

ZWEDEN (II)
De Gezondheidszorg
Mia Sol
Maart 2002



Ervaringen en feiten

In 2000 - 2001 woonden wij met ons gezin in Zweden. Een boeiende ervaring. Als bedrijfsarts-onderzoeker vallen bepaalde dingen op in het dagelijks leven. Dit artikel gaat in het bijzonder in op de gezondheidszorg. Om het gezondheidszorgstelsel te kunnen begrijpen is het goed dit in een breder perspectief te zien van politieke en sociaaleconomische ontwikkelingen. In het eerste artikel werd een schets gemaakt van het land en de samenleving.

Introductie

Bij uitzending naar een ander land ga je tevoren na wat te doen bij medische noodsituaties en je zorgt te weten hoe een en ander verzekeringstechnisch geregeld is voor het gezin. Kennis maken met een gezondheidszorgstelsel doe je het beste als patiënt, of als moeder van een patiënt. Daarmee zal ik beginnen. Vervolgens wordt een en ander nader toegelicht met betrekking tot het Zweedse gezondheidszorgsysteem. Tenslotte zullen enkele aandachtspunten in beleid en ontwikkelingen genoemd worden.

Ervaringen

Onze oudste dochter (14) wilde maar niet goed herstellen van een griep. Ze had forse tonsillen en opgezette halsklieren. Op zekere ochtend werd ze wakker met een vreemd stemmetje: een epiglottitis en een tonsil zodanig gezwollen en rood, dat het richting abces leek te gaan. De arts van het gezondheidscentrum (Vårdcentral), bleek geen tijd te kunnen afspreken bij een specialist. We gingen naar het Karolinska Hospital in Stockholm en meldden ons bij KNO. Als gevolg van het consult in ons dorp en de afstand tot het Karolinska arriveerden we op het verkeerde moment: de lunchpauze was juist begonnen. Na twee uur wachten (inclusief registratie en betaling van de eigen bijdrage) werden we correct geholpen door een KNO-arts in opleiding onder supervisie van de specialist: incisie en pus.

Voor de na-controle kon geen tijd afgesproken worden.

Bij de eerste registratie van een nieuwe kwaal moet een eigen bijdrage betaald worden van 120 – 150 Zweedse kronen (\pm € 13 - 17) afhankelijk van de provincie. Voor een specialistisch consult kan dat oplopen tot het dubbele. Na betaling van de eigen bijdrage in het Gezondheidscentrum heb ik geprobeerd uit te leggen dat we in Nederland verzekerd waren en dat rekeningen verder aan ons privéadres gezonden konden worden. Hoe zeer ik ook mijn best deed, het voorstellingsvermogen van de dame achter de balie bleek niet verder te gaan dan dat de Zweedse Social Security Office (Försäkringskassan) het bedrag verder betaalde, en wel omdat we een identiteitsnummers hadden en de computer ons kende.

Onze zoon kwam op zekere dag strompelend uit de metro: een ongelukkige sliding gemaakt in de gymzaal. Asdrukpijn in de 5^{de} straal. We gingen naar het Astrid Lindgren Barnsjukhus: dit is het kinderziekenhuis op het Karolinska terrein. Toen we daar kwamen was het al buiten de reguliere werktijd. De wachttijd werd voorzien op enkele uren. Mijn medische achtergrond gebruikte ik om

gedaan te krijgen dat we met een formulier zónder handtekening van de dienstdoende assistent al naar de röntgen mochten: avulsiefractuur van metatarsale V. Een vriendelijke Spaanse kinderarts in opleiding sprak nog even met ons in behandelkamer 16.

Krukken konden we op zijn identiteitsnummer lenen bij het gezondheidscentrum in ons eigen dorp.

Enkele weken later was het weer mis. Onze zoon had zo zijn eigen techniek om glijdend een betonnen trap te nemen, aan de zijkant ipv over de traptreden (Stockholm is gebouwd op rotsen met veel hoogteverschillen). Weer strompelend uit de metro en nog meer pijn. Omdat het beeld niet duidelijk was, besloot ik het enkele dagen aan te zien. Toen het na een dag of vijf slechter in plaats van beter leek te worden ging ik bellen. Het Astrid Lindgren Kinderziekenhuis was het meest logisch omdat ze daar al een foto van zijn voet hadden. Het was niet acuut: dus konden we pas over ruim twee maanden op de poli terecht. "Probeer u het in een ziekenhuis dichterbij uw woonplaats". Toen ik aldaar een afspraak geregeld had, werd me naar zijn leeftijd gevraagd. "Negen jaar? Maar dan is hij te jong en moet hij naar het kinderziekenhuis". Na een uur bellen, wachten en steeds weer doorverbonden worden, kreeg ik een kort advies: "U doet gewoon alsof het juist gebeurd is en u gaat naar 'City Akutan'". De volgende dag gingen we na schooltijd rechtstreeks hierheen. Twee grote wachtruimten vol mensen. We trokken een nummertje om geregistreerd te worden en sloten achteraan de rij aan (\pm 15.00 uur). Aan twee loketten werd geholpen. Pas ná registratie kon het nummertje getrokken worden voor de "behandelwachtruimte". Een praatje met een dame voor ons: ze was er al meer dan een uur. Een blik in de eigenlijke wachtruimte bood me zicht op naar schatting 40 tot 50 mensen. De namen van de artsen die aan het werk waren stonden op een bord bij de deur. Daar stond ook de sluitingstijd (17.00 uur) aangegeven. Ik vroeg aan de dame voor ons of het klaar kon zijn bij sluitingstijd. "Oh neen", zei ze. "Maar déze dokters gaan gewoon door totdat iedereen geholpen is. Dat kan soms wel een uur of zeven acht worden. Sluitingstijd betekent dat de deuren op slot gaan". Toen we ruim anderhalf uur aanwezig waren geweest en in de echte wachtruimte nog geen notie hadden kunnen krijgen van patiëntenbehandeling of 'doorstroomtijd', kreeg ik de vraag of we alsjeblief naar huis konden gaan: "Misschien wordt het vanzelf ook wel beter mamma". Ja zei ik, en dat deed het natuurlijk ook.

Gezondheidszorg

Midden vorige eeuw groeide en bloeide de Zweedse economie en werd de basis gelegd voor het concept van de Zweedse welvaartsstaat (folkhem). De gezondheidssector en de sociale sector vormen daarbinnen centrale elementen. De verplichte basisverzekering werd ingevoerd in 1955. Deze wet geeft elke Zweedse burger het recht op gezondheidszorg.

De 'Provinciale Besturen' zijn verantwoordelijk voor de financiële middelen (belastingheffing) en voor de planning en controle van gezondheidszorg capaciteiten en faciliteiten. De centrale overheid financiert een beperkt deel (< 10 %) via de Provinciale Besturen. De eigen bijdrage van de patiënten kunnen direct toegevoegd worden aan het beschikbare budget van de Provincies. (Eigen bijdragen zijn begrensd tot een maximum van 900 SEK (€ 100) per persoon per jaar voor doktersbezoek en 1800 SEK voor medicijnen (€ 200)). Gezondheidszorg voor kinderen tot 12 jaar is gratis.

De "Primary Care Sector" heeft als doel de algemene gezondheidsstatus van de bevolking te verbeteren en ziekten en letsels te behandelen waarvoor géén ziekenhuiszorg nodig is. Deze zorg wordt geboden in gezondheidscentra. Hierin zijn werkzaam huisartsen, consultatiebureauartsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, vroedvrouwen etc. Een wezenlijk verschil in vergelijking met Nederland is dat een specialist geconsulteerd kan worden zonder verwijzing door de huisarts.

Op provinciaal niveau bestaan kleine ziekenhuizen met een beperkt aantal specialismen en een districtsziekenhuis met 15 tot 20 specialismen en zo'n 800 bedden. Eind jaren 50 is Zweden ingedeeld in medische regio's. Bij wet is de samenwerking tussen provinciale besturen geregeld: met gezamenlijke contracten financieren zij de 'regionale ziekenhuizen'. Hierin zijn alle specialismen te

vinden en vindt de topklinische zorg plaats. De zes medische faculteiten in Zweden zijn gekoppeld aan regionale ziekenhuizen.

Staat Ministerie van gezondheid en Sociale Zaken Nationale Raad voor Gezondheid en Welzijn andere Raden	Federatie van Provinciale Besturen	20 Provinciale Raden + 1 lokale autoriteit	9 Regionale Ziekenhuizen	75 Provinciale en Districts Ziekenhuizen	864 Gezondheids Centra (2001)
	Zweedse Associatie van Lokale Autoriteiten	lokale autoriteiten	Huisvesting en zorg voor ouderen en gehandicapten		

Figuur 1: Organisatie van de Zweedse Gezondheidszorg

Vanaf 1995 is een golf van fusie- en integratieprocessen op gang gekomen. Soms gaat het om twee of meer ziekenhuizen; soms is de gehele gezondheidszorgregio erin betrokken. Het zijn juridische fusies die in wisselende mate leiden tot organisatorische veranderingen. Bij Göteborg zijn drie ziekenhuizen gefuseerd geweest (2700 bedden) maar was besloten weer te gaan de-fuseren.

Het Ministerie van Gezondheid en Sociale Zaken (Socialdepartementet) is verantwoordelijk voor het gezondheidsbeleid en de sociale verzekeringen. Zij stellen regeringscommissies samen, ontwerpen wetsvoorstellen voor het Parlement en bereiden centrale regelgeving voor.

De Nationale Raad voor Gezondheid en Welzijn (Socialstyrelsen) is de belangrijkste (van een aantal raden) voor het ministerie. Deze Raad is verantwoordelijk voor supervisie, evaluatie, en follow-up van gezondheidszorg, sociale en medische dienstverlening, tandheelkundige zorg, milieu gezondheidszorg, en de controle op overdraagbare ziekten.

De verdeling in actieve artsen van Sveriges Läkarförbund is weergegeven in Tabel 1. 40 % van de artsen is vrouw. (De getalsverhouding tussen medische specialisten en huisartsen in Nederland bedraagt globaal 14 : 9).

Artsen in Zweden (2000)	Zweden
Artsen in overheidsdienst	23 000
• Specialisten in ziekenhuizen	(12 000)
• Huisartsen	(4 000)
• Specialisten in opleiding	(5 000)
• Co-assistenten	(2 000)
Artsen met een privé-praktijk	2 000
Bedrijfsartsen	600
Overige artsen	1 900
Totaal	27 500
Toegelaten aantal medische studenten	1 000

Tabel 1

Zweden besteedde in 2000 7,7 % van het BNP aan gezondheidszorg, hetgeen neerkwam op 160 miljard SEK, ofwel 17,7 miljard Euro. Het private deel is vrij klein. Ter vergelijking zijn enkele cijfers uit de Human Development Indicator van de Verenigde Naties opgenomen.

Gezondheidszorg <i>Bron: United Nations Development Report 2001</i>	Zweden	Nederland
Artsen (per 100 000 inwoners) -1999	311	251
Gezondheidszorgbesteding in 1998 per hoofd van de bevolking (PPS US \$)	1,707	1,974
Gezondheidszorg als % van het BNP in 1998	7,0	8,5

Tabel 2

Ontwikkelingen

Trends in Zweden zijn vergelijkbaar met trends zoals wij die kennen. De vraag naar gezondheidszorg neemt toe als gevolg van vergrijzing, technologische ontwikkelingen, toenemende assertiviteit van de burger die zijn gezondheid toenemend belangrijk vindt. Vanaf de jaren 80 en meer nog vanaf de jaren 90 (agv de recessie) probeert de landelijke overheid meer sturing te geven aan de gezondheidszorg. Uitgangspunt is gelijkheid en solidariteit. Beleid is erop gericht om de productiviteit en efficiëntie te vergroten van het gezondheidszorgapparaat.

Begin jaren 90 heeft de toenmalige niet-socialistische regering ernaar gestreefd om de huisartsenzorg uit te breiden en te stimuleren. Dat beleid is slechts zeer ten dele geïmplementeerd. Eind jaren 90 schatte de Nationale Raad voor Gezondheid en Welzijn (NRGW) het tekort aan huisartsen op 500 – 700. Als belangrijk probleem zag een econoom van de NRGW het feit dat co-assistenten in het ziekenhuis door de specialisten ontmoedigd worden om actief voor het huisartsenberoep te kiezen. In Zweden is dat vooral een kwestie van professionele status want de inkomens van huisartsen en specialisten ontlopen elkaar niet veel: ongeveer € 6 000,- per maand (netto € 2 350,-).

Het aantal ziekenhuisbedden is in de loop van de jaren 90 drastisch teruggebracht. Een belangrijke indirecte impact op de algehele efficiëntie van de ziekenhuiszorg heeft de ÄDEL-reform gehad in 1992. Deze hervorming kwam erop neer dat de verantwoordelijkheid voor de lange termijn zorg voor ouderen en gehandicapten van de provinciale overheid naar de gemeentelijke overheid overgedragen werd. Gemeenten moesten vanaf dat moment betalen voor een ziekenhuisbed waarin een oudere patiënt lag die medisch gezien ontslagen was, maar waarvoor men binnen de gemeente nog geen plaats had. In het jaar van de invoering hiervan daalden de kosten voor de gezondheidszorg in Zweden van 8,7 % van het BNP naar 7,9 %.

In de loop van de jaren 90 zijn de Provinciale Besturen overgegaan tot het introduceren van het “Purchaser-Provider-Split model” (PPS). Het PPS-model vervangt het traditionele model (gefixeerde jaarlijkse allocatie per ziekenhuis met degressieve tarieven daarboven) door een betalingsstelsel voor werkelijk geleverde zorg. Daarbij worden prijs en kwaliteitsafspraken gemaakt. De ziekenhuizen kunnen hierdoor meer onafhankelijk van de provinciale besturen opereren. Volgens een wetenschappelijk medewerker van het Centre for Development of Health Services duurt het een

aantal jaren voordat het PPS-model werkelijk veranderingen genereert. De “Purchasers” (zorg-inkopers van de provincieraden) hebben onvoldoende competentie in huis. Door het aantal “boards” dat zich hiermee bezig houdt te reduceren (fuseren) en meer competentie te ontwikkelen en aan te trekken zou het onderhandelingspel beter tot zijn recht gaan komen. Een ex-bestuurder van een van de Stockholmse ziekenhuizen was gereserveerd over het PPS-model en wel om een tweetal redenen. Het percentage dat opgaat aan het administratieve apparaat hiervoor is disproportioneel hoog. En, omdat de Provincie niet of nauwelijks te kiezen heeft bij het inkopen van zorg, mag er nauwelijks competitie of marktwerking van verwacht worden.

Het Karolinska Ziekenhuis in Stockholm heeft een “medical care capacity” van 950 patiënten en doet 58 000 opnames per jaar. De patiëntenstroom is groot (700 000) ondermeer als gevolg van het ‘oneigenlijke’ specialistenbezoek. Onderzoek van het Astrid Lindgren Kinderziekenhuis toonde enkele jaren geleden aan dat meer dan 40 % van de consulten door de huisarts gedaan had kunnen worden. De gemiddelde verpleegduur is kort (4,6 dagen). Gecorrigeerd voor dagbehandeling is dat nog beduidend korter dan de gemiddelde verpleegduur in de Nederlandse ziekenhuizen. Het patiëntendossier is volledig elektronisch.

Vanaf 1992 bestaat er discussie tussen het Ministerie van Gezondheid en Sociale Zaken en de Federatie van Provinciale Besturen om wachttijden en toegangstijden te beïnvloeden. Aanvankelijk waren afspraken gemaakt met betrekking tot de lange rijen en lange wachttijden. De aard van deze overeenkomst is inmiddels veranderd en gaat uitsluitend nog over toegangstijd. De ‘Primary Care Service’ wordt geacht hulp te bieden op dezelfde dag dat een patiënt contact opneemt en indien nodig wordt een medisch consult geboden binnen acht dagen. Indien noodzakelijk wordt de patiënt in staat gesteld om een specialist te zien binnen drie maanden, óf binnen één maand indien zijn of haar medische conditie niet helder gediagnosticeerd is.

SAMENVATTING

- Gezondheidszorg in Zweden is in hoge mate een publieke aangelegenheid. Het provinciaal bestuur is verantwoordelijk voor de financiering en de organisatie van de zorg.
- Patiënten beslissen zelf tot wie ze zich wenden voor medische zorg.
- Voor acute medische problemen is het niet mogelijk een afspraak te maken of te laten maken. Fysiek aansluiten in de rij betekent lang wachten. Toegangstijden voor polikliniek en kliniek zijn aanzienlijk.
- Het inkomen van huisartsen en medische specialisten is vergelijkbaar laag.
- Het introduceren van het Purchaser-Provider-Split model in de zorg is een langdurig proces. Betaling wordt gekoppeld aan resultaten en geleverde diensten. Ziekenhuizen en Gezondheidscentra worden door het PPSmodel meer onafhankelijk van de Provinciale Besturen.
- In de ziekenhuizen en in de gezondheidscentra is het medisch dossier volledig elektronisch.

Correspondentieadres:

M.A.J. Sol-van Berlo, Citrushof 1, 5632 XN Eindhoven. E.mail : miasol@dse.nl

Referenties :

<http://www.si.se/>

Svenska Institutet (SI) : Fact Sheets about Sweden (FS):

General Fact about Sweden, FS 99 ac, 1999

The Health Care System in Sweden, FS 76 x, 1999

The Swedish Political Parties, FS 16 p, 2001

Local Government in Sweden, FS 52 u, 2001

<http://www.undp.org/>

<http://www.scb.se>

<http://www.sos.se/>

<http://www.rfv.se/english/stat/>

<http://www.swetax.com/>

<http://www.ronden.se/slf/>

<http://www.cbs.nl/>

Johan Calltorp: Public Health and Priority Setting in Sweden. In: Public Health Policies in the European Union. Edited by Walter Holland en Alias Mossialos, 1999.

Anders Anell and Patrick Svarvar: Health Care reforms and cost containment in Sweden. In: Critical Challenges for Health Care Reform in Europe. Edited by Richard B. Saltman, Josep Figueras and Constantino Sakellarides, Open University Press, Buckingham, Philadelphia, 1998.

Gesproken werd met medewerkers van de Nationale Raad voor Gezondheid en Welzijn, het Centre for Development of Health Services, het Karolinska Hospital en met een voormalig CEO van het South Hospital.