

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

28 maart 2018

ZENDING

**betreffende het Zweedse
gezondheidszorgsysteem,
de ziekenhuisstructuur, de geestelijke-
gezondheidszorg en de uitoefening van
de gezondheidszorgberoepen**

(van 15 tot 18 januari 2018)

VERSLAG VAN DE ZENDING

UITGEBRACHT DOOR DE DELEGATIE VAN
DE COMMISSIE VOOR
DE VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU EN
DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING
SAMENGESTELD UIT
DE DAMES **Muriel GERKENS, Yoleen VAN CAMP** EN
Nathalie MUYLLE, DE HEREN **Daniel SENESAEL** EN
Damien THIÉRY, EN DE DAMES **Karin JIROFLÉE** EN
Catherine FONCK

INHOUD

Blz.

1. Inleiding	3
2. Programma	4
3. De Zweedse gezondheidszorg als systeem.....	6
4. De performantie van het Zweedse gezondheids- zorgsysteem	8
5. De ziekenhuisstructuur	10
6. De uitoefening van bepaalde gezondheidszorg- beroepen	12
7. De geestelijke-gezondheidszorg	15
8. Het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC)	17

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

28 mars 2018

MISSION

**sur le système suédois des soins de santé,
la réforme des hôpitaux,
les soins de santé mentale et
l'exercice des professions
de santé**

(du 15 au 18 janvier 2018)

RAPPORT DE LA MISSION

FAIT PAR LA DÉLÉGATION DE
LA COMMISSION DE LA SANTÉ PUBLIQUE,
DE L'ENVIRONNEMENT ET
DU RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ
COMPOSÉE DE
MMES **Muriel GERKENS, Yoleen VAN CAMP** ET
Nathalie MUYLLE, MM. **Daniel SENESAEL** ET
Damien THIÉRY, ET MMES **Karin JIROFLÉE** ET
Catherine FONCK

SOMMAIRE

Pages

1. Introduction.....	3
2. Programme.....	4
3. Les soins de santé suédois en tant que système	6
4. La performance du système de soins de santé suédois	8
5. Les structures hospitalières	10
6. L'exercice de certaines professions de santé.....	12
7. Les soins de santé mentale.....	15
8. <i>L'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)</i>	17

N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie
PS	:	Parti Socialiste
MR	:	Mouvement Réformateur
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten
sp.a	:	socialistische partij anders
Ecolo-Groen	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
cdH	:	centre démocrate Humaniste
VB	:	Vlaams Belang
PTB-GO!	:	Parti du Travail de Belgique – Gauche d'Ouverture
DéFI	:	Démocrate Fédéraliste Indépendant
PP	:	Parti Populaire
Vuye&Wouters	:	Vuye&Wouters

Afkortingen bij de nummering van de publicaties:

DOC 54 0000/000:	Parlementair document van de 54 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA:	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV:	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV:	Beknopt Verslag
CRIV:	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN:	Plenum
COM:	Commissievergadering
MOT:	Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

Abréviations dans la numérotation des publications:

DOC 54 0000/000:	Document parlementaire de la 54 ^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA:	Questions et Réponses écrites
CRIV:	Version Provisoire du Compte Rendu intégral
CRABV:	Compte Rendu Analytique
CRIV:	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)
PLEN:	Séance plénière
COM:	Réunion de commission
MOT:	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

Bestellingen:
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.dekamer.be
e-mail : publicaties@dekamer.be

De publicaties worden uitsluitend gedrukt op FSC gecertificeerd papier

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants

Commandes:
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.lachambre.be
courriel : publications@lachambre.be

Les publications sont imprimées exclusivement sur du papier certifié FSC

1. Inleiding

Deze zittingsperiode wordt, op het gebied van de gezondheidszorg, gekenmerkt door verscheidene grootschalige hervormingen. De commissie voor de Volksgezondheid, het Leefmilieu en de Maatschappelijke Hernieuwing heeft aldus al veel werkzaamheden verricht in verband met drie grote hervormingspakketten:

1° de hervorming van de ziekenhuisstructuur en van de ziekenhuisfinanciering (zie DOC 54 0903/001 tot 003);

2° de geestelijke-gezondheidszorg, met onder meer de wet van 10 juli 2016 tot wijziging van de wet van 4 april 2014 tot regeling van de geestelijke-gezondheidszorgberoepen en tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en tot wijziging van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015 anderszijds (zie DOC 54 1848/001 en volgende);

3° de uitoefening van de gezondheidsberoepen en de hervorming van koninklijk besluit nr. 78 van 10 november betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, dat tijdens deze zittingsperiode de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen is geworden (zie CRIV 54 COM 617).

Gelet op de omvang van de lopende hervormingen en op de paradigmaveranderingen die ze impliceren, wenste de commissie te analyseren wat de realiteit is in vaak als referentie aangehaalde landen. Na een grondig literatuuronderzoek door de Bibliotheek van de Kamer van alle Scandinavische landen besliste de commissie zich meer in het bijzonder te concentreren op de situatie in Zweden.

In 2018 worden in Zweden verkiezingen gehouden. De gezondheidszorg is één van de belangrijkste campagnethema's. Bovendien geniet Zweden een uitstekende reputatie wat zijn gezondheidszorgsysteem betreft. Toch rezen er na de eerste analyses van de studies vragen die aansluiten bij wat de politieke en gezondheidsactoren in België bezighoudt. Al snel bleek het belang van gezamenlijke reflectiemomenten, gekoppeld aan bezoeken op het terrein.

De conferentie van voorzitters van de Kamer stemde op 20 september 2017 in met het principe van een werkbezoek.

1. Introduction

La présente législature est marquée, dans le domaine des soins de santé, par plusieurs réformes de grande ampleur. La commission de la Santé publique, de l'Environnement et du Renouveau de la Société a ainsi déjà consacré de nombreux travaux à trois grands trains de réformes:

1° la réforme des structures et du financement des hôpitaux (voy. DOC 54 0903/001 à 003);

2° les soins de santé mentale, avec notamment la loi du 10 juillet 2016 modifiant la loi du 4 avril 2014 réglementant les professions des soins de santé mentale et modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé d'une part et modifiant la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015 d'autre part (voy. DOC 54 1848/001 et s.);

3° l'exercice des professions de santé, et la réforme de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, devenu, en cours de législature, la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé (voy. CRIV 54 COM 617).

Vu l'ampleur des réformes en cours et les changements de paradigmes qu'elles impliquent, la commission a souhaité analyser la réalité de pays souvent cités comme références. Elle a décidé de s'intéresser plus particulièrement à la situation en Suède à la suite d'une recherche documentaire approfondie de la Bibliothèque de la Chambre, portant sur l'ensemble des pays scandinaves.

Des élections seront tenues en Suède en 2018. Les soins de santé se retrouvent parmi les premiers thèmes de campagne. En outre, la Suède jouit d'une excellente réputation pour son système des soins de santé. Pourtant, les premières études analysées soulèvent des questions qui rejoignent celles qui préoccupent les acteurs politiques et de la santé en Belgique. L'intérêt de partager des moments de réflexions, associés à des visites de terrain, est ainsi rapidement apparu.

La Conférence des présidents de la Chambre a marqué son accord avec le principe d'une telle mission en date du 20 septembre 2017.

De samenstelling van de delegatie werd als volgt bepaald: de dames Muriel Gerkens (Ecolo-Groen), voorzitter van de commissie, Yoleen Van Camp (N-VA), eerste ondervoorzitter van de commissie, en Nathalie Muylle (CD&V), tweede ondervoorzitter van de commissie, de heren Daniel Senesael (PS) en Damien Thiéry (MR), en de dames Karin Jiroflée (sp.a) en Catherine Fonck (cdH), leden van de commissie. Van de OpenVld-fractie kon geen enkele vertegenwoordiger aan het werkbezoek deelnemen.

Ter voorbereiding van dit werkbezoek werden de nodige contacten gelegd met het kabinet van de vice-eersteminister en minister van Buitenlandse Zaken en Europese Zaken, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. Het werkbezoek kwam tot stand met de steun van de Belgische ambassade in Zweden.

De Belgische ambassadeur in Zweden en zijn team, alsmede de Belgische consul in Stockholm, hebben een doorslaggevende rol gespeeld voor het welslagen van deze opdracht, waarvoor hun oprechte dank verschuldigd is.

De delegatieleden hebben uitvoerige documentatie ontvangen. Dit verslag heeft hoofdzakelijk betrekking op de ontmoetingen die de leden met hun gesprekspartners hebben gehad.

2. Programma

In de eerste plaats heeft de delegatie gesproken met de vertegenwoordigers van de Socialutskottet (commissie voor de Sociale Zaken) van het Zweedse Parlement. De delegatie werd ontvangen door de commissievoorzitter, mevrouw Emma Henriksson (Kristdemokraterna, KD), de vicevoorzitter, mevrouw Anna-Lena Sörenson (Socialdemokraterna, S) en een commissielid, de heer Lennart Axelsson (Socialdemokraterna, S). Tijdens die ontmoeting kon het Zweedse gezondheidszorgstelsel zowel algemeen als politiek tegen het licht worden gehouden, meer bepaald met het oog op de verkiezingen die binnenkort zullen plaatsvinden in Zweden.

Vervolgens heeft de delegatie een ontmoeting gehad met de heer Niclas Jacobson, afdelingshoofd Internationale Aangelegenheden van het Zweedse ministerie voor Gezondheid en Sociale Zaken. Daarbij werd het Zweedse gezondheidszorgstelsel veeleer uit administratief en functioneel oogpunt bekeken.

De delegatieleden hebben voort aandacht willen besteden aan twee van de drie door haar in aanmerking genomen thema's; in dat verband heeft de delegatie gesproken met de dames Ami Hommel en Ing-Marie Moegelin, van de Deense koepelvereniging voor

La composition de la délégation a été fixée comme suit: Mmes Muriel Gerkens (Ecolo-Groen), présidente de la commission, Yoleen Van Camp (N-VA), première vice-présidente de la commission, et Nathalie Muylle (CD&V), deuxième vice-présidente de la commission, MM. Daniel Senesael (PS) et Damien Thiéry (MR), et Mmes Karin Jiroflée (sp.a) et Catherine Fonck (cdH), membres de la commission. Aucun représentant du groupe OpenVld n'a pu participer à la mission.

En vue de la préparation de cette mission, les contacts nécessaires ont été pris avec le cabinet du vice-premier ministre et ministre des Affaires étrangères et européennes, chargé de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. La mission s'est opérée avec l'appui de l'Ambassade belge en Suède.

L'Ambassadeur belge en Suède et son équipe, ainsi que la Consul belge à Stockholm, ont participé de manière déterminante au succès de la présente mission et en sont vivement remerciés.

Les membres de la délégation ont reçu une abondante documentation. Le présent rapport rend principalement compte des rencontres que les membres ont eues avec leurs interlocuteurs.

2. Programme

Tout d'abord, la délégation a pu s'entretenir avec les représentants de la "Socialutskottet" (commission des Affaires sociales) du Parlement suédois. Elle a été reçue par la présidente de la commission, Mme Emma Henriksson (*Kristdemokraterna*, KD), la vice-présidente, Mme Anna-Lena Sörenson (*Socialdemokraterna*, S) et un membre, M. Lennart Axelsson (*Socialdemokraterna*, S). Cette rencontre a offert l'occasion d'aborder le système des soins de santé suédois dans une perspective à la fois générale et politique, spécialement en vue des prochaines élections en Suède.

Ensuite, la délégation s'est entretenue avec M. Niclas Jacobson, chef du département des Affaires internationales du ministère suédois de la Santé et des Affaires sociales. Le système suédois des soins de santé a ici été analysé plus d'un point de vue administratif et fonctionnel.

Poursuivant dans deux des trois thèmes principaux retenus par elle, la délégation a rencontré Mmes Ami Hommel et Ing-Marie Moegelin, de l'organisation danoise regroupant les prestataires des soins infirmiers (*Svensk sjuksköterskeförening omvårdnad för*

verpleegkundige-zorgverleners (*Svensk sjuksköterskeförening omvårdnad för sjuksköterskor, Swenurse*), en met de heer Jimmie Trevett, vertegenwoordiger van de Zweedse organisatie voor geestelijke-gezondheidszorgverleners (*Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH*). De beide ontmoetingen werden gemodereerd door de heer Nima Jokilaakso, vertegenwoordiger van Swecare, het platform van de Zweedse gezondheidszorgactoren.

De delegatie heeft meerdere ontmoetingen gehad met vertegenwoordigers van het Karolinska Ziekenhuis en Instituut, in Europa en in de wereld één van de belangrijkste en hoogst aangeschreven medische universiteiten en medische onderzoekscentra.

Het Karolinska Ziekenhuis streeft ernaar voorzieningen aan te passen aan de nieuwe concepten inzake patiëntenbehandeling. Die nieuwe benadering werd toegelicht door en besproken met mevrouw Annika Tibell, algemeen directeur, en de heer Robert Huhn, “*operating program manager*.” Het Karolinska Instituut, waarvan de onderzoeksactiviteit structureel deel uitmaakt van het gelijknamige ziekenhuis, ondergaat eveneens veranderingen, zoals duidelijk werd tijdens de gesprekken met professor Anders Gustafsson, “*PhD Dean of Research*,” en dr. Björn Kull, “*Head of Grants Office*”.

De delegatie heeft tevens een bezoek kunnen brengen aan het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC), dat vlakbij het voormelde ziekenhuis en instituut ligt. De delegatie heeft kunnen spreken met mevrouw Andrea Ammon, directeur, professor Mike Catchpole, diensthoofd wetenschap, en professor Karl Ekhdal, diensthoofd communicatie, de heren Jean-Claude Brival, diensthoofd management en coördinatie resources, en Stanislav Danchev, diensthoofd ICT. Voorts heeft de delegatie een bezoek kunnen brengen aan het centrum voor spoedoperaties, waar alle kritieke situaties worden opgespoord, geanalyseerd en behandeld.

Meerdere delegatieleden wilden ook ingaan op het apothekerslandschap, dat er in Zweden heel anders uitziet dan in België; daartoe heeft de delegatie een ontmoeting gehad met de heer Mats Wennberg en mevrouw Louise Skalin, vertegenwoordigers van *Apoteket* (Zweedse overheidsapotheken). Daarbij werd onder meer ingegaan op het vraagstuk van de therapietrouw en van de middelen om die te vergroten, door middel van meer gestructureerde en geïnformatiseerde informatieverstrekking.

sjuksköterskor, Swenurse), et M. Jimmie Trevett, représentant de l'organisation suédoise des prestataires de soins de santé mentale (*Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH*). Ces deux dernières rencontres se sont opérées sous la modération de M. Nima Jokilaakso, représentant de Swecare, plate-forme des parties prenantes du domaine des soins de santé en Suède.

La délégation a consacré plusieurs réunions à la rencontre de représentants de l'Hôpital et de l'Institut Karolinska, université médicale, centre de recherche médicale et de groupements universitaires parmi les plus importants et les plus réputés d'Europe et du monde.

L'Hôpital Karolinska s'inscrit dans un mouvement d'adaptation des structures aux nouveaux concepts de traitement des patients. Cette nouvelle approche a été exposée et discutée avec Mme Annika Tibell, directrice générale, et M. Robert Huhn, “*operating program manager*”. L'Institut Karolinska, dont les recherches sont structurellement intégrées à l'établissement hospitalier éponyme, est également en voie de mutation, comme l'ont démontré les discussions avec le professeur Anders Gustafsson, “*PhD Dean of Research*” et le Dr. Björn Kull, “*Head of Grants Office*”.

Par ailleurs, la délégation a eu l'opportunité de visiter l'*European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), dont le siège est situé dans les environs immédiats de l'hôpital et de l'institut précités. La délégation a pu s'entretenir avec Mme Andrea Ammon, directrice, les professeurs Mike Catchpole, chef de l'unité scientifique, et Karl Ekhdal, chef de l'unité de la communication, MM. Jean-Claude Brival, chef de l'unité du management et de la coordination des ressources, et Stanislav Danchev, chef de l'unité des technologies de l'information et de la communication. La délégation a également pu visiter le centre des opérations d'urgence, à partir duquel les situations critiques sont détectées, analysées et traitées.

Plusieurs membres de la délégation ayant également souhaité aborder la question des pharmacies, celles-ci étant fort différentes en Suède par rapport à la Belgique, la délégation a rencontré M. Mats Wennberg et Mme Louise Skalin, représentants de l'*Apoteket* (pharmacies relevant de l'État suédois). Entre autres, la question de l'observance thérapeutique et des moyens de l'améliorer, par une information plus structurée et informatisée, a été abordée.

Tijdens de laatste vergadering konden de delegatieleden spreken met de heer Johan Carlson, algemeen directeur van het Zweeds agentschap voor volksgezondheid. Daarbij konden de leden niet alleen het algemeen beeld voltooien dat zij tijdens de voorgaande vergaderingen hadden gekregen, maar ook dieper ingaan op het vraagstuk van de ziekenhuisfinanciering en -voorzieningen.

3. De Zweedse gezondheidszorg als systeem

Om de bestanddelen van de geanalyseerde systemen te onderzoeken, moeten de systemen met elkaar worden vergeleken. Vergelijkingen op microschaal, waarbij de bestanddelen veeleer losstaand worden bekeken, houden altijd een zeker gevaar in. Zo moet in de analyse rekening worden gehouden met bijvoorbeeld de financiering van een maatregel, de inpassing ervan in de gezondheidszorg, alsook met de ondersteuning van de privé en de overheidssector; zo niet schetst ze geen volledig beeld.

Dat geldt des te meer daar Zweden aanzienlijk verschilt van België: de gevoeligheden van de publieke opinie liggen in beide landen anders en ook op geografisch en historisch vlak zijn er duidelijke verschillen. Het feit dat deze landen allebei tot de Europese Unie behoren, mildert sommige verschillen weliswaar enigszins, maar zal ze nooit doen verdwijnen, inzonderheid in de gezondheidszorg, een domein waarvoor de Europese Unie een slechts beperkte bevoegdheid heeft.

De gezondheidszorg in Zweden is alomvattend. Ze is niet beperkt tot het "*health care system*", maar omvat een geheel van prestaties die betrekking hebben op de gezondheid in de algemene betekenis van het begrip. Het Zweedse systeem streeft het beste resultaat na en hecht daardoor veel belang aan de beste statistische metingen. De universaliteit van de zorg belet niet dat de situatie sterk kan verschillen van de ene geografische zone tot de andere. Patiënten mogen opteren voor zorg in de zone van hun keuze, maar de vervoerkosten moeten ze zelf betalen.

De Zweedse gezondheidszorg wordt voornamelijk gefinancierd met belastinggeld, en niet met het sociaallezekerheidsbudget, zoals in België. De gezondheidszorg slurpt ongeveer 10 % van alle uitgaven van de overheidsbegroting op. De patiënt draagt weinig bij tot de financiering. Momenteel is een debat aan de gang omdat één van de territoriale administratieve afdelingen heeft aangekondigd het aandeel van de patiënt volledig te willen schrappen en daar ruchtbaarheid heeft aan gegeven, terwijl de kostprijs van de prestatie wordt gedragen door de territoriale administratieve afdeling van de woonplaats van de patiënt.

Enfin, la dernière réunion a permis aux membres de la délégation de rencontrer M. Johan Carlson, directeur général de l'Agence suédoise de santé publique. D'une part, les membres ont pu finaliser la vue générale qu'ils s'étaient forgée au cours des réunions précédentes; d'autre part, ils ont pu approfondir la question du financement et des structures hospitalières.

3. Les soins de santé suédois en tant que système

Comparer les systèmes est un préalable nécessaire à l'examen des éléments des systèmes analysés. La microcomparaison, qui tend à isoler des éléments de leurs ensembles, présente toujours un certain danger. Le financement d'une mesure, son imbrication dans les soins de santé, le soutien du secteur privé et du secteur public, doivent par exemple être inclus dans l'analyse, sous peine d'offrir une vision tronquée.

Il en va d'autant plus ainsi que la Suède et la Belgique présentent des différences notables, qu'il s'agisse des sensibilités des opinions publiques, des évidentes disparités concernant la géographie ou des méandres de l'histoire. Le fait que ces deux États font partie de l'Union européenne atténue certes certaines dissemblances, mais ne les fera jamais disparaître, spécialement s'agissant d'un domaine, les soins de santé, où les compétences de l'Union européenne restent limitées.

La couverture des soins de santé en Suède est universelle. Elle ne se limite pas au "*health care system*", mais comprend un ensemble de prestations qui visent à la santé entendue dans son acception générale. A la recherche du meilleur résultat, le système suédois attache une grande importance aux meilleures mesures statistiques. L'universalité des soins n'empêche pas une grande diversité des situations selon les zones géographiques. Un patient peut se faire soigner dans la zone de soins de son choix, mais les frais de déplacement sont à sa charge.

Le financement des soins de santé en Suède s'opère principalement par la voie des impôts, et non en sollicitant le budget de la sécurité sociale comme en Belgique. Les soins de santé correspondent à environ 10 % des dépenses totales du budget de l'État. La part du patient dans le financement est réduite. Un débat est en cours car l'une des divisions administratives territoriales a annoncé sa volonté de supprimer toute part du patient, et en a fait la publicité, alors que c'est la division administrative territoriale du domicile du patient qui prend en charge le coût de la prestation.

De Zweedse gezondheidszorg is veeleer gericht op genezen dan op voorkomen. Hoewel een gezonde levenswijze wordt gepromoot, hebben de ontmoette gesprekspartners zulks niet als een prioritair aandachtspunt aangemerkt. In scholen worden campagnes gevoerd om bijvoorbeeld obesitas te voorkomen, maar op producten met een hoog vet-, suiker- of zoutgehalte worden geen specifieke belastingen geheven. Soms schrijven artsen hun patiënten voor dat ze aan sport moeten doen, en in dat geval biedt de gezondheidszorgverzekering een terugbetaling aan. Zweden is één van de landen waar het minst wordt gerookt.

Het Zweedse gezondheidszorgsysteem is gedecentraliseerd. Drie verschillende beleidsniveaus, met elk hun eigen parlement, regelen aangelegenheden die onder specifieke bevoegdheidsdomeinen ressorteren. Elk beleidsniveau is bevoegd om belastingen te heffen.

Hoewel de bevolking doorgaans niet zo hoog oploopt met de verschillen op het vlak van de toegang tot en de kwaliteit van de zorg op hetzelfde nationaal grondgebied, hebben de Zweedse gesprekspartners aangegeven dat een dergelijke organisatie de innovatie bevordert en het mogelijk maakt in te spelen op de lokale noden. De lokale overheden kunnen weliswaar onderling overeenkomsten sluiten, maar doorgaans willen zij hun autonomie behouden. Soms wordt overwogen structuren te fuseren, maar die plannen stuiten op een zekere weerstand.

De drie beleidsniveaus zijn:

1° het nationaal niveau: de nationale regering, haar administraties en haar overheidsorganen. Het takenpakket van dit niveau omvat voornamelijk het houden van toezicht en het meten van de doeltreffendheid. De nationale regering kan normen bepalen en een zekere transparantie inzake de zorgkwaliteit instellen. Dergelijke normen worden niet altijd overal even goed onthaald; vooral in de grote steden wordt soms een zekere weerstand vastgesteld. De Zweedse openbare gezondheidszorginstellingen spelen een centrale rol in geval van epidemie of van een transregionale besmetting. Tevens treden zij als eerste op bij terroristische aanslagen;

2° het niveau van de territoriale administratieve afdelingen, dat 21 districten ("län") omvat. De districten zijn gegroepeerd in zes regio's om hooggespecialiseerde zorg te waarborgen. Voorts zijn er een zeventigtal onder de districten ressorterende ziekenhuizen, met zeven universitaire ziekenhuizen. Zweden telt ongeveer 1 200 gezondheidszorgcentra, die over het hele grondgebied zijn verspreid. Ook voor de tandheelkunde wordt het principe van de districten gehanteerd; de bevolking kan terecht bij overheids- én bij privé tandartsen;

Les soins de santé en Suède sont plutôt de nature curative que préventive. La promotion d'un mode de vie sain existe, mais elle n'a pas été citée de manière prioritaire par les intervenants rencontrés. Des messages de prévention, par exemple contre l'obésité, sont donnés dans les écoles. Il n'y a toutefois pas de taxation particulière des produits gras, sucrés ou salés. Des prescriptions de médecin contiennent parfois celle de faire du sport; dans ce cas, l'assurance soins de santé offre un remboursement. La population suédoise est l'une de celles qui fument le moins.

Le système des soins de santé suédois est décentralisé. Trois niveaux de pouvoirs différents, disposant d'un parlement propre, règlent des matières relevant d'aires de compétence particulières. Chaque niveau de pouvoir dispose d'un pouvoir de taxation propre.

S'il est vrai que la population n'apprécie généralement pas les différences dans l'accès et la qualité des soins sur un même territoire national, les interlocuteurs suédois ont noté qu'une telle organisation favorise l'innovation et permet de répondre à des besoins locaux. Des accords entre autorités locales sont possibles, mais celles-ci tiennent généralement à conserver leur autonomie. Les fusions de structures parfois envisagées rencontrent une certaine résistance.

Les trois niveaux sont:

1° *le niveau national*, qui comprend le gouvernement national, ses administrations et ses organismes publics. Ce niveau joue surtout un rôle dans la supervision et la mesure de la performance. Le gouvernement national peut fixer des standards et organiser une forme de transparence de la qualité des soins. De tels standards ne sont pas toujours bien reçus partout, et une forme de résistance est parfois constatée, surtout dans les grandes villes. Les organismes publics suédois de santé jouent un rôle central en cas d'épidémie ou de contamination transrégionale. Ils interviennent aussi en premier ordre en ce qui concerne la réponse aux attaques terroristes.

2° *le niveau des divisions administratives territoriales*, avec 21 comtés (*län*). Des comtés se sont regroupés en six régions pour assurer les soins hautement spécialisés. Il existe par ailleurs une septantaine d'hôpitaux relevant des comtés, avec sept hôpitaux universitaires. Environ 1200 centres de soins de santé sont dispersés sur le territoire suédois. En ce qui concerne la dentisterie, également organisée selon les comtés, il existe des prestataires publics et privés.

3° het niveau van de lokale administratieve afdelingen, dat 290 gemeenten (“kommuner”) omvat. Op het stuk van de gezondheidszorg zijn de gemeenten bevoegd voor de psychiatrische zorg, alsook voor de dienstverlening aan bejaarde personen en aan personen met een beperking.

Het Zweedse gezondheidszorgsysteem in zijn geheel beschouwen houdt echter enkele onvolkomenheden in, waaronder en niet in het minst de grote verschillen tussen het noorden en het zuiden van het land. De levensstijl is zeer verschillend in Malmö en in Kummavuopio, en dat heeft gevolgen voor de uiteenlopende uitdagingen waarmee de bevolking te kampen heeft. De nabijheid van zorgvoorzieningen is ook zeer verschillend.

Een andere discrepantie betreft de sociale categorieën, ook al wordt dit fenomeen door de Zweedse gesprekspartners als minder zichtbaar beschouwd.

De gezondheidszorg in Zweden is sterk gedigitaliseerd. Er zijn grote inspanningen gedaan om aansluiting te vinden bij de “e-Gezondheid”-trend. Op het vlak van big data staan ze duidelijk verder dan andere landen. De instellingen voor wetenschappelijk onderzoek kunnen veel gemakkelijker dan in België toegang krijgen tot de gezondheidsgegevens, tegen een vergoeding. Volgens verschillende gesprekspartners zijn de Zweden doorgaans niet gekant tegen het meedelen van hun gezondheidsgegevens voor wetenschappelijke doeleinden, ook al gaat het om delicate informatie, zoals leeftijd, geslacht of medische behandeling.

Deze trend inzake digitalisering zal de toets moeten doorstaan met de nieuwe Europese regels van de Algemene Verordening Gegevensbescherming. Tot dusver gingen de onderzoeksinstellingen immers uit van een vermoeden van instemming.

Privéverzekeringen zijn zeldzaam in Zweden, maar ze bestaan wel. Ze dienen vooral om niet te moeten wachten op verzorging, wegens de wachttijden. Met die privéverzekeringen is het niet mogelijk te worden behandeld in een openbare voorziening.

4. De performantie van het Zweedse gezondheidszorgsysteem

Zweden geniet een bijzonder goed imago op het vlak van gezondheidszorg – efficiënt, kwalitatief, innovatief, goedkoop – maar dit komt niet altijd overeen met de werkelijkheid. Het verbeteren van het zorgstelsel behoort dan ook tot een van de prioriteiten van de huidige regering (sociaaldemocraten en Groenen). Ook de oppositie erkent dat er grote problemen zijn, maar

3° le niveau des divisions administratives locales, avec 290 communes (*kommuner*). En ce qui concerne les soins de santé, ces communes sont compétentes pour les soins psychiatriques et les services aux personnes âgées et aux personnes avec un handicap.

Envisager le système des soins de santé suédois dans son ensemble présente toutefois quelques lacunes, au premier rang desquelles figurent les disparités importantes constatées entre le Nord et le Sud du pays. Les styles de vie sont très différents de Malmö à Kummavuopio, et ceci se ressent sur les défis différents auxquels la population est confrontée. La proximité des soins est également de nature très disparate.

Une autre disparité constatée concerne les catégories sociales, même si le phénomène est considéré par les intervenants suédois comme moins visible.

Les soins de santé en Suède sont fortement digitalisés. De grands efforts ont été consentis pour s'inscrire dans le mouvement de l'eSanté. Le *big data* est nettement plus élaboré qu'ailleurs. Les instituts de recherche scientifique peuvent plus facilement qu'en Belgique disposer de données de santé, contre une rétribution. Les Suédois sont présentés par plusieurs interlocuteurs comme non opposés, en règle, à la transmission de leurs données de santé à des fins de recherche scientifique, même s'il s'agit de données sensibles telles que l'âge, le genre ou la médication suivie.

Cette tendance à la digitalisation devra être confrontée aux nouvelles règles européennes inscrites dans le Règlement général sur la protection des données. Jusqu'à présent, les instituts de recherche portaient en effet du principe d'un consentement présumé.

Des assurances privées sont rares en Suède, mais elles existent. Elles servent surtout à s'assurer de ne pas devoir attendre des soins en raison des files d'attente. Ces assurances privées ne permettent pas de se faire traiter dans une structure publique.

4. La performance du système de soins de santé suédois

La Suède bénéficie d'une image particulièrement positive en matière de soins de santé – des soins efficaces, de qualité, innovants et bon marché – mais cette image ne correspond pas toujours à la réalité. L'amélioration du système des soins constitue dès lors une des priorités de l'actuel gouvernement (composé de sociaux-démocrates et de verts). Si l'opposition reconnaît également

is het niet altijd eens met de voorgestelde oplossingen. Zo is er momenteel een politiek debat gaande over het inperken van de winstmarges in de gezondheidszorg. Verder staan het verbeteren van het preventiewerk, de personeelskwesties, de kwaliteit, de toegang tot eerste zorgen en de lange wachttijden op de agenda.

Midden jaren '90 kwam er een gedeeltelijke privatisering van de zorgvoorziening maar pas onder de impuls van de vorige alliantieregering (2006-2014) werd de regulering voor private zorg uitgebreid onder het mom van "*a matter of choice*". Het komt dan ook steeds vaker voor dat provincieraden de diensten kopen van private zorginstellingen, de patiënt krijgt gegarandeerd dezelfde behandeling voor dezelfde prijzen.

De kosten van de gezondheidszorg als percentage van het bbp zijn vrij stabiel in Zweden (65 biljoen SEK in 2015, ofwel 11 % van het bbp) en kunnen vergeleken worden met die in andere Europese landen. Zweden heeft een gedecentraliseerde zorgvoorziening dus de meeste kosten worden gedragen door de provincies en gemeenten (via provinciale- en gemeentelijke belastingen). Bijdragen van de nationale overheid zijn een andere bron van financiering, terwijl patiënten vergoedingen slechts een klein percentage aan de kosten leveren.

Verschillende gesprekspartners maakten gewag van een Zweedse paradox: objectief beschouwd is de zorg uitstekend (zoals blijkt uit veel internationale studies), maar de subjectieve beoordeling ervan door de Zweedse bevolking strookt niet met de werkelijke kwaliteit ervan. Één van de redenen hiervan kan te maken hebben met het feit dat de gegevensregistratie in Zweden, op basis waarvan maatregelen worden genomen, geen rekening houdt met subjectieve of persoonlijke data, zoals het meten van pijn, de capaciteit om het werk te hervatten, het risico op een depressie na de ingreep en, meer in het algemeen, de mogelijkheid om opnieuw een normaal leven te leiden. In de internationale literatuur worden andere redenen naar voren geschoven: het onvoldoende betrekken van de patiënt, een informatieverstrekking die beter kan en de moeilijke toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

Alle Zweedse gesprekspartners hebben verschillende problemen aangekaart: regionale verschillen, de vergrijzing, de plattelandsvlucht in sommige regio's. Tussen de ontwikkeling van een goede praktijk en de toepassing ervan op het hele grondgebied, kunnen er twintig jaar

qu'il existe de gros problèmes, elle n'est pas toujours d'accord avec les solutions proposées. Ainsi, un débat politique est actuellement mené sur l'opportunité de limiter les marges bénéficiaires dans le secteur des soins de santé. Parmi les autres points inscrits à l'ordre du jour figurent l'amélioration du travail de prévention, les questions liées au personnel, la qualité, l'accès aux premiers soins et la longueur des délais d'attente.

Au milieu des années 1990, les soins de santé ont été partiellement privatisés, mais ce n'est que sous l'impulsion du précédent gouvernement de coalition (2006-2014) que la réglementation des soins privés a été élargie sous la devise "*une question de choix*". Il arrive dès lors de plus en plus souvent que les conseils provinciaux rachètent les services proposés par des établissements de soins privés, en garantissant au patient le même traitement pour le même prix.

Le coût des soins de santé en termes de pourcentage du PIB est relativement stable en Suède (65 milliards de couronnes suédoises (SEK) en 2015, soit 11 % du PIB) et est comparable à celui d'autres pays européens. La Suède a un système de soins décentralisé, de sorte que la majorité des coûts sont supportés par les provinces et les communes (par le biais de taxes provinciales et communales). Les contributions versées par l'autorité nationale constituent une autre source de financement, tandis que les quotes-parts des patients ne représentent qu'une faible contribution aux coûts.

Un paradoxe suédois est mis en lumière par plusieurs intervenants: les soins considérés de manière objective sont excellents (comme le démontrent de nombreuses études internationales), mais leur appréciation subjective par la population suédoise n'est pas à l'aune de la qualité réelle. L'une des raisons pourrait être trouvée dans le fait que l'enregistrement des données en Suède, sur la base desquelles des mesures sont prises, ne reprend pas des données subjectives ou personnelles comme la mesure de la douleur, la capacité de reprendre le travail, le risque de dépression consécutive à l'intervention et, plus généralement, la capacité de reprendre une vie normale. D'autres raisons sont citées dans la littérature internationale: manque d'implication du patient, information perfectible, accessibilité difficile des soins de santé.

Les interlocuteurs suédois ont tous souligné plusieurs problèmes: disparités régionales, défi du vieillissement de la population, dépeuplement de certaines zones rurales. Entre la création d'une bonne pratique et sa généralisation sur l'ensemble du territoire, il peut

verlopen. De vergrijzing gaat bovendien gepaard met stijgende kosten van de gezondheidszorg, vooral wat de zeer gespecialiseerde zorg betreft.

Het Zweedse gezondheidszorgsysteem mag dan wel vaak als één van de beste worden aangemerkt, toch is het niet veel efficiënter dan andere systemen in buurlanden. Op het vlak van kinder- en ouderenzorg staat Zweden wel zeer hoog aangeschreven.

Één van de moeilijkheden die door alle Zweedse gesprekspartners naar voren worden geschoven, betreft de wachtlijsten, ook al is vergelijken moeilijk, bij gebrek aan gemeenschappelijke indicatoren voor de hele Europese Unie. Voor alle niet-dringende zorg moet soms lang worden gewacht voordat de zorg wordt toegediend. Anderzijds wordt zorg nooit geweigerd. Die wachtlijsten hebben voor gevolg dat de Zweden meer dan anderen geneigd zijn een beroep te doen op de spoeddienst, die slechts in duidelijk omschreven situaties een patiënt kan weigeren.

Het Zweedse gezondheidszorgsysteem hecht een toenemend belang aan de uitdagingen die voortvloeien uit de nieuwe migratiestromen. Voor Zweden, dat geen koloniaal verleden heeft dat vergelijkbaar is met dat van andere Europese Staten, is dit een nieuwe uitdaging. Mensen die geen vaccinatie hebben gekregen in hun land van herkomst en die soms ernstige problemen van gebruik van psychotrope stoffen vertonen of lijden aan geestelijke problemen die gerelateerd zijn aan oorlog of geweld, krijgen bijzondere aandacht van de overheid.

5. De ziekenhuisstructuur

De financiering van ziekenhuizen wordt vooral op regionaal en lokaal vlak bekostigd. De provincies en de gemeenten hebben een verregaande autonomie en beslist dus zelf hoe groot de belastingdruk is alsook hoe de middelen te verdelen. In Zweden wordt een relatief grote portie van het totale provinciale en lokale budget voor medische diensten toegewezen aan ziekenhuizen (iets meer dan 50 %).

Publieke ziekenhuizen worden gegroepeerd in provinciale- en regionale/universitaire ziekenhuizen. Provinciale ziekenhuizen kunnen dan weer verder opgedeeld worden in acute zorg- en lokale ziekenhuizen. Ongeveer twee derde van de provinciale ziekenhuizen bieden acute zorg aan, dit houdt een groter aantal klinische deskundige competenties in alsook 24u/dag zorgverlening. In de regionale/universitaire ziekenhuizen wordt de zeer gespecialiseerde zorg geconcentreerd

s'écouler vingt ans. Le vieillissement de la population s'accompagne par ailleurs d'une augmentation des coûts des soins de santé, surtout en ce qui concerne des soins très spécialisés.

S'il est vrai que le système de santé suédois est souvent cité parmi les meilleurs, il n'est pas notoirement plus performant que d'autres systèmes d'États voisins. Par contre, les soins aux enfants et aux personnes âgées sont généralement reconnus comme particulièrement performants.

L'une des difficultés notées par l'ensemble des intervenants suédois consiste en les listes d'attente, même s'il est difficile de comparer faute d'un set d'indicateurs communs en la matière pour l'ensemble de l'Union européenne. Pour tous les soins non urgents, il faut parfois attendre bien longtemps avant de pouvoir recevoir les soins. Cependant, aucun refus de soins n'est constaté. Ces listes d'attente ont pour conséquence que les suédois ont une tendance plus marquée qu'ailleurs de se diriger vers les services d'urgence, qui ne peuvent refuser de prendre en charge un patient que dans certains cas bien délimités.

Le système de soins de santé suédois accorde une importance croissante aux défis que représentent les nouvelles migrations. Pour la Suède, qui n'a pas d'histoire coloniale comparable à d'autres États européens, cet enjeu est nouveau. Des populations n'ayant pu bénéficier d'une vaccination dans leur État d'origine, présentant parfois des problèmes majeurs de consommation de produits psychotropes ou souffrant de problèmes de santé mentale liés à la guerre ou à la violence, reçoivent une attention particulière des pouvoirs publics.

5. Les structures hospitalières

Le financement des hôpitaux est principalement opéré aux niveaux régional et local. Les provinces et les communes jouissent d'une grande autonomie et décident ainsi elles-mêmes de l'ampleur de la charge fiscale et de la répartition des moyens. En Suède, une part relativement importante du budget provincial et local total des services médicaux est allouée aux hôpitaux (un peu plus de 50 %).

Les hôpitaux publics sont regroupés en hôpitaux provinciaux et régionaux/universitaires. Les hôpitaux provinciaux peuvent ensuite être subdivisés en hôpitaux de soins aigus et en hôpitaux locaux. Environ les deux tiers des hôpitaux provinciaux offrent des soins aigus, ce qui implique un plus grand nombre de spécialités cliniques et des soins 24 heures sur 24. Les soins hautement spécialisés sont concentrés dans les hôpitaux régionaux/universitaires (il s'agit d'une tendance observée au

(trend gedurende laatste 2 decennia) om een hoog niveau van geavanceerde medische zorg te handhaven.

Er zijn zes privéziekenhuizen in Zweden, waarvan drie niet-winstgevend zijn (Sophiahemmet, Ersta en Rode Kruis (Röda Korset) in Stockholm) en drie wel winst nastreven (St Goran ziekenhuis in Stockholm, Lundby ziekenhuis in Göteborg en Simrishamn ziekenhuis in het zuiden van Zweden). St Goran Ziekenhuis is het enige particuliere ziekenhuis met acute zorg in Zweden.

De Zweedse gezondheidszorg wordt hoofdzakelijk vanuit de ziekenhuizen georganiseerd. Het aandeel van de ambulante zorg is er beduidend kleiner dan in België. Meerdere sprekers zijn van oordeel dat het aandeel van de ambulante zorg zou moeten worden vergroot en dat er meer bedden voor ziekenhuisopname in dagverzorging zouden moeten komen.

Aanvankelijk behoorden alle Zweedse ziekenhuizen tot de overheidssector. De jongste jaren komen er echter steeds meer privéziekenhuizen. Sommige ziekenhuisprestaties worden niet (langer) door de overheidssector, maar door de privésector verstrekt. Vooral sommige nabijheidsdiensten werden overgelaten aan de privésector, omdat de overheid deze diensten niet als essentieel beschouwde en ze niet langer verstrekke. Wat de ziekenhuiszorg betreft, blijft de bevolking aan een zekere mate van nabijheid gehecht.

Ook in Zweden is er specialisatie van de ziekenhuizen. De gespecialiseerde zorg is er samengebracht in vijf of zes op netten aangesloten structuren. Net als in België moet een bepaald aantal zorgverstrekkings worden verricht om aanspraak te kunnen maken op de kwaliteitsvoorwaarden voor de zorg. Dat wordt echter niet altijd positief onthaald bij de bevolking, zeker wat de neonatologie betreft, omdat de Zweden nog steeds belang hechten aan de "plaats waar men geboren is".

De ziekenhuizen sluiten onderling overeenkomsten met betrekking tot heel gespecialiseerde gezondheidszorg. In dat verband haalden de Zweedse gesprekspartners de voorbeelden aan van kankerbehandeling en van acute zorg na een cerebrovasculair accident. Dankzij dergelijke overeenkomsten kan men de investeringen beter plannen en beschikt men over een aangepaste infrastructuur voor een voldoende lange uitbatingduur.

De concentratie en de specialisatie van de ziekenhuiszorg kan rekenen op de steun van de patiëntenverenigingen. Met de verkiezingen in het vooruitzicht uiten sommige patiënten niettemin hun ontevredenheid over bijvoorbeeld het feit dat het moeilijk is om een ziekenhuis dicht bij huis te vinden.

cours des deux dernières décennies) afin de maintenir un niveau élevé de soins médicaux avancés.

Il y a six hôpitaux privés en Suède, dont trois sont à but non lucratif (Sophiahemmet, Ersta et Röda Korset à Stockholm) et trois sont à but lucratif (St Goran Hospital à Stockholm, Lundby Hospital à Göteborg et Simrishamn Hospital dans le sud de la Suède). L'hôpital de St Goran est le seul hôpital privé dispensant des soins aigus en Suède.

Les soins de santé suédois sont surtout organisés au départ des hôpitaux. La part de l'ambulatoire y est nettement moins grande qu'en Belgique. Plusieurs interlocuteurs estiment que cette part d'ambulatoire devrait être augmentée, en même temps que plus de lits d'hospitalisation de jour devraient être développés.

Initialement, la totalité des structures hospitalières suédoises relevaient du secteur public. Ces dernières années, un mouvement est en marche vers la création de structures hospitalières privées. Certaines prestations hospitalières n'ont pas ou n'ont plus été assurées par le secteur public, et sont désormais prises en charge par le secteur privé. Plus particulièrement, des services de proximité considérés par le secteur public comme non essentiels et où un désengagement a été constaté, ont été repris par le secteur privé. La population reste attachée à une certaine proximité des soins hospitaliers.

La spécialisation des structures hospitalières est également à l'œuvre en Suède, où les soins spécialisés sont regroupés dans cinq ou six structures, associées à des réseaux. La nécessité de poser un certain nombre d'actes pour pouvoir prétendre aux conditions de qualité des soins y est retenue, tout comme en Belgique. Ceci n'est pas toujours bien perçu par la population, et certainement en ce qui concerne la néonatalogie, puisque l'attachement reste à être "né quelque part".

Des conventions sont conclues entre structures hospitalières pour des soins de santé très spécialisés. Les exemples des cancers et des soins aigus à la suite d'un accident vasculaire cérébral ont été cités par les intervenants suédois. Ces conventions permettent de mieux planifier des investissements et de disposer d'un équipement adapté pour une durée d'exploitation suffisante.

La concentration et la spécialisation des soins hospitaliers sont soutenues par les organisations représentatives des patients. Cependant, certains patients font parfois part de leur mécontentement, par exemple à l'horizon des élections, face à la difficulté de trouver des structures hospitalières proches de leur domicile.

Ook de informatisering van de ziekenhuiszorg is aan de gang. Dat houdt risico's in, zeker wanneer een informaticanetwerk niet is uitgerust met een noodstelsel. Daarom wordt er steeds een back-up gemaakt. De patiënt wordt voorts opgevolgd via een permanente monitoring van zijn gezondheidstoestand. Alle informatie over de patiënt is immers beschikbaar voor elke ziekenhuisafdeling, ook als de patiënt naar een andere instelling verhuist.

Zo komt geleidelijk aan een nieuw ziekenhuisconcept tot stand, waarbij een organisatie per dienst plaats ruimt voor een systeem waarbij het zorgtraject van de patiënt wordt opgevat als een ononderbroken proces. Dat nieuwe concept voorkomt dat de patiënt geconfronteerd wordt met lange wachttijden tussen twee interventies van twee verschillende diensten. Voortaan doorloopt de patiënt meerdere zorgthema's (neurologie, oncologie enzovoort), en valt hij onder verschillende functies (spoed, operaties enzovoort).

Anderzijds ontwikkelt zich binnen de ziekenhuizen het concept van het multidisciplinaire team voor het beheer van het zorgtraject van de patiënt. Dat team legt zich niet toe op een individuele patiënt, maar op een groep van patiënten met vergelijkbare eigenschappen. Bij dat team worden ook patiëntenverenigingen, onderzoekers, een manager, een casemanager en controleurs betrokken.

De Zweedse ziekenhuizen worden in principe door de overheid gefinancierd. Het wetenschappelijk medisch onderzoek wordt echter samen met de privésector gefinancierd. De financieringsregels zouden in de toekomst bovendien kunnen veranderen, maar daar heeft men momenteel nog geen duidelijk zicht op.

6. De uitoefening van bepaalde gezondheidszorgberoepen

6.1. De eerstelijnsartsen

Vastgesteld wordt dat het aantal consultaties bij een eerstelijnsarts in Zweden beduidend lager ligt dan in bijna alle andere Europese landen. De ontmoete gesprekspartners gaven daarvoor tal van verklaringen: een gezondheidszorgsysteem dat hoofdzakelijk op de ziekenhuizen en de spoeddiensten gericht is, de afwezigheid van een verband tussen prestatie van de prestatie en de terugbetaling ervan, de talrijke taken van de eerstelijnsartsen, steeds meer zorgverstrekkers die deeltijds werken, culturele redenen en de telegenheid die steeds meer ingeburgerd raakt. Voorts gaat met de eerstelijnszorg veel administratie gepaard.

L'informatisation des soins hospitaliers est également en cours. Ceci présente des risques, surtout si un réseau informatique n'est pas doté d'une solution de secours. C'est pourquoi un *backup* est assuré. Par ailleurs, le patient est suivi dans le cadre d'un *monitoring* permanent de son état de santé, chaque information le concernant étant disponible pour tous les services hospitaliers, même dans l'hypothèse où le patient se déplace.

Peu à peu se développe un nouveau concept hospitalier où l'on se détourne d'une organisation par service pour plutôt inclure le patient dans un trajet de soins hospitaliers, conçu comme un continuum. Ce nouveau concept permet d'éviter qu'un patient ne traverse des périodes de creux, entre deux interventions de deux services différents. Désormais, le patient passe par plusieurs thèmes de soins (neurologie, oncologie, etc.), et relève de plusieurs fonctions (urgences, opérations, etc.).

Par ailleurs se développe le concept hospitalier d'équipe multidisciplinaire de management de trajet de soins du patient. Cette équipe ne concerne pas un patient pris isolément mais un ensemble de patients présentant des caractéristiques semblables. Sont associés à cette équipe, des organisations de patients, des chercheurs, un manager et un manager de cas, ainsi que des contrôleurs.

En principe, le financement des structures hospitalières suédoises est public. Toutefois, la recherche médicale scientifique est cofinancée par le secteur privé. En outre, les règles de financement pourraient être modifiées à l'avenir, même si aucune vue claire n'est pour l'instant disponible.

6. L'exercice de certaines professions de santé

6.1. Les médecins de première ligne

On constate un nombre bien moins élevé de consultations chez le médecin de première ligne en Suède que dans la quasi-totalité des autres États européens. Les raisons évoquées par les intervenants rencontrés pour expliquer ce fait sont multiples: système de soins principalement centré sur les hôpitaux et les services d'urgence, absence de lien entre la performance et le remboursement des prestations, multiplicité des missions des médecins de première ligne, tendance à travailler à mi-temps des prestataires, raisons culturelles, généralisation de la télémédecine. Par ailleurs, le travail administratif lié aux prestations de première ligne est important.

Alle gesprekspartners hebben vermeld dat een echte eerstelijnszorg zou moeten worden ontwikkeld. Dat is zeer zeker een doelstelling op lange termijn. De territoriale administratieve afdelingen moeten eventueel beslissen dat men verplicht is eerst een eerstelijnsarts en dan pas een specialist te consulteren.

Geneeskunde op afstand staat in Zweden duidelijk verder dan in België. Wegens de afstanden is het in Zweden altijd eenvoudiger geweest vanop afstand met zijn eerstelijnszorgverstreker te communiceren dan op consultatie te gaan, vooral tijdens de wintermaanden. Kwaliteitseisen inzake geneeskunde op afstand worden niettemin als noodzakelijk beschouwd en de regulering en terugbetaling vormen vraagstukken waarover vaak wordt gedebatteerd. De mobiele gezondheidsdienst "mHealth" zou plannen hebben voor patiëntenopvolging vanop grote afstand.

Het statuut van de artsen in opleiding biedt aanzienlijk meer bescherming in Zweden dan in België. Het salaris van de betrokkenen is duidelijk hoger in Zweden. Zij genieten voorts volledige sociale bescherming.

Inzake de medische wachtdiensten bestaan er zeer uiteenlopende situaties. In sommige zones in de grote steden is er een zeer hoge concentratie van zorgverstrekkers, terwijl er in de landelijke gebieden buitengewoon weinig zijn. In het noorden van het land is het vaak moeilijk om een zorgverstreker te vinden. Men moet hen dan ook een voldoende aantrekkelijk verlonings- of arbeidsstatuut aanbieden.

6.2. Het verplegend personeel

In Zweden zijn de verstrekkers van verpleegkundige zorg soms in dienst van de overheid (de territoriale administratieve afdelingen) en soms van de privésector. Die organisatie maakt het moeilijk om verplegend personeel te vinden voor de wachtdiensten, in het bijzonder tijdens de eindejaarsfeesten of in het noorden van het land. Zelfs salarisverhogingen sporen de verpleegkundigen niet noodzakelijk aan om dergelijke wachtdiensten op zich te nemen.

In Zweden mag verpleegkunde alleen worden beoefend door wie minstens een relevant bachelor-diploma heeft. Het beroep mag ook worden beoefend op basis van een licentie. De vertegenwoordigers van Swenurse zijn voorstander van een relatief lange academische opleiding, opdat de zorgverstrekkers over de nodige vaardigheden zouden beschikken. Het beroep van "hulpverpleger", vergelijkbaar met de Belgische zorgkundigen, is daarentegen niet gereguleerd.

L'ensemble des interlocuteurs ont évoqué la nécessité de développer une réelle première ligne de soins. Il s'agit assurément d'un objectif de long terme. C'est aux divisions administratives territoriales de décider éventuellement d'une obligation de passer d'abord chez le médecin de première ligne avant de se rendre chez le prestataire spécialiste.

La télémédecine est bien plus développée en Suède qu'en Belgique. En raison des distances, il a de tous temps été plus aisé en Suède de communiquer à distance avec son prestataire de première ligne que d'effectuer une visite, surtout pendant les mois d'hiver. Des standards de qualité de la télémédecine sont cependant considérés comme nécessaires, et la régulation et le remboursement figurent parmi les questions souvent débattues. Le *mHealth* (service de santé mobile) viserait à développer un suivi à longue distance du patient.

Le statut des médecins en formation est bien plus protecteur en Suède qu'en Belgique. Leur salaire est nettement plus élevé en Suède. La protection sociale est par ailleurs totale.

Les gardes médicales présentent une grande disparité. Certaines zones dans les grandes villes connaissent une très forte densité de prestataires, alors que les zones rurales sont clairsemées. Dans le Nord du pays, il est souvent difficile de trouver un prestataire de soins. Il est nécessaire alors de leur offrir un statut pécuniaire ou de travail suffisamment attractif.

6.2. Le personnel infirmier

Les prestataires de soins infirmiers, en Suède, sont parfois employés par le secteur public (les divisions administratives territoriales), parfois par le secteur privé. Cette organisation a pour conséquence une difficulté à trouver des prestataires pour les gardes, notamment lors des fêtes de fin d'année ou dans le Nord du pays. Même des augmentations de salaires n'incitent pas nécessairement des prestataires de soins infirmiers à prendre en charge de telles gardes.

En Suède, un diplôme de *bachelor* est au moins requis pour l'exercice des professions infirmières. Une licence ouvre également la voie à l'exercice de cette profession. Les représentants de Swenurse soutiennent un cursus académique relativement long, qui permet d'assurer que les prestataires disposent des compétences nécessaires. La profession d'auxiliaire infirmier, proche des aides-soignants en Belgique, n'est par contre pas réglementée.

De gesprekspartners benadrukken dat permanente vorming noodzakelijk is. In Zweden is permanente vorming trouwens verplicht voor verpleegkundigen, en Swenurse wil dat zo houden. Weliswaar zijn de kosten ervan aanzienlijk, maar dat is nu eenmaal de prijs voor veilige zorgverstrekking.

Zoals in België stelt men een groot verloop vast bij de verpleegkundigen. Sommigen geven het beroep op; anderen maken de overstap van de overheid naar de privésector, die meer flexibiliteit biedt. Het gebrek aan verpleegkundigen houdt een risico in voor de veiligheid van de patiënten.

Een van de gesprekspartners uit de ziekenhuissector heeft vermeld dat in die structuren een tendens bestaat om teams samen te stellen waarin een verpleegkundige met veel ervaring samenwerkt met een collega die relatief nieuw is in het beroep. Zij vullen elkaar immers aan.

De verpleegkundigen zijn niet bevoegd om medische voorschriften uit te schrijven. Over dat vraagstuk is echter een debat aan de gang. Parallel nemen de verpleegkundigen veel zorgtaken op zich die weliswaar veeleer tot het domein van de *care* dan dat van de *cure* behoren, maar die in principe door eerstelijnsartsen zouden moeten worden uitgevoerd.

6.3. De apothekers

Zelfs wanneer het voorschrift de merknaam van een geneesmiddel bevat, is de apotheker verplicht het generiek medicijn met dezelfde actieve stof te verstrekken. De patiënt kan echter altijd beslissen om een supplement te betalen en zo het merkgeneesmiddel verkrijgen. De gesprekspartner die Apoteket vertegenwoordigde, schatte dat 50 % tot 60 % van de afgeleverde geneesmiddelen generieke geneesmiddelen zijn.

De digitalisering van de gezondheidszorg staat in Zweden duidelijk verder dan België. In Zweden kan via geneeskunde op afstand een eerste snelle diagnose worden gesteld; voor het overige wordt de patiënt naar de apotheker gestuurd, die een aantal lichamelijke tests uitvoert en de resultaten naar de arts stuurt. De handgeschreven voorschriften zijn tien jaar geleden verdwenen.

Er is een applicatie ontwikkeld om de therapietrouw aanzienlijk op te voeren. Die applicatie herinnert de patiënt eraan welke farmaceutische specialiteiten hij volgens het voorschrift van de arts moet nemen en in welke doses. Alle informatie die doorgaans op de bijsluiter staat, is op elk moment op de applicatie beschikbaar. De applicatie herinnert er hem daarentegen niet aan zijn medicijn in te nemen, omdat er wordt van uitgegaan dat de patiënten daar geen vragende partij

La nécessité d'une formation continue est mise en exergue par les interlocuteurs. La formation continue est d'ailleurs une obligation pour les prestataires de soins infirmiers en Suède, et Swenurse en préconise le maintien. Certes, les coûts ne sont pas négligeables, mais la sécurité des soins est à ce prix.

Comme en Belgique, un fort mouvement de départs de la profession est constaté. Certains quittent la profession; d'autres partent du public vers le privé, ce dernier offrant plus de flexibilité. Le manque de prestataires de soins infirmiers présente un risque pour la sécurité du patient.

L'un des intervenants du secteur hospitalier a cité une tendance dans ces structures à constituer des équipes dotées d'un infirmier très expérimenté et d'un infirmier relativement novice. Leurs apports sont en effet complémentaires.

Les prestataires de soins infirmiers ne disposent pas de la compétence de prescrire. Cette question est toutefois débattue. Parallèlement, les infirmiers prennent en charge de nombreux soins – certes relevant plus du *care* que du *cure* – qui devraient en principe être assurés par les médecins de première ligne.

6.3. Les pharmaciens

Même si la prescription contient le nom d'un médicament de marque, le pharmacien est obligé de fournir le générique qui contient la même substance active. Le patient peut toutefois toujours décider de payer un supplément pour obtenir le médicament de marque. L'interlocuteur représentant Apoteket a évalué que 50 à 60 % des médicaments délivrés étaient des génériques.

La digitalisation des soins de santé est nettement plus poussée en Suède qu'en Belgique. En Suède, la télémédecine permet de faire un premier diagnostic rapide, en renvoyant pour le surplus le patient vers le pharmacien, qui effectuera lui certains tests physiques et enverra les résultats au médecin. Les prescriptions écrites à la main ont disparu depuis dix ans.

Une application a été développée pour améliorer sensiblement l'observance thérapeutique. Cette application rappelle au patient quelles spécialités pharmaceutiques il devrait prendre, conformément à la prescription du médecin, et selon quelles doses. Toute l'information généralement reprise dans la notice est disponible sur l'application à tout moment. Par contre, l'application ne lui rappelle pas de prendre son médicament, considérant que les patients ne sont pas demandeurs.

voor zijn. Daarnaast bevat de website van het openbare-apothekennetwerk ook alle benodigde informatie voor de patiënten.

Een andere recent ontwikkelde applicatie maakt een direct gesprek met de apotheker mogelijk. Die applicatie vervangt het contact in de apotheek niet, maar is er een aanvulling op en is gericht op mensen met een verminderde beweeglijkheid. Er is een applicatie in voorbereiding voor multidosisverstrekkingen en -innames teneinde de therapietrouw op te voeren.

Op vrijwillige basis kan een patiënt ook een ondersteuningsprogramma volgen, in de eerste plaats gericht op de inname van statines en antidiabetica. Zo'n patiënt kan berichten op zijn gsm ontvangen en contacten met een gezondheidszorgwerker programmeren.

Anders dan in België is het aantal apotheken in Zweden niet gereguleerd. Tot zo'n tien jaar geleden gold er voor de apotheken een monopolie van de overheidssector, maar sindsdien is het aantal privéapotheken sterk toegenomen.

Het fenomeen van de onlineapotheken, overgewaaid uit de Verenigde Staten, doet zich ook in Zweden voor. De ontmoete gesprekspartner van Apoteket raamt het aantal onlinecontacten tussen patiënten en apothekers op 15 à 20 %. In tegenstelling tot de Verenigde Staten zijn de prijsverschillen tussen de onlineapotheken en de andere echter beduidend lager.

Zoals in de Verenigde Staten vindt men soms apotheken en parafarmaceutische verkooppunten in winkels die courante consumptiegoederen aanbieden. Er gelden echter kwaliteitseisen, ook voor de parafarmaceutische verkooppunten. Het vertrouwen van het publiek gaat niettemin naar de apotheek als zodanig, waar de patiënt zeker is gekwalificeerd personeel te vinden, wat nog altijd de beste kwaliteitsgarantie is.

7. De geestelijke-gezondheidszorg

Zweden kent een lange traditie in preventief werk op het vlak van geestelijke-gezondheidszorg. Het idee is dat preventie van psychologische aandoeningen een integraal onderdeel moet zijn van de zorgsector, in de scholen en op de werkplekken. Zweden erkent ook de behoefte aan goede geestelijke-gezondheidszorg voor kinderen en jongeren (een op vier lijdt hier immers onder). Volgens de OESO schenkt Zweden wel te weinig aandacht aan milde en "moderate" mentale aandoeningen (bijvoorbeeld depressie en angsten).

Par ailleurs, le site internet du réseau de pharmacies publiques contient également toutes les informations nécessaires à l'intention des patients.

Une autre application récemment développée permet d'engager une conversation directe avec le pharmacien. Cette application n'a pas remplacé le contact dans la pharmacie, mais elle lui est complémentaire et vise les personnes qui ne peuvent pas se déplacer aisément. Une application est en préparation pour la dispensation et la prise de multidoses, en vue d'intensifier l'observance thérapeutique.

Sur une base volontaire, un patient peut aussi rentrer dans un programme de soutien, qui vise surtout la prise de statines et les antidiabétiques. Ce patient peut ainsi recevoir des messages sur son téléphone mobile et peut programmer des contacts avec un professionnel des soins de santé.

Contrairement à la Belgique, il n'y a en Suède pas de régulation du nombre de pharmacies. Jusqu'il y a une dizaine d'années, il existait un monopole du secteur public sur les pharmacies, mais depuis lors le nombre de pharmacies privées a fortement augmenté.

Le phénomène des pharmacies en ligne, en provenance des États-Unis, est également à l'œuvre en Suède. À terme, l'interlocuteur rencontré chez *Apoteket* estime que 15 à 20 % des contacts patients-pharmaciens se feront en ligne. Cependant, contrairement aux États-Unis, les différences de prix entre les pharmacies en ligne et les autres sont nettement moins élevées.

Des pharmacies et parapharmacies sont parfois intégrées dans des magasins proposant des biens de consommation courante, à l'instar de ce qui se constate aux États-Unis. Des obligations de qualité sont toutefois imposées, également à la parapharmacie. Il reste que la confiance du public va vers la pharmacie en tant que telle, où le patient est sûr de trouver un personnel qualifié, meilleure garantie de qualité.

7. Les soins de santé mentale

La Suède a une longue tradition de prévention dans le domaine des soins de santé mentale. L'idée est que la prévention des troubles psychologiques doit faire partie intégrante du secteur de la santé, dans les écoles et sur les lieux de travail. La Suède reconnaît également la nécessité de bons soins de santé mentale pour les enfants et les jeunes (un sur quatre souffrant de troubles psychologiques dans ce pays). Selon l'OCDE, la Suède n'accorde pas suffisamment d'attention aux troubles mentaux légers et "modérés" (dépression et anxiété, par exemple).

De geestelijke-gezondheidszorg is in Zweden één van de algemene gezondheidszorgtakken. De hiervoor ter sprake gekomen bedenkingen zijn dus daarop van toepassing. Als gespecialiseerde zorg kan erom worden verzocht door verwijzing vanaf de eerste lijn.

Verschillende gesprekspartners hebben benadrukt dat verslavingen een grote uitdaging zijn in Zweden. Andere uitdagingen zijn stress, burn-outs en depressies, aandoeningen die al lang voorkomen. Er moeten nieuwe behandelingen worden uitgedacht en opgenomen in de therapieën, zoals groepsessies. Geneeskunde op afstand heeft ook voordelen, meer bepaald bij de behandeling van sommige fobieën. Een persoon met een geestelijke gezondheidsprobleem kan zich aanmelden op een spoeddienst en om opvang vragen.

Andere belangrijke uitdagingen in Zweden zijn het gebruik van antidepressiva en slaapmiddelen, het voorschrijven van medicamenten tegen ADHD, en eenzaamheid, vooral bij bejaarden.

Ondanks het belang van de uitdagingen inzake de geestelijke-gezondheidszorg lijdt deze tak van geneeskunde ook in Zweden aan een gebrek aan kennis en erkenning bij respectievelijk de bevolking en de andere takken. Er kiezen weinig studenten voor. Opleiding in de geestelijke-gezondheidszorg is echter nodig, ook bij de algemene-zorgverstrekkers.

Dat geldt des te meer omdat de behandeling van een probleem van geestelijke gezondheid een multidisciplinaire en holistische aanpak vereist. Alleen door alle gezondheidsaspecten van een patiënt te behandelen wordt het mogelijk een geestelijke gezondheidsprobleem op te lossen. De medische beslissing moet worden gedeeld.

Terwijl het grote publiek doorgaans de indruk blijft hebben dat een probleem met de geestelijke gezondheid moet worden aangepakt in een gesloten ziekenhuisomgeving, worden in het model van Birmingham, waar ook in Zweden voor is gekozen, steeds meer de open structuren en de ambulante zorg betrokken. Een dergelijke beweging moet noodzakelijkerwijze plaatshebben met alle belanghebbenden, met respect voor de omgeving van de patiënt. Institutionalisering bestond in Zweden, maar is nu verdwenen.

Een element dat wordt benadrukt is het ontbreken van aangepaste structuren, in het bijzonder voor de jongeren. Slechts 10 % van die jongeren wordt daadwerkelijk in een gespecialiseerde omgeving behandeld. Ook hier wordt een gedeelde besluitvorming als onontbeerlijk ervaren. Er is een project gelanceerd om jongeren de kans te bieden in hun sociale omgeving te blijven, door

En Suède, les soins de santé mentale sont l'une des branches des soins de santé généraux. Les considérations précédemment évoquées leur sont donc applicables. En tant que soins spécialisés, ils peuvent être sollicités sur renvoi de la première ligne.

Plusieurs intervenants ont souligné que les assuétudes constituaient un défi important en Suède. Le stress, les *burn out* et les dépressions en sont d'autres, connus depuis longtemps. De nouveaux traitements doivent être imaginés et intégrés dans les thérapies, comme les sessions de groupe. La télémédecine présente elle aussi des avantages, notamment en matière de traitement de certaines phobies. Une personne présentant un trouble de la santé mentale peut se présenter aux urgences et demander à être prise en charge.

D'autres défis importants en Suède consistent en la consommation d'antidépresseurs et de somnifères, en la prescription de médicaments contre les troubles d'hyperactivité avec déficit attentionnel, et en la solitude, spécialement des personnes âgées.

Malgré l'importance des défis que représente la santé mentale, cette branche de la médecine souffre, en Suède aussi, d'un déficit de connaissance et de reconnaissance des autres branches et de la population. Peu d'étudiants s'y destinent. Une éducation à la santé mentale est nécessaire, y compris auprès des prestataires des soins généraux.

Il en va d'autant plus ainsi que le traitement d'un problème de santé mentale nécessite une approche multidisciplinaire et holistique. Ce n'est qu'en traitant tous les aspects de santé d'un patient qu'il est possible de régler un problème de santé mentale. La décision médicale doit être partagée.

Alors que le grand public reste généralement avec l'impression qu'un problème de santé mentale doit être pris en charge en structure hospitalière fermée, le modèle de Birmingham, également retenu en Suède, associe de plus en plus les structures ouvertes et les soins ambulatoires. Un tel mouvement doit nécessairement s'opérer avec l'ensemble des parties prenantes, dans le respect de l'environnement du patient. L'institutionnalisation a existé en Suède, mais elle a disparu.

Le manque de structure adaptée est mis en évidence, spécialement pour la population jeune. Seuls 10 % de ces jeunes seront réellement pris en charge dans un environnement spécialisé. Ici aussi, un processus de décision partagée est considéré comme indispensable. Un projet avait été lancé pour permettre à un jeune de rester dans son environnement social, en lui octroyant

hun een soort zakgeld te geven. Dat project lijkt goed te functioneren.

Over de digitalisering van de geestelijke-gezondheidszorg wordt een verwoed debat gevoerd. Sommigen zien daarin een concrete oplossing, maar anderen zijn kritischer, want ze beschouwen het als een vorm van oneerlijke concurrentie voor de bestaande structuren.

8. Het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC)

De delegatie heeft haar bezoek aan Stockholm aangegrepen om het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC) te bezoeken. Dat is het Europese Agentschap dat tot doel heeft Europa beter te beschermen tegen infectieziekten. Dit Agentschap gaat na welke bedreigingen de infectieziekten inhouden voor de menselijke gezondheid en beoordeelt ze. Het kan daarbij gaan om het grondgebied van de Europese Unie, of om een inwoner van een lidstaat van de Europese Unie. Het Agentschap vervult ook een rol op het vlak van communicatie, hoewel dit veeleer voor de lidstaten dan voor het publiek is bestemd. De lidstaten blijven bevoegd voor het organiseren van de communicatie naar de eigen bevolking. Eveneens is het de taak van de lidstaten de nodige maatregelen te nemen om in te spelen op de uitdagingen op het vlak van gezondheid. Het komt bijgevolg niet het Agentschap toe om bijvoorbeeld aan te geven dat een verplichte vaccinatie raadzaam is.

De rol van dit Agentschap betreft enkel de gezondheid van de mensen, en niet die van de dieren, behalve indien die laatste een besmettingsrisico inhoudt voor de gezondheid van de mensen. Het Agentschap treedt alleen op als het gezondheidsrisico voortkomt uit een infectieziekte, niet wanneer het zijn oorsprong vindt in de veiligheid van de voedselketen. Daarnaast spreekt het Agentschap zich niet uit over de therapieën als dusdanig.

Het verzamelen van informatie is gebaseerd op bepaalde principes, die door alle gesprekspartners werden benadrukt. Zo zou alleen met de relevante informatie rekening moeten worden gehouden, binnen het kluwen aan gegevens die dagelijks op alle niveaus worden uitgewisseld. De analyse van die gegevens vereist een onderlinge afstemming van de concepten en de begrippen, rekening houdend met de verschillen tussen de gezondheidszorgsystemen in Europa. Het Agentschap heeft geregeld contact met de farmaceutische industrie, meer bepaald over vaccins, en met de niet-gouvernementele organisaties, waarvan sommige zeer actief zijn op het vlak van antibioticaresistentie.

une forme d'argent de poche. Ce projet semblait bien fonctionner.

La question de la digitalisation des soins de santé mentale est fortement discutée. Certains y voient une solution concrète tandis que d'autres critiquent une forme de concurrence déloyale par rapport aux structures existantes.

8. L'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

La délégation a profité de son passage à Stockholm pour visiter l'*European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), agence européenne de renforcement des défenses de l'Europe contre les maladies infectieuses. Cette agence identifie et évalue les menaces liées aux maladies infectieuses pour la santé humaine, concernant soit le territoire de l'Union européenne, soit un ressortissant d'un État membre de l'Union européenne. Son rôle s'étend aussi à la communication, bien que cette dernière soit dirigée principalement vers les États membres et non vers le public. C'est l'État membre qui reste chargé d'organiser sa propre communication vers sa propre population. C'est également l'État membre qui prend les mesures nécessaires pour répondre aux enjeux de santé. Il ne revient donc pas à l'agence d'indiquer, par exemple, qu'une vaccination obligatoire s'indique.

Le rôle de cette agence ne concerne que la santé humaine et non la santé des animaux, sauf si la seconde présente un risque infectieux sur la première. L'agence n'intervient que si le risque pour la santé provient d'une maladie infectieuse et non si le risque trouve sa source dans la sécurité de la chaîne alimentaire. L'agence ne se prononce pas sur les thérapies en tant que telles.

La collecte d'informations se fonde sur certains principes, que l'ensemble des intervenants ont soulignés. Seules les informations pertinentes devraient en effet être prises en considération, dans l'ensemble touffu des données qui s'échangent quotidiennement à tous niveaux. L'analyse de ces données nécessite un travail de mise en concordance des concepts et des notions, compte tenu de la disparité des systèmes de soins de santé en Europe. Des contacts réguliers sont entretenus avec l'industrie pharmaceutique, en ce qui concerne plus spécialement les vaccins, et les organisations non gouvernementales, certaines d'entre elles étant très actives dans le domaine des résistances aux antibiotiques.

De lidstaten vragen systematisch om zo snel mogelijk in kennis te worden gesteld van de aan infectieziekten gerelateerde risico's, ook al is die informatie aanvankelijk onvolledig. Ze geven er de voorkeur aan om onmiddellijk de eerste informatie te ontvangen, zelfs wanneer ze daarna veel updates ontvangen. Het ECDC beschikt hiervoor over een team en een plek waardoor de situatie op de voet kan worden gevolgd. De hele keten vanaf het capteren van informatie tot de verwerking en de communicatie ervan verloopt volgens kwaliteitsstandaarden die erop gericht zijn een boodschap te brengen die zowel wetenschappelijk correct is als begrijpelijk voor alle betrokkenen. Het ECDC is zich bewust van de risico's van een overhaaste of onjuiste communicatie, en onderschat de economische gevolgen voor de betrokken Staten niet, bijvoorbeeld wat het toerisme betreft.

Het ECDC vraagt de lidstaten om in unieke contactpunten te voorzien, waarmee het Centrum op regelmatige basis samenwerkt. Het streeft ernaar instrumenten, gedragslijnen, vragenlijsten enzovoort te gebruiken die door alle lidstaten worden gedeeld. Bovendien wenst het ECDC de samenwerking met derde landen uit te breiden. Dergelijke samenwerkingsverbanden, hoe nuttig ook, zijn niet vanzelfsprekend.

Alle instrumenten waarover het ECDC beschikt, worden steeds wetenschappelijk gevalideerd. Daartoe worden expertpanels samengesteld. Voor de validatie wordt steeds rekening gehouden met de recentste medisch-wetenschappelijke literatuur. De experts zijn onafhankelijk, ook al worden ze aangewezen door de lidstaten. Het ECDC ziet er voorts op toe dat al zijn werkzaamheden transparant verlopen. Jaarlijks worden rapporten gepubliceerd over de toestand in elke lidstaat. Wat België betreft, hebben de gesprekspartners gewezen op de specificiteit van het aantal betrokken zorgactoren en van de diversiteit ervan.

Voorts hebben de gesprekspartners de aandacht gevestigd op het feit dat de antibioticaresistentie alarmerende proporties begint aan te nemen. Die resistentie wordt problematisch, ook in de ziekenhuizen. Omtrent die uitdaging werd benadrukt hoe belangrijk het is mensen die een beroep in de sector van de gezondheidssector uitoefenen, te ondersteunen, op te volgen en op te leiden.

Les États membres demandent systématiquement à être informés le plus rapidement possible des risques liés aux maladies infectieuses, même si, dans un premier temps, l'information est parcellaire. Ils préfèrent disposer directement des premiers éléments d'information, quitte à recevoir de nombreuses mises à jour par la suite. Pour ce faire, l'ECDC dispose d'une équipe et d'un lieu dont l'objectif est de suivre en permanence le dernier état de la situation. Toute la chaîne de la captation d'informations, du traitement et de la communication s'opère selon des standards de qualité visant à donner un message à la fois scientifiquement correct et compréhensible pour l'ensemble des destinataires. L'ECDC est conscient des risques liés à une communication hâtive ou incorrecte, et ne sous-estime pas les conséquences économiques pour les États concernés, par exemple en ce qui concerne le tourisme.

L'ECDC demande aux États membres de se doter de points de contact uniques, avec lesquelles l'ECDC collabore régulièrement. Il cherche à utiliser des outils, lignes de conduites, questionnaires, etc., que l'ensemble des États membres partagent. L'ECDC voudrait en outre élargir la collaboration avec des États tiers. De telles collaborations, pourtant fructueuses, ne vont pas de soi.

Une validation de tous les outils de l'ECDC au niveau scientifique est toujours organisée. Des panels d'experts sont constitués à cet effet. La dernière littérature médicale scientifique est toujours prise en ligne de compte pour la validation. Les experts sont indépendants, même s'ils sont désignés par les États membres. L'ECDC veille en outre à la transparence de tous ses travaux. Des rapports annuels sont publiés sur l'état de la situation dans chaque État membre. En ce qui concerne la Belgique, les interlocuteurs ont noté comme spécificité le nombre et la variété des acteurs de soins concernés.

Les interlocuteurs ont souligné le fait que la résistance aux antibiotiques devient de plus en plus alarmante. Cette résistance pose des problèmes y compris dans les hôpitaux. Il a été souligné à quel point un soutien, un suivi et une formation afférents à ces enjeux devaient être assurés au profit des professionnels des soins de santé.

Er wordt gewerkt aan een Europese strategie ter verbetering van de interoperabiliteit en van de standaardisering van de procedures op het vlak van de gezondheidszorg. Het Agentschap is niet ongevoelig voor de uitdagingen die de evolutie naar big data met zich brengt, met name inzake cyberveiligheid.

De rapporteurs,

Muriel GERKENS, *voorzitter,*
Yoleen VAN CAMP, *eerste vicevoorzitter,*
Nathalie MUYLLE, *tweede vicevoorzitter,*
Daniel SENESAEL
Damien THIÉRY
Karin JIROFLÉE
Catherine FONCK

Une stratégie européenne est en cours d'élaboration en vue d'améliorer l'interopérabilité et la standardisation des processus dans le domaine des soins de santé. L'évolution vers le *big data* crée des enjeux, notamment de cybersécurité, auxquels l'agence n'est pas insensible.

Les rapporteurs,

Muriel GERKENS, *présidente,*
Yoleen VAN CAMP, *première vice-présidente,*
Nathalie MUYLLE, *deuxième vice-présidente,*
Daniel SENESAEL
Damien THIÉRY
Karin JIROFLÉE
Catherine FONCK