

ОРГАНИЗАЦИЯ И ЭКОНОМИКА ФАРМАЦИИ

Т.Л. Петрище

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ В 1920-Е ГГ.: ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПОДХОДЫ

Витебский государственный
медицинский университет

Рационализация и стандартизация лекарственной помощи в 1920-е гг. была одним из наиболее важных элементов управления ее качеством. Она включала несколько компонентов: 1) рационализация лекарственного каталога; 2) унификация лекарственных форм и механизация производства в аптеке; 3) устранение недостатков и ошибок в работе аптек. Вопросы рационализации и стандартизации лекарственной помощи актуализировались по мере того, как преодолевались кризисные явления в фармацевтическом секторе здравоохранения и стабилизировалась экономическая ситуация в стране.

ВВЕДЕНИЕ

Управление качеством лекарственной помощи населению является одним из важных направлений развития современного фармацевтического сектора здравоохранения не только в нашей стране, но и во всем мире [1-3]. На его обеспечение и повышение эффективности деятельности аптечных и фармацевтических организаций в Республике Беларусь направлены важные государственные документы: Закон «О лекарственных средствах» от 20.07.2006 г. № 161-3, «Государственная фармакопея Республики Беларусь» (2006 г.), «Надлежащая аптечная практика» (утверждена Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27.12.2006 г. № 120) и др. [1,4-6].

Исторический опыт оптимизации лекарственной помощи населению, ее рационализации и стандартизации в условиях переходной экономики 1920-х гг. может стать важным информативным источником поиска эффективных организационных

форм и методов для решения современных проблем медико-фармацевтического комплекса, в т.ч. связанных с реализацией «Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2007 – 2010 годы» (утверждена Указом Президента от 26.03.2007 г. № 135) [7].

Цель: выявление и анализ основных направлений и подходов оптимизации лекарственной помощи как важного аспекта управления ее качеством в 1920-е гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Использовались исторический и логический методы исследования. В качестве объекта историко-фармацевтического исследования были взяты архивные документы и материалы, опубликованные непосредственно в 1920-е гг. Предметом исследования стали отдельные компоненты оптимизации лекарственной помощи населению.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ исторических источников позволяет констатировать, что одним из важных направлений государственной политики в фармацевтическом секторе здравоохранения в 1920-е гг. была рационализация лекарственной помощи, повышение ее качества и доступности. Важнейшим условием управления качеством лекарственной помощи и обеспечения ее доступности было расширение аптечной сети, укрепление материально-технической базы, укрепление кадрового потенциала и повышение его квалификации и др.

В концепции единой государственной системы здравоохранения («модель Н.А.Семашко»), начало которой было положено в 1918 г. созданием Народного Комиссариата Здравоохранения (НКЗ), был четко прописан приоритет профилактического направления [8]. Но окончательный переход к профилактической медицине (к сожалению, он так до сих пор и не состоялся) требовал «грандиозных экономических, политических и культурных преобразований» [9]. Следовательно, за лечебными мероприятиями (и лекарственными средств-

вами (ЛС) как их неотъемлемой частью) по-прежнему оставалось большое будущее.

Разработка подходов к оптимизации лекарственного обеспечения населения в условиях тотального дефицита материальных ресурсов и финансовых средств периода 1920-х гг. имела для фармацевтической службы первостепенное значение [10.11]. Вопросы рационализации и механизации лекарственной помощи неоднократно затрагивались на страницах профессиональной фармацевтической печати (в частности, на страницах журнала «Вестник фармации», который издавался НКЗ РСФСР в 1920-е гг.). Сам факт столь пристального внимания к данной проблеме говорит о ее важности и сложности решения.

Причем в начале становления нового государства (1918-1921 гг.) первоочередной задачей фармацевтической службы являлось элементарное насыщение фармацевтического рынка ЛС, обеспечение максимально возможной в тех условиях доступности лекарственной помощи для широких слоев населения («широких народных масс»). Тем не менее, еще в 1919 г. на съезде фармацевтических подразделов (фарподов) в числе задач развития аптечного дела на перспективу были выдвинуты лозунги, большинство из которых довольно успешно были реализованы фармацевтической службой СССР в дальнейшем, и, фактически, реализуются в современном фармацевтическом секторе Республики Беларусь (таблица 1).

Таблица 1 – Лозунги, характеризующие развитие аптечного дела до 1917 г. и с начала национализации аптек [10]

«Так было» (до 1917 г.)	«Так будет» (начиная с 1918 г.)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Недуги и болезни – монопольный источник наживы для частных лиц. 2. Аптечное дело - частная торговля. 3. Скученность аптек в центрах, населенных буржуазией, – недостаток аптек на окраинах и в местах поселения трудового народа. 4. Роскошь и блеск снаружи – нарушение всех правил гигиены внутри. 5. Медицинские советы в аптеках – шарлатанский прием обирания населения. 6. Частные аптеки – проводники суррогатов и фальсификатов. 7. Частная аптека – рассадник пьянства. 8. Перепродажа аптек с целью спекуляции. 9. Аптечный персонал без надлежащей подготовки. 10. Исключительная эксплуатация труда аптечных служащих. 11. Переутомление штата – причина плохого качества аптечной работы. 12. Аптекарские магазины – тайные и худшего вида аптеки. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Бесплатное лекарство наряду с бесплатной врачебной помощью. 2. Скорое и рациональное лекарственоснабжение. 3. Хорошее оборудование и гигиеническая обстановка работы. 4. Лечебница и аптека в неразрывной связи. 5. Замена кустарных способов аптечной работы фабричными. 6. Централизация лабораторного дела. Химическая и физиологическая стандартизация (испытание) препаратов. 7. Точная дозировка и портативность упаковки. 8. Установление целесообразности лекарственных форм. 9. Нормальные условия труда и высокое качество работы. 10. Распределение аптек согласно действительной потребности.

Вопросы стандартизации и рационализации лекарственной помощи населению актуализировались по мере преодоления кризисных явлений в фармацевтическом секторе («лекарственного голода»,

финансового дефицита, кадрового дефицита, недостаточной материально-технической оснащенности аптечных организаций (АО) и др.) и стабилизации экономической ситуации в государстве в целом

(тенденция наметилась во второй половине 1920-х гг.). Первая советская Фармакопея (Государственная фармакопея СССР VII издания) появилась в 1925 г., ее выход совпал с началом так называемого «восстановительного периода».

На наш взгляд, можно провести **важную историческую параллель**: становление современной контрольно-разрешительной системы в Республике Беларусь, фактически, совпало с началом стабилизации экономики страны и частичным преодолением кризисных явлений в фармации 1990-х гг. В 1997 г. было создано РУП «Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении», что позволило проводить регистрацию ЛС и лицензирование фармацевтической деятельности в соответствии с международными стандартами [1] Выход же первого тома Государственной фармакопеи Республики Беларусь (2006 г.) стал возможным только после того, как стабилизация в фармацевтическом секторе и государственной экономике стала устойчивой тенденцией.

В процессе историко-фармацевтического анализа нами были выявлены **основные направления**, по которым проводилась оптимизация лекарственного обеспечения и рационализация аптечного дела в 1920-е гг.:

- 1) рационализация лекарственного каталога;
- 2) унификация рецептурных прописей и лекарственных форм;
- 3) механизация рецептуры и аптечного производства;
- 4) снижение цен на ЛС;
- 5) ресурсосбережение;
- 6) укрупнение аптечного дела, создание единой районной аптеки: слияние больничных и хозрасчетных аптек (в конечном итоге, это направление себя не оправдало);
- 7) устранение недостатков и ошибок в работе аптек.

Рационализация лекарственного каталога подразумевала изъятие из аптечного ассортимента неэффективных и псевдонаучных средств («*лекарственный каталог должен быть очищен от излишнего балласта и сведен к ограниченному минимуму безусловно необходимых средств*»

[4]), использование рациональных ЛС «*из всей беспорядочной груды средств, препаратов и форм должны быть отобраны наилучшие...*» [12] и т.п.

В современной интерпретации подобный подход может рассматриваться как историческая веха в создании **формулярных списков ЛС**. Данный исторический опыт представляется интересным и важным в контексте активной реализации принципов доказательной медицины и фармакоэкономики, исключения из официального обращения в Республике Беларусь ЛС с недоказанной эффективностью, оптимизации системы регистрации ЛС и лицензирования фармацевтической деятельности и др.

В представлении специалистов 1920-х гг. рациональный лекарственный каталог – «*это такой перечень медикаментов, который и по количеству и по своему терапевтическому действию вполне обеспечивает квалифицированную лекарственную помощь и интересы здравоохранения*» [13].

Рационализация лекарственного каталога проводилась по нескольким направлениям:

- 1) избавление от бесполезных ЛС (от «*многовековых наслоений всевозможных средств и лекарственных форм*» [9]);
- 2) недопущение на рынок иностранных ЛС, эффективность которых была сомнительной или неподтвержденной;
- 3) ограничение внедрения изобретений «*доморощенных изобретателей*», которые пытались «*рекламой вводить в обиход малоценные средства всего рода*» [14] (в публикациях 1920-х гг. отмечалось, что для продвижения ЛС на рынок фирмы использовали рекламу, обработку общественного мнения врачей, экономический нажим и др.) [8,10,14].

Нужно отметить, что рационализация каталога помимо сугубо фармацевтических целей проводилась также в интересах санитарного просвещения (повышение медико-гигиенической грамотности населения, преодоление многовековых предрассудков и суеверий, борьба с шарлатанством, самолечением и др.).

Поиск «лучших и наиболее рациональных лекарственных форм» рассматривался организаторами фармации как обязанность «сознательных фармацевтов», которые должны были их инициировать и пропагандировать. И снова проблема упиралась в человеческий фактор. «Сознательный фармацевт» был обязан «проникнуться сознанием, что строго „индивидуализированные" рецепты, дорогие „патентованные" панацеи и т. п. являются средневековым и буржуазным хламом, вытекающим не из потребностей рациональной терапии, а из интересов частной практики и частной наживы» [8]. Дореволюционные частные аптеки рассматривались как проводники суррогатов и фальсификатов [10]. Отдельную группу в 1920-е гг. занимали так называемые патентованные лекарства (в современной интерпретации это не что иное, как оригинальные ЛС). В публикациях 1920-х гг. прослеживается не совсем позитивное отношение фармацевтов тех лет к так называемой «патентике» («модернистскому хламу»). Официальное определение, закрепленное в Циркуляре 1923 г., гласило, что «патентованным врачебным, ветеринарным или фармацевтическим средством должно быть названо всякое готовое лекарство, дозированное или недозированное, имеющее определенное наименование, состоящее из одного или нескольких химических (органических или неорганических) лекарственных веществ, изготовленное фабрикой (заводом), лабораторией, аптекой или отдельным лицом, рекомендованное для медицинского (ветеринарного, зубо-врачебного) употребления» [14]. В этом же циркуляре было определено, что понятие «патентованное лекарство» подразумевало его принадлежность собственнику и распространялось только на готовые ЛС (ГЛС) иностранного производства, поскольку законодательством РСФСР патентное право (т. е. право собственности) не предусматривалось.

Все ЛС, включая патентованные, подлежали перерегистрации в государственном масштабе. В результате пересмотра официальных каталогов многие из ГЛС («готовых врачебных средств») были за-

прещены к реализации на территории РСФСР, а, следовательно, и БССР. Их списки рассылались НКЗ РСФСР в губздравы. Ограничивалось также включение в официальный каталог новых ЛС. Они должны были включаться в каталог только при обязательном соблюдении определенных условий: 1) всестороннее изучение ЛС в лабораторных условиях (фармацевтической и фармакологической лаборатории) и клинической практике; 2) средства, изготовленные из одного сырья и имеющие одинаковый терапевтический эффект, должны иметь одно наименование; 3) все ЛС должны иметь точное описание состава на упаковке и в проспекте; 4) недопустимо рекламирование в общей печати, плакатах, проспектах и этикетках терапевтического эффекта и медицинского значения средств и др. Причем импортные ЛС допускались в общую продажу при соблюдении перечисленных условий, а также в том случае, если они не производились в СССР [9]. Таким образом, в 1920-е гг. в стране проводилась жесткая политика по защите отечественных производителей фармацевтических субстанций и лекарственных средств. Такая политика была направлена, прежде всего, на достижение важной цели – развитие собственного фармацевтического производства и снижение зависимости отечественного здравоохранения от иностранного импорта. Тем более, что в начале становления новое государство в полной мере ощутило последствия такой зависимости, когда в результате военных действий, а затем экономической блокады РСФСР в 1918-1920 гг. в стране наступил «лекарственный голод».

Унификация рецептурных прописей и лекарственных форм, их рационализация и приведение к единому эталону давало возможность отказаться от кустарных и примитивных форм изготовления. При этом достигалась еще одна цель – максимальная механизация технологического процесса в аптеке [8,9,11]. Но унификация лекарственных формул не должна была исключать индивидуальный подход к больному. Максимальный эффект от рационализации лекарственного каталога и унификации рецептурных прописей мог

быть достигнут только при разумном сотрудничестве врачей и фармацевтов: *«Установление нормального каталога и формул может быть проведено успешно только в том случае, если к этой работе будут привлечены все врачи, обслуживающие застрахованных, если формулы будут разработаны ими же, если формулы будут приняты как типовые, при условии, что в каждом отдельном случае врач может в интересах больного делать те или иные отступления»* [13].

Механизация рецептуры и аптечного производства в целом, согласно представлениям специалистов 1920-х гг., должна была максимально обеспечить:

1) дешевизну, 2) гигиеничность изготовления ЛС и предупреждение передачи через ЛС болезнетворных микробов; 3) точность изготовления ЛС. Нужно отметить, что в этом направлении активно велась существенная работа. Предполагалось, что *«стандартизированные рецептурные формулы должны заготавливаться в массовом порядке фабричным путем»*. При этом особо подчеркивалась необходимость тщательной экспериментальной проверки усвояемости и действия лекарственных препаратов, а также определение оптимальных лекарственных форм и сроков хранения [4]. Фактически, именно в 1920-е гг. закладывались основы научной биофармации. Примечательно также и то, что еще в 1920-е гг. специалисты видели будущее за ГЛС промышленного производства. Их прогнозы сбылись с потрясающей точностью.

Рационализация лекарственного каталога в сочетании с механизацией процесса производства ЛС считалась одной из главных задач АО в 1920-е гг. Выдвигалась формула *«рационально, целесообразно и дешево»* [8].

Проблема экономии материальных ресурсов и рационального использования финансовых средств стояла остро еще в начале формирования государственной системы здравоохранения и ее фармацевтического сектора. Во второй половине 1920-х гг. **политика ресурсосбережения («режим экономии»)** приобрела характер массовой кампании. Она проводилась во

всех отраслях народного хозяйства, в т.ч. в здравоохранении.

«Режим экономии» рассматривался как важная общеполитическая и общехозяйственная задача. Для ее решения предусматривались анализ всех статей расходов и изыскание соответствующих внутренних резервов: экономия начислений на зарплату (они не должны были превышать установленные нормы), сокращение накладных расходов (расходов на рекламу, упорядочение отчетности в сторону ее уменьшения и др.) [15]. Рационализация лекарственной помощи была тесно связана с проведением в фармацевтическом секторе здравоохранения «режима экономии». Но, по словам одного из организаторов фармации РСФСР И.И. Левинштейна, *«всякая, самая правильная идея, неправильно воспринятая, воплощается в жизнь в уродливых формах и дает обратные результаты»* [8].

Проведение «режима экономии» в аптеках и политики снижения цен на ЛС в ряде случаев сопровождалось перегибами и грубыми нарушениями фармацевтической деятельности, искажением принципов новой системы здравоохранения [3,9]. Так, например, как следствие внедрения так называемых «рациональных форм» встречалось такое грубое нарушение фармацевтической деятельности, как массовая заготовка лекарственных форм, которые не выдерживали длительного хранения (настой, эмульсии, глазные капли и др.).

В публикациях 1920-х гг. отмечались факты **искусственного удешевления стоимости рецепта, что приводило к снижению качества ЛС**. Иногда «рациональные формулы» трактовались самими аптечными работниками как лекарства для бедных, или лекарства для застрахованных. Изданные списки медикаментов так и назывались «рабмедовские» [3]. Застрахованные приходили к выводу, что для них существуют лекарства *«второго сорта»*, *«наиболее дешевые»* [13]. Но это совершенно не отвечало важному принципу государственной политики в сфере здравоохранения – приоритетное обеспечение медицинской помощью застрахованных рабочих и служащих. Соответственно качество ЛС для застрахованных ни в коем

случае не должно было быть ниже, чем для остального населения: *«Рецептурные формулы должны проводиться под лозунгом максимальной целесообразности, рациональности, а затем уже дешевизны; введению их должна предшествовать самая энергичная, идейная проработка внутри и вглубь среди врачей и страховиков, и совершенно должна быть отброшена трактовка их, как лекарства для бедных»* [8]. По мнению одного из организаторов фармации РСФСР М.С.Хаймовича (1927), *«неправильный подход ... оттолкнет больного застрахованного от всей системы лекарственной помощи, а по ассоциации и от лечебной помощи»* [13].

В некоторых случаях губернские отделы здравоохранения на местах предпринимали собственные меры по снижению расходов на лекарственную помощь. Причем эти меры в некоторых случаях носили весьма специфический характер. Так, например, некоторые губздравы предлагали запретить аптекам отпуск лекарств, не вошедших в каталог для бесплатного отпуска, ввести регистрацию случаев нарушений установленных норм со стороны врачей и принять меры *«для вычетов из жалования стоимости лекарства»*. Однако руководство фармацевтической службы посчитало такие меры местных отделов здравоохранения неправильными [13].

Устранение недостатков и ошибок в работе АО в 1920-е гг., наряду с рационализацией аптечного дела, было одним из важных элементов управления качеством лекарственной помощи и ее оптимизации. Несмотря на преодоление многих кризисных явлений, о которых речь шла выше, в деятельности АО по-прежнему оставались проблемные зоны.

Одним из наиболее значимых недостатков в работе АО в 1920-е гг., который часто анализировался и обсуждался на страницах фармацевтической печати, были **ошибки при отпуске медикаментов**. Причем в исторических источниках отмечается, *«что это явление массовое, обыденное»*, а для его преодоления требовалась *«систематическая борьба»* [14].

Причинами ошибок в аптеках сами аптечные работники, прежде всего,

считали: 1) перегруженность работой и большой поток посетителей; 2) неразборчиво написанные врачами рецепты; 3) *«ошибки зрения»* (проблемы со зрением у работников, плохая освещенность); 4) нарушения правил хранения лекарственных веществ; 5) личностные характеристики работников [10,16,17] и др.

Перегруженность работой фармацевтического персонала была одной из существенных причин, влиявших на качество лекарственной помощи населению в 1920-е гг. Следствием перегруженности были очереди в аптеках, задержка с отпуском ЛС по рецептам и др. [13,19]. Специалисты, имевшие фармацевтическое образование или звание, стаж практической работы в фармации, зачастую были вынуждены совмещать работу на нескольких должностях или работать в нескольких аптеках. Многие аптечные работники были вынуждены работать сверхурочно, не получая за это достойного вознаграждения. Естественно, что чрезмерное умственное и физическое напряжение могло приводить к ошибкам в работе.

Проблема перегруженности персонала во многом была следствием **кадрового дефицита**. Но были и другие причины: 1) недостаток производственных площадей; 2) размещение аптек в непригодных помещениях (многие аптеки или здания, в которых они могли бы разместиться, были разрушены в ходе военных действий, оккупации и др.), 3) нерациональная организация трудового процесса в аптеке и низкая механизация труда (высокая степень ручного труда): даже в 1929 г. отмечалось, что *«аптека до самых последних лет была предприятием наиболее отсталым в отношении организации труда, применяемой техники и характера оборудования»*; 4) неравномерное распределение аптек на территории БССР (слабое развитие сельской аптечной сети) или конкретного населенного пункта и т.п.

Недостаток квалифицированных кадров в сочетании с большим объемом работы в ряде случаев приводил к тому, что непосредственный отпуск ЛС населению осуществляли работники без необходимой квалификации. Это тоже могло про-

воцировать ошибки и нарушения фармацевтической деятельности, а также снижать качество лекарственной помощи. Проблема постепенно решалась за счет подготовки новых фармацевтических кадров, правда, гораздо медленнее, чем требовалось в условиях 1920-х гг.

В качестве одного из наиболее существенных препятствий рациональной лекарственной помощи сами фармацевты выделяли **ошибки врачей при выписывании рецептов**. Неразборчиво, неграмотно и небрежно выписанные врачами рецепты (или выписанные на плохой бумаге карандашом) подвергали риску здоровье больных, а также осложняли и без того достаточно напряженную работу аптечных работников [9,16]. Проблема была настолько актуальной, что обсуждалась на страницах профессиональной печати. Так, например, в 1929 г. в журнале "Вестник фармации" была размещена карикатура "Коллективное чтение рецепта в аптеке" [16].

Предлагались конкретные меры для решения проблемы прописывания рецептов: 1) выделение достаточного времени в учебном процессе для усвоения студентами медицинских факультетов сведений о химических и физических свойствах лекарственных веществ; 2) значительное расширение курса рецептуры на кафедре фармакологии; 3) принятие мер для предотвращения выпуска *«фармацевтически безграмотных»* врачей; 4) разработка исчерпывающего и серьезного руководства по прописыванию лекарств с подробным освещением вопроса о несовместимости веществ; 5) выработка жестких правил по изготовлению и отпуску ЛС; 6) прописывание рецептов на бланках установленного образца (экономия бумаги в лечебных учреждениях приводила к тому, что рецепты выписывались на маленьких кусочках бумаги); 7) отказ в отпуске лекарств по безграмотно выписанным рецептам; 8) доведение информации о врачах, которые систематически нарушают правила прописывания рецептов, до сведения отделов здравоохранения [8,9,11,13] и др.

На наш взгляд, требование о том, что *«отношение к рецепту, как к серьез-*

ному документу, должно быть привито студентам при обучении и установлено категорическими требованиями закона» [9], звучит современно и актуально.

Большое внимание в 1920-е гг. уделялось рецептурному контролю и контролю при отпуске ЛС [20]. Циркуляр НКЗ РСФСР от 07.06.1924 г. № 121 регламентировал правила отпуска ЛС по рецептам врачей. Все рецепты должны были прописываться разборчиво на латинском или местном языке (очевидно, в БССР это мог быть белорусский, а, возможно, также польский и идиш). Если выписанный рецепт вызывал у управляющего аптекой сомнения, то он должен был *«объясниться с врачом словесно или письменно и лишь по получении удовлетворительного ответа отпустить прописанное лекарство»*.

При отпуске ядовитых и сильнодействующих ЛС действовали высшие однократные и суточные дозы. Если врач считал целесообразным завесить количество вещества в рецепте, то необходимо было сделать специальные пометки в рецепте: написать количество прописью и поставить восклицательный знак. Требования по рецептам должны были удовлетворяться в порядке очередности, но желательно максимально быстро. Первоочередное обслуживание осуществлялось по рецептам с пометкой «Statim», «Cito» [17]. Таким образом, требования к отпуску ЛС в рассматриваемый нами исторический период достаточно рациональны и до сих пор не потеряли актуальности [18].

Лекарство, отпускаемое по рецепту в 1920-е гг., необходимо было хорошо укупорить, обвязать и обозначить порядковый номер. К укупорке нужно было прикрепить **сигнатуру**, на которой обозначалось: название аптеки; порядковый номер рецепта, способ приема и употребления ЛС; фамилия больного и врача, прописавшего рецепт; дата отпуска; цена по аптекарской таксе и реальная цена (если была скидка) и подпись фармацевта, отпустившего ЛС, а на обратной стороне – содержание рецепта. Использовались сигнатуры (и соответствующие ярлыки) различных цветов: белые – для внутреннего применения, желтые или красные – для

наружного, синие – для подкожного впрыскивания.

Все рецепты должны были заноситься в дневник, в котором указывалась дата поступления рецепта в аптеку, номер, фамилия больного и врача, лекарственная форма и ее стоимость. Дневник и оригиналы рецептов (на них ставились подписи фармацевта, приготовившего ЛС, а также проверившего его) должны были храниться в аптеке 3 года [17]. При проведении мероприятий по оптимизации работы в аптеке учитывался зарубежный опыт. Как положительный пример профессиональной предусмотрительности, И.И.Левинштейн (1926) приводит опыт некоторых американских заводов-производителей, которые, помимо обязательной наклейки «яд», снабжали соответствующие препараты этикетками с краткими сведениями о противоядиях [8].

Точность дозирования и качество ЛС, изготовленных в аптеке, во многом зависели от аптечной посуды. В конце 1927 г. Отдел рационализации и стандартизации НТУ ВСНХ приступил к стандартизации аптечного стекла [21].

Для устранения ошибок в аптеках, связанных непосредственно с работой аптечных работников, в 1920-е гг. также предлагались различные подходы. Некоторые из них достаточно рациональны: необходимость улучшения естественного и искусственного освещения, чтобы «*поставить глаз работника в наиболее благоприятные условия*»; издание специальных правил, которые бы регламентировали выписку рецептов, а также написание четких надписей на штанглазах; запрет на хранение ядов на ассистентских столах; оборудование лабораторий в аптекоуправлениях; публикация результатов лабораторных анализов по каждой аптеке и др. Высказывались также достаточно специфические предложения, но которые вполне отвечали духу эпохи. Так, например, предлагалось подвергать поступающих в фармацевтические техникумы психологическим испытаниям и не допускать туда лиц, которые не обладают необходимыми качествами («*максимальное умение сосредоточиваться на данной работе, не отвлекаться по-*

сторонними явлениями, большая способность к самопроверке, к самоконтролю, способность запоминания изготовленной работы») и т.д.) [12].

Все перечисленные выше направления оптимизации лекарственной помощи были связаны между собой причинно-следственными связями. Успешное достижение поставленных целей по всем направлениям должно было способствовать повышению качества лекарственного обеспечения населения и лечебных учреждений, результативности деятельности АО и улучшению основных показателей фармацевтической деятельности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оптимизация лекарственной помощи населению в 1920-е гг. включала достаточно рациональные подходы и направления, которые могут быть адаптированы к решению современных проблем медико-фармацевтического комплекса: упорядочение каталога ЛС, исключение из него ЛС с недоказанной или сомнительной терапевтической эффективностью; проведение политики ресурсосбережения с учетом позитивного и негативного исторического опыта; оптимизация рецептурного лекарственного отпуска, в т.ч. для льготных категорий граждан; привлечение внимания к проблеме прописывания рецептов и др.

SUMMARY

T.L. Petrishche

OPTIMIZATION OF THE MEDICINAL CARE IN THE 1920s: THE BASIC PROBLEMS AND APPROACHES

Rationalization and standardization of medicinal care in the 1920s was one of the most important elements of its quality management. It included several components: 1) rationalization of the medicinal catalogue; 2) unification of the drug formulation and manufacture mechanization at the chemist's; 3) elimination of the defects and errors in the work of chemist's. Questions of rationalization and standardization of the medicinal care have become actual in the process of the crisis events overcoming in the pharmaceutical sector of public health and stabilization of the economic situation in the country.

ЛИТЕРАТУРА

1. Годовальников, Г.В. История лекарствоведения / Г.В. Годовальников. – Молодечно: «Тип. «Победа», 2007. – 256 с.
2. The Official Web Site of the World Health Organization [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.who.int/en>. – Date of access: 12.05.2008
3. The Official Web Site of the U.S. Food and Drug Administration (FDA) [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.fda.gov>. – Date of access: 12.05.2008.
4. Закон Республики Беларусь от 20 июля 2006 г. № 1613 «О лекарственных средствах» // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://pravo.by/pdf/2006-122/2006-122\(006-101\).pdf](http://pravo.by/pdf/2006-122/2006-122(006-101).pdf). – Дата доступа: 12.09.2007.
5. Государственная фармакопея Республики Беларусь. Т. 1. Общие методы контроля качества лекарственных средств / Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении; под общ. ред. Г.В. Годовальникова. – Минск: Минский государственный ПТК полиграфии, 2006. – 656 с.
6. Постановление Министерства Здравоохранения Республики Беларусь от 27 декабря 2006 г. № 120 «Об утверждении Надлежащей аптечной практики» // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.pravo.by/pdf/2007-28/2007-28\(120-127\).pdf](http://www.pravo.by/pdf/2007-28/2007-28(120-127).pdf). – Дата доступа: 12.09.2007.
7. Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2007 – 2010 годы (Утверждена Указом Президента Республики Беларусь от 26 марта 2007 г. № 135) // Официальный Интернет-портал Министерства образования Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.minedu.unibel.by/prog\(2007-2010\)\[1\].zip](http://www.minedu.unibel.by/prog(2007-2010)[1].zip) - ZIP archive, unpacked size 2 360 244 bytes). – Дата доступа: 24.06.2008.
8. Левинштейн, И. Основы советского здравоохранения и задачи фармации / И. Левинштейн; предисл. Н.А. Семашко. – М.: Изд-во Наркомздрава РСФСР, 1926. – 95 с.
9. Рационализация лекарственной помощи (Пост-ние О-ва «Ленинизм в медицине» и Научно-Фармацевтической Ассоциации) // Вестник фармации. – 1929, № 3. – С. 180-182.
10. Хаймович, М. Итоги и перспективы / М. Хаймович // Вестник фармации. – 1928. – № 12. – С. 764-773.
11. Савельев, Н. Фармакотерапия и рационализация рецептуры / Н. Савельев // Вестник фармации. – 1929, № 3. – С. 145-148.
12. Государственный архив Гомельской области, Ф. 11, оп. 1, д. 1153.
13. Хаймович, М.С. Правильная мера и неправильное выполнение / М.С. Хаймович // Вестник фармации. – 1927. – № 1. – С. 1-3.
14. В Московской научно-фармацевтической ассоциации // Вестник фармации. – 1928. – № 12. – С. 811-812.
15. Дзержинский, Ф.Э. Избранные произведения / Ф.Э. Дзержинский // В 2 т. / Ин-т марксизма-ленинизма при ЦК КПСС. – М.: Политиздат. – 1977. – Т. 2. 1923-1926. – 535 с.
16. По поводу ребусов // Вестник фармации. – 1929. – № 6. – С. 361-362.
17. Декреты, Постановления, Распоряжения и Циркуляры по фармацевтической части // Вестник фармации. – 1927. – № 5-6. – С. 101.
18. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Об утверждении инструкции о порядке выписки рецепта врача и о внесении изменений и дополнений в постановление министерства здравоохранения Республики Беларусь» от 27 декабря 2006 г. N 120 // Зарегистрировано в Национальном реестре правовых актов Республики Беларусь 14 ноября 2007 г. N 8/17432 [Электронный ресурс].
19. Государственный архив Минской области, Ф. 463, оп.1, д. 13, лл. 20, 20об, 21, 21об, 22, 22об, 23, 45, 45об.
20. Мирлин, Н. О формах рецептурного контроля / Н. Мирлин // Вестник фармации. – 1927. – № 6. – С. 274-276.
21. Обергард, И.А. К стандартизации аптечной посуды / И.А. Обергард // Вестник фармации. – 1928. – № 2. – С. 85-88.

Поступила 07.07.2008 г.
