МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА УПРАВЛІННЯ І ЕКОНОМІКИ ФАРМАЦІЇ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ

УПРАВЛІННЯ ТА ЕКОНОМІКА ФАРМАЦІЇ

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ ФАРМАЦЕВТІВ НА КУРСАХ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ
СПЕЦІАЛЬНОСТІ
«ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ФАРМАЦІЄЮ»

Запоріжжя
2024

УДК 615.1(075.8)
Є70

Навчальний посібник для самостійної роботи з дисципліни «Управління та економіка фармації» розглянуто та затверджено на засіданні центральної методичної ради Запорізького державного медико-фармацевтичного університету (протокол № від « » _____ 2024 р.).
та рекомендований для використання фармацевтами на курсах ТУ спеціальності «Організація і управління фармацією»

Рецензенти:

Н. О. Ткаченко – професор, доктор фармацевтичних наук, завідуюча кафедри управління та економіки фармації ЗДМФУ;

Б. С. Бурлака – доцент, доктор фармацевтичних наук, доцент кафедри технології ліків ЗДМФУ.

Автори:

О. К. Єренко – канд. фарм. наук, ст. викл. ЗВО кафедри управління і економіки фармації та фармацевтичної технології ЗДМФУ;
Т. В. Хортецька – канд. фарм. наук, доцент ЗВО кафедри управління і економіки фармації та фармацевтичної технології ЗДМФУ;
І. В. Бушуєва – д-р фарм. наук, професор, завідуюча кафедри управління і економіки фармації та фармацевтичної технології ЗДМФУ.

Є70

Єренко О. К.
Управління та економіка фармації : навчальний посібник для самостійної роботи для підготовки фармацевтів на курсах ТУ спеціальності «Організація і управління фармацією» / О. К. Єренко, Т. В. Хортецька, І. В. Бушуєва. - Запоріжжя : ЗДМФУ, 2024. – 90 с.

Навчальний посібник з дисципліни «Управління та економіка фармації» для самостійної роботи призначений для використання фармацевтами на курсах ТУ спеціальності «Організація і управління фармацією».

УДК 615.1(075.8)
© Єренко О.К., Хортецька Т.В., Бушуєва І. В., 2024.
©Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, 2024.

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	4
Тема 1. Роль фармацевтичного працівника на сучасному етапі розвитку фармації в Україні.	5
Тема 2. Сучасні інформаційні системи та інформатизація охорони здоров’я.	19
Тема 3. Світовий досвід реформування охорони здоров’я і фармації. Грамотність у питаннях здоров’я як один з ключових елементів міжнародної стратегії в охороні здоров’я.	55
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА	79

ПЕРЕДМОВА

Начальний посібник з дисципліни «Управління та економіка фармації» для самостійної роботи для підготовки фармацевтів на курсах тематичного удосконалення спеціальності «Організація і управління фармацією» розроблено згідно до програми підготовки фармацевта на курсах тематичного удосконалення «Організація і управління фармацією», згідно наказу МОЗ України від 14.12.2022 № 2243 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров`я України від 25 листопада 2022 року № 1347» підготовки фармацевта-спеціаліста (ТУ «Організація і управління фармацією») та робочою програмою «Управління та економіка фармації» підготовки фармацевта на курсах тематичного удосконалення галузі знань 22 «Охорона здоров`я» спеціальності 226 «Фармація, промислова фармація» спеціалізації 226.01 «Фармація» кваліфікації професійної «Фармацевт-спеціаліст» (Організація і управління фармацією).

Основною ідеєю цього навчального видання є ознайомлення фармацевтів і формування теоретичних знань з світового досвіду реформування охорони здоров'я і фармації та засвоєння грамотності у питаннях здоров'я як один з ключових елементів міжнародної стратегії в охороні здоров'я.

Даний навчальний посібник містить методичні вказівки для вивчення тем дисципліни, інформаційний матеріал до кожної теми, питання для співбесіди і самоконтролю, завдання для виконання самоітійної роботи, ситуаційні тестові завдання, перелік рекомендованої літератури.

Навчальний посібник для самостійної роботи може бути корисним для виконання практичної роботи фармацевтів у системі післядипломної освіти України. Укладачі сподіваються, що навчальний посібник допоможе їм на шляху здобуття важливих професійних компетентностей.

Тема 1. Роль фармацевтичного працівника на сучасному етапі розвитку фармації в Україні.

Час заняття: 4 години

Актуальність теми:

У фармацевтичній галузі напрацьовано істотні традиції правового впорядкування відповідних фармацевтичних відносин як на міжнародному, так і на національному рівнях. Між правовими та етичними регуляторами спостерігаються явища взаємопроникнення та взаємовпливу. Так, Основи законодавства України про охорону здоров'я серед професійних обов'язків медичних і фармацевтичних працівників передбачають обов'язок дотримувати вимог професійної етики і деонтології, зберігати лікарську таємницю. У той же час, чинне законодавство України не дає прямої відповідь на питання, чи буде наступати юридична відповідальність для фармацевтичних працівників з підстав порушення даного обов'язку саме в частині недотримання тільки вимог професійної етики та деонтології.

Ціль заняття*:* сформувати у фармасистемні знання стосовно ролі фармацевтичного працівника на сучасному етапі розвитку фармації в Україні.

Ключові слова: законодавче регулювання, фармацевтична діяльність, якість лікарських засобів, фармацевтична допомога, фармацевтична послуга, конфлікт інтересів, стандарти якості.

ІНФОРМАЦІЙНИЙ МАТЕРІАЛ

У фармацевтичній галузі напрацьовано істотні традиції правового впорядкування відповідних фармацевтичних відносин як на міжнародному, так і на національному рівнях. Між правовими та етичними регуляторами спостерігаються явища взаємопроникнення та взаємовпливу. Так, Основи законодавства України про охорону здоров'я серед професійних обов'язків медичних і фармацевтичних працівників передбачають обов'язок

дотримувати вимог професійної етики і деонтології, зберігати лікарську таємницю. У той же час, чинне законодавство України не дає прямої відповідь на питання, чи буде наступати юридична відповідальність для фармацевтичних працівників з підстав порушення даного обов'язку саме в частині недотримання тільки вимог професійної етики та деонтології.

Одним із основних формалізованих джерел етичних норм вітчизняної розробки у сфері фармації є Етичний кодекс фармацевтичних працівників України (Кодекс), схвалений на VII Національному з'їзді фармацевтів України, який відбувся 15–17 вересня 2010 року. Метою Кодексу є декларація фундаментальних принципів професії, заснована на моральних зобов'язаннях і цінностях. Кодекс визначає етичні норми професійної поведінки та відповідальності, які мають стати взірцевим керівництвом для провізорів та фармацевтів у їх взаємовідносинах із суспільством в умовах формування ринкових відносин, коли зростає роль та вагомість фармацевтичної професії. Прикметним є те, що вказане джерело етичних норм носить декларативний та рекомендаційний характер, а реальна імплементація його змісту у практику фармацевтичної діяльності, що стосується реалізації та медичного застосування лікарських засобів, не залежить від державного примусу, а носить громадський добровільний характер та, передусім, зумовлена самоврядними (саморегулятивними, самоорганізаційними) процесами у професійній спільноті провізорів (фармацевтів), ініціативним впровадженням етичних норм Кодексу у свою практику аптечними та лікувально-профілактичними закладами, активністю комітетів з етики при фармацевтичних асоціаціях тощо. Вказані обставини, з одного боку, відповідають цивілізованій світовій практиці етичного регулювання фармацевтичної діяльності та є суттєвою перевагою, оскільки дозволяють учасникам фармацевтичного ринку, не остерігаючись каральних механізмів держави, гнучко ставитися до змісту Кодексу, творчо шукати шляхи реалізації його норм у своїй практиці, самостійно визначати темп розвитку власної діяльності у напрямах, які випливають із задекларованих етичних принципів

та норм. З іншого боку, зазначений м'який характер положень Кодексу дозволяє недобросовісним суб'єктам фармацевтичної діяльності ігнорувати його норми, оскільки п. 10.2 Кодексу визначає, що фармацевтичний працівник відповідає за порушення принципів та норм професійної етики і деонтології перед фармацевтичною спільнотою, а також за чинним законодавством України, якщо ці порушення одночасно стосуються його норм. Іншими словами, за порушення тільки норм Кодексу можуть наступати тільки громадські санкції (громадський осуд), але не юридична відповідальність. Отже, зі змісту положень Кодексу випливає можливість його тлумачення як джерела нормативних уявлень декларативного, рекомендаційного, а отже необов'язкового для виконання характеру. Слід вказати, що декларативний та рекомендаційний характер даного Кодексу відповідає світовим традиціям, що склалися у сфері етичного регулювання фармацевтичної діяльності. Обґрунтовуються вказані традиції доктринальними уявленнями про істотні відмінності між правовими та моральними регуляторами. Усталеним уявленням, наприклад, є те, що правові норми носять примусовий характер, випливають із сили та авторитету державної влади. Моральні ж норми регулюються в людському сумлінні, в моральній свідомості людини та суспільства. За їх порушення не має обов'язкового покарання, люди тільки відчувають докори сумління або взагалі нічого не відчувають. Доповнюючи й коригуючи одне одного, право і мораль в жодному разі не мають одне одного дублювати, їх не можна ототожнювати, змішувати або замінювати мораль правом чи навпаки.

Питання притягнення до соціальної відповідальності за порушення не правових, а саме етичних норм можуть вирішуватися не тільки шляхом громадського осуду як такого, але й за рахунок функціонування та розвитку самовряд них професійних механізмів через діяльність, зокрема, професійних фармацевтичних асоціацій та органів професійного фармацевтичного самоврядування, на які покладатимуться завдання з етичної кваліфікації діянь тих чи інших професійних учасників фармацевтичних правовідносин, а також

визначення, за наявності підстав, конкретних громадських санкцій до порушників. Такими санкціями можуть бути зауваження; припинення членства у професійній громадській організації строком до 1 року; повідомлення у місцеві та центральні органи охорони здоров’я про факти порушення етичних кодексів; попередження про неповну професійну відповідність тощо.

Концепція раціонального використання лікарських засобів передбачає безпосередню участь фармацевтичних працівників (ФП) у процесі фармакотерапії й разом з цим професійна діяльність фармацевтів передбачає відповідальність за застосування пацієнтом. Відповідно статті 80 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров’я»: особи, винні у порушенні законодавства про охорону здоров'я, несуть цивільну, адміністративну або кримінальну відповідальність згідно із законодавством. Основною ознакою юридичної відповідальності є її виникнення з факту правопорушення у результаті недодержання фізичними або юридичними особами встановлених законом заборон та невиконання ними зобов’язань. Встановлено, що адміністративна відповідальність фармацевтичних працівників (ФП) передбачена статтями 42-4, 44, 44-2, 167, 168-1, 170 Кодексу України про адміністративні правопорушення та настає у випадках:

• продажу лікарськиз засобів без рецепта у заборонених законодавством випадках;

• незаконного виробництва, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту в невеликих розмірах;

• порушення обмежень, встановлених для медичних і фармацевтичних працівників під час здійснення ними професійної діяльності;

• введення в обіг або реалізація продукції, яка не відповідає вимогам стандартів;

• виконання робіт, надання послуг громадянам-споживачам, що не відповідають вимогам стандартів, норм і правил;

• недодержання стандартів при транспортуванні, зберіганні і використанні продукції (крім харчових продуктів);

• невиконання законних вимог посадових осіб центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері контролю якості та безпеки.

До кримінальної відповідальності фармацевтичних працівників (ФП) можна притягнути за порушення статей 131, 140, та розділу XIII (статті 305 – 327) Кримінального кодексу України, що передбачають наступні правопорушення:

• неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби;

• неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником;

• злочини у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів та інші злочини проти здоров'я населення (контрабанда, незаконний обіг та використання коштів від даних дій, незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення, пересилання, збут, незаконне введення в організм, схиляння до вживання, порушення встановлених правил обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, фальсифікаціялікарських засобів).

Цивільна відповідальність у сфері охорони здоров’я виникає внаслідок порушення у різних формах майнових та немайнових благ громадян, ключовим фактором якої є відшкодування заподіяної шкоди (Глава 82 Цивільного кодексу України). Главою 21 «Особисті немайнові права, що забезпечують природне існування фізичної особи» Цивільного кодексу України (статті 281 - 293) громадянам забезпечується право на життя, усунення небезпеки, яка загрожує здоров’ю та життю, охорону здоров’я, медичну допомогу, інформацію та таємницю про стан свого здоров’я, особисту недоторканість та ін.

Фармацевтична послуга (ФП) – надана населенню фармацевтична допомога на сервісному (комерційному) рівні як результат професійної діяльності фармацевтичних працівників з метою збереження та підтримання здоров'я громадян, що має вартісну оцінку та здійснюється на підставі договірних цін. Цей показник може бути розрахований, нормований, проаналізований та запланований у відповідних показниках. Надання фармацевтичної послуги спрямоване на задоволення потреб населення, що знаходяться за межами державних соціальних гарантій, а її вартість сплачується за рахунок власних коштів громадян або акумульованих у вигляді страхових фондів за програмами добровільного медичного страхування. В зарубіжній фармацевтичній практиці фармацевтична послуга є законодавчо закріпленим терміном, а у вітчизняній він ототожнюється з поняттям «фармацевтичне обслуговування».

Однією з важливих складових є визначення базових термінів і понять, що формують теоретичну основу організаційно-економічних досліджень у фармації та відповідають сучасному баченню ролі та змісту професійної діяльності фармацевтичних працівників відповідно до міжнародних норм і вимог. Одним із таких термінів є «фармацевтична допомога».

Становлення ФД пов'язано з ухваленням оновленої редакції стандартів належної аптечної практики (НАП, Good Pharmaceutical Practice, GPP). Оприлюднення настанови «Належна аптечна практика: стандарти якості аптечних послуг», що представлене у спільній настанові Всесвітньої організації охорони здоров'я і менеджменту та маркетингу фармації (ММФ), є ще одним ключовим моментом розвитку фармацевтичної допомоги на міжнародному рівні, а на національному чергоий етап з розробки та оприлюднення проекту наказу Міністерства охорони здоров'я «Про затвердження Настанови «Лікарські засоби. Належна аптечна практика». Окремі елементи концепції впровадження фармацевтичної допомоги у вітчизняну охорону здоров'я та систему фармацевтичного забезпечення населення й раніше представлялись у законодавчо-правових і нормативних

актах. Так, наприклад, у результаті активного розвитку медико-фармацевтичної складової фармацевтичної допомоги, зокрема її медико-фармацевтичної складової фармацевтичної опіки (ФО) наказами Міністерства охорони здоров'я від 16.05.2011 р. №284 та від 11.10.2013 р. №875 були затверджені протоколи провізора (фармацевта) у першій і другій редакції відповідно. При цьому консолідованого документа, в якому було б представлено національне бачення реалізації основоположної ідеології аптечної практики ВООЗ/ММФ у вигляді впровадження концепції фармацевтичної допомоги до 2011 р., не оприлюднено. У порівнянні з країнами Європейського Союзу вітчизняна фармація у питанні впровадження концепції фармацевтичної допомоги значно відстає не лише за нормативноправовим напрямом. Це зумовлено дією цілого комплексу факторів, серед них конфлікт між інертністю у функціонуванні вітчизняної охорони здоров'я та ринковим характером розвитку вітчизняної фармацевтичної галузі посідає не останнє місце. Організаційно-економічні принципи, які покладені в основу побудови вітчизняної системи охорони здоров'я та її фінансування ще за радянських часів, нині не відповідають вимогам фармацевтичного сектора економіки, що активно розвивається. Система фармацевтичного забезпечення стала заручником вітчизняної охорони здоров'я, яка в чинній моделі функціонування об'єктивно не спроможна працювати за новими правилами відповідно до міжнародних норм. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я і менеджменту та маркетингу фармації (ММФ), затвердження національної редакції стандартів НПА потрібно розглядати як складову формування системи менеджменту якості (СМЯ) всього циклу обігу лікарських засобів. Як свідчить досвід європейських країн, процес розробки національних стандартів Належної аптечної практики у більшості випадків здійснювався на базі попередньо запровадженої системи менеджменту якості або паралельно з її впровадженням у діяльність аптек. При цьому в деяких країнах процедура сертифікації системи менеджменту якості аптек на відповідність вимогам

міжнародного стандарту ISO 9001 є обов’язковою вимогою в організації діяльності на фармацевтичному ринку.

Міжнародний стандарт ISO 9001 прийнятий і визнаний більш ніж в 140 країнах світу, і являє собою набір вимог до системи менеджменту якості підприємства.

Що таке конфлікт інтересів?

Конфлікт інтересів — ситуація, що характеризується суперечністю між особистим інтересом особи та її формальними обов'язками, що впливає на об'єктивність або неупередженість її поведінки.

Рис. 1.1. Конфлікт інтересів. (джерело: «WikiLegalAid» довідково-інформаційна платформа правових консультацій, https://wiki.legalaid.gov.ua/index.php/%D0%A4%D0%B0%D0%B9%D0%BB:%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D1%84%D0%BB%D1%96%D0%BA%D1%82_%D1%96%D0%BD%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B5%D1

%81%D1%96%D0%B2_%D1%83_%D1%81%D1%85%D0%B5%D0%BC%D1%96.jpg)

Закон України «Про запобігання корупції» виокремлює два види конфлікту інтересів:

- **Потенційний конфлікт інтересів** – у особи наявний приватний інтерес у сфері, в якій вона виконує свої службові чи представницькі повноваження, що може вплинути на об'єктивність чи неупередженість прийняття нею рішень, або на вчинення чи невчинення дій під час виконання зазначених повноважень.
- **Реальний конфлікт інтересів** – суперечність між приватним інтересом особи та її службовими чи представницькими повноваженнями, що впливає на об'єктивність або неупередженість прийняття рішень, або на вчинення чи невчинення дій під час виконання зазначених повноважень.

Приватний інтерес – будь-який майновий чи немайновий інтерес особи. Такий інтерес може зумовлюватись особистими, сімейними, дружніми чи іншими позаслужбовими стосунками з фізичними чи юридичними особами, а також іншими обставинами.

Найчастіше (але не виключно) приватний інтерес пов'язаний із сімейними відносинами або ухваленням керівником рішень стосовно себе. Наприклад, у лікарні працює донька директора (головного лікаря) цього закладу. Звісно, директор (головний лікар) хоче піклуватися про близьку йому людину. Цим і зумовлюється його приватний інтерес. Якщо директор (головний лікар) має повноваження приймати рішення, наприклад щодо преміювання своєї доньки, яка працює лікарем у цьому медичному закладі, — це потенційний конфлікт інтересів. Тобто потенційний конфлікт інтересів виникає, коли посадова особа має службові повноваження, пов'язані із вчиненням/невчиненням дій, прийняттям рішень стосовно близької особи. Якщо ж керівник закладу реалізовує службові повноваження стосовно близької особи — це реальний конфлікт інтересів. Тобто якщо директор (головний лікар) закладу затвердить видати премію своїй тещі, яка працює

молодшою медичною сестрою в цьому закладі, то це реальний конфлікт інтересів. І тоді подібні дії директора закладу (головного лікаря) — це правопорушення. Аналогічно, якщо цей директор (головний лікар) братиме участь у розгляді та прийнятті рішень комісії з преміювання працівників лікарні та проголосує за встановлення собі розміру премії, він порушить Закон України «Про запобігання корупції». Така ситуація — також реальний конфлікт інтересів.

Якщо, наприклад, керівник закладу укладає договори від своєї лікарні на поставку медикаментів з фізичною особою — підприємцем, яка є його невісткою, — це також реальний конфлікт інтересів. До того ж у цих ситуаціях керівник порушує вимоги щодо запобігання та врегулювання конфлікту інтересів — він не повідомив про наявність конфлікту інтересів та прийняв рішення в умовах реального конфлікту інтересів. Це — адміністративні правопорушення, пов’язані з корупцією.

Керівнику необхідно постійно перевіряти, чи не потрапляє в коло його повноважень приватний інтерес, адже навіть звичні на перший погляд дії та рішення можуть мати ознаки конфлікту інтересів. Якщо посадова особа не впевнена, чи існує у неї конфлікт інтересів, вона зобов’язана звернутися до Національного агентства з питань запобігання корупції і зачекати з подальшими діями до отримання роз’яснення. Якщо конфлікт інтересів виник, необхідно невідкладно повідомити про це вищого керівника або Національне агентство з питань запобігання корупції та не вчиняти жодних дій чи рішень до врегулювання ситуації.

Законом України «Про запобігання корупції» чітко визначено способи зовнішнього врегулювання конфлікту інтересів. Крім того, завжди можна самостійно врегулювати конфлікт інтересів, позбувшись приватного інтересу. В цьому разі необхідно надати підтверджуючі документи безпосередньому керівнику або керівнику органу, до повноважень якого належить звільнення/ініціювання звільнення з посади. Якщо конфлікт інтересів має постійний характер і його неможливо врегулювати в інший спосіб, доведеться

вдатися аж до звільнення особи. А безпосередній керівник або керівник органу, до повноважень якого належить звільнення/ініціювання звільнення з посади, якому стало відомо про конфлікт інтересів підлеглого, зобов'язаний вжити заходів врегулювання протягом двох робочих днів з моменту отримання такого повідомлення. Якщо в діях посадових осіб закладів, що належать до сфери охорони здоров'я, буде виявлено конфлікт інтересів і його не буде врегульовано самостійно, до зазначених посадових осіб необхідно буде застосувати заходи зовнішнього врегулювання конфлікту інтересів, в тому числі у вигляді звільнення з посади.

Конфлікт інтересів регулюється статтями 28–36 Закону України «Про запобігання корупції».

Загальні засади відповідальності за корупційні або пов'язані з корупцією правопорушення визначені у частині першій статті 65-1 Закону, якою передбачено, що за їх вчинення особи, зазначені в частині першій статті 3 цього Закону, притягаються до кримінальної, адміністративної, цивільно-правової та дисциплінарної відповідальності у встановленому законом порядку.

При цьому, порушення вимог щодо запобігання та врегулювання конфлікту інтересів відноситься до порушень, пов'язаних із корупцією, за яке законом встановлено такі види відповідальності:

Дисциплінарну відповідальність за:

1. неповідомлення про потенційний конфлікт інтересів (може застосовуватися в залежності від конкретних обставин вчинення проступку та ступені вини особи);

2. неповідомлення про реальний конфлікт інтересів та/або вчинення дій чи прийняття рішень в умовах реального конфлікту інтересів, за умови, що судом на особу не накладено стягнення у виді позбавлення права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю, пов'язаними з виконанням функцій держави або місцевого самоврядування, або такою, що прирівнюється до цієї діяльності (застосовується обов'язково) (ч.2 статті 65-1 Закону)

Цивільно-правову відповідальність за:

- вчинення дій чи прийняття рішень в умовах реального конфлікту інтересів (відшкодування матеріальної та/або моральної шкоди відповідно до Цивільного кодексу України).

Адміністративну відповідальність за:

1. неповідомлення особою у встановлених законом випадках та порядку про наявність у неї реального конфлікту інтересів (штраф від 1 700 до 3 400 гривень, а в разі застосування положень частини п'ятої статті 30 КУпАП, то додатково із позбавленням права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю на строк від шести місяців до одного року) (ч.1 статті 172-7 КУпАП);

2. вчинення дій чи прийняття рішень в умовах реального конфлікту інтересів (штраф від 3 400 до 6 800 гривень, а в разі застосування положень частини п'ятої статті 30 КУпАП, то додатково із позбавленням права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю на строк від шести місяців до одного року) (ч.2. статті 172-7 КУпАП);

3. за будь-яку із вищевказаних дій, вчинену особою, яку протягом року було піддано адміністративному стягненню за такі ж порушення (штраф від 6 800 до 13 600 гривень з (обов'язковим) позбавленням права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю строком на один рік) (ч.3.статті 172-7 КУпАП).

В аспекті *кримінальної відповідальності* за порушення вимог щодо запобігання та врегулювання конфлікту інтересів важливо пам'ятати, що у випадках, коли приватний інтерес фактично призвів до прийняття правомірних або неправомірних рішень, а так само до вчинення правомірних чи неправомірних діянь, вони можуть розглядатися з точки зору наявності ознак таких корупційних злочинів як «Зловживання владою або службовим становищем» (стаття 364 Кримінального кодексу України), «Прийняття пропозиції, обіцянки або одержання неправомірної вигоди службовою

особою» (стаття 368 Кримінального кодексу України) тощо, а не лише як «конфлікт інтересів».

Стандарти якості аптечних послуг.

Стандарти - один з важливих інструментів для оцінки якості послуг, що надаються споживачеві. Міжнародна фармацевтична федерація (International Pharmaceutical Federation — FIP), прийнявши міжнародну настанову з Належної аптечної практики (Good Pharmacy Practise; НАП) на своїй Консультативній нараді, що відбулася 5 вересня 1993 р. у Токіо, — сподівається на те, що стандарти, які базуються на цьому керівному документі, використовуватимуться національними фармацевтичними організаціями та урядовими органами, а також міжнародними фармацевтичними організаціями з метою створення затверджених на національних рівнях стандартів Належної аптечної практики (НАП). Дану оновлену редакцію документу було ухвалено на 35-му засіданні Експертного комітету Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) зі специфікацій для лікарських препаратів (WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations) у квітні 1997 р., а у вересні 1997 році прийнято конгресом FIP (International Pharmaceutical Federation). Настанова з Належної аптечної практики ґрунтується на фармацевтичній допомозі, яка надається пацієнтові з боку фармацевта.

Згідно з настановчим документом, національні стандарти встановлюються для: сприяння охороні здоров'я, постачання лікарських засобів та медичних пристроїв, відповідального самолікування пацієнтів, а також покращання призначення та застосування лікарських засобів силами фармацевтів. Міжнародна фармацевтична федерація (International Pharmaceutical Federation - FIP) звертається до фармацевтичних організацій та урядів із закликом до спільної роботи над впровадженням відповідних стандартів, або, у випадках коли національні стандарти вже існують, до їх перегляду та оновлення у світлі рекомендацій, проголошених документами Належної аптечної практики.

Вимоги належної аптечної практики:

- Належна аптечна практика вимагає від фармацевта за любих обставин керуватися насамперед міркуваннями благополуччя пацієнта.

- Належна аптечна практика наголошує, що принципова сутність фармацевтичної діяльності полягає у наданні лікарських засобів та інших продуктів для здоров'я підтвердженої якості, відповідної інформації та рекомендацій пацієнтові, а також у моніторингу ефектів застосування.

- Належна аптечна практика підкреслює, що інтегральною складовою внеску фармацевта є сприяння раціональному й економічно обґрунтованому призначенню та належному використанню лікарських засобів.

- Належна аптечна практика вимагає, щоб ціль кожного елемента фармацевтичного обслуговування була прийнятною для пацієнта, чітко прописаною та ефективно зваженою за участю всіх задіяних сторін.

Для задоволення цих вимог необхідно виконати низку умов, а саме:

- Професіоналізм має бути головним філософським підґрунтям діяльності, втім важливу роль відіграють й економічні фактори.

- Фармацевт має бути залученим у процес прийняття рішень щодо застосування лікарських засобів. Повинна існувати система, яка уповноважує фармацевта звітувати про побічні явища, помилки фармакотерапії, недоліки у якості препаратів або виявлення фальсифікованих продуктів. Ці звіти мають містити інформацію щодо використання ліків, отриману від пацієнта або медичного працівника, безпосередньо або через фармацевта.

- Щоденну взаємодію з іншими медичними працівниками, насамперед лікарями, слід розглядати як лікувальне партнерство, яке ґрунтується на взаємній довірі та впевненості один в одному стосовно всіх питань фармакотерапії.

- Взаємини між фармацевтами мають розглядатися скорше як між колегами у справі поліпшення фармацевтичного обслуговування, аніж як конкурентами.

- Саме організації, професійні об’єднання і керівники аптечних закладів мають взяти на себе частку відповідальності за визначення, оцінку та покращання якості.

- Фармацевт повинен володіти інформацією про основні медичні та фармацевтичні особливості кожного пацієнта. Отримання такої інформації суттєво полегшується у випадках, коли пацієнт обирає собі для користування одну певну аптеку (сказати б, стає її парафіянином, — прим. перекладача), або має на руках своє фармакотерапевтичне досьє.

- Фармацевтові необхідна незалежна, всебічна, об’єктивна та свіжа інформація про методи лікування та лікарські засоби, що застосовуються.

- У якому б закладі не практикував фармацевт, він повинен взяти на себе персональну відповідальність за підтримання на належному рівні та оцінку власної кваліфікації протягом усього професійного життя.

- Учбові програми фармацевтичних навчальних закладів мають відповідним чином враховувати як поточні, так і передбачувані на майбутнє зміни у фармацевтичній діяльності.

- Необхідно розробити національні стандарти Належної аптечної практики і забезпечити їх засвоєння з боку практикуючих фармацевтів.

Належна аптечна практика складається з чотирьох основних видів діяльності, а саме:

1. Діяльність, пов’язана зі сприянням поліпшенню стану здоров’я, з попередженням захворювань та досягненням цілей охорони здоров’я.

2. Діяльність, пов’язана з постачанням та застосуванням лікарських засобів та пристроїв для їх використання або з іншими аспектами лікування (така активність може впроваджуватися в умовах аптеки, лікувального закладу або в амбулаторному режимі).

3. Діяльність, пов’язана з самолікуванням, у тому числі консультування щодо ліків та, за необхідності, надання ліків та/або інших видів лікування пацієнтів з симптомами та розладами, які припустимо лікувати амбулаторно.

4. Діяльність, зумовлена впливом на призначення та застосування лікарських засобів.

Окрім чотирьох ключових компонентів, НАП також містить чотири додаткові вектори діяльності:

- Встановлення узгоджених взаємин з іншими професійними медичними співтовариствами з метою об'єднання зусиль щодо покращання здоров'я населення, зокрема стосовно протидії немедичному, надмірному або помилковому застосуванню ліків.
- Професійну оцінку промоційних матеріалів щодо ліків та інших продуктів медичного призначення.
- Поширення експертної інформації про ліки та різні аспекти охорони здоров'я.
- Залучення до всіх фаз клінічних випробувань.

Питання для самоконтролю:

1. Правове регулювання професійної діяльності фармацевтичних працівників. Професійна відповідальність фармацевтичних працівників.
2. Професійний профіль у фармацевтичному секторі галузі охорони здоров'я.
3. Фармацевтична допомога, фармацевтична послуга як основні категорії фармацевтичного забезпечення населення під час роздрібної реалізації лікарських засобів.
4. Конфлікт інтересів у здійсненні медичної та фармацевтичної діяльності.
5. Стандарти якості фармацевтичних послуг.

Завдання для виконання:

Завдання 1. Схематично відобразити основні види юридичної відповідальності фармацевтичних працівників.

Завдання 2. Показати основні елементи Належної аптечної практики (GPP) - види діяльності фармацевтів, пов'язані з виконанням ними професійних обов'язків.

Тестовий контроль знань:

1. Спеціальна установа Організації Об'єднаних Націй, основною функцією якої є рішення міжнародних проблем охорони здоров'я населення світу є:

A. Всесвітня організація охорони здоров'я

B. Міжнародна фармацевтична федерація (МФФ)

C. Фармаконагляд

D. Фармакопійний комітет

E. Усі відповіді правильні

2. Порушення обмежень, встановлених для медичних і фармацевтичних працівників під час здійснення ними професійної діяльності тягне за собою накладення відповідальності:

A. Кримінальної

B. Дисциплінарної

C. Адміністративної

D. Матеріальної

E. Не карається

3. Сукупність принципів, які визначають правила поведінки фармацевтичних працівників, - це:

A. Етика

B. Деонтологія

C. Етикет

D. Соціальна відповідальність

E. Культура

4. Яким документом регулюються права і обов’язки конкретних посад аптечних працівників?

A. Посадовою інструкцією

B. Внутрішнім трудовим розпорядком

C. Кодексом законів про працю

D. Конституцією України

E. Господарським Кодексом

5. Конфлікти інтересів виникають

A. за смаком

B. внаслідок зіткнення інтересів і потреб

C. через зіткнення цілей

D. внаслідок різних бажань людей

E. усі відповіді правильні

6. Що таке потенційний конфлікт інтересів відповідно до Закону України «Про запобігання корупції»?

A. наявність у особи приватного інтересу у сфері, в якій вона виконує свої службові чи представницькі повноваження, що може вплинути на об'єктивність чи неупередженість прийняття нею рішень, або на вчинення чи невчинення дій під час виконання зазначених повноважень

B. суперечність між приватним інтересом особи та її службовими чи представницькими повноваженнями, що впливає на об'єктивність або неупередженість прийняття рішень, або на вчинення чи невчинення дій під час виконання зазначених повноважень

C. суперечність між особистими інтересами особи та інтересами інших осіб

D. суперечність між інтересами державної служби або органу, у якому працює особа, та інтересами інших фізичних та/або юридичних осіб

7. Що таке реальний конфлікт інтересів відповідно до Закону України «Про запобігання корупції»?

A. суперечність між особистими інтересами особи, уповноваженої на виконання функцій держави або місцевого самоврядування, та інтересами фізичних або юридичних осіб

B. наявність у особи приватного інтересу у сфері, в якій вона виконує свої службові чи представницькі повноваження, що може вплинути на об’єктивність чи неупередженість прийняття нею рішень, або на вчинення чи невчинення дій під час виконання зазначених повноважень

C. наявність будь-якого майнового чи немайнового інтересу особи, у тому числі зумовленого особистими, сімейними, дружніми чи іншими позаслужбовими стосунками з фізичними чи юридичними особами, у тому числі тих, що виникають у зв’язку з членством або діяльністю в громадських, політичних, релігійних чи інших організаціях

D. суперечність між приватним інтересом особи та її службовими чи представницькими повноваженнями, що впливає на об’єктивність або неупередженість прийняття рішень, або на вчинення чи невчинення дій під час виконання зазначених повноважень

8. Що визначає Закон України «Про запобігання корупції»?

A. правові та організаційні засади функціонування системи запобігання корупції в Україні, зміст та порядок застосування превентивних антикорупційних механізмів, правила щодо усунення наслідків корупційних правопорушень

B. засади запобігання та протидії корупції в Україні, механізм функціонування Національного агентства з питань запобігання корупції, правила щодо усунення конфлікту інтересів та стратегію попередження корупційних правопорушень

C. нормативно-правові чинники, які сприяють запобіганню корупції та усуненню її негативних наслідків для суспільства, систему недопущення конфлікту інтересів, правила належного подання декларацій особами, уповноваженими на виконання функцій держави або місцевого самоврядування

D. комплекс організаційних, правових і правозастосовних заходів, спрямованих на запобігання корупції з боку осіб, уповноважених на виконання

функцій держави або місцевого самоврядування, та профілактику корупційних або пов’язаних з корупцією правопорушень

9. Що таке неправомірна вигода відповідно до Закону України «Про запобігання корупції»?

A. майно, право на майно або дії майнового характеру

B. матеріальні чи нематеріальні цінності

C. грошові кошти або інше майно, переваги, пільги, послуги, нематеріальні активи, будь-які інші вигоди нематеріального чи негрошового характеру, які обіцяють, пропонують, надають або одержують без законних на те підстав

D. гроші, майно, вартість якого перевищує 50 прожиткових мінімумів, встановлених для працездатних осіб на 1 січня звітного року, переваги, пільги, послуги, будь-які вигоди нематеріального чи негрошового характеру, які обіцяють, пропонують, надають або одержують без законних на те підстав

10. У який строк особа, уповноважена на виконання функцій держави або місцевого самоврядування, зобов’язана повідомити керівника або визначений законом державний орган про наявність у неї реального чи потенційного конфлікту інтересів?

A. Не пізніше наступного робочого дня з моменту, коли особа дізналася чи повинна була дізнатися про наявність конфлікту інтересів

B. Протягом 10 календарних днів з моменту, коли особа дізналася чи повинна була дізнатися про наявність конфлікту інтересів

C. На власний розсуд

D. Законом не передбачено такого обов’язку

E. Протягом 5 робочих днів з моменту, коли особа дізналася чи повинна була дізнатися про наявність конфлікту інтересів

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII. Режим доступу: http://zakon. rada. gov. ua/laws/ show/2801–12.

2. Належна аптечна практика: Стандарти якості аптечних послуг (Спільна настанова МФФ/ВООЗ з НАП). Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/897_009.

Тема 2. Сучасні інформаційні системи та інформатизація охорони здоров'я.

Час заняття: 4 години

Актуальність теми:

Структурна реформа фінансування охорони здоров'я надає історичне вікно можливостей для швидкої інформатизації оскільки передбачає використання електронних інструментів (подання декларацій про вибір лікарів, що надають первинну медичну допомогу; укладання договорів між закладами охорони здоров'я та Національною службою здоров'я України (НСЗУ); звітність; виписування та погашення електронних рецептів; ведення електронних медичних записів; електронні направлення, тощо), тобто заклади охорони здоров'я мають дієві фінансові заохочення для швидкого впровадження інформаційних систем та інвестицій у інформаційні комп'ютерні технології (ІКТ).

Ціль заняття: визначити особливості сучасних інформаційних систем охорони здоров'я України та необхідність інформатизації фармацевтичного сектору галузі.

Ключові слова: електронна система охорони здоров'я, eHealth, документообіг, медичні інформаційні технології, електронний рецепт.

ІНФОРМАЦІЙНИЙ МАТЕРІАЛ

Структурна реформа фінансування охорони здоров'я надає історичне вікно можливостей для швидкої інформатизації оскільки передбачає використання електронних інструментів (подання декларацій про вибір лікарів, що надають первинну медичну допомогу; укладання договорів між закладами охорони здоров'я та Національною службою здоров'я України (НСЗУ); звітність; виписування та погашення електронних рецептів; ведення електронних медичних записів; електронні направлення,

тощо), тобто заклади охорони здоров’я мають дієві фінансові заохочення для швидкого впровадження інформаційних систем та інвестицій у інформаційні комп’ютерні технології (ІКТ).

Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ) – формулювання, наведене у Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» : інформаційно-телекомунікаційна система, що забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією шляхом створення, розміщення, оприлюднення та обміну інформацією, даними і документами в електронному вигляді, до складу якої входять центральна база даних та електронні медичні інформаційні системи, між якими забезпечено автоматичний обмін інформацією, даними та документами через відкритий програмний інтерфейс (англ. - Application Programming Interface, API).

Електронна охорона здоров'я (Е-здоров'я, міжнародн. – E-health) – термін, що в широкому сенсі означає використання ІКТ для цілей поліпшення рівня охорони здоров’я, включаючи спосіб мислення та організації процесів у системі охорони здоров’я та пов’язаних сферах, що включають науку, освіту, дослідницьку діяльність. Е-здоров’я є галуззю та середовищем, яке включає в себе не лише інформаційно-телекомунікаційні системи, але й такі компоненти як органи управління, нормативно-правова база, стандарти і контроль відповідності, кадрові ресурси, інфраструктура, стратегія та модель залучення інвестицій.

Проблеми, що підлягають вирішенню за допомогою інформатизації охорони здоров'я.

Неефективність системи охорони здоров’я. Статистичні дані свідчать, що показники середньої тривалості життя в Україні, рівень смертності населення є одними з найгірших в регіоні. При цьому Україна є четвертою в світі державою за показником кількості лікарняних ліжок на кількість населення, має значно більшу, порівняно із середньою для країн-членів Європейського Союзу (ЄС), кількість лікарів та медичних сестер, значно вищі,

ніж у середньому в ЄС рівень госпіталізації, середню тривалість перебування в стаціонарі та кількість амбулаторних контактів з розрахунку на одного пацієнта. Відсутність своєчасної та стандартизованої інформації про пацієнта у лікарів призводить до дублювання консультацій, лабораторних досліджень, інших медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги та до нераціональних витрат ресурсів. Лікарі та заклади охорони здоров'я використовують неефективні процеси, з веденням великої кількості паперових форм медичної документації та збиранням статистичної інформації без подальшої цілі їх аналізу та впливу на ефективність функціонування системи охорони здоров'я.

Недостатність у лікаря інформації про пацієнта. Інформація про стан здоров'я пацієнта фрагментована, первинна медична інформація зберігається у різних надавачів медичних послуг, як правило, в паперовому вигляді, що має результатом недоступність інформації для медичного персоналу поза закладом, високу вірогідність її втрати, низьку можливість моніторингу та контролю якості надання медичних послуг з боку контролюючих органів. У медичного персоналу екстреної медичної допомоги часто відсутня інформація, що може врятувати життя пацієнта.

Обмежена доступність медичних послуг. В деяких регіонів України спостерігається нестача кваліфікованого медичного персоналу, непропорційний територіальний розподіл спеціалістів (концентрація в великих містах, недостатність у сільській місцевості) формує запит на дистанційну медичну допомогу за допомогою засобів телемедицини.

Непрозорість системи охорони здоров'я, недостовірні дані та корупція. Внаслідок того, що практично всі процеси збирання первинних медичних даних та формування медичної статистики пов'язані з паперовим документообігом, в Україні відсутні дієві механізми збору якісної інформації для прийняття рішень органами управління системи охорони здоров'я та належного контролю над цією сферою.

В Україні існують різні інформаційні системи у сфері охорони здоров’я, призначені для різних категорій користувачів, які можуть впроваджуватись бути в державній, комунальній чи приватній власності, мати централізовану або децентралізовану архітектуру.

Приклади інформаційних систем:

•інформаційні системи у закладах охорони здоров’я (амбулаторіях, лікарнях, діагностичних центрах, аптечних закладах тощо), до яких відносяться – медичні, госпітальні інформаційні системи, лабораторні інформаційні системи, радіологічні, аптечні інформаційні системи, системи телеконференцій, телемоніторингу, системи планування та управління ресурсами організацій (англ. – Enterprise Resource Planning, ERP) охорони здоров'я;

•системи для пацієнтів, що надають доступ та можливість керування медичними даними (електронні кабінети пацієнтів, веб-портали, мобільні додатки, системи що передають медичні дані з носимих пристроїв (wearables) тощо);

•інформаційні системи у сфері екстреної допомоги;

•інформаційні системи для управління логістикою, обліком складських запасів лікарських засобів та медичних виробів;

•інформаційні системи у сфері громадського здоров’я та санітарноепідеміологічного нагляду;

•реєстри та інформаційні системи у сфері трансплатології;

•реєстри та системи, пов’язані з випуском електронних листків непрацездатності та довідок;

•клінічні реєстри та популяційні реєстри, що містять відомості по окремих нозологіях (наприклад, Національний канцер реєстр, реєстр пацієнтів, що потребують інсулінотерапії тощо).

Процес цифрової трансформації України пов’язаний з віртуалізацією повсякденного життя та переведенням в цифрову площину багатьох послуг,

зокрема, медичних. Поряд із можливостями використання цифрового обладнання в медичній галузі, в Україні розвивається електронна система взаємодії лікарів, пацієнтів і медичних установ e-Health, яка дозволяє вести облік укладених договорів між лікарями та пацієнтами, надає доступ до інформації, що стосується здоров'я кожного пацієнта. Впровадження e-Health є обов'язковою складовою медичної реформи в Україні, оскільки дана система покликана якісно вплинути на рівень надання медичної допомоги населенню, наближаючи стандарти надання медичної допомоги громадянам України до стандартів розвинутих країн.

Задачами інформатизації системи охорони здоров'я є:

- забезпечення наявності своєчасної та достовірної інформації для державних інституцій, що беруть участь в управлінні системою охорони здоров'я, використання переваг обробки «великих даних» (Big Data) та інтелектуальних систем для прогнозування потреб охорони здоров'я, планування ресурсів в галузі;
- забезпечення інструментів для реалізації реформи фінансування охорони здоров'я та, зокрема, центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення;
- надання достовірної інформації в необхідному обсязі, в потрібному місці, в потрібний час для учасників системи охорони здоров'я – пацієнтам, лікарям, фармацевтам, науковцям;
- підвищення ефективності праці лікарів, якості медичних послуг за рахунок вдосконалення робочих процесів за допомогою інформаційних комп'ютерних технологій (ІКТ), впровадження систем підтримки клінічних рішень;
- залучення пацієнта до піклування про власне здоров'я, контролю якості отриманих медичних послуг за рахунок надання доступу до власних медичних даних та розпорядження ними.

Управління у сфері Е-здоров’я та розподіл повноважень.

Для сталого та скоординованого розвитку середовища Е-здоров’я та електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) будуть задіяні наступні органи та організації з нижчезазначеним розподілом задач.

Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) самостійно або з залученням державних підприємств, установ у сфері його управління забезпечує:

- формування політики, стратегічне планування розвитку середовища Е-здоров’я;
- створення сприятливих умов у середовищі Е-здоров’я шляхом розробки та прийняття необхідного законодавства, координації зусиль по стандартизації;
- ведення реєстрів у сфері охорони здоров’я, які необхідні для здійснення Міністерством охорони здоров'я України (МОЗ) власних функцій та повноважень (ліцензування господарської діяльності у сфері охорони здоров’я, реєстрація лікарських засобів тощо).

Національна служба охорони здоров’я України (НСЗУ) на етапі підтримки реформи фінансування охорони здоров’я НСЗУ:

- є власником та забезпечує функціонування систем центрального компоненту, інформаційних систем Національної служби охорони здоров’я України, що необхідні для адміністрування програми державних гарантій медичного обслуговування;
- визначає функціональні вимоги до систем центрального компоненту, для виконання завдань та імплементації сформованої МОЗ політики;
- забезпечує ведення реєстрів, що необхідні для адміністрування програми державних гарантій медичного обслуговування – ЕМК (реєстру медичних записів), реєстру декларацій; пацієнтів; договорів про медичне обслуговування населення; договорів про реімбурсацію.

На Інтеграційному етапі Національна служба охорони здоров’я України має власні інформаційні системи для адміністрування програми державних

фінансових гарантій медичного обслуговування населення, які інтегруються до центрального компоненту.

Державне підприємство «Електронне здоров’я» (ДП ЕЗ) забезпечує:

•адміністрування систем центрального компоненту (Національна служба охорони здоров’я України є власником та забезпечуватиме функціонування) на етапі підтримки реформи фінансування охорони здоров’я;

•функціонування систем центрального компоненту на інтеграційному етапі;

•проектування та впровадження технічної архітектури, взаємодію електронної системи охорони здоров'я з іншими загальнодержавними реєстрами та системами;

•координацію розробки та тестування програмного забезпечення центрального компоненту електронної системи охорони здоров'я у відповідності до погоджених Міністерством охорони здоров’я України та Національної служби охорони здоров’я України планів;

•захист даних, що зберігаються у центральному компоненті Електронної системи охорони здоров'я;

•координацію діяльності з інформатизації (розробка, підтримка, адміністрування) інформаційних систем та реєстрів Міністерства охорони здоров’я України, державних підприємств, установ у сфері його управління;

•перевірку відповідності медичних інформаційних систем вимогам сумісності з центральним компонентом та стандартів;

•залучення коштів для підтримки та розвитку центрального компоненту, в тому числі через надання доступу до знеособлених агрегованих даних в електронній системі охорони здоров'я, підтримку відповідних систем, необхідних для надання такого доступу;

•координацію взаємодії між державою та експертним середовищем у сфері Е-здоров’я, методологічну, консультаційну підтримку та координацію впровадження інформаційних систем на регіональних рівнях.

У загальному розумінні електронна система охорони здоров'я (абр.: ЕСОЗ або **e-Health**) – це сукупність інформаційних сервісів в галузі охорони здоров’я та повсякденному житті людини для збереження і укріплення здоров’я та створення умов для якісного життя. E-Health охоплює інформаційних простір різних галузей охорони здоров’я – медичну практику, управління медичними закладами, медичне право, фармацевтику, інформаційні сервіси для пацієнтів тощо. Для керівників охорони здоров’я e-Health має забезпечити управління галуззю, раціональний розподіл та ефективне використання медичних та фінансових ресурсів держави, створити умови для прозорої конкуренції на ринку медичних послуг.

Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ, e-Health) – українська інформаційно-телекомунікаційна система, що забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією в електронному вигляді. Іншими словами, *Електронна система охорони здоров'я* — двокомпонентна система, в якій користувач через електронну медичну інформаційну систему взаємодіє з центральною базою даних.

ЕСОЗ складається з:

- Центральної бази даних (ЦБД) — інформаційно-телекомунікаційна система, яка містить передбачені законодавством реєстри, програмні модулі, інформаційну систему Національної служби здоров'я України, в частині, необхідній для реалізації державних фінансових гарантій та ін.

Також, забезпечує можливість створення, перегляду, обміну інформацією та документами між реєстрами, державними електронними інформаційними ресурсами, електронними медичними інформаційними системами.

- МІС (електронна медична інформаційна система) — інформаційно-телекомунікаційна система, яка дає змогу автоматизувати роботу суб’єктів господарювання у сфері охорони здоров’я, створювати, переглядати, обмінюватися інформацією в електронній формі, зокрема з центральною базою даних (у разі підключення).

Медичні фахівці, фармацевти та лаборанти можуть працювати з центральною базою даних (ЦБД) тільки через МІС – медичну інформаційну систему.

Функціонування системи забезпечується Національною службою здоров'я України. Упровадження проекту стало можливим завдяки підтримці проекту з боку міжнародних агенцій. Експерти Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) позитивно оцінили застосовану в системі модель трансформації медичної системи.

Систему e-Health складають центральний та периферійний компоненти. Центральний компонент, що включає в себе національні медичні реєстри Міністерства охорони здоров'я України, класифікатори, зберігання даних та інтероперабельність, являє собою спеціалізований програмний продукт для отримання необхідної інформації від медичних установ на місцях. Усі лікувальні установи незалежно від форми власності або типу управління, які будуть надавати послуги пацієнтам за кошти бюджету, а також сімейні лікарі будуть зобов'язані реєструватися в центральному компоненті e-Health Міністерства охорони здоров'я України і звітувати за обсяги та якість наданої медичної допомоги.

Центральний компонент e-Health стає технологічним обліковим інструментом для накопичення та обробки інформації про медичні заклади, що дозволятиме реалізувати на практиці головні принципи реформи охорони здоров'я – «гроші йдуть за пацієнтом» і «фінансування не ліжок, а послуг».

Периферійний компонент включає в себе медичну інформаційну систему (МІС) та інформаційну систему Національної служби здоров'я України. Медичні інформаційні системи надають можливості лікувальним закладам та їх лікарям швидко та надійно обмінюватись між собою інформацією, виключаючи необхідність відшукувати паперові медичні документи, щоб дізнатися інформацію щодо історії хвороби пацієнта – достатньо знайти електронну картку пацієнта, де зберігається історія його

перебування на лікуванні, відображені візити до лікаря та результати обстежень.

До складу електронної системи охорони здоров'я входять центральна база даних (ЦБД) та електронні медичні інформаційні системи (МІС), між якими забезпечено автоматизований обмін інформацією, даними та документами через відкритий програ́мний інтерфе́йс (API).

API - прикладни́й програ́мний інтерфе́йс (англ. *application programming interface*) — це спосіб завдяки якому дві або більше комп'ютерні програми можуть спілкуватися між собою.

Власником центральної бази даних, у тому числі майнових прав на програмне забезпечення центральної бази даних, є держава у особі Національної служби здоров'я України (НСЗУ).

Володільцем відомостей Реєстру медичних спеціалістів, Реєстру суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я та Реєстру медичних висновків є Міністерство охорони здоров'я. Розпорядником Реєстру медичних спеціалістів, Реєстру суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я та Реєстру медичних висновків є Національна служба охорони здоров'я України.

Завданням електронної системи охорони здоров'я є забезпечення можливості використання пацієнтами електронних сервісів для реалізації їх прав, зокрема за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, автоматизація ведення обліку медичних послуг і управління медичною інформацією, запровадження електронного документообігу у сфері медичного обслуговування населення.

Функціональні можливості електронної системи охорони здоров'я повинні забезпечувати:

1) можливість реєстрації користувачів у центральній базі даних, у тому числі з використанням засобів електронної ідентифікації;

2) розмежування прав користувачів на внесення, перегляд інформації у центральній базі даних, внесення змін та доповнень до неї;

3) можливість створення, внесення, перегляду та обміну деклараціями про вибір лікаря, який надає первину медичну допомогу, рецептами, направленнями, медичними записами, іншою інформацією та документами через електронні кабінети відповідно до прав доступу користувачів;

4) можливість використання електронної системи охорони здоров'я особами з порушенням зору та слуху;

5) можливість надання пацієнтами (їх законними представниками) згоди у письмовій формі або у формі, що дає змогу зробити висновок про надання згоди, на доступ до даних про себе (про пацієнта для законних представників), що міститься в електронній системі охорони здоров'я, лікарям, третім особам;

6) отримання пацієнтами відомостей про осіб, які подавали запити щодо надання інформації, що міститься в електронній системі охорони здоров'я, про таких пацієнтів;

7) здійснення пошуку та перегляду відомостей у центральній базі даних відповідно до прав доступу користувача з дотриманням вимог Закону України «Про захист персональних даних»;

8) можливість укладення, зміни та припинення договорів про медичне обслуговування населення та договорів про реімбурсацію за програмою медичних гарантій, формування та подання електронних звітів, первинних, розрахункових та інших документів за договорами через центральну базу даних;

9) збереження, автоматичне резервування і відновлення даних, що передавалися до центральної бази даних, забезпечення безперебійного доступу до центральної бази даних;

10) захист інформації від несанкціонованого доступу, знищення, модифікації;

11) облік операцій (внесення, перегляд, внесення змін та доповнень тощо) з інформацією та документами у центральній базі даних та подій, що відбуваються в електронній системі охорони здоров'я і стосуються її безпеки;

12) можливість використання для внесення та систематизації інформації у центральній базі даних державних класифікаторів, номенклатур та довідників, затверджених в установленому законодавством порядку;

13) використання єдиних стандартів обміну медичною інформацію, затверджених Міністерством охорони здоров'я та підключення до системи електронної взаємодії державних електронних інформаційних ресурсів у встановленому законодавством порядку;

Інформація та документи створюються та вносяться до центральної бази даних лише українською мовою. У разі коли використання літер української абетки призводить до спотворення інформації, можуть використовуватися латинські літери і спеціальні символи, зокрема для запису адреси в Інтернеті та адреси електронної пошти.

Документообіг у електронній системі охорони здоров'я здійснюється відповідно до вимог законодавства про електронні документи та електронний документообіг. На всі електронні документи та інформацію, що вносяться до електронної системи охорони здоров'я, накладається кваліфікований електронний підпис автора відповідно до Закону України «Про електронні довірчі послуги».

Для внесення інформації та документів до центральної бази даних використовуються національні та державні класифікатори, номенклатури та довідники, затверджені в установленому законодавством порядку, зокрема спеціальні класифікації та переліки, затверджені Міністерством охорони здоров'я. Адміністратор здійснює технічну підтримку застосування таких класифікацій, номенклатур, довідників та переліків.

Про кожен документ та інформацію, що внесені до центральної бази даних, автоматично робиться унікальний запис у відповідному реєстрі.

Ідентифікатором фізичної особи є унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (у разі наявності). Унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (УНЗР) знаходиться на титульній стороні ID-картки з правого боку знизу (над номером паспорта).

УНЗР - це цифровий, незмінний ідентифікатор людини, який допомагає швидко та достовірно встановити особу. Він складається з послідовності восьми та п’яти цифр, які розділені символом "-". Перші вісім цифр - це дата народження особи у форматі - рік народження, місяць та дата. Далі йде чотиризначний код від 0001 до 9999.

Медичні інформаційні технології – це сукупність методів та засобів, що дають змогу обробляти медичні дані у цілісних технологічних системах для створення, використання, зберігання, передавання і захисту інформаційного продукту. Застосування медичних інформаційних технологій відбувається при розв’язанні поставлених завдань у полі медичних інформаційних систем.

Медична інформаційна система (МІС) – це інструмент, який дає змогу визначати і планувати всі ресурси закладу охорони здоров’я шляхом застосування спеціалізованого програмного забезпечення, засобів обчислювальної техніки, необхідного медичного обладнання, засобів зв’язку, і підтримує лікувальнодіагностичну, фінансову, адміністративногосподарську, облікову та сервісну діяльність установи для надання якісних медичних послуг пацієнтам. Іншими словам, *Медичні інформаційні системи* – це інформаційно-комунікаційні системи, які дозволяють лікарням, лабораторіям та аптекам автоматизувати свою роботу та взаємодіяти з центральною базою даних електронної системи охорони здоров’я (ЕСОЗ).

За допомогою МІС медики можуть додавати, переглядати та обмінюватися інформацією в центральній базі даних електронної системи охорони здоров’я. А фармацевти – переглядати дані по електронних рецептах та погашати їх. Завдяки цьому пацієнти можуть користуватися електронними рецептами, е-направлення та іншими цифровими сервісами.

Поза інструментами для взаємодії з ЕСОЗ розробники МІС також створюють додаткові сервіси для закладів охорони здоров’я. Наприклад, це

може бути бухгалтерський модуль, система обліку запасів ліків або ж відома багатьом — система запису на прийом до лікаря.

Зауважимо, що на сьогодні МІС орієнтовані на надання послуг переважно для закладів охорони здоров’я, медичних фахівців та жодна з них ще не має власних пацієнтських інтерфейсів, які б взаємодіяли з ЦБД ЕСОЗ та перевірялися державою.

На сьогодні до ЕСОЗ приєднано понад 35 медичних інформаційних систем, які розроблено провідними українськими ІТ-компаніями.

Усі без винятку МІС, які взаємодіють з центральною базою даних ЕСОЗ, проходять тестування на відповідність технічним вимогам, зокрема і з питань безпеки, які встановлює та перевіряє держава.

Медична інформаційна система може бути універсальною або спеціалізованою. Спеціалізовані медичні інформаційні системи враховують усі особливості діяльності в конкретному закладі охорони здоров’я, і тому є ефективнішими. Універсальні ж використовують загальні компоненти показників, характерні для більшості закладів охорони здоров’я та їхніх підрозділів. Використання медичної інформаційної системи дає змогу здійснювати контроль за ефективністю та результативністю лікувального процесу і реабілітації пацієнтів.

Проблеми, що підлягають вирішенню за допомогою інформатизації охорони здоров'я.

Неефективність системи охорони здоров’я. Статистичні дані свідчать, що показники середньої тривалості життя в Україні, рівень смертності населення є одними з найгірших в регіоні. При цьому Україна є четвертою в світі державою за показником кількості лікарняних ліжок на кількість населення, має значно більшу, порівняно із середньою для країн членів Європейського Союзу, кількість лікарів та медичних сестер, значно вищі, ніж у середньому в ЄС рівень госпіталізації, середню тривалість перебування в стаціонарі та кількість амбулаторних контактів з розрахунку на одного пацієнта. Відсутність своєчасної та стандартизованої інформації про пацієнта

у лікарів призводить до дублювання консультацій, лабораторних досліджень, інших медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги та до нераціональних витрат ресурсів. Лікарі та заклади охорони здоров’я використовують неефективні процеси, з веденням великої кількості паперових форм медичної документації та збиранням статистичної інформації без подальшої цілі їх аналізу та впливу на ефективність функціонування системи охорони здоров'я.

Недостатність у лікаря інформації про пацієнта. Інформація про стан здоров'я пацієнта фрагментована, первинна медична інформація зберігається у різних надавачів медичних послуг, як правило, в паперовому вигляді, що має результатом недоступність інформації для медичного персоналу поза закладом, високу вірогідність її втрати, низьку можливість моніторингу та контролю якості надання медичних послуг з боку контролюючих органів. У медичного персоналу екстреної медичної допомоги часто відсутня інформація, що може врятувати життя пацієнта.

Обмежена доступність медичних послуг. В деяких регіонів України спостерігається нестача кваліфікованого медичного персоналу, непропорційний територіальний розподіл спеціалістів (концентрація в великих містах, недостатність у сільській місцевості) формує запит на дистанційну медичну допомогу за допомогою засобів телемедицини.

Непрозорість системи охорони здоров’я, недостовірні дані та корупція. Внаслідок того, що практично всі процеси збирання первинних медичних даних та формування медичної статистики пов’язані з паперовим документообігом, в Україні відсутні дієві механізми збору якісної інформації для прийняття рішень органами управління системи охорони здоров’я та належного контролю над цією сферою.

Мета концепції та задачі інформатизації системи охорони здоров'я.

Метою Концепції є визначення напрямів, принципів та механізмів інформатизації охорони здоров’я.

Завданнями інформатизації системи охорони здоров’я визначено:

•забезпечення наявності своєчасної та достовірної інформації для державних інституцій, що беруть участь в управлінні системою охорони здоров'я, використання переваг обробки «великих даних» (Big Data) та інтелектуальних систем для прогнозування потреб охорони здоров'я, планування ресурсів в галузі;

•забезпечення інструментів для реалізації реформи фінансування охорони здоров'я та, зокрема, центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення;

•надання достовірної інформації в необхідному обсязі, в потрібному місці, в потрібний час для учасників системи охорони здоров'я – пацієнтам, лікарям, фармацевтам, науковцям;

•підвищення ефективності праці лікарів, якості медичних послуг за рахунок вдосконалення робочих процесів за допомогою інформаційних комп'ютерних технологій (ІКТ), впровадження систем підтримки клінічних рішень;

•залучення пацієнта до піклування про власне здоров'я, контролю якості отриманих медичних послуг за рахунок надання доступу до власних медичних даних та розпорядження ними.

Відповідно до загальноєвропейського проекту з інформатизації охорони здоров'я (Start Open Services for European Patients-epsos) передбачено транскордонне використання електронних рецептів (ePrescription). Це означає, що електронний рецепт, оформлений у будь-якій країні Європейського Союзу, зобов'язані обслуговувати всі аптеки на території Євросоюзу. З часом і наші пацієнти приєднаються до європейських.

Електронний рецепт – електронний медичний документ, що формується в електронній системі охорони здоров'я (eHealth) на підставі внесених медичних записів про стан здоров'я пацієнта та містить призначення лікаря пацієнтові на певний лікарський засіб, простими словами це цифровий аналог паперового рецепта.

Термін дії електронного рецепта тепер становить:

- 10 календарних днів – на наркотичні лікарські засоби;
- 30 календарних днів – на ліки за програмою реімбурсації («Доступні ліки»);
- 90 календарних днів – на рецептурні ліки, які пацієнт купує за власний кошт.

Виписати е-рецепт зможуть лікарі усіх спеціальностей державних, комунальних чи приватних клінік, або ж лікар-ФОП. Також отримати рецепт можна незалежно від наявності декларації з сімейним лікарем, проте пацієнт має бути обов'язково зареєстрований в електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ).

Електронний рецепт можна виписати на одне найменування лікарського засобу за міжнародною непатентованою назвою препарату (МНН). Тобто в призначенні лікар має вказати діючу речовину препарату, дозування та тривалість лікування. Фармацевт, своєю чергою, перевіряє рецепт та пропонує пацієнтові наявні препарати зі вказаною діючою речовиною. Пацієнт має можливість самостійно прийняти рішення щодо бренду лікарського засобу відповідно до власного бюджету.

Електронний рецепт спростить аптечним закладам виконання вимог законодавства щодо рецептурного відпуску рецептурних ліків. Аптекам не потрібно вчитуватися в почерк лікаря та вимагати рецепти у пацієнта, формувати спеціальні звітності та роками зберігати паперові рецепти. Це буде автоматизовано системою. А інтерфейс програм дозволить швидко знайти необхідний лікарський засіб, торгову назву та здійснити відпуск ліків.

Переваги електронного рецепта

Основною перевагою е-рецепта, у порівнянні з паперовим, є те, що пацієнтові не потрібно щоразу йти на прийом до лікаря, щоб отримати рецепт на ліки. Це можна буде зробити дистанційно. Крім того, це мінімізація помилок при виписуванні, економія часу лікаря та пацієнта, можливість отримати ліки у будь-якій аптеці, запобігання самолікуванню та

неконтрольованому відпуску лікарських препаратів, які можуть мати негативні побічні дії.

Переваги від запровадження е-рецептів:

✓ лікарю не треба відслідковувати наявність паперових рецептурних бланків та забезпечувати звітність за ними. Електронний рецепт є більш зручним цифровим інструментом у призначенні лікарських засобів;

✓ виписуючи лікарські засоби, лікар може бути впевненим у наявності офіційної реєстрації в державному реєстрі виписаних ним лікарських засобів;

✓ безперечною перевагою є автоматизація процесу перевірки правильності заповнення електронного рецепту. Так як система вказує на помилки у внесеній або відсутній інформації і такий е-рецепт може бути погашений в аптечному закладі. Що значно економить час як лікаря так і пацієнта;

✓ лікар може обрати оптимальну кількість лікарського засобу у первинній упаковці із запропонованих системою варіантів. Завдяки цій опції лікар може виписати пацієнту лише ту кількість лікарського засобу, що кратна кількості лікарського засобу, що містить первинна упаковка, яку мінімально може відпустити фармацевт в аптеці;

✓ дистанційна комунікація з пацієнтом (телефон, смс, електронна пошта);

✓ використання стандартизованих словників, що автоматизують та спрощують виписування електронних рецептів. Ця функція попереджає появу помилок у орфографічному написанні назви лікарських засобів чи не коректно зазначене дозування. Що однозначно пришвидшує процес виписування е-рецепту.

✓ автоматизація заповнення більшості полів е-рецепта інформацією, яка необхідна для виписування електронного рецепта (інформація про лікаря, медичний заклад, пацієнта, термін дії рецепта та інше);

✓ лікар може контролювати виконання пацієнтом своїх рекомендацій. Так як лікар має можливість за допомогою програми отримати інформацію про отримання пацієнтом лікарських засобів в аптеці за рецептом;

✓ призначення е-рецепту надає можливість збереження даних про призначення того чи іншого лікарського засобу в електронній медичній карті пацієнта, в електронній системі охорони здоров'я з можливістю перегляду історії попередніх призначень для пацієнта.

У зв’язку з переходом до масового використання у практичній охороні здоров’я персональні комп’ютери почали застосовуватись і для виписування рецептів. Одночасно комп’ютерні програми дозволяли: вести облік відповідності виписаних у рецептах ліків формуляру лікувально-профілактичного закладу; фіксувати вартість препаратів для вивчення витрат у системі реімбурсації (на одного хворого, сукупність хворих з ідентичним діагнозом, аналізом обґрунтованості застосування брендових, а не генеричних лікарських засобів), аналізувати витрати на фармакотерапію поширених захворювань окремими лікарями тощо. Тобто на цьому етапі електронний обіг рецептів сприяв формуванню (за допомогою програмного забезпечення комп’ютера) паперового рецепта (введення інформації з контролем на моніторі та друк паперового варіанту на принтері) і мав такі переваги над традиційним (від руки) способом виписування: не вимагав збільшення часу оформлення; надавав можливість збереження інформації про виписані рецепти з подальшою багатоаспектною статистичною обробкою.

Наступним етапом розвитку електронного рецепта було пересилання електронною поштою виписаного (надрукованого) за допомогою комп’ютера рецепта безпосередньо в аптеку (аптеки) з одночасною (якщо необхідно) видачею паперового варіанта. Переваги: при виявленні фармацевтом (ас. фармацевтом) неправильно виписаного рецепта (неточності у назві лікарських засобів, дозуванні тощо) він безпосередньо через електронну пошту (без відома пацієнта) міг повідомити лікарю і згідно з його вказівками дистанційно виправити неточності; попереднє ознайомлення з рецептом дозволяло

провізору (фармацевту), за необхідності, підготуватися (за допомогою довідкової інформації різного характеру) до якісної фармацевтичної опіки пацієнта під час відпуску йому лікарського засобу.

Сучасний (експериментальний) варіант електронного рецептообігу включає аналіз електронного рецепта за допомогою спеціалізованого програмного забезпечення (комп'ютерних експертних систем) (наприклад, на відповідність дози віку хворого, сумісність одночасно призначених лікарських засобів тощо).

Електронний медичний сервіс Helsi (helsi.me) запустив офіційний мобільний додаток.

Сервіс допомагає отримати швидкий доступ до всіх медичних послуг онлайн. Додаток працює на iOS та на Android.

За допомогою додатку можна знайти лікаря за спеціалізацією, прізвищем чи назвою медзакладу та записатись до нього або записати своїх рідних до обраного закладу охорони здоров'я, клініки, спеціаліста. Наприклад, тільки сімейних лікарів у системі вже понад 12 тисяч.

У додатку можна ознайомитися з усіма послугами закладів охорони здоров'я чи клінік, обравши найоптимальніші для себе за місцем розташування та вартістю послуг.

Електронний медичний сервіс Helsi запустив безкоштовні консультації з лікарями усіх спеціальностей для українців за допомогою відеозв'язку на час війни.

Онлайн-прийоми проводитимуть лікарі всіх спеціальностей як державних, так і приватних медзакладів. Усі онлайн-прийоми безкоштовні, навіть якщо ви звертаєтеся до лікарів приватних медичних закладів, – наголошують у Helsi. Направлення до вузького спеціаліста не потрібне.

Медики зареєстровані в Національній системі електронної системи охорони здоров'я, їх дані та кваліфікація підтверджені Міністерством охорони здоров'я.

Для запису на консультацію не потрібно мати декларацію та направлення від сімейного лікаря.

Записатись також можна до будь-якого лікаря, незалежно від його місця перебування (розташування).

До сервісу щодня доєднуються лікарі зі всієї України, навіть ті, які зараз перебувають закордоном.

Як це працює?

1. Переходите за посиланням обираєте лікаря потрібної спеціальності.

2. Обираєте зручну дату та час.

3. І все - чекаєте обраного часу.

Індивідуальні графіки онлайн-прийому лікарів можна переглянути на їхніх сторінках у сервісі.

Також після консультації ви зможете відстежити деталі прийому в кабінеті Helsi.

Як відпускати наркотики за е-рецептом

Придбати наркотичні та психотропні лікарські засоби за електронним рецептом можна в аптеках, що мають відповідну ліцензію на відпуск наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів. Для відпуску таких препаратів за е-рецептом аптечні заклади до листопада 2022 р. повинні були обов'язково зареєструватися в електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ)(абз. 10 п. 5-3 Наказу № 360).

Щоб отримати наркотичний лікарський засіб на підставі е-рецепта, пацієнт має надати номер виписаного електронного рецепта і код підтвердження. Пацієнт пред'являє цю інформацію працівнику аптеки — фармацевту або асистенту фармацевта, тобто особі, яка уповноважена аптечним закладом на внесення відповідних записів до Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я.

Щоб поінформувати пацієнтів про аптечні заклади, які відпускають наркотичні препарати за е-рецептами, Національна служба здоров'я України оприлюднює та оновлює їх перелік на своєму офіційному вебсайті.

Чому важливо здійснювати відпуск наркотичних (психотропних) лікарських засобів за е-рецептом?

Наразі майже неможливо з'ясувати, скільки саме пацієнтів потребують знеболення опіоїдними анальгетиками, оскільки наркотичні лікарські засоби можуть призначатися на різних етапах лікування, незалежно від віку пацієнта, стадії захворювання тощо. Однак під час війни кількість пацієнтів, які потребують знеболення опіоїдними анальгетиками, суттєво збільшилася. Електронний рецепт на наркотичні препарати полегшить доступ до ліків пацієнтам, які потребують складного лікування, та водночас посилить контроль за відпуском цієї групи ліків у аптеці.

Які переваги електронного рецепта:

1. Для держави і суспільства — це посилення контролю за відпуском наркотичних препаратів в аптеках та прозорості цього процесу.

2. Для лікарів — проста і зрозуміла процедура виписування е-рецептів: лікарям не потрібно вручну заповнювати всі поля — програмний інтерфейс забезпечує використання шаблонів та довідників. Відповідно, менша ймовірність зробити помилку в призначенні, інформації про пацієнта. Крім того, менше паперової роботи: облік та звітність рецептурних бланків забезпечує ЕСОЗ.

3. Для працівників аптек — не потрібно вчитуватися в почерк лікаря, зберігати рецептурні бланки по декілька років, звітувати про відпуск наркотичних лікарських засобів. Усе це відбувається автоматично в ЕСОЗ.

4. Для пацієнтів — можливість отримати повторний е-рецепт на потрібні ліки дистанційно. У випадку затяжного чи хронічного захворювання або за необхідності продовжити лікування пацієнт може отримати електронний рецепт на потрібні ліки, подзвонивши до лікаря чи написавши у месенджер. Як і при фізичному прийомі, пацієнт отримає смс-повідомлення з номером

рецепта і кодом його погашення для придбання ліків у аптеці за власні кошти. Виняток — призначення ліків для замісної підтримувальної терапії осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів: у такому випадку пацієнти мають отримати е-рецепт тільки на фізичному прийомі.

Питання для самоконтролю:

1. Сучасний стан інформатизації охорони здоров’я.
2. Проблеми, що підлягають вирішенню за допомогою інформатизації охорони здоров'я.
3. Мета концепції та задачі інформатизації системи охорони здоров'я.
4. Електронна система охорони здоров’я України
5. Завдання та функціональні можливості електронної системи охорони здоров’я
6. Вимоги до інформації та документів у електронній системі охорони здоров’я (ЕСОЗ)
7. Управління у сфері Е-здоров’я та розподіл повноважень.
8. Документообіг в електронній системі охорони здоров’я.
9. Електронний рецепт та його переваги.
10. Особливості мобільного додатку Helsi в Україні.

Завдання для виконання:

Завдання 1. Назвіть правила заповнення електронних рецептів:

1.
2.
3.
4.
5.

Завдання 2. Враховуючи сталий та скоординований розвиток середовища Е-здоров’я та електронної системи охорони здоров’я вказати відповідність вищезазначених задач до задіяних органів та організацій.

Таблиця 1

Назва установи	Задачі
Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ)	
Національна служба охорони здоров’я (НСЗУ)	
Державне підприємство «Електронне здоров’я» (ДП ЕЗ)	

Задачі:

А) формування політики, стратегічне планування розвитку середовища Е-здоров’я;

Б) створення сприятливих умов у середовищі Е-здоров’я шляхом розробки та прийняття необхідного законодавства, координації зусиль по стандартизації;

В) є власником та забезпечує функціонування систем центрального компоненту, інформаційних систем Національної служби охорони здоров’я, що необхідні для адміністрування програми державних гарантій медичного обслуговування;

Г) визначає функціональні вимоги до систем центрального компоненту, для виконання завдань та імплементації сформованої Міністерством охорони здоров’я політики;

Д) залучення коштів для підтримки та розвитку центрального компоненту, в тому числі через надання доступу до знеособлених агрегованих даних в ЕСОЗ, підтримку відповідних систем, необхідних для надання такого доступу;

Е) координацію взаємодії між державою та експертним середовищем у сфері Е-здоров’я, методологічну, консультаційну підтримку та координацію впровадження інформаційних систем на регіональних рівнях.

Є) ведення реєстрів у сфері охорони здоров’я, які необхідні для здійснення МОЗ власних функцій та повноважень (ліцензування господарської діяльності у сфері охорони здоров’я, реєстрація лікарських засобів тощо).

Ж) визначає функціональні вимоги до систем центрального компоненту, для виконання завдань та імплементації сформованої Міністерством охорони здоров’я політики;

З) забезпечує ведення реєстрів, що необхідні для адміністрування програми державних гарантій медичного обслуговування – ЕМК (реєстру медичних записів), реєстру декларацій; пацієнтів; договорів про медичне обслуговування населення; договорів про реімбурсацію.

К) адміністрування систем центрального компоненту (НСЗУ є власником та забезпечуватиме функціонування) на етапі підтримки реформи фінансування охорони здоров’я;

Л) функціонування систем центрального компоненту на інтеграційному етапі;

М) проектування та впровадження технічної архітектури, взаємодію електронної системи охорони здоров’я з іншими загальнодержавними реєстрами та системами;

Тестовий контроль знань:

1. Знайти помилку. Е-здоров’я є галуззю та середовищем, яке включає в себе такі компоненти:

A. Органи управління

B. Нормативно-правову базу

C. Кадрові ресурси

D. Стратегію та модель залучення інвестицій

E. Відомості про госпіталізацію пацієнтів

2. Електронна система охорони здоров'я - це:

A. Інформаційно-телекомунікаційна система, що забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління медичною

інформацією шляхом створення, розміщення, оприлюднення та обміну інформацією, даними і документами в електронному вигляді

B. Інформаційні комп'ютерні технології, які використовують для поліпшення рівня охорони здоров'я, включаючи спосіб мислення та організації процесів у системі охорони здоров'я та пов'язаних сферах, що включають науку, освіту, дослідницьку діяльність

C. Українська інформаційно-телекомунікаційна система, що забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією в електронному вигляді

D. Сукупність методів та засобів, що дають змогу обробляти медичні дані у цілісних технологічних системах для створення, використання, зберігання, передавання і захисту інформаційного продукту

E. Електронний документ, який створюється, зберігається і передається з використанням медичної інформаційної системи в електронній системі охорони здоров'я

3. Медична інформаційна система – це:

A. Реалізація комплексу заходів, спрямованих на забезпечення повного і своєчасного використання достовірних знань у всіх видах людської діяльності

B. Система оперативного стеження за станом і змінами здоров'я населення програма, що моделює на комп'ютері процес мислення людини

C. Програмний комплекс, що готує і забезпечує процеси збирання, зберігання і обробки інформації в медицині й галузі охорони здоров'я

D. Програмно-технічний комплекс, що готує і забезпечує процеси збирання, зберігання і обробки інформації в медицині й галузі охорони здоров'я

4. Медичні інформаційні системи базового рівня призначені для:

A. Інформаційного забезпечення прийняття рішень у професійній діяльності лікарів різних спеціальностей

B. Полегшення розв’язання задач з накопиченням великих об’ємів інформації і оперування нею

C. Введення, збереження, пошуку і виведення медичної інформації відповідно до запиту користувача

D. Діагностики патологічних станів (включаючи прогноз) при захворюваннях різноманітного профілю і для різних категорій хворих

E. Збору, збереження і аналізу медичної інформації

5. Завданням інформатизації системи охорони здоров’я є:

A. Надання достовірної інформації в необхідному обсязі, в потрібному місці, в потрібний час для учасників системи охорони здоров’я – пацієнтам, лікарям, фармацевтам, науковцям

B. Створення сприятливих умов у середовищі Е-здоров’я шляхом розробки та прийняття необхідного законодавства, координації зусиль по стандартизації

C. Захист даних, що зберігаються у центральному компоненті електронної системи охорони здоров’я

D. Організація на базі нових комп’ютерних технологій державної міжгалузевої системи збору, обробки, збереження інформації, що забезпечує динамічну оцінку суспільного здоров’я

E. Розробка теоретичних моделей подання даних і знань для вирішення відповідних медичних задач і конкретна програмно-апаратна реалізація інформаційної бази на основі розроблених моделей

6. Що таке додаток Helsi?

A. це додаток, який можуть використовувати медичні працівники в Україні для підготовки та реагування на будь-які потенційні випадки холери.

B. це додаток, з яким ви отримуєте повний довідник з адаптованою версією протоколу TCCC-AMS для військових та протоколу STOP THE BLEED для цивільних.

C. це мобільний застосунок, де українські лікарі можуть отримувати експертну допомогу від своїх колег зі всього світу.

D. це медична система моніторингу здоров'я, розроблена на базі смартфону та смарт-девайсу. Допомагає стежити за здоров'ям користувача в режимі 24/7.

E. це медичний онлайн-сервіс, який допомагає українцям отримати усі необхідні медичні послуги, не виходячи з дому.

7. За допомогою якого онлайн-сервісу, можна знайти потрібного лікаря та записатись до нього або записати своїх рідних, зберігати медичні дані в особистому кабінеті, встановити нагадування прийому ліків.

A. GTFCC Cholera

B. TacticMedAid

C. HealUA

D. MISU

E. Helsi

8. Які послуги пацієнт може отримати через Helsi?

A. обрати сімейного лікаря; знайти зручну клініку; знайти та забронювати ліки у найближчій аптеці за рецептом лікаря;

B. записати до лікаря себе або членів своєї родини; переглядати свою електронну медичну картку, у якій зберігається інформація про щеплення, прийоми лікаря, направлення, медичні документи, рецепти;

C. переглядати результати аналізів та діагностики; переглядати призначення лікаря та план лікування;

D. отримати онлайн-консультацію лікаря у форматі телемедичних прийомів; записатися на щеплення.

E. усі вищезгаданні відповіді правильні

9. Вкажіть переваги електронного рецепта у порівнянні з паперовим

A. мінімізація помилок при виписуванні

B. економія часу лікаря

C. економія часу пацієнта

D. можливість отримати ліки у будь-якій аптеці

E. усі вищезгаданні відповіді правильні

10. Електронний рецепт на наркотичні лікарські засоби дійсний протягом…

A. 10 днів з дати його підписання в ЕСОЗ

B. 20 днів з дати його підписання в ЕСОЗ

C. 30 днів з дати його підписання в ЕСОЗ

D. 40 днів з дати його підписання в ЕСОЗ

E. 90 днів з дати його підписання в ЕСОЗ

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Миськевич Т. Розвиток eHealth в контексті трансформації системи охорони здоров'я України / Т. Миськевич // Громадська думка про правотворення. – 2019. – № 16 (181). – С. 18–23. – Режим доступу: http://nbuviap.gov.ua/images/dumka/2019/16.pdf.

2. Постанова КМУ №411 від 25.04.2018 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я».

3. Концепція розвитку фармацевтичної галузі. Режим доступу: https://www.apteka.ua/article/34106.

Тема 3. Світовий досвід реформування охорони здоров’я і фармації. Грамотність у питаннях здоров’я як один з ключових елементів міжнародної стратегії в охороні здоров’я.

Час заняття: 4 години

Актуальність теми:

Грамотність в питаннях здоров'я (санітарна грамотність) – ключовий аспект реалізації здоров'язберігаючого потенціалу сучасного суспільства. Згідно з документами ВООЗ, санітарна грамотність визначена як «індивідуальна здатність людини отримувати, розуміти, оцінювати і застосовувати медичну інформацію у благо власного і громадського здоров'я». Це специфічна навичка, що здобувається в процесі навчання, який безпосередньо впливає на самопочуття і має ключове значення для збереження здоров’я особистості.

Ціль заняття: отримати рівень знань з питань медичної грамотності у сфері охорони здоров’я України. Ознайомитися з міжнародним досвідом функціонування системи охорони здоров’я.

Ключові слова: медична грамотність, санітарна грамотність, фармацевтична грамотність.

ІНФОРМАЦІЙНИЙ МАТЕРІАЛ

Грамотність в питаннях здоров'я (санітарна грамотність) – ключовий аспект реалізації здоров'язберігаючого потенціалу сучасного суспільства. Згідно з документами ВООЗ, санітарна грамотність визначена як «індивідуальна здатність людини отримувати, розуміти, оцінювати і застосовувати медичну інформацію у благо власного і громадського здоров'я». Це специфічна навичка, що здобувається в процесі навчання, який безпосередньо впливає на самопочуття і має ключове значення для збереження здоров’я особистості.

Рівень санітарної грамотності має більше значення для здоров'я, ніж доходи, соціальний статус та інші параметри.

Міжнародні експерти відзначають, що санітарна грамотність «передбачає свідомо сформульовані запити для придбання знань, включаючи ту чи іншу форму взаємодії, спрямовану на поліпшення інформованості по питань здоров'я та його охорони, включаючи поліпшення знань і розробку життєвих умінь і навичок, що сприяють забезпеченню здоров'я як окремих людей, так і суспільства в цілому», підкреслюючи при цьому, що грамотність в питаннях здоров'я - це специфічний навик людини, який не є вродженою, але купується у процесі навчання.

Це сукупний результат пізнавальних здібностей, життєвого досвіду, знань і можливостей особистості.

Очевидно, що дефініція «санітарна грамотність» включає різні аспекти медичної освіти, консолідовані з поняттям «самодопомога» (selfcare), під яким розуміють самостійну діяльність людини для підтримки свого здоров'я і запобігання хворобам. Експертне співтовариство вважає, що selfcare базується на семи доменах:

• медична грамотність (здатність окремих осіб отримувати, обробляти і розуміти базову медичну інформацію і оцінювати послуги, необхідні для прийняття належних рішень в галузі охорони здоров'я);

• самоконтроль фізичного і психічного стану (знання індексу маси тіла, рівня холестерину, артеріального тиску; участь в скринінгу здоров'я);

• фізична активність (регулярна помірна фізична активність);

• здорове харчування (збалансоване харчування, раціональне споживання калорій);

• здоровий спосіб життя (відмова від тютюну, обмеження вживання алкоголю, використання сонцезахисних засобів);

• хороша гігієна (регулярне миття рук, чищення зубів, миття овочів і фруктів);

• раціональне та відповідальне використання ЛЗ (усвідомлення ризиків, розумне використання виключно при необхідності).

Разом з тим експерти ВООЗ відзначають, що вагома роль в досягненні і / або підтримці здоров'я належить фармакотерапії за умови обгрунтованого і грамотного використання лікарських засобів (ЛЗ) в правильному дозуванні і кількості, достатній для адекватного курсу лікування, що підтверджує значимість фармацевтичної грамотності. Таким чином, фармацевтичну грамотність слід розглядати як необхідний компонент формування знань, пов'язаних із застосуванням фармацевтичних товарів (включаючи лікарські засоби) і спрямованих на розвиток у індивіда навичок самодопомоги і турботи про власне здоров'я. Відомо, що значна частка лікарських засобів має статус безрецептурних і може бути використана в рамках відповідального, тобто розумного, самолікування. Очевидно, що відповідальне самолікування вимагає від споживача наявності спеціальних знань з питань самостійного, але безпечного використання лікарських засобів, в тому числі: як приймати лікарські засоби; як контролювати дію лікарських засобів; які побічні та/або небажані реакції від застосування лікарських засобів можуть виникнути і як бути в цьому випадку; тривалість використання лікарських засобів; строки звернення до лікаря за професійною консультацією та ін.

Комітет з питань медичної грамотності Американської медичної асоціації пропонує розглядати медичну грамотність як «сузір’я умінь та навичок, які передбачають здатність пацієнта розуміти прочитану базову інформацію на медичну тему, орієнтуватися в основній медичній документації та виконувати кількісні розрахунки».

Медична грамотність визначена як «... здатність людей отримувати, обробляти і розуміти основну інформацію та послуги в галузі охорони здоров'я, необхідні для прийняття відповідних рішень.». За визначенням Національних інститутів здоров'я США, медична грамотність населення потрібна, щоб «... зберегти життя, зберегти час, зберегти гроші».

На 9-й Глобальній конференції по зміцненню здоров'я, яка пройшла з 21 по 24 листопада 2016 року в Шанхаї (Китайська Народна Республіка - КНР), медична грамотність була визнана важливою детермінантою здоров'я, основою збереження і зміцнення здоров'я, профілактики і контролю захворювань, інвестиції в яку можуть сприяти досягненню ЦУР до 2030 р.

Результати Європейського дослідження медичної грамотності показали, що низький рівень медичної грамотності щодо способу життя відображає нездорові звички харчування, високу поширеність куріння, низьку фізичну активність, підвищений ризик захворюваності і передчасної смерті від неінфекційних захворювань і є спільною проблемою, яка виявляється майже у половини населення європейських країн, які взяли участь в дослідженні. Як правило, такий обмежений рівень грамотності частіше зустрічався у осіб з неінфекційними захворюваннями.

Результати іншого дослідження також продемонстрували, що, незважаючи на загальновідомі світові ініціативи, представлені в «Рамкової конвенції по боротьбі з тютюнопалінням» в 2003 р, яка широко обговорюється на всіх заходах ВООЗ і ООН, кількість людей, які не знають або не вірять, що тютюнопаління є причиною злоякісних новоутворень, інфарктів та інсультів, більше в тих країнах, де вище показники поширеності цієї шкідливої звички і передчасної смерті від основних неінфекційних захворювань (НІЗ). Недостатній рівень знань населення, включаючи осіб, які приймають рішення і фахівців охорони здоров'я, про можливості і економічної вигоду здорового способу життя і профілактики НІЗ може бути однією з головних причин високих показників смертності (перш за все передчасної) від НІЗ. У той же час доведена ефективність таких заходів, як інформування населення про фактори ризику НІЗ, симптоми, заходи діагностики та самоконтролю НІЗ, проведення освітніх програм для всього населення і цільових груп. Тому в рамках шанхайської Конференції було запропоновано розвивати і просувати інформаційно-комунікаційні технології (ІКТ) як основи інформування та освіти населення на пропаганду здорового способу життя, зміцнення здоров'я,

самодіагностики і самоконтролю НІЗ, професійної до- та післядипломної підготовки фахівців, формування політики у випадку охорони здоров'я і планування заходів по його зміцненню. На Конференції також було підкреслено, що при поширенні відповідної інформації використання електронних і цифрових систем (Теле- і інтернет-комунікацій, мобільного зв'язку) має відігравати ключову роль. Обговорювалися і вимоги до інформації, яка поширюється через такі системи: вона повинна бути простою і зрозумілою, стандартної і заснованої на доказах і кращі практики; населення повинно мати легкий доступ до такої інформації, а політики повинні бути лідерами в організації такого сервісу.

Таким чином, при виконанні вище представлених умов, а також при наявності в достатньому обсязі і ефективне використання електронних і цифрових систем, успішне просування ІКТ можна очікувати:

- ініціювання та підтримку суспільством / населенням законодавчих, стратегічних, адміністративних заходів та ініціатив по збереженню та зміцненню здоров'я і профілактиці НІЗ;

- стимулювання інтересу населення в збереженні і зміцненні здоров'я;

- підвищення знань населення про здоров'я та здоровий спосіб життя, ФР і їх вплив на здоров'я і розвиток захворювань, користь і методах контролю ФР; при цьому важливе значення має визначення цільових груп, для яких така інформація буде найбільш затребуваною і ефективною;

- створення громадської думки «що таке добре» і «що таке погано» щодо профілактики НІЗ.

Дещо інше визначення медичної грамотності надається Об’єднаним комітетом з питань Національних стандартів у медичній освіті США: «здатність осіб отримувати, аналізувати та розуміти базову медичну інформацію та використовувати її для примноження власного здоров’я».

Особливу увагу привертає до себе фармацевтична грамотність, яка актуальна не тільки по відношенню до безрецептурних ЛЗ з метою забезпечення відповідального самолікування, але і при використанні ЛЗ

рецептурного відпуску для попередження фармацевтичних ризиків, включаючи мінімізацію між лікарських взаємодій при одночасному застосуванні ЛЗ і підтримці пацієнтського комплаенсу в процесі отримання призначеної фармакотерапії. Важливим принципом формування фармацевтичної грамотності є забезпечення фармацевтичної безпеки, під якою розуміють «стан захищеності населення і фармацевтичних організацій від загроз, що виникають у сфері виробництва, розподілу та споживання фармацевтичних товарів і послуг».

До елементів фармацевтичних небезпек автори відносять продаж лікарських засобів через інтернет, порушення правил приймання і зберігання товарів, допуск до фармацевтичної діяльності фахівців без фармацевтичної освіти та ін. Таким чином, достатній рівень фармацевтичної грамотності виступає одним з основних чинників, що забезпечують доступ до безпечної фармацевтичної допомоги, і дозволяє грамотно застосовувати лікарські засоби в рамках відповідального самолікування та / або керувати плином хронічних захворювань на основі раціонального підходу до дотримання лікарських призначень, що, в свою чергу, сприяє підвищенню якості та тривалості здорового життя громадян.

Грамотність з питань здоров'я є однією з ключових його детермінант. Ефективність стратегій подовження життя і поліпшення здоров'я безпосередньо залежить від рівня такої грамотності як громадськості в цілому, так і уряду країни й фахівців, що опікуються громадським здоров'ям.

Оцінка рівня грамотності з питань здоров'я серед населення України в цілому та у певних соціально-демографічних групах має стати базою розробки і реалізації заходів з підвищення її рівня як конкретного результату та перспективи покращення здоров'я в рамках процесу досягнення цілей сталого розвитку (ЦСР) в Україні.

Низька грамотність зазвичай асоціюється з поганими наслідками для здоров'я, такими, як: висока смертність, поганий стан здоров'я й зниження якості життя.

Спираючись на проголошений ще у 1990-х рр. підхід (Freebody and Luke, 1990) до поділу грамотності на три типи з огляду на те, що вона дає змогу робити, D. Nutbeam запропонував власну модель СГ (санітарна грамотність), сфокусовану на результаті, з акцентом на відмінності між функціональною, інтерактивною та критичною грамотністю з питань здоров'я. Вважається, що зі зростанням рівня грамотності поступово забезпечується вища автономність і повноваження індивіду.

Перший рівень відображає результат традиційної санітарної просвіти, заснованої на простому наданні фактичної інформації про ризики для здоров'я і про можливе використання системи охорони здоров'я (у особистих потребах, пов'язаних зі здоров'ям, і у потребах членів родини). Ці дії мають досить обмежені цілі, спрямовані на поліпшення знань і дотримання рекомендацій.

Інтерактивна грамотність з питань здоров'я показує результат сучасного підходу, націленого на розвиток навичок особи у сприятливому середовищі. Зрозуміло, що переважна частина її призводитиме до індивідуальної вигоди.

Натомість підйом до найвищого рівня – **критичної грамотності** – підтверджує набуття знань і навичок, спрямованих на підтримку не лише індивідуальних, а й ефективних соціальних та політичних дій, що відбиватимуться на житті громади, яке призводить до бажаного результату – збереження і покращання здоров'я. У рамках цієї парадигми залучається передача інформації щодо організаційних можливостей різних форм активності та розвиток навичок для вирішення проблем, пов'язаних із впливом на здоров'я соціальних, економічних і екологічних факторів. Таким чином, краща освіта з питань здоров'я спрямована на підвищення спроможності індивіду та громади впливати на комплекс соціальноекономічних детермінант здоров'я. Цей тип грамотності очевидно пов'язаний із вигодами для всього населення.

Таблиця 1

Модель санітарної грамотності, за D. Nutbeam

Тип соціальної грамотності	Вміст	Результат	
		Індивідуальна	Суспільна/соціальна
Функціональ на: комунікація та інформація	передавання фактичної інформації про ризики для здоров'я та використання медичних послуг	покращення знань про ризики та медичні послуги, прихильність до дотримання приписів	підвищення участі населення у програмах охорони здоров'я (скринінг, імунізація тощо)
Інтерактивна: розвиток персональних навичок	все попереднє, а також можливості розвивати навички в сприятливому середовищі	підвищення спроможності діяти (незалежно від знань), мотивації та впевненості в собі	підвищення спроможності впливати на соціальні норми, взаємодіяти з різними соціальними групами
Критична: персональні та громадські повноваження	все попереднє, а також надання інформації про соціально-економічні детермінанти здоров'я, і можливості	покращення індивідуальної стійкості до соціальних та економічних негараздів	підвищення спроможності впливу на соціальноекономічні детермінанти здоров'я, покращення повноважень громади

	досягнення змін політики		

На шляху до медичної грамотності пацієнта існує ряд перепон, з-поміж яких: загальний рівень грамотності, інформованості, компетентності пацієнта, його внутрішній потенціал до сприйняття нової інформації, культурологічні відмінності, тобто цінності та традиції, які дисонують із загальноприйнятими підходами в медицині, мовні відмінності, існуюче розмаїття державних та приватних медичних установ та доступної пацієнтові інформації з питань охорони здоров'я, низька обізнаність пацієнтів щодо інформаційних ресурсів, які надають високопрофесійні консультації та забезпечують надійне інформування населення, неефективне спілкування лікаря з пацієнтом. Останнє є головною причиною низької медичної грамотності населення, оскільки саме лікар є ключовою дієвою особою у сфері охорони здоров'я. Діалог між лікарем і пацієнтом не закінчується після постановки діагнозу й призначення лікування. Для пацієнта – це лише початок. Він намагатиметься все обміркувати та зрозуміти. Наскрізне формування у майбутніх лікарів належної культури спілкування з пацієнтами під час здобуття медичної освіти сприятиме їхній повній готовності до зустрічі з ними.

Система охорони здоров'я повинна орієнтуватися на такі принципи:

1) Гарантований пакет послуг, що доступний кожному громадянину. Цей принцип повинен бути застосований незалежно від статі, віку, сексуальної орієнтації, релігійних чи політичних переконань, сімейного або цивільного стану. Він повинен бути застосований до всіх і кожного, та базуватися на повазі до прав людини. Водночас, держава повинна приділяти особливу увагу вразливим соціальним групам, оскільки показники здоров'я у них суттєво відстають від показників решти населення.

2) Дотримання національних стандартів якості та професіоналізму. Цей принцип спрямований на надання якісної медичної допомоги, яка повинна бути безпечною, ефективною і спрямованою на задоволення потреб пацієнта, підтримку, освіту та розвиток персоналу, удосконалення управління галуззю.

3) Взаємоповага пацієнтів та медичних працівників. Повага, гідність, співчуття й турбота повинні бути принципом номер один у роботі з пацієнтами. їх безпека, досвід під час перебування в системі та результати для здоров'я будуть покращуватися, коли медичні працівники відчуватимуть свою цінність, матимуть відповідні повноваження та підтримку, а пацієнти будуть відчувати себе партнером, а не об'єктом лікування.

4) Співпраця різних секторів економіки, служб, організацій в інтересах пацієнтів, громад та населення (міжсекторальна взаємодія). Система охорони здоров'я як галузь повинна взаємодіяти з іншими службами, органами державного сектору та широким колом громадських об'єднань, благодійних організацій та юридичних осіб приватної форми власності з метою підвищення рівня здоров'я та добробуту.

5) Співвідношення ціна-якість та найбільш ефективне, справедливе та стійке використання обмежених ресурсів. Державні кошти на охорону здоров'я мають бути спрямовані винятково на благо громадян. Держава повинна прагнути до того, аби кожна витрачена платником податків гривня приносила якомога більше результату для здоров'я людей.

6) Підзвітність громадам і пацієнтам. Система відповідальності та підзвітності за прийняття рішень повинна бути прозорою та зрозумілою для громадськості, персоналу та пацієнтів. Із цією метою уряд повинен гарантувати постійну можливість доступу до інформації та основних показників здоров'я, а органи центральної та місцевої влади систематично звітувати перед громадою або її представниками (радами) за результати діяльності в сфері охорони здоров'я.

Роль держави у підвищенні санітарної грамотності є дуже важливою. Підвищення санітарної грамотності може бути досягнуте за допомогою надання населенню інформації, ефективної комунікації і структурованої освіти. У сучасному світі, як і раніше, переважна більшість активності з передання інформації та санітарної просвіти зосереджена на питаннях здоров'я і способу життя людей. Існує нагальна потреба в розробленні,

реалізації та оцінці цих заходів для ліпшого розуміння ситуації, усвідомлення впливу і здатності відповідних дій у сфері детермінант здоров'я. Держава може і повинна взяти на себе рішучу керівну роль у розробленні і упровадженні політики підвищення санітарної грамотності за допомогою виділення надійного фінансування, організації спеціальних проєктів, здійснення координації між секторами і регулярних обстежень для оперативного відстеження змін рівня санітарної граматності (СГ) населення (відзначаючи як успіхи, так і недоліки або прогалини, які залишаються). Підвищення і визначення рівня СГ є особливо важливим у бідніших районах. Це допоможе надати вразливим категоріям населення можливість своєчасно і послідовно вживати заходів зі зміцнення здоров'я, зокрема з метою профілактики гострих і хронічних захворювань або ж для пропаганди активних лікувальних заходів. Зміцнення колективного та репрезентативного процесу ухвалення рішень з питань підвищення санітарної граматності (СГ) і рівноправності у сфері охорони здоров'я на всіх рівнях сприятиме діям в інтересах здоров'я як на індивідуальному, так і громадському й національному рівнях.

Міжнародний досвід функціонування системи охорони здоров'я

Особливості міжнародних систем охорони здоров'я на сьогодні можна виділити три основні системи охорони здоров'я у світі:

державна система (Великобританія). Розвивається як напрям соціальної політики. У результаті держава посилює свій вплив і контроль над діяльністю медичних і страхових організацій.

страхова система (представлена в таких європейських країнах, як Франція, Австрія, Бельгія, Швейцарія, деяких країнах Латинської Америки, Японії). Заснована на принципах солідарності. Страхові організації та застраховані особи мають можливість здійснювати контроль над використанням страхових коштів. Застраховані особи також можуть вибрати лікаря та лікувально-профілактичний заклад.

Фінансування подібних систем здійснюється з трьох джерел:

1. Страхові внески підприємців (відрахування із доходів).

2. Страхові внески осіб, які працюють (відрахування із заробітної плати).

3. Кошти з державного бюджету.

приватна система (Сполучені Штати Америки) Проте у розглянутих країнах зазначені системи не представлені в чистому вигляді.

Світові рейтинги визначення найкращої системи охорони здоров'я та забезпечення реалізації права на охорону здоров'я громадян не дають єдиної відповіді, яка ж країна є світовим лідером у цій сфері. Насамперед це пов'язано з використанням різних критеріїв оцінки. Наприклад, відповідно до рейтингу процвітання найкращою системою охорони здоров'я за рівнем ефективності у 2019 році є Сінгапурська, потім – Японська, і на третьому місці – Швейцарська. Система охорони здоров'я України займає 114 місце.

Відповідно до Глобального індексу безпеки здоров'я у 2019 році до найкращих країн світу належать США, Об'єднане Королівство Великобританії, Нідерланди, Австралія. Україна в цьому рейтингу зайняла 94 місце.

Відповідно до звіту про Європейський індекс споживачів охорони здоров'я за 2018 рік система охорони здоров'я Швейцарії, Нідерландів та Норвегії зайняли перші місця. Поряд з цим у цьому ж звіті визнано, що найкраще забезпечення прав пацієнтів є у Нідерландах та Норвегії, доступність – у Швейцарії, результати лікування – у Фінляндії, Норвегії, Швейцарії, діапазон та доступ до послуг – у Нідерландах та Швеції, профілактика – у Норвегії, фармацевтичні препарати – у Німеччині та Нідерландах.

Сьогодні в світі для реалізації права на охорону здоров'я, доступу до медичної допомоги та лікування застосовуються декілька моделей функціонування системи охорони здоров'я. Більшість розвинених країн світу використовують медичне страхування, що є специфічною формою системи охорони здоров'я.

Можна виділити три види медичного страхування: державне медичне страхування, приватне медичне страхування й змішане медичне страхування. Японія є однією з найбільш здорових країн світу, а їхня система охорони здоров'я визнана однією з найкращих. З 60-х роках в Японії діє універсальна система державного медичного страхування, яка забезпечила всебічне охоплення всіх громадян Японії. Однією з особливостей японської системи охорони здоров'я є її безкоштовний доступ до медичних установ. Система надання медичної допомоги Японії забезпечує необмежений доступ, пацієнти можуть отримувати медичну допомогу в будь-якому медичному закладі по всій країні і самі вибирають частоту їх лікування незалежно від їх страховки, статусу або тяжкості захворювання. Лише в окремих випадках пацієнти зобов'язані платити деякі додаткові плати за заклади третинної допомоги, якщо вони не мають направлення від первинної чи вторинної медичної установи. В Японії цю систему називають «системою вільного доступу», згідно з якою пацієнти можуть отримувати необхідні медичні послуги, коли хворіють або отримали травми за фіксованою ставкою внеску, лише за умови підтвердження страхування.

Медичне страхування охоплює понад 5000 видів медичної, стоматологічної допомоги та ліків. Зарахування на державне медичне страхування є обов'язковим незалежно від громадянства, для всіх тих, хто проживає понад три місяці в Японії. Законодавство Японії не дає можливості на власний розсуд вибирати схему державного медичного страхування. Натомість схеми державного медичного страхування визначаються відповідно до статусу зайнятості, віку та місця проживання: медичне страхування на базі роботодавців, національне медичне страхування на базі місця проживання та медичне страхування людей віком від 75 років. Відповідно до системи охорони здоров'я Японії пацієнт бере на себе відповідальність за 30 % медичних витрат, а уряд сплачує решту 70 %, медичне страхування для людей віком від 75 років підтримується в основному за рахунок державного

фінансування, а також за рахунок внесків від медичного страхування на базі роботодавців та національного медичного страхування.

У США немає національної системи охорони здоров'я, немає універсальної медичної допомоги, а натомість американці купують медичне страхування, щоб покрити значну частину своїх витрат на охорону здоров'я.

Американські лікарні лідирують у світі в галузі досліджень та розробок, саме в США розроблено багато ліків та технологій, які використовує весь світ. Поряд з цим, у США існує велика кількість незастрахованих осіб. Незастраховані особи стикаються з надзвичайно дорогою медичною допомогою. Лікарні розглядають лише екстрені випадки без попередньої оплати і можуть відмовитися від лікування без підтвердження страхування або застави.

Австралійці можуть отримати комплекс послуг, як для підтримання та профілактики здоров'я, так і до лікування складніших станів, для яких може знадобитися спеціаліст або лікарняна допомога. Система складається з двох основних частин: державної системи охорони здоров'я та приватної системи охорони здоров'я.

Швейцарія має найкращу систему охорони здоров'я в Європі. Поряд з цим, система охорони здоров'я Швейцарії є однією з найдорожчих у світі. На відміну від інших європейських країн, система охорони здоров'я Швейцарії не заснована на оподаткуванні та не фінансується роботодавцями. Натомість кожен, хто проживає в Швейцарії, сплачує внески й може отримати базове медичне страхування та страхування від нещасних випадків, щоб отримати лікування.

У Нідерландах існує два види медичного страхування: обов'язкове основне страхування або базове страхування й необов'язкове додаткове страхування. Основне медичне страхування в Нідерландах є обов'язковим. Поліс медичного страхування дає право на безкоштовне медичне лікування в Нідерландах, включаючи стандартні рецепти.

Основні критерії оцінки реалізації права на охорону здоров'я у світі.

Загальновідомо, що ефективність роботи системи охорони здоров'я має сильний вплив на здоров'я населення.

Основна мета будь-якої системи охорони здоров'я полягає у максимальному покращенні здоров'я людей за мінімальних витрат. Нові демографічні, епідеміологічні та фінансові проблеми посилюють потребу орієнтувати системи охорони здоров'я на потреби людей та громад. Говорячи про реалізацію права особи на охорону здоров'я, необхідно зосередити свою увагу на основних складових: доступ до медичної допомоги (доступність та своєчасність), процес догляду (заходи профілактичної допомоги, безпечна допомога, скоординований догляд і зайнятість, переваги пацієнта), адміністративна ефективність, справедливість й результати охорони здоров'я (рівень здоров'я населення, смертність, пов'язана із охороною здоров'я і захворюваннями), фінансування. Вказані складові загалом визначають рівень якості медичної допомоги та функціонування системи охорони здоров'я як такої. Будь-яка медична допомога має бути своєчасною, безпечною, ефективною, орієнтуватися на пацієнта, справедливою. Так, люди часто не отримують необхідну медичну допомогу, стикаються з труднощами при оплаті отриманої допомоги, не завжди швидко можуть отримати інформацію про призначення та отримати невідкладну допомогу. Якщо системи охорони здоров'я не забезпечують належного фінансового захисту, люди можуть не мати достатньо коштів для оплати медичної допомоги або задоволення інших основних потреб. Як наслідок, відсутність фінансового захисту може зменшити доступ до медичної допомоги, підірвати стан здоров'я, поглибити бідність та посилити нерівність у сфері охорони здоров'я та соціальноекономічного характеру. Однак практика функціонування систем охорони здоров'я країн світу демонструє, що більше ресурсів не призводить до кращих результатів для здоров'я, оскільки важливу роль в цьому відіграє ефективність витрат, розумне витрачання, щоб забезпечити максимальне співвідношення ціни та якості.

Участь системи охорони здоров'я в стратегіях профілактики неінфекційних захворювань (НІЗ)

Стратегії щодо збереження та зміцнення здоров'я, профілактики неінфекційних захворювань повинні розроблятися під керівництвом Міністерства охорони здоров'я та Міністерства соціального розвитку України і проводитися при ефективному партнерстві системи охорони здоров'я з іншими урядовими та неурядовими організаціями, науководослідними установами та професійними науковими товариствами, громадськими організаціями та за участю самого населення. Такі стратегії повинні включати:

- забезпечення взаємодії з різними секторами і установами медичного і немедичного профілю, що займаються проблемами зміцнення здоров'я і профілактики захворювань;
- розробку і реалізацію національних і регіональних програм зі збереження і зміцнення здоров'я, профілактики неінфекційних захворювань для різних цільових груп населення;
- визначення професійних, технічних і фінансових ресурсів для проведення заходів щодо збереження та зміцнення здоров'я, профілактики неінфекційних захворювань;
- безперервну освіту в системі перед- і післядипломної підготовки кадрів, здатних на сучасному рівні проводити заходи щодо збереження і зміцнення здоров'я населення, профілактики та зниження неінфекційних захворювань і їх факторів ризику;
- експертну оцінку сучасних технологій збереження і зміцнення здоров'я, профілактики неінфекційних захворювань, включаючи освітні посібники, лікарські засоби та обладнання, забезпечення їх доступності для населення;
- здійснення зв'язків із населенням, ЗМІ, неурядовими громадськими організаціями, міжнародними організаціями;

- розробку стандартів із профілактики неінфекційних захворювань, лікування тютюнової та алкогольної залежності, профілактики надмірного вживання алкоголю і введення їх у перелік обов'язкових медичних послуг;
- наукові дослідження у сфері прикладної епідеміології, включаючи вдосконалення системи моніторингу показників здоров'я населення, стратегій щодо збереження та зміцнення здоров'я, профілактики неінфекційних захворювань і їх факторів ризику.

Нині в системі охорони здоров'я велику увагу слід приділяти розробці і здійсненню заходів щодо контролю факторів ризику розвитку неінфекційних захворювань, зокрема куріння, надмірного споживання алкоголю, артеріального тиску, гіперхолестеринемії, надлишкової маси тіла та ожиріння, цукрового діабету 2-го типу. Крім цього, велику роль відіграє робота щодо відстеження пацієнтів із високим ризиком розвитку неінфекційних захворювань і тих, хто потребує активного лікування.

Для проведення таких заходів в Україні повинні функціонувати центри здоров'я, діяльність яких спрямована на досягнення таких цілей:

- виявлення факторів розвитку неінфекційних захворювань серед населення;
- формування груп із високим ризиком розвитку неінфекційних захворювань серед населення і при необхідності направлення їх до відповідних фахівців;
- проведення профілактичних заходів щодо зниження рівня неінфекційних захворювань;
- проведення масових акцій, спрямованих на формування здорового способу життя та профілактику неінфекційних захворювань.

Матеріально-технічне забезпечення центрів здоров'я потребує постійного методичного забезпечення і супроводу. Для виконання цих завдань на регіональному рівні повинен бути створений спеціальний координаційний центр із наданням йому наступних функцій:

1) розробка та організаційно-методичне забезпечення з питань впровадження науково обґрунтованих методів і технологій виявлення та профілактики неінфекційних захворювань, їх чинників розвитку серед населення різних категорій (організованого і неорганізованого);

2) рецензування і наукова експертиза освітніх матеріалів із профілактики неінфекційних захворювань та їх факторів розвитку;

3) участь у розробці нормативно-правової бази, яка регламентує діяльність центрів здоров'я і взаємодіючих із ними структур первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) з профілактики неінфекційних захворювань та їх факторів ризику, включаючи розробку індикаторів і критеріїв оцінки їх діяльності;

4) розробка методичних матеріалів (настанов, рекомендацій, посібників, стандартів, довідників) для здійснення профілактичної допомоги населенню;

5) участь у розробці освітніх стандартів і підготовці фахівців із проблем профілактики неінфекційних захворювань і факторів їх розвитку на до- і післядипломному рівнях;

6) участь у розробці та оцінці цільових федеральних і регіональних профілактичних програм;

7) розробка та/або експертна оцінка освітніх матеріалів для підвищення інформованості населення в питаннях зміцнення і збереження здоров'я, про способи профілактики неінфекційних захворювань і їх факторів розвитку;

8) спільно з навчальними закладами та профільними науково-дослідними інститутами (НДІ) участь у підготовці і сертифікації наукових і практичних кадрів, підвищення кваліфікації наукових працівників і фахівців лікувально-профілактичних установ, медичних центрів із профілактики неінфекційних захворювань та факторів їх розвитку (цикли тематичного удосконалення, навчання на робочому місці, дистанційні і виїзні форми навчання);

9) організація і проведення вибіркових досліджень і соціологічних опитувань населення для оцінки ефективності діяльності центрів здоров'я і

пов’язаних із ними структур первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) із профілактики неінфекційних захворювань та факторів їх розвитку;

10) формування єдиної бази даних за звітністю та результатами діяльності центрів здоров’я для оперативного прийняття управлінських рішень щодо вдосконалення профілактичної допомоги населенню.

Стратегії зниження частоти неінфекційних захворювань (НІЗ)

Для зниження рівня розвидку неінфекційних захворювань запропоновані три стратегії:

популяційна – вплив на ті особливості способу життя і навколишнього середовища, які збільшують ризик розвитку неінфекційних захворювань серед усього населення;

високого ризику – виявлення і зниження рівнів факторів ризику у людей із підвищеним ризиком розвитку названих захворювань;

вторинна профілактика – запобігання їх прогресуванню, виявлення осіб із ранніми стадіями захворювання і/або проведення відповідних профілактичних і лікувальних заходів.

Стратегії щодо зниження тягаря неінфекційних захворювань повинні бути комплексними, довгостроковими і проводитися різними секторами суспільства. Запорукою успіху здійснення таких стратегій можуть стати державна (регіональна, місцева) політика та адекватне фінансування.

Завдання держави – формування послідовної та довгострокової політики, спрямованої на формування та підтримку здорового способу життя, зміцнення здоров’я та профілактику неінфекційних захворювань. При формуванні політики різного рівня необхідна участь різних державних і приватних установ (інститутів), громадських та інших організацій, що представляють громадянське суспільство.

Основні напрямки розвитку і вдосконалення законодавчої та нормативно-правової бази з профілактики неінфекційних захворювань та факторів їх ризику повинні включати:

- розробку і проведення ефективних заходів щодо тютюнової та алкогольної продукції, включаючи пиво;
- дотримання заборони на продаж тютюнової та алкогольної продукції особам, які не досягли віку 18 років;
- заборона всіх видів реклами тютюнової та алкогольної продукції, нездорового харчування в засобах масової інформації, громадських місцях;
- заборона куріння і розпивання алкогольних напоїв у громадських місцях;
- жорсткий контроль за складом продуктів харчування, що реалізуються через торговельну мережу (наприклад, зниження вмісту тваринного жиру і солі), спонукання виробників продуктів харчування до заміни «нездорових» продуктів харчування або їх інгредієнтів на «здорові»;
- адаптацію міської дорожньої інфраструктури до пішохідного та велосипедного, а не автомобільного руху.

Огляд поточної ситуації у сфері охорони здоров'я

1. Ключові показники здоров'я населення. За даними Індексу людського капіталу 2020 року, Україна посідає 53 позицію зі 174 країн світу

2. Згідно з експертною оцінкою: середня тривалість життя чоловіків в Україні за цей період знизилася із 66,4 року до 57,3 року; середня тривалість життя жінок в Україні скоротилася із 76,2 року до 70,9 року, що є одним із найнижчих показників у Європі. Яка середня тривалість життя в Україні 2024 – наразі сказати неможливо, оскільки точних даних немає. Головна причина зниження тривалості життя полягає у військових діях, що відбуваються на території України.

Разом із сусідніми країнами, Україна входить до числа країн зі старіючим населенням та високими показниками смертності. Головними причинами передчасної смерті в Україні є неінфекційні захворювання (НІЗ) — на них припадає шість із десяти основних причин смерті, дев'ять із десяти основних причин передчасної смерті та 84% усіх річних смертей. Найбільшу

частку смертності, спричинену НІЗ, становлять серцево-судинні захворювання (60%) та новоутворення (10,5%)

3. Тягар захворювань в Україні є досить великим, а показник частки років життя з урахуванням інвалідності (DALY) — здебільшого високим. НІЗ є відповідальними за переважну більшість DALY в Україні. Також в Україні високі показники за кількістю років здорового життя, втрачених через хвороби, інвалідність та смерть. Топ 5 причин DALY в Україні (2019 р.) — це ішемічна хвороба серця, інсульти, біль у попереку, цироз печінки та самопошкодження.

4. Дослідження STEPS6, проведене у 2019 році, виявило дуже високу поширеність в Україні НІЗ та їх поведінкових і біологічних факторів ризику. Згідно з цим дослідженням, поширеність вживання тютюну становить 49% у чоловіків і 14% у жінок у популяції старше 15 років, 33,9% населення у віці 18–69 років в Україні були активними курцями тютюну. Половина (50,3%) усіх чоловіків і кожна шоста (16,7%) жінка повідомили, що вони курили в останні 30 днів.

Це одне з найвищих зафіксованих значень серед країн, у яких нещодавно проводилося опитування STEPS, і демонструє збільшення цього показника порівняно з попередніми опитуваннями в Україні. Все частіше використовувалися нові тютюнові продукти, такі як системи нагрівання тютюну та електронні сигарети, особливо молодшими групами населення, а також кальян, яким користувалися 18,7% населення у віці 18–29 років. Вживання алкоголю становить 22,0 і 7,2 літра на особу на рік серед чоловіків і жінок відповідно. Було виявлено, що його вживання було частим, а рівень високим. Дві третини чоловіків і майже половина жінок повідомили, що вживали алкоголь протягом останніх 30 днів, при цьому кожна п’ята особа (19,7%) вживала шість і більше доз алкоголю за епізод вживання (надмірне епізодичне вживання). Також, відповідно до нещодавніх опитувань7, серед підлітків вживання алкоголю також дуже поширене, що викликає особливе занепокоєння.

5. Здорове харчування та фізична активність є важливими факторами в подоланні НІЗ. ВООЗ рекомендує щодня вживати щонайменше п’ять порцій (еквівалентно 400 г) фруктів та овочів. В Україні раціон харчування лише 33,6% населення відповідає цим рекомендаціям здорового харчування (26,8% чоловіків і 40,6% жінок). Дослідження також показало високий рівень споживання солі — середнє споживання солі становило 12,6 г на добу, що більш ніж удвічі перевищує рекомендований рівень у 5 г на день, і лише 13% населення мали рівень споживання солі менше ніж 5 г на день. Близько 90% українців мають достатній рівень фізичної активності відповідно до рекомендацій ВООЗ. Однак при цьому поширеність проблеми надмірної ваги (індекс маси > 25) в Україні у 2019 році є однією з найвищих серед країн Східної Європи та Центральної Азії — 59,0% а рівень ожиріння (індекс маси > 30) охоплює майже чверть населення (24,8%). На момент опитування жінки страждали на ожиріння частіше, ніж чоловіки (29,8% проти 20,1%). Підвищений артеріальний тиск у 2019 році було виявлено у 34,8% населення України. Показник був майже однаковий для жінок (35,0%) та чоловіків (34,5%). Крім того, 40,7% населення мали загальний рівень холестерину в крові ≥ 5,0 ммоль/л або на час опитування отримували ліки від підвищеного холестерину, що є одним із найвищих показників серед країн, у яких нещодавно проводилося дослідження. Також було виявлено, що майже третина (32,8%) населення в Україні має поєднання 3–5 факторів ризику та чверть (23,4%) населення у віці 40–69 років мала показник 30% або вище 10-річного кардіометаболічного ризику розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ), таких як інсульт та інфаркт міокарда. Хвороби, пов’язані зі зловживанням алкоголем, та психічне здоров’я, і зокрема депресії, оцінюються як значно більша проблема, ніж зафіксовано в офіційній.

6. Соціальна обумовленість та показники здоров’я підлітків та молоді. Куріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед підлітків, які навчаються: поширення й тенденції в Україні статистиці. За підрахунками, близько третини населення України пережили щонайменше один психічний

розлад протягом життя. За оцінками Глобального звіту ВООЗ про алкоголь, поширеність розладів, пов'язаних зі вживанням алкоголю, становить 6,0%. Самогубство становить 2,0% усіх смертей. Поширеність психічних захворювань в Україні подібна до регіональної поширеності Східної Європи, за винятком депресивних розладів, поширеність яких в Україні становить 3,4%, а в регіоні — 2,9%. Гендерні відмінності психічного здоров'я стосуються посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та розладів, спричинених вживанням алкоголю, які є більш поширеними серед чоловіків, тоді як депресія та тривожність більш поширені серед жінок. Чоловіки також мають вищу поширеність розладів, пов'язаних зі вживанням алкоголю, ніж жінки (11,5% проти 1,4%). Приблизно кожен восьмий дорослий (12,4%) в Україні має симптоми депресії, а поширеність депресії була приблизно вдвічі більшою серед жінок (16,2%), ніж серед чоловіків (8,7%). Жінки мають вищу оцінку поширеності МДР (3,9% проти 2,7%)9. Забруднення атмосферного повітря у 2016 році, за даними Інституту оцінки та вимірювання показників здоров'я (Institute for Health Metrics and Evaluation), призвело в Україні до понад 58 тис. смертей. До 2017 року показники смертності, пов'язані з небезпечним водопостачанням, санітарією та гігієною (ВСГ) в Україні, були подібними до середніх показників Східної Європи. Проблеми виникли останніми роками в підконтрольних Уряду районах Луганської та Донецької областей — 51% людей потребували підтримки у вирішенні питань, пов'язаних із ВСГ. Цей показник зріс до 68% для людей, які проживають у зоні 20 км від лінії зіткнення, та до 86% для людей, які проживають у сільській місцевості. Дорожньо-транспортні пригоди (ДТП) в Україні є першою найпоширенішою причиною смерті молодих людей віком 15–24 років і другою найпоширенішою причиною смерті дітей віком 5–14 років. У 2015 році три чверті загиблих у ДТП українців були працездатного віку, а 37,2% були у віці 14–35 років. У 2019 році понад 26% загиблих і 15% постраждалих у ДТП були пішоходами. Хоча смертність від таких інфекційних хвороб як ВІЛ/СНІД і туберкульоз знижується, за даними ВООЗ, Україна залишається однією з країн, де

продовжує зростати кількість нових випадків інфікування ВІЛ та смертей від СНІДу. У 2018 році ЮНЕЙДС звітувала, що 240 000 людей живуть із ВІЛ; 36% із них були жінками. Незважаючи на значний прогрес у протидії ВІЛ, у 2018 році було зареєстровано багато нових ВІЛ-інфекцій; 30% інфікованих досі не знали про свій ВІЛ-статус. Однак показник охоплення лікуванням ВІЛ збільшився з 66 409 у 2014 році до понад 130 000 осіб у 2021 році, при цьому вірусна супресія була досягнута у високої кількості пролікованих (94%). Більше ніж 95% вагітних жінок, які живуть з ВІЛ, отримали доступ до антиретровірусних препаратів для запобігання передачі інфекції від матері до дитини.

В останні роки було досягнуто прогрес у впровадженні заходів боротьби з туберкульозом, унаслідок чого зменшується кількість зареєстрованих нових випадків та рецидивів з 127/100 000 населення у 2004–2005 роках до 42,2/100 000 населення у 2020 році. Занепокоєння викликає високий рівень поширеності мультирезистентного туберкульозу — 34,9% у 2017 році, при цьому — 16,6% хворих на туберкульоз із широкою медикаментозною стійкістю. Незадовільні результати лікування з показниками невдач 7,8% та смертності 9,5% (2017 рік) залишаються причинами для занепокоєння. Коефіцієнт материнської смертності в Україні ілюструє стабільне зменшення. Тенденція зберігалася на рівні плато до 2017 року (19 смертей на 100 000 живонароджених, точкова оцінка), але між 2000 і 2017 роками також відзначається загальне скорочення кількості смертей на 46%. Цільовий показник материнської смертності України на 2020 рік, який становить 11,8, іще не досягнутий. Рівень дитячої смертності знизився за роки незалежності, досягнувши у 2018 році показників смертності до 5 років — 9 смертей на 1 000 живонароджених, смертності немовлят — 7,5 на 1 000 живонароджених та неонатальної смертності — 5 смертей на 1 000 живонароджених. Загалом, ціль України на 2020 рік щодо смертності дітей до 5 років на рівні 8,5 смертей на 1 000 живонароджених досягнута згідно з міжнародними даними (національні дані свідчать про 8,3 смертей на 1 000 живонароджених у 2018 році). Проте,

згідно з національною статистикою, у 2018 році рівень смертності дітей до 5 років був на 20% вищим у сільській місцевості, ніж у міській (9,5 смертей на 100 000 живонароджених у сільській місцевості порівняно з 7,8 у міській місцевості), що вказує на потенційний обмежений доступ до своєчасної та якісної медичної допомоги. Охоплення щепленнями в Україні залишається одним із викликів громадського здоров'я. У січні 2019 року з поміж країн-членів ВООЗ у Європейському регіоні саме в Україні зареєстровано найнижчий рівень охоплення вакцинами серед усіх видів щеплень. За статистикою 2020 року, лише 80,1% дітей отримали всі три дози вакцини проти дифтерії та правця; і менше ніж 83% — проти поліомієліту (статистика 2017 року за цими антигенами становила 50%, 52% та 50% відповідно). Зокрема, низькі рівні вакцинації проти кору спричинили у 2018 та 2019 роках спалах кору, під час якого виявлено 110 500 випадків, що відповідало 57,2% усіх випадків, зареєстрованих у Європейському регіоні ВООЗ за цей період. У відповідь на пандемію COVID-19, старт вакцинації від COVID-19 в Україні відбувся 24 лютого 2021 року. Від початку кампанії проведено всього 27 137 674 щеплення. Від початку вакцинації щеплено на 19,22% більше жінок, ніж чоловіків.

Питання для самоконтролю:

1. Поняття про медичну грамотність в сфері охорони здоров'я.
2. Типи санітарної грамотності на прикладі моделі D. Nutbeam.
3. Міжнародний досвід функціонування системи охорони здоров'я.
4. Національний досвід функціонування системи охорони здоров'я.
5. Роль держави у підвищенні медичної грамотності.
6. Принципи формування системи охорони здоров'я.
7. Поняття про фармацевтичну грамотність.
8. Основні критерії оцінки реалізації права на охорону здоров'я у світі.
9. Участь системи охорони здоров'я в стратегіях профілактики неінфекційних захворювань
10. Стратегії зниження частоти неінфекційних захворювань.

Завдання для виконання:

Завдання 1. Дати характеристику рівням фармацевтичної грамотності, заповнити таблицю 1.

Таблиця 1

Рівні фармацевтичної грамотності	Характеристика рівнів фармацевтичної грамотності
Функціональний	
Комунікативний	
Критичний	

Завдання 2. Розглянути представлені нижче засоби прогнозування, які асоційовані з рівнями фармацевтичної грамотності та розподілити їх на фармацевтичні та фармакотерапевтичні ризики. Отримані результати занести в таблицю 2.

Таблиця 2

Фармацевичні	Фармакотерапевтичні

А. Порушення правил зберігання (температурний режим, світло, вологість).

Б. Безконтрольне неусвідомлене надмірне самолікування.

В. Відсутність обмежень вільного доступу дітей до ЛЗ в домашніх умовах.

Г. Незнання стану і особливостей власного здоров'я.

Ґ. Недбале ставлення до збереження інструкцій по медичному застосування і вторинних упаковок ЛЗ до закінчення використання ЛЗ.

Д. Недостатність когнітивних і фізіологічних функцій і порушення правил застосування ЛЗ.

Е. Хаотичне розміщення ЛЗ (порушення фармацевтичного порядку) в домашній аптечці.

Є. Низький рівень прихильності до призначеної фармакотерапії.

Ж. Відсутність контролю термінів придатності та органолептичних властивостей ЛЗ.

З. Ігнорування (нерозуміння значимості) інформації в інструкції для медичного застосування ЛЗ.

И. Екологічна утилізація непридатних до медичного застосування ЛЗ.

І. Сумнів в професіоналізмі медичних і фармацевтичних працівників.

Тестовий контроль знань:

1. Вказати кількість типів санітарної грамотності за моделлю запропонованої D. Nutbeam (Nutbeam's HealthLiteracy Model)

A. Два типи

B. Три типи

C. П’ять типів

D. Один тип

E. Чотири типи

2. В якій сучасній системі охорони здоров’я держава посилює свій вплив і контроль над діяльністю медичних і страхових організацій

A. Державна

B. Страхова

C. Приватна

D. Комунальна

E. Змішана

3. Вказати головну причину низької медичної грамотності

A. Існуюче розмаїття приватних та державних установ

B. Неефективне спілкування лікаря з пацієнтом

C. Низька обізнаність пацієнтів щодо інформаційних ресурсів

D. Мовні перешкоди Культурологічні відмінності

4. Знайти помилку. Низька медична грамотність зазвичай асоціюється з такими наслідками для здоров’я як:

A. Висока смертність

B. Поганий стан здоров’я

C. Зниження якості життя

D. Несвоєчасна платоспроможність

E. Покращення здоров'я та рівня життя

5. Неінфекційні захворювання (НІЗ) – це

A. хвороби, які викликані попаданням в організм хвороботворних (патогенних) мікробів. Потрапляючи в організм людини, такі мікроби роблять токсичний вплив на організм, тим самим викликаючи ту чи іншу інфекцію.

B. незаразні хвороби, виникнення яких не пов'язано з інфекційним агентом. Найчастіше схильність до них закладена в генах, або вони виникають під впливом екологічних шкідливих речовин або у слідстві нездорового способу життя.

C. хвороби рослин, тварин та людини, які виникають внаслідок проникнення в їхні клітини і розвитку там різних вірусів, які являють собою дрібні форми життя, що містять молекулу нуклеїнової кислоти, носія генетичної інформації, оточену захисною оболонкою з білків.

D. захворювання дихальних шляхів та інших легеневих структур.

E. стани, які виникають через імунні реакції у відповідь на антигени власних тканин (аутоантигени).

6. Виділяють 4 основні типи неінфекційних захворювань –

A. це серцево-судинні захворювання, онкологічні захворювання, хронічні респіраторні захворювання і цукровий діабет

B. це інсульт, рак, астма, діабет

C. це туберкульоз, вірусні гепатити, ВІЛ/СНІД

D. це дизентерія, стафілококова інфекції, сальмонельоз, менінгіт

E. це кір, дизентерія, натуральна віспа, дифтерія

7. Вкажіть стратегію зниження рівня розвитку НІЗ (неінфекційні захворювання), що дозволяє запобігти прогресуванню захворювань та виявлення осіб із ранніми стадіями захворювання і/або проведення відповідних профілактичних і лікувальних заходів:

A. Популяційна стратегія

B. Стратегія вторинної профілактики

C. Стратегія високого ризику

D. Стратегія низького ризику

E. Стратегія людського фактору

8. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) основною причиною смерті у світі є хронічні неінфекційні захворювання (ХНЗ). Більшість неінфекційних захворювань пов'язані з

A. вживанням тютюну

B. вживанням алкоголю

C. вживанням тютюну, алкоголю, недостатньою фізичною активністю та нездоровим харчуванням

D. недостатньою фізичною активністю

E. нездоровим харчуванням

9. Основні напрямки розвитку і вдосконалення законодавчої та нормативно-правової бази з профілактики неінфекційних захворювань та факторів їх ризику повинні включати:

A. розробку і проведення ефективних заходів щодо тютюнової та алкогольної продукції, включаючи пиво; дотримання заборони на продаж тютюнової та алкогольної продукції особам, які не досягли віку 18 років;

B. заборона всіх видів реклами тютюнової та алкогольної продукції, нездорового харчування в засобах масової інформації, громадських місцях; заборона куріння і розпивання алкогольних напоїв у громадських місцях;

C. жорсткий контроль за складом продуктів харчування, що реалізуються через торговельну мережу (наприклад, зниження вмісту тваринного жиру і солі), спонукання виробників продуктів харчування до заміни «нездорових» продуктів харчування або їх інгредієнтів на «здорові»;

D. адаптацію міської дорожньої інфраструктури до пішохідного та велосипедного, а не автомобільного руху.

E. Усі вищезгадані відповіді правильні

10. Всі фактори ризику можна розділити на 2 групи:

1-а група – це фактори ризику, на які не можна вплинути.

2-а група – це фактори ризику, на які можна вплинути. До них відносяться…

A. куріння, **неправильне харчування**, **низький рівень фізичної активності** (гіподинамія), **надлишкова маса тіла, підвищений артеріальний тиск, підвищений рівень холестерину і / або цукру крові, психосоціальні фактори** (стрес, депресія, тривога).

B. стать, вік і спадкова схильність

C. підвищений артеріальний тиск, підвищений рівень холестерину і / або цукру крові, психосоціальні фактори (стрес, депресія, тривога).

D. куріння**,** неправильне харчування, алкоголь

E. підвищений рівень холестерину і / або цукру крові

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я / Вісник АПСВТ, 2020, № 1-2. С .43-52.

2. Н. О. Рингач /Демографія та соціальна економіка. 2020, № 2 (40) с. 71-88.

3. Про затвердження Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 26.07.2018 № 530-р. Урядовий кур'єр. – 2018. № 144.

4. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Режим доступу:
https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D1%96%D1%8F/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%2024.2022.pdf

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Законодавчі, нормативні документи

1. Про лікарські засоби: Закон України від 4квітня 1996року № 123/96 ВР [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.zakon.rada.gov.ua

2. Про порядок контролю якості лікарських засобів під час оптової та роздрібної торгівлі: Наказ МОЗ України 29 вересня 2014 року № 677 [Електронний ресурс].– Режим доступу: http://zakon.rada.gov.ua.

3. Національний перелік основних лікарських засобів і виробів медичного призначення: Постанова Кабінету Міністрів України від 25.03. 2009 р .№333 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.zakon.rada.gov.ua.

4. Про рекламу: Закон України від 3.07.96 № 279/96-ВР // Юридичні аспекти фармації: збірник нормативно-правових актів станом на 10 лютого 2001 року - Х.: Мегаполіс, 2001. – С. 267 -270.

5. Про ліцензування господарської діяльності: Закон України від 02 березня 2015 р. № 222 – VIII/ - [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.zakon.rada.gov.ua

6. Положення про Міністерство охорони здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267 - [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.zakon.rada.gov.ua

7. Перелік закладів охорони здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.10.2002 № 385 із змінами - [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.zakon.rada.gov.ua

8. Довідник Кваліфікаційних характеристик професій працівників (Витяг): Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство праці та соціальної політики України // Випуск № 78. – Охорона здоров'я.

9. Про бухгалтерський облік та фінансову звітність в Україні: Закон України від 16 липня 1999 року № 996-XIV - ВР [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.zakon.rada.gov.ua

10. Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори: Закон України від 15 лютого 1995 року№60/95–ВР в редакції Закону № 530 від 22 грудня 2006 р. - [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.zakon.rada.gov.ua

11. Про затвердження опису сигнального покажчика аптечного закладу та його структурного підрозділу: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 2017 №777 - [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.zakon.rada.gov.ua

12. Про патентування деяких видів підприємницької діяльності :Закон України від 23 березня 1996 року № 98/96-ВР [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.zakon.rada.gov.ua

13. Про застосування реєстраторів розрахункових операції у сфері торгівлі, громадського харчування та послуг: Закон України від 6 липня 1995 року № 265/95-ВР [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.zakon.rada.gov.ua

14. Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань: Постанова КМУ від 17 серпня 1998 року №1303 [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.zakon.rada.gov.ua

15. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібної торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів): Постанова КМ України від 30 листопада 2016 р. № 929. - [Електронний ресурс] – Режим доступу : http://www.zakon.rada.gov.ua

16. Про затвердження Правил виробництва (виготовлення) та контролю якості лікарських засобів в умовах аптеки: Наказ МОЗ України № 812 від 17.10.2012 [Електронний ресурс] – Режим доступу : http://www.zakon.rada.gov.ua

17. Про затвердження Інструкції про санітарно-протиепідемічного режиму аптечних закладів : Наказ МОЗ України № 275 від 15. 05. 2006 року [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.zakon.rada.gov.ua

18. Про затвердження положення про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками: Постанова Кабінету Міністрів України від 12 серпня 2015 р. № 647. – [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.zakon.rada.gov.ua

19. Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби, виробів медичного призначення, Порядку відпустку лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень: Наказ МОЗ України № 360 від 19.07.2005 із змінами 2018 року [Електронний ресурс] - Режим доступу: http://www.zakon.rada.gov.ua

20. Про затвердження Переліку лікарських засобів, дозволенних до застосування в Україні, які відпускаються без рецептів з аптек та їх структурних підрозділів: Наказ МОЗ України від 18.04.2019 № 876 [Електронний ресурс] Режим доступу: http://www.zakon.rada.gov.ua

21. Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживання ними: Закон України від 15 лютого 1995 року № 62/95 із змінами [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.zakon.rada.gov.ua

22. Про затвердження Переліків отруйних та сильнодіючих лікарських засобів: Наказ МОЗ України № 490 від 17.08.2007 [Електронний ресурс]- Режим доступу: http://www.zakon.rada.gov.ua

23. Про затвердження переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів (Витяг): Постанова Кабінету Міністрів України від 6 травня 2000 р. № 770 із змінами - [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.zakon.rada.gov.ua

24. Про організацію зберігання а аптечних установах різних груп лікарських засобів і виробів медичного призначення: Наказ МОЗ України № 44 від 16.03.1993 // Юридичні аспекти фармації: Збірник нормативно-правових актів станом на 10 лютого 2001 р. – Харків: Мегаполіс, 2001. – С. 408 – 417.

25. Про критерії віднесення наркотичних (психотропних) лікарських засобів, що містять малу кількість наркотичних засобів або психотропних речовин і прекурсорів, до категорії лікарських засобів, які відпускаються без рецептів: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 4.05.2003 № 210 із змінами - [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.zakon.rada.gov.ua

26. Про критерії визначення категорії відпуску лікарських засобів: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17.05.2001 № 185 – [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.zakon.rada.gov.ua

27. Про затвердження Вимог до об'єктів і приміщень, призначених для здійснення діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів та зберігання вилучених з незаконного обігу таких засобів і речовин: Наказ МВС України 29.01.2018 № 52. - [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.zakon.rada.gov.ua

28. Про оптимізацію заходів щодо недопущення занесення і поширення на території України випадків COVID-19 Наказ МОЗ України від 13.03.2020 № 663 [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.zakon.rada.gov.ua

29. Про порядок проведення сертифікації підприємств, які здійснюють оптову реалізацію (дистрибуцію) лікарських засобів: Наказ Міністерства охорони здоров'я України 23.08.2005 № 421 - [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.zakon.rada.gov.ua

30. Про затвердження правил зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у лікувально-профілактичних закладах: Наказ Міністерства охорони здоров'я України 16.12.2003 № 584 – [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.zakon.rada.gov.ua

31. Про затвердження порядку встановлення заборони (тимчасової заборони), та поновлення обігу лікарських засобів на території України: Наказ

Міністерства охорони здоров'я України 22.11.2011 № 809. - [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.zakon.rada.gov.ua

32. Про затвердження правил утилізації та знищення лікарських засобів: Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 242 від 24.04.2015 - [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.zakon.rada.gov.ua

33. Про затвердження Інструкції з оформлення матеріалів про адміністративні правопорушення законодавства України щодо забезпечення якості лікарських засобів: Наказ Міністерства охорони здоров'я України 26.10.2001 № 428 із змінами - [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.zakon.rada.gov.ua.

34. Про затвердження Положення про інтернатуру та вторинну лікарську (провізорську) спеціалізацію: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22 червня 1996 р. №291 із змінами - [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.zakon.rada.gov.ua

35. Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18 травня 1994 р. № 73 – [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.zakon.rada.gov.ua

36. Положення про порядок проведення атестації фармацевтів: Наказ Міністерства охорони здоров'я України 12. 12. 2006 р № 818 – [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.zakon.rada.gov.ua

37. Про затвердження умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення: Наказ Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства охорони здоров'я України 05.10.2005 №308/519 із змінами - [Електронний ресурс] – Режим доступу : http://www.zakon.rada.gov.ua

Основна

1. Управління та економіка фармації : навчальний посібник до семінарів для підготовки фармацевтів на курсах ТУ спеціальності «Організація і управління фармацією» / І. В. Бушуєва, О. К. Єренко, Хортецька Т.В. - Запоріжжя : ЗДМФУ, 2023. – 85 с.

2. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров’я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров’я / Вісник АПСВТ, 2020, № 1-2. С .43-52.

Інформаційні ресурси

1. Державний формуляр лікарських засобів. – Державний Експертний Центр Міністерства охорони здоров'я України [Електронний ресурс] – Режим доступу:

2. https://dec.gov.ua/materials/chinnij-vipusk-derzhavnogo-formulyara-likarskih-zasobiv/

3. Журнал «Провізор» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.provisor.com.ua/

4. Законодавство України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon.rada.gov.ua/

5. Компендіум OnLine [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://compendium.com.ua/

6. Міністерство охорони здоров’я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/

7. Національний перелік основних лікарських засобів [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://moz.gov.ua/uploads/0/3799-nacperelic_dodatok_web.pdf

8. Фармацевтична енциклопедія [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.pharmencyclopedia.com.ua

9. Щотижнева газета «Аптека» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.apteka.ua/