*С. І. ЗБРОЖЕК (Харків)***ВИВЧЕННЯ ДОСТУПНОСТІ ОБІГУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ
ДЛЯ РІЗНИХ КОНТИНГЕНТІВ ПАЦІЄНТІВ НА РІВНІ
ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ**

Харківська медична академія післядипломної освіти <pharm_law@ukr.net>

Вступ. В умовах пандемії коронавірусної інфекції актуальність розвитку первинної медико-санітарної допомоги у світлі організації доступності обігу лікарських засобів для різних категорій пацієнтів на первинному рівні стає одним із головним напрямком реформування та розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Її метою є покращення якості та ефективності медичної допомоги, підвищення доступності обігу лікарських засобів, збереження та зміцнення здоров'я людини.

Матеріали і методи. Амбулаторії загальної практики сімейної медицини на прикладі Харківської області групувалися за певними ознаками за формулою Стерджеса з подальшим побудуванням дискретних рядів варіацій та полігону розподілення. **Результати та їх обговорення.** Проведений контент-аналіз районів області дозволив визначати кількісні показники амбулаторій загальної практики сімейної медицини у досліджуваній період та розподілити їх за групами. Організація доступності обігу лікарських засобів для населення через первинну медико-санітарну допомогу здійснюється відповідно до чинного законодавства амбулаторіями загальної практики сімейної медицини. Останні в межах своєї компетенції на засадах сімейної медицини забезпечують проведення комплексу профілактичних заходів з попередження та зниження захворюваності, інвалідності та смертності, раннього виявлення захворювань, відповідають за створення нормативно-визначеного асортименту ЛЗ та інше. У свою чергу, під час дослідження встановлено, що найбільше закладів охорони здоров'я знаходиться у 9 районах регіонального рівня, які увійшли до 3 групи. **Висновки.** Встановлено тенденцію до збільшення амбулаторій загальної практики сімейної медицини у 9 районах на регіональному рівні. Акцентовано увагу на необхідності проведення подальших досліджень щодо встановлення кореляції між популяцією, що постійно проживає на вказаній території та кількісним складом місцевих закладів охорони здоров'я.

Ключові слова: організація обігу лікарських засобів; контент-аналіз; первинна медична допомога; сімейна медицина; загальна практика.

Вступ. Розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) стає одним із головним напрямком реформування охорони здоров'я в Україні, метою якої є покращення якості та ефективності медичної допомоги, підвищення доступності обігу лікарських засобів (ЛЗ), збереження та зміцнення здоров'я людини. Законодавство України про охорону здоров'я базується на прийнятих нормативних актах, що регулюють суспільні відносини у сфері охорони здоров'я. В Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» зазначено, що кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутнім поколінням за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя. Зазначено, що ПМСД надається переважно за територіальною ознакою сімейними лікарями або іншими лікарями загальної практики та перед-

бачено право пацієнта на вільний вибір лікаря. Основним діючим нормативно-правовим документом, який визначає розвиток сімейної медицини в Україні є постанова КМУ № 989 від 20.06.2000 р. «Про Комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в охорону здоров'я» та наказ МОЗ України № 801 від 29.07.2016 р. «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його під-розділи» [2, 5, 9].

Актуальність проведеного дослідження зростає в умовах коронавірусної інфекції в Україні [10, 11].

Мета роботи – дослідження організації доступності обігу ЛЗ для різних контингентів пацієнтів на рівні амбулаторій загальної практики сімейної медицини (АЗПСМ) шляхом контент-аналізу (регіональний рівень).

Матеріали і методи. Для проведення контент-аналізу АЗПСМ з пунктами реалізації ЛЗ складено перелік районів регіонального рівня (на прикладі Харківської області) за кількісними показниками АЗПСМ. Контент-аналіз районів регіонального рівня за кількісним показником проводили за наявності АЗПСМ з пунктами реалізації ЛЗ при АЗПСМ шляхом групування з використанням формули Стерджеса з подальшим побудуванням дискретних рядів варіацій і полігону розподілення [6]. Формула Стерджеса, що використовувалась для розрахунку кількості підгруп регіональних районів, має наступний вигляд:

$$n = 1 + 3,322 \lg N,$$

де n – кількість груп; N – кількість районів.

Межі кроку (діапазону) визначених підгруп районів визначали за наступною формулою:

$$h = \frac{X_{\max} - X_{\min}}{n},$$

де h – величина кроку підгрупи; $X_{\max}$ – максимальне значення кількості АЗПСМ в районі; $X_{\min}$ – мінімальне значення кількості АЗПСМ в районі.

Дискретний варіаційний ряд являв собою упорядкований розподіл одиниць досліджуваної сукупності (райони) на підгрупи (за результатами розподілу з використанням формули Стерджеса) за певною змінною ознакою АЗПСМ. Термін дослідження 2012–2019 рр. Використано джерела наукової літератури, досвід вітчизняних і зарубіжних вчених, ресурси Internet, результати власних досліджень [1, 7–9].

Результати та їх обговорення. Отримані результати контент-аналізу районів Харківської області показали, що за кількісними показниками АЗПСМ за досліджуваний період межа кроку визначення груп районів склала 2,78–5,7; за кількістю пунктів реалізації ЛЗ при АЗПСМ – 2,78 (табл. 1).

Таблиця 1. Визначення межі кроку групи за результатами групування амбулаторій загальної практики сімейної медицини

Група	Межі кроку групи
I	2–4
II	5–7
III	8–10
IV	11–13
V	14–16
VI	17–19

Відповідно до даних, представлених у табл. 1, на наступному етапі дослідження було проведено групування АЗПСМ на шість груп (табл. 2).

Таблиця 2. Результати групування амбулаторій загальної практики сімейної медицини, які за кількісним показником увійшли до I–VI групи

Район	Кількість АЗПСМ
<i>I група (межі кроку групи 2–4)</i>	
Великобурлуцький	4
Коломацький	3
Печенізький	2
<i>II група (межі кроку групи 5–7)</i>	
Дворічанський	7
Кегичівський	5
Сахновщинський	7
<i>III група (межі кроку групи 8–10)</i>	
Барвінківський	8
Близнюківський	10
Борівський	8
Валківський	9
Зачепилівський	10
Зміївський	9
Золочівський	9
Красноградський	10
Шевченківський	8
<i>IV група (межі кроку групи 11–13)</i>	
Балакліївський	12
Богодухівський	13
Ізюмський	12
Краснокутський	12
Лозівський	11
Нововодолазький	12
Первомайський	11
Чугуївський	13
<i>V група (межі кроку групи 14–16)</i>	
Вовчанський	14
Дергачівський	16
<i>VI група (межі кроку групи 17–19)</i>	
Куп'янський	17
Харківський	19

За даними табл. 2 видно, що до I групи увійшли три райони Харківської області, кількість АЗПСМ в яких знаходиться в межах 2–4; до II групи – також три райони, кількість АЗПСМ в яких знаходиться в межах 5–7; до III групи включено дев'ять районів, за кількістю АЗПСМ в межах 8–10; до IV групи – вісім районів, АЗПСМ в межах 11–13; до V групи – два райони, за кількістю АЗПСМ в межах 14–16; до VI групи – також два райони, за кількістю АЗПСМ в межах 17–19.

Дискретний варіаційний ряд розподілення досліджуваних АЗПСМ приведено у табл. 3.

Основною умовою успішного реформування первинної медико-санітарної допомоги є створення амбулаторій загальної практики сімейної медицини. АЗПСМ – це самостійний ЛПЗ, який є юридичною особою, має гербову печатку. Рішення про організацію АЗПСМ приймається територіальним органом місцевого самоврядування. Прикріплене населення до АЗПСМ визначається територіальним органом управління охороною здоров'я і затверджується в територіальних органах місцевого самоврядування [4].

Таблиця 3. Дискретний варіаційний ряд розподілення амбулаторій загальної практики сімейної медицини

Група	Крок групи	Частота, f_i
I	2–4	3
II	5–7	3
III	8–10	9
IV	11–13	8
V	14–16	2
VI	17–19	2

Надання ПМСД та організація доступності обігу ЛЗ для населення відповідно до чинного медичного та фармацевтичного законодавства здійснюється АЗПСМ, які в межах своєї діяльності на засадах сімейної медицини забезпечують проведення комплексу профілактичних заходів з попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, раннього виявлення захворювань, надають прикріпленому за сімейно-територіальним принципом населенню кваліфіковану ПМСД та фармакотерапію, здійснюють диспансеризацію та моніторинг за станом здоров'я, відповідають за створення нормативно-визначеного асортименту ЛЗ у відповідності до протоколів провізора і клінічних протоколів медичної допомоги для аптек сімейної фармації та аптек загального типу при закладах сімейної медицини [3].

З'ясовано, що основними завданнями АЗПСМ є:

- проведення комплексу профілактичних заходів з попередження захворювань, травм та отруєнь, зниження захворюваності, інвалідності, смертності серед прикріпленого населення;
- надання хворим кваліфікованої ПМСД в умовах амбулаторії та вдома шляхом організації пунктів реалізації ЛЗ клініко-фармакологічних груп;
- раннє виявлення захворювань, своєчасне амбулаторне обстеження і фармакотерапію хворих, за наявності показань забезпечення направлення хворих на консультування та госпіталізацію;
- своєчасне взяття на облік осіб, які підлягають диспансеризації, та забезпечення динамічного спостереження за станом їх здоров'я.

Лікарі АЗПСМ з пунктами реалізації ЛЗ різних клініко-фармакологічних, класифікаційно-правових і номенклатурно-правових груп надають такі ПМСД:

- динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнтів із використанням фізикальних, лабораторних та інструментальних досліджень відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я;
- проведення діагностики та фармакотерапії найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів;
- динамічне спостереження за пацієнтами із діагностованими хронічними захворюваннями (супровід пацієнтів із хронічними захворюваннями та станами), що включає комплекс діагностичних та лікувальних втручань, які передбачені галузевими стандартами;
- надання в межах ПМСД невідкладної медичної допомоги у разі розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнтам, якщо такий розлад стався під час прийому пацієнта лікарем з надання ПМСД та якщо пацієнт не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- направлення відповідно до медичних показань пацієнтів, які не потребують екстреної медичної допомоги, для надання їм вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- взаємодія з надавачами вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з метою своєчасного діагностування та за-

- безпечення лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів з урахуванням особливостей стану здоров'я пацієнта;
- проведення обов'язкових медичних втручань щодо пацієнтів з наявними факторами ризику розвитку окремих захворювань;
 - динамічне спостереження за неускладненою вагітністю та (у разі потреби) направлення до лікаря акушера-гінеколога закладу вторинної медичної допомоги;
 - проведення профілактичних втручань, що включає: вакцинацію відповідно до вимог календаря профілактичних щеплень; підготування та надсилання повідомлень про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення; проведення епідеміологічних обстежень поодиноких випадків інфекційних хвороб;
 - надання консультативної допомоги, спрямованої на усунення або зменшення звичок і поведінки, що становлять ризик для здоров'я (тютюнокуріння, вживання алкоголю, інших психоактивних речовин, нездорове харчування, недостатня фізична активність тощо) та формування навичок здорового способу життя;
 - здійснення медичного спостереження за здоровою дитиною;
 - направлення пацієнтів відповідно до медичних показань для надання їм паліативної допомоги в обсязі, що виходить за межі ПМД;
 - надання окремих послуг паліативної допомоги пацієнтам усіх вікових категорій, що включає: регулярну оцінку стану важкохворого пацієнта та його потреб; оцінку ступеня болю та лікування больового синдрому;
 - призначення наркотичних засобів та психотропних речовин відповідно до законодавства, включаючи оформлення рецептів для лікування больового синдрому; призначення лікування для подолання супутніх симптомів (закрепи, нудота, задуха тощо); консультування та навчання осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом; координацію із забезпечення медичних, психологічних тощо потреб пацієнта;
 - призначення ЛЗ та медичних виробів, технічних засобів медичної реабілітації з оформленням відповідних документів згідно з вимогами законодавства;
 - ведення первинної облікової документації, оформлення довідок, листків непрацездатності та направлень для проходження медико-соціальної експертизи, а також лікарських свідоцтв про смерть;
 - взаємодія з соціальними службами для пацієнтів, соціальні умови життя яких впливають на здоров'я;
 - взаємодія із суб'єктами системи громадського здоров'я.

Лікарі АЗПСМ у своїй практичній діяльності найчастіше виписують рецепти для безоплатного або з доплатою придбання ЛЗ для фармакотерапії різних нозологій. Типові діагнози, при яких виписуються лікарем безоплатні або з доплатою ЛЗ, приведені на рис. 1.

Рис. 1. Типові діагнози, при яких використовуються безоплатні або з доплатою лікарські засоби

На рис. 2 представлено полігон розподілення дискретного варіаційного ряду АЗПСМ.

Рис. 2. Полігон розподілення дискретного варіаційного ряду амбулаторій загальної практики сімейної медицини:

—■— частота; $y = -0,2571x + 5,4$ $R^2 = 0,0234$

Полігон розподілення дискретного варіаційного ряду показав, що найбільше АЗПСМ знаходиться у дев'яти районах регіонального рівня (Барвінківський, Близнюківський, Борівський, Валківський, Зачепилівський, Зміївський, Золочівський, Красноградський, Шевченківський), які увійшли до III групи (межі шагу групи 8–10).

Висновки. В результаті контентного аналізу упродовж досліджуваного періоду встановлено тенденцію до збільшення АЗПСМ у дев'яти районах регіонального рівня. Кількісне зростання АЗПСМ з пунктами реалізації ЛЗ може забезпечувати підвищення доступності в організації обігу ЛЗ для пацієнтів різних контингентів. Необхідно також відзначити, що має сенс проводити подальші дослідження з організації доступності обігу ЛЗ в регіонах України щодо встановлення кореляції між кількісним складом населення, яке постійно проживає на вказаній території, та кількісним складом місцевих закладів охорони здоров'я.

Конфлікт інтересів немає.

Автор висловлює вдячність кафедрі медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти за сприяння та допомогу у проведенні дослідження.

Список літератури

1. Міністерство охорони здоров'я України. – Офіційний сайт. – <http://www.moz.gov.ua>
2. Основи законодавства України про охорони здоров'я : закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – С. 19.
3. Пономаренко М. С. Обґрунтування створення нормативно-визначеного асортименту ліків у відповідності до протоколів провізора і клінічних протоколів медичної допомоги для аптек сімейної фармації та аптек загального типу при
1. Ministerstvo ohoroni zdorov'ya Ukraïni. – Oficijnij sajт. – <http://www.moz.gov.ua>
2. Osnovi zakonodavstva Ukraïni pro ohoroni zdorov'ya : zakon Ukraïni vid 19.11.1992 r. № 2801-XII // Vidomosti Verhovnoï Radi Ukraïni. – 1993. – № 4. – P. 19.
3. Ponomarenko M. S. Obruntuvannya stvo-rennya normativno-viznachenogo asortimentu likiv u vidpovidnosti do protokoliv provizora i klinichnih protokoliv medich-noï dopomogi dlya aptek simejnoï farmacii ta aptek zagal'nogo tipu pri zakla-

- зкладах сімейної медицини // Science Rise. – 2016. – Вип. 21, № 4/4. – С. 17–22.
4. Попченко Т. П. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення. – К.: НІСД, 2012. – 96 с. – http://www.niss.gov.ua/content/articles/files/Zdorovya_Popchenko-2a6db.pdf
 5. Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи. – Наказ МОЗ України від 29.07.2016 р. № 801 // Офіційний вісн. України. – 2016. – № 71. – С. 212.
 6. Шаповалова В. О., Зброжек С. І., Шаповалов В. В., Шаповалов В. В. Контент-аналіз аптечних закладів України, де виготовляють екстемпоральні лікарські засоби // Здоров'я суспільства. – 2017. – Т. 6, № 3–4. – С. 77–83. – DOI: 10.22141/2306-2436.6.3.2017.123498
 7. Shapovalov (Jr.) V., Gudzenko A., Komar L. et al. Concerning the importance of forensic and pharmaceutical researches to improve patients' accessibility to medicines // Pharmacia. – 2017. – Vol. 65, N 2. – P. 23–29.
 8. Shapovalov (Jr.) V., Gudzenko A., Shapovalova V. et al. Forensic and pharmaceutical study of the presence of a causal link between the degree of alcohol abuse and qualification level of the respondents // Pharmacia. – 2017. – Vol. 66, N 3. – P. 31–39.
 9. Shapovalov (Jr.) V., Zbrozhek S., Gudzenko A. et al. Organizational and legal analysis of the pharmaceutical provision for the most common diseases of society // International J. of Pharmaceutical Sciences Review and Research. – 2018. – Vol. 51, N 18. – P. 118–124.
 10. Shapovalova V. A., Zbrozhek S. I., Shapovalov V. V., Shapovalov V. V. Forensic pharmacy: some risk factors in the formation of addictive health disorders // Acta Scientific Pharmaceutical Science. – 2021. – Vol. 4, N. 1. – P. 7–12. – DOI: 10.3180 / ASPS.2020.05.0651
 11. Shapovalova V. O., Zbrozhek S. I., Shapovalov (Jr.) V. V., Shapovalov V. V. Coronavirus disease pandemic 2019: growth of epidemic dangers // Acta scientific pharmaceutical sciences. – 2020. – Vol. 4, N. 7. – P. 61–68.
 4. Popchenko T. P. Reformuvannya sferi oho-roni zdorov'ya v Ukraïni: organizacijne, normativno-pravove ta finansovo-eko-nomichne zabezpechennya. – K.: NISD, 2012. – 96 p. – http://www.niss.gov.ua/content/articles/files/Zdorovya_Popchenko-2a6db.pdf
 5. Pro zatverdzhennya Polozhennya pro centr pervinnoi medichnoi (mediko-sanitarnoï) dopomogi ta polozhen' pro jogo pidro-zdili. – Nakaz MOZ Ukraïni vid 29.07.2016 r. № 801 // Oficijnij visn. Ukraïni. – 2016. – № 71. – P. 212.
 6. Shapovalova V. O., Zbrozhek S. I., Shapo-valov V. V., Shapovalov V. V. Kon-tent-analiz aptechnih zakladiv Ukraïni, de vigotovlyayut' ekstemporal'ni likars'ki zasobi // Zdorov'ya suspil'stva. – 2017. – T. 6, № 3–4. – P. 77–83. – DOI: 10.22141/2306-2436.6.3.2017.123498

ИЗУЧЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ ОБОРОТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ РАЗЛИЧНЫХ КОНТИНГЕНТОВ ПАЦИЕНТОВ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

С. И. Зброжек (Харьков)

Введение. В условиях пандемии коронавирусной инфекции актуальность развития первичной медико-санитарной помощи в свете организации доступности обращения лекарственных средств (ЛС) для различных категорий пациентов на первичном уровне становится одним из главных направлений реформирования и развития системы здравоохранения в Украине. Её целью является улучшение качества и эффективности медицинской помощи, повышение доступности обращения ЛС, сохранения и смещение здоровья человека. **Материалы и методы.** Амбулатории общей практики семейной медицины на примере Харьковской области группировались по определённым признакам по формуле Стерджеса с последующим построением дискретных рядов вариаций и полигона распределения. **Результаты и их обсуждение.** Проведённый контент-анализ районов области позволил определять количественные показатели амбулаторий общей практики семейной медицины в исследуемый период и распределить их по группам. Организация доступности обращения ЛС для населения через первичную медико-санитарную помощь осуществляется из амбулаторий общей практики семейной медицины в соответствии с действующим законодатель-

ством. Последние в пределах своей компетенции на принципах семейной медицины обеспечивают проведение комплекса профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, инвалидности и смертности, раннего выявления заболеваний, отвечают за создание нормативно-определённого ассортимента ЛС и др. В ходе исследования установлено, что наибольшее количество учреждений здравоохранения находится в девяти районах регионального уровня, которые распределили в три группы. **Выводы.** Установлено тенденцию к увеличению амбулаторий общей практики семейной медицины в девяти районах регионального уровня. Акцентируется внимание на необходимости проведения дальнейших исследований по установлению корреляции между населением, постоянно проживающим на указанной территории, и количественным составом местных учреждений здравоохранения.

Ключевые слова: организация обращения лекарственных средств; контент-анализ; первичная медицинская помощь; общая практика семейная медицина; доступность.

THE STUDY OF AVAILABILITY OF DRUGS' CIRCULATION FOR DIFFERENT CONTINGENTS OF PATIENTS AT THE LEVEL OF PRIMARY MEDICAL AND SANITARY ASSISTANCE

S. I. Zbrozhek (Kharkiv, Ukraine)

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

Introduction. In the context of the coronavirus pandemic, the urgency of the development of primary health care in the light of the organization of access to medicines for different categories of patients at the primary level is becoming one of the main directions of reforming and developing the health care system in Ukraine. Its goal is to improve the quality and efficiency of medical care, increase the availability of medicines, and preserve and promote human health. **Materials and methods.** Grouped outpatient clinics of general practice of family medicine on the example of Kharkiv region according to certain features according to the Sturgess formula with the subsequent construction of discrete series of variations and the distribution polygon. **Results.** The conducted content analysis of the districts of the region allowed to determine the quantitative indicators of outpatient clinics of general practice of family medicine in the study period and to distribute them by groups. **Discussion.** Conducted the study concerning the organization of accessibility of circulation of medicines for the population through primary health care according to the current legislation by outpatient clinics of general practice of family medicine. The latter, within their competence based on family medicine, provide a set of preventive measures to prevent and reduce morbidity, disability and mortality, early detection of diseases, are responsible for creating a regulatory range of drugs and more. In turn, the study found that most health facilities are located in nine districts at the regional level, which are included in three groups. **Conclusions.** The study showed a tendency to increase the outpatient clinics of general practice of family medicine in nine districts of the regional level. Placed an emphasis on the need for further research on the areas of the regions to establish a correlation between the population living permanently in the area and the number of local health facilities.

Key words: organization of drug circulation; content analysis; primary health care; family medicine; general practice; accessibility.