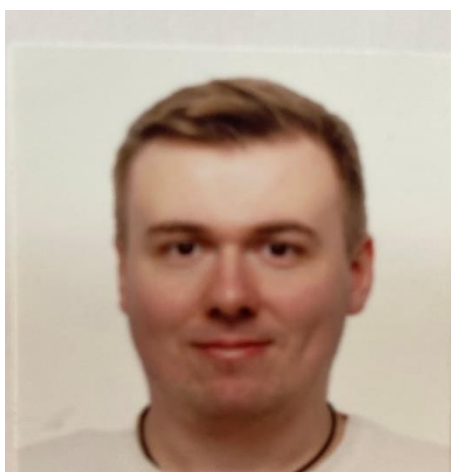


УДК 14.253.1:616-058-082(477)«199/202»

**КОЦУР Надія,**

доктор історичних наук, професор,
завідувачка кафедри здоров'я і безпеки
життєдіяльності, Університет Григорія
Сковороди в Переяславі (м. Переяслав, Україна)

n.kozur@ukr.netORCID: <https://orcid.org/0009-0003-3072-1706>**КОШЛАКОВ Сергій,**

аспірант, Університет Григорія Сковороди в
Переяславі (м. Переяслав, Україна)

s.koschlakov@ukr.net

СТАНОВЛЕННЯ І РОЗВИТОК СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ (кінець 80-рр. XX – 20-ті рр. XXI ст.)

У статті розглянуто цілісний процес становлення і розвитку сімейної медицини в Україні кінця 80-х рр. XX – 20-х рр. XXI ст. З'ясовано, що передумовою становлення сімейної медицини в Україні став досвід більшості країн Європи переходу на первинну медичну допомогу за рахунок надання пріоритету загальній практиці – сімейній медицині, головним завданням якої стало зміцнення здоров'я і профілактики захворювань. Виділено та проаналізовано основні етапи становлення і розвитку первинної медико-санітарної допомоги в Україні (ПМСД). Охарактеризовано якісні зміни в структурно-організаційних складових сімейної медицини у процесі її становлення і розвитку. Показано, що початковий (експериментальний) етап (1987–1990-ті рр.) становлення сімейної медицини був періодом пошуку альтернативи існуючій радянській моделі охорони здоров'я, яка базувалася на вузькій спеціалізації, що розпочався з широкомасштабного експерименту у

Львівській області (м Дрогобич). Розкрито процес інституалізації сімейної медицини (академічне визнання та створення кафедр (1990-ті рр.). Встановлено, що етап нормативного закріплення (2000–2010 рр.) став переломним моментом, коли сімейна медицина трансформувалася з локального експерименту в офіційну державну стратегію розвитку первинної медико-санітарної допомоги. Виділено активне реформування та організацію пілотних проєктів (2011–2017 рр.), що стало періодом практичної апробації нових механізмів управління та фінансування медицини перед її остаточною трансформацією. Показано, що етап трансформації та фінансової автономії (2018–2024 рр.) став найбільш радикальним періодом в історії української медицини, коли сімейна медицина перетворилася з формальної структури на реальний фундамент системи охорони здоров'я. З'ясовано, що на сучасному етапі розвитку (2025 р. і до тепер) сімейна медицина в Україні стала найбільш стійким та адаптивним елементом системи охорони здоров'я, здатним працювати в умовах екстремальних навантажень.

Ключові слова: сімейна медицина, первинна медико-санітарна допомога, сімейний лікар, охорона здоров'я, профілактика.

THE ESTABLISHMENT AND DEVELOPMENT OF FAMILY MEDICINE IN UKRAINE (LATE 1980s – 2020s)

The article examines the entire process of the formation and development of family medicine in Ukraine in the late 1980s and the beginning 2000s. It has been established that the prerequisite for the formation of family medicine in Ukraine was the experience of most European countries in transitioning to primary health care by giving priority to general practice – family medicine, whose main task was to strengthen health and prevent disease. The main stages of the formation and development of primary health care in Ukraine (PHC) were identified and analyzed. Qualitative changes in the structural and organisational components of family medicine in the process of its formation and development were characterised. It is shown that the initial (experimental) stage (1987–1990s) of the formation of family medicine was a period of searching for an alternative to the existing Soviet model of healthcare, which was based on narrow specialisation, which began with a large-scale experiment in the Lviv region (Drohobych). The process of institutionalization of family medicine (academic recognition and creation of departments (1990s)) is revealed. It has been established that the stage of regulatory consolidation (2000–2010) was a turning point when family medicine transformed from a local experiment into an official state strategy for the development of primary health care. Active reform and the organisation of pilot projects (2011–2017) are highlighted, which became a period of practical testing of new mechanisms for managing and financing medicine before its final transfer. It has been shown that the stage of transformation and financial

autonomy (2018–2024) became the most radical period in the history of Ukrainian medicine, when family medicine transformed from a formal structure into the real foundation of the healthcare system. It has been established that at the current stage of development (2025 to present), family medicine in Ukraine has become the most stable and adaptive element of the healthcare system, capable of operating under extreme conditions.

Keywords: *family medicine, primary health care, family doctor, health care, prevention.*

Постановка проблеми. На початковому етапі незалежності України центральне місце в наданні медичних послуг відводилося вторинній, спеціалізованій медичній допомозі. Вторинна ланка надання медичної допомоги була спрямована не на збереження здоров'я, а на лікування хвороб. Відповідно така допомога не здатна була достатньою мірою справитись із завданням щодо поліпшення здоров'я широких верств населення. Основними недоліками такого підходу було нераціональне використання коштів і недостатня профілактична спрямованість охорони здоров'я. Водночас, як свідчить досвід розвинених європейських країн, сімейна медицина може вирішувати на первинному рівні охорони здоров'я більше 80% проблем зі здоров'ям людини. Забезпечення первинної медичної допомоги потребує близько 30% загального ресурсу галузі охорони здоров'я. Таке співвідношення в усьому світі вважається раціональним з економічних міркувань. Адже економічні затрати на сімейну медицину набагато вигідніші, ніж на вторинну ланку надання медичних послуг. Водночас цьому сприятимуть реальна профілактика захворювань та пропагування здорового способу життя. Так, у будь-якій країні Європи та світу сімейний лікар – це провідний фахівець, з якого починається нагляд за здоров'ям пацієнта, незалежно від його віку і статі. У цьому приховується певний потенціал заощадження коштів, оскільки сімейний лікар намагається надавати якомога ширший спектр медичних послуг на первинному рівні.

Головна мета сімейної медицини – забезпечення надання гарантованої, доступної, якісної, своєчасної, ефективної первинної медичної допомоги пацієнтам, покращення стану громадського здоров'я, збереження, відновлення і зміцнення здоров'я населення. Сімейну медицину як спеціальність характеризує система професійних цінностей та компетенцій спеціалістів, які в ній працюють.

Таким чином, первинна медична допомога є невід'ємною частиною національної системи охорони здоров'я України та центральною ланкою соціально-економічного розвитку суспільства, саме тому впродовж останніх років актуальність розвитку сімейної медицини зростає.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблема сімейної медицини перебувала в поді зору багатьох науковців: В. Ткаченко, О. Яковлевої, В. Чопей, М. Білінської, Ю. Вороненької, А. Голунова, В. Парія, О. Короткого, І. Фуртак, О. В. Яремчук та інших. Упродовж останніх років з'явилася низка публікацій, присвячених окремим аспектам становлення і розвитку сімейної медицини в Україні. Зокрема, у дослідженні В. Ткаченка проаналізована нормативно-правова база розвитку сімейної медицини в Україні, охарактеризовано сучасний стан первинної медичної допомоги за кордоном та в Україні [11]. У монографічному дослідженні за авторством Л. Шкали та Г. Левченко розглянуто загальні аспекти формування сімейної медицини в Україні [15]. У статті за авторством О. Яковлевої з'ясовано поширеність професії лікаря загальної лікарської практики – сімейної медицини, як унікальної спеціальності, орієнтованої на розв'язання проблем пацієнта як особистості в контексті його сімейних і соціальних відносин [12]. Дослідження О. Яремчук присвячено генезису сімейної медицини та перспектив її розвитку в Україні, зокрема визначено сутність цього поняття та встановлено його роль для всієї сфери охорони здоров'я, детально проаналізовано й висвітлено основні аспекти медичної реформи, особливо в частині сімейної медицини [13]. У публікації

В. Парій та О. Короткого проведено огляд літературних джерел з питань становлення та розвитку первинної медичної допомоги на засадах загальної практики – сімейної медицини в Україні та проаналізовано існуючі вітчизняні моделі діяльності лікаря загальної практики – сімейного лікаря [8]. Організаційні засади сімейної медицини в період російсько-української війни представлено в публікаціях Н. Коцур та С. Кошлякова [7], Н. Литвина та М. Максимовича [9].

Про ефективність сімейної медицини в лікуванні пацієнтів та профілактиці захворювань зазначається в публікаціях зарубіжних науковців, зокрема: I. Barker, A. Steventon, S. R. Deeny; E. Fichera, M. Pezzino; M. Smatana, P. Pazitny, D. Kandilaki та інших. Так, англійські дослідники I. Barker, A. Steventon та S. R. Deeny зазначають, що вищий рівень сталості допомоги (лікування в одного й того ж лікаря загальної практики) асоціюється з меншою кількістю госпіталізацій через стани, що піддаються амбулаторному лікуванню [1]. Автори E. Fichera та M. Pezzino аналізують вплив британської системи оплати сімейних лікарів за якість *Quality and Outcomes Framework* (QOF – система добровільної фінансової винагороди та заохочення для лікарів загальної практики) на трудовий ринок первинної медичної допомоги [2]. У дослідженні M. Smatana, P. Pazitny та D. Kandilaki підкреслюється, що витрати на охорону здоров'я стабілізувалися після впровадження у 2010 р. у Словаччині первинної медичної допомоги, але залишалися значно нижчими за середні показники по ЄС [3].

Дослідження ґрунтуються також на використанні низки сучасних нормативно-правових джерел, у яких на державному рівні визначено сімейну медицину як один із пріоритетних напрямів охорони здоров'я (постанови Кабінету міністрів України, накази МОЗ України, міжгалузеві програми, концепції розвитку ПМСД тощо).

Водночас, незважаючи на наявність значної кількості публікацій, присвячених зазначеній тематиці, малодослідженими залишаються питання

щодо періодизації становлення і розвитку сімейної медицини в Україні, аналізу якісних змін в її структурно-організаційних складових, пріоритетів і досягнень сімейної медицини в умовах тривалих викликів воєнного стану,

Мета і завдання дослідження. Метою дослідження є з'ясування процесів становлення і розвитку сімейної медицини в Україні кінця 80-х рр. XX – 20-х рр. XXI ст. на тлі соціально-економічних, політичних, епідеміологічних, військових викликів часу та європейського досвіду. Окреслена мета досягнута через виконання основних завдань: виділено та проаналізовано основні етапи формування сімейної медицини в Україні; охарактеризовано якісні зміни в структурно-організаційних складових сімейної медицини у процесі її становлення і розвитку.

Для розв'язання дослідницьких завдань з історії становлення і розвитку сімейної медицини в Україні кінця 80-х рр. XX – 20-х рр. XXI ст. використовувалися порівняльно-генетичний метод, структуризації, взаємозв'язку і взаємовпливу сімейної медицини з іншими галузями і науками, матеріальною практикою, економічними, соціальними, політичними умовами епохи. Важливими шляхами розв'язання завдань дослідження стало застосування загальнонаукових (періодизація, класифікація), міждисциплінарних (структурно-системний підхід), власне історичних (проблемно-хронологічний, порівняльно-історичний, описовий, статично-аналітичний) методів дослідження.

Виклад основного матеріалу. Започаткування сімейної медицини у світовому масштабі розпочалося з проголошення Алма-Атинської декларації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у 1978 р., що сприяло переходу більшості країн Європи на первинну медичну допомогу за рахунок надання пріоритету загальній практиці – сімейній медицині, головним завданням якої стало зміцнення здоров'я та профілактика захворювань. Як зазначає В. Ткаченко,

Світова практика сформувала такі основні моделі діяльності сімейного лікаря: індивідуальна медична практика – працює один лікар та декілька представників середнього медичного персоналу; групова медична практика – об'єднання декількох сімейних лікарів, що дозволяє економити кошти, організувати взаємозаміну, ввести деякі елементи спеціалізованої медичної допомоги; центри здоров'я, до яких можуть входити невеликі стаціонари [11, с. 13]. В Україні впровадження сімейної медицини розпочалося з 1988 р.

Аналіз джерел і літератури щодо становлення і розвитку сімейної медицини (загальної практики) в Україні дав можливість виділити наступні ключові етапи:

1. Перший – початковий (експериментальний) (1987–1990-ті рр.).
2. Другий – інституалізація сімейної медицини (академічне визнання та створення кафедр (1990-ті рр.)).
3. Третій – нормативно-правове закріплення сімейної медицини (2000–2010 рр.).
4. Четвертий – активне реформування та організація пілотних проєктів (2011–2017 рр.).
5. П'ятий – трансформація та фінансова автономія (2018–2024 рр.).
6. Шостий – сучасний етап розвитку сімейної медицини під час воєнного стану в Україні (з 2025 р. до тепер).

Початковий (експериментальний) етап (1987–1990-ті рр.) розпочався з широкомасштабного експерименту у Львівській області (зокрема, у м. Дрогобичі) у 1987–1988 рр., де було започатковано відкриття перших амбулаторій сімейної медицини та розпочато опрацювання системи організації допомоги за принципом сімейного лікаря. Цей етап становлення сімейної медицини в Україні був періодом пошуку альтернативи існуючій радянській моделі охорони здоров'я, яка базувалася на вузькій спеціалізації та жорсткому

розподілі на дорослу й дитячу мережі. У зв'язку з цим Львівщина стала «колискою» сімейної медицини. У 1987 р. в місті Дрогобич розпочався перший в Україні експеримент з організації медичної допомоги за принципом загальної лікарської практики. Мета такого експерименту полягала у створенні умов, за яких один лікар міг би надавати допомогу всім членам родини (дітям, дорослим, людям похилого віку), забезпечуючи при цьому безперервність нагляду. Результати експерименту показали, що такий підхід дозволяє краще знати спадковість, умови життя та соціальні фактори пацієнтів, що значно підвищує якість діагностики [6, с. 9].

Таким чином, досвід Дрогобича став поштовхом для наукового обґрунтування медичної реформи, що в подальшому сприяло підґрунтям для підготовки кадрів.

Другий етап – інституалізація сімейної медицини (академічне визнання та створення кафедр (1990-ті рр.)). У 1991 р. у Львівському державному медичному інституті (нині – ЛНМУ ім. Данила Галицького) була відкрита перша в Україні кафедра сімейної медицини. Це дозволило розпочати фахову перепідготовку дільничних терапевтів та педіатрів на сімейних лікарів. Згодом кафедри почали відкриватися і в інших закладах вищої освіти. У 1995 р. такі кафедри були засновані у Києві (КМАПО ім. П. Л. Шупика) та Харкові. Було офіційно введено спеціальність «загальна практика – сімейна медицина» до переліку лікарських посад.

На цьому етапі становлення сімейної медицини відбувається юридичне підґрунтя реформування охорони здоров'я. Законодавством України про охорону здоров'я (1992 р.) закладено можливість вибору лікаря та багатоукладності медичної допомоги. У 1994 р. видано Наказ МОЗ України № 121, який затвердив положення про лікаря загальної практики (сімейного лікаря), визначив його права, обов'язки та кваліфікаційні вимоги [15].

Ключовими аспектами цього періоду стали: децентралізація (розвиток сімейної медицини відбувався переважно «знизу вгору» – через ініціативу окремих регіонів та науковців, а не через загальнодержавну програму); трансформація кадрів (лікарі проходять короткострокові курси спеціалізації, опановуючи навички з отоларингології, офтальмології, неврології та педіатрії, щоб самостійно вирішувати до 80% медичних проблем пацієнта); створення амбулаторій (у сільській місцевості почали реорганізовувати фельдшерсько-акушерські пункти та дільничні лікарні в амбулаторії сімейної медицини).

Отже, другий етап становлення сімейної медицини підготував підґрунтя для прийняття у 2000 р. Постанови Кабінету Міністрів, яка офіційно проголосила сімейну медицину пріоритетним напрямом розвитку охорони здоров'я.

Третій етап – нормативно-правове закріплення сімейної медицини (2000–2010 рр.). У своєму розвитку сімейна медицина дістала новий поштовх після прийняття Кабінетом Міністрів України Постанови від 20 червня 2000 р. № 989 «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» та Указу Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000 «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України», якими передбачалося: наукове обґрунтування принципів, розробка структури організації та управління первинною медичною допомогою (ПМД), апробування і впровадження моделі надання первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини у містах і сільській місцевості; доопрацювання і затвердження в установленому порядку пакету нормативних документів, що регламентують діяльність працівників, закладів (підрозділів) загальної практики-сімейної медицини; затвердження професійно-кваліфікаційних характеристик лікаря загальної практики-сімейного лікаря [11]. Розроблена Концепція розвитку загальної практики на 2006–2010 рр. передбачала поступовий перехід усіх регіонів до цієї моделі.

Етап нормативного закріплення став переломним моментом, коли сімейна медицина трансформувалася з локального експерименту в офіційну державну стратегію розвитку первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД).

Основні складові цього етапу:

1. Фундаментальні акти Уряду (2000–2001 рр.):

Постанова КМУ № 989 (20.06.2000): Документ «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» вперше на державному рівні визначив сімейну медицину пріоритетним напрямом. Вона передбачала створення мережі амбулаторій та розробку нормативів їхнього оснащення;

Наказ МОЗ № 214 (11.09.2000) затвердив план поетапного переходу до організації ПМСД на засадах сімейної медицини;

Наказ МОЗ № 72 (23.02.2001) затвердив перелік документів, що регламентували діяльність сімейного лікаря, визначено кваліфікаційні вимоги до фахівців.

2. Загальнодержавні програми та концепції:

Міжгалузева програма «Здоров'я нації» (2002–2011 рр.) визначила розвиток сімейної медицини як інструмент покращення демографічної ситуації та доступності медицини для сільського населення;

Концепція розвитку ПМСД (2006) схвалила перехід від дільничного принципу до обслуговування сім'ї. У цей період розпочалося масове створення центрів ПМСД як окремих юридичних осіб;

Закон України № 1841-VI (22.01.2010): затверджена «Загальнодержавна програма розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року», яка підвела підсумок десятиліття та підготувала базу для наступних пілотних проєктів;

Постанова Кабінету Міністрів України від 17.02.2010 р. «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я», яка передбачала подальше реформування й удосконалення первинної медико-санітарної допомоги [4].

3. Організаційні та освітні зміни:

Розмежування рівнів допомоги: розпочався процес відділення первинної ланки (амбулаторій) від вторинної (поліклініки та лікарні), що було необхідним для запровадження автономного фінансування.

Підготовка кадрів: упродовж цього десятиліття в усіх медичних закладах вищої освіти України було створено відповідні кафедри. Запроваджено 6-місячні курси спеціалізації для сімейних лікарів.

Третій етап завершився підготовкою до масштабного реформування у чотирьох «пілотних» регіонах України у 2011 р.

Таким чином, ключовими результатами першого десятиліття ХХІ ст. розвитку сімейної медицини стало: формування юридичної бази, що дозволило створити понад 4000 закладів сімейної медицини по всій країні; впровадження посади «лікар загальної практики – сімейний лікар» у штатний розпис усіх державних медичних установ; закріплення права пацієнта на вільний вибір лікаря первинної ланки, що пізніше (після 2018 р.) лягло в основу системи декларацій.

Четвертий етап – активне реформування та організація пілотних проєктів (2011–2017 рр.) став періодом практичної апробації нових механізмів управління та фінансування медицини перед її остаточною трансформацією. На цьому етапі виділимо кілька періодів:

1. Період масштабного експерименту (2011–2014 рр.). Пілотні проєкти почали проводитися у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві. Розпочала розвивалася наукова база та післядипломна освіта для підготовки фахівців. У 2013 р. впровадження сімейної медицини було закріплено

як пріоритет Концепції розвитку охорони здоров'я. Запуск масштабного експерименту розпочався з ухвалення Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» (липень 2011 р.). Мета експерименту полягала у випробуванні структурного розмежування первинного (сімейна медицина) та вторинного (вузькі спеціалісти) рівнів медичної допомоги. У пілотних проєктах були створені центри первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) [15, с. 68]. Вперше було впроваджено елементи стимулюючих виплат для сімейних лікарів за обсяг та якість виконаної роботи (надбавки за профілактику, скринінги тощо).

2. Період концептуального переосмислення (2014–2016 рр.). Після 2014 р. акцент змістився з простої зміни структури на кардинальну зміну моделі фінансування. У 2015 р. стратегія реформи охорони здоров'я полягала в наступному: МОЗ за підтримки ВООЗ та Світового банку розпочало розробку моделі «гроші йдуть за пацієнтом»; почала відбуватися автономізація медичних закладів, яка полягала в їхньому перетворенні на комунальні некомерційні підприємства (КНП), що було критично важливим для отримання права укладати договори; відбувається розвиток цифрової медицини, який дав поштовх до розробки прототипів електронної системи охорони здоров'я (eHealth) для обліку пацієнтів та візитів [14].

3. Період фіналізації та старту «нової первинки» (2017 р.), який став завершальним акордом пілотного етапу та початком загальнонаціональної медичної реформи. У цей період було схвалено низку законів, урядових програм. Зокрема, у жовтні 2017 р. Верховна Рада прийняла Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який офіційно закріпив нові правила гри для сімейної медицини. Була прийнята урядова програма «Доступні ліки», яка сприяла запуску механізму реімбурсації

(відшкодування вартості ліків) через сімейних лікарів, що суттєво підвищило роль ПМСД у житті пацієнтів. Розпочався процес створення Національної служби здоров'я України – єдиного замовника медичних послуг. До ключових досягнень цього етапу слід віднести: розподіл повноважень, що сприяло чіткому відокремленню сімейного лікаря від стаціонару і, як наслідок, зменшенню навантаження на госпітальну ланку; підготовка бази (до 2017 р. понад 50% первинної допомоги в країні вже де-факто надавалося на засадах сімейної медицини); міжнародна підтримка через: залучення кредитів Світового банку (проект «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей») для обладнання амбулаторій [11].

П'ятий етап – трансформація та фінансова автономія (2018–2024 рр.).

З 2018 р. розпочалася активна фаза медичної реформи, яка запровадила принцип «гроші йдуть за пацієнтом». Основними новаціями цього етапу стали: кампанія «Лікар для кожної сім'ї» через підписання декларацій між пацієнтами та обраними лікарями; капітаційна ставка, що сприяла переходу на фінансування за кількістю обслуговуваних пацієнтів (наприклад, у 2025 р. вона становила 844,4 грн. за особу на рік); розвиток E-health (впровадження електронних рецептів та медичних карток) [9].

Етап трансформації та фінансової автономії став найбільш радикальним періодом в історії української медицини, коли сімейна медицина перетворилася з формальної структури на реальний фундамент системи охорони здоров'я. Основними складовими цього етапу стали:

1. Впровадження моделі «Гроші йдуть за пацієнтом» (2018). З квітня 2018 р. стартувала національна кампанія «Лікар для кожної сім'ї». Пацієнти отримали право вільно обирати сімейного лікаря незалежно від місця реєстрації. Станом на 2024 р. понад 30 мільйонів українців підписали декларації. Національна служба здоров'я України (НСЗУ) почала функціонувати як єдиний

закупівельник медичних послуг, оплачуючи закладам сімейної медицини кожную підписану декларацію за прямими договорами [10].

2. Автономізація та фінансова свобода. Медичні заклади (поліклініки та амбулаторії) змінили свій статус із бюджетних установ на Комунальні некомерційні підприємства (КНП). Головні лікарі отримали право самостійно визначати штатні розписи та встановлювати рівень заробітних плат лікарям і медсестрам, виходячи з доходів від декларацій. З'явилася конкуренція: на ринок первинної допомоги вийшли приватні клініки та лікарі-ФОП, які також почали отримувати фінансування з держбюджету за обслуговування пацієнтів за деклараціями.

3. Цифрова трансформація та eHealth. Упродовж 2018–2024 рр. сімейна медицина стала повністю цифровою. Було запроваджено електронні документи: електронні медичні карти, електронні рецепти (зокрема за програмою «Доступні ліки»), електронні направлення до вузьких спеціалістів та електронні лікарняні листки. Використання системи eHealth дозволило державі бачити реальну кількість візитів та ефективність кожного закладу, що сприяло його прозорості.

4. Розширення функцій сімейної медицини під час пандемії та російсько-української війни (2020–2024 рр.). В період пандемії COVID-19 сімейні лікарі стали першою лінією оборони, здійснюючи тестування, моніторинг хворих та проводячи масову вакцинацію населення. З початку широкомасштабної російсько-української війни особлива увага стала приділятися ментальному здоров'ю українських громадян. З 2022 р. в межах ініціативи Олени Зеленської «Ти як?» сімейні лікарі почали проходити навчання за програмою mhGAP для надання базової психологічної допомоги пацієнтам із депресіями та ПТСР [9, с. 331].

Під час воєнного стану було спрощено правила надання допомоги внутрішньо переміщеним особам (ВПО): вони можуть отримувати послуги

сімейного лікаря без перепідписання декларації за місцем фактичного перебування. Порядок надання первинної медичної допомоги ВПО визначено Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17.03.2022 р. (№ 496 від 17.03.2022 р. «Деякі питання надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану») [5].

В умовах воєнного стану в Україні, як відзначає Л. Матвієць (голова ГО «Асоціація сімейних лікарів м. Києва») зростає актуальність комплексного та холістичного підходу до надання медичних послуг лікарями первинної медичної допомоги. Такі підходи були розроблені Всесвітньою асоціацією сімейної медицини (WONCA) в 2002-2011 рр. В Україні, особливо в період пандемії COVID-19 та широко-масштабної російсько-української війни такі підходи лише вдосконалюються. Адже в ситуації постійного хронічного стресу сімейному лікарю надзвичайно важливо застосовувати комплексний підхід до лікування, включаючи при цьому як саме лікування, так і корекцію способу життя пацієнта та надання психологічної підтримки. Впровадження холістичного підходу в лікуванні допомагає пацієнту швидко адаптуватися до фізичних, соціальних умов тощо [7, с. 183].

5. Завершення формування стійкої мережі первинної ланки (2024 р.). Сімейний лікар набуває статусу «менеджер здоров'я», який не лише лікує, а й координує весь шлях пацієнта в медичній системі. У 2024 р. було зафіксовано найвищий рівень довіри населення саме до лікарів первинної ланки порівняно з іншими рівнями допомоги.

Шостий – сучасний етап розвитку сімейної медицини під час воєнного стану (з 2025 р. до тепер). Незважаючи на війну, реформа продовжується з акцентом на доступність первинної допомоги та психологічну підтримку на рівні сімейного лікаря. У 2026 р. пріоритетом залишається реалізація Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України Програми медичних гарантій відповідно до

запропонованого проєкту Постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2026 році». Проєктом постанови передбачено ухвалення Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування (пакетів медичних послуг) у 2026 р., тарифи та коригувальні коефіцієнти для них, особливості розрахунку їх вартості, перелік лікарських засобів та медичних виробів, вартість яких буде відшкодована Національною службою здоров'я України (НСЗУ). Таким чином, Програма медичних гарантій забезпечує безоплатний пакет послуг на засадах сімейної медицини [7].

Сучасний етап характеризується адаптацією сімейної медицини до тривалих викликів воєнного стану, інтеграцією послуг із ментального здоров'я та поглибленням цифрової взаємодії.

До основних пріоритетів та досягнень цього періоду належать:

1. Нова роль у сфері ментального здоров'я. У 2025–2026 рр. сімейний лікар остаточно став першою ланкою психологічної допомоги. Станом на 2026 р. понад 85% лікарів первинної ланки пройшли навчання за програмою ВООЗ mhGAP (Mental Health Gap Action Programme). Вони мають право діагностувати депресію, тривожні розлади та ПТСР, а також призначати базову медикаментозну терапію. У межах Програми медичних гарантій діє окремий безоплатний пакет послуг «Супровід і лікування дорослих та дітей з психічними розладами на первинному рівні», що робить допомогу доступною навіть у віддалених регіонах [7, с. 184].

2. Забезпечення доступності для ВПО та на прифронтових територіях. Війна змусила змінити підхід до принципу «декларації» (екстериторіальності). Так, у 2025–2026 рр. ВПО отримують повний пакет послуг у будь-якій амбулаторії без розірвання попередньої декларації. Це включає безоплатні рецепти на ліки та планову вакцинацію. Для районів, де зруйновано медичну

інфраструктуру, розширено мережу мобільних медичних пунктів. Вони працюють за графіком, забезпечуючи огляди сімейним лікарем та видачу медикаментів за програмою «Доступні ліки».

3. Цифрова медицина та телемедицина. У 2026 р. цифровізація стала інструментом безпеки та швидкості. Сімейні лікарі масово використовують телемедичні платформи для дистанційного моніторингу пацієнтів із хронічними захворюваннями, що критично важливо під час повітряних тривог або обмеженої мобільності. Сімейна медицина повністю перейшла на електронний документообіг. Відпуск усіх рецептурних препаратів та видача довідок (зокрема для дітей до школи) здійснюється виключно через систему eHealth.

4. Профілактика та «Пакет виживання». На тлі війни акцент змістився на попередження критичних станів за рахунок проведення скринінгів та розширення програми реімбурсації. Пріоритетом 2026 р. є раннє виявлення онкології, серцево-судинних захворювань та цукрового діабету, оскільки стрес спровокував їхнє «омолодження». До переліку безоплатних ліків у 2025–2026 рр. додано нові препарати для лікування розладів психіки та епілепсії, які пацієнти отримують за електронним рецептом сімейного лікаря.

5. Фінансова стійкість у 2026 р. Незважаючи на складну економічну ситуацію держава зберегла фінансування первинної ланки. У 2026 р. збережено систему виплат за кожну декларацію, що забезпечує стабільну роботу комунальних некомерційних підприємств (КНП). Лікарні продовжують використовувати свою фінансову незалежність для закупівлі генераторів, систем супутникового зв'язку та створення укриттів безпосередньо в амбулаторіях.

Отже, сучасний етап розвитку демонструє, що сімейна медицина в Україні, незважаючи на військовий стан, є найбільш стійкою та адаптивною структурою національної системи охорони здоров'я, що опікується профілактикою і задовольняє потреби населення у медичній допомозі та психологічній підтримці.

Висновки. Передумовою становлення і розвитку сімейної медицини в Україні став досвід більшості країн Європи переходу на первинну медичну допомогу за рахунок надання пріоритету загальній практиці – сімейній медицині.

На основі аналізу використаних джерел і літератури із зазначеної проблеми виділено наступні етапи становлення і розвитку сімейної медицини в Україні: перший – початковий (експериментальний) (1987–1990-ті рр.); другий – інституалізація сімейної медицини (академічне визнання та створення кафедр (1990-ті рр.)); третій – нормативно-правове закріплення сімейної медицини (2000–2010 рр.); четвертий – активне реформування та організація пілотних проєктів (2011–2017 рр.); п'ятий – трансформація та фінансова автономія сімейної медицини (2018–2024 рр.); шостий – сучасний етап розвитку сімейної медицини під час воєнного стану (з 2025 р. до тепер).

Відтворено цілісний процес становлення і розвитку сімейної медицини в Україні кінця 80-х рр. XX – 20-х рр. XXI ст. на тлі соціально-економічних, політичних, епідеміологічних, військових викликів часу та європейського досвіду. Встановлено, що етап нормативного закріплення став переломним моментом, коли сімейна медицина трансформувалася з локального експерименту в офіційну державну стратегію розвитку первинної медико-санітарної допомоги, яка підтвердила свою ефективність та доцільність у проведенні профілактики та застосуванні превентивних заходів. З'ясовано, що в сучасних умовах військових викликів та загроз сімейна медицина в Україні стала найбільш стійким та адаптивним елементом системи охорони здоров'я, здатним працювати в умовах екстремальних навантажень.

Перспективи подальших досліджень полягають у науковому обґрунтуванні ефективності функціонально-організаційної моделі діяльності лікаря загальної практики – сімейного лікаря в системі сімейної медицини в умовах сучасних викликів і загроз в Україні.

Список використаних джерел та літератури

1. Barker I., Steventon A., & Deeny S. R. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions : cross sectional study of routinely collected, personal level. *British Medical Journal*. 2017. No. 1 (356). P. 84. doi : 10.1136/ bmj.84.
2. Fichera E., & Pezzino M. Pay for performance and contractual choice: the case of general practitioners in England *Health Econ. Rev.* 2017. No. 7 (1). P. 6. doi:10.1186/s13561-017-0142-x. 7.
3. Smatana M., P. Pazitny, & Kandilaki D. [et al.]. Slovakia: Health System Review Health Syst. *Transit Systems in Transition*, 2016. No. 18 (6). P. 1–210.
4. Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 17.02.2010 р. № 208. *Управління закладами охорони здоров'я*. Київ, 2010. С. 69–72.
5. Деякі питання надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 17.03.2022 р. № 496. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0496282-22#Text>.
6. Кашуба Я. М., Кімакович В. Й., Паєнок М. С. Аналіз та перспективи розвитку сімейної медицини Львівщини. Львів, 2010. 47 с.
7. Коцур Н. І., Кошляков С. Д. Особливості організації сімейної медицини в Україні в період російсько-української війни. *Modern science: trends, challenges, solutions: materials of the 1st International scientific and practical conference (August 21-23, 2025)*. Liverpool: Cognum Publishing House, 2025. С. 182–189.
8. Парій В. Д., Короткий О. В. Становлення та розвиток первинної медичної допомоги на засадах загальної практики – сімейної медицини в Україні: огляд літературних джерел. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 2 (49). С. 48–53.
9. Литвин Н. А., Максимович М. І. Актуальні проблеми доступу до медицини під час воєнного стану. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2022. № 9. С. 330–332.
10. Сімейна медицина під час війни – навчання не спинити! URL: <https://docacademy.com.ua/news/about-conf-9-12-22/>.
11. Ткаченко В. І. Історія розвитку та сучасний стан первинної медичної допомоги за кордоном та в Україні, нормативно-правова база впровадження сімейної медицини в Україні. *Сімейна медицина*. 2015. № 3 (59). С. 12–17.
12. Яковлева О. Г. Основи шляхи становлення і розвитку сімейної медицини в Україні як основа реорганізації первинної медико-санітарної допомоги населенню. *Медсестринство*. 2019. № 2. С. 16–21.
13. Яремчук О. В. Генезис сімейної медицини та перспективи його розвитку на теренах України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 24. С. 130–134.
14. Чухрієнко Н. Д., Бабінець Л. С., Сидорчук Л. та ін. Етапи становлення Української асоціації сімейної медицини в Україні. *Наукові інновації – в*

практику сімейної медицини: наук.-метод. посіб. Львів: Магнолія 2006, 2010. С. 897–931.

15. Шкала Л. В., Левченко Г. Ф. Сімейна медицина. Загальні положення: монографія. Луганськ: ЛДМУ, 2008. 200 с.

References

1. Barker, I., & Steventon, A., & Deeny, S. R. (2017). Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions : cross sectional study of routinely collected, personal level. *British Medical Journal*. No. 1 (356). P. 84. doi : 10.1136/ bmj.84 [In United Kingdom].

2. Fichera, E., Pezzino, M. (2017). Pay for performance and contractual choice: the case of general practitioners in England *Health Econ. Rev.* No. 7 (1). P. 6. doi:10.1186/s13561-017-0142-x. 7. [In United Kingdom].

3. Smatana, M., & Pazitny, P., & Kandilaki, D. [et al.] (2016) Slovakia: Health System Review *Health Syst. Transit Systems in Transition* No. 18 (6). P. 1–210 [In Slovakia].

4. Cabinet of Ministers of Ukraine. (2010). Deiaki pytannia udoskonalennia systemy okhorony zdorovia: Postanova vid 17.02.2010 No. 208 [Some issues of improving the healthcare system: Resolution of February 17, 2010 No. 208]. *Upravlinnia zakladamy okhorony zdorovia*, 69–72 [In Ukrainian].

5. Ministry of Health of Ukraine. (2022). Deiaki pytannia nadannia pervynnoi medychnoi dopomohy v umovakh voiennoho stanu: Nakaz vid 17.03.2022 No. 496 [Some issues of providing primary medical care under martial law: Order of March 17, 2022 No. 496]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0496282-22#Text> [In Ukrainian].

6. Kashuba, Ya. M., Kimakovych, V. Y., & Paienok, M. S. (2010). Analiz ta perspektyvy rozvytku simeinoi medytsyny Lvivshchyny [Analysis and prospects for the development of family medicine in the Lviv region]. Lviv [In Ukrainian].

7. Kotsur, N. I., & Koshlakov, S. D. (2025). Osoblyvosti orhanizatsii simeinoi medytsyny v Ukraini v period rosiisko-ukrainskoi viiny [Peculiarities of the organization of family medicine in Ukraine during the Russian-Ukrainian war]. *Modern science: trends, challenges, solutions: Proc. 1st Int. Sci. Conf.* Liverpool: Cognum Publishing House, 182–189 [In Ukrainian].

8. Parii, V. D., & Korotkyi, O. V. (2018). Stanovlennia ta rozvytok pervynnoi medychnoi dopomohy na zasadakh zahalnoi praktyky – n simeinoi medytsyny v Ukraini: ohliad literaturnykh dzherel [Formation and development of primary medical care on the basis of general practice – family medicine in Ukraine: a review of literary sources]. *Ukraina. Zdorovia natsii*, (2), 48–53 [In Ukrainian].

9. Lytvyn, N. A., & Maksymovych, M. I. (2022). Aktualni problemy dostupu do medytsyny pid chas voiennoho stanu [Current problems of access to medicine during martial law]. *Yurydychnyi naukovyi elektronnyi zhurnal*, (9), 330–332 [In Ukrainian].

10. Simeina medytsyna pid chas viiny – navchannia ne spynyty! [Family medicine during the war – learning cannot be stopped!]. URL: <https://docacademy.com.ua/news/about-conf-9-12-22/> [In Ukrainian].
11. Tkachenko, V. I. (2015). Istoriia rozvytku ta suchasnyi stan pervynnoi medychnoi dopomohy za kordonom ta v Ukraini, normatyvno-pravova baza vprovadzhennia simeinoi medytsyny v Ukraini [History of development and current state of primary medical care abroad and in Ukraine, regulatory framework for the implementation of family medicine in Ukraine]. *Simeina medytsyna*, (3), 12–17 [In Ukrainian].
12. Yakovlieva, O. H. (2019). Osnovi shliakhy stanovlennia i rozvytku simeinoi medytsyny v Ukraini yak osnova reorhanizatsii pervynnoi medyko-sanitarnoi dopomohy naselenniu [Basic ways of formation and development of family medicine in Ukraine as a basis for reorganization of primary health care for the population]. *Medsestrynstvo*, (2), 16–21 [In Ukrainian].
13. Yaremchuk, O. V. (2018). Genezys simeinoi medytsyny ta perspektyvy ioho rozvytku na terenakh Ukraini [The genesis of family medicine and prospects for its development in Ukraine]. *Investytsii: praktyka ta dosvid*, (24), 130–134 [In Ukrainian].
14. Chukhriienko, N. D., Babinets, L. S., Sydorchuk, L. P. et al. (2010). Etapy stanovlennia Ukrainskoi asotsiatsii simeinoi medytsyny v Ukraini [Stages of formation of the Ukrainian Association of Family Medicine in Ukraine]. *Naukovi innovatsii-v praktyku simeinoi medytsyny*. Lviv: Mahnoliia 2006, 897–931 [In Ukrainian].
15. Shkala, L. V., & Levchenko, H. F. (2008). Simeina medytsyna. Zahalni polozhennia [Family medicine. General provisions]. Luhansk [In Ukrainian].

Стаття надійшла до редакції: 18.02.2026 р.

Стаття прийнята до друку: 26.02.2026 р.

Стаття оприлюднена: 20.03.2026 р.