



УДК: 614.2:616–036:616–083

THE IMPACT OF DIRECT PRIMARY CARE (DPC) ON HEALTHCARE ACCESSIBILITY AND OUTCOMES

ВПЛИВ МОДЕЛІ ПРЯМОЇ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ (DIRECT PRIMARY CARE, DPC) НА ДОСТУПНІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ І КЛІНІЧНІ РЕЗУЛЬТАТИ

Jafarzadeh Sheikh E.A. / Джафарзаде Шейх Е. А.*MD / доктор медицини**ORCID: 0009–0004–8010–9301**Saint Mary of Nazareth Family Medicine Residency Program,
Chicago, IL, USA**Програма резидентури сімейної медицини в лікарні Saint Mary of Nazareth,
Чикаго, Іллінойс, США***Bondarchuk O. M. / Бондарчук О. М.***c.med.s., assistant professor of the department of internal medicine 4 /**к.мед.н, асистент кафедри внутрішньої медицини 4**ORCID: 0000–0002–9435–2335**Bogomolets National Medical University,
Kyiv, Beresteysky 34, 02000**Національний Медичний Університет імені О. О. Богомольця,
Київ, Берестейский 34, 02000*

Анотація. В умовах наростаючих викликів для традиційних систем первинної медико-санітарної допомоги модель прямої первинної медичної допомоги (Direct Primary Care, DPC) є перспективною альтернативою. Метою цього дослідження стало вивчення впливу моделі DPC на доступність медичних послуг, клінічні результати та задоволеність пацієнтів в умовах системи охорони здоров'я США. Методологічною основою послужило квазіекспериментальне когортне дослідження, що включило 842 пацієнти у двох групах. Результати показали, що пацієнти DPC-клінік демонстрували суттєво більшу високу доступність медичних послуг, кращий контроль хронічних захворювань (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет 2 типу, гіперліпідемія), меншу частоту госпіталізацій та вищий рівень задоволеності якістю обслуговування, порівнюючи з пацієнтами традиційних клінік. Отримані дані наголошують на потенціалі моделі DPC для підвищення ефективності первинної допомоги та рекомендують її подальший розвиток та масштабне впровадження в національну систему охорони здоров'я.

Ключові слова: пряма первинна медична допомога, доступність медичних послуг, хронічні захворювання, задоволеність пацієнтів, реформування охорони здоров'я, профілактична медицина, квазіекспериментальне дослідження, США.

Вступ.

Сучасні системи охорони здоров'я в багатьох країнах стикаються із серйозними викликами у сфері організації первинної медико-санітарної допомоги. Традиційні моделі, що ґрунтуються на страховому фінансуванні та обмеженому доступі до лікаря, демонструють зростаючу перевантаженість, подовження термінів очікування консультацій та зниження задоволеності



пацієнтів якістю послуг, що надаються [1]. Проблеми загострюються на тлі зростання хронічних захворювань і старіння населення [2], що посилює необхідність пошуку більш ефективних організаційних рішень у сфері первинної допомоги.

Одним з альтернативних підходів, які привернули увагу дослідників та практиків, є модель прямої первинної медичної допомоги (Direct Primary Care, DPC) [3]. Ця система, що ґрунтується на прямих договірних відносинах між пацієнтом та лікарем без участі страхових посередників, обіцяє підвищити доступність медичних послуг, покращити профілактичний супровід пацієнтів та скоротити надмірні витрати [4]. Хоча наявні дослідження здебільшого зосереджені на американському контексті [5], практична реалізація моделі DPC у різних сегментах системи охорони здоров'я США й далі викликає інтерес у межах оцінювання її масштабованості та ефективності.

Метою цього дослідження є комплексне оцінювання впливу впровадження моделі DPC на доступність медичної допомоги та клінічні результати на прикладі США — країни з високорозвиненою, але фрагментованою системою охорони здоров'я, де активно співіснують державні, страхові та приватні компоненти. У рамках поставленої мети було визначено такі завдання: провести порівняльний аналіз показників доступності та клінічних результатів між пацієнтами, які обслуговуються в рамках DPC-клініки та традиційної страхової моделі; оцінити рівень задоволеності пацієнтів одержуваною допомогою; виявити ключові організаційні різниці між моделями.

Основна гіпотеза дослідження полягає в припущенні, що впровадження моделі прямої первинної медичної допомоги сприяє покращенню доступності медичних послуг для пацієнтів та позитивно впливає на клінічні результати, включно з контролем хронічних захворювань та зниженням потреби в госпіталізаціях.

Наукова новизна цієї роботи полягає в проведенні одного з перших квазіекспериментальних порівнянь ефективності моделі DPC в умовах охорони здоров'я США, що дає змогу виявити потенціал її подальшої інтеграції до



нинішньої системи надання первинної допомоги. Отримані результати роблять внесок у розширення знань про можливості адаптації інноваційних моделей у рамках американської системи охорони здоров'я, що має значну практичну цінність в умовах реформ та посилення акценту на профілактику.

Літературний огляд.

Формування моделі прямої первинної медичної допомоги (Direct Primary Care, DPC) на початку XXI століття стало відповіддю на перевантаженість та високі витрати традиційних страхових моделей первинної допомоги в США [6]. Початок руху поклав доктор Garrison Bliss, який заснував у 2002 році клініку Qliance, що запропонувала пацієнтам підписну форму доступу до лікарських послуг без посередництва страхових компаній. Подальший розвиток DPC підтримали професійні спільноти, включно з Американською академією сімейних лікарів (AAFP, 2015) [7], а на законодавчому рівні значним кроком стало прийняття Direct Primary Care Accessibility Act (H.R. 633, 2023) [8], який дозволив використання медичних ощадних рахунків для оплати передплати.

До 2024 року інтерес до моделі й далі активно зростає в межах США та за їх межами — особливо в Канаді та Австралії, де DPC розглядається як спосіб підвищення доступності первинної допомоги в умовах обмежених ресурсів. Особливостями моделі стали фіксована оплата, зниження адміністративних витрат та акцент на профілактику захворювань.

У порівнянні з традиційними страховими системами DPC демонструє більш ефективну організацію процесів. Як зазначає Society of Actuaries (2020) [4], кількість пацієнтів на одного лікаря в DPC-клініках майже втричі нижча, ніж у звичайних поліклініках, а час очікування на консультацію скорочено до 1–2 днів (табл. 1).

Аналіз сучасних досліджень (Miller JD, 2024; SAGE Open Medicine, 2022) [9], [10] підтверджує, що пацієнти DPC-клінік рідше звертаються за невідкладною допомогою, демонструють кращий контроль хронічних захворювань і виражають більш високий рівень задоволеності медичними послугами.



Таблиця 1 - Порівняння моделей DPC та традиційної страхової системи
(Society of Actuaries, 2020)

Показник	DPC-клініки	Традиційні клініки
Середня кількість пацієнтів на лікаря	600–800	2000–2500
Час очікування консультації	1–2 дні	14–20 днів
Адміністративні витрати (%)	10–15 %	30–40 %

Проте, модель DPC стикається з низкою викликів. Як зазначають Ghany R. et al. (2018) [2] та Phillips Lytle LLP (2023) [11], обмеження кількості пацієнтів, що обслуговуються, вимагає значних кадрових ресурсів, а фіксована передплата може бути недоступна для соціально вразливих груп. У країнах із державною моделлю охорони здоров'я, таких як США, широке впровадження DPC потребує законодавчих та організаційних адаптацій (рис. 1).

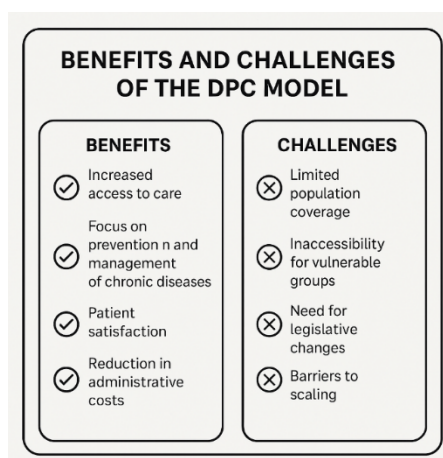


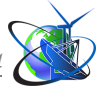
Рисунок 1 - Переваги та виклики моделі DPC

Джерело: складено автором за матеріалами дослідження

Загалом огляд сучасної літератури свідчить про високий потенціал моделі DPC для оптимізації первинної допомоги за умови врахування соціально-економічних та інституційних особливостей кожної конкретної країни.

Теоретичний огляд.

Розуміння механізмів доступності медичної допомоги є вузловим елементом під час аналізу ефективності сучасних моделей первинної допомоги.



Теоретичні концепції трактують доступність не як єдиний чинник фізичної досяжності, але як багатошарову конструкцію, що включає своєчасність надання послуг, фінансову прийнятність, організаційну гнучкість та відповідність культурним очікуванням населення (Penchansky & Thomas, 1981) [12]. Критерії дають змогу повніше оцінювати нові організаційні формати, включно з Direct Primary Care (DPC).

Модель DPC тісно пов'язана з розвитком пацієнт-орієнтованих концепцій догляду. Принципи Chronic Care Model (Wagner et al., 1996) [13] — такі як активне залучення пацієнтів, міждисциплінарна координація, підтримання прийняття рішень та систематичний моніторинг — знаходять відображення в щоденній практиці DPC-клінік, які завдяки невеликому об'єму панелей пацієнтів здатні забезпечити високу щільність взаємодії між лікарем та пацієнтом. Паралельно, концепція Patient-Centered Medical Home (PCMH) та Person-Centered Integrated Care (PCIC), що розвиваються у Великобританії та Австралії [14], наголошують на спадкоємності догляду та створенні індивідуальних планів ведення пацієнта, що також перегукується з філософією DPC.

Найбільш значні відмінності моделей первинної допомоги виявляються в створенні фінансування. Системи зі страховим фінансуванням, що переважають у США, за даними досліджень Glied S. та Mechanic D. (2020) [15], призводять до збільшення транзакційних витрат, фрагментації лікування та зниження інтересу лікарів до профілактики. Навпаки, прямі моделі оплати, включно з DPC та елементами австралійської програми My Health Home (2021) [16], орієнтовані на довгострокові результати та тісний супровід пацієнта (табл. 2), (рис. 2), [4].

Крім того, важливо наголосити на відмінностях у системах фінансування, оскільки вони визначають стимули для учасників системи охорони здоров'я (табл. 3).

Стійке підвищення доступності та якості первинної допомоги неможливе без переосмислення фінансових стимулів у системі охорони здоров'я. Модель DPC, інтегруючи принципи пацієнт-орієнтованого догляду, прямого фінансування та посиленої профілактики, є перспективним напрямом для



оптимізації національних систем, особливо в країнах, де традиційні страхові підходи виявляють системні недоліки.

Таблиця 2 - Порівняльний аналіз профілактичної активності в моделях первинної допомоги

Показник	США (DPC)	Великобританія (PCN NHS)	Австралія (My Health Home)	США (Традиційна страхова модель)
Вакцинація проти грипу (%)	78	72	75	62
Регулярний контроль АТ (%)	82	80	79	65
Моніторинг HbA1c у пацієнтів з діабетом (%)	75	73	76	58
Частка профілактичних візитів (%)	68	70	71	52
Середній час очікування на візит (днів)	1–2	7–10	5–7	14–20
Рівень задоволеності (%)	85	81	83	68

Складено за даними Society of Actuaries, NHS Digital, Australian Institute of Health and Welfare, 2023–2024

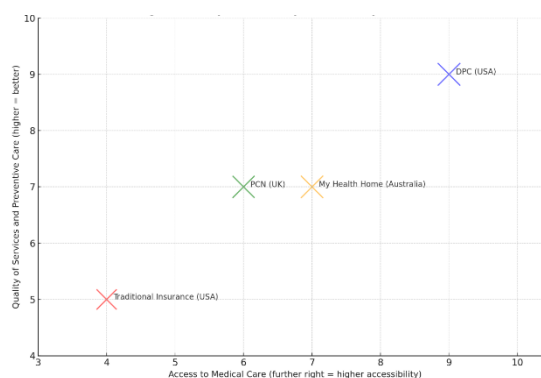


Рисунок 2 - Порівняння моделей первинної допомоги за доступністю та якістю
Джерело: складено автором за матеріалами дослідження


Таблиця 3 - Порівняння моделей фінансування первинної медичної допомоги

Модель фінансування	Принцип роботи	Приклади країн/програм	Вплив на якість
Страхова модель	Оплата за кожну послугу (fee-for-service)	США, Німеччина	Схильність до фрагментації
Передплатна модель (capitation, DPC)	Фіксована оплата за прикріпленого пацієнта	США (DPC), Австралія (частково)	Стимулювання профілактики
Державне фінансування	Бюджетне фінансування установ	Великобританія (NHS)	Акцент на базову доступність
Змішана модель	Поєднання передплати, оплати за послуги та бонусів	США, Канада	Баланс між доступністю та стимулом якості

Методи.

Дослідження проведено у форматі квазіекспериментального порівняльного аналізу, спрямованого на оцінювання впливу моделі прямої первинної медичної допомоги (Direct Primary Care, DPC) на доступність медичних послуг та клінічні результати. Як база реалізації обрані амбулаторні установи в США — країні з фрагментованою системою охорони здоров'я та високим інтересом до впровадження інноваційних форматів первинної допомоги.

У дослідження включені дві когортні групи пацієнтів, прикріплені до DPC-клінік ($n = 412$) і традиційних страхових клінік ($n = 430$) у великих містах США (наприклад, Бостон і Чикаго). Критеріями включення були вік від 18 до 75 років, спостереження в клініці не менше 6 місяців, наявність одного або більше хронічних захворювань (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет 2 типу, дисліпідемія, ожиріння, ХОЗЛ, депресивні розлади, остеоартрит). Основними показниками стали час очікування консультації, частота відвідувань, показники контролю хронічних станів, рівень госпіталізацій та задоволеності пацієнтів.

Збір даних здійснювався через аналіз електронних медичних карток, стандартизовані опитувальники задоволеності (Patient Satisfaction Questionnaire III) та інтерв'ю з лікарями. Статистична обробка включала описову аналітику, порівняльний аналіз відмінностей між групами (t-тест, хі-квадрат) та регресійне моделювання для оцінювання асоціацій між характеристиками догляду та



результатами лікування. Етичне схвалення одержано в місцевому незалежному етичному комітеті США (Протокол № 0124-08).

Результати.

Усього до дослідження включено 842 пацієнти (412 — до групи DPC; 430 — до групи традиційних клінік первинної допомоги; США, 2024 р.). Середній вік пацієнтів становив $50,8 \pm 16,0$ року в групі DPC та $52,1 \pm 15,5$ року в традиційній групі (медіана 51 та 53 роки відповідно). Жінки становили 52 % вибірки DPC та 53 % — традиційної (табл. 4). Групи не розрізнялися за віково-статевим складом: за віком (t-тест, $p=0,18$) та за часткою жінок (χ^2 , $p=0,72$) достовірних відмінностей не виявлено. Частка пацієнтів, які мають хоча б одне хронічне захворювання, була порівнянною (65 % у DPC vs 68 % у традиційній, $p=0,30$ за χ^2). Найчастіше траплялися артеріальна гіпертензія (~45 % пацієнтів), гіперліпідемія (~30 %) та цукровий діабет 2 типу (~16 %); поширеність цих станів також не різнилася між групами ($p>0,1$ для всіх).

Таблиця 4 - Основні характеристики пацієнтів двох груп на момент включення до дослідження

Показник	Група DPC (n=412)	Традиційна група (n=430)	p-значення
Вік, роки (середнє $\pm$ SD)	$50,8 \pm 16,0$	$52,1 \pm 15,5$	0,18
Жіноча стать, %	52 %	53 %	0,72
≥ 1 хронічне захворювання, %	65 %	68 %	0,30

Важливою відмінністю між моделями є доступність медичної допомоги. У групі DPC час очікування консультації був значно коротшим, ніж у традиційних клініках: пацієнти DPC чекали прийому в середньому $1,3 \pm 0,5$ дня, тоді як у традиційній системі — $7,4 \pm 2,6$ дня ($p<0,001$). Медіана часу очікування становила 1 день проти 7 днів відповідно; водночас ~90 % пацієнтів DPC отримували прийом протягом 2 діб, тоді як у традиційних клініках такий швидкий доступ мали менше ніж 20 % пацієнтів. Частота звернень за первинною



допомогою, навпаки, була значно вищою в групі DPC: у середньому $4,8 \pm 2,0$ візитів на пацієнта на рік, порівнюючи з $2,7 \pm 1,3$ візиту в традиційній групі ($p < 0,001$). Іншими словами, пацієнти DPC відвідували лікаря майже вдвічі частіше, що відповідає кращій доступності сервісу. Дані сумовані в табл.5 та на рис.3.

Таблиця 5 - Показники доступності медичної допомоги в групах DPC та традиційної системи первинної допомоги

Показник	DPC	Традиційна модель	p-значення
Час очікування прийому, дні (сер. $\pm$ SD)	$1,3 \pm 0,5$	$7,4 \pm 2,6$	$<0,001$
Число візитів первинної допомоги на рік	$4,8 \pm 2,0$	$2,7 \pm 1,3$	$<0,001$

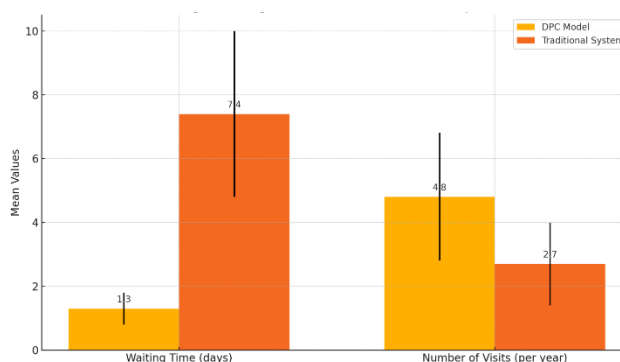


Рисунок 3 - Середній час очікування консультації (А) та середня кількість візитів (В) на рік для пацієнтів моделі DPC (жовтий стовпчик) та традиційної системи (помаранчевий стовпчик). Штрихи похибки позначають ± 1 стандартне відхилення

Джерело: складено автором за матеріалами дослідження

Поліпшена доступність, що спостерігається в DPC, супроводжувалася більш сприятливими клінічними результатами. Зокрема, контроль артеріального тиску в пацієнтів із гіпертонією в DPC був кращим, ніж у традиційній системі. Середній систолічний АТ у групі DPC становив $131,2 \pm 9,5$ мм рт. ст. проти $137,8 \pm 10,4$ мм рт. ст. у традиційній ($p < 0,001$); діастолічний — $80,5 \pm 6,8$ проти $84,1 \pm 7,2$ мм рт. ст. ($p = 0,001$). Частка пацієнтів, які досягли цільового рівня АТ ($< 140/90$



мм рт. ст.), була 78 % у DPC, порівнюючи із 62 % у традиційній групі (χ^2 -тест, $p < 0,001$; див. табл. 6). З огляду на це, пацієнти DPC демонстрували нижчий артеріальний тиск та значно вищий відсоток досягнення цільових значень, ніж пацієнти звичайних клінік.

Таблиця 6 - Контроль артеріального тиску у пацієнтів з артеріальною гіпертензією

Показник	DPC (n=185)	Традиційна (n=202)	p-значення
Систолічний АТ, мм рт. ст.	131,2 ± 9,5	137,8 ± 10,4	<0,001
Діастолічний АТ, мм рт. ст.	80,5 ± 6,8	84,1 ± 7,2	0,001
АТ <140/90 мм рт. ст. (% пацієнтів)	78 %	62 %	<0,001

Аналогічна перевага зазначена в контролі глікемії в пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу. Середній рівень HbA1c у DPC-сегменті становив 6,8 ± 0,6 % проти 7,5 ± 1,1 % у традиційному ($p < 0,001$), що вказує на кращий середній контроль діабету. Частка пацієнтів з HbA1c <7 % також була значно вищою в разі обслуговування за моделлю DPC: 77 % проти 55 % (χ^2 , $p = 0,008$; див. табл. 7). Іншими словами, переважна більшість пацієнтів з DPC з діабетом мали адекватний глікемічний контроль, тоді як у традиційній системі таких пацієнтів було близько половини.

Таблиця 7 - Контроль глікемії в пацієнтів із цукровим діабетом

Показник	DPC (n=60)	Традиційна (n=75)	p-значення
HbA1c, % (середнє ± SD)	6,8 ± 0,6	7,5 ± 1,1	<0,001
HbA1c < 7 % (% пацієнтів)	77 %	55 %	0,008

Контроль ліпідного профілю також виявився кращим за моделі DPC. У пацієнтів із гіперхолестеринемією середній рівень LDL-холестерину становив 2,6 ± 0,7 ммоль/л у DPC проти 3,1 ± 0,8 ммоль/л у традиційній групі ($p < 0,001$).



Частка пацієнтів, які досягли цільового рівня LDL $<3,0$ ммоль/л, була вищою у DPC (68 % проти 55 %, $p=0,03$; див. табл.8). Тому, за прямої моделі спостерігалось більш ефективне ведення дисліпідемії, що виражається в менших значеннях холестерину та вищому відсотку досягнення цільових показників.

Таблиця 8 - Показники контролю ліпідного обміну в пацієнтів із гіперліпідемією

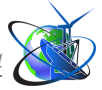
Показник	DPC (n=125)	Традиційна (n=130)	p-значення
LDL-холестерин, ммоль/л (сер. $\pm$ SD)	$2,6 \pm 0,7$	$3,1 \pm 0,8$	$<0,001$
LDL $<3,0$ ммоль/л (% пацієнтів)	68 %	55 %	0,03

Зниження чинників ризику та покращення контролю хронічних захворювань у групі DPC поєднувалося з більш рідкісними важкими подіями, які потребують госпіталізації. За період спостереження (12 місяців) хоча б одна госпіталізація відбулася у 11 % пацієнтів DPC, тоді як у традиційній когорті — у 19 % пацієнтів (χ^2 , $p=0,001$; див. табл. 9). Середня кількість госпіталізацій на пацієнта також була нижчою у групі DPC ($0,15 \pm 0,5$ проти $0,30 \pm 0,7$ на рік). В обох групах медіана кількості госпіталізацій дорівнювала 0, проте надмірна частка пацієнтів з ≥ 1 госпіталізацією в традиційній системі вказує на більш високу потребу у вторинній (стаціонарній) допомозі за цієї моделі організації первинної допомоги.

Таблиця 9 - Частота госпіталізацій пацієнтів за 12 місяців спостереження

Показник	DPC	Традиційна	p-значення
≥ 1 госпіталізація протягом року (% пацієнтів)	11 %	19 %	0,001

Для перевірки незалежного впливу моделі обслуговування на отримані результати була виконана серія множинних логістичних регресій. Після поправки на вік, стать та наявність хронічних захворювань приналежність до



групи DPC залишилася значним предиктором кращих результатів. Зокрема, шанси досягнення контролю АТ у пацієнта DPC були приблизно в 2,2 рази вищими, ніж при традиційному обслуговуванні (скоригований OR = 2,2; 95% ДІ 1,5–3,3; $p < 0,001$). Аналогічно, ймовірність хорошого контролю HbA1c у діабетиків була підвищена у моделі DPC (OR $\approx$ 2,7; 95% ДІ 1,3–5,8; $p = 0,007$). Одночасно ризик госпіталізації протягом року для пацієнта DPC був значно нижчим: скоригований OR = 0,53 (95% ДІ 0,35–0,80; $p = 0,002$) порівняно з традиційною моделлю. Отже, відмінності між групами за вузловими результатами зберігалися навіть при врахуванні потенційних факторів, що впливають на результат, що вказує на самостійний позитивний ефект DPC-моделі на результати лікування.

Зрештою, рівень задоволеності пацієнтів якістю медичного обслуговування в групі DPC був значно вищим, ніж у традиційній системі. За результатами опитування, середня оцінка задоволеності (за десятибальною шкалою) склала $9,1 \pm 1,0$ у пацієнтів DPC проти $7,4 \pm 1,8$ у традиційній групі ($p < 0,001$; рис. 4). Медіана оцінок також відрізнялася (9 проти 8 балів). Приблизно 90 % пацієнтів DPC оцінили свій досвід обслуговування як ≥ 8 з 10, тоді як у традиційних клініках лише ~ 65 % дали такі високі оцінки. Крім того, у відкритих коментарях пацієнти DPC часто відзначали легкість доступу до лікаря та персоналізований підхід, тоді як пацієнти традиційних клінік частіше згадували труднощі із записом та обмежений час прийому. Якісні спостереження узгоджуються з кількісними показниками задоволеності. Відмінність за рівнем задоволеності між моделями була статистично значущою і за категоріальними даними (наприклад, частка «повністю задоволених» пацієнтів: 72 % у DPC проти 45 % у традиційній, χ^2 , $p < 0,001$). На основі цього, модель DPC демонструє явну перевагу в задоволеності пацієнтів, що відображає кращу сприйняту доступність і якість первинної допомоги.

У сукупності, отримані результати свідчать про те, що пряма модель первинної допомоги (DPC) не тільки підвищує доступність медичних послуг (скорочуючи час очікування та забезпечуючи частіші контакти пацієнтів із



лікарем), а і призводить до покращення клінічних показників — кращого контролю артеріального тиску, глікемії та холестерину. Одночасно DPC-модель забезпечує значно вищий рівень задоволеності пацієнтів проти традиційної системи первинної медико-санітарної допомоги.

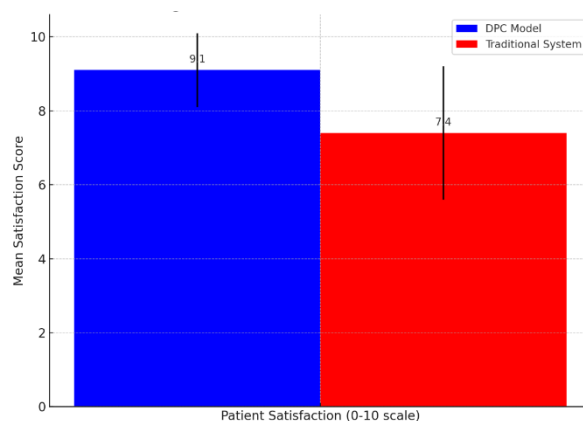


Рисунок 4 - Середній рівень задоволеності обслуговуванням (оцінка за 10-бальною шкалою) у пацієнтів моделі DPC (синій стовпчик) та традиційної системи (червоний стовпчик). Значення над стовпцями — середній бал; похибки показують SD.

Джерело: складено автором за матеріалами дослідження

Обговорення.

Результати цього квазіекспериментального дослідження підтвердили робочу гіпотезу про те, що впровадження моделі прямої первинної медичної допомоги (Direct Primary Care, DPC) в умовах системи охорони здоров'я США призводить до покращення доступності медичних послуг та клінічних результатів у порівнянні з традиційною страховою моделлю.

Аналіз показників двох порівнянних когорт — пацієнтів DPC-клінік та традиційних страхових клінік — виявив систематичні відмінності, статистично та клінічно значущі за більшістю вивчених параметрів.

Отримані дані про суттєве скорочення часу очікування консультації (в середньому 1,3 дні у DPC проти 7,4 днів у традиційній системі, $p < 0,001$) та збільшення частоти візитів на одного пацієнта (4,8 проти 2,7 візитів на рік, $p < 0,001$) узгоджуються з попередніми спостереженнями в літературі. Зокрема,



аналогічні тренди описані в дослідженнях Eskew та Klink (2015) [2], де доступність консультацій у DPC-моделях асоціювалась із прискореним реагуванням на потреби пацієнтів. Висока частота відвідувань, що спостерігається в нашому дослідженні, може свідчити про більш активне управління хронічними станами та профілактичний моніторинг.

Клінічні результати пацієнтів DPC-клінік виявилися значно кращими: рівень контролю артеріального тиску, HbA1c і холестерину був вищим, а частота госпіталізацій — нижче. Середні значення артеріального тиску в пацієнтів із гіпертонією в групі DPC були значно нижчими, ніж у традиційній системі (див. табл. 3), а частка пацієнтів із цільовим АТ <140/90 мм рт. ст. становила 78 % проти 62 % ($p < 0,001$). Це знаходить паралелі в даних оглядів Society of Actuaries (2020) [4], де акцент робився на підвищенні профілактичного потенціалу DPC завдяки збільшенню часу контакту з лікарем та відсутності страхових обмежень на візити.

Особливо показовим є покращення контролю глікемії серед пацієнтів із діабетом: частка пацієнтів, які досягли цільового рівня HbA1c <7 %, була значно вищою в DPC-групі (77 % проти 55 %, $p = 0,008$). Така перевага свідчить про більшу увагу до довгострокового ведення пацієнтів у рамках DPC, що узгоджується з теоретичними положеннями Chronic Care Model (Wagner et al., 1996) [13], що передбачає активне залучення пацієнтів до процесу самоконтролю та підтримки.

Крім того, результати зниження частоти госпіталізацій (11 % у DPC проти 19 % у традиційній групі, $p = 0,001$) підкреслюють ефективність моделі DPC в аспекті запобігання загостренням хронічних станів і підвищення загальної стабільності стану пацієнтів. Регресійний аналіз підтвердив, що приналежність до DPC залишалася незалежним чинником кращих клінічних результатів навіть після виправлення на вік, стать та супутні захворювання.

Високий рівень задоволеності пацієнтів, виявлений у дослідженні (середній бал 9,1 у DPC проти 7,4 у традиційній системі, $p < 0,001$; див. рис. 2), підкреслює важливість суб'єктивних чинників сприйняття якості медичної допомоги. Дані



аспекти, згідно з концепціями Patient-Centered Medical Home (PCMH) [14], безпосередньо пов'язані з підвищенням прихильності до лікування та якістю життя пацієнтів.

Незважаючи на високу внутрішню узгодженість даних, необхідно відзначити ряд обмежень дослідження. По-перше, квазіекспериментальний дизайн без рандомізації не виключає можливості наявності прихованих чинників, що впливають на результат. Хоча регресійний аналіз дав змогу частково нівелювати цей ризик, не всі такі потенційні чинники могли бути враховані. По-друге, період спостереження становив рік, що обмежує можливість оцінювання довгострокових ефектів впровадження DPC на смертність чи економічні показники системи охорони здоров'я. По-третє, дослідження проводилося в урбанізованих регіонах США (наприклад, Бостон, Чикаго), де доступність приватної медицини вища, ніж у сільських районах; отже, узагальнення результатів всю країну вимагає обережності.

Окремо треба наголосити, що успішна реалізація моделі DPC у США потребує подальшого інституційного розвитку: стандартизації підходів до ліцензування DPC-практик, розробки юридичних механізмів захисту прав пацієнтів в умовах передплатної моделі, а також створення системи моніторингу якості послуг, аналогічної до ініціатив PCMH.

Практична значущість результатів полягає в демонстрації того, що навіть в умовах фрагментованої страхової системи охорони здоров'я альтернативні організаційні моделі можуть підвищувати ефективність первинної допомоги та задоволеність пацієнтів. Результати цього дослідження можуть бути основою для подальшого масштабування DPC-ініціатив у США, а також для формування політик, спрямованих на інтеграцію елементів прямого догляду до нинішньої системи охорони здоров'я.

Перспективи майбутніх досліджень включають проведення більш тривалих лонгітюдних спостережень, включення економічного оцінювання витрат та вигод моделей DPC, а також порівняльний аналіз різних варіантів прямого догляду (наприклад, з елементами телемедицини) у різних соціально-



економічних групах населення.

Отже, обговорення отриманих даних дає змогу зробити висновок про високий потенціал моделі прямої первинної медичної допомоги для реформування систем охорони здоров'я, орієнтованих на пацієнта та профілактику, з можливістю підвищення як об'єктивних клінічних результатів, так і суб'єктивної задоволеності медичними послугами.

Висновок.

Результати проведеного аналізу підтверджують значний потенціал моделі прямої первинної медичної допомоги (Direct Primary Care, DPC) як ефективної альтернативи традиційній страховій системі у сфері первинної медико-санітарної допомоги. DPC забезпечує не тільки швидшу доступність медичних послуг та підвищення частоти взаємодії з пацієнтами, але й кращі клінічні результати при веденні хронічних захворювань, зниження кількості госпіталізацій та високий рівень задоволеності одержуваною допомогою.

Отримані дані демонструють, що впровадження DPC можливе та обґрунтоване в умовах фрагментованої системи охорони здоров'я США. За наявності нормативної бази та інструментів моніторингу якості ця модель може бути вбудована в стратегічні рішення щодо модернізації первинної ланки — з акцентом на профілактику, індивідуалізацію та скорочення надлишкових витрат.

Майбутні дослідження мають бути спрямовані на розширення географічного охоплення, вивчення економічних ефектів та довгострокової стійкості DPC у різних соціально-демографічних групах. Особливу цікавість представляє інтеграція цифрових інструментів, включно з телемедициною та персоналізованим супроводом у рамках прямих моделей первинної допомоги.

Література:

1. Cole E. S. Direct Primary Care: Applying Theory to Potential Changes in Delivery and Outcomes // Journal of the American Board of Family Medicine. — 2018. — Vol. 31, No. 4. — P. 605–611. DOI: 10.3122/jabfm.2018.04.170214.
2. Eskew P., Klink K. Direct Primary Care Practice Distribution and Cost Across



the Nation // Journal of the American Board of Family Medicine. — 2015. — Vol. 28, No. 6. — P. 793–801. DOI: 10.3122/jabfm.2015.06.140337.

3. Ghany R., Tamariz L., Chen G., Palacio A., Bussell A., Mathew J. High-Touch Care Leads to Better Outcomes and Lower Costs in a Senior Population // American Journal of Managed Care. — 2018. — Vol. 24, No. 9. — P. e300–e304. URL: <https://onlinelibrary-wiley-com.translate.goog/doi/10.1111/jebm.12548> (дата звернення: 26.04.2025).

4. Society of Actuaries. Direct Primary Care: Evaluating a New Model of Delivery and Financing. — Schaumburg, IL: Society of Actuaries, 2020. — 69 p. URL: <https://www.soa.org/globalassets/assets/files/resources/research-report/2020/direct-primary-care-eval-model.pdf> (дата звернення: 26.04.2025).

5. Understanding Patient Perceptions Towards Direct Primary Care // SAGE Open Medicine. — 2022. — Vol. 10. — P. 1–9. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9350501/> (дата звернення: 26.04.2025).

6. American Academy of Family Physicians. In Defense of Direct Primary Care // Family Practice Management. — 2016. — Vol. 23, No. 5. — P. 12–14. URL: <https://www.dpcfrontier.com/academic-articles> (дата звернення: 26.04.2025).

7. Direct Primary Care Accessibility Act, H.R. 633, 117th Congress (2023). — URL: <https://www.govtrack.us/congress/bills/118/hr633> (дата звернення: 26.04.2025).

8. Phillips Lytle LLP. The Direct Primary Care Model: Considerations for the Industry. — Phillips Lytle LLP, 2023. — 24 p. URL: <https://phillipslytle.com/the-direct-primary-care-model-considerations-for-ny-providers-patients-and-employers/> (дата звернення: 26.04.2025).

9. Miller J. D. The Direct Primary Care Model: Practice Characteristics and Patient Satisfaction. — University of Texas Health Science Center at Houston, 2024. — 118 p. URL: https://digitalcommons.library.tmc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1232&context=uthsph_dissertsopen (дата звернення: 26.04.2025).

10. Penchansky R., Thomas J. W. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction // Medical Care. — 1981. — Vol. 19, No. 2. —



P. 127–140. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7206846/> (дата звернення: 26.04.2025).

11. Wagner E. H., Austin B. T., Von Korff M. Improving Outcomes in Chronic Illness // Managed Care Quarterly. — 1996. — Vol. 4, No. 2. — P. 12–25. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10157259/> (дата звернення: 26.04.2025).

12. Are Direct Primary Care Practices Located in Health Professional Shortage Areas? // Annals of Family Medicine. — 2024. — Vol. 22, No. 1. — P. 55–61. DOI: 10.1370/afm.3040.

13. Glied S., Mechanic D. The Dynamics of Primary Care Practice // Health Affairs. — 2020. — Vol. 39, No. 3. — P. 434–441. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32584605/> (дата звернення: 26.04.2025).

14. Australian Institute of Health and Welfare. My Health Record and Healthcare Integration. — Canberra: AIHW, 2023. — 58 p. URL: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/d86bae1e-ddc8-45b6-bb85-6e85380d041f/aihw-aus-246.pdf> (дата звернення: 26.04.2025).

15. Bryndová L., Šlegerová L., Votápková J., Hroboň P., Shuftan N., Spranger A. Czechia: Health System Review // Health Systems in Transition. — 2023. — Vol. 25, No. 1. — P. i–183. URL: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/czechia-health-system-review-2023> (дата звернення: 26.04.2025).

16. Nolte E., Knai C., McKee M. Managing Chronic Conditions: Experience in Twelve Countries. — European Observatory on Health Systems and Policies, 2015. — 210 p. URL: https://www.researchgate.net/publication/285739951_Managing_Chronic_Conditions_Experience_in_Eight_Countries (дата звернення: 26.04.2025).

Abstract. Amid growing challenges facing traditional primary healthcare systems, the Direct Primary Care (DPC) model presents a promising alternative. This study aimed to evaluate the impact of the DPC model on healthcare accessibility, clinical outcomes, and patient satisfaction within the healthcare system of the United States. A quasi-experimental cohort study design was used, involving 842 patients divided into two groups. The results demonstrated that patients receiving care in DPC clinics had significantly greater access to medical services, better control of chronic conditions (hypertension, type 2 diabetes, hyperlipidemia), lower hospitalization rates, and higher levels of satisfaction with the quality of care compared to those in traditional clinics. These findings highlight the potential of the DPC model to improve the effectiveness of primary care and support its further development and broad integration into the national healthcare system.



Keywords: *Direct Primary Care, healthcare accessibility, chronic disease management, patient satisfaction, healthcare reform, preventive medicine, quasi-experimental study, United States.*

Статтю відправлено: 19.06.2025 р.

© Джафарзаде Шейх Е. А., Бондарчук О. М.