



KOMMISSIONEN FOR DE EUROPÆISKE FÆLLESSKABER

Bruxelles, den 3.1.2003  
KOM(2002) 774 endelig

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

**Forslag til en**

**FÆLLES BERETNING**

**Sundhedspleje og ældrepleje: understøttelse af nationale strategier til sikring af et højt  
niveau af social beskyttelse**

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

**Forslag til en**

**FÆLLES BERETNING**

**Sundhedspleje og ældrepleje: understøttelse af nationale strategier til sikring af et højt  
niveau af social beskyttelse**

**1. INDLEDNING**

De sociale beskyttelsessystemer yder ikke kun kontanthjælp som erstatning for arbejdsindkomst i tilfælde af arbejdsløshed, sygdom, invaliditet eller pensionering eller til personer uden tilstrækkelige ressourcer. De gør det ligeledes muligt for personer at modtage passende lægehjælp og langvarig pleje, hvor udgifterne hertil ofte overstiger de økonomiske midler, en patient eller dennes familie er i besiddelse af. En meddelelse fra Kommissionen i 1999 om "En samordnet strategi til modernisering af den sociale beskyttelse"<sup>1</sup> identificerede **sikringen af en bæredygtig sundhedspleje af høj kvalitet** som et af de vigtigste spørgsmål i et tættere samarbejde mellem medlemsstaterne.

Initiativet blev tiltrådt af Det Europæiske Råd i Lissabon i marts 2000, som understregede, at de sociale beskyttelsessystemer skulle reformeres, bl.a. for at man fortsat skulle kunne tilbyde sundhedsydelser af høj kvalitet. I juni 2001 anmodede Det Europæiske Råd i Göteborg i sine overvejelser af, hvad der kræves for at møde udfordringerne fra et aldrende samfund, Rådet om i overensstemmelse med den åbne koordinationsmetode at udarbejde en første rapport til Det Europæiske Råds forårsmøde i 2002 om pejlemærker inden for sundhedsvæsen og ældrepleje. Rapporten er baseret på Kommissionens meddelelse fra december 2001<sup>2</sup>, der undersøgte den demografiske, teknologiske og økonomiske udvikling, som kan udgøre en udfordring for vores fremtidige evne til at opretholde et højt niveau af social beskyttelse på dette område. Meddelelsen konkluderede, at sundhedspleje og systemer til langvarig pleje i EU står over for udfordringer om på samme tid at opfylde nedenstående tre målsætninger:

- Adgang for alle uanset indkomst eller formue
- Pleje af høj kvalitet
- Plejesystemers økonomiske holdbarhed

Disse tre brede målsætninger blev tiltrådt af Rådet i en første rapport om pejlemærker inden for sundhedspleje og ældrepleje til Det Europæiske Råd i Barcelona, som også understregede, at alle sundhedssystemer i EU er baseret på principperne om solidaritet, lighed samt almengyldighed. Det Europæiske Råd i

---

<sup>1</sup> KOM (1999) 347 endelig.

<sup>2</sup> KOM (2001) 723 endelig: Den fremtidige ældreomsorg og sundhedspleje – sikring af adgangen, kvaliteten og den økonomiske holdbarhed.

Barcelona opfordrede **Kommissionen og Rådet til nærmere at undersøge spørgsmålene om adgang, kvalitet og økonomisk holdbarhed**. Medlemsstaterne blev derfor bedt om at udfylde et spørgeskema. Denne rapport drager hovedkonklusionerne fra analysen af medlemsstaternes besvarelser og bringer forslag til den fremtidige indsats. Der vil blive udarbejdet en mere detaljeret sammenfatning af de enkelte staters besvarelse af spørgeskemaet i et arbejdsdokument fra Kommissionen.

## 2. FÆLLES UDFORDRINGER OG SPØRGSMÅL

Vores fremtidige evne til at opretholde et højt niveau af social beskyttelse for dem, der har behov for sundhedspleje og langvarig pleje, påvirkes af den samfundsmæssige og teknologiske udvikling og vil især blive påvirket af den aldrende befolkning i fremtiden. Denne udvikling blev fremhævet i en meddelelse fra december 2001.

### (1) Nye teknologier og behandlingsformer

Nye teknologier, behandlingsformer og teknikker giver stor mulighed for forbedring og udvidelse af sundhedsplejen. Det er ikke desto mindre en vigtig udfordring at integrere nye teknologier og behandlingsformer i sundhedsplejesystemerne. De kan på den ene side reducere udgifterne til behandling af visse sygdomme, men de kan også forøge dem, hvis de giver mulighed for behandling af sygdomme, hvor behandling ikke tidligere har været mulig. Fremskridtene inden for medicinske teknologier og behandlingsformer synes at have været hovedårsagen til udgiftsstigningerne i de seneste årtier. Det er ikke muligt at forudsige den samlede indvirkning af teknologiske fremskridt på de fremtidige udgifter til sundhedspleje. En mere systematisk vurdering af sundhedsinterventioner, behandlingsformer og teknologier kan forbedre beslutningsprocessen for bl.a. at sikre, at stigningen i udgifter kun går til egentlige teknologiske fremskridt, og at mulighederne for besparelser ikke forpasses. En sådan vurdering er afgørende for de tre målsætninger om adgang, kvalitet og holdbarhed.

### (2) Forbedret velvære og patientoplysning

Udgifterne til tilvejebringelse af sundhedspleje og langvarig pleje har tendens til at stige i takt med, at individuelle personer og samfund bliver rigere. Årsagerne hertil er ikke særligt tydelige og omfatter sandsynligvis en blanding af udbud og efterspørgsel. Et aspekt afspejler den positive udvikling, at folk er bedre uddannet og har mere direkte adgang til oplysninger om medicinsk behandling og kvaliteten af pleje. De bliver derfor mere krævende over for professionelle udbydere af plejeydelser og institutioner, der finansierer adgangen til pleje. Større forbrugerbevidsthed forventes at forblive en udgiftsforøgende faktor i fremtiden i lyset af de nuværende tilgange til tilvejebringelse af sundhedspleje.

Det synes også klart, at den fremtidige efterspørgsel efter langvarig pleje vil stige på grund af en kombination af økonomiske og sociale faktorer. Kvinders højere deltagelse på arbejdsmarkedet, større geografisk mobilitet, en mindre andel af personer i den erhvervsaktive alder i forhold til svagelige ældre og ændringer i familiestrukturer som f.eks. skilsmisse kan begrænse mulighederne for traditionel familiepleje.

### (3) Demografisk aldring

Det forhold, at flere og flere mennesker lever længere, er et stort resultat for vore samfund og sundhedsplejesystemer. Den forventede levealder er steget meget i løbet af de sidste 50 år og vil fortsat gøre det i løbet af de kommende årtier. Imidlertid vil demografiske forandringer også udgøre nye udfordringer for vores sundhedssystemer og systemer til langvarig pleje.

Europas befolkning er ældet progressivt som følge af lave fødselstal og en højere forventet levealder. Desuden vil de store generationer, der er født i 1950'erne og 1960'erne, nå alderdommen i løbet af de næste 10-15 år. Antallet af ældre vil således stige betydeligt i løbet af de næste årtier. Antallet af personer på 65 år eller mere i EU's 15 medlemsstater forventes at stige fra 61 millioner i 2000 til ca. 103 millioner i 2050. Antallet af personer på 80 år eller mere i EU's 15 medlemsstater forventes at stige fra knap 14 millioner i 2000 til ca. 38 millioner i 2050. Samtidig forudsiges befolkningen i den erhvervsaktive alder at falde betydeligt (jvf. bilag 1, diagram 1a, 1b og 1c). Disse prognoser, som er udarbejdet af Eurostat, er baseret på konkrete forudsætninger vedrørende bl.a. fertilitetskvotienten. Der findes alternative prognoser, som er baseret på andre forudsætninger og derfor kommer frem til andre størrelser af f.eks. befolkningsgrupper i den erhvervsaktive alder.

Med hensyn til indvirkningen på sundhedsplejesystemer og systemer til langvarig pleje vil den største virkning af den demografiske aldring være forbundet med stigningen i antallet af ældre, der kræver pleje i de kommende årtier. Årsagen er, at de ældre generelt har behov for mere pleje end personer i deres bedste alder på grund af større hyppighed af alvorlige sygdomme. Aldersprofilerne for de offentlige udgifter til sundhedspleje og langvarig pleje viser, at udgifterne er langt højere for de ældre aldersgrupper end de yngre aldersgrupper (jvf. diagram 2a og 2b). Sundhedsplejesystemerne skal også tilpasses de forskellige sygdomsmønstre, der er forbundet med ændringen i patienters aldersprofil – aldersrelaterede sygdomme forventes at blive mere fremherskende. Hvad angår langvarig pleje, er ældres efterspørgsel efter pleje, dvs. hjælp til at udføre opgaver i dagligdagen, ofte mere forbundet med et handicap eller svaghed i alderdommen end med sygdom.

Med hensyn til sundhedspleje forventes stigningen i efterspørgslen dog at blive mildnet af en forbedring i de ældres helbred i fortsættelse af den tendens, der har fulgt de seneste årtiers stigninger i den forventede levealder. Nogle teorier foreslår, at grunden er, at alvorlige sygdomme, som kræver intensive plejehjælp, kun er tilbøjelige til at påvirke personer i slutningen af deres livsforløb, og da livsforløbet forlænges, udskydes behovet for intensiv pleje ligeledes. Der er også grund til optimisme med hensyn til langvarig pleje. I lande med tilgængelige data som f.eks. USA mener man, at invaliditetsgraden blandt ældre vil falde over tid, skønt det ikke nødvendigvis har nogen sammenhæng med forlængelsen af deres livsforløb. På den anden side er meget gamle mennesker ofte svagelige og har behov for langvarig pleje uanset stigningen i den forventede levealder.

Aldring betyder også, at sundhedsydelser og sociale ydelser skal tilpasses nye sygdomsmønstre (stigning i kroniske sygdomme) og nye klientmønstre. Systemerne bør også lægge ny vægt på målsætningen om at sætte de ældre i stand til at leve et aktivt, sundt og uafhængigt liv længere ind i alderdommen. Der er behov for fokus på forebyggende strategier, herunder sund ernæring og fysisk og psykisk aktivitet, og man kan starte med de unges og midaldrendes livsstil.

## Hvordan skal disse udfordringer tages op?: politisk ansvar

Organiseringen og finansieringen af sundhedsplejesystemer er et spørgsmål om national kompetence, og det vil være medlemsstaternes opgave at tilpasse deres vidt forskellige systemer til de ovenfor identificerede fælles udfordringer. Imidlertid er der andre fællesskabspolitikker af betydning for nationale sociale beskyttelsessystemer til sundhedspleje og langvarig pleje:

- Nationale politikker skal overholde reglerne i **Det Indre Marked**, herunder konkurrenceregler og principperne om fri bevægelighed for personer, varer og tjenesteydelser. Europadomstolens retspraksis anerkender<sup>3</sup> medlemsstaternes ansvar for at organisere deres sociale beskyttelsessystemer, men enhver begrænsning i friheden i Det Indre Marked skal begrundes behørigt.<sup>4</sup> Der er i øjeblikket ved at blive nedsat en arbejdsgruppe på højt niveau til undersøgelse af de spørgsmål, der opstår som følge af større patientmobilitet og samspil mellem sundhedssystemerne.
- I overensstemmelse med artikel 152 i EF-traktaten om **folkesundhed** prøver EU at sikre et højt sundhedsniveau. Meddelelsen fra Kommissionen om ”Det Europæiske Fællesskabs strategi på sundhedsområdet”<sup>5</sup> understregede, at sundhedsydelser skal dække befolkningens behov og løse problemer i en sammenhæng præget af udfordringen fra de aldrende befolkninger og stigningen i antallet af nye medicinske teknikker såvel som den mere internationale dimension af sundhedspleje (smitsomme sygdomme, miljø sundhed, personers, tjenesteydelsers og varers større mobilitet).
- EU overvåger ligeledes de **offentlige financers langvarige holdbarhed**. Eftersom sundhedspleje står for en stor del af de offentlige udgifter, er denne sektor af afgørende betydning for implementeringen af anbefalingerne i de overordnede økonomisk-politiske retningslinier og stabilitets- og konvergensprogrammerne.

Således indgår de tre målsætninger om adgang, kvalitet og holdbarhed på nuværende tidspunkt som aspekter i ovennævnte sagsområder på en mere eller mindre fragmenteret måde på EU-niveau. Set ud fra en fælles udveksling vedrørende moderniseringen af social beskyttelse er det vigtigt, at de betragtes som et hele. Adgang til plejeydelser af ringe kvalitet er ikke ønskværdigt; adgang uden økonomisk holdbarhed er ikke mulig; og tilsikring af at kun behandlingsformer af dokumenteret kvalitet modtager offentlig støtte er en vigtig måde, hvorpå man kan opnå økonomisk holdbarhed.

---

<sup>3</sup> Dom af 7. februar 1984, sag 238/82, Duphar m. fl., Sml. 1984, s. 523, punkt 16; dom af 17. juni 1997, sag 70/95, Sodemare m. fl., Sml. I, s. 3395, punkt 27; dom af 28. april 1998, sag 158/96, Kohll, Sml. I, s. 1931, punkt 17.

<sup>4</sup> Sag 157/99, Smits/Peerbooms, og sag 368/98, Vanbraeckel.

<sup>5</sup> KOM (2000) 285 endelig.

### **3. MEDLEMSSTATERNES POLITISKE SVAR PÅ DE FÆLLES UDFORDRINGER**

Som svar på konklusionerne draget af Det Europæiske Råd i Barcelona fremlagde Udvalget for Social Beskyttelse i samarbejde med Udvalget for Økonomisk Politik et spørgeskema for medlemsstaterne med det formål at indsamle oplysninger om den måde, hvorpå de tre målsætninger i rapporten om pejlemærker – adgang, kvalitet og holdbarhed – behandles af medlemsstaterne.

Dette afsnit opsummerer hovedspørgsmålene og de politiske tilgange, der kan udledes af medlemsstaternes besvarelser. En mere detaljeret analyse vil fremgå af et separat arbejdsdokument udarbejdet af Kommissionen.

#### **3.1. Adgang til sundhedspleje**

##### **Mekanismer til sikring af adgang**

Samtlige medlemsstater tilbyder generelle eller næsten generelle rettigheder til sundhedspleje til personer med fast bopæl i deres territorier. Medlemsstaterne kan inddeles i to store grupper efter, hvordan deres systemer er finansieret, og hvordan man bliver berettiget til sundhedspleje. Den ene gruppe finansieres af skatteindtægter, hvor berettigelse er baseret på et kriterium om statsborgerskab eller bopæl. Den anden gruppe kan spore sin oprindelse tilbage til systemer til arbejdssundhedsforsikring for ansatte og deres familie, hvor finansiering primært sker via socialsikringsbidrag, der pålignes lønindkomsten. I praksis er forskellen mellem de to tilgange blevet mindre, da beskæftigelsesbaserede systemer ofte er blevet udvidet gradvist til at omfatte den samlede befolkning, hvor sikringsbidrag spiller en mindre rolle i finansieringen i forhold til skatteindtægter.

De mere eller mindre generelle rettigheder til sundhedspleje i EU betyder, at størstedelen af befolkningen er dækket, selvom dækningen varierer. I de tilfælde, hvor systemet er baseret på arbejdsmarkedsdeltagelse, kan der være en forskel i den måde, hvorpå systemerne behandler forskellige faglige grupper som f.eks. arbejdstagere og selvstændige erhvervsdrivende, men disse forskelle reduceres imidlertid. Mere grundlæggende begrænser systemerne omfanget af dækningen af samtlige udgifter til behandling eller af forskellige former for behandling. Den andel af de samlede sundhedsudgifter, der betales af husstandene, beløber sig således til ca. 20-30% i de fleste medlemsstater.

Medlemsstaterne har på grund af stigende sundhedsudgifter været tilbøjelige til at hæve andelen af de udgifter, der betales af patienterne, enten direkte ved at indføre gebyrer på eller medbetaling for ydelser eller indirekte ved at reducere antallet af ydelser, der dækkes. Nogle lande har således udarbejdet en liste med berettigede behandlingsformer og fastsat betingelserne for gebyrer og/eller refundering. Andre lande igen har defineret kriterier for berettigelse ifølge det ”grundlæggende” niveau for behovet for sundhedspleje, eller også overlader de det til patienterne at betale for plejen og refunderer efterfølgende betalingen. I flere lande opkræves patienterne faste beløb for forskellige sundhedsydelser, mens de i andre lande skal betale forskellen mellem prisen på en ydelse eller et produkt og den tilsvarende faste eller variable sats for refundering. Satserne kan variere efter typen af ydelse (liste med berettigede ydelser) eller efter køberen (f.eks. indkomstniveau, årlige sundhedsudgifter og alder). Supplerende private forsikringer kan dække sådanne

bidrag. Medbetalingens rolle i forbindelse med systemernes holdbarhed beskrives nærmere i afsnit 3.5.

Det forhold, at systemer kræver en vis økonomisk deltagelse, medfører en risiko for, at udsatte grupper ikke har råd til at betale sådanne gebyrer og således ikke er i stand til eller villig til at udnytte adgangen til passende sundhedspleje. Spørgsmålet blev diskuteret i den fælles rapport om social integration, der blev vedtaget i Laeken i december 2001, og det er igen et grundlæggende politisk problem i besvarelserne fra flere medlemsstater, hvor bestemmelser ofte sikrer, at personer, der skal betale særlig høje sundhedsudgifter, får sat en øvre grænse for deres bidrag, eller at personer med lav indkomst betaler en mindre andel af udgifterne til behandling.

Således refererer alle medlemsstater i en eller anden form til solidaritet i deres systemer, som både har til hensigt at sikre, at et dårligt helbred ikke fører til fattigdom, og at en lav indkomst ikke formindsker adgangen til sundhedspleje. Man har desuden anerkendt en yderligere dimension i uligheder på sundhedsområdet for så vidt som det klart fremgår, at medlemmerne i de udsatte grupper sandsynligvis lever et mindre sundt liv.

Nogle lande fokuserer på de ældre som en gruppe, der risikerer ikke at udnytte adgangen til sundhedspleje og forebyggende pleje tilstrækkeligt. Dette kan ske i form af konkrete bestemmelser til sikring af, at sundhedspleje ikke bliver ubetalelig, eller foranstaltninger til sikring af, at ældre benytter sig af lægeydelser på en måde, der afspejler deres behov for sådanne ydelser. Nogle lande tilskynder til regelmæssige besøg hos ældre af sundhedsfagfolk. Dette aspekt er særlig relevant for sikringen af god koordinering af sundhedspleje og langvarig pleje af de ældre.

De nationale besvarelser nævner kun lidt om andre mulige dimensioner af uligheder med hensyn til adgang som f.eks. regionale uligheder. Som svar på spørgsmålet, hvorvidt adgangen til nye behandlingsformer medfører uligheder, anfører medlemsstaterne ingen særlige uligheder, men erkender samtidigt, at forvaltningen af adgangen til sådanne behandlingsformer udgør en vigtig, løbende og – set i lyset af den hastige teknologiske udvikling – stadig stigende udfordring med hensyn til udgiftsstyring.

### **Systemer til overvågning og vurdering**

Flere medlemsstater har fastsat eller foreslået indikatorer til overvågning af adgang. Sådanne indikatorer kan være baseret på mål for udbud som f.eks. antallet af indlæggelsesdage, antallet af særlige interventioner og revalidering efter befolkningskategori. Disse har til formål at måle effektiviteten, manglende levering eller ydelse. Der er ventelister for forskellige behandlingsformer i mange lande, men omfanget varierer meget afhængigt af systemet. Lande med forsikringsbaseret sundhedspleje synes at have færre problemer med ventelister.

### **Udfordringer**

Den demografiske og epidemiologiske udvikling udgør størstedelen af udfordringerne for de eksisterende sundhedsplejesystemer. Systemerne skal tilpasses løbende for at imødekomme den forudsatte efterspørgsel efter pleje og for at tage hensyn til teknologiske og medicinske fremskridt. Andre vigtige udfordringer er at:

- gennemgå nye behandlingsformer og medicin, der tilbydes eller er refunderbare
- afkorte ventetiden for ikke-akut hospitalspleje
- etablere flere og nye typer sundhedsplejeydelser, som dækker de særlige sygdomsmønstre, der er forbundet med aldring, og som kan bidrage til at bevare de ældres uafhængighed
- udvikle forebyggende strategier, der har til formål at sætte de ældre i stand til at leve et aktivt, sundt og uafhængigt liv længere ind i alderdommen
- sikre tilgængeligheden af tilstrækkeligt og passende uddannet lægepersonale

### **Planlagte politikændringer**

Medlemsstaterne prioriterer følgende:

- forbedre adgangen for visse befolkningskategorier (selvstændige erhvervsdrivende, de ældre, personer med lav indkomst)
- øge adgangshastigheden (forkorte ventetider)
- gennemgå fordelingen af passende sundhedsplejeydelser på tværs af landet (byområder/landområder, velstående/fattige regioner)
- forbedre ansættelsen og efteruddannelsen af uddannet personale (læger, sygeplejersker og andet personale) set i lyset af aldringen af det nuværende personale, svære arbejdsbetingelser og personalemangel

Med hensyn til de ældres særlige sundhedsbehov fremhæves følgende:

- behovet for at tilbyde alternative geriatriske eller postakutte faciliteter til revalidering uden for hospitalerne for at frigive plads på hospitalerne og for at gøre det muligt for de ældre at leve et aktivt og uafhængigt liv så længe som muligt
- etablering eller genaktivering af kommunale sundhedscentre for at fremme adgangen til pleje og rigtig behandling ved hjælp af en tværfaglig tilgang

Generelt anerkender medlemsstaterne, at den aldrende befolkning vil medføre nye problemer og udfordringer, hvis man skal opretholde de generelle og omfattende former for adgang, som borgerne er blevet vant til. Ikke desto mindre giver flere medlemsstater udtryk for, at dette meget grundlæggende formål med systemerne skal bibeholdes til trods for stigende udgifter, mens andre henviser til et forslag om yderligere finjusteringer og forbedringer af deres adgangsmekanismer. Medlemsstaterne forventes således i fremtiden at skulle lægge mere vægt på politikker til forøgelse af omkostningseffektiviteten og effektiviteten som nævnt i afsnit 3.5.

### 3.2. Adgang til langvarig pleje

I modsætning til sundhedspleje er behovet for langvarig pleje først nu ved at vinde anerkendelse som en større social risiko, der skal dækkes af sociale beskyttelsessystemer. Den langvarige pleje består af hjælp til personer, der ikke kan klare sig alene og derfor er afhængige af hjælp fra andre i dagligdagen. Deres behov for hjælp spænder fra større mobilitet, indkøb, madlavning og andre opgaver i hjemmet til vaskning og hjælp til spisning i de sværeste tilfælde. Det kræver ikke nødvendigvis lægelige kvalifikationer at yde sådan langvarig pleje. Denne type pleje overlades derfor ofte til familien, normalt ægtefæller og børn, som fortsat er dem, der yder størstedelen af den langvarige pleje.

På grund af årsagerne nævnt i afsnit 2(2) kan familien ikke længere forventes at yde pleje i samme udstrækning som tidligere. En større andel af svagelige ældre er derfor afhængige af uddannet plejepersonale, der kan yde pleje i de ældres hjem eller i specialinstitutioner. Udgifterne til langvarig pleje overstiger ligesom udgifterne til lægebehandling ofte den plejekrævende persons nuværende indkomst, og denne persons formue kan hurtigt blive spist op. Behovet for langvarig pleje udgør derfor en stor social risiko, og der er helt klart et behov for sociale beskyttelsesmekanismer.

Sådanne sociale beskyttelsesmekanismer har mange forskellige udformninger i medlemsstaterne. I nogle lande fortsætter familien med at være ansvarlig for plejen eller betalingen herfor. Offentlig støtte i form af socialhjælp gennem sociale ydelser eller anbringelse i en plejehøj er kun mulig, hvis der ingen sådan familiestøtte findes. Når den plejekrævende person er død, kan udgifterne til pleje med offentlig støtte dækkes af dødsboet. Dette er den mest basale form for social beskyttelse, som kræver, at familien løber det meste af risikoen ved langvarig pleje, og der skrives kun ind, hvis familien ikke længere er i stand til at yde pleje. I andre lande har børn ingen juridiske forpligtelser over for deres forældre, men der kan stadig være en risiko for især individuelle personer, som skal betale for pleje ud af deres indkomst og formue.

Et stadigt større antal lande sigter mod en bredere deling af risici. Dette kan opnås gennem direkte tilvejebringelse af plejeydelser i hjemmet eller i institutioner eller gennem forsikringsmekanismer. Ansvar for en sådan offentlig tilvejebringelse ligger normalt hos kommunerne – ofte i samarbejde med almennyttige organisationer. Alternativet til risikodeling er et forsikringsystem. I nogle tilfælde dækkes behovet for langvarig pleje af lovpligtige sundhedsforsikringsordninger; nogle lande har for nylig indført forsikring til dækning af langvarig pleje som en ny gren i deres sociale beskyttelsessystem. Finansieringen af direkte tilvejebringelse af plejeydelser sker typisk over skatten, mens forsikringsbaserede systemer oftest er finansieret gennem sociale sikringsbidrag. Dog er der mindst et land, der anvender arveafgiften til finansiering. Dette synes rimeligt så længe, at deling af udgifterne til langvarig pleje ikke medfører, at børnene må give afkald på en betydelig del af deres arv.

Langvarig pleje kan ydes på forskellig vis. Udover støtte fra familien kan professionel pleje ydes i hjemmet, daginstitutioner, specialinstitutioner inden for langvarig pleje eller på hospitalet. De sociale beskyttelsesmekanismer vil have indvirkning på, hvordan pleje ydes. Hvis støtten til langvarig pleje i institutionerne er større end til plejen i hjemmet, vil et større antal personer sandsynligvis bo i institutionerne.

Nogle medlemsstater har forsøgt med beskyttelsessystemer, der er neutrale med hensyn til den måde, hvorpå plejen ydes. Dette kræver især støtte til uformelle plejere. Personer med behov for pleje har valget mellem naturalydelse eller kontantstøtte, der kan bruges på familiemedlemmer, der yder pleje. Man kan ligeledes tilskynde til uformel pleje gennem skattefordele, berettigelse til pension og social sikring for personer, der yder uformel pleje, uddannelse, ret til arbejdsorlov til pleje af familiemedlem, vikarer for plejere i hvileperioder og tilvejebringelse af dagcentre, således at plejepersonale kan aflastes. Uformelle plejeres rettigheder og pligter kan også være kontraktligt fastsat. Støtten til uformelle plejere har den fordel, at den er omkostningseffektiv (den godtgørelse, der betales til uformelle plejere, er typisk lavere end udgiften til uddannet plejepersonale), og at pleje kan ydes af en betroet og bekendt person. Derudover kan den plejkrævende person forblive i hjemmet.

Alle lande har en infrastruktur til professionel langvarig pleje, men vigtigheden af sådanne institutioner afhænger af familiens rolle, sociale beskyttelsesmekanismer og udbuddet af plejeydelser og -faciliteter. Mangel på faciliteter og ydelser kan betyde, at plejkrævende personer må blive længere tid på hospitalet eller i familiemedlemmers pleje.

### **Udfordringer**

Sociale beskyttelsesmekanismer til sikring af adgang til langvarig pleje er et ret nyt fænomen i mange medlemsstater og mangler endnu at blive videreudviklet i forhold til sociale hjælpemekanismer i andre medlemsstater. Eftersom efterspørgslen efter langvarig pleje stiger, kan der være mangel på uddannet personale.

Personalemangel kan til dels også forklare manglen på kapacitet inden for langvarig pleje i institutioner, hvilket medfører, at de ældre optager senge til akut pleje på hospitalerne i længere tid end nødvendigt. Pleje i institutioner er særdeles vigtig for personer, der lider af Alzheimers syge og andre former for demens, og som kræver intensiv pleje og fortsat overvågning.

Behovet for koordinering af forskellige udbydere af pleje udgør en anden udfordring. Plejkrævende personer har normalt behov for medicinsk og ikke-medicinsk hjælp, som kræver god koordinering mellem familie, uddannet plejepersonale og lægepersonale. Det kan være nyttigt at udpege en koordinator, der også kan have det overordnede ansvar for styringen af udgifterne til forskellige former for pleje.

### **Planlagte politikændringer**

I flere medlemsstater er den vigtigste prioritering at implementere de store politikændringer, der er indført for nylig. Andre igen planlægger nye foranstaltninger, især for at give bedre støtte til pleje i hjemmet. Nogle lande planlægger nye strukturer med det formål at tilbyde integreret og fortsat pleje. Dette betyder, at man skal tage fat på de komplicerede behov for sundhedspleje og social støtte til personer, der ikke kan klare sig alene på grund af kronisk sygdom.

### **3.3. Kvalitet – sundhedspleje**

Sikring af kvalitet i organiseringen og ydelsen af sundhedspleje og langvarig pleje er en vigtig politisk sag i samtlige medlemsstater.

Det synes nyttigt at skelne mellem forskellige sammenhænge, hvor kvalitetskriterier indføres. For det første er der strukturelle kvalitetskriterier, der refererer til måden hvorpå en ydelse bemandes og udstyres, og hvilke tilfælde, der behandles. Proceskvalitetskriterier refererer til driften af ydelsen, og udførelsen af konkrete interventioner. Endelig søger resultatkriterier at måle kvaliteten af ydelsen ved at se på resultatet af konkret intervention – f.eks. på langvarige overlevelsesprocenter eller komplikationer.

Næsten alle medlemsstater har udviklet *strukturelle kvalitetskriterier* vedrørende indlagte patienter, f.eks. for hospitaler. Disse dækker bl.a. personale (bemanding, uddannelse og erfaring), udstyr, antal tilfælde, bygningsstandarder m.v. Disse standarder er normalt bindende og fastlagt af offentlige organer eller udbydere af social sikring. I sektoren for ambulante patienter synes det imidlertid at være sværere at fastlægge strukturelle standarder. Generelt dækker de kun basale krav som f.eks. formelle uddannelseskrav for lægepersonale.

Situationen med *proceskvalitetskriterier* er mere nuanceret. Mens mange sundhedsfagfolk ville anse det for fast praksis at følge standarder og retningslinjer fastlagt af lægeforeninger og andre formelle organer, halter udviklingen af formelle retningslinier for behandlingsformer og fremgangsmåder bagefter. Medlemsstaterne gør dog en stor indsats på dette område og gør store fremskridt især med hensyn til pleje af indlagte patienter.

På dette område varierer graden af formalitet for anvendelsen af standarder meget. I mange tilfælde fastlægger staten i f.eks. Danmark og Sverige juridiske rammer eller udsteder anbefalinger til brug for udviklingen af mere konkrete retningslinier på kommunalt og regionalt plan, for sundhedsinstitutioner eller sociale sikringsinstitutioner, lægeforeninger eller andre organer.

Nogle retningslinier og standarder indføres på frivillig basis ved hjælp af pilotprojekter, generelle anbefalinger eller økonomiske incitament. Generelt kan det nationale sundhedsvæsen som f.eks. i Det Forenede Kongerige indføre mere bindende standarder ved at benytte sig af centrale lovgivningsmæssige midler, der står til dets rådighed, eller benytte sig af sanktioner for at sikre overholdelse af standarderne. Det er klart, at anvendelsen af kvalitetsstandarder for klinisk praksis er et afgørende element i en kvalitetspolitik for sundhedspleje. Dette har man stræbt efter i mange medlemsstater. Overvågning af proceskvaliteten i medlemsstaterne på en sammenlignelig måde vil kræve, at produktionen i sundhedssystemet beskrives systematisk ved hjælp af de medicinske indgreb, der foretages, og de sygdomme, der behandles, og disse kombinationer af sygdom og indgreb skal kædes sammen med en kvalitetsvurdering. Indsatsen i denne henseende er på nuværende tidspunkt ikke særlig langt fremme.

En systematisk tilgang til en vurdering af sundhedsmæssige *resultater* som en del af en kvalitetsdagsorden eksisterer kun i nogle medlemsstater. Sundhedsmæssige resultater kan i princippet være en god måde at måle kvaliteten af intervention på, men der er en del praktiske problemer. Disse omfatter knappe eller upålidelige data samt politiske problemer med at inddrage regeringen i et område, der anses for at være en kernekompetence i lægeerhvervene. Nogle få lande som f.eks. Det Forenede Kongerige rangordner hospitaler efter kvaliteten af de ydelser, de tilbyder.

Den stigende interesse for kvalitetsspørgsmål har foranlediget mange medlemsstater til at etablere specialinstitutioner eller organer med ansvar for at fremme kvalitetsarbejde, foretage vurderinger, udvikle retningslinier eller godkendelsessystemer. Nu findes der centrale organer i næsten samtlige medlemsstater.

Staten kan ofte kun fastlægge de juridiske rammer, som så skal implementeres på regionalt eller kommunalt niveau. Fokuseringen på patienternes rolle er en bemærkelsesværdig tendens i medlemsstaternes besvarelser. I næsten alle lande har man bestræbt sig på at introducere foranstaltninger til sikring af patientrettigheder – særligt i hospitalssektoren. Det at sætte patienter i stand til at træffe velovervejede beslutninger, tilbyde tilstrækkelige oplysninger om og gennemsigtighed i sundhedsydelser, behandlingsmuligheder og adgang til lægejournaler er i denne sammenhæng vigtige forhold. F.eks. har Østrig, Finland og Danmark indført konkret lovgivning for patienters rettigheder.

Endelig er det af afgørende betydning at forstå, hvordan overvejelser om adgang og kvalitet hænger sammen. Mangel på adgang og uligheder i adgangen til sundhedsydelser er ligeledes et vigtigt kvalitetsspørgsmål, og det er afgørende, at man tager hensyn til adgang og ret og rimelighed, når man udvikler kvalitetsstandarder. At tage disse udfordringer op kræver handling på tværs af forskellige politiske områder.

### **3.4. Kvalitet – langvarig pleje**

Størstedelen af medlemsstaterne har nationale kvalitetsstandarder for plejen af de ældre. Der er dog forskelle med hensyn til, hvorvidt de er juridisk bindende eller bare er anbefalinger. Desuden kan man af en række besvarelser af spørgeskemaet udlede, at sektoren for langvarig pleje sammenlignet med sundhedspleje virker på en meget decentral måde, og at regionale og kommunale myndigheder har en stor grad af handlefrihed i de standarder, de anvender. Det er imidlertid interessant at se, at Det Forenede Kongerige har ført dette ansvar tilbage på nationalt niveau ved at oprette et uafhængigt nationalt organ, National Care Standards Commission (NCSS), til regulering af socialpleje og uafhængige sundhedsplejeydelser. Formålet med denne nye ordning er at højne kvaliteten af ydelser og hæve niveauet for beskyttelse af udsatte grupper, mens man samtidig sikrer og opretholder hjem for de ældre af god kvalitet.

Der synes at være problemer forbundet med decentraliseringen i flere medlemsstater; f.eks. er programmerne dårligt målrettede med skæv overvågning og mangel på kvalitetsforbedrende initiativer.

Med hensyn til pleje i institutioner har de fleste medlemsstater fastlagt strukturelle kvalitetskriterier for f.eks. personalekvalifikationer og bygningsstandarder. I bl.a. Belgien og Tyskland er overholdelse af sådanne standarder en betingelse for refundering fra det sociale sikringssystem.

Nogle lande, bl.a. Frankrig, har også fastlagt proceskvalitetskriterier for institutioner. Denne kvalitetstilgang til pleje i institutioner omfatter specifikke kvalitetsmål og udarbejdelse af en ”facilitetsstrategi” med reference til specifikationer, der fastlægger målsætninger for de vigtigste kvalitetskriterier.

Andre lande som f.eks. Italien henviser til manglen på standardiserede systemer til sikring af et minimumsniveau af pleje som en fundamental udfordring til systemet for langvarig pleje.

Størstedelen af medlemsstaterne har i deres besvarelse givet udtryk for, at der er mangel på standarder for pleje i hjemmet. Belgien har gennemført nogle forsøgsordninger med kvalitetsstandarder, og Danmark har indført et kommunalt kvalitetssikringssystem. Frankrig har etableret en "hjemmeservicestandard", som har til formål at sikre ydelser af god kvalitet. Frankrig er også i færd med at etablere en ekstern organisation, som skal sørge for, at disse standarder overholdes. Med hensyn til uddannelse af uformelle plejere har Østrig en lovgivning for uddannelse af plejere af de ældre, herunder hjemmehjælpere.

Efterspørgslen efter hjemmepleje er samtidigt steget på grund af den demografiske udvikling, og denne er i stigende grad blevet dækket via sociale sikringssystemer. Som tidligere nævnt bliver pleje af de ældre i Grækenland betragtet som en sag for familien. Men i takt med ændrede familiestrukturer er Grækenland mere opmærksom på udviklingen af hjemmeplejeprogrammer.

Flertallet af medlemsstaterne siger, at modtagernes rettigheder er dækket af kvalitetskriterierne eller beskyttelsen af patientrettigheder, mens der i nogle tilfælde er specifikke love, der har til hensigt at fremme bruger-/klientrettigheder.

En række medlemsstater, herunder Finland, Det Forenede Kongerige og Sverige, har identificeret personalemangel, høj omsætning og stigende arbejdspress som indsatsområder i denne sektor. Flere lande siger, at de demografiske forandringer blandt den ældre befolkning kræver en stigning i uddannet personale på området såvel som nye metoder for at forøge fagets tiltrækning.

Der skal også tages foranstaltninger til at mindske arbejdsrelateret træthed blandt personalet i institutioner. Sverige, som har problemer med ansættelse af sundhedsplejepersonale, har taget fat på lønforhøjelser, højere personaletæthed, programmer for "uddannelse på jobbet" og forbedring af arbejdsmiljø for personale beskæftiget med langvarig pleje.

Nogle medlemsstater bemærker, at der er mangel på tilstrækkelige kvalitetsindikatorer og kontrolforanstaltninger, og ser udviklingen af sådanne som en umiddelbar udfordring. For at tage fat på nogle af spørgsmålene vil Belgien indføre en ny politik for de ældre i 2003, herunder redskaber til vurdering af de ældres plejebehov, som også vil fungere som redskaber til overvågning og vurdering af plejeresultater. Danmark har til hensigt at udvikle en generel model for bedre praksis, opfølgingsprocedurer og forankring af kvalitetsstandarder i kommunerne.

### **3.5. Økonomisk holdbarhed – sundhedspleje**

#### **Finansieringsstrukturerne for sundhedsplejesystemer i EU**

Måden, hvorpå sundhedsplejesystemer er finansieret i EU, varierer meget fra medlemsstat til medlemsstat – og følger hovedsageligt de forskellige modeller, der er anvendt til at strukturere sundhedsplejesystemerne. Sundhedsplejesystemerne i EU har generelt tendens til at være blandede systemer omfattende statslig finansiering (overvejende del) med et element af privat finansiering. De fleste systemer omfatter

(tvungen) sygeforsikring og er næsten alle på en eller anden vis finansieret direkte over skatten. Ofte skaffes ressourcerne til finansiering af sundhedsplejesystemerne på regionalt niveau. Alle systemer har et element af brugerbetaling for patienter, som bidrager til finansieringen af den offentlige sundhedspleje – dens primære rolle er dog ofte at forsøge at styre efterspørgslen efter sundhedsplejeprodukter og -ydelser.

### **Fælles udfordringer for den økonomiske holdbarhed af offentlige sundhedsplejesystemer**

Medlemsstaterne har skitseret en række udfordringer, som deres systemer står over for med hensyn til at sikre den økonomiske holdbarhed i de offentlige sundhedsplejesystemer. Til trods for forskellene mellem systemerne i EU er det muligt at udpege nogle fælles udfordringer.

Medlemsstaterne har fremhævet hovedudviklingen i samfundet (allerede beskrevet i afsnit 2) med hensyn til *langsigtede udfordringer* for den økonomiske holdbarhed af sundhedsplejesystemerne:

- Et betydeligt pres på sundhedssystemet, både fra fagfolk og fra patienter, efter *større udbredelse af ny og dyr medicinsk teknologi*
- *De langsigtede tendenser blandt befolkningen til større forbrug efterhånden som den bliver mere velstående*, hvilket er en kilde til højere udgifter i sundhedssystemerne
- Demografiske forandringer forbundet med *aldrende befolkninger*

I deres besvarelse af spørgeskemaet har medlemsstaterne anført nedenstående presserende *kortsigtede udfordringer* for økonomisk styring i de offentlige sundhedsplejesystemer:

- Behovet for at mindske det *overforbrug* af sundhedsplejeprodukter og sundhedsydelser, der ikke forbedrer de sundhedsmæssige resultater
- Der er i nogle medlemsstater et presserende behov for at se på umiddelbare *udgiftsoverskridelser*, der bringer den økonomiske balance i sygeforsikringsmidler i fare og/eller gør den overordnede styring af offentlige finanser temmelig besværlig
- I andre medlemsstater er presset ganske anderledes og mere rettet mod behovet for at *øge udbuddet af ydelser* f.eks. ved at reducere ventetider men uden at sætte den økonomiske styring af systemet på spil

På grund af disse kort- og langsigtede tendenser for den økonomiske holdbarhed af deres sundhedssystemer peger mange af medlemsstaterne på de udfordringer, de står over for med hensyn til at gentilpasse deres sundhedssystemer. De peger f.eks. på følgende udfordringer:

- Nye måder, hvorpå ressourcer kan udnyttes mere effektivt
- Mere aktiv inddragelse af læger og sundhedsfagfolk i forvaltningen af ressourcer

## Seneste udvikling i udgifterne til sundhedspleje

I mange af medlemsstaternes besvarelser af spørgeskemaet fra Udvalget for Økonomisk Politik/Udvalget for Social Beskyttelse kommenteres den seneste udvikling i udgifterne til sundhedspleje, men de anfører ikke systematisk kvantitative indikationer af udviklingen på det overordnede niveau for udgifterne til sundhedspleje. Desuden er de anførte oplysninger om udgifter ikke nødvendigvis ensartede eller sammenlignelige på tværs af medlemsstater. Derfor kan oplysningerne ikke uden videre bruges til sammenligning af udgifterne til sundhedsplejesystemer i EU. Bilag 4 (tabel 4) indeholder i stedet de seneste oplysninger fra OECD's sundhedsdatabase.

Besvarelserne tillader dog nogen kvalitativ sammenligning – med forbehold af de begrænsninger, der følger af ovenfor nævnte manglende overensstemmelse og sammenlignelighed. Ud fra disse oplysninger at dømme synes medlemsstaterne at være forskellige, både hvad angår den seneste udvikling i udgifterne til sundhedspleje og deres besvarelser:

- I en række medlemsstater giver den store stigning i udgifterne anledning til bekymring, idet de offentlige udgifter ofte stiger hurtigere end BNP, og sundhedssektoren således udvides som en andel af BNP. Dette omfatter lande som Belgien, Tyskland, Frankrig, Italien, Luxembourg og Portugal. Ofte giver udgiftsoverskridelser i sundhedssektoren anledning til bekymring for den mere generelle styring af de offentlige finanser. Disse overskridelser fortsætter i nogle medlemsstater til trods for, at der eksisterer adskillige mekanismer til udgiftsstyring. Det bør dog bemærkes, at høj vækst i udgifterne i lande som f.eks. Portugal og Italien finder sted i lyset af forholdsvis lave overordnede offentlige udgifter til sundhedspleje.
- Væksten i udgifterne har ligeledes være høj i andre medlemsstater, men det har været som følge af *eksplicite politiske foranstaltninger til at målrette flere ressourcer til sundhedssektoren* med det formål at forbedre kvaliteten af pleje. Denne gruppe omfatter Danmark, Irland og Det Forenede Kongerige.
- I en tredje gruppe tyder besvarelserne på, at *udgiftsniveauet er forholdsvis stabilt*, og derfor er en begrænsning af udgifterne ikke en umiddelbar udfordring – dette er tilfældet i Spanien, hvor deres politikker mere fokuserer på at forbedre styringen og effektiviteten i det nationale sundhedsvæsen.

Mange medlemsstater har fremhævet de stærkt stigende priser på medicin som en af hovedårsagerne til den kraftige vækst i udgifterne.

## Den langsigtede økonomiske holdbarhed af den offentlige sundhedspleje

Igen er ikke alle medlemsstater fremkommet med kvantitative oplysninger om den forventede udvikling i udgifterne til sundhedspleje på lang sigt. I de tilfælde, hvor kvantitative estimater er anført, har medlemsstaterne ofte angivet et sammendrag af de prognoser, der er udarbejdet i regi af Udvalget for Økonomisk Politik i 2001<sup>6</sup>. Nogle lande anfører også oplysninger baseret på andre langsigtede prognoser, herunder Belgien, Spanien og Finland. I de fleste tilfælde viser andre nationale prognoser langsigtede stigninger i udgifterne til sundhedspleje, der er højere end prognoserne udarbejdet af Udvalget for Økonomisk Politik. Dette kommer ikke som nogen overraskelse, eftersom udvalgets estimater har haft til formål kun at måle effekten af demografiske forandringer under forudsætning af, at andre udgiftsforøgende faktorer er neutrale. Det kan imidlertid forventes, at disse andre faktorer, herunder især udbredelsen af ny og dyr medicinsk teknologi, vil medføre et yderligere opadgående pres på det overordnede udgiftsniveau. Bilag 1 (tabel 3) er et sammendrag af prognoserne udarbejdet i regi af Udvalget for Økonomisk Politik. Sådanne langsigtede prognoser skal dog fortolkes med forsigtighed som bemærket i udvalgets rapport.

Prognoserne udarbejdet i regi af Udvalget for Økonomisk Politik samt de ovenfor nævnte nationale prognoser tyder på, at fremtidige stigninger i udgifterne til sundhedspleje og langvarig pleje kan være store og derved medføre en stor ekstra byrde for de offentlige finanser på lang sigt. Udvalgets prognoser for de offentlige udgifter til sundhedspleje viser, at effekten af demografiske forandringer i løbet af en 50-årig periode vil være i niveauet 0,7-2,3 procentpoint af BNP i løbet af den 50-årige prognoseperiode. Nogle medlemsstater (f.eks. Tyskland og Irland) forventer en stigning på ca. 2 procentpoint af BNP i løbet af prognoseperioden. (Østrig har revideret sine prognoser i 2002. De reviderede prognoser fremgår af en note efter tabel 3.)

Samlet set kan der således forventes et yderligere pres i det lange løb på udgifterne i sundhedssektoren. Nogle medlemsstater peger på, at der vil være et behov for eksplicite politiske foranstaltninger til at forberede sig på de økonomiske konsekvenser i det lange løb af en aldrende befolkning – især set i lyset af de forventede stigninger i andre aldersrelaterede udgifter som f.eks. pensioner.

### Mekanismer til udgiftsstyring

Generelt har besvarelserne af spørgeskemaet givet mange kvalitative oplysninger om foranstaltninger til udgiftsstyring i medlemsstaterne. Men de angiver dog ikke altid, hvilke foranstaltninger der er effektive. Nedenfor følger en generel oversigt over de typer foranstaltninger, der er taget i forskellige medlemsstater, baseret på en klassifikation anvendt af OECD.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Rapport udarbejdet af Udvalget for Økonomisk Politik om budgetudfordringer som følge af aldrende befolkninger: indvirkning på offentlige udgifter til pensioner, sundhedspleje og langvarig pleje for de ældre og mulige indikatorer af de offentlige finansers langvarige holdbarhed. [http://europa.eu.int/comm/economy\\_finance/epc/epc\\_ageing\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc/epc_ageing_en.htm)

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

(1) Foranstaltninger til flytning af udgifter til forbrugerne

Næsten samtlige medlemsstater har en eller anden form for brugerbetaling for sundhedsplejeprodukter og -ydelser. Gebyrerne kan inkludere bidrag til dækning af udgifterne til hospitalsophold eller lægebesøg, men som oftest drejer det sig om bidrag til køb af ordineret medicin. Disse foranstaltninger har to formål: For det første skal de flytte finansieringsbyrden fra de offentlige finanser til private kilder – denne begrundelse synes f.eks. at have været dominerende i stigningen i brugerbetalinger op gennem 1990'erne i Finland – og for det andet har de til hensigt at bidrage til styringen af forbrugerefterspørgslen efter ydelser og derved indirekte reducere de offentlige (såvel som de samlede) udgifter. Brugerbetalinger vil imidlertid ikke spille en rolle i styringen af forbrugerefterspørgslen, hvis de refunderes af supplerende sygeforsikring.

(2) Pris- og mængdestyring af både udbud og efterspørgsel

Nogle medlemsstater har nationale aftaler til fastsættelse af priser mellem udbydere af sundhedsplejeprodukter og -ydelser (f.eks. producenter eller organisationer, der repræsenterer sundhedsfagfolk) og de finansierende parter. Sådanne aftaler eksisterer bl.a. i Belgien og Spanien. I næsten alle medlemsstater eksisterer der særlige aftaler, der dækker lægemidler. Aftalerne fastsætter ofte priserne på lægemidler, kræver anvendelse af generiske produkter i stedet for mærkevarer, og i nogle tilfælde omfatter de desuden et maksimumniveau for de samlede udgifter til disse produkter (f.eks. i Spanien).

I nogle lande er der direkte hindringer for adgangen til nogle sundhedsplejeydelser. I bl.a. Det Forenede Kongerige, Nederlandene, Finland og Danmark kræver adgangen til visse speciallæger en henvisning fra en praktiserende læge. Erfaringer viser, at denne mekanisme er effektiv i styringen af udgifterne til sundhedspleje.

(3) Reforme til fremme af effektiv udnyttelse af ressourcer

I nogle tilfælde pålægger de finansierende parter direkte oppefra-og-ned-styring af udgifterne, hvilket omfatter faste budgetter for regionale sundhedsstyrelser eller for hospitaler; dette er tilfældet i bl.a. Grækenland, Italien og Portugal. Sundhedssystemerne i EU benytter sig i stigende grad af kontrakter mellem købere af sundhedspleje (enten den finansierende part eller tredjemand som f.eks. forsikringsselskaber) og udbydere af sundhedsydelser for at sikre en mere effektiv udnyttelse af de økonomiske ressourcer. Nogle gange betyder disse kontrakter, at udgiftsoverskridelser skal dækkes af det følgende års budget, hvilket er tilfældet for hospitaler i Belgien og sundhedsstyrelser i Irland. Fremgangsmåden synes at være ganske effektiv. I andre lande hænger tildelingen af økonomiske ressourcer mere og mere sammen med præstationsmål eller med hospitalers case-mix. Disse foranstaltninger synes også at være ganske effektive, når det drejer sig om effektivitetsforbedringer; dette har været tilfældet i Østrig, hvor indførelsen af sådanne kontrakter har medført et stort fald i gennemsnitslængden af hospitalsindlæggelser.

I andre lande, bl.a. Spanien og Portugal, vil ydelserne i det offentlige sundhedssystem i højere grad blive tilbudt af private. Spanien er en af de medlemsstater, der i størst omfang har introduceret markedsmekanismer i sundhedssektoren.

### **3.6. Økonomisk holdbarhed – langvarig pleje**

#### **Finansieringsstrukturen for langvarig pleje i EU**

Finansieringen af systemer til langvarig pleje i EU er endnu sværere at kategorisere end finansieringen af sundhedssystemer. Årsagen hertil er, at finansieringen af langvarig pleje ofte fordeles mellem flere forskellige offentlige strukturer og budgetter og i de fleste tilfælde mellem et sundhedsbudget og et budget for sociale ydelser. Desuden er det ofte svært at skelne mellem langvarig pleje, der ydes inden for sundhedssystemet, og mere traditionelle sundhedsinterventioner. Endelig gives sociale ydelser til langvarig pleje ofte på kommunalt plan – hvilket er årsagen til, at det nogle gange er svært at påpege nationale tendenser. I nogle medlemsstater findes der forsikringssystemer for omsorg, mens sådanne systemer er under udvikling i andre lande.

#### **Udfordringer**

Medlemsstaterne har i deres besvarelser af spørgeskemaet fremhævet aldring som den mest almindelige udfordring for finansieringen af langvarig pleje. For det første så vil aldringen medføre en meget stor stigning i antallet af ældre og meget ældre personer. For det andet er langvarig pleje en særdeles arbejdsintensiv proces. Det konstateres i nogle medlemsstater, at denne sektor forventes at blive ramt af akut mangel på arbejdskraft (også i forhold til aldringen af befolkningen), hvilket i sig selv også vil medføre større lønudgifter. I den tyske rapport bemærkes det, at presset fra den aldrende befolkning på systemerne til langvarig pleje for en stor dels vedkommende vil forstærkes af den kraftige stigning i antallet af kroniske lidelser som f.eks. demens, der ikke nødvendigvis kræver meget, hvad angår traditionelle sundhedsplejemæssige interventioner, men som er en tung byrde i plejemæssig henseende.

Foruden befolkningens aldring anfører både den danske og tyske rapport, at en fortsættelse af den hidtidige udvikling kan medføre en stigning i efterspørgslen efter formelle plejeydelser som følge af en reduktion af udbuddet af uformelle plejeydelser på grund af samfundsmæssige ændringer.

Portugal og Italien henviser til en række udfordringer, som landene står overfor i forbindelse med etableringen af et sammenhængende system til pleje af ældre. En af de vigtigste udfordringer er at tilbyde patienter integrerede løsninger, der dækker alle fornødne plejeydelser, herunder sundhedspleje. En anden udfordring er at udvikle udbuddet af plejeydelser i de ældres hjem, hvilket falder mere i tråd med de ældres ønsker og er mere omkostningseffektivt.

#### **Den seneste udvikling i udgifterne**

Tallene i de nationale rapporter er noget forskellige i denne henseende, hvilket til dels afspejler vanskeligheden med at kvantificere udgifterne til langvarige plejeydelser, der finansieres over flere forskellige budgetter. Blandt de medlemsstater, der offentliggør kvantitative oplysninger, er det vanskeligt at udlede en klar tendens på tværs af landegrænserne. I Danmark er de ressourcer, der anvendes i sektoren, steget i faste priser, men dog ikke så meget som væksten i BNP i faste priser. Denne forøgelse af udgifterne er et resultat af en stigning i antallet af ældre samt en stigning i udgifterne pr. person. Stigningen i udgifter har også været

betydelig i Spanien, hvor de autonome regioner anvender flere og flere ressourcer på langvarig pleje, og i Luxembourg, hvor omsorgsforsikring stadig er i sin vorden.

### **Langsigtede udgiftsprognoser**

Oplysningerne i de langsigtede prognoser for udgifterne til langvarig pleje er også meget uensartede. Blandt de medlemsstater, der offentliggør sådanne oplysninger, er prognoserne i bund og grund baseret på dem, der er udarbejdet sammen med Udvalget for Økonomisk Politik. Der er flere oplysninger i bilag 1 (tabel 3).

### **Mekanismer til udgiftsstyring**

I nogle medlemsstater er en integreret politik for langvarig pleje stadig under udvikling. Der er som sådan endnu ikke behov for eksplicite tiltag for at styre udgifterne – dette er f.eks. tilfældet i Belgien.

I Frankrig og Portugal sker den økonomiske tildeling på baggrund af nationale planer og målsætninger. I Frankrig er målsætningerne integreret med dem, der som helhed fastsættes for sundhedspleje. Disse tildelinger og målsætninger fastsættes med det formål at begrænse udgifterne à priori, men i rapporterne anføres det ikke, hvorvidt de kan anvendes til at styre udgifterne. I Tyskland ligger ansvaret for udgiftsstyringen til en vis grad hos fonden for sygeforsikring.

I nogle lande fastsættes de ydelser, der skal gives, på forhånd – hvilket således til en vis grad begrænser muligheden for en forøgelse af udgifterne. I Østrig fastsættes de ved lov, mens de i Danmark og Luxembourg afhænger af en individuel behovsbaseret plejeplan. I Irland forsøger man med hjemmepleje, hvilket koster mindre og normalt falder mere i tråd med de ældres ønsker.

I Frankrig holder man styr på udgifterne ved hjælp af brugerbetaling, hvis størrelse er afhængig af de ældres økonomiske midler (herunder de netop indførte sociale ydelser til at kunne klare sig selv).

## **4. KONKLUSIONER**

Besvarelserne fra medlemsstaterne bekræfter anvendeligheden af de tre brede målsætninger om adgang, kvalitet og holdbarhed som grundlag for at se nærmere på politikker for sundhedspleje og langvarig pleje for ældre. Alle medlemsstater prøver at finde den bedste balance mellem disse tre mål: hvordan rejser man midler nok til at sikre en passende pleje til alle af høj kvalitet, og hvordan giver man ydelser på en mere omkostningseffektiv måde?

Medlemsstaternes besvarelser viser, at det at finde den bedste balance udgør en stor udfordring i den overordnede styring af systemerne. Mange af besvarelserne henviser således til nødvendigheden af at sikre, at der tages gode beslutninger i samspillet mellem sundhedspleje og de nye sektorer for langvarig pleje, samt at sørge for en bedre koordinering af sundhedsudbuddet og langvarige plejeydelser til de ældre. Det at finde den bedste balance mellem målsætningerne rejser også ledelsesspørgsmål; der skal være balance mellem fokuseringen på kvalitet, standarder og udgiftsstyring, der ofte er centralt styret, på den ene side og decentral håndtering og levering på den anden side.

Selv om det ikke var et eksplicit formål med spørgeskemaet, peger besvarelsene fra enkelte medlemsstater på de store beskæftigelsesmæssige udfordringer og muligheder inden for plejesektoren. Der er tale om følgende udfordringer: Hvordan fastholder man personale under til tider temmelig vanskelige arbejdsforhold; hvordan ansætter og uddanner man nye medarbejdere i takt med den stigende efterspørgsel i de kommende tiår; og hvordan udvikler man kvaliteten af udført arbejde i sektoren gennem udvikling af evner og karriereopfølgning? Der vil helt klart være mulighed for at øge beskæftigelsen. Sektoren for sundhed og sociale ydelser er allerede en stor arbejdsgiver, der i 2001 tegnede sig for 9,7 % af den samlede beskæftigelse i EU.<sup>8</sup>

I forhold til målsætningen om adgang udtrykker medlemsstaterne deres vilje til at fastholde generel og omfattende adgang som en hjørnesteen i deres systemer, selv når dette betyder stigende udgifter, og adskillige foreslår at udvikle og forbedre deres adgangsmekanismer.

Hvad angår kvalitet, så afslører besvarelsene, at der er mulighed for større samarbejde mellem medlemsstaterne om kvaliteten af de leverede ydelser både inden for sundhedspleje og langvarig pleje. Dette er især tilfældet, når man kigger på patienternes større mobilitet på tværs af landegrænser og udvidelsen af EU. Fællesskabets handlingsprogram inden for folkesundhed, der træder i kraft i januar 2003, vil bidrage til udviklingen af værktøjer til at vurdere kvaliteten.

For så vidt angår økonomisk holdbarhed, så fremhæver medlemsstaterne den udfordring, der ligger i at sikre, at ressourcer og navnlig nye teknologier kan anvendes til at opnå effektivitet og omkostningseffektivitet, og i at sørge for, at uddannet sundhedspersonale og patienter medtager overvejelser om udgifterne i deres beslutninger.

### **De anbefalede næste skridt**

Kommissionen opfordrer på baggrund af denne meddelelse Rådet til at vedtage den fælles rapport, som Det Europæiske Råd i Barcelona har efterspurgt, og at fremlægge denne rapport på Det Europæiske Råds møde i foråret 2003.

Processen omfattende gensidig indlæring og fælles udveksling af erfaringer bør fortsætte på baggrund af de spørgsmål, der er identificeret i den fælles rapport. I efteråret 2003 vil Kommissionen fremlægge yderligere forslag til sikring af det fortsatte samarbejde. Meddelelsen bør ligeledes dække de specifikke aspekter i disse spørgsmål, der er forbundet med udvidelsen af EU.

Samarbejdet mellem medlemsstaterne bør fokusere på udveksling af erfaringer og "best practice" i lyset af hver af de tre brede målsætninger. Der bør især være fokus på at forbedre oplysningsgrundlaget og på indikatorerne som baggrund for dette samarbejde, hvor man trækker på det eksisterende tætte samarbejde mellem Eurostat og OECD på dette område. Det ville også være nyttigt at se nærmere på beskæftigelsesspørgsmål.

---

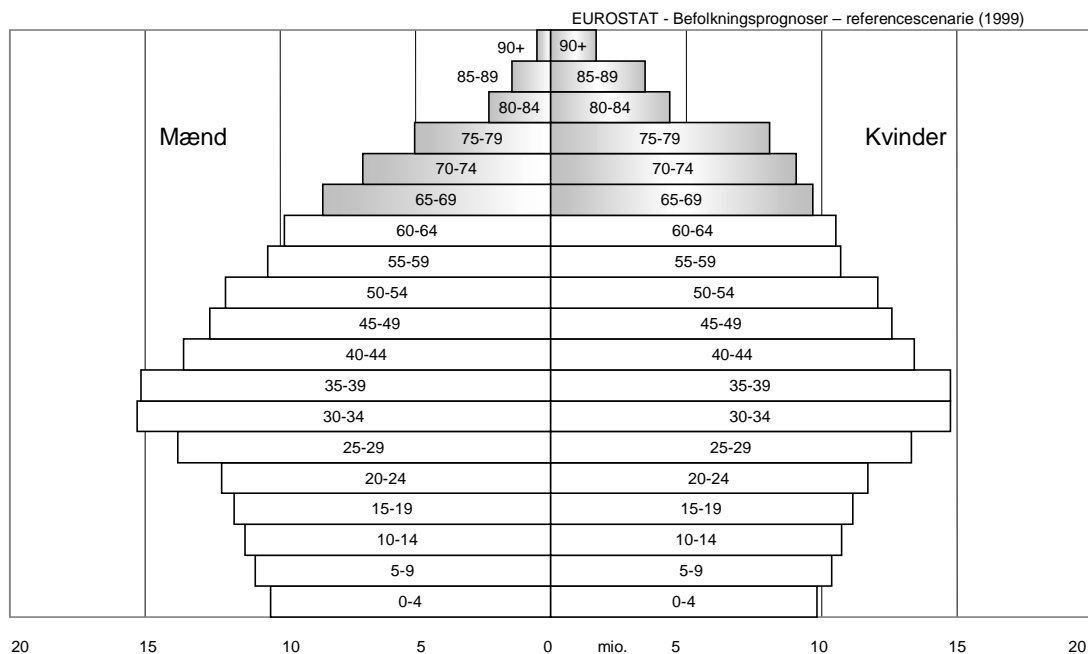
<sup>8</sup> Employment in Europe 2002, side 32. [http://europa.eu.int/comm/dgs/employment\\_social/key\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/dgs/employment_social/key_en.htm).

## BILAG 1

### BILAG 1: TABELLER OG DIAGRAMMER

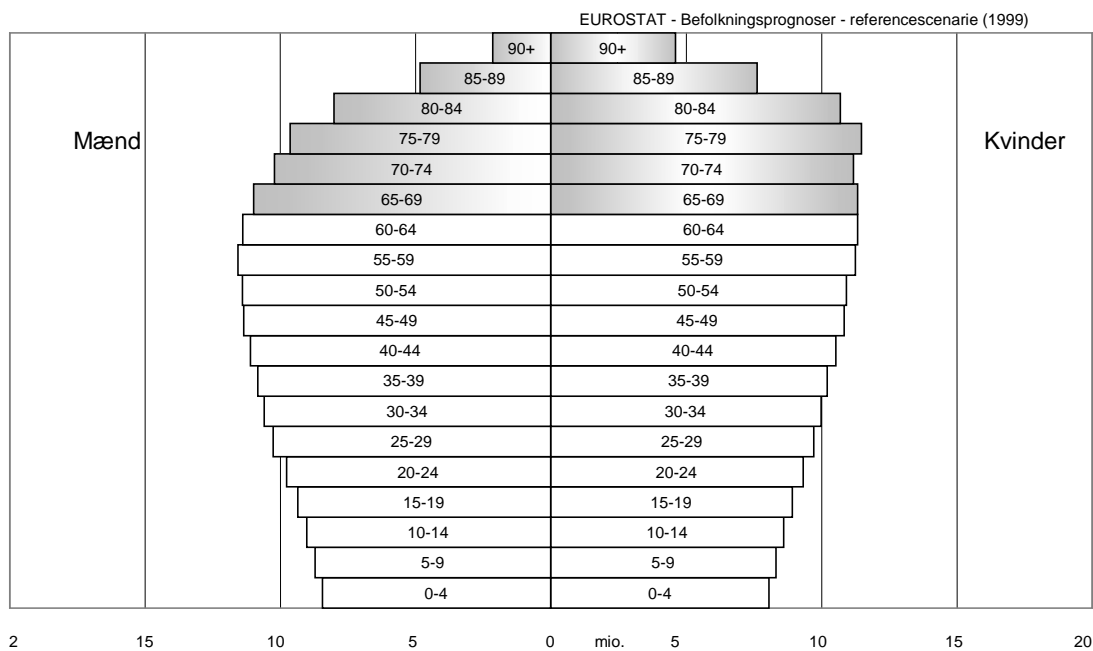
#### Diagram 1a:

#### Befolkningspyramide i 2000 – EU15



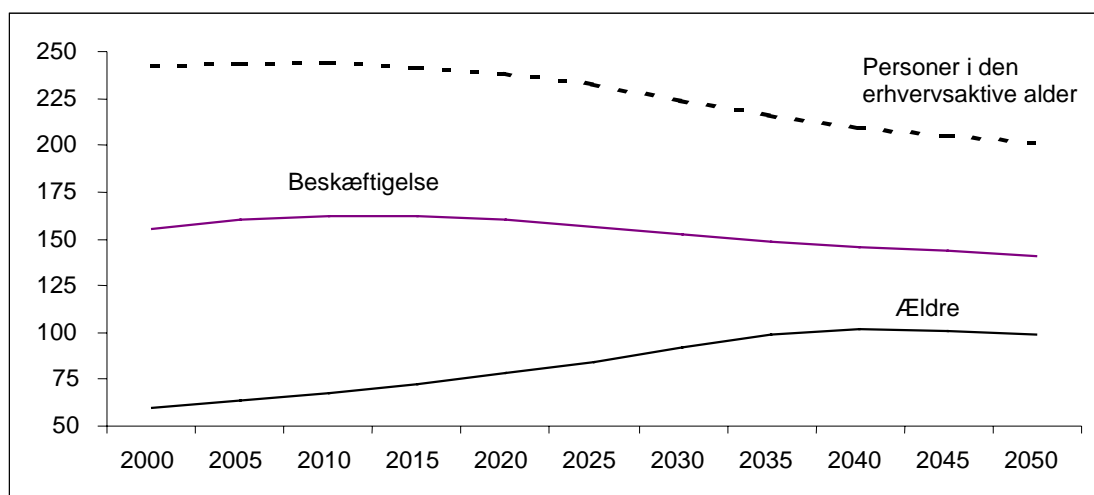
#### Diagram 1b:

#### Befolkningspyramide i 2050 – EU15



Kilde: EUROSTAT

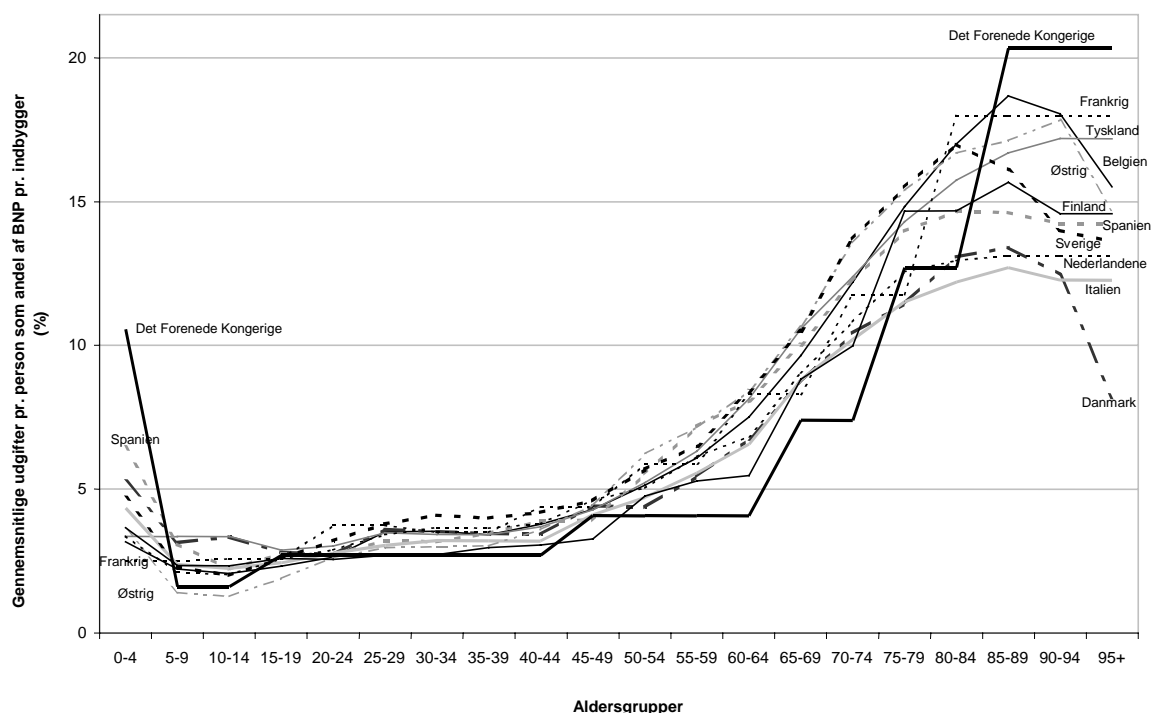
**Diagram 1c: Prognose for størrelsen af EU's befolkning af personer i den erhvervsaktive alder og af ældre (mio.)**



**Note:** Personer i den erhvervsaktive alder omfatter personer mellem 15 og 64.  
 Ældre personer omfatter personer, der er 65 eller derover.

Kilde: Udvalget for Økonomisk Politik (2001): "Budgetudfordringer som følge af de aldrende befolkninger", Eurostat og prognoser udarbejdet af en arbejdsgruppe under Udvalget for Økonomisk Politik vedrørende de aldrende befolkninger.

**Diagram 2a: Aldersprofiler for offentlige udgifter til sundhedspleje**



Noter:

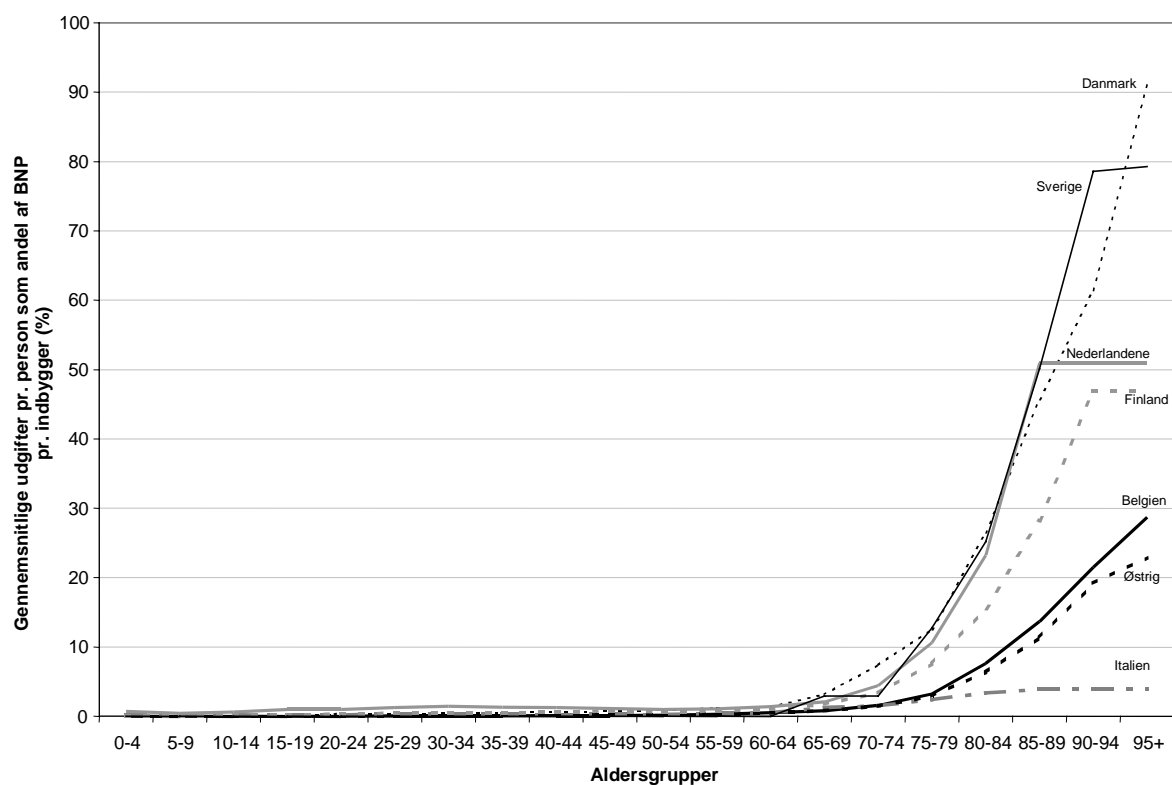
(1) Aldersrelaterede profiler udtrykt som andel af BNP pr. indbygger er anvendt til generering af prognoser for udgifterne til sundhedspleje. Det anvendte referenceår er lidt forskelligt for de enkelte medlemsstater, hvilket betyder, at profilerne i ovenstående diagram henviser til forskellige årstal for de enkelte medlemsstater: 1997 for Frankrig; 1998 for Belgien, Danmark, Spanien og Det Forenede Kongerige; 1999 for Italien; og 2000 for Tyskland, Finland, Nederlandene, Østrig og Sverige. (Profiler for Portugal er ikke medtaget her, idet der benyttes en anden aldersklassifikation.)

(2) Udgiftsprofilerne vedrører udelukkende offentlige udgifter til sundhedspleje. Bemærk især, at de ikke omfatter private udgifter samt offentlige udgifter til langvarig pleje. Se definitionen af udgifter til prognoser i bilag 4.

(3) I de tilfælde, hvor aldersprofilen er flad sidst i aldersfordelingen, er årsagen generelt, at en opdeling på tværs af aldersgrupper ikke var tilgængelig for de ældste aldersgrupper i de pågældende medlemsstater.

Kilde: Udvalget for Økonomisk Politik (2001): "Budgetudfordringer som følge af de aldrende befolkninger".

**Diagram 2b: Aldersprofiler for offentlige udgifter til langvarig pleje**



Noter:

- (1) Aldersrelaterede profiler udtrykt som en andel af BNP pr. indbygger er anvendt til generering af prognoser for udgifterne til langvarig pleje. Det anvendte referenceår er lidt forskelligt for de enkelte medlemsstater, hvilket betyder, at profilerne i ovenstående diagram henviser til forskellige årstal for de enkelte medlemsstater: 1998 for Belgien og Danmark; 1999 for Italien; og 2000 for Østrig, Finland, Nederlandene og Sverige.
- (2) Udgiftsprofilerne vedrører udelukkende offentlige udgifter til langvarig pleje. Bemærk især, at de ikke omfatter private udgifter.
- (3) I de tilfælde, hvor aldersprofilen er flad i den høje ende af aldersfordelingen, er årsagen generelt, at en opdeling på tværs af aldersgrupper ikke var tilgængelig for de ældste aldersgrupper i de pågældende medlemsstater.

Kilde: Udvalget for Økonomisk Politik (2001): "Budgetudfordringer som følge af de aldrende befolkninger".

**Tabel 3: Samlede offentlige udgifter til sundhedspleje og langvarig pleje**  
Som andel af BNP. Central demografisk variant.

	SUNDHEDSPLEJE OG LANGVARIG PLEJE			SUNDHEDSPLEJE			LANGVARIG PLEJE		
	Udgifter som andel af BNP i 2000	Stigning i udgifter i procent af BNP mellem 2000 og 2050		Udgifter som andel af BNP i 2000	Stigning i udgifter i procent af BNP mellem 2000 og 2050		Udgifter som andel af BNP i 2000	Stigning i udgifter i procent af BNP mellem 2000 og 2050	
		pr. indb.	pr. medarb.		pr. indb.	pr. medarb.		pr. indb.	pr. medarb.
<b>B</b>	6,1%	+2,1	+2,4	5,3%	+1,3	+1,5	0,8%	+0,8	+0,8
<b>DK</b>	8,0%	+2,7	+3,5	5,1%	+0,7	+1,1	3,0%	+2,1	+2,5
<b>D (1)</b>				5,7%	+1,4	+2,1			
<b>EL (1)</b>				4,8%	+1,7	+1,6			
<b>E (1)</b>				5,0%	+1,7	+1,5			
<b>F</b>	6,9%	+1,7	+2,5	6,2%	+1,2	+1,9	0,7%	+0,5	+0,6
<b>IRL (2)</b>	6,6%		+2,5	5,9%		+2,3	0,7%		+0,2
<b>I</b>	5,5%	+1,9	+2,1	4,9%	+1,5	+1,7	0,6%	+0,4	+0,4
<b>NL</b>	7,2%	+3,2	+3,8	4,7%	+1,0	+1,3	2,5%	+2,2	+2,5
<b>A</b>	5,8%	+2,8	+3,1	5,1%	+1,7	+2,0	0,7%	+1,0	+1,1
<b>P (1)</b>				5,4%	+0,8	+1,3			
<b>FIN</b>	6,2%	+2,8	+3,9	4,6%	+1,2	+1,8	1,6%	+1,7	+2,1
<b>S</b>	8,8%	+3,0	+3,3	6,0%	+1,0	+1,2	2,8%	+2,0	+2,1
<b>UK</b>	6,3%	+1,8	+2,5	4,6%	+1,0	+1,4	1,7%	+0,8	+1,0
<b>EU (vægtet gns.) (3)</b>	6,6%	+2,2	+2,7	5,3%	+1,3	+1,7	1,3%	+0,9	+1,0

Noter: (1) Tallene for offentlige udgifter til langvarig pleje er endnu ikke tilgængelige for en række medlemsstater.

(2) Tallene for Irland er angivet som andel af BNP.

(3) Vægtningen er beregnet for de medlemsstater, for hvilke tal er tilgængelige. For sundhedspleje er vægtningen beregnet for EU-14, mens gennemsnittet for langvarig pleje og de samlede udgifter til sundhedspleje og langvarig pleje er beregnet for 10 medlemsstater.

Kilde: Udvalget for Økonomisk Politik (2001): "Budgetudfordringer som følge af de aldrende befolkninger".

Note 13/11/2002: Ny prognose baseret på nye demografiske prognoser fra Østrigs Statistik i 2002.

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

**Tabel 4a: Samlede udgifter til sundhedspleje som andel af BNP (%)**

Tabel	Samlede sundhedsudgifter (% BNP)													
	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Østrig	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	
Frankrig			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	
Grækenland	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
Luxembourg	5,9	5,9	6,1	6	6,2	6,4	6,1	6,4	6,4	5,9	5,8	6		
Nederlandene	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			
D. F. Kongerige	5,6	5,9	6	6,5	6,9	6,9	7	7	7	6,8	6,8	7,1	7,3	
Tjekkiet			5	5,2	5,4	7,2	7,3	7,3	7,1	7,1	7,1	7,2	7,2	
Ungarn				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		
Slovakiet										6,1	5,9	5,8	5,9	
Tyrkiet	3,3	2,2	3,6	3,8	3,8	3,7	3,6	3,4	3,9	4,2	4,8			
USA	8,7	10	11,9	12,6	13	13,3	13,2	13,3	13,2	13	12,9	13	13	
Canada	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. udg.

**Tabel 4b: Offentlige udgifter til sundhedspleje som andel af BNP (%)**

Tabel	Offentlige sundhedsudgifter (% BNP)													
	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Østrig	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	
Frankrig			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	
Grækenland	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
Luxembourg	5,5	5,3	5,7	5,6	5,8	5,9	5,6	5,9	5,9	5,4	5,4	5,6		
Nederlandene	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			
D. F. Kongerige	5	5	5	5,4	5,8	5,9	5,9	5,8	5,8	5,4	5,5	5,7	5,9	
Tjekkiet			4,8	5,1	5,2	6,8	6,9	6,8	6,5	6,5	6,5	6,5	6,6	
Ungarn				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	
Slovakiet										5,6	5,4	5,2	5,3	
Tyrkiet	0,9	1,1	2,2	2,4	2,5	2,5	2,5	2,4	2,7	3	3,5			
USA	3,6	4	4,7	5,2	5,5	5,7	5,9	6	6	5,9	5,8	5,7	5,8	
Canada	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. udg.

**Kilde: OECD Health Data 2002, © OECD, august 2002**