

# “La place des CDS dans les soins de santé primaires: le cas de la Belgique”

---

**Prof. Dr. J. De Maeseneer, MD, PhD**

**Département de Médecine Générale et des Soins de Santé Primaires, Université de Gand  
Médecin généraliste, Centre de Santé Intégré Ledeborg-Gent (Belgique)  
Dir Centre International de Soins de Santé Primaires et de la Médecine Générale –  
Université de Gand, Centre Collaborateur de l’OMS  
Président European Forum for Primary Care**



*Gand, 12.05.2017*



# **La place des CDS dans les soins de santé primaires: le cas de la Belgique**

---

- 1. Défis: transitions dans la démographie et l'épidémiologie et l'inégalité dans les (soins de) santé**
- 2. Les CDS dans les soins de santé primaires**
- 3. Situation en Belgique**
- 4. Conclusion**

# Une société qui change

---

- a. Evolutions dans la démographie et l'épidémiologie
- b. Développements scientifiques et technologiques
- c. Développements culturels
- d. Développements socio-économiques
- e. Globalisation et "glocalisation"

'En 2030, 70% de la population mondiale vivra dans un "contexte urbain" (Castells, 2002)

En 2100, 85%?

---

# Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study



*Karen Barnett, Stewart W Mercer, Michael Norbury, Graham Watt, Sally Wyke, Bruce Guthrie*

## Summary

**Background** Long-term disorders are the main challenge facing health-care systems worldwide, but health systems are largely configured for individual diseases rather than multimorbidity. We examined the distribution of multimorbidity, and of comorbidity of physical and mental health disorders, in relation to age and socioeconomic deprivation.

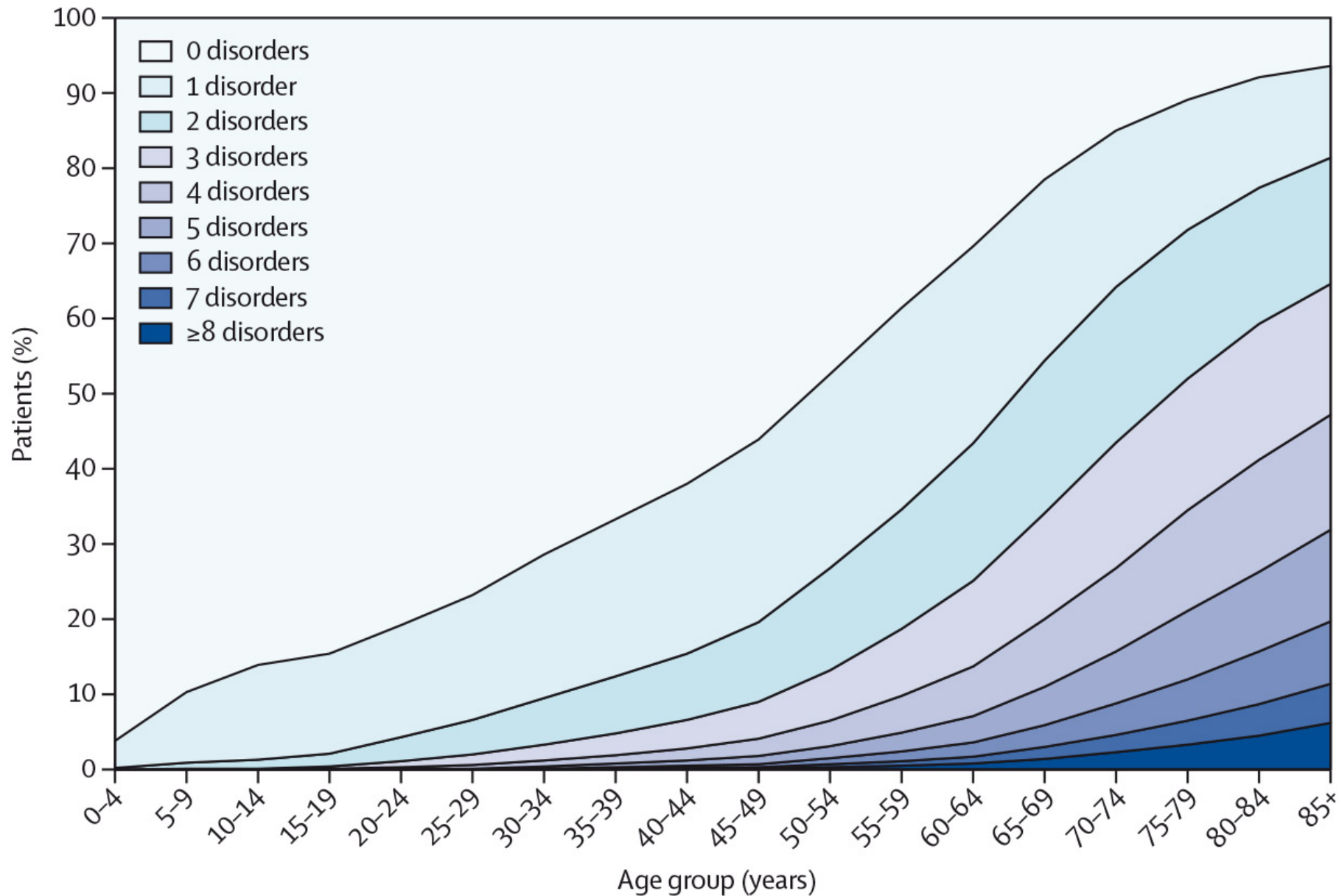
*Lancet* 2012; 380: 37-43

Published Online

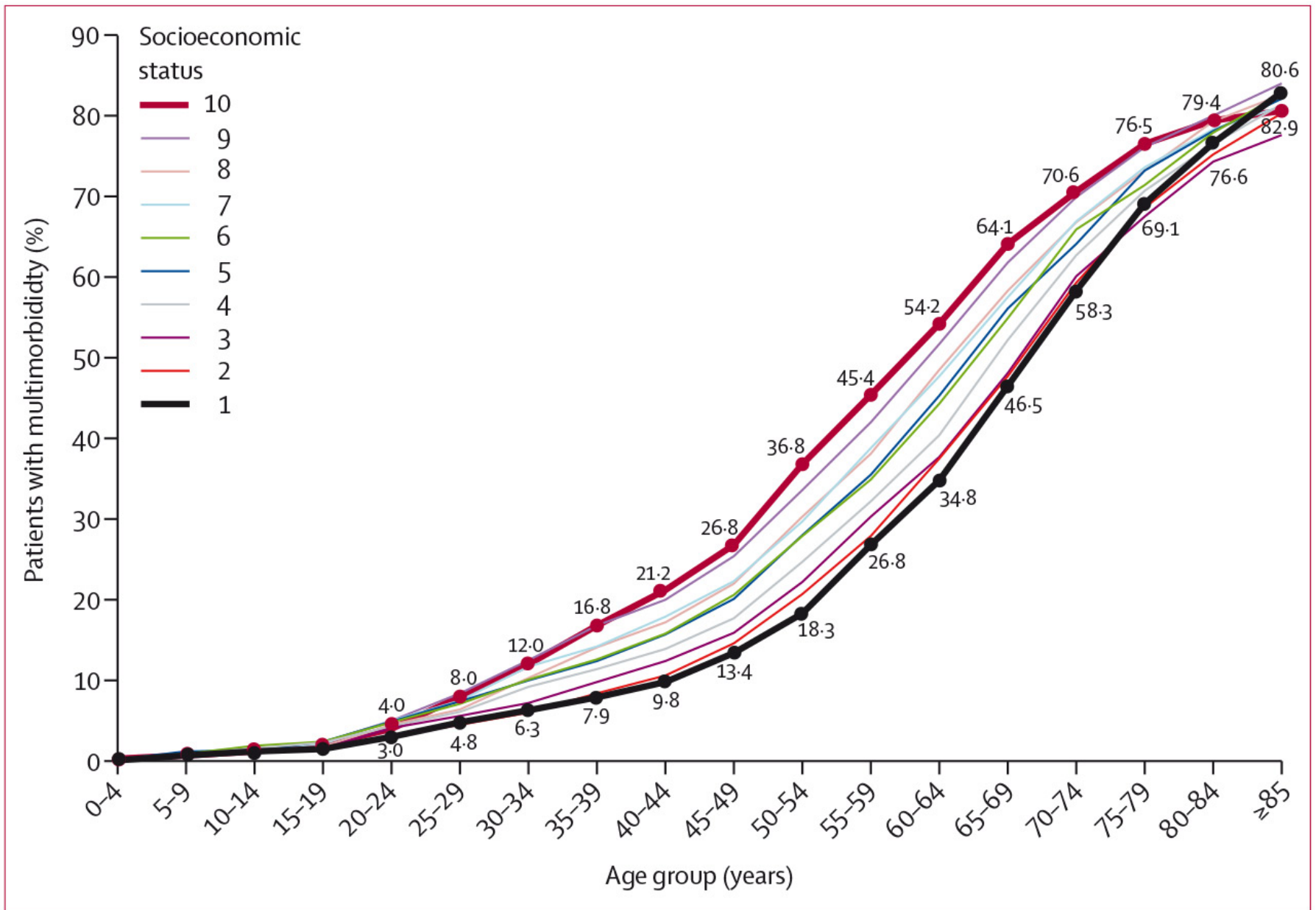
May 10, 2012

DOI:10.1016/S0140-





**Figure 1: Number of chronic disorders by age-group**



**Figure 2: Prevalence of multimorbidity by age and socioeconomic status**

On socioeconomic status scale, 1=most affluent and 10=most deprived.

# Une société qui change

---

- a. Evolutions dans la démographie et l'épidémiologie
- b. Développements scientifiques et technologiques
- c. Développements culturels
- d. Développements socio-économiques
- e. Globalisation et "glocalisation"

'En 2030, 70% de la population mondiale vivra dans un "contexte urbain" (Castells, 2002)

En 2100, 85%?



# Comblers le fossé en une génération

Instaurer l'équité en santé en agissant  
sur les déterminants sociaux de la santé

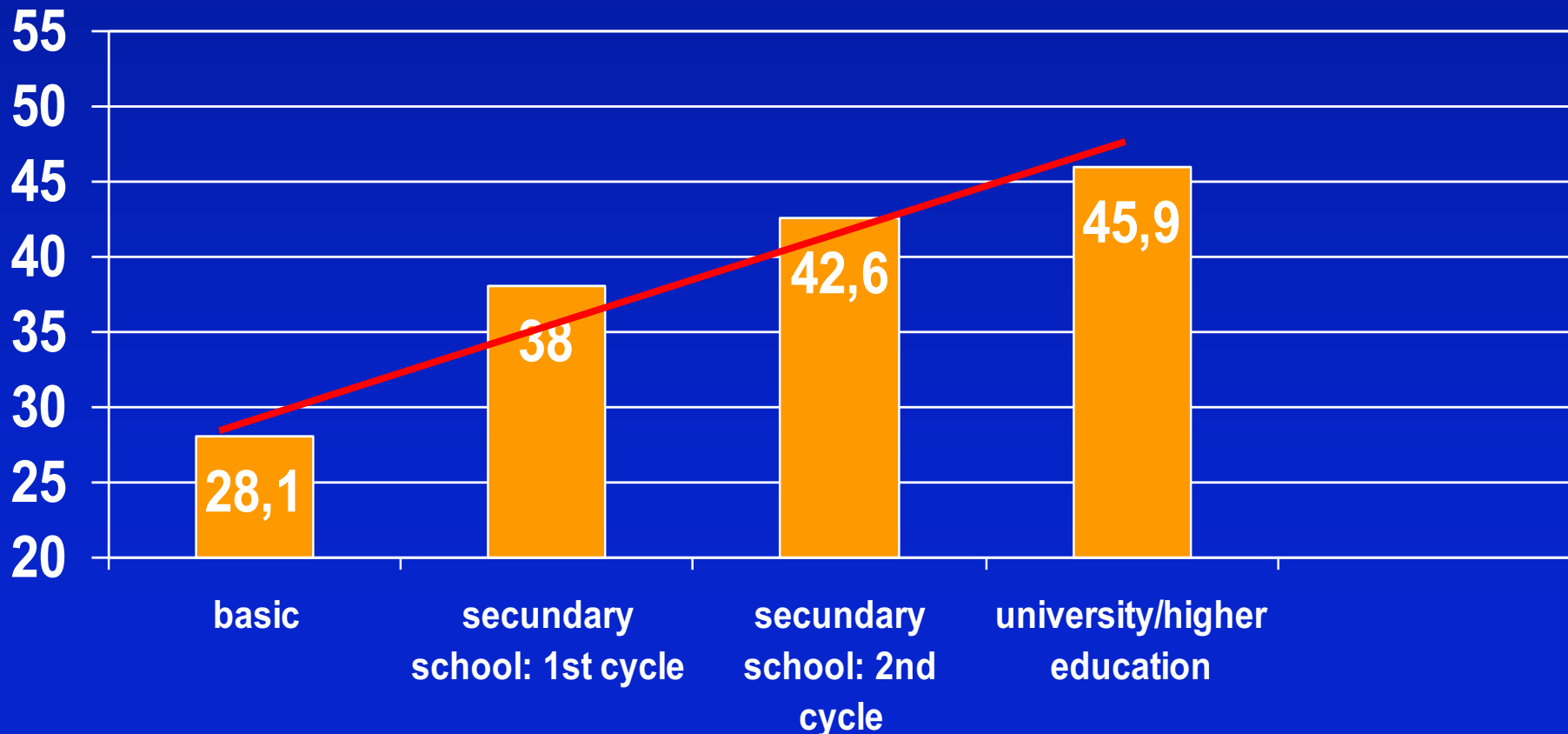


# Espérance de vie en bonne santé en Belgique

(Bossuyt, et al. Public Health 2004)

## Inégalité socio-économique dans la santé

### Healthy life expectancy in Belgium, 25 years, men



# **La place des CDS dans les soins de santé primaires: le cas de la Belgique**

---

- 1. Défis: transitions dans la démographie et l'épidémiologie et l'inégalité dans les (soins de) santé**
- 2. Les CDS dans les soins de santé primaires**
- 3. Situation en Belgique**
- 4. Conclusion**

Rapport sur la santé dans le monde, 2008

## *Les soins de santé primaires*



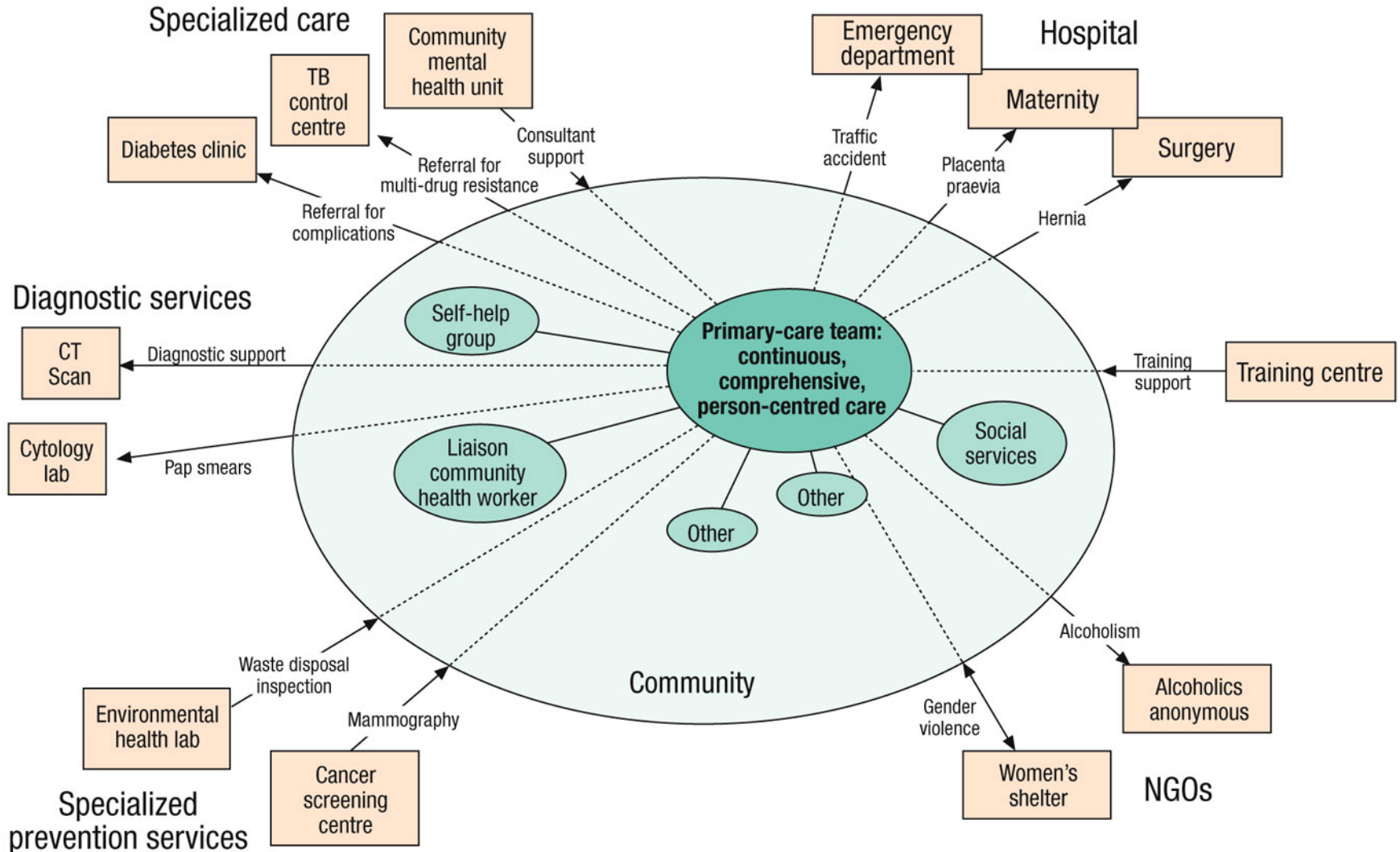
**Maintenant  
plus  
que  
jamais**



**Organisation  
mondiale de la Santé**



**Figure 3.5** Primary care as a hub of coordination: networking within the community served and with outside partners <sup>173,174</sup>





*La Résolution WHA62.12 “Soins de santé primaires, renforcement des systèmes de santé compris” invite instamment les Etats Membres :*

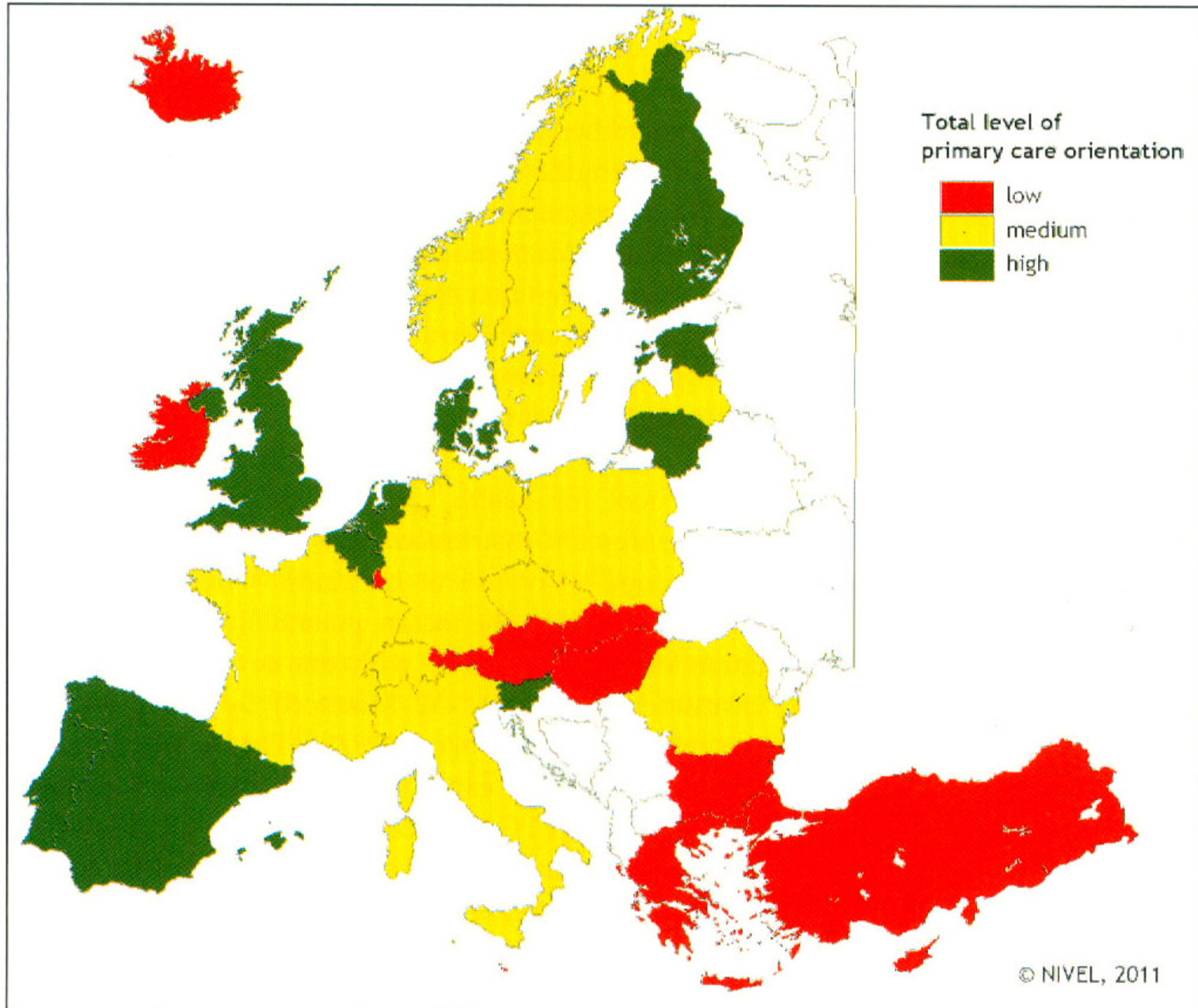


*... (6) à encourager la mise au point, l'intégration et l'application dans le contexte des soins de santé primaires intégrés de programmes verticaux, y compris de programmes axés sur des maladies particulières*

**THE  
STRENGTH  
OF  
PRIMARY  
CARE  
IN EUROPE**

■ Dionne Sofia Kringos

Figure 1: Variation in primary care strength across Europe



# Qu'est ce qu'un CDS?

16

- Définition :
  - Soins de première ligne tels que définis par l'OMS
  - Equipe interdisciplinaire
  - Sur une zone définie (commune ou quartier), population inscrite
  - Approche globale de la santé, considérée dans ses dimensions physique, psychique, sociale et écologique
  - Prévention et santé communautaire
  - Participation de la population





# Qu'est ce qu'un CDS?

17

- Un peu d'Histoire
  - Les premières maisons médicales sont apparues en 1972.
  - Elles sont nées dans la fièvre idéaliste de Mai '68.



# WERKRESULTAAT WERKGROEP **WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM**

DEEL 1: SITUATIE VAN DE GEZONDHEIDSZORG

DEEL 2: HET WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM ALS ALTERNATIEF

1<sup>e</sup> doktoraat geneeskunde  
akademiejaar '73 - '74  
hygiëne en sociale geneeskunde  
(Prof. Dr K. Vuylsteek)

# La place des CDS dans les soins de santé primaires: le cas de la Belgique

---

1. Défis: transitions dans la démographie et l'épidémiologie et l'inégalité dans les (soins de) santé
2. Les CDS dans les soins de santé primaires
3. **Situation en Belgique**
4. Conclusion

# Qui trouve t'on en CDS ?

20

- Des professionnels au service de votre santé
- Principalement
  - ▣ L'accueillant(e)
  - ▣ Le médecin généraliste
  - ▣ L'infirmier(ère)
  - ▣ Le kinésithérapeute
  - ▣ Administratifs, coordinateurs, etc
  - ▣ Promoteur de Santé
  - ▣ Le travailleur social
  - ▣ Le psychologue, psychothérapeute
  - ▣ Et bien d'autres : dentiste, diététicien, etc





# Belgique: 170 CDS à la Capitation (350.000 personnes)

21

- Bruxelles
  - ▣ Plus de 50 CDS
  
- Wallonie
  - ▣ 70 CDS
  
- Flandres
  - ▣ 34 CDS



**Botermarkt**

*wijkgezondheidscentrum vzw*



**BIENVENU**  
**au**  
**Centre De Santé Botermarkt**

**Hundelgemsesteenweg 145**

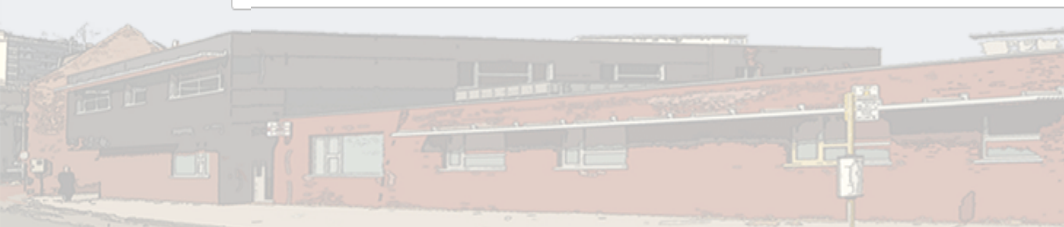
**9050 Ledeberg**

**[www.wgcbotermarkt.be](http://www.wgcbotermarkt.be)**

**Tel 0032 9 232 32 33**

**[Info@wgcbotermarkt.be](mailto:Info@wgcbotermarkt.be)**

**Fax 0032 9 230 51 89**



GHENT UNIVERSITY TEACHING PLATFORM

Visie

Ontstaan

Multidisciplinair team

Globaal Medisch Dossier

Forfaitair betalingssysteem

Raadplegingen, afspraken  
en huisbezoeken

Preventieprojecten en  
gezondheidsbevordering

Inschrijven in het WGC

Voor onze patiënten

## Centre de Santé Intégré:

- 6000 patients; 95 nationalités
- Paiement à la capitation, intégré, basé sur les besoins; pas de ticket modérateur
- Médecins généralistes; infirmières; diététicienne; promoteurs de santé; dentistes; travailleurs sociaux; ...
- COPC-stratégie

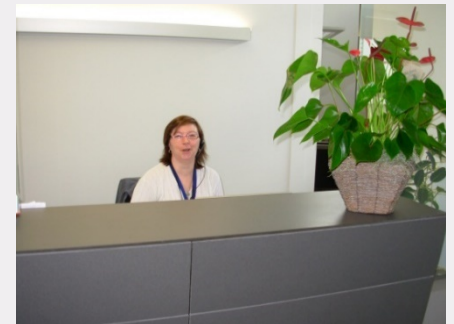


**Botermarkt**

*wijkgezondheidscentrum vzw*

# Accessibilité:

pas de barrières physiques,  
administratives, financières,  
culturelles...





Registered patients in 2011		
Country of Origin	Country of origin: parent	%
België	België	33%
Bulgarije	Bulgarije	10%
Turkije	Turkije	6%
Ghana	Ghana	5%
Slovakije	Slovakije	4%
Nigeria	Nigeria	2%
België	Turkije	2%
Albanië	Albanië	1%
Irak	Irak	1%
Marokko	Marokko	1%
Congo	Congo	1%
Portugal	Portugal	1%
Rusland	Rusland	1%
Armenië	Armenië	1%
Cameroen	Cameroen	1%
Frankrijk	Frankrijk	1%
Nederland	Nederland	1%
Pakistan	Pakistan	1%
Polen	Polen	1%
...		



# Context

Integrated capitation system

Since 1982

No cost sharing for the patient

## Capitation

*spending in PHC in the fee-for-service system in the framework of the NIHDI*

*total number of citizens in Belgium*

# Modifications: 1982 – 1997

- Numerator
  - + 10%: higher prevalence of social problems in the capitated population
  - + 10%: the way capitated health care centres work (less hospitalisation, less use of medical imaging and labtests)
- Denominator
  - - 10%: 10% of the population in fee-for-service system does not use primary care at all

Stuc  
syst

## Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België

*KCE reports 85A*




# Study: comparison payment systems

2008: Federal Knowledge Center for Health Care  
Fee-for-service ↔ Capitation

## Strengths capitation system

- high degree of accessibility, especially for vulnerable groups
- no risk selection
- patients in the capitated system use:
  - less resources in the secondary care
  - less medications
- the quality of care was at least as good or better

- 
- Weaknesses capitation system:
    - its link with the fee-for-service:
      - changes in utilization patterns in the fee-for-service influence the resources available in the capitated system




## State of the art

- In 2013 the system changed into a system
  - With its own budget
  - Needs-based distribution of resources between the community health centres



# The “needs-variables”

- Demographic variables
- Social-economic variables
- Morbidity variables
- Contextual variables

- 
- Age/sex (41 combinations)
  - Widow
  - Low income: < 15 000,00EUR
  - Self-employed workers
  - Deceased in that year
  - Disability
  - Urbanization index in the neighbourhood
  - Medical supply index in the neighbourhood
  - Handicap
  - Help from public welfare centres
  - Impaired functional status
  - Cardiac diseases
  - COPC
  - Asthma
  - Cystic Fibrosis
  - Diabetes combined with chronic cardiac condition
  - IDD
  - NIDD
  - Exocrine pancreatic diseases
  - Psoriasis
  - Rheumatoid arthritis, Crohn's disease, ulcero-hemorrhagic recto-colitis
  - Psychosis: young adults
  - Psychosis: elderly people
  - Parkinson's disease
  - Epilepsy
  - HIV
  - Chronic hepatitis B & C
  - Multiple sclerosis
  - Post-transplant immunosuppression
  - Alzheimer
  - Thyroid diseases
  - Thrombosis
  - Coagulation disorders
  - Protected habitat



# Implementation

- Based on an (electronic) “photograph” of the population on the list of the different CHC’s
  - photograph made annually
- Each CHC receives a specific “capitation” for the patients on the list

# CAPITATION INTEGREE, BASEE SUR LES BESOINS

- Les organismes assureurs paient chaque mois un montant fixe pour les soins de médecine générale, infirmiers, kinésithérapeutiques
- Le montant est déterminé par une formule, utilisant 42 variables relatifs aux besoins (age, sexe, déterminants sociaux, morbidité ...)
- Additional payment systems:
  - fee for service
  - third party payment
  - provider oriented payment: e.g. “accreditation”, “impulseo I and III”,...
  - practice oriented payment: e.g. EMR

Botermarkt

wijkgezondheidscentrum vzw

# CAPITATION INTEGREE, BASEE SUR LES BESOINS

Contrat entre les CDS et les mutualités dans le cadre de l'Institut National d'Assurance Maladies-Invalidité (INAMI)





# CAPITATION INTEGREE, BASEE SUR LES BESOINS

## AVANTAGES :

- accessibilité
- meilleure continuité et approche globale
- une relation plus 'horizontale' entre les professionnels et le patient, menant e.a. à une diminution de prescriptions de médicaments
- opportunities for better compliance
- focus à la prévention
- amélioration de la qualité
- subsidiarité et délégation de tâches



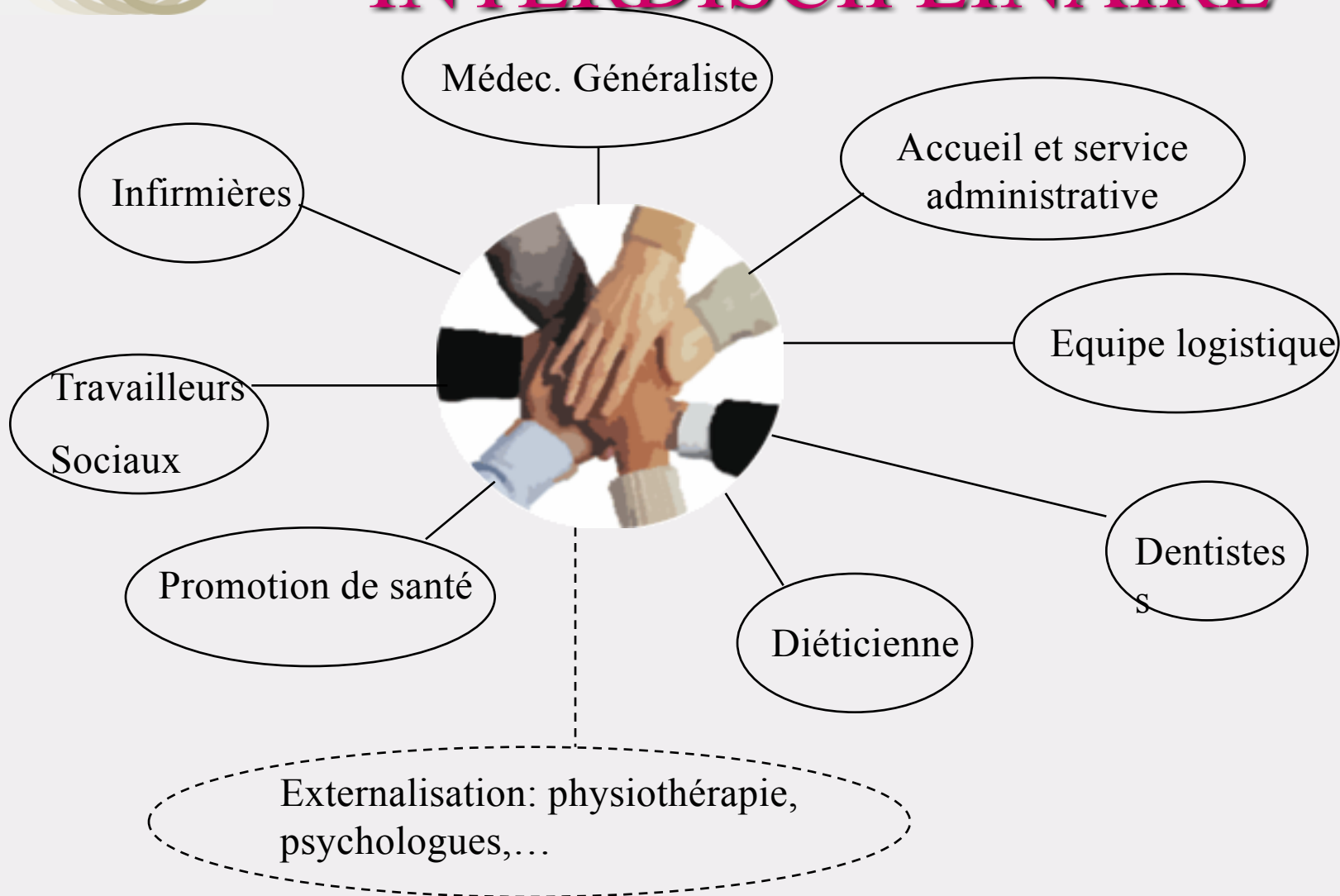


## Soins de santé pour les Sans-Papier

### Mr. Onugu, Nigeria

- “illégaux”/’sans papiers’
- R.D. 12.12.96: “Accès aux soins “urgents”
- Paiement par le Centre Public d’Aide Sociale
- Pas de ticket modérateur

# Equipe INTERDISCIPLINAIRE



# Médecins Généralistes

- Disponibles: 08.00-19.00
  - Consultations et rendez-vous
  - Visites à domicile (10%)
  - ‘Consultation du soir’
- La nuit (de 19.00 à 08.00)
  - Organisé en poste de Garde Médecine Générale
- Le weekend (Vendredi 19.00 pm au Mo 08.00 a.m.)
  - Trois postes de Médecine Générale à Gand



# Infirmiers

- Rendez-vous
  - Aussi ‘walk-in’ possibilités
- Soins à domiciles pour les non-mobiles





# Responsabilités des infirmières



- **Soins curatifs:** plaies, soins palliatives,...
- **Prévention:** vaccinations de grippe, injection contraceptives...
- **Procédures diagnostiques:** prise de sang, spirométrie, ...
- **Promotion de santé:** Diabète Clinique, entraînement inhalation



Botermarkt

wijkgezondheidscentrum vzw

# Substitution de soins

Les soins sont réalisés par la personne compétente.





Medisch overzicht

Roker : 20 [s/dag] (05/03/2013)

**Belangrijke actieve GE**

- Tabaksmisbruik
- Menopauzale symptomen/klachten
- Niet insuline-afhankelijke diabetes
- Symptomen/klachten schouder
- Overgewicht
- Hypertensie zonder orgaanbeschadiging
- Sociaal probleem nao, begeleiding maatschappelijk werk

**Familiale antecedenten**

- Acuut myocardinfarct (Vader)
- Niet insuline-afhankelijke diabetes (Moeder)

**Medische antecedenten**

- Zwangerschap, vlotte partus, zoon
- Zwangerschap, vlotte partus, dochter
- Zwangerschap, vlotte partus, dochter

**Chirurgische antecedenten**

- appendectomie in 1999

**Chronische medicatie**

- Metformine Sandoz tab 100x 850mg
- Asaflo tab EC 168x 80mg
- Simvastatin Sandoz tab 100x 20mg

**Vaccins**

- Toegediende vaccins**
- Geplande vaccins**

GezondheidsElementen

Alle AB A  ZorqE.  Zorgaanpakken

Beschrijving	A	B	R	Begin	Einde	Zekerheid	Duur	Code	Presteerder	Specialiteit
Acute infectie bovenste l				12/02/2014	16/02/2014	Niet bepaald	Acuut	R74	VANDEDRIINCK, E	Huisarts
Hypertensie zonder orga	A	E		20/03/2013		Niet bepaald	Chronisch	K86	VANDEDRIINCK, E	Huisarts
Menopauzale symptomen	A	E		15/01/2014		Niet bepaald	Sub-acuut	X11	VANDEDRIINCK, E	Huisarts
Niet insuline-afhankelijke	A	E		01/03/2011		Niet bepaald	Chronisch	T90	VANDEDRIINCK, E	Huisarts
Overgewicht	A	E		05/03/2010		Niet bepaald	Chronisch	T83	VANDEDRIINCK, E	Huisarts
Preventie	A			05/03/2013		Niet bepaald	Chronisch	A98	VANDEDRIINCK, E	Huisarts
Sociaal probleem nao, be	A	E		20/06/2013		Niet bepaald	Chronisch	Z29	DEWAELE, Liesbe	Maatschappelijk wer
Symptomen/klachten sch	A	E		01/03/2013		Niet bepaald	Chronisch	L08	VANDEDRIINCK, E	Huisarts
Tabaksmisbruik	A	E		01/01/1990		Niet bepaald	Chronisch	P17	VANDEDRIINCK, E	Huisarts
Zwangerschap, vlotte par	E			01/05/1995	16/02/1996	Niet bepaald	Chronisch	W78	VANDEDRIINCK, E	Huisarts
Zwangerschap, vlotte par	E			01/04/1998	06/01/1999	Niet bepaald	Chronisch	W78	VANDEDRIINCK, E	Huisarts
Zwangerschap, vlotte par	E			01/07/1993	12/05/1994	Niet bepaald	Chronisch	W78	VANDEDRIINCK, E	Huisarts

Geneesmiddelen

Beschrijving	Begindatum	Einddatum	A	Presteerder	Specialiteit
<input checked="" type="checkbox"/> Metformine Sandoz tab 100	01/03/2013		<input checked="" type="checkbox"/>	VANDEDRIINCK, E	Huisarts
<input checked="" type="checkbox"/> Asaflo tab EC 168x 80mg	05/03/2013		<input checked="" type="checkbox"/>	VANDEDRIINCK, E	Huisarts
<input checked="" type="checkbox"/> Simvastatin Sandoz tab 100	05/03/2013		<input checked="" type="checkbox"/>	VANDEDRIINCK, E	Huisarts
<input type="checkbox"/> Hygroton tab 30x 50mg	20/03/2013		<input checked="" type="checkbox"/>	VANDEDRIINCK, E	Huisarts

Planning

Datum	Beschrijving	Statuut	Presteerder	T	Te doe	Specialiteit
11/03/2014	aanvraag aangepast rijbewijs	Te doen	VANDE KERCKHO	S	<input checked="" type="checkbox"/>	Verpleegkundige
11/03/2014	Opvolgcontact bij een diëtist	Te doen	VANDE KERCKHO	S	<input checked="" type="checkbox"/>	Verpleegkundige
11/03/2014	verwijzing - oogarts	Te doen	VANDE KERCKHO	S	<input checked="" type="checkbox"/>	Verpleegkundige
11/03/2014	Test op microalbuminurie	Te doen	VANDEDRIINCK, E	S	<input checked="" type="checkbox"/>	Huisarts
11/03/2014	Bepaling glucose/HbA1c	Te doen	VANDEDRIINCK, E	S	<input checked="" type="checkbox"/>	Huisarts
12/03/2014	Onderzoek diabetische voet	Te doen	VANDE KERCKHO	S	<input checked="" type="checkbox"/>	Verpleegkundige
11/06/2014	DiabetesSpreekUur, educator	Te doen	VANDE KERCKHO	I	<input checked="" type="checkbox"/>	Verpleegkundige
05/09/2014	vaccin griep	Te doen	VANDEDRIINCK, E	I	<input checked="" type="checkbox"/>	Huisarts
05/03/2020	vaccin difterie/tetanus	Te doen	VANDEDRIINCK, E	I	<input checked="" type="checkbox"/>	Huisarts
25/06/2013	DiabetesSpreekUur	Uitgevoerd	BLOKLAND, INEK	I	<input type="checkbox"/>	Huisarts

Contacten

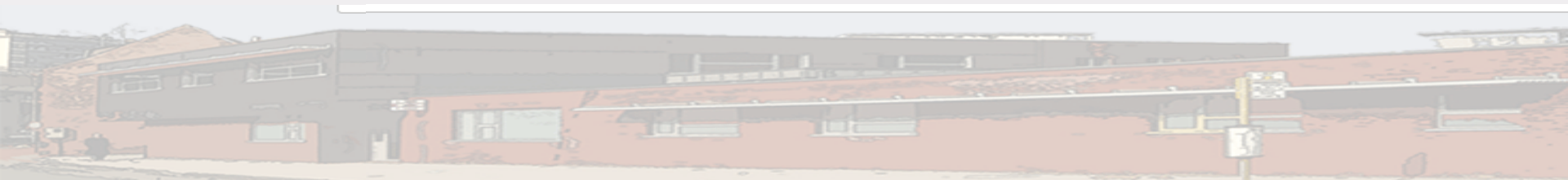
Datum	Type	Presteerder	Specialiteit
15/05/2014	Raadpleging	VANDEDRIINCK, E	Huisarts
11/03/2014	Raadpleging	BLOKLAND, INEK	Huisarts
12/02/2014	Raadpleging	VANDEDRIINCK, E	Huisarts
15/01/2014	Raadpleging	VANDEDRIINCK, E	Huisarts
01/11/2013	Raadpleging	DEWAELE, Liesbe	Maatschappelijk wer
16/10/2013	Raadpleging	LANCKSWERDT,	Dietiste
03/09/2013	Raadpleging	VANDE KERCKHO	Verpleegkundige





## • Clinique Diabète

- Objectifs:
  - Améliorer les soins pour le diabète type 2 par une approche structurée interdisciplinaire, y compris l'éducation à la santé
  - Aider les patients à vivre avec leur maladie
  - Attaquer les déterminants sociaux



## • Clinique Diabète

- Programme:
  - biomedical and behavioural follow-up by a nurse and a family physician, following specific guidelines
  - enabling patients to exchange experiences via group activities
  - contact with dietician (2 x / year)
  - “diabetes-cooking” (3 x / year)



# Travailleurs Sociaux



- 2 ETP travailleurs sociaux
- Assistance Social au sein du CDS :
  - Exploration du problème
  - information
  - médiation
  - support
  - référence aux services spécialisées
  - Aide administrative, accompagnement de ‘budget-planning’
  - Développement de réseaux de support



# Soins Intégrés

- Physical, mental and social well-being
- Taking environment/home situation into account!
  - Preferred FP and nurse







# Promotion de santé

- Individual illness prevention
- Group-based illness prevention
  - Health promotion





# LEDEBERG BOUGE!

## Various activities

- Zumba
- Sport after school
- Sports activities in Ledeberg
- Learning to cycle
- ...





# Local Society, Welfare and Health Meetings

## GOALS



- Networking
- Obtaining a local strategy on welfare themes
- Sharing ‘warning signs’ on the local level and tackling them by working together, starting new initiatives,...
- Signalising to policy makers
- Sharing information
- Sharing expertise
- Education and training



Botermarkt

wijkgezondheidscentrum vzw

# Local Society, Welfare and Health Meetings

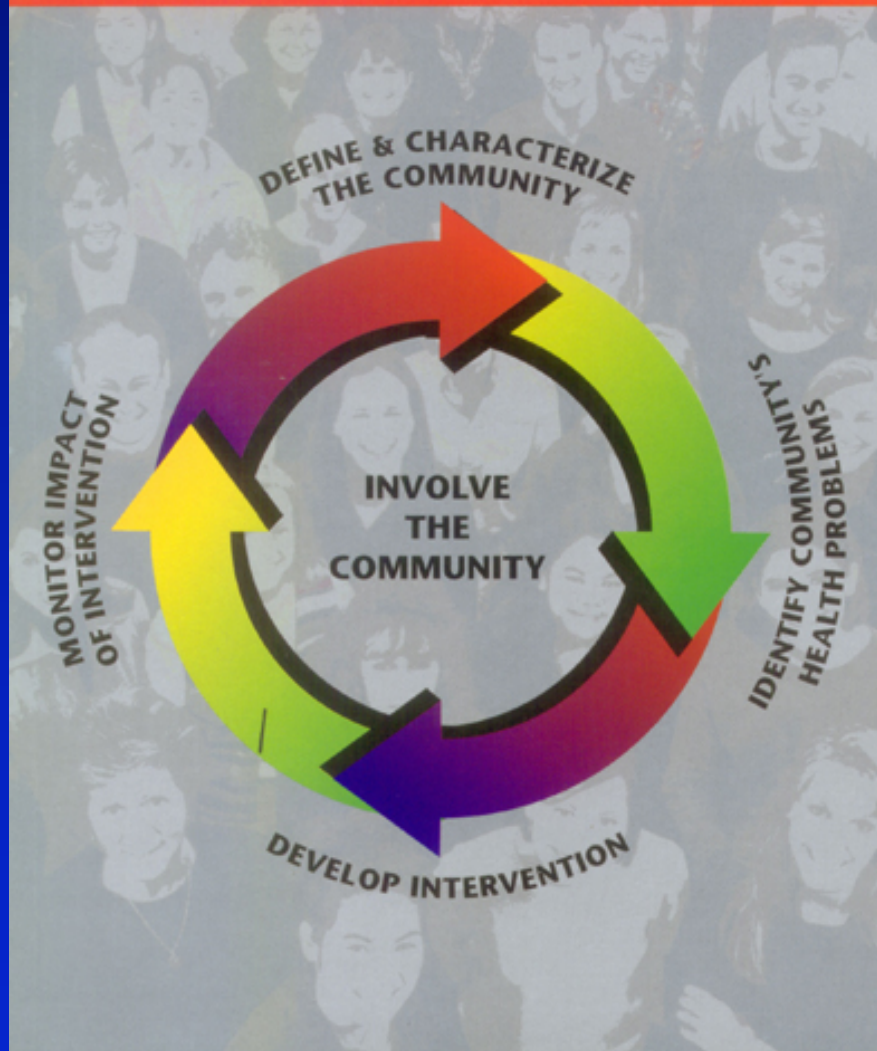
An initiative started in Ledeberg, but sustained by the Local Government

Nowadays it's organised in 12 different townships in Ghent coordinated by the public social welfare centres (OCMW)





# Community-Oriented Primary Care: Health Care for the 21st Century



Edited by Robert Rhyne, M.D., Richard Bogue, Ph.D.,  
Gary Kukulka, Ph.D., Hugh Fulmer, M.D.

# Drs Sidney and Emily Kark



Community-Oriented Primary Care:  
Health Care for the 21st Century

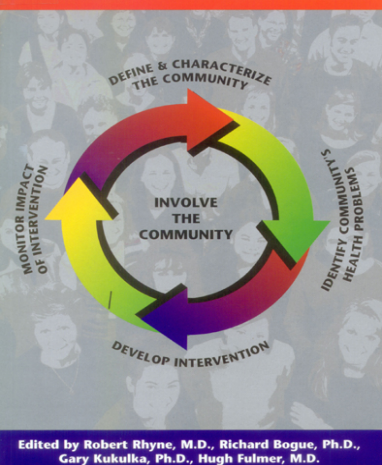
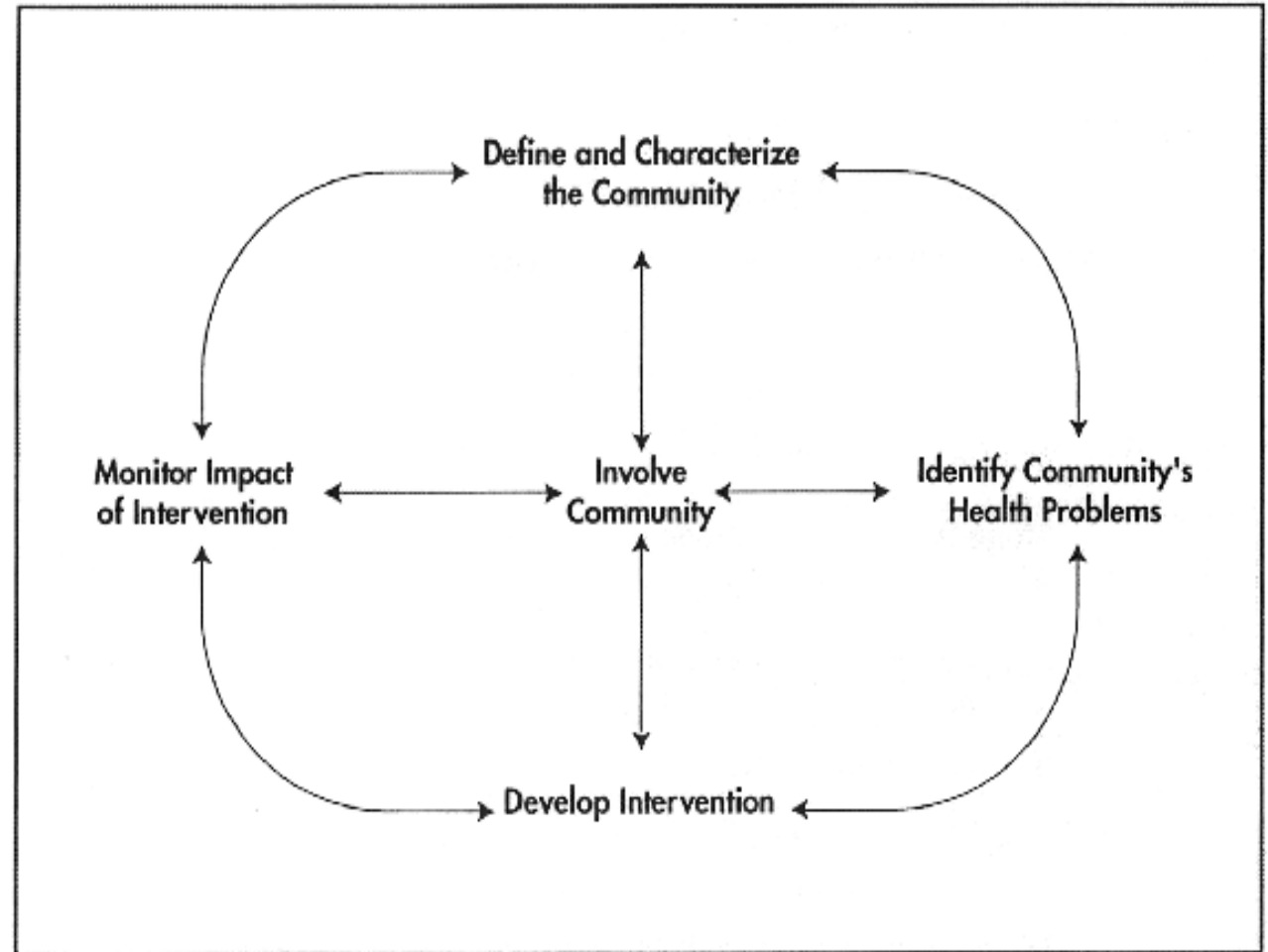


FIGURE 1.2: The COPC Process



# COPC-exemple: problèmes dentaires: maladie periodontale dans l'enfance

---

## Facteur à risque pour:

- Diabète
- Maladie cardiaque coronaire
- Accouchement avant terme et poids trop bas
- Ostéoporose



# COPC-projet : de l'individu à la communauté



**Identification des problèmes de santé:**  
Médecines de famille/infirmières: condition orale problématique chez les nourrissons, menant à des problèmes de nutrition, sommeil perturbé,...







# COPC-project : DENTAL FITNESS



A dentist?  
I cannot afford that.

Focus Group sessions –  
involving the community

I don't know where  
to find a dentist

I'm doing Fristi in his  
bottle to stop him cry

My child is to afraid of  
the dentist and to be  
honest, me too





# COPC-project : DENTAL FITNESS



## Coop ration avec...



VOW  
OZ

Brugse Poort

De Sleep



Botermarkt





# COPC-project : DENTAL FITNESS

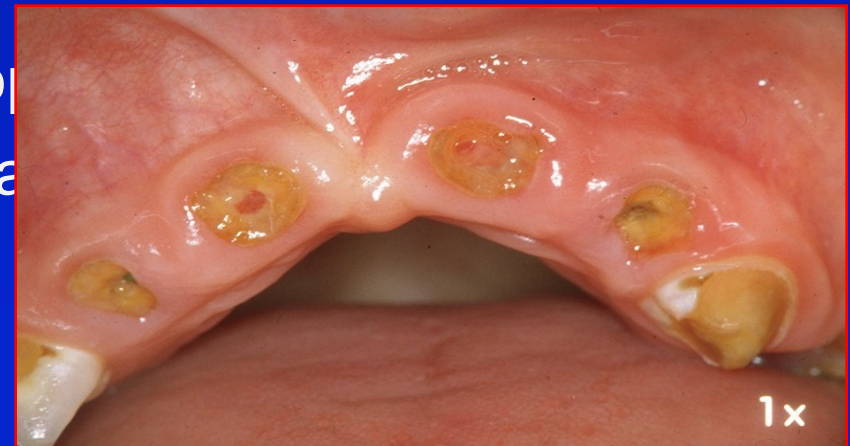


## Results research children 30 months old:

- 18,5 % early symptoms of childhood caries (7,4 % – 29,6 %)
- 100% need for treatment!

### Correlation with

- deprivation
- nationality (Eastern-European)
- no previous dentist consultation







# COPC-project : DENTAL FITNESS



## Childhood caries:

- Information and Sensibilisation
  - Involving providers, social workers, parents, schools...

## Strategies:

Community oriented,  
intersectoral, participation.

Educational platform for  
students in dentistry





# COPC-project : DENTAL FITNESS



## Accessible primary dental care

Centre for Primary Oral Health Care  
Botermarkt Ledeborg (CEMOB)

Started 01/09/2006



Towards accessible oral  
health care !

Ghent University

# Intégration des soins individuels et communautaires

The promotion of primary health care since 1978<sup>1</sup> has had a profound political impact: it forced medical educators around the world to address the health needs of all people and it spurred the global recognition of family doctors as the primary medical providers of health care in the community. Yet, on the 30th anniversary of the Alma-Ata Declaration,<sup>2</sup> disillusionment with and failure to appreciate primary care's contribution to health persist. The missing link in the translation of the principles of Alma-Ata from idealism to practical,

at the expense of population health. The challenge of this balancing act is illustrated in the interchanged use of the terms "primary care", which usually means care directed at individuals in the community, and "primary health care", which usually means a population-directed approach to health. To simplify this discussion and to reduce confusion, we will use the term "personal care" instead of "primary care" and "community-oriented primary care" (panel) instead of "primary health care".

*\*Chris van Weel, Jan De Maeseneer, Richard Roberts*

Department of General Practice, Radboud University Nijmegen Medical Centre, 6500 HB Nijmegen, Netherlands (CvW);

Department of Family Medicine and Primary Health Care, Ghent University, Ghent, Belgium (JDM); The Network—

Towards Unity For Health, Maastricht, Netherlands (JDM); and

University of Wisconsin School of Medicine and Public Health, Madison, WI, USA (RR)

c.vanweel@hag.umcn.nl

*The Lancet 2008;372:871-2*

# Qualité des maisons: avant et après

---







# **TOGETHER WE CHANGE**

Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit!

Jan De Maeseneer, Bert Aertgeerts,  
Roy Remmen, Dirk Devroey

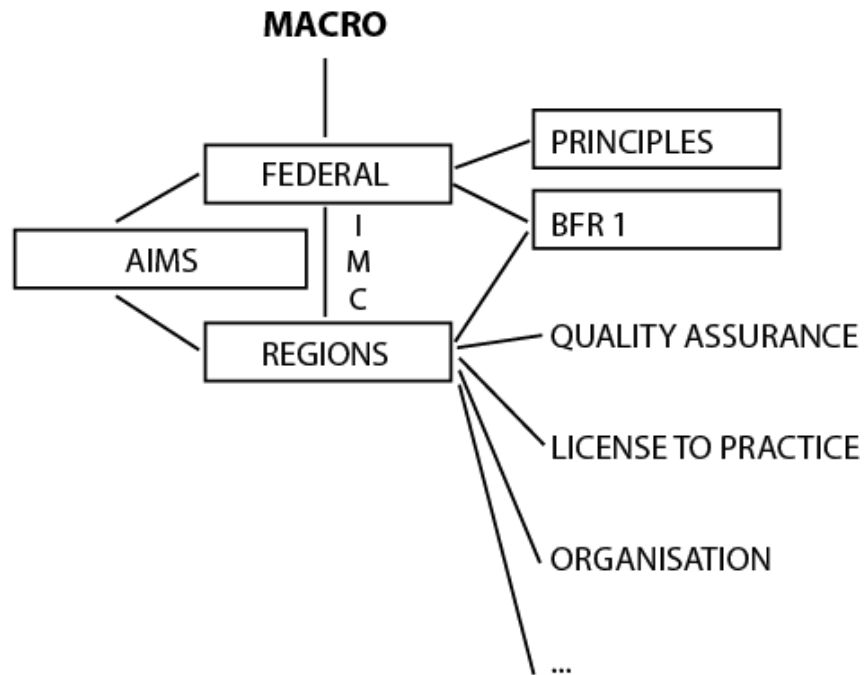
# TOGETHER WE CHANGE

Soins de santé de première ligne: maintenant plus que jamais!



Jan De Maeseneer, Bert Aertgeerts,  
Roy Remmen, Dirk Devroey

Figure 1: ORGANISATION PRIMARY CARE



BFR1: Budget Financial Resources PC  
GWC: General Welfare Centre  
PCP: Primary Care Psychologist  
PCZ: Primary Care Zone  
PCS: Primary Care Services  
EPR: electronic Patient Record  
PCCF: Primary Care Coordinating Function  
IMC: Inter Ministerial Conference  
C&F: Child and Family  
HCS: Home Care Services

1 EPR

# Meso-level

## **Primary Care Zones =**


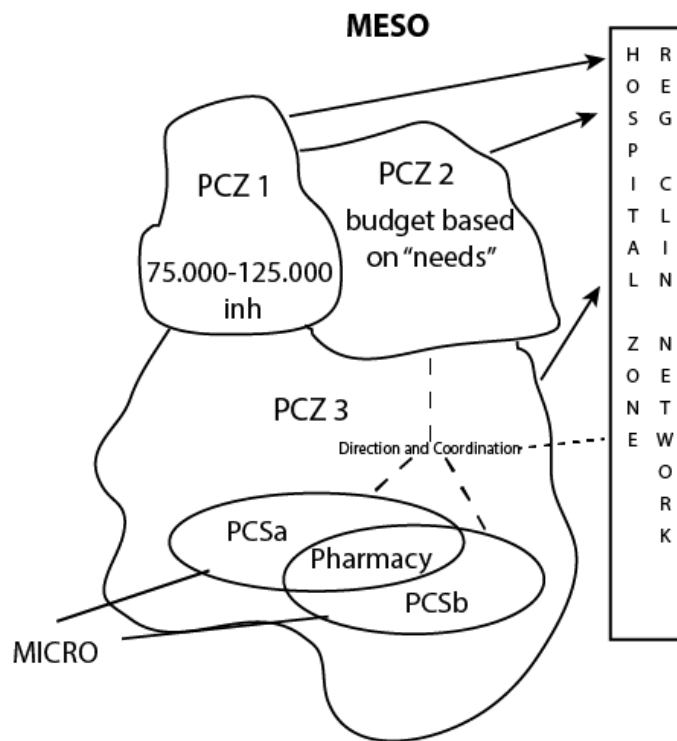
- Geographically defined areas
  - 75 000 to 125 000 inhabitants
  - +/- 110 zones in Belgium
  - Supported by 15 to 20 hospital care zones
- 



Figure 1: ORGANISATION PRIMARY CARE



BFR1: Budget Financial Resources PC  
 GWC: General Welfare Centre  
 PCP: Primary Care Psychologist  
 PCZ: Primary Care Zone  
 PCS: Primary Care Services  
 EPR: electronic Patient Record  
 PCCF: Primary Care Coordinating Function  
 IMC: Inter Ministerial Conference  
 C&F: Child and Family  
 HCS: Home Care Services

# Action intersectorielle pour la santé: la ville

---

- **La Ville de Gand (225.000 inh.)**
  - Implémentation de la politique locale sociale:  
11 groupes de travail:
    - Travail
    - Interculturalité
    - Jeunesse
    - Personnes âgées
    - ...
    - Santé
- **Priorités:**
  - Conditions de vie (habitations)
  - Accès à la promotion de santé et les soins de santé

## Objectifs 2020:

- Partenariat avec tous les acteurs
- Politique de santé « Evidence-Based »
- Action intersectorielle pour attaquer les inégalités sociales de santé
- Gent: une ville saine avec des communautés saines
- Renforcement de l'impacte de la promotion de santé
- Amélioration de la santé mentale des citoyens
- Réalisation d'un bon départ dans la vie pour tous les enfants
- Amélioration de l'accessibilité des soins de santé

Rapport sur la santé dans le monde, 2008

## *Les soins de santé primaires*



**Maintenant  
plus  
que  
jamais**



**Organisation  
mondiale de la Santé**

## **Encadré 2.6** La politique sociale de la ville de Gand (Belgique) : comment les autorités locales s'y prennent pour soutenir la collaboration intersectorielle entre les services de santé et les services sociaux<sup>76</sup>

En 2004, les autorités régionales de Flandre (Belgique) ont pris un décret institutionnalisant la participation directe des différents partenaires et citoyens locaux à la collaboration intersectorielle en matière de droits sociaux. Ce décret s'applique désormais dans les villes et les villages de la région. Dans la ville de Gand, par exemple, quelque 450 acteurs locaux du secteur de la santé et de la protection sociale se sont regroupés autour de 11 forums thématiques : l'assistance juridique, le soutien et la sécurité des mineurs, les services destinés aux jeunes et aux adolescents, la garde des enfants, les minorités ethnoculturelles, les handicapés, les personnes âgées, le logement, le travail et l'emploi, les personnes qui ne disposent que d'un « revenu limite » et la santé.

Les autorités locales facilitent et soutiennent la collaboration des diverses organisations et secteurs, par exemple par la collecte et le suivi des données, par l'information et la communication, par l'accès aux services, et par des efforts en vue de rendre les services plus préventifs. Elles se sont également chargées de mettre en réseau l'ensemble des secteurs afin de mieux coordonner l'action. Elles sont attentives aux signaux, aux goulets d'étranglement, aux propositions et aux plans et se chargent de les transmettre, le cas échéant, aux niveaux de la province, de la région, de l'Etat fédéral ou de l'Union européenne en vue de la prise de décisions politiques et de l'élaboration d'une législation pertinente.

Un comité directeur a été créé qui dépend directement du conseil municipal et qui se charge de faire la synthèse des travaux des 11 forums de discussion. L'appui de l'administration et d'un groupe de travail permanent est d'une importance capitale pour assurer la pérennisation et la qualité de travail des différents groupes. La participation de toutes les parties prenantes est particulièrement remarquable en ce qui concerne le forum sur la santé : sont concernés les hôpitaux locaux, les généralistes, les services de soins primaires, les pharmaciens, les établissements psychiatriques, les associations d'entraide, les soins à domicile, les organismes de promotion de la santé, l'université, les soins psychiatriques à domicile et les centres de santé communautaires.

Ce réseau coopératif complexe est en train de donner des résultats. La coordination intersectorielle permet une politique sociale plus efficiente au plan local. Pour la période 2008-2013, quatre thèmes prioritaires ont été dégagés selon un processus de consultation partant de la base : logement durable, accès aux soins de santé, abaissement du seuil de ressources ouvrant droit à certaines prestations sociales, et optimisation de la croissance et du développement. Pour mettre en œuvre cette politique, un plan d'action annuel a été élaboré sous la forme d'un certain nombre de projets d'amélioration sur les points suivants : accès financier aux soins de santé, aide à la formation, soins aux sans-abri et services de garde d'enfants abordables et flexibles. Parmi les réalisations concrètes, on peut citer la création dans la ville de Gand d'une « maison sociale » avec un certain nombre de points d'entrée dans le réseau situés dans les différents quartiers de la cité et où les soins de santé primaires sont organisés en veillant particulièrement aux groupes les plus vulnérables. Selon les organismes participants, la création de ces forums sectoriels, associée à l'organisation de la coopération intersectorielle, a permis à la ville de s'attaquer beaucoup mieux aux déterminants sociaux de la santé.

# Micro-level

Every citizen registers with a family practice functioning in the framework of a primary care service

## Primary Care Network

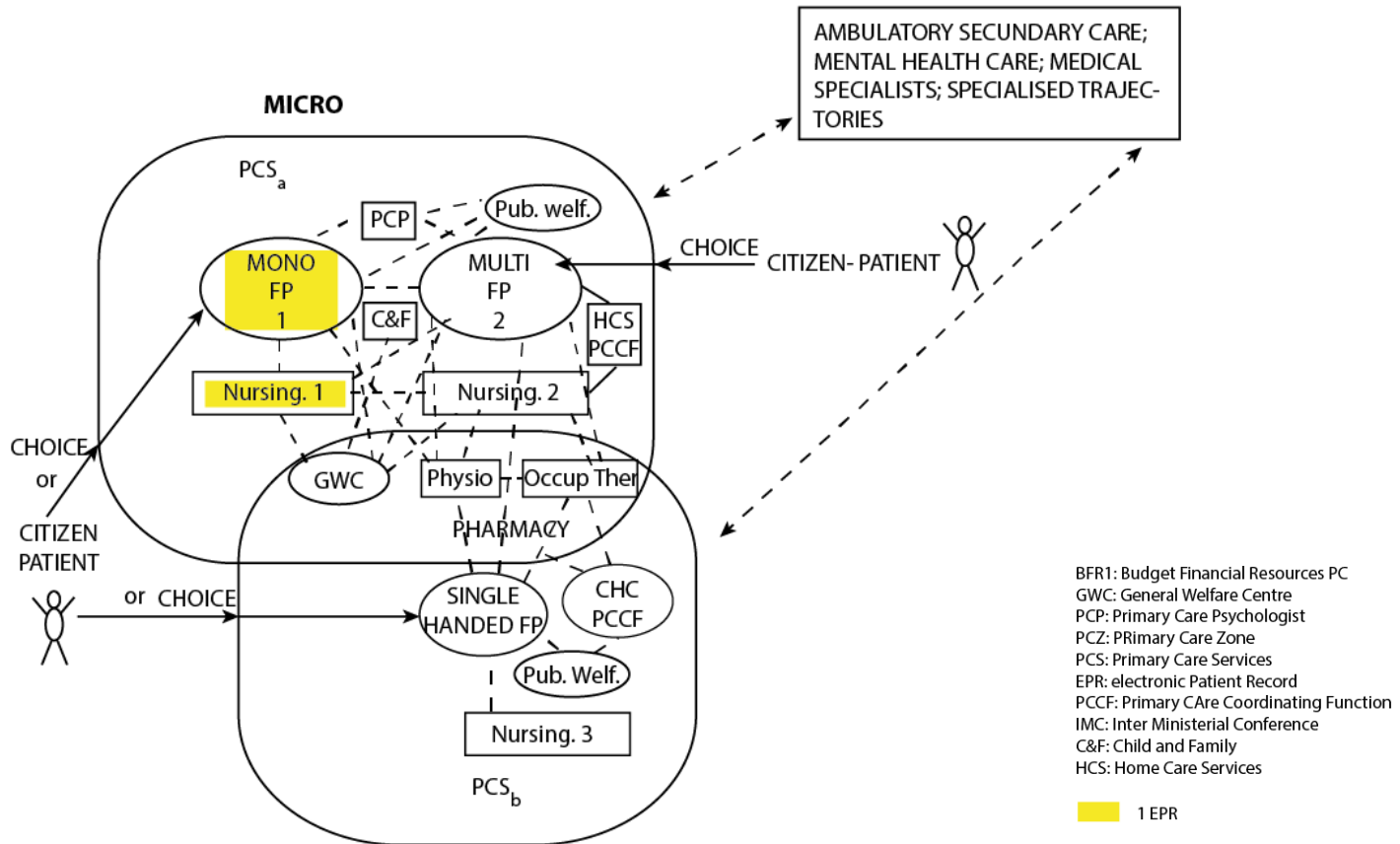
- Interprofessional (under one roof, in a network, or both)
- Composed of different primary care practices
- Direct access to primary care services

## Primary Care Practice

- Operational unit
- Low threshold generalist care (health and/or welfare)
- Interprofessional approach
- Access, continuity, high quality
- Person- and population-centered
- Both ambulatory and home replacing settings (Nursing homes, ...)



Figure 1: ORGANISATION PRIMARY CARE



# Financing at the micro-level

## Diversification of the payment system, e.g. for the family physician:

### Model A

- Fee-for-service without co-payment utilizing a universal (electronic) third party payment
- Evolution from 80% FFS/ 20% non FFS towards 60% non FFS + 30% FFS + 10% P4Q (Pay-for-Quality)

### Model B

- Integrated mixed need based capitation, with 10 % P4Q

# Policies improving cost efficiency (Belgium)

“The government should strongly encourage patients to consult their general practitioner first as a general rule (except for emergencies) by not reimbursing medical expenses for patients not referred by their GP (gatekeeper).”

OECD economic surveys 2005 – Belgium, pag 68

## DE BIJWERKINGEN VAN DE ABSOLUTE VRIJHEID VAN DE PATIËNT

Het is hoog tijd dat het verplicht wordt om bij een nieuwe aandoening eerst langs de huisarts te passeren, vinden **JAN DE MAESENEER**, **MARC COSYNS** en **SARA WILLEMS**. Het zou de kwaliteit van de zorg verhogen, en de wachtlijsten bij specialisten inkorten.

# Huisarts voor de armen, specialist voor de rijken?



'In meer dan 90 procent van de aanmeldingen kan de huisarts het probleem oplossen en is doorverwijzing niet nodig.' © Michel Hendryckx



JAN DE MAESENEER, MARC COSYNS EN SARA WILLEMS

**Wie?** Allen verbonden aan de UGent, vakgroep huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg. De Maeseneer en Cosyns zijn huisartsen in wijkgezondheidscentra, ze zijn ook hoogleraar en praktijkassistent. Willems is prof sociale ongelijkheid in de gezondheidszorg.

**Wat?** Als een consult van een specialist zonder voorafgaande doorverwijzing van een huisarts niet meer terugbetaald zou worden, zouden we een belangrijke stap zetten.

De vaststelling dat hogeropgeleiden meer naar de specialist gaan dan lageropgeleiden (*DS 11 februari*) is merkwaardig, vooral omdat mensen in armoede meer kans hebben op ernstige ziekten en complicaties. Deze nieuwe cijfers tonen aan dat de situatie niet veranderd is sinds 1997, toen onderzoek aan de UGent hetzelfde concludeerde.

Twee oorzaken liggen aan de basis van die cijfers: hogeropgeleiden gaan te vaak naar de specialist in plaats van naar de huisarts, en lageropgeleiden hebben onvoldoende toegang tot zorg bij de specialist.

### Hardleers België

In tegenstelling tot de meeste Europese landen kun je in België rechtstreeks terecht bij de specialist. Nochtans werd al in 1976 gewezen op de nood aan een 'getrapst systeem': een patiënt met een nieuw gezondheidsprobleem moet daarbij eerst langsgaan bij de huisarts en pas na diens doorverwijzing naar de specialist of spoedopname. In meer dan 90 procent van

de aanmeldingen kan de huisarts het probleem oplossen en is doorverwijzing niet nodig. Yvo Nuyns, hoogleraar emeritus en oud-programmadirecteur bij de WHO, bleef daarop hameren tot zijn overlijden een aantal weken geleden (*DS 28 januari*).

Wat zijn de gevolgen als heel wat mensen op eigen initiatief naar de specialist gaan?

### 1. Artsen verliezen expertise.

Specialisten, die zich jaren geschoold hebben om complexe of uitzonderlijke aandoeningen te diagnosticeren en te behandelen, moeten zich al te vaak bezighouden met routine- en eenvoudige problemen. Hierdoor zien zij onvoldoende complexe problemen waarmee ze hun expertise kunnen aanscherpen.

Huisartsen zien dan weer bepaalde patiënten bijna niet meer tijdens de consultaties, zoals kinderen of zwangere vrouwen, maar staan tijdens de wachtlijst wel in voor de zorg voor deze patiënten. Ook zij verliezen expertise.

**2. De kwaliteit van de zorg gaat achteruit.** De coördinatie van zorg via het Global (Elektronisch) Medisch Dossier, die de huisarts op zich neemt, dreigt verloren te gaan als patiënten zich rechtstreeks tot specialisten wenden.

**3. Te weinig tijd.** De wachttijden bij de specialist worden langer, ook en vooral voor de patiënt met complexe problemen, die de specialistische zorg echt nodig heeft.

### Toch enkele lessen

Waarom blijft in België de rechtstreekse toegang tot de specialist behouden? Wellicht omdat de Belg 'de vrijheid van de patiënt' als hoogste goed ziet, zelfs al heeft dit ernstige bijwerkingen. Maar ook sommige artsen mogen de hand in eigen boezem steken: als de vergoeding voor een kort consult met een hoogopgeleide patiënt die een eenvoudige aandoening heeft dezelfde is als die voor een consult met een patiënt met een complexe medische en sociale achtergrond, dan is de keuze voor bepaalde artsen snel gemaakt. België kreeg in 2005

het advies van de Oeso om patiënten die zich zonder verwijzing door de huisarts rechtstreeks aanmelden bij specialisten niet meer terug te betalen. Misschien wordt het tijd daar werk van te maken?

De meeste lageropgeleiden vinden de weg naar de huisarts wel. Eigen onderzoek toont aan dat zij aangeven dat de huisarts hun context beter begrijpt en daarmee rekening houdt als hij een diagnose stelt en beslissingen neemt over de behandeling. Toch valt 8 procent van die mensen ook uit de boot. Het zou goed zijn de eerstelijnsgezondheidszorg (huisarts) nog toegankelijker te maken door alle financiële drempels weg te werken. Voor iedereen. Dat werkt kostenbesparend en het is logisch dat je het meest kosten-effectieve niveau van zorg niet afremt. Ook verdient het aanbeveling dat de patiënt, op basis van een vrije keuze, zich inschrijft in een huisartspraktijk. Zo kan de zorg voor de patiënt beter geïndividueerd worden.

## We moeten alleen nog meer leren om verantwoord gebruik te maken van de zorgvoorzieningen

Ook in de tweede lijn moet de keuze van de arts gesteld zijn op de zorgmood die de patiënt heeft, niet op zijn inkomen of opleiding, of het type kamer waarin hij ligt.

Onze gezondheidszorg is gebaseerd op het streven naar sociale rechtvaardigheid. We dragen daar allen samen toe bij, maar moeten wellicht nog meer leren om op een verantwoorde en zinvolle wijze gebruik te maken van de zorgvoorzieningen. Zo realiseren we met de ingezette middelen meer gezondheid voor meer mensen. Dat is vooral belangrijk voor de maatschappelijk meest kwetsbaren.

# Referral

**Linear:** new  
health problems



**Spiral:**  
chronic problems





Report of the  
**EXPERT PANEL ON EFFECTIVE WAYS  
OF INVESTING IN HEALTH (EXPH)**

on

Definition of a Frame of Reference in relation to Primary  
Care with a special emphasis on Financing Systems  
and Referral Systems





# Opinion on Definition primary care – Definition

## *Core-definition*

**'The Expert Panel considers that primary care is the provision of universally accessible, integrated person-centered, comprehensive health and community services provided by a team of professionals accountable for addressing a large majority of personal health needs. These services are delivered in a sustained partnership with patients and informal caregivers, in the context of family and community, and play a central role in the overall coordination and continuity of people's care**

**The professionals active in primary care teams include, among others, dentists, dieticians, general practitioners/family physicians, midwives, nurses, occupational therapists, optometrists, pharmacists, physiotherapists, psychologists and social workers.'**

# La place des CDS dans les soins de santé primaires: le cas de la Belgique

---

1. Défis: transitions dans la démographie et l'épidémiologie et l'inégalité dans les (soins de) santé
2. Les CDS dans les soins de santé primaires
3. Situation en Belgique
4. Conclusion

# Les CDS contribuent au développement de systèmes de soins, qui répondent aux besoins de la population.

---

- Pertinence
- Équité
- Qualité
- Coût-effectivité
- Durabilité
- Orientation vers les personnes et la population
- Innovation

# The Future of Primary Care in Europe



## The Citizen Voice in Primary Care a social commitment to 'health for all'

Image: João Pedro Rocha

12th EFPC conference  
24/26 SEPTEMBER

**PORTO 2017**

[www.euprimarycare.org/porto/efpc-2017-porto-conference-24-26-september](http://www.euprimarycare.org/porto/efpc-2017-porto-conference-24-26-september)

<http://efpc2017.pe.hu>



### Conference fees

Students	€ 175
Early bird EFPC members	€ 225
Early bird Non members	€ 400
EFPC members	€ 325
Non members	€ 500
Pre-conference Sunday 24/9	+ € 100

*Early bird ends June 16*

# Merci...

jan.demaeseneer@ugent.be



WHO  
Collaborating  
Centre on PHC

