



DOI [https://doi.org/10.58442/2522-9931-2024-28\(57\)-232-245](https://doi.org/10.58442/2522-9931-2024-28(57)-232-245)

УДК 614.2:614.88:005.2

**Мельниченко Олександр Анатолійович**,  
доктор наук з державного управління, професор,  
професор кафедри громадського здоров'я  
та управління охороною здоров'я  
Харківського національного медичного університету.  
Харків, Україна.

 <https://orcid.org/0000-0001-5021-9025>  
[oa.melnychenko@knmu.edu.ua](mailto:oa.melnychenko@knmu.edu.ua)

**Семененко Світлана Вікторівна**,  
магістр публічного управління та адміністрування,  
аспірант кафедри публічного управління і проєктного менеджменту  
Навчально-наукового інституту менеджменту та психології  
ДЗВО «Університет менеджменту освіти».  
Київ, Україна.

 <https://orcid.org/0000-0003-3684-1701>  
[semenenko30032009@gmail.com](mailto:semenenko30032009@gmail.com)

## СКЛАДОВІ ЯКОСТІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ ЯК ОБ'ЄКТИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ

**Анотація.** Держава надає право декларантам (пацієнтам) безоплатно отримати первинну медичну допомогу (далі – ПМД). При цьому важливим не стільки сам факт надання ПМД, скільки прийнятна її якість. Існуючі методики оцінювання якості первинної медичної допомоги населенню передбачають використання офіційних статистичних даних, результатів соціологічних досліджень та/чи напрацювання наукової спільноти. При цьому на рівні 303 ПМД застосовуються чек-листи (орієнтація на якість конкретної ПМД), а на рівні території – узагальнюючі показники, що відображають наявний стан і тенденції змін досліджуваних параметрів. Оцінка якості ПМД почасти здійснюється у ланцюгу «пацієнт – лікар – адміністрація 303 ПМД», а тому передбачає оцінювання соціального та медичного ефекту від надання ПМД на рівні окремого її надавача. Проте фактично якість ПМД залежить від значно більшого «кола гравців», які відрізняються рівнем, формою, способом і засобами впливу. Урахування результатів власних досліджень і напрацювань провідних науковців за даною проблематикою дозволили вдосконалити перелік складових якості ПМД населенню: 1) суспільні процеси як об'єкт публічного управління; 2) структура забезпечення надання ПМД населенню як об'єкт публічного управління; 3) процес

надання ПМД який є поєднанням публічного управління та адміністративного менеджменту; 4) поведінка (дії/бездіяльність) безпосередньо отримувачів і надавачів ПМД яка є поєднанням елементів адміністративного менеджменту та самоменеджменту; 5) результати надання ПМД (медичні, соціальні та економічні ефекти) є відображенням результативності публічного управління, адміністративного менеджменту і самоменеджменту у цій царині. Подальші наукові розвідки мають бути присвячені розробці теоретичних положень і практичних рекомендацій, спрямованих на вдосконалення публічного управління наданням ПМД населенню.

**Ключові слова:** публічне управління; адміністративний менеджмент; первинна медична допомога; якість; складові.

## ВСТУП / INTRODUCTION

**Постановка проблеми / Statement of the problem.** Практично кожна людина час від часу потерпає від погіршення стану власного здоров'я, що спричинено стресом, травмою, простудою, зараженням інфекцією, загостренням спадкових і/чи набутих захворювань... І якщо абстрагуватися від самолікування, яке, частіше за все, передбачає «ймовірні негативні наслідки неконтрольованого прийому ліків» [3, с. 44], цілком природним є звернення таких осіб до лікарів (сімейних лікарів, терапевтів, педіатрів), з якими укладено декларацію. Останнє дає право декларантам (пацієнтам) безоплатно отримати первинну медичну допомогу (далі – ПМД) – «сукупність заходів, що здійснюють ліцензовані юридичні та фізичні особи, які уклали угоду з Національною службою здоров'я України (далі – НСЗУ) й, відповідно до чинного пакету послуг Програми медичних гарантій, здійснюють профілактику, діагностування, лікування та реабілітацію захворювань у пацієнтів та/або їх спрямування до загальних, кластерних чи надкластерних закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) задля забезпечення відновлення фізичного, психічного та соціального здоров'я нації» [4, с. 143]. При цьому важливим не стільки сам факт надання ПМД, скільки прийнятна її якість – «суб'єктивне й неупереджене судження стейкхолдерів про міру належності процесу та результатів надання такої допомоги» [4, с. 143]. Тим самим, зазвичай, усе зводиться до оцінки якості ПМД у ланцюгу «пацієнт – лікар – адміністрація ЗОЗ ПМД», а тому передбачає оцінювання (як приклад, з використанням чек-листів) соціального та медичного ефекту від надання ПМД на рівні окремого її надавача. Відтак, представники адміністративного менеджменту (на рівні закладу ПМД), почасти, констатують наявні проблеми (що, беззаперечно, важливо для розробки заходів по їх усуненню та/чи

мінімізації негативних ефектів), але, радше за все, недостатньо «заглиблюються» у з'ясування причин їх виникнення. І це не дивно, оскільки для 303 ПМД чимало таких проблем є «зовнішніми» за походженням (зокрема, йдеться про недоліки медичної реформи), а тому вимагають комплексного вивчення специфіки публічного управління розвитком вітчизняної сфери охорони здоров'я (у т.ч. щодо покращання якості ПМД). Означене, зрештою, й обумовлює актуальність даного дослідження.

**Аналіз (основних) останніх досліджень і публікацій / Analysis of (major) recent research and publications.** Проблематика забезпечення доступу населення до якісної ПМД як результату публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я стала предметом низки дисертаційних досліджень вітчизняних науковців, а саме: Я. Августиневич – «здійснено наукове обґрунтування механізму обслуговування населення громад з різних адміністративних районів і методів застосування управлінських рішень щодо вдосконаленої моделі організації роботи ЦПМД для обслуговування населення різних ОТГ, в які входять АЗПСМ і ФАП; вивчено її ефективність» [1]; О. Корнілова – «досліджено теоретичні та практичні проблеми правового регулювання ПМД як виду соціального забезпечення, а також сформульовано пропозиції та рекомендації щодо вдосконалення чинного законодавства України в цій сфері та практики його застосування» [2]; О. Яремчук – «обґрунтовано заходи з удосконалення механізмів державного управління ПМД на основі застосування програмно-цільового підходу у сфері охорони здоров'я» [9]. Означена проблематика стала предметом публікацій у фахових наукових виданнях, як-от: К. Hanson та ін. – артикульовано на недостатньому фінансуванні ПМД, що обумовлює наявні диспропорції у доступі до ПМД (передусім, населення країн з низьким і середнім доходом) та необхідності орієнтації на людину (при цьому права й потреби найбідніших і найуразливіших верств населення мають стати першочерговими) [13]; J. Das та ін. – наочно продемонстровано істотну різницю у якості, доступності та вартості ПМД залежно від території; доведено, що штати з кращими показниками забезпечують вищу якість за нижчих витрат на відвідування [15]; R. Baker та ін. – доводять, що вища безперервність ПМД знижує показники смертності населення [10]; Ja. Seaton та ін. – узагальнено досвід міжпрофесійного співробітництва у сфері ПМД через «призму сприйняття» медпрацівників суміжних країн [16]; L. Beheshti та ін. – доведено, що телемедицина може бути використана для різних цілей ПМД шляхом розгортання повного спектру каналів зв'язку, доступних для населення; завдяки цьому пацієнти (у т.ч. на віддалених територіях) оперативно отримують кваліфіковану ПМД [11]; X. Li та ін. – відзначено, що

Китай значно збільшив фінансування та запровадив сприятливу політику для зміцнення своєї системи ПМД з основними обов'язками щодо запобігання і лікування хронічних захворювань (гіпертонія), та нових інфекційних захворювань (зокрема, COVID-19) [12]; В. Ткаченко – додає оптимізму, оскільки «незважаючи на окупацію та бойові дії, вдалося зберегти надання ПМД на достатньому рівні» [7], що, попри збереження низки проблем, стало можливим завдяки системі управління якістю ПМД, яка спрямована на контроль та моніторинг трьох основних доменів – якість структури, якість процесу і якість результату» [8]; N. Joudyian та ін. – запропоновано активніше використовувати державно-приватне партнерство (далі – ДПП) у ПМД, що може полегшити доступ до них, особливо у віддалених районах; тому Уряди мають розглянути довгострокові плани та сталу політику для започаткування ДПП у ПМД і не повинні ігнорувати місцеві потреби та контекст [14]; В. Парій та ін. – порівняно міру задоволеності пацієнтів отриманою ПМД в умовах медичної реформи [5]. Віддаючи належне напрацюванням вищезгаданих науковців, слід, все ж, продовжити дослідження за даною проблематикою.

## **МЕТА ТА ЗАВДАННЯ / AIM AND TASKS**

**Мета** статті – обґрунтування складових якості ПМД населенню як результату публічного управління.

Для цього необхідно вирішити наступні **завдання**: 1) проаналізувати існуючі методики оцінювання якості ПМД населенню; 2) конкретизувати її складові як об'єкти публічного управління.

## **ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ / THEORETICAL FRAMEWORK**

Загальновідомо, що якість (у т.ч. і ПМД) є феноменом, для оцінювання якого можна використовувати чинні правові норми, результати соціологічних опитувань (передусім, отримувачів і надавачів ПМД), а також напрацювання науковців і практиків, які досліджують різні (медичні, публічно-управлінські, економічні, правові тощо) аспекти за даною проблематикою.

## **МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ / RESEARCH METHODS**

Вихідною базою є дисертаційні та фахові публікації провідних науковців, які досліджували особливості публічного управління і адміністративного менеджменту у сфері охорони здоров'я. Застосовано комплексний підхід, а також на емпіричному та теоретичному рівнях використано наступні методи: *абстрактно-логічний* – для теоретичних

узагальнень і формування висновків; *порівняльного аналізу* – для дослідження напрацювань провідних науковців за цією проблематикою.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ / RESEARCH RESULTS

Передусім слід провести огляд наявних методик оцінювання (а відтак, складових) якості ПМД населенню. Так, зокрема, Міністерство охорони здоров'я України (далі – МОЗ) затвердило Примірний перелік індикаторів якості надання ПМД, проте чимало з них лише дотичні до власне якості ПМД, оскільки відображають таке: «структура задекларованого населення, кількість пацієнтів з певною патологією, їхнє охоплення програмою «Доступні ліки»» [6] – демографічну ситуацію на певній території та, ймовірно, пріоритети сімейного лікаря щодо укладання декларацій з певним контингентом населення; «співвідношення медичних працівників і лікарів ПМД, забезпеченість ними населення» [6] – кадрове забезпечення як передумову (але не гарантію!) якості надання ПМД, оскільки не враховує професійний рівень, умотивованість, забезпеченість... таких осіб; «відсоток направлень до лікаря-спеціаліста» [6] – як його небажання / неспроможність встановити діагноз і призначити лікування та перекласти відповідальність на інших, так і чітке дотримання «меж своїх компетенцій» і наявність належної комунікації з кваліфікованими лікарями, спроможними надати пацієнтам якісну спеціалізовану та/чи високоспеціалізовану медичну допомогу.

В. Парій та ін. для оцінювання якості ПМД населенню використовують «опитувальник (EUROPEP), який складається з 23 питань з можливою оцінкою їх за п'ятибальною шкалою Likert та охоплює такі аспекти: взаємовідносини між лікарем і пацієнтом; оцінка безпосереднього надання ПМД; інформування та підтримка пацієнта лікарем; організаційні аспекти надання ПМД; доступність ПМД» [5]. Таким чином оцінюється суб'єктивна думка пацієнтів щодо процесу надання ПМД населенню.

В. Ткаченко наголосив, що «ЗОЗ може самостійно встановлювати індикатори якості своєї роботи, навіть додатково, за необхідності, до розроблених в державі» [8]. При цьому він артикулює на тих факторах, які обумовлюють якість ПМД населення: з одного боку, ускладнюють забезпечення належного її рівня (низька капітаційна ставка за ПМД; недостатній розмір допомоги від місцевих органів на розвиток ПМД; неузгодженість співпраці з підготовки медичних кадрів між МОН і МОЗ, невідповідність у багатьох аспектах системи післядипломної підготовки медичних кадрів міжнародним стандартам; відміна форм попередньо існуючої звітності щодо показників здоров'я населення – форми № 10–12); а з іншого – сприяють покращанню ситуації (розширеного реєстру



доступних ліків за програмою реімбурсації; запроваджено електронний документообіг). Пропонований результати SWOT-аналізу забезпечення системи управління якістю ПМД населення, а також сформульовані перспективні напрями розвитку цієї системи [8] створюють певну рамку для подальшого покращання ситуації у цій царині.

Урахування результатів власних досліджень і напрацювань провідних науковців за даною проблематикою дозволили вдосконалити перелік складових якості ПМД населенню:

1 Суспільні процеси як об'єкт публічного управління:

- забезпечення політичної стабільності;
- сприяння сталим темпам соціально-економічного розвитку;
- належне реагування на надзвичайні ситуації воєнного, економічного, соціального, епідеміологічного та іншого характеру...

2 Структура забезпечення надання ПМД населенню як об'єкт публічного управління:

- формування у межах кожного госпітального округу спроможної мережі ЗОЗ, серед яких чільне місце належить надавачам ПМД;
- упорядкування загальних умов співпраці між ЗОЗ ПМД і надавачами спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги;
- узгодження з органами місцевого самоврядування можливості: розвитку транспортної інфраструктури біля ЗОЗ; виділення земельних ділянок для будівництва ЗОЗ (у т.ч. у нових «спальних районах»); реконструкції приміщень, придатних розміщення ЗОЗ; використання приміщень ліквідованих ЗОЗ;
- формування «правил гри» для усіх суб'єктів, причетних до ПМД (щодо розвитку сфери охорони здоров'я загалом, здійснення господарської діяльності, ведення медичні протоколи тощо);
- розробка й впровадження вітчизняних і легалізація іноземних протоколів лікування, медичного обладнання та інструментів, ліків тощо;
- підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації лікарів і решти персоналу ЗОЗ;
- ліцензування права здійснення медичної практики, що передбачає допуск до надання ПМД лише тих (підприємства комунальної та приватної форми власності сфери охорони здоров'я, а також фізичні особи-підприємці), хто належною мірою відповідає ліцензійним умовам;
- державна акредитація ЗОЗ, що має належне кадрове та матеріально-технічне забезпечення;
- унормування порядку застосування методів профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та лікарських засобів у межах ПМД;

- організація укладання декларацій між пацієнтами та надавачами ПМД; надання можливості й унормування процедури зміни сімейного лікаря;
- встановлення (перегляд) умов для контрахтування з НСЗУ у межах Програми медичних гарантій щодо надання ПМД і контроль їх дотримання;
- встановлення (перегляд) капітаційної ставки за ПМД;
- забезпечення доступності і стабільності роботи eHealth в режимі 24/7;
- розширення програми «Доступні ліки» для пацієнтів...

3 Процес надання ПМД який є поєднанням публічного управління та адміністративного менеджменту:

- унормування процедури проведення внутрішнього контролю якості ПМД (у т.ч. з використанням чек-листів);
- забезпечення закладів ПМД необхідними кваліфікованими кадрами і матеріально-технічними ресурсами (у т.ч. сучасним медичним обладнанням);
- розроблення, вдосконалення та впровадження клінічних маршрутів пацієнтів з урахуванням ресурсного потенціалу ЗОЗ і кластерного їх розподілу у межах госпітального округу, а також викликів, пов'язаних з оптимізацією мережі ЗОЗ, пандемією, військовим станом тощо;
- запровадження протоколів надання ПМД населенню з дотриманням міжнародних принципів доказової медицини й галузевих стандартів, і які є доречними для визначеного медичного випадку;
- впровадження мультидисциплінарного підходу до лікування пацієнтів (особливо у коморбідних станах) і розвиток клієнтоорієнтованості;
- формування поглядів на споживчі властивості ПМД в уявленнях її надавачів і споживачів;
- забезпечення економічної, соціальної та медичної безпеки пацієнтів, а також лікарів і медперсоналу ЗОЗ ПМД;
- організація супроводження декларантів під час їх лікування та реабілітації, а також у період між зверненнями до сімейного лікаря;
- сприяння підвищенню міри дисциплінованості пацієнтів при виконанні призначень лікаря ПМД;
- забезпечення нульової толерантності до самолікування;
- спонукання населення до дотримання принципів здорового способу життя, а у разі погіршення власного здоров'я – своєчасного звернення до сімейних лікарів;
- запровадження в ЗОЗ сервісу для пацієнтів за стандартами розвинених країн світу;
- організація в ЗОЗ контакт-центру для надання пацієнтам усієї необхідної інформації (у т.ч. засобами зв'язку) та поліпшення навігації за

допомогою розміщення додаткових показчиків й інформаційних стендів (у т.ч. шрифтом Брайля); розвиток сурдологічної служби ЗОЗ;

- спонукання до оновлення сайтів ЗОЗ, підвищення їхньої функціональності та наповненості нагальною і актуальною інформацією;
- прозоре поєднання моральних і матеріальних стимулів для персоналу ЗОЗ; створення гарного мікроклімату в колективах;
- спонукання та стимулювання до підвищення кваліфікації (не лише лікарів і медперсоналу ЗОЗ, а й менеджерів усіх рівнів) за рахунок участі у стажуваннях, а також отримання знань і навичок у формальній та неформальній освіті...

4 Поведінка (дії/бездіяльність) безпосередньо отримувачів і надавачів ПМД яка є поєднанням елементів самоменеджменту та адміністративного менеджменту:

- вмотивованість застосовувати професійні та особисті характеристики задля надання якісної ПМД;
- постійне підвищення власного професійного рівня;
- розширення комунікації (співпраці) з іншими лікарями, які надають первинну, спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу;
- своєчасне звернення за медичною допомогою та належне виконання приписів лікарів;
- ведення здорового способу життя...

5 Результати надання ПМД (медичні, соціальні та економічні ефекти) є відображенням результативності публічного управління, адміністративного менеджменту та самоменеджменту у цій царині:

- аргументоване судження пацієнтів про зміну стану власного здоров'я;
- час на відновлення здоров'я (звісно, з урахуванням нозології хвороб) та повернення до звичного способу життя;
- неупереджене (хоча і певною мірою суб'єктивне) судження пацієнтів щодо: професійних та особистих характеристик надавачів ПМД; вартості медичних послуг, що не входять до Програми медичних гарантій щодо надання ПМД; якості сервісу (зручність, час, комфортність, безпечність...) в ЗОЗ ПМД;
- коректності направлення до іншого ЗОЗ для отримання спеціалізованої та/чи високоспеціалізованої медичної допомоги...

## **ВИСНОВКИ / CONCLUSIONS**

Існуючі методики оцінювання якості ПМД населенню передбачають використання офіційних статистичних даних, результатів соціологічних досліджень та/чи напрацювання наукової спільноти. При цьому на рівні



303 ПМД застосовуються чек-листи (орієнтація на якість конкретної ПМД), а на рівні території – узагальнюючі показники, що відображають наявний стан і тенденції змін досліджуваних параметрів. Оцінка якості ПМД почасти здійснюється у ланцюгу «пацієнт – лікар – адміністрація 303 ПМД», а тому передбачає оцінювання соціального та медичного ефекту від надання ПМД на рівні окремого її надавача. Проте фактично якість ПМД залежить від значно більшого «кола гравців», які відрізняються рівнем, формою, способом і засобами впливу, а провідна роль серед них належить уповноваженим органам публічного управління, оскільки саме від їх безпосередньо впливу залежать суспільні процеси та структура забезпечення надання ПМД населенню, а також вони опосередковано впливають на процес надання ПМД. При цьому не варто ігнорувати значущість самоменеджменту та адміністративного менеджменту у забезпеченні якості ПМД. Удосконалений перелік складових якості ПМД населенню має доповнити методологію публічного управління у сфері охорони здоров'я.

**Перспективи подальших досліджень у цьому напрямі / Prospects for further research in this direction.** Подальші наукові розвідки мають бути присвячені розробці теоретичних положень і практичних рекомендацій, спрямованих на вдосконалення публічного управління наданням ПМД населенню.

#### **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ / REFERENCES**

- [1] Я. І. Августинович, «Медико-соціальне обґрунтування вдосконаленої моделі центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги», дис. PhD. Київ, 2023.
- [2] О. В. Корнілова, «Медична допомога як вид соціального забезпечення», дис. PhD. Одеса, 2021.
- [3] О. А. Мельниченко, Л. В. Безугла, «Неконтрольований прийом лікарських засобів як загроза здоров'ю населення», на *наук.-практ. конф. Надбання сучасної епідеміології та біостатистики як запорука покращання громадського здоров'я в Україні*: Харків: Вид-во ХНМУ, 2019, с. 43–45.
- [4] О. А. Мельниченко, С. В. Семененко, «Полеміка щодо сутності поняття "якість первинної медичної допомоги населенню"», на *наук.-практ. конф. з міжнар. уч. Забезпечення стійкості, ревіталізації та розвитку територій і громад в Україні*. Дніпро: Вид-во НТУ «Дніпровська політехніка», 2023, с. 142–143.


- [5] В. Д. Парій, О. В. Короткий, В. Г. Гур'янов, «Порівняння задоволеності пацієнтів отриманою первинною медичною допомогою в умовах реформування галузі: крос-секційне дослідження (на прикладі центру первинної медичної допомоги міста Києва)», *Медичні перспективи*, т. 25, № 4, с. 207–213, 2020. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2020.4.221778> Дата звернення: Берез. 02, 2024.
- [6] Міністерство охорони здоров'я України. (2023, Квіт. 17). *Наказ № 716 «Про затвердження примірного переліку індикаторів якості надання первинної медичної допомоги»*. [Електронний ресурс]. Доступно: [https://moz.gov.ua/uploads/9/45693-dn\\_716\\_17042023.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/9/45693-dn_716_17042023.pdf)
- [7] В. І. Ткаченко, «Аналіз стану первинної медичної допомоги у Київській області за 2022 рік: вплив війни та окупації», *Сімейна медицина. Європейські практики*, № 4, с. 21–26, 2023. <https://doi.org/10.30841/2786-720X.4.2023.297021> Дата звернення: Берез. 02, 2024.
- [8] В. І. Ткаченко, «Оцінка сучасної системи управління якістю первинної медичної допомоги в умовах реорганізації системи охорони здоров'я України», *Державне управління: удосконалення та розвиток*, № 9, 2022. [Електронний ресурс]. Доступно: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur\\_2022\\_9\\_4](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2022_9_4); <http://doi.org/10.32702/2307-2156.2022.9.2> Дата звернення: Берез. 02, 2024.
- [9] О. В. Яремчук, «Удосконалення державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні», дис. канд. наук. Запоріжжя, 2020.
- [10] R. Baker, G. K. Freeman, Je. L. Haggerty et al., «Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review», *British Journal of General Practice*, vol. 70, is. 698, 2020. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X712289> Application date: March 05, 2024.
- [11] L. Beheshti, L. R. Kalankesh, L. Doshmangir, M. Farahbakhsh, «Telehealth in Primary Health Care: A Scoping Review of the Literature», *Perspectives Health Information Management*, Winter, vol. 19, is. 1, 2022.
- [12] J. Das, B. Daniels, M. Ashok et al., «Two Indias: The structure of primary health care markets in rural Indian villages with implications for policy», *Social Science & Medicine*, vol. 301, May, 2022. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114889> Application date: March 05, 2024.

- [13] K. Hanson, N. Brikci, D. Erlangga et al., «The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre», *The lancet global health*, vol. 10, is. 5, p. 715–772, 2022. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00005-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00005-5) Application date: March 05, 2024.
- [14] N. Joudyian, L. Doshmangir, M. Mahdavi et al., «Public-private partnerships in primary health care: a scoping review», *BMC Health Services Research*, vol. 21, № 4, 2021. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05979-9> Application date: March 05, 2024.
- [15] X. Li, H. M. Krumholz, W. Yip et al., «Quality of primary health care in China: challenges and recommendations», *The Lancet*, vol. 395, p. 1802–1812, 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30122-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30122-7) Application date: March 05, 2024.
- [16] Ja. Seaton, A. Jones, C. Johnston, K. Francis, «Allied health professionals' perceptions of interprofessional collaboration in primary health care: an integrative review», *Journal of Interprofessional Care*, vol. 35, is. 2, p. 217–228, 2021. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1732311> Application date: March 05, 2024.

## CONSTITUENTS OF PRIMARY HEALTHCARE QUALITY AS OBJECTS OF PUBLIC ADMINISTRATION


### **Oleksandr Melnychenko,**

Doctor of Sciences in Public Administration, Full Professor,  
Full Professor of Public Health and Healthcare Management Department,  
Kharkiv National Medical University.  
Kharkiv, Ukraine.

 <https://orcid.org/0000-0001-5021-9025>  
[oa.melnychenko@knmu.edu.ua](mailto:oa.melnychenko@knmu.edu.ua)

### **Svitlana Siemienienko,**

Magister of the Department of public administration and  
Project Management Educational and Scientific  
Institute of Management and Psychology  
SIHE «University of Educational Management».  
Kyiv, Ukraine.

 <https://orcid.org/0000-0003-3684-1701>  
[semenenko30032009@gmail.com](mailto:semenenko30032009@gmail.com)

**Abstract.** The state grants the right to declarants (patients) to receive primary healthcare (hereinafter referred to as PH) free of charge. What matters here is not so much the provision of PH as such but rather its acceptable quality. Existing methods of assessing the quality of PH involve

the use of official statistical data, the results of sociological research and/or the work of the scientific community. At the level of PH facilities, checklists are used (focusing on the quality of a particular instance of PH), whereas, at the territorial level, generalised indicators reflecting the current state and trends in the studied parameters are utilised. Assessment of PH quality is partly carried out in the chain "patient – doctor – PH facility", and therefore involves assessment of the social and medical effect of PH at the level of an individual provider. Importantly, however, the quality of PH depends on a much larger "circle of players" that differ in the level, form, method, and means of influence. Taking into account the results of our own research and the work of leading scientists on this issue, we have improved the list of constituents of the quality of PH: 1) social processes as an object of public administration; 2) the structure of ensuring the provision of PH to the population as an object of public administration; 3) the process of providing PH, which is a combination of public administration and administrative management; 4) behaviour (actions/inactions) of the recipients and providers of PH, which is a combination of elements of administrative management and self-management; 5) the results of PH provision (health, social and economic effects) reflect the effectiveness of public administration, administrative management, and self-management in this area. Further research should be devoted to the development of theoretical provisions and practical recommendations aimed at improving public administration of PH provision to the population.

**Keywords:** public administration; administrative management; primary healthcare; quality; constituents.

#### **ПЕРЕКЛАД, ТРАНСЛІТЕРАЦІЯ / TRANSLATED AND TRANSLITERATED**

- [1] Іа. І. Авхустынович, «Медыко-соціальне обґрунтування вдосконаленої моделі тентру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги», dys. PhD. Kyiv, 2023. (in Ukraine)
- [2] О. В. Корнілова, «Медична допомога як вид соціального забезпечення», dys. PhD. Odesa, 2021. (in Ukraine)
- [3] О. А. Мельніченко, Л. В. Безухла, «Неконтрольовані прийоми лікарських засобів як загроза здоров'ю населення», на наук.-практ. конф. Надбання сучасної епідеміології та біостатистики як заповідка покращення громадського здоров'я в Україні: Харків: Вyd-vo KhNMU, 2019, s. 43–45. (in Ukraine)

- [4] O. A. Melnychenko, S. V. Siemienienko, «Polemika shchodo сутnosti poniattia "iakist pervynnoi medychnoi dopomohy naselenniu"», na nauk.-prakt. konf. z mizhnar. uch. Zabezpechennia stiikosti, revitalizatsii ta rozvytku terytorii i hromad v Ukraini. Dnipro: Vyd-vo NTU «Dniprovska politekhnikha», 2023, s 142–143. (in Ukraine)
- [5] V. D. Parii, O. V. Korotkyi, V. H. Hurianov, «Porivniannia zadovolenosti patsiientiv otrymanoiou pervynnoiou medychnoiou dopomohoiou v umovakh reformuvannia haluzi: kros-sektsiine doslidzhennia (na prykladi tsentru pervynnoi medychnoi dopomohy mista Kyieva)», Medychni perspektyvy, t. 25, № 4, s. 207–213, 2020. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2020.4.221778> Data zvernennia: Berez. 02, 2024. (in Ukraine)
- [6] Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. (2023, Kvit. 17). Nakaz № 716 «Pro zatverdzhennia prymirnoho pereliku indyikatoriv yakosti nadannia pervynnoi medychnoi dopomohy». [Elektronnyi resurs]. Dostupno: [https://moz.gov.ua/uploads/9/45693-dn\\_716\\_17042023.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/9/45693-dn_716_17042023.pdf) (in Ukraine)
- [7] V. I. Tkachenko, «Analiz stanu pervynnoi medychnoi dopomohy u Kyivskii oblasti za 2022 rik: vplyv viiny ta okupatsii», Simeina medytsyna. Yevropeiski praktyky, № 4, s. 21–26, 2023. <https://doi.org/10.30841/2786-720X.4.2023.297021> Data zvernennia: Berez. 02, 2024. (in Ukraine)
- [8] V. I. Tkachenko, «Otsinka suchasnoi systemy upravlinnia yakistiu pervynnoi medychnoi dopomohy v umovakh reorhanizatsii systemy okhorony zdorovia Ukrainy», Derzhavne upravlinnia: udoskonalennia ta rozvytok, № 9, 2022. [Elektronnyi resurs]. Dostupno: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur\\_2022\\_9\\_4](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2022_9_4); <http://doi.org/10.32702/2307-2156.2022.9.2> Data zvernennia: Berez. 02, 2024. (in Ukraine)
- [9] O. V. Yaremchuk, «Udoskonalennia derzhavnoho upravlinnia pervynnoiou medyko-sanitarnoiou dopomohoiou v Ukraini», dys. kand. nauk. Zaporizhzhia, 2020. (in Ukraine)
- [10] R. Baker, G. K. Freeman, Je. L. Haggerty et al., «Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review», British Journal of General Practice, vol. 70, is. 698, 2020. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X712289> Application date: March 02, 2024. (in English)



- [11] L. Beheshti, L. R. Kalankesh, L. Doshmangir, M. Farahbakhsh, «Telehealth in Primary Health Care: A Scoping Review of the Literature», Perspectives Health Information Management, Winter, vol. 19, is. 1, 2022. (in English)
- [12] J. Das, B. Daniels, M. Ashok et al., «Two Indias: The structure of primary health care markets in rural Indian villages with implications for policy», Social Science & Medicine, vol. 301, May, 2022. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114889> Application date: March 02, 2024. (in English)
- [13] K. Hanson, N. Brikci, D. Erlangga et al., «The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre», The lancet global health, [vol. 10, is. 5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00005-5), p. 715–772, 2022. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00005-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00005-5) Application date: March 02, 2024. (in English)
- [14] N. Joudyian, L. Doshmangir, M. Mahdavi et al., «Public-private partnerships in primary health care: a scoping review», BMC Health Services Research, vol. 21, № 4, 2021. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05979-9> Application date: March 02, 2024. (in English)
- [15] X. Li, H. M. Krumholz, W. Yip et al., «Quality of primary health care in China: challenges and recommendations», The Lancet, vol. 395, p. 1802–1812, 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30122-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30122-7) Application date: March 02, 2024. (in English)
- [16] Ja. Seaton, A. Jones, C. Johnston, K. Francis, «Allied health professionals' perceptions of interprofessional collaboration in primary health care: an integrative review», Journal of Interprofessional Care, vol. 35, is. 2, p. 217–228, 2021. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1732311> Application date: March 02, 2024. (in English)

Стаття надійшла до редакції  
22 березня 2024 року

