



EUROPEISKA GEMENSKAPERNAS KOMMISSION

Bryssel den 05.12.2001
KOM(2001) 723 slutlig

**MEDDELANDE FRÅN KOMMISSIONEN TILL RÅDET,
EUROPAPARLAMENTET, EKONOMISKA OCH SOCIALA KOMMITTÉN
OCH REGIONKOMMITTÉN**

Hälso- och sjukvårdens och äldreomsorgens framtid: att garantera tillgänglighet,
kvalitet och finansiell hållbarhet

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Inledning	3
Gemensamma frågor	4
1 Inverkan av befolkningens åldrande på system och kostnader	4
2 Utveckling av ny teknik och nya behandlingsformer	6
3 Ökat välbefinnande och ökad levnadsstandard	7
Skillnader mellan nationella system och gemenskapspolitikens bidrag	7
1 En mångfald nationella system	8
2 Gemenskapspolitikens bidrag	8
Tre långsiktiga mål: tillgänglighet, kvalitet, hållbarhet	9
1 Tillgänglighet	9
2 Kvalitet	10
3 Finansiell hållbarhet	11
Bilaga 1: Gemenskapspolitikens bidrag	14
Bilaga 2: Vårdssystem och hälso- och sjukvårdspolitik i unionen	17

INLEDNING

Förekomsten av ett gott skydd mot risk för sjukdom och beroende är enligt europeiskt synsätt en väsentlig förmån som det är viktigt att ta vara på och anpassa till vår tids behov, och särskilt till den åldrande befolkningen.

Därför erinrade Europeiska rådet i Lissabon i mars 2000 om att de sociala skyddsnäten måste reformeras, så att de fortsätter att ge en god hälso- och sjukvård. Europeiska rådet i Göteborg begärde för övrigt i juni 2001 att rådet skulle, *"i enlighet med den öppna samordningsmetoden och på grundval av en gemensam rapport från Kommittén för socialt skydd och Kommittén för ekonomisk politik (...), förbereda en första rapport för Europeiska rådet under våren 2002 om riktlinjerna i fråga om hälso- och sjukvård samt äldreomsorg. Resultatet av arbetet kommer att införlivas i de allmänna riktlinjerna för den ekonomiska politiken."* (punkt 43)

I detta sammanhang och i linje med slutsatserna från Lissabon, där det fastställs att den öppna samordningsmetoden bygger på partnerskap mellan de olika aktörerna inom deras respektive ansvarsområden, vill kommissionen genom detta meddelande lämna ett bidrag för verkställandet av mandatet från Europeiska rådet i Göteborg.

Det allmänna hälsotillståndet och vårdsystemen i unionen står i särklass i ett globalt sammanhang. Det allmänna skyddet mot risk för sjukdom och invaliditet är en väsentlig orsak till detta tillsammans med andra faktorer såsom den ökade levnadsstandarden, förbättrade levnadsvillkor och sundare levnadssätt samt bättre utbildning i hälsofrågor¹. Det är faktiskt det som har gjort det möjligt att skydda människor mot ekonomiska konsekvenser av sjukdom och samtidigt medfört snabba och ständiga framsteg inom medicin och behandling. Det sociala skyddet är därmed en betydande styrka i vårdsystemens funktion i allmänhet, eftersom den står för huvuddelen av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård, vilket betyder att denna gren av det sociala skyddet utgiftsmässigt är den viktigaste efter ålderspension och livränta.

De totala utgifterna för hälso- och sjukvården steg från ca 5 % av BNP år 1970 till mer än 8 % år 1998, och huvuddelen av denna ökning inföll före 1990. De offentliga utgifterna för hälso- och sjukvården följde samma tendens: en ökning som var snabbare än för BNP 1970–1990 (andelen av BNP ökade från 3,9 % till ca 6 %), och en mera dämpad utveckling efter 1990, särskilt till följd av att alla länder ansträngde sig att hålla utgifterna under kontroll. Sedan 1999 tycks dock utgifterna för hälso- och sjukvården i många länder åter ha ökat i en takt som överstiger BNP.²

¹ Hälso- och sjukvårdens samlade prestationer verkar sålunda inte vara beroende av utgiftsvolymen och därigenom inte av vårdsystemet. I Tyskland översteg t.ex. hälso- och sjukvårdsutgifterna 10 % av BNP 1999 – den högsta nivån i unionen – mot 7 % i Spanien, men den sannolika livslängden i Tyskland är två år lägre. Den är också lägre än för brittiska män och densamma som för brittiska kvinnor, medan utgifterna i Förenade kungariket är avsevärt lägre (6,8 % av BNP).

² Se diagram 1, bilaga 3.

Vårdsystemen i unionen står alltså inför utmaningen att samtidigt nå tre mål: tillgång till vård för alla, en hög kvalitetsnivå på vårdutbudet och finansiell hållbarhet i systemen.

GEMENSAMMA FRÅGOR

1 Inverkan av befolkningens åldrande på system och kostnader

Det finns två aspekter på en åldrande befolkning:

En *ökad livslängd*³. Sedan 1970 har den sannolika livslängden vid födseln ökat med 5,5 år för kvinnor och nära 5 år för män. Trots betydande skillnader – svenska män och franska kvinnor hade år 1997 en sannolik livslängd som med 3 år översteg den för finska män och irländska kvinnor – är medellivslängden för befolkningen i EU en av de högsta i världen och ökar fortfarande. År 2000 var den 74,7 år för män födda det året och 81,1 år för kvinnor. År 2050 kommer den enligt Eurostats grundscenario att vara 79,7 respektive 85,1 år. Denna ökning av den sannolika livslängden vid födseln yttrar sig också i en ökning av den förväntade livslängden med full hälsa eller utan funktionsnedsättning.

- En *ökande andel åldringar*. Dessutom kommer den andel som är äldre än 65 år att stiga från 16,1 % av den europeiska befolkningen år 2000 till 22 % år 2025 och 27,5 % år 2050. Andelen äldre än 80 år var 3,6 % år 2000 och beräknas uppgå till 6 % år 2025 och 10 % år 2050.⁴

Konsekvenserna av denna utveckling för *hälso- och sjukvårdssystemen* kan bli betydande, även om de är svåra att mäta exakt. Sjukvårdskostnaderna per person ökar starkt efter 65 års ålder, och ännu mera efter 80 år. Äldre personers högre sjuklighet, deras tendens att lida av flera sjukdomar och åldersrelaterade sjukdomars allvarigare och mera kroniska karaktär, som kan leda till vårdberoende, är ytterligare faktorer som kan förklara denna fördelning av kostnaderna per åldersgrupp. Det hälsoinformationssystem som ingår i förslaget till ett handlingsprogram på folkhälsoområdet kommer att göra det möjligt att förbättra kunskaperna i dessa frågor.

Det är emellertid svårt att utvärdera det hälsotillstånd eller den sjuklighet som åldringar haft under flera decennier och den förväntade livslängden med full hälsa för generationer som kommer att nå 60 års ålder omkring år 2030. Detta gäller främst eftersom sjukvårdskostnaderna oavsett ålder koncentreras till det sista levnadsåret, och att kostnaderna för intensivvård under detta sista år är lägre för en mycket gammal person. Vidare kommer en ökad levnadsstandard och en förbättrad utbildningsnivå – som är väsentliga faktorer för hälsotillståndet vid sidan av själva vårdsystemet – att medverka till att förbättra människors hälsa, särskilt genom att den främjar val av sundare levnadssätt och förebyggande åtgärder. Den ålder då vårdkonsumtionen ökar kan då flyttas fram, varigenom riskerna för stort beroende hos de äldsta minskar. Omvänt kan emellertid äldre som tillhör generationer som är vana

³ Se diagram 2, bilaga 3.

⁴ Se diagram 3, bilaga 3.

vid en hög vårdkonsumtion kräva de nyaste behandlingarna, som med stor sannolikhet också är de dyraste.

För övrigt skapar de äldsta åldersgruppernas tillväxt *ny efterfrågan på långtidsvård*. Åldersrelaterade sjukdomar som kan utvecklas till beroende kräver vård under lång tid, såväl inom öppenvården som inom den slutna långtidsvården och psykiatriska vården, som inte ligger inom det ”klassiska” hälso- och sjukvårdssystemet utan inom den socialmedicinska sektorn. Ökningen av antalet mera begränsade och instabila familjestrukturer kan emellertid undergräva familjens solidariska nätverk och försvåra vård och tillsyn inom familjerna. Om antalet personer som behöver långtidsvård blir stort måste därför ett särskilt utbud tas fram med hänsyn till den ökande förvärvsfrekvensen bland kvinnor (som svarar för merparten av den informella vården). Man bedömer därför att organisationen av utbudet här har avgörande betydelse.

Denna dubbla natur i åldrandets effekter ingår i de beräkningar av dess effekter på de offentliga utgifterna som görs av unionens kommitté för ekonomisk politik genom de nationella kontaktpersonerna i arbetsgruppen ”åldrande”, enligt en enkel metod som dock innehåller vissa osäkerhetsmoment.⁵

- Om grundscenarierna för befolkningsutvecklingen bekräftas, kommer de offentliga utgifterna för *hälso- och sjukvård* under perioden 2000–2050 att öka med mellan 0,7 (låg hypotes för Danmark) och 2,3 procentenheter av BNP (Irland). Medan de offentliga utgifterna för hälso- och sjukvård år 2000 låg mellan 4,6 % (Förenade kungariket och Finland) och 6,2 % av BNP (Frankrike), kommer de att uppgå till mellan 5,6 % (Förenade kungariket och Nederländerna) och 8,2 % (Irland) av BNP år 2050. I samtliga länder kommer utgifterna för åldersgruppen 0–64 år att minska (med 0,2–0,7 procentenheter av BNP). Totalt kommer ökningen under femtioårsperioden i flertalet medlemsstater att vara 1–1,5 procentenheter av BNP, vilket inte är särskilt högt jämfört med dagens nivå, och endast tre medlemsstater kommer att få en ökning på mer än 2 procentenheter av BNP (Tyskland, Irland och Österrike).
- Befolkningsutvecklingens inverkan på *långtidsvården* kommer (med samma scenarier) att bli så mycket starkare som de berörda länderna redan har strukturerade former för omhändertagande och därmed redan en hög utgiftsnivå (mellan 1,5 och 3 procentenheter av BNP). I Sverige, Finland, Danmark och Nederländerna, som tillhör dessa länder, kommer sålunda befolkningens åldrande att spontant öka kostnaderna för långtidsvård med omkring 1,7–2,5 procentenheter av BNP, vilket nästan är en dubbling. I sex andra länder, som alla – förutom Förenade kungariket – hade utgifter för denna vårdform 2000 som uppgick till mindre än 1 procentenhet av BNP, kommer ökningen att vara lägre (0,2–1 procentenheter av BNP). I dessa länder kan dock ersättningssystemet utvecklas i riktning mot ökad formalisering till följd av berörda gruppers tillväxt eller sociala förändringar, vilket skulle medföra en ökning av deras andel av de offentliga

⁵ Kostnadsstrukturen för hälso- och sjukvården och långtidsvården per åldersgrupp har kombinerats med demografiska prognoser för att ge skattningar av framtida offentliga utgifter. Som arbetsgruppens rapport visar rör det sig därför snarare om en ”ögonblicksbild” av den demografiska utvecklingens inverkan än om ”verkliga” offentliga utgifter.

utgifterna och BNP. Den förväntade utvecklingen förutsätter att lämpliga finansieringsformer skapas inom sektorn för sjukdom och invaliditet eller i särskild form (skapande av en särskild risk "vårdbehov", kostnadsdelning mellan systemen för hälso- och sjukvård och socialhjälp och anlitande av privata försäkringar).

Totalt kan den "spontana" effekten av befolkningens åldrande öka hälso- och sjukvårdens och långtidsvårdens andel av den offentliga sektorns utgifter från 1,7 till nära 4 procentenheter av BNP, en nivå på de offentliga utgifterna som motsvarar mellan 7,5 % (låg hypotes för Italien) och 12,1 % av BNP (hög hypotes för Sverige) gentemot 5,5 % (Italien) och 8,8 % (Sverige) av BNP under 2000.

Allmänt sett är en sådan utveckling av hälso- och sjukvården och långtidsvården en fråga om *mänskliga resurser*, eftersom dessa vårdformer till följd av sin natur kräver en stor insats av kvalificerad arbetskraft. Dessa rekryteringsbehov uppstår emellertid i ett läge där den förvärvsarbetande befolkningen stagnerar eller minskar, och då sysselsättningen i "social-hälsosektorn" ökar mycket starkare än genomsnittet. Under åren 1995–2000 ökade det totala antalet sysselsatta i unionen med 6,8 %, men ökningen i "social-hälsosektorn" var 12,6 %.⁶

2 Utveckling av ny teknik och nya behandlingsformer

Utvecklingen inom medicinsk teknik – antingen det rör sig om användning av miniatyrrobotar i kirurgin, genterapi, organkultur, ersättningsvävnader eller nya läkemedel – är den andra frågan som de nationella systemen ställs inför, framförallt när det gäller hälso- och sjukvården.⁷

Tekniska framsteg tillför produkter och behandlingar där främst FoU och teknik ingår. De kan ge produktivitetsvinster, t.ex. en förkortning av sjukhusvistelsen för en given sjukdom, eller en minskning av riskerna för allvarliga sjukdomar tack vare förebyggande behandling. Behandlingarnas förbättrade effektivitet visar sig dock oftast i möjligheten att behandla nya sjukdomar samt intensivare behandlingar, vilket betyder en ökning av de totala utgifterna.

Effekter av tillgång och efterfrågan bidrar till denna ökning. Hälso- och sjukvården är en atypisk verksamhet, eftersom utbudet – förskrivarna – i hög grad bestämmer efterfrågan, ibland på bekostnad av en systematisk utvärdering av innovationens verkliga fördelar för hälsan och samhällets kostnader. För övrigt kräver patienterna, som numera är utbildade och upplysta, att få de senaste läkemedlen, behandlingarna eller produkterna, t.ex. kosttillskott, som förmodas eller påstås ha effekter på hälsan. De utövar därmed ett tryck på förskrivarna, som är särskilt påtagligt i länder där man fritt kan välja läkare. Detta efterfrågetryck har en särskild och mätbar betydelse för läkemedlen, eftersom de senaste substanserna nästan alltid är dyrare.

Dessa egenskaper hos det tekniska framåtskridandet väcker frågan om hur det finansieras och vem som skall bära kostnaderna för det, eftersom effekterna kan jämföras med effekterna av befolkningens åldrande eller till och med vara större än

⁶ Undersökning om arbetskraften 2001, sysselsatta fördelade efter näringsgren.

⁷ I de prognoser som har genomförts av Europeiska unionens kommitté för ekonomisk politik tas genom olika hypoteser indirekt hänsyn till effekten av tekniken och dess utveckling för utgiftsutvecklingen per person.

dessa. Som ett led i sänkningen av utgifterna måste klara, öppna och effektiva utvärderingsmetoder utformas, eftersom endast sådana kan garantera att nya produkter eller behandlingar finns tillgängliga. De bör dock i högre grad än för närvarande ta hänsyn till de särskilda behoven hos äldre personer över 65 år, som ännu endast utgör en liten del av de patienter som deltar i kliniska försök.

Den nya informationstekniken möjliggör samarbete på europeisk nivå mellan hälsovårdspersonal och ger därmed nya möjligheter till förbättringar av utvärderingarna.

3 Ökat välbefinnande och ökad levnadsstandard

Efterfrågan på och utbudet av hälso- och sjukvård beror i hög grad på levnadsstandarden och utbildningsnivån, som dessutom bestämmer människors levnadssätt. Det kan sålunda noteras att efterfrågan på hälso- och sjukvård sedan ett halvsekel tenderar att öka mer än proportionellt mot inkomsten per capita.

Detta har tre viktiga konsekvenser.

- Bättre utbildade patienter kan lägga sig till med *sundare levnadssätt och förebyggande åtgärder* så att de på sikt kan undvika att anlita intensiv och kostsam vård. Vårdsystemen måste därför öka sina utbildande och förebyggande insatser enligt den allmänna offentliga vårdpolitiken.
- Patienterna väntar sig dessutom allt bättre och effektivare vårdssystem. Utvecklingen av den nya *informationstekniken* ökar möjligheterna att söka medicinsk information, men också att anlita tjänster (hälsoråd etc.) och att skaffa produkter, med de risker detta kan medföra. Bättre tillgång till information – oavsett dess kvalitet – gör det också möjligt att jämföra med tillämpningen i andra länder och medför därmed en större rörlighet över gränserna för personer, varor och tjänster. Detta får direkta följder för vårdsystemens funktion, såväl när det gäller utbudet som ersättningsformerna.
- Slutligen uttrycker vårdtagarna i allt högre grad en önskan att såväl vårdpersonal som offentliga myndigheter skall betrakta dem som fullvärdiga *partner och aktörer* i hälso- och sjukvården. Utformningen av ”stadgar för patienters rättigheter” på sjukhusen och förstärkningen av de sjukas rättigheter inom den nationella lagstiftningen är tecken på detta. Generellt sett förväntas mer öppenhet vad gäller vårdtjänsternas tillhandahållande och kvalitet.

SKILLNADER MELLAN NATIONELLA SYSTEM OCH GEMENSKAPSPOLITIKENS BIDRAG

Vårdsystemens organisation, finansieringsformer och planeringen av vårdutbudet för att tillgodose befolkningens behov är en uppgift för medlemsstaterna. Denna uppgift sköts emellertid alltmer inom en allmän ram som berör gemenskapens politik på många områden⁸, vilket motiverar att ett europeiskt samarbete utvecklas.

⁸ Se bilaga 1.

1 En mångfald nationella system

Mångfalden av finansierings-⁹ och organisationsmetoder är typisk för Europa och bildar ramen för reformer som syftar till anpassning till åldrandet och andra faktorer som påverkar utvecklingen av utgifterna för hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

Man kan dock notera att vårdutgifterna överallt till avgörande del finansieras med offentliga medel. Även i det land där denna finansiering är svagast, Grekland, svarar den för omkring 56 % av de totala utgifterna, och den uppgår till nära 84 % i Förenade kungariket. Mångfalden har två sidor:

- Vissa system – främst de som organiseras som nationella vårdtjänster – bygger på finansiering via *skattesystemet*, ibland helt och hållet (Nederländerna, Portugal, Sverige, Förenade kungariket, Danmark och Irland). Andra är organiserade kring en finansiering genom *sociala avgifter*, även om de senares andel tenderar att minska och ersättas av skatteintäkter (som i Frankrike och Tyskland).
- Det andra elementet i skillnaderna, som är oberoende av det föregående, ligger i uppdelningen mellan *offentlig och privat finansiering*, dvs. den del av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård som hushållen måste svara för, och som eventuellt ersätts av frivilliga kompletterande försäkringar. Den utgör mellan en femtedel och en fjärdedel av de totala utgifterna i flertalet medlemsstater, men den är mycket obetydlig i Förenade kungariket och Luxemburg (mindre än 5 %), och den uppgår till 42 % i Italien och Portugal.

Andelen varierar dock ofta med vårdtypen: sjukhusvård täcks ofta genom grundskyddet, men så är inte fallet när det gäller läkemedel, tandvård och optiska produkter, för att nämna de vanligaste exemplen. Att användarna måste ta en del av kostnaden motiveras ofta med en önskan att förstärka medvetandet om vårdkostnaderna. Den förstärker därmed även ytterligare de kompletterande försäkringarnas betydelse för vårdsystemets tillgänglighet, även för de minst bemedlade, för vilka man därför måste utforma anordningar för ersättning av denna kompletterande del.

2 Gemenskapspolitikens bidrag

Tre politikområden är väsentliga för anpassningen och reformerna.

- *Folkhälsopolitiken och främjande av en hög hälsoskyddsnivå* (artikel 152 i fördraget). I kommissionens meddelande om "en hälsovårdsstrategi för Europeiska gemenskapen" (KOM(2000) 285 slutlig) understryks att hälsovården måste anpassas till människors förväntningar och problem i en situation som präglas av en åldrande befolkning och medicinteknikens utveckling, liksom att hälsofrågorna blir alltmer gränsöverskridande (smittsamma sjukdomar, miljöns inverkan på hälsan och en ökad rörlighet för personer, tjänster och varor).

⁹ Se diagram 4, bilaga 3.

- *Förbättring av statsfinansernas kvalitet och hållbarhet.* Vårdutgifternas viktiga del i de offentliga utgifterna för sektorn är en avgörande faktor i genomförandet av strategier inriktade på kvalitet och hållbarhet, enligt principerna i de *allmänna riktlinjerna för den ekonomiska politiken* för år 2001 (prioritera uppbyggnad av fysiskt och mänskligt kapital och förbättra effektiviteten i utgifterna genom institutionella och strukturella reformer)
- *Fördjupning av den inre marknaden.* Medlemsstaterna har ansvar för att förbättra de sociala trygghetssystemen och att organisera finansieringen. Till följd av EG-domstolens rättspraxis¹⁰ begränsar gemenskapslagstiftningen inte medlemsstaternas behörighet i fråga om utformningen av de sociala trygghetssystemen, medlemsstaterna skall dock vid utövningen av denna behörighet respektera gemenskapsrätten.¹¹ Sedan 1999 har ett europeiskt samarbete om socialt skydd med medverkan av berörda aktörer utvecklats som en följd av meddelandet "*En samordnad strategi för att modernisera social trygghet*" (KOM(99) 347 slutlig). I rådets slutsatser av den 29 november 1999 fastställs att en garanti för en hög och hållbar nivå på hälsoskyddet är ett av fyra prioriterade mål för ett sådant europeiskt samarbete. Vid detta tillfälle erinrade rådet om att en gemenskapsinsats bör stödja och främja medlemsstaternas reformansträngningar när de förverkligar sina nationella prioriteringar.

TRE LÅNGSIKTIGA MÅL: TILLGÄNGLIGHET, KVALITET, HÅLLBARHET

1 Tillgänglighet

För européerna är tillgång till hälso- och sjukvård en grundläggande rättighet som är väsentlig för den mänskliga värdigheten och därför måste garanteras för alla. Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna tillkännager att "*var och en har rätt till tillgång till förebyggande hälsovård och till medicinsk vård*"¹² och att "*unionen skall erkänna och respektera rätten till tillgång till social trygghet och social tjänst som garanterar skydd i sådana fall som moderskap, sjukdom, olyckor i arbetet, omsorgsbehov eller ålderdom*".¹³

Enligt rådets rekommendation av den 27 juli 1992 om konvergens mellan mål och politik för socialt skydd¹⁴ är tillgången till hälso- och sjukvård och tillräcklig inkomstersättning till personer som tvingas avbryta sitt arbete på grund av sjukdom väsentliga mål för de sociala trygghetssystemen.

Man kan emellertid med hjälp av dödlighetstalen konstatera att människors allmänna hälsotillstånd i alla länder är knutet till deras sociala ställning, ibland på ett påtagligt

¹⁰ Dom av den 7 februari 1984 i mål 238/82, Duphar, Rec. 1984, s. 523, punkt 16; dom av den 17 juni 1997 i mål C-70/95, Sodemare, REG 1997, s. I-3395, punkt 27, och dom av den 28 april 1998 i mål C-158/96, Kohll, REG 1998, s. I-1931, punkt 17.

¹¹ Mål C-157/99 (Smits/Peerbooms) och C-368/98 (Vanbraeckel).

¹² Artikel 35.

¹³ Artikel 34.

¹⁴ 92/442/EEG, EGT L 245, 26.8.1992, s. 49.

sätt.¹⁵ Detta visar att inkomsterna är otillräckliga, varigenom vissa personer måste begränsa sin vårdkonsumtion, särskilt då patienterna måste svara för en betydande del av kostnaderna (tandvård, optiker etc.), eller då vårdsystemet kräver att de betalar i förskott. Det avspeglar emellertid också ett antal andra faktorer, såsom levnadsvillkoren och bostadsförhållandena, arbetets kvalitet, utbildningsnivån, livsstilen och kosthållningen.

Utmaningarna vad gäller tillgången till vård för missgynnade grupper och för de minst bemedlade, men även de inbördes förhållandena mellan vårdsystemen och övriga aktörer i kampen mot social utslagning erkänns bland de "gemensamma mål" för kampen mot utslagning som antogs av Europeiska rådet i Nice. Den *gemensamma rapporten* om utvärderingen av de nationella handlingsplanerna för social integration beskriver tre huvudtyper av åtgärder på detta område:

- Inrättande av förebyggande vård och utbildning i hälsofrågor som, även om den inte enbart berör de minst bemedlade, gör det lättare att nå dem. Detta är fallet med t.ex. mödra- och barnhälsovården, skolhälsovården och yrkeshälsovården.
- Förbättring av tillgången till vård genom högre ersättningsnivåer, som kan sträcka sig ända till fri vård för låginkomsttagare, men också genom en bättre samordning mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården.
- Åtgärder riktade till missgynnade grupper, t.ex. personer med psykiska problem, invandrare, hemlösa, alkohol- och drogberoende, prostituerade.

2 Kvalitet

En god hälso- och sjukvård är ett krav som delas av alla européer och är därför ett av huvudmålen för den offentliga vården, enligt den princip som fastställs i artikel 152 i fördraget.

Den offentliga finansieringens avgörande roll ger dock en andra dimension åt detta kvalitetskrav, nämligen medlen för att nå ett optimalt förhållande mellan hälso nytta och utgifter för produkter och behandlingar, som samtidigt kan accepteras utan men för folkhälsomålet. Utvecklingen av informationsmedia som står till allmänhetens förfogande, men även den inre marknadens fördjupning och rörligheten för personer, ger frågan om kvalitet en tidigare okänd, gränsöverskridande dimension.

En sådan bedömning av kvaliteten är emellertid särskilt komplicerad och svår av två skäl:

- *Vårdformerna varierar.* När det gäller sjukhussängar fanns det t.ex. 465 sängar per 100 000 invånare i Danmark år 1997 mot 708 i Tyskland och 877 i Frankrike. År 1999 fanns det 226 läkare per 100 000 invånare i Irland mot nästan 405 läkare per 100 000 invånare i Belgien. År 1997 fanns det 46,4 farmaceuter (på apotek) i Frankrike, men endast 17,5 i Nederländerna.¹⁶ Långtidsvårdens struktur varierar

¹⁵ Sålunda varierar sambandet mellan dödligheten för män i manuella och icke manuella yrken i åldrarna 45–59 år mellan 1,71 i Frankrike och 1,33 i Danmark enligt *Inégalités sociales de santé*, Inserm-La Découverte, 2000.

¹⁶ Uppgifter från Eurostat, i *Nyckeltal för hälsan 2000*.

ännu mera, beroende på i vilken grad länderna har institutionaliserat vårdformen. Strukturen och nivån på utbudet spelar här ofta en avgörande roll för att styra efterfrågan på vård (och därmed utgiftsnivån).

- *Behandlingssätten är heterogena.* Detta gäller t.ex. förlossningar. I Frankrike och Nederländerna är den perinatale dödligheten ganska lika (år 1996 var den 8,2 respektive 8,4 ‰), men medan förlossningarna i Frankrike väsentligen sker i sjukhusmiljö, äger i Nederländerna nästan en tredjedel rum i hemmet (även om sjukhus anlitas i allt högre grad under de senaste trettio åren). Det är därför svårt att på förhand dra slutsatser om någon ”överlägsenhet” för den ena eller andra av de två metoderna. Dessutom finns det regionala skillnader inom ett och samma land, inte bara i metoder eller förfaranden utan även i synbar effektivitet i tjänster och teknik (mätt i t.ex. postoperativ dödlighet).

Många studier har sålunda visat att de kostnader som vållas av bristande kvalitet kan minskas genom program för kvalitetsförbättring, särskilt i sjukhusmiljö (som är den största posten i vårdutgifterna).¹⁷ Mätning av kostnader och prestationer, undersökningar av patienternas belåtenhet samt utvärdering och ackreditering av vårdtjänster är nödvändiga medel för att förklara och korrigera dessa variationer och sålunda förbättra kvaliteten i vårdsystemet i dess helhet.¹⁸ Alla berörda parter (tillsynsmyndigheter, vårdpersonal och ”betalande” organ samt försäkringsbolag som erbjuder kompletterande försäkringar) måste medverka.

En jämförande analys av vårdsystem och behandlingspraxis, varigenom ”bästa lösningar” kan fastställas, blir därför av särskilt intresse för att förbättra vårdsystemens kvalitet och därmed för ett optimalt utnyttjande av resurserna för social trygghet. Det kommande handlingsprogrammet på folkhälsoområdet som för närvarande behandlas i rådet och i Europaparlamentet kan medverka till att främja kvaliteten på och ”bästa lösningar” inom de sociala trygghetssystemen.

3 Finansiell hållbarhet

Tillgången på god vård där vetenskapliga och tekniska framsteg ingår och som är tillgänglig för befolkningen kräver en viss nivå på finansieringen. Enhetskostnaden för vård och hälsokravet utsätts för ett tryck oavsett hur vården är organiserad, men med olika effekt. Förenklat uttryckt är utgifterna i system av typen ”nationell hälsoservice” teoretiskt sett lättare att styra (de är av budgetnatur), men efterfrågetrycket kan leda till längre vårdköer¹⁹ av en storleksordning som kan ge uttryck för att utbudet i själva verket är otillräckligt. I system av ”försäkringstyp”, där vårdgivarna ofta är fristående från finansören, kan en ökning av efterfrågan och/eller kostnaderna medföra ökade utgifter som på sikt kan bli ohållbara för de offentliga finanserna, om man inte ökar intäkterna eller håller utgifterna under kontroll, vilket

¹⁷ Rapport från 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 Till exempel: ”*A First Class Service: Quality in the new NHS*” (UK), där bl.a. skapande av ett ”Nationellt institut för klinisk spetskompetens” föreslås, som skulle inrättas vid Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (F).

¹⁹ I ”*NHS High-Level Performance Framework*” (UK) finns en indikator som mäter omfattningen av vårdköerna (% patienter i vårdkö under 12 månader eller längre).

ofta möter motstånd från vårdpersonalen och framförallt begränsar valmöjligheterna när det gäller vikten och mångfalden av de behov som skall tillgodoses.

I detta läge noterar man, i varje fall fram till 1999, en påtaglig dämpning av takten i utgiftsökningen jämfört med ökningen av BNP. Sedan 1999 förefaller emellertid vårdutgifterna åter öka snabbare än BNP i många länder. Många reformer har genomförts sedan början av 90-talet.²⁰ I dessa har klassiskt två hävstänger utnyttjats, ibland i kombination och i växlande omfattning beroende på omständigheterna:

- Reglering av efterfrågan genom att skatter eller sociala avgifter höjs eller genom att slutkonsumenten får betala en allt större andel av kostnaderna (genom sänkt ersättningsnivå eller medfinansiering).
- Reglering av utbudet, som i sig kan vara makroekonomisk (främst genom fastställande av budgetar eller utgiftstak för vårdgivarna) eller syfta till att öka utbudets mikroekonomiska effektivitet. Detta är målet för åtgärder som bygger på att finansiärer och/eller vårdgivare systematiskt utsätts för konkurrens (Tyskland) eller att ”köpare” och ”leverantörer” av vård ingår avtal (Förenade kungariket).

Frågan är här hur man skall kunna skilja mellan åtgärdernas konjunkturreffekt och deras struktureffekt, dvs. deras kapacitet att skapa en hållbar utvecklingstakt i utgifterna, så att vårdsystemets kvalitet och prestationer inte blir lidande. Utbyte av erfarenheter som gör det möjligt att jämföra politiska åtgärder, ofta efter flera år, skulle i detta avseende vara värdefulla verktyg för jämförelse och framsteg.

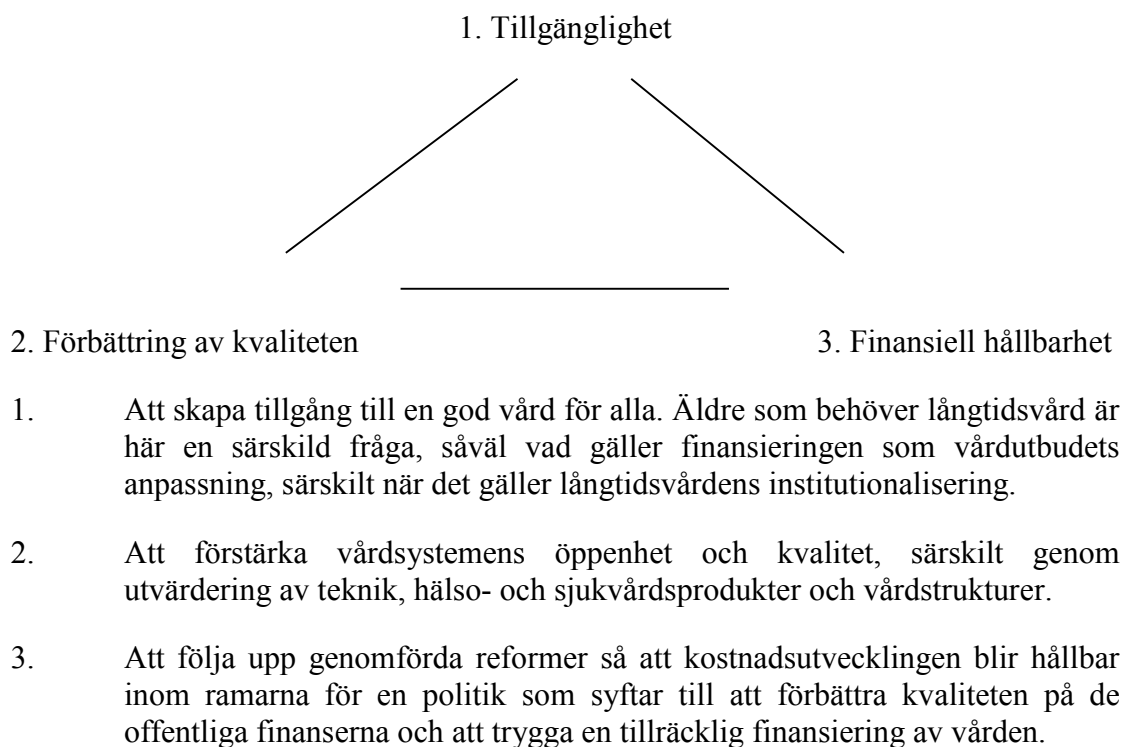
Den utmaning som flertalet *kandidatländer* kan notera är av en annan dimension. Sålunda måste många av dem radikalt förändra både strukturen och finansieringsformerna för sina vårdssystem, särskilt fördelningen mellan offentlig och privat finansiering, för att förbättra deras totala effektivitet och kvalitet. Framgången i sådana reformer hänger dock nära samman med kapaciteten att trygga systemets finansiella hållbarhet, som i sin tur beror av ekonomiska reformer och framgången i omställningen till marknadsekonomi.

²⁰

Se bilaga 2 för en förenklad framställning av hälso- och sjukvårdssystemen och nyligen genomförda reformer.

Slutsats

Vårdsystemen i unionen och kandidatländerna står inför en utmaning: att samtidigt uppnå de tre målen tillgång till vård för alla, en hög kvalitet på vårdutbudet och finansiell hållbarhet.



Ett grundläggande krav för att dessa mål skall nås är ett **samarbete mellan alla aktörer i vården**, som offentliga myndigheter, vårdpersonal, organ för de sociala trygghetssystemen, organ för kompletterande försäkringar samt vårdtagare och deras representanter. Detta försvåras ofta av aktörernas olika eller rentav isärgående intressen och synsätt.

Bilaga 1: Gemenskapspolitikens bidrag

FRI RÖRLIGHET FÖR VAROR (ARTIKEL 28)

Hälsovårds- och sjukvårdsprodukter är varor vars fria rörlighet endast får hindras av tvingande skäl av allmänt intresse som hänger samman med t.ex. skydd av hälsan eller behov av att bevara systemens ekonomiska balans, som erkänns som nödvändigt för att bevara ett utbud av god vård. Dessa hinder, särskilt vägran att lämna ersättning för en hälsovårds- eller sjukvårdsprodukt som köpts i en annan medlemsstat än den egna, skall motiveras och ställas i relation till det eftersträvade målet.

FRI RÖRLIGHET FÖR PERSONER (ARTIKLARNA 18, 39, 42 OCH 43)

För att främja rätten till fri rörlighet för personer samordnas i förordning nr 1408/71 medlemsstaternas rättsliga system för social trygghet, däribland hälso- och sjukvården. Därutöver föreskrivs i många direktiv ett ömsesidigt erkännande av utbildningsbevis för läkare och annan vårdpersonal genom att man fastställer grundkraven på deras ursprungliga utbildning i samband med denna fria rörlighet för arbetstagare och egenföretagare som är tillämplig även på vårdsektorn.

FRITT TILLHANDAHÅLLANDE AV TJÄNSTER (ARTIKLARNA 49 OCH 50)

EG-domstolen har fastställt att hälso- och sjukvård, såväl öppen som sluten vård, är tjänster, vilket betyder att deras tillhandahållande över gränserna endast får hindras av tvingande skäl av allmänt intresse som hänger samman med t.ex. skydd av hälsan eller behov av att bevara systemens ekonomiska balans, som erkänns som nödvändigt för att bevara ett utbud av god vård. Dessa hinder, särskilt vägran att lämna ersättning för hälso- och sjukvård som köpts i en annan medlemsstat än den egna, skall motiveras och ställas i relation till det eftersträvade målet.

DEN INRE MARKNADENS FUNKTION (ARTIKEL 95)

Den organiserar tillnärmningen av bestämmelser i lagar och andra författningar som styr den inre marknadens inrättande och funktion, särskilt när det gäller hälso- och sjukvårdsprodukter (läkemedel och medicintekniska produkter) och kompletterande sjukförsäkringar.

KONKURRENS (ARTIKLARNA 85 OCH 86)

Sjukkassorna eller de organ som medverkar i förvaltningen av det offentliga sociala trygghetssystemet fyller en funktion av uteslutande social karaktär om de bedriver en verksamhet som bygger på principen om nationell solidaritet utan något som helst vinstsyfte, om de tjänster de levererar är förmåner som är fastlagda i lag och oberoende av avgifternas storlek. Deras verksamhet är alltså inte av ekonomisk art, och de organ som ansvarar för den är inga företag enligt artiklarna 85 och 86 i fördraget.²¹ Om verksamhet i vårdsektorn kan betraktas som ekonomisk verksamhet enligt fördraget, skall emellertid reglerna för sådan verksamhet tillämpas.

²¹ Förenade målen C-159/91 och C-160/91, Poucet mot Pistre.

SAMORDNING AV DEN EKONOMISKA POLITIKEN (ARTIKEL 99)

De ekonomiska och budgetmässiga konsekvenserna av befolkningens åldrande granskas i det multilaterala övervakningsförfarandet. I detta sammanhang framhålls i de *allmänna riktlinjerna för den ekonomiska politiken* för år 2001 som antogs av Europeiska rådet i Göteborg den 15 juni 2001 att "*medlemsstaterna måste utarbeta övergripande strategier för hur man skall klara av de ekonomiska och budgetrelaterade effekterna av att befolkningen blir allt äldre. Strategiåtgärderna kan omfatta en reformering av pensions- och hälso- och sjukvårdssystemen liksom av äldreomsorgen*". Arbetet med de ekonomiska och budgetmässiga aspekterna av befolkningens åldrande stöds av kommittén för ekonomisk politik.

SAMARBETE MELLAN MEDLEMSSTATERNA OCH SAMORDNING AV DERAS HANDLANDE I FRÅGA OM SOCIAL TRYGGHET (ARTIKEL 140)

I artikel 2 i fördraget tillkännages att "*gemenskapen skall ha till uppgift att genom att upprätta en gemensam marknad och en ekonomisk och monetär union och genom att fullfölja den gemensamma politik eller verksamhet (...) främja (...) inom gemenskapen som helhet, en hög nivå i fråga om sysselsättning och socialt skydd*". Inom denna ram fastställs i meddelandet "*En samordnad strategi för att modernisera social trygghet*", KOM(99)347 slutlig, en garanti för en hög och hållbar nivå på hälsoskyddet som ett av fyra prioriterade mål för ett europeiskt samarbete om social trygghet. I sina slutsatser av den 29 november 1999 godkände rådet målen i det meddelandet och uppmanade till ett europeiskt samarbete på detta område, där medlemsstaterna ansvarar för organisation av systemen och deras finansieringsformer.

FOLKHÄLSA (ARTIKEL 152)

Målet att en hög hälsoskyddsnivå för människor skall integreras vid utformningen och genomförandet av *all gemenskapspolitik och alla gemenskapsåtgärder* är inskrivet i fördraget. När det gäller folkhälsan skall gemenskapen komplettera medlemsstaternas nationella politik, främja samarbetet mellan medlemsstaterna och stödja deras insatser när det gäller att förbättra folkhälsan, förebygga sjukdomar hos människor och undanröja faror för människors hälsa. Kommissionens meddelande om hälsovårdsstrategin för Europeiska gemenskapen²² ägnas åt hur gemenskapen skall bemöta de centrala utmaningar som vårdsystemen står inför och uppfylla medborgarnas krav på effektivt hälsoskydd. Denna strategi kommer att understödjas av ett nytt handlingsprogram för gemenskapen för perioden 2001–2006. Gemenskapens åtgärder på området respekterar fullt ut medlemsstaternas ansvar för att organisera och ge hälso- och sjukvård.

FORSKNING OCH TEKNISK UTVECKLING (AVDELNING XVIII)

I det femte ramprogrammet för forskning och teknisk utveckling avser en av 23 nyckelåtgärder åldersrelaterade medicinska och sociala frågor och åldersrelaterade funktionsnedsättningar. Ett forskningsområde inom denna nyckelåtgärd är effektiviteten och kompetensen inom vårdtjänster och socialhjälp till äldre samt en jämförelse av formerna för finansiering av långtidsvård och pensioner. Vidare har

²²

KOM(2000) 285 slutlig, 22.5.2000.

man genom det fjärde och femte ramprogrammet för forskning och teknisk utveckling främjat utvecklingen av elektroniska verktyg för administrationen av kliniska försök, fjärrinmatning av data, åtkomst till vetenskaplig litteratur, utarbetande av medicinska referenser och kvalitetssäkring. Inom ramen för det femte ramprogrammet för forskning och teknisk utveckling har man genomfört projekt avseende anpassning av dessa verktyg till de äldres särskilda behov.

Bilaga 2: Vårdsystem och hälso- och sjukvårdspolitik i unionen

	Totala utgifter för hälso- och sjukvård	Offentliga utgifter	Allmänna offentliga utgifter	Utgifter för socialförsäkring	Privata utgifter	Kontantutlägg	Privata sjukförsäkringar	Aktuella trender
A	8,2	72,1	39,4	60,6	27,9	16,6	7,1	Ingen övergripande fast hälso- och sjukvårdsbudget
B	8,8	71,3	uppgift saknas	uppgift saknas	28,7	uppgift saknas	uppgift saknas	Regeringen fastställer årlig budget
D	10,3	75,8	8,4	91,6	24,2	12,8	7,1	Ingen övergripande fast hälso- och sjukvårdsbudget
DK	8,4	82,2	100	0	17,8	16,2	1,6	Budgeten förhandlas årligen och fastställs av centrala och lokala regeringar
E	7	76,8	88,3	11,7	23,2	uppgift saknas	uppgift saknas	Budgeten fastställs årligen
EL	8,4	56,3	uppgift saknas	uppgift saknas	43,7	uppgift saknas	uppgift saknas	Budgeten fastställs årligen
F	9,3	76,2	3,3	96,7	23,8	10,1	12,6	Målbudget fastställs av parlamentet sedan förfätningsreformen 1996, Universal Health Coverage (full täckning av hälso- och sjukvård) för hushåll med låga inkomster
FIN	6,8	75,7	80,2	19,8	24,3	20	2,6	Ingen övergripande fast hälso- och sjukvårdsbudget
I	7,9	76,8	99,9	0,1	27,7	24,1	uppgift saknas	Budgeten fastställs årligen
IRL	6,8	72,3	91	9	23,2	11,4	8,3	Utgiftstak fastställs av regeringen
L	6,1	92,9	11,5	88,5	7,1	7,1	uppgift saknas	Målbudget sedan 1994
NL	8,7	68,5	6	94	31,5	8	17,5	Målbudget fastställs för en 4-årsperiod
P	7,7	66,9	uppgift saknas	uppgift saknas	33,1	uppgift saknas	uppgift saknas	Budgeten fastställs årligen på historisk basis
S	7,9	83,8	uppgift saknas	uppgift saknas	16,2	uppgift saknas	uppgift saknas	Ingen övergripande fast hälso- och sjukvårdsbudget

UK	6,9	83,3	88,2	11,8	16,7	11,2	3,4	Utgiftstak fastställs av regeringen
----	-----	------	------	------	------	------	-----	-------------------------------------

i % av BNP (1999 års data, i % av totala utgifter för i % av offentliga utgifter för i % av offentliga i % av totala utgifter i % av totala utgifter i % av totala utgifter för hälso- och sjukvård (1999 års data för 1998 för D,S,UK,IRL,E,EL) hälso- och sjukvård hälso- och sjukvård (1999 utgifter för hälso- och för hälso- och för hälso- och B,DK,F,FIN,UK,1998 för IRL,NL,D) (1999 års data, 1998 för års data för A,DK,F,FIN,I,L, sjukvård (1999 års data sjukvård sjukvård (1999 års data för P,S,IRL,E,EL,D) 1998 för D,E,IRL,NL,UK) för A,DK,F,FIN,I,L, data för A,DK,F,FIN,I,L,UK, 1998 för D,IRL,NL)

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

	Organisation		Aktuella trender och reformer		
	<i>Avtalade tjänster</i>	<i>Integrerade tjänster</i>	<i>Sjukhus</i>	<i>Läkare</i>	<i>Läkemedel</i>
<i>Flertalet länder</i>			<i>Medfinansiering, upprättande av långtidsbudget, utveckling av åtgärdsrelaterad finansiering</i>	<i>Medfinansiering, begränsning av antalet läkare</i>	<i>Medfinansiering, priskontroll, positiv och negativ produktförteckning</i>
BE	Alla tjänster		Långtidsbudgetar för utgifter för vårdplatser och laboratorier	Arvode för tjänster, fritt val av läkare	Utgiftsmål
DK	Flertalet sjukhus, allmänpraktiker och specialister utanför sjukhusen, tandläkare, apotek	Vissa länslasarett	Långtidsbudgetar	Arvode för tjänster och enhetstaxa	Utgiftsmål, referenspriser
DE	Alla tjänster		Långtidsbudgetar	Arvode för tjänster, fritt val bland läkare anslutna till försäkringskassan, vägledande budget	Referenspriser
GR	Apotek, privatsjukhus, flertalet tandläkare, privatläkare	Läkare och sjukhus	Långtidsbudgetar	Arvode för tjänster (privatläkare) och lön (NHS)	
ES	Specialistläkare, sjukhus, 60 % av allmänpraktikerna	Apotek, tandläkare och privatsjukhus	Långtidsbudgetar kombinerade med åtgärdsrelaterade avgifter	Arvode för tjänster eller enhetstaxa	Fast budget, tak för marknadsföringskostnader
FR	Alla tjänster		Övergripande långtidsbudgetar, med infasning av åtgärdsrelaterade avgifter	Arvode för tjänster, fritt val av läkare, övergripande utgiftsmål, icke-bindande medicinska riktlinjer (RMO)	Utgiftsmål, intäktsmål för företag, skatt på marknadsföringskostnader, utveckling av generika, riktlinjer för praktik
IE	Privatsjukhus, allmänpraktiker, apotek	Allmänna sjukhus, specialister	Långtidsbudgetar och diagnosrelaterade gruppinsatser	Enhetstaxa plus arvode för tjänster (för speciella tjänster), remiss, vägledande budget	
IT	Privatsjukhus, allmänpraktiker och specialister, apotek	Allmänna sjukhus, specialister	Åtgärdsrelaterade avgifter	Arvode för tjänster eller enhetstaxa, plus arvode för tjänster (för speciella tjänster), remiss	Fast budget, referenspriser
LU	Alla tjänster		Långtidsbudgetar kombinerade med åtgärdsrelaterade avgifter	Arvode för tjänster, fritt val av läkare	
NL	Alla tjänster		Åtgärdsrelaterade funktionella långtidsbudgetar	Enhetstaxa (låg inkomst) eller arvode för tjänster	Schablonersättning till apotekare, referenspriser

				(hög inkomst), remiss, granskning av förskrivning	
AT	Alla tjänster		Långtidsbudgetar kombinerade med åtgärdsrelaterade avgifter	Arvode för tjänster kombinerad med enhetstaxa, fritt val bland läkare anslutna till försäkringskassan	
PT	Privatsjukhus, läkare i landsbygdsområden, apotek, flertalet tandläkare, laboratorier	Allmänpraktiker, vissa specialister, allmänna sjukhus	Åtgärdsrelaterade övergripande långtidsbudgetar	Lön, remiss	
FI	Sjukhus, apotek, privat öppenvård	Vårdcentraler	Inköp av paket av sjukhustjänster, infasning av DRG-baserade priser	Arvode för tjänster eller enhetstaxa, remiss	
SE	Sjukhus, apotek, privatsjukhus, tandläkare	Vårdcentraler, apotek, tandläkare	Förskottsbetalningar grundade på DRG, kompletterade med pris-, volym- och kvalitetskontroller	Lönebetalning, arvode för tjänster för privatläkare	Referenspriser, skatt på marknadsföringskostnader
UK	Allmänna sjukhus, allmänpraktiker, flertalet tandläkare, apotek	Offentliga vårdtjänster	Verksamhetsbaserade årliga avtal mellan köpare och leverantör	Fasta budgetar (allmänpraktiker anslutna till försäkringskassan), arvode för tjänster eller enhetstaxa för primärvårdsläkare, remiss, granskning av förskrivning	Schablonersättning till apotekare, främjade av generika, vinstkontroll, tak för marknadsföringskostnader

Källa: *Health care & Cost Containment in the EU*, op.cit., Europeiska kommissionen

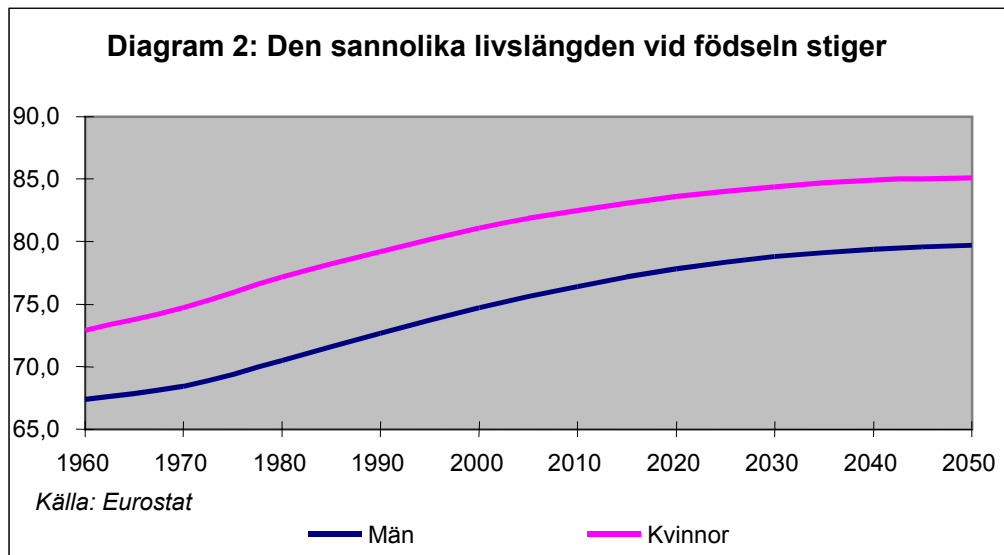
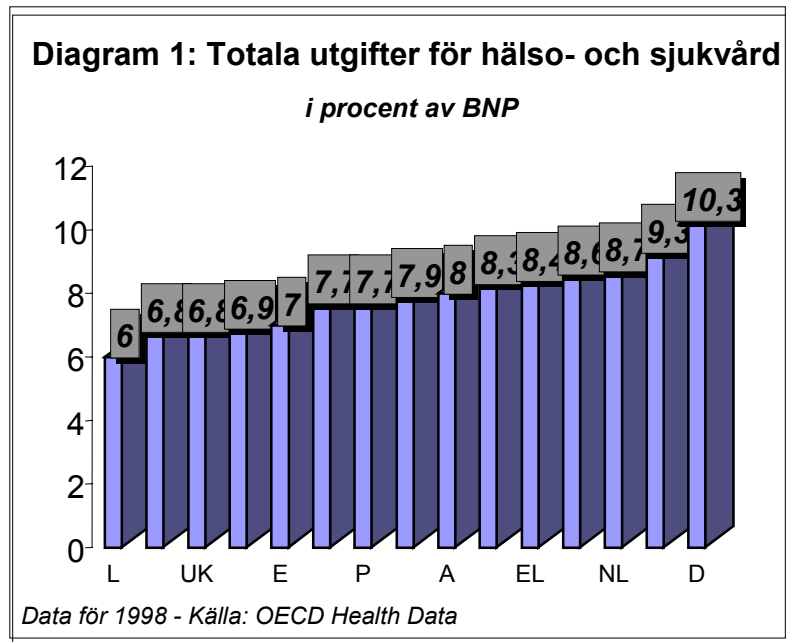


Diagram 3: EU:s åldrande befolkning

Källa: Eurostat, indikatorer för befolkningsstrukturen (1960-1990), grundscenarioprojektioner (2000-2050)

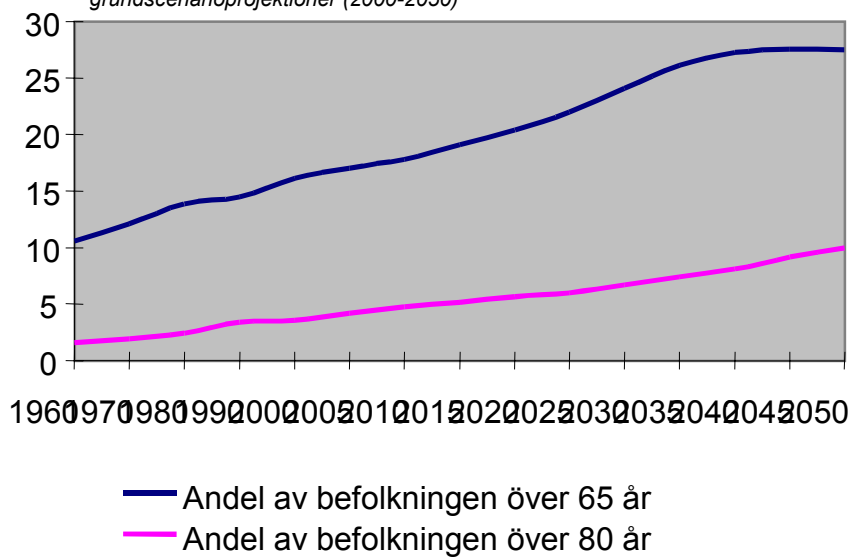
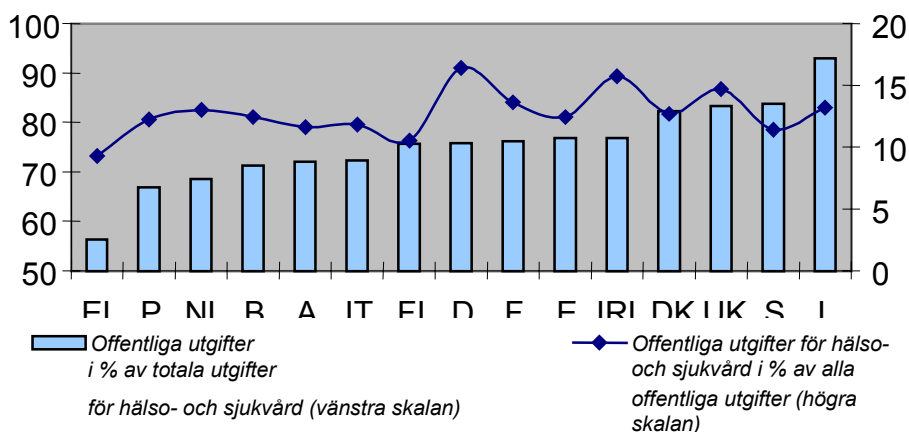


Diagram 4: Offentliga utgifter för hälso- och sjukvård



Källa: OECD Health Data 2001