

WHO/EDM/PAR/99.4

Оригинал: англ. язык

Распространение: общее

РУКОВОДСТВО ПО ПОЖЕРТВОВАНИЯМ МЕДИКАМЕНТОВ

Переработано в 1999 г.

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
CARITAS INTERNATIONALIS
“ДЕЙСТВИЯ ЦЕРКВЕЙ ЗА ЗДОРОВЬЕ” ВСЕМИРНОГО СОВЕТА ЦЕРКВЕЙ
МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОМИТЕТ КРАСНОГО КРЕСТА
МЕЖДУНАРОДНАЯ ФЕДЕРАЦИЯ ОБЩЕСТВ КРАСНОГО КРЕСТА И КРАСНОГО ПОЛУМЕСЯЦА
МЕЖДУНАРОДНАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ОБЪЕДИНЁННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИД
MEDECINS SANS FRONTIERES
БЮРО ВЕРХОВНОГО КОМИССАРА ООН ПО ДЕЛАМ БЕЖЕНЦЕВ
OXFAMPHARMACIENS SANS FRONTIERES
ДЕТСКИЙ ФОНД ООН
ПРОГРАММА РАЗВИТИЯ ООН
ФОНД НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ ООН
ВСЕМИРНЫЙ БАНК

Этот документ подготовлен
Отделом Политики в отношении
основных и других лекарственных
средств. Будем приветствовать
комментарии и предложения для
будущих пересмотров; их можно
адресовать: The Director, Department
of Essential Drugs and Medicines
Policy, World Health Organization,
1211 Geneva 27, Switzerland.

Первое издание 1996г.
Второе издание 1999г.

© Всемирная Организация Здравоохранения, 1999г.

Настоящий документ не является официальной публикацией Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), и все права на него принадлежат Организации. При этом данный документ можно свободно использовать для обзоров, реферирования, воспроизводства и перевода, частично или полностью, но не в целях продажи либо использования в связи с коммерческими намерениями.

Ответственность за взгляды и мнения, отражённые в документах поименованными авторами, полностью ложится на этих авторов.

Пересмотренный перевод на русский язык осуществлен Специальным Проектом ВОЗ по Фармации в Новых Независимых Государствах, Программа по фармацевтическим препаратам, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

Оглавление

Изменения, внесённые в издание 1999 года.....	4
I. Введение	5
II. Потребность в Руководстве	7
III. Основные принципы	10
IV. Руководство по пожертвованиям медикаментов.....	11
<i>Отбор препаратов.....</i>	<i>11</i>
<i>Обеспечение качества и срок годности</i>	<i>12</i>
<i>Внешний вид, упаковка и маркировка.....</i>	<i>13</i>
<i>Информация и управление.....</i>	<i>14</i>
V. Другие способы оказания донорской помощи.....	16
<i>Новый медицинский комплект для чрезвычайных ситуаций.....</i>	<i>16</i>
<i>Денежные пожертвования.....</i>	<i>16</i>
<i>Дополнительное Руководство по пожертвованиям как компонент помощи на цели развития.....</i>	<i>16</i>
VI. Как осуществлять политику в области пожертвований медикаментов	18
<i>Управление пожертвованиями медикаментов со стороны получателя</i>	<i>18</i>
<i>Действия, требующиеся от донорских организаций.....</i>	<i>20</i>
Приложение: Примеры проблем с пожертвованиями медикаментов	22
Благодарность.....	24
Список литературы	26

Изменения, внесённые в издание 1999 года

Стр. 5	Обновлён раздел «Вступление»
Стр. 12 – 13	Изменено и расширено Руководство б, а также его обоснование и разъяснение
Стр. 19	Дополнительный пункт: <i>Работа с лекарствами, имеющими срок годности менее одного года</i>
Стр. 19	Дополнительный пункт: <i>Обеспечить быструю таможенную очистку пожертвованных лекарств</i>
Стр. 20	Дополнительный пункт: <i>Избегать пожертвований лекарств с короткими сроками годности</i>
Стр. 20 – 21	Дополнительный пункт: <i>Организовать координацию между донорами</i>
Стр. 23	Три добавочных примера проблем, возникающих с пожертвованиями лекарств
Стр. 24	Благодарность

Номера страниц приведены по данному изданию.

I. Введение

Данное *Руководство по пожертвованиям медикаментов* было разработано Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) совместно с крупными международными учреждениями, занимающимися гуманитарной помощью.

Первый вариант *Руководства*, опубликованный в мае 1996г., отразил согласие между такими организациями, как ВОЗ, “Действия церковей за здоровье” Всемирного Совета Церквей, Международный Комитет Красного Креста, Международная Федерация Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, Medecins sans Frontieres, Бюро Верховного Комиссара ООН по делам беженцев, OXFAM и Детский Фонд ООН. В 1999г. число спонсоров возросло за счёт присоединения Caritas Internationalis, Международной Фармацевтической Федерации, Pharmaciens Sans Frontières, Объединённой программы ООН по ВИЧ/СПИД, Программы развития Организации Объединённых Наций, Фонда народонаселения ООН и Всемирного Банка.

За несколько раундов консультаций были учтены мнения свыше 100 гуманитарных организаций и отдельных экспертов.

Цель *Руководства* - улучшить качество пожертвований медикаментов, а не препятствовать им. Оно не представляет собой международные правила, а предназначено для использования в качестве основы для национальных или организационных руководств, подлежит пересмотру, адаптивированию и применению правительствами и организациями, занимающимися пожертвованиями медикаментов.

В основу исходного *Руководства* были положены результаты нескольких раундов консультаций более, чем с 100 гуманитарных организаций и отдельных экспертов, а также замечания этих организаций и экспертов. В 1996г. Всемирная Ассамблея Здравоохранения в своей резолюции WHA49.14 обратилась к ВОЗ с просьбой провести обзор опыта работы с руководством спустя один год. Поэтому осенью 1997г. Программа действий ВОЗ по основным лекарственным средствам начала проводить глобальный обзор опыта, полученного за первый год. Результаты этого обзора представлены в выходящем документе *«Опыт первого года работы с межведомственным руководством по пожертвованиям лекарств»*. Эта оценка создала основу для внесения изменений в текст. В целом опыт работы с *Руководством* оказался очень положительным. Однако имелись жалобы на то, что органы власти в некоторых странах слишком буквально следуют *Руководству*, не обращая внимания на специально приведённые там исключения, и в результате полезные пожертвования оказались утраченными. Проблемы, о которых сообщалось в отношении *Руководства 6* - *«пожертвованные лекарства должны иметь остаточный срок годности 12 месяцев по прибытии их в страну-получатель»* - возникли от непонимания либо от невнимательного отношения к установленным исключениям из этого руководства. В настоящем пересмотренном издании *Руководство 6* было изменено. Теперь оно позволяет осуществлять прямые пожертвования лекарственных средств с остаточным сроком годности менее одного года в адрес конкретных медучреждений при условии предоставления гарантий в том, что эти лекарства могут быть израсходованы до истечения срока их годности.

Существует множество различных сценариев для пожертвований медикаментов. Они могут осуществляться в острых чрезвычайных случаях или быть частью помощи на цели развития в обычной обстановке. Это могут быть корпоративные пожертвования (напрямую или при посредстве частных добровольческих организаций), помощь правительств или же дарения, направляемые непосредственно отдельным учреждениям здравоохранения. И хотя имеются обоснованные юридические различия между этими сценариями, есть много основных правил для надлежащих пожертвований, которые относятся ко всем сценариям. Данное *Руководство* нацелено на описание общей сути “Надлежащей практики пожертвований”.

Данный документ начинается с обсуждения потребности в руководстве, после чего приводятся четыре основных принципа для пожертвований медикаментов. Руководства по пожертвованиям медикаментов представлены в Главе IV. Указаны возможные исключения из общих руководств, когда при особых ситуациях это становится необходимым. В Главе V даны некоторые предложения о других способах оказания помощи донорами. Глава VI содержит практические советы по внедрению политики в области пожертвований медикаментов.

Настоящие Руководства не являются международными правилами; они призваны служить основой для национальных или учрежденческих руководств; они могут подвергаться обзору, адаптации и могут претворяться в жизнь правительствами и организациями, которые занимаются пожертвованиями лекарственных средств.

II. Потребность в Руководстве

Перед лицом катастрофы и страданий возникает естественное человеческое стремление протянуть руку помощи тем, кто в ней нуждается. Лекарства - существенный элемент в облегчении страданий, и международные усилия в рамках гуманитарной помощи могут значительно выиграть от пожертвований нужных медикаментов.

К сожалению, имеется также много примеров пожертвований лекарств, которые не приносят пользы, но приводят к возникновению проблем. Значительная катастрофа не всегда ведёт к объективной оценке чрезвычайных медицинских потребностей, основанной на эпидемиологических данных и прошлом опыте. Очень часто раздаётся эмоциональный призыв к массовой медицинской помощи без ориентиров на приоритетные потребности. Сообщалось о многочисленных примерах ненадлежащих пожертвований лекарств (см. Приложение). Основные проблемы можно обобщить следующим образом:

- Подаренные медикаменты часто не соответствуют чрезвычайной ситуации, картине заболеваемости или уровню имеющейся медицинской помощи. Они часто неизвестны местным специалистам здравоохранения и пациентам, могут не соответствовать местной лекарственной политике и стандартным схемам лечения и даже могут оказаться опасными.
- Многие пожертвованные медикаменты прибывают в несортированном виде и с маркировкой на малопонятном языке. Некоторые пожертвованные медикаменты приходят под торговыми наименованиями, не зарегистрированными для использования в стране-получателе, и без указания Международного Непатентованного Наименования (МНН, или воспроизведенного наименования) на этикетке.
- Качество медикаментов не всегда соответствует стандартам в стране донора. Например, у пожертвованных лекарств может истечь срок годности до того, как они попадут к пациенту; или же это могут быть лекарства или бесплатные образцы, которые пациенты или работники здравоохранения вернули в аптеки.
- Донорская организация иногда игнорирует местный административный порядок получения и распределения предметов медицинского назначения. План распределения, составленный донорскими организациями, может вступать в противоречие с желаниями национальных органов власти.
- Пожертвованные медикаменты могут иметь высокую декларируемую стоимость, например, рыночную цену в стране-получателе, а не цену на мировом рынке. В таких случаях налоги на импорт и накладные расходы на хранение и распределение могут быть излишне высокими, и (вздутую) стоимость дарения могут вычестить из государственного бюджета на медикаменты.
- Лекарства могут быть пожертвованы в чрезмерных количествах, и некоторые партии, возможно, потребуются уничтожить. Это расточительно и создает для получателя проблемы удаления отходов.

В основе этих проблем лежит несколько причин.. Вероятно, самый важный фактор - это распространённое, но ошибочное мнение, что в острой чрезвычайной ситуации любой вид лекарства лучше, чем вообще ничего. Другой важный фактор - отсутствие связи между донором и получателем, что приводит ко многим ненужным пожертвованиям. Это достойно сожаления, так как в ситуации катастрофы и в зонах военных действий неподходящие пожертвования медикаментов создают дополнительную нагрузку для сортировки, хранения и распределения, и тем самым могут стать непосильным бременем для ценных человеческих ресурсов и скудных транспортных средств. Зачастую общие расходы на транспортную обработку грузов (пошлины, хранение, транспорт) превышают стоимость медикаментов. Создание запасов неиспользуемых лекарств может способствовать мелким кражам и продаже на чёрном рынке.

Дарение возвращенных лекарств (неиспользованные медикаменты, возвращенные в аптеку для безопасного размещения и уничтожения, или бесплатные образцы, предоставляемые медикам) - пример двойных стандартов, поскольку в большинстве стран согласно правилам контроля качества их использование не разрешено. Кроме аспектов качества, такие пожертвования также затрудняют действия аппарата управления, направленные на рациональное управление запасами лекарств. Медики сталкиваются со множеством различных лекарств и торговых марок с постоянно изменяющимися дозировками; страдают пациенты, проходящие длительный курс лечения, поскольку в следующий раз этого препарата может не быть в наличии. По этим причинам такой вид пожертвований запрещён в странах, число которых постоянно увеличивается, и в целом не поощряется.

Первое руководство по пожертвованиям медикаментов было разработано в начале 1980-х годов такими международными гуманитарными организациями, как Международный Комитет Красного Креста (МККК) и Христианская Медицинская Комиссия (ХМК) Международного Совета Церквей, позже названная “Действия церкви за здоровье”¹. В 1990г. Программа действий ВОЗ по основным лекарственным средствам в тесном сотрудничестве с основными международными организациями помощи в чрезвычайных ситуациях издала первый набор руководств ВОЗ для доноров², которые позднее были усовершенствованы Комитетом экспертов ВОЗ по использованию основных лекарств³. В 1994г. бюро ВОЗ в Загребе издало особые руководства по оказанию гуманитарной помощи бывшей Югославии⁴.

На фоне существования этих различных руководств по пожертвованиям медикаментов ощущалась необходимость в одном всеобъемлющем руководстве, которое бы одобрили и применяли все основные международные организации, активно действующие в сфере чрезвычайной помощи. Поэтому Программой действий ВОЗ по основным лекарственным средствам был подготовлен первый вариант, который затем был усовершенствован в тесном сотрудничестве с Отделом управления и политики по вопросам лекарств и с Отделом чрезвычайных ситуаций и гуманитарных действий, с основными международными организациями помощи и большой группой международных экспертов. Окончательный вариант текста представляет собой консенсус между Всемирной Организацией Здравоохранения, ЮНИСЕФ, Бюро Верховного Комиссара ООН по делам беженцев, Детским Фондом ООН, Международным Комитетом Красного Креста, Международной Федерацией Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, “Действия церкви за здоровье” Всемирного

Совета Церквей, Medecins sans Frontieres и OXFAM. В процессе разработки были приняты во внимание комментарии более 100 гуманитарных организаций и отдельных экспертов.

Приведенные здесь примеры ненадлежащих пожертвований лекарств являются вполне достаточной причиной для разработки международного руководства по пожертвованиям медикаментов. В общем и целом руководство необходимо, поскольку:

- Доноры действуют исходя из благих намерений, но часто не осознают возможных неудобств и нежелательных последствий для получателей.
- Донор и получатель общаются не на равных. Получателям может понадобиться поддержка для конкретизации того, какую именно помощь они хотят получить.
- Лекарства прибывают не в вакуум. Потребности в лекарствах могут отличаться в разных странах и в разных ситуациях. Пожертвования лекарств должны основываться на тщательном анализе потребностей, а их отбор и распределение должны соответствовать существующей политике в области медикаментов и административным системам. Незатребованные и ненужные пожертвования медикаментов являются расточительством и не должны иметь место.
- Требования к качеству медикаментов иные, чем к другим видам пожертвований, таким как продукты питания и одежда. При неправильном употреблении лекарства могут наносить вред; они должны легко определяться по маркировке и печатной информации; срок их хранения может истечь; и может возникнуть необходимость уничтожить их профессиональным способом.

III. Основные принципы

Двенадцать положений Руководства по пожертвованиям медикаментов базируются на четырех основных принципах. Первый и самый главный принцип состоит в том, что пожертвование медикаментов должно приносить пользу получателю в максимально возможной степени. Это подразумевает, что все дарения должны быть основаны на выраженной потребности, и что следует препятствовать незатребованным пожертвованиям лекарств. Второй принцип состоит в том, что пожертвование должно делаться с полным уважением к желаниям и полномочиям получателя, и оно должно быть поддержкой для существующей государственной политики в области здравоохранения и для административной системы. Третий принцип заключается в том, что не должно быть двойных стандартов качества: если качество какого-то предмета неприемлемо в стране-доноре, то он считается неприемлемым и для пожертвования. Четвертый принцип состоит в том, что должно иметь место эффективное общение между донором и получателем: пожертвования должны основываться на выраженной потребности и не должны посылаться без уведомления.

Основные принципы для пожертвования

1. Максимальная польза для получателя
2. Уважение желаний и полномочий получателя
3. Не применять двойных стандартов качества
4. Эффективное общение между донором и получателем

IV. Руководство по пожертвованиям медикаментов

Отбор препаратов

1. Все пожертвования медикаментов должны основываться на выраженной потребности и соответствовать картине заболеваемости в стране-получателе. Не следует посылать лекарства без предварительного согласия получателя.

Обоснование и разъяснение

Это положение подчеркивает, что важнейшая обязанность получателей - определить свои потребности. Оно направлено на предотвращение незатребованных пожертвований, и пожертвований, поступающих без объявления и без необходимости. Оно также дает получателям право отказаться от ненужных пожертвований.

Возможные исключения

В острых чрезвычайных ситуациях можно пренебречь необходимостью предварительного согласия получателя, при условии, что эти медикаменты - из тех входящих в Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств⁵, которые включены в список ООН предметов чрезвычайной помощи, рекомендованный для использования в острых чрезвычайных ситуациях⁶.

2. Все пожертвованные лекарства или их непатентованные эквиваленты должны иметь разрешение на использование в стране-получателе и входить в национальный перечень основных лекарственных средств или - если нет национального перечня - в Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств, кроме случаев, когда получатель специально запрашивает не входящее в перечень лекарственное средство.

Обоснование и разъяснение

Это положение призвано обеспечить соответствие пожертвований медикаментов национальной политике стран в области лекарственных средств и программам в области основных лекарственных средств. Оно направлено на максимальное увеличение положительного эффекта пожертвования, и препятствует пожертвованиям лекарств, которые не нужны и/или неизвестны в стране получателя.

Возможные исключения

Может быть сделано исключение для лекарств, необходимых при внезапных вспышках нетипичных или вновь возникающих заболеваний, поскольку такие лекарства могут не быть разрешены для использования в стране-получателе.

3. Внешний вид, содержание активных веществ и состав пожертвованных лекарств должны быть максимально сходны с теми, которые широко используются в стране-получателе.

Обоснование и разъяснение

Большинство сотрудников, работающих на различных уровнях медико-санитарной помощи в стране-получателе, обучались использовать определенные схемы применения лекарств и не могут постоянно изменять практику лечения. Более того, они часто не имеют достаточной подготовки, чтобы провести необходимые вычисления дозировки, которые требуются при таких изменениях.

Обеспечение качества и срок годности

4. Все пожертвованные лекарства должны быть получены из надёжного источника, и должны отвечать стандартам качества как в стране-доноре, так и в стране-получателе. Следует использовать Систему ВОЗ для удостоверения качества фармацевтических препаратов, поступающих на международный рынок¹.

Обоснование и разъяснение

Это положение препятствует применению двойных стандартов: лекарства неприемлемого качества в стране донора не должны поступать в виде дарения в другие страны. Пожертвованные медикаменты должны иметь разрешение на продажу в стране происхождения, и должны изготавливаться в соответствии с международными стандартами Надлежащей производственной практики (НПП).

Возможные исключения

В критических чрезвычайных ситуациях, возможно, будет непрактично применять Систему ВОЗ удостоверения качества. Тем не менее, если она не применяется, донор должен предоставить обоснование. Когда доноры предоставляют денежные средства для закупки медикаментов у местных фирм-изготовителей, те медикаменты, которые отвечают национальным стандартам, не должны исключаться только на том основании, что они не соответствуют стандартам качества в стране-доноре.

5. Не должны поступать в дар лекарства, которые были выданы пациентам и затем возвращены в аптеку или в другое место либо были получены работниками здравоохранения в качестве бесплатных образцов.

Обоснование и разъяснение

Пациенты возвращают неиспользованные лекарства в аптеку, чтобы обеспечить их безопасное размещение и уничтожение; то же самое относится к образцам медикаментов, полученными работниками здравоохранения. В большинстве стран не разрешается выдавать такие лекарства другим пациентам, поскольку нельзя гарантировать их качество. По этой же причине не следует жертвовать возвращенные лекарства. Помимо аспектов качества, принимающей стороне трудно обрабатывать возвращенные лекарства из-за вскрытых упаковок и незначительного количества таких лекарств.

6. После доставки в страну-получатель все пожертвованные лекарства должны иметь срок годности не менее одного года. Может быть сделано исключение для прямых пожертвований, поступающих в конкретные медучреждения, при

условии, что: отвечающий за это профессиональный работник в месте получения признаёт, что он(а) знает о сроке годности, и что количество препарата и остающееся до истечения срока годности время позволяют надлежащим образом израсходовать препарат до истечения этого срока. Во всех случаях важно, чтобы получатель вполне заблаговременно был оповещён о дате прибытия лекарств и о дате истечения срока годности медикаментов.

Обоснование и разъяснение

Во многих странах-получателях, а особенно при чрезвычайных ситуациях существуют проблемы материально-технического характера. Очень часто местная система распределения имеет ограниченные возможности для немедленного распределения. Обычное распределение через различные уровни хранения (например, центральная база, районная база, районная больница) может занять от шести до девяти месяцев. Это положение особенно препятствует пожертвованию лекарств с почти истекшим сроком годности, так как чаще всего эти лекарства попадают к пациенту уже после истечения срока годности. Важно, чтобы тот сотрудник получателя, который отвечает за приём пожертвования, был полностью осведомлен о количестве жертвуемых медикаментов, поскольку при наличии избыточных запасов лекарства могут остаться неиспользованными и уйти в отходы. Неверен довод о том, что препараты с коротким сроком годности можно жертвовать в острых экстренных ситуациях, поскольку при этом они будут быстро израсходованы. В экстренных ситуациях системы получения, хранения и распределения лекарств зачастую бывают нарушены и перегружены, при этом есть тенденция к скапливанию медикаментов.

Дополнительное исключение

Помимо возможных исключений в отношении вышеупомянутых прямых пожертвований, Следует сделать исключение для лекарств, общий срок годности которых - менее двух лет; в этом случае должна оставаться по крайней мере одна треть срока годности.

Внешний вид, упаковка и маркировка

7. Все лекарства должны быть маркированы на языке, понятном для специалиста здравоохранения в стране-получателе; маркировка каждого контейнера должна содержать по меньшей мере Международное непатентованное наименование (МНН, или воспроизведенное наименование), номер серии, лекарственную форму, содержание активных веществ, название фирмы-изготовителя, количество единиц в контейнере, условия хранения и дату истечения срока годности.

Обоснование и разъяснение

Все пожертвованные лекарства, включая те, которые имеют торговое название, должны также быть маркированы с указанием своего МНН или официального воспроизведенного наименования. Большинство учебных программ основаны на использовании воспроизведенных наименований. Пожертвование лекарств с различными и зачастую неизвестными фирменными названиями и без МНН

приводит в замешательство работников здравоохранения и может оказаться даже опасным для пациентов. В случае с инъекционными препаратами должен быть указан способ введения.

8. Насколько это возможно, пожертвованные лекарства должны быть расфасованы в упаковки с большим количеством единиц товара и в больничные упаковки.

Обоснование и разъяснение

Упаковки с большим количеством единиц товара дешевле, их удобнее перевозить, и они лучше соответствуют государственным системам снабжения в большинстве развивающихся стран. Данное положение также препятствует пожертвованию лекарств в виде торговых образцов, с которыми неудобно работать. В сомнительных ситуациях неподходящими пожертвованиями могут оказаться педиатрические сиропы и микстуры из-за проблем материально-технического характера и потенциальной возможности их использования не по назначению.

9. Все пожертвования медикаментов должны быть упакованы в соответствии с международными правилами перевозки и сопровождаться подробным упаковочным листом, в котором приводится содержание каждой пронумерованной картонной коробки с указанием МНН, лекарственной формы, количества, номера серии, срока годности, объема, веса и любых особых условий хранения. Вес картонной коробки не должен превышать 50 кг. Лекарства не должны смешиваться с другими изделиями в одной и той же коробке.

Обоснование и разъяснение

Это положение направлено на облегчения администрирования, хранения и распределения пожертвований в чрезвычайных ситуациях, поскольку идентификация и работа с немаркированными коробками, содержащими смесь из медикаментов, требует времени и значительных трудозатрат. Это положение особенно препятствует пожертвованиям небольших количеств смешанных медикаментов. Максимальный вес в 50 кг гарантирует, что с каждой коробкой можно обращаться без специального оборудования.

Информация и управление

10. Получателей следует информировать обо всех пожертвованиях медикаментов, которые рассматриваются, готовятся или уже находятся в пути.

Обоснование и разъяснение

Многие пожертвования медикаментов прибывают без уведомления. Подробная заблаговременная информация обо всех пожертвованиях лекарств существенно важна для того, чтобы получатель мог планировать их получение и координировать его с другими источниками снабжения. Информация должна содержать по крайней мере следующее: тип и количество пожертвованных медикаментов, включая их Международное непатентованное наименование (МНН, или воспроизведенное наименование), содержание активных веществ,

лекарственную форму, название фирмы-изготовителя и срока годности; ссылку на предыдущую переписку (например, письмо получателя с его согласием); ожидаемую дату прибытия и порт прибытия; а также название/имя донора и его контактный адрес.

11. Декларируемая в стране-получателе стоимость пожертвованных медикаментов должна основываться на оптовой цене их непатентованных эквивалентов в стране-получателе, или - если такая информация отсутствует - на оптовой цене их непатентованных эквивалентов на мировом рынке.

Обоснование и разъяснение

Это положение необходимо для страны-получателя, чтобы предотвратить оценку пожертвованных медикаментов в соответствии с их розничной ценой в стране-доноре, что может привести к повышенным накладным расходам, включающим налог на импорт, оформление таможенных документов и транспортную обработку в стране-получателе.

Возможное исключение

Для патентованных лекарств (у которых нет непатентованного эквивалента) в качестве ориентира можно взять оптовую цену ближайшего терапевтического эквивалента.

12. Расходы на международный и местный транспорт, хранение и оформление таможенных документов, а также на обеспечение надлежащего хранения и обработку грузов должны быть оплачены донорской организацией, за исключением тех случаев, когда с получателем заранее оговорен иной порядок .

Обоснование и разъяснение

Это положение оберегает получателя от вынужденной траты сил и денег на улаживание таможенных формальностей и транспортировку грузов с ненужными вещами, которые приходят без уведомления, а также позволяет получателю просмотреть список пожертвованных медикаментов на раннем этапе.

V. Другие способы оказания донорской помощи

Новый медицинский комплект для чрезвычайных ситуаций

В критической фазе чрезвычайной ситуации или в случае перемещений беженцев, остающихся без какой-либо медицинской помощи, лучше послать стандартизированный комплект лекарств и изделий медицинского назначения, специально предназначенный для этой цели. Например, Новый медицинский комплект для чрезвычайных ситуаций⁸, широко применяемый с 1990 года, содержит лекарства, предметы одноразового использования и основное оборудование, необходимые для оказания общей медицинской помощи населению численностью в 10000 человек в течение трех месяцев. Содержание комплекта было определено на основе согласия, достигнутого той же группой основных международных организаций помощи, которая выпустила Руководство по пожертвованиям медикаментов. Запасы данного Комплекта постоянно имеются у основных крупных поставщиков (например, ЮНИСЕФ и МАР) и могут быть предоставлены в пределах 48 часов. Это особенно важно, когда отсутствуют конкретные запросы.

Денежные пожертвования

После окончания острой фазы чрезвычайной ситуации денежное пожертвование для местной или региональной закупки основных лекарственных средств обычно приветствуется в гораздо большей степени, чем дальнейшие пожертвования в виде медикаментов. Такой денежный вклад обеспечивает значительную поддержку для деятельности местных властей или координационного комитета, он поддерживает местную и региональную фармацевтическую промышленность и может также быть более выгодным экономически. Кроме того, врачи и пациенты обычно лучше знают лекарства местного производства.

Дополнительное Руководство по пожертвованиям как компонент помощи на цели развития

Когда медикаменты дарятся одним государством другому в качестве гуманитарной поддержки при длительных и сложных чрезвычайных ситуациях и в качестве обычной помощи (товары широкого потребления) на цели развития, обычно имеется больше времени для рассмотрения конкретных запросов со стороны получателя. С другой стороны, есть также время применить больше ограничений к дарению, например, к продуктам, изготавливаемым в стране-доноре, и к лекарствам, зарегистрированным для использования в стране-получателе.

Следует осознать, что медикаменты не прибывают в административный вакуум. Пожертвования медикаментов не должны создавать ненормальную ситуацию, которая может помешать или задержать накопление национального потенциала в области отбора, закупок, хранения, распределения и рационального использования лекарств. Поэтому следует особенно позаботиться о том, чтобы пожертвованные медикаменты

были реакцией на выраженную потребность, соответствовали национальной политике в области лекарств и не противоречили национальным схемам лечения в стране-получателе. Что касается административных процедур, следует относиться к этим лекарствам так, как будто бы они были закуплены. Это означает, что они должны быть зарегистрированы и разрешены для использования в стране в соответствии с процедурой, применяемой для государственных закупок. Они должны быть инвентаризированы, распределены через существующие каналы распределения и подвергнуты таким же процедурам для контроля качества. Если в стране-получателе действуют схемы распределения затрат, то пожертвованные медикаменты не должны автоматически распространяться безвозмездно.

VI. Как осуществлять политику в области пожертвований медикаментов

Управление пожертвованиями медикаментов со стороны получателя

Разработать национальное руководство по пожертвованиям медикаментов

Получателю трудно отказаться от пожертвования, которое уже прибыло. Следовательно, лучше предупредить, чем лечить. Получатели должны сообщить своим потенциальным донорам, какого рода помощь им требуется, и как они хотели бы ее получить. Если эта информация подается профессионально, большинство доноров отнесутся к ней с пониманием и будут ею руководствоваться.

Следовательно, получатели должны прежде всего сформулировать свое собственное национальное руководство по пожертвованиям медикаментов, взяв за основу данные международное Руководство. Оно также может быть включено в национальную лекарственную политику. Затем это национальное руководство следует официально представить и разъяснить донорам. Только после того, как оно будет представлено и официально опубликовано, можно требовать его исполнения.

Определить административный порядок для получения пожертвований медикаментов.

Получателю недостаточно принять и опубликовать общее руководство по отбору, качеству, внешнему виду пожертвований лекарств и управлению ими. Получателю необходимо разработать административный порядок, чтобы максимально усилить потенциальный эффект пожертвований лекарств. Насколько возможно, следует связать этот порядок с существующими системами снабжения медикаментами, хотя есть несколько вопросов, которые относятся исключительно к пожертвованиям. Вот примеры таких важных вопросов, которые должны быть рассмотрены в каждой стране:

- Кто отвечает за определение потребностей, и кто будет устанавливать их приоритетность?
- Кто координирует все пожертвования лекарств?
- Какие документы нужны при планировании пожертвования; кто должен их получить?
- Какой порядок действий применяется, когда пожертвования не соответствуют инструкциям?
- Каковы критерии для принятия/отказа от дарения; кто принимает окончательное решение?
- Кто координирует получение, хранение и распределение пожертвованных лекарств?
- Как оцениваются пожертвования и заносятся в бюджет/документы расходов?
- Как будут избавляться от неподходящих пожертвований?

Конкретизировать потребности в пожертвованиях медикаментов

Третье важное действие получателя - максимально конкретизировать потребности в пожертвованиях медикаментов. Это накладывает на получателя ответственность за тщательную подготовку таких запросов, с указанием требуемого количества и определения приоритетности. Чем больше дается информации, тем лучше. Информация о пожертвованиях, которые уже подготовлены или только предполагаются, очень важна для других потенциальных доноров. Предоставление полной информации со стороны получателя высоко ценится донорами и в конечном итоге полностью себя оправдывает.

Работа с препаратами, имеющими срок годности менее одного года

На момент истечения срока годности лекарства не становятся токсичными или неэффективными, однако их качество может медленно ухудшаться в зависимости от продукта, состава и условий хранения. Некоторые препараты становятся токсичными, но в большинстве случаев они просто теряют эффективность. Срок годности – это дата, проставляемая на каждой упаковке (обычно на этикетке) лекарственного препарата. Ожидается, что до этой даты включительно препарат должен соответствовать своим спецификациям при правильном хранении. Такая дата определяется для каждой партии препаратов путём приплюсовывания срока годности к дате изготовления. Рекомендация о том, что все препараты по поступлении их в страну-получатель должны иметь остаточный срок годности по меньшей мере в один год, рассчитана на всяческие задержки, весьма часто возникающие в системах распределения лекарств в странах-получателях. Эта рекомендация призвана в значительной степени обеспечить получение больными качественных лекарств.

Особое исключение из требования в отношении годового срока годности может быть сделано для пожертвованных медикаментов при условии, что это прямые пожертвования в адрес конкретных учреждений здравоохранения; ответственный профессионал признаёт, что ему(ей) известно о коротком сроке годности медикаментов; количество и остаточный срок годности позволяют обеспечить надлежащее введение лекарств, их распространение и прописывание до истечения срока годности. Опыт показывает, что некоторые правительства-получатели применяют *Руководство* очень жёстко, не учитывая возможных исключений из общего правила. Это приводит к необоснованным задержаниям и к уничтожению ценных пожертвований.

Обеспечивать быструю таможенную очистку пожертвованных медикаментов

Быстрая таможенная очистка требуется для всех пожертвованных медикаментов. Перед работниками таможни и перед чиновниками министерства здравоохранения, которые занимаются лекарствами, охваченными данным *Руководством*, стоит ответственная задача разрешить ввоз полезных пожертвований, запрещая при этом ввоз тех пожертвований с коротким сроком годности, для распределения которых не были созданы удовлетворительные условия.

Бережно распоряжаться пожертвованными медикаментами

Стоимость подаренных лекарств может быть значительной, и к такому дару следует относиться с должным вниманием. По прибытии лекарства следует проинспектировать и направить организации-дарителю подтверждение об их получении. Затем они должны храниться и распределяться согласно общепринятым принципам надлежащей фармацевтической практики и под ответственность достаточно подготовленных профессионалов. Следует проявлять должную бдительность, чтобы подаренные медицинские товары не превратились в предмет экспорта, коммерческой продажи или не поступали в незаконные каналы.

Действия, требующиеся от донорских организаций

Доноры должны всегда уважать четыре основных принципа для пожертвований медикаментов, приведенные выше. Доноры также должны уважать национальные руководства по пожертвованиям медикаментов и реагировать на приоритетные потребности, указанные получателем. Следует, насколько возможно, предотвращать необъявленные дарения.

Избегать пожертвований лекарств с коротким сроком годности

Фундаментальная проблема с пожертвованиями медикаментов, имеющих короткий срок годности, многие годы беспокоит получателей. С другой стороны, глобальный опыт показывает, что хорошо управляемые донорские организации и фармацевтические компании обычно имеют возможность избегать дарения изделий с коротким сроком годности. Некоторые крупные компании имеют программы обеспечения продукцией на местах. В соответствии с этими программами производятся специальные пожертвования продукции из обычных запасов согласно согласованному графику с тем, чтобы удовлетворить потребности получателей.

Одна из целей *Руководства* – сократить пожертвования медикаментов с короткими сроками годности посредством более совершенного управления запасами в фирмах-донорах и у посредников, а также путём улучшения коммуникаций. Донорам и посредникам надлежит, по мере возможности, избегать пожертвований медикаментов с короткими сроками годности.

Информирование общественности

Широкие слои населения в стране-доноре не всегда осознают типичные проблемы с пожертвованиями медикаментов. Поэтому важно, чтобы правительства в странах-донорах прилагали определённые усилия для создания у населения лучшего представления о “надлежащей донорской практике”. Вероятно, это лучше сделать во время публичного обращения за пожертвованиями через средства информации.

Обеспечение координации между донорами

Рекомендуется, чтобы в стране-получателе различные доноры сотрудничали при создании координирующего органа. В экстренных ситуациях это просто необходимо. Такой орган должен определять потребности, приоритеты,

дефициты, материально-технические вопросы и распределение, а также он должен выступать в качестве центральной контактной организации при проведении обсуждений с правительственными органами получателя.

Ответственный департамент правительства должен предоставлять учреждениям по оказанию помощи как можно больше информации по запрашиваемым и одобренным пожертвованиям. С другой стороны, сами доноры должны обеспечить полную информированность органа, координирующего донорскую деятельность, а также ответственного правительственного департамента об отличительных признаках, датах прибытия, количествах и датах истечения сроков годности пожертвований. Это окажет огромную помощь координирующему органу в страны-получателя в составлении планов по надлежащему приёму пожертвований, а также в определении потребностей в дополнительных поставках.

В странах-донорах все организации должны аналогичным образом создать координирующий орган на уровне штаб-квартиры, дабы обеспечить соблюдение надлежащих процессов и политики пожертвований.

Неверен довод о том, что препараты с коротким сроком годности могут быть пожертвованы в острых экстренных ситуациях, поскольку при этом они будут быстро израсходованы. В экстренных ситуациях системы получения, хранения и распределения лекарств зачастую бывают нарушены и перегружены, при этом есть тенденция к скапливанию многих медикаментов.

Приложение: Примеры проблем с пожертвованиями медикаментов

Армения, 1988 г.

После землетрясения было послано 5000 тонн лекарств и изделий медицинского назначения стоимостью 55 миллионов долларов США. Это количество намного превышало потребности. Потребовалось 6 месяцев и 50 человек для составления точного представления о том, какие лекарства были получены. У 8% лекарств срок годности истёк на момент их поступления, а 4% были уничтожены морозом. Из оставшихся 88% только 30% можно было легко идентифицировать, и лишь 42% имели отношение к чрезвычайной ситуации. У большинства лекарств маркировка содержала лишь фирменные наименования⁹.

Эритрея, 1989 г.

Во время войны за независимость, несмотря на тщательную формулировку призывов, было получено много неподходящих пожертвований. Вот примеры: семь грузовиков, наполненных таблетками аспирина с истекшим сроком годности, для сжигания которых потребовалось шесть месяцев; целый контейнер незатребованных сердечно-сосудистых препаратов, срок годности которых истек через два месяца; и 30000 полулитровых бутылок старого инфузионного раствора аминокислоты, от которого нельзя было избавиться вблизи поселений из-за запаха.¹⁰

Судан, 1990 г.

В разоренный войной южный Судан был послан большой груз медикаментов. Каждый ящик содержал “ассорти” из небольших упаковок лекарств; некоторые были частично использованы. Все имели маркировку на французском языке, на котором в Судане не говорят. Большинство лекарств были неподходящими, некоторые могли быть опасными. Среди них были: раствор для контактных линз, возбудители аппетита, ингибиторы моноаминоксидазы (опасные в Судане), рентгеновские растворы, лекарства против гиперхолестеринемии и антибиотики с истекшим сроком годности. Из 50 ящиков только 12 содержали медикаменты, которые можно было каким-то образом использовать.¹¹

Франция, 1991 г.

Организация *Pharmaciens sans Frontieres* собрала 4 миллиона килограммов неиспользованных лекарств из 4000 аптек во Франции. Их сортировали в 88 центрах страны. Только около 20% могли быть использованы для программ международной помощи, а 80% были сожжены.¹²

Российская Федерация, 1992 г.

Производство российской фармацевтической промышленности упало намного ниже уровня 1990 года, и пожертвования лекарств принимались с благодарностью. Однако первоначальный энтузиазм приутих, когда обнаружилась природа некоторых дарений. Примеры пожертвований включают: 189000 бутылок декстрометорфана в виде сиропа от кашля; пентоксифиллин и клонидин в качестве единственных средств против гипертонии; триамтерин и спиронолактон в качестве диуретиков; фермент поджелудочной железы и препараты висмута как единственные желудочно-кишечные лекарства.¹³

Гвинея-Бисау, 1993 г.

В сентябре 1993 года было послано 8 тонн пожертвованных медикаментов; все они были собраны из аптек в количествах от одной до 100 таблеток. Пожертвование содержало 22123 упаковки 1714 различных лекарств, с которыми было очень трудно работать и которые в значительной степени помешали действиям правительства по рационализации поставок медикаментов и рациональному использованию лекарств.¹⁴

Литва, 1993 г.

В Литве 11 женщин временно потеряли зрение после использования подаренного медикамента. Это лекарство - клосантель - было ветеринарным противогельминтным препаратом но по ошибке было назначено для лечения эндометрита; оно было получено без информации о продукте и без листовки-вкладыша, и врачи пытались его идентифицировать, сравнивая его название с листовками-вкладышами других препаратов.¹⁵

Бывшая Югославия, 1994-1995 гг.

Из всех пожертвованных медикаментов, полученных местным бюро ВОЗ в Загребе в 1994 г., 15% было совершенно непригодно для использования, и 30% были ненужными.¹⁶ К концу 1995г. в Мостаре хранилось 340 тонн медикаментов с истекшим сроком годности. Большинство этих медикаментов были пожертвованы различными странами Европы.¹⁷

Руанда, 1994г.

Для лагерей беженцев в Руанде были подарены большие количества сложного (резервного) антибиотика. Пожертвованные лекарства поступали в нерасфасованном виде через частные добровольческие организации. Для работников-беженцев это лекарство было непривычным; по большей части оно было отозвано; остатки создали проблемы с уничтожением.^{18,19}

Босния и Герцеговина, 1992-1996гг.

С 1992г. по середину 1996г. по расчётным оценкам было получено 17 000 тонн неподходящих пожертвований, при этом оценочная стоимость их уничтожения составила 34 млн. долларов США.²⁰

Албания, 1999г.

Проведённая ВОЗ аудиторская проверка по линии предоставления в мае 1999г. гуманитарной помощи лекарствами в Албании выявила серьёзные проблемы с качеством. По расчётам 50% лекарственных препаратов, поступавших в Албанию во время кризиса с беженцами в Косово, были неподходящими или бесполезными, а потому подлежали уничтожению. У 65% препаратов были несоответствующие сроки годности (отсутствовала дата окончания срока годности, либо этот срок истекал менее, чем через год с момента дарения); и у 32% маркировка содержала только фирменные наименования, неизвестные албанским медработникам. Ни одно из этих пожертвований с коротким сроком годности предварительно не запрашивалось, и, по словам сотрудников, обеспечивавших оказание гуманитарной помощи, было совершенно невозможно распространить и использовать эти медикаменты до конца года.²¹

Благодарность

Выражается признательность нижеследующим лицам и организациям за их замечания и иной вклад в оценку и пересмотр Руководства; их помощь признаётся с благодарностью.

N.D.Achu, Commonwealth Pharmaceutical Association, Cameroon; M.G.Andersen, Rotary Australia, S.Anderson, Astra Pharmaceuticals Pty. Ltd., Australia; Sr. Angelina, Trinity Hospital, Malawi; B.Assam, South West Provincial Special Fund for Health, Cameroon; S.Barbureau, Pharmaciens Sans Frontieres, Comite International, France; B.Barnes, Glaxo Wellcome pie., UK; P.G.Bindokas, Humanitarian Aid Commission, Lithuania; L.BIok, MSF, Holland; O.Brasseur, International Centre for Childhood and the Family, France; A.Bruzas, Order of Malta, Lithuania; F.Biirger & K.Zwingenberger, Grunenthal GmbH, Germany; K.Carter & J.Desautelle, AmeriCares, USA; J.Chamousset, Order of Malta, Benin; L.S.Charimari, Provincial Medical Directorate, Zimbabwe; N.Chebotarenco, Association "Drugs", Republic of Moldova; P.M.Chenaparampil, Alleppey Diocesan Charitable and Social Welfare Society, India; A.Chidarikire, Ministry of Health and Child Welfare, Zimbabwe; J.C.Chin "Loy, Sisters of the Poor, Philippines; Z.Chlap, Order of Malta, Poland; B.D.Colatrella, Merck & Co. Inc., USA; D.Collier, Janssen Pharmaceutica, Belgium; E.M.Connolly, Hoechst Marion Roussel Inc., USA; G.Coughlin, Order of Malta, El Salvador; A.Damdinsuren, Agency for Quality Assurance of Drugs, Mongolia; R.A.Davey, Memorial Christian Hospital, Bangladesh; C.Dedza, Miambe Hospital, Malawi; C.Dick, Ekwendeni Hospital, Malawi; L.Dindonis, International Veterinary Educational Assistance, USA; K.Ditz, Merck KGaA, Germany; D.Djamilatou, PEV/SSP/ME, Conakry, Guinea; C.Drown, Medical Supplies Department, Nepal; T.Dubuque, Crudem Foundation, USA; R.B.Elens, Holy Family Hospital, Malawi; K.Ellerbroek, Bayer AG, Germany; A.J.Elphick, Novo Nordisk A/S, Denmark; A.Fadoul, Centers for Development and Health, Haiti; G.Fiorentino, Order of Malta, Panama; G.Folkedal, Norway; G.-B.Forte, WHO/EURO; M.Gastellu Etchegorry, MSF, France; Cpl. N.Gaza, MOD, Zimbabwe; G.Gedevanishvili, UMCOR, Georgia; R.Geursen & G.Ktisters, Hoechst Marion Roussel, Germany; P.A. Gibson, Eli Lilly and Company, USA; J.Glenn, SmithKline Beecham, USA; M.Greiff, Intercare, UK; F.C.Griz-Tesorero, Order of Malta, Chile; C.Gursky, Bayer Corporation, USA; S.Gvorgy, Malteska Dobrotvorna Organizacija, Jugoslavije; H.Haga, Nippon Glaxo Ltd.; M.Healy, Trocaire, Ireland; E.Hesse, MSF, Luxembourg; H.Hoppe, Bristol-Myers Squibb GmbH, Germany; Horizons Sante, Cameroon; B.Irvine, Pharmaceutical Society of New Zealand; B.Joldal, Sandvika Apotek, Norway; P.A.Jotterand, Pharmaciens Sans Frontieres, Comite International, France; K.Kafidi, Ministry of Health and Social Services, Namibia; T.Kaneko, Kirin Brewery Co. Ltd., Japan; J.P.Kelsall, MAP International, Canada; R.V.Kesteren-Archen, International Pharmaceutical Federation, Netherlands; H.Kienzl, Zeneca GmbH, Germany; G.Kimball, UMCOR, Haiti; W.Kollmann, Knoll AG, Germany; W.Kotkowski, Sihanouk Hospital Centre of HOPE, Cambodia; J.Krauskopf, Order of Malta, Croatia; C.E.Kuhinka, Wyeth-Ayerst Pharmaceuticals, USA; M.Kurian, Christian Medical Commission, Churches' Action for Health, World Council of Churches, Switzerland; E.Larsson, DANIDA, Kenya; J.F.Ledesma, St. Luke's Medical Centre, Philippines; P.Le Jacq, Maryknoll Missioners, United Republic of Tanzania; D.Lejoyeux, Tulipe, France; J.P.Lepers, Institut Leprologie Appliquee, Senegal; D.Lockyer, Overseas Pharmaceutical Aid for Life, Australia; J.-D.Lormand, MSF, Switzerland;

A.Lungu, Swaziland; J.McDonald, St. Vincent de Paul Society, Australia, H.Maisano, World Vision, Australia; J.Mamedov, UMCOR, Azerbaijan; A.Masel & K.-J. Schlabe, Berlin-Chemie AG, Germany; F.Matthys, MSF, France; S.Meier, MAP International, USA; M.Minkaila, Direction Nationale de la Sante Publique, Mali; A.Meller, Leo Pharmaceutical Products Ltd. A/S, Denmark; Mongolemimpex, Mongolia; C.Mugadza, Datlabs Pvt. Ltd., Zimbabwe; C.Y.Mwasha, Muhimbili Health Centre, United Republic of Tanzania; Y.Nakano, Fujisawa Pharmaceutical Co., Ltd., Japan; G.Nanu, Cible, Cameroon; H.Norikyo & I.Kitamaru, Fuso Pharmaceutical Industries Ltd., Japan; M.O'Donohue, Catholic Medical Mission Board Inc., USA; G.B.Okelo, University of Tropical Medicine and Technology, Kenya; B.Olsen, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Switzerland; E.M.A.Ombaka, Pharmaceutical Programme, Community Initiatives Support Services International, Kenya; J.O'Neill, Save the Children Fund, Australia; Order of Malta, Dominican Republic; A.L.Oviedo, Ministerio de Salud y Prevision Social de Bolivia; D.M.Padgett, Interchurch Medical Assistance Inc., USA; R.Paltridge, Crusade Mercy Ministries, Australia; T.Parts, State Agency of Medicines, Estonia; B.Pastors, Action Medeor, Germany; C.Person, Johnson and Johnson, USA; A.Petersen, DIFAM, Germany; Pharmaceutical Product Donation Steering Committee, USA; The Pharmacist, Health Services Department, Zimbabwe; G.H. de Pommery, Oeuvres Hospitalieres Fran^aises de l'Ordre de Malte, France; W.L.Preslnik, International Aid Inc., USA; S.K.Proctor, Mayaka Health Centre, Malawi; F.T.Puls, Memisa Medicus Mundi, Netherlands; N.Que, Christian Health Association of Malawi; M.Raijmakers, Wemos, Netherlands; Ramakrishna Mission 'Ashrama, India; Dr. Rakotomanana, Direction des Pharmacies, Madagascar; R.W.Rice, Asian Outreach Australia Inc., Australia; E.J.Ridder, Ministry of Development Cooperation, Netherlands; J.Rigal, MSF; C.C.Robert, Presbyterian Medical Institutions, Cameroon; M.C.Robert, HOpital General de Kinshasa, Democratic Republic of the Congo; L.Rolver, Nycomed Amersham, USA; J.Roos, Centro de Obras Sociales, Peru; C.J.Rumball, CAN MAP, Canada; J.Russo, Partnership for Quality Medical Donations, USA; Sr. Sabina, Our Lady of Providence Hospital, India; Sadebay, Cameroon; H.Sandbladh, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Switzerland; M.Sarkar, Community Development Medicinal Unit, India; H.Sassounian, United Armenian Fund, USA; C.Saunders, UNFPA, USA; P.Saunders, Essential Drug Project, OXFAM, UK; R.Scharf, Institute of Haematology and Blood Transfusion, Poland; J.Schmick, World Vision, USA; Cpt.Sekouba-Bangoura, Order of Malta, Guinea; N.S.Snarskis, Order of Malta, Latvia; B.Snell, Macfarlane Burnet Centre for Medical Research, Australia; J.A.SoJ.tz, Prosalud, Bolivia; S. Sopczyński, Medical Mission Sisters, Ethiopia; G.Stark, Kalene Mission Hospital, Zambia; U.Suna, Evangelical Mission Hospital, India; J.Svensden, Interagency Procurement Services Office, United Nations Development Programme, Denmark; G. Szalay, WHO/SUP/DBP; D.W.Tarkieh, Needy Children Centre of Africa International, Ghana; L.Taylor, Kyrgyzstan; S.Teper, Ministry of Health and Social Welfare, Poland; D.Thierry, Centre de Sante de Lagdo, Cameroon; K.Timmermans, WHO Office, Indonesia; M.Torongu, Commonwealth Pharmaceutical Association, Zimbabwe; A.Toumi, Direction de la Pharmacie et du Medicament, Tunisia; United Nations Children's Fund, Supply Division, Denmark; I.V.Valdes, Order of Malta, Chile; W.Vandersmissen, SmithKline Beecham, Belgium; N.van der Veer, Akzonobel, Netherlands; L.Vanoyan, UMCOR, Armenia; M.Vazquez, MSF, Spain; R.S.Villonco, Order of Malta, Philippines; J.Volkman & F.B.Bauer, Fondation San Gabriel, Bolivia; K.Weerasuriya, Department of Pharmacology, University of Colombo, Sri Lanka; D.Whyms, DFID, Bolivia; R.Wood, Samaritans Purse - World Medical Mission, USA; G.Zeana & F.Ionescu, Asociatia Salvavita, Romania.

Список литературы

1. CIVIC. Guidelines for donors and recipients of pharmaceutical donations. Geneva: Christian Medical Commission of the World Council of Churches: 1990 (in English, French, German and Spanish).
2. WHO. The new emergency health kit. Geneva: World Health Organization: 1990. WHO/DAP/90.1. p. 5.
3. WHO. The use of essential drugs. Geneva: World Health Organization: 1992. Technical Report Series No. 825, p. 13.
4. WHO. Medical supplies donor guidelines for WHO humanitarian assistance for former Yugoslavia. Zagreb: World Health Organization: 1994.
5. Included in: The use of essential drugs. Geneva: World Health Organization: 1998. Technical Report Series No. 882.
6. Emergency relief items. Compendium of basic specifications. Vol. 2: Medical supplies, equipment and selected essential drugs. New York: United Nations Development Programme: 1996.
7. Included in: WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations. Geneva: World Health Organization: 1992. Technical Report Series No. 823.
8. WHO. The new emergency health kit. 2nd ed. Geneva: World Health Organization: 1998. WHO/DAP/98.10.
9. Autier P et al. Drug supply in the aftermath of the 1988 Armenian earthquake. Lancet 1990; i: 1388-90.
10. Woldeyesus K, Snell B. Eritrea's policy on donations. Lancet 1994; ii: 879.
11. Cohen S. Drug donations to Sudan. Lancet 1990; i: 745.
12. PIMED. Les médicaments non-utilisés en Europe: recueil, destruction et réutilisation à des fins humanitaires. Paris: Pour une information médicale éthique et le développement: 1994.
13. Offerhaus L. Russia: emergency drug aid goes awry. Lancet 1992; i: 607.
14. Maritoux J. Report submitted to WHO. October 1994.
15. 't Hoen E, Hodgkin C. Harmful use of donated veterinary drug. Lancet 1993; ii: 308-9.
16. Forte GB. An ounce of prevention is worth a pound of cure. Presentation at the International Conference of Drug Regulatory Agencies. The Hague..1994.
17. Letter sent by the Mayor of Mostar to the Ambassador of the European Union. 2 October 1995.
18. Pharma aid for Rwanda. SCRIP. No. 1946. 5 August 1994. p. 15.
19. Purvis A. The goodwill pill mess. Time. 29 April 1996.
20. Berckmans P. Inappropriate drug donation practices in Bosnia and Herzegovina. 1992 to 1996. New England Journal of Medicine 1997; 337(25):1842-1845.
21. WHO. Press release 9915. EURO/15/99. 30 June 1999. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe.

Deleted: ¶