

Рекомендована д. фармац. наук, проф. Т. Г. Калинюком

УДК 615.12:614.25

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

©Т. Ф. Музика

Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету, Харків

Резюме: досліджено організацію і здійснення фармацевтичного забезпечення лікувально-профілактичних закладів протягом певного історичного періоду. Виділено значимі три етапи його розвитку, окреслено особливості кожного із них та наукові дослідження, які проводили з цього напрямку. Визначено важливість участі аптеки і спеціалістів фармації у здійсненні фармацевтичного забезпечення лікувально-профілактичних закладів. З'ясовано організаційні досягнення на кожному етапі, які можуть бути враховані у сучасних умовах

Ключові слова: фармацевтичне забезпечення, лікувально-профілактичний заклад, аптека, спеціаліст фармації.

Вступ. У сучасних умовах в Україні фармацевтичне забезпечення (ФЗ) лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) здійснюється за різними організаційно-економічними схемами, що спонукає проведення досліджень відносно їх ефективності в історичному розрізі. Для проведення досліджень обрано період, який дає можливість визначити становлення і розвиток кожної із схем ФЗ. Аналіз стану ФЗ ЛПЗ показує, що роль аптеки і спеціалістів фармації у ФЗ у різні часи змінювалась, але не скасовувалась. Тому основним завданням ретроспективного аналізу ФЗ ЛПЗ стало вивчення пріоритетів і недоліків ФЗ ЛПЗ в минулому для урахування їх у сучасних умовах.

Методи дослідження. Основою дослідження слугували вимоги законодавчих і нормативних актів до організації і здійснення ФЗ ЛПЗ; науково-практичні рекомендації та статистичні матеріали діяльності ЛПЗ та ЛА і МЛА; вітчизняні наукові досягнення з організації та економіки фармації. В роботі використано сучасні наукові методи: порівняння (узагальнення законодавчої бази з регулювання ФЗ), логічний (дослідження динаміки змін у ФЗ), історичний (етапи розвитку ФЗ) тощо.

Результати й обговорення. Розвиток ФЗ ЛПЗ має глибокі історичні корені та узагальнену практику його виконання за участю аптеки.

Ретроспективний аналіз організації ФЗ ЛПЗ від першої половини ХХ ст. до сьогодні дозволяє окреслити декілька найбільш значимих етапів для розвитку ФЗ ЛПЗ.

I етап (1940 – 1960 рр.). ФЗ ЛПЗ здійснювалось виключно через аптеки лікувальних закладів (АЛЗ), які функціонували як відділення ЛПЗ, хоча на протязі цих років єдиних регламентованих підходів до ФЗ ЛПЗ ще не існувало.

На цьому етапі ЛПЗ (понад 40 % випадків) отримували ФЗ через госпрозрахункові роздрібні і оптово-роздрібні аптеки, які були підпорядковані територіальним аптечним управлінням. Організація виконання ФЗ ЛПЗ через такі аптеки мала певні недоліки, оскільки вони не завжди мали відповідні умови для виготовлення ліків за невластивою для них лікарняною рецептурою.

Тому для вирішення проблем і удосконалення ФЗ були створені АЛЗ, адаптовані до профілю кожного ЛПЗ, які мали 100 і більше ліжок, згідно з існуючими на той час положеннями [2, 6].

Проведений аналіз показав, що все ж залишилися певні недоліки здійснення ФЗ ЛПЗ з участю АЛЗ, оскільки ці аптеки існували на умовах відділень ЛПЗ, а саме:

- відведені приміщення для діяльності АЛЗ зазвичай не відповідали нормам проектування, тому АЛЗ не мали можливості правильно організувати зберігання лікарських засобів (ЛЗ) і виробів медичного призначення (ВМП), а окремі АЛЗ навіть не могли виділити спеціальні приміщення для матеріальних кімнат;

- АЛЗ майже не брали участі в організаційних заходах ФЗ ЛПЗ, наприклад, у складанні замовлень на перспективне постачання ЛЗ і ВМП;

- обмежена кількість працівників АЛЗ не могла організувати наявність достатнього для лікувального процесу асортименту ЛЗ та здійснення контролю якості ЛЗ;

- зовнішній контроль за належним виконанням діяльності АЛЗ був майже неможливим через відсутність прямої підпорядкованості АЛЗ територіальним аптечним управлінням, контрольно-аналітичним лабораторіям та інспекторським відділам.

Вивчення організації та методів виконання ФЗ ЛПЗ цього періоду проводили багато науковців,

зокрема: Т. І. Буленков, В. І. Добриніна, М. О. Ключев, К. М. Кутумова, О. К. Мельниченко, О. Ф. Третьяковим. Результатом співпраці науковців і практиків стали пропозиції щодо реорганізації здійснення ФЗ ЛПЗ, шляхом переведення бюджетних АЛЗ у підпорядкування Головному аптечному управлінню як госпрозрахункових лікарняних аптек (ЛА).

Отже, здійснення ФЗ ЛПЗ на першому етапі мало певні недоліки і не забезпечувало достатньої якості лікувального процесу. Тому на державному рівні було доведено, що більш кваліфіковане виконання ФЗ ЛПЗ можливе через мережу ЛА за умов їх галузевого підпорядкування територіальним аптечним управлінням. Завдяки чому почався новий етап здійснення ФЗ ЛПЗ через спеціалізовані ЛА, діяльність яких була повністю адаптована до прикріплених до них ЛПЗ [8].

II етап (1960 – 1990 рр.). ФЗ ЛПЗ характеризується переведенням АЛЗ у підпорядкування територіальним аптечним управлінням та заснуванням госпрозрахункових ЛА та міжлікарняних аптек (МЛА).

Організація діяльності аптек на госпрозрахунковій основі мотивувала ЛА і МЛА до пошуку оптимального режиму господарювання: пошуку невикористаних резервів, досягнення кращих економічних показників з гармонійним поєднанням адміністративних та економічних методів управління.

Отже, з 60-років ХХ ст., в Україні, крім АЛЗ, активно розвивається мережа госпрозрахункових ЛА і МЛА, і саме на них покладаються основні завдання з ФЗ ЛПЗ.

В основу створення ЛА було покладено принцип функціональної спеціалізації та концентрації виробництва ліків в умовах аптек, який давав можливість більш ефективно використовувати основні й обігові засоби. Однак створення ЛА повністю не вирішило питання покращення ФЗ усіх стаціонарних хворих. У великих містах, де ЛПЗ були розташовані поряд один з одним, створення ЛА при усіх ЛПЗ було визнано недоцільним та економічно не вигідним, оскільки ЛА з невеликим обсягом роботи було недоцільно оснащувати усім необхідним для її діяльності обладнанням. Тому організували МЛА з урахуванням особливостей регіональних умов [1].

Необхідно зазначити, що поєднання лікувально-профілактичної та лікарської допомоги в єдиному територіальному комплексі забезпечувало своєчасне отримання ліків населенням, скорочувало час на відвідування медичного та аптечного закладів, дозволяло здійснювати більш якісну співпрацю між медичними і фармацевтичними службами. Кількість ЛПЗ та інших закладів, прикріплених до МЛА, на той час відрізнялася і

коливалася від 2 до 150 і більше, зокрема з кількістю стаціонарів від 1 до 15 [3, 10].

Розташування МЛА в єдиному територіальному комплексі з ЛПЗ надавало значні переваги, а саме: дозволяло організувати централізовану доставку аптечних товарів, було основою для раціонального використання кадрового складу.

Зауважимо, що саме на цьому етапі приділялося найбільше уваги до ФЗ ЛПЗ на рівні як державних, так і галузевих програм. Створені ЛА і МЛА були затребувані і мали можливість успішно проводити свою діяльність.

Варто зазначити, що основні показники господарсько-фінансової діяльності в ЛА і МЛА повністю залежали від асигнування ЛПЗ на медикаменти й інші товари аптечного асортименту.

В ЛА і МЛА планувався оптовий товарообіг, а інколи і роздрібний товарообіг, але не більше 10 % від загального. Оскільки товарообіг не відображав реального обсягу роботи МЛА, то було запропоновано класифікувати МЛА не тільки за показниками товарообігу, а й за кількістю та профілем ліжок у прикріплених ЛПЗ.

Зауважимо, що на цьому етапі значне місце в діяльності ЛА і МЛА посідало виробництво ЛЗ як за обсягом виготовлення, так і за асортиментом. Отже, поряд з відпуском готових ЛЗ і ВМП, ЛА і МЛА виконували виробничі функції.

Необхідно підкреслити, що становлення госпітального фармацевтичного сектору України було пов'язано із упровадженням спеціальної державної програми, завдяки якій аптечні заклади забезпечувались приміщеннями, виробничим обладнанням і персоналом.

Значна кількість наукових досліджень присвячувалась ФЗ ЛПЗ, ролі АЛЗ, госпрозрахункових ЛА і МЛА та аспектів їх професійної діяльності. Саме на цьому етапі було проведено численні дослідження діяльності ЛА і МЛА як основних учасників ФЗ ЛПЗ.

Цими дослідженнями займалися авторитетні наукові школи під керівництвом А. І. Тенцової, К. І. Панченко, Л. В. Борисенко, Н. І. Брильової, Р. С. Скулкової, Т. І. Тольцман та ін.

Науковцями внесено пропозиції зі створення нових організаційних структур з фахової інформації про ЛЗ, використання сучасних інформаційних технологій тощо.

Для практичної системи охорони здоров'я та фармації такі наукові розробки слугували підґрунтям для формування кошторисів, обґрунтування штатного розпису, розширення мережі ЛА і МЛА та фінансування ЛПЗ.

Отже, протягом 1960–1990 рр. з боку держави приділялась значна увага діяльності ЛА і МЛА як основним виконавцям ФЗ ЛПЗ, що сприяло підвищенню ефективності їх роботи.

Разом з тим, у традиційному підході до рішення проблем ФЗ ЛПЗ при проведенні наукових досліджень була виявлена низка ускладнень, які визначались певними об'єктивними причинами: неможливістю відстеження реальних запасів медикаментів без інвентаризації через значний асортимент ЛЗ у ЛПЗ, складністю контролю за своєчасним використанням ЛЗ у межах терміну придатності, а також за раціональними витратами ЛЗ на рівні відділень ЛПЗ.

Ці проблеми свідчили про необхідність залучення штатних фармацевтичних фахівців у ЛПЗ. Це пояснювалось ще й тим, що збільшення кількості ЛПЗ, загалом ліжкової мережі, будівництво великих багатoproфільних ЛПЗ, організація численних спеціалізованих відділень призвели до збільшення обсягу ФЗ стаціонарних хворих і ускладнення його виконання з боку МЛА [5].

Тому до виконання ФЗ почали залучати штатних спеціалістів фармації з відповідною освітою і кваліфікацією. З збільшенням кількості багато-профільних ЛПЗ із значним обсягом ліжкового фонду навантаження на таких спеціалістів, відповідно, збільшувалося.

За практичним досвідом, посаду провізора (фармацевта) в ЛПЗ було передбачено чинним законодавством, однак документів, які б зобов'язували ЛПЗ мати в штаті таких спеціалістів, не було.

Тому в ЛПЗ, де не було введено до штату посаду провізора (фармацевта), всю відповідальність за ФЗ ЛПЗ було покладено на медичних сестер, які не мали спеціальних фармацевтичних знань. Разом з тим, у деяких ЛПЗ була введена посада провізора (фармацевта) для забезпечення якості ФЗ, яка за існуючими нормами чинного законодавства не передбачалась.

У тих ЛПЗ, де існували посади провізора (фармацевта), їх функції значно відрізнялися. Здебільшого вони полягали у постачанні відділень ЛПЗ ЛЗ і ВМП. Інші функції пов'язувались з контролем за дотриманням правил зберігання, термінів придатності ЛЗ у відділеннях ЛПЗ, за веденням їх обліку, забезпеченням відділень медикаментами, за відповідністю використання ЛЗ до призначень в історіях хвороб тощо. Значна частка діяльності провізора (фармацевта) була присвячена виконанню невластивих йому функцій, які не вимагали спеціальної освіти.

Щодо виконання консультативно-інформаційної функції ФЗ ЛПЗ, необхідно зазначити, що вона є важливою для ФЗ ЛПЗ, оскільки майже 90 % усіх медичних заходів здійснюється із застосуванням ЛЗ, тому її виконання має покладатися на спеціалістів фармації.

Регулярний збір інформації та її систематизація вимагають часу, тому виникла необхідність у виділенні консультативно-інформаційної функції ФЗ та призначення відповідальної особи, навіть уведення окремої посади провізора-інформатора.

III етап (1990р. – і до сьогодні). ФЗ ЛПЗ при-таманне швидке збільшення асортименту і кількості готових ЛЗ, уніфікація існуючих прописів ЛЗ, які виготовлялися в умовах аптек, і переведення їх у промислове виробництво, що призвело до скорочення виробничої діяльності ЛА і МЛА.

Результати проведеного аналізу свідчать, що незважаючи на те, що ЛА і МЛА брали на себе відповідальність за виконання ФЗ ЛПЗ, зміни в законодавстві, а саме упровадження тендерних закупівель за державні кошти, призвели до зниження можливостей ЛА і МЛА в його організації та виконанні і до зменшення їх прибутковості. Крім того, це призводить до погіршення ефективності фінансової діяльності ЛА і МЛА, збільшення частки роздрібного товарообігу в них з метою дотримання прибутковості діяльності.

Відповідно до «Положення про порядок організації та проведення конкурсів (тендерів) на закупівлю готових лікарських засобів установами та закладами охорони здоров'я за рахунок бюджетних коштів», затверджене наказами Мініекономіки України, Міністерством зовнішніх економічних зв'язків і торгівлі, МОЗ України, Держкоммедбіопрому України №155/784/336/144 від 27.11.1998 р., фактично скасувалося прикріплення ЛА і МЛА до ЛПЗ, що вимагало від адміністрації ЛПЗ проводити конкурси на закупівлю усіх товарів, зокрема й ЛЗ і ВМП, необхідних для їх повноцінної діяльності. ЛПЗ на цьому етапі пристосовуються до вимог чинного законодавства та шукають нові підходи до методів організації і виконання ФЗ.

З'являються різні організаційно-економічні схеми ФЗ ЛПЗ, які не передбачають обов'язкової участі аптеки в ньому.

Характерною ознакою сьогодення є те, що ФЗ ЛПЗ здійснюється без участі аптеки, безпосередньо через фармацевтичних виробників та оптові фармацевтичні компанії, медичними працівниками, майже без залучення спеціалістів фармації [4].

Таке становище зумовлене багатьма чинниками, основні з них:

- недостатнє фінансування ЛПЗ, що змушує їх керівництво скорочувати витрати за рахунок персоналу;
- недосконалі умови оплати праці фахівців, які займаються ФЗ ЛПЗ, що зумовлює дефіцит претендентів на такі вакансії;

• обмежене фінансування ЛПЗ, яке торкається навіть гарантованих статей витрат ЛПЗ, зокрема фінансування ЛЗ і ВМП, що призводить до зниження їх закупівлі як в грошовому, так і натуральному виразі.

За звітними статистичними даними МОЗ України, наявність АЛЗ за останні десять років значно зменшилась як за кількісними, так і за якісними показниками виконання ФЗ, а саме:

- більшість АЛЗ не здійснюють виробничих функцій або значно зменшили їх обсяг;
- АЛЗ часто виконують лише постачальницькі функції для забезпечення регіональних програм лікування окремих нозологій хворих, що скорочує діапазон їх участі у ФЗ.

Проведений аналіз щодо діяльності ЛА і МЛА показав, що в умовах жорсткої конкуренції та відсутності пільг для проведення діяльності госпрозрахункові ЛА і МЛА вимушені насамперед враховувати прибутковість, за таких умов саме готові ЛЗ є більш рентабельними. Це призвело до зменшення асортименту ліків «ex tempore», зменшення товарообігу ЛА і МЛА і, як результат, їх кількості. Але, незважаючи на існуючі труднощі у діяльності ЛА і МЛА, можна стверджувати, що здійснення ФЗ ЛПЗ через ЛА і МЛА є раціональним [7].

Щодо ролі спеціаліста фармації у проведенні консультативно-інформаційної роботи з медичними працівниками, то вона на сучасному етапі значно обмежена. Для цього є певні підстави:

- по-перше, кількість АЛЗ, ЛА і МЛА за останні роки зменшилась, а кількість спеціалістів фармації у штаті ЛПЗ незначна. Виконання функціональних обов'язків спеціалістів фармації здійснюються таким чином, що на проведення консультативно-інформаційної роботи не залишається часу;

Література

1. Иванова О. Аптечная и больничная фармация: проблемы и способы решения / О. Иванова // Московские аптеки. – 2005. – № 6. – С. 3–7.
2. Листкова Р. В. Исследование по совершенствованию организации работы аптек лечебно-профилактических учреждений : автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. фармац. наук / – Х., 1973. – С. 19.
3. М'якушко Н. І. Про підвищення ролі фармацевта і аптеки як закладу охорони здоров'я в лікарському забезпеченні населення / Н. І. М'якушко // Фармац. журн. – 1996. – № 4. – С. 96–101.
4. Мурашко А. М. Розвиток фармацевтичної діяльності в наданні якісної медикаментозної допомоги хворим лікувально-профілактичних закладів в Україні / А. М. Мурашко, Н. М. Печененко // Вісник фармації. – 2010. – № 3. – С. 55–57.
5. Олейник Г. А. Задачи и функции провизора лечеб-

– по-друге, комерціалізація медицини та висока конкуренція на фармацевтичному ринку спонукала фармацевтичних виробників просувати власну продукцію на рівні закладів охорони здоров'я із залученням окремих медичних працівників.

Зазначимо, що на сучасному етапі розвитку ФЗ ЛПЗ вчені проводяться різнопланові наукові дослідження, зокрема О. П. Гудзенко, О. М. Заліська, Т. І. Ермоленко, А. В. Кабачна, А. А. Котвіцька, З. М. Мнушко, А. С. Немченко, Г. Л. Панфілова, Б. Л. Парновський, І. В. Пестун, В. М. Толочком, В. М. Хоменко та ін., за багатьма напрямками ФЗ. Разом з тим, комплексних досліджень з питань ФЗ ЛПЗ за різними організаційно-економічними схемами не проводили [9].

Загальні результати проведеного аналізу організації ФЗ ЛПЗ, за даними літературних джерел, свідчать про нагальну потребу в їх комплексному дослідженні на нинішньому етапі з урахуванням особливостей функціонування ЛПЗ і сучасних вимог до їх ФЗ.

Висновки. 1. Проведений ретроспективний аналіз літературних джерел з ФЗ ЛПЗ доводить, що у його розвитку можна виділити декілька значимих етапів. Найбільш ефективним був етап (1960 – 1990 рр.), коли за державними програмами ФЗ ЛПЗ здійснювалось через госпрозрахункові ЛА і МЛА.

2. Встановлено, що протягом усього досліджуваного періоду аптека і штатні спеціалісти фармації ЛПУ відігравали значну роль у здійсненні ФЗ ЛПЗ.

3. Результати досліджень показали, що проблеми ФЗ ЛПЗ у сучасних умовах потребують поглибленого вивчення для виявлення позитивних і негативних аспектів цього напрямку діяльності ЛПЗ та подальшого його вдосконалення.

- но-профилактического учреждения / Г. А. Олейник, Е. И. Панченко // Фармация. – 1984. – № 3. – С. 8–11.
6. Панченко Е. И. Республиканский семинар «Роль межбольничных аптек в улучшении и совершенствовании лекарственного обслуживания лечебно-профилактических учреждений республики/ Е. И. Панченко // Фармация. – 1975. – № 3. – С. 90–91.
7. Пономарёва Л. Развитие по сценарию западных стран: больничные аптеки нужны // [Электронный ресурс] // Фармацевтический вестник. – 2005. – № 26 (389). – Режим доступа до журн.: <http://www.farmvestnik.ru/cgi-bin/statya.pl?sid=9899>.
8. Толочко В. М. Дослідження фармацевтичного забезпечення лікувально-профілактичних закладів / В. М. Толочко, Т. Ф. Музика, М. В. Зарічкова // Вісник фармації. – 2010. – № 4 (64). – С. 62–65.
9. Толочко В. М. Нормативне регулювання фармацев-

тичного забезпечення лікувально-профілактичних закладів / В. М. Толочко, Т. Ф. Музика // Український вісник психоневрології. – 2011. – Т. 19, вип. 2 (67). – С. 111–112.

10. Хадсон С. Больничные аптеки // Провізор. – 2008. – № 1. – Режим доступу до журн.: http://www.provisor.com.ua_archive/2008/N01/bolnih_aptek.php.part_code=37&art_code=6281

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Т. Ф. Музика

Институт повышения квалификации специалистов фармации Национального фармацевтического университета, Харьков

Резюме: исследованы организация и осуществление фармацевтического обеспечения лечебно-профилактических учреждений на протяжении определенного исторического периода. Выделены значимые этапы его развития, определены особенности каждого из них и научные исследования, которые проводили в этом направлении. Определена важность участия аптеки и специалистов фармации в осуществлении фармацевтического обеспечения лечебно-профилактических учреждений, обозначены факторы, от которых зависит необходимость их участия в нем на протяжении всего исследуемого периода. Выявлены организационные преимущества каждого из этапов, которые необходимо учитывать в современных условиях.

Ключевые слова: фармацевтическое обеспечение, лечебно-профилактическое учреждение, аптека, специалист фармации.

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF MEDICAL ESTABLISHMENTS OF PHARMACEUTICAL PROVISION ORGANIZATION

T. F. Muzika

Institute of Pharmacy Professionals Qualification of National Pharmaceutical University of Pharmacy, Kharkiv

Summary: organization and implementation of medical establishments pharmaceutical provision during a certain period of history was studied. The significant 3 stages of its development was distinguished, features and scientific investigations carried out in this field was described. Importance of pharmacy and pharmacy specialists participation in pharmaceutical provision of medical establishments was determined. The organizational advantages on each stages, what it's necessary to take into consideration was found out.

Key words: pharmaceutical provision, medical establishment, pharmacy, pharmacy specialist.