**Зміст**

Вступ……………………………………………………………………………….. 2

1.Завдання міської поліклініки 3

2.Завдання та зміст роботи сімейного лікаря 4

Висновки 15

Список використаних джерел 16

**Вступ**

За твердженням ВООЗ, первинна медико-санітарна допомога – центральна функція й основна ланка системи охорони здоров'я будь-якої країни. Згідно з стратегією Всесвітньої організації охорони здоров'я "Основи політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні" (“Здоров'я-21”) передбачено, зокрема, забезпечити до 2010 р. наявність в 90% країн Європейського регіону служби сімейних лікарів та медичних сестер, які є основною складовою інтегрованої первинної медико-санітарної допомоги. Завдання, які визначено у стратегії Всесвітньої організації охорони здоров'я "Здоров'я - 21" знайшли своє відображення у Концепції розвитку охорони здоров’я населення України, затвердженій Указом Президента України [2, с. 11].

Останнім часом питанням впровадження сімейної медицини приділяється пильна увага з боку Уряду та міністерства. В Україні визначився стратегічний напрямок розвитку первинної медико-санітарної допомоги, заснований на моделі загальної практики сімейної медицини. В правильно організованій системі лікарі загальної практики прямо чи опосередковано можуть контролювати 70 – 80% загальних витрат на охорону здоров’я, при витратах на їх власну діяльність приблизно 20%. На рівні первинної медичної допомоги починається і закінчується приблизно 90% всіх випадків медичних втручань [2, с. 12]. Сімейний лікар – це спеціаліст, що не просто надає медичну допомогу, й організовує надання медичної допомоги своїм пацієнтам на вторинному і третинному рівнях. Тобто всі медичні послуги пацієнт одержує у свого сімейного лікаря або за його направленням.

**1. Завдання міської поліклініки**

Поліклініка – спеціалізований лікувально-профілактичний заклад, що надає ПМД хворим, які не потребують госпіталізації, здійснюють заходи із запобігання, виявлення, лікування та їх ускладнень [7, с. 32].

Поліклініки бувають:

* об’єднаними з лікарнями і самостійними;
* за віком обслуговуваного контингенту – для дорослих і дітей;
* за місцем знаходження – міські та сільські;
* за адміністративним розподілом – районні (центральні), обласні, республіканські.

За функціональним призначення розрізняють:

- лікувально-діагностичні, консультативно-діагностичні поліклініки при медичних і науково-дослідних інститутах, обласних і республіканських лікарнях.

Діяльність міських і районних поліклінік лікувально-діагностичного профілю будується за дільничним принципом.

Центром запобігання захворюваності були і залишають поліклініки. Їхня роль у діагностиці, лікуванні і особливо в профілактиці захворювань залежить від стратегії економічного та соціального розвитку країни.

Завдання, які стоять перед поліклінічними закладами: надання кваліфікованої допомоги населенню та проведення профілактичних заходів у районі їх діяльності. Надання цієї допомоги повинне здійснюватися як у поліклініці, так і в домашніх умовах.

Для вирішення цих завдань поліклініка організовує і здійснює:

- надання першої невідкладної допомоги хворим при гострих раптових захворюваннях і травмах;

- виявлення захворювань;

- своєчасну госпіталізацію пацієнтів, яким потрібне стаціонарне лікування;

- експертизу непрацездатності хворих, видачу лікарняних листків та трудових рекомендацій;

- направлення на лікарсько-трудову експертизу пацієнтів зі стійкою втратою непрацездатності [7, с. 33].

Крім цього персонал поліклініки повинен проводити санітарно-просвітню роботу, регулярно здійснювати обстеження населення.

# Завдання та зміст роботи сімейного лікаря

За останні декілька десятиліть в структурі амбулаторно-поліклінічної ланки пріоритетного розвитку набувала спеціалізована медична допомога, що певною мірою стримувало розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), особливо на рівні організації роботи дільничного терапевта. Внаслідок цього поступово відбувалася передача в компетенцію інших спеціалістів багатьох оздоровчих, профілактичних, лікувально-діагностичних функцій та лікувальних маніпуляцій, які складають його базову підготовку, відносяться до об’єму первинної лікарської допомоги, що надається при дитячих та хірургічних хворобах, вагітності, пологах, жіночих захворюваннях, захворюваннях нервової системи, очей, вуха, горла та носу, дерматологічних захворюваннях, при професійній патології, онкологічних, психічних та інших захворюваннях.

Внаслідок цього поступово скоротився об’єм медичної допомоги, що надається населенню дільничним терапевтом, певною мірою зменшилась його відповідальність за здоров’я пацієнта. Престиж дільничного терапевта серед населення та медичних працівників поступово знизився, його конкурентоспроможність в сучасних умовах також знизилась, а поширеною точкою зору стало усвідомлення, що до дільничного терапевта треба йти тільки за лікарняним. Поступово сформувалося усвідомлення, що звернення пацієнта до дільничного терапевта не завжди є ефективним, але і звернення до “вузьких спеціалістів” не набрало регулярності і поширеності і стало епізодичним.

Пацієнт поступово почав відчувати незадоволення медичною допомогою – його ніхто довго не хоче слухати, у лікарів постійно не вистачає часу, в пошуках медичної допомоги пацієнт призвичаївся до думки, що найбільш оптимальним є самостійне вирішення до якого спеціаліста йому потрапити, вистоюючи довгі черги, одержуючи багато рекомендацій та рецептів на ліки і не знаючи напевне, що з ними робити, у якій послідовності їх приймати. Якщо ж пацієнт приймав рішення про необхідність звернення до приватного спеціаліста, то у переважній більшості випадків це асоціювалося із усвідомленням необхідності значних фінансових витрат, але не було впевненості у отриманні кваліфікованих рекомендацій щодо ефективного лікування.

Поступово гостро назріло проблемне питання необхідності якихось змін у медичній справі: “так далі не має бути”, усвідомлює кожен пацієнт, – “треба щось робити”.

Добре відомо, що в світі ще не існує всеосяжної та універсальної, ідеальної системи охорони здоров’я, але слід констатувати, що в Україні на теперішній час сформувалося соціальне замовлення суспільства на створення в структурі первинної ланки охорони здоров’я лікаря особливої категорії, який би міг відігравати роль авторитетного професіонала на первинному рівні, який би задовольняв медичні потреби широкого діапазону, тобто сімейного лікаря.

“А хто такий сімейний лікар? Чим він відрізняється від дільничного терапевта поліклініки? А може це земський лікар, що був у ХІХ віці, а навіщо необхідні такі лікарі у ХХІ столітті?” - ось далеко неповний перелік питань, що виникають у свідомої людини, яка на якихось етапах свого життя стає пацієнтом.

Значні успіхи в галузі медицини були досягнуті завдяки поглибленню наукових знань і спеціалізації практичної медицини. Однак поглиблення наукових уявлень щодо причин та механізмів розвитку захворювання само по собі не допомагає конкретному пацієнту. Охорона здоров’я, як система збереження і поліпшення здоров’я людей опинилась перед небезпекою втрати гуманістичних основ медицини, оскільки в умовах поширеного обґрунтованого усвідомлення населенням ефективності підвищення вузької спеціалізації медичної допомоги у потенціального пацієнта поступово наростає відчуття безпорадності на етапі необхідності первинного звернення за наданням медичної допомоги.

Велика кількість лікарів, бурхливий розвиток вузькоспеціалізованої медичної допомоги поступово призвели дільничного лікаря до відчуття та усвідомлення знеособлення своєї особистої відповідальності за здоров'я конкретного хворого та членів його сім'ї. Без спеціалізації прогрес в медицині неможливий, але в той же час “вузька” спеціалізація веде до свого роду “апаратної медицини”, втрати лікарем відчуття поваги до його особистого лікарського мислення і переконання щодо домінування технічного аспекту у його діяльності. Врешті решт, утворилась така ситуація, коли поступово зникло уявлення, що в найближчому оточенні людини, яка стала пацієнтом, немає лікаря, який несе відповідальність як за його здоров'я, так і за здоров'я членів його сім'ї протягом всього життя.

Одна з основних вимог, на якій акцентує увагу Всесвітня організація охорони здоров'я - це фізична доступність медичної допомоги населенню. Відповідно до засад "Європейської політики з досягнення здоров'я на XXI століття", на рівні ПМСД державою повинна бути забезпечена безперервність медичної опіки [5, с. 26]. Це означає надання лікувально-діагностичної допомоги пацієнту у будь-який час, включаючи нічний та святкові дні, а також забезпечення нагляду за пацієнтами, які виписались із стаціонарів для продовження лікування за місцем проживання. Передбачається також надання невідкладної медичної допомоги хворим у тяжкому стані. Всім цим вимогам відповідає концепція надання медичної допомоги на засадах сімейної медицини, яка для будь-якого пацієнта та членів його сім'ї є фізично доступною, безперервною та невідкладною. Про це свідчить досвід цивілізованих країн світу.

У зв’язку з цим виникла необхідність у формуванні якісно нової схеми надання ПМСД населенню та якісно нового спеціаліста – лікаря загальної практики, або сімейного лікаря, повноваженнями якого було б вирішення більшості медичних питань одночасно із наданням кваліфікованих рекомендацій з питань соціальної, правової, профілактичної і реабілітаційної допомоги.

Поняття “лікар загальної практики” склалось еволюційним шляхом у конкретних умовах історичного відрізку часу в ряді європейських країн. Відноситься це, в основному, до XVIII-XIX століть, коли лікарська допомога здійснювалась в індивідуальному комерційному порядку, в результаті чого утворився стійкий контингент пацієнтів, у яких сформувалось уявлення про доцільність звернення виключно до “свого” лікаря. Лікаря, якому в силу особливих причин вони довіряли, в основному завдяки впевненості в його професіоналізмі і індивідуальних якостях. Таке виконання медичних обов’язків було максимально виграшним із позиції довготривалості і безперервності спостереження за станом здоров’я “своїх” пацієнтів та членів його сім'ї і динамікою його змін, триваючих, як правило, протягом всього життя як пацієнта, так і лікаря. В таких умовах лікар дійсно був одночасно і сімейним лікарем, і лікарем загальної практики, так як йому приходилось мати справу із всім спектром патології, яка мала місце у контингенту, який він обслуговував [5, с. 29].

Сімейну лікувальну практику необхідно розглядати, як таку, яка забезпечує тривалу опіку за здоров'ям громадянина і всіх членів його сім'ї незалежно від характеру хвороби, стану органів і систем організму у всі періоди життя людини.

Б. Сарфілд (академія сімейних лікарів, США ) характеризує ПМСД, як перший, тривалий, всеохоплюючий контакт та скоординовану допомогу населенню, незалежно від статі, віку і характеру захворювання [5, с. 35].

Сімейну медицину як спеціальність особливо характеризує система професійних цінностей спеціалістів, які у ній працюють. Це, перш за все, широкий погляд на клінічні проблеми пацієнта, медичне обслуговування в контексті сім'ї, індивідуальний підхід до здоров'я хворого та членів його сім'ї. Лікар загальної практики-сімейний лікар – повинен добре розуміти, як сім'я впливає на здоров'я пацієнта і як здоров'я пацієнта відображається на його сім'ї. Співробітництво із сім'єю буде означати, що з боку медичних працівників з'явиться розуміння і поважливе відношення до емоційних переживань і наслідків, які обов'язково виникають при захворюванні одного із членів сім'ї. Усвідомлення хвороби одного із членів сім'ї неможливо відокремити від адекватної реакції членів його сім'ї, рідних йому людей. Безумовно, відношення пацієнта до своєї хвороби, її розуміння та значення, яке він її надає, визначається його соціальним оточенням. З іншої сторони, хвороба пацієнта здійснює вплив на його близьких і соціальне оточення. Це єдиний, нероздільний процес із зворотними зв'язками. Сімейний лікар повинен не розхитувати цю систему, а приводити її у стан рівноваги.

Сімейну медицину, як спеціальність відрізняє ряд надзвичайно важливих принципів. Головні із них :

- довготривалість і безперервність спостереження;

- багатопрофільність первинно-медичної допомоги;

- відношення до сім’ї, як до одиниці медичного обслуговування;

- превентивність, як основа діяльності сімейного лікаря;

- економічна ефективність і доцільність допомоги;

- координація медичної допомоги;

- відповідальність пацієнта, членів його сім’ї і суспільства за збереження і покращення його здоров’я [4, с. 160].

Довготривалість допомоги – це набагато більше, ніж медичне обслуговування одного і того ж пацієнта протягом тривалого часу. Поняття довготривалості включає, з одного боку, взаємовідносини між системою сім’я – лікар – медсестра і, з іншого боку, взаємовідносини з іншими спеціалістами, працюючими у сфері охорони здоров’я, до яких приходиться звертатися сімейному лікарю за допомогою і порадою. Спеціаліст із сімейної медицини проводить пацієнта через всі складності медичного “сервісу”. Сімейний лікар та сімейна медсестра відіграють роль захисників інтересів пацієнта, інтеграторів медичного “сервісу” незалежно від місця, де здійснюється цей процес – в медичному закладі, дома, чи на роботі. Довготривалість обслуговування забезпечується як самим лікарем, так і його колегами – вузькими спеціалістами. В оптимальному варіанті взаємовідносини між сімейним лікарем і пацієнтом можуть бути завершеними у тому випадку, коли учасники цього процесу побажають їх перервати.

Довготривалість і безперервність відносин – це більше, ніж сума окремих консультацій, однак їх ефективність найтіснішим чином пов’язана із якістю медичних рекомендацій. Одним із позитивних факторів безперервного обслуговування є забезпечення постійного співробітництва сімейного лікаря із пацієнтом. Безперервність спостереження істотно покращує показники виявлення психологічних проблем пацієнта, певною мірою, знижує потребу в невиправданих додаткових послугах щодо лабораторних та інструментальних методів обстеження і, як наслідок, сприяє зменшенню вартості медичних послуг. Сімейні лікарі і медичні сестри постійно стежать за станом здоров’я членів сім’ї, заводять паспорти на кожного з її членів, де вказуються фактори ризику, спадковість, умови життя та праці, вчать наданню першої медичної допомоги і догляду за хворими членами сім’ї (введення інсуліну, антибіотиків, масаж, невідкладна лікарська допомога тощо). Слід підкреслити, що засади сімейної медицини сприяють забезпеченню безперервності медичної допомоги, як кажуть, від моменту зачаття до останньої хвилини життя, коли лікар зобов’язаний, в силу своїх можливостей, допомогти людині підійти до моменту завершення свого життєвого шляху.

Якщо виходити із уявлень щодо багатомірності форм нездоров’я, слід усвідомлювати, що сімейна медицина – є клінічною спеціальністю, яка розглядає людину, як єдине ціле. Обов'язок сімейного лікаря – надання первинної медичної допомоги будь-якому хворому, незалежно від його віку та статі. Всебічний підхід сімейного лікаря до хворого пацієнта нерідко може стати підставою для висновків, які значно відрізняються від висновків, отриманих при односторонньому, вузькоспеціалізованому медичному підході.

Надаючи допомогу декільком поколінням пацієнтів із однієї сім’ї, сімейний лікар і сімейна медсестра неминуче стають свідками і внутрішніх проблем родини, і тісно стикаються з ними. Відношення сім’ї до питань здоров’я її членів, впливи екологічних факторів, спорту, особливостей харчування, значущості для здоров'я шкідливих звичок тощо – має постійно контролюватися медичним працівником, який повинен передбачувати як очікувані, так і непередбачувані переходи кожного із членів сім’ї в зону ризику. У спеціаліста із сімейної медицини є унікальна можливість застосовувати превентивні міри на ранньому етапі патологічних змін.

Профілактична спрямованість – важливий принцип сімейної медицини. Прогнозування ризику розвитку окремих захворювань, доклінічна їх діагностика, своєчасність інформування пацієнта, а також прийняття профілактичних заходів – найважливіші складові елементи щоденної роботи сімейного лікаря і медичної сестри. Тільки у сімейного лікаря є умотивована потреба по-справжньому займатися профілактикою в процесі повсякденної роботи із своїми пацієнтами і членами їх сімей [4, с. 163]. Пояснюється це не тільки тим, що сімейний лікар краще за інших вузькоспеціалізованих колег знає своїх пацієнтів і шкідливі для здоров’я обставини їх життя, але й тим, що тільки сімейний лікар безпосередньо зацікавлений у зниженні захворюваності прикріпленого населення.

Сімейний лікар частіше за інших спеціалістів має використовувати раціональну як з медичної, так і з економічної точки зору обґрунтовану тактику, по відношенню до необхідних лабораторних та інструментальних методів дослідження та рекомендувати необхідність застосування спеціалізованих технологій лікування.

Інтеграція нових знань і вмінь у постійний процес надання медичної допомоги людині від народження до завершення її життєвого шляху підвищує якість сімейної медичної практики. При цьому пацієнти виграють від більш цілісного підходу до їх здоров’я і ширших можливостей щодо отримання своєчасної адекватної допомоги на місцевому рівні.

Сімейну лікувальну практику слід розглядати як таку, що забезпечує тривалу опіку, спостереження за здоров'ям громадянина і всіх членів його сім'ї незалежно від характеру хвороби, стану органів і систем організму в усі періоди життя людини.

Сімейна медицина, безперечно, не просто має право на існування, вона є єдиною запорукою підвищення якості надання медичної допомоги населенню, авторитету і соціального статусу лікаря, який вирішив присвятити свою професійну діяльність саме цій галузі охорони здоров'я. Сімейна медицина - це медицина майбутнього у вітчизняній охороні здоров'я. Завдання та обов’язки лiкаря загальної практики - сiмейного лiкаря:

1. Керується чинним законодавством України про охорону здоров’я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров’я, організацію медико-санітарної допомоги.
2. Здійснює динамічне спостереження за станом здоров’я кожного члена сім’ї з проведенням необхідного обстеження і оздоровлення за індивідуальним планом.
3. Застосовує сучасні методи діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів.
4. Здійснює нагляд за побічними реакціями/діями лікарських засобів.
5. Організовує у разі потреби консультації інших спеціалістів і госпіталізацію пацієнтів.
6. Здійснює нагляд за хворими. Надає невідкладну медичну допомогу на догоспітальному етапі.
7. Виконує загальні види лікарських маніпуляцій.
8. Проводить профілактичну роботу по виявленню ранніх та прихованих форм захворювання і факторів ризику, імунопрофілактику захворювань, експертизу тимчасової втрати працездатності пацієнтів.
9. Організовує медико-соціальну і побутову допомогу одиноким, людям похилого віку, інвалідам та хронічним хворим.
10. Надає консультативну допомогу сім’ям з питань: планування сім’ї, етики, психології, гігієни, соціальних аспектів сімейного життя, виховання дітей, підготовки їх до дитячих дошкільних закладів, шкіл та профорієнтації.
11. Веде активну роботу щодо поширення медичних знань серед населення, пропаганди здорового способу життя, запобігання захворювань.
12. Планує роботу та проводить аналіз її результатів.
13. Веде лікарську документацію.
14. Дотримується принципів медичної деонтології.
15. Постійно удосконалює свій професійний рівень [4, с. 167-168].

Повинен знати:

* основи чинного законодавства про охорону здоров’я та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління та закладів охорони здоров’я;
* основи соціальної гігієни, організації охорони здоров’я, медичної психології та економіки відповідно до задач управління охороною здоров’я населення свого регіону;
* основи загальнотеоретичних дисциплін в обсязі, необхідному для вирішення професійних задач;
* анатомо-фізіологічні та психологічні особливості дорослих, дітей та осіб старшого віку;
* особливості розвитку дітей та підлітків;
* перебіг захворювань залежно від статі та віку;
* сучасну класифікацію хвороб;
* сучасні методи профілактики, діагностики та лікування захворювань органів дихання, травлення та системи виділення, ендокринної системи та обміну речовин, шкіри, органів зору, ЛОР-органів, інфекційних, неврологічних та психічних захворювань у дорослих та дітей;
* основи медичної генетики;
* питання асептики та антисептики;
* методи протиепідемічного захисту населення;
* основи реанімації;
* клініку, діагностику та принципи лікування невідкладних станів;
* фармако-, дієто-, фізіо- та курортотерапію;
* немедикаментозні методи лікування та профілактики;
* фактори ризику виникнення найбільш поширених захворювань;
* методи визначення тимчасової і стійкої непрацездатності, організацію роботи лікарсько-консультативної та медико-соціальної експертної комісій; основи медичної, професійної, соціальної та сімейної реабілітації;
* основи медичної інформатики;
* форми і методи санітарноосвітньої роботи;
* правила оформлення медичної документації;
* передові інформаційні та Iнтернет технології;
* сучасну наукову літературу та науково-практичну періодику за фахом, методи її аналізу та узагальнення.

Квалiфiкацiйнi вимоги:

Лікар загальної практики - сімейний лікар вищої кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки “Медицина”, спеціальністю “Лікувальна справа” або “Педіатрія”. Спеціалізація за фахом “Загальна практика - сімейна медицина” (інтернатура, курси спеціалізації). Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли, тощо). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 7 років [3, с. 88].

Лікар загальної практики - сімейний лікар I кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки “Медицина”, спеціальністю “Лікувальна справа” або “Педіатрія”. Спеціалізація за фахом “Загальна практика - сімейна медицина” (інтернатура, курси спеціалізації), підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли, тощо). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 5 років [3, с. 90].

Лікар загальної практики - сімейний лікар II кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки “Медицина”, спеціальністю “Лікувальна справа” або “Педіатрія”. Спеціалізація за фахом “Загальна практика - сімейна медицина” (інтернатура, курси спеціалізації). Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли, тощо). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної;” категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 3 роки [3, с. 91].

Лікар загальної практики - сімейний лікар: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки “Медицина”, спеціальністю “Лікувальна справа” або “Педіатрія”. Спеціалізація за фахом “Загальна практика - сімейна медицина” (інтернатура, курси спеціалізації). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста. Без вимог до стажу роботи [3, с. 92].

**Висновки**

Сьогодні територіально-дільничний принцип формування контингенту обслуговування заміняється вільним вибором пацієнтом лікаря загальної практики/ сімейного лікаря або вільним прикріпленням пацієнта до лікаря загальної практики/сімейного лікаря. Можливість вибору і зміни лікаря загальної практики розглядається як невід’ємне право пацієнта і є обов’язковою передумовою для переорієнтації системи охорони здоров’я з потреб медичних закладів на потреби населення.

Для впровадження засад сімейної медицини в систему охорони здоров'я у 2005-2006 роках на посади лікарів "загальної практики-сімейної медицини" направлено у регіони відповідно 430 та 470 чоловік, що в повному обсязі забезпечило виконання заявок регіонів, але не задовольняє потреби для виконання державної програми. При загальній потребі у сімейних лікарях – 21226 фахівців (з них 10450 у сільській місцевості) до кінця 2007 року за запропонованими спільними планами відкриття закладів та введення штатних посад задовольнить потреби лише на 35 % [5, с. 51].

**Список використаних джерел**

1. Указ Президента України від 7.12.2000 р. №1313 «Концепція розвитку охорони здоров’я населення України»
2. Лапишевв Є.С. Формування системи сімейної медицини в Україні. - Київ, 2005. – 176 с.
3. Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря): Посібник. - Дніпропетровськ: “АРТ- ПРЕС”, 2002. – 370 с.
4. Поліклінічна справа і сімейний лікар: Посібник. - Київ: «Здоров'я», 2003. - 636 с.
5. Сімейна медицина в Україні: момент істини. Круглий стіл: “Сімейна медицина - основа реформування діючої системи охорони здоров'я». - Львів: Ліга-Прес, 2003. – 71 с.
6. Слабкий Г.О. Наукове обґрунтування та шляхи оптимізації діяльності відділень профілактики міських поліклінік: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.02.10 / Національний медичний ун-т ім. О.О.Богомольця. – К., 1996. – 23 с.
7. Чирков А.И. Лечебно-профилактическое учреждение. – М.: Медицина, 2001. – 302 с.
8. Чирков А.И. Организация и механизация работ в лечебно-профилактических учреждениях. – М.: Медицина, 2001. – 317 с.