

ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ **У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

УДК 061.1ЄС
doi: 10.32782/palg/2021.1.15

РУДІК Надія Михайлівна
канд. наук з держ. упр., доц., доц. каф. права
та європейської інтеграції ДРІДУ НАДУ
ORCID: 0000-0002-8535-075X

ПОБІГАЙ Людмила Яківна
головний лікар КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги»
Дніпровської районної ради Дніпропетровської області

ІНСТРУМЕНТИ ТА МЕТОДОЛОГІЯ ОЦІНЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СИСТЕМИ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: ДОСВІД ЄС

Розглядаються європейські практики щодо розроблення і використання інструментів та методології оцінювання системи надання первинної медичної допомоги на основі опрацювання звіту «Новий маршрут первинної медичної допомоги в Європі: переосмислення інструментів та методологій оцінювання», підготовленого створеною Європейською Комісією Експертною групою з оцінювання ефективності систем охорони здоров'я. В ЄС вважають, що оцінювання ефективності систем охорони здоров'я є корисним для правильного розуміння функціонування та результатів діяльності цих систем, а отже, для ініціювання відповідної державної політики та заходів щодо їх поліпшення. Оцінювання ефективності пропонує прозорість, яка є важливою для забезпечення підзвітності систем охорони здоров'я, поліпшуючи в такий спосіб їх функціонування. Обґрунтоване оцінювання має важливе значення для виявлення передових та поганих практик, підвищення ефективності медичної допомоги, збільшення доступності медичного обслуговування, поліпшення безпеки пацієнтів. Нарешті, знання того, як працює система охорони здоров'я, є необхідною умовою розроблення та імплементації ефективних реформ системи охорони здоров'я на благо всіх громадян.

Ключові слова: державне управління, державна політика у сфері охорони здоров'я, європейський досвід, первинна медична допомога, оцінювання ефективності первинної медичної допомоги.

Постановка проблеми. Сьогодні в державах-членах ЄС значна увага приділяється експертній підтримці державної політики у сфері охорони здоров'я. Так, у лютому 2014 р. робоча група високого рівня з питань охорони здоров'я Ради ЄС запропонувала державам-членам та Європейській Комісії створити Експертну групу з оцінювання ефективності систем охорони здоров'я (HSPA) [6]. У відповідь на цю пропозицію Європейська Комісія у вересні 2014 р. створила Експертну

© Рудік Н. М., Побігай Л. Я., 2021

Державне управління та місцеве самоврядування, 2021, вип. 1(48)

групу з оцінювання ефективності систем охорони здоров'я (далі – Експертна група) [8], щоб надати державам-членам ЄС форум для обміну досвідом у цій сфері та підтримати національних виробників політики шляхом визначення інструментів та методологій розробки механізмів оцінювання ефективності системи охорони здоров'я. До складу Експертної групи увійшли представники ЄС-27 та Норвегії, роботі цієї групи активно сприяють такі міжнародні організації, як: Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), Організація економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР), Європейський спостережний центр з питань систем та політики у сфері охорони здоров'я.

До щорічного навантаження Експертної групи входить аналіз пріоритетних напрямів, орієнтованих на визначення інструментів та методологій оцінювання, наприклад щодо якості медичної допомоги, інтегрованої медичної допомоги та первинної допомоги. Одним із пріоритетів було виявлення практичних та ефективних способів оцінювання ефективності систем первинної медичної допомоги (2017 р.) [14]. Експертна група збила докази щодо методів оцінювання, які застосовують європейські країни, переважно держави-члени ЄС, для оцінювання ефективності первинної медичної допомоги. З метою вивчення інноваційних методів оцінювання в процесі роботи над звітом була налагоджена співпраця з мультисекторальною та незалежною Експертною групою щодо ефективних способів інвестування в систему охорони здоров'я, яка була створена рішенням Європейської Комісії від 5 липня 2012 р. [3]. Місія групи полягає в наданні комісії незалежних та обґрунтованих порад щодо ефективних способів інвестування у сферу охорони здоров'я. Результати роботи групи можуть мати форму думок або спеціальних консультацій [16, р. 4].

Підсумком роботи Експертної групи з оцінювання ефективності систем охорони здоров'я став підготовлений нею звіт «Новий маршрут первинної медичної допомоги в Європі: переосмислення інструментів та методологій оцінювання» (2018 р.) [1]. У цей звіт були включені цінна інформація, дані та коментарі всіх членів Експертної групи, а також представників ОЕСР, Регіонального бюро ВООЗ в Європі та Європейського спостережного центру з питань систем та політики у сфері охорони здоров'я. У підготовці звіту взяли участь представники Генерального директорату з питань охорони здоров'я та безпеки харчових продуктів (DG SANTE) Європейської Комісії.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблематика оцінювання ефективності системи первинної медичної допомоги є досить популярною серед зарубіжних дослідників, зокрема європейських. Не в останню чергу це пов'язано зі значенням, яке надає ЄС, зокрема Європейська Комісія, своєчасній науковій та експертній підтримці процесу розбудови в державах-членах сучасних, гнучких та стійких систем охорони здоров'я, особливо на первинному рівні. Серед наукового доробку зарубіжних учених можна виділити наукові праці Д. Крінгос, В. Боерма, А. Хатчінсона та Р. Салтмана, П. Сміта, Е. Моссіалоса, Ш. Лезерман та І. Папаніколас, Е. Нолте, М. МакКі, А. Ротара, М. ван дер Берга, Дж. Ленгтон, С. Вонг, Дж. Абельсон, Дж. Кемпбелла, Ш. Джонстон та інших учених і експертів. Зазначені науковці досліджують теоретичні та практичні питання розбудови системи первинної медичної допомоги в Європі, проблеми вимірювання та оцінювання діяльності / ефективності первинної допомоги, показники, досвід, порівняльні аспекти, виклики та перспективи оцінювання ефективності на європейському, національному та регіональному рівнях, показники оцінювання вдосконалення первинної медичної допомоги.

Метою статті є розгляд досвіду держав-членів ЄС щодо застосування інструментів та методологій оцінювання системи надання первинної медичної допомоги.

Викладення основного матеріалу. Експерти майже однотайно визнають, що в процесі оцінювання ефективності первинної медичної допомоги перед практиками постає ряд викликів [1, р. 10]. На загальне переконання експертів, вимірювання ефективності первинної медичної допомоги є складнішим процесом, ніж вимірювання ефективності систем охорони здоров'я загалом. Це безпосередньо пов'язано з труднощами системи первинної медичної допомоги стосовно кола суб'єктів, поєднання організаційних моделей, розосередженим характером послуг, що надаються. Усе це створює проблеми під час збирання необхідних даних. Потребують подальшого розвитку показники оцінювання ефективності первинної медичної допомоги. Дуже багато показників не враховують конкретний та фундаментальний внесок первинної медичної допомоги при класифікації, наприклад доступ до первинної допомоги та її якість. Дані про робочу силу зазвичай подаються у вигляді складених показників, що не розрізняють різні сегменти системи охорони здоров'я. Більше того, показники ефективності надання первинної медичної допомоги повинні включати зміни в контексті, наприклад: дані про характеристики населення, систему охорони здоров'я та систему соціального забезпечення. Методи збору даних теж мають значення. Експерти зазначають, що використання адміністративних даних замість даних, повідомлених медичними установами, пришвидшило б процес збору та зменшило б можливість помилок. Примітно, що нові профілі захворювань із мультиморбідністю (поєднання багатьох хронічних і гострих хвороб) та хронічними станами потребують поліпшення всебічності даних, включаючи такі дані, що збираються на міжсекторальному рівні, і це вводить у дискусію питання співіснування та вибору відповідних систем класифікації [6].

Правильний баланс показників та цілей є ще одним рушієм ефективної діяльності системи надання первинної медичної допомоги. Як надмірна, так і недостатня кількість показників ефективності може призвести до появи парадоксу ефективності, вираженого у слабкій кореляції між показниками ефективності та самою ефективністю [1, р. 104; 19].

Експертна група також наголошує на проблемі узгодження цілей, визначених з точки зору окремих пацієнтів, з оцінюванням ефективності на рівні населення загалом. Цільовий підхід до пацієнта є особливо актуальним для лікування хворих на велику кількість захворювань (пацієнти з мультиморбідністю). У цьому контексті в ЄС багато даних збирається в межах вертикальних програм, орієнтованих на конкретну хворобу, з відокремленням даних, пов'язаних із втручаннями стосовно одиничного стану. Більше того, експертна група наголошує на проблемі поєднання результатів, процесів та проблеми впливу на дані контексту / мети, для яких вони збираються. Останнє особливо стосується даних про «плату з урахуванням виконаної роботи» та «плату за якість», які можна адаптувати до бажаних стандартів [1, р. 11].

Експерти спираються на максимально всебічне визначення первинної медичної допомоги, яка є початковим рівнем і наріжним каменем багатьох систем охорони здоров'я; вона є основою надання доступної, орієнтованої на людину, відповідної та справедливої медичної допомоги з погляду населення. Саме первинна медична допомога відповідає за широкий спектр потреб у сфері охорони здоров'я, як профілактичних, так і лікувальних, що охоплюють увесь життєвий цикл людини і включають послуги з надання довгострокової медичної допомоги. Експерти також наголошують на ефекті «переливу» результатів діяльності системи первинної медичної допомоги, що крім поліпшення стану здоров'я населення сприяє підвищенню загального добробуту людей [1, р.11].

У висновку експертів також згадується низка передумов забезпечення діяльності системи первинної медичної допомоги, яка приділяє особливу увагу наданню медичних послуг, які є: «1) загальнодоступними; 2) комплексними;

3) орієнтованими на людину; 4) всеосяжними та орієнтованими на громаду; 5) забезпечуються командою професіоналів, відповідальних за задоволення значної більшості потреб людей у підтриманні особистого здоров'я. Ці послуги повинні надаватися 6) у постійному партнерстві з пацієнтами та неформальними патронажними працівниками в контексті сім'ї та громади і відігравати центральну роль у загальній 7) координації та 8) безперервності лікування людей» [18, р. 8] (переклад наш – Н. Р., Л. П.).

Стосовно робочої сили первинної допомоги експертна група зазначає, що в мультидисциплінарних бригадах мають працювати такі медичні працівники: стоматологи, дієтологи, лікарі загальної практики / сімейні лікарі, медсестри, акушерки, трудотерапевти, оптометристи, фармацевти, фізіотерапевти, психологи та соціальні працівники [18, р. 8].

Оскільки первинна допомога стосується надання медичної допомоги протягом життєвого шляху людини, тобто від її народження та до кінця життя, вона повинна працювати в синергії з наданням медичної допомоги на всіх рівнях системи охорони здоров'я та за її межами. Таким чином, первинна допомога має систематично співпрацювати із соціальними службами, лікарнями та з установами тривалого догляду та госпісами.

Отже, європейські експерти вважають, що первинна допомога – це надання загальнодоступних, інтегрованих та орієнтованих на людину комплексних медико-санітарних послуг та громадських послуг, які надаються командою професіоналів, відповідальних за задоволення значної більшості потреб у підтриманні особистого стану здоров'я людини. Ці послуги надаються в постійному партнерстві з пацієнтами та неформальними патронажними працівниками в контексті сім'ї та громади, а тому відіграють центральну роль у загальній координації та безперервності процесу лікування людей [18, р. 9].

У зв'язку з цим експерти дійшли висновку, що з визначення первинної медичної допомоги впливає її внутрішній комплексний характер, пов'язаний з її численними вимірами, зацікавленими сторонами та рівнями управління. Визначаючи виміри та домени (сфери), які слід враховувати в процесі оцінювання ефективності первинної медичної допомоги, експерти запропонували включити до переліку ряд класичних вимірів, які можна застосувати до оцінювання первинної медичної допомоги (домени 1 – 8). Завдяки центральній ролі, яку відіграють професійні медичні працівники в досягненні результатів первинної медико-санітарної допомоги, до зазначених восьми ключових вимірів європейські експерти додали домени, характерні саме для первинної медичної допомоги: «Організація первинної медичної допомоги» та «Людські ресурси в первинній медичній допомозі» (домени 9 – 10). Отже, розглянемо запропоновані експертами домени (1 – 10) та виміри системи первинної медичної допомоги:

1. Універсальність і доступність:

- населення, охоплене послугами первинної допомоги;
- цінова доступність послуг первинної допомоги;
- географічна доступність послуг первинної допомоги;
- доступність першого контакту, розташування;
- своєчасність первинної допомоги та її реакція на потреби пацієнта (наприклад, консультації в межах первинної допомоги).

2. Комплексність:

- інтеграція служб охорони здоров'я та підхід до первинної допомоги, наприклад первинна допомога, орієнтована на громаду;
- інтеграція фармацевтичної допомоги в систему первинної допомоги;
- інтеграція послуг стосовно психічного здоров'я в систему первинної допомоги;

– інтеграція між системами надання первинної допомоги та надання соціальних послуг.

3. Орієнтованість на людину:

– орієнтоване на особу, що лікується, спільне прийняття рішень, орієнтація на «життєві цілі» пацієнта;

– повага та довіра між пацієнтом і постачальником медичних послуг; урахування культурного різноманіття; медичне обслуговування, орієнтоване на сім'ю;

– ставлення до пацієнтів / людей як до ключових партнерів у процесі лікування;

– дотримання цілісного екобіопсихосоціального погляду на індивідуальну медичну допомогу.

4. Всебічність та орієнтованість на громаду:

– комплексність наданих послуг (наприклад, зміцнення здоров'я, профілактика захворювань, невідкладна допомога, репродуктивна допомога, охорона здоров'я матері та дитини, дитячі хвороби, інфекційні захворювання, лікування хронічних захворювань (неінфекційні захворювання тощо), психічне здоров'я, паліативна допомога);

– первинна допомога враховує характеристики населення та громади;

– первинна допомога є невід'ємною частиною місцевої громади.

5. Забезпечення команди професіоналів для задоволення більшої кількості потреб особистого здоров'я (якість):

– якість діагностики та лікування гострих і хронічних станів у системі первинної допомоги;

– якість медичної допомоги при хронічних захворюваннях, охороні здоров'я матері та дитини;

– склад команди лікарів різних спеціальностей;

– зміцнення здоров'я; первинна та вторинна профілактика;

– забезпечення безпеки пацієнта;

– адвокати (підтримка і захист пацієнта).

6. Стабільне партнерство з пацієнтами та з неофіційними патронажними працівниками:

– політика для координації між медичними працівниками та неофіційними патронажними працівниками;

– політика підтримки неофіційних патронажних працівників;

– стратегії залучення пацієнтів до планування догляду з урахуванням часової перспективи;

– участь неофіційних патронажних працівників / громадян у розвитку послуг у системі первинної допомоги;

– впливова сила участі пацієнтів / неофіційних патронажних працівників / громадян.

7. Координація медичного обслуговування населення:

– координація між системами первинної та вторинної медичної допомоги: доцільність та обґрунтованість напрямлень, система доступу до фахівців шляхом направлення, інтегровані медичні картки пацієнтів, протоколи для пацієнтів з хронічними станами;

– координація між первинною та соціальною допомогою;

– політика тимчасового догляду.

8. Безперервність медичного обслуговування населення:

– безперервність медичної допомоги (поздовжня, інформаційна та соціальна);

– надання медичної допомоги протягом усього життєвого циклу;

– лікування та догляд, які тривають безперервно аж до нормалізації випадку

захворювання;

– роль первинної допомоги в постійності та взаємодії з відділеннями швидкої допомоги.

9. Організація первинної медичної допомоги:

– підзвітність: формальний зв'язок між групою постачальників медичних послуг та визначеною групою населення (система списків, географічна зона тощо);

– оплата первинної допомоги та система оплати праці (наприклад, плата за послуги, державні цільові субсидії, винагорода з урахуванням виконаної роботи);

– наявність та потужність ринкових сил у системі первинної допомоги;

– інфраструктура офісних та службових приміщень (наприклад, інформаційні системи та медичні технології, тестування пацієнтів в умовах стаціонару);

– достатнє забезпечення системи первинної допомоги лікарями загальної практики та іншими медичними працівниками;

– організаційні компоненти координації та інтеграції: структура та динаміка (посадові інструкції та функціонування команди), управління та практичні методи управління, управління клінічною інформацією, організаційна адаптивність та культура (традиційний командно-контрольний підхід проти комплексного адаптивного системного підходу), командна організація роботи;

– обсяг та тривалість консультацій з постачальниками медичних послуг первинної допомоги, відвідування вдома та телефонні консультації;

– організаційні аспекти направлення до медичних фахівців; направлення на спеціалізоване обстеження (наприклад, у сфері охорони психічного здоров'я, гігієни праці тощо);

– якість управління;

– бюджет первинної допомоги відносно загального бюджету на охорону здоров'я.

10. Людські ресурси в первинній медичній допомозі:

– потреби, пропозиція, структура та планування медичних працівників в системі первинної допомоги;

– статус та обов'язки дисциплін первинної допомоги; роль академічних установ та професійних асоціацій;

– підготовка та поєднання мультидисциплінарних навичок;

– управління людськими ресурсами, включаючи добробут медичних працівників, компетентність та мотивацію;

– роль медичних сестер та інших медичних працівників первинної медичної допомоги (делегування функцій, підміна, розподіл компетенцій);

– роль фармацевтів у медичних центрах та фармацевтичній допомозі на рівні територіальної громади;

– роль та функції менеджерів;

– дохід медичних працівників системи первинної допомоги;

– розробка студентської та післядипломної спеціальної (міжпрофесійної) підготовки [18, р. 9 – 11].

Щоб не випустити з уваги жоден із цих доменів та вимірів, експертна група пропонує використовувати як рамкову основу ту, яку в 1988 р. запропонував американський науковець Аведіс Донабедян, який допускає врахування декількох вимірів, на які слід звертати увагу під час оцінювання ефективності на основі причинно-наслідкових зв'язків між структурою, процесом та результатами надання медичної допомоги [5]. Структура і процес є пов'язаними в безперервній взаємодії та формують у такий спосіб результат медичної допомоги. Такий підхід дозволяє контекстуалізувати первинну медичну допомогу в загальній системі охорони здоров'я, отже оцінити її загальний внесок з точки зору співвідношення ціни та якості.

Організаційні структури включають у себе стратегічні матеріальні та нематеріальні ресурси. Структура первинної медичної допомоги складається з трьох взаємопов'язаних компонентів: суспільства, особистості та системи охорони здоров'я [18, р. 11 – 12]. Суспільство являє собою так звану епідеміологічну спільноту, яка характеризується станом здоров'я населення, рівнем захворюваності, соціально-економічним статусом, зайнятістю, освітою, житлом, екологічними детермінантами та іншими змінними; культурну спільноту (маючи на увазі антропологічну систему відліку); спільноту підтримки, яка має офіційні, неформальні та професійні мережі. На рівні особистості на клінічну допомогу впливають її біопсихологічний статус та медична грамотність, у тому числі знання, вміння (подолання труднощів та стійкість, догляд за собою) та ставлення (сприйняття здоров'я та переконання, що стосуються здоров'я). Що стосується системи охорони здоров'я, то діяльності й ефективності первинної медичної допомоги сприяють організаційні аспекти (доступність, безперервність, стійкість) та характеристики медичних працівників (компетентність, емпатія, орієнтація на співпрацю) [4].

Процеси враховують діяльність як пацієнтів (звертаються за медичною допомогою), так і медичних працівників (поставлення діагнозу та лікування пацієнтів). Якість процесу багато в чому залежить від адекватної комунікації, прийняття медичних рішень та управління медичним обслуговуванням. В системі первинної медичної допомоги якість процесів також пов'язана з комплексністю медичного обслуговування. Комплексна допомога охоплює як вертикальну інтеграцію між рівнями управління (наприклад, урядом, владою, медичними працівниками та громадами), так і координацію подібних підрозділів або умов медичного обслуговування на горизонтальному рівні [9; 12]. Організаційна структура та процес нерозривно пов'язані в постійній взаємодії та формують конкретні результати медичного обслуговування.

Результат розглядається як стан здоров'я пацієнтів та населення і визначається тим, як пацієнти й постачальники медичних послуг сприймають здоров'я та хвороби, а це сприйняття перейшло від орієнтації на хворобу до орієнтації на мету, особливо в контексті мультиморбідності [10]. На думку експертів, цей підхід приводить нас до цілого ряду відповідних показників результатів, які можна виміряти: від ознак і симптомів, фізичних функцій (наприклад, артеріальний тиск, рівень глюкози в крові, пікові значення) до якості життя (що все більше пов'язане з функціональним статусом), добробуту, щастя, сильних сторін людей та громад, соціальної справедливості, задоволеності пацієнтів та їх досвіду медичного обслуговування [18, р. 12].

Навіть незважаючи на те що розроблено декілька механізмів оцінювання ефективності охорони здоров'я [2; 11], експерти пропонують використовувати як орієнтир підхід, що дозволяє отримати декілька вимірів, на які слід звернути увагу під час оцінювання ефективності [5]. Як уже зазначалося, він визначає причинно-наслідкові зв'язки між структурою, процесом та результатами медичного обслуговування. Цей підхід став основою для розроблення Інструментів оцінювання первинної медичної допомоги [13] в Центрі політики у сфері первинної медичної допомоги Університету ім. Дж. Гопкінса (США) та для проектів «Моніторинг діяльності у сфері первинної медичної допомоги в Європі» [17] та «Якість та вартість первинної медичної допомоги в Європі» [7; 15].

Висновки. Таким чином, розглянута експертна думка щодо інструментів та методологій оцінювання ефективності первинної медичної допомоги, надана групою експертів з питань способів інвестування у сферу охорони здоров'я. В експертному висновку підкреслюються елементи, які мають вирішальне значення для успішного оцінювання первинної медичної допомоги. Зважаючи на вирішальну роль первинної медичної допомоги в досягненні результатів для референтної спільноти та відповідальності цієї системи за стан здоров'я людей протягом усього

їхнього життя, а також способів функціонування в синергії з усіма іншими умовами надання медичних послуг, завдання групи експертів було дуже складним. На загальне переконання експертів, вимірювання ефективності первинної медичної допомоги є складнішим процесом, ніж вимірювання ефективності систем охорони здоров'я загалом. Це безпосередньо пов'язано з труднощами системи первинної медичної допомоги стосовно кола суб'єктів, поєднання організаційних моделей, розосередженим характером послуг, що надаються. Однак експертам вдалося визначити систему оцінювання ефективності первинної медичної допомоги, зосередившись на особливостях та характеристиках її організації та розглянувши «результати» первинної медичної допомоги відповідно до релевантності, справедливості, якості та фінансової стійкості.

Список використаних джерел

1. *A New Drive for Primary Care in Europe: Rethinking the Assessment Tools and Methodologies: Report of the Expert Group on Health Systems Performance Assessment*. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2018_primarycare_eg_en.pdf.
2. Arah, O. A., Westert, G. P., & Hurst, J. at al. (2006, September). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*, 1, 5 – 13. doi: 10.1093/intqhc/mzl024.
3. *Commission Decision of 5 July 2012 on setting up a multisectoral and independent expert panel to provide advice on effective ways of investing in health (2012/C 198/06)*. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/dec_panel2012_en.pdf.
4. De Maeseneer, J., van Driel, M., Green, L., & van Weel, C. (2003). The need for research in primary care. *The Lancet*, 362:13, 14 – 19. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14576-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14576-X).
5. Donabedian, A. (1988, September). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*. 260(12), 1743 – 1748. doi: 10.1001/jama.260.12.1743.
6. *Expert Group on Health Systems Performance Assessment (HSPA)*. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/policy/expert_group_en.
7. *Final Report Summary – QUALICOPC (Quality and costs of primary care in Europe)*. Retrieved from <https://cordis.europa.eu/project/id/242141/reporting>.
8. *Health systems performance assessment*. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/overview_en.
9. Kodner, D. (2009, October). All together now: a conceptual exploration of Integrated Care. *Healthcare Quarterly*, 13, 6 – 15. doi: 10.12927/hcq.2009.21091.
10. Mold, J., Blake, G., & Becker, L. (1991, January). Goal-oriented medical care. *Family Medicine*, 23(1), 46 – 51. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/James_Mold/publication/21153793_Goal-oriented_medical_care/links/57f061cf08ae8da3ce4aeec0/Goal-oriented-medical-care.pdf.
11. Murray, C. J., & Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin World Health Organization*, 78(6), 717 – 731. Retrieved from <https://www.scielosp.org/article/bwho/2000.v78n6/717-731/en/>.
12. Nuti, S., & Vainieri, M. (2016). Strategies and tools to manage variation in regional governance systems. In Johnson A., Stukel T. A. (Eds.) *Medical Practice Variations* (pp. 433 – 457). New York: Springer. doi: 10.1007/SpringerReference_306587.
13. *Primary Care Assessment Tools*. Retrieved from https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html.
14. *Priority areas for HSPA*. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/priority_areas_en.
15. Schafer, W. L., Boerma, W. G., & Kringos, D. S. at al. (2011, October). QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Family Practice*, 20(12), 115. doi: 10.1186/1471-2296-12-115.
16. *The Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health. Rules of Procedure*. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/rules_of_procedure_en.pdf.

17. *The PHAMEU project: primary health care activity monitor for Europe*. Retrieved from <https://www.irdes.fr/english/international-collaborations-and-european-projects/phameu-primary-health-care-activity-monitor-for-europe.html>.

18. *Tools and methodologies for assessing the performance of primary care: Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH)*. (2018). Luxembourg: Publications Office of the European Union. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/docsdir/opinion_primarycare_performance_en.pdf.

19. Van Thiel, S., & Leeuw, F. L. (2002). The Performance Paradox in the Public Sector. *Public Performance and Management Review*, 25(3), 267 – 281. Retrieved from <http://hdl.handle.net/1765/1577>.

List of references

1. *A New Drive for Primary Care in Europe: Rethinking the Assessment Tools and Methodologies*: Report of the Expert Group on Health Systems Performance Assessment. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2018_primarycare_eg_en.pdf [in English].

2. Arah, O. A., Westert, G. P., & Hurst, J. at al. (2006, September). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*, 1, 5 – 13. doi: 10.1093/intqhc/mzl024 [in English].

3. *Commission Decision of 5 July 2012 on setting up a multisectoral and independent expert panel to provide advice on effective ways of investing in health (2012/C 198/06)*. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/dec_panel2012_en.pdf [in English].

4. De Maeseneer, J., van Driel, M., Green, L., & van Weel, C. (2003). The need for research in primary care. *The Lancet*, 362:13, 14 – 19. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14576-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14576-X) [in English].

5. Donabedian, A. (1988, September). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*. 260(12), 1743 – 1748. doi: 10.1001/jama.260.12.1743 [in English].

6. *Expert Group on Health Systems Performance Assessment (HSPA)*. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/policy/expert_group_en [in English].

7. *Final Report Summary – QUALICOPC (Quality and costs of primary care in Europe)*. Retrieved from <https://cordis.europa.eu/project/id/242141/reporting> [in English].

8. *Health systems performance assessment*. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/overview_en [in English].

9. Kodner, D. (2009, October). All together now: a conceptual exploration of Integrated Care. *Healthcare Quarterly*, 13, 6 – 15. doi: 10.12927/hcq.2009.21091 [in English].

10. Mold, J., Blake, G., & Becker, L. (1991, January). Goal-oriented medical care. *Family Medicine*, 23(1), 46 – 51. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/James_Mold/publication/21153793_Goal-oriented_medical_care/links/57f061cf08ae8da3ce4aeec0/Goal-oriented-medical-care.pdf [in English].

11. Murray, C. J., & Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin World Health Organization*, 78(6), 717 – 731. Retrieved from <https://www.scielosp.org/article/bwho/2000.v78n6/717-731/en/> [in English].

12. Nuti, S., & Vainieri, M. (2016). Strategies and tools to manage variation in regional governance systems. In Johnson A., Stukel T. A. (Eds.) *Medical Practice Variations* (pp. 433 – 457). New York: Springer. doi: 10.1007/SpringerReference_306587 [in English].

13. *Primary Care Assessment Tools*. Retrieved from https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html [in English].

14. *Priority areas for HSPA*. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/priority_areas_en [in English].

15. Schafer, W. L., Boerma, W. G., & Kringos, D. S. at al. (2011, October). QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Family Practice*, 20(12), 115. doi: 10.1186/1471-2296-12-115 [in English].

16. *The Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health. Rules of Procedure*. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/rules_of_procedure_en.pdf [in English].

17. *The PHAMEU project: primary health care activity monitor for Europe*. Retrieved

Public Health Management

from <https://www.irdes.fr/english/international-collaborations-and-european-projects/phameu-primary-health-care-activity-monitor-for-europe.html> [in English].

18. *Tools and methodologies for assessing the performance of primary care: Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH)*. (2018). Luxembourg: Publications Office of the European Union. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/docsdir/opinion_primarycare_performance_en.pdf [in English].

19. Van Thiel, S., & Leeuw, F. L. (2002). The Performance Paradox in the Public Sector. *Public Performance and Management Review*, 25(3), 267 – 281. Retrieved from <http://hdl.handle.net/1765/1577> [in English].

RUDIKA Nadiia

PhD in Public Administration, Associate Professor,
Associate Professor of Law and European Integration Department,
Dnipropetrovsk Regional Institute of Public Administration,
National Academy for Public Administration under the President of Ukraine

POBIHAI Liudmyla

Chief Physician of the Center for Primary Health
Care of Dnipro District Council of Dnipropetrovsk Region

TOOLS AND METHODOLOGIES FOR ASSESSING THE PERFORMANCE OF PRIMARY CARE: EXPERIENCE OF THE EU

The article examines the existing European practices for the development and use of tools and methodologies for assessment the primary health care system based on the report «A New Drive for Primary Care in Europe: Rethinking the Assessment Tools and Methodologies» prepared by Expert Group on Health Systems Performance Assessment (HSPA) which was created by the European Commission in 2012. The Expert group 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. In this regard the Expert group draws the conclusion that what emerges from the definition of the primary care is its intrinsic complexity, related to its multiple dimensions, stakeholders and governance levels. Defining dimensions and domains to be taken into consideration in assessing the performance of primary care, the experts propose to include some more eight classical dimensions of HSPA that can be applied to the assessment of primary care (Universal and accessible; Integrated; Person-centred; Comprehensive and community oriented; Provided by a team of professionals for addressing a larger majority of personal health needs (quality); Sustained partnership with patients and informal caregivers; Coordination of people's care; Continuity of people's care) and domains that are specific to primary care. Due to the central role played by the health professional workforce in influencing primary care results, two other dimensions: Primary Care Organization and Human Resources were added to the eight key dimensions. The Expert group in their consideration also emphasises the spill over effects of primary care, which except for improving the health of population, contributes to the population well-being. As primary care is concerned with the provision of health care across the life course, from birth to the end of life, it must operate in synergy with delivery of care at all levels of the health system and beyond. Thus, primary care should systematically collaborate with social services, hospitals, and, in the last part of a person's life, with long term care settings and hospices. The EU believes that assessing the performance of health systems is useful to properly understand how they work, and therefore to carry out actions to improve them. Performance assessment offers the transparency that is essential for securing accountability for health systems, thereby improving their functioning. A sound assessment is essential to: identify good and bad practice; strengthen effectiveness of care; increase accessibility; improve the safety of patients. Knowing how the health system works is the precondition to design effective health system reforms for the benefit of citizens.

Key words: public administration, health care policy, European experience, primary health care, assessing the performance of primary care.

Надійшла до редакції 24.02.21

Public Administration and Local Government, 2021, issue 1(48)