



EUROPEISKA GEMENSKAPERNAS KOMMISSION

Bryssel den 3.1.2003
KOM(2002) 774 slutlig

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

Förslag till

EN GEMENSAM RAPPORT

**Hälsa- och sjukvård och äldreomsorg: Stöd till de nationella strategierna för
säkerställande av en hög nivå av social trygghet**

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

Förslag till

EN GEMENSAM RAPPORT

**Hälso- och sjukvård och äldreomsorg: Stöd till de nationella strategierna för
säkerställande av en hög nivå av social trygghet**

1. INLEDNING

Sociala trygghetssystem tillhandahåller inte enbart kontantförmåner för att ersätta förvärvsinkomster om en person blir arbetslös, sjuk, invalidiserad eller pensionerad eller har otillräckliga inkomster. Systemen måste även göra det möjligt för människor att få lämplig hälso- och sjukvård och långtidsvård, som ofta är dyrare än vad patienten och hans eller hennes anhöriga har råd med. I kommissionens meddelande ”En samordnad strategi för modernisering av de sociala trygghetssystemen”¹ från 1999 fastslogs garanterandet av en hållbar hälso- och sjukvård av hög kvalitet som en av de centrala punkterna i ett närmare samarbete mellan medlemsstaterna.

Europeiska rådet i Lissabon i mars 2000 välkomnade detta initiativ och framhävde att de sociala trygghetssystemen måste reformeras, bland annat för att de även i fortsättningen ska kunna erbjuda goda hälso- och sjukvårdstjänster. Europeiska rådets möte i Göteborg i juni 2001 övervägde vilka åtgärder som krävs för att möta de utmaningar som ett åldrande samhälle innebär, och uppmanade rådet att, i enlighet med den öppna samordningsmetoden, förbereda en första rapport om riktlinjerna i fråga om hälso- och sjukvård samt äldreomsorg inför Europeiska rådets möte våren 2002. Rapporten byggde på kommissionens meddelande från december 2001², i vilken man undersökte de demografiska, tekniska och finansiella trender som kan utgöra utmaningar för vår framtida förmåga att bibehålla social trygghet på en hög nivå på detta område. Enligt meddelandet står vårdsystemen i Europeiska unionen inför utmaningen att samtidigt nå tre mål:

- Tillgänglighet för alla oavsett inkomster eller förmögenhet.
- Vård av god kvalitet.
- Finansiell hållbarhet i vårdsystemen.

Dessa tre övergripande mål välkomnades av rådet i en första rapport om riktlinjerna för hälso- och sjukvård och äldreomsorg till Europeiska rådet i Barcelona, i vilken det även framhävdes att alla hälso- och sjukvårdssystem i EU bygger på principerna om solidaritet, rättvisa och allmängiltighet. Europeiska rådet i Barcelona uppmanade **kommissionen och rådet att mer noggrant undersöka frågorna om**

¹ KOM(1999) 347 slutlig

² KOM(2001) 723 slutlig: Hälso- och sjukvårdens och äldreomsorgens framtid: att garantera tillgänglighet, kvalitet och finansiell hållbarhet.

tillgänglighet, kvalitet och finansiell hållbarhet. I detta syfte lämnades en enkät till medlemsstaterna. I rapporten lägger man fram de viktigaste slutsatserna av analysen av medlemsstaternas svar och föreslår framtida åtgärder. En utförligare sammanfattning av den nationella svaren i enkäten kommer att läggas fram i ett arbetsdokument från kommissionen.

2. GEMENSAMMA UTMANINGAR OCH FRÅGOR

Vår förmåga att i framtiden bibehålla en hög nivå inom social trygghet för dem som behöver hälso- och sjukvård eller långtidsvård påverkas av den samhällsliga och tekniska utvecklingen och kommer i framtiden framför allt att styras av befolkningens åldrande. Dessa trender identifierades i meddelandet från december 2001.

(1) Nya tekniker och behandlingar

Tack vare nya tekniker, behandlingar och metoder finns det enorma möjligheter att förbättra och utvidga hälso- och sjukvården. Men integration av nya tekniker och behandlingar i hälso- och sjukvårdssystemen innebär en stor utmaning. Å ena sidan kan de minska kostnaderna för behandling av vissa sjukdomar, men samtidigt kan de höja kostnaderna för behandling av sjukdomar som tidigare inte kunde behandlas. Framsteg inom medicinsk teknik och behandling förefaller ha varit en betydande drivkraft bakom ökade kostnader under de senaste årtiondena. Det är omöjligt att förutse vilken den totala effekten av teknisk utveckling inom framtidens hälso- och sjukvård kommer att vara på kostnaderna. En mera systematisk bedömning av åtgärder, behandlingar och tekniker kan bidra till bättre beslutsfattande, bland annat för att säkerställa att ökade kostnader används endast för verkliga tekniska framsteg och att man inte låter tillfällen till inbesparingar gå förlorade. En sådan bedömning är ytterst viktig för att man ska kunna uppnå de tre målen tillgänglighet, kvalitet och finansiell hållbarhet.

(2) Ökat välstånd och bättre patientinformation

Kostnaderna för hälso- och sjukvård och långtidsvård verkar öka i takt med att medborgarna och samhället blir rikare. Orsakerna till detta är inte helt klara, och de omfattar sannolikt en blandning av faktorer som har att göra med efterfrågan och utbud. En aspekt återspeglar den positiva utvecklingen av att människor är bättre utbildade och har mera direkt tillgång till information om medicinska behandlingar och kvaliteten på vården. Det leder till att de ställer högre krav på dem som erbjuder vård och de institutioner som finansierar tillgången till vården. Enligt nuvarande sätt att erbjuda hälso- och sjukvård är det sannolikt att konsumenternas ökade medvetenhet fortsätter att vara en bidragande orsak till att kostnaderna stiger i framtiden.

Det förefaller även klart att efterfrågan på långtidsvård kommer att öka i framtiden till följd av både ekonomiska och sociala faktorer. Kvinnors ökade deltagande på arbetsmarknaden, större geografisk rörlighet, lägre andel arbetsföra i förhållande till sjukliga äldre människor och ändrade familjestrukturer, såsom skilsmässor, kan begränsa möjligheterna till traditionell vård i familjen.

(3) Befolkningens åldrande

Det faktum att ett större antal människor lever längre är ett enormt framsteg för våra samhällen och våra hälso- och sjukvårdssystem. Den förväntade livslängden har ökat under de senaste femtio åren och kommer att fortsätta stiga under de kommande årtiondena. Demografiska förändringar kommer att innebära nya utmaningar för våra hälso- och sjukvårdssystem och långvårdssystem.

Till följd av lägre födelsetal och längre förväntad livslängd har Europas befolkning gradvis blivit äldre. Dessutom kommer de stora åldersgrupperna som föddes på 1950- och 1960-talet att nå pensionsåldern under de närmaste 10–15 åren. Antalet äldre personer kommer således att öka starkt under de närmaste årtiondena. Antalet personer som är minst 65 år gamla i de femton EU-länderna beräknas öka från 61 miljoner år 2000 till ungefär 103 miljoner år 2050. Antalet personer som är minst 80 år gamla beräknas öka från nästan 14 miljoner år 2000 till ungefär 38 miljoner år 2050. Samtidigt förväntas befolkningen i arbetsför ålder minska betydligt (se bilaga I, diagram 1a, 1b och 1c). Dessa framskrivningar från Eurostat bygger på vissa antaganden, bland annat avseende fruktsamhetstalen. Det finns olika prognoser som bygger på olika antaganden och som därför även ger olika resultat för t.ex. befolkningsgrupper i arbetsför ålder.

När det gäller följderna för hälso- och sjukvårdssystemen och systemen för långtidsvård kommer de främsta konsekvenserna av befolkningens åldrande att hänga samman med ett ökat antal äldre människor som behöver vård under de kommande årtiondena. Orsaken till detta är att äldre människor vanligtvis kräver mera sjukvård än personer i den aktivaste åldersgruppen, eftersom allvarliga sjukdomar är vanligare bland äldre. Åldersprofilerna för offentliga utgifter för hälso- och sjukvård och långtidsvård visar att utgifterna för äldre åldersgrupper är betydligt högre än för yngre åldersgrupper (se diagram 2a och 2b). Hälso- och sjukvårdssystemen måste även anpassas till olika sjukdomsmönster som hör samman med patienternas ändrade åldersprofil - åldersrelaterade sjukdomar kommer sannolikt att bli vanligare. När det gäller långtidsvård har äldre personers behov av omsorg, dvs. hjälp med dagliga sysslor, ofta mer samband med nedsatt funktionsförmåga eller ålderssvaghet än med direkt sjuklighet.

När det gäller hälso- och sjukvård dämpas den ökade efterfrågan av att äldre personers hälsotillstånd förbättras som en fortsättning på den trend som har gett längre förväntad livslängd under de senaste årtiondena. Vissa teorier tyder på att detta beror på att allvarliga sjukdomar som kräver intensiva sjukvårdsinsatser endast tenderar att påverka personer i slutet av deras liv, och eftersom människor lever längre, skjuts även behovet av intensiva hälsovårdsinsatser upp. Även för långtidsvården finns det anledning till optimism: siffror från länder där data finns tillgängliga, såsom Förenta staterna, tyder på att siffrorna för funktionsnedsättning bland äldre minskar med tiden, även om detta inte direkt behöver bero på längre livslängd. Å andra sidan, oavsett längre förväntad livslängd, tenderar äldre människor att vara svaga och i behov av långtidsvård.

Åldrandet föder även ett behov av att anpassa hälso- och sjukvårdstjänster och sociala tjänster till ändrade sjukdomsmönster (ökat antal kroniska sjukdomar) och kundstrukturer. Systemen bör även lyfta fram målet att ge äldre människor möjlighet att leva ett aktivt, friskt och oberoende liv långt upp i åren. Tyngdpunkten bör

förläggas på förebyggande strategier, däribland hälsosam kost och fysisk och psykisk aktivitet, och man börjar med ungdomars och medelålders personers livsstil.

Att klara dessa utmaningar: ansvarspolicy

Organisation och finansiering av hälso- och sjukvårdssystemen förblir en fråga om nationell behörighet, och det är medlemsstaternas uppgift att anpassa de mycket olika systemen till de gemensamma utmaningarna ovan. Men gemenskapens många andra politikområden påverkar hälso- och sjukvård och långtidsvård inom de nationella systemen för social trygghet:

- Nationell politik måste följa den **inre marknadens** bestämmelser, däribland konkurrensreglerna och principerna för fri rörlighet för personer, varor och tjänster. EG-domstolens rättspraxis³ erkänner medlemsstaternas ansvar för organisation av systemen för social trygghet, men begränsningar av den inre marknadens friheter måste vara väl motiverade⁴. En beredningsgrupp på hög nivå håller för närvarande på att bildas för att undersöka vad som blir följderna av ökad patientrörlighet och större samverkan mellan hälso- och sjukvårdssystemen.
- I enlighet med fördragets artikel 152 om **folkhälsa** strävar EU efter att säkerställa en hög hälsoskyddsnivå. I kommissionens meddelande "En hälsovårdsstrategi för Europeiska gemenskapen"⁵ 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).
- EU övervakar även de **offentliga finansernas hållbarhet** på lång sikt. Eftersom vårdutgifterna utgör en betydande del av de offentliga utgifterna är sektorn en avgörande faktor i genomförandet av de rekommendationer som fastställs i de allmänna riktlinjerna för den ekonomiska politiken och i stabilitets- och konvergensprogrammen.

De tre målen tillgänglighet, kvalitet och finansiell hållbarhet betraktas således för närvarande som aspekter i de ovan nämnda politikområdena på ett rätt fragmentariskt sätt på EU-nivå. Med tanke på samarbete och utbyte för modernisering av social trygghet är det viktigt att de ses som en helhet. Tillgång till vårdtjänster av dålig kvalitet är inte önskvärt. Tillgång utan finansiell hållbarhet är inte genomförbart. Att se till att endast behandling av en viss påvisad kvalitet får offentlig finansiering är ett viktigt sätt att säkra finansiell hållbarhet.

³ Dom av den 7 februari 1984 i mål C-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 28 april 1998 i mål C-158/96, Kohll, REG 1998, s. I-1931, punkt 17.

⁴ Mål C-157/99 (Smits/Peerbooms) och C-368/98 (Vanbraeckel).

⁵ KOM(2000) 285 slutlig

3. MEDLEMSSTATERNAS POLITISKA SVAR PÅ DE GEMENSAMMA UTMANINGARNA

Som svar på slutsatserna från Europeiska rådets möte i Barcelona sände Kommittén för socialt skydd i samarbete med Kommittén för ekonomisk politik en enkät till medlemsstaterna för att samla in uppgifter om hur medlemsstaterna försöker uppnå de tre mål - tillgänglighet, kvalitet och finansiell hållbarhet - som fastställs i rapporten om riktlinjer.

I detta avsnitt görs en sammanställning av de främsta frågorna och politiska strategierna som framgår av medlemsstaternas enkätsvar. En mera utförlig analys kommer att läggas fram i ett separat arbetsdokument från kommissionen.

3.1. Tillgång till hälso- och sjukvård

Mekanismer för att garantera tillgång

Alla medlemsstater erbjuder allmän eller nästan allmän rätt till hälso- och sjukvård för dem som är bosatta inom statens territorium. Medlemsstaterna kan fördelas i två huvudgrupper när det gäller hur deras system finansieras och enligt vilka kriterier en person har rätt till hälso- och sjukvård. Den ena gruppen är system som finansieras med skattemedel, där rätten till vård grundar sig på medborgarskap eller boendekriterier. Den andra gruppen har sina rötter i sjukförsäkringssystem för anställda och deras familjer, där den främsta finansieringskällan är socialförsäkringsavgifter som tas ut på inkomster. I praktiken har skillnaden mellan de två systemen blivit betydligt mindre då de anställningsbaserade systemen ofta gradvis har utvidgats till hela befolkningen, och socialförsäkringsavgifterna spelar en allt mindre roll för finansieringen och gradvis ersätts av skatteintäkter.

Den i grunden allmänna rätten till hälso- och sjukvård överallt i EU innebär att största delen av befolkningen omfattas av systemet, men i vilken utsträckning man omfattas varierar. Om systemet bygger på arbetsmarknadsdeltagande kan det t.ex. finnas skillnader i hur systemen behandlar olika yrkesgrupper, t.ex. anställda eller egenföretagare. Skillnaderna minskar emellertid. Mera grundläggande är att alla system har begränsningar på i vilken utsträckning de täcker de totala kostnaderna för behandlingar eller hur mycket de täcker olika typer av behandlingar. Följaktligen uppgår den andel av de totala kostnaderna som betalas av hushållen till ca 20–30 % i de flesta medlemsstaterna.

Till följd av att vårdkostnaderna har stigit har medlemsstaterna tenderat att höja den andel av kostnaderna som patienterna ska betala, antingen direkt genom införande av nya avgifter eller egenavgifter för tjänster, eller indirekt genom att minska antalet tjänster som täcks av försäkringen. Vissa länder har därför inrättat en förteckning över behandlingar som ersätts och fastställt villkor för avgifter och/eller ersättningar. Andra definierar kriterierna för berättigande till ersättning som den ”grundnivå” som behövs för hälso- och sjukvård eller låter patienten betala den vård som behövs och ersätter den efteråt. I många länder betalar patienterna ett fast belopp för olika hälso- och sjukvårdstjänster, medan de i andra länder måste betala skillnaden mellan priset på tjänsten eller produkten och motsvarande fasta eller rörliga ersättnings-sats. Ersättnings-satsen kan variera beroende på typ av tjänst (förteckning över ersättningsberättigande tjänster) eller beroende på köparen (t.ex. inkomstnivå, årliga sjukkostnader och ålder). En kompletterande privat försäkring kan ersätta dessa

bidrag. Samfinansieringens roll för försäkringssystemens hållbarhet diskuteras närmare i avsnitt 3.5.

Det faktum att systemen kräver en viss delfinansiering innebär en risk för att sårbara grupper eventuellt inte har råd att betala dessa avgifter och därför inte kan eller är villiga att få tillgång till lämplig hälso- och sjukvård. Denna fråga diskuterades i den gemensamma rapporten om social integration som man enades om i Laeken i december 2001 och den dyker även upp som ett grundläggande politisk problem i svaren från många medlemsstater som har bestämmelser som sätter ett tak för de totala avgifterna för människor med särskilt höga vårdkostnader eller enligt vilka låginkomsttagare betalar en lägre andel av vårdkostnaderna.

Alla medlemsstater hänvisar alltså på ett eller annat sätt till att deras system bygger på solidaritet, vilket innebär att man vill se till att dålig hälsa inte leder till fattigdom eller att låga inkomster minskar människors tillgång till hälso- och sjukvård. Man är även medveten om ytterligare en dimension när det gäller hälsoskillnader, eftersom det finns tydliga belägg för att utsatta grupper sannolikt har en mindre sund livsstil.

I vissa länder ses äldre personer som en riskgrupp om de inte har tillräcklig tillgång till förebyggande friskvård. Detta kan ta sig uttryck i särskilda bestämmelser som ska se till att hälso- och sjukvård inte är för dyrt eller åtgärder för att se till att äldre människor utnyttjar sjukvårdstjänster på ett sätt som motsvarar deras behov av dessa tjänster. I vissa länder uppmuntrar man att hälsovårdspersonal gör hembesök hos äldre personer. Detta är särskilt viktigt då man vill garantera en god samordning av sjukvård och långtidsvård för äldre.

I de nationella svaren finns det få kommentarer om vissa andra potentiella sidor av ojämlig tillgång, såsom regional ojämlighet. Som svar på frågan huruvida tillgång till nya behandlingsformer leder till ojämlighet anges inte några särskilda aspekter av ojämlighet, samtidigt som man erkänner att styrningen av tillgången till sådana behandlingar utgör ett viktigt, kontinuerligt och en mot bakgrund av den snabba tekniska utvecklingen tilltagande utmaning då man försöker kontrollera kostnaderna.

System för övervakning och utvärdering

Många medlemsstater har infört eller föreslagit olika indikatorer för övervakning av tillgången. Dessa indikatorer kan bygga på utbud som kan mätas, t.ex. antalet nätter en person vårdats på sjukhus, antal särskilda ingrepp, rehabilitering per befolkningsgrupp. Med dessa indikatorer vill man mäta skillnader i effektivitet, utbud och resultat. I många länder har man väntelistor för olika behandlingar, men längden på dem varierar betydligt beroende på system. Länder med försäkringsbaserad hälso- och sjukvård verkar ha mindre problem med väntelistor.

Utmaningar

De demografiska och epidemiologiska trenderna är stora utmaningar för de nuvarande hälso- och sjukvårdssystemen. Systemen måste anpassas fortlöpande för att svara på den kommande efterfrågan på vård och med hänsyn till den tekniska och medicinska utvecklingen. Andra viktiga utmaningar är följande:

- Se över vilka nya behandlingar och läkemedel som erbjuds och ersätts.
- Kortare väntetider för icke-akut sjukhusvård.

- Inrätta fler och nya typer av sjukvårdstjänster med hänsyn till särskilda sjukdomsmönster med anknytning till åldrande som kan bidra till att upprätthålla åldringars oberoende.
- Utforma förebyggande strategier som gör det möjligt för äldre att leva ett aktivt, friskt och oberoende liv långt upp i åren.
- Säkerställa tillgången till lämpligt utbildad sjukvårdspersonal i tillräckligt antal.

Planerade politiska förändringar

Medlemsstaterna gör följande prioriteringar:

- Förbättra tillgången för vissa befolkningskategorier (egenföretagare, äldre, låginkomsttagare).
- Påskynda tillgången (minska väntetiderna).
- Behandla fördelningen av lämpliga hälso- och sjukvårdstjänster överallt i landet (urbana regioner/landsbygdsregioner, rika/fattiga områden).
- Förbättra rekrytering och utbildning av kvalificerad personal (läkare, sjukskötare och övrig personal) med tanke på att nuvarande personal blir äldre, på svåra arbetsförhållanden och kommande personalbrist.

När det gäller särskilda vårdbehov för äldre människor har man lyft fram följande frågor:

- Behov av att tillhandahålla alternativa geriatriska eller postakuta kliniker för rehabilitering utanför sjukhus för att frigöra kapacitet på sjukhusen och möjliggöra ett så aktivt och oberoende liv som möjligt för äldre.
- Inrättandet eller återupprättandet av lokala hälsovårdscentraler för att underlätta tillgången till vård och - med hjälp av ett tvärvetenskapligt angreppssätt - lämplig behandling.

I allmänhet anser medlemsstaterna att befolkningens åldrande innebär nya problem om utmaningar och de ska kunna bibehålla den typ av allmän och omfattande tillgång till hälso- och sjukvård som medborgarna förväntar sig. Trots det är många medlemsstater helt övertygade om att detta mycket grundläggande mål i systemen måste bibehållas, även om det skulle innebära ökade kostnader, medan andra hänvisar till att de föreslår ytterligare finslipningar och förbättringar i tillgänglighetsmekanismerna. Medlemsstaterna måste därför i framtiden sannolikt lyfta fram politiska strategier som ökar kostnadseffektivitet och effektivitet i enlighet med vad som konstateras i avsnitt 3.5.

3.2. Tillgång till långtidsvård

I motsats till hälso- och sjukvård börjar man först nu inse att behovet av långtidsvård är en betydande social risk som måste omfattas av de sociala trygghetssystemen. Långtidsvård består av hjälp till personer som inte klarar sig själva och därför är beroende av andra i sitt dagliga liv. Deras hjälpbehov kan sträcka sig från hjälp med

att röra sig, göra inköp, laga mat och sköta andra hushållssysslor till hjälp med tvättning och matning i extrema fall. Sådan långtidsvård förutsätter inte nödvändigtvis medicinsk utbildning. Denna typ av omsorg lämnas därför ofta åt de anhöriga, vanligtvis make/maka eller barn som fortfarande är de som i första hand tar hand om dem som behöver långtidsvård.

Av de orsaker som anges i avsnitt 2.2 ovan kan man inte längre anta att anhöriga ger denna vård i samma utsträckning som tidigare. Ett ökat antal sjukliga åldringar är därför beroende av professionella vårdare som kan erbjuda sina vårdtjänster i den hjälpbehövandes hem eller i specialiserade institutioner. Kostnaderna för långtidsvård överstiger, liksom kostnaderna för sjukvård, väldigt ofta den vårdbehövandes inkomster och kan mycket snabbt leda till att personens alla tillgångar förbrukas. Därför är behovet av långtidsvård en betydande social risk och det finns helt uppenbart ett behov av sociala trygghetsmekanismer.

Dessa mekanismer för social trygghet tar sig mycket olika uttryck i medlemsstaterna. I vissa länder bär familjen fortfarande ansvar för att ge eller finansiera vården. En person kan få offentligt stöd i form av socialtjänstförmåner för sociala tjänster eller plats på en vårdanstalt endast om familjen inte kan ge sådant stöd. Efter det att den person som försörjs avlidit kan kostnaderna för offentligt stödd vård återkrävas av dödsboet. Detta är den mest grundläggande formen av social trygghet, enligt vilken familjen bär det största ansvaret för långtidsvård, och systemet ingriper först då familjen inte längre kan ge denna omsorg. I andra länder har barn inte några lagbundna skyldigheter gentemot sina föräldrar, men ansvaret bärs ändå främst av enskilda personer som eventuellt måste betala åldringarnas vård från sina egna inkomster och tillgångar.

Allt fler länder går över till en bredare ansvarsfördelning. Detta kan uppnås genom att vårdtjänster ges direkt i hemmet eller i en institution eller genom försäkringsmekanismer. Sådana offentliga tjänster hör vanligtvis till de lokala myndigheternas ansvarsområde, ofta i samarbete med ideella föreningar. Ett alternativ till ansvarsfördelningen är ett försäkringssystem. I vissa fall täcks behoven av långtidsvård av lagbundna sjukförsäkringssystem. Vissa länder har nyligen infört försäkringar för långtidsvård som en ny del av sina system för social trygghet. Direkta vårdtjänster finansieras vanligtvis med skattemedel, medan försäkringsbaserade system oftast finansieras med socialförsäkringsavgifter. Åtminstone ett land använder dock arvsskatt som en finansieringskälla. Detta verkar motiverat med tanke på att man genom att fördela kostnaderna för långtidsvård undviker att arvtagare måste avstå från en betydande del av sitt arv.

Långtidsvård kan tillhandahållas på olika sätt. Förutom stöd av familjen kan professionell vård tillhandahållas i hemmet, dagvårdscentraler, särskilda vårdanstalter för långtidsvård eller på sjukhus. Mekanismer för social trygghet påverkar det sätt på vilket vård tillhandahålls. Om mera stöd ges till institutioner för långtidsvård än för vård i hemmet är det sannolikt att flera vill bo på institution.

Vissa medlemsstater har försökt göra sina mekanismer för social trygghet neutrala när det gäller hur vården tillhandahålls. Detta förutsätter framför allt att informella vårdare får stöd. De som behöver vård får välja mellan naturaförmåner eller kontanta förmåner som kan användas för vård i familjen. Informell vård kan även uppmuntras med skattelättnader, rätt till pensionsförmåner och socialförsäkringsförmåner för vårdaren, utbildning, rätt till ledighet från förvärvsarbete för vård av anhörig,

möjlighet till ersättare under viloperioder för vårdaren och möjlighet till vård på dagvårdscentral så att vårdaren får avlastning. Informella vårdares rättigheter och skyldigheter kan t.o.m. fastställas i avtal. Stöd för informella vårdare har den fördelen att det är kostnadseffektivt (den ersättning som betalas till informella vårdare är vanligtvis lägre än kostnaderna för professionella vårdare) och att vården tillhandahålls av en tillförlitlig och välbekant vårdare. Dessutom får patienten stanna kvar i sitt hem.

Alla länder har en infrastruktur för professionell långtidsvård, men betydelsen av dessa institutioner varierar beroende på familjens roll, mekanismerna för social trygghet och utbudet av vårdtjänster och vårdinrättningar. Brist på inrättningar och tjänster kan leda till att personer som är i behov av omvårdnad måste stanna längre på sjukhus eller vårdas längre i hemmet av anhöriga.

Utmaningar

Mekanismer för social trygghet för att garantera tillgång till långtidsvård är ett rätt så nytt fenomen i många medlemsstater, och måste i andra länder fortfarande utvecklas till att vara mer än mekanismer för socialtjänstförmåner. I takt med att efterfrågan på långtidsvård ökar kan det bli brist på professionell sjukvårdspersonal.

Personalbristen kan även i viss mån förklara kapacitetsbristen inom institutionell långtidsvård, där äldre människor tar upp bäddplatser för akut vård på sjukhus längre än nödvändigt. Institutionell vård är särskilt viktig för personer med Alzheimers sjukdom och andra former av demens som kräver intensiv vård och fortlöpande tillsyn.

En annan utmaning är behovet av att samordna olika vårdinsatser. Hjälpbehövande åldringar behöver ofta flera olika typer av medicinskt och icke-medicinskt stöd, vilket förutsätter ett gott samarbete mellan familj, professionella vårdare och sjukvårdspersonal. Det kan vara meningsfullt att utse en samordnare som har det övergripande ansvaret för att hantera de olika vårdtypernas kostnader.

Planerade politiska förändringar

Flera medlemsstater prioriterar främst genomförandet av de betydande politiska förändringarna som nyligen har införts. Andra planerar nya åtgärder, bland annat att förbättra stödet för hemvård. Vissa länder planerar nya strukturer som syftar till tillhandahållandet av integrerad och fortlöpande vård. Hit hör att klara av de komplicerade behoven av sjukvård och socialt stöd för människor som inte längre klarar sig själva eller som lider av en kronisk sjukdom.

3.3. Kvalitet - hälso- och sjukvård

Säkerställandet av god kvalitet när det gäller organisation och tillhandahållande av hälso- och sjukvård och långtidsvård anses vara en central politisk fråga i alla medlemsstater.

Det förefaller meningsfullt att skilja mellan olika sammanhang där kvalitetskriterier används. För det första finns det strukturella kvalitetskriterier som avser med vilken personal och utrustning en tjänst är försedd och de fall som får behandling. Processkvalitetskriterier gäller tjänstens verksamhet och hur särskilda ingrepp utförs. Slutligen vill man med resultat-kriterier mäta kvaliteten på tjänsten genom att betrakta

resultatet av särskilda ingrepp - till exempel överlevnadstal på lång sikt eller komplikationer.

I nästan alla medlemsstater har man utformat **strukturella kvalitetskriterier** för stationär behandling, t.ex. på sjukhus. Dessa gäller exempelvis personal (personalens storlek, utbildning och erfarenhet), utrustning, antal fall eller byggnadsstandard. Dessa standarder är vanligtvis bindande och fastställda av offentliga organ eller socialförsäkringarna. Men inom öppenvården verkar det vara svårare att fastställa strukturella standarder. I allmänhet täcker de enbart grundläggande krav, t.ex. formella utbildningskrav för sjukvårdspersonalen.

Variationen är större när det gäller **processkvalitetskriterier**. Samtidigt som många inom hälso- och sjukvården skulle anse att det är normal praxis att följa normer och riktlinjer som medicinska sammanslutningar och andra formella organ har fastställt, släpar utvecklingen efter när det gäller formella riktlinjer för policy vid behandling och andra förfaranden. Medlemsstaterna satsar dock starkt på detta område och gör stora framsteg, främst när det gäller sjukhusvård.

På detta område förekommer stora skillnader när det gäller i vilken grad standarderna följs. Ofta fastslår den centrala förvaltningen, t.ex. i Danmark eller Sverige, en rättslig ram eller rekommendationer som ska användas för att utveckla närmare riktlinjer på lokal och regional nivå av sjuk- och socialförsäkringsinstitutionerna, läkarföreningar eller andra organ.

Vissa riktlinjer och standarder är frivilliga och införs genom pilotprojekt, allmänna rekommendationer eller finansiella incitament. I allmänhet kan nationella hälso- och sjukvårdssystem, såsom i Förenade kungariket, införa mera bindande standarder med hjälp av de centrala, lagstadgade styrmedel som står till deras förfogande och de kan tillgripa sanktioner för att se till att bestämmelserna efterlevs. Det är klart att användningen av kvalitetsstandarder i klinisk praxis är av avgörande betydelse för en kvalitetspolicy inom sjukvården. Många medlemsstater har följt denna linje. En förutsättning för att övervakningen av verksamhetskvaliteten skulle vara jämförbar i medlemsstaterna är att resultaten av hälso- och sjukvårdssystemen systematiskt beskrivs i form av hur sjukvården fungerar i praktiken och hur sjukdomar behandlas, och detta förutsätter i sin tur att dessa kombinationer av praktisk sjukvård och behandling av sjukdomar kopplas till respektive försök att göra kvalitetsbedömningar. För närvarande har man inte kommit särskilt långt i detta arbete.

Ett systematiskt försök till utvärdering av **resultat** inom hälso- och sjukvården som en del av kvalitetstänkandet förekommer endast i några medlemsstater. Även om resultat inom hälso- och sjukvården i princip kan vara ett bra sätt att mäta åtgärdernas kvalitet finns det många praktiska problem. Hit hör begränsade eller otillförlitliga uppgifter och politiska svårigheter om förvaltningen ska delta i ett område som anses vara de medicinska yrkenas kompetensområde. Exempelvis har endast några länder, såsom Förenade kungariket, ordnat sjukhusen i rangordning efter kvaliteten på den service de ger.

Det ökade intresset för kvalitetsfrågor har lett till att medlemsstaterna har inrättat särskilda institutioner eller organ med ansvar för att främja kvalitetsarbete, utföra bedömningar och utforma riktlinjer eller ackrediteringssystem. Det finns nu centrala organ i nästan alla medlemsstater.

Ofta kan den centrala förvaltningen endast skapa en ramlagstiftning, som sedan måste tillämpas på regional eller lokal nivå. En beaktansvärd tendens i medlemsstaternas svar är att patienten ställs i centrum. I nästan alla länder har man satsat på att införa åtgärder för skydd av patientens rättigheter, särskilt när det gäller sjukhusvård. Att stärka patienternas ställning så att de kan fatta väl avvägda beslut, ge lämplig information och insyn i sjukvårdstjänsterna, olika behandlingsmöjligheter och tillgång till patientuppgifter är viktiga frågor i detta sammanhang. Det finns exempelvis särskilda lagar om patientens rättigheter i Österrike, Finland och Danmark.

Slutligen är det ytterst viktigt att förstå sambandet mellan tillgång och kvalitet. Brister och ojämlikhet i tillgången till hälso- och sjukvård är också viktiga kvalitetsfrågor, och det är väldigt viktigt att ta hänsyn till frågor om tillgång och jämlikhet då kvalitetsstandarder utformas. Att ta itu med dessa utmaningar kräver åtgärder på många olika politikområden.

3.4. Kvalitet - långtidsvård

De flesta medlemsstaterna har nationella kvalitetsstandarder för äldreomsorg. Det finns dock skillnader när det gäller huruvida de är bindande eller enbart rekommendationer. Man kan vidare dra slutsatsen från flera enkätsvar att sektorn för långtidsvård, jämfört med hälso- och sjukvården, styrs mycket decentraliserat, och att de regionala och lokala myndigheterna har stora valmöjligheter när det gäller vilka standarder som gäller. Det är dock intressant att notera att Förenade kungariket har återfört ansvaret till nationell nivå genom att inrätta ett oberoende, nationellt organ, *National Care Standards Commission (NCSC)*, för att reglera socialvårdstjänster och oberoende hälso- och sjukvårdstjänster. Syftet med detta nya system är att höja kvaliteten på tjänsterna och förbättra skyddsnivån för utsatta grupper, samtidigt som man skyddar och bibehåller ålderdomshem av god kvalitet.

Det verkar finnas svårigheter i samband med decentraliseringen i många medlemsstater. Som exempel kan nämnas att program inte är tillräckligt målinriktade, övervakningen är inte enhetlig och kvalitetsfrämjande initiativ saknas.

De flesta medlemsstaterna har fastställt strukturella kvalitetskriterier för institutionsvård, t.ex. avseende personalens kvalifikationer och byggnadsstandarder. I Belgien och Tyskland är det t.ex. obligatoriskt att följa dessa standarder för att man ska kunna få ersättning från socialförsäkringen.

I vissa länder, såsom i Frankrike, har man även utvecklat processkvalitetskriterier för institutioner. Detta kvalitetstänkande inom äldreboendet omfattar särskilda kvalitetsmål och upprättandet av en ”strategi för inrättningen” som specificerar målen för de främsta kvalitetskriterierna.

Enligt andra länder, såsom Italien, är bristen på standardiserade system som skulle garantera en miniminivå på vården en grundläggande utmaning för långtidsvården.

De flesta medlemsstaterna angav i sina svar att standarder för hemvård saknas. Vissa pilotprojekt för kvalitetsstandarder har genomförts i Belgien, och i Danmark har man infört ett system med lokal kvalitetssäkring. Frankrike har infört en ”standard för hemvård” som syftar till att garantera en viss kvalitetsnivå för hemvårdstjänster. Dessutom upprättas en extern organisation som ska se till att dessa standarder följs.

När det gäller utbildning för informella vårdare har Österrike lagstiftning om utbildning för vårdare av äldre, däribland för hemtjänstpersonal.

Samtidigt har efterfrågan på hemtjänst ökat på grund av den demografiska utvecklingen och i takt med att den allt mer sköts av socialförsäkringssystemen. Som det konstaterades ovan anses äldreomsorgen i Grekland vara en familjefråga. Men i och med att familjestrukturen ändras har Grekland börjat utveckla hemvårdsprogram.

Enligt de flesta medlemsstaterna täcks vårdtagarens rättigheter av kvalitetskriterierna eller skyddet av patientens rättigheter, medan det i vissa fall finns särskilda lagar som syftar till att främja användarens/kundens rättigheter.

I flera medlemsstater, däribland Finland, Förenade kungariket och Sverige, har man fastställt personalbrist, hög omsättning och ökad stress i arbetet som sektorns särskilda problemområden. Enligt flera länder förutsätter befolkningens åldrande mera utbildning och utbildad personal på området och nya sätt att göra yrket mera tilltalande.

Åtgärder har även vidtagits för att minska arbetsrelaterad trötthet bland vårdpersonalen på institutioner. Sverige, som har problem med att rekrytera sjukvårdspersonal överväger löneökningar, högre personaltäthet, program för utbildning i arbetet och förbättringar av arbetsmiljön för personalen inom långvård.

Vissa medlemsstater konstaterar att det finns brist på lämpliga kvalitetsindikatorer och kvalitetskontroller och ser utvecklingen av dessa som omedelbara utmaningar. För att ta itu med några av dessa frågor kommer Belgien att inleda en ny äldrepolitik 2003 som inbegriper verktyg för behovsbedömning för äldreomsorg som även kan användas som redskap för övervakning och utvärdering av vårdresultat. Danmark planerar att utveckla allmänna modeller för bättre metoder, uppföljningsförfaranden och fast förankrade kvalitetsstandarder för de lokala myndigheterna.

3.5. Finansiell hållbarhet - hälso- och sjukvård

Strukturerna för finansiering av hälso- och sjukvårdssystemen i EU

Hälso- och sjukvårdssystemen i EU finansieras på mycket olika sätt, i stort sett i linje med de olika modeller som används för uppbyggnaden av hälso- och sjukvårdssystemen. I allmänhet tenderar hälso- och sjukvårdssystemen i EU att vara blandsystem bestående av offentlig finansiering (vilket är det vanligaste) med inslag av privat finansiering. De flesta, men inte alla systemen omfattar (obligatorisk) sjukförsäkring, och nästan alla finansieras delvis direkt med allmänna skattemedel. Medlen för finansiering av hälso- och sjukvårdssystemen kommer ofta från den regionala nivån. Alla system har vissa element av användaravgifter för patienter som bidrar till finansieringen av den offentliga hälso- och sjukvården - det huvudsakliga syftet med avgifterna är dock ofta att hämma efterfrågan på sjukvårdsprodukter och sjukvårdstjänster.

Gemensamma utmaningar för de offentliga hälso- och sjukvårdssystemens finansiella hållbarhet

När det gäller säkerställandet av finansiell hållbarhet för de offentliga hälso- och sjukvårdssystemen har medlemsstaterna angivit en rad utmaningar som systemen står inför. Trots att det finns skillnader mellan de olika hälso- och sjukvårdssystemen i EU, kan några gemensamma utmaningar konstateras.

När det gäller *utmaningar på lång sikt* för finansiell hållbarhet i sjukvårdssystemen framhävde medlemsstaterna viktiga förändringar i samhället, som redan beskrivits i avsnitt 2:

- Det finns ett starkt tryck i sjukvårdssystemet, både från vårdpersonalen och patienter, mot **ökad användning av ny och dyr medicinsk teknik**.
- **Befolkningars trender på lång sikt att konsumera mera i takt med ökat välstånd** leder med tiden till ökade kostnader för sjukvårdssystemen.
- Demografiska förändringar med anknytning till **åldrande befolkningar**.

I sina enkätsvar angav medlemsstaterna följande brådskande *utmaningar på kort sikt* för finansiell styrning av de offentliga hälso- och sjukvårdssystemen:

- Behovet av att minska **överkonsumtionen** av sjukvårdsprodukter och sjukvårdstjänster utöver det som effektivt förbättrar hälsoresultaten.
- I vissa medlemsstater finns det ett akut behov av att omedelbart ta itu med **överskridande av kostnader** som hotar sjukförsäkringsfondernas finansiella balans och/eller gör det svårt att styra de offentliga finanserna.
- I en del medlemsstater finns det tryck av annan typ som snarare riktas mot behovet av att **öka servicevolymen**, bland annat genom att förkorta väntetiderna, men utan att äventyra den finansiella styrningen av systemet.

Inför dessa trender på kort och lång sikt för finansiell hållbarhet i hälso- och sjukvårdssystemen hänvisar många medlemsstater till de utmaningar de står inför då de vill återanpassa sina sjukvårdssystem. De anger bland annat följande utmaningar:

- Att ta fram nya sätt att använda tillgängliga resurser effektivt.
- Att få läkare och sjukvårdspersonal att mera aktivt delta i resursfördelningen.

Den senaste utvecklingen avseende hälso- och sjukvårdskostnader

Trots att många av medlemsstaterna i sina enkätsvar tog upp frågan om den senaste utvecklingen avseende sjukvårdskostnader, angav de inte systematiskt kvantitativa indikatorer för trenderna för totala hälso- och sjukvårdskostnader. I de fall där konkreta siffror för utgifterna anges är de inte nödvändigtvis enhetliga eller jämförbara med andra medlemsstaters siffror. Därför kan dessa uppgifter inte användas direkt för jämförelse av kostnaderna för hälso- och sjukvårdssystemen i EU. I bilaga 1, tabell 4, anges däremot de senaste uppgifterna från OECD:s databas om hälso- och sjukvård endast som illustration.

Enkätsvaren möjliggör en viss kvalitativ jämförelse - dock med hänsyn till de begränsningar som följer av att uppgifterna, som konstaterats ovan, inte är tillräckligt enhetliga eller jämförbara. Enligt dessa uppgifter förefaller det som om medlemsstaterna skulle ha slagit in på olika vägar när det gäller sjukvårdskostnader och den policy de valt för att hantera situationen:

- I många medlemsstater väcker den snabba kostnadsökningen oro, då de offentliga kostnaderna ofta ökar snabbare än BNP och hälso- och sjukvårdssektorn således växer och blir en större andel av BNP. Till dessa länder hör Belgien, Frankrike, Italien, Luxemburg, Portugal och Tyskland. Ofta förekommande överskridanden av utgiftstaket inom sjukvårdssektorn, vilket är ett problem vid den mera allmänna hanteringen av de offentliga finanserna. I vissa medlemsstater överskrids utgiftstaken trots otaliga kostnadsdämpande mekanismer. Det bör dock noteras att en snabb kostnadsökning i länder som Portugal och Italien bör ses mot bakgrund av relativt låga totala sjukvårdskostnader.
- I vissa andra medlemsstater har kostnadsökningen också varit snabb, men orsaken till detta har varit *avsiktliga politiska åtgärder för att rikta mera resurser till hälso- och sjukvårdssektorn* för att förbättra kvaliteten i vården. Till dessa länder hör Danmark, Irland och Förenade kungariket.
- I en tredje grupp tyder enkätsvaren på att *kostnaderna ligger på en relativt stabil nivå* och att kostnadskontroll inte är ett akut problem - detta är fallet i Spanien, där man snarare är inriktad på att förbättra styrningen av det nationella hälsovårdssystemet och göra det effektivare.

Som orsak till den snabba kostnadsökningen angav många medlemsstater den snabba ökningen av läkemedelskostnaderna.

Den offentliga hälso- och sjukvårdens finansiella hållbarhet på lång sikt

Inte heller här gav alla medlemsstater kvantitativa uppgifter om den sannolika utvecklingen av sjukvårdskostnaderna på lång sikt. I de fall då kvantitativa uppskattningar gavs presenterade medlemsstaterna ofta en sammanfattning av de framskrivningar som utfördes av Kommittén för ekonomisk politik 2001⁶. Några länder lämnade även uppgifter som byggde på andra långsiktiga prognoser - hit hörde Belgien, Spanien och Finland. I de flesta fallen presenterade de andra nationella prognoserna uppskattningar av ökade sjukvårdskostnader på lång sikt som låg över uppskattningarna från Kommittén för ekonomisk politik. Detta är inte överraskande då uppskattningarna från Kommittén för ekonomisk politik syftar till att mäta enbart effekten av demografiska ändringar, medan andra kostnadsdrivande krafter är neutrala. Det kan dock antas att dessa andra faktorer, däribland spridningen av ny och dyr medicinsk teknik kan skapa ytterligare tryck på de totala utgifterna. Framskrivningarna från Kommittén för ekonomisk politik har sammanfattats i bilaga 1, tabell 3. Dessa långsiktiga framskrivningar måste dock läsas med försiktighet, vilket kommittén konstaterar i sin rapport.

⁶ Rapport från Kommittén för ekonomisk politik *Budgetary challenges posed by ageing populations: the impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances.*
http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc/epc_ageing_en.htm

Kommitténs framskrivningar kombinerat med de andra nationella prognoser som anges ovan tyder på att en framtida ökning av kostnaderna för hälso- och sjukvård och långtidsvård kan bli betydande, vilket skulle innebära att de offentliga finanserna på lång sikt skulle belastas betydligt. Kommitténs framskrivningar för offentliga kostnader för hälso- och sjukvård visar att konsekvenserna av demografiska ändringar under den berörda femtioårsperioden skulle vara mellan 0,7 och 2,3 procentenheter av BNP. Vissa medlemsstater (t.ex. Tyskland och Irland) förväntar sig kostnadsökningar på minst två procentenheter av BNP under framskrivningsperioden. (Österrike reviderade sina framskrivningar 2002. De reviderade framskrivningarna framgår av tabell 3.)

Sammanfattningsvis kan man alltså på lång sikt vänta sig ett betydligt högre kostnadstryck inom sjukvården. Vissa medlemsstater konstaterar att riktade politiska insatser kommer att behövas som förberedelse för de finansiella konsekvenserna av en åldrande befolkning, särskilt med tanke på de förväntade ökningarna på lång sikt av andra åldersrelaterade utgifter, såsom pensioner.

Mekanismer för kostnadsövervakning

I allmänhet innehöll enkätsvaren en stor mängd kvalitativ information om åtgärder för kostnadsövervakning i medlemsstaterna. I svaren angav man dock inte alltid vilka åtgärder som var effektiva. Nedan återges en allmän översikt av vilka typer av åtgärder som vidtagits i olika medlemsstater på grundval av en kategorisering som används av OECD.⁷

(1) Åtgärder för att överföra kostnaderna till konsumenterna.

Nästan alla medlemsstater har någon typ av användaravgift för sjukvårdsprodukter och sjukvårdstjänster - avgifterna kan vara bidrag till kostnaderna för sjukhusvistelse eller läkarbesök, men vanligtvis gäller de bidrag till kostnaderna för anskaffning av läkemedel som ordinerats i primärvården. Åtgärder för att överföra kostnader har två syften, nämligen för det första att direkt föra över finansieringsbördan från de offentliga finanserna till privata källor - denna motivering verkar till exempel ha varit väldigt vanlig vid höjningar av användaravgifterna under 1990-talet i Finland. För det andra är syftet att tygla konsumenternas efterfrågan på tjänster och därigenom indirekt sänka de offentliga (och även de totala) utgifterna. Användaravgifter kommer dock inte att ha någon stor betydelse i styrningen av efterfrågan om konsumenterna får ersättning från kompletterande sjukförsäkringar.

(2) Kontroll av pris och volym för både utbud och efterfrågan

I vissa medlemsstater finns det nationella avtal om fasta priser mellan dem som erbjuder sjukvårdsprodukter och sjukvårdstjänster (t.ex. producenter eller organisationer som företräder sjukvårdspersonal) och dem som finansierar sjukvården. Sådana avtal finns till exempel i Belgien och Spanien. I nästan alla medlemsstater finns framför allt särskilda avtal för läkemedel. I avtalen fastslås ofta priser för läkemedel, krav på användning av generiska produkter hellre än märkesläkemedel, och i vissa fall anges till och med maximala utgiftsnivåer för dessa produkter på aggregerad nivå (t.ex. i Spanien).

⁷ OECD (1994), Economics Department Working Paper No. 149, H. Oxley & M. MacFarlan, "Health Care Reform: Controlling Spending and Increasing Efficiency"

I vissa länder finns direkta hinder för tillgången till vissa sjukvårdstjänster. Exempelvis i Förenade kungariket, Nederländerna, Finland och Danmark krävs en remiss från en allmänpraktiserande läkare för att få tillgång till vissa specialister. Av erfarenhet vet man att detta system effektivt håller sjukvårdskostnaderna i styr.

(3) Reformerna för att främja effektiv resursanvändning

I vissa fall kräver de som ansvarar för finansieringen av sjukvården direkt kontroll uppifrån och ner av kostnader, bland annat i form av fasta budgetar för regionala hälsonämnder eller sjukhus. Sådana fall förekommer i Grekland, Italien och Portugal. I allt högre grad använder hälso- och sjukvårdssystemen i EU avtal mellan dem som upphandlar sjukvårdstjänster (antingen finansiärer eller utomstående upphandlare såsom försäkringsbolag) och tjänsteleverantörer för att uppnå en bättre kostnadseffektivitet. I vissa fall är det fastställt i avtalen att överskridanden av kostnader måste tas från följande års budget - detta är fallet för sjukhus i Belgien och hälsonämnder i Irland. Metoden verkar rätt effektivt främja kostnadseffektivitet. I andra länder är beviljandet av finansiella resurser i allt högre grad bundet till resultat eller till sjukhusens *case-mix*-system. Dessa åtgärder verkar rätt effektivt främja en bättre kostnadseffektivitet, till exempel i Österrike där införandet av sådana avtal ledde till en tydlig minskning av den genomsnittliga längden på en sjukhusvistelse.

I andra länder, till exempel i Spanien och Portugal, kommer tjänster inom det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet i allt högre grad att tillhandahållas av privata leverantörer. Spanien hör till de medlemsstater som i störst utsträckning har infört marknadsmekanismer inom sjukvårdssektorn.

3.6. Finansiell hållbarhet - långtidsvård

Strukturerna för finansiering av långtidsvården i EU

Situationen när det gäller finansiering av långtidsvården i EU är ännu svårare att kategorisera än systemen för hälso- och sjukvård. Det beror på att långtidsvården ofta är uppdelad i olika offentliga strukturer och budgetar, oftast mellan budgeten för hälso- och sjukvård och budgeten för sociala tjänster. Den långtidsvård som tillhandahålls inom sjukvårdssystemet är dessutom ofta svår att skilja från mera traditionella sjukvårdsinsatser. Slutligen tillhandahålls långtidsvård med sociala tjänster ofta på en mycket lokal nivå, vilket ibland gör det svårt att utskilja nationella trender. I vissa medlemsstater har man omvårdnadsförsäkringssystem, och liknande system utvecklas för närvarande även i andra länder.

Utmaningar

Den allra vanligaste utmaningen för finansieringen av långtidsvården som medlemsstaterna lyfter fram i sina enkätsvar är befolkningens åldrande. För det första kommer åldrandet att leda till ett större antal äldre och mycket äldre personer. För det andra är långtidsvården en mycket arbetsintensiv sektor. Några medlemsstater har påpekat att sektorn sannolikt kommer att drabbas av akut brist på arbetskraft (också den åldersrelaterad), vilket i sig även kommer att driva upp lönekostnaderna. I den tyska rapporten konstateras det att trycket av en åldrande befolkning på systemen för långtidsvård i hög grad kommer att ökas ytterligare av den ökade förekomsten av kroniska sjukdomar såsom demens, som inte

nödvändigtvis kräver mycket i form av traditionella sjukvårdsinsatser, men som innebär en stor börda när det gäller omsorg.

Förutom åldrande konstateras det i de danska och tyska rapporterna att om tidigare trender fortsätter kan efterfrågan på formella omsorgstjänster öka till följd av att tillhandahållandet av informell omsorg minskat på grund av samhällsliga förändringar.

Portugal och Italien nämner en rad utmaningar som de står inför vid utarbetandet av ett enhetligt system för äldreomsorg. En av de centrala utmaningarna är att erbjuda integrerade lösningar för patienter som täcker hela skalan av omsorgstjänster, däribland hälso- och sjukvård. En annan är att utveckla hemvård för äldre personer som både överensstämmer bättre med äldre personers egna önskemål och samtidigt är mera kostnadseffektivt.

Aktuella utgiftsprognoser

Svaren på denna fråga i de nationella rapporterna är mycket varierande, vilket delvis återspeglar svårigheten att kvantifiera kostnaderna för långtidsvård, som finansieras ur flera olika budgetar. Bland de medlemsstater som ger kvantitativa uppgifter är det svårt att urskilja tydliga gemensamma trender. I Danmark har resurserna för sektorn ökat i reella värden, även om ökningen inte har varit lika stor som den reella BNP-tillväxten. Dessa kostnadsökningar har främjats både av det ökade antalet äldre personer och av de höjda kostnaderna per person. Kostnadsökningen har varit betydande även i Spanien, där de autonoma regionerna riktar allt mer resurser till långtidsvården, och i Luxemburg där omvårdnadsförsäkringen ännu är i sin linda.

Framskrivningar avseende långsiktiga kostnader

Även här är uppgifterna om utsikterna för kostnader på lång sikt för långtidsvården mycket varierande. Bland de medlemsstater som ger några uppgifter om framtidsutsikterna bygger framskrivningarna i stort på de framskrivningar som gjorts av Kommittén för ekonomisk politik. För ytterligare upplysningar, se bilaga 1, tabell 3.

Mekanismer för kostnadsövervakning

I vissa medlemsstater utformar man fortfarande en integrerad politik för långtidsvård. Det finns ännu inte något egentligt behov av riktade åtgärder för kostnadskontroll, vilket är fallet till exempel i Belgien.

I Frankrike och Portugal fördelas medel på grundval av nationella planer och mål. I Frankrike är målen integrerade med de mål som fastställts för hela hälso- och sjukvården. Resurser och mål fastställs med hänsyn till att kostnaderna måste begränsas, men rapporterna innehåller inte uppgifter om huruvida kostnadskontrollen är effektiv. I Tyskland bär sjukförsäkringskassorna i viss mån ansvaret för kostnadskontrollen.

I vissa länder fastställs de tjänster som tillhandahålls redan från början, vilket i viss mån begränsar kostnadsökningen. I Österrike är tjänsterna lagstadgade, i Danmark och Luxemburg är de beroende av en behovsprövad, individuell vårdplan. I Irland finns det försök till hemvård, vilket är billigare och vanligtvis det som den äldre personen själv önskar.

I Frankrike styrs kostnadskontroll även med hjälp av användaravgifter som är beroende av den äldre personens finansiella resurser (inbegripet det nyligen införda sociala bidraget till att klara sig själv).

4. SLUTSATSER

Medlemsstaternas svar bekräftar att de tre allmänna målen tillgänglighet, kvalitet och finansiell hållbarhet är en bra utgångspunkt då man vill överväga policyn för hälso- och sjukvård och långtidsvård för äldre. Alla medlemsstater försöker finna en god balans mellan dessa tre mål: hur kan man få tillräckligt med medel för att säkerställa lämplig vård av god kvalitet för alla, och hur kan man tillhandahålla tjänster på det mest kostnadseffektiva sättet?

Medlemsstaternas svar visar att det är en enorm utmaning för den övergripande styrningen av systemen att uppnå denna jämvikt. I många länders svar hänvisas det till behovet av att säkerställa bra beslutsfattande i gränssnittet mellan hälso- och sjukvården och den framväxande sektorn för långtidsvård samt bättre samordning mellan dem som tillhandahåller sjukvårdstjänster och långvårdstjänster för äldre. Då man försöker nå bästa möjliga jämvikt väcks även frågor om styrning. Det måste finnas balans mellan å ena sidan fokusering på kvalitet, standarder och kostnadskontroll som ofta styrs centralt, och å andra sidan, lokal ledning och tillhandahållande av vård.

Även om det inte uttryckligen var en frågeställning i enkäten har några medlemsstater i sina svar hänvisat till de stora utmaningarna och möjligheterna när det gäller sysselsättningen inom vårdsektorn. Till utmaningarna hör hur man ska kunna behålla personalen under ibland mycket svåra arbetsförhållanden, hur man ska rekrytera och utbilda ny personal då efterfrågan ökar under de närmaste årtiondena, och hur man ska kunna utveckla arbetskvaliteten genom att erbjuda fortbildning och möjligheter till karriärutveckling inom sektorn. Det finns helt uppenbart möjligheter att förbättra sysselsättningen. Hälso- och sjukvårdssektorn är redan en stor arbetsgivare som stod för 9,7 % av den totala sysselsättningen i Europeiska unionen 2001.⁸

När det gäller tillgång till vård så uttrycker medlemsstaterna sin beslutsamhet att bibehålla allmän och omfattande tillgång som en hörnsten i sina system, även om de står inför ökade kostnader, och flera stater föreslår att ytterligare finslipa och förbättra tillgångsmekanismerna.

När det gäller kvalitet visar svaren att det finns utrymme för större samarbete mellan medlemsstaterna avseende tjänstekvalitet både inom hälso- och sjukvård och långtidsvård. Detta är särskilt aktuellt med tanke på patienternas större rörlighet över gränserna och utvidgningen. Gemenskapens handlingsprogram för folkhälsa, som träder i kraft i januari 2003, kommer att bidra till utformandet av redskap för kvalitetsbedömning.

När det gäller finansiell hållbarhet pekar medlemsstaterna på utmaningen att säkerställa att resurser, och särskilt ny teknik, kan användas för bättre effektivitet och

⁸

Sysselsättningen i Europa 2002, s. 32. http://europa.eu.int/comm/dgs/employment_social/key_en.htm

kostnadseffektivitet, och för att säkerställa att sjukvårdspersonal och patienter tar hänsyn till kostnadsaspekter då de fattar beslut.

Rekommendationer för fortsatta åtgärder

Kommissionen uppmanar rådet att på grundval av detta meddelande anta den gemensamma rapport som efterfrågades vid Europeiska rådets möte i Barcelona och att lägga fram den vid Europeiska rådets möte våren 2003.

En process av ömsesidigt lärande och utbyte bör fortsätta på grundval av de frågor som tas upp i den gemensamma rapporten. Hösten 2003 kommer kommissionen att lägga fram ytterligare förslag för fortsättning av detta samarbete. Det meddelandet bör även omfatta de särskilda aspekter av dessa frågor som följer av utvidgningen av Europeiska unionen.

Samarbetet mellan medlemsstaterna kunde inriktas på utbyte av erfarenheter och bästa metoder för de tre allmänna målen. Man bör särskilt fokusera på att förbättra kunskapsbasen och på indikatorer som grundval för samarbete och dra lärdom av det nuvarande, nära samarbetet mellan Eurostat och OECD på detta område. Det skulle även vara meningsfullt att ta särskild hänsyn till sysselsättningsfrågor.

BILAGA 1

BILAGA 1: TABELLER OCH DIAGRAM

Diagram 1a:

Befolkningspyramid 2000 - EU15

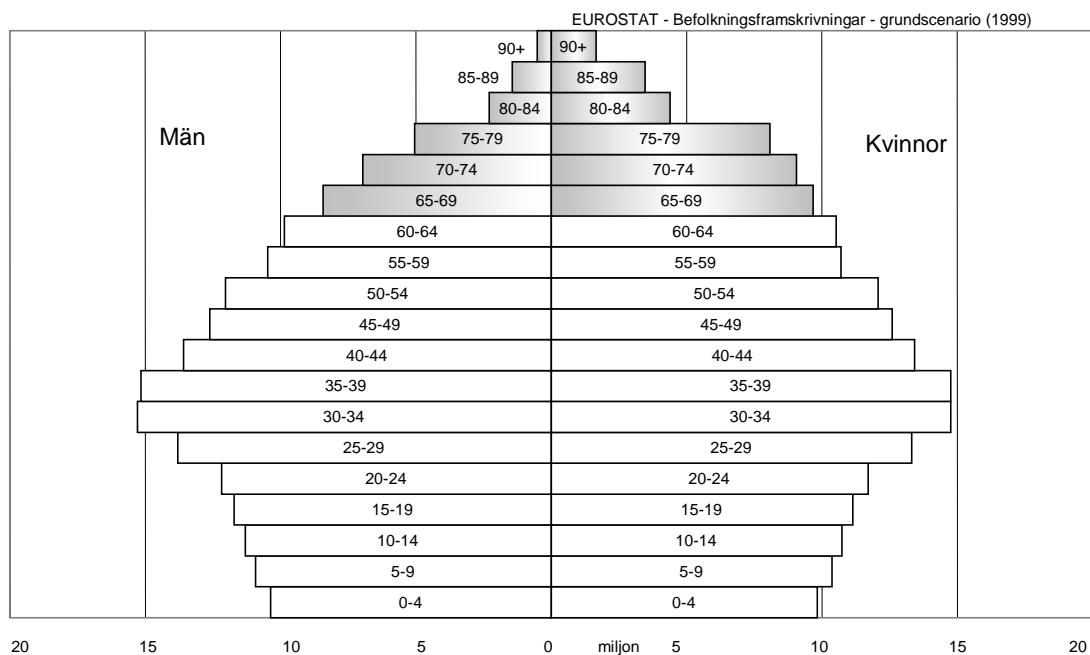
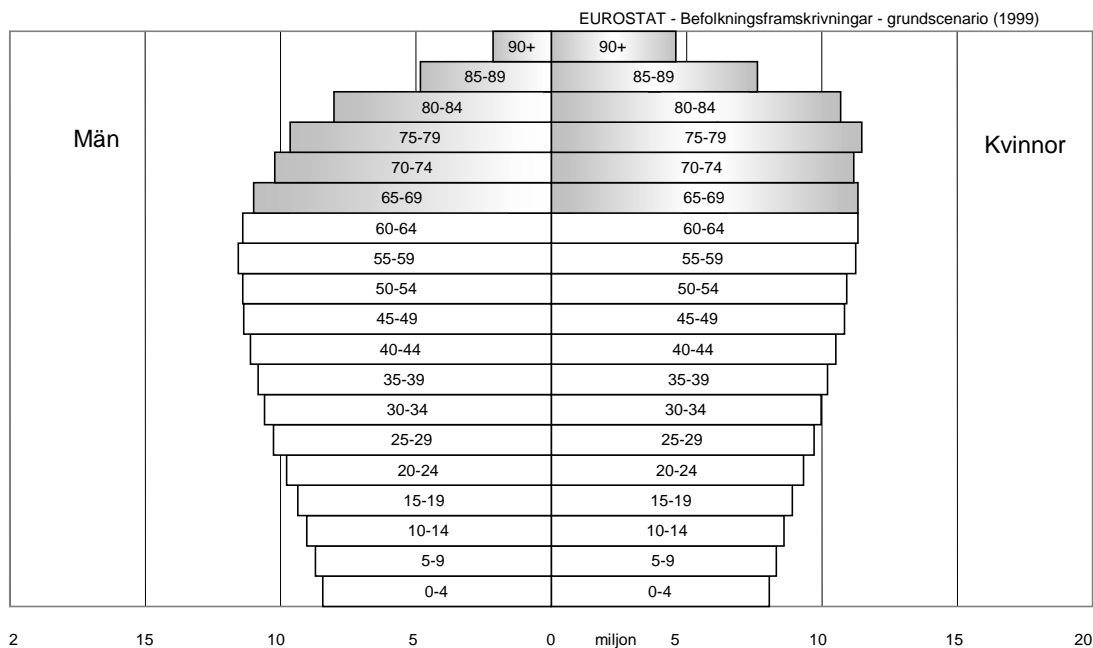


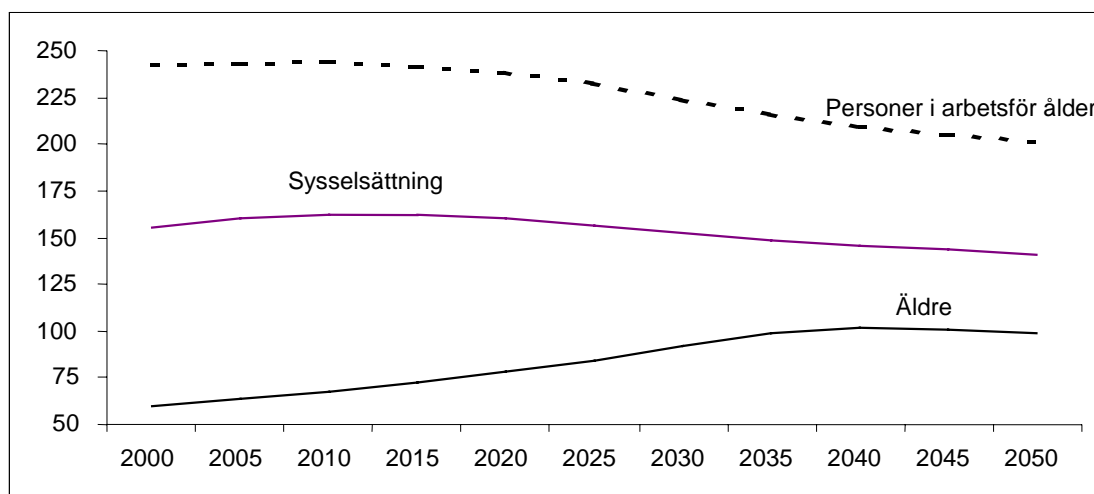
Diagram 1b:

Befolkningspyramid 2050 - EU15



Källa: EUROSTAT

Diagram 1c: Framskrivnen storlek på befolkning i arbetsför ålder och äldre i EU (miljoner)

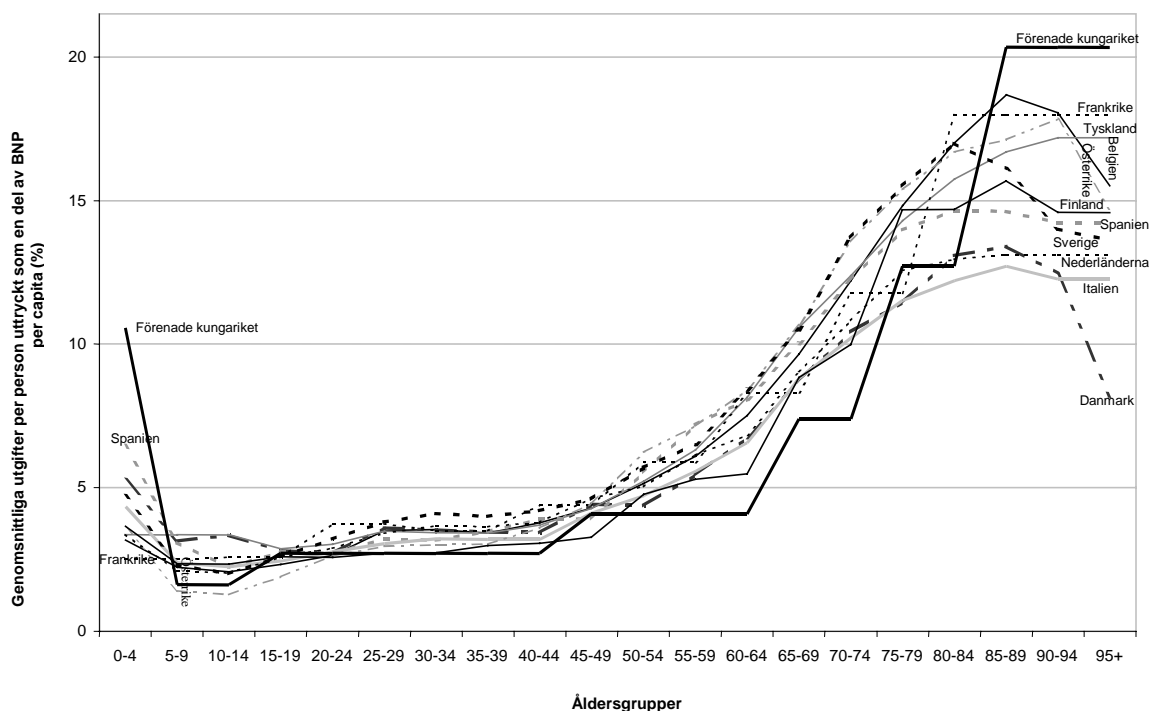


Anmärkning: Befolkning i arbetsför ålder avser personer i åldern 15–64.

Äldre avser personer i åldern 65 år och äldre.

Källa: Kommittén för ekonomisk politik (2001) *“Budgetary challenges posed by ageing populations”*, Eurostat och framskrivningar sammanställda av arbetsgruppen i Kommittén för ekonomisk politik om åldrande befolkningar.

Diagram 2a: Åldersprofiler för offentliga utgifter för hälso- och sjukvård



Anmärkning:

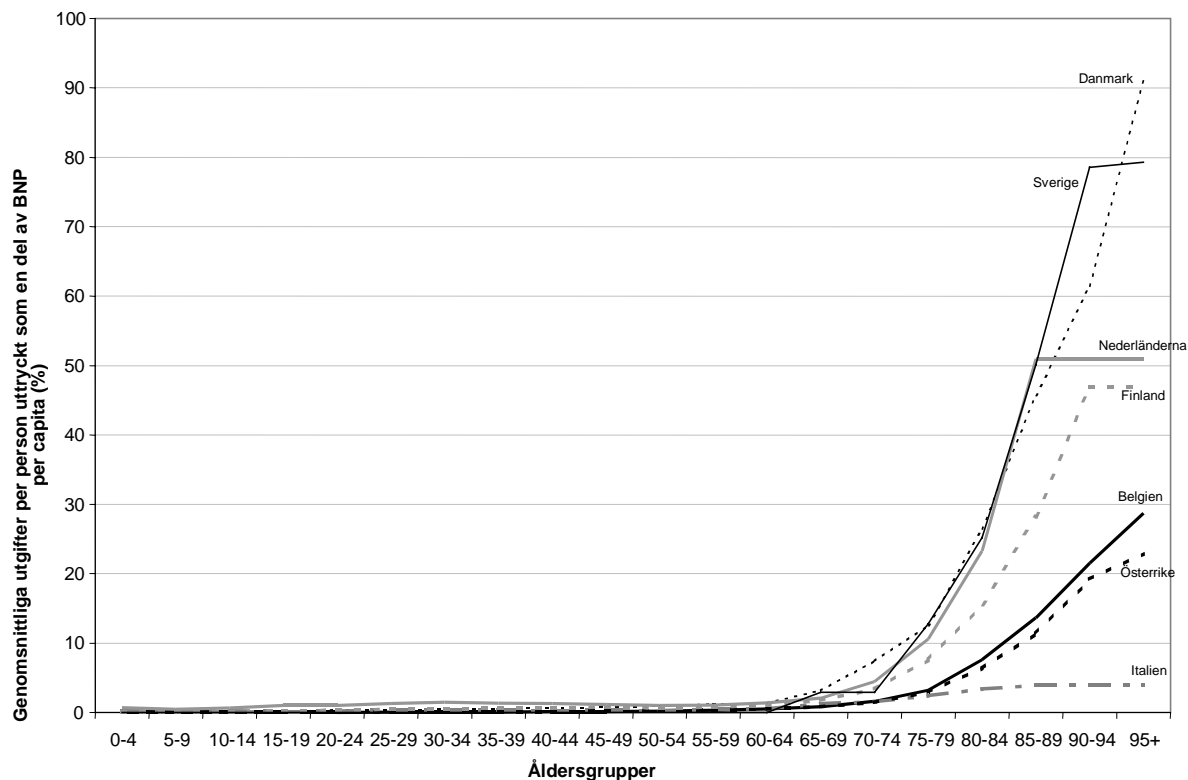
1) Åldersrelaterade profiler uttryckta i andel av BNP per capita var de som användes för beräkning av framskrivningarna för hälso- och sjukvårdskostnader. Något olika referensår användes i medlemsstaterna för framskrivningarna, och därför avser profilerna i diagrammet ovan olika år för olika medlemsstater: 1997 för Frankrike, 1998 för Belgien, Danmark, Förenade kungariket och Spanien. 1999 för Italien och 2000 för Finland, Nederländerna, Sverige, Tyskland och Österrike. (Profiler för Portugal anges inte här, då en annan åldersklassificering används där).

2) Här avser utgiftsprofilerna endast offentliga utgifter för hälso- och sjukvård. Bland annat privata utgifter och offentliga utgifter för långtidsvård ingår inte. Se definition av utgifter för framskrivningar i bilaga 4.

3) Om profilen är platt i slutändan av åldersfördelningen beror detta vanligtvis på att en fördelning i åldersgrupper inte var tillgänglig i de högsta åldersgrupperna i dessa medlemsstater.

Källa: Kommittén för ekonomisk politik (2001) *“Budgetary challenges posed by ageing populations”*

Diagram 2b: Åldersprofiler för offentliga utgifter för långtidsvård



Anmärkning:

1) Åldersrelaterade profiler uttryckta i andel av BNP per capita var de som användes för beräkning av framskrivningarna för utgifter för långtidsvård. Medlemsstaterna använde olika referensår, och därför avser profilerna i diagrammet ovan olika år för olika medlemsstater: 1998 för Belgien och Danmark, 1999 för Italien och 2000 för Finland, Nederländerna, Sverige och Österrike.

2) Här avser utgiftsprofilerna endast offentliga utgifter för långtidsvård. Bland annat privata utgifter ingår inte.

3) Om profilen är platt i slutändan av åldersfördelningen beror detta vanligtvis på att en fördelning i åldersgrupper inte var tillgänglig i de högsta åldersgrupperna i dessa medlemsstater.

Källa: Kommittén för ekonomisk politik (2001) "Budgetary challenges posed by ageing populations"

Tabell 3: Totala offentliga utgifter för hälso- och sjukvård och långtidsvård

Uttryckt som andel av BNP. Central demografisk variant.

	TOTALT HÄLSO- O. SJUKVÅRD OCH LÅNGTIDSVÅRD			HÄLSO- OCH SJUKVÅRD			LÅNGTIDSVÅRD		
	Utgifter som andel av BNP 2000	Utgiftsökning i procent av BNP mellan 2000 och 2050		Utgifter som andel av BNP 2000	Utgiftsökning i procent av BNP mellan 2000 och 2050		Utgifter som andel av BNP 2000	Utgiftsökning i procent av BNP mellan 2000 och 2050	
		per capita	per arbetstagare		per capita	per arbetstagare		per capita	per arbetstagare
B	6,1%	+2,1	+2,4	5,3%	+1,3	+1,5	0,8%	+0,8	+0,8
DK	8,0%	+2,7	+3,5	5,1%	+0,7	+1,1	3,0%	+2,1	+2,5
D (1)				5,7%		+2,1			
EL (1)				4,8%	+1,7	+1,6			
E (1)				5,0%	+1,7	+1,5			
F	6,9%	+1,7	+2,5	6,2%	+1,2	+1,9	0,7%	+0,5	+0,6
IRL (2)	6,6%		+2,5	5,9%		+2,3	0,7%		+0,2
I	5,5%	+1,9	+2,1	4,9%	+1,5	+1,7	0,6%	+0,4	+0,4
NL	7,2%	+3,2	+3,8	4,7%	+1,0	+1,3	2,5%	+2,2	+2,5
A	5,8%	+2,8	+3,1	5,1%	+1,7	+2,0	0,7%	+1,0	+1,1
P (1)				5,4%	+0,8	+1,3			
FIN	6,2%	+2,8	+3,9	4,6%	+1,2	+1,8	1,6%	+1,7	+2,1
S	8,8%	+3,0	+3,3	6,0%	+1,0	+1,2	2,8%	+2,0	+2,1
UK	6,3%	+1,8	+2,5	4,6%	+1,0	+1,4	1,7%	+0,8	+1,0
EU (vägt genomsnitt) (3)	6,6%	+2,2	+2,7	5,3%	+1,3	+1,7	1,3%	+0,9	+1,0

Anm.: 1) Resultat för offentliga utgifter för långtidsvård är inte ännu tillgängliga för flera medlemsstater.

2) Resultat för Irland uttrycks i andel av BNP.

3) Viktningar beräknas enligt de medlemsstater vars uppgifter är tillgängliga. För hälso- och sjukvård gäller viktningen således EU-14, och för långtidsvård och för de totala utgifterna för hälso- och sjukvård och långtidsvård gäller genomsnittet för 10 medlemsstater.

Källa: Kommittén för ekonomisk politik (2001) "Budgetary challenges posed by ageing populations"

Anmärkning 13.11.2002: Nya framskrivningar som bygger på nya demografiska prognoser från Österrikes statistikkontor 2002.

Österrike (2002)	5,6%	+2,4	+2,5	4,9%	+1,5	+1,6	0,7%	+0,9	+0,9
------------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Tabell 4 a: Totala utgifter för hälso- och sjukvård som andel av BNP (%)

Tabell	Totala sjukvårdsutgifter - % BNP													
	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Österrike	7,6	6,6	7,1	7,1	7,5	7,9	7,9	8,6	8,7	8	8	8,1	8	
Belgien	6,4	7,2	7,4	7,7	7,9	8,1	7,9	8,7	8,8	8,5	8,5	8,7	8,7	
Danmark	9,1	8,7	8,5	8,4	8,5	8,8	8,5	8,2	8,3	8,2	8,4	8,5	8,3	8,4
Finland	6,4	7,2	7,9	9	9,1	8,3	7,8	7,5	7,7	7,3	6,9	6,9	6,6	
Frankrike			8,6	8,9	9,1	9,5	9,4	9,6	9,6	9,4	9,3	9,4	9,5	
Tyskland	8,8	9,3	8,7		9,9	9,9	10,2	10,6	10,9	10,7	10,6	10,7	10,6	
Grekland	6,6		7,5	7,8	7,2	8,1	8,9	8,9	8,9	8,7	8,7	8,7	8,3	
Irland	8,4	7,6	6,6	7	7,6	7,5	7,5	7,2	7	6,9	6,8	6,8	6,7	
Italien			8	8,3	8,4	8,1	7,8	7,4	7,5	7,7	7,7	7,8	8,1	8,1
Luxemburg	5,9	5,9	6,1	6	6,2	6,4	6,1	6,4	6,4	5,9	5,8	6		
Nederländerna	7,5	7,3	8	8,2	8,4	8,5	8,4	8,4	8,3	8,2	8,1	8,2	8,1	
Portugal	5,6	6	6,2	6,8	7	7,3	7,3	8,3	8,5	8,6	8,3	8,4	8,2	
Spanien	5,4	5,4	6,6	6,8	7,2	7,5	7,4	7,7	7,7	7,6	7,6	7,7	7,7	
Sverige	9,1	8,7	8,5	8,4	8,6	8,6	8,2	8,1	8,4	8,1	7,9			
För. kungariket	5,6	5,9	6	6,5	6,9	6,9	7	7	7	6,8	6,8	7,1	7,3	
Tjeckien			5	5,2	5,4	7,2	7,3	7,3	7,1	7,1	7,1	7,2	7,2	
Ungern				7,1	7,7	7,7	8,3	7,5	7,2	7	6,9	6,8	6,8	
Polen			5,3	6,6	6,6	6,4	6	6	6,4	6,1	6,4	6,2		
Slovakien										6,1	5,9	5,8	5,9	
Turkiet	3,3	2,2	3,6	3,8	3,8	3,7	3,6	3,4	3,9	4,2	4,8			
Förenta Staterna	8,7	10	11,9	12,6	13	13,3	13,2	13,3	13,2	13	12,9	13	13	
Kanada	7,1	8,2	9	9,7	10	9,8	9,5	9,1	8,9	8,9	9,1	9,2	9,1	9,3

Copyright OECD HEALTH DATA 2002 4:e utg.

Tabell 4 B: Offentliga utgifter för hälso- och sjukvård som andel av BNP (%)

Tabell	Offentliga sjukvårdsutgifter - % BNP													
	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Österrike	5,2	5	5,2	5,2	5,5	5,9	5,9	6,1	6,1	5,6	5,7	5,6	5,6	
Belgien								6	6,4	6	6	6,2	6,2	
Danmark	8	7,4	7	7	7	7,2	7	6,8	6,8	6,8	6,9	7	6,8	6,9
Finland	5	5,6	6,4	7,3	7,3	6,3	5,9	5,7	5,8	5,6	5,3	5,2	5	
Frankrike			6,6	6,7	7	7,3	7,2	7,3	7,3	7,2	7,1	7,1	7,2	
Tyskland	6,9	7,2	6,7		7,7	7,6	7,8	8,1	8,4	8,1	7,9	8	8	
Grekland	3,7		4,7	4,7	4,2	4,7	4,7	4,8	4,9	4,8	4,7	4,7	4,6	
Irland	6,8	5,8	4,8	5,2	5,5	5,5	5,5	5,3	5,1	5,3	5,2	5,2	5,1	
Italien			6,4	6,6	6,5	6,2	5,9	5,3	5,4	5,6	5,6	5,7	5,9	6,1
Luxemburg	5,5	5,3	5,7	5,6	5,8	5,9	5,6	5,9	5,9	5,4	5,4	5,6		
Nederländerna	5,2	5,2	5,4	5,7	6,1	6,3	6,1	6	5,5	5,5	5,5	5,4	5,5	
Portugal	3,6	3,3	4,1	4,3	4,2	4,6	4,6	5,1	5,5	5,5	5,6	5,9	5,8	
Spanien	4,3	4,4	5,2	5,3	5,6	5,8	5,6	5,5	5,5	5,4	5,4	5,4	5,4	
Sverige	8,4	7,9	7,6	7,4	7,5	7,4	7	6,9	7,1	6,8	6,6			
För. kungariket	5	5	5	5,4	5,8	5,9	5,9	5,8	5,8	5,4	5,5	5,7	5,9	
Tjeckien			4,8	5,1	5,2	6,8	6,9	6,8	6,5	6,5	6,5	6,5	6,6	
Ungern				6,4	6,8	6,7	7,2	6,3	5,9	5,6	5,5	5,3	5,1	
Polen			4,8	5	5,1	4,7	4,3	4,4	4,7	4,4	4,2	4,4	4,2	
Slovakien										5,6	5,4	5,2	5,3	
Turkiet	0,9	1,1	2,2	2,4	2,5	2,5	2,5	2,4	2,7	3	3,5			
Förenta Staterna	3,6	4	4,7	5,2	5,5	5,7	5,9	6	6	5,9	5,8	5,7	5,8	
Kanada	5,4	6,2	6,7	7,2	7,4	7,2	6,8	6,5	6,3	6,2	6,5	6,5	6,5	6,8

Copyright OECD HEALTH DATA 2002 4:e utg.

Källa: OECD Health Data 2002, © OECD, augusti 2002