

België - Belgique
P.B.-P.P.
2000 Antwerpen
1
BC 9497

PERIODIEK

DRIEMAANDELIJKS TIJDSCHRIFT

VAN HET VLAAMS GENEESKUNDIGENVERBOND

Verslagboek Symposium VGV 18/10/2008

SPECIAAL NUMMER



SYMPOSIUM

van het

VLAAMS GENEESKUNDIGENVERBOND

in samenwerking met Doktersgild Van Helmont

**“NAAR EEN BLAUWDRUK VOOR EEN
VLAAMSE GEZONDHEIDSZORG.**

-

***Leren uit buitenlandse ervaringen.*”**

ZATERDAG 18 OKTOBER 2008

Vlaams Parlement te Brussel, “De Schelp”

PUBLICATIE: APRIL 2009

AFGIFTEKANTOOR: 2000 ANTWERPEN 1

Inhoud

VOORWOORD: Dr. Jan Van Meirhaeghe	3
WELKOMSTWOORD: Dr. Patrick Verheijen	4
HET CANADESE MODEL: Prof. Gregory P. Marchildon	5
▪ CURRICULUM	5
▪ HEALTH CARE IN A HIGHLY DECENTRALIZED FEDERATION: THE CASE OF CANADA	5
▪ NEDERLANDSE SAMENVATTING: CANADA	15
HET DEENSE MODEL: Prof. Karsten Vrangbæk	17
▪ CURRICULUM	17
▪ PRESENTATION ON DECENTRALIZATION IN THE DANISH HEALTH SYSTEM	17
▪ NEDERLANDSE SAMENVATTING: DENEMARKEN	25
LESSEN UIT DE “CANADEENSE” ERVARING VOOR HET VLAAMSE GEZONDHEIDSBELEID”: Prof. Dr. Lieven Annemans	26
▪ CURRICULUM	26
▪ LESSEN VOOR VLAANDEREN	26
DEBAT: Geleid door Guy Tegenbos	28
SLOTWOORD: Dr. Jan Van Meirhaeghe	37
SPONSORS	39

RAAD VAN BESTUUR

Voorzitter: Dr. J. Dockx
Ondervoorzitter: Dr. R. Vermeulen*
Secretaris: Dr. Bart Garmyn
Penningmeester: Dr. G. Debruyne
Cultuur: Dr. J. Dockx
Leden: Prof. Dr. A. Baert, Dr. L. Beeckman,
Dr. L. Ide, Dr. P. H. Jongbloet,
Prof. Dr. E. Ponette*, Dr. D. Van de Voorde,
Dr. J. Van Meirhaeghe*

* oud-voorzitter

RAAD VOOR ADVIES

Prof. Dr. Rik Casteels, K.U.Leuven
Dr. J. Daels, Het Vlaamse Kruis
Dr. E. De Bleeker, oud-voorzitter VVMV
Prof. Dr. L. Denis, directeur
Oncologisch Centrum Antwerpen
Prof. Dr. W. Dierick, U.Antwerpen
Dr. C. Geens, voorzitter
Alumni geneeskunde K.U.Leuven
Prof. Dr. Jan Peers, K.U.Leuven
Prof. Dr. P. Van Cauwenberge, rector U.Gent
Prof. Dr. Philippe Vandekerckhove,
gedelegeerd bestuurder Rode Kruis Vlaanderen
Prof. Dr. G. Verdonk, U.Gent
Dr. R. Verhaert, V.V.K.

Lidgeld V.G.V.

Gewoon lid	€ 55.00
Tot 5 jaar na diploma	€ 25.00
Arts zonder praktijk	€ 25.00
Steunend lid	€ 75.00
Artsenkoppel	€ 60.00
Artsenkoppel (tot 5 jaar na diploma of zonder praktijk)	€ 30.00
Abonnement "Periodiek" voor niet leden	€ 20.00

KBC nr. 407-3062251-47

Secretariaat V.G.V.: Ergo de Waellaan 3 - bus 14
2100 Deurne - Antwerpen - Tel: 03/322.28.50 - Fax: 03/322.45.14
e-post: info@vgv.be - webstek: www.vgv.be

UITGAVEN VGV

Autokenteken

- Decalco € 2.00,- + € 0.59,- Port
 - Aluminium € 3.00,- + € 0.59,- Port
- Fiscaal dagboek € 25.00,- + € 1.77,- Port

VOORWOORD

Met dit verslagboek van het symposium *“Naar een blauwdruk voor een Vlaamse Gezondheidszorg – Leren uit buitenlandse ervaringen”* wil het VGV verder helpen bouwen aan de eigen Vlaamse gezondheidszorg.

Nadat op eerdere studiedagen de vraag gesteld werd welke gezondheidszorg we in Vlaanderen willen voor de patiënt en voor de arts, kijken we deze keer over de grens naar buitenlandse modellen. We kozen voor landen die voor bepaalde aspecten vergelijkbaar zijn met Vlaanderen. Canada heeft ook een Franstalige minderheid en net als in Denemarken is de gezondheidszorg er verregaand gedecentraliseerd.

Professor Lieven Annemans trok uit de referaten van prof. Gregory Marchildon en prof. Karsten Vrangbaek de eerste conclusies voor de toekomstige Vlaamse gezondheidszorg. Nadien werd een boeiend debat tussen de zaal en de sprekers in goede banen geleid door Guy Tegenbos.



We drukken de oorspronkelijke teksten van de buitenlandse sprekers af, met daarna een samenvatting in het Nederlands.

We zijn ervan overtuigd dat dit symposium heeft bijgedragen tot het debat over de organisatie van de Vlaamse gezondheidszorg. Het VGV roept alle geïnteresseerden op om mee te werken aan die blauwdruk voor een eigen gezondheidszorg.

Dr. Jan Van Meirhaeghe

WELKOMSTWOORD

Geachte Collega's,
Dames en Heren,

Eerst en vooral heet ik U allen namens het Vlaams Geneeskundigenverbond en het Doktersgild Van Belmont welkom op dit symposium. Uw komst naar Brussel op deze mooie herfstdag getuigt van een verregaande interesse in de toekomst van Vlaanderen en dit kunnen we alleen maar toejuichen.

Langzaam maar zeker wordt het duidelijk dat we weldra over een eigen Vlaamse gezondheidszorg zullen beschikken. Met vallen en met opstaan lijkt er nu toch een consensus te bestaan tussen het Noorden en het Zuiden van ons land om te onderhandelen over een verdere en meer uitgebreide overheveling van bevoegdheden naar de gewesten en gemeenschappen. De Belgische ervaringen van de voorbije jaren hebben de publieke opinie en uiteindelijk ook de politici ertoe aangezet om werk te maken van een verregaande staatshervorming, waar de splitsing van de sociale zekerheid vroeg of laat zal moeten gerealiseerd worden. Of om het met andere woorden te zeggen, waar de splitsing van de sociale zekerheid onverwijld zal moeten doorgevoerd worden.



Indien wij Vlamingen, na vele jaren ijveren voor een eigen Vlaamse gezondheidszorg, hierin zullen slagen, dan is het ook absoluut noodzakelijk om gereed te staan op alle niveaus en een verbetering tegenover het huidige systeem tot stand te brengen.

Ter plaatse blijven staan, of een achteruitgang in vergelijking met het huidige Belgische systeem op dit gebied, is ondenkbaar. Wij willen dat Vlaanderen over één van de beste, zoniet over het beste gezondheidszorgmodel kan beschikken en zal toepassen.

Een correcte en eerlijke financiering kan hiertoe bijdragen, maar zal niet volstaan om de doelstellingen te bereiken. De grondige economische studie en analyse van modellen uit andere landen, die hun nut bewezen hebben, lijkt ons ook heel belangrijk te zijn bij het realiseren van een Vlaams gezondheidszorgmodel.

De kwaliteit en betaalbaarheid van de gezondheidszorg zijn twee belangrijke elementen die steeds zullen terugkeren. Een derde element is de decentralisatie van de sociale zekerheid.

Laat ons vandaag eens over de grenzen heen kijken naar het gezondheidssysteem in Canada en in Denemarken.

Professor Gregory Marchildon
Canada research chair in public health policy and economic history
Johnson-Shoyama graduate school of public policy
University of Regina
Canada

en

Professor Karsten Vrangbaek
Associate professor
Department of political science
University of Copenhagen
Danmark

zijn eminente buitenlandse deskundigen op gebied van gezondheidszorg.

Canada en Denemarken beschikken over goed werkende hedendaagse gezondheidssystemen, die mede zouden kunnen model staan voor onze eigen realisaties op dit gebied.

Professor Lieven Annemans zal na de twee buitenlandse sprekers een synthese en een projectie maken naar Vlaanderen. Een debat, gemoderd door Guy Tegenbos, zal het symposium afronden.

Ik wens U allen een aangename en vooral een leerrijke voormiddag.

Dr. Patrick VERHEIJEN
Voorzitter Doktersgild Van Belmont

HET CANADESE MODEL: Prof. Gregory P. Marchildon

CURRICULUM



Studeerde rechten, economie en geschiedenis in zijn geboorteland Canada.

Hij behaalde in 1990 een Ph. D. aan de London School of Economics and Political Science.

Van 1996 tot 2000 was hij kabinetsmedewerker van de Premier van de provincie Saskatchewan in Canada.

In 2001-2002 zat hij de Romanow-commissie voor die zich boog over de toekomst van de gezondheidszorg in Canada.

Hij is auteur van een indrukwekkend aantal publicaties over gezondheidszorg en maatschappij.

Hij is thans verbonden aan het departement Public Policy and Economic History van de universiteit van Regina in Saskatchewan.

Hij is professor politieke wetenschappen, gespecialiseerd in gezondheidszorg en heeft bijgedragen tot de reports van het European Observatory Health System van de OESO voor zijn land

(<http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>).

HEALTH CARE IN A HIGHLY DECENTRALIZED FEDERATION: THE CASE OF CANADA



Gregory P. Marchildon, Ph.D.

Canada Research Chair in Public Policy and Economic History
Johnson-Shoyama Graduate School of Public Policy, University of Regina
110 – 2 Research Drive, Regina, Saskatchewan, CANADA S4S 0A2

Phone: 306-585-5464

Fax: 306-585-5460

Email: Greg.Marchildon@uregina.ca

Internet: <http://uregina.ca/~gmarchildon>

Paper originally prepared for Symposium on Decentralization of Health Care:
Learning from International Experience for a Reform of Belgian Health Care
Brussels, Belgium, 18 October 2008

Introduction: Decentralized Health Care within a Decentralized Federation

Canada is one of the most decentralized federations in the world. Based on a very broad 20-point decentralization scale recently developed by Ferran Requejo (2006), Canada (16.5) is more constitutionally, politically, fiscally and administratively decentralized than the United States (14.5), Switzerland (14), Belgium (14), Germany (12) or Australia (12). Focusing on fiscal decentralization alone, Canadian provinces are among the most independent and powerful sub-states in the world relative to sub-states in other wealthy federations (Marchildon 1995). This is a relatively recent phenomenon in that Canada was originally a centralized federation, with a formally centralizing constitution mainly conceived and written in the 1860s. There are a number of reasons for this change but none are likely as important as the rise of Quebec nationalism in the postwar era and the threat of that province's secession from the Canadian federation.

The decentralized state of public health care in Canada reflects the decentralized nature of the federation itself. Though the Canadian constitution does not address health care as a single subject, it does assign jurisdiction over hospitals and psychiatric institutions to the provinces, and jurisdiction over individual items such as patents (pharmaceutical regulation) and First Nations to the federal government. But even if public health care is not exclusively within the authority and responsibility of the provinces, it remains primarily provincial (Braën 2004; Leeson 2004). Similarly, the language of health care service delivery is determined mainly by provincial governments rather than the federal government. The Government of Canada is officially bilingual – English and French – and all federal government services must be made available in both languages, but provincial public services, including almost all health care services, are delivered in the language determined by the provincial government. Section 41 of the *Official Languages Act* also requires that the federal government take steps to enhance the vitality of official language minority communities while fostering the recognition and use of both languages in Canadian society.

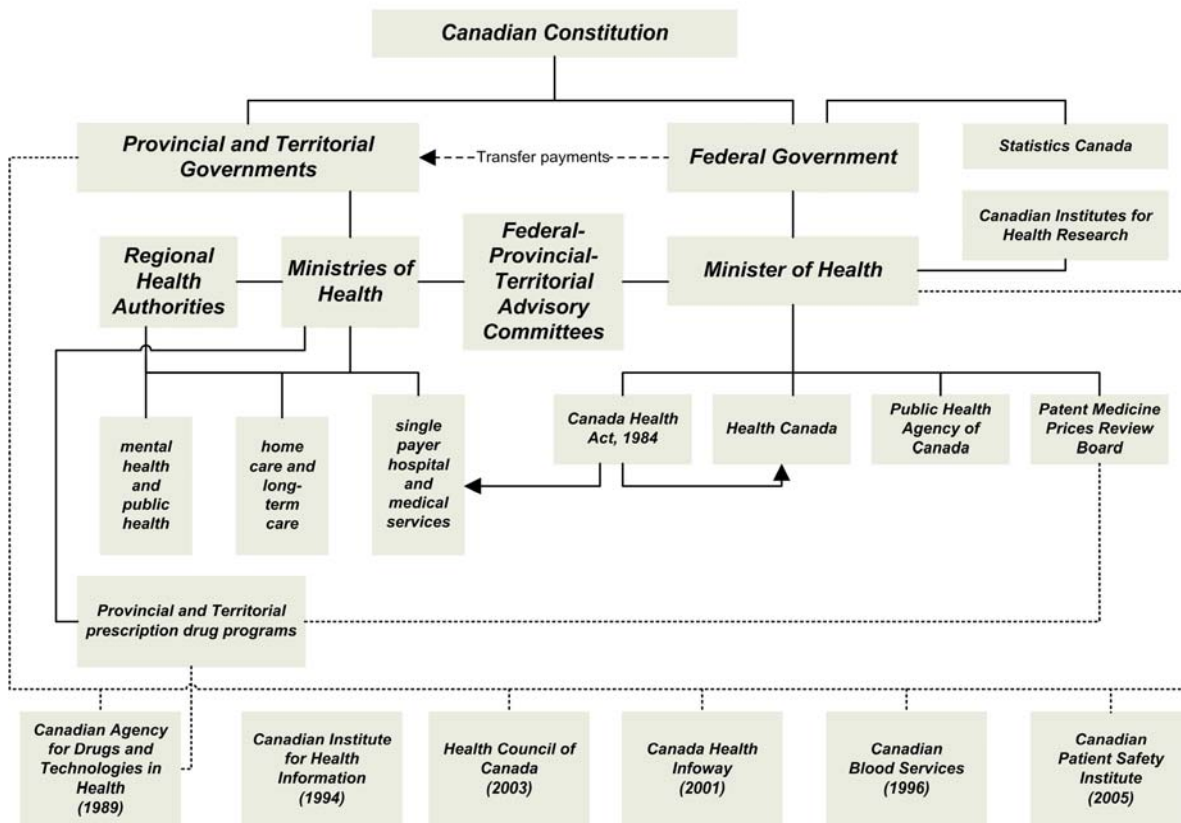
Universal hospital and medical care was introduced first by a provincial government, and it was the government of Saskatchewan's single-payer, tax-funded administrative system that was eventually adopted by the other nine provincial governments. However, the federal government played an important role in the setting of some basic national standards through the use of its spending power – sharing part of the cost of universal health care in return for the provinces accepting certain basic design features, now identified as the five principles of public administration, comprehensiveness, universality, portability, and accessibility, under the *Canada Health Act*.¹

Physicians organize their regulatory (i.e. the provincial colleges) and advocacy and collective bargaining (i.e. the provincial medical associations) functions along provincial lines, but there is also a national advocacy organization – the Canadian Medical Association (CMA). Although subject specific areas of health care, including the clinical and economic evaluation of prescription drugs and medical technologies, the collection of administrative and financial health data, blood transfusion services, health informatics, and patient safety, are within the purview of the provinces, they have established a number of specialized intergovernmental organizations to manage the policy overlaps and interdependence in these areas in conjunction with the federal government. Although created very recently, these intergovernmental bodies play an increasingly significant role in the governance and management of health care in Canada (see Figure 1). With no legislative foundation, membership is voluntary, and the provincial government of Quebec has chosen not to be a member in most of these organizations. In the case of the Health Council of Canada, Alberta joined Quebec in opting out of active membership. Despite the position of the government of Quebec, these intergovernmental organizations operate in both official languages.

The specialized intergovernmental organizations shown in Figure 1 should not be viewed as exceptions to provincial primacy in health care. Although all benefit from considerable federal funding, their governance is mainly controlled by the provinces, and their continuance is largely determined by provincial governments. The significant departures from provincial primacy in health involve four niche areas: 1) the regulation of prescription drugs in terms of patents, retail price regulation, and human security; 2) First Nations people living on reserves and the Inuit living in Arctic land claims regions; 3) the funding of health research and associated research capacity through the Canadian Institutes of Health Research; and 4) mandated census data collection and dissemination, including population health census and survey data through Statistics Canada. Although important from a policy and strategic standpoints, federal expenditures on these activities amount to less than four per cent of total health expenditures in Canada. By way of comparison, the provincial governments control almost 65 per cent of total health spending, although it is important to note that the provinces receive roughly 25 % of their health funding in a cash transfer contribution from the federal government (CIHI 2007a).

¹ Although I have limited my discussion to provinces throughout this paper, the three northern territories of Yukon, Nunavut and the Northwest Territories are generally treated as provinces in terms of the administration and delivery of health care despite their very different constitutional status and their reliance on federal transfers as opposed to own-source taxation revenues to fund public services such as health care.

Figure 1: Political Decentralization of Health Care in Canada



During the provincial regionalization reforms of the last two decades, what was a relatively passive public health insurance approach has been transformed into a health system approach in which provincial governments are more directly responsible for the management of health care organizations across the health care continuum, including hospitals. Eight of the ten provinces – including the two most populous provinces of Ontario and Quebec – rely on smaller, geographically-defined, arm’s length public bodies, known as regional health authorities (RHAs) in most provinces and Local Health Integration Networks (LHINs) in Ontario, to manage this task on their behalf. As a consequence of this reform, more public health care spending in Canada is allocated by RHAs and LHINs on a sub-provincial basis than by provincial ministries of health on a provincial basis (Marchildon 2005, 2006; Axelsson *et al.* 2008).

Regionalization also involved some centralization. Before regionalization occurred, most hospitals were owned and controlled by private religious and charitable bodies or local governments. With the exception of hospitals in Ontario, most (but not all) hospitals in Canada are now owned and controlled by RHAs. This has meant that provincial governments exert greater control over the language of health care delivery, a factor that has sometimes worked against official language minorities – English and French – in the provinces.

Health Service Differences among the Provinces

One of the chief justifications for a decentralized system of public health care is that sub-state governments or administrative units are better able to assess local health needs and preferences than central governments. Without exploring the question of whether these differences in health services increase (or are even actively encouraged) over time within a decentralized health system relative to a more centralized system, the purpose of this section is to provide a cursory overview of some health service differences, particularly physician and hospital-based services, among the provinces.²

As shown in Table 1, the number of physicians and nurses per capita varies considerably from province to province. With one exception (Newfoundland and Labrador), rural provinces tend to have fewer physicians per capita than more urban provinces. In contrast, more highly urbanized provinces tend to have fewer nurses per capita than the more rural provinces.

² Since these are the universally-provided ‘medically necessary’ and ‘medically required’ services covered under the five principles of the *Canada Health Act*, we should expect less variation among the provinces than other health care services that provinces provide or subsidize such as long-term care, home care, and prescription drugs (Marchildon 2005, 2006).

Table 1: Physicians and Nurses (per 100,000 people) by Province, 2006

	BC	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NS	PE	NL
Physicians	199	191	159	180	174	215	177	219	149	200
Nurses	773	909	1063	1089	807	924	1248	1152	1344	1457

Note: Includes all physicians (family medicine and specialists) in clinical and non-clinical practices in 2006, and all regulated nurses employed in direct care of patients in 2005.

Source: Derived from CIHI (2007b and 2007c)

The number of family medicine/general practitioners (GPs) per 100,000 people in each province ranges from a low of 84 in Ontario to a high of 109 in British Columbia and Quebec while specialists vary from a low of 69 per 100,000 people in Saskatchewan to a high of 106 in Quebec. Table 2 illustrates a tendency for the most rural provinces such as Saskatchewan, New Brunswick and Prince Edward Island to have a higher GP to specialist ratio although Newfoundland and Labrador once again breaks with the trend. Ontario, the most urbanized province in Canada, actually has more specialists than GPs.

Table 2: Physician and Nurse-Physician Ratios by Province, 2006

(per 100,000)	BC	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NS	PE	NL
Family Medicine	109	104	90	93	84	109	106	120	92	103
Specialists	90	88	69	87	90	106	71	99	58	97
GPs/Specialists	1.21	1.18	1.30	1.07	0.93	1.03	1.49	1.21	1.59	1.06
Nurses/Physicians	3.88	4.76	6.69	6.05	4.64	4.30	7.05	5.26	9.02	7.28

Note: Family Medicine refers to family physicians/general practitioners while physician specialists include clinical, surgical and laboratory specialists.

Source: Derived from CIHI (2007b and 2007c).

Table 3: Percent of Physicians receiving at least 50 % of all clinical income through Alternative Modes of Payment rather than Fee for Service, by Province, 2005-06

BC	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NS	PE	NL
11 %	NA	NA	18 %	14 %	NA	34 %	24 %	37 %	2 %

Note: NA means data not available, but it should be noted Alberta (10 %) and Saskatchewan (24 %) have lower rates than the Canadian average (39 %) in terms of the percent of physicians who receive some form of alternative payment in addition to FFS.

Source: Derived from CIHI (2008), table 5, p. 14.

Fee for service (FFS) remuneration is the dominant form of payment for physicians in all provinces in Canada (see Table 3). Since almost all the services offered by physicians are defined as “medically necessary” services and are therefore provided by provincial governments on a universal basis without user fees or co-payments, Canadian physicians receive almost all their remuneration from provincial ministries of health. Due to the difficulty of ensuring coverage in rural areas, as well as the desire by provincial governments to encourage more contact time with patients as well as varying views on primary health care reform, there are important differences among provincial governments in terms of their use of alternative payment systems.

The rate of inpatient hospitalization has declined in all provinces, in part, due to improved and expanded outpatient diagnosis and treatment. As the 2004-2005 fiscal year data in Table 4 illustrate, however, there are significant variations among the provinces, with more rural provinces such as Prince Edward Island, Saskatchewan and New Brunswick continuing to have hospitalization rates exceeding 10 people out of every 100 being admitted into hospital per year, while very urbanized provinces such as Ontario and British Columbia have less than eight people out of a hundred being admitted into hospital per year. The number of days each patient spends in hospital also varies from an average of almost 10 days in Manitoba, to a mere six days in Saskatchewan. Moreover, there is no regularity as to whether the length of stay has increased or decreased over the past decade for which data are available (see Table 5).

Table 4: Inpatient Hospitalization Rates per 100,000 people, age standardized

Fiscal Year	BC	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NS	PE	NL
1995-1996	10,579	11,229	14,526	11,504	10,216	10,386	14,804	11,627	14,358	12,869
2004-2005	7,787	9,467	11,696	9,411	7,679	8,202	10,892	8,439	11,787	9,696

Note: 2003-2004 data used for Quebec (QC) due to the unavailability of 2004-2005 data.

Source: CIHI 2005, table 2, p. 4.

Table 5: Average Length of Inpatient Hospital Stay, days

Fiscal Year	BC	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NS	PE	NL
1995-1996	6.4	5.8	6.8	9.3	6.6	9.0	6.7	7.3	7.6	7.6
2004-2005	7.1	6.9	6.0	9.9	6.4	8.6	7.4	8.3	7.7	7.8

Note: 2003-2004 data used for Quebec (QC) due to the unavailability of 2004-2005 data.

Source: CIHI 2005, table 4, p. 7.

Since comparing the relative effectiveness of health systems is important to policy decision-makers, Statistics Canada and the Canadian Institute for Health Information (CIHI) have put considerable effort into constructing comparable health indicators in order to facilitate the assessment of health care services at the provincial and regional health authority levels. Some of the indicators in Table 6 concern chronic conditions which are more effectively treated and managed outside acute care environments, and some of the treatments or events would be reduced – or even avoided – through appropriate interventions through a more co-ordinated, effective and accessible health system.

Table 6: Provincial Health System Performance Rankings, Selected Causes, 2002

	BC	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NS	PE	NL
Ambulatory care sensitive conditions	3	5	8	6	1	2	9	4	10	7
Caesarean section	8	4	2	1	5	3	7	6	9	7
Vaginal birth after caesarean section	8	4	1	2	5	3	9	7	6	10
Hip fracture hospitalization	10	6	9	3	7	1	5	2	8	4
Pneumonia/flu hospitalization	4	3	9	5	2	1	7	8	10	6
30-day AMI in-hospital mortality	NA	1	3	2	4	NA	5	6	4	NA
30-day stroke in-hospital mortality	NA	1	2	5	3	NA	4	8	6	7
AMI hospital readmission	4	1	3	NA	4	NA	5	2	6	NA
Asthma hospital readmission	8	3	7	NA	5	NA	2	1	4	6

Source: Marchildon & O'Fee (2007), table 2.3, p. 10.

The Conference Board of Canada recently produced its own set of provincial rankings based upon three broad categories of composite measures of health status, health care outcomes and health care utilization and performance, and 119 individual performance indicators (see Table 7). Although the Conference Board's methodology has received considerable criticism, no other research organization has developed a comprehensive assessment tool for policy makers.

Table 7: Overall Provincial Health System Performance based on the Conference Board of Canada's Weighted Count of Health Indicators

Overall Ranking of Province	Indicators with Gold Ranking	Indicators with Silver Ranking	Indicators with Bronze Ranking	Weighted Count	Number of Indicators without data	Weighted Count per Reported Indicator
1. BC	63	27	27	153	2	1.31
2. AB	45	43	31	133	0	1.12
3. SK	40	45	26	125	8	1.13
4. ON	37	48	28	122	6	1.08
5. QC	49	23	27	121	20	1.22
6. NB	38	37	38	113	6	1.00
7. PE	40	24	40	104	15	1.00
8. NL	39	20	44	98	16	0.95
8. NS	25	48	41	98	5	0.86
10. MB	24	44	46	92	5	0.81

Source: Conference Board of Canada (2006)

Decentralization and the Language of Health Care Delivery in Canada

Language is an important factor in determining both access to, as well as the quality of, health care. There is also persuasive evidence that individuals avoid seeking care when it is provided in a language with which they are uncomfortable or do not understand (Bowen 2001). The reasons for this are obvious. If a patient cannot effectively communicate with health care providers (or group of providers), or vice versa, then this will have a direct and negative impact on the accuracy of diagnosis, treatment and any subsequent follow-up. Moreover, if a language barrier prevents a patient from understanding the system and its pathways, then they are likely to avoid seeking medical assistance for as long as possible.

As noted earlier, the language in which health care services are delivered is mainly determined by provincial governments. The federal government is only involved at the margins because of its ability to underwrite the cost of providing services to linguistic minorities. Since English and French are the two main languages spoken in the country, the language used in the delivery of health is almost invariably one or the other official language. In the 2006 census, almost 58 per cent of Canadians reported English as their mother tongue and just over 22 per cent reported French for a total of 80 percent (see Table 8). Although the remaining 20 per cent, mainly immigrants and Aboriginal residents, have a mother tongue other than English or French, 94 per cent of Canadians speak one of the two official languages regularly in their homes, while 98 per cent of Canadians are capable of conversing in at least one of the two official languages (Corbeil and Blaser, 2007).

Table 8: Status of Two Official Languages by Canadian Province, Census 2006

Province	Total Population (thousands)	Percentage English-Speaking (%)		Percentage French-Speaking (%)	
		Mother tongue	Primary in home	Mother tongue	Primary in home
QC	7,546	8.2	10.6	79.6	81.8
NB	730	64.7	69.0	32.7	29.7
ON	12,160	69.1	81.7	4.2	2.5
PE	136	93.6	97.1	4.2	2.1
MB	1,148	74.6	88.0	4.0	1.8
NS	913	92.3	96.2	3.7	2.0
AB	3,290	79.6	89.5	2.0	0.7
SK	968	85.5	94.4	1.8	0.5
BC	4,113	71.2	83.0	1.4	0.4
NL	505	97.6	98.8	0.4	0.1
CANADA	31,613	57.8	66.7	22.1	21.4

Source: Derived from Corbeil and Blaser (2007), tables A-3, A-4, A-5, A-6, and Statistics Canada (2007), table 1.

Eight mainly English-speaking provinces (British Columbia, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nova Scotia, Prince Edward Island, and Newfoundland and Labrador) deliver the majority of their public health care services in English. The predominantly French-speaking province of Quebec delivers the majority of its public health care services in French. Only New Brunswick, the one officially bilingual province in Canada, assures the delivery of health services in both languages.

The advantage of provincial – as opposed to federal – responsibility for the administration and delivery of health care and its accompanying language is that the majority language group (see Table 1) in each province is well-served by their governments at lower-cost to the taxpayer than would be the case if all health services had to be provided, simultaneously and comprehensively, in both official languages. The obvious disadvantage is that official language minorities within each “non-bilingual” province can be left stranded with minimal health care services in their own language.

The problem of the stranded minority language community is particularly visible in Quebec because of the size of its English-speaking community. Relative to other provinces, Quebec has the largest percentage of an official language minority within its borders, and the English-speaking minority in that province constitutes the largest minority language group of any province. Numbers are only part of the story. At least as important is the historic context of Anglo-Canadian domination of business and finance in the province (mainly concentrated in Montreal) and the growth of French-Canadian – and later, Québécois – nationalism in reaction to this domination (Richards 1999).

Successive Quebec administrations have also led the way in health reforms aimed at integrating and consolidating primary care and acute care services in Canada. In fact, the establishment of the first major network of primary health care and social service centres, known as local community service centres (CLSCs) in the late 1970s and early 1980s was perceived as a threat to existing English-language health and other social service institutions. In response, the president of Alliance Quebec – an organization established to protect English-language rights in the province in response to initiatives by the Parti Québécois (PQ) government to enhance the use of French in the province by regulating the use of English – stated the following in 1984:

Our community must be guaranteed access to social services in our language. There can be no treatment without communication. Failure to provide this essential guarantee is nothing less than overt exclusion of the English-speaking community from universal access to social services (Eric Maldoff quoted in Carter 2008).

Four years later, the Quebec government designated certain health care institutions historically affiliated with English-speaking communities that could offer health services in English even while meeting their legal obligations to offer services in French. These “bilingual” institutions included key hospitals in Montreal including the Jewish General Hospital, Saint Mary’s Hospital, the Lakeshore General Hospital and the institutions associated with McGill University including the Montreal General Hospital, the Royal Victoria Hospital, Montreal Children’s Hospital, Montreal Neurological Institute and Montreal Chest Institute.³

Under an agreement with the Quebec government, the federal government contributed funding to improve access to English-language services. By 1997, however, these access programs began to be challenged by the PQ government as facilitating a disproportionate number of English-language health care services in the provinces, and thereby jeopardizing the French language. Alliance Quebec took legal action against the Quebec government. Seeking a compromise, Health Canada established a Consultative Committee to provide advice to the federal Minister of Health on “ways to enhance the vitality of English-speaking communities in Quebec” (Consultative Committee for English-Speaking Minority Communities, 2002, 1). The Consultative Committee proposed a multi-year plan designed to improved access to English-language health and social services in Quebec. The federal Minister of Health followed up with an action plan which invested C\$30 million in improving access to primary health care services, front-line community-based health service, health information lines (Info-Santé), and especially in the English-language training of French-speaking professionals (Carter 2008).

Although the scale is much greater in Quebec, other provinces face similar challenges concerning the provision of minority language health services. Like Montreal, Ottawa is a large city inhabited by both official language groups although the majority language is English in the national capital. In February 1997, the provincial Health Services Restructuring Commission announced that the Montford Hospital, Ottawa’s (and Ontario’s) only francophone hospital, would be closed along with two other hospitals in the country as a cost-saving measure. The decision unleashed a storm of protest with the Prime Minister of Canada and the Premier of Quebec, joined by a number of other political leaders in the country, asking the Premier of Ontario to overrule the Commission and keep the hospital open.

The Premier of Ontario responded by stating that the 200 bed francophone hospitals was too small to operate efficiently, and argued that, in any event this was a matter for the Ontario government – not the federal government or any other province – to decide. However, the threat of closure precipitated private fundraising and public demonstrations aimed at keeping the Montford Hospital open. Although the Ontario Health Services Restructuring Commission eventually changed its position, allowing the hospital to remain open as a specialized ambulatory care facility, this compromise was rejected by the organization established by citizens’ groups to save the hospital, and precipitated a lawsuit against the Commission. The courts eventually decided that the proposed closure constituted a violation of language rights and the provincial government was forced to abandon its plans (Sinclair *et al.* 2005). Since that time, the Montford Hospital has enjoyed a major expansion due to new capital expansion funding from the Ontario government (C\$250 million) and the decision of the federal government to make two floors of the Montford the site of its National Defence Medical Centre.

³ Outside of Montreal, there are two hospitals that provide services in English: 1) the Brome-Missisquoi-Perkins Hospital in the Eastern Townships; and 2) the Pontiac Community Hospital in Shawville.

A SWOT Analysis of Health Care Decentralization in Canada

Unlike the description of the state of decentralization above, the SWOT analysis which follows is highly interpretive in terms of strengths and weaknesses. It is also necessarily speculative in terms of future opportunities and threats.

Strengths

From my perspective, the greatest strength of the decentralized Canadian system is the freedom and capacity of provinces to innovate and experiment within a national framework that ensures all Canadians receive medically necessary services on roughly the same (universal) terms and conditions. Far from being an obstacle to provincial governments, these few national principles (paid for handsomely through federal transfers to the provinces) place relatively few constraints on provincial manoeuvrability in public health care (Marchildon 2004).

Both orders of government have been creative in the establishment and use of intergovernmental councils and organizations to co-ordinate, on a national basis, activities and planning that would otherwise be hermetically sealed within provincial boundaries. In less than twenty years, the provinces in concert with the federal government, have established six specialized intergovernmental bodies, at least one of which, the Canadian Institute for Health Information, has become one of the most envied health data organizations in the world.

On balance, it is a strength rather than a weakness of decentralization that the language of health care delivery is decided by the provinces rather than the federal government. Having the province decide the most effective way of servicing the linguistic majorities of its residents makes sense as long as there is the flexibility to allow for agreements between the federal government and the provinces, to fund some services for official language minorities in the provinces.

Weaknesses

While not impossible (as the history of universal Medicare in the 1950s and 1960s illustrates), major change in health care is difficult to achieve because of the decentralized nature of the Canadian system. Even if a consensus exists within civil society including provider organizations, major changes in public health care still requires engaged and inspired leadership at both levels of government. In reality, however, the institutional framework and the nature of federal-provincial relations puts a premium on non-cooperative strategies of blaming and cost-shifting. It also appears that the system of cost-sharing that facilitated the introduction of Medicare is no longer acceptable to provincial governments because of *quid pro quo* conditionality. Nor does cost-sharing appear to be desirable to successive federal administrations that prefer to avoid long-term fiscal commitments and provincial entanglements which have historically delivered very little in terms of political credit to Ottawa. Another particular negative development has been the manner in which provincial premiers (collectively) have used public health care as a hostage to obtain more fiscal resources from the federal government in recent years, thereby hijacking the more constructive work of provincial and federal health ministers (Marchildon 2004).

It is also difficult to make rapid decisions or major changes in direction through intergovernmental bodies precisely because they operate on the basis on full consent. At the board level, almost none have formal co-decision-making rules that bind all to a majority decision. None are permanent in the sense that they are funded by governments in multi-year cycles (e.g. five years) and the option always remains with governments to discontinue funding or opt out. Even more important, is the fact that while the government of Quebec co-operates to some degree with most of the intergovernmental health organizations established since 1989, Quebec has tended to rely on its own parallel institutions rather than join the pan-Canadian organizations.

Official (and non-official) language minorities are not always well-served, and some official language minorities have been poorly served, by their respective provincial governments. For their part, provincial governments rarely improve services for official language minorities on their own, waiting for federal resources and initiative before taking any action.

Opportunities

There is an opportunity for the federal and provincial governments to replace the old system of cost-sharing with a new and more effective approach to federal-provincial governance of health care more appropriate to the 21st century. This new approach should reflect the demand for a more patient-centred approach within a context of the even greater mobility of citizens within the country and therefore a strengthening of portability. Canadians can build on their already considerable expertise in the creative use of specialized intergovernmental mechanisms and organizations. In terms of the language of health care, both provincial and federal governments could increase the scale and scope of current collaboration to better serve “stranded” official language minorities as well as encourage more bilingual solutions where numbers merit.

Threats

The single most important threat is the possible secession of Quebec from the Canadian federation. Although the possibility of secession is not as great today as it was in the 1995 Quebec referendum result when just slightly less than 50 per cent of Quebec residents voted in favour of giving the provincial government the right to negotiate the terms of exit from the federation, the issue remains just beneath the surface. In a recent paper, I classified both Canada and Belgium as ‘post-modern’ federations because they shared five features separating them from classical federations such as Germany and the United States, one feature of which is that the national government is continually compromising in an effort to forestall the potential breaking up of the federation (Marchildon 2008).⁴ The question at the heart of any post-modern federation is whether there is enough common desire to stay together given the powerful desire for continued decentralization, and even separation, among the sub-states, particularly those that represent an ethno-linguistic majority within the sub-state at variance with the ethno-linguistic majorities in the rest of the country.

Quebec’s ambivalent position concerning its status as a province is reflected in the fact that the province is not a member of the majority of pan-Canadian intergovernmental health organizations. The emphasis on the protection of the French language by all political parties within Quebec, combined with the precarious position of the French language outside Quebec, is a threat to (official) minority language communities receiving health services in their own language in almost every province. For this reason alone, the federal government’s ability to provide fiscal resources to support minority language health services is a critical offset to unilingual policies and programs within the provinces.

Conclusion

The decentralization of the funding, administration and delivery of health care services in Canada reflects the fact that Canada has become one of the most decentralized federations in the world. The primary responsibility for public health care, and the language in which services are delivered, rests with provincial governments, while the federal government has relied on its fiscal power to establish a high-level national framework through the *Canada Health Act*. While the language of health delivery is not part of this national framework, and language is largely the purview of the provinces, the federal government is again able to use its spending power to assist stranded language minorities in the provinces. Perhaps the most striking new feature of the health system is the number of intergovernmental health forums and organizations established by the two orders of government in recent years – an innovative response to increasing policy interdependence in the sector. At the same time, Quebec’s decision to establish a parallel set of institutions rather than become a full partner in most of the new federal-provincial-territorial health organizations, reflects continuing questions concerning the cohesiveness, if not the future viability, of the federation.



While the language of health delivery is not part of this national framework, and language is largely the purview of the provinces, the federal government is again able to use its spending power to assist stranded language minorities in the provinces. Perhaps the most striking new feature of the health system is the number of intergovernmental health forums and organizations established by the two orders of government in recent years – an innovative response to increasing policy interdependence in the sector. At the same time, Quebec’s decision to establish a parallel set of institutions rather than become a full partner in most of the new federal-provincial-territorial health organizations, reflects continuing questions concerning the cohesiveness, if not the future viability, of the federation.

⁴ The Belgian and Canadian federations also share the following features: 1) recent devolution and decentralization; 2) a high degree of formal and informal asymmetry; 3) the centrality of minority language rights in the political discourse 4) the degree to which regionally-based nationalist political parties supplanting traditional, ideologically-oriented pan-national political parties; and 5) constantly struggling to construct alternatives to secession, partition and violence.

REFERENCES

- Axelsson R, Marchildon GP, Repullo Labrador JR. 2008. Effects of decentralization on managerial dimension of health systems. In RB Saltman, V Bankauskaite, K Vrangbæk, eds. *Decentralization in Health Care: Strategies and Outcomes*. New York: McGraw-Hill for Open University Press, 141-166.
- Bowen S. 2001. *Language Barriers in Access to Health Care*. Ottawa: Health Canada cat. no. H39-578/2001E.
- Braën A. 2004. Health and the distribution of powers in Canada. In T McIntosh, PG Forest, GP Marchildon, eds. *The Governance of Health Care in Canada*. Toronto: University of Toronto Press, 25-49.
- CIHI 2005. *Inpatient Hospitalizations and Average Length of Stay Trends in Canada, 2003-2004 and 2004-2005: Analysis in Brief*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.
- CIHI. 2007a. *National Health Expenditure Trends, 1975-2007*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.
- CIHI 2007b. *Supply, Distribution and Migration of Canadian Physicians, 2006 (Revised November 2007)*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.
- CIHI 2007c. *Highlights from the Regulated Nursing Workforce in Canada, 2006*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.
- CIHI 2008. *Physicians in Canada: The Status of Alternative Payment Programs, 2005-2006*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.
- Carter J. 2008. What future for English language health and social services in Quebec. In RY Bourhis, ed. *The Vitality of the English-Speaking Communities of Quebec: From Community Decline to Revival*. Montreal: Centre d'études ethniques des universités montréalaises (CEETUM), Université de Montréal.
- Conference Board of Canada. 2006. *Healthy Provinces, Healthy Canadians: A Provincial Benchmarking Report*. Ottawa: Conference Board of Canada.
- Consultative Committee for English-Speaking Minority Communities. 2002. *Report to the Federal Minister of Health*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services.
- Corbeil JP, Blaser C. 2007. *The Evolving Linguistic Portrait, 2006 Census*. Ottawa: Statistics Canada cat. no. 97-555-XIE.
- Leeson H. 2004. Constitutional jurisdiction over health and health care services in Canada. In T McIntosh, PG Forest, GP Marchildon, eds. *The Governance of Health Care in Canada*. Toronto: University of Toronto Press, 50-82.
- Marchildon GP. 1995. Fin de siècle Canada: the federal government in retreat. In P McCarthy and E Jones, eds. *Disintegration and Transformation: The Crisis of the State in Advanced Industrial Societies*. New York: St. Martin's Press, 133-151.
- Marchildon GP. 2004. *Three Choices for the Future of Medicare*. Ottawa: Caledon Institute of Social Policy.
- Marchildon GP. 2005. *Health Systems in Transition: Canada*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Marchildon GP. 2006. Regionalization and health services restructuring in Saskatchewan. In CM Beach *et al.*, eds. *Health Services Restructuring in Canada: New Evidence and New Directions*. Montreal and Kingston: McGill-Queen's University Press, 33-57.
- Marchildon GP, O'Fee K. 2007. *Health Care in Saskatchewan: An Analytical Profile*. Regina: Canadian Plains Research Center.
- Marchildon GP. 2008. Post-modern federations and sub-state nationalism. Forthcoming in L Ward and A Ward, eds. *The Ashgate Research Companion to Federalism*. Aldershot: Ashgate.
- Requejo F. 2006. Federalism and democracy: the case of minority nations, a federalism deficit. Barcelona: Political Theory Working Papers, Departament de Ciències Polítiques i Socials, Universitat Pompeu Fabra.
- Richards J. 1999. Language matters: ensuring that the sugar not dissolve in the coffee. In DR Cameron, ed. *The Referendum Papers: Essays on Secession and National Unity*. Toronto: University of Toronto Press, 84-143.
- Statistics Canada. 2007. *Portrait of the Canadian Population in 2006, 2006 Census*. Ottawa: Statistics Canada cat. no. 97-550-XIE.
- Sinclair D, Rochon M, Leatt P. 2005. *Riding the Third Rail: The Story of Ontario's Health Services Restructuring Commission, 1996-2000*. Montreal: Institute for Research on Public Policy (IRPP).

Canada startte een doorgedreven decentralisatie in de jaren negentig om budgettaire redenen en ten gevolge van de toenemende drang naar onafhankelijkheid van de Franstalige provincie Quebec. De officiële argumentatie was dat een decentralisatie moest toelaten de organisatie beter af te stemmen op de lokale noden.

De gezondheidszorg is voornamelijk gestuurd vanuit de provincies (gaande van 500.000 tot 18 miljoen inwoners).



Financiering

80 % van de gelden voor de terugbetalingen worden verworven door directe, provinciale belastingen; 20 % worden federaal verworven, waarvan 15 % worden doorgestort aan de provincies.

Besteding

De provincies zijn direct verantwoordelijk voor de terugbetalingen in de gezondheidszorg met inbegrip van alle ziekenhuizen, rust- en verzorgingstehuizen, thuiszorg, medische en paramedische prestaties en medicatie. De provincies negotiëren rechtstreeks de tarieven met de provinciale artsenassociaties en met de ziekenhuizen. De provincies hebben het laatste woord in de terugbetaling van geneesmiddelen. De registratie (toelating tot commercialisering) en de prijs van geneesmiddelen worden federaal bepaald.

Wel stemmen de provincies hun beleid op elkaar af via een interprovinciale stuurgroep. De deelname is vrij en de provincies Alberta en Quebec kiezen ervoor om niet te participeren.

De decentralisatie leidt tot significante verschillen van inzet van middelen:

Het aantal actieve artsen per 100.000 inwoners varieert van 145 tot 205. Het aantal verpleegkundigen varieert van 800 tot 1600 per 100.000 inwoners. Het aantal verpleegkundigen per arts varieert van 4 tot 10. Het aantal ziekenhuisopnames varieert van 10.000 tot 15.000 per 100.000 inwoners (leeftijdsgewogen).

Ook de wijze van vergoeding varieert. Zo verwerft 98 % van de artsen in New Founland zijn loon voor het grootste gedeelte per prestatie. In New Brunswick is dit slechts 66 %.

Uitvoering

Ziekenhuizen, revalidatie, rust- en verzorgingstehuizen, thuiszorg worden door Regional Health Authorities (soort van intercommunales) beheerd.

Aanvankelijk waren de bestuurders van deze RHA's verkozen. Sinds kort zijn het allemaal aangestelde beroepsmensen.

Kwaliteitsindicatoren

Uit bezorgdheid voor de efficiëntie van de gezondheidszorg, heeft Canada een systeem van kwaliteitsbewaking opgezet met een vergelijking van 119 indicatoren tussen de verschillende provincies.

Taalproblematiek

Alleen de provincie New Brunswick is officieel tweetalig. De andere provincies zijn eentalig met taalminderheden. Quebec is Franstalig en de andere provincies zijn Engelstalig.

Aangezien het beleid bepaald wordt door de provincies, zijn de taalgemeenschappen afhankelijk van de toeschietelijkheid van de provinciale overheid om instellingen in de eigen taal open te houden.



Dit wordt geïllustreerd door het Franstalige ziekenhuis Montford in Ottawa, dat de provinciale overheid wou sluiten maar dat door het protest van de Franstalige minderheid toch werd opgehouden. Omgekeerd hebben de Engelstaligen moeten vechten om eigen ziekenhuizen te behouden in Montreal.

In de enige tweetalige provincie New Brunswick moet gezondheidszorg in twee talen aangeboden worden.

In de eentalige provincies zijn anderstalige instellingen verplicht de eerste taal van de provincie aan te bieden. Instellingen met de officiële taal zijn niet verplicht om een andere taal te spreken. Artsen kennen vaak de twee talen, verpleegkundigen niet altijd.

Wil men zeker zijn van volledig bediend te zijn in zijn eigen taal, dan wendt men zich best tot een instelling van de eigen taalgroep. Er is namelijk geen volledige tweetaligheid.



Voor spoedambulances ('100') kan men het ziekenhuis van keuze opgeven. In principe wordt de patiënt naar het ziekenhuis van zijn keuze gevoerd. Dit kan gemakkelijk 20 tot 30 km verder zijn dan het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Indien een patiënt zijn ziekenhuis niet kon kiezen, dan wordt hij automatisch overgebracht naar het ziekenhuis van zijn keuze van zodra hij die keuze kan kenbaar maken.

HET DEENSE MODEL: Prof. Karsten Vrangbæk

CURRICULUM



Studeerde economie in de USA en politieke wetenschappen in Denemarken. Hij behaalde zijn Ph.D. in politieke wetenschappen aan de universiteit van Kopenhagen in 1999.

Hij werkte in opdracht voor de WHO onder andere over “Decentralisatie van gezondheidszorg”.

Sedert 1996 kreeg hij diverse leeropdrachten en onderzoeksprojecten over maatschappelijke gezondheidszorg en gezondheidsbeleid in Scandinavië en Europa.

Momenteel is hij geassocieerd docent aan de universiteit van Kopenhagen, departement politieke wetenschappen.

Hij is professor politieke wetenschappen, gespecialiseerd in gezondheidszorg en heeft bijgedragen tot de reports van het European Observatory Health System van de OESO voor zijn land

(<http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>).

PRESENTATION ON DECENTRALIZATION IN THE DANISH HEALTH SYSTEM

Introduction

The Danish health system can be characterized as a public integrated and decentralized structure. It is public in the sense that it is largely tax financed, most services are free at the point of delivery, and most service delivery takes place by public hospitals or publicly regulated and financed practitioners. It is integrated and decentralized in the sense that five regions are responsible for service delivery and own and operate the majority of hospitals. The state has regulatory and financing roles. National regulation, standards and guidelines set the basic conditions for the regional health systems, and the state has a strong instrument for influencing the regions via the control of finances. Funds are redistributed to the regions via block grants, based on objective population criteria, and some activity based financing.

Municipalities have gained a stronger role in health care as a result of the 2007 structural reform. They co-finance the regional (hospital) expenditures, and they have responsibilities for prevention, health promotion and rehabilitation outside hospitals.

How was decentralisation introduced in the national health care system of Denmark?

Decentralized democratic management of welfare services has been a feature of the Danish system for many years. The origins of decentralized governance can be traced back to Viking age local assemblies and feudal age village councils and relatively strong local management of larger towns. The first public hospitals in Denmark were established by counties (regional authorities) and towns. There is a limited tradition for church owned hospital facilities.

A major reform in 1970 reduced the number of counties to 14 and municipalities to 271 and established the counties as the main public authority within health care. The counties took ownership of almost all hospitals and became responsible for financing and providing health care, whereas previously this responsibility had been divided between the towns, counties, the State and the health insurance schemes.

In 2007, a reform further reduced the number of municipalities to 98 and establishing five regions. The regions retained the responsibility for providing hospital and outpatient care for citizens, but importantly lost the right to issue taxes, as financing was centralized to the state level.

Composition of the regional revenue for health care



- **State Block Grant (approx. 75 %)**
- **State Activity-related Subsidy (approx. 5 %)**
- **Local Basic Contribution (approx. 10 %)**
- **Local Activity-related Contribution (approx. 10 %)**

The regions are responsible for delivering health services, albeit within a national framework legislation, national guidelines and national agreements between medical professionals and Association of Regional Authorities. The scope for autonomous decision-making at the regional level is thus reduced in several respects.

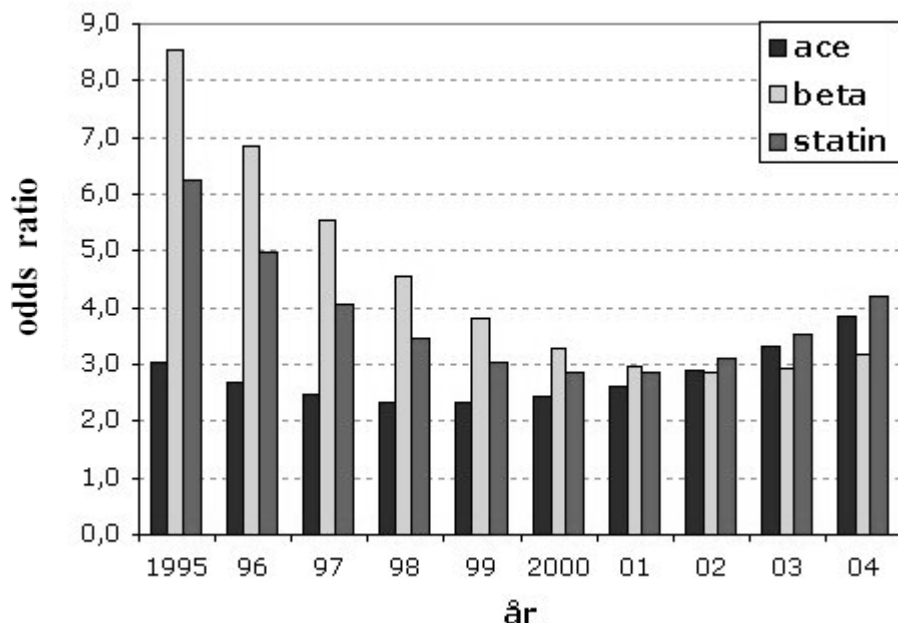
- **National legislation:** General rules specify the right to choose hospitals, and the right to access private facilities when waiting times exceed 1 month. This limits the regional scope for deviation on service parameters. General legislation also specifies rights for patients and obligations for regions on a number of dimensions. Fees for choice patients travelling to other regions and private providers are paid according to nationally set DRG prices.
- **Planning, guidelines and recommendations:** The regions are obliged to develop and submit comprehensive plans for health service delivery. These documents are used in planning processes, where regions, the National Board of Health and representatives for the medical societies participate. The National Board of Health is also in charge of developing specific treatment guidelines in collaboration with medical specialists. These guidelines restrict the regional and local level variation in treatment practice. The guidelines also include medication (a positive list is developed by the Danish Medicines Agency, recommendations by the Institute for Rational Pharmacotherapy), although the regions/hospitals have some flexibility to make autonomous decisions on which drugs to use within the recommendations, or indeed to introduce new drugs. Yet, again there seems to be fairly uniform standards guiding the regional choices. The existence of a national purchasing organization for in-hospital pharmaceuticals secures relatively low expenditure levels.
- **National agreements:** A particularly important venue for regulation in Danish health care goes via national agreements. There are institutionalized annual agreements between the regions/municipalities and the government, which specifies the expenditure levels and average tax levels (for municipalities). These economic agreements are later confirmed by the Parliament as part of the negotiations over block grants and national budget. The agreements annual negotiations between regions/municipalities and the government also serve as an arena for discussing various policy initiatives and introducing new organizational principles. The agreement to implement the “Danish Quality Assessment Model” is one example of an initiative that has been brought forward by this mechanism. The Model specifies a number of requirements for the regional health organizations in terms of collecting quality data and engaging in accreditation processes.
- National agreements also include the nationally negotiated agreements on salaries and fees between the Association of Regions and the respective representatives of medical professions. These agreements specify salaries and working conditions (for hospital doctors) and fees for the publicly funded contacts to GPs and practicing specialists. The core salary for doctors in hospital settings is thus fixed, while individual regions and hospitals may supplement with additional bonus mechanisms. These would be subject to negotiations between local representatives of doctors (nurses) unions and the regions/hospitals. The fees for GPs are determined in the national agreement (and is made up of a combination of per capita and activity based funding). The regions monitor GP’s activity profile and volume, and may intervene in case of significant deviation from the average/norm. Fees for publicly funded contacts to practicing specialists are also determined in the agreements. Yet practicing specialist also see “private” patients paying out of pocket or via private health insurance. The fees for these latter groups vary. The majority of patients 99 % have chosen a coverage option (group I), which provides free access to GPs as well as practicing specialists and hospitals upon referral. Gate-keeping is thus an important feature in the system for most patients. A few patients have chosen coverage option (group II), which provides direct access to practicing specialists, but for a co-payment. The regions are free to design their budgeting/payment relation to their hospitals. Usually a com-

combination of global budgeting and activity based financing is used. A report from a government commission stated that in 2006 all regions exceeded the minimum requirement of 20 % activity based funding. Several regions were close to the government target of 50 % ABF.

In spite of these various regulatory and agreement based pressures for uniformity, and the fact that regional differences in service provision were one of the political reasons for the structural reform, there are some interregional differences in infrastructure, service provision, patient satisfaction and population health status as illustrated by the following examples.

Hospital level variation in treatment for Acute Myocardial Infarction

Hospitalsvariationen i brug af henholdsvis ACE-hæmmere, betablokkere og statiner i perioden fra 1995 til 2004

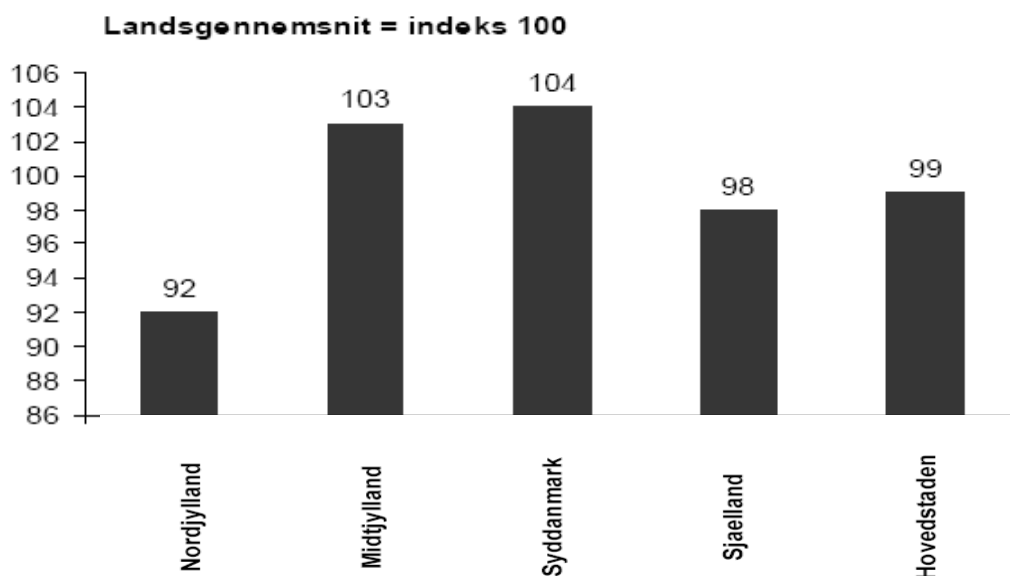


(Odds rationen viser forskellen i medicinbrug mellem sygehuse, der har de 10 % højeste og de 10 % laveste andele af medicinbrug justeret for patienternes alder, køn og sygelighed samt tidligere brug af hjertemedicin)

Hospital Variation in Use of Secondary Preventive Medicine After Discharge for First Acute Myocardial Infarction During 1995-2004. Rasmussen S, Abildstrom SZ, Rasmussen JN, Gislason GH, Schramm TK, Folke F, Køber L, Torp-Pedersen C, Madsen M, Medical Care 2008 Jan;46(1):70-77

Regional differences in hospital productivity

Figur 3: Produktivitet for regioner for 2006



Source: Ministry of Health and Prevention 2007

Number of consultations per inhabitant in different regions

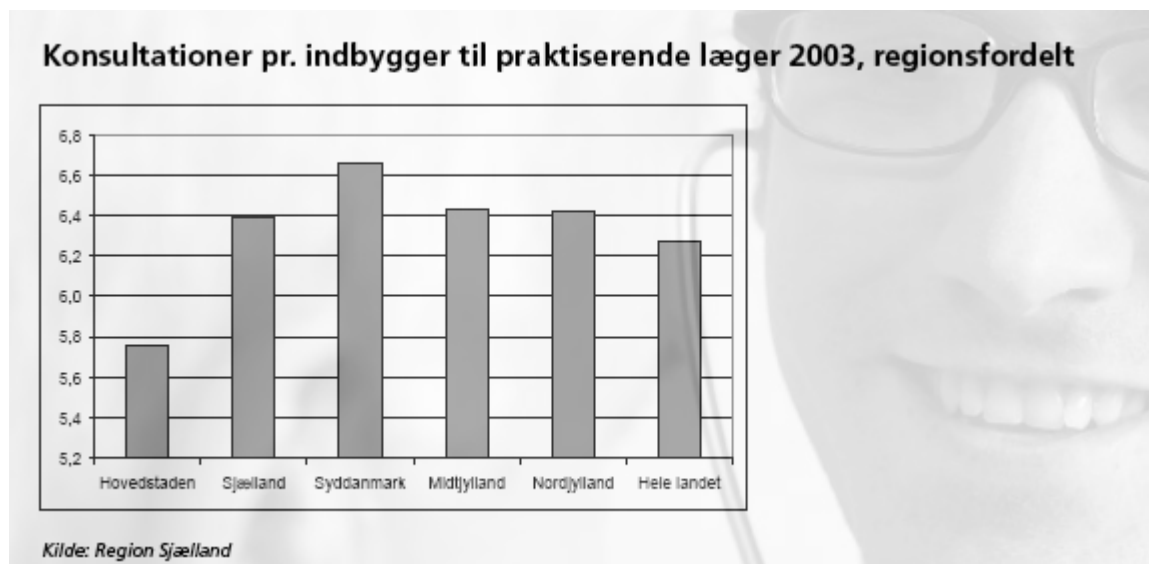
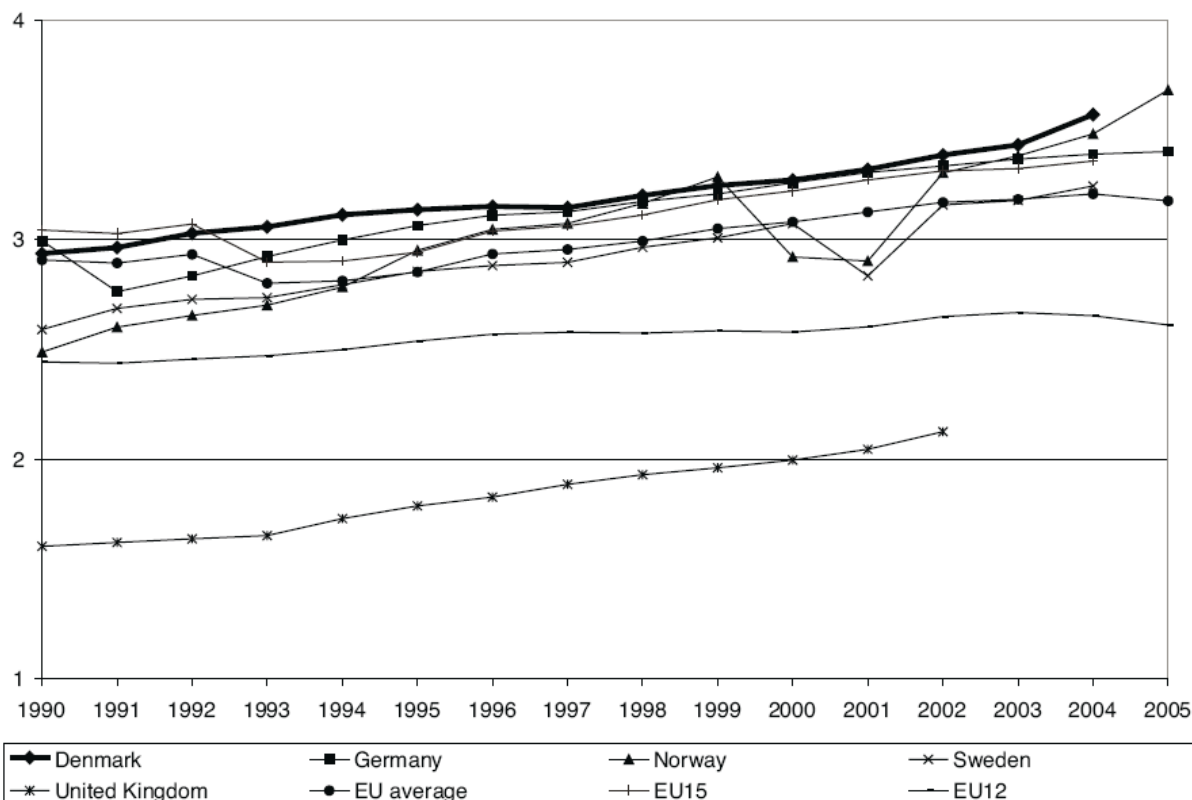


Fig. 5.5 Number of physicians per 1000 population in Denmark, selected countries and EU averages, 1990–2005



Source: WHO Regional Office for Europe, January 2007.

Notes: EU: European Union; EU15: European Union Member States before May 2004; EU12: countries that joined the EU in May 2004 and January 2007.

The distribution of doctors and nurses is fairly even, although with more practicing specialists in the Copenhagen area, and with emerging problems of GP shortages in some rural areas.

What was the main reason to choose for decentralisation?

Several arguments have underpinned the decentralization to counties and municipalities in Denmark. It is argued that democratic decentralization provides stability and division of power. More citizens can become actively involved in political decision making. This serves several purposes. First it works as a training ground for political

activities. Several national politicians have gained their first political experience at the local levels. Second it makes it easier to be sensitive to local preferences, needs and conditions. This in turn allows for experimentation with different types of solutions, which may in turn lead to learning and implementation of the most efficient solutions in other decentralized units. The decentralized system is thus supposed to promote innovation and learning. It is also argued that the direct linkage between who benefits and who pays for public services (via taxes) makes budget discipline more likely, and reduces the risk of institutional blame games. Note that this feature disappeared at the regional level with the structural reform.

Arguments against decentralisation have mostly related to the risk of geographical inequity in service levels and quality. Furthermore there have been concerns of inefficiencies and poor quality due to small scale production, and inability to support highly specialized functions in small units. It has further been argued that decentralization may lead to suboptimal solutions as each region/municipality seeks to serve its own interests (and the interests of its citizens). This can lead to poor coordination and duplication of efforts. It has also been argued that strong decentralized levels make it harder to implement state decisions, particularly in the area of economic policy and coordination. Finally it has been argued that a decentralized structure creates problems of unclear division of responsibilities and blame games.

What are the experiences so far?

The arguments for decentralized democratic governance were dominating the first two decades after the structural reform of 1970. They are still important but have increasingly been challenged by the more critical arguments. National level politicians have been frustrated with the fact that voters held them accountable e.g. for health services, while the real competence was decentralized to the regional level. This has led to stronger steering ambitions and a gradual introduction of regulatory measures to control the municipalities/regions. The regulatory measures include detailed regulation, introduction of general standards (e.g. on waiting times) and institutionalization of annual budget negotiations where the state and the regions/municipalities set targets for expenditure and financing. This process culminated in the structural reform of 2007 which created larger municipalities and regions (to support benefits of scale and better quality through specialization), and at the same time strengthened the role of the state particularly in the field of health care (by removing taxation rights at the regional level and by strengthening the planning and coordination powers of the National Board of Health). The creation of larger regional units has led to a period of structural adjustments, mergers and closure of hospitals and investments in new and more contemporary infrastructure.

Quality in delivery is meant to be monitored through the comprehensive “Danish quality Assessment Program”, which is to be implemented in all parts of the health system in the following years. Some elements of the program (e.g. national quality databases) have existed for some time, and some regions have voluntarily chosen to pilot accreditation schemes. Under the new program it will be mandatory to measure and report quality data, and to undertake accreditation based on a set of standards and indicators related to the following themes:

Figure 1: Strategic themes in DQAP

General treatment process themes	Organizational themes	Disease specific themes
<ul style="list-style-type: none"> • Referral and visitation • Reception • Assessment and planning • Coordination and continuity • Transfer of patients • Diagnosis • Observation • Patient involvement • Patient information and communication • Intensive care • Invasive treatment • Rehabilitation • Medication • Prevention and health promotion • Food 	<ul style="list-style-type: none"> • Emergency preparedness and supplies • Patient transport • Equipment and technology • Quality management • Risk management • Hygiene • Recruiting, education and maintenance of skills • Documentation and data management • General management • Policies and guidelines 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoplexy • Breast cancer • Diabetes • Births • Heart failure • Hip fractures • Chronic Obstructive Lung disease • Stomach ulcers • Schizophrenia • Colon and rectal cancer • Lung cancer

Reporting under the Quality Programme is divided into three elements which are meant to support the initiatives of improving quality in the health care institutions and to render more visible the quality of health care services:

- ongoing and periodical feedback from the Quality Programme organisation to the individual health care institution with overviews of the development of own and other institutions’ indicator data and self-reporting.
- periodical accreditation with a recognition of the work of quality improvement and a report to each individual health care institution, including possible suggestions for improvements.
- publication of indicators, external assessments and accreditation status.

Publication is made electronically and based on:

- regularly updated summary reports on quality in the health care sector.
- periodical status reports on quality in the health care sector.

Publication comprises status and development for the individual health care institution, national status and development and possibilities of benchmarking across institutions.

Data from all generic indicators, anonymous self-reporting and accreditation reports with accreditation status will be publicly available, but only aggregated (organization level) indicator data will be published. It will not be possible to trace data back to the individual patient or the individual professional. Published indicator data will be adjusted for differences in patient mix where relevant. The Quality Programme does not publish data from voluntary add-on indicators, but may approve that the individual health care institution publishes its own data.

Data are not published until the individual institution has been informed via feedback. Accreditation status is not published until the institution has had the opportunity to submit clarifying comments.

This is a rather comprehensive publication strategy where detailed data will be made available first for the health care organizations and subsequently for the public in general. The Minister pushed the process forward and changed the scope of the negotiated strategy somewhat when he announced a star rating system in the summer of 2007. A number of quality related indicators are now published on the Internet along with patient satisfaction data, and the aggregated star ratings (www.sundhedskvalitet.dk). This system supplements the Internet based publication of expected waiting times and treatment volume, which has been available for a number of years. The explicit objective was to improve the basis for choice of hospitals. Professionals have criticised the system for the relatively high weight given to infrastructural indicators.

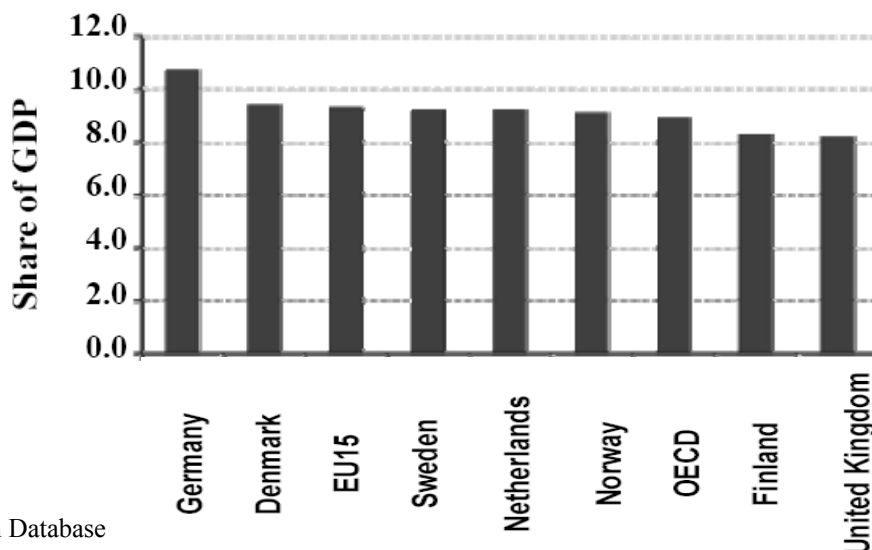
The data collected so far show some (but not systematic) regional and hospital variation in quality. The collection and publishing of data provides a platform for analyzing and addressing such variation.

What are the strengths, weaknesses, opportunities and threats of the system?

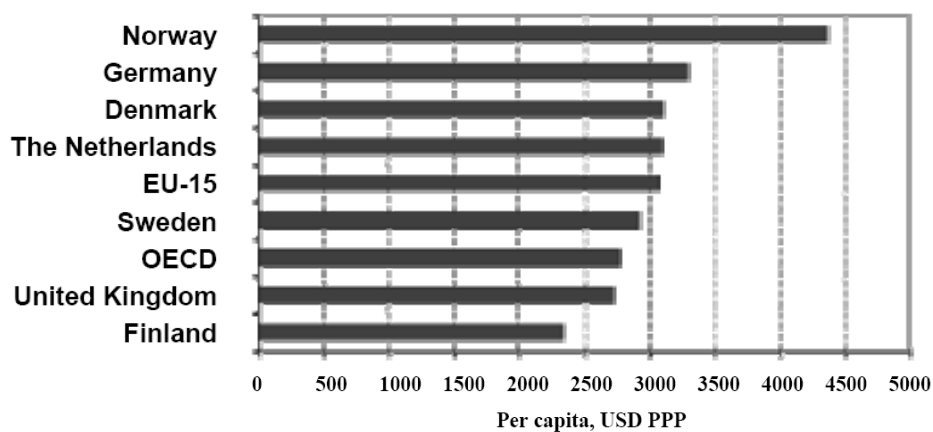
The Danish health system has performed well on a number of traditional parameters. It has delivered relatively good value for money in a number of years. Administrative costs are normally considered to be low and patient satisfaction ratings are among the highest in Europe. The system has managed to implement major service enhancements in terms of free choice of hospitals, waiting time guarantees of currently one month, IT systems for communication and major quality assessment initiatives. The life expectancy of Danes is improving, but remains lower than in most similar European countries. This is normally attributed to life style factors and particularly a high prevalence of smoking (among women), and a relatively high intake of alcohol, rather than health system performance per se. Yet there are also performance issues in some areas (e.g. cancer survival rates are lower than in the other Nordic countries). This is caused by a complex set of issues, including the referral patterns, patient behaviour and life style. Intensive work has gone into developing national patient pathway descriptions (packages) with detailed waiting time limits for cancers in recent years.

Coordination across primary and secondary sectors remains an issue, and the future pressures of an ageing population, with high expectations and rapid technological advances present a major challenge. Shortage of skilled staff is a major challenge in some areas.

The integrated public structure with room for decentralized experimentation continues to represent an opportunity. New forms of public-private collaboration also present opportunities. The perspective of more cross border health care in the EU is both a challenge and an opportunity.



Source: OECD Health Database

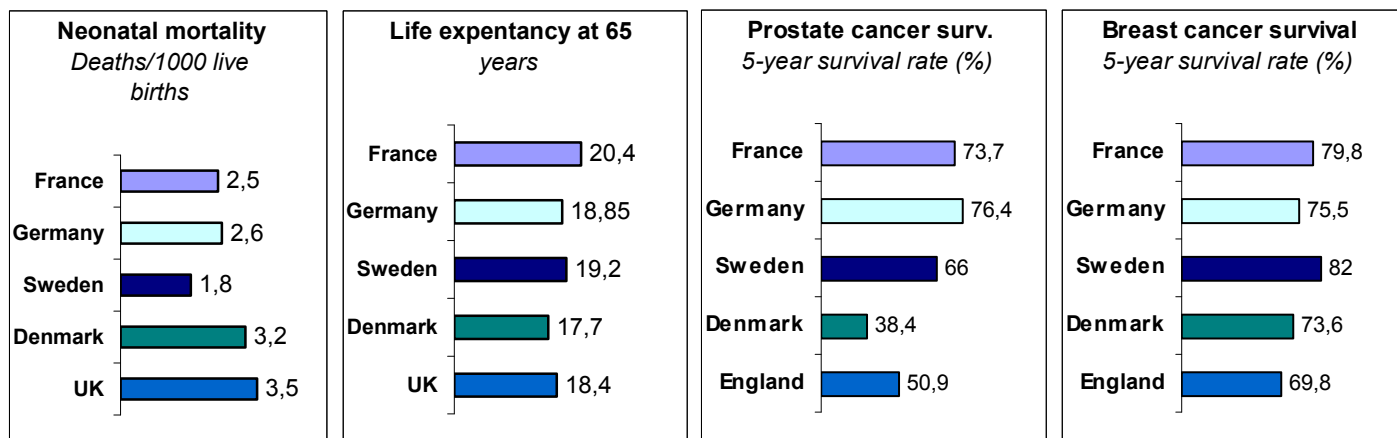


Source: OECD Health Database

	1960	1970	1980	1990	2000	2005
Nordic countries						
Denmark	74.4	75.9	77.3	77.7	79.3	80.2
Finland	72.5	75.0	77.6	78.9	81.0	82.3
Iceland	75.0	77.3	79.7	80.5	81.8	83.1
Norway	75.8	77.3	79.2	79.8	81.4	82.5
Sweden	74.9	77.1	78.8	80.4	82.0	82.8
Other European Countries						
Austria	71.9	73.4	76.1	78.8	81.1	82.2
Belgium	73.5	74.2	76.8	79.4	81.4	81.6

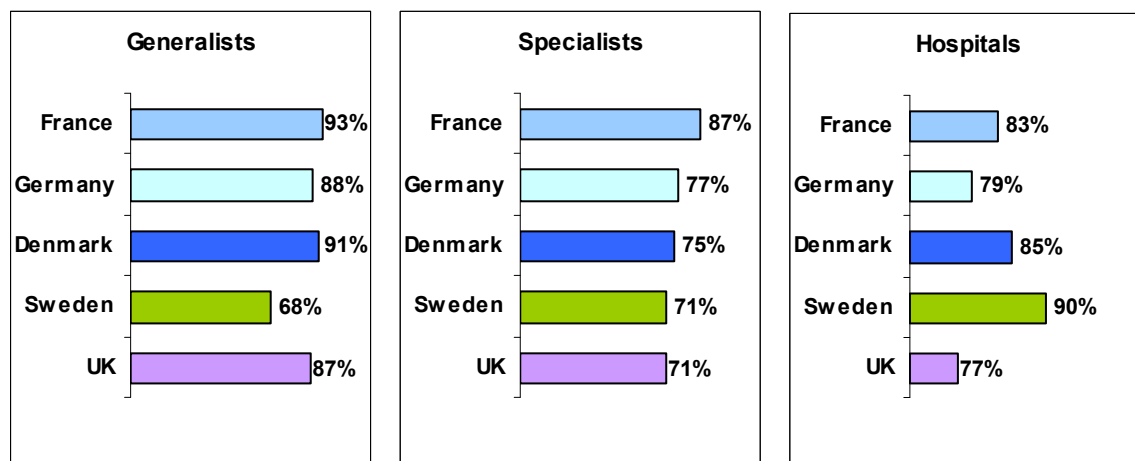
	1960	1970	1980	1990	2000	2005
Nordic countries						
Denmark	70.4	70.7	71.2	72.0	74.5	75.6
Finland	65.5	66.5	69.2	70.9	74.2	75.5
Iceland	70.7	71.2	73.7	75.4	78.4	79.2
Norway	71.3	71.0	72.3	73.4	76.0	77.7
Sweden	71.2	72.2	72.8	74.8	77.4	78.4
Other European Countries						
Austria	65.4	66.5	69.0	72.2	75.1	76.7
Belgium	67.7	67.8	70.0	72.7	75.1	75.8

Figure 2. Health outcomes in five countries, 2006



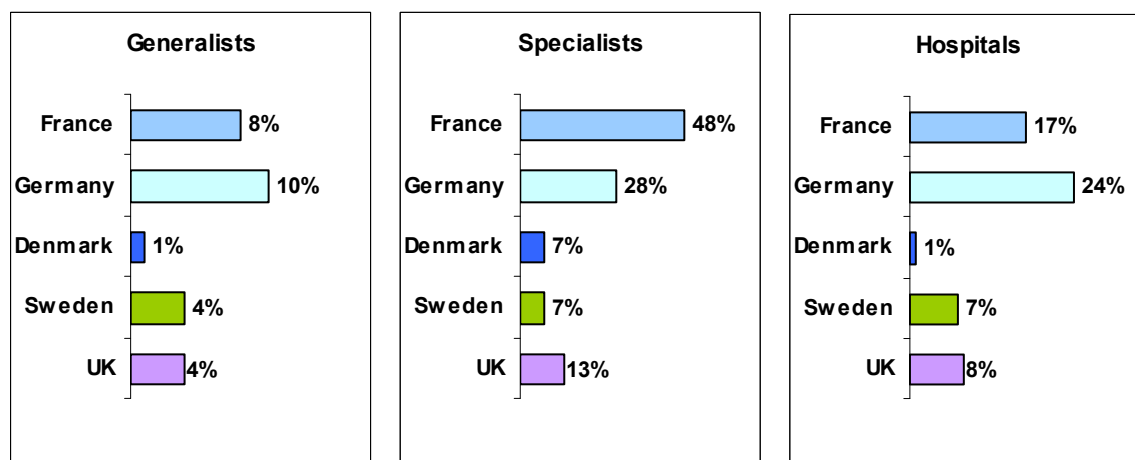
Source: OECD Health data, 2008, relative survival rates from Eurocare-3, aged standardised, diagnosed between 1990-94 followed up until 2000.

Figure 3. Satisfaction: population reporting the quality of the following are fairly or very good



Source: Euro-barometer, 2007.

Figure 5. Affordability of health-care: percentage of persons reporting the following are not very or not at all affordable



De Deense gezondheidszorg wordt voor het grootste gedeelte gefinancierd uit directe federale belastingen. Deze worden als een dotatie doorgestort aan de vijf regio's (één regio telt gemiddeld 1.2 miljoen inwoners), gewogen volgens objectieve criteria.

De regio's bepalen het algemene gezondheidszorgbeleid. De veertien 'counties' (gemiddeld 400.000 inwoners) beheren de ziekenhuizen en de gezondheidswerkers.

De 271 gemeenten co-financieren de ziekenhuizen sinds 2007 en hebben tevens verantwoordelijkheden voor revalidatie, rust- en verzorgingstehuizen, thuiszorg, preventie en gezondheids promotie.

De argumentatie voor decentralisatie in Denemarken luidt als volgt: democratische decentralisatie biedt stabiliteit en verdeling van macht. Meer burgers worden actief betrokken bij het beslissingsproces. Hierdoor worden keuzen gemaakt die dichter bij de lokale voorkeuren en noden aansluiten. Ook leidt het tot vernieuwende oplossingen waaruit geleerd kan worden in de andere regio's. De dichte betrokkenheid zal leiden tot rationele bestedingen en budgettaire discipline.

Dit neemt niet weg dat de federale overheid de algemene krijtlijnen uitzet voor wat betreft de artsenhonoraria (het basisloon wordt federaal vastgesteld en elke regio kan daarboven eigen accenten leggen) en de medicatie (met nationale aankoop van geneesmiddelen en bijgevolg gunstige voorwaarden). Voor artsen is er over het algemeen een mix van forfaitaire en activiteitsgebonden vergoeding. De federale norm is 50 % activiteitsgebonden remuneratie.

De meeste patiënten kiezen voor een ziekteverzekering met gratis toegang tot de huisarts en terugbetaling van de specialist na verwijzing. Echelonnering zit dus in het systeem gebakken. Een minderheid van patiënten kiest voor optie 2 waarbij een hogere bijdrage terugbetaling biedt voor directe toegang tot de specialist.



Profielen van activiteit en consumptie worden door de regio's opgevolgd en bijgestuurd.

Er bestaat een intensieve negotiatie tussen de federale overheid en de regio's/municipalities om het budget en de dotaties vast te stellen. De regio's/municipalities hebben een groot impact op de financiering van de ziekenhuizen.

Een gevaar van decentralisatie kan er in bestaan dat ongelijkheid zou ontstaan tussen de regio's op vlak van kwaliteit en betaalbaarheid.

Kwaliteitsindicatoren worden systematisch geëvalueerd tussen de verschillende regio's. De resultaten worden op Internet gepubliceerd.

Globaal genomen presteert de Deense gezondheidszorg goed op traditionele parameters. Denemarken stond op de tweede plaats in de Health Consumer Index 2008. De patiënttevredenheid is zeer hoog. Levensverwachting daarentegen ligt twee jaar lager dan in vergelijkbare landen zoals Noorwegen en Zweden. De administratieve kosten voor gezondheidszorg liggen laag.

LESSEN UIT DE “CANADA-DEENSE” ERVARING VOOR HET VLAAMSE GEZONDHEIDSBELEID”

Prof. Dr. Lieven ANNEMANS

Lieven Annemans is Licentiaat in de Lichamelijke Opvoeding (VUB), Bijzonder Licentiaat in de bedrijfskunde (VUB), Handelsingenieur (Solvay – VUB). Hij behaalde tevens een postgraduaat in de gezondheidseconomie (UA) en een doctoraat in de toegepaste economische wetenschappen (VUB).

Hij is professor gezondheidseconomie aan de faculteit geneeskunde van de Universiteit Gent en doceert daar ook farmaco-epidemiologie aan de faculteit Farmacie.

Hij doceert eveneens farmaco-epidemiologie en economische aspecten van fitheid en beweging aan de VUB.

Hij is voorzitter van de VGR (Vlaamse Gezondheidsraad).

LESSEN VOOR VLAANDEREN

Op basis van onder andere de ervaringen inzake regionalisering in Canada en Denemarken tracht ik hier een aanzet te geven tot een blauwdruk voor een toekomstig Vlaams gezondheidsbeleid.

Daarbij vertrek ik van de aanbevelingen inzake een gezondheidsbeleid voor Vlaanderen die de Vlaamse Gezondheidsraad (VGR) in zijn nota van 2006 opstelde.

De **VGR** legde in zijn **nota** o.a. sterk de nadruk op afstemming tussen verschillende niveaus: afstemming tussen preventie en genezing, tussen gezondheidsbeleid en maatschappelijk beleid, tussen gezondheid en verschillende determinanten van gezondheid (werk, huisvesting, opvoeding en opleiding, ...).

De VGR wees er ook op dat in ons huidig “semi-gedecentraliseerd” gezondheidssysteem er te weinig weerstand geboden wordt tegen allerlei negatieve aspecten waarmee verschillende gezondheidssystemen geconfronteerd worden: gebrek aan coördinatie, het afschuiven van kosten op anderen, ondoelmatig gebruik van middelen, contradictorische maatregelen, ...

De VGR pleitte dan ook voor een verdere decentralisering van het gezondheidssysteem, niet zozeer voor die decentralisering op zich als doel, maar eerder als een middel om die zo gewenste en noodzakelijke afstemming beter te kunnen realiseren en de negatieve kenmerken van het onnodig complexe huidige systeem aan te pakken.

De voorbeelden van **Canada en Denemarken** werken inspirerend omdat ze aantonen dat decentralisering werkt maar ook omdat ze laten zien welke valkuilen er optreden bij decentralisering (ik verwijs daarvoor naar de andere teksten). Uiteraard moet men voorzichtig zijn bij het trekken van parallellen, want ons bestel is duidelijk verschillend van deze twee landen. Maar er zijn ook ook gelijkenissen; vooral deze met Canada vallen op: het bestaan van een federale staat, met regio's/provincies en subregio's; het gegeven dat het welvaartsniveau van de regio's verschillend is; de katalyserende rol van ziekteverzekeraars (maar dan wel in een meer beperkte zin in Canada).

Daartegenover staat dat het culturele verschil tussen de regio's bij ons merkelijk groter is; verder is het aantal regio's / gemeenschappen bij ons erg beperkt, wat de huidige communicatie net moeilijker lijkt te maken; en bovendien hebben we het unieke statuut van Brussel als internationale stad.

In een **blauwdruk** voor een **Vlaams gezondheidsbeleid** naar de toekomst moet men de volgende krachtlijnen kunnen terugvinden:

- Financiële en politieke verantwoordelijkheid voor het gezondheidsbeleid:
 - o Het is haast onmogelijk een degelijk beleid te voeren waarbij de financiële middelen, de beslissingskracht en de verantwoordelijkheid over verschillende instanties verspreid zijn.
- Volledige verantwoordelijkheid voor normering en programmering
 - o Ook hier leidt de huidige complexiteit tot tegenspraak, opportunisme, en dies meer.
- Expliciet respect voor de volgende waarden: doeltreffendheid, doelmatigheid en gelijke toegang
 - o Alle initiatieven en ook bestaande regelgeving moeten steeds afgewogen worden t.o.v. die waarden.
- Integratie van preventie, genezing en zorg in een 3-lagig systeem
 - o Zie hieronder voor verdere toelichting



- Afstemming tussen de gezondheidssector en andere sectoren, zoals maatschappelijk werk, arbeid, opvoeding/opleiding
 - o Deze laatste zijn al gedecentraliseerd; door het gezondheidsbeleid op hetzelfde beleidsniveau te brengen kan eindelijk afstemming gerealiseerd worden.
- Een duidelijke rol voor de eerste lijn als coach van de patiënt
 - o De bestaande literatuur wijst op de voordelen inzake doelmatigheid en toegankelijkheid van deze centrale rol voor de eerste lijn. Dit betekent niet dat alles noodzakelijk fysiek via de huisarts moet passeren, maar wel dat die huisarts, of eerstelijnspraktijken, de rol van coach van de patiënt opnemen, en hiertoe ook uitgerust en vergoed worden.
- Prioriteit voor solidariteit: gelijke toegang tot de zorg voor mensen met gelijke noden
- Het behoud van enkele functies op het centrale niveau (zoals health technology assessment).

Het drie-lagig systeem waarvan sprake, kan als volgt samengevat worden:

Laag 1: primaire preventie, screening, familiale zorg, ouderenzorg. Deze laag moet volledig terugbetaald worden; de overheid speelt een sturende rol; de ziekenfondsen katalyseren maar concurreren niet op dit niveau.

Laag 2: alle vormen van kosten-effectieve preventie en behandelingen vallen hier onder. Het remgeld moet minimaal zijn. Ook hier spelen de verzekeraars een katalyserende rol.

Laag 3: preventie, behandeling en zorg die niet wordt terugbetaald. Hier gaat het over types van preventie, behandeling en zorg die niet als kosten-effectief en/of niet als noodzakelijk worden beschouwd. Het staat verzekeraars echter vrij om deze toch aan te bieden, in competitief verband.

Op het eerste gezicht zou het bovenstaande misschien ook kunnen verwezenlijkt worden door het gezondheidsbeleid opnieuw helemaal te centraliseren.

Maar hier kunnen verschillende objecties tegen ingebracht worden: ten eerste is het moeilijk denkbaar om dan al die andere beleidsaspecten (maatschappelijk werk, opleiding, ...), waarmee die noodzakelijke afstemming vereist is, opnieuw te centraliseren.

Ten tweede blijkt uit de – weliswaar schaarse – literatuur dat regionale modellen de doelmatigheid bevorderen, en dat centralisatie de integratie van zorg tegenhoudt, wat vooral kan verklaard worden door de informatie “overload” (doordat het systeem centraal wordt gestuurd moet iedereen van alles op de hoogte zijn, terwijl bij een decentralisatie de informatiestromen zich hoofdzakelijk binnen een regio situeren) en de groeiende moeilijkheid om op steeds complexer wordende systemen een snel en klaar antwoord te bieden. In ons land komt daar de grote divergentie in meningen tussen Noord en Zuid over het gezondheidsbeleid in het algemeen als extra bemoeilijkende factor bovenop.

Maar dan nog is er de objectie **“Wat met Brussel?”**

Een mogelijke optie is om de inwoners van Brussel de keuze te laten om voor het Vlaamse of Franstalige systeem te kiezen. Een andere optie is om Brussel als aparte entiteit te beschouwen met zijn eigen doelstellingen en aangepast beleid. Dit moet dringend met de Brusselse beleidsverantwoordelijken en gezondheidswerkers besproken worden omdat zij het beste inzicht in deze materie hebben.

De toekomstige rol van het **RIZIV** moet ook grondig bestudeerd worden. Een beperkt deel van het RIZIV zou centraal kunnen blijven om de solidariteit tussen de gemeenschappen te vrijwaren via centrale inning van de middelen en verdeling over de gemeenschappen, en om enkele centrale functies, zoals health technology assessment te kunnen blijven uitoefenen.

De geregionaliseerde delen (in Vlaanderen kan dat dan het “VIZIV” worden) moeten een sturende rol spelen in Laag 1 (het VIZIV organiseert, neemt initiatieven, stuurt...) een regulerende rol in Laag 2 (het VIZIV stelt de regels op van de competitie tussen aanbieders en van de competitie tussen verzekeraars), en een faciliterende en controleerende rol in Laag 3.

In eerste instantie en op korte termijn is er overleg nodig met de huidige beleidsmakers van het RIZIV om te kunnen garanderen dat de talrijke goede initiatieven van de jongste jaren kunnen verder gezet worden.

Wat betreft die solidariteit kom ik terug op het principe dat gelijke noden gelijke behandeling verdienen. Solidariteit tussen de gemeenschappen op basis van gezondheidsnoden is dan ook essentieel. Wat wel kan ingebouwd worden is een meetinstrument dat duidelijk aangeeft welke verschillen in zorguitgaven aan socio-economische factoren zijn toe te schrijven, en welke eerder zijn toe te schrijven aan ondoelmatige zorg. Met de eerste oorzaak van verschillen moet men rekening houden. Een voorbeeld: het is gekend dat een lagere opleiding gepaard gaat met meer uitgaven aan gezondheidszorg, omdat mensen met een lagere opleiding gemiddeld zieker zijn. Indien in Wallonië er gemiddeld gezien meer mensen zijn met een lager opleidingsniveau dan moet de verdeling van de middelen daarmee rekening houden. Maar op lange termijn kan ook deze vorm van solidariteit in vraag gesteld worden omdat men een ongewenste situatie (teveel laag opgeleiden) op die manier kan in stand houden. Een geleidelijke uitdoving op lange termijn kan bespreekbaar zijn.

In verband met de tweede oorzaak van verschillen (ondoelmatige zorg) is het evident dat die moet kunnen geïdentificeerd worden en dat dergelijke verschillen uiteraard niet beloond worden.

Vraag van Erik Tack:

I have a question for the two foreign speakers and also for Mr. Annemans. In the decentralisation of our medical system there are two differences that Mr. Annemans did not talk about. In Canada there are six regions and in Denmark there are five regions. We have only two in Belgium and this is a main difference when we talk about solidarity. The second question is – and I don't know how that is in Canada and Denmark – but I have the strong impression that one of the regions in Belgium is not loyal versus the other region. There are many examples that the Southern region in Belgium is not loyal to the Northern region and this is a main problem when we talk about solidarity.

Maakt het een verschil dat er in België slechts twee regio's zijn en dat één van die regio's niet loyaal is? Dat stelt voor ons een probleem voor de solidariteit.

Marchildon: I used to teach in the school of international relations and there is a body of theories that says that in structural terms a bipolar world is always much more dangerous than a multi-polar world and I think that is true for structural reasons. When you have two you may have built instability. As to the issue of loyal or not loyal. In Canada we have problems with Quebec. Twice we have gone to a referendum on secession. You have never faced that situation in Belgium to that extent. So we are always on the verge of coming apart on the scene as a country. In fact, as a joke I often tell my students we are the first postmodern federation in the world because we are always questioning our existence. And I know this discussion is here as well, but in Canada it is always at the point of coming potentially apart in real terms. It is not just being discussed. In the face of the political instability that is created by that you have to either live with by seeking political accommodation and understanding. It's done in many different ways, not all of them satisfactory. Or you give up and you basically accept the inevitable political fractioning. And this is a fundamental decision. Because decentralization in an earlier slide is described as a tool towards an end rather than an end in itself. But, if your agenda is secession, then it is an end in itself. If your objective is to improve the health system then it is a tool, a means to an end.

Een bipolaire wereld is altijd gevaarlijker dan een multipolaire wereld. Wij hebben ook een loyaliteitsprobleem gehad met Quebec. Quebec heeft reeds tweemaal gestemd over afscheuring van de rest van Canada en het einde is nog niet in zicht. Indien secessie het doel is, dan dient decentralisatie niet om het systeem te verbeteren. Als het doel is de gezondheidszorg te verbeteren dan kan decentralisatie een middel zijn.

Vrangbaek: I think the Belgian case represents much more diversity in term of the culture and the traditions between the two regions. And perhaps that could lead me to the question why two regions. When you look at the size Belgium could potentially be split up in several different regions and then you would have a different political game than just between sort of two main powers. Then you could potentially have a national government that would be able to play them out against each other or to find unity across the Flemish-Walloon distinction. So perhaps it is worthwhile to consider other alternative models than just two regions.

Een bipolaire opdeling is vooral problematisch als er grote culturele verschillen bestaan. In tegenstelling met België, bestaan deze niet in Denemarken. Misschien is het mogelijk om alternatieve regio's te definiëren zodat men uit de bipolaire situatie kan geraken?

Vraag van Lieve Van Ermen:

I would ask both speakers: in which political context was it possible to do a decentralization in your country?

In welke politieke context kon de decentralisatie gerealiseerd worden?

Vrangbaek: That's not simple. In the Danish case it has pretty much been an issue that has cut across the left-right wing differentiation. The first reform was made in sort of a social-democratic regime. The second reform, in some ways recentralizing powers, was made by a conservative government. Politically the tradition in Denmark is, when undertaking this type of major reform, to do it across the center or to get a fairly broad majority between the political parties.

In Denemarken vragen dergelijke hervormingen een breed draagvlak. Eén enkele politieke strekking kan dit niet door-drukken.

Marchildon: Decentralization has not been associated with right of left on the ideological spectrum. It has been more associated with nationalist movements, particularly the nationalist movement in Quebec. More recently with Western Canadian nationalistic movement. In a sense, the desire for greater autonomy. But in terms of public health care reform has been largely lead by the social-democratic left in both Western Canada and in Quebec.

De aanzet werd gegeven door de nationalistische partij in Quebec. De decentralisatie werd tenslotte doorgevoerd door de linkse sociaal-democraten.

*Teksten opgesteld op basis van de geluidsbanden, met de inherente onvolkomenheden waarvoor de redactie begrip vraagt.

Vraag van Guy Tegenbos:

Is it so that it is a stable situation in your country? I have the impression that the relation between the central power and the decentralized powers is constantly changing. No?

In hoever is de decentralisatie stabiel of wordt zij opnieuw in vraag gesteld?

Marchildon: In Canada it has been a one-way rush to greater decentralization. There has not been recentralization or back and forth as in the Danish situation. We are as a country becoming increasingly decentralized across a whole host of areas, not just health care.

In Canada gaat het proces steeds verder naar meer decentralisatie. Dit geldt ook voor andere bevoegdheden dan gezondheidszorg.



Bijkomende vraag van Guy Tegenbos:

What I remember myself from the Romanov report it was trying to give all Canadians basic health care at the same conditions. It was not realized?

De bedoeling was om in Canada een basis gezondheidszorg te verstrekken in alle regio's aan dezelfde voorwaarden. Dat is niet gelukt?

Marchildon: Canada was attempting to expand universal health care. No it was not adopted. But the principles were at a high enough level, it also assumed that all the administration, most of the financing and all of the service delivery would be at the provincial or even more local regional level, not at the federal level. But the broad principles, yes.

In Canada is er een betrachting om een universele gezondheidszorg te organiseren. De algemene principes houden stand, maar de organisatie is provinciaal, zelfs lokaal.

Tegenbos: And if the federal level wants something, it has to pay for it.

Marchildon: It has to pay a great deal.

Tegenbos: For instance, if he wants to guarantee some rights to minorities, he has to pay for it.

Marchildon: He has to pay a great deal.

Als de federale overheid iets wil bekomen moet ze het grootste deel betalen.

Tegenbos: Changing relations in Denmark?

Vrangbaek: That question can be approached from several different perspectives. At the formal level the situation has been fairly stable since the 1970 reform. So, not many sort of overall changes. Although some adjustments on the fringes. For instance the Copenhagen area was set aside and given a special statute at one point in time in terms of health care management. But those are minor changes. I would say it has always been the case that there are inherent institutional politics where the different levels constantly renegotiate and constantly try out the boundaries of their authority and that's not strange, rather it should be used sort as a stepping stone for development as the world changes.

De Deense politiek heeft veranderingen doorgevoerd, maar blijft globaal zeer stabiel. De verschillende autoriteiten onderhandelen constant om hun bevoegdheden uit te breiden. Dit is de basis voor verdere ontwikkeling om zich aan te passen aan een veranderende wereld.

Vraag van Erik Loosen:

I am a physician in Brussels and I am also president of the Terranova Huisartsen wachtpost. I think it is quite a good thing to have a certain decentralization. I understood in Canada this is taken care of by the provinces. But in Canada you also have a province Quebec which is having a different language. In Quebec almost 90 % is French speaking. The situation in Brussels is the reverse. In Brussels the Flemish speaking part is the minority and I feel very concerned about this Flemish minority in Brussels and what part it would be given if ever finances were redistributed.

Hoe worden de taalminoriteiten behandeld in ziekenhuizen en andere instellingen zoals in Quebec?

Tegenbos: Do you have the position of a small language minority in your system?

Marchildon: The stranded linguistic minority the closest to a similar situation to Brussels is the English language minority in Montreal and judging from comparison at the institutions, I think there are more English language institutions in Montreal than I would see Flemish speaking institutions in Brussels. But this is supported by the federal government and if the federal government had not stepped in with a fair amount of money I don't know to what extent you would have as vigorous sort of an English language health service in Montreal. I am not sure the Quebec government would have much incentive to ensure that that was the case.

Tegenbos: Do you have perfectly bilingual institutions in Montreal?

Marchildon: The English institutions in Quebec are in a fact bilingual. They have to offer French language services. So they are bilingual in that sense. And I think a French speaking patient would get a full array of services.

Tegenbos: And the practitioners?

Marchildon: English language practitioners in Montreal are generally bilingual. And I would say that now in Montreal the majority of French physicians are bilingual. But, as you get into nurses and administrator staff, the number may not be as high.

De enige tweetalige provincie is New Brunswick en daar moet de gezondheidszorg in de twee talen aangeboden worden. De andere provincies zijn eentalig met een erkende anderstalige minderheid. Anderstalige instellingen zijn verplicht de eerste taal van de provincie aan te bieden. Instellingen in de eerste taal zijn niet verplicht om de andere taal te spreken. De Engelstalige minderheid in Montreal is in zekere mate in een vergelijkbare situatie als de Vlaamse minderheid in Brussel. Dank zij federale steun zijn er in Montreal wel meer Engelstalige instellingen dan Vlaamse in Brussel. Zonder federale steun zouden de Engelstalige instellingen minder talrijk zijn. Engelstalige instellingen in Montreal zijn tweetalig. In de Franstalige instellingen zijn de artsen meestal tweetalig, maar de verpleegkundigen en administratief personeel veel minder. Wil men zeker zijn in zijn taal bediend te worden dan wendt men zich best tot een instelling van de eigen taalgroep. Ook voor spoedambulances kan men het ziekenhuis kiezen. Indien de patiënt het ziekenhuis niet kon kiezen wordt hij automatisch overgebracht naar het ziekenhuis van zodra hij zijn keuze kan kenbaar maken.

Vraag van Louis Ide:

To what extent have cultural differences lead to more decentralization in Canada and in Denmark? Because as you know it is a colleague of Professor Vrangbaek, Dominique Monnet who states that there is a Northern-Southern gradient in the European Community. For example Flemish people have more tendency to look to the Anglo-Saxon literature concerning health care. The French speaking have more Latin tendency. So you see more and more two tendencies, two health structures within one country and I wonder if this was true in your countries too and now, with the decentralization is the gap getting bigger? Do you see more cultural aspects in health care?

Er is in Europa zoals in België een Noord-Zuid gradiënt inzake gezondheidscultuur. Bestaat dit ook in Canada en Denemarken? Is deze toegenomen met decentralisatie?

Hoe groot zijn de culturele verschillen in behandeling tussen Engelstalige en Franstalige artsen?

Tegenbos: Do you see differences in political preferences concerning health policy in your country?

Vrangbaek: There are some, but no major differences. If you would point some I think there are differences in terms of the degree of scepticism towards centralism. So the areas more remote from Copenhagen are more reluctant to relinquish power and previously they had a stronger voice than they do today. This is the recentralization reform which takes away some of their argument although keeping the municipalities as fairly strong players.

Ide: I meant more specifically that the Flemish have more tendency to prevention, to general practice, to gate keeping contrary to their French speaking counterpart. It's that what I mean with cultural differences in how to cope with health care. Do you see this also in Canada and Denmark?

Vrangbaek: Not in the Danish case.

Tegenbos: In Canada do you see differences?

Marchildon: Differences are much more between the English and French speaking provinces in terms of the way in which they look at the health system and of course because of language Quebec is quite separate from English Canada and they often are much more rooted in the continental, particularly the French literature. The English are much more rooted towards the English-American literature. But, actually there are no profound differences, there is not what I would call a French style practice in Quebec. It stays much more closer to the North American model.

In Denemarken zijn er geen culturele verschillen in de gezondheidszorg.

Het Oosten van Canada verschilt van de Westelijke provincies door de taal. Er zijn verschillen in literatuur en bijscholing waarbij de Engelstaligen zich op de Engels-Amerikaanse literatuur richten terwijl de Franstaligen meer op het Europese continent en de Franstalige literatuur georiënteerd zijn, maar finaal zijn de therapieschema's gelijk.

Vraag van Hugo Kesteloot:

It is very interesting to have here representatives from Denmark and Canada. When you ask a population in the world "Where is it best to live? Where are people most happy and is living most satisfying?", always come out first Canada and Denmark. And this occurs not without the fact that Denmark has the highest mortality of all Western Europe. And still they are the happiest.

Question to professor Marchildon: Is there any solidarity in Canada between the provinces? Because there is a discrepancy between what you stated in your slides and what's in the text. In the paper is mentioned that 88 % of the financing is coming from the provinces and 10 % from the federal government. But on your slide you mentioned 25 % for the federal government and 75 % for the provinces. Is there solidarity between the provinces in Canada and how is it made?

*Vraag aan Prof. Vrangbaek: hoe rijm je de hoge tevredenheidsgraad van de Deense inwoners met hun hoge mortaliteit?
Vraag aan Prof. Marchildon: is er financiële solidariteit tussen de Canadese provincies en wat is het aandeel van de federale regering in de financiering van de gezondheidszorg: 10 of 25 %?*

Tegenbos: two questions, the numbers and happiness.

Marchildon: The numbers: the 10 % figure I am not sure. That figure has never been correct and I never used that figure. I think that figure came from somewhere else. There are two different figures in Canada. One is direct federal expenditures which amount to only 5 % of total health expenditures. That's for things the federal government does directly. The indirect are the federal transfers to the provinces and those are much more significant and what I said is that they amount to 25 % of total public expenditures. Of total health expenditures it amounts to somewhat like 20 %. So, what you are dealing with is a situation in which the federal government transfers proportionally about one quarter of what the provinces raise directly. With that there is solidarity on the language front. They use some of the money directly. That is some of the direct financing for language communities in stranded linguistic minorities. But most of it is used for the federal transfers to insure that the five principles of the Canada health act are adhered to. That's where the solidarity comes in and I and others have argued quite strenuously that it is extremely important for the federal government to continue doing it because that is the only solidarity within the Canadian system among the provinces. There is not any beyond that. So if we lose that, we lose the only solidarity that we effectively have. We are highly decentralized and we would not be able to build it on an interprovincial basis. There is not a degree of communality to do that.

In Canada worden 25 % van de publieke middelen geïnd via federale belastingen. 20 % daarvan worden aan de provincies toegekend, 5 % wordt gebruikt voor de taken die gemeenschappelijk worden georganiseerd. Met de 20 % wordt de solidariteit tussen de provincies georganiseerd. Ook wordt geld uitgetrokken om taalminderheden te ondersteunen. Ook laten de federale middelen toe om de gelijkheid in kwaliteit te garanderen over heel het land.

Tegenbos: Why are the Danish people so happy with the health system and at the same time they die two years earlier than in Scandinavian countries?

Vrangbaek: There are several sort of answers. A short answer of course is that happiness has to do with life style in general. So maybe this is because people have a high degree of freedom with unhealthy behaviour as a higher alcohol consumption, more smoking with women. The Danish system actually manages to have a good balance between the autonomy both of the individual and the local and regional level areas. And it is a balance that is fairly acceptable to most citizens. And it all came with the tradition of a welfare state development and it is a welfare state which is fairly extensive. So, the question is that you have a fairly good match between the general sentiments and preferences and the structures that are set up.

Denemarken scoort zeer hoog in geluksquotiënt en toch heeft de bevolking een lagere levensverwachting. Hoe komt dat?

Vrangbaek: Het geluksquotiënt en patiënttevredenheid heeft te maken met de hoge aandacht voor de lokale voorkeuren. Dit is een resultaat van verregaande democratische decentralisatie en bijgevolg gevoel van vrijheid en impact op het leven en organisatie.

Vraag van Dirk Van de Voorde:

*Op welke manier gebeurt de integratie van preventie met curatieve geneeskunde en welzijnzorg?
Ik had graag daar wat toelichting over gekregen en ook over de cost-benefit en de financiering ervan.*

Tegenbos: To which extent prevention, cure and care are integrated in your country?

Vrangbaek: As I said in my presentation this is an issue which has come up and which is debated a lot currently. The debate is sort of premise on the observation that there are problems and issues in terms of reaching good coordination across levels. But some of the instruments that have been developed are to have this integrated planning between the regional level and the municipal level. So at certain intervals the two levels have to sit down. Within a region you have to sit down with all the municipalities and come up with agreements about on who does what in terms of prevention, health promotion, rehabilitation after hospital visit and so on. Another string of work is working with patient pathways

trying to define what is really an optimal way to move through the system, both sort of the core system, but also in terms of what happens before and after. And again it is a matter of defining those coordination points and linkages. It is not successful yet, I think. There is still a long way to go, but those are some of the mechanisms. And then of course, they had incentives built into the structural reform of having the municipalities co-finance what is going on at the regional level and the idea is if they have to pay they also get an incentive to try to keep people out of hospital and set up some of these services at the municipal level and create good linkages.

Op dit ogenblik is dit voorwerp van debat. Er wordt gewerkt aan geïntegreerde planning tussen de regio's en de municipalities. Daarbij worden o.a. klinische paden vastgelegd. De coördinatie is nog niet 100 % efficiënt.

Tegenbos: Is it possible to give an answer for the Canadian provinces?

Marchildon: On integration and coordination almost all provinces have decentralized administratively with the creation of regional health authorities with the mandates to execute clinical pathways. It is a controversial reform. It is too early to know how successful it has been. There have been some achievements. Each regional health authority in turn, however has had enormous challenge in terms of these patient pathways. There is an enormous amount of work that needs to be done.

De decentralisatie in Canada heeft geleid tot een enorm werk om klinische paden uit te werken. Het is te vroeg om uit te maken of deze decentralisatie een succes zal worden.



Vraag van Patrik Vankrunkelsven:

I understood from the Danish model that it is rather difficult to find cure in another region because you have to wait one month. I was wondering, that is my first question, if it fits with the European rules to find care where you want to take it. A second question: we want to solve our Brussels problem with a more open model, that you can find cure where you want to take it. Do you think it's possible to organise it that way and I wonder if in the Canadian model it's maybe more easy to find cure in another province.

Bestaat er in Denemarken een probleem om verzorging te krijgen in een andere regio? Is dit compatibel met de Europese richtlijnen? Hoe worden grensoverschrijdende gezondheidszorgen geregeld?

Vrangbaek: The rules in Denmark are actually that once you are referred by a general practitioner you have a choice of public hospitals anywhere in the country. So the choice really is from day one. What pertains to the one month is a waiting time guarantee and that is if the home region is not able to provide a particular type of service within one month. Then you have access to private facilities or facilities elsewhere in Europe. So, in that sense it is in compliance with EU legislation. You have cross border choice under particular conditions if waiting times are too long in your home country. Does that work well with a regional structure? Well, as I said it creates some issues in terms of planning within the region. Of course planning hinges on the fact that you can more or less foresee how many patients you have to deal with in your regional structure. But there is the option or the flexibility with the consequence that a lot of patients move elsewhere and you start having at least more uncertainty within your planning cycle. So that sort of problem is created. The other impact is that there would be a tendency for the regions to move towards a sort of similar level of services and qualities and so on in order to prevent people from moving. As long as that service level is high, that's OK.

In Denemarken heb je in feite de vrijheid het ziekenhuis te kiezen waar je je wil laten verzorgen eens je verwezen bent door de huisarts. De één-maand regeling betekent dat je gelijk welke instelling in Denemarken (inclusief privé instellingen) of in Europa kan kiezen als er een wachtlijst van meer dan een maand bestaat in je eigen regio voor de interventie die je nodig hebt.

Marchildon: Of course the areas are very large. So a province is somewhere like a country. If there is freedom of choice, it does not matter which health authority you can choose, another hospital or health service outside that regional authority. In terms of moving across provinces or visiting and you get sick, the portability provisions protect you and you are permitted to get treated in that facility at no cost. The portability conditions however are becoming a little ragged in the sense that there is ongoing dispute now for years between Ontario and Quebec. If you are a resident in one province and get sick in the other province you will often have to pay up front and get reimbursed later. The question is whether you get full reimbursement or not. The federal government, from my perspective, has not played a leadership role in enforcing the portability conditions sufficiently.

Cross border zorgen zijn minder belangrijk in Canada wegens de grote afstanden. Er bestaat recht op zorgen in andere provincies. Soms zal men dan wel eerst moeten betalen en daarna de terugbetaling krijgen.

Vraag van Marleen Moyson:

I have seen in your slides that there is a decrease in all provinces in patient hospitalisations and I want to know your answer or declaration or explanation about it.

Waarom is het aantal hospitalisaties in Canada verminderd?

Marchildon: There are a dozen reasons. I can't give you one and in fact there is not one study which I think has been really definitive but it's everything from the fact that there is now more effective treatment outside the hospital, more effective prescription drug therapies, there is more effective ambulatory care. Also the length of stay for some reasons has gone down. So as to which reasons are the most important, there has not been a definitive study neither to the reason of the a huge variation among the provinces. That is really problematic. We don't really know the answer to that. In some cases there may be some actual negative policies in place by provinces that discourage hospitalisation when you should not be. But we don't know that for sure.

Over de oorzaak van deze vermindering zijn we niet zeker en ook niet over de oorzaak van het verschil tussen de provincies. Er zijn meerdere factoren die spelen. O.a. betere ambulante behandelingen die minder invasief zijn en de organisatie van de thuiszorg. Waarom er zo grote verschillen zijn tussen de provincies is een grote vraag die nu ter studie voorligt.

Vraag van Leo Blancke:

I know it sounds a bit selfish but I think I am not alone here in this room. Was there some influence on the salary of the general paediatrician and the specialist with all this decentralizations? And in fact what is now the amount of income in your country in general of a doctor, a generalist or a specialist?

Wat is het effect van de decentralisatie geweest op de verloning van de artsen?

Vrangbaek: I don't have the figures at hand. They can be found in the WHO European observatory website hit report of which I was co-author. They would have some updated information on salaries. I think on a comparative basis they are not as high as they are in several European countries and I said that's because it's controlled by the national agreements covering salaries and working conditions for hospital doctors and also setting down and controlling the general practitioners. The ones that really can make money in the Danish system are the practising specialists because they have more privately paying patients and patients paid by private insurance companies. So if you were to move down to Denmark make sure to set down as a practising specialist.

Het inkomen van de artsen in Denemarken is lager, denk ik, dan in vergelijkbare Europese landen. Enkel specialisten met een eigen privé-praktijk kunnen een hoog inkomen verwerven.

Marchildon: As the Mexican president in the early part of the twentieth century put the asset about Mexico being so close to the United States and so far from God. Canada is right next to the United States. As a result it has the second highest remuneration rates for not only physicians but nurses and health care providers. Because we are in an active competition and it is a very mobile market. And we will have a high cost structure going to the future. It is just something you have to accept in the Canadian context. But there have been fluctuations and in the early to mid nineteen ninety's Canada went further than any other country - the only country that was close was Sweden - in terms of the extent to which cost restraints were placed on health expending. And physician salaries stagnated during that period, but have since exploded. As a result there are a number of physicians that had gone to the United States in the nineteen ninety's that have come back to Canada because it is quite remunerative and we are also in Canada in a very good position to attract physicians from other countries and we do that on a regular basis. To the point it has become a real problem for some countries like South Africa.

Canada ligt dicht bij de Verenigde Staten. Wegens de competitie met de Verenigde Staten hebben artsen en verpleegkundigen in Canada een hoog inkomen. In 1990 stagneerden de lonen. Uit vrees voor verlaging van het inkomen emigreerden een aantal artsen naar de Verenigde Staten.

Daarna is het inkomen stelselmatig gestegen. De honorering van de artsen en verpleegkundigen behoort nu tot de hoogste in de wereld. Dit is te wijten aan het tekort aan artsen. Uitzonderlijk hoge lonen worden uitgekeerd aan artsen die in rurale gebieden werken. Deze plaatsen worden vaak ingevuld door buitenlandse artsen. In Saskatchewan komt één huisarts op twee van Zuid-Afrika. Na een paar jaar keren de meeste artsen terug naar de steden.

Tegenbos: Dat betekent dat de vlucht van Vlaamse artsen naar Nederland in principe geen slecht element in de ontwikkeling moet zijn.

Vraag van Jan Peers aan Lieven Annemans:

Je hebt vermeld dat het wellicht zou nuttig zijn dat het RIZIV meer met regionale agentschappen zou werken. Mijn vraag is eigenlijk: Zou het misschien toch geen zin hebben het RIZIV te zien als de organisatie, structuur die zou instaan voor de inning van de gelden voor de ziekteverzekering en dan een andere structuur, een andere instantie voor de besteding, voor het operationele deel? Met andere woorden moeten we dan niet eerder die inning verdelen volgens een systeem dat op een of andere manier gecorrigeerd wordt en dan terecht komt bij die regionale agentschappen? Daar hangt dan wel meteen de volgende vraag aan: wat is dat regionaal agentschap? Is dat de overheid, het ministerie van gezondheidszorg van Vlaanderen? Of is het een board zoals in Denemarken die dan ook veel meer de bevolking, verstrekkers en al die andere instanties als betrokken partners kan omvatten? En een derde element daarin: is er een materie die de regio's overschrijdt? Gegeven het feit dat we maar met twee zijn en altijd ruzie maken, zou daar Europa niet beter optreden als de moeder of de schoonmoeder die de ruzie moet oplossen?

Annemans: In de nieuwe structuur heeft het RIZIV nog een inningsrol, maar wordt natuurlijk veel slanker ten opzichte van het RIZIV zoals we het vandaag kennen. Een deel ervan zal bij het Vlaams regionaal agentschap gaan werken en een deel bij het Waalse. De inningsrol in het kader van de solidariteit en de verdeling volgens het risico adjustment zou voor het RIZIV weggelegd zijn. In het scenario dat Wivina Demeester beschrijft is dat agentschap een performant overheidsagentschap. Het is wel belangrijk dat dit performant overheidsagentschap daarbij ook al de andere actoren betreft, maar ik denk dat voor dat scenario meer te vinden is dan een scenario waarbij de beslissingen, het bestuur en het beleid eigenlijk worden gevoerd door een per definitie amalgaam van verschillende belanghebbenden. Een soort college van zorgverzekeraars in Vlaanderen en een college van zorgverzekeraars in Wallonië dat zou, denk ik, meer tot moeilijkheden, tot verzuiling en politisering kunnen leiden.

Tegenbos: Heeft schoonmama Europa een rol?

Annemans: Zeker. In geval van grensoverschrijdende prestaties denk ik dat we niet te moeilijk moeten doen. Ik denk dat dit boven ons hoofd geregeld wordt op Europees niveau. In Canada moet de overheid een rol spelen, maar in Denemarken is de Europese regelgeving van kracht.

NVDR: Het geld kan op korte termijn verdeeld worden via een dotatie op basis van een verdeelsleutel volgens objectieve criteria. Hiervoor kan een klein gedeelte van het RIZIV federaal gehouden worden. Wivina Demeester stelt voor om de administratie voor pakket 1 (verplichte basispakket) rechtstreeks door de Vlaamse administratie te laten uitvoeren (zou de Vlaamse vleugel van het RIZIV kunnen zijn).

Bepaalde verantwoordelijkheden moeten naar het Europees niveau zoals de Center of Disease Control en Europese FDA.

Opmerking van Jan De Maeseneer:

Prof. Annemans heeft gezegd dat we een strong leadership en trust nodig hebben. Mijn vraag is: wat gaan we in Vlaanderen anders gaan doen als we een Vlaams gezondheidsbeleid hebben? De auguren zijn hier niet gunstig. Het mooie rapport waar Annemans over spreekt van de Vlaamse Gezondheidsraad heeft op niveau van het Vlaamse gezondheidsbeleid nihil implementatie gekregen. In het kader van de samenwerkingsinitiatieven eerste lijn heeft men de zaak weer in ouwe stijl gemutualiseerd en heeft men geen enkele van de adviezen, die de Vlaamse Gezondheidsraad in zijn uitstekende nota heeft geformuleerd, geïmplementeerd. Met andere woorden er zal zeer veel verandering nodig zijn om het de moeite waard te maken om te decentraliseren. Als we ook in Vlaanderen medicomut gaan spelen zoals we dat nu in Brussel doen dan hoeft het niet om Vlaanderen meer bevoegdheid te geven. Het is denk ik heel belangrijk om te gaan kijken wat de verschillende actoren hier gaan doen. En kijk bijvoorbeeld naar de ziekenfondsen. De ziekenfondsen weten vandaag niet welke kaart te trekken in de gezondheidszorg. Zij moeten zogenaamd aan gereguleerde competitie doen. Is dat met reizen naar Zuid-Afrika? Ik zou heel bang zijn om vandaag zoals in Nederland de gezondheidszorg te gaan uitbesteden aan een gereguleerde competitie met de ziekenfondsen zoals die nu opereren. Als wij in België naar de tweede en derde lijn, de hospitalen, kijken met ideologische netwerken waarbij patiënten verplaatst worden van Ieper naar Leuven voor bepaalde zorgtrajecten. Is dat de efficiëntie waar wij naartoe willen in het Vlaams gezondheidsbeleid? Ik zie artsorganisaties die resultaten van het kenniscentrum over performantie van wijkgezondheidscentra en andere health technology assessment demoniseren en absoluut niet mee in het beleid willen opnemen. Daarentegen zijn er ook positieve signalen. Kijk naar het World Health Report 2008 op pagina 35 staat een voorbeeld uit Vlaanderen, namelijk het lokaal sociaal beleid in Gent waar intersectorieel samengewerkt wordt rond gezondheid tussen welzijn, tewerkstelling, opvoeding, enz. En ik denk dat we toch ook moeten durven kijken naar andere niveau's dan alleen maar Vlaanderen, Wallonië en Brussel. Ik denk dat het lokale niveau echt belangrijk is in het licht dat vandaag iemand van 25 jaar met alleen maar lager onderwijs nog 28 jaar in goede gezondheid te leven heeft in Vlaanderen, iemand met universitair onderwijs nog 45 jaar. Dit is de uitdaging waar we iets moeten aan doen. Ik heb alleen vandaag geen elementen die erop wijzen dat Vlaanderen er inderdaad voor klaar is en ik denk dat een grondige evolutie in de ideeën noodzakelijk is om een gezondheidszorg te maken die effectief de doelstellingen realiseert waar het over gaat.

NVDR: Hoewel de Vlaamse Gezondheidsraad duidelijke aanbevelingen heeft gedaan, werden deze niet geïmplementeerd. Het gebrek aan homogene bevoegdheden maakt belangrijke verbeteringen in het systeem onmogelijk. Er moet over gewaakt worden dat deze zelfde tegenstellingen niet overgenomen worden naar een Vlaamse gezondheidszorg. Bvb. heeft een Vlaamse medicomut geen zin en zou alleen maar de Belgische inefficiëntie naar de regio overdragen. Prof. De Maeseneer beklemtoont het belang van het lokale niveau en intersectorieel overleg.

Opmerking van Louis Ide t.a.v. Lieven Annemans:

U had het over solidariteit die dan uitdovend is. Voor alle duidelijkheid wil ik toch benadrukken dat er in België twee visies over solidariteit zijn, de interpersoonlijke en de interregionale. Ik vermoed dat u de interregionale bedoelde. Mijn vraag daarbij is: Is dat ook de solidariteit waar de Vlaamse Gezondheidsraad achter staat? Daaraan gekoppeld denk ik dat het noodzakelijk is naar een soort standaardisatie: een heupprothese zonder verwickelingen zou overal even veel moeten kosten. Dat is de standaardisatie denk ik die het zuiverste is om de solidariteit te regelen. Ten slotte ben ik er ook van overtuigd and this is also for the other speakers: there should be more European level involvement. Already now, as an example, patients are flying to Turkey to laser their eyes. I think the mobility of the patient is increasing and urgently we need a European setting for guidelines, for quality, for drug policy. One little example is the European Center for Disease Control, but we must go much further because the country level is less present. I think the European level is coming up.

Annemans: Ik heb gesproken over interpersoonlijke en interregionale solidariteit. Interpersoonlijke, uiteraard sta ik er volledig achter dat dat moet blijven bestaan. Interregionaal heb ik willen uitdrukken dat er toch incentives moeten blijven bestaan om bepaalde regio's, in dit geval dus Wallonië aan te zetten om toch iets aan die werkloosheid te doen omdat deze niet in stand gehouden kan worden door blijvende interregionale solidariteit. Maar ik vind in eerste instantie dat die er wel moet zijn. Men kan die niet vandaag op morgen weggooien.



Vraag van Rita De Bont:

Ik weet nu niet of de regio's ook voor 100 % financieel verantwoordelijk zijn voor dat beleid. Men weet dat wij hier zowel naar een regionalisering van gezondheidszorg toegaan als van sociale zekerheid en fiscaliteit en in verband daarmee vooral mijn vraag aan professor Annemans: wat is zijn mening over Brussel in het tweede systeem dat hij voorstelt, het systeem van drie gewesten, die zouden verantwoordelijk zijn? Is hij van mening dat het draagvlak en vooral het financiële draagvlak van Brussel, met zijn typische demografische samenstelling, groot genoeg is om een eigen gezondheidsbeleid en sociaal beleid te kunnen voeren?

Annemans: Brussel is in feite een wereld op zich. We spreken daar niet enkel van de minderheid van Vlamingen ten opzichte van Franstaligen. We spreken daar van tientallen, misschien wel honderd verschillende culturen en talen. Dat is niet zo verschillend van andere grootsteden. Maar door onze constellatie is het een mogelijke piste en heeft Brussel ook voldoende grootte, volgens mij, om onafhankelijkheid te overwegen, dus om Brussel als een aparte regio te gaan beschouwen. Als we kijken naar het inwonersaantal dan is dat veel groter dan verschillende provincies in Canada waar men provincies heeft van bijvoorbeeld 500.000 inwoners en waar het ook op provinciaal niveau perfect kan georganiseerd worden. Dus ik denk dat het mogelijk is, maar ik heb me toch niet gans uitgesproken voor die optie. Ik twijfel zelf nog tussen twee opties en ik denk dat daarover apart duidelijk een debat moet georganiseerd worden.

Vraag van Marc Moens:

I address my question to the three speakers. I noticed that as well in Denmark as in Canada the general practitioners are gatekeepers. Actually in Belgium that is not the case. Some Flemish doctors ask for it, claim the gatekeeper function. The French speaking part does not. I heard, as well from the Canadian part as from the Danish part that there is a shortage of GP's regionally or in general. In Belgium we are afraid that within 10 years or 20 years there will be a lack of GP's as well. What do you do to make it more attractive. As I said there is already a gatekeeper function. Some Flemish doctors think that that may make their job more attractive, but I just see that this is not the case. And I notice as well that in Denmark the life expectancy is two years less than elsewhere and in the Netherlands actually with the same gatekeeper function of the GP's the life expectancy is diminishing. What do you do and, professor Annemans, what do you think has to be done?

In België vrezen we dat er over 10 – 20 jaar een tekort aan huisartsen zal zijn. Wat kan die job aantrekkelijker maken?

Vrangbaek: I just like to comment on the gate keeping function. What we have in Denmark is actually a choice of two security options. Group one, where you have great gate keeping function. But you can also as a patient choose a different group where you have direct access to specialists for a co-payment. Those kinds of sort of mixed systems could potentially be a solution also in the Belgian case where you have some parts of the community having different preferences from other groups. On the future of GP's. Yes, there is a shortage in some areas. And what is being done is to try to change sort of the structure of GP practices. So more of group practices in order to make the work environment more attractive for a younger generation of doctors. More female doctors are moving into a GP practice and they have different requirements for their work environment. Then also redefining what is done by doctors and what is done by nurse practitioners and so on. So as developing the working role in several dimensions is the answer I think.

In Denemarken voorziet de Sociale Zekerheid in twee verschillende systemen: het goedkopere systeem met verplichte doorverwijzing en het duurdere met mogelijkheid tot directe toegang naar de specialist. Om het beroep van huisartsgeneeskunde aantrekkelijker te maken wordt de huisartsgeneeskunde meer en meer vanuit groepspraktijken georganiseerd. En er is een herdefinitie van taken die door de arts en door verpleegkundigen gedaan wordt.

Marchildon: The gate keeping role of the general practitioners has been in place for so long that neither practitioners nor patients question it. Second of all it's highly remunerative. It is something that shows up on the fee schedule and it is part of the reward system. But if I could be fairly critical here I am not sure it enhances the attractiveness of practice. I am not sure how it does that. But I would say that there is a more radical solution or at least alternative and that is through primary health care practices which involve other providers in which the gatekeeper role of the physician is more distributed and that is being experimented within a few provinces in Canada. I think that that will more effectively address the issue of family practice shortages, particularly given the desire now of an increasing number of doctors to move into specialized medicine rather than general practice. For reasons that go well beyond pay, well beyond the so called unattractiveness of general practice and in fact I don't think that that is what's driving doctors in Canada at least into specialization.



De verplichte doorverwijzing heeft altijd bestaan in Canada en wordt niet in vraag gesteld. Maar echelonering is niet de oplossing voor de attractiviteit van huisartsgeneeskunde. Dit zou wel kunnen liggen in multidisciplinaire groepspraktijken waar de huisarts kan samenwerken met bepaalde paramedici.

Tegenbos: If you can make the function of a general practitioner more attractive in the United States then it will evolve in your country automatically. That's what you have to do.

Marchildon: Well I think that general practice actually is more attractive in Canada than it is in the United States for a number of reasons. But that is a whole other debate. I know that there are some physicians that will disagree with me on that.

Annemans: Ik heb, denk ik vier mogelijke pistes, maar ik ben ook niet de grote specialist. Er zijn andere mensen, professoren in huisartsgeneeskunde, die ik uitnodig om daar nog aanvullingen bij te geven. Maar ik denk ten eerste - dat is al vermeld - de veranderende rol, namelijk de herverdeling van de taken. Daarmee gepaard gaand denk ik dat we in de toekomst niet meer over de huisarts moeten spreken maar eerder van eerstelijns groeperingen. Dat dat verder moet uitgewerkt worden. Automatisch heeft dat ook implicaties op de opleiding van artsen. Waar meer accent moet zijn op opleiding tot huisartsgeneeskunde en misschien zelfs dat de beste studenten in die richting moeten geduwd worden. Terwijl nu eerder nog altijd de neiging bestaat dat de beste, sociaal maatschappelijk gezien, zich verplicht voelen om te specialiseren. Een vierde punt is dan de maatschappelijke waardering, niet alleen via salaris maar ook in het geheel de waardering van die mensen door de maatschappij. Als je die vier pistes volgt dan denk ik dat we wel aan die uitdaging van de toekomst kunnen beantwoorden en naar een systeem van gatekeeping kunnen evolueren.

SLOTWOORD

Het Vlaams Geneeskundigenverbond (VGV) heeft een rijke traditie in het organiseren van academische zittingen, congressen, colloquia en symposia, die langzaam maar zeker de weg banen naar een eigen Vlaamse gezondheidszorg en een eigen Vlaams gezondheidsbeleid.

In 1972 was het congressthema: de “Taaltoestanden in de geneeskundige sector te Brussel”, nu nog altijd actueel! De persconferentie van 14 september 1989, waar het VGV samen met de Vereniging van Vlaamse Ziekenfondsen voor het eerst cijfers bekend maakte die de schromelijke overconsumptie van klinische biologie en beeldvorming in de Waalse en Brusselse ziekenhuizen aantoonde, heeft bij velen de ogen geopend en was de aanzet voor het politieke debat over de splitsing van de gezondheidszorg.

In 1991 werden de tegennatuurlijke geldstromen, de zogenaamde “transfers”, gefundeerd uiteengezet door voormalig VGV-voorzitter prof. Eric Ponette en toenmalig OVV-voorzitter prof. Lieven Van Gerven, met als conclusie dat de communautarisering van de sociale zekerheid de enige juiste en rechtvaardige oplossing is.

Dit Vlaams Parlement was de locatie van onze studiedagen in de 21^{ste} eeuw.

In 2001 al werd de vraag gesteld: “Welke geneeskunde willen wij in Vlaanderen?”. Welke huisartsengeneeskunde, welke specialistische geneeskunde intra- maar ook extra-muros?

Het jaar daarop hielden wij een pleidooi voor de integratie van preventie en curatieve zorg op hetzelfde beleidsniveau, dat van de gemeenschappen.

In 2004 belichtten eminente specialisten de economische aspecten van de Vlaamse gezondheidszorg.

En in 2006 organiseerden het Verbond van Vlaamse Medisch Wetenschappelijke Verenigingen en VGV samen een symposium over preventie ter gelegenheid van de 25^{ste} verjaardag van de Vlaamse gezondheidszorg. Voor wie het nog niet wist: op 8 augustus 1980 werd de gezondheidszorg, als persoonsgebonden materie bij uitstek, inderdaad in principe naar de gemeenschappen overgeheveld.

De nog altijd zeer lezenswaardige rapporten van deze studiedagen zijn ter beschikking op de VGV-webstek.

Met het symposium van vandaag zetten we niet alleen een traditie verder, we reiken opnieuw bouwstenen aan voor de uitbouw van een eigen Vlaamse gezondheidszorg.

Vandaag proberen we uit buitenlandse ervaringen lessen te trekken.

Wij kozen voor Canada en Denemarken omdat zij van alle lidstaten van de OESO (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling) wellicht de meest doorgedreven decentralisatie van hun gezondheidszorg hebben gerealiseerd. Daarenboven is Canada ook een taalgemengd land, met net zoals bij ons een francophone minderheid. Het is nodig nog eens te benadrukken dat de francofonen een minderheid zijn, want in de perceptie van de Vlaming is het vaak andersom!

Prof. Lieven Annemans maakte voor ons al een synthese en wees op voordelen, maar ook op nadelen van de buitenlandse systemen. Niet alles is zomaar te kopiëren, en dat is ook niet wenselijk. Maar het is nuttig eens over de haag te kijken en de blik te verruimen. We worden maar al te vaak verweten navelstaarders te zijn.

Samen met elementen aangebracht in het debat, geleid door Guy Tegenbos, hebben de referaten van deze voormiddag voldoende stof opgeleverd om aan de slag te gaan en een blauwdruk voor een Vlaamse gezondheidszorg op te stellen. Ik nodig de geïnteresseerde aanwezigen uit om daaraan met ons mee te werken.

Want dat er stilaan een eigen gezondheidsbeleid moet komen beseffen allen hier aanwezig en gelukkig ook steeds meer en meer Vlamingen.

Het kan toch niet zijn dat de federale minister van sociale zaken – die in dit land de feitelijke minister van volksgezondheid is – een “nationaal kankerplan” met talrijke preventieprojecten op stapel zet, en zo haar Luikse laars lapt aan de federale wet van 8 augustus 1980, die – zoals gezegd - van preventie een uitdrukkelijke bevoegdheid van de gemeenschappen maakte.

Het kan toch niet zijn dat, in een land waar iedere burger zagezegd gelijk is voor de wet, duizenden Vlaamse jongeren de toegang tot de studies geneeskunde werd ontzegd, terwijl nu blijkt dat door het flagrant negeren van de numerus clausus alle Franstalige afgestudeerden wel toegelaten worden tot het beroep.

Het kan toch niet zijn dat politieke Franstalige onwil dit jaar aan 32.000 Vlaamse meisjes van 12 jaar de kosteloze toediening van de doeltreffende vaccinatie tegen baarmoederhalskanker ontzegt.

Enz... enz... enz..... Ik weet het, het is een cliché, maar zo zou ik nog uren kunnen doorgaan.

Vraag maar eens aan de populieren wat hen overkwam!

Daarom moeten we dringend werk maken van die eigen Vlaamse gezondheidszorg.

Onze argumenten hiervoor zijn gekend en blijven valabel:

- 1° Elke gemeenschap moet zijn eigen klemtonen kunnen leggen wat zal leiden tot een eigen aangepast beleid;
- 2° Een efficiënt gezondheidsbeleid is maar mogelijk als preventie en curatie naadloos op elkaar aansluiten;
- 3° Responsabilisering zal aanzetten tot een krachtiger, spaarzamer en duurzamer beleid.

Het standpunt van het VGV is hetzelfde als de resolutie nummer 4 van het Vlaams Parlement in 1999, en dus zal ik die tekst nog maar eens herhalen, want enkele Vlaamse regeerakkoorden en enkele jaren federale onderhandelingen later, blijkt dat de tekst steeds maar afgezwakt wordt!

“ ... de normerings-, uitvoerings- en financieringsbevoegdheid betreffende het volledige gezondheids- en gezinsbeleid moeten integraal naar de deelstaten worden overgeheveld, dus onder meer met inbegrip van de gezondheidszorgverzekering en de gezinsbijslagen (kostencompenserende regelingen). Daarbij moeten de inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest de vrije keuze bekomen om toe te treden tot het stelsel van de deelstaat Vlaanderen of van de Franstalige deelstaat, dat telkens zowel een regeling voor de inkomsten als voor de uitgaven bevat ...”

Deze resolutie werd aangenomen met een grote meerderheid en zonder tegenstemmen. Er is in Vlaanderen dus een breed maatschappelijk draagvlak om op korte termijn naar een eigen gezondheidszorg te evolueren.

We moeten niet veranderen om te veranderen, maar het is ook niet de bedoeling dat de Vlaamse gezondheidszorg een kopie wordt van de Belgische. Het volstaat niet de “B” te vervangen door een “V” en vervolgens over te gaan tot de orde van de dag.

Men moet van de omwenteling gebruik maken om enkele fundamentele verbeteringen door te voeren en komaf te maken met de “Belgische ziekte”. Voor het VGV is het vanzelfsprekend dat de Vlaamse zorg beter moet zijn dan de Belgische en dat de artsen er een ruime inspraak moeten hebben.

We leveren hier nog geen kant en klaar draaiboek af voor de organisatie van de Vlaamse gezondheidszorg, maar een aantal krijtlijnen/denkpijsten tekenen zich stilaan af, waarvan ik er hier enkele opsom:

- de basisdoelstelling blijft een zo goed mogelijke gezondheidstoestand verwezenlijken voor een zo groot mogelijk aantal personen binnen de Vlaamse gemeenschap. Mits een oordeelkundig beleid kan, met de huidige beschikbare middelen, deze doelstelling bereikt worden zonder dat de patiënten, zoals nu het geval is, 30 % uit eigen zak moeten betalen;
- Vlaanderen legt de klemtoon op preventie, op de centrale rol van de huisarts, op thuiszorg;
- de Vlaamse Gezondheidsraad is een geschikt instrument om de werking van de Vlaamse gezondheidszorg te evalueren en bij te sturen, maar de artsen zijn er ondervertegenwoordigd;
- de Gezondheidsraad geeft adviezen aan de Vlaamse Administratie van Gezondheidszorg die resulteert onder één (1) Vlaams minister van Gezondheid (in plaats van de inefficiënte versnippering over de huidige 9 ministeriële instanties in het Belgisch bestel);
- de kansen die de elektronische communicatiemiddelen ons bieden moeten worden aangewend om de bureaucratie en het administratief kluwen – op alle niveaus(!) – te verminderen. Hier ligt de opportuniteit om een aantal tussenstappen in de transacties tussen patiënt-zorgverstreker-instelling-overheid te elimineren;
- de Vlaamse administratie mag niet verder gaan op de ingeslagen weg van overdreven regelnevel. De kritiek van een syndicaal artsleider, dat hij de Belgische chaos verkiest boven de Vlaamse dictatuur moet die administratie aanzetten tot nadenken;
- de financiering van het systeem moet komen uit algemene middelen en niet uit arbeid zoals nu het geval is. Gezondheidszorg en gezinsbijslagen hebben niets te maken met arbeid.

Dit zijn enkele elementen, eerder illustratief en kriskras verzameld uit werkdocumenten die circuleren.

De bestuursleden van het VGV hebben zich aan het werk gezet om een eerste versie van een “Blauwdruk voor een Vlaamse Gezondheidszorg” neer te schrijven. Het symposium van vandaag bracht nieuwe analyses en vergelijkingspunten aan. Ik reken er op dat nog andere mensen hun medewerking verlenen, en ik kijk dan zowel naar de VGV-leden als naar de actoren in de gezondheidszorg.

Zoals de titel van de studiedag aangeeft zijn we nog “*op weg naar*” een blauwdruk. Het werk is verre van af, en we nemen vandaag de buitenlandse ervaringen mee naar onze volgende werkvergadering. Maar de blauwdruk moet er weldra komen, net als de eigen Vlaamse gezondheidszorg.

Dr. Jan Van Meirhaeghe

Voorzitter VGV

SPONSORS



Fonds voor Vlaanderen



www.vgv.vlaanderen.be

Nog meer informatie
Makkelijk om te reageren
Of in discussie te treden



Uitgave van het VGV

- ⚙ Redactieraad: Prof. Dr. A. Baert, Dr. J. Dockx, Dr. J. Gyselinck, Dr. P.H. Jongbloet, Dr. R. Lenaerts, Prof. Dr. E. Ponette, Dr. J. Van Meirhaeghe
- ⚙ Verantwoordelijke uitgever: Dr. J. Van Meirhaeghe, Koolkerkesteenweg 76, 8340 Oostkerke
- ⚙ Hoofdredacteur: Prof. Dr. E. Ponette, Schoonzichtlaan 40, 3020 Winksele-Herent en Dr. P.H. Jongbloet
- ⚙ De gepubliceerde bijdragen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs
- ⚙ Drukkerij Jules De Winter, Kleine Markt 13, 2000 Antwerpen, Tel. 03/232.20.22, Fax. 03/225.15.84