

УДК 614.2:316.728:616-084

Ф.П. Ринда, О.Р. Ситенко

## До питання застосування профілактичних методів у практичній діяльності лікарів загальної практики – сімейних лікарів

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

**Мета** – вивчити застосування профілактичних методів у роботі закладів ПМСД.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано інформацію від регіонів щодо застосування профілактичних методів за спеціально розробленою формою. Методи: інформаційно-аналітичний, соціологічний.

**Результати.** З'ясовано, що для уніфікації дій лікаря щодо своєчасного виконання профілактичних заходів наразі заважає недостатня забезпеченість закладів ПМСД УКПМД з найбільш поширених ХНІЗ, тестами Фагерстрема, AUDIT та CAGE, дефіцит інформаційних матеріалів для пацієнтів тощо. Відмічено, що тематична направленість шкіль здоров'я для хворих на ХНІЗ у регіонах фактично дуже обмежена та здебільшого розрахована тільки на пацієнтів, хворих на ГХ і на цукровий діабет. Виявлено, що за рейтингом практичних навичок із профілактики перевага надається імунопрофілактиці, далі формуванню ЗСЖ, потім профілактиці ХНІЗ і на останньому місці – гігієнічному вихованню пацієнтів.

**Висновки.** Лікарі загальної практики – сімейні лікарі у своїй діяльності з профілактики стикаються з певними об'єктивними труднощами. Тематична направленість шкіль здоров'я для хворих на ХНІЗ у регіонах фактично дуже обмежена. У регіонах відмічається нерівноправність доступу до профілактичних послуг. Деякі недоліки в профілактичній діяльності ймовірно пов'язані з хибами під час підготовки в інтернатурі за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» з напрямків профілактичної роботи.

**Ключові слова:** профілактика, заклади ПМСД, УКПМД, напрямки профілактичної роботи, школи здоров'я, ХНІЗ.

### Вступ

Існуюча система охорони здоров'я не в змозі через високу собівартість забезпечити надійною медичною допомогою тих, хто її потребує, на рівні сучасних досягнень медицини. Тільки дотримання засад ЗСЖ дає можливість людям жити до глибокої старості і без обтяжливих хвороб.

ВООЗ вважає, що на сучасному етапі розвитку жодна країна світу не має ідеальної системи охорони здоров'я, проте, водночас, сімейна медицина визнана такою, що здатна найповніше задовольнити потреби населення у медичній допомозі та є економічно доцільною для держави [5]. Тому не випадково наразі в європейських країнах 70% медичної допомоги надається якраз лікарями первинної ланки – сімейними лікарями, терапевтами та педіатрами [2].

Відповідно до Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» визначено, що з 1 січня 2020 р. надання медичної допомоги на первинному рівні має здійснюватися лише лікарями загальної практики – сімейними лікарями.

У зарубіжній літературі явище, при якому спостерігається відсутність застосування профілактичних технологій у практичній діяльності лікаря загальної практики, вже одержало назву «професійний нон-комплаєнс».

**Мета роботи** – вивчити стан застосування профілактичних методів у роботі закладів ПМСД.

### Матеріали та методи

Робота виконувалася в УІСД МОЗ України. Вивчення стану застосування профілактичних методів у практичній діяльності ЛЗП/СЛ здійснювалося шляхом аналізу відповідної інформації від обласних УОЗ регіонів щодо оптимізації профілактичної роботи закладів ПМСД за спеціально розробленою формою, яка складалася із 15 запитань, з яких 14 були закритого і тільки 1 відкритого типу. Питання стосувалися загальної оцінки роботи ЛЗП/СЛ з профілактики: забезпеченість закладів ПМСД УКПМД з найбільш поширених ХНІЗ (цукровий діабет, артеріальна гіпертонія, бронхіальна астма, ішемічна хвороба серця) та тестами для виявлення небезпечного та шкідливого споживання інтоксикантів, видання матеріалів для пацієнтів відповідно із рекомендаціями УКПМД, функціонування в регіоні шкіль здоров'я для пацієнтів з однотипними ХНІЗ тощо.

Відповіді за вказаною формою отримали від 16 департаментів охорони здоров'я обласних (Волинська, Дніпропетровська, Житомирська, Закарпатська, Запорізька, Івано-Франківська, Київська, Миколаївська, Луганська, Львівська, Рівненська, Сумська, Тернопільська, Харківська, Херсонська та Хмельницька) та Київської міської держадміністрацій.

### Результати дослідження та їх обговорення

У багатьох країнах Європи, а також у США, Канаді розроблені стандарти та протоколи надання медичної

допомоги при різних захворюваннях, мета яких не тільки уніфікувати дії лікаря, але й сприяти ефективному та своєчасному виконанню профілактичних заходів. Тим самим значно посилюється їхня роль та місце у запобіганні хронізації хвороб. В Україні наприкінці 2012 р. офіційно започатковано процес стандартизації медичної допомоги. За цей час вже створена досить

потужна нормативно-правова база стандартизації у сфері охорони здоров'я.

Забезпеченість закладів ПМСД УКПМД з найбільш поширених ХНІЗ (пропонувалося визначитися щодо ЦД, АГ, ІХС та бронхіальної астми), за оцінкою обласних ОДА, наразі коливається досить широко, що представлено у таблиці 1.

Таблиця 1

## Забезпеченість закладів ПМСД УКПМД з найбільш поширених ХНІЗ

УКПМД	% забезпеченості				
	1–10	...26–40	...61–75	76–85	85–100
	Кількість регіонів				
Цукровий діабет	1		2	2	12*
Артеріальна гіпертензія				3	14**
Ішемічна хвороба серця			2	3	12***
Бронхіальна астма		1	3	2	11****

*Примітки:* \* – у Херсонській обл. з 22 ЦПМСД 18 майже на 100% забезпечені УКПМД і тільки 4 – від 61 до 85%, у Житомирській – 8 з 16 ЦПМСД майже на 100% забезпечені ними, решта – від 11 до 85%; \*\* – у Житомирській обл. 10 з 16 ЦПМСД майже на 100% забезпечені ними, решта – від 26% до 75%; \*\*\* – у Житомирській обл. 9 з 16 ЦПМСД майже на 100% забезпечені ними, решта – від 26% до 75%; \*\*\*\* – у Житомирській обл. 10 з 16 ЦПМСД майже на 100% забезпечені ними, решта – від 26% до 75%.

Таким чином, у деяких регіонах заклади ПМСД можуть мати деякі труднощі з виконанням УКПМД, зокрема, щодо профілактичної складової.

Якщо УКПМД із найбільш поширених ХНІЗ заклади ПМСД більш-менш забезпечені, то значне гірше

справи щодо забезпеченості тестами Фагерстрема, AUDIT та CAGE (табл. 2).

Тим самим виявлення небезпечного та шкідливого споживання інтоксикантів серед пацієнтів ПМСД під час амбулаторного прийому в більшості регіонів утруднено.

Таблиця 2

## Забезпеченість закладів ПМСД тестами Фагерстрема, AUDIT та CAGE

Тести	% забезпеченості				
	немає відповіді	0	1–10	11–25	...85–100
Фагерстрема	3 <sup>1</sup>	1 <sup>2</sup>	7 <sup>3</sup>	4 <sup>4</sup>	2 <sup>5</sup>
AUDIT	3 <sup>1</sup>	1 <sup>2</sup>	7	4 <sup>4</sup>	2 <sup>5</sup>
CAGE	4 <sup>6</sup>	1 <sup>2</sup>	9	1	2 <sup>5</sup>

<sup>1</sup> Запорізька, Тернопільська і Хмельницька обл.

<sup>2</sup> Львівська обл.

<sup>3</sup> Волинська, Закарпатська, Рівненська, Сумська, Харківська обл. На Херсонщині тільки заклади ПМСД 16 із 22 районів мають тести Фагерстрема. У Житомирській обл. забезпечені цими тестами тільки 10 з 16 ЦПМСД.

<sup>4</sup> Дніпропетровська. Миколаївська та Луганська обл., м. Київ.

<sup>5</sup> Івано-Франківська та Київська обл.

<sup>6</sup> Запорізька, Тернопільська і Хмельницька обл., м. Київ.

Популярна санітарно-освітня література є важливим засобом інформування населення про профілактику захворювань та ЗСЖ. Необхідність її полягає в тому, що відсутність або обмаль такої літератури унеможливує здійсненню будь-яких інтервенцій з різноманітних питань ЗСЖ, що повинні здійснюватися у закладах ПМСД, насамперед щодо відказу від куріння, зменшення вживання алкоголю, додержання норм раціонального харчування, своєчасне проходження профілактичних обстежень, своєчасного щеплення тощо. Без неї неможливо виконання УКПМД в

частині забезпечення пацієнтів матеріалами відповідно із станом свого здоров'я тощо.

За інформацією областей за останні 2 роки інформаційні матеріали для пацієнтів закладів ПМСД видавалися в 15 регіонах за виключенням двох областей (Львівська та Рівненська). Тим не менш дефіцит інформаційних матеріалів для пацієнтів залишається. А вже за останні 5 років (2012–2016 рр.) наклад видання 1 найменування популярної санітарно-освітньої літератури з питань ЗСЖ та профілактики захворювань закладами системи МОЗ України становить не більше 500 прим.

Не дивно, що навіть в одному регіоні не всі заклади ПМСД можуть мати такі матеріали. Так, у Житомирській обл. 50% ЦПМСД (8 з 16) не були ними забезпечені. Тим самим спостерігається нерівноправність пацієнтів до профілактичних заходів. Більш того, слід зазначити, що в окремих регіонах (Волинська та Хмельницька обл.) такі інформаційні матеріали видавалися не у відповідності з УКПМД.

ВООЗ вважає, що на сьогодні при будь-якому контакті пацієнта у закладах ПМСД необхідно використовувати профілактичні втручання для виявлення факторів ризику, втручання, що направлені на зміну

поведінки та образу життя, проведення терапевтичних втручань із приводу таких станів, як артеріальна гіпертензія, діабет тощо. Вони є оптимальним місцем для виявлення алкогольних та тютюнових проблем [1]. Серед таких засобів впливу у практичній діяльності закладів ПМСД використовуються школи здоров'я для навчання хворих з однотипними захворюваннями або для пацієнтів груп ризику. За інформацією регіонів школи здоров'я для пацієнтів з однотипними ХНІЗ у 2016 р. функціонували у більшості з них, за винятком Закарпатської, Івано-Франківської, Київської та Тернопільської областей, м. Київ (табл. 3).

Таблиця 3

Охоплення пацієнтів з однотипними ХНІЗ школами здоров'я

Область	Школи здоров'я (кількість шкіл/охоплено осіб)					
	ГХ	ССЗ	ЦД	астма-школа	ХОЗЛ	одужуючі
Волинська			13/9650			
Дніпропетровська		155/64334	9/3000			
Житомирська*	є		є	є	є	
Запорізька	318/19883 38/5868***	38/168081	14/1563	21/637		
Миколаївська			44/378			
Луганська	7/788	5/526	6/471			2/2113
Львівська			/2208			
Рівненська	3/90		5/130			
Сумська	23/2990		24/418			
Харківська	12/6414					
Херсонська**	10/224		6/321			
Хмельницька			30/1100			

Примітки: \* – в інформації від Житомирській обл. вказано тільки назви шкіл здоров'я; \*\* – в інформації від Херсонській обл. не вказано охоплення осіб по 1 школі для ГХ та ЦД; \*\*\* – II профілактика АГ.

Таким чином, для здорових осіб вони не передбачені взагалі. Для пацієнтів з однотипними захворюваннями вони практично обмежуються тільки школами для хворих на ГХ і на цукровий діабет, бо кількість астма-шкіл, для хворих на ССЗ, ХОЗЛ тощо мізерне. Загалом мережа шкіл здоров'я для хворих на ХНІЗ та охоплення ними пацієнтів незрівняно з кількістю хворих на ці захворювання в регіонах. Необхідно також зазначити, що відмічається нерівноправність доступу до таких профілактичних послуг. Так, наприклад, у Херсонській обл. школи здоров'я для хворих на ХНІЗ функціонують тільки в 4 з 22 районів.

Важливим є той факт, що в регіонах, в яких функціонують школи здоров'я для хворих на ХНІЗ, вивчається ефективність їхньої роботи за наступними показниками (можна було давати один та більше відповідей):

– забезпеченість необхідними матеріалами (методичними, інформаційними тощо) суб'єктів та об'єктів групового навчання – 11 областей;

– показники, що характеризують роботу шкіл здоров'я – 10 регіонів;

– запровадження форми звітності про роботу шкіл здоров'я – 6 регіонів;

– інформування громадськості про роботу таких шкіл здоров'я (через веб-сайт департаменту охорони здоров'я) – 5 регіонів. Тим не менш слід зазначити, що в 6 регіонах (Львівська, Миколаївська, Рівненська, Сумська, Харківська, переважна кількість районів Херсонської обл.) контроль за роботою шкіл здоров'я обмежується лише одним або двома показниками.

Робота ЛЗП/СМ здійснюється в умовах дефіциту часу: за 1 годину він повинен прийняти не менше 5 пацієнтів. МОЗ України вважає, що до 25–30% обсягу роботи сімейного лікаря мають складати профілактичні заходи [3]. У більшості з УКПМД заходи з первинної профілактики практично зводяться до констатації необхідності коректування способу життя пацієнтів на кшталт «До заходів первинної профілактики відносяться рекомендації щодо способу життя і дієти та певні психологічні настанови» (УКПМД «Диспепсія»). Однак таке індивідуальне консультування пацієнтів не враховує рівень готовності пацієнта до зміни свого способу життя, проте всім пацієнтам відповідно до вимог УКПМД

повинні надаватися однотипні рекомендації, що негативно позначається на якості консультування, та вимагає від ЛЗП/СЛ додаткових витрат свого робочого часу. Винятком з цього правила становить «Клінічний протокол медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років», в якому в розділі «Принципи ефективного консультування» висвітлюються питання методики «як говорити» з пацієнтом в залежності від його поінформованості. Згідно моделі стадійної зміни, розробленої вченими Prochaska та DiClemente, пацієнт може бути або не готовим, або невпевненим в цьому чи готовим до припинення (зменшення) змінити свою поведінку щодо прийому, наприклад, інтоксиканта. В той же час вони можуть переміщатися із однієї стадії готовності до іншої через різні обставини, наприклад, внаслідок погіршення здоров'я, зміни пріоритетів (народження дитини тощо) чи в оточенні (змінилася робота та ін.). Знання моделі стадійної зміни дає можливість більш раціонально та ефективніше використовувати час лікаря, зосередити його уваги насамперед тим пацієнтам, які бажають змінити свою поведінку. За інформацією з регіонів, ця модель стадійної зміни враховується на амбулаторному прийомі у 8 областях (Волинська, Дніпропетровська, 7 з 16 ЦПМСД Житомирщини, Закарпатська, Запорізька, Сумська, в 14 з 22 районів Херсонщини, Тернопільська). В цих та інших регіонах з метою компенсації дефіциту часу при амбулаторному прийомі використовуються також інші, однак менш ефективні прийоми та методики, як, наприклад, забезпечення пацієнтів відповідними інформаційними матеріалами (Волинська, Дніпропетровська, Житомирська, Закарпатська, Запорізька, Миколаївська, Луганська, Львівська, Тернопільська, Харківська, Херсонська, Хмельницька обл., м. Київ), покладання на медсестру обов'язків щодо надання невідкладних порад пацієнтам про інтоксиканти (Волинська, Дніпропетровська, Житомирська, Закарпатська, Запорізька, Івано-Франківська, Миколаївська, Луганська, Львівська, Рівненська, Сумська), запрошення пройти навчання в школі здоров'я (Дніпропетровська, Житомирська, Запорізька, Рівненська, Херсонська, Хмельницька обл.), долікарський прийом медсестрою з вимірюванням певних показників та оцінкою факторів ризику (Київська обл.) тощо.

Недостатність застосування моделі стадійної зміни під час амбулаторного прийому пацієнтів у закладах ПМСД безумовно свідчить про певні недоліки під час підготовки в інтернатурі за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» з напрямків профілактичної роботи. Адже типова програма інтернатури випускників медичних вищих навчальних закладів освіти III–IV рівнів акредитації за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» не передбачає вивчення моделі стадійної зміни поведінки людини [4].

Напрямки профілактичної роботи ЛЗП/СМ дещо умовно можна розділити на такі групи: гігієнічне виховання пацієнтів, формування ЗСЖ, профілактика ХНІЗ, імунопрофілактика інфекційних хвороб. За інформацією з регіонів щодо визначення в порядку

значущості за рейтингом практичних навичок з питань профілактики перевага (за сумою набраних балів) віддається імунопрофілактиці, далі формуванню ЗСЖ, потім профілактиці ХНІЗ і на останньому – гігієнічному вихованню пацієнтів. Акцент на імунопрофілактику та недооцінка значущості гігієнічного виховання пацієнтів ймовірно свідчить про те, що підготовка інтернів до цього часу переважно здійснюється з позиції лікувальної парадигми охорони здоров'я.

В той же час регіони загалом позитивно оцінюють ступінь володіння практичними навичками ЛЗП/СМ з профілактики:

– достатня та швидше достатня, ніж недостатня: гігієнічне виховання населення – 16 регіонів, формування ЗСЖ – 16 регіонів, профілактика ХНІЗ – 17 регіонів, імунопрофілактика інфекційних хвороб – 17 регіонів;

– скоріше недостатня: гігієнічне виховання населення – 1 регіон (Дніпропетровська обл.), формування ЗСЖ – 1 регіон (м. Київ).

На стан профілактичної діяльності закладів ПМСД впливає структура суб'єктів профілактичної роботи в регіоні. За останні 2 роки, за інформацією областей, позитивна тенденція відмічається загалом у зростанні мережі як лікарень, доброзичливих до дитини, так й клінік, дружніх до молоді, а також до кабінетів здорової дитини. В той же час мережа відділень профілактики практично залишається без змін, а центри здоров'я (обласні, міські) та кабінети антиалкогольної пропаганди та профілактичної допомоги невпинно скорочуються: практично кабінети антиалкогольної пропаганди залишилися лише в деяких областях, міські центри здоров'я – лише у Дніпропетровській, Запорізькій та Харківській областях. Тим не менш суб'єкти профілактичної роботи, з якими доцільно співпрацювати закладам ПМСД, в порядку значимості регіони визначилися наступним чином (за сумою балів): кабінети здорової дитини, центри здоров'я, лікарні, доброзичливі до дитини, відділення профілактики, консультації «Шлюб і сім'я», клініки, дружні до молоді, і на останньому місці – кабінети антиалкогольної пропаганди.

## Висновки

Діяльність лікарів ЗП/СМ з профілактики наразі стикається з певними об'єктивними труднощами. Якщо УКПМД з найбільш поширених ХНІЗ (ЦД, АГ, ІХС та бронхіальної астми) більшість закладів ПМСД більш-менш забезпечені, то тестами Фагерстрема, AUDIT та CAGE явно недостатньо. Тим самим виявлення небезпечного та шкідливого споживання інтоксикантів серед пацієнтів під час амбулаторного прийому утруднено. Видання інформаційних матеріалів для пацієнтів закладів ПМСД відповідно з рекомендаціями УКПМД практично в усіх регіонах не задовольняє потреби пацієнтів в таких матеріалах.

Модель стадійної зміни поведінки пацієнта, яка дає можливість більш раціонально та ефективніше використовувати час лікаря, зосередити його уваги насамперед тим пацієнтам, які бажають змінити свою

поведінку, враховується при амбулаторному прийомі тільки у половині регіонів, що надали відповідну інформацію. Ймовірно це в певній мірі пов'язано з хибами під час підготовки в інтернатурі за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» з напрямків профілактичної роботи.

Тематична направленість шкіл здоров'я для хворих на ХНІЗ в регіонах фактично дуже обмежена та

здебільше розрахована тільки на пацієнтів, хворих на ГХ і на цукровий діабет, їхня мережа та потужність незрівняні з кількістю хворих на ці захворювання.

У регіонах відмічається нерівноправність доступу до профілактичних послуг.

Значимість суб'єктів профілактичної роботи не співпадає є існуючою мережею профілактичних структур у регіонах.

## Література

1. *Андреева Т.* Что потребляют Ваши пациенты, кроме воздуха, воды и пищи? : книга для врача / Т. Андреева, К. Красовский. – Киев, 1999. – 199 с.
2. *Медицина реформа в Україні: провал операції. Частина 1* / Оксана Шкляревська 06.11.2013 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : // <http://ua.racurs.ua/386-medychna-reforma-v-ukrayini-proval-operaciyi-chastyna-1>. – Назва з екрана.
3. *Модернізація мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу : методичні рекомендації затверджені наказом МОЗ України від 11.09.2012 р. № 713.* – Київ, 2012.– 14 с.
4. *Ринда Ф. П.* Профілактична підготовка лікарів-інтернів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» / Ф. П. Ринда, В. В. Шафранський // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 1 (42). – С. 151–161.
5. *Сучасні проблеми та перспективи підготовки сімейних лікарів на післядипломному етапі навчання : матеріали конференції* / Л. В. Глушко, В. М. Куласць [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbuv/cgiirbis\\_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE\\_FILE\\_DOWNLOAD=1&Image\\_file\\_name=PDF/simmed\\_2014\\_5\\_40.pdf](http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/simmed_2014_5_40.pdf). – Назва з екрана.

*Дата надходження рукопису до редакції: 11.07.2017 р.*

**К вопросу применения профилактических методов в практической деятельности врачей общей практики – семейных врачей***Ф.П. Рында, Е.Р. Сытенко*

ГУ «Украинский институт стратегических исследований Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина

**Цель** – изучить применение профилактических методов в работе учреждений ПМСП.

**Материалы и методы.** Проанализирована информация от регионов о применении профилактических мер по специально разработанной форме. Методы: информационно-аналитический, социологический.

**Результаты.** Определено, что для унификации действий врача относительно своевременного выполнения профилактических мер мешает недостаточная обеспеченность учреждений ПМСП УКПМП по наиболее распространенным ХНИЗ тестами Фагерстрема, AUDIT та CAGE, дефицит информационных материалов для пациентов и др. Отмечено, что тематическая направленность школ здоровья для больных ХНИЗ в регионах фактически очень ограничена и в основном рассчитана только на больных ГБ и сахарным диабетом. Выявлено, что по рейтингу практических навыков по профилактике преимущество отдается иммунопрофилактике, далее формированию ЗОЖ, потом профилактике ХНИЗ и на последнем месте – гигиеническому воспитанию пациентов.

**Выводы.** Врачи общей практики – семейные врачи в своей деятельности по профилактике сталкиваются с некоторыми объективными трудностями. Тематическая направленность школ здоровья для больных ХНИЗ в регионах фактически очень ограничена. В регионах отмечается неравноправность доступа к профилактическим услугам. Некоторые недостатки в профилактической деятельности, вероятно, связаны с недостатками во время подготовки в интернатуре по специальности «Общая практика – семейная медицина» по направлениям профилактической работы.

**Ключевые слова:** профилактика, заклады ПМСП, УКПМП, направления профилактической работы, школы здоровья, ХНИЗ.

**To the issue of application of preventive methods in practical activities of general practice / family medicine***F.P. Rynda, O.R. Sytenko*

PE “Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

**Purpose** – studying of application of preventive methods in the work of PHC facilities.

**Materials and methods.** The information from regions on application of preventive methods has been analyzed. Methods: informational and analytical, sociological.

**Results.** It is clarified that unification of actions of the doctor on implementation of preventive measures insufficient provision of the PHC facilities by unified clinical protocols of medical care, tests of Fagerstrom, AUDIT and CAGE, materials for patients is hindered. It is marked, that the thematic orientation of health schools for patients with chronic non-communicable diseases is limited and designed only for patients with hypertension and diabetes. It is revealed, that according to the rating of practical preventive skills preference is given to immunoprophylaxis is farther to formation of healthy lifestyle, then to prophylaxis of chronic non-communicable diseases and on the last – to the hygienic education of patients.

**Conclusions.** Preventive work of GP / FM doctors faces certain objective difficulties. The thematic focus of health schools for patients with chronic non-communicable diseases is limited. In regions inequalities in access to preventive services are noted. Some disadvantages in preventive activities are connected to lacks by training during internship on specialty of “General practice / family medicine”.

**Key words:** prophylaxis, PHC, unified clinical protocols of medical care, health schools, chronic non-communicable diseases.

**Відомості про авторів**

**Ринда Фелікс Павлович** – завідувач відділу соціально-гігієнічних досліджень формування здоров'я населення та медичної статистики ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

**Ситенко Олена Ростиславівна** – к.мед.н., с.н.с., завідувач науково-організаційного відділу ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.