

## Менеджмент лекарственной помощи — современная парадигма фармацевтической практики

Каракулова Е.В.<sup>1</sup>, Лоскутова Е.Е.<sup>2</sup>, Ушкалова Е.А.<sup>3</sup>

## Medicines management — modern paradigm for pharmacy practice

Karakulova Ye.V., Loskutova Ye.Ye., Ushkalova Ye.A.

<sup>1</sup> Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

<sup>2</sup> Российский университет дружбы народов, г. Москва

<sup>3</sup> Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова, г. Москва

© Каракулова Е.В., Лоскутова Е.Е., Ушкалова Е.А.

В обзоре рассмотрены основные этапы и причины изменения представлений о роли специалиста с фармацевтическим образованием в системе здравоохранения. Представлены ключевые направления реализации концепции менеджмента лекарственной помощи на популяционном и индивидуальном уровне.

**Ключевые слова:** менеджмент лекарственной помощи, фармацевтическая практика, хронические заболевания.

The main stages and reasons for changes the role of the pharmacist in health care system were discussed in this review. Key areas for the implementation of medicines management concepts at the population and individual level were presented.

**Key words:** medicines management, pharmacy practice, chronic diseases.

УДК 615.1:614.27

В настоящее время взаимное влияние состояния здоровья населения и уровня экономического развития страны не вызывает сомнения и, как отмечается в докладе Комиссии ВОЗ по макроэкономике и здоровью, «страны с высоким уровнем заболеваемости обычно испытывают множественные трудности на пути к экономическому прогрессу» [2]. По данным ВОЗ, в современной структуре заболеваемости и смертности населения развитых стран доминируют хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ), на долю которых приходится около 85% смертей в Европейском регионе. Причем смертность от ХНИЗ в странах СНГ, в том числе и России, почти в два раза выше, чем в странах Евросоюза, и представляет серьезную угрозу экономике этих стран [3, 4].

Рост распространенности ХНИЗ ставит перед системами здравоохранения не только задачи повышения профилактической направленности работы, ориентированной на выявление и уменьшение воздействия основных факторов риска, но и изменение моделей медицинской и лекарственной помощи. В ответ на все увеличивающееся экономическое и социальное бремя ХНИЗ в середине 1990-х гг. в США появился новый

подход к контролю растущих расходов в системе здравоохранения как один из компонентов менеджмента заболевания [14]. В отличие от традиционного компонентного подхода, который ориентирован на снижение стоимости отдельных составляющих (компонентов) медицинской помощи, таких как госпитализация, услуги врача, диагностические процедуры или лекарственные препараты, менеджмент заболевания представляет собой системный подход, ориентированный на пациента с определенным заболеванием как единицу управления, на качество лечения и его стоимость [53].

Существование различных принципов организации медицинской помощи определило наличие нескольких трактовок понятия «менеджмент заболевания». Такой вариант концепции, как «ведение заболевания», ориентирован на людей с единственным хроническим заболеванием и является исторически первым, использовавшимся в 1990-х гг. в США фармацевтическими компаниями, которые предлагали образовательные программы, ориентированные на больных с сахарным диабетом, бронхиальной астмой, ишемической болезнью сердца [14]. По мере развития

данного подхода сформировались два самостоятельных направления: первое направление — это программы ведения пациента с определенным заболеванием в системе первичной медицинской помощи [16, 58]; второе направление — это, как правило, коммерческие программы, ориентированные на обучение пациентов самопомощи и соблюдение режима фармакотерапии [16, 26].

Другим подходом к менеджменту заболевания является концепция интегрированной медицинской помощи, которая предполагает переход от фрагментации деятельности к объединению госпитальной, амбулаторной служб, фармацевтического сектора и координации финансирования [45]. Необходимо отметить, что концепция интегрированной помощи различается при переходе от систем здравоохранения и социального обеспечения одной страны к другой. В европейских странах часто подразумевается интеграция не только уровней оказания собственно медицинской помощи, но и межсекторальные взаимодействия, в частности с системой социального обслуживания, в то время как в США в большей степени делается акцент на функциональной кооперации (финансирование и предоставление услуг) [16, 33, 45].

Развитие данных подходов привело во многом к сближению позиций, пониманию необходимости перехода от ориентации на отдельные группы пациентов с одним хроническим заболеванием к популяционному уровню и учету увеличения доли полиморбидности, пониманию необходимости выявления потребностей отдельных сегментов потребителей и разработки подходов к ведению заболевания на различных уровнях медицинского обслуживания [16, 37].

Происходящие на протяжении нескольких десятилетий изменения медико-демографических характеристик населения, увеличение количества эффективных лекарственных препаратов (ЛП) и ряд других факторов обусловили доминирование фармакотерапии среди других форм лечебных вмешательств [18, 21]. Учитывая, что основными потребителями ЛП являются лица с ХНИЗ, именно фармакотерапия ХНИЗ является той областью, где комплексный (интегративный) подход к менеджменту лекарственной помощи является наиболее оправданным [40, 44].

Переход от компонентного подхода к интегративному управлению медицинской помощью в условиях увеличения роли фармакотерапии в реализации вра-

чебных стратегий, осознание проблемы надлежащего использования ЛП для достижения результативности медицинской помощи, обуславливает необходимость определения роли специалиста с фармацевтическим образованием в системе менеджмента заболевания. Старая схема, когда «врач назначал, а фармацевт отпускал», в настоящее время неэффективна [21]. Предпосылками для формирования новой философии фармацевтической деятельности стали: проблемы систем распределения и использования ЛП; неэффективность и побочные эффекты фармакотерапии, низкая приверженность пациентов назначенной фармакотерапии [1]. Не последняя роль в осознании необходимости таких изменений принадлежит росту заболеваемости ХНИЗ и, как следствие, потребности в построении системы здравоохранения, отвечающей современным запросам общества [24].

Переход от отпуска ЛП к предоставлению определенных клинических услуг специалистами с фармацевтическим образованием начался за рубежом более 40 лет назад. Развитие фармацевтической практики в XX в. в экономически развитых странах проходило через три стадии: традиционную, транзитивную, пациенториентированную [8, 29]. Для традиционной стадии характерна социальная роль аптечного работника, изготавливающего и продающего ЛП, которая начала трансформироваться в результате развития фармацевтической промышленности. В середине 1960-х гг. в США стала складываться клиническая фармацевтическая практика, появилось понятие фармацевтической помощи (ФП) [29, 31, 43]. Первые оценки качества ФП, проведенные в середине 1970-х гг., показали, что включение фармацевтов в единую команду специалистов повышало качество медицинской помощи, и в 1975 г. R.L. Mikeal и соавт. было дано определение ФП как деятельности, необходимой и направленной на конкретного пациента, обеспечивающей безопасное и рациональное использование ЛП [43]. Осознание важности безопасности и качества в использовании ЛП привело к позитивным шагам по интеграции ФП в госпитальный сегмент. Однако большая часть ЛП при ХНИЗ потребляется после контакта потребителя с общедоступной аптекой. Существование таких барьеров, как отсутствие медицинской информации о пациенте, проблема конфиденциальности, ограниченного профессионального общения, а также работа специалиста с фармацевтическим образованием в сис-

теме первичной помощи в ситуации глубокого противоречия между коммерческими и клиническими целями, способствовало сопротивлению переменам, сохранению в фармацевтической деятельности ориентации на продукт и служило серьезным препятствием для быстрых изменений роли фармацевта в первичном звене здравоохранения [18, 31, 36, 52, 56].

Поступательное развитие представлений о роли фармацевта в общей команде специалистов, оказывающих медицинскую помощь, привело к переходу на пациентоориентированный этап развития фармацевтической практики и внедрению концепции ФП на всех уровнях системы здравоохранения. Около 12 лет назад С. Nepler и L. Strand предложили определение ФП как ответственного предоставления лекарственной терапии с целью достижения конкретных результатов, которые улучшают качество жизни пациента [29]. Данная концепция была поддержана Всемирной организацией здравоохранения и принята с некоторыми дополнениями Международной фармацевтической федерацией (МФФ) в 1998 г. с предложением следующей формулировки: «фармацевтическая помощь — это ответственное предоставление лекарственной терапии с целью достижения конкретных результатов, которые улучшают или поддерживают качество жизни пациента», поскольку при многих ХНИЗ более реалистичной целью является поддержание качества жизни [25, 55].

Новая концепция профессии, несмотря на существующие различия в системах здравоохранения разных стран, получила международное признание в связи с формированием универсальной потребности в изменениях, совершенствовании и развитии [28, 30]. В многочисленных исследованиях показано положительное влияние внедрения ФП в реальную практику менеджмента таких ХНИЗ, как артериальная гипертензия, гиперлипидемия, застойная сердечная недостаточность, бронхиальная астма, эпилепсия, сахарный диабет и др., что выразилось в повышении приверженности пациентов схемам фармакотерапии и экономической эффективности вмешательств [15, 17, 19, 20, 34, 38, 41, 46, 51].

В настоящее время в США, Канаде, Австралии, странах Европы концепция ФП и переход от торговой к когнитивной функции фармацевта являются общепризнанными и получившими законодательную поддержку. Для развития данного направления профес-

сиональной фармацевтической деятельности активно проводятся исследования, направленные на решение профессиональных, образовательных, правовых и технологических вопросов, связанных с реализацией модели ФП [22], разрабатываются программы додипломного и последипломного обучения в области менеджмента фармакотерапии и будущие модели фармацевтической практики [11, 39, 50, 60].

В развивающихся странах и странах с переходной экономикой ситуация характеризуется большим разнообразием. Так, в одних странах изменения профессиональных функций фармацевтов признаны на законодательном уровне, но подготовка специалистов, отвечающих новым требованиям, идет медленно и сталкивается с различными барьерами концептуального и практического характера. В других странах клиническая фармация включена в программы подготовки фармацевтов, но ориентация на традиционные роли сохраняется и доля медицинских услуг в аптеках незначительна. Однако повсеместно ожидается изменение роли фармацевта в соответствии с меняющимися потребностями современных потребителей ЛП, что предполагает необходимость адаптации системы образования и профессиональных стандартов [7, 10, 12, 23, 57].

Дальнейшее развитие концепция ФП получила в США в результате законодательного включения в 2003 г. в структуру Medicare и реализации с 2006 г. программы менеджмента фармакотерапии (Medication Therapy Management) [9]. Менеджмент фармакотерапии — это отдельная услуга или группа услуг, оптимизирующих результаты лечения конкретного пациента, такие как лучшее понимание и соблюдение пациентом схем лечения, снижение риска нежелательных лекарственных явлений и потребности в других дорогостоящих медицинских вмешательствах [13]. В соответствии с концепцией современной фармацевтической практики ФП и профессиональное сотрудничество являются философией фармацевтической деятельности, а менеджмент фармакотерапии — ее стратегией. При реализации данной стратегии, фокусирующейся на режимах фармакотерапии, необходимы двусторонние коммуникации между пациентом и специалистами, что принципиально отличает менеджмент фармакотерапии от консультирования пациентов, предоставляющего информацию о ЛП, пра-

вилах его использования, хранения и являющегося односторонне направленным.

Концепция ФП и менеджмента фармакотерапии ориентирована в первую очередь на индивидуальный уровень, в то время как популяционный менеджмент фармакотерапии ориентирован на оценку лекарственной помощи с точки зрения не только перспективы индивидуального пациента, но и населения и включает в себя разработку формуляров, фармакоэпидемиологические исследования по оценке потребления ЛП, образовательные программы и действия по изменению поведения поставщиков и потребителей. Однако конечной целью надлежащего использования ЛП как на популяционном, так и на индивидуальном уровне является улучшение состояния или сохранение здоровья [35]. Необходимо отметить, что в настоящее время в США и европейских странах вместо термина «фармацевтическая помощь» все чаще используют термин «менеджмент лекарственной помощи» (*medicines management*), полагая, что фармацевтическая помощь является частью менеджмента лекарственной помощи [59]. R. Fitzpatrick дает определение менеджменту лекарственной помощи как деятельности, «влияющей на доступность и политику в области лекарственных средств на организационном уровне, а также назначение, обеспечение и использование лекарственных средств на уровне отдельного пациента» [27].

Переход на популяционный уровень рассмотрения менеджмента лекарственной помощи определяет необходимость обращения к концепции рационального использования лекарственных средств (РИЛС) [6]. Согласно определению ВОЗ, принятому в 1985 г. на конференции экспертов ВОЗ в Найроби, рациональное использование означает, что пациенты получают надлежащие лекарственные препараты в правильных дозировках, на соответствующий период времени и по самой низкой стоимости для них и общества [54]. Задача РИЛС является сегодня одной из ключевых в системах здравоохранения различных стран независимо от уровня экономического развития, поскольку, по данным ВОЗ, более 50% всех лекарств назначаются, отпускаются или используются ненадлежащим образом и каждый второй пациент принимает лекарства неправильно [49]. Проблемы, связанные с нерациональным использованием ЛП, столь масштабны, что ущерб от заболеваний и преждевременных смертей, ассоциированных с потреблением ЛП, сопоста-

вим с затратами на лечение распространенных заболеваний и превышает расходы на сами ЛП [44].

Основными факторами, способствующими нерациональному использованию ЛП, являются: отсутствие в ряде стран национальной лекарственной политики, инфраструктуры мониторинга, подготовки кадров; отсутствие необходимых навыков, знаний и объективной информации о ЛП; неэтичные методы продвижения ЛП на фармацевтическом рынке и заинтересованность в максимизации прибыли; реализация рецептурных препаратов без рецепта врача; низкая доступность качественных ЛП для потребителей и чрезмерная нагрузка медицинского персонала [49].

Важное значение для РИЛС имеет мониторинг их использования с целью получения достоверных данных [32], необходимых:

- для оценки доступности, качества, экономической эффективности;
- выявления тенденций в потреблении ЛП;
- определения соответствия клиническим руководствам;
- выявления проблемных областей;
- повышения осведомленности заинтересованных сторон и разработки целенаправленных стратегий менеджмента лекарственной помощи.

Во многих экономически развитых странах мониторинг лекарственной помощи осуществляется на регулярной основе с применением АТС/DDD-методологии, с этой целью широко используют данные страховых компаний и электронные медицинские записи. В то же время, как отмечают эксперты ВОЗ, в развивающихся странах электронные записи часто отсутствуют, мониторинг использования ЛП не осуществляется, а для оценки использования находят большее применение индикаторы, разработанные Международной сетью по рациональному использованию ЛП (WHO/INRUD) [32].

В связи с увеличением числа больных ХНИЗ все более значимой проблемой, препятствующей РИЛС, становится несоблюдение пациентами режимов фармакотерапии, которое имеет место у половины больных с хроническими заболеваниями и резко увеличивается после первых 6 мес лечения [5, 32]. Другой важной составляющей РИЛС является обеспечение физической и финансовой доступности качественных ЛП. Однако в развивающихся странах, несмотря на все возрастающее бремя ХНИЗ, ЛП для лечения хро-

нических состояний менее доступны, чем препараты для острых заболеваний, как в частном, так и государственном сегментах здравоохранения. При отсутствии системы страхового покрытия расходы на ЛП из кармана потребителя могут препятствовать РИЛС и снижать потенциал для приверженности пациента назначенной фармакотерапии [47].

Международная фармацевтическая федерация (МФФ), рассматривая роль фармацевтов в реализации задачи надлежащего использования ЛП и перспективы фармацевтического образования, признает важную клиническую ответственность фармацевтов в ранней диагностике проблем, связанных с использованием ЛП, мониторинге использования ЛП, критической оценке информации о ЛП и подчеркивает ключевую роль фармацевта в обеспечении рационального использования лекарств и достижении терапевтической эффективности, рентабельности и приверженности пациентов назначенному лечению, что в конечном счете улучшает результаты деятельности системы здравоохранения и способствует ее укреплению [48]. Разработанные ВОЗ и МФФ стандарты качества фармацевтической практики (2011 г.) определяют миссию фармацевтической практики как содействие улучшению или сохранению здоровья населения через оптимизацию использования ЛП и выделяют четыре направления развития надлежащей фармацевтической практики [35]:

- надлежащее изготовление, получение, хранение, распределение, управление ЛП;
- обеспечение эффективного менеджмента лекарственной терапии;
- планирование и осуществление непрерывного профессионального образования;
- содействие повышению эффективности системы здравоохранения.

Первое направление может быть реализовано посредством обеспечения целостности цепи поставок, выявления фальсификатов, надлежащего изготовления экстенпоральных ЛП, надлежащего хранения, наличия ясных инструкций по применению ЛП и предотвращения нежелательных взаимодействий ЛП. Реализация второго направления предполагает умение фармацевта оценивать статус здоровья и потребности пациента; наличие доступа фармацевтов к источникам объективной информации о ЛП (справочники, журналы, стандарты лечения и т.д.); гармонизацию формуляров всех уровней со стандартами лечения и клини-

ческими руководствами; активное участие фармацевтов в просвещении врачей по вопросам РИЛС и мониторинге использования ЛП; предоставление пациентам информации, направленной на поддержание приверженности лечению. Третье направление предполагает непрерывное обновление профессиональных знаний и навыков специалистами с фармацевтическим образованием, освоение новых технологий и средств автоматизации. Четвертое направление может реализоваться через распространение информации о ЛП нерекламного характера, обучение населения навыкам получения и критической оценки информации о ЛП из общедоступных источников, развитие профилактических программ, сотрудничество с другими специалистами системы здравоохранения и соблюдение профессионального этического кодекса [35].

Несмотря на относительную узость законодательно определенных функций специалистов с фармацевтическим образованием в российской системе здравоохранения, трансформационные процессы, наблюдаемые в других странах, имеют место и на отечественном фармацевтическом рынке и сопровождаются переходом от патерналистской модели оказания медицинской помощи к модели сотрудничества пациента, врача и других специалистов системы здравоохранения, что акцентирует внимание на роли фармацевта в современном обществе. В данной ситуации реализация концепции менеджмента лекарственной помощи, инкорпорированного в общую систему управления медицинской помощью, и фокусирующегося не на отдельных лекарственных препаратах, а на обеспечении рационального использования ЛП как на индивидуальном, так и популяционном уровне, представляется перспективным направлением реформирования отечественной фармацевтической практики.

#### Литература

1. Дремова Н.Б., Овод А.И., Коржавых Э.А. Основы фармацевтической помощи в здравоохранении. Курск: КГМУ, 2009. 412 с.
2. Макроэкономика и здоровье: инвестиции в здоровье в целях экономического развития. Доклад комиссии по макроэкономике и здоровью. ВОЗ, 2001. 224 с.
3. Стратегия предупреждения хронических заболеваний в Европе. Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. 64 с.
4. Экономические последствия неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации / М. Suhrcke, L. Rocco, M. McKee и др. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2008. 83 с.

5. *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action.* WHO, 2003. 199 p.
6. *Almarsdottir A.B., Traulsen J.M.* Rational use of medicines — an important issue in pharmaceutical policy // *Pharm. World Sci.* 2005. V. 27. P. 76—80.
7. *Alvarez-Risco A., van Mil J.W.* Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Peru // *Ann. Pharmacother.* 2007. V. 41, № 12. P. 2032—2037.
8. *Anderson S.* Community pharmacy and public health in Great Britain, 1936 to 2006: how a phoenix rose from the ashes // *J. Epidemiol. Community Health.* 2007. V. 61, № 10. P. 844—848.
9. *Barnett M.J., Frank J., Wehring H. et al.* Analysis of pharmacist-provided medication therapy management (MTM) services in community pharmacies over 7 years // *J. Manag. Care Pharm.* 2009. V. 15, № 1. P. 18—31.
10. *Basak S.C., van Mil J.W., Sathyanarayana D.* The changing roles of pharmacists in community pharmacies: perception of reality in India // *Pharm. World Sci.* 2009. V. 31. P. 612—618.
11. *Benedict N.* Virtual patients and problem-based learning in advanced therapeutics // *Am. J. Pharm. Educ.* 2010. V. 74, № 8. PMID: PMC2987283.
12. *Berenguer B., La Casa C., de la Matta M.J., Martin-Calero M.J.* Pharmaceutical care: past, present and future // *Curr. Pharm. Des.* 2004. V. 10, № 31. P. 3931—3946.
13. *Bluml B.M.* Definition of medication therapy management: development of professionwide consensus // *J. Am. Pharm. Assoc.* 2005. V. 45, № 5. P. 566—572.
14. *Bodenheimer T.* Disease management in the American market // *BMJ.* 2000. V. 320. P. 563—566.
15. *Bunting B.A., Smith B.H., Sutherland S.E.* The Asheville Project: clinical and economic outcomes of a community-based long-term medication therapy management program for hypertension and dyslipidemia // *J. Am. Pharm. Assoc.* 2008. V. 48, № 1. P. 23—31.
16. *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective* / ed. E. Nolte, M. McKee. Open University Press: McGraw-Hill. 2008. 259 p.
17. *Chisholm-Burns M.A., Kim Lee J., Spivey .CA. et al.* US pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses // *Med. Care.* 2010. V. 48, № 10. P. 923—933.
18. *Cooksey J.A., Knapp K.K., Walton S.M., Cultice J.M.* Challenges to the pharmacist profession from escalating pharmaceutical demand // *Health Affairs.* 2002. V. 21, № 5. P. 182—188.
19. *Cordina M., McElnay J.C., Hughes C.M.* Assessment of a community pharmacy-based program for patients with asthma // *Pharmacother.* 2001. V. 21, № 10. P. 1196—1203.
20. *Cranor C.W., Bunting B.A., Christensen D.B.* The Asheville Project: long-term clinical and economic outcomes of a community pharmacy diabetes care program // *J. Am. Pharm. Assoc.* 2003. V. 43. P. 173—184.
21. *Developing pharmacy practice — A focus on patient care.* Working draft for field testing and revision — 2006 edition. WHO. FIP, 2006. 87 p.
22. *Emmerton L., Marriott J., Bessell T. et al.* Pharmacists and prescribing rights: review of international developments // *J. Pharm. Pharmaceut. Sci.* 2005. V. 8, № 2. P. 217—225.
23. *Fang Y., Yang S., Feng B. et al.* Pharmacists' perception of pharmaceutical care in community pharmacy: a questionnaire survey in Northwest China // *Health Soc. Care Community.* 2011. V. 19, № 2. P. 189—197.
24. *FIP statement of policy the role of the pharmacist in the prevention and treatment of chronic disease.* International Pharmaceutical Federation, 2006. 3 p.
25. *FIP statement of professional standards pharmaceutical care.* International Pharmaceutical Federation, 1998. 3 p.
26. *Fitzner K., Fox K., Schmidt J. et al.* Implementation and outcomes of commercial disease management programs in the United States: the disease management outcomes consolidation survey // *Dis. Manag.* 2005. V. 8, № 4. P. 253—264.
27. *Fitzpatrick R.* Pharmaceutical care or medicines management? // *Hospital Pharmacy Europe.* 2006. Issue 27. URL: <http://www.hospitalpharmacyeurope.com>.
28. *George P.P., Molina J.A., Cheah J. et al.* The evolving role of the community pharmacist in chronic disease management — a literature review // *Ann. Acad. Med. Singapore.* 2010. V. 39, № 11. P. 861—867.
29. *Hepler C.D., Strand L.M.* Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care // *Am. J. Hosp. Pharm.* 1990. V. 47. P. 533—543.
30. *Hepler C.D., Strand L.M., Tromp D., Sakolchai S.* Critically examining pharmaceutical care // *J. Am. Pharm. Assoc. (Wash).* 2002. V. 42, № 5. P. 18—19.
31. *Herrier R.N.* Pharmacist-based chronic disease management—why is it taking so long? // *US Pharm. Rev.* 2006. URL: [http://www.touchbriefings.com/pdf/1895/Herrier\\_edit.qxp.pdf](http://www.touchbriefings.com/pdf/1895/Herrier_edit.qxp.pdf)
32. *Holloway K., van Dijk L.* The world medicines situation 2011. Rational use of medicines. WHO, 2011. 24 p.
33. *Innovative care for chronic conditions: building blocks for actions: global report.* WHO, 2002. 112 p.
34. *Isetts B.J., Brown L.M., Schodelmeyer S.W., Lenarz L.A.* Quality assessment of a collaborative approach for decreasing drug-related morbidity and achieving therapeutic goals // *Arch. Intern. Med.* 2003. V. 163. P. 1813—1820.
35. *Joint FIP/WHO Guidelines on Good Pharmacy Practice: Standards for Quality of Pharmacy Services.* WHO Technical Report Series, No. 961, 2011, Annex 8. 14 p.
36. *Jones E.J., Mackinnon N.J., Tsuyuki R.T.* Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Canada // *Ann. Pharmacother.* 2005. V. 39, № 9. P. 1527—33.
37. *Ketner L.* Population management takes disease management to the next level // *Healthc. Financ. Manag.* 1999. V. 53. № 8. P. 36—39.
38. *Knapp K.K., Okamoto M.P., Black B.L.* ASHP survey of ambulatory care pharmacy practice in health systems: 2004 // *Am. J. Health Syst. Pharm.* 2004. V. 62. P. 274—284.
39. *Kuhn C., Powell P.H., Sterrett J.J.* Elective course on medication therapy management services // *Am. J. Pharm. Educ.* 2010. V. 74, № 3. PMID: PMC2865406.
40. *Levy R.A., Cocks D.* Component management fails to save health care system costs. National Pharmaceutical Council, 1999. 81 p.
41. *McAuley J.W., Miller M.A., Klatt E., Shneker B.F.* Patients with epilepsy's perception on community pharmacist's current and potential role in their care // *Epilepsy Behav.* 2009. V. 14, № 1. P. 141—145.
42. *McGivney M.S., Meyer S.M., Duncan-Hewitt W. et al.* Medication therapy management: its relationship to patient coun-

- selling, disease management, and pharmaceutical care // *J. Am. Pharm. Assoc.* 2007. V. 47. P. 620—628.
43. *Mikeal R.L., Brown T.R., Lazarus H.L., Vinson M.C.* Quality of pharmaceutical care in hospitals // *American Journal of Health—System Pharmacy.* 1975. V. 32, № 6. P. 567—574.
  44. *Nace D.K., Grundy P., Nielsen M.* Integrating comprehensive medication management to optimize patient outcomes. Second edition. 2012. 25 p.
  45. *Niskanen J.J.* Finnish care integrated? // *Int. J. Integr. Care.* 2002; V. 2: e16.
  46. *Nkansah N., Mostovetsky O., Yu C. et al.* Effect of outpatient pharmacists' non-dispensing roles on patient outcomes and prescribing patterns // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2010. V. 7. CD000336.
  47. *Package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings.* WHO, 2010. 65 p.
  48. *Pharmacy education taskforce action plan 2008—2010.* FIP. UNESCO. WHO. 2008. 6 p.
  49. *Promoting rational use of medicines: core components — WHO policy perspectives on medicines,* No. 005, September 2002. URL: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh3011e/>.
  50. *Rodriguez de Bittner M., Adams A.J., Burns A.L. et al.* Report of the 2010—2011 professional affairs committee: effective partnerships to implement pharmacists' services in team-based, patient-centered healthcare // *Am. J. Pharm. Educ.* 2011. V. 75, № 10. PMID: PMC327901.
  51. *Schumock G.T., Butler M.G., Meek P.D. et al.* Evidence of the economic benefit of clinical pharmacy services: 1996—2000 // *Pharmacother.* 2003. V. 23. P. 113—132.
  52. *Strand L.M., Cipolle R.J., Morley P.C., Frakes M.J.* The impact of pharmaceutical care practice on the practitioner and the patient in the ambulatory practice setting: twenty-five years of experience // *Current Pharmaceutical Design.* 2004. V. 10. P. 3987—4001.
  53. *The Boston Consulting Group on Strategy: Classic concepts and new perspectives /* edit. C.W. Stern, M.S. Deimler. Hoboken, New Jersey: Wiley, 2006. 414 p.
  54. *The Rational Use of Drugs — Report of the Conference of Experts,* Nairobi 25—29 November 1985. WHO, 1987. 338 p.
  55. *The role of the pharmacist in the health care system.* WHO. 1994. 60 p.
  56. *Traulsen J.M., Almarsdóttir A.B.* Pharmaceutical policy and the pharmacy profession // *Pharm. World Sci.* 2005. V. 27, № 5. P.359—63.
  57. *Volmer D., Vendla K., Vetka A. et al.* Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Estonia // *Ann. Pharmacother.* 2008. V. 42, № 7. P. 1104—1111.
  58. *Welch W.P., Bergsten C., Cutler C. et al.* Disease management practices of health plans // *Am. J. Manag. Care.* 2002. V. 8, № 4. P. 353—361.
  59. *Whitmarsh S., Futter B., Rouse M. et al.* A Case Study in Terminology: the FIP Pharmacy Education Taskforce // *Am. J. Pharm. Educ.* 2010. V. 74, № 7. PMID: PMC2972529.
  60. *Zellmer W.A.* The future of health-system pharmacy: opportunities and challenges in practice model change // *Ann. Pharmacother.* 2012. V. 46, № 4. P. 41—45.

Поступила в редакцию 07.09.2012 г.

Утверждена к печати 09.10.2012 г.

#### Сведения об авторах

**Е.В. Каракулова** — канд. биол. наук, доцент кафедры фармации ФПК и ППС СибГМУ (г. Томск).

**Е.Е. Лоскутова** — д-р фарм. наук, профессор, зав. кафедрой управления и экономики фармации РУДН (г. Москва).

**Е.А. Ушкалова** — д-р мед. наук, профессор, ведущий научн. сотрудник Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова (г. Москва).

#### Для корреспонденции

**Каракулова Елена Владимировна**, тел./факс 8 (3822) 555-382; e-mail: [ev.karakulova@mail.ru](mailto:ev.karakulova@mail.ru)