

спеціально навчений персонал, механізм контролю за дотриманням необхідних температурних умов на всіх етапах зберігання і

транспортування МІБП.

5. Запропоновані заходи щодо удосконалення холодового ланцюга.

Література

1. Крамарев С. Проблема щодо інфекційних хвороб в Україні / С. Крамарев [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://health.unian.net/ukr/detail/187580>.

2. Козиренко О. Холодовая цепь в поставке лекарственных препаратов / О. Козиренко // Современный склад. Логистика складирования. – № 5. – 2007. – С. 14 - 21.

3. Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2007 – 2015 роки : Розпорядження КМ України від 03.08.2006 № 462-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=462-2006-%F0>.

4. Про захист населення від інфекційних хвороб : Закону України від 06.04.2000 № 1645-III [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1645-14>.

5. Порядок забезпечення належних умов

зберігання, транспортування, приймання та обліку медичних імунобіологічних препаратів в Україні : Наказ МОЗ України від 03.02.2006 № 48 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=6293>.

6. Щодо створення ефективної системи транспортування і збереження вакцини : Лист МОЗ України від 08.08.2005 № 05.02.01-08/689 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=4199>.

7. СП 3.3.2.1248-03 Санитарно-эпидемиологические правила. Условия транспортирования и хранения медицинских иммунобиологических препаратов : утверждены Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 20.03.2003 №22 (с изменениями и дополнениями от 18.02.2008 СП 3.3.2.2329-08) [Электронный ресурс]. – [Введены в действие с 2003–06–30]. – Режим доступа : <http://www.privivka.ru/info/library/russian/?id=11>.

Науковий рецензент кандидат фармацевтичних наук, доцент Шматенко О.П.

УДК 615.33

ПЕРЕДУМОВИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО ПОСТАЧАВАННЯ ЗА ТЕРИТОРІАЛЬНИМ ПРИНЦИПОМ, СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПРОБЛЕМИ

В.С. Гульпа, кандидат фармацевтичних наук, доцент, начальник відділу Науково-дослідного інституту проблем військової медицини ЗС України

Резюме. В статті проведений критичний аналіз основних етапів розвитку системи військово-медичного постачання, визначені основні здобутки та недоліки її функціонування, а також окреслені напрямки подальшого удосконалення принципів та підходів до організації забезпечення медичним майном частин та установ медичної служби Збройних Сил України.

Ключові слова: медичне майно, лікарські засоби, медична апаратура, медичне постачання, медичний склад.

Вступ. Основу комплексу завдань щодо організації забезпечення медичним майном і технікою військ складають заходи своєчасного і повного забезпечення частин і закладів медичним майном і технікою, що необхідні для

надання медичної допомоги, накопичення і утримання запасів, технічному і метрологічному забезпеченню [7].

Успішне виконання медичною службою своїх завдань, підтримання її сил та засобів в

постійній бойовій готовності залежать в значній мірі від своєчасного забезпечення військ лікарськими засобами, медичним майном і технікою.

Форми та методи організації забезпечення медичним майном знаходяться у прямій залежності від загальних принципів медичного забезпечення, а також від економічної спроможності країни, рівня розвитку вітчизняної фармацевтичної науки і практики. Зазначене вимагає проведення комплексних досліджень для вибору правильної та обґрунтованої стратегії організації військово-медичного постачання у певний період історичного розвитку медичної служби Збройних Сил України (ЗС України). Для цього необхідним є вивчення існуючого досвіду у організації забезпечення медичною технікою та майном за минулий період з наступною екстраполяцією найбільш вагомих і корисних здобутків та накопиченого досвіду на майбутні моделі організації функціонування цілісної системи військово-медичного постачання.

У зв'язку з цим, метою даного наукового дослідження стало проведення критичного аналізу вертикалі медичного постачання, визначення вад її функціонування та найбільш значущих здобутків за визначений етап розвитку.

Матеріали та методи дослідження. У якості об'єктів дослідження було використано дані щорічної звітності щодо потреби та забезпеченості медичним майном військово-медичної служби, організаційна структура медичної служби ЗС України в різні періоди її функціонування, а також нормативно-правова база, що регламентує порядок забезпечення лікарськими засобами та іншим медичним майном закладів та установ як військової, так і цивільної системи охорони здоров'я. Досягнення поставленої мети здійснювалося за допомогою документального, структурно-логічного системно-оглядовий історичного методів дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення. З впровадженням моделі системи медичного забезпечення за

територіальним принципом (2007) відбувся перехід системи медичного постачання медичною технікою і майном від схеми: центр - територіальне оперативне командування – з'єднання - військова частина до системи медичного постачання за схемою: центр – військово-медичний клінічний центр (територіальний) – військова частина.

Впровадження системи медичного постачання за територіальним принципом – це необхідність, що була продиктована часом. Перехід відбувався поступово, цьому передувало проведення аналізу стану системи медичного постачання, нормативної документації, що регламентує обіг лікарських засобів та виробів медичного призначення в Україні, здійснення аналізу відповідності штату органу управління об'єму покладених завдань тощо.

В результаті проведеного аналізу встановлено, що пострадянська модель організації медичного постачання військ в умовах реформування Збройних Сил України та обмеженого фінансування не здатна була більше забезпечити ефективність роботи щодо забезпечення військових частин і лікувальних закладів медичним майном, та потребувала удосконалення. Передумовами стали зміни соціально-економічного устрою держави, форми власності виробників лікарських засобів, нормативної бази щодо обігу лікарських засобів тощо.

Традиційна (пострадянська) система постачання „центрального склад – склад оперативного командування – гарнізонний склад – військова частина”, (система медичного постачання по вертикалі медичних складів за територіальним принципом) громіздка, малорухома та інерційна, що призводила до багаторазового транспортування лікарських засобів, додаткових витрат на їх зберігання, зосередження їх без руху на тривалий період та видачі до військових частин з обмеженими термінами придатності. Система мало адаптована до сучасних принципів застосування Збройних сил України за

кризовими ситуаціями. Крім того, військові частини та госпіталі отримували медичне майно зі складів по принципу „на себе”, тобто самовивозом, на що за підрахунками фахівців Контрольно-ревізійного департаменту Міністерства оборони України щороку додатково витрачалось 300-400 тис. грн. бюджетних коштів. А з точки зору логістики така система взагалі не відповідала основним її принципам: необхідний товар необхідному споживачу необхідної якості та кількості за необхідну ціну та в необхідний час за мінімальні витрати.

За радянських часів така система себе виправдовувала за наступних причин:

1. Термін придатності більшості лікарських засобів становила 4-5 років і більше, так як їх виробництво здійснювалось різними державними підприємствами за єдиними фармакопейними статтями СРСР, за єдиною реєстрацією. На сьогодні в Україні кожне підприємство (державна форма власності відсутня) розробляє замість фармакопейної статті аналітичну нормативну документацію. Відповідно до неї, термін придатності лікарського засобу встановлює підприємство, і, як правило, термін придатності становить 2 (рідко 3) роки. Підприємство зацікавлене в короткому терміні придатності з економічних причин: навіть при сталих обсягах виробництва, за рахунок скороченого терміну обігу ліків частота виробництва їх збільшується.

2. Три четверті номенклатури лікарських засобів було у вигляді субстанції „ангро” для аптечного виготовлення. Термін придатності таких лікарських засобів становив 5-10 років і більше. Аптечне виготовлення лікарських засобів на той час не потребувало отримання ліцензій на вид господарської діяльності.

3. Чинний був спільний наказ Міністра оборони СРСР та Міністра охорони здоров'я СРСР щодо оновлення (освіження) ліків через аптечну мережу та аптечні склади. Практично до середини 1996 року була можливість здійснити обмін лікарських засобів за 7-8 місяців до кінця терміну придатності на аналогічні з недавнім терміном виробництва.

4. Контрольно-аналітичним лабораторіям окружних медичних складів надавалось право робити переконтроль лікарських засобів з вичерпаними термінами придатності. В разі відповідності лікарського засобу вимогам фармакопейної статті – термін придатності подовжувався на додатковий термін відповідно до наказу Заступника МО СРСР-НТ від 26.06.1989 №80.

Із уведенням Закону України „Про лікарські засоби” (1996) зі змінами та доповненнями, статті 21. Реалізація (відпуск) лікарських засобів громадянам: „Реалізація (відпуск) лікарських засобів громадянам здійснюється за рецептами та без рецептів лікарів. Забороняється реалізація (відпуск) громадянам неякісних лікарських засобів або таких, термін придатності яких минув або на які відсутній сертифікат якості, що видається виробником.” Лікарські засоби, термін придатності яких минув підлягають знищенню відповідно до статті 23 Закону України „Про лікарські засоби”: „Неякісні лікарські засоби, включаючи ті, термін придатності яких закінчився, підлягають утилізації та знищенню” [1].

Однак, до 2004 року лікарські засоби підлягали переконтролю з подовженням терміну придатності відповідно до наказу МОЗ України від 08.07.96 N 199 „Правила проведення утилізації та знищення неякісних лікарських засобів” [4].

Із введенням в дію наказу МОЗ України від 08.07.2004 р. № 349 „Правила проведення утилізації та знищення неякісних лікарських засобів” відмінено наказ МОЗ України від 08.07.96 N 199. Відповідно до ст. 3.2. наказу МОЗ України від 08.07.2004 р. № 349 „Забороняється подовження терміну придатності лікарських засобів з будь-яких підстав, крім випадків, передбачених чинним законодавством” [5].

Отже, до середини 2004 року при існуючій системі постачання поняття протерміновані лікарські засоби не існувало.

Крім того, із уведенням в дію наказу Міністерства охорони здоров'я України від

15.12.2004 № 626 (zareєстровано в Міністерстві юстиції України 20 грудня 2004 р. за №1606/10205) „Правила виробництва (виготовлення) лікарських засобів в умовах аптеки” [6], що містить посилання на вимоги п. 8 Закону України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» зі змінами та доповненнями [2], „Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами”, затверджених спільним наказом Державного комітету України з питань регуляторної політики та підприємництва і Державної інспекції з контролю якості лікарських засобів від 03.03.2009 №44/27 зі змінами та доповненнями [3], виготовлення лікарських засобів в умовах аптек дозволяється за умов наявності ліцензії, з використанням зареєстрованих лікарських засобів у вигляді субстанцій та допоміжних речовин.

Через відсутність ліцензій на виготовлення лікарських засобів в умовах аптек та відсутність сертифікатів якості на лікарські засоби у вигляді субстанцій „ангро”, починаючи з 2005 року, військові госпіталі відмовлялись від отримання таких лікарських засобів на складах.

Не менш важливим чинником прискорення введення системи медичного постачання за територіальним принципом стало питання невідповідності штату органу управління обсягам покладених завдань. В 2005 році, в ході створення єдиного медичного простору у ЗС України Департаментом охорони здоров'я МО України було прийнято під безпосереднє підпорядкування 3 стоматологічні поліклініки, 4 медичних склади, 21 військовий госпіталь, 3 філії госпіталів та інші частини і заклади медичної служби, що значно збільшило робоче навантаження на відділ постачання медичного майна. В цей же час відбулося розформування управління медичного постачання та матеріально-технічного забезпечення з чисельністю особового складу 10 військовослужбовців та 15 працівників та створення двох відділів медичного постачання з чисельністю особового складу 3 військовослужбовці та 15

працівників. Зосередження всіх функцій управління медичними запасами в Департаменті охорони здоров'я, особливо після липня 2005 року, призвело до ряду негативних наслідків. В цей же час розформовано Медичні служби округів та створені Регіональні медичні управління з сумнівним повноваженнями.

Відділ постачання медичного майна через невідповідність штату обсягам поставлених завдань виконуючи свої прямі функціональні обов'язки працював зі значними перевантаженнями. Виконання поставлених завдань вдавалось за рахунок ненормованого робочого дня, вихідних та святкових днів.

Основні зусилля були направлені на аналіз і узагальнення наявності, витрат та потреби медичного майна та техніки в Збройних Силах України, розподіл і перерозподіл його між регіональними медичними управліннями, видами ЗС, частинами та закладами центрального підпорядкування, розгляд додаткових заявок на медичне майно, закупівля майна та організація постачання.

Відділом медичного постачання при проведенні контрольного заходу був проведений аналіз звітної документації військових частин та звіт-заявок Регіональних медичних управлінь з метою співставлення даних потреби військових частин та заявленої кількості. Як свідчили результати порівняльного аналізу вибіркового 55 найменувань лікарських засобів, у звіт-заявці одного з регіонального медичного управління тільки за 2007 рік було допущено перевищення потреби військових частин до 25 разів, в тому числі за лікарськими засобами, які знаходились в наявності на медичних складах. Враховуючи той факт, що Департамент охорони здоров'я Міністерства оборони України до 2007 року проводив закупівлю медичного майна відповідно до звіт-заявок Регіональних медичних управлінь (до них медичних служб оперативних командувань), то це призводило до нераціональної закупівлі лікарських засобів.

Ще одним важливим чинником прискорення введення системи медичного

постачання за територіальним принципом була необхідність максимально скоротити шлях лікарських засобів в ланцюгу постачальник – споживач, що дозволить ефективніше та вчасно використовувати лікарські засоби та унеможливить їх протермінування.

Так, у 2006 – 2007 роках було запроваджено доставку медичного майна постачальниками до кожного військового госпіталю та медичного складу. У подальшому, після створення військово-медичних центрів, функцію забезпечення лікарськими засобами та іншим витратним медичним майном покладено на них.

Відповідно до Програми розвитку системи медичного забезпечення Збройних Сил України затвердженої Міністром оборони України від 24.11.2006 № 678 створено 6 Військово-медичних клінічних центрів (територіальних) із регіонами відповідальності. На військово-медичні клінічні центри (ВМКЦ) покладено повне та безперервне постачання медичним майном військових частин та лікувально-профілактичних закладів Міністерства оборони України в мирний та воєнний час в зоні своєї відповідальності.

Наказом Міністра оборони України від 10.05.07 р. № 235 затверджено Положення про організацію та здійснення медичного забезпечення Збройних Сил України за територіальним принципом. Відповідно до нього (ВМКЦ) в зоні своєї відповідальності визначають потребу, проводять закупівлю та забезпечують необхідним медичним майном військові частини.

Це дозволило розмежувати функції щодо медичного постачання між ВМКЦ та органом управління медичною службою Міністерства оборони України (ДОЗ МОУ, потім ВМУ МОУ, потім ГВМУ ЗСУ, потім ВМД МОУ), тобто ВМКЦ делеговано більше управлінських повноважень.

За органом управління медичною службою залишились загальні питання керівництва та організації медичного постачання та технічного забезпечення ВМКЦ, формування та реалізації державної політики з

питань оборони і військового будівництва, розробка проектів законів та інших нормативно-правових актів з питань медичного постачання (положень, норм постачання, методичних вказівок тощо), організація централізованої закупівлі відповідно до визначених потреб, формування пропозицій до проекту Державного бюджету України тощо.

Доречно повідомити про впровадження формулярної системи у медичній службі Збройних Сил України. Розроблені методичні рекомендації „Порядок відбору лікарських засобів для потреб лікувальних закладів Міністерства оборони України”, затверджені наказом директора Департаменту від 10.01.06 №1 [8], присвячені вирішенню проблеми впровадження у вітчизняну військово-медичну практику основних організаційних засад витратно-ефективного відбору лікарських засобів як елементу стратегії планування, розрахунку вартості медичних послуг, базової основи визначення медичної тактики та захисту прав пацієнта.

Практична реалізація наведених в методичних рекомендаціях положень надає додаткові можливості щодо визначення реальної потреби в матеріальних, фінансових та інших ресурсах, дозволяє суттєво покращити умови для об'єктивного контролю за ефективністю їх використання і якістю медичної допомоги та надає можливість створити необхідну базу для вдосконалення системи постачання на всіх рівнях управління військово-медичної служби.

Так, відповідно до методичних рекомендацій в результаті роботи центральної фармакоекономічної комісії відпрацьований перелік лікарських засобів, що застосовуються в лікувальних закладах Збройних Сил України.

Таким чином, невідповідність пострадянської моделі організації медичного постачання в умовах реформування Збройних Сил України, зміна нормативних документів, що регламентують обіг лікарських засобів та виробів медичного призначення, невідповідність штату органу управління обсягам покладених завдань обумовило

впровадження нової системи медичного постачання, яка повністю інтегрована до існуючої моделі медичного забезпечення Збройних Сил України за територіальним принципом.

Система життєздатна, динамічна, ефективна та надійна.

Проте, необхідно відзначити, що впровадження нової системи ще не позбавила медичну службу цілої низки проблем, які тягарем тягнуть у минуле та не дають зробити крок в майбутнє.

Перша і найголовніша – це хронічне недофінансування потреб медичної служби. Протягом останніх п'яти років все більше відчувається гострий дефіцит коштів за загальним фондом. Якщо в кращі часи (період 2005-2007 рр.) фінансування медичної служби за КЕКВ 1132 складало близько 25 % від потреби, то починаючи з 2008 року після подорожчання лікарських засобів – склало близько 10 % від потреби. В доповіді Головного інспектора Міністерства оборони України (2010 р.) зазначено, що офіцери та військові пенсіонери, що знаходяться на стаціонарному лікуванні вимушені купувати лікарські засоби за власні кошти.

Що стосується фінансування за КЕКВ 2110. Обмежене фінансування Міністерства оборони України для потреб медичної служби протягом останніх десяти років призвело до практичної зупинки процесу заміни морально застарілої та фізично зношеної медичної апаратури, що негативно позначається на рівні лікувально-діагностичного процесу та стану боєготовності медичної служби в цілому. Лікувально-діагностична апаратура відпрацювала визначені терміни експлуатації та потребує великих матеріальних витрат для ремонту. Військово-медичні заклади Міністерства оборони України потребують термінових поставок для поновлення медичної апаратури та обладнання. Найбільш гострою є проблема оснащення медичної служби військової ланки та військових госпіталів діагностичною апаратурою, апаратами для анестезії та інтенсивної терапії, для функціональних

досліджень та медичної апаратури для офтальмології. Вкрай необхідне сучасне стоматологічне, лабораторне обладнання та фізіотерапевтична апаратура. Зазначена невідкладна потреба включалася до бюджетних запитів Міністерства оборони, але, на жаль, вона не була врахована у видатках Державного бюджету України затверджених Міністерству оборони. Так, на придбання лікувально-діагностичної медичної апаратури Міністерству оборони України на 2009 рік було призначено 0,123 млн. грн., на 2008 рік – 10,5 млн. грн., на 2007 – 3,544 млн.грн., 2006 рік – 2,40 млн.грн., що унеможливило здійснити заходи щодо її оновлення. З 2003 до 2006 року – фінансування для означених потреб не було взагалі.

За дослідженнями Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Збройних Сил України тільки для відновлення парку медичної апаратури, що знаходиться у використанні, необхідно щорічно виділяти кошти не менше 80 млн. гривень. Обмежене фінансування Міністерства оборони України для потреб медичної служби призвело до зростання загальної суми коштів, яка необхідна для відновлення медичної апаратури. У подальшому, такий стан справ може призвести до настання „точки неповернення”, коли сума коштів на ремонт буде перевищувати вартість самої медичної апаратури.

Друга в протилежність першій – наявність на медичних складах великої кількості надлишкового медичного майна, що морально та фізично застаріло, не можливе та недоцільне до використання медичною службою. Вартість зберігання та охорона такого майна напевно перевищило його балансову вартість вже давно. Реалізація такого майна через уповноважений орган у Міністерстві оборони України здійснюється вкрай повільно.

Третя, стан медичного майна довготривалого зберігання. Вся медична техніка потребує технічного обслуговування, поновлення та проведення регламентних робіт. Відсутність власних спеціалізованих ремонтних підприємств, та ремонтного фонду не дозволяє утримувати медичну техніку в стані,

придатному до застосування за призначенням. Через відсутність ремонтного фонду і запасних частин значна частина медичної техніки (понад 10%) списана і підлягає утилізації. Понад двадцяти років не переглядалось комплектно-табельне оснащення медичної служби. Змінились форми та ведення бойових дій, змінились патологія та розподіл за видом ураження санітарних втрат. Крім того, змінилися та постійно вдосконалюються методи діагностики та надання медичної допомоги. Це стосується і рентгендіагностичної апаратури довготривалого зберігання (наприклад, РУМ-24), використання якої призведе до надмірного опромінювання пацієнта (пораненого) внаслідок старіння рентгенівської трубки та відповідно збільшення катодного струму. Це також стосується комплектів медичного майна, інших медичних апаратів та приладів, що знаходяться на довготривалому зберіганні.

Необхідно зазначити, що з уведенням в дію збірника описів комплектів медичного майна та норм постачання медичною технікою та майном (2008) складається враження, що була здійснена спроба перегляду комплектно-табельного оснащення медичної служби. На перший погляд. При уважному вивченні виникає цілий ряд питань та зауважень. Оскільки вищезазначені документи мають обмеження за грифом, то обговорення цієї проблеми вважається доцільним у спеціалізованому грифованому виданні.

Все це зумовлює до перегляду та оптимізації номенклатури комплектно-табельного оснащення медичної служби та приведення його у відповідність до виконання медичною службою завдань на особливий період. Тільки після проведення роботи з оптимізації номенклатури комплектно-табельного оснащення можна вже розпочинати наступний етап – створення територіальної системи ешелонування запасів медичного майна на особливий період.

Четверта, існує необхідність переопрацювання нормативної бази. В першу

чергу необхідно доопрацювати „Керівництво з медичного постачання на мирний час”, в якому повинні бути враховані основні засади побудови та функціонування медичної служби у відповідності до Програми розвитку медичної служби ЗСУ на період 2006-2011 роки. Постійна зміна назви та підпорядкованості органу управління медичною службою не дає це зробити сьогодні. Необхідно доопрацювати норми постачання для військових частин та військових госпіталів. На цей час в Науково-дослідному інституті ведуться дві науково-дослідні роботи, в результаті якої повинні вийти в світ норми постачання медичним майном військових частин та військових госпіталів. Потребують перегляду норми медичного майна для на 100 санітарних втрат, на 1000 особового складу та на 1000 змішаних ліжок. Номенклатура цих норм застаріла, кількість підлягає уточненню.

П'ята. На сьогодні інформація про стан медичного постачання, збір інформації та управління інформаційними потоками відбувається в ручному режимі, що негативно відображається на часовому проміжку прийняття відповідних рішень. У вік інформаційних технологій та глобальної комп'ютеризації, управління матеріальними та інформаційними потоками в телефонному режимі все ще має місце.

З метою створення єдиного інформаційного простору та забезпечення спеціалістів з медичного постачання аналітичною інформацією, необхідною для роботи фармацевтичних і медичних підрозділів, Департамент охорони здоров'я ще у 2007 році був включений до другої черги впровадження системи SAP в Збройних Силах України, що здійснювався під керівництвом Заступника Міністра оборони України. Станом на сьогодні про стан впровадження SAP в Збройних Силах України нічого не відомо.

Це висвітлені основні та далеко не всі проблеми, що існують в медичному постачанні. Потребують доопрацювання питання обліку, списання медичного майна, документообігу тощо.

Висновки

Вирішення зазначених проблем та удосконалення системи медичного постачання за територіальним принципом дозволить створити передумови успішного виконання основних завдань медичної служби Збройних Сил України,

Література

1. Закон України «Про лікарські засоби» від 04 квітня 1996 р. № 123/96-ВР (зі змінами та доповненнями) [Електронний ресурс] / Верховна Рада України. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=123%2F96-%E2%F0&c=1#Public>

2. Закон України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» від 01 червня 2000 р. № 1775-III (зі змінами та доповненнями) [Електронний ресурс] / Верховна Рада України. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1775-14>

3. Наказ Держкомпідприємництва та Державної інспекції з контролю якості лікарських засобів від 03 березня 20094 р. №44/27 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами» [Електронний ресурс] / Верховна Рада України. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?page=1&nreg=z0298-09>

4. Наказ МОЗ України від 08 липня 1996 р. №199 «Правила проведення утилізації та знищення

які спрямовані в першу чергу на забезпечення високого рівня боєготовності, боєздатності та функціональної надійності як особового складу Збройних сил України так і медичної служби в інтересах національної безпеки держави.

неякісних лікарських засобів» [Електронний ресурс] / Верховна Рада України. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0407-96>

5. Наказ МОЗ України від 08 липня 2004 р. №349 «Правила проведення утилізації та знищення неякісних лікарських засобів» [Електронний ресурс] / Верховна Рада України. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0916-04>

6. Наказ МОЗ України від 15 грудня 2004 р. №626 «Правила виробництва (виготовлення) лікарських засобів в умовах аптеки» [Електронний ресурс] / Верховна Рада України. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z1606-04>

7. Організація медичного забезпечення військ: підруч. для студ. військ-мед. закл. освіти України III-IV рівнів акредитації / За ред. проф. Паська В.В. – К.: «МП Леся», 2005. – 430 с.

8. Порядок відбору лікарських засобів для потреб лікувальних закладів Міністерства оборони України: методичні рекомендації [Текст] / укл. А.Г.Голуб, І.Г.Гринчук. – К., 2006. – 24 с.

Науковий рецензент доктор фармацевтичних наук, професор Страшний В.В.