

DOI 10.32782/2077-6594.3.1.2022.266029  
УДК 614.253.89(439)

Рогач І.М., Реґо О.Ю., Пшеничний А.О., Палко А.І.

## Особливості системи сімейної медицини в Угорщині

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,  
медичний факультет, кафедра соціальної медицини  
та гігієни, м. Ужгород, Україна

Rogach I.M., Reho O.Yu., Pshenychnyi A.O., Palko A.I.

## Peculiarities of the system of family medicine in Hungary

Uzhghorod National University, Faculty of Medicine,  
Department of Social Medicine and Hygiene,  
Uzhhorod, Ukraine

kaf-socmed@uzhnu.edu.ua

### Вступ

Протягом 2017-2021 років в Україні активно реформується первинна ланка надання медичної допомоги на засадах сімейної медицини згідно постанови Кабінету Міністрів України № 989 від 20.06.2000 р. «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я». Модель загальної практики-сімейної медицини зменшує витрати на оплату праці вузьких фахівців, стаціонарну допомогу (через зниження частоти зайвої госпіталізації), підготовку кадрів і забезпечення їх житлом, а також на невідкладну допомогу. Лікарі загальної практики з обслуговування дорослого або дитячого населення, а також сімейні лікарі підписують декларації з пацієнтами, які обирають свого лікаря незалежно від місця реєстрації. Українським інститутом громадського здоров'я запропоновано три організаційні моделі реформування дільнично-територіальної системи:

- групова практика медичної допомоги у вигляді комплексних бригад (терапевти, педіатри, акушер-гінекологи);
- лікар загальної практики, який надає багатопрофільну медичну допомогу закріпленому за ним населенню (дорослому чи дитячому);
- сімейний лікар, який обслуговує всю родину.

На сьогоднішній день в Україні переважає модель роботи сімейного лікаря у штаті центру ПМСД. Ця форма має свої переваги: існує вже сформована структура організації діяльності, економічного, матеріально-технічного забезпечення, взаємостосунків із закладами охорони здоров'я вторинного і третинного рівнів тощо.

Така реформа у сусідніх країнах розпочалася ще у 90-х роках і відмічається відчутними позитивними результатами. Умови старту в цих країнах були подібні до умов в Україні. Досвід цих країн може бути цінним і прикладним, практично орієнтованим. Одним з таких країн є Угорщина – країна в Центральній Європі з населенням близько 10 млн. осіб, яка з травня 2004 року є країною-членом ЄС. Основні принципи впровадження сімейної медицини в Угорщині можуть бути корисні для України в період реформування медичної галузі для швидкого вирішення спірних питань з урахуванням

особливостей соціально-економічної ситуації в країні, що обумовлює актуальність нашої роботи.

### Матеріали та методи

При виконанні даної роботи було застосовано бібліосемантичний метод і метод структурно-логічного аналізу та було використані дані статистичної галузевої звітності Угорщини.

### Результати дослідження та їх обговорення

Найкращий рівень медичної допомоги і охорона психічного здоров'я гарантується громадянам Угорщини конституцією країни і відповідальність за виконання конституційних прав покладено на центральний уряд [1]. Центральний уряд проводить стратегічне планування і запроваджує нормативно-правове регулювання у сфері охорони здоров'я. Фінансування системи охорони здоров'я складається з внесків і трансферт на медичне страхування з коштів загального оподаткування [2]. Джерелом фінансування системи охорони здоров'я є Національний фонд медичного страхування. Він формується з трьох основних джерел: безпосередні відрахування із фонду заробітної платні (11% від роботодавців та 3–4% від працівників), загального оподаткування (для забезпечення послугами осіб, яким гарантовано надання послуг, але які не можуть робити внески до Фонду) та капіталів, які забезпечуються урядом централізовано. Бюджети місцевих урядів також покривають деякі витрати на охорону здоров'я. Відшкодування витрат на послуги в охороні здоров'я відбувається двома способами. Лікарі загальної практики отримують подушну оплату, послуги спеціалістів амбулаторій оплачуються ретроспективно, згідно з переліком процедур, виконаних ними за схемою оплати за послугу та клінічно споріднених випадків для невідкладної допомоги. Ці кошти покривають медичне обслуговування і непрацюючого населення і повністю покриває оплачування послуг первинної, вторинної і третинної допомоги. Практикуються методики обмеження/контролю витрат [3,4].

В 1992 р. система дільничних лікарів була замінена системою сімейних лікарів, яка мала дві основні мети. Перша мета – зміна відносин між пацієнтом та лікарем і вільний вибір сімейного лікаря, а друга мета – оплата праці сімейного лікаря в залежності від кількості пацієнтів. Надання первинної медичної допомоги сімейними лікарями може здійснюватися у медичних закладах місцевого самоврядування, а також в приватних закладах [5].

Муніципалітети відповідальні за організацію первинної медичної допомоги. Лікарі загальної практики зазвичай працюють за одним із двох способів. Більшість (близько 80%) мають приватну практику та працюють за контрактом із місцевими урядами. Вони отримують подушну оплату з Національного фонду страхування здоров'я згідно з реєстром пацієнтів. Місцеві уряди працевлаштовують решту (21%) лікарів ЗП на основі фіксованих ставок заробітної плати. Три відсотки лікарів ЗП обирають третій спосіб роботи у сфері первинної допомоги, а саме ведуть власну приватну практику без укладання контрактів з муніципалітетами. У таких випадках вони мають право отримувати подушну оплату зі страхового фонду за умови, якщо вони мають у реєстрі обслуговування понад 200 пацієнтів.

За даними Центрального статистичного управління Угорщини у 2015 р. з 35 854 працюючих лікарів, це 36,5 на 10 тис. населення, 6 277 склали сімейні лікарі і педіатри, т.т. 6,4 на 10 тис. населення. В 2020 р. відповідно ці числа склали 37 188, т.т. 38,2 і 5 895, т.т. 6,1. Як показують статистичні дані, кількість лікарів працюючі в у первинній ланці медичної служби Угорщини з кожним роком зменшується, а кількість жителів, яких обслуговують в 2015 р. складало 1566 жителів, в 2020 р. 1657 жителів, т.т. відмічається ріст навантаження, а також 1500 дітей на одного педіатра, що на 7% більше, ніж у 2010 р. Кількість ліжок у стаціонарі приблизно однакова за вище вказані роки і складає у середньому 69,4 на 10 тис. населення [6,7].

На початку 2022 року 10% вакансії сімейного лікаря були не заповнені, в 508 населених пунктах не вистачає 645 лікарів первинної ланки, що на 6-11% більше ніж у 2021 р. 27 вакансій не заповнено вже 15 років, 69 більше ніж 10 років, 187 більше ніж 5 років, т.т. з усіх посад сімейного лікаря, що у 2021 р. складало 6350, кожна 10 вакансія незаповнена. Відмічається також постаріння контингенту. Дослідження проведені у травні 2021 року довели, що 80% респондентів володіли практичним стажем сімейного лікаря більше 16 років. 7,9% молодшого медичного персоналу мали вищу (Медінститут) освіту. 95,4% працювали на повній ставці. У містах 98% лікарів первинної ланки є приватними підприємцями, які отримують на фінансування своєї діяльності базову ставку (30%) від держави плюс подушні ресурси. Сума останніх залежить від кількості осіб, яких обслуговує лікар, тобто повністю реалізується принцип «гроші йдуть за пацієнтом» [8].

У 2020 р. уряд Угорщини запропонував законопроект, а в 2021 р. була прийнята Постанова уряду 53/2021. (П. 9.) про створення спільнот практики сімейних лікарів, згідно якої з існуючих 6500 сімейної практики мають створити 1000 спільноту практики. У склад

спільноти практики входять: сімейний лікар, сімейний педіатр, стоматолог, психолог, дієтолог, спеціаліст ЛФК, середній та молодший медичний персонал [9].

Згідно цієї постанови колективна практика може утворитися з участю 5-10 сімейних, або педіатричних, або змішаних практик, які функціонують в одному населеному пункті, або в районі, у наступних можливих формах професійної діяльності:

а) об'єднана спільнота практики, що утворилась з декількох сімейних практик, які функціонують в межах одного району і мають тісну професійну і економічну співпрацю і їх функціонування забезпечує один і той самий постачальник послуг.

б) інтегрована спільнота практики, що утворюється між декількома службами сімейної медицини одного району, як тісна професійна і економічна співпраця, в якій сімейні лікарі, або заклади сімейної медицини, які володіють правом на практику, зберігаючись самостійність вибирають разом постачальника послуг.

в) консорціум спільноти практики, що утворюється між декількома службами сімейної медицини одного району, як тісна професійна і економічна співпраця, в якій постачальники послуг, які забезпечують функціонування сімейної медицини, зберігаючись самостійність, укладають консорційну угоду про скоординовану співпрацю і вибирають керівника консорціума.

Спільнота практик може складатись і з 12 постачальників послуг. Кожна служба може бути членом тільки однієї спільноти. Членами можуть бути: а) особи (або приватний підприємець), які мають право (ліцензію) на практику; б) особа, або особи з впливом більшості у функціонуванні медичних послуг; в) державний, або комунальний постачальник медичних послуг.

У січні 2022 року в Угорщині вже було створено 422 консорціуми спільнот практики сімейної медицини. Встановлено, що ефективність надання первинної медичної допомоги по місцям проживання виросло, також підвищувався дохід медпрацівників на 50%.

На базі колективних спільнот практики у майбутньому планується створення районних центрів надання первинної медичної допомоги. Вже понад 3000 практик є членом спільнот, що складає 40% сімейних лікарів, 44% сімейних педіатрів і 32% стоматологів є членами спільнот. Для вступу у територіальні колективні спільноти подали заяву 90% лікарів, які мають ліцензію на практику, що встановить 7000 сімейних лікарів і педіатрів, стоматологів [10].

**Перспективи подальших досліджень** полягають у більш широкому порівнянні систем охорони здоров'я, а зокрема первинної ланки надання медичної допомоги України з системами інших країн Європи.

## Висновки

1. Упроваджена модель сімейної медицини та її реформування на сучасному етапі в Угорщині може бути цінним, практично-орієнтованим прикладом для України в період реформування медичної галузі з пріоритетом на

розвиток первинної ланки системи охорони здоров'я в умовах ринкових відносин.

2. Створення територіальних колективних спільнот сімейних лікарів, що проходить на сучасному етапі в

Угорщині, сприяє підвищенню ефективності і доступності медичної допомоги, підвищенню доходів лікарів, що є мотивацією для постійного професійного зросту в умовах конкурентної боротьби за пацієнтами.

### Література

1. Magyarország Alaptörvénye XX cikk. // Complex Hatályos Jogszabályok Gyűteménye 2012 október 31.
2. Система охорони здоров'я Угорщини. // Журнал Медицина світу 2015 № 11.
3. Health-ua.com 03.07.2017 <https://health-ua.com>.
4. Бабінець Л.С., І. О. Боровик І.О. Місце сімейного лікаря в системі охорони здоров'я Угорщини // Здоров'я України. – 2017. – №2(41). – С.52-58.
5. Dr. HIRDI Henriett Éva PhD, Dr. KÁLMÁNNÉ SIMON Mária, Dr. BALOGH Zoltán PhD Egy országos felmérés eredményei az alapellátás területén.//Szakmapolitika. Budapest, 2021
6. Az egészségügyi ellátás főbb adatai. Összefoglaló táblák. Központi statisztikai hivatal. Budapest, 2020.
7. A GKI elemzése. Háziorvosi praxisok 2021 elején. // GKI Gazdaságkutató Zrt. 2021.
8. Dr. Kincses Gyula Magyarország egészségügye és szociális rendszere. Budapest, 2004 február. - 45–58 old.
9. 53/2021. (II. 9.) Kormány Rendelet a praxis közösségekről.// Magyar Közlöny 2021/19 02.09.
10. Már 422 praxis közösség jött létre. //Pharmindex onlein 2022 január 6. <https://www. Pharmindex-onlein.hu>.

### References

1. Magyarország Alaptörvénye XX cikk. // Complex Hatályos Jogszabályok Gyűteménye 2012 október 31.
2. Systema okhorony zdoorovia Uhorshchyny. // Zhurnal Medytsyna svitu 2015 № 11. [in Ukrainian].
3. Health-ua.com 03.07.2017 <https://health-ua.com>.
4. Babinets L.S., I. O. Borovyk I.O. Mistse simeinoho likaria v systemi okhorony zdoorovia Uhorshchyny. // Zdoorovia Ukrainy. – 2017. - №2(41). - S.52-58. [in Ukrainian].
5. Dr. Hirdi Henriett Éva PhD, Dr. Kálmánné Simon Mária, Dr. Balogh Zoltán PhD Egy országos felmérés eredményei az alapellátás területén.//Szakmapolitika. Budapest, 2021.
6. Az egészségügyi ellátás főbb adatai. Összefoglaló táblák. Központi statisztikai hivatal. Budapest, 2020.
7. A GKI elemzése. Háziorvosi praxisok 2021 elején. // GKI Gazdaságkutató Zrt. 2021.
8. Dr. Kincses Gyula Magyarország egészségügye és szociális rendszere. Budapest, 2004 február. - 45–58 old.
9. 53/2021. (II. 9.) Kormány Rendelet a praxis közösségekről.// Magyar Közlöny 2021/19 02.09.
10. Már 422 praxis közösség jött létre. //Pharmindex onlein 2022 január 6. <https://www. Pharmindex-onlein.hu>.

Дата надходження рукопису до редакції: 28.07.2022 р.

**Мета досліджень:** вивчення існуючої системи сімейної медицини Угорщини.

**Матеріали та методи.** При виконанні даної роботи було застосовано бібліосемантичний метод і метод структурно логічного аналізу та було використані дані статистичної галузевої звітності Угорщини.

**Результати.** В 1992 р. в Угорщині система дільничних лікарів було замінено системою сімейних лікарів. Більшість лікарів (близько 80%) мають приватну практику та працюють за контрактом із місцевими урядами. Вони отримують подушну оплату з Національного фонду страхування здоров'я згідно з реєстром пацієнтів. Місцеві уряди працевлаштовують решту (21%) лікарів ЗП на основі фіксованих ставок заробітної плати.

В 2021 р. була прийнята Постанова уряду 53/2021. (II. 9.) про створення спільнот сімейних лікарів, згідно якої з існуючих 6500 лікарів сімейної практики мають створити 1000 спільноту. У склад спільноти сімейної практики входять: сімейний лікар, сімейний педіатр, стоматолог, психолог, дієтолог, спеціаліст ЛФК, середній та молодший медичний персонал. Спільноти можуть бути об'єднанні, інтегровані або консорціум спільноти сімейної практики. На початок 2022 року вже було створено 422 консорціум спільнот практики сімейної медицини. Встановлено, що ефективність надання первинної медичної допомоги за місцем проживання виросло, також підвищувався дохід медпрацівників на 50%.

**Висновки.** Упроваджена модель сімейної медицини та її реформування на сучасному етапі (створення територіальних колективних спільнот сімейних лікарів) в Угорщині може бути цінним, практично-орієнтованим прикладом для України.

**Ключові слова:** Угорщина, сімейна медицина, спільнота сімейних лікарів.

**The purpose of the study:** study of the existing system of family medicine in Hungary.

**Materials and methods.** The bibliosemantic method, the method of structural-logical analysis, and the data of the statistical industry reporting of Hungary.

**Results.** In 1992, in Hungary, the system of district doctors was replaced by the system of family doctors. Most of them (about 80%) are in private practice and work under contract with local governments. They receive payment from the National Health Insurance Fund according to the patient register. Local governments employ the remainder (about 21%) of GPs on fixed wage rates.

In 2021, Government Resolution 53/2021 was adopted. (II. 9) on the creation of communities of family doctors. According to the resolution, 1,000 of the existing 6,500 family practice communities should be created. The family practice community includes: a family doctor, a pediatrician, a dentist, a psychologist, a nutritionist, a physical therapy specialist, and junior and senior medical staff. Communities may be amalgamated, integrated or a consortium of shared practice. By the beginning of 2022, 422 consortia of family medicine practice communities have already been created. It was established that the efficiency of providing primary medical care at the place of residence has increased, and the income of medical workers has increased by 50%.

**Conclusions.** The implemented model of family medicine and its reformation at the current stage (creation of territorial collective communities of family doctors) in Hungary can be a valuable, practically-oriented example for Ukraine.

**Key words:** Hungary, family medicine, community of family doctors.

---

**Конфлікт інтересів:** відсутній.

**Conflict of interest:** absent.

#### Відомості про авторів

**Рогач Іван Михайлович** – д.мед.н., професор, завідувач кафедри соціальної медицини та гігієни медичного факультету ДВНЗ «УжНУ»; м. Ужгород, площа Народна 1.  
+380 (312) 23-41-23, kaf-socmed@uzhnu.edu.ua, ORCID ID 0000-0001-6112-3934.

**Рего Олександра Юліївна** – асистент кафедри соціальної медицини та гігієни медичного факультету ДВНЗ «УжНУ»; м. Ужгород, площа Народна 1.  
oleksandra.reho@uzhnu.edu.ua, ORCID ID 0000-0002-8339-2171.

**Пшеничний Анатолій Олександрович** – аспірант кафедри соціальної медицини та гігієни медичного факультету ДВНЗ «УжНУ»; м. Ужгород, площа Народна 1.  
kaf-socmed@uzhnu.edu.ua, ORCID ID 0000-0002-4613-6435.

**Палко Аліса Іванівна** – к.біол.н., доцент кафедри соціальної медицини та гігієни медичного факультету ДВНЗ «УжНУ»; м. Ужгород, площа Народна 1.  
alice.palko@uzhnu.edu.ua, ORCID ID 0000-0002-2233-3602.