

**ОРГАНІЗАЦІЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОГО
ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ:
ІСТОРИЧНИЙ ПОГЛЯД**

Володимир ТАРАЛЛО, Марія ВАЦИК,

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»,
Чернівці (Україна), ozo@bsmu.edu.ua

**ORGANIZATION OF AMBULATORY-POLYCLINICAL
SERVICE IN UKRAINE: HISTORICAL VIEW**

Volodymyr TARALLO, Mariya VATSYK

Higher State Educational Establishment of Ukraine
«Bukovinian State Medical University», Chernivtsi (Ukraine),
Researcher ID D-4904-2017; ORCID 0000-0003-4207-0974
ResearcherID D-5575-2017; ORCID 0000-0003-0043-6405

Владимир Таралло, Мария Вацык. Организация амбулаторно-поликлинического обслуживания населения в Украине: исторический взгляд. Путь, пройденный отечественным здравоохранением на всех этапах становления первичной, амбулаторно-поликлинической помощи нуждается в пристальном рассмотрении, а также в развитии начинаний, поисков возможностей решения экономических проблем этой службы на сегодняшнем этапе становления самостоятельной Украины. **Цель работы.** Дать описание главных организационно-оздоровительных мероприятий, реализация которых в здравоохранении Украины наступательно способствовала улучшению качества доступности медицинских услуг в первичном звене отрасли. **Материалы и методы.** При обработке библиографических материалов по вопросам развития медицины в Украине в 1920-2018 гг. был использован системно-исторический аналитический метод. **Результаты.** В статье приведены основные организационно-оздоровительные мероприятия, проведенные за 100 лет (1920 – 2018 гг.) в Украине в целях формирования качественной и доступной амбулаторно-поликлинической помощи для всех возрастных групп населения в городской и сельской местности с учетом структурных особенностей производственной занятости лиц, работающих в народном хозяйстве, и этапных критических периодов в жизни страны и её жителей. **Выводы.** История становления амбулаторно-поликлинической службы в здравоохранении Украины заложила общие и целевые социально-экономические, социо-экологические, организационные направления развития доврачебной, врачебной и превентивной медицины в Украине. Перестройка созданной службы в угоду искусственных «мировых образцов и стандартов» без учета многолетних национальных, территориальных, этнических и социальных традиций не дает уверенности в будущем улучшении социальных условий, доступности и качества традиционных медицинских услуг.

Ключевые слова: организация, амбулаторно-поликлиническая помощь, совершенствование управления здравоохранением.

Вступ. Будь-які перетворення в системі охорони здоров'я мають покращувати якість і доступність медичних послуг для всіх верств населення. Автори намагалися в цій роботі висвітлити лише провідні історичні оздоровчі заходи, які за багато років розвитку амбулаторно-поліклінічної служби в Україні сприяли таким змінам.

Мета. Дати огляд провідних організаційно-оздоровчих заходів, реалізація яких в охороні здоров'я України сприяла покращанню якості і доступності медичних послуг у первинній ланці галузі.

Матеріали і методи. До обробки бібліографії розвитку медицини в Україні у 1920-2018 рр. залучено системно-історичний аналітичний метод.

Історіографія питання. Високорозвиненої і доступної для всіх верств населення амбулаторно-поліклінічної допомоги, як в міській, так і у сільській місцевості не існувало у світовій охороні здоров'я майже до 80-х років минулого століття. Високу якість і структурну розгалуженість у наданні амбулаторно-поліклінічної допомоги в місті власним прикладом довели в СРСР наприкінці 70-х – на початку 80-х років із запровадженням загальної диспансеризації населення. В

сільській місцевості вірець надання медичної допомоги на засадах і принципах ПМСД був наданий світовій спільноті на міжнародній конференції ВООЗ/ЮНІСЕФ у 1978 році в Алма-Аті (Казахстан). Розпад СРСР призупинив безліч експериментів в удосконаленні амбулаторно-поліклінічної допомоги, що стало одним з провідних чинників створення недосконалої системи страхової медицини в минулих республіках країни, призупинило запровадження кращих світових стандартів у наданні амбулаторної допомоги в регіональних і національних системах охорони здоров'я. Сучасні зміни в охороні здоров'я України не прикрашають історичні напрямки її розвитку, викликають спротив досвідчених медиків і населення, обмежують доступність якісних медичних послуг у первинній ланці галузі. Це свідчить про необхідність повернення до проведення багаторічних науково обґрунтованих експериментів в галузі перед запровадженням будь-яких змін, перебудов у всіх її ланках. Цьому свідченням постають аналітичні історичні довідки щодо розвитку медичної галузі в країні Інституту організації охорони здоров'я та історії медицини імені М. О. Семашко¹, видатних організаторів охорони здоров'я Г. А. Баткіса, Л. Г. Лекарева², Н. О. Віноградова³,

¹ Organizatsiya ambulatorno-poliklinicheskogo obsluzhivaniya naseleniya v SSSR [Organization of out-patient polyclinic services to the population in the USSR], Moskva, MZ SSSR, 1960, 55 p. [In Russian].

² Batkis G. A., Lekarev L. G. Sotsial'naya gigiyena i organizatsiya zdavoohraneniya [Social hygiene and the organization of public health services], Moskva, 1969, P. 78-80 [In Russian].

³ Rukovodstvo po sotsial'noy gigiyene i organizatsii zdavoohraneniya [Guidance on social hygiene and public health], Izdaniye tret'ye, Pod redaktsiyey N. A. Vinogradova, Moskva, Meditsina, 1974; Vol. 2, P. 81-120 [In Russian].

Ю.П. Лісіцина⁴.

Результати дослідження та їх обговорення.

В 1918 році за першими декретами новостворюваної «соціалістичної Федерації» були організовані лікарські колегії, які потім були об'єднані в Раду лікарських колегій окремих республік – вищий медичний орган, а згодом – в Народний Комісаріат охорони здоров'я⁵.

Розвиток мережі закладів позалікарняної допомоги відбувався в двох напрямках: розширювалася мережа амбулаторій, організовувалася швидка медична допомога на підприємствах та будувалися лікувально-профілактичні заклади – «для боротьби із соціальними хворобами». Профілактичний напрямок радянської охорони здоров'я найбільш яскраво реалізував себе в охороні материнства та дитинства, а також у боротьбі із туберкульозом і венеричними хворобами. Вперше були створені заклади нового типу – дитячі та жіночі консультації, а також диспансери, в яких надавалася лікувально-профілактична допомога, проводився активний динамічний нагляд за хворими.

Дитячі консультації спочатку були створені як профілактичні заклади лише для здорових дітей з метою нагляду за їх фізичним розвитком. Водночас була започаткована оздоровча робота серед дітей та підлітків в школах і дитячих установах.

На промислових підприємствах із кількістю працюючих більше за 500 осіб, віддалених від найближчої медичної установи до версти, повинні були створюватися пункти першої допомоги із постійним черговим персоналом. Дозволялось їх відкриття і при меншій кількості працюючих на особливо небезпечних підприємствах.

Організація швидкої медичної допомоги відбувалася, в першу чергу, у великих містах (1 пункт на 160 тисяч мешканців) із забезпеченням спеціальним транспортом та досвідченим медичним персоналом.

Допомога вдома надавалась, головним чином, як санітарно-епідеміологічний цільовий дослідний захід. Через нестаток ліжкового фонду вдома залишалися хворі, які потребували лікарського нагляду. Лікар допомоги вдома виконував роль поширювача гігієнічних знань із громадської та особистої профілактики.

З 1920 року був запроваджений в роботу амбулаторній диспансерний метод за принципом диференційованого обслуговування робітників, найбільш «важливих» (в господарському значенні підприємств). Радикальне значення тут мало запровадження соціального страхування та передача лікарняним касама всіх фабрично-заводських медичних установ. Лікарняним касама також були підпорядковані приватні лікарні та інші лікувальні заклади усіх благодійних фондів та міських управ.

З часом із зростанням державної мережі галузі охорони здоров'я та об'єднання усіх її складових в єдиний апарат управління зникла потреба в окремій «страховій» допомозі – всі лікарняні каси були підпорядковані державній галузі охорони здоров'я.

Переборюючи труднощі та відстоюючи проголошені принципи (профілактичного напрямку, плановості, єдності теорії та практики, єдиного методологічного керівництва, загальнодоступності, медичної кваліфікованої допомоги та широкого залучення самих громадян до

організації охорони здоров'я), радянська охорона здоров'я будувалась на незмінності об'єднання її в одному органі управління на засадах безкоштовності медичних послуг.

В 1922 році затверджена структура організації амбулаторно-поліклінічної допомоги. Пункти першої допомоги, допомоги вдома та амбулаторії були об'єднані із центральними амбулаторіями та стаціонарними лікувальними закладами, введено районування лікувальних закладів. З'явилося три типи амбулаторій: потужні лікарняні та позалікарняні (самостійні) амбулаторії з прийомами 6-9 фахівців, невеликі амбулаторії з прийомами 4-5 фахівців та амбулаторії з прийомами 2-3 фахівців; більшість з цих амбулаторій були фабрично-заводськими. До фабрично-заводських амбулаторій також були приєднані пункти першої допомоги підприємств – через те, що медичний персонал надавав медичну допомогу працівникам підприємств та їх сім'ям зокрема і вдома. Боротьба із професійними захворюваннями була покладена виключно на амбулаторну мережу, яку планувалось забезпечити основними фахівцями у відповідності до наявних професійних захворювань на цих виробництвах. Організація пунктів першої допомоги, як доповнення до амбулаторної мережі, дозволялась лише на особливо небезпечних та шкідливих виробництвах.

Зміни, особливо відчутні в діяльності лікуючих лікарів, були зазначені в обов'язках лікарів цих об'єднань. Вони були зобов'язані брати активну участь в оздоровленні виробничих умов праці робітників та у вирішенні побутових питань їхніх родин.

Водночас із цим було проведено ряд заходів у розвитку кваліфікованої допомоги населенню: введені вечірні прийоми, а фабрично-заводські та невеликі комунальні амбулаторії отримали можливість консультацій. Пункти допомоги вдома зобов'язали впорядкувати постійний взаємозв'язок із амбулаторіями.

Зазначимо, що в Україні з метою розвитку позалікарняної допомоги також була створена мережа спеціальних закритих амбулаторних установ – так звана «мережа робітничих поліклінік», які забезпечували допомогу винятково застрахованим та членам їх сімей.

У «робітничих поліклініках», які були амбулаторними установами, відбувався прийом всіма спеціалістами, надавалась допомога вдома. В складі цих поліклінік були туберкульозні диспансери із закритим прийомом тільки застрахованих (але не членів їхніх родин!).

В 1923 році в поліклініках були створені консультації для дітей та матерів. У підпорядкуванні цих поліклінік були пункти першої допомоги на підприємствах, невеликі амбулаторії та фабрично-заводські амбулаторії.

Незважаючи на те, що «робітничі поліклініки» в Україні створювалися як заклади профілактичні, вони проводили дуже мало профілактичних заходів, займалися переважно лікувальною роботою.

Вперше чітко і однозначно в 1924 році було визначено функції медичного закладу промислового підприємства: (надання медичної допомоги, безпосередній зв'язок лікувально-санітарної установи із виробництвом, з умовами праці, санітарно-гігієнічними умовами та

⁴ Rukovodstvo po sotsial'noy gigiyene i organizatsii zdavookhraneniya [Guidance on social hygiene and public health], Pod. redaktsiyey Y. P. Lisitsina, Moskva, Meditsina, 1987, 464 p. [In Russian].

⁵ Organizatsiya ambulatorno-poliklinicheskogo obsluzhivaniya naseleniya v SSSR-Moskva: MZ SSSR [Organization of out-patient polyclinic services to the population in the USSR-Moscow: Ministry of Health of the USSR], 1960, P. 55 [In Russian].

технологією виробництв, участь у вирішенні поточних санітарних питань, проведенні протиепідемічних заходів.

Вперше було затверджено диспансерний метод в роботі амбулаторій та інших лікувальних установ, зокрема для лікування професійних захворювань, створено цільові стаціонари та поліклініки для цих хворих.

Допомога вдома мала суттєве значення у поєднанні лікувальних та профілактичних завдань. З початку становлення допомога вдома мала важливу санітарно-розвідувальну та лікувальну функції щодо епідемічних спалахів; служба також забезпечувалася черговими лікарями. В подальшому, через обмеження ліжкового фонду внаслідок постійного розширення позалікарняної мережі, у допомозі вдома виросла частка лікувальної роботи. З 1922 року лікарі допомоги вдома зобов'язані були виписувати листки непрацездатності та лікувати застарованих. Окрім того, на лікарів допомоги вдома покладалися профілактичні обов'язки, перш за все, щодо попередження поширеності епідемічних, соціальних та побутових захворювань.

Організація допомоги вдома передбачала запровадження та розподіл дільниць (радіусом до 1 км, із кількістю 4–5 тисяч осіб) та встановлення норми відвідувань: на 1 лікаря в день не більше 8 відвідувань.

Пункти допомоги вдома створювалися в лікувальних закладах, аптеках або окремих приміщеннях і підпорядковувалися керівництву територіального здоров'я. При цьому, пункти допомоги вдома повинні були обов'язково перебувати в складі об'єднань лікувальних установ і бути приписаними до районної амбулаторії (поліклініки).

Допомога вдома була загальною – дорослим та дітям надавалась одним і тим же лікарем. В разі потреби лікарі запрошували на консультації вдома інших фахівців.

Наприкінці робочого дня лікар повинен був з'являтися у пункт для виконання необхідної обліково-статистичної роботи, вивчення історій хвороби. В цей же час, у встановлені години (за розкладом), до нього могли звертатися хворі пацієнти. Кадри лікарів для допомоги вдома комплектувалися, головним чином, із лікарняних закладів.

Консультації для дітей, які виникли, як санітарно-профілактичний напрямок роботи для поширення грудного вигодовування та правильного догляду за немовлятами, зіграли провідну роль у боротьбі із дитячою смертністю.

Однак, з часом, за сталим розвитком та поглибленням диспансерного методу виникла нагальна необхідність ліквідації розриву між медичним наглядом здорових та хворих. Дитячі консультації приймали лише хворих дітей, але допомогу дітям вдома надавала служба загальної допомоги вдома, незважаючи на те, що хворі діти становили 40% від загальної кількості хворих вдома (1924 р.).

В Україні в робітничих поліклініках з самого початку були організовані прийоми хворих дітей. Пізніше, із розвитком профілактичного напрямку, поширилася консультативна робота із питань охорони материнства та дитинства.

У 1929 році було запроваджено всебічне лікувально-профілактичне обслуговування та систематичний нагляд за здоровими дітьми вдома шляхом організації патронажу та обслуговуванням хворих дітей виключно

вдома.

В плані профілактичних зобов'язань, пункти першої допомоги на підприємствах повинні були, в першу чергу, вивчати санітарний стан підприємств, виробничі процеси, умови праці, професійні шкідливості та приймати відповідні термінові заходи для їх усунення через певні керівні органи.

Необхідність здійснення боротьби із професійними захворюваннями започаткувала новий тип установи – поліклініка (диспансер) з боротьби із професійною захворюваністю.

Не зважаючи на значні досягнення в справі розвитку позалікарняної допомоги, перенавантаженість амбулаторій з причин неупорядкованості амбулаторного прийому викликали у хворих невпевненість в тому, що вони потраплять на прийом, що змушувало їх приходити за 2-3 години до відкриття амбулаторії. Через це в 1928 році було запроваджено попередній запис на прийом з видачею талонів (із зазначеним часом прийому в межах однієї години) та нормуванням роботи лікаря. Хворі були розподілені за амбулаторіями відповідно до місця проживання та місця роботи. Це дозволило суттєво скоротити черги та час очікування хворими прийому у лікаря.

Ідея об'єднання в одній установі основних видів обслуговування населення передбачала створення комплексного висококваліфікованого лікувального закладу на диспансерних засадах для населення підпорядкованої території та підприємства, розташованого на ній.

При організації єдиних диспансерів було скасоване переважне обслуговування робітників окремих галузей промисловості: диспансери будувались винятково за територіальною ознакою.

Не зважаючи на чинні недоліки, які виникли в період організації єдиних диспансерів, створення комплексних лікувальних установ отримало подальший розвиток. Потужні комплексні поліклініки, які надавали дорослим та дітям всі види лікувально-профілактичної допомоги, мали значну перевагу через безперервність нагляду, фахову наступність (завдяки доступності зв'язків) економію витрат при використанні висококваліфікованих консультацій та дороговартісного обладнання.

В 1929 році було організаційно поєднано амбулаторну допомогу хворим із допомогою вдома. Територія обслуговування була поділена на дільниці. Кожна дільниця обслуговувалася одним лікарем-терапевтом, як амбулаторно, так і при наданні допомоги вдома. Так виник дільничний принцип обслуговування міського населення, який постав найбільш яскравим відображенням застосування диспансерного методу

Із розвитком системи організації охорони здоров'я найбільше уваги надавалось розвитку мережі закладів позалікарняної допомоги, якої населення потребувало найбільше. Однак розташування цих установ здебільшого носило випадковий характер і не відповідало розміщенню основних промислових підприємств. Частіше розміщення залежало від наявності вільних приміщень. При наданні лікувальної допомоги не використовувався принцип диференційованого підходу, першочергового та переважного обслуговування робітників. Прийом робітників амбулаторно-поліклінічними установами здійснювався за територіальною ознакою. Медична допомога була організована без врахування специфічних потреб робітників промислових підприємств. Вечірніх прийомів не було. Пункти першої допомоги були примітивні-

ми, погано оснащеними, не вели боротьбу із травматизмом та професійною захворюваністю, не здійснювали профілактичну роботу, не надавали кваліфіковану першу медичну допомогу. Значна частина цих пунктів не була укомплектована лікарями. В 1930 році на черговому зібранні працівників охорони здоров'я була прийнята резолюція про те, що зниження захворюваності робітників є одним із головних завдань діяльності медиків: пункти першої допомоги були перейменовані на пункти охорони здоров'я на підприємствах.

Будівництво нових промислових підприємств-гігантів та створення нових промислових районів призвели до організації нового типу медико-санітарних установ – здоровпунктів. Характер праці, розселення робітників, віддаленість лікувальних закладів висунула перед цими установами специфічні завдання відповідно до особливостей новобудов.

Була започаткована нова методика медичної допомоги робітникам на ґрунті боротьби із захворюваністю та травматизмом. Знайдені нові організаційні форми діяльності районної мережі амбулаторно-поліклінічних установ з переважним обслуговуванням робітників промислових підприємств, співпрацею із заводськими організаціями, цільовою роботою із робітничим активом з питань охорони здоров'я. Тоді ж було залучено промислові установи до участі у будівництві закладів охорони здоров'я, участі у створенні лікарень, ясел, здоровпунктів, оснащених автотранспортом, у будівництві житла для медичного персоналу.

В довоєнний період вже існувала мережа потужних амбулаторно-поліклінічних установ у новозбудованих або переобладнаних приміщеннях із потужністю 700-800-1000 відвідувань в день, оснащених лабораторіями, рентгенкабінетами, діагностичною терапевтичною та фізіотерапевтичною апаратурою із водо- та грязелікуванням. Питома вага спеціалізованих закладів у 1940 році зросла до 92%, із року в рік їх функції розширювалися.

Водночас була запроваджена наступність діагностичного та лікувального процесів з обов'язковою передачею з поліклініки в лікарню обмінних карт та виписок із амбулаторних історій хвороби із зазначенням результатів амбулаторних обстежень хворих, а також із лікарні в поліклініку – епікризів, результатів лікарняних обстежень, рекомендованого режиму і, за необхідності, методики подальшого лікування в амбулаторних умовах. Суттєво зросла поінформованість лікарів поліклінік про наслідки лікування в лікарнях. Запроваджені були спільні наукові конференції, на яких розглядалися неспівпадання діагнозів захворювань, трудових прогнозів для хворих, лікарських призначень. Також були запроваджені консультації хворих лікарями стаціонарів в поліклініках.

Належить зазначити, що дуже часто обмінні карти не виписувалися, а зв'язок лікарняних та амбулаторно-поліклінічних закладів у більшості випадків був формальним. Навіть там, де виписували і пересилали обмінні карти, це виконувалося із запізненням. Обмін лікарями взагалі не відбувався. В кращому випадку лікар поліклініки приходив у лікарню переважно для удосконалення власних знань.

Не зважаючи на вказані недоліки, напередодні Великої Вітчизняної війни позалікарняна допомога в міс-

тах була розгалуженою, технічно оснащеною, укомплектована медичними кадрами і репрезентувала в собі потужну медичну організацію, яка забезпечувала висококваліфіковану лікувально-профілактичну допомогу.

Складна епідеміологічна ситуація, яка виникла в країні з перших місяців війни, вимагала залучення для цієї роботи працівників всієї мережі закладів. В штати поліклінік була введена посада заступника головного лікаря із протиепідемічної роботи.

Одним із основних наслідків цього періоду стало поглиблення дільничного територіального принципу в роботі міських поліклінік із широким застосуванням подвірних обходів (як форми та системи протиепідемічних заходів), включення лікарів загальної медичної мережі до боротьби із туберкульозом, поширення інших видів спеціалізованої медичної допомоги із введенням двох патронажних сестер на кожну дільницю, лікаря-фтизіатра до штату поліклініки, створення діагностичних стаціонарів в поліклінічних закладах, бараків-ізоляторів для амбулаторних хворих із лихоманкою, створення денних та нічних санаторіїв у системі великих промислових підприємств. Все це дозволило дільничному медичному персоналу забезпечувати активне виявлення хворих, здійснювати постійний нагляд за контактними особами, своєчасно надати кваліфіковану допомогу та активно впливати на причини, які призвели до захворювань.

В роки війни отримала підтвердження та подальше завершення, запроваджена в 1939р. форма комплексного обслуговування робітників промисловості – медико-санітарна частина (відкрита або закрита), яка поєднала лікувальну та санітарно-протиепідемічну роботу із діяльністю адміністрації, громадських та профілактичних організацій.

В 1947 році Мінздрав СРСР розпочав процес створення об'єднаних лікарняних закладів за рахунок об'єднання амбулаторій та поліклінік, затвердив типові штати цих закладів.

Об'єднання лікарень та поліклінік було спрямоване на покращання якості та доступності медичної допомоги, зміцнення територіально-діагностичної служби, раціональної роботи лікарів, створення необхідних умов для сталого систематичного зростання кваліфікації лікарів, правильного підбору керівників закладів (головних лікарів, їх заступників та завідуючих відділеннями).

В 1951 році Рада Міністрів СРСР затвердила єдину номенклатуру та типи установ охорони здоров'я.

Під час об'єднання компаній була дозволена робота лікарів щоденно за трьохланковою системою (стаціонар, поліклініка, дільниця), що призвело до поширення, поверхневого огляду хворих і часто було причиною лікарських помилок. В деяких містах ввели нереальні графіки роботи дільничних лікарів.

Водночас окремими керівниками медичних закладів була запроваджена масивна облікова та звітна медична документація, ведення якої суттєво ускладнювала роботу та відволікало лікарів від основної діяльності.

В 50-х роках отримав подальший розвиток у первинній ланці охорони здоров'я профілактичний напрямок на ґрунті збільшення поліклінічної мережі, чисельності медичних кадрів, зміцнення матеріального оснащення та посилення диспансерного методу в наданні медичної допомоги населенню⁶.

⁶ Rukovodstvo po sotsialnoy gigiyeni i organizatsii zdruvoohraneniya [Guidance on social hygiene and health organization], Izdanie trete. Pod redaktsiyey M.A. Vinogradova, Moskva, Meditsina, 1974; T.2, P. 81–120 [in Russian].

У післявоєнні роки інтенсивно відновлювалися всі, на 100% знищені, медичні заклади в містах і селах України. Широко запроваджувалися в роботу амбулаторно-поліклінічних закладів принципи дільничності, експертизи тимчасової і стійкої непрацездатності⁷. Експертиза стійкої непрацездатності згодом була відокремлена, стала автономною службою, впритул зайнялася працевлаштуванням і різними аспектами соціальної підтримки інвалідів.

В країні почали об'єднувати поліклініки і стаціонари за територіальним принципом з метою зосередження ресурсів, відпрацювання наступності в роботі лікарів поліклінік і стаціонарів, створення умов для ротації лікарів з метою підвищення їх кваліфікації на робочих місцях. Значні ресурси були виділені для підготовки медичних кадрів по всій Україні.

У 60-70 роки 20 століття в амбулаторно-поліклінічних закладах, у першу чергу, сільських, стали відпрацьовуватися розширені принципи медико-санітарного обслуговування населення – так звана форма обслуговування населення на засадах первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) із широким залученням соціальних і комунальних територіальних служб до покращання здоров'я населення на ґрунті покращання медико-санітарного стану територій і умов проживання населення. Наслідком цього стали проголошені провідні елементи ПМСД, схвалені Алма-Атинською (Казахстан) конференцією ВООЗ/ЮНІСЕФ у 1978 році. За її рішенням базовим завданням постало «досягнення до 2000 року всіма жителями світу такого рівня здоров'я, який дозволить вести продуктивний у соціальному та економічному аспекті спосіб життя». При цьому, суттєва увага стала приділятися поступовому скасуванню відмінностей у якості та доступності надання медичних послуг сільському та міському населенню. Цьому сприяло значне скорочення навантаження дільничних лікарів (кількість пацієнтів наприкінці 70-х років скорочується з 4000 до 2000 осіб із поступовим розширенням і автономізацією дільничної педіатричної служби).

Для покращання медичного обслуговування селян лікарям створюють сприятливі умови для придбання легкових автомобілів «Жигулі» з метою наближення лікарських послуг. Додатково приймаються рішення щодо надання таким лікарям доплати у розмірі 0,25 ставки водія. На місцевому рівні часто вирішують сільських лікарів, що обслуговують населення на власних машинах, забезпечувати пальним. Водночас починають будуватися в місцевостях, (на заході України) сучасні амбулаторії за рахунок коштів місцевих колгоспів та радгоспів, створюються мобільні лікарські бригади лікарів різних спеціальностей при центральних районних лікарнях, відпрацьовуються графіки роботи вузьких спеціалістів на сільських лікарських дільницях. Пропагується бажаність забезпечення кожної сільської лікарської дільниці 3-ма лікарями: терапевтом, педіатром і зубним лікарем (з вищою або середньою освітою).

Водночас в міських поліклініках створюються цехові лікарські відділення (за браком умов побудови медико-санітарних частин на невеликих, за кількістю працівників, підприємствах).

На початку 80-х років в країні запроваджується загальна диспансеризація населення. Метою було суттєве покращання здоров'я всіх жителів: дітей, підлітків,

працюючих осіб, пенсіонерів в усіх куточках – в сільській і міській місцевостях. Запроваджуються для кожної статеві-вікової та виробничої групи осіб індивідуальні програми медичного огляду та наступного динамічного спостереження. В поліклініках створюються відділення профілактики, які активно запроваджують чинні заходи, формують інформаційну комп'ютерну базу даних про кожного мешканця, створюються чинні анамнестичні та оглядові кабінети, розгалужена лабораторна служба тощо. Всі дільничні лікарі навантажуються функціями тотального контролю повноти планового диспансерного обстеження з 100% охопленням всіх пацієнтів на підпорядкованих дільницях. Безумовно, на такому ґрунті масових профілактичних заходів проблемою постало лікування і оздоровлення виявлених хворих, що поступово, лише з часом, стало вирішуватися.

При цьому, кризь для населення й медиків було проголошено, що загальна диспансеризація є тільки стартовим етапом для поступового вирішення питань всеохоплюючого медичного страхування жителів країни із запровадженням в охороні здоров'я країни згодом страхової медицини.

Перехід до страхової медицини був призначений на 1992 рік. У 1987 році почалася чинна підготовка медичних служб, всіх лікарів та інших медичних працівників до роботи в ринкових умовах. Всі медичні факультети вищих навчальних закладів запровадили підготовку випускників і лікарів з питань медичного страхування і страхової медицини. Були підготовлені на ґрунті проведених експериментів навчальні посібники, розроблені докладні навчальні програми. Кожна амбулаторія і поліклініка намагалася перейти на госпрозрахункові методи роботи, опанувувала підходи до оренди окремих кабінетів, служб, відділень, лікарень, опанувувала функції страхових компаній, яких бракувало і функції яких початково взяли на себе всі амбулаторно-поліклінічні заклади.

Розпад СРСР зупинив всі експерименти в охороні здоров'я країни. На поверхню вийшли, як невідкладні, проблеми всебічного економічного забезпечення діяльності галузі.

Роз'єднуються зв'язки і наступність в роботі лікувально-профілактичних закладів, починається поширюватися автономізація раніше поєднаних організаційно спеціалізованих служб з первинною (дільничною), автономізація (відокремлення) поліклінік від стаціонарів, злам елементів наступності в лікуванні і реабілітації хворих, зменшення навантаження хворими стаціонарів. Останнє започаткувалося і потім поширилося внаслідок створення в амбулаторно-поліклінічних закладах відділень «денний стаціонар». Метою було зменшення фінансових і ресурсних (медико-технічних) відрхувань з поліклінік в стаціонари різних рівнів. Таку ж мету мало створення в поліклініках «відділень невідкладної допомоги» із придбанням власного автотранспорту, побудовою гаражів та відповідної інфраструктури в них, щоб не перераховувати виділені на обслуговування пацієнтів кошти службі «швидкої допомоги».

Ці, так звані «хвороби перебудов», суттєво скоротили потреби в ліжках, медичних працівниках стаціонарів, їх можливості у стабільній роботі і розвитку. Так само це відбулося і на роботі служби «швидкої допомоги».

⁷ Batkis G.A., Lekarev L.G. Sotsialnaya gigiena i organizatsiya zdrazvoohraneniya [Social hygiene and health care organization], Moskva, Meditsina, 1969, P. 78–80 [In Russian].

Водночас на всіх шаблях управління в охороні здоров'я ширше стали обговорюватися питання запровадження у первину службу сімейної медицини; така спеціальність (сімейний лікар) отримала право на життя лише у травні 2001 року.

Значимо, що поява безлічі поглядів на складові функції і організацію роботи сімейного лікаря не сприяла визначенню стрижня цих складових, дала можливість появи необдуманих організаційних рішень і, головне, не дала засад для формування і побудови власної системи цільової підготовки. Таких лікарів сьогодні чинна підготовка, за змістом, репрезентується не зовсім якісною перепідготовкою лікарів, що мають різну базу підготовки.

Поява таких лікарів призвела до пошуку пацієнтами для себе і власних дітей лікарів, які мають первинно базу лікувальну або педіатричну освіту (зазвичай тепер з цього починається звернення пацієнтів у діючі центри ПМСД).

Такі обставини будуть тривати, доки фахівці не визначать провідну «причину», «місію» та «кінцеву мету» у діяльності сімейної медицини в структурі традиційної системи охорони здоров'я.

Прикро, але чинні фахові розробки вже давно існують в державі, мають суто українське походження⁸, але чомусь не затребувані «фахівцями» від сімейної медицини. Отже і функції теперішніх сімейних лікарів чітко не окреслені, відповідно не окреслена конструктивно і оцінка якості та ефективності роботи цих лікарів. Суттєвим недоліком теперішньої амбулаторно-поліклінічної допомоги постає і скасування принципів і складових загальної диспансеризації населення. Не зовсім конструктивним в цьому аспекті постає проголошений перехід (невдовзі!) до страхової медицини. Причина у тому, що ніхто не вгадав досі нового підходу для визначення страхових ризиків здоров'ю і життю людей на заміну медичних оглядів – складових загальної диспансеризації.

Прикро, але тепер (з квітня 2018 року) також стають суттєво обмеженими умови для визначення первинної та загальної захворюваності населення⁹.

Наведені чинники свідчать про відтермінування готовності охорони здоров'я України для конструктивного переходу до страхової медицини на далекі часи. Інший шлях призведе до створення самого змісту медичного страхування і впевненості населення в надійності запроваджуваних оздоровчих заходів в Україні.

Висновки:

Історія становлення амбулаторно-поліклінічної служби в охороні здоров'я України заклала загальні та цільові соціально-економічні, соціоекологічні, організаційні, медичні, когнітивні та культурні засади і напрями прогнозованого розвитку долікарської, лікарської і превентивної загалом медицини в Україні.

Перетворення цієї служби в Україні за штучними «світовими взірцями» без належних експериментів і урахування багаторічних національних, територіальних, етнічних та статевих традицій спотворює міркування користувачів цих послуг щодо майбутнього покращання соціальних умов їх існування, доступності та якості традиційних медичних послуг, формування нале-

жних умов для розвитку ринкових умов господарювання в медицині.

Volodymyr Tarallo, Mariya Vatsyk. Organization of ambulatory and polyclinical services in Ukraine: historical view. Any transformation in the healthcare system should improve the quality and accessibility of health services for all segments of the population. The authors tried to observe only the leading historical recreational activities that have contributed to such changes during many years of development of outpatient clinics in Ukraine. **The purpose of the study** is to give an overview of the leading organizational and recreational activities, which implementation in the health care of Ukraine was contributed to improving the quality and accessibility of health services in the primary sector of the industry. **Materials and methods.** The system-historical analytical method was used for the bibliography processing of the medicine in Ukraine development during the 1920-2018. **Scientific novelty.** The article presents the leading organizational and recreational activities carried out in the health care of Ukraine for 100 years with the aim of creating high-quality and affordable outpatient and polyclinic care for all sexually-populated groups of the population in cities and rural areas, taking into account the structural features of industrial employment of persons work in the national economy, and the milestones of critical periods in the life of the country and its inhabitants. Positive experience and inadequate programs (as well as individual measures) are presented to improve primary health care. Their focus on prophylactic components of medical care with the implementation of the principles of economization, humanization and gradual cybernetization, preserving the best traditions of Ukrainian medical care, timely detection of diseases, reducing the overall morbidity and mortality, the inadmissibility of epidemics, a significant increase in life expectancy against the background of the gradual implementation of the principles of affordable and highly skilled family medicine. **Conclusions.** The history of the establishment of the ambulatory and polyclinic service in the health care of Ukraine laid the general and targeted social, economic, ecological, and organizational directions of the development of pre-medical, medical and preventive medicine in Ukraine. The restructuring of the created service in order to comply with artificial "world standards" without taking into account many years of national, territorial, ethnic and social traditions does not provide certainty in the future about improving the social conditions, accessibility and quality of traditional medical services.

Key words: organization, ambulatory-polyclinic care, improvement of health care management.

Tarallo Volodymyr – доктор медичних наук, професор кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет». Коло наукових інтересів: організація та управління охороною здоров'я.

Tarallo Volodymyr – Doctor of Medical Sciences, Full Professor of the Department of Social Medicine and the Organization of Health Care of Bukovinian State Medical University. Research interests: organization and health management.

Вацук Марія – асистент кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет». Коло наукових інтересів: організація та управління охороною здоров'я.

Vatsyk Mariya – Assistant Professor of the Department of Social Medicine and the Organization of Health Care of Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University». Research interests: organization and health management.

Received: 02.04.2018

Advance Access Published: June, 2018

© V. Tarallo, M. Vatsyk, 2018

⁸ Tarallo V. L. Zdorov'ia naselennia: informatsiino-metodychne zabezpechennia prohnzovanoho upravlinnia [Population health: informational and methodological provision of predicted management], Chernivtsi, 1996, P. 175 [in Ukrainian].

⁹ Pro skasuvannia окремих форм первинної облікової документації [About cancellation of separate forms of primary accounting documentation], Nakaz MOZ Ukrainy № 157 vid 26.01.2018 r, URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf.