

ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ, ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ
ТА ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ

«ЗАТВЕРДЖЕНО»
на методичній нараді
кафедри сімейної медицини, пропедевтики
внутрішньої медицини та лабораторної діагностики
Завідувач кафедри
_____ професор Ірина ВИСОЧИНА
№ ____ « ____ » _____ 2026 р.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Навчальна дисципліна	«Загальна практика – сімейна медицина» Блок 6.3. «Внутрішня медицина»
Змістовий модуль	Змістовий модуль 1. «Організаційні аспекти системи первинної медичної допомоги в Україні, пріоритетна роль сімейної медицини в системі охорони здоров'я»
Тема заняття	Тема 3. Ключові компетентності та особливості клінічної практики сімейного лікаря. Електронна система охорони здоров'я. ІСРС-2: структура та принципи кодування.
Курс	VI
Факультет	Медичний
Спеціальність	222 «Медицина»
Кількість годин	3
Автори	PhD В.В. Крамарчук

Методичні рекомендації складено відповідно до освітньо-професійної програми підготовки магістрів за спеціальністю 222 «Медицина».

Дніпро

I. Актуальність

Загальна практика – сімейна медицина є самостійною академічною і клінічною дисципліною, орієнтованою на первинну медичну допомогу. Її особливість визначається не набором окремих захворювань, а способом роботи з пацієнтом: першим контактом із системою охорони здоров'я, тривалими відносинами, веденням недиференційованих проблем, поєднанням профілактики й лікування, координацією допомоги та врахуванням сімейного і суспільного контексту.

WONCA Europe у редакції 2023 року групує ключові професійні здатності сімейного лікаря у шість компетентностей: управління первинною медичною допомогою, пацієнт-центрована допомога, специфічні навички розв'язання клінічних проблем, комплексний підхід, орієнтація на громаду та цілісне моделювання. Це не шість ізольованих функцій, а взаємопов'язані способи професійного мислення і дії, які реалізуються одночасно під час клінічної практики.

Сучасна практика сімейного лікаря також неможлива без грамотної роботи з цифровими даними. Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ) стала інфраструктурою, через яку реалізуються електронні медичні записи, рецепти, направлення, медичні висновки, декларації, плани лікування та інші цифрові процеси. Для лікаря первинної медичної допомоги важливо розуміти не лише інтерфейс конкретної медичної інформаційної системи (МІС), а й логіку всієї ЕСОЗ, межі відповідальності користувача, принципи обміну даними та призначення структурованого кодування.

ICPC-2 створена спеціально для первинної медичної допомоги. На відміну від класифікацій, зосереджених переважно на остаточних нозологічних діагнозах, ICPC-2 дозволяє фіксувати причину звернення пацієнта, проблему або діагноз, а також процес допомоги. Така логіка відповідає реальній роботі сімейного лікаря, де на першому контакті часто немає остаточного діагнозу, а клінічний епізод розгортається у часі.

II. Навчальні цілі

Сформувати у студента системне розуміння професійної ролі сімейного лікаря відповідно до WONCA Europe 2023, принципів функціонування ЕСОЗ та клінічної логіки ICPC-2, а також здатність застосовувати ці знання під час роботи на первинному рівні.

Після завершення навчання студент повинен знати:

- визначення загальної практики – сімейної медицини як академічної і клінічної дисципліни;
- шість ключових компетентностей сімейного лікаря за WONCA Europe 2023 та взаємозв'язок між ними;
- три додаткові характеристики застосування компетентностей: контекстуальну, професійно-ціннісну та наукову;
- роль концепцій «Єдине здоров'я», планетарного здоров'я та сталого розвитку у сучасній моделі сімейної медицини;
- причини створення ЕСОЗ в Україні, її архітектуру, основні складові, функції та етапи розвитку;
- відмінність між ЕСОЗ, центральною базою даних (ЦБД) та МІС;
- основні електронні інструменти, з якими працює лікар первинної медичної допомоги;
- історичні передумови створення ICPC, логіку класифікації та поняття «причина звернення» і «епізод медичної допомоги»;
- двовісну структуру ICPC-2: 17 розділів і 7 компонентів;
- принципи кодування причини звернення, проблеми/діагнозу та процесу допомоги;
- принципи інтеграції ICPC-2 в ЕСОЗ і МІС та співвідношення ICPC-2 з МКХ-10.

Уміти:

- пояснити кожен з шести компетентностей WONCA на прикладі роботи сімейного лікаря;
- визначити, які компетентності є провідними у конкретній клінічній чи організаційній ситуації;
- розрізняти функції ЕСОЗ і конкретної МІС;
- пояснити маршрут створення та обміну електронного медичного запису;
- обрати коректний рівень кодування ICPC-2, якщо остаточний діагноз ще не встановлений;

- розрізняти причину звернення пацієнта, клінічну проблему/діагноз та дію лікаря;
- прочитати тризначний код ICPC-2 та визначити його розділ і компонент;
- описати один клінічний епізод як послідовність кількох контактів у часі.

III. Компетентності, які забезпечує тема

Загальні компетентності	Спеціальні (фахові) компетентності	Програмні результати навчання
ЗК1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу. ЗК2. Здатність вчитися й оволодівати сучасними знаннями. ЗК3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях. ЗК11. Здатність до пошуку, опрацювання та критичного аналізу інформації.	Здатність організовувати допомогу на первинному рівні, координувати маршрут пацієнта та забезпечувати безперервність. Здатність використовувати цифрові системи та стандартизовані класифікації під час ведення медичної документації. Здатність приймати клінічні рішення з урахуванням контексту пацієнта, сім'ї та громади.	Пояснювати професійну роль сімейного лікаря. Застосовувати принципи ЕСОЗ у клінічній роботі. Кодувати клінічну інформацію за ICPC-2 на рівні причини звернення, проблеми та процесу допомоги. Використовувати структуровані дані для безперервності та координації допомоги.

IV. Міждисциплінарна інтеграція

Дисципліна	Знати	Вміти
Організація охорони здоров'я	Рівні медичної допомоги, маршрути пацієнта, фінансування і управління.	Розуміти місце ПМД, координаційну роль сімейного лікаря та інформаційні потоки.
Медична інформатика	Електронні дані, інформаційні системи, інтероперабельність, захист даних.	Розрізняти ЕСОЗ, ЦБД і МІС; розуміти логіку структурованого електронного запису.
Пропедевтика внутрішньої медицини	Скарги, анамнез, фізикальне обстеження.	Перетворювати клінічні дані на структуровану проблему та коректно обирати рівень кодування.
Внутрішня медицина	Діагностика та ведення поширених гострих і хронічних захворювань.	Поєднувати нозологічний діагноз із логікою первинної допомоги та безперервного спостереження.
Доказова медицина	Критична оцінка інформації, ризик, користь і шкода втручань.	Реалізовувати наукову характеристику компетентностей WONCA та оцінювати якість даних.
Медична етика і комунікація	Автономія, конфіденційність, спільне прийняття рішень.	Реалізовувати пацієнт-центровану допомогу та відповідально працювати з електронними даними.

V. Зміст теми

1. Загальна практика – сімейна медицина як окрема дисципліна

WONCA Europe визначає загальну практику – сімейну медицину як академічну і наукову дисципліну з власним змістом освіти, дослідженнями, доказовою базою та клінічною діяльністю, а також як клінічну спеціальність, орієнтовану на первинну медичну допомогу. Її особливість полягає в тому, що сімейний лікар працює не з одним органом або групою хвороб, а з усім спектром проблем здоров'я людини впродовж часу.

Редакція WONCA Europe 2023 описує дванадцять характеристик дисципліни, які згруповані у шість ключових компетентностей. Компетентність у цьому контексті означає здатність лікаря інтегрувати знання, клінічне мислення, комунікацію, організаційні навички та професійні цінності для досягнення безпечного і корисного для пацієнта результату.

2. Шість ключових компетентностей сімейного лікаря за WONCA Europe 2023

2.1. Управління первинною медичною допомогою

Ця компетентність охоплює роль сімейного лікаря як звичного першого медичного контакту та координатора допомоги. Сімейний лікар має забезпечувати доступність первинного контакту, працювати з будь-якою проблемою незалежно від віку, статі чи попереднього діагнозу, раціонально використовувати ресурси, взаємодіяти з іншими фахівцями та захищати інтереси пацієнта під час переходів між рівнями допомоги. Управління ПМД не означає лише адміністративну роботу. Це клінічна здатність організувати правильну допомогу в правильному місці й у правильний час.

Приклад: Пацієнт із болем у коліні та цукровим діабетом звертається до сімейного лікаря. Лікар оцінює проблему, визначає, що негайної консультації ортопеда не потрібно, призначає первинне обстеження, переглядає контроль діабету, узгоджує план і лише за визначеними показаннями направляє до вузького спеціаліста. Координація кількох потреб пацієнта в одному маршруті є проявом управління ПМД.

2.2. Пацієнт-центрована допомога

Компетентність передбачає орієнтацію не лише на хворобу, а на конкретну людину, її сім'ю та життєвий контекст. До неї належать підтримка участі пацієнта у рішеннях, ефективна комунікація, формування довготривалих відносин та подовження безперервності допомоги. Сімейний лікар має з'ясувати не тільки «що болить», а й що проблема означає для пацієнта, які в нього очікування, можливості, страхи та пріоритети.

Приклад: Двоє пацієнтів з однаковим рівнем артеріального тиску можуть потребувати різних планів. Один готовий до щоденного самоконтролю і зміни способу життя, інший працює позмінно, має фінансові обмеження та боїться побічних ефектів. Пацієнт-центрований підхід означає узгодити реалістичний план із кожним, не знижуючи стандартів безпеки.

2.3. Специфічні навички розв'язання клінічних проблем

Прийняття рішень у сімейній медицині визначається поширеністю та частотою хвороб у громаді. На первинному рівні серйозні хвороби трапляються рідше, а симптоми часто є ранніми й неспецифічними. Тому лікар має працювати з імовірностями, розрізняти найбільш поширені та найбільш небезпечні причини, одночасно вести гострі й хронічні проблеми та уникати надмірного обстеження.

Приклад: У молодого пацієнта з болем у грудній клітці найімовірнішою причиною може бути м'язово-скелетний біль, але лікар спочатку оцінює ознаки небезпеки і серцево-судинний ризик. Рішення визначається не одним симптомом, а апріорною ймовірністю, контекстом і ціною пропущеної патології.

2.4. Комплексний підхід

Сімейний лікар працює з проблемами на ранніх і недиференційованих етапах та одночасно поєднує лікування, профілактику, підтримку здоров'я і благополуччя. Комплексність означає, що під час одного контакту лікар не втрачає з поля зору профілактичні потреби та фактори ризику, але не перетворює консультацію на механічний перелік усіх можливих втручань. Пріоритети визначаються потребами пацієнта та клінічним ризиком.

Приклад: Пацієнт звернувся через загострення астми. Після стабілізації стану лікар оцінює техніку інгаляції, прихильність, тютюнокуріння, вакцинацію та план дій при наступному загостренні. Це один клінічний контакт, у якому поєднані лікування, профілактика та самоменеджмент.

2.5. Орієнтація на громаду

Сімейний лікар має професійну відповідальність не лише за окремих пацієнтів, а й за здоров'я громади та середовища. Орієнтація на громаду передбачає розуміння місцевої епідеміології,

доступності ресурсів, соціальних бар'єрів, екологічних ризиків і потреб груп населення. Індивідуальні клінічні рішення мають узгоджуватися з потребами популяції та можливостями місцевої системи.

Приклад: Якщо у практиці низьке охоплення вакцинацією проти грипу серед людей старшого віку, команда ПМД не обмежується рекомендацією під час випадкових візитів. Вона аналізує список пацієнтів, визначає бар'єри, організовує запрошення та оцінює результат.

2.6. Цілісне моделювання

Ця компетентність означає одночасне врахування фізичних, психологічних, соціальних, культурних, екологічних та екзистенційних вимірів проблеми. «Цілісність» не означає відмову від біомедичної діагностики. Навпаки, біомедична оцінка залишається необхідною, але розглядається як одна з частин повної клінічної картини.

Приклад: Пацієнт із повторними головними болями може мати первинний головний біль, але частота нападів також залежати від недосипання, тривалого робочого навантаження, тривоги та сімейного стресу. Ефективний план включає і клінічну оцінку, і роботу з модифікованими контекстуальними чинниками.

2.7. Характеристики ключових компетенцій

На схемі «Дерево WONCA» шість ключових компетентностей подані як великі елементи крони, а дванадцять «листочків» відображають характеристики дисципліни загальної практики – сімейної медицини. Важливо не трактувати листочки як окремі додаткові компетентності. Це конкретні ознаки того, як шість компетентностей проявляються у щоденній практиці. Саме ці дванадцять характеристик WONCA Europe 2023 групує у шість ключових компетентностей.

Управління первинною медичною допомогою

- **Перший контакт, відкритий доступ, усі проблеми здоров'я.** Сімейний лікар зазвичай є першим медичним контактом у системі. Пацієнт може звернутися з будь-якою проблемою, незалежно від віку, статі чи попередньо встановленого діагнозу. Для практики це означає готовність працювати з недиференційованою скаргою та визначати подальший маршрут.
- **Координація допомоги та представництво інтересів пацієнта.** Сімейний лікар поєднує роботу різних фахівців і рівнів допомоги, передає клінічно значущу інформацію, запобігає дублюванню втручань і за потреби виступає захисником інтересів пацієнта в системі охорони здоров'я.

Пацієнт-центрована допомога

- **Орієнтація на пацієнта та його контекст.** Предметом уваги є не лише хвороба, а людина в контексті сім'ї, громади, культури, життєвих обставин, переконань, очікувань і можливостей.
- **Підтримка спроможності пацієнта.** Лікар допомагає пацієнту розуміти стан здоров'я, брати участь у рішеннях, набувати навичок самоогляду та самоменеджменту. Йдеться не про перекладання відповідальності на пацієнта, а про посилення його здатності діяти обґрунтовано.
- **Відносини лікар – пацієнт.** Консультація в сімейній медицині формує відносини, що розвиваються в часі. Ефективна комунікація, довіра та знання попередньої історії стають частиною лікувального процесу.

- **Поздовжня безперервність.** Допомога не обмежується одним епізодом. Сімейний лікар супроводжує пацієнта впродовж часу, а нові рішення спираються на попередні контакти, накопичену клінічну інформацію та динаміку стану.

Специфічні навички розв’язання клінічних проблем

- **Рішення з урахуванням поширеності та частоти хвороб.** Ймовірність конкретного діагнозу на ПМД відрізняється від стаціонару. Сімейний лікар враховує апріорну ймовірність, місцеву епідеміологію та прогностичну цінність симптомів і тестів саме в умовах первинної допомоги.
- **Одночасне ведення гострих і хронічних проблем.** Один пацієнт може одночасно мати гостру скаргу, кілька хронічних хвороб, профілактичні потреби та соціальні обмеження. Завдання лікаря – визначити пріоритети і сформувані узгоджений план, а не розглядати кожен проблему ізольовано.

Комплексний підхід

- **Ранні та недиференційовані стадії хвороби.** На первинному рівні пацієнт часто звертається до формування типової клінічної картини. Тому лікар має приймати безпечні рішення за неповної інформації, розпізнавати ознаки небезпеки та використовувати повторну оцінку в динаміці.
- **Зміцнення здоров’я і благополуччя.** Сімейна медицина поєднує лікування з профілактикою, підтримкою здорового способу життя та зменшенням ризиків. У редакції 2023 року цей аспект також пов’язаний із добробутом екосистем, у яких живе пацієнт.

Орієнтація на громаду

- **Відповідальність за здоров’я громади та довкілля.** Лікар враховує не лише потреби окремої людини, а й структуру захворюваності, доступність послуг, профілактичні прогалини, соціальні та екологічні чинники в громаді. Наприклад, низьке охоплення вакцинацією потребує не тільки індивідуальної поради, а й організаційної відповіді команди ПМД.

Цілісне моделювання

- **Фізичний, психологічний, соціальний, культурний, екологічний та екзистенційний виміри.** Клінічну проблему оцінюють як багатовимірну. Біомедична причина залишається важливою, але рішення також враховує психологічний стан, соціальне середовище, культурні чинники, умови життя, вплив довкілля та особисті цінності пацієнта.

Отже, логіку дерева можна читати знизу вгору: фундаментальні засади та контекст підтримують професійну діяльність; шість компетентностей визначають великі напрями професійної здатності; дванадцять листочків показують, за якими ознаками ці компетентності впізнаються у реальній роботі сімейного лікаря. Один клінічний контакт зазвичай одночасно демонструє кілька листочків і кілька компетентностей.

2.8. Три характеристики застосування компетентностей

Характеристика	Зміст	Практичний прояв
Контекстуальна	Розуміння власного професійного контексту та середовища роботи: громади, культури, умов праці, фінансових і нормативних рамок.	Один і той самий план лікування може бути нереалістичним за відсутності доступу до препарату або лабораторного контролю.

Професійно-ціннісна	Професійні здібності, етичні принципи, ставлення до пацієнта, автономії, справедливості та власних меж компетентності.	Лікар пояснює невизначеність і залучає пацієнта до вибору між клінічно прийнятними альтернативами.
Наукова	Критичний, дослідницький і доказовий підхід, підтримуваний безперервним навчанням та поліпшенням якості.	Перед впровадженням нового скринінгу лікар оцінює доказовість, користь, шкоду та відповідність цільовій популяції.

WONCA Europe 2023 окремо підкреслює, що «Єдине здоров'я», планетарне здоров'я та сталий розвиток формують основу, на якій реалізуються всі шість компетентностей. Це не сьома компетентність, а рамка, що пов'язує здоров'я людини, громади, тварин та довкілля.

3. Особливості клінічної практики сімейного лікаря

Особливість	Практичне значення
Перший контакт	Пацієнт часто звертається до сімейного лікаря до встановлення діагнозу. Лікар працює з невідібраною популяцією проблем.
Широкий спектр проблем	На одному прийомі можуть співіснувати гостра скарга, хронічна хвороба, профілактична потреба й соціальна проблема.
Ранні та недиференційовані прояви	Діагноз може бути неочевидним на першому контакті, тому важливі безпечна тактика і повторна оцінка.
Безперервність	Попередні контакти, відомий контекст і динаміка стану стають частиною діагностичного процесу.
Координація	Сімейний лікар інтегрує допомогу різних фахівців і рівнів системи, не дублюючи непотрібні втручання.
Профілактика і підтримка здоров'я	Профілактичні рішення інтегруються в рутинні контакти та довготривале спостереження.
Робота з сім'єю та громадою	Клінічні рішення враховують сімейну систему, соціальні ресурси, ризики та умови життя.

4. Електронна система охорони здоров'я України

4.1. Чому виникла ЕСОЗ

До створення ЕСОЗ медична інформація в Україні була фрагментованою між паперовими формами, локальними програмами та окремими реєстрами. Це ускладнювало обмін даними, контроль фінансування, аналіз наданої допомоги та розвиток електронних сервісів. У 2017 році було створено двокомпонентну модель ЕСОЗ, у якій державна центральна база даних взаємодіє з приватними та державними МІС через стандартизований програмний інтерфейс.

Початкові цілі системи були безпосередньо пов'язані з реформою фінансування: забезпечити прозорий облік медичних послуг і договорів, підтримати принцип «гроші йдуть за пацієнтом», перевести ключові процеси у цифровий формат та створити конкурентне середовище для розвитку МІС. Згодом система еволюціонувала від інфраструктури переважно фінансового обліку до платформи, що дедалі більше підтримує клінічні процеси та обмін медичними даними.

4.2. Основні етапи розвитку ЕСОЗ

Період	Трансформація
До 2017 року	Існували окремі державні та локальні інформаційні системи, але не було єдиного загальнодержавного контуру обміну клінічними й адміністративними даними.
2017	Поява двокомпонентної архітектури ЕСОЗ та початок побудови центральної бази даних і взаємодії з МІС.
2018	До системи масово приєднуються заклади ПМД. Запускаються електронні декларації про вибір лікаря та механізми фінансування первинної допомоги.
2019	Розширення на аптечний і спеціалізований сегменти, запуск електронного рецепта в програмі реімбурсації.

2020	Повноцінний запуск електронних медичних записів, направлень та інших клінічно значущих процесів. Початок переходу від облікової до ширшої медичної інформаційної функції.
2020–2026	Подальший розвиток реєстру медичних висновків, планів лікування, електронних рецептів, обміну клінічними даними, інтеграцій з державними реєстрами та сервісами для пацієнта.

4.3. Архітектура: ЦБД + МІС

ЕСОЗ є двокомпонентною системою. Користувач зазвичай не працює безпосередньо з центральною базою даних. Лікар, медична сестра, реєстратор, фармацевт чи інший уповноважений користувач взаємодіє з ЕСОЗ через інтерфейс обраної МІС.

Складова	Роль
Центральна база даних (ЦБД)	Державний центральний компонент. Містить визначені законодавством реєстри та модулі, забезпечує обмін даними, валідацію, ідентифікацію об'єктів, взаємодію з іншими державними ресурсами та функціонування державних цифрових процесів.
Медична інформаційна система (МІС)	Програмне середовище, у якому працює конкретний заклад або фахівець. МІС забезпечує зручний інтерфейс, локальні функції та передає/отримує необхідні структуровані дані до/з ЦБД відповідно до технічних вимог.
Програмний інтерфейс (API)	Стандартизований механізм, через який МІС обмінюються даними з центральним компонентом. Завдяки цьому держава не нав'язує одну програму всім закладам, але забезпечує єдині правила обміну.

Важливе практичне правило: МІС і ЕСОЗ не є синонімами. Якщо змінюється інтерфейс або постачальник МІС, це не означає зміну самої ЕСОЗ. Аналогічно, функція, доступна в одній МІС, може бути реалізована з іншим дизайном в іншій МІС, але дані повинні передаватися за спільними правилами.

4.4. Основні функції ЕСОЗ

- реєстрація пацієнтів, закладів, медичних працівників та інших учасників системи;
- ведення декларацій про вибір лікаря ПМД;
- створення та зберігання структурованих електронних медичних записів;
- створення електронних направлень і фіксація їх виконання;
- створення, облік і погашення електронних рецептів;
- ведення медичних висновків та взаємодія з іншими державними системами;
- ведення планів лікування та пов'язаних призначень у передбачених випадках;
- підтримка реалізації Програми медичних гарантій і програм реімбурсації;
- керування доступом до медичних даних відповідно до ролей, повноважень і передбачених процедур;
- формування структурованих даних для аналізу, управління якістю, планування та фінансування.

4.5. Як створюється електронний медичний запис на ПМД

Спрощено процес можна представити так: пацієнт контактує із закладом → медичний працівник ідентифікує пацієнта у МІС → під час контакту збирає клінічні дані → формує структурований запис → МІС перевіряє обов'язкові поля та передає дані до ЦБД → ЦБД виконує технічну валідацію та зберігає передбачений набір даних → надалі ці дані можуть бути використані у дозволених клінічних, організаційних і фінансових процесах.

ЕСОЗ не визначає клінічне рішення замість лікаря. Вона забезпечує інфраструктуру для структурованого документування та обміну інформацією. Якість електронних даних прямо залежить від якості первинного запису: некоректний код, неточне формулювання або дублювання проблеми можуть призвести до помилкового подальшого використання інформації.

5. ICPC-2: передумови, логіка та структура

5.1. Чому виникла окрема класифікація для первинної допомоги

Міжнародна класифікація хвороб історично створювалася насамперед для систематизації захворюваності та смертності. У первинній медичній допомозі значна частина контактів відбувається до встановлення остаточного діагнозу: пацієнт приходить із кашлем, слабкістю, запамороченням, питанням про результат аналізу, потребою у профілактиці або соціальною проблемою. Спроба кодувати кожен такий контакт лише нозологічним діагнозом створює ризик передчасного діагностичного маркування.

Класифікаційний комітет WONCA, нині Міжнародний класифікаційний комітет WONCA (WICC), почав роботу над класифікаціями первинної допомоги ще у 1970-х роках. Окремим поштовхом стала потреба систематизувати «причину звернення» з позиції пацієнта. Перше видання ICPC опубліковано у 1987 році, друге видання ICPC-2 – у 1998 році. В Україні МОЗ у 2017 році уклало угоду з WONCA щодо ліцензійного використання, а наказом МОЗ №13 від 04.01.2018 затверджено україномовний варіант ICPC-2-E та таблицю відповідності з МКХ-10.

5.2. Головна концепція ICPC-2

ICPC-2 описує первинну допомогу не лише через «який діагноз має пацієнт», а через те, що відбувається під час контакту та впродовж епізоду медичної допомоги. Ключовими є три різні перспективи:

- Причина звернення – чому пацієнт вирішив звернутися саме зараз і що він очікує від контакту. Це може бути симптом, страх, прохання про обстеження, профілактична потреба, питання щодо результату чи адміністративна причина.
- Проблема або діагноз – як медичний працівник після оцінки формулює стан пацієнта на цьому етапі. Це може бути симптомний код, синдром або встановлена хвороба.
- Процес допомоги – що робиться під час контакту: обстеження, профілактична дія, лікування, процедура, направлення, адміністративна дія тощо.

Ці три елементи не слід змішувати. Пацієнт може звернутися через кашель, лікар після оцінки сформулює гостру інфекцію верхніх дихальних шляхів, а процес допомоги включатиме огляд, рекомендації та, за показаннями, додаткове обстеження. Причина звернення не «переписується» заднім числом після встановлення діагнозу, оскільки вона описує іншу перспективу.

5.3. Епізод медичної допомоги

Епізод медичної допомоги об'єднує послідовні контакти, пов'язані з однією проблемою, від першого звернення до завершення або стабілізації епізоду. Це особливо важливо для сімейної медицини, тому що клінічне розуміння проблеми змінюється у часі.

Приклад: перший контакт – пацієнт звертається через кашель, кодується причина звернення R05 «кашель»; на цьому етапі остаточного діагнозу може не бути. При повторному контакті з'являються нові дані і формується більш конкретний діагноз. Наступні дії, результати досліджень та направлення залишаються частиною того самого епізоду. Така структура дозволяє відображати реальний процес клінічного мислення, а не вимагати точного діагнозу вже в першу хвилину першого контакту.

5.4. Двовісна структура ICPC-2

ICPC-2 має дві осі: 17 розділів за системами організму або типом проблеми та 7 компонентів, які описують характер інформації. Код складається з однієї латинської літери та двох цифр. Наприклад, R05: R – розділ дихальної системи, 05 – симптом/скарга «кашель».

Літера	Розділ
A	Загальні та неспецифічні
B	Кров, кровотворні органи та імунна система
D	Травна система

F	Око
H	Вухо
K	Серцево-судинна система
L	Опорно-рухова система
N	Нервова система
P	Психологічні проблеми
R	Дихальна система
S	Шкіра
T	Ендокринні, метаболічні та харчові проблеми
U	Сечова система
W	Вагітність, пологи, планування сім'ї
X	Жіноча статевая система
Y	Чоловіча статевая система
Z	Соціальні проблеми

Компонент	Діапазон	Зміст
1	01–29	Симптоми та скарги
2	30–49	Діагностичні, скринінгові та профілактичні дії
3	50–59	Лікування, процедури та медикаменти
4	60–61	Результати досліджень
5	62	Адміністративні дії
6	63–69	Направлення та інші процеси допомоги
7	70–99	Діагнози та захворювання

5.5. Принцип вибору коду

Код має відображати те, що реально відомо на момент контакту. Якщо є лише симптом і немає достатніх даних для нозологічного діагнозу, коректно використовувати симптомний код. Не слід обирати більш конкретний код лише для того, щоб запис виглядав «завершеним». Уточнення діагнозу в наступних контактах є нормальною частиною епізоду допомоги.

Практичний алгоритм:

- 1. Визначити, що саме кодується: причина звернення, проблема/діагноз чи процес допомоги.
- 2. Визначити розділ за системою організму або характером проблеми.
- 3. Визначити компонент відповідно до змісту запису.
- 4. Обрати найбільш точний код, який підтверджується наявною інформацією.
- 5. Перевірити, чи не підмінюється причина звернення лікарським діагнозом.
- 6. При зміні клінічного розуміння проблеми оновити формулювання в межах епізоду, не спотворюючи попередні контакти.

5.6. ICPC-2 і МКХ-10: різні завдання

Ознака	ICPC-2	МКХ-10
Основний фокус	Процес первинної допомоги: причина звернення, проблема, процес допомоги, епізод.	Класифікація хвороб і споріднених станів для статистики, звітності та інших завдань.
Рівень деталізації	Компактна система, адаптована до частоти проблем у ПМД.	Значно детальніша нозологічна класифікація.
Ранні недиференційовані стани	Природно підтримує симптомне та проблемне кодування.	Можливе кодування симптомів, але логіка класифікації не побудована навколо епізоду первинної допомоги.
Причина звернення	Є окремою центральною категорією.	Не є основною конструкцією класифікації.
Використання в Україні	Використовується для кодування на первинному рівні в ЕСОЗ відповідно до чинних довідників і правил.	Використовується у ширшій системі медичної статистики та для інших рівнів допомоги; існує таблиця співставлення з ICPC-2-E.

5.7. Як ICPC-2 інтегрована в ЕСОЗ і МІС

ICPC-2 представлена в ЕСОЗ як стандартизований довідник. У МІС лікар зазвичай не вводить код вручну з пам'яті, а обирає потрібне формулювання з довідника. МІС передає до ЦБД не лише вільний текст, а й структурований код. Саме це дозволяє різним програмам «розуміти» одне одного на рівні класифікованих даних.

На первинній медичній допомозі ICPC-2 використовується для структурованого кодування причин звернення і проблем пацієнта відповідно до функціоналу конкретної МІС та вимог ЕСОЗ. МОЗ також підтримує автоматизовані довідники ЦБД і таблиці співставлення кодів, що забезпечує зв'язок ICPC-2 з іншими класифікаційними системами.

Для студента важливо розуміти принцип: клінічне мислення первинне, код вторинний. Спочатку лікар має зрозуміти, з чим звернувся пацієнт і що встановлено на цьому етапі, а вже потім обрати код, який максимально точно відображає цей зміст. Кодування не повинно підштовхувати лікаря до передчасного встановлення діагнозу.

6. Практична інтеграція: WONCA + ЕСОЗ + ICPC-2

Три частини теми описують різні рівні однієї професійної діяльності. Компетентності WONCA відповідають на питання «як має мислити й діяти сімейний лікар». ЕСОЗ визначає цифрове середовище, у якому частина цієї діяльності документується й координується. ICPC-2 забезпечує стандартизовану мову для опису змісту первинної допомоги.

Ситуація	Професійна компетентність	Цифровий процес	Роль ICPC-2
Пацієнт звертається з новим симптомом	Пацієнт-центрована допомога + специфічні навички розв'язання проблем	Створення електронного медичного запису	Кодування причини звернення симптомним кодом, якщо діагноз ще не встановлений
Потрібна консультація іншого фахівця	Управління ПМД і координація	Електронне направлення	Кодування проблеми та відповідного процесу допомоги
Тривале спостереження при хронічній хворобі	Комплексний підхід + безперервність	Повторні електронні записи, рецепти, план лікування	Послідовність контактів у межах клінічного епізоду
Виявлено низьке охоплення профілактикою у практиці	Орієнтація на громаду + наукова характеристика	Структуровані дані для аналізу та планування	Кодування профілактичних контактів і відповідних проблем

VI. Алгоритм самостійної підготовки до заняття

1. Опрацювати визначення загальної практики – сімейної медицини WONCA Europe 2023 та виписати шість ключових компетентностей.
2. Для кожної компетентності підготувати власний короткий клінічний приклад, у якому вона є провідною.
3. Пояснити, чому компетентності не можна ранжувати від «найважливішої» до «найменш важливої».
4. Повторити відмінність між ЕСОЗ, ЦБД і МІС. Намалювати схему «користувач → МІС → ЦБД».
5. Відтворити основні етапи розвитку ЕСОЗ від 2017 року до сучасного стану.
6. Назвати щонайменше шість електронних процесів, які підтримує ЕСОЗ.
7. Опрацювати історію ICPC: WICC, перше видання 1987 року, ICPC-2 1998 року, впровадження україномовної версії у 2018 році.
8. Вивчити 17 розділів ICPC-2 і логіку семи компонентів.
9. На трьох прикладах відпрацювати розмежування «причина звернення – проблема/діагноз – процес допомоги».
10. Пояснити поняття епізоду медичної допомоги на прикладі проблеми, яка уточнюється протягом 2–3 контактів.
11. Перевірити себе за теоретичними питаннями та практичними навичками нижче.

VII. Основні теоретичні питання теми

1. Як WONCA Europe 2023 визначає загальну практику – сімейну медицину?
2. Чому шість ключових компетентностей слід розглядати як взаємопов'язану систему?
3. Що включає управління первинною медичною допомогою?
4. Чим пацієнт-центрована допомога відрізняється від простого виконання побажань пацієнта?
5. Чому поширеність хвороб у громаді впливає на клінічні рішення сімейного лікаря?
6. Що означає комплексний підхід у сімейній медицині?
7. Як орієнтація на громаду проявляється у щоденній практиці?
8. Що означає цілісне моделювання і чому воно не суперечить біомедичному підходу?
9. Які три характеристики WONCA визначає як необхідні для застосування ключових компетентностей?
10. Яке місце «Єдиного здоров'я», планетарного здоров'я і сталого розвитку у моделі WONCA 2023?
11. Чому в Україні виникла потреба у створенні ЕСОЗ?
12. Чим ЕСОЗ відрізняється від МІС?
13. Які функції виконує центральна база даних ЕСОЗ?
14. Які ключові етапи трансформації ЕСОЗ відбулися після 2017 року?
15. Які основні електронні процеси використовує сімейний лікар?
16. Чому структуроване кодування важливе для обміну даними?
17. Які передумови створення ІСРС?
18. У чому принципова відмінність логіки ІСРС-2 від суто нозологічного кодування?
19. Що таке причина звернення і чому її не слід замінювати діагнозом лікаря?
20. Що таке епізод медичної допомоги?
21. Яку структуру має ІСРС-2?
22. Що означають літера і дві цифри у коді ІСРС-2?
23. Коли доцільно залишити симптомний код замість встановлення конкретного діагнозу?
24. Як ІСРС-2 інтегрується в МІС і ЕСОЗ?
25. Як співвідносяться ІСРС-2 і МКХ-10 в Україні?

VIII. Перелік практичних навичок до заняття

1. Назвати та коротко пояснити шість ключових компетентностей WONCA Europe 2023.
2. Розпізнати за клінічною ситуацією одну або кілька компетентностей, які визначають тактику сімейного лікаря.
3. Пояснити різницю між ЕСОЗ, ЦБД і МІС на простій схемі.
4. Описати шлях створення електронного медичного запису від інтерфейсу МІС до центральної бази даних.
5. Визначити, який цифровий інструмент ЕСОЗ використовується для рецепта, направлення, медичного висновку та довготривалого плану лікування.
6. Розмежувати причину звернення, проблему/діагноз і процес допомоги в заданій ситуації.
7. Визначити розділ ІСРС-2 за латинською літерою та компонент за числовим діапазоном.
8. Обрати симптомний рівень кодування, якщо даних недостатньо для нозологічного діагнозу.
9. Побудувати приклад епізоду медичної допомоги з двох або трьох контактів.
10. Пояснити, як якість структурованого кодування впливає на безперервність, координацію та аналіз медичної допомоги.

IX. Рекомендована література та доказові джерела

1. WONCA Europe. The European Definition of General Practice / Family Medicine. 2023 Edition.
<https://www.woncaeurope.org/resources/view/the-european-definition-of-general-practice-family-medicine-wonca-europe-2023-edition>
2. WONCA Europe. Definition of General Practice / Family Medicine. Official resource page.
<https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>
3. World Organization of Family Doctors. WONCA International Classification Committee (WICC).
<https://www.globalfamilydoctor.com/groups/WorkingParties/wicc.aspx>
4. Міністерство охорони здоров'я України. Електронна система охорони здоров'я.
<https://moz.gov.ua/uk/elektronna-sistema-ohoroni-zdorovya>
5. Електронна система охорони здоров'я. Офіційний портал. Архітектура, цілі та цифрові сервіси.
<https://ehealth.gov.ua/>
6. Міністерство охорони здоров'я України. Розбудова електронної системи охорони здоров'я в Україні: методологічна та технічна архітектура.
<https://moz.gov.ua/uk/rozbudova-esoz-yiyi-metodologichna-ta-tehnichna-arhitektura>
7. Кабінет Міністрів України. Постанова №411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я». Чинна редакція. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF>
8. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ №587 від 28.02.2020 «Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я».
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0236-20>
9. Міністерство охорони здоров'я України. ICPC-2: основні принципи, логіка кодування та впровадження.
<https://moz.gov.ua/uk/icpc-2>
10. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ №13 від 04.01.2018 «Про деякі питання застосування українського варіанту Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги ICPC-2-E».
<https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-04012018--13-pro-dejaki-pitannja-zastosuvannja-ukrainomovnogo-variantu-mizhnarodnoi-klasifikacii-pervinnoi-medichnoi-dopomogiicpc-2-e>
11. Міністерство охорони здоров'я України. Довідники центральної бази даних ECO3.
<https://moz.gov.ua/uk/avtomatizovani-dovidniki-centralnoyi-bazi-danih-elektronnoyi-sistemi-ohoroni-zdorovya>
12. Ткаченко ВІ. Міжнародна класифікація первинної медичної допомоги (ICPC-2): історія, структура, принципи кодування. Сімейна медицина. 2018;(6):5–12. <https://doi.org/10.30841/2307-5112.6.2018.168316>
13. Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. The probability of specific diagnoses for patients presenting with common symptoms to Dutch family physicians. J Fam Pract. 2002;51(1):31–36. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11927060/>
14. World Health Organization. Primary health care. Key facts and approach.
<https://www.who.int/health-topics/primary-health-care>
15. World Health Organization. Primary Care Checklist. 2025.
<https://www.who.int/publications/m/item/primary-care-checklist>