

Андрій ШАБАГА

здобувач освітньо-професійної програми
«Публічне управління та адміністрування», ЗУНУ

ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ЗАРУБІЖНИХ КРАЇНАХ: ВИСНОВКИ ДЛЯ УКРАЇНИ

Первинна медична допомога (ПМД) відіграє одну з ключових ролей у забезпеченні загальної доступності медичних послуг, зменшенні навантаження на спеціалізований рівень надання медичної допомоги, а також у підвищенні ефективності системи охорони здоров'я загалом. У контексті триваючих реформ в Україні досвід країн із різними моделями ПМД може стати джерелом цінних управлінських рішень.

Згідно з міжнародними дослідженнями D. Kringos та співавторів, успішні системи ПМД вирізняються сильною інституційною підтримкою, стабільним фінансуванням і широким спектром компетенцій сімейних лікарів [1]. У Великій Британії, Іспанії, Нідерландах та Швеції первинна ланка виконує роль «воріт» до всієї системи охорони здоров'я. Сімейні лікарі мають високий рівень автономії, працюють у мультидисциплінарних командах та отримують фінансування за моделлю капітації або комбінацією з оплатою за результат.

У країнах із національними службами охорони здоров'я (Бевериджська модель, як у Великій Британії) держава забезпечує як фінансування, так і регуляцію. Водночас у Нідерландах домінує модель соціального страхування, але держава також гарантує універсальний доступ до ПМД. У країнах пострадянського простору, таких як Польща, Румунія, Болгарія, після 1990-х років спостерігається поступовий перехід від спеціалізованої до загальної медичної практики. Як зазначають Oleszczyk M. та інші [2], цей процес відбувався із затримками через слабку підготовку кадрів, недостатнє фінансування та спротив з боку населення й частини професійного середовища. Попри це, Польща та Естонія демонструють позитивні приклади інтеграції електронних систем

охорони здоров'я [2], зростання престижу професії сімейного лікаря та ефективні механізми розподілу ресурсів.

Німецька система охорони здоров'я базується на моделі соціального страхування (бісмарківська модель), де фінансування здійснюється через обов'язкові внески до страхових фондів. Пацієнти мають свободу вибору між лікарями загальної практики та вузькими спеціалістами без обов'язкової реєстрації у сімейного лікаря. Програма «Hausarztzentrierte Versorgung» (орієнтоване на сімейного лікаря забезпечення) запроваджена для покращення координації надання медичних послуг. Учасники цієї програми отримують додаткові переваги, а лікарі – фінансові стимули за профілактичні заходи та якість обслуговування [5]. Участь у програмі є добровільною, і система не передбачає жорсткого механізму залучення, що призводить до конкуренції між лікарями загальної практики та спеціалістами.

Австралійська система охорони здоров'я фінансується через програму Medicare [4], яка забезпечує безкоштовний доступ до ПМД для громадян. Крім того, розглядається можливість розширення ролі медсестер, фармацевтів та інших фахівців у наданні ПМД для покращення доступності та ефективності системи охорони здоров'я.

Бразильська система охорони здоров'я впровадила Стратегію сімейного здоров'я як основну модель ПМД. Кожна команда сімейного здоров'я обслуговує до 4 000 осіб у визначеному географічному районі та складається з лікаря, медсестри, помічника медсестри та 4-6 громадських медичних працівників [3]. Громадські медичні працівники здійснюють щомісячні візити до кожної родини, збираючи дані та надаючи профілактичні послуги. Ця модель сприяла значному зниженню дитячої смертності, покращенню охоплення вакцинацією та зменшенню кількості госпіталізацій через хронічні захворювання. Для вирішення проблеми нестачі медичних кадрів, особливо у віддалених районах, було запроваджено програму «Mais Medicos», яка залучає лікарів з інших країн та надає фінансові стимули для роботи у сільській місцевості [3].

Нижче представлена Порівняльна характеристика різних моделей первинної медичної допомоги (табл. 1).

Таблиця 1

Порівняльна характеристика різних моделей первинної медичної допомоги

Критерій	Beveridge (Велика Британія)	Bismarck (Німеччина)	Україна (модель після 2018)
Джерело фінансування	Податки	Страхові внески	Державний бюджет
Вибір лікаря	Обмежений	Вільний	Вільний
Приватні заклади	Обмежено	Так	Так, на рівних з комунальними
Конкуренція між надавачами	Невелика	Так	Так

Україна з 2018 року розпочала масштабну реформу ПМД, що передбачає автономізацію закладів, фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» і підвищення ролі сімейного лікаря. Зараз модель ПМД, орієнтована на пацієнта, з елементами державного замовлення послуг (близько до моделі Beveridge), але з урахуванням ринкових механізмів конкуренції між надавачами медичних послуг. Утім, низький рівень кадрового забезпечення в сільських районах, обмежена інфраструктура, а також проблеми з електронною медичною системою стримують позитивні зрушення. Тож в цілому, Україна реалізує власну гібридну модель, яка поєднує риси систем Beveridge (державне фінансування) та Bismarck (конкуренція між надавачами послуг).

З урахуванням міжнародного досвіду, в сучасних умовах, для України актуальними є такі напрями в діяльності первинної медичної допомоги: зміцнення функцій сімейного лікаря через розширення компетенцій, інструментів клінічного прийняття рішень та мультидисциплінарні команди; створення чіткої моделі оплати праці, яка б поєднувала капітаційну ставку з індикаторами якості; розвиток телемедицини та електронного документообігу; підвищення престижу та конкурентоспроможності сімейної медицини завдяки освітній реформі, фінансовим стимулам та підтримці молодих спеціалістів.

Міжнародний досвід підтверджує: ефективна первинна медична допомога є основою сталого розвитку системи охорони здоров'я. Вона забезпечує доступність, профілактику, економічну ефективність та соціальну справедливість. Для України адаптація найкращих практик можлива лише за умови комплексного бачення, політичної волі та довгострокового інвестування в первинну ланку.

Список використаних джерел

1. Kringos D.S., Boerma W.G.W., Hutchinson A., Van der Zee J., Groenewegen P.P. (2013). The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *British Journal of General Practice*, 63(616). <https://doi.org/10.3399/bjgp13X674422>
2. Oleszczyk M., Svab I., Seifert B., Krztoń-Królewiecka A. (2012). Family medicine in post-communist Europe needs a boost. *BMC Family Practice*. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-15>
3. SciELO Brazil (2022). Primary health care as assessed by health professionals: comparison of the traditional model versus the Family Health Strategy. <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/st8JVDXWQfVYzzRVhVCwC4L>
4. The Guardian (2025). Medicare urgent care clinics: are they Australian healthcare's saviour or just a Band-Aid solution?. <https://www.theguardian.com/australia-news/2025/may/02/medicare-urgent-care-clinics-are-they-australian-healthcares-saviour-or-just-a-band-aid-solution>
5. Busse, R., Blümel, M., Knieps, F., & Bärnighausen, T. (2017). Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *The Lancet*, 390(10097). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31280-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31280-1)