

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

АУГУНАС САБІНА ВАЛЕРІЇВНА

УДК 615.1"31":614.27:614.2:362.121:001.8:339.13:658.711/.715

ДИСЕРТАЦІЯ
КОМПЛЕКСНЕ НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ
ЗАКОНОМІРНОСТЕЙ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ
МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ З
НООФАРМАЦЕВТИЧНИХ ТА ЕМЕРДЖЕНТНИХ ПОЗИЦІЙ

15.00.01 – технологія ліків, організація фармацевтичної справи
та судова фармація

022 – Охорона здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата фармацевтичних наук
(доктора філософії)

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ С. В. Аугунас

Науковий керівник Пономаренко Микола Семенович, доктор
фармацевтичних наук, професор

Київ – 2019

АНОТАЦІЯ

Аугунас С. В. Комплексне науково-теоретичне обґрунтування закономірностей розвитку системи медикаментозного забезпечення населення України з ноофармацевтичних та емерджентних позицій. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата фармацевтичних наук за спеціальністю 15.00.01 – технологія ліків, організація фармацевтичної справи та судова фармація. – Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, Київ, 2019.

У дисертаційному дослідженні наведено вирішення наукової задачі – удосконалення існуючої в Україні системи організації фармацевтичного забезпечення населення і закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) за стандартами належної аптечної практики (GPP) в умовах впровадження сімейної медицини (СМ) шляхом наукового обґрунтування та розробки якісно нової функціонально-організаційної інтеграційної моделі сімейної фармації (ІМСФ) на основі мультидисциплінарного підходу (у тісній взаємодії з амбулаторіям загальної практики-сімейної медицини (АЗП-СМ)).

Зважаючи на кризовий стан та процес реформування медичної та фармацевтичної галузей, від яких залежить національна безпека, здоров'я нації, було вивчено і проаналізовано стан фармацевтичного забезпечення населення на різних етапах розвитку аптечної справи, організацію процесу впровадження та функціонування сімейної фармації (СФ) і первинної медичної допомоги (ПМД) на засадах СМ в Україні та за кордоном, а також відповідну нормативно-правову базу. За результатами аналізу було визначено, що разом з позитивними кроками (активною розбудовою фармацевтичної галузі) стихійна інтеграція вітчизняної фармації у ринкові умови призвели до її зайвої комерцелізації та зниження її загально-соціальної ефективності (низького рівня надання фармацевтичної допомоги (ФД)). Виявлено, що відповідна нормативно-правова база потребує удосконалення

у зв'язку з новими викликам сьогодення, а її створення дасть можливість заповнити одну з прогалин у фармацевтичному полі. Проаналізувавши зарубіжний досвід, було констатовано, що медична та фармацевтична галузі повинні продовжувати свій розвиток, орієнтуючись на європейський досвід, а стратегія їх реструктуризації повинна будуватися з урахування загальносвітових тенденцій.

Все це обумовлює доцільність наукового пошуку в напрямку розробки заходів із виходу з кризового стану, обґрунтовує актуальність проведення даного дослідження.

Встановлено, що на сучасному етапі вирішення проблемних питань можливе тільки з ноофармацевтичних та емерджентних позицій, що у кризових соціально-економічних ситуаціях буде сприяти розробці й прийняттю нестандартних рішень, які стимулюють вихід із скрутних положень та більш результативний розвиток за скороченим чи прискореним форматом.

Спираючись на світовий досвід, визнано, що одним із пріоритетів національних систем охорони здоров'я (ОЗ) в умовах дефіциту фінансових і кадрових ресурсів є розвиток ПМД на засадах СМ, що виявилось одним з найефективніших механізмів підвищення результативності роботи АЗП-СМ та аптечних закладів на їх базі, як щодо впливу на здоров'я населення, так і для раціонального використання ресурсів ОЗ. У зв'язку з цим, перерозподіл частини обсягів медичної допомоги із стаціонарного сектора в амбулаторний обумовилося збільшенням обсягів як медичної, так і ФД, здійснюваної в амбулаторіях. Впровадження і діяльність ПМД на засадах СМ є одним із кроків у формуванні в Україні системи СФ, розробці її інтегрованої моделі відповідно до стаціонарів GPP, а запропоновані заходи з організації посади сімейного провізора (провізора-консультанта сімейної фармації (П-КСФ) дозволить аптечним працівникам перейти до розряду спеціалістів у сфері ОЗ, які будуть брати безпосередню участь у командній роботі з лікарями загальної практики-сімейними лікарями (ЛЗП-СЛ) в управлінні

фармакотерапією пацієнтів на підставі їх індивідуальних особливостей. Встановлено, що прийняти на основі зарубіжного досвіду стратегічний напрям ОЗ і фармації «фокус на пацієнта» та зміна ролі провізора в системі ОЗ у світлі цієї стратегії, основним завданням якого стало підвищення ефективності і безпеки фармакотерапії конкретного хворого (тобто забезпечення кожному хворому належної якості ФД), буде сприяти вирішенню проблеми негативного впливу економічних та політичних негараздів на стан та розвиток аптечної справи в Україні, а саме підвищення соціальної ефективності вітчизняної фармації, а також значимості професії на ринку праці.

З метою вибору аптечного закладу, який буде відповідати вимогам впровадження моделі СФ, було проведено моніторинг аптек за допомогою аналітичного методу з використанням моніторинг-листів (2016-2017 рр.), та за результатами порівняльної характеристики щодо матеріально-технічної бази, кваліфікаційного рівня працівників аптек та надання фармацевтичних послуг (за показниками 16-ти критеріїв) було встановлено, що саме приватні аптеки, які знаходяться у приміщеннях АЗП-СМ з комерційною назвою «Сімейна аптека» мають всі передумови і переваги (особливо з погляду економії фінансових витрат у системі ОЗ) (за 15-ми критеріями). За результатами анкетування провізорів щодо обсягів надання фармацевтичних послуг за стандартами GPP, а також обсягів співпраці аптек з АЗП-СМ (в обсязі 67,7 %) також виявлено, що превалюють вищезазначені аптеки в порівнянні з аптеками загального типу (в обсязі 32,2 %).

Беручи до уваги висновки дослідження про доцільність впровадження СФ в аптечні заклади, які знаходяться у приміщеннях АЗП-СМ, нами було розроблено Типовий проект Положення «Про організацію аптек сімейної фармації при закладах загальної практики сімейної медицини», який регламентує порядок та визначає основні напрямки АСФ як базового структурного підрозділу закладів ЗП-СМ, що займається забезпеченням лікарськими засобами (ЛЗ) пацієнтів в закладах ЗП-СМ. Положення

розроблене у відповідності до Наказу МОЗ України «Про затвердження типових статутів (положень) фармацевтичних закладів», з впровадженням нових форм організації медикаментозного забезпечення для населення, які сприятимуть фізичної та економічної доступності ЛЗ. Зазначено, що діяльність ПМД є одним з кроків у створенні АСФ, які спеціалізуються у наданні ФД пацієнтам, їх родинам і населенню в цілому. Головна мета діяльності АСФ при АЗП-СМ полягає у своєчасному безперебійному забезпеченні якісною, ефективною продукцією медико-фармацевтичного призначення, а завдання – у забезпеченні постійної наявності необхідного асортименту ЛЗ, які застосовуються в АЗП-СМ для всіх категорій населення та які використовує у своїх схемах лікування ЛЗП-СЛ при різних захворюваннях, відповідно до уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги, протоколів провізора (фармацевта) з відпуску безрецептурних ЛЗ, Національного переліку основних ЛЗ та Державного формуляру ЛЗ України, а також регулярне інформування щодо надходження нових ЛЗ. Це дозволить АСФ гнучко вибудувати свою асортиментну політику і максимально задовольнити споживчий попит з урахування медичного призначень. Характерною особливістю АСФ є співпраця на постійній основі з закладами ЗП-СМ, а особливою вимогою до АСФ при АЗП-СМ – впровадження посади П-КСФ і забезпечення його взаємодії з ЛЗП-СЛ. Основна визначальна функція АСФ – продуктивна співпраця, забезпечення командної роботи членів групи П-КСФ – ЛЗП-СЛ, спільне проведення моніторингу лікування для перевірки ефективності і побічної дії ліків, інтеграція їх обов'язків і відповідальності – має на меті надання високо кваліфікаційної медичної і ФД в управлінні лікувальною терапією пацієнта. Все це призведе до зміни ролі фармацевтичних працівників – від реалізації аптечних товарів до консультування лікарів і пацієнтів з питань раціонального застосування ЛЗ, що докорінно змінить стратегічну мету роботи аптечного закладу та переведе її з площини відносин «продавець-покупець» в сферу ОЗ взаємин «лікар-пацієнт-провізор». Отримані дані

в результаті проведеного нами дослідження з використанням методу анкетування лікарів і провізорів засвідчують, що і провізори, і лікарі одночасно підтримують готовність до командної роботи взаємодії.

На етапі безперервного професійного розвитку нами вперше розроблена навчальна програма тематичного удосконалення для провізорів: «Удосконалення підготовки провізорів аптечних закладів в умовах впровадження сімейної медицини» з метою перекваліфікації провізора на П-КСФ.

На підставі проведеного нами аналізу організації аптечних закладів в умовах функціонування АЗП-СМ з метою перевірки відповідності їх діяльності до стандарту GPP, а також у відповідності до Наказу Про затвердження настанови «Належна аптечна практика: Стандарти якості аптечних послуг» від 30.05.2013 р, нами був розроблений стандарт GPP, рекомендований для впровадження в діяльність АСФ при закладах ЗП-СМ (з необхідними змінами і доповненнями, керуючись вказівками з Настанови: «... стандарти повинні визнавати унікальність кожного аптечного закладу (наприклад, аптек громади і лікарів...»). Визначено, що основним критеріями діяльності АСФ є вирішення в першу чергу соціальних проблем: доступність ЛЗ для населення, безпечність, якість та ефективність фармакотерапії [75, 105, 108, 180].

Беручи до уваги, що досліджень щодо потреб ефективної, своєчасної фармакотерапії для надання невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі в умовах функціонування АЗП-СМ проводилось замало, з метою її оптимізації, нами було проведено дослідження, в результаті якого, по-перше, було висвітлено, що основоположним факторами успішності проведення фармакотерапії невідкладних станів виступають своєчасність її початку на місці події, вміння формувати тактику раціонального призначення фармакотерапії (висока професійна підготовка П-КСФ і АЗП-СЛ), достатня оснащеність ЛЗ цього процесу (ЛЗП-СЛ має оперативно використовувати відповідні ЛЗ, які повинні знаходитись в АСФ

постійно та в необхідній кількості); по-друге, було констатовано, що ЛЗП-СЛ не задовольняють, більшість Переліків ЛЗ, які повинні відповідати структурі сучасних схем фармакоterapiї невідкладних станів; по-третє, визначено, що в умовах обмеженого фінансування ОЗ гостро постає питання щодо підвищення ефективності фармакоterapiї одночасному заощадженні коштів на придбання відповідних ЛЗ; по-четверте, було зазначено, що враховуючи вищенаведені моменти, в країнах Європейського Союзу для підвищення якості та доступності медикаментозного забезпечення населення створюється система регулюючих Переліків ЛЗ; по-п'яте, для вирішення вищеперерахованих проблем нами був розроблений Проект «Перелік лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах амбулаторій загальної практики-сімейної медицини» за принципом відбору ЛЗ відповідно до уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, що мають найкращі терапевтичні характеристики у відповідності до основних принципів формулярної системи (було внесено 105 найменувань за Міжнародною непатентованою назвою (МНН) життєво-важливих ЛЗ, систематизованих у відповідності до чинного Державного формуляра ЛЗ України (з використанням формального VEN-аналізу).

Прогресивно нова модель, яка відповідає розвитку сучасної фармації – ІМСФ на засадах ЗП-СМ у відповідності до міжнародного стандарту GPP та Національної лікарської (фармацевтичної) політики обґрунтовано і розроблено з ноофармацевтичних та емерджентних позицій. Впровадження та розвиток ІМСФ в аптеках, при ЗП-СМ (АСФ), які будуть функціонувати на засадах моделі СФ із введення посади П-КСФ, спільної роботи в мультидисциплінарних командах П-КСФ та ЛЗП-СЛ, займе ключову ланку в оптимізації медикаментозного забезпечення населення і дозволить здійснити ефективне управління фармакоterapiєю та надати доступну, своєчасну, якісну та безперервну ФД кожному пацієнту в залежності від його індивідуальних особливостей та економічного становища.

Результати досліджень мають практичне значення, яке відображено

у методичних рекомендаціях, запропонованих у практичну діяльність ЗОЗ та фрагменти роботи у навчальний процес закладів вищої освіти. На підставі проведених досліджень розроблені, апробовані та впроваджені у практичну діяльність ЛЗП-СЛ та провізорів.

Ключові слова: медикаментозне забезпечення, фармацевтична допомога, сімейна фармація, аптека сімейної фармації, провізор-консультант сімейної фармації, загальна практика-сімейна медицина, лікар загальної практики-сімейний лікар, інтегрована модель сімейної фармації, належна аптечна практика, ноофармація, емерджентність.

SUMMARY

Augunas S. V. Complex scientific and theoretical substantiation of the regularities of the development of Ukrainian medical supply system from the perspective of noopharmacy and emergence. – Qualification scientific work on the rights of manuscripts.

Dissertation for a degree of Candidate of Pharmaceutical Sciences (PhD) in speciality 15.00.01 “Pharmaceutics, Pharmaceutical Management and Forensic Pharmacy”. – P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education of the MH of Ukraine, Kyiv, 2019.

This thesis research provides a solution to a scientific problem – improving the existing pharmaceutical support system for population and health care institutions in Ukraine in line with the good pharmacy practice under conditions of family medicine introduction through scientific substantiation and development of qualitatively new functional and organizational integration model of family pharmacy based on multidisciplinary approach (in close interaction with outpatient departments of general family medicine).

In view of the crisis situation and reforming medical and pharmaceutical industries, which are essential for national security and public health, the condition was studied and analysed of population pharmaceutical support at various stages of

pharmacy development, organization of implementation and functioning of family pharmacy and primary medical care in terms of family medicine in Ukraine and abroad, as well as the corresponding legal framework. According to the analysis, it was determined that, along with the positive steps (active development of the pharmaceutical industry), the spontaneous integration of domestic pharmacy into market conditions led to its excessive commercialization and a decrease in its overall social efficiency (low level of pharmaceutical aid). It was found that the relevant legal framework requires improvement due to new challenges of the present, and its creation will allow filling the gaps in pharmaceutical field. Having analysed the foreign experience, it has been stated that the medical and pharmaceutical industries should continue to develop, focusing on European experience, and the strategy for their restructuring should be based on the worldwide trends.

All this provides for the feasibility of scientific research in the direction of developing measures to overcome the crisis, substantiates this research relevance.

It is established that solving problem issues at the current stage is possible only in noopharmaceutical and emergent terms, which will contribute in crisis socio-economic situations to the development and adoption of non-standard solutions that stimulate the emergence of difficult situations and more productive development in a reduced or accelerated format.

Based on the world experience, it is acknowledged that one of the priorities of national health care systems under conditions of lacking financial and human resources is the development of primary health care based on the family medicine, which proved to be one of the most effective mechanisms for improving the performance of outpatient departments of general family medicine and associated pharmacy institutions, with regard to the effect on public health and rational use of the health resources. In this regard, partial medical care reallocation from the inpatient to outpatient sector was conditioned by an increase in the scope of both medical and pharmaceutical aid provided in the outpatient departments. Primary health care introduction and operation based on family medicine is one of the steps

in building the family pharmacy system in Ukraine, developing its integrated model in accordance with in-patient pharmacies, and the proposed measures to set a position of family pharmacist (pharmacist-consultant of family pharmacy will allow pharmacists switching to a category of healthcare professionals directly involved in teamwork with general practitioners and patient pharmacotherapy management on the basis of their individual characteristics. It was established that taking a strategic direction of “patient focus” in healthcare and pharmacy based on foreign experience and changing the role of pharmacist in the healthcare system in light of this strategy, whose main task is an increase in the efficiency and safety of the pharmacotherapy for a particular patient (that is, providing each patient with the proper quality of pharmaceutical care) will contribute to addressing the issue of negative economic and political impact on the condition and development of pharmaceutical business in Ukraine, namely increasing the efficiency of national social pharmacy and profession importance on the labour market.

In order to choose a pharmacy institution that will meet the implementation requirements to the family pharmacy model, pharmacies were monitored using an analytical method with monitoring lists (2016-2017), and based on the comparative characteristics of logistics, qualification level of pharmacy employees and provision of pharmaceutical services (in accordance with 16 criteria), it was found that it is the private pharmacies located in the outpatient departments of general family medicine with a commercial name of “Family Pharmacy” have all the prerequisites and advantages (especially in terms of saving financial expenses in the healthcare system) (in accordance with 15 criteria). Based on pharmacists’ survey results regarding the scope of pharmaceutical services provided in line with good pharmacy practice, as well as cooperation extent between pharmacies and outpatient departments of general family medicine (67.7%), it was also found that the above-mentioned pharmacies prevail over pharmacies of common type (32.2%).

Taking into account the research findings on the expediency of introducing family pharmacies into the pharmacy facilities located in the premises of the

general family medicine outpatient departments, we have developed a Standard Draft Regulation ‘On the organization of family pharmacies at the institutions of general family medicine’, which regulates the procedure and defines the main directions of the family pharmacy as basic structural subdivision of the general family medicine institutions involved in provision of medicines to patients in the general family medicine institutions. Regulation developed in line with the Order of the Ministry of Health of Ukraine ‘On Approval of Model Statutes (Regulations) of Pharmaceutical Institutions’, with the introduction of new organizational form for population provision with medicines that will promote physical and economic accessibility of medicinal products. Primary care activities are noted as one of the steps in developing family pharmacies specializing in providing pharmaceutical assistance to patients, their families and general population. The main purpose of family pharmacies activity in the general family medicine is to ensure timely uninterrupted provision of high-quality, efficient products for medical and pharmaceutical purposes, and objective is to ensure the continued availability of the necessary range of medicines used in general family medicine for all categories of the population and used by general practitioners in their treatment regimens for various diseases, according to the unified clinical protocols of medical care, protocols of pharmacists dealing with OTC drugs, the National List of Essential Medicines and the State Formulary of Ukraine, as well as regular information on the new drugs arrival. This will allow the family pharmacies to build flexibly their assortment policy and maximize consumer demand for medical purposes. The characteristic feature of family pharmacies is constant cooperation with the general family medicine institutions, and a special requirement to the family pharmacies in general outpatient departments is the position introduction of family pharmacist-consultant and ensuring its interaction with the general practitioner. The main defining function of family pharmacy is the productive collaboration, provision of teamwork by family pharmacist-consultant and general practitioner group members, joint treatment monitoring to verify the efficacy and side effects of drugs, integration of their duties and responsibilities –

is intended to provide highly qualified medical and pharmaceutical assistance in managing patients. All this will change the role of pharmaceutical employees – from selling pharmaceutical products to counselling doctors and patients on the rational use of drugs, which will radically change the strategic goal of pharmacy institution and transfer it from the “seller-buyer” relationship to the healthcare relationship of “doctor-patient-pharmacist”. The data resulted from our research using method of doctors and pharmacists survey certify that both pharmacists and doctors unanimously support the readiness for teamwork interaction.

At the stage of continuous professional development, we have developed for the first time a training program for thematic improvement in pharmacists: “Improving training of pharmacists in pharmacy establishments in terms of family medicine implementation” with a view to re-train pharmacist to a pharmacist-consultant of family pharmacy.

Based on our analysis of the pharmacy establishments organization under conditions of family medicine outpatient departments in order to verify the compliance of their activities with good pharmacy practice, as well as in accordance with the Order on Approval of Guideline “Good Pharmacy Practice: Pharmacy Quality Standards” dated 30.05.2013, we have developed a standard of good pharmacy practice, recommended for the introduction into family pharmacy at general family medicine institutions (with necessary amendments, guided by the instructions from the Guideline: “...standards must recognize the uniqueness of each pharmacy institution (for example, pharmacies of the community and doctors...)”). It is determined that the main criteria of family pharmacies activity include addressing social issues in the first place: availability of medicines for the population, safety, quality and efficacy of pharmacotherapy [75, 105, 108, 180].

Taking into account that only few studies have been conducted on the needs of effective, timely pharmacotherapy for the provision of emergency medical care at pre-hospital stage under conditions of outpatient departments operation in general family medicine, in order to optimize it, we have conducted a study, which,

first of all, highlighted that the fundamental factors of successful urgent state pharmacotherapy include its timely on-site commencement, ability to develop tactics of rational pharmacotherapy prescription (high professional training of the pharmacist-consultant of family pharmacy and general practitioner), sufficient supply of drugs in this process (general practitioners should promptly use the appropriate drugs which must be in place in the family pharmacy on continuous basis and sufficient amounts); and secondly, it was stated that the general practitioners are not satisfied with most of the list of drugs that should correspond to the structure of modern pharmacotherapy regimens; thirdly, it is determined that under conditions of limited financing in healthcare the issue arises of improving efficiency of the pharmacotherapy simultaneously with saving money for purchase of appropriate medicines; fourthly, it was noted that taking into account the above-mentioned points, the European Union countries develop a system of regulating the Medicinal Products List to improve the quality and availability of drugs supply to the population; fifthly, in order to address the above-mentioned issues, we have developed the Draft “List of medicines for provision of urgent medical care under conditions of outpatient departments in family medicine institutions” based on selection of drugs in accordance with the unified clinical protocols of medical care, which have the best therapeutic characteristics in accordance with the basic principles of the formulary system (105 titles were added under the International Non-Proprietary Name of Essential Medicines, systematized in accordance with the current State Formulary of Ukraine (using formal VEN-analysis).

A progressively new model that corresponds to the modern pharmacy development – an integrated family pharmacy model based on the general family medicine in line with the international standard of good pharmacy practice and National Pharmaceutical Policy is substantiated and developed in terms of neopharmaceutical and emerging positions. Implementation and development of an integrated family pharmacy model in general family medicine pharmacies, which will operate on the basis of family pharmacy model with the introduction of the position of family pharmacist-consultant, cooperation of multidisciplinary

teams consisting of family pharmacist-consultants and general practitioners, will take a key part in optimizing the medical supply of the population and allow effective pharmacotherapy management providing affordable, timely, quality and continuous pharmaceutical assistance to each patient, depending on its individual characteristics and economic situation.

Research results have a practical significance indicated in the methodological recommendations proposed for practical activities of healthcare institutions with fragments of work – into academic process of the higher education institutions. Following the research, recommendations have been developed, tested and implemented in the activity of general practitioners and pharmacists.

Key words: pharmaceutical assistance, drug supply, family pharmacy, drug-store family pharmacy, pharmaceutical sales representative for family pharmacy, general practice-family medicine, general practitioner-family doctor, integrated family pharmacy model, good pharmacy practice, noofarmacy, emergency.

Список опублікованих праць здобувача

Статті у наукових фахових виданнях

1. Історичний генезис розвитку аптечної справи в Україні на різних етапах її суспільно-економічного та державно-політичного розвитку. Повідомлення І. Дослідження періоду 1917-1930 рр. / В. О. Борищук, О. С. Соловйов, Г. В. Загорій, Т. М. Краснянська, І. В. Клименко, С. В. Аугунас, О. В. Кирпач, Р. І. Батталова // Фармац. журн. – 2014. – № 5. – С. 29–35.

2. Історичний генезис розвитку аптечної справи в Україні на різних етапах її суспільно-економічного та державно-політичного розвитку. Повідомлення ІІ. Дослідження періоду 1930-1960 рр. / В. О. Борищук, О. С. Соловйов, Г. В. Загорій, Т. М. Краснянська, І. В. Клименко,

С. В. Аугунас, О. В. Кирпач, Р. І. Батгалова // Фармац. журн. – 2014. – № 6. – С. 35–42.

3. Державний адміністративно-правовий делікт із питань оптимізації організації забезпечення лікарськими засобами сільського населення / В. О. Борищук, О. С. Соловійов, Т. М. Краснянська, І. В. Клименко, О. В. Кирпач, С. В. Аугунас // Фармац. журн. – 2015. – № 4. – С. 9–15.

4. Ретрофармацевтичні дослідження впливу організаційно-правової структури управління аптечною мережею та аптечною службою на оптимізацію забезпечення населення лікарськими засобами (1960-1990 рр.) / В. О. Борищук, О. С. Соловійов, Т. М. Краснянська, І. В. Клименко, Р. І. Батгалова, С. В. Аугунас, О. В. Кирпач // Фармац. журн. – 2015. – № 3. – С. 5–14.

5. Системні підходи у створенні необхідного асортименту лікарських засобів для аптек загального типу при закладах сімейної медицини / М. С. Пономаренко, А. В. Кабачна, О. С. Соловійов, С. В. Аугунас, В. О. Борищук // Фармац. часопис. – 2016. – № 2 (38). – С. 54–60.

6. Обґрунтування створення нормативно визначеного асортименту ліків у відповідності до протоколів провізора і клінічних протоколів медичної допомоги для аптек сімейної фармації та аптек загального типу при закладах сімейної медицини / М. С. Пономаренко, А. В. Кабачна, О. С. Соловійов, С. В. Аугунас, В. О. Борищук // ScienceRise. – 2016. – № 4 / 4 (21). – С. 17–22.

7. Аугунас С. В. Основні тенденції розвитку «Сімейних аптек» – як однієї з складових розвитку сімейної фармації в Україні / С. В. Аугунас // Зб. наук. праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. – К., 2016. – Вип. 26. – С. 112–121.

8. The fundamental retrospective analysis of pharmacy human resources in Ukraine for 1981-1990 / M. S. Ponomarenko, O. S. Solovyov, S. V. Augunas, Yu. M. Grygoruk // Вісн. фармації. – 2016. – № 2 (86). – С. 44–47.

Статті в іноземних наукових виданнях

9. Обобщенный анализ средневзвешенного показателя состава аптечных кадров в Украине с 1913 по 1991 гг. / Н. С. Пономаренко, А. С. Соловьев, С. В. Аугунас, Ю. Н. Григорук // Рецепт. – 2016. – № 3 (107). – С. 408–413. (Білорусь)

10. Пономаренко Н. С. Исследование взаимодействия врача и фармацевтических работников в управлении медикаментозной терапией амбулаторно-поликлинических пациентов в Украине / Н. С. Пономаренко, И. В. Коханов, С. В. Аугунас // Рецепт. – 2017. – Т. 20, № 2. – С. 128–145. (Білорусь)

Тези та матеріали конференцій

11. Ефективне медикаментозне забезпечення лікарськими засобами невідкладної допомоги в амбулаторіях загальної практики – сімейної медицини / М. С. Пономаренко, Л. Ф. Матюха, С. В. Аугунас, Н. В. Малютіна // Фармація ХХІ століття: тенденції та перспективи: VIII Нац. з'їзд фармацевтів України, 6-13 верес. 2016 р. : матеріали. – Харків, 2016. – С. 276.

12. Пономаренко М. С. Роль співпраці між сімейним лікарем та провізором-консультантом сімейної фармації у підвищенні ефективної лікарської терапії пацієнтів в Україні / М. С. Пономаренко, С. В. Аугунас // Медична наука та практика: виклики: сьогодення: міжнар. наук.-практ. конф., 22-27 серп. 2016 р. : матеріали. – Львів, 2016. – С. 75–80.

13. Augunas S. Main provisions for the development of integrated family pharmacy model in Ukraine in conformity with international standarts of GPP / Augunas S. // EUROPEAN biomedical young scientist conference NMAPE: 41 наук.-практ. конф. молодих вчених НМАПО імені П. Л. Шупика з міжнар. участю до 100-річчя заснування НМАПО імені П. Л. Шупика, 18 трав. 2018 р. : матеріали. – К., 2018. – С. 5–7.

14. Пономаренко М. С. Дослідження взаємодії лікарів і фармацевтичних працівників в процесі управління медикаментозною терапією пацієнтів України в умовах амбулаторій / М. С. Пономаренко,

С. В. Аугунас // Актуальні проблеми розвитку галузевої економіки та логістики: V міжнарод. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 20-21 квіт. 2017 р. : матеріали. – Х., 2017. – С. 142–145.

15. Пономаренко М. С. Особливості функціонування командної роботи фармацевтичних працівників в країнах Європейського Союзу / М. С. Пономаренко, С. В. Аугунас // Інновації в медицині: досягнення молодих вчених: XXXX ювілейна наук.-практ. конф. молодих вчених НМАПО імені П. Л. Шупика з міжнар. участю, 18 трав. 2017 р. : матеріали. – К., 2017. – С. 127–129.

16. Фармацевтичне забезпечення як складова загальної практики – сімейної медицини / А. В. Кабачна, Е. В. Шелкова, С. В. Аугунас, О. В. Кирпач // Актуальні питання сімейної медицини та перспективи її розвитку в рамках Всесвітнього дня сімейного лікаря: наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 18-19 трав. 2017 р. : матеріали. – К., 2017. – С. 120–121.

Статті в інших наукових виданнях України

17. Ретроспективний аналіз кадрового складу аптечних закладів України за 1913-1940 та 1950-1980 рр. / М. С. Пономаренко, О. С. Соловйов, С. В. Аугунас, Ю. М. Григорук // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2015. – № 3-4. – С. 14–18.

18. Дослідження стану організації забезпечення населення лікарськими засобами в роки незалежності України – становлення фармацевтичного ринку / В. О. Борищук, О. С. Соловйов, Т. М. Краснянська, І. В. Клименко, С. В. Аугунас, Ю. М. Григорук, О. В. Кирпач // Медична інформатика та інженерія. – 2015. – № 3. – С. 47–53.

Методичні рекомендації

19. Типовий проект (Положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах сімейної медицини (розроблено на основі Європейського досвіду) : метод. рек. / НМАПО імені П. Л. Шупика; М. С. Пономаренко, Г. В. Загорій, А. В. Кабачна, С. В. Аугунас,

Ю. М. Григорук, М. О. Говоруха, В. О. Борищук, Е. В. Шелкова, О. Г. Кабачний. – Вінниця : ТОВ «Меркьюрі-Поділля», 2016. – 13 с.

20. Типове Положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні : метод. рек. / НМАПО імені П. Л. Шупика; М. С. Пономаренко, Г. В. Загорій, А. В. Кабачна, С. В. Агунас, М. О. Говоруха, В. О. Борищук, Е. В. Шелкова, О. Г. Кабачний. – Вінниця : ТОВ «Меркьюрі-Поділля», 2016. – 15 с.

21. Інтегрована модель сімейної (страхової) фармації в організації медикаментозного забезпечення населення України в умовах амбулаторій загальної практики-сімейної медицини у відповідності до міжнародних стандартів GPP : метод. рек. / НМАПО імені П. Л. Шупика; М. С. Пономаренко, А. В. Кабачна, О. С. Соловійов, В. О. Борищук, Л. А. Бутко, С. В. Агунас, М. О. Говоруха, Ю. М. Григорук. – К.: ТОВ «Юстон», 2017. – 29 с.

22. Розробка Примірного переліку лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах амбулаторій загальної практики-сімейної медицини : метод. рек. / НМАПО імені П. Л. Шупика; М. С. Пономаренко, Л. Ф. Матюха, А. В. Кабачна, С. В. Агунас, Н. В. Малютіна. – К. : ТОВ «Фастпринт», 2017.– 46 с.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	22
ВСТУП	24
РОЗДІЛ 1. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ	34
1.1. Організація фармацевтичного забезпечення на різних етапах розвитку аптечної справи в Україні	34
1.2. Аналіз нормативно-правової бази з організації забезпечення фармацевтичного сектора за умов впровадження в Україні сімейної медицини	40
1.3. Фармацевтичне забезпечення в умовах впровадження сімейної медицини в Україні та за кордоном	44
1.3.1. Сучасні принципи функціонування сімейної фармації зарубіжних країнах	46
1.3.2. Розвиток і функціонування сімейної фармації в Україні	61
Висновки до розділу 1	68
РОЗДІЛ 2. ОБГРУНТУВАННЯ ОСНОВНИХ НАПРЯМІВ, ЗАГАЛЬНОЇ МЕТОДИКИ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	71
2.1. Обґрунтування напрямів дослідження	71
2.2. Загальна методика та методи дисертаційного дослідження	72
РОЗДІЛ 3. ДОСЛІДЖЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ	85
3.1. Дослідження сучасних питань організації фармацевтичного забезпечення відповідно до напрямів належної аптечної практики ..	85
3.2. Аналіз надання аптечними закладами фармацевтичних послуг відповідно до напрямів належної аптечної практики	105
3.3. Методичні підходи щодо організації роботи аптек сімейної	112

фармації в умовах впровадження сімейної медицини	
3.4. Розробка проекту Примірного переліку лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах функціонування амбулаторій загальної практики – сімейної медицини	122
Висновки до розділу 3	132
РОЗДІЛ 4. УДОСКОНАЛЕННЯ КОМАНДНОЇ РОБОТИ ЛІКАРІВ І ПРОВІЗОРІВ В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ	136
4.1. Вивчення досвіду командної роботи лікарів і провізорів у процесі фармакотерапії пацієнтів за кордоном і в Україні	136
4.2. Дослідження принципів командної роботи лікарів і провізорів у процесі управління фармакотерапією пацієнта	143
4.3. Удосконалення методів ефективною командної роботи лікарів і провізорів в умовах впровадження сімейної медицини	159
Висновки до розділу 4	165
РОЗДІЛ 5. РОЗРОБКА ІНТЕГРОВАНОЇ МОДЕЛІ СІМЕЙНОЇ ФАРМАЦІЇ В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ	167
5.1. Основні положення розбудови інтегрованої моделі сімейної фармації в Україні відповідно до міжнародних стандартів належної аптечної практики	167
5.2. Визначення функцій провізорів-консультантів сімейної фармації в умовах функціонування амбулаторій загальної практики – сімейної медицини	176
5.3. Системні підходи в створенні нормативно-визначеного асортименту лікарських засобів для аптек сімейної фармації відповідно до протоколів провізора й уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги	179
Висновки до розділу 5	189

	21
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ	191
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	195
ДОДАТКИ	223

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АЗП-СМ	амбулаторій загальної практики-сімейної медицини
АСФ	аптека сімейної фармації
ВМП	вироби медичного призначення
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГАПУ	Головне аптечне управління
ГЛЗ	готовий лікарський засіб
ДВТП	державне виробничо-торгове підприємство
ДУС	державне управління справами
ЄС	Європейський Союз
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ЗП-СМ	загальна практика – сімейна медицина
ІМСФ	інтегрована модель сімейної фармації
КП	комунальне підприємство
ЛЗ	лікарський засіб
ЛЗП-СЛ	лікар загальної практики-сімейний лікар
МКХ-10	Міжнародна класифікація хвороб 10 перегляду
МНН	Міжнародна непатентована назва
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
МФФ	Міжнародна фармацевтична федерація
ОЗ	охорона здоров'я
П-КСФ	провізор-консультант сімейної фармації
ПМД	первинна медична допомога
СМ	сімейна медицина
СОП	стандартні операційні процедури
УЛТ	управління лікарською терапією
ФАП	фельдшерсько-акушерські пункти
ФД	фармацевтична допомога
ФО	фармацевтична опіка

ФС	формулярна система
DDD	Defined Daily Dose (англ.), добова визначена доза
GCP	Good Clinical Practice (англ.), належна клінічна практика
GDP	Good Distribution Practice (англ.), належна дистриб'юторська практика
GLP	Good Laboratory Practice (англ.), належна лабораторна практика
GMP	Good Manufacturing Practice (англ.), належна виробнича практика
GPhVP	Good Pharmacovigilance Practice (англ.), належна практика з фармаконагляду
GPP	Good Pharmacy Practice (англ.), належна аптечна практика
VEN-аналіз	Vital Essential Non-essential (англ.) – життєво-важливі, необхідні, другорядні
WONCA	The World Organization of Family Doctors (WONCA), організація, що об'єднує сімейних лікарів у світі

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. На сучасному етапі насиченого фармацевтичного ринку актуальними є економічна доступність ЛЗ з їх доведеною ефективністю, безпекою та якістю за світовими стандартами та забезпечення ефективної фармакотерапії шляхом створення системи регламентації призначення та застосування ЛЗ відповідно до формулярів ЛЗ, протоколів та стандартів лікування, створених на основі європейських документів [105].

«Концепція розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011-2020 роки», затверджена наказом МОЗ України від 13.09.2010 р. № 769 зі змінами, внесеними наказом МОЗ України від 27.03.2013 р. № 242, з метою забезпечення розробки стандартів GPP, спрямована на організацію стабільності діяльності фармацевтичного сектору, який забезпечує рівень якості та ефективності фармакотерапії і профілактики захворювань населення, а також на створення відповідної нормативно-правової бази, що регулює фармацевтичну діяльність, розробку національної політики у фармацевтичній сфері при визначенні соціальних пріоритетів у медикаментозному забезпеченні населення ЛЗ, що в кінцевому результаті буде сприяти покращенню здоров'я населення, збільшенню тривалості і якості життя. Впровадження через ліцензування та акредитацію на підприємствах і організаціях фармацевтичного сектору за міжнародними стандартами системи забезпечення якості продукції та послуг, відомої у світі під назвою «Належна аптечна практика» (наказ від 30.05.2013 р. № 455 Про затвердження настанови «Належна аптечна практика: Стандарти якості аптечних послуг») було дуже важливим кроком для збереження здоров'я нації [75, 105, 108, 180].

Позитивний світовий досвід, узагальнений у документах ВООЗ, свідчить, що одним із пріоритетів національних систем ОЗ в умовах дефіциту фінансових і кадрових ресурсів є розвиток амбулаторної допомоги на засадах

СМ. Зважаючи на це, в Україні розвиток СМ був затверджений постановою Кабінету Міністрів від 20.06.2000 року № 989 «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» [118].

Вищенаведена законодавча база засвідчує нагальну необхідність реформування фармацевтичної та медичної галузей, створює необхідні умови для їх подальшого ефективного функціонування, тому що кризовий стан, в якому знаходяться ці важливі галузі, загрожує здоров'ю нації. Проблема обмеженого доступу до якісної медичної продукції, ЛЗ, прийняла загрозливих форм, коли потенційна користь ліків часто не реалізується (існує розрив між доведеною в клінічних дослідженнях ефективністю ЛЗ та їх фактичною ефективністю на практиці). Причини цього розриву включають проблеми з вибору ліків і дозування, неправильного прийому ЛЗ і недотримання пацієнтом призначеного лікування, взаємодії між ліками, взаємодії ЛЗ з продуктами харчування і їх побічних ефектів на організм людини. Крім клінічних проблем, пов'язаних з ліками, є фінансові наслідки. Було підраховано, що вартість проблем, пов'язаних з використанням ЛЗ, дорівнює або перевищує вартість самих ліків. Ліки також постійно дорожчають, а їх ціна компрометує доступність медичної та ФД. Управління цінами на медикаменти має вирішальне значення для оптимального використання обмежених ресурсів, щоб максимізувати ОЗ для якомога більшої кількості людей. Неякісні, навмисно пошкоджені, не ліцензовані та підроблені, неправильно марковані, фальсифіковані, контрафактні ліки є серйозною проблемою, яка негативно впливає на здоров'я. Все це відтерміновує створення передумов для втілення стандартів GPP, які передбачають дотримання пацієнтами ефективною фармакотерапії, а також забезпечення якості ЛЗ фармацевтичними підприємствами [74, 75, 99, 105, 108].

Вищезазначене демонструє необхідність створення якісно нової ІМСФ у тісній взаємодії з АЗП-СМ та сприяння у впровадженні аптек на засадах такої моделі (реорганізація аптек загального типу при закладах ЗП-СМ

в АСФ; створення нормативно-правової бази – розроблений типовий проект Положення «Про організацію АСФ при закладах ЗП-СМ») з введенням посади П-КСФ (взаємодія провізора-консультанта та ЛЗП-СЛ, які визначають стратегію й тактику лікування та одночасний вибір і забезпечення ЛЗ пацієнтів, запобігають ускладненням та не чинять дій на користь комерційним інтересам фірм, які б могли заподіяти шкоду пацієнту та становити загрозу населенню, контролюють необхідний асортимент ЛЗ та ін.) з метою забезпечення життєво-важливими ЛЗ для профілактики захворювань і ефективного управління фармакотерапією пацієнтів (надання безпечної та якісної лікувальної терапії з формуванням уваги на пацієнта – розроблений проект Переліку лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах АЗП-СМ, які повинні бути постійно в наявності і в необхідній кількості).

У зв'язку з вищенаведеним, актуальності набуває проведення комплексних досліджень щодо науково-теоретичного обґрунтування напрямків удосконалення існуючої в Україні системи організації фармацевтичного забезпечення населення та ЗОЗ за стандартами GPP в умовах впровадження СМ. На сучасному етапі вирішення проблемних питань можливе тільки з ноофармацевтичних та емерджентних позицій, що у кризових соціально-економічних ситуаціях сприяє розробці й прийняттю нестандартних рішень, які стимулюють вихід із скрутних положень та більш результативний розвиток за скороченим чи прискореним форматом.

Дослідженням стосовно організації надання ефективної ФД населенню були присвячені праці вітчизняних та закордонних вчених: Грошового Т. А., Котвітької А. А., Мнушко З. М., Немченко А. С., Пономаренка М. С., Пестун І. В., Трохимчука В. В., Зіменковського А. Б., Nepler С., Strand L. Та ін.

Разом з тим, комплексних досліджень проблем щодо науково-теоретичного обґрунтування організації системи СФ в умовах впровадження СМ, проводилось замало. Вищезазначене обумовило актуальність теми

дисертаційної роботи, визначило її мету, завдання, зміст та структуру наукових досліджень.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами, грантами. Дисертація виконана відповідно до плану науково-дослідної роботи кафедри організації і економіки фармації Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (НМАПО імені П. Л. Шупика) «Науково-теоретичне обґрунтування прискореного розвитку фармації, реінжиніринг процесів та кадрових ресурсів з ноофармацевтичних та емерджентних позицій» (номер державної реєстрації 0112U002362), тема дисертаційної роботи затверджена на засіданні вченою ради НМАПО імені П. Л. Шупика (протокол № 5 від 13.05.2015 р.).

Мета і завдання дослідження. Метою дисертаційного дослідження є комплексне науково-теоретичне обґрунтування закономірностей розвитку системи медикаментозного забезпечення населення України в умовах впровадження СМ.

Для досягнення поставленої мети необхідно було вирішити наступні завдання:

- Проаналізувати та узагальнити дані літературних джерел щодо стану фармацевтичного забезпечення населення на різних етапах розвитку аптечної справи в Україні та за кордоном; провести аналіз нормативно-правової бази щодо організації фармацевтичного забезпечення первинної медичної допомоги (ПМД) в умовах впровадження СМ в Україні.
- Розробити типовий проект Положення щодо організації АСФ в Україні за умов впровадження СМ.
- Здійснити оцінку сучасного стану організації роботи аптечних закладів відповідно до стандартів GPP та розробити стандарт GPP, рекомендований для впровадження в діяльність АСФ при закладах ЗП-СМ.
- Розробити науково обґрунтований проект переліку ЛЗ для надання невідкладної медичної допомоги в умовах функціонування АЗП-СМ.

- Дослідити функції запропонованої посади П-КСФ в умовах впровадження СМ в Україні та за кордоном (розробити навчальну програму тематичного удосконалення для провізорів).
- Обґрунтувати необхідність впровадження командної роботи П-КСФ і ЛЗП-СЛ для здійснення ефективного управління фармакотерапією пацієнтів.
- Розробити ІМСФ в умовах впровадження СМ відповідно до стандартів GPP.

Об'єкт дослідження: система організації медикаментозного забезпечення населення України з ноофармацевтичних та емерджентних позицій.

Предмет дослідження: організація процесу впровадження СФ в Україні та в світі на засадах СМ; кадрові ресурси фармацевтичної галузі; ресурсне забезпечення аптечних закладів в умовах функціонування АЗП-СМ; вітчизняна нормативно-правова база щодо організаційних основ запровадження та функціонування СМ і СФ; стандарти належної аптечної практики; результати анкетування лікарів ЗП-СЛ та провізорів щодо командної роботи в управлінні фармакотерапією пацієнтів; Державні формуляри ЛЗ, протоколи провізорів (фармацевтів) з відпуску безрецептурних ЛЗ, уніфіковані клінічні протоколи надання невідкладної медичної допомоги та Національний перелік основних ЛЗ.

Методи дослідження. Для вирішення поставлених у роботі завдань були використані такі методи: бібліосемантичний, ретроспективний, прогностичний, аналітичний, статистичний, VEN-аналіз, анкетування, концептуальне моделювання; спостереження; метод експертних оцінок. Обробка інформації здійснювалася з використанням ліцензованих прикладних програмних пакетів: Microsoft Office Word, Microsoft Office Excel, Statistica 6.1 та програми Oca for Windows (5.9.3).

Наукова новизна одержаних результатів полягає у комплексному обґрунтуванні методичних підходів до удосконалення фармацевтичного

забезпечення ЗОЗ на засадах СМ з метою впровадження ефективної фармакотерапії населення України.

До основних наукових результатів, що характеризують новизну і розкривають зміст дисертаційного дослідження, належать такі положення:

Уперше:

- проведено системний аналіз розвитку фармацевтичного сектора України та здійснено моніторинг організаційних форм фармацевтичного забезпечення населення України на різних етапах розвитку аптечної справи з ноофармацевтичних та емерджентних позицій;

- розроблено типовий проект (Положення) про організацію АСФ при закладах ЗП-СМ (розроблено на основі Європейського досвіду);

- запропоновано впровадження посади П-КСФ в АСФ в умовах функціонування АЗП-СМ (розроблена навчальна програма ТУ для провізорів);

- розроблено стандарт GPP, рекомендований для впровадження в діяльність АСФ при закладах ЗП-СМ;

- розроблено проект примірного переліку ЛЗ для надання невідкладної медичної допомоги в умовах функціонування АЗП-СМ;

- обґрунтовано необхідність командної роботи провізорів і лікарів в управлінні фармакотерапією пацієнтів в умовах впровадження СМ;

- розроблено та запропоновано ІМСФ в Україні відповідно до міжнародних стандартів GPP.

Удосконалено:

- систему організації аптечних закладів в умовах впровадження СМ у відповідності до обсягу надання фармацевтичних послуг за стандартами GPP;

- кваліфікаційні характеристики, типові Положення та стандартні робочі методики для П-КСФ, де враховано посадові обов'язки провізорів для АСФ.

Набуло подальшого розвитку:

- методика проведення у ЗОЗ VEN-аналізу при формуванні переліку ЛЗ для надання невідкладної медичної допомоги;
- типовий проект Положення про організацію АСФ в умовах функціонування АЗП-СМ;
- рекомендована організаційна структура АСФ за стандартами GPP.

Практичне значення одержаних результатів. Отримані результати досліджень становлять у сукупності науково-методичну основу для удосконалення організації фармацевтичного забезпечення ЗОЗ в умовах впровадження СМ. За результатами проведених досліджень розроблені і впроваджені в роботу ЗОЗ, а також у навчальний процес закладів вищої освіти, методичні рекомендації: «Типове положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні» (від 09.02.2016), «Інтегрована модель сімейної (страхової) фармації в організації медикаментозного забезпечення населення України в умовах амбулаторій загальної практики-сімейної медицини у відповідності до міжнародних стандартів GPP» (від 09.02.2016), «Типовий проект (Положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах загальної практики-сімейної медицини (розроблено на основі Європейського досвіду)» (від 09.02.2016); «Розробка Примірного переліку лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах функціонування амбулаторій загальної практики-сімейної медицини» (від 16.11.2016), що *впроваджені у практичну діяльність*: КП «Фармація», м. Київ (від 23.11.2016); ТДВ «Рівнефармація», м. Рівно (від 25.11.2016); ТОВ «Тетрамед», м. Рівно (від 12.11.2016; 18.11.2016; 25.11.2016); ПрАТ «Аптеки Запоріжжя», м. Запоріжжя (від 17.11.2016); ТОВ «Фармако», м. Вишневе (від 16.11.2016); ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця», м. Київ (від 10.11.2016); ТОВ «Техмедсервіс»-ТМС, м. Київ (від 08.11.2016); Центру первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) № 1, Голосіївського району, м. Києва (від 27.04.2017); КНП «ЦПМСД» Печерського району,

м. Київ (від 28.04.2017); Бориспільської центральної районної лікарні, м. Бориспіль (від 12.05.2017).

Фрагменти роботи впроваджені у навчальний процес закладів вищої освіти: Київського медичного університету Української Асоціації Народної Медицини (УАНМ), м. Київ (від 10.02.2017); ДЗ Луганського державного медичного університету, м. Рубіжне (від 15.03.2017); Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця (від 22.11.2016; 08.05.2017); Української військової медичної академії, кафедри військової фармації, м. Київ (від 04.01.2017; 11.01.2017); Запорізького державного медичного університету, м. Запоріжжя (від 08.05.2017); Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ (від 23.04.2017; 28.04.2017; 19.12.2017); Одеського національного медичного університету, м. Одеса (від 06.04.2017); Національного фармацевтичного університету, м. Харків (від 17.05.2017); Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ (від 06.09.2017); Львівського національного університету імені Данила Галицького, м. Львів (від 19.12.2017); Інститут післядипломної освіти Національного медичного університету імені О. О. Богомольця (від 08.12.2016).

На методичні рекомендації отримані свідоцтва Державної служби інтелектуальної власності України про реєстрацію авторського права на твір: «Інтегрована модель сімейної (страхової) фармації в організації медикаментозного забезпечення населення України в умовах амбулаторій загальної практики-сімейної медицини у відповідності до міжнародних стандартів GPP» (від 08.12.2017); «Розробка Примірного переліку лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах функціонування амбулаторій загальної практики-сімейної медицини» (від 08.12.2017); «Типове положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні» (від 24.02.2017); «Типовий проект (Положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптека сімейної фармації) при закладах

загальної практики-сімейної медицини (розроблено на основі Європейського досвіду)» (від 24.02.2017).

На етапі безперервного професійного розвитку провізорів впроваджено навчальна програма тематичного удосконалення для провізорів: «Удосконалення підготовки провізорів аптечних закладів в умовах впровадження сімейної медицини» за очно-заочною формою з елементами дистанційного навчання (затверджено рішенням вченої ради НМАПО імені П. Л. Шупика, протокол № 7 від 12.09.2018).

Особистий внесок здобувача. Особисто здобувачем проведено: аналіз джерел літератури, вибір із науковим керівником напрямку дослідження, постановка проблеми, визначення методології, мети, об'єкта, предмета дослідження, експериментальної частини роботи, теоретичне обґрунтування та інтерпретація отриманих даних, формулювання висновків, написання тексту дисертації; вивчена організація фармацевтичного забезпечення аптечних закладів загального типу, розроблена стандартизація фармацевтичних послуг в АСФ в умовах функціонування АЗП-СМ відповідності до стандартів GPP, запропоновані мінімальні вимоги до здійснення операційних процедур в АСФ в умовах функціонування АЗП-СМ, розроблений комплекс приміщень в залежності від характеру виробничої діяльності АСФ, запропоновані приклади використання індикаторів оцінки фармацевтичних послуг в АСФ у відповідності до стандартів GPP, рекомендована організаційна структура АСФ за стандартами GPP, розроблений стандарт GPP рекомендований для впровадження в діяльність АСФ, розроблений типовий проект Положення щодо розвитку СФ в умовах впровадження СМ в Україні; розроблений Примірний перелік ЛЗ для надання невідкладної медичної допомоги в умовах функціонування АЗП-СМ; розроблена ІМСФ в умовах впровадження СМ відповідно до міжнародних стандартів GPP, введений термін СФ.

Особистий внесок у всіх опублікованих зі співавторами працях (Пономаренко М. С., Загорій Г. В., Соловійов О. С., Борищук О. В.,

Кабачний О. Г., Коханов І. В., Краснянська Т. М., Клименко І. В., Григоруку Ю. М., Шелкова Е. В. Та інші.) вказується за текстом дисертації, а також в авторефераті у списку опублікованих працях. Усі наукові узагальнення, положення, результати, висновки та рекомендації, викладені у дисертації, отримані автором особисто.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертаційної роботи викладені та обговорені на: VIII Національному з'їзді фармацевтів України «Фармація ХХІ століття: тенденції та перспективи» (Харків, 2016); Міжнародній науково-практичній конференції «Медична наука та практика: виклики і сьогодення» (Львів, 2016); ХХХХ ювілейній науково-практичній конференції молодих вчених НМАПО імені П. Л. Шупика з міжнародною участю «Інновації в медицині: досягнення молодих вчених» (Київ, 2017); V міжнародній науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми розвитку галузевої економіки та логістики» (Харків, 2017); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні питання сімейної медицини та перспективи її розвитку» в рамках Всесвітнього дня сімейного лікаря (Київ, 2017); 41 науково-практичній конференції молодих вчених НМАПО імені П. Л. Шупика з міжнародною участю «EUROPEAN biomedical young scientist conference NMAPE» (Київ, 2018).

Обсяг і структура дисертації. Дисертація викладена 353 сторінках друкованого тексту і складається з анотацій, вступу, п'яти розділів, загальних висновків, списку використаних літературних джерел та 13 додатків. Список використаної літератури містить 227 джерел, у тому числі 150 кирилицею та 77 латиницею. Робота ілюстрована 20 таблицями та 13 рисунками

РОЗДІЛ 1

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

1.1. Організація фармацевтичного забезпечення на різних етапах розвитку аптечної справи в Україні

У наш час однією з провідних галузей, що забезпечує життєдіяльність та здоров'я людей, є фармація. Фармацевтична галузь – одна з найстійкіших, успішних і впливових галузей у світовій економіці, що відноситься до найбільш високотехнологічних і наукомістких її секторів [168]. Це – соціально значуща галузь народного господарства, від стану якої залежить національна безпека країни, здоров'я нації [36].

Аналіз наукових джерел дозволяє дійти висновку, що більшість науковців визначають фармацію взагалі як складову частину соціально-економічної галузі ОЗ. Так, відомий дослідник з питань фармацевтичної термінології І.М. Перцев визначив фармацію як науково-практичну діяльність в галузі ОЗ, що охоплює сферу лікознавства [28]. О.О. Цуркан та Т.С. Цуркан зазначають, що фармація – це науково-практична галузь у структурі ОЗ, що займається питаннями пошуку, одержання, дослідження, виготовлення, зберігання та відпуску ЛЗ [148]. Прикладом законодавчого визначення фармацевтичної сфери як елементу галузі ОЗ є ч. 1 ст. 16 Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров'я”, яка відносить аптечні заклади до закладів ОЗ [88].

Становлення фармації України – це частина її національної історії і культури, що відбувалося в складних соціально-політичних умовах [26]. У різні історичні періоди розвиток галузі відповідав тим концепціям, що були обумовлені соціальними, економічними і політичними змінами у суспільстві [45, 140].

Головною складовою політики того часу було дотримання планових показників Аптечними управліннями. Негативною тенденцією була нестача чи навіть відсутність лікувальних препаратів (ЛП) першої необхідності. Однак, водночас, можна констатувати деякі позитивні моменти. Мережа аптек з року в рік зростала. Вартість ЛЗ була порівняно невисокою, а тому доступною для більшості громадян. Покращилось інформування лікарів і населення щодо наявності ЛЗ в аптечних закладах [26, 45, 46, 127].

Початок 1990-х років відзначається економічною, правовою і соціально-політичною кризою. Формування ринкових відносин в Україні в цей час, що супроводжувались процесами роздержавлення, приватизації, комерціалізації фармацевтичних і аптечних підприємств, становленням підприємництва та появою нових організаційно-правових форм господарювання й управління, що обумовили зміни у сфері фармацевтичного забезпечення населення [23, 131, 221].

З кінця 1990-х рр. починається повільне поживлення фармацевтичного ринку, проте криза 1998 р. знов обрушила цей ринок. Ознаками кризового становища виробничих та оптово-роздрібних фармацевтичних підприємств стало падіння обсягів продажу ВМП, збільшення заборгованості перед постачальниками, перебої з поповненням асортименту, збільшення кількості відмов клієнтам та значне зниження ресурсного забезпечення закладів [26, 45, 69, 221]. Починаючи з 1992 р., збільшення кількості аптечних закладів сталося, в основному, за рахунок появи приватних аптек з одночасним скороченням кількості державних аптек та аптек комунальної власності [40, 221]. Так, наприклад, станом на 01.01.2014 р. питома вага приватних аптек у більшості сільських місцевостей становить від 81,0 % до 97,2 %: у Вінницькій області – 82 %; Закарпатській – 91,7 %; Івано-Франківській – 90,3 %; Кіровоградській – 97,2 %. Найнижчі показники у Житомирській – 39,2 %; Луганській – 39,5 %; Полтавській – 29,4 %; Черкаській – 45,7 %; Чернігівській – 47,2 % областях [34, 223].

Ситуація стала поступово виправлятися тільки з початку 2000-х рр.

Принциповою особливістю цього процесу стає бурхливий розвиток аптечних мереж. Дана тенденція була обумовлена появою дистриб'юторів ЛЗ, оптових фармацевтичних фірм, а також процесами злиття і поглинання, які забезпечили приблизно 60-70 % приросту кількості аптек за останні 15 років [62, 68]. Слід зазначити, що аптечні мережі, найчастіше комунальні, виконували соціальну функцію по забезпеченню ФД сільського населення, індивідуального виготовлення ЛЗ, відпуску ЛЗ за безкоштовними і пільговими рецептами [23, 57, 226].

Згідно з сучасними уявленнями, фармацевтична галузь – це сукупність підприємств, організацій і установ, зайнятих у створенні, виробництві, реалізації лікарських субстанцій, ЛП та ВМП та забезпеченні контролю їх якості [59]. Реалізацією фармацевтичної продукції займаються оптові та роздрібні аптечні заклади, які отримали ліцензію. Аптечні заклади є кінцевою ланкою в ланцюгу розподілу фармацевтичної продукції від виробника до споживача. Кількість аптечних закладів після розпаду Радянського Союзу, збільшилася в 2-2,5 рази, що викликало посилення конкуренції в роздрібному секторі фармацевтичного ринку [26, 45, 50, 126].

Український фармацевтичний ринок сьогодні складається із госпітального й роздрібною сегментів. Враховуючи той факт, що роздрібний сегмент акумулює майже 90 % ринку ЛЗ, а госпітальний сектор охоплює лише десяту його частину, значний тягар фінансування фармацевтичного забезпечення лягає на плечі споживачів [26, 45, 85, 127].

В наш час у світі склалася ситуація, з одного боку, обмеженого, з іншого – надмірного доступу населення до аптечних закладів. Більша частина аптек знаходиться в містах, тобто сільські жителі мають обмежений доступ до ліків [26, 159, 170, 223, 226]. Середнє навантаження на один аптечний заклад в Україні в цілому становить 3,3 тис. осіб; у містах – 1,81 тис. осіб; в сільській місцевості – 3,78 тис. осіб. Зазначене свідчить, що в середньому це відповідає європейським показникам навантаження населення на один аптечний заклад. В Європі середня кількість населення,

що обслуговується однією аптекою, коливається від 1143 осіб у Греції до 17869 у Данії, 2641 – у Франції, у Німеччині – 3883, у Польщі – 6094 [23, 71, 154, 173, 183, 226].

Аптечний бізнес за класифікатором видів економічної діяльності належить до торгівлі, тому метою діяльності є розширення обсягів реалізації ЛЗ, отримання максимального прибутку. Водночас продаж ЛЗ має низку суттєвих відмінностей від інших споживчих товарів: більшість ЛЗ має продаватись за рецептами; потреба у ЛЗ не повинна формуватися за рахунок реклами (за винятком препаратів профілактичного та оздоровчого характеру), а виникати внаслідок захворювання; продаж ЛЗ супроводжується консультацією або порадами провізора; аптеки повинні бути максимально наближені до споживачів [2, 26, 50]. Таким чином, розвиток аптечної мережі має вирішувати в першу чергу соціальні проблеми, зокрема доступність ЛЗ для населення, а також безпечність, якість та ефективність лікування. Разом з позитивними кроками, стихійна інтеграція вітчизняної фармації у ринкові умови призвела до зайвої комерціалізації та зниження її загально-соціальної ефективності. В Україні сформувались протиріччя між ринковою формою фармації та її соціоцентричною природою. Так, наприклад, прагнучи збільшити обсяги продажу певних ЛЗ, аптеки матеріально зацікавлюють лікарів виписувати саме ці ЛП та спрямовувати пацієнтів до конкретного аптечного закладу. Це призводить до конфлікту інтересів лікаря та пацієнта [2, 26, 50, 154, 163, 226].

Забезпечення населення ЛЗ здійснюється в 3 етапи: організація договірної роботи з постачальниками, формування асортименту ЛЗ та їх реалізація. Цей процес має зрівноважувати очікування і вимоги споживачів з цілями фармацевтичних організацій, які є його учасниками. Іншими словами, процес забезпечення населення ЛЗ з погляду аптек спрямований на досягнення їх ринкових цілей через визначення потреб відвідувачів і створення та надання їм більшої цінності в порівнянні з конкурентами. З точки зору пацієнтів, споживна цінність ЛЗ характеризується дуалізмом

очікуваних вигід і прийнятних витрат. Першу складову характеризують переваги ЛЗ, обслуговування, взаємовідносин та іміджу, іншу – грошові витрати, витрати часу, зусиль і психологічне навантаження [64]. В наш час фармацевтичний ринок України знаходиться у стадії формування своєї структури, основними рисами якої є збільшення кількості аптечних закладів і аптечних мереж; збільшення долі лікарських препаратів іноземного виробництва і скорочення питомої ваги вітчизняних ЛЗ; зростання загальної захворюваності населення. Цю тезу підтверджують процеси інтеграції і консолідації, що відбуваються на вітчизняному фармацевтичному ринку та спричиняють становлення таких нових структур, як корпоративні аптечні мережі, фармацевтичні маркети, оптово-роздрібні об'єднання, фармацевтичні холдинги [26, 32, 45, 154, 163]. Для українського фармацевтичного ринку такі організаційні утворення є новим етапом розвитку галузі, проте досвід та показники діяльності провідних фармацевтичних компаній світу свідчать про успішність, економічну ефективність та перспективність функціонування інтегрованих фармацевтичних підприємств [5, 127].

На фармацевтичному ринку України наявний асортимент ЛЗ та ВМП понад 300 виробників з країн далекого зарубіжжя, країн СНД і Балтії, а також 160 вітчизняних виробників, серед яких 22 виробники, що займалися виробництвом ЛЗ ще за часів Радянського Союзу [14]. Сучасний вітчизняний фармацевтичний ринок характеризується динамічним розвитком, загостренням конкурентної боротьби, впровадженням стандартів обслуговування клієнтів, підвищенням соціальної відповідальності перед споживачами ЛЗ та населенням у цілому [17, 26].

Сьогодні вітчизняні аптеки, залишаючись насамперед закладами ОЗ, працюють в умовах зростаючої конкуренції, яка обумовлена, зокрема, кон'юктурою аптечної мережі в Україні (збільшення кількості аптек та зменшення кількості аптечних кіосків), невисокою купівельною спроможністю населення, зростанням вартості ЛЗ, відсутністю медичного страхування та відпрацьованих механізмів реімбурсації тощо. Водночас,

як зазначають експерти фармацевтичної галузі, у значній кількості аптечних закладів погіршуються результати господарсько-фінансової діяльності, що може знижувати якість ФД [27, 45, 127, 162, 185, 200]. Ознаками кризового становища виробничих та оптово-роздрібних фармацевтичних підприємств є падіння обсягів продажу товару, збільшення заборгованості перед постачальниками, перебої з поповненням асортименту, збільшення кількості відмов клієнтам та значне зниження ресурсного забезпечення підприємства [91]. Виходячи з соціально-економічних особливостей фармацевтичного ринку, вимогами до оптимального розподілу ЛЗ є: постійний контроль за наявністю основних (життєво-необхідних) ЛП; нормування їх споживання в умовах стаціонарного лікування і амбулаторними хворими, які належать до пільгового контингенту; вдосконалення існуючого механізму оплати ЛЗ за рахунок бюджетних асигнувань і страхових коштів; здійснення контролю за обґрунтованістю використання тих або інших ЛП, під час лікування тощо [10, 59, 185]. В умовах обмежених ресурсів ОЗ зростає потреба в більш жорсткому плануванні та розподілі ресурсів. Тому під час економічної кризи та реформування галузі необхідно зробити акцент на централізовані страхові системи компенсації, до складу яких належать і механізми реімбурсації вартості ЛЗ [52, 185, 200].

Таким чином, наведені дані свідчать про активну розбудову фармацевтичної галузі в Україні та негативний вплив економічних та політичних негараздів на стан та розвиток аптечної справи, а також про зміни організаційної структури управління фармацевтичною галуззю для поліпшення фармацевтичного забезпечення населення. Основною функцією аптек, як відомо, є забезпечення населення і ЗОЗ ЛЗ та ВМП, надання послуг. Водночас, сучасна аптека – це підприємство, і тому управління її діяльністю має відповідати принципам підприємницької діяльності та принципам GPP. Сьогодні українська фармацевтична галузь продовжує свій розвиток, орієнтуючись на європейський досвід. Стратегія реструктуризації української

фармації повинна будуватися з врахуванням загальносвітових тенденцій. За таких умов актуальності набуває проведення досліджень щодо наукового обґрунтування напрямків удосконалення існуючої системи організації забезпечення ЛЗ населення та ЗОЗ в умовах впровадження СМ.

1.2. Аналіз нормативно-правової бази з організації забезпечення фармацевтичного сектора за умов впровадження в Україні сімейної медицини

ВООЗ визначає ПМД на засадах СМ як фундамент усієї системи медичної допомоги. Основу законодавчої системи в Україні складає Конституція України, яка визначає підходи до розвитку державної політики в ОЗ. Погіршення стану здоров'я населення України, високі показники смертності, зменшення середньої тривалості життя, нерівність у доступності медичної допомоги призводять до збільшення потреби у медичній допомозі, яку існуюча досі система ОЗ задовольнити не в змозі [150, 195]. За висновками експертів ВООЗ, зробленими на основі аналізу світового досвіду, лише розвиток ПМД на засадах СМ дасть змогу істотно вплинути на поліпшення демографічної ситуації, досягти зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення шляхом надання доступної та високоякісної медичної допомоги, а також раціонального використання бюджетних коштів [49, 201, 209, 216].

У більшості країн світу на ПМД припадає до 90 % загального обсягу медичних послуг, а питома вага чисельності ЛЗП-СЛ серед лікарів галузі ОЗ становить 30-50 % (для порівняння: в Україні – 7,3 %) [139].

За визначенням фахівців Європейської асоціації сімейної медицини (European WONCA) серед основних характеристик ЗП-СМ [178, 196]: доступність для всього населення ПМД; забезпечення ефективного використання ресурсів системи ОЗ; надання індивідуальної допомоги пацієнту, з урахуванням особливостей сімейного і соціального оточення;

консультування всіх членів родини незалежно від віку, дослідження стану здоров'я сім'ї у кількох поколіннях; послідовність та наступність медичної допомоги згідно з потребами пацієнта; вирішення проблеми захворювань на доклінічній, часто недиференційованій стадії; вирішення проблеми як гострих, так і хронічних захворювань; навчання здоровому способу життя; відповідальність за якість та ефективність наданої допомоги як перед особистістю, так і перед суспільством у цілому [178, 181, 186, 191, 196].

Тобто у період становлення самостійної національної ОЗ надзвичайно актуальним є створення науково-обґрунтованих законів та їх чітке виконання через підзаконні нормативні акти [63].

У 1992 році Основами законодавства України про охорону здоров'я визначено пріоритетний розвиток ПМД. З тих пір почала розвиватися нормативна база для широкого впровадження ПМД в Україні [88]. У 1997 р. було засновано Українську асоціацію сімейної медицини, яка у 1999 році стала членом WONCA у Європі [178, 192, 196]. Суттєвого розвитку ЗП-СМ набула з 2000 р., коли відповідно до документів ВООЗ Указом Президента України від 07.12.2000 р. № 1313/2000 була затверджена Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, в якій серед провідних заходів з реформування галузі було зазначено організацію ПМД за сімейним принципом [119]. Постановою Кабінету Міністрів від 20.06.2000 р. № 989 було затверджено комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему ОЗ [118]. Основними рисами перспективної моделі ПМД в Україні є поступовий перехід до її надання на засадах сімейної медицини. Закладом з надання ПМД має стати центр ПМД, а за рахунок розгалуженої мережі амбулаторій, наближених до місця проживання населення у містах і сільській місцевості, має бути досягнута рівна фізична доступність пацієнтів до такої допомоги [21, 60, 170].

Відповідно до цього МОЗ видано низку наказів, що спрямовані на подолання негативних тенденцій, які роками накопичувалися в системі ОЗ, і які регламентують процеси перетворень у системі ПМД, різні аспекти

організації роботи первинної ланки на засадах СМ, затверджено документацію, кваліфікаційні характеристики і положення про ЛЗП-СЛ та медичну сестру ЗП-СМ [139].

Так, на виконання Програми економічних реформ на 2010-2014 роки “Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава”, затвердженої Указом Президента України від 12.03.2013 року № 128/2013 [121], МОЗ України затверджений наказ № 793 від 10.09.2013 р. “Про затвердження Нормативів забезпеченості мережею амбулаторій-підрозділів центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги” [109]. Нормативи визначають пропорцію між кількістю населення та кількістю закладів ОЗ, що надають ПМД з урахуванням характеру розселення (сільське населення, міське населення). Норматив забезпеченості амбулаторіями сільського населення вказує мінімальну необхідну кількість амбулаторій (3,3) на 10 тис. сільського населення. Для міського населення, що проживає у містах/мікрорайонах міст з щільною багатоповерховою забудовою, може встановлюватись норматив забезпеченості амбулаторіями 1,0 на 10 тисяч населення. Нормативи використовуються на період до 2020 року з метою досягнення рівної доступності первинної медичної допомоги та моніторингу й оцінки цього процесу [109].

Наказом МОЗ України від 22.07.2009 № 529 “Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров’я” затверджені Положення про Державний, регіональний та локальний формуляри ЛЗ. ЗОЗ, зокрема центри ПМД, амбулаторії сімейної медицини, повинні розробляти локальні формуляри ЛЗ, що представляють собою перелік ЛЗ з найбільш доказовою базою щодо їх ефективності, безпеки та економічно вигідного використання коштів закладу. Україна робить тільки перші кроки у цьому напрямку, що є важливим елементом системи ОЗ, що упорядковує призначення і використання ЛЗ [124].

Наказом МОЗ України від 29.07.2016 р. № 801 затверджено Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його

підрозділи [114]. Серед основних завдань Центру ПМД: організація надання і забезпечення належної доступності та якості ПМД; організація взаємодії із ЗОЗ, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, екстрену, паліативну медичну допомогу, медичну реабілітацію; організація та надання невідкладної медичної допомоги населенню; забезпечення кадрового укомплектування; забезпечення взаємодії між підрозділами Центру ПМД в інтересах удосконалення надання медичної допомоги, збереження та зміцнення здоров'я населення; сприяння доступності для населення сільської місцевості стоматологічної та екстреної допомоги, забезпечення ЛЗ [114].

Отже, на сьогодні прийнято ряд нормативно-правових документів щодо організації основ запровадження та функціонування сімейної медицини в Україні, якими регулюються принципи надання ПМД та функціонування фармацевтичного сектора в умовах впровадження СМ, основні з яких представлено в дод. А, що містить систему основоположних нормативно-правових актів України [107, 114, 117-119].

Водночас, законодавча база потребує удосконалення: не визначені дефініції “провізора-консультанта сімейної фармації” (П-КСФ) / “сімейний фармацевт” в аптечних закладах в умовах функціонування АЗП-СМ, його функціонально-посадові обов'язки і можливості взаємодії з лікарями (зокрема ЛЗП-СЛ), не розроблено відповідних документів, які повинен вести “П-КСФ”/“сімейний фармацевт”, система його винагород тощо. Відсутність в Україні законодавчої регламентації ролі, місця та значення сімейного фармацевта та моделі сімейної фармації в умовах впровадження СМ, потребує проведення відповідних досліджень.

Об'єктивними причинами зміни основних професійних функцій провізора стали: бурхливий розвиток фармацевтичної промисловості, постійне збільшення кількості оригінальних і генеричних ЛЗ та різноманітність їх лікарських форм; “вузька” спеціалізація лікарів; зростання числа ускладнень фармакотерапії; розширення номенклатури

безрецептурних ЛЗ і формування системи відповідального самолікування [39, 40, 210, 218, 224].

Своєчасним кроком у напрямі адаптації законодавства України до законодавств Європейського Союзу (ЄС) стало створення національних стандартів аптечної справи, в тому числі затвердження наказом МОЗ України від № 875 від 11.10.2013 р. “Протоколів провізора (фармацевта) з відпуску безрецептурних ЛЗ” і впровадження протоколів у практичну діяльність [117, 182]. Нормування діяльності провізора (фармацевта) є невід’ємною складовою концепції ВООЗ і Міжнародної фармацевтичної федерації (МФФ) щодо GPP. Стандарти мають стати важливим елементом удосконалення якості аптечних послуг, що надаються споживачу в Україні [66, 108, 174, 182, 217, 222].

Таким чином, державне управління у сфері впровадження СМ у практику ОЗ в Україні спирається на нормативно-правове забезпечення медичної галузі, яке має відповідати потребам реформування галузі. Оскільки ПМД, побудована на засадах СМ в Україні, ще не повністю відповідає характеристикам, властивим розвиненим системам, зусилля уряду і медичної спільноти країни мають бути направлені на вдосконалення надання ПМД. Водночас, останнім часом в Україні, після досить тривалого періоду невизначеності, здійснені дієві заходи, які можна трактувати як активний розвиток змін в орієнтації системи надання ПМД на засадах СМ.

1.3. Фармацевтичне забезпечення в умовах впровадження сімейної медицини в Україні та за кордоном

Проблеми європейської інтеграції України вимагають суттєвих перетворень у сфері охорони громадського здоров’я, формування нової системи державного управління нею, що ставить за мету поліпшення доступності, керованості, профілактичної спрямованості, стандартизації та доказовості медичної допомоги мешканцям міст і сільських поселень [58].

Як відомо, СМ – найбільш ефективна система надання ПМД, яка дозволяє забезпечити безперервну та всебічну медичну допомогу всім членам родини на принципах професіоналізму, цілісності, індивідуального підходу. Система є найбільш зручною, доступною та економічно вигідною для пацієнта, тому прийнята в багатьох країнах світу [160, 162, 211, 220]. Переваги орієнтації системи ОЗ на розвиток ПМД показано у ряді міжнародних досліджень [164, 183, 213].

Незадовільний стан здоров'я населення, неспроможність традиційних організаційно-управлінських механізмів вирішувати численні проблеми в галузі, погіршення показників ефективності використання ресурсів та суттєва обмеженість фінансового забезпечення обґрунтовують необхідність проведення реформи з розвитку ПМД на засадах ЗП-СМ ів системі ОЗ України [72, 173, 175, 187].

За даними досліджень, впровадження СМ позитивно вплинуло на доступність та якість медичної допомоги. Засвідчено, що СМ змогла взяти на себе значно більший обсяг послуг, ніж здатна забезпечити дільнична служба поліклініки. Це позитивно позначається на всій структурі медичних послуг – знижується попит на спеціалізовану та швидку медичну допомогу, зростає рівень задоволеності населення медичною допомогою [9, 22, 33, 216].

Водночас, встановлено, що станом на кінець 2016 р., в цілому по Україні ПМД на засадах ЗП-СМ отримувало лише 76,9 % населення [8]. При цьому показник забезпеченості амбулаторіями ЗП-СМ на 10 тис. населення в середньому по Україні становило 0,98 у містах та 3,06 у сільській місцевості. Питома вага лікарів ЗП-СМ, які надають ПМД пацієнтам від народження і протягом усього життя, в Україні становило 69,14 %, а питома вага населення, яке отримує ПМД від народження і протягом усього життя, у сільській місцевості складало 76,48 %, у містах – 45,9 %. У м. Києві частка лікарів ЗП-СМ, які надають ПМД пацієнтам від народження і протягом усього життя, дорівнювало 6,68 %, а питома вага населення, яке отримує ПМД від народження і протягом усього життя, складало 3,15 %.

Відомо, що забезпечення населення якісною медичною допомогою визначається рівнем матеріально-технічного забезпечення закладів ПМД. Питома вага амбулаторій, оснащених медичним обладнанням, інструментами та інвентарем відповідно до таблиця оснащення, становило 14,8 %, автоматизованими робочими місцями – 11,5 %, санітарним автотранспортом – 43,9 %. За показниками охоплення населення ПМД на засадах СМ, кадрового забезпечення первинного рівня надання медичної допомоги та середнього навантаження на одного ЛЗП-СЛ, а також оснащеності АЗП-СМ відповідно до галузевих нормативів у розрізі регіонів є значні недоліки і відмінності [8]. У цілому по Україні показник охоплення сільського населення послугами СМ у 2016 р. становив 91,2 %, міського – 70,5 % [56]. Одним із важливих показників ефективності медичної допомоги лікаря ЗП-СМ є середнє навантаження на лікарів. За результатами моніторингу, у 2014 р. середнє навантаження на лікаря ЗП-СМ у містах становило 1417,49 тис. осіб на штатну посаду лікаря та 1786,69 – фізичну особу. У сільській місцевості – 1539,76 тис. осіб і 2539,04 тис. осіб, відповідно, хоча норматив навантаження на ЛЗП-СЛ в Україні дорівнює 1200 осіб у сільській місцевості і 1500 осіб у місті. Дані проведених досліджень свідчать, що розвитку ЗП-СМ не відповідає пріоритетності розвитку СМ в системі ОЗ населення України і таким чином негативно впливає на показники здоров'я населення (високі показники захворюваності, інвалідності, смертності), що потребує подальшого розвитку сімейної медицини в Україні з врахуванням існуючого світового досвіду [56, 209, 213].

1.3.1. Сучасні принципи функціонування сімейної фармації в зарубіжних країнах.

Фармацевтичний сектор в більшості розвинених країн світу належить до найбільш динамічних і рентабельних, і в той же час виступає

як особливий сегмент ринку, що регулюється державними органами влади, а також контролюється страховою медициною [185, 200, 206]. Фармацевтичне забезпечення – одна з найважливіших соціальних гарантій, що надається населенню, і більшість цих країн гарантує забезпечення населення ЛЗ на безкоштовній або частково безкоштовній основі. Разом з безкоштовним фармацевтичним забезпеченням хворих на стаціонарному етапі надання медичної допомоги, більшість країн Заходу покривають витрати на ЛЗ і в амбулаторному секторі. Подібна практика забезпечення населення ЛЗ з боку держави вимагає впровадження науково-обґрунтованих механізмів регулювання фармацевтичного ринку, зокрема, регулювання цін на відшкодування ЛЗ на рівні виробника, дистриб'ютора і аптечної мережі [10, 155, 195]. Результати досліджень свідчать, що основними завданнями щодо покращення розвитку ОЗ є, по-перше, проведення автономізації медичних закладів, відповідно до якої їх організаційно-правова форма зміниться на некомерційні підприємства, які залишатимуться в державній власності або у власності громад; по-друге, укладення договорів з такими закладами про надання громадянам медичних послуг. Тобто за новим типом відносин держава перетворюється в замовника медичних послуг, а лікарня – в їх постачальника [195, 203, 189].

Ноофармація як нова філософія у фармації та медицині базується на принципах усвідомленої комплаєнтності щодо поєднання позитивного досвіду минулих років з сучасних позицій та перспекції на майбутнє. Як відомо, кожна система з емерджентних позицій має свої підсистеми, компоненти, частини, елементи підсистем, які пов'язані і взаємозалежні один від одного. В наш час фармацевтичне забезпечення населення є складною інтеграційною системою, яка поєднує ФД, процес забезпечення ЛЗ та професійну аптечну практику. Непогодженість однієї з частин системи порушує взаємодію всієї системи фармацевтичного забезпечення, що базується на єдності медицини та промислової фармації; дистриб'юторської, аптечної мережі з метою належного фармацевтичного

забезпечення населення якісними, безпечними, ефективними та доступними за ціною ліками в умовах страхової, сімейної медицини та фармації [35, 48, 79, 152, 190, 204].

Медичне страхування дає громадянам можливість користуватися ЛЗ безкоштовно або зі значною знижкою, що забезпечує високу доступність якісної медичної допомоги, що вражає результатами роботи національних систем громадської ОЗ. Доступність ефективних ліків на початковій стадії захворювання дозволяє знизити загальні витрати системи ОЗ [95, 185, 200].

Треба відмітити, що у більшості країн пострадянського простору страхування фармацевтичного забезпечення має скоріше факультативний характер: за програмами страхування ЛЗ певного переліку надаються тільки при стаціонарному лікуванні, при амбулаторному лікуванні право на пільгове отримання ЛЗ мають лише окремі категорії громадян. Така ситуація через ряд соціальних і економічних причин сприяє розвитку самолікування, що нівелює профілактичну функцію ОЗ і, зрештою, призводить до зростання витрат на надання вартісної стаціонарної допомоги. Страхування фармацевтичного забезпечення на добровільній основі здійснюють страхові компанії або в складі добровільного медичного страхування, або як окремий вид ліцензованої страхової діяльності – додаткового медичного страхування [160, 162, 181, 185, 191, 203]. Впровадження медичного страхування забезпечує істотне поліпшення ситуації із забезпеченням населення сучасними, іноді досить дорогими оригінальними препаратами, підвищення доступності якісного лікування і соціальній захищеності населення. Крім цього, переведення фармацевтичного забезпечення на страхові принципи надає свої переваги і виробникам фармацевтичної продукції, забезпечивши їм не лише стабільний і прогнозований рівень збуту, але й суттєвий приріст ринку у зв'язку зі зростаючою купівельною спроможністю споживачів [15, 185, 200].

Згідно концепції фармацевтичного маркетингу, існує чотири групи чинників, що визначають споживчі переваги аптеки: розташування (place),

імідж (promotion), асортиментна (product) і цінова (price) політики [138, 153].

З позиції результатів аналізу можна виділити наступні групи країн, що характеризуються споживчими перевагами аптек [81]:

- традиційно сформованими соціально орієнтованими підходами до організації фармацевтичної допомоги з чітко визначеними критеріями (фармацевти можуть володіти обмеженою кількістю аптек) та порядком державного регулювання діяльності аптечних закладів (країни Західної Європи: Данія, Фінляндія, Франція, Німеччина, Греція, Італія, Люксембург);

- реформуванням системи фармацевтичного забезпечення шляхом впровадження форм і методів обслуговування населення, що базуються на традиційно пріоритетній ролі держави та чітко визначеній (аптекою можуть володіти лише фармацевти) державній політиці щодо порядку відкриття та організації діяльності аптек (члени ЄС або кандидати вступу до ЄС, а саме: Литва, Туреччина, Латвія, Словенія, Угорщина);

- превалюванням ліберальних підходів в організації фармацевтичного забезпечення населення (аптекою можуть володіти не фармацевти самостійно або спільно з фармацевтами) за наявності ефективних механізмів державного регулювання та моніторингу вартості її компенсації (Австрія, Бельгія, Іспанія, Швеція, Кіпр, Ірландія, Нідерланди, Норвегія, Португалія, Мальта, Швейцарія, Великобританія, США, Канада);

- паралельним упровадженням ринкових механізмів у практику ОЗ і фармацевтичне забезпечення населення (аптекою можуть володіти не фармацевти) та побудовою соціально орієнтованої моделі державного регулювання фармацевтичною діяльністю на прикладі країн Західної Європи (Болгарія, Хорватія, Чехія, Естонія, Польща, Румунія, Словаччина, Україна, Російська) [81].

Отже, в більшості країн світу відшкодування витрат на ЛЗ відбувається на страховій основі. В цьому процесі в тому чи іншому вигляді беруть участь страхові компанії, державні страхові фонди, некомерційні товариства взаємного страхування тощо [125, 153, 154, 185, 200]. Також у світі останнім

часом важливого значення набуває процес посилення гуманістичних тенденцій, які впливають практично на всі сфери суспільного життя та форми діяльності, зокрема й на організацію надання ФД. Основні тенденції розвитку світової аптечної системи полягають в появі та розвитку нових форм і методів надання ФД в аптеках, розширенні функцій фармацевта, впровадження механізмів забезпечення і підтримки якості аптечної діяльності, а також посиленні активності професійних асоціацій [186, 204, 205, 227].

Аналіз результатів опитування лікарів у складі команд закладів первинної допомоги (n=69), а також одноособові інтерв'ю з лікарями (n=13), проведені американськими спеціалістами, свідчать, що 90 % респондентів погодились, що наявність фармацевта робить управління фармакотерапією більш ефективним, 93 % погодились, що рекомендації фармацевта є клінічно корисними, 71 % опитаних були впевнені, що співпраця з фармацевтом сприяла покращенню знань про препарати, які вони призначають, і 75 % погодились, що фармацевт, як частина групи ПМД, полегшує роботу лікаря. Лікарі підкреслили важливість комунікації з клінічним фармацевтом, командного догляду та розширеної ролі фармацевта в наданні медичної допомоги. Тобто, лікарі первинної медичної допомоги високо оцінили інтегровану фармацевтичну допомогу, а фармацевти розглядаються як члени команди надання медичних послуг на первинному рівні [205, 207, 210].

ЛЗП-СЛ працюють у групах з різною кількістю лікарів та обслуговуючого персоналу. У розвинених країнах світу до складу обслуговуючого персоналу входять медичні сестри, акушерки, а також адміністративні працівники. Фахівці загальної практики можуть також співпрацювати зі спеціалістами інших галузей, такими як фармацевти, соціальні працівники, а також лікарями стаціонарів. Вони можуть входити до багатьох команд та працювати з різними людьми для виконання різних завдань. Залежно від завдань може виникати необхідність роботи з різних організаціях. Така практика поширена всюди. У

табл. 1.1 представлена досить значна різниця в складі команд лікарів-терапевтів у різних країнах [33, 126, 131, 139, 187, 203].

Таблиця 1.1

Кількісний склад штату в закладах первинної медичної допомоги у ряді закордонних країн [131]

№ з/п	Країна	Склад команди	Участь іншого персоналу
1	2	3	4
1	Австралія	Лікар – 30 %, 1-4 лікаря – 35-40 %, 5 лікарів і більше – 30-35 %. У середньому – 2,5 лікаря та фармацевтичні працівники	Участь фармацевтів, медичних сестер та спеціалістів з охорони здоров'я
2	США	1 – 2 лікарі – 38 %, 3 – 9 лікарів – 17 %, понад 10-11 %. Також: 5 % – студентів, 4 % – працівників лікарні, 9 % – інших осіб, зокрема фармацевтичні працівники	46 % – професії, що не пов'язані з системою охорони здоров'я, 15 % – інших лікарів, 14 % – медичних сестер, 3 % – працівників лабораторій, 22 % – спеціалістів з інших галузей охорони здоров'я, зокрема фармацевтичні працівники
3	Великобританія	1 лікар – 10 %, 2-5 лікарів – 60 %, понад 6 лікарів – 30 %. У середньому 3,2 лікаря (фармацевти)	У середньому – 11,8 працівника (фармацевти, медичні сестри, секретарі) та 6,33 персоналу, з яким регулярно взаємодіють

1	2	3	4
4	Нідерланди	1 лікар – 54 %. Решта в невеликих партнерствах	Зазвичай наймаються районні фармацевти (провізори), медичні сестри та фізіотерапевти
5	Франція	Зазвичай працюють лише лікарі	Не залучається додатковий персонал
6	Фінляндія	Більшість працюють у клініках	Залучаються команди, які складаються з фармацевтів (провізори), стоматологів, лікарів-лаборантів та акушерів

Створення великих багатодисциплінарних команд медичних працівників схвалюється як спосіб поліпшення якості надання медичних послуг та зменшення витрат на проведення лікувально-профілактичних заходів. Поліпшення якості надання медичних послуг реалізується через кращу координацію надання медичної допомоги з подальшою спеціалізацією в рамках роботи команди. Зменшення витрат досягається за рахунок поліпшення діагностично-лікувальних процесів, також передачі послуг високооплачуваних спеціалістів менш дорогими лікарям. Важливим є також поліпшення використання людських ресурсів: дисциплінарні обмеження не повинні перешкоджати професіоналам використовувати їх вміння там, де це буде найбільш ефективно. Відмінність у структурах команд у різних країнах світу відображає відмінності в аспектах фінансової мотивації, яка може як заохочувати, так і демонструвати створення команд [33, 126, 131, 139, 210].

Наприклад, в Австралії командна медична практика є дешевою із розрахунку на одного лікаря і більш прибутковою. Тут є можливість

найняти більше персоналу. Так, 61 % таких медичних команд мають менеджера, тоді як серед команд з меншою кількістю лікарів фармацевти мають 30 %. І лише 23 % лікарів-терапевтів, які працюють самостійно, користуються послугами фармацевта. Співвідношення кількості персоналу до лікаря є більшим у разі роботи одного лікаря (1,5 персоналу на одного лікаря) порівняно з командою медичних працівників (1,1 персоналу на одного лікаря). Іншими словами, створення команд дало можливість зменшити витрати за рахунок оптимального використання наявних людських ресурсів. Такі переваги спонукали до впровадження партнерської (командної) практики у всьому світі [131, 139, 158, 162, 166, 172, 210].

У Великобританії реформи в сфері загальної медицини в 90-х роках минулого століття також сприяли підтримці розвитку партнерської (командної) практики. Наприклад, введення оплати за послуги профілактичної медичної допомоги для певної частини населення можна було здійснити саме через партнерську практику лікарів, які мали більш фінансові можливості (комп'ютеризацію бази даних про пацієнтів, систему реєстрації дзвінків) для надання необхідних послуг. Роль та ефективність партнерської практики була визнана в усьому світі. У 1989 р. майже 45 % лікарів-терапевтів об'єдналися в групи з трьох або чотирьох лікарів. У 1999 р. кількість таких команд становила 36 %, тоді як кількість лікарів-терапевтів, що працювали в команді по 6 чоловік, зросла на 54 % (з 5535 до 8510) [131, 158, 162, 166, 172].

Організаційні реформи в системі охорони здоров'я Великобританії, підкріплені фінансовими змінами, вплинули на кількість персоналу, що залучався для роботи з лікарями загальної практики. У 70-х роках минулого століття, згідно з реформами, лікарям відшкодовувалось 70 % витрат на заробітну платню медичним сестрам, що позитивно вплинуло на їх кількість. Медичних сестер, які надавали ПМД, заохочували брати на себе більше обов'язків, переважно у сфері профілактичних медичних програм та догляду за пацієнтами з хронічними захворюваннями.

Отже, проведене у Великобританії реформування сприяло тому, що партнерська практика підтримується державою фінансово, і це надалі сприятиме зростанню кількості лікарів, які працюють у такому форматі [131, 158, 166, 172, 210, 218].

Окрім фінансово заохочення, на структуру команди також впливає професійна регуляторна система. У США законодавство, яке регулює дозвіл на виписування лікарських засобів та медичне обслуговування медичними працівниками “середнього рівня” (медичними сестрами та асистентами лікарів), в кожному штаті має свої відмінності. Зрозуміло, що в штатах з найменшими обмеженнями відзначається найвищий відсоток медичних працівників середнього рівня. Інше питання стосується того, чи пацієнти повинні оплачувати послуги медичних працівників середнього рівня, чи ці витрати відносяться до витрат головного лікаря-терапевта. Можливість медичних працівників середнього рівня вставляти пацієнтам рахунки за надані медичні послуги також сприяє збільшенню їх кількості [131, 187, 197, 198, 204, 210].

Як свідчать результати досліджень, фармацевтичні працівники країн ЄС та фармацевтичні Асоціації фармацевтичних працівників США та Канади безпосередньо підтримують ініціативу, зокрема, реформи, що покращують доступ до якісної ФД, які забезпечують довгострокову стійкість системи [165, 218]. Одним із найважливіших компонентів програми перетворень уряду ЄС є створенні “Бригад Сімейної Медичної Допомоги” (БСМД). Фармацевти мають вирішальне значення для успішної діяльності БСМД. Дані свідчать про те, що послуги з консультування щодо прийому ЛЗ – це важливий компонент досягнення оптимальних результатів. Ці послуги підвищують рівень безпеки пацієнта і покращують якість життя через консультування з лікування та прийому ЛЗ, а також через надання послуг медичного обслуговування населення, таких як програми припинення куріння та клініки з моніторингу цукрового діабету. Послуги фармацевтичних працівників є економічно ефективними, вони допомагають

контролювати загальні витрати на ОЗ за рахунок контролю належного виконання рекомендацій лікаря та режиму прийому ЛЗ [165, 205, 210].

За статистичними даними, у різних країнах, зокрема США, де розроблялися питання щодо ролі сімейної фармації та сімейного фармацевта в рішенні проблем клієнтів (наприклад, при прийомі ЛЗ), щороку фіксується близько 1,5 млн випадків побічних ефектів від прийому ЛЗ, які можна було б попередити. Через необґрунтований та/або помилковий прийом ЛЗ держава щорічно витрачає на медичне обслуговування близько 177 млрд. доларів. На кожен долар, витрачений на прийом ЛЗ за рецептом лікаря, припадає більше двох доларів, що витрачаються на вирішення проблем неправильного та/або необґрунтованого прийому ЛЗ. Встановлено також, що більше 50,0 % населення майже всіх вікових категорій приймають ЛЗ для лікування хронічних захворювань [41, 156, 169, 170, 190]. Враховуючи ситуацію, що склалася, Державний центр з медичного обслуговування в рамках програм “Медікер” і “Медікейд” (The Center for Medicare and Medicaid Services, CMS) на підставі Федерального нормативно-правового документа (Medicare Modernization Act, 2003) розробив і впровадив програму з “Управління лікарською терапією” (УЛТ) (Medication Therapy Management, MTM) [41, 197, 205, 224]. Згідно з даною програмою, фармацевт повинен брати безпосередню участь у поліпшенні стану здоров’я пацієнтів за рахунок оптимізації фармацевтичної допомоги і зниження побічних дій від прийому ЛЗ. Головним елементом даної моделі є пацієнт, визначення його індивідуальних особливостей, які впливають на специфіку фармакотерапії [151]. Місце УЛТ в системі ОЗ та основні її елементи представлено на рис. 1.1.

До програми з УЛТ звичайно відносять: втручання (інтервенція), направлення до лікаря (Intervention and/or Referral) – у певних випадках провізор може виступати від імені пацієнта при вирішенні існуючих або потенційних проблем, пов’язаних з фармакотерапією, у співпраці з лікарями і/або іншими представниками системи ОЗ. Деякі проблеми пацієнтів можуть

бути вузькоспеціалізованими, тому кваліфікація провізора може бути недостатньою для ефективної реалізації програми з УЛТ. У даному випадку провізор перенаправляє пацієнта до інших фахівців у сфері ОЗ [152, 162, 172, 193, 215].

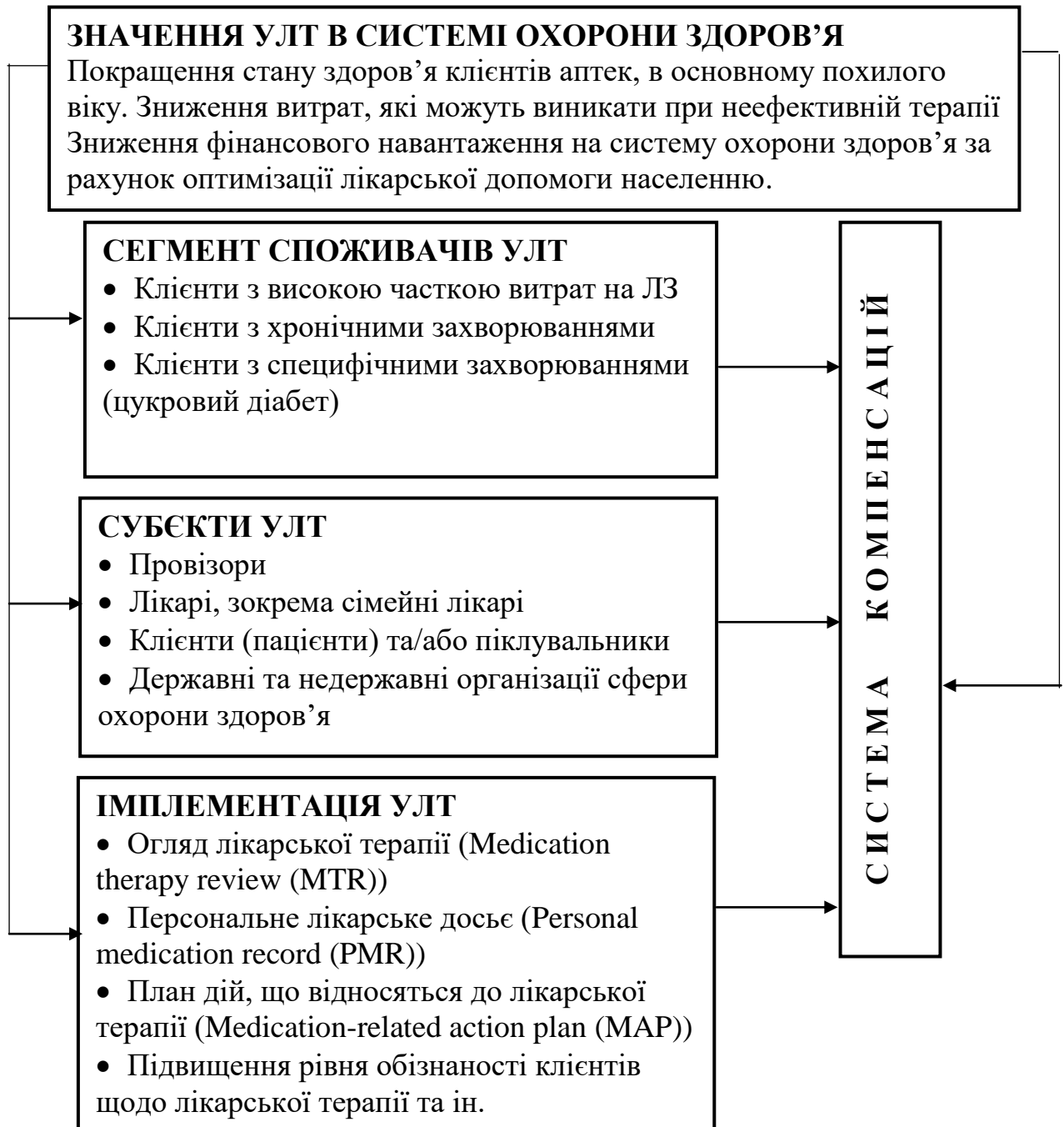


Рис. 1.1. Значення та структура управління лікарською терапією в системі охорони здоров'я (на прикладі США)

Всі заходи, які проводяться згідно з програмою УЛТ, повинні бути відповідним чином задокументовані з метою дотримання вимог

законодавства у сфері ОЗ, постійного моніторингу стану пацієнтів, поліпшення їх обслуговування, підтвердження ефективності УЛТ, періодичного збору необхідної статистичної інформації тощо [197]. Модель взаємодії основних елементів системи УЛТ представлена на рис. 1.2.

Значну роль у процесі впровадження системи УЛТ відіграють навчальні заклади, що займаються підготовкою фахівців у сфері медицини та фармації. Так, Фармацевтичний коледж Університету Флориди, США (the University of Florida's College of Pharmacy, U.S.) став одним з перших, де була розроблена навчальна програма для отримання ступеня магістра з УЛТ. Крім того, ступінь магістра з УЛТ можна отримати дистанційно (он-лайн) для провізорів (фармацевтів), які прагнуть розширити свої знання та впровадити їх у фармацевтичну практику [198, 205, 218].

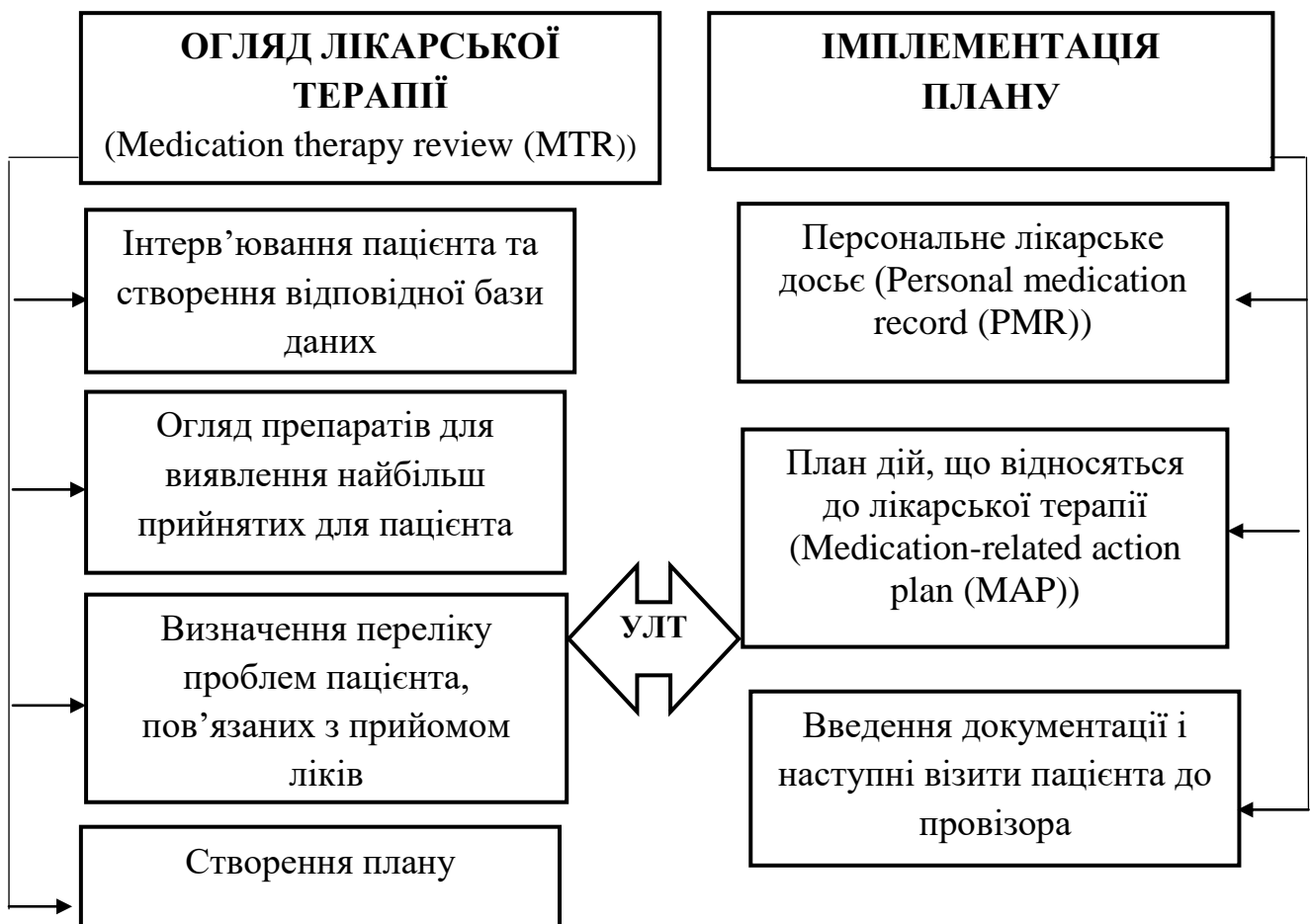


Рис. 1.2. Модель взаємодії основних елементів системи управління лікарською терапією (на прикладі США)

На базі Фармацевтичного Коледжу Західного Університету Наук про Здоров'я, США (Western University of Health Sciences College of Pharmacy, U.S.) протягом двох років проводилися дослідження, метою яких стала оцінка впливу забезпечення послуг УЛТ студентами коледжу протягом 12-тижневої практичної підготовки (друге півріччя 3-го курсу) за напрямом вибіркового курсу “Прогресивний досвід фармацевтичної практики” (Advanced pharmacy practice experience). Під час проведення цього дослідження 28 студентів у 2009 та 19 студентів у 2010 рр. займалися впровадженням послуг УЛТ серед 500 пацієнтів (у середньому по 10 пацієнтів на одного студента). Кожен студент ідентифікував близько 15 проблем у своїх пацієнтів, пов'язаних з прийомом ЛЗ [198, 205, 218]. Результати дослідження наведені на рис. 1.3.

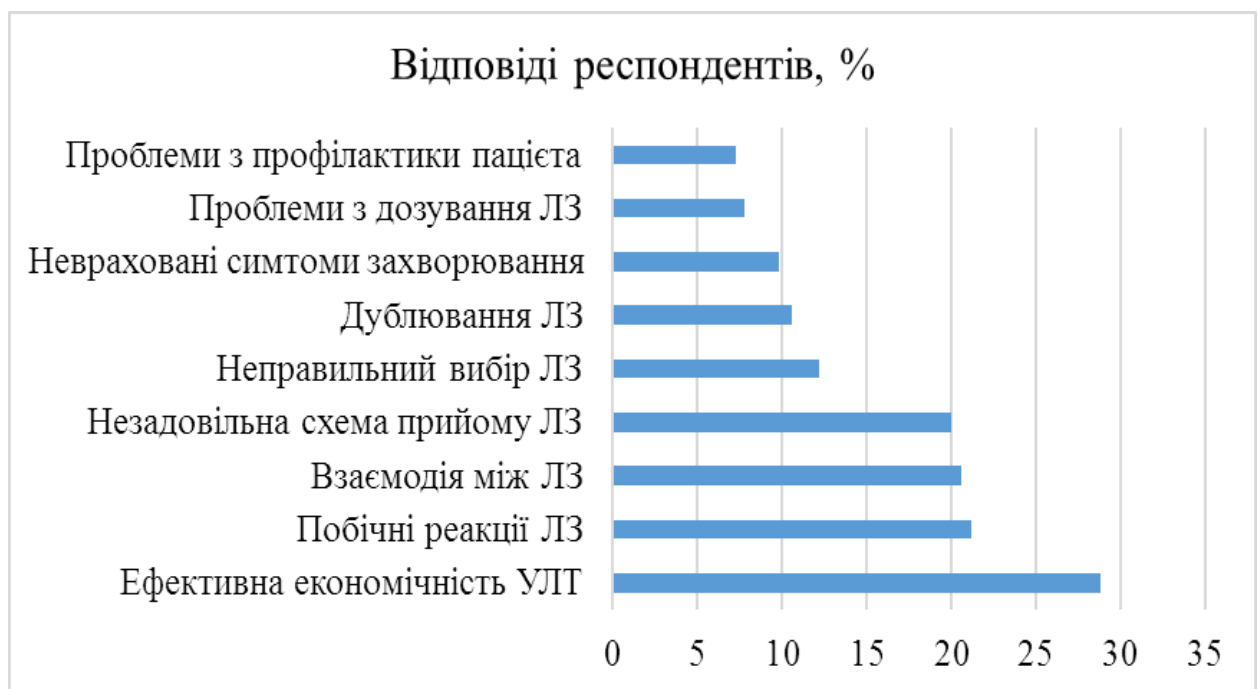


Рис. 1.3. Основні проблеми, які виникають у пацієнтів при прийомі лікарських засобів (на прикладі США)

Варто відмітити, що найчастіше пацієнти повідомляли про наступні проблеми: економічна ефективність лікарської терапії (28,8 %), побічні реакції на ліки (21,2 %), взаємодія між ЛЗ (20,6 %), незручна схема прийому ліків (20,0 %), неправильний вибір препарату (12,2 %), дублювання ліків

(10,6 %) та ін. Згідно з результатами впровадження системи УЛТ виявлено, що 80,0 % пацієнтів використовували рекомендації студентів-фармацевтів, 53,0 % передали надані рекомендації своєму лікарю, 75,0 % лікарів використовували рекомендації студентів-фармацевтів щодо лікування пацієнтів. Крім того, 88,0 % пацієнтів відзначили, що їх стан покращився після імплементації послуг програми з УЛТ [198, 205, 218].

У 2010 р. Американська Асоціація фармацевтів (APhA) на підставі проведеного моніторингу виявила основні бар'єри, що виникають при впровадженні системи УЛТ: відсутність (недолік) часу у провізора, недостатній рівень кваліфікації і, в значній мірі, переважна дистриб'юторська функція провізора в аптеці [194, 198], що характерно також і для української фармацевтичної галузі.

Важливе значення при реалізації провізорами програми з УЛТ має створення ефективної системи компенсацій. Так, компанією "Lewin Group" на замовлення Американської Асоціації фармацевтів (APhA) була розроблена система оцінки послуг УЛТ провізорами. За основу цієї системи було взяте кодування вартості послуг (Current Procedural Terminology, CPT Code(s)), яке використовується при оцінці вартості медичних послуг. У середньому одна хвилина роботи фармацевта з клієнтом при реалізації послуг УЛТ оцінювалася від 2 \$ до 3 \$ [41, 188].

Стратегічним напрямом розвитку ОЗ у світі є "фокус на пацієнта". У світлі цієї стратегії змінилася роль провізора в системі ОЗ, основним завданням якого стало підвищення ефективності і безпеки фармакотерапії конкретного хворого, тобто забезпечення кожному хворому належної якості фармацевтичної допомоги [176].

Важливу роль у формуванні системи УЛТ відіграє впровадження системи державного медичного страхування та електронної рецептури, створення ІМСФ, підтримка держави, великих фармацевтичних корпорацій, забезпечення відповідної системи підготовки студентів фармацевтичних факультетів, а також усвідомлення фахівцями аптечних

зкладів необхідності постійного підвищення якості фармацевтичної допомоги населенню [158, 185, 200].

Таким чином, враховуючи досвід США, можна стверджувати, що формування системи УЛТ в аптеках на засадах створення інституту “сімейного провізора (фармацевта)” та ІМСФ в умовах впровадження СМ дозволить значно підвищити рівень надання якісної та ефективної медичної та фармацевтичної допомоги; значимість професії на вітчизняному ринку праці та від категорії “продавець” перейти до розряду фахівця у сфері ОЗ, що бере безпосередню участь у корекції стану здоров’я пацієнта на підставі його індивідуальних особливостей. Наведене сприятиме ефективній співпраці та взаємодії працівників аптек з іншими суб’єктами медичної та фармацевтичної галузей, а також зниженню фінансового навантаження на державну систему ОЗ. Дані аспекти мають важливе значення для аптек, в яких провізор надаватиме послуги, пов’язані з УЛТ.

На комплексне вирішення завдань з оптимізації фармацевтичного забезпечення та надання фармацевтичних послуг орієнтована концепція ФД (Pharmaceutical Aid, PrA), запропонована у 1990 р. С.Д. Hepler та L.M. Strand [184]. Одним зі шляхів її здійснення є впровадження GPP (Good Pharmaceutical Practice) – концепції діяльності аптек, що визначає пацієнта первинним користувачем результатів діяльності фармацевтичних фахівців [171, 180, 182].

У 1996 р. у керівному документі ВООЗ з GPP для комунальної та госпітальної фармації визначено чотири основні практичні складові, що формують професійні ролі аптекних фахівців щодо зміцнення здоров’я, профілактики захворювань і досягнення здорового способу життя; відпуску і використання ЛЗ; самолікування населення; впливу на призначення і застосування ЛЗ [180, 194, 208]. У 1997 р. у доповіді консультативної групи ВООЗ “Роль фармацевта в системі ОЗ. Підготовка майбутніх фармацевтів: опрацювання навчальних програм” запропоновано концепцію “фармацевт семи зірок”, тобто визначено сім основних професійних ролей аптекних

фахівців: фахівець, що надає допомогу, уповноважений ухвалювати рішення, контактна особа, управлінець, розпорядник (менеджер), довічний учень, учитель, лідер [171, 180, 182, 219].

Головним завданням GPP є забезпечення споживачів ЛЗ, іншими товарами аптечного асортименту, а також надання допомоги по їх найкращому застосуванню. GPP містить рекомендації щодо діяльності, пов'язаної з постачанням, зберіганням і застосуванням ЛЗ, що здійснюється в аптеках, лікувально-профілактичних закладах і домашніх умовах [75]. У різних країнах стандарти GPP мають особливості: в одних державах існують єдині документи, у яких викладено вимоги до матеріально-технічної бази, приміщень, персоналу, а також правила надання фармацевтичної допомоги, в інших – ці вимоги і стандарти викладено в різних документах (наприклад, у Франції [157]). В Австралії, навпаки, практично всі вимоги для фармацевтів об'єднано в один закон. У цій країні також існує положення про роботу аптеки, у якому містяться вимоги до приміщень і обладнання [182, 199, 222].

Як свідчить світовий досвід розвитку аптечної справи, впровадження в практику вимог GPP – процес довготривалий і безперервний, зважаючи на зміни у фармацевтичній науці і практиці, а також зростання ролі провізора в системі ОЗ [169]. Так, в Португалії цей проект був розпочатий в 1994 р., а закінчений лише в 2001 р.; у Великобританії – тривав з 1994 по 2005 рр. [138].

1.3.2. Розвиток і функціонування сімейної фармації в Україні.

Сучасні зміни у суспільстві потребують стандартних визначень в термінології. Їх лаконічні загально визнані трактування, використовуються все частіше. У 2010 р. термін “ноофармація” вперше внесено до “Фармацевтичної енциклопедії”, і відтоді його вважають визнаним галузевим термінологічним стандартом, введеним, таким чином, до професійного

глюсарія. Зокрема, ноофармація відображає позитивні тенденції минулого, сучасності та перспективи майбутнього розвитку галузі. Ноофармація як система базується на збереження основних фундаментальних принципів, емерджентних властивостей ефективного її функціонування (взаємозв'язків функціональної системи з підсистемами, компонентами, елементами цієї системи) [6, 78, 133, 145].

У сучасних умовах проблема вдосконалення фармацевтичної діяльності вирішується у двох напрямках: оптимізація фармацевтичного забезпечення населення та розвиток сфери фармацевтичних послуг [64].

Стратегія ВООЗ щодо переорієнтації медичної допомоги у формі ПМД на засадах СМ прийнята більшістю країн світу. Сьогодні реформи ОЗ України орієнтовані на пріоритетність економічних методів господарювання, децентралізацію управління галуззю, посилення економічної самостійності закладів ОЗ. В умовах адаптації галузі ОЗ України до нових економічних відносин ПМД відведено провідну роль у медичному та фармацевтичному забезпеченні населення [131]. Проблеми європейської інтеграції України вимагають суттєвих перетворень у сфері охорони громадського здоров'я, а саме розвитку СМ фахівці якої можуть вирішувати понад 80 % усіх проблем зі здоров'ям населення на рівні європейських стандартів [146, 152, 205].

Значення фармакотерапії у практиці роботи ЛЗП-СЛ стає дедалі актуальнішим, оскільки до 90 % всіх його консультацій пов'язані з призначенням відповідної фармакотерапії. За літературними даними ЛЗП-СЛ у середньому призначає до 200 різних ЛЗ. Саме тому, впровадження ФС розглядають сьогодні як невід'ємну складову стандартизації фармацевтичної допомоги в ОЗ України, що покликана забезпечити використання найраціональніших, високоефективних та економічно доцільних методів фармакотерапії [134]. Розвиток ФС здійснюється за рахунок підтримки зв'язку клінічних протоколів надання медичної допомоги з формулярами ЛЗ галузевого (країна), регіонального

(область) та локального (ЗОЗ) рівнів [53, 61]. Водночас, належна ефективність лікування громадян при амбулаторному зверненні в умовах впровадження СМ потребує подальшого розвитку, що обумовлено недостатньою кількістю відповідних стандартів лікування, клінічних протоколів надання медичної допомоги в амбулаторних умовах, а також доступної, постійно оновлюваної інформації щодо ЛЗ.

Для вирішення даної проблеми у 2011 році вперше в медичну практику було введено поняття “амбулаторний формуляр лікарських засобів”, дано визначення цього терміну і запропоновано алгоритм його розробки. Амбулаторний формуляр ЛЗ – це список необхідних ЛЗ, які призначаються сімейними лікарями для лікування і профілактики в амбулаторних умовах найбільш поширених нозологічних форм захворювань. Амбулаторний формуляр свідомо обмежується необхідними апробованими ЛЗ, які є ефективними з позиції принципів “доказової” медицини, мають мінімальні побічні реакції і доступну ціну. Найважливішою метою амбулаторних формулярів є розробка раціональної тактики призначення фармакотерапії за рахунок використання доведеного досвіду призначення ЛЗ і створення оптимального набору ЛЗ для реалізації специфічних вимог ЗП-СМ. Це дає змогу зробити обмежений, але раціональний вибір з всього різноманіття ЛЗ. При цьому, дослідження свідчать, що пацієнти більш прихильні до рекомендацій свого ЛЗП-СЛ, ніж до рекомендацій “вузького” спеціаліста [3, 109].

Для вивчення ефективності фармакотерапії в умовах впровадження СМ пропонується розробити програму персоніфікованого обліку ЛЗ. Економічний і управлінський аспекти такого обліку відкриває можливості раціональнішого використання ресурсів і прогнозування фармацевтичного забезпечення, узагальнювати практику медичної допомоги, дозволяє формувати територіальне замовлення на ЛЗ. Соціальний аспект програми дозволяє забезпечити реалізацію права пацієнта на отримання інформації про проведене лікування в якісному, кількісному, вартісному вираженні,

що захищає права пацієнта на медичну допомогу [141].

Сучасний вітчизняний фармацевтичний ринок характеризується динамічним розвитком, загостренням конкурентної боротьби за прихильність споживачів, впровадженням стандартів обслуговування клієнтів, підвищенням соціальної відповідальності перед споживачами ЛЗ та населенням у цілому [38, 161, 197, 215, 219]. Поряд з цим актуальною на сьогодні залишається проблема самолікування та поширеність ускладнень від неконтрольованого прийому ліків, що свідчить про недостатній рівень фармацевтичної опіки в багатьох аптеках. Так, згідно з опитуванням споживачів стосовно самолікування встановлено, що майже 30 % респондентам стикалися з негативними наслідками самолікування. До того ж більшість опитаних відмітила, що фахівці аптек обмежують коло питань під час придбання ЛЗ без рецепта, виконуючи суто дистриб'юторську функцію [93]. Економічні витрати, пов'язані з усуненням наслідків побічних реакцій ЛЗ, достатньо істотні в масштабах будь-якої держави (близько 15-20 % бюджету системи охорони здоров'я) і України не є виключенням [31]. Це обумовлює необхідність дослідження такого інструментарію фармацевтичної профілактики, що останнім часом набуває широкого поширення у розвинутих країнах світу, як система УЛТ. В цій системі значна роль у забезпеченні населення ЛЗ відводиться фахівцеві аптеки [161]. Дане питання є надзвичайно актуальним саме в нашій країні, де більшість ЛЗ відпускається без рецептів, а отже працівник "першого столу" як кінцева ланка ФД має забезпечити надійний процес безпечного споживання ЛЗ.

У документі, опублікованому WONCA у 1991 році, були сформульовані вимоги, що пред'являються до ПМД на засадах СМ. Поряд з необхідністю координації допомоги підкреслювався її комплексний характер, що відрізняє ЗП-СМ від інших медичних спеціальностей, оскільки включає не тільки лікування, але і профілактику, реабілітацію та зміцнення здоров'я, становлення до сім'ї як до одиниці медичного обслуговування [175, 178, 196].

Важливим принципом СМ є профілактична її спрямованість. Саме ЛЗП-СЛ має унікальну можливість займатися первинною профілактикою, пояснюючи пацієнту при кожному відвідуванні правила здорового харчування, важливість фізичної активності, шкідливість тютюнопаління тощо [129, 179]. Економічна ефективність і доцільність ПМД пов'язана з тим, що ЛЗП-СЛ частіше за інших спеціалістів має використовувати раціональну як з медичної, так і з економічної точки зору тактику по відношенню до необхідних лабораторних та інструментальних методів дослідження та призначити ефективні та економічно доступні пацієнту ЛЗ [131, 173, 187].

Відповіддю на нові виклики часу стало впровадження концепції відповідального самолікування. Затвердженню цієї концепції сприяла поява великої кількості нових ЛЗ, що не наносять значної шкоди здоров'ю при відповідальному лікуванні, намагання пацієнтів з легкими проявами, знайомих захворювань справитися самостійно. Крім того, важливою умовою розвитку концепції відповідального самолікування стали фінансові проблеми, з якими зіткнулися органи ОЗ багатьох країн [11, 176, 194, 208]. Концепція відповідального самолікування визначила однією з ключових фігур, що бере участь у забезпеченні населення медичною і фармацевтичною допомогою, працівника аптечного закладу – провізора, фармацевта [16, 149, 176, 194].

Проблема участі провізора в процесі реалізації фармацевтичної опіки та профілактики постійно дискутується науковцями і спеціалістами практичної фармації. Термін “фармацевтичний догляд” затвердився як ідеологія, що визначає хворого і суспільство як первинних користувачів результатів діяльності фармацевтичного працівника. Дана концепція є особливо актуальною по відношенню до окремих груп населення (особи похилого і старечого віку, матері і діти, хронічні хворі) та суспільства в цілому (стримування витрат) [166].

Фармацевтичній опіка (ФО) передбачає залучення провізора

до активної діяльності із забезпечення здоров'я та запобігання захворюванням, його відповідальність перед конкретним пацієнтом за результат фармакотерапії [144]. При цьому провізор в аптеці в системі заходів, що визначають ФО, враховує фізіологічні, біофармацевтичні та фармакоеконімічні чинники і дає рекомендації до застосування ЛЗ. Крім цього, для здійснення ФО при відпуску безрецептурних ЛЗ в аптеці провізор повинен правильно оцінити проблему пацієнта (вік, стать та індивідуальні особливості особи; симптоми, тривалість нездужання, лікарський анамнез; з'ясувати, чи не пов'язані симптоми з будь-яким серйозним розладом здоров'я і, якщо це так, направити хворого до лікаря; при менш серйозній проблемі дати пораду); забезпечити пацієнта безрецептурним ЛЗ та повною інформацією про його дію та спосіб застосування, тривалість лікування, поєднання з іншими ЛЗ та їжею, можливі побічні ефекти; порадити пацієнту подальший нагляд лікаря. Це передбачає прийняття фармацевтичними працівниками долі відповідальності, наряду з іншими фахівцями ОЗ та хворими, за наслідки лікування [19]. Результати аналізу сучасного стану рівня ФО вказують на недостатній рівень фармацевтичної опіки в аптеках при безрецептурному відпуску ЛЗ та необхідність удосконалення рівня фахової підготовки фармацевтичних працівників (провізорів, фармацевтів) у ракурсі ФО при відповідальному самолікуванні, що дозволить підвищити рівень задоволеності пацієнтів якістю фармацевтичних послуг та підвищити престиж професії провізора [18].

Дослідження реалій та перспектив клінічної фармації в Україні засвідчують, що 69,2 % опитаних вважають діяльність такого фахівця потрібною як у стаціонарних, так і в аптечних ЗОЗ [193, 210, 218]. У той же час, 18,7 % респондентів – фахівців ОЗ – досі не знайомі з напрямком клінічної фармації. Найвищим ступінь обізнаності респондентів виявився у Львові (98,0 %), у Харкові він склав 77,4 % та найнижчим – у Києві (68,4 %). Таким чином отримані результати дозволяють припустити, що

рівень впровадження клінічної фармації у медичну та фармацевтичну практику в різних регіонах України на сучасному етапі суттєво відрізняються [135].

Для подальшого розвитку клініко-фармацевтичної служби в аптечних закладах, доцільною є взаємодія клінічних провізорів аптек та лікарів у рамках єдиного клініко-фармацевтичного простору [39].

Таким чином, реформування і вдосконалення фармацевтичної діяльності в наш час вирішується через оптимізацію фармацевтичного забезпечення населення та розвиток сфери фармацевтичних послуг. При цьому, фармацевтичне забезпечення населення є складною інтеграційною системою, що включає ФД, ФО, процес забезпечення ЛЗ та дотримання вимог GPP. В наш час, на тлі надмірного забезпечення ЛЗ та послугами у містах, існує проблема обмеженого доступу населення до аптечних закладів у сільській місцевості.

Оскільки сучасна аптечна практика перебуває в процесі швидкого розвитку, змінюються і соціальні ролі аптечних фахівців. Виходячи з функцій аптеки, виділяють три основні професійні ролі аптечних фахівців: медико-соціальну, торговельну і виробничу. На тлі мінімізації виробничої ролі (виготовлення ЛЗ за індивідуальним замовленням здійснює менше, ніж 3,5 % аптек) торговельна роль аптечних фахівців домінує над медико-соціальною [20].

Водночас, у складі GPP виділяють 4 основні напрями: зміцнення здоров'я, профілактика захворювань та досягнення здорового способу життя; відпуск і використання ЛЗ і ВМП; консультативна допомога при самолікуванні; вплив на призначення і застосування ЛЗ [37, 74, 182, 222]. За визначенням експертів ВООЗ, в процесі ФД фармацевту відведена важлива консультативно-контролююча функція, від якості виконання якої може залежати результат лікування, що проводиться пацієнтом [182].

Отже, у практичній діяльності аптечних працівників в наш час виникли нові напрями – відповідальне самолікування, фармацевтична

опіка та її складові – фармацевтична діагностика і фармацевтична профілактика [21, 176, 194].

В умовах покращення СМ, полягає на наш погляд, у розбудові аптек СФ і оптимізації асортименту ЛЗ відповідно до затверджених МОЗ України протоколів провізора (фармацевта) та уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги [78].

Територіальна доступність ФД населенню сільської місцевості залишається недостатньою через віддаленість багатьох сільських населених пунктів від основних транспортних артерій; малу чисельність населення у більшості сіл; низьку якість доріг і нерегулярність транспортного сполучення з віддаленими населеними пунктами; відсутність розвиненої соціальної інфраструктури; низький рівень платоспроможності населення. В цих умовах аптечні організації як самостійні суб'єкти господарської діяльності з комерційними цілями (отримання прибутку, завоювання частки ринку тощо), не зацікавлені в роботі у більшості сільських населених пунктів. Крім того, в сільській місцевості гостро стоїть проблема дефіциту фармацевтичних кадрів. Також в Україні відсутня законодавча регламентація ролі, місця та значення інституту сімейної фармації.

Висновки до розділу 1

У відповідності до вимог спільної міжнародної настанови МФФ / ВООЗ щодо стандартів якості аптечних послуг “Належна аптечна практика” основними критеріями діяльності аптечних закладів є вирішення в першу чергу соціальних проблем: доступність ЛЗ для населення, безпечність, якість та ефективність лікування. Проте, разом з позитивними кроками в Україні стихійна інтеграція вітчизняної фармації у ринкові умови призвела до зайвої комерціалізації та зниження її загально-соціальної ефективності.

Світовий досвід, узагальнений ВООЗ, WONCA та іншими міжнародними організаціями, свідчить про те, що розвиток ПМД на засадах СМ є одним із найефективніших механізмів підвищення результативності роботи АЗП-СМ та аптечних закладів, як з погляду щодо впливу на здоров'я

населення, так і раціонального використання ресурсів ОЗ.

Аналіз вітчизняних та зарубіжних джерел в розрізі даної проблематики свідчить, що дослідженням різних напрямків впровадження ПМД на засадах СМ в Україні надається відповідна увага. Проте комплексних досліджень щодо удосконалення фармацевтичного забезпечення та надання ФД в умовах впровадження СМ в країні практично не проводилось.

Враховуючи світовий досвід, можна стверджувати, що формування в Україні системи створення інституту “сімейного провізора (фармацевта)” та ІМСФ в умовах впровадження сімейної медицини дозволить значно підвищити рівень надання якісної та ефективної медичної та фармацевтичної допомоги, а також значимість професії на вітчизняному ринку праці. Це дозволить аптечним працівникам перейти до розряду спеціалістів у сфері ОЗ, які беруть безпосередню участь у покращенні стану здоров'я пацієнтів на підставі його індивідуальних особливостей.

Основні результати даного розділу висвітлено в наступних публікаціях:

1. Державний адміністративно-правовий делікт із питань оптимізації організації забезпечення лікарськими засобами сільського населення / В. О. Борищук, О. С. Соловійов, Т. М. Краснянська, І. В. Клименко, О. В. Кирпач, С. В. Аугунас // Фармац. журн. – 2015. – № 4. – С. 9–15.

2. Дослідження стану організації забезпечення населення лікарськими засобами в роки незалежності України – становлення фармацевтичного ринку / В. О. Борищук, О. С. Соловійов, Т. М. Краснянська, І. В. Клименко, С. В. Аугунас, Ю. М. Григорук, О. В. Кирпач // Медична інформатика та інженерія. – 2015. – № 3. – С. 47–53.

3. Історичний генезис розвитку аптечної справи в Україні на різних етапах її суспільно-економічного та державно-політичного розвитку. Повідомлення І. Дослідження періоду 1917-1930 рр. / В. О. Борищук, О. С. Соловійов, Г. В. Загорій, Т. М. Краснянська, І. В. Клименко, С. В. Аугунас, О. В. Кирпач, Р. І. Батталова // Фармац. журн. – 2014. – № 5. –

С. 29–35.

4. Історичний генезис розвитку аптечної справи в Україні на різних етапах її суспільно-економічного та державно-політичного розвитку. Повідомлення П. Дослідження періоду 1930-1960 рр. / В. О. Борищук, О. С. Соловійов, Г. В. Загорій, Т. М. Краснянська, І. В. Клименко, С. В. Аугунас, О. В. Кирпач, Р. І. Батталова // Фармац. журн. – 2014. – № 6. – С. 35–42.

5. Обобщенный анализ средневзвешенного показателя состава аптечных кадров в Украине с 1913 по 1991 гг. / Н. С. Пономаренко, А. С. Соловьев, С. В. Аугунас, Ю. Н. Григорук // Рецепт. – 2016. – № 3 (107). – С. 408–413.

6. Ретроспективний аналіз кадрового складу аптечних закладів України за 1913-1940 та 1950-1980 рр. / М. С. Пономаренко, О. С. Соловійов, С. В. Аугунас, Ю. М. Григорук // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2015. – № 3-4. – С. 14–18.

7. Ретрофармацевтичні дослідження впливу організаційно-правової структури управління аптечною мережею та аптечною службою на оптимізацію забезпечення населення лікарськими засобами (1960-1990 рр.) / В. О. Борищук, О. С. Соловійов, Т. М. Краснянська, І. В. Клименко, Р. І. Батталова, С. В. Аугунас, О. В. Кирпач // Фармац. журн. – 2015. – № 3. – С. 5–14.

8. The fundamental retrospective analysis of pharmacy human resources in Ukraine for 1981-1990 / M. S. Ponomarenko, O. S. Solovyov, S. V. Augunas, Yu. M. Grygoruk // Вісн. фармації. – 2016. – № 2 (86). – С. 44–47.

РОЗДІЛ 2

ОБГРУНТУВАННЯ ОСНОВНИХ НАПРЯМІВ, ЗАГАЛЬНОЇ МЕТОДИКИ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Обґрунтування напрямів дослідження

Результати аналізу стану організації фармацевтичного забезпечення населення на різних етапах розвитку аптечної справи в Україні, нормативно-правового забезпечення ФД в умовах впровадження СМ відповідно до вимог GPP, дослідження закордонного досвіду діяльності фармацевтичних працівників і складової здійснення фармацевтичної опіки (ФО) дають змогу стверджувати про необхідність розробки методологічної основи для проведення комплексних досліджень з удосконалення фармацевтичного забезпечення в умовах впровадження СМ на основі системного підходу, що передбачає:

- обґрунтування основних системо-утворюючих факторів фармацевтичного забезпечення аптечних закладів у містах, селищах і селах міського типу з ноофармацевтичних та емерджентних позицій;
- обґрунтування ролі фармацевтичних працівників у процесі організації й управління фармацевтичним забезпеченням та перегляду статусу аптечних закладів в умовах впровадження СМ;
- систематизацію знань та імплементацію кожного з елементів GPP до надання аптечних послуг з надання відповідної інформації та консультації пацієнтів, введення ліків і моніторинг ефекту ЛЗ, встановлення взаємовідносин з іншими працівниками ОЗ, що передбачає взаємну довіру та впевненість у всіх питаннях, що стосуються фармакотерапії;
- визначення структурно-функціональних зв'язків між фармацевтичними працівниками та ЛЗП-СЛ в управлінні фармакотерапією пацієнтів на первинному рівні надання медичної кваліфікованої допомоги;
- розробку моделі фармацевтичного забезпечення в умовах впровадження СМ;

- розробку методичних підходів до організації діяльності аптечних закладів в умовах впровадження СМ.

Основними категоріями оцінки ефективності цих організаційних заходів у світовій практиці вважають наближення ФД до АЗП-СМ, що дозволяє підвищити ефективність лікування й, як наслідок, пришвидшити час настання одужання пацієнтів; доступність фармацевтичної допомоги для сільського населення; медичне страхування, що дає можливість користуватися ЛЗ безкоштовно або зі значною знижкою; доступність якісної медичної та ФД, ефективних ЛЗ на початковій стадії захворювання, що дозволить знизити загальні витрати системи ОЗ, розвиток нових форм і методів надання ФД в аптеках; розширення функцій фармацевтичних працівників; впровадження механізмів забезпечення та підтримки якості аптечної діяльності, посилення активності професійних фармацевтичних асоціацій.

Водночас досліджень щодо пошуку шляхів підвищення доступності ФД як складової ЗП-СМ на локальному та регіональному рівнях, незважаючи на їхню актуальність, в Україні проводиться явно недостатньо, що потребує детального розгляду та відповідних науково-обґрунтованих досліджень. Вищевикладене зумовило необхідність розробки науково-методичних підходів до поліпшення фармацевтичного забезпечення населення в умовах впровадження СМ.

2.2. Загальна методика та методи дисертаційного дослідження

Підґрунтям проведених наукових досліджень слугував комплексний методологічний підхід на основі сучасної законодавчої бази й імплементації закордонного досвіду медичного та фармацевтичного забезпечення населення до умов його організації та фінансування в Україні, а також результати особистих досліджень цих питань в умовах впровадження СМ.

Для розв'язання поставлених задач була розроблена спеціальна програма дослідження, складена з використанням системного підходу,

що сприяло послідовному вирішенню цілої низки специфічних завдань, визначенню предмета й об'єкта дослідження, а також його етапності. Все це забезпечило можливість отримання достатньо повної та достовірної інформації щодо кожної з задач. При формуванні методичних підходів були використані нормативні документи, що окреслювали певні аспекти функціонування системи ПМД та фармації на засадах СМ.

Загальна методологія проведення досліджень базувалася на використанні сучасних принципів методологічного диктату, що визначається світовою та вітчизняною наукою і практикою, при соціометричних дослідженнях власне структур, їх кластерних угруповань, рівнів соціальних об'єднань, елементів, індивідуумів з їхніми непорушними взаємозв'язками.

Інформаційна база досліджень була представлена даними, опублікованими в спеціалізованій науковій літературі та періодичних виданнях стосовно організації фармацевтичного забезпечення в умовах впровадження СМ в Україні та за кордоном; ресурсами Internet; інформацією, отриманою в ході проведення власних досліджень. Для обробки отриманих результатів використовувалося наступне програмне забезпечення: Microsoft Excel 2007; програма статистичного аналізу Statistic 6.1 [147] і статистичний пакет для соціальних наук "Osa for Windows (5.9.3)" [87].

Як об'єкт дослідження розглядалося система організації медикаментозного забезпечення населення України з ноофармацевтичних та емерджентних позицій.

Предметом дослідження були: організація процесу впровадження СФ в Україні та в світі на засадах СМ; кадрові ресурси фармацевтичної галузі; ресурсне забезпечення аптечних закладів в умовах функціонування АЗП-СМ; вітчизняна нормативно-правова база щодо організаційних основ запровадження та функціонування СМ і СФ; стандарти належної аптечної практики; результати анкетування лікарів ЗП-СЛ та провізорів щодо командної роботи в управлінні фармакотерапією пацієнтів; Державні

формуляри ЛЗ, протоколи провізорів (фармацевтів) з відпуску безрецептурних ЛЗ, уніфіковані клінічні протоколи надання невідкладної медичної допомоги та Національний перелік основних ЛЗ.

Розрахунок кількості респондентів для кожного окремого дослідження здійснювався шляхом випадкової неповторюваної вибірки за наступною формулою:

$$n = \frac{N}{1 + 0,015 \times N}$$

де n – кількість респондентів;

N – загальна кількість лікарів / фармацевтичних працівників у областях України та м. Київ.

Основною вимогою до використання випадкової неповторюваної вибірки є дотримання випадковості вибору респондентів. Якщо випадковим способом з генеральної сукупності відібрати певну кількість респондентів, то вони за своєю структурою повторюватимуть структуру всіх респондентів (генеральну сукупність), тільки в пропорції. Перевагою застосування випадкової неповторюваної вибірки є відсутність необхідності використання даних офіційної статистики про респондентів. Особливо актуальною ця проблема стає під час вивчення вузьких цільових аудиторій при відсутності даних про генеральну сукупність [6, 7, 89, 93, 143].

При комплексному вивченні та науково-теоретичному обґрунтуванні закономірностей ретроспективного, сучасного та проспективного розвитку фармації України, які до цього здебільшого проводилися в таких дослідженнях, брали не абстрактний комплекс елементів структури як механічну сукупність елементів, а як, власне, структуру (тіло структури, систему). Отримані при цьому результати стали підставою для висунення гіпотези щодо необхідності оновлення організаційних підходів до фармацевтичного забезпечення в умовах впровадження СМ шляхом створення аптек сімейної фармації [6, 93].

Емерджентність розглядалася як результат виникнення між елементами системи зв'язків, що забезпечують збільшення загального ефекту до більших обсягів, ніж сума ефектів окремо взятих елементів системи, що діють (функціонують) незалежно. Емерджентні властивості системи медикаментозного забезпечення розглядалися як система з підсистемами та її ієрархічною структурою (архітектурою) різного рівня (загальні властивості), а також її відомчою (галузевою) приналежністю [6, 82]. Основоположний принцип емерджентних властивостей – це характеристики соціальної структури, що не піддається контролю з боку індивідуумів, навіть коли ці характеристики є сукупним результатом їхніх власних дій, ці умови соціального середовища з необхідністю обмежують те, що здатна реалізувати незалежна воля людей. Для соціальних компонентів підставою для диференціації є різниця у виділенні, розподілі та фактичному володінні (отриманні), наприклад, асигнувань на охорону здоров'я населення України при безкоштовному лікуванні. Отже, соціальна сукупність позитивних чи негативних факторів – це композиційні (комплексні) характеристики, які також відповідають вимогам критерію емерджентної властивості тим, що вони за визначенням відносяться до структури цілого, не проявляючись в окремих його частинах [6, 82].

Виходячи з вищезазначеного, архітектоніка ієрархічної структури емерджентних властивостей будується на різних рівнях кластерних соціальних угруповань, окремих частинах цілого – індивідуумах (у даному випадку). Незважаючи на різноманітність і суперечливість поглядів на соціальну структуру загалом та окремих її елементів, під неї можна підвести загальний знаменник. Він полягає в тому, що емерджентні властивості комплексу структуро-утворювальних складових і взаємодії їхніх елементів мають властивості, які характеризують окремі елементи цього комплексу. Тоді соціальна структура тотожна емерджентним властивостям комплексу її елементів. Отже, з емерджентних позицій соціально-статистичної структури у фармації, замість аналізу, обробки й обґрунтування, встановлення закономірностей і висновків, отриманих

на базі механічної сукупності елементів, обґрунтовується, виходячи з ноетичних поглядів та емерджентних властивостей, які всебічно розглядаються як об'єкт дослідження з позицій взаємозв'язків елементів власне структури та її елементів як єдиного цілого [6, 82, 132].

Аналогічно можна вивчати професійне об'єднання підприємств з виробництва лікарських засобів і працюючих (індивідів) на них як об'єкт дослідження, так і, власне, структуру. За аналогією емерджентні властивості на тлі ноетичних взаємостосунків прийнятні при будь-якому дослідженні соціального, організаційного спрямування тощо, зокрема при вивченні фармакоекономічних, фармакоепідеміологічних проблем; хімічних дисциплін; кадрової політики; дистриб'юторської та складської (аптечної) мережі тощо, але з її прямими й опосередкованими внутрішніми зв'язками взаємодії [6, 78, 82, 132].

Аналіз останніх досліджень і публікацій свідчить про те, що деякі автори застерігають відносно того, що незнання новітніх і щойно створених методологічного та методичного інструментаріїв може створити проблему, що розглядається як цілком реальна та небезпечна загроза розробці наукових праць і прогнозів, що базуються на безнадійно застарілій основі. Проблема також вивчається з урахуванням і збереженням величезного досвіду, накопиченого вітчизняними науковцями та вченими інших країн світу, обережним втіленням новітніх методологій у вивчення сучасних явищ у фармації. Отже, нове бачення проблеми зміни акцентів у методологічних стратегіях потребує не лише вивчення складних соціальних структур, систем, підсистем, а й інших наукових галузей [6, 7, 82, 132].

З метою наукового обґрунтування організаційно-економічних засад оптимізації фармацевтичного забезпечення населення в умовах впровадження СМ була розроблена методика проведення дисертаційного дослідження, що складалося з семи послідовних етапів, кожен з яких забезпечувався адекватними методами дослідження та достатнім обсягом фактичного матеріалу (рис. 2.1).

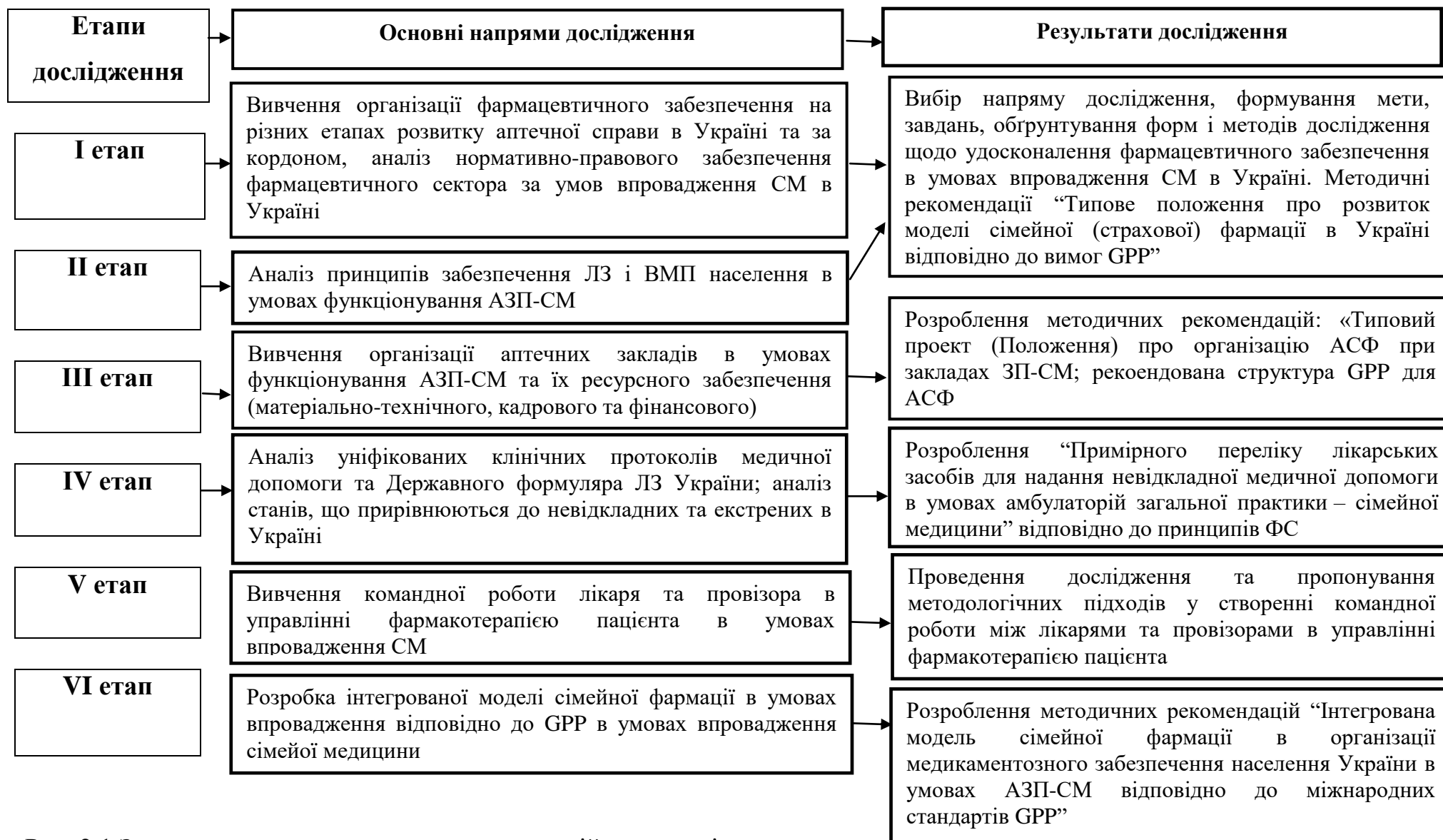


Рис. 2.1 Загальна методика проведення дисертаційного дослідження.

Така багаторівнева структуризація напрямів дослідження забезпечувала його системність. Були показані складність, деяка неузгодженість думок і ставлення до взаємотрансформаційних і взаємоузгоджених емерджентних властивостей комплексного дослідження складних організаційно-економічних структур [163].

Перший етап дослідження був присвячений вивченню інформаційних ресурсів, досвіду України та країн світу щодо вирішення актуальних проблем підвищення ефективності фармацевтичного забезпечення в умовах впровадження СМ з використанням ретроспективного, історичного, системно-аналітичного методів. Особлива увага зосереджувалася на виборі напрямку дослідження, визначенні його мети, завдань, об'єкта та предмета, гіпотези, концептуальної основи й основних методів.

На другому етапі був проведений аналіз принципів забезпечення ЛЗ та виробами медичного призначення (ВМП) населення в умовах функціонування СМ з використанням системно-оглядового та бібліографічного методів. Були виявлені проблемні питання та визначені можливі шляхи їх вирішення.

На третьому етапі була здійснена порівняльна характеристика аптечних закладів загального типу й аптек з комерційною назвою “Сімейна аптека” шляхом моніторингу організації фармацевтичного забезпечення населення в умовах впровадження СМ.

Базою для проведення досліджень були обрані 85 аптечних закладів приватної та комунальної форми власності (КП “Фармація” (м. Київ); ТОВ “Чернігівська фармацевтична компанія” (м. Чернігів); ДВТП “Волиньфармпостач” (м. Луцьк); ТДВ “Рівнефармація” (м. Рівне); ПП “Світ здоров'я-ЗЖС” (м. Чернігів); “Народна аптека” (м. Запоріжжя); ПрАТ “Аптеки Запоріжжя” (м. Запоріжжя); ПП “Фірма Медінтех” (м. Чернігів); ООО “ЛЕК ВІЛ” (м. Чернігів); Аптека “Valeo” (м. Чернігів); ТОВ “Фармс Віта” (м. Запоріжжя); ТОВ “Медицина для вас-сервіс” (м. Миколаїв); ТОВ “Фармація Запоріжжя” (м. Запоріжжя); Аптека “Хороша

аптека” (м. Київ); ТОВ “Столиця” (м. Київ); КП “Ліки України” (м. Чернігів); ООО “Лінда-фарм” (м. Дніпро); ООО “Еліт-фарм” (м. Одеса); ТОВ “Фармако” (м. Вишневе); ТОВ “Тетрамед” (м. Рівне)) в Київській, Рівненській, Волинській, Запорізькій, Миколаївській, Чернігівській, Луцькій, Дніпропетровській, Одеській областях і м. Київ. Для порівняння були використані аптеки з комерційною назвою “Сімейна аптека” (не є мережею аптек), функціонують 64 аптечних заклади загального типу в містах, селищах і селах міського типу в низці областей України та м. Київ.

Анкета-моніторинг була розроблена для фахівців, які займаються фармацевтичним забезпеченням і наданням фармацевтичних послуг в умовах функціонування амбулаторій і поза їх межами. Питання анкети базувалися на загальних даних про аптеку та складалі 5 блоків, що включали: стан кадрового забезпечення, організації постачання ЛЗ в амбулаторіях, вибору препаратів для замовлення й організації зберігання ЛЗ (дод. Б).

У результаті проведення анкетного моніторингу щодо фармацевтичного забезпечення аптечних закладів (у кількості 85) були виділені чотири їх категорії: аптечні пункти приватних аптечних закладів, що знаходяться в приміщенні АЗП-СМ, аптечні пункти комунальних аптек, що знаходяться в приміщенні АЗП-СМ, комунальні аптеки, що знаходяться в приміщенні та в зоні пішохідної досяжності АЗП-СМ, та приватні аптеки, що заходяться в приміщеннях та в зоні пішохідної досяжності АЗП-СМ з комерційною назвою “Сімейна аптека” (не є мережею аптек).

На четвертому етапі було проведено дослідження з використанням методу формального VEN-аналізу відповідно до положень наказу МОЗ України № 751 від 28.09.2012 р. “Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі МОЗ України” [123]. З появою великої кількості стандартних методів (протоколів) лікування хворих з’явилася можливість проведення VEN-аналізу на основі формальних ознак наявної медичної послуги та медикаментозного покриття за спеціальною процедурою.

Водночас у ранговому ряді за визначеними критеріями в клініко-економічному аналізі не завжди існують об'єктивні фармакоеконічні обґрунтування витрат на ЛЗ. Математико-статистичний VEN-аналіз життєво-необхідних (Vital), важливих (Essential) і другорядних ЛЗ або медичних, фармацевтичних послуг (Non-essential) – необхідна умова для фармакоеконічного обґрунтування ефективності, доцільності, безпечності та доступності за ціною ЛЗ. Формальний VEN-аналіз об'єктивно забезпечує валідність результатів дослідження (високий ступінь довіри) [6, 48, 49, 102, 103, 124, 143].

У ході дослідження був сформований перелік ЛЗ для надання невідкладної медичної допомоги, до якого були відібрані 105 життєво-необхідних ЛЗ за МНН, що мають найкращі терапевтичні характеристики відповідно до основних принципів ФС, яка базується на стандартах лікування та принципах доказової медицини оптимізації медикаментозної терапії. При розробці переліку лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах АЗП-СМ був використаний метод VEN-аналізу (формальний), де категорія (V) присвоювалася кожному ЛЗ, що входив як мінімум до 2-х нормативних документів (Державного формуляра ЛЗ, Національного переліку основних ЛЗ та уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги). Категорія (E) при формальному VEN-аналізі непередбачалася [65, 70, 123, 143].

На п'ятому етапі дослідження був використаний метод анкетного опитування щодо оцінки надання фармацевтичної допомоги; взаємодії союзу “лікар – фармацевтичний працівник” в управлінні фармакотерапією пацієнта. Були проведені два паралельних дослідження, об'єктом якого стали фармацевтичні працівники та лікарі. Необхідність розподілу на фармацевтичних працівників і лікарів полягала в з'ясуванні проблем, що виникають між ними в роботі; потрібно було дізнатися думку кожного щодо готовності до співпраці в управлінні фармакотерапією пацієнтів. Респонденти оцінювали наступне: підходи та досвід спільної практики;

способи комунікації між собою; передбачувану роль фармацевтичних працівників у фармакотерапії пацієнта та бар'єри, що виникають у спільній роботі.

Базою для проведення дослідження були вибрані заклади ПМД, що обслуговують прикріплене доросле населення: міська клінічна лікарня швидкої допомоги (м. Київ); Бориспільська центральна районна лікарня (м. Бориспіль); КНП “Консультативно-діагностичний центр Шевченківського району” (м. Київ); КНП “Центр первинної медико-санітарної допомоги” № 1 (м. Київ); КНП Центр первинної медико-санітарної допомоги (ПМД) амбулаторія № 10 (м. Київ); КУ “Фастівський центр (ПМД)” (м. Фастів); ГУ Чабанівська ПМД; Поліклініка КУ Центральна міська лікарня № 2; Коцюбинська амбулаторія ЗП-СМ; Мироцька амбулаторія ЗП-СМ; ТОВ Християнський адвентистський медичний центр; КНП Центр “ПМД” № 3; Філія КНП Центр “ПМД” № 2; КУ “Ставищанський районний центр “ПМД””; КУ “Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф” Черкаської обласної ради (м. Черкаси); Центральна районна поліклініка № 2 Шевченківського району (м. Київ); Медичний центр “ЛІКО”; Удобненська амбулаторія ЗП-СМ; амбулаторія ЗП-СМ в Київській, Чернігівській, Одеській, Черкаській, Житомирській областях України та м. Бориспіль, м. Фастів, м. Житомир, м. Бровари, м. Ічня, м. Київ. Базою анкетування фармацевтичних працівників виступили аптечні заклади, що були перелічені на третьому етапі дослідження.

Анкети для лікарів і фармацевтичних працівників оцінювалися за допомогою шкали Лайкерта, що ґрунтується на згоді з твердженнями й являє собою порядкову шкалу вимірювання, наскільки вони згодні або не згодні з конкретним питанням або твердженням (повністю згоден – ПЗ; частково згоден – ЧЗ; майже згоден – МЗ; не згоден – НЗ; частково не згоден – ЧНЗ; майже не згоден – МНЗ; категорично не згоден – КНЗ) (дод. В, Д).

Анкета складалася з паспортної частини (назва медичного закладу, регіон його розташування (місто, обласний центр, районний центр), форма

власності, посада, вік, стать, освіта, кваліфікаційна категорія за фахом, стаж роботи в медичному закладі) та безпосередньо з 16 відповідних тверджень.

Зміст анкети було розглянуто на засіданні експертної комісії з питань етики Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, де було прийнято рішення про її схвалення та дозвіл для застосування в медико-соціальному дослідженні, що відповідає чинному законодавству України, сучасним етичним нормам і принципам проведення наукових досліджень (протокол засідання комісії з питань етики № 8 від 03.10.2016 р.).

За результатами досліджень були отримані якісно заповнені анкети, зокрема 159 від лікарів, 199 від провізорів і фармацевтичних працівників. Дані, одержані з анкет, були розсортовані, закодовані та проаналізовані за допомогою комп'ютерної програми на основі аналітичного програмного забезпечення ("Oca for Windows (5.9.3)" та Statistica 6.1) [87, 147].

Був проведений кореляційний аналіз відповідей респондентів (лікаріві фармацевтів) відповідно до варіаційних ознак, що мають найбільш значущий вплив на результат дослідження (стаж роботи, спеціальність і форма власності медичного/фармацевтичного закладу). При аналізі відповідей використовувалися наступні критерії: коефіцієнт Хі-квадрат, кількість ступенів свободи, коефіцієнти Чупрова, Крамера, лямбда Гудмана та критерій Хі-квадрат.

Коефіцієнт Хі-квадрат (чим рівень значущості ближче до 0, тим менша ймовірність помилки) застосовувався при порівнянні частоти вибраних рядів розподілу, виявлялися розбіжності між ними та визначалася вірогідність цих розбіжностей. За допомогою критерію Хі-квадрат виявляли відміни в розподілі двох емпіричних рядів, порівнювали вибірки, що мають альтернативні ознаки, а також оцінювали вірогідність кореляції між альтернативними ознаками. Кількість ступенів свободи – це кількість значень у підсумку обчислень статистики, особливих варіацій [7, 89].

За допомогою коефіцієнта Чупрова досліджувалася загальна

характеристика зв'язку за допомогою порівняння факторної та результативної ознак, відповідно до чого був встановлений характер зв'язку при відносно невеликій кількості спостережень. Коефіцієнт приймався від 0 до 1, чим він був ближче до 1, тим тісніший зв'язок визначався. Коефіцієнт взаємної спряженості Чупрова обчислювався за наступною формулою:

$$C = \sqrt{\frac{\chi^2}{n\sqrt{(m_x - 1)(m_y - 1)}}},$$

де χ^2 обирається зі статистичних таблиць χ^2 залежно від рівня значущості α та кількості ступенів свободи $k = (m_x - 1)(m_y - 1)$;

m_x – кількість груп за ознакою x ;

m_y – кількість груп за ознакою y [7, 89].

Коефіцієнт Крамера був використаний для визначення статистичної незалежності аналізованих ознак, а значення $C=1$ свідчило про можливість однозначного відтворення значень однієї ознаки за відомими значеннями другої:

$$\sqrt{\frac{\phi^2}{\min\{m-1, p-1\}}},$$

де \min – мінімальне з числа в таблиці;

$m-1, p-1$ – кількість граф і рядків у складеній таблиці спряженості [7, 89].

За допомогою коефіцієнта лямбда Гудмана визначалося, чи є зв'язок, що відображає відносне зниження помилки, коли значення незалежної змінної використовуються для передбачення значень залежної змінної. Значення 1 означає, що незалежна змінна точно дає значення залежної; 0 – незалежна змінна абсолютно марна для передбачення залежної. У реальних дослідженнях коефіцієнти Гудмана дуже малі, їх потрібно досліджувати так

само, як і багато інших коефіцієнтів у порівняльному контексті, наприклад, для ранжирування незалежних між собою ознак за ступенем їхнього впливу на деяку особливо важливу для дослідження ознаку, що позначається як цільова, залежна [7, 89].

На шостому етапі дослідження були присвячені розробці алгоритму функціонування ІМСФ відповідно до вимог GPP та концепції ВООЗ з метою покращення фармацевтичного забезпечення населення в умовах впровадження СМ, стандарти яких були імплементовані та гармонізовані згідно з реаліями соціально-економічного та політичного розвитку України.

Заключний етап дослідження був присвячений впровадженню отриманих результатів у практичну роботу закладів охорони здоров'я первинного рівня надання медичної допомоги та в навчальний процес і наукову діяльність закладів вищої освіти.

Отже, розроблена програма досліджень та обраний методичний інструментарій забезпечили вирішення поставлених завдань і отримання достовірних результатів.

РОЗДІЛ 3

ДОСЛІДЖЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

3.1. Дослідження сучасних питань організації фармацевтичного забезпечення відповідно до напрямів належної аптечної практики

Сучасний стан медицини та фармації в Україні характеризується високим показником споживання ЛЗ і низьким рівнем медичної та ФД. Зростання кількості важких і соціально небезпечних захворювань, тенденція до старіння населення призводять до збільшення бюджетних витрат країни на ОЗ, зокрема на фармацевтичне забезпечення. В Україні недостатньо врегульована нормативно-правова база державного ціноутворення на ЛЗ, не забезпечене їх раціональне використання [186, 195, 202].

Одним із найважливіших кроків у вирішенні вищезазначених проблем є впровадження спільної міжнародної настанов МФФ / ВООЗ щодо стандартів якості аптечних послуг «Належна аптечна практика (GPP), яка не є встановленим національним стандартом, але представляє собою керівництво з конкретних досяжних ролей, функцій і видів діяльності, що виконують ісію фармацевтичної практики.

У настанові підкреслюється, що вона призначена для використання національними професійними фармацевтичними асоціаціями, а також національними органами влади й іншими органами, відповідальними за складання відповідних документів, і пов'язаними з ними законами та положеннями у своїх країнах. Вона не є встановленим національним стандартом, але представляє собою керівництво з конкретних досяжних ролей, функцій і видів діяльності, що виконують місію фармацевтичної практики [92, 108, 174, 195, 212, 217].

Особливе значення в стандартах GPP надається професійним питанням і ставленню, а благополуччя пацієнта та його добробут мають першорядне

значення. Слід зазначити, що в них вперше вводяться правові, економічні та трудові основи в контексті структури належної аптечної практики. Беручи до уваги значні дебати щодо економічних аспектів ЛЗ, доступу до якісних ЛЗ, можливості звернення до кваліфікованих медичних працівників, глобальної недостатності робочої сили, збільшення вартості медичної допомоги та застосування нових моделей аптечної практики, цей процес можна оцінити як вкрай своєчасний [37, 74, 75, 108, 180, 199].

Для вирішення проблемних питань у фармацевтичному секторі України, нами було проведено дослідження, в результаті якого науково обгрунтовано, розроблено і запропоновано нову прогресивну модель СФ на засадах СМ відповідно до стандартів GPP. З метою вибору аптечного закладу, який буде відповідати вимогам впровадження моделі СФ, був проведений моніторинг аптек за допомогою аналітичного методу з використанням моніторинг-листів (за період 2016 - 2017 рр.). За результатами проведення порівняльної характеристики аптечних закладів щодо матеріально-технічної бази, кваліфікаційного рівня працівників аптек та надання фармацевтичних послуг (за показниками шістнадцяти критеріїв), аптеки були поділені наступним чином: аптечні пункти приватних аптек, які знаходяться у приміщеннях АЗП-СМ; аптечні пункти комунальних аптек, які знаходяться у зоні пішохідної досяжності АЗП-СМ; комунальні аптеки, які знаходяться у приміщеннях АЗП-СМ; *приватні аптеки, які знаходяться у зоні пішохідної досяжності та у приміщеннях АЗП-СМ з комерційною назвою «Сімейна аптека» і не є мережею аптек (були взяті для порівняльного аналізу дослідження з вищезазначеними аптеками)*. Дослідження було проведене в Київській Житомирській, Чернігівській, Черкаській, Одеській областях і м. Київ [4, 84, 136, 137].

В основу дослідження було покладене вивчення видів медичної та ФД, функцій та обсягу надання фармацевтичних послуг в аптечних закладах і характеру їхньої діяльності. За результатами досліджень було відмічено, що в сільській місцевості в разі відсутності аптеки або її структурного

підрозділу роздрібна торгівля ЛЗ за переліком, установленим МОЗ, здійснюється в приміщеннях фельдшерських, фельдшерсько-акушерських пунктів, сільських, дільничних лікарень, амбулаторій, АЗП-СМ працівниками цих закладів, які мають медичну освіту, на підставі договорів, укладених з ліцензіатом, що має ліцензію на роздрібну торгівлю ЛЗ [4, 126, 136, 137].

Був сформований перелік фармацевтичних послуг стосовно аптек, що здійснюють свої функції в умовах функціонування АЗП-СМ (аптечні заклади в приміщенні амбулаторій). Наприклад, для виконання функції забезпечення аптечні заклади здійснюють наступні фармацевтичні послуги: раціональний відбір ЛЗ для закупівель на основі визначення потреб за видами товару з урахуванням нормативів; організація та дотримання належних умов прийняття та зберігання ЛЗ; визначення необхідного асортименту ЛЗ в умовах функціонування АЗП-СМ. Результати аналізу наявності фармацевтичних послуг за напрямом GPP в умовах функціонування АЗП-СМ, які пацієнти отримують в аптеках, представлені в дод. Е [4, 126, 136, 137].

За результатами проведеного дослідження були отримані дані щодо матеріально-технічної бази аптечних закладів; асортименту ЛЗ; факторів організації вибору ЛЗ для закупівлі; видів інформаційно-консультативних послуг; визначення асортименту ЛЗ для роздрібних аптек; взаємодії аптек з амбулаторіями ЗП-СМ, визначення організаційно-правових і кадрових ресурсів тощо [4, 111, 136, 137]. Середня площа аптек у м² для аптечних пунктів приватних аптек, що знаходяться в приміщенні АЗП-СМ, становила <30 м²; аптечних пунктів, комунальних аптек, що знаходяться в приміщенні АЗП-СМ, – >46 м²; комунальних аптек, що знаходяться у приміщенні та в зоні пішохідної досяжності АЗП-СМ, – 273 м²; приватних аптек, що знаходяться у приміщенні та в зоні пішохідної досяжності АЗП-СМ, з комерційною назвою “Сімейна аптека” (не є мережею аптек) – 80 м². Штат фармацевтичних спеціалістів в аптечних пунктах приватних аптек, що знаходяться в приміщенні

АЗП-СМ, складав 2, а в аптечних пунктах комунальних аптек – 3, в комунальних аптеках, що знаходяться в приміщеннях АЗП-СМ – 26, в приватних аптеках, що знаходяться у приміщенні та в зоні пішохідної досяжності АЗП-СМ з комерційною назвою «Сімейна аптека» (не є мереженою аптек) становив 6 фармацевтичних спеціалістів. Кількість кваліфікованих працівників (з першою, другою та вищою категоріями) в аптечних пунктах приватних аптек, що знаходяться в приміщенні АЗП-СМ, а також в аптечних пунктах комунальних аптек – в середньому мала значення 1, аптечних пунктів, комунальних аптек, що знаходяться в зоні пішохідної досяжності АЗП-СМ – 1, комунальних аптек, що знаходяться в приміщенні АЗП-СМ – 9, приватних аптек, що знаходяться у приміщеннях та в зоні пішохідної досяжності АЗП-СМ з комерційною назвою “Сімейна аптека” (не є мережею аптек) – 3 фармацевтичні фахівці з кваліфікаційною категорією. Середній вік фармацевтичних спеціалістів для аптечних пунктів приватних аптек, що знаходяться в приміщенні АЗП-СМ, в середньому становив 46 років, аптечних пунктів комунальних аптек, що знаходяться в зоні пішохідної досяжності АЗП-СМ – 40, комунальних аптек, що знаходяться у приміщенні АЗП-СМ – 52, приватних аптек, що знаходяться в зоні пішохідної досяжності АЗП-СМ, з комерційною назвою “Сімейна аптека” (не є мережею аптек) – 37. Наявність додаткового персоналу спостерігалася в усіх досліджених аптечних закладах, окрім аптечних пунктів приватних аптек, що знаходяться в приміщенні АЗП-СМ.

Надання фармацевтичної допомоги для пацієнтів було передбачене в аптечних пунктах комунальних аптек, що знаходяться в зоні пішохідної досяжності АЗП-СМ, та приватних аптеках, що знаходяться в зоні пішохідної досяжності АЗП-СМ з комерційною назвою “Сімейна аптека” (не є мережею аптек). Відмова пацієнтам у ЛЗ згідно з призначеннями лікарів була виявлена в аптечних пунктах приватних аптек, що знаходяться в приміщенні АЗП-СМ, й аптечних пунктах комунальних аптек, що знаходяться у приміщеннях АЗП-СМ.

Фармацевтичні фахівці були ознайомлені та працювали з протоколами провізора (фармацевта) з відпуску безрецептурних ЛЗ в усіх осліджених аптечних закладах, проте в аптечних пунктах приватних аптек, що знаходяться в приміщенні АЗП-СМ, вони були ознайомлені недостатньо та не використовували їх у своїй фармацевтичній практиці. Зв'язок з амбулаторіями ЗП-СМ підтримували аптечні пункти комунальних аптек, що знаходяться в приміщенні АЗП-СМ, та приватні аптеки, що знаходяться у приміщенні та в зоні пішохідної досяжності АЗП-СМ з комерційною назвою “Сімейна аптека” (не є мережею аптек). Інформування населення про діяльність аптечного закладу в аптечних пунктах приватних аптек, що знаходяться в приміщенні АЗП-СМ, здійснювалося через пресу, інтернет ресурси та друкування проспектів, аптечних пунктах комунальних аптек, що знаходяться в приміщенні АЗП-СМ – тільки через інтернет ресурси, комунальних аптеках, що знаходяться у приміщенні та в зоні пішохідної досяжності АЗП-СМ – друкування проспектів та інтернет ресурси, приватних аптеках, що знаходяться у приміщенні та в зоні пішохідної досяжності АЗП-СМ з комерційною назвою “Сімейна аптека” (не є мережею аптек) – пресу, інтернет ресурси та друкування проспектів.

Лікарські засоби відповідно до уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги були в наявності в аптечних пунктах комунальних аптек, що знаходяться в приміщенні АЗП-СМ, та приватних аптеках, що знаходяться у приміщенні та в зоні пішохідної досяжності АЗП-СМ з комерційною назвою “Сімейна аптека” (не є мережею аптек). ЛЗ згідно з протоколами провізора (фармацевта) з відпуску безрецептурних ЛЗ були в усіх аптечних закладах. ЛЗ відповідно до Державного формуляра ЛЗ були в наявності в аптечних пунктах комунальних аптек, що знаходяться в приміщенні АЗП-СМ, комунальних і приватних аптеках, що знаходяться в зоні у приміщенні та в зоні пішохідної досяжності АЗП-СМ з комерційною назвою “Сімейна аптека” (не є мережею аптек). ЛЗ згідно з Національним переліком основних лікарських засобів були в аптечних пунктах комунальних аптек, що знаходяться у приміщенні та в зоні

пішохідної досяжності АЗП-СМ, приватних аптеках, що знаходяться у приміщенні та в зоні пішохідної досяжності АЗП-СМ з комерційною назвою “Сімейна аптека” (не є мережею аптек).

Доставка ЛЗ для населення (пацієнта) на замовлення здійснювалася в комунальних аптеках, що знаходяться у приміщенні та в зоні пішохідної досяжності АЗП-СМ, приватних аптеках, що знаходяться у приміщенні та в зоні пішохідної досяжності АЗП-СМ з комерційною назвою “Сімейна аптека” (не є мережею аптек). Система лояльності для певних категорій населення (наявності пільг) функціонувала в усіх досліджених аптечних закладах. Взаємозв'язок з іншими аптечними закладами мали комунальні аптеки, що знаходяться у приміщенні та в зоні пішохідної досяжності АЗП-СМ; взаємозв'язок з АЗП-СМ – аптечні пункти приватних аптек, що знаходяться в приміщенні АЗП-СМ, аптечні пункти комунальних аптек, що знаходяться в приміщенні АЗП-СМ та приватні аптеки, що знаходяться у приміщенні та в зоні пішохідної досяжності АЗП-СМ з комерційною назвою “Сімейна аптека” (не є мережею аптек); з фармацевтичними компаніями – аптечні пункти приватних аптек, що знаходяться в приміщенні АЗП-СМ, та приватні аптеки, що знаходяться у приміщенні та в зоні пішохідної досяжності АЗП-СМ з комерційною назвою “Сімейна аптека” (не є мережею аптек); з медичними представниками фармацевтичних компаній – усі досліджені аптечні заклади. Взаємозв'язок з населенням мали усі досліджені аптечні заклади. Виготовлення ЛЗ за індивідуальними рецептами здійснювалося в комунальних аптеках, що знаходяться у приміщенні та в зоні пішохідної досяжності АЗП-СМ. Прийом заявок на відсутні ЛЗ виконувався в аптечних пунктах комунальних аптек, що знаходяться в приміщенні АЗП-СМ, комунальних аптеках, що знаходяться у приміщенні та в зоні пішохідної досяжності АЗП-СМ, приватних аптеках, що знаходяться у приміщенні та в зоні пішохідної досяжності АЗП-СМ з комерційною назвою “Сімейна аптека” (не є мережею аптек). Фармацевтичні спеціалісти аптеки дотримувалися основних вимог етики та деонтології в спілкуванні

з відвідувачами в усіх досліджених аптечних закладах. Інформаційно-консультативні послуги для пацієнтів здійснювали в аптечних пунктах комунальних аптек, що знаходяться в приміщенні АЗП-СМ, комунальних аптеках, що знаходяться у приміщенні та в зоні пішохідної досяжності АЗП-СМ, приватних аптеках, що знаходяться у приміщенні та в зоні пішохідної досяжності АЗП-СМ з комерційною назвою “Сімейна аптека” (не є мережею аптек). Інформаційно-консультативні послуги для лікарів виконували в аптечних пунктах комунальних аптек, що знаходяться в приміщенні АЗП-СМ, приватних аптеках, що знаходяться у приміщенні та в зоні пішохідної досяжності АЗП-СМ з комерційною назвою “Сімейна аптека” (не є мережею аптек). Інформаційно-консультативні послуги за телефоном здійснювались в комунальних аптеках, що знаходяться у приміщенні та в зоні пішохідної досяжності АЗП-СМ, та приватних аптеках, що знаходяться у приміщенні та в зоні пішохідної досяжності АЗП-СМ з комерційною назвою “Сімейна аптека” (не є мережею аптек).

Отже, у ході дослідження було з'ясовано, що: аптечні пункти приватних аптек, які знаходяться у приміщенні АЗП-СМ, не відповідають вимогам впровадження моделі СФ (із 16-ти критеріїв тільки п'ять мають позитивний результат); також не відповідають вимогам впровадження моделі СФ і аптечні пункти комунальних аптек, які знаходяться у приміщенні АЗП-СМ (позитивний результат тільки з семи критеріїв); що ж стосується комунальних аптек, які знаходяться у приміщенні та в зоні пішохідної досяжності АЗП-СМ, то тут слід зазначити, що значна кількість фармацевтичних спеціалістів (26 чол.) відповідає великому розміру приміщень і широкому асортименту та кількості найменувань / упаковок ЛЗ, а також виготовленню екстемпоральних ЛЗ (позитивний результат мають одинадцять критеріїв, до того ж, виготовлення екстемпоральних ЛЗ має суттєву перевагу перед іншими аптеками); приватні аптеки, які знаходяться у приміщенні та в зоні пішохідної досяжності АЗП-СМ з комерційною назвою «Сімейна аптека», майже повністю (за 15 критеріями) відповідають вимогам

впровадження моделі СФ (крім виготовлення екстемпоральних ЛЗ). Таким чином, можна стверджувати, що саме приватні аптеки з комерційною назвою «Сімейна аптека» мають всі передумови та переваги (особливо з погляду економії фінансових витрат у системі ОЗ) для впровадження в них моделі СФ.

За результатами аналізу аптечних закладів були розроблені методичні підходи до організації АСФ у методичних рекомендаціях: «Типовий проект (Положення) про організацію АСФ при закладах ЗП-СМ (розроблено на основі Європейського досвіду)», «Типове Положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні»; запропоновані відповідні рекомендації щодо відмінності в організаційній складовій аптек загального типу й приватних аптек з комерційною назвою “Сімейна аптека” [4, 136, 137].

Були розроблені методичні підходи до організації АСФ для стандартизації фармацевтичних послуг з позицій GPP, що базуються на ситуаційному аналізі практики здійснення фармацевтичного забезпечення. Процес моделювання структури Стандарту GPP в аптечних закладах в умовах функціонування АЗП-СМ (з внесеними в дослідженні доповненнями) представлений на рис. 3.1. Методичні підходи до організації АСФ включають: розробку переліку фармацевтичних послуг у розрізі функцій аптечних закладів; розміщення аптечних закладів за напрямом GPP та за напрямами діяльності; розробку організаційної структури, мінімального переліку операційних процедур у розрізі фармацевтичних послуг, що виконуються за кожним стандартом GPP, вимог до здійснення фармацевтичних послуг, переліку обладнання приміщень, необхідного для їх здійснення; забезпечення відповідно підготовленого фармацевтичного персоналу; розробку методів оцінки виконання фармацевтичних послуг.

За визначенням фармацевтична послуга – це надання населенню фармацевтичної допомоги на сервісному (комерційному) рівні як результат професійної діяльності фармацевтичних працівників з метою збереження



Рис. 3.1 Стандартизація фармацевтичних послуг аптек сімейної фармації в умовах функціонування амбулаторій загальної практики – сімейної медицини відповідно до напрямів належної аптечної практики.

та підтримання здоров'я громадян, що має вартісну оцінку та здійснюється на підставі договірних цін. Цей показник може бути розрахований, нормований, проаналізований і запланований у відповідних показниках. Надання фармацевтичних послуг спрямоване на задоволення потреб населення, що знаходяться за межами державних соціальних гарантій, а їхня вартість сплачується за рахунок власних коштів громадян або акумульованих у вигляді страхових фондів за програмами добровільного медичного страхування. У закордонній фармацевтичній практиці фармацевтична послуга є законодавчо закріпленим терміном, а у вітчизняній він ототожнюється з поняттям "фармацевтичне обслуговування" [34, 48, 57, 132]. ФД – це комплекс організаційно-економічних, спеціальних (медико-фармацевтичних) і соціально-суспільних заходів, спрямованих на збереження поліпшення й усунення фізичних і, як наслідок, моральних страждань людей з використанням ЛЗ і ВМП [34, 68, 142, 216].

До складу ФО входять фармацевтичні профілактика та діагностика. ФД надається на трьох основних рівнях: здоров'язберігаючому, життєзабезпечувальному та сервісному. Життєзабезпечувальний рівень надання ФД гарантується державою та суспільством, забезпечується фінансовими інститутами Національної системи ОЗ, що включає фармацію як складову системи ОЗ та визначається використанням ЛЗ з метою збереження життєвих функцій людини, зокрема лікування невідкладних станів, патологій, що загрожують життю пацієнтів. Здоров'язберігаючий рівень надання ФД гарантований державою та суспільством, забезпечений фінансовими інститутами Національної системи ОЗ, спрямований на підтримку, збереження та поліпшення здоров'я людей (лікування хвороб, травм та інших станів, що загрожують здоров'ю або працездатності пацієнта). ФД, що надається на сервісному (комерційному) рівні за договірними цінами, має вартісну оцінку та назву «фармацевтична послуга» іншими словами, фармацевтична послуга є похідним поняттям від ФД і надається населенню на сервісному рівні. Надання ФД у вигляді фармацевтичної послуги спрямоване на задоволення потреб населення,

що знаходяться за межами державних соціальних гарантій [13, 34, 68, 184, 214, 216, 225]. Якість надання ФД на вказаних рівнях повинна контролюватися державою як гарантом соціальної стабільності в суспільстві. ФД можна класифікувати за такими критеріями: тип та обсяг надання, характер сплати вартості наданої ФД. За типом надання ФД буває амбулаторною та стаціонарною, за обсягом – це стовідсоткова участь фармацевтів/провізорів, зокрема організація рецептурного відпуску ліків, безрецептурного відпуску в межах відповідального самолікування та стаціонарного (загальнотерапевтичного та спеціалізованого) профілю. За критерієм обсягу надання ФД можна класифікувати як таку, що надається відповідно до затвердженого стандартами лікування в моделі обов'язкового медичного страхування та згідно з фактичним споживанням ЛПІ хворим. При сплаті вартості наданої ФД використовуються наступні джерела: ресурси централізованих страхових фондів у системі обов'язкового медичного страхування; державні кошти бюджетів різних рівнів; фонди цільових державних програм; власні кошти громадян; благодійні внески, гранти, кошти гуманітарних організацій і міжнародних фондів [30, 34, 68, 165, 214, 216]. Виготовлення ЛЗ і надання фармацевтичних послуг, пов'язаних з обслуговуванням населення, доцільно здійснювати в аптеках в умовах функціонування АЗП-СМ. Фармацевтичні послуги повинні охоплювати всі напрями GPP. У зв'язку з цим на наступному етапі досліджень був проведений аналіз фармацевтичних послуг відповідно до напрямів GPP [44, 136, 137]. Були запропоновані удосконалені стандартні операційні процедури елементів GPP, спрямовані на пропаганду здорового способу життя та профілактику захворювань в умовах впровадження СМ для АСФ, де провізори мають надавати види фармацевтичних послуг, що представлені в дод. Ж [4, 29, 44, 57, 136, 137, 167, 218]. Виділення елементів і процедур, з яких складаються фармацевтичні послуги, є основою для подальшого встановлення вимог до здійснення фармацевтичних послуг і методів оцінки якості їх виконання. На підставі даних досліджень були визначені мінімальні вимоги до здійснення операційних процедур в аптеках в умовах функціонування

амбулаторій (табл. 3.1) [44, 100, 136, 137, 224].

Таблиця 3.1

Мінімальні вимоги до здійснення операційних процедур в аптеках сімейної фармації в умовах функціонування амбулаторій загальної практики – сімейної медицини

Приклад операційної процедури	Етапи	Мінімальні вимоги
Визначення потреби в ЛЗ і ВМП	I	Використання методів раціонального управління запасами, економічних факторів і ресурсів АЗП-СМ
	II	Урахування факторів, що впливають на потреби пацієнтів: зміна структури АЗП-СМ, методики лікування, регламентація переліку ЛЗ для надання безкоштовної медичної допомоги
Визначення потреби в ЛЗ і ВМП (виявлення факторів, що впливають на потребу)	III	Урахування потреби в ЛЗ окремо за підрозділами АЗП-СМ та видами товарів
	IV	Планування необхідних товарних запасів в аптеці та за відділеннями АЗП-СМ
	V	Ведення реєстру помилок в обліку запасів

Ефективність і якість фармацевтичних послуг залежить також від структури приміщень. Запропонований у дослідженні рекомендований набір приміщень АСФ залежно від виробничої діяльності відповідно до постанови № 929 від 30.11.2016 р. “Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів)”, де дотримані характер і обсяг

виробничої діяльності, структура функціональних і технологічних процесів, представлений у табл. 3.2 [44, 115, 136, 137, 173, 177].

Таблиця 3.2

Рекомендований набір приміщень аптек сімейної фармації залежно від характеру виробничої діяльності

№ з/п	Найменування приміщень	Характер виробничої діяльності аптечного закладу АСФ	
		готові ЛЗ	виготовлення ЛЗ
1	2	3	4
1	Приміщення для зберігання (склад)	+	+
2	Приміщення, в яких виробляються, контролюються, пакуються, маркуються ЛЗ	-	+
3	Приміщення для контролю (фізико-хімічних показників і мікробіологічного, біологічного, клінічного) сировини, матеріалів, проміжних продуктів, контролю в ході виробництва й якості готових ЛЗ	-	+
4	Приміщення для прийняття, складування та зберігання, зокрема карантинного, відбору проб для контролю якості, відпуску сировини, допоміжних речовин, матеріалів і готових лікарських засобів	+	-
5	Приміщення, необхідні для обслуговування проведення технологічних процесів, що не входять у виробничі, складські зони,	+	-

1	2	3	4
	зони контролю якості та відокремлені від них (майстерні, кімнати відпочинку, їдальні, умивальні, туалети, приміщення для утримання тварин)		
6	Приміщення (комплекс) для комплектації замовлення та відпуску його у відділення	+	+
7	Приміщення (комплекс приміщень) для роздільного зберігання ГЛЗ і ВМП	+	+
8	Приміщення для зберігання ЛЗ, що відносяться до наркотичних засобів, психотропних речовин або сильнодіючих і отруйних	+	-
9	Дистиляційна	-	+
10	Комплекс приміщень для виготовлення ЛЗ в асептичних умовах (асистентська зі шлюзом і стерилізаційна)	-	+

Примітка. “+” – наявність критерію; “-” – відсутність критерію.

Рекомендований набір приміщень для АСФ з готовими ЛЗ наступний: приміщення для зберігання (склад); прийняття; складування та зберігання; зокрема карантинного; відбору проб для контролю якості; відпуску сировини; допоміжних речовин, матеріалів і готових ЛЗ; приміщення; необхідні для обслуговування проведення технологічного процесу, що не входять у виробничі, складські зони; зони контролю якості та відокремлені від них (майстерні, кімнати відпочинку, їдальні, умивальні,

туалети, приміщення для утримання тварин); приміщення (комплекс) для комплектації замовлення та відпуску його у відділення; приміщення (комплекс приміщень) для роздільного зберігання ГЛЗ і ВМП; приміщення для зберігання ЛЗ, що відносяться до наркотичних засобів і психотропних речовин або сильнодіючих і отруйних [44, 107, 136, 137].

Для АСФ з правом на виготовлення ЛЗ пропонується наступний набір приміщень: приміщення для зберігання (склад); приміщення, в яких виробляються, контролюються, пакуються, маркуються ЛЗ для контролю (фізико-хімічних показників і мікробіологічного, біологічного, клінічного) сировини, матеріалів, проміжних продуктів; в ході виробництва й якості готових лікарських засобів; приміщення (комплекс) для комплектації замовлення та відпуску його у відділення; приміщення (комплекс приміщень) для роздільного зберігання ГЛЗ і ВМП; дистиляційна; комплекс приміщень для виготовлення ЛЗ у асептичних умовах (асистентська зі шлюзом і стерилізаційна).

Усі приміщення аптечних закладів, що входять у рекомендований набір, мають, на нашу думку, бути об'єднані в єдиний блок. В аптечних закладах, що здійснюють відпуск ЛЗ населенню безкоштовно та зі знижкою, а також роздрібну реалізацію ЛЗ і ВМП, необхідно передбачити додатковий комплекс приміщень, що включає торговий зал; кімнату або зону зберігання ЛЗ; кімнату персоналу, поєднану з вбиральною. На нашу думку, комплекс приміщень для відпуску та роздрібної реалізації ЛЗ і ВМП доцільно розташовувати відокремлено від основних приміщень аптечних закладів [44, 115, 136, 137, 212].

Відповідно до стандартів GPP для регулярного підвищення якості фармацевтичного обслуговування кожна аптека повинна забезпечувати контроль дотримання встановлених мінімальних вимог, використовуючи належні показники якості (індикатори). Були запропоновані приклади застосування деяких індикаторів оцінки якості для виконання фармацевтичних послуг в АСФ згідно з напрямками GPP (табл. 3.3) [37, 44, 65, 136, 137, 154].

**Приклади використання індикаторів оцінки для виконання
фармацевтичних послуг в аптеках сімейної фармації відповідно до
стандартів належної аптечної практики**

№ з/п	Об'єкт оцінки	Індикатори
1	Раціональний відбір ЛЗ і ВМП для закупівель	Перевищення нормативу товарного запасу
2	Раціональний відбір ЛЗ і ВМП для закупівель	Кількість закуплених ЛЗ, що не включені до локальних формулярів АЗП-СМ (відповідно до необхідного переліку основних ЛЗ, протоколів провізора (фармацевта) з відпуску безрецептурних ЛЗ та уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги)
3	Контроль зберігання та використання ЛЗ в умовах АЗП-СМ	Частота перевірок протягом кварталу
4		Кількість порушень зберігання ЛЗ і ВМП в підрозділах при перевірці
5		Кількість порушень, що не усунені у встановлені терміни

В АСФ для організації виготовлення ЛЗ, крім завідувача аптечних закладів, для здійснення фармацевтичних послуг з формування належних умов приймання та зберігання ЛЗ і ВМП, належного відпуску ЛЗ і ВМП в підрозділи амбулаторій, обліку руху ЛЗ і ВМП, персоніфікованого обліку використання ЛЗ необхідно передбачити посаду провізора-технолога, а для безпосереднього виготовлення – фармацевта; для проведення контролю якості екстемпоральних ЛЗ – провізора-аналітика.

На наступному етапі дослідження нами був проведений аналіз організації аптечних закладів в умовах функціонування АЗП-СМ з метою перевірки відповідності до стандарту GPP. На підставі проведеного аналізу, а також у відповідності до Наказу Про затвердження настанови «Належна аптечна практика: Стандарти якості аптечних послуг» від 30.05.2013 р. № 455, був розроблений стандарт GPP, рекомендований для впровадження в діяльність АСФ при закладах ЗП-СМ (з необхідними змінами та доповненнями), керуючись вказівками з Настанови: «...стандарти повинні визнавати унікальність кожного аптечного закладу (наприклад, аптек громади і лікарень). Крім того, оскільки ЛЗ і потреби змінюються, стандарти повинні повідомляти практичним закладам і надавати їм настанови щодо розвитку послуг, які не впливають негативно на еволюційний характер практики»). На підставі здійсненого аналізу стандартів GPP та власних досліджень аптечних закладів, що функціонують в умовах амбулаторій, враховуючи унікальність АСФ і їх відмінність від аптек загального типу, було виконане моделювання структури стандарту GPP в АСФ, в якому передбачені модулі з урахуванням умов функціонування АЗП-СМ, що представлені в табл. 3.4. Запропонована методологія розробки стандарту є універсальною та може слугувати основою для розробки стандарту GPP в АСФ [4, 44, 130, 136, 137].

Таблиця 3.4

Рекомендована структура стандарту належної аптечної практики в аптеках сімейної фармації

№ з/п	Модуль	Розділ	Короткий зміст розділу (приклади)
1	2	3	4
1	Вступна частина	Вступ	Цілі, завдання, область і об'єкти застосування

1	2	3	4
		Загальні положення	Місія, завдання аптек. На підставі чого здійснюється діяльність, чим керується. Види та структура аптек
		Основні принципи та вимоги GPP	Принципи GPP: <ul style="list-style-type: none"> • відпуск ЛЗ і ВМП належної якості; • надання достовірної інформації тощо Вимоги GPP: <ul style="list-style-type: none"> • освітні програми для систематичного підвищення рівня знань фармацевтичного персоналу; • наявність належної документації тощо
2	Види фармацевтичних послуг аптек в умовах АЗП-СМ та вимоги до їх здійснення в розрізі напрямів GPP	Поставка, відпуск і раціональне застосування ЛЗ і ВМП	Перелік видів фармацевтичних послуг, які рекомендується здійснювати АСФ для реалізації того чи іншого напрямку GPP, основні елементи, складові цих видів послуг (операційні процедури) та вимоги до їх здійснення
		Вплив на призначення та застосування ЛЗ	
3	Види фармацевтичних послуг аптек в умовах АЗП-СМ та вимоги до їх	Пропаганда здорового способу життя та профілактика захворювань	Перелік видів фармацевтичних послуг, які рекомендується здійснювати АСФ для реалізації того чи іншого напрямку GPP, основні елементи, складові цих

1	2	3	4
	здійснення в розрізі напрямів GPP	Надання допомоги при самолікуванні	видів послуг (операційні процедури) та вимоги до їх здійснення
4	Вимоги	До приміщень та обладнання	Загальні вимоги до приміщень АСФ, наявність всебічно розробленої та правильно функціонуючої фармацевтичної системи якості, що включає належну виробничу практику й управління ризиками для якості. Ця система має бути повністю документована, а її ефективність – проконтрольована. Усі частини фармацевтичної системи якості повинні належним чином забезпечуватися компетентним персоналом, відповідними приміщеннями, обладнанням і технічними засобами в кількості, що забезпечує функціонування цієї системи
5	Вимоги	До персоналу	<ul style="list-style-type: none"> • Забезпечує компетенції співробітників аптек через програми безперервного професійного розвитку (CPD) або безперервної освіти (CE); • визначає кадрові ресурси, необхідні для забезпечення GPP

1	2	3	4
6	Система управління якістю	Стандартні операційні процедури (СОП)	Перелік фармацевтичних послуг, що впливають на якість ЛЗ і ВМП, а також діяльність аптеки загалом, на які доцільно складати СОП
		Документування	Мінімальний перелік документації та вимоги до її відання, оформлення та зберігання
		Самоінспекція	Вимоги до проведення самоінспекції й оформлення її результатів (мета, ким здійснюється, регулярність проведення)

Рекомендована структура стандарту GPP в АСФ складається із вступної частини, що містить 3 розділи (введення, загальні положення, основні принципи та вимоги GPP); видів фармацевтичних послуг аптечних закладів і вимог до їх здійснення в розрізі напрямів GPP (поставка, відпуск і раціональне застосування ЛЗ і ВМП, вплив на призначення та застосування ЛЗ, пропаганда здорового способу життя та профілактика захворювань, надання допомоги при самолікуванні); вимог до приміщень та обладнання, персоналу та системи управління якістю в АСФ, що включає 3 розділи (СОП, документування та самоінспекція) [4, 44, 130, 136, 137].

За результатами проведених досліджень була запропонована методологія розробки стандарту, який є універсальним і може слугувати основою для розробки стандарту GPP в аптеках різного напрямку діяльності, зокрема АСФ.

3.2. Аналіз надання аптечними закладами фармацевтичних послуг відповідно до напрямів належної аптечної практики

Використання принципів ПМД на засадах СМ в багатьох країнах ЄС сприяло підвищенню рівня доступності до одержання населенням фармацевтичного забезпечення, новій якості та значній економії бюджету країн. В Україні інтенсивний розвиток сімейної медицини розпочався після прийняття Кабінетом Міністрів України постанови № 989 від 20.06.2000 р. “Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров’я” та відповідних наказів МОЗ України [118, 138, 176, 183].

Оскільки це питання недостатньо вивчене та немає науково обґрунтованих теоретичних і практичних праць, було проведено дослідження щодо удосконалення організації фармацевтичного забезпечення АЗП-СМ на основі взаємодії з аптечними закладами [4, 84, 137].

Дослідження порівняльної характеристики діяльності аптечних закладів, що розміщені на території амбулаторій і поза її межами, складалося з 2 етапів. Спочатку був проведений аналіз діяльності аптек загального типу й аптек з комерційною назвою “Сімейна аптека”, за результатами якого були розроблені методичні рекомендації з організації роботи АСФ в умовах впровадження СМ [2, 84, 137].

Результати проведеного дослідження свідчать про те, що станом на 01.01.2017 р. в Україні функціонували 64 аптечних заклади, зареєстровані під комерційною назвою “Сімейна аптека”, які мали відповідні дозвільні ліцензії на діяльність згідно з нормативно-правовими документами чинного законодавства України з питань фармацевтичної діяльності. Мета їхньої діяльності полягала у фармацевтичному забезпеченні АЗП-СМ в містах, селах і селищах міського типу.

За даними Центру медичної статистики України загальна кількість закладів ПМД в Україні на 01.01.2017 р. становила 143, серед них 65 були при лікарняних закладах, 32 – амбулаторно-поліклінічних закладах

(292 амбулаторії та 620 ФАПів, які є структурними підрозділами центрів ПМД). Мережа закладів ПМД була представлена 292 амбулаторіями при центрах ПМД та міських лікарнях, що надають ПМД, 6 дільницями при дільничних і центральних районних лікарнях. Водночас функціонують 2073 АЗП-СМ в містах, селищах міського типу та селах (табл. 3.5) [4, 84, 137].

Таблиця 3.5

Кількість амбулаторій загальної практики – сімейної медицини з прикріпленим населенням та аптечних закладів з комерційною назвою “Сімейна аптека” в адміністративно-територіальному розрізі станом на 01.01.2017 р.

№ з/п	Адміністративно-територіальна одиниця (область)	Кількість АЗП-СМ в містах, селищах міського типу та селах	Прикріплене населення	Кількість аптечних закладів з комерційною назвою “Сімейна аптека”		
				місто	селище міського типу	село
1	2	3	4	5	6	7
1	АР Крим	не охоплено дослідженням*				
2	Вінницька	80	153506	2	1	1
3	Волинська	39	252322	0	0	0
4	Дніпропетровська	215	821552	3	0	1
5	Донецька	не охоплено дослідженням*				
6	Житомирська	75	455238	0	1	0
7	Закарпатська	26	216232	0	1	0
8	Запорізька	133	961709	1	2	0
9	Івано-Франківська	52	359836	2	0	0
10	Київська	63	439825	0	0	0
11	Кіровоградська	61	177173	2	1	0
12	Луганська	не охоплено дослідженням*				

Продовження таблиці 3.5

1	2	3	4	5	6	7
13	Львівська	110	1116790	0	0	0
14	Миколаївська	72	304850	0	1	0
15	Одеська	99	678137	0	0	0
16	Полтавська	89	608736	0	0	0
17	Рівненська	56	391042	0	0	0
18	Сумська	64	438435	0	0	0
19	Тернопільська	47	434542	9	0	0
20	Харківська	238	1114751	11	0	3
21	Херсонська	41	676575	2	1	3
22	Хмельницька	82	371787	0	0	0
23	Черкаська	64	402736	11	0	0
24	Чернівецька	23	55015	0	0	0
25	Чернігівська	73	454894	2	0	0
26	м. Київ	271	1348788	3	0	0
27	м. Севастопіль	не охоплено дослідженням*				
Усього по Україні		2073	12234471	48	8	8

Примітка. * – оперативні моніторингові дані АР Крим, м. Севастопіль, Донецької та Луганської областей відсутні з об'єктивних причин і не охоплені дослідженнями.

Наведені дані свідчать про значну невідповідність між кількістю АЗП-СМ та наявною кількістю функціонуючих аптечних закладів з комерційною назвою “Сімейна аптека”. Результати аналізу показують, що в 27 регіонах України, за винятком АР Крим, Донецької, Луганської областей і м. Севастопіль, станом на 01.01.2017 р. функціонують 2073 АЗП-СМ у містах, селах і селищах міського типу, кількість прикріпленого населення, яке обслуговують амбулаторії, становила 12234471 людина, кількість аптечних закладів, які обслуговують амбулаторії ЗП-СМ, – 48 аптек у містах, 8 – у селах і 8 – у селищах міського типу. За результатами дослідження було

встановлено, що в Україні відмічається поступовий розвиток аптечних закладів, що взаємодіють і надають фармацевтичні послуги відповідно до потреб АЗП-СМ. Зокрема, за результатами анкетування такими є аптечні заклади з комерційною назвою “Сімейна аптека”. За останні два роки кількість аптечних закладів “Сімейна аптека” в країні збільшилася в 3 рази. У Волинській, Львівській, Одеській, Полтавській, Рівненській, Сумській, Хмельницькій, Чернівецькій і Київській областях аптечні заклади з комерційною назвою “Сімейна аптека” відсутні взагалі. У населених пунктах, де немає аптечних закладів, зокрема з комерційною назвою “Сімейна аптека”, фармацевтичне забезпечення здійснюється через фельдшерсько-акушерські пункти (ФАПи), кількість яких не завжди достатня [4, 84, 137].

Відомо, що зменшення витрат на ЛЗ досягається за рахунок поліпшення всіх процесів обслуговування пацієнтів та їх родин в умовах АЗП-СМ, а також економії на фармакотерапії при виборі оптимальної схеми лікування певної нозологічної форми відповідно до уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги та Державного формуляра ЛЗ [4, 83, 102, 124, 128, 130].

Слід зазначити, що в сільських населених пунктах Вінницької, Дніпропетровської, Полтавської, Тернопільської, Одеської, Чернівецької областей, де функціонують амбулаторії ЗП-СМ, організовані аптечні заклади, що, безумовно, є позитивною складовою в забезпеченні необхідного обсягу ФД населенню. Водночас організація і якісна робота аптечних закладів з комерційною назвою “Сімейна аптека” потребують вирішення низки нормативно-правових проблем. З цією метою були розроблені методичні рекомендації щодо створення АСФ в умовах впровадження СМ [4, 84, 104, 137].

Для проведення порівняльної оцінки ефективності роботи аптечних закладів загального типу й аптек з комерційною назвою “Сімейна аптека” у фармацевтичному забезпеченні АЗП-СМ були проаналізовані дані

відповідної документації, кадрового забезпечення аптечних закладів та АЗП-СМ за 2016-2017 рр. Для досліджень були взяті амбулаторії ЗП-СМ, потужність яких становила від 500 до 900 відвідувань на день, що регламентується відповідно до наказу МОЗ України № 793 від 10.09.2013 р. “Про затвердження Нормативів забезпеченості мережею амбулаторій – підрозділів центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги” [109]. За результатами досліджень було встановлено, що в АЗП-СМ працюють ЛЗП-СЛ та “вузькі” фахівці; функціонують лікувальні, хірургічні відділення, клініко-діагностичні лабораторії. Лікарями амбулаторій надаються ПМД та спеціалізована медична допомога [4, 84, 137].

Відповідно до завдань дослідження а наступному етапі моніторингу було проведено анкетування провізорів щодо видів та обсягів надання фармацевтичних послуг в умовах функціонування АЗП-СМ з метою вибору аптечного закладу для впровадження моделі СФ для порівняльної оцінки були взяті аптечні заклади, які знаходяться у приміщеннях АЗП-СМ: аптеки загального типу (комунальної та приватної форм власності) та аптеки з приватні аптеки з комерційною назвою «Сімейна аптека» (які не є мережею аптек, але є самостійними суб'єктами). В ході аналізу отриманих даних було констатовано, що за видами та обсягом надання фармацевтичних послуг за стандартами GPP (відповідно до представленого у таблиці 3.6 переліку видів фармацевтичних послуг) за всіма показниками впевнено превалюють приватні аптеки з комерційною назвою «Сімейна аптека». Що ж стосується співпраці аптек з АЗП-СМ, то були отримані наступні показники: приватні аптечні заклади з комерційною назвою «Сімейна аптека» співпрацюють з АЗП-СМ в обсязі 67,7 %, що набагато перевищує показник такої співпраці аптек загального типу (32,3 %). До того ж, основна мета приватних аптек з комерційною назвою «Сімейна аптека» полягала у медикаментозному забезпеченні та взаємозв'язку АЗП-СМ. Тому, спираючись на вищенаведені

факти, можна зробити висновок про доцільність впровадження моделі СФ саме в приватних аптеках з комерційною назвою «Сімейна аптека».

На підставі вивчення методичних підходів до вирішення організації роботи аптечних закладів і АЗП-СМ та з урахуванням завдань дисертаційної роботи були розроблені методичні підходи до вирішення проблеми організації АСФ в умовах функціонування АЗП-СМ [4, 130, 137].

Таблиця 3.6

Надання фармацевтичних послуг за стандартами належної аптечної практики в аптечних закладах, які знаходяться у приміщеннях амбулаторій загальної практики-сімейної медицини (порівняльна оцінка)

№ з/п	Надання фармацевтичної послуги за стандартами належної аптечної практики	Аптечний заклад загального типу, %	Аптечний заклад приватної форми власності з комерційною назвою «Сімейна аптека», %
1	2	3	4
1	Виготовлення екстемпоральних ЛЗ (виготовлення відповідно до прописів і стандартів якості сировини, устаткування, процесів обробки, в тому числі стерильності)	+	–
2	Поставка, відпуск і раціональне застосування ЛЗ (складання заявок по підрозділах в розрізі джерел фінансування (за видами товарів, за призначенням, за нозологіями, за видами закупівель)	37,8	62,2

1	2	3	4
3	Розповсюдження ЛЗ і ВМП (вивчення, аналіз, систематизація препаратів, зазначених у стандартах (протоколах) лікування, що призначаються для амбулаторного і стаціонарного лікування хворих, проведення VEN-аналізу за ABC-групами ЛЗ)	23,6	76,4
4	Відпуск ЛЗ і ВМП (аналіз отриманих паперових або електронних рецептів з урахуванням терапевтичних, соціальних, економічних та правових аспектів призначень перед видачею ЛЗ і ВМП пацієнту)	46,7	53,3
5	Оцінка стану здоров'я пацієнтів і їх потреб (складання медикаментозного анамнезу пацієнтів, сприяння підвищенню рівня комплаєнтності)	36,4	63,6
6	Ведення фармакотерапії пацієнтів (спільно з лікарем ЗП-СЛ, визначення стратегії і тактики лікування та одночасного вибору й забезпечення ЛЗ пацієнта)	22,7	77,3
7	Доставка ЛЗ населенню на замовлення (втілення у повсякденне користування послуг: «Інтернет-аптека», «Віртуальна аптека», «Ліки поштою», «Ліки на замовлення»)	33,9	66,1
8	Моніторинг прогресу лікування пацієнта і його результатів (спільно з ЛЗП-СЛ здійснення динамічного спостереження за станом здоров'я пацієнта із проведенням необхідних заходів	36,8	63,2

1	2	3	4
	оздоровлення за індивідуальним планом)		
9	Надання інформації про ЛЗ та питання, що стосуються здоров'я пацієнта (вивчення, аналіз й узагальнення результатів моніторингу побічних, небажаних та непередбачених дій ЛЗ)	23,4	76,6
10	Планування та впровадження стратегії постійного професійного розвитку для поліпшення поточної та майбутньої діяльності	44,6	55,4
11	Надання фармакотерапевтичній комісії АЗП-СМ інформації про ЛЗ (внесення пропозицій щодо медикаментозного покриття формулярних переліків та стандартів (протоколів) лікування хворих)	23,7	76,3
12	Визначення потреби в ЛЗ і ВМП (вивчення, аналіз, узагальнення даних моніторингу ЛЗ, їх потреби, запитів та наявності в аптечній мережі)	46,7	53,3

3.3. Методичні підходи щодо організації роботи аптек сімейної фармації в умовах впровадження сімейної медицини

Методичні підходи з організації АСФ були розроблені відповідно до наступних законодавчих та нормативно-правових документів: Конституція України; Основи законодавства України про охорону здоров'я; закон України “Про організацію центрів первинної медико-санітарної допомоги”; закон України № 123/96-ВР від 04.04.1996 р. “Про лікарські засоби”; наказ МОЗ України № 793 від 10.09.2013 р. “Про затвердження Нормативів забезпеченості мережею амбулаторій – підрозділів центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги”; наказ МОЗ України № 303

від 23.07.2001 р. “Про організацію роботи закладів (підрозділів) загальної практики – сімейної медицини”; наказ МОЗ України № 529 від 22.07.2009 р. “Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров’я”; наказ МОЗ України № 751 від 28.09.2012 р. “Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров’я України”; Кваліфікаційна характеристика та посадова інструкція П-КСФ; Господарський і Цивільний кодекс України, інші закони України, укази Президента України, постанови Кабінету Міністрів України, накази, інструкції Міністерства охорони здоров’я України [109, 120, 122, 124].

Діяльність ПМД є одним з кроків у створенні АСФ, що спеціалізуються на наданні ФД пацієнтам, їхнім родинам і населенню загалом. Тобто цінність створення АСФ в умовах впровадження СМ полягає в забезпеченні фізичної й економічної доступності ЛЗ для населення України, наданні широкого комплексу фармацевтичної опіки й якісного, безперебійного та ефективного фармацевтичного забезпечення для задоволення потреб споживачів [48, 49, 69, 160, 173, 186].

Головна мета діяльності АСФ полягає у своєчасному фармацевтичному забезпеченні в умовах функціонування АЗП-СМ (наявність необхідного асортименту ЛЗ і ВМП, що використовують у схемах лікування ЛЗП-СЛ при фармакотерапії різних захворювань) відповідно до уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги. Були удосконалені та сформульовані загальні принципи організації АСФ в умовах функціонування АЗП-СМ (рис. 3.2) на основі проведених досліджень з використанням методу анкетування фармацевтичних працівників аптек і лікарів АЗП-СМ [4, 84, 137].

Методичні підходи включають: обґрунтування необхідності організації АСФ в умовах функціонування АЗП-СМ та менеджмент-заходи, що полягають у прийнятті управлінських рішень щодо відкриття аптечних закладів і розробці організаційних заходів для відкриття та забезпечення діяльності АСФ. При прийнятті рішення про організацію АСФ доцільно

визначити тип аптеки; перелік фармацевтичних послуг, які вона має виконувати; організаційну структуру; а також перелік приміщень і обладнання; штат аптечних закладів. Розробка організаційних заходів включає: підготовку документального забезпечення відкриття та дії АСФ в умовах функціонування АЗП-СМ; підготовку приміщень і обладнання, підбір фармацевтичного персоналу.



Рис. 3.2 Організація аптек сімейної фармації в умовах функціонування амбулаторій загальної практики – сімейної медицини

АСФ можна поділити залежно від обсягу роботи та функцій. В умовах функціонування АЗП-СМ АСФ доцільно відкривати з відділом ГЛЗ без виконання функцій аптечного виготовлення ЛЗ, але зі збереженням функції фасування ГЛЗ, що закупаються у великих обсягах. АСФ залежно від видів здійснюваних фармацевтичних послуг можуть бути організовані без поділу на відділи. Основні функції, які рекомендовано виконувати АСФ в умовах функціонування АЗП-СМ, представлені в табл. 3.7 [4, 84, 137].

Таблиця 3.7

Основні функції, які рекомендовано виконувати аптекам сімейної фармації в умовах функціонування амбулаторій загальної практики – сімейної медицини

№ з/п	Функції АСФ
1	2
1	Забезпечення постійної наявності і необхідної кількості відповідної номенклатурної бази ЛЗ і ВМП відповідно до протоколів лікування та локальних формулярів АЗП-СМ
2	Забезпечення командної роботи членів групи П-КСФ – ЛЗП-СЛ в управлінні лікувальною терапією пацієнта з метою проведення безпечної, ефективної медикаментозної терапії (співпраця та інтеграція обов'язків та відповідальності ЛЗП-СЛ та П-КСФ спільне проведення моніторингу лікування для перевірки ефективності і побічної дії ЛЗ, а також оцінки стану здоров'я пацієнтів і їх потреб); регулярне інформування щодо наявності та надходження нових ЛЗ і ВМП до АСФ
3	Надання інформаційно-консультаційних послуг населенню і лікарям з питань раціонального призначення та використання ЛЗ (забезпечення ефективної та безпечної фармакотерапії), з питань дотримання здорового способу життя

1	2
4	Надання транспортних, кур'єрських послуг для доставки ЛЗ до пацієнта за його замовленням і замовленням лікаря “Ліки на замовлення” відповідно до GPP
5	Реалізація пацієнтам АЗП-СМ рецептурних ЛЗ за рецептами лікарів і вимогами-замовленнями
6	Реалізація населенню та пацієнтам АЗП-СМ дозволених до відпуску ЛЗ, які відносяться до категорії безрецептурних ЛЗ і ВМП
7	Забезпечення належного зберігання ЛЗ і ВМП відповідно до їхніх фізичних, хімічних властивостей і фармакологічної дії відповідно до правил і вимог зберігання GPP
8	Контроль за дотриманням строків придатності ЛЗ і ВМП
9	Організація регулярного підвищення кваліфікації провізорів АСФ
10	Контроль за дотриманням провізорами принципів етики, ноетики та деонтології при обслуговуванні населення
	Забезпечення діяльності, спрямованої на покращення медикаментозного забезпечення населення України, що сприятиме розвитку соціально-економічного та фінансово-господарського стану аптечної галузі, зокрема в АСФ, що не суперечить чинному законодавству України

Для виконання статутних завдань власник аптечного закладу має наділяти АСФ майном, що складається з основних фондів, обігових коштів, а також інших цінностей, вартість яких відображається в самостійному балансі. АСФ володіють, користуються та розпоряджаються зазначеним майном, вчиняючи щодо нього необхідні дії для функціонування АСФ, що не суперечать діючому законодавству України та відповідають Статуту (рис. 3.3) [4, 84, 137].

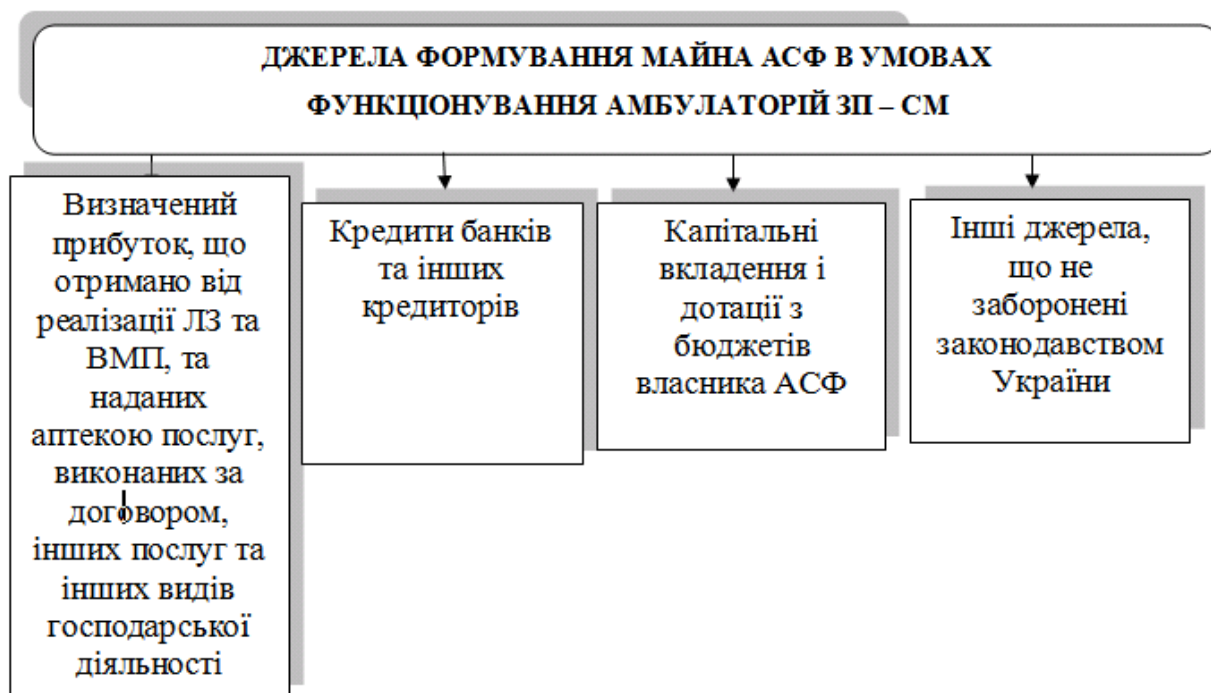


Рис. 3.3. Джерела формування майна аптек сімейної фармації

АСФ має право продавати та передавати іншим підприємствам, організаціям та установам, обмінювати, здавати в оренду, надавати безоплатно в тимчасове користування або в позику основні засоби, що надаються в користування або позику, списувати їх зі свого балансу, а також на договірних засадах використовувати майно інших юридичних осіб і громадян. АСФ може виконувати операції з цінними паперами, облігаціями, банківськими рахунками, створювати фонди для покращення організації фармацевтичного забезпечення населення України відповідно до поставлених статутних цілей і завдань. АСФ повинна здійснювати оперативний і бухгалтерський облік результатів своєї роботи, вести статистичну звітність в установленому порядку [4, 84, 137].

Вищевказаний порядок утворення організації фінансової складової та використання майна АСФ має відповідати діючому законодавству та відображатися в статуті аптеки. Управління АСФ здійснюється відповідно до Статуту на підставі поєднання прав власника щодо господарського використання свого майна та колегіальних прав. У результаті вивчення вимог

до здійснення фармацевтичних послуг та існуючого порядку їх надання було визначене необхідне документальне забезпечення організації АСФ в умовах функціонування АЗП-СМ (рис. 3.4) [4, 84, 137].

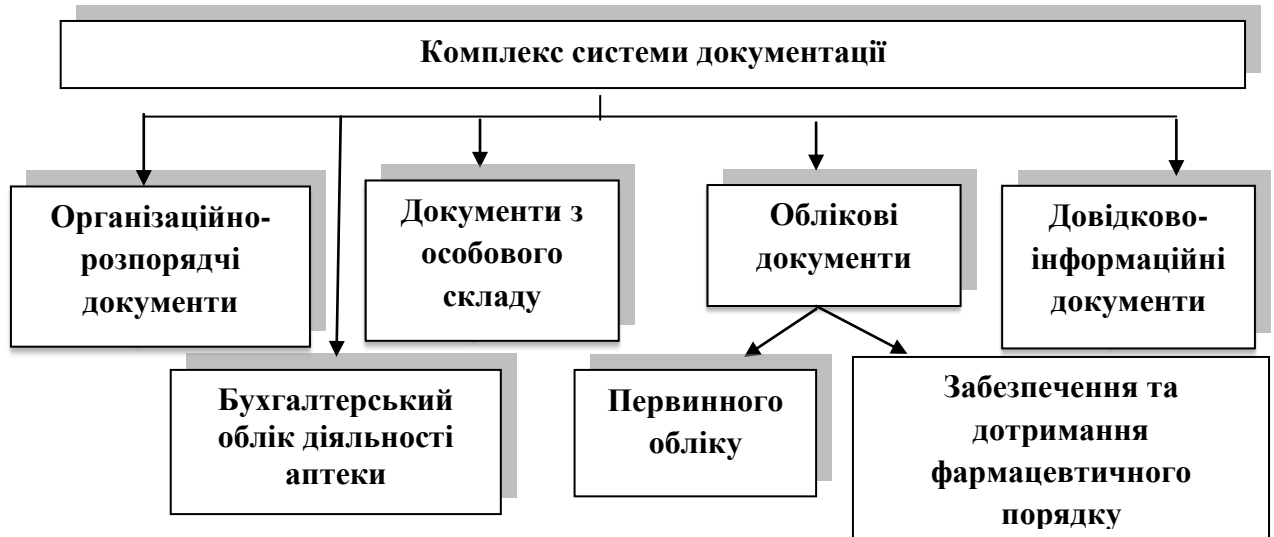


Рис. 3.4 Документаційне забезпечення функціонування аптек сімейної фармації в умовах функціонування амбулаторій загальної практики–сімейної медицини

Серед облікових документів АСФ були виділені наступні напрями: документи первинного обліку (ті, що підтверджують надходження товару (товарні накладні, рахунки-фактури тощо)); документи, що засвідчують відпуск товару (вимоги-накладні); товарні звіти тощо; документи, що враховують забезпечення та дотримання фармацевтичного порядку в АСФ (журнали, карти обліку температури в холодильниках); документи з обліку ЛЗ з обмеженим терміном придатності; журнал обліку лабораторно-фасувальних робіт тощо; довідково-інформаційна документація, документи, що містять інформацію про фактичний стан діяльності АСФ (акти перевірок органами державного контролю, акти за результатами самоінспекції для подальшого прийняття управлінських рішень, а також копії нормативно-правових документів, що регламентують діяльність АСФ, довідково-інформаційна література щодо ЛЗ) [4, 84, 137].

За результатами дослідження була запропонована блок-схема сучасної функціональної моделі організації АСФ з урахуванням потужності амбулаторій. Зважаючи на неї, для складання блок-схеми були використані амбулаторії з кількістю відвідувань від 750 і більше (дод. 3).

Першим блоком схеми визначена амбулаторія, на території якої передбачається організація роботи АСФ. Потужність амбулаторії ЗП-СМ становить понад 1500 осіб населення в місті та понад 1000 осіб у сільській місцевості при 750 та більше відвідувань на день відповідно до наказу № 793 від 10.09.2013 р. “Про затвердження Нормативів забезпеченості мережею амбулаторій – підрозділів центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги” [109]. З I блоком взаємопов’язаний другий – безпосередньо АСФ. З урахуванням необхідності узгодженої роботи АСФ з амбулаторією (робочий день амбулаторій з 8.00 до 20.00 при п’ятиденному робочому тижні) та вимог трудового законодавства України (40 годин на тиждень за відсутності шкідливих умов праці) за нормативними документами пропонується наступний розрахунок штату:

- одна штатна одиниця П-КСФ (робочий день з 10.00 до 18.30 з перервою на обід 14.00-14.30);
- одна штатна одиниця фармацевта (робочий день з 8.00 до 16.30 з перервою на обід 12.00-12.30);
- одна штатна одиниця провізора (робочий день з 11.30 до 20.00 з перервою на обід 15.30-16.00).

Для підтримки першого та другого блоків необхідна реалізація третього, що передбачає виконання АСФ наступних функцій: реалізація товарів аптечного асортименту; надання послуг із забезпечення необхідними ЛЗ; фармацевтичне забезпечення підрозділів АЗП-СМ; контроль за організацією зберігання ЛЗ у підрозділах АЗП-СМ; прийом рецептів на виготовлення за екстемпоральною індивідуальною рецептурою від населення; прийом заявок на відсутні ЛЗ; інформаційно-консультаційні послуги пацієнтам і лікарям, зокрема за телефоном. Поєднання

вищеперерахованого набору функцій дозволить АСФ забезпечити високий рівень ефективної діяльності в умовах функціонування АЗП-СМ.

Завершальний четвертий блок представляє основні напрямки, що забезпечують ефективну роботу АСФ в умовах функціонування АЗП-СМ. За результатами проведеної оцінки ефективності роботи аптечні заклади, що здійснюють свою діяльність на території амбулаторій з потужністю 750 відвідувань, отримали високу оцінку, що дозволяє використовувати показники їхньої роботи для визначення напрямів ефективної діяльності й організації спеціалізованих АСФ на території АЗП-СМ: асортимент повинен бути представлений з урахуванням уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги та Державного формуляра ЛЗ; асортимент складається ГЛЗ та ВМП; ЛЗ відпускаються за призначенням лікаря. Важливим напрямом ефективної роботи АСФ є інформаційна взаємодія з ЛЗП-СЛ в умовах функціонування АЗП-СМ. Це дозволяє АСФ гнучко вибудовувати свою асортиментну політику та максимально задовольняти споживчий попит з урахуванням медикаментозних призначень. Особливими вимогами до АСФ в умовах АЗП-СМ є введення до її штату посади П-КСФ. Це необхідно для дотримання принципів морально-етичної (нооетичної) чистоти та деонтології, безперебійного, безвідмовного, якісного фармацевтичного забезпечення населення та пацієнтів АЗП-СМ [4, 84, 107, 109, 137]. Пріоритетні напрями та програмні завдання щодо організації АСФ полягають у дотриманні системи підготовки фахівців, які мають право працювати у фармацевтичній галузі, з урахуванням європейського досвіду: поетапне впровадження ступеневої підготовки фармацевтичних кадрів; впровадження системи оцінки, моніторингу та контролю якості фармацевтичної освіти, що полягає в послідовному здобутті академічного ступеня “магістр” з подальшим отриманням наукових ступенів; запровадження кредитно-модульної організації навчання з обліком трудомісткості навчальної роботи студентів на основі Європейської кредитно-трансферної системи (ECTS); розширення академічної мобільності,

що складається з істотного збільшення мобільності студентів, викладацького й іншого персоналу для взаємного збагачення європейським досвідом; забезпечення працевлаштування випускників за рахунок спрощення професійного визнання кваліфікацій шляхом використання додатка до диплома, рекомендованого ЮНЕСКО; створення банку даних фахівців з фармації; введення загальноєвропейської системи гарантії якості освіти шляхом створення сучасної системи підготовки фармацевтичних кадрів із застосуванням кредитної накопичувальної системи [4, 84, 98, 110, 137].

Беручи до уваги результати попередніх досліджень про доцільність впровадження СФ в аптечні заклади, нами був розроблений Типовий проект Положення *«Про організацію аптек сімейної фармації при закладах загальної практики-сімейної медицини»* (далі – Положення) відповідно до діючого законодавства України та норм фармацевтичного права, яке регламентує порядок та визначає основні напрямки АСФ як базового структурного підрозділу закладів ЗП-СМ, що займається забезпеченням ЛЗ пацієнтів в закладах ЗП-СМ. Положення розроблено у відповідності до Наказу МОЗ України *«Про затвердження типових статутів (положень) фармацевтичних закладів»*, з впровадженням нових форм організації медикаментозного забезпечення для населення, які сприятимуть фізичної і економічної доступності ЛЗ. Створення нормативно-правової бази дає можливість заповнити одну з прогалин у фармацевтичному полі. У Положенні зазначено, що діяльність ПМД є одним з кроків у створенні АСФ, які спеціалізуються у наданні ФД пацієнтам, родинам пацієнтів і населенню в цілому. Характерною особливістю АСФ є співпраця на постійній основі з закладами ЗП-СМ. Особлива вимога до АСФ при закладах ЗП-СМ – впровадження посади П-КСФ у забезпеченні взаємодії з ЛЗП-СЛ, а інтеграція їх обов'язки та відповідальності має на меті надання висококваліфікованої медичної і ФД в управлінні лікувальною терапією пацієнта. Основна визначальна функція, яку повинна виконувати АСФ в умовах функціонування АЗП-СМ – забезпечення командної роботи членів

групи П-КСФ – ЛЗП-СЛ та регулярне інформування щодо наявності і надходження нових ЛЗ до АСФ. Інформаційна взаємодія П-КСФ – ЛЗП-СМ також дозволить АСФ гнучко вибудовувати свою асортиментну політику і максимально задовольняти споживчий попит з урахуванням медикаментозних призначень. АСФ можна поділити в залежності від обсягу роботи і функцій. В умовах функціонування АЗП-СМ, АСФ доцільно відкривати з відділом ГЛЗ без виконання функцій аптечного виготовлення ЛЗ, але зі збереженням функції фасування ГЛЗ, що закуповуються у великих об'ємах. АСФ в залежності від видів здійснюваних фармацевтичних послуг можуть бути організовані без поділу на відділи. Головна мета діяльності АСФ при закладах ЗП-СМ полягає у своєчасному безперебійному забезпеченні якісною, ефективною продукцією медико-фармацевтичного призначення, а завдання – у забезпеченні постійної наявності необхідного асортименту ЛЗ для АСФ, які застосовуються в АЗП-СМ для всіх категорій населення та які використовує у своїх схемах лікування ЛЗП-СЛ при різних захворюваннях відповідно до уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги, протоколів провізора (фармацевта) з відпуску безрецептурних ЛЗ, Національного переліку основних ЛЗ та Державного формуляра ЛЗ України. АСФ є складовою розвитку та впровадження моделі СФ, а в своїй діяльності та з питань розвитку моделі СФ, СМ і організації фармацевтичної діяльності АСФ керується діючими законодавчими та нормативними актами.

3.4. Розробка проекту Примірного переліку лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах функціонування амбулаторій загальної практики – сімейної медицини

Сучасною законодавчою базою визначено, що ПМД передбачає забезпечення цілісного підходу до медичного обслуговування пацієнта ЛЗП-СЛ в умовах амбулаторій або за місцем проживання пацієнта. Відповідно

до ст. 35 Закону України № 3611-VI від 07.07.2011 р. “Про внесення змін до Основ законодавства про охорону здоров’я” до заходів ПМД належать: надання консультацій, проведення діагностики та лікування найпоширеніших станів і захворювань для дорослих і дітей, здійснення профілактичних заходів; направлення, за наявності медичних показань, на вищі рівні медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги в разі гострого розладу фізичного здоров’я пацієнта, який не потребує вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги [114, 116, 128, 178, 196].

Діагностика та терапія невідкладних станів для ЛЗП-СЛ завжди були важливими складовими його професійної діяльності. Залежно від стану пацієнта всі звернення поділяються на екстрені та невідкладні відповідно до Закону України № 508-VI від 05.07.2012 р. “Про екстрену і невідкладну медичну допомогу”, згідно з яким кожен громадянин на території України має право на безкоштовну, доступну, своєчасну й якісну екстрену та невідкладну медичну допомогу. Обсяги надання невідкладної лікарської допомоги та перелік невідкладних станів регламентуються кваліфікаційною характеристикою лікаря зі спеціальності “загальна практика-сімейна медицина”, що затверджена наказом МОЗ України № 72 від 23.02.2001 р. [101, 114, 128].

Невідкладний стан людини визначається як раптове погіршення фізичного або психічного здоров’я, що становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров’ю людини або оточуючих її осіб, виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин. До категорії невідкладних станів, при яких ЛЗП-СЛ самостійно надає лікарську допомогу, відносяться наступні: набряковий синдром новонароджених, круп, спонтанний пневмоторакс, напад бронхіальної астми, гостра дихальна недостатність, задуха, гостра серцево-судинна недостатність, гіпертензивні та гіпотензивні кризи, гострі порушення серцевого ритму та провідності, клінічна смерть (зупинка серця, дихання), печінкова

та ниркова кольки, гостра ниркова недостатність, гостра печінкова недостатність, гостра надниркова недостатність, струс мозку, забиття та стиснення головного мозку, набряк головного мозку, психомоторне збудження, нейротоксикоз, менінгококцемія, судоми, ексікоз, синдром раптової смерті, коматозні стани, всі види шоку, гострі алергози, гіпертермічний синдром, травми, отруєння, опіки, відмороження, утоплення, ураження електричним струмом, блискавкою, суїцидні спроби, тимчасова зупинка зовнішніх і внутрішніх кровотеч, невідкладна допомога при вагітності та пологах, транспортування вагітної до спеціального закладу, допомога постраждалим від дії іонізуючого випромінювання [48, 49, 70, 76, 80, 128].

Екстрена медична допомога – це медична допомога, що полягає в здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних і лікувальних заходів, спрямованих на врятування та збереження життя людини в невідкладному стані, мінімізацію наслідків його впливу на її здоров'я. До категорії екстрених станів належать звернення стосовно пацієнта, який перебуває в невідкладному стані, що супроводжується непритомністю, судомами, раптовими захворюваннями дихання, раптовим болем у ділянці серця, блюванням кров'ю, гострим болем у черевній порожнині, зовнішньою кровотечею, ознаками гострих інфекційних захворювань, гострими психологічними розладами, що загрожують життю та здоров'ю пацієнта і / або інших осіб [48, 80, 101, 128].

ЛЗП-СЛ завжди має використовувати всі можливості для швидкого встановлення правильного діагнозу та призначення адекватного лікування, але особливого значення набуває вміння формувати тактику раціонального призначення фармакотерапії, коли пацієнт знаходиться на межі життя та смерті. Незважаючи на те, що останнім часом МОЗ України були затверджені уніфіковані клінічні протоколи надання медичної допомоги для цілої низки нозологічних форм захворювань,

досліджень у цьому напрямі для потреб надання невідкладної медичної допомоги проводиться замало. Теоретично для надання медичної допомоги при невідкладних станах на догоспітальному етапі в умовах АЗП-СМ ЛЗП-СЛ має використовувати відповідні ЛЗ, що мають знаходитися в амбулаторіях ЗП-СМ або в сумках-укладках ЛЗП-СЛ та сімейної медсестри, склад яких затверджений наказом МОЗ України № 303 від 23.07.2001 р. Проте, як свідчать попередні дослідження, склад ЛЗ сумки-укладки не задовольняє більшість ЛЗП-СЛ [48, 49, 109, 122]. Особливо це стосується переліку ЛЗ, які повинні відповідати структурі сучасних схем фармакотерапії невідкладних станів. Водночас в умовах обмеженого фінансування ОЗ гостро постає питання щодо підвищення ефективності фармакотерапії при одночасному заощадженні коштів на придбання відповідних ЛЗ [70, 124, 128, 134].

На сьогодні в усіх країнах Європейського Союзу для підвищення якості та доступності медикаментозного забезпечення населення створюється система регулюючих переліків ЛЗ. Основоположними факторами в успішності проведення фармакотерапії невідкладних станів є своєчасність її початку на місці події, достатня оснащеність цього процесу ЛЗ, висока професійна підготовка ЛЗП-СЛ та сімейної медсестри. Для оптимізації медикаментозного забезпечення лікарів АЗП-СМ в наданні невідкладної медичної допомоги був розроблений “Примірний перелік лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах амбулаторій загальної практики – сімейної медицини”. При його формуванні були використані наступні нормативні документи: накази МОЗ України, що затверджують уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги; наказ МОЗ України № 751 від 28.09.2012 р. “Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров’я України”; наказ МОЗ України № 529 від 22.07.2009 р. “Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров’я”; наказ МОЗ України № 84

від 11.02.2016 р. “Про Національний перелік основних лікарських засобів” [113, 123, 128].

Мета розробки “Примірного переліку лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах амбулаторій загальної практики-сімейної медицини” полягає у відборі ЛЗ відповідно до уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, що мають найкращі терапевтичні характеристики згідно з основними принципами формулярної системи (ФС), що базується на стандартах лікування та принципах доказової медицини, оптимізації медикаментозної терапії тощо. Тобто дослідження з оптимізації фармацевтичного забезпечення хворих сприяють збільшенню фармакоеконімічної ефективності фармакотерапії відповідних невідкладних станів на догоспітальному етапі в умовах АЗП-СМ. ЛЗП-СЛ, постійно використовуючи певний набір ЛЗ, не тільки досконально вивчають їхні фармакологічні властивості, а й набувають практичного досвіду роботи з ними. У результаті значно зменшується кількість лікарських помилок та ускладнень фармакотерапії. Методичні рекомендації з розробки “Примірного переліку лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах функціонування амбулаторій загальної практики – сімейної медицини” в Україні підготовлені вперше та мають велику практичну цінність для ЛЗП-СЛ (дод. И, К). При розробці “Переліку лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах амбулаторій загальної практики – сімейної медицини” був використаний формальний VEN-аналіз, де категорія V присвоювалася кожному ЛЗ, що входив як мінімум до 2-х нормативних документів (Державного формуляра України, Національного переліку основних ЛЗ, уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги) (категорія E та категорія N при формальному VEN-аналізі не передбачувалася) [83, 128, 130].

Структура Примірного переліку ЛЗ для надання невідкладної медичної допомоги в умовах амбулаторій наступна:

- колонка 1 – № з/п (порядковий номер ЛЗ);
- колонка 2 – Розділи (групи) за Державним формуляром, основні з яких структуровані за групами ЛЗ, що застосовуються у фармакотерапевтичному лікуванні хвороб і станів відповідного напрямку медицини, в яких переважає консервативна терапія [70, 102, 116, 124];
- колонка 3 – Міжнародна непатентована назва (МНН) ЛЗ, що є однією з його основних інформаційних характеристик, оскільки безпосередньо ідентифікує його активну субстанцію й є відповідним спрощеним заміником її хімічної назви або вказує на його фармакологічну дію. У багатьох випадках вона також може вказувати на терапевтичну активність або спосіб дії даної речовини. Використання спільної основи наближає МНН до родових хімічних назв, оскільки вона вказує на приналежність відповідних лікарських засобів до одного виду (хімічної чи фармакологічної групи) [59, 102];
- колонка 4 – Добова визначена доза (DDD) або стандартна добова доза, для розрахунку якої використовувалися дані реєстру оптово-відпускних цін. DDD – це середня підтримуюча доза на день для ЛЗ, що використовуються за їх основним показанням, для дорослих вагою 70 кг. DDD розраховується Міжнародним Центром співпраці ВООЗ й Інститутом Громадського Здоров'я Норвегії з питань методології статистичних досліджень ЛЗ і розглядається не як “правильна доза”, а як міжнародний компроміс, що базується на огляді баз доказової медицини, доступних на момент його обчислення. Така характеристика має стати для керівників системи ОЗ об'єктивним інструментом у відборі препарату серед ЛЗ різних виробників; форми випуску ЛЗ, що найбільш ефективна для надання невідкладної медичної допомоги [96, 102, 116];
- колонка 5 – Форма випуску ЛЗ (які переважно використовуються при наданні невідкладної медичної допомоги ЛЗП-СЛ);
- колонки 6-8 – Наявність МНН в нормативній документації (чинний Державний формуляр України, Національний перелік основних ЛЗ

та уніфіковані клінічні протоколи надання медичної допомоги);

- Життєва значущість (результати VEN-аналізу). VEN-аналіз дозволяє визначити пріоритетні ЛЗ відповідно до розподілу на життєво-важливі (Vital, V), необхідні (Essential, E) та другорядні (Non-essential, N). Життєво-важливі (V) – це ЛЗ, необхідні для порятунку життя та постійно потрібні для підтримки життя, а також ті, після припинення прийому яких розвивається синдром відміни. Необхідні препарати (E) призначаються для лікування менш небезпечних, але серйозних захворювань. Другорядні препарати (N) – це ЛЗ, призначені для лікування легких захворювань. Належність до другорядних препаратів (N) не означає, що даний ЛЗ має бути виключений з відповідного переліку ЛЗ. Категорія (N) демонструє, що даний ЛЗ повинен призначатися рідше за інші. До нашого переліку були відібрані тільки ті ЛЗ, що відносяться до життєво-важливих (V) і завжди мають бути в наявності в центрах ПМД (табл. 3.8) [12, 65, 103, 128, 141]. Абстрагування від загального до конкретного, наприклад, структурно-статистичного аналізу та математичного моделювання фармакономічних показників VEN-аналізу звужуються на рівень дослідження до окремої фармакотерапевтичної групи захворювань, гарантуючи отримання валідних результатів у доказовій фармації. Отже, математико-статистичний VEN-аналіз життєво необхідних (Vital), важливих (Essential) і другорядних (Non-essential) ЛЗ або медичних, фармацевтичних послуг – необхідна умова для фармакономічного обґрунтування ефективності, доцільності, безпечності та доступності за ціною ЛЗ (послуг). Слід одночасно зазначити, що математичні методи аналізу об'єктивно забезпечують валідність результатів дослідження (високий ступінь довіри), а статистика часто потрапляє до зони невизначеності. Аналіз вартості ЛЗ зазвичай ґрунтується на середніх оптових цінах фірм-дистриб'юторів для стаціонарних хворих і середніх цінах роздрібної реалізації (ціни в аптеках) для амбулаторних [49, 65, 96, 102, 128, 143].

Таблиця 3.8

Фрагмент “Примірного переліку лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах амбулаторій загальної практики – сімейної медицини”

№ з/п	Розділи (групи) за Державним формуляром	Міжнародна непатентована назва ЛЗ (МНН)	Добова визначена доза (DDD)	Форма випуску	Наявність даної МНН в нормативній документації			Життєва значущість, (результати VEN-аналізу)
					чинний Держ. формуляр ЛЗ	Нац. пер. основних ЛЗ	уніф. клін. протокол	
4	2. Кардіологія 2.1. β-адреноблокатори 2.1.3. Комбіновані α- та β-адреноблокатори	Лабеталол	не визначено	р-н для ін'єк., 5 мг/мл по 4 мл або по 20 мл у фл.	+	-	+	V
5	2.3. Антагоністи кальцію (блокатори кальцієвих каналів) 2.3.3. Фенілалкіламіни:	Верапаміл	0,24 г	р-н д/ін'єк. по 2 мл в амп. у кор. 2,5 мг/мл, № 10 табл., в/о у бл. 80 мг, № 10x5	+	+	+	V

Продовження табл. 3.7

№ з/п	Розділи (групи) за Державним формуляром	Міжнародна непатентована назва ЛЗ (МНН)	Добова визначена доза (DDD)	Форма випуску	Наявність даної МНН в нормативній документації			Життєва значущість, (результати VEN-аналізу)
					чинний Держ. формуляр ЛЗ	Нац. пер. основних ЛЗ	уніф. клін. протокол	
69	10.3. Аналгетичні засоби 10.3.4. Похідні морфінану:	Налбуфін	80 мг	р-н д/ін'єк. по 1 мл в амп. 10 мг/мл № 5	+	-	+	V
				р-н д/ін'єк. по 1 мл в амп. 10 мг/мл, № 1				
70	10.3. Аналгетичні засоби 10.3.5. Комбіновані препарати:	Метамізол натрію+ Пітофенон+ Фенпівериній	не визначено	р-н д/ін'єк. по 5 мл в амп. 0,5 г/0,002 г/0,00002 г № 5, № 10	+	-	-	V
				р-н д/ін'єк. по 2 мл, 5 мл в амп. 500 мг/2 мг/0,02 мг, № 5, № 1				

Продовження табл. 3.7

№ з/п	Розділи (групи) за Державним формуляром	Міжнародна непатентована назва ЛЗ (МНН)	Добова визначена доза (DDD)	Форма випуску	Наявність даної МНН в нормативній документації			Життєва значущість, (результати VEN-аналізу)
					чинний Держ. формуляр ЛЗ	Нац. пер. основних ЛЗ	уніф. клін. протокол	
72	10.3. Аналгетичні засоби 10.3.1. Опіоїди 10.3.1.1. Природні алкалоїди опію 10.3.1.2. Інші опіоїди 10.3.2. Похідні феніл піперидину:	Морфін	не визначено	р-н д/ін'єк. по 1 мл в амп. 1 %, № 5x20	+	+	+	V
86	13. Гематологія 13.7. Гемостатичні засоби 13.7.5. Інгібітори фібринолізу 13.7.5.1. Амінокислоти	Транексамова кислота	2 г	р-н д/ін'єк. по 5 мл в амп. 50 мг/мл, № 50 р-н д/ін'єк. в амп. по 5 мл 100 мг/мл № 3x2, № 6x1	+	-	+	V

Письмові пропозиції щодо доцільності внесення/виключення даних МНН з проекту “Примірного переліку лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах амбулаторій загальної практики – сімейної медицини” були отримані від головного терапевта, головного спеціаліста зі спеціальності “Сімейна медицина” ДООЗ Полтавської ОДА І. Ф. Шумейка, директора Департаменту Полтавської ОДА В. П. Лисака, директора Департаменту ОЗ обласної державної адміністрації М.Ф. Матейка, головного позаштатного спеціаліста Департаменту ОЗ Дніпропетровської ОДА Н.В. Пучкової, заступника директора Департаменту Т. В. Міцьо. Після обговорення вони були використані при підготовці остаточного варіанту “Примірного переліку лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах амбулаторій загальної практики – сімейної медицини” [65, 112, 128].

Висновки до розділу 3

1. На підставі вивчення організації фармацевтичного забезпечення в умовах функціонування АЗП-СМ була визначена низка проблем організації фармацевтичного обслуговування: відсутність ефективних аптечних закладів в умовах функціонування АЗП-СМ, неуконплектація штатів; відсутність єдиних підходів до розміщення аптечних закладів, а також те, що наявний перелік фармацевтичних послуг в умовах АЗП-СМ неповний і вимагає доопрацювання та стандартизації.

2. З метою оптимізації фармацевтичного забезпечення населення в умовах впровадження СМ був обгрунтований вибір аптечного закладу, який буде відповідати вимогам впровадження прогресивно нової моделі СФ та представлені види надання фармацевтичних послуг в АСФ за стандартами GPP в умовах функціонування АЗП-СМ. Доведена доцільність організації АСФ при АЗП-СМ, визначена в їх характерна відмінність від аптек загального типу. Введені нові поняття «СФ» «АСФ».

3. За даними дослідження визначені вимоги до приміщень з урахуванням діючих стандартів і специфіки фармацевтичних послуг, що

надаються в аптеках в умовах впровадження СМ, які поділені на загальні та спеціальні (фармацевтичні).

4. Встановлений приблизний штат АСФ, визначені рекомендовані посади для виконання конкретних фармацевтичних послуг в аптечних закладах і можливі поєднання обов'язків за деякими посадами (при невеликих обсягах фармацевтичних робіт). Обґрунтована необхідність введення в АСФ посади П-КСФ з метою забезпечення безпечної, ефективної фармакотерапії пацієнта, тобто належного рівня якості надання ФД.

5. На основі детального опрацювання й узагальнення даних щодо організації фармацевтичного забезпечення в умовах впровадження СМ розроблена блок-схема методичних підходів до оптимізації фармацевтичного обслуговування населення, що включає розміщення аптечних закладів, стандартизацію фармацевтичних послуг відповідно до напрямів GPP, раціональне розташування аптечних закладів в умовах амбулаторій за видами медичної допомоги, діяльності та залежно від обсягу робіт.

6. Створена структура стандарту GPP в аптечних закладах (Рекомендований стандарт GPP для АСФ) в умовах АЗП-СМ, що включає чотири модулі: вступна частина, що містить 3 розділи (введення, загальні положення, основні принципи та вимоги GPP); види фармацевтичних робіт аптечних закладів в умовах амбулаторій і вимоги до їх здійснення в розрізі напрямів GPP (чотири розділи, що відповідають напрямам GPP); вимоги (до приміщень та обладнання; персоналу); модуль системи управління якістю, що включає 3 розділи (СОП, документування, самоінспекція).

7. Розроблений Типовий проект (Положення) про організацію спеціалізованих аптек (АСФ) при закладах СМ, що включає обґрунтування необхідності організації АСФ та відповідних менеджмент-заходів. Доведена необхідність організації АСФ в умовах функціонування АЗП-СМ.

8. Для відкриття та забезпечення діяльності АСФ розроблені менеджмент-заходи, що включають: прийняття управлінського рішення про відкриття АСФ (визначення типу аптечних закладів; перелік

виконуваних фармацевтичних послуг; організаційна структура, а також склад приміщень і обладнання, штати аптечних закладів) і розробку організаційних заходів (підготовка документаційного забезпечення відкриття та функціонування аптечних закладів; приміщень і обладнання, підбір фармацевтичного персоналу). Розроблений мінімальний склад приміщень для всіх форм власності АСФ, визначена номенклатура посад фармацевтичних працівників АСФ залежно від виконуваних фармацевтичних послуг.

9. За результатами проведених досліджень був проаналізований і сформований мінімальний перелік операційних процедур – структурних складових фармацевтичних послуг за кожним напрямом GPP. Розроблені мінімальні вимоги до здійснення фармацевтичних послуг доцільно використовувати при розробці стандарту GPP, стандартних операційних процедур (СОП), робочих інструкцій та інших локальних документів для функціонування АСФ.

10. Для оптимізації фармацевтичного забезпечення лікарів АЗП-СМ в наданні невідкладної медичної допомоги на основі результатів формального VEN-аналізу відповідно до уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги був розроблений “Примірний перелік лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах амбулаторій загальної практики – сімейної медицини”, систематизований згідно з чинним Державним формуляром України.

Основні результати даного розділу висвітлено в наступних публікаціях:

1. Аугунас С. В. Основні тенденції розвитку «Сімейних аптек» – як однієї з складових розвитку сімейної фармації в Україні / С. В. Аугунас // Зб. наук. праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. – К., 2016. – Вип. 26. – С. 112–121.

2. Розробка Примірного переліку лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах амбулаторій загальної практики-

сімейної медицини: метод. рек. / НМАПО імені П. Л. Шупика; М. С. Пономаренко, Л. Ф. Матюха, А. В. Кабачна, С. В. Агунас, Н. В. Малютіна. – К.: ТОВ «Фастпринт», 2017. – 46 с.

3. Системні підходи у створенні необхідного асортименту лікарських засобів для аптек загального типу при закладах сімейної медицини / М. С. Пономаренко, А. В. Кабачна, О. С. Соловійов, С. В. Агунас, В. О. Борищук // Фармац. часопис. – 2016. – № 2 (38). – С. 54–60.

4. Типовий проект (Положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах сімейної медицини (розроблено на основі Європейського досвіду): метод. рек. / НМАПО імені П. Л. Шупика; М. С. Пономаренко, Г. В. Загорій, А. В. Кабачна, С. В. Агунас, Ю. М. Григоруц, М. О. Говоруха, В. О. Борищук, Е. В. Шелкова, О. Г. Кабачний. – Вінниця: ТОВ «Меркьюрі-Поділля», 2016. – 13 с.

РОЗДІЛ 4

УДОСКОНАЛЕННЯ КОМАНДНОЇ РОБОТИ ЛІКАРІВ І ПРОВІЗОРІВ В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

4.1. Вивчення досвіду командної роботи лікарів і провізорів у процесі фармакотерапії пацієнтів за кордоном і в Україні

У різних країнах світу існує поняття “Фармацевтична опіка” пацієнтів, що розуміється як комплексна програма взаємодії провізора та пацієнта, провізора та лікаря протягом усього періоду медикаментозної терапії, починаючи з моменту відпуску ЛЗ до повного припинення їх дії [13, 59, 144, 170]. Сьогодні в умовах широкого використання великого арсеналу ЛЗ особливу актуальність мають питання ФО, тобто забезпечення належного рівня якості надання фармакотерапії. Значна увага приділяється фізичній та економічній доступності ліків, контролю їхньої якості, раціональному відбору ЛЗ, формуванню оптимальної системи медичної та фармацевтичної допомоги. За кордоном була проведена достатня кількість досліджень, спрямованих на розробку та впровадження концепції ФО в процесі лікування окремих захворювань, зокрема професійних. Характерною особливістю цієї системи досліджень є активна взаємодія фахівців фармацевтичного профілю та представників медичних організацій, атакож органів управління ОЗ, що призвела до зміни ролі фармацевтичних працівників – від реалізації аптекних товарів до консультування лікарів і пацієнтів з різних проблем здоров'я. Розуміння ролі фармацевтичного працівника в аспекті використання принципів ФО як кваліфікованого провізора-консультанта медичних фахівців і пацієнтів з питань раціонального застосування ЛЗ докорінно змінює стратегічну мету роботи аптеки та переводить її з площини відносин “продавець-покупець” у сферу ОЗ та терапевтичних взаємин “лікар-пацієнт-провізор”. Отже, робота за програмою концепції ФО відкриває нові перспективи

в цьому напрямі. Аптека має стати інформаційно-консультаційним центром для лікарів і пацієнтів, особливо визначених професійних груп. Наявність різних підходів до ФД обумовлює необхідність аналізу й узагальнення існуючих теоретичних напрацювань з метою обґрунтування єдиного підходу. Відповідно до визначення ВООЗ, під ФД розуміється “Система забезпечення лікування, що дозволяє досягти результатів, поліпшує якість життя пацієнта, при якій провізор нарівні з лікарем бере на себе частку відповідальності за здоров’я пацієнта”. Розвитку принципів ФО на регіональному рівні присвячена низка розроблених методичних рекомендацій для фармацевтичних працівників, що визначають роль провізора в управлінні фармакотерапією пацієнта, а також принципи командної роботи ЛЗП-СЛ і провізорів [84, 105, 106, 126, 186]. Подальші дослідження мають полягати у створенні моделі такого виду співробітництва, що потребує прийняття необхідних нових нормативно-правових документів і створення розгалуженого типу інформаційно-програмного забезпечення між амбулаторіями й аптечними закладами.

Необхідність участі провізорів у медикаментозній терапії пов’язана з важливими аспектами ведення хворих, такими як взаємодія між ЛЗ, складнощі з введенням препарату, точним дотриманням хворим призначень лікаря, знання побічних ефектів, що можуть сприйматися як симптоми хвороби. У США та Канаді існують численні схеми цілодобової участі фармацевтичних працівників лікарняних аптек у веденні хворих. У Великій Британії понад 80 % лікарняних фармацевтів беруть участь у веденні пацієнтів, у половини з них понад 50 % робочого часу займає лікувальна діяльність. У деяких моделях лікарняної фармації в Європі, США, Австралії та Новій Зеландії частиною політики зниження ризику стала Концепція “Супровідної фармації”. У невеликих аптечних підрозділах при лікарняних відділеннях виготовляють препарати для кожного хворого, зокрема продукти для парентерального введення. Це практикується в Нідерландах, Німеччині,

Великій Британії та деяких скандинавських країнах [94, 151, 170, 187, 190, 197, 210, 227].

За останні 30 років фармацевтичний сектор ОЗ став істотною частиною лікарняної фармації в усьому світі. Сьогодні він визначений як необхідний і повністю виправдовує цей напрям ОЗ. Клінічних провізорів навчають у фармацевтичних вищих навчальних закладах Німеччини, Франції, Італії, США, Канади, Японії, а також в низці національних університетів африканських і арабських країн [94, 162, 197, 198, 207, 224].

Продовжує зростати роль денних стаціонарів, тому фармацевтична служба необхідна лікарням спеціалістам і ЛЗП-СЛ для підтримки співпраці в наданні медичної допомоги. Дана обставина відображає формування нових моделей діяльності провізорів (фармацевтів) у різних країнах Європи. Важливо те, що такі моделі можуть знизити кількість повторних госпіталізацій, а, отже, й загальні витрати страхових організацій на лікування хронічних хворих [94, 152, 185, 210, 218].

Сучасний стратегічний напрям розвитку ОЗ в усьому світі ВООЗ визначила як “Фокус на пацієнта”. У світлі стратегії ВООЗ також докорінно змінюється місце провізора в системі ОЗ, він має відігравати провідну роль у забезпеченні напряму громадського здоров’я й у галузі фармацевтичного забезпечення. Основні рекомендації ВООЗ з даної проблеми за останні 20 років можна визначити наступним чином [24, 90, 94, 105, 108, 216]:

- лікарі та провізори мають працювати в командах;
- необхідні загальні підходи до вибору ЛЗ;
- провізор – це консультант лікаря, він бере участь у виборі ЛЗ і надає рекомендації відносно їх раціонального використання;
- провізори відіграють провідну роль у наданні інформації та рекомендацій пацієнту щодо застосування ЛЗ;
- провізори повинні інформувати пацієнтів про можливі побічні ефекти ЛЗ;
- провізори мають спонукати населення до здорового способу життя;

- провізори зі стажем роботи більше 10 років повинні брати участь у розробці нормативно-правових документів щодо обігу ЛЗ;
- керівництво з закупівлі, зберігання та розподілу ЛЗ має здійснюватися провізорами, а не медичним персоналом.

Постанова № 929 від 30.11.2016 р. “Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів)” унеможливила працевлаштування клінічного провізора в аптечному закладі. У п. 3.1 ч. 3 “Кваліфікаційні та інші вимоги до персоналу, що займається виробництвом лікарських засобів (в умовах аптеки), оптовою та роздрібною торгівлею лікарськими засобами” було прописано наступне: “...особи, які безпосередньо займаються виробництвом лікарських засобів в умовах аптеки, оптовою і роздрібною торгівлею лікарськими засобами, повинні мати відповідну спеціальну освіту й відповідати єдиним кваліфікаційним вимогам”. Тобто фармацевти з дипломом за спеціальністю “Клінічна фармація” не мали права працювати в аптеках (відпускати ЛЗ за першим столом), а також призначатися на посади завідувачів аптек [86, 94, 98, 186, 216, 224].

У п. 3 чинної постанови Кабінету Міністрів України № 929 від 30.11.2016 р. “Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, імпорту ЛЗ (крім активних фармацевтичних інгредієнтів)” вказано, що для суб’єктів господарювання, які здійснюють оптову, роздрібну торгівлю ЛЗ, необхідно мати документ про вищу освіту не нижче другого (магістерського) рівня за спеціальністю “Фармація”, сертифікат провізора-спеціаліста, виданий закладом післядипломної освіти, або посвідчення про присвоєння (підтвердження) відповідної кваліфікаційної категорії та стаж роботи за спеціальністю “Фармація” не менше двох

років. Крім того, на суб'єктів господарювання покладено обов'язки щодо функціонування системи забезпечення якості ЛЗ під час оптової та роздрібною торгівлі. До теперішнього часу не внесені зміни щодо дозволу клінічним провізорам працевлаштовуватися в аптечні заклади [24, 82, 94, 107].

Відповідно до кваліфікаційної характеристики клінічного провізора: "...забезпечує хворих висококваліфікованою медичною допомогою шляхом надання рекомендацій лікарям та хворим про найбільш ефективні ЛЗ, разом з лікарем здійснює підбір ліків та визначає їх індивідуальні дози для хворих залежно від віку, статі, основного захворювання та супутньої патології; визначає режим введення ЛЗ конкретним хворим; прогнозує можливі ускладнення при одночасному використанні декількох препаратів; підбирає найбільш ефективні та найменш токсичні комбінації ЛЗ певної фармакологічної групи; визначає аналоги імпортованим препаратам тієї ж дії та їх порівняльну вартість, підвищуючи ефективність та економічність фармакотерапії" [30, 51, 55, 73, 94].

В умовах становлення та поширення концепції відповідального самолікування провізору доводиться працювати з широким асортиментом ЛЗ, зокрема іноземних і безрецептурних, надавати консультативну допомогу хворим і поширювати фармацевтичну інформацію. Виходячи з цього, для виконання завдань, особливо з питань індивідуального та раціонального використання ЛЗ пацієнтом, найкраще підготовленим має стати П-КСФ [25, 30, 94, 187, 205, 210, 227].

Тобто функція забезпечення пацієнта (згідно з рекомендаціями ВООЗ, будь-яка особа, яка звернулася за допомогою в зв'язку з проблемами здоров'я, є пацієнтом) якісною інформаційно-консультаційною допомогою при відпуску безрецептурних і, особливо, призначенні рецептурних ліків має покладатися на клінічного провізора.

Кількість зареєстрованих безрецептурних і рецептурних ЛЗ в Україні на сьогодні знаходиться в співвідношенні приблизно 1:6.

У неспеціалізованих аптеках номенклатура рецептурних ліків може сягати 70 %, а в аптеках (будь-якої форми власності), що розташовані на території спеціалізованих лікарень (кардіологічних, туберкульозних, онкологічних, психіатричних, педіатричних тощо), відсоток ще більший. Тому наявність у штатному розписі аптеки, що займається роздрібною торгівлею ЛЗ, посади “провізор клінічний” є ознакою надання високоякісної фармацевтичної допомоги, що має враховуватися при атестації аптек [39, 77, 83, 94, 130, 170].

Отже, клінічні провізори за рівнем компетенції, набутих знань і навичок є найбільш придатними для роботи на посаді П-КСФ в структурі ЗОЗ України. Тобто присутні всі ознаки того, що роль провізора постійно еволюціонувала, внаслідок чого він перетворився з фахівця, який тільки виробляє та забезпечує ЛЗ, на постачальника послуг та інформації. Найголовнішим є те, що провізор-консультант має надавати допомогу пацієнту, взявши його під свою професійну опіку. Більш того, його завданням є гарантування того, що допомога, надана пацієнту, призначена правильно, є найбільш ефективною, безпечною серед усіх доступних варіантів, а також прийнятною саме для цього пацієнта [13, 24, 94, 190, 205].

Відповідно до наказу президента України № 1313/2000 від 07.12.2000 р. “Про затвердження Концепції розвитку охорони здоров’я України” та постанови Кабінету міністрів України № 989 від 20.06.2000 р. “Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров’я”, увага до розвитку сімейної медицини в Україні значно зросла. З метою зміцнення здоров’я населення України передбачалося підвищення якості й ефективності медичних послуг, наближення кваліфікованої медико-санітарної допомоги до кожної родини, раціональне використання ресурсів ОЗ [94, 118]. Вказане обумовлено тим, що існуючі на сьогодні рівень і якість надання медичної та ФД в умовах амбулаторного лікування населення, а також соціально-економічних обставин, що склалися в Україні, не відповідають сучасним вимогам щодо забезпечення умов

реалізації концепції ВООЗ. Характерною особливістю організації медичної допомоги нині також є значна залежність її якості та доступності від фармакотерапії, незважаючи на наявність інших видів лікування. Виходячи з цього, неабиякого значення при амбулаторному лікуванні набуває ефективна організація ФД [13, 94, 181, 207, 216].

Міжнародним стандартом ФД передбачені наступні види діяльності: сприяння розвитку ОЗ, постачання ЛЗ і медичних пристроїв, відповідальне самолікування пацієнтів, а також покращення призначення та застосування ЛЗ силами фармацевтів, що розглядаються як доповнення до основної фармацевтичної діяльності. Літературні джерела демонструють докази, що більш тісна співпраця між лікарем і провізором може поліпшити управління фармакотерапією пацієнтів. Тому застарілі відносини між лікарем і провізором більше не підходять для забезпечення ефективного та покращеного догляду за пацієнтом. Розуміння факторів або проблем, що можуть сприяти поліпшенню відносин співробітництва з метою підвищення якості послуг в управлінні фармакотерапією, має важливе значення для оптимізації догляду за пацієнтами [94, 152, 181, 191, 216].

Отже, галузь діяльності фармацевтичних спеціалістів у сучасних умовах є достатньо широкою. Провізори та клінічні провізори мають брати участь у формуванні політики застосування ЛЗ, взаємодіяти з професіоналами ОЗ в розробці керівництв і методичних рекомендацій з лікування тих чи інших захворювань, брати участь у системі закупівлі та розподілу ЛЗ, що підтверджується досвідом закордонних країн. Розробка принципів командної роботи лікарів і фармацевтичних працівників в Україні є надзвичайно важливим фактором для поліпшення здоров'я пацієнтів. Виходячи з вищенаведеного, були розроблені навчальний план і програма циклу тематичного удосконалення для провізорів аптечних закладів в умовах впровадження сімейної медицини “Удосконалення підготовки провізорів аптечних закладів в умовах

впровадження сімейної медицини”.

4.2. Дослідження принципів командної роботи лікарів і провізорів у процесі управління фармакотерапією пацієнта

Проведено дослідження щодо системи забезпечення належного рівня якості надання фармакотерапевтичної допомоги пацієнтам в умовах функціонування АЗП-СМ. Характерною особливістю цієї системи має бути активна взаємодія П-КСФ з ЛЗП-СЛ, яка призведе до зміни ролі фармацевтичних працівників – від реалізації аптечних товарів до консультування лікарів і пацієнтів з питань раціонального застосування ЛЗ, що докорінно змінить стратегічну мету роботи аптечного закладу та переведе її з площини відносин «продавець-покупець» в сферу ОЗ та терапевтичних взаємин «лікар-пацієнт-провізор». П-КСФ має відігравати ключову роль в навчанні ЛЗП-СЛ щодо оптимального та належного використання ЛЗ, включаючи необхідні параметри моніторингу лікування і корективи призначення, а у разі необхідності П-КСФ повинен надавати консультації та рекомендації ЛЗП-СЛ з лікарської терапії, у тому числі з вибору відповідального медикаментозного лікування або дозування. У цій системі П-КСФ виступає в ролі джерела фармацевтичних послуг – пацієнтам, як активний учасник лікувального процесу для лікаря, який приймає безпосередню участь в оптимізації медикаментозної терапії. Для виконання завдань, особливо з питань індивідуального і раціонального використання ЛЗ пацієнтом, найкраще підготовленим має стати П-КСФ. Виходячи з вищенаведеного, було розроблено навчальну програму тематичного удосконалення провізорів аптечних закладів в умовах впровадження СМ з метою перекваліфікації провізорів на П-КСФ за спеціальністю «Удосконалення підготовки провізорів аптечних закладів в умовах впровадження сімейної медицини». За рівнем компетенції, набутих знань і навичок П-КСФ буде найбільш придатним для роботи з надання

фармакотерапевтичної допомоги пацієнту, взявши його під свою професійну опіку, а його завданням стане гарантування того, що допомога, яка надана пацієнту, призначена правильно, є найбільш ефективною, безпечною серед всіх доступних варіантів, а також прийнятною саме для цього пацієнта. У результаті проведеного нами дослідження можна зазначити, що застарілі відносини між лікарем і провізором не забезпечують надання ефективної ФД, а розуміння факторів та проблем щодо доцільності переходу до більш тісної взаємодії між лікарем і провізором, на новому рівні, на рівні командної роботи, відповідно до вимог стандартів GPP, дасть змогу суттєво поліпшити управління фармакотерапією пацієнта. Розробка принципів командної роботи ЛЗП-СЛ і П-КСФ здійснювалася нами на основі досвіду країн Європейського Союзу, де взаємодія ЛЗП-СЛ з П-КСФ є одним з надзвичайно важливих напрямів стратегічного розвитку ОЗ.

З метою з'ясування думки лікарів і провізорів щодо необхідності командної роботи для підвищення ефективності управління фармакотерапією пацієнта в умовах функціонування АЗП-СМ були розроблені спеціальні анкети, що склалися з паспортної частини та тверджень, які визначали доцільність взаємодії лікаря та провізора (дод. В, Д).

Перший блок обох анкет містив інформацію щодо статусу лікарів і провізорів: назва закладу ОЗ, регіон, де він розташований, форма його власності, посада, вік, стать, освіта, кваліфікаційна категорія, а також стаж роботи за спеціальністю (табл. 4.1)

Таблиця 4.1

Структура лікарів-респондентів, які взяли участь у дослідженні щодо взаємодії лікарів і провізорів в управлінні медикаментозною терапією пацієнта

Параметри вибору	Кількість респондентів	Питома вага, %
1	2	3
Форма власності ЗОЗ		

Продовження таблиці 4.1

1	2	3
Державна	118	74,2
Комунальна	41	25,8
Спеціальність		
ЛЗП-СЛ	106	66,7
Лікар-інтерн ЗП-СЛ	12	7,5
Інші медичні спеціалісти	41	25,8
Стать		
Чоловіча	45	28,3
Жіноча	114	71,7
Освіта		
Вища	159	100
Кваліфікаційна категорія		
Вища	34	21,4
Перша	31	19,5
Друга	20	12,6
Без категорії	74	46,5
Стаж роботи		
1 рік	18	11,3
1-5 років	36	22,6
Більше 5 років	105	66,1

Другий блок обох анкет містив 15 тверджень, що мали визначити найвищу кореляційну значущість для оцінки ролі провізорів і лікарів у взаємодії в управлінні фармакотерапією пацієнта з їхнього погляду.

Достовірність отриманих даних була підтверджена розрахунками необхідної кількості респондентів (лікарів і провізорів). Для аналізу були відібрані 159 якісно заповнених анкет лікарів, 199 – провізорів. Дослідження було проведене в ЗОЗ Київської, Житомирської, Чернігівської, Черкаської,

Одеської областей і м. Київ [44, 94, 137, 221].

Було встановлено, що медичні заклади, де працювали лікарі-респонденти, переважно належали до державної (74,2 %) та комунальної (25,8 %) власності. За спеціальністю респонденти були розподілені наступним чином: ЛЗП-СЛ – 66,7 %; лікарі-інтерни ЗП-СЛ – 7,5 %; інші медичні спеціалісти – 25,8 %.

Розподіл лікарів-респондентів залежно від гендерної складової був таким: чоловіки – 28,3 %, жінки – 71,7 %. Освітній статус усіх лікарів-респондентів був досить високим: вищу кваліфікаційну категорію мали 21,4 %; першу – 19,5 %; другу – 12,6 %. Вік респондентів складав від 21 до 71 року. Залежно від стажу роботи вони розподілилися наступним чином: 1 рік – 11,3 %; 1-5 років – 22,6 %; більше 5 років – 66,1 %.

Відповідно до мети нашого дослідження до другого блоку анкети були внесені 15 тверджень, що характеризують різні напрямлення процесу взаємодії лікаря та провізора при медикаментозному забезпеченні пацієнтів. За результатами обробки анкет з використанням програм StatSoftInc 6.1 та Osa for Windows (5.9.3) були отримані дані, наведені в табл. 4.2.

Таблиця 4.2

Структура відповідей лікарів-респондентів на питання анкети

№ з/п	Твердження	Повністю згоден, %	Частково згоден, %	Майже згоден, %	Не згоден, %	Майже не згоден, %	Частково не згоден, %	Категорично не згоден, %
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Довіряю та впевнений у фармацевтичних працівниках	30,4	24,7	6,4	27,2	4,4	4,4	2,5

Продовження таблиці 4.2

1	2	3	4	5	6	7	8	9
2	Отримую задоволення від співпраці з провізорами	31,6	6,3	2,2	51,1	0,6	6,3	1,9
3	Управління фармакотерапією пацієнта є винятковою відповідальністю лікаря	41,7	10,3	16,6	9,0	0,6	7,7	14,1
4	Підтримую розподіл обов'язків з провізорами щодо управління фармакотерапією пацієнта	8,9	28,4	15,2	20,9	3,2	1,9	21,5
5	Роль провізорів в управлінні фармакотерапією пацієнта важлива	47,5	14,7	10,8	4,5	7,8	6,4	8,3
6	Лікарі та провізори взаємно доповнюють один одного	50,0	11,4	17,1	10,1	3,8	3,2	4,4
7	Співпрацюю з провізорами при проведенні фармакотерапії пацієнта	13,9	12,2	9,3	46,2	4,4	3,2	10,8
8	Інформую пацієнтів про спосіб застосування призначених лікарських засобів	68,2	15,3	12,1	1,9	1,3	0,6	0,6
9	Пацієнт і його родичі завжди можуть отримати додаткову інформацію щодо призначених лікарських засобів	26,6	5,7	6,3	56,2	1,5	2,2	1,5
10	Провізор допомагає у виборі лікарських засобів для фармакотерапії пацієнта	64,7	4,3	10,7	10,3	4,5	3,2	2,3

1	2	3	4	5	6	7	8	9
11	Співпраця – необхідна складова, яку слід заохочувати	55,1	10,9	16,8	5,1	3,8	5,1	3,2
12	Співпраця поліпшить результати лікування пацієнтів	59,5	13,2	14,6	3,2	3,8	3,2	2,5
13	Співпраця поліпшить якість обслуговування	59,0	3,2	13,4	14,1	3,2	2,6	4,5
14	Співпраця поліпшить міждисциплінарні відносини	52,6	17,9	15,4	4,5	3,2	1,9	4,5
15	Співпраця – марна трата часу та витрата додаткових коштів на лікування пацієнта	3,2	5,7	7,1	19,2	3,2	9,0	52,6

Як показав аналіз отриманих відповідей, кількість респондентів, які згодні з твердженням “Довіряю та впевнений у фармацевтичних працівниках”, складає 61,5 %. Вони мають хороші робочі відносини з фармацевтичними працівниками. Водночас 38,5 % лікарів не згодні з твердженням і не мають впевненості у фармацевтичних фахівцях. Відсутність оптимальної довіри, впевненості або хороших робочих відносин між лікарями та фармацевтичними працівниками може бути наслідком відсутності взаємодії з ними.

З твердженням “Отримую задоволення від співпраці з провізорами” згодні 40,1 % лікарів, але більшість (59,9 %) не підтримують це твердження внаслідок нерозуміння важливості спільної роботи в управлінні фармакотерапією пацієнтів.

З твердженням “Управління фармакотерапією пацієнта є винятковою відповідальністю лікаря” згодні 68,6 % лікарів. Водночас 31,4 % лікарів частково чи категорично не згодні та вважають, що в управлінні фармакотерапією пацієнта відповідальна роль є достатньо важлива.

Міркування деяких лікарів суперечать сучасним принципам надання медичних і фармацевтичних послуг у системі ОЗ України, що зосереджені саме на міждисциплінарній колективній роботі й активному залученні інших фахівців ОЗ, які здійснюють соціальну, медичну та фармацевтичну допомогу. На наш погляд, вказане демонструє той факт, що лікарі недооцінюють сучасний стан професійних знань провізора в процесі фармакотерапії пацієнта.

З твердженням “Підтримую розподіл обов’язків з провізорами щодо управління фармакотерапією пацієнта” згодні 52,5 % лікарів. Водночас привертає увагу той факт, що 47,5 % респондентів з ним не згодні. Така оцінка може бути пов’язана з небажанням лікарів приймати нові функції фармацевтичних працівників.

З твердженням “Роль провізорів в управлінні фармакотерапією пацієнта важлива” згодні 73,0 % лікарів. Вони погоджуються, що провізори повинні брати участь в управлінні фармакотерапією пацієнтів шляхом виявлення та повідомлення лікарів про можливу несумісність ЛЗ, акцентувати увагу щодо їхніх побічних ефектів. Лише 27,0 % респондентів з ним не згодні.

З твердженням “Лікарі і провізори взаємно доповнюють один одного” повністю згодні 78,5 % респондентів. Водночас, тільки 21,5 % лікарів з ним не погоджуються, що вказує на необхідність проведення фармакотерапії пацієнтів також і провізорами.

З твердженням “Співпрацюю з провізорами при проведенні фармакотерапії пацієнта” згодні 35,4 % лікарів, а 64,6 % не погоджуються, що свідчить про практичну відсутність у нашій країні адекватної нормативно-правової бази щодо цього питання.

З твердженням “Інформую пацієнтів про спосіб застосування призначених лікарських засобів” згодні 95,6 % лікарів. Тільки 4,4 % респондентів з ним не погоджуються.

З твердженням “Пацієнт і його родичі завжди можуть отримати

додаткову інформацію щодо призначених лікарських засобів” повністю згодні лише 38,6 % лікарів. Привертає увагу той факт, що 61,4 % респондентів з ним не погоджуються, внаслідок чого серед пацієнтів спостерігається самолікування. Цю ситуацію може покращити взаємодія з фармацевтичними працівниками, які матимуть змогу надавати консультації лікарям щодо раціонального призначення ЛЗ.

З твердженням “Провізор допомагає у виборі лікарських засобів для фармакотерапії пацієнта” згодні 79,7 % лікарів. Вони вважають, що провізор є важливою складовою в управлінні фармакотерапією пацієнтів. Тобто зайві матеріальні витрати та побічні ефекти від застосування ЛЗ часто виникають лише за відсутності взаємодії лікарів і фармацевтичних працівників. Водночас 20,3 % респондентів визначили перешкоди, такі як складність схеми прийому ЛЗ, недостатня підготовка пацієнтів лікарями та відсутність взаємодії з провізорами.

З твердженням “Співпраця – необхідна складова, яку слід заохочувати” згодні 82,8 % лікарів. Водночас 17,2 % респондентів з ним не погоджуються, що потребує відповідної роз’яснювальної роботи.

З твердженням “Співпраця поліпшить результати лікування пацієнтів” згодні 87,3 % лікарів, 12,7 % респондентів з ним не погоджуються.

З твердженням “Співпраця поліпшить якість обслуговування” згодні 75,6 % лікарів. Водночас 24,4 % респондентів з ним не погоджуються.

З твердженням “Співпраця поліпшить міждисциплінарні відносини” згодні 85,9 % лікарів. Вони вважають міждисциплінарні відносини невід’ємною складовою управління фармакотерапією пацієнтів. Лише 14,1 % респондентів з ним не погоджуються.

З твердженням “Я консультуюся з провізором щодо наявності нових лікарських засобів на фармацевтичному ринку” згодні 31,9 % респондентів. Водночас 68,1 % лікарів заперечують значну роль провізора як джерела точної й об’єктивної інформації про ЛЗ.

Твердження “Співпраця – марна трата часу і витрата додаткових

коштів на лікування пацієнта” негативно сприйняли 84,0 % лікарів.

Отримані дані вищезазначених показиків за твердженнями, безумовно, позитивно позначаються на процесі лікування та стані здоров'я пацієнтів.

З метою з'ясування думки провізорів щодо необхідності взаємодії з лікарями в умовах функціонування АЗП-СМ для підвищення ефективності управління фармакотерапією пацієнта для проведення аналізу були відібрані 199 якісно заповнених анкет. Дослідження було проведене на базі аптечних закладів Київської, Житомирської, Рівненської, Чернігівської, Черкаської, Одеської областей і в м. Києві.

Характеристика структури провізорів-респондентів, які взяли участь у дослідженні, залежно від форми власності аптечного закладу, спеціальності, статі, освіти та стажу роботи представлена в табл. 4.3 [44, 94, 137].

Таблиця 4.3

Структура провізорів-респондентів, які взяли участь у дослідженні щодо взаємодії в процесі управління фармакотерапією пацієнтів

Параметри вибору	Кількість респондентів	Питома вага, %
1	2	3
Форма власності аптечного закладу		
Приватна	127	63,8
Комунальна	55	27,7
Державна	17	8,5
Спеціальність		
Завідувач аптеки/аптечного пункту	85	42,7
Провізор	101	50,8
Заступник завідувача аптеки/аптечного пункту	10	5,0
Провізор-аналітик	3	1,5
Стать		

1	2	3
Чоловіча	15	7,5
Жіноча	184	92,5
Освіта		
Вища фармацевтична	199	100
Стаж роботи		
1 рік	13	6,5
1-5 років	36	18,1
Більше 5 років	150	75,4

За результатами проведеного дослідження за формою власності аптечні заклади розподілилися наступним чином: приватна – 63,8 %; комунальна – 27,7 %, державна – 8,5 %. За спеціальністю розподіл був таким: завідувачі аптеки – 42,7 %; провізори – 50,8 %; заступники завідувача аптеки – 5,0 %; провізори-аналітики – 1,5 %. За гендерною складовою: чоловіків – 7,5 %, жінок – 92,5 %. Вік респондентів складав від 19 до 74 років. Вищу фармацевтичну освіту мали 100 % респондентів. Залежно від стажу роботи респонденти розподілилися наступним чином: 1 рік – 6,5 %; 1-5 років – 18,1 %; більше 5 років – 75,4 %.

За результатами обробки анкет провізорів з використанням програм StatSoftInc 6.1. (серійний № AGAR909E415822FA) й Oca for Windows (5.9.3) були отримані дані, наведені в табл. 4.4 [44, 94, 137].

З твердженням “Довіряю та впевнений у лікарях” були згодні 29,1 % фармацевтичних працівників. Вони підтверджували свою готовність до співпраці з лікарями. Проте 70,9 % респондентів не погоджувалися з цим твердженням, що потребує проведення великої роз’яснювальної роботи, ознайомлення з відповідними нормативно-правовими документами.

З твердженням “Отримую задоволення від співпраці з лікарями” згодні

33,4 % респондентів, вони мають гарні відносини з лікарями.

Таблиця 4.4

Структура відповідей провізорів-респондентів на питання анкети

№ з/п	Твердження	Повністю згоден, %	Частково згоден, %	Майже згоден, %	Не згоден, %	Майже не згоден, %	Частково не згоден, %	Категорично не згоден, %
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Довіряю та впевнений у лікарях	23,1	5,5	0,5	48,7	1,5	20,7	0,0
2	Отримую задоволення від співпраці з лікарями	28,3	0,5	4,6	52,5	12,0	2,1	0,0
3	Управління фармакотерапією пацієнта є винятковою відповідальністю провізора	16,7	10,1	12,1	36,4	11,1	10,1	3,5
4	Підтримую розподіл обов'язків з лікарями щодо управління фармакотерапією пацієнта	53,6	21,5	9,4	6,5	2,6	5,2	1,2
5	Роль лікарів в управлінні фармакотерапією пацієнта важлива	75,9	1,0	6,5	13,6	0,5	1,5	1,0
6	Провізори та лікарі взаємно доповнюють один одного	79,9	12,6	0,0	6,5	1,0	0,0	0,0
7	Співпрацюю з лікарями при проведенні фармакотерапії пацієнта	25,4	21,8	18,3	15,2	8,1	5,1	6,1
8	Інформую пацієнтів про спосіб застосування призначених	87,5	8,5	3,5	0,0	0,0	0,5	0,0

Продовження табл. 4.4

1	2	3	4	5	6	7	8	9
	лікарських засобів							
9	Пацієнт і його родичі завжди можуть отримати додаткову інформацію щодо призначених лікарських засобів	84,9	9,6	0,0	5,5	0,0	0,0	0,0
10	Спільно з лікарем допомагаю у виборі лікарських засобів для фармакотерапії пацієнта	26,2	4,3	1,4	53,2	4,0	10,6	0,3
11	Співпраця – необхідна складова, яку слід заохочувати	70,4	11,1	8,0	4,5	1,0	3,0	2,0
12	Співпраця поліпшить результати лікування пацієнта	77,9	11,1	6,0	1,5	0,0	3,0	0,5
13	Співпраця поліпшить якість обслуговування	75,9	12,6	8,5	2,5	0,0	0,0	0,5
14	Співпраця поліпшить міждисциплінарні відносини	68,5	17,3	11,2	1,0	1,0	0,5	0,5
15	Співпраця – марна трата часу та витрата додаткових коштів на лікування пацієнта	2,0	4,6	5,1	35,0	2,0	2,0	49,3

Проте 66,6 % фармацевтичних працівників твердження не підтримують і не мають з лікарями професійних стосунків.

З твердженням “Управління фармакотерапією пацієнта є винятковою відповідальністю провізора” згодні 38,9 % провізорів, а 61,1 % фармацевтичних працівників із цим не погоджуються.

З твердженням “Підтримую розподіл обов’язків з лікарями щодо управління фармакотерапією пацієнта” згодні 84,5 % респондентів, а 15,5 % з ним не погоджуються.

З твердженням “Роль лікарів в управлінні фармакотерапією пацієнта важлива” згодні 83,4 % респондентів, проте 16,6 % з ним не погоджуються та не сприймають співпрацю в управлінні фармакотерапією пацієнтів.

З твердженням “Провізори і лікарі взаємно доповнюють один одного” згодні 92,5 % респондентів.

З твердженням “Співпрацюю з лікарями при проведенні фармакотерапії пацієнта” погоджуються 65,5 % фармацевтичних працівників і тільки 34,5 % з ним не згодні та не використовують можливість співпрацювати з лікарями у фармакотерапії пацієнтів.

З твердженням “Інформую пацієнтів про спосіб застосування призначених лікарських засобів” погоджуються майже всі респонденти.

З твердженням “Пацієнт і його родичі завжди можуть отримати додаткову інформацію щодо призначених лікарських засобів” згодні 94,5 % фармацевтичних працівників, що має важливе значення для розвитку процесу відповідального самолікування пацієнтів.

Спільно з лікарем допомагають у виборі лікарських засобів для фармакотерапії пацієнтів допомагають тільки 31,9 % респондентів, проте 68,1 % не погоджуються з цим твердженням, оскільки не мають змоги співпрацювати з лікарями.

З твердженням “Співпраця – необхідна складова, яку слід заохочувати” згодні 89,5 % респондентів, оскільки вважають його необхідною складовою в сучасному процесі інтеграції.

З твердженнями “Співпраця поліпшить результати лікування пацієнта”, “Співпраця поліпшить якість обслуговування”, “Співпраця поліпшить міждисциплінарні відносини” погоджуються більше 95,0 % респондентів, розуміючи, що співпраця покращить взаємодію між медичними та фармацевтичними працівниками в реалізації напряму “Фокус на пацієнта” відповідно до вимог стандарту GPP.

З твердженням “Співпраця – марна трата часу та витрата додаткових коштів на лікування пацієнта” не згодні 88,3 % респондентів, проте 11,7 %

не погоджуються на співпрацю лікарів і провізорів.

З твердженням “В аптеці завжди в наявності лікарські засоби, що призначає лікар” згодні 21,7 % респондентів, не погоджуються 78,3 %.

На основі кореляційного аналізу емпіричні дані були систематизовані у вигляді розподілу частот і розрахунків типових показників у порівнянні відповідей респондентів на твердження, що були запропоновані в ході дослідження. Отримані дані дають змогу стверджувати про відсутність впливу на оцінку тверджень, наведених в анкеті, варіаційних ознак, таких як форма власності медичного/фармацевтичного закладу, спеціальність і стаж роботи лікарів (табл. 4.5-4.7) і провізорів (табл. 4.8, 4.9) [44, 94, 137]. Результати кореляційного аналізу відповідей респондентів за варіаційними ознаками представлені в табл. 4.5-4.9.

Таблиця 4.5

Твердження “Я інформую пацієнтів щодо способу застосування призначених лікарських засобів” від ознаки “форма власності медичного закладу”

Критерій оцінювання	Повністю	Майже	Частково	Не згоден	Майже не	Частково не	Категорично
	згоден	згоден	згоден		згоден	згоден	не згоден
Приватна	100	0	0	0	0	0	0
Комунальний заклад	80	0	20	0	0	0	0
МОЗ України	100	0	0	0	0	0	0
Муніципальна	100	0	0	0	0	0	0
Державна	59,8	22,8	10,9	2,2	2,2	1,1	1,1
Усього	68,5	16,9	10	1,5	1,5	0,8	0,8

Коефіцієнт χ^2 13,849 (незначущий на рівні 5 %). Кількість ступенів свободи 30. χ^2 ненадійний – 38 клітин з очікуваною частотою <5. Коефіцієнт Чупрова 0,139. Коефіцієнт Крамера 0,146. Коефіцієнт λ Гудмана. Вплив #18#

на #4# 0,000. Вплив #4# на #18# 0,000.

Таблиця 4.6

Твердження “Співпраця покращить результати лікування пацієнтів” від ознаки “стаж роботи в медичному закладі”

Критерій оцінювання	Повністю згоден	Майже згоден	Частково згоден	Не згоден	Майже не згоден	Частково не згоден	Категорично не згоден
1 рік	38,9	16,7	16,7	11,1	5,6	11,1	0
1-5 років	72,2	16,7	11,1	0	0	0	0
Більше 5 років	59,2	10,7	15,5	2,9	4,9	2,9	3,9
Усього	59,9	12,7	14,6	3,2	3,8	3,2	2,5

Коефіцієнт χ^2 17,002 (незначущий на рівні 5 %). Кількість ступенів свободи 12. χ^2 ненадійний – 15 клітин з очікуваною частотою <5. Коефіцієнт Чупрова 0,177. Коефіцієнт Крамера 0,233. Коефіцієнт λ Гудмана. Вплив #23# на #10# 0,000. Вплив #10# на #23# 0,000.

Таблиця 4.7

Твердження “Ролі провізора (фармацевта) та лікаря взаємно доповнюють один одного” від ознаки “форма власності аптеки”

Критерій оцінювання	Повністю згоден	Майже згоден	Частково згоден	Не згоден
1	2	3	4	5
Приватна	68,2	23,5	5,9	2,4
Державна	94,1	0	5,9	0
ТОВ	100	0	0	0
ПрАТ	71,4	0	28,6	0

1	2	3	4	5
ЧАО	100	0	0	0
ООО	50	50	0	0
ТДВ	87,5	0	12,5	0
Колективна	100	0	0	0
Усього	78,3	13,6	7,1	1,1

Коефіцієнт χ^2 26,694 (незначущий на рівні 5 %). Кількість ступенів свободи 27. χ^2 ненадійний – 32 клітини з очікуваною частотою <5. Коефіцієнт Чупрова 0,167. Коефіцієнт Крамера 0,220. Коефіцієнт λ Гудмана. Вплив #17# на #4# 0,000. Вплив #4# на #17# 0,000.

Таблиця 4.8

Твердження “Ролі провізора (фармацевта) та лікаря взаємно доповнюють один одного” від ознаки “спеціальність”

Критерій оцінювання	Повністю згоден	Майже згоден	Частково згоден	Не згоден
Завідувач аптечного пункту	72,9	18,8	7,1	1,2
Провізор	81,8	9,1	7,6	1,5
Заступник завідувача аптеки	77,8	0	22,2	0
Фармацевт	90,3	9,7	0	0
Провізор-аналітик	100	0	0	0
Старший провізор	100	0	0	0
Усього	79,5	12,8	6,7	1,0

Коефіцієнт χ^2 12,513 (незначущий на рівні 5 %). Кількість ступенів

свободи 15. χ^2 ненадійний – 17 клітин з очікуваною частотою <5. Коефіцієнт Чупрова 0,129. Коефіцієнт Крамера 0,146. Коефіцієнт λ Гудмана. Вплив #17# на #6# 0,000. Вплив #6# на #17# 0,000.

Таблиця 4.9

Твердження “Роль лікарів в управлінні фармакотерапією пацієнта є менш важливою” від кореляційної ознаки “стаж роботи в аптеці”

Критерій оцінювання	Повністю згоден	Майже згоден	Частково згоден	Не згоден	Майже не згоден	Частково не згоден	Категорично не згоден
1 рік	80	0	20	0	0	0	0
1-5 років	77,8	13,9	2,8	0	0	2,8	2,8
Більше 5 років	74,7	14,7	6,7	1,3	0,7	1,3	0,7
Усього	75,4	14,1	6,3	1	0,5	1,6	1

Коефіцієнт χ^2 5,602 (незначущий на рівні 5 %). Кількість ступенів свободи 12. χ^2 ненадійний – 16 клітин з очікуваною частотою <5. Коефіцієнт Чупрова 0,092. Коефіцієнт Крамера 0,121. Коефіцієнт λ Гудмана. Вплив #16# на #10# 0,000. Вплив #10# на #16# 0,000.

4.3. Удосконалення методів ефективної командної роботи лікарів і провізорів в умовах впровадження сімейної медицини

У ході дослідження відповідно до віку, статі, місця практики та стажу практичної діяльності було встановлено, що існує статистично значуща різниця в прийнятті клінічної ролі фармацевтів між лікарями, які мають понад десять років практики, та лікарями з практикою менше 10 років. Було виявлено, що лікарі, які практикують менше та нещодавно

закінчили навчання, мають більшу увагу до клінічної ролі фармацевта та вважають, що в їхніх лікарнях має бути клінічне обслуговування аптек [94].

Результати аналізу показали вагому розбіжність у відповідях лікарів і провізорів на твердження анкети (рис. 4.1). З твердженням “Довіряю та впевнений у лікарях/провізорах” згодні 61,5 % лікарів, 29,1 % провізорів; “Управління в фармакотерапії пацієнта є винятковою відповідальністю провізора/лікаря” – 68,6 % і 38,9 %; “Підтримую розподіл обов’язків між лікарями/провізорами щодо управління фармакотерапією пацієнта” – 52,5 % і 84,5 %; “Співпрацюю з лікарями/провізорами при проведенні фармакотерапії пацієнта” – 35,4 % і 65,5 %; “Пацієнт і його родичі завжди можуть отримати додаткову інформацію щодо призначених лікарських засобів” – 38,6 % і 94,5 %; “Спільно з лікарем/провізором допомагаю у виборі лікарських засобів для фармакотерапії пацієнта” – 79,7 % і 31,9 % відповідно.

Думки провізорів і лікарів співпадають щодо наступних тверджень: з твердженням “Отримую задоволення від співпраці з лікарями/провізорами” згодні 40,1 % лікарів і 33,4 % провізорів; “Роль лікарів/провізорів в управлінні фармакотерапією пацієнта важлива” – 73,0 % і 83,4 %; “Провізори і лікарі взаємно доповнюють один одного” – 78,5 % і 92,5 %; “Інформую пацієнтів про спосіб застосування призначених лікарських засобів” – 95,6 % і 99,5 %; “Співпраця – необхідна складова, яку слід заохочувати” – 82,8 % і 89,5 %, “Співпраця поліпшить результати лікування пацієнта” – 87,3 % і 95,0 %; “Співпраця поліпшить якість обслуговування” – 75,6 % і 97,0 %; “Співпраця поліпшить міждисциплінарні відносини” – 85,9 % і 97,0 % відповідно. Тобто можна зробити висновок про необхідність посилення інформаційної складової раціонального застосування ЛЗ, і з цією метою потрібно впроваджувати розроблену навчальну програму театичного удосконалення для провізорів “Удосконалення підготовки провізорів аптечних закладів в умовах впровадження сімейної медицини”.

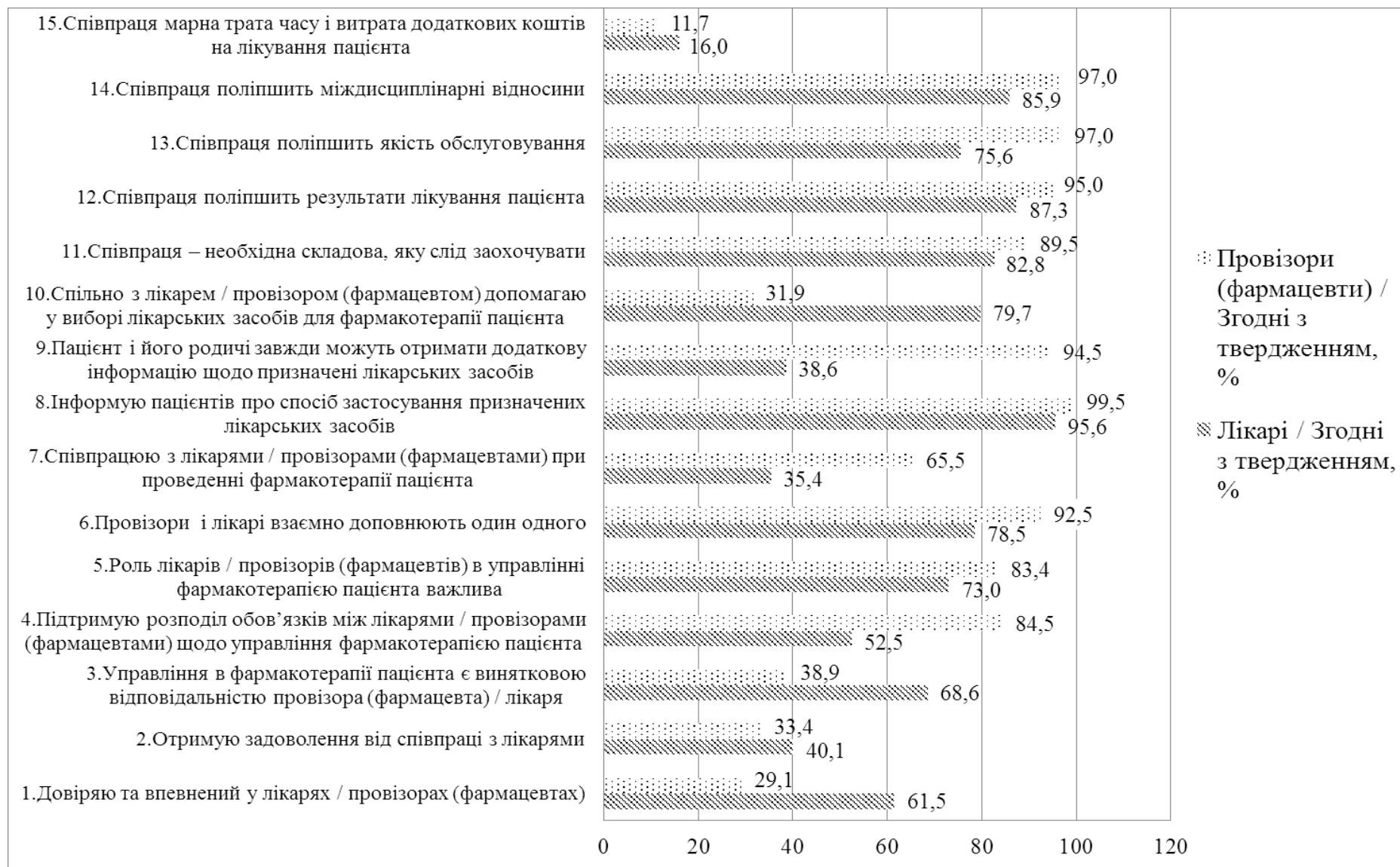


Рис. 4.1 Результати аналізу відповідей респондентів на твердження анкети (згода з твердженнями, %).

Дослідження підтверджує той факт, що провізори, як правило, прагнуть розвивати співробітництво з лікарями, хоча вони більш стримані для спільної роботи та не дуже активні в процесі реалізації такого співробітництва. Це може бути пов'язано з відсутністю інформаційних даних про пацієнтів, що впливає на медикаментозне забезпечення, обмеження закупівель та управління запасами для клінічної та спільної діяльності.

Практично всі респонденти згодні, що союз лікаря та провізора дозволить поліпшити якість обслуговування та результати лікування пацієнтів, міждисциплінарні відносини ефективно управління фармакотерапією пацієнтів. Проте спостерігається низьке розуміння провізорами необхідності проведення оцінки результатів лікування і потреби розширення їх функцій у догляді за хворим, тоді як для лікарів – небажанням приймати нові функції провізорів.

Провізори висловили стурбованість у зв'язку з відсутністю спілкування з лікарями та потенціалом для залучення багатопрофільного догляду для більш комплексного надання ФД. Лікарі, виявилось, не дуже занепокоєні обміном інформацією про пацієнта з точки зору конфіденційності, вказали на стурбованість щодо питань управління ризиками, пов'язаними з розподілом відповідальності стосовно керування фармакотерапією, яку пацієнти отримують у результаті спільної з провізорами практики. Лікарі та провізори погоджуються, що спільна робота може позитивно вплинути на догляд за хворим і хотіли б більше співпрацювати в майбутньому, проте погляди щодо напрямів, у яких вони хотіли б більше співпрацювати, відрізняються. Значний спільний досвід може бути необхідним для створення та задоволення попиту на більш активну участь провізора в модифікації та моніторингу фармакотерапії пацієнтів.

Проте слід підкреслити, що більшість лікарів і провізорів категорично не згодні з тим, що їхня співпраця – це трата часу та витрата додаткових коштів на лікування пацієнта. Деякі респонденти, які не поділяють цю думку, все ж припускають збільшення часу та потреби в людських ресурсах,

що неминуче вимагатиме додаткових витрат. Респонденти рівною мірою погодилися з необхідністю стимулювання до співпраці лікаря та провізора. Їхня готовність у заохоченні співробітництва для поліпшення обслуговування пацієнтів має створити платформу для розвитку в управлінні фармакотерапією пацієнта. Система ОЗ буде більш ефективною, коли буде готова сприяти співробітництву між фахівцями ОЗ.

Одним з кроків для вирішення цих проблем є обов'язкове введення до штату амбулаторій посади П-КСФ, який у комплексному співробітництві з лікарем може забезпечити раціональну фармакотерапію для кожного пацієнта. Належне функціонування системи організації медичної служби можливе за умови вирішення проблем кадрового забезпечення. Провізор несе відповідальність перед кожним пацієнтом за рекомендації, консультації, ефективність і безпеку фармакотерапії. Водночас наявність усіх призначуваних ЛЗ фармакоекономічно забезпечує політику економічної доступності для хворого загалом на основі знання організації медикаментозного забезпечення, економічної діяльності аптечного закладу. Знання та навички, необхідні майбутньому провізору (П-КСФ), прямо пов'язані зі зміною його ролі й обов'язків у системі медичної та ФД населенню.

Розширення обов'язків провізорів служить одним із засобів використання їхніх клінічних знань і спеціальних навичок, отриманих у процесі навчання та роботи, для допомоги лікарю зі складнощами у виборі фармакотерапії для пацієнта, запобігання несприятливим побічним явищам, що можуть виникнути внаслідок прийняття ЛЗ. Спільна практика має максимальну перевагу для лікарів і провізорів у фармакотерапії, що дозволить їм розділити та зменшити ризик і відповідальність за результати лікування пацієнтів в умовах АЗП-СМ.

Ефективна співпраця лікаря та провізора має значно покращити догляд за пацієнтами, особливо з хронічними захворюваннями. Дослідження демонструють, що при взаємодії лікаря та провізора поліпшуються й

оптимізуються результати лікування пацієнтів, хворих на артеріальну гіпертензію, серцеву недостатність, хронічні дерматологічні захворювання, цукровий діабет, онкологічні захворювання, астму, виразкову хворобу, дисліпідемію й інші хронічні захворювання.

Налагодження професійних зв'язків між провізорами та лікарями в умовах функціонування АЗП-СМ є основою для розбудови ІМСФ й оптимізації управління фармакотерапією пацієнтів, ключову роль в якій відіграють провізори. Ділове партнерство провізорів з лікарями економічно виправдовується тим, що лікар, призначаючи хворому фармакотерапію, впевнений, що призначені ЛЗ наявні в конкретному аптечному закладі, отже, пацієнту чи його родичам не потрібно здійснювати пошуки. Особливо це актуально для лікарів і провізорів, які здійснюють професійну діяльність у сільській місцевості. Перехід до загальної лікарської практики на засадах СМ та впровадження ІМСФ, їх взаємодія можуть істотно зменшити загальні витрати пацієнтів на ЛЗ, підвищити якість і доступність фармацевтичного обслуговування.

Відомо, що ЛЗП-СЛ має низку переваг, можливість безпосередньо використовувати свої знання щодо соціального, економічного та професійного складу родини з урахуванням особливостей матеріального становища, що дуже важливо в проведенні профілактичних і лікувальних заходів, яких вона вимагає. Це допомагає лікарю взаємодіяти з провізорами аптечних закладів та інформувати про необхідні ЛЗ, що сприяє своєчасному забезпеченню аптеки цими препаратами, а згодом формуванню необхідного асортименту ЛЗ і ВМП в достатній кількості. Організація спеціалізованих АСФ в умовах АЗП-СМ є однією з умов виконання всіх поставлених завдань.

Водночас важливими є взаємозв'язок між ЛЗП-СЛ і провізором (П-КСФ), відвідування працівниками аптек закладів ЗП-СМ не рідше одного разу на місяць, проведення інформаційної роботи серед пацієнтів про ЛЗ. У громадських закладах П-КСФ повинні визнаватися як професіонали ОЗ, в яких пацієнти можуть проконсультуватися з питань проблем здоров'я.

Оскільки ЛЗ та фармацевтичні послуги можна отримати в аптеці, то там можуть бути і вирішеними деякі проблеми. Пацієнтів з проблемами, що вимагають додаткових діагностичних заходів або лікування, недоступного в аптеці, можна спрямувати до відповідного ЛЗП-СЛ або закладу ЗП-СМ. Це потрібно здійснювати в співпраці з медичними працівниками [13, 24, 94, 108, 136, 137, 216]. Лікарі та провізори мають бути готовими працювати, спільно поважаючи внесок кожного. Розуміння та прийняття індивідуальних ролей, у тісній співпраці, ефективні комунікації, доступність, довіра та взаємна повага є ключовими факторами для якісного надання фармацевтичних послуг населенню відповідно до стандартів GPP.

Висновки до розділу 4

1. За результатами дослідження закордонного досвіду командної роботи лікарів і провізорів у процесі управління фармакотерапією пацієнтів була встановлена доцільність використання такої форми співпраці в умовах впровадження в Україні СМ та поширення концепції відповідального самолікування.

2. З метою з'ясування думки лікарів і провізорів щодо доцільності їхньої командної роботи для підвищення ефективності й управління фармакотерапією пацієнтів в умовах функціонування АЗП-СМ були розроблені спеціальні анкети, які, крім паспортної частини, містили 15 тверджень для визначення ставлення респондентів до даної проблематики.

3. За результатами дослідження була встановлена відсутність кореляційної залежності відповідей респондентів на твердження від форми власності закладів охорони здоров'я, спеціальності та стажу роботи лікарів і провізорів.

4. Результати дослідження свідчать про те, що практично всі респонденти згодні з твердженням про необхідність співпраці лікарів і провізорів в управлінні фармакотерапією пацієнтів. Одним з кроків для вирішення цього питання є введення до штату аптечних закладів (АСФ в умовах функціонування АЗП-СМ) посади П-КСФ.

5. Встановлено, що для посилення взаємозв'язку між лікарями та провізорами та для надання висококваліфікованої ФД, необхідна післядипломна підготовка провізорів для їх перекваліфікації на П-КСФ для роботи в умовах впровадження в Україні СМ. Розроблена навчальна програма тематичного удосконалення для провізорів аптечних закладів “Удосконалення підготовки провізорів аптечних закладів в умовах впровадження сімейної медицини”.

Основні результати даного розділу висвітлено в наступних публікаціях:

1. Пономаренко Н. С. Исследование взаимодействия врача и фармацевтических работников в управлении медикаментозной терапией амбулаторно-поликлинических пациентов в Украине / Н. С. Пономаренко, И. В. Коханов, С. В. Аугунас // Рецепт. – 2017. – Т. 20, № 2. – С. 128–145.

РОЗДІЛ 5

РОЗРОБКА ІНТЕГРОВАНОЇ МОДЕЛІ СІМЕЙНОЇ ФАРМАЦІЇ В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

5.1. Основні положення розбудови інтегрованої моделі сімейної фармації в Україні відповідно до міжнародних стандартів належної аптечної практики

Забезпечення населення ЛЗ є невід'ємною складовою державної політики ОЗ України. Аналіз нормативно-правової бази та проведення досліджень щодо фармацевтичного забезпечення свідчать, що в Україні відсутня взаємодія між амбулаторіями й аптечними закладами (між ЛЗП-СЛ і провізорами), що є причиною низької інформованості лікарів про наявність необхідних пацієнтам ЛЗ та їх нові надходження, недостатньо ефективної фармакотерапії, що знижує якість надання ФД, доступної, своєчасної, безперервної кожному пацієнту в залежності від його економічного становища. За результатами дослідження була розроблена ІМСФ в умовах впровадження СМ в Україні відповідно до міжнародних стандартів GPP, що забезпечують реалізацію основних вимог “Національної фармацевтичної політики”, що включає проведення аналізу ситуації в країні згідно з методологією досліджень за індикаторами ВООЗ [44, 92, 105, 136, 137, 173]. У дослідженні щодо розробки ІМСФ була використана група індикаторів ВООЗ з ноофармацевтичних та емерджентних позицій, що пов'язані з напрямом фармація: кількість лікарів, які виписують рецепти; кількість провізорів і фармацевтів, які працюють в аптеках; загальний бюджет ОЗ; загальні витрати на ЛЗ; кількість позицій у Національному переліку ЛЗ; зокрема кількість зареєстрованих ЛЗ під генериковою назвою; загальний обсяг вітчизняного виробництва ЛЗ; загальний обсяг імпорту ЛЗ; загальна кількість оптових посередників у країні, приватних аптечних закладів у країні, приватних аптек у найбільш населених регіонах України; аналіз

протоколів у наданні медичної та фармацевтичної допомоги; Державний формуляр ЛЗ, Національний перелік основних ЛЗ [44, 67, 92, 105, 106, 136].

Мета розробки ІМСФ в умовах впровадження СМ полягає в обґрунтуванні доцільності розвитку та впровадження моделі СФ у функціонуючі аптечні заклади та організації АСФ для забезпечення ефективного управління фармакотерапією пацієнта, раціонального використання ЛЗ, сприяння ефективної ФД (зміцнення здоров'я населення, профілактика захворювань, інформування лікарів про нові ЛЗ на фармацевтичному ринку, ведення медикаментозних паспортів пацієнтів, створення та впровадження єдиної електронної бази між аптечними закладами й АЗП-СМ, безпечність, ефективність й економічна доступність ЛЗ) [44, 92, 106, 136, 137].

Була розроблена прогресивно-нова ІМСФ, у відповідності до «Національної лікарської політики» на засадах лікарської практики та відповідно до міжнародних стандартів GPP, яких повинна дотримуватися кожна європейська система ОЗ в постачанні ЛЗ за умов впровадження в АЗП-СМ фармацевтичних послуг. ІМСФ має оптимізувати лікування пацієнтів за допомогою спільної роботи в мультидисциплінарні ЛЗП-СЛ і П-КСФ в командах для досягнення ефективного застосування ЛЗ, уникнення випадків самолікування та побічної дії ЛЗ [44, 92, 203, 210].

Для підвищення якості надання медичної та ФД пацієнтам АЗП-СМ зробили перший крок, що полягає в розвитку та розширенні функцій фармацевтичних працівників, введенні посади П-КСФ до штату АСФ в умовах функціонування АЗП-СМ, удосконаленні принципів їхньої підготовки та перепідготовки; створенні АСФ в умовах функціонування АЗП-СМ (рис. 5.1) [44, 136, 136].

Моделювання стратегії і тактики взаємопов'язаних процесних заходів менеджменту у фармації, поєднаних зусиль загальних організаційно-правових і практичних підходів потребує цілої низки модифікацій і науково-практичних обґрунтувань нововведеної сучасної моделі, удосконаленої



Рис. 5.1 Алгоритм розбудови Інтегрованої моделі сімейної фармації в умовах впровадження сімейної медицини

системи підготовки менеджменту з СФ. З цією метою був розроблений сучасний алгоритм розбудови ІМСФ в умовах впровадження СМ з включенням посади П-КСФ та його функціями в ній [77, 44, 136, 136].

В ефективному та доступному фармацевтичному забезпеченні пацієнтів АЗП-СМ ключову роль відіграє впровадження розробленої моделі сімейної фармації, що має сприяти своєчасній, якісній і безперервній фармакотерапії для кожного пацієнта залежно від його економічного становища. За результатами проведеного дослідження впровадження та розвиток ІМСФ доцільно використовувати в аптечних закладах, що функціонують в умовах АЗП-СМ. Внаслідок підвищеного попиту на ринку надання ПМД, що розвивається на засадах СМ, фаховий підхід складає основу якості медичної та ФД. Проте державою через посилене впровадження ЗП-СМ формуються стримувальні механізми надання якісних пропозицій на рівні ПМД, що можна вважати неприродним явищем для ринку. Саме ця обставина спонукає пацієнтів до пошуку кваліфікованих послуг у спеціалізованих закладах. Реформування інтенсивної політики у впровадженні СМ в Україні та запровадження нової удосконаленої моделі фармацевтичного забезпечення (ІМСФ) в аптечних закладах в умовах функціонування АЗП-СМ зможуть підвищити якість надання медичної та ФД [44, 74, 181, 191, 225].

На основі аналізу результатів проведених досліджень були обґрунтовані пропозиції щодо впровадження ІМСФ в умовах запровадження СМ для організації якісного та безперервного фармацевтичного забезпечення. На сучасному етапі насиченого фармацевтичного ринку актуальними є економічна доступність ЛЗ з доведеною ефективністю й якістю за світовими стандартами та створення системи регламентації застосування ЛЗ щодо забезпечення ефективної фармакотерапії, що обумовлюється наступними напрямками: доступність якісних, ефективних і безпечних ЛЗ – основний фактор, що визначає доступність системи ОЗ в умовах стаціонару та на рівні ПМД; формування менеджменту

у фармацевтичному секторі, адекватного трансформації суспільства, поліпшення інформаційного забезпечення діяльності галузі та створення прозорої системи її функціонування; формування системи раціонального використання ЛЗ і матеріальних ресурсів усіх рівнів шляхом впровадження ФС; реформування науки й освіти, адекватних потребам галузі. Належним чином вирівняні пріоритети, зосереджені на значущих процедурах і результатах для пацієнтів, платників, постачальників і системи ОЗ представлені в табл. 5.1 [30, 44, 67, 105, 136, 152].

Таблиця 5.1

Структура успішних угод про спільну практику

Поліпшення результатів		
<p>Пацієнти, провайдери та платники отримують належні стимули при співпраці, щоб поліпшити здоров'я пацієнтів</p> <p>Для пацієнтів: продукт, сервіс, досвід або додана вартість, що мотивують пацієнта вжити заходи, що поліпшують здоров'я</p> <p>Для постачальників медичних послуг: належна компенсація за надані продукти та послуги</p> <p>Для платників: мінімізація загальних витрат на ОЗ при наданні якісних, необхідних послуг</p>	<p>Коли лікарі, провізори, пацієнти та інші, які працюють у команді, діють разом, поліпшується стан здоров'я пацієнтів</p> <p>Відстеження прогресу та результатів звітування гарантує, що всі члени групи ОЗ, які беруть участь у догляді за пацієнтом, усвідомлюють вплив спільних зусиль</p>	<p>Вирівняний стимул для системи ОЗ аналогічний тому, що використовується для кожного платника: контроль усіх витрат на ОЗ</p> <p>Поліпшення стану здоров'я призводить до зменшення витрат на ОЗ</p>

Успішність моделі сімейної фармації моделюють два основні компоненти: (1) відповідні стимули, які зі свого боку базуються на (2) значущих підходах до процесу та результатів для всіх постачальників, які беруть участь у догляді за пацієнтами. Проста структура описує, як можна цього досягти: вирівнювання стимулів, поліпшення результатів, контроль витрат, забезпечення стимулів і підтримки прийняття електронних медичних записів, використання технологій у наданні послуг фармацевтами для пацієнтів.

ІМСФ, що об'єднує фармацевтів та інших спеціалістів ОЗ, залежить від інформації, яку отримують усі члени медичної служби. Електронні медичні записи й інші медичні інформаційні технології можуть підтримувати розширення цієї моделі догляду. Комп'ютерні системи, що можуть взаємодіяти між собою й інтегровані в аптеках і медичних системах, дозволяють фармацевтам надсилати й отримувати записи щодо догляду, втручань, лабораторних досліджень і їхніх результатів, а також інформацію про пацієнта.

Модель базується на принципах GPP, що спрямована на збереження основних фундаментальних принципів ефективного функціонування та розвитку; деонтологічних, морально-етичних компонентах і корпоративній солідарності на користь пацієнта. У кризових соціально-економічних ситуаціях вона адаптується до нових економічних умов, сприяє розробці та прийняттю нестандартних рішень, які стимулюють вихід із скрутних положень та більш результативний розвиток за скороченим або прискореним форматом (табл. 5.2) [29, 37, 41, 136, 170, 173, 222].

Опитування фармацевтів продемонструвало, що їм слід мати доступ до електронних систем. Інтегровані системи дозволяють досягти кращого застосування препаратів, виписування рецептів, переходу на лікування, узгоджене з розрахунками від наданих послуг, передачі пацієнтам знань і розуміння стану здоров'я хворого (рис. 5.2) [44, 136].

Основні принципи організації та складнощі впровадження Інтегрованої моделі сімейної фармації в умовах запровадження сімейної медицини

№ з/п	Основні складові організації та впровадження ІМСФ	Основні складнощі, що можуть виникнути при впровадженні моделі сімейної фармації
1	2	3
1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> • План розвитку аптечного закладу в умовах функціонування АЗП-СМ в містах, селах і селищах міського типу • Проведення організаційно-методичної роботи з впровадження ІМСФ в умовах функціонування АЗП-СМ, сприяння у відкритті спеціалізованих АСФ та введення до штату АЗП-СМ фармацевтичних працівників (П-КСФ) для управління медикаментозною терапією пацієнтів • Здійснення медикаментозного, фінансового, матеріально-технічного та кадрового забезпечення АСФ в умовах функціонування АЗП-СМ 	<ul style="list-style-type: none"> • Недосконалість фінансового механізму, що позбавляє фахівців фармації та медицини належної мотивації до співпраці • Відсутність фінансового підґрунтя з державного бюджету щодо медичного та фармацевтичного забезпечення, виконання наказів МОЗ України, постанов Кабінету Міністрів України: <ul style="list-style-type: none"> - постанови Кабінету Міністрів України № 989 від 20.06.2000 р. “Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров’я”; - закону України № 123/96-ВР від 04.04.1996 р. “Про лікарські засоби”; - наказу МОЗ України № 455 від 30.05.2013 р. “Про настанову “Належна аптечна практика: Стандарти якості аптечних послуг” ВООЗ” (спільна Настанова ВООЗ / МФФ)

1	2	3
4	<ul style="list-style-type: none"> • Забезпечення взаємодії аптечного закладу в умовах функціонування АЗП-СМ та ЗОЗ 	<ul style="list-style-type: none"> - наказу МОЗ України № 117 від 29.03.2002 р. “Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників”
5	<ul style="list-style-type: none"> • Організація та створення умов для забезпечення ефективної медикаментозної терапії амбулаторно-поліклінічним пацієнтам відповідно до чинного Державного формуляра ЛЗ, уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги та протоколів провізора (фармацевта) з відпуску безрецептурних ЛЗ 	<ul style="list-style-type: none"> • недостатня підтримка місцевих органів влади • протидія медиків (вузьких спеціальностей), фармацевтичних фахівців і керівників ЗОЗ процесам впровадження та розбудови страхової медицини на рівні ПМД
6	<ul style="list-style-type: none"> • Сприяння доступності медикаментозної та ФД для населення сільської місцевості за рахунок сервісних фармацевтичних послуг, транспортних, кур’єрських і фармацевтичних послуг “Ліки на замовлення”, зокрема через заклади поштового зв’язку 	<ul style="list-style-type: none"> • формування громадського усвідомлення щодо переваги ІМСФ в умовах функціонування АЗП-СМ з введенням чи перекваліфікацією посади провізора на П-КСФ (відповідно до кваліфікаційних характеристик професій працівників)
7	<ul style="list-style-type: none"> • Забезпечення кваліфікованої, безперервної та своєчасної медичної та ФД для населення сільської місцевості за рахунок використання принципів телемедицини “Електронна охорона здоров’я” на основі застосування інформаційно-комунікаційних технологій 	
8	<ul style="list-style-type: none"> • Забезпечення виконання положення щодо процесного менеджменту в галузі обігу ЛЗ, 	

1	2	3
	підготовки, перепідготовки й удосконалення кадрового потенціалу	

Усвідомлюючи нагальну необхідність реформування фармацевтичної галузі, обґрунтували та запропонували відкриття АСФ в умовах функціонування АЗП-СМ, необхідних для покращення фармакотерапії пацієнтів, для розробки якої були враховані пропозиції фахівців, що надійшли з областей України [44, 136].

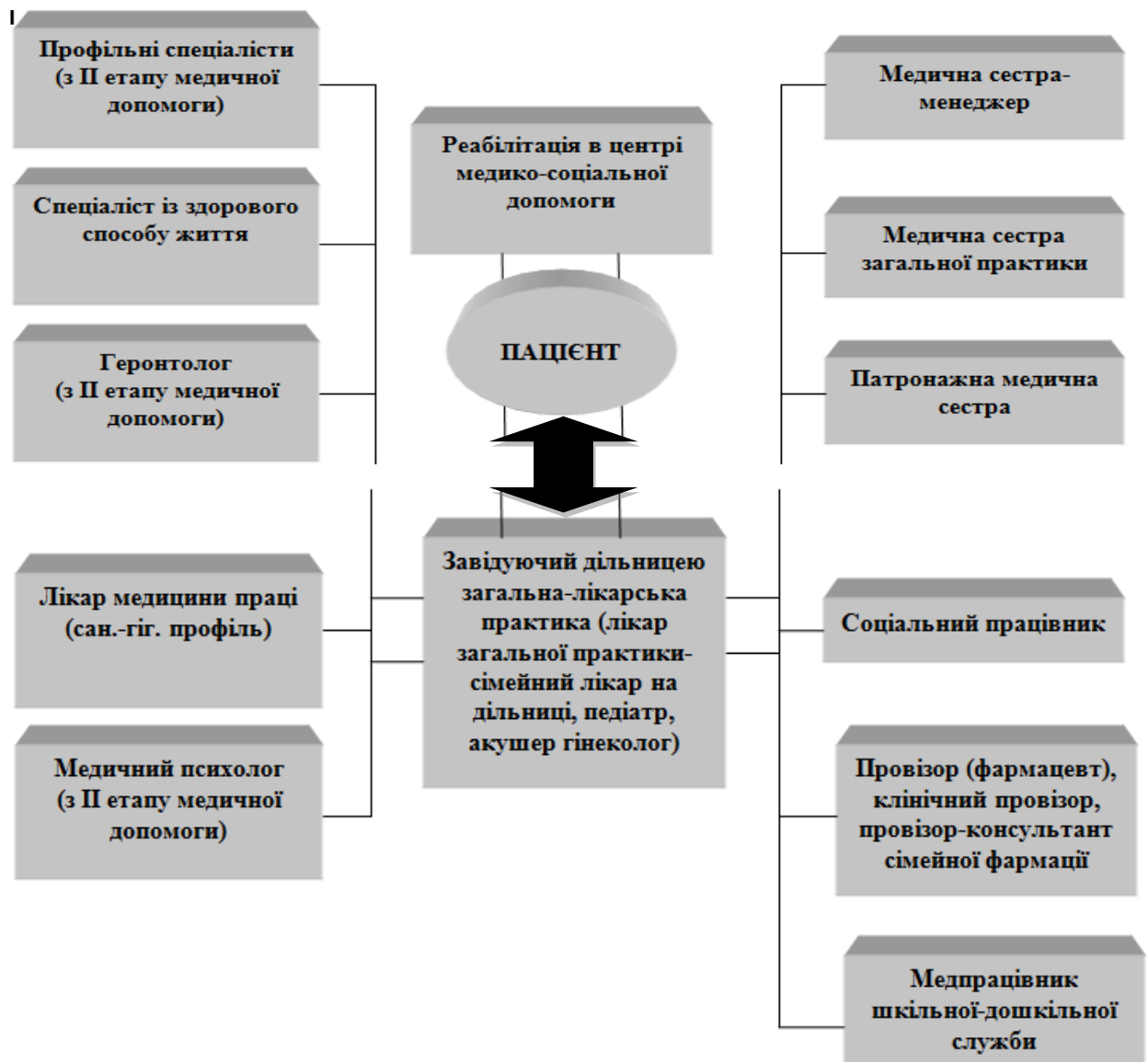


Рис. 5.2 Блок-схема запровадження роботи комплексних команд у наданні медичної та фармацевтичної допомоги пацієнтам.

5.2. Визначення функцій провізорів-консультантів сімейної фармації в умовах функціонування амбулаторій загальної практики – сімейної медицини

На європейському рівні керівні принципи GPP включають відповідні вимоги щодо підготовки фармацевтичних кадрів і мають сприяти національним зусиллям для використання європейських стандартів у всіх галузях і рівнях надання медичної та ФД. Система ОЗ має обмежені ресурси, тому потрібно оптимізувати результати фармакотерапії пацієнтів в умовах АЗП-СМ. Базуючись на результатах європейського досвіду діяльності, всі амбулаторії ЗП-СМ повинні мати доступ до амбулаторних фармацевтичних працівників (ЄС) і П-КСФ (Україна), які несуть відповідальність за безпечне, ефективне й оптимальне використання ЛЗ. Керівні органи ОЗ, що буде знаходитися під її контролем, фармацевтичним працівником з відповідним досвідом роботи й освітою, компетентністю в наданні фармацевтичних послуг в умовах функціонування АЗП-СМ [44, 51, 76, 77, 136].

Блок-схема командної роботи П-КСФ з лікарями АЗП-СМ в управлінні медикаментозною терапією пацієнта представлена на рис. 5.3 [44, 78, 82, 106, 108, 136]:

- досвід у раціональній фармакотерапії (оцінка доступності основних ЛЗ на основі порівняння показників потреби в них за основними нозологіями захворювань з фактичним споживанням ліків);
- удосконалення механізмів фінансування закупівлі лікарських засобів за бюджетні кошти;
- впровадження механізму державного замовлення при реалізації ЛЗ за бюджетні кошти тощо;
- інформування про випадки побічних реакцій при застосуванні ліків і впровадження моніторингу ефективності та безпеки ЛЗ в АЗП-СМ з залученням фахівців “клінічних провізорів”;
- ведення пацієнтів з хронічними захворюваннями;

- надання профілактичних та оздоровчих послуг.



Рис. 5.3 Блок-схема командної роботи провізора-консультанта сімейної фармації з лікарями амбулаторій загальної практики – сімейної медицини в управлінні медикаментозною терапією пацієнта.

Клінічна практика П-КСФ в умовах функціонування амбулаторій. Поліклініки: диспансери та клініки; аптечні заклади сімейної фармації (АСФ); амбулаторії ЗП-СМ. Денний стаціонар: ЗОЗ; спеціалізовані аптечні заклади сімейної фармації (АСФ); довгострокова фармацевтична та медична допомога.

На сьогодні існує низка розроблених нормативно-правових документів щодо діяльності фармацевтичних працівників (наказ МОЗ України № 117 від 29.03.2002 р. “Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров’я”, наказ МОЗ України № 385 від 28.10.2002 р. “Про затвердження переліків закладів охорони здоров’я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів

з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я”), але досі невідомим залишається питання щодо діяльності фармацевтичних працівників в умовах впровадження СМ, тому була обґрунтована доцільність введення нових фармацевтичних посад в умовах функціонування АЗП-СМ та, відповідно, сформовані проекти відповідних положень [44, 97, 110, 136, 210, 218].

Проблема участі фармацевтичних працівників у процесі реалізації принципів ФО та профілактики постійно обговорюється широким колом науковців і фахівців практичної фармації. У вітчизняних науково-практичних публікаціях ще 10 років тому висвітлювалося питання доцільності організації спеціалізованих аптечних закладів в умовах АЗП-СМ та введення посади П-КСФ. Проте досі не сформована відповідна законодавча база, не визначені дефініції для створення спеціалізованих АСФ та введення в штат аптек вказаної посади, не налагоджена організація фармацевтичного забезпечення в аптечних закладах, процедури взаємодії з пацієнтами, лікарями, іншими фахівцями системи ОЗ тощо.

Результати проведених досліджень свідчать, що послуги з консультування щодо прийому ЛЗ – це важливий компонент досягнення оптимальних результатів, як-от підвищення якості життя населення. Ці послуги підвищують рівень безпеки пацієнта та покращують якість життя через консультування з лікування та прийому ЛЗ, надання послуг медичного та фармацевтичного обслуговування населення, таких як програми припинення паління, профілактики цукрового діабету. Послуги фармацевтичних працівників економічно ефективні, допомагають контролювати загальні витрати на ОЗ за рахунок належного виконання вказівок і режиму прийому ЛЗ.

В Україні була прийнята низка важливих нормативно-правових актів на державному та місцевих рівнях щодо розвитку СМ та затверджена постанова Кабінету міністрів України № 989 від 20.06.2000 р. “Про комплексні заходи

щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я” з метою зміцнення здоров'я населення, поліпшення демографічної ситуації, підвищення якості й ефективності медичних і фармацевтичних послуг, наближення кваліфікованої ПМД до кожної родини, раціонального використання ресурсів ОЗ [44, 78, 136, 210, 215, 224].

Отже, важливим є взаємозв'язок між лікарем і фармацевтичним працівником (П-КСФ) – відвідування фармацевтичними працівниками аптечного закладу в амбулаторіях ЗП-СМ не рідше одного разу на місяць і проведення інформаційної роботи серед пацієнтів про ЛЗ. У громадських закладах фармацевтичні працівники повинні визнаватися як фахівці ОЗ, в яких пацієнти можуть проконсультуватися з питань проблем здоров'я. Оскільки ЛЗ та фармацевтичні послуги можна отримати в аптечному закладі, пацієнтів з проблемами, що потребують додаткових діагностичних заходів або лікування, що не доступні в умовах аптечного закладу, можна спрямувати до лікаря або відповідального в умовах АЗП-СМ.

5.3. Системні підходи в створенні нормативно-визначеного асортименту лікарських засобів для аптек сімейної фармації відповідно до протоколів провізора й уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги

В Україні з кожним роком розвивається СМ, відповідно до цього безперервно удосконалюються чинні закони та формуються оновлені, сучасні нормативно-правові документи щодо розвитку центрів ПМД, де здійснюється підготовка ЛЗП-СЛ. За результатами проведених досліджень були розроблені методологічні підходи щодо розвитку сімейної фармації в умовах впровадження СМ [12, 83, 120, 130, 136].

Побудова нової стандартизації медичної допомоги та ФО формалізується на основі розробки уніфікованих протоколів, що створюються згідно з доказовими стандартами фармації та на засадах

доказової медицини. Сучасна система стандартизації спрямована на створення професіоналізму, відновлення довіри між пацієнтом і медичним працівником (провізором), забезпечення доступу до адекватної медичної допомоги та медикаментозного забезпечення. Співвідношення кліічних настанов до чинного законодавства було удосконалене та доповнене (рис. 5.4) [65, 66, 83, 112, 136].

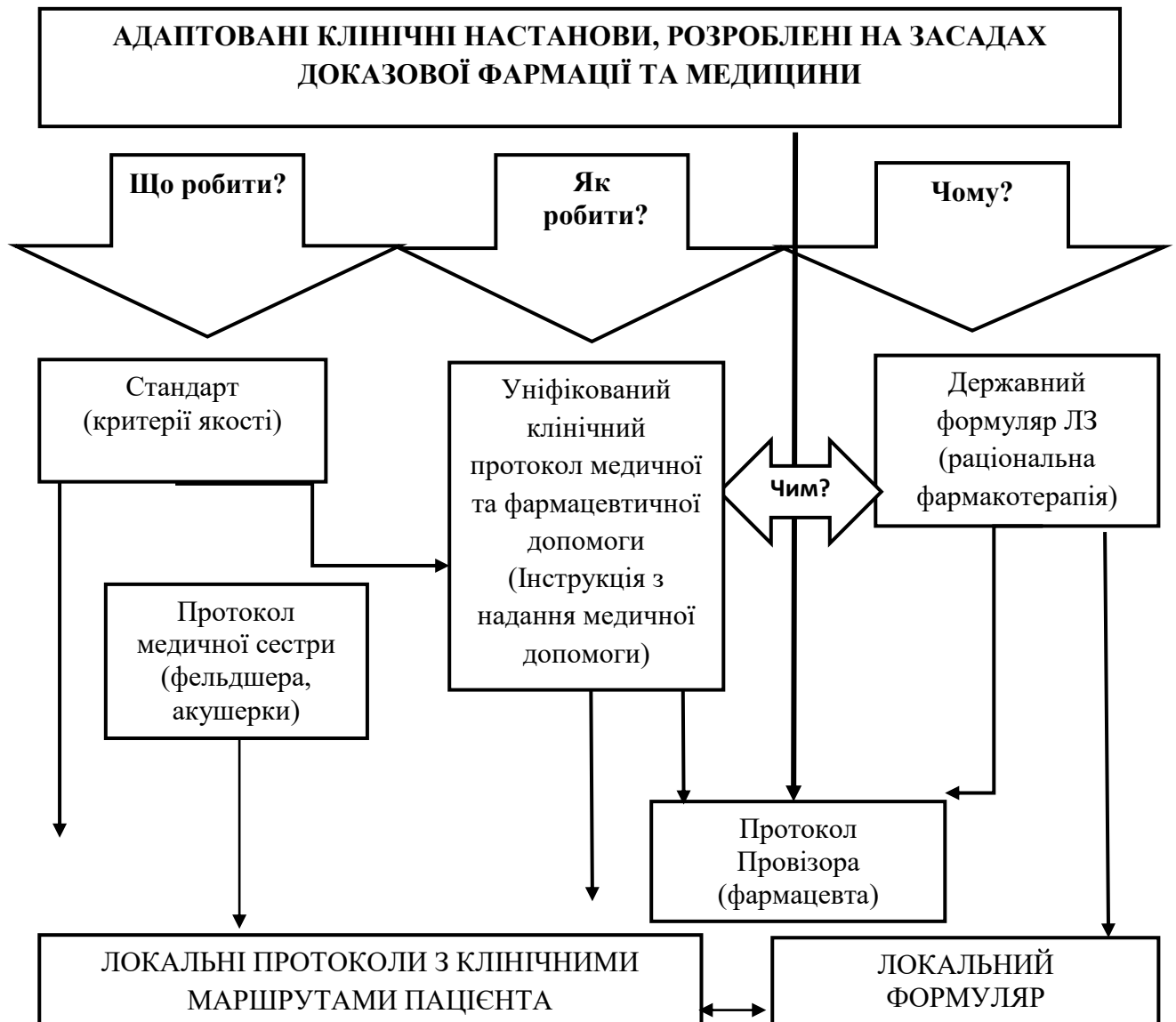


Рис. 5.4 Співвідношення адаптованих клінічних настанов

В Європі протоколи зазвичай розробляються та поширюються науково-фармацевтичними та медичними професійними товариствами, асоціаціями лікарів, провізорів, фармацевтів, об'єднаннями медичних кас або іншими

спорідненими професійними асоціаціями. Інформацію та доступ до міжнародних стандартів пропонує Guidelines International Network, що є всесвітнім банком даних рекомендацій з діагностики, лікування та фармакотерапії.

Протоколи структурованої поетапної організації ОЗ в багатьох європейських країнах визначаються за так званими протоколами організації медичної допомоги. Крім медичних протоколів, що розробляються для лікарів, існують відповідні рекомендації, що містять інформацію для пацієнтів [44, 66, 83, 117, 130]. Для середнього медичного персоналу присутні схожі на алгоритми для лікарів “протоколи експертів”. Слід зазначити, що паралельно з формуванням медичного анамнезу лікарем провізор здійснює медикаментозний анамнез пацієнта. Положення протоколу щодо фармакотерапії мають сприяти раціональному використанню ЛЗ і запобігати поліпрагмазії. Нормативно-впорядковані протоколи містять інформацію про ЛЗ для відповідального самолікування: особливості застосування, основні протипоказання, належні заходи безпеки, застосування в період вагітності або годування груддю, побічні ефекти та взаємодію з іншими ЛЗ. У них висвітлюється інформація щодо причин захворювання та шляхів його профілактики, груп ризику, необхідності своєчасного звернення до лікаря, загальних заходів, що сприяють зниженню захворюваності.

У протоколах діагностики та лікування рекомендації подаються на основі так званого рівня доказовості та сили (виразності) рекомендації. При цьому застосовуються різні класифікаційні системи, поширеною з яких є наступна: ступінь А – рекомендація “Повинно” – в основі лежить як мінімум одне рандомізоване контрольоване належне клінічне дослідження Good Clinical Practice (GCP), що належить безпосередньо до теми даної рекомендації (рівень доказовості Ia та Ib); ступінь В – рекомендація “Бажано” – добре проведене GCP, що належить безпосередньо до теми рекомендації (рівень доказовості II або III), але немає рандомізованих клінічних досліджень; сюди ж відноситься рівень доказовості I, якщо

дослідження опосередковано стосується теми рекомендації; ступінь С – рекомендація “Можна” – думки експертних кіл або експертів та / або клінічний досвід визнаних авторитетів (рівень доказовості IV), або в разі, коли рівні доказовості Па, Пб або Пв спираються на дослідження недостатньо хорошої якості. Good Clinical Practice: для певної методики лікування не існує експериментальних досліджень або вони неможливі з будь-якої причини, але метод широко поширений і в групі експертів існує згода щодо нього. У цьому випадку методу присвоюється ступінь рекомендації Good Clinical Practice GCP (синонім – клінічна домовленість) [44, 83, 112, 123].

Вищенаведене свідчить, що безпосередньо участь фармацевтичного працівника в системі СМ та сімейної фармації здійснюється через процедури проведення експертно-консультативно-інформаційної роботи за допомогою протоколів провізора (фармацевта) при безрецептурному обслуговуванні населення України. Протоколи провізора (фармацевта) при відпуску безрецептурних лікарських засобів складаються з 34 хвороб, що належать до шифру за МКХ-10 (симптоматичне лікування алергії, болю в горлі, діареї, кашлю, опіків, поверхневих закритих травм, поверхневих ран, стресу; сприяння відмові від тютюнокуріння; попередження захворювання та сприяння прихильності до лікування при туберкульозі, ВІЛ / СНІД; формування домашньої аптечки першої допомоги, аптечки першої допомоги для немовлят, подорожей, службових приміщень; симптоматичне лікування безсоння, болю в м'язах і спині, герпетичного ураження губ, головного болю, запору, корости, педикульозу, печії, підвищеної температури тіла в дітей віком до 15 років, підвищеної температури тіла в дітей з 15 років і дорослих, риніту; профілактика захворювання на грип та ГРВІ, остеопороз, захворювань, спричинених йодною недостатністю; профілактика та симптоматичне лікування вугрів, остеоартрозу; симптоматичне лікування зубного болю, ферментативної недостатності підшлункової залози, порушення функції жовчного міхура та жовчовивідних шляхів) [44, 65,

83, 112].

Формалізована частина протоколу містить назву проблеми, пов'язаної зі здоров'ям, шифр МКХ-10, дату перегляду протоколу, інформацію про розробників. Розділ протоколу “Оцінка потреб пацієнта/представника пацієнта” вміщує вказівки щодо правильного оцінювання проблеми пацієнта при зверненні до аптечного закладу та дозволяє провізору (фармацевту) належним чином оцінити конкретну ситуацію зі здоров'ям. Провізор (фармацевт) виявляє – чи пов'язані симптоми з серйозними розладами здоров'я. Для цього в протокол включається перелік відповідних загрозливих симптомів, що вимагають негайного звернення до лікаря. При незначних проблемах зі здоров'ям, що його не потребують, провізор надає поради стосовно немедикаментозного та/або медикаментозного лікування, водночас рекомендує використовувати ЛЗ лише за необхідності. Перелік безрецептурних ЛЗ для симптоматичного лікування нездужання складається з урахуванням наступних вимог: вони зазначаються лише за міжнародною непатентованою назвою; всі ЛЗ, включені до протоколів, повинні бути зареєстровані в Україні; всі ЛЗ, наявні в протоколі провізора, за умовами відпуску мають бути безрецептурними; рекомендації щодо застосування повинні відповідати Інструкціям для медичного застосування препаратів; ЛЗ, включені до протоколу провізора, мають бути рекомендовані чинним випуском Державного формуляра ЛЗ; фармакотерапевтичні групи вказуються відповідно до чинного випуску Державного формуляра ЛЗ [41, 44, 66, 80, 128]. Протоколи провізора (фармацевта) містять основну інформацію щодо рекомендованих препаратів: дія, спосіб застосування, тривалість лікування, можливі побічні ефекти, протипоказання, взаємодія з іншими лікарськими засобами, рекомендації загального характеру щодо профілактичних заходів і підтримки здорового способу життя. Згідно з вимогами наказу МОЗ України № 751 від 28.09.2012 р. “Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони

здоров'я України" були розроблені 56 наказів, якими були затверджені 95 уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, 5 стандартів медичної допомоги, 67 адаптованих клінічних настанов, рекомендованих як джерела найкращої клінічної практики [41, 44, 83, 123, 128, 130]. Основною властивістю уніфікованого клінічного протоколу є урахування особливостей організації медичної допомоги, традицій клінічної практики й економічної ситуації в країні (ресурсного забезпечення тощо). Уніфікований клінічний протокол містить наступні основні розділи: паспортна, загальна й основна частини, опис етапів медичної допомоги, ресурсне забезпечення, індикатори якості медичної допомоги, перелік літературних джерел, використаних при його розробці. У паспортній частині зазначаються діагноз, коди класифікацій (МКХ-10 тощо), мета протоколу, для кого розроблений, дати розробки та перегляду, списки розробників і рецензентів, перелік скорочень, стислі відомості про поширення патологічного стану.

У загальній частині окреслюється питання процесного менеджменту у визначенні стану здоров'я пацієнта з урахуванням критеріїв якості медичної допомоги та наводиться лаконічний опис особливостей процесу надання медичної допомоги. За потреби до загальної частини входить опис тривалого та паліативного лікування, інших особливостей. В уніфікованих клінічних протоколах, що призначені для ведення невідкладних станів, необхідно зазначати обов'язкові етапи: невідкладна медична допомога, пункт невідкладної медичної допомоги; швидка медична допомога; екстрена госпіталізація; профіль відділення екстреної госпіталізації тощо. В основній частині окремо вказуються визначені та встановлені правові норми, методики, стандарти та критерії для кожного виду медичної допомоги, переліки медичних втручань, методів діагностики, лікування, реабілітації, диспансерного спостереження, критерії госпіталізації, особливості підготовки до виписки, рекомендації щодо подальшого етапу медичної допомоги тощо [44, 128, 136]. Робота відповідно до клінічних протоколів

медичної допомоги вимагає від лікарів урахування цін на ЛЗ, набуття досвіду щодо оцінки якості інформації та налагодження взаємовідносин з виробниками та дистрибуторами фармацевтичної продукції. Все це сприяє досягненню згоди між сімейними лікарями загальної практики та сімейними провізорами (фармацевтами) стосовно стандартів ЛЗ, що включаються до клінічних протоколів і, відповідно, забезпечують ефективність подальшого впровадження Необхідного переліку асортименту ЛЗ для АСФ й аптек загального типу, що діють на території закладів СМ. Створення Примірного необхідного асортименту ЛЗ і ВМП сприятиме вилученню з аптечних установ неефективних і неякісних ЛЗ, що не будуть включені до необхідного асортименту ЛЗ згідно з засадами доказової медицини [41, 44, 128, 136, 162].

Одним з головних факторів вибору місця придбання ЛЗ є цінова політика, що обумовлюється низькою платоспроможністю населення. Підвищення якості індивідуального обслуговування та консультації хворих, насамперед пацієнтів з хронічними захворюваннями, похилого віку, батьків дітей і підлітків, щодо всього спектра питань, пов'язаних з фармакотерапією, будуть сприяти зниженню смертності та підвищенню граничного віку старіння. МОЗ України за даними щорічних статистичних звітів здійснює аналіз захворюваності, поширеності хвороб і причин смертності з формуванням переліку хвороб і фармакотерапії в лікувальному процесі відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду (МКХ-10) [12, 44, 128, 130, 164].

Провідною ланкою існуючої системи медикаментозного забезпечення населення в усіх областях України є амбулаторна допомога. ЛЗП-СЛ та фармацевтичні працівники, постійно використовуючи певний набір ЛЗ, не лише досконально вивчають їхні фармакологічні властивості, але й набирають практичного досвіду роботи з ними. У результаті скорочується кількість лікарських помилок та ускладнень фармакотерапії;

підвищується якість лікування; спостерігається деяка тенденція до зниження смертності за деякими нозологічними формами хвороб; зменшуються терміни лікування та збільшується фізична й економічна доступність ЛЗ. Отже, виникає можливість додаткової економії бюджету АЗП-СМ за рахунок скорочення часу перебування пацієнта в стаціонарі, повторних госпіталізацій і витрат, пов'язаних з лікуванням ускладнень медикаментозної терапії [44, 60, 65].

Працюють і відкриваються численні аптечні заклади, їхні структурні підрозділи, відстань між якими не відповідає нормативним засадам. Проблему забезпечення доступного, якісного та своєчасного фармацевтичного обслуговування зможе вирішити розбудова сучасної ІМСФ, що функціонує в умовах впровадження СМ, потребує розробки й удосконалення нормативно-правової бази та методологічних підходів щодо її функціонування [12, 83, 103, 124, 130].

Результати моніторингу аптечних закладів у містах, селах і селищах міського типу засвідчують той факт, що саме сільське населення має проблему з доступом до ЛЗ, тому відбувається неконтрольоване самолікування, що може призвести до летальних випадків. Саме тому, на думку фармацевтичних працівників, потрібно створити спеціальну гнучку систему додаткових пільг для мешканців сіл і селищ міського типу. Взаємодія аптечних закладів і АЗП-СМ сприятиме кращому й ефективнішому медикаментозному забезпеченню завдяки створенню спеціальної бази даних амбулаторно-поліклінічних пацієнтів, де мають бути вказані особисті дані про хворого. Проаналізувавши діяльність функціонуючих аптечних закладів у амбулаторіях ЗП-СМ, встановили, що асортимент ЛЗ нестабільний і не повністю відповідає протоколам надання медичної допомоги відповідно до структури захворювання. Основним завданням сучасної системи ОЗ України визначене своєчасне забезпечення населення ефективними, доступними й якісними ЛЗ, що, відповідно, має бути підтримано державним регулюванням і коштами на всіх рівнях надання

медичної та ФД [12, 83, 136, 211].

Було встановлено, що в аптечних закладах АЗП-СМ відсутній системний підхід до створення постійного асортименту ЛЗ. Постачання ЛЗ здійснюється безпосередньо емпіричним шляхом, тобто спостерігається невідповідність асортименту ЛЗ і ВМП протоколам і формулярам. Тому нерідко відмічаються факти відмови пацієнтам у призначених лікарями ЛЗ або в отриманні їх у конкретній ціновій категорії, тобто медикаментозна терапія може бути розпочата невчасно.

Як свідчать результати проведених досліджень, головна причина відмови в ЛЗ в аптеках частково пов'язана з відсутністю науково-обґрунтованих рекомендацій щодо створення необхідного асортименту ЛЗ для аптечних закладів в умовах функціонування АЗП-СМ, аптечних закладів у більшості амбулаторій, взаємодії з лікарями ЗП-СМ й інших спеціальностей, проведення інформування про наявні в аптечних закладах ЛЗ, кваліфікованих фармацевтичних працівників (П-КСФ), які пройшли відповідну післядипломну підготовку для роботи в спеціалізованих аптечних закладах, що працюють в умовах функціонування АЗП-СМ.

Були розроблені та запропоновані методологічні підходи до створення товарних запасів ЛЗ, що, безумовно, важливе у їх використанні в медичній практиці. Такий підхід дозволить сформулювати постачання до аптечних закладів саме тих ЛЗ, в яких існує потреба, що забезпечить своєчасну медикаментозну терапію пацієнтів і її ефективність. Проте зрозуміло, що такі підходи потребують прийняття відповідної законодавчої та нормативної бази для ефективної організації спеціалізованих АСФ в Україні. Як свідчать результати багатьох досліджень, найефективнішим способом використання бюджету ОЗ України є раціональний відбір і застосування ЛЗ. Вказане зумовлене тим, що медикаментозна профілактика та терапія застосовуються в усіх напрямках клінічної медицини, витрати на яку складають від 5 % до 25 % ЛЗ. Фармакотерапія визначає не лише найближчі, але й віддалені результати багатьох захворювань, зокрема якість життя пацієнтів.

Отже, значно впливає на витрати пацієнта та суспільства загалом. Сучасний фармацевтичний ринок надає достатньо можливостей для лікування хворих і дозволяє проводити раціональний відбір ЛЗ з урахуванням їхньої фармакоекономічної та клініко-економічної ефективності (фармакоекономіка) [33, 48, 77, 136].

У практичній роботі присутні випадки некоректного призначення та надлишкового або недоцільного використання ЛЗ, порушень принципів фармакотерапії та фармакоекономіки (застосування ЛЗ у випадках, коли фармакотерапія не показана; неправильний вибір ЛЗ; призначення неефективних ЛЗ і ЛЗ сумнівної ефективності; небезпечних ЛЗ без урахування співвідношень “користь/школа”, “користь/ризик”, відсутність ЛЗ в аптечних закладах; недоступна ціна ЛЗ; нераціональне дозування ефективних ЛЗ; використання ЛЗ у неадекватні терміни; призначення ЛЗ без урахування можливої негативної взаємодії) [56, 83, 130, 136].

Ознайомившись з чисельними функціонуючими амбулаторіями ЗП-СМ та населенням, яке в них обслуговується, та порівнявши з функціонуючими аптечними закладами, що розміщені в містах, селах і селищах міського типу та здійснюють їх фармацевтичне забезпечення, вказали на доцільність створення нормативно-правових актів для організації спеціалізованих аптек сімейної фармації в умовах АЗП-СМ з відповідним нормативно-установчим переліком ЛЗ, що має використовуватися відповідно до протоколів надання медичної допомоги.

Отже, в зв'язку з імплементацією положень уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги в частині рекомендацій до застосування ЛЗ на етапі ПМД препарати, рекомендовані уніфікованими клінічними протоколами до використання на рівні ПМД, позначені в чинному Державному формулярі ЛЗ спеціальним символом “ПМД”. Створення нормативно визначеного необхідного переліку ЛЗ і ВМП сприятиме вилученню з аптечних закладів в амбулаторіях ЗП-СМ неефективних ЛЗ, що не будуть включені до необхідного асортименту,

в умовах впровадження СМ.

Висновки до розділу 5

1. Обґрунтовано і розроблено з ноофармацевтичних та емерджентних позицій прогресивно нову модель, яка відповідає розвитку сучасної фармації – ІМСФ у відповідності до Національної лікарської (фармацевтичної) політики та міжнародних стандартів GPP на засадах загальної лікарської практики. Впровадження ІМСФ займе ключову ланку в оптимізації медикаментозного забезпечення населення і дозволить здійснити ефективне управління фармакотерапією та надати доступну, своєчасну, якісну та безперервну ФД кожному пацієнту в залежності від його економічного становища. Впровадження та розвиток ІМСФ доцільно використовувати в аптеках, які знаходяться в приміщеннях АЗП-СМ, і які будуть функціонувати на засадах моделі СФ з введенням посади П-КСФ, спільної роботи в мультидисциплінарних командах П-КСФ та ЛЗП-СЛ (фаховий підхід) для забезпечення ефективної фармакотерапії пацієнтів. ІМСФ спрямована на організацію стабільної діяльності фармацевтичного сектора, що забезпечує рівень якості й ефективності фармакотерапії та профілактики захворювань. ІМСФ передбачає обов'язкове юридичне розмежування між провізором і П-КСФ, їх функцій в АСФ в умовах функціонування АЗП-СМ.

2. Розроблені метододичні підходи до визначення необхідного асортименту ЛЗ в АСФ в умовах функціонування АЗП-СМ відповідно до уніфікованих клінічних протоколів з надання медичної допомоги да формулярів ЛЗ.

Основні результати даного розділу висвітлено в наступних публікаціях:

1. Інтегрована модель сімейної (страхової) фармації в організації медикаментозного забезпечення населення України в умовах амбулаторій загальної практики-сімейної медицини у відповідності до міжнародних стандартів GPP: метод. рек. / НМАПО імені П. Л. Шупика;

М. С. Пономаренко, А. В. Кабачна, О. С. Соловйов, В. О. Борищук, Л. А. Бутко, С. В. Аугунас, М. О. Говоруха, Ю. М. Григорук. – К.: ТОВ «Юстон», 2017. – 29 с.

2. Обґрунтування створення нормативно визначеного асортименту ліків у відповідності до протоколів провізора і клінічних протоколів медичної допомоги для аптек сімейної фармації та аптек загального типу при закладах сімейної медицини / М. С. Пономаренко, А. В. Кабачна, О. С. Соловйов, С. В. Аугунас, В. О. Борищук // ScienceRise. – 2016. – № 4 / 4 (21). – С. 17–22.

3. Типове Положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні: метод. рек. / НМАПО імені П. Л. Шупика; М. С. Пономаренко, Г. В. Загорій, А. В. Кабачна, С. В. Аугунас, М. О. Говоруха, В. О. Борищук, Е. В. Шелкова, О. Г. Кабачний. – Вінниця: ТОВ «Меркьюрі-Поділля», 2016. – 15 с.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі теоретично узагальнено і запропоновано вирішення наукового завдання – на основі комплексного дослідження, а саме, вивчення міжнародного досвіду впровадження та функціонування системи СФ, науково обґрунтовано і розроблено функціонально-організаційну модель СФ в умовах впровадження СМ; доцільність організації АСФ при закладах ЗП-СМ, командної роботи П-КСФ і ЛЗП-СЛ з метою оптимізації ФД пацієнту та розробки науково-методичних рекомендацій.

1. За результатами літературного огляду вітчизняних і закордонних джерел висвітлено, що разом з позитивними кроками в Україні стихійна інтеграція вітчизняної фармації у ринкові умови призвела до зайвої комерціалізації та зниження її загально-соціальної ефективності. Перерозподіл частини обсягів медичної допомоги зі стаціонарного сектора в амбулаторний обумовився збільшенням обсягів медичної допомоги та здійснюваної в амбулаторіях ФД, підвищенню рівня надання якої буде сприяти формування в Україні моделі СФ з позицій GPP. Визначено, що розвиток ПМД на засадах СМ є одним із найефективніших механізмів підвищення результативності роботи АЗП-СМ та аптечних закладів на їх базі, як щодо впливу на здоров'я населення, так і для раціонального використання ресурсів ОЗ. Виявлено, що відповідна нормативно-правова база потребує удосконалення з таких питань: не визначені дефініції «Провізора-консультанта сімейної фармації» в АСФ, його функціонально-посадові обов'язки і можливості взаємодії з ЛЗП-СЛ; нерозроблено відповідних документів, якими повинен користуватися у своїй практиці П-КСФ в умовах функціонування АЗП-СМ; не висвітлена тема з організації аптек на засадах системи СФ. Створення нормативно-правової бази дає можливість заповнити одну з прогалин у фармацевтичному полі.

2. Розроблено Типовий проект Положення «Про організацію аптек сімейної фармації при закладах загальної практики-сімейної медицини»

відповідно до діючого законодавства України та норм фармацевтичного права, яке регламентує порядок та визначає основні напрямки АСФ як базового структурного підрозділу закладів ЗП-СМ, що займається забезпеченням ЛЗ пацієнтів в закладах ЗП-СМ. У Положенні зазначено, що діяльність ПМД є одним з кроків у створенні АСФ, які спеціалізуються у наданні ФД пацієнтам, родинам пацієнтів і населенню в цілому. Характерною особливістю АСФ є співпраця на постійній основі з закладами ЗП-СМ. Особлива вимога до АСФ при закладах ЗП-СМ – впровадження посади П-КСФ у забезпеченні взаємодії з лікарем ЗП-СЛ та інтегруючи їх обов'язки, має на меті надання висококваліфікованої медичної і ФД в управлінні лікувальною терапією пацієнта. Основна визначальна функція, яку повинна виконувати АСФ в умовах функціонування АЗП-СМ – забезпечення командної роботи членів групи П-КСФ – ЛЗП-СЛ та регулярне інформування щодо наявності і надходження нових ЛЗ до АСФ.

3. За допомогою аналітичного методу був проведений моніторинг аптечних закладів, і в процесі дослідження було виявлено, що саме приватні аптеки, які знаходяться у приміщеннях АЗП-СМ з комерційною назвою «Сімейна аптека» мають всі передумови та переваги (особливо з погляду економії фінансових витрат у системі ОЗ) для впровадження в них моделі СФ. На підставі проведеного дослідження з приводу відповідності діяльності вищевказаних аптек до стандартів GPP, нами було вперше розроблено рекомендований стандарт GPP для впровадження в діяльність АСФ при закладах ЗП-СМ.

4. З використанням формального VEN-аналізу для оптимізації невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі в умовах функціонування АЗП-СМ нами було проведено дослідження, за результатами якого був розроблений Проект «Перелік лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах амбулаторій загальної практики-сімейної медицини» за принципом відбору ЛЗ відповідно до уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги у відповідності з основними

принципами ФС. За результатами проведеного дослідження до Примірного переліку ЛЗ для надання невідкладної медичної допомоги в умовах АЗП-СМ було внесено 105 найменувань за МНН життєво-важливих ЛЗ та систематизованих у відповідності до чинного Державного формуляра ЛЗ.

5. Введення посади П-КСФ в АСФ має на меті надання висококваліфікованої ФД в управлінні лікувальною терапією пацієнта, ав громадських закладах П-КСФ повинен визнаватися як професіонал ОЗ, у якого пацієнти можуть проконсультуватися з проблем здоров'я, а оскільки фармацевтичні послуги та ЛЗ можна отримати тільки в аптеці, то більшість з цих проблем в ній і можуть бути вирішеними. Відповідальне ведення ефективної медикаментозної терапії пацієнта забезпечується шляхом продуктивної співпраці П-КСФ з ЛЗП-СЛ, спільного проведення моніторингу лікування для перевірки ефективності і побічної дії ліків, надання консультативних послуг населенню, лікарям та провізорам. На етапі безперервного професійного розвитку нами вперше розроблена навчальна програма тематичного удосконалення для провізорів: «Удосконалення підготовки провізорів аптечних закладів в умовах впровадження сімейної медицини» з метою перекваліфікації провізора на П-КСФ.

6. Характерною особливістю командної роботи лікарів та провізорів в умовах впровадження в Україні СМ має бути активна взаємодія П-КСФ з лікарем ЗП-СЛ, яка призведе до зміни ролі фармацевтичних працівників – від реалізації аптечних товарів до консультування лікарів і пацієнтів з питань раціонального застосування ЛЗ, що докорінно змінить стратегічну мету роботи аптечного закладу та переведе її з площини відносин «продавець-покупець» в сферу ОЗ та терапевтичних взаємин «лікар-пацієнт-провізор». За результатами проведеного дослідження з використанням методу анкетування лікарів і провізорів спираючись на отримані дані, можна зробити висновок, що і провізори і лікарі одноставно підтримують готовність до командної роботи та взаємодії.

7. Обґрунтовано і розроблено з ноофармацевтичних та емерджентних позицій прогресивно нову модель, яка відповідає розвитку сучасної фармації – ІМСФ у відповідності до Національної лікарської (фармацевтичної) політики та міжнародних стандартів GPP на засадах загальної лікарської практики. Впровадження ІМСФ займе ключову ланку в оптимізації медикаментозного забезпечення населення і дозволить здійснити ефективне управління фармакотерапією та надати доступну, своєчасну, якісну та безперервну ФД кожному пацієнту в залежності від його економічного становища. Впровадження та розвиток ІМСФ доцільно використовувати в аптеках, які знаходяться в приміщеннях АЗП-СМ, і які будуть функціонувати на засадах моделі СФ з введенням посади П-КСФ, спільної роботи в мультидисциплінарних командах П-КСФ та ЛЗП-СЛ (фаховий підхід) для забезпечення ефективної фармакотерапії пацієнтів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамова А. О. Мнение населения о реализации программы дополнительного лекарственного обеспечения / А. О. Абрамова // Бюл. мед. интернет-конференций. – 2013. – № 3. – С. 693.
2. Актуальні проблеми удосконалення регуляторної політики держави в сфері обігу і реклами лікарських засобів / О. С. Соловійов, І. В. Клименко, Т. М. Краснянська, С. В. Аугунас // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2016. – № 2. – С. 49–58.
3. Амбулаторні формуляри як основа раціональної фармакотерапії захворювань у практиці роботи сімейного лікаря / А. В. Кабачна, О. Г. Кабачний, Е. В. Шелкова, О. Г. Рогова // Фармація України. Погляд у майбутнє: матеріали 7 Нац. з'їзду фармацевтів України, 15-17 верес. 2010 р. – Харків : НФаУ, 2010. – Т. 2. – С. 317.
4. Аугунас С. В. Основні тенденції розвитку «Сімейних аптек» як однієї з складових розвитку сімейної фармації в Україні / С. В. Аугунас // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупіка МОЗ України. – К.: НМАПО ім. П.Л. Шупіка, 2016. – Вип. 26. – С. 112–121.
5. Бабічева Г. С. Аналіз сучасних напрямків розвитку ринкової діяльності аптечних підприємств / Г. С. Бабічева, З. М. Мнушко // Укр. журн. клін. та лаборатор. медицини. – 2009. – № 1. – С. 7–11.
6. Бабський А. А. Емерджентні властивості структури кластерних груп, індивідуумів та інших рівнів соціальних об'єднань з ноетичних позицій. Ноофармація / А. А. Бабський // Фармац. журнал. – 2009. – № 3. – С. 3–7.
7. Бахрушин В. Є. Методи аналізу даних : навч. посібник / В. Є. Бахрушин. – Запоріжжя : КПУ, 2011. – 268 с.
8. Бучинський Л. Я. Деякі показники стану в Україні первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини / Л. Я. Бучинський, В. Г. Слабкий // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 1. –

С. 88–91.

9. Виклики системі охорони здоров'я в умовах децентралізації, пріоритету первинної медичної допомоги і утворення госпітальних округів: досвід Тернопільської області / Л. С. Бабінець, В. Г. Богайчук, І. О. Боровик [та ін.] // Сімейна медицина. – 2016. – № 4. – С. 125–127.

10. Використанні лікарських засобів [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://um.co.ua/5/5-7/5-73289.html>. – Назва з екрана.

11. Вікторов О. П. Погляд на концепцію відповідального самолікування у сучасних умовах / О. П. Вікторов, О. В. Матвєєва, В. П. Яйченя // Клін. фармація. – 2006. – № 1. – С. 3–6.

12. Впровадження формулярної системи у практику роботи лікувально-профілактичних закладів: метод. рек. / уклад.: А. В. Кабачна, О. Г. Кабачний, Е. В. Шелкова, О. Г. Рогова; Нац. фармац. ун-т МОЗ України. – Харків : НФаУ, 2011. – 33 с.

13. Гала Л. О. Фармацевтична опіка як складова одного з напрямів належної аптечної практики / Л. О. Гала, Д. С. Волох // Фармац. журнал. – 2009. – № 3. – С. 30–34.

14. Гілета Ю. І. Перерозподіл ринкової влади на фармацевтичному ринку / Ю. І. Гілета // Вісн. Одес. нац. ун-ту. Економіка. – 2013. – Т. 18, вип. 1. – С. 51–57.

15. Глембоцкая Г. Т. Страхование лекарственного обеспечения как средство повышения качества медицинской помощи / Г. Т. Глембоцкая, С. А. Богатырев // Вестн. Воронеж. гос. ун-та. Сер. Химия. Биология. Фармация. – 2009. – № 1. – С. 107–112.

16. Годовальников Г. В. Самолечение и фармацевтическая помощь / Г. В. Годовальников // Рецепт. – 2014. – № 3. – С. 17–28.

17. Голяченко А. О. Проблеми української історії медицини та фармації / А. О. Голяченко, В. М. Романюк // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2002. – № 1. – С. 83–85.

18. Грем О. Ю. Вивчення якості фармацевтичної опіки в аптеці /

О. Ю. Грем, А. Р. Сидорський // Клін. фармація, фармакотерапія та мед. стандартизація. – 2011. – № 3/4. – С. 124–129.

19. Громовик Б. П. Наукове бачення взаємозв'язку логістичного обслуговування пацієнтів з концепціями фармацевтичної допомоги і належної аптечної практики / Б. П. Громовик, Л. М. Унгурян // Запорозж. мед. журнал. – 2012. – № 4. – С. 81–84.

20. Громовик Б. П. Ролі аптечних фахівців з погляду соціальної фармації / Б. П. Громовик, Л. М. Унгурян // Актуал. питання фармац. і мед. науки та практики. – 2013. – № 3. – С. 126–128.

21. Гузій О. Актуальні питання сімейної медицини / О. Гузій // Укр. мед. часопис. – 2017. – № 2. – С. 53–55.

22. Данильченко Л. І. Основні шляхи становлення і розвитку сімейної медицини в Україні як основа реорганізації первинної медико-санітарної допомоги населенню / Л. І. Данильченко // Одес. мед. журнал. – 2017. – № 1. – С. 70–76.

23. Державний адміністративно-правовий делікт із питав оптимізації організації забезпечення лікарськими засобами сільського населення / В. О. Борищук, О. С. Соловійов, ... С. В. Аугунас // Фарац. Журнал. – 2015 - №№ 4. – С. 9 – 15.

24. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров'я: наказ МОЗ України від 29.03.2002 р. № 117 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://ua-info.biz/legal/baseie/ua-xmwiyu/index.htm>. – Назва з екрана.

25. Дослідження синдрому емоційного і професійного вигорання у фармацевтичних працівників / В. О. Борищук, О. С. Соловійов, ... С. В. Аугунас [та ін.] // Соціал. фармація в охороні здоров'я. – 2015. – № 1. – С. 65–72.

26. Дослідження стану організації забезпечення населення лікарськими засобами в роки незалежності України – становлення фармацевтичного ринку / В. О. Борищук, О. С. Соловійов, ... С. В. Аугунас

[та ін.] // Медична інформатика та інженерія. – 2015. – № 3. – С. 47–53.

27. Дуб Л. Р. Критерії вибору аптечного закладу відвідувачами як підгрунття оцінки якості фармацевтичних послуг / Л. Р. Дуб // Клін. фармація, фармакотерапія та мед. стандартизація. – 2012. – № 4. – С. 144–150.

28. Енциклопедичний тлумачний словник фармацевтичних термінів: укр.-лат.-рос.-англ. / уклад. : І. М. Перцев, Є. І. Світлична, О. А. Рубан [та ін.]; Нац. фармац. ун-т. – Вінниця: Нова кн., 2014. – 820 с.

29. Етичний кодекс фармацевтичних працівників України: закони і законодавчі акти / МОЗ України. – Харків, 2010. – 16 с.

30. Євтушенко О. М. Оптимізація системи забезпечення належної якості фармацевтичної допомоги на основі принципів ризик-менеджменту / О. М. Євтушенко // Фармац. журнал. – 2015. – № 5. – С. 3–7.

31. Євтушенко О. М. Управління галузевими ризиками на етапах реалізації та споживання лікарських засобів : автореф. дис. ... д-ра фармац. наук : 15.00.01 / Євтушенко Олена Миколаївна ; Нац. фармац. ун-т. – Харків, 2011. – 40 с.

32. Жахалова С. В. Значимые тенденции в розничном звене фармацевтического рынка Украины / С. В. Жахалова // Провизор. – 2007. – № 15. – С. 8–11.

33. Жиліна Ю. В. Про стан надання медичної допомоги в умовах упровадження загальної практики-сімейної медицини / Ю. В. Жиліна // Сімейна медицина. – 2008. – № 3. – С. 75–77.

34. Загальне науково-практичне обґрунтування формування основ галузевого права у системі обігу лікарських засобів. Повідомлення II. Аналіз вихідних (базових) показників населення України, що враховуються під час розроблення нормативів раціонального розміщення аптечної мережі / О. С. Соловійов, О. П. Гудзенко, М. С. Пономаренко [та ін.] // Фармац. журнал. – 2013. – № 6. – С. 3–14.

35. Загорій Г. В. Науково-практичні підходи і принципи щодо гарантованого забезпечення населення України ліками, медичними

та фармацевтичними послугами з ноофармацевтичних, нооетичних та антиейджингових позицій / Г. В. Загорій, В. В. Трохимчук, Ю. М. Григоруку // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2012. – № 2. – С. 66–71.

36. Заліська О. М. Основи фармакоеконіміки : навч. посібник / О. М. Заліська. – Львів, 2002. – 360 с.

37. Замковенко М. С. Исследование концепции надлежащей аптечной практики как основы оказания фармацевтической помощи населению / М. С. Замковенко // Всерос. 69 итоговая науч. студен. конф., посвящ. 200-летию со дня рождения Н. И. Пирогова : сб. статей, 11-13 мая 2010 г. – Томск : Сиб. гос. мед. университет, 2010. – С. 250–252.

38. Зарубіжний досвід управління лікарською терапією та участь провізора (фармацевта) в цьому процесі / З. М. Мнушко, Н. В. Алекперова, І. В. Пестун, Г. С. Бабічева // Вісн. фармації. – 2012. – № 4. – С. 57–66.

39. Зіменковський А. Б. Організаційно-методичні засади створення та діяльності клініко-фармацевтичної служби в аптечних закладах України / А. Б. Зіменковський, О. Б. Борецька // Клініч. фармація, фармакотерапія та мед. стандартизація. – 2011. – № 3/4. – С. 21–26.

40. Зупанец І. А. Развитие клинической фармации в Украине: итоги и перспективы / И. А. Зупанец, Н. В. Бездетко, С. Б. Попов // Ремедиум. – 2004. – № 7/8. – С. 67–69.

41. Інститут сімейного провізора (фармацевта) в структурі управління лікарською терапією пацієнта / З. Н. Мнушко, Н. В. Алекперова, І. В. Пестун [та ін.] // Фармацевт практик. – 2012. – № 10. – С. 63–64.

42. Ігнатов А. В. Напрямки реформування медико-санітарної допомоги в Україні / А. В. Ігнатов. – Дніпропетровськ: Пороги, 2010. – 262 с.

43. Інтеграційні утворення Європи – пріоритет зовнішньої політики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: http://libfree.com/152041962politologiyaintegratsiyuni_utvorenniya_yevropi_prioritet_zovnishnoyi_p

olitiki_ukrayini.html. – Назва з екрана.

44. Інтегрована модель сімейної (страхової) фармації організації медикаментозного забезпечення населення України в умовах амбулаторій загальної практики-сімейної медицини у відповідності до міжнародних стандартів GPP: метод. рек.ї / М. С. Пономаренко, А. В. Кабачна, ... С. В. Аугунас [та ін.]; НМАПО ім. П. Л. Шупика МОЗ України. – К: Юстон, 2017. – 29 с.

45. Історичний генезис розвитку аптечної справи в Україні на різних етапах її суспільно – економічного та державно – політичного розвитку. Повідомлення І. Дослідження періоду 1917–1930 рр. / В. О. Борищук, О. С. Соловйов, ... С. В. Аугунас [та ін.] // Фармац. журн. – 2014. – № 5. – С. 29–35.

46. Історичний генезис розвитку аптечної справи в Україні на різних етапах її суспільно – економічного та державно – політичного розвитку. Повідомлення II. Дослідження періоду 1930–1960 рр. / В. О. Борищук, О. С. Соловйов, ... С. В. Аугунас [та ін.] // Фармац. журнал. – 2014. – № 6. – С. 35–42.

47. Історичні аспекти становлення, сьогодення й напрями розвитку кафедри менеджменту та маркетингу у фармації / З. М. Мнушко, М. М. Слободянюк, І. В. Пестун, Г. С. Бабічева // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2012. – № 5. – С. 50–55.

48. Кабачний О. Г. Організаційно-економічні аспекти фармакотерапії невідкладних станів у практиці роботи сімейного лікаря / О. Г. Кабачний // Досягнення та перспективи розвитку фармацевтичної галузі України: матеріали 6 Нац. з'їзду фармацевтів України, 28-30 верес. 2005 р. – Харків, 2005. – С. 925–927.

49. Кабачний О. Г. Формування науково-методичних підходів до лікарського забезпечення населення в умовах впровадження сімейної медицини: автореф. дис. ... канд. фармац. наук: 15.00.01 / Кабачний Олександр Геннадійович; Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім.

П. Л. Шупика. – К., 2012. – 23 с.

50. Кавтарадзе В. Моделювання узгодження інтересів при визначенні цілей розвитку фармацевтичної галузі / В. Кавтарадзе // Вісн. Східноєвроп. ун-ту економіки і менеджменту. Сер. Економіка і менеджмент. – 2013. – № 2. – С. 94–101.

51. Кваліфікаційна характеристика лікаря зі спеціальності «загальна практика-сімейна медицина: наказ МОЗ України від 23.02.2001 р. № 72 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=2467>. – Назва з екрана.

52. Котвіцька А. А. Методологічні підходи до визначення складових формування систем реімбурсації вартості лікарських засобів та фармацевтичної допомоги за умов упровадження в Україні медичного страхування / А. А. Котвіцька, А. С. Немченко // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2009. – № 1. – С. 64–70.

53. Котвіцька А. А. Соціальні аспекти, проблеми та перспективи розвитку первинної медико-санітарної та фармацевтичної допомоги за умов впровадження сімейної медицини в Україні / А. А. Котвіцька // Клін. фармація. – 2006. – № 4. – С. 15–20.

54. Кугач В. В. Аптечные сети / В. В. Кугач, В. В. Пахомов // Рецепт. – 2007. – № 1. – С. 17–23.

55. Куди подітися клінічному провізору? [Електронний ресурс] // Фармацевт практик, 2011. – Режим доступу: URL: <http://fp.com.ua/articles/kudi-poditisyu-klinichnomu-provizoru>. – Назва з екрана.

56. Кудря А. В. Основні показники моніторингу розвитку сімейної медицини в Україні / А. В. Кудря // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 2. – С. 123–131.

57. Лебедь Л. И. Соціальна структура: особливості сучасного тлумачення [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://allrefrs.ru/2-23517.html>. – Назва з екрана.

58. Лемішко Б. Б. Інноваційні методи та інструменти управління

розвитком сімейної медицини / Б. Б. Лемішко, Р. Ю. Грицко // Ефективність держ. управління. – 2013. – Вип. 35. – С. 165–172.

59. Лутай Л. А. Особливості формування системи соціально-орієнтованого управління підприємствами фармацевтичної галузі / Л. А. Лутай, О. О. Савельєва // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2013. – № 2. – С. 26–32.

60. Мажак І. Інституціоналізація сімейної медицини в Україні / І. Мажак // Соціальні виміри суспільства. – 2012. – № 4. – С. 411–422.

61. Малишевская Н. Формуляр – основа для принятия решений / Н. Малишевкая // Фармацевт-практик. – 2015. – № 2. – С. 4–5.

62. Матвеев В. В. Перспективы развития аптечных сетей в регионах / В. В. Матвеев, Л. С. Федотова // Вестн. Удмурт. ун-та. Сер. Экономика и право. – 2013. – Вып. 4. – С. 66–71.

63. Матюха Л. Ф. Характеристика нормативно-правового забезпечення, яке сприяє розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини / Л. Ф. Матюха // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 2. – С. 145–151.

64. Менеджмент і маркетинг у фармації : підручник / за ред. Б. П. Громова. – К.: Медицина, 2008. – 750 с.

65. Методика навчання членів фармакотерапевтичних комісій закладів охорони здоров'я принципам проведення АВС/VEN-аналізу раціональності використання на лікарське забезпечення бюджетних коштів за допомогою програми Microsoft Office Excel: метод. рек. / уклад.: А. В. Кабачна, І. І. Парфьонова, Е. В. Шелкова, О. Г. Кабачний; Харк. мед. акад. післядиплом. освіти. – Харків, 2014. – 29 с.

66. Методичні рекомендації з розробки на засадах доказової медицини, впровадження та моніторингу застосування протоколів провізора (фармацевта): метод. рек. (45.15/97.15) / І. А. Зупанець, Т. В. Талаєва, О. О. Ліщишина [та ін.]; Держ. експерт. центр МОЗ України, Нац. фармац. університет. – К., 2015. – 22 с.

67. Методологічне обґрунтування стратегії і тактики системних заходів щодо оптимізації й ефективного розвитку вітчизняного виробництва лікарських засобів / Г. В. Загорій, М. С. Пономаренко. – Вінниця : Меркьюрі-Поділля, 2014. – 324 с.

68. Мнушко З. М. Напрями підвищення ефективності вирішення маркетингових функцій аптечних мережевих структур / З. М. Мнушко, І. В. Пестун, Г. С. Бабічева // Укр. журн. клін. та лабор. медицини. – 2012. – № 2. – С. 66–70.

69. Мнушко З. М. Оцінка впливу факторів макросередовища на роботу аптечних закладів / З. М. Мнушко, І. В. Підлісник, І. В. Пестун // Вісн. фармації. – 2008. – №2. – С. 34–37.

70. Мнушко З. М. Фармакоеконімічні підходи до фармакотерапії невідкладних станів на догоспітальному етапі в умовах впровадження сімейної медицини: метод. рек. / З. М. Мнушко, О. Г. Кабачний, Л. Ф. Матюха; Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика. – К.: УЦНМІПЛР, 2010. – 22 с.

71. Морщагіна Н. С. Господарсько-правові тенденції розвитку ринку реалізації фармацевтичних виробів / Н. С. Морщагіна // Вісн. Нац. ун-ту «Юридична академія України імені Ярослава Мудрого». Сер. Економ. теорія та право. – 2013. – № 2. – С. 191–200.

72. Надутий К. Деякі питання організації первинної медико-санітарної допомоги у період реформи / К. Надутий // Управління закладом охорони здоров'я. – 2011. – № 8. – С. 23–32.

73. Назустріч VIII Національному з'їзду фармацевтів України! Клінічний провізор – погляд на перспективу [Електронний ресурс] // Аптека. – 2016. – № 27. – Режим доступу: URL: [http://www.apтека.ua/article/378335\(12\)](http://www.apтека.ua/article/378335(12)). – Назва з екрана.

74. Належна аптечна практика в роботі провізора [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://modern-pharmacy.com.ua/nalezhna-aptechna-praktika-v-roboti-provizora>. – Назва з екрана.

75. Належні практики у фармації: практикум / Н. І. Гудзь, Т. Г. Калинюк, С. Б. Білоус, К. І. Сметаніна. – Вінниця: Нова кн., 2013. – 363 с.

76. Науково обґрунтовані підходи до кваліфікаційної характеристики лікаря загальної практики-сімейного лікаря з позиції компетентнісного підходу: метод. рек. / уклад.: Л. Ф. Матюха, Н. Г. Гойда, В. Г. Слабкий, М. В. Олійник; Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика, Укр. ін-т стратег. досліджень МОЗ України. – К., 2010. – 27 с.

77. Науково-практичне обґрунтування кваліфікаційної характеристики для нововведення посади провізора-консультанта сімейної фармації: (повідомлення I) / М. С. Пономаренко, А. А. Бабський, О. П. Шматенко [та ін.] // Військ. медицина України. – 2011. – № 1. – С. 119–123.

78. Науково-практичне обґрунтування розробки типових інструкцій, положень, стандартних робочих методик у фармації. Типовий проект посадової інструкції провізора-консультанта сімейної фармації. Ноофармація / М. С. Пономаренко, Г. В. Загорій, А.А. Бабський [та ін.] // Одес. мед. журнал. – 2011. – № 4. – С. 19–25.

79. Науково-практичні підходи і принципи гарантованого забезпечення населення України ліками, ветеринарними лікарськими засобами, медичними та фармацевтичними послугами з ноофармацевтичних, нооетичних та антиейджингових позицій / Г. В. Загорій, І. В. Бушуєва, М. С. Пономаренко, Ю. М. Григорук // Запоріж. мед. журнал. – 2012. – № 6. – С. 68–70.

80. Невідкладна медична допомога у загальній лікарській практиці: навч. посібник / І. С. Зозуля, Л. Ф. Матюха, С. В. Білецький [та ін.]; Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика, Буковин. держ. мед. ун-т. – К.: Наша родина плюс, 2015. – 490 с.

81. Немченко О. А. Наукове узагальнення сучасних підходів до надання фармацевтичної допомоги населенню в різних країнах світу з

традиційною організацією аптечних мереж / О. А. Немченко // Соц. фармація в охороні здоров'я. – 2015. – № 1. – С. 38–44.

82. Ноофармацевтичне, науково-практичне обґрунтування щодо створення кваліфікаційних характеристик працівників новозведених посад на ринку праці України з емерджентних і ноетичних позицій. Ноофармація / М. С. Пономаренко, Г. В. Загорій, А. А. Бабський [та ін.] // Одес. мед. журнал. – 2011. – № 3. – С. 15–20.

83. Обґрунтування створення нормативно – визначеного асортименту ліків у відповідності до протоколів провізора і клінічних протоколів медичної допомоги для аптек сімейної фармації та аптек загального типу при закладах сімейної медицини / М. С. Пономаренко, А. В. Кабачна, ... С. В. Аугунас [та ін.] // Science Rise. – 2016. – № 4/4. – С. 17–22.

84. Обобщенный анализ средневзвешенного показателя состава аптечных кадров в Украине с 1913 по 1991 гг. / Н. С. Пономаренко, А. С. Соловьев, С. В. Аугунас, Ю. Н. Григоруц // Рецепт. – 2016. – № 3. – С. 408–413.

85. Олексюк М. І. Ризики та загрози функціонування торговельних підприємств фармацевтичного ринку України / М. І. Олексюк // Наук. вісн. НЛТУ України. – 2013. – Вип. 23.17. – С. 255–262.

86. Опіка як кінцева мета формування сучасного провізора / О. В. Крайдашенко, О. О. Свинтозельський, А. В. Саржевська [та ін.] // Запоріж. мед. журнал. – 2014. – № 1. – С. 113–115.

87. ОСА. Учебник online [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <https://osa.com.ua/tutor.php?t=30&rnd=1>. – Заглавие с экрана.

88. Основи законодавства України про охорону здоров'я: закон України від 10.06.2018 (зі змінами) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>. – Назва з екрана.

89. Основні аспекти і умови застосування Хі-квадрат критерію [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://pidruchniki.com/>

14940807/statistika/osnovni_aspekti_umovi_zastosuvannya_kvadrat_kriteriyu. –

Назва з екрана.

90. Парновский Б. Л. Нужен ли в Украине семейный фармацевт? / Б. Л. Парновский, Г. Ю. Яцкова // Провизор. – 2001. – № 4. – С. 5–11.

91. Пестун І. В. Антикризові заходи фармацевтичних та аптечних підприємств / І. В. Пестун // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2009. – № 1. – С. 45–50.

92. Пестун І. В. Національна лікарська (фармацевтична) політика [Електронний ресурс] / І. В. Пестун. – Режим доступу: URL: <http://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/8171/nacionalna-likarska-farmaceutichna-politika>. – Назва з екрана.

93. Пестун І. В. Теоретичні та науково-прикладні засади маркетингового управління в системі лікарського забезпечення населення: автореф. дис. ... д-ра фармац. наук : 15.00.01 / Пестун Ірина Володимирівна; Нац. фармац. ун-т. – Харків, 2010. – 43 с.

94. Пономаренко Н. С. Исследование взаимодействия врача и фармацевтических работников в управлении медикаментозной терапией амбулаторно-поликлинических пациентов в Украине / Н. С. Пономаренко, И. В. Коханов, С. В. Аугунас // Рецепт. – 2017. – № 2. – С. 128–145.

95. Попович Л. Д. Обеспечение качества амбулаторно-поликлинической помощи: лекарственное страхование / Л. Д. Попович // Здравоохранение. – 2012. – № 5. – С. 68–79.

96. Посібник для розробників клінічних рекомендацій/медичних стандартів : проект ЄС «Підтримка розвитку системи мед. стандартів в Україні» / за ред.: Г. Росс, О. М. Новічкова; NICARE. – К., 2006. – 166 с.

97. Пошук історичних передумов розвитку сучасної клінічної фармації на території України. Повідомлення II / А. Л. Федущак, Р. А. Чайківський, В. А. Сятиня, Я. М. Лозинська // Клін. фармація, фармакотерапія та мед. стандартизація. 2010. – № 3/4. – С. 99–107.

98. Про вдосконалення атестації провізорів та фармацевтів : наказ

МОЗ України від 12.12.2006 р. № 818 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1366-06>. – Назва з екрана.

99. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги: закон України від 30.01.2018 р. № 3611-VI (із змінами) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>. – Назва з екрана.

100. Про внесення зміни до Переліку закладів охорони здоров'я»: наказ МОЗ України від 13.01.2017 р. № 25 (із змінами) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0157-17>. – Назва з екрана.

101. Про екстрену медичну допомогу : закон України від 09.12. 2015 р. № 5081-VI (із змінами) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/5081-17>. – Назва з екрана.

102. Про затвердження дев'ятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності: наказ МОЗ України від 03.04.2017 р. № 363 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MOZ27218.html. – Назва з екрана.

103. Про затвердження десятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності : наказ МОЗ України від 10.05.2018 р. № 868 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-10052018868-pro-zatverdzhennja-desjatogo-vipusku-derzhavnogo-formuljara-likarskih-zasobiv-ta-zabezpechennja-jogo-dostupnosti>. – Назва з екрана.

104. Про затвердження Концепції розвитку охорони здоров'я України : указ Президента України від 07.12.2000 р. № 1313/2000 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000>. – Назва з екрана.

105. Про затвердження Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011-2020 роки: наказ МОЗ України від

13.09.2010 р. № 769 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=10782>. – Назва з екрана.

106. Про затвердження Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України : наказ МОЗ України від 18.12.2007 р. № 838 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://www.apteka.ua/article/6012>. – Назва з екрана.

107. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів) : постанова Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 929 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/929-2016-%D0%BF/print>. – Назва з екрана.

108. Про затвердження настанови «Належна аптечна практика: Стандарти якості аптечних послуг» : наказ МОЗ України від 30.05.2013 р. № 455 // Аптеч. аудит. – 2013. – № 15. – С. 3–10.

109. Про затвердження Нормативів забезпеченості мережею амбулаторій - підрозділів центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги : наказ МОЗ України від 10.09.2013 р. № 793 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: UR : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1587-13>. – Назва з екрана.

110. Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я: наказ МОЗ України від 28.10.2002 р. № 385 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0892-02> . – Назва з екрана.

111. Про затвердження плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини: наказ МОЗ України від 11.09.2000 р. № 214 (із змінами) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://consultant.parus.ua/?doc=027194B581>. – Назва

з екрана.

112. Про затвердження Положення про Державний реєстр лікарських засобів : останова Кабінету Міністрів України від 31.03.2004 р. № 411 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/411-2004-%D0%BF>. – Назва з екрана.

113. Про затвердження Положення про Національний перелік основних лікарських засобів і виробів медичного призначення : наказ МОЗ України від 24.10.2017 р. № 84 (із змінами) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0258-16>. – Назва з екрана.

114. Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи : наказ МОЗ України від 29.07.2016 р. № 801 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16>. – Назва за екрана.

115. Про затвердження Правил виписування рецептів на лікарські засоби і виробів медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків : наказ МОЗ України від 22.05.2018 р. № 360 (із змінами) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0782-05>. – Назва за екрана.

116. Про затвердження примірних етапів реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги : наказ МОЗ України від 30.08.2010 р. № 735 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100830_735.html. – Назва з екрана.

117. Про затвердження протоколів провізора (фармацевта): наказ МОЗ України від 11.10.2013 р. № 875 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL : <https://www.apteka.ua/article/267027>. – Назва з екрана.

118. Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я : постанова Кабінету Міністрів України від

20.06.2000 р. № 989 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/989-2000-в>. – Назва з екрана.

119. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України: указ Президента України від 07.12.2000 р. № 1313/2000 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000>. – Назва з екрана.

120. Про лікарські засоби : закон України від 19.06.2016 р. № 123/96-ВР (із змінами) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80>. – Назва з екрана.

121. Про Національний план дій на 2013 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» : указ Президента України від 12.03.2013 р. № 128/2013 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/128/2013>. – Назва за екрана.

122. Про організацію роботи закладів (підрозділів) загальної практики - сімейної медицини : наказ МОЗ України від 23.07.2001 р. № 303 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?%20id=1481>. – Назва з екрана.

123. Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України : наказ МОЗ України від 28.04.2017 р. № 751 (із змінами) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12>. – Назва з екрана.

124. Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я : наказ МОЗ України від 02.02.2016 р. № 529 (із змінами) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1003-09>. – Назва з екрана.

125. Регулирование фармацевтического сектора в Европе: ради эффективности, качества и равенства / ред. : Э. Моссиалос, М. Мразек, Т. Уолли. – Женева : ВОЗ от имени Европ. обсерватории по системам и

политике здравоохранения, 2006. – 378 с.

126. Ретроспективний аналіз кадрового складу аптечних закладів України за 1913-1940 та 1950-1980 рр. / М. С. Пономаренко, О. С. Соловійов, С. В. Аугунас, Ю. М. Григоруку // Клін. фармація, фармакотерапія та мед. стандартизація. – 2016. – № 3-4. – С. 14–18.

127. Ретрофармацевтичні дослідження впливу організаційно-правової структури управління аптечною мережею та аптечною службою на оптимізацію забезпечення населення лікарськими засобами (1960-1990 рр.) / В. О. Борищук, О. С. Соловійов, ... С. В. Аугунас [та ін.] // Фармац. журнал. – 2015. – № 3. – С. 5–14.

128. Розробка Примірного переліку лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах амбулаторій загальної практики – сімейної медицини : метод. рек. / М. С. Пономаренко, Л. Ф. Матюха, ... С. В. Аугунас [та ін.] ; НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України. – К.: Фастпринт, 2017. – 46 с.

129. Сергеева О. Ю. Загальна практичка-сімейна медицина: місце профілактичних заходів / О. Ю. Сергеева, К. С. Поясник // Актуал. пробл. сучасн. медицини: Вісн. Укр. мед. стомат. академії. – 2015. – Т. 15, вип. 3, ч. 1. – С. 357–360.

130. Системні підходи у створенні необхідного асортименту лікарських засобів для аптек загального типу при закладах сімейної медицини / М. С. Пономаренко, А. В. Кабачна, ... С. В. Аугунас [та ін.] // Фармац. часопис. – 2016. – № 2. – С. 54–60.

131. Сімейна медицина : підручник : у 3 кн. / О. М. Гиріна, Л. М. Пасієшвілі, Г. С. Попік [та ін.]. – К.: Медицина, 2013. – Кн. 1. Загальні питання сімейної медицини. – 671 с.

132. Соловійов О. С. Ноофармацевтичні основи формування й забезпечення нормативно-правових засад в системі післядипломного навчання / О. С. Соловійов // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика. – К., 2015. – Вип. 24, кн. 5. – С. 358–362.

133. Соловійов О. С. Нормативно-правові засади раціонального використання матеріально-технічних та кадрових ресурсів (матеріально-технічна база та чисельність працівників) / О. С. Соловійов, Ю. М. Григоруц // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика. – К.: НМАПО ім. П.Л. Шупика, 2015. – Вип. 24, кн. 1. – С. 574–580.

134. Степаненко А. В. Інтеграція формулярної системи лікарських засобів у систему стандартів у сфері охорони здоров'я / А. В. Степаненко, В. Є. Бліхар // Вісн. пробл. біології і медицини. – 2014. – № 3. – С. 330–333.

135. Сятиня В. Я. Сучасний стан та перспективи клінічної фармації в Україні за оцінкою фахівців охорони здоров'я / В. Я. Сятиня, Ю. С. Настюха, А. Б. Зіменковський // Клін. фармація, фармакотерапія та мед. стандартизація. – 2012. – № 1/2. – С. 90–94.

136. Типове положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні: метод. рек. / М. С. Пономаренко, Г. В. Загорій, ... С. В. Аугунас [та ін.] ; НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України. – Вінниця: Меркьюрі–Поділля, 2016. – 15 с.

137. Типовий проект (Положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах сімейної медицини (розроблено на основі Європейського досвіду) : метод. рек. / М. С. Пономаренко, Г. В. Загорій, ... С. В. Аугунас [та ін.] ; НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України. – Вінниця : Меркьюрі–Поділля, 2016. – 13 с.

138. Тихончук Т. П. Стратегія фармацевтичного маркетинга: розміщення аптек / Т. П. Тихончук, В. В. Кугач // Вестн. фармації. – 2007. – № 4. – С. 30–34.

139. Ткаченко В. І. Історія розвитку та сучасний стан первинної медичної допомоги за кордоном та в Україні, нормативно-правова база впровадження сімейної медицини в Україні / В. І. Ткаченко // Сімейна медицина. – 2015. – № 3. – С. 12–17.

140. Ткаченко Н. О. Історичні аспекти становлення соціального маркетингу у фармації / Н. О. Ткаченко, Н. М. Червоненко // Запоріж. мед.

журнал. – 2012. – № 2. – С. 107–110.

141. Топчий Н. В. Формуляр лекарственных средств для врачей общей практики первый опыт, рекомендации / Н. В. Топчий // Альманах клин. медицины. – 2004. – № 7. – С. 66–67.

142. Унгурян Л. М. Науково-практичне обґрунтування концепції фармацевтичної допомоги населенню на засадах логістичного обслуговування : автореф. дис. ... д-ра фармацевт. наук : 15.00.01 / Унгурян Ліана Михайлівна ; Одес. нац. мед. ун-т МОЗ України, Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П. Л. Шупика. – К., 2015. – 39 с.

143. Фармаекономічні методи VEN-аналізу паралельно з кластерними АВС-аналітичними групами життєво необхідних лікарських засобів (послуг) / М. С. Пономаренко, Г. В. Загарій, А. А. Бабський [та ін.] // Запороз. мед. журнал. – 2011. – № 3. – С. 89–91.

144. Фармацевтическая опека : курс лекций / под ред. : В. П. Черных, И. А. Зупанца ; Нац. фармацевт. ун-т, Инновац. науч.-произв. клинико-фармац. центр «Синергия». – 2-е изд., перераб. и доп. – Харьков : Фармитэк, 2006. – 534 с.

145. Фармацевтична енциклопедія : енциклопедія / голова ред. ради В. П. Черних. – 2-ге вид., доп. – К. : МОРІОН, 2010. – 1631 с.

146. Федорів Я.-Р. М. Історія розвитку політичного механізму державного управління сімейною медициною в Україні / Я.-Р. М. Федорів // Ефективність держ. управління. – 2012. – Вип. 32. – С. 230–235.

147. Фомина Е. Е. Математические методы анализа данных в социологии с использованием пакетов MS Excel и STATISTICA: учеб. пособие / Е. Е. Фомина, Н. К. Жиганов. Тверь : РИЦ ТвГТУ, 2017. – 167 с.

148. Цуркан О. О. Напрямки формування фармацевтичної термінології / О. О. Цуркан, Т. С. Цуркан; // Фармацевт. журнал. – 2004. – № 1. – С. 57–60.

149. Шамина Я. А. Ответственное самолечение: что должен, может, фармацевтический работник / Я. А. Шамина, С. Ф. Сулейманов // Пробл.

стандартизації в здравоохранении. – 2014. – № 1/2. – С. 67–68.

150. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. В. В. Щафранського. – К. : МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», 2016. – 452 с.

151. Agness C. F. An introductory pharmacy practice experience based on a medication therapy management service model / C. F. Agness, D. Huynh, N. Brandt // *Am. J. Pharm. Educ.* – 2011. – Vol. 75, N 5. – Art. No 82.

152. Agwo F. Y. Doctor-pharmacist collaborative role in patient management: perception of patients, doctors and pharmacists / F. Y. Agwo, N. N. Wannang // *West Afr. J. Pharmacol.* – 2014. – Vol. 25, N 1. – P. 55–67.

153. Al-Areefi M. A. The role of pharmaceutical marketing and other factors in prescribing decisions: the Yemeni experience / M. A. Al-Areefi, M. A. Hassali, M. I. Mohamed Ibrahim // *Res. Social. Adm. Pharm.* – 2013. – Vol. 9, N 6. – P. 981–988.

154. Almarsdóttir A. B. Opportunities and challenges in social pharmacy and pharmacy practice research / A. B. Almarsdóttir, S. Kaae, J. M. Traulsen // *Res. Social. Adm. Pharm.* – 2014. – Vol. 10, N 1. – P. 252–255.

155. Almarsdóttir A. B. Social pharmacy and clinical pharmacy-joining forces / A. B. Almarsdottir, A. G. Granas // *Pharmacy.* – 2015. – Vol. 4, N 1. – doi: 10.3390/pharmacy4010001.

156. Analysis of pharmacist-provided medication therapy management (MTM) services in community pharmacies over 7 years / M. J. Barnett, J. Frank, H. Wehring [et al.] // *J. Manag. Care Pharm.* – 2009. – Vol. 15, N 1. – P. 18–31.

157. Assessment of pharmacy practice experiences in France: a national survey / T. Girollet, M. Beltier, O. Catala [et al.] // *Ann. Pharm. Fr.* – 2013. – Vol. 71, N 3. – P. 164–173.

158. Best practices: improving patient outcomes and costs in an ACO through comprehensive medication therapy management / A. Brummel, A. Lustig, K. Westrich [et al.] // *J. Manag. Care Spec. Pharm.* – 2014. – Vol. 20,

N 12. – P. 1152–1158.

159. Causes and consequences of rural pharmacy closures: a multi-case study / K. Todd, K. Westfall, B. Doucette [et al.] // Rural Policy Brief. – 2013. – N 2013 11. – P. 1–4.

160. Chantauria Z. T. Theoretical and methodological bases of pharmaceutical aid formation (review) / Z. T. Chantauria, T. B. Chumburidze, B. M. Eriashvili // Georgian Med. News. – 2015. – N 239. – P. 89–94.

161. Clinical pharmacists in primary care: Provider satisfaction and perceived impact on quality of care provided / H. Truong, M. E. Kroehl, C. Lewis [et al.] // SAGE Open Med. – 2017. – Vol. 5. – Art. No 2050312117713911.

162. Collaboration between family physicians and community pharmacists to enhance adherence to chronic medications: opinions of Saskatchewan family physicians / T. Laubscher, C. Evans, D. Blackburn [et al.] // Can. Fam. Physician. – 2009. – Vol. 55, N 12. – P. e69–e75.

163. Costelloe E. M. An audit of drug shortages in a community pharmacy practice / E. M. Costelloe, M. Guinane, F. Nugent // Ir. J. Med. Sci. – 2015. – Vol. 184, N 2. – P. 435–440.

164. Decision-making criteria among European patients: exploring patient preferences for primary care services / M. Tinelli, Z. Nikoloski, S. Kumpunen [et al.] // Eur. J. Public Health. – 2015. – Vol. 25, N 1. – P. 3–9.

165. Deeks L. S. Pharmacists' perceptions of their emerging general practice roles in UK primary care: a qualitative interview study / L. S. Deeks, M. Naunton, S. Kosari // Br. J. Gen. Pract. – 2017. – Vol. 67, N 662. – Art. No 396.

166. Design of the POINT study: Pharmacotherapy Optimisation through Integration of a Non-dispensing pharmacist in a primary care Team (POINT) / A. C. Hazen, V. M. Sloeserwij, D. L. Zwart [et al.] // BMC Fam. Pract. – 2015. – Vol. 16. – Art. No 76.

167. Developing pharmacy practice. A focus on patient care : handbook / K. Wiedenmayer, R. S. Summers, C. A. Mackie [et al.]. – Geneva : WHO; IPF,

2006. – 97 p.

168. Dolgin E. Big pharma moves from 'blockbusters' to 'niche busters' / E. Dolgin // *Nat. Med.* – 2010. – Vol. 16, N 8. – P. 837.

169. Dugan B. D. Enhancing community pharmacy through advanced pharmacy practice experiences / B. D. Dugan // *Am. J. Pharm. Educ.* – 2006. – Vol. 70, N 1. – Art. No 21.

170. Effectiveness of pharmacist interventions on cardiovascular risk in patients with CKD: a subgroup analysis of the randomized controlled Rx EACH Trial / Y. N. Al Hamarneh, R. T. Tsuyuki, C. A. Jones [et al.] // *Am. J. Kidney Dis.* – 2018. – Vol. 71, N 1. P. 42–51.

171. Epstein M. Guidelines for good pharmacoepidemiology practices (GPP) / M. Epstein // *Pharmacoepidemiol. Drug Saf.* – 2005. – Vol. 14, N 8. – P. 589–595.

172. Establishment and implementation of a required medication therapy management advanced pharmacy practice experience / W. Nuffer, E. Gilliam, M. Thompson, J. Vande Griend // *Am. J. Pharm. Educ.* – 2017. – Vol. 81, N 2. – Art. No 36.

173. Ethical and legal issues in the clinical practice of primary health care / F. J. Maestro, M. Martinez-Romero, J. M. Vazquez-Naya [et al.] // *Front Biosci.* – 2013. – Vol. 5. – P. 435–445.

174. FIP reference paper collaborative practice [Electronic resource] / International Pharmaceutical Federation ; Fédération Internationale Pharmaceutique. – Way of access: URL: https://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=319&table_id=. – Title from the screen.

175. Freeman J. S. Providing whole-person care: integrating behavioral health into primary care / J. S. Freeman // *N. C. Med. J.* – 2015. – Vol. 76, N 1. – P. 24–25, 27–28.

176. From adverse drug event detection to prevention. A novel clinical decision support framework for medication safety / V. G. Koutkias, P. McNair, V. Kilintzis [et al.] // *Methods Inf. Med.* – 2014. – Vol. 53, N 6. – P. 482–492.

177. Frost J. An integrative review of enablement in primary health care / J. Frost, M. J. Currie, M. Cruickshank // *J. Prim. Care Community Health*. – 2015. – Vol. 6, N 4. – P. 264–278.

178. Functional status measures in general practice. WONCA Classification Committee // *Aust. Fam. Physician*. – 1991. – Vol. 20, N 6. – P. 846, 848, 850–851.

179. General practice and preventive health care: a view through the eyes of community members / D. Mazza, L. K. Shand, N. Warren [et al.] // *Med. J. Aust.* – 2011. – Vol. 195, N 4. – P. 180–183.

180. Good pharmacy practice (GPP) in community and hospital settings / World Health Organization. Action Programme on Essential Drugs and Vaccines. – Geneva : World Health Organization, 1996. – 8 p.

181. Gregório J. Pharmaceutical services cost analysis using time-driven activity-based costing: A contribution to improve community pharmacies' management / J. Gregório, G. Russo, L. V. Lapão // *Res. Social. Adm. Pharm.* – 2016. – Vol. 12, N 3. – P. 475–485.

182. Guidelines for good pharmacoepidemiology practice (GPP) / Public Policy Committee, International Society of Pharmacoepidemiology // *Pharmacoepidemiol. Drug Saf.* – 2016. – Vol. 25, N 1. – P. 2–10.

183. Health promotion and disease prevention in general practice and primary care: a scoping study / S. Peckham, A. Hann, S. Kendall, S. Gillam // *Prim. Health Care Res. Dev.* – 2017. – Vol. 18, N 6. – P. 529–540.

184. Hepler C. D. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care / C. D. Hepler, L. M. Strand // *Am. J. Hosp. Pharm.* – 1990. – Vol. 47, N 3. – P. 533–543.

185. Hoffmann S. M. Health insurance exchanges under the Patient Protection and Affordable Care Act: regulatory and design challenges / S. M. Hoffmann // *J. Am. Coll. Radiol.* – 2012. – Vol. 9, N 12 – P. 881–886.

186. Holdford D. A. The service blueprint as a tool for designing innovative pharmaceutical services / D. A. Holdford, D. T. Kennedy //

J. Am. Pharm. Assoc. – 1999. – Vol. 39, N 4. – P. 545–552.

187. Identifying the interprofessional agreement between community pharmacists and general practitioners views on collaborative practice in Slovakia / L. Dubán, T. Fazekáš, M. Fulmeková [et al.] // *Ceska Slov. Farm.* – 2017. – Vol. 66, N 2. – P. 67–75.

188. Impact of a comprehensive pharmacist medication-therapy management service / F. T. Shaya, V. V. Chirikov, C. Rochester [et al.] // *J. Med. Econ.* – 2015. – Vol. 18, N 10. – P. 828–837.

189. Integration of clinical pharmacists in family medicine residency programs / J. L. Lounsbery, J. B. Jarrett, L. M. Dickerson, S. A. Wilson // *Fam. Med.* – 2017. – Vol. 49, N 6. – P. 430–436.

190. Integration strategies of pharmacists in primary care-based accountable care organizations: A report from the Accountable care organization research network, services, and education / T. Joseph, G. M. Hale, S. M. Eltaki [et al.] // *J. Manag. Care Spec. Pharm.* – 2017. – Vol. 23, N 5. – P. 541–548.

191. Investigation on barriers to pharmaceutical care in community pharmacies: a structural equation model / G. Mehralian, M. Rangchian, A. Javadi, F. Peiravian // *Int. J. Clin. Pharm.* – 2014. – Vol. 36, N 5. – P. 1087–1094.

192. Kolesnyk P. Development of family medicine in Ukraine / P. Kolesnyk, I. Švab // *Eur. J. Gen. Pract.* – 2013. – Vol. 19, N 4. – P. 261–265.

193. Kuhn C. Elective course on medication therapy management services / C. Kuhn, P. H. Powell, J. J. Sterrett // *Am. J. Pharm. Educ.* – 2010. – Vol. 74, N 3. – Art. No 40.

194. Kuo G. M. Drug errors and related interventions reported by United States clinical pharmacists: the American College of Clinical Pharmacy practice-based research network medication error detection, amelioration and prevention study / G. M. Kuo, D. R. Touchette, J. S. Marinac // *Pharmacotherapy.* – 2013. – Vol. 33, N 3. – P. 253–265.

195. Maine L. L. Optimizing the public health platform / L. L. Maine // *Am. J. Pharm. Educ.* – 2012. – Vol. 76, N 9. – Art. No 165.

196. Mathers N. The science of general practice. A keynote address to the Wonca Europe Conference in Warsaw, Poland, September 2011 / N. Mathers // Eur. J. Gen. Pract. – 2011. – Vol. 17, N 4. – P. 241–244.

197. Medication therapy management in pharmacy practice: core elements of an MTM service model (version 2.0) / American Pharmacists Association; National Association of Chain Drug Stores Foundation // J. Am. Pharm. Assoc. – 2008. – Vol. 48, N 3. – P. 341–353.

198. Medication therapy management services provided by student pharmacists . M. Hata, R. Klotz, R. Sylvies [et al.] // Am. J. Pharm. Educ. – 2012. – Vol. 76, N 3. – Art. No 51.

199. Moles R. J. Pharmacy practice in Australia / R. J. Moles, P. Stehlik // Can. J. Hosp. Pharm. – 2015. – Vol. 68, N 5. – P. 418–426.

200. Nadash P. Consumer choice in health insurance exchanges: can we make it work? / P. Nadash, R. Day R. // J. Health Polit. Policy Law. – 2014. – Vol. 39, N 1. – P. 209–235.

201. Nau J. Y. The current status of primary health care / J. V. Nau // Rev. Med. Suisse. – 2008. – Vol. 4, N 176. – Art. No 2299.

202. Nazarkina V. M. The study of modern approaches to provision of pharmaceutical care in the conditions of good pharmacy practice introduction / V. M. Nazarkina, O. A. Nemchenko // Вісн. фармації. – 2015. – № 2. – С. 45–48.

203. Osama M. I. Perception of physicians to the role of clinical pharmacists in United Arab Emirates (UAE) / M. I. Osama, I. Rana // Pharmacol. Pharmacy. – 2014. – Vol. 5, N 9. – P. 895–902.

204. Pharmaceutical Services in Primary Health Care: are pharmacists and users on the same page? / T. C. B. Luz, M. E. S. S. Costa, D. S. Portes [et al.] // Cien. Saude Colet. – 2017. – Vol. 22, N 8. – P. 2463–2474.

205. Pharmacist consultations in general practice clinics: the Pharmacists in Practice Study (PIPS) / E. C. Tan, K. Stewart, R. A. Elliott, J. George // Res. Social. Adm. Pharm. – 2014. – Vol. 10, N 4. – P. 623–632.

206. Pharmacy practice around the world / E. M. Lutz, J. Rovers,

J. Mattingly, B. N. Reed // *J. Am. Pharm. Assoc.* – 2009. – Vol. 49, N 1. – P. 4–11.

207. Physician experiences with clinical pharmacists in primary care teams / G. Moreno, S. Lonowski, J. Fu [et al.] // *J. Am. Pharm. Assoc.* – 2017. – Aug. 12. – doi: 10.1016/j.japh.2017.06.018.

208. Prevalence of self-medication in Brazil and associated factors / P. C. Arrais, M. E. Fernandes, T. D. Pizzol [et al.] // *Rev. Saude Publica.* – 2016. – Vol. 50, suppl. 2. – Art. No 13s.

209. Primary care physicians practicing preventive medicine in the outpatient setting / D. Snipelisky, K. Carter, K. Sundsted, M. C. Burton // *Int. J. Prev. Med.* – 2016. – Vol. 7. – Art. No 5.

210. Problems in continuity of medication management upon transition between primary and secondary care: patients' and professionals' experiences / V. Foulon, J. Wuyts, F. Desplenter [et al.] // *Acta Clin. Belg.* – 2018. – Jun 22. – P. 1–9. – doi: 10.1080/17843286.2018.1483561.

211. Public health aspects of the family medicine concepts in South eastern Europe / I. Masic, M. Hadziahmetovic, D. Donev [et al.] // *Mater. Sociomed.* – 2014. – Vol. 26, N 4. – P. 277–286.

212. Responsible self-medication [Electronic resource] / International Pharmaceutical Federation (FIP) ; The World Self Medication Industry (WSMI). – Way of access: URL: https://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=241&table_id=. – Title from the screen.

213. Riisgaard H. Successful task delegation in general practice - a way to maintain primary health care in the future / H. Riisgaard, J. Nexøe // *Scand. J. Prim. Health Care.* – 2017. – Vol. 35, N 2. – P. 111–112.

214. Role of allied health care professionals in goals-of-care discussions with hospitalized patients and perceived barriers: a cross-sectional survey / L. Martin, A. Patel, K. Piggott [et al.] // *CMAJ Open.* – 2018. – Vol. 6, N 2. – P. E241–E247.

215. Sandeep N. Effective collaboration between doctors and pharmacists / N. Sandeep, G. Jasdeep, N. Sukhjinder // *Hospital pharmacist.* – 2008. – Vol. 15.

– P. 179–182.

216. Silva Oliveira Tde A. Pharmaceutical Assistance in the Family Healthcare Program: points of affinity and discord in the organization process / A. Silva Oliveira Tde, A. M. Alves do Nascimento // *Cien. Saude Colet.* – 2011. – Vol. 16, N 9. – P. 3939–3949.

217. Standards for Quality of Pharmacy Services [Electronic resource] / International Pharmaceutical Federation; Fédération Internationale Pharmaceutique. – Way of access: URL: <https://www.fip.org/files/fip/Statements/GPP%20standards.PDF>. – Title from the screen.

218. Steeb D. R. Exploring the role of the pharmacist in global health / D. R. Steeb, P. U. Joyner, D. R. Thakker // *J. Am. Pharm. Assoc.* – 2014. – Vol. 54, N 5. – P. 552–555.

219. Strand M. A. Pharmacy and public health: a pathway forward / M. A. Strand, D. R. Miller // *J. Am. Pharm. Assoc.* – 2014. – Vol. 54, N 2. – P. 193–197.

220. Strengthening general practice/family medicine in Europe-advice from professionals from 30 European countries / N. Zarbailov, S. Wilm, H. Tandeter [et al.] // *BMC Fam. Pract.* – 2017. – Vol. 18, N 1. – Art. No 80.

221. The fundamental retrospective analysis of pharmacy human resources in Ukraine for 1981-1990 / M. S. Ponomarenko, O. S. Solovyov, S. V. Augunas, Yu. M. Grygoruk // *Вісн. фармації.* – 2016. – № 2. – С. 44–47.

222. Tiyyagura S. R. Assessment of good pharmacy practice (GPP) in pharmacies of community settings in India / S. R. Tiyyagura, A. Purnanand, M.R. Rathinavelu // *IOSR J. Pharm.* – 2014. – Vol. 4, N 12. – P. 27–33.

223. Todd K. Rural pharmacy closures: implications for rural communities / K. Todd, F. Ullrich, K. Mueller // *Rural Policy Brief.* – 2013. – N 2012 5. – P. 1–5.

224. Urbonas G. Pharmacy specialists' attitudes toward pharmaceutical service quality at community pharmacies / G. Urbonas, I. Jakušovait, A. Savickas // *Medicina.* – 2010– Vol. 46, N 10. – P. 686–692.

225. Using design science research to develop online enhanced pharmaceutical care services / L. V. Lapão, J. Gregório, D. Mello [et al.] // Stud. Health Technol. Inform. – 2014. – Vol. 205. – P. 266–270.

226. Vogler S. Does deregulation in community pharmacy impact accessibility of medicines, quality of pharmacy services and costs? Evidence from nine European countries / S. Vogler, K. Habimana, D. Arts // Health Policy. – 2014. – Vol. 117, N 3. – P. 311–327.

227. Winslade N. Determinants of community pharmacists' quality of care: a population-based cohort study using pharmacy administrative claims data / N. Winslade, R. Tamblyn // BMJ Open. –2017. – Vol. 7, N 9. – Art. No e015877.

ДОДАТКИ

Додаток А

Система основоположних нормативно-правових актів України щодо організаційних основ запровадження та функціонування сімейної медицини в Україні

Дата затвердження та номер	Назва нормативно-правового документа	Короткий зміст
Закони України		
№123/96-ВР від 04.04.1996	“Про лікарські засоби”	Регулює правовідносини, пов’язані зі створенням, реєстрацією, виробництвом, контролем якості та реалізацією ЛЗ, визначає права й обов’язки підприємств, установ, організацій і громадян, а також повноваження в цій сфері органів виконавчої влади та посадових осіб
№ 2168-VIII (2168-19) зі змінами, від 30.01.2018 підстава 2168-19	“Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров’я щодо удосконалення надання медичної допомоги”	Затверджені: система стандартів у сфері ОЗ; порядок створення, припинення діяльності закладів ОЗ; особливості діяльності та класифікація закладів визначаються законом; правові, економічні, організаційні основи захисту прав і законних інтересів пацієнтів; забезпечення надання медичної допомоги
№ 5081-17	“Про екстрену і невідкладну	Система екстреної медичної допомоги створюється з урахуванням

зі змінами, від 09.12.2015 підстава 766-19	медичну допомогу”	необхідності забезпечення виконання бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги нормативу прибуття на місце події, який визначається Кабінетом міністрів України, та їх взаємодії з закладами ОЗ
Накази Президента України		
№ 1313/2000 від 07.12.2000	“Про затвердження Концепції розвитку охорони здоров’я України”	<p>Концепція розвитку ОЗ населення України (далі – Концепція) спрямована на реалізацію положень Конституції (254к/96-ВР) та законів України щодо забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянину України, запровадження нових ефективних механізмів фінансування й управління в сфері ОЗ, створення умов для формування здорового способу життя.</p> <p>Необхідність визначення основних напрямів розвитку ОЗ населення України зумовлюється реальними політичними та соціально-економічними процесами, зокрема: демократизацією суспільства, інтеграцією України у світове співтовариство; глобальними структурними процесами в економіці; зниженням рівня та погіршенням якості життя більшості громадян; критичною демографічною ситуацією; незадовільним станом здоров’я</p>

	<p>населення; низькою економічною ефективністю використання ресурсів ОЗ, недосконалою системою оплати праці лікарів та інших працівників сфери ОЗ; диспропорціями в розвитку амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної медичної допомоги; незадовільною екологічною ситуацією, ускладненою наслідками Чорнобильської катастрофи. Кінцевою метою реалізації Концепції є досягнення наступних цілей: збереження та зміцнення здоров'я населення, продовження періоду активного довголіття та тривалості життя людей; створення правових, економічних та управлінських механізмів реалізації конституційних прав громадян України на ОЗ, медичну допомогу та медичне страхування; забезпечення гарантованого рівня надання безоплатної кваліфікованої медичної допомоги у визначеному законодавством обсязі; формування керованого ринку платних медичних послуг, сприяння діяльності закладів ОЗ всіх форм власності, створення умов для задоволення потреб населення в медичних послугах; ефективне використання наявних кадрових, фінансових і матеріальних ресурсів; солідарна участь держави, роботодавців, територіальних громад та окремих юридичних і фізичних осіб у фінансуванні послуг з надання</p>
--	--

		громадянам медичної допомоги
Постанови та розпорядження Кабінету міністрів України		
№ 989 від 20.06.2000	“Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров’я”	Затверджені терміни виконання заходів і визначені виконавчі органи
№ 41/2004-п від 06.12.2016 (зі змінами, підстава 874-2016-п)	“Про затвердження Положення про Державний реєстр лікарських засобів”	Реєстр ведеться з метою забезпечення: ідентифікації суб’єктів підприємницької діяльності, що здійснюють виробництво та реалізацію ЛЗ на професійній основі з дотриманням відповідних стандартів і правил у цій сфері; організації статистичних спостережень у сфері обігу ЛЗ; взаємодії на єдиних методичних засадах з базами даних інших центральних органів виконавчої влади; гласності та відкритості інформації про суб’єкти підприємницької діяльності; ідентифікації ЛЗ, які закуповуються відповідно до абзацу сімнадцятої частини третьої статті 2 Закону України “Про здійснення державних закупівель”.
№ 929 від 30.11.2016	“ро затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та	Ліцензійні умови встановлюють вичерпний перелік вимог, обов’язкових для виконання ліцензіатом, і вичерпний перелік документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії для провадження господарської діяльності з виробництва ЛЗ, оптової,

	роздрібної торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів)”	роздрібної торгівлі ЛЗ, імпорту ЛЗ (крім активних фармацевтичних інгредієнтів). Дія цих Ліцензійних умов поширюється на всіх суб’єктів господарювання, зокрема на зареєстрованих у встановленому законодавством порядку юридичних осіб незалежно від їх організаційно-правової форми та форми власності, фізичних осіб-підприємців, які провадять господарську діяльність з виробництва ЛЗ, оптової, роздрібної торгівлі ЛЗ, імпорту ЛЗ (крім активних фармацевтичних інгредієнтів). Ліцензіат зобов’язаний виконувати вимоги цих Ліцензійних умов, а здобувач ліцензії – їм відповідати. Дія цих Ліцензійних умов не поширюється на суб’єктів господарювання, які провадять господарську діяльність з імпорту ЛЗ (крім активних фармацевтичних інгредієнтів) відповідно до Законів України “Про гуманітарну допомогу”, “Про благодійну діяльність та благодійні організації” та “Про виконання програм Глобального фонду для боротьби із СНІДом, туберкульозом та малярією в Україні”
Накази МОЗ України		
№ 214	“Про затвердження плану	Затверджено план організаційних, управлінських, наукових,

від 11.09.2000	поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини”	інформаційних та освітніх заходів для поступового переходу до СМ, склад Координаційної ради, уповноважені органи та їх представники. Вперше згадується про необхідність розробки фармацевтичного формуляра базових ЛЗ для потреб закладів ПМД
№ 72 від 23.02.2001	“Кваліфікаційна характеристика лікаря зі спеціальності “загальна практика – сімейна медицина”	Затверджено: “Примірне положення про лікаря загальної практики – сімейної медицини”; “Примірне положення про медичну сестру загальної практики – сімейної медицини”; “Примірне положення про відділення загальної практики – сімейної медицини”; “Примірне положення про денний стаціонар”; “Примірне положення про стаціонар вдома”; “Кваліфікаційну характеристику лікаря із спеціальності “загальна практика – сімейна медицина”; “Кваліфікаційну характеристику медичної сестри із спеціальності “загальна практика – сімейна медицина”
№ 303 від 23.07.2001	“Про організацію роботи закладів (підрозділів) загальної практики – сімейної медицини”	Затверджено: “Примірне положення про амбулаторію загальної практики – сімейної медицини”; “Табель оснащення амбулаторії (відділення) загальної практики – сімейної медицини”; “Примірне обладнання сумки-укладки лікаря загальної практики – сімейної медицини”; “Примірне обладнання сумки-укладки медичної сестри загальної практики – сімейної медицини”; “Примірний перелік

		лікарських засобів, необхідних для закладів (підрозділів) загальної практики – сімейної медицини, що додаються”
№ 455 від 30.05.2013	“Про затвердження настанови “Належна аптечна практика: Стандарти якості аптечних послуг”	Інформаційне джерело для розробки стандартів GPP – спільна настанова ВООЗ та МФФ “Належна аптечна практика: Стандарти якості аптечних послуг”. За текстом усієї настанови особливе значення надається професійним питанням і ставленню, а благополуччя пацієнта та його добробут мають першорядне значення. Проте слід зазначити, що вперше вводяться правові, економічні та трудові основи в контексті структури GPP, це своєчасно, беручи до уваги значні дебати в усьому світі з економічних аспектів ліків, доступу до якісних ЛЗ, можливості звернення до кваліфікованих медичних працівників, глобальної недостатності робочої сили, збільшення вартості медичної допомоги та застосування нових моделей аптечної практики
№ 868 від 10.05.2018	“Про затвердження десятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності”	Відповідно до статті 141 Основ законодавства України про охорону здоров’я, Методики створення формулярів лікарських засобів та Положення про Державний формуляр лікарських засобів, затверджених наказом МОЗ України № 529 від 22.07.2009 р. “Про

		<p>створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я”, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 29.10.2009 р. за № 1003/17019, на виконання Концепції розвитку фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я України на 2011-2020 роки, затвердженої наказом МОЗ України № 769 від 13.09.2010 р. (в редакції наказу МОЗ України № 242 від 27.03.2013 р.), Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року, затвердженої наказом МОЗ України № 597 від 16.09.2011 р. зі змінами, внесеними згідно з наказом МОЗ України № 355 від 23.05.2014 р., з метою подальшого удосконалення державної формулярної системи та забезпечення найбільш раціональних, високоефективних та економічно доцільних методів фармакотерапії на принципах доказової медицини</p>
<p>№ 529 від 02.01.2016 (із змінами)</p>	<p>“Про фармакотерапевтичну комісію закладу охорони здоров'я”</p>	<p>Фармакотерапевтична комісія закладу ОЗ створюється з метою розробки та постійного оновлення локального формуляра ЛЗ закладу ОЗ державної або комунальної форми власності, який надає вторинну або третинну медичну допомогу</p>

<p>№ 735 від 30.08.2010</p>	<p>“Про затвердження примірних етапів реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги”</p>	<p>Затверджено: примірні етапи та складові реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги</p>
<p>№ 769 від 13.09.2010</p>	<p>“Про затвердження Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011-2020 роки”</p>	<p>Розроблена відповідно до рекомендацій ВООЗ та передбачає напрями щодо забезпечення ефективної та доступної фармакотерапії: зокрема моніторинг ефективності та безпеки ЛЗ; впровадження формулярної системи, розвиток ФО як основи відповідального самолікування, забезпечення медичних і фармацевтичних працівників достовірною інформацією про ЛЗ</p>
<p>№ 751 від 28.04.2017 (зі змінами, підстава z0530-2017)</p>	<p>“Методика розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини”</p>	<p>Затверджено: “Методику розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини”; “Методику розробки системи індикаторів якості медичної допомоги”; “Положення про мультидисциплінарну робочу групу з розробки медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини”; “Положення про реєстр медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги”</p>
<p>№ 241</p>	<p>“Про затвердження Переліку станів</p>	<p>Затверджено: “Перелік станів і захворювань, що найчастіше</p>

від 27.03.2013	і захворювань, що найчастіше зустрічаються у практиці надання первинної медичної допомоги лікарями загальної практики – сімейними лікарями”	зустрічаються у практиці надання первинної медичної допомоги лікарями загальної практики – сімейними лікарями”
№ 875 від 11.10.2013	“Про затвердження протоколів провізора (фармацевта) з відпуску безрецептурних лікарських засобів”	Затверджено: протоколи провізора (фармацевта) при відпуску безрецептурних ЛЗ; протокол провізора (фармацевта) при отриманні інформації про випадки побічних реакцій та/або відсутності ефективності ЛЗ
№ 84 від 11.02.2016 (зі змінами, підстава z1244-2017)	“Про затвердження Положення про Національний перелік основних лікарських засобів та Положення про експертний комітет з відбору та використання основних лікарських засобів”	Затверджено: Положення про Національний перелік основних лікарських засобів, що додається; Положення про експертний комітет з відбору та використання основних ЛЗ
№ 801 від 29.07.2016	“Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи”	Затверджено: Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги; Положення про амбулаторію; Положення про фельдшерсько-акушерський/фельдшерський пункт; Положення про медичний пункт тимчасового базування

<p>№ 25 від 13.01.2017 (зі змінами)</p>	<p>“Про внесення зміни до Переліку закладів охорони здоров’я”</p>	<p>Внесено перелік посад “лікар загальної практики – сімейної медицини”; доповнено номенклатуру ЗОЗ амбулаторією ЗП-СМ</p>
<p>№ 277 від 25.05.2007</p>	<p>“Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників ВИПУСК 78 Охорона здоров’я”</p>	<p>Випуск побудовано відповідно до структури Класифікатора професій (ДК 003-95). До нього увійшли кваліфікаційні характеристики керівників, професіоналів, фахівців, технічних службовців і робітників, які є специфічними для галузі ОЗ.</p> <p>До розділу “Керівники” включені: керівники лікувально-профілактичних закладів; керівники основних підрозділів ОЗ; керівники виробничих підрозділів у побутовому обслуговуванні, діяльність яких проходить у сфері надання медичної допомоги.</p> <p>Розділ “Професіонали” поділяється за напрямками підготовки спеціалістів: професіонали в галузі лікувальної справи (зокрема педіатричного профілю), стоматології, фармації, медико-профілактичної справи й інші професіонали в галузі медицини. До цього розділу належать професії, що вимагають від працівника кваліфікації за дипломом про повну вищу освіту, що відповідає рівню спеціаліста або магістра.</p> <p>До розділу “Фахівці” належать професії, які потребують від</p>

		<p>працівника кваліфікації за дипломом про вищу освіту, що відповідає рівню молодшого спеціаліста, бакалавра або спеціаліста, який проходить післядипломну підготовку (стажування або інтернатуру).</p> <p>До розділів “Технічні службовці” та “Робітники” належать професії, що вимагають від працівника повної або базової загальної середньої освіти та професійної підготовки на робочому місці.</p> <p>Кваліфікаційні характеристики розміщені за абеткою. Вони складаються з наступних розділів: “Завдання та обов’язки”, “Повинен знати”, “Кваліфікаційні вимоги”.</p> <p>Розділ “Завдання та обов’язки” подає опис основних завдань та обов’язків, властивих даній професії. Конкретний зміст, обсяг і порядок їх виконання на кожному робочому місці встановлюються безпосередньо в лікувально-профілактичних закладах посадовими (робочими) інструкціями, контрактами чи іншими документами.</p> <p>Розділ “Повинен знати” визначає обсяг необхідних знань професійного характеру залежно від професійних завдань та обов’язків.</p> <p>У розділі “Кваліфікаційні вимоги” визначено освітньо-</p>
--	--	---

		<p>кваліфікаційний рівень працівника, напрям і спеціальність підготовки, підвищення кваліфікації, стаж роботи. Довідник кваліфікаційних характеристик професій призначається для вирішення питань раціонального розподілу праці та правильного використання персоналу згідно з фахом і кваліфікацією; визначення завдань, обов'язків і відповідальності працівників галузі.</p> <p>При зарахуванні на посади лікарів, провізорів, середнього медичного та фармацевтичного персоналу слід урахувати положення чинних нормативно-правових актів МОЗ України щодо Переліку вищих медичних навчальних закладів, підготовка й отримання звання в яких дають право займатися медичною та фармацевтичною діяльністю.</p>
<p>№ 818 від 30.12.2016 (зі змінами, підстава z1524-16)</p>	<p>“Про вдосконалення атестації провізорів та фармацевтів”</p>	<p>Атестація провізорів проводиться з метою підвищення професійної майстерності, відповідальності за ефективність та якість роботи; є важливою формою морального та матеріального стимулювання, спрямованою на вдосконалення діяльності аптечних закладів (підприємств) усіх форм власності, що займаються фармацевтичною діяльністю</p>

<p>№ 385 від 10.03.2017 (зі змінами, підстава z0157- 17)</p>	<p>“Про затвердження переліку закладів охорони здоров’я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров’я”</p>	<p>На підставі Положення про МОЗ України, затвердженого Наказом Президента України № 918/2000 (918/2000) від 24.07.2000 р., та з метою забезпечення державної політики щодо створення та функціонування закладів ОЗ, заняття медичною та фармацевтичною діяльністю</p>
--	---	--

Додаток Б

АНКЕТА

для моніторингу матеріально-технічної бази аптечних закладів у
відповідності до стандартів Належної аптечної практики

1. Адреса аптечного закладу: м. _____,
вул. _____, тел. _____.
2. Рік створення аптеки, виробнича площа _____ м²,
всього штат _____, провізорів _____,
фармацевтів _____.
3. У скільки разів збільшилась реалізація (товарообіг) лікарських засобів
від створення аптечного закладу в _____ тис. грн. і
в _____ %.
- відпуск готових лікарських засобів за рік _____ уп. та в _____ грн.
4. Асортимент лікарських засобів _____ найменувань
за останню проведену інвентаризацією.
5. На скільки найменувань в _____ уп., в _____ грн.,
в _____ % зросла за роки організації номенклатура лікарських
засобів.
6. Інформування населення про діяльність аптечного закладу і як що так,
то вказати форму:
 - через пресу _____, як часто _____ в місяць/ в рік;
 - через радіо _____, як часто _____ в місяць/ в рік;
 - через інтернет ресурси _____, як часто _____ в місяць/ в рік;
 - через друкування проспектів _____ як часто _____ в місяць/ в рік.
- 6.1. Як часто здійснюється інформування населення:
 - раз на тиждень _____;
 - раз на місяць _____;
 - рідше одного разу на місяць _____.
- 6.2. Інформування працівниками аптеки про наявність лікарських засобів
лікарів ЗП-СЛ в найближчих амбулаторіях ЗП-СМ: Так _____, Ні _____.
7. Чи мають аптечні заклади взаємозв'язок з:
 - іншими аптечними закладами: Так _____, Ні _____;
 - амбулаторіями ЗП-СМ: Так _____, Ні _____;
 - фармацевтичними компаніями: Так _____, Ні _____;
 - медичними представниками фармацевтичних компаній: Так _____,
Ні _____;
 - населенням: Так _____, Ні _____.

якщо так, тоді з якими і як часто: _____

яка форма взаємодії: _____

1. Чи підтримують зв'язок аптечні заклади з амбулаторіями ЗП-СМ:
Так _____, Ні _____.
2. Чи мають зв'язок працівники аптеки з "Інтернет аптеками",
"фармацевтично-інформаційними сайтами": Так _____, Ні _____.
3. Чи має аптека свій власний Інтернет-сайт: Так _____, Ні _____.
4. Чи здійснюється аптечним закладом доставка лікарських засобів населенню на замовлення (пацієнта): Так _____, Ні _____, як часто _____ в день/ місяць/ рік.
- в яких районах/областях: _____
5. Чи ознайомлені працівники аптеки з протоколами провізора (фармацевта) з відпуску безрецептурних лікарських засобів:
Так _____, Ні _____.
6. Чи є у наявності в аптечному закладі лікарські засоби згідно з:
 - уніфікованими протоколами надання медичної допомоги: Так _____, Ні _____;
 - протоколами провізора з відпуску безрецептурних лікарських засобів: Так _____, Ні _____
 - Державного формуляра лікарських засобів: Так _____, Ні _____;
 - Національного переліку основних лікарських засобів: Так _____, Ні _____.
7. Чи є відмовлення пацієнтам у лікарських засобах згідно призначень лікарів: Так _____, Ні _____.
8. Які лікарські засоби відмовляються найчастіше (торгова назва, лікарська форма, фармакотерапевтична група ЛЗ: _____
9. Надання в аптечних закладах фармацевтичних послуг у відповідності до напрямів Належної аптечної практики: Так _____, Ні _____.
10. Особливості роботи аптечного закладу і чим відрізняється робота від роботи інших аптечних закладів: _____
11. Чи існує в аптечному закладі система лояльності для певних категорій населення, наявності пільг: Так _____, Ні _____.

- для яких груп населення надаються пільги та в якому розмірі:

12. Чи дотримуються працівники аптеки основних вимог етики і деонтології у спілкуванні з відвідувачами: Так _____, Ні _____.

- в чому виникають складнощі дотримання, якщо така проблема існує: _____

13. Проблема в роботі аптеки:

- відсутність методичних розробок (рекомендацій): Так _____, Ні _____.
- відсутність положення про сімейну аптеку: Так _____, Ні _____.
- власна думка: _____

14. Пропозиції щодо подальшого розвитку аптечного закладу:

- необхідність проведення підвищення кваліфікації працівників аптек відповідно до сучасних умов впровадження сімейної медицини:

Так _____, Ні _____.

- інші пропозиції: _____

**Дякуємо за співпрацю, бажаємо Вам професійного натхнення
і дякуємо за відповіді!**

Додаток В**АНКЕТА**

**щодо оцінки якості медикаментозного забезпечення медичних закладів
доцільності взаємодії між лікарем і провізором в процесі управління
фармакотерапією пацієнта**

Паспортна частина:

1. Назва медичного закладу, де Ви працюєте: _____

2. Регіон (місто, обласний центр, районний центр), де розташований медичний заклад: _____
3. Форма власності медичного закладу: _____
4. Ваша посада _____
5. Вік - _____ років
6. Стать:
 - чоловіча
 - жіноча
6. Освіта
 - базова вища
 - вища
 - інша
7. Ваша кваліфікаційна категорія за фахом:
 - вища
 - перша
 - друга
 - не маю
8. Стаж роботи в медичному закладі:
 - 1 рік
 - 1-5 років
 - Більше 5 років

Примітка:

Твердження з яким Ви згодні позначте “+”

* ПЗ – Повністю згоден; ЧЗ – Частково згоден; МЗ – Майже згоден; НЗ – Не згоден; МНЗ – Майже не згоден; ЧНЗ – Частково не згоден; КНЗ – Категорично не згоден.

АНКЕТА

№ з/п	Твердження	ПЗ *	МЗ	ЧЗ	НЗ	МНЗ	ЧНЗ	КНЗ
1	Довіряю та впевнений у фармацевтичних працівниках							
2	Отримую задоволення від співпраці з провізорами							
3	Управління фармакотерапією пацієнта є винятковою відповідальністю лікаря							
4	Підтримую розподіл обов’язків з провізорами щодо управління фармакотерапією пацієнта							
5	Роль провізорів в управлінні фармакотерапією пацієнта важлива							
6	Лікарі і провізори взаємно доповнюють один одного							
7	Співпрацюю з провізорами при проведенні фармакотерапії пацієнта							
8	Інформую пацієнтів про спосіб застосування призначених лікарських засобів							
9	Пацієнт і його родичі завжди можуть отримати додаткову інформацію щодо призначених лікарських засобів							
10	Провізор допомагає у виборі лікарських засобів для фармакотерапії пацієнта							
11	Співпраця – необхідна складова, яку слід заохочувати							
12	Співпраця поліпшить результати лікування пацієнтів							
13	Співпраця поліпшить якість обслуговування пацієнтів							
14	Співпраця поліпшить міждисциплінарні відносини							
15	Співпраця – марна трата часу і витрата додаткових коштів на лікування пацієнта							

Дякуємо за відповіді та бажаємо вам професійного натхнення!

Додаток Д

АНКЕТА

**щодо оцінки якості медикаментозного забезпечення медичних закладів
доцільності взаємодії між лікарем і провізором в процесі управління
фармакотерапією пацієнта**

Паспортна частина:

1. Назва аптеки, де Ви працюєте: _____

2. Регіон (місто, обласний центр, районний центр), де розташована аптека:

3. Форма власності аптеки: _____
4. Медичні заклади з якими Ви співпрацюєте, обслуговуєте: _____

5. Ваша посада _____
6. Вік - _____ років
7. Стать:
 - чоловіча
 - жіноча
8. Освіта
 - вища фармацевтична
 - інша
9. Стаж роботи в аптеці:
 - 1 рік
 - 1-5 років
 - Більше 5 років

Примітка:

Твердження з яким Ви згодні позначте “+”

* ПЗ – Повністю згоден; ЧЗ – Частково згоден; МЗ – Майже згоден; НЗ – Не згоден; МНЗ – Майже не згоден; ЧНЗ – Частково не згоден; КНЗ – Категорично не згоден

АНКЕТА

№ з/п	Твердження	ПЗ *	МЗ	ЧЗ	НЗ	МНЗ	ЧНЗ	КНЗ
1	Довіряю та впевнений у лікарях							
2	Отримую задоволення від співпраці з лікарями							
3	Управління в фармакотерапії пацієнта є винятковою відповідальністю провізора							
4	Підтримую розподіл обов'язків з лікарями щодо управління фармакотерапії пацієнта							
5	Роль лікарів в управлінні фармакотерапії пацієнта важлива							
6	Провізори і лікарі взаємно доповнюють один одного							
7	Співпрацюю з лікарями при фармакотерапії пацієнта							
8	Інформую пацієнтів про спосіб застосування призначених лікарських засобів							
9	Пацієнт і його родичі завжди можуть отримати додаткову інформацію щодо призначені лікарських засобів							
10	Спільно з лікарем допомагаю у виборі лікарських засобів для фармакотерапії пацієнта							
11	Співпраця – необхідна складова, яку слід заохочувати							
12	Співпраця – поліпшить результати лікування пацієнта							
13	Співпраця – поліпшить якість обслуговування пацієнтів							
14	Співпраця – поліпшить міждисциплінарні відносини							
15	Співпраця – марна трата часу і витрата додаткових коштів на лікування пацієнта							

Дякуємо за відповіді та бажаємо вам професійного натхнення!

Додаток Е

**Вибір аптечного закладу, який буде відповідати вимогам
впровадження моделі сімейної фармації**

№ з/П	Критерій оцінки аптеки	Аптечні пункти приватних аптек у приміщенні А ЗП-СМ ¹ (пл. < 30 м ²)	Аптечні пункти комунальних аптек, що знаходяться в приміщенні АЗП-СМ ¹ (пл.>46 м ²)	Комунальні аптеки, що знаходяться в зоні пішоїдності досяжності АЗП-СМ (пл.2.73 м ²)	Приватні аптеки, що заходяться в зоні пішоїдності досяжності та у приміщеннях АЗП-СМ, з комерційною назвою "Сімейна аптека" (не є мережею аптек) (пл. 80 м ²)
1	Штат фармацевтичних спеціалістів, чол.	2	3	26	6
2	Наявність кваліфікованих працівників (з першою, другою та вищою категорією), чол.	-	-	9	3
3	Наявність додаткового персоналу	-	+	+	+
4	Надання фармацевтичної допомоги для пацієнтів	-	-	-	+
5	Чи є відмовлення пацієнтам у ЛЗ згідно призначень лікарів?	+	-	+	+
6	Чи ознайомлені працівники аптеки з протоколами провізора	+	+	+	+

	(фармацевта) з відпуску безрецептурних ЛЗ?					
7	Чи підтримують зв'язок аптечні заклади з АЗП-СМ?	-	+	-	+	
8	Інформування населення про діяльність аптечного закладу через	пресу	+	-	-	-
		радіо	-	-	-	-
		інтернет ресурси	+	+	+	+
		друкування проспектів	+	-	+	+
9	Чи є у наявності в аптечному закладі ЛЗ згідно з	уніфікованими протоколами надання медичної допомоги	-	-	-	+
		протоколами провізора з відпуску безрецептурних ЛЗ	+	+	+	+
		Державним формуляром ЛЗ	-	+	-	+
		Національним переліком необхідних ЛЗ	+	+	+	+
10	Чи здійснюється аптечним	-	-	+	+	

	закладом доставка ЛЗ населенню за замовленнями?					
11	Чи існує в аптеці система лояльності для певних категорій населення (наявності пільг)?		+	+	+	+
12	Чи мають аптечні заклади взаємозв'язок з	іншими аптечними закладами	-	-	+	+
		АЗП-СМ	-	+	-	+
		фармацевтичними компаніями	+	-	-	+
		медичними представниками фармацевтичних компаній	+	+	+	+
		населенням	+	+	+	+
13	Виготовлення ЛЗ за індивідуальними рецептами		-	-	+	-
14	Прийом заявок на відсутні ЛЗ		-	+	+	+
15	Чи дотримуються працівники аптеки основних вимог етики і деонтології у спілкуванні з відвідувачами?		+	+	+	+
16	Інформаційно-консультативні послуги	пацієнтам	-	+	+	+
		лікарям	-	+	-	+
		за телефоном	-	-	+	+

Примітка: ¹ « + » - наявність критерію; « - » - відсутність критерію.

Додаток Ж

Стандартні операційні процедури для аптек сімейної фармації в умовах функціонування амбулаторій загальної практики – сімейної медицини

№ з/п	Напрямок GPP	Види фармацевтичних послуг	Операційні процедури
1	Виготовлення, отримання, зберігання, безпека, розповсюдження, застосування, відпуск, утилізація ВМП	Виготовлення екстемпоральних ЛЗ і ВМП	<ul style="list-style-type: none"> • гарантувати, що приміщення для виготовлення ЛЗ належним чином підготовлені, щоб забезпечити зручність приготування екстемпоральних препаратів і зберігання їх таким чином, щоб звести до мінімуму можливість помилки в прийомі ЛЗ, забезпечити чистоту та безпеку ЛЗ; • гарантувати, що ЛЗ, підготовлені за рецептом ЛЗП-СЛ, виготовлені відповідно до прописів і стандартів якості сировини, устаткування, процесів обробки, зокрема стерильності; • виконувати вимоги техніки безпеки, дезінфекційних заходів, санітарно-

			<p>епідеміологічного режиму, особистої гігієни, протимікробної обробки рук, хімічного, протипожежного захисту, внутрішнього трудового розпорядку підприємства; не розголошує таємницю лікаря-пацієнта, секретну та конфіденційну інформацію підприємства (фірми)</p>
		<p>Поставки, відпуск і раціональне застосування ЛЗ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • визначати потреби в ЛЗ і ВМП (виявлення факторів, що впливають на потребу, визначення товарних запасів); • складати заявки за підрозділами в розрізі джерел фінансування ЛЗ (за видами товарів, призначенням, нозологіями, видами закупівель); • проводити моніторинг їхньої цінової рельєфності порівняно з іноземною одноіменною або аналогічною продукцією та відносно міжнародних довідкових цін, рекомендованих ВООЗ, цін

			<p>на ЛЗ в країнах СНД, погоджує з сімейним лікарем доцільність їх призначення хворим;</p> <ul style="list-style-type: none"> • здійснювати VEN-аналіз за ABC-групами лікарських засобів
	Розповсюдження ЛЗ і ВМП		<ul style="list-style-type: none"> • проводити асортиментну вибірку наявної та дефектурної (тимчасово відсутньої) номенклатури ЛЗ за фармакотерапевтичними групами, фармакоепідеміологічними та фармакоеконімічними показниками; • вивчати, аналізувати, систематизувати препарати, зазначені в стандартах (протоколах) лікування, що найчастіше призначаються та застосовуються для амбулаторного та стаціонарного лікування хворих; • проводити моніторинг, вивчати й аналізувати кон'юктуру конкурентноздатних

			<p>вітчизняних ЛЗ, парафармацевтичної, парамедичної продукції, яку призначає сімейний лікар;</p> <ul style="list-style-type: none">• аналізувати інноваційні методи, прийоми, засоби вітчизняної практики та світовий досвід із сімейної та страхової фармації, медицини;• втілювати в повсякденне користування послуги: “Інтернет-аптеки”, “Віртуальні аптеки”, “Ліки поштою”, “Ліки на замовлення”;• нести повну відповідальність за надання фармацевтичних, транспортних і кур’єрських послуг, як за власні дії, так і здіяного персоналу з надання таких або інших сервісних послуг населенню;• створювати ефективну систему розповсюдження, що включає письмову процедуру для швидкого й ефективного вилучення з обігу ВМП, які є
--	--	--	---

			<p>або підозрюються дефектними чи підробленими/ неправильно маркованими/ фальсифікованими/ контрафактними, призначеною особою (особами), відповідальною за вилучення</p>
		Відпуск ВМП	<ul style="list-style-type: none"> • гарантувати, що для постачання та відпуску призначених ліків та інших ВМП в аптеці наявні відповідні засоби, навчений персонал, стандартна практика відпуску та процедури документування; • аналізувати й оцінювати всі отримані паперові або електронні рецепти з урахуванням терапевтичних, соціальних, економічних і правових аспектів призначень перед видачею ВМП пацієнту; • гарантувати пацієнту конфіденційність у момент відпуску ЛЗ та забезпечувати, щоб пацієнт отримав і

			достатньо зрозумів надану письмову й усну інформацію для максимальної користі від лікування
2	Забезпечення ефективного ведення медикаментозної терапії	Оцінка стану здоров'я пацієнтів і їхніх потреб	<ul style="list-style-type: none"> • разом із сімейним лікарем здійснювати динамічне спостереження за станом здоров'я кожного члена родини з проведенням необхідних заходів оздоровлення за індивідуальним планом; • складати медикаментозний анамнез пацієнтів; • підвищувати рівень комплаєнтності (свідоме сприйняття та беззаперечне виконання рекомендацій сімейного лікаря, провізора щодо режиму та повноти вживання ліків, небажаних наслідків самотійного переривання курсу лікування)
		Ведення медикаментозної терапії пацієнтів	<ul style="list-style-type: none"> • надавати фармацевтичні, транспортні та кур'єрські послуги на замовлення населення за встановленими нормативно-правовими актами, правилами та ціною

			<p>за такі послуги;</p> <ul style="list-style-type: none">• разом із сімейним лікарем формувати змістовну частину відповідного інформаційно-довідкового сайту з сімейної, страхової фармації;• проводити накопичення банку даних виробників ЛЗ, реалізаторів, суб'єктів, які надають консалтингові, актуарні послуги, офіційних закладів імбурсації, реімбурсації, інших джерел розрахунків, через які здійснюється повернення витрат за отримані пільгові ЛЗ, зокрема через лікарняні каси, соціальні, соціально спрямовані аптеки й аптеки гуманітарної допомоги, нецільової благодійної допомоги (меценатство, спонсорство), інші джерела компенсації (відшкодування витрат за ліки), разом із сімейним лікарем активно з ними співпрацювати;• спільно з сімейним лікарем визначати стратегію та тактику лікування,
--	--	--	--

			<p>одночасного вибору та забезпечення ЛЗ пацієнта в умовах сімейної та страхової медицини;</p> <ul style="list-style-type: none">• використовувати в практичній діяльності фармацевтичні алгоритми та протоколи дій провізора (фармацевта) при відпуску безрецептурних ЛЗ, надавати пропозиції, доповнення до протоколів провізора (фармацевта);• брати участь у VEN-аналізі й ABC-групах ЛЗ за фармакотерапевтичними класами хвороб та загальною товарною масою (номенклатурою);• дотримуватися морально-етичних, нооетичних норм, стандартів, правил поведінки та деонтології;• інформувати сімейного лікаря в разі явних ознак щодо реабілітації та/або госпіталізації хворого;• в межах своєї компетентності надавати
--	--	--	---

			<p>невідкладну долікарську медичну допомогу, виконувати загальні види лікарських маніпуляцій;</p> <ul style="list-style-type: none">• вивчати й аналізувати рівень і структуру захворювань за їх нозологічними групами (МКХ-10);• гарантувати, що формулярні системи ЛЗ (місцева, регіональна та/або національна) пов'язані з настановами зі стандартів лікування, протоколами та ходом лікування на засадах доказової медицини;• відігравати ключову роль у навчанні тих, хто призначає ліки, з доступу до доказів з оптимального та належного використання ЛЗ, включаючи необхідні параметри моніторингу та корективи призначення;• мати доступ, робити свій внесок і застосовувати всі необхідні клінічні дані та дані пацієнта для координації
--	--	--	---

			<p>ефективної медикаментозної терапії, особливо тоді, коли до лікування пацієнта залучені кілька практикуючих лікарів, у разі потреби, мати можливість втрутитися;</p> <ul style="list-style-type: none"> • створити стандартну процедуру дій для спрямування пацієнта, за необхідності, до лікарів, спеціалістів та інших медичних працівників
		<p>Моніторинг прогресу в пацієнта та результатів</p>	<ul style="list-style-type: none"> • вивчати, аналізувати й узагальнювати результати моніторингу побічних, небажаних, передбачених (непередбачених) дій ЛЗ, дезінфектантів, ВМП, інформувати відповідні органи фармацевтичного нагляду та безпосереднє керівництво; • вивчати, аналізувати, узагальнювати дані моніторингу ЛЗ, потребу в них, запит і наявність в аптечній мережі; • враховувати діагноз пацієнта та його особливі

			<p>потреби під час оцінки відповіді на медикаментозну терапію та втрутитися, якщо це необхідно;</p> <ul style="list-style-type: none"> • контролювати пункт надання медичної допомоги пацієнтам з метою контролю та коригування терапії, коли це необхідно
		<p>Надання інформації про ЛЗ та питання, що стосуються здоров'я</p>	<ul style="list-style-type: none"> • співпрацювати зі студентами медичних і фармацевтичних коледжів, факультетів, університетів, загальноосвітніми школами, службами соціального захисту населення України, Червоного хреста (медсестри, соціальні працівники, представники релігійних конфесій та ін.); • надавати населенню регіону інформацію щодо мобільного чи мережевого (телефонного) зв'язку зі службами соціального захисту, консультативні, транспортні, кур'єрські та фармацевтичні послуги, порядок їх надання та

			<p>вартість означених послуг;</p> <ul style="list-style-type: none">• забезпечувати, запобігати, упереджувати та не чинити дій на користь комерційних інтересів фірми, які б могли заподіяти шкоду пацієнту та складати загрозу здоров'ю населення України;• дотримуватися норм і правил добросовісної конкуренції;• надавати правдиву, достовірну, об'єктивну та своєчасну рекламно-довідкову, загальноосвітню (загальнопізнавальну), спрямовану на цільову аудиторію інформацію про лікарські препарати лікарям, провізорам;• проводити індивідуальне інформування населення й окремих кластерних угруповань щодо шкоди безконтрольного самолікування;• здійснювати роботу ФО;• проводити профілактичну роботу з виявлення ранніх і
--	--	--	--

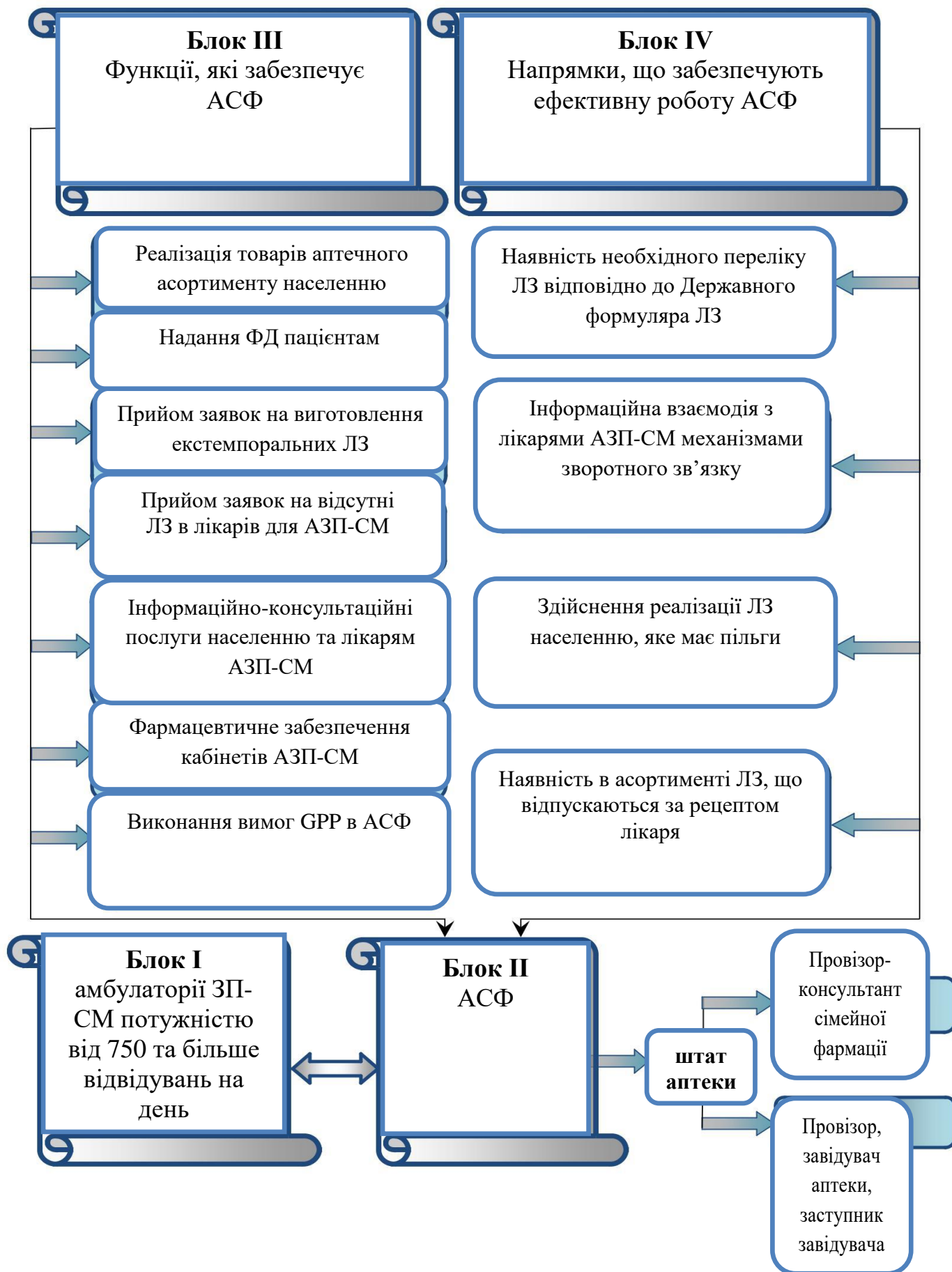
			<p>прихованих форм захворювання, факторів ризику, імунопрофілактику захворювань;</p> <ul style="list-style-type: none">• разом із сімейним лікарем організовувати постійну та мобільну медико-соціальну та побутову допомогу самотнім людям, особам похилого віку, інвалідам і хронічно хворим;• надавати консультативну допомогу родинам з питань: планування сім'ї, етики, психології, соціальних аспектів сімейного життя, виховання дітей, підготовки їх до дитячих дошкільних, санаторно-оздоровчих закладів, шкіл і профорієнтації;• проводити активну роботу щодо поширення знань серед населення, пропаганди здорового способу життя, запобігання захворюванням, санітарно-епідеміологічного захисту;• гарантувати, що в кожній аптеці є відповідне місце для
--	--	--	--

			обговорення конфіденційної інформації зі споживачами та пацієнтами
3	Підтримка та поліпшення професійної діяльності	Планування та впровадження стратегії постійного професійного розвитку для поліпшення поточної та майбутньої діяльності	<ul style="list-style-type: none"> • постійно навчатися та бути спроможними продемонструвати, що постійне навчання або безперервний професійний розвиток поліпшують клінічні знання, навички й ефективність; • дотримуватися настанов ВООЗ та МФФ “Стандарти якості фармацевтичного обслуговування. Належна аптечна практика” (GPP) та інших належних практик, “Розвиток фармацевтичної практики – фокус на пацієнта”; • організовувати науково-практичні конференції, симпозиуми, наради, лікарські обговорення щодо мобільного, безперебійного та раціонального забезпечення хворих лікарськими препаратами, брати у них участь;

			<ul style="list-style-type: none"> • планувати, проводити та контролювати заходи з постійного вдосконалення роботи в цьому напрямі, вести відповідну документацію, постійно підвищувати свій професійний рівень; • оновлювати свої знання та навички з додаткових і альтернативних методів лікування; • оновлювати свої знання та впроваджувати, де можливо, нові технології й автоматизацію в аптечну практику; • оновлювати свої знання щодо змін в інформації про лікарські препарати
4	Вплив на призначення та застосування ЛЗ	Надання фармакотерапевтичній комісії АЗП-СМ інформації про ЛЗ	<ul style="list-style-type: none"> • брати участь у фармакотерапевтичних комісіях закладів і установ охорони здоров'я, вносити пропозиції щодо медикаментозного покриття (прикриття) формулярних переліків і стандартів (протоколів) лікування

			<p>хворих;</p> <ul style="list-style-type: none">• надавати повну інформацію про ЛЗ (ефективність, безпеку, фармакоекономічну характеристику);• збирати та надавати відомості про протипоказання, небажані взаємодії або можливі побічні ефекти
--	--	--	--

Додаток 3



Додаток И

Перелік уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги, які використовувалися при розробці “Примірного переліку лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах функціонування амбулаторій загальної практики – сімейної медицини”

№ з/п	Реєстровий №	Дата/місяць/рік	№ Наказу МОЗ України	Уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги
1	ГСТ2012-384-1у	24.05.2012	№ 384	Артеріальна гіпертензія
2	ГСТ2013-868-1у	08.10.2013	№ 868	Бронхіальна астма
3	ГСТ2013-943-1а	31.10.2013	№ 943	Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба
4	ГСТ2014-275-1у	17.04.2014	№275	Геморагічний інсульт
5	ГСТ2016-164-1у	03.03.2016	№ 164	Гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST
6	ГСТ2014-455-1у	02.07.2014	№ 455	Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST
7	ГСТ2014-499-1у	16.07.2014	№ 499	Грип і гострі респіраторні інфекції
8	ГСТ2014-276-1у	17.04.2014	№ 276	Епілепсії в дорослих
9	ГСТ2014-276-2у	17.04.2014	№ 276	Епілепсії в дітей
10	ГСТ2012-602-1а	03.08.2012	№ 602	Ішемічний інсульт
11	ГСТ2015-327-1у	08.06.2015	№ 327	Кашель у дітей віком до 6 років
12	ГСТ2015-916-1у	30.12.2015	№ 916	Медикаментозна алергія
13	ГСТ2013-866-1у	08.10.2013	№ 866	Неходжкінські лімфоми та лімфома Ходжкіна

14	ГСТ2016-449-1y	16.05.2016	№ 449	Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
15	ГСТ2014-387-1y	04.06.2014	№ 387	Рак легені
16	ГСТ2014-236-1y	02.04.2014	№ 236	Рак шийки матки
17	ГСТ2012-602-1a	03.08.2012	№ 602	Системний тромболізіс при ішемічному інсульті
18	ГСТ2016-152-1y	02.03.2016	№ 152	Стабільна ішемічна хвороба серця
19	ГСТ2016-597-1y	15.06.2016	№ 597	Фібриляція передсердь
20	ГСТ2016-89-1a	11.02.2016	№ 89	Хронічна хвороба нирок V стадії з застосуванням гемодіалізу або перитонеального діалізу
21	ГСТ2016-439-1y	12.05.2016	№ 439	Хронічний лімфоїдний лейкоз
22	ГСТ2014-1021-1y	29.12.2014	№ 1021	Цукровий діабет 1 типу в молодих людей і дорослих
23	ГСТ2012-1118-1y	21.12.2012	№ 1118	Цукровий діабет 2 типу
24	ГСТ2016-612-1y:3y	21.06.2016	№ 612	Екстрена медична допомога
25	ГСТ2016-612-1y:3y	21.06.2016	№ 612	Масивна кровотеча з кінцівок
26	ГСТ2016-612-1y:3y	21.06.2016	№ 612	Зовнішня кровотеча з тулуба та шиї
27	ГСТ2016-612-1y:3y	21.06.2016	№ 612	Травма органів грудної клітки – пневмоторакс
28	ГСТ2016-612-1y:3y	15.01.2014	№ 34	Випадкове утоплення або занурення у воду

29	ГСТ2016-612- 1у:3у	15.01.2014	№ 34	Гемофілія
30	ГСТ2016-612- 1у:3у	15.01.2014	№ 34	Гіпертермія
31	ГСТ2016-612- 1у:3у	15.01.2014	№ 34	Гіповолемічний шок
32	ГСТ2016-612- 1у:3у	15.01.2014	№ 34	Гостра дихальна недостатність
33	ГСТ2016-612- 1у:3у	15.01.2014	№ 34	Гострі отруєння
34	ГСТ2016-612- 1у:3у	15.01.2014	№ 34	Гострі респіраторні інфекції, зокрема грип
35	ГСТ2016-612- 1у:3у	15.01.2014	№ 34	Мозковий інсульт
36	ГСТ2016-612- 1у:3у	15.01.2014	№ 34	Носова кровотеча
37	ГСТ2016-612- 1у:3у	15.01.2014	№ 34	Обструкція дихальних шляхів стороннім тілом
38	ГСТ2016-612- 1у:3у	15.01.2014	№ 34	Політравма
39	ГСТ2016-612- 1у:3у	15.01.2014	№ 34	Раптова серцева смерть
40	ГСТ2016-612- 1у:3у	15.01.2014	№ 34	Стеноз гортані
41	ГСТ2016-612- 1у:3у	15.01.2014	№ 34	Странгуляційна асфіксія
42	ГСТ2016-612- 1у:3у	15.01.2014	№ 34	Тромбоемболія легеневої артерії
43	ГСТ2016-612-	15.01.2014	№ 34	Травма грудної клітки

	1у:3у			
44	ГСТ2016-612- 1у:3у	15.01.2014	№ 34	Травма живота
45	–	–	–	Травма кінцівок
46	ГСТ2016-612- 1у:3у	15.01.2014	№ 34	Травма хребта
47	ГСТ2016-612- 1у:3у	15.01.2014	№ 34	Хвороба Віллебранда
48	ГСТ2016-612- 1у:3у	15.01.2014	№ 34	Черепно-мозкова травма

Додаток К

“Примірний перелік лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах функціонування амбулаторій загальної практики – сімейної медицини”

№ з/п	Розділи (групи) за Державним формуляром	Міжнародна непатентована назва ЛЗ (МНН)	Добова визначена доза (DDD)	Форма випуску	Наявність даного МНН у нормативній документації			Життєва значущість, (результати VEN-аналізу)
					чинний держ. формуля р ЛЗ	Нац. пер. основн их ЛЗ	уніф. клін. проток ол	
1	1. Невідкладна допомога при гострих отруєннях 1.1. Основні принципи надання невідкладної допомоги при гострих отруєннях:	Фізостигміну саліцилат	не визначено	0,25-1 % розчини в склянках оранжевого скла	+	–	+	V
2	1.4. Детоксикаційні лікарські засоби:	Ацизол	не визначено	р-н д/ін'єк. в амп. по 1 мл 60 мг/мл, № 5, № 10	+	–	+	V
3	1.2. Детоксикаційна (антидотна) терапія 4.6.1. Муколітичні засоби прямої дії або власне муколітики 4.6.1.1. Неферментні муколітики:	Ацетилцистеїн	не визначено	р-н д/ін'єк. по 3 мл в амп. 100 мг/мл, № 10	+	+	+	V
				р-н д/ін'єк. в амп. по 3 мл 100 мг/мл, № 5				
4	2. Кардіологія 2.1. β-адреноблокатори 2.1.3. Комбіновані α- та β-адреноблокатори	Лабеталол	не визначено	р-н для ін'єк., 5 мг/мл по 4 мл або по 20 мл у фл.	+	–	+	V

5	2.3. Антагоністи кальцію (блокатори кальцієвих каналів) 2.3.3. Фенілалкіламіни:	Верапаміл	0,24 г	р-н д/ін'єк. по 2 мл в амп. у кор. 2,5 мг/мл, № 10	+	+	+	V
				табл., в/о у бл. 80 мг, № 10x5				
6	2.7.4. Інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ):	Еналаприл	10 мг	табл. у бл. 20 мг, № 20x1	+	+	+	V
				р-н д/ін'єк. по 1 мл в амп. 1,25 мг/мл, № 5				
7	2.13. Адреноміметичні лікарські засоби 2.13.3. Інші кардіологічні лікарські засоби	Мілдронат	не визначено	сироп по 250 мл (250 мг/5 мл) у флаконах, № 1	+	-	+	V
8	2.12. Серцеві глікозиди:	Дигоксин	0,25 мг	р-н д/ін'єк. по 1 мл в амп. у пач. 0,25 мг/мл, № 10	+	+	+	V
9	2.9. Діуретики 2.9.1. Петльові діуретики:	Торасемід	15 мг	р-н д/ін'єк. по 2 мл в амп. 5 мг/мл, № 5	+	-	+	V
				р-н д/ін'єк. по 2 мл в амп. 10 мг/2 мл, № 5				
10	2.9. Діуретики 2.9.1. Петльові діуретики:	Фуросемід	20-40 мг	р-н д/ін'єк. по 2 мл в амп. у пач. 10 мг/мл, № 10	+	+	+	V
				р-н д/ін'єк. по 2 мл в амп. у пач. 10 мг/мл, № 10				
11	2.14.2. Антиаритмічні лікарські засоби II класу 2.14.2.1. β-адреноблокатори:	Метопрололу сукцинат	0,15 г	табл., вкриті п/о, з упов. вивіл. у фл. 100 мг, № 30	+	-	+	V
12	2.14.2. Антиаритмічні лікарські засоби II класу 2.1.1. Селективні (β1)-дреноблокатори:	Есмолол	0,15 г	р-н д/ін'єк., по 10 мл, № 5	+	-	+	V
13	2.14.2. Антиаритмічні лікарські засоби II класу 2.1.2. Неселективні β-адреноблокатори:	Пропранолол	0,16 г	табл. у конт. 10 мг., № 50	+	+	+	V
14	2.3. Антагоністи кальцію (блокатори кальцієвих	Ніфедипін	30 мг	крап. орал. по 5 мл у фл. 2 %, № 1	+	-	+	V

	каналів) 2.3.1. Дигідропіридин:			табл., в/о у конт. чар./уп. 10 мг, № 10x5				
				табл. прол. дії в бл. та фл. 10 мг, № 10x3; № 50, № 100				
15	2.4. Інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ):	Каптоприл	50 мг	табл. у бл., 25 мг, № 10x2	+	-	+	V
				табл. у бл. 12,5 мг, 25 мг, 50 мг, № 10x2				
16	2.4. Інгібітори ангіотензин- перетворюючого ферменту (АПФ): Комбіновані препарати	Каптоприл+ гідрохлортіазид	не визначено	табл. у конт. чар./уп. 50 мг/12,5 мг, № 10x2	-	+	+	V
17	2.6.2. Агоністи центральні α -адренорецепторів:	Клонідин	0,45 мг	р-н д/ін'єк. по 1 мл в амп. в кор. 0,01 %, № 10	+	-	+	V
				табл. у конт. чар./уп. 0,15 мг, № 10x5				
18	2.8. α -адреноблокатори 2.8.1. Селективні α 1- адреноблокатори:	Урапідил	50 мг	р-н д/ін'єк. по 5 мл у амп., 5 мг/мл, № 5	+	-	+	V
19	2.15.3. Антигреганти 2.15.3.1. Препарати ацетилсаліцилової кислоти:	Кислота ацетилсаліцилова	3 г	пор. д/р-ну д/ін'єк. у фл. 1,0 г, № 10	+	-	+	V
20	2.7. Вазодилатори 2.7.2. Вінцеводилатуючі засоби міотропної дії:	Бендазол	не визначено	р-н д/ін'єк. по 1 мл в амп. у кор. 10 мг/мл, № 10	+	-	+	V
21	2.7. Вазодилатори 2.7.2. Вінцеводилатуючі засоби міотропної дії:	Папаверину гідрохлорид	0,1 г	р-н д/ін'єк. по 2 мл в амп. у бл. 20 мг/мл, № 5x2	+	-	+	V
22	2.10. Нітрати:	Нітрогліцерин	2,5 мг	табл. сублінг., 0,5 мг, № 40 спрей сублінг. по 10 г (180 доз) у бал. 0,4 мг/дозу, № 1	+	-	+	V
23	2.14. Антиаритмічні лікарські засоби 2.14.3. Антиаритмічні лікарські засоби III класу:	Аміодарон	0,2	р-н д/ін'єк. по 3 мл в амп. у касеті 50 мг/мл, № 5x1	+	-	+	V
				р-н д/ін'єк. по 3 мл в амп. 50 мг/мл, № 6				

24	2.14. Антиаритмічні лікарські засоби 2.14.1. Антиаритмічні засоби I класу 2.14.1.1. Клас I A	Прокаїнамід	3 г	р-н д/ін'єк. по 5 мл у амп. у кор. 100 мг/мл, № 10	+	+	+	V
25	2.14. Антиаритмічні лікарські засоби 2.14.1.2. Клас I B:	Лідокаїн	3 г	р-н д/ін'єк. по 2 мл в амп. у кор. та бл., 100 мг/мл, № 5x1, № 10x1, № 5x2	+	+	+	V
26	2.13. Адреноміметичні лікарські засоби 2.13.1.α-, β-адреноміметики:	Допамін	0,5 г	конц. д/р-ну д/інфуз. по 1-5 мл в амп. у кор. 40 мг/мл, № 10 конц. д/р-ну д/інфуз. по 5 мл у амп., 40 мг/мл, № 5	+	+	+	V
27	2.13. Адреноміметичні лікарські засоби 2.13.2. β2-адреноміметики:	Норепінефрин	не визначено	конц. д/р-ну д/інфуз. по 2-4 мл, 8 мл в амп. 2 мг/мл, № 5x2	+	-	+	V
28		Епінефрин	0,5 мг	р-н д/ін'єк., в амп. по 1 мл у кор. 1,8 мг/мл, № 10	+	+	+	V
29		Добутамін	0,5 г	р-н д/інфуз. по 50 мл у амп. 250 мг/50 мл, № 1 р-н д/ін'єк. в амп. по 2 мл 5 мг/мл № 5, № 10, № 50	+	-	+	V
30	3. Гастроентерологія 3.5. Стимулятори перистальтики:	Метоклопрамід	30 мг	р-н д/ін'єк. в амп. по 2 мл у касет. 5 мг/мл, № 5x2 р-н д/ін'єк. в амп. по 2 мл 10 мг/2 мл, № 10	+	+	-	V
31	3.6. Протиблювотні засоби та лікарські засоби, що усувають нудоту Антагоністи серотонінових рецепторів:	Ондансетрон	16 мг	р-н д/ін'єк. в амп. по 4 мл у пач. 2 мг/мл № 100 р-н д/ін'єк. в амп. по 2 мл 2 мг/мл, № 5	+	-	+	V

32	3.3. Спазмолітичні засоби 3.3.2. Папаверин та його похідні:	Дротаверин	0,1 г	р-н д/ін'єк. в амп. по 2 мл у касет. 20 мг/мл № 5x2, № 5x4	+	+	+	
				р-н д/ін'єк. в амп. по 2 мл 20 мг/мл, № 5x5				
33	3.3. Спазмолітичні засоби 3.3.1. Синтетичні антихолінергічні засоби:	Платифілін	2 мг	р-н д/ін'єк. в амп. по 1 мл у кор. 2 мг/мл № 10	+	-	+	V
				р-н д/ін'єк. в амп. по 1 мл 2 мг/мл, № 10				
34	4. Пульмонологія 4.1.1. Адреностимулятори 4.1.1.1. Селективні β2-агоністи 4.1.1.1.1. β2-агоністи короткої дії	Сальбутамол	не визначено	р-н д/інгал. по 2 мл в конт. однодоз. 1 мг/мл, № 10x4	+	+	+	V
				аер. д/інгал., дозов. у бал. по 200 доз 100 мкг/дозу, № 1				
35	4.1.2. М-холіноблокатори 4.1.2.1. М-холіноблокатори короткої дії 4.1.2.3. Комбіновані лікарські засоби:	Іпратропію бромід + Фенотерол	6 доз	аер. доз. у метал. бал. по 10 мл (200 доз) 20 мкг/50 мкг, № 1	+	-	+	V
36	4.2. Глюкокортикостероїди 4.2.1. Інгаляційні глюкокортикостероїди:	Беклометазон	0,8 мг	аер. д/інгал., доз. по 200 доз 250 мкг/дозу, № 1	+	-	+	V
37	4.2. Глюкокортикостероїди 4.2.1. Інгаляційні глюкокортикостероїди:	Будесонід	0,8 мг	інгал. під тиск., сусп. по 200 доз (10 мл) у бал. з адапт. 200 мкг/дозу, № 1	+	-	+	V
38	4.1.3. Ксантини 4.1.3.1. Теофілін:	Теофілін	0,2-0,4 г	р-н д/ін'єк. в амп. по 10 мл – 20 мл 20 мг/мл, № 10	+	-	+	V
				табл. прол. дії у бл. 200 мг, № 10x4				
39	4.2. Глюкокортикостероїди 4.2.1. Інгаляційні глюкокортикостероїди:	Флютиказон	(аерозоль) – 0,6 мг	сусп. д/інгал. у конт. однодоз. по 2 мл 1 мг/мл, № 10	+	-	+	

				аер. д/інгал., доз. у бал. по 120 доз 125 мкг/дозу, № 1				V
40	4.5. Стимулятори дихання 4.5.1. Дихальні аналептики:	Нікетамід	0,5 г	р-н д/ін'єк. в амп. по 2 мл у кор. 250 мг/мл, № 10	+	-	+	V
41	5. ЛЗ, що застосовуються в лікуванні розладів психіки та поведінки 5.5.2. Лікарські засоби, що застосовуються в лікуванні опіоїдної залежності:	Налоксон	не визначено	р-н д/ін'єк. в амп. по 1 мл у бл. 0,4 мг/мл, № 10	+	+	+	V
42	5.5.2. Лікарські засоби, що застосовуються в лікуванні опіоїдної залежності 5.5.2.2. Інші лікарські засоби, що застосовуються в лікуванні опіоїдної залежності:	Натрію тіосульфат	не визначено	р-н д/ін'єк. в амп. по 5 мл 300 мг/мл, № 10	+	-	+	V
43	5.1.2. Анксиолітичні засоби 5.1.2.1. Похідні бензодіазепіну:	Діазепам	не визначено	р-н д/ін'єк. в амп. по 2 мл 5 мг/мл № 10, № 100 р-н д/ін'єк. в амп. по 2 мл 5 мг/мл № 5, № 10, № 50	+	+	+	V
44	5.2. Психоаналептичні засоби:	Скополамін	не визначено	порошок, 0,05 % розч. в ампулах по 1 мл; 0,25 % розч. з метилцелюлозою у фл. по 5 і 10 мл	+	-	+	V
45	5.2. Психоаналептичні засоби	Афобазол	25 мг	таблетки по 10 мг, № 25x2	+	-	+	V
46	5.2. Психоаналептичні засоби 5.2.2. Лікарські засоби, що застосовуються в лікуванні деменції:	Галантамін	не визначено	р-н д/ін'єк. в амп. по 1 мл 1 мг/мл, 2,5 мг/мл, 5 мг/мл, № 10	+	-	+	V
47	6. Неврологія 6.6. Засоби для лікування хвороб нервово-м'язового	Неостигмін	2 мг	р-н д/ін'єк. по 1 мл в амп. у пач. 0,5 мг/мл, № 10	+	+	+	V

	синапса 6.6.1. Парасимпатоміметики:							
48	6.6. Засоби для лікування хвороб нервово-м'язового синапса 6.6.1. Парасимпатоміметики:	Піридоистигміна бромід	0,18 г	табл. у фл. 60 мг, № 100	+	+	+	V
49	7. Ендокринологія 7.2. Засоби для лікування гіпоглікемії: 7.4. Засоби для лікування захворювань наднирників 7.4.1. Глюкокортикоїди	Глюкагон	1 мг	піоф., д/р-ну д/ін'єк. у фл. з розч. 1 мг (1 МО), № 1	+	-	+	V
50		Преднізолон	10 мг	р-н д/ін'єк. по 1 мл в амп. у пач. 30-60 мг/мл, № 5	+	+	+	V
				р-н д/ін'єк. по 1 мл в амп. 30 мг/мл, № 3				
51		Дексаметазон	1,5 мг	р-н д/ін'єк. по 1 мл в амп. 4 мг/мл, № 10	+	+	+	V
				р-н д/ін'єк. по 1 мл в амп. 4 мг/мл, № 5				
52		Гідрокортизон	30 мг	сусп. д/ін'єк. по 2 мл в амп. 25 мг/мл, № 10	+	+	+	V
				пор. д/р-ну д/ін'єк. у фл. 100 мг, № 1				
53	Окситоцин	15 МО	р-н д/ін'єк. по 1 мл в амп. 5 МО/мл, № 10	+	+	+	V	
			р-н д/ін'єк. по 1 мл в амп. 5 МО/мл, № 5					
54	7.1. Засоби, що застосовуються для лікування цукрового діабету 7.1.1. Інсуліни 7.1.1.3. Комбіновані препарати інсулінів та аналогів для ін'єкцій короткої дії:	Інсулін аспарат	40 МО	р-н д/ін'єк. по 3 мл в картр. 100 ОД/мл № 1, № 5	+	+	+	V
55	7.9. Невідкладна допомога при гострих ендокринологічних станах 7.9.2. Гіперглікемічна кома	Натрію гідрокарбонат	не визначена	р-н д/інфуз. у пл. по 100-200 мл 4 %, № 1	+	-	+	V

	7.9.2.1. Гіперглікемічна кетоацидотична кома:							
56	7.7. Засоби, що застосовуються для лікування остеопорозу 7.7.1. Патогенетична терапія 7.7.1.5. Препарати кальцію	Кальцію глюконат	3 г	р-н д/ін'єк. в амп. по 10 мл 100 мг/мл, № 10	+	+	+	V
57	7.2. Засоби для лікування гіпоглікемії:	Глюкоза 40 %	не визначена	р-н д/ін'єк. по 20 мл у амп. у пач. 40 %, № 10	+	+	+	V
58	8. Ревматологія 8.7. Засоби, що впливають на опорно-руховий апарат 8.7.1. Нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби 8.7.1.1. Похідні оцтової кислоти та споріднені сполуки:	Диклофенак	0,1 г	р-н д/ін'єк. по 3 мл в амп. 25 мг/мл, № 5	+	-	+	V
				р-н д/ін'єк. по 3 мл в амп. 75 мг/3 мл, № 5				
59	8.8. Анальгетики 8.8.1. Опіоїди 8.8.2. Інші анальгетики та антипіретики:	Парацетамол	3 г	р-н д/інфуз. по 50 мл у пл. 10 мг/мл, № 1	+	+	+	V
				табл. у конт. чар./уп. 500 мг № 10, № 10x10				
				р-н д/інфуз. по 50 мл, 100 мл у фл. 10 мг/мл, № 1				
				табл., в/о у бл. 500 мг № 12, № 64, № 96				
60	8.7. Засоби, що впливають на опорно-руховий апарат 8.7.1. Нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби 8.7.1.1. Похідні пропіонової кислоти:	Декскетопрофен	не визначено	р-н для ін'єк., 50 мг/2 мл по 2 мл в амп.; табл., вкриті оболонкою, по 25 мг	+	-	+	V
61	8.7.1.2. Похідні оцтової кислоти та споріднені сполуки:	Кеторолаку трометаміну	30 мг	р-н д/ін'єк. по 1 мл в амп. у конт. чар./уп. 30 мг/мл, № 10x1	+	-	+	V

62	8.7. Засоби, що впливають на опорно-руховий апарат 8.7.1. Нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби 8.7.1.3. Оксиками:	Мелоксикам	15 мг	р-н д/ін'єк. по 1,5 мл в амп. у пач. 1 %, № 5	+	-	+	V
				р-н д/ін'єк. по 1,5 мл в амп. 15 мг/1,5 мл № 5, № 10				
63	9. Дерматовенерологія 9.1. Засоби для застосування в дерматології 9.1.4. Антисептичні та дезинфікуючі засоби. Засоби для очищення:	Перекис водню	не визначено	р-н д/зовн. застос., водн. у фл. по 40 мл, 100 мл, 200 мл 3 %, № 1	+	-	+	V
64	10. Анестезіологія та реаніматологія 10.5. Кровозамінники та перфузійні розчини 10.5.5. Електроліти:	Магнію сульфат	не визначено	р-н д/ін'єк. в амп. по 5 мл у кор. 250 мг/мл, № 10	+	+	+	V
				р-н д/ін'єк. по 10 мл у амп. 2000 мг/10 мл, № 10				
65	10.5.2. Препарати декстрану:	Декстран-40	не визначено	р-н д/інфуз. у пл. скл. по 200 мл 10 г/0,9 г/100 мл, № 1	+	-	+	V
66	10.1.2.2. Інші неінгаляційні анестетики:	Натрію оксибутират	не визначено	р-н д/ін'єк. в амп. по 5 мл, 10 мл, 200 мг/мл № 5, № 10	+	-	+	V
67	10.5. Кровозамінники та перфузійні розчини 10.5.4. Препарати гідроксиетильованого крохмалю:	Гідроксиетил-крохмаль 130000/0,4, 130000/0,42	не визначено	р-н д/інфуз. у пл. по 500 мл 6 г/100 мл, № 1	+	-	+	V
				р-н д/інфуз. по 500 мл, 250 мл у фл. та мішк. 6 г/100 мл, № 1, № 30				
				р-н д/інфуз. по 250 мл, 500 мл у мішк. 60 г/1000 мл, № 10, № 20				
68	10.3. Анальгетичні засоби 10.3.2. Похідні фенілпіперидину:	Фентаніл	не визначено	р-н д/ін'єк. по 2 мл 0,05 мг/мл, № 5x20	+	-	+	V
69	10.3. Анальгетичні засоби 10.3.4. Похідні морфіану:	Налбуфін	80 мг	р-н д/ін'єк. по 1 мл в амп. 10 мг/мл, № 5	+	-	+	V

				р-н д/ін'єк. по 1 мл в амп. 10 мг/мл, № 1				
70	10.3. Анальгетичні засоби 10.3.5. Комбіновані препарати:	Метамізол натрію + Пітофенон + Фенпівериній	не визначено	р-н д/ін'єк. по 5 мл у амп. 0,5 г/0,002 г/0,00002 г, № 5, № 10 р-н д/ін'єк. по 2 мл, 5 мл у амп. 500 мг/2 мг/0,02 мг, № 5, № 10	+	-	-	V
71	10.5.4. Препарати гідроксиетильованого крохмалю:	Гідрокси-етилкрохмаль	не визначено	р-н д/інфуз. у пл. по 250 мл, 500 мл 6 %, № 1 р-н д/інфуз. у пл. по 250 мл, 500 мл, 10 %, № 1 р-н д/інфуз. по 500 мл у фл. скл. або п/е 60 мг/мл, № 10 р-н д/інфуз. по 250 мл, 500 мл у фл. скл. або п/е 100 мг/мл, № 1, № 10	+	-	+	V
72	10.3. Анальгетичні засоби 10.3.1. Опіюїди 10.3.1.1. Природні алкалоїди опію 10.3.1.2. Інші опіюїди 10.3.2. Похідні феніл піперидину:	Морфін	не визначено	р-н д/ін'єк. по 1 мл в амп. 1 %, № 5x20	+	+	+	V
73	10.3. Анальгетичні засоби 10.3.2. Похідні фенілпіперидину:	Тримеперидин	не визначено	р-н д/ін'єк. по 1 мл в амп. у бл. 10-20 мг/мл, № 5x20	+	-	+	V
74	10.5. Кровозамінники та перфузійні розчини 10.5.5. Електроліти Комбіновані препарати:	Натрію хлорид 0,9 %	не визначено	р-н д/інфуз. в пл. скл. по 400 мл 9 мг/мл, № 1 р-н д/інфуз. у конт. по 100 мл, 250 мл, 500 мл, 1000 мл 0,9 %, № 1	+	+	+	V
75	10.3. Анальгетичні засоби 10.3.5. Похідні піразолону:	Метамізол натрію	3 г	р-н д/ін'єк. по 2 мл в амп. 500 мг/мл, № 10	+	-	+	V
76	10.1. Засоби загальної анестезії (загальні	Кетамін	не визначено	р-н д/ін'єк. по 2 мл, 10 мл у амп. та фл. 50	+	+	+	V

	анестетики) 10.1.2. Неінгальяційні анестетики 10.1.2.2. Інші неінгальяційні анестетики:			мг/мл № 1, № 5, № 10				
77	10.5. Кровозамінники та перфузійні розчини 10.5.5. Електроліти: Комбіновані препарати	Натрію хлорид+ Калію хлорид+ Кальцію хлорид+ Натрію лактат	не визначено	р-н д/інфуз. у конт. по 100 мл, 200 мл, 500 мл, 1000 мл, 6 мг/0,4 мг/0,4 мг/3,2 мг/мл, № 1	+	+	+	V
78	10.5. Кровозамінники та перфузійні розчини 10.5.3. Препарати желатину Комбіновані препарати:	Желатину полісукцинат+ Натрію ацетата тригідрат+ Натрію хлорид+ Калію хлорид+ Кальцію хлориду дигідрат+ Магнію хлориду гексагідрат+ Натрію гідроксид	не визначено	р-н д/інфуз. у пл. по 500 мл 40 г/ 3,675 г/ 4,59 г/ 0,403 г/0,133 г/0,203 г/0,98 г/1000 мл, № 1	+	-	+	V
79	10.5. Кровозамінники та перфузійні розчини 10.5.5. Електроліти Комбіновані препарати:	Натрію хлорид+ Калію хлорид+ Магнію хлориду гексагідрат+ Кальцію хлориду дигідрат+ Натрію ацетату тригідрат+ Кислота малеїнова	не визначено	р-н д/інфуз. по 250 мл, 500 мл, 1000 мл у конт. № 10; по 250 мл, 500 мл у міш. № 20; по 1000 мл у міш., № 10	+	-	+	V
80	10.5. Кровозамінники та перфузійні розчини 10.5.5. Електроліти Комбіновані препарати:	Натрію хлорид+ Калію хлорид+ Кальцію хлорид+ Магнію хлорид+ Натрію лактат	не визначено	р-н д/інфуз. по 200 мл, 400 мл у пл.	+	-	+	V
81	10.7. Розчини осмотичних діуретиків:	Манітол	не визначено	р-н д/інфуз. у пл. по 400 мл 15 %, № 1	+	+	+	V

82	10.1. Засоби загальної анестезії (загальні анестетики) 10.1.2. Неінгаляційні анестетики 10.1.2.1. Барбітурати:	Тіопентал натрію	не визначено	ліоф. д/р-ну д/ін'єк. у фл. 0,5 г, 1,0 г, № 1	+	-	+	V
83	10.5. Кровозамінники та перфузійні розчини 10.5.3. Препарати желатину Комбіновані препарати:	Желатин сукцинільований+ Натрію хлорид+ Натрію гідроксид	не визначено	р-н д/інфуз. у фл. по 500 мл 40 г/7,01 г/1000 мл, № 10	+	-	+	V
84	10.5. Кровозамінники та перфузійні розчини 10.5.5. Електроліти: Комбіновані препарати:	Натрію хлорид+ Калію хлорид+ Кальцію хлорид	не визначено	р-н д/інфуз. у конт. по 250 мл, 500 мл, 2500 мл 8,6 мг/0,3 мг/0,48 мг/мл, № 1	+	+	+	V
				р-н д/інфуз. у пл. по 500 мл 0,86 г/0,03 г/0,033 г/100 мл, № 1				
85	10.5. Кровозамінники та перфузійні розчини 10.5.8. Вуглеводи:	Глюкоза 5 %	не визначено	р-н д/інфуз. у пл. по 400 мл 50 мг/мл, № 1	+	+	+	V
				р-н д/інфуз. у пл. по 500 мл 5 %, № 1				
86	13. Гематологія 13.7. Гемостатичні засоби 13.7.5. Інгібітори фібринолізу 13.7.5.1. Амінокислоти	Транексамова кислота	2 г	р-н д/ін'єк. по 5 мл у амп. 50 мг/мл, № 50	+	-	+	V
				р-н д/ін'єк. в амп. по 5 мл 100 мг/мл № 3x2, № 6x1				
87	13.7. Гемостатичні засоби 13.7.5. Інгібітори фібринолізу 13.7.5.1. Амінокислоти:	Губка гемостатична з амбеном	не визначено	суха речов. у скл. пл. або фл 0,8 г, № 1	+	-	+	V
88	13.8.Антитромботичні засоби 13.8.1. Антикоагулянти 13.8.1.2. Нефракціонований гепарин:	Гепарин	10 тис ОД.	р-н д/ін'єк. у фл. по 5 мл 5000, 10000, 15000 МО/мл, № 5	+	+	+	V
89	13.7. Гемостатичні засоби 13.7.5. Інгібітори фібринолізу	Кислота амінокапронова	16 г	р-н д/інфуз. у конт. по 100 мл 50 мг/мл, № 1	+	-	+	V

90	13.7.5.1. Амінокислоти: 13.7. Гемостатичні засоби 13.7.4. Інші гемостатичні засоби системного застосування:	Етамзилат	не визначено	р-н д/ін'єк. по 2 мл в амп. у бл. 12,5 % № 10x1, № 5x1, № 5x2	+	-	+	V
				р-н д/ін'єк. по 2 мл в амп. 250 мг/2 мл, № 50				
91	13.8. Антитромботичні засоби 13.8.1. Антикоагулянти 13.8.1.3. Низькомолекулярні гепарини:	Еноксапарин	2 тис. ОД (анти-Ха)	р-н д/ін'єк. у шпр. по 0,2 мл, 0,4 мл, 0,6 мл, 0,8 мл у бл. 10000 анти-Ха МО/мл, № 1x1, № 1x2, № 1x10; № 2x1	+	-	+	V
				р-н д/ін'єк. по 0,8 мл у шпр.-дозах 10000 анти-Ха МО/мл, № 2				
92	13.8. Антитромботичні засоби 13.8.2. Антиагреганти:	Клопідогрель	75 мг	табл., вкриті п/о у бл. 75 мг, № 10x4	+	-	+	V
				табл., в/о у бл. 75 мг, № 14x1				
93	15. Офтальмологія 15.7. Інші лікарські засоби, що використовуються для лікування очних хвороб 15.7.1. Стимулятори регенерації рогівки:	Тіотриазолін	не визначено	крап. оч. по 5 мл у фл. з кр.-крап. 10 мг/мл, № 1	+	-	+	V
94	15.4. Мідріатичні та циклоплегічні засоби 15.4.2. Адреноміметики 15.4.1. М-холіноблокатори:	Атропін	не визначено	р-н д/ін'єк. 0,1 % по 1 мл в амп., № 10	+	+	+	V
95	15.3. Протиглаукомні засоби 15.3.1. Засоби, що покращують відтік внутрішньоочної рідини 15.3.1.1. Холіноміметики:	Пілокарпін гідрохлорид	не визначено	крап. оч. по 5 мл у фл.-крап. 10 мг/мл, № 1	+	+	+	V
				порошок; 1 % і 2 % р-ни у фл. по 5 і 10 мл; 1 % р-н у туб.-крап.; 1 % р-н з метилцелюлозою у фл. по 5 і 10 мл				
96	15.4. Мідріатичні та циклоплегічні засоби	Фенілефрин	не визначено	крап. оч. по 5 мл у фл. з кр.-крап. у пач. 25	+	-	+	V

	15.4.2. Адреноміметики 15.4.1. М-холіноблокатори:			мг/мл, № 1				
				крап. оч. по 5 мл у фл.- крап. 2,5 %, № 1				
97	17. Протимікробні й антигельмінтні засоби 17.5. Противірусні засоби 17.5.1. Засоби, що застосовуються для профілактики та лікування грипу:	Занамівір	не визначено	пор. д/інгал. доз. до рота диску 5 мг, № 5	+	-	+	V
98	17.5. Противірусні засоби	Озельтамівіру фосфат	75 мг	капс. по 75 мг, № 10	+	-	+	V
99	17.5. Противірусні засоби 17.5.1. Засоби, що застосовуються для профілактики та лікування грипу:	Римантадин гідрохлорид	не визначено	табл. у конт. чар./уп. 50 мг, № 10x2 капс. у бл. 100 мг № 10x1, № 10x3	+	-		V
100	18. Імуномодулятори та протиалергічні засоби 18.3. Протиалергічні засоби 18.3.1. Антигістамінні лікарські засоби 18.3.1.1. Антигістамінні лікарські засоби I покоління:	Клемастин	не визначено	р-н д/ін'єк. по 2 мл в амп. 1 мг/мл, № 5, № 10	+	-	+	V
101	18.3. Протиалергічні засоби 18.3.1. Антигістамінні лікарські засоби 18.3.1.1. Антигістамінні лікарські засоби I покоління:	Дифенгідрамін	не визначено	р-н д/ін'єк. 10 мг/мл амп. 1 мл, конт. ком. уп., № 10	+	-	+	V
102	18.3. Протиалергічні засоби 18.3.1. Антигістамінні лікарські засоби 18.3.1.1. Антигістамінні лікарські засоби I покоління:	Хлоропірамін гідрохлорид	не визначено	р-н д/ін'єк. 20 мг амп. 1 мл, № 5	+	-	+	V

103	20. Вітаміни та мінерали:	Тіамін (В1)	50 мг	р-н д/ін'єк. в амп. по 1 мл у кор. 50 мг/мл, № 10	+	+	+	V
104		Кислота аскорбінова	0,2 г	р-н д/ін'єк. в амп. по 400 мл, 50 мг/мл, № 10	+	-	+	V
105		Піридоксин (вітамін В6)	0,16 г	р-н д/ін'єк. в амп. по 1 мл у кор. 50 мг/мл, № 100	+	+	+	V

Додаток Л

Список опублікованих праць за темою дисертації

Статті у наукових фахових виданнях

1. Історичний генезис розвитку аптечної справи в Україні на різних етапах її суспільно-економічного та державно-політичного розвитку. Повідомлення І. Дослідження періоду 1917-1930 рр. / В. О. Борищук, О. С. Соловйов, Г. В. Загорій, Т. М. Краснянська, І. В. Клименко, С. В. Аугунас, О. В. Кирпач, Р. І. Батталова // Фармац. журн. – 2014. – № 5. – С. 29–35.
2. Історичний генезис розвитку аптечної справи в Україні на різних етапах її суспільно-економічного та державно-політичного розвитку. Повідомлення ІІ. Дослідження періоду 1930-1960 рр. / В. О. Борищук, О. С. Соловйов, Г. В. Загорій, Т. М. Краснянська, І. В. Клименко, С. В. Аугунас, О. В. Кирпач, Р. І. Батталова // Фармац. журн. – 2014. – № 6. – С. 35–42.
3. Державний адміністративно-правовий делікт із питань оптимізації організації забезпечення лікарськими засобами сільського населення / В. О. Борищук, О. С. Соловйов, Т. М. Краснянська, І. В. Клименко, О. В. Кирпач, С. В. Аугунас // Фармац. журн. – 2015. – № 4. – С. 9–15.
4. Ретрофармацевтичні дослідження впливу організаційно-правової структури управління аптечною мережею та аптечною службою на оптимізацію забезпечення населення лікарськими засобами (1960-1990 рр.) / В. О. Борищук, О. С. Соловйов, Т. М. Краснянська, І. В. Клименко, Р. І. Батталова, С. В. Аугунас, О. В. Кирпач // Фармац. журн. – 2015. – № 3. – С. 5–14.
5. Системні підходи у створенні необхідного асортименту лікарських засобів для аптек загального типу при закладах сімейної медицини / М. С. Пономаренко, А. В. Кабачна, О. С. Соловйов, С. В. Аугунас, В. О. Борищук // Фармац. часопис. – 2016. – № 2 (38). – С. 54–60.

6. Обґрунтування створення нормативно визначеного асортименту ліків у відповідності до протоколів провізора і клінічних протоколів медичної допомоги для аптек сімейної фармації та аптек загального типу при закладах сімейної медицини / М. С. Пономаренко, А. В. Кабачна, О. С. Соловійов, С. В. Аугунас, В. О. Борищук // ScienceRise. – 2016. – № 4 / 4 (21). – С. 17–22.

7. Аугунас С. В. Основні тенденції розвитку «Сімейних аптек» – як однієї з складових розвитку сімейної фармації в Україні / С. В. Аугунас // Зб. наук. праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. – К., 2016. – Вип. 26. – С. 112–121.

8. The fundamental retrospective analysis of pharmacy human resources in Ukraine for 1981-1990 / M. S. Ponomarenko, O. S. Solovyov, S. V. Augunas, Yu. M. Grygoruk // Вісн. фармації. – 2016. – № 2 (86). – С. 44–47.

Статті в іноземних наукових виданнях

9. Обобщенный анализ средневзвешенного показателя состава аптечных кадров в Украине с 1913 по 1991 гг. / Н. С. Пономаренко, А. С. Соловьев, С. В. Аугунас, Ю. Н. Григорук // Рецепт. – 2016. – № 3 (107). – С. 408–413. (Білорусь)

10. Пономаренко Н. С. Исследование взаимодействия врача и фармацевтических работников в управлении медикаментозной терапией амбулаторно-поликлинических пациентов в Украине / Н. С. Пономаренко, И. В. Коханов, С. В. Аугунас // Рецепт. – 2017. – Т. 20, № 2. – С. 128–145. (Білорусь)

Статті в інших наукових виданнях України

11. Ретроспективний аналіз кадрового складу аптечних закладів України за 1913-1940 та 1950-1980 рр. / М. С. Пономаренко, О. С. Соловійов, С. В. Аугунас, Ю. М. Григорук // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2015. – № 3-4. – С. 14–18.

12. Дослідження стану організації забезпечення населення лікарськими засобами в роки незалежності України – становлення фармацевтичного ринку / В. О. Борищук, О. С. Соловійов, Т. М. Краснянська, І. В. Клименко,

С. В. Аугунас, Ю. М. Григорук, О. В. Кирпач // Медична інформатика та інженерія. – 2015. – № 3. – С. 47–53.

Методичні рекомендації

13. Типовий проект (Положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах сімейної медицини (розроблено на основі Європейського досвіду) : метод. рек. / НМАПО імені П. Л. Шупика; М. С. Пономаренко, Г. В. Загорій, А. В. Кабачна, С. В. Аугунас, Ю. М. Григорук, М. О. Говоруха, В. О. Борищук, Е. В. Шелкова, О. Г. Кабачний. – Вінниця : ТОВ «Меркьюрі-Поділля», 2016. – 13 с.

14. Типове Положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні : метод. рек. / НМАПО імені П. Л. Шупика; М. С. Пономаренко, Г. В. Загорій, А. В. Кабачна, С. В. Аугунас, М. О. Говоруха, В. О. Борищук, Е. В. Шелкова, О. Г. Кабачний. – Вінниця : ТОВ «Меркьюрі-Поділля», 2016. – 15 с.

15. Інтегрована модель сімейної (страхової) фармації в організації медикаментозного забезпечення населення України в умовах амбулаторій загальної практики-сімейної медицини у відповідності до міжнародних стандартів GPP : метод. рек. / НМАПО імені П. Л. Шупика; М. С. Пономаренко, А. В. Кабачна, О. С. Соловійов, В. О. Борищук, Л. А. Бутко, С. В. Аугунас, М. О. Говоруха, Ю. М. Григорук. – К.: ТОВ «Юстон», 2017. – 29 с.

16. Розробка Примірного переліку лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах амбулаторій загальної практики-сімейної медицини : метод. рек. / НМАПО імені П. Л. Шупика; М. С. Пономаренко, Л. Ф. Матюха, А. В. Кабачна, С. В. Аугунас, Н. В. Малютіна. – К. : ТОВ «Фастпринт», 2017.– 46 с.

Додаток М

Апробація результатів дисертації

Основні положення дисертаційної роботи викладені та обговорені на:

1. Ефективне медикаментозне забезпечення лікарськими засобами невідкладної допомоги в амбулаторіях загальної практики – сімейної медицини / М. С. Пономаренко, Л. Ф. Матюха, С. В. Аугунас, Н. В. Малютіна // Фармація ХХІ століття: тенденції та перспективи: VIII Нац. з'їзд фармацевтів України, 6-13 верес. 2016 р. : матеріали. – Харків, 2016. – С. 276.
2. Пономаренко М. С. Роль співпраці між сімейним лікарем та провізором-консультантом сімейної фармації у підвищенні ефективної лікарської терапії пацієнтів в Україні / М. С. Пономаренко, С. В. Аугунас // Медична наука та практика: виклики: сьогодення: міжнар. наук.-практ. конф., 22-27 серп. 2016 р. : матеріали. – Львів, 2016. – С. 75–80.
3. Augunas S. Main provisions for the development of integrated family pharmacy model in Ukraine in conformity with international standards of GPP / Augunas S. // EUROPEAN biomedical young scientist conference NMAPE: 41 наук.-практ. конф. молодих вчених НМАПО імені П. Л. Шупика з міжнар. участю до 100-річчя заснування НМАПО імені П. Л. Шупика, 18 трав. 2018 р. : матеріали. – К., 2018. – С. 5–7.
4. Пономаренко М. С. Дослідження взаємодії лікарів і фармацевтичних працівників в процесі управління медикаментозною терапією пацієнтів України в умовах амбулаторій / М. С. Пономаренко, С. В. Аугунас // Актуальні проблеми розвитку галузевої економіки та логістики: V міжнарод. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 20-21 квіт. 2017 р. : матеріали. – Х., 2017. – С. 142–145.
5. Пономаренко М. С. Особливості функціонування командної роботи фармацевтичних працівників в країнах Європейського Союзу / М. С. Пономаренко, С. В. Аугунас // Інновації в медицині: досягнення молодих вчених: ХХХХ ювілейна наук.-практ. конф. молодих вчених

НМАПО імені П. Л. Шупика з міжнар. участю, 18 трав. 2017 р. : матеріали. – К., 2017. – С. 127–129.

б. Фармацевтичне забезпечення як складова загальної практики – сімейної медицини / А. В. Кабачна, Е. В. Шелкова, С. В. Агунас, О. В. Кирпач // Актуальні питання сімейної медицини та перспективи її розвитку в рамках Всесвітнього дня сімейного лікаря: наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 18-19 трав. 2017 р. : матеріали. – К., 2017. – С. 120–121.

Додаток Н



УКРАЇНА



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
 ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
 ВЛАСНОСТІ УКРАЇНИ

СВІДОЦТВО

про реєстрацію авторського права на твір

№ 70652

Науковий твір "Методичні рекомендації "Типовий проєкт (Положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах загальної практики - сімейної медицини (розроблено на основі європейського досвіду)"

(вид, назва твору)

Автор(и) Пономаренко Микола Семенович, Загорій Гліб Володимирович, Кабачна Алла Василівна, Аугунас Сабіна Валеріївна, Григорук Юлія Миколаївна, Говоруха Марія Олександрівна, Боришук Володимир Олександрович, Шелкова Елона Володимирівна, Кабачний Олександр Генадійович

(повне ім'я, псевдонім (за наявності))

Дата реєстрації 24.02.2017



Голова Державної служби
 інтелектуальної
 власності України
В.о. Голови А.А. Малиш



УКРАЇНА



СВІДОЦТВО
про реєстрацію авторського права на твір

№ 75296

Літературний письмовий твір наукового характеру "Методичні рекомендації
"Розробка примірного переліку лікарських засобів для надання невідкладної
медичної допомоги в умовах функціонування амбулаторій загальної
практики - сімейної медицини"

(вид, назва твору)

Автор(и) Пономаренко Микола Семенович, Матюха Лариса Федорівна,
Кабачна Алла Василівна, Аугунас Сабіна Валеріївна, Малютіна Наталія
Вікторівна

(повне ім'я, псевдонім (за наявності))

Дата реєстрації 08.12.2017



Державний секретар Міністерства
економічного розвитку і торгівлі
України **О. Ю. Перевезенцев**

Додаток П

Акти впровадження

ЗАТВЕРДЖУЮ


Державний заклад вищої освіти «Національна академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика»
 (Назва закладу)
Шупик П. Л.
 (ПІБ, підпис, печатка)
 « 12 » 05 2017 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: «Примірний перелік лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах амбулаторій загальної практики – сімейної медицини».

2. Ким запропоновано: кафедра організації і економіки фармації; кафедра сімейної медицини та амбулаторно – поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9).

3. Автори: Пономаренко М. С., Матюха Л. Ф., Кабачна А. В., Аугунас С. В., Малютіна Н. В.

4. Джерело інформації: Розробка Примірного переліку лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах амбулаторій загальної практики – сімейної медицини» (методичні рекомендації). – К. НМАПО, 2017. – 48 с.

5. Ким і коли впроваджено: центральним районним лікарським закладом м. Баранівка з травня

6. Ефективність впровадження: перевагами даного переліку є його формування, на основі відповідних уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, для фармакотерапії при наданні невідкладної медичної допомоги в умовах амбулаторій загальної практики – сімейної медицини.

7. Зауваження та пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження: Шупик П. Л.
 (ПІБ, підпис, печатка)

ЗАТВЕРДЖУЮ

В. О. Заступника директора
 (Посада, назва, зв'язок)
 КНП "ЦЛМСО" Петербурзького району м. Києва
 (ПІБ, підпис, печатка)
 «28» квітня 2017 року



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: «Примірний перелік лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах амбулаторій загальної практики – сімейної медицини».

2. Ким запропоновано: кафедра організації і економіки фармації; кафедра сімейної медицини та амбулаторно – поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9).

3. Автори: Пономаренко М. С., Матюха Л. Ф., Кабачна А. В., Аугунас С. В., Малютіна Н. В.

4. Джерело інформації: Розробка Примірного переліку лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах амбулаторій загальної практики – сімейної медицини» (методичні рекомендації). – К. НМАПО, 2017. – 48 с.

5. Ким і коли впроваджено: Фармако-терапевтичною комісією КНП "ЦЛМСО" Петербурзького району м. Києва, з 2017 року.

6. Ефективність впровадження: перевагами даного переліку є його формування, на основі відповідних уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, для фармакотерапії при наданні невідкладної медичної допомоги в умовах амбулаторій загальної практики – сімейної медицини.

7. Зауваження та пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:

Рефесовичий
 (ПІБ, підпис, печатка)



ЗАТВЕРДЖУЮ

Згодом з директором з медичної школи
 (Посада, назва закладу)
Най. Школа № 100 Київської області
 (ПІБ, підпис, печатка)
 « 10 » _____ 2017 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: «Примірний перелік лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах амбулаторій загальної практики – сімейної медицини».

2. Ким запропоновано: кафедра організації і економіки фармації; кафедра сімейної медицини та амбулаторно – поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9).

3. Автори: Пономаренко М. С., Матюха Л. Ф., Кабачна А. В., Аугунас С. В., Малютіна Н. В.

4. Джерело інформації: Розробка Примірного переліку лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах амбулаторій загальної практики – сімейної медицини» (методичні рекомендації). – К. НМАПО, 2017. – 48 с.

5. Ким і коли впроваджено: *фармакотерапевтичного комітету УЗДКА № 100 Київської області з 2017 року*

6. Ефективність впровадження: перевагами даного переліку є його формування, на основі відповідних уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, для фармакотерапії при наданні невідкладної медичної допомоги в умовах амбулаторій загальної практики – сімейної медицини.

7. Зауваження та пропозиції: немає. *Решення комітету узгоджене з директором школи*

Відповідальний за впровадження: *Матюха Л. Ф.*

(ПІБ, підпис, печатка)
Матюха Л. Ф.

ЗАТВЕРДЖУЮ



Проректор з наукової роботи

Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

д. мед. н., професор

2017 р.

Н. О. Савичук

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження:

Примірний перелік лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах функціонування амбулаторій загальної практики-сімейної медицини.

2. Ким запропоновано, адреса, виконавці:

04112, м. Київ, Дорогожицька 9,

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика;

Автори-укладачі Пономаренко М. С., Матюха Л. Ф., Кабачна А. В., Аугунас С. В., Малютіна Н. В.

3. Джерело інформації:

Розробка «Примірного переліку лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах амбулаторій загальної практики-сімейної медицини». метод. рек. – К. НМАПО, 2017. – 46 с.

4. Ким і коли апробовано:

04112, м. Київ, Дорогожицька, 9,

кафедра організації і економіки фармації,

кафедра сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Дата початку впровадження: 1 березня 2017 р.

5. Ефективність впровадження:

Методичні рекомендації використовуються в освітньому процесі кафедри організації і економіки фармації, кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги з метою розширення знань інтернів лікарів та інтернів фармацевтів у сфері фармацевтичного забезпечення та оптимізації фармакотерапії при наданні невідкладної медичної допомоги в умовах функціонування амбулаторій загальної практики-сімейної медицини за основними принципами формулярної системи.

6. Зауваження та пропозиції: немає.**Відповідальна особа за впровадження:**

Завідувач кафедри
організації і економіки фармації
Національної медичної академії
післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
д. фарм. н., професор

М. С. Пономаренко

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар

 (посада, назва закладу)

 (ПІБ, підпис, печатка)
 « 12 » 05 2017 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Метод розробки «Примірного переліку лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах амбулаторій загальної практики-сімейної медицини з використанням результатів формального VEN-аналізу, що має забезпечити оптимізацію невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі.
2. **Ким запропоновано:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика: кафедра організації і економіки фармації; кафедра сімейної медицини та амбулаторно – поліклінічної допомоги (вул. Дорогожицька 9, м. Київ, 04112).
3. **Автори:** Пономаренко М. С., Матюха Л. Ф., Кабачна А. В., Аугунас С. В., Малютіна Н. В.
4. **Джерело інформації:** Примірний перелік лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах амбулаторій загальної практики-сімейної медицини.
5. **Ким і коли впроваджено:** Вінницьким національним медичним університетом ім. М. І. Пирогова, кафедрою фармації (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21000); впроваджено з травня 2017 року.
6. **Ефективність впровадження:** Примірний перелік лікарських засобів для надання невідкладної допомоги в умовах амбулаторій загальної практики-сімейної медицини» забезпечить покращення якості ПМСД та підвищення її доступності. Закупівля обмеженої кількості ретельно відібраних ЛЗ дозволить раціональніше використовувати бюджетні кошти, проводити тендери, отримувати знижки у постійних постачальників. Лікарі ЗП-СЛ, постійно використовуючи певний перелік ЛЗ для надання невідкладної медичної допомоги, не тільки досконально мають змогу вивчити їх фармакологічні властивості, а й набудуть практичний досвід роботи з ними, що скоротить кількість лікарських помилок та ускладнень фармакотерапії.
7. **Зауваження та пропозиції:** немає.

Відповідальний за впровадження: _____

Відповідальний за впровадження

 (ПІБ, підпис, печатка)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з науково - педагогічної роботи



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** *Метод анкетування лікаря та фармацевтичного працівника в умовах амбулаторій ЗП-СМ щодо оцінки якості медикаментозного забезпечення медичних закладів та взаємодії лікаря і фармацевтичного працівника в управлінні медикаментозною терапією пацієнта.*
2. **Ким запропоновано:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шулика (04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9).
3. **Автори:** Пономаренко М. С., Коханов І.В., Аугунас С. В.
4. **Джерело інформації:** *«Анкета для фармацевтичного працівника щодо оцінки якості медикаментозного забезпечення медичних закладів та взаємодії лікаря і фармацевтичного працівника в управлінні медикаментозною терапією пацієнта».*
5. **Ким і коли впроваджено:** Одеським національним медичним університетом, кафедрою організації та економіки фармації, 2017-2018 навчальний рік.
6. **Ефективність впровадження:** Дана анкета є важливим опитуванням щодо оцінки якості медикаментозного забезпечення медичних закладів та взаємодії лікаря і фармацевтичного працівника в управлінні медикаментозною терапією пацієнта для подальшого впровадження інтегрованої моделі сімейної (страхової) фармації в амбулаторії ЗП-СМ та особливості та труднощі в наданні в медичних закладах фармацевтичних послуг амбулаторним пацієнтам.
7. **Зауваження та пропозиції:** немає.

Відповідальна особа за впровадження:

Завідуючий кафедри
організації та економіки фармації
Одеського національного медичного університету
д. фарм. н., доц. _____

Унгурян Л. М.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з наукової роботи
 Національної медичної академії післядипломної
 освіти імені П. Л. Шупика
 д. мед. н., професор

Н. О. Савичук

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**1. Найменування пропозиції для впровадження:**

Інтегрована модель сімейної фармації в організації медикаментозного забезпечення населення України в умовах амбулаторій загальної практики-сімейної медицини у відповідності до міжнародних стандартів GPP.

2. Ким запропоновано, адреса, виконавці:

04112, м. Київ, Дорогожицька 9,
 Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика;
 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова 56,
 Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова.
 Автори-укладачі: Пономаренко М. С., Загорій Г. В., Кабачна А. В., Аугунас С. В.,
 Григрук Ю. М., Говоруха М. О., Боришук В. О., Шелкова Е. В., Кабачний О. Г.

3. Джерело інформації:

- Інтегрована модель сімейної (страхової) фармації в організації медикаментозного забезпечення населення в умовах амбулаторій загальної практики-сімейної медицини у відповідності до міжнародних стандартів GPP. метод. рек. – К., НМАПО. – 2017. – с. 29.

4. Ким і коли апробовано:

04112, м. Київ, Дорогожицька 9,
 кафедра організації і економіки фармації,
 Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
 Дата початку впровадження: 1 березня 2017 р.

5. Ефективність впровадження:

Методичні рекомендації використовуються в освітньому процесі кафедри організації і економіки фармації з метою розширення знань інтернів, провізорів за спеціальності «Загальна фармація» в сфері медикаментозного забезпечення населення України в умовах впровадження сімейної медицини у відповідності до стандартів GPP.

6. Зауваження та пропозиції: немає.**Відповідальна особа за впровадження:**

Завідувач кафедри
 організації і економіки фармації
 Національної медичної академії
 післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
 д. фарм. н., професор

М. С. Пономаренко

ЗАТВЕРДЖУЮ

Заступ. керівника аптеки

КП «Фармація», м. Київ

(ПІБ, підпис, печатка)

«23» листопада 2016 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: Інтегрована модель страхової фармації в організації медикаментозного забезпечення населення при закладах загальної практики-сімейної медицини у відповідності до міжнародних стандартів GPP.

2. Ким запропоновано: Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика.

3. Автори: М. С. Пономаренко, А. В. Кабачна, О. С. Соловійов, В. О. Боришук, Л. А. Бутко, С. В. Аугунас, М. О. Говоруха, Ю. М. Григорук.

4. Джерело інформації: Інтегрована модель страхової фармації в організації медикаментозного забезпечення населення при закладах загальної практики-сімейної медицини у відповідності до міжнародних стандартів GPP (методичні рекомендації). – К., 2016. – с. 29.

5. Рекомендовано впровадити: в діяльність КП «Фармація» та в роботу підлеглих аптек.

6. Термін впровадження: постійно.

7. Ефективність впровадження: обґрунтована доцільність розвитку та впровадження інтегрованої моделі сімейної (страхової) фармації, в функціонуючі аптеки, та в новостворені аптеки, які розміщені при відповідних закладах охорони здоров'я з метою забезпечення ефективного ведення медикаментозної терапії, раціонального використання лікарських засобів, сприянню ефективної фармацевтичної (медичної) допомоги (зміцнення здоров'я населення, профілактика захворювань, інформатизація аптек, ведення медикаментозних паспортів, створення та впровадження єдиної електронної системи між аптеками та закладами загальної практики – сімейної медицини). На підставі появи сучасних спеціалізованих аптек, які функціонують при закладах загальної практики-сімейної медицини, виникає гостра потреба науково-практичного обґрунтування та удосконалення підготовки фахівців з менеджменту фармацевтичної галузі. Розробка інтегрованої моделі сімейної (страхової) фармації ґрунтується у відповідності до Національної лікарської (фармацевтичної) політики, яка дозволяє оцінити рівень досягнень у системі забезпечення населення ліками.

8. Зауваження та пропозиції: зауважень не має.

Відповідальна особа
за впровадження: _____





АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Інтегрована модель страхової фармації в організації медикаментозного забезпечення населення при закладах загальної практики-сімейної медицини у відповідності до міжнародних стандартів GPP.
2. **Ким запропоновано:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика.
3. **Автори:** М. С. Пономаренко, А. В. Кабачна, О. С. Соловйов, В. О. Борищук, Л. А. Бутко, С. В. Аугунас, М. О. Говоруха, Ю. М. Григорук.
4. **Джерело інформації:** Інтегрована модель страхової фармації в організації медикаментозного забезпечення населення при закладах загальної практики-сімейної медицини у відповідності до міжнародних стандартів GPP (методичні рекомендації). – К., 2016. – с. 29.
5. **Рекомендовано впровадити:** в діяльність товариства з додатковою відповідальністю «Рівнефармація» та в роботу підлеглих аптек.
6. **Термін впровадження:** постійно.
7. **Ефективність впровадження:** обґрунтована доцільність розвитку та впровадження інтегрованої моделі сімейної (страхової) фармації, в функціонуючі аптеки, та в новостворені аптеки, які розміщені при відповідних закладах охорони здоров'я з метою забезпечення ефективного ведення медикаментозної терапії, раціонального використання лікарських засобів, сприянню ефективної фармацевтичної (медичної) допомоги (зміцнення здоров'я населення, профілактика захворювань, інформатизація аптек, ведення медикаментозних паспортів, створення та впровадження єдиної електронної системи між аптеками та закладами загальної практики – сімейної медицини). На підставі появи сучасних спеціалізованих аптек, які функціонують при закладах загальної практики-сімейної медицини, виникає гостра потреба науково-практичного обґрунтування та удосконалення підготовки фахівців з менеджменту фармацевтичної галузі. Розробка інтегрованої моделі сімейної (страхової) фармації ґрунтується у відповідності до Національної лікарської (фармацевтичної) політики, яка дозволяє оцінити рівень досягнень у системі забезпечення населення ліками.
8. **Зауваження та пропозиції:** зауважень не має.

Відповідальна особа
за впровадження:



(ПІБ, підпис, печатка)

ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор
ТОВ «Тетрамед»М.В.Саранчук
11 2016 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Інтегрована модель страхової фармації в організації медикаментозного забезпечення населення при закладах загальної практики-сімейної медицини у відповідності до міжнародних стандартів GPP.
2. **Ким запропоновано:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика.
3. **Автори:** М. С. Пономаренко, А. В. Кабачна, О. С. Соловійов, В. О. Боришук, Л. А. Бутко, С. В. Аугунас, М. О. Говоруха, Ю. М. Григорук.
4. **Джерело інформації:** Інтегрована модель страхової фармації в організації медикаментозного забезпечення населення при закладах загальної практики-сімейної медицини у відповідності до міжнародних стандартів GPP (методичні рекомендації). – К., 2016. – с. 29.
5. **Рекомендовано впровадити:** в діяльність товариства з обмеженою відповідальністю «Тетрамед» та в роботу підлеглих аптек.
6. **Термін впровадження:** постійно.
7. **Ефективність впровадження:** обґрунтована доцільність розвитку та впровадження інтегрованої моделі сімейної (страхової) фармації, в функціонуючі аптеки, та в новостворені аптеки, які розміщені при відповідних закладах охорони здоров'я з метою забезпечення ефективного ведення медикаментозної терапії, раціонального використання лікарських засобів, сприянню ефективної фармацевтичної (медичної) допомоги (зміцнення здоров'я населення, профілактика захворювань, інформатизація аптек, ведення медикаментозних паспортів, створення та впровадження єдиної електронної системи між аптеками та закладами загальної практики – сімейної медицини). На підставі появи сучасних спеціалізованих аптек, які функціонують при закладах загальної практики-сімейної медицини, виникає гостра потреба науково-практичного обґрунтування та удосконалення підготовки фахівців з менеджменту фармацевтичної галузі. Розробка інтегрованої моделі сімейної (страхової) фармації ґрунтується у відповідності до Національної лікарської (фармацевтичної) політики, яка дозволяє оцінити рівень досягнень у системі забезпечення населення ліками.
8. **Зауваження та пропозиції:** зауважень не має.

Відповідальна особа
за впровадження:В.А. Саранчук
(ПІБ, підпис, печатка)

ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор

ТОВ «Фармако»

О. В. Новіков

«16» 11 2016 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: Інтегрована модель страхової фармації в організації медикаментозного забезпечення населення при закладах загальної практики-сімейної медицини у відповідності до міжнародних стандартів GPP.

2. Ким запропоновано: Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика.

3. Автори: М. С. Пономаренко, А. В. Кабачна, О. С. Соловійов, В. О. Боришук, Л. А. Бутко, С. В. Аугунас, М. О. Говоруха, Ю. М. Григорук.

4. Джерело інформації: Інтегрована модель страхової фармації в організації медикаментозного забезпечення населення при закладах загальної практики-сімейної медицини у відповідності до міжнародних стандартів GPP (методичні рекомендації). – К., 2016. – с. 29.

5. Рекомендовано впровадити: в діяльність товариства з обмеженою відповідальністю «Фармако» та в роботу підлеглих аптек.

6. Термін впровадження: постійно.

7. Ефективність впровадження: обґрунтована доцільність розвитку та впровадження інтегрованої моделі сімейної (страхової) фармації, в функціонуючі аптеки, та в новостворені аптеки, які розміщені при відповідних закладах охорони здоров'я з метою забезпечення ефективного ведення медикаментозної терапії, раціонального використання лікарських засобів, сприянню ефективної фармацевтичної (медичної) допомоги (зміцнення здоров'я населення, профілактика захворювань, інформатизація аптек, ведення медикаментозних паспортів, створення та впровадження єдиної електронної системи між аптеками та закладами загальної практики – сімейної медицини). На підставі появи сучасних спеціалізованих аптек, які функціонують при закладах загальної практики-сімейної медицини, виникає гостра потреба науково-практичного обґрунтування та удосконалення підготовки фахівців з менеджменту фармацевтичної галузі. Розробка інтегрованої моделі сімейної (страхової) фармації ґрунтується у відповідності до Національної лікарської (фармацевтичної) політики, яка дозволяє оцінити рівень досягнень у системі забезпечення населення ліками.

8. Зауваження та пропозиції: зауважень не має.

Відповідальна особа
за впровадження:

(ПІВ, підпис, печатка)

ЗАТВЕРДЖУЮ

Декан фармацевтичного факультету
Київського медичного університету
канд. фарм. н., доц. _____ Лозова В.
О. « 10 » _____ 2017 р.

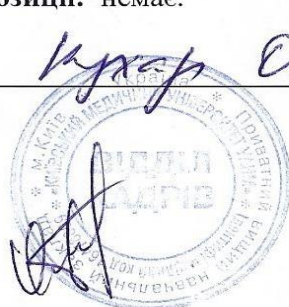
АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** Інтегрована модель страхової фармації в організації медикаментозного забезпечення населення при закладах загальної практики-сімейної медицини у відповідності до міжнародних стандартів GPP.
- 2. Ким запропоновано:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика (04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9); Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова (21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56).
- 3. Автори:** М. С. Пономаренко, А. В. Кабачна, О. С. Соловійов, В. О. Борищук, Л. А. Бутко, С. В. Аугунас, М. О. Говоруха, Ю. М. Григорук.
- 4. Джерело інформації:** Інтегрована модель страхової фармації в організації медикаментозного забезпечення населення при закладах загальної практики-сімейної медицини у відповідності до міжнародних стандартів GPP (методичні рекомендації). – К., 2016. – с. 29.
- 5. Ким і коли впроваджено:** Київським медичним університетом (УАНМ), лютий 2017 р.
- 6. Ефективність впровадження:** обґрунтована доцільність розвитку та впровадження інтегрованої моделі сімейної (страхової) фармації, в функціонуючі аптеки, та в новостворені аптеки, які розміщені при відповідних закладах охорони здоров'я з метою забезпечення ефективного ведення медикаментозної терапії, раціонального використання лікарських засобів, сприянню ефективної фармацевтичної (медичної) допомоги (зміцнення здоров'я населення, профілактика захворювань, інформатизація аптек, ведення медикаментозних паспортів, створення та впровадження єдиної електронної системи між аптеками та закладами загальної практики – сімейної медицини).
- 7. Зауваження та пропозиції:** немає.

Відповідальна особа
за впровадження:

(ПІБ, підпис, печатка)

ПОДАЄ
ЗАСВІДОЧУЄ
ЗАСТ. РЕКТОРА
БАЗИЧЕВ О. А.



«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Перший проректор з науково-педагогічної
 роботи ДЗ «Луганський державний
 медичний університет» (м. Рубіжне)
 _____ професор Смірнов С. М.
 «15» _____ 03 2017 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:**
Інтегрована модель страхової фармації в організації медикаментозного забезпечення населення при закладах загальної практики – сімейної медицини у відповідності до міжнародних стандартів GPP.
2. **Ким запропоновано, адреса, виконавці:**
 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9
 Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика
 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56
 Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова
 Автори-укладачі: М.С. Пономаренко, А.В. Кабачна, О.С. Соловійов, В.О. Боришук, Л.А. Бутко, С.В. Аугунас, М.О. Говоруха, Ю.М. Григорук.
3. **Джерела інформації:**
 - Інтегрована модель страхової фармації в організації медикаментозного забезпечення населення при закладах загальної практики – сімейної медицини у відповідності до міжнародних стандартів GPP (методичні рекомендації). – К., 2016 - 29 с.
4. **Де і коли апробовано:**
 93012, м. Рубіжне, Луганська область, вул. Будівельників, 32
 Кафедрою технології ліків, організації та економіки фармації з фармакологією ДЗ «Луганський державний медичний університет»
 Дата початку впровадження « 01 » березня 2017 р.
5. **Ефективність впровадження:**
 Методичні рекомендації використовуються в освітньому процесі кафедри технології ліків, організації та економіки фармації з фармакологією з метою розширення знань здобувачів вищої освіти спеціальності «Фармація» в сфері медикаментозного забезпечення населення при закладах загальної практики – сімейної медицини у відповідності до міжнародних стандартів GPP.
6. **Зауваження, пропозиції** – немає.

Відповідальний за впровадження:

В. о. завідувача кафедри технології ліків,
 організації та економіки фармації
 з фармакологією
 ДЗ «Луганський державний
 медичний університет» (м. Рубіжне),
 к. фарм. н, доцент

Н. В. Кучеренко

ЗАТВЕРДЖУЮ

Декан першого фармацевтичного факультету
Запорізького державного медичного
університету

к. фарм. н., доцент *О. А. Кремзер*

« 08 » травня 2017 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: *«Інтегрована модель сімейної (страхової) фармації в організації медикаментозного забезпечення населення в умовах амбулаторій загальної практики-сімейної медицини у відповідності до міжнародних стандартів GPP».*

2. Ким запропоновано: Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (вул. Дорогожицька 9, м. Київ, 04112); Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, 21018).

3. Автори-розробники: Пономаренко М. С., Кабачна А. В., Соловійов О. С., Борищук В. О., Бутко Л. А., Аугунас С. В., Говоруха М. О., Григорук Ю. М.

4. Джерело інформації: Методичні рекомендації *«Інтегрована модель сімейної (страхової) фармації в організації медикаментозного забезпечення населення в умовах амбулаторій загальної практики-сімейної медицини у відповідності до міжнародних стандартів GPP».* – К., НМАПО. – 2017. – с. 29.

5. Ким і коли впроваджено: Запорізьким державним медичним університетом, кафедрою управління і економіки фармації, медичного і фармацевтичного правознавства (пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035), впроваджено в практичну діяльність з травня 2017 року.

6. Ефективність впровадження: обґрунтована доцільність розвитку та впровадження інтегрованої моделі сімейної (страхової) фармації, в амбулаторії загальної практикою – сімейної медицини, з метою забезпечення ефективного ведення медикаментозною терапією пацієнта, раціонального використання лікарських засобів, сприянню ефективної фармацевтичної допомоги (зміцнення здоров'я населення, профілактика захворювань, інформатизація аптечних закладів, ведення медикаментозних паспортів пацієнта, створення та впровадження єдиної електронної системи між аптечним закладом та амбулаторією загальної практики – сімейної медицини).

7. Зауваження та пропозиції: немає.

Відповідальна особа за впровадження:



О. А. Кремзер
(ПІБ, підпис, печатка)

Електронний підпис *О. А. Кремзер*
ПІДТВЕРДЖУЮ
ч. відділу кадрів Запорізького
державного медичного університету
20 р. Підпис *О. А. Кремзер*

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Ректор

Вінницького національного медичного
університету ім. М. І. Пирогова

акад. НАМН України

проф. В.М.Мороз



«08 травня 2017 р.»

Акт впровадження

1. Найменування пропозиції для впровадження: *«Інтегрована модель сімейної (страхової) фармації в організації медикаментозного забезпечення населення в умовах амбулаторій загальної практики-сімейної медицини у відповідності до міжнародних стандартів GPP».*

2. Ким запропоновано: Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шулика (вул. Дорогожицька 9, м. Київ, 04112); Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, 21018).

3. Автори: Пономаренко М. С, Кабачна А. В., Соловійов О. С, Борищук В. О., Бутко Л. А., Аугунас С. В., Говоруха М. О., Григорук Ю. М.

4. Джерело інформації: Методичні рекомендації *«Інтегрована модель сімейної (страхової) фармації в організації медикаментозного забезпечення населення в умовах амбулаторій загальної практики-сімейної медицини у відповідності до міжнародних стандартів GPP».* - К., НМАПО. - 2017. - с 29.

5. Ким і коли впроваджено: Вінницьким національним медичним університетом ім. М. І. Пирогова, кафедрою фармації (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21000); впроваджено з травня 2017 року.

6. Ефективність впровадження: обґрунтована доцільність розвитку та впровадження інтегрованої моделі сімейної (страхової) фармації, в амбулаторії загальної практикою - сімейної медицини, з метою забезпечення ефективного ведення медикаментозною терапією пацієнта, раціонального використання лікарських засобів, сприянню ефективної фармацевтичної допомоги (зміцнення здоров'я населення, профілактика захворювань, інформатизація аптечних закладів, ведення медикаментозних паспортів пацієнта, створення та впровадження єдиної електронної системи між аптечним закладом та амбулаторія загальної практики — сімейної медицини).

7. Зауваження та пропозиції: немає.

Затверджено на засіданні кафедри фармації,
протокол №17 від 11.05.2017р.

Відповідальна особа за впровадження:

Завідувач кафедри фармації

Вінницького національного медичного

університету ім. М. І. Пирогова,

доцент

Кривов'яз О.В.



Начальник Української військово-медичної академії,
доктор медичних наук, професор

В.Л. САВИЦЬКИЙ
2017 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. *Найменування пропозиції для впровадження:* Інтегрована модель сімейної (страхової) фармації в організації медикаментозного забезпечення населення в умовах амбулаторій загальної практики-сімейної медицини у відповідності до міжнародних стандартів GPP.
2. *Ким запропоновано:* Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (вул. Дорогожицька 9, м. Київ, 04112); Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, 21018).
Автори: Пономаренко М. С., Кабачна А. В., Соловійов О. С., Боришук В. О., Бутко Л. А., Аугунас С. В., Говоруха М. О., Григорук Ю. М.
3. *Джерела інформації:* Методичні рекомендації «Інтегрована модель сімейної (страхової) фармації в організації медикаментозного забезпечення населення в умовах амбулаторій загальної практики-сімейної медицини у відповідності до міжнародних стандартів GPP». – К., НМАПО. -2017. – с. 29.
4. *Рекомендовано впровадити* до використання в навчальному процесі кафедри військової фармації Української військово-медичної академії.
5. *Термін впровадження:* «Ч» січня 2017 року.
6. *Ефективність впровадження* відповідно до критеріїв, що викладені в джерелах інформації:

Показники	За даними	
	розробників	Установи, що затверджує
Обґрунтовано доцільність розвитку та впровадження інтегрованої моделі сімейної (страхової) фармації в амбулаторії загальної практикою-сімейної медицини з метою забезпечення ефективного ведення медикаментозною терапією пацієнта, раціонального використання лікарських засобів, сприянню ефективної фармацевтичної допомоги (зміцнення здоров'я населення, профілактика захворювань, інформатизації аптечних закладів, ведення медикаментозних паспортів пацієнта, створення та впровадження єдиної електронної системи між аптечним закладом та амбулаторія загальної практики-сімейної медицини).		

7. *Зауваження, пропозиції.* немає.

«Ч» січня 2017 р.

Відповідальний за впровадження:
Начальник кафедри військової фармації
Української військово-медичної академії,
доктор фармацевтичних наук, професор

О.П. ШМАТЕНКО

ЗАТВЕРДЖУЮ

Декан фармацевтичного факультету №1
 Національного фармацевтичного університету
 д. фарм. н., професор Л. І. Вишнеvsька

« 17 » травня 2017 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження:

«Інтегрована модель сімейної (страхової) фармації в організації медикаментозного забезпечення населення в умовах амбулаторій загальної практики-сімейної медицини у відповідності до міжнародних стандартів GPP».

2. Ким запропоновано:

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (вул. Дорогожицька 9, м. Київ, 04112); Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, 21018).

3. Автори:

Пономаренко М. С., Кабачна А. В., Соловійов О. С., Борищук В. О., Бутко Л. А., Аугунас С. В., Говоруха М. О., Григорук Ю. М.

4. Джерело інформації:

Методичні рекомендації *«Інтегрована модель сімейної (страхової) фармації в організації медикаментозного забезпечення населення в умовах амбулаторій загальної практики-сімейної медицини у відповідності до міжнародних стандартів GPP».* – К., НМАПО. – 2017. – с. 29.

5. Ким і коли впроваджено:

Національним фармацевтичним університетом, фармацевтичним факультетом № 1 (вул. Пушкінська, 53, м. Харків); впроваджено в діяльність з травня 2017 року.

6. Ефективність впровадження:

Обґрунтована доцільність розвитку та впровадження інтегрованої моделі сімейної (страхової) фармації, в амбулаторії загальної практикою – сімейної медицини, з метою забезпечення ефективного ведення медикаментозною терапією пацієнта, раціонального використання лікарських засобів, сприянню ефективної фармацевтичної допомоги (зміцнення здоров'я населення, профілактика захворювань, інформатизація аптечних закладів, ведення медикаментозних паспортів пацієнта, створення та впровадження єдиної електронної системи між аптечним закладом та амбулаторія загальної практики – сімейної медицини).

7. Зауваження та пропозиції – немає.

Відповідальна особа за впровадження: _____



«ЗАТВЕРДЖУЮ»



Проректор з науково - педагогічної роботи
Одеського національного
медичного університету
проф. Балжера Ю.І.

20 17 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** *«Інтегрована модель страхової фармації в організації медикаментозного забезпечення населення при закладах загальної практики - сімейної медицини у відповідності до міжнародних стандартів GPP».*
2. **Ким запропоновано:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шулика (04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9);, Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова (21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56).
3. **Автори:** Пономаренко М. С., Кабачна А. В., Соловійов О. С., Борищук В. О., Бутко Л. А., Аугунас С. В., Говоруха М. О., Григорук Ю. М.
4. **Джерело інформації:** Методичні рекомендації *«Інтегрована модель сімейної (страхової) фармації в організації медикаментозного забезпечення населення в умовах амбулаторій загальної практики-сімейної медицини у відповідності до міжнародних стандартів GPP».* - К., НМАПО. - 2017. - с. 29.
5. **Ким і коли впроваджено:** Одеським національним медичним університетом, кафедрою організації та економіки фармації, 2017-2018 навчальний рік.
6. **Ефективність впровадження:** обґрунтована доцільність розвитку та впровадження інтегрованої моделі сімейної (страхової) фармації, в амбулаторії загальної практикою – сімейної медицини з метою забезпечення ефективного ведення медикаментозною терапією пацієнта, раціонального використання лікарських засобів, сприянню ефективної фармацевтичної допомоги (зміцнення здоров'я населення, профілактика захворювань, інформатизація аптечних закладів, ведення медикаментозних паспортів пацієнта, створення та впровадження єдиної електронної системи між аптечним закладом та амбулаторія загальної практики - сімейної медицини).
7. **Зауваження та пропозиції:** немає.

Відповідальна особа за впровадження:

Завідуючий кафедри
організації та економіки фармації
Одеського національного медичного університету
д. фарм. н., доц. _____

(ПІБ, підпис, печатка)

Унгурян Л. М.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Типовий проєкт (положення) про організацію спеціалізованих аптек та їх взаємодії з закладами загальної практики-сімейної медицини в медикаментозному забезпеченні пацієнтів.
2. **Ким запропоновано:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика.
3. **Автори:** Пономаренко М. С., Загорій Г. В., Кабачна А. В., Аугунас С. В., Григоруку Ю. М., Говоруха М. О., Боришук В. О., Шелкова Е. В., Кабачний О. Г.
4. **Джерело інформації:** Типовий проєкт (Положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах сімейної медицини (розроблено на основі європейського досвіду) (методичні рекомендації). – К., 2016. – 13 с.
5. **Рекомендовано впровадити:** в діяльність товариства з додатковою відповідальністю «Рівнефармація» та в роботу підлеглих аптек.
6. **Термін впровадження:** постійно.
7. **Ефективність впровадження:** обґрунтована необхідність впровадження в аптечні установи Типового проєкту (положення) про спеціалізовані аптеки, робота яких полягає у взаємодії на постійній основі з закладами загальної практики-сімейної медицини в містах, селах та селищах міського типу, співпраця між провізором (фармацевтом) з лікарем загальної практики-сімейним лікарем щодо якісного, ефективного та безперебійного медикаментозного забезпечення медикаментозної терапії пацієнта, що є складовою розвитку та впровадження моделі сімейної (страхової) фармації. Сприяння розширенню та збагаченню знань сучасних працівників аптечних установ і якості фармацевтичного обслуговування населення України.
8. **Зауваження та пропозиції:** зауважень не має.

Відповідальна особа
за впровадження:



Григорук Ю. М.
 (ПІБ, підпис, печатка)

ЗАТВЕРДЖУЮДиректор
ТОВ «Тетрамед»

« 18 / 11 2016 р. М. В. Саранчук

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Типовий проект (положення) про організацію спеціалізованих аптек та їх взаємодії з закладами загальної практики-сімейної медицини в медикаментозному забезпеченні пацієнтів.
2. **Ким запропоновано:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика.
3. **Автори:** Пономаренко М. С., Загорій Г. В., Кабачна А. В., Аугунас С. В., Григоров Ю. М., Говоруха М. О., Борищук В. О., Шелкова Е. В., Кабачний О. Г.
4. **Джерело інформації:** Типовий проект (Положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах сімейної медицини (розроблено на основі європейського досвіду) (методичні рекомендації). – К., 2016. – 13 с.
5. **Рекомендовано впровадити:** в діяльність товариства з обмеженою відповідальністю «Тетрамед» та в роботу підлеглих аптек.
6. **Термін впровадження:** постійно.
7. **Ефективність впровадження:** обґрунтована необхідність впровадження в аптечні установи Типового проекту (положення) про спеціалізовані аптеки, робота яких полягає у взаємодії на постійній основі з закладами загальної практики-сімейної медицини в містах, селах та селищах міського типу, співпраця між провізором (фармацевтом) з лікарем загальної практики-сімейним лікарем щодо якісного, ефективного та безперервного медикаментозного забезпечення медикаментозної терапії пацієнта, що є складовою розвитку та впровадження моделі сімейної (страхової) фармації. Сприяння розширенню та збагаченню знань сучасних працівників аптечних установ і якості фармацевтичного обслуговування населення України.
8. **Зауваження та пропозиції:** зауважень не має.

Відповідальна особа
за впровадження:

(ПІБ, підпис, печатка)

ЗАТВЕРДЖУЮ



«Аптеки Запоріжжя»

(Назва підприємства аптеки)

Володимир Каловий

(ІПБ, підпис, печатка)

» листопада 20 16 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Типовий проект (положення) про організацію спеціалізованих аптек та їх взаємодії з закладами загальної практики-сімейної медицини в медикаментозному забезпеченні пацієнтів.
2. **Ким запропоновано:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика.
3. **Автори:** Пономаренко М. С., Загорій Г. В., Кабачна А. В., Аугунас С. В., Григоруку Ю. М., Говоруха М. О., Боришук В. О., Шелкова Е. В., Кабачний О. Г.
4. **Джерело інформації:** Типовий проект (Положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах сімейної медицини (розроблено на основі європейського досвіду) (методичні рекомендації). – К., 2016. – 13 с.
5. **Рекомендовано впровадити:** в діяльність аптечних установ.
6. **Термін впровадження:** постійно.
7. **Ефективність впровадження:** обґрунтована необхідність впровадження в аптечні установи Типового проекту (положення) про спеціалізовані аптеки, робота яких полягає у взаємодії на постійній основі з закладами загальної практики-сімейної медицини в містах, селах та селищах міського типу, співпраця між провізором (фармацевтом) з лікарем загальної практики-сімейним лікарем щодо якісного, ефективного та безперервного медикаментозного забезпечення медикаментозної терапії пацієнта, що є складовою розвитку та впровадження моделі сімейної (страхової) фармації. Сприяння розширенню та збагаченню знань сучасних працівників аптечних установ і якості фармацевтичного обслуговування населення України.
8. **Зауваження та пропозиції:** зауважень не має.

Відповідальна особа
за впровадження:

(ІПБ, підпис, печатка)

ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор
ТОВ «Фармако»

О. В. Новіков

«16» 11 2016 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Типовий проект (положення) про організацію спеціалізованих аптек та їх взаємодії з закладами загальної практики-сімейної медицини в медикаментозному забезпеченні пацієнтів.
2. **Ким запропоновано:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика.
3. **Автори:** Пономаренко М. С., Загорій Г. В., Кабачна А. В., Аугунас С. В., Григорук Ю. М., Говоруха М. О., Боришук В. О., Шелкова Е. В., Кабачний О. Г.
4. **Джерело інформації:** Типовий проект (Положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах сімейної медицини (розроблено на основі європейського досвіду) (методичні рекомендації). – К., 2016. – 13 с.
5. **Рекомендовано впровадити:** в діяльність товариства з обмеженою відповідальністю «Фармако» та в роботу підлеглих аптек.
6. **Термін впровадження:** постійно.
7. **Ефективність впровадження:** обґрунтована необхідність впровадження в аптечні установи Типового проекту (положення) про спеціалізовані аптеки, робота яких полягає у взаємодії на постійній основі з закладами загальної практики-сімейної медицини в містах, селах та селищах міського типу, співпраця між провізором (фармацевтом) з лікарем загальної практики-сімейним лікарем щодо якісного, ефективного та безперебійного медикаментозного забезпечення медикаментозної терапії пацієнта, що є складовою розвитку та впровадження моделі сімейної (страхової) фармації. Сприяння розширенню та збагаченню знань сучасних працівників аптечних установ і якості фармацевтичного обслуговування населення України.
8. **Зауваження та пропозиції:** зауважень не має.

Відповідальна особа
за впровадження:




 (ПБ, підпис, печатка)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Перший проректор з науково-педагогічної
роботи ДЗ «Луганський державний
медичний університет» (м. Рубіжне)

професор Смірнов С. М.

« 15 »

03 2017 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:**
Типовий проект (положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах загальної практики сімейної медицини (розроблено на основі європейського досвіду).
2. **Ким запропоновано, адреса, виконавці:**
04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика
21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56
Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова
Автори-укладачі: М.С. Пономаренко, Г.В. Загорій, А.В. Кабачна, С.В. Агунас, Ю.М. Григоруку, М.О. Говоруха, В.О. Боришук, Е.В. Шелкова, О.Г. Кабачний.
3. **Джерела інформації:**
 - Типовий проект (положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах загальної практики сімейної медицини (розроблено на основі європейського досвіду): методичні рекомендації. – К., 2016. – 13с.
4. **Де і коли апробовано:**
93012, м. Рубіжне, Луганська область, вул. Будівельників, 32
Кафедрою технології ліків, організації та економіки фармації з фармакологією ДЗ «Луганський державний медичний університет»
Дата початку впровадження « 01 » березня 2017 р.
5. **Ефективність впровадження:**
Методичні рекомендації використовуються в освітньому процесі кафедри технології ліків, організації та економіки фармації з фармакологією з метою розширення знань здобувачів вищої освіти спеціальності «Фармація» в сфері розвитку сімейної (страхової) фармації в Україні.
6. **Зауваження, пропозиції** – немає.

Відповідальний за впровадження:

В. о. завідувача кафедри технології ліків,
організації та економіки фармації
з фармакологією
ДЗ «Луганський державний
медичний університет» (м. Рубіжне),
к. фарм. н, доцент

Н. В. Кучеренко

ЗАТВЕРДЖУЮ

Декан фармацевтичного факультету
Київського медичного університету
канд. фарм. н., доц. Лозова В. О.
« 10 » лютого 2017 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** Типовий проект (положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах загальної практики сімейної медицини (розроблено на основі європейського досвіду).
- 2. Ким запропоновано:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика (04112, м. Київ, вул. Дорогожицька,9);), Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова (21018, м. Вінниця, вул. Пирогова,56).
- 3. Автори:** М. С. Пономаренко, Г. В. Загорій, А. В. Кабачна, С. В. Аугунас, Ю. М. Григорук, М.О. Говоруха, В.О. Борищук, Е.В. Шелкова, О.Г. Кабачний.
- 4. Джерело інформації:** Типовий проект (положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах загальної практики сімейної медицини (розроблено на основі європейського досвіду): методичні рекомендації. – К., 2016. – 13 с.
- 5. Ким і коли впроваджено:** Київським медичним університетом (УАНМ), лютий 2017 р.
- 6. Ефективність впровадження:** умови типового проекту (положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) схвалено співробітниками кафедри організації та економіки фармації та впроваджено у навчальний процес колективу.
- 7. Зауваження та пропозиції:** немає.

Відповідальний за впровадження: _____

Мухомар О.О.

(ПІБ, підпис, печатка)

ЗАСТ. РЕКТОРА
КАБІНЕТ П.А.



ЗАТВЕРДЖУЮ

Декан першого фармацевтичного факультету
Запорізького державного медичного
університету

к. фарм. н., доцент *О. А. Кремзер*

«08» травня 2017 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: *«Типовий проект (положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах загальної практики сімейної медицини (розроблено на основі європейського досвіду)».*

2. Ким запропоновано: Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (вул. Дорогожицька 9, м. Київ, 04112); Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, 21018).

3. Автори-розробники: Пономаренко М. С., Загорій Г. В., Кабачна А. В., Аугунас С. В., Григоруку Ю. М., Говоруха М. О., Боришук В. О., Шелкова Е. В., Кабачний О. Г.

4. Джерело інформації: Методичні рекомендації: *«Типовий проект (положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах загальної практики сімейної медицини (розроблено на основі європейського досвіду): методичні рекомендації».* – К., НМАПО. – 2016. – 13 с.

5. Ким і коли впроваджено: Запорізьким державним медичним університетом, кафедрою управління і економіки фармації, медичного і фармацевтичного правознавства (пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035), впроваджено в практичну діяльність з травня 2017 року.

6. Ефективність впровадження: умови типового проекту (положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) схвалено співробітниками кафедри організації та економіки фармації та впроваджено у навчальний процес колективу.

7. Зауваження та пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:

О. А. Кремзер

(ПІБ, підпис, печатка)



Підпис: *О. А. Кремзер*
ПІДТВЕРДЖУЮ
вч. відділу кадрів Запорізького
державного медичного університету
«08» травня 2017 р. Підпис: *О. А. Кремзер*

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Ректор

Вінницького національного медичного
університету ім. М. І. Пирогова

акад. НАМН України

проф. В.М.Мороз



« 07 » травня 2017р.

Акт впровадження

1. Найменування пропозиції для впровадження: *«Типовий проект (положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах загальної практики сімейної медицини (розроблено на основі європейського досвіду)».*

2. Ким запропоновано: Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шулика (вул. Дорогожицька 9, м. Київ, 04112); Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, 21018).

3. Автори: Пономаренко М. С, Загорій Г. В., Кабачна А. В., Аугунас С. В., Григорук Ю. М., Говоруха М. О., Боришук В. О., Шелкова Е. В., Кабачний О. Г.

4. Джерело інформації: Методичні рекомендації: *«Типовий проект (положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах загальної практики сімейної медицини (розроблено на основі європейського досвіду): методичні рекомендації».* - К., НМАПО. - 2016. - 13 с

5. Ким і коли впроваджено: Вінницьким національним медичним університетом ім. М. І. Пирогова, кафедрою фармації (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21000); впроваджено з травня 2017 року.

6. Ефективність впровадження: умови типового проекту (положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) схвалено співробітниками кафедри організації та економіки фармації та впроваджено у навчальний процес колективу.

7. Зауваження та пропозиції: немає.

Затверджено на засіданні кафедри фармації,
протокол №17 від 11.05.2017р.

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри фармації

Вінницького національного медичного
університету ім. М. І. Пирогова,

доцент

Кривов'яз О.В.

ЗАТВЕРДЖЕНО
 Начальник Української військово-медичної академії,
 доктор медичних наук, професор
 В.Л. САВИЦЬКИЙ
 «4» січня 2017 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

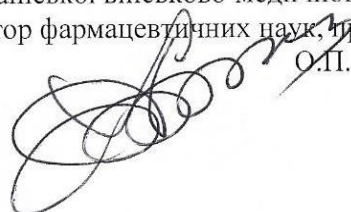
1. *Найменування пропозиції для впровадження:* Типовий проект (положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах загальної практики сімейної медицини (розроблено на основі європейського досвіду).
2. *Ким запропоновано:* Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (вул. Дорогожицька 9, м. Київ, 04112); Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, 21018).
Автори: Пономаренко М. С., Загорій Г. В., Кабачна А. В., Аугунас С. В., Григорук Ю. М., Говоруха М. О., Борищук В. О., Шелкова Е. В., Кабачний О. Г.
3. *Джерела інформації:* Методичні рекомендації: «Типовий проект (положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах загальної практики сімейної медицини (розроблено на основі європейського досвіду): методичні рекомендації». – К., НМАПО. – 2016. – 13 с.
4. *Рекомендовано впровадити* до використання в навчальному процесі кафедри військової фармації Української військово-медичної академії.
5. *Термін впровадження:* «4» січня 2017 року.
6. *Ефективність впровадження* відповідно до критеріїв, що викладені в джерелах інформації:

Показники	За даними	
	розробників	Установи, що затверджує
Умови типового проекту (положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) схвалено співробітниками кафедри організації та економіки фармації та впроваджено у навчальний процес колективу.		

7. *Зуваження, пропозиції.* немає.

«4» січня 2017 р.

Відповідальний за впровадження:
 Начальник кафедри військової фармації
 Української військово-медичної академії,
 доктор фармацевтичних наук, професор
 О.П. ШМАТЕНКО



ЗАТВЕРДЖУЮ

Декан фармацевтичного факультету №1
 Національного фармацевтичного університету
 д. фарм. н., професор  Л. І. Вишневська
 « 17 » травня 2017 р.

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ****1. Найменування пропозиції для впровадження:**

«Типовий проект (положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах загальної практики сімейної медицини (розроблено на основі європейського досвіду)».

2. Ким запропоновано:

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (вул. Дорогожицька 9, м. Київ, 04112); Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, 21018).

3. Автори:

Пономаренко М. С., Загорій Г. В., Кабачна А. В., Аугунас С. В., Григорук Ю. М., Говоруха М. О., Боришук В. О., Шелкова Е. В., Кабачний О. Г.

4. Джерело інформації:

Методичні рекомендації: *«Типовий проект (положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах загальної практики сімейної медицини (розроблено на основі європейського досвіду): методичні рекомендації».* – К., НМАПО. – 2016. – 13 с.

5. Ким і коли впроваджено:

Національним фармацевтичним університетом, фармацевтичним факультетом № 1 (вул. Пушкінська, 53, м. Харків); впроваджено в діяльність з травня 2017 року.

6. Ефективність впровадження:

Умови типового проекту (положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) схвалено співробітниками кафедри організації та економіки фармації та впроваджено у навчальний процес колективу.

7. Зауваження та пропозиції – немає.

Відповідальний за впровадження: _____



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з наукової роботи
 Національного медичного університету
 імені О.О. Богомольця
 професор  Т. М. Черенко
 « 28 »  2017 року



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції для впровадження:** «Типовий проект (положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах загальної практики сімейної медицини (розроблено на основі європейського досвіду)».
 2. **Установа, її адреса, виконавці:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (вул. Дорогожицька 9, м. Київ, 04112); Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, 21018), аспірант Аугунас С. В., здобувач Говоруха М. О.
 3. **Джерело інформації:** Пономаренко М. С. Типовий проект (положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах загальної практики сімейної медицини (розроблено на основі європейського досвіду): методичні рекомендації / М. С. Пономаренко, Г. В. Загорій, А. В. Кабачна, С. В. Аугунас, Ю. М. Григорук, М. О. Говоруха, В. О. Борищук, Е. В. Шелкова, О. Г. Кабачний. – К., НМАПО. – 2016. – 13 с.
 4. **Де впроваджено:** в науково-педагогічний процес кафедри організації та економіки фармації Національного медичного університету імені О. О. Богомольця.
 5. **Результат впровадження:** Умови типового проекту (положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) схвалено співробітниками кафедри організації та економіки фармації та впроваджено у навчальний процес колективу.
 6. **Термін впровадження:** постійно.
 7. **Зауваження та пропозиції:** не вносилися.
- Обговорено на засіданні кафедри організації та економіки фармації Національного медичного університету імені О. О. Богомольця протокол № 18 від 19.04.2017 року.

Відповідальні за впровадження:

В. о. завідувача кафедри організації та економіки фармації, к. фарм. н., доцент

Л. О. Гала

Професор кафедри організації та економіки фармації, д. фарм. н., професор

Д.С. Волох

Доцент кафедри організації та економіки фармації, к. фарм. н., доцент

В. В. Довжук

«ЗАТВЕРДЖУЮ»



Проректор з науково - педагогічної роботи
Одеського національного
медичного університету
проф. Бажора Ю.І.

20 17 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** *«Типовий проект (положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах загальної практики сімейної медицини (розроблено на основі європейського досвіду)».*
2. **Ким запропоновано:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (04112, м. Київ, вул. Дорогожицька,9); Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова (21018, м. Вінниця, вул. Пирогова,56).
3. **Автори:** М. С. Пономаренко, Г. В. Загорій, А. В. Кабачна, С. В. Аугунас, Ю. М. Григорук, М. О. Говоруха, В. О. Боришук, Е. В. Шелкова, О. Г. Кабачний.
4. **Джерело інформації:** Методичні рекомендації *«Типовий проект (положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах загальної практики сімейної медицини (розроблено на основі європейського досвіду): методичні рекомендації».* - К., НМАПО.- 2016. - 13 с.
5. **Ким і коли впроваджено:** Одеським національним медичним університетом, кафедрою організації та економіки фармації, 2017-2018 навчальний рік.
6. **Ефективність впровадження:** умови типового проекту (положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) схвалено співробітниками кафедри організації та економіки фармації та впроваджено у навчальний процес колективу.
7. **Зауваження та пропозиції:** немає.

Відповідальний за впровадження:

Завідуючий кафедри
організації та економіки фармації
Одеського національного медичного університету
д. фарм. н., доц. _____

Унгурян Л. М.



1. Найменування пропозиції для впровадження:

Типовий проект (положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах загальної практики сімейної медицини (розроблено на основі європейського досвіду).

2. Ким запропоновано, адреса, виконавці:

04112, м. Київ, Дорогожицька 9,
 Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика;
 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова 56,
 Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова.
 Автори-укладачі: Пономаренко М. С., Загорій Г. В., Кабачна А. В., Аугунас С. В.,
 Григорук Ю. М., Говоруха М. О., Борищук В. О., Шелкова Е. В., Кабачний О. Г.

3. Джерело інформації:

Типовий проект (положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах загальної практики сімейної медицини (розроблено на основі європейського досвіду). метод. рек. – К., НМАПО. – 2016. – 13 с.

4. Ким і коли апробовано:

04112, м. Київ, Дорогожицька, 9,
 кафедра організації і економіки фармації,
 Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
 Дата початку впровадження: 1 березня 2017 р.

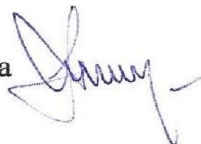
5. Ефективність впровадження:

Методичні рекомендації використовуються в освітньому процесі кафедри організації і економіки фармації з метою розширення знань інтернів, провізорів за спеціальності «Загальна фармація» в сфері розвитку сімейної фармації в Україні.

6. Зауваження та пропозиції: немає.

Відповідальна особа за впровадження:

Завідувач кафедри
 організації і економіки фармації
 Національної медичної академії
 післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
 д. фарм. н., професор



М. С. Пономаренко

ЗАТВЕРДЖУЮ

Нерушні _____ *зв. директора*

КП «Фармація» м. Київ

« 23 » _____ 2016 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Типове положення про розвиток сімейної (страхової) фармації в медикаментозному забезпеченні закладів загальної практики-сімейної медицини.
2. **Ким запропоновано:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика.
3. **Автори:** Пономаренко М. С., Загорій Г. В., Кабачна А. В., Аугунас С. В., Говоруха М. О., Боришук В. О., Шелкова Е. В., Кабачний О. Г.
4. **Джерело інформації:** Типове положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні (методичні рекомендації). – К., 2016. – 15 с.
5. **Рекомендовано впровадити:** в діяльність КП «Фармація» та в роботу підлеглих аптек.
6. **Термін впровадження:** постійно.
7. **Ефективність впровадження:** обґрунтовані пропозиції щодо розбудови моделі сімейної (страхової) фармації в тісній взаємодії з закладами загальної практики-сімейної медицини з метою організації якісного та безперервного медикаментозного забезпечення населення, що обслуговуються в них. Модель сімейної (страхової) фармації має чітко визначені функції відповідного періоду розвитку, які на етапах реформування диктуються часом, соціально-економічними та політичними змінами в суспільстві в цілому, створює нову якість взаємоутворюючих факторів, яка трансформуються з ноофармацевтичних та емерджентних позицій. Це модель, що базується на збереженні основних фундаментальних принципів ефективного функціонування й розвитку з деонтологічними, морально-етичними компонентами та корпоративної солідарності на користь пацієнта. Сприяння розширенню та збагаченню знань сучасних працівників аптечних установ і підвищення якості фармацевтичного обслуговування населення України.
8. **Зауваження та пропозиції:** зауважень не має.

Відповідальна особа
за впровадження: _____





ЗАТВЕРДЖУЮ

Генеральний директор
ТОВ «Рівнефармація»

В.В.Синяк

2016 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Типове положення про розвиток сімейної (страхової) фармації в медикаментозному забезпеченні закладів загальної практики-сімейної медицини.
2. **Ким запропоновано:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика.
3. **Автори:** Пономаренко М. С., Загорій Г. В., Кабачна А. В., Аугунас С. В., Говоруха М. О., Борищук В. О., Шелкова Е. В., Кабачний О. Г.
4. **Джерело інформації:** Типове положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні (методичні рекомендації). – К., 2016. – 15 с.
5. **Рекомендовано впровадити:** в діяльність товариства з додатковою відповідальністю «Рівнефармація» та в роботу підлеглих аптек.
6. **Термін впровадження:** постійно.
7. **Ефективність впровадження:** обґрунтовані пропозиції щодо розбудови моделі сімейної (страхової) фармації в тісній взаємодії з закладами загальної практики-сімейної медицини з метою організації якісного та безперервного медикаментозного забезпечення населення, що обслуговуються в них. Модель сімейної (страхової) фармації має чітко визначені функції відповідного періоду розвитку, які на етапах реформування диктуються часом, соціально-економічними та політичними змінами в суспільстві в цілому, створює нову якість взаємоутворюючих факторів, яка трансформуються з ноофармацевтичних та емерджентних позицій. Це модель, що базується на збереженні основних фундаментальних принципів ефективного функціонування й розвитку з деонтологічними, морально-етичними компонентами та корпоративної солідарності на користь пацієнта. Сприяння розширенню та збагаченню знань сучасних працівників аптечних установ і підвищення якості фармацевтичного обслуговування населення України.
8. **Зауваження та пропозиції:** зауважень не має.

Відповідальна особа

за впровадження:



(ПІБ, підпис, печатка)



ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор
ТОВ «Тетрамед»М. В. Саранчук
2016 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Типове положення про розвиток сімейної (страхової) фармації в медикаментозному забезпеченні закладів загальної практики-сімейної медицини.
2. **Ким запропоновано:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика.
3. **Автори:** Пономаренко М. С., Загорій Г. В., Кабачна А. В., Аугунас С. В., Говоруха М. О., Борищук В. О., Шелкова Е. В., Кабачний О. Г.
4. **Джерело інформації:** Типове положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні (методичні рекомендації). – К., 2016. – 15 с.
5. **Рекомендовано впровадити:** в діяльність товариства з обмеженою відповідальністю «Тетрамед» та в роботу підлеглих аптек.
6. **Термін впровадження:** постійно.
7. **Ефективність впровадження:** обґрунтовані пропозиції щодо розбудови моделі сімейної (страхової) фармації в тісній взаємодії з закладами загальної практики-сімейної медицини з метою організації якісного та безперервного медикаментозного забезпечення населення, що обслуговуються в них. Модель сімейної (страхової) фармації має чітко визначені функції відповідного періоду розвитку, які на етапах реформування диктуються часом, соціально-економічними та політичними змінами в суспільстві в цілому, створює нову якість взаємоутворюючих факторів, яка трансформуються з ноофармацевтичних та емерджентних позицій. Це модель, що базується на збереженні основних фундаментальних принципів ефективного функціонування й розвитку з деонтологічними, морально-етичними компонентами та корпоративної солідарності на користь пацієнта. Сприяння розширенню та збагаченню знань сучасних працівників аптечних установ і підвищення якості фармацевтичного обслуговування населення України.
8. **Зауваження та пропозиції:** зауважень не має.

Відповідальна особа
за впровадження:

(ПІБ, підпис, печатка)



ЗАТВЕРДЖУЮ

Генеральний директор
ТОВ «Рівнефармація»

В.В.Синяк

2016 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Типове положення про розвиток сімейної (страхової) фармації в медикаментозному забезпеченні закладів загальної практики-сімейної медицини.
2. **Ким запропоновано:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика.
3. **Автори:** Пономаренко М. С., Загорій Г. В., Кабачна А. В., Аугунас С. В., Говоруха М. О., Борищук В. О., Шелкова Е. В., Кабачний О. Г.
4. **Джерело інформації:** Типове положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні (методичні рекомендації). – К., 2016. – 15 с.
5. **Рекомендовано впровадити:** в діяльність товариства з додатковою відповідальністю «Рівнефармація» та в роботу підлеглих аптек.
6. **Термін впровадження:** постійно.
7. **Ефективність впровадження:** обґрунтовані пропозиції щодо розбудови моделі сімейної (страхової) фармації в тісній взаємодії з закладами загальної практики-сімейної медицини з метою організації якісного та безперервного медикаментозного забезпечення населення, що обслуговуються в них. Модель сімейної (страхової) фармації має чітко визначені функції відповідного періоду розвитку, які на етапах реформування диктуються часом, соціально-економічними та політичними змінами в суспільстві в цілому, створює нову якість взаємоутворюючих факторів, яка трансформуються з ноофармацевтичних та емерджентних позицій. Це модель, що базується на збереженні основних фундаментальних принципів ефективного функціонування й розвитку з деонтологічними, морально-етичними компонентами та корпоративної солідарності на користь пацієнта. Сприяння розширенню та збагаченню знань сучасних працівників аптечних установ і підвищення якості фармацевтичного обслуговування населення України.
8. **Зауваження та пропозиції:** зауважень не має.

Відповідальна особа
за впровадження:

(ПІБ, підпис, печатка)

ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор
ТОВ «Фармако»

О. В. Новіков

« 16 » 11 2016 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Типове положення про розвиток сімейної (страхової) фармації в медикаментозному забезпеченні закладів загальної практики-сімейної медицини.
2. **Ким запропоновано:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика.
3. **Автори:** Пономаренко М. С., Загорій Г. В., Кабачна А. В., Аугунас С. В., Говоруха М. О., Борищук В. О., Шелкова Е. В., Кабачний О. Г.
4. **Джерело інформації:** Типове положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні (методичні рекомендації). – К., 2016. – 15 с.
5. **Рекомендовано впровадити:** в діяльність товариства з обмеженою відповідальністю «Фармако» та в роботу підлеглих аптек.
6. **Термін впровадження:** постійно.
7. **Ефективність впровадження:** обґрунтовані пропозиції щодо розбудови моделі сімейної (страхової) фармації в тісній взаємодії з закладами загальної практики-сімейної медицини з метою організації якісного та безперервного медикаментозного забезпечення населення, що обслуговуються в них. Модель сімейної (страхової) фармації має чітко визначені функції відповідного періоду розвитку, які на етапах реформування диктуються часом, соціально-економічними та політичними змінами в суспільстві в цілому, створює нову якість взаємоутворюючих факторів, яка трансформуються з ноофармацевтичних та емерджентних позицій. Це модель, що базується на збереженні основних фундаментальних принципів ефективного функціонування й розвитку з деонтологічними, морально-етичними компонентами та корпоративної солідарності на користь пацієнта. Сприяння розширенню та збагаченню знань сучасних працівників аптечних установ і підвищення якості фармацевтичного обслуговування населення України.
8. **Зауваження та пропозиції:** зауважень не має.

Відповідальна особа
за впровадження:


(ПІБ, підпис, печатка)



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Перший проректор з науково-педагогічної
роботи ДЗ «Луганський державний
медичний університет» (м. Рубіжне)
професор Смірнов С. М.

« 15 »

2017 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:**
Типове положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні.
2. **Ким запропоновано, адреса, виконавці:**
04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика
21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56
Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова
Автори-укладачі: М.С. Пономаренко, Г.В. Загорій, А.В. Кабачна, С.В. Аугунас, М.О. Говоруха, В.О. Борищук, Е.В. Шелкова, О.Г. Кабачний.
3. **Джерела інформації:**
 - Типове положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні: методичні рекомендації.
4. **Де і коли апробовано:**
93012, м. Рубіжне, Луганська область, вул. Будівельників, 32
Кафедрою технології ліків, організації та економіки фармації з фармакологією ДЗ «Луганський державний медичний університет»
Дата початку впровадження « 01 » березня 2017 р.
5. **Ефективність впровадження:**
Методичні рекомендації використовуються в освітньому процесі кафедри технології ліків, організації та економіки фармації з фармакологією з метою розширення знань здобувачів вищої освіти спеціальності «Фармація» в сфері розвитку сімейної (страхової) фармації в Україні.
6. **Зауваження, пропозиції** – немає.

Відповідальний за впровадження:

В. о. завідувача кафедри технології ліків,
організації та економіки фармації
з фармакологією
ДЗ «Луганський державний
медичний університет» (м. Рубіжне),
к. фарм. н, доцент

Н. В. Кучеренко

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Ректор

Вінницького національного медичного
університету ім. М. І. Пирогова
акад. НАМН України

проф. В.М.Мороз.



2017р.

Акт впровадження

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** *«Типове положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні».*
- 2. Ким запропоновано:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (вул. Дорогожицька 9, м. Київ, 04112); Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, 21018).
- 3. Автори:** Пономаренко М. С, Загорій Г. В., Кабачна А. В., Аугунас С. В., Говоруха М. О., Борищук В. О., Шелкова Е. В., Кабачний О. Г.
- 4. Джерело інформації:** Методичні рекомендації: *«Типове положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні: методичні рекомендації»* - К., НМАПО. - 2016.-15 с
- 5. Ким і коли впроваджено:** Вінницьким національним медичним університетом ім. М. І. Пирогова, кафедрою фармації (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21000); впроваджено з травня 2017 року.
- 6. Ефективність впровадження:** ефективність полягає у тому, що типові положення на нововведені суб'єкти діяльності та посади унормовують їх роботу та продуктивність.
- 7. Зауваження та пропозиції:** немає.

Затверджено на засіданні кафедри фармації,
протокол №17 від 11.05.2017р.

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри фармації
Вінницького національного медичного
університету ім. М. І. Пирогова,
доцент

Кривов'яз О.В.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Декан першого фармацевтичного факультету
Запорізького державного медичного
університету
к. фарм. н., доцент *О. А. Кремзер*
« 08 » травня 2017 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: *«Типове положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні».*

2. Ким запропоновано: Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (вул. Дорогожицька 9, м. Київ, 04112); Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, 21018).

3. Автори-розробники: Пономаренко М. С., Загорій Г. В., Кабачна А. В., Аугунас С. В., Говоруха М. О., Борищук В. О., Шелкова Е. В., Кабачний О. Г.

4. Джерело інформації: Методичні рекомендації: *«Типове положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні: методичні рекомендації»* – К., НМАПО. – 2016. – 15 с.

5. Ким і коли впроваджено: Запорізьким державним медичним університетом, кафедрою управління і економіки фармації, медичного і фармацевтичного правознавства (пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035), впроваджено в практичну діяльність з травня 2017 року.

6. Ефективність впровадження: ефективність полягає у тому, що типові положення на нововведені суб'єкти діяльності та посади унормовують їх роботу та продуктивність.

7. Зауваження та пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:

проф. Кривий С.Г.
(ПБ, підпис, печатка)



Власноручний підпис *Кривий С.Г.*
ПІДТВЕРДЖУЮ
Нач. відділу кадрів Запорізького
державного медичного університету
« ____ » ____ 20 ____ р. Підпис *С.Г.*

ЗАТВЕРДЖУЮ
 Начальник Української військово-медичної академії,
 доктор медичних наук, професор

В.Л. САВИЦЬКИЙ
 2017 року



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

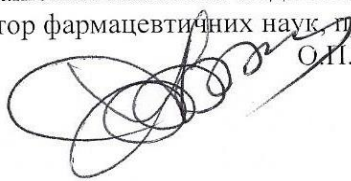
1. *Найменування пропозиції для впровадження:* Типове положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні.
2. *Ким запропоновано:* Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (вул. Дорогожицька 9, м. Київ, 04112); Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, 21018).
Автори: Пономаренко М. С., Загорій Г. В., Кабачна А. В., Аугунас С. В., Говоруха М. О., Борищук В. О., Шелкова Е. В., Кабачний О. Г.
3. *Джерела інформації:* Методичні рекомендації: «Типове положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні» – К., НМАПО. – 2016. – 15 с.
4. *Рекомендовано впровадити* до використання в навчальному процесі кафедри військової фармації Української військово-медичної академії.
5. *Термін впровадження:* «Ч» сіме 2017 року.
6. *Ефективність впровадження* відповідно до критеріїв, що викладені в джерелах інформації:

Показники	За даними	
	розробників	Установи, що затверджує
Ефективність полягає у тому, що типові положення на нововведені суб'єкти діяльності та посади унормовують їх роботу та продуктивність.		

7. *Зауваження, пропозиції.* немає.

«Ч» сіме 2017 р.

Відповідальний за впровадження:
 Начальник кафедри військової фармації
 Української військово-медичної академії,
 доктор фармацевтичних наук, професор
 О.І. ШМАТЕНКО



ЗАТВЕРДЖУЮ

Декан фармацевтичного факультету №1
 Національного фармацевтичного університету
 д. фарм. н., професор Л. І. Вишнеvsька
 « 17 » травня 2017 р.

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ****1. Найменування пропозиції для впровадження:**

«Типове положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні».

2. Ким запропоновано:

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (вул. Дорогожицька 9, м. Київ, 04112); Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, 21018).

3. Автори:

Пономаренко М. С., Загорій Г. В., Кабачна А. В., Аугунас С. В., Говоруха М. О., Борищук В. О., Шелкова Е. В., Кабачний О. Г.

4. Джерело інформації:

Методичні рекомендації: *«Типове положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні: методичні рекомендації»* – К., НМАПО. – 2016. – 15 с.

5. Ким і коли впроваджено:

Національним фармацевтичним університетом, фармацевтичним факультетом № 1 (вул. Пушкінська, 53, м. Харків); впроваджено в діяльність з травня 2017 року

6. Ефективність впровадження:

Ефективність полягає у тому, що типові положення на нововведені суб'єкти діяльності та посади унормовують їх роботу та продуктивність.

7. Зауваження та пропозиції – немає.

Відповідальний за впровадження: _____



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з наукової роботи
Національного медичного університету
імені О.О. Богомольця

професор  Т. М. Черенько

« 28  2017 року



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва пропозиції для впровадження: «Типове положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні».

2. Установа, її адреса, виконавці: Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (вул. Дорогожицька 9, м. Київ, 04112); Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, 21018), аспірант Аугунас С. В., здобувач Говоруха М. О.

3. Джерело інформації: Пономаренко М. С. Типове положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні / М. С. Пономаренко, Г. В. Загорій, А. В. Кабачна, С. В. Аугунас, М. О. Говоруха, В. О. Борищук, Е. В. Шелкова, О. Г. Кабачний. – К., НМАПО. – 2016. – 15 с.

4. Де впроваджено: в науково-педагогічний процес кафедри організації та економіки фармації Національного медичного університету імені О. О. Богомольця.

5. Результат впровадження: ефективність полягає у тому, що типові положення на нововведені суб'єкти діяльності та посади унормовують їх роботу та продуктивність.

6. Термін впровадження: постійно.

7. Зауваження та пропозиції: не вносилися.

Обговорено на засіданні кафедри організації та економіки фармації Національного медичного університету імені О. О. Богомольця протокол № 18 від 19.04.2017 року.

Відповідальні за впровадження:

В. о. завідувача кафедри організації та економіки фармації, к. фарм. н., доцент



Л. О. Гала

Професор кафедри організації та економіки фармації, д. фарм. н., професор



Д.С. Волох

Доцент кафедри організації та економіки фармації, к. фарм. н., доцент



В. В. Довжук

«ЗАТВЕРДЖУЮ»



Проректор з науково - педагогічної роботи
Одеського національного
медичного університету
проф. Бажора Ю.І.

Ю.І. Бажора

20 17 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** *«Типове положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні».*
2. **Ким запропоновано:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9), Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова (21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56).
3. **Автори:** Пономаренко М. С., Загорій Г. В., Кабачна А. В., Аугунас С. В., Говоруха М. О., Борищук В. О., Шелкова Е. В., Кабачний О. Г.
4. **Джерело інформації:** Методичні рекомендації: «Типове положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні: методичні рекомендації». - К., НМАПО.- 2016. - 15 с.
8. **Ким і коли впроваджено:** Одеським національним медичним університетом, кафедрою організації та економіки фармації, 2017-2018 навчальний рік.
5. **Ефективність впровадження:** ефективність полягає у тому, що типові положення на нововведені суб'єкти діяльності та посади унормовують їх роботу та продуктивність.
6. **Зауваження та пропозиції:** немає.

Відповідальний за впровадження:

Завідуючий кафедри
організації та економіки фармації
Одеського національного медичного університету
д. фарм. н., доц. _____

Л. М. Унгурян

Унгурян Л. М.



1. Найменування пропозиції для впровадження:

Типове положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні.

2. Ким запропоновано, адреса, виконавці:

04112, м. Київ, Дорогожицька 9,

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика;

21018, м. Вінниця, вул. Пирогова 56,

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова.

Автори-укладачі: Пономаренко М. С., Загорій Г. В., Кабачна А. В., Аугунас С. В.,
 Говоруха М. О., Борищук В. О., Шелкова Е. В., Кабачний О. Г.

3. Джерело інформації:

- Типове положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні: методичні рекомендації. метод. рек. – К., НМАПО. – 2016. – 15 с.

4. Ким і коли апробовано:

04112, м. Київ, Дорогожицька, 9,

кафедра організації і економіки фармації,

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Дата початку впровадження: 1 березня 2017 р.

5. Ефективність впровадження:

Методичні рекомендації використовуються в освітньому процесі кафедри організації і економіки фармації з метою розширення знань інтернів, провізорів за спеціальності «Загальна фармація» в сфері розвитку сімейної фармації в Україні.

6. Зауваження та пропозиції: немає.

Відповідальна особа за впровадження:

Завідувач кафедри
 організації і економіки фармації
 Національної медичної академії
 післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
 д. фарм. н., професор

М. С. Пономаренко

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор ТОВ «Техмедсервіс – ТМС»

(назва установи, в якій проведено впровадження)

О.О. Похальчук

О.О. Похальчук

(П.І.Б. керівника установи, в якій проведено впровадження)



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Типове положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні.
2. **Ким запропоновано:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9); Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56).
3. **Автори:** М.С. Пономаренко, Г.В. Загорій, А.В. Кабачна, С.В. Аугунас, М.О. Говоруха, В.О. Борищук, Е.В. Шелкова, О.Г. Кабачний
4. **Джерело інформації:** Типове положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні: методичні рекомендації. – К., 2016. – 18 с.
5. **Ким і коли впроваджено:** ТОВ «Техмедсервіс - ТМС», 2016 р.
6. **Ефективність впровадження:** сприяє розвитку моделі сімейної (страхової) фармації в Україні. Є одним із перших нормативно-проектних положень розвитку сімейної фармації, яке упорядковується й поєднується з основними принципами страхової фармації та медицини.
7. **Зауваження та пропозиції:** не має. Рекомендується продовжити роботу у цьому напрямку.

Відповідальна за впровадження:

Заступник директора

ТОВ «Техмедсервіс - ТМС»

Жлобницька Ю.А.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор Інституту післядипломної освіти
НМУ імені О.О. Богомольця

Кучин Ю. Д.

« 08 » _____ 12 _____ 2016 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: типове положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні.

2. Ким запропоновано: Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика.

3. Автори: Пономаренко М. С., Загорій Г. В., Кабачна А.В., Аугунас С.В., Говоруха М. О., Борищук В. О., Шелкова Е. В., Кабачний О. Г.

3. Джерело інформації: Типове положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні: методичні рекомендації. – К., 2016. – 18 с.

4. Ким і коли впроваджено: Інститут післядипломної освіти НМУ імені О. О. Богомольця, грудень 2016 р.

5. Ефективність впровадження: типове положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні обговорено співробітниками інституту та впроваджено у навчальній процес кафедр Інституту.

6. Зауваження та пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:

Заступник директора Лисенко О. Ю.

« 08 » _____ 12 _____ 2016 р.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»



Проректор з наукової роботи

ВНМУ ім. М.І. Пирогова

проф.

О.В. Власенко О.В. Власенко

Маша 2016 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Розробка Примірного переліку лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах амбулаторій загальної практики – сімейної медицини.

2. **Ким запропоновано:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9).

3. **Автори:** М.С. Пономаренко, Л.Ф. Матюха, А.В. Кабачна, С.В. Аугунас, Н.В. Малютіна

4. **Джерело інформації:** Розробка Примірного переліку лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах амбулаторій загальної практики – сімейної медицини (методичні рекомендації). – К. НМАПО, 2016. – 46 с.

5. **Ким і коли впроваджено:** Кафедрою соціальної медицини та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, 2016 р.

6. **Ефективність впровадження:** сприяє наданню невідкладної медичної допомоги в умовах амбулаторій загальної практики - сімейної медицини, у відповідності до уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, що мають найкращі терапевтичні характеристики у відповідності з основними принципами формулярної системи.

7. **Зауваження та пропозиції:** не має.

8. *Протокол № від 1.11.2016р.*
Відповідальні за впровадження:

Завідувач кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я, д.м.н., професор

Очередько О.М.

Завуч кафедри соціальної медицини

та організації охорони здоров'я, д.м.н., професор

Крекотень О.М.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор ТОВ «Техмедсервіс – ТМС»
 (назва установи, в якій проведено впровадження)

О.О. Похальчук
 (П.І.Б. керівника установи, в якій проведено впровадження)

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Типовий проект (Положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах сімейної медицини (розроблено на основі європейського досвіду).
2. **Ким запропоновано:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9); Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56).
3. **Автори:** М.С. Пономаренко, Г.В. Загорій, А.В. Кабачна, С.В. Аугунас, Ю.М. Григорук, М.О. Говоруха, В.О. Борищук, Е.В. Шелкова, О.Г. Кабачний
4. **Джерело інформації:** Типовий проект (Положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах сімейної медицини (розроблено на основі європейського досвіду). – К., 2016. – 13 с.
5. **Ким і коли впроваджено:** ТОВ «Техмедсервіс - ТМС», 2016 р.
6. **Ефективність впровадження:** сприяє організації якісного, безперервного, економічно та фізично доступного медикаментозного забезпечення для населення, яке обслуговується закладами загальної практики – сімейної медицини та роботі в команді між провізором-консультантом сімейної фармації та лікарем загальної практики – сімейної медицини.
7. **Зауваження та пропозиції:** не має. Рекомендується продовжити роботу у цьому напрямку.

Відповідальна за впровадження:
 Заступник директора
 ТОВ «Техмедсервіс - ТМС»


 Жлобницька Ю.А.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор Інституту післядипломної освіти
НМУ імені О.О. Богомольця

Кучин Ю. Л.

« 08 » _____ 2016 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: типовий проект (положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах загальної практики-сімейної медицини (розроблено на основі європейського досвіду).

2. Ким запропоновано: Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика.

3. Автори: Пономаренко М. С., Загорій Г. В., Кабачна А.В., Аугунас С.В., Григоруک Ю.М., Говоруха М. О., Борищук В. О., Шелкова Е. В., Кабачний О. Г.

4. Джерело інформації: Типовий проект (положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах загальної практики-сімейної медицини (розроблено на основі європейського досвіду) : методичні рекомендації. – К., 2016. – 13 с.

5. Ким і коли впроваджено: Інститут післядипломної освіти НМУ імені О. О. Богомольця, грудень 2016 р.

6. Ефективність впровадження: типовий проект (положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації), обговорено співробітниками інституту та впроваджено у навчальній процес кафедр Інституту.

7. Зауваження та пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:

Заступник директора Лисенко О. Ю.

« 08 » _____ 12 _____ 2016 р.


«ЗАТВЕРДЖУЮ»



Проректор з наукової роботи

ВНМУ ім. М.І. Пирогова

проф.

 О.В. Власенко

 2016 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Розробка Примірного переліку лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах амбулаторій загальної практики – сімейної медицини.

2. **Ким запропоновано:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9).

3. **Автори:** М.С. Пономаренко, Л.Ф. Матюха, А.В. Кабачна, С.В. Аугунас, Н.В. Малютіна

4. **Джерело інформації:** Розробка Примірного переліку лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги в умовах амбулаторій загальної практики – сімейної медицини (методичні рекомендації). – К. НМАПО, 2016. – 46 с.

5. **Ким і коли впроваджено:** Кафедрою соціальної медицини та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, 2016 р.

6. **Ефективність впровадження:** сприяє наданню невідкладної медичної допомоги в умовах амбулаторій загальної практики - сімейної медицини, у відповідності до уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, що мають найкращі терапевтичні характеристики у відповідності з основними принципами формулярної системи.

7. **Зауваження та пропозиції:** не має.

8. *Протокол № від 1.11.2016р.*

Відповідальні за впровадження:

Завідувач кафедри соціальної медицини

та організації охорони здоров'я, д.м.н., професор



Очередько О.М.

Завуч кафедри соціальної медицини

та організації охорони здоров'я, д.м.н., професор



Крекотень О.М.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Генеральний директор ПрАТ
"Фармацевтична фірма "Дарниця"
С.В.Діденко
« 10 » листопада 2016 р.

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Типове положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні.
2. **Ким запропоновано:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика (04112, м. Київ, вул. Дорогожицька,9), Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова (21018, м. Вінниця, вул.. Пирогова,56).
3. **Автори:** М. С. Пономаренко, Г. В. Загорій, А. В. Кабачна, С. В. Аугунас, М.О.Говоруха, В.О.Борищук, Е.В.Шелкова, О.Г.Кабачний
4. **Джерело інформації:** Типове положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні: методичні рекомендації.
5. **Ким і коли впроваджено:** ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", грудень 2016 р.
6. **Ефективність впровадження:** ефективність інноваційних процесів реформування фармацевтичної галузі залежить від нормоупорядкування діяльності.
7. **Зауваження та пропозиції:** бажано і у подальшому удосконалювати таку діяльність. На «ФФ Дарниця» існує співставна аптека і Положення буде надзвичайно важливим.

Відповідальний за впровадження:

Начальник ВУЯ

ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця»

Ніколіна Т.В.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Генеральний директор ПрАТ
"Фармацевтична фірма "Дарниця"
С.В. Діденко
« 10 » листопада 2016 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** типовий проект (положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах загальної практики сімейної медицини (розроблено на основі європейського досвіду).
- 2. Ким запропоновано:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика (04112, м. Київ, вул. Дорогожицька,9)
- 3. Автори:** М. С. Пономаренко, Г. В. Загорій, А. В. Кабачна, С. В. Аугунас, Ю. М. Григорук, М.О.Говоруха, В.О.Борищук, Е.В.Шелкова, О.Г.Кабачний
- 4. Джерело інформації:** Типовий проект (положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах загальної практики сімейної медицини (розроблено на основі європейського досвіду): методичні рекомендації.
- 5. Ким і коли впроваджено:** ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", грудень 2016 р.
- 6. Ефективність впровадження:** типовий проект (положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) обговорено персоналом ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця» та впроваджено в практику фірмової аптеки для обслуговування індивідуальних пацієнтів ПрАТ «Дарниця».
- 7. Зауваження та пропозиції:** Маємо сподівання, що така ідея буде підтримана й іншими суб'єктами діяльності по наданню беззворотньої гуманітарної допомоги відповідних організацій.

Відповідальний за впровадження:

Начальник ВУЯ

Ніколіна Т.В.

ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Проректор з наукової роботи
Львівського національного
медичного університету
імені Данила Галицького
проф. М. Хобзей



2017 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва пропозиції для впровадження: *принципи організації аптеки сімейної фармації при закладі загальної практики - сімейної медицини.*
2. Установа-розробник, адреса, п.і.б. авторів: *Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика (04112, м. Київ, вул. Дорогожицька,9); Пономаренко М. С., Загорій Г. В., Кабачна А. В., Аугунас С. В., Григоруک Ю. М., Говоруха М.О., Борищук В.О., Шелкова Е.В., Кабачний О.Г.*
3. Джерело інформації (назва, рік видання вихідні дані тощо): *Типовий проект (положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах загальної практики - сімейної медицини (розроблено на основі європейського досвіду): методичні рекомендації. – К., 2016. – 13 с.*
4. Ким впроваджено: *кафедра організації та економіки фармації Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.*
5. Коли впроваджено: *13 січня 2017 року, протокол № 6.*
6. Ефективність впровадження: *представлений в рекомендаціях положення про організацію аптеки сімейної фармації при закладі загальної практики сімейної медицини використано у формуванні інформаційного потоку науково-освітнього процесу кафедри.*
7. Зауваження, пропозиції: *немає*

Відповідальний за впровадження
зав каф. ОЕФ, проф. Б. Громовик

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з наукової роботи

Львівського національного
медичного університету
імені Данила Галицького

проф. М. Хобзей



2017 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва пропозиції для впровадження: *Типове положення про розвиток моделі сімейної фармації в Україні.*
2. Установа-розробник, адреса, п.і.б. авторів: *Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика (04112, м. Київ, вул. Дорогожичська,9), Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова (21018, м. Вінниця, вул. Пирогова,56); Пономаренко М. С., Загорій Г. В., Кабачна А. В., Аугунас С. В., Говоруха М.О, Борищук В.О., Шелкова Е.В., Кабачний О.Г.*
3. Джерело інформації (назва, рік видання вихідні дані тощо): *Типове положення про розвиток моделі сімейної (страхової) фармації в Україні: методичні рекомендації. – К.: Медичний департамент МОЗ України, 2016 р. – 17 с.*
4. Ким впроваджено: *кафедра організації та економіки фармації Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.*
5. Коли впроваджено: *13 січня 2017 року, протокол № 6.*
6. Ефективність впровадження: *представлене в рекомендаціях нормативно-проектне положення використане при формуванні інформаційного потоку науково-освітнього процесу кафедри.*
7. Зауваження, пропозиції: *немає*

Відповідальний за впровадження
зав каф. ОЕФ, проф. Б. Громовик

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з наукової роботи

Львівського національного

медичного університету

імені Данила Галицького

проф. М. Хобзей



2017 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва пропозиції для впровадження: *принципи організації аптеки сімейної фармації при закладі загальної практики - сімейної медицини.*
2. Установа-розробник, адреса, п.і.б. авторів: *Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика (04112, м. Київ, вул. Дорогожицька,9); Пономаренко М. С., Загорій Г. В., Кабачна А. В., Аугунас С. В., Григоруk Ю. М., Говоруха М.О., Борищук В.О., Шелкова Е.В., Кабачний О.Г.*
3. Джерело інформації (назва, рік видання вихідні дані тощо): *Типовий проект (положення) про організацію спеціалізованих аптек (аптек сімейної фармації) при закладах загальної практики - сімейної медицини (розроблено на основі європейського досвіду): методичні рекомендації. – К., 2016. – 13 с.*
4. Ким впроваджено: *кафедра організації та економіки фармації Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.*
5. Коли впроваджено: *13 січня 2017 року, протокол № 6.*
6. Ефективність впровадження: *представлений в рекомендаціях положення про організацію аптеки сімейної фармації при закладі загальної практики сімейної медицини використано у формуванні інформаційного потоку науково-освітнього процесу кафедри.*
7. Зауваження, пропозиції: *немає*

Відповідальний за впровадження
зав каф. ОЕФ, проф. Б. Громовик

ЗАТВЕРДЖУЮ

Декан першого фармацевтичного факультету
Запорізького державного медичного
університету

к. фарм. н., доцент *О. А. Кремзер*
« 08 » травня 2017 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: Метод анкетування лікаря та фармацевтичного працівника в умовах амбулаторій ЗП-СМ щодо оцінки якості медикаментозного забезпечення медичних закладів та взаємодії лікаря і фармацевтичного працівника в управлінні медикаментозною терапією пацієнта.

2. Ким запропоновано: Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (вул. Дорогожицька 9, м. Київ, 04112).

3. Автори-розробники: Пономаренко М. С., Коханов І. В., Аугунас С. В.

4. Джерело інформації: «Анкета для та фармацевтичного працівника щодо оцінки якості медикаментозного забезпечення медичних закладів та взаємодії лікаря і фармацевтичного працівника в управлінні медикаментозною терапією пацієнта».

5. Ким і коли впроваджено: Запорізьким державним медичним університетом, кафедрою управління і економіки фармації, медичного і фармацевтичного правознавства (пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035), впроваджено в практичну діяльність з травня 2017 року.

6. Ефективність впровадження: Дана анкета є важливим опитування щодо оцінки якості медикаментозного забезпечення медичних закладів та взаємодії лікаря і фармацевтичного працівника в управлінні медикаментозною терапією пацієнта для подальшого впровадження інтегрованої моделі сімейної (страхової) фармації в амбулаторії ЗП-СМ та особливості та труднощі в наданні в медичних закладах фармацевтичних послуг амбулаторним пацієнтам.

7. Зауваження та пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:



(ПІБ, підпис, печатка)

Власноручний підпис *Кремзер О.А.*
ПІДТВЕРДЖУЮ
Нач. відділу кадрів Запорізького
державного медичного університету
« ____ » ____ 20 ____ р. Підпис *АВ*

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Тетяна Шевченко
 (посада, назва закладу)
 « 12 » 05 2017 р.

Акт впровадження

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** *Метод анкетування лікаря та фармацевтичного працівника в умовах амбулаторії ЗП-СМ щодо оцінки якості медикаментозного забезпечення медичних закладів та взаємодії лікаря і фармацевтичного працівника в управлінні медикаментозною терапією пацієнта.*
2. **Ким запропоновано:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (вул. Дорогожицька 9, м. Київ, 04112).
3. **Автори:** Пономаренко М. С., Коханов І. В., Аугунас С. В.
4. **Джерело інформації:** *«Анкета для та фармацевтичного працівника щодо оцінки якості медикаментозного забезпечення медичних закладів та взаємодії лікаря і фармацевтичного працівника в управлінні медикаментозною терапією пацієнта».*
5. **Ким і коли впроваджено:** Вінницьким національним медичним університетом ім. М. І. Пирогова, кафедрою фармації (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21000); впроваджено з травня 2017 року.
6. **Ефективність впровадження:** Дана анкета є важливим опитування щодо оцінки якості медикаментозного забезпечення медичних закладів та взаємодії лікаря і фармацевтичного працівника в управлінні медикаментозною терапією пацієнта для подальшого впровадження інтегрованої моделі сімейної (страхової) фармації в амбулаторії ЗП-СМ та особливості та труднощі в наданні в медичних закладах фармацевтичних послуг амбулаторним пацієнтам.
7. **Зауваження та пропозиції:** немає.

Відповідальний за впровадження: _____

(ПІБ, підпис, печатка)

ЗАТВЕРДЖЕНО
 Начальник Української військово-медичної академії
 доктор медичних наук, професор
 В.Л. САВИЦЬКИЙ
 « 4 » листопада 2017 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. *Найменування пропозиції для впровадження:* Метод анкетування лікаря та фармацевтичного працівника в умовах амбулаторій ЗП-СМ щодо оцінки якості медикаментозного забезпечення медичних закладів та взаємодії лікаря і фармацевтичного працівника в управлінні медикаментозною терапією пацієнта.
2. *Ким запропоновано:* Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (вул. Дорогожицька 9, м. Київ, 04112).
Автори: Пономаренко М. С., Коханов І. В., Аугунас С. В.
3. *Джерела інформації:* Анкета для та фармацевтичного працівника щодо оцінки якості медикаментозного забезпечення медичних закладів та взаємодії лікаря і фармацевтичного працівника в управлінні медикаментозною терапією пацієнта.
4. *Рекомендовано впровадити* до використання в навчальному процесі кафедри військової фармації Української військово-медичної академії.
5. *Термін впровадження:* « 4 » листопада 2017 року.
6. *Ефективність впровадження* відповідно до критеріїв, що викладені в джерелах інформації:

Показники	За даними	
	розробників	Установи, що затверджує
Дана анкета є важливим опитуванням щодо оцінки якості медикаментозного забезпечення медичних закладів та взаємодії лікаря і фармацевтичного працівника в управлінні медикаментозною терапією пацієнта для подальшого впровадження інтегрованої моделі сімейної (страхової) фармації в амбулаторії ЗП-СМ та особливості та труднощі в наданні в медичних закладах фармацевтичних послуг амбулаторним пацієнтам.		

7. *Зауваження, пропозиції.* немає.

« 4 » листопада 2017 р.

Відповідальний за впровадження:
 Начальник кафедри військової фармації
 Української військово-медичної академії,
 доктор фармацевтичних наук, професор
 О.П. ШМАТЕНКО

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з науково - педагогічної роботи



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** *Метод анкетування лікаря та фармацевтичного працівника в умовах амбулаторій ЗП-СМ щодо оцінки якості медикаментозного забезпечення медичних закладів та взаємодії лікаря і фармацевтичного працівника в управлінні медикаментозною терапією пацієнта.*
2. **Ким запропоновано:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шулєва (04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9).
3. **Автори:** Пономаренко М. С., Коханов І.В., Аугунас С. В.
4. **Джерело інформації:** *«Анкета для фармацевтичного працівника щодо оцінки якості медикаментозного забезпечення медичних закладів та взаємодії лікаря і фармацевтичного працівника в управлінні медикаментозною терапією пацієнта».*
5. **Ким і коли впроваджено:** Одеським національним медичним університетом, кафедрою організації та економіки фармації, 2017-2018 навчальний рік.
6. **Ефективність впровадження:** Дана анкета є важливим опитуванням щодо оцінки якості медикаментозного забезпечення медичних закладів та взаємодії лікаря і фармацевтичного працівника в управлінні медикаментозною терапією пацієнта для подальшого впровадження інтегрованої моделі сімейної (страхової) фармації в амбулаторії ЗП-СМ та особливості та труднощі в наданні в медичних закладах фармацевтичних послуг амбулаторним пацієнтам.
7. **Зауваження та пропозиції:** немає.

Відповідальна особа за впровадження:

Завідуючий кафедри

організації та економіки фармації

Одеського національного медичного університету

д. фарм. н., доц. _____

Унгурян Л. М.