

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**УПРАВЛІННЯ, ЕКОНОМІКА  
ТА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ  
В ФАРМАЦІЇ**

**MANAGEMENT, ECONOMY  
AND QUALITY ASSURANCE  
IN PHARMACY**

Том I, № 1. — 2008

Харків  
ПП «Фармітек»

**Редакційна колегія:**

В. П. Черних (головний науковий консультант), І. С. Гриценко (науковий консультант), С. М. Коваленко (головний редактор), О. В. Посилкіна (заступник головного редактора), В. А. Георгіянць, А. І. Гризодуб, Д. І. Дмитрієвський, І. А. Зупанець, З. М. Мнушко, А. С. Немченко, І. М. Перцев, Ю. В. Підпружников, С. В. Сур, В. М. Толочко, В. І. Чуєшов, І. В. Волчик, Л. В. Галій, В. Є. Доброва, А. А. Котвіцька, В. О. Лебединець, А. М. Мурашко, І. В. Пестун, О. М. Проскурня (відповідальний секретар)

**Редакційна рада:**

Т.М. Будникова, Т.А. Groшовий, О.П. Гудзенко, Т.Г. Калинюк, М.О. Ляпунов, В.В. Трохимчик, А.П. Мешковський (Москва).

В журналі публікуються статті за спеціальностями за класифікацію ВАК України 15.00.01 «Технологія та організація фармацевтичної справи» та 15.00.03 «Стандартизація та організація виробництва лікарських засобів».

Для керівників та співробітників фармацевтичних підприємств (виробництв, організацій оптової та роздрібної реалізації лікарських засобів), співробітників регуляторних органів фармацевтичної галузі, викладачів й аспірантів фармацевтичних навчальних закладів.

Рекомендовано вченою радою Національного фармацевтичного університету (протокол № 11 від 28.05.2008 р.)

# СТРУКТУРИЗАЦІЯ ПОСТАЧАЛЬНИЦЬКИХ ТА СПОЖИВАЦЬКИХ КРИТЕРІЇВ ВИБОРУ ОПТОВИМИ ФАРМАЦЕВТИЧНИМИ ФІРМАМИ ВИРОБНИКІВ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

З. М. Мнушко, Л. П. Дорохова

*Національний фармацевтичний університет*

*Ключові слова:* критерії вибору лікарських засобів, оптові фармацевтичні підприємства, аптечні заклади, кінцеві споживачі фармацевтичної продукції

**Постановка проблеми у загальному вигляді.** Вивчення фармацевтичного ринку України показує, що в умовах конкурентного середовища вітчизняні виробники лікарських засобів і представництва закордонних фармацевтичних компаній часто пропонують однакові або дуже близькі за основними параметрами (ціна, знижки, асортимент, сервіс тощо) умови поставок лікарських засобів. В такому разі важливим для вибору оптовими фармацевтичними фірмами виробників-постачальників стає вплив параметрів прийняття рішень опосередкованої дії, зокрема тих, що визначають попит споживачів на завершальних етапах дистрибуції лікарських засобів — їх реалізації оптовиками аптекам, а останніми — кінцевим споживачам — населенню.

Останнім часом спостерігається посилення тенденції до самостійного, без участі лікарів, прийняття населенням рішень стосовно придбання та застосування лікарських засобів, що також вимагає врахування безпосередніх споживацьких вимог та уподобань при виборі оптовими фірмами виробників-постачальників для подальшої оптової закупівлі лікарських препаратів.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Розгляду критеріїв вибору та придбання лікарських засобів присвячена значна кількість наукових робіт. Так, перелік ознак, що можуть бути використані для оцінювання привабливості постачальників та виробників в системі розподілу фармацевтичної продукції, наведено в дослідженнях [3, 4, 8–10, 12]. З іншого боку, суттєвим для оптових фармацевтичних підприємств при виборі виробників-постачаль-

ників є відношення до певних виробників, торгових марок, брендів саме населення — кінцевих покупців лікарських засобів. Остаточний вибір, споживацькі оцінки населенням тих чи інших лікарських засобів безпосередньо визначають обсяги, склад замовлень ліків аптечними закладами у оптовиків, а тому опосередковано, але вирішально впливають на закупівельну політику самих оптових фармацевтичних підприємств в частині визначення виробників-постачальників. Дослідженням складу та структури критеріїв вибору лікарських засобів кінцевими споживачами (зокрема, покупцями в аптечній мережі) присвячені, зокрема, роботи [1, 2, 5–7, 11]. Але питання вибору оптовиками виробників лікарських засобів на основі структурованої взаємопов'язаної системи саме постачальницьких та споживацьких уподобань в усіх перелічених роботах висвітлюються недостатньо.

**Виділення невирішених раніше частин проблеми.** Вищенаведений огляд джерел літератури підтверджує актуальність розробки та впровадження в практичну діяльність оптових фармацевтичних підприємств обґрунтованих засобів та підходів до вибору виробників-постачальників аналогічних лікарських засобів. Це викликає необхідність докладних досліджень постачальницьких та споживацьких критеріїв формування асортименту аналогічних лікарських засобів на оптових фармацевтичних підприємствах.

**Формулювання цілей статті.** Відповідно метою роботи є обґрунтування, систематизація, структуризація та аналіз критеріїв обрання виробників-постачальників аналогічних лікарських препаратів оптовими фармацевтичними



**Рис. 1.** Критерії безпосереднього вибору оптовиком виробників лікарських засобів

фірмами з точки зору як вимог самих оптовиків, так і критеріїв, що впливають на вибір ліків кінцевими покупцями — населенням.

**Виклад основного матеріалу.** Як зазначено вище, найважливішими чинниками для вибору оптовиками постачальників аналогічних лікарських засобів є комерційні складові. Якщо вони (ціни, знижки, умови оплати, поставок) є прийнятними, вагомість інших характеристик суттєво зменшується і оптовики їх до уваги не беруть. Але зараз на вітчизняному фармацевтичному ринку часто виникає ситуація, коли пропонувані різними виробниками ціни, знижки, умови оплати є практично однаковими. В такому разі перед оптовими фармацевтичними фірмами постає питання визначення найбільш прийнятного постачальника за кількома критеріями близької значущості та відповідними їх оцінками для різних виробників-постачальників, наявних на ринку.

В конкурентних умовах важливість, взаємозв'язок, напрямки впливу критеріїв постійно змінюються та коригуються. На практиці досить складно обрати вирішальні, основні критерії, важко визначити їх ієрархію. Виникає необхідність більш докладного дослідження структури та змісту критеріїв, їх об'єднання за спрямованістю, систематизації та групування для подальшого аналізу й використання в моделях багатокритерійного прийняття рішень.

Нами розроблено ієрархічну схему, що відображає сукупність основних критеріїв, котрі безпосередньо впливають на вибір оптовим фармацевтичним підприємством постачальників лікарських препаратів (рис. 1).

Розглянемо деякі з наведених критеріїв більш докладно.

**Цінові критерії.** Оптові знижки можуть надаватися залежно від обсягів замовлення у вартісному або кількісному вигляді, регулярності-періодичності замовлень, їх асортиментного складу, особливих вигідних для виробника умов оплати та відвантаження продукції, термінів співпраці виробника та оптовика, спрямованості вироблених лікарських засобів на певні сегменти ринку, соціальні або суспільно важливі цілі. При цьому можлива оплата з відтермінуванням, по факту поставки, після реалізації оптовиком, попередня (часткова або повна).

**Умови поставки.** Можливими варіантами є доставка лікарських засобів транспортом виробника-постачальника, оптовика-замовника, або транспортно-експедиційним посередником, а також розвантаження відправником або отримувачем. Пакування відповідних вантажних одиниць можливе в індивідуальну, стандартну групову, спеціальну за бажанням отримувача упаковку. Важливими є терміни поставки — час доби, день тижня, точність прибуття замовлення (відсутність запізень та передчасних доставок).

**Сервісні критерії.** Ці показники відбивають гнучкість постачальника, зокрема, можливість оперативного та значного корегування вже зроблених замовлень за часом, обсягами, складом, умовами доставки. Важлива також якість роботи персоналу постачальника з замовниками, інформаційний супровід процесу отримання, узгодження, виконання замовлень на всіх етапах засобами комп'ютерної техніки, інтернет-технологій тощо.

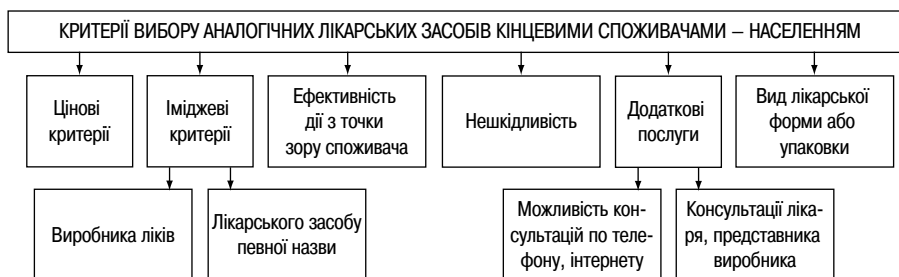


Рис. 2. Основні критерії вибору аналогічних лікарських препаратів населенням

*Іміджеві критерії.* Серед них — репутація виробника у оптових замовників, яка залежить, серед іншого, від його готовності та налаштованості на партнерство та максимальне задоволення вимог та потреб оптовиків. Важливим також є зручний та прийнятний для оптових покупців порядок вирішення конфліктних ситуацій, розгляду й задоволення претензій та рекламаций щодо поставок. З іншого боку, імідж конкретного підприємства-виробника лікарських засобів у населення також впливає на споживання відповідних лікарських препаратів, що визначає необхідні обсяги їх закупівель оптовиками у виробників.

*Критерії надійності.* Їх слід виділити та підкреслити окремо, оскільки надійність є надзвичайно вагомою складовою взаємовідносин на оптовому фармацевтичному ринку. Стабільна, передбачувана та гарантована якість самих лікарських засобів, можливість підприємства-виробника забезпечити необхідні обсяги та терміни їх виготовлення, відповідність умов виробництва світовим вимогам вирішально впливають на оцінку виробника оптовими замовниками.

*Додаткові умови виробника.* Це різноманітні обмеження, специфічні вимоги щодо мінімально можливих обсягів замовлень, термінів їх виконання, доставки лікарських засобів, форм та засобів оплати замовлень. Вони погіршують ставлення оптовиків до виробників, що їх висувують, а тому є небажаними.

Зважаючи на кінцеву мету комерційної діяльності оптового фармацевтичного посередника — прибутковість та максимальне збільшення обсягів продажу ліків його замовникам — аптечним закладам (або більш дрібним оптовикам) — необхідним є врахування вимог кінцевих споживачів до товару або виробника. Такі вимоги (критерії опосередкованої дії) зумовлюють попит, купівлю лікарських засобів в аптеках, а тому впливають на обсяги і структуру закупівлі лікарських препаратів аптечними закладами у оптовиків, а отже (опосередковано) — на вибір

оптовиками постачальників-виробників, структуру, обсяги, умови, терміни замовлень тощо. Загальний склад критеріїв вибору лікарських засобів кінцевими споживачами (покупцями в роздрібній мережі) наведено на рис. 2.

### ІМІДЖЕВІ КРИТЕРІЇ

Критерії цієї групи відбивають саме погляди населення як кінцевих споживачів, що купують один конкретний лікарський засіб з кількох аналогічних, представлених та пропонованих в аптечній мережі. Це стосується, в першу чергу, безрецептурних, загальновідомих препаратів (наприклад, вітаміни, знеболювальні, загальнозміцнюючі засоби і таке інше). Зрозуміло, що в складних випадках вибір конкретного лікарського засобу визначають лікарі, що керуються іншими критеріями, виклад яких не є предметом цього дослідження.

*Цінові критерії.* За інших рівних умов покупці можуть віддавати перевагу упаковкам з меншою кількістю лікарського засобу та, відповідно, меншою ціною.

*Іміджеві критерії.* Вслід зазначити, що вибір покупцем певного з аналогічних лікарських засобів може залежати не лише від іміджу виробника в цілому, але навіть від репутації у населення конкретної назви лікарського засобу.

*Ефективність з погляду споживача.* У певних груп та окремих споживачів можуть існувати власні суб'єктивні погляди на порівняльну ефективність одного й того ж або аналогічного лікарського засобу у різних лікарських формах (таблетки, капсули, сироп тощо), що відповідно відбивається на попиті.

*Нешкідливість.* Як і в попередньому випадку, на відношення покупців до певного лікарського засобу можуть впливати суб'єктивні, не обов'язково обґрунтовані, власні погляди на корисність та відсутність побічних негативних наслідків вживання цього лікарського засобу. Знову ж таки, вони можуть стосуватися його лікарської форми, іміджу підприємства-виробника, постачальника, країни виробництва тощо.

ВИД, ВЛАСТИВОСТІ, ЯКІСТЬ УПАКОВКИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЗІ СПОЖИВАЦЬКОЇ ТОЧКИ ЗОРУ



Рис. 3. Ознаки оцінки покупцями лікарської форми та упаковки аналогічних лікарських засобів різних виробників

**Додаткові послуги.** Для покупців досить часто є важливими додаткові консультаційно-дорадчі послуги, що можуть надаватися як безпосередньо виробниками лікарських засобів (здебільшого, з використанням сучасних інформаційних та медійних технологій), так і в аптеках (консультація провізора, лікаря).

**Вид лікарської форми або упаковки.** Цей критерій порівняння та оцінювання покупцями аналогічних лікарських засобів має досить багато різнопланових складових, основні з яких представлені на рис. 3.

**Зручність розділення на частини.** Для таблеток важливим є наявність насічок, що дає можливість розділення на частини в разі необхідності.

**Зручність користування інструкцією.** Вкладиш, де викладено інформацію щодо застосування лікарського засобу, бажано мати на державній, а також російській та англійській мовах. Розміри шрифтів друку та розташування важливої інформації щодо застосування та протипоказань ліків мають враховувати можливості сприйняття літніми, хворими, людьми з особливими потребами. Перевагою є надання інструкції щодо прийому ліків не лише у формі вкладиша, але й безпосередньо на упаковці (це відноситься і до інших лікарських форм — мазей, крапель, аерозолів).

**Кількість в упаковці.** Є важливою при значній вартості лікарського засобу.

**Можливість ідентифікації без упаковки, по її частині.** Нанесення умовного позначення безпосередньо на лікарський засіб (таблетку),

а також повторювання нанесення назви ліків на блистер в декількох місцях, що дає дуже важливу для споживача можливість при необхідності розрізнити лікарський засіб без упаковки або по її невеликому фрагменту, частині.

**Якість упаковки, її властивості й особливості.** Цей критерій є достатньо важливим для всіх лікарських форм. Він включає до себе якість матеріалів упаковки, зручність відокремлення від упаковки. Забезпечення безпеки та зручності відкриття є особливо необхідним для ампул і крапель.

**Додаткові засоби дозування.** Наявність дозуючих пристроїв для крапельної форми, а також спеціальних, допоміжних засобів нанесення для мазей значно покращують їх сприйняття споживачами-покупцями.

**Забезпечення контролю першого відкриття упаковки.** Для споживача будь-яких товарів, а особливо важливих з точки зору існування та здоров'я покупця, таких як продукти харчування та лікарські засоби, необхідними є переконливі технологічні засоби забезпечення недоторканості внутрішнього вмісту упаковки, тобто контроль першого відкриття упаковки.

Повний аналіз всіх існуючих критеріїв у їх взаємозалежності, взаємовпливі, ієрархічності структурних зв'язків пов'язаний зі значними складнощами. По-перше, важко збирати та постійно оновлювати всі необхідні дані з достатнім рівнем достовірності й обґрунтованості. По-друге, в практичних випадках прийняття рішень особа, що їх приймає, здат-

на одночасно відслідкувати та проаналізувати лише 7–10 параметрів ситуації. Однак, наведена структуризація критеріїв значно полегшує їх аналіз, дозволяє застосувати моделі багатокритерійного ієрархічного аналізу варіантів, дає можливість менеджерам оптових фармацевтичних підприємств приймати обґрунтовані управлінсько-виробничі рішення, що сприяє комерційному успіху підприємств.

### ВИСНОВКИ

1. Обґрунтовано необхідність дослідження складу, структури, особливостей впливаючих чинників при порівнянні аналогічних лікарських засобів різних виробників-постачальників.

2. Визначено та розглянуто критерії безпосереднього впливу, які враховуються оптовими фармацевтичними підприємствами при їх комерційній взаємодії з виробниками фармацевтичної продукції.

3. Встановлено та наведено загальний склад критеріїв вибору аналогічних лікарських засобів різних виробників, а також особливості оцінки їх різних лікарських форм та упаковки кінцевими споживачами — покупцями в роздрібній аптечній мережі.

### ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Аристархова М. К., Крахмалева А. В. Маркетинговое исследование поведения потребителей // Маркетинг. — 2001. — № 6. — С. 20–25.
2. Выявление предпочтений потребителей для гигиенических товаров и перевязочных средств / З. Н. Мнушко, Л. П. Дорохова, Т. Н. Парцирная и др. // Провизор. — 2004. — № 1. — С. 43–45.
3. Громовик Б. П. Функціональне моделювання логістичних потоків оптового фармацевтичного підприємства // Фармац. журн. — 2003. — № 5. — С. 7–17.
4. Денисова М., Соколова В. Предпочтения аптек при выборе фармдистрибьюторов // Ремедиум. — 2005. — № 10. — С. 54–55.
5. Дослідження структури переваг споживачів лікарських препаратів: Метод. рек. / З. М. Мнушко, І.А. Грекова, А. Б. Горбенко та ін. — Х.: ТОВ «Стас», 1998. — 26 с.
6. Мнушко З. Н., Грекова И. А., Пестун И. В. Сегментация потребителей лекарственных средств // Провизор. — 2000. — № 7. — С. 20–22.
7. Мнушко З. Н., Грекова И. А., Шуванова Е. В. Критерии врачебного выбора лекарственных средств // Провизор. — 2000. — № 8. — С. 20–22.
8. Мнушко З. М., Дорохова Л. П., Меркушин С. В. Дослідження процесу прийняття рішення щодо розміщення замовлень при здійсненні закупівлі фармацевтичного товару // Вісник фармації. — 2001. — № 3 — С. 96.
9. Некраха Т., Обухов С. Одинокая аптека желает познакомиться // Провизор. — 2002. — № 11. — С. 3–5.
10. Печеный О. Дистрибуция в фармацевтике: стратегия успеха // Провизор. — 2001. — № 20. — С. 3–4.
11. Разумний А., Старостіна А. Огляд моделей вибору лікарями нових лікарських засобів // Ліки України. — 2003. — № 2. — С. 55–58.
12. Экспертно-аналитический выбор поставщика фармацевтического товара / З. Мнушко, Л. Дорохова, Е. Евтушенко и др. // Провизор. — 2001. — № 17. — С. 5–7.

# СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВПЛИВУ МАКРООТОЧЕННЯ НА ДІЯЛЬНІСТЬ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ В УКРАЇНІ

І. В. ПЕСТУН, КАНД. ФАРМ. Н., ДОЦЕНТ,

З. М. МНУШКО, ДОКТ. ФАРМ. НАУК, ПРОФЕСОР

*Національний фармацевтичний університет*

*Ключові слова:* фармацевтичні організації, управління, зовнішнє середовище, можливості та загрози в діяльності підприємства.

**Постановка проблеми в загальному вигляді та її зв'язок з важливими науковими або практичними питаннями.** Для обрання правильного курсу та прийняття адекватних управлінських рішень організація повинна уникати стану невизначеності, тобто володіти інформацією щодо тенденцій макросередовища. Макросередовище — це сукупність систем чи їх компонентів, що характеризують окремі сфери країни та впливають на стійкість, ефективність і конкурентноздатність організації. До цих сфер відносяться: міжнародна, політична, економічна, соціальна, демографічна, правова, екологічна, природно-кліматична, науково-технічна, культурна. В свою чергу, кожна сфера представлена безліччю факторів (показників). Макросередовище характеризується взаємозв'язком його факторів, складністю впливу, рухомістю та невизначеністю. Взаємозв'язок факторів показує рівень сили, з якою зміна одного з них впливає на інші. Так, зміни економічної ситуації в Україні потребують перегляду існуючих правових норм та законодавства. Складність для організації створює і кількість факторів, на які вона зобов'язана реагувати. Рухомість ситуації навколо фармацевтичних підприємств пов'язана зі зміною політичного курсу, законодавства, підвищенням вимог до якості товарів та послуг та ін.

Успішність роботи фармацевтичної організації все більше залежить від належного адаптивного управління її діяльністю, зокрема маркетинговою. Особливо складно прогнозувати вплив макросередовища на діяльність та розвиток організації. Аналіз макросередовища полягає у виборі шляху розвитку, який дозволить би ефективно пристосуватися до ситуації, що змінюється, враховуючи, що вплив макросередовища здійснюється не лише на компанію,

але й на її мікросередовище — конкурентів, партнерів, клієнтів; вплив факторів макросередовища має об'єктивний характер і не піддається коригуванню з боку організації.

**Аналіз останніх досліджень з публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор.** Дослідження окремих факторів макросередовища активно проводяться науковцями як в Україні, так і за кордоном. Найбільше висвітлюються актуальні питання сьогодення: проблеми фармацевтичного законодавства [21, 27] та шляхи його реформування [26], ускладнення підприємницької діяльності в малому бізнесі [15], впровадження страхової медицини [12] та відшкодування вартості лікарських засобів [6]. Висвітлюються питання визначення правового статусу та розробки відповідних стандартів профілактики захворюваності, самолікування, фармацевтичної опіки [2, 28].

**Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячена стаття.** Дослідження комплексного впливу факторів макросередовища, їх взаємозв'язок, передбачуваність, виділення можливостей та загроз діяльності фармацевтичних підприємств не проводилося.

**Формулювання цілей (завдання) статті.** Метою даної роботи є аналіз окремих факторів макросередовища та тенденції їх впливу на діяльність фармацевтичних організацій. Для цього вивчено аналітичні огляди фармацевтичного ринку маркетинговими компаніями, статистичні дані, оцінки ситуації в Україні експертами в галузі фармації, наукові дослідження за даним напрямком.

**Виклад основного матеріалу дослідження з новим обґрунтуванням отриманих наукових результатів.** Найбільш складною і не прогно-



зованою сьогодні в Україні є політико-правова ситуація. Для фармацевтичного ринку вона характеризується посиленням державного регулювання (регламентацією процесів реєстрації препаратів, сертифікації, проведення клінічних випробувань, оптової та роздрібною реалізації лікарських засобів та ін.) [16, 22], гармонізацією законодавства з європейським. Але, фахівці виділяють такі проблеми:

- недосконалість існуючого і необхідність прийняття нового закону «Про лікарські засоби»;
- складність процедури реєстрації з одного боку, з іншого — присутність на ринку продуктів низької якості;
- реформування виробництва ЛЗ (перехід на GMP стандарти) і, як наслідок, необхідність приведення у відповідність нормативно-правового регулювання фармацевтичної діяльності;
- наявність протиріч у фармацевтичному законодавстві;
- проблеми ліцензування певних видів фармацевтичної діяльності;
- недосконалість механізму регулювання ціноутворення на ЛЗ та ін.;
- відсутність нормативно-правових актів щодо регулювання деяких аспектів виробництва, обігу та реалізації ЛЗ;
- проблеми законодавчого регулювання реклами і дотримання Закону «Про рекламу».

Одним із важливих факторів економічного середовища маркетингу є те, що Україна практично вступила до Світової організації торгівлі. Вступ до СОТ може призвести до загострення конкурентної боротьби між вітчизняними й зарубіжними операторами на фармацевтичному ринку України, що прискорить вихід з ринку неконкурентоспроможних підприємств.

Разом з тим, можна відмітити також і позитивний вплив цієї події на роботу фармацевтичних підприємств. Вихід нових зарубіжних операторів буде сприяти впровадженню сучасних виробничих методик, технологій, прогресивних маркетингових та управлінських ідей і т.д. Не виключено, що вітчизняні оператори отримають більше шансів розширити географію свого бізнесу за рахунок зарубіжних фармринків, якщо їх діяльність буде сертифікована згідно з вимогами належних практик [8, 19].

Вступ до СОТ може позитивно відбитися на питанні регулювання діяльності на роздрібному фармацевтичному сегменті ринку: вимоги до аптечних закладів будуть погоджені з прогресивними досягненнями інших держав. Якість продукції, що пропонується аптекою, рівень сервісу будуть приведені до рівня розвинених країн [19].

Методи державного регулювання фармацевтичної діяльності повинні будуть враховувати відповідні підходи, які застосовуються регулятивними органами інших країн-членів СОТ. Таким чином, регулятивна фармацевтична політика в Україні може стати більш прогресивною і прогнозованою. У підсумку — може підвищитися загальний рівень якості та конкурентоспроможності всієї української фармацевтичної галузі. Однак, загрозами можуть стати питання компенсації для вітчизняних виробників акцизу на спирт етиловий, втрата пільг по ПДВ (одна із умов вступу до СОТ — відсутність пільг та преференцій).

Непрозорими залишаються ринкові відносини суб'єктів ринку (виробник — посередник, посередник — аптека, виробник — посередник — аптека — органи охорони здоров'я), що впливає на необ'єктивність даних про ринок та його учасників і, як результат, ускладнює своєчасне реагування підприємств на ринкові зміни.

Основними економічними та фінансовими показниками, що впливають на фармацевтичну галузь, є: низький рівень ВВП на душу населення; недостатній обсяг фінансування системи охорони здоров'я, з якого витрати на лікарські засоби складають дуже низький відсоток (такі показники є суттєво нижчими за європейські); низька платоспроможність населення; відсутність нормально розвинутого ринку медичних послуг; недосконалий механізм відшкодування вартості лікарських засобів; непрозорий механізм державних закупівель лікарських засобів; відсутність затверджених стандартів лікування; відсутність сформованої системи обов'язкового медичного страхування [7, 14, 20].

Проте, попит на фармацевтичну продукцію в Україні мало корелює із загальними показниками промислового зростання в державі і рівнем інфляції. Це може свідчити про певний рівень автономності, стабільності та прогнозованості розвитку української фармацевтичної галузі [20].

Незважаючи на значний приріст обсягу українського фармацевтичного ринку, споживання препаратів на душу населення в грошовому вираженні продовжує залишатися низьким. По оцінкам спеціалістів, в середньому одна людина в 2007 році спожила ліків на 48 дол США [10], у 2006 році — 34 долара США (172 грн) в роздрібних цінах (для порівняння: в 2005 році ця сума була 25 доларів; у 2004 році — 21 долар). Тож можна говорити про позитивну динаміку, але цей показник ще дуже невеликим у порівнянні з європейськими країнами [1, 9].

Одним із важливих факторів макросередовища маркетингу є відсутність в Україні системи страхової медицини. Слід відмітити, що в нашій

країні близько 60% становлять препарати рецептурного відпуску, проте далеко не завжди ці засоби відпускаються за рецептом. Причинами цього є те, що протягом останніх 10–15 років вітчизняній системі охорони здоров'я не вдалося адаптуватися до нових економічних і соціальних умов, що призвело до погіршення надання медичної допомоги населенню. Крім того, має місце тотальне невивписування рецептів лікарями. Натомість, фармацевтична галузь досить інтенсивно розвивалась, і сьогодні медикаментозна допомога за рядом показників більш наближена до європейських стандартів. Це призвело до того, що пацієнт і за медичною, і за медикаментозною допомогою звертається до аптеки. Як наслідок — поширення практики відпуску рецептурних лікарських засобів з аптеки без рецептів. На жаль, в Україні відсутня інформація про кількість побічних ефектів та кількість постраждалих серед населення у зв'язку з самолікуванням рецептурними препаратами [6, 25].

Характеризуючи демографічну ситуацію слід зазначити, що показники загальної смертності та смертності під впливом окремих факторів у два рази перевищують такі для країн Євросоюзу. Надзвичайно високі в Україні показники смертності населення працездатного віку, які в 2–4 рази вищі за такі у розвинутих країнах. Зареєстровано різку вираженість феномену чоловічої «надсмертності», коли смертність чоловіків у вікових групах 25–44 роки майже у чотири рази перевищує смертність жінок аналогічного віку. Різниця в тривалості життя в Україні в останні роки порівняно з середньоевропейськими показниками становить більше шести років, а з показниками країн Євросоюзу — більше десяти років [15].

Структура причин смертності в Україні в цілому залишається незмінною. На першому місці за кількістю смертних випадків стоять хвороби системи кровообігу. За ними у відповідній послідовності йдуть новоутворення, зовнішні причини смерті, хвороби органів дихання, травлення, інфекційні хвороби, хвороби сечостатевої системи, тощо [23, 29].

Аналогічно, у структурі поширеності захворювань за класами хвороб перше місце посідають хвороби системи кровообігу — 29,7%; друге місце — хвороби органів дихання — 19,9%; на третьому місці — хвороби органів травлення — 9,7%; на четвертому — хвороби кістково-м'язової системи — 5,6%. У динаміці за останні 5 років загальна захворюваність серед всього населення України та за більшістю класів хвороб має тенденцію до зростання [29].

Високим залишається рівень загальної захворюваності населення у зв'язку зі значним

поширенням факторів ризику: тютюнопаління, вживання алкоголю і наркотиків, передусім молодими людьми. Відзначаються неконтрольоване поширення епідемії туберкульозу, ВІЛ/СНІДу та природний спад чисельності населення, що призводить до швидкої депопуляції та стрімкого його старіння. Це означає, що фармацевтичні організації повинні більшу увагу приділяти задоволенню потреб в лікарських засобах людей похилого віку, враховуючи їх психологічні особливості поведінки під час прийняття рішення про покупку і фінансові можливості (пенсіонери складають одну з найменш матеріально забезпечених верств населення) [23].

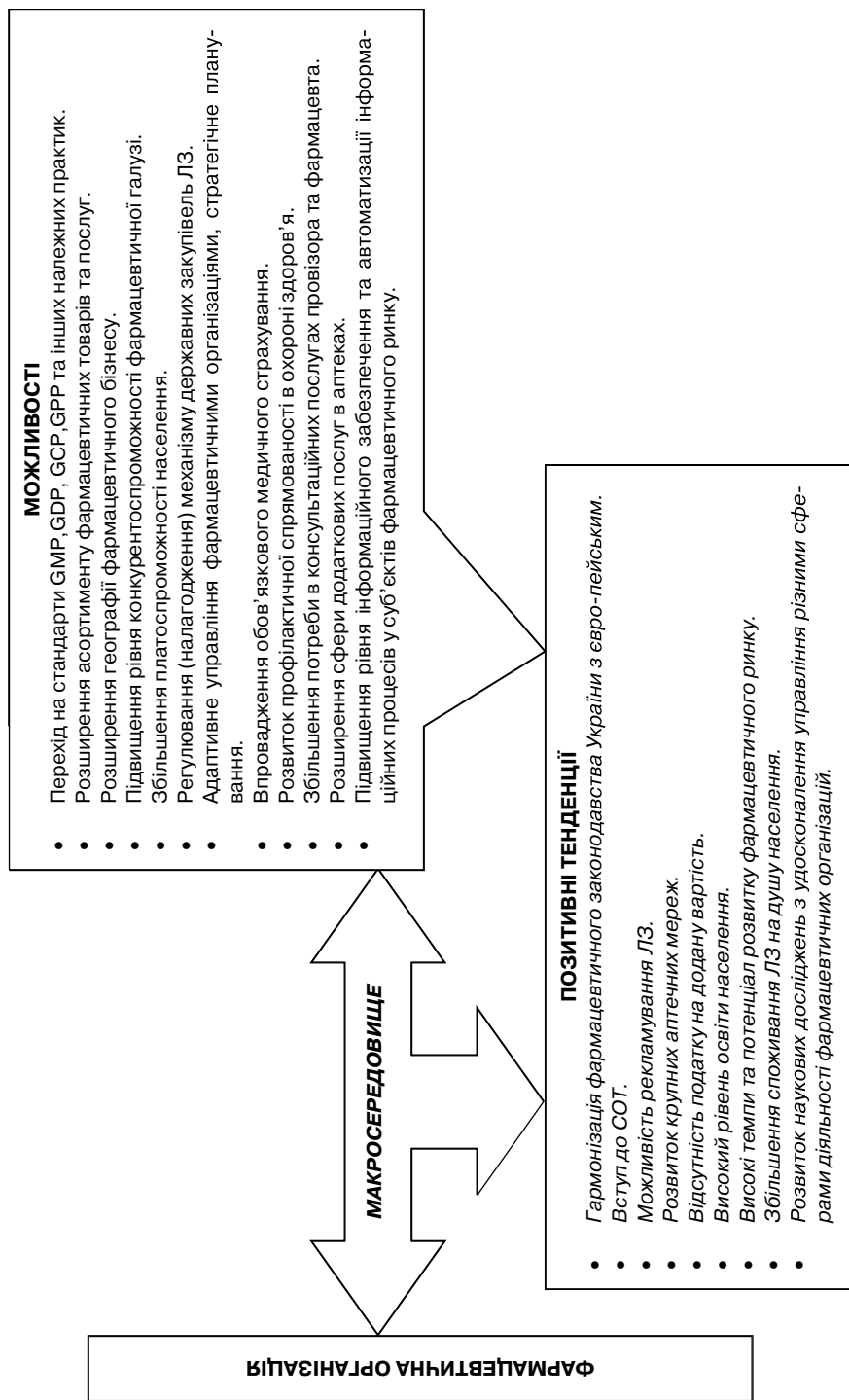
В обсязі «аптечної корзини» лікарські засоби мають біля 85%; 8–9% забезпечується виробами медичного призначення. Активно зростають частки косметичних засобів і дієтичних добавок (приблизно 4 і 2,3%, відповідно) [5, 18]. Посилення контролю за відпуском рецептурних препаратів з аптеки сприятиме розширенню асортименту і збільшенню частки парафармацевтичних товарів [18].

Фармацевтичні організації мають також враховувати, що однією з унікальних особливостей фармацевтичної промисловості є негативне ставлення населення до ліків як до товару. Це пояснюється тим, що в ідеалі людина хоче бути здоровою і по можливості не використовувати (споживати) лікарські препарати. У зв'язку з цим ціни на лікарські засоби постійно піддаються критиці і сприймаються як високі.

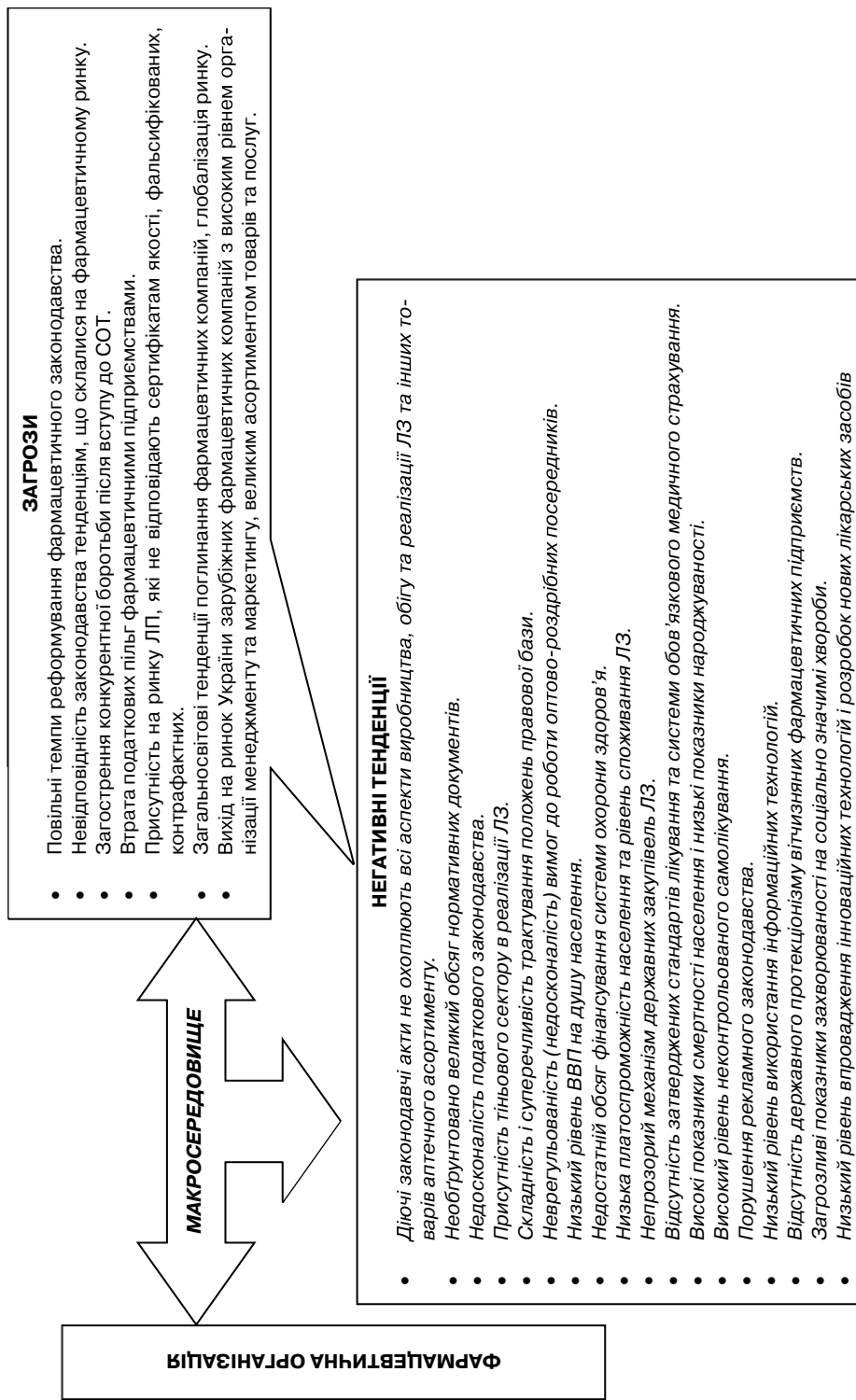
Оскільки український ринок ширше представлений в низько вартісному сегменті, вітчизняні виробники лікарських засобів орієнтуються саме на нижню межу, у той час як закордонні постачальники більш схильні встановлювати вищі ціни та займати лідируючі позиції в середньо- та високовартісних сегментах [24].

Структура змін свідчить про те, що частка обсягів продажу недорогих препаратів в грошовому вираженні зменшується, тоді як дорогих — постійно збільшується. Це означає, що для українського споживача при виборі лікарських препаратів поступово на перше місце виходять якісні, а не цінові характеристики, що фармацевтичні компанії повинні враховувати в своїй маркетинговій діяльності. Лідерами по споживанню більш дорогих препаратів, як правило, є великі міста й обласні центри.

Враховуючи розвиток фармацевтичного ринку та зростаюче прагнення населення слідкувати за своїм здоров'ям, проводити профілактику захворювань, слід відмітити, що збільшується потреба в консультаційних послугах провізорів та фармацевтів. Це доцільно приймати на озброєння



**Рис. 1.** Позитивні тенденції та можливості макросередовища для розвитку фармацевтичних організацій



**Рис. 2. Негативні тенденції та загрози макросередовища фармацевтичних організацій**

фахівцям, адже розширюючи перелік послуг, що надаються аптекою, можна зберегти існуючих та привернути нових клієнтів [11]. Так, в західних аптеках вже стала популярною практика консультування з підбору парафармацевтики, в тому числі лікувальної косметики, або дієтичного харчування. Крім того, в деяких аптеках відвідувачам роблять щеплення проти грипу або біохімічні аналізи, наприклад, визначають рівень холестерину, цукру. Вітчизняні аптеки ще мало усвідомлюють важливість надання додаткових послуг.

У складі аналізу впливу соціокультурних факторів на діяльність суб'єктів фармацевтичного ринку є визначення рівня самолікування населення. Згідно з результатами дослідницького проекту «Здоров'я української нації», що проводився навесні 2007р., за останній рік середньостатистичний українець приблизно 18 раз був змушений вдаватися до використання тих чи інших методів лікування. З них він 4 рази використовував традиційні, приблизно 3 рази — народні й нетрадиційні, а 11 раз займався самолікуванням [3]. Тож можна стверджувати, що рівень самолікування в Україні є досить високим.

Розглядаючи вплив технологічних факторів на діяльність фармацевтичних організацій, треба сказати, що в сучасних умовах конкурентні переваги отримують ті підприємства, які мають автоматизовану систему накопичення інформації та обліку. Але, рівень комп'ютеризації аптечних підприємств в Україні залишається невисоким. Аптекам доцільно використовувати автоматизовані системи з метою обліку запасів та замовлень, аналізу доходності асортименту, швидкості реалізації окремих асортиментних позицій, прогнозування збуту, розрахунку з поставальниками та ін.

Зазначимо, що проблема інформаційного забезпечення має місце й на ринку дистрибуції лікарських засобів. Хоча саме в оптовому сегменті фармацевтичного ринку просліджується перехід операторів до довгострокової стратегії, все ж таки, переважно, вони не мають інформаційно-аналітичних баз, що містять оцінку рівня захворюваності, структури розповсюдження захворювань, інвалідизації населення по регіонам і, відповідно, рівнів потреби і фактичної структури споживання препаратів, статусу препаратів, рівня цін та ін. Створення таких баз даних було б дуже корисним для вибору стратегії та успішної її реалізації і, тим самим, підвищення ефективності маркетингової діяльності підприємства. Тому низький рівень автоматизації є значною проблемою для маркетингу фармацевтичних організацій.

Розглядаючи вплив НТП на діяльність суб'єктів фармацевтичного ринку, відмітимо,

що спеціалістами прогнозується перехід на роботу з електронними рецептами. Такі системи вже діють в США та деяких країнах Європи. Сутність їх в тому, що відомості про кожного покупця, який прийшов в аптеку з рецептом, заносяться до комп'ютера [13]. За допомогою таких баз даних зручно здійснювати маркетинговий аналіз.

Нами проведено узагальнення зазначених факторів макрооточення, серед них виділено такі, що утворюють позитивні та негативні тенденції на фармацевтичному ринку, а також представляють можливості та загрози для фармацевтичних організацій (рис. 1 і рис. 2).

Таким чином, наведені фактори є такими, що будуть визначати розвиток фармацевтичного ринку у найближчі роки. Фармацевтичні організації повинні становитися активними ініціаторами певних змін, які б сприяли формуванню здорових економічних відносин в Україні і задоволенню інтересів усіх операторів ринку.

#### **ВИСНОВКИ З ДАНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗВІДОК У ДАНОМУ НАПРЯМКУ**

1. Проаналізовано існуючі показники чинників макрооточення фармацевтичних організацій: політичні, економічні, соціокультурні, демографічні, технологічні.
2. Показано, що існують позитивні передумови розвитку фармацевтичного ринку України, серед яких — реформування законодавчої бази, вступ до СОТ, підвищення платоспроможності населення. В той же час існує досить багато негативних тенденцій, що вимагають прийняття більш рішучих кроків компетентних органів.
3. З метою підвищення адаптивності фармацевтичних організацій до змін макросередовища рекомендовано враховувати можливості та загрози для розвитку підприємства.

У подальшому доцільне опрацювання методик оцінки та прогнозування впливу факторів макросередовища на діяльність окремих суб'єктів фармацевтичного ринку (виробників, оптових і роздрібних організацій).

#### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Аптечный рынок Украины демонстрирует рекордный рост // Маркетинговые исследования в Украине. — 2006. — №5(18). — С. 13.
2. Блавацька О. Б. Правові проблеми запровадження фармацевтичної опіки в Україні / О. Б. Блавацька // Фармац. журн. — 2004. — №3. — С. 38–42.
3. Здоровье украинской нации // Ежемесячник Аптека. — 2007. — №14 (585). — С. 99.

4. Ишмухаметов А. Украинский фармрынок: взгляд из России / А. Ишмухаметов // Еженедельник АПТЕКА. — 2005. — №44 (515). — С. 5.
5. Конференция «Marcus evans»: факторы роста рынков СНГ глазами производителей, дистрибьюторов, розничных операторов и экспертов // Еженедельник Аптека. — 2007. — №16 (587). — С. 7–8.
6. Котвицька А. А. Наукове узагальнення міжнародного досвіду організації механізмів реімбурсації вартості лікарських засобів / А. А. Котвицька // Вісник фармації. — 2006р. — №3. — С. 50–56.
7. Ливак П. Е. Правовые, финансово-экономические и социальные проблемы здравоохранения Украины и возможные пути их решения / П. Е. Ливак // Новости медицины и фармации. — 2006. — №13 (185). — С. 26.
8. Макаренков А. Вступать во взрослую жизнь подготовленным / А. Макаренков // Еженедельник Аптека. — 2006. — №40 (561). — С. 100.
9. Матвеева, В. Украинская фармотрасль: тенденции развития / В. Матвеева // Еженедельник Аптека. — 2006. — №16 (537). — С. 94–95.
10. Материалы III фармацевтической конференции «Стратегии развития бизнеса. Фармацевтический рынок Украины на рубеже 2007–2008гг. // Еженедельник Аптека. — 2008. — №629(8).
11. Мнушко, З. М. Маркетинговий аналіз сервісного обслуговування та додаткових послуг аптечних закладів / З. М. Мнушко, О. П. Абалова, І. В. Пестун // Вісник фармації. — 2006. — №1 (45). — С. 41–47.
12. Немченко, А. С. Оцінка соціальних аспектів організації лікарського забезпечення населення згідно з міжнародними нормами та стандартами / А. С. Немченко, А. А. Котвицька // Фармац. журн. — 2007. — №5. — С. 11–19.
13. Немченко, А. С. Методологія формування страхових тарифів при наданні медичної та фармацевтичної допомоги населенню за умов впровадження медичного страхування в Україні / А. С. Немченко, А. Л. Панфілова // Фармац. журн. — 2007. — №2. — С. 22–27.
14. Прес-служба «Еженедельника АПТЕКА». Показатели финансирования здравоохранения развитых стран // Еженедельник АПТЕКА. — 2006. — №30(551). — С. 94.
15. Прес-служба «Щотижневика АПТЕКА». VI Национальный з'їзд фармацевтів України // Еженедельник АПТЕКА. — 2005. — №39(510). — С. 6–7.
16. Прес-служба «Щотижневика АПТЕКА». Проблеми розвитку фармацевтичної промисловості в Україні // Еженедельник АПТЕКА. — 2005. — №44(515). — С. 4.
17. Сабо, Я. Деякі аспекти підприємницької діяльності в малому бізнесі в умовах ринкового середовища / Я. Сабо, В. В. Огороднік, Т. М. Пономаренко, Т. М. Трубчик // Фармац. журн. — 2003. — №3 — С. 14–17.
18. Сергиенко О. Новый рынок — новая игра! Аптечные продажи в Украине, декабрь и 2006 г. в целом / О. Сергиенко, Е. Кармалита // Еженедельник Аптека. — 2007. — №6 (77). — С. 104–106.
19. Сироштан А. WTO: когда все играют по одним правилам... / А. Сироштан // Еженедельник Аптека. — 2006. — №31 (552). — С. 89.
20. Сироштан А. Перед законами рынка все отрасли равны / А. Сироштан // Еженедельник Аптека. — 2006. — №27 (548). — С. 8.
21. Стеців А. В. Протиріччя сучасного фармацевтичного законодавства України та їх негативний вплив на діяльність аптечних закладів / А. В. Стеців, С. О. Лебедь // Фармац. журн. — 2003. — №2 — С. 35–39.
22. Страшный В. Основные тенденции развития международного фармрынка / В. Страшный // Еженедельник Аптека. — 2005. — №43 (514). — С. 5.
23. Україна у цифрах у 2006 році: Корот. стат. довід. / Державний комітет статистики України. — К.: Наук. Думка, 2007. — 183 с.
24. Хмилевский И. В частности — о ресурсах розничного сегмента фармрынка / И. Хмилевский // Еженедельник Аптека. — 2006. — №6 (477). — С. 85.
25. Холоденко М. Нормативне регулювання фармацевтичної діяльності: гострі кути / М. Холоденко // Еженедельник Аптека. — 2005. — №34 (505). — С. 91.
26. Хоменко В. М. Проблеми формування регуляторної політики у фармацевтичній галузі / В. М. Хоменко // Вісник фармації. — 2007 р., №2 — С. 45–48.
27. Хоменко В. М. Аналіз чинників державного управління в законодавчих актах про лікарські засоби та фармацевтичну діяльність у країнах СНД / В. М. Хоменко, А. С. Немченко, І. К. Ярмола // Вісник фармації. — 2006р. — №4. — С. 13–17.
28. Яцкова Г. Ю. Теоретичні аспекти фармацевтичної профілактики / Г. Ю. Яцкова, Б. Л. Парновський // Фармац. журн. — 2006. — №1 — С. 3–8.
29. www.moz.gov.ua

# КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ВИЗНАЧЕННЯ МАРКЕТИНГОВИХ ЗАВДАНЬ АПТЕЧНИХ МЕРЕЖ

З. М. Мнушко, д. фарм. н., проф., Г. С. БАБЧЕВА, АСПРАНТ  
*Національний фармацевтичний університет*

*Ключові слова:* комплекс маркетингу, маркетингові завдання, фармацевтичні  
оптово-роздрібні об'єднання, аптечні мережі

**Постановка проблеми у загальному вигляді, її зв'язок з важливими науковими та практичними завданнями.** За сучасних умов формування теоретичних та практичних аспектів ринкової економіки на вітчизняних підприємствах спостерігається тенденція залучення одного з найпоширеніших та найефективніших засобів ринкової діяльності — маркетингу.

Високі темпи розвитку конкуренції, процеси глобалізації ринку, вступ України до СОТ — саме ці найбільш актуальні питання великою мірою визначають загальну потребу застосування маркетингової концепції управління у практичній діяльності підприємств майже всіх сфер та секторів економіки, і фармація не є винятковою [2].

Якщо говорити про тенденції, які сформувались на фармацевтичному ринку України, то експертами в першу чергу відзначається загострення конкуренції, зумовлене появою великої кількості фармацевтичних підприємств оптової та роздрібною мереж [8]. Також серед тенденцій галузі слід відзначити нарощування маркетингових ресурсів у боротьбі за увагу клієнта та процеси реструктуризації, інтеграції і консолідації, які відбуваються на фармацевтичних підприємствах [5].

За таких умов актуальним постає питання адаптації маркетингової діяльності компаній до об'єктивного процесу формування ринкового простору шляхом становлення нових організаційних структур — оптово-роздрібних об'єднань, корпоративних аптечних мереж та фармацевтичних холдингів. Процес консолідації відбувається як у виробничому, так і у дистрибуторському секторах, але найбільш інтенсивного розвитку набуває у роздрібній ланці [8]. Загальна кількість функціонуючих аптечних закладів в Україні становить 23317 і в динаміці змінюється незначною мірою, проте розвиток роздрібною фармацевтичного ринку здійснюється за рахунок створення та розширен-

ня аптечних мереж. Мережева форма організації роздрібною торгівлі на сьогодні є найбільш динамічно розвиваючою та перспективною, про що свідчать статистичні дані: за оцінками експертів частка мережевих аптек в Україні складає приблизно 60% [5]. Аптечні мережі, маючи значні фінансові, матеріально-технічні та організаційні ресурси, здатні забезпечити необхідний рівень прибутковості та зміцнити конкурентні позиції на фармацевтичному ринку [1].

Зважаючи на важливість розвитку маркетингової концепції ринкової діяльності в сфері реалізації лікарських засобів та зростаючий потенціал аптечного мережевого бізнесу, актуальним є аналіз літературних та інформаційних джерел стосовно дослідження маркетингових функцій та завдань, які вирішуються в аптечних мережах з метою раціоналізації маркетингової діяльності.

**Аналіз останніх досліджень з публікацій, на які спирається автор.** Проблемам, пов'язаним з вирішенням маркетингових завдань фармацевтичних підприємств, присвячено чимало спеціальних досліджень, результати яких висвітлено у працях відомих зарубіжних та вітчизняних авторів. Проте розглянуті в руслі даної проблематики статті в періодичних виданнях демонструють або загальні принципи організації маркетингової діяльності фармацевтичних підприємств, або реалізацію окремих маркетингових функцій і стосуються здебільшого виробничих фірм, оптових компаній та окремих аптечних закладів [12, 18, 20, 24, 29, 30].

**Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми.** Цілісне висвітлення дії комплексу маркетингу та системний аналіз основних маркетингових завдань аптечних мереж повною мірою розглянуто недостатньо.

**Формулювання цілей статті.** Метою даної роботи є визначення маркетингових завдань

та функцій аптечних мереж на засадах комплексного підходу.

**Виклад основного матеріалу досліджень, методів та об'єктів.** Перехід до мережевих форматів роздрібно́ї торгівлі обумовлює зміни як у окремих маркетингових функціях, так і у цілому комплексі маркетингу аптечних закладів. Виникає ряд невирішених проблем, які потребують наукового обґрунтування та практичного вирішення із залученням спеціалістів з маркетингу. В рамках даної статті проаналізовані загальні маркетингові функції фармацевтичних організацій та визначені основні відмінності маркетингових завдань мережевих аптек. Слід відзначити, що аптечні мережі мають цілу низку переваг перед самостійними аптеками, що дозволяє керівникам мережевих аптек значною мірою отримувати економію фінансових ресурсів та більш якісно здійснювати діяльність за всіма маркетинговими функціями. Узагальнене порівняння можливостей та рівня маркетингової діяльності в мережевих та немережевих аптеках наведено на рисунку 1.

Серед головних маркетингових завдань аптечних мереж слід виділити проведення маркетингових досліджень, планування розвитку компанії, асортиментну політику, стратегії ціноутворення, формування попиту та стимулювання збуту, здійснення контролю та ін., розв'язання яких значною мірою зумовлює комерційний успіх як окремих роздрібних структур так і мережі в цілому [13, 25, 29].

На підставі аналізу робіт ряду авторів, присвячених дослідженню системи планування маркетингової діяльності підприємств, можна стверджувати про необхідність та практичне значення розробки маркетингового плану. Слід відзначити, що на сьогодні у фармацевтичній галузі вже обґрунтована та доведена доцільність здійснення маркетингового планування, систематизовані загальні концепції планування маркетингової діяльності, запропоновані алгоритми та основні етапи розробки плану, наведені методики оцінки маркетингових програм, визначені сучасні підходи до організації планування маркетингу [10, 12, 27]. В практичній діяльності аптечних закладів планування як цілісна система представлена здебільшого в аптеках, які входять в структуру аптечної мережі або оптово-роздрібного об'єднання, в той час, як у самостійних аптеках мають місце лише окремі компоненти маркетингового планування [21].

Значна кількість наукових публікацій з питань фармацевтичного маркетингу пов'язана з маркетинговими дослідженнями, які охоплюють три найбільш вагомi сфери: дослідження

суб'єктів фармацевтичного ринку; дослідження споживачів та дослідження маркетингового потенціалу підприємства [14, 15, 22]. Слід також відзначити, що більшість немережевих аптек через брак фінансових засобів мають достатньо низькі показники ефективності маркетингових досліджень або останні взагалі не проводяться в самостійних аптеках, до того ж на вітчизняному фармацевтичному ринку функціонує недостатня кількість спеціалізованих центрів з маркетингових досліджень. Завдяки потужним фінансовим ресурсам та можливості залучення кваліфікованих спеціалістів з маркетингових досліджень мережевим аптекам під силу вирішення маркетингових завдань, пов'язаних з аналізом поведінки споживачів, дослідженням ринку та вибором маркетингової стратегії [1, 5].

Проблеми аналізу асортиментної політики фармацевтичних підприємств присвячені численні науково-практичні публікації [6, 18, 22, 25, 29]. Дослідження, викладені в наукових працях, свідчать про те, що організація раціональної асортиментної політики в аптеці є одним із ключових аспектів оптимального функціонування аптечних мереж та оптово-роздрібних об'єднань. На даний час у сфері асортиментної політики досліджено досить велике коло проблем: визначені основні фактори, які зумовлюють формування певного товарного асортименту; наведені методики розрахунку оптимальної кількості асортиментних позицій фармацевтичного товару з використанням АВС, XYZ-аналізів та поліноміальної регресії; розроблені моделі визначення раціонального асортименту з урахуванням життєвого циклу товару; опрацьовані методики встановлення конкурентоспроможності фармацевтичного товару; сформовані загальні принципи управління товарним асортиментом аптечних закладів [17, 18, 20]. Також за даними джерел літератури можна зробити висновки, що асортимент мережевих аптек становить в середньому 5–6 тис. найменувань та постійно розширюється за рахунок дієтичних добавок і парафармацевтичних товарів. У більшості ж немережевих аптек асортимент не перевищує 2–3 тис., до того ж відсутнє фінансове підґрунтя для планування раціонального асортименту, проте самостійні аптеки більш мобільні та незалежні в питаннях щодо змін або вибору оптимальної асортиментної політики [5].

Прийняття маркетингових рішень у сфері встановлення цін на фармацевтичну продукцію являє собою достатньо складне завдання як для аптечних мереж, так і для окремих аптечних закладів. Сьогодні є чимало публікацій у періодичних виданнях, в яких представлені



|                      |                                     | Мережева аптека  | Немережева аптека   |
|----------------------|-------------------------------------|--|---|
| МАРКЕТИНГОВІ ФУНКЦІЇ | Маркетингові дослідження            | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Значні фінансові можливості для проведення досліджень за всіма напрямками комплексу маркетингу.</li> <li>2. Основні об'єкти досліджень — ринок, діяльність конкурентів, маркетингові ризики, цінова стратегія, асортиментна політика, ефективність рекламної та маркетингової діяльності.</li> <li>3. Наявність відділу маркетингу в аптечній мережі.</li> <li>4. Власні спеціалісти з маркетингових досліджень</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обмежені фінансові можливості для проведення маркетингових досліджень.</li> <li>2. Основні об'єкти досліджень — потреби споживачів, захворюваність населення, конкуренти, мерчандайзинг</li> <li>3. Відсутність відділу маркетингу.</li> <li>4. Залучення спеціалістів з центрів по маркетинговим дослідженням</li> </ol> |
|                      | Планування маркетингової діяльності | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Планування представлено як цілісна система.</li> <li>2. Розробка як короткострокових, так і довгострокових маркетингових проєктів</li> </ol>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Представлені окремі компоненти планування маркетингової діяльності.</li> <li>2. Розробка маркетингових програм на квартал або рік</li> </ol>  |
|                      | Асортиментна політика               | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Асортимент фармацевтичних товарів складає приблизно 5–6 тис.</li> <li>2. Розширення асортименту за рахунок парафармацевтичних товарів, наявність «унікальних» та дорогих товарів.</li> <li>3. Відкриття фарммаркетів та спеціалізованих аптек в складі мережі</li> </ol>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Асортимент здебільшого складає приблизно 2–3 тис. найменувань.</li> <li>2. Стабільність асортименту та обмежені можливості його розширення</li> </ol>   |
|                      | Цінова політика                     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Можливість обґрунтованого зниження роздрібних цін за рахунок придбання товарів у постачальників зі значними знижками.</li> <li>2. Єдина система ціноутворення в усіх аптеках мережі, низька мобільність та гнучкість цінової політики</li> </ol>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Необґрунтований демпінг цін в умовах жорсткої конкуренції.</li> <li>2. Більш висока мобільність і самостійність в реагуванні на зміни, які відбуваються на ринку та гнучкість цінової політики</li> </ol>   |
|                      | Збутова політика                    | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Збільшення товарообігу аптеки та прискорення оборотності продукції.</li> <li>2. Можливість реалізації неліквідних товарів через інші аптеки мережі.</li> <li>3. Можливість застосування логістичних підходів на етапах замовлення, доставки та збуту товарів</li> </ol>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Стабільні показники товарообігу та оборотності продукції.</li> <li>2. Ризик утворення запасів неліквідних товарів.</li> <li>3. Низький рівень співпраці аптеки з ЛПЗ та іншими організаціями по безготівковому розрахунку</li> </ol>  |
|                      | Комунікативна політика              | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Єдиний фірмовий стиль сприяє формуванню стабільного іміджу.</li> <li>2. Потужні фінансові ресурси для проведення рекламних кампаній.</li> <li>3. Масштабні PR-заходи та соціальні мережеві проєкти.</li> <li>4. Високий рівень аптечного сервісу та розширення спектру додаткових послуг.</li> </ol>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Низький рівень впізнання аптеки.</li> <li>2. Обмежені фінансові можливості для проведення заходів зі збуту та просування товарів.</li> <li>3. Концентрація на мерчандайзингу.</li> <li>4. Одиночні PR-заходи.</li> <li>5. Брак фінансових ресурсів для введення додаткових послуг.</li> </ol>                             |
|                      | Маркетинговий контроль              | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обмежений контроль з боку головного керівництва за маркетинговою діяльністю мережевої аптеки.</li> <li>2. Проведення оцінки ефективності реалізації маркетингових задач</li> </ol>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Більш чіткий та ретельний контроль керівництва за маркетинговою діяльністю аптеки.</li> <li>2. Не проводиться систематичне оцінювання ефективності маркетингових задач</li> </ol>   |

Рис. 1. Порівняння маркетингової діяльності мережевої та немережевої аптек

наукові підходи до аналізу проблем ціноутворення на товари аптечного асортименту, розглянуті класичні стратегії та методи ціноутворення, обґрунтовані загальні механізми цінової політики та фактори споживацької поведінки, запропоновано методики розрахунку цінової еластичності попиту та пропозиції, розроблені методичні рекомендації стосовно формування базового рівня цін в аптечних мережах та ін. Цінова політика потребує ретельного постійного контролю за діяльністю конкурентів у сфері ціноутворення та відповідного корегування власної політики з урахуванням змін, що відбуваються на вітчизняному фармацевтичному ринку [22, 23, 27].

Слід підкреслити, що в наукових публікаціях не повною мірою висвітлено питання стосовно аналізу тих стратегій ціноутворення, які використовують аптечні заклади. Бо здебільшого в умовах зростаючої конкуренції встановленню раціональної та оптимальної ціни приділяється мало уваги, більшість самостійних аптек обирає стратегію демпінгуючих цін, суттєво обмежуючи прибутковість та ефективність маркетингової діяльності [26]. Проте, аптечні мережі мають можливість обґрунтовано знижувати рівень торгівельної надбавки за рахунок придбання товару у постачальників або безпосередньо у виробників за зниженими оптовими цінами, що робить товар більш доступним для споживачів [21].

Проблемам, які пов'язані з дослідженням заходів по формуванню попиту та стимулюванню збуту, присвячена значна кількість джерел літератури. Однак, аналізуючи наукові праці, можна дійти висновку, що в основному в них представлений матеріал, який стосується процесів організації та ефективності функціонування відділів збуту на оптово-роздрібних об'єднаннях, а також розглядаються основні методи стимулювання збуту, їх недоліки та переваги. До того ж, представлені чисельні рекомендації по вдосконаленню збутової діяльності підприємств, обґрунтовано критерії вибору постачальників фармацевтичного товару, наведені методики оцінки ефективності рекламних кампаній [4, 9, 19, 30]. Слід також відзначити, що останнім часом велика кількість публікацій присвячується використанню сучасних логістичних підходів у збутовій діяльності аптечних мереж, завдяки яким вдається значно спрощувати процес замовлення, мінімізувати терміни поставки продукції до роздрібних структур та максимізувати прибутковість мережі [11]. Тільки у масштабах аптечної мережі стає можливим розширення спектру маркетингових засобів зі збуту та просування товарів, підвищення якості аптечного

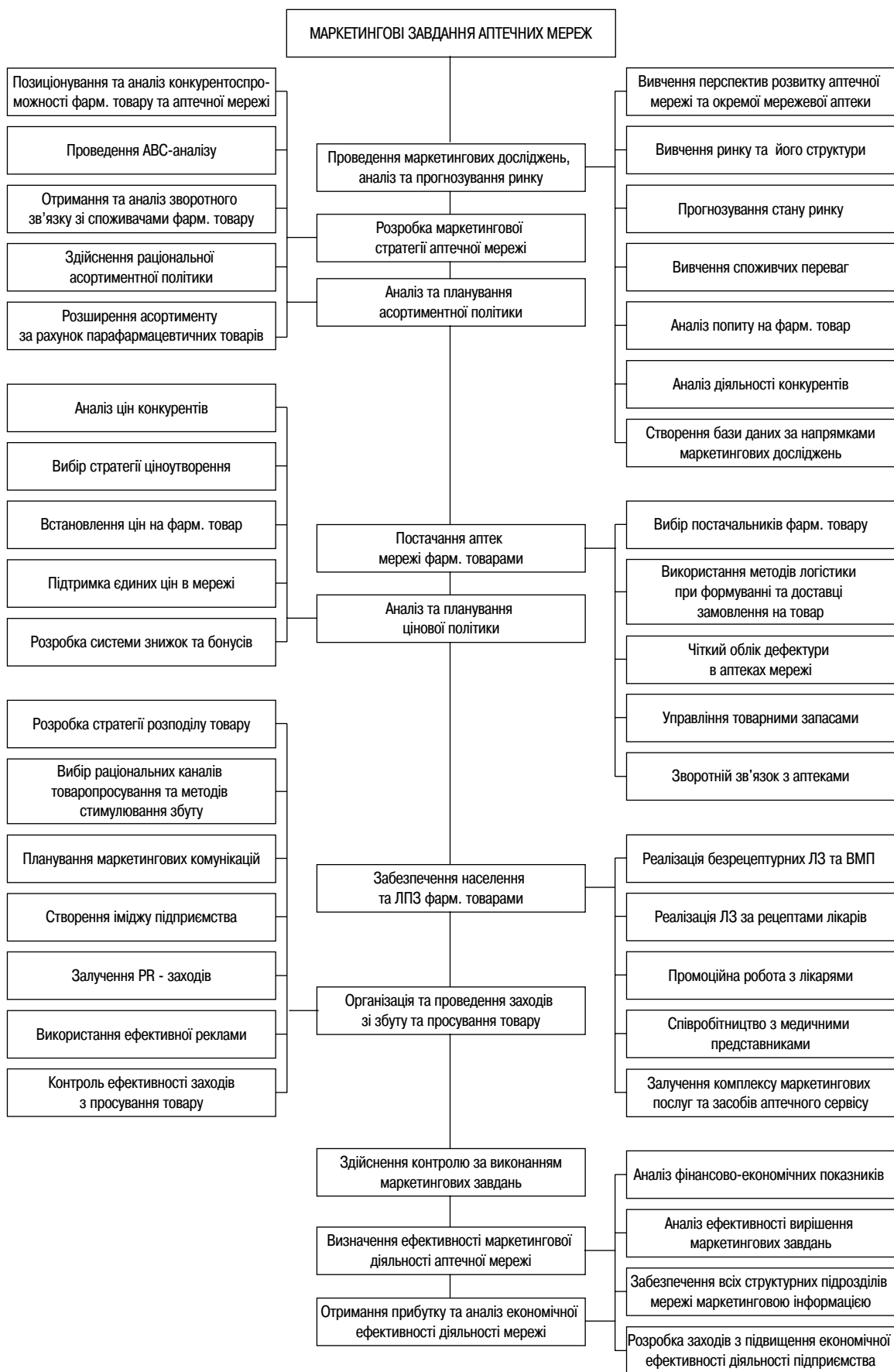
сервісу та надання споживачам додаткових послуг [16].

Здебільшого у наукових працях провідних українських та зарубіжних вчених з питань комунікативної політики важливою складовою комплексу маркетингу постає організація діяльності, спрямованої на формування та підтримку позитивного іміджу підприємства як серед потенційних конкурентів, так і в суспільстві в цілому [7, 24, 28]. Мережевим аптекам завдяки єдиному фірмовому стилю та міцному іміджу притаманна більш ефективна у порівнянні із самостійною аптекою реалізація цілісної системи заходів зв'язків з громадськістю, яка сприяє досягненню стратегічних маркетингових завдань аптечних мереж та оптово-роздрібних об'єднань [3, 5].

**Обґрунтування отриманих результатів.** Отже, на підставі комплексного вивчення розглянутих елементів маркетингової діяльності аптечних закладів та фармацевтичних підприємств, а також порівняльного аналізу функціонування мережевих та немережевих аптек пропонуємо обґрунтовану структуру комплексу маркетингових завдань аптечних мереж, яка представлена на рисунку 2. Сформована структура, поєднуючи в собі класичні маркетингові функції та специфіку аптечних мереж, дозволяє більш раціонально та ефективно вирішувати маркетингові завдання в мережевих аптеках.

Зважаючи на викладене вище, можна з великою мірою впевненості прогнозувати подальший розвиток аптечних мереж на вітчизняному фармацевтичному ринку. Майбутнє за аптеками, які зможуть в умовах загострення конкуренції запропонувати споживачам широкий асортимент якісних товарів за доступними цінами, високий рівень аптечного сервісу та максимальний спектр послуг. Наведені чинники у найбільш повному обсязі можуть бути реалізовані за рахунок раціонального вирішення маркетингових завдань в аптеках, які входять до складу аптечних мереж або оптово-роздрібних об'єднань. Проте реальною проблемою для вітчизняного фармацевтичного ринку є відсутність достатньої кількості професійних маркетологів, що спеціалізуються у фармації та медицині.

**Перспективні напрямки подальших досліджень.** Виходячи з актуальності розвитку аптечних мереж, доцільним є дослідження ефективності вирішення маркетингових завдань в мережевих та немережевих аптеках, а також обґрунтування залучення спеціалістів з маркетингу для вирішення цих завдань та введення нових посад до штату аптеки.



**Рис. 2.** Структура комплексу маркетингових завдань аптечних мереж

## ВИСНОВКИ

1. Проведено аналіз та узагальнено дані наукової літератури стосовно дослідження маркетингових функцій та завдань аптечних закладів.
2. Показано, що кореляція діяльності аптечних закладів із сучасними концепціями маркетингу та оптимальне вирішення маркетингових завдань є ключовими аспектами у досягненні комерційного успіху аптечних мереж та фармацевтичних оптово-роздрібних об'єднань.
3. Виділені окремі аспекти та переваги маркетингової діяльності аптечних мереж.
4. На засадах комплексного підходу сформовано структуру маркетингових завдань аптечних мереж.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Бучина А. Тенденции развития аптечных сетей, работающих под единой торговой маркой / А. Бучина, С. Гоголева, И. Хоменчук // Ремедиум. — 2008. — № 2. — С. 18–21.
2. Ворушило Н. Диригування інструментами маркетингових компаній на фармацевтичному ринку // Маркетинг в Україні. — 2005. — № 5. — С. 60–62.
3. Гудзенко А. П. Public Relations как основа социально-ориентированного маркетинга фармацевтических предприятий. / А. П. Гудзенко, О. Д. Немяных, А. С. Бабичева // Український журнал клінічної та лабораторної медицини. — 2007. — Т. 2, № 1. — С. 27–30.
4. Євтушенко О. М. Вивчення та методи профілактики ризиків у товаропросуванні аптечних закладів / О. М. Євтушенко, З. М. Мнушко // Вісник фармації. — 2006. — № 2 (46). — С. 46–51.
5. Жахалова С. В. Значимые тенденции в розничном звене фармацевтического рынка Украины // Провизор. — 2007. — № 15. — С. 8–11.
6. Куликова, О. А. Закономерности формирования аптечного ассортимента / О. А. Куликова, Л. И. Лаврентьева, О. В. Желткевич, О. В. Соколова // Фармация. — 2007. — № 1. — С. 19–21.
7. Лисак Г. М. Оптимізація ринкової діяльності фармацевтичних підприємств з використанням концепції зв'язків з громадськістю: Автореф. дисс. канд. фарм. наук: 15.00.01. / Г. М. Лисак, НФаУ. — Х., 2004. — 19 с.
8. Матвеева, В. Украинская фармотрасль: тенденции развития // Е-к «Аптека». — 2006. — № 16. — С. 94–95.
9. Мнушко З. М. Вибір аптечним закладом постачальників за нечіткими оцінками параметрів обслуговування / З. М. Мнушко, С. А. Куценко, Л. П. Дорохова // Фармацевтичний журнал — 2004. — № 5. — С. 9–13.
10. Мнушко З. Н. Стратегическое планирование как составляющая эффективного управления аптечным предприятием. / З. М. Мнушко, Е. В. Тутутченко, И. В. Пестун // Провизор. — 2005. — № 17. — С. 14–16.
11. Мнушко З. М. Формалізація параметрів якості логістичного обслуговування на фармацевтичному ринку на основі функцій приналежності / З. М. Мнушко, С. А. Куценко, Л. П. Дорохова // Фармацевтичний журнал — 2005. — № 1. С. 47–53.
12. Мнушко З. М. Дослідження системи планування у фармацевтичних організаціях / З. М. Мнушко, З. Р. Сафіуліна, І. В. Пестун, О. В. Тутутченко // Фармацевтичний журнал. — 2005. — № 4. — С. 29–33.
13. Мнушко З. Н. Маркетинговые задачи аптечных учреждений и подготовленность молодых специалистов фармации к их решению / З. Н. Мнушко, И. В. Пестун // Провизор. — 2005. — № 12. — С. 7–8.
14. Мнушко З. М. Методика визначення ставлення кінцевих споживачів до лікарських засобів / З. М. Мнушко, І. П. Левченко, А. Б. Ольховська // Фармацевтичний журнал — 2006. — № 3. — С. 16–22.
15. Мнушко З. М. Дослідження ринку лікарських засобів / З. М. Мнушко, І. В. Тіманюк // Фарм журн. — 2006. — № 6. — С. 52–57.
16. Мнушко З. М. Маркетинговий аналіз сервісного обслуговування та додаткових послуг аптечних закладів / З. М. Мнушко, О. П. Абалова, І. В. Пестун // Вісник фармації. — 2006. — № 1 (45). — С. 41–47.
17. Мнушко З. М. Фактори впливу на асортимент біологічно активних добавок в аптечних закладах / З. М. Мнушко, Н. В. Сотникова // Вісник фармації. — 2006. — № 3 (47). — С. 57–63.
18. Мнушко З. М. Аналіз асортименту препаратів статевих гормонів на фармацевтичному ринку та в спеціалізованій аптеці / З. М. Мнушко, В. В. Преснякова, З. Р. Сафіуліна, О. Ю. Рогуля // Клінічна фармація. — 2007. — Том 11, № 4. — С. 24–29.
19. Мнушко З. Н. Оценка коммуникативной и экономрической эффективности рекламы лекарственных средств / З. М. Мнушко, И. П. Левченко, А. Б. Ольховская // Провизор. — 2007. — № 15. — С. 3–7.

20. Пестун І.В. Оптимізація управління асортиментом лікарських засобів у фармацевтичних організаціях: Автореф. дисс. канд. фарм. наук: 15.00.01. /І.В. Пестун, НФаУ. — Х., 2002. — 19 с.
21. Поляков Н. Аптечный ритейл: куда мчится «локомотив» коммерческой розницы? // Российские аптеки. — 2007. — № 9. — С. 10–11.
22. Славич-Пристапа А. С. Практический маркетинг для аптек. — М.: Ремедиум, 2005. — 138 с.
23. Тюренков И. Н. Дифференцированный подход к ценообразованию на товары аптечного ассортимента / И. Н. Тюренков, Н.А.Наумова//Ремедиум.—2005.—№1–2.— С. 69–74.
24. Хижняк Т. О. Удосконалення маркетингових комунікацій по просуванню лікарських засобів рецептурного відпуску: Автореф. дисс. канд. фарм. наук: 15.00.01. / Т. О. Хижняк, Київська мед. акад. післядипл. освіти ім. П. Л.Шупика. — 2004. — 21 с.
25. Яковлев А. А. Маркетинг в аптечном предприятии: эффективное решение в условиях современного рынка. // Бюллетень «ФАРМ-индекс». — 2003. — № 143. — С. 56–67.
26. Ярошевский С. Цена: кнут, пряник или средство коммуникации. — Провизор. — 2007. — № 5. — С. 3–6.
27. Cook, Christopher L. Marketing for Pharmacists // American Journal of Pharmaceutical Education. — 2003. — Vol. 10. — P. 129–157.
28. Deborah F. Spake, Mathew Joseph. Consumer opinion and effectiveness of direct-to-consumer advertising // Journal of Consumer Marketing. — 2007. — Vol. 24, № 5. — P. 283–293.
29. Douglas R. Paul. Propositions on the Pharmaceutical Marketing System // Journal of Pharmaceutical Marketing & Management. — 2002. — Vol. 14, № 3/4. — P. 75–85.
30. Sheila Shulman, Elaine M Healy. Reshaping the Pharmaceutical Distribution Network // Journal of Pharmaceutical Marketing & Management. — 2005. — Vol. 12, No. 2/3. — P. 34–45.

## МОНІТОРИНГ ВІТЧИЗНЯНОГО РИНКУ ПРОТИАСТМАТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ

О.А. НЕМЧЕНКО, В.М. ТОЛОЧКО

*Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації  
Національний фармацевтичний університет*

*Ключові слова:* фармацевтичний ринок; бронхіальна астма; протиастматичні препарати; моніторинг ринку ліків.

Право на охорону здоров'я є основним правом людини, що закріплене статтею 49 Конституції України, яка є соціально орієнтованою державою. Ефективна реалізація цього права залежить від дії комплексу факторів, серед яких значне місце посідає організація ефективної та раціональної медичної й фармацевтичної допомоги пацієнтам з хронічними захворюваннями. До вказаних захворювань з повною мірою відповідальності можна віднести бронхіальну астму (БА). Необхідність залучення значних

фінансових ресурсів на організацію лікарського забезпечення хворих на БА, а також їх соціальної реабілітації обумовлює перегляд ставлення до вказаної патології як суто медичної проблеми. За кордоном, за даними ВООЗ, постійно проводиться моніторинг прямих й непрямих витрат, пов'язаних з лікуванням БА з метою раціоналізації забезпечення хворих лікарськими засобами (ЛЗ) [8, 9]. З моменту проголошення незалежності в Україні поступово будується нормативно-правова база щодо вирішення про-

блем, пов'язаних зі зростанням захворюваності й смертності через БА. Так, відповідно до міжнародної Концепції Глобальної ініціативи з лікування та профілактики БА (GINA, 2006 р.), постановою КМУ від 19.03.2007р. був ухвалений наказ №128 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» [4]. Цей документ формує єдиний підхід у лікуванні БА, що спрямований на ефективне, безпечне та раціональне використання препаратів так званої базисної терапії.

В умовах активного розвитку вітчизняного фармацевтичного ринку досить актуальним організаційно-економічним питанням є дослідження сегменту протиастматичних препаратів (ПАП). Вказаний сегмент ринку ЛЗ постає як одна із важливих складових в організації лікувального процесу хворих на БА. В умовах зростаючої захворюваності на БА та обмеженості ресурсів охорони здоров'я фізична доступність ПАП на ринку, кількісні й якісні, у тому числі і цінові характеристики є важливими медико-фармацевтичними та соціально-економічними категоріями [3, 6]. Тому метою наших досліджень був моніторинг вітчизняного ринку ПАП. Для вирішення вказаної мети досліджень були розроблені такі завдання: проаналізувати стан сучасного ринку ПАП за даними Державного Фармакологічного центру (ДФЦ) станом на 01.01.2008р; сформувати статистичну базу за даними пропозицій по ПАП за 2005-2007 рр., що мали місце на оптовому ринку ліків та визначити основні тенденції його розвитку; проаналізувати цінові характеристики ПАП за період з 2005 по 2007 рр., спираючись на отримані результати моніторингу динаміки оптових цін; проаналізувати доступність препаратів, що досліджуються, на основі розрахованих коефіцієнта адекватної платоспроможності (Ca.s.) та показника доступності ЛЗ.

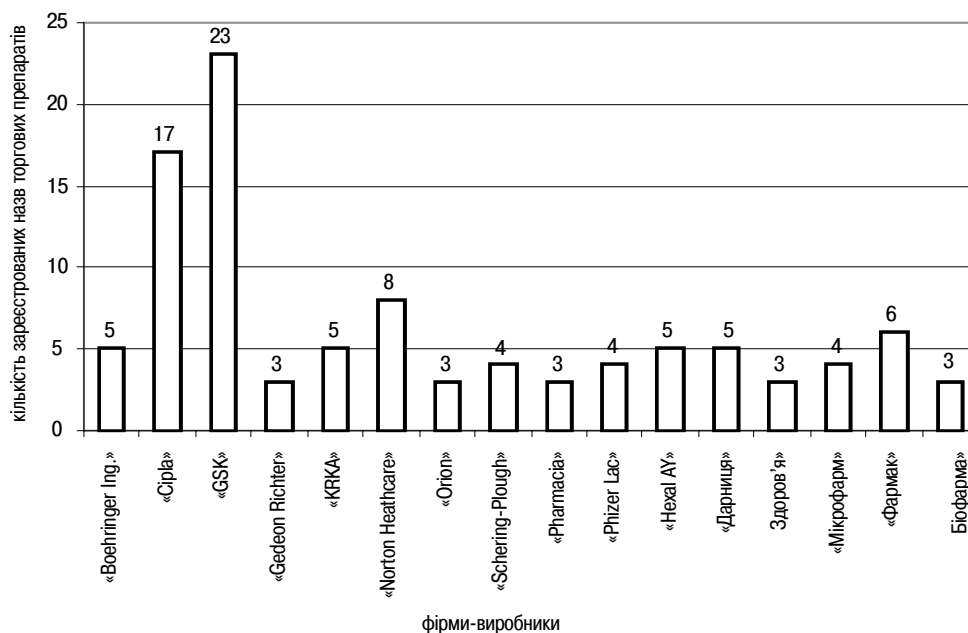
За даними міжнародної класифікаційної системи АТС (Anatomical Therapeutic Chemical Classification) ПАП переважно відносяться до групи R03 — Засоби, що використовуються при обструктивних захворюваннях дихальних шляхів. Далі вони розподіляються таким чином:

- R03 A — Адренергічні препарати для інгаляційного застосування;
- R03 AB — Неселективні антагоністи бета-адренорецепторів;
- R03 AC — Селективні агоністи бета-2-адренорецепторів;
- R03 AK — Адренергічні засоби у комбінації з іншими протиастматичними препаратами;

- R03 B — Інші протиастматичні засоби, що застосовуються інгаляційно;
- R03 BA — Глюкокортикоїди;
- R03 BB — Антихолінергічні засоби;
- R03 BC — Антиалергічні засоби за винятком кортикостероїдів;
- R03 C — Адренергічні засоби для системного використання;
- R03 CC — Селективні агоністи бета-2-адренорецепторів;
- R03 D — Інші засоби для системного застосування при обструктивних захворюваннях дихальних шляхів;
- R03 DA — Ксантини;
- R03 DB — Ксантини у комбінації з адренергічними засобами;
- R03 PX — Інші засоби для системного застосування при обструктивних захворюваннях дихальних шляхів [1].

Класифікаційна система АТС рекомендується ВООЗ для проведення маркетингових досліджень національних фармацевтичних ринків. Тому, незважаючи на достатню складність вищевказаної систематизації ПАП, при проведенні досліджень нами використовувалась саме АТС-класифікація препаратів. Крім цього, при формуванні сукупності ПАП, що досліджувались, ми керувались не лише вищевказаними класифікаційними ознаками препаратів, а й складом базової терапії, рекомендованої наказом №128, та даними листів лікарських призначень, що наведені в історіях хвороб пацієнтів з діагнозом БА. Таким чином, до асортименту препаратів, що досліджувались, увійшли не лише ЛЗ групи R03 (97,5% асортименту), а й груп препаратів C01 C; H02 A; R06 A.

За даними офіційного сайту ДФЦ станом на 01.01.2008р. в Україні було зареєстровано 148 торгових назв ПАП з урахуванням усіх форм випуску 39 фірм-виробників. Основна частина (75%) представлено на ринку асортименту ПАП (109 препаратів) — препарати іноземних фармацевтичних компаній. Цікавим є той факт, що 58,11% асортименту імпортованих ПАП представляють в Україні лише десять фірм, серед яких безумовними лідерами є компанії «Glaxo Smith Kline» (GSK) (23 торгові назви ПАП) та «Cipla» (17 препаратів). Далі, з істотним відривом у рейтингу іноземних фірм за кількістю зареєстрованих препаратів, йде компанія «Norton Healthcare» (8 торгових назв ПАП). Інші іноземні компанії зареєстрували від однієї до п'яти торгових назв ПАП (рис. 1). Як бачимо, за даними реєстрації ліків на ринку ПАП іноземного виробництва безумовну монопольну позицію займають препарати всього двох компаній, чого не можна стверджувати про вітчизняний сег-



**Рис. 1.** Розподіл зареєстрованих ПАП (більше трьох торгових назв) за фірмами-виробниками станом на 01.01.2008р.

мент. Так, 17 вітчизняних компаній представляють на ринку 39 торгових назв з урахуванням усіх форм випуску ПАП (26,35% від асортименту). Вітчизняні фірми зареєстрували від одного («Юрія-фарм», «БХФЗ» та інші) до шести торгових назв препаратів («Мікрофарм»). Таким чином, на вітчизняному ринку ПАП існує значна залежність від імпорту, що можна оцінити як вкрай негативну тенденцію.

Терапевтична ефективність при застосуванні ПАП значною мірою залежить від лікарської форми препаратів. Тому наступним етапом наших досліджень був аналіз асортименту ПАП за представленою лікарською формою препаратів (розчини або суспензії для ін'єкцій; сиропи, аерозолі для інгаляцій дозовані, таблетки та капсули; розчини або суспензії для небулайзера). Так, встановлено, що найбільша кількість препаратів представлена на ринку у вигляді аерозолів для інгаляцій дозованих (37,0%), на другому місці були тверді лікарські форми — таблетки або капсули (29,0%), а третю позицію займали препарати у вигляді розчинів або суспензій для ін'єкцій (18,0%). Незначна кількість асортименту ПАП (по 3,0% відповідно) була представлена на ринку у вигляді сиропів та розчинів для небулайзера. Цікавим є той факт, що в групі аерозолів серед препаратів було лише чотири вітчизняних ПАП. Це препарати виробництва фірми «Мікрофарм» (астмовент — МФ аер. д/інг. доз. 750 мг/доза та 200 мкг/доза, бал. 15 мл, 300 доз; беровент — МФ аер. д/інг. 100 мкг/доза, бал.

15 мл, 300 доз; сальбутамол МФ аер. д/інг. доз. 100 мкг/доза бал. 12 мл, 200 доз). Як відомо, виробництво аерозолів з інноваційної та технічної точки зору є достатньо фінансово витратним процесом. На підприємствах повинні застосовуватись новітні технологічні засоби, обладнання та функціонувати ефективна система контролю якості препаратів, що виробляються. На жаль, у своїй більшості вітчизняні підприємства тільки частково відповідають вимогам щодо організації виробництва високотехнологічної лікарської форми, якою є аерозолі. Аналізуючи склад (препарати іноземного та вітчизняного виробництва) ПАП за лікарською формою, також встановлено, що якісне різноманіття асортименту обумовлюють переважно імпорتنі препарати.

Для дослідження стану вітчизняного оптового ринку ПАП за 2005-2007рр. використовувались дані прайс-листів щотижневика «Аптека», дайджесту журналу «Провізор» та найбільш крупних за кількістю пропозицій оптових операторів ринку («Оптима-фарм»; «Альба Україна»; «ВВС-Лтд»; «Фалбі»; «Фармако» та ін.). За даними попередньої обробки прайс-листів було встановлено, що найбільша кількість пропозицій по ПАП мала місце наприкінці III кварталу кожного року. Тому для подальших досліджень були відібрані прайс-листи за останній тиждень вересня 2005, 2006 та 2007 років. Було встановлено, що в 2005 році по ПАП налічувалось 1018 пропозицій, у 2006 році — 1028, а в 2007 році — 1052, відповідно, від оптових фірм. Щорічний ко-

**РЕЙТИНГ ФІРМ-ЛІДЕРІВ ЗА КІЛЬКІСТЮ ПРОПОЗИЦІЙ ПО ПАП  
НА ОПТОВОМУ РИНКУ ЛІКІВ У 2005-2007 РОКАХ**

| № з/п          | Фірма-виробник<br>(іноземні або вітчизняні компанії) | 2005р.               |                                      | 2006р.               |                                      | 2007р.               |                                      |
|----------------|--|----------------------|--------------------------------------|----------------------|--------------------------------------|----------------------|--------------------------------------|
|                |  | Кількість пропозицій | % від загальної кількості пропозицій | Кількість пропозицій | % від загальної кількості пропозицій | Кількість пропозицій | % від загальної кількості пропозицій |
| I. Іноземні    |  |                      |                                      |                      |                                      |                      |                                      |
| 1              | «Glaxo Smith Kline»                                  | 146                  | 14,34                                | 114                  | 11,09                                | 137                  | 13,02                                |
| 2              | «Cipla»  | 54                   | 5,31                                 | 46                   | 4,47                                 | 54                   | 5,13                                 |
| 3              | «Boehringer Ing.»                                    | 47                   | 4,62                                 | 47                   | 4,57                                 | 49                   | 4,66                                 |
| II. Вітчизняні |  |                      |                                      |                      |                                      |                      |                                      |
| 4              | «Мікрофарм»  | 46                   | 4,52                                 | 47                   | 4,57                                 | 47                   | 4,47                                 |
| 5              | «Здоров'я»   | 31                   | 3,05                                 | —                    | —                                    | —                    | —                                    |
| 6              | «Дарниця»  | 19                   | 1,89                                 | 22                   | 2,14                                 | 22                   | 2,09                                 |
| 7              | «Фармак»   | —                    | —                                    | 41                   | 4,00                                 | 37                   | 3,52                                 |

ефіцієнт приросту кількості пропозицій становив 1,01% (2006/2005рр.) та 1,02% (2007/2006рр.). Таким чином, можна стверджувати, що даний сегмент оптового ринку характеризується відносною стабільністю розвитку. Співвідношення між пропозиціями по ПАП (%) вітчизняного та імпортного виробництва становили 25%:75% (2005р.); 31%:69% (2006р.); 28%:72% (2007р.). Вказаний факт є наслідком монопольного положення імпортних ПАП в загальній кількості зареєстрованих препаратів в Україні. В середньому на один ПАП у 2005, 2006 та 2007 роках приходилось по сім пропозицій від оптових фірм. По одній пропозиції у 2005 році мали 7 препаратів, у 2006 році — 8 ПАП, а у 2007 р. — лише п'ять ЛП. За даними загальної кількості пропозицій по ПАП нами був складений рейтинг компаній-лідерів (іноземних та вітчизняних) та окремих препаратів. Безумовним лідером на оптовому ринку за кількістю пропозицій серед імпортних препаратів були ПАП виробництва компанії «GSK». Це є наслідком кількісного та якісного різноманіття зареєстрованих вказаною фірмою ПАП (табл. 1). Як бачимо, за даними табл. 1, склад фірм-лідерів протягом трьох років є досить постійним. Частка пропозицій препаратів виробництва трьох іноземних компаній-лідерів в загальній кількості пропозицій по ПАП в 2005 році складала 24,27%, в 2006р. — 20,13%, а в 2007р. — 22,81%. Аналогічні показники в групі вітчизняних фірм дорівнювали — 9,46% (2005р.); 10,71% (2006р.); 10,08% (2007р.). Таким чином, можна зробити висновок, що вітчизняний сегмент оптового ринку ПАП характеризується відносно більшою стабільністю, ніж імпортний. Першу позицію в рейтингу препаратів-лідерів (по 19 пропозицій від оптових фірм) за даними 2005 року займали такі ПАП: *беротек* Н аер.

д/інг. 100 мкг/г /доза, бал. мет. 10 мл, 200 доз виробництва фірми «Boehringer Ing»; *дексаметазон* р-н д/ін. 4 мл амп. 1 мл №25 «КРКА»; *сальбутамол* аер. для інг. дозов. 100 мкг/доза, бал. 200 доз «GSK».

Друге місце в рейтингу пропозицій за даними 2005 року займав препарат *вентолін* Евохалер аер. д/інг. 100 мкг/доз 200 доз «GSK» (17 пропозицій), а третю — *астмопент* аер. д/інг. доз 750 мкг/доза бал. 20 мл, 400 доз «GSK» (15 пропозицій).

За даними 2006р. та 2007р. лідером у рейтингу пропозицій був вітчизняний препарат *теопек* 0,3 г № 50 «БХФЗ» (26 пропозицій — 2006р. та 19 пропозицій у 2007р.). Цікавим є той факт, що у 2005 році вказаний препарат мав всього 9 пропозицій. За даними 2006р. другу позицію в рейтингу займали ті препарати, що мали 23 пропозиції від оптових фірм (*дексаметазон* р-н для ін. 4 мл амп. 1 мл № 25 «КРКА» та *беродуал* Н аер. доз. бал. метал., 10 мл, 200 мл № 1 «Boehringer Ing»). Третє місце займав вже вищезгаданий препарат *сальбутамол* виробництва компанії «GSK» (17 пропозицій). Препарати *сальбутамол* та *вентолін* Евохалер виробництва «GSK» (по 18 пропозицій відповідно) зайняли другу позицію також і в рейтингу пропозицій за даними 2007 року. Крім цього, в тому ж році 18 пропозицій також мав препарат *беротек* Н аер. д/ін. 100 мкг/г/доза, бал. мет. 10 мл, 200 доз «Boehringer Ing». Третє місце в рейтингу пропозицій за даними вже згаданого року займав препарат *беродуал* Н, який мав 17 пропозицій від оптових фірм. Як бачимо, склад препаратів-лідерів за кількістю пропозицій за 2005-2007рр. відрізняється стабільністю, де пріоритетне місце займають імпортні препарати.



**АНАЛІЗ ДИНАМІКИ C<sub>lig</sub> ПО ПАП, ЩО БУЛИ ПРЕДСТАВЛЕНІ  
НА ВІТЧИЗНЯНОМУ ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ В 2005-2007РР.**

| Показ-<br>ник (C <sub>lig</sub> ) | 2005 рік                       |   | 2006 рік                       |   | 2007 рік                       |   |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|--------------------------------|---|--------------------------------|---|
|                                   | К-ть ПАП (пи-<br>тома вага, %) | У т. ч. вітчизняних<br>(питома вага, %) | К-ть ПАП (пи-<br>тома вага, %) | У т. ч. вітчизняних<br>(питома вага, %) | К-ть ПАП (пи-<br>тома вага, %) | У т. ч. вітчизняних<br>(питома вага, %) |
| < 0,5                             | 142<br>(95,95%)                | 6<br>(4,05%)                            | 146<br>(98,64%)                | 2<br>(1,36%)                            | 148<br>(100%)                  | 3<br>(1,36%)                            |
| 0,5- 1,0                          | 6<br>(4,05%)                   | –                                       | 1<br>(0,18%)                   | –                                       | –                              | –                                       |
| > 1,0                             | –                              | –                                       | 1<br>(0,68%)                   | –                                       | –                              | –                                       |

Наступним етапом наших досліджень був аналіз цінових характеристик ПАП за період 2005-2007рр. на основі розрахованих середньозважених оптових цін (1), темпів приросту та коефіцієнтів ліквідності цін (2) за формулами:

$$\bar{X} = \frac{\sum p_i \times f_i}{\sum f_i}, \quad (1)$$

$$\text{де } C_{lig} = \frac{p_i \max - p_i \min}{p_i \min}, \quad (2)$$

де  $\bar{X}$  — середньозважене значення ціни;

$p_i$  — оптова ціна і-го препарату;

$f_i$  — частота, з якою зустрічаються препарати за цією ціною у сукупності, що досліджується [6];

$p_i \max$  — максимальна оптова ціна і-го препарату;

$p_i \min$  — мінімальна оптова ціна і-го препарату [6].

Розрахунки здійснювались за всіма торговими назвами ПАП з урахуванням всіх форм випуску. В результаті моніторингу оптових цін було встановлено наступне. За даними 2006 року, у порівнянні з 2005 роком, із 148 торгових найменувань ПАП по 140 позиціях (94,60%) мало місце зниження середньої оптової ціни, а по 8 ЛП — підвищення ціни. У 2006 році оптові ціни на ПАП зменшились у діапазоні від 0,02% (беклазон-Еко легке дихання аер. д/інг. 250 мкг/доза бал. 200 мл №1 фірми «Norton Healthcare») до 38,35% (серетид Евохалер аер. д/інг. доз 25 мкг/доза + 50 мкг/доза бал. 120 доз №1 виробництва компанії «GSK»). У 2007 році ситуація істотно змінилась. Так, у порівнянні з 2006 роком зниження середньої оптової ціни відмічалось лише по 111 торгових найменуваннях ЛП (75% від загальної сукупності), а збільшення ціни відповідно було характерним для 37 препаратів. Діапазон зменшення цін на ПАП у 2007 році, у порівнянні з 2006 роком, становив від 0,06% до 19,15% (преднізолон-Нікомед розч. д/ін., 25 мг амп. 1 мл № 3 фірми

«Nucomed»). Найнижчий відсоток зниження ціни (0,06%) мали три препарати: солу-медрол, пор. ліоф. д/ін. р-ну для інг. 40 мг фл. 2 ємн. з розч. 1 мл «Phizer Lac»; фліксотид Небулі сусп. д/інг. 2 мл небулі 2мл, № 10, «GSK»; флохал аер. д/інг. доз. 250 мкг/доза, конт. алюм., 120 доз «Cipla»). Таким чином можна стверджувати, що за 2005-2007 роки на ринку мала місце тенденція до зменшення кількості ПАП, для яких було характерно зниження оптової ціни.

Коефіцієнт ліквідності ціни (C<sub>lig</sub>) відображає рівень конкуренції на сегменті фармацевтичного ринку, що досліджується, та певним чином може характеризувати доступність препаратів. За даними аналізу динаміки оптових цін на ПАП C<sub>lig</sub> був розрахований за період 2005-2007рр. Результати проведених досліджень представлені в таблиці 2.

У сукупності препаратів, що досліджується, найбільша кількість препаратів за 2005-2007рр. мало C<sub>lig</sub> менше, ніж 0,5. Значення C<sub>lig</sub> від 0,5 до 1,0 було характерне для 4,05% асортименту ПАП, представленому на ринку у 2005р., та для 0,68% — у 2006р. Характерним є той факт, що у 2007 році 100% асортименту ПАП C<sub>lig</sub> мав значення до 0,5. Таким чином можна зробити висновок, що в дослідженому сегменті фармацевтичного ринку з 2005 по 2007рр. мала місце значна конкуренція.

Далі нами був розрахований показник адекватної платоспроможності (3) за формулою:

$$C.a.s. = \frac{\bar{P}}{W.a.w} \times 100\% \quad (3)$$

$\bar{P}$  — середня роздрібна ціна препарату за певний період часу;

W.a.w — середня заробітна плата за певний період часу [3].

Були використані дані з попередньо проведеного моніторингу оптових цін та результатів інтерв'ювання керівників аптек м. Харкова та області, проведеного з метою визначення серед-

## ВИХІДНІ ДАНІ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ РОЗРАХУНКУ ПОКАЗНИКА ДОСТУПНОСТІ ПАП

| № з/п | Показники Роки   | 2005 | 2006  | 2007  |
|-------|--|------|-------|-------|
| 1     | $I_x$ — індекс зміни середньої заробітної плати за визначений період | 1,26 | 1,29  | 1,3   |
| 2     | $I_s$ — зведений індекс цін на основні ЛЗ за той же період часу      | 1,04 | 1,07  | 1,08  |
| 3     | $Z_{\min}$ — мінімальна заробітна плата в країні                     | 298  | 375   | 435   |
| 4     | $V_k$ — вартість споживчого кошика в період, що досліджується        | 489  | 574,3 | 649,5 |

нього рівня торгівельної націнки на ПАП. Крім цього, були використані дані офіційного сайту Держкомстату України з приводу визначення середньої заробітної плати за певний період. За результатами аналізу динаміки показника  $Ca.s$  встановлено наступне. На фоні зростання середньої заробітної плати в Україні у 2006 році на 236,74 грн або 29,37% у порівнянні з 2005 роком, а в 2007 році у порівнянні з 2006 роком — на 309,87 грн (29,71%), відмічається суттєве зниження показника  $Ca.s$  по всій сукупності препаратів, що досліджується (рис. 2).

Враховуючи той факт, що ПАП необхідно застосовувати практично протягом всього життя хворого, вищеозначену тенденцію зменшення показника  $Ca.s$  слід оцінити як важливу позитивну соціально-економічну тенденцію. Оптимізм ситуації може лише затьмарити наявність значного зростання інфляції в країні, внаслідок чого купівельна спроможність значної більшості населення суттєво знизилась. Крім цього, в системі охорони здоров'я, на жаль, ще не створені механізми фінансового захисту хронічних хворих, які базуються на принципах обов'язкового медичного страхування.

Наступним етапом дослідження був розрахунок показника доступності ПАП (за формулою 4) та його аналіз згідно даних, що наведені у таблиці 3 [5].

Показник доступності ПАП був розрахований за формулою:

$$D = \frac{I_x \times Z_{\min}}{I_s \times V_k} \quad (4)$$

В результаті досліджень було встановлено, що значення показника доступності (D) ПАП за 2005–2007 роки збільшилося з 0,738 до 0,806. Далі, заданими середньозваженою роздрібною ціною на ПАП у 2007 році вони були розподілені на три цінові групи. Першу (нижчу) групу препаратів склали ті, що мали роздрібну ціну меншу, ніж 20 дол США, другу (середню) — від 20 до 50 дол США, до третьої (вищої) групи були віднесені ПАП з ціною за одну упаковку від 50 дол. США та вище. Результати розподілу препаратів за ціновими групами представлені на рис. 3.

Наявність 77,70% асортименту ПАП в першій ціновій групі слід визначити як ще одну важливу позитивну характеристику асортименту препаратів, що досліджується.

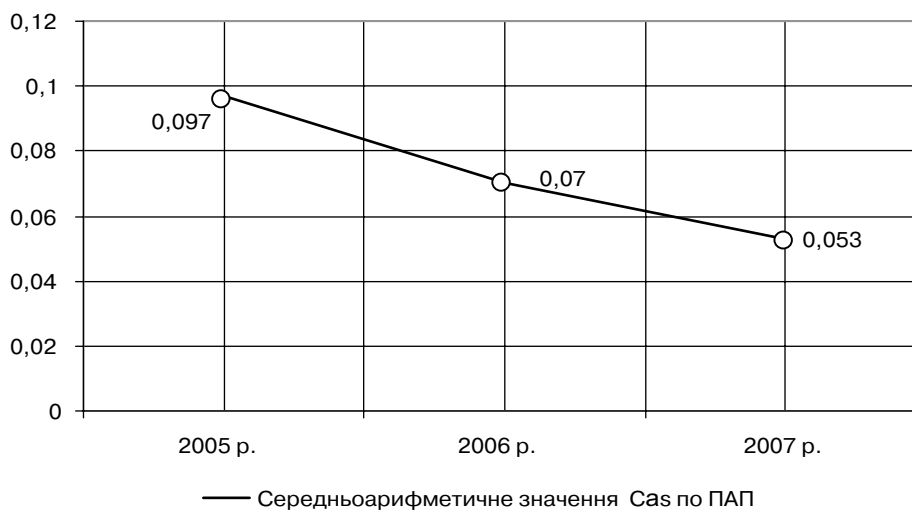


Рис. 2. Аналіз динаміки середнього показника  $Ca.s$  по групі ПАП, що досліджується за 2005–2007рр.

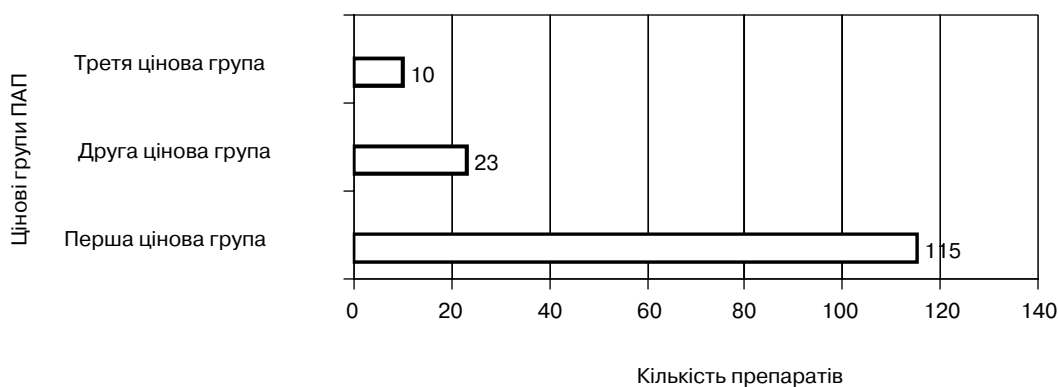


Рис. 3. Ранжування ПАП за ціновими групами (за даними 2007 року)

### ВИСНОВКИ

1. Вітчизняний фармацевтичний ринок ПАП характеризується відносною стабільністю розвитку. За даними реєстрації та пропозиції по ПАП монопольне положення займають імпортні препарати. Розподіл асортименту, що досліджується за лікарською формою, повною мірою відповідає особливостям застосування ПАП з метою досягнення максимального терапевтичного ефекту.
2. Кількісне та якісне різноманіття сучасного асортименту ПАП, представленого на ринку ліків в Україні пов'язане, на жаль, переважно з препаратами, що пропонують іноземні фірми-виробники. Динаміка змін показника  $Slig$  дає змогу стверджувати про загострення конкуренції на сегменті ринку, що досліджувався.
3. Важливими позитивними тенденціями розвитку вітчизняного ринку ПАП є зниження показника  $Ca_s$  протягом трьох років (2005–2007рр.) та, відповідно, збільшення показника доступності (D), а також наявність значної кількості препаратів (приблизно 78%) у першій (нижчій) цінній групі. У подальшому прогнозується, що ринок ПАП буде розвиватись у напрямку підвищення рівня конкуренції, перш за все за рахунок змін цінних характеристик препаратів.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Компендіум 2006 — лекарственные препараты/ Под ред. В.Н. Коваленко, А.П. Вик-

торова. — К.: Морион. — 2006. — С.-К. — 43–44.

2. Лепяхин В.К., Белоусов Ю.В., Моисеев В.С. Клиническая фармакология с международной номенклатурой лекарств: учебник. — М.: Изд-во УДН, 1988. — С. 258–283.
3. Мнушко З.Н., Труфан С.Б. Фармакоэкономическая оценка гипополипдемических лекарственных препаратов// Провизор. — 2002. — № 22. — С. 26–29.
4. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія». — К.: Медінформ. — 2007. — 38 с.
5. Немченко А.С., Галій Л.В., «Моніторинг системи цін на основні лікарські засоби». Методичні рекомендації. — Харків: Вид-во НФаУ. — 2003. — 24 с.
6. Немченко А.С. Фармацевтическое ценообразование. — Харьков: Фирма «Радар», 1999. — 290 с.
7. Статистика: Підручник/ за ред. Герасименка С.С., К.: КНЕУ, 2000. — 467 с.
8. Berndt E.R., Cutter D.M., Frank R.G. et al. Medical Care Prices and On tput// Handbook of Health Economics. — 2001. — Vol. 1A. — 30–35 p.
9. Johnson K.B., Blaisdell C.J., Walker A.B. Effectiveness of a Clinical Pathways for Inpatient Asthma Management// Pediatrics. — 2000. — Vol. 106. — № 5. — 15–21 p.

# НАУКОВІ ПІДХОДИ ДО ПІДБОРУ ТА РОЗВИТКУ ПЕРСОНАЛУ ОРГАНІЗАЦІЙ З РОЗДРІБНОЇ РЕАЛІЗАЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Л. В. ГАЛІЙ, В. М. ТОЛОЧКО

*Національний фармацевтичний університет*

*Ключові слова:* регламентація діяльності спеціалістів фармації, входження спеціаліста до фармацевтичної організації, введення у фармацевтичну посаду

Якщо розглядати управління персоналом як процес, що складається з послідовності певних дій, то підбір персоналу, безумовно, є першоосновою ефективності усього процесу. Забезпечення відповідного підбору спеціалістів та повного розкриття їх потенціалу має вирішальне значення у досягненні успіху організацій в жорстких умовах конкурентної боротьби на фармацевтичному ринку. Фахівці з управління персоналом справедливо вважають, що для ефективного виконання цього завдання керівникам важливо розуміти проблеми, що пов'язані з управлінням персоналом, та розвивати у себе певні управлінські навички [5–8, 10].

Враховуючи зазначене, метою цієї роботи є визначення та обґрунтування наукових підходів до підбору та розвитку персоналу організацій з роздрібною реалізацією лікарських засобів, яким вітчизняні дослідники останнім часом не приділяли уваги.

Встановлено, що запорукою ефективного підбору персоналу в організаціях з роздрібною реалізацією лікарських засобів є визначення чітких критеріїв відповідності працівника як до роботи, яку він виконує, так і до певної організаційної культури, в умовах якої він буде працювати. Іншими словами, необхідно системно планувати підбір персоналу через власне розуміння керівника щодо змістовності роботи та вимог, яким повинен відповідати кандидат на певну фармацевтичну посаду.

Нами науково обґрунтовані методичні підходи до регламентації діяльності спеціалістів фармації, що працюють в організаціях з роздрібною реалізацією лікарських засобів [2]. Вони полягають у послідовному виконанні аналізу роботи, складанні посадової інструкції, аналізу ор-

ганізації та створенні особистісної специфікації спеціаліста на рівні окремого фармацевтичного підприємства.

Але, навіть якщо уявити, що керівнику фармацевтичного підприємства вдалося залучити спеціаліста, що відповідає вимогам як певної посади, так і організації у цілому, це не обов'язково свідчить про те, що працівник без будь-яких труднощів «впишеться» в організаційний контекст. У цьому аспекті важливо розуміння того, що процесом **входження спеціаліста фармації до організації** необхідно управляти.

Дослідження показали, що процес входження працівника до організації займає тривалий час та може бути представлений у вигляді моделі (див. рис. 1). Таким чином, опрацьовані нами питання регламентації діяльності спеціалістів фармації — перший етап зазначеного процесу [2]. За ним слідує: залучення претендентів на певну фармацевтичну посаду; оцінювання претендентів і відбір найкращого з них; узгодження умов трудового контракту із спеціалістом фармації; введення працівника у фармацевтичну посаду. Вкрай важливо постійно здійснювати аудит цих етапів входження спеціаліста до організації стосовно ефективності кожного з них, а також цілісності здійснення усього процесу.

Останній етап — адаптація спеціаліста до роботи та організації або соціалізація — має певну специфіку. Це пояснюється тим, що управління та контроль з боку керівника на цьому етапі обмежені у порівнянні з етапами, які розглянуті вище. Для ефективної соціалізації важливим є сприйняття працівником неформальних норм, правил, процедур, групових цінностей організації, тощо. Соціалізація розпочинається з першого дня перебування працівника у певній



**Рис. 1.** Послідовність входження спеціаліста до фармацевтичної організації

організації та продовжується протягом усього часу його роботи.

Необхідно також зазначити, що у побудованій нами моделі всі етапи взаємопов'язані. Так, процес адаптації спеціаліста до роботи та організації, а саме виникнення очікувань з боку працівника щодо характеру роботи, буде певним чином залежати від того, як були проведені етапи залучення, оцінювання претендентів та введення спеціаліста у фармацевтичну посаду.

Результатом процесу — входження спеціаліста до організації — може бути як його успішна соціалізація, тобто пристосування й прийняття соціальних норм певної організації та її культури, так і неможливість пристосування до них та, у решті решт, зміна місця роботи.

Щодо етапу залучення претендентів на певну фармацевтичну посаду, то сучасними його методами є: заплановані переміщення спеціалістів фармації за результатами атестації; розміщення оголошення безпосередньо у самій організації; розповсюдження власним персоналом інформації про вакансію; розміщення інформації в Інтернеті; використання шкільної або університетської мережі зв'язків керівника; розміщення реклами у професійних або спеціалізованих виданнях; звертання до агенції з працевлаштування та центрів зайнятості; звертання до консультантів з підбору персоналу; залучення попередніх кандидатів.

Таким чином, залучення претендентів на певну фармацевтичну посаду може здійснюватися різними методами [1], але кожний з них потребує ефективної підтримки з боку керівника, що охоплює обробку заяв претендентів, збір рекомендацій, перевірку відомостей та підготовку співбесіди з обмеженою кількістю претендентів.

Як відомо, співбесіда є традиційним методом відбору персоналу [3, 4]. Її використовують практично всі організації, зокрема з роздрібною реалізацією лікарських засобів. Перевагами цього методу вважають можливість встановлювати такі характеристики претендентів як навички міжособистісного спілкування, практичний розум. Під час співбесіди доцільно обговорити зі спеціалістом умови трудового контракту. Але наявність практичного досвіду та навичок щодо виконання роботи не може бути встановлена таким чином. У зв'язку з цим, співбесіду обов'язково доповнюють тестуванням.

Вважаємо, що при відборі персоналу до організації з роздрібною реалізацією лікарських засобів доцільно використовувати тести на професійну придатність, перш за все імітаційні, які передбачають виконання претендентом завдань, що включені до посадової інструкції. Однак, проведення особистісного тестування в умовах організації з роздрібною реалізацією лікарських засобів не завжди є можливим, тому що потре-



Рис. 2. *Обов'язкові складові введення спеціаліста у фармацевтичну посаду*

бує залучення ліцензованих фахівців та значних матеріальних витрат.

Визначальне місце у процесі входження спеціаліста до фармацевтичної організації є введення його у посаду. Під **введенням у фармацевтичну посаду** ми розуміємо комплекс заходів, які має виконати керівник по ознайомленню нового співробітника з організацією та наданню допомоги з метою пристосування його до роботи та оточення. Цей етап найбільш важливий у формуванні подальшої мотивації та відданості спеціаліста певній організації.

Десслер Г. [9] вважає, що проблеми, які виникають у нового співробітника спричинені такими факторами:

- змінами, бо вони викликають відчуття невідповідності;
- нереалістичними сподіваннями — як невідповідністю очікуваних переваг та недоліків нової роботи;
- «неприємною непередбачуваністю» щодо змістовності роботи або фізичного оточення працівника.

Отже, комплекс заходів по введенню у фармацевтичну посаду повинен нівелювати вказані фактори. У залежності від посади, яку обіймає спеціаліст, складності виконуваної роботи та рівня відповідальності визначається тривалість дії цих заходів.

Обов'язкові складові, що були з'ясовані нами, і які необхідно опрацювати керівнику під час введення спеціаліста у фармацевтичну посаду, наведені на рис. 2.

Так, головним питанням складової психологічної підтримки є забезпечення відчуття комфорту та надання спеціалісту фармації необхідної допомоги у перші дні його перебування в організації.

Навчальна складова передбачає проведення навчання стандартам індивідуальної роботи, веденню необхідної звітності, етичним нормам поведінки в організації.

Інформаційна складова націлена на надання працівнику інформації щодо організації та індивідуальної роботи. Він повинен вивчити Устав підприємства, колективний договір, розклад трудового дня, техніку безпеки, посадову інструкцію, тощо.

Таким чином, у сучасних умовах керівникам організацій з роздрібною реалізацією лікарських засобів необхідно розвивати компетенції з ефективного управління введенням спеціаліста у певну фармацевтичну посаду та його входженням до організації у цілому.

## ВИСНОВКИ

1. Входження спеціаліста до організації з роздрібною реалізацією лікарських засобів можна представити у вигляді теоретичної моделі, що охоплює регламентацію діяльності спеціалістів фармації, залучення претендентів, проведення оцінювання та відбору, узгодження умов контракту із спеціалістом та введення його у фармацевтичну посаду.

2. Продуктивне керування запропонованою моделлю буде сприяти підвищенню ефективності та якості праці фармацевтичного персоналу організацій з роздрібною реалізацією лікарських засобів.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Барсукова Е. Кадровые проблемы на фарм-рынке: проблема № 1 — поиск кадров // Аптека. — 2003. — № 48. / [www.apteka.ua](http://www.apteka.ua)
2. Галій Л. В. Науково-методичні підходи до регламентації професійної діяльності спеціалістів фармації / Тези доповідей Всеук-

раїнського конгресу «Сьогодні та майбутнє фармації» (16–19 квітня 2008 р., м. Харків) / Ред. кол.: В. П. Черних та ін. — Х.: Вид-во НФаУ, 2008. — С. 454.

3. Иванова С. В. Искусство подбора персонала: Как оценить человека за час — М.: Альпина Бизнес Букс, 2004. — 158 с.

4. Ковалева О., Юферова Е. Лицом к лицу с будущим сотрудником: как провести эффективное интервью при приеме на работу — М: Рольф, 2001. — 228 с.

5. Найм и развитие персонала: Книга 2: Учебное пособие / Пер. с англ. — Жуковский: МИМ ЛИНК, 2007. — 112 с.

6. Управление персоналом организации: Учебник / Под ред. А. Я. Кибанова. — 2-е изд., доп. и перераб. — М.: ИНФРА-М, 2004 — 638 с.

7. Armstrong M. A Handbook of Personnel Management Practice, 5<sup>th</sup> ed. — London, Kogan Page, 1995. — 585 p.

8. Billsberry J. Finding and Keeping the Right People, 2<sup>nd</sup> ed. — London, Prentice-Hall, 2000. — 264 p.

9. Dessler G. Personnel Management, 4<sup>th</sup> ed. — London, Prentice-Hall, 1988. — 215 p.

10. Marchington M., Wilkinson A. Care Personnel and Development. — London, Institute of Personnel and Development, 1996. — 188 p.

# МОДЕЛЮВАННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКІВ ПОКАЗНИКІВ СТАНУ ІННОВАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ ПІДПРИЄМСТВІ З ЙОГО КАДРОВИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ

О. В. КОЗИРЄВА

*Національний фармацевтичний університет*

*Ключові слова:* інноваційна діяльність, кадровий потенціал, кадровий потенціал інноваційної діяльності, параметрична модель.

**Постановка проблеми.** В сучасних умовах комплексною характеристикою спроможності фармацевтичних підприємств розробляти та впроваджувати нововведення є їх інноваційний потенціал, на рівень якого істотно впливає кадрова складова.

Об'єктивна оцінка та розвиток інноваційних можливостей фармацевтичних підприємств, параметрів та характеристик їх потенціалу мають важливе значення при формуванні та реалізації стратегії інноваційного розвитку.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Проблемам управління інноваційною діяльністю та її кадровою складовою багато уваги

приділяється в наукових працях як іноземних фахівців, так і науковців країн СНД. Серед них можна відзначити таких: Г. Десслер, Р. Марр, А. Файоль, Г. Шмідт, В. Дятлов [6], П. Журавльов [7], А. Кибанов, Е. Маслов, Ю. Одегов, В. Травін, С. Шекшня та ін. Теоретичні, методичні та прикладні аспекти актуальних проблем економіки праці та інноваційної політики дістали значного розвитку в роботах українських учених: Д. Богині [1], Г. Дмитренка [2], А. Колота [3], В. Онікієнка, О. Посилкіної [5], Г. Щокіна [4] та ін.

**Невирішені частини загальної проблеми.** Ступінь теоретичного та методичного опрацювання проблеми підвищення ефективності

Таблиця 1

**СКЛАД ПАРАМЕТРІВ МОДЕЛІ, ЯКІ ХАРАКТЕРИЗУЮТЬ СТАН  
ІННОВАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ**

| Групи показників  | Параметричний зміст показників   | Позначення параметру |
|---|--|----------------------|
| 1. Витратні показники   | 1.1) частка витрат на виконання інноваційної діяльності                                      | $Y_1$                |
|   | 1.2) частка витрат на придбання ліцензій, патентів, ноу-хау                                  | $Y_2$                |
|   | 1.3) витрати на інноваційну діяльність в розрахунку на одного штатного працівника            | $Y_3$                |
| 2. Показники, що характеризують динаміку інноваційної діяльності  | 2.1) середня тривалість процесу розробки оригінального лікарського засобу (нової технології) | $Y_4$                |
|   | 2.2) середня тривалість процесу освоєння оригінального лікарського засобу (нової технології) | $Y_5$                |
| 3. Показники відновлюваності продукції та технологій  | 3.1) кількість виконаних розробок  | $Y_6$                |
|   | 3.2) кількість впроваджених інновацій  | $Y_7$                |
|   | 3.3) частка оригінальних лікарських засобів в загальному обсязі виробництва                  | $Y_8$                |
|   | 3.4) кількість діючих закуплених ліцензій на об'єкти інтелектуальної власності               | $Y_9$                |
|   | 3.5) частка експортованої продукції в загальному обсязі виробництва                          | $Y_{10}$             |
| 4. Показники, що характеризують динаміку одержання охоронних документів і використання об'єктів промислової власності | 4.1) кількість використаних об'єктів промислової власності                                   | $Y_{11}$             |
|   | 4.2) кількість отриманих охоронних документів у патентних відомствах зарубіжних країн        | $Y_{12}$             |
|   | 4.3) кількість отриманих охоронних документів в Держпатенті                                  | $Y_{13}$             |

Таблиця 2

**СКЛАД ПАРАМЕТРІВ МОДЕЛІ, ЩО ХАРАКТЕРИЗУЮТЬ СТАН КАДРОВОЇ  
ПІДСИСТЕМИ ІННОВАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ**

| Групи показників                 | Параметричний зміст показників   | Позначення параметру |
|----------------------------------|--|----------------------|
| 1. Кількісні показники           | 5.1) частка працівників підрозділів інноваційної сфери в загальній чисельності ІТП                       | x1                   |
|                                  | 5.2) частка працівників інноваційної сфери, що мають науковий ступінь кандидата наук за фахом діяльності | x2                   |
|                                  | 5.3) частка працівників інноваційної сфери, що мають науковий ступінь доктора наук за фахом діяльності   | x3                   |
| 2. Якісні показники (керівників) | 6.1) особистісні якості  | x4                   |
|                                  | 6.2) професійно-кваліфікаційні якості  | x5                   |
|                                  | 6.3) ділові і соціальні якості   | x6                   |
|                                  | 6.4) рівень мотивації до інноваційної діяльності   | x7                   |
| 3. Якісні показники (ІТП)        | 7.1) особистісні якості  | x8                   |
|                                  | 7.2) професійно-кваліфікаційні якості  | x9                   |
|                                  | 7.3) ділові і соціальні якості   | x10                  |
|                                  | 7.4) рівень мотивації до інноваційної діяльності   | x11                  |
| 4. Якісні показники (робітників) | 8.1) особистісні якості  | x12                  |
|                                  | 8.2) професійно-кваліфікаційні якості  | x13                  |
|                                  | 8.3) ділові і соціальні якості   | x14                  |
|                                  | 8.4) рівень мотивації до інноваційної діяльності   | x15                  |

використання кадрового потенціалу в ринкових умовах не відповідає сучасним потребам. На сьогодні відсутня цілісна система ефективного управління кадровою складовою інноваційного потенціалу. Крім того, не має загально визнаної точки зору щодо засобів та критеріїв оцінки

впливу кадрової складової на рівень інноваційного потенціалу фармацевтичного підприємства.

**Мета дослідження.** Обґрунтування та розробка інструментарію вдосконалення управління кадровим потенціалом інноваційної діяльності фармацевтичного підприємства.



Таблиця 3

**МАТРИЦЯ КОЕФІЦІЄНТІВ КОРЕЛЯЦІЇ ( $R_{ij}$ ) МІЖ ПАРАМЕТРАМИ МОДЕЛІ  
ЗАЛЕЖНОСТІ ІННОВАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ВІД КАДРОВОЇ СКЛАДОВОЇ**

|     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|     | y1   | y2   | y3   | y4   | y5   | y6   | y7   | y8   | y9   | y10  | y11  | y12  | y13  |
| y1  | 1,00 | 0,80 | 0,98 | 0,76 | 0,63 |      | 0,65 |      |      |      | 0,51 | 0,87 | 0,77 |
| y2  | 0,80 | 1,00 | 0,87 | 0,99 | 0,60 | 0,53 | 0,81 |      |      |      |      | 0,97 |      |
| y3  | 0,98 | 0,87 | 1,00 | 0,85 | 0,55 | 0,56 | 0,78 |      |      |      | 0,58 | 0,90 | 0,71 |
| y4  | 0,76 | 0,99 | 0,85 | 1,00 | 0,54 | 0,60 | 0,80 |      |      |      |      | 0,96 |      |
| y5  | 0,63 | 0,60 | 0,55 | 0,54 | 1,00 |      |      |      |      |      |      | 0,72 |      |
| y6  |      | 0,53 | 0,56 | 0,60 |      | 1,00 | 0,82 |      |      |      | 0,65 |      |      |
| y7  | 0,65 | 0,81 | 0,78 | 0,80 |      | 0,82 | 1,00 |      |      |      | 0,78 | 0,69 |      |
| y8  |      |      |      |      |      |      |      | 1,00 |      | 0,95 |      |      |      |
| y9  |      |      |      |      |      |      |      |      | 1,00 |      |      |      |      |
| y10 |      |      |      |      |      |      |      | 0,95 |      | 1,00 |      |      |      |
| y11 | 0,51 |      | 0,58 |      |      | 0,65 | 0,78 |      |      |      | 1,00 |      | 0,71 |
| y12 | 0,87 | 0,97 | 0,90 | 0,96 | 0,72 |      | 0,69 |      |      |      |      | 1,00 |      |
| y13 | 0,77 |      | 0,71 |      |      |      |      |      |      |      | 0,71 |      | 1,00 |
| x1  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| x2  | 0,91 | 0,64 | 0,85 | 0,64 | 0,67 |      |      |      |      |      |      | 0,79 | 0,66 |
| x3  | 0,92 | 0,66 | 0,86 | 0,65 | 0,71 |      |      |      |      |      |      | 0,81 | 0,66 |
| x4  | 0,61 |      |      |      | 0,96 |      |      |      |      |      |      | 0,61 |      |
| x5  |      |      |      |      |      |      |      |      |      | 0,50 |      |      |      |
| x6  | 0,83 | 0,79 | 0,90 | 0,82 |      | 0,84 | 0,84 |      |      |      | 0,60 | 0,79 | 0,59 |
| x7  | 0,68 | 0,88 | 0,70 | 0,88 | 0,81 |      |      |      |      |      |      | 0,94 |      |
| x8  | 0,96 | 0,84 | 0,99 | 0,84 |      | 0,65 | 0,78 |      |      |      | 0,58 | 0,88 | 0,71 |
| x9  | 0,98 | 0,86 | 0,99 | 0,81 | 0,61 |      | 0,75 |      |      |      | 0,59 | 0,88 | 0,73 |
| x10 | 0,98 | 0,77 | 0,98 | 0,74 |      | 0,54 | 0,73 |      |      |      | 0,64 | 0,81 | 0,82 |
| x11 | 1,00 | 0,81 | 0,99 | 0,78 | 0,58 |      | 0,68 |      |      |      | 0,52 | 0,87 | 0,76 |
| x12 | 0,93 | 0,64 | 0,93 | 0,63 |      | 0,59 | 0,67 |      |      |      | 0,66 | 0,70 | 0,88 |
| x13 | 0,91 |      | 0,84 |      |      |      |      |      |      |      | 0,56 | 0,59 | 0,95 |
| x14 | 0,88 |      | 0,79 |      | 0,55 |      |      |      |      |      | 0,51 | 0,55 | 0,93 |
| x15 | 0,98 | 0,67 | 0,94 | 0,63 | 0,58 |      | 0,57 |      |      |      | 0,54 | 0,76 | 0,87 |

Продовження таблиці 3

|     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|     | x1   | x2   | x3   | x4   | x5   | x6   | x7   | x8   | x9   | x10  | x11  | x12  | x13  | x14  | x15  |
| y1  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| y2  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| y3  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| y4  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| y5  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| y6  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| y7  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| y8  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| y9  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| y10 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| y11 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| y12 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| y13 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| x1  | 1,00 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| x2  |      | 1,00 | 1,00 | 0,74 |      | 0,72 | 0,71 | 0,85 | 0,82 | 0,85 | 0,91 | 0,84 | 0,85 | 0,82 | 0,90 |
| x3  |      |      | 1,00 | 0,77 |      | 0,70 | 0,72 | 0,85 | 0,84 | 0,86 | 0,92 | 0,84 | 0,86 | 0,84 | 0,91 |
| x4  |      |      | 0,74 | 0,77 | 1,00 |      | 0,71 |      | 0,54 |      | 0,56 |      | 0,54 | 0,61 | 0,59 |
| x5  |      |      |      |      | 1,00 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| x6  |      | 0,72 | 0,70 |      |      | 1,00 | 0,57 | 0,95 | 0,84 | 0,89 | 0,87 | 0,89 | 0,68 | 0,56 | 0,77 |
| x7  |      | 0,71 | 0,72 | 0,71 |      | 0,57 | 1,00 | 0,66 | 0,69 | 0,58 | 0,68 |      |      |      | 0,55 |
| x8  |      | 0,85 | 0,85 |      |      | 0,95 | 0,66 | 1,00 | 0,96 | 0,98 | 0,98 | 0,95 | 0,83 | 0,76 | 0,92 |
| x9  |      | 0,82 | 0,84 | 0,54 |      | 0,84 | 0,69 | 0,96 | 1,00 | 0,98 | 0,98 | 0,90 | 0,86 | 0,83 | 0,95 |
| x10 |      | 0,85 | 0,86 |      |      | 0,89 | 0,58 | 0,98 | 0,98 | 1,00 | 0,99 | 0,97 | 0,92 | 0,87 | 0,97 |
| x11 |      | 0,91 | 0,92 | 0,56 |      | 0,87 | 0,68 | 0,98 | 0,98 | 0,99 | 1,00 | 0,95 | 0,90 | 0,85 | 0,97 |
| x12 |      | 0,84 | 0,84 |      |      | 0,89 |      | 0,95 | 0,90 | 0,97 | 0,95 | 1,00 | 0,93 | 0,86 | 0,95 |
| x13 |      | 0,85 | 0,86 | 0,54 |      | 0,68 |      | 0,83 | 0,86 | 0,92 | 0,90 | 0,93 | 1,00 | 0,99 | 0,97 |
| x14 |      | 0,82 | 0,84 | 0,61 |      | 0,56 |      | 0,76 | 0,83 | 0,87 | 0,85 | 0,86 | 0,99 | 1,00 | 0,95 |
| x15 |      | 0,90 | 0,91 | 0,59 |      | 0,77 | 0,55 | 0,92 | 0,95 | 0,97 | 0,97 | 0,95 | 0,97 | 0,95 | 1,00 |

На фармацевтичному підприємстві необхідним є пошук нових форм та методів управління кадрової складової інноваційної діяльності. Необхідність розробки нових підходів до управління кадровим потенціалом інноваційної діяльності, які б призвели до активізації інноваційної діяльності підприємства, обумовила актуальність обраної теми дослідження.

**Основні результати дослідження.** Кадровий потенціал інноваційної діяльності (КПД) фармацевтичного підприємства — це сукупність ділових і особистісних характеристик, знань, здібностей і спроможностей зайнятих на підприємстві працівників, що зумовлюють ступінь їх готовності до процесу розробки оригінальних та генеричних лікарських засобів, а також використання інноваційних технологій в своїй діяльності.

Для оцінки впливу кадрового потенціалу на стан інноваційної діяльності був використаний метод параметричного моделювання, за допомогою якого визначались взаємозв'язки показників стану інноваційної діяльності фармацевтичних підприємств з кількісними і якісними кадровими характеристиками підприємства у контексті готовності кадрів до такої діяльності (параметрами кадрової підсистеми інноваційної діяльності підприємств), а також характер цих взаємозв'язків. Параметрична модель була побудована у вигляді параметричних залежностей:

$$y_j = F_j(X),$$

де  $y_j$  —  $j$ -й параметр, що характеризує стан інноваційної діяльності, з множини параметрів  $Y = \{y_1, y_2, \dots, y_n\}$ ;

$X = \{x_1, x_2, \dots, x_m\}$  — множина параметрів кадрової підсистеми інноваційної діяльності;

$F_j$  — деякі невідомі і шукані функції.

Конкретний параметричний зміст показників, які були використані для побудови параметричної моделі, був визначений з урахуванням можливості одержання необхідних достовірних даних для моделювання.

Склад параметрів моделі, які характеризують стан інноваційної діяльності фармацевтичних підприємств, систематизовано і представлено в табл. 1.

Кадрова складова інноваційної діяльності визначалась за допомогою двох категорій показників:

- кількісних (прямих);
- якісних (непрямих).

Кількісні показники були визначені на основі статистичної звітності фармацевтичних підприємств — вони характеризують чисельність та структуру кадрів підприємства, які зайняті інноваційною діяльністю.

На відміну від кількісних показників, якісні визначались шляхом оцінки особистих якостей працівників, їхньої кваліфікаційної підготовки, мотивації і т.п. відповідно до їх «ідеального» рівня, який забезпечував максимальну готовність і сприйнятливість кадрів підприємства до участі в інноваційній діяльності.

Якісні показники оцінки працівників для цілей параметричного моделювання оцінювались нами за такими групами якостей:

- особистісні якості;
- професійно-кваліфікаційні якості;
- ділові та соціальні якості;
- мотивованість до інноваційної діяльності.

Моделювання кадрової підсистеми інноваційної діяльності підприємств проводилося у розрізі трьох груп працівників:

I група — керівники вищого і середнього рівнів;

II група — інженерно-технічні працівники;

III група — робітники.

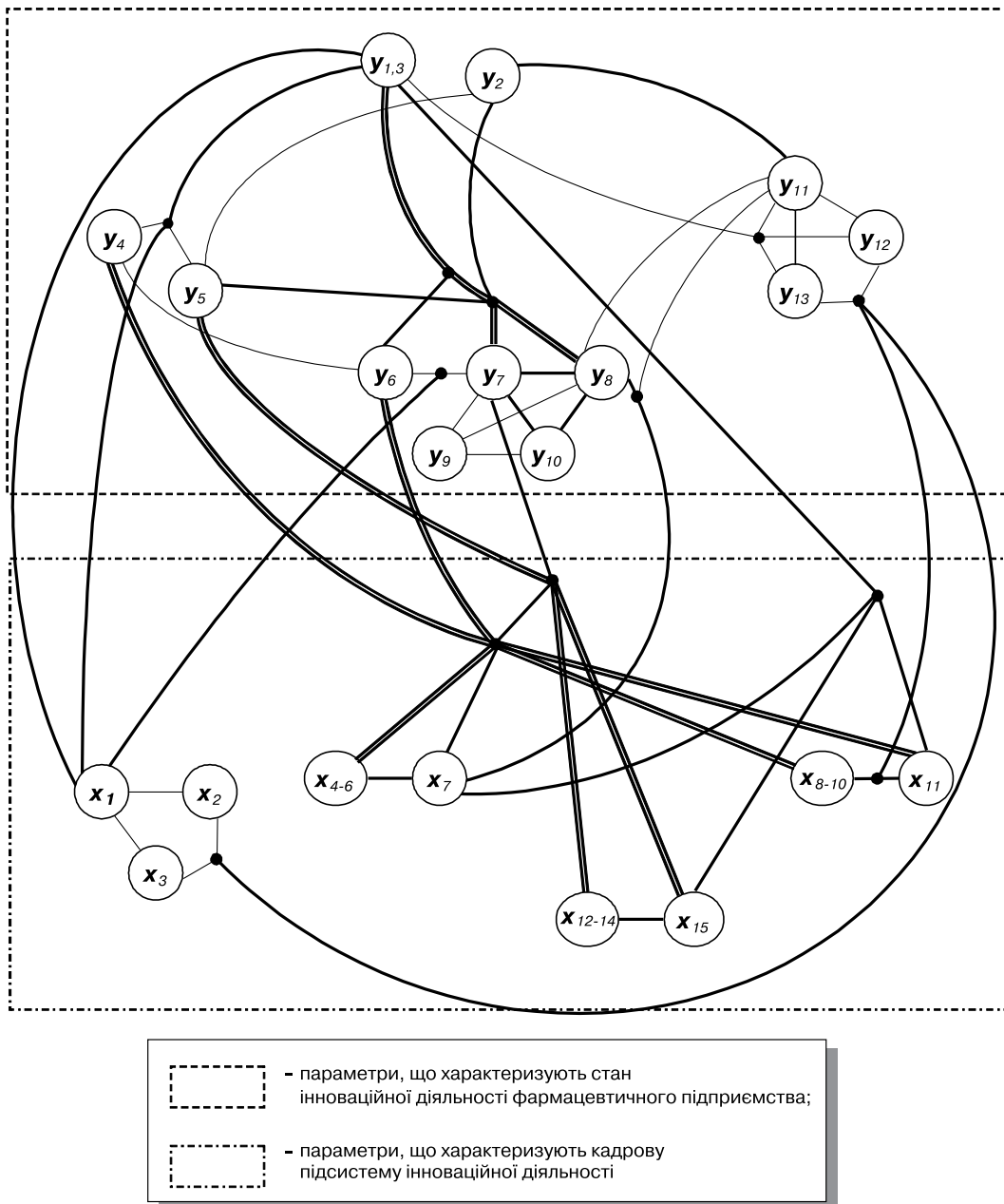
Систематизований склад параметрів, що характеризують кадрову підсистему інноваційної діяльності, представлений в табл. 2.

Інформаційною базою для побудови параметричної моделі з застосуванням зазначеного підходу слугували статистичні дані за 2004–2007 рр. по фармацевтичних підприємствах Харкова та Києва: ТОВ «ФК «Здоров'я», ЗАТ «Біолік», ТОВ «НВФК «Ейм», ЗАТ «Лекхім — Харків», ТОВ ДЗ «ДНЦЛЗ», ВАТ «ХФЗ «Червона зірка», ЗАТ ФФ «Дарниця» та ЗАТ «Київський вітамінний завод».

Таким чином, оскільки були використані дані, зібрані протягом чотирьох років за вісьмома підприємствами, що оцінювалися за допомогою 28 параметрів, для побудови параметричної моделі було використано 32 реалізації 28-вимірної системи.

Знаходження виду функцій  $F_j$  від вищезначених параметрів були визначені кореляційно-регресійними методами. Ці методи мають ряд обмежень, оскільки дають усереднені залежності по сформованих варіантах взаємодії параметрів інноваційної діяльності та її кадрової підсистеми, і мало враховують специфіку окремого підприємства. Проте вони дозволяють в узагальненому вигляді визначити силу і характер впливу параметрів, що характеризують кадрову підсистему інноваційної діяльності підприємств на її результат, і, відповідно, виділити найбільше значущі з них.

З метою спрощення процесу побудови параметричної багатофакторної моделі був використаний метод теорії структури багатовимірної випадкової величини.



**Рис. 1.** Параметрична модель взаємозв'язків показників стану інноваційної діяльності на фармацевтичному підприємстві з кадровими характеристиками

Після систематизованого опрацювання даних була побудована матриця коефіцієнтів парної кореляції для всіх параметрів. Шляхом логічного аналізу реальної природи і механізмів взаємозв'язків параметрів, що досліджуються, експертним методом було обрано граничне значення статистичної значущості  $r_n = 0,50$ . Результуюча матриця коефіцієнтів кореляції, отримана з урахуванням цього порогу, наведена в табл. 3.

Побудований з використанням цієї матриці граф структури системи, де наочно приведені значимі стійкі взаємозв'язки між параметрами

у середині кожного елемента моделі, зображено на рис. 1.

Аналіз кореляційних взаємозв'язків дозволяє зробити висновки про те, що більшість виділених кількісних і якісних кадрових параметрів мають сильний вплив на ті чи інші параметри, що характеризують стан інноваційної діяльності на фармацевтичних підприємствах (особливо на групи показників, що характеризують динаміку інноваційної діяльності; рівень відновлюваності продукції та технологій; показники, що характеризують динаміку і використання об'єктів промислової власності).

## Результати розрахунків окремих функціональних взаємозв'язків параметрів моделі

| Найменування параметру $y_j$  | Рівняння регресії   | R2   |
|---|---|------|
| Частка витрат на виконання інноваційної діяльності                                      | $y_1 = 0,03731x_2 + 1,51545x_6 + 4,04969x_{11} - 0,30402$       | 1,00 |
| Частка витрат на придбання ліцензій, патентів, ноу-хау                                  | $y_2 = 0,096952x_5 + 0,051653x_6 + 0,0574x_7 - 0,00089$         | 1,00 |
| Витрати на інноваційну діяльність в розрахунку на одного працівника                     | $y_3 = 4,444x_7 + 186,550x_9 + 118,072x_8 - 171,890$            | 1,00 |
| Середня тривалість процесу розробки оригінального лікарського засобу (нової технології) | $y_4 = 0,02059x_1 + 4,61179x_6 + 2,33874x_7 - 2,97185$          | 1,00 |
| Середня тривалість процесу освоєння оригінального лікарського засобу (нової технології) | $y_5 = 0,02059x_1 + 4,61179x_6 + 2,33874x_7 - 2,97185$          | 1,00 |
| Кількість виконаних розробок  | $y_6 = 67,6471x_4 + 79,4118x_6 - 4,7353$                        | 1,00 |
| Кількість впроваджених нововведень  | $y_7 = 0,2854x_1 + 60,3239x_6 - 41,5992$                        | 1,00 |
| Частка виробництва оригінальних лікарських засобів в загальному обсязі виробництва      | $y_8 = 2,4066x_3 + 42,6081x_5 + 78,2838x_{10} + 33,4108$        | 1,00 |
| Частка експортованої продукції в загальному обсязі виробництва                          | $y_{10} = 16,7430x_{14} + 32,7318x_5 + 21,5504x_{13} - 19,7090$ | 1,00 |
| Використано об'єктів промислової власності  | $y_{11} = 3,1090x_7 + 15,9337x_6 + 25,5778x_5 + 11,5450$        | 1,00 |
| Кількість винаходів, запатентованих за кордоном   | $y_{12} = 0,0217x_1 + 9,1373x_8 + 6,0552x_7 - 10,1691$          | 1,00 |
| Отримано охоронних документів в Держпатенті   | $y_{13} = 4,7648x_2 + 28,7321x_3 + 34,7648x_{13} - 6,1288$      | 1,00 |

Аналіз тенденції зміни параметрів, що характеризують стан інноваційної діяльності і кадрової підсистеми показав, що взаємозв'язки параметрів носять лінійний характер, тому для їхнього описання доцільно використовувати лінійні функції, результат розрахунку яких представлено у табл. 4.

**Обґрунтування отриманих результатів.** Розрахунки демонструють, що основні показники стану інноваційної діяльності на фармацевтичних підприємствах суттєво залежать від параметрів кадрової підсистеми інноваційної діяльності, а також часто мають взаємний вплив.

Тільки один параметр моделі  $y_9$  (кількість діючих закуплених ліцензій на об'єкти інтелектуальної власності) не має прямих взаємозв'язків з жодним з параметрів кадрової підсистеми інноваційної діяльності.

Узагальнюючи результати моделювання щодо кадрових характеристик, які чинять найсуттєвий вплив на стан інноваційної діяльності, необхідно виділити: частку працівників підрозділів інноваційної сфери; особисті, професійно-кваліфікаційні, ділові й соціальні якості працівників (зокрема, ІТП — на показники, що характеризують динаміку, інтенсивність й насиченість процесів розробки й освоєння інновацій; робітників — на показники, що характеризують процес освоєння інновацій; керівників — на ці та інші показники, що характеризують загальний стан «налагодженості» процесу інноваційної діяльності); рівень їхньої мотивації до інноваційної діяльності.

Як визначилося в процесі моделювання, якісні характеристики, що відбивають ступінь

особистої, кваліфікаційної, соціальної і мотиваційної готовності кадрів, які були залучені до процесу інноваційної діяльності, впливають на стан інноваційної діяльності відносно сильніше, ніж кількісні.

**Висновки та перспективи подальших розвідок.** Таким чином, можна зробити висновок, що зазначені параметри кадрової підсистеми фармацевтичних підприємств є чинниками, що впливають і інтегровано визначають показники ефективності й результативності їхньої інноваційної діяльності.

Напрямки подальших досліджень щодо підвищення кадрового потенціалу полягають в розробці комплексного підходу до управління інноваційною активністю кадрів фармацевтичних підприємств, що істотно вплине на всі сторони сприйняття працівниками інновацій.

## ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Богиня Д. Стимули і антистимули розвитку трудового менталітету в сучасних умовах // Україна: аспекти праці. — 2001. — № 3. — С. 3–10.
2. Дмитренко Г. А. Стратегічний менеджмент: цільове управління персоналом організації: Навч. посібник. — К.: МАУП, 1998. — 188 с.
3. Колот А. Теоретичні й практичні аспекти впливу заробітної плати на мотивацію трудової діяльності // Україна: аспекти праці. — 2000. — № 8. — С. 8.
4. Посилкіна О. В. Інноваційно-інвестиційний розвиток фармацевтичного виробництва: проблеми фінансового забезпечення: Мо-

- нографія / М-во охорони здоров'я України; Нац. фармац. акад. України — Х.: Вид-во НФаУ: Золоті сторінки, 2002. — 528 с.
5. Щокін Г. В. Як ефективно управляти людьми: психологія кадрового менеджменту: Наук.-практ. посібник. — К.: МАУП, 1999. — 400 с.
  6. Дятлов В. А. Управление персоналом: Учеб. пособие. — М.: ПРИОР, 1998. — 345 с.
  7. Журавлев П. В., Карташов С. А., Маусов Н. К., Одегов Ю. Г. Технология управления персоналом. Настольная книга менеджера. — М.: «Экзамен», 2003. — 576 с.

# УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ

О.В. ПОСИЛКІНА, Д-Р ФАРМ. НАУК, ПРОФ.,

Ю.С. БРАТІШКО, АСПИРАНТ

*Національний фармацевтичний університет*

В умовах впровадження у фармацевтичній галузі системи тотального управління якістю (TQM) та переходом фармацевтичних підприємств (ФП) на функціонування згідно вимог міжнародних стандартів якості (ISO) та належної виробничої практики (GMP) важливого значення набуває пошук та реалізація шляхів розвитку наявного на ФП трудового потенціалу (ТП). Головним критерієм вибору стратегії розвитку ТП є її ефективність, що обумовлена наявністю великої кількості фінансових, часових, організаційних та інших обмежень та прагненням ФП максимізувати рівень використання трудових ресурсів. Мотивуючими факторами розробки та реалізації оптимальної стратегії розвитку ТП для ФП є отримання ними статусу соціально-відповідальної організації, створення засад для реалізації принципів TQM та отримання додаткових фінансових результатів від використання ТП.

У процесі впровадження та реалізації систем управління якістю на ФП важливу роль відіграє оцінка рівня використання наявного ТП. По-перше, ТП ФП являє собою найважливішу складову TQM, а саме: ФП під час впровадження систем управління якістю забезпечують організоване оточення для спільної роботи всього персоналу для того, щоб поліпшити якість ЛЗ,

розвинути і підняти рівень вмінь і здібностей персоналу; забезпечити комунікабельність і роботу в команді. По-друге, через концентрацію зусиль і засобів на аспектах підвищення рівня продуктивності праці, поліпшення комунікацій у середині ФП і забезпечення управління їхніми структурними підрозділами забезпечується розвиток ТП ФП [2, 3]. Головними цілями TQM є досягнення сталості в результатах праці персоналу, роз'яснення сутності внеску персоналу у поліпшення якості лікарських засобів [3]. В TQM персонал розглядається як найбільше багатство ФП і передбачається створення всіх необхідних умов для того, щоб максимально розкрити і використовувати його творчий потенціал [2]. Персонал повинен володіти методами роботи в команді, при цьому досягається синергічний ефект, отже сукупний результат роботи персоналу істотно перевершує суму результатів окремих працівників [3]. Практика показує, що кваліфіковане використання методології TQM забезпечує наступні позитивні зрушення у сфері кадрової політики ФП: поліпшення рівня лояльності працівників до ФП; підвищення продуктивності та якості праці; підвищення рівня самоменеджменту персоналу; підвищення рівня моральності персоналу та його задоволення влас-

ною працюю; забезпечення раціонального використання та підвищення якості ТП [3].

Для того, щоб ефективно управляти і розвивати ТП згідно зі стандартами ISO серії 9004, ФП повинні [8]: управляти розвитком навичок і кар'єрою працівників шляхом найму, навчання, командної роботи, створення сприятливих умов для просування співробітників; управляти виконанням робіт, спрямованих на досягнення мети ФП шляхом встановлення індивідуальних і колективних завдань і оцінки їх результатів; підтримувати залучення до ухвалення рішень і заохочувати за виконання робіт шляхом визнання та винагород; гарантувати соціальний діалог за допомогою постійного дослідження потреб своїх співробітників; використовувати інформаційну систему, яка полегшує отримання пропозицій від персоналу [7].

У стандартах GMP прописані такі вимоги відносно персоналу [4, 5]: ФП повинні мати необхідну кількість співробітників з потрібною кваліфікацією й практичним досвідом роботи. Кваліфікований, спеціально підготовлений персонал є гарантом якості продукції та ефективного використання всіх видів ресурсів ФП. А тому, політика ФП повинна бути спрямована на комплектацію штату висококваліфікованими кадрами, які здатні виконувати професійні завдання на високому рівні та забезпечувати умови для підвищення конкурентоспроможності ФП і його економічного росту [5].

Управління ТП також регламентоване у системі менеджменту здоров'я і безпеки на виробництві (OHSAS). У основі стандарту лежить принцип, який демонструє, що недоліки управління призводять до втрат. Людські втрати, включаючи втрату працездатності — це грошові втрати, які зменшують прибуток ФП і є досить істотними [6]. Наявність системи OHSAS на кожному ФП дозволить управляти ризиками і, відповідно, зменшити втрати від зниження рівня здоров'я персоналу.

Ефективність впровадження систем управління якістю на ФП значною мірою залежить від рівня та комплексності розвитку їхнього ТП (рис. 1). Радар, складений за результатами самооцінки діяльності ФП м. Харкова на підставі проведеного анкетування спеціалістів в галузі управління якістю, працівників відділів валідації, забезпечення та контролю якості та ін., представлений на рис. 1. Радар порівняння систем управління якістю дозволяє оцінити вагомість критеріїв, пов'язаних з управлінням персоналом в кожній із розглянутих систем: роль керівництва (1), планування кар'єри (2), використання трудового потенціалу (3), раціональне використання ресурсів (4), управління розвитком персоналу (5),

задоволеність споживачів (6), задоволеність персоналу працюю (7), вплив на суспільство (8), результати роботи персоналу (9).

Таким чином, персонал є найважливішим елементом у всіх розглянутих системах управління якістю, хоча в кожній з них ступінь реалізації окремих складових стратегії управління персоналом певною мірою відрізняється. Як показали проведені дослідження (рис. 1), роль керівництва у системах TQM, ISO та GMP відповідно оцінюється у 88, 54 та 76 балів; найбільша роль ТП спостерігається у системі TQM та складає 95 балів, а в системах ISO та GMP вагомість критеріїв, пов'язаних з ТП оцінюється відповідно у 58 та 56 балів. У системі TQM найбільша роль приділяється наступним напрямкам: планування кар'єри — 74, управління розвитком персоналу — 72, задоволеність споживачів — 96, задоволеність персоналу працюю — 60, результати роботи персоналу — 94 бали. Приблизно однаковим залишається рівень раціонального використання ресурсів, який для TQM, ISO та GMP складає 69, 68, 67 балів відповідно. А взагалі, питання розвитку та управління ТП домінуюче місце займає саме у системі TQM.

Виходячи з вищесказаного, можна зробити висновок, що для досягнення та підтримки високої ефективності систем управління якістю на ФП необхідною є оцінка ТП, розробка стратегії його розвитку та оцінка їх ефективності.

Важливим напрямком формування обґрунтованої стратегії розвитку ТП є оцінка рівня ТП та збалансованості його складових, які суттєво впливають на фінансово-господарські результати діяльності ФП. Рівень наявного ТП ( $I_{ТП}$ ) ФП виражається відповідним інтегральним показником:

$$I_{ТП} = f(K_{\text{кадр}}; K_{\text{соц.з.з}}; K_{\text{орп}}; K_{\text{мог}}; K_{m_i}),$$

де  $K_{\text{кадр}}$  — комплексний показник, що характеризує кадрову складову ТП, що оцінюється за допомогою наступних локальних показників: показник освітнього рівня ( $K_1$ ), показник питомої ваги працівників у віці до 35 років ( $K_2$ ), показник «старіння» персоналу ( $K_3$ ), показник статевої структури персоналу ( $K_4$ ), показник адміністративно-управлінського складу персоналу ( $K_5$ ), показник професійного розвитку ( $K_6$ ), показник кваліфікаційного розвитку ( $K_7$ );

$K_{\text{соц.з.з}}$  — комплексний показник, що характеризує складову соціальної забезпеченості та захищеності ТП, яка оцінюється за допомогою наступних локальних показників: показник соціальної забезпеченості персоналу ( $C_1$ ), показник рівня захворюваності персоналу ( $C_2$ ), показник вільного часу персоналу ( $C_3$ ), показ-

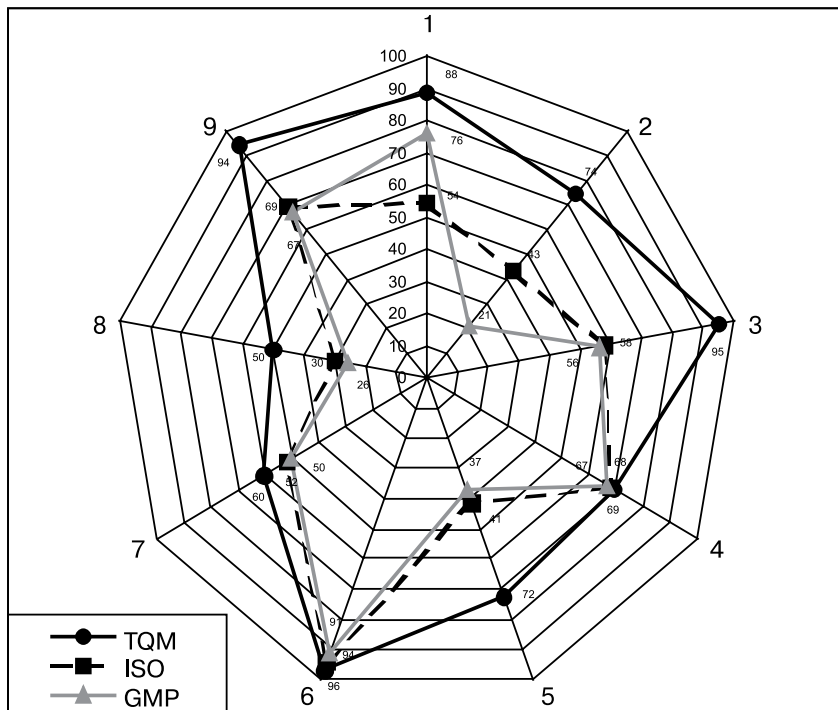


Рис. 1. Радар порівняння критеріїв, пов'язаних з управлінням персоналом у різних системах забезпечення якості

ник питомої ваги середніх витрат на навчання та підвищення кваліфікації у виторгу від реалізації ( $C_4$ );

$K_{\text{орг}}$  — комплексний показник, що характеризує організаційну складову ТП, яка оцінюється за допомогою наступних локальних показників: показник небезпечності праці ( $O_1$ ), показник ефективності використання робочого часу ( $O_2$ ), показник плинності трудових ресурсів ( $O_3$ );

$K_{\text{мот}}$  — комплексний показник, що характеризує мотиваційну складову ТП, яка оцінюється за допомогою наступних локальних показників: показник преміювання ( $M_1$ ), показник участі у капіталі ( $M_2$ ), показник випередження продуктивності ( $M_3$ ), показник відповідності оплати праці ( $M_4$ ), показник ділової кар'єри ( $M_5$ );

$K_{\text{м.і}}$  — комплексний показник, що характеризує творчо-інтелектуальну складову ТП, яка оцінюється за допомогою наступних локальних показників: показник кількості наукових публікацій на одного працівника ( $I_1$ ), показник кількості патентів на одного працівника ( $I_2$ ), показник кількості раціоналістичних пропозицій на одного працівника ( $I_3$ ).

Рівень збалансованості розвитку ТП виражається у розрахованому коефіцієнті синергізму ( $K_{\text{синерг}}$ ), який є кількісним вираженням синергічного ефекту від взаємодії складових ТП та визначається за формулою:

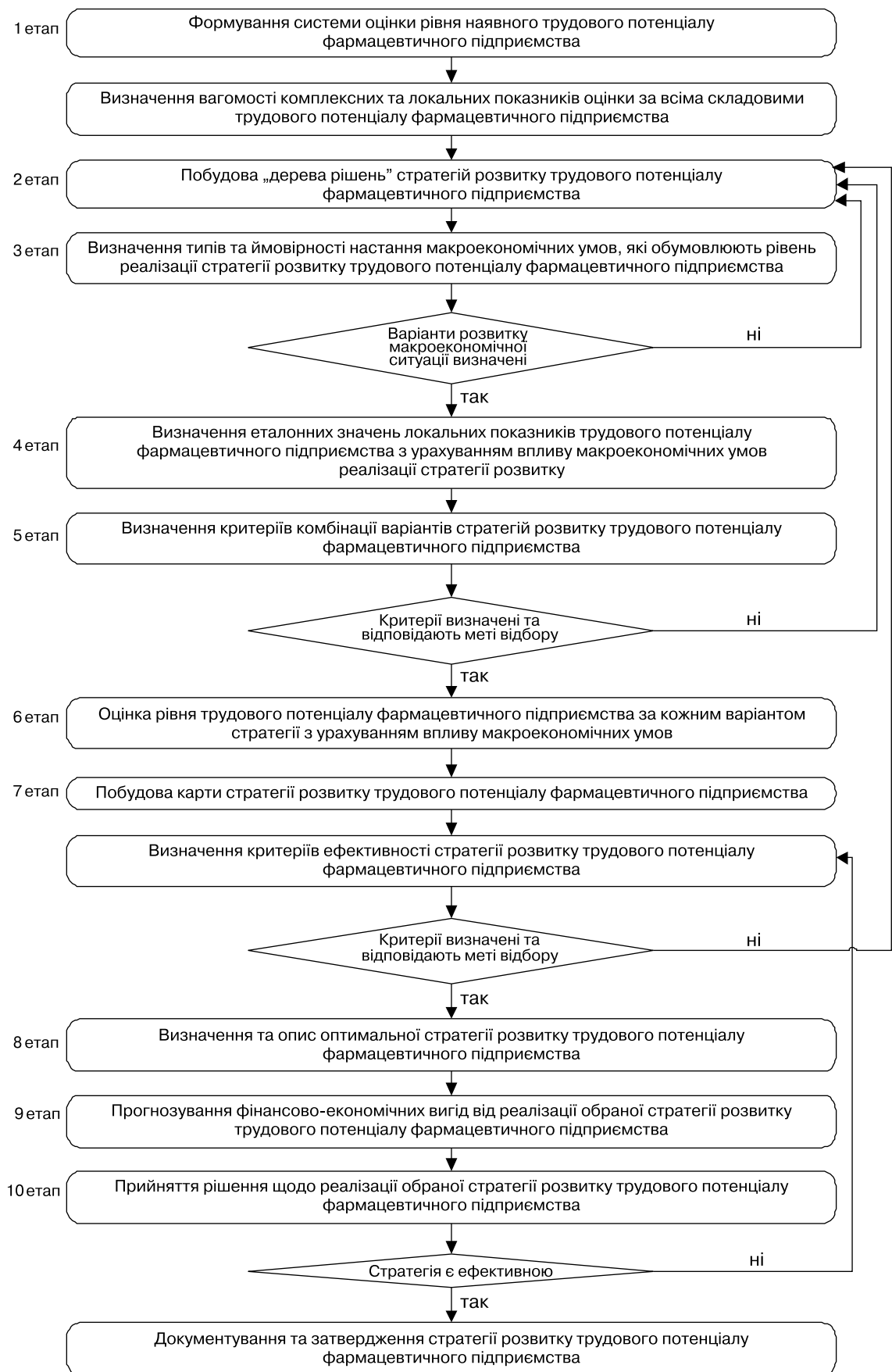
$$K_{\text{синерг}} = \frac{T_{\text{пр}} I_{\text{ТП}}}{\sum_{i=1}^j T_{\text{пр}} K_i}$$

де  $T_{\text{пр}} I_{\text{ТП}}$  — темп приросту величини інтегрального показника ТП;  $T_{\text{пр}} K_i$  — темп приросту  $i$ -того комплексного показника за  $j$ -тою складовою ТП;  $j$  — кількість складових у структурі ТП ФП ( $j = 5$ ).

Про наявність синергічного ефекту від взаємодії складових ТП ФП свідчить нерівність:  $K_{\text{синерг}} > 1$ .

Задача оцінки впливу рівня ТП та його збалансованості на фінансово-господарські результати діяльності ФП вирішується шляхом побудови моделей регресійної залежності. Серед основних показників фінансово-господарської діяльності, які характеризують стан фінансової та операційної діяльності, найбільше значення для ФП мають виручка від реалізації (ВР), чистий прибуток (ЧП) та чистий грошовий потік (ЧГП). Силу зв'язку рівня ТП та зазначених показників доцільно визначати на підставі матриці парної кореляції.

За шкалою Чеддока сила зв'язку визначається розміром коефіцієнту кореляції таким чином: від 0 до 0,1 — зв'язок відсутній; від 0,11 до 0,3 — слабкий зв'язок; від 0,31 до 0,5 — помірний зв'язок; від 0,51 до 0,7 — суттєвий зв'язок; від 0,71 до 0,9 —



**Рис. 2.** Алгоритм оптимізації вибору стратегії розвитку трудового потенціалу



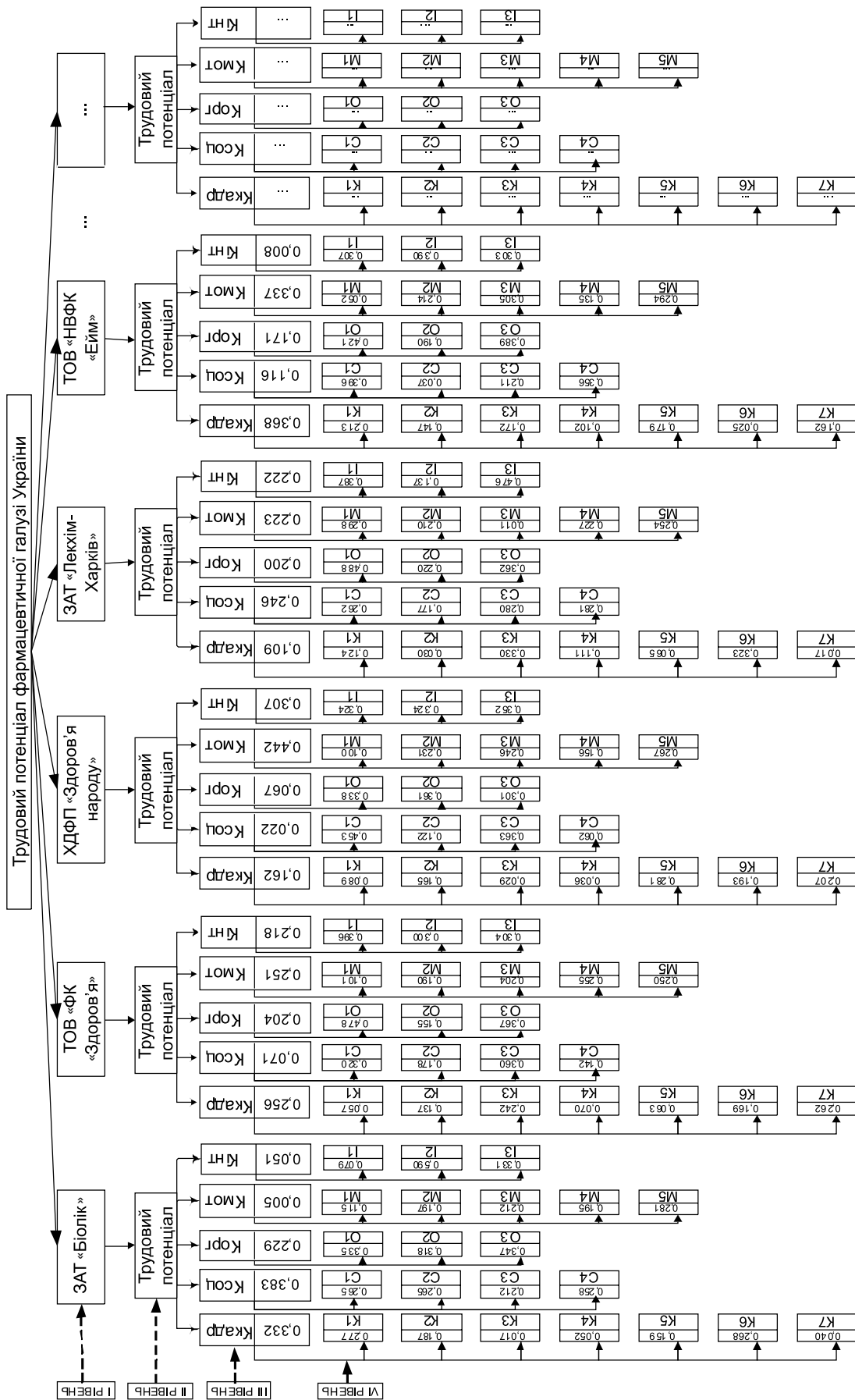


Рис. 3. «Дерево рішень» стратегії розвитку трудового потенціалу фармацевтичних підприємств України

сильний зв'язок; від 0,91 до 1 — дуже сильний зв'язок.

За результатами досліджень коефіцієнт кореляції між рівнем ТП та ЧТП в середньому склав 0,64, між рівнем ТП та ЧП — 0,72, між рівнем ТП та ВР — 0,89. Тому для подальших досліджень доцільним є використання саме показника ВР.

Побудовані моделі множинної регресії впливу рівня ТП та коефіцієнту синергізму на величину ВР кожного з досліджуваних ФП є адекватними за всіма параметрами. Отримані результати наведені у табл. 1. Розроблений алгоритм оптимізації вибору стратегії розвитку ТП ФП наведено на рис. 2.

Вибір оптимальної стратегії розвитку ТП складається з десяти етапів. На першому етапі відбувається формування системи оцінки рівня наявного ТП за інтегральною методикою і визначення вагомості комплексних та локальних показників оцінки за всіма складовими ТП ФП [1]. Наступним етапом є побудова «дерева рішень» (рис. 3), яке є графічним відображенням рівнів оптимізації стратегії розвитку ТП, починаючи з рівня локальних показників оцінки ТП та завершуючи визначенням інтегрального показника ТП за кожним ФП, що досліджується. На третьому етапі визначаються варіанти перебігу макроекономічної ситуації та сила, з якою вони впливають на рівень досягнення результатів впровадження стратегії розвитку ТП. Четвертим етапом оптимізації вибору стратегії розвитку ТП є визначення еталонних значень локальних показників оцінки ТП з урахування варіантів перебігу макроекономічної ситуації. На п'ятому етапі оптимізації вибору стратегії розвитку ТП визначаються критерії комбінації варіантів стратегій. Визначається кількість чистих та змішаних стратегій розвитку ТП. На шостому етапі розраховуються комплексні та інтегральний показник ТП за 253 варіантами реалізації стратегії у сприятливих макроекономічних умовах та за 253 варіантами — у несприятливих. На сьомому етапі, на підставі отриманих результатів впровадження стратегій розвитку ТП, будується карта стратегій розвитку (рис. 4). На карті відбиваються результати оцінки майбутнього рівня ТП за умови реалізації стратегічних заходів його розвитку. Всі карти представляють собою варіанти перебігу макроекономічної ситуації, які обумовлюють рівень результативності стратегії. Кожна крапка на даній карті представляє собою найбільш вірогідне значення інтегрального показника ТП з урахуванням обох варіантів перебігу макроекономічної ситуації. На цьому етапі також

Таблиця 1

Моделі множинної регресійної оцінки впливу рівня трудового потенціалу та коефіцієнту синергізму на виручку від реалізації

|                                     | Номер ФП | Рівняння регресійної залежності                                  |
|-------------------------------------|----------|--|
| Досліджувані ФП України             | 1        | $BP = 77357,6 \times I_{mn} + 579,5 \times K_{\text{СИНЕРГ}}$    |
|                                     | 2        | $BP = 388418,1 \times I_{mn} + 840,3 \times K_{\text{СИНЕРГ}}$   |
|                                     | 3        | $BP = 55502,4 \times I_{mn} + 1495,9 \times K_{\text{СИНЕРГ}}$   |
|                                     | 4        | $BP = 30427,7 \times I_{mn} + 69,9 \times K_{\text{СИНЕРГ}}$     |
|                                     | 5        | $BP = 21949,6 \times I_{mn} + 164,8 \times K_{\text{СИНЕРГ}}$    |
| Досліджувані ФП Республіки Білорусь | 6        | $BP = 31067125 \times I_{mn} + 2635 \times K_{\text{СИНЕРГ}}$    |
|                                     | 7        | $BP = 95331714 \times I_{mn} + 246195 \times K_{\text{СИНЕРГ}}$  |
|                                     | 8        | $BP = 20073978 \times I_{mn} + 10572 \times K_{\text{СИНЕРГ}}$   |
|                                     | 9        | $BP = 148308286 \times I_{mn} + 203815 \times K_{\text{СИНЕРГ}}$ |

відбувається формулювання критеріїв відбору найбільш ефективної стратегії. Ефективними є всі варіанти стратегії розвитку ТП, які сприяють підвищенню рівня майбутнього ТП (всі крапки на рис. 4). Але оптимальною слід вважати стратегію, яка дає максимальний приріст  $I_{\text{ТП}}$  у випадках сприятливої та несприятливої ситуації розвитку середовища. На восьмому етапі визначається та описується оптимальна стратегія розвитку ТП. В нашому випадку найбільш оптимальними є змішані стратегії 130 та 240, відмічені на рис. 6, оскільки вони максимізують найбільш ймовірне значення інтегрального показника ТП в умовах як сприятливого, так і несприятливого перебігу макроекономічних умов їх впровадження. Було визначено, що під номером 130 знаходиться стратегія розвитку ТП, спрямована на збільшення показника К6 (показник професійного розвитку персоналу) та збільшення показника М5 (показник ділової кар'єри персоналу) [1], під номером 240 знаходиться стратегія розвитку ТП, спрямована на збільшення показника М3 (показник випередження продуктивності) та збільшення показника М5 [1]. Приріст інтегрального показника у випадку реалізації стратегій 130 та 240, відповідно складе:

$$\Delta I_{\text{ТП}}^{130} = \frac{I_{\text{ТП}}^{\text{сприят}} + I_{\text{ТП}}^{\text{несприят}}}{2} - I_{\text{ТП}}^{\text{факт}} = \frac{0,218902 + 0,213807}{2} - 0,211418 = 0,005$$

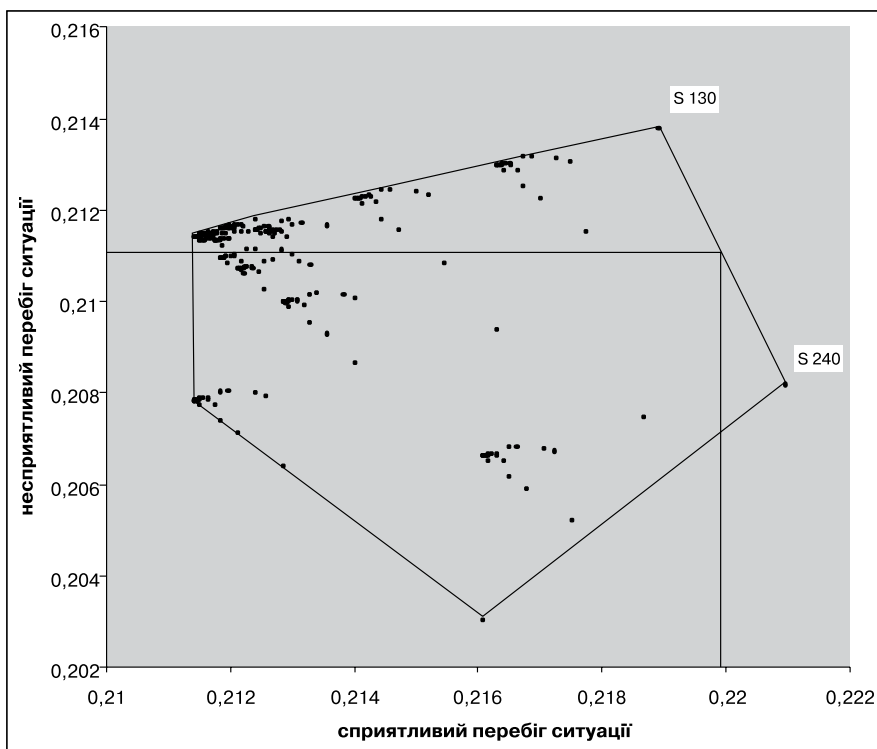


Рис. 4. Карта стратегій розвитку трудового потенціалу фармацевтичного підприємства, що досліджується

$$\Delta I_{\text{тп}}^{240} = \frac{I_{\text{тп}}^{\text{сприят}} + I_{\text{тп}}^{\text{несприят}}}{2} - I_{\text{тп}}^{\text{факт}} = \frac{0,22095 + 0,208179}{2} - 0,211418 = 0,003$$

Таким чином, на дев'ятому етапі за допомогою отриманих моделей регресії (табл. 1) нами була проведена оцінка вигоди від реалізації даної стратегії розвитку ТП. Завершальним етапом є прийняття рішення щодо рівня ефективності обраної стратегії, її ухвалення та документування.

Висновки. Доведена суттєва роль ТП у впровадженні та ефективності функціонування систем управління якістю TQM, ISO та GMP. Побудований радар для оцінки та порівняння значущості критеріїв, пов'язаних з ТП, в різних системах управління якістю. Доведено існування функціонального зв'язку між рівнем і збалансованістю ТП та фінансово-господарськими результатами діяльності ФП. Побудовані моделі регресійної залежності виручки від реалізації від інтегрального показника ТП та коефіцієнту синергізму, який виникає в умовах збалансованого розвитку складових ТП. Запропоновано алгоритм оптимізації процесу вибору ефективної стратегії розвитку ТП в умовах існування ресурсних обмежень на ФП. Проведені розрахунки щодо вибору оптимальної стратегії розвитку ТП на прикладі одного з ФП м. Харкова.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Братішко Ю.С., Посилкіна О.В., Яремчук О.А. Оцінка трудового потенціалу фармацевтичних підприємств. Метод. реком. Х.: вид-во НФаУ, 2008. — 28 с.
2. Владимирцев А.В. Принципы современного менеджмента качества в деятельности по сертификации систем управления // Стандарты и качество. № 5–6, 2001. — С. 142–144.
3. Глудкин О.П., Горбунов Н.М., Гуров А.И., Зорин Ю.В. Всеобщее управление качеством (TQM). М.: «Лаборатория базовых знаний», 2001.
4. Належна виробнича практика лікарських засобів / Під ред. Н. А. Ляпунова, В. А. Загорія, В. П. Георгіївського, Е. П. Безуглій. — К.: МОРИОН, 1999. — С. 56.
5. ОСТ 42-510-98 «Правила организации производства и контроля качества лекарственных средств (GMP)».
6. Скрипкин В.А. OHSAS 18001: безпека і управління ризикам.
7. ISO 9000 Introduction and Support Package: Guidelines on the Process Approach to quality management systems. ISO/TC 176/SC 2/N 544R. 17 May, 2001.
8. ISO/CD2 9004:2000 ИСО 9004:2000 Системы менеджмента качества — Руководство по улучшению деятельности ISO/CD2 9000.

# МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ КОНТРОЛІНГУ НА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВАХ

О.В. Посилкіна, проф., Н.М. Мусієнко  
*Національний фармацевтичний університет*

*Ключові слова:* система контролінгу, оцінка ефективності, фармацевтичні підприємства.

**Постановка проблеми.** Робота в ринкових умовах, необхідність забезпечення певного рівня прибутковості підприємств, постійного зростання їх капіталізації, сталого фінансового стану і стійкої динаміки економічного розвитку потребують впровадження в діяльність фармацевтичних підприємств (ФП) сучасних інструментів і методів управління, зокрема концепції контролінгу. Контролінг — це орієнтована на досягнення цілей інтегрована система інформаційно-аналітичної і методичної підтримки керівництва у процесі планування, контролю, аналізу та прийняття управлінських рішень за усіма функціональними сферами діяльності ФП.

Ця управлінська концепція спрямована на забезпечення високого рівня прибутковості підприємств за рахунок економії на витратах і координації діяльності всіх підрозділів для реалізації загальної стратегії. Таким чином, впровадження цієї концепції на ФП дозволяє узгоджувати інтереси фармвиробників і споживачів фармацевтичної продукції, оскільки, з одного боку, сприяє накопиченню фінансових ресурсів, потрібних для досягнення стратегічної конкурентоспроможності фармвиробників, а з іншого, націлена на максимально ефективне використання ресурсів підприємств, що забезпечує економію на витратах, і в кінцевому підсумку, підвищує доступність ЛЗ.

**Аналіз останніх досліджень з публікацій.** Методологічні засади впровадження системи контролінгу на промислових підприємствах (ПП) розглядаються у працях закордонних та вітчизняних вчених: Дайле А., Майера Е., Хана Д., Карминського А.М., Примака А.Г., Данілочкіна Н.Г., Фалько С.Г., Килимнюка В., Пушка-

ря М.С., Петренко С.Н. та інших. Однак, аспекти оцінки ефективності системи контролінгу не знайшли достатнього вирішення у наукових працях цих авторів. І тільки у дослідженнях Солодовника О.Г., Ващенко Ю.В. та Деменіної О.М. [1, 2, 6] пропонуються певні підходи до оцінки ефективності системи контролінгу на ПП, які, як правило, ґрунтуються на оцінці інвестицій, пов'язаних зі створенням служби контролінгу на підприємстві. Але ці розробки носять більш теоретичний характер і не враховують галузевої специфіки. Тому, на сьогодні актуальним постає питання побудови методики оцінки ефективності впровадження системи контролінгу на ФП.

**Формулювання цілей (завдання) статті.** Метою даної статті є розробка методичних засад щодо оцінки ефективності впровадження та функціонування системи контролінгу на підприємствах фармацевтичної галузі.

**Виклад основного матеріалу досліджень, методів та об'єктів.** Для розробки власних методичних засад щодо оцінки ефективності контролінгу нами був проведений детальний аналіз методик, запропонованих у роботах [1, 2, 6].

Автор роботи [1] вважає, що підходи до аналізу ефективності впровадження системи контролінгу на ПП повинні знаходитись у сфері інвестиційних розрахунків і базуватись на відомих методиках та показниках оцінки ефективності інвестицій. Тому він пропонує застосовувати показник чистої теперішньої вартості впровадження системи контролінгу, який враховує початкові інвестиційні витрати на впровадження системи контролінгу і додаткові інвестиційні витрати, що пов'язані з необхідністю удосконалення системи контролінгу. Як фінансовий результат від реалізації інвестиційного

проекту впровадження системи контролінгу використовується різниця між величиною приросту грошового потоку та величиною додаткових витрат на управління, що пов'язані з функціонуванням системи контролінгу [1].

Отже, використання показника чистої теперішньої вартості для оцінки ефективності впровадження системи контролінгу як інвестиційного проекту на ФП надає певні переваги, властиві цьому методу та широко описані у літературі [4]. Але, з іншого боку, при застосуванні означеного методу виникають певні недоліки та обмеження. Так, при обчисленні величини приросту грошового потоку внаслідок впровадження системи контролінгу не враховуються вплив інших факторів на цей показник. Окрім того, цей метод дозволяє отримати кількісний ефект від впровадження системи контролінгу на підприємстві. Однак, він не надає якісної оцінки ступеня досягнення стратегічних та оперативних цілей у процесі функціонування контролінгу, що є головною метою його впровадження.

У дослідженні [2] описана методика оцінки ефективності впровадження системи контролінгу на підприємствах хімічної та нафтохімічної промисловості, яка ґрунтується на експертному опитуванні спеціалістів. У запропонованих для експертного опитування анкетах питання сформульовані по трьох напрямках, що відбивають головні результати впровадження системи контролінгу: прозорість зв'язку між планами та взаємопов'язаність ключових показників діяльності підприємства; інтеграція стратегічного й оперативного управління; підвищення мотивації за рахунок участі у прибутках та управлінні.

Головною перевагою цього методу є те, що він націлений на виявлення якісних результатів у системі управління після впровадження системи контролінгу. Крім того, цей метод є достатньо простим в застосуванні на практиці. Водночас, він надає суб'єктивну оцінку та не відображає кількісних результатів впровадження системи контролінгу на підприємстві.

У науковій праці [6] ефективність впровадження системи контролінгу пропонується визначати за допомогою методу порівняльної рейтингової оцінки. Його сутність полягає у розрахунку інтегрального коефіцієнту порівняльної рейтингової оцінки, який включає показники, що характеризують економічну ефективність (продуктивність праці, рентабельність реалізованої продукції, фондівіддача, оборотність оборотних засобів) та фінансовий стан (коефіцієнти автономії, маневровості, забезпеченості власни-

ми засобами, поточної ліквідності) та порівнянні значень цих показників до та після впровадження системи контролінгу на підприємстві.

Використання даного методу дозволяє надати кількісну оцінку зміни результативності діяльності ФП до та після впровадження системи контролінгу. Але, цей метод, як і перший, не враховує дію інших факторів, що можуть вплинути на покращення результативності діяльності підприємства після впровадження системи контролінгу.

Таким чином, аналіз методів оцінки ефективності впровадження системи контролінгу на ФП дозволив виявити їх певні недоліки. Тому, ми вважаємо найбільш доцільним для оцінки ефективності впровадження системи контролінгу на вітчизняних ФП використовувати метод, який буде базуватися на синтезі попередньо проаналізованих методів. Це дасть можливість компенсувати недоліки кожного з розглянутих методів та надати більш об'єктивну та адекватну оцінку ефективності впровадження системи контролінгу на ФП.

За запропонованою методикою оцінка ефективності системи контролінгу на ФП повинна проводитися у два етапи. На першому етапі необхідно проаналізувати ефективність впровадження системи контролінгу на підставі дисконтованих методів оцінки. Застосування методу чистої теперішньої вартості дасть можливість визначити абсолютний ефект від впровадження системи контролінгу на ФП та проаналізувати доцільність реалізації цього інвестиційного проекту. Як фінансовий результат від реалізації інвестиційного проекту впровадження системи контролінгу на ФП нами рекомендовано використовувати різницю між величиною приросту чистих грошових надходжень та величиною додаткових управлінських витрат, що пов'язані з функціонуванням системи контролінгу.

З урахуванням вищевикладеного, формула розрахунку показника чистої теперішньої вартості впровадження системи контролінгу на ФП ( $NPV_{\text{КОНТРОЛ}}$ ) має вигляд:

$$NPV_{\text{КОНТРОЛ}} = \sum_{t=1}^n \frac{(\Delta D_t \cdot k_{\text{КОНТРОЛ}} - \Delta V B_t)}{(1+r)^t} - ПВ,$$

де  $\Delta D_t$ ,  $\Delta V B_t$  — відповідно величина приросту чистих грошових надходжень та величина додаткових управлінських витрат, що пов'язані з функціонуванням системи контролінгу в період  $t$ ;

$k_{\text{КОНТРОЛ}}$  — коефіцієнт зростання чистих грошових надходжень у результаті впровадження системи контролінгу на ФП (за оцінкою експертів = 0,04);

$PB$  — величина початкових інвестиційних витрат на впровадження системи контролінгу;

$r$  — ставка дисконтування.

Слід відмітити, що при розрахунку чистих грошових надходжень, які становлять суму чистого прибутку і амортизаційних відрахувань, необхідно враховувати вплив інших факторів на формування цього показника. Для цього нами було проведено експертне опитування провідних спеціалістів ФП щодо впливу результатів впровадження системи контролінгу на формування чистих грошових надходжень. В анкетуванні приймали участь близько 20 експертів, у ролі яких виступали керівники ФП та їх функціональних підрозділів.

Для оцінки ступеня узгодженості висновків експертів використовувався коефіцієнт конкордації, запропонований Кендаллом [3,4]:

$$W = \frac{12}{m^2(n^3 - n)} \sum_{j=1}^n \left( \sum_{i=1}^m (R_{ij} - \frac{n+1}{2}) \right)^2,$$

де  $n$  — кількість об'єктів, що аналізується;

$m$  — кількість експертів;

$R_{ij}$  — ранг  $j$ -го об'єкту, який присвоєний об'єкту  $i$ -тим експертом.

Для оцінки значущості коефіцієнтів конкордації розраховувався критерій Персона- $\chi^2$ , який підпорядковується  $\chi^2$  розподіленню з кількістю ступенів свободи  $f=m-n-1$ :

$$\chi^2 = \frac{12 \cdot S}{m^2(n^3 - n)}.$$

Для оцінки узгодженості висновків експертів на підставі матриці рангів результатів впровадження системи контролінгу на ФП розраховано коефіцієнт конкордації, який дорівнює 0,8158. Це свідчить про високу узгодженість висновків експертів. Критерій  $\chi^2$  дорівнює 68,53. Оскільки фактичне значення критерію Пірсона для 5% рівня значущості дорівнює 7,26 (кількість ступенів свободи  $f=21-5-1=15$ ), тобто  $\chi_{\phi}^2 > \chi_{табл}^2$ , то з вірогідністю 95% можна стверджувати, що узгодженість висновків експертів є не випадковою.

Отже, у результаті проведеного опитування спеціалістів виявлено, що впровадження системи контролінгу сприяє не тільки якісним організаційно-економічним змінам у процесі управління, але й покращенню фінансових результатів господарської діяльності ФП. До основних організаційно-економічних змін експерти віднесли: узгодженість стратегічного і оперативного планування; зростання інформованості менеджерів усіх рівнів управління щодо обраної стратегії підприємства та шляхи її досягнення; мотивація структурних підрозділів за досяг-

нення стратегічних та оперативних показників. В якості результатів покращення фінансово-господарської діяльності експерти обрали: зниження операційних витрат; підвищення обсягів виробництва і реалізації продукції; зростання чистих грошових надходжень. Узагальнення результатів експертної оцінки дозволило оцінити зростання чистих грошових надходжень після впровадження системи контролінгу на ФП, що досліджувались, на рівні 4%.

На другому етапі необхідно проаналізувати ефективність безпосереднього функціонування системи контролінгу, яка оцінюється ступенем досягнення стратегічних та оперативних цілей діяльності ФП у результаті впровадження контролінгу. Для цього нами запропонований показник ефективності функціонування системи контролінгу на ФП, який визначає рівень досягнення стратегічних цілей при умові виконання оперативних цілей діяльності підприємства:

$$E_{\text{КОНТРОЛ}} = \left( \frac{I_{\text{Ф.СТРАТ}}}{I_{\text{ПЛ.СТРАТ}}} \right) : 3K_{\phi}^e,$$

де  $E_{\text{КОНТРОЛ}}$  — показник ефективності функціонування системи контролінгу;

$I_{\text{Ф.СТРАТ}}$ ,  $I_{\text{ПЛ.СТРАТ}}$  — відповідно фактичне та планове значення інтегрального показника рівня реалізації стратегії, розрахованого на підставі співставлення фактичних і планових значень комплексних та локальних показників стратегічної карти ефективності [5];

$3K_{\phi}^e$  — загальний коефіцієнт виконання бюджетів за статтями витрат, який, у свою чергу розраховується за формулою:

$$3K_{\phi}^e = \prod_{i=1}^n K_{\phi_i}^e,$$

де  $K_{\phi_i}^e$  — локальний коефіцієнт виконання бюджетів за статтями витрат, який розраховується на підставі співвідношення планового значення статті витрат бюджету до фактичного.

#### Обґрунтування отриманих результатів.

Як показали проведені дослідження, сьогодні у процес управління вітчизняними ФП запроваджені тільки окремі елементи контролінгу. Серед них: організація діяльності центрів відповідальності, бюджетування, контроль та аналіз виконання бюджетів центрами відповідальності. Результати оцінки ефективності функціонування існуючих елементів контролінгу на ФП, що досліджувались, наведені у таблиці.

За проведеними розрахунками видно, що за період з 2005 по 2007рр. показник ефективності функціонування існуючих елементів контролінгу на ФП, що досліджувались, має тенденцію до зростання на підставі підвищення



**Рисунок.** Алгоритм проведення оцінки ефективності впровадження та функціонування системи контролю на вітчизняних ФП

## Оцінка ефективності функціонування існуючих елементів контролінгу на досліджуваних ФП

| № п/п | Показник  | ТОВ «ФК «Здоров'я» |      |      | ЗАТ «Біолік» |      |      | ХДФП «Здоров'я народу» |      |      |
|-------|---|--------------------|------|------|--------------|------|------|------------------------|------|------|
|       |   | 2005               | 2006 | 2007 | 2005         | 2006 | 2007 | 2005                   | 2006 | 2007 |
| 1     | 2   | 3                  | 4    | 5    | 6            | 7    | 8    | 9                      | 10   | 11   |
| 1.    | Фактичне значення інтегрального показника рівня реалізації стратегії                              | 0,59               | 0,62 | 0,66 | 0,41         | 0,50 | 0,58 | 0,37                   | 0,40 | 0,52 |
| 2.    | Планове значення інтегрального показника рівня реалізації стратегії                               | 0,70               | 0,75 | 0,80 | 0,45         | 0,55 | 0,65 | 0,45                   | 0,50 | 0,55 |
| 3.    | Співвідношення планового і фактичного значення інтегрального показника рівня реалізації стратегії | 0,84               | 0,83 | 0,83 | 0,92         | 0,91 | 0,90 | 0,82                   | 0,80 | 0,94 |
| 4.    | Загальний коефіцієнт виконання бюджетів за статтями витрат  | 1,46               | 1,41 | 1,38 | 3,18         | 2,13 | 1,76 | 2,11                   | 1,91 | 1,88 |
| 5.    | Показник ефективності функціонування системи контролінгу  | 0,58               | 0,59 | 0,60 | 0,29         | 0,43 | 0,52 | 0,39                   | 0,42 | 0,50 |

ступеня обґрунтованості стратегії та посилення контролю рівня виконання бюджетів за статтями витрат на ФП. Це обумовлено тим, що на ФП, що досліджувались, починаючи з 2005 року були утворені центри відповідальності, побудовано процес бюджетування та розроблено методику проведення контролю за виконанням бюджетів. Але, водночас, ефективність функціонування лише окремих елементів контролінгу ще знаходиться на низькому рівні, що підтверджує актуальність впровадження комплексної системи контролінгу з усіма її елементами: підсистемою збалансованих показників ефективності, підсистемою бюджетування, підсистемою контролю і відповідальності за виконанням бюджетів та підсистемою мотивації за досягнення стратегічних і оперативних показників. Це забезпечить синергійний ефект від їх системного впровадження та, у кінцевому підсумку, дозволить покращити фінансові результати господарської діяльності ФП.

Проведені результати оцінки очікуваної ефективності впровадження системи контролінгу на ФП, що досліджувались, дали позитивні результати. Так, на ХДФП «Здоров'я народу», яке відноситься до середніх за розміром ФП (чисельність працівників не перебільшує 300 осіб), з метою впровадження системи контролінгу було запропоновано ввести до штатного розкладу окрему посаду контролера у складі планово-економічного відділу (ПЕВ). Оцінка ефективності впровадження контролінгу на даному ФП оцінюється на рівні 22 тис. грн.

ЗАТ «Біолік» також відноситься до середніх за розміром ФП, але чисельність працівників сьогодні перевищує 700 осіб. Тому, на даному

підприємстві було доведено доцільність утворення сектору контролінгу в межах ПЕВ зі спеціалістами за посадами: контролер-куратор ЦВ та контролер-аналітик. Сектор контролінгу повинен підпорядковуватися безпосередньо фінансовому директору. За проведеними оцінками чиста теперішня вартість впровадження системи контролінгу в умовах ЗАТ «Біолік» складає приблизно 96 тис. грн.

На ТОВ «ФК «Здоров'я», яке відноситься до великих за розміром підприємств (чисельність працівників перебільшує 1200 осіб) доцільне створення відділу контролінгу. Штатний розклад цього відділу повинен включати такі посади: начальник відділу контролінгу, контролер-куратор ЦВ і контролер-аналітик, а функції контролера інформаційних систем на першому етапі доцільно розподіляти між спеціалістами інформаційно-обчислювального центру. Відділ контролінгу повинен підпорядковуватися безпосередньо генеральному директору та бути незалежним від інших фінансово-економічних підрозділів. Чиста теперішня вартість проекту впровадження контролінгу на ТОВ «ФК «Здоров'я» за нашими оцінками перевищує 150 тис. грн.

Запропонований алгоритм оцінки ефективності впровадження та функціонування системи контролінгу на вітчизняних ФП наведений на рисунку.

**Висновки з даного дослідження та перспективи подальших розробок у даному напрямку.** Апробація розроблених методичних засад щодо оцінки ефективності впровадження системи контролінгу на вітчизняних ФП: ТОВ «ФК «Здоров'я», ЗАТ «Біолік», ХДФП «Здоров'я народу»



дали позитивні результати та підтвердили практичну значущість проведеного дослідження. Подальші перспективи наукових досліджень авторів у даному напрямку пов'язані з регламентацією процесу контролінгу на ФП.

#### ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Деменіна О.М. Методика оцінки ефективності системи оперативного контролінгу на промислому підприємстві//Актуальні проблеми економіки. — 2004. — №8. — С. 158–163.
2. Ващенко Ю.В. Формирование системы контроллинга на предприятии (на примере химической и нефтехимической промышленности): Автореф...канд. экон. наук. — Омск, — 2003. — 21 с.
3. Лапач С.Н., Губенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. — К.: МОРИОН, 2000. — 320 с.
4. Посилкіна О.В. Інноваційно-інвестиційний розвиток фармацевтичного виробництва: проблеми фінансового забезпечення: Монографія / М-во охорони здоров'я України; Нац. Фармац. акад. України. — Х.: Вид-во НФаУ: Золоті сторінки, 2002. — 528 с.
5. Посилкіна О.В., Мусієнко Н.М. Методика побудови системи мотивації центрів відповідальності на підставі збалансованих показників ефективності//Матеріали науково-практичної конференції «Формування Національної лікарської політики за умов впровадження медичного страхування: питання освіти, теорії та практики» / М-во охорони здоров'я, НФаУ — Х., 2008. — С. 137–143.
6. Солодовник О.Г. Оперативное управление промышленными предприятиями на основе системы контроллинга: Автореф.канд. экон. наук. — Орел, — 2002. — 20 с.

# ДО ПИТАННЯ РЕГУЛЮВАННЯ РЕКЛАМИ ТА ЕТИЧНОЇ ПРОМОЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

В. М. Толочко, Ю. П. МЕДВЕДЄВА

*Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації  
Національного фармацевтичного університету*

*Ключові слова:* реклама лікарських засобів, етичні критерії, рецептурні лікарські засоби, безрецептурні лікарські засоби, правила належної промоції лікарських засобів, етичні кодекси

## ВСТУП

Проблема соціальної відповідальності фармацевтичного ринку викликає гострі дискусії фармацевтичної спільноти в усьому світі. І якщо брати до уваги сферу обігу лікарських засобів, то можна констатувати, що домінуюча протягом багатьох років парадигма класичного маркетингу, основною метою якої було отримання максимального прибутку, є застарілою. Тому, в багатьох країнах світу відбувається перехід до нових концепцій діяльності — соціально-етичного маркетингу та доктрини фармацевтичної допомоги, які за першочергову задачу ставлять добробут як кон-

кретного споживача, так і суспільства в цілому. В рамках цієї нової парадигми фармацевтичний маркетинг може бути визначений, як процес, за допомогою якого надається кваліфікована, доступна і своєчасна фармацевтична допомога [4].

Оскільки реклама та промоційна робота є однією із складових комплексу маркетингу та просування лікарських засобів на фармацевтичний ринок, то встановлення чітких законодавчих та етичних норм проведення рекламних та промоційних заходів є необхідністю, а головним їх призначенням має бути підтримка та сприяння в наданні фармацевтичної допомо-

ги через раціональне використання лікарських засобів та формування свідомості всіх учасників фармацевтичного ринку [1, 8].

### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Сучасні законодавчі та етичні критерії просування лікарських засобів на ринок призначені для створення основ їх коректного рекламування, побудованого на засадах чесності і добросовісності, тому ці критерії повинні визначати, чи відповідає практика промоції лікарських засобів загальноприйнятим етичним нормам [6].

Нами було проаналізовано сучасні законодавчі та етичні норми проведення рекламних та промоційних заходів лікарських препаратів на Україні та в деяких західних країнах з метою визначення найбільш діючих механізмів їх регулювання, з'ясування існуючих проблемних питань і розповсюджених порушень, а також визначення можливих шляхів їх подолання.

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На Заході існує дві основні моделі законодавчого регулювання реклами лікарських засобів. Наприклад, в США дозволено рекламувати будь-які лікарські засоби, навіть рецептурні, але за неодмінною умовою — вказувати побічні дії. Проте придбати їх без рецепту лікаря практично неможливо, оскільки роздрібний продаж жорстко регламентовано.

Інша модель — європейська, за нею працює більшість європейських країн, зокрема, всі країни ЄС. Відповідно до цієї моделі, для широких верств населення можливо рекламувати тільки безрецептурні лікарські засоби, так само на тлі строгої заборони вільного відпуску рецептурних препаратів [1, 5, 8].

Оскільки одним з пріоритетів української політики є інтеграція в ЄС, то українська законодавча база, яка регламентує рекламу лікарських засобів, побудована за європейською моделлю і максимально гармонізована з нею, зокрема, з Директивою Ради ЄС від 31 березня 1992 року «Про рекламування лікарських препаратів для людини» (92/28/ЄЕС), що була введена в національні законодавства держав ЄС з 1 січня 1993 року.

В Україні принципи реклами лікарських засобів регулюються двома основними законами: «Про лікарські засоби» від 04.04.1996, зі змінами і доповненнями від 30.06.1999 № 123/96 — ВР, та Законом України «Про рекламу» від 03.07.1996 р., зі змінами і доповненнями від 23.02.2006 р. № 3480-IV. Головним положенням цих законів є заборона реклами рецептурних лікарських засобів для широких верств населення і дозвіл на рекламу безрецептурних.

Особливу увагу в цьому законі приділено змісту рекламних матеріалів безрецептурних лікарських засобів, оскільки для ряду споживачів така реклама є одним з основних джерел інформації, і тому має значний вплив на формування ринку безрецептурних препаратів [1, 7].

Але існує ряд рекламних заходів, які порушують «дух закону, але не літеру закону», у зв'язку з чим авторів такої рекламної продукції практично неможливо притягнути до відповідальності. Серед них найчастіше зустрічаються:

1) Медикалізація соціальних проблем і звичайних життєвих ситуацій, яка особливо часто використовується для просування групи лікарських засобів, що впливають на психоемоційну сферу і які рекомендовано для «корекції» таких соціальних проблем як, наприклад, синдром «ділової жінки», синдром «бізнесмена», синдром «домогосподарки», тощо;

2) Надання нормальним фізіологічним станом людини статусу патологічного стану, який потребує медикаментозного лікування, наприклад, замісна гормональна терапія при менопаузі;

3) Перенесення основного акценту споживача на другорядні якості лікарських засобів, такі як запах, смак, зручна упаковка, що призводить до прямого маніпулювання його свідомістю;

4) Представлення рецептурних препаратів для широких верств населення фахівцями з охорони здоров'я в рамках проведення науково-популярних передач, що самі по собі не є рекламою.

Наведені порушення призводять до зловживання лікарськими засобами, популяризації самолікування та зростання випадків інтоксикації і ускладнень, що викликані неправильним застосуванням лікарських препаратів.

Просування рецептурних препаратів відрізняється тим, що рекламні стратегії тут орієнтовані не на кінцевого споживача, а на посередника між компанією і пацієнтом — лікаря, тому головна роль в їх просуванні надана саме медичним представникам. При цьому, на тлі зниження ефективності реклами в засобах мас-медіа ними все більше здійснюється промоція і безрецептурних лікарських засобів.

В країнах ЄС контроль за дотриманням правил належної промоції здійснюється за декількома напрямками.

По-перше, основні етичні критерії і положення доброякісної промоції лікарських засобів і їх реклами викладено в Директиві Ради ЄС (92/28/ЄЕС), таким чином етичні норми одночасно є і правовими нормами. У цьому документі існує ряд вимог до організації промоції, що допомагають уникнути маркетингового пресингу лікарів та провізорів. Так, вважаються неприй-

нятними дії по організації будь-яких конкурсів, акцій, лотерейних розиграшів і тому подібних дій, що направлені на професіоналів з охорони здоров'я і мають за мету отримання ними негайних або відстрочених матеріальних вигод від призначення або рекомендації певних фармацевтичних продуктів. Порухення положень цієї Директиви може призвести до адміністративної або кримінальної відповідальності.

По-друге, активно працює система самоконтролю завдяки підписанню основними виробниками лікарських засобів етичних кодексів належної промоції. Основними такими кодексами є Кодекс маркетингової практики для фармацевтичних виробників Європейської бізнес-асоціації, Етичний кодекс Асоціації міжнародних фармацевтичних виробників, Етичний кодекс Міжнародної федерації виробників фармацевтичної продукції.

Діють базові норми і критерії відповідності промоційних матеріалів лікарських засобів вимогам цих Кодексів, а контроль за дотриманням належних правил промоції і реклами лікарських засобів здійснює Всесвітня федерація організацій споживачів [1, 8-9].

В Україні, на жаль, законодавчий документ, що регламентує належну промоцію лікарських засобів, на даний час відсутній, тому методи недобросовісної промоційної роботи та прямого маркетингового пресингу фахівців з охорони здоров'я є «нормою» роботи багатьох фірм. З метою гармонізації вітчизняного ринку з країнами ЄС в цьому напрямку вже зроблено перший крок — розроблено проект Правил належної промоції фармацевтичними компаніями лікарських засобів професіоналам з охорони здоров'я, але приєднання до цього кодексу є добровільним. Підготовлено «Етичні стандарти та правила поведінки медичних представників фірми-виробника лікарських засобів в Україні», однак цей документ також носить рекомендаційний характер. Прийняття таких документів є основою вступу нашої держави в ЄС, де такі «професійні кодекси» забезпечують етичну взаємодію та взаєморозуміння між провізорами, лікарями та споживачами [2-3].

## ВИСНОВКИ

- 1) Сучасна тенденція переходу світового фармацевтичного ринку до нової парадигми соціально-етичного маркетингу та фармацевтичної допомоги потребує формування відповідної законодавчої та етичної бази рекламування та промоції лікарських засобів в нових умовах.
- 2) Реклама та промоційна робота є однією зі складових комплексів маркетингу та про-

сування лікарських засобів на фармацевтичний ринок, тому встановлення чітких законодавчих та етичних норм проведення рекламних та промоційних кампаній є важливою необхідністю.

- 3) Аналіз західних та вітчизняних моделей законодавчої бази щодо реклами та промоції лікарських засобів показав, що українська модель за основними пунктами є близькою до європейської, але остання характеризується більш суворою відповідальністю за порушення в цій сфері.
- 4) Український фармацевтичний ринок також потребує закріплення на законодавчому рівні основних засад етичних правил промоції лікарських засобів і суворої відповідальності за їх порушення.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бронникова О. Промоция и реклама лекарственных средств — вопросы этики // Провизор. — 2006. — № 8. — С. 3–5.
2. Етична декларація поведінки фахівців, зайнятих у сфері створення, виробництва, обігу, промоції та реклами лікарських засобів (аптеки, ЛПЗ)/ О. М. Гриценко, М. С. Пономаренко, В. А. Святиня. — Київ — 2007. — 12 с.
3. Етичні стандарти та правила поведінки медичного представника фірми-виробника лікарських засобів в Україні/ М. С. Пономаренко, В. О. Борищук, А. А. Бабський. — Київ — 2007. — 12 с.
4. Лопатин П. В. Социальная ответственность фармынка // Российские аптеки. — 2008. — № 7. — С. 11–14.
5. Некраха Т. В. Лекарства и реклама // Провизор. — 2004. — № 19. — Доступний з: [http://www.provisor.com.ua/archive/2004/N19/art\\_03.htm](http://www.provisor.com.ua/archive/2004/N19/art_03.htm)
6. Руководство ВОЗ: Этические критерии продвижения лекарственных средств\*. Ethical criteria for medicinal drug promotion World Health Organization, 1988 // Український медичний часопис. — 2007. — № 1(57). — Доступний з: [www.umj.com.ua/arhiv/57/index.php](http://www.umj.com.ua/arhiv/57/index.php)
7. Україна. Закон «Про рекламу» від 03.07.96 № 270/96-ВР із змінами та доповненнями. Доступний з: [www.dpa-zp.gov.ua/index.php?article=489](http://www.dpa-zp.gov.ua/index.php?article=489)
8. Davis Hugh G. Pharmaceutical marketing. — 2005. — [Цит. 2005, 7 апреля].- Доступний з: <http://newinpharmaceuticalmarketing.blogspot.com/>
9. Gardner N. Doctors not influenced by pharmaceutical marketing tactics. — 2004. — [Цит. 2004, 8 декабря]. — Доступний з: <http://www.medicalnewstoday.com/articles/17469.php>

# РОЗРОБКА ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНИХ ПРИНЦИПІВ ФУНКЦІОНУВАННЯ СТРАХОВОЇ РЕЦЕПТУРИ В УМОВАХ ОБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

А.С. НЕМЧЕНКО, Г.Л. ПАНФІЛОВА

*Ключові слова:* обов'язкове медичне страхування; страховий рецепт; страхова рецептура; фармація

Значною кількістю законодавчих актів в Україні задекларовані євроінтеграційні наміри щодо реформування національної охорони здоров'я. Одним зі шляхів реалізації вказаних намірів є впровадження системи загальнообов'язкового медичного страхування, яка функціонує у багатьох країнах ЄС. Російський досвід переходу від бюджетної, планової моделі охорони здоров'я, яка існувала на теренах колишнього СРСР протягом декількох десятиріч до моделі загальнодержавного обов'язкового медичного страхування (ОМС), свідчить про наступне. Впровадження нової, з організаційно-економічної точки зору, моделі реформування охорони здоров'я на базі існуючої інфраструктури та структури кадрів є досить складним процесом з непередбачуваним розвитком подій. В перспективі, за умов впровадження в Україні ОМС, на аптечні заклади будуть покладені важливі соціально-економічні функції по забезпеченню певних груп населення та категорій хворих пільговою або безоплатною фармацевтичною допомогою. Реалізація вказаних функцій на фоні законодавчо-нормативної невизначеності ОМС та відсутності досвіду страхових відносин в охороні здоров'я об'єктивно можуть мати негативні наслідки для вітчизняної фармації. Тому роботи, в яких розглядаються проблеми впровадження ОМС в практичну діяльність аптечних закладів, що розглядаються в площині російського та європейського досвіду страхових відносин в системі охорони здоров'я, мають особливу актуальність. Метою наших досліджень стала розробка організаційно-економічних принципів впровадження страхової рецепту-

ри у практичну діяльність аптечних закладів за умов функціонування ОМС. Для вирішення поставленої мети були розроблені такі завдання: провести історіографічний аналіз законодавчо-нормативної бази, яка регулювала рецептурний відпуск ліків у колишньому СРСР та в Україні; за допомогою логічного аналізу визначити основні проблеми організації рецептурного відпуску ліків, що потребують негайного вирішення за умов впровадження ОМС; дати визначення поняттям «страховий рецепт» та «страхова рецептура»; розробити модель страхового рецепту; визначити функції аптечних закладів в моделі ОМС як суб'єктів процесу забезпечення населення пільговою або безоплатною фармацевтичною допомогою.

У класичному визначенні «рецепт — це письмове звернення встановленої форми лікаря в аптеку до фармацевта/провізора про відпуск хворому лікарського препарату (ЛП) у відповідній дозі або виготовлення препарату із зазначенням способу його використання» [9]. Згідно директиви Ради ЄС від 31.03.1992 р. «Про визначення категорій лікарських препаратів для людини» (92/26/ЄЕС) поняття «рецепт» визначається як припис на ЛП, що виписав спеціаліст, який має на це право [2]. В ефективно працюючих системах охорони здоров'я рецепт повинен виконувати п'ять основних функцій: медичну; юридичну; технологічну; економічну або фінансово-господарську та соціальну. Для деталізації обліку рецептів та контролю ефективності виконання вищезначених функцій у системі охорони здоров'я колишнього СРСР та в Україні історично існували декілька форм рецептурних бланків [1, 3–5, 8–11].

**ІСТОРИОГРАФІЧНИЙ АНАЛІЗ ЗАКОНОДАВЧО-НОРМАТИВНОЇ БАЗИ,  
ЩО РЕГУЛЮВАЛА РЕЦЕПТУРНИЙ ВІДПУСК ЛП У КОЛИШНЬОМУ СРСР**

| № п/п | Законодавчо-нормативна база  | Форми рецептурних бланків  | Порядок виписування та відпуску ЛП  |
|-------|--|--|---|
| 1     | Наказ МОЗ СРСР від 3.06.1968р. № 523   | Рецептурний бланк<br><br>Спеціальний бланк   | Для виписування за повну вартість ЛП, що містять отруйні речовини (один пропис) та інших ліків (не більше двох прописів) – окрім наркотичних лікарських засоби (ЛЗ).<br><br>Виписувались наркотичні ЛЗ та прирівняні до них по відпуску (анадол, деморфан, настойка опію, екстракт опію сухий, кокаїну гідрохлорид та інші) за повну вартість. До 1968 року існували спеціальні бланки рожевого кольору (для використання ЛП лікарями державних ЛПЗ) та бірюзові (для лікарів, які займались приватною практикою). Можна було виписувати лише один ЛП. Бланк суворої звітності.   |
| 2     | Наказ МОЗ СРСР від 25.02.1982р. № 175<br><br>Наказ МОЗ СРСР від 12.08.1988р. № 645 | Форма №1 (форма 107/у)<br><br>Форма №2 (форма 108/у)<br><br>Форма бланка № 148 – 1/у-88<br><br>Спеціальний рецептурний бланк | Для виписування ЛП дорослим і дітям за повну вартість. Виписувався один ЛП у разі, коли до його складу входив отруйний або наркотичний засіб або два у випадку прописування простих та сильнодіючих ЛП.<br><br>Для виписування ЛП на пільгових (20% сплати вартості ліків) та безоплатних умовах. Можна було виписувати лише один лікарський пропис.<br><br>Спростовував дію Наказу МОЗ СРСР № 175 від 25.02.1982 р. стосовно форми рецептурного бланку №108-у. Використовувався для виписування ЛП на безоплатних та пільгових умовах та препаратів, що підлягають предметно-кількісному обліку (за повну вартість), у тому числі тих, що обмежено поступають до аптечних закладів, так звані дефіцитні ЛП. Було дозволено виписувати лише один препарат. Бланк мав чотирьохзначну серію, яка присвоювалась певним територіям СРСР, та шестизначний номер. Бланк суворої звітності. Облік бланків здійснювався у формі документу обліку Ф. № 448.<br><br>Для виписування та відпуску наркотичних і прирівняних до них ЛП (дипидолар, декстропропоксифен, кокаїну гідрохлорид, омнопон, промедол та інші) у чистому вигляді або у суміші з індиферентними наповнювачем за повну вартість. На рецепті можна було оформляти лише один лікарський пропис. Бланк суворої звітності. |

Як бачимо, за даними табл. 1 та 2 у вітчизняній охороні здоров'я традиційно існувало три форми бланка — форма №1 (для відпуску ліків за повну вартість), форма №2 (відпуск ліків на пільгових та безоплатних умовах), форма №3 (виписування та відпуск наркотичних та прирівняних до них за відпуском ЛП). Історіографічний аналіз законодавчо-нормативного регулювання рецептурного відпуску ЛП показав, що форма рецептурного бланку №2 за умов функціонування моделі планової, бюджетної медицини виконувала соціальну функцію як пріоритетну. Перелік категорій населення та груп хворих, яким державою було гарантовано надання пільгової або безоплатної амбулаторно-поліклінічної допомоги постійно розширювався. Відсоток компенсації вартості ЛП з боку держави у різні періоди складав від 20% до 100%. Міністерству охорони здоров'я

СРСР та Раді Міністерств союзних республік було надано право організації на місцевому рівні безоплатного забезпечення ліками окремих груп населення, наприклад, тіреотропними, антигельмінтними препаратами, тощо [9].

Після розпаду СРСР, з появою значного дефіциту коштів в охороні здоров'я виконання соціальної функції рецептів з об'єктивних причин стало проблематичним. З іншого боку, Постановами КМУ №1303 від 17.08.98р. та №389 від 7.09.1993р. було задекларовано перелік категорій населення та груп хворих, яким державою гарантовано надання пільгової (50%) або безоплатної фармацевтичної допомоги [11,12]. На практиці обмеженість коштів звела нанівець виконання всіх соціальних гарантій пільгового фармацевтичного забезпечення населення. У цих умовах форма рецептурного бланку №2

**РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ЗАКОНОДАВЧО-НОРМАТИВНОЇ БАЗИ ПО  
ОРГАНІЗАЦІЇ ТА РЕГУЛЮВАННЮ РЕЦЕПТУРНОГО ВІДПУСКУ ЛП В УКРАЇНІ**

| № п/п | Основні (базові) нормативні акти, щодо організації рецептурного відпуску ліків                                | Форми рецептурних бланків                       | Порядок виписування та відпуску ЛП   |
|-------|---|---|--|
| 1     | Наказ МОЗ України від 30.06.1994 р. № 117   | <p>Форма №1</p> <p>Форма №2</p> <p>Форма №3</p> | <p>Регламентував виписування до трьох найменувань ЛП, крім випадків, коли до їх складу входять ліки, що знаходились на предметно-кількісному обліку.</p> <p>Використовувався для виписування ЛП дітям до 3-х років та дорослим за повну вартість. Наркотики та прирівняні до них ліки в суміші з неіндиферентними наповнювачами необхідно було завіряти додатково печаткою «Для рецептів».</p> <p>Для виписування та відпуску ЛЗ на пільгових (50%) та безоплатних умовах. Крім цього, використовувалась для виписування та відпуску препаратів з одурманюючою дією за повну вартість (мазь «Супореф», клофелін, циклодол та інші). Можна було виписувати лише один ЛП. В обов'язковому порядку рецепт необхідно було звірити печаткою «Для рецептів».</p> <p>Для виписування та відпуску наркотичних та прирівняних до них ЛП, транквілізаторів, прекурсорів у чистому вигляді або в суміші з індиферентними наповнювачами, естоціна гідрохлорида, фіпранона, дезопімона, пахікарпіна гідрохлорида у рецепті можна було оформляти лише один пропис. Бланк суворой звітності</p> |
| 2     | Наказ МОЗ України № 360 від 10.07.2005р. та Постанова КМУ № 58 від 18.01.2003р. з уточненнями та доповненнями | <p>Форма №1</p> <p>Форма № 3</p>                | <p>Для виписування ЛП та виробів медичного призначення, що відпускаються за повну вартість (до трьох препаратів), безоплатно та з оплатою 50% їх вартості (один лікарський припис). Крім цього, на формі №1 повинні виписуватись ЛП, що підлягають предметно-кількісному обліку (окрім наркотичних та прирівняних до них ліків, прекурсорів у чистому вигляді та транквілізаторів.</p> <p>Можна виписувати лише один лікарський пропис. Використовується для виписування та відпуску наркотичних та прирівняних до них ЛП, прекурсорів в чистому вигляді або в суміші з індиферентними речовинами, а також трамadolu, транквілізаторів. Бланки суворой звітності.</p>  |

втратила своє значення й наказом МОЗ України №360 була спростована, а виконання соціальної функції було перекладено на форму №1 [5]. Впровадження дії наказу МОЗ України № 360 стосовно форми бланку №2 треба розглядати як індикатор об'єктивної втрати рецептами їх важливої соціальної функції. Для соціально орієнтованої моделі держави, яка задекларована в Конституції України, вказаний факт є недопустимим.

За умов впровадження ОМС аптека постає одним із центральних суб'єктів страхових відносин. Ефективність функціонування моделі ОМС буде мати безпосередній вплив на показники роботи аптекних закладів, а саме товарообіг, рецептуру, прибуток, рентабельність діяльності, тощо. Тому розробка та впровадження раціональних, з організаційно-економічної точки зору, принципів впровадження рецептурного відпуску ЛП у практику страхових відносин постає як важливе соціально-економічне завдання. Ке-

руючись результатами проведеного ретроспективного аналізу нормативно-правової бази по організації та регулюванню рецептурного відпуску ЛП та власних досліджень з методології впровадження ОМС, вважаємо доцільним повернення до трьох форм рецептурних бланків. Форма бланка №1 необхідна для виписування та відпуску за повну вартість ЛП категоріями населення та групи хворих, які не мають права на одержання безоплатної або пільгової фармацевтичної допомоги. Крім цього, на вказаній формі бланка повинні виписуватись препарати, що підлягають предметно-кількісному обліку, окрім наркотичних та прирівняних до них препаратів у чистому вигляді, а також транквілізаторів. Вартість відпущених ЛП за формою №1 не підлягає компенсації (реімбурсації) із централізованих фондів ОМС.

Форма №2 повинна використовуватись як страхові рецепти. За їх змістом вартість відпущених населенню ЛП повинна бути повернена ап-

**ФОРМА СТРАХОВОГО РЕЦЕПТА (Ф-2) ДЛЯ ВИПISУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ  
ЗАСОБІВ І ВИРОБІВ МЕДИЧНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ, ЩО ВІДПУСКАЮТЬ  
БЕЗОПЛАТНО АБО НА ПІЛЬГОВИХ УМОВАХ ЗА РАХУНОК ЦЕНТРАЛІЗОВАНИХ  
ФОНДІВ ОБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**

\* Назва закладу  
(штамп закладу)

Код закладу за ЗКУД

Код закладу за ЗКПО

Код медичної документації ф-2

Код діагнозу хворого

Код категорії населення або груп хворих по компенсації вартості  
відпущених ліків й товарів медичного призначення

Код джерела страхового відшкодування

Код страховика, що здійснює страхове відшкодування

Код медичного працівника, що виписав рецепт

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Серія рецепта

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Номер рецепта

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

“\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_ р  
(дата виписки рецепта)

**РЕЦЕПТ**

(ДОРОСЛИЙ, ДИТЯЧИЙ – ПОТРІБНЕ ПІДКРЕСЛИТИ)

Прізвище, ім'я та по батькові і вік хворого \_\_\_\_\_

Адреса хворого або номер медичної карти амбулаторного хворого \_\_\_\_\_

Ідентифікаційний номер хворого \_\_\_\_\_

Номер страхового полісу \_\_\_\_\_

Прізвище, ім'я та по батькові і вік лікаря \_\_\_\_\_

Телефон лікаря \_\_\_\_\_

Рр.:

грн      коп

|                         |  |  |
|-------------------------|--|--|
| Фактична вартість ліків |  |  |
| До сплати               |  |  |
| Сумма компенсації       |  |  |

Підпис та особиста печатка

лікаря (розбірливо) \_\_\_\_\_ М. П.

Рецепт дійсний протягом \_\_\_\_\_ печатка лікувально – профілактичного закладу

**Рис. 1. Розроблена Модель страхового рецепту**

течному закладу або персоналізовано громадяни-ну з фондів ОМС. Зміст рецептурного бланку №2 повинен відповідати двом основним параметрам: переліку категорій населення та груп хворих, які мають право, згідно з діючими нормативними актами, на пільгову або безоплатну фармацевтичну допомогу; переліку ЛП, які підлягають компенсації (реімбурсації) їх вартості фондами ОМС. Вказаний перелік повинен відповідати Національного переліку основних лікарських засобів (ЛЗ) та формулярному переліку ЛЗ. В аптеках страхові рецепти форми №2 повинні підлягати комплексному контролю при їх надходженні, обліку, зберіганні та утилізації. При прийомі страхових рецептів необхідно здійснювати наступні види контролю: *синтаксичний* (наявність помилок в оформленні рецептів), *семантичний* (виявлення логічних помилок, наприклад, некоректні дози для хворих відповідного віку, тощо). Рецепт необхідно виписувати у трьох примірниках для внутрішніх та зовнішніх користувачів.

І, насамперед, форму №3, або спеціальний рецептурний бланк, необхідно використовувати для виписування та відпуску так званої «контрольованої групи ЛП» (наркотики, прекуртори у чистому вигляді, транквілізатори, тощо). При необхідності відпуску даних ліків на безоплатних або пільгових умовах лікар повинен додатково виписати страховий рецепт форми №2.

У напрямку, що досліджується, цікавим є досвід організації та регулювання відпуску ЛП в Російській Федерації, в якій вже протягом декількох років функціонує модель загальнодержавного ОМС. Згідно з Наказом МОЗ та соціального розвитку Російської Федерації №110 від 12.02.2007р. затверджені інструкції по оформленню таких форм рецептурних бланків: «спеціальний бланк на наркотичний засіб та психотропну речовину»; «рецептурний бланк №148-1/у-88»; «рецептурний бланк №107-1/у»; «рецептурний бланк №148-1/у-04(л) та №148-1/у-06(л)». Останні з названих форм рецептурних бланків використовуються при виписуванні та відпуску ЛП та виробів медичного призначення, спеціалізованих продуктів лікувального харчування, що повинні відпускатись на пільгових умовах (50%) та безоплатно за затвердженими переліками ЛП, а також переліками категорій населення та групами хворих у відповідному порядку [6, 7]. Оформлення бланків форм № 148-1/у-04(л) та № 148-1/у-06(л) передбачає їх обов'язкове цифрове кодування, лікар повинен виписати три примірники рецепта. Компенсація (реімбурсація) вартості відпущених ЛП та товарів аптечного асортименту на пільгових умовах (50%) або безоплатно здійснюється із бюджетів різного рівня (федерального, місцево-

го — суб'єкта федерації або муніципального). Крім цього, страхове відшкодування здійснюється лише за цінами, які не перевищують зареєстрованих у встановленому порядку з урахуванням граничної торгової націнки до оптових цін.

Враховуючи вищезазначене, доцільно узагальнити поняття «страховий рецепт» та « страхова рецептура».

**Страховий рецепт** — це медико-фармацевтична, соціально-економічна та правова категорія, яка є складовою страхових відносин і за змістом якої здійснюється компенсація (реімбурсація) вартості наданої фармацевтичної допомоги з централізованих страхових фондів. В моделі ОМС страховий рецепт у цьому випадку виконує пріоритетну соціальну функцію. За умов функціонування ДМС страховий рецепт постає як переважно ринкова категорія, а процес компенсації використаних ЛП обумовлений умовами договору та здійснюється за переліком ЛП, затвердженими страховиком.

**Страхова рецептура** — один із важливих показників роботи аптеки як закладу охорони здоров'я в моделях ОМС та ДМС. Страхова рецептура є складовою загальної рецептури аптеки та визначається у двох показниках: кількості рецептів, за якими відпущені ліки безоплатно або на пільгових умовах; сумі компенсації вартості ЛП. Облік страхової рецептури, на нашу думку, доцільно здійснювати як за переліками ЛП, так і за категоріями населення та групами хворих.

Під час розробки моделі страхового рецепту в умовах ОМС ми дотримувались таких вимог: традиційність побудови для вітчизняних лікарів та фармацевтів/провізорів; простота оформлення; можливість використання сучасних інформаційних продуктів в організації обліку рецептів та оперативність контролю помилок виписування; можливість відображення конфіденційної та додаткової по відношенню до пацієнта інформації; відповідність змісту рецепта до вимог державної служби статистики (коди, цифрові значення, тощо).

На рис. 1 представлена запропонована нами модель страхового рецепту, в основу якого була покладена форма рецептурних бланків №2 згідно з наказом МОЗ України № 117 від 30.06.1994р. та досвіду використання форм страхових рецептів у Російській Федерації. Як бачимо, страховий рецепт повинен мати: серію рецепта, яка відповідає певній адміністративній одиниці; код діагнозу хворого у відповідності з МКХ-10 (Міжнародного класифікатора хвороб); код категорій населення або груп хворих, які мають право на компенсацію (реімбурсацію) вартості відпущених ЛП та товарів аптечного асортименту; код та телефон медично-





**Рис. 2.** Перелік основних функцій аптек як суб'єктів процесу забезпечення населення пільговою та безоплатною амбулаторною фармацевтичною допомогою в умовах ОМС

го працівника, який у встановленому порядку має право виписувати страхові рецепти; ідентифікаційний номер хворого, встановлений згідно з Законом України «Про Державний реєстр фізичних осіб — платників податків та інших обов'язкових платежів» за №320/94-ВР від 22.12.1994р.; код джерел страхового відшкодування вартості відпущених ЛП; код страховика; № страхового медичного полісу. На звороті бланка необхідно надати перелік аптек, в яких можливо одержати ЛП та товари аптечного асортименту за даними рецептами та номерами їх телефонів. Зліва від лікарського пропису необхідно мати чітко відокремлене поле для відображення фактичної вартості ЛП та суми їх компенсації. Слід відзначити, що у разі виписування ЛП за торговою назвою, у страховому рецепті лікар повинен вказати у дужках його міжнародну непатентовану назву. Це необхідно для здійснення медико-економічного контролю виписування ліків хворим у відповідності з вимогами Формулярного Керівництва та нормативно-правових актів, що регулюють обіг та споживання ЛП. Окрім цього, страховий рецепт повинен мати також і відривну частину (так званий «корінець»), який повинен заповнювати провізор в аптечному закладі.

На ньому необхідно відображати наступну інформацію: серія, номер та дата виписування рецепту; ім'я, по батькові, прізвище хворого та лікаря, який виписав страховий рецепт; торгова та міжнародна непатентована назва ЛП; дата відпуску, кількість та вартість ЛП; сума

компенсації (реімбурсації) вартості відпущеного ЛП, підпис особи, яка відпустила ЛП.

Основним завданням функціонування аптек за умов впровадження ОМС в Україні повинна стати організація соціально орієнтованих моделей надання населенню фармацевтичної допомоги в обсязі, гарантованому державними програмами. Для реалізації цього завдання аптечні заклади повинні виконувати комплекс організаційно-економічних функцій (рис. 2).

Наприкінці можна зробити такі висновки.

1. Ретроспективний аналіз законодавчо-правової бази організації та регулювання рецептурного відпуску ЛП в колишньому СРСР та в Україні дозволяє стверджувати про існування традиційності у розмежуванні функцій рецептів у вигляді трьох форм бланків. Причому пріоритетною функцією, яку виконував рецептурний бланк №2 була соціальна.
2. Доведено, що в умовах функціонування ОМС необхідне впровадження уніфікованої форми страхового рецепту.
3. Розроблена модель страхового рецепту повинна містити статистичні, медико-економічні, персоналізовані стосовно пацієнта та додаткові дані, необхідні для ефективного обліку, контролю та аудиту — процесу страхового відшкодування вартості відпущених ЛП за страхової рецептурою.
4. За умов впровадження ОМС спектр функцій аптечних закладів значно розширюється

в бік оптимізації управління фінансовими та інформаційними потоками. Розроблено перелік основних завдань, які повинні вирішувати аптеки як суб'єкти страхових відносин в системі охорони здоров'я.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Информационные материалы. Выпуск 6. Приказ МЗ СССР от 3.06.1968 г. № 523 «О порядке хранения, учёта, прописывания, отпуска и применения ядовитых, наркотических и сильнодействующих лекарственных средств». — М.: «Всесоюзное конъюнктурно-информационное бюро». — 1968г. — С. 58.
2. Лицензирование в Европейском Союзе: фармацевтический сектор/ Ред. — сост. В. А. Усенко, Л.А. Спасокукоцкий. — К.: Моріон ЛТД, 1998. — С. 384.
3. Криков В.И., Прокопишин В.И. Организация и экономика фармации: Учебник. — М.: Медицина, 1991. — С. 624.
4. Общая рецептура / И.С. Чекман, И.Ф. Полякова. — К.: Вища шк. Головное изд-во, 1985. — С. 58–67.
5. Організація фармацевтичного забезпечення населення: навч. посіб. для студентів вищ. навч. закл./ А.С. Немченко, А.А. Котвіцька, Г.Л. Панфілова та ін.; за ред. А.С. Немченко. — Х.: Авіста. — ВЛТ, 2007. — С. 301–302.
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12.02.200 г. № 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения специализированных продуктов лечебного питания»//
7. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 20.06.2007г. «Об утверждении порядка перечисления ТФОМС средств на сети фармацевтических организаций в случае отсутствия в субъекте Российской Федерации страховой медицинской организации, осуществляющей деятельность по обеспечению граждан необходимыми лекарственными препаратами на 2007 год //
8. Учебник «Организация фармацевтического дела» / Под ред. Т.И. Тольцман. — М.: «Медгиз». — 1961. — С. 129–134.
9. Фармацевтический справочник педиатра / И. Н. Усов, В.М. Фурсевич, М. К. Кевра. — Мн.: Выш. Шк., 1990. — С. 5–13.
10. Фармацевтична енциклопедія / Голова редакції та автор передмови В.П. Черних. — К.: «Моріон», 2005. — С. 660.
11. Юридические аспекты фармацевтического и медицинского бизнеса. Специальный выпуск журнала «Провизор». — Х.: 200. — С. 104–108.

## НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ВКЛЮЧЕННЯ ПРОТИПУХЛИННИХ ПРЕПАРАТІВ У ФОРМУЛЯРНІ ПЕРЕЛІКИ НА ОСНОВІ ЕКСПЕРТНИХ ОЦІНОК

А.С. НЕМЧЕНКО, М.В. ПОДГАЙНА  
*Національний фармацевтичний університет*

*Ключові поняття:* формуляр, формулярний перелік, метод експертних оцінок, протипухлинні препарати.

Соціально-економічна значущість проблеми злоякісних новоутворень визначена тим, що рак скорочує тривалість життя чоловічої по-

пуляції в Україні на 3,6, а жіночої — на 2,5 роки, відповідно, загальна тривалість життя онкологічного хворого зменшується на 17-18 років,

і до 40% цього часу припадає на працездатний вік. Серед чоловічого населення до 19% цих втрат зумовлено раком легені, а серед жіночого — більше 20% викликано раком молочної залози (РМЗ) та раком тіла матки (РТМ). Інтегральними показниками якості онкологічної допомоги є летальність до року та п'ятирічне виживання пацієнтів. В Україні близько 35,8% онкологічних хворих вмирає до року. Навіть при візуальних локалізаціях показники дорічної летальності складають від 13 до 33%. Показники 5-річного виживання в Україні не перевищують 41%, при таких локалізаціях, як РМЗ, шийки матки, передміхурової залози, хвороби Ходжкіна, що досить успішно лікуються, 5-річну межу переживають лише 35-52% хворих [3].

Гострою проблемою залишається забезпеченість лікування онкологічної патології, де застосовуються високовартісні схеми і методи лікування. Вартість одного курсу хіміотерапії коливається від 3 до 19 тис. гривень, без урахування терапії прикриття, при цьому бюджети онкологічних закладів передбачають від 60 копійок до 5 гривень на 1 ліжко-день [3, 4].

Метою проведеного дослідження була розробка переліку протипухлинних препаратів (ПП), перспективних з позиції їх включення до формулярного переліку (ФП) РМЗ та РТМ.

Відповідно до мети були сформульовані такі задачі дослідження:

- Розробка анкети для оцінки ПП.
- Експертне опитування спеціалістів-онкологів з метою оцінки ПП.
- Визначення компетентності експертів.
- Формулювання переліку ПП, рекомендованих на думку компетентних експертів до включення у ФП РМЗ та РТМ.

Соціально-економічна нестабільність в Україні негативно впливає на діяльність системи охорони здоров'я населення, оскільки обмеженість фінансування ускладнює доступність медичної і фармацевтичної допомоги, впровадження новітніх технологій лікування й діагностики, забезпеченість населення якісними та за доступними цінами ЛЗ, призводить до скорочення соціальних програм. Проблема підсилюється зростанням захворюваності населення.

Недостатнє фінансування, несвоєчасне повернення заборгованих бюджетних коштів аптекам за лікарські засоби призводить до скорочення їх відпуску пільговим категоріям населення. Тому в Україні 75% вартості ЛЗ сплачується за рахунок хворих, в тому числі пільгових категорій населення [2, 5, 7].

Ефективним важелем досягнення балансу між витратами на лікарські засоби і бюджет-

ними коштами, які надаються на їх придбання, є впровадження формулярної системи (ФС). Саме застосування раціональних методів постачання та використання ЛЗ задля забезпечення максимально високої якості медичної допомоги та оптимального використання наявних ресурсів є метою ФС.

В ході проведеного дослідження для оцінки протипухлинних ЛП, що використовуються у лікуванні РМЗ та РТМ було використано метод експертної оцінки. В результаті анкетування 200 лікарів-онкологів було зібрано 187 заповнених анкет з 11 областей України. Дана сукупність є репрезентативною, враховуючи, що, за даними МОЗу, загальна кількість лікарів-онкологів в Україні складає біля 1500 спеціалістів.

Головним етапом отримання достовірних результатів дослідження оцінки ПП є розрахунок показника компетентності кожного експерта. Коефіцієнт компетентності розраховувався за загальноприйнятою методикою, а саме як усереднене значення чотирьох наступних показників: коефіцієнту використання номенклатури ЛЗ, коефіцієнту поінформованості, коефіцієнту кваліфікаційного рівня та коефіцієнту наукового та кваліфікаційного авторитету. Отримані величини коефіцієнтів компетентності були умовно розділені на 5 груп: дуже низька компетентність (значення коеф. комп. 0,1–0,2), низька (0,21–0,4), достатня (0,41–0,6), висока (0,61–0,8) та дуже висока (до 1,0). За результатами розрахунків до груп експертів з дуже низькою та низькою компетентністю увійшли відповідно 13% та 27% респондентів. До групи експертів з достатньою, високою та дуже високою компетентністю — відповідно 33%, 20% та 7%. Можна зробити висновок, що більша частина лікарів-онкологів — більше 30% — мають середню компетентність у лікуванні злоякісних новоутворень. Нажаль, частка експертів з дуже високою компетентністю — найнижча (14 експертів), у 100% випадків вказану групу склали наукові співробітники кафедр на базі спеціалізованих онкологічних закладів.

Для комплексної оцінки ПП в подальших дослідженнях були використані лише думки експертів з достатньою, високою та дуже високою компетентністю (60% від загальної кількості респондентів).

Запропонована анкета містила 98 ПП, які потрібно було оцінити за параметрами: «ефективність», «частота виникнення побічних дій», «частота призначень», «перспективність застосування» та «наявність». Використовувалася чотирибальна система оцінки (табл. 1).

## ШКАЛИ ОЦІНЮВАННЯ ДОСЛІДЖУВАНИХ ПАРАМЕТРІВ ЛЗ

| Бальна оцінка<br>Параметр            | 0–1,0<br>(I група)             | 1,01–2,0<br>(II група)          | 2,01–3,0<br>(III група)            | 3,01–4,0<br>(IV група)           |
|--------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| «Ефективність»                       | практично<br>неефективний      | малоефективний                  | ефективний                         | високоелектив-<br>ний            |
| «Частота виникнення<br>побічних дій» | дуже багато<br>побічних дій    | багато побічних дій             | майже безпечний                    | безпечний                        |
| «Частота призначень»                 | не призначається               | мало призначається              | призначається                      | широко призна-<br>чається        |
| «Перспективність засто-<br>сування»  | неперспективний                | малоперспективний               | перспективний                      | дуже перспек-<br>тивний          |
| «Наявність»                          | дуже низька задо-<br>воленість | низька задоволеність<br>потреби | середня задово-<br>леність потреби | повна задово-<br>леність потреби |

За результатами обробки анкет компетентних експертів до IV-ї групи ПП (середньозважена бальна оцінка 3,1-4,0) віднесено 4 ПП, або 4% препаратів, що аналізуються: Заведос, «Pfizer Inc.» (3,53); Естрацит, «Pfizer Inc.» (3,33); Касодекс, «AstraZeneca» (3,3). До III-ї групи — 32 ПП або 33% від загальної кількості (Таблиця 3). До ПП, що характеризуються найвищим балом по III групі, було віднесено Етопозид-Ебева, «Ebewe pharma» (2,59); Кампто «Aventis pharma» (2,51); Фарморубіцин швидкорозчинний, «Pfizer Inc.» (2,42); Етопозид-КМП, «КМП» (2,39) та інші.

Препарати I та II-ї груп, 62 ПП (63% сукупності), за результатами експертної оцінки, з урахуванням величини середньозваженої бальної оцінки (від 0 до 2,0), не рекомендовані для подальшого вивчення щодо включення до ФП для лікування РМЗ та РТМ.

Таким чином, можна зробити висновок, що для подальшого вивчення щодо включення до формуляру лікування РМЗ та РТМ перспективними визначено 36 ПП або 37% вибірки (табл. 2).

Відповідно до методичних підходів по впровадженню «Формулярного керівництва з використання лікарських засобів» та міжнародних рекомендацій по впровадженню ФС, формулярний перелік має формуватися за міжнародними непатентованими назвами ЛП (INN). Отже, доцільним є проведення аналізу препаратів за INN. Можна зробити висновок, що перелік ПП, рекомендованих до включення у ФП лікування РМЗ та РТМ включає препарати 27-ми INN. Найбільш представлені ЛП вінорельбіну — 4 торговельні назви (вінорельбін-Ебева, вінельбін, навельбін), етопозиду — 3 торговельні назви (етопозид-Ебева, етопозид-КМП, етопозид-Мілі). Двома торговельними назвами характеризуються епірубіцин (фарморубіцин швидкорозчинний, епірубіцин-Ебева), вінкристин та тамоксифен (див. табл. 2). Інші INN представлені однією торговельною назвою.

Аналіз ПП, наведених у таблиці, за фармакотерапевтичними групами показав, що найбільшу питому вагу має група «алкалоїди рослинного походження» — 28% (10 ПП з 36), друге місце — група «протиухлинні антибіотики» — 18%, фармакотерапевтичні групи алкілюючих сполук, антиметаболітів, антагоністів гормонів — по 12% (або 4 ЛП). Найменш представлені групи інших антинеопластичних засобів та гормонів — по 9% сукупності (по 3 ПП).

Отже, можна зробити висновок, що серед відібраних препаратів представлені всі 7 груп антинеопластичних (протиухлинних) засобів, що є позитивним моментом, однак групи сформовані нерівномірно, тобто в подальших дослідженнях варто звернути увагу на доцільність включення до ФП 4-х або 3-х ЛП одного INN.

Крім того, цікавим фактом є відсутність у відбраному за експертними оцінками переліку препаратів метотрексату, адже, відповідно до вітчизняного медичного стандарту «Рак молочної залози. Вторинна медична допомога», ЛП метотрексату є обов'язковим при застосуванні хіміотерапевтичного лікування, бо входить до стандартної схеми CMF (циклофосфан, метотрексат, фторурацил). До того ж, розділ «Онкологія. Лікарські засоби» проекту Формулярного керівництва від 29.02.2008р. містить метотрексат. Таким чином, питанню внесення препаратів метотрексату до переліку ПП, рекомендованих до включення у ФП лікування РМЗ та РТМ, слід приділити особливу увагу.

Підсумовуючи, можна зробити наступні висновки:

1. Актуальним питанням вітчизняної системи охорони здоров'я та фармації є розробка та впровадження ФС, що формується на засадах фармакоеконічного аналізу як база для системи закупівлі, дистрибуції та використання лікарських засобів у ЛПЗ, яке набуває особливого значення в умовах дефіциту коштів.

## Перелік ПП, рекомендованих, на думку експертів, для включення у ФП лікування РМЗ та РТМ

| № п/п | Торгова назва препарату      | Фірма-виробник      | Середньо зважений бал | № п/п | Торгова назва препарату | Фірма-виробник            | Середньо зважений бал |
|-------|------------------------------|---------------------|-----------------------|-------|-------------------------|---------------------------|-----------------------|
| 1     | ЗАВЕДОС                      | Pfizer Inc.         | 3,53                  | 19    | ВІНБЛАСТИН-РИХТЕР       | Gedeon Richter            | 2,22                  |
| 2     | ЕСТРАЦИТ                     | Pfizer Inc.         | 3,33                  | 20    | АРИМІДЕКС               | AstraZeneca               | 2,22                  |
| 3     | КАСОДЕКС                     | AstraZeneca         | 3,30                  | 21    | ЛЕЙКЕРАН™               | GlaxoSmithKline           | 2,21                  |
| 4     | ФЛУДАРА®                     | Schering            | 3,14                  | 22    | АРОМАЗИН®               | Pfizer                    | 2,19                  |
| 5     | ЕТОПОЗИД «ЭБЕВЕ»             | Ebewe Pharma        | 2,59                  | 23    | ВІНЕЛЬБІН               | Dabur                     | 2,18                  |
| 6     | КАМІПО®                      | Aventis Pharma      | 2,51                  | 24    | ВІНКРИСТИН-РИХТЕР       | Gedeon Richter            | 2,15                  |
| 7     | ФАРМОРУВІЦІН® ШВИДКОРОЗЧИНИЙ | Pfizer Inc.         | 2,42                  | 25    | ВІНКРИСТИН ЛИКВИД-      | Авант                     | 2,14                  |
| 8     | ЕТОПОЗИД-КМП                 | Київмедпрепарат ОАО | 2,39                  | 26    | МІТОМІЦІН-С КЮВА        | Kyowa Hakko Kogyo         | 2,14                  |
| 9     | ЕТОПОЗИД-МІЛІ                | Mili Healthcare     | 2,37                  | 27    | ПАКЛІТАКСЕЛ «ЭБЕВЕ»     | Ebewe Pharma              | 2,13                  |
| 10    | ЕПІРУВІЦІН «ЭБЕВЕ»           | Ebewe Pharma        | 2,34                  | 28    | ФТОРУРАЦІЛ-ДАРНИЦЯ      | Дарниця ВАТ               | 2,11                  |
| 11    | СииНУ                        | BMS                 | 2,34                  | 29    | ТАКСОТЕР                | Aventis Pharma            | 2,11                  |
| 12    | ГЕМЗАР®                      | Lilly France        | 2,30                  | 30    | БЛЕОЦИН 1               | Nippon Kayaku             | 2,05                  |
| 13    | НАВЕЛЬБІН                    | Pierre Fabre        | 2,29                  | 31    | МІТОКСАНТРОН «ЭБЕВЕ»    | Ebewe Pharma              | 2,05                  |
| 14    | ЦИКЛОФОСФАН-КМП              | Київмедпрепарат ВАТ | 2,26                  | 32    | ЗОЛАДЕКС                | AstraZeneca               | 2,05                  |
| 15    | ТАМОКСИФЕН «ЭБЕВЕ»           | Ebewe Pharma        | 2,25                  | 33    | ДЕПО-ПРОВЕРА            | Pharmacia                 | 2,03                  |
| 16    | ТАМОКСИФЕН                   | Здоров'я ООО ФК     | 2,25                  | 34    | ЕЛОКСАТИН               | Sanofi Winthrop Industrie | 2,03                  |
| 17    | КСЕЛОДА                      | Hoffmann-La Roche   | 2,24                  | 35    | ХОЛОКСАН®               | Baxter Oncology           | 2,01                  |
| 18    | ВІНОРЕЛЬБІН ЭБЕВЕ            | ЭБЕВЕ               | 2,23                  | 36    | ЦИСПЛАТИН-МІЛІ          | Mili Healthcare           | 2,01                  |

- Для комплексної оцінки протипухлинних ЛП було проанкетовано 200 респондентів. В дослідженні були використані думки 113 компетентних експертів (60% від загальної сукупності респондентів).
- Критерії внесення ПП до ФП включають наступні параметри: «ефективність», «частота виникнення побічних дій», «частота призначень», «перспективність застосування» та «наявність». Величина Середньозваженої бальної оцінки для ПП, відібраних для формування ФП складає  $\geq 2,01$ .
- Серед 98 ПП, що аналізувалися, 36 ПП, або 37% сукупності, за результатами експертного оцінювання відібрано для подальшого вивчення щодо включення до ФП для лікування РМЗ та РТМ. Питання включення метотрексату до ФП має бути визначене. Відібрана сукупність, 36 ПП, представлена

27 INN та включає всі фармакотерапевтичні групи антинеопластичних засобів відповідно до АТС-класифікації.

Забезпечення раціональної фармацевтичної допомоги, зменшення витрат ЛПЗ, оптимізація діяльності системи медичного страхування можливе за умови чіткого визначення кількості ЛЗ, що постійно використовуються у медичній практиці або розробки ФП, що є результатом ефективного впровадження ФС.

#### ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

- Белоусов Ю.Б. Фармакоэкономика починається з формуляра // Фармацевтичний вісник. — 2000. — №2. — С. 6.
- Думпе С. Формулярна система та стандарти лікування. З чого складається госпітальний асортимент лікарських засобів // Фармацевтичний вісник. — 2002р. — №9 (248).

3. Немченко А.С., Подгайна М.В. «Моніторинг вітчизняного ринку протипухлинних препаратів: аналіз та наукове обґрунтування тенденцій» Немченко А.С., Панфілова Г.Л., Подгайна М.В.// Фармаком. — 2007 — №4. — С. 90–96.
4. «Фармакоеконімічні дослідження доступності патогенетичного лікування хворих на рак молочної залози» Немченко А.С., Панфілова Г.Л., Подгайна М.В. — тези доп. II Міжнародної наук.-практ. конф. (12–13 жовтня 2006р.) «Створення, виробництво, стандартизація, фармакоеконімічні дослідження лікарських засобів та біологічно активних добавок» — Х.: Вид-во НФаУ, 2006р. — С. 222–223.
5. Формулярна система лікарського забезпечення: впровадження в роботу стаціонара «малого» ЛПЗ, використання та розвиток, контроль та ефективність: методичні рекомендації / Кулигін О.В., Старостин В.А., Сафіулов А.Н., Киричек Н.М. — Івано-Франківськ 2005.
6. Формулярна система: Методичне керівництво по розробці, впровадженню та підтримці / Під ред. Н.І. Галіулліна, Р.С. Сфіулліна, Л.Е. Зіганшиної та ін. — Казань: МЗ РТ, КГМА, КГМУ, 2002. — 30 с.
7. Хвещук П.Ф., Рудакова А.В. Формуляр лекарственных средств: методология разработки: Монография. — Санкт-Петербург: ВМЕА, 2002. — 183 с.
8. British National Formulary for children.- British Medical Association, Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, Royal College of Paediatrics and Child Health, Neonatal and Paediatric Pharmacist Group. — 2006. — 897 p.
9. British National Formulary, № 54. — 2007. — 902 p.
10. Orlewska E., Nowakowska E. Farmakoeconomika. — Poznan: Wyd-wo Akademii Medycznej im.Karola Marcinkowskiego, 2004. — 182 s.
11. Zaliska O.N., Parnowski B.L. Utworzenie Formulary Państwowego na Ukrainie według wyników badań farmakoeconomicznych // III Konferencja naukowa Polskiego Towarzystwa Farmakoeconomicznego. — Warszawa, 2005. — S. 11.
12. Weinstein MC, O'Brien B, Hornberger J, et al. Principles of good practice of decision analytic modeling in health care evaluation: Report of the ISPOR Task Force on Good Research Practices-Modeling Studies // Value Health.- 2003. — № 6. — P. 9–17.

## СТАНДАРТИЗАЦІЯ ПРОЕКТНИХ ПРОЦЕСІВ НА ПРИКЛАДІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ

Г.В. Костюк, Я.М. ДЕРЕНСЬКА

*ВАТ «Фармак», Національний фармацевтичний університет*

*Ключові слова:* інтегрована система менеджменту, стандарт робочого місця.

Різноманіття стандартів, вимог та правил, що регламентують діяльність сучасного фармацевтичного підприємства, вимагають впровадження єдиної системи менеджменту, яка б інтегрувала у собі такі взаємопов'язані складові: систему менеджменту якості, систему управління проектами, систему менеджменту інформаційної безпеки, систему екологічного менеджменту, сис-

тему менеджменту виробничої безпеки та охорони праці [4]. Створення інтегрованої системи менеджменту дозволяє адаптовано до вітчизняних реалій фармацевтичного виробництва комплексно впроваджувати вимоги міжнародних стандартів щодо процесів організації, стратегічного менеджменту і управління проектами, управління ризиками, інформаційною безпекою, тощо.

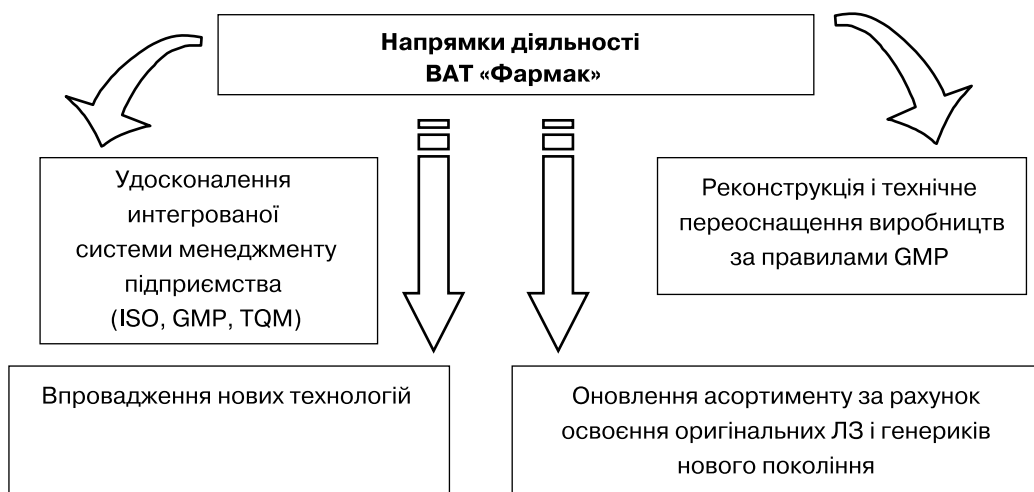


Рис. 1. Напрямки стратегічного розвитку ВАТ «Фармак»

Однією зі складових такої системи є управління проектами, яке охоплює складну сукупність методичних підходів до ініціації, обґрунтування та реалізації проектів [1, 5]. Необхідність формування системи управління проектами в умовах фармацевтичного виробництва обумовлена вимогами ринку, який вимагає швидкого реагування на зміни асортиментної, цінової, інноваційної політики конкурентів. Але при цьому для досягнення цілей якості, підвищення ефективності використання ресурсів, дотримання строків впровадження управлінських рішень необхідно забезпечити оптимально обґрунтовану взаємозалежність дій у кожному проекті.

В умовах інтегрованої системи управління якістю необхідним елементом є чітке визначення комунікацій між підсистемами, процесами та окремими операціями у межах цих процесів. Для цього у кожній системі слід виділити шляхи регламентації дій, оскільки управління процесами повинно будуватися за єдиними правилами, що забезпечують можливість співставлення даних, їх несуперечність.

Мета дослідження — стандартизація проектних процесів в умовах впровадження інтегрованої системи управління якістю.

ВАТ «Фармак» у межах свого стратегічного розвитку, напрямки якого представлено на рис. 1, постійно здійснює кілька проектів, що зумовило необхідність більш детального вивчення проблем стандартизації проектних процесів та впровадження сучасних методик проектного менеджменту.

На сьогодні вже назріла потреба розширення існуючої на підприємстві інтегрованої системи менеджменту якості системою управління проектами (рис. 2).

Управління проектами потребує впровадження процесного підходу, який розглядає кожний процес як систему зі входом і виходом та відповідним інформаційним і документальним забезпеченням. З іншого боку, структурування процесу враховує виділення таких елементів: визначення робочих місць, посадових обов'язків, процедур управління проектами та їх документальне оформлення, тощо.

Впровадження процесного підходу до управління проектами на ВАТ «Фармак» [3] визначило використання наступної стандартної послідовності виконання робіт за проектами розробки нових лікарських засобів (рис. 3).

Згідно цієї схеми для кожного робочого місця (наприклад, операція «Вибір технологічної схеми») розроблено стандарт робочого місця.

Кожен стандарт робочого місця повинен містити:

1. Визначення положення робочого місця у загальному процесі управління проектами (на рис. 3 зображено заливкою).

2. Дані про виконавця (табл. 1).

3. Методики (регулюючі та нормативні документи системи менеджменту якості, проектного менеджменту, організації праці персоналу):

1. Регулюючі та нормативні документи.

- 1.1. Положення по організації праці персоналу: Положення про ПКВ; Положення про бюро регламентів; Посадова інструкція інженера ПКВ; Посадова інструкція інженера бюро регламентів.

- 1.2. Регламентуючі документи Системи менеджменту якості: Стандарт підприємства СМЯ 04-03 «Розробка нових лікарських засобів».

4. Специфікацію операцій підпроцесу (перелік операцій з зазначенням відповідальних за їх виконання, вхідні та вихідні документи

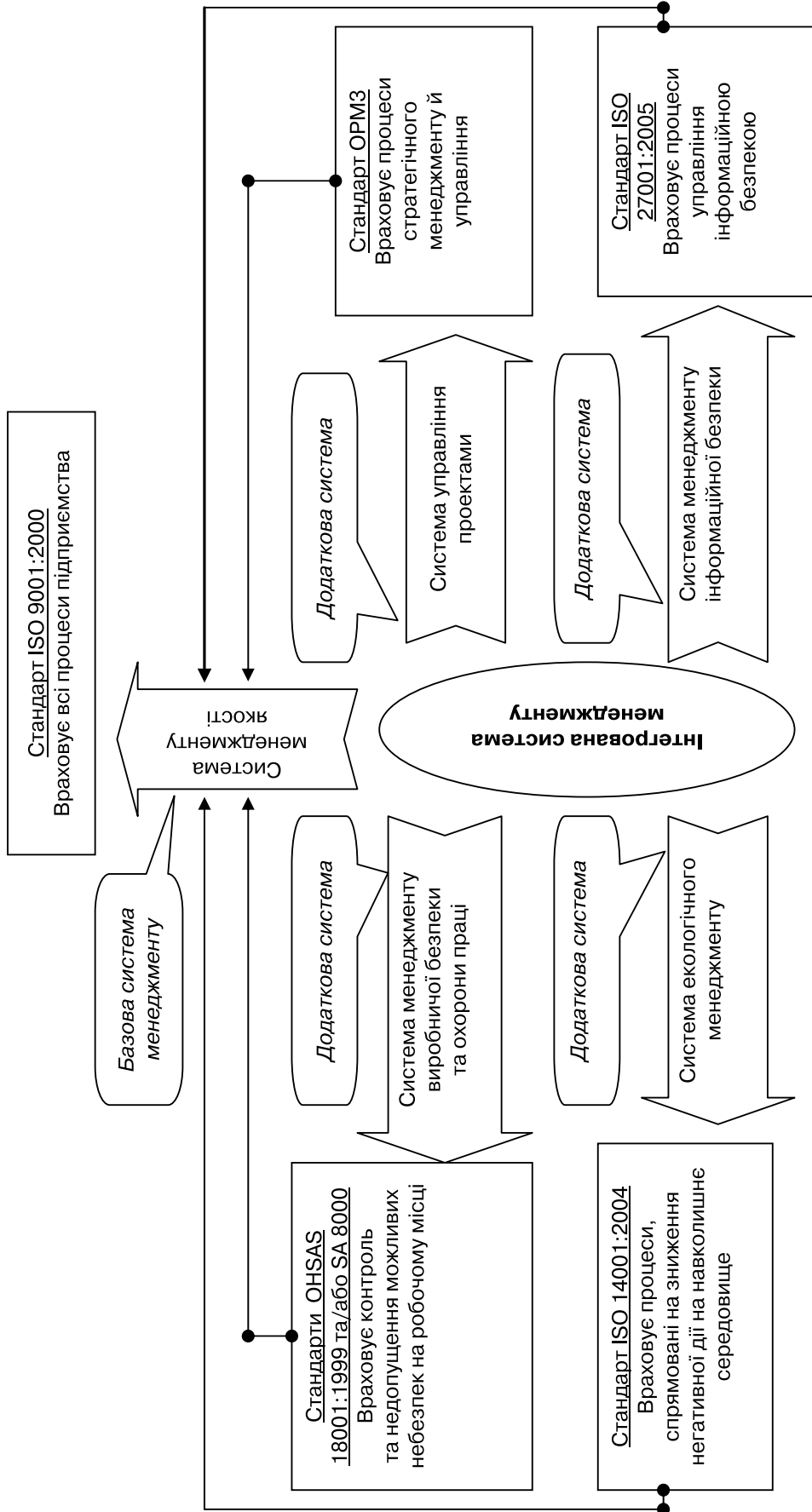


Рис. 2. Система менеджменту якості ВАР «Фармак»



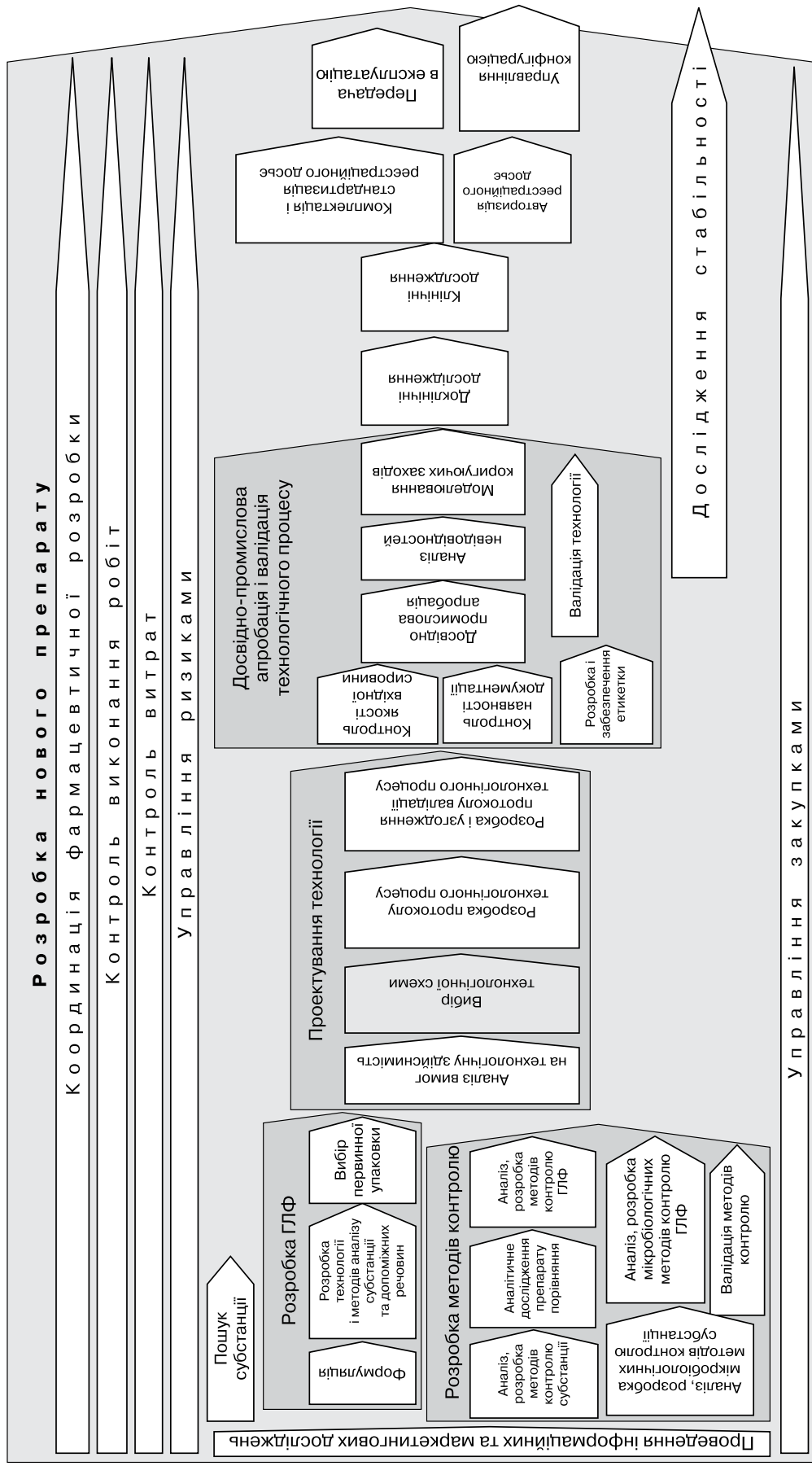


Рис. 3. Управління проектами на ВАТ «Фармак»

Таблиця 1

**ВИЗНАЧЕННЯ ВІДПОВІДАЛЬНИХ ОСІБ ЗА ОПЕРАЦІЮ «ВИБІР  
ТЕХНОЛОГІЧНОЇ СХЕМИ» ПРОЦЕСУ «РОЗРОБКА НОВОГО ПРЕПАРАТУ»**

| №  | Підрозділ                        | ПІБ співробітника | Посада                 |
|----|----------------------------------|-------------------|------------------------|
| 1. | Проектно-конструкторський відділ | Шевченко А. С.    | Начальник ПКВ          |
|    |                                  | Федотов І. В.     | Інженер                |
| 2. | ЦЛД та ЕР                        | Литко В. В.       | Начальник ЦЛД та ЕР    |
|    |                                  | Петренко С. Н.    | Начальник ТЛ ЦЛД та ЕР |
|    |                                  | Салій Е. Р.       | Інженер 2 категорії    |
|    |                                  | Каранат А. М.     | Інженер                |
|    |                                  | Боровкова О. Г.   | Інженер 1 категорії    |
|    |                                  | Сітко А. О.       | Інженер                |
|    |                                  | Іщенко О. Т.      | Інженер                |
| 3. | Відділ організації виробництва   | Іванова Т. В.     | Начальник ВОВ          |
|    |                                  | Шевченко Т. В.    | Інженер                |

Таблиця 2

**СПЕЦИФІКАЦІЯ ОПЕРАЦІЇ «ВИБІР ТЕХНОЛОГІЧНОЇ СХЕМИ» ПІД ПРОЦЕСУ  
«ПРОЕКТУВАННЯ ТЕХНОЛОГІЇ» ПРОЦЕСУ «РОЗРОБКА НОВОГО ПРЕПАРАТУ»**

| №    | Найменування операції                    | Відповідальний за виконання операції | Вхідна інформація і документи, необхідні для виконання операції                              | Вихідна інформація і документи, створені при виконанні операції | Клієнт    |
|------|--|--------------------------------------|--|---|-----------|
| 1.   | Вибір технологічної схеми                |                                      |  |   |           |
| 1.1. | Планування робіт                         | Начальник ПКВ                        |  |   |           |
| 1.2. | Вибір технологічної схеми                | Інженер ПКВ                          | Проект АНД, специфікації на проміжну продукцію, методики очистки обладнання, опис технології |   |           |
| 1.3. | Складання проекту пояснювальної записки  | Інженер ПКВ                          |  | Проект пояснювальної записки                                    | ЦЛД та ЕР |
| 1.4. | Узгодження проекту пояснювальної записки | Начальник ЦЛД та ЕР, начальник ВОВ   | Проект пояснювальної записки   | Проект пояснювальної записки                                    | ПКВ       |

Таблиця 3

**ПОКАЗНИКИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ ПРОЦЕСУ**

| № показника                                   | Найменування показника                                     | Опис показника   | Посилання на документи (методики, специфікації) |
|---|--|--|---|
| Показники ефективності процесу                |  |  |   |
| 1.  | Правильність вибору технологічної схеми                    | Валідаційне підтвердження правильності вибору технологічної схеми                              |   |
| 2.  | Правильність вибору критичних точок технологічного процесу | Валідаційне підтвердження правильності вибору критичних точок технологічного процесу           |   |
| Показники продуктів (виходів) процесу         |  |  |   |
| 1.  | Відповідність ГЛЗ досвідно-промислових серій               | Фармацевтична відповідність ГЛЗ, отриманих у досвідно-промислових серіях, лабораторним зразкам |   |
| 2.  | Стабільність у процесі зберігання                          | Підтвердження стабільності препарату у процесі зберігання                                      |   |
| Показники (дані) задоволення клієнтів процесу |  |  |   |
| 1.  | Відповідність ГЛЗ промислових серій                        | Підтвердження відповідності ГЛЗ промислових серій ГЛЗ досвідно-промислових серій               |   |
| 2.  | Успішність масштабування                                   | Успішність процесу проведення масштабування  |   |
| 3.  | Правильність технологічного процесу                        | Валідаційне підтвердження правильності технологічного процесу на трьох промислових серіях      |   |

з зазначенням джерел отримання та споживачів інформації) — табл. 2.

5. Опис матеріалів та документів (тип продукту, категорія складності, періодичність випуску).

6. Опис устаткування та приладів з зазначенням типу та стану обладнання, його місця знаходження та користувачів.

7. Дані про показники процесу (табл. 3).

Обов'язки окремих спеціалістів регламентуються відповідними посадовими інструкціями, відділів — положеннями про відділи.

Крім того, у кожному відділі також створюються стандарти робочих місць, які враховують опис положень, перелік інструкцій, регламентуючих документів; специфікацію операцій підпроцесів за структурою проектних робіт; специфікацію входів/виходів; специфікацію на ресурси (трудові, прилади та устаткування, будівлі та споруди); графічні схеми підпроцесів та їх опис; показники підпроцесів; перелік документів підпроцесів.

Регламентация процесу управління проектами дозволяє уникнути дублювання функцій, забезпечити адресність рішень, що приймаються

за аналізом реалізації проекту, та відповідальності, що забезпечує більш ефективне виконання проектних рішень, знижує непередбачені витрати, а отже веде до зниження вартості лікарських засобів.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Батенко Л.П., Загородніх О.А., Ліщинська В.В. Управління проектами: Навч. посіб. — К.: КНЕУ, 2003. — 231 с.

2. Беседовський О.М. Аналіз і оцінка бізнес-процесів підприємства // Вісник ХНУ ім. В.Н. Каразіна. Економічна серія. Еволюція наукових знань і сучасні проблеми економічної теорії. — № 663. — 2005. — С. 22–24.

3. Костюк Г.В. Етапи розробки нового препарату // Ліки України. — № 112 (додаток). — 2007. — С. 45–48.

4. Яремчук А.А., Александров А.В. Актуальность внедрения интегрированных систем менеджмента фармацевтических предприятий // Ремедиум. — № 7. — 2007. — С. 20–24.

5. A Guide to the Project Management Body of Knowledge. Project Management Institute, PMI Publishing Division, 1996. — P. 94–98.

# МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО РОЗРОБКИ ТА ОЦІНКИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ ІНТЕГРОВАНОЇ СИСТЕМИ ЯКОСТІ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ ПІДПРИЄМСТВІ

О.В. ПОСИЛКІНА, ПРОФ., К.С. СВІТЛИЧНА, ВИКЛ.  
*Національний фармацевтичний університет*

*Ключові слова:* якість, процеси, функціональне моделювання, результативність.

*Сучасний стан українського ринку лікарських засобів (ЛЗ) характеризується жорстокою конкурентною боротьбою сотень вітчизняних та закордонних виробників. За цих умов фармацевтичні підприємства (ФП) зможуть зберегти*

*свої позиції на ринку та їх розширити тільки шляхом забезпечення якості своєї продукції.*

Система якості у фармацевтичній галузі — всеохоплююча концепція, яка гарантує якість ЛЗ від етапу їх розробки та досліджен-

ня (доклінічні та клінічні випробування), процесу виробництва та контролю, зберігання та розповсюдження інформації лікарю та пацієнту [3].

При цьому фундаментальним елементом забезпечення якості ЛЗ є належна виробнича практика (GMP). Головна перевага належної виробничої практики — це конкретна галузева спрямованість та глибока деталізованість, тобто розгляд, на перший погляд, малозначущих деталей, які однак мають великий вплив на якість ЛЗ [1].

Разом з тим, орієнтація винятково на правила GMP на ФП у процесі побудови ефективної системи якості є недостатньою, тому що ці правила регламентують тільки процес виробництва та зберігання ЛЗ. А враховуючи особливу соціальну значимість ЛЗ, у фармацевтичному виробництві вимоги до забезпечення якості повинні висуватися на всьому життєвому циклі ЛЗ, починаючи з проведення маркетингових досліджень, наукових розробок, закупівлі субстанцій і матеріалів, виробництва ЛЗ і закінчуючи їх збутом. Саме такі підходи покладені в основу міжнародних стандартів ISO [2].

До особливостей стандартів ISO відносять орієнтацію на задоволення споживача та процесний підхід до діяльності підприємства. Також важливе значення надається лідерству керівника та активному залученню всіх робітників підприємства для досягнення високих результатів в галузі якості. Вивчення потреб та вимог споживачів виділено на перше місце. Підрозділи, що відповідають за цей вид діяльності (відділи маркетингу), повинні займатися збором інформації, яка є основою для прийняття стратегічних рішень відносно якості продукції. Інформація повинна бути максимально повною та точною. Звідси витікає один із принципів цих стандартів: прийняття рішень на основі фактів.

Відносно процесного підходу в управлінні потрібно відмітити, що діяльність підприємства розглядається як система взаємодіючих процесів. Згідно стандартів ISO 9000:2000 «процес — це сукупність взаємопов'язаних або взаємодіючих видів діяльності, які перетворюють входи у виходи» [4]. Перевага процесного підходу полягає у неперервності управління, яке він забезпечує на стику окремих процесів у межах всієї системи. Це є важливою позитивною властивістю стандартів серії ISO 9000, оскільки завдяки саме процесному підходу вони дозволяють створити систему якості, яка так організує роботу підприємства, що поліпшення резуль-

татів в галузі якості досягається майже автоматично, а темп цих поліпшень безперервно зростає [5]. В цих умовах впровадження належної виробничої практики на ФП відбувається більш ефективно.

Тому, у процесі побудови і розвитку ефективної системи якості на ФП оптимальним є створення інтегрованої системи якості (ІСЯ), яка передбачатиме сполучення комплексу міжнародних правил GMP і стандартів ISO, які вони гармонічно доповнюють один одного: правила GMP регламентують технологічні вимоги до виробництва ЛЗ, стандарти ISO — економічні, які передбачають надання інформації для оцінки результативності самої системи якості, її внеску до забезпечення конкурентоспроможності ФП, надають можливості організації інформаційного забезпечення управління, яке повинно враховувати всі існуючі аспекти системи якості і забезпечити керівництво релевантною інформацією для прийняття зважених управлінських рішень.

Виходячи з цього, необхідним є розробка алгоритму створення та оцінки результативності ІСЯ на ФП.

Впровадження ІСЯ на ФП передбачає виконання наступних процедур:

- визначення та ідентифікації процесів (етап I);
- опис процесів (етап II);
- визначення послідовності і взаємодії процесів (етап III);
- визначення показників результативності процесів (етап IV);
- документування процесів ІСЯ та їх управління з використанням локальної комп'ютерної мережі (етап V).

Алгоритм розробки ІСЯ на ФП, наведений на рисунку 1.

Етап I. Процедура визначення та ідентифікації процесів ІСЯ полягає у визначенні здійснюваних на ФП процесів, побудові дерева процесів і привласненні кожному процесу ідентифікаційного номера.

Етап II. Для реалізації даної процедури доцільно здійснювати комплексний підхід до опису процесів ІСЯ ФП, що є сукупністю схематичного подання процесу та експертного методу. Виділені та ідентифіковані процеси ІСЯ ФП відображаються у вигляді блоків, що перетворюють входи у виходи під впливом дій, що управляють і за наявності необхідних ресурсів. У середині кожного блоку розміщується назва процесу і його ідентифікаційний номер. Після цього отримані результати узагальнюються і зводяться в таблицю опису процесів.

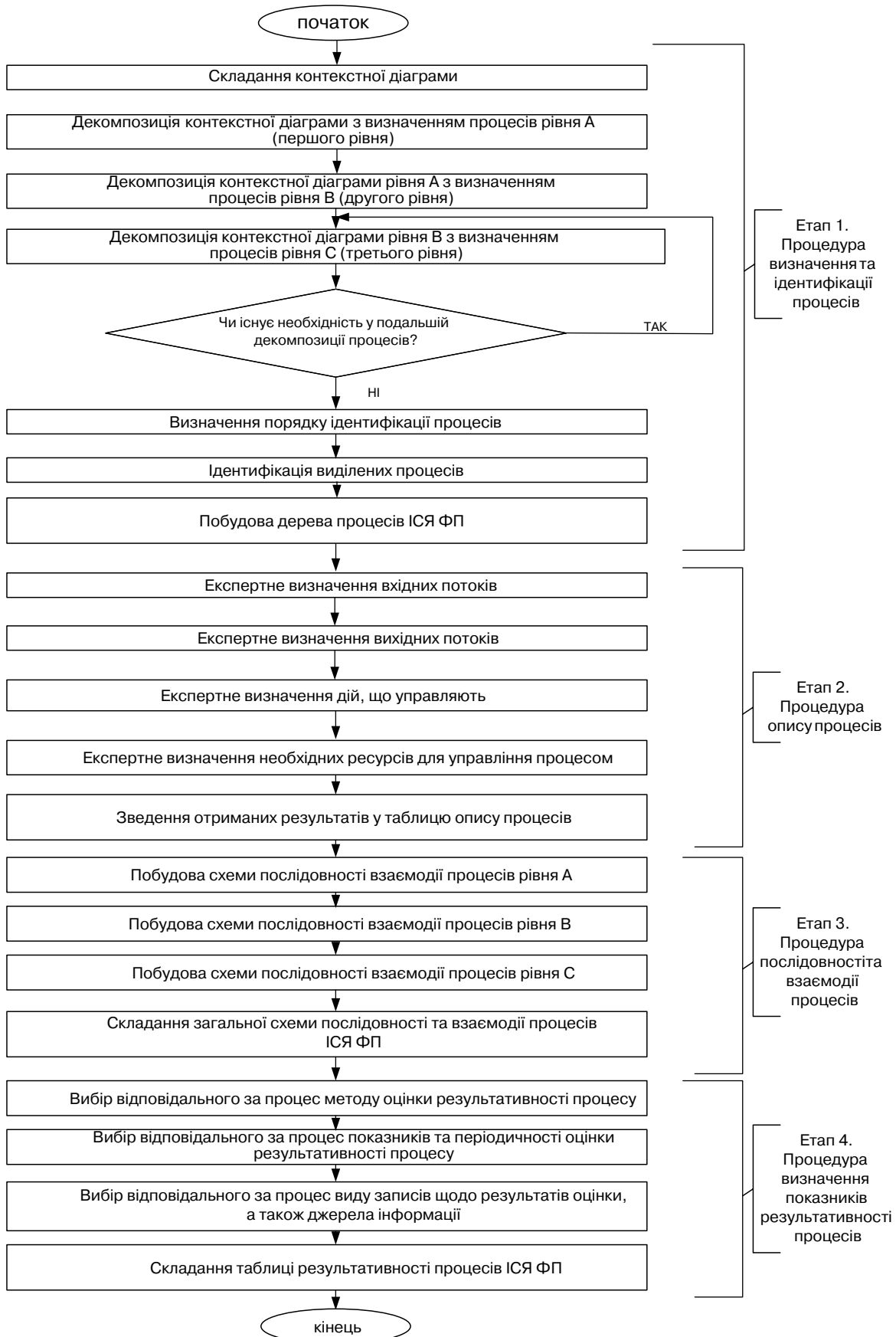


Рис. 1. Алгоритм розробки ІСЯ ФП

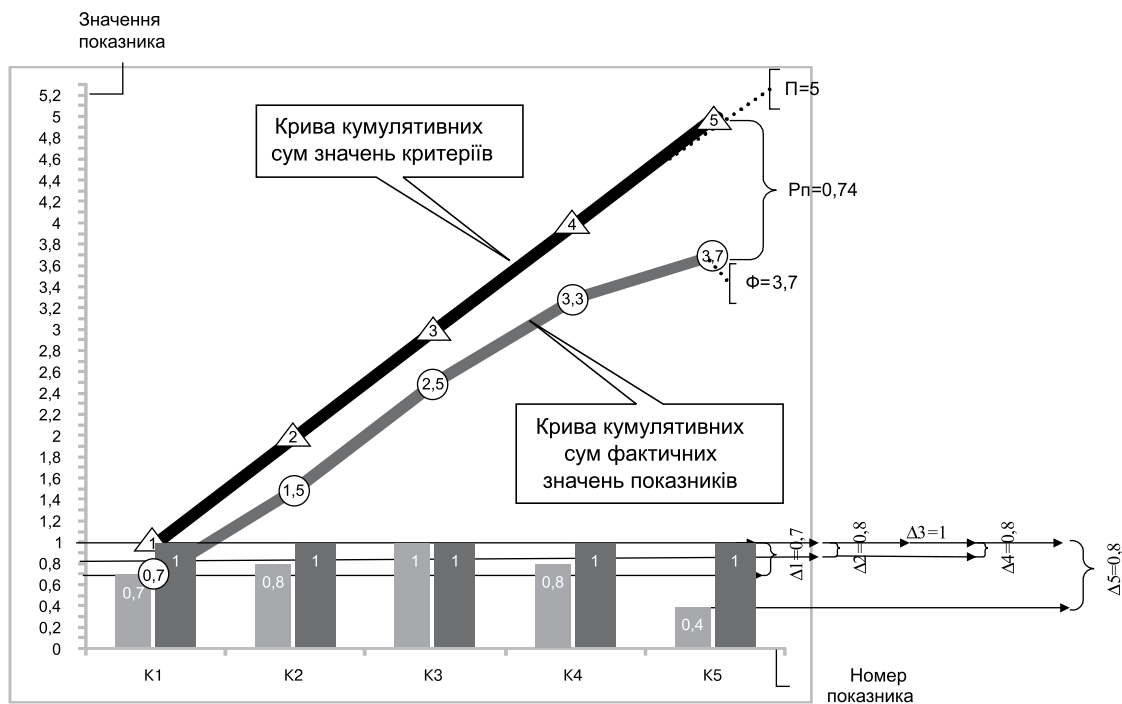


Рис. 2. Діаграма результативності процесу

Етап III. Для реалізації даної процедури доцільно здійснювати комбінований підхід, що базується на методології функціонального моделювання, з урахуванням графічного опису процесів та за допомогою проведення алгоритмізації процесу.

Поза сумнівом, всі процеси, що діють на ФП, взаємодіють один з одним, тому виходи одних процесів стають входами інших. Зважаючи на результати, отримані на попередній процедурі, будуються схеми послідовності і взаємодії процесів I, II та III рівнів або рівнів A, B та C. Після декомпозиції процесів третього рівня переходять до побудови дочірніх діаграм послідовності і взаємодії по кожному процесу другого рівня.

Етап IV. Сутність розробленої процедури полягає в тому, що відповідальний («власник») за процес визначає показники для кожного процесу, за якими він оцінюватиме результативність процесу, а також джерело необхідної інформації для оцінки цієї результативності. Після того, як будуть отримані результати по всьому ФП, їх необхідно звести в таблицю результативності процесів.

Етап V. Основні положення запропонованої процедури полягають в розробці для кожного процесу його керівництва (КП), що регламентує порядок дій з управління процесом. Невід'ємною частиною кожного КП є:

- матриця розподілу відповідальності, в якій наведена відповідальність посадових осіб

за управління, виконання та ухвалення участі в діяльності процесу;

- специфікація процесу, в якій відбиті основні параметри процесу (мета процесу, відповідальний за процес, процес вищестоящого рівня, входи процесу, виходи процесу, вимоги до входів, вимоги до виходів, постачальники процесу, споживачі процесу, основні ресурси показники, що необхідно, контролювати, періодичність контролю, методи оцінки показників процесу);
- карта процесу, в якій процес розділений на дві частини: 1 — алгоритм послідовності стадій проведення даного процесу; 2 — таблиця, в якій відбиті: назва стадії процесу; термін виконання, відповідальний виконавець; узгодження; документ, що регламентує; записи. Використання карти процесу дозволяє деталізувати процес за стадіями, визначити відповідальних осіб і нормативну документацію, якою необхідно керуватися на певній стадії процесу, а також вести записи, на підставі яких надалі проводитиметься оцінка результативності процесу.

Електронне управління керівництвом процесів передбачає: об'єднання розроблених керівництв в єдину інформаційну базу; розміщення сформованої бази на центральному сервері ФП; надання працівникам підприємства індивідуальних пріоритетів доступу до інформаційної бази за допомогою локальної мережі;

проведення навчання фахівців підприємства правилам роботи з електронною базою КП ІСЯ; актуалізацію КП ІСЯ та доведення до підрозділів підприємства інформації про проведену актуалізацію за допомогою інформаційних листів з вказівкою пункту КП ІСЯ, відносно якого були проведені зміни. Для зручності використання та захисту інформації підрозділу доцільно надавати доступ до того об'єму КП ІСЯ, який необхідний для роботи даного підрозділу. Результатом робіт за даною процедурою є розробка, узгодження і доведення до співробітників організації затверджених КП ІСЯ.

Стосовно оцінки результативності процесів ФП потрібно відмітити, що авторами була розроблена методика, яка дозволяє оцінити результативність кожного процесу, а потім проаналізувати отримані результати і оцінити результативність ІСЯ ФП в цілому. Основні етапи цієї методики полягають у такому.

#### 1. Обчислення результативності процесу.

1.1. Реєстрація фактичних значень показників ( $K_{\Phi_i}$ ), за якими проводять обчислення результативності.

1.2. Визначення суми фактичних значень ( $\Phi$ ) за кожним показником у межах даного процесу:

$$\Phi = \sum_{i=1}^N K_{\Phi_i}.$$

1.3. Визначення суми критеріїв значень ( $\Pi$ ) за кожним показником в межах даного процесу:

$$\Pi = \sum_{i=1}^N K_{\Pi_i}.$$

1.4. Розрахунок відношення ( $\Delta i$ ) між фактичним значенням показника і плановим (еталонним) критерієм:

$$\Delta i = \frac{K_{\Phi_i}}{K_{\Pi_i}}, i = 1, \dots, n$$

де  $n$  — кількість показників даного процесу.

1.5. Розрахунок результативності процесу ( $P_{\Pi}$ ) ІСЯ:

$$P_{\Pi} = \frac{\Phi}{\Pi}.$$

Далі будується діаграма результативності процесу (рис.2). Алгоритм побудови діаграми складається з наступних етапів: 1) на вісь X наноситься назва кожного показника; 2) на вісь Y наносяться значення критеріїв у вигляді стовпчиків, поверх наносяться фактичні значення показників також у вигляді стовпчиків. Це необхідно для наочного зображення зони перетину фактичного значення показника та критерію,

а також для виявлення інтервалу розробки коригуючих і/або попереджуючих заходів; 3) будується крива кумулятивних сум фактичних значень показників; 4) будується крива кумулятивних значень критеріїв; 5) визначається результативність процесу як відношення сум фактичних значень показників (остання точка кривої кумулятивних сум фактичних значень показників) до сум значень критеріїв (остання точка кривої кумулятивних сум значень критеріїв); 6) визначається відношення між фактичним значенням показника та значенням критерію в рамках процесу.

1.6. Оцінка результативності за розробленою кваліметричною шкалою значущості процесу проводиться з урахуванням запропонованих умов:  $P_{\Pi}=0$  — процес не функціонує та потребує розробки;  $0 < P_{\Pi} < 0,3$  — процес функціонує не результативно та потребує втручання вищого керівництва;  $0,3 < P_{\Pi} < 0,6$  — процес функціонує не результативно та потребує розробки відповідальним за процес значних коригуючих заходів;  $0,6 < P_{\Pi} < 0,9$  — процес функціонує результативно, але потребує розробки відповідальним за процес незначних коригуючих заходів;  $0,9 < P_{\Pi} < 1$  — процес функціонує результативно, але потребує розробки відповідальним за процес попереджуючих заходів;  $P_{\Pi}=1$  — процес функціонує результативно.

1.7. Розробка коригуючих і/або попереджуючих заходів за результатами проведеної оцінки проводиться з урахуванням запропонованих умов:  $0 \leq \Delta i < P_{\Pi}$  — необхідно приділити увагу показнику при розробці коригуючих заходів управління процесом;  $P_{\Pi} \leq \Delta i < 1$  — необхідно приділити увагу показнику при розробці попереджуючих заходів управління процесом;  $\Delta i = 1$  — немає необхідності приділяти увагу даному показнику.

2. Розрахунок результативності інтегрованої системи якості ФП.

2.1. Розрахунок початкової результативності процесу ( $P_{\Pi}^{\Pi}$ ) ІСЯ:

$$P_{\Pi} = P_{\Pi}^{\Pi},$$

де  $P_{\Pi}$  — результативність процесу у перший місяць оцінки.

2.2. Розрахунок результативності ( $P_{\Pi}^P$ ) за кожним процесом:

$$P_{\Pi}^P = \max \{ P_{\Pi II}; P_{\Pi III}; P_{\Pi IV} \},$$

де  $P_{\Pi II}$ ,  $P_{\Pi III}$ ,  $P_{\Pi IV}$  — результативність процесу у другому, третьому та четвертому місяці оцінки, відповідно.

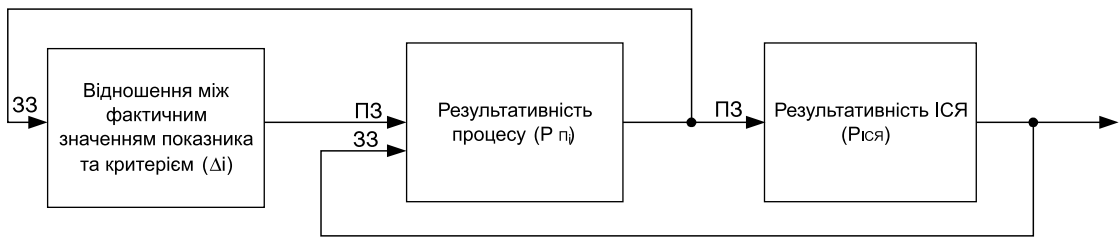


Рис. 3. Схема взаємозв'язку оцінки результативності функціонування ІСЯ ФП

2.3. Проведення порівняння розрахованої результативності з початковою результативністю за кожним процесом та присвоєння отриманому значенню базової результативності:

$$P_{\Pi}^P \geq P_{\Pi}^{\Pi} \Rightarrow P_{\Pi}^P = P_{\Pi}^B, \text{ або } P_{\Pi}^{\Pi} = P_{\Pi}^B,$$

де  $P_{\Pi}^B$  — базове значення результативності процесу.

2.4. Розрахунок початкової результативності ІСЯ ФП ( $P_{іся}^{\Pi}$ ):

$$P_{іся}^{\Pi} = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N P_{\Pi_i}$$

2.5. Розрахунок загальної результативності ІСЯ ФП ( $P_{іся}^{\Pi}$ ):

$$P_{іся}^{\Pi} = \frac{\sum_{i=1}^N P_{\Pi_i}}{\sum_{i=1}^N P_{\Pi_i}^B}$$

2.6. В подальшому для розрахунків результативності необхідно обирати базову результативність:

$$P_{\Pi}^B = P_{\Pi}^{\Pi}$$

2.7. Оцінка результативності ІСЯ за запропонованою кваліметричною шкалою значущості повинна проводитися з урахуванням таких умов:  $P_{іся} = 0$  — ІСЯ не функціонує та потребує розробки;  $0 < P_{іся} < 0,3$  — ІСЯ функціонує не результативно та потребує втручання вищого керівництва;  $0,3 \leq P_{іся} < 0,6$  — ІСЯ функціонує не результативно та потребує розробки представником керівництва з якості (директор з якості) значних коригуючих заходів;  $0,6 \leq P_{іся} < 0,9$  — ІСЯ функціонує результативно, але потребує розробки представником керівництва з якості незначних коригуючих заходів;  $0,9 \leq P_{іся} < 1$  — ІСЯ функціонує результативно, але потребує розробки представником керівництва з якості попереджуючих заходів;  $P_{іся} = 1$  — ІСЯ функціонує результативно та не потребує розробки яких-небудь заходів.

2.8. Розробку коригуючих і/або попереджуючих заходів за результатами проведеної оцінки доцільно виконувати у відповідності з одержаними результатами оцінки:  $0 < P_{\Pi} < P_{іся}$  — необхідно приділити увагу процесу при розробці коригуючих заходів;  $P_{іся} < P_{\Pi} < 1$  — необхідно приділити увагу процесу при розробці попереджуючих заходів;  $P_{\Pi} = 1$  — немає необхідності приділяти увагу даному процесу.

Таким чином, запропонована методика оцінки результативності функціонування ІСЯ на ФП дозволяє здійснювати аналіз результативності ІСЯ ФП, починаючи з самого нижчого її рівня — з процесів, за рахунок прямого (ПЗ) та зворотного зв'язку (ЗЗ), який наведено на рис. 3.

Використання зворотного зв'язку дозволяє своєчасно реагувати на відхилення у інтегрованій системі якості ФП за рахунок використання безперервної оцінки, а також управляти виявленими невідповідностями шляхом розробки коригуючих і/або попереджуючих заходів. Наведена методика являє собою інструмент постійного вдосконалення функціонуючої ІСЯ ФП, оскільки у її основу покладений цикл постійного поліпшення (PDCA), відомий як цикл Шухарта-Демінга.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. ГНД 01.001.98.GMP. Належна виробнича практика GMP. — К.: Держкоммедбіопром, 1998. — 126 с.
2. ДСТУ ISO 9001:2001. Системи управління якістю. Вимоги. — Держстандарт України, 2001. — 22 с.
3. Зарубежный опыт организации системы обеспечения качества на фармацевтических предприятиях // Вісник фармакології та фармацевції. - №3. — 2006.
4. Шадрин А. Некоторые аспекты практической реализации процессного подхода // Стандарты и качество. — 2003. — №6. — С. 52–57.
5. Dianne Galloway. Mapping Work Processes. ASQ. 1994. — 89 p.



### **УДК 614.27:615.1:658.7/8**

#### **СТРУКТУРИЗАЦІЯ ПОСТАЧАЛЬНИЦЬКИХ ТА СПОЖИВАЦЬКИХ КРИТЕРІЇВ ФОРМУВАННЯ АСОРТИМЕНТУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ОПТОВИМИ ФАРМАЦЕВТИЧНИМИ ФІРМАМИ**

**З. М. Мнушко, Л. П. Дорохова**

Встановлено, що на фармацевтичному ринку України пропонується значна кількість аналогічних лікарських засобів різних виробників та їх представників, як вітчизняних, так і закордонних. При цьому комерційні умови поставок є однаковими або дуже близькими. В цьому випадку важливими для оптових фармацевтичних фірм є чинники, що визначають попит кінцевих споживачів на аналогічні лікарські засоби різних виробників-постачальників.

У цьому контексті відмічено тенденцію до самостійного вибору населенням лікарських засобів, що вимагає врахування споживацьких уподобань при виборі оптовиками виробників для оптової закупівлі.

Досліджено склад та структуру ознак при порівнянні аналогічних лікарських засобів різних виробників. Розглянуто групу критеріїв безпосереднього впливу, якими користуються оптовики при взаємодії з виробниками ліків.

Також проаналізовано критерії вибору аналогічних лікарських засобів і особливості оцінювання їх різних лікарських форм та упаковки кінцевими споживачами — населенням.

### **УДК 614.27:615.1:658.7/8**

#### **СТРУКТУРИЗАЦИЯ СНАБЖЕНЧЕСКО-ДИСТРИБЬЮТОРСКИХ И ПОТРЕБИТЕЛЬСКИХ КРИТЕРИЕВ ВЫБОРА ОПТОВЫМИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМИ ФИРМАМИ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

**З. Н. Мнушко, Л. П. Дорохова**

Установлено, что на фармацевтическом рынке Украины предлагается значительное количество аналогичных лекарственных средств разных производителей и их представителей, как отечественных, так и зарубежных. При этом коммерческие условия поставок являются одинаковыми либо очень близкими.

В таком случае важными для оптовых фармацевтических фирм являются факторы, которые определяют спрос конечных потребителей на аналогичные лекарственные средства разных производителей и поставщиков.

В этом контексте определена тенденция самостоятельного выбора населением лекарственных средств, что требует учета потребительских предпочтений при выборе оптовиками производителей для оптовых закупок.

Исследованы состав и структура признаков при сравнении аналогичных лекарственных средств разных производителей.

Рассмотрена группа критериев непосредственного влияния, которыми руководствуются оптовики при взаимодействии с производителями лекарств.

Также проанализированы критерии выбора аналогичных лекарственных средств и особенности оценивания их разных лекарственных форм и упаковок конечными потребителями — населением.

### **UDC 614.27:615.1:658.7/8**

#### **STRUCTURIZATION OF SUPPLIER'S, DISTRIBUTOR'S AND CONSUMER'S CRITERIA OF CHOICE BY WHOLESALE PHARMACEUTICAL FIRMS OF DRUGS MANUFACTURERS**

**Z. M. Mnushko, L. P. Dorokhova**

It is established, that in the pharmaceutical market of Ukraine the significant amount of similar medical products of different manufacturers and their representatives, both domestic, and foreign is offered. Thus commercial conditions of deliveries are identical or very close.

In that case for wholesale pharmaceutical firms factors which determine demand of end users for similar medical products of different manufacturers and suppliers are important.

In this context the tendency of independent choice is certain by the population of medical products that demands the account of consumer preferences at a choice wholesalers of manufacturers for wholesale purchases.

The structure of attributes is researched at comparison of similar medical products of different manufacturers.

The group of criteria of direct influence by which wholesalers are guided at interaction with manufacturers of medicines is considered.

The criteria of a similar medical products choice and features estimation of their different medicinal forms and pickings by end users are also analyzed.

### **УДК: 615.12**

#### **СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВПЛИВУ МАКРООТОЧЕННЯ НА ДІЯЛЬНІСТЬ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ В УКРАЇНІ**

**І. В. Пестун, канд. фарм. н., доцент, З. М. Мнушко, докт. фарм. наук, професор**

Проаналізовані основні показники, що характеризують становище макросередовища фармацевтичних організацій в Україні, його політико-правові, економічні, демографічні і науково-технічні чинники. Виділено позитивні і негативні тенденції в змінах макросередовища, а також сформульовано можливості і загрози розвитку підприємств.

### **УДК: 615.12**

#### **СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ВЛИЯНИЯ МАКРОСРЕДЫ НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В УКРАИНЕ**

**И. В. Пестун, З. Н. Мнушко**

Проанализированы основные показатели, характеризующие состояние макросреды фармацевтических организаций в Украине, ее политико-правовые, экономические, демографические и научно-технические факторы. Выделены позитивные и негативные тенденции в изменениях макросреды, а также сформулированы возможности и угрозы развития предприятий.

### **UDC: 615.12**

#### **CONDITION AND PROSPECTS OF INFLUENCE OF MACROENVIRONMENT ON ACTIVITY OF THE PHARMACEUTICAL ORGANIZATIONS IN UKRAINE**

**I. V. Pestun, Z. N. Mnushko**

The basic parameters describing a condition of the pharmaceutical organizations macroenvironment in Ukraine, its legal, economic, demographic, scientific and technical factors are analyzed. Positive and negative tendencies in macroenvironmental changes are defined, the opportunities and threats for the enterprises are formulated.

### **УДК 615.12:339.138**

#### **КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ВИЗНАЧЕННЯ МАРКЕТИНГОВИХ ЗАВДАНЬ АПТЕЧНИХ МЕРЕЖ**

**З. М. Мнушко, д. фарм. н., проф., Г. С. Бабічева, аспірант**

Проведено аналіз та узагальнено дані наукової літератури стосовно дослідження маркетингових функцій та завдань аптечних закладів. Показано, що кореляція діяльності аптечних закладів із сучасними концепціями маркетингу та оптимальне вирішення маркетингових завдань є ключовими аспектами у досягненні комерційного успіху аптечних мереж та фармацевтичних оптово-роздрібних об'єднань. Виділені окремі аспекти та переваги маркетингової діяльності аптечних мереж. На засадах комплексного підходу сформовано структуру маркетингових завдань аптечних мереж.

### **УДК 615.12:339.138**

#### **КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОПРЕДЕЛЕНИЮ МАРКЕТИНГОВЫХ ЗАДАЧ АПТЕЧНЫХ СЕТЕЙ**

**З. Н. Мнушко, д. фарм. н., проф., А. С. Бабічева, аспірант**

Проведен анализ и обобщены данные научной литературы относительно исследования маркетинговых функций и задач аптечных учреждений. Показано, что корреляция

деятельности аптечных учреждений с современными концепциями маркетинга и оптимальное решение маркетинговых задач являются ключевыми аспектами в достижении коммерческого успеха аптечных сетей и фармацевтических оптово-розничных объединений. Выделены отдельные аспекты и преимущества маркетинговой деятельности сетевых аптек и на принципах комплексного подхода разработана структура маркетинговых задач аптечных сетей.

### **UDC 615.12:339.138**

#### **THE COMPLEX APPROACH TO DEFINITION OF MARKETING TASKS OF CHEMIST'S NETWORKS**

**Z. N. Mnushko, doct., professor, A. S. Babicheva, the post-graduate student**

The analysis is lead and data of the scientific literature concerning research of marketing functions and tasks of chemist's establishments are generalized. It is shown, that correlation of activity of chemist's establishments with modern concepts of marketing and the optimum decision of marketing tasks are key aspects in achievement of commercial success of chemist's networks and pharmaceutical wholesale-retail associations. Separate aspects and advantages of marketing activity of network drugstores are allocated and on principles of the complex approach the structure of marketing tasks of chemist's networks is developed.

### **УДК 338.5:336.027;368.06**

#### **МОНІТОРИНГ ВІТЧИЗНЯНОГО РИНКУ ПРОТИАСТМАТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ**

**О.А. Немченко, В.М. Толочко**

У статті наведені результати моніторингу вітчизняного ринку протиастматичних препаратів (ПАП). Встановлено, що за даними реєстрації препаратів та пропозицій на оптовому ринку ліків монопольне положення займають імпортні ПАП. Розподіл асортименту препаратів за лікарською формою повною мірою відповідає особливостям застосування ПАП з метою досягнення максимального терапевтичного ефекту. Результати аналізу показника Clig дали змогу стверджувати про загострення конкуренції на сегменті ринку препаратів, що досліджувався. Авторами встановлено, що важливими позитивними тенденціями розвитку вітчизняного ринку ПАП є зниження показника Ca.s. протягом трьох років (2005-2007рр.) та, відповідно, збільшення показника доступності (D) препаратів. Крім цього, важливою соціально-економічною характеристикою асортименту ПАП є наявність значної кількості препаратів (приблизно 78%) у першій (нижчій) цінній групі.

### **УДК 338.5:336.027:368.06**

#### **МОНІТОРИНГ ОТЕЧЕСТВЕННОГО РЫНКА ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ**

**О.А. Немченко, В.М. Толочко**

В статье приведены результаты мониторинга отечественного рынка противоастматических препаратов (ПАП). Установлено, что по данным регистрации препаратов и предложений на оптовом рынке лекарств монопольное положение занимают импортные ПАП. Распределение ассортимента препаратов по лекарственной форме в полной мере отвечает особенностям применения ПАП с целью достижения максимального терапевтического эффекта. Результат анализа показателя Clig дал возможность утверждать об обострении конкуренции на исследуемом сегменте рынка препаратов. Авторами установлено, что важными позитивными тенденциями развития отечественного рынка ПАП является снижение показателя Ca.s в течение трех лет (2005-2007 гг.) и, соответственно, увеличение показателя доступности (D) препаратов. Кроме этого, важной социально-экономической характеристикой ассортимента ПАП является факт наличия значительного количества препаратов (приблизительно 78%) в первой (нижней) ценовой группе.

### **UDC 338.5:336.027:368.06**

#### **MONITORING OF ANTI-ASTHMATIC MEDICINES MARKET IN UKRAINE**

**O.A. Nemchenko, V.M. Tolochko**

The results of antiasthmatic medicines market monitoring in Ukraine (AAM) have been presented in the article. It is set, that in accordance to the registration data on preparations and

propositions at the wholesale market of medications the monopolistic position is occupied by imported AAMS. According to the medicinal form of preparations they were distributed with their application in order to achieve a maximal therapeutic effect. In the segment of AAM market the intensification of competition was marked as a result of analysis of the Clig index. It was set by authors, that during three years (2005-2007) time important positive market tendencies of the AAMS development in Ukraine were decreasing Ca.s index and increasing of availability index. Besides this, the important socio-economic description assortment of AAMS is that the majority of preparations (approximately 78%) belong to the first (low) price group.

**УДК: 615.12: 06.08**

**НАУКОВІ ПІДХОДИ ДО ПІДБОРУ ТА РОЗВИТКУ ПЕРСОНАЛУ  
ОРГАНІЗАЦІЙ З РОЗДРІБНОЇ РЕАЛІЗАЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ**

**Л. В. Галій, В. М. Толочко**

Авторами статті обґрунтовано теоретичну модель входження спеціаліста до організації з роздрібною реалізацією лікарських засобів, яка охоплює регламентацію діяльності спеціалістів фармації, залучення претендентів, проведення оцінювання та відбору, узгодження умов контракту зі спеціалістом та введення його до фармацевтичної посади. На етапі введення спеціаліста у фармацевтичну посаду керівникам запропоновано опрацювати декілька складових: навчальну, інформаційну та складову психологічної підтримки.

**УДК: 615.12: 06.08**

**НАУЧНЫЕ ПОДХОДЫ К ОТБОРУ И РАЗВИТИЮ ПЕРСОНАЛА ОРГАНИЗАЦИЙ,  
ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ РОЗНИЧНУЮ РЕАЛИЗАЦИЮ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

**Л. В. Галій, В. М. Толочко**

Авторами статті обґрунтовано теоретичну модель входження спеціаліста в організацію, що здійснює роздрібну реалізацію лікарських засобів, яка охоплює регламентацію діяльності спеціалістів фармації, залучення кандидатів, оцінювання та відбір, узгодження умов трудового договору з спеціалістом та введення його в фармацевтичну посаду.

На етапі введення спеціаліста в фармацевтичну посаду керівникам запропоновано розробити декілька складових: навчальну, інформаційну та складову психологічної підтримки.

**UDC: 615.12 : 06.08**

**SCIENTIFIC APPROACHES TO PERSONNEL SELECTION AND DEVELOPMENT  
IN ORGANIZATIONS, CARRYING OUT RETAIL REALIZATION OF MEDICINES**

**L. V. Galiy, V. M. Tolochko**

The theoretical model of specialist' enrollment in organization, carrying out retail realization of medicines, which consists of pharmaceutical specialists activity regulation, bringing in of candidates, estimation and selection, concordance of labour contract conditions with a specialist and his introduction to a pharmaceutical position has been grounded by this article.

It has been offered to develop some components: educational, informational and the component of psychological support on the stage of specialist introduction into pharmaceutical position.

**УДК 338.45–230.047**

**МОДЕЛЮВАННЯ ВЗАЄМЗВ'ЯЗКІВ ПОКАЗНИКІВ СТАНУ ІННОВАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ  
НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ ПІДПРИЄМСТВІ З ЙОГО КАДРОВИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ**

**О. В. Козирєва**

В статті узагальнено досвід досліджень проблем кадрового забезпечення інноваційного процесу та інших соціально-кадрових аспектів інноваційної діяльності, на базі

чого здійснено комплексну класифікацію параметрів та характеристик, що впливають на величину та структуру кадрового потенціалу інноваційної діяльності. Побудована параметрична модель, яка описує взаємозв'язки показників стану інноваційної діяльності конкретного фармацевтичного підприємства з кількісними і якісними кадровими характеристиками, що дозволило виділити й узагальнити найважливіші з них.

### **УДК 338.45–230.047**

#### **МОДЕЛИРОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ ПРЕДПРИЯТИИ С ЕГО КАДРОВЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ**

**Е. В. Козырева**

В статье обобщен опыт исследований проблем кадрового обеспечения инновационного процесса и других социально-кадровых аспектов инновационной деятельности, на базе чего осуществлена комплексная классификация параметров и характеристик, которые влияют на величину и структуру кадрового потенциала инновационной деятельности. Построена параметрическая модель, описывающая взаимосвязи показателей состояния инновационной деятельности конкретного фармацевтического предприятия с количественными и качественными кадровыми характеристиками.

### **UDC: 338.45-230.047**

#### **DESIGN OF INDEXES INTERCOMMUNICATIONS OF THE STATE INNOVATIVE ACTIVITY ON A PHARMACEUTICAL ENTERPRISE WITH ITS PERSONNEL DESCRIPTIONS**

**E. V. Kozyreva**

Experience of problem researches of personal provision of innovative process and other social and personnel aspects of innovative activity is generalized in the article, what complex classification of parameters and descriptions which influence on a size and structure of personnel potential of innovative activity is carried out. Self-reactance model has been built, which described intercommunications of indexes of the innovative activity state of pharmaceutical enterprise with quantitative and high-quality personnel descriptions.

### **УДК 331.108.2 : 615.1**

#### **УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ**

**О.В. Посилкіна, Ю.С. Братишко**

Стаття присвячена актуальній у наш час проблемі побудови стратегії розвитку трудового потенціалу фармацевтичних підприємств. Визначені аспекти реалізації та розвитку трудового потенціалу фармацевтичних підприємств в умовах впровадження систем управління якістю. Запропоновано методіку оцінки впливу рівня та збалансованості трудового потенціалу на фінансово-господарські результати діяльності фармацевтичних підприємств. Розроблений алгоритм оптимізації вибору стратегії розвитку трудового потенціалу.

### **УДК 331.108.2 : 615.1**

#### **УПРАВЛЕНИЕ РАЗВИТИЕМ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦИАЛА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРЕДПРИЯТИЙ**

**О.В. Посылкина, Ю.С. Братишко**

Статья посвящена актуальной в наше время проблеме построения стратегии развития трудового потенциала фармацевтических предприятий. Определены аспекты реализации и развития трудового потенциала фармацевтических предприятий в условиях внедрения систем управления качеством. Предложена методика оценки влияния уровня и сбалансированности трудового потенциала на финансово-хозяйственные результаты деятельности фармацевтических предприятий. Разработан алгоритм оптимизации выбора стратегии развития трудового потенциала.

## **UDC 331.108.2 : 615.1**

### **MANAGEMENT DEVELOPMENT OF WORK POTENTIAL OF PHARMACEUTICAL ENTERPRISES**

**O.V. Posylkina, Y.S. Bratishko**

The article is devoted to the issue of construction of work potential development strategy of pharmaceutical enterprises. The aspects of realization and development of pharmaceutical enterprises work potential are certain in the conditions of control quality systems introduction. The method of estimation of level and balanced work potential influencing is offered on the financially-economic results of pharmaceutical enterprises activity. The optimization algorithm of choice of work potential development strategy is developed.

## **УДК 658.29:615.1**

### **МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ КОНТРОЛІНГУ НА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВАХ**

**проф. О.В. Посилкіна, Н.М. Мусієнко**

Розроблена і апробована методика оцінки ефективності впровадження та функціонування системи контролінгу на вітчизняних фармацевтичних підприємствах. Запропонований алгоритм проведення цієї оцінки. Проведені розрахунки щодо оцінки ефективності впровадження системи контролінгу на фармацевтичних підприємствах, що досліджувались, які довели доцільність реалізації цих проектів.

## **УДК 658.29:615.1**

### **МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ КОНТРОЛЛИНГА НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРЕДПРИЯТИЯХ**

**проф. О.В. Посылкина, Н.М. Мусиенко**

Разработана и апробирована методика оценки эффективности внедрения и функционирования системы контроллинга на отечественных фармацевтических предприятиях. Предложен алгоритм осуществления этой оценки. Проведены расчеты оценки эффективности внедрения системы контроллинга на исследуемых фармацевтических предприятиях, которые доказали целесообразность реализации этих проектов.

## **UDC 658.29:615.1**

### **METHOD OF EFFICIENCY OF CONTROLLING SYSTEM INTRODUCTION TO THE PHARMACEUTICAL ENTERPRISES**

**N.N. Musiienko, O.V. Posuikina**

Estimation method of efficiency of controlling system introduction and functioning at Ukrainian pharmaceutical enterprises has been developed and approved. The estimation algorithm of method realization has been offered. The estimation calculation of controlling system at the pharmaceutical enterprises has been conducted.

## **УДК 615.2.3:339.138:616.21 — 035**

### **ДО ПИТАННЯ РЕГУЛЮВАННЯ ЕТИЧНОЇ РЕКЛАМИ ТА ПРОМОЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ**

**В. М. Толочко, Ю. П. Медведєва**

Оскільки реклама та промоційна робота є однією із складових комплексу маркетингу та просування лікарських засобів на фармацевтичний ринок, то встановлення чітких законодавчих та етичних норм її проведення є необхідністю.

Одним з пріоритетів української політики є інтеграція в ЄС, тому законодавча база, яка регламентує рекламу лікарських засобів, побудована за європейською моделлю. Однак законодавчі документи, що регулюють промоцію лікарських засобів, в українському законодавстві відсутні, тому існує негайна потреба їх створення.

**УДК 615.2.3:339.138:616.21 — 035**  
**К ВОПРОСУ РЕГУЛЯЦИИ РЕКЛАМЫ И ЭТИЧЕСКОЙ**  
**ПРОМОЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

**В. М. Толочко, Ю. П. Медведева**

Поскольку реклама и промоционная работа является одной из составляющих комплекса маркетинга по продвижению лекарственных средств на фармацевтический рынок, то установление четких законодательных и этических норм их проведения является необходимостью.

Одним из приоритетов украинской политики является интеграция в ЕС, потому законодательная база, регламентирующая рекламу лекарственных средств, построена по европейской модели. Однако законодательные документы, регулирующие промоцию лекарственных средств, в украинском законодательстве отсутствуют, потому существует исходная потребность в их создании.

**UDC 615.2.3:339.138:616.21 — 035**  
**ABOUT THE QUESTION OF ADVERTISEMENT REGULATION**  
**AND ETHIC PROMOTION OF MEDICATIONS**

**V. M. Tolochko, Yu. P. Medvedyeva**

Because of advertisement and promotion work is one of constituents of medications promotion marketing complex at the pharmaceutical market, the establishment of clear legislative and ethic norms for publicity and promotion is a necessity.

One of the priorities of Ukrainian policy is EU integration, therefore the legislative base, regulating medications advertising was created in accordance to the European model. However, legislative documents regulating promotion of medications are absent in the Ukrainian legislation, thus there is an initial problem of its creation.

**УДК 338.5.: 336.2.027:368.06**  
**РОЗРОБКА ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНИХ ПРИНЦИПІВ ФУНКЦІОНУВАННЯ**  
**СТРАХОВОЇ РЕЦЕПТУРИ В УМОВАХ ОБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**

**А.С. Немченко, Г.Л. Панфілова**

У статті розглянуті проблеми впровадження обов'язкового медичного страхування (ОМС) в практичну діяльність аптечних закладів, а саме розроблені організаційно-економічні принципи функціонування страхової рецептури. Авторами був проведений історіографічний аналіз законодавчо-нормативної бази, яка регулювала рецептурний відпуск ліків у колишньому СРСР та в Україні. Наведено визначення таких термінів як «страховий рецепт» та « страхова рецептура». Розроблена модель страхового рецепту, яка відповідає комплексу вимог (традиційність побудови; простота оформлення; можливість використання сучасних інформаційних технологій в обліку рецептів тощо). За допомогою логічного аналізу визначені функції аптек як суб'єктів страхових відносин в моделі ОМС.

**УДК 338.5.: 336.2.027:368.06**  
**РАЗРАБОТКА ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПРИНЦИПОВ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ**  
**СТРАХОВОЙ РЕЦЕПТУРЫ В УСЛОВИЯХ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**А.С. Немченко, А.Л. Панфилова**

В статье рассмотрены проблемы внедрения обязательного медицинского страхования (ОМС) в деятельность аптечных учреждений, а именно разработаны организационно-экономические принципы функционирования страховой рецептуры. Авторами был проведен историографический анализ законодательно-нормативной базы, которая регулировала рецептурный отпуск лекарств в бывшем СССР и в Украине. Приведено определение таких терминов как «страховой рецепт» и «страховая рецептура». Разработана модель страхового рецепта, которая отвечает комплексу требований (традиционность построения; простота оформления; возможность использования современных информационных технологий в учете рецептов и т.д.). С помощью логического анализа определены функции аптек как субъектов страховых отношений в модели ОМС.

## **UDC 338.5.: 336.2.027:368.06**

### **DEVELOPMENT OF ORGANIZATIONAL-ECONOMIC PRINCIPLES OF FUNCTIONING OF INSURANCE COMPOUNDING IN THE CONDITIONS OF OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE**

**A.S. Nemchenko, A.L. Panfilova**

The problems of introduction of obligatory medical insurance (OMI) in activity of pharmacies are considered in article. Organizational-economic principles of functioning of insurance recipes have been developed. Authors conducted the historiography analysis of legislative base, which regulated compounding vacation of medications in former USSR and in Ukraine. It is given the definition of such terms as «insurance recipe» and «insurance compounding». A model of insurance recipeis has been developed. It answers a complex of requirements (traditional character of construction; simplicity of registration; possibility of the use of modern information technologies in consideration of recipes and etc). By the logic analysis functions of pharmacies as subjects of insurance relations in the model OMI have been defined.

## **УДК: 615.03**

### **НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ВКЛЮЧЕННЯ ПРОТИПУХЛИННИХ ПРЕПАРАТІВ У ФОРМУЛЯРНІ ПЕРЕЛІКИ НА ОСНОВІ ЕКСПЕРТНИХ ОЦІНОК**

**А.С. Немченко, М.В. Подгайна**

Визначено науково-методичні підходи включення протипухлинних препаратів до формуляру. Проведено експертне оцінювання протипухлинних препаратів компетентними спеціалістами. Сформовано перелік протипухлинних препаратів, рекомендованих, на думку експертів, до включення у формуляр лікування раку молочної залози та раку тіла матки.

## **УДК: 615.03**

### **НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВКЛЮЧЕНИЮ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ ПРЕПАРАТОВ В ФОРМУЛЯРНЫЕ ПЕРЕЧНИ НА ОСНОВАНИИ ЭКСПЕРТНЫХ ОЦЕНОК**

**А.С. Немченко, М.В. Подгайна**

Определены научно-методические подходы включения противоопухолевых препаратов в формуляр. Проведена экспертная оценка противоопухолевых препаратов компетентными специалистами. Сформирован перечень противоопухолевых препаратов, рекомендуемых, по мнению экспертов, ко включению в формуляр лечения рака молочной железы и рака тела матки.

## **UDC: 615.03**

### **SCIENTIFIC AND METHODOLOGICAL RECOMMENDATIONS ABOUT ANTICANCER DRUGS INCLUSION TO THE FORMULAR LISTS BASED ON EXPERTS EVALUATION.**

**A.S. Nemchenko, M.V. Podgaynaya**

Scientific and methodological approach of anticancer drugs inclusion to the formulars has been defined. Expert evaluation of anticancer drugs by the specialicts has been conducted. List of anticancer drugs recommended for inclusion to the formular for breast and myometrial cancer has been formed.

## **УДК 65.012.23:658.512(075)**

### **СТАНДАРТИЗАЦІЯ ПРОЕКТНИХ ПРОЦЕСІВ НА ПРИКЛАДІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ**

**Г.В. Костюк, Я.М. Деренська**

В умовах інтегрованої системи управління якістю необхідним елементом є чітке визначення комунікацій між підсистемами, процесами та окремими операціями у межах цих процесів. Для цього у кожній системі слід виділити шляхи регламентації дій, оскільки управління процесами повинно будуватися за єдиними правилами, що забез-



печують можливість співставлення даних, їх несуперечність. Управління проектами потребує впровадження процесного підходу, який розглядає кожний процес як систему з входом та виходом, забезпеченням. З іншого боку, структурування процесу враховує виділення таких елементів: визначення робочих місць, посадових обов'язків, процедур управління проектами та їх документальне оформлення.

Стандарт робочого місця повинен містити: 1) визначення положення робочого місця у загальному процесі управління проектами; 2) дані про виконавця; 3) методики; 4) специфікацію операцій підпроцесу; 5) опис матеріалів та документів; 6) опис устаткування та приладів; 7) дані про показники процесу.

### **УДК 65.012.23:658.512(075)**

#### **СТАНДАРТИЗАЦІЯ ПРОЕКТНИХ ПРОЦЕСОВ НА ПРИМЕРЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРЕДПРИЯТИЙ**

**Г.В. Костюк, Я.Н. Деренская**

В условиях интегрированной системы управления качеством необходимым элементом является четкое определение коммуникаций между подсистемами, процессами и отдельными операциями в пределах этих процессов. Для этого в каждой системе следует выделить пути регламентации действий, поскольку управление процессами должно строиться по единым правилам, которые обеспечивают возможность сопоставления данных, их непротиворечивость. Управление проектами нуждается во внедрении процессного подхода, который рассматривает каждый процесс как систему с входом и выходом, обеспечением. С другой стороны, структуризация процесса учитывает выделение таких элементов: определение рабочих мест, должностных обязанностей, процедур управления проектами и их документальное оформление.

Стандарт рабочего места должен содержать: 1) определение положения рабочего места в общем процессе управления проектами; 2) данные относительно исполнителя; 3) методики; 4) спецификацию операций подпроцесса; 5) описание материалов и документов; 6) описание оборудования и приборов; 7) данные относительно показателей процесса.

### **UDC 65.012.23:658.512(075)**

#### **STANDARDIZATION OF PROJECT PROCESSES ON THE EXAMPLE OF PHARMACEUTICAL ENTERPRISES**

**G.V. Kostyuk, Y.M. Derenska**

In the conditions of the integrated control quality system the necessary element is a clear determination of communications between subsystems, processes and separate operations within these processes. For this purpose in every system it is needed to select the ways of action regulation, as process control must be built by unique rules, which provide possibility of information comparison. Project management needs introduction of processes approach, which examines every process as a system with an entrance and output, and such was provided. From the other side, process structuring takes into account the selection of such elements: working location determination, position requirements, project management procedures and their documentary registration.

The standard of workplace must contain: 1) determination of a workplace position in the general project management process; 2) given relation to a performer; 3) methods; 4) specification of subprocess operations; 5) description of materials and documents; 6) description of equipment and devices; 7) given relation to the indexes of process.

### **УДК 615.12:661.12:33**

#### **МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО РОЗРОБКИ ТА ОЦІНКИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ ІНТЕГРОВАНОЇ СИСТЕМИ ЯКОСТІ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ ПІДПРИЄМСТВІ**

**проф. О.В. Посилкіна, викл. К.С. Світлична**

Створена методика розробки ІСЯ ФП. Методика передбачає послідовне виконання наступних процедур: визначення, ідентифікація і опис процесів ІСЯ ФП, побудова схем

послідовності і взаємодії процесів, визначення показників оцінки результативності ІСЯ ФП, документування процесів.

Розроблена методика оцінки результативності функціонування ІСЯ ФП, в основу якої покладено критеріальний підхід, що базується на порівняльному аналізі фактичних значень показників і значень критеріїв та інтегральної оцінки отриманих результатів за кваліметричною шкалою значущості, з виділенням інтервалу розробки коригуючих і/або попереджуючих заходів, що забезпечує оперативне управління ІСЯ ФП.

### **УДК 615.12:661.12:33**

#### **МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К РАЗРАБОТКЕ И ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ИНТЕГРИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ КАЧЕСТВА НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ ПРЕДПРИЯТИИ**

**проф. О.В. Посылкина, преп. К.С. Светличная**

Создана методика разработки ИСК ФП. Методика предусматривает последовательное выполнение следующих процедур: определение, идентификация и описание процессов ИСК ФП, построение схем последовательности и взаимодействия процессов, определение показателей оценки результативности ИСК ФП, документирование процессов.

Разработана методика оценки результативности функционирования ИСК ФП, в основу которой положен критериальный подход, который базируется на сравнительном анализе фактических значений показателей и значений критериев, а также интегральной оценки полученных результатов по кваліметрической шкале значимости, с выделением интервала разработки корректирующих и/или предупреждающих мероприятий, что обеспечивает оперативное управление ИСК ФП.

### **UDC 615.12:661.12:33**

#### **METHODOLOGICAL APPROACHES TO THE DEVELOPMENT AND ESTIMATION OF INTEGRATED QUALITY SYSTEM'S EFFECTIVENESS ON THE PHARMACEUTICAL ENTERPRISE**

**professor O.V. Posylkina, applicant K.S. Svitlichna**

The method of making of pharmaceutical enterprise (PE) integrated quality system (IQS) has been developed. A method consists of the determination, authentication and description of processes, determination of results of effectiveness, process documentation.

The method of estimation of functioning is developed. This method bases on the criterion approach and uses comparative analysis of actual results and criteria along with integrated estimation of results.

## ПРАВИЛА ПІДГОТОВКИ МАТЕРІАЛІВ ДО ПУБЛІКАЦІЇ В ЖУРНАЛІ «УПРАВЛІННЯ, ЕКОНОМІКА ТА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ В ФАРМАЦІЇ»

1. До розгляду приймаються оригінальні та інші види статей за класифікацією ВАК за спеціальностями 15.00.01 «Технологія та організація фармацевтичної справи» та 15.00.03 «Стандартизація та організація виробництва лікарських засобів».
2. Текст статті друкується кеглем №14 через 1,5 інтервали на аркуші формату А4 (ширина полів: зліва — 3 см, справа — 1 см, зверху та знизу — по 2 см) і починається з таких даних: назви статті, ініціалів та прізвищ всіх авторів, назви організацій, у яких виконана робота, переліку ключових слів (понять) у кількості 4-6.
3. Автори повинні дотримуватись загального плану побудови статті:
  - 4.1. Вступ. Містить короткий огляд раніше надрукованих робіт у досліджуваній галузі, зазначається актуальність тематики, мета роботи.
  - 4.2. Матеріали та методи.
  - 4.3. Результати та їх обговорення. Містять результати досліджень, зроблених автором.
  - 4.4. Висновки.
  - 4.5. Перелік використаної літератури, розташованої за алфавітом (спочатку кирилиця, потім — латинський шрифт).
  - 4.6. Усі заголовки мають бути **ПРОПИСНИМИ**, виділені **жирним**, розміщені посередині строки.
5. Стаття супроводжується трьома рефератами українською, російською та англійською мовами у вигляді розширеної анотації обсягом 2/3 сторінки машинописного тексту. Реферати повинні містити індекс УДК, назву статті, ініціали та прізвища всіх авторів.
6. Формули сполук подаються окремими файлами у форматі Corel Draw (версія не пізніше 12); ISIS draw; діаграми та рисунки — у форматі Excel або Corel Draw (версія не пізніше 12); рисунки у вигляді фотографій можуть бути представлені файлами TIFF 300-600dpi Gray Scale (256 градацій сірого), JPG не менше 1 Мб. Ширина графічного матеріалу повинна бути розміром 5,5 см, 11,5 см або 17,4 см.
7. Математичні формули мають бути виконані за допомогою редактора формул MS Equation.
8. У статтях повинна використовуватись система одиниць СІ.
9. Рисунки та підписи до них виконують окремо один від одного; підписи до всіх рисунків статті подаються на окремому аркуші. На зворотній стороні кожного рисунка простим олівцем вказується його номер та назва статті, а в разі необхідності — верх і низ.
9. Таблиці повинні бути надруковані на окремих аркушах (у кінці статті) і мати нумерацію і заголовки. На полях рукопису необхідно вказати місце розміщення рисунків і таблиць. Інформація, наведена у таблицях і на рисунках, не повинна дублюватися.
10. Список літератури оформляється у відповідності до ДГСТу 7.1-84, а скорочення слів і словосполучень — у відповідності з ДГСТ 7.12-93 (див. форму 23, Бюлетень ВАК № 2, 2000 р., с. 61-62).
11. Усі матеріали подаються до редакції у двох екземплярах і супроводжуються експертним висновком, який дозволяє відкрити публікацію. Другий екземпляр статті підписується всіма авторами.
12. Стаття супроводжується направленням від організації, в якій виконана робота, на ім'я головного редактора.
13. До статті на окремому аркуші додаються відомості про авторів, які містять: учене звання, учений ступінь; прізвище, ім'я та по батькові (повністю); місце роботи та посаду, яку обіймає автор; адресу для листування, номери телефонів і факсів, E-mail.
14. Редакція залишає за собою право редакційної правки статті.
15. Статті, відслані авторам на виправлення, повинні бути повернені до редакції не пізніше, ніж через 10 днів після одержання. В авторській коректурі допускається виправлення лише помилок набору.
16. До друкованого варіанту статті (2 екз.) додається електронна копія на дискеті (або може бути надана на іншому виді електронного носія) у форматі MS Word.

*Редакція попереджає авторів про те, що у випадку невиконання статей згідно умов подачі, такий матеріал не буде прийнятий до друку незалежно від оплати автором за розміщення цього матеріалу.*

*Особу увагу авторів редакція звертає на те, що рисунки та схеми, виконані в MS Word також не приймаються до друку.*

*Але якщо автор не в змозі виконати малюнки у відповідному редакторі, редакція може запропонувати виконання такої послуги на передплатній основі.*

# СОДЕРЖАНИЕ

## МАРКЕТИНГ

**Структуризація постачальницьких та споживацьких критеріїв вибору оптовими фармацевтичними фірмами виробників лікарських засобів**

З. М. Мнушко, Л. П. Дорохова..... 3

**Стан та перспективи впливу макрооточення на діяльність фармацевтичних організацій в Україні**

І. В. Пестун, З. М. Мнушко..... 8

**Комплексний підхід до визначення маркетингових завдань аптечних мереж**

З. М. Мнушко, Г. С. Бабічева..... 15

**Моніторинг вітчизняного ринку протиастматичних препаратів**

О.А. Немченко, В.М. Толочко ..... 21

## МЕНЕДЖМЕНТ

**Наукові підходи до підбору та розвитку персоналу організацій з роздрібною реалізацією лікарських засобів**

Л. В. Галій, В. М. Толочко ..... 28

**Моделювання взаємозв'язків показників стану інноваційної діяльності на фармацевтичному підприємстві з його кадровими характеристиками**

О. В. Козирева ..... 31

**Управління розвитком трудового потенціалу фармацевтичних підприємств**

О. В. Посилкіна, Ю. С. Братішко ..... 37

# УПРАВЛІННЯ В ФАРМАЦІЇ

|  |    |
|--|----|
| <b>Методичні засади оцінки ефективності впровадження системи контролінгу на фармацевтичних підприємствах</b><br>О.В. Посилкіна, Н.М. Мусієнко.....                         | 44 |
| <b>До питання регулювання реклами та етичної промоції лікарських засобів</b><br>В. М. Толочко, Ю. П. Медведєва.....  | 49 |
| <b>Розробка організаційно-економічних принципів функціонування страхової рецептури в умовах обов'язкового медичного страхування</b><br>А.С. Немченко, Г.Л. Панфілова ..... | 52 |
| <b>Науково-методичні рекомендації щодо включення протипухлинних препаратів у формулярні переліки на основі експертних оцінок</b><br>А.С. Немченко, М.В. Подгайна .....     | 58 |
| <b>Стандартизація проектних процесів на прикладі фармацевтичних підприємств</b><br>Г.В. Костюк, Я.М. Деренська.....  | 62 |
| <b>Методологічні підходи до розробки та оцінки результативності інтегрованої системи якості на фармацевтичному підприємстві</b><br>О.В. Посилкіна, К.С. Світлична .....    | 67 |

Літературний редактор: Н.О. Попельнюх  
Комп'ютерна верстка: І.М. Цовма

Адреса для листування: 61166, м. Харків, пр. Леніна 40, а/с 4163,  
ПП «Фармітек».  
Тел./факс. 8(057)717-89-00.  
e-mail: provisor\_editor@ukr.net,  
chief\_editor@megapolis.kharkov.ua

Підписано до друку 22.08.2008 р. Формат 60x84 1/8  
Папір офсетний. Друк офсетний.  
Друкарня  
Умовн. Друк. Арк.. 9,3. Обліков-вид. арк.. 10,76  
Тираж 1500 прим.