

The importance of measuring and improving the strength of primary care in Europe: results of an international comparative study

Avrupa'da birinci basamağın gücünü ölçmenin ve artırmanın önemi: Uluslararası karşılaştırmalı bir çalışmanın sonuçları

Dionne Sofia Kringos¹

Summary

Strong primary care (PC) is supposed to improve the capacity of a country to achieve a responsive, high quality and cost-effective health care system. The available evidence-base supporting pro-primary care policies originates from studies with a limited geographical scope, narrow use of dimensions to measure PC strength, and use relatively old data. The recently published PhD Thesis by Dionne Sofia Kringos (Health Systems Researcher from The Netherlands) aimed to get insight into the elements that form (the strength of) primary care in Europe and their impact on health care system outcomes. This article summarizes the results of this work, which has been published in more detail in different scientific publications. The strength of PC was measured by 3 dimensions of PC structure: PC governance, PC workforce development, and economic conditions of PC. The strength of PC services delivery process was measured by 4 dimensions of: accessibility, continuity, coordination, and comprehensiveness of PC. The PC dimensions were operationalized by a total of 77 indicators for which data was collected in 31 European countries. The results show variation in PC strength across Europe, indicating a discrepancy in the responsibility given to PC in (inter)national policy initiatives and the needed investments in PC to solve e.g. future shortages of workforce. Countries are consistent in their PC focus on all important structure dimensions. Countries need to improve their PC information infrastructure to facilitate PC performance management. This study was able to show that strong PC has a positive impact on population health, reducing disparity in health, and avoiding unnecessary hospitalizations.

Key words: Primary health care, benchmarking, Europe.

Özet

Güçlü bir birinci basamak (BB), bir ülkenin tüm gereksinimlere yanıt veren, yüksek nitelikli ve maliyet etkili bir sağlık sistemine ulaşma kapasitesine katkıda bulunacaktır. Şu anda var olan ve BB sağlık hizmetlerini önceleyen politikalar temel oluşturan kanıtlar, dar coğrafyalarda yapılmış, sınırlı ölçütlerin kullanıldığı ve görece eski verilere dayanan çalışmalardan gelmektedir. Hollanda'da Sağlık Sistemleri Araştırmacısı olan Dionne Sofia Kringos'un yakın zamanda yayınlanmış doktora tezi, Avrupa'da BB'yi (ve onun gücünü) oluşturan bileşenleri ve bunların sağlık sistemi çıktıları üzerindeki etkisini incelemeyi amaçlamaktadır. Bu makalede farklı yerlerde yayınlanmış söz konusu çalışmanın sonuçları özetlenmektedir. Birinci basamağın yapısal gücü, bu yapının üç boyutu ile ölçülmüştür: Yönetim, BB işgücünün gelişmişliği ve ekonomik koşullar. Birinci basamak sağlık hizmetleri sunumu sürecinin gücü ise dört boyutta değerlendirilmiştir: Erişilebilirlik, süreklilik, eşgüdüm ve kapsamlılık. Bu boyutlar, 31 Avrupa ülkesinden toplanan verilerde toplamda 77 gösterge kullanılarak değerlendirilmiştir. Sonuçlar Avrupa ülkelerinin birinci basamağın gücü açısından farklılıklar gösterdiğini ortaya koymakta ve ulusal veya uluslararası politika yapıcılarının birinci basamağa yükledikleri sorumluluk ve örneğin gelecekteki işgücü açığının çözümü için birinci basamakta gereksinim duyulan yatırım bakımından ayrışmalara işaret etmektedir. Ülkeler, tüm önemli yapısal boyutlar açısından tutarlı bir şekilde BB odaklıdır ve daha iyi bir performans yönetimi sağlayabilmek için BB bilgi altyapılarını geliştirmelidirler. Bu çalışma, güçlü bir birinci basamağın toplum sağlığı üzerindeki olumlu etkisini, eşitsizliklerin azaltılmasında ve gereksiz hastane yatışlarının önlenmesindeki katkısını göstermektedir.

Anahtar sözcükler: Temel sağlık hizmetleri, kıyaslama, Avrupa.

Strengthening the primary care level of health care systems has increasingly been considered to be of great importance to dealing with specific health care system challenges (e.g. rising costs, multimorbidity) and improving the overall performance of a health care

system, despite the absence of a sound scientific evidence-base for this. The recently published PhD thesis by Dionne Sofia Kringos (Health Systems Researcher from the Netherlands) aimed to get insight into the elements that form (the strength of) primary care in Europe

¹Department of Social Medicine, Academic Medical Centre - University of Amsterdam, Postdoctoral Health System Researcher, Amsterdam, The Netherlands

and their impact on health care system outcomes.^[1] This article summarizes the results for two research questions (which have been described in more detail in various scientific publications^[2-6]) that were central to this thesis:

1. How can (the strength of) primary care be measured and compared in Europe?
2. Do countries with a relatively strong primary care have better health care system outcomes compared to countries with relatively weak primary care?

Measuring the Strength of Primary Care in Europe

Primary care can be defined and approached as a multidimensional concept. The strength of primary care is determined by ten core dimensions at the structure, process (services delivery), and outcome level of primary care. The strength of primary care is determined by the degree in which each of these dimensions are developed in a health care system.^[2]

The structure of primary care consists of three dimensions:

1. **Primary care governance:** Governance is an overriding function in that it oversees all aspects of primary care. It encompasses the tasks of defining the vision and direction of health (care) policy, exerting influence through regulation and advocacy (e.g. protecting patient rights) and collecting and using information (e.g. for performance assessment or quality management).
2. **Economic conditions of primary care:** The economic conditions of primary care are to a great extent shaped by the method of financing health care for (the majority of) the population (e.g. taxes, health insurance or private means), total expenditures on health care and primary care, the employment status of primary care providers (salaried employed providers, or self-employed providers with/without contract(s) with health services or insurance, and income of the primary care workforce).
3. **Primary care workforce development:** The primary care workforce development is shaped by the profile of primary care professionals that make up the primary care workforce in a country (e.g. type of professionals and their training requirements), and the position they occupy in the health care system (e.g. recognition and responsibilities).

The primary care process is determined by four dimensions:

4. **Access to primary care:** Accessibility of primary care can be defined as the ease with which primary care services are reached. Primary care ideally provides accessible care to all patients with any kind of health

problems regardless of age, sex, or any other personal characteristic. When primary care is organized in a way that facilitates access whenever a patient is in need for health care, treatment can then be provided before health problems become more severe. Access to primary care is, among other things, also influenced by financial thresholds for consultations and the geography of primary care provision.

5. **Continuity of primary care:** Continuity of care can best be defined as a hierarchy of 3 dimensions: informational, longitudinal and interpersonal continuity of care. Informational continuity refers to the availability of comprehensive information about the patient's previous health encounters to any provider who cares for the patient, regardless of the location of the provider. Longitudinal continuity implies a longitudinal relationship between a patient and a primary care provider that transcends multiple illness episodes. It can be identified by an ongoing pattern of health care interaction that occurs between the same patient and the same (team of) primary care provider(s). The interpersonal nature of the continuity relationship refers to the quality of the longitudinal relationship that, ideally, evolves in a strong bond between patients and their primary care provider characterized by a sense of responsibility for the delivery of coordinated and comprehensive care, and a feeling of trust and loyalty.
6. **Coordination of primary care:** Coordination of care is often referred to as the ability of primary care providers to guide the use of care with other parts of health care, so that providers can work together to meet patients' needs. Since primary care is offered by various disciplines including medical and paramedical workers, therapists and social workers, it is important that there is also a sense of coordination of patient care within the level of primary care itself. Therefore, to achieve a strong coordinating role for primary care it is necessary to put mechanisms into place that ensure coordination of patient care between primary care providers, as well as ensure coordination of patient care between primary care and other levels of health care. Effective communication both with patients and, at the primary and secondary care interface is an essential requirement for coordinated care. It requires recognition of the interdependency of the roles of health professionals within a health care system. Only when health care professionals provide complementary patient care, a smooth process of patient care through the system will be achieved. Without coordination of care, patient care will be fragmented and disintegrated, which will particularly be problematic for patients with chronic or multiple health problems.
7. **Comprehensiveness of primary care:** Primary care is intended to provide the most comprehensive scope

of health services within a health care system to address the wide variety and often very basic needs existing in the community. There are four key areas that determine the comprehensiveness of primary care services provided by the predominant providers of primary care. Firstly, the provision of first contact care for acute health problems, such as health problems of children, health problems of women, and psycho-social problems. Secondly, the application of medical procedures such as minor surgical and investigative procedures. The third area is concerned with disease management of patients presenting acute and chronic conditions. The fourth area covers providers' activities in preventive medicine and health education.

The outcome of primary care includes at least three dimensions: (1) quality of primary care, (2) efficiency of primary care, and (3) equity in health.

To measure and compare the identified dimensions of primary care across countries, indicators are needed that are relevant (covering an essential aspect of a dimension), precise (precise formulation assuring easy-to-fill data), flexible (likely to fit in various European health care systems) and with discriminating power (yielding a range and variety of possible answers). Based on a systematic literature review and expert consultations we developed indicators to measure the identified primary care dimensions.^[3] Each of the dimensions are complex concepts on their own, which can only be measured by a group of indicators each representing an essential aspect of the respective dimension. Although we were able to identify indicators for nine out of ten dimensions, it became clear that with the current state of knowledge, it is not possible yet to develop health equity indicators that are valid, feasible and measurable, and subject to primary care. As a result we developed the Primary Care Monitoring Instrument measuring the strength of 9 primary care dimensions with in total 99 (qualitative and quantitative) indicators.^[3]

Data Collection Approach

On the basis of the primary care indicator set, data were collected by a team of primary care experts (including the partners of the Primary Health Care Activity Monitor for Europe project) in 2009/10 in 31 countries (including 27 EU member states, Turkey, Switzerland, Norway, and Iceland) using a uniform data collection strategy. For some indicators data were available in international databases or scientific publications. These sources were complemented by national sources (e.g. literature databases or websites of national statistical offices and important health care stakeholders) as far as accessible in languages known to the project team. Furthermore, national experts were consulted to get access to grey literature or articles in a language

unknown to the project team, to help find missing information or to deliver consensus-based information, and to validate the country results.

By applying all indicators in 31 countries it became clear that the theoretical notion of 'primary care strength' cannot be captured by one (summary) measure or score.^[4] The results indicated that countries act differently in their primary care orientation at structure level, compared to their primary care orientation at process level. Countries tend to have a consistent (high, medium or low) primary care orientation (or focus) on all 3 structure dimensions (governance, economic conditions and workforce development). Therefore, it is possible to summarize the strength of primary care at structure level by one score for each country (see Table 1). But when looking at how countries organise their primary care services delivery process, a much more heterogeneous (and less obvious) picture is identified (see Table 1). There is no correlation between the access, continuity, coordination, and comprehensiveness of primary care of countries. We did find that countries with a high accessibility and coordination of primary care, generally also have a strong primary care structure; and countries with a high coordination of primary care generally also have a strong primary care governance and workforce development in place.

The lack of correlation among process dimensions implies that the strength of primary care at process level can only be measured, by analysing each of the 4 process dimensions separately.

Figures 1a and b summarise the results by indicating with the help of colour which countries have relatively strong primary care dimensions (green), relatively medium strong dimensions (yellow), and relatively weak primary care dimensions (red).

Variation in Primary Care Strength

A distinction can be made between countries with strong, medium, and weak primary care (structure and process); see also Figures 1a and 1b.^[4] This distinction was based on variation in the data on each of the primary care dimensions, and the scientific evidence base for what is considered to be a strong, medium or weaker feature of primary care. For each of dimension, we were able to show variation between countries on their primary care orientation. For example, countries with a relatively strong primary care structure, considering all 3 dimensions (governance, economic conditions, and workforce development) are Denmark, Finland, Italy, the Netherlands, Portugal, Romania, Slovenia, Spain, and the United Kingdom. We also studied the relationship between the three structure dimensions of primary care and the 4 dimensions of primary care processes delivered;

and the relationship between the 4 process dimensions of primary care services delivery and quality of care, by performing a technical efficiency analysis including a selection of countries.^[5] When comparing the strength of countries' primary care with their relatively efficiency, we saw that some of the countries with relatively strong primary care are not among the most efficient systems, in relative terms; few countries with relatively strong primary care were also relatively efficient (Netherlands, Portugal, Finland, Lithuania, Estonia); the same is true for countries with relatively weak primary care (i.e. Luxembourg, Bulgaria, Hungary) which turned out to be relatively efficient throughout their primary care system. This may suggest that maximizing the individual functions of primary care without taking into account the coherence within the system is not sufficient from a policymakers' point of view when aiming to achieve both efficiency and strong primary care.

In almost all countries high quality primary care infor-

mation on comprehensive aspects of the system are lacking. There is an urgent need for policymakers and international health care organizations to invest more in improving the primary care information infrastructures, both at national and international level.

The Contribution of Strong Primary Care to Health Care System Outcomes

We found that strong primary care is conducive to reaching important health care system goals.^[6] The structure of primary care, access, coordination and comprehensiveness of primary care are all critical aspects of primary care that reduces unnecessary hospitalizations for conditions that can also be treated in primary care. We also found that population health is better in countries with relatively stronger primary care compared to countries with relatively weaker primary care: people suffering from primary care sensitive conditions (e.g.

Table 1. The strength of primary care dimensions by country in 2009/10 (ranging from 1 (weak primary care) to 3 (strong primary care))

	PC structure	Accessibility of PC	Continuity of PC	Coordination of PC	Comprehensiveness of PC
Austria	2.22	2.27	2.19	1.38	2.33
Belgium	2.21	2.13	2.38	1.70	2.53
Bulgaria	2.14	2.15	2.33	1.44	2.54
Cyprus	1.91	2.11	2.32	1.49	2.19
Czech Rep.	2.14	2.35	2.41	1.64	2.33
Denmark	2.38	2.46	2.43	1.96	2.40
Estonia	2.29	2.21	2.42	1.71	2.41
Finland	2.31	2.20	2.32	1.74	2.51
France	2.16	2.06	2.33	1.63	2.47
Germany	2.20	2.25	2.38	1.38	2.34
Greece	2.10	2.08	2.25	1.96	2.17
Hungary	2.08	2.34	2.33	1.46	2.29
Iceland	1.77	2.28	2.40	1.60	2.42
Ireland	2.20	1.96	2.38	1.57	2.36
Italy	2.33	2.27	2.31	1.73	2.13
Latvia	2.14	2.15	2.38	1.65	2.41
Lithuania	2.27	2.29	2.30	1.98	2.56
Luxembourg	1.90	2.03	2.31	1.63	2.42
Malta	2.12	2.17	2.17	1.82	2.38
Netherlands	2.50	2.38	2.26	2.20	2.32
Norway	2.27	2.25	2.36	1.56	2.55
Poland	2.12	2.35	2.33	1.92	2.29
Portugal	2.41	2.34	2.35	1.62	2.47
Romania	2.31	2.26	2.33	1.55	2.20
Slovak Rep.	2.02	2.27	2.39	1.39	1.98
Slovenia	2.36	2.47	2.30	1.84	2.32
Spain	2.43	2.44	2.43	1.84	2.51
Sweden	2.23	2.17	2.25	2.32	2.49
Switzerland	2.04	2.17	2.37	1.63	2.42
Turkey	2.27	2.05	2.15	1.61	2.36
United Kingdom	2.52	2.40	2.37	1.88	2.52

ischaemic heart disease, cerebrovascular disease, and asthma, bronchitis and emphysema) loose less years of their total life expectancy due to these conditions when they are treated in health care systems with a strong primary care structure, good coordination of primary care, and comprehensive services delivery. Only for people with diabetes, such an association was not evident, which we cannot explain. We also found that countries relatively strong primary care have lower socio-economic inequalities in self assessed health. This could not be

shown for asthma or diabetes. We cannot explain why this relationship was not found for asthma or diabetes. We hypothesised that patient-reported quality of primary care is lower in countries with relatively strong primary care compared to countries with relatively weak primary care. This was not confirmed, as primary care strength was not associated with patient ratings of the quality of primary care. Contrary to other studies, we found that countries with a stronger primary care structure have higher total health care expenditures.

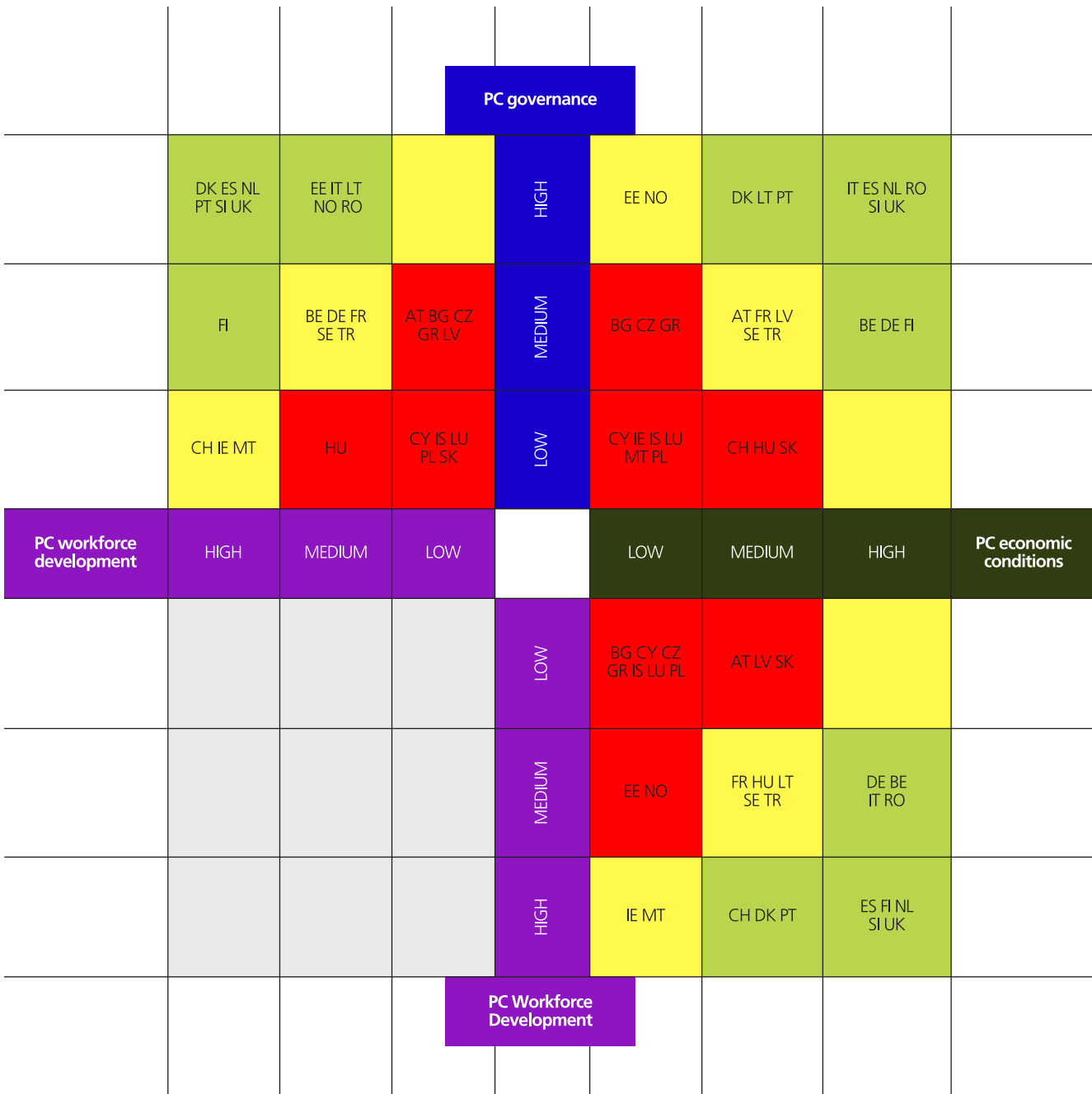


Figure 1a. Countries' strength of primary care structure by dimension.

However, countries with more comprehensive primary care have a slower growth in health care expenditures.

Strength and Limitations of this Study

This is the first European comparative study showing the contribution of PC to the performance of health care systems. Where other studies were only able to measure aspects of PC strength with a very limited number of indicators – often also outdated – this study used a comprehensive

set of indicators, measuring the complexity of PC in a recent time period (2009/10). However, the strength of PC was measured at one moment in time, and based on sources with varying levels of reliability across the 31 countries. Nevertheless, the best available data at the time of the study were used for all countries, combined with the best available data from international statistical databases and surveys. This study is limited to 31 countries, which is from a statistical point of view not ideal. Some analyses

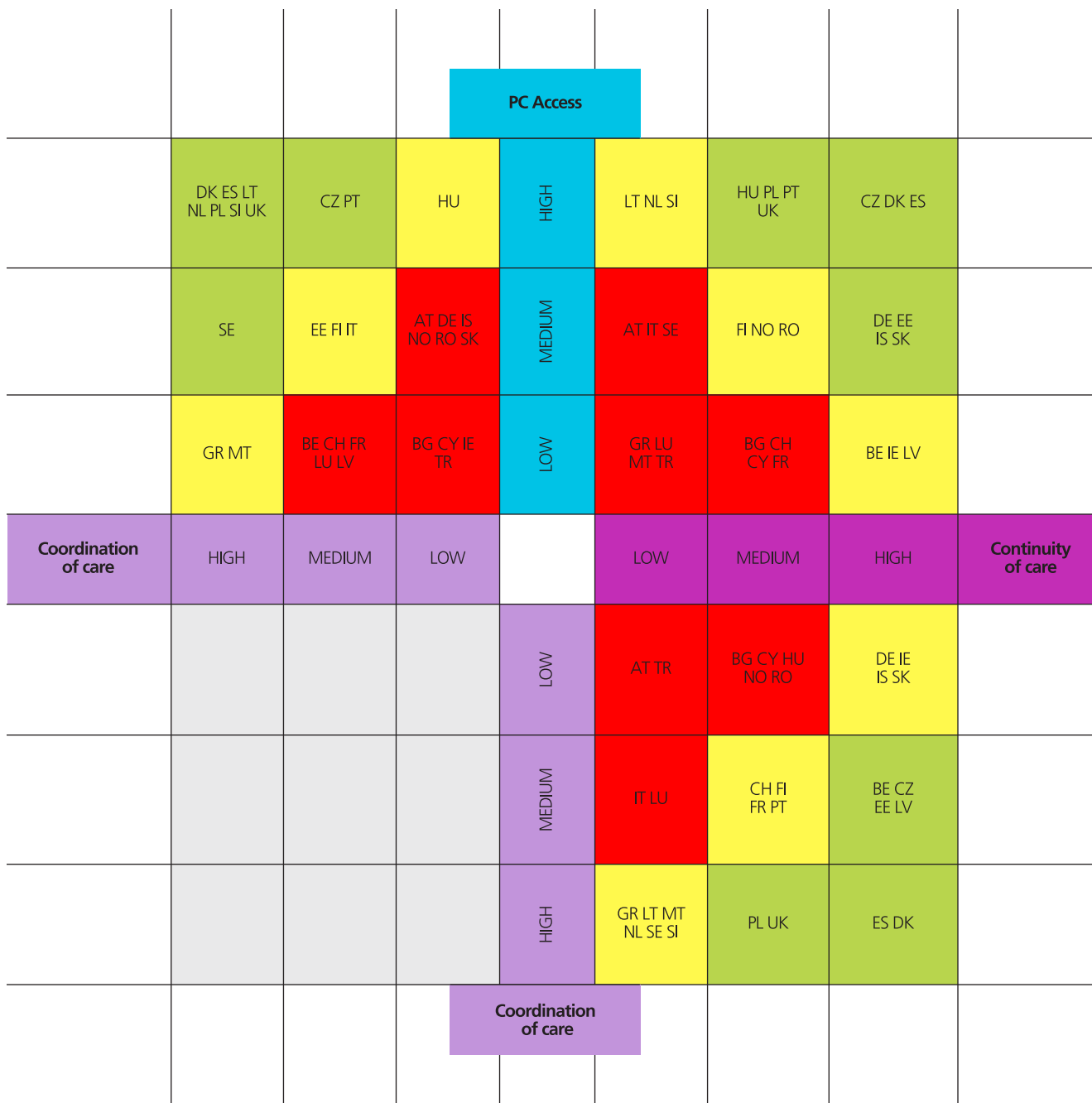


Figure 1b. Countries' strength of primary care services delivery process by dimension (excluding comprehensiveness of primary care).

could only be performed for less countries, due to limited data availability. As a result, we were not able to include the impact of potentially important context factors (e.g. culture, politics, health care system type) on the dependent variables. This would be recommended for future studies. This study should be used as a starting point for more in-depth studies on each of the complex outcome areas, preferably by also using micro level data.^[1]

Implication for Health Policy

Evaluating and Benchmarking Country Results

The thesis strengthens the evidence-base for policymakers to prioritise primary care strengthening on the health policy agenda, for funding agencies to invest in primary care research, for researchers to further improve our understanding of the functioning of primary care at meso and micro level, and for primary care professionals for the importance of their work for improving (socio-economic inequality) in health and reducing (expensive) avoidable hospitalizations.

If countries aim to improve the strength of primary care, there are a number of common issues that would need to be addressed across Europe. For example, it is worrisome that there is not always a clear governmental vision on the future direction of primary care, particularly because many countries have decentralised important primary care functions. Although decentralisation can increase the responsiveness of primary care at regional or local level, there is a risk of interregional inequities in access, financing, quality of care and ultimately health.

Countries could learn from the effectiveness of various remuneration (e.g. pay for performance) systems. There is also an urgent need for countries to take appropriate measures to tackle the threatening future workforce shortages. These could include a regular system of workforce capacity planning, raising the (financial) attractiveness of the primary care professions and increasing possibilities for task substitution. Perhaps the highest gains in access can be made by reducing the level of primary care co-payments to increase to affordability for patients. Countries should make a clear choice between demand regulation via well-accessible (gatekeeping) general practitioners or via co-payments. Cooperation and coordination between primary and secondary care might benefit from the creation of multidisciplinary professional education, teamwork, and multidisciplinary practices.

The country specific results (which will be published in a book in 2013/4) provide for each country a comprehensive description of the structure, organisation and outcomes of primary care in their country, also in comparison with others. This could be a suitable starting point for pol-

icymakers, primary care providers in each of the countries (and researchers) to further zoom in on certain (strong or weak) aspects to explore the causes and contemplate the need for improvement actions.

Monitoring Primary Care

Policy makers would be better capable of monitoring the impact of their policies on primary care, and evaluate the development of aspects of primary care if they would apply a primary care monitoring instrument on a regular basis (e.g. every 2-4 years). However, this does require a comprehensive and sound primary care information infrastructures The Primary Care Monitoring Instrument provides a sound tool for monitoring and benchmarking the strength in primary care, and to evaluate primary care in the context of their policy aims. However, in its current form the PC Monitor is very comprehensive. Depending on the monitoring goals, it would be thinkable to measure the development of only one or more primary care dimensions on set time-intervals (resulting in knowledge of trends in primary care), and perform a complete primary care evaluation exercise at less frequent, but regular time intervals. Europe-wide application of the PC Monitor has shown to result in up-to-date information on the structure and process (and to a much less degree on outcome) of primary care, variation in primary care systems across Europe and knowledge about primary care oriented policy strategies (e.g. related to accessibility or integration). By creating a basis for routine data collection, the PC Monitor could serve the need of various stakeholder groups for reliable and comparable information. Application of the Monitor will provide European and national decision makers with comprehensive comparisons of primary care policies and models of provision that may enable them to improve the effectiveness of primary care. A more generic measurement would form an excellent starting point for countries to benchmarking aspects of primary care, and select features that require a further in depth national analysis, for which the PC Monitor indicators can be used.

Strengthening Primary Care

The fact that this thesis has shown a positive association between strong primary care and health system performance with regard to avoidable hospitalizations, and (disparity in) health provides policymakers across Europe an important piece of the needed evidence to advocate further strengthening of primary care, while taking into account the limitations of the analysis. However, they will not be able to use the argument that primary care reduces health care expenditures. This may still be the case, but this thesis was not able to proof this (in fact, it showed higher total health care expenditures in countries with

strong primary care). It can be argued that when strong primary care reduces avoidable hospitalisation rates, this is a clear cost saving. In addition, it may also be plausible that the implied cost increasing effect of primary care may be more related to the national health policy agenda of countries (boosting health care expenditures), then to the performance of primary care. But this requires further investigation.

If policymakers aim to improve primary care in their country, there are a number of country specific aspects to be addressed, but also some common issues that need to be addressed across Europe (see “Evaluating and Benchmarking Country Results”). Our efficiency analysis has shown that policymakers can identify areas to improve the efficiency of primary care by using the results of our Data Envelopment Analysis, and comparing their country with suitable benchmarks. Overall, the results suggest, to improve primary care efficiency, it is particularly important to focus on strengthening access and coordination of care, and economic resources available for primary care. However, it is not necessarily the case, that when policymakers strengthen all aspects of primary care, this will also increase efficiency of the system. The integration of primary care dimensions within the health care system as a whole should be well considered when attempting to strengthen primary care, or increase efficiency.

Conclusion

Policy makers would be better capable of monitoring the impact of their policies on primary care, and evaluate the development of aspects of primary care if they would apply a primary care monitoring instrument on a regular basis. A standardized instrument for describing and comparing primary care systems has been developed based on scientific evidence and consensus among an international panel of experts, which has been tested to all configurations of primary care in Europe.

If countries aim to improve the strength of primary care, there are a number of common issues that would need to be addressed across Europe, as indicated in this study. In almost all countries high quality primary care information on comprehensive aspects of the system are lacking. There is an urgent need for policymakers and international health care organizations to invest more in improving the primary care information infrastructures, both at national and international level.

This study was able to confirm that strong PC has a positive impact on improving population health, reducing disparity in health, and avoiding unnecessary hospitalizations in Europe. However, health expenditures are currently higher in countries with relatively stronger PC. Overall, it can be concluded that in the beginning of the

twenty-first century strong PC in Europe seems to be conducive to reaching important health care system goals.

Acknowledgements

The author would like to thank W. Boerma, P. Groenewegen, J. van der Zee (Netherlands), and all PHAMEU project partners for their important contributions made, particularly in collecting the primary care data in all countries: Y. Bourgueil, T. Cartier (France); T. Dedeu (Spain); T. Hasvold (Norway); A. Hutchinson (United Kingdom); M. Lember (Estonia); M. Oleszczyk (Poland); D. Rotar Pavlič, I. Švab (Slovenia); P. Tedeschi (Italy); S. Wilm (Germany); A. Wilson (United Kingdom); A. Windak (Poland).

The authors are grateful to the PHAMEU project contributions made by D. Aarendonk (European Forum for Primary Care), H. Abholz (Germany), B. Bolibar (Spain), B. Christensen (Norway), and E. Frigola (Spain).

Special thanks go out to all PHAMEU national coordinators contributing to the primary care data collection: M. Sprenger (Austria); L. Ryssaert (Belgium); P. Salchev (Bulgaria); G. Samoutis (Cyprus); B. Seifert (Czech Republic); Johan Sahl Andersen (Denmark); K. Winell (Finland); M. Redaelli, D. Simic (Germany); C. Lionis, A. Saridaki (Greece); P. Vajer, I. Rurik (Hungary); S. Veide, K. Pölluste (Latvia); V. Kasiulevičius (Lithuania); M. Aubart, J. Leners, R. Stein (Luxembourg); J. K. Soler, M. R. Sammut (Malta); Thomas Hasvold, Knut Gaute Vardenær (Norway); C. Fonseca, L. Pisco, A. Gouveia (Portugal); R. Miftode, A. Balan, Z. Farkas Pall (Romania); E. Jurgova (Slovakia); R. Brinovec Pribaković (Slovenia); J. Gené, C. Pareja, C. Violan (Spain); Göran Carlsson, Ingvar Ovhed (Sweden); N. Senn, J. Cornuz (Switzerland); M. Akman (Turkey).

References

1. Kringos DS. The strength of primary care in Europe. Utrecht: Utrecht University/NIVEL; 2012. ISBN: 978-94-6122-154-4.
2. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* 2010;10:65-78.
3. Kringos DS, Boerma WGW, Bourgueil Y, et al. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract* 2010;11:81-98.
4. Kringos DS, Boerma WGW, Bourgueil Y, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract [In Press]*. Accepted for publication.
5. Pelone F, Kringos DS, Spreeuwenberg P, De Belvis AG, Groenewegen PP. How to achieve an optimal organization of primary care services delivery at system level: lessons from Europe. *Int J Qual Health Care* 2013; 25:381-93.
6. Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff (Millwood)* 2013;32:686-94.

Avrupa'da birinci basamağın gücünü ölçmenin ve artırmanın önemi: Uluslararası karşılaştırmalı bir çalışmanın sonuçları

The importance of measuring and improving the strength of primary care in Europe: results of an international comparative study

Dionne Sofia Kringos¹

Sağlık sistemlerinin karşı karşıya olduğu (artan maliyetler ve multimorbidite gibi) önemli zorluklarla mücadelede, bu sistemlerin birinci basamak sağlık hizmetleri düzeyinde güçlendirilmelerinin ne kadar önemli olduğu giderek daha fazla vurgulanmaktadır. Hollanda'da Sağlık Sistemleri Araştırmacısı olan Dionne Sofia Kringos'un yakın zamanda yayınlanmış doktora tezi Avrupa'da birinci basamağı (ve onun gücünü) oluşturan bileşenleri ve bunların sağlık sistemi çıktıları üzerindeki etkisini incelemeyi amaçlamaktadır.^[1] Bu makalede söz konusu tezin iki ana araştırma sorusu çerçevesindeki sonuçları (Bu araştırma soruları çeşitli yayınlarda detaylı ele alınmıştır^[2-6]):

1. Avrupa'da birinci basamak (ve onun gücü) nasıl ölçülebilir ve karşılaştırılabilir?
2. Görece güçlü bir birinci basamağa sahip ülkelerin sağlık sistemi çıktıları, bu alanda görece zayıf olan ülkelere kıyasla daha mı iyidir?

Avrupa'da Birinci Basamağın Gücünün Ölçülmesi

Birinci basamak çok boyutlu bir kavram olarak tanımlanabilir. Birinci basamağın gücü yapı, işleyiş (hizmet sunumu) ve çıktı düzeylerinde on ana boyutta değerlendirilebilir. Birinci basamağın gücü, bu boyutlardan her birinin sağlık sistemi içinde ne ölçüde gelişmiş olduğu ile ilişkilidir.^[2]

Birinci basamak yapısal olarak üç boyuttan oluşmaktadır:

1. **Birinci basamak yönetimi:** Yönetim, birinci basamağın tüm yönlerini gözetken son derece önemli bir işlevdir. Bu boyut, sağlık (hizmeti) politikasının vizyonunun ve yönünün tanımlanması işlevlerini kapsar ve düzenlemeler ve savunuculuk (örn. hasta haklarının korunması) yoluyla ve bilgi (örn. performans değerlendirilmesi veya kalite yönetimi için) toplayarak ve toplanan bilgiyi kullanarak gerçekleştirilebilir.
2. **Birinci basamağın ekonomik koşulları:** Birinci basamağın ekonomik koşulları büyük oranda sağlık hizmet-

lerinin finansmanı (örn. vergiler, sağlık sigortası ve özel sektör), sağlık hizmetleri ve birinci basamak için yapılan toplam harcama, birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının istihdam yöntemi (örn. maaşlı çalışan ve devlet memuru olan veya sağlık hizmeti sunan kurumlar veya sigortalarla sözleşmeli olan veya olmayan özel çalışan hizmet sunucuları) ve birinci basamak çalışanlarının gelirleri ile ilişkilidir.

3. **Birinci basamak işgücü gelişmişliği:** Birinci basamak işgücü, bir ülkede birinci basamağı oluşturan tüm çalışanlar (örn. meslek grupları ve onların eğitim gereksinimleri) ve bunların sağlık sistemi içindeki yerleri (örn. sahip oldukları saygınlık ve sorumluluklar) ile şekillenir. Birinci basamak sağlık hizmeti sunumu dört boyutta değerlendirilebilir:

4. **Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği:** Birinci basamağın ulaşılabilirliği bu alandaki sağlık hizmetlerine erişimin ne derece kolay olduğu şeklinde tanımlanabilir. Birinci basamak ideal olarak yaş, cinsiyet veya başka bir kişisel özellikten bağımsız olarak herhangi bir sağlık sorunu yaşayan her birey için ulaşılabilir olmalıdır. Birinci basamak herhangi bir bireyin sağlık hizmetine gereksinim duyduğunda ulaşabileceği şekilde örgütlendiğinde, sağlık sorunları daha ciddi hale gelmeden tedavi edilebilirler. Birinci basamağa ulaşımında, diğer faktörlerin yanı sıra, konsültasyonlar için saptanan mali eşikler ve birinci basamağın coğrafi nitelikleri de belirleyicidir.
5. **Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekliliği:** Bakımın sürekliliği en iyi şekilde, üç boyuttaki hiyerarşi ile tanımlanabilir: Bilgisel, boylamsal ve kişiler arası süreklilik. Bilgisel süreklilik, hasta ile ilgilenen hekimin, bireyin daha önce başvurduğu sağlık kurumlarından bağımsız olarak, geçmiş sağlık öyküsü hakkında kapsamlı bilgiye ulaşabilmesi olarak tanımlanabilir. Boylamsal süreklilik ise bireyin pek çok bakım epizodu nedeniyle karşılaştığı birinci basamak hekimi ile kurduğu sürekli ilişkiyi temsil eder. Birey ile aynı birinci

¹ Amsterdam Üniversitesi Akademik Tıp Merkezi Sosyal Tıp Bölümü, Doktora Sonrası Sağlık Hizmetleri Araştırmacısı, Amsterdam, Hollanda
*Çeviren: Tolga Günvar, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., İzmir, Türkiye

basamak ekibi arasında süregelen etkileşimin varlığı ile tanımlanabilir. Sürekliliğin kişiler arası boyutu ise boy-lamsal ilişkinin niteliğini ifade etmektedir. Bu nitelik ideal olarak, hasta ile birinci basamak hekimi arasında kurulan güven ve sadakat temeline oturmuş ve kapsamlı, eşgüdümlü bir hizmet verme sorumluluğunun hissedildiği bir hasta - hekim ilişkisidir.

6. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin eşgüdümü:

Eşgüdüm, temel olarak, birinci basamak hekiminin sağlık hizmetlerinin diğer bileşenlerinin kullanımı konusunda rehberlik yaparak hastanın gereksinimlerinin karşılanmasında tüm hizmet sunucularının birlikte çalışmasını sağlama becerisidir. Birinci basamak sağlık hizmeti, içinde medikal veya paramedikal çalışanlar, terapistler ve sosyal hizmet uzmanlarının da bulunduğu pek çok disiplin tarafından verilebildiği için bu düzeyde de bakımın eşgüdümünün sağlanması önemlidir. Bu nedenle birinci basamağın güçlü bir eşgüdüm rolü oynayabilmesi için gerek birinci basamak hizmet sağlayıcıları arasında gerekse birinci basamak ile sağlık sisteminin diğer düzeyleri arasında eşgüdümü güvence altına alacak mekanizmaların geliştirilmesi ve uygulamaya konulması gerekmektedir. Hem hastalarla hem de sağlık sisteminin birinci ve ikinci basamak kesişme düzeyinde etkin bir iletişim, eşgüdümlü bir hizmet için vazgeçilmezdir. Bunu sağlayabilmek için sağlık sisteminin farklı basamaklarında çalışan sağlık çalışanlarının rollerinin birbirini tamamlayan özelliği tanınmalıdır. Bir bireye sağlık sistemi içinde sorunsuz ve pürüzsüz bir hizmet sunulması ancak sağlık sisteminin farklı basamaklarında görev yapan sağlık çalışanlarının birbirini tamamlayan işlevleri yerine getirmeleri ile mümkün olabilir. Eşgüdüm olmaksızın sunulan sağlık hizmeti bir bütünlükten yoksun ve parçalı bir niteliğe sahip olacaktır. Bu da en çok kronik veya birden fazla sağlık sorunu olan bireyleri etkileyecektir.

7. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamlılığı:

Birinci basamak, sağlık sistemi içinde en geniş ve kapsamlı hizmetin sunulduğu alandır. Geniş bir yelpazede, toplumun en temel gereksinimlerinin karşılanmasını amaçlar. Birinci basamak hizmet sunucuları tarafından sağlanan BB hizmetlerinin kapsamlılığını belirleyen, dört temel alan bulunmaktadır: İlk olarak tüm akut sağlık sorunları (örn. çocukların, kadınların sağlık sorunları veya psiko-sosyal sorunlar) için ilk temas noktası olarak hizmet verilmesi; ikinci olarak, küçük cerrahi veya tetkik amaçlı girişimler gibi işlemlerin ne ölçüde yapılabildiği; üçüncüsü akut veya kronik sorunları olan bireylerde hastalık yönetimi ve dördüncüsü de koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlık eğitiminin ne ölçüde verilebildiği.

Birinci basamak sağlık hizmetinin çıktıları ise en azından 3 boyutta incelenmelidir: (1) Birinci basamağın kalitesi, (2) Birinci basamağın etkinliği ve (3) Sağlıkta eşitlik.

Birinci basamağın saptanan bu boyutlar temelinde ölçülebilmesi ve ülkeler arasında karşılaştırma yapılabilmesi için kullanılacak göstergeler belli özelliklere sahip olmalıdır. Bu özellikler uygunluk (söz konusu boyutun özünü içermek), hassaslık (verinin kolayca doldurulmasını sağlayacak hassaslıkta formüle edilmiş olmak), esneklik (ülkeler arasında çeşitlilik gösteren sağlık sistemleri ile uyumlu olabilmek), ayırt edicilik (geniş bir yelpazede olası tüm yanıtları içermek) olarak sıralanabilir. Bir sistemik literatür derlemesine ve uzman görüşlerine dayanarak saptadığımız birinci basamak boyutlarını ölçecek göstergeler geliştirdik.^[3] Her boyut, ancak her biri boyutun ana yönlerini temsil eden bir grup gösterge ile ölçülebilecek, kendi başına karmaşık bir kavramdır. Her ne kadar saptadığımız bu on boyuttan dokuz için göstergeler tanımlayabilmiş olsak da, bugün sahip olduğumuz bilgilerle sağlıkta eşitlik boyutu için gereken geçerlilik, uygunluk ve ölçülebilirliğe sahip birinci basamağa özgü göstergeleri geliştiremeyeceğimiz ortaya çıkmıştır. Sonuç olarak niteliksel ve niceliksel 99 gösterge aracılığı ile birinci basamağın 9 boyutta gücünü ölçülebilecek bir "Birinci Basamak İzleme Aracı" geliştirmiş olduk.^[3]

Veri Toplama Yöntemi

Veriler, 2009 yılının 10. ayı boyunca, Avrupa Birliği'ne (AB) üye 27 ülkeye ek olarak Türkiye, İsviçre, Norveç ve İzlanda'dan oluşan 31 Avrupa ülkesinde, Avrupa için Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri İzlemi Projesi paydaşlarının da dahil olduğu birinci basamak uzmanları tarafından, türdeş bir veri toplama stratejisi kullanılarak toplanmıştır. Bazı göstergeler için gerekli veriler uluslararası veri tabanlarından veya yayınlardan elde edilmiştir. Bu kaynaklardaki veriler, proje paydaşlarının bildikleri dillerde sunulan ulusal kaynaklar (örn. ulusal istatistik kurumlarının ve önemli sağlık sistemi paydaşlarının web siteleri veya literatür veri tabanları) ile tamamlanmıştır. Buna ek olarak proje ekibinin bilmediği dillerde yazılmış, bir anlamda gri bölgede kalan literatür veya makalelere ve bu şekilde kayıp bilgilere ulaşmak, uzlaşma temelli bilgi edinmek ve ülke sonuçlarını doğrulamak için ulusal uzmanlara danışılmıştır.

Bütün göstergelerin söz konusu 31 ülkeye uygulanması, "birinci basamağın gücü" denilen kuramsal kavramın tek (özet) bir ölçüm veya skor ile yansıtılamayacağını ortaya koymuştur.^[4] Sonuçlar ülkelerin yapısal düzeydeki birinci basamak yönelimlerinde, işlevi düzeyindeki kıyasla daha farklı davrandıklarını ortaya koymuştur. Ülkeler üç yapısal boyutta da (yönetim, ekonomik koşullar ve işgücü gelişmişliği) tutarlı (güçlü, orta, zayıf) bir birinci basamak yönelimine sahiptirler. Bu nedenle birinci basamağın yapısal düzeydeki gücünü her bir ülke için tek bir skor ile ifade etmek mümkün olabilmıştır (bkz. Tablo 1). Ancak ülkelerin birinci basamak hizmet sunumunu nasıl organize ettiklerine bakıldığında tablonun daha heterojen (daha bula-nık) olduğu görülmektedir (bkz. Tablo 1). Ülkelerde birinci basamağın ulaşılabilirliği, sürekliliği, eşgüdümü ve kap-

samlılığı arasında bir korelasyon yoktur. Bizim bulgularımıza göre birinci basamağın ulaşılabilirliği ve eşgüdümü yüksek olan ülkeler genel olarak yapısal açıdan da daha güçlüdürler. Yine birinci basamağın eşgüdümü açısından güçlü olan ülkeler aynı zamanda birinci basamak yönetimi ve işgücü gelişmişliği açısından da güçlüdürler.

Hizmet sunumu ile ilişkili boyutlar arasında bir korelasyonun olmaması birinci basamağın işleyiş açısından gücünün ancak bu dört boyutun ayrı ayrı değerlendirilmesi ile incelenebileceğini ortaya koymaktadır.

Şekil 1a ve 1b ülkelerin birinci basamak boyutları açısından durumlarını renkler yardımı ile güçlü (yeşil) orta (sarı) zayıf (kırmızı) olarak özetlemektedir.

Birinci Basamağın Gücü Açısından Farklılıklar

Ülkelerin birinci basamakları, hem yapısal hem de işleyiş açısından güçlü, orta ve zayıf olarak gruplanabilir (bkz. Şekil 1a ve 1b).^[4] Bu ayırım her bir boyut ile ilişkili

ülke verilerindeki farklılıkların neyin güçlü, neyin orta ve neyin zayıf olarak değerlendirilmesi gerektiğini söyleyen bilimsel kanıtlar eşliğinde yorumlanması ile yapılır. Her bir boyut açısından ülkeler arasında belirgin farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin her üç boyutu (yönetim, ekonomik koşullar ve işgücü gelişmişliği) da göz önüne alarak Danimarka, Finlandiya, İtalya, Hollanda, Portekiz, Romanya, Slovenya, İspanya ve İngiltere'nin yapısal olarak görece güçlü bir birinci basamağa sahip olduklarını söyleyebiliriz. Çalışmada aynı zamanda üç yapısal boyut ve dört hizmet sunumu boyutu arasındaki ilişki ve bir grup ülke için teknik etkinlik analizi yapılarak dört hizmet sunumu boyutu ile bakımın kalitesi arasındaki ilişki incelenmiştir.^[5] Ülkelerin birinci basamaklarının gücü, sistemlerin görece etkili olma durumları ile karşılaştırıldığında, görece güçlü bir birinci basamağa sahip bazı ülkelerin en etkin sistemler arasında yer almadıklarını görmekteyiz. Başka bir deyişle görece güçlü bir birinci basamağa sahip ülkelerin pek azı (Hollanda, Portekiz, Finlandiya, Litvanya, Estonya) görece etkin bir sisteme sahip

Tablo 1. Birinci basamak boyutlarının ülkelere göre gücü, 2009/2010 – 1'den (zayıf birinci basamak) 3'e (güçlü birinci basamak) değişen

	BB yapısı	Erişilebilirlik	Süreklilik	Eşgüdüm	Kapsamlılık
Avusturya	2.22	2.27	2.19	1.38	2.33
Belçika	2.21	2.13	2.38	1.70	2.53
Bulgaristan	2.14	2.15	2.33	1.44	2.54
Kıbrıs	1.91	2.11	2.32	1.49	2.19
Çek Cumhuriyeti	2.14	2.35	2.41	1.64	2.33
Danimarka	2.38	2.46	2.43	1.96	2.40
Estonya	2.29	2.21	2.42	1.71	2.41
Finlandiya	2.31	2.20	2.32	1.74	2.51
Fransa	2.16	2.06	2.33	1.63	2.47
Almanya	2.20	2.25	2.38	1.38	2.34
Yunanistan	2.10	2.08	2.25	1.96	2.17
Macaristan	2.08	2.34	2.33	1.46	2.29
İzlanda	1.77	2.28	2.40	1.60	2.42
İrlanda	2.20	1.96	2.38	1.57	2.36
İtalya	2.33	2.27	2.31	1.73	2.13
Letonya	2.14	2.15	2.38	1.65	2.41
Litvanya	2.27	2.29	2.30	1.98	2.56
Lüksemburg	1.90	2.03	2.31	1.63	2.42
Malta	2.12	2.17	2.17	1.82	2.38
Hollanda	2.50	2.38	2.26	2.20	2.32
Norveç	2.27	2.25	2.36	1.56	2.55
Polonya	2.12	2.35	2.33	1.92	2.29
Portekiz	2.41	2.34	2.35	1.62	2.47
Romanya	2.31	2.26	2.33	1.55	2.20
Slovakya	2.02	2.27	2.39	1.39	1.98
Slovenya	2.36	2.47	2.30	1.84	2.32
İspanya	2.43	2.44	2.43	1.84	2.51
İsveç	2.23	2.17	2.25	2.32	2.49
İsviçre	2.04	2.17	2.37	1.63	2.42
Türkiye	2.27	2.05	2.15	1.61	2.36
İngiltere	2.52	2.40	2.37	1.88	2.52

tir. Aynıısı birinci basamakları görece zayıf olup etkin bir sisteme sahip ülkeler (örn. Lüksemburg, Bulgaristan, Macaristan) için de geçerlidir. Bu bulgu, sistemin bütünü ile uyumunu gözetmeden boyutların kendi başlarına geliştirilmelerinin, hem etkin hem de güçlü bir birinci basamak yolunda, politika yapıcılar açısından yeterli olmadığına işaret etmektedir.

Neredeyse tüm ülkelerde, sistemin kapsamlılık boyutunun tüm yönleriyle ilgili olarak yüksek nitelikli birinci basamakta bilgileri eksiktir. Hem politika yapıcıların hem de uluslararası örgütlerin, birinci basamak bilgi altyapıları-

nın hem ulusal hem de uluslararası düzeyde gelişimini sağlayacak yatırımlar yapmalarına acilen gereksinim vardır.

Güçlü Bir Birinci Basamağın Sağlık Sistemi Çıktılarına Katkısı

Güçlü bir birinci basamağın sağlık sisteminin önemli hedeflerine ulaşılmasında merkezi bir role sahip olduğunu daha önce göstermiştik.^[6] Birinci basamağın yapısı, ulaşılabilirliği, eşgüdümü ve kapsamlılığı, birinci basamakta da tedavi edilebilecek durumlar için gereksiz has-

				BB yönetimi				
	DK ES NL PT SI UK	EE IT LT NO RO		YÜKSEK	EE NO	DK LT PT	IT ES NL RO SI UK	
	FI	BE DE FR SE TR	AT BG CZ GR LV	ORTA	BG CZ GR	AT FR LV SE TR	BE DE FI	
	CH IE MT	HU	CY IS LU PL SK	DÜŞÜK	CY IE IS LU MT PL	CH HU SK		
BB işgücü gelişmişliği	YÜKSEK	ORTA	DÜŞÜK		DÜŞÜK	ORTA	YÜKSEK	BB ekonomik koşulları
				DÜŞÜK	BG CY CZ GR IS LU PL	AT LV SK		
				ORTA	EE NO	FR HU LT SE TR	DE BE IT RO	
				YÜKSEK	IE MT	CH DK PT	ES FI NL SI UK	
				BB işgücü gelişmişliği				

Şekil 1a. Boyutlara göre ülkelerin birinci basamak yapılanmasının gücü.

tane yatışlarının önlenmesinde anahtar role sahiptirler. Görece güçlü bir birinci basamağa sahip ülkelerin, aynı zamanda, halk sağlığı açısından da daha iyi olduklarını gösterdik: Yönetimine birinci basamağın da önemli katkı sunduğu hastalıklara (örn. iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık, astım, bronşit ve amfizem) sahip bireyler, güçlü bir birinci basamağa sahip bir sağlık sistemi içinde sağlık hizmet aldıklarında, bu hastalıklara bağlı toplam yaşam beklentisindeki düşüş daha az olmuştur. Yalnızca diyabet hastalarında böyle bir düşüş saptanmamıştır. Bu bulguyu açıklayamıyoruz. Bulgularımızdan bi-

ri de güçlü bir birinci basamağa sahip ülkelerde sosyo-ekonomik eşitsizliklerin kişinin kendi sağlık değerlendirmesine daha az yansıdığıdır. Bu astım ve diyabet için gösterilememiştir. Bu da çalışmamızın açıklayamadığımız sonuçlarından biridir. Hipotezlerimizden biri, güçlü bir birinci basamağa sahip olan ülkelerde birinci basamağın hasta beyanına dayalı kalitesinin, görece zayıf ülkelere göre daha düşük olacağı idi. Bu hipotezimiz doğrulanmamıştır. Birinci basamağın gücü ile hasta beyanına dayalı kalitesi arasında bir ilişki saptanmamıştır. Diğer çalışmaların aksine bizim çalışmamızda, birinci basamağın gücü

BB ulaşılabilirlik								
	DK ES LT NL PL SI UK	CZ PT	HU	YÜKSEK	LT NL SI	HU PL PT UK	CZ DK ES	
	SE	EE FI IT	AT DE IS NO RO SK	ORTA	AT IT SE	FI NO RO	DE EE IS SK	
	GR MT	BE CH FR LU LV	BG CY IE TR	DÜŞÜK	GR LU MT TR	BG CH CY FR	BE IE LV	
Bakımın eşgüdümü	YÜKSEK	ORTA	DÜŞÜK		DÜŞÜK	ORTA	YÜKSEK	Bakımın sürekliliği
				DÜŞÜK	AT TR	BG CY HU NO RO	DE IE IS SK	
				ORTA	IT LU	CH FI FR PT	BE CZ EE LV	
				YÜKSEK	GR LT MT NL SE SI	PL UK	ES DK	
				Bakımın eşgüdümü				

Şekil 1b. Boyutlarına göre ülkelerin BB hizmet sunumlarının gücü (bakımın kapsamılığı dışında).

arttıkça ülkelerin toplam sağlık harcamalarının da arttığı saptanmıştır. Bununla birlikte, bizim sonuçlarımıza göre, daha kapsamlı bir birinci basamağa sahip ülkelerde toplam sağlık harcamaları daha düşük bir hız ile artmaktadır.

Çalışmanın Güçlü ve Zayıf Yönleri

Bu çalışma, Avrupa’da birinci basamağın sağlık sistemi performansına katkısını karşılaştırmalı olarak gösteren ilk çalışmadır. Diğer çalışmalar birinci basamağın gücünü, yalnızca bazı boyutlarda, sınırlı (ve genellikle güncelliğini yitirmiş) göstergeler ile ölçerken, bu çalışmada boyutlar tüm karmaşıklıkları ile birlikte kapsamlı bir gösterge seti aracılığı ile daha güncel (2009/10) bir şekilde ölçülmüştür. Bununla birlikte, kesitsel olan bu ölçümde 31 ülkeden elde edilen, değişken güvenilirliğe sahip kaynaklar kullanılmıştır. Ancak çalışma sırasında her bir ülke için ulaşılabilecek en iyi verilere ulaşılmış ve bu veriler elde olan en iyi uluslararası istatistik ve araştırma veri tabanları ile kombine edilmiştir. Bu çalışma 31 ülke ile sınırlıdır. İstatistiksel açıdan bu durum, ideal olmaktan uzaktır. Verilerin sınırlılığına bağlı olarak bazı analizler sadece bazı ülkeler için yapılabilmektedir. Bunun bir sonucu olarak bağlamla ilgili bazı olası önemli faktörlerin (kültür, politika ve sağlık sistemi tipi) etkisini inceleyemedik. Bu etkiyi inceleyecek çalışmaların yapılması önerilir. Bu çalışma, her bir karmaşık çıktı alanını, tercihen de mikro düzeyde verileri de dahil ederek, daha derinlemesine inceleyecek çalışmalar için başlangıç noktası oluşturmaktadır.^[1]

Sağlık Politikası için Çıkarımlar

Ülke Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Bu tez, politika yapıcılar için sağlık politikaları gündeminde birinci basamağın güçlendirilmesine öncelik vermelerine, fon sağlayan kurumlar için birinci basamak araştırmalarına yatırım yapmalarına, araştırmacılar için birinci basamağın mezo ve mikro düzeyde nasıl işlediği ile ilgili kavrayışımızı geliştirmelerine ve birinci basamak çalışanları için işlerinin sağlıktaki sosyoekonomik eşitsizlikleri giderme ve kaçınılabilir hastane yatışlarını azaltmada ne kadar önemli olduğunun farkına varmalarına katkıda bulunacak kanıta dayalı veri tabanını güçlendirmiştir.

Eğer ülkeler birinci basamaklarını güçlendirmek istiyorlarsa Avrupa genelinde göz önüne alınması gereken bazı ortak konular vardır. Örneğin, birinci basamağın ne yöne gideceği konusunda açık yönetsel bir vizyonun eksikliği kaygı vericidir. Bu durumun en temeldeki nedeni pek çok ülkenin önemli birinci basamak işlevlerinde desantralizasyona (yerelleşme) gitmiş olmasıdır. Her ne kadar desantralizasyon bölgesel veya yerel düzeyde birinci basamağın farklı gereksinimlere yanıt verebilirliğini artırabilse de ulaşılabilirlik, finansman, bakım kalitesi ve sonuçta sağlık açısından bölgeler arası eşitsizliklere yol açma riski taşımaktadır.

Ülkeler çeşitli ödeme (örn. performans başı ödeme) sistemlerinin etkinliği konusunda birbirlerinin deneyimlerinden yararlanabilirler. Aynı zamanda, ileride önemli işgücü sıkıntısı çekecek ülkeler acilen bununla ilgili gerekli önlemleri almalıdırlar. Bu önlemler arasında sistemli bir işgücü planlaması, birinci basamağın (finansal) çekiciliğinin ve görev değişimi olanaklarının artırılması sayılabilir. Katkı paylarının azaltılması olasılıkla ulaşılabilirliğin artırılmasının en güvenceli yolu olacaktır. Ülkeler, talebi sınırlamak için katkı payı uygulaması veya ulaşılabilir (sevk zinciri ile zorunlu giriş noktası olma) aile hekimleri arasında net bir seçim yapmalıdırlar. Multidisipliner meslek eğitimleri, ekip çalışması ve multidisipliner uygulama, birinci basamak ve ikinci basamak arasındaki işbirliği ve eşgüdümün artmasına katkıda bulunacaktır.

2013 Nisan ayında yayınlanan kitapta yer alan ülkelere özgü sonuçlar, her bir ülke için kendi birinci basamağının yapısal, örgütsel ve çıktılar açısından kapsamlı bir portresini sunmaktadır. Ülkeler aynı zamanda kendilerini diğer ülkeler ile karşılaştırma fırsatı bulabilirler. Bu, her ülkedeki politika üreticilerinin, araştırmacıların ve birinci basamak çalışanlarının, kendi ülkelerinin güçlü veya zayıf yönlerini inceleyerek, bunların nedenlerini bulmaları ve bu bilgileri birinci basamağı güçlendirmek için kullanmaları yönünde iyi bir başlangıç noktası oluşturabilir.

Birinci Basamağın İzlenmesi

Politika yapıcılar, uyguladıkları politikaların birinci basamak üzerindeki etkisini izleyebilmeli ve düzenli uygulanacak (örn. 2-4 yıl) bir izleme aracı ile birinci basamağın çeşitli yönlerinin gelişimini değerlendirebilmelidirler. Ancak bunun için kapsamlı ve sağlam bir birinci basamak bilgi altyapısına gereksinim vardır. “Birinci Basamak İzleme Aracı” birinci basamağın gücünün izlenmesi ve politik amaçlar doğrultusunda değerlendirilmesi için sağlam bir yapı sunmaktadır. Ancak şu andaki hali ile bu “Birinci Basamak İzlemi” çok kapsamlıdır. İzlemenin amaçlarına bağlı olarak bir ya da birkaç boyutta, belirlenmiş zaman aralıklarında düzenli olarak ölçüm yapılması (bu şekilde eğilimlerin saptanması) birinci basamağın bütüncül değerlendirilmesinin ise yine düzenli ancak daha seyrek aralıklar ile yapılması düşünülebilir. İzlemenin Avrupa çapında uygulanmasının birinci basamağın yapı ve işlevi (bir dereceye kadar da çıktıları), ülkeler arasındaki farklılıklar ve birinci basamak yönelimli politik stratejiler (örn. ulaşılabilirlik ve entegrasyon) ile ilgili güncel bilgi sağladığı gösterilmiştir. “BB İzlemi” rutin veri toplanması için bir temel oluşturarak çeşitli paydaşların güvenilir ve karşılaştırılabilir bilgi gereksinimini karşılamaktadır. İzlemin yapılması Avrupa düzeyinde veya ulusal düzeydeki karar alıcılara birinci basamak politikalarının ve hizmet sunumu modellerinin kapsamlı bir karşılaştırmasını sunarak birinci basamağın etkinliğini artırmak yönündeki çalışmalarına destek verecektir.

Daha genelleyici bir ölçüm birinci basamağın mihenk taşlarını belirlemek ve daha derinlemesine ulusal analizlerin yapılması gereken noktaları saptamak açısından ülkeler için mükemmel bir başlangıç noktası oluşturacaktır.

Birinci Basamağın Güçlendirilmesi

Analizdeki kısıtlılıklar göz ardı edilmeden, bu tez tarafından ortaya konan, güçlü bir birinci basamak ile kaçınılabılır hastane yatışlarındaki azalma ve eşitsizliklerin giderilmesi temelinde ölçülen sağlık sistemi performansı arasındaki pozitif ilişki, Avrupa'daki politika belirleyicilere, birinci basamağın daha da güçlendirilmesi gerektiğini savunabilmeleri için gereken kanıtı sunmaktadır. Bununla birlikte birinci basamağın sağlık harcamalarını azalttığı yönündeki tezi artık kullanamayacaklardır. Durum gerçekte hala böyle olabilir; ancak bu tez bunu gösterememiş, aksine güçlü birinci basamağın toplam sağlık harcamalarını arttırdığı yönünde bir bulgu elde etmiştir. Ancak güçlü bir birinci basamağın kaçınılabılır hastane yatışlarını azalttığı söylenebilir ki bu da açıkça maliyeti azaltan bir olgudur. Buna ek olarak birinci basamağın toplam sağlık harcamalarındaki artırıcı etkisinin birinci basamağın performansından çok ülkelerin sağlık harcamalarını artıran politikaları ile ilgili olduğu ileri sürülebilir. Ancak bunların hepsi araştırılması gereken savlardır.

Eğer politika belirleyiciler kendi ülkelerinde birinci basamağı geliştirmek istiyorlarsa, ülkeleri özelinde çözüm üretmeleri gereken bir dizi konuya ek olarak Avrupa genelinde de benzer bir yaklaşım sergilemelidirler (*bkz.* Ülke Sonuçlarının Değerlendirilmesi).

Etkinlik analizimiz, politika yapımcıların birinci basamağın etkinliğini artırmak için ağırlık vermeleri gereken alanları, bizim Veri Zarflama Analizi sonuçlarımızı kullanarak saptayabileceklerini ve kendi ülkelerinin sonuçlarını uygun nirengi noktaları ile karşılaştırabileceklerini göstermektedir. Toplamda sonuçlar, birinci basamağın etkinliğinin artırılabilmesi için ulaşılabilirlik, eşgüdüm ve birinci basamağın ekonomik kaynaklarının özellikle güçlendirilmesi gereken alanlar olduğunu düşündürmektedir. Ancak mutlaka böyle olmak zorunda değildir. Politika yapımcılar birinci basamağın bütün bileşenlerinin güçlendirilmesi yoluna gittiklerinde bu aynı zamanda sistemin etkinliğini de artıracaktır. Birinci basamağın güçlendirilmesi ve etkinliğinin artırılması için bütün boyutlarının sağlık sistemine bir bütün olarak entegre edilmesi hedeflenmelidir.

Sonuç

Politika belirleyiciler, uyguladıkları politikaların birinci basamak üzerindeki etkisini izleyebilmeli ve düzenli uygulanacak bir izleme aracı ile birinci basamağın çeşitli yönlerinin gelişimini değerlendirebilmelidirler. Bilimsel kanıtlara dayanarak ve uluslararası bir uzmanlar grubunun uzlaşısı ile birinci basamak sistemlerini tanımlayacak ve

karşılaştıracak standart bir araç geliştirilmiş ve Avrupa'da birinci basamağın tüm bileşenleri ile sınanmıştır.

Eğer ülkeler birinci basamaklarını güçlendirmek istiyorlarsa, çalışmada vurgulandığı gibi, Avrupa genelinde çözülmesi gereken bazı ortak konular vardır. Neredeyse tüm ülkeler sağlıklı ve nitelikli bir birinci basamak bilgi ağından yoksundur. Hem politika yapımcıların hem de uluslararası örgütlerin birinci basamak bilgi altyapılarının hem ulusal hem de uluslararası düzeyde gelişimini sağlayacak yatırımlar yapmalarına acilen gereksinim vardır.

Bu çalışma güçlü bir birinci basamağın Avrupa'da toplum sağlığı, sağlıkta eşitsizliklerin ve gereksiz hastane yatışlarının azaltılmasına olumlu katkı sağlayacağını ortaya koymuştur. Bununla birlikte güçlü bir birinci basamağa sahip ülkelerde toplam sağlık harcamaları daha yüksektir.

Sonuç olarak, 21. yüzyılın başlarında Avrupa'da güçlü bir birinci basamağın, önemli sağlık sistemi hedeflerine ulaşılmasında merkezi bir role sahip olduğu söylenebilir.

Teşekkür

W. Boerma, P. Groenewegen, J. van der Zee (Hollanda), ve bütün ülkelerden birinci basamak verilerinin toplanmasındaki önemli katkılarından dolayı tüm PHAMEU projesi ortaklarına teşekkür ederim: Y. Bourgueil, T. Cartier (Fransa); T. Dedeu (İspanya); T. Hasvold (Norveç); A. Hutchinson (İngiltere); M. Lember (Estonya); M. Oleszczyk (Polonya); D. Rotar Pavlič, I. Švab (Slovenya); P. Tedeschi (İtalya); S. Wilm (Almanya); A. Wilson (İngiltere); A. Windak (Polonya).

Ayrıca PHAMEU projesine katkılarından dolayı D. Aarendonk (Avrupa Birinci Basamak Forumu), H. Abholz (Almanya), B. Bolibar (İspanya), B. Christensen (Norveç), and E. Frigola'ya (İspanya) minnettarız.

Birinci basamak verilerinin toplanmasındaki katkılarından dolayı tüm PHAMEU ulusal koordinatörlerine özellikle teşekkür ederiz: M. Sprenger (Avusturya); L. Ryssaert (Balgaria); P. Salchev (Bulgaristan); G. Samoutis (Kıbrıs); B. Seifert (Çek Cumhuriyeti); Johan Sahl Andersen (Danimarka); K. Winell (Finlandiya); M. Redaelli, D. Simic (Almanya); C. Lionis, A. Saridaki (Yunanistan); P. Vajer, I. Rurik (Macaristan); S. Veide, K. Pölluste (Letonya); V. Kasiulevičius (Litvanya); M. Aubart, J. Leners, R. Stein (Lüksemburg); J. K. Soler, M. R. Sammut (Malta); Thomas Hasvold, Knut Gaute Vardenær (Norveç); C. Fonseca, L. Pisco, A. Gouveia (Portekiz); R. Miftode, A. Balan, Z. Farkas Pall (Romanya); E. Jurgova (Slovakya); R. Brinovec Pribaković (Slovenya); J. Gené, C. Pareja, C. Violan (İspanya); Göran Carlson, Ingvar Ovhed (İsviçre); N. Senn, J. Cornuz (İsviçre); M. Akman (Türkiye).

Kaynaklar

Kaynak listesi 172. sayfada verilmiştir.