andel af medarbejderne i sektoren sig (27 % i både EU-15 og EU-25) i aldersgruppen 45-54 år, hvilket vil afstedkomme et "demografisk chok" af

¹² Brenner, H., "Unemployment and public health" – Endelig rapport bestilt af Europa-Kommissionen, maj 2002.

¹³ KOM(2003) 773 endelig.

¹⁴ I 2000. Kilde: *indicateurs communs de pauvreté et d'exclusion sociale*, Eurostat, ECHP UDB, udgave fra december 2002.

¹⁵ Jf. "Emploi en Europe 2003", side 37. Undersøgelsen af arbejdsstyrken omfatter sundhedsydelser, alle såkaldte "sociale" ydelser, herunder på børneområdet, og dyrlægeydelser.

¹⁶ I 2001 varierede andelen eksempelvis fra 11,7 % i Det Forenede Kongerige over 21,7 % i Den Tjekkiske Republik til 33,2 % i Danmark. Jf. også Kommissionens rapport om den sociale situation i 2003.

betrægteligt omfang i de kommende år. Når disse mennesker går på pension, er det sammenfaldende med en generel befolkningsaldring, hvilket betyder, at sundheds- og socialsektoren kommer til at mærke konkurrencen fra andre sektorer med hensyn til at rekruttere nye medarbejdere.

Det bliver derfor strengt nødvendigt at forbedre jobkvaliteten for ikke blot at imødegå for tidlig afgang fra arbejdsmarkedet, især for grupperne med de hårdeste og mest stressende job og for medarbejdere over 55 år, men også for at tiltrække nye medarbejdere. En højere produktivitet og effektivitet hos dem, der leverer sundhedsydelser, bliver også en nøglefaktor for en bæredygtig udvikling i sektoren. E-sundhed, som handlingsplanen *eEurope 2005*¹⁷ skal fremme udviklingen af, har her en væsentlig rolle at spille både for oplysning, forebyggelse, forbedring af udbuddet af sundhedsydelser og livslang læring for sektorens ansatte¹⁸.

Befolkningens aldring får to andre konsekvenser for sundheds- og ældreomsorgssektoren, nemlig et stigende antal ældre over 65 år (en stigning på 64 % fra 2002 til 2050 ifølge Eurostats grundscenarier) og et stigende antal gamle over 80 år (som i samme tidsrum vil stige fra 14,8 til 37,9 mio.). Denne udvikling, der først og fremmest vidner om en bedre sundhedstilstand hos EU-borgerne, betyder også flere aldersbetingede sygdomme og et øget behov for langvarig pleje. Befolkningens aldring medfører nemlig et voksende antal ældre, der bor alene og ikke hos familien, hvis mobilitet er stigende, og et voksende antal kvinder, der tager arbejde, om end de stadig står for den største del af den "uformelle" ældreomsorg. Opfyldelsen af denne befolkningsgruppes behov skal derfor sikres gennem udvikling af et bredt udbud af ydelser, som omfatter hjemmepleje, der i stigende grad vælges af de fleste enkeltpersoner og specialbehandlingsinstitutioner, og som også skal munde ud i en stærkere samordning mellem tjenesteyderne, som ofte arbejder hver for sig (inden for intensivbehandling, den primære sundhedssektor, socialvæsen osv.).

For at tackle disse udfordringer skal moderniseringen af socialsikringssystemerne foregå på en integreret og samordnet måde. Kommissionens meddelelse "*Styrkelse af Lissabon-strategiens sociale dimension: strømlining af den åbne koordination inden for social beskyttelse*"¹⁹ afdækkede, at sundheds- og ældreomsorgsydelser var et område, som burde være omfattet af "strømliningen" af den åbne koordinationsproces inden for socialsikring. "Strømliningen" vil bidrage til at underbygge de politiske budskaber om modernisering af systemerne og til at sikre deres sammenhæng med andre koordinationsprocesser fra Lissabon-strategien.

Dette skal resultere i følgende:

- En bedre sammenhæng med de processer, der foregår inden for socialsikring (pensionsreform og social integration), og som rummer mange sammenfaldende interesser²⁰. I forbindelse med strømliningen af disse processer bliver det en vigtig

¹⁷ Meddelelse fra Kommissionen "*eEurope 2005: Et informationsfund for alle*", KOM(2002) 263 endelig.

¹⁸ Jf. meddelelse fra Kommissionen "*eSundhed - bedre sundhedsydelser til EU's borgere: en handlingsplan for et europæisk rum for e-sundhed*", KOM(2004) XXX.

¹⁹ KOM(2003) 261 endelig.

²⁰ F.eks. er adgang til sundhedsydelser et vigtigt tema i politikkerne om social integration (jf. udkast til fælles rapport 2003, op.cit.). Aldringen har konsekvenser for pensionsordningernes sociale og finansielle bæredygtighed.

opgave at udpege spørgsmål, som kunne udgøre overordnede målsætninger for alle grene af socialsikringsystemet, f.eks. spørgsmål knyttet til kønsaspektet, sundhedsydelsens betydning for en aktiv alderdom eller betydningen af socialsikringsystemerne sammenlignet med beskæftigelsesincitamenterne.

- En styrket samordning med andre politiske processer, nemlig den europæiske beskæftigelsesstrategi, navnlig for så vidt angår problemerne ved den beskæftigede arbejdsstyrkes aldring i disse sektorer, og den økonomiske politik overordnede retningslinjer. Med strømlinien skulle spørgsmålene på sundheds- og langtidsplejeområdet gerne afspejles tydeligere i Lissabon-strategien, i overensstemmelse med den betydning, de har for borgerne. Som meddelt i forårsberetningen 2004 vil Kommissionen inden 2005 undersøge vilkårene for integrering af folkesundheden i Lissabon-strategien og dens bidrag til vækst og bæredygtig udvikling.
- I den forbindelse bliver den åbne koordinationsmetode et fleksibelt redskab, hvormed man kan tage hensyn til de mange forskellige situationer og kompetencer i de enkelte lande, og som derfor er særlig godt tilpasset sundhedssystemernes specifikke karakter inden for socialsikringsområdet.
- De fælles målsætninger, hvoraf én søjle vedrører sundhedsydelser, skal udgøre en samlet politisk ramme for moderniseringerne og således øge deres gennemsigtighed og sætte fokus på de udfordringer, der er fælles for alle sundhedssystemer.
- Den åbne koordinationsmetode skal bidrage til inddragelsen af sektorens mange aktører, navnlig arbejdsmarkedets parter, sundhedsvæsnets faggrupper og patientforeningerne, som gør sig mere og mere gældende.
- Erfaringsudvekslingerne vil gøre det muligt at øge de forskellige aktørers kendskab til moderniseringsmulighederne. De fælles indikatorer skal understøtte denne udveksling.
- Endelig skal den åbne koordinationsmetode befordre en overordnet og integreret tilgang til de problemer, som de forskellige systemer i dag støder på, ved at skabe tæt forbindelse mellem de forskellige instrumenter og de forskellige politikker på områder.

3. FÆLLES MÅLSÆTNINGER FOR UDVIKLINGEN AF SUNDHEDSSYSTEMERNE

Faldet i den sygdoms-, ulykkes- eller aldersbetingede fattigdomsrisiko og den markante forbedring af europæernes sundhedstilstand er to af socialsikringens centrale resultater. Sikringsordningerne skal fortsat sikre levering af sundhedsydelser, som er af høj kvalitet, har en tilgængelighed af universel karakter (dvs. dækker hele befolkningen), tilbydes på solidarisk basis (dvs. uafhængigt af indkomstforhold og på basis af fælles bidrag), og som er økonomisk bæredygtige. Adgang, kvalitet og økonomisk bæredygtighed udgør dermed en **overordnet og integreret helhed**. Derudover ligger en af nøglerne til udvikling og modernisering af systemerne i deres kapacitet til at indføre en **effektiv styreform, som bygger på inddragelse og ansvarliggørelse af de berørte aktører, herunder arbejdsmarkedets parter, regional- og lokalforvaltningerne, patienterne og**

civilsamfundet, og på en koordinering af ydelsesleverandørerne, finansieringsorganerne, ngo'erne og myndighederne. På EU-plan er det således ønskeligt, om de sektorspecifikke arbejdsmarkedsparter kunne yde et konkret bidrag til moderniseringsbestræbelserne.

På baggrund af de retningslinjer, som Det Europæiske Råd godkendte i marts 2002 i Barcelona, og Kommissionens og Rådets *fælles rapport* fra marts 2003 foreslår Kommissionen derfor følgende fælles målsætninger til at understøtte udviklingen af systemerne i en udvidet Union.

3.1. Adgang til sundhedsvæsnets ydelser - universel karakter, lighed, solidaritet

En af de europæiske sundhedsvæsners væsentlige succeser er, at de har sikret alle adgang til sundhedsydelser af høj kvalitet. De skal fortsat forebygge sygdoms-, ulykkes- og aldersbetinget fattigdom og social udstødelse hos modtagerne af sundhedsydelserne såvel som deres familier. Dækningens universelle karakter skal bygge på solidaritet ifølge de vilkår, der gælder i de enkelte systemer. Denne solidaritet skal især gøre sig gældende til fordel for lavindkomstgrupperne og personer, hvis helbred kræver omfattende, langvarig eller dyr behandling, herunder palliativ behandling og hospicepleje. Imidlertid har visse grupper eller personer særlige adgangsproblemer, som nedbryder deres evne til social og faglig integration. Det medfører derudover unormalt lange ventetider på behandling, hvis udbuddet af sundhedsydelser er ulige fordelt mellem regionerne, eller udbuddet ikke dækker efterspørgslen. Rekrutterings- og ressourceforvaltningsproblemerne inden for visse personalegrupper har lignende konsekvenser. Sundhedssystemerne skal derfor udvikle et udbud af sundhedsydelser, der er af tilstrækkeligt omfang og afpasset befolkningens behov.

Målsætninger:

Sikre, at der er adgang til sundhedsydelser af høj kvalitet, og at denne adgang har universel karakter og bygger på lighed og solidaritet.

Forebygge sygdoms-, ulykkes- og aldersbetinget fattigdom og social udstødelse hos modtagerne af sundhedsydelserne såvel som deres familier.

Navnlig er medlemsstaterne enige om, alt efter de vilkår, der gælder i deres eget system,

- at tilbyde hele befolkningen behovstilpassede sundhedsydelser af høj kvalitet. Personer med behov for langvarig eller dyr behandling, personer og grupper med særlige adgangsvanskeligheder som f.eks. etniske minoriteter og indvandrere samt lavindkomstgrupperne skal i den forbindelse have særlig opmærksomhed
- at sikre handicappede økonomisk og fysisk adgang til sundhedsvæsnets ydelser
- at tilbyde relevant ældreomsorg, navnlig i kraft af en øget samordning mellem sociale tilbud, den primære sundhedssektor, hospitalsvæsen og specialbehandlingsinstitutioner
- at fremme ordninger for palliativ behandling og hospicepleje

- at mindske eventuelle regionale uligheder i udbuddet af sundhedsydelser
- at udvikle hensigtsmæssige strukturer i fornødent omfang med kvalificeret personale for at øge udbuddet og nedbringe ventelisterne, navnlig når disse ventelister medfører ulempe for patienternes helbred og livskvalitet. I forbindelse med den økonomiske og sociale samhørighedspolitik kan der ydes støtte til udvikling af infrastrukturer, f.eks. hospitaler, og de kompetente organer for strukturfondene, i særdeleshed EFRU og Samhørighedsfonden, skal undersøge, hvordan en sådan støtte kan udnyttes fuldt ud i de støtteberettigede regioner
- at fremme en forvaltning af de menneskelige ressourcer, som kan sikre, at man imødegår konsekvenserne af befolkningens aldring i sundheds- og ældreomsorgssektoren, f.eks. ved at forebygge eller afhjælpe mangel på personale i visse faggrupper, gennem tilstrækkelige investeringer i grund- og videreuddannelse og højere jobkvalitet, bl.a. med hensyn til sundhed og sikkerhed på arbejdspladsen. I den forbindelse skal Den Europæiske Socialfond udnyttes fuldt ud. Meddelelsen om patientmobilitet supplerer også denne målsætning, idet den indeholder forslag om fremme af mobilitet på tværs af grænserne blandt sundhedspersonalet og et bedre kendskab til de pågældende bevægelser
- inden for alle disse foranstaltninger at tage hensyn til kønsspecifikke problemer, navnlig inden for forvaltning af menneskelige ressourcer og fremme af jobkvalitet.

3.2. Fremme af sundhedsydelser af høj kvalitet

At tilbyde adgang og kvalitet på samme tid skal fortsat være en grundlæggende målsætning for de europæiske sundhedssystemer. Men opfyldelsen af denne målsætning er i dag blevet meget mere kompliceret, end dengang systemerne blev grundlagt. Det er der to væsentlige grunde til:

- Det er stadig uklart, hvilken virkning de teknologiske fremskridt har, særlig i et samfund med en aldrende befolkning. De kan både resultere i en forbedring af sundhedsvæsnets effektivitet og øge den forventede levealder, men også øge forventningen om et godt helbred hele livet og forøge udgifterne til f.eks. nye typer medicin. I øvrigt har det stigende uddannelsesnivea i befolkningen, især blandt de store årgange, der nu begynder at gå på pension, de samme potentielle virkninger, idet højere uddannelse både befordrer sundere adfærd og forebyggelse og øger efterspørgslen efter behandling, især nye former herfor.
- Udbuddet af sundhedsydelser er i dag større, mere varieret og mere kompliceret, end dengang sundhedssystemerne blev grundlagt. De samlede investeringer i sundhed afspejler et politisk valg, og denne investering vil få en positiv indvirkning på økonomien på langt sigt. Alligevel har investeringerne i en hvilken som helst sektor, når de offentlige midler er begrænsede, nødvendigvis konsekvenser for andre sektorer²¹. De i vidt omfang offentlige midler, som

²¹ Ifølge *OECD-Healthcare 1996* stiger udgifterne i sundhedssektoren med 0,5 %, hver gang samfundet bliver 1 % rigere. Ifølge den undersøgelse, som EU's Udvalg for Økonomisk Politik udgav i 2001, kunne den "spontane" virkning af befolkningens aldring oven i købet øge de offentlige sundheds- og ældreomsorgsudgifters andel af statsbudgettet med mellem 1,7 og 4 procentpoint af BNP.

investeres i sundhed, skal derfor udnyttes så effektivt og effektivt som muligt med henblik på øget sundhed.

Disse udviklingstendenser, som aldrig forstærker, giver et stigende behov for at få vurderet den reelle kvalitet og de reelle fordele, som de tilgængelige lægemidler, behandlinger eller former for omsorg og pleje giver det enkelte menneske og folkesundheden. Her kræves en forebyggelsestankegang, som kan gøre det muligt at forbedre det samlede "velbefindende", og en effektiv forvaltning af sundhedsvæsenet, som bygger på øget koordinering mellem alle aktører og en ansvarliggørelse af dem i forbindelse med ressourceforvaltningen og udbuddet af sundhedsydelser.

Målsætning:

Fremme sundhedsydelser af høj kvalitet for at forbedre folkesundheden og befolkningens livskvalitet.

Navnlig bør medlemsstaterne alt efter de vilkår, der gælder i deres eget system, sørge for:

- at fremme praksisformer og behandlinger, der har en effektiv, gavnlig virkning for sundheden og livskvaliteten, på baggrund af en hensigtsmæssig videnskabelig vurdering. Udgifter og fordele ved lægemidler, udstyr og behandlinger skal bedømmes efter relevante procedurer i de pågældende nationale systemer, idet der samtidig opbygges et europæisk samarbejde på området
- at integrere kønsaspektet, når de udformer politikker om forebyggelse og sundhed, så der bedre kan tages hensyn til de kønsspecifikke problemer og gøres en mere effektiv indsats for at løse dem
- at sikre et højt grund- og videreuddannelsesniveau for det faguddannede personale under begrebet livslang læring
- at udforme politikker om sundhed og sikkerhed på arbejdspladsen, som bygger på risikoforebyggelse, og som kan sikre alle ansatte højere jobkvalitet, navnlig de ældre, med det formål at bidrage til en nedbringelse af præmatur dødelighed (før 65 år) og en forøgelse af befolkningens forventede levetid uden væsentligt nedsatte evner
- at afsætte økonomiske og menneskelige ressourcer til regioner, tjenesteydere og forskellige typer sundhedsydelser alt efter de faktiske behov, så der kan opnås den bedst mulige virkning for modtagernes sundhed og livskvalitet. Meddelelsen om patientmobilitet supplerer denne målsætning med sit forslag om at udpege "referencecentre" og fremme netværksdannelse mellem dem
- at fremme en styreform, hvor man lægger vægt på evnen til at tilpasse systemerne til behovet, navnlig gennem en effektiv koordinering mellem de berørte aktører (offentlige budgetter, forsikringsorganer, sundhedsfaggrupper, hospitaler, institutioner og organer inden for forebyggelse, herunder undervisningsinstitutioner, regionale og lokale sundhedsmyndigheder, patienter og borgere)

- at definere patienters og deres families rettigheder og vilkårene for inddragelse af civilsamfundets organisationer. Meddelelsen om patientmobilitet supplerer denne målsætning med sit forslag om at samle og optimere den tilgængelige information om patientrettigheder og europæiske og internationale regler om varetagelse af leveringen af sundhedsydelser.

3.3. **Garanti for økonomisk bæredygtige og tilgængelige sundhedsydelser af høj kvalitet**

Det er en stor udfordring for alle nuværende og kommende medlemsstater at sikre et fortsat udbud af tilgængelige sundhedsydelser af høj kvalitet, uden at det går ud over finansieringen af andre sektorer eller politiske prioriteter. De står over for kravet om at sikre tilstrækkelige midler til deres sundhedsvæsen, så det kan tilbyde kvalitetsydelser, samtidig med at det tilpasser sig de nye behov, især de aldersbetingede, og de teknologiske fremskridt. En stor del af udgifterne til sundhed og ældreomsorg finansieres via de offentlige budgetter, der er underlagt stabilitets- og vækstpaktens krav. For at sikre, at der er tilstrækkeligt med offentlige midler til at dække sundhedssektorens behov, er det nødvendigt, at medlemsstaterne har sunde og holdbare budgetter. Den stadig hastigere afvikling af offentlig gæld og stigningen i beskæftigelsen er vigtige faktorer, der kan bidrage til at gøre de offentlige finanser holdbare.

I den forbindelse har medlemsstaterne gennem lang tid iværksat forskellige foranstaltninger eller ændringer for at sikre systemernes økonomiske ligevægt, og de benytter forskellige mekanismer hertil, f.eks. godtgørelsessatsen for at ansvarliggøre eller styre efterspørgslen, attesternes pris og omfang for at kontrollere visse produkter eller recepter, fastfrysning af budgetter, navnlig i hospitalssektoren, udvikling af styringsværktøjer på grundlag af målsætninger for sundhed, opnåede resultater og behandlede sygdomme, en øget ansvarliggørelse af sundhedspersonale og finansieringsorganer i ressourceforvaltningen samt definition af nye balancer mellem de forskellige finansieringsmuligheder, herunder med det formål at styrke de berørte aktørers ansvarlighed. Der findes ikke kun ét svar på denne udfordring. Derfor skal vi fortsætte bestræbelserne på at opnå økonomisk holdbarhed ved at kombinere forskellige redskaber.

I det hele taget skal medlemsstaterne træffe de fornødne foranstaltninger for at sikre en sund forvaltning af de offentlige udgifter til sundhed og omsorg ved at koncentrere sig om behovet for højere kvalitet og effektivitet i de offentlige udgifter.

Målsætning:

Sikre langsigtet økonomisk bæredygtighed for tilgængelige sundhedsydelser af høj kvalitet for alle.

Navnlig bør medlemsstaterne alt efter de vilkår, der gælder i deres eget system, sørge for:

- at udforme politikker om forebyggelse og retningslinjer for adgang til sundhedssektoren med henblik på at nedbringe anvendelsen af "tunge" ydelser, navnlig hospitals- og intensivbehandling, og til det formål styrke koordineringen mellem de forskellige tjenesteydere (primære sundhedssektor, hospitaler og lokale socialsikringsforvaltninger). Denne målsætning supplerer således indsatsen i EU's

sundhedshandlingsprogram²², som støtter forebyggelsesinitiativer, der sigter mod at forbedre folkesundheden og nedbringe de fremtidige sundhedsudgifter

- at finde et sikkert udgiftsudviklingstempo ved hjælp af foranstaltninger, der er tilpasset situationen og vilkårene i de enkelte systemer, f.eks. incitamenter, der er målrettet tjenesteydere og patienter, eller fremmende foranstaltninger for nye behandlinger eller produkter, som nedsætter udgifterne for samme ydelse
- at sikre systemet tilstrækkelige økonomiske midler for at opfylde de nye behov, der er knyttet til befolkningens aldring, samfundsforandringer og teknologiske fremskridt
- at tilbyde sundhedsydelser med det bedst mulige cost-benefit-forhold, navnlig i kraft af en vurdering af den effektive gevinst for sundheden ved lægemidler, procedurer eller former for omsorg og pleje, og ved hjælp af en finansiering, der tager udgangspunkt i de faktiske aktiviteter og behov
- at forbedre systemets effektivitet, navnlig gennem decentralisering, ansvarliggørelse og inddragelse af de forskellige aktører (lokale og regionale myndigheder, socialsikringsinstitutioner og andre finansieringsorganer, faggrupper inden for sundheds- og hospitalsvæsen og patienterne) i ressourceforvaltningen og udbuddet af sundhedsydelser.

4. DE NÆSTE ETAPER

Finansieringen af sundheds- og ældreomsorgssektoren varetages og fastlægges af medlemsstaterne, der har det primære ansvar. De skal ved udøvelsen af dette ansvar respektere de frihedsrettigheder og regler, der er bestemt i traktaten. Den åbne koordinationsmetodes merværdi består således i, at den gør det muligt at udpege fælles udfordringer og understøtte de forandringsbestrebelse, som medlemsstaterne udfolder.

Kommissionen finder det ønskeligt, om denne meddelelse kunne danne udgangspunkt for en aftale om fælles målsætninger i 2004. Medlemsstaterne, herunder tiltrædelseslandene, skal i så fald før næste forårstopmøde i marts 2005 fremlægge foreløbige rapporter med angivelse af de udfordringer, som deres systemer hver for sig møder på nationalt plan, de igangværende moderniseringer og de politiske retningslinjer på mellemlangt sigt. Rapporterne skal indeholde statistiske data og i givet fald talsatte målsætninger. De skal på dette tidlige trin nødvendigvis være kortfattede.

De skal herefter underkastes en analyse hos Kommissionen, for at den kan tage hensyn til medlemsstaternes holdninger og bidrag, når de fælles målsætninger skal fastlægges i den strømlinede koordinationsproces inden for socialsikring. Strømlinjen vil i 2006 give anledning til den første række af udviklings- og moderniseringsstrategier for sundheds- og ældreomsorgsområdet, der skal dække

²² Europa-Parlamentets og Rådets afgørelse nr. 1786/2002/EF af 23. september 2002 om vedtagelse af et program for Fællesskabets indsats inden for folkesundhed (2003-2008) - Erklæring fra Kommissionen, EFT L 271 af 9.10.2002.

perioden 2006-2009. Konklusionerne på undersøgelsen af disse strategier skal fremlægges i *Fælles rapport om socialsikring og social integration* i 2007.

Idet der tages hensyn til de mange forskellige temaer og udfordringer, der ligger i de fælles målsætninger, skal socialsikringsudvalget og de øvrige kompetente instanser (beskæftigelsesudvalget, udvalget for økonomisk politik, den kommende "gruppe på højt niveau" inden for sundhed og medicinsk behandling, der oprettes sideløbende af Kommissionen) skabe tætte samarbejdsrelationer og blandt andet udforme et arbejdsprogram, hvori det defineres, hvilke emner der hører under hvilke instanser.

Hvad angår indikatorer, vil Kommissionen foreslå at påbegynde arbejdet med at finde mulige indikatorer for disse målsætninger i 2004, og de foreløbige rapporter i foråret 2005 skal bidrage til opgaven ved at præsentere de nationale data. Det vil gøre det muligt for første gang at opstille og sammenligne de forskellige nationale situationer og måle fremskridtene i forhold til de udmeldte målsætninger. Arbejdet skal understøttes af den indsats, der i flere år er ydet i forbindelse med handlingsprogrammet om sundhedsovervågning²³ og siden handlingsprogrammet om sundhed, med det formål at skabe en prototype af det fremtidige EU-system for overvågning af folkesundheden. Det skal også foregå ved hjælp af Eurostats datamateriale om sundhed. Endelig bliver det nødvendigt med et samarbejde mellem internationale organisationer som f.eks. OECD og WHO.

²³ Europa-Parlamentets og Rådets afgørelse nr. 1400/97/EF af 30. juni 1997 om vedtagelse af et EF-handlingsprogram vedrørende sundhedsovervågning som led i indsatsen inden for folkesundhed (1997-2001), EFT L 193 af 22.7.1997.