

Міністерство охорони здоров'я України
Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

КОРОЛЬОВ МАРАТ ВАЛЕНТИНОВИЧ

УДК 615.12:614.27:911.373.2(477.74)

ДИСЕРТАЦІЯ

**Комплексне оцінювання і шляхи підвищення якості
фармацевтичної допомоги нерівномірно розподіленому населенню
(на прикладі Одеської області)**

15.00.01 – технологія ліків, організація фармацевтичної справи
та судова фармація
22 – Охорона здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата фармацевтичних наук

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


_____ М. В. Корольов

Науковий керівник: Громовик Богдан Петрович, доктор фармацевтичних наук,
професор

Київ 2021

АНОТАЦІЯ

Корольов М. В. Комплексне оцінювання і шляхи підвищення якості фармацевтичної допомоги нерівномірно розподіленому населенню (на прикладі Одеської області). – 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. Національний університет охорони здоров'я імені України П.Л. Шупика, Київ, 2021.

Дисертаційна робота присвячена опрацюванню теоретико-методичних положень і практичних рекомендацій з оцінювання та шляхів вдосконалення якості надання фармацевтичної допомоги (ФД) населенню, нерівномірно розподіленому територією окремого регіону (на прикладі Одеської області).

Для цього визначено основний напрямок роботи та опрацьовано методіку дослідження, що складається з семи етапів, для кожного з яких для забезпечення системності були визначені завдання та методичний інструментарій.

Опрацьовано поняття «якість ФД» як сукупність дев'яти характеристик ФД, що показують її здатність задовольняти потреби пацієнтів з урахуванням положень належної аптечної практики та протоколів провізора (фармацевта), що відповідають сучасному рівню фармацевтичної науки. Характеристиками якості ФД визначено належний терапевтичний конкорданс, пацієнтоорієнтованість результатів, доступність як фізична та соціально-економічна, раціональність, ефективність, безпечність, своєчасність, відсутність (мінімізація) лікопов'язаних помилок і неперервність.

Здійснено структурування та визначено особливості взаємозв'язку у вигляді концептуальної моделі характеристик якості ФД, її терміноструктурних елементів та складових логістичного обслуговування пацієнта, важливість якої полягає передусім у тому, що вона уможлиблює наочну оцінку рівня ФД із позиції

багатоаспектності та дає можливість прийняти раціональні управлінські рішення щодо покращення якості ФД.

Визначено 15 основних чинників, які можуть впливати на доступність ФД в частині опіоїдних анальгетиків (ОА) для паліативних пацієнтів, і, як наслідок, до адекватного знеболення в Україні, та згруповані у п'ять основних груп: пов'язані з державною регуляторною політикою, організаційні, пов'язані з фахівцями паліативної допомоги (включаючи немедичні спеціальності), пов'язані з фізичною й економічною доступністю ОА, пов'язані з пацієнтом та членами його родини. Розглянуто найбільш вагомі проблеми доступності ФД в частині адекватного знеболення для паліативних пацієнтів України та розвиток за останні 20 років вітчизняного нормативного забезпечення порядку обігу ОА, в якому спостерігалися позитивні зміни, зокрема щодо виписування рецептів на ОА для паліативних пацієнтів: скасування максимальної норми відпуску ОА на один рецепт, скасування локального прикріплення аптеки до закладу охорони здоров'я.

З'ясовано різке зменшення частки аптек з ліцензією на наркотичні лікарські засоби, психотропні речовини та прекурсори (НПП) у період 2019-21 рр. з 2,0 до 0,68 % від їх загальної кількості, при цьому станом на 30.04.2021 р. на одну таку аптеку припадало 267 671 особа, що у 60-150 разів вище ніж в інших країнах. Показано, що дві області (Херсонська і Житомирська) характеризувалися відносно найкращим показником забезпеченості аптеками з ліцензією на обіг НПП, а у Волинській, Кіровоградській, Полтавській та Чернігівській областях жодна аптека не мала ліцензії на обіг НПП.

Означено, що Стратегія державної політики щодо наркотиків на період до 2020 р. в частині доступності ФД паліативним пацієнтам через аптеки та належного ціноутворення НПП не реалізована, що потребує подальшого її пролонгування.

Вивчення думки 499 фармацевтичних фахівців (ФФ), як надавачів фармацевтичних послуг, щодо організаційних особливостей ФД під час карантину, пов'язаному з панепідемією COVID-19, показало, що острах ФФ перед невідомим захворюванням посилювали у них тривожні очікування та

песимістичні настрої, позаяк з одного боку 50,5% респондентів так чи інакше погодилися з тим, що від коронавірусу COVID-19 помре багато людей, з іншого боку – для 78,2% опитаних спостерігалася різного рівня занепокоєність щодо можливого зараження небезпечним вірусом. 65,0 % респондентів вказало, що їх аптечні заклади (аптеки та аптечні пункти – АЗ) зменшили кількість осіб, яких допускали в приміщення одночасно, 20,9 % опитаних зазначило на встановленні в залі обслуговування захисного екрана, 12,7 % звернуло увагу на зміну планування залу обслуговування аптеки, незначна частина опитаних відмітила здійснення відпуску ліків через вікно нічної торгівлі, а також те, що в АЗ з початку карантину нічого не змінилося. 77,4% ФФ стикалися зі зростанням жорстокої та агресивної поведінки з боку пацієнтів, а 57,9% – з інцидентами між особами у черзі за межами аптеки. Під час карантину у 75,7% респондентів так чи інакше збільшилося фізичне навантаження, 74,9 % опитаних, у яких зросло фізичне навантаження, основною його причиною визначили особливості роботи з відвідувачами за соціального дистанціювання, 16,1% – зменшення персоналу АЗ та 8,2% – зростання тривалості робочого дня. Незначна частина ФФ вказала на перехід аптек на цілодобову роботу. Занепокоєність ФФ через коронавірус COVID-19, необхідність дотримання різних заходів безпеки, агресивна поведінка з боку відвідувачів, ріст фізичного навантаження є безперечними чинниками чималого впливу на психічне здоров'я ФФ – 53,5% респондентів під час роботи знаходилися під постійним психологічним тиском.

З'ясовано, що до адміністративно-територіальної реформи (станом на 30.04.2020 р.) в Одеській області ФД надавалася через 1484 АЗ у 26 районах, до складу яких входило 490 сільських, селищних і міських рад, а також в обласному центрі та трьох містах обласного підпорядкування. Встановлено суттєву територіальну диференціацію за щільністю населення і забезпеченістю АЗ, бо м. Одеса та м. Чорноморськ означені співвідношенням «висока забезпеченість АЗ – дуже велика щільність населення», а Тарутинський район та м. Теплодар були протилежні за щільністю населення (відповідно мала та дуже висока щільність), проте характеризувалися низькою забезпеченістю АЗ. Розподіл адміністративно-

територіальних одиниць Одеської області за співвідношенням «кількість АЗ на 10 тис. населення – кількість АЗ на 100 км²» показав, що найкраще співвідношення досліджуваних показників («висока кількість АЗ на 10 тис. населення – дуже велика кількість АЗ на 100 км²») притаманне м. Одеса. Для 9 або 30,0 % адміністративно-територіальних одиниць (Тарутинський, Ширяївський, Окнянський, Великомихайлівський, Савранський, Подільський, Захарівський, Балтський та Березівський райони) визначено незадовільне співвідношення показників «мала кількість АЗ на 10 тис. населення – мала кількість АЗ на 100 км²». Роздрібна торгівля лікарськими засобами (ЛЗ) через АЗ здійснювалася лише у 14,5 % населених пунктах з 1174. При цьому 82,0 % АЗ від загального їх числа знаходилися в адміністративних центрах, зокрема 53,6 % – в Одесі, тобто тільки 18,0 % АЗ функціонувало у НВНП, а в Подільському та Савранському районах АЗ були лише в районному центрі. У 12 (або 46,2%) з 26 районів понад 90 % населених пунктів були не залучені АЗ.

Показано, що після адміністративно-територіальної реформи (станом на 30.04.2021 р.) в Одеській області ФД надавалася через 1515 АЗ у 7 районах, засадничими утвореннями яких стала 91 об'єднаних територіальних громад (ОТГ). Визначено суттєву диференціацію новостворених районів за забезпеченістю АЗ й щільністю населення, зокрема, кластером-лідером був Одеський район, для якого були притаманні оптимальні значення у співвідношенні «щільність населення – забезпеченістю АЗ». По два райони характеризуються неадекватними значеннями у співвідношенні «щільність населення – забезпеченістю АЗ», а саме: кластер «мала щільність населення – середня забезпеченість АЗ» формував Березівський та Роздільнянський райони, а кластер «мала щільність населення – низька забезпеченість АЗ» – Болградський та Подільський райони. Найкраще співвідношення «кількість АЗ на 10 тис. населення – кількість АЗ на 100 км²» було притаманне Одеському району. 4 або 57,1 % районів (Болградський, Подільський, Березівський та Роздільнянський) утворили кластер, якому властива мала кількість АЗ на 100 км² за малої кількості АЗ на 10 тис. населення.

АЗ були розташовані у 15,6 % населених пунктів. В адміністративних центрах, включаючи центри ОТГ, було 89,9 % АЗ, зокрема в Одеській ОТГ було 54,3 % АЗ, тобто тільки 10,1 % АЗ функціонувало у НВНП. Не залученими АЗ були 84,4 % населених пунктів, зокрема у трьох районах (42,9 %) з семи таких населених пунктів було понад 90%. Це Березівський, Подільський і Роздільнянський райони. Результати детального аналізу надання ФД в межах ОТГ кожного району показав наявність значних розбіжностей, зокрема у 6 (або у 6,6 %) з 91 ОТГ не було жодного АЗ. Це Коноплянська, Старомаяківська і Чогодарівська ОТГ в Березівському районі, Павлівська в Болградському, Долинська і Куяльницька ОТГ в Подільському районах.

Шляхом вивчення 26 стратегій розвитку Одеської області та її ОТГ сільського спрямування з'ясовано, що питанню розвитку ФД жителям НВНП у досліджуваних документах приділялася незначна увага. Сформовано та обґрунтовано сукупність із 38 чинників, які мають чи можуть мати вплив на стан і перспективи ФД жителям НВНП. За результатами якісного SWOT-аналізу до переліків сильних і слабких сторін увійшли 3 та 12 чинників відповідно, до можливостей та загроз – 14 та 9 чинників відповідно.

Результати експертної оцінки за п'ятибальною системою, участь в якій взяли 46 практичних ФФ, показали, що серед сильних сторін найвищі бали отримала наявність потреби у повсякденній якісній ФД та лояльність споживачів до фармацевтичних послуг, серед слабких – висока частка незапрацевдатного населення та осіб похилого віку, низька купівельна спроможність жителів, а також відсутність бажання молоді проживати та працювати у НВНП, відтік працевдатного населення та кваліфікованих кадрів, серед можливостей зовнішнього середовища – Президентські програми «Доступ населення до швидкісного інтернету» (2019 р.) та «Нове село» (2021 р.), Постанова КМ України «Порядок реімбурсації лікарських засобів» від 17.03.2017 р. № 152 та Закон України від 14.11.2017 № 2206-VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості», серед загроз – відсутність дешевих фінансово-кредитних ресурсів для підприємництва, негативні

демографічні тенденції та кризові явища у вітчизняній економіці. Баланс кількісного SWOT-аналізу є негативним, що вказує на зневіру ФФ у можливість покращення ФД населенню, нерівномірно розподіленому територією Одеської області.

За допомогою перехресного аналізу виявлено порівняльні переваги, виклики та ризики перспектив розвитку ФД жителям НВНП. Результати перехресного аналізу у секторі «Порівняльні переваги», тобто впливу можливостей в напрямку підтримки сильних сторін, показує наявність значних резервів підвищення якості ФД жителям НВНП. Своєю чергою, результати перехресного аналізу в секторі «Виклики» засвідчують перспективність зменшення впливу слабких сторін внаслідок належного застосування наявних можливостей. Результати перехресного аналізу в секторі «Ризики» вказують на можливу високу синергічність слабких сторін і загроз.

Опрацьовано три можливі сценарії розвитку ФД жителям НВНП – песимістичний, реалістичний та оптимістичний. При цьому найбільш здійсненим є реалістичний сценарій розвитку ФД, сенс якого у використанні поєднання тих сильних сторін та можливостей, які найімовірніше можуть бути реалізовані, незалежно від можливої реакції з боку ризиків і викликів. Одним з напрямків реалізації цього сценарію є запровадження сучасних логістичних форм підвищення фізичної доступності пацієнта до ФД та телефармація.

З огляду на наявність різних поглядів, опрацьоване власне трактування поняття «телефармація» як самостійного науково-практичного напрямку фармації щодо віддаленого (дистанційного) надання якісної ФД за сприянням комплексу організаційних і фінансових заходів, інформаційно-телекомунікаційних технологій та інфраструктури. Визначено основні її складові в українських реаліях: електронна роздрібна торгівля ЛЗ та товарами аптечного асортименту; реалізація віддаленої фармацевтичної опіки, скерованої на пацієнта і членів його сім'ї та медичних фахівців; надання в режимі реального часу медичному фахівцю та населенню вичерпної інформації про ЛЗ на засадах доказової медицини й фармації та фармацевтичної опіки; здійснення дистанційного контролю реалізації

рецептурних ЛЗ в аптеках конкретної мережі; сприяння безперервному професійному розвитку ФФ шляхом проведення дистанційного навчання.

Для забезпечення надання ФД належної якості жителям НВНП запропоновано застосовувати реалістичний сценарій її розвитку при опрацюванні нормативних документів на різних рівнях управління, а саме: на державному рівні – в новій Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України; на регіональному – у стратегії розвитку відповідних областей; на місцевому – у стратегії розвитку ОТГ.

Ключові слова: фармацевтична допомога, якість, логістичне обслуговування пацієнта, паліативна допомога, пандемія COVID-19, аптечний заклад, фармацевтичний фахівець, нерівномірно розподілене населення, жителі нечисленних і відділених населених пунктів, об'єднана територіальна громада, стратегія розвитку, сценарій розвитку, телефармація, Одеська область.

Список публікацій здобувача

Наукові праці, в яких опубліковані наукові результати дисертації:

1. Shunkina S., Hromovyk B., Dorykevych K., Korolyov M. Access to opioid analgesics for palliative care patients in Ukraine: problems of past and present. *Palliative Medicine in Practice*. 2019; 13, 4: 187–196. *(Особистий внесок: постановка задачі дослідження, участь у його проведенні, обробці й узагальненні одержаних даних та підготовці статті до друку)*. Scopus.

2. Громовик Б. П. Корольов М. В. Результати вивчення думки фармацевтичних фахівців щодо організації їх роботи в аптеках під час пандемії коронавірусу COVID-19. *Фармацевтичний журнал*. 2020. № 3. С. 39-44. *(Особистий внесок: постановка задачі дослідження, участь у його проведенні, обробці й узагальненні одержаних даних та підготовці статті до друку)*.

3. Організаційні особливості фармацевтичного забезпечення населення Тернопільської області / Я. І. Яцишин, О. М. Корнієнко, І. Я. Городецька, М. В. Корольов, Б. П. Громовик. *Фармацевтичний часопис*. 2020. № 2. С. 60-68.

(Особистий внесок: участь у проведенні дослідження, обробці й узагальненні одержаних даних та підготовці статті до друку).

4. Корольов М. В. Концептуальне моделювання якості фармацевтичної допомоги з позицій її терміноструктурних елементів та взаємозв'язку з логістичним обслуговуванням пацієнта. *Фармацевтичний часопис*. 2021. № 1. С. 71-75.

5. Корольов М. В., Громовик Б. П. Фізична доступність фармацевтичної допомоги в Одеській області до і після адміністративно-територіальної реформи. *Фармацевтичний часопис*. 2021. № 2. С. 73-78. *(Особистий внесок: постановка задачі дослідження, участь у його проведенні, обробці й узагальненні одержаних даних та підготовці статті до друку).*

6. Корольов М. В., Громовик Б. П. Перспективи розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів (на прикладі Одеської області). *Аннали Мечниковського Інституту*. 2021. № 2. С. 31-38. URL: http://www.imiamn.org.ua/journal/2_2021/PDF/8.pdf. *(Особистий внесок: формулювання мети, розробка анкети, проведення опитування, обробка результатів, підготовка публікації).*

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

7. Громовик Б. П., Корольов М. В. Виклики для фармацевтичної допомоги, пов'язані з пандемією коронавірусу COVID-19: зарубіжний погляд. *Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи* : матеріали VI Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції (23-24 квітня 2020 р., м. Харків). Х.: НФаУ, 2020. С. 350-352. *(Особистий внесок: постановка задачі дослідження, участь у його проведенні, обробці й узагальненні одержаних даних та підготовці до друку).*

8. Корольов М. В., Громовик Б. П. Пандемія коронавірусної хвороби COVID-19 та проблеми доступності фармацевтичної допомоги населенню, нерівномірно розподіленому територією України. *Сучасні напрямки удосконалення фармацевтичного забезпечення населення: від розробки до використання лікарських засобів природного і синтетичного походження*: матеріали науково-практичної дистанційної міжнародної конференції (м. Івано-

Франківськ, 19-20 травня 2020 р.). Івано-Франківськ: ІФНМУ, 2020. С. 33-35. *(Особистий внесок: постановка задачі дослідження, участь у його проведенні, обробці й узагальненні одержаних даних та підготовці до друку).*

9. Корольов М. В., Громовик Б. П. Важливість телефармації для надання якісної фармацевтичної допомоги населенню. *Науково-технічний прогрес і оптимізація технологічних процесів створення лікарських препаратів* : матеріали VII науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Тернопіль, 23-24 вересня 2020 р.). Тернопіль : ТНМУ, 2020. С.205-206. *(Особистий внесок: постановка задачі дослідження, участь у його проведенні, обробці й узагальненні одержаних даних та підготовці до друку).*

10. Громовик Б. П., Корольов М. В. Проблемність фізичної доступності пацієнта до якісної фармацевтичної допомоги. *Підготовка спеціалістів фармації в рамках концепції «Навчання протягом життя (Life Long Learning)»*: наука, освіта, практика : матеріали II науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю (м. Харків, 21–22 жовтня 2020 р.). Х. : НФаУ, 2020. С. 86-89. *(Особистий внесок: постановка задачі дослідження, участь у його проведенні, обробці й узагальненні одержаних даних та підготовці до друку).*

11. Громовик Б. П., Корольов М. В. Вербальне моделювання взаємозв'язку якості фармацевтичної допомоги та логістичного обслуговування пацієнта. *Актуальні проблеми розвитку галузевої економіки та логістики*: матеріали. VIII міжнарод. науково-практичної internet-конференції з міжнародною участю (м. Харків, 12 листопада 2020). Х.: НФаУ, 2020. С.48-49. *(Особистий внесок: постановка задачі дослідження, участь у його проведенні, обробці й узагальненні одержаних даних та підготовці до друку).*

12. Корольов М. В. Сценарії розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів. *Фармакоекономіка в Україні: стан і перспективи розвитку*: матеріали XIII науково-практичної Інтернет-конференції (м. Харків, 21 травня 2021 р.). Х. : НФаУ, 2021.С. 123.

13. Корольов М. В. Концепція якості фармацевтичної допомоги з позицій її надавачів, отримувачів, предмета та очікуваних результатів. *Управління якістю в*

фармації : матеріали XV науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Харків, 25 травня 2021 р.). Х. : НФаУ, 2021.С. 70-71.

14. Характеристики якості фармацевтичної допомоги у взаємозв'язку з її терміноструктурними елементами та логістичним обслуговуванням пацієнта: науково-методичні рекомендації; укл. М.В. Корольов, Б.П. Громовик, Л. Р. Нікогосян; рекомендовано ВР ОНМедУ. Львів: Ліга-Прес, 2020. 15 с. (*Особистий внесок: постановка задачі дослідження, участь у його проведенні, обробці й узагальненні одержаних даних та підготовці до друку*).

15. Стан і перспективи розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів (на прикладі Одеської області): науково-методичні рекомендації; укл. М. В. Корольов, Б. П. Громовик; рекомендовано ВР ОНМедУ. Львів: Ліга-Прес, 2021. 29 с. (*Особистий внесок: постановка задачі дослідження, участь у його проведенні, обробці й узагальненні одержаних даних та підготовці до друку*).

ANNOTATION

Korolyov M. V. Comprehensive assessment and ways to improve the quality of pharmaceutical care for an unevenly distributed population (on the example of the Odesa region). – Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

Thesis for the Candidate degree in Pharmaceutics: Speciality 15.00.01 – technology of medicines, the organisation of pharmaceutical business and forensic pharmacy. Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, 2021.

Thesis for the Candidate degree in Pharmaceutics: Speciality 15.00.01 – technology of medicines, the organisation of pharmaceutical business and forensic pharmacy. Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, 2021.

The thesis is devoted to the processing of theoretical and methodological provisions as well as practical recommendations for assessing and ways to improve the

quality of pharmaceutical care (PC) to the population, unevenly distributed throughout a particular region (on the example of Odesa region).

The main direction of the study was determined and the research methodology was developed, which consists of seven stages, with defined tasks and methodological tools for each stage.

The concept of "PC quality" has been defined as a set of nine characteristics of PC, showing its ability to meet the needs of patients, taking into account the provisions of good pharmacy practice as well as the protocols of the pharmacist, corresponding to the current level of pharmaceutical science. The quality characteristics of PC are determined by the proper therapeutic concordance, patient-oriented results, physical and socio-economic accessibility, rationality, efficiency, safety, timeliness, absence (minimization) of medicine-related errors and continuity.

The structuring was carried out and features of the relationship were determined in the form of a conceptual model of quality characteristics of PC, its structural elements and components of patient's logistic service, the importance of which lies primarily in the fact that it makes visual assessment of PC from the position of multidimensionality and allows for rational management decisions to improve the PC quality.

The 15 main factors that can affect the availability of PC in terms of opioid analgesics (OA) for palliative patients, and, as a consequence, to adequate analgesia in Ukraine, have been identified and grouped into five main groups: related to government regulatory policy, organisational, related to palliative care professionals (including non-medical specialties), related to the physical and economic accessibility of OA, related to the patient and his family members. The study also considers the most significant problems of PC availability in terms of adequate analgesia for palliative patients in Ukraine and the development of domestic regulations on the circulation of OA over the past 20 years, which showed positive changes, in particular on prescribing OA for palliative patients: abolition of the maximum rate of OA per one prescription, cancellation of local attachment of the pharmacy to the health care institution.

A sharp decrease in the share of pharmacies licensed for narcotic drugs and psychotropic substances and precursors (NPP) in 2019-21 from 2.0 to 0.68% of their total number was found out. On April 30, 2021 one such pharmacy had 267,671 people, which is 60-150 times higher than in other countries. It is shown that two regions (Kherson and Zhitomir) were characterized by relatively the best indicator of the availability of pharmacies with the licenses for NPP circulation, whereas in Volyn, Kirovohrad, Poltava and Chernihiv regions no pharmacy had a license for NPP circulation.

It is noted that the Strategy of the State Drug Policy for the period up to 2020 in terms of accessibility of PC to palliative patients through pharmacies as well as proper pricing of NPP has not been implemented, which requires its further prolongation.

A study of the opinion of 499 pharmaceutical professionals (PP), as providers of pharmaceutical services, on the organizational characteristics of PC during the the COVID-19 pandemic quarantine, showed that PP's fear of an unknown disease increased their anxious expectations and pessimism, since on the one hand, 50.5% of respondents somehow agreed that many people would die from the coronavirus, but on the other hand, 78.2% of respondents had different levels of concern about the possible infection with the dangerous virus. 65.0% of respondents indicated that their pharmacies (pharmacies and pharmacy outlets – PO) reduced the number of people admitted to the premises at the same time, 20.9% of respondents noted that a protective screen was installed in the service room, 12.7% drew attention to the change in the layout of the pharmacy service room, a small number of the respondents noted that drugs were dispensed through the night trade window, as well as the fact that nothing has changed in the PO since the beginning of the quarantine. 77.4% of PPs experienced an increase in cruel and aggressive behaviour of their patients, and 57.9% witnessed the incidents between people in the queue outside the pharmacy. During quarantine, 75.7% of respondents increased their physical activity, 74.9% of respondents, whose physical activity increased, indicated that the main reason for it was the peculiarities of working with visitors during social distancing, for 16.1%, it was the reduction of PO staff and 8.2% marked such reason as an increase in the duration of the working day. A small

part of the PPs indicated the transition of pharmacies to round-the-clock work. PPs' concerns over COVID-19, the need for various safety measures, aggressive behaviour of visitors, and increased physical activity are indisputable factors that significantly affect the mental health of PPs – 53.5% of respondents were under constant psychological pressure at work.

It was found out that before the administrative-territorial reform (as of April 30, 2020), in Odesa region, pharmaceutical care (PC) was provided through 1484 PO in 26 districts, including 490 village, settlement and city councils, as well as in the regional center and three cities of regional subordination. Significant territorial differentiation was established in terms of population density and the availability of PO, because Odesa and Chornomorsk were marked by the "high availability of PO – very high population density" ratio, and Tarutyn district and Teplodar town were opposite in terms of population density (small and very high density, respectively), however, they were characterized by low availability of PO. The distribution of administrative-territorial units of Odesa region according to the "number of PO per 10 thousand population – number of PO per 100 km²" ratio showed that the optimal ratio of the indicators under study ("high number of PO per 10 thousand population – a very large number of PO per 100 km²") is inherent in the city of Odesa. For 9 or 30.0% of administrative-territorial units (Tarutyn, Shiryayiv, Oknyansk, Velykomykhailivka, Savran, Podilsk, Zakharovsk, Baltsk and Berezovsk districts) the unsatisfactory ratio of "small number of PO per 10 thousand of the population – small number of PO per 100 km²" indicators was determined. Retail trade of medicines through PO was carried out only in 14.5% of settlements out of 1174. At the same time, 82.0% of PO out of their total number were in administrative centers, in particular 53.6% - in Odesa, i.e only 18, 0% of PO operated in small and remote settlements (SRS), and in Podilsk and Savran districts, POs were only in the district center. In 12 (or 46.2%) out of 26 districts, more than 90% of settlements were not provided by PO.

It is shown that after the administrative-territorial reform (as of April 30, 2021), in Odesa region, PC was provided through 1515 PO in 7 districts, the basic formations of which became 91 united territorial communities (UTC). Significant differentiation of

the newly created districts in terms of availability of PO and population density was determined, in particular, the cluster-leader was Odesa district, which had the most optimal values in the "population density – availability of PO" ratio. Two districts are characterized by inadequate values in the "population density – availability of PO" ratio, namely: the "low population density – average availability of PO" cluster formed Berezivka and Rozdilna districts, and the "low population density – low availability of PO" cluster formed Bolgrad and Podolsk areas. The best ratio "number of PO per 10 thousand population – the number of PO per 100 km²" was in Odesa region. 4 or 57.1% of districts (Bolgrad, Podilsk, Berezivka and Rozdilna) formed a cluster, which is characterized by a small number of PO per 100 km² with a small number of PO per 10 thousand population.

PO were located in 15.6% of settlements. In administrative centers, including UTC centers, there were 89.9% of PO, particularly in Odesa UTC, there were 54.3% of PO, i.e only 10.1% of PO functioned in SRS. 84.4% of settlements were not involved in PO, particularly in three districts (42.9%) out of seven, there were more than 90% of such settlements. These are Berezivka, Podilsk and Rozdilna districts. The results of a detailed analysis of the providing PC within the UTC of each district showed the presence of significant differences, in particular, 6 (or 6.6%) of the 91 UTCs did not have any PO. These are Konoplyane, Stari Mayaky and Chohodarivka UTC in Berezivka district, Pavlivka in Bolgrad, Dolynske and Kuyalnyk UTC in Podilsk district.

By studying 26 development strategies of Odesa region and its UTC of the rural direction, it was found that little attention was paid to the issue of the development of PC to the residents of SRS in the documents under study. A set of 38 factors that have or may have an impact on the state and prospects of PC to the residents of SRS has been formed and substantiated. According to the results of qualitative SWOT-analysis, the lists of strengths and weaknesses included 3 and 12 factors, respectively, opportunities and threats included 14 and 9 factors, respectively.

The results of the five-point system expert assessment, where 46 practical PPs took part, showed that among the strengths, the highest scores were given to the need

for daily quality PC and consumer loyalty to pharmaceutical services. The weak points were such as a high proportion of the disabled and elderly, low purchasing power of residents, as well as the lack of desire of young people to live and work in SRS, the outflow of able-bodied people and skilled workers. The opportunities of the external environment are the following: Presidential programs such as "Access to high-speed Internet" (2019) and "New Village" (2021), Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine "Procedure for the reimbursement of medicines" dated March 17, 2017 № 152 and the Law of Ukraine dated November 14, 2017 № 2206-VIII "On improving the availability and quality of medical care in rural areas". Among the threats, such points as the lack of cheap financial and credit resources for entrepreneurship, negative demographic trends and crisis phenomena in the domestic economy were mentioned. The balance of quantitative SWOT-analysis is negative, which indicates the PP's disappointment in the possibility of improving the PC to the population, unevenly distributed throughout the territory of Odesa region.

A Cross-analysis revealed comparative advantages, challenges and risks of PC development prospects for the residents of SRS. The results of the cross-analysis in the "Comparative Advantages" sector, that is, the impact of opportunities to support the strengths, shows the presence of significant reserves for improving the quality of PC to the residents of SRS. In turn, the results of the cross-analysis in the "Challenges" sector show the potential for reducing the impact of weaknesses due to the proper use of existing opportunities. The results of cross-analysis in the "Risks" sector indicate a possible high synergy of weaknesses and threats.

Three possible scenarios for the development of PC for the residents of SRS – pessimistic, realistic and optimistic have been processed. At the same time, the most feasible is a realistic scenario of PC development, the meaning of which is to use a combination of those strengths and opportunities that are most likely to be realized, regardless of the possible response from risks and challenges. One of the directions of implementing this scenario is to introduce modern logistic forms of increasing physical accessibility of the patient to PC and telepharmacy.

Given the presence of different views, we developed our own interpretation of the "telepharmacy" concept as an independent scientific and practical direction of pharmacy for remote provision of high-quality PC with the assistance of a set of organizational and financial measures, information and telecommunication technologies and infrastructure. Its main components in the Ukrainian realities have been determined: electronic retail trade of medicines and pharmaceutical products; implementation of remote pharmaceutical care aimed at the patient and his family members and medical professionals; providing real-time information to a medical professional and the public about drugs on the basis of evidence-based medicine and pharmacy and pharmaceutical care; implementation of remote control of the sale of prescription medicines in pharmacies of a particular network; promotion of continuous professional development of PP through distance learning.

To ensure the provision of PC to the residents of SRS, it is proposed to apply a realistic scenario of its development in the elaboration of regulations at various levels of government, namely: at the state level – in the new Concept for the development of the pharmaceutical sector of Ukraine; at the regional level – in the development strategy of the respective regions; at the local level – in the development strategy of UTC.

Key words: pharmaceutical care, quality, logistic patient care, palliative care, COVID-19 pandemic, pharmacy, pharmaceutical specialist, unevenly distributed population, residents of small and separate settlements, united territorial community, development strategy, development scenario, telepharmacy, Odesa region.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	21
ВСТУП	22
РОЗДІЛ 1 ТЕНДЕНЦІЇ У НАДАННІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ НЕРІВНОМІРНО РОЗПОДІЛЕНОМУ НАСЕЛЕННЮ	31
1.1 Характеристика середовища функціонування системи фармацевтичної допомоги нерівномірно розподіленому населенню	31
1.2 Особливості розвитку фармацевтичної допомоги нерівномірно розподіленому населенню	37
Резюме	48
РОЗДІЛ 2 ОБҐРУНТУВАННЯ НАПРЯМКУ І ЗАГАЛЬНОЇ МЕТОДИКИ ТА МЕТОДІВ ДИСЕРТАЦІЙНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	50
2.1 Схвалення напрямку і загальної методики дослідження	50
2.2 Методи проведення дослідження	56
РОЗДІЛ 3 ВИВЧЕННЯ ЗАСАДНИЧИХ ПИТАНЬ ЯКОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ	62
3.1 Характерні ознаки якості фармацевтичної допомоги	62
3.2 Моделювання взаємозв'язку характеристик якості фармацевтичної допомоги з її терміноструктурними елементами та складовими логістичного обслуговування пацієнта	65
3.3 Проблемні питання фармацевтичної допомоги паліативним хворим	68
3.4 З'ясування особливостей роботи фармацевтичних фахівців як надавачів фармацевтичних послуг в системі фармацевтичної допомоги під час карантину, пов'язаному з глобальною епідемією коронавірусу COVID-19	85
Висновки до розділу 3	88

РОЗДІЛ 4 ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ, НЕРІВНОМІРНО РОЗПОДІЛЕНОМУ ТЕРИТОРІЄЮ ОДЕСЬКОЇ ОБЛАСТІ, З ПОГЛЯДУ ФІЗИЧНОЇ ЇЇ ДОСТУПНОСТІ ДО І ПІСЛЯ АДМІНІСТРАТИВНО-ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ РЕФОРМИ	91
4.1 Стан якості фармацевтичної допомоги населенню Одеської області з погляду фізичної доступності до адміністративно-територіальної реформи	91
4.2 Стан якості фармацевтичної допомоги населенню Одеської області з погляду фізичної доступності після адміністративно-територіальної реформи	100
Висновки до розділу 4	112
РОЗДІЛ 5 СИТУАЦІЙНИЙ АНАЛІЗ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖИТЕЛЯМ НЕЧИСЛЕННИХ І ВІДДАЛЕНИХ НАСЕЛЕНИХ ПУНКТІВ (на прикладі Одеської області)	115
5.1 Контент-аналіз стратегій розвитку Одеської області та її сільських об'єднаних територіальних громад з питань фармацевтичної допомоги	118
5.2 Якісний SWOT-аналіз чинників розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів	122
5.3 Кількісний SWOT-аналіз чинників розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів	
5.4 Перехресний аналіз щодо порівняльних переваг, викликів і ризиків розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів	126
5.5 Опрацювання сценаріїв розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених	135

пунктів	
Висновки до розділу 5	141
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ	144
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	148
ДОДАТКИ	177

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АЗ – аптечний заклад (аптека та аптечний пункт)

ДУ – Державна установа

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

ЗУ – Закон України

ЛЗ – лікарський засіб

ЛОП – логістичне обслуговування пацієнта

ЛФ – лікарська форма

МВ – медичний виріб

МФ – медичний фахівець

НВНП – нечисленні і віддалені населені пункти

НПП – наркотичні лікарські засоби, психотропні речовини і прекурсори

ОА – опіоїдний анальгетик

ОТГ – об'єднана територіальна громада

ПД – паліативна допомога

ТСЕ – терміноструктурні елементи

ТТС – трансдермальна терапевтична система

ТФ – телефармація

ФД – фармацевтична допомога

ФТ – фармакотерапія

ФФ – фармацевтичний фахівець

ХБС – хронічний больовий синдром

O – opportunity (можливість)

S – strength (сильна сторона)

T – threat (загроза)

W – weakness (слабка сторона)

ВСТУП

Актуальність теми

Одним із напрямків реалізації Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011-2020 роки було забезпечення рівного доступу населення до якісних ЛЗ як у фізичному, так і в економічному аспектах. Проте реалії сьогодення вказують на не здійсненність цього рішення, бо нерівномірно розселене населення, зокрема жителі нечисленних і віддалених населених пунктів (НВНП), у порівнянні з населенням міст, селищ та великих сіл зазнають обмежень щодо фармацевтичної допомоги (ФД), яке обумовлене розбіжністю соціально-економічних перспектив наявної у них інфраструктури та реальних потреб у ФД.

За останні десятиліття окремим аспектам ФД населенню присвячено чимало наукових розвідок відомих вітчизняних дослідників. До їх числа відносяться наукові праці Бушуєвої І. В., Гали Л. О., Громовика Б. П., Грошового Т. А., Гудзенка О. П., Євтушенко О. М., Кабачної А. В., Косяченка К. Л., Котвіцької А.А., Кривов'яз О. В., Левицької О. Р., Малого В. В., Мнушко З. М., Немченко А.С., Ольховської А. Б., Панфілової Г. Л., Пономаренка М. С., Пестун І. В., Посилкіної О. В., Ткаченко Н. О., Толочка В. М., Трохимчука В. В., Убогова С. Г., Унгурян Л. М., Шаповалова В. В., Шаповалової В. О., Шматенка О. П. та ін. [1, 7, 13, 22, 31, 36, 39, 62, 63, 67, 70, 86, 90, 91, 94, 153-156, 159, 170, 171]. Натомість необхідно зауважити, що, попри високий рівень опрацьованості окремих сторін досліджуваної проблематики, належного висвітлення в науковій літературі не знайшли питання, пов'язані з надання якісної ФД нерівномірно розподіленому населенню, зокрема жителям НВНП. Зазначене визначило доцільність й актуальність теми наукового дослідження, його цільову спрямованість і зміст.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами

Дослідження виконано згідно з планом спільної науково-дослідної роботи Одеського національного медичного університету та Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького «Науково-практичне

обґрунтування якості і доступності лікарського забезпечення населення та закладів охорони здоров'я в умовах медичної реформи» (номер державної реєстрації 0116U007496, шифр теми 584/18-22). Тема дисертації затверджена на засіданні Вченої ради фармацевтичного факультету Одеського національного медичного університету (протокол № 4 від 23.12.2015 р.).

Мета і задачі дослідження

Мета роботи полягала в опрацюванні теоретико-методичних положень і практичних рекомендацій з оцінювання та шляхів вдосконалення якості надання ФД населенню, нерівномірно розподіленому територією окремого регіону (на прикладі Одеської області).

Для досягнення поставленої мети сформульовані такі завдання:

- критично проаналізувати та узагальнити дані джерел літератури стосовно сучасного стану і перспектив розвитку надання ФД нерівно розподіленого населення;
- здійснити визначення сутності якості ФД та її основних характеристик у взаємозв'язку з логістичним обслуговуванням пацієнта;
- окреслити проблемні питання у наданні ФД паліативним хворим;
- дослідити особливості роботи фармацевтичних фахівців (ФФ) як надавачів послуг в системі ФД під час карантину, пов'язаному з глобальною епідемією коронавірусу COVID-19;
- оцінити рівень доступності ФД населенню, нерівномірно розподіленому територією Одеської області, до і після адміністративно-територіальної реформи;
- з'ясувати зміст стратегій розвитку Одеської області та її сільських об'єднаних територіальних громад (ОТГ) щодо ФД;
- здійснити якісний та кількісний SWOT-аналіз перспектив розвитку ФД жителям НВНП;
- науково обґрунтувати сценарії перспектив розвитку ФД жителям НВНП.

Об'єкт дослідження: процес ФД нерівномірно розподіленому населенню у сучасних умовах економічного та соціального розвитку держави.

Предмет дослідження: теоретико-методичні та науково-прикладні засади ФД у контексті підвищення рівня її надання нерівномірно розподіленому населенню, зокрема жителям НВНП.

Методи дослідження

У процесі дисертаційного дослідження були застосовані такі методи: *системного аналізу, спостереження, порівняння, аналізу, синтезу та узагальнення* (для постановки проблеми та вивчення об'єктів дослідження), *інформаційного пошуку та контент-аналізу* (для вивчення офіційних, наукових, нормативно-правових, довідкових та інших документів), *метод моделювання термінів у мові науки* (для обґрунтування сутності й основних характеристик якості ФД та телефармації - ТФ), *опитування* (для з'ясування особливостей роботи ФФ в системі ФД під час карантину), *SWOT-аналізу та експертної оцінки* (для визначення сукупності чинників внутрішнього і зовнішнього середовища та їх взаємозв'язку у впливі на стан і перспективи ФД жителям НВНП), *статистики* (для обробки даних емпіричних досліджень, зокрема щодо забезпеченості України аптеками з правом обігу наркотичних лікарських засобів, психотропних речовин і прекурсорів (НПП) та Одеської області аптеками та аптечними пунктами (аптечними закладами – АЗ), результатів анкетування ФФ та експертної оцінки).

Матеріалом дослідження стала інформація 13 новинних сайтів з фармацевтичної тематики Великої Британії, Іспанії, Італії, Канади, Німеччини, Польщі, США, Туреччини, Франції, а також Реєстр місць провадження діяльності з оптової та роздрібною торгівлі ЛЗ станом на 30.04.2020 р. і 30.04.2021 р. та Ліцензійний реєстр на право здійснення господарської діяльності з обігу НПП станом на 30.04.2021 р., дані Державної служби статистики України та Одеської області, відомості щодо адміністративного устрою й соціально-економічного розвитку Одеської області та інфраструктури регіонів України, 26 стратегії (планів) соціально-економічного розвитку (далі – стратегій) Одеської області та її сільських ОТГ, результати анкетування ФФ (загалом 545 анкет за двома напрямками дослідження). Крім того, науково-теоретичною основою дослідження

були наукові праці з теоретико-методологічних питань ФД та національна нормативно-правова база, що стосується організації охорони здоров'я загалом та фармації зокрема, емпіричною – відкриті дані інформаційних баз даних, а також дані, безпосередньо зібрані автором.

Наукова новизна одержаних результатів

Осмислено та опрацьовано теоретичні положення і методологічні підходи з підвищення рівня якості надання ФД населенню, нерівномірно розподіленому територією окремого регіону. Найвагоміші результати дослідження, які характеризують наукову новизну, полягають у тому, що:

Вперше:

✓ сформовано узагальнене знання щодо якості ФД, зокрема виокремлено дев'ять основних її характеристик, а також змодельовано взаємозв'язок якості ФД з її терміноструктурними елементами (ТСЕ) і складовими логістичного обслуговування пацієнта (ЛОП), що уможливорює наочну оцінку рівня ФД із позиції багатоаспектності прийняття раціональних управлінських рішень щодо покращення якості ФД;

✓ здійснено моніторинг надання ФД населенню Одеської області до і після адміністративно-територіальної реформи, що показало незначне зростання числа населених пунктів, де вона надавалася через АЗ, на фоні зменшення числа АЗ у НВНП внаслідок їх закриття у сільській місцевості та суттєвої диференціації адміністративних районів за забезпеченістю АЗ й щільністю населення та за співвідношенням кількості АЗ на 10 тис. населення і на 100 км²;

✓ за даними 26 стратегій розвитку Одеської області та її ОТГ сільського спрямування здійснено інформаційний пошук чинників, що впливають на розвиток ФД жителям НВНП, та SWOT-аналіз і перехресне оцінювання відібраних чинників, що уможливило опрацювання трьох потенційних сценаріїв розвитку ФД жителям НВНП – песимістичного, реалістичного та оптимістичного, а також обґрунтування ймовірності реалізації реалістичного сценарію розвитку та напрямків його здійснення.

Дістало подальшого розвитку:

✓ питання надання ФД паліативним хворим шляхом комплексної оцінки чинників, які можуть впливати на доступність ФД в частині опіоїдних анальгетиків (ОА) для паліативних пацієнтів України, найбільш вагомих проблем доступності ФД в частині адекватного знеболення для паліативних пацієнтів з погляду розвитку вітчизняного нормативного забезпечення порядку обігу ОА й аптек з ліцензією на обіг НПЗП та пролонгування чинності Стратегія державної політики щодо наркотиків;

✓ означення особливостей роботи ФФ як надавачів послуг в системі ФД під час карантину, пов'язаному з глобальною епідемією коронавірусу COVID-19, що, на відмінну від звичних умов праці, може призвести до виникнення психологічних і фізичних розладів та зниження якості надання ФД;

✓ фармацевтична терміносистема, що уможлиблює ідентифікацію сутності категорії «ТФ» та її змістовних складових в українських реаліях.

Теоретичне значення роботи полягає у концептуальному обґрунтуванні напрямків підвищенні рівня надання якісної ФД нерівно розподіленому населенню, зокрема жителям НВНП.

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає в тому, що основні висновки та рекомендації, які містяться у роботі, уможливають побудову ефективної системи ФД нерівно розподіленому населенню, зокрема жителям НВНП.

Опрацьовані та погоджені Вченою радою Одеського національного медичного університету дві науково-методичні рекомендації (Характеристики якості фармацевтичної допомоги у взаємозв'язку з її терміноструктурними елементами та логістичним обслуговуванням пацієнта, 2020 р. та Стан і перспективи розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів (на прикладі Одеської області, 2021 р.) отримали впровадження:

а) у практичній роботі територіальних органів виконавчої влади – Державних служб з лікарських засобів та контролю за наркотиками в Одеській та Херсонській областях (акти впровадження від 14.06.2020 р.), а також

фармацевтичних організацій: ТОВ «Іва-Фарм» (м. Івано-Франківськ), ТЗОВ «Ятрань» (Львівська область), КП «Аптечне об'єднання «Фармація» Запорізької обласної ради, ТЗОВ «Аптека-Магнолія» (м. Запоріжжя), КП «Фармація» КМР (м. Кривий Ріг), ТОВ «Юніс» (м. Запоріжжя), мережа аптек «Конвалія» (м. Кривий Ріг) (акти впровадження від 28.05.2021 р., 3.06.2021 р., 5.06.2021 р., 11.06.2021 р., 14.06.2021 р., 15.06.2021 р., 18.06.2021 відповідно);

б) у науково-освітньому процесі: кафедри управління і економіки фармації Запорізького державного медичного університету, кафедри організації і економіки фармації Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, кафедри медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти, кафедри технології біологічно активних сполук, фармації та біотехнології Інституту хімії та хімічних технологій Національного університету «Львівська політехніка», кафедри управління та економіки фармації з технологією ліків Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського, кафедри фармації Івано-Франківського національного медичного університету (акти впровадження від 5.05.2021 р., 17.05.2021 р., 24.05.2021 р., 25.05.2021 р., 27.05.2021 р., 31.05.2021 р. відповідно).

Крім цього наукові результати, представлені в науково-методичних рекомендаціях «Стан і перспективи розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів (на прикладі Одеської області)» (2021 р.), взяті до уваги Одеською обласною державною адміністрацією як підґрунтя для доопрацювання стратегії розвитку Одеської області в частині ФД населенню (довідка 1/01-32/5498/2-21 від 26.06.2021 р.).

Всього отримано 29 актів та одна довідка про впровадження.

Особистий внесок дисертанта

Дисертаційна робота є самостійно виконаною науковою працею, що містить нові результати за напрямком організації фармацевтичної справи, що полягає в обґрунтуванні теоретичних та методичних підходів і наданні практичних

рекомендацій з удосконалення якості надання ФД населенню, нерівномірно розподіленому.

Постановка мети та завдань, обговорення результатів проведені разом з науковим керівником. Безпосередньо здобувачем відповідно до поставленої мети та завдань дослідження особисто проведено інформаційний пошук, аналіз наукових, нормативно-правових, довідкових та інших документів з досліджуваної проблематики, вивчення питання доступності ФД до паліативних пацієнтів та думки ФФ, як надавачів фармацевтичних послуг, щодо організаційних особливостей їх роботи в аптеках під час карантину, пов'язаному з глобальною епідемією коронавірусу COVID-19, моніторинг якості рівня надання ФД населенню Одеської області до і після адміністративно-територіальної реформи, аналіз стратегій розвитку Одеської області та її ОТГ сільського спрямування у контексті надання ФД, якісний та кількісний SWOT-аналіз стану ФД жителям НВНП Одеської області, опрацювання сценаріїв розвитку ФД жителям НВНП, у т.ч. особливості трактування поняття та сутності «ТФ».

Дисертантом самостійно виконано збір первинної документації, здійснено статистичну обробку отриманих результатів, їх узагальнення та інтерпретацію, сформульовано основні положення і висновки роботи та рекомендації, а також організовано впровадження результатів дослідження у фармацевтичну практику та навчально-освітній процес.

У роботі використані лише ті ідеї та положення, які одержані автором особисто. З наукових праць, написаних у співавторстві, в дисертації використано лише результати, що належать особисто автору. Співавторами наукових праць, в яких опубліковані наукові результати дисертації, є науковий керівник (Громовик Б.П.) та дослідники (Городецька І. Я., Дорикевич К. І., Корнієнко О. М., Нікогосян Л. Р., Шунькіна С. Є., Яцишин Я. І.), спільно з якими проведені дослідження. Внесок здобувача у публікації у співавторстві показано окремо у списку опублікованих праць.

Співавторами наукових праць дисертанта, в яких опубліковані наукові результати дисертаційного дослідження, захищено такі дисертації: Громовик Б.П.

«Науково-практичне обґрунтування концепції фармацевтичної допомоги населенню на засадах логістичного обслуговування» (докт. дис.), Київ, 2015 р.; Городецька І. Я. «Оптимізація лікарського забезпечення офтальмологічних хворих» (канд. дис.), Львів, 1997 р.; Дорикевич К. І. «Фармакоекономічне дослідження лікарських засобів для запобігання вагітності та лікування клімактеричних розладів у жінок» (канд. дис.), Львів, 2009; Корнієнко (Фойдер) О. М. «Організаційно-технологічні дослідження з використання рослин в гастроентерології» (канд. дис.), Львів, 1997; Нікогосян Л. Р. «Патогенетично обумовлена профілактика антенатальної загибелі плода» (докт. дис.), Одеса, 2013; Шунькіна (Прокіп) С. Є. «Теоретичні та прикладні засади вдосконалення фармацевтичної допомоги паліативним хворим в умовах хоспісу» (канд. дис.), Львів, 2015.

Апробація результатів дисертації

Основні положення та результати дисертації оприлюднювалися на 7 науково-практичних форумах, зокрема: VI Міжнародна науково-практична інтернет-конференція «Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи» (м. Харків, 23-24 квітня 2020 р.), науково-практична дистанційна міжнародна конференція «Сучасні напрямки удосконалення фармацевтичного забезпечення населення: від розробки до використання лікарських засобів природного і синтетичного походження» (м. Івано-Франківськ, 19-20 травня 2020 р.), VII науково-практична конференція з міжнародною участю «Науково-технічний прогрес і оптимізація технологічних процесів створення лікарських препаратів» (м. Тернопіль, 23-24 вересня 2020 р.), II науково-практично інтернет-конференції з міжнародною участю «Підготовка спеціалістів фармації в рамках концепції «Навчання протягом життя (Life Long Learning)»: наука, освіта, практика» (м. Харків, 21–22 жовтня 2020 р.), VIII міжнародна науково-практична internet-конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми розвитку галузевої економіки та логістики» (м. Харків, 12 листопада 2020 р.), XIII науково-практична Інтернет-конференції «Фармакоекономіка в Україні: стан і перспективи розвитку»

(м. Харків, 21 травня 2021 р.), XV науково-практична конференції з міжнародною участю «Управління якістю в фармації» (м. Харків, 25 травня 2021 р.).

Обсяг і структура дисертації

Дисертаційна робота викладена на 216 сторінках комп'ютерного набору, складається з анотації, змісту, переліку умовних скорочень, вступу, 5 розділів, загальних висновків, списку використаних джерел та 7 додатків. Обсяг основного тексту дисертації складає 141 сторінки комп'ютерного набору. Робота ілюстрована 31 таблицею та 10 рисунками. Список використаних джерел містить 246 найменувань, з них 175 кирилицею та 71 латиницею.

Розділ 1

ТЕНДЕНЦІЇ У НАДАННІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ
НЕРІВНОМІРНО РОЗПОДІЛЕНОМУ НАСЕЛЕННЮ

1.1 Характеристика середовища функціонування системи фармацевтичної допомоги нерівномірно розподіленому населенню

Україна характеризується нерівномірно розподіленим населенням як територією держави загалом, так і територією окремих областей та інших адміністративно-територіальних одиниць. Це залежить від багатьох чинників як соціально-економічних, інфраструктури, ґрунтів, висоти та рельєфу території [108]. Нерівномірність розподілу населення з одного боку призводить до надміру працездатного населення і зростання безробіття на одних територіях, з іншого боку – до різкої нестачі трудових ресурсів на інших територіях.

Області з розвинутою промисловістю і сприятливішим соціально-економічним середовищем та відносно придатною екологічною ситуацією, відрізняються високим рівнем щільності населення. Густо заселені м. Київ, Львівська, Чернівецька, Дніпропетровська, Івано-Франківська та Закарпатська області. Найменша густина населення в Чернігівській, Херсонській та Кіровоградській, невисокі показники щільності населення в Миколаївській, Житомирській, Одеській та Сумській областях [11].

Низький рівень економічного розвитку на фоні нерівномірно розподіленого населення обумовлює появу депресивних територій, просторову нерівномірність регіонального розвитку, зменшення жителів в населених пунктах, що в кінцевому результаті може призвести до їх зникнення, особливо нечисленних і віддалених населених пунктів (НВНП) [66].

За даними дослідження, 75% сільських районів України потрапили до категорії депресивних і відсталих територій. При цьому в Одеській області цей показник близько 85%. [165], тобто більшість її територій характеризуються

нерівним розподілом населення та підпадають під категорію «депресивних» внаслідок [172]:

- монофункціональності, здебільшого аграрного характеру економіки;
- незадовільного стану розвитку транспортної інфраструктури, низької якості автошляхів, найдужче на районному рівні;
- складності природно-кліматичних умов для розвитку сільського господарства, значного ризику посух, що посилюється внаслідок кліматичних змін;
- демографічних проблем, зокрема, скорочення працездатного населення, високої частки населення пенсійного віку;
- складної економічної ситуації, занепаду промисловості та підприємств морського господарського комплексу у малих містах та селищах на районному рівні, у районних центрах та ОТГ;
- відсутності якісної інженерної інфраструктури, низького рівня газифікації та централізованого водопостачання;
- низької інвестиційної привабливості територій;
- низького обсягу роздрібного товарообігу;
- недостатнього розвитку туристичної інфраструктури, нераціонального використання ресурсів прибережної зони, зокрема незадовільного стану берегової лінії та пляжів, що призводить до зниження рівня використання цієї складової рекреаційного потенціалу;
- посилення нерівномірності навантаження на рекреаційний потенціал у зв'язку з існуванням значних неосвоєних рекреаційних територій, неефективного використання туристичного потенціалу.

Стаття 140 Конституції України стверджує, що місцеве самоврядування є правом територіальної громади – жителів села чи добровільного об'єднання в сільську громаду жителів кількох сіл, селища та міста – самостійно розв'язувати питання місцевого значення в межах Конституції та законів України [53]. Своєю чергою, ОТГ – це створене згідно із законом [109] добровільне ОТГ сіл, селищ та

міст, яке є первинною (базовою) одиницею в системі адміністративно-територіального устрою та спроможне самостійно або через органи місцевого самоврядування розв'язувати питання місцевого значення [51]. Тобто ОТГ – це громада, яка спроможна через відповідні органи місцевого самоврядування забезпечити для своїх жителів належний рівень освіти, культури, охорони здоров'я, соціального захисту, житлово-комунального господарства на основі нової моделі фінансово-економічного забезпечення, яке передбачає концентрацію та раціональне використання ресурсів на локальному рівні [6]. При цьому забезпечення доступу до належної ФД є одним із напрямків діяльності ОТГ.

Проте сучасні обставини діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в Україні не відповідає потребам територіальних громад, що свідчить про кризовий стан здоров'я населення та соціальну нерівність щодо доступності медичної допомоги, у т. ч. ФД [129].

За даними дослідження, розміщення ОТГ по території України є досить нерівномірним. Більш ніж 30 % населення України, що проживає у сільській місцевості та віддалених населених пунктах, не має доступу до повного спектра якісних послуг поштового зв'язку та суміжних послуг, у т.ч. фармацевтичних послуг [3, 115]. Віддаленість населених пунктів від адміністративних центрів, недостатнє транспортне сполучення між ними призводить до значних грошових та часових витрат на ФД, а також унеможливорює отримати належний доступ до неї, чим створюються проблеми для жителів НВНП. З іншого боку в цих поселеннях ведення аптечної практики є економічно не вигідним видом діяльності. Розв'язання проблеми підвищення належного рівня надання ФД для населення сільської місцевості, у т.ч. НВНП, та зменшення його витрат на фармацевтичні послуги, можливе шляхом здійснення комплексу соціально-правових, організаційно-економічних та інформаційно-комунікаційних заходів.

Із соціальними детермінантами ФД в сільській місцевості, насамперед у НВНП, пов'язані проблеми [173]:

– нижчої якості медичної інфраструктури, браку кваліфікованих медичних працівників та ефективності служби невідкладної медичної допомоги;

- фінансових бар'єрів для отримання якісних медичних, у т.ч. фармацевтичних, послуг, пов'язаних і з низькими доходами населення;
- вищих витрат, які пов'язані із додатковими транспортними навантаженнями через велику відстань до центральних лікарень;
- меншого доступу до спеціалізованих послуг та аптек або аптечних пунктів (АЗ);
- відсутності пропаганди здорового способу життя та відповідних заходів з профілактики захворювань.

Загальними проблемами ФД жителям НВНП є [37]:

- непривабливість віддалених територій для розвитку фармацевтичного підприємництва;
- невисока щільність населення;
- відсутність медичних і фармацевтичних організацій;
- нестача ФФ;
- значна віддаленість АЗ, якщо такі є в сільській місцевості, від аптек, розміщених в адміністративному центрі;
- відсутність налагодженої системи транспортної доступності;
- складності доставки лікарських засобів на віддалені території;
- низькі показники оборотності фармацевтичних товарів;
- невисока платоспроможність сільського населення. Переважання населення з низьким рівнем доходів, що впливає на спроможність купувати необхідні ЛЗ. Для прикладу, заробітна плата штатних працівників за видом економічної діяльності «Сільське, лісове господарство та рибне господарство» у лютому 2020 р. склала 62,9% від її середнього рівня (9780 грн) в Одеській області [58]. Своєю чергою, карантин, спричинений коронавірусом COVID 19, несприятливо вплинув на доходи населення, що проживає у НВНП, позаяк селяни не мають можливості продати вирощене та отримати хоч якийсь заробіток.

При цьому наявні відмінності в організації медичної та фармацевтичної допомоги нерівно розподіленому населенню обумовлені [173]:

- своєрідною системою розселення населення;
- малою щільністю населення;
- сезонністю сільськогосподарської праці;
- значною віддаленістю населених пунктів один від одного;
- зниженням частки осіб працездатного віку;
- збільшенням частки осіб похилого віку;
- недостатнім розвитком транспортних зв'язків. Через слабку залізничну мережу, невідповідність магістральних автомобільних шляхів міжнародним стандартам, зношеність доріг регіонального значення, низький рівень оновлення рухомого складу, непристосованість до обслуговування людей з обмеженими фізичними можливостями, недосконалу тарифну політику, зокрема відсутність компенсацій перевезення пільгових категорій населення, 14 областей, серед яких Одеська область, мають найнижчі показники розвитку транспортної галузі. Причиною недостатнього рівня розвитку транспортної підсистеми також є зменшення пасажирообороту через низький рівень доходів громадян [49]. Крім того, з 18.03.2020 р. на час карантину було заборонено здійснення регулярних та нерегулярних пасажирських перевезень автомобільним (за винятком перевезення легковими автомобілями), авіаційним і залізничним транспортом, тобто фізична доступність до фармацевтичної допомоги значної частини нерівномірно розподіленого населення суттєво зросла.

За результатами анкетного опитування, з'ясовано, що показник (числа осіб) навантаження на один сільський АЗ на 33,0 % вищий ніж на міський, а для сільської місцевості характерний незадовільний територіальний розподіл АЗ [65].

Зазначене вище підтверджують результати дослідження щодо організаційних особливостей ФД населенню Тернопільської області, згідно з якими 29,4 % АЗ знаходяться у сільській місцевості (рис. 1.1) [89]. При цьому у сільській місцевості на один АЗ у середньому припадає 3003 особи, у міській – 1074. Це при частці сільського населення 54,7% та міського – 45,3%. Тобто забезпеченість АЗ у сільській місцевості у 2,8 раза нижча ніж у міській.

<i>Кластер-лідер:</i> м. Тернопіль (1035/3771)				
Забезпеченість АЗ (кількість осіб на один АЗ)	Висока (1294-2261)	<i>Кластер 3</i> (3 райони): Підволочиський (1949/49) Козівський (2031/53) Монастирський (2006/47)	<i>Кластер 6</i> (5 районів): Гусятинський (1294/57) Заліщицький (1458/66) Борщівський (1675/65) Теребовлянський (1917/56) Збаразький (2076/65)	<i>Кластер 9</i> (3 райони): Чортківський (1666/79) Кременецький (1809/73) Бучацький (2230/78)
	Середня (2261-3228)	<i>Кластер 2</i> (2 райони): Шумський (2981/39) Лановецький (2596/45)	<i>Кластер 5</i> (1 район) Бережанський (2474/60)	<i>Кластер 8</i> (немає)
	Низька (3228-4195)	<i>Кластер 1</i> (2 райони) Зборівський (3346/41) Підгаєцький (3529/36)	<i>Кластер 4</i> (немає)	<i>Кластер 7</i> (1 район): Тернопільський (4195/90)
2020		Мала (36-54)	Середня (54-72)	Велика (72-90)
		Щільність населення (кількість осіб на один кв. м.)		

Рис. 1.1 Диференціація адміністративно-територіальних одиниць Тернопільської області за щільністю населення і забезпеченістю АЗ.

Окрім цього, спостерігалася суттєву територіальну диференціацію, позаяк адміністративно-територіальні одиниці розподілилися на 8 з 10 кластерів, зокрема, кластером-лідером було м. Тернопіль, а до 7 кластера («висока забезпеченість АЗ – велика щільність населення») увійшов лише Тернопільський район. Також лише один Бережанський район розміщено в кластері 5 «середня забезпеченість АЗ – середня щільність населення». По два райони згруповано в кластерах 1 «низька забезпеченість АЗ – мала щільність населення» і 2 «середня забезпеченість АЗ – мала щільність населення». Три райони згруповано в кластер 3 «висока забезпеченість АЗ – мала щільність населення», п'ять – у кластер 6 «висока забезпеченість АЗ – середня щільність населення», ще три – в кластер 9 «висока забезпеченість АЗ – велика щільність населення».

Розподіл районів за окремими аналізованими чинниками має значну

асиметрію – низький рівень забезпеченості АЗ характерний для трьох районів (17,6 %), а мала щільність населення – для семи районів (41,2%).

Таким чином для сільської місцевості, зокрема для НВНП, характерна суттєва диференціація за забезпеченістю АЗ й щільністю населення.

1.2 Особливості розвитку фармацевтичної допомоги нерівномірно розподіленому населенню

Активне застосування концепцій ФД та ЛОП стали потужним стимулом подальшого розвитку аптечної служби як складової фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я за останні десятиліття. У сучасному розумінні ФД – це філософія фармацевтичної практики, яка полягає у піклуванні ФФ у взаємодії з лікарем над особами (хворим, їхніми родичами й близькими) впродовж усього періоду індивідуалізованої фармакотерапії за заздалегідь опрацьованим планом з метою запобігання лікопов'язаним проблемам та їхній корекції, збереження або покращення якості життя. При цьому в терміноструктурі ФД присутні її чотири елементи – надавачі й отримувачі, предмет і очікуваний результат [160]. Своєю чергою, ЛОП – процес створення блага шляхом реалізації комплексу логістики (7R): необхідному пацієнту (R1) необхідні лікарські засоби – ЛЗ (R2) необхідної дози (R3) необхідної якості (R4) необхідної вартості (R5) у необхідному місці (R6) та в необхідний час (R7) [20]. Варто зазначити, що особливості взаємозв'язку ЛОП з концепціями ФД і належної аптечної практики були науково опрацьованими [29]. Проте системні дослідження з вивчення взаємозв'язку якості ФД та ЛОП не проводили.

Надання якісної ФД для всіх верств населення, не залежно від місць їх проживання і доходів, є однією з важливих проблем охорони здоров'я кожної держави.

Питання доступності ФД до пацієнтів у вітчизняній фармації одержали розвитку у 50-х рр. ХХ століття [18]. Замовлення на ЛЗ приймалося телефоном, безпосередньо в аптеці, вдома у хворого, поштою. Телефоном хворі могли

замовляти лише безрецептурні ЛЗ. Лікар же телефоном повідомляв в аптеку зміст рецепта (крім наркотичних та отруйних ЛЗ) і адресу хворого. Через 2-3 год або в термін, погоджений із хворим, ЛЗ разом з копією рецепта і чека доставлялися хворому, а оригінал рецепту повертався в аптеку. Замовлення поштою, отримані аптекою упродовж робочого дня, доставлялися додому у той же день у межах 2-4 год, отримані наприкінці робочого дня – наступного дня в межах того ж часу. Безпосередньо в аптеці доставлення ЛЗ додому замовляли хворі, їх родичі чи знайомі. Дільничні ж лікарі могли скеровувати рецепти від важкохворих в аптеку на виготовлення ЛЗ і в разі потреби доставляти ЛЗ з медсестрою. У 87 великих містах практикувався прийом рецептів ФФ вдома у хворих з наступним доставленням. Доставка ЛЗ найчастіше здійснювалася працівниками аптек, а також членами родини хворого, сусідами, пенсіонерами, активом Червоного Хреста, школярами. Хворим з периферії замовлені ЛЗ надсилалися поштою.

У 50-60-х рр. минулого століття здійснювалася розносна форма торгівлі, при якій два рази в тиждень працівник аптеки (наприклад, фасувальник) розносив ходові ЛЗ населенню мікрорайону. Водночас пропонувалося впровадження торгових автоматів для продажу ЛЗ [18, 126].

У 60-х рр. ХХ століття в селах, розташованих далеко від районного центра, а також там, де не було аптечних пунктів, значного розвитку одержувала розвізна торгівля ЛЗ за допомогою автофургонів й автокрамниць [18, 126].

У 80-х рр. того ж століття був запропонований пересувний аптечний заклад, що базувався на шасі автомобіля ГАЗ-66, а у 1985 р. в Україні функціонувало вже 300 пересувних аптечних пунктів [126].

Доставка ЛЗ територіально віддаленим від аптеки пацієнтам у тій чи іншій формі була правочинною до прийняття Закону України «Про лікарські засоби» (1996 р.). Проте вона продовжила існувати «де-факто» за схемою інформаційно-телекомунікаційного попереднього бронювання із залученням звичайних кур'єрів, тобто осіб без фармацевтичної освіти.

В умовах пандемії COVID-19, коли доступність ФД до населення суттєво знизилась, постановою КМ України від 23.03.2020 р. № 220 на період карантину

наданий тимчасовий дозвіл суб'єктам господарювання, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з роздрібною торгівлю ЛЗ, дистанційної доставки за визначеним переліком ЛЗ із залученням на договірних засадах операторів поштового зв'язку. Надалі у ВР України був зареєстрований законопроект № 3615 від 09.06.2020 р., який стосується електронної торгівлі ЛЗ. 17.09.2020 р. був прийнятий Закон України «Про внесення змін до статті 19 Закону України «Про лікарські засоби» щодо здійснення електронної роздрібною торгівлі лікарськими засобами», яким дозволено роздрібну торгівлю ЛЗ з використанням інформаційно-комунікаційних систем дистанційним способом (електронна роздрібна торгівля ЛЗ), а також здійснювати доставку ЛЗ кінцевому споживачу [46].

Варто зазначити, що обґрунтування діяльності інтернет-аптек знайшло свою розвідку ще майже двадцять років назад [19]. На підставі SWOT-аналізу 88 інформації вебсайтів 40 не ліцензованих інтернет-аптек були запропоновані вісім обов'язкових та вісім доцільних управлінських рішень з організаційно-правового забезпечення діяльності таких аптек в Україні. Серед них найважливішими є представлення інтернет-аптеки офлайновою аптекою, в ліцензії якої має бути зазначено право на провадження онлайн-підприємництва, подання на вебсайті сканованої копії згаданої ліцензії та номерів контактних телефонів офлайнової аптеки та державного дозвільно-контрольного органу, дотримання правил роздрібною реалізації ліків, у т. ч. рецептурного відпуску, гарантування надання касового і товарного чеків та, за попередньою вимогою, копії висновків виробників стосовно якості ЛЗ та інформації про постачальника ліків тощо.

Сільські аптеки у США намагаються вижити через зменшення чисельності сільського населення, посилення конкуренції з боку аптек в Інтернеті та мережевих аптек, підвищення вартості ЛЗ, що відпускаються за рецептом, невеликого обсягу товарообігу та труднощі у пошуку заміни для тих ФФ, хто виходять на пенсію [222, 237, 238].

Результати аналізу Фармацевтичної школи Університету Пітсбурга та Центру політики охорони здоров'я Заходу показали, що 89 % американців живуть

в радіусі 5 миль від аптеки. Але понад 1,6 млн осіб повинні проїхати більш як 20 миль до найближчої аптеки, що може означати стикання з важкими погодними та дорожніми умовами у віддалених районах [201].

Відповідно до звіту Центру аналізу політики у галузі охорони здоров'я у сільській місцевості через закриття з березня 2003 р. по березень 2018 р. було втрачено близько 16,0 % або 1231 сільську аптеку, в т.ч. 630 аптек, що були єдиними в сільських громадах [195, 221, 222].

Відсутність аптек у НВНП спричинило до виникнення терміну «аптечна пустеля», під яким розуміють населені пункти, що віддалені щонайменше на 10 миль від найближчої аптеки [205].

Деякі провінції Канади пропонують вищу плату за відпуск ЛЗ для місцевих аптек у сільській місцевості. Наприклад, в провінції Нью-Брансвік, де найближча аптека знаходиться на відстані не менше 25 км, сільські аптеки отримують додаткову плату у розмірі двох кан. дол. за відпуск кожного ЛЗ за першими 10 тис. рецептами за рік [223].

Проте нині в США, як і в Канаді, темпи закриття сільських аптек сповільнились, бо запроваджуються нові бізнес-моделі їх діяльності, а сільські ФФ застосовують нові технології, такі як:

- ТФ – підвид телемедицини, суть якого у використанні технології для надання послуг на відстані шляхом надання додаткового доступу до якісних фармацевтичних послуг, таких як управління та видача ЛЗ, консультування пацієнтів та інформація про ЛЗ за відсутності у сільській місцевості цілодобового фармацевтичного обслуговування [215, 219, 223, 233];

- віддалена аптека – використання технології вендингу, тобто відпуск ЛЗ за допомогою аптечного торгового автомата. Отримавши рецепт від лікаря, пацієнт сканує його в торговому автоматі. Ця інформація передається віддаленому ФФ, з яким хворий має можливість спілкуватися в онлайн режимі через екран аптечного торгового автомата. Після наданої фармацевтичної опіки, пацієнт може оплатити ЛЗ за допомогою своєї банківської картки та упродовж кількох хвилин апарат видасть ці ЛЗ разом з інформацією про призначення [177, 221];

– доставка жителям НВНП за допомогою кур'єрських служб або поштою [221].

Останнім часом набувала широкого застосування доставка ЛЗ жителям НВНП з використанням безпілотних літальних апаратів – дронів. Так, в США (17 липня 2015 р.) дрон за кілька перельотів переніс 24 пакети з ЛЗ з аптеки в Оуквуде (штат Вірджинія) до лікарні в гірській сільській місцевості. Польоти займали 3-5 хв [2]. Завантаження літального апарату, так само як і вивантаження здійснювалися без посадки дрона за допомогою лебідки та троса. Вдалося заощадити майже 25 % від традиційного часу доставки.

В Німеччині (26 вересня 2014 р.) провідною у сфері логістики міжнародною групою компаній DHL здійснено доставку ЛЗ в аптеку на віддалений острів біля північного узбережжя [192]. На острів можливо добратися автомобілем за допомогою порома, який за непогоди не працює. Траса польоту дрону склала 12 км в основному відкритою водою. Дрон за поїздку доставляв до 1,2 кг.

Ця ж група компаній та Німецьке товариство міжнародного співробітництва GIZ GmbH від імені Федерального міністерства економічного співробітництва і розвитку Німеччини (BMZ), а також німецький виробник безпілотників Wingcopter протягом пів року успішно перевірили доставку ЛЗ за допомогою дрона в Східну Африку на острів в озері Вікторія [105]. Під час випробувань DHL Parcelcopter 4.0 здійснював 60-кілометровий переліт з материка на острів в середньому за 40 хв, налітавши в цілому 2200 км і зафіксувавши близько 2000 льотних хвилин під час пілотного проєкту.

Каліфорнійською робототехнічною компанією Zipline з 2016 р. здійснюються комерційні операції з доставки ЛЗ в Руанді [223]. В радіусі близько 80 км навколо центру логістики дрони досягають віддалених і важкодоступних сіл протягом пів години. Станом на жовтень 2020 р. звершено понад 70 тис. медичних доставок безпілотником.

Фармацевтична компанія UPS Flight Forward Inc (UPSFF) і дочірня компанія CVS Health Corporation CVS Pharmacy, Inc в місті Кері (штат Північна Кароліна, США) успішно провели доставку ЛЗ за допомогою безпілотників з аптеки

безпосередньо до будинку споживача [174]. Відразу після першого вдалого запуску був зроблений другий – дрон доставив ЛЗ в найближчий будинок перестарілих.

Варто зазначити, що в сільські місцевості США за відсутності лікарні ФФ іноді є єдиними представниками охорони здоров'я, що обслуговують жителів НВНП. Аптеки місцевих громад часто є основними роботодавцями у регіональних, сільських та віддалених громадах, а також є центрами охорони здоров'я, економічними та громадськими центрами [185]. Вони іноді виступають в ролі сільських телемедичних закладів. Пацієнти можуть здійснити в ній моніторинг рівня життєво важливих показників. Ця інформація негайно передається лікарю для призначення них подальших терапевтичних процедур [195].

Аптечна служба є важливою складовою системи охорони здоров'я Великої Британії [213]. При цьому, три чверті британців воліють звертатися безпосередньо до аптек, а не до лікарів загальної практики, щоб отримати ЛЗ від незначних захворювань. Крім того, третина насправді воліє отримувати загальну медичну консультацію у свого ФФ. Окрім нижчих загальних витрат та часу очікування, багато хто напрочуд робить це, щоб зменшити тиск на своїх лікарів загальної практики. Привабливість ФФ також поширюється на їх гнучкий режим роботи, варіанти доставки додому, а в деяких випадках і на приватні консультації та приміщення, коли хворі звертаються до ФФ. Станом на 2016-2017 р. близько 90 % з наявних у Великій Британії 11699 аптек були розташовані у великих населених пунктах. При цьому в країні є багато НВНП, які не обслуговуються місцевими аптеками. Запланована урядом Великої Британії зменшення фінансування аптек на 113 мільйонів фунтів стерлінгів може призвести до закриття близько чверті наявних аптек, переважно у сільській місцевості.

У трьох країнах Великої Британії (Шотландії, Північній Ірландії та Уельсі) створена система «основних невеликих аптек» [248]. Для Шотландії це мінімальна кількість ЛЗ, що відпускаються, та відстань до найближчої аптеки не менше ніж 2 милі (близько 3 км). Відповідно до цієї схеми уряд Шотландії

гарантує мінімальний щомісячний дохід в розмірі 3804 фунтів стерлінгів для громадської аптеки, що працює не менше 30 год на тиждень. Якщо аптека не досягає цього щомісячного доходу, медична страховка покриє різницю. Гарантований дохід коригується з урахуванням кількості годин роботи. Схеми в Північній Ірландії та Уельсі засновані на тій же концепції. Цей підхід, схоже, призвів до повного охоплення населення, оскільки зараз в Шотландії діє мораторій на заявки на відкриття нових основних невеликих аптек.

В Іспанії невеликі аптеки мають право на отримання щомісячної допомоги, обчисленої шляхом цільового рахунку в розмірі 12,5 тис. євро в фонд медичного страхування [218].

Після лібералізації фармацевтичного сектора у Швеції було виділено фонд для підтримки сільських аптек, які відповідають таким критеріям: аптека функціонує цілий рік, відстань до іншої аптеки понад 20 миль, річний дохід від рецептурних ЛЗ, становить від 1 млн до 10 млн шведських крон [199]. У 2020 р., щоб більше людей могли скористатися субсидією, була зменшена вимога щодо середнього робочого часу з 30 до 20 годин на тиждень для аптек, що продають ЛЗ, які відпускаються за рецептом, на суму понад 3 млн шведських крон і з 14 до 10 год на тиждень для аптек з продажем ЛЗ за рецептом, які не перевищують 3 млн шведських крон [200]. Крім того, ліміт максимальних доходів від продажу рецептурних ЛЗ підвищений з 10 млн до 15 млн шведських крон. Максимальна субсидія, яку може отримати аптека, становить 715 тис. шведських крон мінус 4,5 % доходу аптеки від продажу ЛЗ, що відпускаються за рецептом. Щоб окрема аптека не отримала надмірної компенсації, враховується також загальна прибутковість аптеки. Якщо операційна націнка аптеки до амортизації та списання усього бізнесу перевищує 4 %, включаючи субсидії, субсидія коригується до затвердженого рівня. У Швеції також з 2006 р. для жителів НВНП надається фармацевтична послуга з поштової доставки додому замовлених в найближчих державних аптеках рецептурних ЛЗ [69].

Фінська модель використовує інший підхід: аптеки обкладаються спеціальним податком, який сплачується державі в залежності від їх річного

обороту як безрецептурних, так і рецептурних ЛЗ [176]. Ставка податку збільшується з ростом річного обороту. Найменші аптеки не платять податки, а більші аптеки можуть оплачувати до 10% обороту від продажу ЛЗ. Ефект аптечного податку полягає в тому, що маленька аптека буде пропорційно заробляти більше, ніж велика аптека, від продажу того ж ЛЗ.

В Республіці Польща особливо турбує те, що, зважаючи на проживання майже 40 % поляків у сільській місцевості, там працює лише 12,8 % фармацевтів та 13 % фармацевтичних техніків [246]. Це пов'язано з відсутністю географічних та демографічних обмежень у 2001–2016 рр., коли аптеки створювались переважно у містах, що характерно для дерегульованих ринків.

В Естонії одноразова допомога (15 тис. євро) виплачується фармацевтам (або аптечним помічникам), які починають роботу в громадській аптеці (або філії), що знаходиться принаймні на 10 км від міста чи сільського міста та принаймні на 5 км віддалена від іншої аптеки чи філії за умови, що вона працює принаймні 30 год та п'ять днів на тиждень. У Литві уряд і муніципалітети можуть звільняти або знижувати податки й збори та надавати іншу підтримку аптекам, розташованим у волостях [248].

Упродовж багатьох років у НВНП Австралії бракує ФФ, лише 7,8 % австралійських ФФ працює за межами великих міст чи центральних регіональних районів [202]. Утім ФФ часто є першою контактною особою для первинної медико-санітарної допомоги, особливо у сільській місцевості. Через обмежену доступність медичної допомоги в цих ізольованих громадах сільські ФФ відіграють важливу роль, часто надаючи розширений спектр аптечних та медичних послуг у порівнянні зі своїми столичними колегами, включаючи зміцнення здоров'я та освіти, щеплення та хвороби скринінг та управління. Для підтримки аптек в сільських районах в Австралії залучена низка заходів (з погляду щомісячної допомоги, підтримки безперервної освіти, заміни, стажування та підтримки сільських студентів у вивченні фармації), що є невіддільною частиною Шостої угоди про місцеві аптеках [229].

Цікавий досвід у наданні ФД ЛЗ жителям НВНП характерний для Африки на південь від Сахари, куди транспортування ЛЗ з великих міст вирішують волонтери за допомогою веломеда [180].

Недостатній доступ до ФД у НВНП є критичним питанням у багатьох інших країнах [248]. У Казахстані, Туреччині та Узбекистані для збільшення доступу до ЛЗ у сільській місцевості конкретні аптеки можуть організувати пересувні аптечні пункти, такі як аптечні автобуси. В Узбекистані головний дистриб'ютор фармацевтичних препаратів керує мобільними аптеками для покращення доступу до основних ЛЗ у віддалених районах. В Казахстані, Республіці Молдова, Російській Федерації та Узбекистані ФФ-випускники, які навчаються за спонсорської підтримки уряду (державного бюджету), повинні відпрацювати три роки в державній чи комунальній аптеці після закінчення навчання, переважно у сільській місцевості. Місцеві органи влади у Республіці Молдова відшкодовують витрати на проживання, електроенергію тощо. Однак через скорочення кількості комунальних аптек ця система не довела свою ефективність в поліпшення доступу населення до ФД.

У Російській Федерації з 2000 р. для економії орендної плати та інших витрат обігу започаткований проєкт виїзної торгівлі ЛЗ за допомогою 300 мобільних аптек [175].

Питання впровадження альтернативних форм ФД сільському населенню та пошуку нових логістичних рішень актуальним є для України [68]. При цьому необхідним є прийняття законодавчих норм і здійснення ОТГ практичних заходів щодо докорінного поліпшення стану справ у цьому розділі охорони здоров'я. Доцільно є звільнення сільських аптек від сплати податку за землю та норму, за якою передбачаються кошти в бюджеті місцевих громад на оплату витрат, пов'язаних з орендою приміщень для аптек, незалежно від форми власності, утримання житла та оплати комунальних послуг ФФ та скасування ПДВ на ЛЗ, що реалізуються АЗ в сільській місцевості [34].

Доступність ФД для всіх верств населення, не залежно від місць їх проживання і доходів, є однією з важливих проблем національної охорони

здоров'я. Передусім це питання активізувалося у розпал пандемії коронавірусної хвороби COVID-19 для значної частини населення, нерівномірно розподіленого територією як України, так й інших держав.

За даними 13 новинних сайтів з фармацевтичної тематики Великої Британії, Іспанії, Італії, Канади, Німеччини, Польщі, США, Туреччини, Франції встановлено, що ФФ за кордоном з початку пандемії коронавірусу COVID-19 потребували розв'язання низки організаційних питань для надання якісної ФД [26, 178, 179, 182, 184, 186-191, 193, 194, 196-198, 203, 206-212, 214, 223, 229, 230, 239, 244, 246]. Зокрема вони зіткнулися:

1) з відсутністю:

– належного облаштування залу обслуговування (захисного скла та/або захисних козирків для обличчя ФФ першого контакту, інтенсивної вентиляції, соціального дистанціювання в аптеці для захисту ФФ; це попри те, що кожен відвідувач аптеки може розглядатися як потенційний носій хвороби);

– змоги забезпечити безперебійну роботу аптек у цілодобовому режимі (24x7), позаяк унаслідок сильної фемінізації професії багато хто з ФФ скористався правом догляду за дитиною, а також частина з них захворіла та/або знаходиться на самоізоляції. При цьому, з одного боку, відбулося скорочення тривалості роботи аптек, з іншого – продовження терміну дії ліцензії ФФ, видача тимчасових ліцензій ФФ для праці в інших регіонах держави, а також ФФ-пенсіонерам, залучення студентів-фармацевтів та дострокові випуски коледжами ФФ;

2) з обмежувальними заходами щодо:

– кількості пацієнтів, які можуть перебувати в аптеці одночасно, створюючи маркери соціальної дистанції;

– відпуску в одні руки парацетамолу, інсуліну, морфіну, адреналіну, антибіотиків, противірусних і низки інших ЛЗ, термометрів, пульсоксиметрів, засобів індивідуального захисту (ЗІЗ) і дезінфекційних засобів (ДЗ).

З'ясовано стрімке зростання професійно вигорання ФФ унаслідок:

- страху захворіти та/або заразити рідних коронавірусною інфекцією COVID-19;
- знаходження під постійним психологічним тиском унаслідок дефектури та/або дорожнечі, насамперед ЗІЗ та ДЗ, що спричинило виготовлення ДЗ в аптеках, у т.ч. в університетських навчальних аптеках;
- збільшення агресивної поведінки відвідувачів аптек, які часто потребують товари аптечного асортименту, що взагалі не потрібні під час пандемії;
- значного фізичного навантаження за дефіциту персоналу і тривалості робочої зміни;
- занепокоєння з приводу можливого пограбування аптек.

Україна посідає друге місце за площею серед інших європейських країн. За даними звітів Української ліги розвитку паліативної та хоспісної допомоги, кожного року понад 324 тис. осіб в Україні потребують послуг паліативної допомоги (ПД), з них орієнтовно 40 % потребують ПД у стаціонарних закладах (хоспіси, паліативні відділення), решта – у мобільних (виїзних) службах ПД [15]. До сфери ПД належать хвороби системи кровообігу, у т.ч. хронічні хвороби серця (майже 489 тис. смертей на рік), рак (100 тис.), респіраторні хвороби (28 тис.), туберкульоз (10 тис.), неврологічні розлади, у т.ч. хвороба Альцгеймера (6,5 тис.), та ВІЛ/СНІД (близько 2,5 тис.) [167]. Однак, згідно з класифікацією Міжнародного альянсу ПД, що діє при ВООЗ, Україна належить до групи країн «з несистемним забезпеченням ПД». Такий самий статус отримали Вірменія, Куба, Єгипет, Пакистан, Російська Федерація та ще кілька держав, які об'єднують відсутність підтримки паліативного руху, дефіцит ефективних знеболювальних засобів та мала кількість хоспісних і паліативних центрів [38]. Зазначене вказує на важливість підвищення рівня якості ФД паліативним хворим.

Отож, доступність пацієнта до якісної ФД, на нашу думку, повинна мати перспективи, що ґрунтуються на діалектичному законі заперечення заперечень, тобто розвитку по спіралі, суть якого в тому, що на вищому щаблі поступу

відбувається начебто повернення до старого, повторення відомих рис, властивостей предмета, але вже у зміненому вигляді [84].

Резюме

1. Схарактеризовано середовище функціонування системи ФД нерівномірно розподіленому населенню. Визначено проблеми ФД в сільській місцевості, насамперед у НВНП. Показано основні відмінності в організації медичної та фармацевтичної допомоги нерівно розподіленому населенню.

З'ясовано особливості розвитку ФД нерівномірно розподіленому населенню за кордоном та в Україні, зокрема форми підвищення фізичної доступності ЛЗ. Показано, що пандемія коронавірусу COVID-19 актуалізувала незадовільний рівень організації ФД жителям НВНП.

2. Встановлено, що не знайшло належного висвітлення в науковій літературі такі питання:

- сутність якості ФД та її основних характеристик, взаємозв'язку цих характеристик з ТСЕ ФД та складовими ЛОП;
- особливостей доступності ФД паліативним пацієнтам в умовах пандемії;
- особливостей роботи ФФ під час карантину, пов'язаному з глобальною епідемією коронавірусу COVID-19.

Крім цього, актуальним і доцільним є:

- вивчення якості ФД населенню до і після адміністративно-територіальної реформи (на прикладі Одеської області);
- з'ясування перспектив розвитку ФД жителям НВНП задля підвищення їх якості життя.

Результати досліджень даного розділу наведено в таких публікаціях:

1. Організаційні особливості фармацевтичного забезпечення населення Тернопільської області / Я. І. Яцишин, О. М. Корнієнко, І. Я. Городецька, М. В. Корольов, Б. П. Громовик. *Фармацевтичний часопис*. 2020. № 2. С. 60-68.

2. Громовик Б.П, Корольов М.В. Виклики для фармацевтичної допомоги, пов'язані з пандемією коронавірусу COVID-19: зарубіжний погляд. *Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи* : матер. VI Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції (23-24 квітня 2020 р., м. Харків). Х.: НФаУ, 2020. С. 350-352.

Розділ 2
ОБҐРУНТУВАННЯ НАПРЯМКУ І ЗАГАЛЬНОЇ МЕТОДИКИ
ТА МЕТОДІВ ДИСЕРТАЦІЙНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Схвалення напрямку і загальної методики дослідження

Огляд літературних джерел засвідчив, що проблема підвищення якості надання ФД нерівно розподіленому населенню, насамперед сільському населенню, зокрема жителям НВНП, є досить актуальною. Сільські жителі станом на 1.01.2021 р. становили 30,7 % від чисельності населення України [35]. Значна частина сільського населення живе за межею бідності. Як видно з даних табл. 2.1, у першому кварталі 2021 р. середньомісячна зарплата жителів села склала 75,2 % від середньоукраїнського рівня.

Таблиця 2.1

Середньомісячна зарплата та динаміка руху працівників
по регіонах за перший квартал у 2021 р.*

	Середньомісячна зарплата			Динаміка руху працівників, % [125]
	за регіонами, грн. [128]	на селі		
		грн. [127]	у % до регіону	
1	2	3	4	5
Україна	12835	9647	75,2	0,6
Івано-Франківська	10943	13950	127,5	-0,3
Тернопільська	10399	12300	118,3	1,1
м. Київ	18722	11764	62,8	-0,4
Львівська	11376	11196	98,4	0,9
Київська	12946	10477	80,9	2,3
Чернігівська	10242	10447	102,0	1,9
Черкаська	10848	10409	96,0	3,2
Сумська	10579	10357	97,9	5,0
Вінницька	11124	10135	91,1	2,3

Продовж. табл. 2.1

1	2	3	4	5
Закарпатська	10999	10012	91,0	-1,3
Полтавська	11768	9823	83,5	1,4
Хмельницька	11192	9800	87,6	0,3
Волинська	10437	9722	93,1	1,1
Житомирська	10331	9649	93,4	-0,1
Харківська	10826	9413	86,9	2,0
Донецька	14306	9234	64,5	-0,7
Луганська	10918	9066	83,0	0,3
Херсонська	10470	8918	85,2	1,7
Кіровоградська	10132	8655	85,4	0,1
Дніпропетровська	12914	8573	66,4	-0,3
Рівненська	11852	8355	70,5	1,1
Чернівецька	10239	8000	78,1	0,7
Миколаївська	12801	7912	61,8	2,4
Запорізька	12897	7634	59,2	-0,2
Одеська	11370	6862	60,4	-2,9
*без урахування тимчасово окупованої території АР Крим, м. Севастополя та частини тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях				

При цьому лише у трьох сільськогосподарських областях (Івано-Франківській, Тернопільській та Чернігівській) цей показник був вищим від 100 %. Найнижча зарплата на селі (6862 грн) була характерна для Одеської області. Водночас цей регіон разом із Запорізькою областю займали два останні позиції (59,2 та 60,4 % відповідно) за співвідношенням зарплати сільських жителів до середньообласних їх показників. Варто зазначити, що на фоні загальноукраїнської позитивної динаміки руху працівників (0,6) найгірше значення цього показника властиве також Одеській області (-2,9).

Для сільського населення характерний високий рівень безробіття, який у працездатному віці у 2020 р. склав 10,9 % у порівнянні з 9,5 % у міського

населення [40]. Динаміка показників народжуваності, смертності та природного приросту міського і сільського населення різна. У районах, де проживає сільське населення, народжуваність традиційно вища – коефіцієнт народжуваності (на 1 000 жінок віком 15-49 р.) у 2019 р. для сільської місцевості склав 37,9 на противагу міській місцевості 32,5. При цьому середня тривалість майбутнього життя сільського населення на два-три роки була нижчою міського [152].

Невисокий рівень життя сільського населення, зокрема жителів НВНП, здебільшого незадовільна соціально-побутова інфраструктура, часом важкі умови праці та побуту не можуть не позначатися на стані здоров'я жителів українського села. Практично в усіх областях України захворюваність на туберкульоз (нові випадки + рецидиви) сільських жителів на 20 – 30 % вища ніж захворюваність міських жителів [116].

Державна стратегія регіонального розвитку на 2021-2027 рр. визначає генеральний вектор сталого розвитку регіонів [103]. Проте серед 17 завдань за напрямом «Розвиток сільських територій», визначених нею, немає жодного завдання, спрямованого на покращення якості надання ФД, проте лише три ж з них стосуються розвитку сільської медицини:

- поліпшення медичного обслуговування жителів сільських територій: запровадження практики диспансерних оглядів для жителів сільських територій, у т.ч. із застосуванням мобільних пунктів, оснащених необхідним обладнанням;
- забезпечення сучасними технічними та інформаційно-програмними засобами для функціонування електронної системи охорони здоров'я;
- забезпечення належного матеріально-технічного оснащення закладу охорони здоров'я (ЗОЗ), зокрема службовим житлом та службовим автотранспортом, широкосмуговим доступом до Інтернету та сучасними технічними та інформаційно-програмними засобами для функціонування електронної системи охорони здоров'я.

Також одне завдання скероване на поліпшення умов транспортної доступності сільських населених пунктів до адміністративних центрів ОТГ та найближчих міст з населенням понад 50 тис. осіб.

Одним із напрямків реалізації Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011-2020 рр. було забезпечення рівного доступу населення до якісних ЛЗ як у фізичному, так і в економічному аспектах [77]. Проте реалії сьогодення вказують на не здійсненність цього рішення, бо нерівномірно розселене населення, зокрема жителі НВНП, у порівнянні з населення міст, селищ та великих сіл зазнають обмежень щодо ФД, яке обумовлене розбіжністю соціально-економічних перспектив наявної у них інфраструктури та реальних потреб у ФД.

Зазначене свідчить про актуальність обраної теми наукового дослідження для охорони здоров'я загалом та фармація зокрема на сучасному етапі розвитку України. Тому основним напрямком дисертаційної роботи був намір опрацювати теоретико-методичні положення і практичні рекомендації з оцінювання та шляхів вдосконалення якості ФД населенню, нерівномірно розподіленому територією окремого регіону. Для проведення дослідження обрано Одеську область, для якої властиві такі негативні тенденції: скорочення чисельності наявного населення, погіршенням показників природного його руху, стрімке скорочення міграційного приросту, від'ємний природний приріст та старіння населення, зменшення зайнятості населення віком 15-70 років, низьким рівнем надання ФД сільському населенню, зокрема жителям НВНП [149].

Напрямок нашого дисертаційного дослідження пов'язаний з реалізацією таких нормативно-правових документів:

– Закону України (ЗУ) від 14.11.2017 № 2206-VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» у частині розроблення та реалізація програм із забезпечення населення у сільській місцевості ефективними, якісними та необхідними ЛЗ і МВ, запровадження дієвих механізмів залучення до медичного обслуговування у сільській місцевості кваліфікованих ФФ [44];

– ЗУ 17.09.2020 р. № 904-IX «Про внесення змін до статті 19 Закону України «Про лікарські засоби» щодо здійснення електронної роздрібної торгівлі лікарськими засобами» [41];

– ЗУ від 01.01.2021 № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», у частині оплати коштом держбюджету необхідних медичних послуг та ЛЗ [42];

– спільної програми Президента та КМ України «Велике будівництво» (2020 р.) у частині інфраструктурної модернізації України [157] та Президентських програм «Доступ населення до швидкісного інтернету» (2019 р.) [158] та «Нове село» (2021 р.) [74] у частині доступу сільського населення до оптичного інтернету та відкриття сільських аптек, що залучені в урядовій програмі «Доступні ліки»;

– Постанов КМ України «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» від 25.04.2018 р. № 411 [96] і «Порядок реімбурсації лікарських засобів» від 17.03.2017 р. № 152 [97] та наказу МОЗ України від 19.10.2015 № 681 «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я» [79] у частині реалізації телефармації.

Дослідження проводили в сім етапів, алгоритм якого наведених на рис. 2.1.

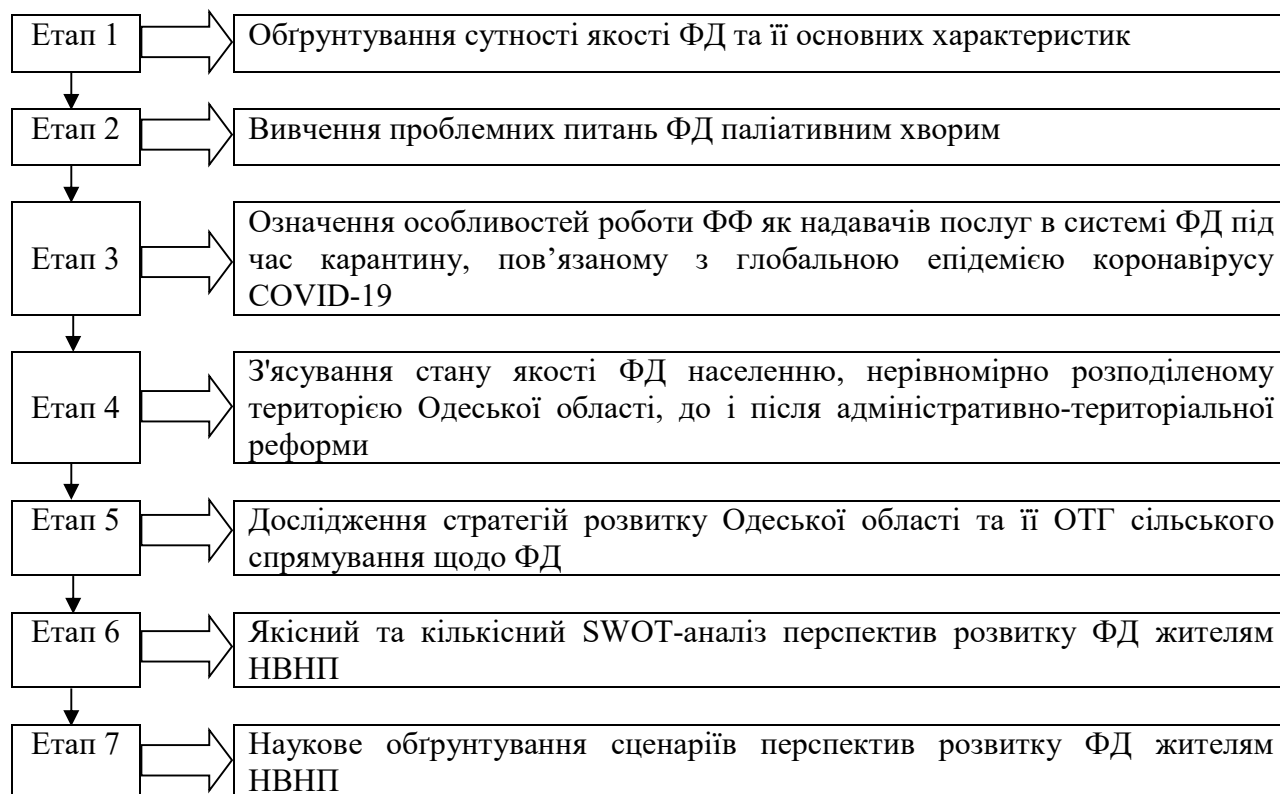


Рис. 2.1 Алгоритм реалізації наукового дослідження

Перший етап полягав у наукознавчому обґрунтуванні сутності та складових ФД, моделюванні взаємозв'язку її складових і ТСЕ зі складовими ЛОП.

Другий етап стосувався комплексної оцінки чинників, які можуть впливати на доступність ФД в частині ОА для паліативних пацієнтів, найбільш вагомим проблем доступності ФД в частині адекватного знеболення для паліативних пацієнтів України з погляду розвитку вітчизняного нормативного забезпечення порядок обігу ОА, розвитку аптек з ліцензією на обіг НПП.

На третьому етапі вивчено думки ФФ, як надавачів фармацевтичних послуг, щодо організаційних особливостей їх роботи в аптеках під час карантину, пов'язаному з глобальною епідемією коронавірусу COVID-19.

На четвертому етапі з погляду фізичної доступності здійснений моніторинг якості рівня надання ФД населенню Одеської області до і після адміністративно-територіальної реформи.

П'ятий етап присвячений наукознавчому трактуванню стратегій розвитку Одеської області та її ОТГ сільського спрямування у контексті надання ФД.

Шостий етап стосувався якісного та кількісного SWOT-аналізу стану ФД жителям НВНП Одеської області.

Сьомий, завершальний, етап представив опрацювання сценаріїв розвитку ФД жителям НВНП, у т.ч. особливості трактування поняття та сутності «ТФ».

За результатами проведених досліджень було опубліковано 15 наукових праць, перелік яких за розділами дисертації поданий в табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Результати опублікування та впровадження проведених досліджень
за розділами дисертаційної роботи

Розділ		Кількість праць або отриманих результатів
номер	назва	
1	2	3
1	Тенденції у наданні фармацевтичної допомоги нерівномірно розподіленому населенню	<p><i>Опубліковано:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 стаття в науковому фаховому виданні України; • 1 тези доповідей.

1	2	3
3	Вивчення засадничих питань якості фармацевтичної допомоги	<p><i>Опубліковано:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 стаття в науковому виданні, яке індексується в наукометричній базі Scopus; • 2 статті в наукових фахових виданнях України; • 2 тези доповідей; • 1 науково-методичні рекомендації. <p><i>Отримано:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 15 актів впровадження у практичну діяльність територіальних органів виконавчої влади і фармацевтичних організацій та освітньо-науковий процес закладів вищої освіти фармацевтичного спрямування.
4	Дослідження якості фармацевтичної допомоги населенню, нерівномірно розподіленому територією одеської області, з погляду фізичної її доступності до і після адміністративно-територіальної реформи	<p><i>Опубліковано:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 стаття в науковому фаховому виданні України; • 2 тези доповідей.
5	Ситуаційний аналіз фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів (на прикладі Одеської області)	<p><i>Опубліковано:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 стаття в науковому фаховому виданні України; • 2 тези доповідей; • 1 науково-методичні рекомендації. <p><i>Отримано:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 14 актів впровадження у практичну діяльність територіального органу виконавчої влади і фармацевтичних організацій та освітньо-науковий процес закладів вищої освіти фармацевтичного спрямування; • 1 довідка про використання наукових результатів дисертаційного дослідження.

2.2 Методи проведення дослідження

Об'єктом дослідження став процес ФД нерівномірно розподіленому населенню у сучасних умовах економічного та соціального розвитку держави. Предметом дослідження були теоретико-методичні та науково-прикладні засади ФД у контексті підвищення рівня її надання нерівномірно розподіленому населенню, зокрема жителям НВНП.

Теоретичною основою дисертаційного дослідження була методологія наукового пізнання, тобто філософське вчення про систему методів наукового пізнання і перетворення реальної дійсності, а також вчення про застосування, принципів, категорій, законів діалектики та науки до процесу пізнання і практики в інтересах набуття нових знань [5].

Матеріалом дослідження слугували: Реєстр місць провадження діяльності з оптової та роздрібною торгівлі ЛЗ станом на 30.04.2020 р. і 30.04.2021 р. та Ліцензійний реєстр на право здійснення господарської діяльності з обігу НПП станом на 30.04.2021 р., що ведуться Державною службою України з ЛЗ та контролю за наркотиками [71, 118], дані Державної служби статистики України [35, 40, 125, 127, 128, 168, 169] та Головного управління статистики в Одеській області, відомості щодо інфраструктури регіонів України [16], 26 стратегії (планів) соціально-економічного розвитку (далі – стратегій) Одеської області та її сільських ОТГ [92, 93, 112-114, 131-141, 143, 144, 146-151], результати анкетування ФФ (загалом 545 анкет за двома напрямками дослідження), а також інформація 13 новинних сайтів з фармацевтичної тематики Великої Британії, Іспанії, Італії, Канади, Німеччини, Польщі, США, Туреччини, Франції: <https://www.pharmacymagazine.co.uk/category/news>, <https://www.bbc.com/news/uk>, <https://www.diariofarma.com/>, https://www.federfarma.it/Edicola/Ultime_notizie.aspx, <https://www.pharmacists.ca/news-events/news/>, <https://www.apotheke.adhoc.de/nachrichten/>, <https://www.aponet.de/die-apotheke.html>, <https://farmacja.pl/aktualnosci/>, <https://poranny.pl/>, <https://www.pharmacytimes.com/news>, <https://www.hurriyet.com.tr/haberleri/eczaneler>, <https://www.rtl.fr/sujet/pharmacie>, <https://www.pgeu.eu/>.

Крім того, науково-теоретичною основою дослідження були наукові праці з теоретико-методологічних питань ФД та національна нормативно-правова база, що стосується організації охорони здоров'я загалом та фармацевтичної зокрема, емпіричною – відкриті дані інформаційних баз даних, а також дані, безпосередньо зібрані автором.

У дисертаційній роботі розв'язання поставлених завдань використано методи:

1. Для постановки проблеми та вивчення об'єктів дослідження [9]:

– системний аналіз – метод вивчення предметів і явищ як сукупності елементів, що утворюють систему;

– спостереження – спосіб безпосереднього вивчення предметів і явищ за допомогою органів чуття без втручання в процес з боку дослідника;

– порівняння – спосіб виявлення відмінностей між об'єктами матеріального світу або знаходження в них спільного за допомогою органів чуття чи спеціальних пристроїв через співвідношення, вимірювання, зіставлення з іншими однаковими за якістю предметами або явищами;

– аналізу та синтезу – взаємопов'язані методи, завдяки яким з одного боку предмет дослідження (об'єкт, властивості тощо) розкладається на окремі складові частини, з іншого – здійснюється поєднання окремих сторін предмета дослідження в єдине ціле;

– узагальнення – визначення загального поняття, в якому відображається головне або основне, що характеризує об'єкти певного класу.

2. Для вивчення стратегій розвитку Одеської області та ОТГ сільського спрямування, аналізу Реєстру місць провадження діяльності з оптової та роздрібною торгівлі ЛЗ, Ліцензійного реєстру на право здійснення господарської діяльності з обігу НПП, даних Держстату України й Одеської області, нормативно-правових та інших документів:

– інформаційного пошуку – сукупність операцій, необхідних для отримання інформації, що відповідає запиту користувача [73];

– контент-аналізу – метод (стандартна методика) якісно-кількісного аналізу змісту документів з метою виявлення або виміру різних фактів і тенденцій, зафіксованих у цих документах [72].

3. Для обґрунтування сутності та основних характеристик якості ФД та ТФ

– метод моделювання термінів у мові науки, сутність якого у визначенні

загального поняття, в якому показується головна, основна характеристика об'єктів даного класу, в утворенні нових наукових понять, формулювання законів і теорій [50].

4. Для з'ясування особливостей роботи ФФ як надавачів фармацевтичних послуг в системі ФД під час карантину, пов'язаному з глобальною епідемією коронавірусу COVID-19 – опитування в соціальних професійних мережах, тобто збирання інформації за допомогою постановки запитань певній групі людей (респондентів), відібраних за певним принципом – так, щоби ця відібрана сукупність за основними параметрами репрезентувала генеральну сукупність – тобто ту спільноту, на яку надалі поширюватимуться висновки опитування [87].

5. Для визначення сукупності чинників внутрішнього і зовнішнього середовища та їх взаємозв'язку у впливі на стан і перспективи ФД жителям НВНП:

– SWOT-аналізу, який дозволяє провести систематизацію отриманих результатів за такими групами: сильні та слабкі сторони в діяльності (внутрішні чинники); сприятливі можливості та загрози з боку зовнішнього середовища (зовнішні чинники) [24];

– експертної оцінки, тобто метод, який дозволяє отримати об'єктивну оцінку на основі певної сукупності індивідуальних думок експертів [124].

6. Для обробки даних емпіричних досліджень, зокрема щодо забезпеченості України аптеками з правом обігу НПП та Одеської області АЗ, результатів анкетування ФФ та експертної оцінки – метод статистики, який включав статистичне спостереження, статистичне зведення і групування даних статистичного спостереження, статистичний аналіз зведеного й опрацьованого матеріалу [61].

Вивчення думки ФФ аптек щодо організаційних особливостей ФД під час карантину, пов'язаному з глобальною епідемією коронавірусу COVID-19, проводили у період із 7 по 19 квітня 2020 р., тобто після двох тижнів від дня введення загальнодержавного карантину. Для зв'язку з цільовою аудиторією застосовано інтернет-опитування шляхом розміщення анкети (додаток А) у п'яти

фармацевтичних групах соціальної мережі «Фейсбук» [17, 106, 161-163]. Загальна кількість респондентів у ході опитування становила 499 ФФ, із них 55,9 % провізорів і 44,1 % фармацевтів. Вони представляли 25 регіонів України, за виключенням неконтрольованих Урядом територій. При цьому зі західних областей України було 36,9% респондентів, центральних і східних – 19,8 і 19,6 % опитаних, південних – 17,2 %, східних – 6,5 %. За статевою ознакою: жінок – 97,0 %, чоловіків – 3,0 %. Наймолодшому респонденту – 18 років, найстаршому – 65 років. Фармацевтичний стаж опитаних осіб характеризується таким чином: 1) до 5 років – 4,2 %; 2) від 6 до 10 років – 21,8 %; 3) від 11 до 20 років – 22,6 %; 4) понад 21 року – 13,4 %. При цьому середній фармацевтичний стаж ФФ становив 10,5 років при розмаху варіації від 0,5 до 45 років. Важливим для підсумовування анкетування є те, що абсолютна більшість учасників (95,8 %) – ФФ, фармацевтичний стаж яких становив 6 років і більше, що дає підстави вважати отриману інформацію об'єктивною, позаяк саме ця група респондентів є достатньо професійно досвідченою.

У дослідженні використовували спрощену формулу обчислення простої ймовірнісної вибірки при опитуванні громадської думки ($P = 0,954$), яка показана у разі, якщо генеральна сукупність більша від 5 000 одиниць (число ФФ, що працюють в аптеках, становить 48 200 осіб [123]): $n = 1/\Delta^2$, де n – обсяг вибіркової сукупності, Δ – частка заданої похибки вибірки [88]. Гранична похибка вибірки у випадку 492 ФФ становить $\pm 0,045$ або $\pm 4,5\%$, тобто одержані результати опитування показують досліджувану дійсність у межах звичайної міри надійності ($D = 3-10\%$) [10].

Для визначення мінімальної кількості експертів (N_{min}), достатньої для достовірності кількісного SWOT-аналізу стану ФД жителям нечисленних і віддалених населених пунктів, нами була використана формула [12]:

$$N_{min} = 0,5 \times \left(\frac{3}{\alpha} + 5 \right),$$

де α – допустима похибка результатів експертного оцінювання.

За розрахунками, мінімальна кількість експертів повинна складати 33 особи. Всього в експертній оцінці взяло участь 46 ФФ Одеської області, тобто число анкет було достатнім. Експертизу проводили у квітні 2021 р. Взірець анкети поданий в додатку Б.

Серед експертів було 40 (87 %) жінок та 6 (13 %) чоловіків. Наймолодшому експерту – 20 років, найстаршому – 65 років. Фармацевтичний стаж роботи за фахом склав від 1 до 45 років за середнього 14 років. Він розподілився таким чином: 1) до 5 років – 30,4%; 2) від 6 до 10 років – 26,1%; 3) від 11 до 20 років – 17,4%; 4) понад 21 року – 26,1%. З опитаних ФФ 21,7 % працювали в аптеці індивідуальній, 67,4 % - в аптеці мережевій, 8,7 % - в аптечному пункті мережевої аптеки та 2,2 % - на аптечному складі. 37,0 % експертів були на керівних посадах, 41,3 % - на провізорських і 21,7 % - на фармацевтичних посадах. Тобто експерти представляли різні статеві, вікові, кваліфікаційні та професійні групи, мали різну стать, вік і стаж фармацевтичної діяльності та працювали в різних АЗ.

При цьому ФФ працювали у таких населених пунктах: 13,0 % - на селі, 39,1 % - у селищах міського типу, 28,3 % – у малих містах, 6,5 % - у середньому місті, 13,0 % - у місті-мільйоннику.

Для визначення рівня узгодженості експертів використано відносний показник варіації – коефіцієнт варіації [52]:

$$V = \sigma / X_{\text{ср}},$$

де σ — середнє квадратичне відхилення;

$X_{\text{ср}}$ — середня арифметична варіаційного ряду.

Чим більший коефіцієнт варіації, тим менш однорідна сукупність і тим менш типова середня для даної сукупності. Значення коефіцієнта варіації для чинників, що підлягали експертній оцінці, знаходилися в межах від 20,12 до 33,31%, тобто не перевищували 33,33 %, що засвідчує узгодженість думки експертів.

Таким чином, окреслено методологічний підхід до виконання дисертаційної роботи, який показує напрямок, загальну методику та сукупність методів наукового дослідження.

Розділ 3

ВИВЧЕННЯ ЗАСАДНИЧИХ ПИТАНЬ ЯКОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Для аптечної служби як складової фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я за останні десятиліття важливим напрямком розвитку стало активне застосування концепцій ФД. Під нею розуміють філософію фармацевтичної практики, яка полягає у піклуванні ФФ у взаємодії з лікарем над особами (хворим, їхніми родичами й близькими) впродовж усього періоду індивідуалізованої фармакотерапії за заздалегідь опрацьованим планом з метою запобігання лікопов'язаним проблемам та їхній корекції, збереження або покращення якості життя [160].

Метою цього етапу роботи було з'ясувати сутність якості ФД та її основних характеристик, їх взаємозв'язку з ТСЕ ФД та складовими ЛОП, а також особливостей доступності ФД паліативним пацієнтам та хворим в умовах пандемії.

3.1 Характерні ознаки якості фармацевтичної допомоги

Якість ФД (Quality of Pharmaceutical Care) нами інтерпретується як сукупність характеристик ФД, які показують її здатність задовольняти потреби пацієнтів з урахуванням положень належної аптечної практики та протоколів провізора (фармацевта), що відповідають сучасному рівню фармацевтичної науки.

Ми виокремлюємо дев'ять основних характеристик якості (9Q) ФД [25, 54, 55] (рис. 3.1):

– *належний терапевтичний конкорданс (Q1)* – процес розробки взаємно узгодженого плану терапії за участю лікаря, хворого і ФФ, який ґрунтується на чотирьох складових: партнерство, спілкування (включно з переговорами), інформація, заснована на доказах, та угода (спільне рішення, яким погоджують план фармакотерапії (ФТ) та подальші заходи) [243];

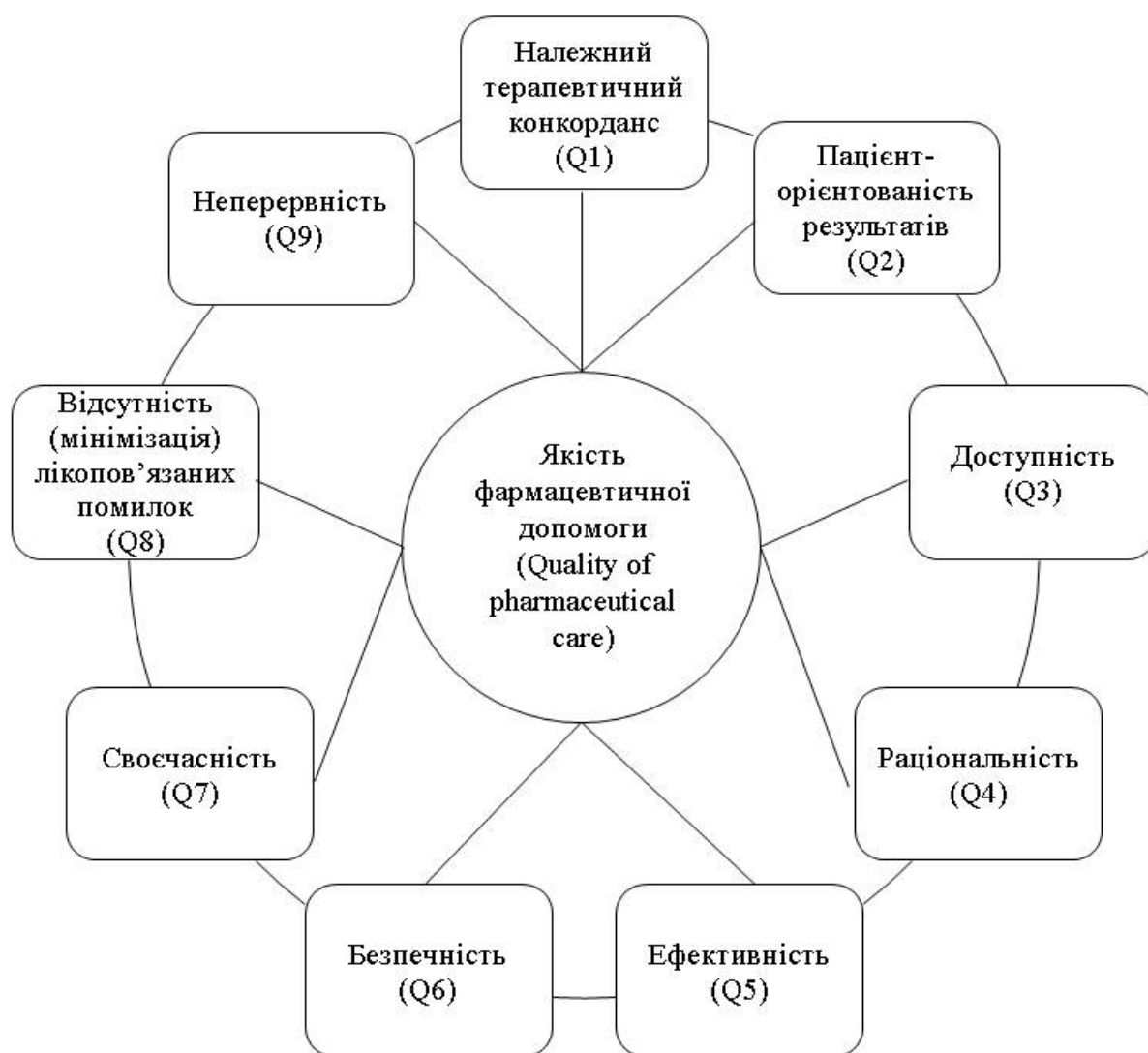


Рис. 3.1 Концептуальна модель характеристик якості ФД

– *пацієнтоорієнтованість результатів (Q2)* – скерованість на результати ФД, які можна отримати завдяки професійній здатності ФФ опікуватися хворим та його родичами й близькими способами, які є значущими, цінними та корисними для пацієнта, позаяк зосереджуються на його переконаннях, думках та потребах. Пацієнтоорієнтованість полягає у наданні сфокусованої на пацієнті ФД разом з усіма відповідними когнітивними послугами – консультуванням, наданням інформації щодо ЛЗ та моніторингом ФТ, а також технічними ланками фармацевтичного обслуговування, у т.ч. регулюванням лікарського забезпечення [23];

– *доступність (Q3)* – характеристика стану урегулювання нормативного та організаційного забезпечення можливості отримання кваліфікаційної ФД [64]. Є дві складові доступності ФД – фізична та соціально-економічна. Фізична складова визначає пропозицію населенню необхідних ЛЗ у потрібній дозі належної якості, що забезпечується шляхом національного виробництва та/або імпорту і системою реалізації насамперед через аптеки та за умови транспортно-географічної доступності до них. Соціально-економічна складова доступності ФД визначається купівельною спроможністю пацієнта, тобто платоспроможним попитом населення, яке пов'язано з показниками трудової зайнятості населення, а також ефективним використанням наявного державного фінансування в межах, гарантованих статтею 49 Конституції України [53];

– *раціональність (Q4)* – надання пацієнтам ФД відповідно до клінічної необхідності та індивідуальних потреб хворого упродовж адекватного проміжку часу і при мінімальних витратах як самих пацієнтів, так і суспільства загалом [25];

– *ефективність (Q5)* – відповідність фактично наданої (при наявних ресурсах) ФД оптимальному для конкретних умов результату, визначеному національними стандартами з належної аптечної практики та іншими нормативними документами, а також нормами фармацевтичної етики [25];

– *безпе́чність (Q6)* – гарантії безпеки для життя і здоров'я пацієнта та відсутності шкідливих впливів на хворого і ФФ в конкретному ЗОЗ, зокрема в аптеці, з урахуванням санітарно-епідеміологічної безпеки [25];

– *своєчасність (Q7)* – надання ФД тоді, коли це необхідно пацієнтові, тобто у потрібний момент, доречно;

– *відсутність (мінімізація) лікопов'язаних помилок (Q8)* – відсутність будь-яких подій, які можна запобігти та які можуть спричинити або призвести до невідповідного вживання ЛЗ або шкоди пацієнту, коли застосування ЛЗ контролює лікар, ФФ, хворий, його родичі й близькі. Ці помилки є причиною груп чинників, пов'язаних з лікарем, ФФ, пацієнтом (його опікунами), робочим середовищем, власне ЛЗ [224];

– *неперервність (Q9)* – характеризує охоплення пацієнта ФД упродовж усього його життя та включає: вибудовування і підтримку тривалих стосунків ФФ – пацієнт, управлінську, інформаційну та реляційну неперервність [242]. При цьому управлінська неперервність – це координованість, своєчасність та узгодженість ФД, яка реалізується різними надавачами, інформаційна – доступність інформації про пацієнтів надавачам у всій системі охорони здоров'я, реляційна – терапевтичні відносини між пацієнтом та одним або кількома надавачами ФД, які охоплюють ФД у минулому, поточну та у майбутньому.

Отже, сформульовано модель основних характеристик якості ФД і з'ясовано сутність якості ФД та її характеристик.

3.2 Моделювання взаємозв'язку характеристик якості фармацевтичної допомоги з її терміноструктурними елементами та складовими логістичного обслуговування пацієнта

Для ФД характерні чотири ТСЕ – надавачі й отримувачі, предмет і очікуваний результат [160]. ЛОП – це процес створення блага шляхом реалізації комплексу логістики (7R): необхідному пацієнту (R1) необхідні ЛЗ (R2) необхідної дози (R3) необхідної якості (R4) необхідної вартості (R5) у необхідному місці (R6) та в необхідний час (R7) [20, 21].

Дослідниками були науково опрацьовані особливості взаємозв'язку ЛОП із концепціями ФД і належної аптечної практики [29]. Проте не здійснено концептуальне моделювання, яке б наочно поцінувало основні характеристики якості ФД із позицій її ТСЕ та взаємозв'язку з ЛОП.

На основі узагальнення вербального опису характеристик якості ФД, її ТСЕ та складових ЛОП здійснено їхню структуризацію та визначено особливості взаємозв'язку у вигляді концептуальної моделі. З даних, наведених на рис. 3.2, видно, що:

– *належний терапевтичний конкорданс (Q1)* формує предмет ФД – процес розробки взаємно узгодженого плану терапії за участю її суб'єктів (надавача та

отримувача) – лікаря, хворого і ФФ; ця характеристика якості пов'язана з усіма складовими (7R) ЛОП;

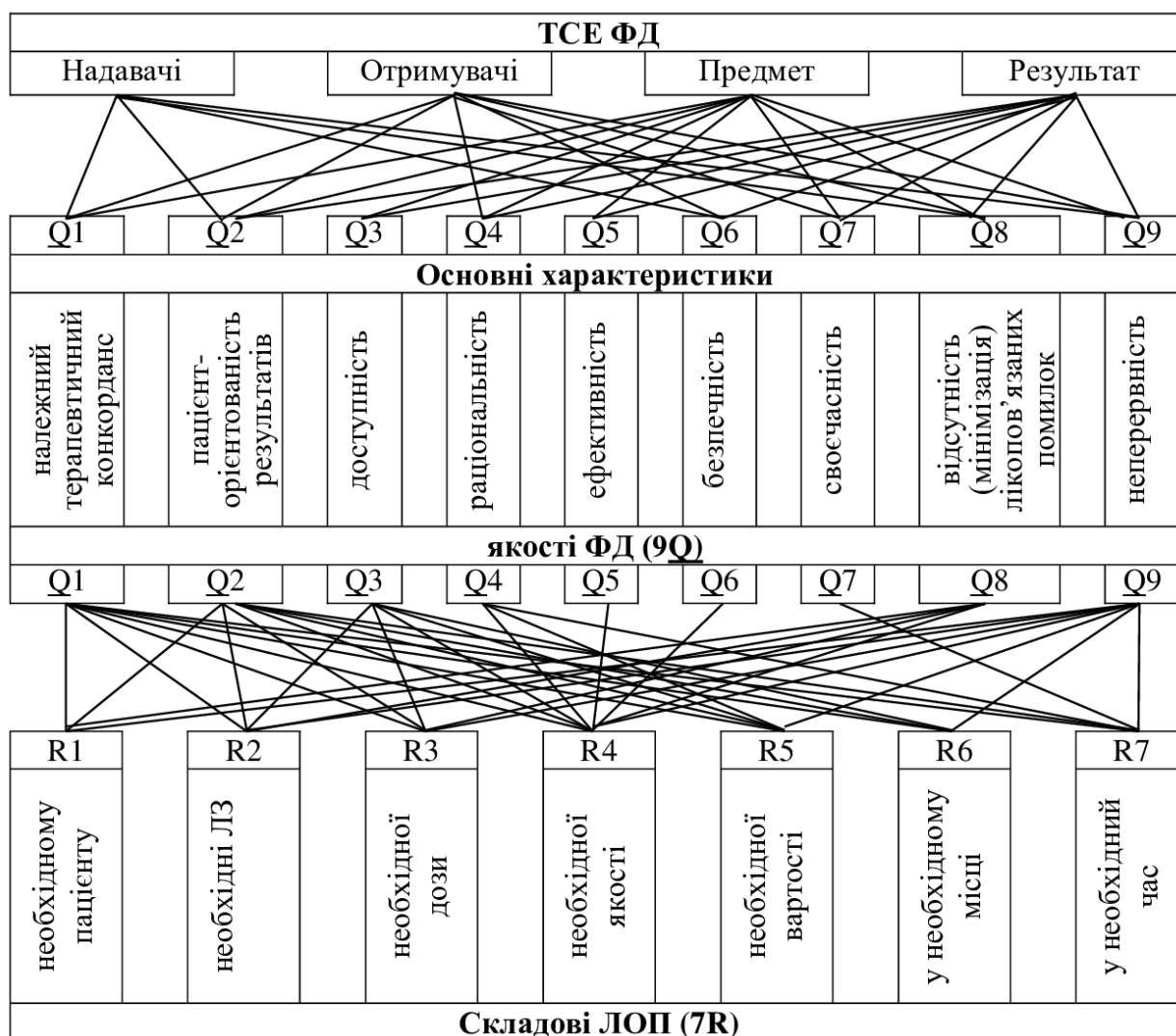


Рис. 3.2 Концептуальна модель взаємозв'язку якості ФД з її ТСЕ та складовими ЛОП

– *пацієнтоорієнтованість результатів (Q2)*, які можна здобути (як результат ФД) завдяки професійній здатності ФФ (надавача ФД) опікуватися хворим та його родичами й близькими (отримувачами ФД) способами, які є значущими, цінними та корисними для пацієнта, позаяк зосереджуються на його переконаннях, думках та потребах (предмет ФД); ця характеристика якості ФД пов'язана з усіма складовими (7R) ЛОП;

– *доступність (Q3)*, яка характеризує предмет і результат ФД шляхом урегулювання нормативного та організаційного забезпечення можливості отримання кваліфікованої ФД; ця характеристика пов'язана з такими складовими ЛОП, як необхідні ЛЗ (R2) необхідної дози (R3) необхідної якості (R4) необхідної вартості (R5) у необхідному місці (R6);

– *раціональність (Q4)*, яка формується поєднанням трьох ТСЕ ФД (отримувачів, предмета та результату) і розкриває надання пацієнтам ФД відповідно до клінічної необхідності та індивідуальних потреб хворого упродовж адекватного проміжку часу і при мінімальних витратах як самих пацієнтів, так і суспільства загалом; ця характеристика пов'язана зі складовими ЛОП – необхідної якості (R4) необхідної вартості (R5) у необхідний час (R7);

– *ефективність (Q5)*, яка реалізується через предмет і результат ФД та показує відповідність фактично наданої (при наявних ресурсах) ФД оптимальному для конкретних умов результату, визначеному національними стандартами з належної аптечної практики та іншими нормативними документами, а також нормами фармацевтичної етики; ця характеристика якості ФД пов'язана зі складовою ЛОП – необхідної якості (R4);

– *безпеку (Q6)*, яка здійснюється через три ТСЕ ФД (надавача, отримувача і результат) та забезпечує гарантії безпеки для життя і здоров'я пацієнта та відсутності шкідливих впливів на хворого і ФФ в конкретному ЗОЗ, зокрема в аптеці, з урахуванням санітарно-епідеміологічної безпеки; ця характеристика якості ФД пов'язана зі складовою ЛОП – необхідної якості (R4);

– *своєчасність (Q7)*, яка відбувається через отримувача, предмет і результат ФД шляхом її надання тоді, коли це необхідно пацієнтові, тобто у потрібний момент, доречно; ця характеристика якості пов'язана зі складовою ЛОП – у необхідний час (R7);

– *відсутність (мінімізація) ліко-пов'язаних помилок (Q8)*, а саме будь-яких подій, які можна запобігти та які можуть спричинити або призвести до невідповідного вживання ЛЗ або шкоди пацієнту (результат ФД), коли застосування ЛЗ (предмет ФД) контролюють лікар, ФФ, хворий, його родичі й

близькі (надавачі й отримувачі ФД); ця характеристика якості ФД пов'язана зі складовими ЛОР – необхідному пацієнту (*R1*) необхідні ЛЗ (*R2*) необхідної дози (*R3*) необхідної якості (*R4*);

– *неперервність* (*Q9*), яка реалізується через усі ТСЕ ФД та означає охоплення пацієнта ФД упродовж усього його життя та включає вибудовування і підтримання тривалих стосунків ФФ – пацієнт, управлінську, інформаційну та реляційну неперервність; ця характеристика якості пов'язана з усіма складовими (*7R*) ЛОП.

Важливість опрацьованої концептуальної моделі полягає передусім у тому, що вона уможлиблює наочну оцінку рівня ФД із позиції багатоаспектності, зокрема з погляду ТСЕ ФД і складових ЛОП, та дає можливість прийняти раціональні управлінські рішення щодо покращення якості ФД.

За результатами обґрунтування сутності якості ФД та її основних характеристик, їх взаємозв'язку з ТСЕ ФД та складовими ЛОП опрацьовані науково-методичні рекомендації «Характеристики якості фармацевтичної допомоги у взаємозв'язку з її терміноструктурними елементами та логістичним обслуговуванням пацієнта», 2020 р. [166], які знайшли застосування у практичній діяльності територіального органу виконавчої влади та 6 фармацевтичних організацій, а також у науково-освітньому процесі 6 закладів вищої освіти фармацевтичного спрямування (Додатки В 1 – В 15).

3.3 Проблемні питання фармацевтичної допомоги паліативним хворим

Знеболення, як зазначалося в розділі 1, є критично важливою частиною надання якісної ФД паліативним хворим, бо майже 80 % таких пацієнтів на останній стадії захворювання на рак, 50-80 % хворих на ВІЛ/СНІД, 40-70% пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями потребують знеболення. При сильному больовому синдромі постає важливість застосування ОА.

За даними контент-аналізу джерел літератури [4, 33, 167, 226, 237] з'ясовано 15 основних чинників, які можуть впливати на доступність ФД в частині ОА для

паліативних пацієнтів [227], і, як наслідок, до адекватного знеболення в Україні, та згруповані у п'ять основних груп й узагальнені у вигляді рис. 3.3

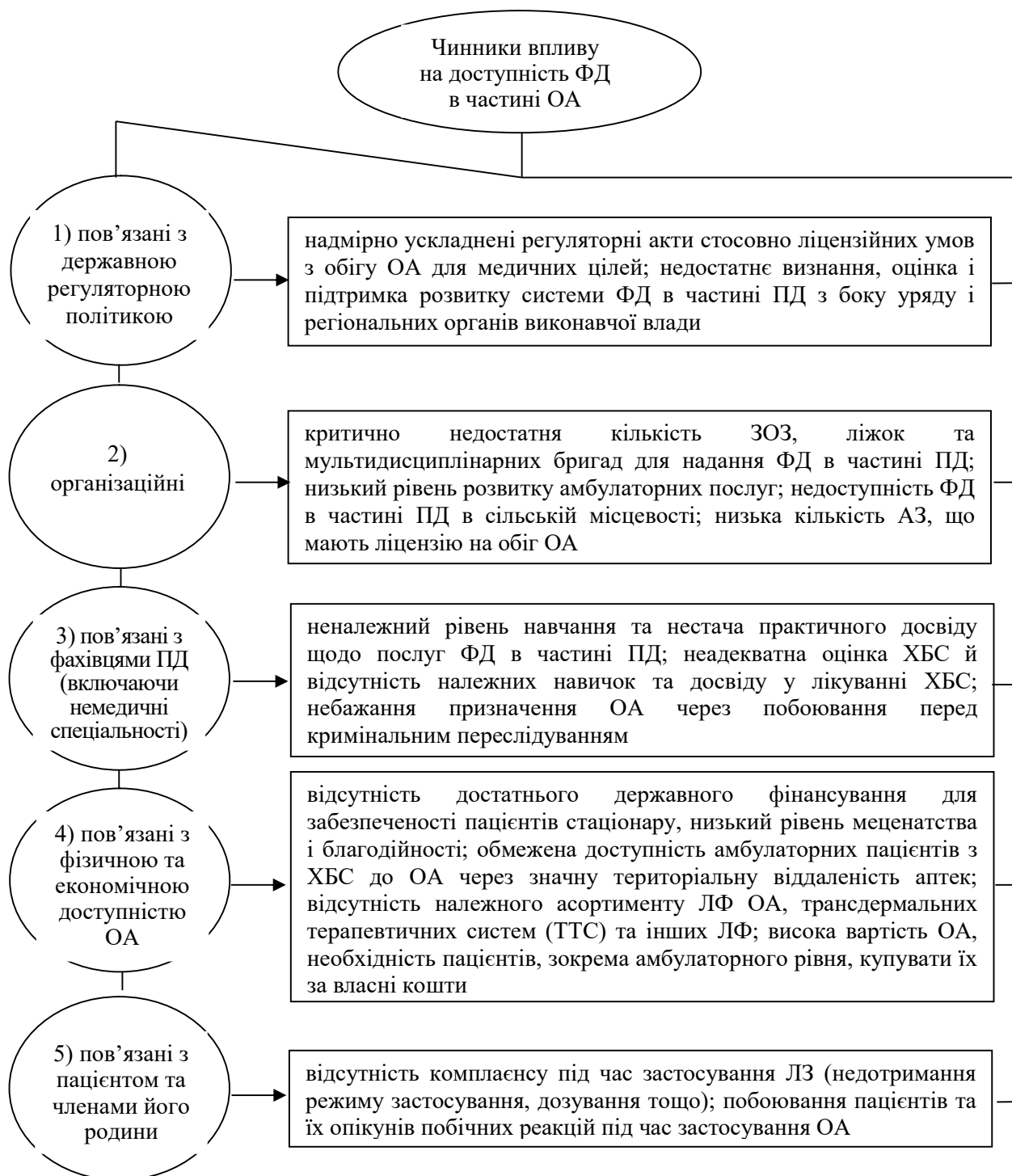


Рис. 3.3 Групи чинників, які можуть впливати на доступність ФД в частині ОА для паліативних пацієнтів

- 1) пов'язані з державною регуляторною політикою:
 - надмірно ускладнені регуляторні акти стосовно ліцензійних умов щодо обігу ОА для медичних цілей;
 - недостатнє визнання, оцінка і підтримка розвитку системи ФД в частині ПД з боку уряду і регіональних органів виконавчої влади;
- 2) організаційні:
 - критично недостатня кількість ЗОЗ, ліжок та мультидисциплінарних бригад для надання ФД в частині ПД;
 - низький рівень розвитку амбулаторних послуг;
 - недоступність ФД в частині ПД в сільській місцевості;
 - низька кількість АЗ, що мають ліцензію на обіг ОА;
- 3) пов'язані з фахівцями ПД (включаючи немедичні спеціальності):
 - неналежний рівень навчання та нестача практичного досвіду щодо послуг ФД в частині ПД;
 - неадекватна оцінка хронічного больового синдрому (ХБС) й відсутність належних навичок та досвіду у лікуванні ХБС;
 - небажання призначення ОА через побоювання перед кримінальним переслідуванням;
- 4) пов'язані з фізичною й економічною доступністю ОА:
 - відсутність достатнього державного фінансування для забезпеченості пацієнтів стаціонару, низький рівень меценатства і благодійності;
 - обмежена доступність амбулаторних пацієнтів з ХБС до ОА через значну територіальну віддаленість аптек;
 - відсутність належного асортименту лікарських форм (ЛФ) ОА, трансдермальних терапевтичних систем (ТТС) та інших ЛФ;
 - висока вартість ОА, необхідність пацієнтів, зокрема амбулаторного рівня, купувати їх за власні кошти пацієнтом й членами його родини;
- 5) пов'язані з пацієнтом та членами його родини:

- відсутність комплаєнсу під час застосування ЛЗ (недотримання режиму застосування, дозування тощо);
- побоювання пацієнтів та їх опікунів побічних реакцій під час застосування ОА.

Проблеми ФД паліативним хворим, зокрема, в умовах стаціонарного ЗОЗ, належне забезпечення знеболювальними засобами та засобами догляду, в Україні тривалий час не розглядались та не вирішувались на загальнодержавному чи регіональних рівнях.

Упродовж останніх 20 років в Україні, переважно з ініціативи різних громадських та релігійних організацій, благодійних фондів, почали інтенсивно створювати мережу стаціонарних закладів паліативної медицини, відділення ПД на базі ЗОЗ, а також, протягом останніх більш як 5 років – створено кілька мобільних виїзних мультидисциплінарних бригад для допомоги пацієнтам в домашніх умовах. Стаціонарна паліативно-хоспісна допомога в Україні надається загалом на 1500 ліжках, що складає трохи більше третини від потреби, рекомендованої ВООЗ. Окрім того, в Україні практично відсутня належна система догляду невиліковно хворих пацієнтів вдома, хоча, за статистикою МОЗ України, більшість з паліативних пацієнтів (понад 80%) помирає саме вдома, не отримуючи належного знеболення, соціальної та психологічної підтримки [217, 225, 226].

У 2010 р. організацією Х'юман Райтс Вотч разом з Інститутом Правових Досліджень та Стратегій у м. Харків та відділеннями Всеукраїнської Мережі людей, які живуть з ВІЛ/СНІД у м. Рівне та м. Києві, було проведено дослідження щодо наявності знеболення та ФД в частині ПД в Україні. Результати виявились приголомшливими, бо основні практики ПД здебільшого ігнорувались, процедури, спрямовані на боротьбу із наркозалежністю унеможлилювали надавати допомогу пацієнтам відповідно до принципів доказової медицини. Знеболення для більшості хворих було практично недосяжним.

Результати іншого вже вибіркового дослідження, проведеного правозахисними організаціями, свідчили про те, що очікуваних показників

успішного знеболювання на рівні 80–90% осіб, які його потребують, не досягнуто; умовно успішне знеболення отримують лише 5–14 % пацієнтів [32].

Основними та найбільш вагомими проблемами доступності ФД в частині адекватного знеболення для паліативних пацієнтів України на початок 2010 р. за даними міжнародної правозахисної організації Human Rights Watch були (рис. 3.4) [167]:



Рис. 3.4 Основні та найбільш вагомні проблеми доступності ФД в частині адекватного знеболення для паліативних пацієнтів України на початок 2010 р. (за даними міжнародної правозахисної організації Human Rights Watch)

1. *Недотримання рекомендацій ВООЗ щодо знеболення, відсутність пероральних ЛФ морфіну та проблеми із застосуванням ін'єкційних форм ОА.* Попри рекомендації ВООЗ щодо перорального морфіну як золотого стандарту у лікуванні ХБС, до 2013 р. в Україні не було зареєстровано морфіну у таблетках та до 2016 р. - у сиропі. Для знеболення лікарі використовували ін'єкційні форми сильних ОА, що суттєво впливало на якість життя пацієнтів. Окрім цього, через законодавчу вимогу введення ін'єкційних форм наркотичних знеболювальних засобів пацієнтам лише медичними працівниками (лікарем чи медсестрою), пацієнти не отримували належну кількість ОА, оскільки медичний персонал

фізично не мав можливості для відвідин пацієнтів вдома 6 разів на добу (ВООЗ рекомендує, аби пацієнти отримували ОА кожні 4 год). Також пацієнти страждали через необґрунтоване обмеження максимальної добової дози ін'єкційної форми морфіну (50 мг, що еквівалентно 150 мг морфіну перорального), яка зазначена в інструкції виробника, оскільки вона є набагато нижчою від доз морфіну, які рекомендує ВООЗ для ефективного лікування сильного болю. Позаяк більшість пацієнтів потребують 10-30 мг перорального морфіну кожні 4 години (60-180 мг протягом доби), навіть пацієнти які знаходяться на найнижчому рівні цього типового діапазону, потребують більш ніж максимальну рекомендовану добову дозу кожні чотири години.

2. *Неналежна нормативно-правова база щодо обігу наркотичних засобів та отримання ліцензій ЗОЗ.* Процедури обігу наркотичних засобів в Україні є більш суворими, ніж це вимагається відповідно до конвенцій ООН щодо наркотиків та містять численні положення, які безпосередньо перешкоджають наданню ПД. Зокрема, знеохочують лікарів до призначення ОА з огляду на надто обтяжливі бюрократичні вимоги та створюють побоювання небажаних правових наслідків серед лікарів, які призначають ці препарати. Відповідно до законодавства [43], ЗОЗ повинні отримати ліцензії перед тим, як вони зможуть зберігати, призначати або відпускати ОА.

Проте висувається низка критеріїв щодо приміщення ЗОЗ, які мають відповідати вимогам перед тим, як ліцензію може бути видано: вимоги щодо окремої кімнати для зберігання препаратів, товщини стін, дверей, потреба у спеціальних металевих решіток, вогнетривкому сейфі, прикріпленому до підлоги, та в обладнанні сигналізації. Зазначені вище вимоги є головною причиною обмеженої наявності ОА у більшості ЗОЗ (як лікарень, так і АЗ). Особливо критичною є ситуація в сільській місцевості, оскільки часто ФАПи та невеликі аптеки просто не мають окремих приміщень для зберігання ОА.

3. *Колізії з виписуванням рецептів на ОА пацієнтам.* Донедавна, для того, щоб отримати, наприклад, морфін в ампулах, пацієнт змушений пройти низку бюрократичних етапів, які відтерміновували процес знеболення, зокрема: огляд

дільничного онколога та висновок про призначення ОА; засідання лікарської комісії (три лікарі) та затвердження нею висновку щодо призначення; затвердження висновку головним лікарем ЗОЗ; внесення в листок призначень пацієнта препарату (або виписування лікарем спеціального рецептурного бланка, якщо пацієнт купуватиме ліки в аптеці за власний кошт); отримання ліків медичною сестрою у лікарні та відвідування пацієнта вдома для введення препарату (або ж придбання ліків пацієнтом чи його опікуном в аптеці за виписаним рецептом та застосування їх самостійно) (вимоги згідно з не чинним на сьогодні Наказом МОЗ № 11 від 21.01.2010 [81]). Також слід зазначити, що дуже часто лікарі просто відмовлялись виписувати рецепт, пояснюючи це або відсутністю рецептурних бланків, або високими вимогами до виписування рецепту, або ж побоюванням виникнення наркозалежності у пацієнта. Ще одним бар'єром, який суттєво ускладнював отримання ОА пацієнтами, був жорсткий облік невикористаних або порожніх ампул у випадку, коли пацієнт не придбавав ліки самостійно (а це більшість хворих). Так, згідно з вимогами законодавства [81], медичний персонал, який безпосередньо відвідував пацієнта, повинен був кожну операцію записувати в окремі журнали (при отриманні засобу, при введенні ОА, при поверненні ампул тощо), а також збирати порожні та невикористані ампули, які потім підлягають процедурі утилізації. Усі ці фактори в сукупності призводили до нелюдських необґрунтованих страждань пацієнтів.

4. *Освіта та обізнаність медичних фахівців у принципах надання ПД, зокрема знеболення.* Питання фармакотерапії ХБС у термінальних пацієнтів вивчалися студентами закладів вищої медичної освіти в Україні фрагментарно при вивченні різних дисциплін, і лікарі та середній медичний персонал потребують теоретичних знань та практичних навичок з різних аспектів ПД [33]. Окремі питання ПД викладалися у процесі підготовки медсестер у Львівському державному медичному коледжі імені Андрея Крупинського, Черкаському базовому медичному коледжі І. В. Радзівської та ННІ медсестринства Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського [8]. Також в Україні практично була відсутня належна система післядипломного

вдосконалення з ПД для лікарів та середнього медперсоналу - лише два медичні університети в Києві та Івано-Франківську, а також Черкаський базовий медичний коледж мали тематику з ПД на передатестаційних циклах лікарів та медсестер. Фактично лікарі та медсестри, які працювали у системі ПД, навчалися самі, відвідуючи конференції, семінари та інші інформаційні заходи, здебільшого організовані громадськими організаціями за підтримки МОЗ України.

Упродовж другої половини ХХ ст. в Україні, у зв'язку із побоюванням поширення наркозалежності, нормативно-правові вимоги з контролю за наркотичними речовинами посилювалися, а також тривалий час були наявні суперечливі позиції у цих документах. Так, вітчизняними експертами було встановлено різке зменшення використання в медичних цілях морфіну гідрохлориду після вступу в дію наказу МОЗ України № 356 від 18.12.1997 р. [33].

Переломним для вітчизняного законодавства стосовно наркотичних препаратів став 2013 р., коли, завдяки активній співпраці громадських організацій та МОЗ України, Міністерства внутрішніх справ України та Державної служби України з лікарських засобів, була прийнята Постанова КМУ № 333 від 13.05.2013 р. [98]. У цьому ж 2013 р. в Україні вперше було зареєстровано таблетований морфін (таблетки негайного вивільнення по 5 та 10 мг), що було значним проривом у вітчизняній терапії болю [75] та стало ще однією причиною перегляду та коригування вітчизняного законодавства. Поява в Україні пероральних форм ОА та Постанови КМ України № 333 значно розширили можливості проведення адекватної протибольової терапії пацієнтам з ХБС.

Нині порядок обігу ОА, що застосовуються для лікування ХБС, в Україні регламентується наступними нормативно-правовими актами:

- 1) Закон України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» від 15.02.95 № 61/95-ВР [45];
- 2) Постанова КМ України від 6.05.2000 р. № 770 «Про затвердження переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів» [104];
- 3) Наказ МОЗ України від 19.07.2005 р. № 360 «Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і вироби 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 та вимог-замовлень» [78];

4) Постанова КМ України від 3 червня 2009 р. № 589 «Про затвердження Порядку провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом» [102];

5) Постанова КМ України від 13.05.2013 р. № 333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я» [98];

6) Наказ МОЗ України від 07.08.2015 р. № 494 «Про деякі питання придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я» [76] (замість Наказу МОЗ України від 21.01.2010 р. № 11 «Про затвердження Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я України» [81], який припинив чинність аналогічного наказу № 356 від 18.12.97 [80]).

Як зазначалося вище, до 2015 р. в Україні діяв Наказ МОЗ № 11, який суттєво обмежував призначення ОА пацієнтам. Основні відмінності між Наказом № 11 та новими чинними нормативними документами (Постановою КМ України № 333 та Наказом МОЗ України № 494) наведені в табл. 3.1.

Як видно з її даних, в деяких питаннях Постанова КМ України № 333 та Наказ МОЗ України № 11, які були протягом 2013-2015 рр. чинні одночасно, суперечили одне одному, як в обсягах зберігання ОА в ЗОЗ, а також щодо порядку призначення ОА пацієнтам. Із скасуванням Наказу МОЗ України № 11 суттєво полегшилась процедура призначення пацієнтам ОА: якщо раніше рішення про призначення хворим ОА на строк понад 3 днів зобов'язана була приймати комісія ЗОЗ, то тепер незалежно від терміну призначення це робить лише лікуючий лікар.

Таблиця 3.1

Основні спільні та відмінні аспекти у питаннях обігу ОА
в нормативних документах

№ з.п.	Питання обігу ОА	Постанова КМ України № 333 від 13.05.2013 р. (чинна станом на 2019 рік)	Наказ МОЗ № 11 від 21.01.2010 р. - (втрата чинності від 22.09.2015 р.)
			Наказ МОЗ № 494 від 07.08.2015 р. (редакція від 30.05.2017)
1	2	3	4
1	Здійснення діяльності з обігу	здійснюється ЗОЗ всіх форм власності.	
2	Зберігання ОА	зберігаються у приміщеннях, які відповідають установленим Міністерством внутрішніх справ України вимогам до об'єктів і приміщень, що призначені для провадження діяльності, пов'язаної з обігом ОА; Ключі від сейфів, металевих шаф і приміщень, в яких зберігаються ОА, та пристрої для пломбування (у разі їх наявності) зберігаються у відповідальних осіб.	
3	Обсяг зберігання ОА в аптеці	в матеріальній кімнаті в обсягах, що не перевищують тримісячної потреби аптеки в них; в асистентській кімнаті у кількості, що не перевищує їх добової потреби, необхідної для виготовлення лікарських форм.	не зазначено
4	Обсяг зберігання ОА в лікувально-профілактичному закладі	у закладі - не більше місячної , у відділенні, на пості та в кабінеті - не більше семиденної потреби.	у закладі - не більше двотижневої , у відділенні – не більше тридOBOV , на пості та в кабінеті - не більше однODOBOV , а на вихідні (святкові) дні - тридOBOV потреби. у хоспісах, паліативних відділеннях та ЗОЗ, які надають ПД обсяг зберігання ОА на наступний місяць (Км) розраховується за формулою: $K_m = (K_1 + K_2 + K_3 \dots + K_n) \times D \times 1,25,$ де K1, K2, K3 ... Kn - кількість ОА на день, призначена 1-му, 2-му, 3-му та n пацієнту на момент розрахунку обсягів зберігання; D - кількість днів у місяці
	Документ для обліку ОА	журнал за формою, визначеною МОЗ України	журнал за формою № 129-8/о
		сторінки журналу пронумеровуються, прошнуровуються і засвідчуються підписом керівника та печаткою ЗОЗ	

1	2	3	4
6	Порядок призначення ОА стаціонарним паліативним пацієнтам	призначаються лікарями або в установлених МОЗ випадках фельдшерами відповідно до медичних показань; призначення ОА хворим на строк понад 10 днів здійснюється лікуючим лікарем з обов'язковим обґрунтуванням необхідності подальшого застосування ОА, про що робиться запис у медичній карті хворого	призначаються лікарями лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я відповідно до медичних показань; рішення про призначення хворим ОА на строк більше 3 діб зобов'язана приймати комісія по доцільності призначення ОА лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я з обов'язковим затвердженням цього рішення головним лікарем або його заступником з лікувальної роботи.
7	Призначення ОА амбулаторним паліативним хворим	хворі в амбулаторних умовах, у т.ч. в умовах створеного стаціонару вдома, забезпечуються ОА лікувально-профілактичним закладом або за рецептом в аптеках в обсягах, що не перевищують 15-денної потреби; лікар, який призначає ОА, зобов'язаний поінформувати хворого або особу, яка здійснює за ним догляд (члена сім'ї, опікуна або піклувальника), про правила поведіння з ОА, недопущення їх використання не за медичним призначенням та видавати хворому або особі, яка здійснює за ним догляд, інформаційний лист за формою, визначеною МОЗ, про що робиться запис у медичній карті хворого.	хворі, яким створено стаціонар вдома, повинні забезпечуватися ОА ЗОЗ за місцем проживання; введення парентеральних форм АО в умовах стаціонару на дому повинно здійснюватися тільки медичними працівниками ЗОЗ , зокрема медичними працівниками амбулаторій, фельдшерсько-акушерських пунктів за місцем проживання хворого , з обов'язковою відміткою про це в амбулаторній карті
8	Порядок знищення порожніх ампул, блістерів з-під використаних ОА в ЗОЗ	не описано окремої процедури, що стосується порожніх ампул чи блістерів; вказано лише механізм повернення невикористаних залишків ОА до ЗОЗ, які в подальшому знищуються в установленому законодавством порядку.	порожні ампули з-під використаних ОА щодня, за винятком вихідних і святкових днів, повинні здаватись матеріально відповідальними особами комісії по їх; знищення порожніх ампул з-під використаних ОА повинно проводитися не менше одного разу на десять календарних днів, про що відразу після знищення має бути складений і підписаний всіма членами комісії акт про знищення

Продовж. табл. 3.1

1	2	3	4
			порожні ампули, блістери з-під використаних ОА не потребують додаткового кількісного обліку та окремої процедури знищення; у разі виникнення невикористаних залишків ОА, що були отримані у ЗОЗ, члену сім'ї, опікуну або піклувальнику необхідно повернути їх лікарю (фельдшеру), який здійснював призначення, або відповідальній особі, яка доставляла їх хворому; у разі виникнення невикористаних залишків ОА, що були отримані за рецептом аптеках, члену сім'ї, опікуну або піклувальнику необхідно самостійно забезпечити їх знищення.
9	Інвентаризація	Після закінчення поточного місяця матеріально відповідальні особи зобов'язані звіряти на перше число наступного місяця фактичну наявність ОА та журналами їх обліку; у разі виявлення відхилень фактичної наявності ОА із залишками за вищевказаними журналами ЗОЗ зобов'язаний протягом трьох календарних днів після їх виявлення провести у визначеному законодавством порядку інвентаризацію ОА, які значаться за цією матеріально відповідальною особою.	

Також суттєвим полегшенням є те, що введення парентеральних форм ОА може здійснювати опікун чи родич пацієнта, а не обов'язково лише медичний персонал ЗОЗ, в якому призначались ОА. Значним прогресом є скасування знищення порожніх ампул та блістерів з-під використаних ОА. Тепер знищуються лише невикористані залишки ОА, які були отримані пацієнтом чи його опікуном в ЗОЗ. Паліативним пацієнтам, що отримують допомогу вдома, лікарі мають право виписувати рецепти на 15-денний курс лікування із зазначенням цього на рецептурному бланку.

Значних змін в останні роки, а саме з 2013 р., зазнали й правила виписування рецептів на ОА. Порівняння змін, що стосуються виписування рецептів на ОА для паліативних пацієнтів, наведено у табл. 3.2.

Таблиця 3.2

Виписування рецептів на ОА паліативним пацієнтам

(наказ МОЗ № 360 від 19.07.2005 р.)

Положення наказу	Особливості виписування	
	в редакції до 2013 року	в редакції після 2013 року
Хто має право виписувати рецепт?	Лікар	
		Фельдшер (хворим із затяжними і хронічними захворюваннями у разі продовження лікуючим лікарем курсу лікування)
Форма рецептурного бланку	спеціальний бланк рожевого кольору Ф-3 для наркотичних та психотропних лікарських засобів	
		з 2019 р. рецепт може виписуватись електронно шляхом накладення електронного підпису медичного працівника відповідно до законодавства про електронний документообіг та електронні довірчі послуги
Термін дії рецепту	5 днів	10 днів
Назва ОА	Торговельна назва	Міжнародна непатентована назва
Максимальна кількість ОА, що може бути виписана та відпущена паліативному пацієнту на 1 рецепт (на прикладі морфіну)	таблетки 5 мг – 20 таблеток таблетки 10 мг – 10 таблеток ампули 1% 1 мл – 10 ампул	в кількості, передбаченій для п'ятнадцятиденного курсу лікування (добову дозу ОА встановлює лікар, виходячи з інтенсивності болювого синдрому та реакції пацієнта)
Особливості оформлення рецепту	підпис та особиста печатка лікаря, кругла печатка ЗОЗ, підпис головного лікаря або його заступника з лікувальної роботи	з 2017 р. - підпис та особиста печатка лікаря, особливі позначки, такі як «Хронічно хворому», додатково засвідчуються підписом та особистою печаткою лікаря
Місце придбання ОА за спеціальним рецептом	аптеки, які мають ліцензію на види діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів і психотропних речовин, і які містяться в одній адміністративно-територіальній одиниці (місті, районі, області) із ЗОЗ, до якого прикріплені з цією метою наказом відповідного управління охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.	аптеки, які мають відповідну ліцензію на види діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів і психотропних речовин.

Так, суттєвим полегшенням для пацієнтів стало скасування максимальної норми відпуску ОА на 1 рецепт, а також скасування прикріпленості аптек до ЗОЗ в одній адміністративно-територіальній одиниці. Це передбачає можливість придбання ліків на 15-денний курс лікування у будь-якій аптеці України (яка має відповідну ліцензію) незалежно від того, в якому ЗОЗ був виписаний рецепт.

Нині відповідно до Національного переліку основних ЛЗ [101] для надання ФД паліативні пацієнти, які знаходяться у стаціонарі (хоспісі, паліативному відділенні чи ЗОЗ загального профілю), можуть отримати за державний кошт (звісно, якщо вони є в наявності в даному ЗОЗ) такі ОА:

- Кодеїн фосфат таблетки: 30 мг;
- Морфін гранули (з повільним вивільненням): 20 мг - 200 мг (морфіну сульфат); ін'єкції: 10 мг (морфіну гідрохлорид або морфіну сульфат) по 1 мл в ампулах; розчин для перорального застосування: 10 мг (морфіну гідрохлорид або морфіну сульфат)/5 мл; таблетки (пролонгованого вивільнення): 10 мг - 200 мг (морфіну сульфат або гідрохлорид), таблетки: 5 мг; 10 мг (морфіну сульфат або гідрохлорид);
- Гідроморфон (може бути використаний як альтернатива морфіну) таблетки: 10 мг; 20 мг; 40 мг; 80 мг;
- Оксикодон (може бути використаний як альтернатива морфіну) таблетки: 10 мг; 20 мг; 40 мг; 80 мг;
- Фентаніл трансдермальний пластир: 12 мкг/год; 25 мкг/год; 50 мкг/год; 75 мкг/год; 100 мкг/год; розчин для ін'єкцій: 0,05 мг/мл по 2 мл в ампулах;
- Метадон таблетки: 5 мг; 10 мг; концентрат для приготування розчину для перорального застосування: 5 мг/мл; 10 мг/мл (гідрохлорид); розчин для перорального застосування: 5 мг/мл; 10 мг/мл; 5 мг/5 мл; 10 мг/5 мл (гідрохлорид) або 1 мг/мл.

Проте більшість паліативних хворих (85-90%) знаходиться вдома, тому, якщо вони не отримують ОА із свого ЗОЗ чи від мультидисциплінарної бригади, то тоді вони змушені його придбати в аптеці. А тут ситуація є іншою. Згідно з Постановою КМ України № 1303 від 17.08.1998 [99] пацієнти із певними

захворюваннями мають право на безоплатний відпуск виключно у разі амбулаторного лікування основного захворювання, за яким хворим надано пільги (сюди входять онкологічні захворювання, туберкульоз, ВІЛ-СНІД, діабет, гематологічні тощо). Тобто, якщо ми беремо до уваги онкологічного хворого, він може отримати ОА лише для лікування безпосередньо раку, а не болю, бо біль є лише симптомом, а не основним захворюванням. Тільки хворі на ВІЛ-СНІД мають право на безоплатний відпуск всіх ліків, тобто вони можуть отримати знеболювальні засоби безоплатно.

Важливе значення для фізичної доступності ФД в частині ОА, як зазначено вище на рис. 3.3, має достатня кількість аптек, що мають ліцензію на діяльність з обігу НПП) та здійснюють реалізацію цих ЛЗ. В Україні слабо розвинена аптечна мережа для забезпечення населення ОА, особливо це стосується сільської місцевості, зокрема НВНП [33].

Станом на початок 2019 р. лише 2 % (518 з 22980) аптек мали ліцензію на реалізацію підконтрольних лікарських засобів. Абсолютна більшість аптек (406 або 78,8 %) розташована в містах. При цьому 457 аптек (88 %) були закладами комунальної власності. У середньому по країні на одну аптеку, що відпускає ОА, припадало 81 578 осіб [227].

Стратегією державної політики щодо наркотиків на період до 2020 р., прийнятою розпорядженням КМ України у 2013 р., були запропоновані заходи щодо реорганізації та розширення мережі аптек з правом зберігання та видачі НПП, а також створення системи державної підтримки аптек, які мають ліцензії на обіг наркотиків, з метою розширення їх асортименту та доступності [120, 121].

За даними Ліцензійного реєстру на право здійснення господарської діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів [71] станом на 30.04.2021 р. в Україні 4383 суб'єкти різних видів господарської діяльності мали ліцензію на обіг НПП, серед них лише 141 аптека, тобто 3,22 %. Всі ці аптеки знаходилися в адміністративно-територіальних центрах – містах або селищах міського типу. При цьому 123 аптеки (87,23 %) були підприємствами комунальної власності, 16 (11,35 %) – товариствами (з обмеженою

відповідальністю та акціонерними) та лише 2 (1,42 %) – приватними підприємствами.

За даними Реєстру місць провадження діяльності з оптової та роздрібною торгівлі ЛЗ станом на 30.04.2021 р. [118] в Україні (за виключенням переліку населених пунктів, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження [122]) функціонувало 20888 АЗ (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Число аптек з ліцензією на обіг НЗПП

Регіони України ^a	Число АЗ (станом на 30.04.2021)	Аптеки з ліцензією на НПП	Частка, %	Чисе- льність населення (станом на 1.04.2021)	Число жителів на 1 аптеку з ліцензією на НПП
1	2	3	4	5	6
Херсонська область	565	12	2,12	1013696	84475
Житомирська область	643	11	1,71	1192255	108387
Рівненська область	548	8	1,46	1146730	143341
Івано-Франківська область	849	12	1,41	1355191	112933
Львівська область	1275	18	1,41	2473877	137438
Тернопільська область	594	8	1,35	1026229	128279
Київська область	1066	13	1,22	1781628	137048
Черкаська область	757	9	1,19	1172609	130290
Чернівецька область	506	6	1,19	892778	148796
Вінницька область	787	9	1,14	1516978	168553
Хмельницька область	813	9	1,11	1238886	13765
Закарпатська область	771	5	0,65	1245403	249081
Запорізька область	850	6	0,71	1659990	276665
Сумська область	530	2	0,38	1049343	524672
Харківська область	1377	4	0,29	2614394	653599
Луганська область	415 ^b	1	0,24	684100 ^c	684100
Дніпропетровська область	1670	3	0,18	3129076	1043025
Миколаївська область	586	1	0,17	1103947	1103947

Продовж. табл. 3.4

1	2	3	4	5	6
Одеська область	1515	2	0,13	2363898	1181949
Донецька область	974 ^b	1	0,10	1909400 ^c	1909400
Місто Київ	1669	1	0,06	2917362	2917362
Волинська область	482	0	0,0	1023664	-
Кіровоградська область	525	0	0,0	910021	-
Полтавська область	670	0	0,0	1361591	-
Чернігівська область	451	0	0,0	966074	-
Разом	20888	141	0,68	37749120	267724
^a за виключенням анексованої АР Крим та м. Севастополь; ^b АЗ, що знаходяться на контрольованих Урядом України територіях Донецької та Луганської областей; ^c число жителів населених пунктів, підконтрольних українській владі					

При цьому, як видно з даних табл. 3.4, частка аптек з ліцензією на НПП зменшилась з 2,0% до 0,68 % від їх загальної кількості, тобто забезпечення населення НПП здійснювалося головно через стаціонарні та поліклінічні ЗОЗ.

Ураховуючи чисельність населення на 1.04.2021 р. [168] та число жителів населених пунктів Донецької та Луганської областей, підконтрольних українській владі [142, 145], з'ясовано, що у середньому по країні на одну аптеку, що відпускає ОА, станом на 30.04.2021 р. припадало 267 671 особа (у 2019 р. – 81 578). В інших країнах цей показник у 60-150 разів нижчий: Болгарія – 1 753 особи, Польща – 2 300 осіб, Латвія – 2 560 осіб, Словаччина – 2 570 осіб, Чехія – 4 015 осіб [85].

Доцільно зауважити, що дві області (Херсонська і Житомирська) характеризувалися найкращим показником забезпеченості аптеками з ліцензією на обіг НПП. Своєю чергою, у Волинській, Кіровоградській, Полтавській та Чернігівській областях жодна аптека не мала ліцензії на обіг НПП.

Згаданою вище Стратегією державної політики щодо наркотиків на період до 2020 р. було визначено підвищення економічної доступності до ОА шляхом декларування зміни оптово-відпускних цін та запровадження державного

регулювання цін на НПП [120, 121]. Проте чинною Постановою КМ України від 17.10.2008 р. № 955 «Про заходи щодо стабілізації цін на лікарські засоби» граничні постачальницько-збутові надбавки, що нараховуються до оптово-відпускної та граничні торговельні (роздрібні) надбавки застосовуються на ЛЗ, включені до Національного переліку основних ЛЗ (крім НПП) [100].

Таким чином, Стратегія державної політики щодо наркотиків на період до 2020 р в частині доступності ФД паліативним пацієнтам через аптеки та належне ціноутворення НПП не реалізована, що потребує подальшого її пролонгування з реальними заходами, а не декларативними намірами.

3.4 З'ясування особливостей роботи фармацевтичних фахівців як надавачів фармацевтичних послуг в системі фармацевтичної допомоги під час карантину, пов'язаному з глобальною епідемією коронавірусу COVID-19

Надавачами послуг у системі ФД є ФФ. Тому ми вивчили думки 499 ФФ аптек щодо організаційних особливостей ФД під час карантину, пов'язаному з глобальною епідемією коронавірусу COVID-19 [28].

У результаті опитування встановлено, що острах ФФ перед невідомим захворюванням посилює у них тривожні очікування та песимістичні настрої, позаяк з одного боку щонайменше половини (50,5%) респондентів так чи інакше погодилися з тим, що від коронавірусу COVID-19 помре багато людей, з іншого боку – для майже чотирьох п'ятих (78,2%) опитаних спостерігалася різного рівня занепокоєність щодо можливого зараження небезпечним вірусом (табл. 3.5).

Зазначені відповіді невідомі невідомі із тим, що усі респонденти зазначили, що їм невідомі факти захворювань серед ФФ коронавірусом COVID-19. Очевидно, що тривожні очікування та песимістичні настрої пов'язані з невизначеністю щодо перспектив здолання цієї хвороби та нестримним і не виваженим потоком негативних новин про пандемію.

Таблиця 3.5

Очікування та занепокоєність ФФ через коронавірус COVID-19

(n = 499, p = 0,045)

Згода з твердженням, що багато людей помруть від коронавірусу	Частка, %	Занепокоєність щодо зараження коронавірусом	Частка, %
Погоджуюсь	16,8	Занепокоєна (ий)	47,9
Схильна (ий) погодитися	33,7	Скоріше занепокоєна (ий)	30,3
Схильна (ий) не погодитися	24,2	Скоріше не занепокоєна (ий)	16,8
Не згодна/ не згоден	13,4	Не занепокоєна (ий)	5,0
Немає відповіді / не знаю	11,8		

Зважаючи на те, що кожного відвідувача аптеки можна розглядати як потенційного носія пандемічної хвороби, важливим для захисту ФФ є соціальне дистанціювання в аптеці. Отримані дані анкетування вказують на застосування різних заходів безпеки (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Шляхи забезпечення соціального дистанціювання в аптеках

(n = 499; питання мало декілька відповідей, p = 0,045)

Шляхи	Частка, %
Скорочення кількості відвідувачів, які допускаються в аптеку одночасно	65,0
Встановлення захисного екрана (плівки)	20,9
Зміни планування залу обслуговування аптеки для уникнення контактів з пацієнтом на небезпечній відстані	12,7
Взагалі нічого не змінилося	1,0
Відпуск через вікно нічної торгівлі	0,4

Майже дві третини респондентів (65,0 %) вказали, що їх аптеки зменшують кількість осіб, яких допускають в аптеку одночасно. Одна п'ята частина опитаних (20,9 %) зазначила на встановлення в залі обслуговування захисного екрана (плівки). Понад десяту частину респондентів (12,7 %) звернули увагу на зміну планування залу обслуговування аптеки, щоб уникнути контакту з відвідувачем на небезпечній відстані. Окрім цього, незначна частина опитаних відмітила

здійснення відпуску ліків через вікно нічної торгівлі, а також те, що в аптеці з початку карантину нічого не змінилося.

Подальші результати опитування показують, що, позаяк ФФ є на передньому краї пандемії, їм часто доводиться наражатися на неналежну поведінку відвідувачів. Так, понад три чверті ФФ (77,4%) стикалися зі зростанням жорстокої та агресивної поведінки з боку пацієнтів, а більш як половина (57,9%) – з інцидентами між особами у черзі за межами аптеки. Необхідно зазначити, що під час карантину у трьох четвертих (75,7%) респондентів так чи інакше збільшилося фізичне навантаження (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Ріст фізичного навантаження ФФ ($p = 0,045$)

Чи збільшилося фізичне навантаження? (n = 499)	Частка, %	Унаслідок чого збільшилось або скоріше збільшилось фізичне навантаження? (n = 378)	Частка, %
Так, збільшилось	57,3	Особливостей роботи з відвідувачами за соціального дистанціювання	74,9
Скоріше збільшилось	18,4	Зменшення персоналу аптеки	16,1
Скоріше не збільшилось	10,6	Зростання тривалості робочого дня	8,2
Ні, не збільшилось	13,6	Переходу на цілодобову роботу	0,8

Майже три чверті опитаних (74,9 %), у яких збільшилось або скоріше збільшилось фізичне навантаження, основною його причиною визначили особливості роботи з відвідувачами за соціального дистанціювання, 16,1 % – зменшення персоналу аптеки та 8,2 % – зростання тривалості робочого дня. Незначна частина ФФ вказала на перехід аптек на цілодобову роботу.

Занепокоєність ФФ через коронавірус COVID-19, необхідність дотримання різних заходів безпеки, агресивна поведінка з боку відвідувачів, ріст фізичного навантаження є безперечними чинниками чималого впливу на психічне здоров'я ФФ. Так 53,5 % респондентів погодилися з питанням, що під час роботи в аптеці знаходяться під постійним психологічним тиском, 27,1 % – схильні погодитися, 7,8 % – схильні не погодитися, 9,0 і 2,6 % – відповідно не згодні або не мали відповіді.

Таким чином, у разі роботи в аптеках під час карантину щонайменше чотири п'ятих (80,6 %) респондентів так чи інакше знаходяться під постійним психологічним тиском, що, з одного боку, самим негативним чином позначається на стані здоров'я ФФ (може призвести до виникнення психологічних і фізичних розладів), з другого боку – безпосередньо пов'язано з можливим зниженням якості надання ФД унаслідок неадекватного емоційного реагування, емоційно-моральної дезорієнтації, редукції фахових обов'язків.

Висновки до розділу 3

1. Запропоновано трактування терміну «якість ФД» та виокремлено дев'ять основних її характеристик: належний терапевтичний конкорданс, пацієнтоорієнтованість результатів, доступність як фізична та соціально-економічна, раціональність, ефективність, безпечність, своєчасність, відсутність (мінімізація) лікопов'язаних помилок і неперервність.

2. Здійснено концептуальне моделювання і наукове обґрунтування теоретичних засад взаємозв'язку якості ФД з її ТСЕ і складовими ЛОП, яка уможливорює наочну оцінку рівня ФД із позиції багатоаспектності прийняття раціональних управлінських рішень щодо покращення якості ФД.

3. За допомогою контент-аналізу даних літератури з'ясовано 15 основних чинників, які можуть впливати на доступність ФД в частині ОА для паліативних пацієнтів, і, як наслідок, до адекватного знеболення в Україні, та згруповані у п'ять основних груп: пов'язані з державною регуляторною політикою, організаційні, пов'язані з фахівцями ПД (включаючи немедичні спеціальності), пов'язані з фізичною й економічною доступністю ОА, пов'язані з пацієнтом та членами його родини.

Розглянуто найбільш вагомі проблеми доступності ФД в частині адекватного знеболення для паліативних пацієнтів України та розвиток за останні 20 років вітчизняного нормативного забезпечення порядку обігу ОА, що застосовуються для лікування ХБС, в якому спостерігалися позитивні зміни,

зокрема щодо випуску рецептів на ОА для паліативних пацієнтів: скасування максимальної норми відпуску ОА на один рецепт, скасування локального прикріплення аптеки до ЗОЗ.

У період 2019-21 рр. з'ясовано різке зменшення частки аптек з ліцензією на НПП з 2,0 до 0,68 % від їх загальної кількості, при цьому станом на 30.04.2021 р. на одну таку аптеку припадало 267 671 особа, що у 60-150 разів вище ніж в інших країнах. Показано, що дві області (Херсонська і Житомирська) характеризувалися відносно найкращим показником забезпеченості аптеками з ліцензією на обіг НПП, а у Волинській, Кіровоградській, Полтавській та Чернігівській областях жодна аптека не мала ліцензії на обіг НПП.

Визначено, що Стратегія державної політики щодо наркотиків на період до 2020 р. в частині доступності ФД паліативним пацієнтам через аптеки та належного ціноутворення НПП не реалізована, що потребує подальшого її пролонгування з реальними заходами, а не декларативними намірами.

4. Встановлено ступінь занепокоєності ФФ як надавачів фармацевтичних послуг в системі ФД під час карантину, пов'язаному з глобальною епідемією коронавірусу COVID-19, забезпеченість їх різними заходами безпеки в аптеках, рівні агресивної поведінки з боку відвідувачів аптек, фізичного навантаження та знаходження під постійним психологічним тиском ФФ. Зазначене потребує належного реагування зі сторони керівництва аптек, бо відсутність такої реакції з одного боку, самим негативним чином позначиться на стані здоров'я ФФ (може призвести до виникнення психологічних і фізичних розладів), з другого боку – безпосередньо пов'язано з можливим зниженням якості надання ФД унаслідок неадекватного емоційного реагування, емоційно-моральної дезорієнтації, редукції, тобто зменшення, послаблення або спрощення фахових обов'язків.

Результати досліджень даного розділу наведено в таких публікаціях:

1. Shunkina S., Hromovych B., Dorykevych K., Korolyov M. Access to opioid analgesics for palliative care patients in Ukraine: problems of past and present.

Palliative Medicine in Practice. 2019; 13, 4: 187–196.

2. Громовик Б.П., Корольов М.В. Результати вивчення думки фармацевтичних фахівців щодо організації їх роботи в аптеках під час пандемії коронавірусу COVID-19. *Фармацевтичний журнал*. 2020. № 3. С. 39-44.

3. Корольов М. В. Концептуальне моделювання якості фармацевтичної допомоги з позицій її терміноструктурних елементів та взаємозв'язку з логістичним обслуговуванням пацієнта. *Фармацевтичний часопис*. 2021. № 1. С. 71-75.

4. Громовик Б. П., Корольов М. В. Вербальне моделювання взаємозв'язку якості фармацевтичної допомоги та логістичного обслуговування пацієнта. *Актуальні проблеми розвитку галузевої економіки та логістики: матеріали VIII міжнародної науково-практичної internet-конференції з міжнародною участю*, 12 м. Харків, листопада 2020. Х.: НФаУ, 2020. С.48-49.

5. Корольов М. В. Концепція якості фармацевтичної допомоги з позицій її надавачів, отримувачів, предмета та очікуваних результатів. *Управління якістю в фармації* : матеріали XV науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Харків, 25 травня 2021 р. Х. : НФаУ, 2021.С. 70-71.

6. Характеристики якості фармацевтичної допомоги у взаємозв'язку з її терміноструктурними елементами та логістичним обслуговуванням пацієнта: науково-методичні рекомендації; укл. М.В. Корольов, Б.П. Громовик, Л. Р. Нікогосян; рекомендовано ВР ОНМедУ. Львів: Ліга-Прес, 2020. 15 с.

Розділ 4

ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ, НЕРІВНОМІРНО РОЗПОДІЛЕНОМУ ТЕРИТОРІЄЮ ОДЕСЬКОЇ ОБЛАСТІ, З ПОГЛЯДУ ФІЗИЧНОЇ ЇЇ ДОСТУПНОСТІ ДО І ПІСЛЯ АДМІНІСТРАТИВНО-ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ РЕФОРМИ

У підрозділі 3.1 зазначалося, що фізична складова доступності як характеристики якості ФД характеризує пропозицію населенню необхідних ЛЗ у потрібній дозі належної якості, що забезпечується шляхом національного виробництва та/або імпорту і системою реалізації насамперед через аптеки та за умови транспортно-географічної доступності до них.

19.07.2020 р. набрала чинності Постанова Верховної Ради України від 17.07.2020 № 807-ІХ «Про утворення та ліквідацію районів» [95]. Відповідно до її положень, в Одеській області замість 26 районів, до складу яких входило 490 сільських, селищних і міських рад, 4 міст обласного рівня, було організовано 7 районів, засадничими утвореннями яких стала 91 ОТГ [14, 48].

Тому метою цього етапу роботи було з погляду фізичної доступності вивчити якість ФД населенню Одеської області до і після адміністративно-територіальної реформи.

4.1 Стан якості фармацевтичної допомоги населенню Одеської області з погляду фізичної доступності до адміністративно-територіальної реформи

Як видно з даних табл. 4.1, до адміністративно-територіальної реформи (станом на 30.04.2020 р.) в Одеській області ФД надавалася через 1484 аптеки та аптечні пункти (далі аптечні заклади – АЗ) [60]. При цьому адміністративно-територіальні одиниці області характеризувалися відмінностями як за чисельністю та щільністю населення, так і за кількістю АЗ та забезпеченістю ними.

Таблиця 4.1

Забезпеченість АЗ Одеської області
за адміністративно-територіальними одиницями
(станом на 30.04.2020 р.)

№ з.п.	Назва адміністративно-територіальної одиниці	Чисельність населення (станом на 1.04.2020), осіб [169]	Кількість АЗ [118]	Забезпеченість АЗ (кількість осіб на один АЗ)	Площа, км ²	Щільність населення (кількість осіб на 1 км ²)
1	2	3	4	5	6	7
1.	Ананьївський район	25231	12	2103	1104	23
2.	Арцизький район	44115	26	1697	1379	32
3.	Балтський район	39397	16	2462	1317	30
4.	Березівський район	32606	14	2329	1637	20
5.	Білгород-Дністровський р-н	114291	70	1633	1852	62
6.	Біляївський район	96022	47	2043	1496	64
7.	Болградський район	67593	37	1827	1364	50
8.	Великомихайлівський район	30130	11	2740	1436	21
9.	Захарівський район	19914	8	2489	956	21
10.	Іванівський район	26145	18	1452	1162	23
11.	Ізмаїльський район	122163	58	2106	1237	99
12.	Кілійський район	51465	25	2059	1359	38
13.	Кодимський район	28476	13	2190	815	35
14.	Лиманський район	72821	36	2023	1487	49
15.	Любашівський район	29271	13	2252	1100	27
16.	Миколаївський район	15361	9	1707	1093	14
17.	Овідіопольський район	88061	61	1444	815	108
18.	Окнянський район	19583	7	2798	1013	19
19.	Подільський район	75671	29	2609	1037	73
20.	Ренійський район	36836	17	2167	861	43
21.	Роздільнянський район	57374	25	2295	1368	42
22.	Савранський район	18411	7	2630	618	30

Продовж. табл. 4.1

1	2	3	4	5	6	7
23.	Саратський район	44038	23	1914	1475	30
24.	Тарутинський район	39978	10	3998	1874	21
25.	Татарбунарський район	38193	28	1364	1748	22
26.	Ширяївський район	26338	9	2926	1502	18
27.	м.Чорноморськ	71517	43	1663	25	2861
28.	м.Теплодар	10366	3	3455	8	1296
29.	м.Южне	32944	14	2353	10	3294
30.	м.Одеса	999821	795	1258	162	6172
Одеська область		2364222	1484	1553	33310	71

Розподіл адміністративно-територіальних одиниць за окремими аналізованими чинниками мала значну асиметрію – найнижчий рівень забезпеченості АЗ був властивий для двох або 6,7 % з них (Тарутинський район та м.Теплодар), найвищий – для 4 або 13,3 % (м. Одеса, Татарбунарський, Овідіопольський та Іванівський райони). Своєю чергою, низька щільність населення була характерна щонайменше для 10 або 33,3% адміністративно-територіальних одиниць (Миколаївський, Ширяївський, Окнянський, Березівський, Великомихайлівський, Захарівський, Тарутинський, Татарбунарський, Ананьївський та Іванівський райони), найвища – для 4 або 13,3 % адміністративно-територіальних одиниць (м.Теплодар, м.Чорноморськ, м.Южне та м.Одеса).

Далі ми вивчили адміністративно-територіальні одиниці Одеської області шляхом ієрархічної кластеризації за щільністю населення і забезпеченістю АЗ. При цьому для адекватного візуального сприйняття розподіл забезпеченості АЗ здійснювали рівномірно на три групи за усіма показниками, а за щільністю населення населені пункти з показником вище 108 віднесли до додаткового (четвертого) кластера.

Як видно з даних табл. 4.2, спостерігали суттєву територіальну диференціацію, позаяк адміністративно-територіальні одиниці розподілилися на 9 з 12 кластерів.

Таблиця 4.2

Диференціація адміністративно-територіальних одиниць Одеської області
за щільністю населення і забезпеченістю АЗ
(станом на 30.04.2020 р.)

2020		Забезпеченість АЗ (кількість осіб на один АЗ)		
		Висока (1258-2171)	Середня (2172-3085)	Низька (3086-3998)
Щільність населення (кількість осіб на один кв. м.)	Дуже велика (понад 108)	<i>Кластер 4</i> (два міста) м. Одеса (1258/6162) м. Чорноморськ (1663/2861)	<i>Кластер 8</i> (одне місто) .Южне (2353/3295)	<i>Кластер 12</i> (одне місто) м. Теплодар (3450/1246)
	Велика (78-108)	<i>Кластер 3</i> (2 райони): Овідіопольський (1444/108) Ізмаїльський (2106/99)	<i>Кластер 7</i> (1 район) Подільський (2606/73)	<i>Кластер 11</i> (немає)
	Середня (46-77)	<i>Кластер 2</i> (4 райони): Білгород- Дністровський (1633/62) Болградський (1827/50) Лиманський (2023/49) Біляївський (2043/64)	<i>Кластер 6</i> (немає)	<i>Кластер 10</i> (немає)
	Мала (14-45)	<i>Кластер 1</i> (8 районів): Татарбунарський (1364/22) Іванівський (1452/23) Миколаївський (1707/14) Арцизький (1697/32) Саратський (1914/30) Кілійський (2059/38) Ананьївський (2103/23) Ренійський (2167/43)	<i>Кластер 5</i> (10 районів): Кодимський (2190/35) Балтський (2462/30) Березівський (2329/20) Захарівський (2489/21) Великомихайлівський (2740/21) Любашівський (2252/27) Окнянський (2798/19) Роздільнянський (2295/42) Савранський (2630/30) Ширяївський (2926/18)	<i>Кластер 9</i> (1 район) Тарутинський (3998/21)

Зокрема, до 1 кластера («висока забезпеченість АЗ – мала щільність населення») увійшли 8 або 26,7 % адміністративно-територіальних одиниць

(Татарбунарський, Іванівський, Миколаївський, Арцизький, Саратовський, Кілійський, Ананьївський та Ренійський райони). Кластер 2 («висока забезпеченість АЗ – середня щільність населення») сформували 4 або 13,3 % адміністративно-територіальних одиниць (Білгород-Дністровський, Болградський, Лиманський та Біляївський райони), кластер 3 («висока забезпеченість АЗ – висока щільність населення») та кластер 4 («висока забезпеченість АЗ – дуже велика щільність населення») – по 2 або 6,7 % адміністративно-територіальні одиниці (кластер 3 – Овідіопольський та Ізмаїльський райони, кластер 4 – м. Одеса та м.Чорноморськ).

10 або 33,3 % адміністративно-територіальних одиниць (Кодимський, Балтський, Березівський, Захарівський, Великомихайлівський, Любашівський, Окнянський, Роздільнянський, Савранський, та Ширяївський райони) утворили кластер 5 («середня забезпеченість АЗ – мала щільність населення»). До 7 кластера («середня забезпеченість АЗ – велика щільність населення») увійшов лише Подільський район. Також лише одне м. Южне розміщено в кластері 8 («середня забезпеченість АЗ – дуже велика щільність населення»).

Тарутинський район представляв кластер 9 («низька забезпеченість АЗ – мала щільність населення»), м. Теплодар – кластер 12 («низька забезпеченість АЗ – дуже висока щільність населення»). Ці кластери протилежні за щільністю населення, проте є характерними за низькою забезпеченістю АЗ.

Безсумнівно, що головною причиною з'ясованої вище диференціації полягає в нерівномірності соціально-економічного розвитку адміністративно-територіальних одиниць.

Результати вивчення показників кількості АЗ на 10 тис. населення та 100 км² показали їх розбіжність залежно від адміністративно-територіальної одиниці (табл. 4.3). При цьому вище середньо обласного значення кількість АЗ на 10 тис. населення характерна для 4 або 13,3 % адміністративно-територіальних одиниць (м. Одеса, Татарбунарський, Овідіопольський та Іванівський райони), кількість АЗ на 100 км² – для 6 або 20,0 % адміністративно-територіальних одиниць (м.Одеса, м.Чорноморськ, м.Южне, м.Теплодар, Овідіопольський та Ізмаїльський райони).

Таблиця 4.3

Кількість АЗ на 10 тис. населення та 100 км² в Одеській області

(станом на 30.04.2020 р.)

№ з.п.	Назва адміністративно-територіальної одиниці	Кількість АЗ			№ з.п.	Назва адміністративно-територіальної одиниці	Кількість АЗ			
		усього	на 10 тис. населення	на 100 км ²			усього	на 10 тис. населення	на 100 км ²	
1.	Ананьївський район	12	4,76	1,09	16.	Миколаївський район	9	5,86	0,82	
2.	Арцизький район	26	5,89	1,89	17.	Овідіопольський район	61	6,93	7,48	
3.	Балтський район	16	4,06	1,21	18.	Окнянський район	7	3,57	0,69	
4.	Березівський район	14	4,29	0,86	19.	Подільський район	29	3,83	2,80	
5.	Білгород-Дністровський район	70	6,12	3,78	20.	Ренійський район	17	4,62	1,97	
6.	Біляївський район	47	4,89	3,14	21.	Роздільнянський район	25	4,36	1,83	
7.	Болградський район	37	5,47	2,71	22.	Савранський район	7	3,80	1,13	
8.	Великомихайлівський район	11	3,65	0,77	23.	Саратський район	23	5,22	1,56	
9.	Захарівський район	8	4,02	0,84	24.	Тарутинський район	10	2,50	0,53	
10.	Іванівський район	18	6,88	1,55	25.	Татарбунарський район	28	7,33	1,60	
11.	Ізмаїльський район	58	4,75	4,69	26.	Ширяївський район	9	3,42	0,60	
12.	Кілійський район	25	4,86	1,84	27.	м.Чорноморськ	43	6,01	172	
13.	Кодимський район	13	4,57	1,60	28.	м.Теплодар	3	2,89	37,5	
14.	Лиманський район	36	4,94	2,42	29.	м.Южне	14	4,25	140,0	
15.	Любашівський район	13	4,44	1,18	30.	м.Одеса	795	7,95	490,74	
							Одеська область	1484	6,28	4,46

Далі нами вивчено розподіл адміністративно-територіальних одиниць Одеської області за співвідношенням «кількість АЗ на 10 тис. населення – кількість АЗ на 100 км²». Для адекватного візуального сприйняття розподіл кількості АЗ на 10 тис. населення здійснювали рівномірно на три групи за усіма

показниками, а за кількості АЗ на 100 км² населені пункти з показником вище 7,48 віднесли до додаткового (четвертого) кластера.

Як видно з даних табл. 4.4, спостерігали суттєву територіальну диференціацію за співвідношенням «кількість АЗ на 10 тис. населення – кількість АЗ на 100 км²», позаяк адміністративно-територіальні одиниці розподілилися на 8 з 12 кластерів.

Таблиця 4.4

Диференціація адміністративно-територіальних одиниць Одеської області за співвідношенням «кількість АЗ на 10 тис. населення – кількість АЗ на 100 км²»

2020		Кількість АЗ на 10 тис. населення		
		Велика (6,14-7,95)	Середня (4,32-6,14)	Мала (2,50-4,32)
Кількість АЗ на 100 км ²	Дуже велика (понад 7,48)	<i>Кластер 4</i> (одне місто): м. Одеса (7,95/490,74)	<i>Кластер 8</i> (одне місто): м.Чорноморськ (6,01/172)	<i>Кластер 12</i> (два міста): м.Южне (4,25/140) м.Теплодар (2,89/3,75)
	Велика (5,17-7,48)	<i>Кластер 3</i> (2 райони): Овідіопольський (6,93/7,48)	<i>Кластер 7</i> (немає)	<i>Кластер 11</i> (немає)
	Середня (2,85-5,17)	<i>Кластер 2</i> (немає)	<i>Кластер 6</i> (3 райони): Ізмаїльський (4,75/4,69) Біляївський (4,89/3,14) Білгород-Дністровський (6,12/3,78)	<i>Кластер 10</i> (немає)
	Мала (0,53-2,85)	<i>Кластер 1</i> (2 райони): Татарбунарський (7,33/1,60) Іванівський (6,88/1,55)	<i>Кластер 5</i> (11 районів): Роздільнянський (4,36/1,83) Любашівський (4,44/1,18) Кодимський (4,57/1,60) Ренійський (4,62/1,97) Ананьївський (4,76/1,09) Кілійський (4,86/1,84) Лиманський (4,94/2,42) Саратський (5,22/1,56) Болградський (5,47/2,71) Миколаївський (5,86/0,82) Арцизький (5,89/1,89)	<i>Кластер 9</i> (9 районів): Тарутинський (2,50/0,53) Ширяївський (3,42/0,60) Окнянський (3,57/0,69) Великомихайлівський (3,65/0,77) Савранський (3,8/1,18) Подільський (3,83/2,80) Захарівський (4,02/0,84) Балтський (4,06/1,21) Березівський (4,29/0,86)

Найкраще співвідношення досліджуваних показників («висока кількість АЗ на 10 тис. населення – дуже велика кількість АЗ на 100 км²») притаманне 4 кластеру, а саме м. Одеса. Варто зазначити, що 9 або 30,0 % адміністративно-територіальних одиниць (Тарутинський, Ширяївський, Окнянський, Великомихайлівський, Савранський, Подільський, Захарівський, Балтський та Березівський райони) утворили кластер 9, для якого характерне незадовільне співвідношення досліджуваних показників – «мала кількість АЗ на 10 тис. населення – мала кількість АЗ на 100 км²». Своє чергою, два міста (м.Южне та м.Теплодар) сформували кластер 12, для якого притаманне дуже велика кількість АЗ на 10 тис. населення на противагу малій кількості АЗ на 10 тис. населення.

Зважаючи на суттєву територіальну диференціацію за співвідношеннями «щільність населення – забезпеченість АЗ» та «кількість АЗ на 10 тис. населення – кількість АЗ на 100 км²» нами вивчений рівень залученості населених пунктів Одеської області АЗ.

Як видно з даних табл. 4.5, ФД надавалася лише у 14,5 % населених пунктах (загалом їх, як зазначалося вище, було 1174). При цьому 82,0 % АЗ від загального їх числа (1484) знаходилися в адміністративних центрах, зокрема 53,6 % – в м. Одеса.

Таблиця 4.5

Якість ФД населенню Одеської області до адміністративно-територіальної реформи з погляду фізичної доступності (станом на 30.04.2020 р.)

№ з.п.	Назва адміністративно-територіальної одиниці	Число поселень, абс.	Число АЗ (n = 1484)				Число поселень, не залучених АЗ	
			в адмін. центрі		в решта поселеннях		абс.	%
			абс.	%	абс.	%		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Ананьївський район	32	11	91,7	1	8,3	30	93,8
2	Арцизький район	27	18	69,2	8	30,8	19	70,4
3	Балтський район	42	14	87,5	2	12,5	39	92,9

Продовж. табл. 4.5

1	2	3	4	5	6	7	8	9
4	Березівський район	65	8	57,1	6	42,9	60	92,3
5	Білгород-Дністровський р-н	60	49	70,0	21	30,0	46	76,7
6	Біляївський район	50	11	23,4	36	76,6	34	68,0
7	Болградський район	22	24	64,9	13	33,1	13	59,1
8	Великомихайлівський р-н	82	6	54,5	5	44,5	77	93,9
9	Захарівський район	53	6	75,0	2	25,0	51	96,2
10	Іванівський район	46	7	38,9	11	61,1	40	87,0
11	Ізмаїльський район	24	45	77,6	13	22,4	13	54,2
12	Кілійський район	20	14	56,0	11	44,0	13	65,0
13	Кодимський район	26	8	61,5	5	38,5	20	76,9
14	Лиманський район	66	7	19,4	29	80,6	55	83,3
15	Любашівський район	55	6	46,2	7	53,8	50	90,9
16	Миколаївський район	46	5	55,6	4	44,4	43	93,5
17	Овідіопольський район	26	11	18,0	50	92,0	9	34,6
18	Окнянський район	55	6	85,7	1	14,3	53	96,4
19	Подільський район	62	29	100,0	-	-	61	98,4
20	Ренійський район	8	15	88,2	2	11,8	5	62,5
21	Роздільнянський район	86	15	60,0	10	40,0	82	95,3
22	Савранський район	21	7	100,0	-	-	20	95,2
23	Саратський район	38	10	43,5	13	56,5	29	76,3
24	Тарутинський район	51	7	70,0	3	30,0	45	88,2
25	Татарбунарський район	35	15	53,6	13	46,4	27	77,1
26	Ширяївський район	72	8	88,9	1	11,1	70	97,2
27	м. Чорноморськ	1	43	100,0	-	-	-	-
28	м. Теплодар	1	3	100,0	-	-	-	-
29	м. Южне	1	14	100,0	-	-	-	-
30	м. Одеса	1	795	100,0	-	-	-	-
Всього		1174	1217	82,0	267	18,0	1004	85,5

Варто зауважити, що тільки 18,0 % АЗ функціонувало у НВНП. На час дослідження в Подільському та Савранському районах АЗ були лише в районному центрі. При цьому в 12 або 46,2% з 26 районів, а саме в Ананьївському, Балтському, Березівському, Великомихайлівському, Захарівському, Любашівському, Миколаївському, Окнянському, Подільському, Роздільнянському, Савранському і Ширяївському, понад 90% населених пунктів були не залучені АЗ.

4.2 Стан якості фармацевтичної допомоги населенню Одеської області з погляду фізичної доступності після адміністративно-територіальної реформи

Як видно з даних табл. 4.6, після адміністративно-територіальної реформи (станом на 30.04.2020 р.) в Одеській області ФД надавалася через 1515 АЗ. При цьому 7 районів області характеризувалися відмінностями як за чисельністю та щільністю населення, так і за кількістю АЗ та забезпеченістю ними.

Таблиця 4.6

Забезпеченість АЗ Одеської області за адміністративно-територіальними одиницями (станом на 30.04.2021 р.)

№ з.п.	Назва адміністративно-територіальної одиниці (райони)	Чисельність населення (станом на 1.04.2021), осіб [168]	Кількість АЗ [118]	Забезпеченість АЗ (кількість осіб на один АЗ)	Площа, км ²	Щільність населення (кількість осіб на 1 км ²)
1.	Березівський	106749	52	2053	5551,6	19
2.	Білгород-Дністровський	197498	124	1593	5220,6	38
3.	Болградський	147546	63	2342	4559,4	32
4.	Ізмаїльський	209178	97	2156	3434,4	61
5.	Одеський	1381357	1031	1340	3922,8	352
6.	Подільський	224316	98	2289	7063,6	32
7.	Роздільнянський	102655	50	2053	3564,4	29
Одеська область		2363898	1515	1560	33 310	71

Розподіл районів за окремими аналізованими чинниками мав виражену асиметрію – рівень забезпеченості АЗ нижче обласного показника був властивий лише для одного Одеському району (14,3 % від числа адміністративно-територіальних одиниць). Своєю чергою, вища від середнього обласного значення щільність населення теж була характерна Одеському району.

Далі ми вивчили адміністративно-територіальні одиниці Одеської області шляхом ієрархічної кластеризації за щільністю населення і забезпеченістю АЗ. При цьому для адекватного візуального сприйняття розподіл двох параметрів досліджуваних районів, за виключенням Одеського району, здійснювали на три групи.

Як видно з рис. 4.1, спостерігали суттєву територіальну диференціацію, позаяк 7 новостворених районів розподілилися на 5 з 10 кластерів, зокрема, кластером-лідером був Одеський район, для якого характерні оптимальні значення у співвідношенні «щільність населення – забезпеченістю АЗ».

<i>Кластер-лідер:</i> Одеський район (1031/352)				
Забезпеченість АЗ (кількість осіб на один АЗ)	Висока (1560-1821)	<i>Кластер 3</i> (немає)	<i>Кластер 6</i> (1 район): Білгород-Дністровський (1593/38)	<i>Кластер 9</i> (1 район): Ізмаїльський (2156/61)
	Середня (1821-2082)	<i>Кластер 2</i> (2 райони): Березівський (2053/19) Роздільнянський (2053/29)	<i>Кластер 5</i> (немає)	<i>Кластер 8</i> (немає)
	Низька (2082-2342)	<i>Кластер 1</i> (2 райони) Болградський (2342/32) Подільський (2282/32)	<i>Кластер 4</i> (немає)	<i>Кластер 7</i> (немає)
2021		Мала (19-36)	Середня (36-53)	Велика (53-71)
		Щільність населення (кількість осіб на один кв. м.)		

Рис. 4.1 Диференціація новостворених районів Одеської області за щільністю населення і забезпеченістю АЗ (станом на 30.04.2021 р.)

До кластерів 6 «середня щільність населення – висока забезпеченість АЗ» та 9 («велика щільність населення – висока забезпеченість АЗ» належали відповідно Білгород-Дністровський та Ізмаїльський райони. По два райони характеризуються неадекватними значеннями у співвідношенні «щільність населення – забезпеченістю АЗ», а саме: кластер 2 «мала щільність населення – середня забезпеченість АЗ» формують Березівський та Роздільнянський райони, а кластер 1 «мала щільність населення – низька забезпеченість АЗ» – Болградський та Подільський райони.

Далі нами вивчено показники кількості АЗ на 10 тис. населення та 100 км², результати якого показали їх розбіжність залежно від району Одеської області (табл. 4.7).

Таблиця 4.7

Кількість АЗ на 10 тис. населення та 100 км² в Одеській області
(станом на 30.04.2021 р.)

№ з.п.	Назва адміністративно-територіальної одиниці	Кількість АЗ		
		усього	на 10 тис. населення	на 100 км ²
1.	Березівський район	52	4,87	0,94
2.	Білгород-Дністровський район	124	6,28	2,38
3.	Болградський район	63	4,27	1,38
4.	Ізмаїльський район	97	4,64	2,82
5.	Одеський район	1031	7,46	26,28
6.	Подільський район	98	4,37	1,39
7.	Роздільнянський район	50	4,87	1,40
Одеська область		1515	6,41	4,55

При цьому Одеський район характеризується вищими від середньо обласного значення показниками кількості АЗ на 10 тис. населення та кількості АЗ на 100 км².

Після цього нами (станом на 30.04.2021 р.) вивчено розподіл адміністративно-територіальних одиниць Одеської області за співвідношенням «кількість АЗ на 10 тис. населення – кількість АЗ на 100 км²». Для адекватного візуального сприйняття розподіл двох параметрів досліджуваних районів, за виключенням Одеського району, здійснювали на три групи.

Як видно з даних рис. 4.2, спостерігали територіальну диференціацію за співвідношенням «кількість АЗ на 10 тис. населення – кількість АЗ на 100 км²», позаяк адміністративно-територіальні одиниці розподілилися на 4 з 10 кластерів.

<i>Кластер-лідер:</i> Одеський район (7,46/26,28)				
Кількість АЗ на 100 км ²	Велика (2,20-2,82)	<i>Кластер 3</i> (1 район): Білгород-Дністровський (6,28/2,38)	<i>Кластер 6</i> (немає)	<i>Кластер 9</i> (1 район): Ізмаїльський (4,64/2,82)
	Середня (,57-2,20)	<i>Кластер 2</i> (немає)	<i>Кластер 5</i> (немає)	<i>Кластер 8</i> (немає)
	Мала (0,94-1,57)	<i>Кластер 1</i> (немає)	<i>Кластер 4</i> (немає)	<i>Кластер 7</i> (4 райони): Болградський (4,27/1,38) Подільський 4,37/1,39) Березівський (4,87/0,94) Роздільнянський (4,87/1,40)
2021		Велика (5,61-6,28)	Середня (4,94-5,61)	Мала (4,27-4,94)
		Кількість АЗ на 10 тис. населення		

Рис. 4.2 Диференціація новостворених районів Одеської області за співвідношенням «кількість АЗ на 10 тис. населення – кількість АЗ на 100 км²» (станом на 30.04.2021 р.)

Найкраще співвідношення досліджуваних показників притаманне кластеру-лідеру – Одеському району. Для Білгород-Дністровського району характерна велика кількість АЗ на 100 км² і велика кількість АЗ на 10 тис. населення (кластер 3), а для Ізмаїльського району – велика кількість АЗ на 100 км² за малої кількості АЗ на 10 тис. населення (кластер 9). 4 або 57,1 % районів (Болградський, Подільський, Березівський та Роздільнянський) утворили кластер 7, якому властива мала кількість АЗ на 100 км² за малої кількості АЗ на 10 тис. населення.

Далі ми дослідили якість ФД населенню Одеської області з погляду фізичної доступності після адміністративно-територіальної реформи.

Як видно з даних табл. 4.8, станом на 30.04.2021 р. ФД в Одеській області надавало 1515 АЗ, які розташовані у 15,6 % населених пунктів, тобто не залученими АЗ були 84,4 % населених пунктів, зокрема у трьох районах (42,9 %) з семи таких населених пунктів було понад 90%. Це Березівський, Подільський і Роздільнянський райони. В адміністративних центрах, включаючи центри ОТГ, було 89,9 % АЗ, зокрема в Одеській ОТГ, тобто в м. Одеса, було 54,3 % АЗ.

Таблиця 4.8

Якість ФД населенню Одеської області з погляду фізичної доступності після адміністративно-територіальної реформи (станом на 30.04.2021 р.)

№ з.п.	Назва адміністративно-територіальної одиниці (райони)	Число поселень, абс.	Число АЗ (n = 1515)				Число поселень, не залучених АЗ	
			в адмін. центрах ОТГ		в решта поселеннях		абс.	%
			абс.	%	абс.	%		
1.	Березівський	226	42	80,8	10	19,2	206	91,2
2.	Білгород-Дністровський	134	94	75,8	30	24,2	101	75,4
3.	Болградський	99	48	76,2	15	23,8	75	75,8
4.	Ізмаїльський	52	79	81,4	18	18,6	33	63,5
5.	Одеський	155	967	93,8	64	6,2	102	65,8
6.	Подільський	299	88	89,8	10	10,2	278	93,0
7.	Роздільнянський	209	44	88,0	6	12,0	196	93,8
Всього		1174	1362	89,9	153	10,1	991	84,4

Результати детального аналізу надання ФД в межах ОТГ кожного району показав наявність значних розбіжностей.

Як видно з даних табл. 4.9, в межах Березівського району поєднано 16 ОТГ, при цьому в трьох або 18,8 % ОТГ (Коноплянська, Старомаяківська та Чогодарівська) відсутні АЗ.

Таблиця 4.9

Розподіл АЗ у межах ОТГ Березівського району

№ з.п.	Назва ОТГ	К-сть поселень		Кількість АЗ			Число решти поселень, залучених АЗ
		усього	за виключ. адмін. центру	усього	в адмін. центрі	в решта поселеннях	
1	Андрієво-Іванівська	12	11	1	1	-	-
2	Березівська	27	26	9	8	1	1
3	Великобуялицька	3	2	4	1	3	1
4	Знам'янська	17	16	7	3	4	1
5	Іванівська	19	18	7	7	-	-
6	Коноплянська	20	19	-	-	-	-
7	Курісовська	8	7	2	2	-	-
8	Миколаївська	23	22	5	4	1	1
9	Новокальчевська	12	11	1	-	1	
10	Петровірівська	10	9	1	1	-	-
11	Раухівська	11	10	2	2	-	-
12	Розквітівська	14	13	2	2	-	-
13	Старомаяківська	18	17	-	-	-	-
14	Стрюківська	11	10	2	2	-	-
15	Чогодарівська	9	8	-	-	-	-
16	Ширяївська	12	11	9	9	-	-
	Всього	226	210	52	42	10	4

Усього в Березівському районі 52 АЗ, які розподілені нерівномірно серед ОТГ – від 1 АЗ в Андрієво-Іванівській, Новокальчевській та Петровірівській ОТГ

до 9 у Березівській та Ширяївській ОТГ. Необхідно зауважити, що в адміністративних центрах ОТГ знаходилося 42 або 80,8 % АЗ. Проте в адміністративному центрі Новокальчевської ОТГ АЗ не було. Серед решти населених пунктів залученими АЗ було лише 4 (або 1,9 %) поселення.

Своєю чергою, за даними табл. 4.10, в межах Білгород-Дністровського району знаходиться теж 16 ОТГ.

Таблиця 4.10

Розподіл АЗ у межах ОТГ Білгород-Дністровського району

№ з.п.	Назва ОТГ	К-сть поселень		Кількість АЗ			Число решти поселень, залучених АЗ
		усього	за виключ. адмін. центру	усього	в адмін. центрі	в решта поселеннях	
1	Білгород-Дністровська	1	-	37	37	-	-
2	Дивізійська	11	10	1	1	-	-
3	Кароліно-Бугазька	2	1	11	3	8	1
4	Кулевчанська	4	3	3	3	-	-
5	Лиманська	6	5	3	1	2	1
6	Маразліївська	9	8	1	1	-	-
7	Мологівська	8	7	3	-	3	1
8	Петропавлівська	8	7	3	1	2	2
9	Плахтіївська	8	7	3	2	1	1
10	Саратська	11	10	14	10	4	2
11	Сергіївська	8	7	8	7	1	1
12	Старокозацька	18	17	8	5	3	3
13	Татарбунарська	10	9	19	17	2	1
14	Тузлівська	8	7	4	2	2	2
15	Успенівська	8	7	1	-	1	1
16	Шабівська	14	13	5	4	1	1
Всього		134	118	124	94	30	17

Усього в Білгород-Дністровському районі 124 АЗ, які розподілені нерівномірно серед ОТГ – від 1 АЗ в Дивізійській та Маразліївській ОТГ до 37 у Білгород-Дністровській ОТГ. Необхідно зауважити, що в адміністративних центрах ОТГ знаходилося 94 або 75,8 % АЗ. Проте в адміністративному центрі Мологівської та Успенівської ОТГ АЗ не було. Серед решти населених пунктів залученими АЗ було лише 17 (або 14,4 %) поселень.

Вивчення фізичної доступності до ФД в межах Болградському районі показало, що у 10 ОТГ цього району функціонувало 63 АЗ. Лише одна (Павлівська) ОТГ не мала АЗ.

Таблиця 4.11

Розподіл АЗ у межах ОТГ Болградського району

№ з.п.	Назва ОТГ	К-сть поселень		Кількість АЗ			Число решти поселень, залучених АЗ
		усього	за виключ. адмін. центру	усього	в адмін. центрі	в решта поселеннях	
1	Арцизька	13	12	23	17	6	5
2	Болградська	7	6	16	15	1	1
3	Бородінська	34	33	4	1	3	3
4	Василівська	6	5	3	2	1	1
5	Городненська	4	3	4	2	2	2
6	Криниченська	3	2	1	1	-	-
7	Кубейська	3	2	1	1	-	-
8	Павлівська	8	7	-	-	-	-
9	Тарутинська	16	15	8	8	1	1
10	Теплицька	5	4	1	1	1	1
Всього		99	89	63	48	15	14

В адміністративних центрах ОТГ знаходилося 48 або 76,3 % АЗ. Серед решти населених пунктів залученими АЗ було лише 14 (або 15,7 %) поселень.

Як видно з даних табл. 4.11, в межах Ізмаїльського району перебуває лише 6 ОТГ, при цьому в адміністративному центрі однієї або 16,7 % ОТГ (Саф'янівська) був відсутній АЗ.

Таблиця 4.11

Розподіл АЗ у межах ОТГ Ізмаїльського району

№ з.п.	Назва ОТГ	К-сть поселень		Кількість АЗ			Число решти поселень, залучених АЗ
		усього	за виключ. адмін. центру	усього	в адмін. центрі	в решта поселеннях	
1	Вилківська	6	5	7	4	3	2
2	Ізмаїльська	1	-	45	45	-	-
3	Кілійська	11	10	19	15	4	2
4	Ренійська	8	7	14	13	1	1
5	Саф'янівська	19	18	8	-	8	7
6	Суворовська	7	6	4	2	2	1
Всього		52	46	97	79	18	13

Загалом в Ізмаїльському районі було 97 АЗ, які розподілені нерівномірно серед ОТГ – від 4 АЗ в Суворовській ОТГ до 45 в Ізмаїльській ОТГ. Варто відзначити, що в адміністративних центрах ОТГ знаходилося 79 або 81,4 % АЗ. Серед решти населених пунктів залученими АЗ було лише 13 (або 28,3 %) поселень.

Розподіл АЗ у межах 22 ОТГ Одеського району показав значну диспропорцію між Одеського ОТГ, в якій знаходилося 882 або 79,7 % АЗ на відміну від інших населених пунктів, зокрема Визирською ОТГ, де був лише один АЗ (табл. 4.12).

Варто зазначити, що в адміністративних центрах ОТГ знаходилося 967 або 93,8 % АЗ. При цьому адміністративні центри Визирської та Дальницької ОТГ АЗ не мали. Серед решти населених пунктів залученими АЗ було лише 24 (або 19,0 %) поселень.

Таблиця 4.12

Розподіл АЗ у межах ОТГ Одеського району

№ з.п.	Назва ОТГ	К-сть поселень		Кількість АЗ			Число решти поселень, залучених АЗ
		усього	за виключ. адмін. центру	усього	в адмін. центрі	в решта поселеннях	
1	Авангардівська	5	4	12	8	4	3
2	Біляївська	7	6	18	11	1	1
3	Великодальницька	3	2	9	7	2	1
4	Великодолинська	2	1	14	11	3	1
5	Вигодянська	15	14	3	2	1	1
6	Визирська	19	18	1	-	1	1
7	Дальницька	9	8	4	-	4	3
8	Дачненська	8	7	3	3	-	-
9	Доброславська	17	16	6	5	1	1
10	Красносільська	14	13	2	2	-	-
11	Маяківська	5	4	5	2	3	2
12	Нерубайська	5	4	5	4	1	1
13	Овідіопольська	3	2	9	9	-	-
14	Одеська	1	-	822	822	-	-
15	Таїровська	4	2	23	3	20	2
16	Теплодарська	1	-	4	4	-	-
17	Усатівська	15	11	7	6	1	1
18	Фонтанська	7	6	22	4	18	4
19	Чорноморська (селищна)	2	1	3	2	1	1
20	Чорноморська (міська)	4	-	44	44	-	-
21	Южненська	7	6	16	16	-	-
22	Ясківська	2	1	5	2	3	1
Всього		155	126	1031	967	64	24

Як видно з даних табл. 4.13, в межах Подільського району знаходиться 12 ОТГ, при цьому у двох або 16,7 % ОТГ (Долинська та Куяльницька) АЗ були відсутні.

Таблиця 4.13

Розподіл АЗ у межах ОТГ Подільського району

№ з.п.	Назва ОТГ	К-сть поселень		Кількість АЗ			Число решти поселень, залучених АЗ
		усього	за виключ. адмін. центру	усього	в адмін. центрі	в решта поселеннях	
1	Ананьївська	30	29	9	8	1	1
2	Балтська	34	33	16	15	1	1
3	Долинська	8	7	-	-	-	-
4	Зеленогірська	12	11	3	2	1	1
5	Кодимська	21	20	10	7	3	3
6	Куяльницька	58	57	-	-	-	-
7	Любашівська	43	42	11	8	3	2
8	Окнянська	55	54	8	7	1	1
9	Піщанська	8	7	1	1	-	-
10	Подільська	4	3	33	33	-	-
11	Савранська	21	20	6	6	-	-
12	Слобідська	5	4	1	1	-	-
Всього		299	287	98	88	10	9

Усього в Подільському районі 98 АЗ, які розподілені нерівномірно серед ОТГ – від 1 АЗ в Піщанській та Слобідській ОТГ до 3 у Подільській ОТГ. Необхідно зауважити, що в адміністративних центрах ОТГ знаходилося 88 або 89,8 % АЗ. Серед решти населених пунктів залученими АЗ було лише 9 (або 3,1 %) поселень.

Своєю чергою, за даними табл. 4.14, в межах Роздільнянського району знаходиться теж 9 ОТГ. Взагалі в Роздільнянському районі 50 АЗ, які розподілені нерівномірно серед ОТГ – від 1 АЗ у Великоплосківській, Новоборисівській та

Степанівській ОТГ до 21 у Роздільнянській ОТГ. Необхідно зауважити, що в адміністративному центрі Степанівської ОТГ АЗ не було. В адміністративних центрах інших ОТГ знаходилося 44 або 88,0 % АЗ. Серед решти населених пунктів залученими АЗ було лише 4 (або 2,0 %) поселення.

Таблиця 4.14

Розподіл АЗ у межах ОТГ Роздільнянського району

№ з.п.	Назва ОТГ	К-сть поселень		Кількість АЗ			Число решти поселень, залучених АЗ
		усього	за виключ. адмін. центру	усього	в адмін. центрі	в решта поселеннях	
1	Великомихайлівська	29	28	7	6	1	1
2	Великопосківська	12	11	1	1	-	-
3	Затишанська	16	15	2	2	-	-
4	Захарівська	37	36	6	6	-	-
5	Лиманська	7	6	9	6	3	1
6	Новоборисівська	21	20	1	1	-	-
7	Роздільнянська	51	50	21	20	1	1
8	Степанівська	21	20	1	-	1	1
9	Цебриківська	15	14	2	2	-	-
Всього		209	200	50	44	6	4

Узагальнюючи проведену розвідку [27, 58], необхідно зазначити, що надання ФД в Одеській області через АЗ дещо покращилася, бо за період дослідження число населених пунктів, де вона надавалася зросла з 14,5 до 15,6 %. Своєю чергою, в адміністративних центрах, включаючи центри ОТГ, число АЗ зросло з 1484 до 1515, тобто майже на 2,1 %. В Одеській ОТГ, тобто в м. Одеса, число АЗ зросло з 53,6 до 54,3 %. При цьому у НВНП число аптек зменшилося з 18,0 % до 10,1%, що пов'язано із закриттям АЗ в сільській місцевості.

Частка районів, в яких понад 90% населених пунктів були не залученими АЗ, зменшилась з 46,2 до 42,9 %. При цьому у 6 (або у 6,6 %) з 91 ОТГ не було жодного АЗ. Це Коноплянська, Старомаяківська і Чогодарівська громада в

Березівському районі, Павлівська в Болградському, Долинська і Куяльницька в Подільському районах.

Висновки до розділу 4

1. З'ясовано, що до адміністративно-територіальної реформи (станом на 30.04.2020 р.) в Одеській області ФД надавалася через 1484 АЗ у 26 районах, до складу яких входило 490 сільських, селищних і міських рад, а також в обласному центрі та трьох містах обласного підпорядкування.

Результати розгляду ієрархічної кластеризації адміністративно-територіальних одиниць Одеської області за щільністю населення і забезпеченістю АЗ продемонстрували суттєву територіальну диференціацію, позаяк м. Одеса та м. Чорноморськ означені співвідношенням «висока забезпеченість АЗ – дуже велика щільність населення», а Тарутинський район та м. Теплодар були протилежні за щільністю населення (відповідно мала та дуже висока щільність), проте характеризувалися низькою забезпеченістю АЗ.

Наслідки вивчення розподілу адміністративно-територіальних одиниць Одеської області за співвідношенням «кількість АЗ на 10 тис. населення – кількість АЗ на 100 км²» показали, що найкраще співвідношення досліджуваних показників («висока кількість АЗ на 10 тис. населення – дуже велика кількість АЗ на 100 км²») притаманне м. Одеса. Для 9 або 30,0 % адміністративно-територіальних одиниць (Тарутинський, Ширяївський, Окнянський, Великомихайлівський, Савранський, Подільський, Захарівський, Балтський та Березівський райони) визначено незадовільне співвідношення показників «мала кількість АЗ на 10 тис. населення – мала кількість АЗ на 100 км²».

2. Встановлено, що до адміністративно-територіальної реформи роздрібна торгівля ліками в Одеській області через АЗ здійснювалася лише у 14,5 % населених пунктах з 1174. При цьому 82 % АЗ від загального їх числа (1484) знаходилися в адміністративних центрах, зокрема 53,6 % – в Одесі, тобто тільки 18 % АЗ функціонувало у НВНП. Варто зауважити, що на час дослідження в

Подільському та Савранському районах АЗ були лише в районному центрі. При цьому в 12 або 46,2% з 26 районів понад 90% населених пунктів були не залучені АЗ.

3. Показано, що після адміністративно-територіальної реформи (станом на 30.04.2021 р.) в Одеській області ФД надавалася через 1515 АЗ у 7 районах, засадничими утвореннями яких стала 91 ОТГ.

Визначено суттєву диференціацію новостворених районів за забезпеченістю АЗ й щільністю населення, зокрема, кластером-лідером був Одеський район, для якого були притаманні оптимальні значення у співвідношенні «щільність населення – забезпеченістю АЗ». Крім цього, по два райони характеризуються неадекватними значеннями у співвідношенні «щільність населення – забезпеченістю АЗ», а саме: кластер «мала щільність населення – середня забезпеченість АЗ» формували Березівський та Роздільнянський райони, а кластер «мала щільність населення – низька забезпеченість АЗ» – Болградський та Подільський райони.

Спостережено територіальну диференціацію за співвідношенням «кількість АЗ на 10 тис. населення – кількість АЗ на 100 км²», при цьому найкраще співвідношення досліджуваних показників було притаманне Одеському району. 4 або 57,1 % районів (Болградський, Подільський, Березівський та Роздільнянський) утворили кластер, якому властива мала кількість АЗ на 100 км² за малої кількості АЗ на 10 тис. населення.

4. Встановлено, що після адміністративно-територіальної реформи АЗ були розташовані у 15,6 % населених пунктів. В адміністративних центрах, включаючи центри ОТГ, було 89,9 % АЗ, зокрема в Одеській ОТГ, тобто в м. Одеса, було 54,3 % АЗ, тобто тільки 10,1 % АЗ функціонувало у НВНП. Не залученими АЗ були 84,4 % населених пунктів, зокрема у трьох районах (42,9 %) з семи таких населених пунктів було понад 90%. Це Березівський, Подільський і Роздільнянський райони. Результати детального аналізу надання ФД в межах ОТГ кожного району показав наявність значних розбіжностей, зокрема у 6 (або у 6,6 %) з 91 ОТГ не було жодного АЗ. Це Коноплянська, Старомаяківська і

Чогодарівська громада в Березівському районі, Павлівська в Болградському, Долинська і Куяльницька в Подільському районах.

5. Показано, що надання ФД в Одеській області після адміністративно-територіальної реформи дещо покращилася, бо число населених пунктів, де вона надавалася через АЗ зросла з 14,5 до 15,6 %. Своєю чергою, в адміністративних центрах, включаючи центри ОТГ, число АЗ зросло з 1484 до 1515, тобто майже на 2,1 %. Проте лише 10,1% АЗ на відміну від 18,0 % знаходилися у НВНП, що пов'язано із закриттям АЗ в сільській місцевості.

Результати досліджень даного розділу наведено в таких публікаціях:

1. Корольов М.В., Громовик Б.П. Фізична доступність фармацевтичної допомоги в Одеській області до і після адміністративно-територіальної реформи. *Фармацевтичний часопис*. 2021. № 2. С.37-42.

2. Корольов М. В., Громовик Б. П. Пандемія коронавірусної хвороби COVID-19 та проблеми доступності фармацевтичної допомоги населенню, нерівномірно розподіленому територією України. *Сучасні напрямки удосконалення фармацевтичного забезпечення населення: від розробки до використання лікарських засобів природного і синтетичного походження: матеріали науково-практичної дистанційної міжнародної конференції* (м. Івано-Франківськ, 19-20 травня 2020 р.). Івано-Франківськ: ІФНМУ, 2020. С. 33-35. *(Особистий внесок: постановка задачі дослідження, участь у його проведенні, обробці й узагальненні одержаних даних та підготовці до друку)*

3. Громовик Б. П., Корольов М. В. Проблемність фізичної доступності пацієнта до якісної фармацевтичної допомоги. *Підготовка спеціалістів фармації в рамках концепції «Навчання протягом життя (Life Long Learning)»*: наука, освіта, практика : матеріали II наук.-практ. інтернет-конференції з міжнар. участю (м. Харків, 21–22 жовтня 2020 р.). Х. : НФаУ, 2020. С. 86-89.

Розділ 5

СИТУАЦІЙНИЙ АНАЛІЗ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ЖИТЕЛЯМ НЕЧИСЛЕННИХ І ВІДДАЛЕНИХ НАСЕЛЕНИХ ПУНКТИВ
(на прикладі Одеської області)

Жителі НВНП у порівнянні з населенням міст, селищ та великих сіл зазнають обмежень щодо ФД, яке обумовлене розбіжністю соціально-економічних перспектив наявної у них інфраструктури та реальних потреб у ФД. За аналогією з медичною допомогою [27] державне забезпечення рівного доступу до ФД жителів НВНП потребує координації органів влади на різних рівнях: вертикальних – між органи місцевого самоврядування і центральними органами влади, а також горизонтальних – партнерства та співпраці між ОТГ.

Метою цього етапу роботи було з'ясувати перспективи розвитку ФД жителям НВНП задля підвищення їх якості життя.

5.1 Контент-аналіз стратегій розвитку Одеської області та її сільських об'єднаних територіальних громад з питань фармацевтичної допомоги

За даними детального аналізу стратегії розвитку Одеської області на 2021-27 рр. [149] з'ясовано, що серед 15 стратегічних напрямків розбудови системи охорони здоров'я області варто виділити 4, що стосуються сільської медицини, а саме:

- 1) розвиток системи телемедицини;
- 2) підвищення доступності та якості медичних послуг для населення області на усіх рівнях її надання, особливо в сільській місцевості, шляхом початку функціонування на території регіону 9 госпітальних округів;
- 3) забезпечення сімейних лікарів 216 амбулаторій загальної практики – сімейної медицини та фельдшерів 400 фельдшерсько-акушерських пунктів мобільно-діагностичними комплектами;
- 4) почати будівництво та реконструкцію 8 амбулаторій у 5 районах області.

Окрім цього важливими сторонами регіону визначено вагомий виробничий фармацевтичний потенціал – ТДВ «Інтерхім», ТОВ «НАП Аріадна» та АТ «Одеський припортовий завод» [117], а також міцна науково-освітня підтримка галузі охорони здоров'я, зокрема наявність:

а) закладів вищої освіти [119]:

- Одеський національний медичний університет;
- Одеський національний університет імені І. І. Мечникова;
- Державний університет "Одеська політехніка";
- Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського»;
- Міжнародний гуманітарний університет;
- Комунальний заклад "Одеський обласний базовий медичний фаховий коледж";
- Медичний фаховий коледж Міжнародного гуманітарного університету;
- Товариство з обмеженою відповідальністю "Ізмаїльське медичне училище";

б) науково-дослідних установ [82, 83, 164]:

- Державна установа (ДУ) «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України»;
- ДУ «Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії НАМН України»;
- ДУ "Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології Міністерства охорони здоров'я України";
- Державне підприємство "Український науково-дослідний інститут медицини транспорту Міністерства охорони здоров'я України";
- ДУ "Український науково-дослідний протичумний інститут імені І.І. Мечнікова" МОЗ України;
- Фізико-хімічний інститут імені О. В. Богатського НАН України.

Вивчення наявних на час дослідження 25 (28,7 %) стратегій розвитку [92, 93, 112-114, 131-141, 143, 144, 146-151] з 87 сільських ОТГ цієї області показали, що у прийнятих документах абсолютної більшості ОТГ (21 із 25 або 84,0 %) мова йде про загальні питання розвитку медицини, у т.ч. у сільській місцевості, зокрема щодо вдосконалення мережі медичних закладів, забезпечення їх сучасним обладнанням, придбання автомобілів, проведення необхідних ремонтних чи будівельних робіт, забезпечення молодих фахівців житлом та оплата їх житлово-комунальних послуг (Авангардівська (стратегія на 2020-27 рр.), Березівська (2019-27 рр.), Біляївська (2017-20 рр.), Великобуяльницька (2020-22 рр.), Вилківська (2019-25 рр.), Зеленогірська (2020-27 рр.), Коноплянська (2018-22 рр.), Маразліївська (до 2025 р.), Нерубайська (на 2020 р.), Роздільнянська (до 2025 р.), Саф'янівська (на 2021 р.), Таїровська (2020-22 р.), Цебриківська (2020-27 рр.), Ширяївська (на 2020 р.) ОТГ). При цьому без зазначення адресації (Великомихайлівська (2018-25 рр.), Затишанська (2019-23 рр.) ОТГ) та із конкретизацією сільського населеного пункту (Куяльницька (до 2027 р.), Лиманська (2019-25 рр.), Любашівська (2020-27 рр.), Тузлівська (2018-20 рр.), Шабівська (2019-2030 рр.) ОТГ) вказувалося число фельдшерсько-акушерських пунктів та амбулаторій сільської медицини, де планується здійснювати ремонтні або будівельні роботи.

Варто зазначити, що у стратегіях розвитку двох або 8,0 % ОТГ (Красносільської (2018-27 рр.) та Старокозацької (2019-21 рр.)) відсутні дані про подальший розвиток місцевої охорони здоров'я. Лише дві (Балтська (2019-21 рр.) та Ізмаїльська (до 2020 р.) ОТГ (8,0 %) актуалізували питання сільської фармації, зокрема:

- Балтський центр первинної медико-санітарної допомоги застановив про необхідність організації аптечних пунктів в сільських амбулаторіях загальної практики – сімейної медицини, закупівлю обладнання для цього;
- у 8 сільських населених пунктах Ізмаїльського району заплановано відкриття аптечних закладів.

Отже, питанню розвитку ФД жителям НВНП у досліджуваних документах приділялася незначна увага.

5.2 Якісний SWOT-аналіз чинників розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів

На підставі подальшого аналізу 26 стратегій розвитку Одеської області та ОТГ сільського спрямування сформовано сукупність із 38 чинників, які мають чи можуть мати вплив на стан і перспективи ФД жителям НВНП [56]. За результатами SWOT-аналізу до переліків сильних і слабких сторін увійшли 3 та 12 чинників відповідно, до можливостей та загроз – 14 та 9 чинників відповідно.

Сильні сторони – це достоїнства та переваги внутрішнього середовища НВНП, що сприяють реалізації належної ФД. Їх формують такі чинники:

- високий рівень спроможності частини сільських територіальних громад, що можуть сприяти формуванню інституційних механізмів ФД (самостійного або через відповідні органи місцевого самоврядування);
- наявність потреби у повсякденній якійсній ФД, що теж має схильність до формування інституційних механізмів ФД, у т.ч. доставки ЛЗ у НВНП, зокрема за допомогою мобільних аптек і дронів, поштових або соціальних працівників;
- лояльність споживачів стосовно схвального ставлення до фармацевтичних послуг.

Слабкі сторони – недоліки внутрішнього середовища НВНП, які підлягають виправленню. Їх генерують такі чинники:

- відсутність аптечних організацій в абсолютній більшості НВНП, що спонукають до витрат, пов'язаних із додатковими транспортними навантаженнями через відстань до найближчих аптечних організацій, фізичної доступності й своєчасності ФД;
- незадовільний стан транспортної інфраструктури, насамперед автомобільних доріг, стосовно фізичної доступності й своєчасності ФД та складності доставки ЛЗ у НВНП, зокрема за допомогою поштових або соціальних

працівників і мобільних аптек;

– відсутність регулярного пасажирського сполучення між населеними пунктами, зокрема у часі карантину, що затрудняє фізичну доступність й своєчасності ФД за медичними показаннями;

– звуження сфери трудової зайнятості та високий рівень безробіття у НВНП, а також висока частка непрацездатного населення та осіб поважного віку. Ці два чинники знижують соціально-економічну доступність ФД;

– низька купівельна спроможність жителів НВНП, що не сприяє соціально-економічній доступності ФД та спричиняє високі показники оборотності фармацевтичних товарів за наявності аптечної організації;

– загрозовий характер захворюваності у НВНП щодо своєчасності ФД за медичними показаннями;

– погана комунальна інфраструктура у НВНП, що не сприяє залученню до медичного обслуговування у сільській місцевості кваліфікованих ФФ;

– неякісний інтернет у НВНП, що не дає можливості використовувати пацієнтами електронні сервіси для реалізації їх прав за програмою державних фінансових гарантій медичного обслуговування, а також здійснення електронної роздрібною торгівлі ЛЗ;

– непривабливість НВНП для розвитку фармацевтичного підприємництва щодо відкриття аптечних організацій;

– відсутність бажання молоді проживати та працювати у НВНП, відтік працездатного населення та кваліфікованих кадрів, що призводить до збільшення фінансового навантаження з питань розвитку громади на нечисленних їх мешканців і підприємців;

– незадовільне кадрове, структурне та ресурсне забезпечення первинної та долікарської медичної допомоги, що незадовільно впливає на забезпечення якості ФД, як складової медичної допомоги у НВНП.

Можливості зовнішнього середовища НВНП являють собою його позитивні чинники, що можуть сприяти підвищенню рівня надання ФД населенню. Їх

характеризують:

– децентралізація влади, проведення адмінреформи та зростання бюджетної самостійності громад, а також міжнародна технічна допомога для ОТГ. Ці два чинники скеровані на формування інституційних механізмів ФД у НВНП;

– потужна науково-освітня підтримка фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я Одеського регіону (4 університети та 3 коледжі) щодо підготовки та підвищення кваліфікації ФФ;

– наявність великих виробничих потужностей з випуску фармацевтичної продукції (3 фармацевтичних виробники), що сприяє зростанню обсягу внутрішнього фармацевтичного ринку, низьким цінам на вітчизняну фармацевтичну продукцію;

– розвинена аптечна мережа у містах, що є базою для здійснення електронної роздрібної торгівлі ЛЗ у НВНП;

– зростання виробництва спеціально обладнаних транспортних засобів і безпілотних літальних апаратів, що сприятиме фізичній доступності й своєчасності ФД шляхом доставки ЛЗ у НВНП за допомогою мобільних аптек і дронів;

– ЗУ від 14.11.2017 № 2206-VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» стосується надання ЛЗ і МВ за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення коштом держбюджету, розроблення та реалізація програм із забезпечення населення у сільській місцевості ефективними, якісними та необхідними ЛЗ і МВ, запровадження дієвих механізмів залучення до медичного обслуговування у сільській місцевості кваліфікованих ФФ;

– спільна програма Президента та КМ України «Велике будівництво» (2020 р.), яка спрямована на інфраструктурну модернізацію України;

– Президентські програми: «Доступ населення до швидкісного інтернету» (2019 р.) та «Нове село» (2021 р.), які передбачають доступ у сільській місцевості до оптичного інтернету та відкриття сільських аптек, що залучені в урядовій

програмі «Доступні ліки»;

– ЗУ 17.09.2020 р. № 904-IX «Про внесення змін до статті 19 Закону України «Про лікарські засоби» щодо здійснення електронної роздрібної торгівлі лікарськими засобами», що сприятиме здійсненню електронної роздрібної торгівлі ЛЗ у НВНП;

– ЗУ від 01.01.2021 № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який стосується повної оплати коштом держбюджету необхідних медичних послуг та ЛЗ, пов'язаних з наданням: екстреної, первинної й третинної (високоспеціалізованої) та паліативної медичної допомоги, а також реабілітації у сфері охорони здоров'я та медичної допомоги дітям до 16 років й у зв'язку з вагітністю та пологами;

– Постанова КМ України від 25.04.2018 р. № 411 (редакція від 14.05.2020) «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я», яка скерована на забезпечення можливості використання пацієнтами електронних сервісів для реалізації їх прав за програмою державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, зокрема через телефармацію;

– Постанова КМ України від 17.03.2017 р. № 152 (редакція від 01.01.2021) «Порядок реімбурсації лікарських засобів», що стосується відпуску ЛЗ, які підлягають реімбурсації, через електронні рецепти;

– наказ МОЗ України від 19.10.2015 № 681 «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я», який торкається надання медичної допомоги пацієнту, зокрема через телефармацію, коли відстань є критичним чинником її надання.

Загрозами є негативні чинники зовнішнього середовища, що можуть, за відсутності відповідної реакції, привести до значного зниження рівня якості ФД. Їх розкривають:

– негативні демографічні тенденції щодо деградації НВНП;

– кризові явища у вітчизняній економіці стосовно зниження платоспроможності населення та попиту на якісну ФД;

- відсутність дешевих фінансово-кредитних ресурсів для підприємництва щодо можливості розвитку підприємництва у НВНП;
- нестабільна соціально-економічна та політична ситуація в країні; перекладання на місцеве самоврядування державних фінансових зобов'язань щодо забезпечення соціальних стандартів; відсутня нормативно-правова база для забезпечення діяльності ОТГ за окремими напрямками формування; брак ефективної державної програми розвитку НВНП; корупція та некомпетентність і неефективність системи державного управління, в т.ч. щодо охорони здоров'я населення; збройна агресія та порушення територіальної цілісності країни, її розвиток в умовах політичного й економічного тиску та тотальної інформаційної війни. Ці 6 чинників стосуються ризиків формування належних інституційних механізмів ФД у НВНП.

Таким чином, шляхом вивчення 26 стратегій розвитку Одеської області та її ОТГ сільського спрямування сформовано та обґрунтовано сукупність із 38 чинників, які мають чи можуть мати вплив на стан і перспективи ФД жителям НВНП. За результатами SWOT-аналізу до переліків сильних і слабких сторін увійшли 3 та 12 чинників відповідно, до можливостей та загроз – 14 та 9 чинників відповідно.

5.3 Кількісний SWOT-аналіз чинників розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів

Далі нами чинники внутрішнього і зовнішнього середовища були піддані експертній оцінці, участь в якій взяли 46 практичних ФФ.

Як видно з даних табл. 5.1, три чинники сильних сторін були оцінені за п'ятибальною системою в межах від 2,6 до 3,8 за середнього балу 3,0. Найвищі позитивні бали отримала наявність потреби у повсякденній якісній ФД та лояльність споживачів до фармацевтичних послуг.

Таблиця 5.1

Результати експертної оцінки чинників з категорії «Сильні сторони»

Чинники:	Середній бал	V, %
– високий рівень спроможності частини сільських територіальних громад	2,6	31,41
– наявність потреби у повсякденній якійсній ФД	3,7	33,31
– лояльність споживачів до фармацевтичних послуг	3,8	28,57
<i>Середня оцінка за категорією «Сильні сторони»</i>	3,0	x

Свою чергою, 12 чинників слабких сторін отримали середню оцінку 4,0 при розмаху від 3,7 до 4,3 (табл. 5.2).

Таблиця 5.2

Результати експертної оцінки чинників з категорії «Слабкі сторони»

Чинники:	Середній бал	V, %
– відсутність аптечних організацій в абсолютній більшості НВНП	3,9	26,92
– незадовільний стан транспортної інфраструктури	4,0	28,28
– відсутність регулярного пасажирського сполучення між населеними пунктами	3,9	31,23
– звуження сфери трудової зайнятості та високий рівень безробіття у НВНП	3,9	30,50
– висока частка непрацездатного населення та осіб поважного віку	4,1	25,32
– низька купівельна спроможність жителів НВНП	4,2	20,56
– загрозливий характер захворюваності у НВНП щодо своєчасності ФД за медичними показаннями;	3,7	32,99
– погана комунальна інфраструктура у НВНП	4,0	26,47
– неякісний інтернет у НВНП	3,8	32,46
– непривабливість НВНП для розвитку фармацевтичного підприємництва	4,0	28,78
– відсутність бажання молоді проживати та працювати у НВНП, відтік працездатного населення та кваліфікованих кадрів	4,3	20,12
– незадовільне кадрове, структурне та ресурсне забезпечення первинної та долікарської медичної допомоги	4,0	26,52
<i>Середня оцінка за категорією «Слабка сторони»</i>	4,0	x

Найвищі бали отримала висока частка непрацездатного населення та осіб похилого віку, низька купівельна спроможність жителів, а також відсутність бажання молоді проживати та працювати у НВНП, відтік працездатного населення та кваліфікованих кадрів.

Щодо 14 чинників можливостей зовнішнього середовища, то вони оцінені в межах від 2,8 до 3,2 за середньої оцінки 3,0 (табл. 5.3).

Таблиця 5.3

Результати експертної оцінки чинників з категорії «Можливості»

Чинники:	Середній бал	V, %
– децентралізація влади, проведення адмінреформи та зростання бюджетної самостійності громад	3,0	32,96
– міжнародна технічна допомога для ОТГ;	3,0	32,96
– потужна науково-освітня підтримка фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я	3,1	32,68
– наявність великих виробничих потужностей з випуску фармацевтичної продукції;	3,1	31,97
– розвинена аптечна мережа у містах як база для здійснення електронної роздрібною торгівлі ЛЗ у НВНП	3,1	31,25
– зростання виробництва спеціально обладнаних транспортних засобів і безпілотних літальних апаратів	2,8	32,44
– ЗУ від 14.11.2017 № 2206-VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості»	3,3	32,85
– спільна програма Президента та КМ України «Велике будівництво» (2020 р.)	2,9	32,45
– Президентські програми: «Доступ населення до швидкісного інтернету» (2019 р.) та «Нове село» (2021 р.)	3,2	32,07
– ЗУ 17.09.2020 р. № 904-IX «Про внесення змін до статті 19 Закону України «Про лікарські засоби» щодо здійснення електронної роздрібною торгівлі лікарськими засобами»	3,0	29,76
– ЗУ від 01.01.2021 № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»	3,0	30,94
– Постанова КМ України від 25.04.2018 р. № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я»	2,8	31,92
– Постанова КМ України від 17.03.2017 р. № 152 «Порядок реімбурсації лікарських засобів»	3,2	32,05
– наказ МОЗ України від 19.10.2015 № 681 «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я»	2,8	28,21
<i>Середня оцінка за категорією «Можливості»</i>	3,0	x

Найвищий позитивні бали отримали Президентські програми «Доступ населення до швидкісного інтернету» (2019 р.) та «Нове село» (2021 р.), Постанова КМ України «Порядок реімбурсації лікарських засобів» від 17.03.2017 р. № 152 (редакція від 01.01.2021) та Закон України від 14.11.2017 № 2206-VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості».

Стосовно 9 чинників загроз зовнішнього середовища, то вони оцінені в межах від 3,7 до 4,3 за середньої оцінки 3,9 (табл. 5.4).

Таблиця 5.4

Результати експертної оцінки чинників з категорії «Загрози»

Чинники:	Середній бал	V, %
– нестабільна соціально-економічна та політична ситуація в країні	3,9	27,00
– негативні демографічні тенденції	4,1	28,24
– кризові явища у вітчизняній економіці	4,3	21,82
– перекладання на місцеве самоврядування державних фінансових зобов'язань щодо забезпечення соціальних стандартів	3,7	29,28
– відсутня нормативно-правова база для забезпечення діяльності ОТГ за окремими напрямками формування	3,9	29,29
– відсутність дешевих фінансово-кредитних ресурсів для підприємництва	4,0	27,89
– брак ефективної державної програми розвитку НВП	3,9	28,63
– корупція та некомпетентність і неефективність системи державного управління, в т.ч. щодо охорони здоров'я населення	3,9	31,79
– збройна агресія та порушення територіальної цілісності країни, її розвиток в умовах політичного й економічного тиску та тотальної інформаційної війни	3,7	30,89
<i>Середня оцінка за категорією «Загрози»</i>	3,9	x

Найвищі бали отримала відсутність дешевих фінансово-кредитних ресурсів для підприємництва, негативні демографічні тенденції та кризові явища у вітчизняній економіці.

Підсумкова оцінка кількісного SWOT-аналізу, тобто різниця сум середніх оцінок чинників сильних сторін і можливостей та слабких сторін і загроз, є

негативною, що вказує на зневіру ФФ у можливість покращення ФД населенню, нерівномірно розподіленому територією Одеської області:

$$\begin{aligned} & (\text{Strengths} + \text{Opportunities}) - (\text{Weaknesses} + \text{Threats}) = \\ & (3,0 + 3,0) - (4 + 3,9) = - 1,9. \end{aligned}$$

5.4 Перехресний аналіз щодо порівняльних переваг, викликів і ризиків розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів

Належна структуризація зв'язку внутрішніх та зовнішніх чинників дозволила сформуванню порівняльні переваги, виклики та ризики перспектив розвитку ФД жителям НВНП.

Результати перехресного аналізу в секторі «Порівняльні переваги» показали (рис. 5.1), що:

1. Високий рівень спроможності частини сільських територіальних громад (S1) є шансом, який найбільше підсилять чинники: О1. Створення сприятливого інвестиційного клімату, О2. Міжнародна технічна допомога для ОТГ, О8. Спільна програма Президента та КМ України «Велике будівництво», О9. Президентські програми: «Доступ населення до швидкісного інтернету» (2019 р.) та «Нове село» (2021 р.).

2. Для наявності у НВНП потреби у повсякденній якісній ФД (S2) можлива підтримка з боку чинників: О3. Потужна науково-освітня підтримка фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я регіону, О4. Наявність великих виробничих потужностей з випуску фармацевтичної продукції, О5. Розвинена аптечна мережа у містах, О6. Зростання виробництва спеціально обладнаних транспортних засобів і безпілотних літальних апаратів, О9. Президентські програми: «Доступ населення до швидкісного інтернету» (2019 р.) та «Нове село» (2021 р.), О10. ЗУ від 17.09.2020 р. № 904-ІХ «Про внесення змін до ЗУ «Про лікарські засоби» щодо здійснення електронної роздрібною торгівлі лікарськими засобами»,

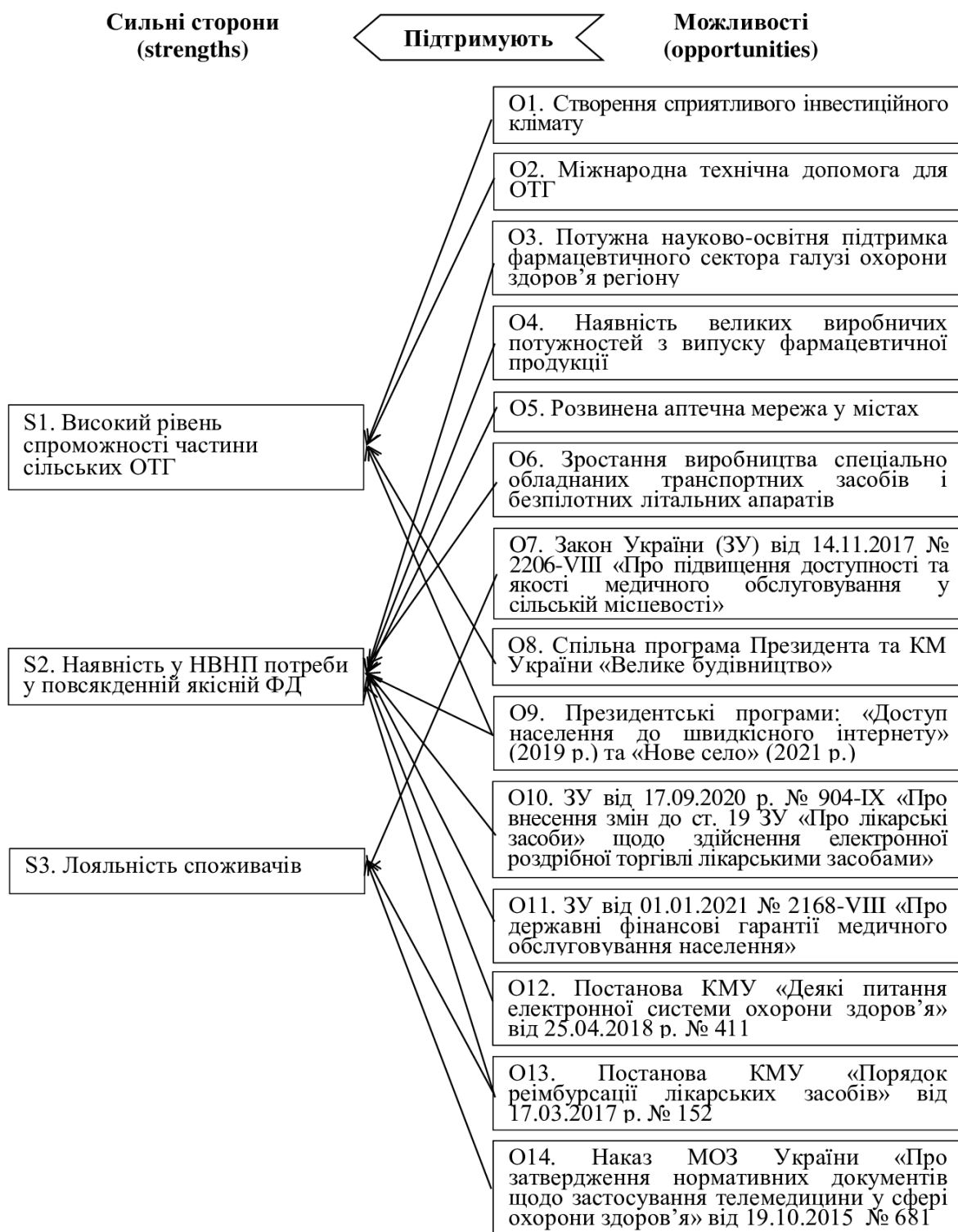


Рис. 5.1 Перехресний аналіз в секторі «Порівняльні переваги»

O11. ЗУ від 01.01.2021 № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», O12. Постанова КМУ «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» від 25.04.2018 р. № 411, O13. Постанова КМУ «Порядок

реімбурсації лікарських засобів» від 17.03.2017 р. № 152 та О14. Наказ МОЗ України «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я» від 19.10.2015 № 681

3. Лояльність споживачів (S3) підсилять чинники: О7. ЗУ «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості», О12. Постанова КМУ «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» від 25.04.2018 р. № 411, О13. Постанова КМУ «Порядок реімбурсації лікарських засобів» від 17.03.2017 р. № 152 та О14. Наказ МОЗ України «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я» від 19.10.2015 № 681.

Своєю чергою, результати перехресного аналізу в секторі «Виклики» (рис. 5.2) з'ясували, що:

1. Відсутність аптечних організацій в абсолютній більшості НВНП (W1) значною мірою можуть пом'якшити такі чинники: О3. Потужна науково-освітня підтримка фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я регіону, О4. Наявність великих виробничих потужностей з випуску фармацевтичної продукції, О5. Розвинена аптечна мережа у містах, О6. Зростання виробництва спеціально обладнаних транспортних засобів і безпілотних літальних апаратів, О7. ЗУ від 14.11.2017 № 2206-VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості», О9. Президентські програми: «Доступ населення до швидкісного інтернету» (2019 р.) та «Нове село» (2021 р.).

2. Незадовільний стан транспортної інфраструктури, насамперед автомобільних доріг (W2) можуть знизити чинники: О1. Створення сприятливого інвестиційного клімату, О2. Міжнародна технічна допомога для ОТГ, О8. Спільна програма Президента та КМ України «Велике будівництво».

3. Відсутність регулярного пасажирського сполучення між населеними пунктами, зокрема у часі карантину (W3) зможуть нівелюватися такими чинниками: О2. Міжнародна технічна допомога для ОТГ, О6. Зростання виробництва спеціально обладнаних транспортних засобів і безпілотних літальних апаратів.

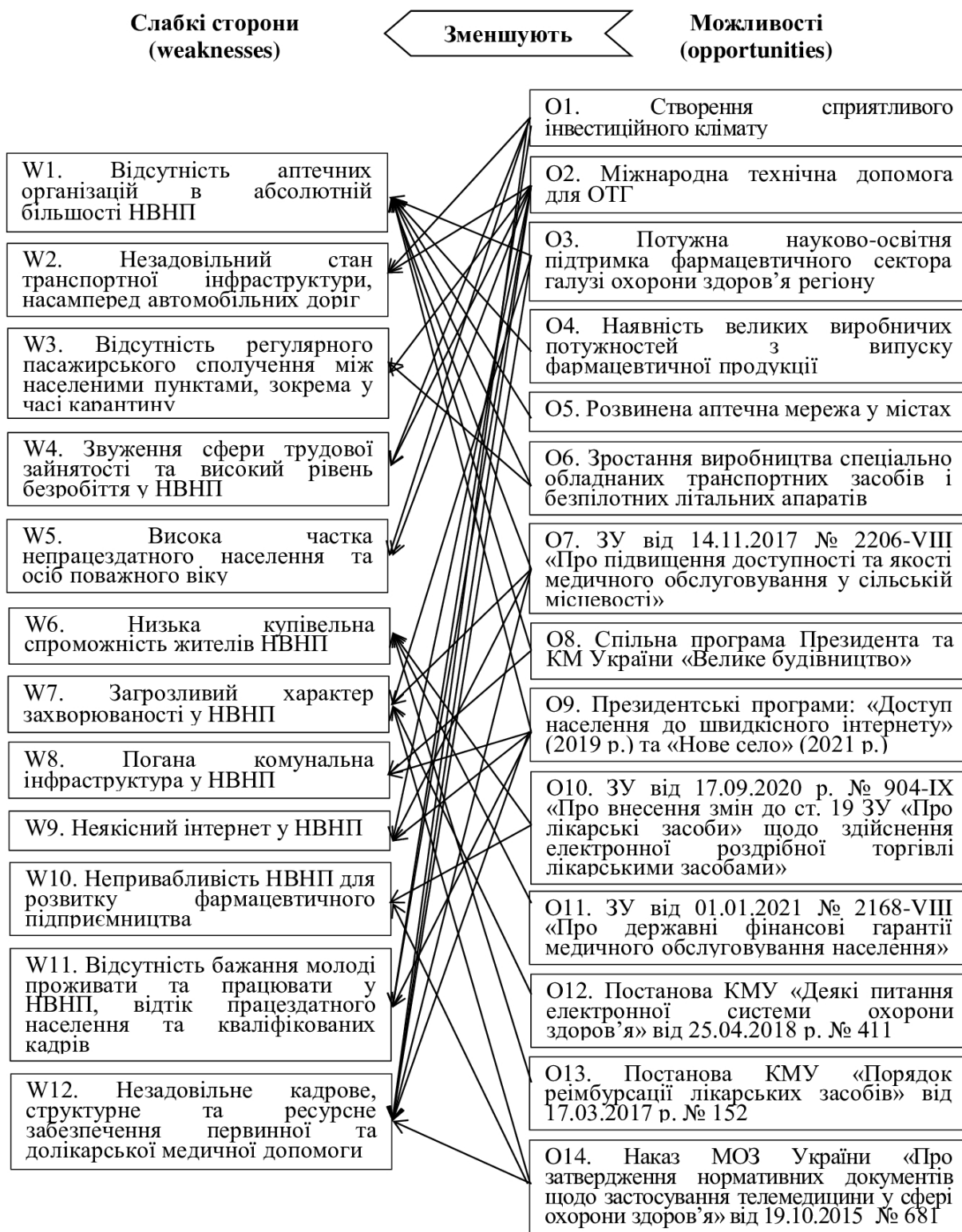


Рис. 5.2 Перехресний аналіз в секторі «Виклики»

4. На звуження сфери трудової зайнятості та високий рівень безробіття у НВНП (W4) можуть позитивно вплинути чинники: O1. Створення сприятливого інвестиційного клімату, O2. Міжнародна технічна допомога для ОТГ.

5. Висока частка непрацездатного населення та осіб поважного віку (W5) може знизитися за допомогою чинників: O1. Створення сприятливого інвестиційного клімату, O2. Міжнародна технічна допомога для ОТГ.

6. Низька купівельна спроможність жителів НВНП (W6) може змінитися в позитивний бік внаслідок впливу таких чинників: O10. ЗУ від 17.09.2020 р. № 904-IX «Про внесення змін до статті 19 ЗУ «Про лікарські засоби» щодо здійснення електронної роздрібно торгівлі лікарськими засобами», O11. ЗУ від 01.01.2021 № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», O13. Постанова КМУ «Порядок реімбурсації лікарських засобів» від 17.03.2017 р. № 152.

7. Шансами для зменшення загрозливого характеру захворюваності у НВНП (W7) є такі чинники: O3. Потужна науково-освітня підтримка фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я регіону, O7. ЗУ від 14.11.2017 № 2206-VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості», O12. Постанова КМУ «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» від 25.04.2018 р. № 411, O14. Наказ МОЗ України «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я» від 19.10.2015 № 681.

8. Погана комунальна інфраструктура у НВНП (W8) може нівелюватися впливом чинників: O8. Спільна програма Президента та КМ України «Велике будівництво», O9. Президентські програми: «Доступ населення до швидкісного інтернету» (2019 р.) та «Нове село» (2021 р.).

9. Рівень неякісного інтернету у НВНП (W9) може значно знизитися завдяки прояву чинників: O2. Міжнародна технічна допомога для ОТГ, O7. ЗУ від 14.11.2017 № 2206-VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості», O9. Президентські програми: «Доступ населення до швидкісного інтернету» (2019 р.) та «Нове село» (2021 р.).

10. Непривабливість НВНП для розвитку фармацевтичного підприємництва (W10) може знизитися за сприяння чинників: O10. ЗУ від 17.09.2020 р. № 904-IX «Про внесення змін до статті 19 ЗУ «Про лікарські засоби» щодо здійснення

електронної роздрібної торгівлі лікарськими засобами», О14. Наказ МОЗ України «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я» від 19.10.2015 № 681.

11. Відсутність бажання молоді проживати та працювати у НВНП, відтік працездатного населення та кваліфікованих кадрів (W11) може змінитися завдяки чинникам: О1. Створення сприятливого інвестиційного клімату, О2. Міжнародна технічна допомога для ОТГ, О9. Президентські програми: «Доступ населення до швидкісного інтернету» (2019 р.) та «Нове село» (2021 р.).

12. Незадовільне кадрове, структурне та ресурсне забезпечення первинної та долікарської медичної допомоги (W12) може змінюватися в позитивний бік за допомогою чинників: О1. Створення сприятливого інвестиційного клімату, О2. Міжнародна технічна допомога для ОТГ, О3. Потужна науково-освітня підтримка фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я регіону, О7. ЗУ від 14.11.2017 № 2206-VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості», О9. Президентські програми: «Доступ населення до швидкісного інтернету» (2019 р.) та «Нове село» (2021 р.), О14. Наказ МОЗ України «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я» від 19.10.2015 № 681.

Результати ж перехресного аналізу в секторі «Ризики» визначили (рис. 5.3), що:

1. Нестабільна соціально-економічна та політична ситуація в країні (Т1), а також кризові явища у вітчизняній економіці (Т5) негативно вплинуть на чинники: W1. Відсутність аптечних організацій в абсолютній більшості НВНП, W2. Незадовільний стан транспортної інфраструктури, насамперед автомобільних доріг, W3. Відсутність регулярного пасажирського сполучення між населеними пунктами, зокрема у часі карантину, W4. Звуження сфери трудової зайнятості та високий рівень безробіття у НВНП, W5. Висока частка непрацездатного населення та осіб поважного віку, W6. Низька купівельна спроможність жителів НВНП, W11. Відсутність бажання молоді проживати та працювати у НВНП, відтік працездатного населення та кваліфікованих кадрів.



Рис. 5.3 Перехресний аналіз в секторі «Ризики» внутрішніх і зовнішніх чинників

2. Негативні демографічні тенденції (T2) поглиблюють слабкість чинників: W5. Висока частка непрацездатного населення та осіб поважного віку, W7. Загрозливий характер захворюваності у НВНП, W11. Відсутність бажання молоді проживати та працювати у НВНП, відтік працездатного населення та кваліфікованих кадрів.

3. За умови перекладання на місцеве самоврядування державних фінансових зобов'язань щодо забезпечення соціальних стандартів (Т4) посиляться негативні чинники: W3. Відсутність регулярного пасажирського сполучення між населеними пунктами, зокрема у часі карантину, W5. Висока частка працездатного населення та осіб поважного віку, W6. Низька купівельна спроможність жителів НВНП, W8. Погана комунальна інфраструктура у НВНП, W9. Неякісний інтернет у НВНП.

4. Відсутня нормативно-правова база для забезпечення діяльності ОТГ за окремими напрямками (Т5) збільшує небезпеку впливу чинників: W4. Звуження сфери трудової зайнятості та високий рівень безробіття у НВНП, W8. Погана комунальна інфраструктура у НВНП.

5. Відсутність дешевих фінансово-кредитних ресурсів для підприємництва (Т6) певною мірою є небезпекою для збільшення негативного впливу чинника W4. Звуження сфери трудової зайнятості та високий рівень безробіття у НВНП.

6. Відсутність ефективної державної програми розвитку НВНП потенціують ризики, пов'язані з чинниками (Т7): W1. Відсутність аптечних організацій в абсолютній більшості НВНП, W4. Звуження сфери трудової зайнятості та високий рівень безробіття у НВНП, W10. Непривабливість НВНП для розвитку фармацевтичного підприємництва, W11. Відсутність бажання молоді проживати та працювати у НВНП, відтік працездатного населення та кваліфікованих кадрів, W12. Незадовільне кадрове, структурне та ресурсне забезпечення первинної та долікарської медичної допомоги.

7. Корупція та некомпетентність і неефективність системи державного управління, в т.ч. щодо охорони здоров'я населення (Т8) сприяє небезпечному зростанню впливу чинників: W7. Загрозливий характер захворюваності у НВНП, W11. Відсутність бажання молоді проживати та працювати у НВНП, відтік працездатного населення та кваліфікованих кадрів, W12. Незадовільне кадрове, структурне та ресурсне забезпечення первинної та долікарської медичної допомоги.

8. Збройна агресія та порушення територіальної цілісності країни, її розвиток в умовах політичного й економічного тиску та тотальної інформаційної війни (Т9) посилюють негатив чинників: W2. Незадовільний стан транспортної інфраструктури, насамперед автомобільних доріг, W3. Відсутність регулярного пасажирського сполучення між населеними пунктами, зокрема у часі карантину.

Формалізований вигляд отриманих вище результатів поданий в табл. 5.5.

Таблиця 5.5

Формалізація результатів перехресного аналізу

Сектори	Формалізація
Порівняльні переваги	<ul style="list-style-type: none"> - S1 \leftarrow {O1, O2, O8, O9}; - S2 \leftarrow {O3, O4, O5, O9, O10, O11, O12, O13, O14}; - S3 \leftarrow {O7, O12, O13, O14};
Виклики	<ul style="list-style-type: none"> - W1 \leftarrow {O3, O4, O5, O6, O7, O9}; - W2 \leftarrow {O1, O2, O8}; - W3 \leftarrow {O2, O6}; - W4 \leftarrow {O1, O2};
Виклики	<ul style="list-style-type: none"> - W5 \leftarrow {O1, O2}; - W6 \leftarrow {O10, O11, O13}; - W7 \leftarrow {O3, O7, O12, O14}; - W8 \leftarrow {O8, O9}; - W9 \leftarrow {O2, O7, O9}; - W10 \leftarrow {O10, O14}; - W11 \leftarrow {O1, O2, O9}; - W12 \leftarrow {O1, O2, O3, O7, O9, O14};
Ризики	<ul style="list-style-type: none"> - T1 \leftarrow {W1, W2, W3, W4, W5, W6, W11}; - T2 \leftarrow {W7, W11}; - T3 \leftarrow {W1, W2, W3, W4, W5, W6, W11}; - T4 \leftarrow {W3, W5, W8, W9}; - T5 \leftarrow {W4, W8}; - T6 \leftarrow {W4}; - T7 \leftarrow {W1, W4, W10, W11, W12}; - T8 \leftarrow {W7, W11, W12}; - T9 \leftarrow {W2, W3}.

Отже, за результатами сформовано порівняльні переваги, виклики та ризики перспектив розвитку ФД жителям НВНП.

5.5 Опрацювання сценаріїв розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів

Залежно від поєднання чинників внутрішнього і зовнішнього середовища можна виділити три можливі сценарії розвитку ФД жителям НВНП – песимістичний, реалістичний та оптимістичний (табл. 5.6) [130].

Таблиця 5.6

Характерні ознаки сценаріїв розвитку ФД жителям НВНП

Вид сценарію	Його суть	Можливі дії щодо розвитку ФД жителям НВНП	Імовірність реалізації дій у перспективі	
			середньо-строковій	довго-строковій
песимістичний	ризики продовжують загострюватись і домінують над порівняльними перевагами за умови зростання викликів	розв'язання поточних найбільш гострих проблем	низька	дуже низька
реалістичний	використання тих порівняльних переваг, які швидше за все відбудуться, незалежно від можливої реакції з боку ризиків і викликів	реалізація чіткого плану щодо конкретних заходів	висока	дуже висока
оптимістичний	повноцінне використання порівняльних переваг за одночасного блокування (мінімізації) викликів і ризиків	системне і комплексне розв'язання проблем	низька	нижче середньої

Песимістичний сценарій розвитку у своїй основі випливає з припущення, що ризики продовжують загострюватись і домінують над порівняльними перевагами за умови зростання викликів.

Можливі дії: розв'язання поточних найгостріших питань ФД жителям НВНП.

Очікуваність реалізації: низька у середньостроковій перспективі, дуже низька у довгостроковій перспективі.

Реалістичний сценарій розвитку передбачає використання тих порівняльних переваг, які швидше за все відбудуться, незалежно від імовірної реакції з боку ризиків і викликів.

Можливі дії: реалізація чіткого плану щодо конкретних заходів з розвитку ФД жителям НВНП.

Очікуваність реалізації: висока у середньостроковій перспективі, дуже висока у довгостроковій перспективі.

Оптимістичний сценарій розвитку демонструє повноцінне використання порівняльних переваг за одночасного блокування (мінімізації) викликів і ризиків.

Можливі дії: системне і комплексне розв'язання проблеми ФД жителям НВНП.

Очікуваність реалізації: низька у середньостроковій перспективі, нижче середньої у довгостроковій перспективі.

На нашу думку, найбільш здійсненим є реалістичний сценарій розвитку ФД належної якості жителям НВНП, сенс якого у використанні поєднання тих сильних сторін та можливостей, які найімовірніше можуть бути реалізовані, незалежно від можливої реакції з боку ризиків і викликів.

По-перше, необхідно забезпечити звільнення АЗ незалежно від форми їх власності від сплати податку за землю та орендної плати, а також від оподаткування ПДВ з реалізації ЛЗ з Національного переліку основних ЛЗ. Також варто запровадити дієві механізми залучення до надання ФД у сільській місцевості кваліфікованих ФФ, зокрема створюючи для них додаткові гарантії оплати праці та належні умови праці, включаючи опрацювання та реалізацію мотиваційних пакетів, зокрема звільнення від витрат на утримання житла та оплати комунальних послуг [58].

По-друге, це стосується розвитку телефармації (ТФ). Аналіз релевантної інформації за даними наукової літератури показує, що існує ряд поняттєвих інтерпретацій ТФ (табл. 5.7).

Таблиця 5.7

Поширені трактування поняття «ТФ»

№ з.п.	Визначення терміну	Авторство	Джерело
1	2	3	4
ТФ – це			
1	спосіб доставки фармацевтичної продукції та надання ФД засобами телекомунікації різним пацієнтам.	Віртуальна платформа медичного обслуговування eVisit, США	240
2	надання фармацевтичних послуг через телекомунікації пацієнтам в місцях, де вони можуть не мати прямого контакту з ФФ	Авторське, США	181
3	використання електронної інформаційно-комунікаційної технології для забезпечення і підтримання комплексних аптечних послуг, коли відстань розділяє учасників.	Адміністрація з питань охорони здоров'я США	204
4	концепція, що стосується надання фармацевтичних послуг та дозволяє кваліфікованому ФФ надавати медичні послуги, такі як огляд ЛЗ, консультування пацієнтів та перевірка рецептів, для пацієнтів, що перебувають на відстані від віддаленої лікарні, аптеки або медичного центру.	Факультет охорони здоров'я Квінслендського технологічного університету, Австралія	216
5	надання ФД за допомогою телекомунікаційних та інформаційних технологій пацієнтам на відстані	Національна асоціація фармацевтичних рад США	216
6	субспеціалізація телемедицини, яка передбачає використання телекомунікацій для надання фармацевтичних послуг споживачам, що знаходяться на відстані	Університет Маршалла Хантінгтон, Західна Вірджинія, США	215
7	надання традиційних аптечних послуг, що включає видачу ЛЗ та консультування пацієнтів через телекомунікації пацієнтам у сільському та / або віддаленому населеному пункті, де вони можуть не мати місцевого доступу до фармацевта	Коледж фармацевтів Британської Колумбії	231
8	використання телекомунікаційної технології для полегшення або надання високоякісних аптечних послуг у ситуаціях, коли пацієнт або медична команда не мають прямого (особистого) контакту з персоналом аптеки	Канадське товариство лікарняних фармацевтів	233, 234
9	вид ФД, при якому ФФ та пацієнти не знаходяться в одному місці та можуть взаємодіяти за допомогою засобів інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ)	Університет Камерино, Італія	183

1	2	3	4
10	метод, при якому ФФ використовує телекомунікаційні технології для нагляду за аспектами аптечних операцій або надання послуг з догляду за пацієнтами	Американське товариство лікарняних фармацевтів	241
11	надання ФД амбулаторним пацієнтам на відстані за допомогою телекомунікаційних та інших передових технологій	Коледж громадського здоров'я Університету Айови, США	238

Більшість трактувань ТФ (№ з.п. 2, 3, 5, 7, 8 та 11) наголошують на процесі (наданні чи використанні). Одне із визначень (№ з.п. 1) під ТФ розуміє систему поглядів на фармацевтичні послуги, ще два – різновидність телемедицини (№ з.п. 6) чи вид ФД (№ з.п. 9). Інші тлумачення (№ з.п. 1 та 10) розглядають ТМ як інструментарій, метод або спосіб. Абсолютна більшість визначень (№ з.п. 2-10) зосереджує увагу на відділеному наданні фармацевтичних послуг чи ФД. При цьому одне трактування (№ з.п. 7) зазначає надання ФД в умовах конкретного поселення – сільського та / або віддаленого населеного пункту.

Проведений вище термінологічний аналіз показав, що для терміна «ТФ» характерна неоднозначність і багатоваріантність вкладеного в нього змісту. Певною мірою це веде до спрощення його сутності.

З огляду на наявність різних поглядів, опрацьоване власне трактування поняття «ТФ», під яким розуміємо самостійний науково-практичний напрямок фармації щодо віддаленого (дистанційного) надання якісної ФД за сприянням комплексу організаційних і фінансових заходів, інформаційно-телекомунікаційних технологій та інфраструктури [57]. Іншими словами, ТФ – це інструмент підтримки відносин ФФ з пацієнтом і/або медичним фахівцем (МФ) у випадку, коли вони не мають безпосереднього (особистого) контакту між собою.

З нашого погляду, ТФ спрямована не лише на пацієнтів, які перебувають у важкодоступних і територіально віддалених від аптек регіонах чи спальних районах великих міст, а також на осіб похилого віку, пацієнтів, які знаходяться на лікуванні вдома або в умовах, коли не мають можливості виходити з дому, осіб з

інвалідністю, МФ і ФФ тощо. Вважаємо, що в українських реаліях основними складовими ТФ можуть бути:

- здійснення електронної роздрібною торгівлі ЛЗ та товарами аптечного асортименту з їх доставкою на корпоративних умовах чи договірних засадах з операторами поштового зв'язку;
- реалізація віддаленої фармацевтичної опіки (ФО), скерованої на пацієнта та членів його сім'ї;
- реалізація віддаленої ФО, скерованої на МФ;
- надання в режимі реального часу МФ та населенню вичерпної інформації про ЛЗ на засадах доказових медицини, фармації та ФО;
- здійснення дистанційного контролю реалізації рецептурних ЛЗ в аптеках конкретної мережі;
- сприяння безперервному професійному розвитку ФФ шляхом проведення дистанційного навчання.

Варто зазначити, що ТФ, як і телемедицина, є складовою електронної охорони здоров'я. Правові засади телемедицини конкретизовані в ЗУ від 19.11.1992 № 2801-ХІІ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та від 14.11.2017 № 2206-VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості», наказі МОЗ України від 19.10.2015 № 681 «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я» [44, 47, 79]. Юридичні ж аспекти власне ТФ не визначені та потребують унормування.

По-третє, у реалістичному сценарію важливого значення набуває оптимізація фізичної доступності пацієнта до якісної ФД, логістичними формами підвищення якої можуть бути:

- венселінг – використання мобільних (пересувних) аптек, тобто спеціально обладнаних транспортних засобів, у яких облаштовані повноцінні робочі місця для надання ФД;
- вендинг – реалізація безрецептурних ЛЗ за визначеним переліком за допомогою автоматизованих систем (торговельних автоматів);

– зазначена вище електронна торгівля з використанням венселінгу та/або доставлення ЛЗ дронами та/або операторами поштового зв'язку.

У випадку використання безпілотних літальних апаратів і поштових кур'єрів важливо чітко регламентувати умови транспортування, оснащення спеціальними сумками, що підтримують потрібний температурний режим і приладами контролю за її дотриманням. Окрім цього необхідно убезпечити пацієнтів від соціальних ризиків доставлення ЛЗ: ризиків фальсифікованих і субстандартних ЛЗ, доступу до рецептурних ЛЗ без призначення лікаря, діяльності неліцензованих інтернет-аптек, а також неможливості отримати фармацевтичну опіку від ФФ.

Таким чином, схарактеризовано три можливі сценарії розвитку ФД жителям НВНП – песимістичний, реалістичний та оптимістичний. Зважаючи на перспективність реалістичного сценарію розвитку, запропонована реалізація ТФ та сучасних логістичних форм підвищення фізичної доступності пацієнта до якісної ФД.

Зважаючи на зазначене вище, важливим у наданні ФД належної якості жителям НВНП є включення реалістичного сценарію її розвитку в нормативні документи на різних рівнях управління:

- на державному рівні – в нову Концепцію розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України;
- на регіональному – у стратегії розвитку відповідних областей;
- на місцевому – у стратегії розвитку ОТГ.

За результатами з'ясування перспектив розвитку ФД жителям НВНП задля підвищення їх якості життя опрацьовані науково-методичні рекомендації «Стан і перспективи розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів (на прикладі Одеської області)» (2021 р.) [130], які знайшли застосування у практичній діяльності двох територіальних органів виконавчої влади та 6 фармацевтичних організацій, а також у науково-освітньому процесі 6 закладів вищої освіти фармацевтичного спрямування (додатки Г 1 – Г 14 та Д).

Висновки до розділу 5

1. Шляхом вивчення 26 стратегій розвитку Одеської області та її ОТГ сільського спрямування з'ясовано, що питанню розвитку ФД жителям НВНП у досліджуваних документах приділялася незначна увага

2. Сформовано та обґрунтовано сукупність із 38 чинників, які мають чи можуть мати вплив на стан і перспективи ФД жителям НВНП. За результатами SWOT-аналізу до переліків сильних і слабких сторін увійшли 3 та 12 чинників відповідно, до можливостей та загроз – 14 та 9 чинників відповідно.

3. Результати експертної оцінки за п'ятибальною системою, участь в якій взяли 46 практичних ФФ, показали, що серед сильних сторін найвищі позитивні бали отримала наявність потреби у повсякденній якісній ФД та лояльність споживачів до фармацевтичних послуг, серед слабких – висока частка непрацездатного населення та осіб похилого віку, низька купівельна спроможність жителів, а також відсутність бажання молоді проживати та працювати у НВНП, відтік працездатного населення та кваліфікованих кадрів, серед можливостей зовнішнього середовища – Президентські програми «Доступ населення до швидкісного інтернету» (2019 р.) та «Нове село» (2021 р.), Постанова КМ України «Порядок реімбурсації лікарських засобів» від 17.03.2017 р. № 152 та Закон України від 14.11.2017 № 2206-VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості», серед загроз – відсутність дешевих фінансово-кредитних ресурсів для підприємництва, негативні демографічні тенденції та кризові явища у вітчизняній економіці. Баланс кількісного SWOT-аналізу є негативним, що вказує на зневіру ФФ у можливість покращення ФД населенню, нерівномірно розподіленому територією Одеської області.

4. За допомогою перехресного аналізу виявлено порівняльні переваги, виклики та ризики перспектив розвитку ФД жителям НВНП. Результати перехресного аналізу у секторі «Порівняльні переваги», тобто впливу можливостей в напрямку підтримки сильних сторін, показує наявність значних

резервів підвищення якості ФД жителям НВНП. Своєю чергою, результати перехресного аналізу в секторі «Виклики» засвідчують перспективність зменшення впливу слабких сторін внаслідок належного застосування наявних можливостей. Результати перехресного аналізу в секторі «Ризики» вказують на можливу високу синергічність слабких сторін і загроз.

5. Опрацьовано три можливі сценарії розвитку ФД жителям НВНП – песимістичний, реалістичний та оптимістичний. При цьому найбільш здійсненим є реалістичний сценарій розвитку ФД, сенс якого у використанні поєднання тих сильних сторін та можливостей, які найімовірніше можуть бути реалізовані, незалежно від можливої реакції з боку ризиків і викликів. Одними з напрямків реалізації цього сценарію є запровадження сучасних логістичних форм підвищення фізичної доступності пацієнта до ФД та ТФ.

На підставі результатів аналізу релевантної сукупності трактувань терміну «ТФ» обґрунтовано його сутність та концептуальність, зокрема в українських реаліях основними її складовими можуть бути: електронна роздрібна торгівля ЛЗ та товарами аптечного асортименту; реалізація віддаленої фармацевтичної опіки, скерованої на пацієнта і членів його сім'ї та МФ; надання в режимі реального часу МФ та населенню вичерпної інформації про ЛЗ на засадах доказових медицини, фармації та ФО; здійснення дистанційного контролю реалізації рецептурних ЛЗ в аптеках конкретної мережі; сприяння безперервному професійному розвитку ФФ шляхом проведення дистанційного навчання.

Для забезпечення надання ФД належної якості жителям НВНП запропоновано застосовувати реалістичний сценарій її розвитку при опрацюванні нормативних документів на різних рівнях управління, а саме: на державному рівні – в нову Концепцію розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України; на регіональному – у стратегії розвитку відповідних областей; на місцевому – у стратегії розвитку ОТГ.

Результати досліджень даного розділу наведено в таких публікаціях:

1. Корольов М. В., Громовик Б. П. Перспективи розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів (на прикладі Одеської області). *Annals of Mechnikov's Institute*. 2021. № 2. С. 31-38. URL: http://www.imiamn.org.ua/journal/2_2021/PDF/8.pdf.

2. Корольов М.В., Громовик Б.П. Важливість телефармації для надання якісної фармацевтичної допомоги населенню. *Науково-технічний прогрес і оптимізація технологічних процесів створення лікарських препаратів* : матеріали VII науково-практичної конференції з міжнародною участю (Тернопіль, 23-24 вересня 2020 р.). Тернопіль : ТНМУ, 2020. С.205-206.

3. Корольов М.В. Сценарії розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів. *Фармакоекономіка в Україні: стан і перспективи розвитку*: матеріали XIII науково-практичної Інтернет-конференції, м. Харків, 21 травня 2021 р. Х. : НФаУ, 2021.С. 123.

4. Стан і перспективи розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів (на прикладі Одеської області): науково-методичні рекомендації; укл. М. В. Корольов, Б. П. Громовик; рекомендовано ВР ОНМедУ. Львів: Ліга-Прес, 2021. 29 с.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

У дисертації наукового обґрунтовано та представлено нові результати дослідження, які розв'язують конкретне наукове завдання – підвищення рівня надання якісної ФД нерівномірно розподіленому населенню, зокрема жителям НВНП, що має істотне значення для організації фармацевтичної справи. Основні теоретичні та науково-практичні результати дисертаційної роботи полягають у наступному:

1. Опрацьовано трактування терміну «якість ФД» та виокремлено дев'ять основних її характеристик, а також здійснено концептуальне моделювання і наукове обґрунтування теоретичних засад взаємозв'язку якості ФД з її ТСЕ і складовими ЛОП.

2. З'ясовано та згруповано у п'ять груп 15 основних чинників, які можуть впливати на доступність ФД в частині ОА для паліативних пацієнтів України, розглянуто найбільш вагомі проблеми доступності ФД в частині адекватного знеболення та розвиток за останні 20 років вітчизняного нормативного забезпечення порядку обігу ОА, показано різке зменшення за 2019-21 рр. частки аптек з ліцензією на обіг НПП (з 2,0 % до 0,68 % від загальної кількості АЗ). При цьому дві області (Херсонська і Житомирська) характеризувалися відносно високим показником забезпеченості аптеками з ліцензією на обіг НПП, а у Волинській, Кіровоградській, Полтавській та Чернігівській областях жодна аптека не мала такої ліцензії. Означено, що Стратегія державної політики щодо наркотиків на період до 2020 р в частині доступності ФД паліативним пацієнтам через аптеки та належного ціноутворення НПП не реалізована та потребує подальшого її пролонгування.

3. За даними опитування 499 ФФ як надавачів фармацевтичних послуг в системі ФД під час карантину, пов'язаному з глобальною епідемією коронавірусу COVID-19, встановлено посилення у них тривожних очікувань і песимістичних настроїв та особливості забезпеченості різними заходами безпеки ФФ в аптеках, а також зростання агресивної поведінки у відвідувачів аптек та фізичного

навантаження і психологічного тиску у ФФ. Показано, що відсутність належного реагування зі сторони керівництва АЗ, з одного боку, може призвести до виникнення психологічних і фізичних розладів, з другого боку – до зниження якості надання ФД унаслідок неадекватного емоційного реагування, емоційно-моральної дезорієнтації, редукції фахових обов'язків.

4. З'ясовано, що до адміністративно-територіальної реформи (станом на 30.04.2020 р.) в Одеській області ФД надавалася через 1484 АЗ у 26 районах, до складу яких входило 490 сільських, селищних і міських рад, а також в обласному центрі та трьох містах обласного підпорядкування. Роздрібна торгівля ЛЗ через АЗ здійснювалася лише у 14,5 % населених пунктах з 1174. При цьому 82 % АЗ від загального їх числа знаходилися в адміністративних центрах, зокрема 53,6 % – в Одесі, тобто тільки 18 % АЗ функціонувало у НВНП. У Подільському та Савранському районах АЗ були лише в районному центрі, а в 12 або 46,2% з 26 районів понад 90 % населених пунктів не були залучені АЗ.

Показано, що м. Одеса та м. Чорноморськ були означені співвідношенням «висока забезпеченість АЗ – дуже велика щільність населення», а Тарутинський район та м. Теплодар характеризувалися низькою забезпеченістю АЗ та були протилежні за щільністю населення (відповідно мала та дуже висока щільність). Для 9 або 30,0 % адміністративно-територіальних одиниць (Тарутинський, Ширяївський, Окнянський, Великомихайлівський, Савранський, Подільський, Захарівський, Балтський та Березівський райони) визначено незадовільне співвідношення показників «мала кількість АЗ на 10 тис. населення – мала кількість АЗ на 100 км²».

5. Вияснено, що після адміністративно-територіальної реформи (станом на 30.04.2021 р.) в Одеській області ФД надавалася через 1515 АЗ, які розташовані у 15,6 % населених пунктів семи районів, засадничими утвореннями яких стала 91 ОТГ. В адміністративних центрах, включаючи центри ОТГ, було 89,9 % АЗ, зокрема в Одеській ОТГ було 54,3 %, тобто тільки 10,1 % АЗ функціонувало у НВНП. У трьох районах (42,9 %) з семи не залученими АЗ було понад 90 % населених пунктів. З'ясована наявність значних розбіжностей у надання ФД в

межах ОТГ кожного району, зокрема у 6 (або у 6,6 %) з 91 ОТГ не було жодного АЗ.

Кластером-лідером за співвідношенням «щільність населення – забезпеченість АЗ» був Одеський район. По два райони характеризувалися неадекватними значеннями у співвідношенні «щільність населення – забезпеченість АЗ», а саме: кластер «мала щільність населення – середня забезпеченість АЗ» формував Березівський та Роздільнянський райони, а кластер «мала щільність населення – низька забезпеченість АЗ» – Болградський та Подільський райони. Найкраще співвідношення «кількість АЗ на 10 тис. населення – кількість АЗ на 100 км²» було притаманне Одеському району, а 4 або 57,1 % районів (Болградський, Подільський, Березівський та Роздільнянський) утворили кластер «мала кількість АЗ на 100 км² – мала кількість АЗ на 10 тис. населення».

Показано, що надання ФД в Одеській області після адміністративно-територіальної реформи дещо покращилася, бо число населених пунктів, де вона надавалася через АЗ зросла з 14,5 до 15,6 %. Своєю чергою, в адміністративних центрах, включаючи центри ОТГ, число АЗ зросло з 1484 до 1515, тобто майже на 2,1 %. При цьому у НВНП частка аптек зменшилась з 18,0 до 10,1%.

6. За даними 26 стратегій розвитку Одеської області та її ОТГ сільського спрямування з'ясовано, що питанню розвитку ФД жителям НВНП у досліджуваних документах приділялася незначна увага. Сформовано та обґрунтовано сукупність із 38 чинників, які мають чи можуть мати вплив на стан і перспективи ФД жителям НВНП. Унаслідок якісного SWOT-аналізу до переліків сильних і слабких сторін увійшли 3 та 12 чинників відповідно, до можливостей та загроз – 14 та 9 чинників відповідно. Шляхом експертної оцінки 46 практичними ФФ визначено негативну підсумкову оцінку кількісного SWOT-аналізу, що вказує на зневіру ФФ у можливість покращення ФД покращення ФД нерівномірно розподіленому населенню.

За результатами перехресного аналізу в секторі «Порівняльні переваги» з'ясовано наявність значних резервів підвищення якості ФД жителям НВНП, в

секторі «Виклики» – перспективність зменшення впливу слабких сторін внаслідок належного застосування наявних можливостей, в секторі «Ризики» – можливу високу синергічність слабких сторін і загроз.

7. Опрацьовано три можливі сценарії розвитку ФД жителям НВНП – песимістичний, реалістичний та оптимістичний. При цьому найбільш здійсненим є реалістичний сценарій розвитку ФД, сенс якого у використанні поєднання тих сильних сторін та можливостей, які найімовірніше можуть бути реалізовані, незалежно від можливої реакції з боку ризиків і викликів. Одними з напрямків реалізації цього сценарію є запровадження сучасних логістичних форм підвищення фізичної доступності пацієнта до ФД та ТФ. На підставі результатів аналізу релевантної сукупності трактувань терміну «ТФ» обґрунтовано його сутність та концептуальність.

Для забезпечення надання ФД належної якості жителям НВНП запропоновано імплементувати реалістичний сценарій її розвитку при опрацюванні нормативних документів на різних рівнях управління, а саме: на державному рівні – в нову Концепцію розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України, на регіональному – у стратегії розвитку відповідних областей, на місцевому – у стратегії розвитку ОТГ.

8. Соціально-економічне значення дисертаційного дослідження підтверджено впровадженням осмислених вперше, уточнених та удосконалених науково-методичних матеріалів у практичну роботу трьох територіальних органів виконавчої влади та 7 фармацевтичних організацій, а також у науково-освітній процес 6 закладів вищої освіти фармацевтичного спрямування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абдулкарім Ал Нукарі, Бушуєва І. В., Гладишева С. А. Позиціювання ноотропних лікарських засобів на національному ринку. *Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики*. 2018. Т. 11, № 3. С. 339-345.
2. Американцы применили дрон в качестве курьера лекарственных средств. URL: <https://www.ecobyт.ru/news/3501/>.
3. Аналітична записка. Огляд ситуації щодо впровадження партнерств міських та сільських територіальних громад в умовах децентралізації та змін у державній регіональній політиці в Україні (короткий виклад). URL.: <https://www.csi.org.ua/news/analitchna-zapyska-oglyad-sytuatsiyi-shhodo-vprovadzhennya-partnerstv-miskyh-ta-silskyh-terytorialnyh/>.
4. Аналітичний звіт. Споживання опіоїдних анальгетиків в Україні. 2011-2016 роки. ГО «Інститут аналітики та адвокації» за підтримки МФ «Відродження». 2018. 60 с.
5. Баскаков А. Я. Методология научного познания : уч. пособ. [для высш. уч. завед.]. 2-е изд., испр. / А. Я. Баскаков, Н. В. Туленков. К. : МАУП, 2004. 216 с.
6. Безпалько О. М. Роль територіальних громад у забезпеченні місцевого економічного розвитку: теоретичні засади дослідження. *Економіка і організація управління*. 2019. № 1 (33). С. 116–123. URL: <https://jeou.donnu.edu.ua/article/view/7072>.
7. Белей С. Я., Грошовий Т. А., Белей Н. М., Дарзулі Н. П. Дослідження асортименту відхаркувальних фітопрепаратів для лікування кашлю при простудних захворюваннях. *Фармацевтичний часопис*. 2018. № 2. С. 82-87. 405.
8. Бугаєвська Н.А., Бугаєвський К. А. Особливості підготовки медичних сестер з паліативної та хоспісної допомоги в Україні та Польщі. *Актуальные научные исследования в современном мире*. 2016. № 12-2 (20). С. 40-45.
9. Важинський С.Е., Щербак Т. І. Методика та організація наукових досліджень : навч. посіб. Суми: СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2016. 260 с.

10. Вибірка, її розмір і структура. URL: <http://marketing-helping.com/konspekti-lekcz/25-kurs-marketinga/493-2011-01-19-19-44-00.html>.

11. Вяткін К. І., В'яткін Р. С. Система розселення населення в Україні. *Комунальне господарство міст. Серія : Технічні науки та архітектура*. 2018. Вип. 142. С. 199-204. URL.: http://nbuv.gov.ua/UJRN/kgm_tech_2018_142_37.

12. Гайдышев И. Анализ и обработка данных: спец. справочник. СПб.: Питер, 2001. 752 с.

13. Гала Л. О. Теоретико-прикладні підходи до впровадження Належної аптечної практики в систему фармацевтичного забезпечення населення в умовах медичного страхування: автореф. дис. ... д. фарм. н.: 15.00.01 / Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Київ, 2020. 45 с. 402.

14. Геопортал адміністративно-територіального устрою України. URL.: <https://atu.gki.com.ua/ua/karta#map=7//46.74247857267736//29.759086151500007&&1ayer=8906587201596708-1,100//7376316114267884-1,100&&action=info-7376316114267884,52>.

15. ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги». URL: <http://ligalife.com.ua/>.

16. Головне управління статистики в Одеській області. URL: <http://www.od.ukrstat.gov.ua/>.

17. Громадська спілка «Працівники фармації». URL: https://www.facebook.com/groups/spilka.pharmaceutiv/permalink/2601823116590129/?notif_id=1586246386887923¬if_t=group_post_approved.

18. Громовик Б. П. Дослідження етапів становлення вітчизняної фармацевтичної логістики. Повідомлення І. *Фармацевтичний журнал*. 2005. № 2. С.3–16.

19. Громовик Б. П. Організаційно-правове забезпечення діяльності Internet-аптек. *Ліки України* (додаток). 2004. № 9 (86). С.30–35.

20. Громовик Б. П. Особливості реалізації процесу логістичного обслуговування пацієнтів у системі фармацевтичного обслуговування. *Управління, економіка та забезпечення якості в фармації*. 2011. №3. С. 44–49.

21. Громовик Б. П. Фармацевтична логістика: питання теорії. *Фармацевтичний журнал*. 2002. №1. С.8-19.
22. Громовик Б. П. Теоретико-методологічні та прикладні засади логістичного управління фармацевтичними підприємствами: автореф. дис. ... д. фарм. н.: 15.00.01 / Київська медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика. Київ, 2005. 41 с.
23. Громовик Б. П., Гадяк І. В. Моделювання концепції фармацевтичної допомоги хворим на хронічний простатит. *Фармацевтичний часопис*. 2020. № 1. С. 74-81.
24. Громовик Б. П., Гасюк А. Д., Ярکو Н. Б. SWOT-анализ деятельности оптовой фармацевтической фирмы. *Провизор*. 2000. № 15. URL: <http://www.provisor.com.ua/archive/2000/N15/swot.php>.
25. Громовик Б. П., Корольов М. В. Вербальне моделювання взаємозв'язку якості фармацевтичної допомоги та логістичного обслуговування пацієнта. *Актуальні проблеми розвитку галузевої економіки та логістики: матеріали VIII науково-практичної internet-конференції з міжнародною участю, 12 листопада 2020 р.* Харків, Х.: НФаУ, 2020. С. 48–49.
26. Громовик Б. П., Корольов М. В. Виклики для фармацевтичної допомоги, пов'язані з пандемією коронавірусу COVID-19: зарубіжний погляд. *Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи* : матеріали VI Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції (23-24 квітня 2020 р., м. Харків). Х.: НФаУ, 2020. С. 350-352.
27. Громовик Б. П., Корольов М. В. Проблемність фізичної доступності пацієнта до якісної фармацевтичної допомоги. *Підготовка спеціалістів фармації в рамках концепції «Навчання протягом життя (Life Long Learning)»: наука, освіта, практика* : матеріали II науково-практичної інтернет-конференції з міжнар. участю (21–22 жовтня 2020 р., м. Харків). Х. : НФаУ, 2020. С. 86-89.
28. Громовик Б. П., Корольов М. В. Результати вивчення думки фармацевтичних фахівців щодо організації їх роботи в аптеках під час пандемії коронавірусу COVID-19. *Фармацевтичний журнал*. 2020. № 3. С. 39-44.

29. Громовик Б. П., Унгурян Л. М. Наукове бачення взаємозв'язку логістичного обслуговування пацієнтів з концепціями фармацевтичної допомоги і належної аптечної практики. *Запорожский медицинский журнал*. 2012. № 4. С. 81-84.

30. Громовик Б. П., Унгурян Л. М. Наукове бачення взаємозв'язку логістичного обслуговування пацієнтів з концепціями фармацевтичної допомоги і належної аптечної практики. *Запорожский медицинский журнал*. 2012. № 4. С. 81-84.

31. Гудзенко О. П., Барнатович С. В. Експертна оцінка стану рецептурного відпуску лікарських засобів на регіональному фармацевтичному ринку та напрями його удосконалення. *Фармацевтичний журнал*. 2016. № 3-4. С. 5-11.

32. Гузій О. В. Паліативна допомога в Україні: що має змінитися URL : <https://www.umj.com.ua/article/129968/paliativna-dopomoga-v-ukrayini-shho-maye-zminitisya>.

33. Дацюк Н. О., Брацюнь Л. П., Волох Д. С., Губський Ю. І. Аналіз чинників, що мають вплив на доступність опіоїдних анальгетиків для медичних цілей. *Здоров'я суспільства*. 2018; 7 (4): 176 – 180.

34. Державний адміністративно-правовий делікт із питань оптимізації організації забезпечення лікарськими засобами сільського населення / В. О. Борищук та ін. *Фармацевтичний журнал*. 2015. № 4. С. 9-15. URL.: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pharmazh_2015_4_3.

35. Діти, жінки та сім'я в Україні. Статистичний збірник. Державна служба статистики України, 2020. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2020/zb/09/DJS_2019_pdf.pdf.

36. Дослідження динаміки структури регіональних формулярів лікарських засобів / М. С. Пономаренко, А. В. Кабачна, Е. В. Шелкова та ін. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика*. 2018. Вип. 29. С. 224-231.

37. Дроздецкая О. А., Гаврилина Н. И., Гацан В. В. Обеспечение доступности лекарственной помощи населению удаленных территорий. *Современные проблемы науки и образования*. 2014. № 1. URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=12179>.

38. Дудник С. Українські реалії: світла в кінці тунелю не видно? URL: <https://www.vz.kiev.ua/ukrayinski-realiyi-svitla-v-kintsi-tunelyu-ne-vydno/>.

39. Євтушенко О. М. Управління галузевими ризиками на етапах реалізації та споживання лікарських засобів : автореф. дис. ... д. фарм. н. : 15.00.01 / Національний фармацевтичний університет. Х., 2008. 40 с.

40. Зайнятість населення за статтю, типом місцевості та віковими групами у 2020 році. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>.

41. Закон України 17.09.2020 р. № 904-IX «Про внесення змін до статті 19 Закону України «Про лікарські засоби». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/904-20#Text>.

42. Закон України від 01.01.2021 № 2168-VIII (редакція від 01.01.2021). «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>.

43. Закон України від 02.03 2015 року № 222-VIII (редакція від 21.03.2021) «Про ліцензування видів господарської діяльності». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19#Text>.

44. Закон України від 14.11.2017 № 2206-VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>.

45. Закон України від 15.02.95 № 61/95-ВР (редакція від 05.07.2020) «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/60/95-%D0%B2%D1%80>.

46. Закон України від 17.09.2020 № 904-IX «Про внесення змін до статті 19 Закону України "Про лікарські засоби" щодо здійснення електронної роздрібної торгівлі лікарськими засобами». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/904-20#Text>.

47. Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII (редакція від 23.04.2021) «Основи законодавства України про охорону здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.

48. Зміни адміністративно-територіального поділу Одеської області. URL.: <https://odeska.land.gov.ua/zminy-administratyvno-terytorialnoho-podilu-odeskoi-oblasti/>.

49. Інфраструктура регіонів України. Пріоритети модернізації. Аналітичне дослідження. ГО «Поліський фонд міжнародних та регіональних досліджень», Фонд імені Фрідріха Еберта. Київ, 2017. 108 с. URL: <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/ukraine/13246.pdf>.

50. Киров Е. Ф. Теоретические проблемы моделирования языка. Казань: Изд-во Казан. ун-та, 1989. 254 с.

51. Ковальчук В. М. Щодо поняття об'єднаної територіальної громади як елемента правового регулювання. *Науковий вісник міжнародного гуманітарного університету. Сер.: Юриспруденція*. 2017. № 29, Т. 1. С. 87–90. URL: http://www.vestnikpravo.mgu.od.ua/archive/juspradenc29/part_1/24.pdf.

52. Коефіцієнт варіації. Техніка обчислення, економічний зміст. URL: https://studopedia.com.ua/1_341561_koefitsii-ent-variatsii-tehnika-obchislennya-ekonomichnyi-zmist.html.

53. Конституція України : Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР (редакція від 01.01.2020). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>.

54. Корольов М. В. Концептуальне моделювання якості фармацевтичної допомоги з позицій її терміноструктурних елементів та взаємозв'язку з логістичним обслуговуванням пацієнта. *Фармацевтичний часопис*. 2021. № 1. С. 71-75.

55. Корольов М. В. Концепція якості фармацевтичної допомоги з позицій її надавачів, отримувачів, предмета та очікуваних результатів. *Управління якістю в фармації*: матеріали XV науково-практичної конференції з міжнародною участю, 25 травня 2021 р., м. Харків. Х.: НФаУ, 2021. С. 70-71.

56. Корольов М. В. Сценарії розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів. *Фармакоекономіка в Україні: стан і*

перспективи розвитку: матеріали XIII науково-практичної Інтернет-конференції, м. Харків, 21 травня 2021 р. Х. : НФаУ, 2021.С. 123.

57. Корольов М. В., Громовик Б. П. Важливість телефармації для надання якісної фармацевтичної допомоги населенню. *Науково-технічний прогрес і оптимізація технологічних процесів створення лікарських препаратів* : матеріали VII науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Тернопіль, 23-24 вересня 2020 р.). Тернопіль : ТНМУ, 2020. – С.205-206.

58. Корольов М. В., Громовик Б. П. Пандемія коронавірусної хвороби COVID-19 та проблеми доступності фармацевтичної допомоги населенню, нерівномірно розподіленому територією України. *Сучасні напрямки удосконалення фармацевтичного забезпечення населення: від розробки до використання лікарських засобів природного і синтетичного походження*: матеріали науково-практичної дистанційної міжнародної конференції, м. Івано-Франківськ, 19-20 травня 2020 р. Івано-Франківськ: ІФНМУ, 2020. С. 33-35. 196.

59. Корольов М. В., Громовик Б. П. Перспективи розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів (на прикладі Одеської області). *Annals of Mechnikov's Institute*. 2021. № 2. С. 31-38. URL: http://www.imiamn.org.ua/journal/2_2021/PDF/8.pdf.

60. Корольов М. В., Громовик Б. П. Фізична доступність фармацевтичної допомоги в Одеській області до і після адміністративно-територіальної реформи. *Фармацевтичний часопис*. 2021. № 2. С. 73-78.

61. Костюк В. О., Мількін І. В. Статистика: навч. посібник. Харків. нац. ун-т міськ. госп-ва ім. О. М. Бекетова. Харків : ХНУМГ ім. О. М. Бекетова, 2015. 166 с. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/33758902.pdf>.

62. Косяченко К. Л., Костюк І. А. Аналіз переліку лікарських засобів для лікування бронхіальної астми у дітей згідно з Державним формуляром. *Фармацевтичний журнал*. 2019. № 3. С. 12-20.

63. Котвіцька А. А. Методологія соціально-ефективної організації фармацевтичного забезпечення населення: автореф. дис. ... д. фарм. н. : 15.00.01 / Національний фармацевтичний університет. Х., 2008. 43 с.

64. Котвіцька А. А., Кубарева І. В. Доступність фармацевтичної допомоги. URL: <https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/14202/dostupnist-farmaceutichnoi-dopomogi>.

65. Котвіцька А. А., Кубарева І. В., Демянік К. О. Порівняльний аналіз сучасного стану фармацевтичного забезпечення міського та сільського населення України. *Фармацевтичний часопис*. 2014. № 4. С. 86-91. URL.: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Phch_2014_4_22.

66. Кравченко К. О. Суспільно-географічні особливості формування та розвитку системи розселення Харківської області: автореф. дис. ... канд. геогр. наук : 11.00.02; Харків. нац. ун-т ім. В. Н. Каразіна. Харків, 2018. 23 с.

67. Кривов'яз О. В. Модель оптимізації медикаментозного забезпечення хворих із глаукомою на основі клініко- та фармакоеконімічної оцінки лікування : автореф. дис. ... д. фарм. н. : 15.00.01 / Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Київ, 2019. - 39 с.

68. Кубарева І. В., Демянік К. О. Аналіз сучасних тенденцій соціально-ефективної організації фармацевтичного забезпечення населення сільської місцевості в Україні. *Фармацевтичний журнал*. 2015. № 5. С. 8-14. URL.: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pharmazh_2015_5_3.

69. Кугач В. В., Пахомов В. В. Здравоохранение и фармация Швеции. *Рецепт*. 2008. № 5. С. 37 - 41.

70. Левицька О. Р. Клініко-фармацевтичне обґрунтування концептуальної моделі медикаментозного забезпечення хворих з гострими порушеннями мозкового кровообігу: автореф. дис. ... д. фарм. н. : 15.00.01 / Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. Львів, 2021. 39 с.

71. Ліцензійний реєстр на право здійснення господарської діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів. URL: <http://usuan.dls.gov.ua/>.

72. Лук'янова Л. Контент-аналіз як психолого-педагогічна процедура. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/7538/1/%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D1%82%D0%B5%D0%BD%D1%82-%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D1%96%D0%B7.pdf>.

73. Матвійчук Т. Методи інформаційного пошуку. *Природничі та гуманітарні науки. Актуальні питання*: збірник тез VIII Всеукраїнської студентської науково - технічної конференції, 3-24 квітня 2015 р. Тернопіль : ТНТУ, 2015. Том 1. С. 116-117. URL: http://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/123456789/12681/2/Conf_2015v1_Matviichuk_T-Methods_of_information_116-117.pdf.

74. Мінрегіон: програма “Нове село” передбачає будівництво у сільській місцевості сучасних просторів. URL: <https://www.minregion.gov.ua/press/news/minregion-programa-nove-selo-peredbachaye-budivnyctvo-u-silskij-miscevosti-suchasnyh-prostoriv/>.

75. Наказ МОЗ України від 01.02.2013 р. № 77 «Про державну реєстрацію (перереєстрацію) лікарських засобів та внесення змін у реєстраційні матеріали». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0077282-13>.

76. Наказ МОЗ України від 07.08.2015 р. № 494 (редакція від 30.05.2017) «Про деякі питання придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1028-15#Text>.

77. Наказ МОЗ України від 13.09.2010 р. № 769 (редакція від 30.09.2013) «Про затвердження Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011-2020 роки». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0769282-10#Text>.

78. Наказ МОЗ України від 19.07.2005 р. № 360 (редакція від 11.12.2020) «Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і виробу 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 та вимог-замовлень». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0782-05#Text>.

79. Наказ МОЗ України від 19.10.2015 № 681 «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15#Text>.

80. Наказ МОЗ України від 18.12.97 № 356 (втрата чинності від 21.01.2010) «Про затвердження Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0067-98#Text>.

81. Наказ МОЗ України від 21.01.2010 № 11 (втрата чинності від 22.09.2015) «Про затвердження Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-10#Text>.

82. Науково-дослідні установи. URL.: <https://moz.gov.ua/naukovo-doslidni-ustanovi>.

83. Національна академія медичних наук України. Державні установи URL.: <http://amnu.gov.ua/category/derzhavni-ustanovy/>.

84. Нерубасська А. О. Філософія: навч. посіб. [2-е вид., перер. і доп.]. Одеса: ОНАЗ ім. О. С. Попова, 2014. 204 с.

85. Нормативно-правове врегулювання забезпечення фізичної доступності пацієнтів, які перебувають на амбулаторному лікуванні, до опіоїдних знеболювальних ліків. URL: <http://farmpalata.com.ua/novyny/normatyvno-pravove-vregulyuvannya-zabezpechennya-fizychnoyi-dostupnosti-patsiyentiv-yaki-perebuvayut-na-ambulatornomu-likuvanni-do-opioyidnyh-znebolyvalnyh-likiv/?fbclid=IwAR3ntgCOoWjqNK4d-whFqpBUUiGRWAMtyieWdx92c64aaYpOBZNE3n8XmrY>.

86. Ольховська А. Б., Малий В. В. Науково-теоретичне обґрунтування напрямів розвитку маркетингової комунікативної діяльності суб'єктів фармацевтичного ринку в контексті концепції соціально-етичного просування. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2018. № 4. С. 66-75.

87. Опитування громадської думки. Посібник для журналістів. Київ: Фонд «Демократичні ініціативи» імені Ілька Кучеріва, 2020. 110 с. URL: <https://razumkov.org.ua/uploads/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA.pdf>.

88. Опрацювання програми емпіричного соціологічного дослідження. Методичні вказівки до виконання контрольних робіт для студентів спеціальності 040201 «Соціологія» / упор. В. Є. Савка, М. В. Школяр, Р. О. Савчинський та ін. Львів: Інститут гуманітарних та соціальних наук Національного університету «Львівська політехніка», 2008. – 45 с.

89. Організаційні особливості фармацевтичного забезпечення населення Тернопільської області / Я. І. Яцишин, О. М. Корнієнко, І. Я. Городецька, М. В. Корольов, Б. П. Громовик. *Фармацевтичний часопис*. 2020. № 2. С. 60-68.

90. Панфілова Г.Л., Немченко А.С., Немченко О.А. Організація фармацевтичної допомоги населенню в умовах медичного страхування. Х.: Ависта-ВЛТ, 2009.226 с.

91. Пестун І. В., Мнушко З. М. Вплив нормативно-правового регулювання на маркетингову діяльність оптово-роздрібних фармацевтичних організацій. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2020. Т. 6, № 3. С. 49-59.

92. План соціально – економічного та культурного розвитку Балтської об'єднаної територіальної громади на 2019-2021 роки. URL.: https://baltarada.gov.ua/economy/strategy/?ELEMENT_ID=4144.

93. План соціально-економічного розвитку Старокозацької об'єднаної територіальної громади на 2019-2021 рік. URL.: <https://starokozacka-gromada.gov.ua/plan-socialnoekonomichnogo-rozvitku-starokozackoi-ob%E2%80%99ednanoi-teritorialnoi-gromadi-na-2019-2021-rik-10-54-33-22-08-2019/>.

94. Посилкіна О. В., Котлярова В. Г., Чечотка О. В. Науково-практичні підходи до організації й оцінювання якості надання фармацевтичної допомоги споживачам із дерматокосметичними захворюваннями в аптечних закладах. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2020. Т. 6, № 1. С. 50–59.

95. Постанова Верховної Ради України від 17.07.2020 № 807-IX «Про утворення та ліквідацію районів». URL.: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/807-20#Text>.

96. Постанова КМ України «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» від 25.04.2018 р. № 411 (редакція від 14.05.2020). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text>.

97. Постанова КМ України «Порядок реімбурсації лікарських засобів» від 17.03.2017 р. № 152 (редакція від 01.01.2021). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/152-2017-%D0%BF#Text>.

98. Постанова КМ України від 13.05.2013 № 333 (редакція від 17.08.2016) «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/333-2013-%D0%BF#Text>.

99. Постанова КМ України від 17.08.1998 р. № 1303 (редакція від 24.11.2020) «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1303-98-%D0%BF#Text>.

100. Постанова КМ України від 17.10.2008 р. № 955 (редакція від 31.03.2021) «Про заходи щодо стабілізації цін на лікарські засоби». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/955-2008-%D0%BF#Text>.

101. Постанова КМ України від 25.03.2009 р. № 333 (редакція від 15.04.2021) «Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/333-2009-%D0%BF#Text>.

102. Постанова КМ України від 3.06.2009 р. № 589 (редакція від 30.10.2020) «Про затвердження Порядку провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/589-2009-%D0%BF#Text>.

103. Постанова КМ України від 5.08.2020 р. № 695 «Про затвердження Державної стратегії регіонального розвитку на 2021-2027 роки». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/695-2020-%D0%BF#Text>.

104. Постанова КМ України від 6.05.2000 р. № 770 (редакція від 09.04.2021) «Про затвердження переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/770-2000-%D0%BF#Text>.

105. Посылочные беспилотники революционизируют доставку в труднодоступные районы. *Еженедельник Аптека*. 23 Травня 2019. URL: <https://www.apteka.ua/article/502017>.

106. Практична фармація. URL: <https://www.facebook.com/groups/303252657278677/permalink/525329025071038/>.

107. Представлено нову Концепцію розвитку фармацевтичного сектору URL.: <http://gmpcenter.org.ua/news/predstavleno-novu-kontseptsiju-rozvitku-farmatsevtichnogo-sektoru>.

108. Про агломерацію... не міську. URL: <https://decentralization.gov.ua/news/8877.amp>.

109. Про добровільне об'єднання територіальних громад: Закон України від 05.02.2015 № 157-VIII (редакція станом на 14.05.2020). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/157-19#Text>.

110. Про затвердження Плану соціально-економічного розвитку Таїровської селищної ради на 2020-2022 роки. URL.: <https://tairovska-gromada.gov.ua/plan-socialnoekonomichnogo-rozvitku-tairovskoi-selischnoi-radi-14-34-41-14-11-2019/>.

111. Про затвердження стратегічного плану розвитку Тузлівської громади на період 2018-2020 роки. URL.: <https://tuzlivska-gromada.gov.ua/docs/56115/>.

112. Програма (проект) соціально-економічного та культурного розвитку Нерубайської сільської ради Біляївського району Одеської області на 2020 рік. URL.: <http://nerubayske.rada.org.ua/programi-2019-10-32-00-09-02-2019/>.

113. Програма соціально-економічного та культурного розвитку Саф'янівської сільської ради Ізмаїльського району Одеської області на 2021 рік. URL.: <https://safiany-otg.od.ua/rishennya-117-pro-zatverdzhennya-programy-socz-ekonom-rozvytku/>.

114. Програма соціально-економічного та культурного розвитку Ширяївського району на 2020 рік. URL.: <https://shiryaivord.a.odessa.gov.ua/ekonomka-bznes-rozvitok-nfrastrukturi/shiryaivo-socalno-ekonomchnij-rozvitok1/>.

115. Проєкт Концепції державної політики щодо досягнення цілі 8.5. «Українці мають доступ до якісної поштової послуги» Програми діяльності Кабінету Міністрів України URL: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Xiv_Dft2MOoJ:https://mtu.gov.ua/files/Dok_PROEKT/%25D0%25A6%25D1%2596%25D0%25BB%25D1%258C%25208.5%2520%25D0%259A%25D0%25BE%25D0%25BD%25D1%2586%25D0%25B5%25D0%25BF%25D1%2586%25D1%2596%25D1%258F.docx+&cd=2&hl=uk&ct=clnk&gl=ua.

116. Протокол дослідження у сфері протидії туберкульозу: виявлення туберкульозу серед сільських жителів № 2.0 [31.05.2019]. ДП «Центр соціальних експертиз ім. Ю.Саєнка» Інституту соціології НАН України, 2019. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/TB_u_selah_protocol.pdf.

117. Реєстр діючих ліцензій з виробництва ЛЗ URL.: <http://pub-mex.dls.gov.ua/PrcLicense/PrcLicenseList.aspx>.

118. Реєстр місць провадження діяльності з оптової та роздрібною торгівлі ЛЗ. URL: <http://pub-mex.dls.gov.ua/TradeLicense/TradeLicenseList.aspx>.

119. Реєстр суб'єктів освітньої діяльності. Заклади вищої освіти. URL.: https://registry.edbo.gov.ua/?fbclid=IwAR2GR_L4o9TEbK_KISxYaMCFIDCsWNO0iXSPQsKNU9YEmAbGBASMBUaMt8.

120. Розпорядження КМ України від 28.08.2013 р. № 735-р «Про схвалення Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/735-2013-%D1%80#Text>.

121. Розпорядження КМ України від 6.02.2019 р. № 56-р «Про затвердження плану заходів на 2019-2020 роки з реалізації Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/56-2019-%D1%80>.

122. Розпорядження КМ України від 7.11.2014 № 1085-р (редакція від 16.09.2020) «Про затвердження переліку населених пунктів, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, та переліку населених пунктів, що розташовані на лінії зіткнення». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1085-2014-%D1%80#Text>.

123. Роль фармацевтичного працівника в контексті глобального аптечного ринку. URL: <http://farmpalata.com.ua/novyny/rol-farmatsevychnogo-pratsivnyka-v-konteksti-globalnogo-aptechnogo-rynku/>.

124. Рудень В.В., Гутор Т. Г. Методика проведення та оцінки результатів експертних оцінок (на прикладі впровадження системи моніторингу здоров'я населення на рівні первинної медико-санітарної допомоги). *Український медичний часопис*. 2011. № 2. С. 31-34. URL: <https://www.umj.com.ua/article/9571/metodika-provedennya-ta-ocinki-rezultativ-ekspertnix-ocinok-na-prikladi-vprovadzhennya-sistemi-monitoringu-zdorov-ya-naselennya-na-rivni-pervinnoi-mediko-sanitarnoi-dopomogi>.

125. Рух кадрів за видами економічної діяльності за квартал у 2021 році. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>.

126. Саранчук В. М. Глава 7. Проблемні питання фармацевтичної практики в сільських регіонах. Сучасні аспекти фармацевтичної практики в Україні: колект. моногр.; за ред. Б. П. Громовика. Львів: Ліга-прес, 2014. С.99-125.

127. Середньомісячна заробітна плата у сільському господарстві по регіонах за квартал у 2021 році. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>.

128. Середньомісячна заробітна плата за регіонами за період з початку року у 2021 році. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>.

129. Солоненко І., Солоненко Н., Торбас О. Розвиток діяльності місцевих органів влади у сфері охорони здоров'я на рівні адміністративного району. *Вісник*

Національної академії державного управління при Президентові України. 2012. Вип. 1. С. 250–258. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadu_2012_1_31.

130. Стан і перспективи розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів (на прикладі Одеської області): науково-методичні рекомендації; укл. М. В. Корольов, Б. П. Громовик; рекомендовано ВР ОНМедУ. Львів: Ліга-Прес, 2021. 29 с.

131. Стратегії розвитку Біляївської територіальної громади на 2017-2020 роки. URL.: <https://bilyaivka.odessa.gov.ua/wp-content/uploads/STRATEGIYA.pdf>.

132. Стратегічний план розвитку Березівської об'єднаної громади на 2019-2027 роки. URL.: <https://decentralization.gov.ua/gromada/1377>. 165.

133. Стратегічний план розвитку Великобуялицької сільської об'єднаної територіальної громади на 2020-2022 рр. URL.: <http://vbuyalycka.gromada.org.ua/docs/>.

134. Стратегічний план розвитку Великомихайлівської громади на період 2018-2025 роки. URL.: <http://vms-rada.gov.ua/dokumenty/rishennia/185-rishenya2017/rishenya22122017/1460-pro-zatverdzhennya-strategiji-velikomikhajlivskoji-selishchnoji-radi-do-2025-roku.html>.

135. Стратегічний план розвитку Затишанської громади на 2019-2023 роки. URL.: <http://zatyshanska.gromada.org.ua/strategichnij-plan-rozvitku-zatishanskoi-otg-1554358710/>.

136. Стратегічний план розвитку Коноплянської громади на період 2018-2022 роки. URL.: <https://konoplyanska-gromada.gov.ua/strategichnij-plan-rozvitku-konoplyanskoi-gromadi-na-period-2018-2022-roki-12-58-44-02-03-2021/>.

137. Стратегічний план розвитку Лиманської громади на 2019-2025 роки. URL.: <http://lymanska.gromada.org.ua/docs/158173/>.

138. Стратегічний план розвитку Цебриківської об'єднаної територіальної громади на 2020-2027 роки. URL.: <http://cebrykivska.gromada.org.ua/news/1583916341/>.

139. Стратегія економічного та соціального розвитку Ізмаїльського району на період до 2020 року. URL.: <https://izmail-rda.odessa.gov.ua/strategya-ekonomchnogo-ta-socalnogo-rozvitku-zmalskogo-rajonu/>.

140. Стратегія розвитку Авангардівської громади. 2020-2027. URL.: https://avangard.odessa.gov.ua/files/avangard/files/2020/strateg_ya_avangard_vs_ka_ot_g.pdf.

141. Стратегія розвитку Вилківської міської ради (об'єднаної територіальної громади) на 2019-2025 роки. URL.: https://rada.info/upload/users_files/40594334/docs/61644566e6537b6f35a2c4c1ce45d4ae.pdf.

142. Стратегія розвитку Донецької області на період до 2027 року. URL.: <https://www.minregion.gov.ua/wp-content/uploads/2020/04/doneczka-strategiya-rozvytku-doneczkoyi-oblasti-na-period-do-2027-roku.pdf>.

143. Стратегія розвитку Зеленогірської територіальної громади на 2020-2027 роки. URL.: https://rada.info/upload/users_files/04527135/6bbf607480255e90e1b913687f9d2967.pdf. 171.

144. Стратегія розвитку Куяльницької сільської територіальної громади на період до 2027 року. URL.: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:U6MsGADAGsUJ:kuyalnyksr.odessa.gov.ua/wp-content/uploads/2020/03/%25D0%259F%25D1%2580%25D0%25BE-%25D0%25B7%25D0%25B0%25D1%2582%25D0%25B2%25D0%25B5%25D1%2580%25D0%25B4%25D0%25B6%25D0%25B5%25D0%25BD%25D0%25BD%25D1%258F-%25D0%25A1%25D1%2582%25D1%2580%25D0%25B0%25D1%2582%25D0%25B5%25D0%25B3%25D1%2596%25D1%2597-%25D1%2580%25D0%25BE%25D0%25B7%25D0%25B2%25D0%25B8%25D1%2582%25D0%25BA%25D1%2583-%25D0%259E%25D0%25A2%25D0%2593-%25D0%25B4%25D0%25BE-2027-%25D1%2580%25D0%25BE%25D0%25BA%25D1%2583.docx+%&cd=2&hl=uk&ct=clnk&gl=ua>.

145. Стратегія розвитку Луганської області на 2021–2027 роки. URL: http://loga.gov.ua/sites/default/files/collections/strategiya_lugansk_2027_last.pdf.

146. Стратегія розвитку Любашівської територіальної громади на 2020-2027 роки. URL.: <https://lubashivska-gromada.gov.ua/news/1578728216/>.

147. Стратегія розвитку Маразліївської об'єднаної територіальної громади до 2025 року. URL.: «Три кроки до нових горизонтів» http://cvu.od.ua/db_pic/images/files/file_1495101848.8722.pdf.

148. Стратегія розвитку на 2018-2027 рр. Красносільської об'єднаної територіальної громади. URL.: <https://kranosilska-gromada.gov.ua/strategiya-rozvitku-17-18-21-22-12-2017/>.

149. Стратегія розвитку Одеської області на 2021-2027 роки. URL.: <https://oda.odessa.gov.ua/odeshhyna/soczialno-ekonomichnyj-ta-kulturnyj-rozvytok/strategichni-plany-dij-ta-programy-rozvytku/strategiya-regionalnogo-rozvytku/strategiya-rozvytku-odeskoyi-oblasti-na-2021-2027-roky/.162>.

150. Стратегія розвитку Шабівської об'єднаної територіальної громади Білгород-Дністровського району Одеської області на 2019-2030 рр. URL.: <https://shabivska-gromada.gov.ua/news/1561632575/>.

151. Стратегія соціально-економічного розвитку Роздільнянської об'єднаної територіальної громади на період до 2025 року. URL.: https://rozdilna.odessa.gov.ua/files/rozdilna/files/ekonomika_mista/proekt_strateg_soc_al_no-ekonom_chnogo_rozvitku_rozd_1_nyans_ko_otg_na_per_od_do_2025_rok.pdf.

152. Таблиці народжуваності, смертності та середньої очікуваної тривалості життя за 2019 рік. Статистичний збірник. Державна служба статистики України. Київ, 2020. URL: http://database.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007/ukr/publ_new1/2020/zb_tabl_nar_2019.pdf.

153. Ткаченко Н. О. Дослідження стану та напрямів соціальної активності суб'єктів фармацевтичного підприємництва. *Управління, економіка та забезпечення якості в фармації*. 2020. №3(63). С. 47-56.

154. Толочко В. М., Музика Т. Ф., Чешева М. В., Должнікова О. М. Дослідження нормативно-правових засад діяльності уповноваженої особи з виконання фармацевтичного забезпечення в закладах охорони здоров'я та визначення напрямів їх удосконалення. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2018. Т. 4, № 3. С. 27-32.

155. Трохимчук В. В., Беляєва О. І. Аналіз показників захворюваності на пневмонію у дитячому віці з метою оптимізації фармацевтичної допомоги. *Фармацевтичний журнал*. 2016. № 5. С. 5-10.

156. Убогов С. Г. Методологічні та прикладні засади інтегративної моделі забезпечення якості лікарських засобів на етапах реалізації і медичного застосування: автореф. дис. ... д. фарм. н.: 15.00.01 / Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Київ, 2019. 44 с.

157. Указ Президента України №246/2020 «Про Координаційну раду з реалізації програми «Велике будівництво». URL: <https://www.president.gov.ua/documents/2462020-34241>.

158. Указ Президента України №497/2019 «Про деякі заходи з покращення доступу до мобільного Інтернету». URL: <https://www.president.gov.ua/documents/4972019-27953>.

159. Унгурян Л. М. Науково-практичне обґрунтування концепції фармацевтичної допомоги населенню на засадах логістичного обслуговування: автореф. дис. ... д. фарм. н.: 15.00.01 / Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Київ, 2015. 39 с.

160. Унгурян Л. М., Громовик Б. П., Горілик А. В. Термінологічна сутність фармацевтичної допомоги. *Одеський медичний журнал*. 2016. № 1. С. 38-44. 18 та 101.

161. Фармацевти Львів. URL: https://www.facebook.com/groups/315168099437891/534892820798750/?comment_id=534907277463971¬if_id=1586248568565588¬if_t=group_comment&ref=notif.

162. Фармацевтическая общественность БХ. URL: https://www.facebook.com/groups/berlinchemiekh/?multi_permaLinks=3688764684498934¬if_id=1586276787324476¬if_t=feedback_reaction_generic&ref=notif.
163. Фармацевтична Україна. URL: https://www.facebook.com/groups/171248333366137/?multi_permaLinks=779751272515837¬if_id=1586247206671454¬if_t=feedback_reaction_generic.
164. Фізико-хімічний інститут ім. О. В. Богатського НАН України URL.: <https://www.nas.gov.ua/UA/Org/Pages/default.aspx?OrgID=0000635>.
165. Халімон В. Л. Шляхи подолання депресивного стану сільських територій в системі розвитку регіонального АПК. *Економіка АПК*. 2015. № 8 С. 104-110.
166. Характеристики якості фармацевтичної допомоги у взаємозв'язку з її терміноструктурними елементами та логістичним обслуговуванням пацієнта: науково-методичні рекомендації; укл. М.В. Корольов, Б.П. Громовик, Л. Р. Нікогосян; рекомендовано ВР ОНМедУ. Львів: Ліга-Прес, 2020. 15 с.
167. Human Rights Watch. Неконтрольований Біль. Зобов'язання України забезпечити надання паліативної допомоги згідно з принципами доказової медицини. 2011. 127 р. URL : <https://www.hrw.org/report/2011/05/12/uncontrolled-pain/ukraines-obligation-ensure-evidence-based-palliative-care>.
168. Чисельність населення (за оцінкою) на 1 квітня 2021 року та середня чисельність у січні-березні 2021 року. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>.
169. Чисельність населення (за оцінкою) по містах обласного значення та районах на 1 квітня 2020 року та середня чисельність у січні-березні 2020 року. URL.: <http://www.od.ukrstat.gov.ua/>.
170. Шаповалов В. В., Шаповалова В. А., Хмелевской Н. А. Сравнительный анализ нормативно-правовой базы, регулирующей обращение лекарственных средств и их доступность для пациентов сельской местности в Украине и России на основе фармацевтического права. *Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация*. 2017. № 5 (254). С. 165-175. URL: http://dspace.bsu.edu.ru/bitstream/123456789/20037/1/Shapovalov_Sravnitelniy_17.pdf.

171. Шматенко О. П., Осьодло В. В., Тахтаулова Н. О. Фармакоекономічний аналіз медикаментозного забезпечення військовослужбовців при *H. Pylori*-асоційованому хронічному гастриті. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика*. 2019. Вип. 34. С. 272-283.

172. Щодо шляхів покращення соціально-економічного стану депресивних приморських територій України: Аналітична записка. URL: <http://old2.niss.gov.ua/articles/1424/>.

173. Юристовська Н. Я. Теоретичні аспекти державного забезпечення рівних можливостей доступу до медичних послуг та доступності медичного обслуговування сільського населення. *Ефективність державного управління*. 2017. Вип. 2. С. 138-147. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/efdu_2017_2_18.

174. UPS і CVS запустили перші дрони, що доставляють ліки на дім. URL: <https://www.everest.ua/ups-i-cvs-zapustily-pershi-drony-shho-dostavlyayut-lyky-na-dim/>.

175. Янишин У., Саранчук В. Аптека на колесах. *Дзеркало тижня*. 2014. Випуск № 4, 7 лютого – 14 лютого. URL: https://dt.ua/HEALTH/apteka-na-kolesah_.html.

176. 2017 annual report. The association of finnish pharmacies (AFP) develops high standards of ethical and professional competence in pharmacy services within the broader health care sector. It also produces services for its members to support their pharmacy work. URL: https://www.apteekkariliitto.fi/media/3-apteekkariliitto.fi/englanti/annual-reviews/annual_report_2017.pdf.

177. A pharmacy “vending machine”. URL: <https://health.sunnybrook.ca/sunnyview/pharmacy-vending-machine/>.

178. Abimbola Farinde Evaluate Pharmacists’ Mental Health Amid COVID-19. URL: <https://www.pharmacytimes.com/news/evaluate-pharmacists-mental-health-amid-covid-19>.

179. All pharmacies in Northern Ireland receive PPE. URL: [visorshttps://www.pharmacymagazine.co.uk/604167-all-pharmacies-in-northern-ireland-receive-ppe-visors](https://www.pharmacymagazine.co.uk/604167-all-pharmacies-in-northern-ireland-receive-ppe-visors).

180. An easy low-cost way to deliver medicine in rural areas. URL: <https://www.designindaba.com/videos/creative-work/easy-low-cost-way-deliver-medicine-rural-areas>.

181. Angaran, D. M. Telemedicine and Telepharmacy: Current Status and Future Implications. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 1999; 56 (14): 1405–1426. URL: <https://academic.oup.com/ajhp/article-abstract/56/14/1405/5159328>.

182. Apteki obleżone z powodu koronawirusa. Farmaceuci apelują: nie idź do apteki, zostań w domu! Warto posłuchać tego apelu. URL: <https://poranny.pl/apteki-oblezone-z-powodu-koronawirusa-farmaceuci-apeluja-nie-idz-do-apteki-zostan-w-domu-warto-posluchac-tego-apelu/ar/c1-14862481>.

183. Baldoni S., Amenta F., Ricci G. Telepharmacy Services: Present Status and Future Perspectives: *A Review. Medicina (Kaunas)*. 2019 Jul; 55(7): 327. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6681067/>.

184. Blakeman A. Bradley. Trump is empowering local pharmacies — and transforming health care for the better. URL: <https://thehill.com/opinion/healthcare/487750-trump-is-empowering-local-pharmacies-and-transforming-health-care-for-the>.

185. Community pharmacy: the economic hub of rural areas. URL: <https://www.ruralhealth.org.au/partyline/article/community-pharmacy-economic-hub-rural-areas>.

186. Coronavirus : les violences contre les pharmaciens se multiplient. URL: <https://www.rtl.fr/actu/justice-faits-divers/coronavirus-les-violences-contre-les-pharmaciens-se-multiplient-7800345341#>.

187. Coronavirus : une pharmacie fabrique 10.000 litres de gel hydroalcoolique par jour. URL: <https://www.rtl.fr/actu/debats-societe/coronavirus-une-pharmacie-creer-un-laboratoire-geant-pour-produire-du-gel-hydroalcoolique-7800328574>.

188. Coronavirus: Apothekenpersonal rechnet auch in Deutschland mit dem Schlimmsten. URL: <https://www.apotheke-adhoc.de/branchennews/alle-branchennews/branchennews-detail/coronavirus-apothekenpersonal-rechnet-auch-in-deutschland-mit-dem-schlimmsten-1/>.

189. Coronavirus: Pharmacists face 'abusive' customers. URL: <https://www.bbc.com/news/uk-wales-52033913>.

190. Covid-19: Spanish pharmacists commemorate lost colleagues. URL: <https://www.pharmacymagazine.co.uk/603789-covid-19-spanish-pharmacists-commemorate-lost-colleagues>.

191. Cure fai da te: è caccia ai farmaci. Ora mancano a chi ne ha bisogno. URL: <https://www.federfarma.it/Edicola/Rassegna-stampa.aspx>.

192. DHL delivery drone to launch in Germany this week. URL: <https://www.wired.co.uk/article/german-dhl-drone-pharmacy>.

193. Eczanelerde 3 önlem şart. URL: <https://www.hurriyet.com.tr/gundem/eczanelerde-3-onlem-sart-41486105>.

194. Engpass wegen Coronavirus: Apotheker dürfen jetzt Desinfektionsmittel herstellen. URL: <https://www.aponet.de/aktuelles/aus-gesellschaft-und-politik/20200305-apotheker-duerfen-desinfektionsmittel-herstellen.html>.

195. Esposito L. Rural Pharmacies Are Closing: Where Does That Leave Patients? URL: <https://health.usnews.com/health-care/patient-advice/articles/2018-10-17/rural-pharmacies-are-closing-where-does-that-leave-patients>.

196. Exclusive: 77% of pharmacists report rise in abusive behaviour. URL: <https://www.pharmacymagazine.co.uk/602606-pharmacists-report-77-per-cent-increase-in-abusive-behaviour->.

197. Exclusive: Over a third of pharmacy staff have self-isolated. URL: <https://www.pharmacymagazine.co.uk/603131-exclusive-over-a-third-of-pharmacy-staff-have-self-isolated.7>

198. Fourteen States Can Efficiently Grant Temporary or Emergency Licensure For Pharmacy Technicians. URL: <https://www.pharmacytimes.com/news/fourteen-states-can-efficiently-grant-temporary-or-emergency-licensure-for-pharmacy-technicians>.

199. Glesbygdsbidrag. Stockholm: Tandvårds-och läkemedelsförmånsverket; 2018. URL: <https://www.tlv.se/apotek/glesbygdsbidrag/>.

200. Glesbygdsbidrag. Stockholm: Tandvårds-och läkemedelsförmånsverket; 27 maj 2021. URL: <https://www.tlv.se/apotek/glesbygdsbidrag.html>.
201. Hawryluk M. Rural Americans in Pharmacy Deserts Hurting for Covid Vaccines. URL: <https://khn.org/news/article/rural-america-pharmacy-deserts-hurting-for-covid-vaccine-access/>.
202. Hays CA, Taylor SM, Glass BD. The Rural Pharmacy Practice Landscape: Challenges and Motivators. *Dove Medical Press*. 2020, Vol. 13: 227-234.
203. HHS: Only 5 US Pharmacies Currently Have Capacity to Test for COVID-19. URL: <https://www.pharmacytimes.com/news/hhs-only-5-us-pharmacies-currently-have-capacity-to-test-for-covid-19>.
204. Kimber, Michael B; Peterson, Gregory M. Telepharmacy - Enabling Technology to Provide Quality Pharmacy Services in Rural and Remote Communities. *Journal of Pharmacy Practice and Research*. 2006; 2: 128—133. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.2055-2335.2006.tb00588.x>.
205. Lada S. Pharmacy deserts result in poor health for some rural areas. URL: <https://news.jrn.msu.edu/2021/03/pharmacy-deserts-result-in-poor-health-for-some-rural-areas/>.
206. Las farmacias en tiempos de Covid-19: de gestoras del caos, a educadoras sanitarias y soporte para los pacientes. URL: <https://www.diariofarma.com/2020/04/02/las-farmacias-en-tiempos-de-covid-19-de-gestoras-del-caos-a-educadoras-sanitarias-y-soporte-para-los-pacientes>.
207. Lessons Learned: How Health-System Pharmacy Technicians Are Tackling COVID-19 / Tom Harper, Paul Sabatini, Rachael Ortiz, Pamela Shea, Marc Lanceta, Loriann De Martini, Brandon Samson. *Pharmacy Times*. URL: <https://www.pharmacytimes.com/news/lessons-learned-how-health-system-pharmacy-technicians-are-tackling-covid-19>.
208. Murphy Jill. Pharmacy Students, Professors Continue to Adjust to COVID-19. URL: <https://www.pharmacytimes.com/news/pharmacy-hero-pharmacist-protects-staff-by-ensuring-ppe-providing-isolated-work-station-during-covid-19-pandemic>.

209. Murphy Jill. Rural Pharmacies Respond to COVID-19 Pandemic with Change in Outreach Services. URL: <https://www.pharmacytimes.com/news/rural-pharmacies-respond-to-covid-19-pandemic-with-change-in-outreach-services>.

210. Nessel Jennifer. Preferred Pharmacy Model Ready for Changes Amid COVID-19 Pandemic. URL: <https://www.pharmacytimes.com/news/preferred-pharmacy-model-ready-for-changes-amid-covid-19-pandemic>.

211. One in five LloydsPharmacy staff self-isolating. URL: <https://www.pharmacymagazine.co.uk/604186-one-in-five-lloydspharmacy-staff-off-sick>.

212. Pasciuti Marco. "Mascherine obbligatorie". Ma sono merce rara. URL: <https://www.federfarma.it/Edicola/Rassegna-stampa.aspx>.

213. Pharmacy Services For Rural Area URL: https://www.countrydoctor.co.uk/pharmacy-services-for-rural-area.html_

214. Posłowie pytają Rząd o wsparcie dla aptek i punktów aptecznych. URL: <https://farmacja.pl/poslowie-pytaja-rzad-o-wsparcie-dla-aptek-i-punktow-aptecznych/>.

215. Telepharmacy and Access to Pharmaceutical Services in Rural Areas / Raghav Sarkar, Brandon J. Metzger, Hannah M. Sayre, Chelsea M. Slater, Sruthi Katamneni, Alberto Coustasse. *Journal of AHIMA / American Health Information Management Association*. 2018; 6 (1). URL: <https://perspectives.ahima.org/telepharmacyandaccess/>.

216. Poudel Arjun, Nissen M Lisa. Telepharmacy: a pharmacist's perspective on the clinical benefits and challenges. *Integr Pharm Res Pract*. 2016; 5: 75–82. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5741040/.39>.

217. Prokip S., Pawlowska I., Hromovyk B., Pawlowski L. Pharmacist's role in the system of palliative and hospice care in Ukraine and Poland. *Journal of medical science*. 2014; №4: 290-295.

216. Propuesta de sistema retributivo de SEFAC para la prestación del servicio de dispensación al Sistema Nacional de Salud / María Belén Cobián Rodríguez, Francisco Martínez Romero, M^a Dolores Murillo Fernández, Ángel Sanz Granda, Eduardo Satué de Velasco. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2012; 4(4): 144–64. URL: <https://www.researchgate.net/profile/Angel-Sanz->

Granda/publication/261614799_Propuesta_de_sistema_retributivo_de_SEFAC_para_la_prestacion_del_servicio_de_dispensacion_al_Sistema_Nacional_de_Salud/links/583fd69c08ae2d217558f9f1/Propuesta-de-sistema-retributivo-de-SEFAC-para-la-prestacion-del-servicio-de-dispensacion-al-Sistema-Nacional-de-Salud.pdf.

217. Raghav Sarkar, Brandon J. Metzger, Hannah M. Sayre, Chelsea M. Slater. Telepharmacy and Access to Pharmaceutical Services in Rural Areas. *Perspectives in Health Information Management*. 2018 Summer. URL: <https://perspectives.ahima.org/telepharmacyandaccess/>.

218. Ream A. Rachael. The Puzzle of Pharmacists as Providers: Fitting the Pieces Together to Cover Rural Communities 35th Annual Oregon Rural Health Conference. URL: <https://www.ohsu.edu/sites/default/files/2019-05/Thu-The-Puzzle-of-Pharmacists-as-Providers-Fitting-the-Pieces-Together-to-Cover-Rural-Communities.pdf>.

219. Rural Pharmacy and Prescription Drugs. Rural Health Information Hub. URL: <https://www.ruralhealthinfo.org/topics/pharmacy-and-prescription-drugs>.

220. Rural Pharmacy Incentive. URL: <https://www2.gnb.ca/content/gnb/en/departments/health/MedicarePrescriptionDrugPlan/TheNewBrunswickPrescriptionDrugProgram/RuralPharmacyIncentive.html>.

221. Rwanda launches world's first national drone delivery service powered by Zipline. URL: <https://www.gavi.org/news/media-room/rwanda-launches-worlds-first-national-drone-delivery-service-powered-zipline>.

222. Safety Measures to Protect Pharmacy Staff During COVID-19 Outbreak. URL: <https://www.pharmacytimes.com/news/proper-safety-measures-to-pharmacy-staff-during-covid-19-outbreak>.

223. Sheikh A., Donaldson L. J., Dhingra-Kumar N., Bates D. W. Projects: WHO Safer Primary Care World Health Organisation patient safety programme Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2016. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. URL: https://www.researchgate.net/publication/311733754_Medication_Errors_Technical_Series

on_Saf er_Primary_Care_Geneva_World_Health_Organization_2016_Licence_CC_BY-NC-SA_30_IGO.

224. Shunkina S. Evaluation of the economic availability of chronic pain treatment as a part of HTA in palliative medicine in Ukraine. *Value in Health*. 2016; 19 (3): 247.

225. Shunkina S., Hromovyk B. Palliative care in Ukraine — formation and development. *Palliative Medicine in Practice*. 2018; 12 (2): 1–8.

226. Shunkina S., Hromovyk B., Dorykevych K., Korolyov M. Access to opioid analgesics for palliative care patients in Ukraine: problems of past and present. *Palliative Medicine in Practice*. 2019; 13, 4: 187–196.

227. Sixth Community Pharmacy Agreement. May 2015. The Honourable Sussan Ley MP, Minister for Health and Minister for Sport on behalf of the Commonwealth of Australia and The Pharmacy Guild of Australia. URL: https://www.guild.org.au/__data/assets/pdf_file/0007/6100/6cpa-final-24-may-201558b59133c06d6d6b9691ff000026bd16.pdf.

228. Social distancing 'best protection for pharmacies' say. URL: <https://www.pharmacymagazine.co.uk/603130-joint-statement-signed-for-pharmacy-protection>.

229. Supporting and recognizing pharmacists as essential health care providers during COVID-19. URL: <https://www.pharmacists.ca/news-events/news/supporting-and-recognizing-pharmacists-as-essential-health-care-providers-during-covid-19/>.

230. Telepharmacy could be a powerful tool during the COVID-19 pandemic. URL: <http://pharmacyu.ca/watch-learn-the-future-of-telepharmacy-is-now/>.

231. Tele-pharmacy in rural Scotland: a proof of concept study / Jackie Inch, Frances Notman, Margaret Watson, David Green, Robert Baird, James Ferguson, Caroline Hind, Brian McKinstry, Alison Strath, Christine Bond. *Int J Pharm Pract*. 2017; 25(3): 210-219. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28466547/>.

232. Telepharmacy services in Canada. URL: <https://hospitalnews.com/telepharmacy-services-in-canada/>.

233. Telepharmacy: Guidelines. Ottawa (ON). *Canadian Society of Hospital Pharmacists*. 2018. 11 p. URL: https://cshp.ca/sites/default/files/files/publications/Official%20Publications/Telepharmacy%20Guidelines_2018.pdf.
234. Todd K., Ullrich F., Mueller K. Rural pharmacy closures: implications for rural communities. *Rural Policy Brief*. 2013 Jan 1;(2012 5):1-5.
235. Traynor K. Rural hospitals cope with local pharmacy closures. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2019, 76 (15): 1092–1093.
236. Tymoshevska V., Shapoval-Deinega K. Palliative Care Development in Ukraine. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2018; 55 (2): 86-91.
237. Tzanetakos G., Ullrich F., Mueller K. Telepharmacy rules and statutes: a 50-state survey. *American Journal of Medical Research*. 2018; 5(2): 7–23. URL: <https://rupri.public-health.uiowa.edu/publications/other/Telepharmacy%20Rules%20Paper.pdf>.
238. Vorsichtsmaßnahmen in Apotheken wegen Coronavirus. URL: <https://www.aponet.de/aktuelles/aus-gesellschaft-und-politik/20200320-vorsichtsmassnahmen-in-apotheken-wegen-coronavirus.html>.
239. What is Telepharmacy? eVISIT. URL: <https://evisit.com/resources/what-is-telepharmacy/>.
240. What is Telepharmacy? PipelineRX. URL: <https://www.pipelinerx.com/article/what-is-telepharmacy/>.
241. Wick Y. Jeannette. Broadening Pharmacy's Role: Continuity of Care. URL: <https://www.pharmacytimes.com/publications/issue/2006/2006-05/2006-05-5537>.
242. Wiedenmayer K., Summers R. S., Mackie C.A. Developing pharmacy practice. A focus on patient care. Handbook. WHO with IPF. 2006. 87 p. URL: [http://www.fip.org/files/fip/publications/Developing Pharmacy Practice/Developing Pharmacy Practice EN](http://www.fip.org/files/fip/publications/Developing%20Pharmacy%20Practice/Developing%20Pharmacy%20Practice%20EN.pdf).
243. Wielka Brytania: farmaceuci pracują w strachu o swoje życie. URL: <https://farmacja.pl/wielka-brytania-farmaceuci-pracuja-w-strachu-o-swoje-zycie/>.

244. Wiśniewski M., Religioni U., Merks P. Community Pharmacies in Poland – The Journey from a Deregulated to a Strictly Regulated Market. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(23): 8751. Published online 2020 Nov 25. doi: 10.3390/ijerph17238751.

245. Włochy: Prezydent Mattarella chwali postawę włoskich farmaceutów. URL: <https://farmacja.pl/wlochy-prezydent-mattarella-chwali-postawe-wloskich-farmaceutow/>.

246. World Health Organization. Regional Office for Europe. (2019). The legal and regulatory framework for community pharmacies in the WHO European Region. World Health Organization. Regional Office for Europe. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326394/9789289054249-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

ДОДАТКИ

АНКЕТА

ДЛЯ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ФАХІВЦІВ АПТЕК

Просимо Вас взяти участь в анкетуванні щодо проблем фармацевтичної допомоги під час пандемії коронавірусу COVID-19

Прочитайте запитання та дайте, будь ласка, на них відповіді

Зважте, що 8 питань може мати декілька відповідей

1. Вкажіть, будь ласка, Ваш вік: _____

2. Вкажіть, будь ласка, Вашу стать:

Жіноча Чоловіча

3. Ви: Провізор Фармацевт

4. Стаж повних років Вашої роботи за спеціальністю: _____

5. Наскільки Ви згодні з наступним твердженням? Я боюся, що багато людей помруть від коронавірусу Covid-19 .

- Погоджуюсь.
 Схильна (ий) погодитися.
 Схильна (ий) не погодитися.
 Не згодна/ не згоден
 Немає відповіді / не знаю.

6. Чи Ви занепокоєні щодо зараження себе коронавірусом Covid-19?

- Так, занепокоєна (ий).
 Скоріше занепокоєна (ий).
 Скоріше не занепокоєна (ий).
 Ні, не занепокоєна (ий).

7. Чи відомі Вам факти захворювань серед фармацевтичних фахівців коронавірусом Covid-19?

Так Ні

8*. У Вашій аптеці соціальне дистанціювання забезпечено шляхом:

- Скорочення кількості відвідувачів, які допускаються в аптеку одночасно.
 Зміни планування залу обслуговування аптеки для уникнення контактів з пацієнтом.
 Встановлення захисного екрана.
 Інше (просимо вказати)

9. Чи стикалися Ви зі збільшення жорсткої та агресивної поведінки відвідувачів аптек у часі пандемії?

Так Ні

10. Чи стикалися Ви з інцидентами між пацієнтами, наприклад, в черзі за межами аптеки?

Так Ні

11. Чи збільшилося Ваше фізичне навантаження

- Так, збільшилось.
 Скоріше збільшилось.
 Скоріше не збільшилось.
 Ні, не збільшилось.

12. Якщо Ваше фізичне навантаження збільшилось або скоріше збільшилось, то внаслідок:

- Зменшення персоналу аптеки.
 Зростання тривалості робочого часу.
 Переходу на цілодобову роботу.
 Особливостей роботи з відвідувачами за соціального дистанціювання.

13. Наскільки Ви згодні з наступним твердженням? Я тепер у часі роботи в аптеці знаходжусь під постійним психологічним тиском.

- Погоджуюсь.
 Схильна (ий) погодитися.
 Схильна (ий) не погодитися.
 Не згодна/ не згоден
 Немає відповіді / не знаю.

14. Чи відомі Вам факти пограбування аптек під час пандемії?

Так Ні

Дякуємо за допомогу!

Анкета

вивчення перспектив надання якісної фармацевтичної допомоги
жителям нечисленних і віддалених населених пунктів

Шановний колего,

просимо Вас надати відповіді на запитання шляхом позначки у відповідних комірках.
Ваші відповіді є анонімними та будуть використані лише з науковою метою

1. Ваш вік:
2. Ваша стать:
 2.1. Жіноча 2.2. Чоловіча
3. Зазначте регіон, в якому Ви працюєте:
- 3.1. Вінницька область
 3.2. Волинська область
 3.3. Дніпропетровська область
 3.4. Донецька область
 3.5. Житомирська область
 3.6. Закарпатська область
 3.7. Запорізька область
 3.8. Івано-Франківська область
 3.9. м. Київ
 3.10. Київська область
 3.11. Кіровоградська область
 3.12. Луганська область
 3.13. Львівська область
 3.14. Миколаївська область
 3.15. Одеська область
 3.16. Полтавська область
 3.17. Рівненська область
 3.18. Сумська область
 3.19. Тернопільська область
 3.20. Харківська область
 3.21. Херсонська область
 3.22. Хмельницька область
 3.23. Черкаська область
 3.24. Чернівецька область
 3.25. Чернігівська область
4. Населений пункт, в якому Ви працюєте:
- 4.1. Село
 4.2. Селище
 4.3. Селище міського типу
 4.4. Мале місто (до 50 тис. осіб)
 4.5. Середнє місто (від 50 до 100 тис. осіб)
 4.6. Велике місто (від 100 до 500 тис. осіб)
 4.7. Дуже велике місто (від 500 тис. до 1 млн осіб)
 4.8. Місто-мільйонник
5. Ви працюєте в:
- 5.1. аптеці індивідуальній
 5.2. аптеці мережевій
 5.3. аптечному пункті індивідуальної аптеки
 5.4. аптечному пункті мережевої аптеки
 5.5. на аптечному складі
6. За освітою Ви:
- 6.1. Провізор 6.2. Фармацевт
7. Ваша посада:

8. Стаж повних років Вашої роботи за спеціальністю:

9. Наявність кваліфікаційної категорії:

- 9.1. вища 9.2. перша
 9.3. друга 9.4. немає категорії

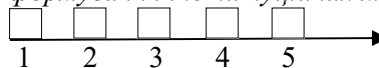
10. Просимо Вас оцінити за п'ятибальною шкалою чинники, які характеризують СИЛЬНІ сторони нечисленних і віддалених населених пунктів з погляду фармацевтичної допомоги (ФД)

Критерії оцінювання: «1» - малоїмовірна перевага, «2» - невелика перевага, «3» - істотна перевага, «4» - значна перевага та «5» - дуже вагома перевага

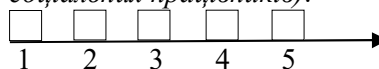
(у дужках уточнено

щодо чого кожен чинник є сильною стороною)

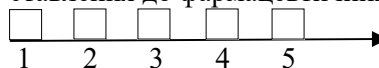
10.1. Високий рівень спроможності частини сільських територіальних громад (щодо формування інституційних механізмів ФД):



10.2. Наявність у нечисленних і віддалених населених пунктах потреби у повсякденній якійсій ФД (щодо формування інституційних механізмів ФД, у т.ч. доставки ЛЗ за допомогою мобільних аптек і дронів, поштових або соціальних працівників):



10.3. Лояльність споживачів, тобто схвальне ставлення до фармацевтичних послуг:



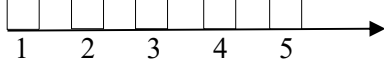
11. Просимо Вас оцінити за п'ятибальною шкалою чинники, які характеризують СЛАБКІ сторони нечисленних і віддалених населених пунктів з погляду ФД

Критерії оцінювання: «1» - малоїмовірний недолік, «2» - невеликий недолік, «3» - істотний, «4» - значний недолік та «5» - дуже вагомий недолік

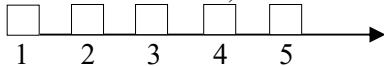
(у дужках уточнено

щодо чого кожен чинник є слабкою стороною)

11.1. Відсутність аптечних організацій в абсолютній більшості нечисленних і віддалених населених пунктах (щодо витрат, пов'язаних із додатковими транспортними навантаженнями через відстань до найближчих аптечних організацій, фізичної доступності й своєчасності ФД):



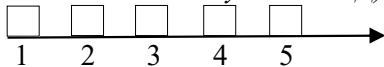
11.2. Незадовільний стан транспортної інфраструктури, насамперед автомобільних доріг (щодо фізичної доступності й своєчасності ФД за медичними показаннями, зокрема за допомогою поштових або соціальних працівників і мобільних аптек):



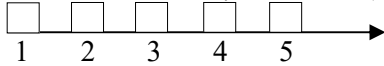
11.3. Відсутність регулярного пасажирського сполучення між населеними пунктами, зокрема у часі карантину (щодо фізичної доступності й своєчасності ФД):



11.4. Звуження сфери трудової зайнятості та високий рівень безробіття у нечисленних і віддалених населених пунктах (щодо соціально-економічної доступності ФД):



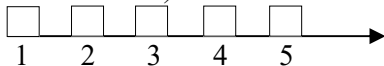
11.5. Висока частка непрацездатного населення та осіб поважного віку (щодо соціально-економічної доступності ФД):



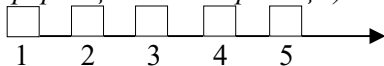
11.6. Низька купівельна спроможність жителів нечисленних і віддалених населених пунктів (щодо соціально-економічної доступності ФД та показників оборотності фармацевтичних товарів за наявності аптечної організації):



11.7. Загрозливий характер захворюваності у нечисленних і віддалених населених пунктах (щодо своєчасності ФД за медичними показаннями):

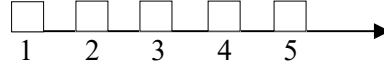


11.8. Погана комунальна інфраструктура у нечисленних і віддалених населених пунктах (щодо залучення до медичного обслуговування у сільській місцевості кваліфікованих фармацевтичних фахівців):

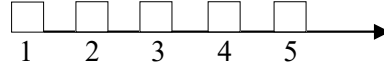


11.9. Неякісний інтернет у нечисленних і віддалених населених пунктах (щодо

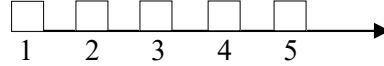
забезпечення можливості використання пацієнтами електронних сервісів для реалізації їх прав за програмою державних фінансових гарантій медичного обслуговування; здійснення електронної роздрібно торгівлі ЛЗ):



11.10. Непривабливість нечисленних і віддалених населених пунктів для розвитку фармацевтичного підприємництва (щодо відкриття аптечних організацій):



11.11. Відсутність бажання молоді проживати та працювати у нечисленних і віддалених населених пунктах, відтік працездатного населення та кваліфікованих кадрів (щодо збільшення фінансового навантаження з питань розвитку громади на нечисленних мешканців і підприємців):



11.12. Незадовільне кадрове, структурне та ресурсне забезпечення первинної та долікарської медичної допомоги (щодо забезпечення якості ФД, як складової медичної допомоги у нечисленних і віддалених населених пунктах):



12. Просимо Вас оцінити за п'ятибальною шкалою чинники, які характеризують **МОЖЛИВОСТІ** зовнішнього середовища для нечисленних і віддалених населених пунктів з погляду ФД

Критерії оцінювання: «1» - малоюмовірна перспектива, «2» - невелика перспектива, «3» - істотна перспектива, «4» - значна перспектива та «5» - дуже вагома перспектива (у дужках уточнено

щодо чого кожен чинник є можливістю)

12.1. Децентралізація влади, проведення адмінреформи та зростання бюджетної самостійності громад (щодо формування інституційних механізмів ФД у нечисленних і віддалених населених пунктах):



12.2. Міжнародна технічна допомога для об'єднаних територіальних громад (щодо формування інституційних механізмів ФД у нечисленних і віддалених населених пунктах):



12.3. Потужна науково-освітня підтримка фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я (щодо підготовки та підвищення кваліфікації фармацевтичних фахівців):

1 2 3 4 5

12.4. Наявність великих виробничих потужностей з випуску фармацевтичної продукції (щодо обсягу внутрішнього фармацевтичного ринку, низьких цін на вітчизняну фармацевтичну продукцію):

1 2 3 4 5

12.5. Розвинена аптечна мережа у містах (щодо здійснення електронної роздрібною торгівлі ЛЗ у нечисленних і віддалених населених пунктах):

1 2 3 4 5

12.6. Зростання виробництва спеціально обладнаних транспортних засобів і безпілотних літальних апаратів (щодо доставки ЛЗ у нечисленні й віддалені поселення за допомогою мобільних аптек і дронів):

1 2 3 4 5

12.7. Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» (2017 р) (щодо надання ЛЗ і МВ коштам держбюджету за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення; розроблення та реалізація програм із забезпечення населення у сільській місцевості ефективними, якісними та необхідними ЛЗ і МВ; запровадження дієвих механізмів залучення до медичного обслуговування у сільській місцевості кваліфікованих фармацевтичних фахівців):

1 2 3 4 5

12.8. Спільна програма Президента та КМ України «Велике будівництво» (2020 р.) (щодо інфраструктурної модернізації України)

1 2 3 4 5

12.9. Президентська програма «Нове село» (2021 р.) (щодо відкриття сільських аптек, залучених до реалізації урядової програми «Доступні ліки»):

1 2 3 4 5

12.10. Закон України «Про внесення змін до статті 19 Закону України «Про лікарські засоби» щодо здійснення електронної роздрібною торгівлі лікарськими засобами» (редакція від 17.09.2020) (стосовно здійснення електронної роздрібною

торгівлі ЛЗ у нечисленних і віддалених населених пунктах):

1 2 3 4 5

12.11. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (редакція від 01.01.2021) (щодо повної оплати коштом держбюджету необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням: екстреної, первинної й третинної (високоспеціалізованої) та паліативної медичної допомоги, а також реабілітації у сфері охорони здоров'я та медичної допомоги дітям до 16 років й у зв'язку з вагітністю та пологами):

1 2 3 4 5

12.12. Постанова КМ України «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» від 25.04.2018 р. № 411 (щодо забезпечення можливості використання пацієнтами електронних сервісів для реалізації їх прав за програмою державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, зокрема через телефармацію):

1 2 3 4 5

12.13. Постанова КМ України «Порядок реімбурсації лікарських засобів» від 17.03.2017 р. № 152 (щодо відпуску ЛЗ, які підлягають реімбурсації, через електронні рецепти):

1 2 3 4 5

12.14. Наказ МОЗ України «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я» від 19.10.2015 № 681 (щодо забезпечення надання ФД пацієнту, зокрема через телефармацію, коли відстань є критичним чинником її надання):

1 2 3 4 5

13. Просимо Вас оцінити за п'ятибальною шкалою чинники, які характеризують ЗАГРОЗИ зовнішнього середовища для нечисленних і віддалених населених пунктів з погляду ФД

Критерій оцінювання: «1» - малоймовірна небезпека, «2» - невелика небезпека, «3» - істотна небезпека, «4» - значна небезпека та «5» - дуже вагома небезпека

(у дужках уточнено щодо чого кожен чинник є загрозою)

13.1. Нестабільна соціально-економічна та політична ситуація в країні (щодо формування інституційних механізмів ФД у нечисленних і віддалених населених пунктах):

1 2 3 4 5

13.2. Негативні демографічні тенденції (щодо деградації нечисленних і віддалених населених):

1 2 3 4 5

13.3. Кризові явища у вітчизняній економіці (щодо платоспроможності населення та попиту на якісну ФД):

1 2 3 4 5

13.4. Перекладання на місцеве самоврядування державних фінансових зобов'язань щодо забезпечення соціальних стандартів (стосовно формування інституційних механізмів ФД у нечисленних і віддалених населених пунктах):

1 2 3 4 5

13.5. Відсутня нормативно-правова база для забезпечення діяльності об'єднаних територіальних громад за окремими напрямками (щодо формування інституційних механізмів ФД у нечисленних і віддалених населених пунктах):

1 2 3 4 5

13.6. Відсутність дешевих фінансово-кредитних ресурсів для підприємництва (щодо розвитку

підприємництва у нечисленних і віддалених населених пунктах):

1 2 3 4 5

13.7. Відсутність ефективної державної програми розвитку нечисленних і віддалених населених пунктів (щодо формування інституційних механізмів ФД у нечисленних і віддалених населених пунктах):

1 2 3 4 5

13.8. Корупція та некомпетентність і неефективність системи державного управління, в т.ч. щодо охорони здоров'я населення (стосовно формування інституційних механізмів ФД у нечисленних і віддалених населених пунктах):

1 2 3 4 5

13.9. Збройна агресія та порушення територіальної цілісності країни, її розвиток в умовах політичного й економічного тиску та тотальної інформаційної війни (щодо формування інституційних механізмів ФД у нечисленних і віддалених населених пунктах):

1 2 3 4 5

Щиро дякуємо за участь в опитуванні!



ЗАТВЕРДЖУЮ

В.о. начальника
Державної служби з лікарських
засобів та контролю за наркотиками
в Одеській області

В.В. Ляшенко-Щербакова

«17» березня 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: результати з'ясування сутності якості ФД та її основних характеристик, а також моделювання взаємозв'язку цих характеристик з терміноструктурними елементами фармацевтичної допомоги та складовими логістичного обслуговування пацієнта.

2. Установа-розробник, п.і.б. авторів: Одеський національний медичний університет, кафедра загальної фармації з курсом клінічної фармакології; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра організації і економіки фармації; ас. М. В. Корольов, проф. Б. П. Громовик, проф. Л. Р. Нікогосян.

3. Джерело інформації: Характеристики якості фармацевтичної допомоги у взаємозв'язку з її терміноструктурними елементами та логістичним обслуговуванням пацієнта: науково-методичні рекомендації / укл. М.В. Корольов, Б.П. Громовик, Л. Р. Нікогосян; рекомендовано ВР ОНМедУ. – Львів: Ліга-Прес, 2020. – 15 с.

4. Ким впроваджено: Державна служба з лікарських засобів та контролю за наркотиками в Одеській області

5. Дата початку впровадження: 17 березня 2021 р.

6. Ефективність впровадження: подані до впровадження положення науково-методичних рекомендацій використані для інформаційного забезпечення господарської діяльності.

7. Зауваження та пропозиції: немає

Відповідальний за впровадження:
Начальник Відділу державного контролю
у сфері обігу лікарських засобів, медичної продукції
та обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів
Державної служби з лікарських засобів та контролю за наркотиками
в Одеській області

Л.М. Руссева

ЗАТВЕРДЖУЮ

Начальник Державної служби з лікарських засобів та контролю за наркотиками у Херсонській області
Владислав ДАНЬКО

« 14 » 06 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: результати з'ясування сутності якості фармацевтичної допомоги та її основних характеристик, а також моделювання взаємозв'язку цих характеристик з терміноструктурними елементами фармацевтичної допомоги та складовими логістичного обслуговування пацієнта.

2. Установа-розробник, п.і.б. авторів: Одеський національний медичний університет, кафедра загальної фармації з курсом клінічної фармакології; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра організації і економіки фармації; ас. М. В. Корольов, проф. Б. П. Громовик, проф. Л. Р. Нікогосян.

3. Джерело інформації: Характеристики якості фармацевтичної допомоги у взаємозв'язку з її терміноструктурними елементами та логістичним обслуговуванням пацієнта: науково-методичні рекомендації / укл. М.В. Корольов, Б.П. Громовик, Л. Р. Нікогосян; рекомендовано ВР ОНМедУ. – Львів: Ліга-Прес, 2020. – 15 с.

4. Ким впроваджено: Державною службою з лікарських засобів та контролю за наркотиками у Херсонській області.

5. Термін впровадження: червень 2021 р.

6. Ефективність впровадження: подані до впровадження положення науково-методичних рекомендацій сприятимуть підвищенню рівня поінформованості працівників Державної служби з лікарських засобів та контролю за наркотиками у Херсонській області стосовно якості фармацевтичної допомоги, а також моделювання взаємозв'язку елементів фармацевтичної допомоги та логістичного обслуговування пацієнта.

7. Зауваження та пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:

заступник начальника служби-завідувач
сектору державного контролю у сфері обігу
лікарських засобів, медичної продукції та обігу
наркотичних засобів, психотропних речовин
і прекурсорів Державної служби з лікарських засобів
та контролю за наркотиками у Херсонській області

Олена МІСЕВРА

ЗАТВЕРДЖУЮ

Комерційний директор

ТОВ «Іва-Фарм»



Венгринюк І.М.

2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: характеристики якості фармацевтичної допомоги у взаємозв'язку з її терміноструктурними елементами та логістичним обслуговуванням пацієнта.

2. Установа-розробник, адреса, П.І.Б. авторів: Одеський національний медичний університет, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 65000, м. Одеса, Валіховський провулок, 2, 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69; М.В. Корольов, Б.П. Громовик, Л.Р. Нікогосян.

3. Джерело інформації (назва, рік видання, вихідні дані тощо): Характеристики якості фармацевтичної допомоги у взаємозв'язку з її терміноструктурними елементами та логістичним обслуговуванням пацієнта. (науково-методичні рекомендації) / укл. М.В. Корольов, Б.П. Громовик, Л.Р. Нікогосян; рекомендовано ВР ОНМедУ. – Львів: Ліга-Прес, 2020. – 15 с.

4. Упроваджено: ТОВ «Іва-Фарм».

5. Термін впровадження: 20 квітня 2021 р.

6. Ефективність впровадження: Науково-методичні рекомендації впроваджено для сприйняття оцінки рівня якості фармацевтичної допомоги із позицій багатоаспектності і уможливлення прийняття раціональних управлінських рішень щодо її покращення.

7. Зауваження та пропозиції: немає

Відповідальний за впровадження:

ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор
ТзОВ «Ятрань»
Роговська С. Д.

« 03 »

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**

1. Найменування пропозиції для впровадження: результати з'ясування сутності якості ФД та її основних характеристик, а також моделювання взаємозв'язку цих характеристик з терміноструктурними елементами фармацевтичної допомоги та складовими логістичного обслуговування пацієнта.

2. Установа-розробник, п.і.б. авторів: Одеський національний медичний університет, кафедра загальної фармації з курсом клінічної фармакології; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра організації і економіки фармації; ас. М. В. Корольов, проф. Б. П. Громовик, проф. Л. Р. Нікогосян.

3. Джерело інформації: Характеристики якості фармацевтичної допомоги у взаємозв'язку з її терміноструктурними елементами та логістичним обслуговуванням пацієнта: науково-методичні рекомендації / укл. М.В. Корольов, Б.П. Громовик, Л. Р. Нікогосян; рекомендовано ВР ОНМедУ. – Львів: Ліга-Прес, 2020. – 15 с.

4. Ким впроваджено: ТзОВ «Ятрань».

5. Дата початку впровадження: 26 квітня 2021 р.

6. Ефективність впровадження: подані до впровадження положення науково-методичних рекомендацій використані для інформаційного забезпечення господарської діяльності.

7. Зауваження та пропозиції: немає

Відповідальний за впровадження:

Директор
ТзОВ «Ятрань»
Роговська С. Д.

A handwritten signature in blue ink, corresponding to the name S. D. Rogovska mentioned in the text.

ЗАТВЕРДЖУЮ



Генеральний директор
КП «Аптечне об'єднання «Фармація»
Запорізької обласної ради

І.М.Добренька

2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: результати з'ясування сутності якості фармацевтичної допомоги та її основних характеристик, а також моделювання взаємозв'язку цих характеристик з терміноструктурними елементами фармацевтичної допомоги та складовими логістичного обслуговування пацієнта.

2. Установа-розробник, п.і.б. авторів: Одеський національний медичний університет, кафедра загальної фармації з курсом клінічної фармакології; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра організації і економіки фармації; ас. М. В. Корольов, проф. Б. П. Громовик, проф. Л. Р. Нікогосян.

3. Джерело інформації: Характеристики якості фармацевтичної допомоги у взаємозв'язку з її терміноструктурними елементами та логістичним обслуговуванням пацієнта: науково-методичні рекомендації / укл. М.В. Корольов, Б.П. Громовик, Л. Р. Нікогосян; рекомендовано ВР ОНМедУ. – Львів: Ліга-Прес, 2020. – 15 с.

4. Ким впроваджено: мережею аптек Комунального підприємства «Аптечне об'єднання «Фармація» Запорізької обласної ради

5. Термін впровадження: червень 2021 р.

6. Ефективність впровадження: подані до впровадження положення науково-методичних рекомендацій сприятимуть вдосконаленню професійної діяльності фармацевтичних фахівців, якості фармацевтичної допомоги, а також моделюванню взаємозв'язку елементів фармацевтичної допомоги та логістичного обслуговування пацієнта.

7. Зауваження та пропозиції: немає

Відповідальний за впровадження:

Завідувач сектором по роботі з персоналом

С.В. Руденко

ЗАТВЕРДЖУЮ

Генеральний директор
ТОВ «Аптека-Магнолія»



Шатілов С.В.

2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: результати з'ясування сутності якості фармацевтичної допомоги та її основних характеристик, а також моделювання взаємозв'язку цих характеристик з терміноструктурними елементами фармацевтичної допомоги та складовими логістичного обслуговування пацієнта.

2. Установа-розробник, п.і.б. авторів: Одеський національний медичний університет, кафедра загальної фармації з курсом клінічної фармакології; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра організації і економіки фармації; ас. М. В. Корольов, проф. Б. П. Громовик, проф. Л. Р. Нікогосян.

3. Джерело інформації: Характеристики якості фармацевтичної допомоги у взаємозв'язку з її терміноструктурними елементами та логістичним обслуговуванням пацієнта: науково-методичні рекомендації / укл. М.В. Корольов, Б.П. Громовик, Л. Р. Нікогосян; рекомендовано ВР ОНМедУ. – Львів: Ліга-Прес, 2020. – 15 с.

4. Ким впроваджено: мережею аптек «АНЦ», м. Запоріжжя

5. Термін впровадження: червень 2021 р.

6. Ефективність впровадження: подані до впровадження положення науково-методичних рекомендацій сприятимуть вдосконаленню професійної діяльності фармацевтичних фахівців, якості фармацевтичної допомоги, а також моделюванню взаємозв'язку елементів фармацевтичної допомоги та логістичного обслуговування пацієнта.

7. Зауваження та пропозиції: немає

Відповідальний за впровадження:

Смольніченко О.В.

ЗАТВЕРДЖУЮ
Директор КП «Фармація» КМР

« 14 » _____ 06 _____ 2021 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: результати з'ясування сутності якості фармацевтичної допомоги та її основних характеристик, а також моделювання взаємозв'язку цих характеристик з терміноструктурними елементами фармацевтичної допомоги та складовими логістичного обслуговування пацієнта.

2. Установа-розробник, п.і.б. авторів: Одеський національний медичний університет, кафедра загальної фармації з курсом клінічної фармакології; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра організації і економіки фармації; ас. М. В. Корольов, проф. Б. П. Громовик, проф. Л. Р. Нікогосян.

3. Джерело інформації: Характеристики якості фармацевтичної допомоги у взаємозв'язку з її терміноструктурними елементами та логістичним обслуговуванням пацієнта: науково-методичні рекомендації / укл. М.В. Корольов, Б.П. Громовик, Л. Р. Нікогосян; рекомендовано ВР ОНМедУ. – Львів: Ліга-Прес, 2020. – 15 с.

4. Ким впроваджено: КП «Фармація» КМР м. Кривий Ріг

5. Термін впровадження: червень 2021 р.

6. Ефективність впровадження: подані до впровадження положення науково-методичних рекомендацій сприятимуть вдосконаленню професійної діяльності фармацевтичних фахівців, якості фармацевтичної допомоги, а також моделюванню взаємозв'язку елементів фармацевтичної допомоги та логістичного обслуговування пацієнта.

7. Зауваження та пропозиції: немає

Відповідальний за впровадження:
начальник відділу оптових та роздрібних продажів

_____ Примачик В.О.

ЗАТВЕРДЖУЮ
Директор ТОВ «Юніс»

Клименок В.В.

« 15 »



*2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: результати з'ясування сутності якості фармацевтичної допомоги та її основних характеристик, а також моделювання взаємозв'язку цих характеристик з терміноструктурними елементами фармацевтичної допомоги та складовими логістичного обслуговування пацієнта.

2. Установа-розробник, п.і.б. авторів: Одеський національний медичний університет, кафедра загальної фармації з курсом клінічної фармакології; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра організації і економіки фармації; ас. М. В. Корольов, проф. Б. П. Громовик, проф. Л. Р. Нікогосян.

3. Джерело інформації: Характеристики якості фармацевтичної допомоги у взаємозв'язку з її терміноструктурними елементами та логістичним обслуговуванням пацієнта: науково-методичні рекомендації / укл. М.В. Корольов, Б.П. Громовик, Л. Р. Нікогосян; рекомендовано ВР ОНМедУ. – Львів: Ліга-Прес, 2020. – 15 с.

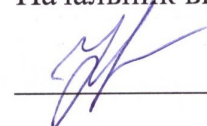
4. Ким впроваджено: мережею аптек «Копійка»

5. Термін впровадження: червень 2021 р.

6. Ефективність впровадження: подані до впровадження положення науково-методичних рекомендацій сприятимуть вдосконаленню професійної діяльності фармацевтичних фахівців, якості фармацевтичної допомоги, а також моделюванню взаємозв'язку елементів фармацевтичної допомоги та логістичного обслуговування пацієнта.

7. Зауваження та пропозиції: немає

Відповідальний за впровадження:
Начальник відділу закупівель


Кунденко О.Г.

ЗАТВЕРДЖУЮ
ФОП Коваленко І.О.

« 18 » 06 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: результати з'ясування сутності якості фармацевтичної допомоги та її основних характеристик, а також моделювання взаємозв'язку цих характеристик з терміноструктурними елементами фармацевтичної допомоги та складовими логістичного обслуговування пацієнта.

2. Установа-розробник, п.і.б. авторів: Одеський національний медичний університет, кафедра загальної фармації з курсом клінічної фармакології; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра організації і економіки фармації; ас. М. В. Корольов, проф. Б. П. Громовик, проф. Л. Р. Нікогосян.

3. Джерело інформації: Характеристики якості фармацевтичної допомоги у взаємозв'язку з її терміноструктурними елементами та логістичним обслуговуванням пацієнта: науково-методичні рекомендації / укл. М.В. Корольов, Б.П. Громовик, Л. Р. Нікогосян; рекомендовано ВР ОНМедУ. – Львів: Ліга-Прес, 2020. – 15 с.

4. Ким впроваджено: Мережею аптек «Конвалія», м. Кривий Ріг . Термін впровадження: **червень 2021 р.**

6. Ефективність впровадження: подані до впровадження положення науково-методичних рекомендацій сприятимуть вдосконаленню професійної діяльності фармацевтичних фахівців, якості фармацевтичної допомоги, а також моделюванню взаємозв'язку елементів фармацевтичної допомоги та логістичного обслуговування пацієнта.

7. Зауваження та пропозиції: немає

Відповідальний за впровадження:
 Коваленко І.О.



Коваленко І.О.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор
з наукової роботи
Запорізького державного
медичного університету
проф. Туманський В. О.



« 5 » травня 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: результати з'ясування сутності якості фармацевтичної допомоги та її основних характеристик, а також моделювання взаємозв'язку цих характеристик з терміноструктурними елементами фармацевтичної допомоги та складовими логістичного обслуговування пацієнта.

2. Установа-розробник, п.і.б. авторів: Одеський національний медичний університет, кафедра загальної фармації з курсом клінічної фармакології; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра організації і економіки фармації; ас. М. В. Корольов, проф. Б. П. Громовик, проф. Л. Р. Нікогосян.

3. Джерело інформації: Характеристики якості фармацевтичної допомоги у взаємозв'язку з її терміноструктурними елементами та логістичним обслуговуванням пацієнта: науково-методичні рекомендації / укл. М.В. Корольов, Б.П. Громовик, Л. Р. Нікогосян; рекомендовано ВР ОНМедУ. – Львів: Ліга-Прес, 2020. – 15 с.

4. Ким впроваджено: кафедра управління та економіки фармації Запорізького державного медичного університету.

5. Термін впровадження: лютий - березень 2021 р. (протокол №12 від 10 березня 2021 року).

6. Ефективність впровадження: подані до впровадження положення науково-методичних рекомендацій використані при формуванні інформаційного забезпечення науково-освітнього процесу кафедри.

7. Зауваження та пропозиції: немає

Відповідальний за впровадження:
в.о. завідувач кафедри, доцент

Ткаченко Н. О.

ЗАТВЕРДЖУЮПроректор
з наукової роботиЛьвівського національного
медичного університету
імені Данила Галицького
проф. Наконечний А. Й.

05

2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: результати з'ясування сутності якості ФД та її основних характеристик, а також моделювання взаємозв'язку цих характеристик з терміноструктурними елементами фармацевтичної допомоги та складовими логістичного обслуговування пацієнта.

2. Установа-розробник, п.і.б. авторів: Одеський національний медичний університет, кафедра загальної фармації з курсом клінічної фармакології; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра організації і економіки фармації; ас. М. В. Корольов, проф. Б. П. Громовик, проф. Л. Р. Нікогосян.

3. Джерело інформації: Характеристики якості фармацевтичної допомоги у взаємозв'язку з її терміноструктурними елементами та логістичним обслуговуванням пацієнта: науково-методичні рекомендації / укл. М.В. Корольов, Б.П. Громовик, Л. Р. Нікогосян; рекомендовано ВР ОНМедУ. – Львів: Ліга-Прес, 2020. – 15 с.

4. Ким впроваджено: кафедра організації і економіки фармації ЛНМУ імені Данила Галицького.

5. Дата початку впровадження: 11 березня 2021 р.

6. Ефективність впровадження: подані до впровадження положення науково-методичних рекомендацій використані при формуванні інформаційного забезпечення науково-освітнього процесу кафедри.

7. Зауваження та пропозиції: немає

Відповідальний за впровадження:
доцент кафедри ОЕФ, к.фарм.н., доц.

Грушківська Д. Т.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор
з наукової роботиХарківської медичної академії
імені І. П. Пирогова
після дипломної освіти
проф. Сергіянц М. А.

« 05 » 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: результати з'ясування сутності якості ФД та її основних характеристик, а також моделювання взаємозв'язку цих характеристик з терміноструктурними елементами фармацевтичної допомоги та складовими логістичного обслуговування пацієнта.

2. Установа-розробник, п.і.б. авторів: Одеський національний медичний університет, кафедра загальної фармації з курсом клінічної фармакології; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра організації і економіки фармації; ас. М. В. Корольов, проф. Б. П. Громовик, проф. Л. Р. Нікогосян.

3. Джерело інформації: Характеристики якості фармацевтичної допомоги у взаємозв'язку з її терміноструктурними елементами та логістичним обслуговуванням пацієнта: науково-методичні рекомендації / укл. М.В. Корольов, Б.П. Громовик, Л. Р. Нікогосян; рекомендовано ВР ОНМедУ. – Львів: Ліга-Прес, 2020. – 15 с.

4. Ким впроваджено: кафедра медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації.

5. Дата початку впровадження: 21 травня 2021 р.

6. Ефективність впровадження: подані до впровадження положення науково-методичних рекомендацій використані при формуванні інформаційного забезпечення науково-освітнього процесу кафедри.

7. Зауваження та пропозиції: немає

Відповідальний за впровадження:
старший викладач кафедри, к.ф.н.

Осинцева А.О.



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор
з науково-педагогічної роботи
Національного університету
«Львівська політехніка»

Давидчак О. Р.

05 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: Методичні рекомендації щодо методики опрацювання результатів з'ясування сутності якості ФД та її основних характеристик, а також моделювання взаємозв'язку цих характеристик з терміноструктурними елементами фармацевтичної допомоги та складовими логістичного обслуговування пацієнта.

2. Ким запропоновано: Одеський національний медичний університет, кафедра загальної фармації з курсом клінічної фармакології; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра організації і економіки фармації

Автори: ас. М.В. Корольов, проф. Б. П. Громовик, проф. Л.Р. Нікогосян.

3. Джерело інформації: Характеристики якості фармацевтичної допомоги у взаємозв'язку з її терміноструктурними елементами та логістичним обслуговуванням пацієнта: науково-методичні рекомендації / укл. М.В. Корольов, Б.П. Громовик, Л.Р. Нікогосян; рекомендовано ВР ОНМедУ. – Львів: Ліга-Прес, 2020. – 15 с.

4. Ким впроваджено: кафедра технології біологічно активних сполук, фармації та біотехнології Інституту хімії та хімічних технологій Національного університету «Львівська політехніка» у лекційний курс «Менеджмент та маркетинг у фармації» при вивченні теми 2. «Зміст маркетингу та його соціально-економічна спрямованість».

5. Дата початку впровадження: 16 березня 2021 р.

6. Ефективність впровадження:

Показники	За даними	
	розробників	установи, що затверджують
Подані до впровадження положення науково-методичних рекомендацій використані при формуванні інформаційного освітнього процесу кафедри.		

7. Зауваження, пропозиції: не має.

Відповідальний за впровадження:

В.о. завідувача кафедри
технології біологічно активних
сполук, фармації та біотехнології
Національного університету «Львівська політехніка»
д.х.н., проф.

В.І. Лубенець

ЗАТВЕРДЖУЮ

В.О. проректора
з наукової роботи
Тернопільського національного
медичного університету
імені І. Я. Горбачевського
д.м.н. Шевчук О.О.



«*травня*» 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: результати з'ясування сутності якості ФД та її основних характеристик, а також моделювання взаємозв'язку цих характеристик з терміноструктурними елементами фармацевтичної допомоги та складовими логістичного обслуговування пацієнта.

2. Установа-розробник, п.і.б. авторів: Одеський національний медичний університет, кафедра загальної фармації з курсом клінічної фармакології; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра організації і економіки фармації; ас. М. В. Корольов, проф. Б. П. Громовик, проф. Л. Р. Нікогосян.

3. Джерело інформації: Характеристики якості фармацевтичної допомоги у взаємозв'язку з її терміноструктурними елементами та логістичним обслуговуванням пацієнта: науково-методичні рекомендації / укл. М.В. Корольов, Б.П. Громовик, Л. Р. Нікогосян; рекомендовано ВР ОНМедУ. – Львів: Ліга-Прес, 2020. – 15 с.

4. Ким впроваджено: кафедра управління та економіки фармації з технологією ліків.

5. Дата початку впровадження: 11 люте 2021 р.

6. Ефективність впровадження: подані до впровадження положення науково-методичних рекомендацій використані при формуванні інформаційного забезпечення науково-освітнього процесу кафедри.

7. Зауваження та пропозиції: немає

Відповідальний за впровадження:
завідувач кафедри, проф.

Грошовий Т. А.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор
з наукової роботи
Івано-Франківського національного
медичного університету
проф. Бакалюк І. П.

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**

1. Найменування пропозиції для впровадження: результати з'ясування сутності якості ФД та її основних характеристик, а також моделювання взаємозв'язку цих характеристик з терміноструктурними елементами фармацевтичної допомоги та складовими логістичного обслуговування пацієнта.

2. Установа-розробник, п.і.б. авторів: Одеський національний медичний університет, кафедра загальної фармації з курсом клінічної фармакології; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра організації і економіки фармації; ас. М. В. Корольов, проф. Б. П. Громовик, проф. Л. Р. Нікогосян.

3. Джерело інформації: Характеристики якості фармацевтичної допомоги у взаємозв'язку з її терміноструктурними елементами та логістичним обслуговуванням пацієнта: науково-методичні рекомендації / укл. М.В. Корольов, Б.П. Громовик, Л. Р. Нікогосян; рекомендовано ВР ОНМедУ. – Львів: Ліга-Прес, 2020. – 15 с.

4. Ким впроваджено: кафедра фармації.

5. Дата початку впровадження: 22 квітня 2021 р.

6. Ефективність впровадження: подані до впровадження положення науково-методичних рекомендацій використані при формуванні інформаційного забезпечення науково-освітнього процесу кафедри.

7. Зауваження та пропозиції: немає

Відповідальний за впровадження:
завідувач кафедри, проф.


Грицик А. Р.

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Начальник Державної служби з лікарських засобів та контролю за наркотиками у Херсонській області

Владислав ДАНЬКО

« 14 » _____ 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: результати з'ясування перспектив розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів задля підвищення їх якості життя.

2. Установа-розробник, п.і.б. авторів: Одеський національний медичний університет, кафедра загальної фармації з курсом клінічної фармакології; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра організації і економіки фармації; ас. М. В. Корольов, проф. Б. П. Громовик.

3. Джерело інформації: Стан і перспективи розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів (на прикладі Одеської області): науково-методичні рекомендації / укл. М. В. Корольов, Б. П. Громовик; рекомендовано ВР ОНМедУ. – Львів: Ліга-Прес, 2021. – 29 с.

4. Ким впроваджено: Державною службою з лікарських засобів та контролю за наркотиками у Херсонській області.

5. Термін впровадження: червень 2021 р.

6. Ефективність впровадження: подані до впровадження положення науково-методичних рекомендацій сприятимуть підвищенню рівня поінформованості працівників Державної служби з лікарських засобів та контролю за наркотиками у Херсонській області стосовно вдосконалення діяльності фармацевтичних організацій, інформаційного забезпечення для прийняття управлінських рішень щодо стратегічного розвитку фармацевтичних організацій.

7. Зауваження та пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:

заступник начальника служби-завідувач
сектору державного контролю у сфері обігу
лікарських засобів, медичної продукції та обігу
наркотичних засобів, психотропних речовин
і прекурсорів Державної служби з лікарських засобів
та контролю за наркотиками у Херсонській області

Олена МІСЕВА

ЗАТВЕРДЖУЮ
Комерційний директор
ТОВ «Іва-Фарм»



[Signature]
Венгринюк І.М.

05 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: стан і перспективи розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів.

2. Установа-розробник, адреса, П.І.Б. авторів: Одеський національний медичний університет, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 65000, м. Одеса, Валіховський провулок, 2, 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69; М.В. Корольов, Б.П. Громовик.

3. Джерело інформації (назва, рік видання, вихідні дані тощо): Стан і перспективи розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів (на прикладі Одеської області) (науково-методичні рекомендації) / укл. М.В. Корольов, Б.П. Громовик; рекомендовано ВР ОНМедУ. – Львів: Ліга-Прес, 2021. – 29 с.

4. Упроваджено: ТОВ «Іва-Фарм».

5. Термін впровадження: 14 травня 21 р.

6. Ефективність впровадження: Науково-методичні рекомендації впроваджено для запровадження телефармації та сучасних логістичних форм підвищення фізичної доступності пацієнта до фармацевтичної допомоги.

7. Зауваження та пропозиції: немає

Відповідальний за впровадження:

[Signature]

ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор
ТзОВ «Ятрань»
Роговська С. Д.

« 03 »

06

2021 р.

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**

1. Найменування пропозиції для впровадження: результати з'ясування перспектив розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів задля підвищення їх якості життя.

2. Установа-розробник, п.і.б. авторів: Одеський національний медичний університет, кафедра загальної фармації з курсом клінічної фармакології; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра організації і економіки фармації; ас. М. В. Корольов, проф. Б. П. Громовик.

3. Джерело інформації: Стан і перспективи розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів (на прикладі Одеської області): науково-методичні рекомендації / укл. М. В. Корольов, Б. П. Громовик; рекомендовано ВР ОНМедУ. – Львів: Ліга-Прес, 2021. – 29 с.

4. Ким впроваджено: ТзОВ «Ятрань».

5. Дата початку впровадження: 18 травня 2021 р.

6. Ефективність впровадження: подані до впровадження положення науково-методичних рекомендацій використані для інформаційного забезпечення господарської діяльності.

7. Зауваження та пропозиції: немає

Відповідальний за впровадження:

Директор

ТзОВ «Ятрань»

Роговська С. Д.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: результати з'ясування перспектив розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів задля підвищення їх якості життя.

2. Установа-розробник, п.і.б. авторів: Одеський національний медичний університет, кафедра загальної фармації з курсом клінічної фармакології; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра організації і економіки фармації; ас. М. В. Корольов, проф. Б. П. Громовик.

3. Джерело інформації: Стан і перспективи розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів (на прикладі Одеської області): науково-методичні рекомендації / укл. М. В. Корольов, Б. П. Громовик; рекомендовано ВР ОНМедУ. – Львів: Ліга-Прес, 2021. – 29 с.

4. Ким впроваджено: мережею аптек комунального підприємства «Аптечне об'єднання «Фармація» Запорізької обласної ради

5. Термін впровадження: червень 2021 р.

6. Ефективність впровадження: подані до впровадження положення науково-методичних рекомендацій сприятимуть вдосконаленню діяльності фармацевтичних організацій, інформаційному забезпеченню для прийняття управлінських рішень щодо стратегічного розвитку фармацевтичних організацій.

7. Зауваження та пропозиції: немає

Відповідальний за впровадження:

Завідувач сектором по роботі з персоналом

С.В.Руденко

ЗАТВЕРДЖУЮ

Генеральний директор

ТОВ «Аптека-Магнолія»



Шатілов С.В.

2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: результати з'ясування перспектив розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів задля підвищення їх якості життя.

2. Установа-розробник, п.і.б. авторів: Одеський національний медичний університет, кафедра загальної фармації з курсом клінічної фармакології; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра організації і економіки фармації; ас. М. В. Корольов, проф. Б. П. Громовик.

3. Джерело інформації: Стан і перспективи розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів (на прикладі Одеської області): науково-методичні рекомендації / укл. М. В. Корольов, Б. П. Громовик; рекомендовано ВР ОНМедУ. – Львів: Ліга-Прес, 2021. – 29 с.

4. Ким впроваджено: мережею аптек «АНЦ», м.Запоріжжя

5. Термін впровадження: червень 2021 р.

6. Ефективність впровадження: подані до впровадження положення науково-методичних рекомендацій сприятимуть вдосконаленню діяльності фармацевтичних організацій, інформаційному забезпеченню для прийняття управлінських рішень щодо стратегічного розвитку фармацевтичних організацій.

7. Зауваження та пропозиції: немає

Відповідальний за впровадження:

Handwritten signature of O.V. Smolnychenko.

Смольніченко О.В.

ЗАТВЕРДЖУЮ
 Директор КП «Фармація» КМР

« 14 » 06 2021 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: результати з'ясування перспектив розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів задля підвищення їх якості життя.

2. Установа-розробник, п.і.б. авторів: Одеський національний медичний університет, кафедра загальної фармації з курсом клінічної фармакології; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра організації і економіки фармації; ас. М. В. Корольов, проф. Б. П. Громовик.

3. Джерело інформації: Стан і перспективи розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів (на прикладі Одеської області): науково-методичні рекомендації / укл. М. В. Корольов, Б. П. Громовик; рекомендовано ВР ОНМедУ. – Львів: Ліга-Прес, 2021. – 29 с.

4. Ким впроваджено: КП «Фармація» КМР м. Кривий Ріг

5. Термін впровадження: червень 2021 р.

6. Ефективність впровадження: подані до впровадження положення науково-методичних рекомендацій сприятимуть вдосконаленню діяльності фармацевтичних організацій, інформаційному забезпеченню для прийняття управлінських рішень щодо стратегічного розвитку фармацевтичних організацій.

7. Зауваження та пропозиції: немає

Відповідальний за впровадження:
 начальник відділу оптових та роздрібних продажів

 Примачик В.О.

ЗАТВЕРДЖУЮ
Директор ТОВ «Юніс»



Клименок В.В.

« 15 » _____ 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: результати з'ясування перспектив розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів задля підвищення їх якості життя.

2. Установа-розробник, п.і.б. авторів: Одеський національний медичний університет, кафедра загальної фармації з курсом клінічної фармакології; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра організації і економіки фармації; ас. М. В. Корольов, проф. Б. П. Громовик.

3. Джерело інформації: Стан і перспективи розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів (на прикладі Одеської області): науково-методичні рекомендації / укл. М. В. Корольов, Б. П. Громовик; рекомендовано ВР ОНМедУ. – Львів: Ліга-Прес, 2021. – 29 с.

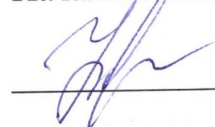
4. Ким впроваджено: мережею аптек «Копійка»

5. Термін впровадження: червень 2021 р.

6. Ефективність впровадження: подані до впровадження положення науково-методичних рекомендацій сприятимуть вдосконаленню діяльності фармацевтичних організацій, інформаційному забезпеченню для прийняття управлінських рішень щодо стратегічного розвитку фармацевтичних організацій.

7. Зауваження та пропозиції: немає

Відповідальний за впровадження:
Начальник відділу закупівель


Кунденко О.Г

ЗАТВЕРДЖУЮ
ФОП Коваленко І.О.


« 18 » 06 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: результати з'ясування перспектив розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів задля підвищення їх якості життя.

2. Установа-розробник, п.і.б. авторів: Одеський національний медичний університет, кафедра загальної фармації з курсом клінічної фармакології; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра організації і економіки фармації; ас. М. В. Корольов, проф. Б. П. Громовик.

3. Джерело інформації: Стан і перспективи розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів (на прикладі Одеської області): науково-методичні рекомендації / укл. М. В. Корольов, Б. П. Громовик; рекомендовано ВР ОНМедУ. – Львів: Ліга-Прес, 2021. – 29 с.

4. Ким впроваджено: Мережею аптек «Конвалія», м. Кривий Ріг

5. Термін впровадження: червень 2021 р.

6. Ефективність впровадження: подані до впровадження положення науково-методичних рекомендацій сприятимуть вдосконаленню діяльності фармацевтичних організацій, інформаційному забезпеченню для прийняття управлінських рішень щодо стратегічного розвитку фармацевтичних організацій.

7. Зауваження та пропозиції: немає

Відповідальний за впровадження:
Коваленко І.О.


Коваленко І.О.

Додаток Г 9

ЗАТВЕРДЖУЮПроректор
з наукової роботи
Запорізького державного
медичного університету
проф. Туманський В. О.

« 5 » травня 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: результати з'ясування перспектив розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів задля підвищення їх якості життя.

2. Установа-розробник, п.і.б. авторів: Одеський національний медичний університет, кафедра загальної фармації з курсом клінічної фармакології; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра організації і економіки фармації; ас. М. В. Корольов, проф. Б. П. Громовик.

3. Джерело інформації: Стан і перспективи розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів (на прикладі Одеської області): науково-методичні рекомендації / укл. М. В. Корольов, Б. П. Громовик; рекомендовано ВР ОНМедУ. – Львів: Ліга-Прес, 2021. – 29 с.

4. Ким впроваджено: кафедра управління та економіки фармації Запорізького державного медичного університету.

5. Термін впровадження: квітень 2021 р. (протокол №15 від 23 квітня 2021 року).

6. Ефективність впровадження: подані до впровадження положення науково-методичних рекомендацій використані при формуванні інформаційного забезпечення науково-освітнього процесу кафедри.

7. Зауваження та пропозиції: немає

Відповідальний за впровадження:
в.о. завідувач кафедри, доцент.

Ткаченко Н. О.

Додаток Г 10

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор
з наукової роботи

Львівського національного
медичного університету
імені Данила Галицького
проф. Наконечний А. Й.



« 17 » 05 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: результати з'ясування перспектив розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів задля підвищення їх якості життя.

2. Установа-розробник, п.і.б. авторів: Одеський національний медичний університет, кафедра загальної фармації з курсом клінічної фармакології; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра організації і економіки фармації; ас. М. В. Корольов, проф. Б. П. Громовик.

3. Джерело інформації: Стан і перспективи розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів (на прикладі Одеської області): науково-методичні рекомендації / укл. М. В. Корольов, Б. П. Громовик; рекомендовано ВР ОНМедУ. – Львів: Ліга-Прес, 2021. – 29 с.

4. Ким впроваджено: кафедра організації і економіки фармації ЛНМУ імені Данила Галицького.

5. Дата початку впровадження: 26.04.2021 р.

6. Ефективність впровадження: подані до впровадження положення науково-методичних рекомендацій використані при формуванні інформаційного забезпечення науково-освітнього процесу кафедри.

7. Зауваження та пропозиції: немає

Відповідальний за впровадження:
доцент кафедри ОЕФ, к.фарм.н., доц.

Грушковська Д. Т.

ЗАТВЕРДЖУЮПроректор
з наукової роботи

Харківської медичної академії

імені І. П. Огольця

проф. Сергія М. А.



05

2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: результати з'ясування перспектив розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів задля підвищення їх якості життя.

2. Установа-розробник, п.і.б. авторів: Одеський національний медичний університет, кафедра загальної фармації з курсом клінічної фармакології; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра організації і економіки фармації; ас. М. В. Корольов, проф. Б. П. Громовик.

3. Джерело інформації: Стан і перспективи розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів (на прикладі Одеської області): науково-методичні рекомендації / укл. М. В. Корольов, Б. П. Громовик; рекомендовано ВР ОНМедУ. – Львів: Ліга-Прес, 2021. – 29 с.

4. Ким впроваджено: кафедра медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації.

5. Дата початку впровадження: 11 травня 2021 р.

6. Ефективність впровадження: подані до впровадження положення науково-методичних рекомендацій використані при формуванні інформаційного забезпечення науково-освітнього процесу кафедри.

7. Зауваження та пропозиції: немає

Відповідальний за впровадження:
старший викладач кафедри, к.ф.н.

Осинцева А.О.

Додаток Г 12

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор

з науково-педагогічної роботи
Національного університету
«Львівська політехніка»Давидчак О. Р.
05 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: Методичні рекомендації щодо методики опрацювання результатів з'ясування перспектив розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів задля підвищення їх якості життя.

2. Ким запропоновано: Одеський національний медичний університет, кафедра загальної фармації з курсом клінічної фармакології; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра організації і економіки фармації.

Автори: ас. М. В. Корольов, проф. Б. П. Громовик.

3. Джерело інформації: Стан і перспективи розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів (на прикладі Одеської області): науково-методичні рекомендації / укл. М.В. Корольов, Б.П. Громовик; рекомендовано ВР ОНМедУ. – Львів: Ліга-Прес, 2021. – 29 с.

4. Ким впроваджено: кафедра технології біологічно активних сполук, фармації та біотехнології Інституту хімії та хімічних технологій Національного університету «Львівська політехніка» у лекційний курс «Менеджмент та маркетинг у фармації» при вивченні теми 2. «Зміст маркетингу та його соціально-економічна спрямованість».

5. Дата початку впровадження: 5 травня 2021 р.

6. Ефективність впровадження:

Показники	За даними	
	розробників	установи, що затверджують
Подані до впровадження положення науково-методичних рекомендацій використані при формуванні інформаційного освітнього процесу кафедри.		

7. Зауваження, пропозиції: не має.

Відповідальний за впровадження:

В.о. завідувача кафедри
технології біологічно активних
сполук, фармації та біотехнології
Національного університету «Львівська політехніка»
д.х.н., проф.

В.І. Лубенець

ЗАТВЕРДЖУЮВ.О. проректора
з наукової роботиТернопільського національного
медичного університету
імені І. Я. Горбачевського
Д.М.н. Шевчук О.О.

«27» травня 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: результати з'ясування перспектив розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів задля підвищення їх якості життя.

2. Установа-розробник, п.і.б. авторів: Одеський національний медичний університет, кафедра загальної фармації з курсом клінічної фармакології; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра організації і економіки фармації; ас. М. В. Корольов, проф. Б. П. Громовик.

3. Джерело інформації: Стан і перспективи розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів (на прикладі Одеської області): науково-методичні рекомендації / укл. М. В. Корольов, Б. П. Громовик; рекомендовано ВР ОНМедУ. – Львів: Ліга-Прес, 2021. – 29 с.

4. Ким впроваджено: кафедра управління та економіки фармації з технологією ліків.

5. Дата початку впровадження: 12 травня 2021 р.

6. Ефективність впровадження: подані до впровадження положення науково-методичних рекомендацій використані при формуванні інформаційного забезпечення науково-освітнього процесу кафедри.

7. Зауваження та пропозиції: немає

Відповідальний за впровадження:
завідувач кафедри, проф.

Грошовий Т. А.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор
з наукової роботи
Івано-Франківського національного
медичного університету
проф. Вакалюк І. П.

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**

1. Найменування пропозиції для впровадження: результати з'ясування перспектив розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів задля підвищення їх якості життя.

2. Установа-розробник, п.і.б. авторів: Одеський національний медичний університет, кафедра загальної фармації з курсом клінічної фармакології; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра організації і економіки фармації; ас. М. В. Корольов, проф. Б. П. Громовик.

3. Джерело інформації: Стан і перспективи розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів (на прикладі Одеської області): науково-методичні рекомендації / укл. М. В. Корольов, Б. П. Громовик; рекомендовано ВР ОНМедУ. – Львів: Ліга-Прес, 2021. – 29 с.

4. Ким впроваджено: кафедра фармації.

5. Дата початку впровадження: 17 травня 2021 р.

6. Ефективність впровадження: подані до впровадження положення науково-методичних рекомендацій використані при формуванні інформаційного забезпечення науково-освітнього процесу кафедри.

7. Зауваження та пропозиції: немає

Відповідальний за впровадження:
завідувач кафедри, проф.

Грицик А. Р.



УКРАЇНА

ОДЕСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ

проспект Шевченка, 4, м.Одеса, 65032, тел./факс (0482) 34-29-71, тел. 718-93-26, 718-92-47
 E-mail: genotdel@odessa.gov.ua веб-сайт: http://oda.odessa.gov.ua/ Код ЄДРПОУ 00022585

№ _____
 на № _____ від _____

Довідка

про використання наукових результатів дисертаційної роботи
 асистента кафедри загальної фармації з курсом клінічної фармакології
 Одеського національного медичного університету
 Корольова Марата Валентиновича
 на тему «Комплексне оцінювання і шляхи підвищення якості
 фармацевтичної допомоги нерівномірно розподіленому населенню
 (на прикладі Одеської області)»

видана у тому, що опрацьовані ним, як здобувачем ступеня кандидата
 фармацевтичних наук розробки, представлені в науково-методичних
 рекомендаціях «Стан і перспективи розвитку фармацевтичної допомоги
 жителям нечисленних і віддалених населених пунктів (на прикладі Одеської
 області)» (2021 р.), будуть реалізовані під час доопрацювання стратегії
 розвитку Одеської області в частині організації фармацевтичної допомоги
 населенню.

Голова

Сергій ГРИНЕВЕЦЬКИЙ

ОДЕСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
 1/01-32/5498/2-21 від 25.06.2021



508400

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані наукові результати дисертації:

1. Shunkina S., Hromovyk B., Dorykevych K., Korolyov M. Access to opioid analgesics for palliative care patients in Ukraine: problems of past and present. *Palliative Medicine in Practice*. 2019; 13, 4: 187–196.
2. Громовик Б. П. Корольов М. В. Результати вивчення думки фармацевтичних фахівців щодо організації їх роботи в аптеках під час пандемії коронавірусу COVID-19. *Фармацевтичний журнал*. 2020. № 3. С. 39-44.
3. Організаційні особливості фармацевтичного забезпечення населення Тернопільської області / Я. І. Яцишин, О. М. Корнієнко, І. Я. Городецька, М. В. Корольов, Б. П. Громовик. *Фармацевтичний часопис*. 2020. № 2. С. 60-68.
4. Корольов М. В. Концептуальне моделювання якості фармацевтичної допомоги з позицій її терміноструктурних елементів та взаємозв'язку з логістичним обслуговуванням пацієнта. *Фармацевтичний часопис*. 2021. № 1. С. 71-75.
5. Корольов М. В., Громовик Б. П. Фізична доступність фармацевтичної допомоги в Одеській області до і після адміністративно-територіальної реформи. *Фармацевтичний часопис*. 2021. № 2. С.73-78.
6. Корольов М. В., Громовик Б. П. Перспективи розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів (на прикладі Одеської області). *Аннали Мечниковського Інституту*. 2021. № 2. С. 31-38. URL: http://www.imiamn.org.ua/journal/2_2021/PDF/8.pdf.

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

7. Громовик Б. П., Корольов М. В. Виклики для фармацевтичної допомоги, пов'язані з пандемією коронавірусу COVID-19: зарубіжний погляд. *Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи* : матеріали VI Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції (23-24 квітня 2020 р., м. Харків). Х.: НФаУ, 2020. С. 350-352.

8. Корольов М. В., Громовик Б. П. Пандемія коронавірусної хвороби COVID-19 та проблеми доступності фармацевтичної допомоги населенню, нерівномірно розподіленому територією України. *Сучасні напрямки удосконалення фармацевтичного забезпечення населення: від розробки до використання лікарських засобів природного і синтетичного походження*: матеріали науково-практичної дистанційної міжнародної конференції (м. Івано-Франківськ, 19-20 травня 2020 р.). Івано-Франківськ: ІФНМУ, 2020. С. 33-35.

9. Корольов М. В., Громовик Б. П. Важливість телефармації для надання якісної фармацевтичної допомоги населенню. *Науково-технічний прогрес і оптимізація технологічних процесів створення лікарських препаратів* : матеріали VII науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Тернопіль, 23-24 вересня 2020 р.). Тернопіль : ТНМУ, 2020. С.205-206.

10. Громовик Б. П., Корольов М. В. Проблемність фізичної доступності пацієнта до якісної фармацевтичної допомоги. *Підготовка спеціалістів фармації в рамках концепції «Навчання протягом життя (Life Long Learning)»*: наука, освіта, практика : матеріали II науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю (м. Харків, 21–22 жовтня 2020 р.). Х. : НФаУ, 2020. С. 86-89.

11. Громовик Б. П., Корольов М. В. Вербальне моделювання взаємозв'язку якості фармацевтичної допомоги та логістичного обслуговування пацієнта. *Актуальні проблеми розвитку галузевої економіки та логістики*: матеріали. VIII

міжнарод. науково-практичної internet-конференції з міжнародною участю (м. Харків, 12 листопада 2020). Х.: НФаУ, 2020. С.48-49.

12. Корольов М. В. Сценарії розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів. *Фармакоекономіка в Україні: стан і перспективи розвитку*: матеріали XIII науково-практичної Інтернет-конференції (м. Харків, 21 травня 2021 р.). Х. : НФаУ, 2021.С. 123.

13. Корольов М. В. Концепція якості фармацевтичної допомоги з позицій її надавачів, отримувачів, предмета та очікуваних результатів. *Управління якістю в фармації* : матеріали XV науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Харків, 25 травня 2021 р.). Х. : НФаУ, 2021.С. 70-71.

14. Характеристики якості фармацевтичної допомоги у взаємозв'язку з її терміноструктурними елементами та логістичним обслуговуванням пацієнта: науково-методичні рекомендації; укл. М.В. Корольов, Б.П. Громовик, Л. Р. Нікогосян; рекомендовано ВР ОНМедУ. Львів: Ліга-Прес, 2020. 15 с.

15. Стан і перспективи розвитку фармацевтичної допомоги жителям нечисленних і віддалених населених пунктів (на прикладі Одеської області): науково-методичні рекомендації; укл. М. В. Корольов, Б. П. Громовик; рекомендовано ВР ОНМедУ. Львів: Ліга-Прес, 2021. 29 с.

ВІДОМОСТІ ПРО АПРОБАЦІЮ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ

Основні положення та результати дисертації оприлюднювалися на 7 науково-практичних форумах:

VI Міжнародна науково-практична інтернет-конференція «Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи» (м. Харків, 23-24 квітня 2020 р.; публікація тез).

Науково-практична дистанційна міжнародна конференція «Сучасні напрямки удосконалення фармацевтичного забезпечення населення: від розробки до використання лікарських засобів природного і синтетичного походження» (м. Івано-Франківськ, 19-20 травня 2020 р.; публікація тез).

VII науково-практична конференція з міжнародною участю «Науково-технічний прогрес і оптимізація технологічних процесів створення лікарських препаратів» (м. Тернопіль, 23-24 вересня 2020 р.; публікація тез).

II науково-практично інтернет-конференції з міжнародною участю «Підготовка спеціалістів фармації в рамках концепції «Навчання протягом життя (Life Long Learning)»: наука, освіта, практика» (м. Харків, 21–22 жовтня 2020 р.; публікація тез).

VIII міжнародна науково-практична internet-конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми розвитку галузевої економіки та логістики» (м. Харків, 12 листопада 2020 р.; публікація тез).

XIII науково-практична Інтернет-конференції «Фармакоекономіка в Україні: стан і перспективи розвитку» (м. Харків, 21 травня 2021 р.; публікація тез).

XV науково-практична конференції з міжнародною участю «Управління якістю в фармації» (м. Харків, 25 травня 2021 р.; публікація тез).