

Réorganisation des systèmes hospitaliers : leçons tirées de l'Europe de l'Ouest

Restructuring Hospital Systems: Lessons Learned From Western Europe

McKee M (*), Healy J (**)

Résumé

Dans plusieurs pays européens, les décideurs entreprennent d'importantes mesures de réorganisation des systèmes hospitaliers. Cet article est extrait d'une récente enquête menée par l'Observatoire européen des systèmes de soins de santé. Il analyse le rôle de l'hôpital en Europe.

Selon cette étude, une réorganisation des hôpitaux doit prendre en compte leur rôle thérapeutique, mais aussi celui de centre de formation et de recherche. Toute réforme doit également considérer les responsabilités de l'hôpital au sein de la société. A travers l'Europe les hôpitaux ont considérablement évolué, avec un nombre plus important de patients hospitalisés et une réduction de la durée moyenne de séjour. De plus, la constante progression du nombre de patients pris en charge à titre ambulatoire augmente l'activité des hôpitaux.

Plusieurs pays européens ont entrepris d'importantes réorganisations de leur système hospitalier, certains l'ayant mieux réussie que d'autres. Il a été remarqué que les chances de succès sont meilleures lorsqu'une approche globale du système est adoptée. Une gestion autonome par chaque hôpital pris individuellement réduit les chances de succès, alors qu'une approche basée sur la planification s'est montrée plus porteuse en Europe.

Un changement requiert souvent la construction de nouveaux locaux et l'installation de nouveaux équipements. L'évolution très rapide des soins de santé signifie que les hôpitaux auront à s'adapter plus rapidement que par le passé. Ce qui nécessite un programme établi sur le long terme et des investissements stables.

Rev Med Ass Maladie 2002; 33,1:31-36

Mots clés : hôpital, réforme du système de santé, santé internationale, France, Europe de l'Ouest

Summary

In many countries in Europe policy-makers are undertaking major restructuring of hospital systems, but with little evidence on which to base their decisions. This paper draws on a recent study of the role of the hospital in Europe undertaken by the European Observatory on Health Care Systems.

Hospitals must take account not only of their role in treating patients but also their position as centres of teaching and research, and their responsibilities to the wider society. We characterise the pressures that hospitals face under three headings: population health needs; changes in health care; and wider societal and economic factors.

Hospitals have changed as more people are admitted for active medical treatment but stay for shorter periods. The additional demands of growing numbers of ambulatory procedures make hospitals much busier than previously.

Many countries have successfully reconfigured hospital systems, some more successful than others. Success is likely where a whole system approach is taken; granting autonomy to individual hospitals makes change less likely; while planning strategies have been more successful than market-based strategies.

Change often requires new facilities. Increasingly rapid change in health care forces hospitals to adapt much more quickly than in the past, requiring a long-term programme of sustained and stable investment.

Rev Med Ass Maladie 2002; 33,1:31-36

Key Words: hospital; health system reform; international health, France, Western Europe

(*) Directeur de recherche, Observatoire européen des systèmes de soins de santé, London School of Hygiene and Tropical Medicine

(**) Chercheur principal, Observatoire européen des systèmes de soins de santé, London School of Hygiene and Tropical Medicine

Adresse pour correspondance : Martin McKee, European Centre on Health of Societies in Transition, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, WC1E 7HT London (Royaume-Uni), e-mail: Martin.McKee@lshtm.ac.uk, site web: <http://www.observatory.dk>

I. INTRODUCTION

Ces dernières années, le système hospitalier français a entrepris des changements rapides et radicaux. De 1990 à 1998, le taux de lits d'hôpitaux disponibles pour une affection aiguë est passé de 5,2 à 4,3 ‰, un taux semblable à la moyenne dans l'Union européenne [1].

Très tôt dans les années 90, il fut demandé aux Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) de réduire le pourcentage de lits d'hôpitaux réservés aux affections aiguës de 4,7% [2]. Il leur fut aussi signifié l'instruction de réduire la disparité persistante observée dans les capacités hospitalières selon la localisation géographique. Certains départements se limitent à 2,5 lits pour mille habitants alors que le taux observé à Paris est de 9,8 pour mille [3]. Entre 1994 et 1998, 17 000 lits furent supprimés dans des hôpitaux aussi bien publics que privés. Un vaste programme de reconstruction démarra, incluant de nouveaux centres hospitaliers, des unités mobiles de dialyses, et des établissements spécialement destinés aux malades mentaux. Vingt centres de lutte contre le cancer associant la prévention, le traitement et la recherche furent également créés. Plus récemment, une grande réorganisation des services d'urgence a été conduite [4]. D'autres mesures sont à prévoir, suite à l'adoption du nouveau système de financement des budgets hospitaliers incluant une composante basée sur les groupes homogènes de malades (GHM) et sur le système d'accréditation géré par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé (ANAES) [5].

La France n'a pas été le seul pays à entreprendre une aussi profonde réorganisation de son système hospitalier. Bien qu'elle ait eu dans ce domaine beaucoup plus de succès que les autres, des problèmes demeurent [6].

Il est malheureux de constater qu'en dépit de l'importance capitale de l'hôpital, sa réorganisation n'a suscité que très peu de recherche en Europe. La plupart des résultats proviennent des Etats-Unis d'Amérique où des questions telles que la recherche effrénée de profits, l'augmentation de parts de marché ont été bien étudiées. Très peu de ces conclusions sont en fait applicables aux hôpitaux européens qui évoluent dans un environnement totalement différent. Alors qu'il y a à apprendre à partir de l'expérience des autres, il existe souvent une insuffisance d'informations de base, par exemple sur le mode de financement de nouveaux hôpitaux ou sur l'efficacité de la réforme.

Des problèmes de définition se posent aussi. Comment peut-on comparer un hôpital local à un centre hospitalier universitaire ? Même s'ils peuvent paraître semblables, d'énormes différences peuvent exister entre les établissements hospitaliers. Dans les hôpitaux français, les spécialistes

prennent en charge aussi bien les malades hospitalisés que ceux de la consultation externe. En Allemagne, par contre, jusqu'à un passé récent, la consultation externe a toujours été assurée par un autre pool de spécialistes. Des problèmes de définition se rencontrent même pour les plus simples mesures. Le terme « lit d'hôpital » va d'une simple pièce de furniture avec quatre pieds et un matelas à un lit avec une équipe médicale qualifiée disposant d'un support logistique performant.

En regardant de plus près cependant, des enseignements peuvent être retenus. Pour faciliter ce recueil longitudinal de données, l'Observatoire européen des systèmes de soins de santé a entrepris une importante étude du rôle de l'hôpital en Europe [7]. Cet article rapporte quelques conclusions majeures de cette investigation.

II. LE RÔLE DE L'HÔPITAL

Les hôpitaux ne font pas que soigner les malades. Ils participent à la formation des professionnels de la santé et conduisent des recherches nécessaires à l'avancée de la médecine. Les réductions des taux d'hospitalisation signifient beaucoup plus d'activités de formation lors des soins ambulatoires, particulièrement en ce qui concerne l'organisation et la conception des installations [8].

Les hôpitaux doivent aussi s'adapter au nouveau profil de la recherche médicale. La globalisation de l'industrie de la biotechnologie ainsi que les contrôles des industries pharmaceutiques, incitent à une réduction du nombre de centres hospitaliers universitaires, qui deviennent cependant plus grands [9]. En France, l'introduction de la loi Hurriet a eu d'importantes implications sur la conduite des essais cliniques en milieu hospitalier [10].

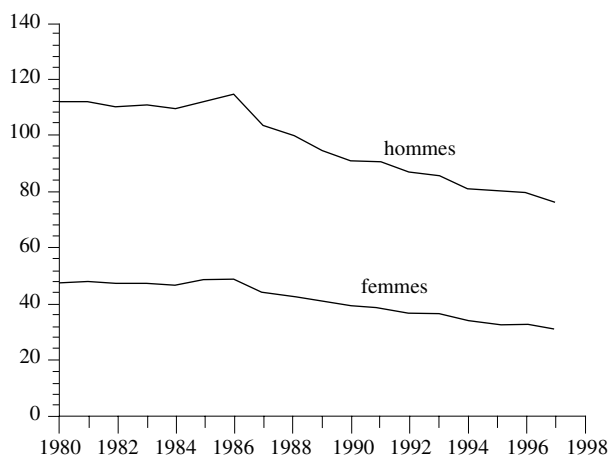
Les hôpitaux jouent un rôle important dans la société. Ce rôle a bien été reconnu par l'Union européenne, particulièrement dans les régions où l'offre d'emploi est limitée [11]. Il concerne non seulement les employés, mais aussi les fournisseurs et entrepreneurs. De plus, la présence d'un hôpital peut encourager l'investissement local alors que sa fermeture peut être un coup fatal porté à une communauté souffrant déjà du déclin industriel.

III. RÉPONDRE AU CHANGEMENT

Les hôpitaux doivent s'adapter à un environnement continuellement changeant. La nature du travail qui y est effectué est fortement influencée par la composition des populations. Les communautés diffèrent selon les taux de natalité, la proportion de personnes du troisième âge, et l'importance de la migration. Ainsi toute modification du taux de natalité aura d'évidentes conséquences sur la disponi-

bilité des soins obstétricaux. C'est dans une population vieillissante qu'il est le plus probable de rencontrer des affections complexes intéressant plusieurs appareils à la fois. Ces pathologies exigent une nouvelle organisation du travail et un personnel important et varié [12]. En France, de 1980 à 1997, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus est passée de 14,3 à 16,0%, proportion moyenne observée dans l'Union européenne [1]. Les migrants peuvent avoir des besoins de santé particuliers tels que la drépanocytose [13] et d'autres affections reflètent d'une exposition aux maladies de la pauvreté.

Les caractéristiques d'une maladie peuvent aussi changer à l'intérieur d'une même population. Du milieu des années 80 à nos jours, les décès par cardiopathies ischémiques et par accidents sur la voie publique ont diminué d'un tiers (figure 1). Alors que des affections comme la diphtérie ont presque disparu, d'autres comme le Sida émergent [14] avec d'énormes implications sur les systèmes de prévention de la contamination hospitalière. Il est à prévoir que le développement des résistances aux antibiotiques posera de sérieuses menaces à l'existence de l'hôpital dans sa forme actuelle [15]. C'est cette sommation qui a justifié la création des Comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) [3].



Source : OMS Base de données Santé pour tous

Figure 1. Taux de mortalité standardisé sur l'âge pour 100 000 personnes atteintes de cardiopathies ischémiques en France

Enfin, les hôpitaux doivent tenir compte du caractère changeant et varié des attentes des populations. Ainsi, de plus en plus de personnes issues des minorités peuvent avoir des besoins linguistiques et culturels particuliers [16].

Les hôpitaux doivent aussi se réorganiser en réponse aussi bien aux avancées technologiques, qu'aux découvertes scientifiques, et à la force de travail. La

France, à l'instar de plusieurs autres pays, a mis en place un mécanisme d'évaluation des nouvelles technologies [17]. Il est encore prématuré d'évaluer le travail de l'AFSSAPS [3] nouvellement créée. Cependant, prédire l'impact des nouvelles technologies sur les hôpitaux est difficile [18], vu que la nature de certains investissements lourds en capitaux peut pousser à une concentration de services dans les grands hôpitaux tandis que d'autres innovations comme la télé-médecine peuvent permettre la dispersion des soins.

Le rythme croissant d'acquisition de nouvelles connaissances scientifiques et d'adoption des avancées technologiques mettent fortement l'accent sur la nécessité de disposer de lignes directrices qui synthétisent et centralisent les niveaux de preuve [19], avec des mesures qui favorisent une recherche pérenne. Les modifications du personnel et notamment de sa répartition par sexe, de la cellule familiale et des attentes des populations ont des implications majeures sur les hôpitaux. Ceux-ci auront beaucoup plus de difficultés à attirer un personnel qualifié, notamment dans les grandes villes.

Les hôpitaux subissent aussi l'influence de leur environnement, en particulier sur le plan économique. Au cours des années 90, les dépenses pour le développement de soins de santé en France [20], comme dans d'autres pays d'Europe de l'Ouest, ont chuté car ces pays luttaient déjà pour satisfaire aux critères de convergence pour l'union monétaire [21]. La France, malgré tout, dépense encore d'importantes sommes sur les soins de santé ; 9,6 % du produit intérieur brut en 1998 comparé à une moyenne européenne estimée à 8,6 % [1].

Il est clair que les concepteurs d'hôpitaux font actuellement face à une grande incertitude. Le modèle d'hôpital, quel qu'il puisse être, devra être assez flexible pour pouvoir s'adapter sans difficultés aux diverses évolutions prévisibles dans les court, moyen et long termes.

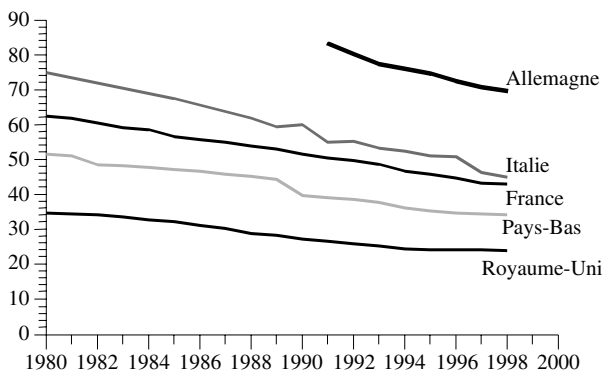
IV. L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE EN EUROPE DE L'OUEST

Examinons maintenant comment les hôpitaux entreprennent leurs réformes en Europe de l'Ouest.

Comme nous l'avons indiqué ci-dessus, plusieurs termes tels que « hôpital » ou « lit » ont une signification différente. Alors que peu de pays enregistrent de manière satisfaisante leurs données, il existe parfois une certaine tendance à la surestimation des décomptes de malades et de lits [22]. De plus, le développement croissant de modèles de santé, enjambant l'interface entre les hospitalisations et la prise en charge ambulatoire telles que l'hospitalisation à domicile (HAD) [3] rend de plus en plus obsolètes les données statistiques uniquement défi-

nies en termes de lits ou d'hôpitaux. De nouveaux types de mesures s'imposent pour préciser les taux respectifs d'équipement des différents systèmes de soins proposés aux populations. Il est malheureux de noter que là où le recueil a été fiable [23], de bonnes études comparatives manquent.

L'Europe de l'Ouest a connu une diminution progressive et stable du nombre de lits réservés aux affections aiguës, même s'il existe une considérable diversité d'un pays à l'autre (figure 2). La France se situe au milieu de cette fourchette. L'Allemagne a presque deux fois le ratio de l'Union européenne. En dépit d'une baisse légèrement moins importante, le ratio observé en Italie est presque 90 % plus élevé que celui de la Grande-Bretagne.



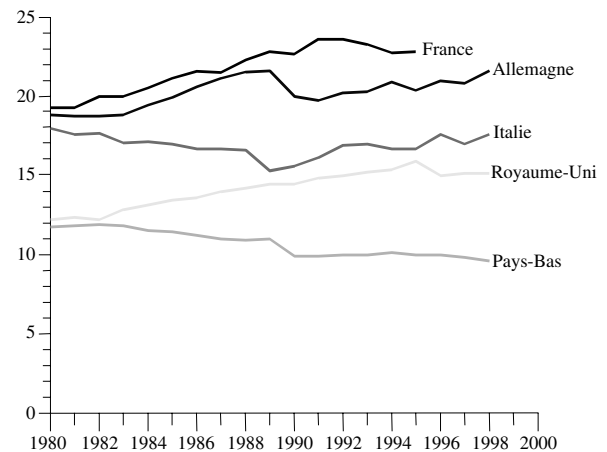
Source : OMS Base de données Santé pour tous

Figure 2. Nombre de lits d'hôpitaux pour affection aiguë pour 100 000 habitants

Dans les années 90, les hospitalisations ont augmenté en nombre, en relation avec la croissance des populations (figure 3). Cette augmentation aurait été bien plus évidente si les hospitalisations d'un jour avaient été prises en compte. Même si des données pour une comparaison internationale ne sont pas disponibles, on peut constater que les hospitalisations d'un jour ont augmenté de façon spectaculaire dans les années 1990 [24]. Et il existe encore une bonne marge de progression. C'est le cas en France, particulièrement dans les établissements autres que ceux du service public hospitalier (PSPH) [3].

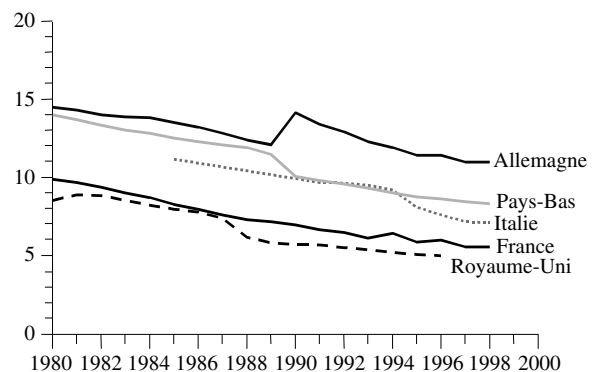
Encore moins de lits sont utilisés et avec des durées moyennes d'hospitalisations plus courtes (figure 4). Là aussi, une grande diversité est à noter d'un pays à l'autre. La durée moyenne d'hospitalisation au Royaume-Uni est inférieure à la moitié de celle observée en Allemagne, où des garde-fous ont empêché le développement de modèles alternatifs de soins ambulatoires.

Les raisons de ces changements sont complexes. Les malades qui auparavant auraient été retenus à l'hôpital pour de longues périodes, sont maintenant redirigés vers des cliniques ou vers leur domi-



Source : OMS Base de données Santé pour tous

Figure 3. Nombre d'hospitalisations pour 100 habitants (tous hôpitaux)



Source : OMS Base de données Santé pour tous

Figure 4. Durée moyenne d'hospitalisation pour affection aiguë

cile avec l'aide de l'assistance sociale. Ceci est cependant variable d'un pays à l'autre [25]. L'évolution de la chirurgie microscopique et de l'anesthésie permet d'opérer maintenant des malades qui ne l'auraient pas été dans le passé. Les durées d'hospitalisation en soins postopératoires ont été raccourcies grâce à une mobilisation précoce. Cependant un certain nombre de malades qui auraient été hospitalisés pour une longue durée, entreprennent maintenant des mini-séjours successifs à l'hôpital.

V. RÉORGANISER LES HÔPITAUX : SUCCÈS ET ÉCHECS

Les hôpitaux ont favorablement répondu aux exigences de changement mais la réalité effective de ces changements varie d'un pays à l'autre. Tous les pays de l'Europe de l'Ouest ont réduit le nombre de lits d'hôpital. D'autres suppressions sont difficilement envisageables. L'exemple de la Grande-Bretagne montre qu'il est possible d'aller loin [26].

Le gouvernement britannique a récemment annoncé un plan majeur de construction d'hôpitaux d'un montant de 5 milliards d'euros. Ce programme inclut aussi la construction d'unités spécialement réservées à la chirurgie programmée [27].

La suppression de lits a été plus facile que la fermeture d'hôpitaux. Par exemple, l'Allemagne a supprimé 7 % des lits entre 1991 et 1997, mais le nombre total d'hôpitaux reste toujours le même [28].

Supprimer seulement des lits ne dégage pas assez de fonds à cause des coûts élevés des infrastructures et des autres postes de dépense qui lui sont rattachés. La réorganisation hospitalière a été plus couronnée de succès là où les hôpitaux ont été regroupés sous un seul contrôle administratif telles les Agences régionales françaises. L'Irlande qui a réussi une bonne réforme hospitalière à grande échelle a ses conseils régionaux. Le Royaume-Uni qui a eu un résultat passable dans ce domaine, a en général apporté des changements en mettant plusieurs hôpitaux sous une seule tutelle administrative. L'Australie aussi montre comment la régionalisation peut favoriser une bonne réforme. A Melbourne, 35 hôpitaux sont maintenant regroupés sous 7 directions administratives avant la rationalisation [29].

Dans les années 80, la Belgique atteignit le nombre de lits d'hôpitaux requis, et opéra une reclassification de certains lits en « soins infirmiers » qui étaient remboursés à un taux moins élevé que celui des lits pour affection aiguë. Il fut aussi décidé qu'un hôpital devait avoir au moins 150 lits pour avoir une accréditation. Ces mesures ont conduit à la fermeture plusieurs petits hôpitaux et ont favorisé le développement des cliniques [30].

Au Danemark, le gouvernement a encouragé la collaboration avec les grands hôpitaux des pays voisins, conduisant là aussi à la fusion de plusieurs petits établissements hospitaliers [31]. La Norvège a su réduire le nombre de lits d'hôpitaux en investissant énormément sur les équipements de soins des patients pris en charge à titre ambulatoire [32].

Un changement est difficile là où la propriété est mal définie et les mesures incitatives peu claires. Bien que tout le monde s'accorde sur la nécessité de réduire les capacités hospitalières, en Suisse, où le financement provient de la sécurité sociale et des taxes publiques et où la propriété implique les cantons, les municipalités et le secteur privé, il n'y eut que peu de réductions [33]. En Italie, certaines régions ont eu plus de succès que d'autres avec des difficultés attribuées à l'existence d'intérêts divergents, avec plusieurs médecins travaillant à la fois dans les secteurs privés et publics [34].

Les espoirs placés sur l'introduction de mécanismes compétitifs de marché, supposés faciliter les échanges, ne se sont pas réalisés. Les forces du marché ont révélé les problèmes structurels mais ne

pouvaient pas apporter les solutions idoines, dans la mesure où les marchés se préoccupent bien plus des intérêts privés que des besoins des populations.

Une plus grande autonomie de gestion leur a permis de résister, souvent en se regroupant en de puissantes alliances contre les professionnels de la santé et le gouvernement local. Et là où les ressources étaient limitées, la fermeture a pu être évitée seulement au prix d'une mauvaise maintenance des locaux et des équipements, ou bien au prix d'un cumul de déficits. Enfin la clairvoyance politique de fermer certains hôpitaux a été difficile à mettre en œuvre dans certains pays, les politiciens à qui incombaient ces mesures ayant eu du mal à se démarquer de l'impopularité de ces décisions.

VI. CONCLUSION

Les hôpitaux se sont toujours adaptés aux changements de circonstances quoique cette adaptation n'ait pas toujours été aussi rapide que voulue. Mais les hôpitaux ne peuvent pas changer rapidement.

Dans le futur cependant, le rythme des changements sociologiques et environnementaux va s'accélérer. Mais les mutations hospitalières sont lentes ; leurs structures sont fondées sur du roc et leurs cultures sont difficiles à transformer.

Un important résultat issu de cette comparaison européenne montre qu'il est plus facile de réorganiser les hôpitaux lorsque la perspective de l'ensemble du système de soins de santé est prise en compte. Une approche globale telle que celle de la France est essentielle dès lors qu'un changement dans un domaine du système de soins de santé a des implications sur les autres domaines. Par exemple, les pays qui ont fragmenté leur offre de soins dans l'objectif de rehausser l'autorité locale comme la Hongrie ont eu du mal à apporter les changements nécessaires [35]. Au Royaume-Uni, le marché interne n'a pas réussi à réaliser les attentes de résolution de l'historique problème du surapprovisionnement des hôpitaux du centre de Londres [36].

Un autre résultat souligne que le changement nécessite des investissements. Il sera souvent nécessaire de construire de nouveaux équipements, plus appropriés à la médecine moderne.

Les diverses manières avec lesquelles les hôpitaux changent en Europe offrent de formidables occasions aux cliniciens, managers et décideurs de s'instruire mutuellement. Les prochains axes de recherches devront analyser comment ces différences ont un impact sur la qualité de l'offre de soins, sur la surcharge de travail en comparant les niveaux de survie au cancer entre les différents pays [37].

RÉFÉRENCES

1. World Health Organisation. *Health for All Database*. Copenhagen: WHO, 2001.
2. Swingedau O. *The French health care system: a report*. Official Journal of the European Association of Hospital Managers 2000;1:30-4.
3. Sandier S, Paris V, Polton D. *France. Health Systems in Transition Profile*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2002.
4. Brunet F. *Le service d'accueil des urgences: un nouveau concept pour une réforme*. Bull Acad Natl Med 2000;184:379-96.
5. Caillet R, Baillet S. *Accreditation: the French experience*. Hospital: Official Journal of the European Association of Hospital Managers 2000(1):23-4.
6. Sommer A. *Restructuring French hospitals. Some problems and some solutions*. Pharmacoeconomics 2000; 18 Suppl 1:69-76.
7. McKee M, Healy J. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham: Open University Press, 2002.
8. Fields SA, Ustatine R, Steiner E. *Teaching medical students in the ambulatory setting*. JAMA 2000;283:2362-4.
9. Meyer M, Genel M, Altman RD, Williams MA, Allen JR. *Clinical research: assessing the future in a changing environment, summary report of conference sponsored by the American Medical Association Council on Scientific Affairs*, Washington, DC, March 1996. Am J Med 1998;104:264-71.
10. Hoerni B. *Recherche clinique et loi Huriet en oncologie médicale. Résultats d'une enquête nationale auprès des oncologues médicaux*. Bull Cancer 1997;84:305-10.
11. European Investment Bank. *EIB Initiative on Growth and Employment: Interim Review*. Luxembourg: EIB, 1999. URL: http://www.eib.org/pub/news/asap_ir.htm
12. Pasquiers-Naga F, David JP, Naga H, Di Menza C. *Gériatrie et soins de suite: place de l'hôpital au sein des réseaux de soins?* Presse Med 2001;30:639-45.
13. Fournier C, Benkerrou M, Brodin M, Lombraïl P. *Evolution de l'activité liée à la drépanocytose à l'hôpital Robert-Debre (Paris), entre 1992 et 1996*. Arch Pediatr 2000;7:465-73.
14. Garrett L. *The coming plague*. London: Penguin, 1996.
15. Vidal-Trecan GM, Delamare N, Tcherny-Lessenot S, Lamory J, Baudin F, de Prittitz M, Salmon-Ceron D. *Multidrug resistant bacteria infection control: study of compliance with isolation precautions in a Paris university hospital*. Infect Control Hosp Epidemiol 2001;22:109-11.
16. Jones D, Gill P. *Breaking down language barriers*. BMJ 1998;316:1476.
17. Fleurette F, Banta D. *Health technology assessment in France*. Int J Technol Assess Health Care 2000;16:400-11.
18. Wilson CB. *The impact of medical technologies on the future of hospitals*. BMJ 1999;319:1287.
19. Durieux P, Ravaut P. *From clinical guidelines to quality assurance: the experience of Assistance Publique-Hôpitaux de Paris*. Int J Qual Health Care 1997;9:215-9.
20. Lancry PJ, Sandier S. *Rationing health care in France*. Health Policy 1999;50:23-8.
21. Kanavos P, McKee M. *Macroeconomic Constraints and Health Challenges facing Health Systems in the European Region*. In: Figueras J, Saltman R, Sakallerides C (eds) *Critical challenges for health care reform*. Open University Press, 1998, p.23-52.
22. Clarke A, McKee M, Appleby J, Sheldon T. *Efficient purchasing*. BMJ 1993;307:1436-7.
23. European Society of Cardiology. *Cardiovascular diseases in Europe*. Sophia Antipolis, France: ESC, 1999.
24. Johanet H, Marichez P, Gaux F. *Chirurgie ambulatoire. Organisation et résultats. A propos de cinq ans d'expérience*. Chirurgie 1997;122:35-8.
25. Ribbe MW, Ljunggren G, Steel K et al. *Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and settings*. Age Ageing 1997;26(Suppl. 2):3-12.
26. Department of Health. *Shaping the future NHS: long term planning for hospitals and related services. Consultation document on the findings of The National Beds Inquiry*. London: Department of Health, 2000.
27. Boseley S. *29 new hospitals to be built*. The Guardian, 16 Feb 2000, p1.
28. Busse R. *Health Care Systems in Transition: Germany*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2000.
29. Hillness M, Healy J. *Health Care Systems in Transition: Australia*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2002.
30. Kerr E, Siebrand V. *Health Care Systems in Transition: Belgium*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2000.
31. Christiansen T, Enemark U, Clausen J, Poulsen P. *Health care and cost containment in Denmark*, in E. Mossialis and J. Le Grand (eds) *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate, 1999.
32. Furnholmen C, Magnussen J. *Health Care Systems in Transition: Norway*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2000.
33. Minder A, Schienholzer H, Amiet M. *Health Care Systems in Transition: Switzerland*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2000.
34. Taroni F. *Devolving responsibility for funding and delivering health care in Italy*. Euro Observer ;2:1:1-2.
35. Orosz E, Hollo I. *Hospitals in Hungary: the story of stalled reforms*. In: M. McKee and J. Healy (eds). *Implementing Hospital Reforms in Eastern Europe*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2001.
36. Tomlinson B. *Report of the inquiry into London's health service, medical education and research*. London: HMSO, 1992.
37. Coebergh J, Sant M, Berrino F, Verdecchio A. *Survival of adult cancer patients in Europe diagnosed from 1978-1989, The EURO CARE II Study*. Eur J Cancer 1998;34:2137-278.