

СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗА УМОВ ВПРОВАДЖЕННЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

A.A. Котвіцька

Національний фармацевтичний університет

Ключові слова: сімейна медицина; сім'я; первинна медико-санітарна допомога; національна лікарська політика

Представлено узагальнена емпірична модель надання фармацевтичної допомоги населенню. Проведене моделювання національної лікарської політики (НЛП), яка орієнтується на надання первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) в умовах втілення сімейної медицини. Сформульовані проблеми, які на сьогоднішній час гальмують втілення на відповідному рівні сімейної медицини в Україні та вимагають першочергового їх вирішення, а саме: неготовність системи охорони здоров'я надати юридичну, економічну, управлінську самостійність структурам ПМСД; невизначеність принципів, механізмів і моделей НЛП з орієнтацією на сімейну медицину. Виділені питання, які стосуються нормативно-правової бази, підготовки спеціалістів цього напрямку, що вимагають вирішення в умовах реформування ПМСД як на державному, так і на регіональному рівнях. Згідно з даними літератури представлений досвід розвитку інституту лікаря загальної практики в США та в Україні.

Черговий II з'їзд лікарів за-
галльної (сімейної) практи-
ки України, що відбувся у м. Хар-
кові 24-26 жовтня 2005 року, за-
свідчив нагальну необхідність кар-
динальних змін у системі охоро-
ни здоров'я, перш за все, розвит-
ку та впровадження в державі
сімейної медицини, пріоритетно-
сті фінансування первинної меди-
ко-санітарної допомоги, введення
організаційно-правових інституцій
обов'язкового медичного страху-
вання. У доповідях Президента
України Ющенка В.А. та Міністра
охрані здоров'я Поляченка Ю.В.
було наголошено на необхідності
реформування фармацевтичної га-
лузі та удосконалення механізмів
фармацевтичної допомоги.

Сім'я — спільність людей, по-
єднаних відношеннями шлюбо-

сті, батьківства, родинності, спіль-
ного ведення домогосподарства.
Сім'я є основною "ланкою" (ко-
міркою) суспільства і виконує важ-
ливі соціальні функції.

Основними функціями сім'ї є:
біологічна (репродуктивна), еко-
номічна, соціальна, культурна, про-
світницька, виховна, функція со-
ціалізації дітей, медична та інші.

Якість виконання сім'єю своїх
функцій визначає її потребу в
медико-санітарній, у тому числі й
фармацевтичній допомозі.

У теперішній час українська
сім'я переживає значні труднощі,
обумовлені загальнонаціональни-
ми явищами, які накладають пев-
ний відбиток на відношення сім'ї
до системи охорони здоров'я, здо-
ров'я людини, використання лі-
карських засобів та виробів ме-

дичного призначення. У суспіль-
стві процеси соціальної диферен-
ціації, що посилились в останній
час, мають вплив на найважли-
віші функції сім'ї, перш за все,
соціальну, економічну та медич-
ну та призводять до погіршення
стану здоров'я громадян. Втрата
сім'єю оздоровчої медичної функ-
ції під впливом економічних умов
є вельми небезпечною для су-
спільства.

У цих умовах підвищується
актуальність дослідження основ
формування здоров'я та життє-
діяльності сім'ї.

Національна система охорони
здоров'я є провідним соціальним
інститутом, відповідальним за здо-
ров'я людини. Її розвиток і фор-
мування є складовою частиною
державного будівництва, соціаль-
ної системи і державної політики.

На сучасному етапі вважає-
ться, що найбільш ефективною фор-
мою організації первинної допо-

А.А. Котвіцька — канд. фарм. наук, доцент кафедри організації
та економіки фармації Національного фармацевтичного університету
(м. Харків)

можи є система, в якій провідну роль відіграє загальна лікарська практика — сімейна медицина.

Ще в 1978 р. в Алмаатинській декларації ВООЗ було визнано значення первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) з точки зору покращення здоров'я населення Землі. Алмаатинська декларація ініціювала проведення реформ у галузі ПМСД у багатьох країнах світу, в тому числі і в Україні [9].

В основу національної політики досягнення здоров'я населення всім Європейським регіональним бюро ВООЗ було поставлено завдання до 2010 р. сформувати як мінімум у 90% країн регіону комплексні первинні медико-санітарні служби на основі сімейної медицини — служби загальної практики [12].

Відповідно до позиції ВООЗ здоров'я людини є головним критерієм доцільності та ефективності всіх сфер суспільного життя, а основну відповідальність за здоров'я народу несуть уряди країн. Тому реорганізація надання ПМСД на засадах сімейної медицини є важливою частиною державної політики в охороні здоров'я.

Принципи реформування ПМСД на засадах сімейної медицини — це орієнтація на сім'ю, забезпечення безперервності медичної допомоги від народження і протягом усього життя людини, профілактична спрямованість на формування здорового способу життя, збереження і зміцнення здоров'я кожної сім'ї, врахування в медичній діяльності впливу на пацієнтів соціально-економічних, економічних, спадкових, психологічних та інших чинників, розширення функцій лікарів [3, 9].

Лікар загальної практики (дільничний) сімейний лікар повинен освоїти та виконувати види діяльності, які знаходять свою деталізацію у кваліфікаційній характеристиці на певного фахівця.

Реорганізація ПМСД на засадах сімейної медицини набула пріоритетності в молодій українській державі після прийняття 20 червня 2000 року Постанови Кабінету Міністрів України №989

“Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я”. Десять років тому виникла спроба визначення нового підходу до здоров'я населення.

Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, прийнята наприкінці 2000 р., серед провідних заходів реформування галузі передбачає розвиток ПМСД на засадах сімейної медицини (Указ Президента України від 07.12.2000 р. №1313/2000). Кабінет міністрів України затвердив комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я (Постанова КМ України від 23.02.2001 р. №72). Затверджено ряд нормативних документів з питань організації сімейної медицини [1].

Сімейна медицина — це організація системи охорони здоров'я, здатна покрити 90% усіх медичних послуг, яких потребує населення. Тому перехід до сімейної медицини є логічним.

У США посада сімейного лікаря з'явилася як наслідок економічних і медичних проблем населення. Американська система охорони здоров'я є достатньо дорогою, якщо не найдорожчою у світі. Добровільне (приватне) страхування через страхову компанію — основа системи. Кожен громадянин має придбати страховий поліс на певні види медичних послуг, що складає для нього від 3600 до 4200\$ на рік. Держава допомагає в основному пенсіонерам. Придбати страховку людині, яка має хронічні хвороби серцево-судинної системи, ендокринної системи чи інші хронічні хвороби, практично неможливо, так як страхові компанії відмовляються мати справу з людьми, схильними до ризику. Їм потрібно звертатися до спеціалістів, а це дуже дорого.

Тому ідея сімейного лікаря — добрий вихід із ситуації, що дає можливість знизити витрати громадян на виплату різним лікарям-спеціалістам і за помірковану плату отримати кваліфіковане медичне обслуговування. Причому як індивідуальне, так і для членів

власної сім'ї. Таким чином, був попит, є й пропозиція. Держава підтримала ідею, при цьому акцентуючи увагу на високому рівні професійної підготовки спеціаліста — сімейного лікаря. На теперішній час в Америці з усіх лікарів третина — це сімейні лікарі [12, 16].

Майбутній сімейний лікар — Family Practice — повинен пройти довгий шлях навчання: коледж, університет та трирічне оволодіння професією. Кожні 6 років сімейний лікар підтверджує власні знання перед екзаменаційною комісією. Навчання коштує від 100 до 200 тисяч доларів, вивчення додаткових спеціальностей сплачується окремо.

Американський Family Practice володіє переліком практик: робота у стаціонарі, на швидкій допомозі, у травматології, надання акушерської допомоги, геронтологія, дослідницька та спортивна медицина та обов'язковий перелік діагностичних процедур: ЕКГ, дерматологічна та ендометріальна біопсії, колоноскопія, аудіометрія, тонометрія, рентген, мамографія, електрохірургія, УЗД, ЕхоКГ. Лікар повинен бути в курсі всіх останніх наукових досліджень, які мають відношення до питань як діагностики, так і лікування [6].

Але, навіть маючи грунтовну професійну підготовку, лікар не застрахований від помилок. На цей випадок лікар страхує себе юридично та вносить досить великі страхові внески до Асоціації медичних працівників, котра захищає його інтереси. Таким чином, американський лікар є правомочним громадянином країни, захищеним законом та презумпцією невинності.

Зрозуміло, що для ефективного розвитку інституту сімейної медицини потрібна достатня кількість кваліфікованих кадрів, а одним з найважливіших напрямків розвитку сімейної медицини є підготовка кадрів, яка повинна бути орієнтована на світовий досвід (у розвинутих країнах інститут сімейної медицини функціонує вже декілька десятиріч) з урахуван-

ням, звичайно, національних особливостей.

З початку 90-х років здійснюються підготовка сімейних лікарів — лікарів загальної практики. У багатьох вищих навчальних закладах відкриті кафедри сімейної медицини для післядипломної підготовки сімейних лікарів, переважно з числа практикуючих терапевтів та педіатрів. Відкрита інтернатура з сімейної медицини. На сьогодні в Україні за спеціальністю "Загальна практика — сімейна медицина" випускаються лише 420-430 спеціалістів на рік, при тому, що країні необхідно 33 тис. лікарів цього напрямку. З таким обсягом підготовки кадрів процес забезпечення триватиме приблизно 100-120 років [3, 7].

Для вирішення кадрового питання МОЗ України прийняло рішення стосовно проходження інтернатури випускниками медичних вищих навчальних закладів. Так з 2005 р. ті випускники, що навчались за бюджетні кошти, будуть проходити інтернатуру лише за тими спеціальностями, які реально необхідні сьогодні, наприклад, інфекціоністи, рентгенологи, лікарі-лаборанти, патологоанатоми, лікарі загальної практики та ін., і в цьому випадку навчання буде безкоштовним; усі інші випускники зможуть пройти інтернатуру безкоштовно, якщо виберуть одну з наведених спеціальностей.

В Україні про пріоритетність сімейної медицини в реформуванні первинної ланки охорони здоров'я сказано та написано немало. Указ Президента України 2000 р., відповідні постанови Кабінету Міністрів України визначили першочерговість розвитку цього напрямку. На сьогодні існують і конкретні нормативно-правові документи з питань організації сімейної медицини. Однак реформа букає, стикаючись з проблемами існуючої системи охорони здоров'я [11].

Експерти ВООЗ визначили, що об'єктивну потребу населення в первинній медикаментозній допомозі можна представити у вигляді піраміди. Найвища потреба у

населення в первинній медичній допомозі, значно нижче — у спеціалізованій, ще нижче — у високоспеціалізованій. Цьому має відповідати і структура споживання медичних послуг.

В Україні ця піраміда нагадує перевернуту піраміду — кількість високоспеціалізованих лікарів складає 89%, дільничних терапевтів — 5%, дільничних педіатрів — 4%, лікарів загальної практики — 2%. На сьогоднішній день близько 20% усіх лікарів — люди пенсійного віку [7].

Екстенсивний розвиток вітчизняної охорони здоров'я, активне здійснення "вузької" спеціалізації медичної допомоги (наявність медичних спеціальностей у Східній Європі — від 16 до 23, в Україні — 123) сприяли звуженню функцій лікаря, зменшенню ролі, авторитету і престижу дільничного лікаря-терапевта і педіатра, привели до втрати комплексності та послідовності у наданні медичної допомоги, зниження ефективності профілактичної і диспансерної роботи [3].

Це особливо стосується тих випадків, коли один пацієнт перебуває під наглядом 3-4 спеціалістів одночасно, причому кожен з них лікує лише хворобу свого профілю. У роботі дільничних лікарів України відсутня сімейна орієнтація медичного забезпечення. Як правило члени однієї родини перебувають під наглядом різних лікарів (терапевта, педіатра, кардіолога, психіатра тощо).

Крім того, вітчизняна охорона здоров'я перебуває в системі соціальних протиріч — ми маємо велику кількість стаціонарів, велику кількість спеціалізованих медичних закладів і при цьому найменшу в Європі тривалість життя. Рак, туберкульоз, ВІЛ/СНІД набули в Україні жахливих масштабів. Показник захворюваності на ВІЛ/СНІД становить 26 випадків на 100 тис. населення, що перевищує середньоєвропейський показник майже у два рази і є найвищим щодо темпу зростання захворюваності у Європі.

Недоліки в організації медичної допомоги на рівні дільничної

служби (як терапевтичної, так і педіатричної) в Україні призвели до компенсаторного непропорційного розвитку більш дорогих видів медичної допомоги, таких як спеціалізована, стаціонарна, швидка, до нераціональних витрат кадрових, фінансових і матеріальних ресурсів системи охорони здоров'я. Як відомо, на стаціонарну допомогу витрачається 80% коштів, виділених на охорону здоров'я, серед яких вагому частку становлять паливо, оплата комунальних послуг тощо [2].

Вперше за роки незалежності сімейну медицину запровадили у Львові. Сталося це близько 15 років тому. Сьогодні тут створено Асоціацію сімейних лікарів, яка нараховує близько 170 членів, а ще раніше у 1990-1991 рр. впровадження сімейної медицини у рамках експерименту відбулося у Ватутінському районі м. Києва і за більшістю показників експеримент виявився дуже вдалим, але незрозуміло чому, він закінчився [6].

Одним з лідерів розвитку сімейної медицини сьогодні є місто Комсомольськ Полтавської області. Тут пацієнтами сімейних лікарів є вже третина мешканців цього міста. Кошти на утримання мережі сімейної медицини виділяє міська рада з місцевого бюджету і передає їх сімейним лікарям. Із цих грошей лікар виділяє платню собі та персоналу амбулаторії, оплачує оренду приміщення, купує ліки для невідкладної допомоги та необхідне обладнання, а у деяких випадках навіть платить міській лікарні за госпіtalізацію хворого.

У рамках експерименту поступово впроваджується нова модель ПМСД на засадах сімейної медицини в Михайлівському районі Запорізької області, Сакському районі в Криму та у місті Хмельницький [4, 11].

Скрізь, де запроваджена ця безумовно позитивна практика, зросла довіра пацієнтів до лікаря, поліпшилася профілактична робота, підвищився рівень раннього виявлення та ефективності лікування різноманітних захворювань, зменшилась кількість ви-

кликів швидкої і невідкладної допомоги.

Це позитивні моменти, але не менше є проблем. Особливої уваги потребують умови та оплата праці сімейних лікарів, оснащення амбулаторій необхідним інструментарієм, санітарним транспортом для надання екстреної допомоги, правові взаємовідносини між лікарем та пацієнтом. Крім цього, надзвичайно громіздка звітна і медична документація відбирає приблизно 60% часу лікаря. За здоров'я відповідає лікар, а не сам пацієнт, тому розробка стратегії переходу до первинної допомоги на принципах сімейної медицини не може обмежуватися питаннями медико-технологічного характеру. Навіть добре навчений і забезпечений усім необхідний лікар не виконе покладених на нього завдань, якщо не матиме автономії у прийнятті рішень, обладнаних робочих місць та економічної мотивації. Тому, щоб в Україні була достойна медична галузь, яка працює на здоров'я нації, гідний лікар, потрібні кардинальні зміни.

Перш за все, потрібно налагодити фінансування медицини, а саме розробити раціональну концепцію фінансування (наприклад, фінансування з державного бюджету, бюджету органів міської влади та на договірній основі), вдосконалити правову базу діяльності сімейного лікаря, можливо, надати сімейному лікарю статус юридичної особи [5, 9]. Невизначеність економічних умов реорганізації ПМСД на засадах сімейної медицини є суттєвим гальмом, що потребує системного підходу до їх реалізації.

Необхідно запровадити державні програми забезпечення ПМСД у сільських районах на засадах сімейної медицини — це може розглядатися як перший етап реформування. В подальшому необхідне впровадження сімейної медицини в регіоні на всіх рівнях його адміністративних складових одиниць — районів, міст, сіл, селищ [1].

Подальший розвиток реорганізації ПМСД, впровадження принципів сімейної медицини потребує суттєвих змін існуючих адміністративних відносин у системі охорони здоров'я, доповнення їх новими зв'язками, які мають відповідати функціональним, економічним, медико-технологічним і організаційним вимогам, а також вирішення специфічних проблем надання фармацевтичної допомоги населенню [13, 15].

На початку ХХ століття у світі відбулася зміна пріоритетів: якщо раніше вирішення проблем охорони здоров'я та фармації здійснювалось здебільшого в паралельному напрямку, при цьому пріоритет надавався охороні здоров'я, то зараз маємо рівноправне положення охорони здоров'я та фармацевтичної галузі, а також єдиний комплексний підхід до вирішення їхніх проблем. Сучасні задачі ПМСД та фармацевтичної допомоги потребують комплексного вирішення проблем впровадження сімейної медицини в Україні. Проблеми, що розглядаються, відносяться до особливо складних соціально-економічних задач, у зв'язку з чим вимагають використання моделювання процесу формування національної лікарської політики (НЛП), що й було здійснено нами відносно НЛП, яка зорієнтована на ПМСД населенню за умов упровадження сімейної медицини (рис.). Для розробки системи моделей, що описують взаємозв'язок показників фармацевтичної допомоги та ПМСД, за умови впровадження сімейної медицини, на нашу думку, необхідні наступні передумови науково-практичних обґрунтувань, а саме:

- складання та удосконалення загальнодержавних стандартів ПМСД, аналіз стандартів фармакотерапії розповсюджених захворювань у практиці сімейних лікарів;
- розробка та впровадження механізмів відшкодування вартості основних лікарських засобів з диференціацією співчасті населення в залежності від рівня сімейного доходу;
- моніторинг показників, які характеризують фактичний рівень фармацевтичної допомоги, що здійснюються лікарями загальноНої (сімейної) практики та фармацевтичними працівниками.

Узагальнена система моделей, що пропонується нами згідно з рис., може бути представлена емпіричною функцією

$$F_d^I = f(M_d^I, N^I, Z^I, V^I, W)$$

та оптимізації наступних показників (критеріїв)

$$\left\{ \begin{array}{l} \bullet \text{ доступності} \\ \sum_i D_i (F_d^I) \rightarrow \max, D_i \rightarrow 1 \\ \bullet \text{ якості} \\ \sum_i K_i (F^I d) \rightarrow \max \\ \bullet \text{ раціональне використання} \\ \sum_i R_i (F^I d) = \sum_i S_i / E_i \rightarrow \max. \end{array} \right.$$

У запропонованій нами системі моделей використані такі умовні позначки:

$F^I d$ — комплексний показник, що характеризує фармацевтичну допомогу при наданні ПМСД;

M_d^I — комплексний показник, що характеризує ПМСД як сімейну медичну практику;

N^I — показник, що характеризує роботу лікарів загальної (сімейної) практики;

Z^I — показник захворюваності, що характеризує ПМСД;

V^I — показник, що характеризує рівень бюджетного фінансування ПМСД;

W — статистичні показники доходності населення;

D — комплексний показник доступності, який розраховується в розрізі окремих лікарських препаратів та в цілому по основних лікарських засобах (ОЛЗ);

K — комплексний показник, що характеризує якість фармацевтичної допомоги;

R — показник раціонального використання лікарських препаратів, що характеризується фармацеекономічним показником відношення вартості (S_i) до терапевтичної ефективності (E_i) i-го лікарського препарату.

Найважливішим показником НЛП є доступність фармацевтичної допомоги населенню, перш за все, при наданні ПМСД. У розробці та впровадженні механізмів відшкодування вартості ліків по-



Рис. Моделювання національної лікарської політики, зорієнтованої на ПМСД населенню за умов впровадження сімейної медицини

стає задача максималізації доступності основних лікарських засобів (ОЛЗ), які використовуються в стандартах фармакотерапії при наданні населенню ПМСД. Нами був проведений комплексний аналіз схем фармакотерапії розповсюджених захворювань у практиці сімейних лікарів, а також ОЛЗ, включених до Національного переліку: таких ОЛЗ виявилось 275 найменувань із 740, тобто 37%.

Для визначення доступності ОЛЗ та фармацевтичної допомоги, що надається у процесі сімейної медичної практики, ми пропонуємо показник, що розраховується таким чином:

$$D(Fd^I) = \frac{I_s \cdot V_{\text{прож. min}}}{I_{\text{р.д.}} \cdot V_k},$$

де: I_s — зведений індекс цін на ОЛЗ, які використовуються лікарями загальної (сімейної) практики; $I_{\text{р.д.}}$ — індекс реальних доходів, який характеризує зміну купівельної спроможності населення у періоді, що аналізується порівняно з базовим;

$V_{\text{прож. min}}$ — прожитковий мінімум, який характеризує у грошо-

вому виразі мінімальний набір споживчих благ та послуг (включаючи медичну та фармацевтичну допомогу), необхідних для задоволення основних потреб людини; V_k — вартість споживчого кошика члена сім'ї в період, що досліджується.

З метою оптимізації рівня доступності фармацевтичної допомоги і досягнення бажаної межі доступності ОЛЗ ($D=1$) зведений індекс росту цін на відповідні ОЛЗ у співвідношенні з індексом реальних доходів не повинен перевищувати відношення суми прожиткового мінімуму до вартості споживчого кошика [14].

У системі моделей, з нашої точки зору, доцільно обчислювати доступність з урахуванням статистичних показників диференціації, які характеризують доступність фармацевтичної допомоги для сімей з різним рівнем достатку та доходності, звертаючи особливу увагу на сім'ї, які знаходяться на порозі бідності, та на багатодітні сім'ї.

Попередній аналіз очікуваних результатів із згідно запропонованими нами моделями НЛП за

умов розвитку сімейної медицини в Україні показав наступне:

- зміни у структурі споживання ЛЗ та ВМП — підвищення рівня споживання профілактичних засобів, вітамінів, імуностимуляторів ЛЗ, БАД та ін.; підвищення показника доступності ЛЗ за рахунок адекватності врахування платоспроможності та реальних потреб в ефективній фармацевтичній допомозі;
- підвищення рівня якості фармацевтичної допомоги, зниження захворюваності та терміну одужання та ін.;
- досягнення максимального рівня раціонального використання ЛЗ;
- вмотивоване вирішення проблем рецептурного відпуску ліків.

Таким чином, обговорювати потрібно не глобальні питання необхідності впровадження сімейної медицини, ця необхідність доведена світовим досвідом, а на самперед мотивацію сімейного лікаря щодо роботи; необхідно вести пошук лікарів відповідного рівня і займатися їх підготовкою, працювати над створенням нор-

мативної бази та стандартів роботи, створювати обладнані амбулаторії та робочі місця. Треба побудувати систему моделей економічно і соціально доцільну, життєздатну, навіть, можливо, диференційовану для кожного регіону [9, 10].

На сьогоднішній день невирішеними залишається ряд питань,

що гальмує впровадження сімейної медицини, а саме:

- неготовність системи охорони здоров'я надати юридичну, економічну, управлінську самостійність структурам первинної медико-санітарної допомоги;
- відсутність в суспільстві престижу спеціальності "лікар загальної практики"; недостат-

ність економічної та матеріальної мотивації праці сімейного лікаря;

- недостатня інформованість населення про суть та переваги сімейної медицини, а також пропагування здорового способу життя;
- невизначеність принципів, механізмів та моделей НЛП з орієнтацією на сімейну медицину.

ЛІТЕРАТУРА

1. Указ Президента України "Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення" від 06.12.2000 р. за №1694 / 2005.
2. Берник М. //Ваше здоров'я. — 2005. — №42. — С. 15.
3. Заремба Є., Зачек Л. //Ліки України. — 2002. — №5 (58). — С. 54-56.
4. Кривенок В. //Провизор. — 2001. — №22. — С. 19.
5. Лехан В.М., Лакіза-Сачук Н.М., Вайщехівський В.М. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / За ред. В.М.Лехан. — К.: Сфера, 2001. — 176 с.
6. Палий И.Г. //Провизор. — 2001. — №21. — С. 13.
7. Соколова Ю. //Ліки України. — 2005. — №3. — С. 11-12.
8. Стофорандов Д.В. //Фармац. журн. — 2001. — №3. — С. 40-41.
9. Христич Т. //Час 2000. — 2005. — №14. — С. 9.
10. Ціборовський О. //Ліки України. — 2001. — №9. — С. 14-15.
11. Цыганенко А.А., Кривоносов М., Михалин М. //Новий колегіум. — 2001. — №1-2 (8-9). — С. 36-39.
12. Directive 2001/83/EC of the European Parliament and of the Council, of 6 November 2001, on the Community code relating to medicinal products for human use. Official Journal of the European Communities, No. L 311, 28.11.2001. — P. 67-128.
13. Hepler C.D., Strand L.M. //Am J. Hasp. Pharm. — 2000. — №47. — P. 533-543.
14. Jank K.K., MacDonald M.L. //Can. Pharm J. — 1999. — №129 (10). — P. 35-37.
15. Kennie N., Janke K.K. //Can. Pharm J. — 2001. — №129 (3). — P. 53-55.
16. Morrow N.C., Hargie O.D.W. //Pharm. J. — 2005. — №253. — P. 311-313.

Адреса для листування: 61002, м. Харків,
вул. Пушкінська, 53. Тел. (0572) 67-91-70.
Національний фармацевтичний університет

Надійшла до редакції 18.10.2006 р.