



EU Experience in Measuring the Performance of Healthcare Policy (on the Example of Integrated Care)

UDC: 061.1ЄC

DOI: 10.15421/152271

Oleksandr Rudik

Ph.D., Assoc. Prof., <https://orcid.org/0000-0001-5671-5476>, anrudik@ukr.net

Dnipro University of Technology (Dnipro, Ukraine)

Abstract

The article examined of the EU and its Member States the experience in measuring the performance of public health policy, in particular with regard to the selection of indicators and evaluation criteria, on the example of building an integrated care system. The immediate reasons for the development of a modern concept of integrating care in the EU are demographic changes, which are reflected in the fact that, on the one hand, people live longer and, on the other hand, because of the broad diffusion of chronic long-standing illnesses. As a consequence, a rising number of people with complex care needs require the development of care delivery systems that bring together a range of professionals and skills from the healthcare, long-term and social care sectors. The former helps them to overcome difficulties stemming from their health status deterioration. The latter continue to provide assistance when they get better and their condition is not acute but their ability to function independently is limited. In this context, the issue of measuring the effectiveness of integrated health care becomes relevant.

The experience of the EU and its Member States shows that measuring the performance of integrated care not only has to take into account the objectives of a health system (e.g. improving health outcomes, enhancing the patient care experience and reducing costs) but also needs to reflect the complexity of integrated care systems which operate at different tiers of service delivery: micro-level (patient care), meso-level (organisational context) and macro-level (financing and policy context). Furthermore, integrated care models can be introduced with different goals in mind: increasing effectiveness of the system, reducing costs, improving patient safety, etc. Before setting in place an assessment system it is important to explicitly define and agree on the goal of integrated care in a specific context, to permit a sound assessment of its performance.

As countries vary with regard to Health Systems Performance Assessment (HSPA) frameworks more broadly and integrated care approaches more specifically, any integrated care measurement system or framework should be tailored to countries' specific goals, values and needs, with no single «right» approach that would be applicable and valid for every system. As different countries are at different stages in the development of integrated care systems, approaches and frameworks to assess integrated care can further be seen to lie on a continuum that stretches from selected indicators that may form part of a wider system performance assessment framework to an integrated health system measurement approach.

Keywords: public administration, public policy analysis, healthcare policy, European experience, integrated care, quality of care, measurement of performance

Citation: Rudik, O. (2022). EU Experience in Measuring the Performance of Healthcare Policy (on the Example of Integrated Care). *Public Administration Aspects*, 10(1), 12-19. <https://doi.org/10.15421/152271>

Досвід ЄС щодо вимірювання ефективності державної політики в сфері охорони здоров'я (на прикладі інтегрованої медичної допомоги)

Олександр Рудік

Національний технічний університет «Дніпровська політехніка» (Дніпро, Україна)

Анотація

Розглядається досвід ЄС та його держав-членів щодо вимірювання ефективності державної політики в сфері охорони здоров'я, зокрема стосовно вибору показників та критеріїв оцінки, на прикладі розбудови системи інтегрованої медичної допомоги. За визначенням Експертної групи з оцінки ефективності систем охорони здоров'я (HSPA), створеної за рекомендацією Європейської Комісії, інтегрована медична допомога включає в себе ініціативи, спрямовані на поліпшення результатів медичної допомоги шляхом подолання проблем фрагментації (роздробленості) за допомогою встановлення зв'язків або налагодження координації в усьому спектрі послуг, які надаються медичними закладами (постачальниками послуг). Безпосередніми причинами розроблення в ЄС сучасної концепції інтегрованої медичної допомоги є демографічні зміни, які проявляються в тому, що, з одного боку, люди живуть довше, а з іншого – широкого розповсюдження набувають хронічні тривалі захворювання. Як наслідок, в суспільстві зростає кількість людей, які потребують комплексного медичного обслуговування, що потребує цілеспрямованої державної політики з розроблення систем надання медичної допомоги, які об'єднують цілий ряд професіоналів та відповідних навичок із секторів охорони здоров'я, довгострокової медичної та соціальної допомоги. У цьому контексті актуальності набуває питання вимірювання ефективності інтегрованої медичної допомоги. Досвід ЄС та його держав-членів свідчить про те, що вимірювання ефективності інтегрованої медичної допомоги має не лише враховувати традиційну «потрійну мету» системи охорони здоров'я (поліпшення результатів охорони здоров'я, підвищення якості обслуговування пацієнтів та зменшення витрат), але також має відображати комплексність і складність існуючих систем інтегрованої допомоги, які функціонують на різних рівнях надання послуг: мікро (медичне обслуговування пацієнтів), мезо (організаційний контекст) та макрорівні (фінансування та контекст політики).

Ключові слова: державне управління, аналіз державної політики, державна політика у сфері охорони здоров'я, європейський досвід, інтегрована медична допомога, якість надання медичних послуг, вимірювання ефективності

Цитування: Рудік, О. (2022). Досвід ЄС щодо вимірювання ефективності державної політики в сфері охорони здоров'я (на прикладі інтегрованої медичної допомоги). *Аспекти публічного управління*, 10(1), 12-19. <https://doi.org/10.15421/152271>

Стаття надійшла / Article arrived: 09.01.2022

Схвалено до друку / Accepted: 28.02.2022



Постановка проблеми. Безпосередніми причинами розроблення в ЄС сучасної концепції інтегрованої медичної допомоги є демографічні зміни, які проявляються в тому, що, з одного боку, люди живуть довше, а з іншого – широкого розповсюдження набувають хронічні тривалі захворювання. Суспільство старіє наввипередки із поліпшенням системи охорони здоров'я. Як наслідок, в суспільстві зростає кількість людей, які потребують інтегрованого медичного обслуговування, а це вимагає розроблення систем надання медичної допомоги, що об'єднують цілий ряд професіоналів та відповідних навичок із секторів охорони здоров'я, довгострокової медичної та соціальної допомоги. Перший сектор допомагає людям подолати труднощі, пов'язані з погіршенням їх стану здоров'я, а інші сектори продовжують надавати допомогу, коли пацієнтам стає краще і їх стан не є критичним, але їх здатність до самостійної діяльності є обмеженою (Tools and Methodologies, 2017, p. 10).

Неспроможність урядів та профільних міністерств ефективно інтегрувати або координувати послуги, що надаються у межах цих секторів, може призвести до отримання неоптимальних (менш вигідних) результатів. Це не лише тягне за собою втрачену можливість звести воедино найкращі результати лікування та догляду, але також означає, що обмежені суспільні ресурси, зокрема людські та фінансові, можуть бути витрачені даремно.

В ЄС проблематикою розбудови системи інтегрованої медичної допомоги та оцінки її ефективності займається Експертна група з оцінки ефективності систем охорони здоров'я (HSPA) (Expert Group, 2014), яка була створена Європейською Комісією у співпраці зі Швецією у вересні 2014 р. В квітні 2016 р. Експертна група організувала в Римі (Італія) семінар для обговорення найкращих методів оцінки комплексної (інтегрованої) медичної допомоги разом з італійськими державними службовцями та медичними працівниками, які займаються створенням та реалізацією моделей комплексної медичної допомоги. Результати дискусії були використані під час національних дебатів щодо оцінки комплексної медичної допомоги та сприяли запровадженню ряду інноваційних підходів (Tailored country, 2022). У своєму звіті «Інструменти та методології оцінки

інтегрованої системи охорони здоров'я в Європі» (Tools and Methodologies, 2017). Експертна група надала показники та навела найкращі практики, які слід врахувати, а також визначила підводні камені, яких слід уникати.

Інтеграція медичного обслуговування впливає на багато аспектів функціонування систем охорони здоров'я. Це стосується їх різних функцій та рівнів. Ці впливи можуть бути обмеженими лише одним сектором (охорона здоров'я, соціальне обслуговування) або мати міжсекторальний характер. Усі ці фактори роблять класифікацію комплексного медичного обслуговування багатовимірною та майже такою ж складною, як і потреби тих, кому вона надається. У цьому контексті, особливої актуальності набуває питання вимірювання ефективності інтегрованої медичної допомоги.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблематика розроблення інструментів та методології оцінки інтегрованої системи охорони здоров'я є досить популярною серед зарубіжних дослідників, зокрема європейських. Не в останню чергу це пов'язано із 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, авторами яких є К. Шехтер, Є. Міха, Т. Якубовські, Е. Ротлєві, П. Валентійн, І. Бесвельд, Д. Руваард, Й. Дж. Молема, С. Сімоенс, А. Скотт, В. Лейтц, Б. Агрєн, Р. Аксельссон а також інші учені та експерти. Зазначені науковці досліджують теоретичні та практичні питання визначення і систематизації інтеграції надання медичних послуг в системі первинної медичної допомоги, інтеграції медичних та соціальних послуг, оцінки інтегрованого медичного обслуговування, а також вивчають досвід інтеграції медичної допомоги в інших країнах.

Метою статті є з'ясування досвіду ЄС та його держав-членів щодо вимірювання ефективності державної політики в сфері охорони здоров'я, зокрема стосовно вибору показників та критеріїв оцінки, на прикладі розбудови системи інтегрованої медичної допомоги.



Викладення основного матеріалу.

Проводячи опитування щодо інтегрованої системи охорони здоров'я в Європі, Експертна група посилалася на таке визначення: інтегрована медична допомога включає в себе ініціативи, спрямовані на поліпшення результатів медичної допомоги шляхом подолання проблем фрагментації (роздробленості) за допомогою встановлення зв'язків або налагодження координації в усьому спектрі послуг, які надаються медичними закладами (постачальниками послуг) (Tools and Methodologies, 2017, р. 2). Вона спрямована на забезпечення безперервного надання медичної допомоги на рівні пацієнтів, а також на ефективніше використання обмежених ресурсів на рівні організації. Керівним принципом на всіх рівнях надання допомоги є підзвітність системи охорони здоров'я перед своїм контингентом пацієнтів (Yeshayahu et al, 2019, р. 2).

Зазначене вище визначення було використано підгрупою з питань інтегрованого медичного обслуговування в процесі обговорення та осмислення на рівні ЄС питань сучасних, гнучких, здатних оперативно реагувати та стійких систем охорони здоров'я. Не важко помітити, що дане визначення є достатньо широким для того, щоб априорі забезпечити охоплення всіх цінних ініціатив під час обговорення Експертною групою з питань інтегрованого медичного обслуговування. Цілком природно, що це лише один із багатьох підходів до пошуку відповіді на питання, що таке комплексне медичне обслуговування. Залежно від того, які аспекти вважаються вирішальними, наукові визначення, а також ті, що прийняті для повсякденного використання, можуть відрізнятися під час розробки проєктів та моделей інтегрованої допомоги (Tools and Methodologies, 2017, р. 10).

Інтегрована медична допомога, як правило, породжує великі сподівання на підвищення ефективності та результативності, а також стабільність більш широкого надання послуг. Очікується, що інтегрована допомога підтримає досягнення так званого підходу «потрійної мети» – одночасне акцентування зусиль на поліпшенні результатів охорони здоров'я, підвищенні якості обслуговування пацієнтів та зменшенні витрат (Berwick et al, 2008).

Для того, щоб оцінити, наскільки перехід

до більш інтегрованих систем медичної допомоги відповідає цим всеосяжним цілям, необхідно буде зібрати докази, що включає в себе постійний моніторинг досягнутого поступу для виявлення потенційних проблем, підтримку подальшого розвитку підходів та інформування про прийняття рішень у рамках що містять в собі конкретні та вимірювані цілі (WHO global strategy, 2015).

Вимірювання поступу повинно відображати комплексність і складність інтегрованих систем медичної допомоги. Існуючі підходи та рамки для оцінки намагалися максимально охопити їх, враховуючи різні рівні надання послуг на мікро (медичне обслуговування пацієнтів), мезо (організаційний контекст) та макрорівні (фінансування та контекст політики) (WHO global strategy, 2015); відмінну структуру, виміри процесу та кінцевих результатів (Integrated performance, 2014); зосередження уваги на різних перспективах, таких як пацієнт / сім'я, медичний працівник / працівники, представник / представники системи (McDonald et al., 2014); або поєднання всіх цих аспектів (Raleigh et al., 2014).

Оскільки різні країни знаходяться на різних етапах розвитку інтегрованих систем медичної допомоги, то можна бачити, що підходи та рамки для оцінки інтегрованої допомоги лежать у межах певного континууму, який простягається від окремих вибраних показників, які можуть становити частину ширшої системи оцінки ефективності системи (Health and Social, 2015; National Quality Forum, 2014) до інтегрованого підходу до вимірювання системи охорони здоров'я (WHO global, 2015; Integrated performance, 2014). На цьому тлі існує потреба у кращому розумінні низки підходів та показників, які були розроблені на сьогоднішній день, та того, як вимірювання ефективності інтегрованої медичної допомоги лежить у ширших рамках оцінки ефективності систем охорони здоров'я (HSPA) в даному контексті (Tools and Methodologies, 2017, р. 29). Це також допоможе повніше інформувати виробників публічної політики, що відповідає потребам та ресурсам окремих країн.

Вибір показників для оцінки ефективності інтегрованої медичної допомоги. Визначення показників,



придатних для оцінки ефективності інтегрованих систем медичної допомоги, стикається з тими самими проблемами, які були описані науковцями під час вибору заходів, що охоплюють ширші аспекти якості медичної допомоги (Nolte, 2010). Основоположною для вимірювання є ідея, що спостережувана зміна даного показника відображає щось про базовий рівень надання медичної допомоги та її якості (Davies, 2005). Отже, якщо вимірювання спрямоване на подальше вдосконалення, показники повинні відповідати певним критеріям, що дозволяють зробити відповідні висновки щодо причин і наслідків або заходів, які мають бути вжиті. Або, простіше кажучи, визначені показники мають показати, що вживання певних дій приводить до певного бажаного результату, такого, наприклад, як нижчий рівень захворюваності чи смертності (Nolte et al., 2011).

Європейські аналітики представили переліки бажаних атрибутів показників якості, які слід брати до уваги окрім традиційних ключових критеріїв обґрунтованості (ступінь, в якій вимірювання відображає концепцію, для вимірювання якої вона призначена), надійності (ступінь відтворюваності вимірювання з використанням даного показника) та чутливості до змін (Davies, 2005). Однак, залежно від контексту та мети

вимірювання, діапазон атрибутів індикатора може бути розширений. Наприклад, група європейських учених запропонувала перелік з 12-ти атрибутів для керівництва під час вибору показників, аргументуючи це тим, що, крім того, що показник має бути достовірним і надійним, він також повинен бути ефективним, об'єктивним, доступним, контекстним, атрибутивним, порівняним, відновлюваним та повторюваним, а також таким, що передається, може бути поправлений, може бути інтерпретований (Pringle et al., 2002). В якості додаткових критеріїв показників якості інші науковці також додали: адаптивність, доцільність (The OECD, 2003), прийнятність, відповідність політиці (The OECD, 2003) та застосовність (Hussey et al., 2004).

Застосовність, актуальність та релевантність критеріїв відбору залежатимуть від мети та контексту вимірювання. Наприклад, міжнародні ініціативи, щоб забезпечити порівняння з вимірювання якості значною мірою мають покладатися на існуючі набори даних. Таким чином, доцільність та порівнянність формують важливі критерії для вибору показників, наприклад в рамках проекту Організації економічного розвитку та співробітництва (ОЕСР) «Індикатори якості охорони здоров'я (HCQI)» (Табл. 1) (Carinci et al., 2015).

Таблиця 1

**Критерії відбору показників якості у проєкті ОЕСР
«Індикатори якості охорони здоров'я (HCQI)»**

Критерій	Визначення
Достовірність	Існує достатня кількість наукових доказів, що підтверджують зв'язок між значенням показника та одним або кількома аспектами якості охорони здоров'я
Надійність	Повторні вимірювання певного стабільного явища дають подібні результати
Актуальність	Показник вимірює аспект якості, що має високе клінічне значення, велике навантаження хвороби (фінансові витрати, смертність, захворюваність та інші показники) або високий рівень використання медичної допомоги
Застосовність	Показник вимірює аспект якості, який підлягає контролю з боку надавачів медичних послуг та / або системи охорони здоров'я і фактично використовується на національному рівні для вироблення відповідної політики, моніторингу або розробки стратегії
Міжнародна доцільність	Індикатор може бути отриманий для міжнародних порівнянь без значних додаткових ресурсів
Міжнародна порівнянність	Дотримання країнами, що надають свої звіти, відповідного визначення даних у тих випадках, коли відмінності у значеннях показників між країнами відображають проблеми якості надання медичної допомоги, а не відмінності в методологіях збору даних, кодуванні або інших причинах медичної допомоги, які не стосуються питань якості



У контексті визначення набору показників для вимірювання якості інтегрованої медичної допомоги у Великій Британії, науковці спиралися на критерії, запропоновані Асоціацією громадських центрів спостереження Великобританії (Pencheon, 2008), а саме, важливість та актуальність, достовірність, точність, надійність, здійсненність, значимість, наслідки для практичної діяльності та уникнення згубних стимулів (Raleigh et al., 2014). Відбір показників був додатково підкріплений ширшим набором міркувань, починаючи від кількості населення, на яку спрямовано зусилля інтегрованої медичної допомоги, до можливості зборуданих (Raleigh et al., 2014): кількість охопленого населення; репрезентує важливі аспекти системи медичної допомоги; перебуває (повністю або частково) під контролем медичних служб (тобто співвідносність); зміни можна виявити в адекватні часові рамки; однозначне тлумачення; ймовірність значущості для користувачів медичних послуг, осіб, що забезпечують догляд, та громадськості; ймовірність значущості для медичних працівників, менеджерів та уповноважених (тобто покупців послуг); відображення точки зору користувача послуги та / або співвідношення ціни та якості; своєчасність; можливість оцінки впливу на нерівність між групами користувачів послуг та сферами, що стосуються доступу до медичної допомоги та її результатів; вимірюється за допомогою регулярно зібраних даних.

Очевидно, що застосовність різних міркувань щодо відбору показників залежатиме від країни та контексту системи охорони здоров'я. Однак, розмірковуючи про фактичні дані щодо інтегрованої медичної допомоги та спираючись на дослідження британських науковців, можна визначити невелику кількість основних вимог, яким має відповідати система або показник для оцінки ефективності інтегрованої медичної допомоги (Goodwin, 2015).

Отже, для того, щоб вибрати відповідні заходи, за допомогою яких можна було б оцінити ефективність та прогрес інтегрованих систем медичної допомоги, потрібно добре розуміти (Tools and Methodologies, 2017, p. 33):

– основні цілі інтегрованої допомоги: хто бере участь і у який спосіб підхід чи система покликана впливати;

– бажані результати: які результати мають бути досягнуті інтегрованою допомогою та наскільки заходи відповідатимуть діапазону бажаних результатів;

– часові рамки, у межах яких можна обґрунтовано очікувати досягнення таких результатів: наскільки наявні категорії вимірювань можуть бути удосконалені?;

– як можна виміряти вплив: якою мірою спостережувану зміну даного показника результату можна віднести до заходів та стратегій інтегрованого догляду?

– надійність заходів: якою мірою той чи інший захід може слугувати інформаційною основою щодо подальшого вдосконалення виробниками рішень та спеціалістами, і чи не заохочує вона до неправильних стимулів?

– простота та легкість вимірювання: які дані вже збираються та які є варіанти нових та інноваційних способів збору дані, які узгоджуватимуться із вже існуючими системами збору даних?

Зробимо стислий огляд існуючих рамок та показників для оцінки ефективності інтегрованої медичної допомоги. Опитування щодо використання інтегрованої медичної допомоги в державах-членах ЄС, проведене підгрупою з інтегрованої допомоги влітку 2016 р., показало, що на момент проведення дослідження лише невелика кількість держав-членів ЄС розробили набори показників, присвячені оцінці ефективності інтегрованої медичної допомоги (Tools and Methodologies, 2017, p. 33).

З країн, що відповіли на згадане вище опитування, Велика Британія розробила невеликий набір національних показників для вимірювання прогресу в інтеграції систем охорони здоров'я та соціальної допомоги на місцевому рівні. Італія розробила спеціальний набір показників для чіткого вимірювання аспектів інтегрованої медичної допомоги, але на даний час вони не вимірюються на національному рівні. Чотири країни (Австрія, Бельгія, Іспанія, Швеція) вказали на існування наборів показників, які не були спеціально розроблені для оцінки ефективності інтегрованої допомоги як такі, але можуть бути використані для цієї мети, принаймні частково (Tools and Methodologies, 2017, p. 33).

В Нідерландах досвід оцінки інтегрованої медичної допомоги збирається стосовно вибраних вимірів у межах пілотних проєктів



на регіональному, а в Іспанії дані збираються в рамках Національного барометра охорони здоров'я (Barómetro Sanitario), який можна використовувати для оцінки певних аспектів інтегрованої та злагодженої медичної допомоги (Tools and Methodologies, 2017, р. 33). Нарешті, в Естонії в 2015 р. оцінка стану інтеграції системи охорони здоров'я визначили набір з восьми показників, призначених для вимірювання ступеня надання медичної допомоги у відповідних медичних установах, а також координації та безперервності надання медичної допомоги в різних закладах охорони здоров'я для певного набору гострих та хронічних станів, там де це можливо (The state, 2015).

В Італії ряд показників, які є частиною ширших зусиль з оцінки ефективності, використовуються як проксі (опосередковані показники) для вимірювання інтегрованої медичної допомоги. В країні розроблено конкретний набір показників для безпосереднього вимірювання аспектів інтегрованої допомоги, зокрема щодо її ефективності та безперервності. Показники, які вже використовуються як проксі для вимірювання ефективності інтегрованої допомоги: госпіталізації, яких можна уникнути при захворюванні на астму, хронічне обструктивне захворювання легенів (ХОЗЛ), цукровий діабет; смертність впродовж одного року та основні несприятливі серцево-судинні явища після виписки з лікарні. Показники, які були розроблені, але їх ще не використовуються для вимірювання на національному рівні: застосування доказового лікування (заснованого на фактичних даних); подальші заходи щодо лікування діабету, ХОЗЛ, серцевої недостатності, раку товстої кишки та молочної залози (Tools and Methodologies, 2017, р. 36).

Як вже зазначалось вище, в Іспанії певні аспекти інтегрованої медичної допомоги включені у вибрані набори показників, у тому числі в дані, що зібрані в рамках Національного барометра здоров'я. Це – координація догляду та досвід пацієнта. Показниками ефективності у цих двох вимірах визначені такі: відсоток пацієнтів, які повідомили, що на їхні запитання щодо лікування було надано відповіді в центрі первинної медичної допомоги; відсоток пацієнтів, які повідомили, що прийоми до спеціалістів були організовані центром

первинної медичної допомоги; відсоток пацієнтів, які вважають, що їхній сімейний лікар та спеціаліст, до якого вони повинні були звернутися, добре спілкуються між собою та координують свою роботу; відсоток пацієнтів, які повідомили, що їм надали всю необхідну інформацію під час відвідування ними спеціаліста або у випадку їх госпіталізації (Tools and Methodologies, 2017, р. 34 – 35).

В Швеції конкретний набір показників для безпосереднього вимірювання аспектів інтегрованої медичної допомоги ще не розроблений. Однак, низка показників, які є частиною ширших зусиль з оцінки ефективності, можуть бути використані як проксі (опосередковані показники) для вимірювання інтегрованої медичної допомоги. Ось ці показники (Tools and Methodologies, 2017, р. 37): відсоток пацієнтів, які отримали допомогу для відмови від куріння після перенесеного гострого інфаркту міокарда; призначення та вживання невідповідних ліків особам віком 75 років і старше та проживають у «будинках для людей похилого віку» порівняно із загальною групою 75+ осіб (відображає координацію та інтеграцію медичної експертизи в рамках системи соціальної допомоги людям похилого віку); координація в наданні онкологічної допомоги: пацієнти з онкологічними захворюваннями, стан та діагноз яких обговорений на засіданні мультидисциплінарної групи (відображає інтеграцію в рамках спеціальної медичної допомоги серед представників різних медичних спеціальностей); різні аспекти госпіталізацій, яких можна було уникнути.

Отже, наведені вище дані щодо держав-членів ЄС відображають міжнародний досвід в більш широкому плані, оскільки лише невелика кількість країн та організацій опублікували набір показників якості, за допомогою яких здійснюється моніторинг ефективності як засіб для підтримки переходу до більш інтегрованих систем охорони здоров'я (People-centred, 2015). До цих небагатьох країн входять, Нова Зеландія та США. З огляду на це, Експертна група, аналізуючи задокументовані на урядовому рівні рамки та набори показників для оцінки ефективності інтегрованої допомоги, вийшла за межі Європи.

Міністерство охорони здоров'я Нової Зеландії, наприклад, діючи в межах



урядової програми «Інтегрована діяльність та механізми стимулювання» (IPIF) (The Integrated, 2015) під час вибору показників виходить з таких принципових міркувань: заходи на системному рівні є конкретними та такими, що піддаються вимірюванню; допоміжні заходи – це баланс показників ефективності та заходів щодо інформування учасників обговорень без встановлення конкретних цілей або порогових значень; існує баланс вхідних, вихідних і кінцевих показників; збір інформації та звітування щодо проведених заходів не повинні збільшувати тягар звітності для постачальників (Tools and Methodologies, 2017, p. 37).

В США урядове Агентство з досліджень та оцінки якості медичного обслуговування (AHRQ) свого часу ініціювало проєкт розробки Атласу заходів з координації медичної допомоги (Care, 2010). Під час роботи над Атласом були досліджені наявні підходи до вимірювання координації надання медичної допомоги на основі багатьох джерел даних (наприклад, електронні системи медичних карток, опитування споживачів медичних послуг, бази даних адміністративних позовів), зроблено огляд портфельних проєктів AHRQ стосовно інформаційних технологій в сфері охорони здоров'я, проаналізована інформація від організацій національного рівня щодо їхньої діяльності з вимірювання координації допомоги, розглянуто внесок експертів та груп зацікавлених сторін / інформаторів, а також здійснено комплексне дослідження релевантної літератури. В оновленій редакції Атласу за 2014 р. перераховано близько 90 існуючих заходів координації медичної допомоги, які організовані за двома вимірами: механізми досягнення координації допомоги та перспективи такої координації (Tools and Methodologies, 2017, p. 42).

Щодо рівня міжнародних організацій, то в глобальній стратегії ВООЗ щодо орієнтованих на людей та інтегрованих медичних послуг (2015 р.) запропоновано систему моніторингу, що частково спирається на зазначені національні пропозиції та ініціативи (WHO global, 2015).

Висновки. В сучасних розвинених суспільствах зростає кількість людей, які потребують інтегрованого медичного обслуговування. Характерною рисою

сучасної демографічної ситуації в державах-членах ЄС є те, що з одного боку, люди живуть довше, а з іншого – широкого розповсюдження набувають хронічні тривалі захворювання. Збільшення кількості хронічно хворих, складність їх захворювань вимагає створення міжпрофесійної системи соціальної підтримки та лікування таких пацієнтів. Відповіддю на цей виклик стало розроблення в ЄС сучасної концепції інтегрованої медичної допомоги. Вимірювання ефективності інтегрованої медичної допомоги має не лише враховувати традиційну «потрійну мету» системи охорони здоров'я (поліпшення результатів охорони здоров'я, підвищення якості обслуговування пацієнтів та зменшення витрат), але також повинно відображати комплексність і складність існуючих систем інтегрованої допомоги, які функціонують на різних рівнях надання послуг: мікро (медичне обслуговування пацієнтів), мезо (організаційний контекст) та макрорівні (фінансування та контекст політики). Крім того, моделі інтегрованої допомоги можуть бути запроваджені з урахуванням різних цілей: підвищення ефективності системи, зменшення витрат, підвищення безпеки пацієнтів тощо. Перед тим, як створити систему оцінки, важливо чітко визначити та узгодити мету інтегрованої медичної допомоги у конкретному контексті, щоб забезпечити обґрунтовану оцінку її ефективності. Оскільки країни, зокрема держави-члени ЄС, різняться між собою щодо рамок оцінки ефективності в більш широкому плані, особливо стосовно інтегрованих підходів до надання медичної допомоги, будь-яка інтегрована система вимірювання має бути адаптована до конкретних цілей, цінностей та потреб країн, що, природно, не передбачає запровадження єдиного «правильного» підходу, який би був застосовним та дійсним для кожної системи. Практика показує, різні країни знаходяться на різних етапах розвитку інтегрованих систем медичного догляду. Отже, можна бачити, що підходи та рамки оцінки інтегрованої медичної допомоги лежать у межах континууму, який простягається від вибраних показників, які можуть становити частину ширшої системи оцінки ефективності системи, до конкретного підходу до вимірювання інтегрованої системи охорони здоров'я.



REFERENCES

- Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: care, health, and cost. *Health Affairs (Millwood)*, May-Jun., 27(3), 759-769. DOI: 10.1377/hlthaff.27.3.759
- Care Coordination Measures Atlas. (2010). Retrieved from <https://www.pcpcc.org/resource/care-coordination-measures-atlas>
- Carinci, F., Van Gool, K., & Mainz, J. et al. (2015). OECD Health Care Quality Indicators Expert Group. Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. *Int J Qual Health Care*, Apr., 27(2), 137-46. DOI: 10.1093/intqhc/mzv004
- Davies, H. (2005). *Measuring and reporting the quality of health care: issues and evidence from the international research literature*. Edinburgh: NHS Quality Improvement Scotland. Retrieved from <http://healthcareimprovementscotland.org/his/idoc.ashx?docid=d55b6ead-745b-44e7-8fcc-8f3e379da22b&version=-1>
- Expert Group on Health Systems Performance Assessment (HSPA). (2014). Retrieved from https://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/policy/expert_group_en
- Goodwin, N. (2015). *Measuring integrated care. In Better Care Fund implementation support programme. How to... understand and measure impact.* May. Retrieved from <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/06/bcf-user-guide-04.pdf>
- Health and Social Care Integration Public Bodies (Joint Working) (The Scottish Government.) Act 2014. Core suite of integration indicators. (2014). Retrieved from <http://www.gov.scot/Resource/0047/00473516.pdf>. 2015
- Hussey, P. S., Anderson, G. F., & Osborn, R. et al. (2004). How does the quality of care compare in five countries? *Health Aff (Millwood)*, May-Jun., 23(3), 89-99. DOI: 10.1377/hlthaff.23.3.89
- Integrated performance and incentive framework. (2014). *Appendices. Expert Advisory Group*. Wellington. Retrieved from <https://nsfl.health.govt.nz/system/files/documents/pages/ipif.pdf>
- McDonald, K. M., Schultz, E., Albin, L., & Pineda, N. et al. (2014, June). *Care Coordination Measures Atlas*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved from https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/ccm_atlas.pdf
- National Quality Forum (NQF)-Endorsed Measures for Care Coordination: Phase 3. (2014, December 2). *Washington, DC: National Quality Forum*. Retrieved from https://www.qualityforum.org/Publications/2014/12/NQF-Endorsed_Measures_for_Care_Coordination_Phase_3.aspx
- Nolte, E. (2010). *International benchmarking of healthcare quality. A review of the literature*. Santa Monica / London: RAND Corporation and London School of Hygiene & Tropical Medicine. Retrieved from https://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR738.html
- Nolte, E., Roland, M., & Damberg C. et al. (2011). *Informing the development of a resource allocation framework in the German healthcare system*. Santa Monica: RAND Corporation. Retrieved from https://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR946.html
- Pencheon, D. (2008). *The Good Indicators Guide: Understanding how to use and choose indicators*. Coventry: NHS Institute for Innovation and Improvement and Association of Public Health Observatories. Retrieved from <https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/11/The-Good-Indicators-Guide.pdf>
- People-centred and integrated health services: an overview of the evidence. (2015). *Interim Report*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/evidence-overview/en/>
- Pringle M., Wilson T., Grol R. (2002). *Measuring «goodness» in individuals and healthcare systems*. *BMJ (Clinical research ed.)*, 325, 704-7. DOI: 10.1136/bmj.325.7366.704
- Raleigh V., Bardsley M., Smith P., Wistow G. et al. (2014). Integrated care and support Pioneers: indicators for measuring the quality of integrated care. *Final report London : Policy Innovation Research Unit, London School of Hygiene & Tropical Medicine*. Retrieved from https://piru.ac.uk/assets/files/IC_and_support_Pioneers-Indicators.pdf
- Tailored country assistance. (2022). Retrieved from https://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/country_assistance_en
- The Integrated Performance and Incentive Framework (IPIF): A Healthy Start*. (2015). Retrieved from: <https://bpac.org.nz/bpj/2015/april/healthy-start.aspx>
- The OECD Health Care Quality Indicators Project. (2003). *Background paper for the first meeting of the Expert Group*. Paris: OECD. Retrieved from <https://www.oecd.org/els/health-systems/36262363.pdf>
- The state of health care integration in Estonia. (2015, January). *Summary Report. The World Bank Group and Estonian Health Insurance Fund*. Retrieved from https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/Maailmapangauuring/summary_report_hk_2015.pdf
- Tools and Methodologies to Assess Integrated Care in Europe. (2017). *Report by the Expert Group on Health Systems Performance Assessment*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2017_blocks_en_0.pdf
- WHO global strategy on people-centred and integrated health services: Interim report*. (2015). Geneva: World Health Organization. Retrieved from <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/global-strategy/en/>
- Yeshayahu, M., Schechter, K., & Jacobovsky, T. et al. (2019). Can community and hospital medicine meet? A novel integrative care experience at Assuta University Medical Center. *Medical Science Pulse*, 13, 26-28. DOI: 10.5604/01.3001.0013.1713