

ЯК ЗБЕРЕГТИ ТА ПОКРАЩИТИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНУ ДОПОМОГУ ДІТЯМ У МЕГАПОЛІСІ НА ЕТАПІ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ

Проф. О. М. Хвисяк, проф. О. А. Цодікова, доц. О. О. Рожнов

Харківська медична академія післядипломної освіти

Обговорюються проблеми реформування галузі охорони здоров'я України на засадах сімейної медицини. Дискусійно розглядаються актуальні питання щодо збереження та покращення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям у промислових регіонах, а також шляхи якісного кадрового забезпечення первинної ланки медичними працівниками та їх безперервного професійного розвитку в умовах реформи.

Ключові слова: реформування первинної медико-соціальної допомоги, дільничні педіатри, сімейні лікарі, безперервний професійний розвиток лікаря.

КАК СОХРАНИТЬ И УЛУЧШИТЬ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ В МЕГАПОЛИСЕ НА ЭТАПЕ РЕФОРМИРОВАНИЯ ОТРАСЛИ

Проф. А. Н. Хвисяк, проф. О. А. Цодикова, доц. А. А. Рожнов

Обсуждаются проблемы реформирования отрасли здравоохранения Украины на принципах семейной медицины. В качестве дискуссии рассматриваются актуальные вопросы, касающиеся сохранения и улучшения амбулаторно-поликлинической помощи детям в промышленных регионах, а также пути качественного кадрового обеспечения первичного звена медицинскими работниками и их непрерывного профессионального развития в условиях реформы.

Ключевые слова: реформирование первичной медико-социальной помощи, участковые педиатры, семейные врачи, непрерывное профессиональное развитие врача.

HOW TO MAINTAIN AND IMPROVE OUTPATIENT CARE FOR CHILDREN IN THE METROPOLIS AT THE STAGE OF REFORMING THE INDUSTRY

O. M. Khvisyuk, O. A. Tsodikova, O. O. Roghnov

Authors discuss the problems of reforming the health care industry of Ukraine on the principles of family medicine. The discussion deals with topical issues relating to the conservation and improvement of outpatient care for children in the industrial regions, as well as the way of quality staffing of primary health care professionals and their continuous professional development in the context of reform.

Keywords: reforming of primary health and social care, district pediatricians, family doctors, the continuous professional development of doctors.

Сучасний стан здоров'я населення України викликає серйозне занепокоєння і потребує дієвих адекватних заходів, спрямованих на його поліпшення. Високі показники смертності та частоти хронічних неінфекційних захворювань, зростання полісиндромних станів та поява нових видів патології, порушення реактивності та резистентності, народження слабкого потомства й узагалі зниження народжуваності, низька середня тривалість життя — ось головні ознаки стану здоров'я нації на початку третього тисячоліття [3, 32].

Слід додати, що негативна демографічна ситуація в Україні нині ускладнена не лише соціально-економічними, політичними, техногенними, еколого-кліматичними змінами, а ще й військовими подіями, які стали серйозним випробуванням для населення всіх вікових категорій.

Особливо погіршився останнім часом стан здоров'я дітей — тонкий індикатор усіх соціальних та економічних негараздів у державі, а також інтегральний показник загального благополуччя

суспільства. Занепокоєння педіатрів викликає стан здоров'я практично здорових дітей. Кожна третя дитина у віці 3–7 років може бути віднесена до групи ризику функціональних і соматичних захворювань, понад 40 % дітей перших класів ще перед вступом до школи мають хронічну патологію, лише 2,8 % школярів належать до групи здорових. Є дані, що на кожну тисячу обстежених дітей лише 11 практично здорових, тобто до 15 років виявилися здоровими лише 1,1 % дітей [17, 23, 31]. Водночас, понад 30 % дітей вважаються практично здоровими. У середньому на одну дитину припадає 2,5 захворювання; 17,8 % обстежених дітей мають чотири захворювання, а п'ять і більше — 14,6 % дітей.

Негативні тенденції у стані здоров'я дітей, а саме: високий рівень загальної захворюваності та частоти природжених вад розвитку, зростання хронічних соціально детермінованих хвороб та психічних розладів, зниження фізичного розвитку, а також недостатність оперативної

об'єктивної інформації про стан здоров'я потребують спільних зусиль усіх ланок державного апарату в їх подоланні, зокрема підвищення доступності та якості лікувально-профілактичної допомоги дитячому населенню.

Стан здоров'я дітей і причини, що його формують, у взаємозв'язку з іншими складовими сучасних підходів до організації медичної допомоги (нормативно-правовою базою, даними наукових досліджень усіх аспектів життя дітей, апробацією і впровадженням сучасних підходів та моделей організації медичної допомоги) спонукають реформувати і вдосконалювати перш за все первинну медико-санітарну допомогу (ПМСД) [3, 11, 25].

Уперше значущість ПМСД було визначено в Алма-Атинській декларації ВООЗ у 1978 р. [42]. Декларація ініціювала проведення реформ у галузі охорони здоров'я з пріоритетним розвитком ПМСД. Одна з основних вимог, на якій акцентує увагу ВООЗ, — це фізична доступність медичної допомоги населенню. Відповідно до засад «Європейської політики з досягнення здоров'я на XXI століття», на рівні ПМСД державою має бути забезпечена безперервність медичної опіки. На цій Конференції зазначалося, що в першій половині XX століття в нашій країні була створена краща у світі система дитячої охорони здоров'я, що забезпечує швидко, кваліфіковану, безкоштовну допомогу дітям із першого дня хвороби.

З того часу більшість країн Європи пішли шляхом укріплення ПМСД за рахунок створення нової лікарської спеціальності («сімейний лікар»), особливістю статусу якої є надання медичної допомоги пацієнтам незалежно від віку та статі лікарів першого контакту, здійснення подальшого нагляду за хворими, укріплення здоров'я та профілактика найпоширеніших захворювань [29].

Із 80-х років вітчизняна охорона здоров'я почала розвивати стаціонарне обслуговування хворих, збільшила штатні посади лікарів, переважно вузьких фахівців, 2/3 яких виявилися зосередженими в поліклінічній ланці й виконують здебільшого рутинну, малокваліфіковану роботу. Медична допомога населенню розвивалася екстенсивно, що супроводжувалося дорожчанням медичних послуг і зайвою спеціалізацією. Унаслідок цих процесів професія дільничного лікаря втратила престижність, а також персональну відповідальність за здоров'я людини. Лікар первинної ланки перетворився на диспетчера, що направляє хворих до різних фахівців, виписуючи листки непрацездатності та довідки. Крім того, медична допомога, залишаючись формально безкоштовною і регульованою державою, останнім часом утрачає й ці задекларовані принципи охорони здоров'я.

Концепція сучасної державної політики щодо реорганізації ПМСД в Україні більше десятиріччя прямує на еволюційне впровадження інституту лікарів сімейної практики («сімейної медицини»). «Сімейна медицина» визнана науково-обґрунтованою моделлю, адаптованою до чинної системи управління охороною здоров'я. На думку багатьох фахівців, така модель дасть змогу переорієнтувати увагу лікаря з конкретної хвороби на пацієнта, мінімізувати соціальні витрати, забезпечити раннє виявлення патології та своєчасне оздоровлення населення України, суттєво вплинути на поліпшення основних показників здоров'я, в тому числі й у дітей — захворюваність, інвалідність, смертність [5, 11, 16, 25].

Отже, всі складні аспекти організації ПМСД дітям (упровадження нових організаційних, діагностичних та лікувальних технологій тощо) уже покладено на лікарів загальної практики у пілотних областях (Вінницька, Дніпропетровська, Донецька) та в м. Києві, а в майбутньому їх планується запровадити по всій Україні. Водночас, розглядаючи нові тенденції у стратегії охорони здоров'я з позицій великої відповідальності перед майбутнім поколінням, можна зрозуміти стриманість оцінок педіатрів із цього питання, настороженість керівників лікувальних закладів, а також поміркованість дій науковців [10, 27].

Згідно з Концепцією реформування педіатричної служби, медичну допомогу дітям планується здійснювати на трьох рівнях. На *первинному* рівні до 80 % обсягів послуг (за зверненням і профілактикою) будуть надаватися в центрах первинної медичної допомоги (ЦПМД) та їх структурних підрозділах — амбулаторіях лікарями сімейної практики з належною педіатричною підготовкою [24, 26]. На перехідних етапах реформування охорони здоров'я — чинну мережу педіатричної служби запропоновано зберегти. У МОЗ України завірили громадськість — педіатрична служба має бути збережена як мінімум до 2020 року [20]. А в умовах повсюдного впровадження сімейної медицини (СМ) лікар-педіатр буде виступати вже в ролі консультанта (нормативи співвідношення кількості дільниць сімейного лікаря (СЛ) до 1 посади педіатра-консультанта досі обговорюються).

До 15 % обсягів послуг дитячому населенню на *вторинному* рівні надаватимуться переважно в умовах консультативно-діагностичних центрів (КДЦ) на базі районних поліклінік, де працюють лікарі-педіатри та вузькі спеціалісти — неонатолог, невропатолог, кардіолог, гастроентеролог, ендокринолог, інфекціоніст, ЛОР-лікар, окуліст, хірург, ортопед, уролог, підлітковий гінеколог [19, 21]. Наявність профілактичних кабінетів та обладнання створює можливість у повному обсязі проводити періодичні медичні огляди дітей, організувати профілактичні щеплення. Для сільського населення КДЦ забезпечує

функціонування виїзних бригад для проведення профілактичних оглядів дітей у селах району та роботу денного стаціонару, в якому проводиться підготовка до малоінвазивних досліджень, продовжується лікування дитини в амбулаторних умовах. На вторинному рівні передбачається не лише збереження поліклінік, а й створення лікарень інтенсивного лікування, педіатричних відділень у лікарнях відновного лікування, а також педіатричних відділень у лікарнях планового лікування. На цьому рівні також планується надання спеціалізованої медичної допомоги дітям із хронічними захворюваннями, організація профілактичних медичних оглядів школярів. Головна мета надання медичної допомоги на першому та другому рівнях — не допустити необґрунтованої госпіталізації переважно методами первинної профілактики й підвищити санітарно-гігієнічну грамотність населення.

На *третьому* рівні до 5 % обсягів послуг будуть надані в межах високоспеціалізованої педіатричної допомоги, яка забезпечується поліклінічними відділеннями та стаціонарним сектором обласних дитячих лікарень, обласними перинатальними центрами й іншими міжрегіональними та національними установами для жителів усіх регіонів за показаннями. Створення високотехнологічних перинатальних центрів уже тепер знижує малюкову та материнську смертність, значно поліпшує якість медичного супроводу жінок та новонароджених.

Утім, є дані літератури, що запровадження системи лікаря загальної практики (ЛЗП) рекомендовано насамперед для слабкорозвинених країн; а розвиток інституту ЛЗП має відбуватися широким упровадженням амбулаторій загальної практики винятково в сільській місцевості [9, 13]. Серед багатьох вітчизняних науковців є тверда впевненість, що ламати чи роздрібнювати вже існуючу, з наявною матеріальною базою та обладнанням мережу поліклінік недоцільно. Навпаки, серед російських науковців є пропозиції у великих містах удосконалювати амбулаторну допомогу населенню за рахунок розширення функціональних обов'язків дільничних лікарів із подальшою перекваліфікацією їх у терапевтів і педіатрів загальної практики [1, 7, 12]. На думку провідних вітчизняних педіатрів, найбільше ризиків несе реформування галузі з передаванням функції лікаря-педіатра лікарів загальної практики, що може завдати непоправної шкоди профілактичній і лікувальній складовій медичного обслуговування дітей [28, 41]. Лікар-педіатр за своєю суттю стає вузьким спеціалістом на первинному та вторинному рівнях, а враховуючи досвід розвитку спеціалізованої допомоги населенню України, є невтішні прогнози комерціалізації педіатричної допомоги, що зробить її менш доступною для населення [14]. Є також побоювання, що коли

хвора дитина потрапляє на консультацію до педіатра, то вірогідність виникнення кризових ситуацій в стані здоров'я дитини, а то й загибелі її значно збільшиться (у педіатра в цей час може бути черга, або він може перебувати далеко від КДЦ). Існують неспростовні докази того, що найбільшу кількість діагностичних і тактичних помилок у дітей допускають саме СЛ. Є підстави сумніватися, що СЛ зможе професійно як педіатр розрахувати дитині харчування, призначити індивідуальний план щеплень, а також провести диференціальну діагностику більшості гострих хірургічних і соматичних захворювань у немовлят [35, 36, 39, 40].

Безперечно, концептуальна модель надання медико-соціальної допомоги дітям на амбулаторно-поліклінічному рівні в системі охорони здоров'я має спиратися на міжнародний та вітчизняний досвід, зважаючи на місцеві умови та спроможність держави [14, 19, 22].

Численні літературні джерела свідчать, що в Європі існують три моделі організації амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям. *Перша* модель, коли педіатр виступає як лікар первинного контакту під час надання медичної допомоги дітям. *Друга* — ЛЗП виконує функції фахівця первинного контакту, а лікар-педіатр його консулює. *Третя* модель є комбінованою системою, яка об'єднує всі перелічені форми співпраці лікарів [5].

До країн першої моделі надання ПМСД дітям належать Іспанія, Греція, Чехія, Словаччина, Болгарія, Кіпр, Словенія, Литва, Росія, Україна й ін.

До другої моделі — Велика Британія, Ірландія, Данія, Нідерланди, Норвегія і Фінляндія. У більшості країн Європи функціонує третя модель — комбінована система надання ПМСД дітям (Франція, Португалія, Німеччина, Швейцарія, Бельгія, Польща, Угорщина, Італія, Туреччина, Латвія, Естонія, Швеція, Австрія й ін.). Слід додати, що в половині країн Європи понад 90 % дітей віком до 2 років амбулаторно-поліклінічну допомогу одержують саме від лікарів-педіатрів [17, 37].

Роль ЛЗП за кордоном свідчить про широту послуг первинної допомоги, і міру одноманітності в наданні таких послуг. У промислово розвинених країнах Європи ЛЗП є єдиним клінічним фахівцем, який працює на дев'яти рівнях надання допомоги: профілактика, донозологічна діагностика захворювання, рання діагностика, діагностування встановленого захворювання, ведення захворювання, ведення ускладнень захворювання, реабілітація, допомога в разі термінальних станів і консультування.

Водночас у країнах, де медична допомога надається ЛЗП і ПМСД, використовується як диспетчер і первинний контакт зі службами охорони здоров'я, це не дає змоги пацієнтові

безпосередньо звертатися по допомогу до фахівців, що призводить до значного незадоволення якістю і доступністю послуг.

Хибами чинної системи організації ПМСД у багатьох європейських країнах є розрив між її амбулаторною і стаціонарною ланкою, а також довгі черги на лікування, проблеми доступу до медико-соціальної і спеціалізованої допомоги [37].

В Україні також почали підсумовувати перші результати від реформи в пілотних областях: кількість лікарів вузької спеціалізації була суттєво зменшена, їх замінили ЛЗП, які спостерігають усіх членів родини від новонародженого до людей похилого віку; кількість викликів «швидкої допомоги» також зменшилася. Втім, під час запровадження реформи виявлено значні недоліки, а саме: дефіцит кваліфікованих кадрів (більша частка СЛ за фахом є перекваліфікованими терапевтами), непомірне навантаження на фахівців (велика кількість пацієнтів на одного СЛ, численна медична документація), які в результаті знижують швидкість обслуговування та спричиняють незадоволення населення якістю та доступністю надання медичної допомоги [14, 15, 34]. Звичайно в сучасних умовах складно прогнозувати, але Міністр охорони здоров'я України Олександр Квіташвілі анонсував медичну «міні-революцію» у 2015 році [18].

Зрозуміло, що успішне розв'язання зазначених питань уповні залежить не лише від моделі організації ПМСД, а й від низки інших важливих питань, зокрема від досягнень у підготовці кадрів [19, 22, 39, 40].

Ключовим аспектом реформування національної системи охорони здоров'я на засадах загальної практики-сімейної медицини є кадрове забезпечення закладів первинної медичної допомоги. Проблема кадрового дефіциту, на думку фахівців, залишається однією з основних проблем галузі охорони здоров'я [4, 6, 9]. Головними її причинами вважають низький рівень соціально-економічного захисту медичних працівників, зниження престижу професії, зміна професії, вихід на пенсію. Важливим напрямком державної політики, який допоможе забезпечити потребу первинної ланки в медичних працівниках, є організація якісної підготовки та перепідготовки кадрів для СМ [4].

До речі, в усіх розвинених країнах останнім часом істотно зростає роль медсестер. Фактично вони ведуть первинний прийом пацієнтів в амбулаторних умовах; здійснюють масову й індивідуальну медичну роботу вдома; проводять вакцинацію; виконують виклики додому й лише потім, у разі потреби, запрошують лікаря до пацієнта; ведуть школи здорових пацієнтів і школи пацієнтів, що страждають на діабет, гіпертензію, остеохондроз, бронхіальну астму й ін. У таких фахівців пацієнти навчаються жити з наявністю

хронічної хвороби; проводиться робота з відновлення здоров'я і працездатності та здійснюється інтегрований медичний супровід. Утім, співвідношення працюючих медичних фахівців у системі охорони здоров'я в країнах Європи (наприклад у Великій Британії) вражає: на 2 лікарів припадає 5 медичних сестер і 6 осіб допоміжного персоналу (менеджерів, реєстраторів, особистих секретарів лікарів, фармацевтів)! [33].

Важливою функцією СЛ є забезпечення і контроль якості післядипломної освіти. Представники цієї спеціальності одними з перших визнали, що сучасні лікарі потребують освіти впродовж усього професійного життя, оволодіння новими науковими даними та методами лікування. Американська академія уперше розробила основні правила безперервної медичної освіти [34].

Що стосується підготовки СЛ, то вітчизняні фахівці її розглядають як довгострокові інвестиції, а безперервне навчання — як невід'ємну частину їх праці. Водночас більшість організаторів охорони здоров'я нашої країни вважають, що саме лікарі-педіатри мають достатню теоретичну й практичну підготовку для того, щоб стати основою для підготовки ЛЗП та СЛ [13].

Необхідно визнати суттєві дефекти в системі підготовки лікарських і сестринських кадрів на післядипломному етапі навчання. Незважаючи на величезну кількість навчальних посібників та наукових видань, що ґрунтуються на принципах доказової медицини (за всіма розділами внутрішніх хвороб), практично відсутні клінічні рекомендації, які адресовані ЛЗП або дільничному педіатру і терапевту. Здебільшого всі рекомендації розраховані на лікарів, які працюють у стаціонарі. Адже 80 % хворих починають і закінчують лікування в умовах первинної ланки охорони здоров'я. Лікарі первинного контакту мають потребу в навчальних програмах та посібниках щодо проблем росту й розвитку здорової дитини, з питань профілактики, діагностики та лікування різних захворювань із позицій поліклінічної педіатрії, а також є потреба в інформаційних та навчальних комп'ютерних програмах для дистанційного навчання лікарів з основних розділів педіатрії [2, 12, 32, 38].

Важливим моментом слід уважати погодження програми підготовки лікарських і сестринських кадрів, що в перспективі дають об'єднання систем підготовки лікарських і сестринських кадрів на зразок багатьох країн світу.

Слід зазначити й те, що інформаційно-роз'яснювальна робота з населенням на початку реформи проводиться вкрай незадовільно. Кожній людині для розуміння причин складнощів початкового етапу реформи необхідно було донести інформацію про переваги, отримані ними за місяць, півроку й через роки десять.

Виникає дискусійне питання: що ж виграє від реформи медичне забезпечення дитячого населення на амбулаторно-поліклінічному рівні у мегаполісі, якщо на зміну спеціально підготовленим дільничним педіатрам приходять поспішно навчені на післядипломному етапі ЛЗП (з 6 міс. спеціалізації тільки 1–1,5 міс. викладається педіатрія)? Базисна додипломна освіта досі не орієнтована на профілактику, а питання профілактичної медицини вивчаються в умовах багатопрофільних клінічних лікарень і, як правило, здебільшого на старших курсах.

Залишаються також нерозв'язаними питання щодо механізмів «перетворення» наших поліклінік на КДЦ. Зокрема, за відсутності чіткого розмежування завдань, функцій, обсягів фінансування та порядку взаємодії первинного і вторинного рівнів медико-санітарної допомоги дітям не зовсім зрозумілою є різниця між роботою зазначених центрів та існуючими міськими муніципальними поліклініками. Як на практиці буде функціонувати амбулаторно-поліклінічна служба в мегаполісах? Наприклад, у м. Харкові працює 13 багатопрофільних дитячих міських поліклінік, у яких, незважаючи на складнощі й негаразди, в повному обсязі збережено кадровий потенціал та найкращі традиції вітчизняної педіатричної науки і практики.

Уже тепер, незважаючи на реформу, для оптимізації роботи амбулаторно-поліклінічної служби вкрай необхідні розробки стаціонарза-місних технологій лікування, заміна лікарняної системи надання допомоги пацієнтам на амбулаторно-поліклінічні принципи охорони здоров'я, використання системи донозологічного моніторингу рівня здоров'я, а також упровадження основного принципу лікарів — принципу збереження «здоров'я здорових» і введення сімейної диспансеризації [14, 21, 30, 31].

І в одному питанні ми єдині — необхідно зберегти амбулаторно-поліклінічну службу

з традиційним складом фахівців у містах, принаймні на перехідний період. А СЛ зможе взяти на себе деякі функції фахівців, зокрема лікаря-педіатра, лише тоді, коли переконає пацієнтів у своїй компетентності і заслужить довіру в населення.

Безперечно, лікар-педіатр, навіть якщо його не буде в первинній ланці, все одно залишиться помітною фігурою на вторинному й третинному рівнях надання медичної допомоги. Саме тому додипломна підготовка лікарів-педіатрів має залишатися в межах педіатричних факультетів [16, 29].

Післядипломну освіту лікарів-педіатрів у сучасних умовах реформи слід проводити за єдиними стандартами, високопрофесійними і досвідченими кадрами. Інноваційні підходи до циклів тематичного удосконалення (ТУ) мають спрямовуватися на профілактику, збереження і зміцнення здоров'я дітей. Бажано, аби цикли ТУ були короткотривалими (5, 10, 14 днів), а їх кількість не обмежувалася протягом року. Основний вектор післядипломного навчання лікарів амбулаторно-поліклінічної служби — здобуття нових знань, необхідних під час організації диспансерного нагляду дитини, вакцинального процесу; вміння відпрацьовувати навички ефективного консультування батьків та дітей із питань підвищення мотивації на збереження власного здоров'я, профілактики захворювань, дотримання гігієнічних правил, у тому числі психогігієни, культури взаємин у повсякденному житті, фізичної активності, загартовування організму, повноцінного харчування, запобігання шкідливим звичкам.

А поки як цитату можна навести слова видатних педіатрів: «Підготовка лікарів-педіатрів на спеціальних факультетах є досягнення вітчизняної медичної думки, її самобутність, якщо бажаєте, її вагомий внесок у світову систему медичної освіти!» [1].

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баранов А. А. Сохраняют ли первичную педиатрическую помощь детям? / А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий // Педиатр общей практики. — 2005. — Режим доступа: www.pediatr-russia.ru/hotnews/pediatr.html
2. Баранов А. А. Социальные и организационные проблемы педиатрии: избр. очерки / А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий. — М.: Династия, 2003. — 512 с.
3. Бахтеева Т. Д. Реформирование системы здравоохранения и медицинского образования / Т. Д. Бахтеева // Проблемы сучасної медичної науки та освіти. — 2010. — № 1. — С. 5–9.
4. Вища медична освіта України на сучасному етапі / В. В. Лазоришинець, М. В. Банчук, О. П. Волосовець, І. І. Фещенко // Проблемы сучасної медичної науки та освіти. — 2008. — № 4. — С. 5–10.
5. Волосовець О. П. Стратегія Євроінтеграційного реформування вищої медичної освіти України / О. П. Волосовець // Проблемы медичної науки та освіти. — 2006. — № 1. — С. 5–12.
6. Вороненко Ю. В. Аналіз проблем кадрового забезпечення первинної медичної допомоги в контексті реформування галузі охорони здоров'я в Україні / Ю. В. Вороненко, Н. Г. Гойда, О. Г. Шекера // Здоров'я суспільства. — 2013. — Т. 2, № 2. — С. 14–21.
7. Вороненко Ю. В. Нормативно-правовое обеспечение семейной медицины в свете реформы здравоохранения Украины / Ю. В. Вороненко, О. Г. Шекера // Здоровье общества. — 2013. — № 1. — С. 15–22.

8. *Вэллейс Р.* История семейной медицины // *Лечащий врач.* — 2001. — № 1. — Режим доступу: www.lvrach.ru/2001/01/4528483/
9. *Гойда Н. Г.* Концепція реформування педіатричної служби в Тернопільській області / Н. Г. Гойда, Г. І. Корицкий / *Укр. мед. часопис.* — 2013. — № 4 (96). — С. 135–138.
10. *Гойда Н. Г.* Нормативно-правове забезпечення шляхів реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» / Н. Г. Гойда, Л. Ф. Матюха // *Сімейна медицина.* — 2012. — № 5. — С. 37–38.
11. *Гойда Н. Г.* Сімейна медицина — фундамент реформ у сфері охорони здоров'я України / Н. Г. Гойда // *Мистецтво лікування. Журн. сучасного лікаря.* — 2013. — № 7. — С. 16.
12. *Грачева А. Г.* Врач-педиатр и проблемы первичной медико-санитарной помощи детям / А. Г. Грачева // *Российский педиатрический журнал.* — 2005. — № 3. — С. 54–58.
13. *Грачева А. Г.* Подготовка участковых педиатров — основа эффективного развития амбулаторной педиатрии / А. Г. Грачева // *Вопросы современной педиатрии.* — 2007. — Т. 6, № 3. — С. 9–11.
14. *Доступность и качество амбулаторно-поликлинической помощи* / Н. К. Гусева, В. А. Соколов, И. А. Соколова, М. В. Дюотова // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* — 2013. — № 2. — С. 16–18.
15. *Ковальчук Л. Я.* Проблеми кадрового забезпечення первинної ланки охорони здоров'я та можливі шляхи їх вирішення / Л. Я. Ковальчук // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* — 2012. — № 2. — С. 30–35.
16. *Лисенко Г. І.* Розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини в Україні / Г. І. Лисенко, Г. О. Слабкий, С. О. Закревська // *Сімейна медицина.* — 2013. — № 2. — С. 18–21.
17. *Майданник В. Г.* Сучасні проблеми та перспективи розвитку педіатрії в Україні / В. Г. Майданник // *Здоров'я України.* — 2006. — № 8 (19/1). — Режим доступу: <http://health-ua.com/issue/152/>
18. *Медицинская «мини-революция» в 2015 году* // *Новое время.* — 2015. — № 1. — Режим доступу: <http://nvua.net/ukraine/kvitashvili-anonsirovalmedicinskuyu-mini-revolyciyu-v-2015-godu-29443.html>
19. *Модель надання первинної медичної допомоги міському населенню: методичні рекомендації МОЗ України від 23.02.2012 р.* // ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; Національна мед. академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика; ДЗ «Дніпропетровська мед. академія». — К., 2012.
20. *Мусій О.* Педіатрична служба має бути збережена як мінімум до 2020 року / О. Мусій // *Прес-служба МОЗ України, 21.03.2014.* — Режим доступу: <http://www.musii.org/uk/news/novini/136-oleh-musii-pediatrychna-sluzhba-maie-buty-zberezhena-iak-minimum-do-2020-roku.html>
21. *Перспектива розвитку стаціонарів вдома для дітей* / О. А. Цодікова, О. О. Рожнов, С. Г. Золотарова, О. М. Михайлова // *Проблеми безперервної медичної освіти та науки.* — 2012. — № 3. — С. 5–9.
22. *Підвищення якості післядипломної підготовки лікарів шляхом формування компетентнісної моделі фахівця* / О. М. Хвисьок, В. Г. Марченко, В. В. Жеребкін [та ін.] // *Проблеми безперервної медичної освіти та науки.* — 2012. — № 3. — С. 9–13.
23. *Показатели детской инвалидности в Украине* / Н. М. Коренев, С. Р. Толмачева, Т. В. Пересыпкина, Т. П. Сидоренко // *Проблеми безперервної медичної освіти та науки.* — 2012. — № 4. — С. 5–11.
24. *Про внесення змін до Наказу МОЗ України від 4 листопада 2011 року № 755: Наказ МОЗ України № 813 від 17.10.2012.*
25. *Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України № 3611-VI від 07.07.2011.*
26. *Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи: Наказ МОЗ України № 755 від 04.11.2011.*
27. *Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві: Закон України № 3612-VI від 07.07.2011.*
28. *Пути повышения качества и доступности медицинской помощи детям в условиях первичного звена* / А. А. Баранов, А. Г. Ильин, С. Р. Конова, Е. В. Антонова // *Вопросы современной педиатрии.* — 2009. — Т. 8, № 4. — С. 5–9.
29. *Романюк Ю. А.* Сімейний лікар великих міст: проблеми та перспективи розвитку / Ю. А. Романюк // *Практикуючий лікар.* — 2013. — № 3. — С. 107–110.
30. *Слабкий Г. А.* Вопросы оценки деятельности стационаров в интерпретации ВОЗ / Г. А. Слабкий, Г. Я. Пархоменко // *Україна. Здоров'я нації.* — 2011. — № 2. — С. 7–14.
31. *Совершенствование организационных форм диспансерного наблюдения детей семейным врачом* / Н. М. Коренев, А. М. Коломиец, Л. П. Булага [и др.] // *Проблеми медичної науки та освіти.* — 2006. — № 3. — С. 14–13.
32. *Состояние здоровья детей как фактор национальной безопасности* / А. А. Баранов, Л. А. Щеплягина, А. Г. Ильин, В. Р. Кучма // *Российский педиатрический журнал.* — 2005. — № 2. — С. 4–8.

33. Уильямс Н. Механизм работы национальной исследовательской программы по оценке технологий в здравоохранении Великобритании / Н. Уильямс // Главный врач. — 2013. — № 4. — С. 72–73.
34. Улумбекова Г. Э. Реформа здравоохранения США: уроки для России / Г. Э. Улумбекова // Главный врач. — 2013. — № 5. — С. 52–61.
35. Чвырева Н. В. К вопросу доступности амбулаторно-поликлинической помощи детям / Н. В. Чвырева // Российский медико-биологический вестник им. академика И. П. Павлова. — 2010. — № 2. — С. 106–111.
36. Чичерин Л. П. Специфика развития амбулаторного этапа педиатрической службы России / Л. П. Чичерин // Вестник Ивановской мед. академии. — 2006. — № 1–2. — С. 65–73.
37. Шарабчиев Ю. Т. Организационно-правовые аспекты оказания первичной медико-санитарной помощи за рубежом. Сообщение 1 / Ю. Т. Шарабчиев, Т. В. Дудина // Медицинские новости. — 2010. — № 10. — С. 55–56.
38. Шарапова О. В. Медико-социальная помощь семье, женщинам и детям в современных условиях / О. В. Шарапова // Здравоохранение. — 2005. — № 12. — С. 24–32.
39. Шекера О. Г. Кадрова політика в контексті розвитку сімейної медицини в Україні / О. Г. Шекера // Сімейна медицина. — 2013. — № 3. — С. 13–16.
40. Шекера О. Г. Нормативно-правовые аспекты формирования семейной медицины / О. Г. Шекера // Сімейна медицина. — 2013. — № 2. — С. 10–12.
41. Юлиш Е. И. Кто будет лечить детей? / Е. И. Юлиш // Новости медицины и фармации. — 2012. — № 5 (403); Здоровье ребенка. — 2012. — № 1 (36). — Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/article/27175>
42. Alma Ata 1978: Primary Health Care: HFA Sr. // WHO. — 1978.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН ХМАПО ПЛАТНИХ ЦИКЛІВ СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ Й УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКАРІВ НА 2015 РІК

КАФЕДРА ТРАВМАТОЛОГІЇ, АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ВІЙСЬКОВОЇ ХІРУРГІЇ

Зав. кафедри проф. Хвисьок О. М. тел. 711-41-45

Лікувальні блокади (для ортопедів-травматологів, хірургів) 05.10–19.10

КАФЕДРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЇ ТА ВІЛ/СНІДУ

Зав. кафедри проф. Мавров Г. І. тел. 706-36-00

Дерматоскопія (дерматовенерологи, дитячі дерматовенерологи) 26.05–10.06

Дерматоскопія (дерматовенерологи, дитячі дерматовенерологи) 15.09–29.09

Рання діагностика ВІЛ-інфекції та питання добровільного консультування різних груп населення (для лікарів лікувального, педіатричного, стоматологічного, хірургічного та медико-профілактичного профілю) 20.10–03.11

Дерматоскопія (дерматовенерологи, дитячі дерматовенерологи) 26.05–10.06

Дерматоскопія (дерматовенерологи, дитячі дерматовенерологи) 15.09–29.09

Рання діагностика ВІЛ-інфекції та питання добровільного консультування різних груп населення (для лікарів лікувального, педіатричного, стоматологічного, хірургічного та медико-профілактичного профілю) 20.10–03.11

Дерматоонкологія (дерматовенерологи, дитячі дерматовенерологи), м. Київ 12.11–26.11

Рання діагностика ВІЛ-інфекції та питання добровільного консультування різних груп населення (для лікарів лікувального, педіатричного, хірургічного та медико-профілактичного профілю) 09.12–23.12

КАФЕДРА СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ, НАРОДНОЇ ТА НЕТРАДИЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ, САНОЛОГІЇ

Зав. кафедри проф. Шкляр С. П. тел. 725-26-99

Народна та нетрадиційна медицина (лікарі лікувального профілю) 27.07–25.12

Санологія (лікарі лікувального, педіатричного, медико-профілактичного профілю) 28.09–25.12