

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ



**СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ:
СТАН, ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ**

МАТЕРІАЛИ
VI МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
ІНТЕРНЕТ-КОНФЕРЕНЦІЇ

23-24 квітня 2020 року
м. Харків

Харків
НФаУ
2020

Редакційна колегія: проф. А. А. Котвіцька (голова), доц. А. В. Волкова, доц. І. В. Кубарева, доц. Ю. В. Корж, доц. А. В. Черкашина, ас. І. О. Сурікова

Посвідчення про реєстрацію № 733 від 26 грудня 2018 р.

Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи :
С 69 матер. VI Міжнар. наук.-практ. інтернет-конференції (23-24 квіт. 2020 р., м. Харків) / ред. кол.: А. А. Котвіцька та ін. – Х.: НФаУ, 2020. – 388 с.

Збірник містить матеріали міжнародної науково-практичної інтернет-конференції «Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи», в яких розглянуті питання: розвитку соціальної фармації як наукового напрямку та навчальної дисципліни; взаємозв'язку дисциплін соціальна медицина та соціальна фармація; сфер взаємодії: людина – суспільство – ліки – фармацевтична допомога; соціально-ефективних механізмів забезпечення доступності фармацевтичної допомоги населенню (державна реєстрація, реімбурсація, ціноутворення); нормативно-правового регулювання обігу лікарських засобів та фармацевтичної діяльності; морально-етичних принципів фармацевтичної діяльності; соціальних аспектів управління підприємств фармацевтичної галузі, соціальних тенденції маркетингу у фармації та ін.

Матеріали подаються мовою оригіналу.

За достовірність матеріалів відповідальність несуть автори.

ЗМІСТ

СТАТТІ КОНФЕРЕНЦІЇ

АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ФІЗИЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У ХАРКІВСЬКОМУ РЕГІОНІ	
Котвіцька А. А., Волкова А. В., Кубарева І.В., Корж Ю.В., Сурікова І. О.	16
ИЗМЕНЕНИЕ УЯЗВИМОСТИ К КОРРУПЦИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА ЗА 2008 - 2020 гг.	
Адаужи Стела Б., Котай Валерия В., Сафта Владимир Н.	28
INVESTIGATION OF THE WAYS TO INCREASE THE EFFICIENCY OF PHARMACY EMPLOYEES USED IN RUSSIA AND ARMENIA	
Zhirova I.V., Varenykh G.V., Hovhannisyan M.V.	34
ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ, ЕЕ ОЦЕНКА И ПРОГНОЗ	
Спичак И.В., Вареных Г.В., Жирова И.В.	40
СТРУКТУРИЗАЦІЯ ХРОНОЛОГІЧНОГО ТА ПОДІЄВОГО ПІДХОДУ ДО ПЕЛОЇДОЛІКУВАННЯ У ДЗЕРКАЛІ ІСТОРІЇ	
Кучмістова О.Ф.	46
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЗАКОНОДАВЧОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОБІГУ КОСМЕТИЧНИХ ЗАСОБІВ, ЩО РЕАЛІЗУЮТЬСЯ В УМОВАХ АПТЕКИ	
Казакова І.С., Лебединець В.О.	53
ВИЗНАЧЕННЯ РОЛІ СПАДКОВИХ ФАКТОРІВ ТА НЕСПРИЯТЛИВИХ ЧИННИКІВ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РОЗВИТКУ У ФОРМУВАННІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 1 ТИПУ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ	
Єрмоменко Р.Ф., Ковальова В.І., Литвинова О.М.	60
ПРЕПАРАТИ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ДИСМЕНОРЕЇ: СТАН ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ УКРАЇНИ У 2020 РОЦІ	
Маслій Ю. С., Перепелиця А. О., Баглай Т. О.	66
АНАЛІЗ ДОСТУПНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГЕПАТИТУ С, ЩО ПРЕДСТАВЛЕНІ НА РИНКУ УКРАЇНИ	
Волкова А.В., Ноздріна А.А., Рибалко Т.О.	77
ПРО СТАВЛЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ДО ПРОБЛЕМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ	
Візір Ю. С.	89

ТЕЗИ КОНФЕРЕНЦІЇ

СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ: ЇЇ РОЛЬ І МІСЦЕ У СУЧАСНІЙ ОСВІТІ ТА НАУЦІ

АПРОБАЦІЯ СИСТЕМИ ФУНКЦІОНУВАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ	100
Бойко А.І., Марків Н.В., Бойко А.А.	
РОЗВИТОК ФАРМАЦЕВТИЧНОГО СЕКТОРУ ТА ЛІКАРСЬКОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В НІМЕЧЧИНІ НА ЗАСАДАХ СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ	102
Воскобойнікова Г. Л., Довжук В. В., Коновалова Л. В., Рогов Є.	
СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ: АНАЛІЗ ПРОГРАМ ТА СТРАТЕГІЙ ВООЗ ЩОДО ВИРШЕННЯ ПРОБЛЕМ, ПОВ'ЯЗАНИХ ІЗ АДЕКВАТНИМ ЗАСТОСУВАННЯМ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ МОЛОДДЮ	106
Заремба Н.І., Зіменковський А.Б.	
ОЦІНКА РОЛІ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПРАЦІВНИКА ДЛЯ РАЦІОНАЛЬНОГО ВИКОРИСТАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ	109
Максимович Н.М., Заліська О.М., Барчук О.З., Стасів Х.-О. Я.	
ЗАСТОСУВАННЯ ПЕРЕЛІКУ ПОТЕНЦІЙНО НЕДОЦІЛЬНИХ ЛІКІВ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ ДЛЯ РАЦІОНАЛІЗАЦІЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ	111
Настюха Ю.С., Рамусь Т.О., Борецька О.Б.	
РОЛЬ ДИСЦИПЛІНИ «СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ» В СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ФАРМАЦІЇ	113
Феденько С.М.	
СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА ТА СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ – ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ДИСЦИПЛІН	
СТРАТЕГІЇ ПРОТИДІЇ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ: НАЦІОНАЛЬНІ ПЛАНИ ТА МІЖНАРОДНА СПІВПРАЦЯ	118
Баглай Т.О., Яковлєва Л.В.	
АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ТЕНДЕНЦІЙ СПОЖИВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА В УКРАЇНІ	122
Котвіцька А.А., Прокопенко О. С.	
АНАЛІЗ ДОКАЗОВОЇ БАЗИ ВИКОРИСТАННЯ СТАТИНІВ ПРИ ГОСТРИХ ПОРУШЕННЯХ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ	125
Левицька О. Р.	

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПЕРЕДУМОВИ РАЦІОНАЛЬНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ПЕРОРАЛЬНИХ ЗАСОБІВ КАЛЬЦІЮ	128
Лопатинська О.І., Калужинська Р.І.	
ІНТЕРНАТУРА ЯК ПЕРВИННА СПЕЦІАЛІЗАЦІЯ В УКРАЇНІ ТА ЗА КОРДОНОМ	131
Огарь С.В., Шульга Л.І.	
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ	133
Панфілова Г.Л., Богдан Н. С.	
АНАЛІЗ СХЕМ ЛІКУВАННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ II ТИПУ, ДЛЯ ХВОРИХ З УСКЛАДНЕННЯМ – ДІАБЕТИЧНА РЕТИНОПАТІЯ	135
Подколзіна М.В., Куриленко Ю.С., Рибалко Н.В.	
АНАЛІЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В МАРОККО	138
Гавриш Н.Б., Эжжебли Мохамед	
STATISTICAL ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF DEMENTIA IN LEBANON	141
Dona Khalife	
DRUG-DRUG INTERACTIONS DETECTION AS A METHOD OF WARNING OF PHARMACOTHERAPY COMPLICATIONS	143
Ryvak T.B., Sekh M. Ya.	
ЛЮДИНА – СУСПІЛЬСТВО – ЛІКИ – ФАРМАЦЕВТИЧНА ДОПОМОГА – СФЕРИ ВЗАЄМОДІЇ	
ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ФІНАНСУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	148
Баєва О. І.	
ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ НЕНАЛЕЖНОГО ВИДАЛЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ВІДХОДІВ НАСЕЛЕННЯМ УКРАЇНИ	151
Волкова А. В., Проскурова Я. О., Мелашенко П. О.	
НАУКОВЕ ОСМИСЛЕННЯ ЗАВДАННЯ ТА СУЧАСНИХ ФУНКЦІЙ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ В УМОВАХ РОЗВИТКУ ПАЦІЄНТООРІЄНТОВАНИХ ВІДНОСИН МІЖ СУБ'ЄКТАМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	154
Гала Л. О.	
ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	156
Гладкова О.В.	

ПЛОТНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОІНФОРМОВАНОСТІ СТУДЕНТІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ЩОДО КОНЦЕПЦІЇ «ФАРМАЦЕВТ ДЕСЯТИ ЗІРОК»	
Громовик Б.П., Кремінь Ю.І.	160
СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНА НЕОБХІДНІСТЬ УЧАСТІ УКРАЇНИ У МІЖНАРОДНИХ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ	
Зоїдзе Д. Р.	163
ДОЦІЛЬНІСТЬ СТВОРЕННЯ ПРЕПАРАТІВ КИСЛОТИ ТІОКТОВОЇ	
Ковалевська І.В., Рубан О.А.	166
БЕДАКВІЛІН В ЛІКУВАННІ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ: ПЕРСПЕКТИВИ ТА ВИКЛИКИ	
Літвінова О.В., Посилкіна О.В.	168
АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ПОХИЛОГО ВІКУ У КРАЇНАХ СВІТУ	
Немченко А.С., Куриленко Ю.Є.	171
РОЗРОБКА МЕХАНІЗМІВ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМИ ВПРОВАДЖЕННЯ ОЦІНКИ ТЕХНОЛОГІЙ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
Немченко А. С., Назаркіна В. М	173
ІНОВАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У НІМЕЧЧИНІ ЯК ЗАПОРУКА ВИСОКОГО РІВНЯ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПОСЛУГ В КРАЇНІ	
Панфілова Г.Л. , Сокурєнко І.А., Хіменко С.В.	176
ДОСЛІДЖЕННЯ ВІДНОШЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ДО РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	
Попова І.А., Харченко К.С.	179
ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ ТУРИЗМ ЯК ІНТЕГРАЛЬНА ФОРМА ДІЯЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ В СУЧАСНІЙ СОЦІАЛЬНО ОРІЄНТОВАНІЙ СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
Самборський О.С., Слободянюк М.М.	182
FEATURES OF THE TRANSLATION OF TERMINOLOGY IN THE HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT	
Podgaina M.V., Ananko V.V.	184
THE ROLE OF PHARMACISTS IN PROMOTING RATIONAL USE OF MEDICINES IN DIFFERENT COUNTRIES OF THE WORLD	
Zhadko S.V., Macosso-Michel Joelle Beti-Christ Elisa	187

СОЦІАЛЬНО-ЕФЕКТИВНІ МЕХАНІЗМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ	
АНАЛІЗ ДИНАМІКИ РЕЦЕПТУРНОГО ВІДПУСКУ ЦУКРОЗНИЖУЮЧИХ ПРЕПАРАТІВ ЗА ДЕРЖАВНОЮ ПРОГРАМОЮ «ДОСТУПНІ ЛІКИ» Волкова А.В., Терещенко Л. В.	190
ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ОПТОВОГО СЕКТОРУ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ БОЛГАРІЇ ДЛЯ ОПТИМІЗАЦІЇ ЛІКАРСЬКОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ Воскобойнікова Г. Л., Довжук В. В., Коновалова Л. В., Заверталюк К. В.	193
АНАЛІЗ ДИНАМІКИ НОМЕНКЛАТУРИ ТА ВИТРАТ У ПРОГРАМІ «ДОСТУПНІ ЛІКИ» В УКРАЇНІ Гуз В. С., Заліська О. М., Максимович Н. М.	198
ДО АКТУАЛЬНОСТІ РОЗРОБКИ ПРОТОКОЛІВ ПРОВІЗОРА (ФАРМАЦЕВТА) ПРИ ВІДПУСКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ОСІБ З СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЗА ПРОГРАМОЮ «ДОСТУПНІ ЛІКИ» Зупанець І. А., Сахарова Т.С., Безугла Н.П.	200
ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРОТИЗАПЛІДНИМИ ЗАСОБАМИ В УКРАЇНІ Маганова Т. В., Ткаченко Н. О.	203
РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ ФАКТОРІВ НЕСПРИЯТЛИВОГО РОЗВИТКУ ЛІМФОГРАНУЛЕМАТОЗУ ЯК ПІДГРУНТТЯ ДЛЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ЕФЕКТИВНОГО ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОНКОГЕМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ Панфілова Г.Л., Матушак М.Р.	205
ОРГАНІЗАЦІЯ ЕФЕКТИВНОЇ ХІМІОТЕРАПІЇ ГОСТРИХ ЛЕЙКОЗІВ ЯК ВАЖЛИВИЙ НАПРЯМОК ЛІКУВАННЯ ОНКОГЕМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ Цурікова О. В.	207
ОСНОВИ ПРАВА ТА ЗАКОНОДАВСТВА У ФАРМАЦІЇ	
НОРМАТИВНО-ПРАВОВИЙ АНАЛІЗ ПРОГРАМИ МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ Волкова А.В., Рищенко О.О.	212

ВПРОВАДЖЕННЯ МЕТОДОЛОГІЇ «УГОДИ КЕРОВАНОГО ДОСТУПУ» ДЛЯ ІННОВАЦІЙ ПРИ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЯХ В УКРАЇНІ Заліська О.М., Стасів Х.-О. Я., Максимович Н.М.	214
ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ОБІГУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ Корж Ю.В., Фурса Л.І., Терещенко Л.В., Зайцева Ю.Л.	216
АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПИТАНЬ ЗНЕШКОДЖЕННЯ НЕПРИДАТНИХ ДО ВИКОРИСТАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЗАКОРДОНОМ Лабунець М. Д., Гала Л. О.	219
АНАЛІЗ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ УГОЛОВНОЇ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РАБОТНИКА В УКРАИНЕ Болдарь Г.Е., Аит Хмида Шаима	221
СОЦІАЛЬНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ	
У ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ СЕКТОРІ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ ВІТЧИЗНЯНИХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ У СФЕРІ ЗВ'ЯЗКІВ З ГРОМАДСЬКІСТЮ Бабічева Г. С., Ніщименко О. С.	226
ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ІНЖИНІРИНГУ В УМОВАХ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ВИРОБНИЦТВА Деренська Я. М.	228
ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВИКОРИСТАННЯ ЕЛЕКТРОННИХ ПІДПИСІВ У ДОКУМЕНТООБІГУ АПТЕК Корнієнко О.М., Давиденко А.О.	231
ВСТАНОВЛЕННЯ ЕКОНОМІЧНОГО ПОРЯДКУ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я Котлярова В. Г.	234
РОЗРОБКА РЕКОМЕНДАЦІЙ ЩОДО УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРАЦІ ЗАВІДУВАЧА АПТЕКОЮ У ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ СЕКТОРІ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я Малініна Н.Г.	239
ДО ПИТАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ АПТЕЧНИМИ ЗАКЛАДАМИ Мнушко З.М., Пестун І.В., Парфьонова І.І., Оганезова Г.В., Драганова О.М.	241

АКТУАЛЬНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ ЛОГІСТИЧНОГО ПІДХОДУ У ДІЯЛЬНІСТЬ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я Посилкіна О. В., Лісна А.Г.	244
АНАЛІЗ ІСНУЮЧИХ ПІДХОДІВ ДО АДАПТИВНОГО УПРАВЛІННЯ ПІДПРИЄМСТВОМ Сагайдак-Нікітюк Р. В., Голубцова К. К.	247
РОЗРОБКА СТАНДАРТНИХ ОПЕРАЦІЙНИХ ПРОЦЕДУР ЛОГІСТИКИ ЗОВНІШНЬОЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ВИРОБНИЧИХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ Сагайдак-Нікітюк Р. В., Захарко Н. В.	251
ДОСЛІДЖЕННЯ МЕТОДІВ ОЦІНКИ ПЕРСОНАЛУ Тростянецька А. В., Сагайдак-Нікітюк Р. В.	252
MAIN APPROACHES TO THE ECONOMIC ANALYSIS IN HEALTH ECONOMY Podgaina M.V., Boiko V.V.	255
SUBSTANTIATION OF DIRECTIONS OF IMPROVEMENT COMPETITIVENESS OF PHARMACEUTICAL COMPANIES Rohulia O. Yu., Bengshir Umaina	256
МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ ПРИНЦИПИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	
ПРИНЦИПИ КОРПОРАТИВНОЇ КУЛЬТУРИ Іванова К. А., Кулакова О. М., Хіріна Г. О.	262
ІНІЦІАТИВА ЩОДО ВПРОВАДЖЕННЯ ЕТИЧНОГО КОДЕКСУ ПАЦІЄНТІВ В УКРАЇНІ Убогов С. Г., Юрковська Л. Г.	265
СОЦІАЛЬНІ ТЕНДЕНЦІЇ МАРКЕТИНГУ У ФАРМАЦІЇ	
МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ТОВАРНОГО СЕГМЕНТУ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОГО ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ КАРВЕДІЛОЛУ Байгуш Ю.В., Семенів Д.В.	270
АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ВІТЧИЗНЯНОГО РИНКУ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ НПЗЗ-ГАСТРОПАТІЙ Бездітко Н.В., Мелюс О.О.	272
МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ РИНКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ВКЛЮЧЕНИХ ДО УНІФІКОВАНОГО КЛІНІЧНОГО ПРОТОКОЛУ, ДЛЯ ЛІКУВАННЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ В УКРАЇНІ Косяченко К.Л., Гаврилюк Я.Д.	274

РОЛЬ ІНСТРУМЕНТІВ DIGITAL-МАРКЕТИНГУ У ФОРМУВАННІ ІМІДЖУ КЛІЄНТООРІЄНТОВАНОЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ КОМПАНІЇ Сахнацька Н.М., Алекперова Н.В.	276
ДОСЛІДЖЕННЯ ПОЛІТИКИ БРЕНДИНГУ ЯК ІНСТРУМЕНТУ МАРКЕТИНГОВОГО МЕНЕДЖМЕНТУ ОРГАНІЗАЦІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ Чмихало Н. В., Вінник О. В.	279
АНАЛИЗ ТОВАРНОЙ СТРУКТУРЫ УКРАИНСКОГО РЫНКА НАЗАЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ Пивень Е.П., Бен Гхолам Ханае	282
RESEARCH OF OFFERS V07A GROUP IN THE UKRAINE MARKET Timofeyev S.V.	285
ANALYSIS OF REGISTRATION OF ANTI-EPELYPTIC DRUGS IN THE PHARMACEUTICAL MARKET IN SOUTHERN AND EASTERN MEDITERRANEAN Zaytseva Yu. L., El Assal Rami	286
THE ROLE, MAIN RESPONSIBILITIES AND NECESSARY SKILLS OF MEDICAL REPRESENTATIVES OF PHARMACEUTICAL COMPANIES Zhadko S.V., Zouhri Abderrahmane	287
ANALYSIS OF MARKETING COMPONENT IN THE RATIONAL USE OF DRUGS Zhadko S.V., Tchitembo Gloire Helena	289
СУЧАСНІ ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ	
ПОГЛЯД ПРАКТИКУЮЧОГО ЛІКАРЯ НА ОРГАНІЗАЦІЮ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА СНІД Нартов П.В., Якущенко В.А.	294
ROLE OF THE PHARMACIST IN PALLIATIVE AND HOSPICE CARE Tsapko D., Dupon Frederik	297
THE MAIN PROBLEMS OF THE PALLIATIVE AND HOSPICE CARE IN UKRAINE Vietrova K.V.	299
ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АНАЛІЗ СХЕМ ЛІКУВАННЯ СОЦІАЛЬНО-ЗНАЧУЩИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	
РЕЗУЛЬТАТИ ABC- ТА ЧАСТОТНОГО АНАЛІЗІВ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З КО-ІНФЕКЦІЄЮ ВІЛ/ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С Висоцька О. І., Ткачова О. В., Гонтова А. В.	304

РЕЗУЛЬТАТИ АВС-АНАЛІЗУ ПУБЛІЧНИХ ЗАКУПІВЕЛЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ Корж Ю.В., Олейнікова Н. В., Кулаєва О. Є.	306
РЕЗУЛЬТАТИ ІНТЕГРОВАНОГО АВС/XYZ – АНАЛІЗУ ПУБЛІЧНИХ ЗАКУПІВЕЛЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ Романько Т.А., Корж Ю.В.	308
ОЦІНКА ФАРМАКОТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ З ПЕПТИЧНОЮ ВИРАЗКОЮ ШЛУНКА ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ АВС- ТА ЧАСТОТНОГО АНАЛІЗІВ Яковлєва Л. В., Герасимова О. О., Якименко А. І.	310
PHARMACOECONOMIC STUDY OF THE USE OF PROTON PUMP INHIBITORS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS IN UKRAINE Zaytseva Yu. L., El Burj Bilal	312
СОЦІАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ БІЗНЕСУ В ФАРМАЦІЇ	
ПОСАДОВІ ОBOB'ЯЗКИ МЕНЕДЖЕРА (УПРАВИТЕЛЯ) ІЗ СОЦІАЛЬНОЇ ТА КОРПОРАТИВНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ Посилкіна О.В., Братішко Ю.С., Кубасова Г.В.	316
АКТУАЛЬНІСТЬ РОЗВИТКУ ПАРТНЕРСЬКИХ ВІДНОСИН В ФАРМАЦІЇ В УМОВАХ РЕАЛІЗАЦІЇ МОДЕЛІ СОЦІАЛЬНО ВІДПОВІДАЛЬНОГО БІЗНЕСУ Посилкіна О.В., Орел Д.Г.	320
СОЦІАЛЬНО-ЕКОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПОВОДЖЕННЯ З ВІДХОДАМИ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ Сагайдак-Нікітюк Р. В., Квачова О. М.	323
STUDY OF CURRENT DIRECTIONS AND GOALS OF CORPORATE SOCIAL RESPONSIBILITY OF PHARMACEUTICAL COMPANIES Zhadko S.V., Salman Ahmed	327
ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ	
ЗАРОДЖЕННЯ ТА РОЗВИТОК ВИЩОЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНСЬКИХ ЗЕМЛЯХ У ХІХ – НА ПОЧАТКУ ХХ СТ. Горбаньов В.В., Гавриш Н.Б.	332
ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ФАЛЬСИФІКАЦІЇ ЛІКІВ У ЧАСИ РОСІЙСЬКОЇ ІМПЕРІЇ ТА РАДЯНСЬКОГО СОЮЗУ Немченко А.С., Лебедь С.О.	335

ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ КАДРІВ У РОСІЙСЬКІЙ ІМПЕРІЇ ПРОТЯГОМ ХVІІІ-ХІХ СТ.: ІСТОРИЧНИЙ АСПЕКТ	339
ОРГАНІЗАЦІЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ	
ЛОГІСТИЧНИЙ АУТСОРСИНГ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ МЕДИЧНИМ МАЙНОМ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ: ТЕОРІЯ ТА ПРАКТИКА	344
ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ КОРОНАВІРУСУ COVID-19	347
ВИКЛИКИ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ, ПОВ'ЯЗАНІ З ПАНДЕМІЄЮ КОРОНАВІРУСУ COVID-19: ЗАРУБІЖНИЙ ПОГЛЯД	350
ОСОБЛИВОСТІ ЗАХИСТУ ПЕРСОНАЛУ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19	352
ИССЛЕДОВАНИЕ НАЛИЧИЯ В АПТЕКАХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ИМН НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ БОЛЕЗНИ	354
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ АНОРЕКТАЛЬНОЇ ЗОНИ	360
ПРОФІЛАКТИКА ТА ПОДОЛАННЯ СТРЕСІВ НА РОБОЧОМУ МІСЦІ	362
МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ПСИХОЛОГІЧНОГО КЛІМАТУ В ТРУДОВОМУ КОЛЕКТИВІ АПТЕЧНОГО ЗАКЛАДУ	365
АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ НЕРВОВО-ПСИХІЧНОЇ СТІЙКОСТІ СУЧАСНИХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ФАХІВЦІВ В ПРОФЕСІЙНОМУ СЕРЕДОВИЩІ	367

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИЧИН ВИНИКНЕННЯ КОНФЛІКТНИХ СИТУАЦІЙ ШЛЯХОМ АНАЛІЗУ ВІДГУКІВ САЙТУ АПТЕЧНОЇ МЕРЕЖІ	
Чегринець А. А.	369
<hr/>	
ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМАТИКИ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ФАХІВЦІВ ФАРМАЦІЇ	
Шульга Л.І., Зарічкова М.В.	371
<hr/>	
ИЗУЧЕНИЕ ПРИЧИН, ВЫЗЫВАЮЩИХ КОНФЛИКТЫ В АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ	
Пузак Н.А., Тарза Мунир	374
<hr/>	
RESEARCH OF CONFLICT SITUATIONS IN THE WORK OF PHARMACEUTICAL WORKERS	
Samoilenko L.O., Kobets M.N., Kobets Yu.N.	377
<hr/>	
ФАРМАЦЕВТИЧНА ІНФОРМАЦІЯ – СУЧАСНИЙ СТАН ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	
<hr/>	
ВИДИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ТА ВИМОГИ ДО НЕЇ	
Демченко Н.В.	380
<hr/>	
ANALYSIS OF THE INFORMATION COMPONENT WHEN WORKING WITH PUBLIC PROCUREMENT OF MEDICINES IN THE COUNTRIES OF THE WORLD	
Podkolzina M.V., Kurylenko Yu.Ye.	383
<hr/>	

СТАТТІ КОНФЕРЕНЦІЇ

АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ФІЗИЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У ХАРКІВСЬКОМУ РЕГІОНІ

Котвіцька А. А., Волкова А. В., Кубарева І.В., Корж Ю.В., Сурікова І. О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@nuph.edu.ua

Резюме. У статті представлено результати аналізу показників фізичної доступності ЛЗ у Харківському регіоні. Збір даних здійснювався у аптеках м. Харків та Харківської області у рамках проекту Європейського бюро ВООЗ щодо моніторингу доступності ЛЗ в Україні та передбачав на першому етапі проведення аналізу асортименту ЛЗ, що застосовуються у фармакотерапії цукрового діабету, захворювань дихальних шляхів, серцево-судинних захворювань, інших неінфекційних захворювань, хвороб центральної нервової системи, інфекційних хворобах, болю і паліативній допомозі, для забезпечення здоров'я матері та дитини, та на другому етапі – асортименту ЛЗ, що включені до програми «Доступні ліки». За результатами моніторингу встановлено, що найнижчі показники фізичної доступності у тригексифенідилу (циклодол), хлорпромазину (аміназин) та будесоніду; загалом рівень фізичної доступності аналізованих ЛЗ у Харківському регіоні відносно задовільний.

Вступ. У рамках діяльності Департаменту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) з основних лікарських засобів (ЛЗ) і технологій охорони здоров'я з метою оцінки показників фізичної доступності ЛЗ на рівні пацієнта на території 10 областей України у 2019 р. було впроваджено моніторинг роздрібних цін та наявності ЛЗ в аптеках України [7]. Моніторинг передбачав двоетапний збір даних щодо наявності в аптеках України основних (життєво необхідних) ЛЗ, визначення динаміки роздрібних цін на них, а також показників доступності ЛЗ у рамках державної програми реімбурсації ЛЗ – «Доступні ліки». Необхідно зазначити, що програма «Доступні ліки» запроваджена в Україні з 2017 р. з метою зменшення фінансового навантаження на пацієнтів із соціально-значущими

захворюваннями, що знижують якість життя хворого і суттєво впливають на показники смертності серед населення України. До таких захворювань Урядом віднесено серцево-судинні захворювання, бронхіальну астму і цукровий діабет II типу [2, 3, 5, 6].

До реалізації проекту ВООЗ у рамках Цілей сталого розвитку з моніторингу цін та наявності ЛЗ ВООЗ у 2019 р. у Харківській області долучились викладачі кафедри соціальної фармації та студенти 1 і 4 курсу Національного фармацевтичного університету.

Мета. Здійснити аналіз показників фізичної доступності ЛЗ у Харківському регіоні у рамках проекту Європейського бюро ВООЗ щодо моніторингу доступності ЛЗ в Україні.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження стали статистичні дані Національної служби здоров'я України, а також результати власного збору даних за допомогою програми Survey 123 for ArcGIS. У ході дослідження використано методи інтерв'ювання, системно-аналітичного аналізу, узагальнення.

Моніторинг показників доступності та роздрібних цін на ЛЗ відбувався у 2 етапи за найменуваннями ЛЗ, які визначено фахівцями ВООЗ, зокрема:

- для I етапу об'єктами моніторингу обрано ЛЗ за 33 міжнародними непатентованими назвами (МНН), що склало 209 торговельних назв, їх наявність досліджено у 16 аптеках (8 аптек м. Харків, 8 аптек Харківської області), термін проведення моніторингу: жовтень – листопад 2019 р.;
- для II етапу об'єктами моніторингу стали ЛЗ за 23 МНН (254 торговельних назв відповідно), що включені до урядової програми «Доступні ліки». Наявність зазначених ЛЗ досліджено у 12 аптеках (6 аптек м. Харків, 6 аптек Харківської області); термін проведення моніторингу: грудень 2019 р. – січень 2020 р.

Результати дослідження. У статі представлено результати дослідження (фрагмент) щодо оцінки фізичної доступності ЛЗ у

Харківському регіоні. На першому етапі дослідження моніторинг здійснювався щодо ЛЗ за 33 МНН, що застосовуються у фармакотерапії цукрового діабету, захворювань дихальних шляхів, серцево-судинних захворювань, інших неінфекційних захворювань, хвороб центральної нервової системи, інфекційних хворобах, болю і паліативній допомозі, для забезпеченні здоров'я матері та дитини. У цілому моніторингова корзина включала ЛЗ більшості фармакотерапевтичних груп за АТХ-класифікацією (за винятком групи D – дерматологічні засоби, G – засоби, що впливають на сечостатеву систему та статеві гормони, L – антинеопластичні та імуномодулюючі засоби, P – протипаразитарні засоби, інсектициди і репеленти, S – засоби, що діють на органи чуття, V – різні засоби), вітчизняного та іноземного виробництва твердих та рідких лікарських форм: таблетки / капсули, порошки для приготування пероральних розчинів, розчинів для ін'єкцій / інфузій, суспензії, аерозолі для інгаляцій (табл. 1).

Таблиця 1

Аналіз асортименту ЛЗ першого етапу моніторингу

АТХ-код	МНН	Доза	Лікарська форма	Кількість торговельних найменувань
1	2	3	4	5
A02BC01	Omeprazole	20 мг	табл.	8
A07CA	Oral rehydration salt	–	пор.	1
A10AB01	Insulin	100 МО/мл	р-н д/ін.	10
A10BA02	Metformin	500 мг	табл.	14
A10BB01	Glibenclamide	5 мг	табл.	4
A10BB09	Gliclazide	60 мг	табл.	4
B01AC06	Acetylsalicylic acid	100 мг	табл.	6
B03BB01	Folic acid	1 мг	табл.	2
C01AA05	Digoxin	0,25 мг	табл.	2
C01DA02	Glyceryl trinitrate	500 мг	табл.	4
C03AA03	Hydrochlorothiazide	25 мг	табл.	2
C03CA01	Furosemide	40 мг	табл.	6
C03DA01	Spironolactone	50 мг	табл.	2
C07AB03	Atenolol	50 мг	табл.	3

1	2	3	4	5
C08CA01	Amlodipine	5 мг	табл.	17
C09AA02	Enalapril	10 мг	табл.	13
C10AA01	Simvastatin	20 мг	табл.	8
H01BB02	Oxytocin	5 МО/мл	р-н д/ін.	3
H02AB02	Dexamethasone	4 мг / мл	р-н д/ін.	6
H02AB06	Prednisolone	5 мг	табл.	1
H03AA01	Levothyroxine	50 мг	табл.	3
J01CA04	Amoxicillin	500 мг	табл.	5
		50 мг/ мл	сусп.	1
J01DD04	Ceftriaxone	1000 мг	пор. для р-ну д/ін.	24
J01GB03	Gentamicin	40 мг / мл	р-н д/ін.	3
J02AC01	Fluconazole	50 мг	табл.	13
M01AE01	Ibuprofen	200 мг	табл.	13
N02BE01	Paracetamol	500 мг	табл.	6
N03AF01	Carbamazepine	200 мг	табл.	9
N04AA01	Trihexyphenidyl	2 мг	табл.	1
N05AA01	Chlorpromazine	25 мг / мл	р-н д/ін.	2
N06AA09	Amitriptyline	25 мг	табл.	4
N06AB05	Paroxetine	20 мг	табл.	4
R03AC02	Salbutamol	100 мг	аер. для інг.	5
Всього	33			209

Результати аналізу показників доступності основних (життєво необхідних) ЛЗ першого етапу моніторингу представлені у таблиці 2 – за кількістю аптек, у яких були наявні МНН під час моніторингу, та за кількістю відсутніх торговельних найменувань ЛЗ у період моніторингу (контроль точок – загальна кількість здійснених перевірок за МНН).

Таблиця 2

Результати аналізу даних моніторингу щодо фізичної доступності ЛЗ за МНН у Харківському регіоні

Кількість відсутніх торгівельних найменувань ЛЗ	Кількість аптек, у яких наявні МНН		Оmeprazole	Oral rehydration salt	Insulin	Metformin	Glibenclamide	Gliclazide	Acetylsalicylic acid	Folic acid	Digoxin	Glyceryl trinitrate	Hydrochlorothiazide	Furosemide	Spironolactone	Atenolol	Amlodipine	Enalapril	Simvastatin	Oxytocin	Dexamethasone	Prednisolone	Levothyroxine	Amoxicillin	Ceftriaxone	Gentamicin	Fluconazole	Ibuprofen	Paracetamol	Carbamazepine	Trihexyphenidyl	Chlorpromazine	Amitriptyline	Paroxetine	Salbutamol
	Харк. обл. (max=8)	м. Харків (max=8)																																	
Харк. обл. (max=8)	8	8	8	3	5	7	6	7	7	5	8	8	5	8	6	6	8	8	7	7	8	6	7	8	8	6	8	8	8	7	2	2	5	5	6
м. Харків (max=8)	8	8	8	3	5	7	6	7	7	5	8	8	5	8	6	6	8	8	7	7	8	6	7	8	8	6	8	8	8	7	2	2	5	5	6
ВСЬОГО	16	9	9	15	13	13	13	10	15	15	11	16	11	13	16	16	12	12	16	9	14	16	16	11	16	16	16	14	5	7	13	9	12		
Контроль точок	80	8	80	192	32	40	80	16	16	32	16	48	16	32	184	136	80	32	56	8	34	56	208	34	112	160	48	96	8	16	40	32	40		
Харк. обл. (max=8)	44	1	66	150	13	27	67	11	5	18	9	34	9	22	129	84	61	26	38	5	19	32	167	28	93	112	19	71	5	10	27	26	20		
м. Харків (max=8)	47	5	71	136	18	21	53	11	5	18	11	31	7	21	131	76	52	19	31	2	17	29	139	24	83	92	15	69	3	12	26	18	25		

Зокрема, встановлено, що в усіх досліджуваних аптеках знаходилось у наявності хоча б одне торговельне найменування омепразолу табл. 20 мг, фуросеміду табл. 40 мг, амлодипіну табл. 5 мг, еналаприлу табл. 10 мг, дексаметазону р-н д/ін. 4 мг / мл, амоксициліну табл. 500 мг та сусп. 50 мг / мл, цефтріаксону р-н д/ін. 1,0 г, флуконазолу табл. 50 мг, ібупрофену табл. 200 мг, парацетамолу табл. 500 мг.

Найнижчі показники доступності нами встановлено для таких ЛЗ, як: тригексифенідил (циклодол) табл. 2 мг – був наявний лише у 5 аптеках із 16; хлорпромазин (аміназин) р-н д/ін. 25 мг / мл – у наявності у 7 аптеках відповідно.

На другому етапі моніторингу здійснювався аналіз показників доступності ЛЗ, вартість яких компенсується у рамках урядової програми «Доступні ліки». Станом на початок 2020 р. до програми долучилось більше 7,5 тис. аптек та аптечних пунктів України, які здійснюють відпуск 254 ЛЗ [2, 3]. На території Харківського регіону законтракованими учасниками програми є майже 600 аптек та аптечних пунктів, серед яких 60,4% розташовані у м. Харкові, що становить майже 40% аптечних закладів регіону. Однак, відпуск ЛЗ здійснюють тільки 80% аптек і 67% аптечних пунктів від загальної кількості законтракованих [2].

Нами проведено аналіз на базі 12 аптек м. Харкова і Харківської області, які долучились до моніторингу. Встановлено, що в аптеках Харківського регіону були наявні 73,98% найменувань ЛЗ для лікування серцево-судинних захворювань, 45,10% ЛЗ для лікування цукрового діабету та 88,89% ЛЗ для лікування бронхіальної астми. Частка зазначених ЛЗ визначалась від загальної кількості найменувань ліків, що входять до Реєстру ЛЗ, які підлягають реімбурсації для кожної нозології [4] (рис. 1).

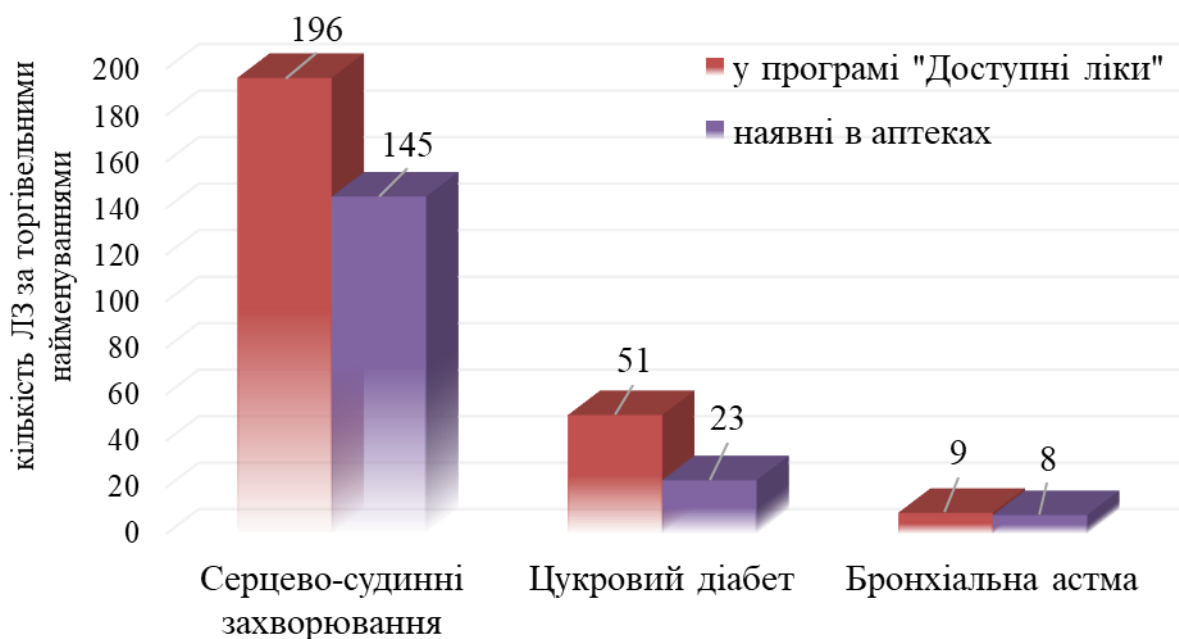


Рис. 1. Аналіз даних моніторингу показників доступності ЛЗ у рамках програми «Доступні ліки»

Детальні результати аналізу даних моніторингу щодо фізичної доступності ЛЗ за МНН у рамках програми «Доступні ліки» представлені у таблицях 3-6. Так, ЛЗ для лікування серцево-судинних захворювань були наявні в усіх досліджуваних аптеках за винятком метопрололу, який визначено як відсутній у одній із аптек м. Харків; із ЛЗ для лікування цукрового діабету II типу лише в одній аптеці м. Харків були відсутні препарати глібенкламіду. Разом з тим, слід відзначити низьку фізичну доступність ЛЗ для лікування бронхіальної астми, зокрема препарати будесоніду були наявні лише у 5 аптеках із 12 досліджуваних.

**Результати аналізу даних моніторингу щодо фізичної доступності ЛЗ за МНН,
що входять до програми «Доступні ліки»**

Кількість аптек, у яких наявні МНН	Харківська обл. (max=6)	м. Харків (max=6)	Амлодіпін	Аміадорон	Атенолол	Бісопролол	Верапаміл	Гідрохлортіазид	Дигоксин	Еналапріл	Ізосорбіту динітрат	Карведілол	Клопідогрель	Лозарган	Метопролол	Нітроглицерин	Сімвастатин	Спіроналактон	Фуросемід	Глібенкламід	Гліклазид	Метформін	Сальбутамол	Бекламетазон	Будесонід
Всього	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	12	12	12	12	11	12	12	11	11	5

**Результати аналізу даних моніторингу щодо фізичної доступності ЛЗ
для лікування серцево-судинних захворювань у рамках програми «Доступні ліки»**

Кількість відсутніх торгівельних найменувань ЛЗ																	
	Амлодипін	Аміадорон	Атенолол	Бісопролол	Верапаміл	Гідрохлортіазид	Дігоксин	Еналапріл	Ізосорбїду динїтрат	Карведілол	Клюпїдогрель	Лозартан	Метопролол	Нїтрогліцерин	Сїмвастатин	Спїроналактон	Фуросемїд
Харківська обл.	33	3	7	11	6	0	1	16	0	15	24	13	2	0	13	2	0
м. Харків	42	7	10	23	9	1	0	26	0	21	35	27	10	1	14	3	1
Контроль точок	150	36	24	120	24	6	12	108	6	60	90	78	42	18	54	30	18

Таблиця 5

**Результати аналізу даних моніторингу щодо фізичної доступності ЛЗ
для лікування цукрового діабету II типу
у рамках програми «Доступні ліки»**

		Глібенкламід	Гліклазид	Метформін
Контроль точок		18	48	72
Кількість відсутніх торгівельних найменувань ЛЗ	м. Харків	4	7	21
	Харківська обл.	1	6	17

Таблиця 6

**Результати аналізу даних моніторингу щодо фізичної доступності ЛЗ
для лікування бронхіальної астми у рамках програми «Доступні ліки»**

		Сальбутамол	Бекламетазон	Будесонід
Контроль точок		30	12	6
Кількість відсутніх торгівельних найменувань ЛЗ	м. Харків	5	3	4
	Харківська обл.	2	0	5

Висновки. На сьогодні система охорони здоров'я України перебуває у стадії реформування і впровадження нових підходів і методів підвищення якості та доступності медичної й фармацевтичної допомоги для населення з урахуванням світового досвіду та рекомендацій провідних фахівців ВООЗ. Вважаємо корисним і позитивним у цьому напрямку реалізацію ініціативи ВООЗ щодо моніторингу доступності основних (життєво необхідних) ЛЗ для населення країн світу на території України. За результатами даного моніторингу у Харківському регіоні можна стверджувати про відносно задовільний рівень фізичної доступності для населення основних (життєво необхідних) ЛЗ та ЛЗ, які відпускаються за урядовою програмою «Доступні ліки». Разом з тим, вважаємо перспективним напрямком подальшого дослідження здійснення порівняльного аналізу роздрібних цін на ЛЗ, а також показників фізичної та економічної доступності ЛЗ для населення за регіональною ознакою на рівні України.

ЛІТЕРАТУРА

1. Державний реєстр лікарських засобів України. URL: <http://www.drlz.com.ua/>
2. Національна служба здоров'я України. Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України. URL: <https://nszu.gov.ua/ogoloshennya-pro-ukladennya-dogovoriv/dostupni-liky>
3. Оцінка програми «Доступні ліки» в Україні. – 2019 – 60 с. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/400429/52308-WHO-Affordable-Medicines-Programme-Ukraine-UKR_low_V7.pdf?ua=1
4. Про внесення змін до Реєстру лікарських засобів, які підлягають реімбурсації, станом на 29 липня 2019 року: Наказ МОЗ України від 20.08.2019 № 1841 URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-20082019--1841-pro-vnesennja-zmin-do-reestru-likarskih-zasobiv-jaki-pidljagajut-reimbursacii-stanom-na-29-lipnja-2019-roku?preview=1>
5. Про забезпечення доступності лікарських засобів: постанова Кабінету міністрів України від 17.03.2017 р. № 152 (в редакції від 27.02.2019 р.). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/152-2017-%D0%BF>
6. Про затвердження Державної стратегії реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами на період до 2025 року: постанова Кабінету Міністрів України від 5.12.2018 р. № 1022 (у ред. від 5.12.2018). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1022-2018-%D0%BF>
7. Профспілки, регіональні філії, міжнародна діяльність та професійне самоврядування: відбулося засідання правління Всеукраїнської фармацевтичної палати. [Електронний ресурс] / Щотижневик аптека. – 2020 – № 1 (1222). – Режим доступу: <https://www.apteka.ua/article/529043>

Резюме. В статті представлені результати аналізу показателів фізической доступности ЛС в Харьковском регионе. Сбор данных осуществлялся в аптеках г. Харьков и Харьковской области в рамках проекта Европейского бюро ВОЗ по мониторингу доступности ЛС в Украине и предусматривал на первом этапе проведения анализа ассортимента ЛС,

применяемых в фармакотерапии сахарного диабета, заболеваний дыхательных путей, сердечно-сосудистых заболеваний, других неинфекционных заболеваний, болезней центральной нервной системы, инфекционных болезнях, боли и паллиативной помощи, для обеспечения здоровья матери и ребенка, и на втором этапе – ассортимента ЛС, включенные в программу «Доступные лекарства». По результатам мониторинга установлено, что самые низкие показатели физической доступности в тригексифенидила (циклодол), хлорпромазина (аминазин) и будесонида; в целом уровень физической доступности рассматриваемых ЛС в Харьковском регионе относительно удовлетворительное.

Summary. The article presents the results of the analysis of physical accessibility indicators of medications in Kharkiv region. Data collection was realized in pharmacies in Kharkiv and Kharkiv region within the project of the WHO European Bureau on monitoring the availability of medicines in Ukraine and provided at the first stage – analysis of medicines that used in pharmacotherapy of diabetes, respiratory diseases, cardiovascular diseases and others non-infectious diseases, diseases of central nervous system, infectious diseases, pain and palliative care, to ensure the health of mother and child, and in the second stage – the range of medications included in the program "Available Medicines". According to the monitoring results, the lowest indicators of physical availability were found in trihexyphenidyl (cyclodol), chlorpromazine (aminazine) and budesonide; In general, the level of physical accessibility of the analyzed drugs in the Kharkiv region is relatively satisfactory.

**ИЗМЕНЕНИЕ УЯЗВИМОСТИ К КОРРУПЦИИ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА ЗА
2008 - 2020 гг.**

Адаужи Стела Б., Котай Валерия В., Сафта Владимир Н.

Государственный Медицинский и Фармацевтический Университет

Республики Молдова, г. Кишинэу, Республика Молдова

stela.adauji@usmf.md

Резюме. Предотвращение феномена коррупции была и продолжает оставаться актуальной проблемой во всех сферах человеческой деятельности. Для решения этой проблемы в области фармацевтической деятельности, ещё в 2004-2007 гг., ВОЗ запустила проект, направленный на снижение уровня коррупции через улучшение транспарентности. В Республике Молдова такой проект был реализован в 2008 г. За истекший период времени в фармацевтической системе произошли много изменений. Цель данного исследования определить, как изменился уровень уязвимости к коррупции. В статье изложены результаты анализа уровня уязвимости к коррупции по областям фармацевтической деятельности в Республике Молдова за 2020 в сравнении с 2008 годом. Уязвимость к коррупции снизилась в областях: продвижения лекарств (-70,37%), лицензирования фармацевтической деятельности (-37,14%), государственной регистрации лекарств (-0,44%); увеличилась в остальных областях: государственных закупок лекарств (+34,79%), контроля за деятельностью фармацевтических предприятий (+33,71%), распределения лекарств (+32,08%), клинических исследований лекарств (+17,57%) и отбора основных лекарств (+15,17%). В среднем по всем областям деятельности уязвимость к коррупции увеличилась на 10,13%.

Вступление. В 2008 г., в Республике Молдова было реализовано исследование в рамках Проекта ВОЗ “Good Governance for Medicines” с целью выявления уровня уязвимости к коррупции фармацевтической системы используя при этом показатель транспарентности.

В результате указанного исследования были разработаны рекомендации по улучшению прозрачности фармацевтической системы, что должно было снизить уровень уязвимости к коррупции [1].

Целью настоящего исследования является выявление уровня уязвимости к коррупции фармацевтической системы Республики Молдова на начало 2020 г. и сравнительный анализ с соответствующим показателем 2008 г.

Методы исследования. Исследование проведено по методике разработанной ВОЗ на основе анкетного обследования [2], комбинированного нами с методом экспертных оценок. Для исследования прозрачности отобраны следующие области деятельности фармацевтической системы:

- ✓ государственная регистрация лекарств;
- ✓ лицензирование фармацевтической деятельности;
- ✓ контроль за деятельностью фармацевтических предприятий;
- ✓ продвижение лекарств;
- ✓ клинические исследования лекарств;
- ✓ отбор основных лекарств;
- ✓ государственные закупки лекарств;
- ✓ распределение лекарств.

Использованы следующие методы (*M1 – M4*), разработанные ВОЗ.

Метод (M1) позволил определить знания респондентов о наличии или отсутствии нормативных документов и других материалов доступных публично. Ответ на поставленные вопросы по данному методу может быть «да» или «нет». После ответа респондент должен представить соответствующий нормативный документ. Ответы оцениваются следующим образом:

- ✓ ответ «да» (документ имеется) = 1 балл;
- ✓ ответ «нет» (документ имеется) = 0 баллов;
- ✓ ответ «да» (документ отсутствует) = 0 баллов;

✓ ответ «нет» (документ отсутствует) = 0 баллов.

Метод (М2) детализирует информацию, содержащуюся в М1 и предусматривает вопросы и ряд подвопросов или критериев к ним. Каждый вопрос сформулирован так, чтобы на него можно было ответить «да» или «нет». Каждый ответ «да» оценивается 1 баллом, а ответ «нет» – 0 баллов. Если респондент не знает ответ на поставленный вопрос, «н/з» – также оценивается 0 баллами. Итоговая оценка показателя определяется путем деления общего количества ответов «да» на общее количество валидных ответов.

Метод (М3) позволяет сопоставить наличие правовых норм, положений, инструкций и процедур с их предполагаемым применением. Данный метод использует субъективные вопросы, которые позволяют тестировать восприятие экспертами – респондентами ситуации касательно внедрения в практику существующих положений, инструкций и процедур. Вопросы по данному методу начинаются с утверждения, затем определяется мнение респондента: полностью согласен, согласен, не определился, не согласен, крайне не согласен, а так же «не знаю» и «не применительно». В результате такого опроса определялся уровень согласия / несогласия экспертов - респондентов с утверждением, сформулированным в вопросе.

Метод (М4) использует открытые вопросы для получения дополнительной информации, которая не попала в анкеты М1-М3. Следует отметить, что приведенные выше конкретные методы позволили трансформировать ответы «да», «нет» и «не знаю» в количественные оценки и, в конечном итоге, определить степень транспарентности, а через нее – уровень уязвимости к коррупции.

В исследовании участвовали 15 экспертов-респондентов с самым высоким уровнем компетентности ($>0,75 - 1,0$). Всего были валидированы и обработаны 110 анкет.

Основной материал исследования. В результате проведенного анализа, выявлен уровень уязвимости к коррупции по областям

фармацевтической деятельности – см. табл. (2020 год). Наиболее уязвимым оказалось продвижение лекарств на фармацевтическом рынке (2,43), 3 области фармацевтической системы – умеренно уязвимы а 4 области – мало уязвимы.

Сравнивая полученные результаты с соответствующими данными 2008 года, выявляются следующие изменения (Таблица 1):

- ✓ в трёх областях фармацевтической системы уровень уязвимости к коррупции снизился:
 - продвижение лекарств на фармацевтическом рынке – на 70,37%;
 - лицензирование фармацевтической деятельности – на 37,14%;
 - государственная регистрация лекарств – на 0,44%;
- ✓ в остальных пяти областях, уровень уязвимости к коррупции увеличился:
 - отбор основных лекарств – на 15,17%;
 - клинические исследования лекарств – на 17,57%;
 - распределение лекарств (оптовое и розничное) – на 32,08%;
 - контроль за деятельностью фармацевтических предприятий – на 33,71%;
 - государственные закупки лекарств – на 34,79%;
- ✓ область с показателем “очень уязвимо” в 2020 г. (контроль за деятельностью фармацевтических предприятий) поменялась в сравнении с 2008 годом, когда таковой была область продвижения лекарств на фармацевтическом рынке

Таблица 1

Анализ уязвимости к коррупции по областям фармацевтической деятельности за 2020 г. в сравнении с 2008 годом

№ п/п	Области фармацевтической деятельности	2008*		2020		2020/2008 (%)
		Показатель	Уязвимость	Показатель	Уязвимость	
1	2	3	4	5	6	7
1.	Государственная регистрация лекарств	6,78	МУ	6,81	МУ	-0,44

1	2	3	4	5	6	7
2.	Лицензирование фармацевтической деятельности	4,55	УУ	6,24	МУ	-37,14
3.	Фармацевтическая инспекция	5,25	УУ	3,48	ОУ	+33,71
4.	Продвижение лекарств	2,43	ОУ	4,14	УУ	-70,37
5.	Клинические исследования лекарств	7,91	МУ	6,52	МУ	+17,57
6.	Отбор основных лекарств	5,01	УУ	4,25	УУ	+15,17
7.	Государственные закупки лекарств	7,10	МУ	5,34	УУ	+34,79
8.	Распределение лекарств (оптовое и розничное)	7,73	МУ	5,25	УУ	+32,08
	Средняя величина показателя уязвимости к коррупции	5,845	УУ	5,253	УУ	+10,13 %

ОУ – очень уязвимо; **УУ** – умеренно уязвимо; **МУ** – мало уязвимо.

**По данным исследования, проведенного в 2008*

Выводы.

1. В 2020 г. уровень уязвимости к коррупции фармацевтической системы Республики Молдова, в сравнении с уровнем 2008 г. увеличился в среднем на 10,13%.

2. Разработаны рекомендации по улучшению прозрачности фармацевтической системы Республики Молдова.

ЛИТЕРАТУРА.

1. V.Safta, A.Revenco, M.Lupu et al. Buna guvernare în sistemul farmaceutic (evaluarea națională a transparenței), Chișinău, 2008,125 p.
2. Measuring Transparency in the public pharmaceutical sector. Assessment Instrument Working document for field testing and revision. WHO, Marck, 2008.

THE CHANGE OF VULNERABILITY TO CORRUPTION IN THE PHARMACEUTICAL SYSTEM OF THE REPUBLIC OF MOLDOVA FOR THE YEARS 2008 - 2020

The prevention of the corruption has been and continues to be a current problem in all domains of human activity. To solve this problem in the field of pharmaceutical activity, WHO launched a project, aimed to reduce the corruption through improving transparency since 2004-2007. In the Republic of Moldova, such a project was implemented in 2008. Over the past period, many changes have occurred in the pharmaceutical system. The aim of this study is to demonstrate how the level of vulnerability to corruption has changed. The article presents the results of an analysis of the level of vulnerability to corruption in the field of pharmaceutical activity in the Republic of Moldova for 2020 year in comparison with 2008. The vulnerability to corruption has decreased in the areas of: promotion of medicines (-70,37%), licensing of pharmaceutical activities (-37,14%), marketing authorization of medicines (-0,44%); and increased in other areas: government procurement of medicines (+34,79%), control over the activities of pharmaceutical enterprises (+33,71%), distribution (+32,08%), clinical trials (+17,57%) and selection of essential medicines (+15,17%). On average, in all areas of activity, the vulnerability to corruption increased by 10,13%.

**INVESTIGATION OF THE WAYS TO INCREASE THE EFFICIENCY
OF PHARMACY EMPLOYEES USED IN RUSSIA AND ARMENIA**

Zhirova I.V.¹, Varenykh G.V.¹, Hovhannisyanyan M.V.²

¹Belgorod National Research University, Belgorod, Russia

Yerevan State University, Yerevan, Armenia

irina.v.zhirova@gmail.com

Relevance. The pharmaceutical market today is characterized by dynamic development and a complex competitive environment. The successful work of the organization primarily includes the full and effective use of human resources through the implementation of motivational principles of personnel management. The task of creating new personnel management systems, introducing progressive changes to the construction and functioning of existing management systems is particularly acute today.

The purpose of the investigation was to study the factors increase the efficiency of pharmaceutical personnel and the formation of recommendations for their application to obtain objective evaluation results, facilitating the adoption of effective management decisions and sound development of human activities.

Methods. During study, we used the survey / questionnaire method, the comparison method, and the graphical analysis method. The survey method is one of the most common methods for collecting sociological information. In our study, we used the Internet questioner (survey) of employees of various pharmaceutical organizations, so that it has a number of advantages: high speed of the survey conducting; relatively low cost of the survey; the possibility of wide geographical coverage; easy way of quality control of interviewers.

Main research material. The method of the survey was based on a survey of employees with the help of a special form, the questionnaire, including questions with the help of which it is possible to find out what methods are used in the pharmacy organization (PhO) in Russian Federation (RF) and in the Republic

of Armenia (RA) to enhance the efficiency of work of employees. Profiles was carried out in two languages: on Armenian and in Russian, with the help of the Google forms. The questionnaire included 17 questions, 6 of them to compile characteristics of respondents, such as gender, age, length of experience, etc., and 11 to determine the methods that are used to increase the efficiency of employees. The questionnaire was conducted in pharmacy organizations of the Belgorod region, Belgorod, Moscow and Yerevan. For analysis, we selected 136 questionnaires of pharmaceutical employees: 55 from Russia, and 79 from Armenia. Then we made a comparison and conclusions.

It turned out that among the respondents in Russia, more than 90% of PhO employees have higher education, in the Republic of Armenia this indicator is much lower and amounts to 60%. 39.2% of PhO employees in Armenia have secondary vocational education, while in Russia this figure is only 7.2% (Fig. 1). In both countries, the majority of respondents work in private pharmacy network.

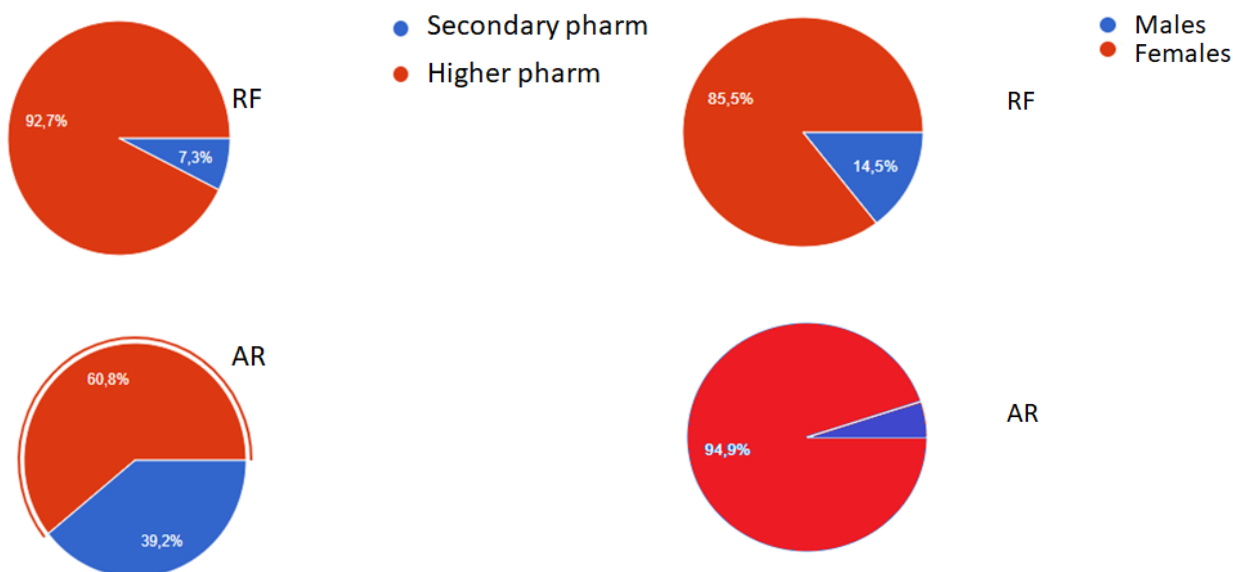


Fig. 1. Spreading of the pharmaceutical employees according to the education (degree) and gender parameters in Russia and Armenia

In Russia, 34.5% of the surveyed pharmacists have experience in work for more than 10 years, 27.3% up to a year, 21.8 from 1 to 5 years, 14.5 from 5 to 10 years, in Armenia these figures are different: 44.3% pharmacists have work

experience from 1 to 5 years, 30.4% from 5 to 10 years, 16.5 to a year, and only 8.9 % of employees have been working for more than 10 years. The gender composition in both countries is represented almost identically: more than 89% of female employees (Fig. 1). The age composition of the respondents of two countries shows significant differences. The age of the surveyed PhO employees in the Russian Federation: 41.8% from 18 to 25, 16.4% from 26 to 35, 21.8% 46-55, 16.4 % from 36 to 45, and 3.6% over 55 years. In AR the age of employees in the main (53.2%), 18-25 years old, 43% 26-35 years, insignificant percentage belong to the employee, who work than 36 years.

The result of the study revealed that more than half of respondents (56.4 %) in the Russian Federation has not received increasing in career, 18.2% received it one time, 7.3% a few times, and 18.2% from beginners grown to leaders. Among AR pharmacists 59.5% did not receive increasing in career, 22.8% obtained it one time, 17.7% several times.

In Russian Federation 90.9 % of respondents took part in lectures, conferences, professional events that promote knowledge during the year, and only 9.1% did not take part in lectures, and others. In AR this figure is much lower and is 68,4% and 31.6% respectively. Except that in the Russian pharmaceutical companies pay great attention to training of employees: 60% of employees have often attended the lectures, that organized by the company, in which they work, 29.1% attended these lectures, but rarely. Only 5.5% of PhO don't provide their employees such opportunity. Among the respondents in the AR, only 36.7% of employees often attended such lectures, 29.1% attended lectures, but rarely, and 26.6% of the companies don't organize lectures (Fig. 2).

Over the past year, 65.5% of the experts surveyed in the Russian Federation passed certification (testing knowledge), and in the AR a little less than 60.8%. In both countries, the pharmacist answered that checking qualities and work guidance is carried out basically every day.

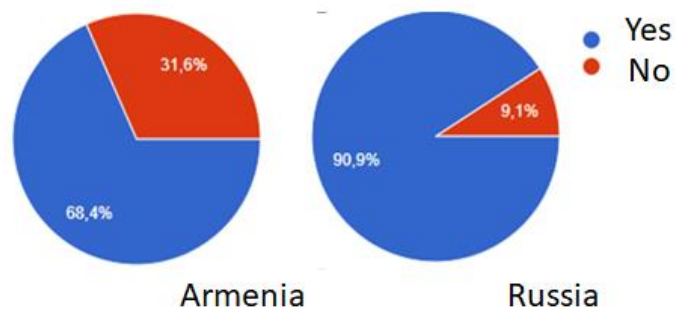


Fig. 2. Participation of the pharmaceutical staff in lectures, conferences etc.

Over the past year, in AR PhO 63.3% of pharmacists received a salary increase, while in the Russian Federation only 36.4% received an increase, and 63.6% did not. The situation is reversed, although this may indicate a more stable economic situation in the Russian Federation. Over the previous year, PhO employees in the Russian Federation received bonuses in the form like: 49.1% extra payments, 10.9% free business trips to other countries and cities, 36.4% discounts in pharmacies and other stores, 16.4% gifts, 3.6% received other privileges, and only in 23.6% of cases staffs did not receive privileges.

Over the previous year, in the AR, PHO employees received bonuses in the form of: 55.1% extra payments, 3.8% free business trips to other countries and cities, 20.5% discounts in pharmacies and other stores, 26.9% gifts, 19.2% received other privileges, and in 21.8% of cases, staffs did not receive privileges. In the cases of failure to fulfill official duties in the Russian Federation, 58.2% of the pharmacist get fines. In Armenia, the fines method is used in 35.4% of cases. In the AR, 56.4% of employees have career opportunities; in Russia, the number of such employees is 60.8%.

In the Russian Federation 34.5% of employees of PhO fulfilled expectations about the company they work. In 47.3% of cases, expectations were not fully met, in 18.2% of employees, expectations did not coincide with reality. In AR 12.7% of employees didn't fulfill the expectations, 53.2% met expectations, while 34.2% did not fully meet expectations.

Conclusions. Analyzing the above mentioned we can state that in the Russian Federation emphasize greater focus on the acquisition and evaluation of theoretical knowledge of the staff and their improvement, often organize lectures, seminars, conferences, etc. The method of material motivation is used in both countries, but in AR the material encourage to improve the efficiency of work is used more often, than professional training. In both countries the monitoring of the quality of work of the staff is made carefully and daily. In Russia, the method of punishment for violators is widely used as fines, and in the Republic of Armenia this method is not used much. In both countries the performance of duties in accordance with official regulations also mandatory district on, the staff clearly know their responsibilities. In Russia, the companies organize lectures and seminars more often than in Armenia. Career and career advancement were among the five main motives for pharmaceutical workers according to our previous study, and this is important to consider when optimizing personnel policies in order to improve the performance of each individual employee and the enterprise as a whole. Integrated approach to management as a unity of all functions allows to separate in character motivation functions of management, which encourages staff to act more effectively.

In conclusion, it is necessary to pay attention to the fact that only a combination of material and moral incentives that is the most important of the principles of increasing the efficiency of the pharmaceutical staff. Combining the material interests of pharmacists with a view to organizing and developing a mechanism for a system of material and non-material motivation will allow the pharmacy to attract and retain the most qualified personnel, optimize labor costs, and stimulate the increase in the efficiency of PhO employees.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПУТЕЙ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ АПТЕЧНЫХ СОТРУДНИКОВ, КОТОРЫЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ В РОССИИ И АРМЕНИИ

Исследование посвящено изучению факторов повышения эффективности фармацевтического персонала в России (РФ) и Армении (АР). По итогам исследования можно сделать выводы, что в РФ акцентируют больше внимание на приобретение и оценивание теоретических знаний персонала, компании чаще организуют лекции, семинары, конференции и пр. Метод материальной мотивации используется в обеих странах, но в АР для повышения эффективности работы материальное поощрение используют чаще, чем профессиональное дообучение. В обеих странах тщательно и ежедневно проводят мониторинг качества работы персонала. Карьера и продвижение по службе вошли в пятерку основных мотивов для фармацевтических работников, что также важно учитывать при оптимизации кадровой политики в целях улучшения эффективности работы каждого отдельного сотрудника, так и предприятия в целом. Однако только соединение материальных и моральных стимулов с целью организации, разработка механизма системы материального и нематериального вознаграждения за труд позволит аптеке привлекать и удерживать наиболее квалифицированный персонал, оптимизировать затраты на оплату труда, стимулировать повышение эффективности работы сотрудников фармацевтических организаций.

**ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ
В БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ, ЕЕ ОЦЕНКА И ПРОГНОЗ**

Спичак И.В., Вареных Г.В., Жирова И.В.

Белгородский государственный национальный исследовательский
университет, г. Белгород, Российская Федерация
irina.v.zhirona@gmail.com

Резюме. Проведен мониторинг статистических материалов по заболеваемости населения Белгородской области. Результат исследования показал тенденцию к увеличению заболеваемости, особенно среди детского и подросткового населения по конкретным нозологиям. В структуре заболеваемости детского населения выявлен высокий показатель болезней верхних дыхательных путей. Также отмечено повышение показателя инвалидности среди детского и подросткового населения, что требует модернизации медико-профилактической помощи, эффективной мобилизации имеющихся ресурсов здравоохранения.

Вступление. В настоящее время в Белгородской области наблюдается ряд положительных и отрицательных тенденций в изменениях социально-экономических показателей. Необходимо отметить, что на протяжении всего изучаемого периода уровень заболеваемости имеет высокий уровень вариации, что может мешать реализации намеченных планов в системе здравоохранения [1,2].

Несмотря на проводимые мероприятия по реорганизации и модернизации здравоохранения Белгородской области, решение проблем сохранения здоровья населения зависят от эффективности деятельности системы здравоохранения, финансирования, уровня профессионализма кадров и его укомплектования, оснащения медицинских организаций эффективным оборудованием, эффективных методов и методик диагностики [4]. Следовательно, изучение динамики этих показателей в период модернизации здравоохранения региона является актуальным [3,5].

Исходя из вышесказанного **цель исследования** – изучение динамики состояния здоровья населения в Белгородской области, ее оценка и прогноз.

Объектом исследования явились статистические материалы социально-экономических показателей Белгородской области Российской Федерации.

Методы исследования: сравнительный анализ, математический, графический, ранжирования, логический, контент-анализ, сегментационный и др.

Для реализации поставленной цели разработана концептуальная модель исследования, состоящая из следующих этапов: показателей изменения общей заболеваемости населения в разрезе районов Белгородской области, структуры общей заболеваемости взрослого населения, подростков и детей и численность инвалидов.

На первом этапе исследования о состоянии здоровья населения установлено, что особую актуальность имеют проблемы сохранения здоровья новорожденных и детей первого и последующих лет жизни. Анализируя статистические материалы о состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения Белгородской области на 2018 г., выявлено, что общая заболеваемость населения с диагнозом, установленным впервые в жизни снизилась в 2017 году и увеличилась в 2018 году.

Рост показателя общей заболеваемости взрослого населения области произошел за счет роста в Вейделевском, Ровеньском, Грайворонском и Волоконовском районах. Выше среднего по области этот показатель отмечен в следующих районах: Красненском – 236577,4; Прохоровском – 232227,7; Белгородском – 193773,8; Вейделевском – 177349,9; Краснояружском – 175493,8; г. Белгороде – 169804,2; Шебекинском – 167811,9.

В общей структуре заболеваемости взрослого населения Белгородской области показатель распространенности заболеваемости на 100 тыс. населения с 2013 по 2018 гг. увеличился на 3,9 % (Рис. 1). Отмечено, что заболеваемость взрослого населения с диагнозом, установленным впервые в жизни, в 2018 г.

по сравнению с уровнем предыдущего года увеличилась на 2,2% и составил 53569,4 по сравнению с 2017 г. – 52396,9. Так, в частности, выше среднего по области этот показатель в ряде районов: Яковлевском – 87365,3; Старооскольском городском округе – 74621,8; Ровеньском – 66208,8; Вейделевском – 59348,1; Красненском – 58474,5; Алексеевском – 58232,9.

В разрезе нозологий (2017 г.) выявлено, что первую лидирующую позицию по показателям распространенности заболеваемости взрослого населения занимают болезни кровообращения (100 000: 35419,3), второе место занимает класс болезней органов дыхания (100 000:20822,1), третью позицию занимают болезни костно-мышечной системы (100 000:17609,1). Также за 2017 год установлен максимальный рост по следующим классам болезней (в %): крови и кроветворных органов – +41,0%; эндокринной системы, расстройства питания и нарушение обмена веществ – +15,3%; новообразования – +5,8%; и нервной системы – +4,4%.

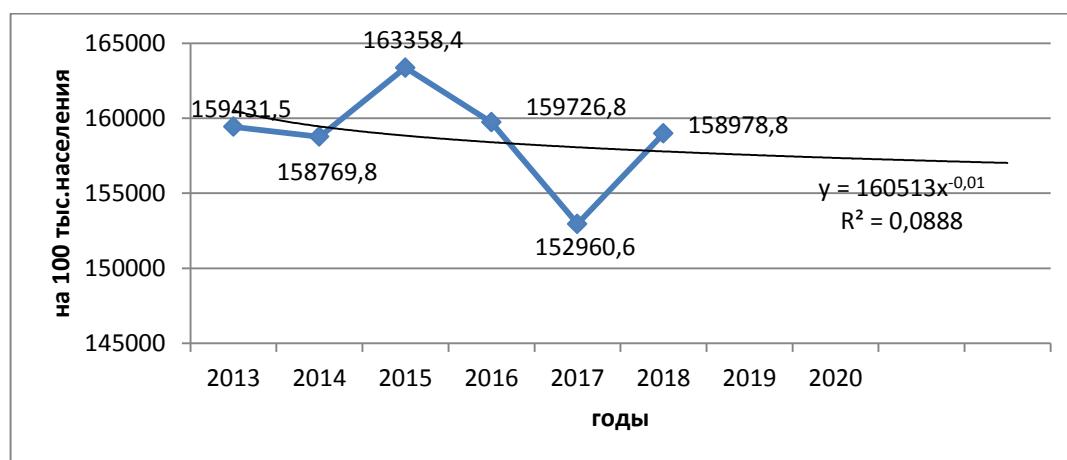


Рис. 1. Динамика показателей заболеваемости взрослого населения Белгородской области с 2013 по 2018 гг., с прогнозом на 2020 г., тыс. чел.

Далее нами был проведен анализ динамики общей заболеваемости подросткового населения (15-17 лет) Белгородской области за период 2013-2018 гг. Установлено, что показатель общей заболеваемости подростков к 2018 году снизился на 4,4%. Результат анализа показал, что заболеваемость подростков Белгородской области с диагнозом, установленным впервые в

жизни, в 2018 году также снизилась на 4,6% (показатель – 100 000:15421,7). Несмотря на положительные тенденции к снижению показателей заболеваемости, наблюдается рост его по следующим нозологиям: болезни глаза и его придаточного аппарата – +24,1%; болезни нервной системы – +15,9%; болезни органов дыхания – +15,3%.

Далее очень актуальным является анализ динамики заболеваемости новорожденных и детей первого года жизни. В ходе исследования установлено, что показатель общей заболеваемости детей в возрасте 0-14 лет в 2018 году увеличился на 1,1% (Рис. 2).

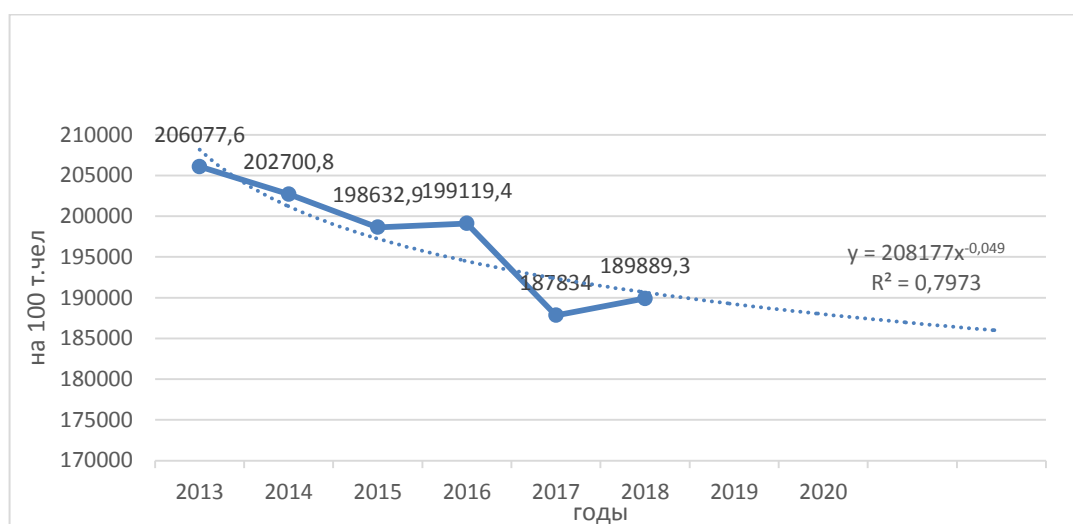


Рис. 2. Динамика показателей заболеваемости детского населения (0-14 лет) Белгородской области с 2013 по 2018 гг., с прогнозом на 2020 г., тыс. чел.

Структура общей заболеваемости детского населения сформирована 17 нозологическими группами, где первую ранговую позицию занимают болезни органов дыхания – 86927,8 случаев на 100 000 населения; второе место в общей структуре занимает класс инфекционных и паразитарных болезней – 20977,2 случая на 100 000 населения; третье место принадлежит болезням глаза и его придаточного аппарата – 10456,2.

Болезни нервной системы занимают четвертое место в общей структуре заболеваемости, ее показатель составляет 10395,5 случаев на 100 000 населения.

За период с 2013 по 2019 гг. выявлена тенденция увеличения инвалидности населения Белгородской области, особенно детей в возрасте 0-18 лет. По данным статистических материалов выявлено, что в 2020 году количество инвалидов среди взрослого населения составит 206434 человека, из них дети в возрасте от 0 до 18 лет – 5475 человек (Рис. 3).

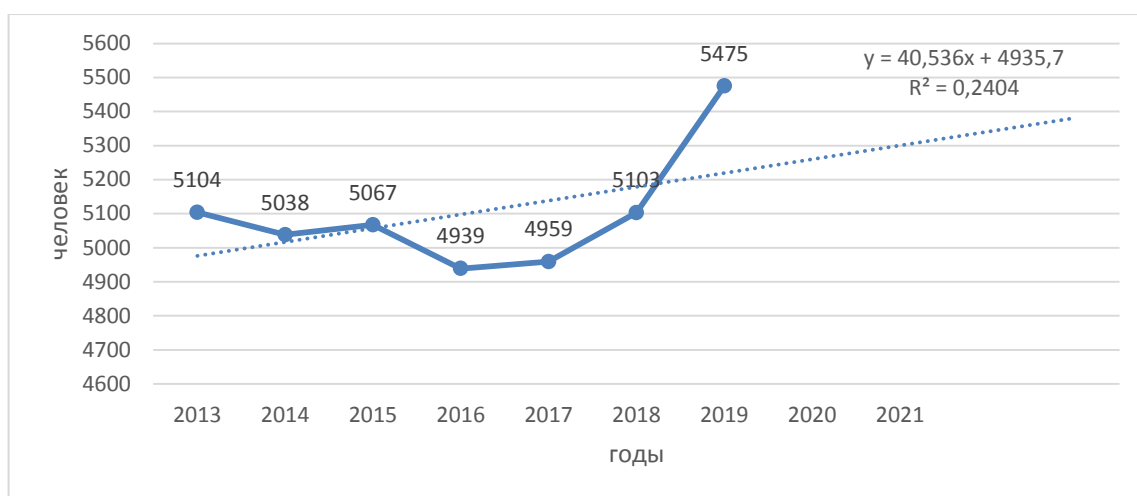


Рис. 3. Динамика численности детей-инвалидов в возрасте 0–18 лет Белгородской области с 2013 по 2019 гг., с прогнозом на 2021 г. чел.

На основании вышеизложенного следует, что при анализе заболеваемости населения Белгородской области выявлена стабильная динамика ухудшения здоровья, увеличение показателей здоровья по патологиям, отмечен прогноз по состоянию здоровья в сторону увеличения заболеваемости, инвалидности, особенно среди детского населения. Увеличение распространенности заболеваний населения Белгородской области требует модернизации медико-профилактической помощи, эффективной мобилизации имеющихся ресурсов. Тенденция к увеличению заболеваемости является угрозой для оказания медицинской помощи, так как требует увеличения финансовых затрат, временных и трудовых ресурсов на

ее реализацию. Следовательно, необходимо сделать вывод о более эффективной модели развития стратегического управления в социальной сфере здравоохранения Белгородской области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аганбегян А.Г. Демографическая драма на пути перспективного развития России // Народонаселение. 2017. № 3. С. 4–23.
2. Куркина, М. П. Методические подход к оценке управления воспроизводством человеческого потенциала региона / М. П. Куркина, Д. А. Зюкин // Государство и общество: вчера, сегодня, завтра. Серия: Экономика. 2013. № 8. с. 74–86.
3. Куркина, М. П. Оценка социального потенциала региона // Казанская наука. 2014. № 7. с. 194–196.
4. Степчук М.А., Пинкус Т.М., Павлов К.В. Развитие перспективных форм организации и финансирования первичного звена здравоохранения региона в условиях модернизации российской экономики. Ижевск: Шелест, 2015. 356 с.
5. Степчук М.А. Основные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений и состояния здоровья населения Белгородской области. Статсборник. Белгород: ОГКУЗ «МИАЦ», 2015. 200 с.

Summary. The monitoring of statistical materials on the incidence of the population of the Belgorod region has been held. The result of the study showed a tendency to increase incidence, especially among children and adolescents in specific nosologies. In the structure of the morbidity of children, a high rate of upper respiratory tract diseases has been revealed. An increase in the disability rate among children and adolescents has been also noted, which requires the modernization of medical and preventive care and the effective mobilization of available health resources.

СТРУКТУРИЗАЦІЯ ХРОНОЛОГІЧНОГО ТА ПОДІЄВОГО ПІДХОДУ ДО ПЕЛОЇДОЛІКУВАННЯ У ДЗЕРКАЛІ ІСТОРІЇ

Кучмістова О.Ф.

Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

Helen.kuchmistoff@ukr.net

Резюме. Представлено фрагмент ґрунтового дослідження природно-рекреаційного потенціалу України як напряму медичного забезпечення військовослужбовців. Увага акцентована на ключових хронологічних етапах застосування мінеральних грязей – одному з найпотужніших і найдавніших методів лікування. Визнано, що власне з їх відкриттям і використанням історично розпочався розвиток курортів, а згодом і широке використання рекреаційних ресурсів окремих регіонів. Аналіз і узагальнення цієї інформації завжди є доречним не лише на рівні первинного скринінгу, але й у світлі проведення науково-практичних і експериментальних досліджень у відповідній галузі.

Вступ. Можливість використання природних сил навколишнього середовища для відновлення стану здоров'я з прадавніх часів привертала до себе увагу. Однією із галузей, яка в сучасних умовах починає відроджуватися майже у всіх регіонах України, є рекреація. Вона забезпечує потреби військовослужбовців та цивільного населення в оздоровленні та відпочинку, є стимулятором розвитку допоміжних і обслуговуючих галузей, важливим чинником, що впливає на рівень та якість життя. У загальній ланці природно-кліматичних (рекреаційних) факторів особливе місце належить лікувальним грязям – пелоїдам (*therapeutic muds*). Проведення поетапного історичного аналізу застосування оздоровчих можливостей пелоїдів розглядається фармацевтичною спільнотою як актуальний напрямок дослідження. *Мета:* провести стисло історичну ретроспективу розвитку поглядів на можливості пелоїдолікування та структурувати їх за ключовими етапами. В ході дослідження застосовували загально-наукові та системно оглядові методи

інформаційного пошуку, скринінг-аналіз. Представлено фрагмент проведеного дослідження природно-рекреаційного потенціалу України як напряму медичного забезпечення військовослужбовців.

Військово-медична служба є важливою складовою Збройних Сил (ЗС) України, яка здійснює постійне піклування про збереження та зміцнення здоров'я особового складу військ. На сучасному етапі вельми актуальним є мобілізація усіх можливих засобів для забезпечення високої боєздатності військовослужбовців. Успішне вирішення завдань, покладених на медичну службу, вимагає високого рівня забезпеченості особового складу вітчизняних ЗС максимально широким спектром лікувально-профілактичних засобів, у т.ч. природного походження. Виходячи з літературних даних, теоретичну основу для лікувально-оздоровчого застосування природних факторів створювала курортологія, а курортна справа була організаційно-технологічним забезпеченням реалізації курортологічних програм [Влащенко Н.М., 2012; Кравець О.М., Рябев А.А., 2016]. Тому історичні аспекти становлення досліджень рекреаційних ресурсів логічно розглядати паралельно з еволюцією курортної справи й курортології.

Зародження санаторно-курортної справи відбулося в епоху Стародавнього Світу (IV ст. до н.е. – V ст.), початкові етапи її розвитку (організація приватних курортних готелів) датують VI - XV ст. [Крамаренко М.О., 2018]. Виявлено, що перші відомості щодо спроб організації відновлення боєздатності поранених і хворих в межах діючої армії відносяться до сер. XVIII ст. Під час Семирічної (1756–1763 рр.) та російсько-турецької (1768–1774 рр.) війн у польових госпіталях, які супроводжували війська, вперше створюються команди тих, хто одужує. Саме ці команди відіграли вирішальну роль у поповненні російської армії, що діяла за кордоном, людськими резервами [Радиш Я.Ф., Соколова О.М., 2012]. Відомо, що у роки Кримської війни (1853–1856 рр.) проф. Пирогов М.І. включив грязелікування до реабілітаційної програми для поранених, що дало змогу значно скоротити терміни відновлення й поліпшити результати

лікування [Автушенко І.Б., 2013]. Власне з відкриттям і використанням пелоїдів історично розпочався розвиток курортів, а згодом і рекреаційно-туристичних ресурсів окремих регіонів [Мурадов С.В., 2014].

Представлена табл. 1, складена на основі хронологічного та подієвого підходу до еволюції пелоїдолікування, дає оглядове уявлення про основні періоди розвитку означеного сектору курортології. Санаторно–курортне лікування військовослужбовців в Україні починається з 1920 р., офіційною датою створення перших військових санаторіїв на теренах країни вважають 1922 р. [Радиш Я.Ф., Соколова О.М., 2014]. Багатий і корисний досвід реабілітації поранених і хворих, набутий військовими лікарями російської армії, з успіхом був використаний військово-медичною службою СРСР під час Великої Вітчизняної війни. В означені періоди санаторії розвивалися переважно як спеціалізована установа з лікування бойової травми. Лікування проходили військовослужбовці, які отримали поранення в роки Першої – Другої Світових війн, Громадянської війни та інших локальних конфліктів [Романюк Ю.А., 2010].

Таблиця 1

Основні хронологічні етапи (віхи) вивчення лікувальних грязей*

Назва періоду	Стисла характеристика
1	2
Стихійно-емпіричний (давні віки - Середньовіччя)	Розрізнені емпіричні спроби природного лікування. Перші вказівки на лікувальні властивості грязей знайдено на папірусах Древнього Єгипту (після розлиття Нилу мудрі єгиптяни збирали грязь та лікувалися нею). Оздоровлюючий вплив «рано-закислюючої землі» описано в трактатах Плінія, Гіппократа, Діоскорида, Галена, Павла Егінського тощо. Кримське грязелікування було відомо ще в V ст. до н.е. – за часів Геродота.
Початковий (XIV – XVI ст.)	Колиска грязелікування – Астраханське і Кримське ханство. Його подальший розвиток поступово охопив усі регіони Росії, значні ресурси пелоїдів винайдено в Сибіру, на Далекому Сході. «Тамерлан принимал лечебные ванны и грел больную ногу волшебной грязью» (1395 р., Кавказ). На території України використання цілющих грязей для лікування стало відомо саме в означений період.

1	2
Науково-курортологічний (XVI – XVIII ст.)	Зародження і розвиток наукових засад курортології. Відмічене прискорене загоєння ран на ногах коней, які проходили крізь грязь уздовж мінеральних струмків; це спонукало застосування пелоїдів вулканічного походження, декілька місяців настояних на мінеральній воді, для лікування поранених воїнів. В Європі грязелікувальні методи розвивались з XVI ст. (Італія, Франція, Німеччина).
Комерційний (XIX – 1917 р.)	Бурхливий розвиток курортів на комерційній основі. На поч. XIX ст. в царській Росії на земські кошти побудовані перші курорти та їх інфраструктура, що працювали на комерційній основі: грязелікувальниці м. Одеса та Куяльник (1820), Саки (1827), Славянськ (1832), Стара Русса (1839), Сергіївські мінеральні води та Ліпецьк (1876), Кавказькі мінеральні води (1886). Курортологія – важлива ланка медицини. Починаючи з 30-х рр. XIX ст. військовими лікарями вперше було винайдено лікувальні властивості лиманних грязей і мінеральних вод новоприєднаних територій Російської імперії. Через 50 років ці дослідження були науково обґрунтовані в працях Одеського бальнеологічного товариства, завдяки чому низка курортів Причорномор'я отримали європейську славу.
Диференційовані (1917–1991 рр.)	Розподіл підходів до курортної справи: на Заході – акцент на загальнокурортну лікувальну інфраструктуру (оздоровчі курорти, пансіонати, вузькоспеціалізовані клініки), в СРСР – на створення повністю оснащених санаторіїв. Курортна справа – частина радянської системи охорони здоров'я. Природні ресурси є власністю держави. Курортологія як напрямок дослідження базується на науковій основі. Виникнення рекреаційних підприємств (санаторіїв, лікарень тощо).
Перехідний (з 1992 р.)	Зміна ставлення до курортної сфери. Формування ринку курортних послуг. Диференціація підходів до курортної справи.
Сучасний (XXI ст.)	Основними регіонами зі значними запасами пелоїдів фахівці є Івано-Франківська, Запорізька, Львівська обл. та АР Крим (м. Євпаторія, Саки).

* Розроблено автором за матеріалами: [Молодецкий А.Е., Пышная А.А., 2014; Мурадов С.В., 2014; Соколова О.М., 2014; Кравець О.М., Рябев А.А., 2016; Бриндіков Ю.Л., 2018].

Співробітники Центрального інституту курортології СРСР приймали участь в експедиціях, організованих для пошуку природних джерел лікувальних грязей. Зокрема, перші науково обґрунтовані вказівки на цілющі властивості пелоїдів Паратунського курорту Камчатки дала комплексна експедиція Центрального інституту курортології країни (1950 р.). Дослідження довели, що лікувальна грязь розвіданого родовища є високоякісною за характеристиками, здатна забезпечити ефективне грязелікування (вологість, питому вагу, вміст сірководню тощо) та відповідає параметрам кращих вітчизняних грязекурортів [Мурадов С.В., 2014].

Друга пол. ХХ ст. характеризувалася стрімким розвитком санаторно-курортної справи в радянських ЗС. Проходження реабілітації найбільш доступним було для старшого офіцерського складу та військових пенсіонерів. Практично кожне курортне місто Криму мало на своїй території військовий санаторій. Протягом повоєнного часу до відкритих ще в 1920-ті рр. військовим здравницям в Гурзуфі, Саках та Ялті додалися відомчі санаторії Міністерства оборони СРСР у Феодосії (1944 р.), Алушті (1959 р.), Євпаторії (1959 р.), Судаку (1962 р.), санаторій «Крим» (с. Партеніт) (1974 р.) переважно загальнотерапевтичного профілю [Радиш Я.Ф. та ін., 2018; Бриндіков Ю.Л., 2018; Кучмістова О.Ф. та ін., 2019].

Характерна особливість санаторно-курортного лікування в незалежній Україні: підґрунтям є наукові засади, впровадженні в практику досягнень медичних науково-дослідних закладів, лабораторій курортології, які забезпечують методики лікувального процесу [Влащенко Н.М., 2012; Крамаренко М.О., 2018]. Сучасні унікальні комплексні реабілітаційні програми базуються на використанні курортних факторів санаторію: пелоїдотерапії, бальнеотерапії, апаратної фізіотерапії, лікувальної фізкультури, масажу, аероіонотерапії, озонотерапії, стоматологічної допомоги, рефлексотерапії, психотерапії, кліматотерапії, фітотерапії, дієтотерапії [Кучмістова О.Ф., Шматенко В.В., 2013; Мінарченко В.М., 2014]. У 1991 р. на території нашої держави існувало 26 військових здравниць, а у

2011 р. залишилось тільки 10. Майже половина курортного запасу держави (47%) знаходиться в Одеській області. Донедавна реабілітаційна допомога надавалась на базі 240 курортних населених пунктів. Нажаль, внаслідок сучасної політичної ситуації, існуючими залишилось лише 47 з них. Загальна кількість ліжко-місць скоротилася вдвічі [Мигалина Ю.Ю., 2017; Юрченко Ю.Ю., 2018].

Згідно з чинним законодавством та результатами диспансеризації право на щорічне санаторно–курортне лікування мають 39 тис. військовослужбовців, понад 500 тис. ветеранів військової служби, членів їхніх сімей та працівників ЗС України. У той же час, тільки у МО України на санаторно-курортному забезпеченні знаходиться 1 млн. 183,4 тис. осіб, але через недофінансування, щорічно тільки 7% має можливість отримати санаторно-курортне лікування [Крамаренко М.О., 2018; Парфіненко А.Ю. та ін., 2018].

У період, який передував анексії Російською Федерацією Криму, санаторно-курортна реабілітація військовослужбовців здійснювалася в умовах Центру медичної реабілітації (м. Саки). На сьогоднішній день такої можливості для реабілітації українських військовослужбовців, на превеликий жаль, немає. Виноситься аргументована пропозиція організувати Центр реабілітації українських військовослужбовців, які отримали поранення під час Операції об'єднаних сил, на базі санаторію Черче (Рогатинський р-н Івано-Франківської обл.) [Соколова О.М., 2014].

Як показав скринінг-аналіз, військово-медична спільнота продовжує вивчення природного рекреаційного потенціалу України, у т.ч. рекреаційних можливостей лікувальних грязей. Тривають дослідження унікального складу активних фармацевтичних інгредієнтів пелоїдів різних регіонів, особливостей їх фізичних, бактеріостатичних, бактерицидних, лікувально-оздоровчих властивостей.

Висновки. Вищевикладене дає чітке уявлення про еволюцію застосування рекреаційних ресурсів паралельно зі становленням курортної

справи. Вичленено сім основних етапів поступового вивчення та застосування пелоїдів, лікувально-оздоровчі можливості яких вважаються одним із найпотужніших природно-кліматичних факторів. Аналіз і узагальнення цієї інформації завжди є доречним не лише на рівні первинного скринінгу, але й у світлі проведення науково-практичних і експериментальних досліджень у відповідній галузі. Подальшу пошукову роботу (зокрема стосовно ресурсів мінеральних вод на території України) вважаємо доцільною, особливо для потреб військової фармації в аспекті сучасних історичних подій.

Summary. Research presents a fragment of a fundamental study of Ukraine's natural and recreational potential for military personnel medical support. Attention is focused on the key chronological stages of mineral mud use – one of the most powerful and ancient methods of treatment. It was determined that their discovery and application laid the foundation for the historical development of resorts, and subsequently the widespread use of recreational resources in some regions. This data analysis and generalization is always appropriate not only for primary screening, but also in the light of scientific, practical and experimental studies in the relevant field.

Резюме. Представлено фрагмент проведеного фундаментального дослідження природно-рекреаційного потенціала України як напрямлення медичного забезпечення військовослужащих. Увага акцентована на ключових хронологічних етапах застосування мінеральних грязей – одному з найбільш потужних і древніх методів лікування. Визначено, що їх відкриття і застосування поклало початок історичному розвитку курортів, а внаслідок цього і широкому використанню рекреаційних ресурсів окремих регіонів. Аналіз і узагальнення цієї інформації завжди є доречним не тільки на рівні первинного скринінгу, але й у світлі проведення науково-практичних і експериментальних досліджень у відповідній області.

УДК 687.55:615.12:658.562.3: 340.134.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЗАКОНОДАВЧОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОБІГУ КОСМЕТИЧНИХ ЗАСОБІВ, ЩО РЕАЛІЗУЮТЬСЯ В УМОВАХ АПТЕКИ

Казакова І.С., Лебединець В.О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

quality@nuph.edu.ua/

Мета: аналіз проблематики стандартизації косметичних та лікарських косметичних засобів та визначення перспективних напрямків роботи по удосконаленню національного технічного регулювання її обігу.

Методики дослідження: Як інформаційні матеріали використовували наукові публікації, вітчизняну та зарубіжну законодавчу базу з питань регулювання обігу косметичних засобів, електронні бази інформації Державного реєстру лікарських засобів України, щотижневика «Аптека» та «Компендіум», результати власних досліджень. Застосовано методи: аналітичний, порівняльний, контент-аналізу та узагальнення інформації.

Основний матеріал дослідження. Визначено проблематику технічного регулювання косметичних та лікарських косметичних засобів в Україні. Визначені та систематизовані специфічні характеристики лікарських косметичних засобів, для об'єктивного контролю та моніторингу яких запропоновано удосконалення існуючої системи контролю їх ефективності.

Висновки. Запропоновані рекомендації щодо удосконалення нормативно-правової бази, що регулює обіг косметичних та лікарських косметичних засобів в Україні. Визначена актуальність забезпечення якості, безпеки та ефективності косметичної продукції.

Ключові слова: косметичні засоби, лікарські косметичні засоби; стандартизація, косметичний ринок, аптека.

Вступ. Косметичний ринок України на протязі останніх років характеризується певним потенціалом розвитку. Але не зважаючи на зростання споживчого попиту на українську продукцію та перспективність косметичної індустрії для економіки країни в цілому, у питанні

законодавчого регулювання обігу косметичних засобів, зокрема, в умовах аптеки, залишається низка проблемних питань.

Мета. Метою дослідження став аналіз проблематики стану законодавчого регулювання обігу косметичних засобів (КЗ) в умовах аптеки та визначення тенденцій подальшого розвитку цього напрямку діяльності.

Методики дослідження. Як інформаційні матеріали використовували наукові публікації, вітчизняну та зарубіжну законодавчу базу з питань регулювання обігу косметичних засобів, електронні бази інформації Державного реєстру лікарських засобів України, щотижневика «Аптека» та «Компендіум», результати власних досліджень. Застосовано методи: аналітичний, порівняльний, контент-аналізу та узагальнення інформації.

Основний матеріал дослідження. Розглядаючи структуру українського косметичного ринку, слід вказати, що це – ринок продукції масового сегменту на відміну від країн Західної Європи. Частка косметики мас-маркет в Україні переважає і за останній період збільшилася практично до 60%. Люкс-продукція становить 5,5% [1]. Аптечний сектор українського косметичного ринку представлений продукцією, яка реалізується в аптечній мережі. В вітчизняних аптеках реалізуються ЛКЗ відповідно до Закону України «Про лікарські засоби» від 04.04.1996 № 123/96-ВР, а також, згідно з вимогами Наказу МОЗ від 06.07.2012 року № 498 «Про затвердження Переліку товарів, які мають право придбавати і продавати аптечні заклади та їх структурні підрозділи» зі змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 764 від 23.11.2015р., наступні косметичні засоби: предмети і засоби особистої гігієни (засоби для догляду за порожниною рота, шкірою, волоссям, засоби для гоління і після гоління, мило туалетне; косметичні засоби (креми, солі, лосьйони, скраби та інші засоби, які виконують гігієнічні профілактичні та естетичні функції, в тому числі засоби для догляду за волоссям: пінки, лаки, муси, маски, ополіскувачі, фарби для волосся), за винятком парфумів і декоративної косметики. Реалізація даної продукції здійснюється аптечними установами та їх

структурними підрозділами за умови забезпечення відокремленої зони зберігання цих товарів. Обсяги роздрібної реалізації всіх категорій товарів «аптечного кошика» за підсумками 2019 р. становили 103,9 млрд грн. Порівняно з 2018 р. обсяги продажу збільшилися на 16,5%. В аптечному асортименті частка КЗ збільшилася до 3,6%. Приріст аптечних продаж косметики за 2019 рік порівняно з 2018 роком склав у натуральному значенні 18,7%, у грошовому – 1,5%. Частка зарубіжних КЗ у грошовому вираженні в 2019 році складає 73% та порівняно із 71,4% у 2018 році. У натуральному вираженні превалюють вітчизняні КЗ, частка яких у 2019 році знизилася до 57,3% з 59, 2% у 2018 році. Середньозважена вартість 1 упаковки косметичних товарів «аптечного кошика» за підсумками 2019 року становила 77,1 грн. і зросла на 17,0% порівняно з 2018 роком [2]. Стосовно аптечного сектору, слід зазначити перспективи зростання затребуваності косметики, яка реалізується в аптеках. За прогнозами компанії «VICHY» аптечний сегмент косметичного ринку є перспективним для успішної еволюції продажів косметичної продукції в Україні і до 2030 року збільшиться в 10 разів. Зважаючи на сучасні тенденції розвитку національного споживчого ринку, особливої актуальності набуває проблематика технічного регулювання обігу косметичної продукції, зокрема в умовах аптек [3]. Аналіз чинної національної законодавчої бази засвідчив, що її спектр представлений всіма категоріями нормативно-правових документів, але більшість із них не відповідає вимогам міжнародних стандартів та рівню розвитку косметичної галузі на сучасному етапі. Відсутність необхідного арсеналу нормативних документів, що регламентують якість, безпечність та ефективність косметичної продукції порушує права споживача вітчизняного споживача косметичної продукції та гальмує її просування на зовнішні ринки. Косметика, яка надходить на європейський ринок, зобов'язана відповідати вимогам і нормам відповідних стандартів: з питань безпеки – Регламенту № 1223/2009 Європейського парламенту і Ради ЄС про косметичну продукцію (Брюссель, 30.11.2009р.) – далі Регламент; в частині

виробництва – вимогам Міжнародного стандарту ISO 22716: 2007 «Косметика. Належна виробнича практика (GMP)» [4]. При цьому слід вказати, що стан правового регулювання статусу косметичної продукції в Україні має свої національні особливості. Йдеться про наявність офіційного, законодавчо закріпленого статусу як косметичної продукції (згідно з «Українським Класифікатором нормативних документів» (ICS: 2005, MOD) ДК 004: 2008. Сфера діяльності: 71.100.70 «Косметичні товари»; 71.100.70 «Предмети особистої гігієни», та ДСТУ 2472: 2006 "Продукція парфумерно-косметична. Терміни та визначення понять", а також статусу лікарських косметичних засобів (ЛКЗ), правовий статус яких регламентується ст. 2 Закону України "Про лікарські засоби" від 04.04.1996 №123 / 96-ВР [5]. Такий вид косметичної продукції, як ЛКЗ, додатково наділений, як терапевтичними, так і косметичними властивостями, реалізується виключно в умовах аптек та підлягає всім вимогам щодо обігу лікарських препаратів згідно Закону України "Про лікарські засоби". Дослідження рівня позиціонування КЗ та ЛКЗ на фармацевтичному та косметичному ринку України проводили згідно із переліком КЗ, які реалізуються в умовах аптеки відповідно до вимог Наказу МОЗ України від 06.07.2012 року № 498 «Про затвердження Переліку товарів, який мають право придбавати та продавати аптечні заклади та їх структурні підрозділи» зі змінами, внесеними згідно з наказом МОЗ України № 764 від 23.11.2015г., та за результатами інформаційної бази Компендіум [6]. Встановлено, що питома вага ЛЗ дерматологічного призначення становить 8,5% від загальної чисельності косметичних препаратів; питома вага ЛКЗ складає 3,3% від чисельності готових лікарських засобів (ГЛЗ), зареєстрованих в Україні. При цьому, для ЛКЗ, як окремої категорії лікарських засобів, відсутнє нормативне регулювання вимог до якості, безпеки та ефективності, які б враховували їх специфічні особливості та споживчі характеристики як косметичної продукції. Ситуацію з безпекою та ефективністю КЗ на ринку України також погіршує факт їх неналежної стандартизації. Відсутність правового

визначення такого критерію, як косметична ефективність, та його відповідного нормативного забезпечення негативно впливає на якість і безпеку препарату косметичного продукту в цілому.

Висновки. Таким чином, на підставі аналізу результатів проведених досліджень, можна сформулювати наступні актуальні питання щодо врегулювання обігу КЗ: необхідність законодавчого визначення косметичної ефективності КЗ та ЛКЗ; удосконалення нормативно-правової бази щодо регулювання обігу КЗ в Україні відповідно до вимог міжнародних стандартів і європейських директив; розробка нормативно-правової документації, що регламентує вимоги до якості і ефективності КЗ; розробка проекту фармакопейної статті «Лікарські косметичні засоби» з метою включення до Державної фармакопеї України, яка має містити критерії їх якості, косметичної ефективності та методи їх стандартизації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Український ринок парфумерно-косметичної продукції // Асоціація «Парфумерія та косметика України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://apcu.ua/rinkovidoslidzhennya-ta-statistichni-dani/parfumerno-kosmetichnij-rinok-ukraini.htm> (дата звернення 01.01.2020).
2. Аптечний ринок України за підсумками 2019 р.: Helicopter View [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.apteka.ua/article/531429> (дата звернення: 07.02.2020).
3. Лебединець В.О. Актуальність стандартизації лікарських косметичних засобів в Україні /В.О.Лебединець, І.С.Казакова// Сучасні досягнення фармацевтичної технології і біотехнології: збірник наук. праць, вип..4. – Х.: НФаУ, 2018. – С.132 – 137.
4. Кордіяка Ю. М. Проблеми технічного регулювання косметичної галузі / Ю. М. Кордіяка, Р. І. Байцар // Стандартизація, сертифікація, якість. – 2016. – № 2. – С. 38–44.

5. Лебединець В. О., Казакова І. С. Актуальність термінології та класифікації лікарських косметичних засобів. Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи : матеріали ІІІ міжнар. наук.-практ. інтернет-конф., 25-28 квіт. 2017 р. / ред. кол.: А. А. Котвіцька та ін. Харків : Вид-во НФаУ, 2017. С. 106-108.
6. Компендіум on line [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.compendium.com.ua/> (дата звернення: 01.01.2020).

TOPICAL ISSUES OF THE LEGISLATIVE REGULATION OF COSMETIC CIRCUITS REALIZATION REALIZED IN THE CONDITIONS OF THE PHARMACY.

Aim: an analysis of the problems of standardization of cosmetic and cosmetic concerns and the identification of promising forward-looking robots for the most advanced national technical regulation of the public.

Materials and methods: As information materials used scientific publications, domestic and foreign legal basis for regulating the circulation of cosmetics, electronic databases of the State Register of Medicines of Ukraine, weekly magazine "Pharmacy" and "Compendium", the results of their own research. Methods applied: analytical, comparative, content analysis and generalization of information.

Results. Foreign experience of regulatory support of cosmetic circulation regulation has been generalized. The problems of technical regulation of cosmetic and medicinal cosmetics in Ukraine are identified. Specific characteristics of medicinal cosmetics have been identified and systematized, for the purpose of objective control and monitoring of which the improvement of the existing system of control of their effectiveness is proposed.

Conclusions. Requested recommendations for a more comprehensive regulatory framework that regulates cosmetic and cosmetic cases in Ukraine. The relevance of secure care, safety and efficiency of cosmetic products.

Key words: cosmetics, medicines cosmetics; standardization; cosmetic market; pharmacy.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОБОРОТА КОСМЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, РЕАЛИЗУЕМЫХ В УСЛОВИЯХ АПТЕКИ.

Цель: анализ проблематики стандартизации косметических и лекарственных косметических средств и определения перспективных направлений работы по совершенствованию национального технического регулирования ее оборота.

Методики исследования. В качестве информационных материалов использовали научные публикации, отечественную и зарубежную законодательную базу по вопросам регулирования оборота косметических средств, электронные базы информации Государственного реестра лекарственных средств Украины, еженедельника «Аптека» и «Компендиум», результаты собственных исследований. Применены методы: аналитический, сравнительный, контент-анализа и обобщения информации.

Основной материал исследования. Проанализирован зарубежный опыт нормативного обеспечения регулирования оборота косметических средств. Определены проблематики технического регулирования косметических и лекарственных косметических средств в Украине. Определены и систематизированы специфические характеристики лекарственных косметических средств, для объективного контроля и мониторинга которых предложено усовершенствование существующей системы контроля их эффективности.

Выводы. Предложенные рекомендации по совершенствованию нормативно-правовой базы, регулирующей оборот косметических и лекарственных косметических средств в Украине. Определена актуальность обеспечения качества, безопасности и эффективности косметической продукции

Ключевые слова: косметические средства, лекарственные косметические средства; стандартизация; косметический рынок; аптека.

**ВИЗНАЧЕННЯ РОЛІ СПАДКОВИХ ФАКТОРІВ ТА
НЕСПРИЯТЛИВИХ ЧИННИКІВ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РОЗВИТКУ У
ФОРМУВАННІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 1 ТИПУ У ДІТЕЙ ТА
ПІДЛІТКІВ**

Єрмоменко Р.Ф., Ковальова В.І., Литвинова О.М.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

klinlab@nuph.edu.ua

Резюме. Метою роботи було визначення ролі спадкових факторів та несприятливих чинників перинатального розвитку у формуванні цукрового діабету 1 типу у дітей та підлітків. Збір генеалогічного матеріалу проводився за П. Харпером. Клініко-генеалогічний аналіз проведений у сім'ях 32 дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу, дозволив встановити, що у 90,9% обстежених мала місце спадкова схильність до основних мультифакторіальних захворювань. Отримані дані дозволили виділити несприятливі чинники перинатального розвитку у формуванні цукрового діабету 1 типу: патологічний перебіг вагітності, гестози першої та другої половини вагітності, загрозу переривання вагітності.

Ключові слова: цукровий діабет 1 типу, діти та підлітки, етіологічні чинники.

Вступ. Цукровий діабет – одно з найбільш розповсюджених хронічних захворювань. У різних країнах світу кількість хворих на ЦД складає 4-7% загальної популяції. На початок 2010 р. у світі зареєстровано близько 285 млн. хворих на ЦД, а до 2030 р. прогнозується збільшення їх кількості до 430 млн. (IDF Diabetes Atlas, 4th edition) [1].

Генетично схильні люди можуть захворіти в любий період свого життя. Швидкість руйнування β -клітин різна. Вона висока у малюків та малих дітей, повільно йде деструкція у підлітків та дорослих. Деякі з них можуть зберігати здібність секретувати інсулін на протязі декількох років[2].

За літературними даними [3] приблизно 85% нових випадків діабету 1 типу розвивається у осіб, які не мають хворих діабетом серед родичів

першого ступеню спорідненості. Ризик розвитку діабету у дитини, батьки якої хворі на діабет 1 типу, залежить від того, хто з батьків (мате чи батько) хворіють на це захворювання і становить приблизно 1,3-4% та 6-9%, відповідно. Для монозиготних близнюків частота конкордантності складає 21-70%, а для дизиготних 0-13%.

Ці дані вказують на те, що в розвитку діабету 1 типу приймають участь, як генетичні фактори, так і фактори оточуючого середовища. До цього часу невідомо, який саме фактор оточуючого середовища має основне значення, і незрозуміло, які втручання знижують ризик розвитку цієї патології. Можливими кандидатами на цю роль можуть бути вірусні інфекції, харчування, гігієна та токсини. Вірогідно, індукція діабету 1 типу пов'язана з взаємодією факторів оточуючого середовища та з генетичною схильністю.

Генетична детермінація цукрового діабету 1 типу свідчить про полігенний характер успадкування цього захворювання. Логічно припустити, що міграція та ступінь аутбридінгу можуть впливати на схильність до цукрового діабету 1 типу [4,5]. Згідно сучасним уявленням гормон адипонектин, ген якого знаходиться на третій хромосомі в локусі 3q27, модулюючи чутливість до інсуліну, приймає участь у регуляції інсулінорезистентності. Як показано на ряді етнічних груп та популяцій, одонуклеотидний поліморфізм, що представляє собою заміну гуаніну (G) на тимін (T) у другому інтроні (SNP+276 G>T регіон IVS2+62G>T)), найбільш тісно асоційований із захворюванням [6].

Відомо, що здоров'я дітей багато в чому визначається станом здоров'я їх батьків, характером перебігу вагітності та пологів у матері, умовами життя родини та мікросоціальним оточенням. Не підлягає сумніву що певний внесок вносять фактори довкілля, які можуть діяти як безпосередньо на плід, так і опосередковано через материнський організм.

Метою роботи було визначення ролі спадкових факторів та несприятливих чинників перинатального розвитку у формуванні цукрового діабету 1 типу у дітей та підлітків.

Методики дослідження. Збір генеалогічного матеріалу проводився за П. Харпером [7]. Клініко-генеалогічний аналіз виконано у сім'ях 32 дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу. Статистична обробка результатів проводилась за допомогою пакетів прикладних програм *Excel, SPSS Statistica 17,0*.

Основний матеріал дослідження. Для оцінки впливу різних чинників ризику на стан здоров'я дітей та їх фізичний розвиток нами вивчалися стан здоров'я батька та матері, особливості їх професійної діяльності, наявності шкідливих звичок (тютюнопаління, зловживання алкоголем), акушерсько-гінекологічний анамнез, особливості перебігу вагітності, пологів, дані про стан дитини в період новонародженості, її фізичний розвиток та перенесені захворювання впродовж усього дитинства.

Згідно з нашими даними патологічний перебіг вагітності відмічався у 55% матерів пробандів. Так, гестози першої половини вагітності реєструвалися у $23,53 \pm 7,24\%$ матерів, гестози другої половини вагітності у $11,76 \pm 5,53\%$ матерів пробандів. Загрозу переривання вагітності відмічали у $32,35 \pm 8,02\%$ обстежених. Поряд з ускладненим перебігом вагітності у матерів відмічалися різні ускладнення пологів: загроза зриву $32,35 \pm 8,02\%$ випадків; передчасні пологи – $5,88 \pm 4,04\%$; кесарів розтин у $5,88 \pm 4,04\%$; обвиття пуповиною – $5,88 \pm 4,04\%$ та слабкість пологової діяльності – $17,64 \pm 6,54\%$.

Клініко-генеалогічний аналіз проведений в сім'ях дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу дозволив встановити, що у 90,9% обстежених мала місце спадкова схильність до основних мультифакторіальних захворювань.

Аналіз родоводів 32 дітей дозволив встановити, що у родичів першого ступеню спорідненості (86 осіб) найчастіше спостерігалася патологія травного тракту $4,65 \pm 2,28\%$ та нервової системи $3,84 \pm 1,99\%$. Ендокринні захворювання спостерігалися у $2,33 \pm 1,63\%$ випадків. Визначення частоти захворювань серцево-судинної та сечостатевої систем дозволило встановити, що дана патологія реєструвалася у $2,33 \pm 1,63\%$ випадків відповідно.

Серед родичів другого ступеню спорідненості (167 особи) патологія. Серцево-судинної системи відмічалась у $26,95 \pm 3,44\%$ випадків. Злоякісні новоутворення зустрічалася у $5,39 \pm 1,75\%$. Визначення частоти захворювань травного тракту дозволило встановити, що дана патологія реєструвалася у $4,79 \pm 1,66\%$ випадків. Аналіз родоводів дозволив встановити також, що ендокринні захворювання та патологія нервової системи спостерігалися у $2,99 \pm 1,33\%$ та $1,79 \pm 1,03\%$ обстежених. Загальна частота захворювань сечостатевої системи та опорно-рухового апарату становили $1,80 \pm 1,03\%$ та $4,19 \pm 1,56\%$ відповідно.

У родичів третього ступеню спорідненості домінувала ендокринна патологія $9,45 \pm 2,61\%$. Захворювання серцево-судинної системи та онкопатологія становили $7,09 \pm 2,29\%$ і $3,15 \pm 1,56\%$ відповідно. Частота нервових захворювань склала $1,57 \pm 1,11\%$ випадків.

Диференційна чутливість різних осіб до факторів середовища в залежності від індивідуальних спадкових особливостей зводиться до адаптивного процесу чи, навпаки, до дезадаптації, що супроводжується проявом мультифакторіальних захворювань, які виникають в результаті таких контактів.

Необхідно відмітити, що алелі ряду локусів, які знаходяться в нормальному поліморфному стані в природному середовищі проживання людських популяцій, можуть стати "патологічними" в інших умовах, що міняються під впливом антропогенних факторів [8].

Висновки. Клініко-генеалогічний аналіз проведений в сім'ях дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу, дозволив встановити, що у $90,9\%$ обстежених мала місце спадкова схильність до мультифакторної патології.

Отримані дані свідчать про те, що до несприятливих чинників перинатального розвитку у формуванні цукрового діабету 1 типу, слід віднести патологічний перебіг вагітності, гестози першої та другої половини вагітності, а також загрозу переривання вагітності.

Подальше вивчення причин виникнення цукрового діабету I типу у дітей сприятиме розробці сучасних ефективних заходів попередження зростаючої захворюваності на дану патологію.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бондар П.М., Кононенко Л.О., Кириєнко Д.В., Кобиляк Н.М. Цукровий діабет із моногенним типом успадкування: клініка, діагностика та лікування // *Ендокринологія* 2015, Т.20, №1. – С.452-459.

2. Сахарный диабет у детей и подростков: руководство. – 2-е изд., перераб. и доп. / Дедов И.И., Кураева Т.Л., Петеркова В.А. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 272 с.

3. Чарльз Т.Д., Брук О., Розалинд С., Браун С. Руководство по эндокринологии: Пер. С англ. – М.: " ГЭОТАР - Медиа" – 2009. – с. 250-251.

4. Штандель С.А., Милославський Д.К. Факторы популяционной динамики и подверженность сахарному диабету I типа // *Збірник наукових праць "Досягнення і проблеми генетики, селекції та біотехнології"*– Київ: ЛОГОС – Т.1, 2007 – С. 560-563.

5. Штандель С.А., Хижняк О.А., Тихонова Т.М., Барабаш Н.Е., Червенко Е.Л., Светлова-Коваленко Е.А. Влияние генетических факторов на формирование клинических вариантов течения сахарного диабета 1 типа // *Материалы конференции "Сахарный диабет в XXI веке – время объединения усилий"* Харьков, 2015. – С.50.

6. Тижненко Т.В., Караченцев Ю.И., Почерняев А.Н., Горшунская М.Ю., Атраментова А.А., Кравчун Н.А., Полторак В.В. Распределение генотипов по локусам PON1 и APM 1 в группе доноров населения Харькова // *Збірн. наук. праць "Фактори експериментальної еволюції організмів"*: Київ: ЛОГОС – 2009. – Т.7, – С. 403-406.

7. Харпер П. Практическое медико – генетическое консультирование. – М.: Медицина, 1989. – 302 с.

8. Віштак Н.В., Гнатейко О.В. Алельний поліморфізм генів глутатіон – S-трансфераз у дітей, що проживають в умовах забрудненого довкілля // Збірн. наук. праць "Фактори експериментальної еволюції організмів" – Київ: ЛОГОС- 2008 – Т.4, – С. 376-381.

Резюме. Целью работы было определение роли наследственных факторов и неблагоприятных факторов перинатального развития в формировании сахарного диабета 1 типа у детей и подростков. Сбор генеалогического материала проводился по П. Харперу. Клинико-генеалогический анализ проведенный в семьях 32 детей, больных сахарным диабетом 1 типа, позволил установить, что в 90,9% обследованных имела место наследственная предрасположенность к основным мультифакториальным заболеваниям. Полученные данные позволили выделить неблагоприятные факторы перинатального развития в формировании сахарного диабета 1 типа: патологическое течение беременности, гестоз первой и второй половины беременности, угроза прерывания беременности.

Ключові слова: сахарный диабет 1 типа, дети и подростки, этиологические факторы.

Abstract. The aim of the work was to determine the role of hereditary factors and adverse factors of perinatal development in the formation of type 1 diabetes mellitus in children and adolescents. Genealogical material was collected according to P. Harper. Clinical and genealogical analysis carried out in the families of 32 children with type 1 diabetes mellitus revealed that in 90.9% of the examined there was a hereditary predisposition to the main multifactorial diseases. The data obtained allowed us to identify adverse factors of perinatal development in the formation of type 1 diabetes mellitus: the pathological course of pregnancy, gestosis of the first and second half of pregnancy, the threat of termination of pregnancy.

Key words: type 1 diabetes mellitus, children and adolescents, etiological factors.

**ПРЕПАРАТИ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОЇ
ДИСМЕННОРЕЇ: СТАН ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ УКРАЇНИ
У 2020 РОЦІ**

Маслій Ю. С., Перепелиця А. О., Баглай Т. О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

julia.masliy@gmail.com

Резюме. Розглянуто немедикаментозні та медикаментозні методи лікування первинної дисменореї. Встановлено, що медикаментозна терапія, рекомендована протоколами лікування, включає в себе лікарські засоби різних груп, що містять у своєму складі активні фармацевтичні інгредієнти як синтетичного, так і природнього походження. Дослідження фармацевтичного ринку України довело, що на сьогодні кількість торгових назв фітопрепаратів для лікування первинної дисменореї значно поступається синтетичним (12 ТН проти 94 ТН). Враховуючи той факт, що синтетичні препарати мають ряд побічних ефектів та обмежень, перспективним є розробка та підтвердження дієвості та клінічної ефективності нових вітчизняних лікарських засобів, що містять у своєму складі компоненти природнього походження.

Вступ. Менструальний біль або дисменорея – найпоширеніший патологічний стан у гінекологічній практиці, від якого страждає велика кількість жінок як в юному, так і активному репродуктивному віці. Щонайменше кожна четверта жінка відчуває сильні менструальні болі. Дисменорея істотно впливає на якість їх життя: виснажує нервову систему, сприяє розвитку астеничного стану, знижує працездатність, у результаті чого виникає потреба у ліках та додаткових вихідних у процесі навчання або роботи [1, 2].

Первинна дисменорея (ПД) обумовлена фізіологічними особливостями організму жінки при відсутності патологічних змін в органах малого таза [3, 4].

Раціональна терапія ПД забезпечує збереження якості життя пацієнтки, а також є профілактикою порушень її психосоматичного стану та репродуктивного здоров'я [5].

Мета роботи – розглянути основні питання терапії ПД, дослідити вітчизняний фармацевтичний ринок препаратів, що застосовуються для її лікування, та визначити наявність лікарських засобів природного походження.

Методи дослідження. Аналіз асортименту препаратів для лікування ПД, наявних на фармацевтичному ринку України, проводився на підставі вивчення даних онлайн-довідника «Компендіум» [6], Державного реєстру лікарських засобів України [7] та даних Центру співпраці ВООЗ з методології статистичного аналізу лікарських засобів [8]. Були використані методи опису, аналізу та порівняння з отриманням пояснень та висновків.

Основний матеріал дослідження. За літературними даними, терапія ПД повинна бути тривалою і відповідати ступеню тяжкості захворювання, віку та сексуальній активності пацієнтки. Основні принципи лікування ПД – це нормалізація менструального циклу і рівня продукції простагландину. Для цього призначаються препарати антипростагландинової дії (як правило, гормональні та нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ)), а також спазмолітики і анальгетики [5, 9, 10].

За даними американського протоколу лікування 2014 року використовують:

- 4 МНН нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ): Целекоксиб (для жінок старше 18 років), Ібупрофен, Мефенамінову кислоту та Напроксен;
- комбіновані оральні контрацептиви (КОКи): Норгестимат / Етинілестрадіол 0,25 мг / 0,035 мг та Норетістерон / Етинілестрадіол 1 мг / 0,035 мг; КОКи з пролонгованим режимом прийому: Левонгестрел / Етинілестрадіол 0,15 мг / 0,03 мг та Левонгестрел / Етинілестрадіол 90 мкг / 20 мкг;

- інші гормональні контрацептиви: Етоногестрелу імплант (Некспланон), Етоногестрел / Етинілестрадіол 0,12 мг / 0,015 мг вагінальне кільце (Новаринг), Медроксипрогестерон 150 мг/мл ін'єкції (Депо-провера) та препарат другої лінії Левоноргестрел – вивільняюча внутрішньоматкова система (Мірена) [11].

За протоколами організації NICE (Об'єднане Королівство) препаратами першої лінії для лікування ПД є:

- НПЗЗ – Ібупрофен, Напроксен та Флурбіпрофен (також може використовуватись Мефенамова кислота, але існує великий ризик передозування через низьке терапевтичне вікно) [12];
- КОКи, але призначають їх для тих жінок, коли контрацептивний ефект є додатковою перевагою [13];
- може використовуватись анальгетик Парацетамол, але його ефективність значно нижча порівняно з НПЗЗ [14].

Інші (додаткові) способи лікування (тепло, кризьшкірна нервова стимуляція) показали непереконливі докази своєї ефективності у зменшенні больового синдрому ПД [15].

Стисла характеристика препаратів першої лінії у лікуванні ПД представлена схематично на рис. 1.

Отже, згідно з даними рис., синтетичні лікарські засоби (ЛЗ) для лікування ПД мають ряд побічних ефектів та обмежень, особливо у дівчат юного віку (15-18 років).

Крім вищенаведеного, для профілактики та полегшення стану при дисменореї також призначають фіто-, вітаміно- і седативну терапію, блокатори кальцієвих каналів, препарати магнію, антиоксиданти та антигототоксичні препарати. Також застосовують фізіометоди, лікувальну фізкультуру, дихальну гімнастику, рефлексотерапію та ін. [16]. Але на даний час не вистачає достатньої доказової бази на підтримку використання цих способів та методів для лікування ПД [17].

Вітамінотерапія в основному включає прийом вітамінів В і Е. Вітамін В здатний зменшувати синдром хронічної втоми, м'язові судоми, покращувати переносимість болю. Вітамін Е опосередковано через блокування фосфоліпази А2 і ЦОГ усуває надлишковий синтез простагландинів, що значно знижує інтенсивність симптомів первинної дисменореї [16].



Рис. 1. Характеристика препаратів першої лінії у лікуванні ПД

Препарати магнію зменшують збудливість нейронів і сповільнюють нервово-м'язову передачу, що знижує больові відчуття.

Антагоністи кальцію (Ніфедипін), знижуючи тонус міометрію, здатні лікувати аномальний маточний гіпертонус і купірувати симптоми ПД, однак прийом цієї групи препаратів супроводжується рядом побічних ефектів, що істотно обмежує їх застосування: головний біль, гіперемія обличчя, тахікардія, м'язове тремтіння та ін. [18].

Альтернативними методами лікування є фітотерапія та гомеопатія, що викликають у пацієнта полегшення симптомів захворювання [5, 16].

Необхідно зазначити, що фітотерапія представляє великий інтерес через можливість використання у різних вікових групах, широкий терапевтичний спектр дії, гарну переносимість, значно меншу кількість побічних реакцій та протипоказань у порівнянні із синтетичними ЛЗ, у зв'язку з чим фітопрепарати можуть застосовуватися більш тривалий час, а лікувальний ефект настає повільніше [19]. Враховуючи це, фітотерапію широко застосовують і для лікування гінекологічних захворювань.

Отже з препаратів першої лінії на фармацевтичному ринку України присутньо 69 торгових назв (ТН) НПЗЗ, 5 ТН КОК, а також 16 ТН Парацетамолу та 4 ТН інших гормональних засобів.

До березня 2020 року була зареєстрована 1 ТН таблетованого Флурбіпрофену на фармацевтичному ринку України.

За даними Центру співпраці ВООЗ з методології статистичного аналізу лікарських засобів на світовому фармацевтичному ринку зареєстровано тільки 2 МНН рослинного походження G02CX03 Плоди прутняку звичайного та G02CX04 Кореневище циміцифуги, але тільки Плоди прутняку звичайного як показання до застосування мають ПД.

У табл. 1 наведено торгові назви препаратів, рекомендованих для лікування ПД, що зареєстровані на фармацевтичному ринку України.

**Торгові назви препаратів, рекомендованих для лікування ПД,
зарєєстровані на фармацевтичному ринку України станом на 12.04.2020**

№	АТС-код та МНН	Кількість ТН (без дитячих ЛФ)
НПЗЗ		
1	M01AE01 Ібупрофен	41
2	M01AE02 Напроксен	10
3	M01AE09 Флурбіпрофен	0
4	M01AG01 Мефенамова кислота	9
5	M01AH01 Целекоксиб	9
Анальгетики		
6	N02BE01 Парацетамол	16
КОК		
7	G03AA05 Норетістерон/Етинілестрадіол	0
8	G03AA07 Левоноргестрел та етинілестрадіол	5
9	G03AA11 Норгестимат та етинілестрадіол	0
Інші гормональні контрацептиви		
10	G03AC08 Етоногестрел	0
11	G02BB01 Піхвові кільця з прогестагеном та естрогеном	1
12	G02BA03 Пластикові внутрішньоматкові протизапліднювальні засоби з прогестагенами	2
13	G03AC06 Медроксипрогестерон	1

У проаналізованій групі G (за АТС-класифікацією) – «Засоби, що впливають на сечостатевою систему і статеві гормони» на фармацевтичному ринку України були присутні препарати природного походження, що мають у показаннях до застосування полегшення симптомів ПД (табл. 2).

Лікарські засоби природного походження для лікування дисменореї

Підгрупа	Назва препарату	Лікарська форма	Вид лікування	Виробник, країна
G02C X03	Префемін	таблетки вкриті оболонкою	фітотерапія (сухий екстракт плодів верболозу звичайного)	Амаха Pharma, Великобританія
	Агнукастон	таблетки вкриті оболонкою, краплі оральні	фітотерапія (сухий екстракт плодів верболозу звичайного)	Bionogica AG, Німеччина
G02C X10**	Гінекохеель	краплі оральні	гомеопатія	Heel, Німеччина
	Упелва Спаг Пека	краплі оральні	гомеопатія	Рекана Naturheilmittel, Німеччина
	Гуна-Фем	краплі оральні	гомеопатія	Guna, Італія
	Тазалок	краплі оральні	фітотерапія (суміш ЛРС: корінь комірника шестипелюсткового, свіжий корінь петрушки кучерявої, свіжий корінь селери, трава підмаренника справжнього, трава ленка звичайного, квітки календули)	ТОВ «Універсальне агентство "Про-фарма"», Україна
G03X A10**	Метро-Аднекс-Ін'ель	розчин для ін'єкцій	гомеопатія	Heel, Німеччина
	Дисменорм	таблетки	гомеопатія	Alpen Pharma AG, Швейцарія
	Мастодинон	таблетки, краплі оральні	гомеопатія	Bionogica SE, Україна
	Ременс	таблетки, краплі оральні	гомеопатія	Омега Фарма Україна, Україна
	Циклодинон	таблетки, краплі оральні	гомеопатія	Bionogica SE, Україна
	Кліфе	краплі оральні	гомеопатія	Рекана Naturheilmittel, Німеччина

Отже, згідно з результатами дослідження, для полегшення симптомів дисменореї серед ЛЗ природнього походження переважають комплексні гомеопатичні препарати. Наявні фітопрепарати характеризуються як моно-, так і комбінованим складом. Проаналізовані ЛЗ випускаються у 3-х лікарських формах – таблетках, краплях оральних та ін'єкційному розчині. При цьому більшість препаратів представлена іноземним виробником. Серед вітчизняних препаратів лише 1 пропонується використовувати для фітотерапії, інші 3 – для гомеопатії.

Згідно з літературними даними, крім лікарської рослинної сировини (ЛРС), яка наявна у складі вищенаведених фітопрепаратів, для лікування дисменореї також призначаються: ромашка лікарська, калина звичайна, звіробій звичайний, деревій звичайний, майоран, простріл луговий, розмарин лікарський, вітекс священний та ін.

Крім того, при лікуванні цієї патології можуть призначати рослини, що володіють гормононормалізуючою дією, так звані фітогормони. Подібні з естрогенами сполуки містяться у хмелі, шавлії, буркуні, конюшині, солодці, материнці, квітках липи, сої, паростках пшениці, вербі та іншій ЛРС [19, 20].

Висновки:

1. На фармацевтичному ринку України у 2020 році представлений широкий асортимент препаратів, які можуть використовуватись при дисменореї і які рекомендовані різними протоколами надання медичної допомоги (13 МНН, які представлені 94 ТН).

2. На фармацевтичному ринку України представлено 12 ТН препаратів рослинного походження, які мають у показаннях до застосування корекцію ПД.

3. Розробка та підтвердження дієвості та клінічної ефективності нових вітчизняних лікарських засобів для профілактики та лікування ПД, що містять у своєму складі компоненти природнього походження, є актуальним питанням сучасності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Prevalence of menstrual pain in young women: what is dysmenorrhea? / G. Grandi, et al. // *Journal of Pain Research*. – 2012. – Vol. 5. – P. 169–174.
2. Ожогина Е. В. Качество жизни женщин с первичной дисменореей / Е. В. Ожогина, В. Г. Мозес // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. – 2016. – № 1. – С.42–44.
3. Геворгян А. П. Первичная дисменорея с позиции сегодняшнего дня / А. П. Геворгян, Е. В. Сибирская // *Проблемы репродукции*. – 2018. – № 6. – С. 32–38.
4. Iacovides S. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review / S. Iacovides, I. Avidon, F. C. Baker // *Hum Reprod Update*. – 2015. – Vol. 21, N 6. – P. 762–778.
5. Качалина О. В. Лечение дисменореи и предменструального синдрома в амбулаторных условиях – современные возможности / О. В. Качалина // *Трудный пациент*. – 2015. – № 1-2, Т. 13. – С. 12–18.
6. Компендіум online. URL: <https://compendium.com.ua/uk/>
7. Міністерство охорони здоров'я України, Департамент фармацевтичної діяльності, Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України. URL: <http://drlz.com.ua/>
8. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. URL: https://www.whocc.no/atc_ddd_index/
9. Дубровина Н. В. Проблема первичной дисменореи: возможности терапии НПВП / Н. В. Дубровина, М. А. Твердикова // *Российский медицинский журнал*. – 2014. – Т. 22, № 1. – С. 63–65.
10. Нестероидные противовоспалительные средства в лечении первичной дисменореи / А. З. Хашукоева и др. // *Лечащий врач*. – 2014. – № 3. – С. 29–33.
11. Osayande A. S. Diagnosis and initial management of dysmenorrhea / A. S. Osayande, S. Mehulic // *American family physician*. – 2014. – Vol. 89(5). – P. 341–346.

12. Chan W. Y. Relief of dysmenorrhea with the prostaglandin synthetase inhibitor ibuprofen: effect on prostaglandin levels in menstrual fluid / W. Y. Chan, M. Y. Dawood, F. Fuchs // *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. – 1979. – Vol. 135(1). – P. 102–108.
13. National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Dysmenorrhoea (NICE Guideline). URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/>
14. Marjoribanks J. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea / J. Marjoribanks, R. O. Ayeleke, C. Farquhar, M. Proctor // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2015. – Vol. 7. CD001751.
15. Igwea S. E. TENS and heat therapy for pain relief and quality of life improvement in individuals with primary dysmenorrhea: A systematic review / S. E. Igwea, C. S. Tabansi-Ochuogu, U. O. Abaraogu // *Complementary therapies in clinical practice*. – 2016. – Vol. 24. – P. 86–91.
16. Алешина А. М. Три подхода к лечению первичной дисменореи: применение КОК, фитопрепаратов, витаминно- и физиотерапии / А. М. Алешина // *Медицинские аспекты здоровья женщины*. – 2012. – № 9 (62). – С. 34–39.
17. Khan K. How effective are non-drug, non-surgical treatments for primary dysmenorrhoea? / K. Khan, R. Champaneria, P. Latthe // *BMJ*. – 2012. – P. 1–5.
18. Ожогина Е. В. Первичная дисменорея в практике врача акушера-гинеколога / Е. В. Ожогина, В. Г. Мозес // *Мать и дитя в Кузбассе*. – 2015. – № 1(60). – С. 4–10.
19. Сучасна фітотерапія : навч. посіб. / С. В. Гарна та ін. – Харків : Друкарня Мадрид, 2016. – 580 с.
20. Основи фармакогнозії і фітотерапії: навч. посіб. / Т. П. Гарник, В. М. Князевич, Туманов В. А. та ін. Житомир : Рута, 2015. 456 с.

Резюме. Рассмотрены немедикаментозные и медикаментозные методы лечения первичной дисменореи. Установлено, что медикаментозная терапия, рекомендованная протоколами лечения, включает в себя лекарственные средства различных групп, содержащих в своем составе активные фармацевтические ингредиенты как синтетического, так и природного происхождения. Исследование фармацевтического рынка Украины показало, что на сегодня количество торговых названий фитопрепаратов для лечения первичной дисменореи значительно уступает синтетическим (12 ТН против 94 ТН). Учитывая тот факт, что синтетические препараты имеют ряд побочных эффектов и ограничений, перспективным является разработка и подтверждение действенности и клинической эффективности новых отечественных лекарственных средств, содержащих в своем составе компоненты природного происхождения.

Summary. Non-drug and drug methods of primary dysmenorrhea treatment are considered. It is established that the drug therapy that are recommended by the treatment protocols includes medicines of different groups containing active pharmaceutical ingredients of both synthetic and natural origin. The study of the pharmaceutical market of Ukraine has shown that today the number of trade names of phytodrugs for the treatment of primary dysmenorrhea is significantly inferior to synthetic (12 TN vs. 94 TN). Given the fact that synthetic drugs have a number of side effects and limitations, it is promising to develop and confirm the potentiality and clinical effectiveness of new domestic medicines containing components of natural origin.

АНАЛІЗ ДОСТУПНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГЕПАТИТУ С, ЩО ПРЕДСТАВЛЕНІ НА РИНКУ УКРАЇНИ

Волкова А.В., Ноздріна А.А., Рибалко Т.О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@nuph.edu.ua

Мета роботи. Визначення доступності лікарських засобів (ЛЗ) для лікування ГС, що представлені на ринку України.

Матеріали та методи. В дослідженні використані методи логічного, системно-аналітичного, порівняльного і контент-аналізу даних Державного реєстру ЛЗ України та інтернет-ресурсу пошуку ЛЗ «Tabletki.ua»

Результати й обговорення. Досліджено асортимент ЛЗ, які використовуються у фармакотерапії ГС. Усі ЛЗ на фармацевтичному ринку України представлені лише закордонними виробниками. Проаналізовано роздрібні ціни представлених ЛЗ, найнижчу ціну має «Копегус» – 1454 грн, серед монопрепаратів ПППД мінімальну ціну має «Софген» – 2028,00 грн, максимальну ціну – 27275,00 грн, ЛЗ «Вільвіо».

Розраховані коефіцієнти адекватності платоспроможності. Найбільш доступними ПППД є «Копегус» (13,85%) і «Софген» (19,32%). Найменший рівень доступності має ЛЗ «Вільвіо» (259,67%) та «Харвоні» (114,47%). Розраховані коефіцієнти доступності рекомендованих схем фармакотерапії ГС. По відношенню до прожиткового мінімуму доступність курсів терапії становить від 241,54% до 1534,53% прожиткового мінімуму. По відношенню до середньої заробітної плати, доступність складає від 46,61 до 296,13% середньої заробітної плати.

Висновки За отриманими даними можна зробити висновок, що економічна доступність противірусної терапії із препаратами, що входять до рекомендованих переліків для лікування ГС, є досить низькою. Найбільш доступними виявились схеми лікування ЛЗ, що входять до складу групи J05A P51 Софосбувір та ледіпасвір, а саме «Софген-Л» та «Вірпас». Звертає увагу відсутність вітчизняних аналогів ЛЗ, низька фізична доступність та імпортозалежність даного сегменту ринку. Все більшого значення набуває аналіз шляхів реімбурсації ЛЗ при лікуванні хворим на ГС та більш детальне вивчення соціально-економічної доступності цієї групи ЛЗ для різних категорій хворих.

Вступ. Вірусні гепатити людини представляють глобальну медико-соціальну проблему, все ще далеку від свого рішення. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), вірусними гепатитами у світі інфіковані більше 325 мільйонів чоловік, а загальна кількість хворих у 9 разів перевищує кількість ВІЛ-інфікованих [1, 2]. Захворюваність та летальність внаслідок захворювання на гепатит В і С прогресивно збільшується на планеті та, за даними експертів, подвоїться до 2020-х років [3]. Однак, на сьогодні дана проблема не привертає до себе належної уваги громадськості та фахівців. Саме через зростання захворюваності, збільшення кількості хворих на хронічні форми інфекції, високі показники летальності від несприятливих наслідків гепатиту дана проблема набуває надзвичайної актуальності.

В Україні темп приросту показників поширеності вірусного гепатиту С (ГС) складає 7,5% щорічно [4]. Вакцини від ГС не існує, тож можливість інфікуватися, на жаль, є у кожного. У той же час, з появою нових протівірусних препаратів прямої дії (ПППД) настала нова ера у фармакотерапії ГС.

Метою нашого дослідження стало визначення доступності лікарських засобів (ЛЗ) для лікування ГС, що представлені на ринку України, за допомогою методів логічного, системно-аналітичного, порівняльного і контент-аналізу. Аналіз роздрібного ринку ЛЗ проведено за даними Державного реєстру ЛЗ України та інтернет-ресурсу пошуку ЛЗ «Tabletki.ua»

Результати й обговорення. Основною метою фармакотерапії ГС є досягнення стійкої вірусологічної відповіді (СВВ), яка визначається як невиявлення РНК вірусу на 12-й тиждень (СВВ12) або 24-й тиждень (СВВ24) після закінчення лікування. Досягнення СВВ означає виліковування вірусної інфекції ГС з дуже низькою ймовірністю рецидиву. Станом на грудень 2019 р. Управління з санітарного нагляду за якістю харчових продуктів та медикаментів США (FDA) та Агентство по оцінці лікарських препаратів на їх відповідність вимогам, викладеним в Європейській Фармакопеї (ЕМА)

ухвалили перелік ЛЗ для лікування осіб з ГС-інфекцією, який складається з 13 міжнародних непатентованих назв ПППД та комбінованих ПППД з фіксованим дозуванням [5]. В Україні лікування ГС здійснюється згідно Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги при ГС у дорослих, який затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18.07.2016 р. № 729 [6].

За результатами аналізів протоколів та рекомендацій щодо лікування встановлено, що в усіх країнах застосовуються безінтерферонові схеми лікування. Тривалість противірусної терапії визначається наявністю циротичних змін печінки, та в середньому триває 12 тижнів. Визначено, що рекомендованими у схемах фармакотерапії є комбінації ПППД, такі як софосбувір+велпатасвір, софосбувір+ледіпасвір, глекапревір+пібрентасвір, головною перевагою застосування яких є СВВ у 94% пацієнтів. В Україні для лікування ГС пріоритетними є такі комбінації ЛЗ: софосбувір+ледіпасвір (СОФ/ЛЕД) та омбітасвір+паритапревір+ритонавір+дасабувір (ОМБ/ПТВ/р+ДАС+РБВ), які рекомендовано застосовувати протягом 12 тижнів. Альтернативною схемою є використання комбінації софосбувір+симепревіру (СОФ/СИМ). Аналіз міжнародних та національних нормативів по лікуванню ГС свідчить про переважання схем лікування із застосуванням софосбувіру – більше 80% рекомендованих схем лікування. В той же час у рекомендаціях ЕАСЛ, окрім софосбувіру рекомендуються й нові покоління ЛЗ, такі як глекапревір/пібрентасвір та гразопревір/елбасвір, які в Україні на сьогодні не зареєстровані.

Відомо, що існує 6 основних генотипів ГС. Згідно статистичних даних Polaris Observatory, найбільш розповсюдженим генотипом в країнах Європейського регіону ВООЗ, до яких відноситься і Україна, є генотип 1 (60% від всіх випадків ГС) [7]. Тому на наступному етапі для дослідження доступності ЛЗ нами обрано схеми лікування генотипу 1 відповідно Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги при ГС у дорослих в

Україні. За наявними рекомендаціями, для пацієнтів, інфікованих ГС 1 генотипу, які раніше не отримували лікування, пріоритетними є схема терапії: СОФ/ЛЕД протягом 8-12 тижнів; ОМБ/ПТВ/р+ДАС+РБВ протягом 12 тижнів. Для пацієнтів, захворювання яких ускладнено цирозом печінки, до цих схем додається рибавірин. Водночас, за наявності предикторів негативної відповіді на лікування протягом 12 тижнів, терапія продовжується до 24 тижнів до досягнення СВВ.

З метою визначення фізичної доступності фармакотерапії рекомендованим переліком ЛЗ для хворих на вірусний ГС в Україні нами проаналізовано асортимент фармацевтичного ринку. Станом на грудень 2019 р. виявлено, що асортимент ЛЗ, які використовуються у фармакотерапії ГС, представлений сімома групами 4 рівня АТХ-класифікації. Відзначено, що 70% підгруп ЛЗ налічують лише одне торгове найменування ЛЗ. Зокрема, до таких груп відносяться: J05AP01 рибавірін («Копегус», Швейцарія), J05AP07 даклатасвір («Вірдак 60», Індія), J05AP09 дасабувір («Вірелакір», Швейцарія), J05AP53 омбітасвір, парітапревір та рітонавір («Вільвіо», Швейцарія), J05AP55 софосбувір та велпатасвір («Епклюза», США). Групи J05AP08 софосбувір і J05AP51 софосбувір та ледіпасвір представлені на фармацевтичному ринку України чотирма ЛЗ у кожній групі.

Визначено, що усі ЛЗ на фармацевтичному ринку України представлені лише закордонними виробниками з таких країн, як Індія, Швейцарія, США, Велика Британія (рис. 1).



Рис. 1. Країни-виробники ЛЗ для лікування ГС на ринку України за кількістю найменувань ЛЗ

За результатами аналізу пропозицій на роздрібному фармацевтичному ринку станом на грудень 2019 р. визначено середню роздрібну ціну за упаковку ЛЗ (табл. 1).

Таблиця 1.

Узагальнені результати аналізу пропозицій протівірусних ЛЗ для лікування ГС на ринку України

Торгова назва	Лікарська форма	Виробник	Середня роздрібна ціна за уп., грн
1	2	3	4
Ж05А Протівірусні засоби прямої дії			
Ж05А Р Протівірусні препарати для лікування ВГС			
Ж05А Р01Рибавірін			
Копегус	табл. по 200 мг, № 168	Ф. Хоффманн-Ля РошЛтд, Швейцарія	1454,82
Ж05А Р07 Даклатасвір			
Вірдак 60	табл. по 60 мг № 28	Гетеро ЛабзЛімітед, Індія	2550,00
Ж05А Р08 Софосбувір			
Вірсо	табл. по 400 мг № 28	СтрайдсФармаСайенсЛімітед, Індія	4986,00
Софген	табл. по 400 мг № 28	Гетеро ЛабзЛімітед, Індія	2028,95
Кюрлед	табл. по 400 мг № 28	СтрайдсФармаСайенсЛімітед, Індія	—*
Совалді	табл. по 400 мг № 28	ГілеадСайенсиз, Інк., США	—*
Ж05А Р09 Дасабувір			
Вірелакір	табл. по 250 мг № 56	ЕббВіБіофармасьютікалзГмб Х, Швейцарія	2375,00
Ж05А Р51 Софосбувір та ледіпасвір			
Харвоні	табл. по 90 мг/400 мг; № 28	ГілеадСайенсиз, Інк., США	12024,00
Вірпас	табл. по 90 мг/400 мг № 28	СтрайдсФармаСайенсЛімітед, Індія	5390,00
Софген-Л	табл. по 90 мг/400 мг № 28	Гетеро ЛабзЛімітед, Індія	4896,00
Кюрлед-ЛП	табл. по 90 мг/400 мг № 28	СтрайдсФармаСайенсЛімітед, Індія	—*

1	2	3	4
J05A P53 Омбігасвір, парітапревір та рітонавір			
Вільвіо	табл. по 12,5 мг/75,0 мг/50,0 мг № 56	ЕббВіБіофармасьютікалзГмб Х, Швейцарія	27275,00
J05A P55 Софосбувір та велпатасвір			
Епклюза	табл. по 400 мг/100 мг; № 28	ГілеадСайєнсиз Інтернешнл Лтд, Велика Британія	5800,00

* – відсутній в аптеках України у період аналізу.

Наступним етапом дослідження стало проведення аналізу показників соціально-економічної доступності фармакотерапії ГС у 2019 р. Так, нами розраховано коефіцієнти доступності ПППД [8, 9]:

$$Ca.s. = \frac{P}{Wa.w.} \times 100 \%,$$

де Ca.s. – коефіцієнт адекватності платоспроможності;

P – середня роздрібна ціна препарату за певний період часу;

Wa.w. – середня заробітна плата за відповідний період часу.

Згідно із розрахованими коефіцієнтами адекватності платоспроможності визначено, що найбільш доступними ПППД є «Копегус» і «Софген». Найменший рівень доступності у досліджуваній групі властивий ЛЗ «Вільвіо» та «Харвоні» (рис. 2).

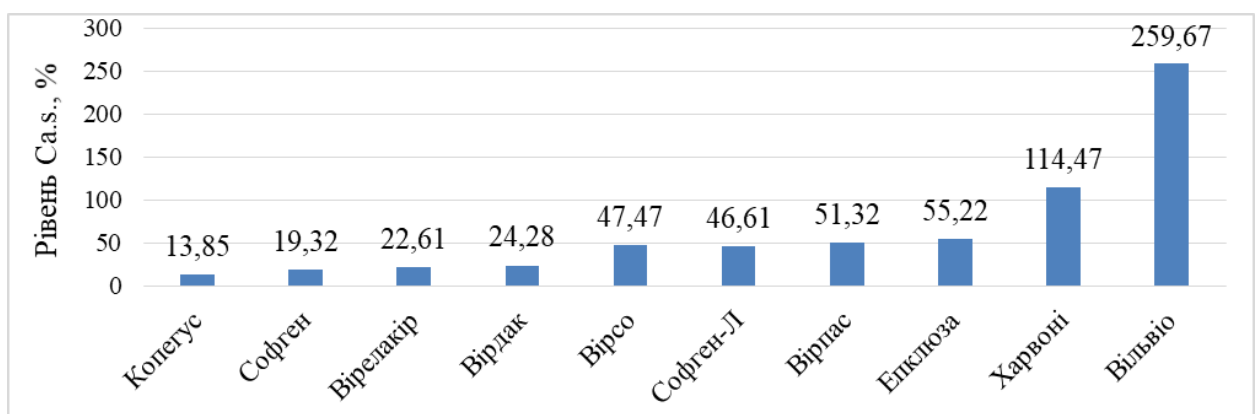


Рис. 2. Результати розрахунків коефіцієнту адекватності платоспроможності для ПППД

Потрібно зазначити, що препарат «Копегус» застосовується виключно у складі комплексної терапії. Препарати «Вірдак» та «Вірсо» також

застосовуються у комплексі з іншими препаратами. Коефіцієнт доступності препаратів, які відносяться до групи J05A P51 Софосбувір та ледіпасвір, що рекомендована у терапії ГС, складає від 47% («Софген-Л») до 114% («Харвоні»). В той же час група J05A P53 Омбітасвір, парітапревір та рітонавір, що також є пріоритетною в схемах фармакотерапії, представлена лише одним препаратом, що має значення розрахованого коефіцієнту 259% та, відповідно, є найменш доступним серед представлених в Україні для лікування ГС.

На наступному етапі нами проведено розрахунок коефіцієнтів доступності рекомендованих схем фармакотерапії ГС. Розрахунок проводився для найбільш часто призначаємого курсу терапії тривалістю 12 тижнів для пацієнтів без цирозу печінки та з цирозом печінки (до звичайної терапії ПППД додається рибавірин). Обчислювання здійснювались за модифікованою формулою розрахунку коефіцієнта адекватності платоспроможності [9, 10]:

$$K_{д1} = \frac{\text{вартість курсу лікування}}{\text{середня заробітна плата}} * 100\%$$

$$K_{д2} = \frac{\text{вартість курсу лікування}}{\text{прожитковий мінімум}} * 100\%$$

Відомо, що чим менше значення коефіцієнту доступності, тим більш доступним є курс лікування для хворого (табл. 2).

Таблиця 2.

Результати розрахунків коефіцієнтів доступності рекомендованих схем фармакотерапії ГС

ЛЗ за рекомендованими схемами терапії	K_{д1}	K_{д2}
Софген – Л	46,61	241,54
Вірпас	51,32	265,91
Софген–Л+ Копегус	60,46	313,31
Вірпас+Копегус	65,17	337,68
Харвоні	114,47	593,19
Харвоні+Копегус	128,32	664,96
Вільвіо+вірелакір	282,28	1462,75
Вільвіо+вірелакір+Копегус	296,13	1534,53

За результатами розрахунків встановлено, що по відношенню до прожиткового мінімуму, лікування вірусного ГС жодним ЛЗ не є доступним для населення, оскільки доступність курсів терапії становить від 241,54% до 1534,53% прожиткового мінімуму та свідчить про значне фінансове навантаження на хворих.

Відповідно до даних розрахунків вартості курсу лікування вірусного ГС по відношенню до середньої заробітної плати, доступність складає від 46,61 до 296,13% середньої заробітної плати. Тобто для працездатного населення лікування вірусного ГС є більш доступним, однак для пацієнтів з ускладненням захворювання у вигляді цирозу печінки лікування буде дорожчим. До того ж, якщо пацієнт бажає лікуватися оригінальними ЛЗ, такими, наприклад, як «Харвоні» або «Вільвіо», то вартість лікування буде дорожче на 68%.

Висновки. Згідно отриманих даних можна зробити висновок, що економічна доступність протівірусної терапії із препаратами, що входять до рекомендованих переліків для лікування ГС, є досить низькою. Найбільш доступними виявились схеми лікування ЛЗ, що входять до складу групи J05A P51 Софосбувір та ледіпасвір, а саме «Софген-Л» та «Вірпас».

Занепокоєння викликає відсутність вітчизняних аналогів ЛЗ, відповідно низька фізична доступність та імпортозалежність даного сегменту ринку. Нестабільна економічна ситуація в країні, висока ціна на протівірусні ЛЗ для лікування вірусного ГС, зростання кількості випадків захворювання вимагає аналізу шляхів реімбурсації ЛЗ при лікуванні хворим на ГС та більш детального вивчення соціально-економічної доступності цієї групи ЛЗ для різних категорій хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ліквідувати гепатит: ВООЗ. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/detail/27-07-2017-eliminate-hepatitis-who> (дата звернення: 02.10.2019)
2. Всесвітній день боротьби з гепатитом: ВООЗ. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/campaigns/world-hepatitis-day/2019> (дата звернення: 02.10.2019)
3. Прискорюючі дії до ліквідації вірусного гепатиту. Звіт. URL: https://www.worldhepatitisalliance.org/sites/default/files/resources/documents/whs2017_event_report.pdf (дата звернення: 18.10.2019)
4. Кубарева, І. В. Аналіз структури та динаміки соціально-медичних показників хронічного вірусного гепатиту С в Україні / І. В. Кубарева, А. В. Волкова, А. А. Ноздріна // Фармацевтичний часопис. – 2019. – № 2. – С. 87-93.
5. Рекомендації EASL (Європейська асоціація з вивчення хвороб печінки) щодо лікування гепатиту С, редакція 2018 р. URL: <https://kiai.com.ua/ua-issue-article-1558/Rekomendaciyi-EASL-Ievropeyska-asociaciya-z-vivchennya-hvorob-pechinki-shchodo-likuvannya-gepatitu-S-redakciya-r> (дата звернення: 05.11.2019)
6. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при вірусному гепатиті С : Наказ МОЗ від 18.07.2016 р. № 729. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/ru/v0729282-16> (дата звернення: 23.12.2019)
7. Глобальна поширеність та розподіл генотипів вірусної гепатиту С у 2015 році: модельне дослідження. URL: https://www.researchgate.net/publication/311691043_Global_prevalence_and_genotype_distribution_of_hepatitis_C_virus_infection_in_2015_a_modelling_study (дата звернення: 14.11.2019)

8. Котвіцька, А. А. Соціально-економічні аспекти фармацевтичного забезпечення хворих з ішемічним інсультом: метод. рек. / А. А. Котвіцька, І. О. Лобова – Х., 2013. – 37 с.

9. Мнушко, З. Н. Фармакоэкономическая оценка гипополипидемических лекарственных препаратов / З.Н. Мнушко, С.Б Труфан // Провизор. – 2002. – № 21. – С. 18-20.

10. Довгун, С. С. Оценка стоимости и экономической доступности ноотропных препаратов, назначаемых больным с инсультом / С.С. Довгун. *Современные проблемы науки и образования*. 2012. № 2. URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=5709> (дата звернення: 08.12.19)

АНАЛИЗ ДОСТУПНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕПАТИТА С, ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ НА РЫНКЕ УКРАИНЫ

Цель работы. Определение доступности лекарственных средств (ЛС) для лечения ГС, представленных на рынке Украины.

Материалы и методы. В исследовании использованы методы логического, системно-аналитического, сравнительного и контент-анализа данных Государственного реестра ЛС Украины и интернет-ресурса поиска ЛС «Tabletki.ua»

Результаты и обсуждения. Исследован ассортимент ЛС, используемых в фармакотерапии ГС. Все ЛС на фармацевтическом рынке Украины представлены только зарубежными производителями. Проанализированы розничные цены представленных ЛС, самую низкую цену имеет «Копегус» – 1454 грн, среди монопрепаратов ПППД минимальную цену имеет «Софген» – 2028,00 грн, максимальную цену – 27275,00 грн, ЛС «Вильвио». Рассчитаны коэффициенты адекватности платежеспособности. Наиболее доступными ПППД является «Копегус» (13,85%) и «Софген» (19,32%). Наименьший уровень доступности имеет ЛС «Вильвио» (259,67%) и «Харвони» (114,47%). Рассчитаны коэффициенты доступности рекомендованных схем фармакотерапии ГС. По отношению к прожиточному минимуму доступность курсов терапии составляет от 241,54% до 1534,53%

прожиточного минимума. По отношению к средней заработной плате, доступность составляет от 46,61 до 296,13% средней заработной платы.

Выводы. По полученным данным можно сделать вывод, что экономическая доступность противовирусной терапии с препаратами, входящими в рекомендуемых перечней для лечения ГС, является достаточно низкой. Наиболее доступными оказались схемы лечения ЛС, входящих в состав группы J05A P51 софосбувир и ледипасвир, а именно «Софген-Л» и «Вирпас». Обращает внимание отсутствие отечественных аналогов ЛС, низкая физическая доступность и импортозависимость данного сегмента рынка. Все большее значение приобретает анализ путей реимбурсации ЛС при лечении больным ГС и более детальное изучение социально-экономической доступности этой группы ЛС для различных категорий больных.

ANALYSIS OF THE AVAILABILITY OF MEDICINES FOR THE TREATMENT OF HEPATITIS C REPRESENTED IN THE UKRAINE MARKET

Purpose of work. Determination of the availability of drugs (medicines) for the treatment of hepatitis C presented on the Ukrainian market.

Materials and methods. The study used the methods of logical, system-analytical, comparative and content analysis of the data of the State Register of Medicinal Products of Ukraine and the Internet resource for searching medicines “Tabletki.ua”.

Results and discussions. An assortment of drugs used in pharmacotherapy of HS was studied. All drugs on the pharmaceutical market of Ukraine are represented only by foreign manufacturers. Analyzed are the retail prices of the drugs presented, the lowest price is “Kopegus” – 1454 UAH, among the single-dose drugs PPDD the minimum price is “Sofgen” – 2028.00 UAH, the maximum price is 27275.00 UAH, and the drug “Vilvio”. The solvency adequacy ratios are calculated. The most affordable DAAs are Kopegus (13.85%) and Sofgen (19.32%). The lowest level of accessibility has the drugs “Vilvio” (259.67%) and “Harvoni” (114.47%). The coefficients of accessibility of the recommended pharmacological regimens for HS were calculated. In relation to the cost of living, the availability of treatment courses is from 241.54% to 1534.53% of the cost of living. In relation to average wages, affordability ranges from 46.61 to 296.13% of average wages.

Conclusions. According to the data obtained, it can be concluded that the affordability of antiviral therapy with drugs included in the recommended lists for the treatment of HS is quite low. The most affordable treatment regimens for drugs included in the J05A P51 group are sofosbuvir and ledipasvir, namely Sofgen-L and Virpas. Noteworthy is the lack of domestic analogues of drugs, low physical accessibility and import dependence of this market segment. An analysis of the ways of reimbursement of drugs in the treatment of patients with HS and a more detailed study of the socio-economic availability of this group of drugs for various categories of patients is becoming increasingly important.

ПРО СТАВЛЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ДО ПРОБЛЕМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ

Візір Ю. С.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

youliav76@gmail.com

Резюме. У статті висвітлено результати соціологічного опитування щодо обізнаності та ставлення людей до проблеми туберкульозу в Україні (на прикладі Полтавської області). Визначені джерела інформації про здоров'я та зроблено оцінку довіри до них на шляху попередження захворювання на туберкульоз як фактора формування відповідального ставлення населення до власного здоров'я. Звернуто увагу на необхідність підвищення ролі фармацевтів (провізорів) щодо інформаційної підтримки профілактики туберкульозу.

Ключові слова: проблема туберкульозу в Україні, профілактика туберкульозу, ставлення населення до проблеми туберкульозу, роль фармацевта (провізора) в профілактиці туберкульозу.

Вступ. В Україні туберкульоз вважається актуальною медико-соціальною проблемою. Наразі в нашій країні зберігається тенденція до зниження захворюваності на нові випадки та рецидиви туберкульозу. Водночас щороку від туберкульозу помирають близько 3700 українців, кожного дня – близько 10 пацієнтів. Про це повідомили під час брифінгу з нагоди Світового дня боротьби з туберкульозом у 2020 році [4]. Хоча в останні роки фіксується певне покращення ситуації, Україна залишається однією з країн з найвищим рівнем туберкульозу з найбільш тяжкою формою стійкого туберкульозу, лікування якого є більш тривалим, коштовним та менш ефективним. До того ж, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), близько 23% випадків захворювання в Україні не виявляються.

Соціальними наслідками зараження на туберкульоз є тимчасова чи стійка втрата працездатності та зростання первинного виходу на інвалідність, що вимагає комплексного лікування та реабілітації. Недосконалість існуючих методів профілактики веде до подальшого поширення захворювання на туберкульоз із всіма його негативними наслідками, що обумовлює необхідність нового комплексного підходу до вирішення проблеми. В таких умовах, на наш погляд, підвищується роль фармацевта (провізора) у проведенні профілактичних заходів, що спрямовані на попередження здорових людей від зараження і захворювання туберкульозом [1, 2, 3].

Але, всі ці дії у напрямі боротьби з туберкульозом в країні приречені на невдачу, якщо рівень обізнаності про проблему з боку населення буде низьким.

Мета. Визначити ставлення, рівень знань та їх використання на практиці відносно туберкульозу в Україні (на прикладі Полтавської області) для розробки стратегії інформаційної підтримки профілактики на туберкульоз з боку фармацевтів (провізорів).

Методи дослідження. Соціологічні (опитування в формі телефонного інтерв'ю), описова статистика, порівняльний аналіз.

Основний матеріал дослідження. З метою з'ясування відношення, обізнаності та рівня знань населення відносно туберкульозу в Україні (на прикладі Полтавської обл.) було організовано та проведено соціологічне дослідження. Поряд із цим, дослідження було спрямоване на виявлення причин та факторів, які відіграють роль бар'єрів оптимальної поведінки громадян відносно профілактики та звернення з метою діагностики у разі виникнення перших симптомів туберкульозу.

У дослідженні взяло участь 160 респондентів. Серед них 56% жінок та 44% чоловіків різного віку починаючи з 18-ти років.

За даними опитування в Полтавській області можна зробити висновок, що населення оцінює свої знання про туберкульоз на середньому рівні – 3 бала з п'яти можливих.

Щодо рівня обізнаності громадян про туберкульоз, результати дослідження свідчать про те, що його необхідно підвищувати. Лише 30% опитуваних знають про те, що симптомами туберкульозу є виділення мокротиння при кашлі та 31% втрата ваги (схуднення). Навіть такий показовий симптом, як кашель із кров'ю, набрав тільки трохи більше половини відповідей (61%). Менше половини респондентів обізнані стосовно того, що температура протягом тривалого часу та біль у грудях є симптомами хвороби: лише 46% ідентифікують в якості симптому температуру без видимих причини, що тримається понад 7 днів та 39% біль у грудях. 5% респондентів зазначили, що не знають жодних симптомів туберкульозу.

Щодо шляхів передачі туберкульозу, повітряно-крапельний назвали більшість респондентів (73%). Також багато вважають, що можна заразитись побутовим шляхом та при поцілунках. Але кожен третій полтавчанин (вважаємо, що це досить значна кількість осіб) наголосив, що ризик (ймовірність) заразитися на туберкульоз саме для них невеликий, а ще 7% вважають, що його взагалі немає. Така позиція пов'язана з впевненістю про те, що, перш за все, на туберкульоз хворіють девіантні верстви населення (ті, хто відбуває покарання в місцях позбавлення волі, безпритульні тощо). Поряд із такою позицією, половина учасників опитування все ж таки розуміє, що захворіти на туберкульоз може будь-яка людина. А 46% не зовсім впевнені в його виліковності.

Заспокоює той факт, що досить значна кількість опитаних полтавчан у разі появи кашлю, що триває більше трьох тижнів все ж таки оберуть вірну поведінкову стратегію та звернуться до сімейного лікаря (51%) чи до фармацевта (провізора) (42%) по допомогу у вирішенні проблеми.

Саме тоді окрім безпосередньої лікувальної складової слід надати інформаційну підтримку з боку фахівців сфери охорони здоров'я, наголосити на обов'язковості проходження обстеження на туберкульоз та надати конкретну інформації про те, куди можна звернутися за цим питанням. За

результатами опитування 41,5% респондентів просто не знають куди звертатися у разі потреби для проходження обстеження на туберкульоз.

Відповіді на питання щодо можливих факторів, які б могли завадити проходженню обстеження на туберкульоз показали, що таких бар'єрів є багато. Поряд із незнанням де це можливо зробити та до кого звернутися, деякі з полтавчан «не вважають за необхідне» (36%) та «не мають бажання» (31%) проходити профілактичне обстеження. Цей факт є свідченням, що люди не достатньо обізнані в серйозності та небезпечності цієї хвороби. Також у людей є претензії до організації роботи медичних установ, які часто створюють проблеми для відвідувачів. 11% осіб вказали, що їм може зашкодити обстежитись брак коштів на обстеження та лікування. На жаль, тільки один респондент вважає, що бар'єрів для проходження обстеження немає жодних.

В ході опитування перед нами постало питання щодо джерел інформації про здоров'я. Як з'ясувалось, що поряд із такими розповсюдженими джерелами інформації як Інтернет та телебачення, кожен третій отримує інформацію про здоров'я безпосередньо від фармацевтів (провізорів) та медичних працівників. А рівень довіри до інформації від фармацевтів (провізорів) та медичних працівників значно вищий, ніж у інших комунікаційних каналів (телебачення, Інтернет тощо). Звертає на себе і той факт, що кожен четвертий полтавчанин отримує інформацію про здоров'я з інформаційних матеріалів в аптеках, поліклініках, лікарнях та довіряє їй повністю.

Звертає на себе увагу рівень підвищеної довіри до спеціалістів фармації. 75% полтавчан згодні з тим, що у разі потреби фармацевт (провізор) в аптеці може професійно надати інформацію про те, куди звертатися для проходження обстеження на туберкульоз.

Отже, в процесі підвищення ефективності заходів профілактики захворювання на туберкульоз набуває значущості роль фармацевта

(провізора). Виникає необхідність розробки чіткого алгоритму дій з боку фармацевта (провізора) при контакті з клієнтом з ярко вираженим кашлем.

Висновок. За результатами проведеного дослідження можна зробити висновок, що населення Полтавської області має недостатні знання відносно такого захворювання як туберкульоз. Люди зневажливо ставляться до свого здоров'я і не прагнуть звертатись до лікаря аж доки не буде нагальної потреби.

Саме тому, на наш погляд, необхідно підвищувати роль фармацевта (провізора) як джерела інформації на шляху попередження захворювання на туберкульоз; як фактора формування відповідального ставлення населення до власного здоров'я.

Ми впевнені, що такий підхід неминуче призведе до конкретних дій з боку тієї особи, яка, отримала інформацію про можливості профілактики та необхідності терапії захворювання на туберкульоз та стане поштовхом своєчасного звертання до лікаря у випадку погіршення стану здоров'я, при появі ознак, які зустрічаються під час захворювання на туберкульоз.

Таким чином, завдяки реалізації заходів санітарної профілактики з боку фармацевтів (провізорів) вдасться досягти мети надання достовірної інформації про створення умов для здорового способу життя і захист населення від туберкульозу.

Крім того, необхідність просвітницької роботи серед населення, насамперед із залученням ЗМІ, в тому числі з використанням соціальної реклами також може стати досить привабливим та ефективним елементом мотиваційної стратегії щодо профілактики захворювання на туберкульоз.

Подальші розробки пов'язані з формуванням алгоритму роботи фармацевта (провізора) під час розмови з клієнтом з проявами погіршення стану здоров'я, з проявом ознак, які зустрічаються під час захворювання на туберкульоз.

ЛІТЕРАТУРА.

1. Мельник В. М. Етіопатогенез, класифікація, діагностика і лікування легеневого та позалегеневого туберкульозу // Мистецтво лікування. – 2003. – № 4. – С. 35 – 78.
2. Оцінка правового середовища щодо туберкульозу в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment/u>.
3. Петренко В. І. Епідеміологія туберкульозу // Мистецтво лікування. – 2003. – № 4. – С. 42–64.
4. Протидія туберкульозу: що змінилось і що планується [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <https://moz.gov.ua/article/news/protidija-tuberkulozu-scho-zminilos-i-scho-planuetsja>.

ОБ ОТНОШЕНИИ НАСЕЛЕНИЯ ПОЛТАВСКОЙ ОБЛАСТИ К ПРОБЛЕМЕ ТУБЕРКУЛЁЗА В УКРАИНЕ

Резюме. В статье отражены результаты социологического опроса об осведомленности и отношении людей к проблеме туберкулеза в Украине (на примере Полтавской области). Определены источники информации о здоровье и произведена оценка доверия к ним на пути предупреждения заболевания туберкулезом как фактора формирования ответственного отношения населения к собственному здоровью. Обращено внимание на необходимость повышения роли фармацевтов (провизоров) по информационной поддержке профилактики туберкулеза.

Ключевые слова: проблема туберкулеза в Украине, профилактика туберкулеза, отношение населения к проблеме туберкулеза, роль фармацевта (провизора) в профилактике туберкулеза.

ON THE RELATIONSHIP OF THE POPULATION OF THE POLTAVA REGION TO THE PROBLEM OF TUBERCULOSIS IN UKRAINE

Resume. The article reflects the results of a sociological survey on awareness and attitude of people to the problem of tuberculosis in Ukraine (on the

example of Poltava region). The sources of health information have been identified and an assessment of their confidence in the prevention of tuberculosis disease has been conducted as a factor in forming a responsible attitude of the population to their own health. Attention is drawn to the need to increase the role of pharmacists (pharmacists) in the information support of tuberculosis prevention.

Key words: tuberculosis problem in Ukraine, prevention of tuberculosis, attitude of the population to the problem of tuberculosis, role of pharmacist (pharmacist) in the prevention of tuberculosis.

ТЕЗИ КОНФЕРЕНЦІЇ

**СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ:
ЇЇ РОЛЬ І МІСЦЕ У СУЧАСНІЙ ОСВІТІ
ТА НАУЦІ**

АПРОБАЦІЯ СИСТЕМИ ФУНКЦІОНУВАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Бойко А.І., Марків Н.В., Бойко А.А.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Тернопільське обласне виробничо-торгове аптечне об'єднання, м. Тернопіль,
Україна

abojko71@yahoo.com

Вступ. У 2012 р. нами науково обґрунтовано та розпочато на базі Тернопільського обласного виробничо-торгового аптечного об'єднання (ТОВТАО) експериментальне створення інноваційних інтегрованих аптечних комплексів для надання спеціалізованої фармацевтичної допомоги хворим на цукровий діабет (ЦД). Вказані спеціалізовані аптечні комплекси на основі затверджених національних стандартів та з використанням найсучасніших даних доказової медицини оптимізують процеси забезпечення пацієнтів лікарськими засобами (ЛЗ) з врахуванням регіональної динаміки захворюваності та поширеності ЦД, показників споживання профільних ЛЗ тощо. Діяльність ТОВТАО спрямована на надання соціально-орієнтованої кваліфікованої фармацевтичної допомоги з акцентуванням на сільському населенні; громадянах, що потребують особливих умов соціального захисту; пацієнтах з соціально важливими захворюваннями, тому експериментальне опрацювання та апробування системи функціонування соціальної фармації на базі об'єднання аптек, що перебувають у власності територіальних громад є актуальним.

Мета. Експериментальна апробація регіональної системи функціонування соціальної фармації.

Методики дослідження. Проектного планування та проектного управління, програмно-цільового управління, фармацевтичної інформатики.

Основний матеріал дослідження. Формування соціально орієнтованої системи спеціалізованої фармацевтичної допомоги на базі ТОВТАО розпочалося зі створення спеціалізованих аптек для лікарського забезпечення

хворих на ЦД, а в подальшому – інтегральних комплексів аптек, які у разі необхідності отримують оперативне консультативне керівництво спеціалізованої аптеки. Вказані аптеки функціонують із застосуванням сучасних комп'ютерних технологій та здійснюють електронний рецептурний відпуск протидіабетичних ЛЗ за програмою «Доступні ліки», препаратів інсуліну, виписаних на основі відповідного електронного реєстру, використовують опрацьовані нами комп'ютерні фармацевтичні бази даних та бази знань з фармацевтичної допомоги хворим на ЦД, засоби телемедицини та телефармації.

Наступним етапом наших досліджень була організація комплексу заходів з повного інформаційного забезпечення діяльності вказаних аптечних комплексів. Для цього на базі ТОВТАО створено відповідні експертні групи, до складу яких включено членів організацій, що об'єднують пацієнтів з ЦД, лікарів-ендокринологів, професіоналів спеціалізованих аптек та наукових консультантів. За участю вказаних експертних груп експериментально опрацьовується проблема індивідуального призначення хворим на ЦД оптимальних профільних ЛЗ. У 2019 р. нами опрацьовано напрями функціонування та реалізовано створення у структурі ТОВТАО (організаційно-правовий відділ) інформаційно-наукового сектору з відповідним кадровим забезпеченням, до якого залучено спеціаліста з наукової фармацевтичної інформації про ЛЗ, фахівця з інформаційних технологій, провізорів. Однією з важливих функцій інформаційно-наукового сектору є післядипломне навчання працівників спеціалізованих аптек.

Висновки. На базі об'єднання аптек, що перебувають у власності територіальних громад Тернопільської області, опрацьовано комплекс заходів з експериментальної апробації регіональної системи функціонування соціальної фармації.

РОЗВИТОК ФАРМАЦЕВТИЧНОГО СЕКТОРУ ТА ЛІКАРСЬКОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В НІМЕЧЧИНІ НА ЗАСАДАХ СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ

Воскобойнікова Г. Л., Довжук В. В., Коновалова Л. В., Рогов Є.
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ,
Україна

Однією з найкращих систем лікарського забезпечення населення серед країн Євросоюзу є система лікарського забезпечення Німеччини, оскільки демонструє високі стандарти соціальної фармації. Покриття споживчих потреб повністю покриває медичне страхування, яке є обов'язковим у Німеччині. Переважна більшість німецького населення (90%) отримує покриття з державного медичного страхування (SHI). Інші 10% покриваються приватним страхуванням або спеціальними схемами. Перелік медичних послуг та лікарських засобів, на які поширюється SHI, визначається на державному рівні законом. Загальні принципи медичного страхового забезпечення визначені Федеральним об'єднаним комітетом (Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA) шляхом прийняття рішень. Приватні страхові структури покривають подібний споживчий кошик, також можуть збільшувати або обмежувати певні пільги.

Розвиток соціальної фармації в Німеччині регламентується V Книгою соціального кодексу Німеччини, що використовується для правових основ німецького державного страхування (Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)). Перелік лікарських засобів, що відшкодовуються, визначається законодавчим вилученням декількох категорій, включаючи безрецептурні препарати, для лікування незначних недуг. Загалом пацієнти зобов'язані оплачувати витрати на фармацевтичні препарати за 10% від страхової суми (мінімум 5 євро та максимум 10 євро за рецептом). Коли товари включаються до класів базових цін, за умови єдиної максимальної суми компенсації, пацієнти повинні сплатити різницю між ринковою ціною та максимальною сумою компенсації.

Політика ціноутворення та відшкодування базується на таких принципах: ліки за рецептом відшкодовуються медичним страхуванням, якщо вони не включені до негативного списку G-BA); виробники вільні встановлювати свої ціни; лікарські засоби можуть бути об'єднані у комплекс раціональної терапії, яка вважається терапевтично рівноцінною і підлягає максимальній компенсації. З 2007 року фонди медичного страхування використовують тендери та контракти для отримання нижчих цін, в основному, але лише генеричних препаратів. Ціни на інноваційні препарати переважно узгоджуються [2–4].

Закон про реформування фармацевтичного ринку (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG)), який набув чинності в січні 2011 року, дотримується принципу ціноутворення у ринкових умовах, але накладає систематичну та формальну оцінку «додаткового терапевтичного ефекту» нових обговорень цін на ліки. до терапевтичної ефективності лікарської речовини протягом дванадцяти місяців після виходу на ринок.

Оскільки Німеччина є країною Європейського Союзу, на даний час укладено 41 торговельну регіональну угоду про зону вільної торгівлі. Це сприяє налагодженню логістики та постійному імпорту та експорту фармацевтичної продукції, що надалі відбивається на збільшенні доходів та конкурентоспроможності серед інших країн.

Світовий попит на високоякісні лікарські засоби постійно зростає зі зростанням світового населення, покращуються стандарти охорони здоров'я. Світові витрати на лікарські засоби до 2023 р. за оцінками аналітиків фармацевтичного ринку, перевищать 1,5 трлн дол. США [1].

Оптовий сектор фармацевтичного ринку Німеччини значною мірою визначається інноваціями, про що найкраще свідчить велика кількість нещодавно затверджених лікарських засобів, станом на кінець 2019 року в Німеччині зареєстровано понад 100 000 лікарських засобів.

Загалом фармацевтичний сектор Німеччини надає широкий спектр високоякісних товарів та послуг для задоволення зростаючого міжнародного

попиту. За результатами аналізу економічної діяльності 2018 року світовий експорт фармацевтичної продукції становив 497,543 млрд. євро, у тому числі Німеччина – 81,789 млрд. євро, що є провідною позицією серед інших країн і складає 16,3% світового експорту фармацевтичної продукції.

Світовий фармацевтичний імпорт становить 526,406 млрд. євро, серед яких Німеччина посідає друге місце – 48,70 млрд. євро, поступаючись лише США та складає 9% від загального обсягу імпорту.

У період 2014–2019 рр. показники експорту для німецьких фармацевтичних компаній зафіксували щорічне збільшення на 4%. Німецька фармацевтична продукція особливо затребувана в США та європейських країнах. Однак ринки, що розвиваються, такі як Азія та Латинська Америка, також демонструють підвищений попит на фармацевтичні препарати німецьких виробників.

У німецькому фармацевтичному секторі переважають малі та середні підприємства. Великі фармацевтичні компанії (включаючи Bayer, BASF, Boehringer Ingelheim та Merck) та численні малі та середні підприємства користуються відмінною міжнародною репутацією на відповідних фармацевтичних ринках. Це варіюється від рецептурних препаратів без рецепта (OTC), від оригінальних препаратів до дженериків, від простих молекул АФІ до біофармацевтичних препаратів. Найбільш впливовими європейськими фармацевтичними компаніями за обсягами продажу є три німецькі компанії – Bayer AG, Boehringer Ingelheim, Merck KGaA.

Роздрібний ринок Німеччини зафіксував зростання доходів на 6% у 2019 році. Приблизно 3,2 мільярда євро упаковки (+ 1%) коштують 38 мільярдів євро (за ціною продажу фармацевтичної компанії, включаючи вакцини та тест-діагностику). Максимуми зростання доходів від реалізації лікарських засобів спостерігалось у травні, липні, вересні та грудні (з + 8% до + 12%), за обсягами продажів ринок помітно зріс у квітні, травні, липні та вересні, темпи зростання становлять всередньому від + 3% до + 6%.

У 2019 році обсяг реалізації препаратів, що відпускаються за рецептом, збільшився на 7% з точки зору доходу та на 1% від продажів. Це відповідає обсягу ринку в 33 мільярди євро або 752 мільйони пакетів. Ринок роздрібною торгівлі лікарськими засобами за рецептом досяг найбільшого зростання продажів у травні, липні та вересні (+ 11% до + 13%). У грудні продажі ліків також значно зросли. У червні зафіксовано зниження на 2%.

У 2019 році з аптек та поштових замовлень було випущено 867 мільйонів безрецептурних пакетів (OTC), що становить річний рівень. Дохід збільшився приблизно на 2% до 5,2 млрд. євро.

Третина загального товарообігу входить до першої десятки найкращих груп ліків (12,7 млрд. Євро), а продаж у 2019 році збільшився на 10%. У десятці кращих категорій препаратів з високим рівнем доходу на ринку роздрібною торгівлі протівірусні вакцини зросли найбільше (на 37%). Інші категорії з подвійним зростанням включають проти онкологічний пакет (інгібітори протеїнкінази + 17%; моноклональні антитіла + 23%; антагоністи цитостатичного гормону + 17%; інгібітори прямого фактора Ха + 16%).

В цілому фармацевтичний ринок Німеччини у 2019 році призвів до 6% приросту доходів, що склало 38,2 млрд. євро. Левова частка припадає на ліки, що відпускаються за рецептом (86%), дохід збільшується на 7%. Безрецептурні препарати призвели до збільшення лише на 2%. Нові, запатентовані препарати призвели до збільшення на 17%. Обсяг продажу препаратів, термін дії патенту яких завершився, зменшився на 14%. Дохід від продажу генериків та біосиміларів збільшився на 11%.

За результатами аналізу встановлено, що обсяги реалізації роздрібного сегменту фармацевтичного ринку Німеччини постійно зростають, завдяки впровадженню нових та генеричних біоеквівалентних лікарських препаратів з високим рівнем попиту.

Література:

1. Medicinal Products Act (Arzneimittelgesetz – AMG) URL: http://www.gesetze-im-internet.de/englisch_amg/index.html (Дата звернення: 15.03.2020).

2. Pharmnet Bound.Arzneimittel-Informationssystem. URL: <https://www.pharmnet-bund.de/dynamic/de/arzneimittel-informationssystem/index.html> (Дата звернення: 15.03.2020).
3. European medicines agency (EMA). URL: https://www.ema.europa.eu/en/medicines?search_api_views_fulltext (Дата звернення: 15.03.2020).
4. Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz – AMG) Inhaltsübersicht. URL: http://www.gesetze-im-internet.de/amg_1976/__38.html (Дата звернення: 15.03.2020).
5. Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/a/arzneimittelmarkt-neuordnungsgesetz-amnog.html> (Дата звернення: 15.03.2020).

СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ: АНАЛІЗ ПРОГРАМ ТА СТРАТЕГІЙ ВООЗ ЩОДО ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМ, ПОВ'ЯЗАНИХ ІЗ АДЕКВАТНИМ ЗАСТОСУВАННЯМ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ МОЛОДЦЮ

Заремба Н.І., Зіменковський А.Б.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

kaf_clinicalpharm@meduniv.lviv.ua

Вступ. Для вирішення проблем, пов'язаних із застосуванням лікарських засобів, на нашу думку, необхідний системний підхід із застосуванням комплексу державних, управлінських та навчально-дидактичних заходів. Важливим, вважаємо, є досвід зарубіжних країн стосовно вже наявних міжнародних програм щодо вирішення проблем із застосуванням медикаментів.

Мета. Проаналізувати програми та стратегії ВООЗ, спрямовані на обґрунтоване і раціональне використання лікарських засобів (ЛЗ) молодцю.

Методики дослідження. Здійснено огляд програмних стратегій ВООЗ за допомогою інтернет ресурсу шляхом аналізу загальнодоступних програм на визначених авторитетних сайтах.

Основний матеріал дослідження. Вибрані програми, пов'язані з ЛЗ (не наркотиками) і з акцентом на використання їх молодцю (віком 18–44 років),

чинні на момент дослідження або термін їх дії завершився не пізніше, як в останні 10 років. За даними проведеного аналізу, на офіційному сайті ВООЗ розташовано 59 програм, що стосуються питань збереження та зміцнення здоров'я населення. З них лише у 13 (22 %) присутня інформація про доцільність адекватного застосування ЛЗ. Проведено оцінку суті кожної наведеної програми ВООЗ.

«Drug resistance» – проект «Запобігання резистентності до ліків», ціллю якого є використання антибіотиків суворо за клінічними протоколами у дозах та режимах, що попереджують виникнення резистентності бактерій. «Essential medicines for children» – програма «Основні ліки для дітей». Мета – всебічне наукове обґрунтування та дослідження рекомендованих і мінімально необхідних доз ліків для дітей при різних захворюваннях. «Ethical issues in Patient Safety Research» – програма «Етичні проблеми дослідження безпеки пацієнтів», покликана забезпечити дотримання, в тому числі, етичних вимог до учасників та дослідників клінічних випробувань нових ліків. «Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020» – Глобальний план попередження та контролю за неінфекційними захворюваннями на 2013-2020 роки, ціль – забезпечити на 80 % оптимальними ліками людей для фармакотерапії (ФТ) основних неінфекційних захворювань; скоротити на 25% передчасну смертність від неінфекційної захворюваності до 2025 року. «Tuberculosis treatment in children» – програма «Лікування туберкульозу у дітей», розробляє та впроваджує стандарти ФТ туберкульозу у дітей, з метою зниження резистентності бактерій до ліків, зменшення захворюваності серед дітей, зниження кількості нераціонально використаних ліків. «Cancer Control Programme» – «Програма контролю раку». ВООЗ розробила 6 модулів для організаторів охорони здоров'я (ОЗ) за напрямком ефективної боротьби з раком: планування, профілактика, раннє виявлення, діагностика та лікування, паліативна допомога та політика і пропаганда. «HIV & AIDS Program» – «Глобальна стратегія з ВІЛ/СНІДу», програма передбачає розробку нових ефективних схем ФТ ВІЛ/СНІДу, забезпечення їх доступності в економічно

слаборозвинутих країнах, моніторинг токсичності нових антиретровірусних та противірусних ліків у програмах ВІЛ. «Immunization, Vaccines and Biologicals» – програма «Імунізація, вакцини та біологічні препарати». Мета – запобігання смертей шляхом більш справедливого доступу до існуючих вакцин для людей у всіх громадах. «Vaccine and immunization quality and safety» – «Глобальна програма якості та безпеки вакцинації та імунізації», скерована на наукові пошуки та стандартизацію виробництва безпечних вакцин. «Global Influenza Programme» – «Глобальна програма проти грипу». Мета – підвищити рівень вакцинації населення у світі, розробити достатню кількість вакцин, щоб проімунізувати все населення. «Global Action Plan for Influenza Vaccines» – «Глобальний план дій щодо вакцинації проти грипу» – комплексна стратегія скорочення сучасної глобальної нестачі вакцини від грипу для сезонних епідемій та пандемії грипу у всіх країнах світу. «Fertility regulation» – програм «Регулювання народжуваності»; на основі результатів Кокранівських рандомізованих досліджень, визначаються показання до нехірургічного (медикаментозного) переривання небажаної вагітності та підбирається правильна ФТ післяабортного хронічного болю. «Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health» – «Глобальна стратегія щодо дієти, фізичної активності та здоров'я». Впровадження здорового способу харчування знизить зайву вагу та позбавить необхідності у її медикаментозній корекції. Регулярна фізична активність дозволить знизити вживання антигіпертензивних ЛЗ, засобів інсуліну, цитостатиків за рахунок профілактики виникнення неінфекційних захворювань.

Окрім наведеного, ВООЗ розробила рекомендації – «Заходи щодо раціонального використання ЛЗ» (The Pursuit of Responsible Use of Medicines: Sharing and Learning from Country Experiences, 2012), які пропонує долучати до відповідних програм у будь-яких країнах світу і які мають за мету: забезпечення терапевтично обґрунтованого та ефективного, з точки зору витрат, використання ЛЗ фахівцями ОЗ і споживачами.

Висновки. Із всіх проаналізованих нами міжнародних програм, що стосуються контролю/моніторингу адекватного застосування ліків, найбільше їх ініційовано ВООЗ – 13 (22 %), з яких, на нашу думку, найбільш співставимою з цією проблематикою є діючий з 2008 року проект «Запобігання резистентності до ліків» («Drug resistance») та щорічно оновлювана програма «Основні ліки для дітей» («Essential medicines for children»). Натомість, суто програм, скерованих на молодь, щодо раціонального застосування ЛЗ – не виявлено ні в ретроспективі 10 років, ні в проспективі.

ОЦІНКА РОЛІ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПРАЦІВНИКА ДЛЯ РАЦІОНАЛЬНОГО ВИКОРИСТАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Максимович Н.М., Заліська О.М., Барчук О.З., Стасів Х.-О. Я.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна
maximovi43@ukr.net

Вступ. За даними ВООЗ якість життя, пов'язана зі здоров'ям (health related quality of life – HRQL) включає фізичний, психологічний, емоційний та соціальний стан особи, а також показує на які важелі можна впливати (наприклад, спосіб застосування ЛЗ), щоб покращити індекс QALY – збережені роки життя до стандартної якості життя.

Метою було провести аналіз баз, міжнародних центрів та систематизувати інформацію щодо актуальних даних про раціональне використання ЛЗ.

Методики дослідження. Нами були використані методи інформаційного аналізу, узагальнення та контент-аналізу.

Основний матеріал. Найчастіше нераціональними тактиками щодо прийому ЛЗ є: використання занадто великої кількості ліків на пацієнта (поліпрагмація); недоцільне використання антибактеріальних засобів;

надмірне використання ін'єкцій; недотримання схем лікування відповідно до клінічних протоколів; збільшене чи зменшене дозування ЛЗ та самолікування. Тому для раціонального використання ЛЗ рекомендовано ВООЗ 12 ключових принципів.

Неправильне застосування безрецептурних препаратів часто виникає при відповідальному самолікуванні, найчастіше за даними Sujit S Sansgiry та ін. це: антигістамінні препарати, протикашлеві, кодеїновмісні, проносні, анальгетики та судиннозвужувальні. За даними National Institute on Drug Abuse, 2017 р. декстрометорфан та лоперамід найчастіше використовувались «поза показами» та при немедичному застосуванні препаратів спостерігаються важкі побічні ефекти.

За даними CDC, 2019 р. у 1,3 млн. людей літнього віку виникали побічні дії ліків, майже 177 тис. осіб були госпіталізовані через недотримання рекомендацій щодо раціонального застосування ЛЗ. Найбільш часто призначувальними ЛЗ, що спричиняли побічні дії були: варфарин, інсулін, фенітоїн, карбамазепін та дигоксин. Також часте застосування дезагрегантів, а саме ацетилсаліцилової кислоти призводить до ускладнень, а саме кровотеч.

У 2013-2014 рр. в США було зареєстровано майже 200 тис. випадків через неправильне застосування чи побічні дії антибактеріальних засобів. В осіб до 50 років (59,6%) найчастішими фармакотерапевтичними групами, які спричиняли небажані дії були сульфаніламідни (23,2%), пеніциліни (20,8%), хінолони (15,7%). У дітей до 5 років (60 тис.), які застосовували антибіотики у 56% випадків виникали алергічні реакції.

Тому актуальними та необхідними є діяльність національних центрів щодо безпечного та раціонального застосування ЛЗ які діють у більш ніж 60 країнах світу та є учасниками Міжнародної системи моніторингу побічних реакцій. Так, однією з провідних установ у педіатричній практиці є PROTECT, яка розробляє стратегії щодо безпечного прийому ЛЗ, оптимальних терапевтичних доз.

Загалом в 2019 р. у світі для усунення побічних дій, що пов'язані були з неправильним використанням ліків витрати оцінено в 42 млрд. доларів США. А летальні випадки після перенесених побічних дій у світі є на 5 місці після серцево-судинних захворювань, хронічних обструктивних захворювань легень, онкологічних захворювань, травм.

Висновок. Тому фармацевтичні працівники мають набувати необхідні знання про безпеку та раціональне застосування ЛЗ відповідно до європейських доказових рекомендацій. Також доцільним є бути учасникам та членами національних центрів по контролю з безпечного застосування ЛЗ, що в майбутньому сприятиме покращенню показника якості життя, пов'язаного зі здоров'ям.

ЗАСТОСУВАННЯ ПЕРЕЛІКУ ПОТЕНЦІЙНО НЕДОЦІЛЬНИХ ЛІКІВ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ ДЛЯ РАЦІОНАЛІЗАЦІЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Настюха Ю.С., Рамусь Т.О., Борецька О.Б.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна
y.nastyukha@gmail.com

Вступ. Поліфармація та призначення лікарських засобів (ЛЗ) високого ризику є досить поширеними явищами у фармакоterapiї пацієнтів похилого та старечого віку. Як скринінговий інструмент для пацієнтів цієї вікової категорії представниками 7-ми країн Європи експертно консенсусним шляхом розроблено Перелік потенційно недоцільних ліків Європейського союзу (*EU(7)-PIM list, 2015*). Однак, результати бібліографічного пошуку засвідчують, що EU(7)-PIM не має широкого застосування у клінічній практиці в Україні.

Мета дослідження: провести аналіз призначень ЛЗ пацієнтам похилого та старечого віку із застосуванням переліку EU(7)-PIM.

Методи та матеріали. Серед медичних карт стаціонарних хворих (МКСХ) терапевтичного відділення однієї із лікарень м. Львова за період березень-квітень 2019 року, відібрано випадки надання медичної допомоги пацієнтам у віці ≥ 65 років ($n=47$). З них об'єктом дослідження стали МКСХ із діагнозом есенціальна (первинна) гіпертонія (*I10*) ($n=34$). Оцінку призначень ЛЗ пацієнтам ≥ 65 років здійснено із застосуванням Переліку потенційно недоцільних ліків Європейського союзу (*EU(7)-PIM list, 2015*). Використано методи: системного підходу, бібліографічний, клініко-фармацевтичний.

Результати дослідження. Відповідно до визначених критеріїв для аналізу відібрано 34 МКСХ. У результаті аналізу листків лікарських призначень виявлено застосування 13 ЛЗ з 6 фармакотерапевтичних груп ($n=46$), що визначаються переліком EU(7)-PIM як потенційно недоцільні пацієнтам похилого та старечого віку. До ліків, що впливають на серцево-судинну систему належать 3 ЛЗ: дигоксин ($n=4$), спіронолактон ($n=1$) та пентоксифілін ($n=1$).

В аналізованих випадках у всіх пацієнтів окрім основного захворювання була супутня патологія, представлена достатньо широким переліком діагнозів. У середньому в одного пацієнта діагностовано 4,3 захворювання, а протягом періоду перебування у стаціонарі в середньому один пацієнт отримував 11 ЛЗ, що можна розглядати як поліфармацію. Отож, окрім ліків, що впливають на серцево-судинну систему, виявлено 10 інших застосованих потенційно недоцільних ЛЗ. Найчастіше призначався теофілін ($n=17$). Досить значну частку склали нестероїдні протизапальні засоби: диклофенак ($n=7$), мелоксикам ($n=1$). Доцільність застосування інгібіторів протонної помпи визначається тривалістю їх використання, тому потребує довшого спостереження ніж період перебування пацієнта у стаціонарі: пантопразол ($n=4$), омепразол ($n=2$), рабепразол ($n=1$). Серед ліків, що впливають на травну систему, виявлено також метоклопрамід ($n=3$). Аналогічним за частотою

призначення є хлорпромазин (n=3) та окремі випадки застосування цукрознижуючого ЛЗ глімепіриду (n=1) та ЛЗ заліза (n=1).

Окрім виявлення потенційно недоцільних ЛЗ застосування EU(7)-PIM для низки з них дозволяє розглянути альтернативу. Зокрема, альтернативні призначення пропонуються інструментом для 7 з 13 ЛЗ виявлених у аналізованих МКСХ.

Висновок. Застосування переліку EU(7)-PIM для аналізу призначень ЛЗ пацієнтам похилого та старечого віку в умовах стаціонару дозволяє виявити потенційно недоцільні ЛЗ призначені не лише для фармакотерапії основного захворювання, а й супутньої патології. Запропонована EU(7)-PIM альтернатива для багатьох потенційно недоцільних ЛЗ може слугувати підґрунтям фармацевтичної опіки у геріатрії.

РОЛЬ ДИСЦИПЛІНИ «СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ» В СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ФАРМАЦІЇ

Феденько С.М.

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-
Франківськ, Україна
fedenkosm5@ukr.net

Вступ. Складність соціально-економічних процесів і багатогранність суспільних відносин призводить до збільшення різноманітних соціальних та особистісних проблем. Впродовж останніх років в українському суспільстві зростає кількість кризових явищ, поглиблюються соціальні проблеми, такі як корона вірусна інфекція COVID-19, ВІЛ/СНІД, наркоманія, малозабезпеченість, безробіття та ін. У сучасних умовах розвитку суспільства успішне вирішення соціальних проблем неможливе без уміння фахівців різних сфер господарської діяльності, в тому числі і працівників фармації, оцінювати потреби і ресурси людей, розробляти і впроваджувати

соціальні проекти, програми і послуги, визначати ефективність різних форм соціальної допомоги, здійснювати пошук інноваційних методів надання соціальної підтримки та ін.

Мета. Основною метою нашого дослідження стало вивчення ролі та місця дисципліни «Соціальна фармація» у системі підготовки фахівців фармації.

Методики дослідження. Для досягнення поставленої мети були застосовані загальнонаукові методи дослідження.

Основний матеріал дослідження. Останнім часом все гостріше відчувається потреба у якісно новому підході до вирішення соціальних проблем, більш тісній та глибокій інтеграції соціальної, економічної та фармацевтичної складової економіки.

За своєю природою та суттю, фармація завжди була й залишається соціально орієнтованою галуззю і сьогодні виступає самостійним соціальним інститутом, який покликаний виконувати найважливішу соціальну функцію – збереження та поліпшення здоров'я населення шляхом надання висококваліфікованої фармацевтичної допомоги. Саме цим зумовлена необхідність вивчення студентами дисципліни «Соціальна фармація». Основна мета якої є забезпечити ґрунтовними знаннями про соціально-економічні аспекти фармацевтичного забезпечення населення в сучасних умовах та сприяє формуванню професійно необхідних знань, умінь та навичок відповідно до освітньо-кваліфікаційної характеристики.

Згідно примірного навчального плану підготовки фахівців другого магістерського рівня вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я» у МОЗ України за спеціальністю 226 «Фармація» кваліфікації освітньої «Магістр фармації» на п'ятому році навчання передбачено вивчення дисципліни «Соціальна фармація». Вивчення даної дисципліни базується на вивченні вступу у фармацію, етики та деонтології у фармації, фармацевтичного права та законодавства та перебуває у взаємодії з іншими дисциплінами:

організація та економіка фармації, фармацевтичний менеджмент та маркетинг, фармакоекономіка та ін.

Навчання принципам соціальної політики, економіки, фармації допоможуть студентові сформувати вміння та навички оцінювання сучасного стану фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України, аналізувати динаміку за показниками та визначати основні тенденції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я, визначати перспективні напрями її реформування, регулювання соціальних та економічних аспектів провадження фармацевтичної діяльності як наслідок забезпечення населення доступними лікарськими засобами.

Висновки. Сучасне суспільство вимагає компетентних спеціалістів, які ґрунтовно володіють теоретичними знаннями, професійними вміннями і навичками, є різнобічно розвиненими особистостями, володіють навичками комунікативної, проєктивної та іншими видами діяльності. Тому, вивчення дисципліни «Соціальна фармація» сьогодні є надзвичайно актуальним як однієї із основних дисциплін у підготовці кваліфікованих фахівців фармації.

**СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА
ТА СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ –
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ДИСЦИПЛІН**

СТРАТЕГІЇ ПРОТИДІЇ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ: НАЦІОНАЛЬНІ ПЛАНИ ТА МІЖНАРОДНА СПІВПРАЦЯ

Баглай Т.О., Яковлева Л.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

mrs.bata@gmail.com

Вступ. Стійкість мікроорганізмів до фармакотерапії протимікробними препаратами системної дії спричиняє не тільки збільшення витрат на лікування, а й ускладнення останнього. Зокрема, в США щорічно фіксується 2,8 мільйонів випадків інфекційних хвороб, збудники яких резистентні до антибіотиків, що стає причиною смерті більше 35 тис. пацієнтів. У країнах ЄС/ЄЗ рівень смертності з цієї причини складає за різними оцінками від 25 до 33 тис. щороку. В Україні летальність від антибіотикорезистентності (АБР) може сягати 7-9%. Глобально 700 тис. хворих щороку гинуть через АБР, а, якщо не вживати активних дій по боротьбі з нею, то ця межа може сягнути 10 млн. до 2050 року.

Тому важливим є забезпечення контролю застосування антибіотиків у системі охорони здоров'я й обігу антибіотиків у сфері ветеринарії. Це відзначила Всесвітня асамблея охорони здоров'я ВООЗ, схваливши відповідну Резолюцію 2014 року і Глобальний план дій щодо антимікробної резистентності (АМР) 2015 року. У цих документах серед іншого зазначалося про негайну необхідність розробки та підсилення національних планів, стратегій та міжнародної співпраці для стримування АМР.

Мета. У роботі досліджується практика впровадження та реалізації стратегічних документів протидії АБР/АМР на національному та міжнародному рівнях.

Методики дослідження. У роботі використаний контент-аналіз публічних даних уповноважених органів управління системною громадського здоров'я окремих країн, а також ЄС/ЄЗ у ретроспективі в період після 2015 року.

Основний матеріал дослідження. Заради забезпечення досягнення стратегічних цілей протидії АБР/АМР, викладених ВООЗ у 2014-2015 рр., національні уряди мали протягом 5–10 років схвалити власні плани по боротьбі зі стійкістю до протимікробних препаратів і, за необхідності, переглянути норми та політики застосування таких лікарських засобів у країнах.

США має Національний план дій по боротьбі з стійкими до антибіотиків бактеріями і План дій щодо АМР Міністерства сільського господарства. Перший розрахований на 5-річний строк від 2015 року і має за мету уповільнити появу стійких бактерій і запобігти поширенню резистентних інфекцій, підсилити національні зусилля з нагляду за охороною здоров'я для боротьби з резистентністю, розробку та використання швидких і інноваційних діагностичних тестів для ідентифікації та характеристики стійких бактерій, прискорення фундаментальних і прикладних досліджень та розробку нових антибіотиків, інших терапевтичних препаратів, вакцин, поліпшення міжнародної співпраці та спроможностей запобіганню АБР, нагляду, контролю, дослідження та розвитку антибіотиків.

Європейська комісія 2016 року впровадила План дій «Єдиного здоров'я» проти АМР, як продовження Плану дій проти зростання загрози АМР, здійсненого в 2011–2015 роках по 12 цільових діях. До 2022 року ЄС будуватиме боротьбу з АБР у трьох сферах: перетворення ЄС на регіон найкращої практики; стимулювання досліджень, розробок і інновацій; формування глобального порядку денного.

Велика Британія 2019 року запровадила 5-річний план «Боротьба з АМР» до 2024 року як продовження свого минулого плану 2013–2018 рр. і як перший крок 20-річної візії «Втримується та контролюється». Їхніми цілями є наступні показники: скорочення кількості АМР-інфекцій на 10% (5000) до 2025 року, зменшення вживання антибіотиків населенням на 15%, запобігання щонайменше 15 000 пацієнтів щороку від зараження внутрішньолікарняними інфекціями до 2024 року.

Міністерство соціальної політики й охорони здоров'я Фінляндії у Національному плані дій щодо АМР на 2017–2021 рр. зазначає шість операційних сфер: підготовка професіоналів та навчання громадськості; національний нагляд за «Єдиним здоров'ям»; профілактика інфекцій та контроль поширення мультирезистентних бактерій; протоколи для професіоналів щодо протимікробних препаратів; дослідження; адміністративні структури.

Стратегія протидії АМР в Україні була схвалена навесні 2019 року як Національний план дій щодо боротьби із стійкістю до протимікробних препаратів, що передбачав наступні кроки: обмеження безрецептурного обігу антибіотиків і застосування протимікробних препаратів як стимуляторів росту у тваринництві, птахівництві, рослинництві, прийняття Концепції моніторингу резистентності ВІЛ-інфекції/СНІДу, Порядку використання протимікробних препаратів у ветеринарній медицині, Порядку здійснення епідеміологічного нагляду та ведення обліку інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги, форми первинної облікової документації «Листок призначень лікарських засобів та медичних виробів під час надання медичної допомоги в амбулаторних умовах», порядків (а) здійснення дозорного епідеміологічного нагляду за АМР, (б) нагляду за АМР у ветеринарній медицині, (в) визначення механізму антимікробної та специфічної резистентності, що має особливе клінічне, епідеміологічне значення, (г) використання протимікробних препаратів і збору інформації про споживання зареєстрованих в Україні протимікробних лікарських засобів, (г) інфекційного контролю у закладах охорони здоров'я. Директорат безпечності харчових продуктів Мінекономіки України запропонував до громадського обговорення проєкт Порядку використання протимікробних препаратів у ветеринарній медицині, а Міністерство охорони здоров'я – проєкти Порядку ведення обліку, звітності та епідеміологічного нагляду (спостереження) за інфекційними хворобами та Переліку інфекційних хвороб, що підлягають реєстрації.

Восени 2016 року Міністерство охорони здоров'я та сімейного благополуччя Індії ініціювало розробку Національного плану дій щодо АМР, розрахованого на 2017–2021 рр. Документ ставить п'ять задач: поліпшення обізнаності та розуміння АМР, поглиблення знань через нагляд і дослідження, зменшення частоти інфекційних захворювань, оптимізація застосування протимікробних препаратів у галузі охорони здоров'я, тваринництва та продуктів харчування, розробка економічних підстав для збільшення інвестицій в нові лікарські, діагностичні засоби, вакцини. Станом на 2019 рік впровадження плану в Індії стикається з рядом проблем, зокрема імплементація потребує окремого фінансування та владних рішень, але відзначається значна роль у протидії АМР громадянського суспільства, приватного сектору та засобів масової інформації.

У схваленому на 2017–2021 рр. Малазійському Плані дій щодо АМР зазначено, що в країні з 2000 року діє Національний нагляд за АБР, учасниками якого станом на 2016 рік є 41 шпиталь. Їхніми цілями є (а) поліпшення поінформованості та розуміння АМР за допомогою ефективних комунікацій, освіти та навчання, (б) зміцнення знань і доказової бази шляхом нагляду та досліджень, (в) зменшення кількості випадків інфікування за допомогою ефективних заходів санітарії, гігієни та запобігання зараженню, (г) оптимізація використання антимікробних лікарських засобів у охороні здоров'я людини та тварин.

Висновки. Серед результатів роботи слід зазначити наступне:

1. Досліджені країни мають національні плани дій з протидії АБР/АМР, що відповідні генеральним поглядам і підходам ВООЗ з урахуванням регіональних особливостей;

2. Деякі країни мають тривалу окрему цільову політику боротьби з АБР/АМР, запроваджену до спільних глобальних рішень ВООЗ зокрема і ООН взагалі;

3. Досліджені країни не виключають підходи «Єдиного здоров'я» для боротьби з АБР/АМР, включаючи їх безпосередньо через гармонізацію законодавства або як власну практику.

В подальшому потребують аналізу плани дій і порядки протидії АБР/АМР у інших країнах, вивчення стану реалізації, наявних проблем і перепон, перспектив подальших кроків і вироблення рекомендацій для вітчизняної політики боротьби з антибіотикорезистентністю.

АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ТЕНДЕНЦІЙ СПОЖИВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА В УКРАЇНІ

Котвіцька А.А., Прокопенко О.С.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
socpharm@nuph.edu.ua

Вступ. Хвороба Паркінсона (ХП) є значною медико-соціальною проблемою як із погляду зниження якості життя пацієнтів, так із позиції встановлення діагнозу, підбору ефективних схем фармакотерапії. Досвід соціально орієнтованих систем охорони здоров'я свідчить, що своєчасний початок лікування із застосуванням сучасних лікарських препаратів (ЛП) сприяє істотному зниженню частоти ускладнень, запобігає інвалідизації, поліпшує якість життя хворих та сприяє їх активному довголіттю. Враховуючи зростання епідеміологічних показників ХП та багатовекторність надання медичної та фармацевтичної допомоги особливої актуальності заслуговують дослідження, які дають можливість оцінити витрати на фармакотерапію та раціональність застосування різних ЛП при терапії цього захворювання. Таким чином, дослідження, які дозволять визначити сучасний стан ринку та тенденції споживання ЛП для лікування ХП, є актуальними.

Метою дослідження стало визначення особливостей і тенденцій споживання населенням України ЛПІ для лікування ХПІ у натуральному та грошовому вимірі за 2014–2018 рр. Для проведення аналізу показників роздрібного продажу ЛПІ для лікування ХПІ нами використовувалися дані аналітичної компанії дослідження фармацевтичного ринку «Фармстандарт» компанії «Моріон». З метою перерахунку показників роздрібних продажів ЛПІ у грошовому еквіваленті в порівняльні ціни до базового 2014 року, нами були використані індекси роздрібних цін, які були розраховані та проаналізовані у попередньому дослідженні. Під час проведення дослідження використано такі методи: логічного, системно-аналітичного, порівняльного аналізу та узагальнення інформації.

Основний матеріал дослідження. За результатами ретроспективного аналізу споживання ЛПІ для лікування ХПІ за 2014–2018 рр. встановлено, що обсяг роздрібних продажів ЛПІ мав тенденцію росту. Так, у 2016 р. цей показник перевищив на 120 млн. грн. за 584 тис. упаковок із темпами приросту 53,25 % у грошовому і 32,88% у натуральному вимірі у порівнянні з 2015 р. Доведено, що у 2018 р. темпи приросту у грошовому вимірі збільшилися на 29,56%, а у натуральному – на 98,2% порівняно з 2014 р.

Проведений аналіз споживання ЛПІ у натуральних показниках свідчить, що у 2015 р. відбулося поступове зменшення обсягів продажів протипаркінсонічних ЛПІ. Так, кількість проданих упаковок значно зменшилась у 2015 р. порівняно з 2014 р. таких ЛПІ за міжнародною непатентованою назвою (МНН), як: *ротиготин* ($T_{\text{пр}2015}=-88,30$), *ропінірол* ($T_{\text{пр}2015}=-86,97$), *леводопа*, *інгібітори декарбоксилази та інгібітор КОМТ* ($T_{\text{пр}2015}=-25,24$). Необхідно зазначити, що протягом 2016–2018 рр. ЛПІ *ротиготин* був відсутній на роздрібному фармацевтичному ринку України, що, на нашу думку, й обумовлює зниження його показників темпів приросту.

Протягом 2016–2017 рр. спостерігається загальна тенденція росту обсягів роздрібних продажів протипаркінсонічних ЛПІ у натуральному виміру ($T_{\text{пр}2016}=32,88\%$; $T_{\text{пр}2017}=35,56\%$). Найбільше значення показника

темпу приросту спостерігалися серед таких ЛП за МНН як: *разагілін* ($T_{\text{пр}2016}=460,23\%$; $T_{\text{пр}2017}=124,94\%$), *ривастигмін* ($T_{\text{пр}2016}=43,92\%$; $T_{\text{пр}2017}=126,66\%$), *леводопа*, *інгібітори декарбоксилази та інгібітор КОМТ* ($T_{\text{пр}2016}=36,23\%$; $T_{\text{пр}2017}=20,42\%$).

За результатами дослідження встановлено, що у 2018 р. спостерігається негативна тенденція щодо зменшення обсягів роздрібних продажів протипаркінсонічних ЛП у натуральному виміру ($T_{\text{пр}2018}=-7,10\%$). Даний факт викликає занепокоєння та потребує проведення подальшого дослідження, оскільки значення показників захворюваності населення на ХП зростає, а кількість реалізованих упаковок ЛП зменшується. Звертає увагу той факт, що ЛП за МНН *біпериден* був представлений на роздрібному фармацевтичному ринку тільки у 2017 р., що негативно вплинуло на середнє значення показника темпу приросту у 2018 р.

За результатами аналізу обсягів роздрібних продаж ЛП у грошовому виміру доведено, що протягом 2014–2017 рр. відмічається позитивна тенденція росту значення показника темпу приросту ($T_{\text{пр}2015}=14,71\%$; $T_{\text{пр}2016}=53,25\%$; $T_{\text{пр}2017}=29,30\%$). Лідером за темпом приросту продажів серед протипаркінсонічних ЛП у грошових показниках у 2015 р. був визначений *ривастигмін* ($T_{\text{пр}2015}=158,84\%$), у 2016 р. та 2017 р. – *разагілін* ($T_{\text{пр}2016}=462,88\%$, $T_{\text{пр}2017}=120,35$). У 2018 р. найбільший позитивний темп приросту демонструє ЛП за МНН *леводопа*, *інгібітори декарбоксилази та інгібітор КОМТ*. Так, обсяги реалізації у грошових показниках цієї групи ЛП збільшилися у 2018 р. порівняно з попередніми періодами – від 6,12% у 2015 р. до 31,95% у 2018 р. (на 25,83%). Особливої уваги потребують отримані дані за 2018 р., з яких видно, що спостерігається тенденція до зниження значення показника темпу приросту ($T_{\text{пр}2018}=-1,76\%$). Таким чином, можна стверджувати, що негативні процеси, які спостерігаються на фінансовому ринку України призвели до зростання цін на ЛП, та мали безпосередній вплив на обсяг продажів ЛП для лікування ХП.

Установлено, що у 2018 р. тільки 4 ЛП за МНН мали позитивну тенденцію збільшення обсягів продажів у грошовому виміру, а саме: *леводопа, інгібітори декарбоксилази та інгібітор КОМТ* ($T_{\text{пр}}=31,95\%$), *праміпексол* ($T_{\text{пр}}=16,30\%$), *леводопа з інгібіторами декарбоксилази* ($T_{\text{пр} 2018 \text{ р.}}=9,92\%$), *амантадин* ($T_{\text{пр}}=9,30\%$). Даний факт свідчить про пріоритет вибору фармакотерапевтичних груп ЛП для схем лікування хворих на ХП.

Висновки. За результатами ретроспективного аналізу споживання ЛП для лікування ХП протягом 2014–2018 рр. встановлено, що обсяг роздрібних продажів ЛП мав характерну тенденцію зростання. Доведено, що за 2014–2018 рр. обсяг роздрібних продажів ЛП у грошовому вимірі збільшилися на 29,56%, а у натуральному – на 98,2%.

АНАЛІЗ ДОКАЗОВОЇ БАЗИ ВИКОРИСТАННЯ СТАТИНІВ ПРИ ГОСТРИХ ПОРУШЕННЯХ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Левицька О. Р.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна
levytska.oksana@gmail.com

Вступ. Однією із груп ЛЗ, які використовуються з метою як первинної (у пацієнтів з високим ризиком серцево-судинних подій), так і вторинної профілактики гострих порушень мозкового кровообігу (ГПМК) (зокрема, інсультів), є статини. Основні вітчизняні медико-технологічні документи, які регламентували порядок використання цієї групи лікарських засобів (ЛЗ) при інсультах були затверджені у 2012 та 2014 рр. З того часу інсультологія поповнилася новими доказовими даними щодо використання статинів при ГПМК (інсультах), що і зумовило актуальність наших досліджень.

Мета. Аналіз та систематизація даних доказової медицини (ДМ) стосовно використання статинів при ГПМК (інсультах), опублікованих після впровадження у медичну практику вітчизняних медико-технологічних документів, присвячених ішемічному та геморагічному інсультам (ІІ та ГІ відповідно) (2012, 2014 р.).

Методики дослідження. Використано методи інформаційного пошуку, аналізу, узагальнення. Період дослідження: січень – березень 2020 р. Проведено розширений пошук публікацій найвищого рівня доказовості, а саме систематичних оглядів (СО) та метааналізів (МА), в таких базах даних ДМ, як DORIS (Database of Research in Stroke, DORIS – БД досліджень в області інсульту) та Medline Національної медичної бібліотеки США (US National Library of Medicine, NLM), з її електронно-пошуковою системою PubMed щодо використання статинів при ГПМК (інсультах).

У дослідження включено 19 СО і МА (повнотекстові огляди або абстракти). Систематизація даних здійснювалася за такими критеріями: вид ЛЗ, характер (первинна чи вторинна профілактика) та режими лікування (більш чи менш інтенсивне), вік та стать учасників дослідження, результати лікування.

Основний матеріал дослідження. У джерелах ДМ констатується, що статистичних відмінностей між окремими статинами з погляду зменшення ризику основних цереброваскулярних подій при первинній та вторинній профілактиці серцево-судинних захворювань не було виявлено. При цьому при первинній профілактиці лише аторвастатин та розувастатин мали достатні докази значної користі при лікуванні основних цереброваскулярних подій, тоді як флувастатин, ловастатин та правастатин не мали. Симвастатин з метою первинної профілактики таких подій не досліджувався. При вторинній профілактиці тільки аторвастатин призводив до значно меншої кількості таких подій порівняно з контролем. У цілому статини були пов'язані зі зниженням на 18% відносних шансів основних цереброваскулярних подій як при первинній, так і вторинній профілактиці.

Вони зменшують ризик повторного ІІ та інших серцево-судинних подій у пацієнтів з попереднім інсультом або транзиторною ішемічною атакою.

Висновки більшості СО та МА засвідчують, що використання статинів призводить до зниження частоти всіх інсультів, а також статистично значущого зниження частоти ІІ. Лікування інтенсивними дозами статинів проти стандартних призводило до значного зниження ризику розвитку інсульту, і тому може бути сприятливішим для зменшення частоти всіх інсультів. Крім того, інтенсивні режими лікування у порівнянні з менш інтенсивними давали значне зниження ризику розвитку ІІ (на 16%). У людей літнього віку (60 років і старше) статини зменшували смертність від усіх причин, а також частоту смертельного чи несмертельного інсультів. Для пацієнтів старше 65 років лікування інтенсивними дозами статинів проти стандартних може бути сприятливішим для зменшення частоти всіх інсультів. У чоловіків та жінок, які мають рівноцінний ризик серцево-судинних захворювань, терапія статинами, особливо з метою первинної профілактики основних судинних подій, має аналогічну ефективність.

Висновки щодо впливу статинів на смертність від усіх причин та смертність від інсульту є доволі контроверсійними. В одних джерелах ДМ вказується, що лікування статинами значно знижувало смертність від усіх причин, в інших – що лікування статинами не зменшувало смертність від усіх причин, що не спостерігалось статистично значущого впливу на смертність від інсульту. Тому питання впливу статинотерапії на загальну смертність та смертність від інсультів потребує подальших досліджень.

У науковій літературі існує думка, що статини можуть спровокувати розвиток ГІ. Роль статинів у збільшенні ризику розвитку ГІ у пацієнтів з цереброваскулярними захворюваннями неоднозначна. В окремих джерелах ДМ вказується, що не спостерігалось збільшення кількості ГІ; в інших – що статини зменшували кількість ГІ; у третіх – що спостерігалось незначне збільшення ризику розвитку ГІ. Отже, необхідні подальші дослідження для встановлення справжньої ролі статинів у спричиненні ГІ.

Далі систематизовано дані ДМ щодо застосування статинів при ГІ (зокрема, при спонтанному внутрішньомозковому крововиливі (ВМК) та аневризмальному субарахноїдальному крововиливі (аСАК). Виявлено, що використання статинів у пацієнтів із спонтанним ВМК ймовірно пов'язане зі зниженням смертності та покращенням функціональних результатів. Усі дослідники сходяться на думці, що у пацієнтів з аСАК статини не знижують смертність. Лікування статинами при аСАК, на думку одних дослідників, значно зменшило виникнення церебрального вазоспазму та відстроченої церебральної ішемії; на думку інших – воно не вплинуло на розвиток цих подій. Крім того, лікування статинами при аСАК не приносить користі щодо зниження поганих неврологічних результатів, відтак не доцільно рутинно використовувати статини для всіх пацієнтів з аСАК і необхідні подальші дослідження.

Висновки. Результати проведеного аналізу засвідчують, що питання ефективності, безпеки використання статинів при гострих порушеннях мозкового кровообігу потребують подальших досліджень.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПЕРЕДУМОВИ РАЦІОНАЛЬНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ПЕРОРАЛЬНИХ ЗАСОБІВ КАЛЬЦІЮ

Лопатинська О.І., Калужинська Р.І.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна
oksana.lo@gmail.com

Вступ. На сьогоднішній день дефіцит кальцію (ДК) – доведений фактор ризику багатьох захворювань. Латентний перебіг порушень, втрата працездатності пацієнтів, у яких верифіковано кальцієву недостатність, порушення якості життя зумовлюють функціональні розлади в органах і системах організму та ускладнюють перебіг існуючих хронічних

захворювань. Тому в сучасній системі охорони здоров'я за соціально-економічною та медико-фармацевтичною значущістю метаболічні захворювання, пов'язані із порушенням обміну кальцію є актуальними та набувають особливого значення.

Мета: виявлення проблемних питань, що стосуються попередження, діагностики та раціонального клініко-фармацевтичного менеджменту ДК.

Методи та матеріали: об'єктами дослідження стали результати оцінки раціональності використання пероральних кальційвмісних лікарських засобів (ПКВЛЗ) шляхом рандомізованого анонімного анкетування (n=113). Використано методи: системного та порівняльного аналізу, а також метод анкетного опитування.

Результати досліджень. Лікування кальцієвої недостатності спрямоване не лише на усунення її як симптому, але й на ліквідацію ДК та поповнення його запасів в організмі, чого можна досягнути лише комплексними терапевтичними засобами, одним із елементів яких є фармакотерапія (ФТ). За результатами опитування встановлено, що знана частка пацієнтів (69,0%) систематично приймають або приймали лікарські засоби (ЛЗ) кальцію. На сьогоднішній день вітчизняний фармацевтичний ринок ПКВЛЗ характеризується високим рівнем конкуренції, стабільним попитом і достатньо широким асортиментом ліків, які мають високу ефективність та безпеку. У загальному асортименті ліків з метою корекції кальцій-дефіцитних станів пацієнти надають перевагу вітамінно-мінеральним комплексам (50,4%): Кальцій-Д3 Нікомед (15,9%), Кальцемін (7,9%), Елевіт (2,6%). Встановлено, що вітамінно-мінеральні комплекси використовуються з профілактичною метою (48,1%) та для підтримування загального стану організму (27,9%). 17,3% опитаних зазначили, що ПКВЛЗ були призначені для лікування ДК, а 16,3% – як елемент комплексної ФТ інших захворювань. Як показали результати дослідження, вживання ПКВЛЗ переважно пов'язане із наявністю симптомів, що можуть свідчити про потенційний розвиток ДК: ламке волосся та нігті (по 31,7%), загальна слабкість та постійна втома (по

17,3%), кровоточивість ясен (16,3%) та носові кровотечі (14,4%), судоми м'язів (12,5%), безсоння (9,9%). Водночас, було встановлено певну закономірність: 30,1% респондентів ніколи не приймали ПКВЛЗ, проте ознаки потенційного ДК виявлялися майже у 90% опитаних.

Результати дослідження показали, що пацієнти у переважній більшості приймають ПКВЛЗ протягом тривалого часу (від 1 до 6 місяців). Проте, 15,4% опитаних вживали ПКВЛЗ протягом 1 тижня, а 16,3% – одноразово, що не відповідає правилам раціонального вживання ПКВЛЗ для нормалізації метаболічних процесів.

Незважаючи на високі показники ефективності, ПКВЛЗ, навіть при правильному використанні, можуть зумовлювати появу небажаних ефектів, про що зазначили 14,3% респондентів.

Метаболічні порушення, пов'язані із обміном кальцію, – це поліетіологічний стан, розвиток якого можуть зумовити різні фактори, одним із яких є харчування. Лише 46,9% респондентів вважають що вживають достатню кількість кальційвмісних ХП. Проте, слід зазначити, що серед ХП є низка таких, що знижують всмоктування кальцію, зв'язують його та сприяють виведенню із організму, зумовлюючи розвиток дефіцитних станів. Це, зокрема, кава та кофеїновмісні напої, які систематично вживає більше 30% респондентів. Тому, планування, організація та проведення профілактичних та лікувальних заходів при кальцій-дефіцитних станах повинно здійснюватися з обов'язковим урахуванням раціону харчування, що передбачає індивідуальний підхід до пацієнта.

Як показали результати опитування 41,9% респондентів приймали ПКВЛЗ за власною ініціативою, тобто їх призначення базувалося на принципах самопризначення та самолікування, що становить серйозну медичну та фармацевтичну проблему.

Усі респонденти зазначають, що ефективність та безпека застосування ПКВЛЗ залежить від повноти, достовірності та характеру інформації про ЛЗ. Проте, майже половина (46,0%) опитаних, що приймали ПКВЛЗ не була

проінформована лікарем або провізором про правила вживання ЛЗ, що у значній мірі може вплинути на ефективність та безпеку ФТ.

Висновки. Важливою проблемою сучасної медико-фармацевтичної та епідеміологічної науки є виявлення цільової аудиторії пацієнтів, у яких ДК є не діагностованим та не лікованим, а також розробка заходів щодо попередження розвитку важких метаболічних захворювань, пов'язаних із обміном кальцію.

Результати проведеного дослідження вказали на необхідність наукового обґрунтування принципів раціонального застосування ПКВЛЗ, гармонізації ефективності та безпеки використання ЛЗ, що містять кальцій, а відтак покращення якості надання медичної та фармацевтичної допомоги пацієнтам через систему фармацевтичної опіки.

ІНТЕРНАТУРА ЯК ПЕРВИННА СПЕЦІАЛІЗАЦІЯ В УКРАЇНІ ТА ЗА КОРДОНОМ

Огарь С.В., Шульга Л.І.

Національний фармацевтичний університет,
Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації, м. Харків, Україна
farmtex-ipksf@nuph.edu.ua

Останнім часом Міністерство охорони здоров'я проводить реформу безперервного професійного розвитку, у тому числі і первинної спеціалізації – інтернатури. Європейське бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я опублікувало звіт щодо правових і регуляторних рамок діяльності фармацевтів в ЄС, особливої уваги в якому заслуговують вимоги до професійної підготовки фахівців фармації. Тому узагальнення кваліфікаційних вимог до фармацевтів та їх імплементація в програму підготовки в інтернатурі за спеціальністю «Загальна фармація» є безумовно актуальним завданням.

Метою роботи є вивчення досвіду європейських країн стосовно первинної післядипломної підготовки фармацевтів та умов їх допуску до самостійної професійної роботи.

Методики дослідження. Узагальнення, аналіз.

Основний матеріал дослідження. Згідно Директиві ЄС 2005/36/ЄС термін професійної підготовки фармацевта складає не менше п'яти років і у більшості країн тривалість обов'язкової інтернатури становить від 6 місяців до одного року. У деяких країнах, наприклад у Великобританії, навчання в інтернатурі (до отримання ліцензії) не входить у період навчання в університеті, але є обов'язковою вимогою аптечного регулятора. За умови виконання усіх необхідних критеріїв проводиться реєстрація фармацевта та видається професійна ліцензія як допуск до самостійної роботи. Термін дії ліцензії може бути обмежений (Великобританія – 1 рік) або безтерміновий (Німеччина). Продовження ліцензії або реєстрації зазвичай пов'язано зі сплатою визначених зборів на користь регуляторного органу. При цьому інформація щодо реєстру ліценцій є загальнодоступною.

Всесвітня організація охорони здоров'я та FIP визначили основні рамочні професійні компетентності фармацевта на етапі складання професійного іспиту та допуску до самостійної роботи:

- роль 1 – виготовлення, отримання, зберігання, розповсюдження, призначення (ліків, вакцин, інших лікарських засобів для парентерального введення), відпуск та утилізація лікарських засобів та виробів медичного призначення;
- роль 2 – забезпечення ефективного управління фармакотерапією (отримання інформації про статус здоров'я пацієнта і його потреб, управління фармакотерапією, моніторинг ефектів і результатів, інформування про ліки та проблеми, пов'язані зі здоров'ям);
- роль 3 – підтримка і покращення професійних показників (пов'язано зі стратегією професійного розвитку);

- роль 4 – сприяння підвищенню ефективності системи охорони здоров'я (інформаційна, організаційна й практична участь).

Таким чином, вітчизняна програма інтернатури також має забезпечити молодого фахівця фармації професійними компетентностями, які дозволять бути конкурентними на європейському ринку праці.

Висновки. Динамічний розвиток фармації, процеси інтеграції українського суспільства в європейську спільноту обумовлюють нові орієнтири у підготовці фахівців. На сучасному етапі потрібні конкурентоспроможні працівники з новим типом мислення, творчою орієнтацією, здатні до новаторства, наполегливі, мобільні, які мають адаптивні властивості, спроможні брати активну участь у вдосконаленні виробничих процесів.

Перспективи подальших досліджень полягають в удосконаленні підготовки фахівців фармації в інтернатурі та забезпечення її високої якості, що завжди знаходиться у фокусі освітнього процесу Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Панфілова Г.Л.¹, Богдан Н. С.²

¹Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

²ВДНЗ Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна
nataliabogdan1602@gmail.com

На даний час ні в кого у суспільстві не виникає сумнівів, що проблема поширення туберкульозу вийшла за рамки суто медичної сфери та набула статусу проблеми загальнодержавного масштабу незважаючи на національні відмінності у побудові систем охорони здоров'я. На протязі всього розвитку людства туберкульоз залишався соціально небезпечною інфекційною

хворобою, основними чинниками поширення якого є політичні, соціальні, економічні аспекти життя громадян та держави в цілому. Особливого значення в розробці ефективних протитуберкульозних заходів мають результати епідеміологічної оцінки розвитку цього загрозового для людства захворювання. Зазначене твердження й обумовило мету на основні завдання наших досліджень.

Мета дослідження полягала в аналізі епідеміологічного профілю населення України по туберкульозу. Об'єктом досліджень стали дані ВООЗ. «Україна. Туберкульоз», а також офіційні дані МОЗ України за означеною тематикою.

За **результатами проведених досліджень** нами був побудований та проаналізований епідеміологічний профіль населення України по туберкульозу за 2016–2018 рр. В Україні середній показник поширеності туберкульозу складає 36000 чоловік, що на 100 тис населення дорівнює 80,0 чоловік. Порівняно з аналогічними показниками в країнах колишнього СРСР це досить високі показники, а якщо порівнювати дані з європейськими, то їх можна охарактеризувати, як загрозові для нормального розвитку суспільства. При цьому, вітчизняні джерела свідчать, що за даними рутинного епіднагляду захворюваність на нові випадки разом з рецидивами складає приблизно 63,9 на 100 тис. населення.

Показник смертності хворих від туберкульозу з ВІЧ-інфекцією в Україні вищий, ніж серед ВІЧ-негативних хворих. Так, вони відповідно становлять хворих 3,7 та 2,0 тис. осіб. Достатньо високою в країні є поширеність мультирезистентних форм туберкульозу та рецидивів зазначеної хвороби (13000 чоловік, а діапазон коливання показника становить від 5,3 до 12,0 тис. чоловік). За даними ВООЗ у 2018 р. було зафіксовано 26512 нових випадків та рецидивів туберкульозу, а всього зафіксовано 30378 випадків захворювання.

Питома вага (%) відомих випадків ВІЧ-позитивних випадків захворюваності на туберкульоз дорівнює 99,0%. 91,0% хворих характеризуються легеневою локалізацією патологічного процесу. Більшість

хворих (69,0%) становлять чоловіки. Коефіцієнт летальності, який розраховується як відношення (%) розрахованої смертності до розрахованої захворюваності дорівнює 17,0%, а його коливання становили від 10,0% до 24,0% по різних регіонах країни.

В 2017 р. нові випадки захворювання та рецидивів патології склали 76,0% від загальної кількості хворих. Питома вага (%) хворих, що були проліковані раніше дорівнювала 59,0%. Випадки захворювання на туберкульоз з ВІЧ-позитивним статусом дорівнює 67,0%, а питома вага (%) мультирезистентних форм туберкульозу до препаратів II лінії хіміотерапії становить 49,0%, а ті, які почали лікування із застосування препаратів означеної групи дорівнював 37,0%, % хворих на туберкульоз з ВІЧ-позитивним статусом, що проходили лікування вперше складала 61,0%. 100,0% дітей у віці до 5-ти років, що мали контакти з хворими на туберкульоз у 2018 р. проходили необхідне лікування та відповідні профілактичні процедури.

Висновки. В цілому можна стверджувати, що завдячуючи проведенню послідовної політики фінансової підтримки хворих на туберкульоз за державними програмами в Україні вдалось відносно стабілізувати епідеміологічні показники по туберкульозу. При цьому, необхідно впроваджувати більш ефективні методи раннього виявлення та профілактики цього соціально небезпечного захворювання.

АНАЛІЗ СХЕМ ЛІКУВАННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ II ТИПУ, ДЛЯ ХВОРИХ З УСКЛАДНЕННЯМ – ДІАБЕТИЧНА РЕТИНОПАТІЯ

Подколзіна М.В., Куриленко Ю.Є., Рибалко Н.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

marysea2006@ukr.net

Вступ. Цукровий діабет дуже поширене захворювання у всьому світі. У здорових людей рівень глюкози в плазмі крові не перевищує 6.0 ммоль/л

натще і 7.8 ммоль/л через 2 години після прийому їжі. Достовірні результати "Проспективного Дослідження з Діабету 2-го типу", проведеного у Великобританії показали, що інтенсивний режим лікування діабету, спрямований на підтримку рівня цукру в крові, близького до нормальних значень, може зменшити вірогідність розвитку ускладнень цього важкого захворювання. Це дослідження також показало, що поліпшення глікемічного контролю знижує ризик прогресування захворювань очей на 25% і ризик раннього розвитку ниркової недостатності на 33%. Поліпшення контролю артеріального тиску знижує ризик розвитку інфаркту й інсульту на 33%, а також скорочує ризик серйозного погіршення зору. Першим етапом лікування діабету 2-го типу є лікування пероральними цукрознижувальними препаратами і/або інсуліном.

Серед ускладнень цукрового діабету одне з найпоширеніших є діабетична ретинопатія. Для лікування діабетичної ретинопатії використовують багато терапевтичних схем, які відрізняються своєю ціною.

Мета дослідження. Визначення вартості різних схем лікування цукрового діабету II типу, для хворих з різними ускладненнями, зокрема з діабетичною ретинопатією.

Методи дослідження. вивчення схем лікування цукрового діабету II типу з ускладненням діабетична ретинопатія, а також порівняльний аналіз результатів опитування лікарів стосовно цін препаратів для схем лікування цукрового діабету II типу з ускладненням ретинопатія.

Основні результати. Для визначення вартості лікування цукрового діабету II типу з ускладненням діабетична ретинопатія були обрані схеми (за даними Ізюмської центральної поліклініки Харківської області):

Глімепірид + Метформін + Комбінація вітамінів В + Депротеїнізований гемодериват крові телят + Тимол + Тіоктова кислота (Глимакс таб. 3 мг №30 + Діаформін таб. 500 мг №30 + Нейромакс р-н д/інф по 2 мл №10 + Актовегін р-н д/інф 40 мг/мл по 10 мл (400 мг) № 5 + Офтимол кап. Глаз. 5 мг/мл фл. 10 мл + Альфа – ліпон таб. 600 мг №30 – українські виробники, Глімепірид –

Тева таб. 3 мг №30 + Глюкофаж таб. 500 мг №30 + Мільгама р-ин д/інф 2 мл №10 + Актовегін р-н д/інф 40 мг/мл по 10 мл (400 мг) №5 + Норматин краплі оч. р-ин 0,5% 5 мл + Фармоліпон табл. 600 мг №30 – імпортні виробники).

Данні дослідження (табл. 1) показують, що вартість ЛЗ за схемою лікування ЦД 2 типу з ускладненнями є суттєво меншою ніж із застосуванням препаратів імпортного виробництва.

Таблиця 1

Розрахунок загальної вартості курсу лікування цукрового діабету II типу з ускладненням діабетична ретинопатія

Схеми лікування	Виробник	Комбінація ЛЗ	Загальна вартість курсу лікування
Ускладнення діабетична ретинопатія	Україна	Глимакс + Діаформін + Нейромакс + Актовегін + Офтимол + Альфа – ліпон	2652,20
	Імпорт	Глімепірид – Тева + Глюкофаж + Мільгама + Актовегін + Норматин + Фармоліпон	3140,66
	Україна	Дуглимакс (комб) + Нейромакс + Актовегін + Офтимол + Альфа – ліпон	2679,30
	Імпорт	Амарил м (комб) + Мільгама + Актовегін + Норматин + Фармоліпон	3132,15

За схемою лікування цукрового діабету II типу для хворих, які мають ускладнення – діабетична ретинопатія лікування Глімепірид + Метформін + Комбінація вітамінів В + Депротейнізований гемодериват крові телят + Тимол + Тіоктова кислота вітчизняними становить 2652,20 грн. це на 18% дешевше ніж імпортними 3140,66 грн., а лікування комбінованим препаратом Глімепірид та Метформін (інші препарати за схемою лікування цукрового діабету II типу для хворих, які мають ускладнення – діабетична ретинопатія не комбінуються) вітчизняного виробництва становить 2679,30 грн. це на 14% дешевше ніж

комбінованим імпортом 3132,15 грн. Таким чином, можемо зробити висновок, що найдешевший курс лікування цукрового діабету II типу для хворих, які мають ускладнення – діабетична ретинопатія буде Глімепірид + Метформін + Комбінація вітамінів В + Депротейнізований гемодериват крові телят + Тимол + Тіоктова кислота вітчизняних виробників 2652,20 грн. це на 15,5% дешевше ніж лікування найдорожчими препаратами Глімепірид + Метформін + Комбінація вітамінів В + Депротейнізований гемодериват крові телят + Тимол + Тіоктова кислота імпортом виробників 3140,66 грн.

Висновок. Лікування цукрового діабету II типу з ускладненням діабетична ретинопатія лікарськими засобами українського виробництва є дешевшим на 15%, що складає близько 470 грн. Також є важливою можливістю пацієнта разом з лікарем обирати найоптимальніший варіант лікування, який підходить саме для цього пацієнта, зважаючи на наявність супутніх захворювань та індивідуальної реакції конкретного пацієнта на обрану фармакотерапію.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В МАРОККО

Гавриш Н.Б., Эжжебли Мохамед

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина
socpharm@nuph.edu.u

Введение. Старение населения – характерная черта демографических процессов в различных странах мира. По прогнозам экспертов ООН, к 2025 г. общее количество лиц в возрасте 60 лет и старше достигнет 1,1 млрд., что обуславливает потребность в новых подходах к решению вопросов лечебно-профилактической помощи лицам пожилого и старческого возраста [1].

За данными ВОЗ, во всем мире ежегодные потери от сердечно-сосудистых заболеваний составляют 17,5 млн. человеческих жизней, и они являются основной причиной преждевременной смерти среди стариков. Одним из основных факторов риска и причиной приблизительно 9 млн. смертей в год во всем мире является артериальная гипертензия (АГ). Прогнозируется, что в 2025 г. количество взрослого населения больных АГ увеличится примерно на 60% – до 1,5 млрд., что станет причиной 7,5 млн. смертей среди населения. Это является серьезной проблемой общественного здравоохранения, как в развитых, так и в развивающихся странах [2].

Для населения Марокко также свойственно увеличение количества больных АГ, что привело к актуализации этой проблемы для национального здравоохранения.

Целью исследования стало проведение анализа состояния распространения АГ среди населения Марокко, в том числе у больных пожилого возраста.

Материалы и методы исследования. Используя методы информационного поиска, обобщения, анализа и синтеза изучены данные ВОЗ и Министерства Здравоохранения Королевства Марокко [2, 3].

Основной материал исследования. В результате анализа информационных источников нами установлено, что среди марокканского населения, которое по состоянию на 2019 г. составляет 35,34 млн., на возрастную группу старше 60 лет приходится около 10 % населения. В связи со стремительным ростом доли пожилых людей в популяции прогнозируется, что в 2040 г. их количество увеличится до 20% и составит 6 млн. человек [4].

В Марокко, стране, переживающей демографические и эпидемиологические изменения, наблюдается регресс инфекционных заболеваний и рост неинфекционных заболеваний, в частности сердечно-сосудистых. Установлено, что сердечно-сосудистые заболевания на территории страны составляют 40% основных причин смерти, при этом более трети населения всех возрастных групп в Марокко страдают от АГ, что

составляет более 10 млн. человек. Наблюдается тенденция роста доли населения с установленным диагнозом гипертонии. Так, с 5,4% в 2011 г. количество больных увеличилось до 6,8% населения в 2018 г.

Анализ данных свидетельствует, что распространенность гипертонии в Марокко составила 39,8% среди населения возрастом $49,6 \pm 16,3$ года. Показатель распространенности гипертонии значительно увеличивается с возрастом. Риск возникновения АГ в 11 раз выше в возрастной группе от 55 до 64 лет и в 25 раз выше в возрастной группе 65 лет и старше, что составляет 53,8% среди людей старше 40 лет и 72,2% среди людей старше 65 лет.

Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что распространенность гипертонии среди женщин выше, чем среди мужчин (37,0% против 30,2%). Численность населения с АГ в сельской местности больше в сравнении с городскими районами (26,4% против 22,9%) [3, 5].

Основываясь на имеющихся эпидемиологических данных, установлено, что показатели распространенности гипертонии среди жителей на севере Марокко ниже, чем на юге страны. Это обусловлено уровнем социально-экономической жизни (количеством промышленных предприятий, качеством продуктов питания, низким уровнем физической активности, стрессовый образ жизни и др.) [6].

Выводы. Проведенный анализ свидетельствует о высокой распространенности АГ в популяции пожилых людей в Марокко. Высокий риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений вызывает интерес к детальному изучению течения АГ в указанной группе больных. Полученные данные подтверждают актуальность и необходимость отслеживания тенденций распространения АГ с целью организации надлежащего фармацевтического обеспечения и своевременных мер по профилактике АГ.

Литература

1. Заздранов А. А. Гіпертонічна хвороба в пацієнтів похилого віку: акцент на соціальні аспекти. Серце і судини. 2015. № 4. С. 109-112. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/sis_2015_4_17
2. Organization WH. World Report on Ageing and Health. World Health Organization; Geneva 2015. 260 p. URL: <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/> (Consulté le 12 .1. 2020.)
3. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean Morocco health profile 2015 / World Health Organization. Regional Office URL: http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2016_EN_19275.pdf?ua=1 (Consulté le 12 .1. 2020.)
4. Cadre juridique, stratégie appropriée, fonds de soutien, pension de retraite. URL: <http://aujourd'hui.ma/societe/personnes-agees-ce-que-recommande-observatoire-national> (Consulté le 12.1.2020.)
5. Hypertension artérielle: un réel problème de santé publique. URL: <http://albayane.press.ma/hypertension-arterielle-un-reel-probleme-de-sante-publique.html> (Consulté le 12.1.2020.)
6. Prevalence of uncontrolled blood pressure in Meknes, Morocco, and its associated risk factors in 2017. URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0220710> (Consulté le 12.1.2020.)

STATISTICAL ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF DEMENTIA IN LEBANON

Dona Khalife

Pharmacy Dona, Lebanon

donakhalifeh89@outlook.com

Introduction. Dementia is one of the major causes of disability and dependency among older people worldwide. It can be overwhelming, not only for the people who have it, but also for their carers and families. There is often a lack of awareness and understanding of dementia, resulting in stigmatization and barriers to diagnosis and care. The impact of dementia on carers, family and society at large can be physical, psychological, social and economic. Worldwide, around 50 million people have dementia, with nearly 60% living in low- and middle-income countries.

Aim. Conduct a statistical analysis of the incidence of dementia in Lebanon.

Research methods. used such methods of analysis as system-analytical, statistical, logical.

Research material. Lebanon are among the first developing countries to produce prevalence data on dementia that can be used to raise awareness about the problem and design a suitable response.

People with dementia show progressive loss of memory, find everyday tasks increasingly difficult and may display aggression, apathy and other forms of challenging behaviour. Dementia is caused by several diseases affecting the brain, of which Alzheimer's disease (60–70% of cases) and vascular dementia (20–30%) are the most common. Dementia is a major cause of disability and dependency and it can be overwhelming for people with dementia, as well as their carers and families.

Care for dementia ideally starts with early diagnosis, which allows for the optimal management of symptoms, as well as the identification of physical, behavioural and psychological symptoms. These symptoms need to be monitored over the years – and some of them can be treated.

An estimated 47 million people live with dementia worldwide – some 58% of them in low- and middle-income countries – and these numbers are projected to reach 131.5 million by 2050, according to the World Alzheimer report 2016. Despite rapid increases in its prevalence, many governments have yet to recognize dementia as a public health priority and to provide much-needed dementia care and support for those affected and their families.

That 9% of people aged over 65 years in Lebanon were living with dementia and that most of them were cared for by their families. Family care in Lebanon is common, partly because of the limited availability of places in nursing homes and partly because people fear abuse of older people in such homes, but mainly because caring for ageing relatives is part of the culture.

WHO's Member States adopted the first global plan on dementia in May of this year. The Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025 calls for better care and support for people with dementia and their carers.

Earlier this year WHO started piloting iSupport, an online pilot training programme for carers of people living with dementia, and is inviting feedback on it from Member States. The programme provides basic information for carers about the disease and how to deal with difficult behavior, as well as how carers can – and should – take care of themselves as well. WHO released integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity, which provides advice on how public health authorities can better respond to the dementia challenge.

Conclusions. There is an urgent need to develop sustainable, equitable and effective long-term care systems that meet the needs of people living with dementia and their carers across the course of the illness.

Long-term care – including that provided free by family members – always has a cost. A core policy issue is how these costs can be equitably shared across societies. Only an integrated long-term care system, adapted to local settings, culture and resources, would work to enable people with dementia to continue to live lives of meaning and dignity regardless of their disease.

DRUG-DRUG INTERACTIONS DETECTION AS A METHOD OF WARNING OF PHARMACOTHERAPY COMPLICATIONS

Ryvak T.B., Sekh M.Ya.

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

tanusha1905@gmail.com

Introduction. Drug-drug interactions (DDIs) on a global scale are estimated to cause 0.57–4.8 % of all hospital admissions and with around 70 % of interactions being clinically relevant and contributing to the majority of adverse

drug reactions. 17–23 % of prescribed drug combinations are potentially dangerous. With more combinations of drugs possible than ever before, avoiding preventable drug interactions is crucial.

Aim. DDI detection as a method of pharmacotherapy complications prevention according to the inpatient medical cards and medication prescription-and-administration records of patients with pneumonia (n=44), sarcoidosis (3), lungs' tuberculosis (3).

Methods. System analysis, analytical, comparative, clinical-and-pharmacological, clinical-and-pharmaceutical.

Results. Was identify 18 DDIs, repeated 67 times. DDIs found among of prescribed antibiotics and antituberculosis drugs (48%): cephalosporins + loop diuretics – the nephrotoxicity potentiation effect (n=5). Antiplatelet + cephalosporins – the risk of hemorrhagic complications (3). Antiviral agents enhance the action of antibacterial drugs (macrolide) (1). Prednisolone reduces Isoniazid levels in blood plasma (2). Isoniazid + Streptomycin slow their urine excretion (3). Isoniazid antituberculosis efficacy increases by specific antibacterial drugs (5). Rifampicin + Isoniazid and/or Pyrazinamide increase the liver damage (when liver disease is in history) (5). Pyrazinamide + Isoniazid decrease the latter concentration (5). Ethambutol enhances aminoglycoside's nephrotoxicity (2). A major part (39%) of the DDIs is among the analyzed cardiovascular drugs. Inosine shouldn't be mixed in one volume with other drugs (chemical incompatibility) (10). Furosemide increases the myocardium sensitivity to cardiac glycosides (1). Lisinopril + Potassium and magnesium aspartate cause hyperkalemia (4). Leukopenia can cause the angiotensin-converting-enzyme inhibitor (iACE) + corticosteroids application (1). Compatible iACE use increased the Nitroglycerin and Molsidomine hypotensive effect (4). Clinically significant drug's antagonism: reducing non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) effectiveness of antihypertensive drugs (iACE, diuretics, beta-blockers) (5). Simultaneous application of the same pharmaceutical group drugs with different trade names in the same patients (3). 13% of DDIs found among vitamins and NSAIDs.

Pyridoxine + Thiamine turn Thiamine to its active form (7). NSAID + dexamethasone increase gastrointestinal bleeding and ulceration risk (1).

Conclusions. Drug-drug interactions may be the cause of pharmacotherapy complications and need additional clinicians' awareness. Considering the potential negative consequences of polypharmacy, efforts should be made to reduce unnecessary co-medications. Drug-drug interactions detection to the prescriptions implementation can significantly prevent pharmacotherapy complications.

**ЛЮДИНА – СУСПІЛЬСТВО – ЛІКИ –
ФАРМАЦЕВТИЧНА ДОПОМОГА –
СФЕРИ ВЗАЄМОДІЇ**

ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ФІНАНСУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Баєва О. І.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
kaf.yep@nuph.edu.ua

Вступ. Важливішою складовою частиною соціально-економічних заходів, які проводяться країною, є організація охорони здоров'я. Охорона здоров'я є системою державних, громадських та індивідуальних засобів і заходів, що сприяють здоров'ю, запобіганню захворювань та попередженню передчасної смерті, забезпеченню активної життєдіяльності та працездатності людини. Основним завданням всіх національних систем охорони здоров'я є зміцнення і збереження здоров'я населення. Поліпшення здоров'я нації – це основа процвітання країн [1, 2].

Мета полягає в дослідженні економічних відносин в галузі охорони здоров'я.

Методика дослідження. Використано системний аналіз наукового пізнання.

Основний матеріал дослідження. Охорона здоров'я – це складна соціально-економічна система, основним призначенням якої є забезпечення реалізації найважливішого соціального принципу: збереження та поліпшення здоров'я громадян, надання їм висококваліфікованої лікувально-профілактичної допомоги. Загальна мета економіки охорони здоров'я – це вивчення економічних і організаційних відносин, що об'єктивно складаються між людьми і виникаючих у процесі здійснення медичної професійної діяльності.

Економічні відносини в галузі охорони здоров'я виникають на трьох інформаційних рівнях. 1. На мікроекономічному рівні вони охоплюють діяльність кожного індивідуума, окремих ділянок, ланок і структур виробництва медичних послуг. Головний мікроекономічний елемент охорони здоров'я – це лікувально-профілактична установа, за своєю суттю

виступаюча як своєрідне підприємство (фірма), що виробляє та надає послуги.

2. В рамках національної економіки в цілому, і, перш за все, в тих галузях, які безпосередньо пов'язані з охороною здоров'я, складаються макроекономічні відносини. У сучасних умовах інтеграції багатьох видів лікувально-профілактичної діяльності на інтернаціональному рівні макроекономічні відносини виходять у сферу всесвітнього господарства, функціонування ринку послуг охорони здоров'я у світовому масштабі.

3. Міді-економічний рівень. На цьому рівні досліджуються господарські зв'язки в охороні здоров'я, що розглядається як велика галузь в економіці, що складається з цілого ряду підгалузей, виробництв і спеціалізації, з'єднаних рішенням однієї функціональної задачі – охорона і зміцнення суспільного та індивідуального здоров'я [1].

Система охорони здоров'я оказує важливий вплив на розвиток та відтворення людського капіталу. Недостатні обсяги державних витрат на охорону здоров'я призводять до негативних наслідків: збільшується захворюваність та смертність, зменшується тривалість життя людини. Тому, пріоритетним напрямком соціально-економічної політики має стати відтворення людського капіталу [3].

Існують три типи ефективності як співвідношення витрат і одержаних результатів: соціальна, медична і економічна [1]. Соціальна ефективність полягає в підвищенні суспільної ролі охорони здоров'я, пов'язаної безпосередньо з підвищенням рівня здоров'я і якості медичної допомоги, а виражається конкретно у зниженні негативних показників здоров'я населення (захворюваності, інвалідності) і підвищенні позитивних (фізичного розвитку, народжуваності, середньої тривалості життя та ін.).

Медична ефективність полягає в оцінці результативності різних способів діагностики, лікувальних процедур, у тому числі лікарських засобів, і, нарешті, різних заходів профілактики, зокрема специфічної (щеплень).

Економічна ефективність – це прямі і непрямі показники впливу охорони здоров'я на економіку країни за рахунок поліпшення показників здоров'я населення і проведення профілактичних заходів. Економічна ефективність виражається у визначенні вартості додатково проведеної продукції або суми заощаджених фінансових коштів, а також у встановленні економічного збитку.

Проблему економічної ефективності можна розглядати, по-перше, з погляду впливу охорони здоров'я на зростання продуктивності праці і національного доходу, а по-друге, з погляду підвищення економічної ефективності використання засобів у самій охороні здоров'я.

Охорона здоров'я та економіка тісно переплітаються: стан здоров'я населення має ключове значення для економічного розвитку і навпаки. Стратегічне завдання забезпечення здоров'я населення має важливе значення, особливо на макрорівні.

Висновки. Видатки на охорону здоров'я взаємозв'язані як з рівнем доходів, так і з такими показниками стану здоров'я населення, як тривалість життя. З економічного погляду адекватна охорона здоров'я підвищує якість людського капіталу, збільшуючи можливості людини більш продуктивно працювати.

Література:

1. Ахламов А. Г. Економіка та фінансування охорони здоров'я : навч.-метод. посіб. / А. Г. Ахламов, Н. Л. Кусик. – Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2011. 134 с.
2. Баева О. И. Общественное здоровье населения и факторы его определяющие / О. И. Баева, Е. И. Исакова // матер. международной научно-практической конференции «Медицинская наука XXI века – взгляд в будущее» (29 ноября 2019 г.) – г. Душанбе, Таджикистан, Том 3, 2019. С. 94-96.
3. Баева О. І. Охорона здоров'я як фактор розвитку людського капіталу / О. І. Баева // Галицький економічний вісник. Науковий журнал. Тернопіль, № 1 (52) 2017. С. 110-114.

ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ НЕНАЛЕЖНОГО ВИДАЛЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ВІДХОДІВ НАСЕЛЕННЯМ УКРАЇНИ

Волкова А. В., Проскурова Я. О., Мелашенко П. О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@nuph.edu.ua

Вступ. Проблема поводження з фармацевтичними відходами (ФВ) була насущною завжди, але особливої актуальності вона набула протягом останніх років у зв'язку зі зростанням споживання лікарських засобів (ЛЗ) населенням. ФВ мають свою специфіку і належать до небезпечних відходів, які створюють загрозу для навколишнього середовища і здоров'я людини та які потребують спеціальних методів і засобів поводження з ними, у тому числі і при видаленні. До групи ФВ належать і неякісні ЛЗ, включаючи з вичерпаним терміном придатності; незареєстровані, крім випадків, передбачених чинним законодавством України; фальсифіковані ЛЗ. На сьогодні доведеним є негативний вплив на флору і фауну ЛЗ, які були неправильно утилізовані. Особливо варто зазначити негативний вплив на екосистему антибактеріальних, антисептичних та хіміотерапевтичних ЛЗ, неналежне видалення яких веде до найбільш тяжких наслідків для навколишнього середовища і здоров'я людини.

Мета дослідження полягала у проведенні аналізу національного законодавства та розробці пропозицій щодо запровадження системи належного видалення непотрібних ЛЗ населенням. У процесі дослідження були використані аналітико-порівняльний, системний та логічний методи.

Основні результати. За результатами аналізу положень діючого законодавства України визначено, що ЛЗ, які не підлягають подальшому використанню, набувають статус «відходи» і надалі передаються для утилізації чи знешкодження суб'єктам господарювання, які мають відповідні ліцензії на здійснення такої діяльності. Ці правила затверджені Наказом Міністерства охорони здоров'я від 24.04.2015 р. № 242 «Про затвердження Правил утилізації та знищення лікарських засобів» і є обов'язковими для усіх

суб'єктів господарювання, які здійснюють діяльність, пов'язану з обігом ЛЗ. Таким чином, поводження з ЛЗ, які не підлягають подальшому використанню, урегульоване для суб'єктів господарювання, пов'язаних з обігом ЛЗ. Однак, дане питання не має регулюючих норм на рівні кінцевого споживача – населення. І проблема наявності залишків ЛЗ у населення стає все більш актуальною, оскільки значна частина ЛЗ використовується поза межами лікувальних закладів охорони здоров'я. Разом з тим, населення непроінформоване щодо небезпек, пов'язаних з ФВ, не має інформації стосовно належних методів знешкодження непотрібних і протермінованих ЛЗ. Окрім цього, недосконала законодавча база на сьогодні не забезпечила умови для прийому ФВ у населення, з метою подальшої передачі до суб'єктів господарювання, які мають ліцензії для здійснення діяльності з утилізації та знищенню небезпечних відходів.

За результатами аналізу міжнародного досвіду поводження з ФВ та даними власних попередніх досліджень, нами запропонований комплекс заходів щодо вирішення проблеми неналежного поводження з ФВ у домогосподарствах, який можна розподілити на рівні:

1. Національний рівень: розробка оптимальної мережі щодо видалення непридатних ЛЗ у домогосподарствах країни; розробка пропозицій щодо змін нормативних документів з використанням системного підходу до збирання, утилізації та знищенню ФВ домогосподарств; створення платформи для обговорення проблем та можливостей управління ФВ домогосподарств; розробка пілотних проектів та створення умов для апробації методів і технологій управління ФВ домогосподарств.

2. Рівень суб'єкта господарювання: підвищення рівня обізнаності та поінформованості громадськості щодо ризиків, пов'язаних з неналежним видаленням непотрібних ЛЗ; підвищення рівня обізнаності фармацевтів щодо підходів «зеленої фармації» для забезпечення зменшення негативного впливу ФВ на навколишнє середовище на кінцевих етапах – етапах споживання та видалення ЛЗ; надання додаткової інформації в інструкції або на

загальнодоступному ресурсі щодо утилізації та видалення непридатних ЛЗ у домогосподарствах; інформування щодо шляхів належного видаленням непотрібних і протермінованих ЛЗ.

3. Рівень кінцевого споживача: підвищення рівня обізнаності щодо раціонального використання ЛЗ.

Отже, першочерговим кроком у вирішенні проблеми неналежного видалення ФВ можна визначити внесення змін до національного законодавства, адаптування та впровадження міжнародних стандартів з метою спрощення вимог до поводження з ФВ, знищення та утилізації яких не потребують наявності спеціального обладнання і можуть бути проведені населенням самостійно.

Рівень обізнаності та поінформованості громадськості про необхідність правильного поводження з ЛЗ можливо підвищити шляхом активної підтримки даного комплексу заходів суб'єктами господарювання та суспільними організаціями. Пропонуємо надавати інформацію стосовно ризиків, пов'язаних з неправильним використанням ЛЗ, та зазначати в інструкції для медичного застосування ЛЗ додаткову інформацію щодо можливої утилізації даного непридатного ЛЗ пацієнтом.

Висновок. Підсумовуючи викладене, вирішення проблеми з утилізації ФВ має бути у суспільній свідомості. Тому виникає необхідність забезпечення формування та підвищення екологічної свідомості та культури населення, його поінформованості про можливі небезпечні наслідки неналежного поводження з ФВ шляхом проведення просвітницької роботи серед населення, включення даних питань до навчальних програм під час підготовки фахівців галузі охорони здоров'я та надання необхідної інформації щодо правильного поводження з ФВ в інструкції для медичного застосування ЛЗ.

НАУКОВЕ ОСМИСЛЕННЯ ЗАВДАННЯ ТА СУЧАСНИХ ФУНКЦІЙ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ В УМОВАХ РОЗВИТКУ ПАЦІЄНТООРІЄНТОВАНИХ ВІДНОСИН МІЖ СУБ'ЄКТАМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Гала Л. О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна
hala.liliia@gmail.com

В останні десятиріччя аптечні заклади, як і інші суб'єкти системи фармацевтичного забезпечення населення (СФЗН), безперервно рухалися в напрямку впровадження новітніх форм та методів обслуговування громадян за умов посилення гуманістичних пріоритетів розвитку всього суспільства. Активне становлення фармацевтичної промисловості, розвиток ринку лікарських засобів призвели фахівців до необхідності вибору, що не завжди відповідав соціальній спрямованості функціонування аптек. За цих обставин аптечні заклади були змушені, заради збереження позитивного іміджу в СФЗН, відповідати широкому спектру вимог, від спеціальних, що висуваються ліцензійними умовами діяльності, до соціальних, які сформувалися за рахунок підвищення прагнень суспільства до ефективності фармацевтичної допомоги (ФД) та фармацевтичної послуги (ФП), що надаються населенню.

Мета дослідження полягала в науковому осмисленні сучасних завдань та функцій аптечних закладів в умовах розвитку пацієнтоорієнтованих відносин між різними суб'єктами СФЗН та охорони здоров'я загалом, а також упровадження медичного страхування (МС) як соціально важливої форми діяльності в країні.

Результати дослідження. У класичному визначенні завданням аптеки, яке приведене в національному підручнику «Організація та економіка фармації. Ч. І», постає забезпечення населення повноцінною, кваліфікованою й своєчасною ФД відповідно до чинного законодавства та міжнародних стандартів Належної аптечної практики. Як бачимо, у цьому визначенні відсутня така понятійна категорія як «ФП». ФД розглядається як пріоритетне поняття, яке підлягає монетизації в діяльності аптек, а послуга – як

додатковий, інформаційно-консультативний напрям роботи фармацевтичних працівників. За результатами осмислення новітньої ролі аптек в умовах суттєвих змін у зовнішньому середовищі їх функціонування, ми вважаємо, що ФД і ФП на сьогодні за змістовим і функціональним наповненням необхідно розглядати як тотожні поняття. ФП також має підлягати монетизації, а її основні елементи слід прокалькулювати та активно впроваджувати в щоденну аптечну практику.

В умовах упровадження в охорону здоров'я різних форм МС, зокрема і суто ринкових, аптеки повинні працювати не лише як заклади охорони здоров'я, а і як суб'єкти господарювання задля одержання прибутку, розширення спектра діяльності та підвищення конкурентоспроможності на фармацевтичному ринку. Безперечно, аптеці за цих умов будуть властиві всі функції, наявні в класичному визначенні, – «торгова», «виробнича», «інформаційна» й «соціальна». Проте вказані функції повинні мати принципово новий зміст за напрямками розвитку СФЗН. Крім того у класичному визначенні функції аптечних закладів за пріоритетністю виконання на практиці можна представити в наступному порядку: «виробнича» > «торгова» > «інформаційна» > «соціальна». У розробленій моделі пацієнтоорієнтованих відносин у СФЗН властиві аптекам функції окреслено нами як складні понятійні категорії, що формуються з двох першооснов діяльності. За пріоритетністю їх можна представити так: «соціально-економічна» > «торгово-виробнича» > «інформаційно-комунікативна» > «суспільно-гуманітарна».

Висновки. Таким чином, нами визначено пріоритетність функцій аптечних закладів та проведено їх рокировку відповідно до змістового наповнення певних функцій. Так, соціально-економічна функція аптек у рангу пріоритетів піднялася з IV-го, останнього, місця (класична, діюча модель) на I. Водночас із традиційного змісту соціальної функції нами виділено заходи з організації забезпечення першої медичної допомоги, що в оновленій моделі відносин у СФЗН подано в складі суспільно-гуманітарної функції.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Гладкова О.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
olgladkova25@gmail.com

Вступ. Фінансове забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) є визначальним чинником фінансової стабільності, платоспроможності даних закладів, а головне – конкурентоспроможності медичних послуг, що надаються ними. Отже, необхідною умовою функціонування ЗОЗ є порядок і умови формування їх фінансових ресурсів.

Основи законодавства України про охорону здоров'я (стаття 18) визначають основні джерела фінансування системи охорони здоров'я, в залежності від яких можна виділити такі види фінансових ресурсів: кошти Державного бюджету України; кошти місцевих бюджетів, кошти фондів медичного страхування; кошти благодійних фондів; інші джерела, не заборонені законодавством.

Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, затверджена Указом Президента України від 7.12.2000 р. № 1313, доповнює зазначені джерела фінансових ресурсів. Згідно із даним документом, джерелами фінансування охорони здоров'я повинні бути окрім коштів державного та місцевих бюджетів, кошти загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування та добровільного медичного страхування, кошти накопичувальних фондів територіальних громад і благодійних фондів, благодійні внески та пожертвування юридичних та фізичних осіб, кошти, одержані за надання платних медичних послуг, а також інші джерела, не заборонені законодавством.

Метою даної роботи є визначення особливостей формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я України в умовах реформування медичної системи.

Основний матеріал. Дослідження сучасного вітчизняного та світового досвіду фінансування ЗОЗ дозволили встановити, що одне із основних місць у джерелах їх фінансових ресурсів займають бюджетні кошти. Бюджетне джерело пов'язане із всією системою державних фінансів, що забезпечує його високу надійність. З іншого боку, бюджет будь-якого рівня має безліч напрямів витрачання коштів, в результаті чого фінансове благополуччя галузі охорони здоров'я залежить не тільки від рівня економічного розвитку країни, але і від пріоритетів фінансової політики держави.

Страхові платежі мають цільовий характер, що забезпечує гарантоване спрямування зібраних коштів на фінансування охорони здоров'я. Негативна властивість даного джерела обумовлена обсягом коштів, які забезпечуються страховими внесками. Вони значно менші, ніж ті, які можуть забезпечуватися за рахунок бюджетів. До того ж, теоретично бюджет має перевагу, оскільки володіє компенсаторними можливостями: низький рівень надходжень одних податків може в тій чи іншій мірі компенсуватися вищими надходженнями інших податків, тоді як система страхування такої можливості позбавлена.

Приватні кошти як джерело фінансування безпосередньо пов'язані з економічними традиціями і рівнем розвитку держави.

Відповідно до трьох розглянутих джерел фінансових ресурсів традиційно виділяють три основні моделі фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я:

- державна (бюджетна);
- страхова;
- платна (приватна).

При існуванні бюджетної моделі практично всі ЗОЗ знаходяться у підпорядкування державного і комунального секторів. Для неї характерна жорстка централізація і фінансування з державних джерел (бюджетів). Основою фінансової бази бюджетної системи є податкові надходження юридичних і фізичних осіб. Дана система може виступати в двох варіантах – з елементами страхування і без них.

Варіант бюджетного фінансування з використанням державного страхування означає, що в схемі з'являється нова складова – страхові фонди. Оплата медичних послуг здійснюється не безпосередньо з бюджету до медичної установи, а шляхом утворення медичних страхових фондів, які діють як страхові компанії. Вони зараховують суму базового страхового внеску, що оплачується бюджетом за кожного жителя, і ведуть подушний облік витрат своїх клієнтів на медичні послуги.

Страхова модель фінансового забезпечення передбачає, що лікувальні установи отримували кошти безпосередньо з бюджету і надавали безкоштовну медичну допомогу населенню. Страхова система організації медичного обслуговування переважно використовується в країнах, де національні системи охорони здоров'я побудовані на недержавній основі.

Цікавим є факт, що в сучасних західних країнах в охороні здоров'я спочатку розвивався приватний сектор, а потім на певному етапі розвитку держава переходила до гарантій надання громадянам безкоштовних, загальнодоступних послуг охорони здоров'я. Таким чином, медичне страхування історично виступало як засіб підвищення соціальних гарантій відносно приватної системи охорони здоров'я.

Основною характеристикою такої моделі є те, що держава з метою забезпечення гарантованою медичною допомогою більшості населення (за винятком найбагатших, які оплачують лікування самостійно) в законодавчому порядку зобов'язує всіх працедавців і самих громадян відраховувати частину доходів на медичне страхування, а виробників послуг забезпечувати населення медичною допомогою в рамках державних зобов'язань за посередництва страхових організацій (модель регульованого обов'язкового страхування). Фінансування медичного страхування здійснюється з трьох джерел: страхові внески підприємців – відрахування від доходів, доходи працівників – відрахування із заробітної плати, бюджетні кошти, які акумулюються в спеціальних страхових фондах.

Привабливість страхової медицини полягає в тому, що вона дозволяє економити бюджетні кошти, оскільки велика частина фінансового тягаря перекладена на страхувальника, а також робить доступною медичну допомогу для широкого кола осіб. При цьому розмір соціальних виплат, як правило, пов'язаний з індивідуальним внеском застрахованого і його страхувальника (працедавця). Окрім цього, платник страхових внесків має право вибирати страхову компанію, а та – лікувальні установи.

Приватна медицина в даний час представлена приватно практикуючими лікарями, клініками і лікарнями. Весь обсяг медичної допомоги оплачує сам пацієнт, або безпосередньо купуючи платні медичні послуги, або через систему добровільного медичного страхування. Держава бере на себе лише турботу про малозабезпечені верстви населення, пенсіонерів, безробітних і т. п. Позитивними рисами моделі є висока якість медичних послуг, безпосередня відповідальність страховика перед клієнтом і гарантія оплати при страховому випадку, високі доходи лікарів. Головний її мінус – висока вартість медичних послуг, недоступність медичної допомоги для більшості населення.

Доречно відзначити, що приватна модель охорони здоров'я історично пов'язана із задоволенням потреби у високоякісних і дорогих медичних послугах лише для забезпечених верств населення. Тому вона не може бути організаційно-фінансовою основою національної системи охорони здоров'я в цілому, а може лише використовуватися як доповнення до державної моделі охорони здоров'я або системи, заснованої на соціальному страхуванні.

У якості висновку слід відзначити, що в даний час в жодній країні світу жодна з розглянутих моделей не функціонує в “чистому” вигляді, що свідчить про відсутність яскраво виражених переваг будь-якої з них. В реальності всі перераховані джерела фінансових ресурсів поєднуються і можна говорити тільки про переважаючий тип фінансового забезпечення. А в Україні спостерігаються загальні тенденції щодо спроб запровадження багатоканальних систем гнучкого фінансування галузі охорони здоров'я спираючись на досвід розвинутих країн.

ЩІЛТНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОІНФОРМОВАНОСТІ СТУДЕНТІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ЩОДО КОНЦЕПЦІЇ «ФАРМАЦЕВТ ДЕСЯТИ ЗІРОК»

Громовик Б.П., Кремінь Ю.І.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м.
Львів, Україна

hromovyk@gmail.com, Kremin_Julia@i.ua

Вступ. У 1997 р. Всесвітня організація охорони здоров'я запропонувала концепцію «фармацевт семи зірок», яка у 2000 р. була ухвалена Міжнародною фармацевтичною федерацією. З роками розвиток поліфункціональності фармацевтичних фахівців (ФФ) спричинив додавання науковцями трьох нових складових, тому нині ця доктрина трактується як концепція «фармацевт десяти зірок» [Громовик Б.П., Кремінь Ю.І. Упр., екон. та забезп. якості в фармації. 2020. №1. С.42-49.].

Мета. Здійснити розвідувальне дослідження для з'ясування поінформованості студентів-провізорів щодо концепції «фармацевт десяти зірок» на прикладі Львівського національного медичного університету (ЛНМУ) імені Данила Галицького.

Методики дослідження. Проведено анкетне опитування студентів 4 і 5 курсів фармацевтичного факультету денної форми навчання ЛНМУ імені Данила Галицького упродовж лютого 2020 р. на засадах анонімності та добровільності. Отримано 93 анкети. Середній вік респондентів 20,9 років при розмаху варіації від 20 до 24 років. Чоловіків серед них лише 8,6 %. Конфлікту інтересів не спостерігалось. Анкета містила 10 питань, що стосуються засадничих професійних ролей (ПР) ФФ та два питання, що на сьогодні не мають відношення до цих ПР, а також паспортну частину. Для обробки результатів було використано програму Microsoft Excel.

Основний матеріал дослідження. З'ясовано, що лише 35,5 % опитаних правильно визначили усі складові концепції «фармацевт десяти зірок». Загалом ранговий перелік відповідей студентів стосовно видів діяльності, що співвідносяться з ПР ФФ, має такий вигляд:

– ФФ повинен раціонально, ефективно, безпечно та економічно використовувати ресурси, а саме лікарські засоби (ЛЗ), активні фармацевтичні інгредієнти, допоміжні речовини, обладнання тощо (тобто бути уповноваженим ухвалювати рішення) – 93,5 %;

– ФФ має проявляти співчуття й доброзичливу увагу до пацієнтів та колег, а також вміти приймати рішення та здійснювати ефективне управління (тобто бути лідером) – 89,2%;

– ФФ має продовжувати навчання упродовж усієї професійної кар'єри (тобто бути довічним учнем) та вміти ефективно користуватись доказовою базою з метою надання рекомендацій щодо раціонального використання ЛЗ, а також робити власний внесок у доказову базу з метою поліпшення лікування пацієнтів (тобто бути дослідником) – по 87,1 %;

– ФФ має надавати пацієнтам фармацевтичні послуги найвищої якості та в пріоритеті для нього повинна бути пацієнтосфокусованість, а не клієнтоорієнтованість (тобто бути фахівцем, що надає допомогу) – 86,0 %;

– ФФ має вміти ефективно управляти матеріальними, фінансовими, інформаційними та кадровими потоками (тобто бути менеджером) та сприяти процесу змін у фармацевтичній практиці, спрямованих на поліпшення догляду за пацієнтами, якості надання фармацевтичних послуг та командної співпраці (тобто бути ініціатором позитивних змін) – по 85,0 %;

– ФФ має володіти навичками підприємницької діяльності (тобто бути підприємцем) – 80,7%;

– ФФ має служити містком між пацієнтом і лікарем, що його лікує, а також забезпечувати суспільство інформацією про здоров'я і ЛЗ (тобто бути контактною особою) – 76,4 %;

– ФФ має допомагати в навчанні й підготовці майбутніх поколінь своїх колег (тобто бути учителем) – 74,2 %.

Отож, пілотне опитування показало, що насамперед студенти надали перевагу такій ПР ФФ як особа, уповноважена ухвалювати рішення, далі – лідеру, довічному учню та досліднику, фахівцю, що надає допомогу,

менеджеру та ініціатору позитивних змін, а потім вже – підприємцю, контактній особі та вчителю. Зазначене вказує на необхідність розробки нових та удосконалення чинних національних нормативно-правових документів щодо ПР ФФ, а також їх реального впровадження у фармацевтичну практику.

Стосовно двох додаткових складових, то 60,2 % погоджуються, що він має вміти розробляти та тестувати комп'ютерні програми задля оптимізації фармацевтичної діяльності (тобто бути ІТ-спеціалістом), а 34,4 % респондентів згодні з тим, що ФФ має надавати психологічну допомогу та сприяти у розв'язанні проблем відвідувачів аптек (тобто бути психологом). Таку ситуацію можна пояснити широким впровадження інформаційних технологій у фармацевтичну практику, що вимагає належного рівня комп'ютерної грамотності від ФФ, а також не розумінням частиною респондентів дуальності ПР ФФ, як контактної особи, яка спрямована, насамперед, на добробут пацієнта за актуальності економічного чинника. Специфіка роботи ФФ в залі обслуговування аптеки полягає в умінні підтримати хворого морально і духовно, не залишати без уваги його запити, піклуватися про кожного пацієнта, що звернувся за фармацевтичною допомогою. Для досягнення довіри та взаєморозуміння між ним та пацієнтом ФФ першого контакту має володіти психологічними навичками спілкування.

Висновки. На підставі аналізу результатів пілотного анкетування 93 студентів-провізорів ЛНМУ імені Данила Галицького встановлено недостатній рівень їх поінформованості стосовно концепції «фармацевт десяти зірок», що потребує проведення подальших досліджень у визначеному напрямку та впровадження отриманих результатів у вигляді національних нормативно-правових документів і галузевих науково-методичних рекомендацій у практичну діяльність ФФ.

СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНА НЕОБХІДНІСТЬ УЧАСТІ УКРАЇНИ У МІЖНАРОДНИХ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ

Зоїдзе Д. Р.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
270214@ukr.net

Фармацевтична галузь входить до п'ятірки найбільш наукоємних секторів економіки поряд з електронікою, інформаційними технологіями, автомобільною промисловістю. Частка фармації в наукових дослідженнях в різних країнах становить від 22% (США) до 17% (країни Євросоюзу) і 8% (Японія). Щоб на ринку з'явився новий лікарський препарат, потрібно чимало часу, а витрати просто величезні. Відкриття нової речовини, яка в перспективі може стати ліками та подовжить життя людей, вимагає не менше десяти-п'ятнадцяти років ретельного вивчення, доклінічних досліджень, клінічних випробувань, отримання дозволів. Та незважаючи на такий тривалий шлях, за статистичними даними, реєструється тільки одна лікарська речовина з декількох тисяч. Найдорожчою частиною цих досліджень (до 43% інвестицій) виступають клінічні випробування, які є обов'язковим етапом вивчення лікарського засобу, перш ніж його введуть на ринок. Під час них вчені з'ясовують, наскільки ефективний та безпечний новий препарат для пацієнтів.

Для вітчизняної економіки клінічні дослідження – це важливий і перспективний напрям діяльності, який вигідний як для пацієнтів, так і для лікарів. Так, для пацієнтів – це можливість отримати в рамках дослідження безкоштовне лікування інноваційними лікарськими засобами та відповідний медичний супровід, а для лікарів і дослідників – набуття цінного досвіду медичної практики та доступ до сучасних лікарських розробок. Усе разом дозволяє підвищити якість медичної допомоги та тривалість життя українських пацієнтів.

Не менш вигідним цей процес є й для економіки країни в цілому, оскільки приводить до зменшення витрат на лікування пацієнтів за державний кошт, сприяє розвитку інфраструктури медичних закладів та

посилює імідж України як країни, що зацікавлена та готова бути причетною до розвитку світової медичної науки.

До того ж, клінічні дослідження – це ще й інвестиції в економіку держави та надходження до державного бюджету, які можуть налічувати, за оціночними даними, близько 0,2% ВВП (станом на 2018 р.), що перевищує витрати на наукові розробки за рахунок державного бюджету (0,17% ВВП у 2018 р. за даними Державної служби статистики України).

За словами І. Вишневецького, голови ГО «Українська асоціація клінічних досліджень», облік загальних витрат на клінічні дослідження у 2017 р. дозволив австралійському міністерству охорони здоров'я визначити, що 1 долар, інвестований в розробку лікарських засобів, дає 5,8 дол. прямих і непрямих вигод, пов'язаних зі здоров'ям.

В Україні на сьогодні функціонує близько 40 компаній, які спеціалізуються на проведенні клінічних досліджень медпрепаратів – так звані Contract Research Organization (CRO). Всі вони вважаються незалежними посередниками, що здійснюють дослідження на замовлення великих фармпідприємств. Самі виробники теоретично також можуть проводити подібні випробування, але є висока ймовірність того, що результати тестів будуть підтасовані на користь їх організаторів. Тому дуже часто для максимальної чистоти дослідження замовники звертаються відразу до декількох дослідницьких компаній, які в ході випробувань виконують різні незалежні один від одного функції. Pfizer, Bayer, Hoffmann-La Roche, Nусomed – всі ці гіганти світової фарміндустрії звертаються до українських CRO з замовленнями на проведення клінічних досліджень в нашій країні. Так, понад три чверті клінічних випробувань, які схвалюються до проведення в Україні – це міжнародні дослідження препаратів, що одночасно проходять випробування у багатьох країнах світу.

За свідченням Т. Думенко, керівника Державної експертної служби МОЗ України, станом на 2017 р. в Україні відбувалось 502 активних клінічних випробування. Найбільша кількість досліджень, а саме 115,

приходилась на випробування нових препаратів у лікуванні раку. Окрім онкології, клінічні дослідження проводилися в психіатрії та неврології (68), гастроентерології (44), ревматології (35), кардіології (30), ендокринології (28) та гематології (19). Загалом найбільша кількість випробувань стосується тих захворювань, які важко піддаються лікуванню, стають причиною інвалідності або ж суттєво погіршують якість життя пацієнта.

Майже дві третини усіх випробувань (60%) у 2017 р. становили випробування третьої фази. У такому дослідженні взяла участь значна кількість добровольців із конкретним захворюванням, яке має лікувати новий препарат. Метою випробувань третьої фази є підтвердження ефективності та дозування ліків, виявлення побічних ефектів та протипоказань, порівняння результатів лікування з наявними препаратами.

Попит на українські клінічні дослідження з кожним роком неухильно зростає: міжнародних фармгігантів все більше приваблює наш ринок, де кількість бажаючих стати учасниками випробування ліків з кожним роком тільки збільшується, а витрати на саме дослідження на порядок нижче, ніж в розвинених країнах Заходу. Між тим, цей напрямок в нашій країні необхідно розвивати й надалі: якщо у США і країнах ЄС близько 10% онкохворих лікуються виключно за рахунок участі в клінічних дослідженнях медпрепаратів, то в Україні число таких пацієнтів не досягає і 1% від загальної кількості всіх, хто потребує профільної медичної допомоги.

Висновки. Отже, кількість клінічних досліджень в Україні зростає, але за західними розрахунками наша країна все ще залишається непристосованою для проведення по-справжньому якісних і масштабних випробувань. У вітчизняній періодиці вказують на декілька причин такої ситуації, серед яких: неспроможність вітчизняних клінік надати належні умови та відповідний контроль за проведенням клінічних досліджень. При цьому кількість добровольців для участі у таких заходах в нашій країні тільки зростає, оскільки в умовах браку медичної допомоги з боку держави для них це єдиний шанс на порятунок.

ДОЦІЛЬНІСТЬ СТВОРЕННЯ ПРЕПАРАТІВ КИСЛОТИ ТІОКТОВОЇ

Ковалевська І.В., Рубан О.А.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

inga.kovalevskaya@gmail.com

Тіоктова кислота (ТК) (1,2-дитіолан-3-пентанова кислота), відома також як ліпоєва кислота, «вітамін N», є невід'ємною частиною клітин організму, що вивільняють енергію аеробним шляхом.

Основною функцією ТК є участь в окисно-відновних процесах циклу трикарбонових кислот (цикл Кребса) в якості коферменту, оптимізуючи реакції окисного фосфорилування. Амід тіоктової кислоти є коферментом E2 (дігідроліпоат-ацетилтрансферази) мультиферментного комплексу піруватдегідрогенази, який каталізує окисне декарбоксілювання пірувату, альфа-кетоглутарата і розгалужених альфа-кетокислот, що утворюються при трансамінуванні лейцину, ізолейцину і валіну.

Тіоктова кислота також є важливим елементом системи розщеплення гліцину. У подальшому альфа-оксокислоти піддаються модифікації, що завершується переносом ацетилу на коензим А з утворенням кінцевого продукту ацетил-КоА, який є високоенергетичною (макроергічною) сполукою. Також відбувається відновлення тіоктової кислоти з утворенням дігідроліпоєвої кислоти та нікотина мидадениндинуклеотиду (НАДН).

Таким чином, ТК займає важливе місце в утилізації вуглеводів і здійсненні нормального енергетичного обміну, що покращує «енергетичний статус» клітини. Оскільки ТК необхідна для підтримки окислення карбонових кислот у циклі Кребса, вона бере участь у регулюванні ліпідного та вуглеводного обміну, сприяє зниженню концентрації глюкози у крові і збільшенню вмісту глікогену у печінці. Доведеним механізмом дії ТК є гіполіпідемічний, що полягає у зниженні синтезу холестерину, пригніченні ліполізу і зменшенні вивільнення жирних кислот з жирової тканини.

Будучи амфіпатичними молекулами, і тіоктова, і дігідротіоктова кислота (ДГТК) мають гідрофільні і гідрофобні властивості.

Фармакокінетичні характеристики ТК при внутрішньовенному введенні не відрізняються у здорових людей і хворих на цукровий діабет; виявлено лінійну залежність між концентрацією ТК у плазмі крові і дозою, що вводиться внутрішньовенно у діапазоні від 200 до 1200 мг [107]. Після прийому тіоктова кислота швидко абсорбується у шлунково-кишковому тракті і транспортується у різні органи. Максимальна концентрація у плазмі крові досягається через 30 хвилин після прийому препарату всередину у дозі 600 мг і становить 4 мкг / мл. Завдяки швидкому розподіленню у тканинах період напіввиведення ТК з плазми становить приблизно 25 хвилин.

Загальна біодоступність при прийомі всередину становить 30% [17] і залежить від того, потрапляє ТК у вільному вигляді або у вигляді солі, натщесерце або з їжею.

Біотрансформація ТК відбувається у печінці шляхом S-метилування і бета-окислення. Її основними метаболітами є 6,8-диметилтіооктанова кислота, 4,6-диметилтіогексанова та 2,4-диметилтіобутанова кислоти. В умовах *in vitro* відзначено, що тіоктова кислота швидко відновлюється до ДГТК, яка так само швидко виводиться з клітин переважно нирками, 80 – 90% – у вигляді метаболітів.

Печінка є основним органом детоксикації більшості токсичних речовин і лікарських засобів, що сприяють окислювальному стресу. Збільшення утворення активних форм кисню (АФК) сприяє підвищенню чутливості мітохондріальних мембран до окислювального пошкодження. Крім того, АФК є важливою ланкою патогенезу пошкодження ендотелію і розвитку фіброзу печінки. Здатність ТК видаляти вільні радикали дозволяє розглядати цю речовину як ефективну при лікуванні і профілактиці різних патологічних станів, асоційованих з окислювальним стресом.

Отже, згідно результатів аналізу літератури, застосування тіоктової кислоти призведе до зменшення рівня глікемії та сприятиме профілактиці вторинних ускладнень цукрового діабету. Тіоктова кислота може проявляти як антиоксидантні так і прооксидантні властивості, у залежності від концентрації

та тривалості введення в організм та рівня глутатіону. Фармакокінетичні характеристики (малий період напіврозпаду у крові, висока пресистемність елімінації, ефект першого проходження печінки, погана розчинність) обмежує її застосування у терапії цукрового діабету II типу.

Таким чином, перспективним напрямком фармацевтичної розробки є створення нових лікарських засобів з кислотою тіоктовою та застосування новітніх технологій для підвищення її біодоступності.

БЕДАКВІЛІН В ЛІКУВАННІ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ: ПЕРСПЕКТИВИ ТА ВИКЛИКИ

Літвінова О.В., Посилкіна О.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
kaf.yep@nuph.edu.ua

Вступ. Мультирезистентний туберкульоз як і раніше є значущою проблемою в галузі суспільної охорони здоров'я. За оцінками ВООЗ, сталося 558 000 нових випадків туберкульозу з стійкістю до рифампіцину – найефективнішому препарату першої лінії, з яких в 82% випадків був мультирезистентний туберкульоз. На сьогодні Україна входить до 30 країн світу з найвищим показником мультирезистентного туберкульозу. Протягом січня 2020 р. в Україні зареєстровано 1945 випадків туберкульозу, з них 1557 нових випадків захворювання. Без появи нових препаратів, які в поєднанні з іншими лікарськими засобами можна було б використовувати для створення укорочених, більш ефективних і менш токсичних режимів лікування, глобальна епідемія мультирезистентного туберкульозу продовжить зростати.

Метою роботи є аналіз й узагальнення існуючих наукових підходів щодо сучасних методів лікування та викликів при використанні препарату бедаквілін у курсах лікування мультирезистентного туберкульозу.

Методи дослідження. Дослідження проводилися з використанням баз даних у мережі Інтернет: PubMed; Адміністрації з контролю за ліками і харчовими продуктами, Європейського агентства лікарських засобів, ВООЗ, Державний експертний центр (ДЕЦ).

Результати досліджень. ВООЗ переглянута класифікація протитуберкульозних препаратів, які рекомендовані до застосування у довготривалих курсах лікування мультирезистентного туберкульозу (2018 р.). Препарати були перегруповані у три категорії та оцінені, ґрунтуючись на останніх даних щодо співвідношення ефективності та безпеки: група А (препарати, що повинні бути пріоритетними: левофлоксацин / моксіфлоксацин, бедаквілін та лінезолід); група В (препарати, що повинні бути додані далі: клофазимін, циклосерин/теризидон); група С (препарати, що повинні бути включені для завершення курсу лікування та у випадку, коли препарати із груп А та В не можуть бути використані: етамбутол, деламанід, піразинамід, імipенем-циластатин, меропенем, амікацин (стрептоміцин), етіонамід / протіонамід, р-аміносаліцилова кислота).

Одним з пріоритетних препаратів для лікування мультирезистентного туберкульозу, згідно керівництву ВООЗ, є бедаквілін. Бедаквілін входить до 21-го видання примірного переліку основних лікарських засобів ВООЗ (2019 р.) та 7-го видання переліку ВООЗ основних лікарських засобів для дітей (2019 р.). Бедаквілін (розроблений у лабораторії компанії Janssen Pharmaceutica, яка є частиною групи компаній Johnson&Johnson) став першим новим препаратом для лікування туберкульозу з множинною лікарською стійкістю за останні 40 років, який отримав прискорене схвалення FDA в 2012 р. У 2016 р. бедаквілін схвалений ЕМА. Далі препарат (торговельна марка Sirturo) зареєстрований у ряді інших країн після тривалих клінічних досліджень. У 2018 р. бедаквілін офіційно зареєстрований ДЕЦ в Україні для клінічного застосування. Дослідження показали, що цей препарат особливо ефективний проти штамів мікобактерії туберкульозу з множинною лікарською стійкістю та дає шанс на одужання пацієнтам з важкими формами

мультирезистентного туберкульозу, при яких застосування існуючих протитуберкульозних препаратів не ефективно. У попередніх рекомендованих режимах лікування мультирезистентного туберкульозу, які використовуються у більшості країн, доводиться приймати близько 20 таблеток щодня протягом майже двох років, терпіти болючі щоденні ін'єкції та сильні побічні ефекти, які варіюються від психозу та постійної нудоти до глухоти.

Незважаючи на всі переваги, вартість препарату залишається серйозною перешкодою на шляху до розширення його використання. Нещодавно корпорація Johnson&Johnson оголосила про зниження цін за шестимісячний курс бедаквіліна до 400 доларів для ПАР та інших країн, які закупають цей препарат через Глобальний механізм із забезпечення лікарськими засобами. Але цього кроку недостатньо для того, щоб зробити цей препарат доступним у всіх країнах, які зіштовхнулися з епідемією мультирезистентного туберкульозу. Патент на препарат у багатьох країнах належить компанії Johnson&Johnson. У США діють патенти US7498343 та US8546428 до 2026 і 2029 рр., відповідно, в Україні – UA82198 та UA97813 до 2023 і 2027 рр. Так, задекларована оптово-відпускна ціна препарату Сіртуро (бедаквілін 100 мг табл. 100 мг фл. №188) в Україні складає 44595.57 грн. (Наказ МОЗ №1340 від 19.07.2018) за даними щотижневика «Аптека». Слід нагадати, що бедаквілін є лише одним з кількох препаратів, які повинні використовуватися в схемах лікування.

Бедаквілін входить до номенклатури лікарських засобів та медичних виробів, що закуповуватимуться за напрямами використання бюджетних коштів у 2020 році (Наказ МОЗ України від 28.12.2019 № 2711). В Україні проведено лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз бедаквіліном в рамках програми донації USAID.

Міжнародна організація «Лікарі без кордонів» (MSF) розпочала глобальний рух за зниження ціни на бедаквілін. MSF закликає компанію Johnson&Johnson знизити ціну на препарат до суми, що не перевищує 1 долар / день, для розширення доступу до лікування туберкульозу з

лікарською стійкістю та скорочення смертності від цього захворювання. Крім того, MSF закликала Johnson&Johnson відкрити доступ до генеричних препаратів бедаквіліну. На думку дослідників, потенційна вартість такого препарату могла б становити 48-102 доларів за 6-місячний курс.

Висновки. Бедаквілін у довготривалих курсах лікування мультирезистентного туберкульозу зарекомендував себе ефективним і відносно безпечним препаратом. Швидке та широке впровадження лікування, що містить бедаквілін, відбудеться тільки в тому випадку, якщо Johnson&Johnson забезпечить його наявність в країнах та доступні ціни, в тому числі, через надання права іншим компаніям на виробництво генеричних препаратів бедаквілін.

АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ПОХИЛОГО ВІКУ У КРАЇНАХ СВІТУ

Немченко А.С., Куриленко Ю.Є.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
economica@ukr.net

Демографічне старіння населення є одним з ключових проблем країн світу незалежно від рівня розвитку. Передчасне старіння та як наслідок збільшення осіб похилого віку, з яким стикається керівництво країн, негативно відображаються на економічній, соціальній та демографічній областях. Недостатня основна інфраструктура й фінансування, низька якість послуг та не довіра до медичних й фармацевтичних фахівців залишається перешкодою на шляху до охоплення допомогою відповідної категорії населення. Саме тому необхідна підтримка та відповідне соціальне забезпечення для осіб похилого віку, які хворіють на соціально важливі патології.

Метою дослідження є аналіз соціальних підходів щодо надання допомоги пацієнтам похилого віку, які хворіють на серцево-судинні захворювання (ССЗ).

Матеріали дослідження – аналітичні дані Центру Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) по розвитку систем охорони здоров'я (ОЗ).

Методи дослідження – аналітичний та узагальнення інформації.

Результати дослідження. За даними Глобальної обсерваторії ВООЗ до 2050 року кожна п'ята людина на планеті буде мати вік 60+ років. Тому особливої уваги система ОЗ повинна приділяти незахищеним верствам населення та оперативно реагувати на всі демографічні зміни. Важливими напрямками реагування є визначені Цілі сталого розвитку, а саме Ціль 3.8., яка забезпечує загальне охоплення здоров'я для всіх, особливо вразливих верств.

Близько 75 країн прийняли законодавство щодо Цілей сталого розвитку. Так, Кенія, Індія, Індонезія та Південна Африка – розробили соціальні й політичні підходи та залучили нові ресурси для розширення послуг ОЗ. Наприклад, такі країни як Іран, Японія, Китай, Ірландія, Індонезія, Тайланд, Швеція, Англія ввели у систему ОЗ програми щодо підтримки населення непрацездатного віку (старше 55 років), яке страждає на соціально важливі хвороби, зокрема ССЗ. Завдяки таким програмам населення забезпечено необхідним мінімумом лікарських засобів та пакетом відповідних медичних послуг, а також психологічною підтримкою.

Програми підтримки включають моніторинг, який потрібно проводити постійно щодо поліпшення здоров'я та добробуту людини протягом усього періоду життя. Таким чином, моніторинг потрібно починати з народження людини переходячи у дитинство, юність, старшу дорослість, що формується соціальним, економічним та культурним контекстом. Такі системи моніторингу повинні також вимірювати охоплення послуг та фінансовий захист, у тому числі серед населення похилого віку.

Прогресивні країни світу використовують такий алгоритм дій: 1 – глобальна стратегія та план дій щодо старіння та збереження здоров'я населення; 2 – інтегрований комплекс по догляду за пацієнтами похилого віку; 3 – охоплення та доступ до необхідної допомоги; 4 – фінансування; 5 – соціальний, економічний, культурний контексти.

Слід зазначити, що Україні також потрібно адаптувати алгоритми дій інших країн щодо надання медичної й фармацевтичної допомоги та соціального забезпечення пацієнтів похилого віку, які хворіють на ССЗ та інші соціальні патології.

РОЗРОБКА МЕХАНІЗМІВ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМИ ВПРОВАДЖЕННЯ ОЦІНКИ ТЕХНОЛОГІЙ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Немченко А. С., Назаркіна В. М

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна
economica@nuph.edu.ua

Динамічні зміни у політичному, соціально-економічному середовищі, науково-технічний прогрес, зростаючі потреби суспільства у розробці та впровадженні інноваційних технологій охорони здоров'я (ТОЗ) на тлі обмежених ресурсів обумовлюють необхідність оцінки медичних технологій (Health Technology Assessments – HTA) на предмет їх ефективності та економічної доступності для конкретного пацієнта та для суспільства в цілому.

Оцінку ТОЗ проводять з метою підвищення якості і доступності медичної допомоги шляхом забезпечення певного кола осіб або представників цільової групи (осіб, що приймають рішення, медичних працівників, пацієнтів або відповідних організацій) об'єктивною, узагальненою, систематизованою інформацією про дієвість, ефективність, безпечність, економічність, етичність та законність методів діагностики,

лікування, профілактики та реабілітації з урахуванням доказової бази, етичних, юридичних, соціальних та економічних аспектів застосування ТОЗ.

Таким чином, впровадження НТА на сучасному етапі є важливою складовою реформування галузі охорони здоров'я. Більшість країн, усвідомивши роль НТА в системі ОЗ, ввели відповідні інституції, а також розробили політику щодо її впровадження та використання та створили умови для її реалізації. Розбудова системи НТА потребує розробки та чіткої поетапної реалізації певних керівних принципів, які були б закріплені на законодавчому рівні та прописані у вигляді відповідних постанов, наказів, стандартів тощо.

Ще у 2017 р. частину першу статті 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ згідно із Законом «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» №2168-VIII від 19.10.2017 р. було доповнено терміном «оцінка медичних технологій» у такій інтерпретації: «оцінка медичних технологій – експертиза медичних технологій щодо клінічної ефективності, економічної доцільності, організаційних проблем та проблем безпеки для громадян у зв'язку з їх застосуванням».

Слід зазначити, що окрім цього, у офіційних нормативно-правових актах не прописані механізми реалізації такої оцінки – ким вона проводиться, за яких умов, хто може бути ініціатором і виконавцем, як використовувати результати оцінки тощо. Відсутнє навіть визначення самого поняття «медичні технології», яке, до речі варто було б розуміти ширше – як «технології охорони здоров'я».

Нами запропоновано внести зміни до статті 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», замінивши визначення на наступне: «Оцінка медичних технологій (технологія охорони здоров'я) – міждисциплінарний процес, який використовує науково обґрунтовані методи для оцінки клінічної ефективності, безпеки та економічної доцільності (прийнятності) технологій охорони здоров'я в різні моменти життєвого

циклу. Процес є порівняльним, систематичним, прозорим і включає в себе кілька зацікавлених сторін. Мета – інформаційна підтримка політики охорони здоров'я та процесу прийняття рішень для реалізації ефективної політики охорони здоров'я». Слід зазначити, що це визначення є офіційним, воно надається Міжнародною спільною цільовою групою, до якої входять: INАНТА, НТАі, EUnetНТА, НТАAsiaLink, RedETSA (США), ВООЗ, ISPOR (2019).

Ключовим моментом будь-якої сфери діяльності є створення професійного середовища та базової термінології, отже, пропонуємо внести до закону термін «медична технологія» у такій інтерпретації:

Медична технологія (технологія охорони здоров'я) – втручання, медичний продукт або послуга, розроблені для запобігання, діагностики або лікування захворювань; зміцнення здоров'я; забезпечення реабілітації; або організації медичного обслуговування. До таких технологій відносять тести, пристрої, лікарські засоби, вакцини, процедури, програми або системи.

На нашу думку, також потребує уточнення поняття галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я (стаття 14-1), зокрема, поняття «лікарський формуляр» – це перелік зареєстрованих в Україні лікарських засобів, що включає ліки з доведеною ефективністю, допустимим рівнем безпеки, використання яких є економічно прийнятним за результатами проведеної оцінки технологій охорони здоров'я.

З урахуванням викладеного вище статтю 20 «Наукове забезпечення охорони здоров'я» необхідно доповнити таким текстом:

«З метою реалізації ефективної, справедливої і високоякісної державної політики в охороні здоров'я, а також раціонального використання ресурсів обов'язково проводиться оцінка медичних технологій (технологій охорони здоров'я) на етапах реєстрації лікарських засобів, відбору основних лікарських засобів до Національного переліку, обґрунтування програм медичних гарантій та переліків ліків, що підлягають реімбурсації та закуповуються за бюджетні кошти.

Оцінка технології охорони здоров'я здійснюється незалежною експертною установою шляхом вивчення клінічної ефективності та безпеки, витрат і економічних наслідків, а також будь-яких етичних, соціальних або юридичних проблем, організаційних та екологічних аспектів її застосування».

Статтю 4 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» пропонується викласти у такій редакції: «Програмою медичних гарантій визначаються перелік та обсяг медичних послуг та лікарських засобів, оплата яких гарантується за рахунок коштів Державного бюджету України. До переліку включаються оптимальні з точки зору клінічної ефективності та економічної доцільності технології охорони здоров'я, визначені за результатами їх оцінки, проведеної незалежною експертною установою, інституцією визначеною Кабінетом міністрів України».

ІННОВАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У НІМЕЧЧИНІ ЯК ЗАПОРУКА ВИСОКОГО РІВНЯ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПОСЛУГ В КРАЇНІ

Панфілова Г.Л. , Сокурєнко І.А., Хіменко С.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

panf-al@ukr.net

Німецька система охорони здоров'я (СОЗ) є однією із макроекономічних структур, що активно розвивається на теренах Європейського Союзу (ЄС). Вже протягом декількох століть позитивний досвід її функціонування надихає уряди багатьох країн на впровадження більш ефективних моделей відносин між споживачами медичних й фармацевтичних послуг, державними інституціями та різними суб'єктами господарювання у СОЗ. Не виключенням з цього переліку країн є Україна.

Враховуючи євроінтеграційні наміри розвитку України постає актуальним проведення досліджень, які передбачають аналіз функціонування інноваційної складової СОЗ в Німеччині.

Мета дослідження – провести дослідження функціонування інноваційної складової СОЗ в Німеччині за умов активного розвитку фармацевтичного ринку (ФР). Об'єктом досліджень стали дані міжнародних агенцій, що займаються моніторингом інноваційної діяльності на ФР та в економіці в цілому, а також дані Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) та Федерального статистичного управління Німеччини.

Результати дослідження. Одним з важливих характеристик німецької СОЗ є її високий інноваційний потенціал розвитку. Так, Німеччина займає вже понад декілька десятиліть позиції безперечного світового лідера у фармацевтичному секторі. Завдячуючи таким компаніям, як «Bayer», «BASF», «Hoechst» Німеччина отримала репутацію технічного гіганту з багатовіковою історією. За даними спеціальних компаній, що займаються інвестиційною консалтинговою діяльністю («Germany Trade & Invest», досє «The Pharmaceutical Industry in Germany» 2017–2018 гг.) станом на 01.01.2014 р. в Німеччині функціонувало близько 640 фармацевтичних компаній, які забезпечували приблизно 112,5 тис. робочих місць. У 2017 р. витрати на СОЗ в Німеччині склало 421 млрд. євро, що відповідає 12,3% від ВВП країни. У перерахунку на одного мешканця країни ці витрати склали близько 4050 євро, із яких приблизно 14,0% припадало на фармацевтичне забезпечення (споживання ліків та медичних товарів). Представлені дані формують сприятливі умови задля появи на внутрішньому ФР нових найменувань інноваційних препаратів. При цьому, слід зазначити, що в останній час німецькі компанії стали орієнтуватися у переважній більшості на внутрішній ФР країн ЄС. Наступним важливим напрямком ефективного функціонування СОЗ в Німеччині є активна впровадження страхових форм обслуговування населення. Так, для приблизно 88,0% населення користуються розгалуженою мережею програм обов'язкового медичного страхування (МС), а більше 25,0% громадян

країни мають приватні страховки з МС. На внутрішньому ФР функціонує багато міжнародних партнерів, які пропонують широкий спектр послуг, від розробки та первинної ідеї створення лікарських засобів (ЛЗ) до його їх просування по товаропровідній мережі. Так, наприклад, «Boehringer Ingelheim» є однією з найчисленніших фармацевтичних компаній, яка забезпечує реалізацію повного виробничого циклу впровадження ЛЗ на ФР. Німеччина займається I-е в Європі та III-е місцем у світі за показанням активності розвитку хімічної індустрії. Крім цього, Німеччина традиційно займає лідуючі позиції у світі за кількістю розроблених та впроваджених у СОЗ інноваційних проектів. В 2015 р. Європейське патентне відомство отримало 1183 заявки на реєстрацію патентів у галузі біотехнології та фармації із Німеччини. У цьому напрямку Німеччина може сміло конкурувати з США.

З метою підвищення рівня ефективності впровадження інновацій у СОЗ в Німеччині формуються так звані «БіоРегіони» (BioRegions). Кожен із таких регіонів спеціалізується на розробці конкретних заходів за різними напрямками науково-дослідних робіт у медицині та фармації. Рада німецьких «БіоРегіонів» включає 30 груп, які займаються консультуванням відповідних структур, приймаючи результативні управлінські рішення, від яких залежить ефективність вирішення багатьох проблем в німецькій СОЗ. Протягом 20-ти років значну фінансову підтримку зазначені «Біорегіони» мають від уряду країни. Зазначена підтримка здійснюється у рамках виконання таких програм, як «Європейський горизонт 2020», «Стратегії високих технологій». Центральна інноваційна програма (Zentrales Innovationsprogramm Mittelstand – ZIM) активно співпрацює з науково-дослідними центрами та приватними лабораторіями, які займаються розробкою нових ЛЗ по всій Німеччині. ZIM представляє програму фінансування малих та середніх підприємств, займаючись з 2008 р. розробкою нових продуктів, процесорів, технічних послуг у фармацевтичній галузі. Традиційно, в Німеччині багато уваги приділяється розвитку університетської науки. За даним Федерального статистичного управління Німеччини, у 2014 р. університети інвестували

близько 14,3 млрд. євро у науково-дослідні роботи з фармацевтики. У тому ж році, чотири всесвітньо відомих німецьких фондів, а саме «Товариство Макса Планка» «Товариство Фраунгофера» (Fraunhofer Gesellschaft), «Асоціація Гельмгольца» (Асоціація Гельмгольца) та «Асоціація Лейбніца» збільшили інвестиції у фарм.сектор економіки на 9,5 млрд. євро.

Висновки. Констатуючи результати аналізу даних спеціальної літератури можна стверджувати, що на сучасного етапі розвитку СОЗ в Німеччині характеризується активним зростанням у напрямку впровадження інноваційних ЛЗ, а також нових методів лікування, що у кінцевому значенні має важливе соціально-економічне значення, особливо враховуючи той факт, що у багатьох країнах ЄС в останні часи спостерігається посилення соціального навантаження на суб'єкти господарювання. На нашу думку, позитивний досвід функціонування німецької СОЗ у напрямку ефективного впровадження інноваційних проектів має бути використаний у розробці стратегічних напрямків розвитку вітчизняної охорони здоров'я та практичної фармації.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВІДНОШЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ДО РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Попова І.А., Харченко К.С.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
alicewodson@gmail.com

Охорону здоров'я проголошено одним з пріоритетних напрямів державної діяльності. Держава формує політику охорони здоров'я в Україні та забезпечує її реалізацію.

Основним Законом України – Конституцією України наголошується, що здоров'я людини є однією з найвищих соціальних цінностей, забезпечення якої – один з головних обов'язків держави. В ряді статей Конституції (статті 24, 27, 34, 49, 50 тощо) визначається право кожного громадянина на охорону

здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Цей документ встановлює, що охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм.

Конституційними нормами також закріплено, що існуюча мережа лікувальних закладів не може бути скорочена, і держава сприяє їх розвитку незалежно від форми власності.

Мета роботи – це аналіз державної політики України в галузі охорони здоров'я як організаційно-нормативної системи владних дій та управлінських рішень, основного регулятора здоров'я нації.

Матеріали та методи. Були використані такі методи дослідження: анкетування, спостереження, логістичний аналіз та групування.

Результати дослідження. Дослідження сучасної системи реформування системи охорони здоров'я проводилося на основі анкетування. В дослідженні були представлені запитання, відповідь на які показувала картину відношення населення до нової реформи системи охорони здоров'я України.

Анкетування проводилось зі 200 відвідувачами аптечного закладу. Серед них 112 жінок та 88 чоловіки. Усі вони входять у віковий діапазон від 18 до 60 років і більше, були працюючими або пенсіонерами. З них у 11 (10%) жінок та 9 (10%) чоловіків рівень доходів на 1 члена родини складав від 2000 до 4000 грн., у 24 (21,5%) жінок та 28 (32%) чоловіків – від 4000 до 8000 грн., та 77 жінок (68,5%) і 51 (58%) чоловіків – від 8000 грн. відповідно.

В результаті дослідження було встановлено, що 176 респондентів(88%) знають про проведення нової реформи. Серед них 104 жінки (93%) та 73 чоловіки (83%). 24 респонденти не знали про проведення нової реформи, що складає 12% від загальної кількості респондентів. Основними джерелами інформації для них були ЗМІ (82%), Інтернет (69%), Телебачення (13%), Друзі та знайомі (11%), Інші джерела (7%).

Також було встановлено, що зі 176 респондентів, що чули про проведення нової реформи 152 (86%) склали декларації зі своїми лікарями.

Інші 24 респонденти (14%) обирають кандидатури, з якими будуть заключати декларацію.

Варто зазначити, що частина опитаних респондентів, а саме 46 респонденти (23%) відмітили, що реформа охорони здоров'я є першочерговою. Вона була на другому місці в опитуванні, на першому – антикорупційна реформа зі 56 респондентами (28%). Проте з усіх реформ відносно успішними було визнано лише антикорупційну реформу (10%), децентралізації (10%), охорони здоров'я (9%), реформування армії (9%), земельну реформу (8%). Жодної успішної реформи не назвали 51% респондентів.

На питання чи задоволені Ви якістю надання медичної допомоги 68 респондентів (34%) відповіли, що задоволені, 96 респондентів (48%) відповіли, що не задоволені, 36 респондентам (18%) було важко відповісти на це запитання.

Було встановлено, що з появою електронного запису до лікаря черги не зменшилися для більшої кількості респондентів. Такі результати були отримані від 118 респондентів (59%), серед них 69 жінок (58%) та 49 чоловіків (42%).

Серед нововведень нової реформи охорони здоров'я була також програма реімбурсації лікарських засобів, що входять в Національний перелік життєво-важливих лікарських препаратів “Доступні ліки”. З нею встигли ознайомитися 126 респондентів, що складає 63% від усієї кількості опитаних респондентів. Більшу частину складають жінки – 84 респонденти (66%) та чоловіки – 42 респондента (33%). Однак труднощі з отриманням ліків за цією програмою були у значній кількості опитаних, 76 респондентів (60%) відповіли, що не було у наявності потрібних ліків, 20 респондентів (16%), що програма не працювала, 30 респондентів (24%) не мали ніяких вищезазначених проблем.

Завершальним етапом опитування було виявлення думки респондентів щодо впровадження описаної реформи. Результати наступні: 35% опитаних, що складає 70 респондентів, (45 жінок та 25 чоловіків) зазначили, що відносяться позитивно – реформа допоможе збалансувати якість надання медичної допомоги людям. 42% опитаних, що складає 84 респондентів, (44

жінок та 40 чоловіків) зазначили, що відносяться нейтрально, реформа не внесе суттєвих коректив, якість надання медичної допомоги залишиться на тому самому рівні. 13% опитаних, що складає 26 респондентів, (18 жінок та 8 чоловіків) зазначили, що відносяться негативно, реформа тільки усугубляє положення пацієнтів та лікарів.

Висновки. Таким чином, можна сказати, що реформа була впроваджена, однак вона не є досконалою. Значна частина населення відчуває складнощі з отриманням ліків за програмою “Доступні ліки”, а також з електронними чергами до лікарів. Однак варто зазначити, що реформування у галузі охорони здоров’я є для населення важливим аспектом реформування країни та місцевих громад, поряд із антикорупційною реформою, яка напряду пов’язана з усіма іншими реформами, зокрема з охороною здоров’я. Реформування системи охорони здоров’я дозволить отримувати кваліфіковану медичну допомогу й буде сприяти здоровому стану населення країни.

**ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ ТУРИЗМ
ЯК ІНТЕГРАЛЬНА ФОРМА ДІЯЛЬНОСТІ
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ В СУЧАСНІЙ СОЦІАЛЬНО
ОРІЄНТОВАНІЙ СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я**

Самборський О.С., Слободянюк М.М.

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-
Франківськ, Україна,

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
aptekar05@ukr.net

Впровадження у медичну практику сучасних медичних технологій на основі новітніх лікарських засобів (ЛЗ), діагностування все нових видів і форм захворювань, значні відмінності у фізичній і економічній доступності різних найменувань ЛЗ при поглибленні інтеграційних процесів створили потреби і умови щодо особливих сучасних підходів у забезпеченні хворих

конкретними лікарськими препаратами (ЛП). Поряд із медичним туризмом (МТ) пацієнтами активно використовуються форми пошуку задоволення потреби лікування в ефективних ЛЗ за кордоном, де соціально-економічна доступність їх значно вища, ніж у країні проживання. Виникнення фармацевтичного туризму (ФТ) як інтегральної форми й реалізації надання населенню фармацевтичної допомоги (ФД) набуває особливого значення за умов підвищення вимог суспільства до ефективності та особливостей державного регулювання її доступності для пересічних громадян.

Метою наших робіт є узагальнення наукової інформації щодо нового напрямку надання фармацевтичної допомоги у формі фармацевтичного туризму.

Результати дослідження. Проведений нами аналіз доступної наукової літератури свідчить, що сьогодні термін «фармацевтичний туризм» зовсім відсутній як наукове визначення. Тим паче він не відокремлюється від поняття МТ, а придбання ЛЗ за кордоном розглядається як важлива складова у процесі реалізації заходів з МТ громадян країни. В спеціалізованій літературі є лише окремі публікації щодо особливостей придбання за кордоном необхідних для пацієнта ЛЗ відповідної якості, а також цінової привабливості окремих найменувань ліків і їх економічної доступності для різних соціальних верств населення та категорій хворих. При цьому, використовуючи саме поняття ФТ, автори не дають його характеристики, розглядаючи лише як складову процесу реалізації МТ. В той же час, ФТ, як і МТ, слід розглядати як наслідок відсутності або нерівного доступу різних верст населення з будь-якого регіону постійного проживання або країни до ефективних ЛЗ, ФД та медичної допомоги (МД) в цілому.

Систематизуючи дані, нами були визначені основи передумов активного розвитку МТ, як інтегральної форми діяльності у сучасній системі охорони здоров'я.

На даний час ФТ здійснюється у двох основних напрямках: 1) споживачі ЛЗ та ФД з економічно розвинутих країн приїждять до країн з

нижчим економічним рівнем з метою отримання відповідної допомоги за більш низькими цінами або за терміновим графіком надання послуг; 2) споживачі медичних та фармацевтичних послуг з країн, де відсутні пропозиції висококваліфікованої або вузькоспеціалізованої МД та медичної послуги, а також необхідних найменувань ЛЗ, направляються у країни, які характеризуються наявністю інноваційних методів, методик лікування та ЛЗ, наприклад, тяжких хронічних, орфанних патологій тощо.

Нами вперше сформовано визначення поняття ФТ, термін якого прийнято для включення до Фармацевтичної енциклопедії України: «Фармацевтичний туризм (*pharmaceutical tourism, pharmacy tourism – англ.*) – комплекс заходів, спрямованих на задоволення потреб населення у доступній ФД за межами регіону постійного проживання споживача ЛП або країни в цілому».

Визначено суб'єкти ФТ, охарактеризовано види, форми і функції. Останні включають: медико-фармацевтичну, соціально-економічну, суспільну, гуманістичну, стимулюючу, ринкову і зовнішньо-економічну. Ефективна реалізація зазначених функцій неможлива без активної участі державних органів, які повинні сприяти подальшому розвитку сусідських відносин між різними країнами, та одночасно удосконалювати форми й методи державного регулювання доступності ЛЗ і ФД, що надається населенню в країні.

За результатами наукових досліджень видано методичні рекомендації.

FEATURES OF THE TRANSLATION OF TERMINOLOGY IN THE HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

Podgaina M.V., Ananko V.V.

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

Introduction. Currently, English pharmaceutical terms are widely used in the field of scientific communication. This is because one of the most progressive

and sought-after sciences in the modern world is pharmaceuticals. Scientists all over the world are working on the creation of new medicines, scientific articles are published, scientific theories are justified. It is important that the results of this activity do not remain within the same country due to the complex mechanisms of the language. The pharmaceutical text is specific and narrowly focused, since along with medical terms it contains pharmaceutical terminology, which is a combination of complex lexical systems.

A relatively new trend in health care development in Ukraine, following the example of developed countries in the world, is the assessment of health technologies that combine health care, including pharmacy, and the economy. At the stage of formation and active development of this evaluation system, international experience is important, so the translation of material offered by international organizations and foreign countries should be given sufficient attention.

Aim. Therefore, the aim of the paper was to analyze possible problems and features of translation of terms offered and used in the health technology assessment system for the national health care system.

Materials and methods. It is generally accepted that terminology is the main difficulty in translating medical texts. The difficulties associated with the use of special terms can be divided into three groups:

- 1) the parallel use in Ukrainian of several terms to denote the same special concept;
- 2) the absence in the Ukrainian language of a terminological unit denoting a particular special concept;
- 3) the use in Ukrainian of an incorrect translation of an English term to denote a particular special concept.

We have analyzed basic terms in HTA, given by Health Technology Assessment international (HTAi) (<http://htaglossary.net/HomePage>). The purpose of the HTA Glossary is to give the Health Technology Assessment

(HTA) community – both producers and users of health technology assessment information – a common vocabulary for work in this field.

The HTA glossary is an official collaboration between International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), Health Technology Assessment international (HTAi) and other partner organizations.

The English version of the HTA Glossary serves as a reference for other languages (i.e., new terms must first be added to the English version before being integrated in the HTA glossary. Exceptions may be granted by the International Steering Committee).

Results and discussion. It has been established, HTAi propose 429 terms in HTA glossary in 13 th fields: Bias, Bioethics, Biostatistics, Healthcare organisation, Health economics, Health technology assessment , Literature search, Methods, Qualitative research. Risks, Study designs, Types of studies, Miscellaneous. Taking into account numerous glossary, future investigation (especially, adopting translation into Ukrainian) will include only HTA field terms translation – 33 definitions that is enough for area understanding even on the state level.

Conclusions. During the translation of English terms, experienced translators usually choose one or another way of translation, basing on the content of the context in which a field term is used, and sometimes they combine all techniques mentioned above to render their lexical meaning in the target language as precisely as possible, saving thus, the form and morphemic structure of an original terminological unit. HTA terms understanding plays an important role in developing and functioning of health system in Ukraine. Future developing of state health system close to assessment of technologies that is used in decisions making process on both state and local levels.

THE ROLE OF PHARMACISTS IN PROMOTING RATIONAL USE OF MEDICINES IN DIFFERENT COUNTRIES OF THE WORLD

Zhadko S.V., Macosso-Michel Joelle Beti-Christ Elisa

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

svzhadkopharm@gmail.com

Introduction. The problem of rational use of medicines is one of the most pressing in modern healthcare. On the one hand, this is due to the fact that medicines play a major role in the treatment of most diseases. On the other hand, the saturation of the modern pharmaceutical market and the huge number of therapeutic and generic analogues on it are both reasons for inadequate choice of medicines and prerequisites for implementation of the management system in order to improve the clinical, social and economic consequences of diseases in this crucial area of health.

Aim. The purpose of this paper is to analyze the role of pharmacists in promoting rational use of medicines in different countries of the world.

Materials and methods. We studied publications in scientific medical and pharmaceutical journals, web-sites of international healthcare organizations.

Results and discussion. Foreign experience demonstrates a significant expansion of the authority of pharmacists.

For instance, in the US, a pharmacist should inform patients about general health issues: diet, exercise and stress management. The pharmacist's responsibilities include completing various medical forms, insurance policies and other official documents. Special care is provided for patients with asthma, diabetes and hypertension. Additional pharmacy medical services include flu vaccinations, injections and biochemical tests. Specialization and advanced training of pharmacists is carried out in such spheres as oncology, cardiology, infectious diseases (HIV and hepatitis C), immunology, ophthalmology, rheumatology, dermatology, gastroenterology, radiological pharmacy, geriatric and psychiatric pharmacy. Computerized medical records are kept for each patient.

In the UK, pharmacists advise patients on the management of waste medicines; promote a healthy lifestyle; support patients in self-medication; provide clinical management of patients; and review prescriptions recipes and intervene as needed in the recipe. The list of additional services of pharmacies includes palliative care services; providing pharmaceutical assistance at home to a patient; assistance in maintaining a gluten-free diet; independent and additional prescribing by pharmacists.

In Germany, pharmacists provide to patients information assistance, which raise public awareness of health and medicines treatment issues. They also carry out screening and consultations on blood pressure measurement, determination of body mass index, low and high density lipoproteins level, total blood cholesterol level, triglycerides and glucose level; provide nutrition advice and help with smoking cessation; draw up a treatment plan for each patient who regularly receives more than three medications. Pharmacists are also responsible for identifying the possible side effects of prescribed medicines, as well as developing options for solving this problem in order to reduce the risk and increase the effectiveness of treatment.

In France, at the patient's permission a pharmacist has access to patient information in a single computer system «Logiciel de gestion officinale», which contains all the necessary information about the patient: age, medical history, medication taken, allergy tendency, doctor's coordinates, etc.

In Japan, pharmacists are involved in accounting for allergic and other adverse reactions to drugs. They control the health status in all areas of the country. There is a post of a school pharmacist who should monitor the quality of water, air, lighting, noise and other environmental factors at school and talk to students about the proper use of medicines and the risk of misuse.

The professional functions of pharmacists in developing countries are considerably limited compared to the activities of pharmacists in economically developed countries in the world. This situation leads to less rational use of medicines, as well as a decrease in pharmacist's motivation to be an experienced specialist and his ability to make an individual approach to each patient.

**СОЦІАЛЬНО-ЕФЕКТИВНІ
МЕХАНІЗМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПНОСТІ
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ
НАСЕЛЕННЮ**

**АНАЛІЗ ДИНАМІКИ РЕЦЕПТУРНОГО ВІДПУСКУ
ЦУКРОЗНИЖУЮЧИХ ПРЕПАРАТІВ
ЗА ДЕРЖАВНОЮ ПРОГРАМОЮ «ДОСТУПНІ ЛІКИ»**

Волкова А.В., Терещенко Л. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
socpharm@nuph.edu.ua

Аптечним закладам в Україні була завжди притаманна активна позиція відносно реалізації масштабних державних програм, які запроваджуються у системі охорони здоров'я. Не виключенням з цього є програма «Доступні ліки», яка розпочала наймасштабніший процес забезпечення хворих на серцево-судинні патології, цукровий діабет (ЦД) II типу та бронхіальну астму доступними лікарськими препаратами (ЛП). Станом 01.09.2019 р. договір про участь в програмі реімбурсації з Національною службою охорони здоров'я України успішно уклали вже 1108 аптечних установ (юридичних осіб суб'єктів господарювання), а зараз понад 750 (32,16%) аптечних закладів є ефективними учасниками у реалізації зазначеної програми. ВООЗ високо оцінили ефективність впровадження зазначеної програми, опублікувавши відповідний звіт. При цьому, слід зазначити, що реалізація зазначеної програми на макроекономічному рівні залежить від ефективності її виконання на рівні різних суб'єктів господарювання. Означене й обумовило мету наших досліджень.

Мета досліджень – аналіз динаміки відпуску та компенсації вартості споживання цукрознижуючих ЛП, які відпускають по рецептах за програмою «Доступні ліки» в мережевій аптеці. ЦД II типу був вибраний виходячи із актуальності питання підвищення рівня доступності ЛП для соціально незахищених верст населення. Так, за офіційними даними в 2018 р. ЦД був діагностовано у 130 тисяч українців, що на 3,4 % більше, ніж за попередній 2017 р., а згідно з статистичними даними України кількість хворих на ЦД у період з 2007–2017 рр. збільшилася удвічі. Епідеміологи визначають, що переважна більшість хворих на ЦД II – це люди пенсійного віку. Тому

питання підвищення рівня доступності життєвонеобхідних препаратів для патогенетичного лікування ЦД II типу є соціально важливим. Об'єктом досліджень стали дані первинного управлінського обліку відпущених ЛП за рецептами лікарів первинної медико-санітарної ланки із мережевою аптеки, що розташована в Одеській області з 16.02.2018 р. по 31.12.2018 р. Використовувалися дані фактичної вартості ЛП, суми їх компенсації та коштів, які були сплачені безпосередньо хворими.

Результати дослідження. За результатами проведених досліджень нами встановлено наступне. У період, який нами досліджувався всього було відпущено хворим за програмою «Доступні ліки» ЛП на суму 126060,88 грн, із них компенсовано державою 98365,03 грн. Тобто, загальна сума, яка була сплачена хворими складає 27695,85 грн або 21,97%. Таким чином, значення загального рівня компенсації дорівнював 78,03%. У структурі відпущених ліків домінуючі позиції займали ЛП, які використовуються у лікуванні серцево-судинних патологій. Питома вага (%) вартості відпущених ЛП на потреби хворих по зазначеній патології у загальній вартості відпущених ЛП (фактична вартість) дорівнювала 80,37%, а у показниках компенсації 80,10%. На другому місці представлені ЛП, які використовуються у лікуванні ЦД II типу, а третю позицію зайняли препарати для лікування бронхіальної астми.

У «Державній програмі» приймають участь 3-и цукрознижуючих ЛП за міжнародною непатентованою назвою, а саме Гліклазид, Глібенкламід та Метформін. За результатами аналізу динаміки відпущених та компенсованих ЛП хворим на ЦД II типу ми спостерігали суттєве збільшення зазначених вартісних показників у липні, серпні та у листопаді 2018 р.. При цьому, треба відмітити, що найбільше зростання показників спостерігалось також наприкінці року, а саме у листопаді (3065,25 грн фактична вартість відпущених ЛП та 2360,0 грн вартість компенсації їх вартості з боку держави). Цікавим є також факт поступового зростання сум відпущених ЛП з лютого до травень місяць, потім спостерігалось суттєве падіння зазначених показників зі зростанням вже у наступному липні 2018 р.).

Наявність пікоподібного збільшення сум відпуску ЛП у листопаді пов'язане з недосконалістю процесу фінансування державних програм в Україні. Так, наприклад, на початку 2019 р. виникла проблема з розподілом бюджетних коштів у деяких областях країни, в наслідок чого в січні цього ж року аптечним закладам було компенсовано лише 14,5 млн. грн за фактично відпущені хворим ЛП за рецептами лікарів. Для порівняння, зазначений показник у грудні 2018 р. дорівнював 170 млн. грн. Крім цього, у більшості регіонів країни відмічається факт збільшення сум коштів, що повинні бути направлені на компенсацію вартості ЛП на казначейських рахунках наприкінці кварталу або року. Наприклад, у березні 2019 р. аптечним закладам було компенсовано 128 млн. грн, що становить більше 50,0% всіх коштів, що були виділені на реалізацію відповідних заходів МОЗ України на весь I квартал року.

За результатами аналізу динаміки коефіцієнту компенсації, якій розраховується відношення суми компенсації за спожиті ЛП до фактичної вартості ЛП, які відпущені з аптечного закладу встановлено наступне. Всього за період, якій досліджувався, хворим на ЦД II типу було відпущено препаратів на загальну суму 18766,0 грн, а компенсовано – на суму 14254,12 грн, тобто самі хворі сплатили лише 4511,88 грн або 24,04% фактичної вартості ЛП. Таким чином, рівень компенсації за означеною групою препаратів дорівнював значенню 75,96%.

Позитивним виглядає той факт, що саме за цукрознижуючими препаратами зазначений показник був найнижчим, порівняно з даними по ЛП, які використовуються у лікуванні бронхіальної астми (89,07%), а також серцево-судинних патологій (77,76%). Встановлено, що у асортименті відпущених ЛП за вартісним показником домінують препарати вітчизняного виробництва (64,35%). З соціально-економічної точки зору зазначену характеристику процесу, що досліджується можна оцінити позитивно. Цей факт, на нашу думку, потребує подальших досліджень, а саме у напрямку

визначення основних факторів, які впливають на означений процес, як на рівні країни, так й окремих аптечних закладів.

В цілому треба зазначити, що впровадження програми «Доступні ліки» стало одним із найважливіших заходів, які були реалізовані державою упродовж останніх 5 років у напрямку забезпечення хронічних хворих доступними ЛП.

ТЕНДЕНЦІ РОЗВИТКУ ОПТОВОГО СЕКТОРУ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ БОЛГАРІЇ ДЛЯ ОПТИМІЗАЦІЇ ЛІКАРСЬКОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ

Воскобойнікова Г. Л., Довжук В. В., Коновалова Л. В., Заверталюк К. В.
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ,
Україна

У фармацевтичному секторі країн Європейського союзу, функціонування оптових компаній безпосередньо залежить від політики, яка здійснюється в сфері охорони здоров'я, запровадження страхової медицини для вирішення основних проблем системи охорони здоров'я в країнах Східної Європи. Болгарський фармацевтичний ринок є одним з найменших в Європі, але є сектором економіки, який демонструє найшвидше зростання в Болгарії.

З 2012 році болгарське фармацевтичне законодавство гармонізоване з відповідним європейським законодавством і регулює такі галузі: виробництво, імпорту та дистрибуцію діючих речовин та торгівлю фармацевтичними препаратами. Відповідно до поправок до Закону про лікарські засоби у галузі медицини людини 2007 року, виробництво, експорт та дистрибуція активних фармацевтичних інгредієнтів (АФІ) повинні відповідати директивам ЄС про Належну виробничу практику та Належну практику дистрибуції, відповідальним регуляторним органом, який ліцензує виробництво та торгівлю лікарськими засобами та здійснює нагляд за

виконанням цих законодавчих вимог є BDA [1]. Компанії, що здійснюють оптові поставки фармацевтичних препаратів, повинні мати ліцензію BDA та відповідати вимогам, викладеним у Директиві щодо належної практики дистрибуції [2].

Дистрибуція лікарських засобів є важливою діяльністю в інтегрованому управлінні ланцюгами поставок. Сьогодні мережа дистрибуції лікарських засобів стає все більш складною і вимогливою. Оптові фармацевтичні корпорації зобов'язані гарантувати якість ліків, що забезпечує ефективність та безпеку застосування, показники якості фармацевтичних препаратів повинні бути незмінними протягом усього ланцюга поставок.

Відповідно до Рекомендацій Європейської Комісії з питань Належної практики дистрибуції лікарських засобів для людини (2013 р.), GDP – в частині, яка забезпечує збереження якості лікарських засобів на всіх етапах ланцюга поставок від місця виробника до аптеки або особи, уповноваженої чи якій надано право на постачання лікарських засобів для населення.

Настанови щодо Належної практики дистрибуції ЄС застосовуються до виробників, оптових постачальників, та інших суб'єктів, які займаються дистрибуцією лікарських засобів. Діючі Настанови Європейського Союзу щодо Належної практики дистрибуції були опубліковані 8 березня 2013 року та набули чинності через 6 місяців. Переглянуті вказівки внесли вкрай необхідні зміни до вимог щодо кращого відображення складних мереж дистрибуції у мережах поставок та відповідають Директиві 2011/62/ЄС щодо запобігання потраплянню підроблених лікарських засобів у законний ланцюг поставок. Пізніше ці вказівки були замінені настановами 2013/С 343/01 від 5 листопада 2013 року з метою виправлення двох важливих помилок. Вони встановлюють відповідні інструменти для надання допомоги дистриб'юторам у здійсненні діяльності, пов'язаної із збереженням якості лікарських засобів та запобігання потраплянню підроблених лікарських засобів на регульований ринок поставок фармацевтичної продукції [3–5].

Дотримання Належної практики дистриб'юції забезпечує контроль над ланцюгом збуту, а, отже, зберігає якість та цілісність лікарських засобів. Цю відповідність регулярно перевіряють регулюючі органи. Директива 2011/62/ЄС, яка вносить зміни до Директиви 2001/83/ЄС, визначає, що «виробники, які знаходяться в Європейському Союзі або в третіх країнах, та дистриб'ютори лікарських засобів підлягають повторній інспекції компетентним органом зацікавленої держави-члена ЄС.

У Болгарії таким компетентним органом є Болгарське агентство з лікарських засобів (BDA), яке проводить ці інспекції, щоб перевірити, чи відповідають дистриб'ютори Директиві 2001/83/ЄС із поправками; настанови ЄС щодо Належної практики дистриб'юції 2013/C 343/01 та Закону про лікарські засоби для медицині людини (2007) із відповідним регулюванням – Регламент 39/13.09.2007 про принципи та вимоги до Належної практики дистриб'юції [4].

Порушення дотримання Належної практики дистриб'юції може загрожувати якості лікарських засобів та потенційно їх ефективності та безпеці. Будь-яке відхилення від вимог до Належної практики дистриб'юції фіксується як невідповідність, наприклад, температурні відхилення поза встановленими нормами. Невідповідності повинні бути задокументовані та досліджені, а дистриб'ютори повинні здійснити відповідні коригувальні дії.

Фармацевтичні дистриб'ютори є частиною ланцюга постачання лікарських засобів та медичних виробів і відповідають за ефективне зберігання та розповсюдження лікарських засобів. Також дистриб'ютори повинні підтримувати постійну наявність рецептурних та безрецептурних препаратів, необхідних болгарському суспільству, щоб своєчасно і на належному рівні здійснювати лікарське забезпечення. Підприємства, які отримали ліцензію на оптову торгівлю лікарськими засобами або свідоцтво про реєстрацію оптової торгівлі на території Республіки Болгарія згідно із Законом про лікарські засоби, можуть здійснювати оптову реалізацію

лікарських засобів всіх лікарських груп відповідно до анатомо-терапевтичної класифікації, згідно вимог ВООЗ.

Виявлено сталі тенденції розвитку основних напрямів діяльності оптового сектору фармацевтичного ринку Болгарії відповідно потреб соціуму:

- забезпечення умов зберігання лікарських засобів згідно дозволу на продаж або свідоцтву про реєстрацію лікарського засобу;
- моніторинг просування лікарських засобів на фармацевтичному ринку;
- контроль зберігання лікарських засобів згідно анатомо-терапевтичної класифікації.
- контроль зберігання партій, дотримуючись порядку термінів придатності;
- контроль при закупці лікарських засобів, належної супровідної документації, що підтверджує якість та походження партії, а якщо це стосується лікарських засобів, що містять наркотичні речовини, вимагають ліцензію на діяльність з лікарськими засобами, що містять наркотичні речовини;
- своєчасне виявлення та вилучення з обігу лікарських засобів із невідповідною якістю, з пошкодженою первинною чи первинною упаковками, терміном придатності, що закінчився, лікарських засобів сумнівного походження;
- щоденний контроль параметрів середовища (температура, відносна вологість і т. д.) в приміщенні, де зберігаються партії лікарських засобів, дані вносяться до спеціального журналу;
- контроль дотримання санітарних норм, забезпечення дотримання санітарної програми.
- підготовка і забезпечення дотримання і виконання типових робочих процедур для робіт, що здійснюються на складах: прийом, розподіл, організація, зберігання і відправка партій лікарських засобів;

- перевірка і зберігання документів, що пов'язані з якістю, купівлею та продажем кожної партії лікарських засобів;
- контроль приймання, зберігання і звітності про повернені лікарські засоби без відхилень показників якості, ефективності і безпеки;
- організація блокування, вилучення і зберігання лікарських засобів, які показали невідповідність вимогам до якості, ефективності і безпеки;
- утилізація виявлених неякісних лікарських засобів;
- фіксування руху кожної партії з метою своєчасного виявлення прогалин, блокування та виведення лікарських засобів з ринку.

Оптові постачальники лікарських засобів використовують та підтримують систему моніторингу спеціальних умов зберігання та забезпечують зберігання всіх лікарських засобів відповідно до конкретних вимог виробників. Персонал оптового сектору фармацевтичного ринку Болгарії – керівники складів, фармацевти, помічники фармацевтів та інший персонал повинні мати відповідну кваліфікацію та досвід для забезпечення належної якості, зберігання та реалізації лікарських засобів та медичних виробів.

Література:

1. Dimova A., Moutafova E., Rogova M., Etanasova E. (2012) Bulgaria Health system review. *Health systems in transition* 14(3):1-186.
2. Good Manufacturing and Distribution Practices (2020).URL: https://ec.europa.eu/health/human-use/good_manufacturing_distribution_practices_en (Дата звернення: 17.03.2020).
3. Stoimenova A., Zaykova K., Kirilov B. (2019). Analysis of good distribution practice inspection deficiency data of pharmaceutical wholesalers in Bulgaria. *Farmatsiia* . Vol. 66(3):85-89.
4. Zaykova K. Zhelyazkova D., Balgarinova N., Stoimenova A. (2019). A look into medical innovations & medical devices in 2013-2017. *Scripta Scientifica. Vox Studentium* 2, 29.
5. Stoimenova A., Kirilov B., Gueorguiev S., Petkova-Gueorguieva E., Ognianov S. (2020). Good Manufacturing Practice for Medicinal Products in Bulgaria: an Analysis of Regulatory Inspection Findings. *Folia Medica* 62(1): 165-171.

АНАЛІЗ ДИНАМІКИ НОМЕНКЛАТУРИ ТА ВИТРАТ У ПРОГРАМІ «ДОСТУПНІ ЛІКИ» В УКРАЇНІ

Гуз В. С., Заліська О. М., Максимович Н. М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна
vhuz@ukr.net

Вступ: Урядом України було впроваджено програму реімбурсації «Доступні ліки» з 01 квітня 2017 року для пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями, бронхіальною астмою та цукровим діабетом II типу. Відповідно до звіту ВООЗ (2019), ця бюджетна програма покращила доступ та забезпечення пацієнтів до основних лікарських засобів за 23 міжнародною непатентованою назвою (МНН). З 01 квітня 2019 року програма «Доступні ліки» керується Національною службою здоров'я України (НСЗУ – www.nszu.gov.ua), яка запровадила використання електронних рецептів (е-рецептів).

Метою дослідження було проаналізувати динаміку державного фінансування програми реімбурсації протягом 2017–2019 років та кількість електронних рецептів для амбулаторних пацієнтів, щоб визначити тенденції виписування лікарських засобів за областями, віком та статтю пацієнтів. Також ми визначили питання та перспективи електронних рецептів на серцево-судинні захворювання протягом квітня-грудня 2019 року.

Методики дослідження: статистичний, порівняльний та контент-аналіз.

Основний матеріал дослідження: у програмі відшкодування «Доступні ліки» (у квітні-грудні 2017 року) урядом України було виділено 700 млн. грн. (29,6 млн. доларів) та лікарями було виписано 14 млн. паперових рецептів; у 2018 році виділено 1 млрд. грн. (43,1 млн. дол. США) та виписано 8,1 млн. рецептів. У квітні-грудні 2019 року для програми було виділено 750 млн. грн. (32,3 млн. доларів та виписано 10,8 млн. е-рецептів. Нами проаналізовано, що темпи зростання фінансування програми становили 31%. У 2020 році уряд

України буде фінансувати програму на 2,3 млрд. грн. (99,1 млн. доларів), що свідчить про зростання забезпечення реімбурсації на 230%.

За статистичними даними НСЗУ, у 2019 році сімейними лікарями було виписано уже 1090 865 е-рецептів, що свідчить про високі темпи. Провідними за кількістю виписаних рецептів були Дніпропетровська (11,5% е-рецептів), Харківська (7,9% е-рецептів) та Львівська (6,3% е-рецептів) області. За статтю пацієнтів, для яких виписані е-рецепти відбувся такий розподіл: для жінок – 67,4%, для чоловіків – 32,6%. За віком амбулаторних хворих був розподіл: старше 65 років – 63,43%, 40-64 – 35,32%, 18-39 – 1,08%, 0-17 – 0,17% (18 472 е-рецептів).

За даними НСЗУ було виписано 8727426 е-рецептів для лікування серцево-судинних захворювань. Нами встановлено, що найчастіше сімейними лікарями для цих амбулаторних пацієнтів були призначені такі МНН як: бісопролол – 1357365 е-рецептів (15,6%), клопідогрель – 1343889 е-рецептів (15,4%), еналаприл – 1291616 е-рецептів (14,8%) та амлодипін – 1108021 е-рецептів (12,7%).

Висновки: В Україні значним досягненням є впровадження системи електронних рецептів та їх реімбурсації. Нами встановлено значну позитивну динаміку фінансування програми реімбурсації «Доступні ліки» протягом 2017–2019 років. За даними НСЗУ за 9 місяців 2019 року було призначено майже 11 млн. е-рецептів. У виписуванні е-рецептів провідними областями є Дніпропетровська, Харківська та Львівська. Ми визначили, що більшість амбулаторних пацієнтів це хворі старше 65 років. Також було призначено понад 18 000 е-рецептів для дітей. Тому перспективним є розширення переліку МНН та дозувань для дітей. У період пандемії коронавірусу триває розширення програми реімбурсації за рахунок препарату «Плаквініл» з квітня 2020 року з метою забезпечення хворих на ревматоїдні захворювання, зокрема на системний червоний вовчак. Доцільним є розширення переліку нозологій та номенклатури препаратів у програмі «Доступні ліки», враховуючи фінансові можливості країни.

**ДО АКТУАЛЬНОСТІ РОЗРОБКИ ПРОТОКОЛІВ ПРОВІЗОРА
(ФАРМАЦЕВТА) ПРИ ВІДПУСКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ
ЛІКУВАННЯ ОСІБ З СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ
ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЗА ПРОГРАМОЮ «ДОСТУПНІ ЛІКИ»**

Зупанець І. А., Сахарова Т.С., Безугла Н.П.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

clinpharm@nuph.edu.ua

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є основною проблемою сучасної медицини через надзвичайно високий рівень смертності та інвалідизації населення як у світі, так й в Україні. Понад 75% випадків смерті від ССЗ в світі припадає на країни з низьким і середнім рівнем доходів населення (до яких належить Україна), що лягає важким тягарем на їх економіку. Лікування хворих на ССЗ вимагає значних коштів – 1-2 % загальних витрат на охорону здоров'я в індустріально розвинених країнах. На відміну від населення в країнах з високим рівнем доходів, де велика увага приділяється первинній та вторинній профілактиці, хворі на ССЗ та інші неінфекційні захворювання в країнах з низьким і середнім рівнем доходів, мають менший доступ до ефективної і соціально-справедливої медичної допомоги, яка б відповідала їхнім потребам (включаючи служби раннього виявлення), до того ж хворі вимушені витратити високу частку власних коштів на лікування ССЗ. В результаті цього багато хворих у цих країнах вмирають в більш молодому віці, часто в найпродуктивніші роки життя. Стратегічним напрямком боротьби з ССЗ у світовій системі охорони здоров'я визнано проведення широкомасштабних профілактичних заходів за допомогою комплексного урахування загального серцево-судинного ризику, а також проведення якісного лікування із забезпеченням доступу хворих до основних технологій охорони здоров'я та основних лікарських засобів. З 1 квітня 2017 р. в Україні почала працювати урядова програма «Доступні ліки» (з 1 квітня 2019 р. програму адмініструє Національна служба здоров'я України) для лікування соціально значущих захворювань, а саме, захворювань серцево-судинної системи, бронхіальної астми та цукрового діабету. Її метою є зменшення

смертності та кількості ускладнень від цих захворювань, підвищення доступності лікарських засобів (ЛЗ) для хворих. Впровадження програми реімбурсації дає українцям право на безкоштовне (або з незначною доплатою) отримання ЛЗ. За оцінками ВООЗ програма «Доступні ліки» поліпшила доступ українців до лікування, а також дозволила знизити ціни на препарати. Завдяки програмі українці можуть лікуватись безперервно і не переривати курс через нестачу коштів. Отримати ліки можна в аптеках, які беруть участь в програмі, на підставі виписаного лікарем рецепта із зазначенням міжнародної непатентованої назви (МНН) ЛЗ. Залучення фармацевтичних працівників до реалізації програми «Доступні ліки» не обмежується лише «обслуговуванням рецепта», а передбачає їх активну участь у проведенні інформаційно-просвітницької та консультативної роботи у рамках програм первинної та вторинної профілактики.

З огляду на сучасні тенденції до стандартизації медичної та фармацевтичної допомоги актуалізується питання щодо доцільності розробки проекту, а надалі – затвердження на рівні МОЗ, Протоколів провізора (фармацевта) при відпуску за рецептом лікарських засобів для лікування осіб з серцево-судинними захворюваннями, вартість яких підлягає повному або частковому відшкодуванню державою. Протокол визначає послідовність дій провізора (фармацевта) у разі звернення до аптеки пацієнта / представника пацієнта з рецептом на відповідний ЛЗ та визначає коло його професійних компетенцій.

Розробка Протоколів провізора (фармацевта) здійснюється співробітниками кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації НФаУ у співавторстві з провідними фахівцями ДЕЦ МОЗ України. Протоколи (щодо ішемічної хвороби серця, хронічної серцевої недостатності, артеріальної гіпертензії) мають уніфіковану структуру і складаються з паспортної частини (розділ 1), у якій наводиться загальна характеристика документу (дата створення, автори-розробники, код захворювання за МКХ Х) та декількох спеціалізованих частин, які є адаптованими до відповідного

захворювання. Це розділи з інформаційно-просвітницької діяльності (розділ 2), алгоритму дій провізора при зверненні до аптеки пацієнта / представника пацієнта з рецептом за програмою «Доступні ліки» (розділ 3), переліку ЛЗ, що входять до затвердженого національного Реєстру лікарських засобів, які підлягають реімбурсації (розділ 4); надання належної інформації щодо ЛЗ (розділ 5) та переліку літератури з посиланнями на накази, керівництва, а також протоколи надання медичної допомоги, у яких викладені сучасні методи лікування, що мають високий рівень доказовості.

У розділі 2 «Проведення інформаційно-просвітницької роботи» визначені напрямки роз'яснювальної роботи провізора серед населення, яка зосереджується на інформуванні щодо факторів ризику розвитку ССЗ, які пов'язані зі способом життя, зокрема, з палінням, нездоровим харчуванням, недостатньою фізичною активністю, а також психосоціальними факторами; консультуванні хворих на ССЗ про важливість і необхідність модифікації способу життя, що, за даними ВООЗ, забезпечує уникнення більш ніж три чверті всіх випадків смерті від серцево-судинних захворювань, про необхідність безперервного лікування, можливих наслідків відмови від лікування (розвиток ускладнень), щодо недопущення самолікування ССЗ та підвищення прихильності до лікування (комплаєнсу).

Розділ 5 є найбільш об'ємним та включає докладні рекомендації щодо режиму дозування, умов прийому ЛЗ, правил його зберігання, терміну лікування та ін. Представлені найбільш часті побічні ефекти при прийомі ЛЗ та порядок дій пацієнта і провізора у випадку розвитку побічних реакцій, застереження при застосуванні ЛЗ, а саме, результат можливої взаємодії з іншими ЛЗ, алкоголем, їжею, обмеження при прийомі ЛЗ (наприклад, можливість керувати автівкою, застосування вагітними, хворими з порушенням видільної функції нирок, захворюваннями печінки, іншими супутніми захворюваннями) тощо. Також наведені загальні рекомендації з оптимізації режиму та раціону харчування, проведення постійного

самомоніторингу рівня АТ, вмісту загального холестерину або залучення до цього інших осіб.

Загалом вказані Протоколи дозволять не лише стандартизувати фармацевтичну опіку при відпуску за рецептом ЛЗ, вартість яких підлягає реімбурсації, але й підвищити роль провізора (фармацевта) на першому етапі надання лікарської допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я України

ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРОТИЗАПЛІДНИМИ ЗАСОБАМИ В УКРАЇНІ

Маганова Т. В., Ткаченко Н. О.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна
bataneofarm@gmail.com

Забезпечення жіночої частини населення протизаплідними засобами (ПЗ) займає першочергове місце у формуванні загальнодержавної (суспільної) і особистісної безпеки. Якість та результативність подібних систем (системи забезпечення різними фармацевтичними товарами) залежить від ресурсів, якими оперує дана система та її елементів (управлінська ланка, виробники, постачальники фармацевтичних послуг, фармацевтичні й медичні працівники). Актуальності набуває визначення проблемних питань як функціонування системи загалом, так і кожного структурного елементу. А вивчення процесу обігу ресурсів сприятиме формуванню повноцінної картини роботи цієї системи та допоможе визначити можливі шляхи її удосконалення з позиції фармацевтичної та національної безпеки.

Мета роботи – визначення проблемних питань функціонування структурних елементів та процесу обігу вхідних ресурсів системи забезпечення ПЗ, а також їх наслідків для суспільства.

Методи дослідження: аналітичний, синтетичний, логічний та метод узагальнення.

Основний матеріал дослідження. Систему забезпечення ПЗ потрібно розглядати з позиції «Теорії систем», яка дозволяє наглядно відтворити структурно-функціональну будову системи та визначити процес обігу усіх необхідних ресурсів для її функціонування у часі.

Першочергове значення у роботі системи, як цілісного інструменту суспільної допомоги, має керуюча підсистема. Вона приймає на себе обов'язки по удосконаленню, розподілу ресурсів та контролю за роботою інших керованих підсистем. Без належного управління неможливе подальше функціонування будь-якого утворення, що в даному контексті, ставить під загрозу не тільки здоров'я жінки, а і майбутнє суспільства (розглядаючи жінку як суспільну одиницю).

Інший проблемний аспект формується на рівні виробників та постачальників фармацевтичних послуг (оптовий і роздрібний сегмент фармацевтичного ринку), які захищаючи свої бізнес-інтереси, переносять елементи соціальної політики фармацевтичної компанії на другий план.

Наступні проблемні питання стосуються таких елементів системи, як медичні та фармацевтичні фахівці. Їх слід розглядати з позиції залежної ланки, адже вони отримують ресурси «згори». Очевидно, що відсутність якісних, своєчасних та достовірних інформаційних ресурсів у керуючої та керованої підсистем щодо засобів контрацепції призводить до дезінформованості лікарів та інших працівників галузі охорони здоров'я. Наслідки – обмеження асортименту «класичними» засобами контрацепції та відсутність вибору відповідного для жінки засобу (формування незадоволеної потреби), поширення негативних суспільних явищ пов'язаних з низьким рівнем статевого виховання, самолікування, ірраціональне використання ПЗ.

Аналізуючи процес обігу ресурсів, особливої уваги заслуговують вхідні фінансові ресурси (їх цільове призначення та раціональний розподіл).

Зрозуміло, що відсутність будь-яких програм підтримки головних підсистем, унеможлиблює активність процесу забезпечення споживачів-жінок ПЗ, а також викривляє зворотній зв'язок, що призводить до невідповідності попиту споживачів й пропозицій системи.

Висновки. У ході дослідження визначені проблемні питання функціонування структурних елементів та процесу обігу вхідних ресурсів системи забезпечення ПЗ. Доведено, що дані структурні елементи є взаємозалежними як між собою, так і з зовнішнім середовищем (суспільством та споживачами-жінками). Обґрунтовано доцільність вирішення визначених проблем, що вплине як на рівень особистісної безпеки жінки, так і на національну безпеку.

РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ ФАКТОРІВ НЕСПРИЯТЛИВОГО РОЗВИТКУ ЛІМФОГРАНУЛЕМАТОЗУ ЯК ПІДҐРУНТТЯ ДЛЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ЕФЕКТИВНОГО ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОНКОГЕМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Панфілова Г.Л.¹, Матушак М.Р.²

¹Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

²ВДНЗ Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна
matushakmarta@gmail.com

Серед злоякісних лімфом – лімфогранулематоз (ЛГМ) займає особливе місце, яке обумовлено дією цілого спектру факторів. З одного боку ЛГМ є відносно рідким захворюванням (0,5–1% усіх форм раку та близько 30% від загальної кількості лімфом) з відносно високими показниками виживаності хворих, а із іншого – у віці від 15 до 24 років майже кожен 6-й випадок постановки онкологічного діагнозу припадає на ЛГМ. В останні роки все більшого поширення набуває застосування високоефективних протипухлинних препаратів (ПП) цілеспрямованої дії, а також інших методів лікування ЛГМ. Пошук та ефективне використання ПП потребує ґрунтовних

досліджень у визначенні найбільш впливових факторів несприятливого розвитку цієї патології. Зазначене обумовило мету наших досліджень.

Мета дослідження – аналіз даних сучасної літератури, що висвітлюють питання організації лікувального процесу хворих на ЛГМ та визначення факторів несприятливого його розвитку у онкогематологічних хворих.

Систематизуючи **результати досліджень** можна стверджувати, що сучасні схеми комбінованої хіміотерапії та променевої терапії дозволили суттєво підвищити рівень ефективності лікування хворих на ЛГМ незалежно від перебігу та стадії розвитку патологічного процесу. В економічно розвинутих країнах світу такий важливий показник, як 5-річна загальна виживаність хворих на ЛГМ становить 96,0%. На жаль, в Україні він дорівнює приблизно 75,0%. Важливого значення в організації ефективної хіміотерапії ЛГМ має використання диференційного підходу до терапії різних груп хворих, які визначаються за даними аналізу несприятливих прогностичних факторів. Як вважають фахівці, виділення несприятливих факторів перебігу ЛГМ з наступним розподілом хворих на відповідні прогностичні групи є одним із пріоритетних стратегічних напрямків розвитку онкогематології. Використання цього підходу має значний вплив на організацію фармацевтичного забезпечення спеціалізованих закладів охорони здоров'я, що фінансуються, як відомо, за рахунок державних коштів. Так, ще у середині ХХ сторіччя першими факторами, що дозволяли прогнозувати перебіг захворювання, вибір лікування та відповідні ПП були стадія хвороби й наявність симптомів інтоксикації. На даний час стратегія лікування хворих на ЛГМ має суттєві відмінності. До основних груп факторів несприятливого розвитку ЛГМ фахівцями відносяться: сукупність характеристик, які обумовлені біологією самої пухлини, насамперед, це кількість пухлинних клітин, рівень їх проліферативної активності та схильність до апоптозу, ступінь експресії різних антигенів; особливості розвитку пухлині, які обумовлені генетичними чинниками; комплекс

факторів, що характеризують реактивність мікрооточення (склад реактивного інфільтрату, його кількісні та якісні характеристики, експресія активаційних антигенів тощо); показники ефективності взаємодії пухлини з клітинними елементами, що її оточує (рівень показників експресії цитокінів, хемокінів, адгезії); комплекс параметрів, які характеризують загальний стан природної та специфічної ланок імунної системи хворих на ЛГМ.

Наприкінці можна стверджувати, що організація фармацевтичного забезпечення хворих на ЛГМ є складним питанням. Актуальним напрямком досліджень є подальший пошук та вивчення прогностичних факторів, які дозволять не тільки вибудувати правильну тактику лікування ЛГМ, а й організувати раціональні моделі їх фармацевтичного забезпечення за умов існуючого ресурсного забезпечення охорони здоров'я.

ОРГАНІЗАЦІЯ ЕФЕКТИВНОЇ ХІМІОТЕРАПІЇ ГОСТРИХ ЛЕЙКОЗІВ ЯК ВАЖЛИВИЙ НАПРЯМОК ЛІКУВАННЯ ОНКОГЕМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Цурікова О. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
zurikova2008@gmail.com

Сучасна онкогематологія є однією з найбільш динамічних галузей медицини, яка в останній час стало активно розвиватися за широким спектром напрямків. Це й вивчення в імуногематології, сфері практичного використання цитокінів тощо. Рівень ефективності лікування хворих на гострі лейкози з кожним роком зростає, при цьому питання організації раціонального використання протипухлинних препаратів (ПП) залишається досить відкритим. За даними Національного канцер-реєстру гострі лейкози займають домінуючі позиції в структурі онкопатологій у хворих до 17 років,

а щорічно кількість таких пацієнтів в Україні зростає. Тому аналіз досвіду організації ефективної хіміотерапії (ХТ) гострих лейкозів є актуальним.

Мета дослідження полягала в аналізі сучасного досвіду в організації ефективної ХТ хворим на гострі форми лейкозу в світі та в Україні.

Результати дослідження. Систематизація даних спеціальної літератури дозволила констатувати про наступне. Класичні підходи до організації ефективної ХТ гострих форм лейкозів базуються на таких принципах: тривалість та інтенсифікація терапії на всіх етапах розвитку хвороби; чітке дотримання доз, комбінації препаратів і термінів їх вживання відповідно до вимог протоколів лікування; комбінація цитостатичних препаратів з метою синхронізації механізму дії лікарських засобів (ЛЗ) із фазами мітотичного циклу лейкозних клітин (призначення ЛЗ різної фазової циклоспецифічності з нециклоспецифічними препаратами, що сприяє охопленню значної кількості лейкозних клітин); дотримання циклічності та переривчастості в застосуванні ПП; своєчасне усунення побічних дій та ускладнень від призначень цитостатиків.

На даний час, верстовим каменем для сучасної онкогематології стала високодозова ХТ з автота алотрансплантацією кісткового мозку або стовбурових гемопоетичних клітин периферичної крові. ХТ здійснюється у декілька етапів: індукція ремісії, що спрямована на максимальне зниження кількості лейкозних клітин (інтенсивні курси поліхіміотерапії протягом 4-6 тижнів); консолідація (застосування в період ремісії двох-трьох курсів інтенсивної терапії за схемами, що використовувалися для індукції повної ремісії) або інтенсифікація ремісії (використання більш активних, з терапевтичного погляду, схем хіміотерапії) та санація мозкових оболонок (краніоспінальне опромінювання та інтралюмбальне введення цитостатиків); підтримувальна або протирецидивна терапія (використання 3-6-тижневих курсів монохіміотерапії протягом усього періоду ремісії під контролем гематологічних показників); реіндукція ремісії (досягається завдяки застосуванню коротких курсів інтенсивної поліхіміотерапії в період ремісії).

Відповідно до сучасних вимог онкогематології більшість існуючих протоколів лікування гострих лейкозів базується на принципах інтенсивної ініціальної ХТ, що здійснюється з метою максимального знищення пулу лейкемічних клітин за умов корекції наслідків формування лікарської резистентності та проведення інтенсивної профілактики нейролейкемії. В Україні лікування хворих на лейкози здійснюється за протоколами, що затверджені наказами МОЗ України від 30.06.2010 р. № 647 за спеціальністю «Гематологія» і наказом МОЗ України від 20. 07.2005 р. № 364 за спеціальністю «Дитяча гематологія». Тактика лікування дорослих хворих полягає в індукції ремісії, консолідації, підтримувальної терапії, профілактиці нейролейкемії.

В заключенні можна стверджувати, що тяжкість патологічного процесу при гострих лейкозах та серйозні побічні дії ПП обумовлюють необхідність проведення значного обсягу лікувальних заходів (терапії прикриття). Ці заходи складаються з трансфузійної замісної терапії, дезінтоксикаційного лікування, імунотерапії, лікування інфекційних ускладнень, профілактика та лікування нейролейкемії.

**ОСНОВИ ПРАВА ТА ЗАКОНОДАВСТВА
У ФАРМАЦІЇ**

НОРМАТИВНО-ПРАВОВИЙ АНАЛІЗ ПРОГРАМИ МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Волкова А.В., Рищенко О.О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
socpharm@nuph.edu.ua

Вступ. Відповідно до ст. 3 Конституції України людина, її життя і здоров'я є найвищою цінністю держави, основним завданням якої є забезпечення доступності всіх соціально важливих гарантій життя. Однак, сьогодні Україна суттєво відстає від європейських країн за такими показниками, як тривалість життя та смертність. Це вказує на застарілість і низьку ефективність системи охорони здоров'я (ОЗ) та необхідність у проведенні її раціоналізації шляхом запровадження гарантованого державою пакету медичних послуг та лікарських засобів.

Метою дослідження стало проведення аналізу положень нормативно-правових актів щодо впровадження програми медичних гарантій в умовах реформування системи ОЗ для визначення її соціально орієнтованого напрямку.

Методики дослідження. В якості об'єктів дослідження виступали нормативно-правові акти, положеннями яких впроваджують програму медичних гарантій у систему ОЗ України. При проведенні дослідження використано контент-аналіз та метод систематизації даних.

Основний матеріал. На сьогодні передбачені ст. 49 Конституції України права кожного громадянина на отримання медичної допомоги на безоплатній основі додатково прописані у Законі України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Зокрема, положеннями Закону передбачено з 1 січня 2018 р. поетапне впровадження програми державних гарантій медичного обслуговування у вигляді переліку та обсягу медичних послуг та ліків, що оплачуються з Державного бюджету на основі єдиних національних тарифів.

В межах програми медичних гарантій всім громадянам України гарантується повна оплата за рахунок Державного бюджету необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням: екстреної медичної допомоги; первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; паліативної медичної допомоги; медичної реабілітації; медичної допомоги дітям до 16 років; медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами. Встановлено, що оплата медичних послуг закладам охорони здоров'я (ЗОЗ) буде проводитися на підставі оформлених договорів між ЗОЗ та Національною службою здоров'я України. Стратегічні закупівлі медичних послуг відбуватиметься за 5-ма тарифами, 4 з яких вже впроваджено у 2020 році, а саме: капітаційна ставка (фіксована сума за кожного пацієнта), ставка за пролікований випадок (кількість госпіталізацій), ставка на медичну послугу (що розраховується відповідно до Постанови КМУ від 05.02.2020 р. «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році»), глобальна ставка (визначена кількість послуг), ставка за результатами виконання договорів (досягнення визначених показників при наданні медичних послуг).

Слід зазначити, що перелік пакетів медичних послуг, які будуть гарантовано державою оплачуватись з Державного бюджету, будуть переглядатись щорічно з урахуванням економічних можливостей держави. Так, у 2020 році будуть використовуватись 27 пакетів медичних послуг, серед яких враховано і реімбурсацію вартості лікарських засобів для лікування серцево-судинних захворювань, цукрового діабету II типу та бронхіальної астми.

Висновки. За результатами дослідження нормативно-правової бази державної програми медичних гарантій в умовах реформування системи ОЗ України встановлено соціальну орієнтованість держави з метою забезпечення доступності медичної та фармацевтичної допомоги для всіх верств населення, що відповідає вимогам ст. 49 Конституції України відносно забезпечення права громадян України на отримання безкоштовної медичної допомоги. Однак, запроваджена програма не може гарантувати щорічного

забезпечення населення медичною та фармацевтичною допомогою за рахунок держави, посиляючись на ст. 95 Конституції України, тлумачення якої дозволяє скорочувати перелік послуг та обсяги компенсацій за рахунок Державного бюджету в залежності від економічних можливостей держави.

ВПРОВАДЖЕННЯ МЕТОДОЛОГІЇ «УГОДИ КЕРОВАНОГО ДОСТУПУ» ДЛЯ ІННОВАЦІЙ ПРИ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЯХ В УКРАЇНІ

Заліська О.М., Стасів Х.-О. Я., Максимович Н.М.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
м. Львів, Україна

khrystyna.stasiv6545@gmail.com

Вступ. ВООЗ обґрунтовує необхідність покращення стану репродуктивного здоров'я, створення стратегій, що мають на меті оптимізацію схем лікування безпліддя з використанням інноваційних препаратів. В Україні у впровадженні системи оцінки медичних технологій (Health Technology Assessment – HTA) необхідним є застосування сучасної методології «Угоди керованого доступу» (Managed Entry Agreements – MEA), що активно використовується в європейських країнах для забезпечення швидшого доступу до інноваційних препаратів, їх фінансування з бюджетних (страхових) фондів для хронічних захворювань, також при допоміжних репродуктивних технологіях (ДРТ) відповідно до програм лікування безпліддя, що діють у кожній державі.

Мета дослідження на основі аналізу практики використання MEA в Європі обґрунтувати застосування MEA в Україні з підготовкою відповідного інформаційного забезпечення – інформаційного листа та публікацій для спеціалістів в охороні здоров'я.

Методики дослідження. Системний аналіз даних міжнародних звітів, публікацій результати використання методики МЕА у провідних країнах Європи – Бельгії, Німеччині, Угорщині, Франції. Основними об'єктами контент-аналізу були наукові статті, огляди фахівців Міжнародного товариства фармакоекономічних досліджень (ISPOR), Лондонської школи економіки (LSE) та інших публікацій у базі Pubmed. Методами узагальнення, системного аналізу були вивчені дані про включення інноваційних препаратів, зокрема для проведення ДРТ у законодавчо регламентовані "Угоди керованого доступу" в країнах Центральної та Східної Європи.

Основний матеріал дослідження. Нами узагальнено, що в країнах Європи законодавчо регулюються та використовують 6 основних методів МЕА – це знижка на інноваційний ЛЗ, угоди цінового обсягу, безкоштовно ЛЗ на перший курс лікування, відшкодування витрат за даними НТА-звіту, фінансування витрат після моніторингу результатів лікування, відшкодування витрат при умові накопичення доказів про безпеку та ефективність. Методологія МЕА послідовно впроваджується у країнах Східної та Центральної Європи для забезпечення доступності до інноваційних ліків. Нами узагальнено систему використання методів МЕА в країнах Європи, підготовлено і видано інформаційний лист «Використання методу «Угоди керованого доступу» для інноваційних лікарських засобів для доступності допоміжних репродуктивних схем у системі оцінки медичних технологій» (автори: Заліська О.М., Стасів Х.-О.Я. 2019. Київ, Укрмедпатентінформ. 4 с.) та фахову публікацію у «Фармацевтичному журналі» для поліпшення інформаційного забезпечення фахівців медицини і фармації.

Висновки. Підготовлений інформаційний лист у 2019 році був впроваджений у діяльність клінічних центрів з репродуктивної медицини та у роботу НТА Департаменту ДЕЦ МОЗ України, що сприятиме забезпеченню реалізації основних положень «Державна стратегія реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами на період до 2025» та проведенні бюджетних закупівель інноваційних ліків.

Методи МЕА, які широко впроваджені у країнах Європи, є доцільно застосовувати для оцінки витрат на схеми лікування, враховуючи показники про ефективність, якість життя, результати, оцінювати вплив на бюджет країни при впровадженні інноваційного препарату для економії витрат у системі охорони здоров'я та раціонального використання бюджетних коштів. Інноваційні препарати при ДРТ необхідно включати до закупівель шляхом методики МЕА, що забезпечить оптимізацію розподілу коштів на діючу Державну програму з лікування безпліддя та покращення доступності ДРТ для сімей, що має вагомое соціальне значення для поліпшення демографічних показників в Україні. Перспективним є розвиток нормативної бази з методики МЕА для інноваційних препаратів, які використовуються для лікування хронічних хворих, рідкісних захворювань в Україні.

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ОБІГУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ

Корж Ю.В.¹, Фурса Л.І.², Терещенко Л.В.¹, Зайцева Ю.Л.¹

¹Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

²Товариство з обмеженою відповідальністю ФК МАГНОЛІЯ

socpharm@nuph.edu.ua

Вступ. У зв'язку з поширенням у світі коронавірусної інфекції (COVID-19) 11 березня 2020 р. Всесвітня організація охорони здоров'я оголосила про її пандемію, а 13 березня 2020 р. визнала, що епіцентром COVID-19 стала Європа. В Україні на законодавчому рівні впроваджуються заходи, які спрямовані на запобігання виникненню і поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19). За таких умов правове регулювання обігу лікарських засобів (ЛЗ) має значне соціальне значення, адже від його ефективності залежить здоров'я громадян України та формується основа національної безпеки країни.

Метою дослідження стало проведення аналізу змін до правового регулювання обігу ЛЗ, яке направлене на удосконалення механізмів з надання медичної та фармацевтичної допомоги хворим на коронавірусну інфекцію (COVID-19). Для проведення дослідження були використані дані офіційного веб-порталу Верховної Ради України.

Основний матеріал дослідження. В Україні на законодавчому рівні були зроблені значні кроки для вирішення проблеми надання доступної медичної та фармацевтичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19). Зокрема, Законом України від 30.03.2020 р. № 539-IX «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо забезпечення лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)» дозволено застосовувати незареєстровані ЛЗ, що рекомендовані офіційним органом Сполучених Штатів Америки, країн – членів Європейського Союзу, Великобританії, Швейцарської Конфедерації, Японії, Австралії, Канади, Китайської Народної Республіки, Держави Ізраїль для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19) у відповідній країні. Окрім того, дозволено застосовувати зареєстровані ЛЗ за показаннями, незазначеними в інструкції для медичного застосування за умови наявності доведеної ефективності щодо лікування COVID-19 та/або якщо такі ліки рекомендовані офіційним органом вказаних держав для лікування COVID-19 у відповідній країні. Слід зазначити, що відповідно до прийнятих змін Кабінет Міністрів України (КМУ) має забезпечити: проведення експертизи матеріалів клінічних випробувань ЛЗ для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19) та суттєвих поправок до них, за умови подання таких матеріалів, викладених українською чи англійською мовою, у строк до 5 календарних днів; здійснення МОЗ невідкладного та постійного оновлення протоколів надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19), переліку ЛЗ для її терапії в установленому порядку; здійснення МОЗ України моніторингу безпеки та ефективності ЛЗ для лікування коронавірусної хвороби в установленому ним порядку тощо. На виконання пункту 2 розділу II «Прикінцеві положення» Закону № 539-IX, наказом МОЗ України від

02.04.2020 р. № 762 «Про затвердження протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)» розроблено та затверджено протокол надання медичної допомоги для лікування COVID-19.

У той же час, для підвищення економічної доступності ЛЗ на законодавчому рівні внесені зміни у сферу оподаткування та контролю за цінами. Зокрема, Законом України від 02.04.2020 р. № 530-IX «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України, спрямованих на запобігання виникненню і поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19)» тимчасово звільняються від оподаткування податком на додану вартість операції з ввезення на митну територію України ЛЗ, медичних виробів та/або медичного обладнання, необхідних для виконання заходів, спрямованих на запобігання виникненню і поширенню, локалізацію та ліквідацію спалахів, епідемій та пандемій COVID-19, перелік яких визначено КМУ. Крім того, тимчасово звільняються від сплати ввізного мита ЛЗ, медичні вироби та/або медичне обладнання, необхідні для боротьби з COVID-19, а їх митне оформлення здійснюється першочергово. Слід зазначити, що допускається подання попередньої або тимчасової декларації. Вищезазначений перелік ЛЗ, медичних виробів та/або медичного обладнання затверджений Постановою КМУ від 20.03.2020 р. № 224 «Про затвердження переліку ЛЗ, медичних виробів та/або медичного обладнання, необхідних для здійснення заходів, спрямованих на запобігання виникненню і поширенню, локалізацію та ліквідацію спалахів, епідемій та пандемій коронавірусної хвороби (COVID-19), які звільняються від сплати ввізного мита та операції з ввезення яких на митну територію України звільняються від оподаткування податком на додану вартість». Слід відзначити, що відповідно до пункту 5 Закону України № 530-IX КМУ повинен у межах своїх повноважень забезпечити контроль за цінами на ЛЗ, товари медичного призначення та соціально значущі товари. З цією метою, Антимонопольний комітет України розробив рекомендації учасникам фармацевтичних ринків щодо здійснення заходів, спрямованих на запобігання порушенням законодавства про захист економічної конкуренції. Для забезпечення надання

населенню безоплатної та своєчасної медичної та фармацевтичної допомогою хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19) відбулися зміни у сфері здійснення публічних закупівель ЛЗ. Так, Постановою КМУ від 20.03.2020 р. № 225 «Деякі питання закупівлі товарів, робіт і послуг, необхідних для здійснення заходів, спрямованих на запобігання виникненню та поширенню, локалізацію та ліквідацію спалахів, епідемій та пандемій коронавірусної хвороби (COVID-19) на території України» спрощено процедуру здійснення публічних закупівель. Окрім цього, Постановою затверджено перелік товарів, робіт і послуг, який можна закуповувати за спрощеною процедурою.

Висновки. Вищезазначене свідчить, що запропоновані та впроваджені законодавчі зміни до правового регулювання обігу ЛЗ, шляхом удосконалення дієвих правових механізмів з надання медичної та фармацевтичної допомоги хворим на коронавірусну інфекцію, охоплюють основні етапи обігу ЛЗ на фармацевтичному ринку і направлені на забезпеченню населення ефективних, якісними та вкрай необхідними ЛЗ для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19).

АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПИТАНЬ ЗНЕШКОДЖЕННЯ НЕПРИДАТНИХ ДО ВИКОРИСТАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЗАКОРДОНОМ

Лабунець М. Д., Гала Л. О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна
labunets.m@gmail.com

Останніми роками у світі постійно зростає обсяг споживання лікарських засобів (ЛЗ) населенням як у грошовому, так і в натуральному вимірниках. Тільки в США щорічний приріст обсягу продаж фармацевтичної продукції становить 4-7%. Як наслідок, у світі збільшується кількість фармацевтичних відходів, які згодом, зважаючи на порушення принципів їх

належної утилізації, виявляються науковцями різних країн у поверхневих та ґрунтових водах, що призводить до негативного впливу на навколишнє природне середовище та здоров'я людини.

Метою роботи стало вивчення нормативно-правового регулювання забезпечення правильної утилізації ЛЗ, що за будь-яких причин не підлягають подальшому використанню, у країнах Європи та США.

Методи досліджень: бібліографічний (дані спеціальної літератури з питань утилізації ліків), аналітико-порівняльний методи та узагальнення.

Результати досліджень. У США знищення та утилізація невикористаних ЛЗ регламентується Законом про безпечну та відповідальну утилізацію ліків від 2010 р., а саме на етапах дистрибуції ЛЗ, їх імпорту, виробництва, зберігання та використання громадянами. Відповідно до вказаного Закону правила та способи утилізації регулює Управління боротьби з наркотиками (Drug Enforcement Administration – DEA). Аптеки та заклади охорони здоров'я можуть зареєструватися в програмі з повернення невикористаних ЛЗ. Законодавство декількох штатів санкціонує та керує програмами щодо належної утилізації ЛЗ споживачами (Мен, Огайо та Вашингтон), а нормативно-правові акти штату Іллінойсі забороняють медичним установам викидати невикористані ЛЗ у стічні води. Інші штати, такі як Коннектикут, Флорида, Нью-Йорк, Нью-Джерсі, надають публічні вказівки та навчальні матеріали населенню щодо належної утилізації ЛЗ. Управління боротьби з наркотиками організовує двічі на рік (у квітні та жовтні) міжнародні дні щодо повернення невикористаних ЛЗ до пунктів збору. Це є частиною просвітницької діяльності серед населення. Так, у квітні 2017 р. під час проведення національного дня з повернення ЛЗ було організовано 5498 пунктів збору по всій країні та зібрано 450 тонн непридатних ЛЗ.

У Європейському Союзі (ЄС) утилізація ЛЗ регулюється відповідними Директивами. У Директиві 2001/83/ЄС зазначається, що зовнішня упаковка ЛЗ обов'язково має містити інформацію про належну утилізацію конкретного ЛЗ. Прийнята в 2004 р. Директива 2004/27/ЄС зобов'язує держави-члени ЄС

створити відповідні національні схеми збору для непридатних до використання з будь-яких причин ЛЗ. Дослідження, проведене Європейською асоціацією фармацевтичної промисловості у 22 країнах-членах ЄС, свідчить, що в 19 країнах сформовано національні системи зі збору протермінованих і невикористаних ліків, але вони відрізняються між собою за джерелами фінансування, підходами до функціонування, вартістю послуг, яка коливається від 400 до 4000 євро за тонну знищеного матеріалу, та безпосередньо за процесами утилізації. Наприклад, у Бельгії, Португалії, Франції створено національні системи збору ЛЗ за участю аптек, дистриб'юторів та виробників, а в Італії, Фінляндії, Нідерландах, Австрії збір ЛЗ здійснюється переважно на місцевому рівні комунальними підприємствами.

Висновки. Таким чином, встановлено суттєві відмінності у впровадженні належних схем збору невикористаних ЛЗ між різними штатами США та країнами-членами ЄС. Від ефективності функціонування механізмів знешкодження фармацевтичних відходів в різних країнах світу залежить їх вплив на навколишнє природне середовище. У зв'язку з зазначеним доцільним є розробка належних підходів до поводження з небезпечними відходами на міжнародному рівні та встановлення правової відповідальності за порушення вимог законодавства.

АНАЛИЗ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РАБОТНИКА В УКРАИНЕ

Болдарь Г.Е., Аит Хмида Шаима

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

socpharm@nuph.edu.ua

Введение. Нормы Уголовного Кодекса Украины (УК) являются необходимой составляющей механизма правового регулирования

фармацевтической деятельности. В последнее время в законодательстве Украины наблюдается тенденция усиления уголовной ответственности фармацевтических работников за совершение профессиональных правонарушений. Изучение специальной литературы позволяет утверждать, что в большинстве работ внимание сфокусировано на исследовании медицинского работника как субъекта преступлений, а проблемам уголовно-правового статуса фармацевтического работника не уделяется достаточно внимания.

Цель. В связи с этим целью исследования является выяснение особенностей правового регулирования уголовной ответственности фармацевтического работника в Украине на современном этапе.

Материалами исследования стали нормы УК Украины и других законодательных актов, а также сведения, содержащиеся в Едином государственном реестре судебных решений. Были использованы такие **методы** научного познания: анализ, синтез, обобщение, системный, формально-логический, толкование правовой нормы.

Результаты. В результате проведенного исследования установлено, что фармацевтический работник прямо назван в статьях УК Украины как субъект следующих преступлений: ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей, повлекшее заражение лица вирусом иммунодефицита человека либо иной неизлечимой инфекционной болезнью (ст. 131 УК), ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником (ст. 140 УК), фальсификация лекарственных средств (ЛС) или оборот фальсифицированных ЛС (ч. 2 ст. 321-1 УК).

Анализ содержания других уголовно-правовых норм дает основания считать, что фармацевтическим работником при исполнении профессиональных обязанностей могут быть совершены такие преступления, как завладение наркотическими средствами, психотропными веществами или их аналогами путем злоупотребления должностным лицом своим служебным

положением (ч. 2 ст. 308 УК); завладение прекурсорами путем злоупотребления должностным лицом своим служебным положением (ч. 2 ст. 312 УК); завладение оборудованием, предназначенным для изготовления наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, путем злоупотребления должностным лицом своим служебным положением (ч. 2 ст. 313 УК); нарушение установленных правил оборота наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов или прекурсоров (ст. 320 УК); незаконное производство, изготовление, приобретение, перевозка, пересылка, хранение с целью сбыта или сбыт ядовитых или сильнодействующих веществ или ядовитых или сильнодействующих лекарственных средств (ст. 321 УК); нарушение установленного порядка доклинического изучения, клинических испытаний и государственной регистрации ЛС (ст. 321-2 УК).

В пользу этого свидетельствуют и материалы судебной практики. Так, приговором Франковского районного суда г. Львова от 26.09.2011 г. по ч. 1 ст. 320 УК Украины за нарушение правил отпуска наркотических средств был осужден провизор аптеки, который продал гражданину без рецепта сорок таблеток «Кондрепин ИС». Своими действиями провизор нарушил «Порядок отпуска ЛС и изделий медицинского назначения из аптек и их структурных подразделений», утвержденный приказом МОЗ Украины от 19.07.2005 г. № 360.

Приговором Ямпольского районного суда Сумской области от 15.09.2010 г. по ч. 1 ст. 320 УК Украины был осужден заведующий аптекой. Судом установлено, что этим лицом после окончания срока действия лицензии на осуществление хозяйственной деятельности по розничной торговле ЛС и до получения новой были нарушены установленные правила хранения психотропных ЛС, в состав которых входит оксибутират.

Следует отметить, что именно возможность привлечения к самому строгому из видов юридической ответственности за нарушение установленного порядка доклинического изучения, клинических испытаний

и государственной регистрации ЛС вызывает беспокойство у определенных представителей фармацевтической и медицинской общественности. Например, Европейская Бизнес Ассоциация (ЕБА) неоднократно обращалась с открытыми письмами, в которых приводились аргументы в пользу негативных последствий криминализации в 2012 г. этих деяний. Отстаивалась мысль о том, что предусмотренная ст. 321-2 УК Украины уголовная ответственность не имеет аналогов в европейском законодательстве и международной практике. За аналогичные нарушения, которые, по мнению представителей ЕБА, является по сути процедурными, в законодательстве стран-членов Европейского Союза предусмотрена административная ответственность.

Выводы. В зависимости от того назван в тексте статьи УК Украины фармацевтический работник как субъект преступления или нет, общественно опасные деяния можно разделить на две группы. К первой группе следует отнести преступления, предусмотренные ст. 131, ст. 140, ч. 2 ст. 321-1 УК Украины, в диспозициях которых содержится прямое указание на фармацевтического работника как субъекта преступления. Ко второй группе относятся деяния, предусмотренные ч. 2 ст. 308, ч. 2 ст. 312, ч. 2 ст. 313, ст. 320, ст. 321, ст. 321-2 УК Украины. В текстах этих норм такого прямого указания нет. Однако толкование содержания перечисленных статей УК Украины и анализ судебной практики, позволяют утверждать, что фармацевтический работник может совершать подобные преступления в связи с непосредственным выполнением своих профессиональных обязанностей.

Приведенная классификация имеет важное практическое значение для изучения проблем обоснованности уголовной ответственности сотрудников фармации и совершенствования законодательства в этой сфере.

**СОЦІАЛЬНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ
У ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ СЕКТОРІ
ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ ВІТЧИЗНЯНИХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ У СФЕРІ ЗВ'ЯЗКІВ З ГРОМАДСЬКІСТЮ

Бабічева Г. С., Ніщименко О. С.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

babicheva.ann5@gmail.com

В умовах загострення конкуренції фармацевтичні підприємства усвідомлюють важливість соціальної відповідальності бізнесу, що характеризується збалансованістю трьох складових – потреб споживачів, прибутку підприємства і добробуту суспільства в цілому. Концепція соціально-орієнтованого маркетингу дозволяє компаніям досягти стабільного фінансово-економічного розвитку завдяки ефективній взаємодії з партнерами, клієнтами, органами державної влади, громадськими організаціями, що, в свою чергу, сприяє підвищенню іміджу фармацевтичного підприємства і формуванню споживчої лояльності. В якості основних засобів побудови довготривалих взаємовідносин із суспільством виступають Public Relations (PR) – зв'язки з громадськістю. За таких умов вивчення особливостей застосування концепції PR у сфері фармації є вельми актуальним питанням, що потребує відповідного наукового розгляду.

Мета даної роботи – дослідження напрямів соціальної відповідальності та PR-технологій у діяльності підприємств фармацевтичної галузі України.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети використано методи логіко-змістовного формування проблеми, кабінетних маркетингових досліджень та контент-аналізу Інтернет-сайтів провідних компаній на фармацевтичному ринку України. За даними інфографічного довідника «Фармацевтика України 2019», ТОП-5 лідерами є ПАТ «Фармак», ПрАТ «ФФ «Дарниця», Корпорація «Артеріум», Корпорація «Юрія-Фарм», ФК «Здоров'я». Для подальшого аналізу досліджено структуру сайтів цих підприємств, ступінь інформаційного наповнення,

повноту висвітлення основних сфер діяльності. Проаналізовані місія, цінності та напрями соціальної відповідальності компаній.

Результати дослідження. ПАТ «Фармак» активно займається діяльністю у сфері зв'язків з громадськістю та реалізує соціальні проекти, які спрямовані на покращення життя людей за такими напрямками, як екологія (проекти «Екошкола», «Екоекскурсія» та «Зелений офіс»), здоровий спосіб життя і корпоративне волонтерство (благодійність). Актуальним проектом на сьогодні є виділення 10 млн. грн на протидію поширенню епідемії коронавірусу в Україні.

Корпорація «Артеріум» реалізує низку соціальних проектів для підтримки громад. Важливим напрямом залишається робота з молодими спеціалістами, незахищеними верствами населення, дітьми-інвалідами. PR-технології реалізовані за такими напрямками: етика бізнесу, екологія, соціальна відповідальність перед пацієнтами та співробітниками, студентська практика, благодійність. У березні 2020 р. корпорація відкрила програму фінансування в розмірі 12 млн. грн для боротьби з епідемією коронавірусу.

Фармацевтична фірма «Дарниця» значну увагу приділяє питанням підтримки іміджу за рахунок реалізації PR-технологій за такими складовими: міцне здоров'я та благополуччя, якісна освіта, відповідальне споживання та виробництво. У 2019 р. компанія надала допомогу благодійним фондам і недержавним організаціям грошима та медикаментами на суму 23,3 млн. грн.

Свій внесок у стійкий розвиток суспільства Корпорація «Юрія-Фарм» реалізує через відповідальне та дбайливе ставлення до якості своєї продукції, збереження навколишнього середовища, добробут співробітників, довіру партнерів та клієнтів, а також підтримуючи та ініціюючи соціальні та волонтерські проекти (2011–2017 рр. благодійна допомога на суму 27 млн. грн).

Фармацевтична компанія «Здоров'я» позиціонує свою діяльність, перш за все, як соціально-орієнтовану, саме тому активно створює нові та постійно підтримує вже започатковані соціальні проекти за різними напрямками: духовне життя (будівництво храмів), підтримка спорту (спонсорство),

соціальні ініціативи для дітей, наука і освіта (співробітництво з НФаУ), опіка малозабезпечених верств населення (формування і видача аптек для багатодітних та малозабезпечених сімей під час епідемії коронавірусу).

Висновки. За результатами проведеного аналізу можна зробити висновок, що провідні вітчизняні фармацевтичні компанії займають активну громадську позицію і постійно реалізують різновекторні соціальні програми, спрямовані на підтримку добробуту суспільства. Інформаційний контент сайтів досліджуваних підприємств у повній мірі відображає діяльність компаній у сфері зв'язків з громадськістю на принципах відкритості, актуальності, достовірності та соціальної відповідальності.

Використання фармацевтичними підприємствами концепції PR є запорукою зміцнення конкурентних позицій за рахунок створення позитивного іміджу, задоволення потреб споживачів у якісних доступних товарах та поліпшення ситуації щодо охорони здоров'я населення України. У подальших дослідженнях доцільно вивчити ставлення споживачів до PR-заходів, які реалізують вітчизняні фармацевтичні підприємства.

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ІНЖИНІРИНГУ В УМОВАХ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ВИРОБНИЦТВА

Деренська Я. М.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
kaf.yep@nuph.edu.ua

Вступ. Соціальна значущість продукції фармацевтичних підприємств вимагає посилення відповідальності щодо дотримання вимог стандартів якості, правил належних практик. З іншого боку, посилення конкуренції стимулює інвестиційну діяльність фармацевтичних компаній, яка потребує мобілізації значних ресурсів. Розвиток фармацевтичних підприємств актуалізує відповідальне використання інноваційних концепцій управління, однією з яких

є інжиніринг. Промисловий інжиніринг передбачає застосування загальних принципів інжинірингу, наукового менеджменту, а також методів та моделей різноманітних наукових напрямків для забезпечення і підтримки високого рівня виробництва і рентабельності сучасних промислових підприємств [1].

Мета полягає в аналітичному дослідженні перешкод і проблем впровадження інжинірингу, а також можливості прискорення застосування промислового інжинірингу у діяльність фармацевтичних підприємств.

Методика дослідження. Використано такі методи: аналіз, порівняння.

Основний матеріал дослідження. Інжиніринг – сфера підприємницької діяльності, що пов'язана зі створенням промислових підприємств, об'єктів інфраструктури, будівельних та інших об'єктів у формі надання на комерційній основі різноманітних інженерно-консультаційних послуг. Інжинірингові послуги можна поділити на дві групи: послуги, пов'язані з підготовкою виробничого процесу (передпроектні, проектні, післяпроектні та спеціальні); послуги з забезпечення нормального перебігу процесу виробництва і реалізації продукції. В цю групу входять роботи, пов'язані з оптимізацією процесів експлуатації, управління підприємством і реалізації його продукції [2].

До консультаційних послуг промислового інжинірингу відносяться: проведення попередніх техніко-економічних обґрунтувань та досліджень, пов'язаних із проектуванням; планування та підготовка креслень та схем витрат; планування та вироблення програм фінансування; підготовка попередніх ескізів, проектної документації, детальних креслень та специфікацій; контроль за будівництвом, виготовленням обладнання, монтажем, пуском обладнання в експлуатацію; видання сертифікатів щодо якості виконаних робіт та інших послуг [1].

Складність та комплексність промислового інжинірингу зумовлює суттєві перешкоди його ефективного впровадження в умовах фармацевтичного виробництва, а отже, вимагає пошуку напрямків подолання цих проблеми. Узагальнено карту можливостей застосування промислового інжинірингу в умовах фармацевтичного виробництва відображено у табл. 1.

**Можливості прискорення застосування промислового інжинірингу
у діяльність фармацевтичних підприємств**

Напрямок питань впровадження промислового інжинірингу	Характеристика
Перешкоди впровадженню	Структурні деформації в економіці країни, політико-економічна криза; відсутність розвинутої інфраструктури вітчизняного ринку інжинірингових послуг; недосконалість інституційна складова регулювання діяльності інжинірингових компаній; низька інтенсивність розвитку інноваційної діяльності більшості фармацевтичних підприємств
Проблеми впровадження	Недосконалість законодавства України щодо впровадження інжинірингових послуг, зокрема невідповідність законодавчо-правових актів щодо укладання договорів інжинірингу різного спрямування; невідповідність законодавчої бази України світовому досвіду інжинірингу; повільне становлення ринку інжинірингових послуг; не сформованість інструментів захисту прав (інтелектуальних, юридичних, фінансових тощо) учасників процесу надання інжинірингових послуг
Перспективи розвитку	Стабільність роботи галузі, стійкий розвиток фармацевтичного ринку; розвиток промислових кластерів, інноваційної інфраструктури; впровадження й функціонування належних практик, дотримання вітчизняними фармацевтичними підприємствами міжнародних стандартів якості (сертифікація), поширення застосування міжнародного досвіду формування організаційно-технічного механізму опрацювання концептуальних засад інжинірингу
Шляхи подолання перешкод і проблем	Створення концептуальних засад організації та функціонування промислового інжинірингу в умовах фармацевтичного виробництва; адаптування міжнародного досвіду надання інжинірингових послуг до умов ринкової інфраструктури України та особливостей вітчизняного фармацевтичного ринку, стимулювання впровадження інжинірингу в діяльність фармацевтичних підприємств (пільгове кредитування, законодавча підтримка); активізація інноваційного розвитку фармацевтичних компаній; підготовка кваліфікованих кадрів для створення і функціонування різноспрямованої системи інжинірингу на підприємстві); розробка ефективної системи (алгоритму) супроводження виконання робіт з інжинірингу

Висновки. Подолання перешкод і проблем активізації впровадження інжинірингу в діяльність фармацевтичних підприємств дозволить отримати такі переваги: підвищення ефективності інвестицій у зв'язку із появою реальних важелів впливу на бюджет проекту; скорочення термінів виконання робіт і виробничих витрат; консолідації відповідальності з управління інвестиційним проектом у руках інжинірингової компанії; зниження ризиків; підвищення конкурентоспроможності.

Література:

1. Насурлаєва К. Е. Цивільно-правове регулювання договору інжинірингу : дис. ... к-та юрид. наук : 12.00.03 / Інститут держави і права ім. В. М. Корецького НАН України. Київ. 2018. 245 с.
2. Ситник О. Б. Досвід інжинірингової діяльності в сучасному економічному просторі. *Економіка та управління підприємствами машинобудівної галузі : проблеми теорії та практики*. 2013. № 4 (24). С. 104-116.

ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВИКОРИСТАННЯ ЕЛЕКТРОННИХ ПІДПИСІВ У ДОКУМЕНТООБІГУ АПТЕК

Корнієнко О.М., Давиденко А.О.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна
lesyakorn@ukr.net

Вступ. Практика паперового документообігу розвивалася сторіччями та стала частиною сучасної культури ділового спілкування. Однак розвиток інформаційних технологій суттєво змінює можливості документообігу, причому швидкість змін така, що паперові документи часто стають неактуальними вже в процесі підготовки. Останнім часом фармацевтична діяльність стає все більш Internet-залежною, а відносини між партнерами – все більш дистанційними. Аптечні заклади повинні ідентифікувати інші заклади охорони здоров'я та органи державного регулювання з усе зростаючою ретельністю й відповідальністю. Запровадження електронних

рецептів для відпуску окремих груп лікарських засобів показує, що розуміння механізму інфраструктури електронних підписів стає для провізорів не менш важливим, як і вміння користуватися комп'ютером. Тому дослідження особливостей створення електронних цифрових підписів та їх використання в електронному документообігу аптечних закладів є актуальним.

Мета. Встановлення особливостей отримання кваліфікованих електронних цифрових підписів юридичними і фізичними особами, а також процесу створення, передачі, погашення та оплати електронних рецептів в аптечних закладах, що беруть участь у програмі «Доступні ліки».

Методики дослідження. Об'єктом дослідження були нормативні документи, що регулюють електронний документообіг в Україні, а також інформація на офіційному сайті Національної служби здоров'я України (НСЗУ) про особливості реалізації програми «Доступні ліки». Застосовано метод інформаційного пошуку.

Основний матеріал дослідження. Згідно з Законом України «Про електронні довірчі послуги» існують три категорії електронних підписів:

1. *Електронний підпис (ЕП)* – електронні дані, які додаються підписувачем до інших електронних даних або логічно з ними пов'язуються і використовуються ним як підпис.

2. *Удосконалений електронний підпис (УЕП)* – це ЕП, який зроблений за допомогою спеціального обладнання або програмного забезпечення шляхом криптографічного перетворення конфіденційних даних із застосуванням особистого ключа, який однозначно пов'язаний з підписувачем і дає змогу його електронної ідентифікації.

3. *Кваліфікований електронний підпис (КЕП)* – це УЕП, що базується на кваліфікованому сертифікаті відкритого ключа, виданого акредитованим центром сертифікації ключів (АЦСК). В процесі електронного документообігу лише КЕП прирівнюється до власноручного.

Зазвичай криптографічний захист електронних підписів заснований на шифруванні, що передбачає використання пари «відкритий ключ – особистий ключ». Відкритий ключ доступний для кореспондентів і для підписувача, а особистий ключ має перебувати тільки в підписувача. При цьому пара цих ключів створюється таким чином, що присвоїти документу електронний підпис можна винятково за допомогою особистого ключа, але перевірити підпис можна за допомогою відкритого ключа, що відповідає особистому ключу.

Крім електронного підпису, вищеназаним Законом також запроваджено поняття електронної печатки. Електронна печатка може бути удосконаленою та кваліфікованою – критерії цих класів аналогічні відповідним критеріям класів підписів. Різниця полягає в тому, що електронним підписом може користуватися як юридична, так і фізична особа, а електронною печаткою – лише юридична.

У результаті проведеного дослідження встановлено, що АЦСК може бути юридична особа незалежно від форми власності або фізична особа – підприємець, що надає послуги електронного цифрового підпису та засвідчила свій відкритий ключ у Міністерстві юстиції України. На даний час в Україні функціонують 23 АЦСК, причому обслуговування фізичних та юридичних осіб здійснюється ними на договірних засадах.

Також встановлено, що послуга зі створення КЕП є безкоштовною лише для клієнтів «ПриватБанку» за допомогою додатку «Приват-24» (термін дієвості – один рік). У решті АЦСК вартість названої послуги для фізичних і юридичних осіб коливається в межах від 104 до 661 грн у залежності від терміну дієвості КЕП (від одного до двох років) та обсягу додаткових послуг (виїзд фахівця в офіс клієнта для надання допомоги в генеруванні особистих ключів і формуванні заявок на отримання кваліфікованих сертифікатів відкритих ключів, доставка пакету документів тощо).

Враховуючи той факт, що використання КЕП на електронному документі не спростовує його юридичної сили, аптечні заклади мають можливість впровадження у своїй господарській діяльності електронного документообігу. Зокрема, за електронними рецептами відпускаються лікарські засоби за урядовою програмою «Доступні ліки». Щоб укласти договір про реімбурсацію з НСЗУ аптечний заклад має забезпечити наявність аптечної інформаційної системи (АІС) для обміну інформацією з центральною базою даних електронної системи НСЗУ та КЕП у всіх працівників, які відпускати будуть лікарські засоби за електронними рецептами.

Лікар виписує рецепт в електронній телекомунікаційній системі, засвідчуючи його КЕП. Отримавши СМС-повідомлення з номером рецепту, пацієнт звертається до аптеки, що має чинний договір з НСЗУ. Провізор знаходить необхідний рецепт в АІС і відпускає лікарський засіб, фіксуючи дану операцію своїм КЕП. Протягом двох тижнів з НСЗУ до аптечного закладу надходить оплата за відпущені за названою програмою лікарські засоби.

Висновки. Наявність КЕП дає можливість аптечним закладам вести електронний документообіг, зокрема, обслуговувати електронні рецепти за програмою «Доступні ліки» та подавати онлайн звітність до органів державного регулювання.

ВСТАНОВЛЕННЯ ЕКОНОМІЧНОГО ПОРЯДКУ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Котлярова В. Г.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
vgkotlarova@i.ua

Вступ. З реалізацією медичної реформи в Україні, державні заклади охорони здоров'я автономізуються у комунальні некомерційні підприємства.

В умовах надання їм самостійності з'являється можливість застосовувати економічне управління, яке є складною системою, що оперує з соціально-економічними процесами, до яких залучені певні колективи, окремі працівники з власними соціально-економічними інтересами, які не завжди співпадають з цілями діяльності підприємства як цілого. Основою економічного управління закладами охорони здоров'я є економічний порядок. Економічний порядок – це рамкові умови господарювання, тобто сукупність інститутів, необхідних для того, щоб економічні суб'єкти могли приймати рішення і здійснювати дії, «гарантувати права, свободи кожної людини».

Метою роботи є розробка алгоритму обґрунтування економічного порядку у закладах охорони здоров'я.

Матеріали і методи. У роботі застосовувалися методи логічного аналізу, синтезу та ін.

Результати та обговорення. З метою обґрунтування економічного порядку у закладах охорони здоров'я пропонується наступний алгоритм.

Етап 1. Обґрунтування організаційної, технологічної та фінансової структур закладу охорони здоров'я.

Можливість структуризації, виділення підрозділів закладів охорони здоров'я та умовне об'єднання їх за певними ознаками в центри відповідальності, характеризується тим, що:

- вони є адміністративно відокремленими і мають певну оперативно-господарську самостійність;
- за ними закріплені певні основні засоби, персонал, керівників, а у великих підрозділах навіть створюється власний апарат управління, наприклад, у багатопрофільних клініках;
- кожен підрозділ (як лікувальний, так і управлінський) виконує певну функцію і, в цьому сенсі також є відокремленим.

Етап 2. Визначення функцій, повноважень та відповідальності певних підрозділів. Цей етап повинен реалізовувати за допомогою організаційно-

функціональної моделі (матриці (відповідальності)). Вона сприяє наочному визначенню організаційних ланок, закріплення функцій за ланками та межі відповідальності.

Етап 3. Формування керуючої та керованої підсистем. При формуванні керуючої підсистеми, повинна враховуватися прийнята структура управління в певній організації: лінійна, функціональна, штабна або лінійно-функціональна, матрична. Залежно від прийнятої структури управління здійснюється формування структури органів управління, яке полягає у визначенні ланок управлінського апарату, їх взаємозв'язку, кола обов'язків органів, зайнятих плануванням, оперативним керівництвом, контролем та ін.

Етап 4. Визначення оптимальної форми управління. Форма управління може бути двох моделей:

- централізована форма орієнтована на централізоване, директивне планування і управління;
- децентралізована форма – на самостійність підрозділів, на регулювання їх роботи за допомогою економічних методів.

Перша модель широко застосовувалася в соціалістичній економіці, є переважаючою і сьогодні, друга – характерна для сучасного внутріфірмового менеджменту західних компаній. У міру просування від першої до другої моделі посилюється економічна відповідальність підрозділу за результати власної роботи.

Етап 5. Вибір доцільних методів управління. Оскільки заклад охорони здоров'я є соціальною-економічною системою, то управління ним – це, передусім, управління персоналом. Методи управління персоналом поділяються на економічні (які полягають у впливі на суб'єкт управління через економічні важелі і інтереси), адміністративні (дія на суб'єкт управління через накази і розпорядження) та психологічні (дія на суб'єкт управління шляхом переконання працівників).

Етап 6. Встановлення показників діяльності підрозділів. Система показників діяльності є в певному розумінні «системою координат» економіки закладу охорони здоров'я. Саме у розробці системи показників і визначенні їх кількісних значень полягає процес планування, а на забезпеченні досягнення планових показників будується система стимулювання і відповідальності як окремих ланок, підрозділів так і працівників підприємства.

Підприємство самостійно визначає структуру управління і встановлює чисельність персоналу, будує взаємовідносини між окремими підрозділами. Але, при цьому слід враховувати наступні обставини.

Перше. Маючи широку самостійність, заклад охорони здоров'я, поряд з цим, зобов'язаний дотримуватися законодавчих вимог з охорони праці, соціальної захищеності персоналу, охорони довкілля а ін.

Друге. Процес управління закладом охорони здоров'я базується на розподілі прав і обов'язків окремих підрозділів, регламентації процедур планування, обліку, контролю і стимулювання. Тому з'являється необхідність документальної регламентації усіх сторін внутрішньої діяльності закладу охорони здоров'я.

Передусім, управління підприємством здійснюється відповідно до «Ліцензійних умов провадження медичної діяльності», згідно з якими розробляється Статуту, в якому визначаються органи управління, порядок їх формування, компетенція і повноваження керівництва підприємства і трудового колективу.

Ще одним документом, який відповідно до статті 65 Господарського Кодексу України в обов'язковому порядку складається на кожному підприємстві, є Колективний договір.

У рамках повноважень, визначених Статутом, для ефективного управління керівництво затверджує цілий комплекс внутрішніх документів підприємства. На основі цих документів, а також нормативних актів

державних органів управління і повинен відбудовуватися економічний порядок на підприємстві:

- організаційна структура підприємства регламентується Положеннями про структурні підрозділи, посадовими інструкціями спеціалістів. Ці документи встановлюють права і обов'язки, як окремих фахівців, так і управлінських підрозділів. За допомогою цих документів відбувається делегування права ухвалення рішень, встановлюються сфери компетенції окремих фахівців та ін.;
- наказом керівника підприємства встановлюється порядок підготовки окремих управлінських рішень (оформлення договорів, порядок розробки внутрішніх планів підприємства, порядок організації і проведення ремонтних робіт та ін.);
- економічні взаємовідносини окремих підрозділів деталізуються наступними внутрішніми документами підприємства:
 - наказом про облікову політику, в якому встановлюються основні принципи організації і ведення бухгалтерського обліку, визначаються методи оцінки запасів при вибутті, метод нарахування амортизації, оцінки дебіторської заборгованості та ін.;
 - положенням про оплату праці працівників закладу охорони здоров'я, що містить: порядок формування фонду оплати праці окремих підрозділів, тарифні ставки і посадові оклади, види і розмір доплат і надбавок, умови їх виплати;
 - положенням про преміювання, що встановлює: перелік показників за виконання яких персонал преміюється, розмір премії, умови її виплати.

Висновки. Запропонований алгоритм обґрунтування економічного порядку у закладах охорони здоров'я може бути покладений у основу розробки технології економічного управління закладом охорони здоров'я.

**РОЗРОБКА РЕКОМЕНДАЦІЙ ЩОДО УДОСКОНАЛЕННЯ
ОРГАНІЗАЦІЇ ПРАЦІ ЗАВІДУВАЧА АПТЕКОЮ
У ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ СЕКТОРІ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Малініна Н.Г.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

malinina_nata@ukr.net

Вступ. Сьогодні правильно організована праця завідувача аптекою має змогу раціонально та ефективно, а також із щонайменшими наслідками виконувати свої функціональні обов'язки, підтримувати високу працездатність і робочий настрій та морально-етичні взаємовідносини зі підлеглими та відвідувачами аптечного закладу. За результатами огляду літератури, з'ясовано, що саме самоменеджмент здатний забезпечити розвиток системного мислення завідувача аптекою, з метою раціонального використання, як власного робочого часу, так і часу підлеглих, для покращення роботи у колективі.

Мета дослідження. Розробити рекомендації щодо удосконалення організації праці завідувача аптекою у фармацевтичному секторі галузі охорони здоров'я.

Методики дослідження. У роботі використані кабінетні та польові методи маркетингових досліджень.

Основний матеріал. Результати дослідження показали, що для більш ефективної організації праці завідувача аптекою необхідно: по-перше, постійно дбати про те, щоб стимулювання і цілеспрямованість підлеглих, займали одне з основних місць в діяльності аптечного закладу; по-друге, брати на себе особисту відповідальність за підтримання морально-етичного клімату в колективі, в якому б заохочувались нововведення; по-третє, бути готовим до виникнення суперечок з боку підлеглих та відвідувачів аптечного закладу; по-четверте, створити в колективі атмосферу відкритості, довіри та свободи спілкування; по-п'яте, враховувати думку колег при постановці нових завдань та цілей; по-шосте, донести кожному працівнику зміст

поставлених цілей і завдань, а також значення їх власного вкладу щодо процесу реалізації. Наступним етапом дослідження стало вивчення особистісних якостей, якими повинен володіти завідувач аптекою: • особиста організованість; • самодисципліна; • знання стосовно функціональних обов'язків; • здатність формулювати і реалізовувати цілі та завдання; • сприяння здорового способу життя; • особистий самоконтроль.

З'ясовано, що будь-який процес починається зі встановлення цілей та планування, тому, для ефективної праці завідувачу аптекою необхідно дотримуватися наступних дій: • при перспективному плануванні слід приділяти увагу стратегічним питанням. Для ефективного виконання поставлених завдань необхідно дотримуватися режиму дня та графіку роботи. Так, складаючи план, слід використовувати основне правило планування часу (пропорція 60:40), де 60% – запланований час, 20% – непередбачений час та 20% це спонтанний час. Планувати час рекомендовано у відповідності зі значенням і важливістю поставлених завдань.

В процесі виконання поставлених цілей, з метою економії часу, завідувачу аптекою необхідно дотримуватися принципу встановлення пріоритетів та термінів виконання для кожного завдання, враховуючи їх важливість. У разі надмірного завантаження під час робочого процесу, завідувачу аптекою рекомендовано здійснювати делегування повноважень своєму заступнику або провізору аптечного закладу. Також завідувачу аптекою необхідно дотримуватися принципів самоменеджменту, а саме: • завжди планувати та виважувати скільки часу займе та чи інша справа; • не приділяйте занадто багато часу рутинним справам; • не відкладайте важливі діла на потім, а їх вирішенням займайтеся з ранку; • розпочату справу завжди доводьте до кінця; • постійно використовуйте особистий щоденник для запитань, термінів та поставлених завдань; • застосовуйте спеціальні заходи щодо подолання перешкод; • зробіть ретельний аналіз своїх щоденних справ і після чого робіть їх у комплексі. Досліджено, що саме самоорганізація завідувача аптекою дає наступні переваги, наприклад: • скорочення часу на

виконання самої роботи; • підвищення організації щодо особистої праці; • зменшення з боку завантаженості роботою та кількістю помилок при виконанні своїх функціональних обов'язків; • підвищення рівня задоволеності від роботи; • зниження ймовірності стосовно виникнення стресових ситуацій; • підвищення компетентності, кваліфікаційного рівня та результативності праці.

Висновки. Розроблено рекомендації щодо удосконалення праці завідувача аптекою, які охоплюють процеси планування та встановлення цілей, а також розширення принципів самоменеджменту, які варто застосовувати під час робочого процесу з метою підвищення ефективності використання робочого часу та проведення обліку, що дає можливість завідувачу аптекою проводити моніторинг та оцінку ефективності витрат часу на виконання поставлених задач та цілей перед фармацевтичним сектором у галузі охорони здоров'я.

ДО ПИТАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ АПТЕЧНИМИ ЗАКЛАДАМИ

Мнушко З.М., Пестун І.В., Парфьонова І.І., Оганезова Г.В., Драганова О.М.
Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
manage.sm@med.edu.ua

У сучасних умовах все більшого значення набуває соціально-орієнтоване управління підприємствами бізнесу, що акцентоване для аптечних закладів, діяльність яких спрямована на забезпечення інтересів суспільства. Соціально-орієнтоване управління дозволяє організації отримувати синергетичний ефект від поєднання та досягнення певного ступеню кореляції між матеріальними й нематеріальними активами.

У цілому зміст соціальної ефективності досить складний та багатогранний. Зокрема, в науковій літературі виділяються:

- загальна соціальна ефективність – характеризує результати і наслідки функціонування будь-якої управлінської системи, але головною є фіксація внеску такої управлінської системи у добробут і розвиток суспільства;
- спеціальна соціальна ефективність – покликана показати як організований і функціонує суб'єкт управління, яким чином розподілені функції управління та технології діяльності;
- конкретна соціальна ефективність – фокусує увагу на окремих елементах управлінської діяльності, конкретних управлінських рішеннях та діях, актах поведінки посадових осіб та інших управлінців.

Вплив соціальної ефективності управління на організацію проявляється через різні аспекти привабливості чи непривабливості роботи в ній, задоволеності чи незадоволеності працівників. До окремих показників соціальної ефективності управління відносять динаміку підвищення заробітної плати; стабільність кадрового складу; можливості навчання і професійно-кваліфікаційного зростання; соціально-психологічний клімат у структурних підрозділах і в організації загалом та ін.

Метою даної роботи є визначення сучасних особливостей складових ефективного управління аптечними закладами.

Використані методи – аналітичний, узагальнення, групування, формалізації міркування. Інформаційну базу становили дані наукової літератури, нормативно-правові документи, статистичні дані, матеріали науково-практичних заходів.

Результати дослідження. Соціальну ефективність управління аптекою або мережею доцільно оцінювати з позицій внутрішньої та зовнішньої. Внутрішня ефективність управління повинна бути спрямована на забезпечення задоволеності членів колективу різними аспектами роботи (стосунками з колегами та керівниками структурних підрозділів, умовами

праці, заробітною платою та ін.); на підвищення мотивації співробітників; на забезпечення належних умов праці та побуту співробітників.

Ці складові взаємопов'язані і фактично відсутність будь-якої з них викликає невдоволеність окремих співробітників або колективу. Зокрема, відсутність соціальних контрактів і кар'єрних перспектив обмежує прагнення співробітників до розвитку і поширення знань. Наприклад, в окремих аптеках обмежені можливості використання деяких мотиваційних стимулів (кар'єрне зростання, сплата за навчання, стаціонарного або санаторно-курортного лікування), що іноді викликає перехід співробітників в іншу організацію навіть на меншу заробітну плату. У сучасних умовах важливе значення має створення системи управління знаннями та мотивації до вдосконалення знань співробітників, чималу роль виконують система самооцінки і залученість персоналу.

Внутрішня соціальна ефективність пов'язана з зовнішньою через участь у громадських організаціях та заходах, обговоренні законодавчих та нормативно-правових змін у фармацевтичній сфері; відображається на фінансово-економічних показниках, формуванні контингенту лояльних пацієнтів аптеки, іміджу аптеки як належного консультативного закладу тощо. Зовнішня соціальна ефективність передбачає виконання зобов'язань аптек та аптечних мереж як підприємств бізнесу та закладів охорони здоров'я. Варто зазначити, що в процесі управління аптеками та їх мережами враховується вплив нормативно-правових, економічних, технологічних та соціальних змін.

Підвищенню соціальної ефективності управління аптекою сприяють дотримання стандартів обслуговування, прояв професійної грамотності фахівців, використання протоколів провізора, фармаконагляд; управління самолікуванням споживачів ліків; запровадження додаткових послуг, визначення їх ефективності; проведення заходів санітарно-просвітньої роботи серед населення; участь у державних соціальних програмах з надання фармацевтичної допомоги окремим контингентам хворих (зокрема участь у

програмі «Доступні ліки»); використання заходів формування лояльності пацієнтів тощо. У підсумку все це створює позитивний імідж, який має зворотній вплив на внутрішню соціальну ефективність аптеки. Однак існує складність в оцінці соціальної ефективності роботи провізора (фармацевта) й організації в цілому та належному використанні її для мотивації працівників, що є однією зі специфічних рис фармацевтичного ринку.

Висновки. Підсумовуючи, варто вказати, що соціальна ефективність управління аптечними закладами є складною й практично значимою, оскільки впливає на стабільність ринкових позицій, рівень конкурентоспроможності, досягнення певних економічних показників, стратегічні перспективи організації чи об'єднання.

АКТУАЛЬНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ ЛОГІСТИЧНОГО ПІДХОДУ У ДІЯЛЬНІСТЬ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Посилкіна О. В., Лісна А.Г.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Lesnayaag@gmail.com

Вступ. Як свідчить світова практика, у даний час інформаційні технології використовуються у всіх галузях економіки. В останні роки функціонування державних органів, промислових підприємств, малого бізнесу, кредитних організацій здійснюється в онлайн-режимі при використанні комунікаційних послуг зв'язку. На жаль, на сьогоднішній день в системі охорони здоров'я не відпрацьовані чіткі механізми передачі інформації про пацієнтів, що можуть сприяти прискоренню діагностичного і лікувального процесів як всередині закладу охорони здоров'я (ЗОЗ), так і між ними. Внаслідок чого, відволікаються значні грошові та часові ресурси, що пов'язані з транспортуванням документації між різними медичними службами, переміщенням пацієнтів із ЗОЗ для постановки діагнозу і лікування. У той же

час, в системі охорони здоров'я є певні напрацювання щодо механізмів обміну різною інформацією за допомогою телемедичних засобів зв'язку, необхідно лише вміло використовувати цей досвід, знаходячи нові рішення для отримання швидкого результату в інтересах пацієнта. Важливим заходом для вирішення цього завдання є впровадження логістичного підходу.

Метою даної роботи є обґрунтування доцільності впровадження в діяльність суб'єктів фармацевтичного ринку принципів і методів логістики як сучасної концепції управління потоковими процесами в системі охорони здоров'я.

Методи дослідження: абстрактно-логічний; монографічний і системного аналізу, порівнянь тощо.

Основний матеріал дослідження. Галузь охорони здоров'я є складною соціально-економічною системою, у якій, як і в багатьох інших багаторівневих системах, логістичний підхід украй затребуваний. Актуальність застосування логістики у системі охорони здоров'я зумовлена появою великої кількості бар'єрів у фармацевтичних ланцюгах постачання, що накладає негативний відбиток на показники ефективності функціонування ЗОЗ.

Постачання фармацевтичної продукції і медичного обладнання різних видів вимагає високого ступеня відповідальності. Така діяльність зазвичай супроводжується ризиками, що значно перевищують рівень ризику в стандартних фармацевтичних ланцюгах постачань. Сьогодні велика кількість підприємств, що працюють у медичній, фармацевтичній та біотехнологічній галузях промисловості, потребують постійного вдосконалення логістичного процесу для мінімізації подібних ризиків.

Забезпечення безперебійних поставок субстанцій і матеріалів для виготовлення лікарських засобів, сировини для виготовлення виробів медичного призначення призводить до зменшення простоїв на виробництві. Розвинена транспортно-логістична система гарантує своєчасне виконання замовлень як на регіональному, так і на муніципальному рівнях. Застосування інновацій у такому разі є необхідною умовою для поліпшення

функціонування всієї системи у цілому. Отже, виникає нагальна потреба впровадження інноваційних логістичних моделей і адаптація різних наявних зарубіжних концепцій інноваційного розвитку логістичних зв'язків у системі охорони здоров'я. Як свідчить проведений аналіз, основним завданнями реалізації логістичного підходу в управлінні ЗОЗ є:

1. Приведення у відповідність реальної структури медичної допомоги населенню за рахунок ефективного управління потоковими процесами в охороні здоров'я.

2. Широке впровадження в практику охорони здоров'я економічних регуляторів лікувально-діагностичного процесу.

3. Формування в ЗОЗ релевантної інформації, що забезпечує ефективність управління.

4. Мінімізація витрат через якісну регламентацію лікувально-діагностичного процесу та ін.

Медичну діяльність можна представити як сукупність процесів, в межах яких відбувається рух матеріальних, фінансових, інформаційних та інших потоків.

Для управління потоковими процесами в системі охорони здоров'я логістика використовує такі підходи:

1. Операційне управління, що забезпечує виконання всіх робочих процесів з мінімальними загальними витратами – витратами на закупівлю матеріальних ресурсів, збут і просування медичних послуг.

2. Підпорядкування організації, планування та управління в усіх ланках діяльності ЗОЗ принципу «just-in-time» – «точно в термін».

3. Підвищення швидкості і точності надання медичних послуг за рахунок диспетчеризації потокових процесів і впровадження сучасних комп'ютерних технологій.

4. Моніторинг та оцінка матеріальних потоків, організація їх регулювання з моменту входження в операційний цикл до надання медичної послуги кінцевому споживачу.

5. Цільова установка ЗОЗ на потреби окремих пацієнтів, корпоративних клієнтів, розвиток договірних відносин с великими та маленькими замовниками медичних послуг.

6. Розвиток горизонтальних взаємовідносин між ЗОЗ, коли вони примусово конкурують між собою у процесі обслуговування споживачів, прагнучи максимально підвищити якість свого медичного продукту, витрачаючи на це мінімальні кошти, що сприяє спрощенню (набуттю горизонтального характеру) багаторівневих ієрархічних структур управління.

7. Моніторинг ефективності реалізації логістичних нововведень з оцінкою наслідків прийнятих рішень, їх впливу на функціональні, в т.ч. логістичні витрати і на доходи від продаж медичних послуг для досягнення ЗОЗ конкурентної переваги тощо.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Отже, впровадження логістичного підходу в діяльність ЗОЗ спрямоване на досягнення максимальної ефективності управління, високого рівня не тільки кінцевих, але і проміжних результатів їх господарської діяльності . В умовах специфічності ринку медичних послуг це матиме важливе значення як на локальному рівні для будь-якого ЗОЗ, так і для системи охорони здоров'я в цілому.

АНАЛІЗ ІСНУЮЧИХ ПІДХОДІВ ДО АДАПТИВНОГО УПРАВЛІННЯ ПІДПРИЄМСТВОМ

Сагайдак-Нікітюк Р. В., Голубцова К. К.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
golubcova@nuph.edu.ua

Вступ. Фармацевтичний сектор національного господарства України є тією галуззю від якої залежить соціально-економічне зростання країни, підвищення якості життя населення та перспектив сталого розвитку суспільства. Але нестабільність економічної кон'юнктури, динамічність

економічного розвитку та високий рівня конкуренції зумовлюють необхідність адаптації фармацевтичних підприємств до умов оточення.

Мета – дослідження підходів до адаптаційного управління підприємством.

Методи дослідження – контент-аналіз, аналізу та синтезу, узагальнення.

Основний матеріал дослідження. Етимологія слова адаптація походить від латинського «adapto» – пристосування або процес пристосування до певних умов середовища. Дослідженню питань адаптивного управління присвячені праці багатьох вітчизняних та закордонних науковців і практиків, які складають базис для теоретичного узагальнення (табл. 1).

Таблиця 1

Поняття адаптивного управління підприємством

Автор	Визначення
1	2
А. Азрієлян, О. Калашнікова, Е. Квардакова	Адаптивне управління – дослідження і вивчення середовища з метою пристосування діяльності підприємства до нових запитів середовища, потреб і запитів споживачів, внутрішніх резервів і самої діяльності [1]
А. Борисов	Адаптивне управління – форма управління, яка допомагає підприємству гнучко змінюватися і швидко пристосовуватися до змін у зовнішньому економічному середовищі, до нових цілей, завдань і функцій [2]
П. Друкер	Адаптивне управління – створення багатоцільової системи, яка охоплює продукцію, ринки, технології, координацію і узгодженість в ухваленні рішень, оптимальне оцінювання проблем, що виникають, розробку конкретних дій [3]
Н. Зайцев	Адаптивне управління – система управління, що дає змогу підлаштувати характеристики підприємства відповідно до визначених параметрів ефективності [4]

1	2
Н. Зябліцька	Адаптивне управління – управління соціально-економічною системою, спрямоване на швидке досягнення системою нормативного рівня адаптивності при мінімальних адаптаційних витратах [5]
Ю. Маслодудов	Адаптивне управління – система, яка порівняно із складеним уявленням здатна більш ефективно й адекватно реагувати на зміну інституційного середовища підприємства, його внутрішнього виробничого і зовнішнього ринкового середовищ і яка передбачає ухвалення ефективних управлінських рішень [6]
І. Тюкін	Адаптивне управління – система, яка без зовнішнього регулювання забезпечує постійний вплив, спрямований на адаптацію певної економічної системи до змін у зовнішньому і внутрішньому середовищі [7]
А. Цибізов	Адаптивне управління – нестационарна і мінлива стратегія, яка забезпечує досягнення мети управління, правила вибору якого не призначаються заздалегідь, а підбираються в ході управління [8]

Підводячи підсумки, можна зробити висновок, що адаптивне управління – це вибір оптимального способу досягнення мети, це спосіб управління, при якому зберігаються незмінними цільові показники, а поточні, короткострокові плани і бюджети за наявності відхилень можуть бути скориговані.

Об'єктом адаптивного управління на мікрорівнях є система виробничо-господарської діяльності підприємства впродовж конкретного часового періоду, предметом – зміст процесів, що відбуваються в межах цього підприємства і в його зовнішньому оточенні, їхній вплив на економічне зростання суб'єкта господарювання.

Оцінка ефективності адаптивного управління проводиться за допомогою методів оцінки з різних ракурсів, таких як час підйому чи встановлення, відсоток перевищення тощо, які використовуються умовно,

але в такому методі для визначення оцінки, приймається результат контролю в межах певної складової.

Висновки. Адаптивні властивості фармацевтичних підприємств забезпечують найбільш ефективну реакцію на зміну умов реалізації їх мети. З їх адаптивними можливостями прямо пов'язаний і ризик, при цьому існує залежність: чим більше глибина адаптивних елементів підприємства, тим менше ризик витрат від змін зовнішніх й внутрішніх умов функціонування підприємства.

Література

1. Азриелян А. Н., Калашникова О. М., Квардакова Е. В. Большой экономический словарь. М. : Изд-во Ин-та новой экон., 2010. 1472 с.
2. Борисов А. Б. Большой экономический словарь. М. : Кн. мир, 2002. 895 с.
3. Друкер П. Эффективное управление. Экономические задачи и оптимальные решения. М. : ФАИРПРЕСС, 2001. 288 с.
4. Зайцев Н. Л. Экономика, организация и управление предприятием. М. : Инфра-М, 2008. 456 с.
5. Зяблицкая Н. В. Об особенностях функций адаптивного управления предприятиями в современных условиях России. *Вестник алтайской науки*. 2004. № 6. С. 153–159.
6. Маслодудов Ю. А. Особенности адаптивного управления на машиностроительных предприятиях. *Вопросы экономических наук*. 2009. № 6 (39). С. 76–78.
7. Тюкин И. Ю., Терехов В. А. Адаптация в нелинейных динамических системах. СПб. : ЛКИ, 2008. 384 с.
8. Цибизов А. А. Информационная компонента процесса адаптивного управления современного предприятия. *Известия КБНЦ РАН*. 2009. № 3 (29). С. 34–39.

РОЗРОБКА СТАНДАРТНИХ ОПЕРАЦІЙНИХ ПРОЦЕДУР ЛОГІСТИКИ ЗОВНІШНЬОЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ВИРОБНИЧИХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ

Сагайдак-Нікітюк Р. В., Захарко Н. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

natazakharko@gmail.com

Вступ. У сучасних умовах одним з напрямків оптимізації діяльності виробничих фармацевтичних підприємств є розробка, впровадження та постійне удосконалення стандартних операційних процедур, які регламентують усі сфери його функціонування відповідно до вимог міжнародних стандартів якості ISO і правил належних фармацевтичних практик та обов'язково враховують інтереси й вимоги бізнес-партнерів підприємства.

Мета – розробка, впровадження та постійне удосконалення стандартних операційних процедур, які регламентують логістичну діяльність виробничого фармацевтичного підприємства в сфері зовнішньоекономічної діяльності.

Основний матеріал дослідження. Стандартні операційні процедури призначені гарантувати забезпечення й збереження якості фармацевтичної продукції в процесі її реалізації на зовнішніх фармацевтичних ринках. Основною метою розробки й удосконалення стандартних операційних процедур є побудова й постійне удосконалення системи менеджменту якості на виробничому фармацевтичному підприємстві, зокрема в сфері логістики зовнішньоекономічної діяльності, та сприяння максимальному задоволенню інтересів бізнес-партнерів і самого підприємства завдяки дотриманню правил логістики (потрібний товар в обумовленій кількості відповідної якості у визначене місце у необхідний строк конкретному клієнту з урахування його вимог та мінімальними витратами, пов'язаними зі здійсненням операцій).

Стандартні операційні процедури виконують інформативну, комунікативну, контрольну, організаційну, оптимізаційну й інтеграційну функції виробничого фармацевтичного підприємства з урахуванням специфіки його зовнішньоекономічної і логістичної діяльності, готової фармацевтичної продукції, яку воно реалізовує за межі країни, та активних

фармацевтичних інгредієнтів, основних і допоміжних матеріалів, які надходять до підприємства з-за кордону.

На підставі проведених досліджень визначено, що усі процеси, які відбуваються на виробничому фармацевтичному підприємстві, доцільно подіяти на управлінські (A1), основні (A2) та забезпечуючі (A3). Відповідно, процеси, пов'язані зі здійсненням логістичної і зовнішньоекономічної діяльності, належать до забезпечуючих процесів.

Моніторинг і дотримання наведених стандартних операційних процедур є одним з показників якості функціонування логістичної системи виробничого фармацевтичного підприємства.

Висновки та перспективи подальших досліджень у даному напрямку. Впровадження й постійне удосконалення стандартних операційних процедур дозволяє забезпечити високу якість виконання договірних умов, логістичного обслуговування й реалізованих лікарських засобів.

ДОСЛІДЖЕННЯ МЕТОДІВ ОЦІНКИ ПЕРСОНАЛУ

Тростянецька А. В., Сагайдак-Нікітюк Р. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

В умовах ринкової економіки підприємство являє собою багаторівневий і складний механізм, продуктивна діяльність якого залежить від організації його структури, внутрішніх і зовнішніх інформаційних та фінансових потоків, чіткості розуміння керівниками і працівникам завдань, які постають перед підприємством у цілому і кожним співробітником окремо.

Мета дослідження – вивчення існуючих методів оцінки персоналу.

Слід зазначити, що одним з завдань підприємства є оцінювання персоналу, яке являє собою процедуру виявлення ступеня відповідності якостей працівника, його трудової поведінки, результатів діяльності певним вимогам виконуваної ним організаційної ролі [1-3].

Цілями оцінювання персоналу відповідно до теорії Дугласу Макгрегору є інформативна (забезпечення керівників необхідними даними про підлеглих), мотиваційна (взаємозв'язок матеріальної винагороди й морального заохочення з результатами праці) й адміністративна (прийняття кадрових рішень).

Відповідно, методи оцінювання персоналу – це сукупність певних теоретико-методологічних підходів до оцінювання якостей особистості, поведінки й результатів праці працівника.

Західними країнами застосовуються такі методи оцінки персоналу, як річна атестація персоналу, оцінка за результатами роботи, оцінка досягнення поставлених цілей і т. п. Вона включають елементи: оцінка досягнутих результатів, щорічні співбесіди, розгляд річних підсумків роботи та професійної підготовки, атестація за рік, визначення цілей (завдань) та оцінку отриманих результатів, управління вибором цілей та ін. [1; 4].

В останні роки за кордоном широке поширення отримали нові методи оцінки персоналу – психологічні тести, графологія, «сценарій життя», спеціальні запитальники, вивчення мозкової діяльності. Як правило, психологічні тести поділяються на три групи: психомоторні, метою яких є аналіз рефлексів і вправності; інтелектуальні (визначення здатності до абстрактного мислення, аналізу, визначення сутності проблеми і т. п.); особистісні (виявлення основних рис характеру).

До психологічних тестів часто примикає графологічний метод визначення здібностей людини за характером його почерку. Аналіз почерку і манери письма дозволяють, на думку фахівців, визначити ступінь інтелігентності, товариськості і сили волі кандидата.

«Сценарій життя» передбачає оцінку кандидата за допомогою інформації про його трудову біографію та сімейне життя, обставини життя, починаючи з дитинства. Зазначений прийом є допоміжним і не може замінити традиційних методів оцінки персоналу на основі документів і докладних розмов. Виявлення «сценарію життя» відбувається під час бесіди зі спеціально підготовленим працівником кадрової служби.

Дослідження наукових праць дозволили визначити методи оцінювання персоналу:

- метод стандартних оцінок (керівник заповнює спеціальну форму, в якій характеризує кожен аспект роботи працівника);
- метод алфавітно-числової оцінки (зіставлення трудових досягнень й особисті якостей працівника);
- метод вимушеного вибору (експерти вибирають із набору одну характеристику, яка найбільше підходить певному працівнику);
- метод опису (послідовна ґрунтовна характеристика переваг і недоліків працівника);
- метод вирішальної ситуації (опис «правильної» і «неправильної» поведінки працівника в певних ситуаціях);
- метод оцінки за шкалою;
- метод оцінки на основі детального опису особистості (формулювання характеристик працівника і вибір найбільш відповідної до нього);
- метод оцінки нормативом роботи;
- метод комітетів (обговорення роботи в групі);
- метод незалежних судів (на основі «перехресного опитування»);
- метод 360° (оцінка керівником, колегами і своїми підлеглими);
- метод моделювання ситуації (створення штучних, але близьких до реальних умов роботи і управлінських ситуацій);
- метод ситуаційного інтерв'ю;
- метод інтерв'ю;
- метод колективного обговорення кандидата на посаду;
- метод тестування (за допомогою різних тестів);
- «центр оцінки» (метод комплексної оцінки персоналу, заснований на використанні взаємодоповнюючих методик);
- метод ділових ігор;
- метод управління за цілями (МВО);
- управління досягненнями (Performance Management);
- метод рейтингових поведінкових установок;

– метод заданого розподілу.

Усі перераховані методи мають свої переваги і недоліки, а їх застосування можливе за умови адаптації до конкретним умов функціонування підприємства.

Висновки. Отже, оцінювання персоналу є важливим складником управління персоналом. Для підвищення її ефективності необхідно поширювати сучасні методи оцінки на всі категорії персоналу; розширювати доступ персоналу до результатів його оцінювання; активно залучати персонал до самоаналізу діяльності тощо.

Література

1. Балабанова Л. В., Сардак О. В. Управління персоналом. Підручник. К.: Центр учбової літератури, 2011. 468 с.
2. Сівашенко Т. Сучасні підходи до оцінки персоналу. URL: www.nbuiv.gov.ua
3. Корнюшин В. Ю. Оценка и аттестация персонала: учебный курс (учебно-методический комплекс). М.: МИЭМП, 2010. 120 с.
4. Сорока В. А. Оценка персонала. *Управление персоналом*. 2009. № 5. С. 8-18.

MAIN APPROACHES TO THE ECONOMIC ANALYSIS IN HEALTH ECONOMY

Podgaina M.V., Boiko V.V.

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

Health care is a complex social and economic system, the main purpose of which is to ensure the implementation of the most important social principle: preserving and improving the health of the population, providing them with highly qualified medical and preventive care.

Based on this, the health economy is the science of organizational and socio-economic relationships that are formed in the process of satisfying the needs of the population for health (both medical and pharmaceutical) services.

Health economy – a study that gives information to decision makers for efficient use of available resources for maximizing health benefits to the both, government and population.

The aim of the study was to identify the main approaches for economic analysis in health economy.

Estimation of the main informative resources such as WHO reviews and programs had been studied.

It was established, economic evaluation is one part of health economics, and it is a tool for comparing costs and consequences of different interventions, especially in health.

Health technology assessment (HTA) is a technique for economic evaluation that is well adapted by developed countries. The traditional classification of economic evaluation includes cost-minimization, cost-effectiveness analysis, cost-utility analysis, and cost-benefit analysis.

It should be concluded that modern approaches in health economy have to consist of HTA that is the basic well-grounded instrument of economic analyses (syn., economic evaluation). Given methods of HTA should be accurately evaluated and proposed on the state level, for example, by the Guidelines to the development of a sectoral standard in HTA.

SUBSTANTIATION OF DIRECTIONS OF IMPROVEMENT COMPETITIVENESS OF PHARMACEUTICAL COMPANIES

Rohulia O. Yu., Bengshir Umaima
National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine
krirotl@hotmail.com

The concept of competitiveness among pharmaceutical manufacturing enterprises is based on the need of meeting market requirements, market's saturation with affordable drugs, and their access to the international markets and their survivability in the highly competitive environment. The scientific literature

provides a set of components of the "competitiveness among pharmaceutical manufacturing enterprises" concept, which: contains qualitative and quantitative indicators of products' competitiveness; ensures the sustainable promotion of the enterprise and its products on the market; control and analysis of financial and economic activities, etc. In this regard, research and development is actual of scientifically accurate set of approaches to improving competitiveness among pharmaceutical enterprises.

The **aim** of this study is to develop the directions of competitiveness' development of pharmaceutical manufacturing enterprises' based on an expert survey of specialists in pharmaceutical health care sector. 114 experts participated in the survey, among which the largest number of respondents are aged from 36 to 45 years (47.4%) and ones who have had a work experience of 10 to 20 years (57.9%).

Main results. An expert survey shows that the components of improving competitiveness are the regulatory system drug's pricing (49.2% of experts noted), improvement of the product quality control system, its manufacture, storage and transportation (47.7%), development and implementation of loyalty programs for customers (47.7%). It was estimated that 33.8% of experts consider investments into product development and production of new drugs to have a positive effect on competitiveness growth, 32.3% – upgrade the production technology, 29.2% – improvement of intermediaries' stimulating systems. Somewhat fewer respondents (respectively 16.9% each) believe that competitiveness increase is possible due to marketing systems improvement, the structure of imports of pharmaceutical products improvement, and also a change in the qualitative characteristics of raw materials and substances (10.8% of experts). It should be noted; the competitiveness of a pharmaceutical company is determined by many factors related to the marketing mix. For example, among them are consumer properties of medicines, characteristics of target markets, consumer behavior and loyalty, pricing strategies, particularities of distribution policy and logistics of an enterprise, marketing programs of an enterprise.

At the next stage, the experts were asked to choose factors inhibiting the development of competitiveness among pharmaceutical enterprises. It was established that the problematic factors that prevent the increasing competitiveness at the present stage, from the point of view of experts, include high levels of competition and lack of marketing programs (68.4% and 60.5% of experts respectively noted). Influence of unstable economic situation in the country as a negative factor was noted by 58.8% of experts, and insufficient motivation of employees – by 55.3% of experts. Lack of equity and therefore insufficient investment in innovative developments inhibit competitiveness among enterprises according to 50.9% and 52.6% of experts, respectively. Lack of anti-crisis programs as a factor that complicates the formation of competitiveness among pharmaceutical manufacturing enterprises was noted by 45.6% of respondents. Also high level of market barriers and low product competitiveness hinder the development of enterprises' competitiveness (44.7% experts' answers). Such factors like weak staffing potential, lack of competitive strategy, low adaptability to external factors, lack of market information and insufficient state support, were noted by less than 40.0% of experts.

The competitiveness among the enterprises characterizes the possibilities and adaptability to the conditions of market competition. The stable position of the enterprise in the pharmaceutical market is determined by its opportunities: the availability of modern technology, equipment, the level of marketing support, the potential and resources of the enterprise, which ensure the functioning and strategic development of the enterprise. During an expert survey indicators were set that accurately represent the competitive ability of manufacturing enterprise and which are subjected to continuous monitoring. These include the price and product quality ratio (according to 69.2% of experts), level of quality products (67.7%), expenses on pharmaceutical products' promotion (57.5%), quality of work of medical representatives (35.4%), export opportunities of enterprises and company's reputation (32.3% each), product advertisement and doctors'

prescriptions the enterprise's medicine (29.2% each), availability of innovative drugs in stock (24.6%).

An expert survey of industry related experts who were asked to choose the current areas of manufacturing enterprise's potential competitive ability increase demonstrates that the priority lies on high economic and quality indicators of products (65.2% of experts noted), carrying out active promotional activities (64.3%), the use of price factors (consider 53.0% of respondents). Also important is the study of marketing activities of competitors (noted 38.3% of respondents), the development of the pharmaceutical business on new markets and customer focus (36.5%), analysis and support advantages of enterprise's products compared to similar ones (32.2%).

The competitiveness of an enterprise is a relative characteristic that represents the differences in the development of a given company from the development of the competing ones in terms of how one's products satisfy the needs of the consumers and in terms of production efficiency. Experts believe that in the first place it is advisable to analyze the activities of competitors with the following goals: determining existing and potential manufacturing competitors (81.8% of respondents); identification of competing products (72.7% of respondents noted); study of the competing product's strong and weak sides (54.5% of experts noted), forecast of competitors' strategies (27.3%). An effective source of data for analyzing the activities of competitors, according to experts, is quantitative information (sales, prices, assets and market shares, availability and size of the distribution network, product's range, personnel).

Conclusions. Therefore, the competitiveness of the enterprise depends on the totality of the competitive forces of the market and the availability of competitive advantages. It is necessary to develop and implement a comprehensive planning and management system of enterprise's competitiveness components, including marketing program to ensure product competitiveness on the market for pharmaceutical manufacturing enterprises in order to achieve a stable sustainable level of development.

**МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ ПРИНЦИПИ
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

ПРИНЦИПИ КОРПОРАТИВНОЇ КУЛЬТУРИ

Іванова К. А., Кулакова О. М., Хіріна Г. О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

oksana_kool@meta.ua

Одним з важливих понять, пов'язаних з професійною етикою, є корпоративна культура (це цінності та переконання, які розділяються усіма співробітниками фірми, що зумовлюють їх поведінку, взаємовідносини, характер життєдіяльності колективу та фірми), етичні принципи якої ілюструють типи проблем, з якими стикаються фахівці при виконанні професійної діяльності.

Нашою **метою** є дослідити ці принципи та виділити основні норм професійної етики.

Методики дослідження. Під час написання використано нормативно-ціннісні методи для пояснення професійної етики, системний для впорядкування принципів корпоративної культури, структурно-функціональний для виділення основних норм професійної етики.

Основний матеріал дослідження. Професійна етика дає теоретичне обґрунтування суті трансформації загальних норм і принципів моралі щодо специфічних умов професійної діяльності людей згідно з уявленнями про професійний обов'язок, благо, добро і зло, справедливість, совість, честь та інші моральні цінності. У суспільстві вона виконує низку важливих функцій:

- пізнавальну функцію, яка реалізується у відображенні об'єктивних процесів суспільно-професійного розподілу праці у конкретних історичних умовах;
- регулятивну функцію, яка забезпечує взаємозв'язок фахівців з суспільством;
- ціннісно-орієнтаційну, яка дає уявлення про моральний ідеал професіонала, його професійний обов'язок, честь, совість, справедливість;

- регулятивну, яка впливає з потреби регулювати поведінку фахівця відповідно до особливостей професії;
- організаційно-керівну, що реалізується в механізмі організації й управління діяльності співробітників і партнерів під час вирішення професійних завдань;
- мотиваційну, яка формує мотиви діяльності, що соціально і професійно схвалені;
- координуючу, що забезпечує співпрацю усіх учасників процесу професійної діяльності;
- комунікативну, яка організовує спілкування співробітників один з одним, з клієнтами.

Професійна етика забезпечує взаємозв'язок фахівців із суспільством, дає уявлення про моральний ідеал професіонала, про професійний обов'язок, честь, совість, справедливість. Дає можливість оцінити поведінку, дії, наміри, цілі та завдання фахівця з точки зору відповідності моральним нормам. Вона відтворює об'єктивні процеси суспільно-професійного розподілу праці у конкретних історичних умовах, а також регулює поведінку фахівця відповідно до особливостей професії.

Професійна етика забезпечує співпрацю усіх учасників процесу професійної діяльності, організовує спілкування співробітників один з одним, з клієнтами через корпоративну культуру.

Можна виділити такі основні принципи, властиві корпоративній культурі:

1) Принцип гуманізму, оскільки корисна діяльність соціально орієнтована, спрямована на благо людини.

2) Принцип відповідальності, оскільки будь-який фахівець має бути чутливим до можливих кінцевих результатів своїх професійних дій.

3) Принцип компетентності підкреслює, що фахівець повинен займатися професійною діяльністю тільки у тій галузі, в якій він, поза сумнівом, має знання, уміння, підготовку і досвід.

4) Принцип моральних і правових норм вимагає від фахівця знання норм поведінки, існуючих у суспільстві, використання цієї інформації при розробці власних систем особистих і професійних цінностей, типів поведінки.

5) Принцип конфіденційності є невід'ємною частиною ефективної професійної практики. Відомості, отримані в процесі професійних стосунків, не повинні розголошуватися без необхідності.

6) Принцип, що стосується професійних взаємовідносин, звертає увагу на норми поведінки при взаємодії з колегами, іншими фахівцями, членами суспільства взагалі.

Ці етичні принципи ілюструють типи проблем, з якими стикаються фахівці при виконанні професійної діяльності. Тому слід дотримуватися наступних основних норм професійної етики:

- свою роботу виконувати професійно, відповідно до покладених повноважень;
- у роботі завжди дотримуватися об'єктивності, конфіденційності;
- дотримуватися принципу колегіальності, тактовності у взаємовідносинах з колегами, клієнтами, партнерами або іншими особами.

Таким чином, професійна етика – це і моральна самосвідомість професійної групи, її психологія й ідеологія. Оволодіння професійними моральними нормами забезпечується головним чином культурою особистості, її вихованістю, моральним потенціалом.

Перспективи подальших досліджень: детальне вивчення значення корпоративної культури при конфліктних ситуаціях.

ІНІЦІАТИВА ЩОДО ВПРОВАДЖЕННЯ ЕТИЧНОГО КОДЕКСУ ПАЦІЄНТІВ В УКРАЇНІ

Убогов С. Г., Юрковська Л. Г.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,
м. Київ, Україна
kaf-kontryak@ukr.net

Вступ. Сучасний підхід до охорони здоров'я передбачає істотне зростання ролі і розширення прав пацієнтів у питаннях профілактики, діагностики та лікування захворювань. Розширення переліку прав логічно приводить до збільшення рівня персональної відповідальності громадян за стан власного здоров'я, що, зокрема, виражається в обов'язку дотримуватися правил гігієни та здорового способу життя, вчасно проходити діагностику, належно виконувати призначення і рекомендації лікаря, фармацевта тощо. Будь-який громадянин (пацієнт) несе передусім моральну відповідальність за свої вчинки і поведінку, по-перше, перед самим собою, по-друге, перед своєю сім'єю та суспільством. Традиційно моральні принципи, норми, правила і відповідальність у сферах суспільного життя, в тому числі й у галузі охорони здоров'я визначено у документах, що отримали назву етичні кодекси.

Мета роботи – обґрунтування необхідності прийняття та розробка структури і змісту Етичного кодексу пацієнтів України.

Методики дослідження. Як матеріали дослідження використано наукову літературу, нормативно-правові акти, нормативні документи, етичні кодекси, рекомендації ВООЗ; інформацію, отриману у ході бесід з експертами (професіоналами охорони здоров'я, юристами – фахівцями з медичного права, представниками пацієнтських громадських організацій). Під час виконання досліджень застосовано такі методи: системно-оглядовий, бібліосемантичний, історичний, логічний, узагальнення, бесіди.

Основний матеріал дослідження. Згідно з законодавством України кожна людина, громадянин у разі потреби має право звертатися за наданням профілактичної, діагностичної, лікувальної, реабілітаційно-відновної чи

фармацевтичної допомоги до закладу охорони здоров'я будь-якої форми власності чи медичного працівника індивідуальної практики (незалежно від стану здоров'я) або може надавати добровільну згоду на участь у медико-біологічному експерименті, донорстві крові (тканин, органу) тощо. За таких умов ця людина набуває статусу пацієнта – особи, в якій виникають реальні відносини (правовідносини) з цим закладом охорони здоров'я чи медичним працівником індивідуальної практики. Права та обов'язки пацієнтів – громадян України, а також іноземців й осіб без громадянства, які постійно проживають на території України або яких визнано біженцями, визначені у Конституції України, Цивільному кодексі України, Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», інших національних законодавчих та нормативно-правових актах. Водночас, історично склалося, що відносини між різними суб'єктами у сфері охорони здоров'я поряд із законодавчими та іншими нормативно-правовими актами регулюються також етичними кодексами. Так, на даний час в Україні впроваджено Етичний кодекс лікаря України, Етичний кодекс медичної сестри України та Етичний кодекс фармацевтичних працівників України, що були прийняті на всеукраїнських з'їздах працівників охорони здоров'я відповідного профілю.

В контексті зазначеного та на фоні світової тенденції щодо зростання ролі й впливу пацієнта у сфері охорони здоров'я, зокрема, враховуючи розширення переліку прав та підвищення обізнаності пацієнтів, сучасне кредо «Його величність – пацієнт» або принцип «Фокус на пацієнта», командний підхід до надання медичної допомоги в тріаді «лікар – провізор (фармацевт) – пацієнт» та концепцію відповідального самолікування тощо, назріла потреба у визначенні етичних норм поведінки і відповідальності пацієнтів, як активних та повноцінних суб'єктів відносин, що виникають у сфері охорони здоров'я на сучасному етапі суспільного розвитку.

Виходячи з вищенаведеного, нами спільно з членами Громадської ради при МОЗ України було розроблено проект Етичного кодексу пацієнтів України (надалі – Кодекс) підготовлений з урахуванням офіційних матеріалів

ВООЗ, а також вітчизняного і зарубіжного досвіду у сфері охорони здоров'я. Метою Кодексу є декларація основних морально-етичних засад та норм поведінки і відповідальності, які мають стати взірцем для пацієнтів, а також членів їх сімей й інших громадян та осіб у тій частині суспільних відносин, що стосується сфери охорони здоров'я. Згідно з цим документом етика пацієнта або пацієнтська етика є невід'ємною складовою етичних засад охорони здоров'я та загальної етики. Базовими принципами, на яких ґрунтується пацієнтська етика, є: свідомість і відповідальність; грамотність та освіченість; пошана і довіра до лікарів та інших працівників охорони здоров'я (провізорів, фармацевтів, медичних сестер); схильність до лікування; доброзичливість та ввічливість; чесність і відвертість; уважність та дисциплінованість; законотворчість; повага до прав інших людей (пацієнтів, їх відвідувачів та ін.); терпимість і неупередженість; співпраця та партнерство.

Структура запропонованого нами Кодексу містить наступні розділи, що охоплюють всі основні сфери суспільних відносин, учасником яких є людина у статусі пацієнта або потенційного пацієнта: 1. Загальні положення. 2. Людина та її власне здоров'я. 3. Людина та громадське здоров'я і безпека. 4. Людина та її знання з питань охорони здоров'я. 5. Пацієнт та працівники охорони здоров'я. 6. Пацієнт та процес лікування. 7. Пацієнт та члени його сім'ї. 8. Пацієнт та інші пацієнти і їх відвідувачі. 9. Дія кодексу. Загалом даний Кодекс призначений для регулювання етичних взаємовідносин пацієнтів, а також членів їх сімей та інших громадян, пов'язаних із сферою охорони здоров'я, у випадках конфліктних ситуацій шляхом залучення спеціальних уповноважених органів (комісій з питань етики при лікувально-профілактичних закладах тощо).

Висновки. За результатами дослідження обґрунтовано необхідність прийняття та розроблено структуру і зміст Етичного кодексу пацієнтів України, який декларує основні морально-етичні засади та норми поведінки і відповідальності пацієнтів, а також членів їх сімей й інших громадян та осіб у тій частині суспільних відносин, що стосується сфери охорони здоров'я.

**СОЦІАЛЬНІ ТЕНДЕНЦІЇ
МАРКЕТИНГУ У ФАРМАЦІЇ**

МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ТОВАРНОГО СЕГМЕНТУ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОГО ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ КАРВЕДІЛОЛУ

Байгуш Ю.В., Семенів Д.В.

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-

Франківськ, Україна

yuliya.baygush@ukr.net

Антигіпертензивні лікарські засоби (АГЛЗ) являються основою профілактики та лікування небезпечної серцево судинної хвороби століття. Використовуються препарати першої та другої лінії. Пошук, впровадження та більш активне використання новітніх високоефективних препаратів стає важливою задачею медичної і фармацевтичної науки та практики. Значний асортимент АГЛЗ дає можливість індивідуального підходу при лікуванні та профілактиці стану підвищено кров'яного тиску. Останні роки характеризуються активним впровадженням у медичну практику лікарських засобів (ЛЗ) на основі карведілолу. Він також широко представлений для застосування в урядовій програмі «Доступні ліки» як ефективний метод медичних технологій.

Для оцінки товарного сегменту ЛЗ карведілолу використано сучасні методи маркетингових і економічних досліджень.

Встановлено, що активний фармацевтичний інгредієнт карведілол уперше синтезований Ф. Відеманом (фірма «Boehringer Mannheim», США) та запатентований у 1995 р. В медичній практиці ЛЗ карведілолу стали застосуватись на початку цього століття. Оригінальним препаратом карведілолу є ЛЗ Дилатренд (фірма F. Hoffmann-La Roche Ltd, Швейцарія). За кордоном широко відомі генеричні препарати карведілолу (Atram, Bloges, Carvel, Carvil, Coreg, Dimitone, Eucardic, Carzec та ін.).

Проведений нами аналіз товарного сегменту карведілолу свідчить, що за останні два роки темпи його росту становлять 240,55% і 176,16%. Обсяги продажів ЛЗ карведілолу склали у 2017 р. – 56,812 млн. грн., у 2018 р. – 136,665 млн. грн. і у 2019 р. – 240,748 млн. грн. Встановлено, що 75% сегменту

ринку становлять ЛЗ іноземного виробництва, серед яких провідне місце займають фірми KRKA (Словенія) і Stada (Німеччина). Вітчизняний ринок карведілолу характеризується як монополізований, висококонцентрований та неконкурентний (при індексі Херфіндаля-Хіршмана у 3386,8366).

Ринкову характеристику товарного сегменту препаратів карведілолу здійснювали шляхом оцінювання таких показників, як продажі у натуральних та грошових одиницях, наявність в асортименті аптек, рівень аптек, що реалізували ЛЗ, частка у сегменті кожного виробника і лікарського препарату, коефіцієнт конкурентоспроможності. Так, встановлено, що найбільші частки товарного сегменту займають таблетки КОРІОЛ® дозуванням 31,5 мг №40 (23,55%) й 8,15 мг №18 (21,38%) (фірма «KRKA» Словенія). Значні позиції займає вітчизняний ЛЗ КОРВАЗАН по 31,5 і 15 мг (фірма «Артеріум») відповідно 12,72% й 12,82% товарного сегменту ринку.

В цілому, одержані в результаті нашого дослідження дані свідчать, що не дивлячись на однакову АФІ (карведілол) у лікарських препаратах різних виробників, готові ЛЗ по різному сприймаються лікарями й пацієнтами як покупцями й споживачами таких ліків. Наявність різних по ринковій силі аналогічних ліків потребує подальшого вивчення факторів, які суттєво впливають на ринковий статус ЛЗ карведілолу та обсяги продажів, як результат реакції ринку. Нами використано анкетне опитування лікарів та пацієнтів як споживачів препаратів карведілолу. З використанням сучасних методик і підходів проведена поглиблена оцінка складових торговельних марок (ТМ) препаратів. Оцінювались рівні обізнаності як спонтанного знання, ідентифікації, лояльності, призначень і споживання. Встановлення ринкової сили і статусу ТМ-бренд, сильних і слабих складових здійснювали на основі циклограми й запропонованої маркетингової карти ринкових показників, що дало можливість охарактеризувати маркетинговий комплекс ЛЗ від слабкої до сильної ТМ, від слабого до сильного бренду.

Таким чином, опрацьовано новий методичний підхід до комплексного дослідження аналогічних препаратів на прикладі ЛЗ карведілолу.

АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ВІТЧИЗНЯНОГО РИНКУ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ НПЗЗ-ГАСТРОПАТІЙ

Бездітко Н.В., Мелюс О.О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
ph-econom@nuph.edu.ua

Вступ. Нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ) на даний час широко використовуються не лише в клінічній практиці ревматологічних захворювань, а і в повсякденному житті в якості симптоматичної терапії широкого кола захворювань. За даними досліджень, як при систематичному, так і при періодичному використанні НПЗЗ у 15-30% пацієнтів можливі небажані явища з боку шлунково-кишкового тракту (ШКТ), спектр яких досить широкий і варіює від легкої диспепсії до розвитку ерозій (часто множинних) і пептичних виразок. Ці небажані явища мають узагальнюючу назву НПЗЗ-гастропатії. При цілеспрямованому дослідженні НПЗЗ-гастропатії виявляються більш, ніж у 40% осіб, що регулярно приймають НПЗЗ. Вірогідність їх виникнення значно більша у осіб старшого віку з коморбідною патологією. Найбільш ефективною стратегією профілактики та лікування НПЗЗ-гастропатій на даний час вважається прийом лікарських препаратів (ЛП) групи інгібіторів протонної помпи (ІПП). При НПЗЗ-індукованих пошкодженнях слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки ІПП перевершують лікувальну дію Н2-блокаторів та ЛП простагландинів. Можливість користування ІПП широкими верствами населення суттєво залежить від стану фармацевтичного ринку ЛП означеної групи.

Мета роботи – визначити асортимент та особливості попиту ІПП в Україні у 2019 році.

Методи дослідження. Аналіз асортименту препаратів проводився згідно з Державним реєстром лікарських засобів України (далі Реєстр), Державним формуляром лікарських засобів (далі Формуляр) та даними системи дослідження ринку «Pharmexplorer» компанії «Моріон». За даними

цієї ж системи визначалися обсяги реалізації ІПП в натуральних одиницях за 2019 р.

Основний матеріал дослідження. За АТС-класифікацією ІПП відносяться до групи А02В С. Відповідно до цього коду в Реєстрі було 168 засобів для перорального та ін'єкційного застосування, що відповідали 6 МНН. Серед зареєстрованих ЛП абсолютна більшість (92,3%) були генериками, з яких 22% – вітчизняного виробництва. Майже всі (34 з 36) вітчизняні ІПП були внесені до Формуляру, в той же час з імпорتنих генериків в Формулярі було лише 85% зареєстрованих ЛП. Із загальної кількості зареєстрованих ІПП в активному продажі знаходилось 82% вітчизняних та 64% імпорتنих ЛП (загалом 114 ЛП з 168 зареєстрованих). За кількістю ТН ліки розташовувалися в наступному порядку: пантопразол (41ЛП), омепразол (25 ЛП), езомепразол (22 ЛП), рабепразол (16 ЛП), лансопразол (6 ЛП) та декслансопразол (4 ЛП).

Діапазон роздрібних цін за упаковку пероральних форм досліджуваних ліків коливався від 487,4 грн. (оригінальний рабепразол) до 13,3 грн. (омепразол вітчизняного виробництва), ін'єкційних форм – від 2473,7 грн. (оригінальний езомепразол) до 60,7 грн. (вітчизняний езомепразол). За обсягами споживання в натуральних одиницях лідерами були препарати омепразолу, другу позицію займали препарати пантопразолу. За допомогою рангової кореляції за Спірменом встановлено високій ступень кореляції між кількістю проданих упаковок та кількістю ЛП з тотожною діючою речовиною. Між ціною упаковки та кількістю проданих упаковок, як для ЛП, що відносяться до кожного окремого МНН, так і для групи ІПП в цілому кореляційного зв'язку не виявлено.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Група А02В С «Інгібітори протонної помпи» представлена на українському фармацевтичному ринку достатнім асортиментом – 114 ЛП відповідно до 6 МНН. Достатній асортимент та широкий діапазон цін на препарати-аналоги слід розглядати як сприятливе середовище для споживачів з погляду

можливостей взаємозаміни ЛП та індивідуального вибору лікарського засобу з клінічних та економічних позицій. Кореляційного зв'язку між ціною ЛП та кількістю проданих упаковок не встановлено. В подальшому доцільно дослідити причини, що впливають на рівень продаж окремих ЛП групи ІІІ.

МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ РИНКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ВКЛЮЧЕНИХ ДО УНІФІКОВАНОГО КЛІНІЧНОГО ПРОТОКОЛУ, ДЛЯ ЛІКУВАННЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ В УКРАЇНІ

Косяченко К.Л., Гаврилюк Я.Д.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна
provisor@i.ua, yaroslava.gavrylyuk@gmail.com

Вступ. Однією з найважливіших медико-соціальних проблем в Україні та світі є поширення злоякісних новоутворень населення. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я рак молочної залози (РМЗ) займає друге місце серед всіх онкологічних захворювань у світі, як одне з найпоширеніших, поступаючись за кількістю випадків лише раку легень. У зв'язку з довготривалим та високовартісним лікуванням, фармацевтичне забезпечення вказаної групи хворих потребує залучення значних фінансових ресурсів, що в свою чергу потребує моніторингу українського ринку лікарських засобів (ЛЗ) для лікування РМЗ.

Мета. Проведення маркетингового аналізу ЛЗ для лікування РМЗ, які представлені на фармацевтичному ринку України.

Методики дослідження. Під час дослідження використано методи пошуку, узагальнення даних, математичного та статистичного аналізу. Об'єктами дослідження стали матеріали Уніфікованого клінічного протоколу для лікування РМЗ в Україні, а також дані Державного реєстру ЛЗ України.

Основний матеріал дослідження. Для проведення дослідження нами було проаналізовано ЛЗ, що увійшли до Уніфікованого клінічного протоколу

первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Рак молочної залози», який рекомендовано Наказом МОЗ України №396 від 30.06.2015 р. для розробки в закладах охорони здоров'я локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів). Даний Уніфікований клінічний протокол сформовано на основі оновленої адаптованої клінічної настанови, заснованої на доказовій базі використання ЛЗ. У ньому представлено два переліки схем медикаментозного лікування РМЗ: основний та додатковий. В основному переліку зазначено 15 міжнародних непатентованих назв (МНН) ЛЗ. Станом на грудень 2019 р. в Україні серед обраних груп МНН було зареєстровано 184 торгові назви ЛЗ. Найбільша частка всіх торгових назв належить до таких груп: L01BC05 «Гемцитабін» – 32 ЛЗ (17,4%), L01BC06 «Капецитабін» – 27 (14,7%), M05BA08 «Золедронова кислота» – 27 (14,7%), L01CD01 «Паклітаксел» – 17 (9,2%), L01CD02 «Доцетаксел» – 15 (8,2%), L01BA01 «Метотрексат» – 15 (8,2%). Інші 9 МНН представлені 51 (27,6%) торговою назвою ЛЗ. Як показав аналіз наявних на вітчизняному ринку ЛЗ для лікування РМЗ, їх виробниками постають 42 фірми, з яких 7 (16,7%) вітчизняних та 35 (83,3%) іноземних. Усього на ринку представлено ЛЗ з 18 країн світу. Найбільшу частку вітчизняного ринку займають ЛЗ з таких країн як Велика Британія – 45 найменувань (25%), Україна – 30 (16,3%), Німеччина – 20 (10,9%), Швейцарія – 20 (10,9%), Індія – 17 (9,2%), Австрія – 13 (7,1%). Інші 38 ЛЗ (всього 20,6%) розподілилися між 12 країнами-виробниками. Аналіз розподілу ЛЗ для лікування РМЗ за лікарськими формами показав, що досліджувані препарати випускаються у 8 лікарських формах, таких як концентрат для розчину для інфузій – 74 ЛЗ (40,2%), таблетки – 41 (22,2%), ліофілізат для розчину для інфузій – 27 (14,6%), розчин для ін'єкцій – 17 (9,2%), порошок для приготування розчину для інфузій – 10 (5,3%), розчин для інфузій – 6 (3,2%), порошок ліофілізований для розчину для інфузій – 6 (3,2%) та порошок для розчину для ін'єкцій – 4 (2,1%).

Висновки. Таким чином, ЛЗ для лікування РМЗ представлені 15 МНН і 184 торговими назвами. Результати маркетингового аналізу українського фармацевтичного ринку дозволили виявити його основні характеристики та суттєву імпортозалежність, оскільки більшість препаратів є імпортованими та не мають вітчизняних аналогів, що в свою чергу свідчить про низький рівень фізичної та економічної доступності для вітчизняних споживачів.

РОЛЬ ІНСТРУМЕНТІВ DIGITAL-MАРКЕТИНГУ У ФОРМУВАННІ ІМІДЖУ КЛІЄНТООРІЄНТОВАНОЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ КОМПАНІЇ

Сахнацька Н.М., Алекперова Н.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна
sakhnatskaya@ukr.net, aliekperova18@gmail.com

Вступ. У сучасному світі майже всі сфери нашого життя проходять через етап діджиталізації. Кожен з нас усе частіше шукає інформацію, робить покупки та просто проводить вільний час у мережі Інтернет. Фармацевтична сфера не є винятком, адже охоплює важливу складову нашого життя – здоров'я. Перед візитом до аптеки, близько третини пацієнтів спочатку шукають інформацію про лікарський засіб та особливості його застосування в Інтернеті. За даними дослідження холдингу Factum Group Ukraine, інтернетом регулярно користуються 71% українців (22,96 млн.). Саме тому маркетологам фармацевтичних компаній важливо сформувати підхід до потенційних клієнтів, застосовуючи при цьому сучасні інструменти digital-маркетингу. З урахуванням популяризації інформаційних технологій, формування іміджу компанії в мережі переважає над традиційними концепціями маркетингу. За результатами спільного дослідження Capgemini Consulting і MIT Center for Digital Business відомо, що застосування компаніями всіх цифрових каналів для взаємодії з клієнтами підвищує прибуток приблизно на 26 % порівняно з організаціями, які використовують

тільки традиційні методи впливу на аудиторію. Цим і зумовлюється актуальність даної роботи.

Метою цієї роботи стало дослідження аспектів digital-маркетингу у фармацевтичній галузі та вплив його інструментів на клієнтоорієнтованість фармацевтичної компанії.

Методика дослідження. Для досягнення поставленої мети використано методи інформаційного пошуку та системного аналізу.

Основний матеріал дослідження. Сьогодні цифровий маркетинг активно використовується у системі маркетингових комунікацій. Варто визначити, що digital-маркетинг – це просування продукції або бренду компанії за допомогою одного або декількох цифрових медіа ресурсів. Його основна мета – забезпечення розвитку бізнесу в мережі. Нові комунікаційні засоби, такі як соціальні мережі, контекстна реклама, мобільні додатки активно витісняють традиційні інструменти реалізації маркетингової комунікаційної політики. Усвідомлюючи переваги новітніх методів комунікації, маркетологи звертають на них більше уваги і перерозподіляють бюджет компанії на їхню користь.

Сьогодні digital-маркетинг використовує безліч методів просування лікарських препаратів та медичних виробів. OTC-препарати можна просувати за допомогою контекстної реклами, яка демонструється споживачу відповідно пошукових запитів та змісту веб-сторінки, яку він відвідував. За допомогою контекстної реклами споживач звертає увагу на лікарський препарат, а компанія вже отримує потенційного клієнта. Але необхідно пам'ятати, що згідно вимог законодавства щодо рекламування ліків, для рецептурних препаратів контекстна реклама не застосовується. Тому компаніям варто шукати альтернативні шляхи промоції в онлайн-просторі.

Одним із способів реклами рецептурних препаратів в мережі є використання веб-сайтів. Інформація, що розміщена на сайті, не розглядається як реклама, адже вона спрямована на задоволення інтересів особи, яка сформуvala запит. Тому застосування веб-сайтів, лендінгу є

ефективним методом для просування рецептурних та безрецептурних препаратів.

Інноваційним підходом для формування іміджу клієнтоорієнтованої фармацевтичної компанії можна назвати соціальний медіа маркетинг або маркетинг соціальних мереж (SMM). Це порівняно новий простір для діяльності сучасних фармацевтичних підприємств. Компанія створює свою сторінку або сторінку свого товару в таких популярних соціальних мережах, як Facebook, Instagram та ін. Особливість такого виду маркетингу в тому, що підписники можуть залишати там свої коментарі, задавати питання та взаємодіяти один з одним, щоб обговорити компанію чи бренд. Кінцевою метою є зацікавлення споживача, створення позитивного іміджу бренда, позиціонування компанії, для якої першочерговим завданням є не отримання прибутку, а задоволення потреб споживачів, завоювання їх довіри та прихильності.

Висновки. Впровадження ефективних інструментів цифрового маркетингу у діяльність фармацевтичних підприємств є ключовим фактором лідерства компанії на ринку. Базові принципи digital-маркетингу спрямовані на розширення цільової аудиторії, покращення іміджу компанії через формування лояльності споживача до товару. Ефективна інтеграція цифрового маркетингу у маркетингову діяльність дозволяє компаніям успішно просувати свій товар за рахунок раціонального використання онлайн-ресурсів. Перспективи подальших досліджень у цьому напрямку полягають у вдосконаленні стратегії цифрового маркетингу та розширеному аналізу маркетингових інструментів для ефективного впровадження такого виду діяльності.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОЛІТИКИ БРЕНДИНГУ ЯК ІНСТРУМЕНТУ МАРКЕТИНГОВОГО МЕНЕДЖМЕНТУ ОРГАНІЗАЦІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ

Чмихало Н. В., Вінник О. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
socpharm@nuph.edu.ua

Сучасний розвиток фармацевтичного ринку України, який характеризується підвищенням конкурентного навантаження на його суб'єкти, потребує активізації пошуку шляхів підвищення ефективності системи управління бізнесом. Організація як бізнес-одиниця ринку та об'єкт управління потребує взаємодії та взаємопов'язаності її внутрішніх змінних (ціль, завдання, технологія, структура та люди), головною з яких виступає складова – люди, які є адептами цілей організації та носіями інноваційних технологій при формуванні її структури й практичній реалізації завдань. Одним з інструментів втілення означеного виступає формування міцного менеджменту, ринкова спроможність якого є запорукою ефективного розвитку діяльності організації та забезпечення її позитивного іміджу на ринку праці. Саме тому, формування політики брендингу стає епіцентром наукових досліджень, що носять практичний характер із залучення кваліфікованих, кращих кадрів у якості основного чинника ринкової сталості організації.

Метою дослідження є визначення політики брендингу організації фармацевтичного профілю як чинника її успішності та ринкової сталості.

Методи дослідження: системний, статистичний, порівняльний, маркетинговий (анкетування).

Результати дослідження. Найпоширеніше визначення політики брендингу – це формування іміджу організації як привабливого роботодавця, що включає всі аспекти роботи в компанії, HR-процеси і практики, які формують сприйняття співробітників і кандидатів на вакансії.

За даними Асоціації Great Place to Work (міжнародна організація, що спеціалізується на дослідницькій, консалтинговій та освітній діяльності,

допомагаючи іншим організаціям створювати й підтримувати відмінну робочу обстановку завдяки розвитку культури високої довіри), яка складає рейтинг ста кращих роботодавців для журналу «Fortune», компанії з ефективною політикою брендингу отримують сім важливих конкурентних переваг: більш висока продуктивність праці та рентабельність; стійкість під час економічних спадів; більше відгуків від кваліфікованих кандидатів; зниження плинності персоналу; скорочення негативного впливу стресу на співробітників; підвищення рівня задоволеності і лояльності клієнтів та більше ініціативи, творчості та інновацій з боку співробітників. На формування політики брендингу фармацевтичної організації впливають фактори як зовнішнього середовища (економічні, політичні, законодавчі, конкурентні, стан ринку праці, склад його трудових ресурсів та, навіть, розташування підприємства), так й фактори внутрішнього середовища, а саме: професійна характеристика роботи, трудовий потенціал організації та методи управління ним, досвід та стиль управління тощо. В сукупності впливу фактори зовнішнього середовища формують бренд кадрової політики, а фактори внутрішнього середовища – бренд кадрової стратегії організації, які й визначають формування загальної політики брендингу як системи, до якою входять: корпоративна культура, організаційна поведінка, бренд внутрішніх змінних організації.

Широкому поширенню і розвитку політики брендингу в Україні сприяло заснування премії «HR - бренд». Це незалежна щорічна премія за найбільш успішну роботу над репутацією компанії як роботодавця. Переможців рейтингу бренда роботодавця серед фармацевтичних підприємств визначали за наступними критеріями: сприяння HR-підрозділів фармацевтичних підприємств реалій сучасного ринку праці; розмір заробітної плати; наявність соціальних гарантій (соціальний пакет, дотримання балансу між роботою та особистим життям); наявність професійних гарантій (тривала зайнятість, можливість проходити додаткове навчання та стажування можливості кар'єрного зростання); успішність компанії на ринку, її імідж, репутація, функціонування на принципах

соціально-етичного маркетингу; наявність позитивного корпоративного клімату; застосування політики соціальної відповідальності.

У рейтинговий список «TOP-10» роботодавців фармацевтичного сектору охорони здоров'я України у 2019 році ввійшли наступні компанії: Bayer (5 місце), Novartis Pharma (23 позиція), STADA Україна (33), Санофі Україна (36), Такеда Україна (52), Фармак (59), Pfizer (60), GlaxoSmithKline (60), Тева Україна (70) та Berlin-Chemie Україна (72). Вітчизняні флагмани ПраТ ФФ «Дарниця» та ФФ «Здоров'я» посіли 133 та 135 позиції рейтингу відповідно.

Незважаючи на ринкову перспективність впровадження політики брендингу та її прозорість, зрозумілість її значущості, багато організацій і на тепер недооцінюють її значення.

Так, за підсумками проведених досліджень, в яких прийняли участь керівники середнього рівня управління оптового та роздрібного секторів фармацевтичного ринку загальною чисельністю 50 осіб з паритетним розподілом між ними, встановлено, що планування політики брендингу здійснюють тільки 33% організацій (середнє значення: 34% – оптовий ланцюг, 32% – роздріб), а більш ніж половини організацій (52%) підпорядковуються ринковій ситуації або власним проблемам.

Маємо констатувати, що на висококонкурентному ринку, до якого відноситься й фармацевтичний ринок, політика брендингу стає не тільки головним репутаційним активом, а й ефективним інструментом підвищення ринкового менеджменту організації за рахунок зміцнення й інноваційності трудового потенціалу.

Висновки. Узагальнюючи, можна сказати, що побудова ефективної політики брендингу вимагає системного підходу і узгодженості всіх факторів зовнішнього та внутрішнього середовища від первинного позиціонування організації на ринку праці, якщо метою даного позиціонування виступає залучення і утримання найбільш талановитих співробітників, націлених на досягнення високих результатів.

АНАЛИЗ ТОВАРНОЙ СТРУКТУРЫ УКРАИНСКОГО РЫНКА НАЗАЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Пивень Е.П., Бен Гхолам Ханае

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

fmm@nuph.edu.ua

Различные виды воспалительных процессов слизистой оболочки полости носа (риниты) являются одними из самых часто встречающихся заболеваний человека как во взрослом, так и в детском возрасте. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), патология органов дыхания занимает первое или второе место (в зависимости от страны) в структуре заболеваемости населения во всем мире. Взрослые в течение года переносят 2-3 состояния с острой формой инфекционного ринита. У детей такие состояния наблюдаются значительно чаще – 6-8 раз в году. Из-за нарушений дыхания и постоянных выделений из носа пациенту трудно дышать, ухудшается сон. Это заболевание снижает качество жизни, а у взрослого населения падает трудоспособность. В Украине ежегодно регистрируется 9–12 млн. случаев заболеваемости гриппом и острыми инфекциями верхних дыхательных путей.

За последние десятилетия во всем мире отмечается увеличение частоты аллергических заболеваний дыхательных путей. Распространенность аллергического ринита (АР) за прошедшее столетие выросла в десятки раз. По данным ВОЗ распространенность АР имеет следующую картину: от 400 до 600 млн. людей в мире страдают этим заболеванием; распространенность сезонного АР в разных странах мира колеблется от 1 до 40%, круглогодичного – от 1 до 18%; в среднем от 10 до 30% населения развитых стран отмечают симптомы АР; в США распространенность АР составляет от 10 до 30% среди взрослых и до 40% – у детей; в Западной Европе – до 32% населения; в Великобритании – 24%; в Германии – от 13 до 19,6%; в России – от 12 до 32% страдают АР; симптомы АР отмечены у 40 % украинцев. Изложенное свидетельствует об актуальности обеспечения населения лекарственными средствами (ЛС) для лечения ринита.

Целью работы является проведение анализа товарной структуры украинского рынка назальных лекарственных средств (ЛС).

В качестве **методики исследования** использованы контент-анализ, маркетинговый анализ, логистический и сравнительный анализ, группировка, статистическая обработка данных.

Результаты исследования. В соответствии с АТС-классификацией ЛС для лечения ринита относятся к группе R Средства, действующие на респираторную систему. В группе «Средств, применяемых при заболеваниях полости носа – R01» 99% торговых наименований ЛС приходится на «Противоотечные и другие препараты для местного применения при заболеваниях полости носа – R01A» и 1% торговых наименований ЛС – на «Системно действующие противоотечные средства, применяемые при патологии полости носа – R01B». Среди противоотечных средств (R01A) наибольшую долю (55%) составляют симпатомиметики простые препараты (R01AA), которые на украинском рынке представлены препаратами на основе 5 субстанций (фенилэфрин, оксиметазолин, ксилометазолин, нафазолин, трамазолин). В этой группе ЛС по количеству торговых наименований лидируют препараты на основе ксилометазолина (35%), нафазолина (33%), оксиметазолина (29%). ЛС на основе фенилэфрина и трамазолина занимают на рынке по 1,5%, а препараты на основе тетризолина отсутствуют. На долю симпатомиметиков в комбинации с другими средствами, за исключением кортикостероидов (R01A B), приходится 15%. Эта группа на украинском рынке представлена ЛС на основе 5 субстанций (фенилэфрина, нафазолина, ксилометазолина, оксиметазолина и туаминогептана), среди которых наибольшим количеством торговых наименований препаратов представлен ксилометазолин (47%) и фенилэфрин (32%). На препараты оксиметазолина приходится 11%, а на препараты нафазолина и туаминогептана по 5%.

Группа противоаллергических средств, за исключением кортикостероидов (R01A C), на украинском рынке занимает наименьшую долю (5%) среди противоотечных и других препаратов для местного

применения при заболеваниях полости носа и представлена ЛС на основе 3 субстанций (кислоты кромоглициевой, азеластина, лоратадина), среди которых лидером по количеству торговых наименований лекарственных препаратов является кислота кромоглициевая (67%). Препараты на основе азеластина и лоратадина занимают по 16,5%.

Группа R01AD (Кортикостероиды) представлена препаратами беклометазона, будезонида, флутиказона, мометазона, флутиказона фууроата, комбинациями дексаметазона, флутиказона, и мометазона (6 субстанций), которые на рассматриваемом сегменте ЛС занимают 13%, среди которых 56% торговых наименований – на основе мометазона. Препараты на основе других субстанций занимают по 6,5% сегмента, кроме флутиказона (12%), комбинации которого на рынке отсутствуют.

Группа прочих средств для лечения заболеваний полости носа (R01A X) представлена на рынке мупироцином, фрамицетином, прочими средствами и комбинациями и занимает 12% среди противоотечных и других препаратов для местного применения при заболеваниях полости носа (R01A). В этой группе преобладают прочие средства (47% торговых наименований) и комбинации (40% торговых наименований). На препараты мупироцина, фрамицетина приходится по 6,5% исследуемого сегмента рынка.

Системно действующие противоотечные средства, применяемые при патологии полости носа (R01B), на украинском рынке представлены симпатомиметиками (R01B A) на основе 3-х субстанций (фенилпропаноламина, псевдоэфедрина и фенилэфрина) в комбинации.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования показали, что для лечения разных видов ринита на украинском рынке в настоящее время представлен довольно широкий ассортимент ЛС. Поэтому основная задача аптечных предприятий для максимального удовлетворения потребностей населения заключается в улучшении качества обслуживания посетителей с учетом их поведения при выборе назальных ЛС.

RESEARCH OF OFFERS V07A GROUP IN THE UKRAINE MARKET

Timofeyev S.V.

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

economica@ukr.net

Injection cosmetology in recent years is one of the most popular areas of beauty services in the market. Medicines of group V07A – all other medical supplies is widely used in cosmetology practice. Thanks to beauty injections, it becomes possible to eliminate many problems associated with skin and muscle tone. For example, remove the first signs of aging, the second chin, fat deposits, swelling, rosacea, acne, etc. The widespread use of “injection cocktails” has shown a beneficial effect on the well-being and appearance of both women and men.

Therefore, the **aim** of the study was to analyze the registration of this group of drugs. We used the analytical method and materials of the State Register of Drugs of Ukraine.

As of March 2020, 9 drugs of the V07A group were registered the without taking account the form of release, and taking into account 63 drugs. All drugs have an unlimited validity of a registration patent. Of the drugs presented without taking into account the form of release, only 1 is a foreign (Dr. Franz Koehler Hemi GmbH, Germany), the rest are 8 of domestic production. From 8 domestic drugs, 3 – manufactured by Yuria-Farm, Darnitsa, Galichpharm, Lekhim-Kharkov, FC Zdorovye, Biofarma-PLAZMA, one drug each. Most often there are sentences in the form of ampoules of 2, 5, 10 ml; less in the form of a solution of 100, 200, 400, 500, 1000, 2000, 3000, 5000 ml in polymer containers. Prices for drugs also vary. For example, the producer price of Halichfarm starts from 11.90 – 19.00 UAH. Manufacturer Lekhim from 11.58 – 17.30 UAH for up. In general, the price range for drugs of other manufacturers is from 9.00 – 29.13 UAH for one unit of goods, which is affordable for the consumer. It is also worth noting that the cost of injection cocktails with the use of this group of drugs will cost more because not one but many components are included. The price of such injections in Ukraine starts from 2500 UAH for one procedure and can reach 10,000 UAH. For a real

effect, it is necessary to do from 3 to 6 procedures, depending on the initial condition of the skin.

**ANALYSIS OF REGISTRATION OF ANTI-EPELYPTIC DRUGS
IN THE PHARMACEUTICAL MARKET IN SOUTHERN
AND EASTERN MEDITERRANEAN**

Zaytseva Yu. L., El Assal Rami
National University of pharmacy, Kharkov, Ukraine
socpharm@nuph.edu.ua

Epilepsy is the most common serious neurological disease. Currently, there are more than 65 million patients with epilepsy in the world.

The aim is to conduct market research on antiepileptic drugs in the pharmaceutical market southern and eastern Mediterranean.

The object of the study are statistics of state registration of antiepileptic drugs in southern and eastern Mediterranean.

We used the method of marketing analysis for studying the pharmaceutical market of southern and eastern Mediterranean. The study of the drug market was based on market development trends in its structure and geographical location. We have conducted an analysis of antiepileptic drugs in the pharmaceutical market of southern and eastern Mediterranean.

According to the anatomical-therapeutic and chemical classification system (ATC), the studied drugs belong to the N03A groups – drugs used in epilepsy. On December 2019, 4 drugs were registered in the N03AA group in accordance with the international nonproprietary name (INN) or 12 trade names of drugs from the N03AB group – 1 INN or 7 trade names from the N03AF group – 9 INN or 34 trade names, N03AD – 1 INN (9 trade name), N03AE – 1 according to INN (5 trade names), N03AG – 1 according to INN (32), and from the N03AX group – 6 according to INN (95 trade names, taking into account the form).

The analysis of the proposals of manufacturers on trade names of drugs showed: foreign-made antiepileptic drugs are represented by 22 pharmaceutical companies. Among them, the leaders are G.L. Pharma, Austria – 19 drugs, Teva, Israel – 19 drugs, Pharmascience, Canada – 12 drugs, SUN, India – 11 drugs, GlaxoSmithKline, UK – 10 drugs.

The results of the analysis of drug proposals by manufacturers showed that in the wholesale market of antiepileptic drugs there is a dominance of foreign companies. It should be noted that today in the southern and eastern Mediterranean the domestic production of antiepileptic drugs is not targeted, which in turn is a negative trend and requires the introduction of effective import substitution mechanisms.

THE ROLE, MAIN RESPONSIBILITIES AND NECESSARY SKILLS OF MEDICAL REPRESENTATIVES OF PHARMACEUTICAL COMPANIES

Zhadko S.V., Zouhri Abderrahmane
National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine
svzhadkopharm@gmail.com

Introduction. Medical representatives (MRs), also known as pharmaceutical sales representatives or medical sales representatives promote companies' products (OTC-medicines, prescription drugs and medical equipment). They implement various strategies to increase awareness of a particular company's product.

Aim. The purpose of this paper is to analyse the role, main responsibilities and necessary skills for MRs of pharmaceutical companies.

Materials and methods. We studied publications in scientific healthcare journals, web-sites of pharmaceutical manufacturing companies, as well as web-sites of recruiting consulting and training companies.

Results and discussion. The role of MRs is very challenging because they represent the total pharmaceutical company in a given territory. Building the platform of the company in front of customers, they share the company's mission and vision, promote the products and achieve the given objectives, in turn, which get converted into profit of the company. Their mission is to create and support demand for an existing medical or pharmaceutical product or launch new product ensuring availability at retailers and wholesalers. MRs' clients may include doctors, nurses and pharmacists. The MRs are supposed to increase product awareness, answer queries, work with objections, provide advice and introduce new products. Key MRs' responsibilities usually include: organizing meetings and appointments with community – and hospital-based healthcare specialists; establishing and identifying new business negotiating contracts; presenting or demonstrating company's products to healthcare specialists (doctors, nurses and pharmacists); organizing trade exhibitions, conferences and meetings; meeting scientific and business needs of healthcare professionals; reviewing sales performance; writing reports and other documents (for instance, keeping detailed records of all contacts).

In the face of increased competition, the work of MRs of the pharmaceutical company should be more flexible and creative with using modern technologies and instruments that provides a high level of conversion of promotional efforts into the desired result (sales).

Training of MRs usually includes the formation of knowledge about the company's product portfolio and competitive environment, the structure of the visit and the techniques of presentation. After training, MRs should pass test on the company's products awareness and have an internship with a senior MR.

Professional skills include knowledge regarding the human body and physiology, product portfolio knowledge, selling skills, knowledge on time management, and awareness about clinical aspects of promoted medicines, awareness about the competitors' activity, good detailing ability, and analytical skills and so on.

Besides professional skills, MRs are obliged to possess a wide set of personal skills, such as ability to take a challenge, ability to work hard, good interpersonal skill, a positive attitude. The candidate for MR's job position should be polite and gentle, dedicated and determined, self-confident and patient, disciplined and self-motivated, punctual etc. He also should be able to learn quickly and to work under pressure. Soft skills are necessary solve problems, to handle competitor's propaganda, to buildup relationship with customers, to listen carefully, to read customer's mind, to give the right information to the right doctors, to handle objections, to pursue customers, to be well accepted by customers and to handle the adverse situation.

To improve the work of MRs, we developed the criteria for evaluating MRs' visits to doctors and pharmaceutical workers, which consist of three blocks: evaluation of the visit preparation, evaluation the visit itself and evaluation the visit analysis. The assessment may be conducted by senior MRs and territorial managers during double visits and some amendments might be made based on the company's specific standard operating procedures.

ANALYSIS OF MARKETING COMPONENT IN THE RATIONAL USE OF DRUGS

Zhadko S.V., Tchitembo Gloire Helena
National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine
svzhadkopharm@gmail.com

Introduction. According to the World Health Organization, mortality from adverse drug reactions and their misuse is the fifth largest cause of death. Therefore, the promotion of drugs, in particular their advertising in the media, has been the subject of constant criticism and scrutiny by public oversight bodies in almost every country in the world. Inadequate or unethical promotion of pharmaceutical products by pharmaceutical companies is often the reason for their

irrationality, including overuse. Most prescribers receive information mainly from pharmaceutical companies rather than from independent sources such as clinical guidelines. In some countries, direct marketing of prescription drugs to consumers is permitted, which may result in patients being pressured by doctors to prescribe unnecessary drugs.

Aim. The purpose of this work is to study the marketing component in the process of rational use of drugs and identify the directions of its improvement.

Materials and methods. We studied publications in scientific literature, web-sites of international healthcare organizations (WHO, FIP).

Results and discussion. Ukraine is one of the few countries with favorable conditions to market pharmaceutical products. This is ensured by the following conditions of the Ukrainian pharmaceutical market:

1. Most drugs are dispensed without a doctor's prescription.
2. Advertising in the media of almost all registered OTC-drugs is permitted.
3. Absence of the national control body that would control the accuracy of information on the packaging of drugs in accordance with the principles of evidence-based medicine.

In Ukraine, advertising of OTC-drugs, medical equipment and medical products is about 30 % of the total amount of advertising products on television. In the domestic pharmaceutical market, multichannel drug promotion is being actively targeted at the end consumer and healthcare professionals. The main ways of promoting prescription drugs are to place materials in specialized editions intended for healthcare institutions and doctors; dissemination of information at seminars, conferences, symposia on medical topics; visits of medical representatives to healthcare professionals.

The leaders of the rating of brands of drugs by volume of expenses on television advertising are imported drugs No-spa, Nurofen, Essentiale, which occupy respectively the fifth, second and sixth positions in the ranking of drugs by sales in the retail segment of the pharmaceutical market.

Furthermore, most of the leading pharmaceutical brands have insufficient evidence base for their use (except for Nurofen, Sodium Chloride, and Citramone). Some of them (deproteinized hemoderivate from the blood of calves, drotaverine, essential phospholipids, arginine hydrochloride, etc.) do not have Food and Drug Administration (USA) approval as a drug, are missing from the protocols of National Institute for Health and Care Excellence (Great Britain) and Cochrane Reviews, or are not proven to be effective in Cochrane Reviews. Thus, most pharmaceuticals that are leading the sales in the retail segment of the pharmaceutical market do not have sufficient evidence base, and therefore their use cannot be considered as rational.

Pharmacists are an important target audience for marketing activities of pharmaceutical companies, and their loyalty to certain brands of drugs can significantly affect the structure of drug consumption. More than 91 % of pharmacists interact with medical representatives to obtain information about drugs, but and only 35.3% of pharmacists believe that medical representatives work contributes to the rational use of drugs. 47.6% of pharmacists feel the need to obtain additional information on the rational use of drugs.

Pharmacists estimate that regulating and limiting the over advertisement of drugs, the availability of independent sources of information on drugs in the workplace, and limiting the influence of medical representatives would facilitate the rational use of drugs.

**СУЧАСНІ ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ
ОРГАНІЗАЦІЇ ТА НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ
ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ**

ПОГЛЯД ПРАКТИКУЮЧОГО ЛІКАРЯ НА ОРГАНІЗАЦІЮ ПАЛІАТИВНІЙ ТА ХОСПІСНІЙ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА СНІД

Нартов П.В., Якущенко В.А.

Комунальна некомерційне підприємство Харківської обласної ради

«Обласна клінічна інфекційна лікарня», м. Харків, Україна

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

viktoriamya66@gmail.com

Інфекційні захворювання не залишають людство, подолав цілий ряд таких особливо небезпечних хвороб як чума, натуральна віспа, іспанка, холера, ми отримали нові не менш небезпечні захворювання, зокрема ВІЛ-інфекція – швидко прогресуючий процес з надзвичайно величезним діапазоном клінічних проявів та ускладнень. В Україні існує класифікація що відображає закономірність патологічного розвитку захворювання: стадія гострого захворювання; стадія безсимптомного носійства; стадія персистуючої генералізованої лімфаденопатії; СНІД-асоційований комплекс та СНІД.

Тобто, кінцевою стадією ВІЛ-інфекції є СНІД – стан коли хронічна імуносупресія призводить до опортуністичних інфекцій та онкологічних захворювань. Для визначення СНІДУ як захворювання існує Європейський перелік СНІД-індикаторних захворювань і станів, які є критеріями Європейського визначення СНІДУ, для подальшої реєстрації цих випадків та епіднагляду. Слід зазначити що всього цих патологій 26, з них 18 це інфекційні захворювання або стани, 8 ракові патологій та 2 стани є з не визначеною етіологією. Таким чином, бачимо що більшість ВІЛ-інфікованих на останніх летальних стадіях захворювання страждають від інфекційних патологій, відповідно лікування проходять в інфекційних стаціонарах, а частіше і останні дні вони проводять в стінах інфекційної лікарні, тобто здійснюється одночасно медична і паліативна допомога, а досить часто виконує функції хоспісу.

В Україні діє Наказ Міністерства охорони здоров'я України N 41 від 21.01.2013 «Про організацію паліативної допомоги в Україні» в якому чітко

визначені завдання паліативної допомоги, підстави для госпіталізації пацієнта основні засади організації надання паліативної допомоги в лікувальному закладі і вдома, зокрема чітко визначено що паліативна допомога хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД, надається у відповідних спеціалізованих лікувально-профілактичних закладах. В нашій країні, для подолання розповсюдження ВІЛ-інфекції, ретельного епіднадзора та ефективної допомоги хворим, створена мережа центрів СНІДу, однак в більшості з них немає стаціонарного відділення, а при його наявності головна його функція лікування пацієнтів на ранніх етапах захворювання, в той же час на останніх термінальних стадіях хворі на СНІД з інфекційними мультипатологіями лежать та, нажаль, вмирають в інфекційних лікарнях.

Особо слід зазначити що в Наказі надається «Перелік медичних показань для надання паліативної допомоги» в якому визначені стани пацієнтів при яких надається паліативна допомога у лікувальних закладах та хоспісах, однак підкреслюється що крім пацієнтів у яких є гостра інфекція, а як ми писали раніше, хворі на СНІД, на останніх стадіях протікання хвороби частіше страждають тяжкими інфекційними патологіями, відповідно отримати допомогу лікувального та паліативного характеру теж можуть лише у інфекційної лікарне.

Виходячи з вище наведеного, в свій час колектив Обласний клінічної інфекційної лікарня, м. Харків проявив ініціативу і при підтримці обласного керівництва відкрили палати паліативної допомоги, співробітники відділення крім лікувальної роботи надають паліативну допомогу, а палати інколи перетворюються в кімнати хоспісу. За роки праці накопичено деякій досвід та з'явилися думки з оптимізації ефективності допомоги, в тому числі і паліативної хворим на СНІД, зокрема:

- перш за все необхідно проводити інтенсивну інформаційну роботу, що хворі на СНІД не смертники, що при ефективному перманентному лікуванні вони можуть активно та повноцінно жити, тобто змінювати ментальне відношення суспільства до цієї категорії людей;

➤ відповідно хворі на СНІД заслуговують особливого відношення держави, тобто на забезпечення достойного процесу та умов лікування цих хворих в стаціонарах, а останні місяці свого життя, виходячи з основних принципів та мети хоспісної допомоги спрямованої на покращення останніх днів життя пацієнта, полегшення фізичних та моральних страждань пацієнта та членів його родини, ця категорія хворих має провести в гарних умовах;

➤ треба переорієнтувати фінансування та постачання відділень з хворими на СНІД, зараз величезні кошти виділяють на центри СНІДУ, а хворіють та вмирають вони в інфекційних лікарнях або в онкологічних центрах;

➤ необхідно змінити процедуру співвідношень лікарні та центру СНІД, зараз щоб отримати коштовні ліки з фондів центру СНІД необхідно викликати консультанта з центру, а він дає дозвіл на отримання цих ліків. Ми витрачаємо робочий час на зайву процедуру, чим лікар центру відрізняється від доктора з лікарні, а робочий час плине, витрачаються державні кошти на оплату праці співробітників, а для хворого ускладнюється процес лікування;

➤ слід проводити спеціальну підготовку кадрів для роботи з хворими на останніх стадіях СНІДу, це мають бути фахівці комплексної підготовки, які можуть здійснювати не тільки професійну медичну допомогу, але і виконувати такі притаманні хоспісним відділенням функції, як надання психологічної допомоги хворим, духовна підтримка родичів тощо.

Таким чином, маємо констатувати що в Україні існує паліативна допомога хворим на СНІД, в системній роботі задіяні центри СНІДу, хоспіси та інфекційні лікарні, які сумісними зусиллями сприяють їх довгому повноцінному життю та полегшують останні місяці життя. Однак, на наш погляд, для оптимізації паліативної допомоги хворим на СНІД настав час для деяких організаційних змін.

ROLE OF THE PHARMACIST IN PALLIATIVE AND HOSPICE CARE

Tsapko D., Dupon Frederik

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

CSL Behring, Lengnau, Switzerland

dashameken@yahoo.com, fred.iantd@skynet.be

The World Health Organization defines palliative care as an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual¹. Both palliative care and hospice care provide comfort. Palliative care can begin at diagnosis, and at the same time as treatment. Hospice care begins after stopping the treatment of the disease, when it is obvious that the patient will not survive the illness. Palliative care is the result of a modern hospice approach and has consistently evolved during the last decades². The goal is to alleviate the pain without treating the cause of the pathology. It prevents or treats symptoms and side effects of disease and treatment. Palliative care also treats emotional, social, practical, and spiritual problems that illnesses can bring up. When the patient feels better in these areas he has an improved quality of life.

The **aim** of the work is to emphasize on the pivotal role of the pharmacist as a medicines specialist within the multidisciplinary team in palliative and hospice care.

Palliative care can be given at the same time as treatments meant to cure or treat the disease. Palliative care may be given when the illness is diagnosed, throughout treatment, during follow-up, and at the end of life. It requires a close collaboration of healthcare professionals to build a multidisciplinary team which end goal is to meet the diverse needs of the patients. This inter-professional network includes doctors, pharmacists, nurses, dieticians and social workers. The pharmacist plays a pivotal role in this team^{3,4,5,6}. Neither the hospice staff nor the palliative care team in charge of the patient's daily care have the in-depth knowledge of the drugs mechanism of action. Therefore, it is key for the

pharmacist to identify the most appropriate remarks about the use of drugs that the palliative care team should be aware of. This may include management guidelines, possible side effects or attentions about use with concomitant medications or if the patient has another health condition that may affect the safety or effectiveness of the drug. The pharmacist also has to inform both the patient and the staff about the medication management and the side effects that may occur.

Palliative care patients often have to take multiple medications simultaneously and, as a result, have an increased risk of drug interactions and drug problems. Pharmacists have more knowledge of drugs and their effects than any other member of the health team and are therefore the key stakeholders to identify potential problems and make appropriate recommendations. The role of the pharmacist in palliative and hospice care is not only limited to providing the patient with medicines⁷. The pharmacist also has to evaluate whether or not the medication is appropriate, consult the palliative care multidisciplinary team and provide some input.

The medicines currently used are most often part of a palliative treatment plan which goal is to manage the symptoms of the patient and reduce them. While each health care professional of the palliative care team should have knowledge about the appropriate use of drugs, it is the pharmacist's responsibility to assess the utility of drugs that have been prescribed for patients. If potential contraindications are identified, the pharmacist should consult the other team members to bring the issue to their attention and to propose alternative recommendations and consideration. The role can be challenging since communication within the multidisciplinary team is essential while the pharmacist is not always included in this⁸. The pharmacist also has to ensure that patients can be provided with medicines that are appropriate to handle their health condition in a timely manner. This is important for all patients, but especially for those who require palliative care because drugs play a key role in increasing the quantity and quality of life for palliative care patients. In the USA some states grant precriptive authority through collaborative practice agreements between the supervising doctor and the pharmacist. In Europe pharmacists do not have the rights to prescribe medicines.

Palliative care is a relatively new concept and the role of the pharmacist within the palliative care team differs from country to country even though it is well established that the pharmacist plays a pivotal role. As pharmacists significantly contribute to palliative care, benchmarking of practice across different clinical settings and countries should be promoted to allow a consistent and equitable practice.

References

1. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
2. Gamondi C, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC white paper on palliative care education - part 1. *Eur J Palliat Care*. 2013; 20:86–91.
3. O'Connor M, Pugh J, Jiwa M, et al. The palliative care interdisciplinary team: where is the community pharmacist? *J Palliat Med*. 2011; 14:7–11.
4. Edwards SJ, Abbott R, Edwards J, et al. Outcomes assessment of a pharmacist-directed seamless care program in an ambulatory oncology clinic. *J Pharm Pract*. 2014; 27:46–52.
5. Ise Y, Morita T, Katayama S, et al. The activity of palliative care team pharmacists in designated cancer hospitals: a nationwide survey in Japan. *J Pain Symptom Manage*. 2014; 47:588–93.
http://www.medscape.com/viewarticle/442078_1
6. <http://theoncologypharmacist.com/top-issues/2015-issues/may-2015-vol-8-no-2/16374-the-pharmacist-s-role-in-hospice-and-palliative-care-and-other-news-from-hopa-s-11th-annual-meeting>
7. <http://www.pharmaceutical-journal.com/opinion/correspondence/community-pharmacists-play-important-role-in-palliative-care/20068392.article>

THE MAIN PROBLEMS OF THE PALLIATIVE AND HOSPICE CARE IN UKRAINE

Vietrova K.V.

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

vkv_katya@ukr.net

Despite the significant progress in modern medical science, the number of terminally ill patients, disabled, and people with a limited life expectancy is increasing rapidly worldwide. All of them need in the professional care, adequate

treatment, and moral and psychological and spiritual support, i.e. simple human compassion and attention. That is why, under present-day conditions, it is extremely important to create and develop a system of specialty palliative care for the population. Palliative care is a set of medical and social measures to aimed at providing a terminally ill person with worthy conditions living and dying. Such help allows to reduce patient's the physical suffering and pain, to provide a quality life during the term that remained, as well as to psychologically support the person and his relatives. Palliative care needs for people suffering from cardiovascular disease, cancer, AIDS, etc.

Palliative care in Ukraine is still in its infancy. According to various researches more than half a million people with incurable diseases need palliative and hospice care in Ukraine every year, Because of the lack of professional care, moral and psychological support, such people die at home alone, to the last suffering from pain, depression and other symptoms of diseases. but only a small part of them to receive it. Because of the lack of professional care, moral and psychological support, such people die at home alone, to the last suffering from pain, depression and other symptoms of diseases.

The development of the palliative care in Ukraine is characterized by a number of problems, which leads to the ineffective provision of services for the patients and does not allow to satisfy their needs completely. So, there are no the law about the provision of the palliative care, standards for its provision and the National Strategy for the Development of Palliative and Hospice Care in Ukraine. As a result, the status of a palliative patient, the status of departments providing palliative and hospice care, the conditions of financial, economic, organizational support and the volumes of such care cannot be determined.

Ukrainian Hospices, centers and departments to advance palliative care cannot coverage the entire population who needs in appropriate care and services, and palliative care at home are practically absent in most regions of the country. This indicates a limited access of patients to the palliative care what they need, especially in remote cities and villages.

Another problem is the training of professional personnel who provide the necessary care to patients, because there is no specialty “Palliative and hospice medicine” in higher educational institutions of the Ukraine. The practice of providing palliative care creates some moral problems, one of the which is the “burnout” of medical personnel. This is the state of emotional and physical exhaustions of the medical personnel, who engaged in medical attendance of the dying patients. The basic stress factors are usually experience of inevitable loss of those whom much attention is paid to, emotional and physical forces are given. The feeling of professional failure, memory about conflicts often happening in such situations etc., are associated with it.

Also there are not statistical and report form of registration of the palliative patients and the amount of palliative care provided to them in Ukraine. Therefore, it is not possible to get reliable and real data about needs in the palliative care, to plan resources, finances, personnel for its proper provision.

Thus, the decision of these problems will create an effective and available system of the palliative and hospice care in Ukraine for all categories of the population in the near future.

**ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АНАЛІЗ
СХЕМ ЛІКУВАННЯ
СОЦІАЛЬНО-ЗНАЧУЩИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

РЕЗУЛЬТАТИ АВС- ТА ЧАСТОТНОГО АНАЛІЗІВ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З КО-ІНФЕКЦІЄЮ ВІЛ/ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С

Висоцька О. І.¹, Ткачова О. В.², Гонтова А. В.²

¹Навчально-науковий центр Українського тренінгового центру сімейної медицини Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

²Національний фармацевтичний університет
ph-econom@nuph.edu.ua

Вступ. Вірусний гепатит С (ВГС) розвивається у 70% ВІЛ-інфікованих пацієнтів і є причиною хронічних захворювань печінки. Наявність ВІЛ-інфекції та одночасно ВГС асоціюється з більш високим ризиком розвитку цирозу печінки. Комбінована терапія і профілактика опортуністичних захворювань дозволяє значно збільшити якість життя людей з ко-інфекцією ВІЛ/ВГС, знизити рівень смертності. Щороку кількість пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ/ВГС зростає як в Україні, так і в світі, що потребує проведення раціональної фармакотерапії захворювання та оптимізації витрат на неї.

Мета дослідження – проведення АВС та частотного аналізів фармакотерапії пацієнтів з інфекцією ВІЛ/Вірусний гепатит (ВГ) в одному з закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) – центру боротьби зі СНІДом.

Методики дослідження: Для досягнення поставленої мети дослідження було проаналізовано 62 історії хвороб пацієнтів з діагнозом ВІЛ/ВГС віком від 29 до 62 років, які протягом 2016–2018 рр. проходили лікування в Херсонському обласному центрі профілактики та боротьби зі СНІДом.

Аналіз лікарських призначень пацієнтам з діагнозом ВІЛ/ВГС та структури витрат на їх фармакотерапію проводили за допомогою методів клініко-економічного аналізу: АВС- та частотного аналізів.

Основний матеріал дослідження. За результатами аналізу історій хвороб пацієнтів з діагнозом ВІЛ/ВГС було визначено 21 торгову назву (ТН) лікарських засобів (19 МНН) з 8 фармакотерапевтичних груп, які визначали

хворим 100 разів. Більшість призначуваних ЛЗ для фармакотерапії пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ/ВГС були для лікування ВІЛ-інфекції – 14 ТН ЛЗ. Окрім діагнозу ВІЛ/ВГС, в історіях хвороб пацієнтів були зазначені наступні діагнози: кандидоз (36), панкреатит (2), гонорея (2), хронічний гастрит (2), хронічний пієлонефрит (1), туберкульоз (1), пневмонія (1).

Згідно з принципами АВС-аналізу досліджувані лікарські засоби (ЛЗ) були розподілені на групи А, В та С. До групи А увійшли найбільш витратні ТН (79,80 % коштів від загальної суми витрат на лікарські засоби) – 4 ЛЗ. До групи В увійшли ТН ЛЗ з помірною витратністю (14,27 %) – 4 ЛЗ, а до групи С – найменш витратні ТН ЛЗ (5,93 %) – 13 ЛЗ.

Найбільша частина грошових коштів витрачалась на противірусні засоби для лікування ВІЛ-інфекції (62 % від загальної суми витрат) та антибактеріальні засоби (13 % витрат). Препарати даних груп також частіше призначались хворим з ВІЛ/ВГС в даному ЗОЗ: відповідно, 39 % і 18 % від загальної кількості призначень. Безумовним лідером за витратами був противірусний ЛЗ з групи інгібіторів рецепторів ССR5 «Целсентрі» (табл. 25 мг, №120, виробництва компанії Пфайзер, США) – 26,7 % від загальної суми витрат, що склало 1 % від загальної кількості призначень. Лідером за частотою призначень став противірусний засіб – інгібітор протеази ВІЛ 1 і ВІЛ 2 «LPV/2» (Лопінавір) (табл. 200 мг, № 120, виробництва компанії Ебботт ГмбХ і Ко.КГ, Німеччина), що склало 20 % від загальної кількості призначень та 5,3 % від загальної суми витрат.

Висновки. Згідно з результатами частотного аналізу за МНН лідером за призначеннями хворим на ВІЛ/ВГС в даному ЗОЗ став інгібітор протеази ВІЛ 1 і ВІЛ 2 «LPV/2» (20 призначень), а основні кошти на лікування хворих з ВІЛ/ВГС були витрачені на інгібітор рецепторів ССR5 – ЛЗ «Целсентрі» (26,7 % витрат від загальної суми витрат), що відповідає основним напрямкам лікування хворих з ВІЛ.

Результати проведеного клініко-економічного аналізу можуть служити підґрунтям для подальшого дослідження питань раціональної фармакотерапії хворих з діагнозом ВІЛ/ВГС та оптимізації витрат на її проведення.

РЕЗУЛЬТАТИ АВС-АНАЛІЗУ ПУБЛІЧНИХ ЗАКУПІВЕЛЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ

Корж Ю.В., Олейнікова Н. В., Кулаєва О. Є.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@nuph.edu.ua

Вступ. На сучасному етапі розвитку медичних технологій діагностика, профілактика та лікування епілепсії залишається актуальною проблемою охорони здоров'я. Епілепсія та епілептичні синдроми є одними з найбільш поширених і соціально значущих захворювань нервової системи. Високі показники захворюваності на епілепсію спричиняють значні соціальні та економічні збитки та зумовлюють на державному рівні здійснювати контроль за даним захворюванням. На лікування хворих на епілепсію та її ускладнень у світі щорічно витрачається близько 14,6 млрд. дол. США. В Україні для безоплатного забезпечення хворих на епілепсію протиепілептичними препаратами (ПЕП) проводяться публічні закупівля. Одним з сучасних методів у проведенні досліджень показників, що характеризують обсяг та стан надання медичної та фармацевтичної допомоги є клініко-економічний аналіз.

Метою дослідження стало проведення аналізу публічних закупівель ПЕП для лікування хворих на епілепсію з використанням методів клініко-економічного аналізу, зокрема АВС. Для проведення дослідження були використані офіційні дані МОЗ України за 2014–2018 рр. щодо обсягів публічних закупівель ПЕП.

Основний матеріал дослідження. За результатами АВС-аналізу встановлено, що у 2014 р. до групи А входило 4 ПЕП за МНН, частка яких склала 79,3% від загальних обсягів витрат. У 2015 р. дану групу представлено також 4 МНН з часткою 76,5%. У 2016–2017 рр. було закуплено за бюджетні кошти по 5 МНН з часткою 79,5% та 81,5% відповідно. У 2018 р. – 4 МНН, що складало 81,7 % від загальної суми закупівлі. Аналіз групи В показав, що за 2014 – 2016 рр. та 2018 р. кількість МНН склала по 3 найменування, а частка витрат мала певні коливання. Доведено, що група В була представлена найменшою кількістю ПЕП за МНН. У той же час у період з 2014 – 2015 рр. група С була представлена 5 МНН, у 2016 р. було закуплено за бюджетні кошти 4 МНН, а у 2017–2018 рр. – 5 МНН. Слід зазначити, що групи А і С містять однакову кількість ПЕП – 4-5 МНН.

Встановлено, що протягом 2014–2018 рр. за групою А переважають ПЕП іноземного виробництва. Так, їх частка у 2014 р. становила 51,0 %, а у 2018 р. – 43,9 %. Слід зазначити, що за 2014–2018 рр. спостерігається позитивна тенденція незначного збільшення частки витрат на закупівлю ПЕП вітчизняного виробництва (+8%). За групою В спостерігається тенденція до збільшення ПЕП іноземного виробництва, порівняно з вітчизняними. На нашу думку, враховуючи нестабільну економічну ситуацію у країні домінування ПЕП іноземного виробництва має вкрай негативні наслідки для суспільства. Одночасно, відмічається зменшення частоти витрат на закупівлю за бюджетні кошти ПЕП іноземного виробництва на 1,4% у 2018 р. порівняно з 2014 р. Слід зазначити, що за групою С спостерігалася незначна тенденція превалювання ПЕП вітчизняного виробництва.

Аналіз у розрізі підходів до надання медичної та фармацевтичної допомоги показав, що протягом 2014–2018 рр. групу А формували ПЕП, що застосовуються у терапії першої лінії (вальпроат натрію, карбамазепін, ламотриджин). Частка їх склала 83,3% від загальної кількості ПЕП. Цей факт вказує на доцільність витрат за групою А.

Висновки. Проведений ABC – аналіз публічних закупівель ПЕП за 2014–2018 рр. свідчить, що загальна сума витрат на закупівлю ПЕП для лікування хворих на епілепсію мала нерівномірну динаміку. Встановлено, що у 2014 р. за групою А переважають у публічних закупівлях ПЕП іноземного виробництва, а у 2018 р. – вітчизняного виробництва. Доведено, що протягом 2014–2018 рр. частка витрат на закупівлю ПТЛЗ вітчизняного виробництва збільшилась на 8 %.

РЕЗУЛЬТАТИ ІНТЕГРОВАНОГО ABC/XYZ – АНАЛІЗУ ПУБЛІЧНИХ ЗАКУПІВЕЛЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ

Романько Т.А., Корж Ю.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
socpharm@nuph.edu.ua

Вступ. Питання протидії туберкульозу в Україні є одним з пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку. Відповідно до чинного вітчизняного законодавства фінансування протитуберкульозних заходів відбувається за рахунок коштів державного, місцевих бюджетів, фондів соціального страхування, інших джерел. В Україні фінансування протитуберкульозних заходів в значній мірі залежить від коштів Глобальний фонд. У той же час, зміни у підходах Глобального фонду до виділення ресурсів країнам-реципієнтам вимагають від України готовності і здатності збільшити обсяг фінансування за рахунок коштів державного бюджету. З 2017 р. відбувся поступовий перехід від донорського фінансування програм з протидії туберкульозу до фінансування за рахунок бюджетних коштів. Так, в Україні під час лікування хворі на туберкульоз безперервно та безоплатно забезпечуються протитуберкульозними лікарськими засобами (ПТЛЗ), що здійснюються через публічні закупівля.

Метою дослідження стало проведення аналізу публічних закупівель ПТЛЗ для лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз (МРТБ) з використанням методів клініко-економічного аналізу, зокрема ABC, XYZ. Для проведення дослідження були використані офіційні дані МОЗ України за 2014–2018 рр. щодо обсягів публічних закупівель ПТЛЗ. Визначена загальна сума публічних закупівель ПТЛЗ за всіма торговими назвами та проведено групування сум закупівель за міжнародними непатентованими назвами (МНН). Для здійснення аналізу тендерних закупівель ПТЛЗ нами були проведені ABC- та XYZ-аналізи за результатами яких сформовано інтегрований ABC/XYZ – аналіз. Інтегрований ABC/XYZ дає можливість ранжувати обсяги витрат на закупівлі з урахуванням частотності закупівель окремого ПТЛЗ.

Основний матеріал дослідження. За результатами інтегрованого ABC/XYZ – аналізу встановлено, що до категорії A/X (високі витрати при стабільній частотності закупівель ПТЛЗ), B/X (середні витрати при стабільній частотності закупівель ПТЛЗ), B/Y (середні витрати при нестабільній частотності закупівель ПТЛЗ), C/X (низькі витрати при стабільній частотності закупівель ПТЛЗ), C/Y (низькі витрати при нестабільній частотності закупівель ПТЛЗ) не увійшло жодного ПТЛЗ. Встановлено, що протягом 2014–2018 рр. категорія A/Y (високі витрати при нестабільній частотності закупівель ПТЛЗ) представлена таким МНН, як *моксифлоксацин*, варіативна частка якого склала 25% від загального обсягу витрат на закупівлю. До категорії A/Z (високі витрати при випадковій частотності закупівель ПТЛЗ) увійшли п'ять МНН, а саме: *циклосерин* варіативна частка частоти закупівель ПТЛЗ склала 59%, *лінезолід* – 51%, *капреоміцин* – 47% *меропенем* – 39%, *левофлоксацин* – 29%. Загальна сума витрат склала 135200,0 тис. грн. Категорія B/Z (середні витрати при випадковій частотності закупівель ПТЛЗ) із загальною сумою витрат 57117,42 тис.грн. представлена чотирма МНН: *клофазимін* – 224%, *амікацин* – 62%, *натрію аміносалицилат* – 51%, *протіонамід* – 51%, Категорія C/Z

(низькі витрати при випадковій частотності закупівель ПТЛЗ) включає сім ПТЛЗ за МНН, а саме: *бедаквілін* – 224%, *етіонамід* – 138%, *піразинамід* – 122%, *етамбутол* – 83%, *стрептомицин* – 50%, *офлоксацин* – 41%, *канамицин* – 33%, а загальна сума витрат склала 23736,25 тис. грн.

Висновки. Результати інтегрованого ABC/XYZ - аналізу показали, що за період 2014–2018 рр. 90% витрат припадає на категорію Z за всіма групами ABC. Вищезазначений факт свідчить про те, що значна сума витрат на закупівлю ПТЛЗ була розподілена не прогнозовано (випадково). Результати аналізу є індикаторами рівня реалізації та збалансованості надання медичної та фармацевтичної допомоги хворим на МРТБ та їх доцільно враховувати для прийняття обґрунтованих управлінських рішень при здійсненні публічних закупівель ПТЛЗ.

ОЦІНКА ФАРМАКОТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ З ПЕПТИЧНОЮ ВИРАЗКОЮ ШЛУНКА ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ABC- ТА ЧАСТОТНОГО АНАЛІЗІВ

Яковлєва Л. В., Герасимова О. О., Якименко А. І.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
ph-econom@nuph.edu.ua

Вступ. Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки – одне із найбільш розповсюджених захворювань шлунково-кишкового тракту в усьому світі. Значне медико-соціальне значення захворювання обумовлено його тривалим перебігом з можливим формуванням виразок, які часто рецидивують та важко рубцюються, ризиком розвитку серйозних ускладнень, які потребують в багатьох випадках проведення оперативних втручань, значними витратами, які несе охорона здоров'я на діагностику і лікування таких пацієнтів. Вищезазначене вказує на необхідність проведення раціональної фармакоterapiї захворювання та оптимізації витрат на неї.

Мета дослідження – проведення АВС/частотного аналізу фармакотерапії пацієнтів з пептичною виразкою шлунка в стаціонарних умовах.

Методики дослідження: Для досягнення поставленої мети дослідження було проаналізовано 95 історій хвороб пацієнтів з пептичною виразкою шлунка віком від 18 до 58 років, які проходили лікування в Манція районній лікарні Служби Здоров'я Республіки Гана м. Кумасі.

Аналіз лікарських призначень пацієнтам з пептичною виразкою шлунка та структури витрат на їх фармакотерапію проводили за допомогою клініко-економічних методів: АВС- та частотного аналізів. АВС-аналіз дозволяє провести розподіл лікарських засобів за обсягом витрат на них, частотний аналіз – за частотою призначення.

Основний матеріал дослідження. За результатами аналізу історій хвороб пацієнтів з пептичною виразкою шлунка було визначено 84 торгових найменування лікарських засобів (60 міжнародних непатентованих назв) з 31 фармакологічної групи, 908 призначень лікарських засобів. Окрім пептичної виразки шлунка, в історіях хвороб пацієнтів були зазначені наступні діагнози: інфекції сечостатевого шляху, малярія легкої та важкої форми, гастроентерит, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет II типу, артрит, пієлонефрит, хронічний гастрозофагіт, атеросклеротичний кардіосклероз, анемія, гострий апендицит, хронічний гепатит, пневмонія, гострі респіраторні вірусні інфекції, алкогольна інтоксикація, дегенеративна міома матки, гіперплазія простати, фурункульоз, рожисте запалення, мастит.

Згідно з принципами АВС-аналізу досліджувані лікарські засоби були розподілені на групи А, В та С. До групи А увійшли найбільш витратні торгові найменування (79,50 % коштів від загальної суми витрат на лікарські засоби) – 17 препаратів; групи В – торгові найменування з помірною витратністю (14,84 %) – 20 препаратів; групи С – найменш витратні торгові найменування (5,66 %) – 47 препаратів.

Найбільша частина грошових коштів, пов'язаних з фармакотерапією досліджуваних пацієнтів, витрачалась на антибактеріальні засоби для системного застосування (33,87 % від загальної суми витрат), інгібітори протонної помпи (23,04 % витрат) та розчини електролітів (12,11 % витрат). Препарати даних груп також найчастіше призначались пацієнтам з пептичною виразкою шлунка в даній лікарні: відповідно, 28,30 % від загальної кількості призначень; 18,06 % призначень; 13,11 % призначень.

Безумовним лідером за витратами та за частотою призначень був інгібітор протонної помпи «Омроз» («Sunlight Healthcare» (Індія), р-н д/ін. 40 мг/10мл фл. № 1) – 21,76 % від загальної суми витрат, 9,69 % від загальної кількості призначень.

Висновки. Результати проведеного клініко-економічного аналізу можуть служити підґрунтям для подальшого дослідження питань щодо проведення раціональної фармакотерапії пацієнтів з пептичною виразкою шлунка та оптимізації витрат на її проведення в Манція районній лікарні Служби Здоров'я Республіки Гана м. Кумасі.

**PHARMACOECONOMIC STUDY OF THE USE
OF PROTON PUMP INHIBITORS IN THE TREATMENT OF PATIENTS
WITH CHRONIC PANCREATITIS IN UKRAINE**

Zaytseva Yu. L., El Burj Bilal

National University of pharmacy, Kharkiv, Ukraine

socpharm@nuph.edu.ua

Timely diagnosis and treatment of chronic pancreatitis (CP) is one of the most difficult. According to statistics, 10 years after the diagnosis of CP, approximately 25% of patients are forced to leave their professional activity or become disabled.

The aim of thesis is to conduct a cost minimization analysis – CMA to determine the least costly treatment regimen for CP with the use of generic drugs, taking into account direct medical and non-medical costs.

Object of study: summarizing the recommendations of the order of the Ministry of Health of Ukraine No. 638 of 10.09.2014 "Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized) medical care and medical rehabilitation" Chronic pancreatitis".

The method CMA involves the comparison of the cost of the use of certain treatment regimens, provided that they have the same clinical (therapeutic) effectiveness.

It is established that the least expensive for all groups of drugs used in the treatment of CP are drugs of domestic production. The groups that had the lowest cost rates for both minimum and maximum treatment rates were: among the paracetamol group – Paracetamol Table. 200 mg №10, PJSC "Kyivmedpreparat" – 26.75 UAH, preparation of ibuprofen group – Ibuprofen table. 200mg №50, PJSC "Vitamins" – 29,3 UAH. and preparation of papaverine gurpa – Papazal-Darnitsa table. №10, JSC "FF" Darnitsa" – 35 UAH.

It is established that the most costly, both at the minimum and the maximum course of treatment of patients with CP, is the use of drugs imipenem (Tien por. D / r-d / inf. 500mg / 500mg fl. No. 10, Merck Sharp and Dohme, USA – UAH 11506, Imipenem / Cilastatin-Vista Avg / mg / Inf 500mg / 500mg Bottle # 10, Facta Farmaceutici spa", Italy – UAH 11060.4, Supranam Avg / well for inf / 500mg / 500mg fl # 1, Exir pharmaceutical, Iran – 12056,8 UAH).

During pharmacoeconomic cost minimization analysis, it was established that the least expensive for all groups of drugs used in the treatment of CP are drugs of domestic production.

**СОЦІАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
БІЗНЕСУ В ФАРМАЦІЇ**

ПОСАДОВІ ОBOB'ЯЗКИ МЕНЕДЖЕРА (УПРАВИТЕЛЯ) ІЗ СОЦІАЛЬНОЇ ТА КОРПОРАТИВНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

Посилкіна О.В., Братішко Ю.С., Кубасова Г.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

bratishko@i.ua

Вступ. Сьогодні у всьому світі концепція соціальної відповідальності набула масштабного розвитку. У наукових колах активно обговорюються питання соціальної відповідальності людини та суспільства, соціальної відповідальності держави, соціальної відповідальності підприємств. У сфері теорії та практики соціальної відповідальності працюють вчені, функціонують спеціалізовані дослідні організації, готуються відповідні фахівці, на підприємствах створюються посади та відділи з управління соціальною відповідальністю. Але через існування різних точок зору та розмаїття підходів до формування вимог та обов'язків фахівців з управління соціальною відповідальною діяльністю (СВД) підприємств, та існування специфічних аспектів організаційного забезпечення процесу управління соціальною відповідальною діяльністю фармацевтичних підприємств (ФП) розробка науково-методичних підходів до регулювання цих питань є актуальною.

Метою даної роботи є визначення посадових обов'язків менеджера (управителя) із соціальної та корпоративної відповідальності фармацевтичних підприємств (ФП).

Основний матеріал. Менеджер (управитель) із соціальної та корпоративної відповідальності виконує такі функціональні обов'язки на ФП:

1. У взаємодії з іншими керівниками підприємства, а також іншими зацікавленими особами у діяльності підприємства (стейкхолдерами підприємства) бере участь у розробці та удосконаленні політики (стратегії) підприємства у сфері соціальної корпоративної відповідальності.
2. Розробляє заходи, спрямовані на реалізацію на практиці політики підприємства у сфері соціальної корпоративної відповідальності, керує та координує відповідні роботи.

3. Розробляє або бере участь у розробці та виконанні програм діяльності підприємства з різних питань напрямків соціальної корпоративної відповідальності, а саме програм з:

3.1. Благодійної діяльності підприємства;

3.2. Підвищення соціального та правового захисту персоналу підприємства;

3.3. Покращення транспарентності діяльності підприємства та її взаємодії з різними стейкхолдерами підприємства;

3.4. Охорони навколишнього природного середовища;

3.5. Підвищення рівня правової грамотності персоналу підприємства.

3.6. Формування позитивного іміджу підприємства серед його основних споживачів його продукції та послуг (клієнтів, замовників), ділових партнерів та інших стейкхолдерів тощо.

4. Бере участь у розробці та постійному вдосконаленні Системи управління якістю підприємства (СУЯ) у частині тих її процесів, процедур і документації, що пов'язані з питаннями соціальної корпоративної відповідальності.

5. Безпосередньо управляє процесами і підпроцесами СУЯ, що пов'язані з окремими питаннями соціальної корпоративної відповідальності або є їх оператором; забезпечує виконання відповідних процедур та правильне оформлення доречної документації.

6. Визначає обов'язковість, можливість та доцільність застосування на підприємстві різних правових і методичних документів (стандартів) з соціальної корпоративної відповідальності.

7. З'ясовує ключові чинники та умови, які впливають на діяльність підприємства у сфері соціальної корпоративної відповідальності.

8. Консультує працівників підприємства з різних питань соціальної корпоративної відповідальності, роз'яснює основні поняття, термінологію, підходи тощо у цій сфері.

9. Здійснює ідентифікацію основних стейкхолдерів підприємства, організовує або координує взаємодію з ними з доречних питань.

10. Розробляє рекомендації щодо встановлення та покращення взаємозв'язків між підприємством, стейкхолдерами та суспільством з врахуванням основних питань соціальної корпоративної відповідальності та сфер впливу підприємства.

11. Вживає заходів щодо інтеграції та гармонізації діяльності підприємства у сфері соціальної корпоративної відповідальності з іншими видами діяльності підприємства.

12. Здійснює обмін досвідом підприємства у сфері соціальної корпоративної відповідальності з іншими підприємствами, а також з різними консалтинговими, громадськими та урядовими організаціями у сфері соціальної корпоративної відповідальності.

13. Вживає заходів щодо підвищення рівня довіри до діяльності підприємства з боку різних стейкхолдерів підприємства, надає їм необхідну інформацію з доречних питань.

14. Проводить збір і аналіз різної інформації щодо діяльності підприємства у сфері соціальної корпоративної відповідальності, готує за результатами цієї роботи відповідну звітність, рекомендаційні матеріали, доповіді тощо.

15. Забезпечує координацію різних заходів підприємства у сфері соціальної корпоративної відповідальності, які безпосередньо здійснюються іншими спеціалізованими структурними підрозділами або окремими працівниками підприємства.

16. Здійснює контроль за виконанням вимог чинного законодавства та внутрішніх нормативних документів підприємства під час вирішення різних питань у сфері соціальної корпоративної відповідальності.

17. Забезпечує ведення всієї встановленої документації на підприємстві щодо його діяльності у сфері соціальної корпоративної відповідальності.

18. Формує систему соціального планування та планування програм соціальної відповідальності.

19. Формує систему внутрішніх комунікацій між усіма підрозділами компанії.

20. Розробляє пропозиції щодо підвищення конкурентоспроможності компанії у співпраці з іншими структурними підрозділами підприємства.

21. Складає та оприлюднює соціальні звіти компанії.

22. Розробляє систему управління нефінансовими ризиками, пов'язаними з діяльністю підприємства.

23. Розробляє та впроваджує систему моніторингу ефективності діяльності підприємства в сфері соціальної відповідальності.

24. Оцінює соціально відповідальну діяльність компанії.

25. Надає методичну та консультативну підтримку у сфері соціальної відповідальності співробітникам підприємства.

26. Аналізує ринок, в тому числі ринок праці.

27. Розробляє заходи щодо підтримки та оновлення сайту компанії.

28. Проводить аналіз результатів своєї діяльності.

29. Здійснює керівництво підпорядкованими працівниками.

30. У встановленому порядку підвищує свою професійну кваліфікацію.

31. Дотримується правил і норм охорони праці, пожежної безпеки, охорони навколишнього середовища, а також контролює їх дотримання підпорядкованими працівниками.

Висновки. Вивчення фактичного складу персоналу вітчизняних ФП довело, що питаннями формування, управління та розвитку соціально відповідальної діяльності на ФП сьогодні найчастіше займаються PR-менеджери, контент-менеджери, менеджери з розвитку, копірайтери, регіональні менеджери, менеджери з продажів та маркетингологи. Але сьогодні в Україні (згідно із Класифікатором професій від 26.10.2017) існує посада працівника, який безпосередньо має займатися питаннями соціальної відповідальності, а саме менеджер (управитель) із соціальної та корпоративної відповідальності. По результатах аналізу встановлено основні функціональні обов'язки фахівців із соціальної відповідальності за вимогами фармацевтичних роботодавців.

АКТУАЛЬНІСТЬ РОЗВИТКУ ПАРТНЕРСЬКИХ ВІДНОСИН В ФАРМАЦІЇ В УМОВАХ РЕАЛІЗАЦІЇ МОДЕЛІ СОЦІАЛЬНО ВІДПОВІДАЛЬНОГО БІЗНЕСУ

Посилкіна О.В., Орел Д.Г.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

kaf.yep@nuph.edu.ua

Вступ. Сучасний стан розвитку теорії соціальної ринкової економіки передбачає вихід за межі діяльності окремого підприємства (фірми), тобто перехід від розуміння необхідності впровадження концепції корпоративної соціальної відповідальності до усвідомлення актуальності реалізації соціальної відповідальності на мезо- і макрорівнях. Тобто закономірним етапом еволюції соціально-економічних відносин в умовах розвитку інтеграційних процесів стає усвідомлення учасниками ринкових відносин необхідності досягнення консенсусу шляхом знаходження балансу їх інтересів у процесі формування доходів і розподілу прибутку, пошуку компромісів на засадах взаємної довіри і розуміння своєї соціальної відповідальності перед партнерами, суспільством, власним персоналом та іншими стейкхолдерами.

Важливою умовою реалізації концепції взаємної (комунітарної) соціальної відповідальності є розвиток сталих партнерських відносин (ПВ) між учасниками ринкових відносин.

Метою роботи є дослідження переваг розвитку ПВ для суб'єктів фармацевтичного ринку (СФР) в контексті впровадження моделі соціально відповідального бізнесу і обґрунтування ролі фармацевтичних логістичних ланцюгів постачань як ключового фактору розвитку ПВ.

Методи дослідження використані при виконанні роботи: бібліографічно-описовий, логіко-історичного порівняння, контент-аналіз, системний аналіз і детермінований порівняльний аналіз.

Викладання основного матеріалу. Проведені дослідження дозволили визначити переваги налагодження і розвитку ПВ між суб'єктами фармацевтичного ринку (СФР) наведені в таблиці.

Переваги налагодження і розвитку ПВ у фармацевтичній галузі

Напрямок розвитку	«Постачальник – ФП-виробник ЛЗ»	«ФП-виробник ЛЗ – клієнт (споживач)»
Отримувач переваги		
ФП-виробник ЛЗ	<ul style="list-style-type: none"> • Надійність поставок • Зменшення витрат на пошук нових постачальників • Гарантія якості субстанцій та матеріалів 	<ul style="list-style-type: none"> • Стабільність збуту фармацевтичної продукції • Зменшення витрат на пошук нових клієнтів (споживачів) • Зменшення витрат на створення запасів готової продукції
Партнер ФП-виробника ЛЗ	<ul style="list-style-type: none"> • Стабільність збуту фармацевтичної продукції • Зменшення витрат на пошук нових клієнтів • Зменшення витрат на створення запасів субстанцій та матеріалів 	<ul style="list-style-type: none"> • Стабільність поставок ЛЗ • Гарантія якості ЛЗ та точності комплектації замовлень • Можливість отримання знижок • Зменшення витрат від несвоєчасного і неякісного виконання договірних зобов'язань
ФП-виробник ЛЗ та його партнери	<ul style="list-style-type: none"> • Можливість консолідації ресурсів для реалізації нагальних завдань в умовах складної епідеміологічної ситуації • Підвищення загальних показників результативності діяльності • Спрощення інформаційного та ресурсного обміну • Спрощення процесів прогнозування та планування виробництва та обігу ЛЗ • Підвищення гнучкості реагування на зміни кон'юнктури фармацевтичного ринку 	
Кінцевий споживач ЛЗ	<ul style="list-style-type: none"> • Гарантія збереження якості ЛЗ • Недопущення проникнення в ланцюги постачань неякісних і фальсифікованих ЛЗ • Підвищення фізичної, маркетингової та цінової доступності ЛЗ 	

Узагальнюючі дослідження з формування та розвитку ПВ в залежності від фокусування авторів на певній їх характеристиці, можна виділити декілька груп відповідних моделей :

- моделі, орієнтовані на аналіз структури ПВ;
- моделі, орієнтовані на аналіз факторів, що сприяють розвитку ПВ;
- моделі формування та впровадження стратегії управління ПВ;
- моделі оцінки ефективності управління ПВ;
- моделі формування та розвитку ПВ.

На нашу думку, найбільш змістовними моделями, що охоплюють реалізацію всіх аспектів концепції управління ПВ, є моделі формування та розвитку цінності ПВ.

«Цінність» – діалектична єдність корисності речі для споживача, а також вартості (суспільно необхідних витрат виробництва) для виробника.

Поняття «цінність» у фармацевтичній галузі необхідно розглядати як адитивне, що формується шляхом мультиплікації різних видів цінності:

- базової цінності – цінності ЛЗ як соціально важливого товару. Створення цієї цінності відбувається на ФП та полягає в належному виробництві ЛЗ згідно з вимогами міжнародних стандартів якості, правилами GMP і АНД;
- додаткової цінності – необов’язкових, проте важливих для споживачів параметрів, таких як інформаційна та маркетингова підтримка (супровід) ФП- виробником просування певного ЛЗ;
- цінності логістичного обслуговування, що виникає завдяки збереженню базової цінності (тобто збереження якості ЛЗ) та підвищенню їх фізичної доступності ;
- власне цінності ПВ – кінцевий етап примноження цінності, що є синергетичним результатом ефективного створення, збереження та примноження, тобто реалізації видів цінності, створених на попередніх етапах, та полягає у формуванні на цій основі довгострокових переваг від узгодженої взаємовигідної діяльності СФР.

Слід зазначити, що дослідження з управління створенням то розвитком цінності ПВ тісно пов’язані з концепціями формування логістичних ланцюгів

постачань. Більшість зарубіжних вчених питання партнерства розглядають саме в контексті розвитку інтеграційних процесів (зокрема інтеграційної логістики), оскільки тільки завдяки зовнішній інтеграції із постачальниками та клієнтами (споживачами), тобто управління відповідними логістичними ланцюгами підприємства можуть створювати та розвивати переваги, тобто цінність ПВ, ефект від яких одержують різні зацікавлені сторони (стейкхолдери).

СОЦІАЛЬНО-ЕКОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПОВОДЖЕННЯ З ВІДХОДАМИ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ

Сагайдак-Нікітюк Р. В., Квачова О. М.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Sagaidak_rita@ukr.net

Поглиблення інтеграції України в європейський простір потребує інноваційних підходів до розроблення механізмів управління кожним суб'єктом підприємництва, зокрема суб'єктом фармацевтичного ринку, з урахуванням впливу на довкілля, тому що традиційні методи не спроможні забезпечувати ефективні рішення, а забруднення навколишнього природного середовища завдають значних збитків національному добробуту.

За даними експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), стан здоров'я населення у середньому на 50-52% залежить від економічної забезпеченості й способу життя людей, на 20-22% – від спадкових факторів, на 7-12% – від рівня медичного обслуговування, на 18-20% – від стану довкілля [1].

Мета дослідження – вивчення сучасного стану поводження з відходами фармацевтичних підприємств.

Результати дослідження. На підставі проведених досліджень виявлені два напрямки передачі відходів: по вертикалі (від матеріально-технічного забезпечення процесу виробництва лікарських засобів (ЛЗ) речовинами

(активними фармацевтичними інгредієнтами (АФІ) та матеріалами) до споживання населенням ЛЗ, медичних виробів, косметичних засобів, парафармацевтичної і парфумерної продукції) та по горизонталі (між видами діяльності фармацевтичного підприємства та його структурних підрозділів).

При цьому зниження якості матеріальних ресурсів призводить до погіршення економічних показників діяльності фармацевтичного підприємства, а зменшення обсягів матеріальних ресурсів – до скорочення зайнятості населення, плинності трудових ресурсів, трансформації транспортних потоків, виробничої і соціальної інфраструктури. Але, слід зазначити, що зменшення обсягів виробництва ЛЗ спричиняє поліпшення екологічного стану довкілля. Тому перед фармацевтичними підприємствами гостро постає ціла низка проблем, пов'язаних з управлінням відходами, а саме:

- відсутність збалансованості економічних і соціальних аспектів управління відходами;
- необхідність зменшення обсягів відходів і їх токсичного й небезпечного характеру відходів;
- відсутність сучасної системи управління відходами й їх утилізацією;
- необхідність створення сучасного логістичного ланцюга з утилізації відходів і спеціалізованих полігонів їх переробки;
- відсутність фінансових ресурсів для створення оптимальної системи утилізації відходів фармацевтичного виробництва та недостатнє фінансування для здійснення заходів поводження з фармацевтичними відходами;
- не розробленість стандартів поводження з відходами на фармацевтичних підприємствах [1-4].

Основними причинами неефективного використання механізмів управління відходами на фармацевтичних підприємствах, на думку вчених, є: незначна увага з боку керівництва, дефіцит фінансових ресурсів, недосконала технологія виробництва і нормативно-правової бази; недооцінка важливості реверсивної логістики, нестача й недосконалість інформаційних

систем, дефіцит обізнаних на логістичних підходах, екологічних аспектах і фармацевтичній специфіці кадрів [1-2, 4].

Узагальнені результати аналізу економічної сутності й екологічного впливу функціональних підсистем фармацевтичного підприємства на навколишнє природне середовище представлені в таблиці [2, 4].

Таблиця

Вплив функціональних підсистем фармацевтичного підприємства на навколишнє природне середовище

Функціональна підсистема	Економічна характеристика	Характеристика екодеструктивного впливу
Закупівля АФІ, основних і допоміжних матеріалів	Управління товарними та супутніми потоками в процесі забезпечення підприємства АФІ, основними і допоміжними матеріалами	<ul style="list-style-type: none"> • Розміщення відходів, що утворились в процесі закупівлі та розподілу АФІ, основних і допоміжних матеріалів
Розподіл ЛЗ	Управління розподілом товарних та супутніх йому потоків між різними споживачами, тобто в процесі реалізації товарів	<ul style="list-style-type: none"> • Контакт людей з екологічно небезпечними інгредієнтами при обробці й завантаження вантажів • Забруднення довкілля внаслідок висипання, витікання, випаровування вантажів через неякісну упаковку
Зберігання	Управління складуванням й іншими матеріальними і нематеріальними операціями, які здійснюються в процесі зберігання продукції й обробки відповідної інформації	<ul style="list-style-type: none"> • Розміщення твердих відходів, що утворилися в процесі зберігання товарів • Забруднення довкілля внаслідок пошкодження цілісності товарів через неякісну упаковку при зберіганні
Транспортування	Управління транспортними операціями, які здійснюються в процесі перевезення й обробки відповідної інформації	<ul style="list-style-type: none"> • Розміщення твердих відходів, що утворилися в процесі перевезення АФІ, основних і допоміжних матеріалів • Забруднення довкілля внаслідок перевезення чи пошкодження цілісності товарів при перевезенні
Виробництво ЛЗ	Управління матеріальними і супутніми потоками в процесі забезпечення процесу виробництва ЛЗ	<ul style="list-style-type: none"> • Забруднення довкілля внаслідок застарілого обладнання
Інформаційне забезпечення	Управління інформаційними потоками, які циркулюють у середині системи, між системою і довкіллям	<ul style="list-style-type: none"> • Електромагнітне випромінювання при передачі інформації технічними засобами зв'язку

Управління процесами екологізації управління фармацевтичним підприємством передбачає формування чотирьох взаємозалежних системних

компонентів, що утворюють «квадрат управлінського механізму» екологізації (рисунок): мету і завдання екологізації; об'єкти екологізації; суб'єкти екологізації; інструменти екологізації [2].

Екологічне управління пов'язане з постановкою завдання, що містить обмеження й умови їх реалізації, а еколого-економічне управління забезпечує ефективні шляхи реалізації. У зв'язку з цим, еколого-економічне управління можна охарактеризувати як комплексну й розраховану на перспективу інтеграцію екологічної проблематики у господарську політику, тобто тип управління, орієнтований на формування і розвиток екологічного виробництва й екологічної культури життєдіяльності людини.



Рис 1. Схема механізму реалізації завдань екологізації управління фармацевтичним підприємством

Література

1. Программа Организации Объединенных Наций по окружающей среде GENERAL UNEP/CHW.6/20 22 August 2002. Экологически обоснованного регулирования биомедицинских и медицинских отходов (Y1; Y3). Технические руководящие принципы [Электронный ресурс] // Конференция сторон Базельской конвенции о контроле за трансграничной перевозкой опасных отходов и их удалением. – Режим доступа до сайту: <http://www.basel.int/meetings/cop/cop6/russian/20r.pdf>

2. Сагайдак-Нікітюк Р. В. Логістика управління відходами фармацевтичної галузі : моногр. / Р. В. Сагайдак-Нікітюк – Х. : ППВ «Нове слово», 2010. – 290 с.

3. Leibovitz H. Cost-Effective System for Recycling Plastics / H. Leibovitz // NAPM Insights. – March. – 2008. – P. 43.

4. Murphy P. R. Green logistics: Comparative views of environmental progressives, moderates, and conservatives / P. R. Murphy // Journal of Business Logistic 2010. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3705/is_199601/ai_n8748499/.

STUDY OF CURRENT DIRECTIONS AND GOALS OF CORPORATE SOCIAL RESPONSIBILITY OF PHARMACEUTICAL COMPANIES

Zhadko S.V., Salman Ahmed

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

svzhadkopharm@gmail.com

Introduction. Corporate social responsibility (CSR) is one of the important things in modern life because it helps with development of community, resource conservation and sustainable development. Thus, the society will have positive impacts on the environmental quality in the future. There are many definitions for the CSR, but the main goal of this activity is to give back to the community.

Aim. The purpose of the paper is to analyse the current directions and goals of the CSR of pharmaceutical companies.

Materials and methods. We studied publications in scientific pharmaceutical and medical journals and web-sites of pharmaceutical companies.

Results and discussions. Pharmaceutical companies should include CSR into their activity to help for growing the country, give back to the community and the government. Pharmaceutical companies give many benefits for the local communities and citizens like giving a free medical insurance for poor people or giving free medicines and medical equipment to hospitals. Another important activity is making medical awareness campaign in the slums, known as the most common areas of diseases. That is why it is so important to talk to people about diseases and give them advices for the common disease prevention. Some companies give a chance to medical and pharmaceutical students for training while

they are studying to be more qualified and will get them choose their specific way in the medical area. CSR often enters into a dispute with the financial interests of the company, for instance, saving medicine monopoly for common diseases which people should take like cancer, diabetic and stroke or making more money. CSR results in solving a lot of economical problems on the healthcare area, for instance, it reduces morbidity and mortality in developing countries.

The United Nations has established 17 goals for sustainable development to transform our world. These goals are a call for action by all countries and all companies to promote prosperity and protect the planet. They recognize that ending poverty has to go hand-in-hand with strategies that build economic growth and address a range of social needs including health, education, social protection and job opportunities, while tackling environmental protection and climate change. These sustainable development goals till 2030 include:

- good health and well being by increasing life expectancy and reducing some of the common killers associated with child and maternal mortality;
- gender equality by providing women and girls with equal access to education, decent work, and representation in political and economic decision-making processes will fuel sustainable economies;
- clean water and sanitation to improve sanitation and access to drinking water;
- zero hunger agriculture, forestry and fisheries can provide nutritious food for all and generate decent incomes if we rethink on the right way;
- climate action due to the pace of change is quickening with more people are turning to renewable energy and a range of other measures that will reduce emissions and increase adaptation effort;
- quality education is the foundation to creating sustainable development and improving education quality can increase number of students whose will solve the world problems in the future;
- no poverty by ensuring social protection for all children. It is important to reduce poverty that has many forms but its causes include

unemployment, social exclusion, and high vulnerability of certain populations to disasters;

– life on land by protecting forests. We will be able to increase the productivity of the land and save the natural sources because we have forests 30 % of the Earth's surface.

Astellas Pharma, Japanese company that deals with manufacturing, marketing and import/export of pharmaceuticals, focuses on achieving at least 9 of 17 goals. Particularly, the goal “Good health and well-being” is supported by creation of innovative medicines and healthcare solutions, collaborative research and development into treatments and vaccines for tuberculosis, malaria, neglected tropical disease, etc. The next goal “Decent work and economic growth” is achieved by cultivation of productive workplaces, employee training and education promotion of occupational health and safety. The goal “Industry innovation and infrastructure” is achieved by continuously executing a high level of investment in research and development. Responsible consumption and production may be reached with eco-conscious production. Astellas provides partnerships for the goals being participating partner in Global Health Innovative Technology Fund. Astellas is committed to expanding access to healthcare through the development and provision of innovative medicines. For instance, Astellas Pharma Europe provided a grant to the Fistula Foundation to develop Action on Fistula, that program aimed at transforming the lives of more than 1,200 women in Kenya suffered with obstetric fistula.

Conclusions. Sustainable development can not be achieved through government action alone, so with the assistance of pharmaceutical companies it will be significantly more effective.

**ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЦИНИ
ТА ФАРМАЦІЇ**

ЗАРОДЖЕННЯ ТА РОЗВИТОК ВИЩОЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНСЬКИХ ЗЕМЛЯХ У ХІХ – НА ПОЧАТКУ ХХ СТ.

Горбаньов В.В., Гавриш Н.Б.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@nuph.edu.ua

Вступ. У ХІХ ст. на території українських земель виникла нагальна потреба у збільшенні кількості фахівців з медичною і фармацевтичною освітою, що стало передумовою відкриття профільних факультетів на базі закладів освіти. Так, у ХІХ – на початку ХХ ст. процес екзаменування та присвоєння відповідної кваліфікації фармацевтів в Україні відбувався в університетах Харкова (заснований у 1804 р, медичний факультет створено у 1806 р.), Києва (заснований у 1834 р., медичний факультет розпочав роботу з 1841 р.) та Одеси (заснований 1865 р., медичний факультет розпочав роботу з 1900 р.), викладання на провізорських курсах не було уніфікованим та носило достатньо обмежений характер.

Метою дослідження став історичний аналіз особливостей зародження та розвитку вищої фармацевтичної освіти в українських землях у ХІХ – на початку ХХ ст. з подальшим виокремленням основних здобутків та проблем.

Методики дослідження. У роботі використано комплекс загальнонаукових та спеціальних методів: теоретичний; системний підхід; історичний; проблемно-хронологічний; узагальнення; порівняння; аналіз і синтез та ін..

Основний матеріал дослідження. З урахуванням основних етапів становлення та розвитку медичної та фармацевтичної освіти, важливим визначається питання щодо системи управління медичними факультетами університетів у ХІХ – на початку ХХ ст. Як свідчать дані літературних джерел, система управління на той час визначалася як суто вертикальна, на верхньому щаблі якої знаходився сам Імператор і Міністерство народної освіти. У 1835 р. на місцях були утворені нові адміністративно-освітнянські структури – навчальні округи в регіонах: Київський, Одеській та Харківській.

Попечителя навчального округу призначав особисто Імператор та наділяв його необмеженими повноваженнями в управлінні університетами. Як правило, внутрішня діяльність університетів на території українських земель за доби імперії регламентувалася університетськими статутами, які затверджувались Міністерством народної освіти. Перезатвердження статутів відбувалося чотири рази у 1804 р., 1835 р., 1863 р. та 1884 р.

Згідно статуту 1804 р., на медичному факультеті Харківського університету було створено шість кафедр: анатомії, фізіології та судової медицини; патології та терапії; *materia medica* (фармації, фармакогнозії, фармакології); хірургії; повивальної справи та жіночих хвороб; ветеринарії (худоболікування).

У зв'язку зі зміною «правил випробовування» медичних і фармацевтичних чиновників у 1810 р., 1838 р. та 1845 р. у навчальних закладах відбулась реорганізація процесу атестації фармацевтів. Так, за правилами 1838 р. встановлювалися такі фармацевтичні учені ступені й звання: «аптекарьський помічник» (*Pharmacopaeus auxiliarius*), «провізор» (*Pharmacopaeus substitutus*) та «аптекарь» (*Pharmacopaeus*). Правила 1845 р. функціонували без змін до початку ХХ ст.

Основні органи управління медичною та фармацевтичною освітою в Україні в ХІХ – на початку ХХ ст. з урахуванням років діяльності представлено авторами в таблиці 1.

Таблиця 1

Органи управління медичною та фармацевтичною освітою в Україні в ХІХ - на початку ХХ ст.

Орган управління	Роки діяльності
Медична колегія	до 1804 р.
Експедиція державної медичної управи при Міністерстві внутрішніх справ	1804 – 1835 рр.
Міністерство народної освіти	1802 – 1917 рр.

Взагалі можна стверджувати, що в Російській імперії до Лютневої революції 1917 р. вищих спеціалізованих навчальних закладів для підготовки

фармацевтичних кадрів не було створено. Майбутні фахівці фармації починали своє навчання в аптеках, і продовжували його на провізорських курсах при університетах. З другої половини XIX ст. в Російській імперії провізорські курси діяли при 8 університетах (Московський, Харківський, Київський, Новоросійський (м. Одеса), Казанський, Дерптський, Варшавський, Томський), а випуск фахівців становив усього 30-40 осіб на рік.

У Харківському університеті протягом 1805 – 1917 рр. було підготовлено всього 5868 дипломованих лікарів, в Київському університеті протягом 1841–1917 рр. – біля 5000 лікарів, у Новоросійському протягом 1900–1917 рр. – 1500 лікарів. Тобто щороку кожний університет у середньому випускав 52, 70 та 114 чоловік відповідно, лише незначну частину із цих випускників з вищою медичною освітою становили фармацевти та ті, хто прослухав спеціалізовані курси та лекції. У 1913 р. з 28 100 лікарів (біля 2 лікарів на 10 000 населення) Російської імперії в Україні працювало 6500 або біля 23% загальної чисельності. У 1914 р. в Російській імперії працювало 10 500 фармацевтів, серед яких тільки 3150 мали вищу освіту.

На території України у 1913 р. функціонувало 1067 аптек, в тому числі 714 сільських і 353 міських, 43 аптеки належали земству, а решта 1024 – приватним власникам. У аптеках працювало 4916 чоловік, серед яких 2009 фармацевтів, 758 магістрів і провізорів, 1251 помічників провізорів та 898 аптекарських учнів. Більшість приватних власників аптек на початку XX ст. були не фармацевти, а міщани, купці, маклери, відставні офіцери, які не мали фармацевтичної освіти та наймали для управління аптекою фахівця з фармацевтичною освітою. Міські аптеки, якими керували фахівці з вищою фармацевтичною освітою, мали приміщення та обладнання, що відповідали вимогам до аптеки та мали право набирати аптекарських учнів.

Висновки. Таким чином, можна стверджувати, що однією з головних проблем фармацевтичної галузі в XIX – на початку XX ст. була нестача висококваліфікованих фармацевтичних кадрів і неякісна організація їх підготовки, що було основними причинами відставання аптечної справи від

провідних країн Західної Європи. Також негативною тенденцією того часу визначається відсутність на території українських земель жодного вищого спеціального фармацевтичного навчального закладу, а провізорські курси, які готували аптечних працівників, існували тільки при медичних факультетах Харківського, Київського та Новоросійського університетів. Відчуваючи брак фармацевтичних кадрів, уряд Російської імперії змушений був вживати певних заходів щодо збільшення підготовки фармацевтів та регламентації їхньої професійної діяльності. У XIX – на початку XX ст. Харківський університет відігравав роль головного освітнього та наукового центру з підготовки фармацевтичних кадрів Наддніпрянської України.

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ФАЛЬСИФІКАЦІЇ ЛІКІВ У ЧАСИ РОСІЙСЬКОЇ ІМПЕРІЇ ТА РАДЯНСЬКОГО СОЮЗУ

Немченко А.С., Лебедь С.О.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна
economica@ukr.net

Незаконний обіг фальсифікованих (підроблених) лікарських засобів (ЛЗ) є актуальною соціально-економічною проблемою. Особи, що займаються фальсифікацією ліків діють поза законом і не піклуються про безпеку пацієнтів. Підробка ЛЗ була оприлюднена, як проблема ще у період кінця XV століття. Початок розвитку фармації та відокремлення медичних професій від загальних спеціальностей поставило проблему контролю якості ЛЗ.

Саме тому нами був проведений історичний аналіз боротьби з фальсифікованими ЛЗ у період часів Російської імперії та Радянського союзу.

З 1701 по 1884 роки відкриття нової аптеки було майже неможливим у зв'язку з тим, що потрібна була згода власників наявних аптек. Аптеки, що існували, обслуговували прошарок населення до якого відносились, члени царської родини, бояри, купці, тощо.

Більшість аптек вдавалась до підпільної торгівлі та виготовлення лікарських настоянок в домашніх умовах. Населення, що мало низький соціальний статус, лікувалось «бабусиними» травами та змовами. Це призвело до розвитку зілейних лавок, робітники яких продавали ЛЗ, та як наслідок або ж отруювали населення неякісними ЛЗ, або наносили шкоду здоров'ю через неправильне їх використання.

Окремої уваги потребує діяльність Аптекарської палати (XVI століття), яка пізніше була перейменована в Аптекарський приказ. Спочатку приказ займався питаннями лікування царської сім'ї, а потім став центральним органом керівництва медичною справою у Московії, а в подальшому – Російській імперії.

У таблиці приведені вагомі події, що характеризували розвиток фармації, зокрема аптечної справи у часи Російської імперії.

Таблиця

Розвиток аптек та аптечної справи у часи Російської імперії

Дата	Подія
1581 рік	Організований Аптекарський приказ та була відкрита перша «царська» аптека в Москві британським аптекарем Джоном Френчем
1672 рік	Відкрита друга аптека («нова»), але ця аптека обслуговувала лише наближених до царя осіб та військових
1682 рік	Відкрита 3 аптека при першому цивільному госпіталі в Москві
Кінець XVII ст.	Створена єдина казенна аптека яка постачала ЛЗ по всьому Сибіру
1701 рік	Відкриття в Москві 8 приватних (вільних) аптек і закриття зілейних лавок
1721 рік	Указ про створення вільних (приватних) аптек у Санкт-Петербурзі, у губерніях і провінціях
1736 рік	Відкриття польових аптек в Астрахані, Оренбурзі та Ризі
1741 рік	Відкриття аптеки у Выборзі
1774 рік	Відкриття першої аптеки у Іркутську

Ключовою функцією Аптекарського приказу було забезпечення медичної і лікарської допомоги армії. У 1707 році Аптекарський приказ був перейменований у Аптекарську канцелярію, на чолі якої був поставлений лікар. В подальшому Аптекарську канцелярію перейменували в Медичну колегію. Колегією була видана інструкція щодо контролю діяльності аптек. У 1763 році було прийнято рішення про ревізію приватних аптек й запровадження аптекарської такси.

У XVIII столітті система медицини й фармації потребувала розвитку та реформування. Так, були відкриті спеціалізовані школи для підготовки медичних та фармацевтичних фахівців. Вагомим кроком у ті часи було відкриття вільних аптек для продажу ЛЗ населенню та встановлення монополії на відкриття аптек. Це також призвело до поширення фальсифікованих ЛЗ. Збільшення кількості аптек різного профілю (військових, польових, гарнізонних, та ін.) привело до необхідності встановлення деяких правил, що регламентують їх роботу.

Найчастіше за все фальсифікатами були у ті часи високовартісні ЛЗ, наприклад порошок кориці. Для настоянки відходи повторно висушувалися й перемішувалися зі свіжою сировиною, суміш відпускалась хворому за ту ж ціну, як вперше вироблені ліки. З появою на фармацевтичному ринку галенових лабораторій і фармацевтичних фабрик виник ще один напрям у фальсифікації – підробка фабричних ЛЗ (галенових препаратів).

Прийняття указів, датованих 1837, 1841, 1861 і 1866 роками щодо боротьби із фальсифікатами не дали необхідного результату, та у 1890 році було прийнято рішення збільшити покарання до 300 руб. (штраф) і до 3 місяців (арешт).

На початку XX століття знову піднімається питання про фальсифікацію. Професором В. Є. Таїровим на основі наукових матеріалів, надісланих іншими провідними вченими, було розроблено проект закону «Про фальсифікацію харчових продуктів», однак закон не був прийнятий.

Перша світова війна негативно вплинула на фармацевтичний ринок Росії, яка в особі Німеччини втратила основного постачальника ЛЗ. Одними з перших робіт, які підняли питання підробок були – «Хімічна частина товарознавства. Дослідження харчів та напоїв», (Ходнев О.І.), «Домашній визначник підробок поживних, смакових та інших речовин» (Альмедінген А. М.). Більшість ключових фактів з цих робіт використовується й до тепер.

У 1917 році почалося створення державної служби охорони здоров'я. 11 червня 1918 року було підписано Декрет про затвердження народного комісаріату охорони здоров'я, що став першим державним органом управління при радянській владі. Далі був підписаний Декрет щодо націоналізації аптечних закладів, що негативно вплинуло на розвиток фармації в цілому.

Період громадянської війни та післявоєнні часи відзначалися різким збільшенням виробництва та реалізації фальсифікованих товарів. В подальшому з метою оптимізації аптечної справи було створено Головне аптечне управління (ГАПУ) РСФСР та Російське аптечне об'єднання (РАПО), а вже у 1936 році було організоване Міністерство охорони здоров'я СРСР, у складі якого почала свою роботу аптечна інспекція. Однією з задач інспекції було координування та перевірка аптек, у тому числі на відповідність ліків та запобігання фальсифікату.

У зв'язку з тоталітарним режимом правління радянської влади достовірної статистичної інформації про фальсифікацію ЛЗ у той період майже не має. Однак, можна припустити, що підробки вже ж таки існували, але у меншій кількості на відміну від попереднього періоду часу. Це може бути пов'язано ще з жорсткими репресивними заходами (аж до розстрілу за «шкідництво»), в результаті значно скоротилися розміри фальсифікації аптечних товарів, що реалізувалися.

Результати проведеного історичного аналізу підтверджують, що проблема фальсифікації ЛЗ була гострою соціальною проблемою системи охорони здоров'я та фармації як у старі, так й в теперішні часи. Отже

актуальною є постійний розвиток високоефективних технологій щодо контролю якості ліків та боротьби з їх фальсифікацією.

ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ КАДРІВ У РОСІЙСЬКІЙ ІМПЕРІЇ ПРОТЯГОМ ХVІІІ-ХІХ СТ.: ІСТОРИЧНИЙ АСПЕКТ

Хіріна Г. О., Савченко А. О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

kilyasha@ukr.net, ay01031986@gmail.com

Сьогодні фармацевтична галузь активно розвивається та постійно удосконалюється відповідно до вимог та викликів сучасності. Досить актуальним є дослідження історичних витоків підготовки фармацевтів в Російській імперії, на яких й було засновано правила та вимоги підготовки фахівців даної галузі.

Метою дослідження є аналіз правил підготовки фахівців у фармацевтичній галузі в Російській імперії протягом ХVІІІ–ХІХ ст. та історичних подій, які впливали на розвиток даної галузі зазначеного періоду та відповідно підготовки фахівців-фармацевтів. **Методами** даного дослідження є метод історизму, об'єктивності, порівняльно-історичний та хронологічний.

Результати дослідження. Для фахівців фармацевтичні ступені в Російській імперії вперше були введені в 1838 р. «Правилами про іспити медичних, ветеринарних і фармацевтичних чиновників». Таких ступенів було три: аптекарський помічник, провізор і аптекар. У 1845 р. замість назви «аптекар» було введено вищий фармацевтичний ступінь — магістр фармації. Право присуджувати ці ступені було надано декільком університетам (насамперед Петербурзькому і Московському) й Військово-медичній академії.

Поступово монополія на відкриття аптек, яка була запроваджена ще Петром I, стала гальмувати розвиток аптекарської справи. Відчувався не тільки брак кількості аптек, а й аптекарських кадрів. Тільки перед Першою світовою війною виробництво ліків було частково перенесено з аптек на заводи, проте фармацевтична промисловість розвивалась дуже повільно. Сировина, апаратура, лабораторне обладнання повністю закуповувалося за кордоном. Таким чином, у галузі постачання лікарських засобів Російська імперія виявилася в повній залежності від Німеччини.

Протягом XVIII ст. Медична канцелярія провела ряд державних заходів з підготовки та закріпленню на аптечній роботі вітчизняних фармацевтів. Основи фармацевтичної освіти на території Російської імперії закладались наприкінці XVII — початку XVIII ст., що було пов'язано з рішучими і цілеспрямованими перетвореннями Петра I. Особливе місце у цей період займають заходи з удосконалення аптечної справи, з якими Петро I уважно ознайомився під час перебування в Англії, Німеччині, Нідерландах. Найвищим велінням Петра I у 1700 р. були засновані аптеки при всіх військових і морських госпіталях. [1, С. 269–272.].

У 1754 р. Медична канцелярія звернулася до Синоду з проханням запросити семінарії, чи не бажає хто з вихованців «вступити в вчення медико-хірургії та фармації» в шпиталях і аптеках. Семінаристами, знаючим латинську мову, було легше навчатися медицині й фармації.

За клопотанням Медичної канцелярії 1 лютого 1754 р. був виданий указ «Про бутті лікарям і аптекарям, які навчаються в Росії, завжди в їх теперішньому званні; та про недозволені їм обирати інший рід служби». Ці надзвичайні заходи викликані були тим, що лікарі й фармацевти, отримавши спеціальну освіту хотіли служити в армії щоб отримати більший оклад і просування по службі. Ця постанова стосувалася аптекарських учнів і гезелів (помічників аптекарів) російських та іноземців, які отримали освіту за рахунок держави.

Відповідно до норми, що містилася у п. 93 Циркуляру МВС Російської імперії від 18 вересня 1858 р. № 2345, прийом в аптечні учні обумовлювався укладенням угоди між управляючим аптекою і аптечним учнем або його батьками. Управляючим аптекою надавалася повна свобода відносно умов договорів щодо прийому особи до складу аптекарських учнів. Учня дозволялося залучати до будь-яких підсобних робіт в аптеці. Водночас, управляючий аптекою повинен був навчити учня фармацевтичній справі та підготувати його до успішного складання іспитів на звання аптекарського помічника. У разі виявлення нездатності учня до оволодіння фармацевтичною справою управляючий аптекою повинен був повідомити про це місцевому медичному керівництву протягом року з дня прийому учня до аптеки [2, С. 85].

Як передбачалося ст. 485 Лікарського статуту, для допуску до випробування щодо отримання звання аптекарського помічника аптекарський учень повинен був надати свідоцтво від навчального закладу, після якого його було прийнято до аптеки, та свідоцтво про перебування у статусі аптекарського учня строком не менше трьох і не більше п'яти років, підписане управляючим аптекою та засвідчене місцевим керівництвом медичного департаменту МВС Російської імперії [3, С. 182].

Зазначимо також, що законодавчі акти того часу встановлювали досить чіткий порядок проведення випробувань на звання аптекарського помічника. У свою чергу, аптекарський помічник, який виявив бажання екзаменуватися на ступінь провізора, зобов'язаний був надати свідоцтво про те, що він прослужив у державній (казенній) або приватній (вільній) аптеці три роки, а також свідоцтво про оволодіння у лікарсько-навчальному закладі повним курсом фармацевтичних наук (ст. 489 Лікарського статуту). Аптекарські помічники вступали до лікарсько-навчальних закладів без іспитів на підставі надання свідоцтва про добру поведінку і сумлінність під час роботи в аптеці. Такі свідоцтва підписувалися аптекарем і місцевим керівництвом медичного департаменту МВС Російської імперії [3, С. 184]. Звання провізора було

наступним для фармацевтичного працівника у його кар'єрному зростанні. Відповідно до ст. 491 Лікарського статуту до переліку предметів, за якими мали екзамінуватися кандидати на отримання звання провізора, входили мінералогія, ботаніка, зоологія, хімія, фізика та фармакологія [3, С. 186]. Водночас, для отримання звання магістра фармації працівник згідно зі ст. 496 Лікарського статуту повинен був виконати хімічне та судово-хімічне дослідження, а також під наглядом екзаменатора розв'язати хіміко-фармацевтичне та природно-історичне питання [3, С. 190].

Тобто, підготовка фармацевтичних кадрів здійснювалася головним чином кустарно, шляхом учнівства. Аптекарські учні також нещадно експлуатувалися, збережені матеріали свідчать про їх непосильну працю. Саме нестача та не кваліфікованість фармацевтичних кадрів і погана організація їх підготовки були основними причинами відставання аптечної справи в Російській імперії. На Слобожанщині не було жодного спеціального навчального закладу. Кафедри фармації, які готували аптечних працівників, існували тільки при медичних факультетах кількох університетів. Тому велике значення мав початок у 1805 році підготовки фармацевтичних кадрів на медичному факультеті Харківського університету. В цьому контексті не можна не відзначити величезне значення Харківського університету, який вже на початку XIX ст. набув роль головного центру підготовки фармацевтичних кадрів в Україні .

Література

1. Гольдфарб М. Л., Пруссак А. В. // Врачебное дело. 1952. №3. С. 269-272.
2. Мнушко З. М. Історія медицини та фармації. Х. : Вид-во НФаУ ; Золоті сторінки, 2009. 208 с.
3. Свод Законов Российской империи повелением Государя Императора Николая Павловича составленный. Т. 13: Уставы о народном продовольствии, общественном призрении и врачебные. СПб. : Тип. Втор. Отд. Собств. Его Имп. Велич. Канц., 1857. VI, 353 с.

**ОРГАНІЗАЦІЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ
ДОПОМОГИ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ
СИТУАЦІЙ**

ЛОГІСТИЧНИЙ АУТСОРСИНГ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ МЕДИЧНИМ МАЙНОМ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ: ТЕОРІЯ ТА ПРАКТИКА

Білоус М. В.¹, Рижов О. А.², Шматенко О. П.¹

¹Українська військово-медична академія, Київ, Україна

²Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна
maryvictory@ukr.net

Вступ. Під час проведення оборонної реформи в нашій країні, у Збройних Силах (ЗС) України активно впроваджується аутсорсинг. Згідно наказу Міністерства оборони України (МОУ) від 11.10.2016 р. № 522 “Про затвердження Основних положень логістичного забезпечення Збройних Сил України”, аутсорсинг відноситься до заходів, спрямованих на ефективну організацію та виконання завдань логістичного забезпечення. Тому, можливість використання логістичного аутсорсингу при організації постачання медичної техніки та майна військовим частинам та медичним підрозділам у ЗС України, на сьогодні є актуальним напрямком оптимізації медичного забезпечення військ (сил).

Мета роботи полягає в дослідженні використання логістичного аутсорсингу у військовій сфері країн-членів НАТО та вивченні можливості його впровадження у систему медичного постачання ЗС України.

Матеріали та методи дослідження. Для досягнення мети дослідження проведено аналіз закордонної і вітчизняної наукової літератури, чинної нормативно-правової бази України. Методами дослідження є бібліографічний та аналітичний.

Основна частина. Аналіз закордонних та вітчизняних джерел показав неоднозначність у визначенні, сутності військового логістичного аутсорсингу та обсязі послуг, переданим стороннім організаціям. Разом з тим, простежується єдиний висновок, що ринок військового аутсорсингу в останні роки розширився у багатьох країнах-членах НАТО та існують можливості для його подальшого зростання, особливо в області військової логістики. Тенденція до збільшення ринку військового аутсорсингу та прийняття на

себе цивільними підрядниками тих видів логістичної діяльності, які традиційно виконували збройні сили, відмічається у збройних силах як Сполучених Штатах Америки, так і Великої Британії. Зарубіжні автори Erbel M. та Kinsey C. (2015) зазначають, що ці країни найбільше широко впроваджують аутсорсинг у військову логістику та встановили стандарти, яким зрештою дотримуються й інші країни. У Німеччині (Elke Krahnmann, 2005), Польщі (A. Lis, 2011) та Франції (Eric Lambert, 2015) також спостерігається стрімкий розвиток логістичного аутсорсингу у військовій сфері. Привертають увагу і українські дослідження можливостей впровадження аутсорсингу у військову логістику. Так, Сапіга Р. І. (2010) визначив критерії вибору зовнішніх, відносно військової логістичної системи, постачальників логістичних послуг.

На сьогодні аутсорсинг у ЗС України використовується у продовольчому забезпеченні військовослужбовців. Відзначимо, що застосовується 2 різновиди аутсорсингу: послуги підприємств з повного циклу – це підвезення продуктів харчування, приготування їжі, або послуги з поставки продуктів харчування. Зміни в системі продовольчого забезпечення військ спрямовані на досягнення повної сумісності зі стандартами НАТО. У Військово-медичній службі ЗС України аутсорсинг в даний час не впроваджено.

Згідно літературних джерел, використання аутсорсингу у військовій сфері має як переваги, так і певні недоліки. Впровадження аутсорсингу в систему медичного постачання ЗС України також може супроводжуватися низкою ризиків:

- витік відомостей конфіденційного характеру, відомостей, що становлять державну таємницю, внаслідок надання права доступу сторонніх організацій і їх представників на територію військових об'єктів, до документів, інформації з обмеженим доступом та матеріальних цінностей військових організацій;
- можлива втрата контролю над виконуваними замовленнями (недостатність у військової частини важелів контролюючого, керуючого

впливу на організацію, яка постачає послуги, що може привести до зниження якості послуг і збільшення витрат). Так, наприклад, у разі несподіваної відмови від надання послуг аутсорсером, у МОУ виникає необхідність пошуку нового виконавця, що тягне за собою часові і фінансові втрати;

- наявність ризиків порушення схоронності та безпеки медичного майна;
- рівень професіоналізму співробітників аутсорсингової (приватної) компанії може виявитися недостатнім для виконання робіт або надання послуг на належному рівні;
- ускладненість, а часто неможливість використання даного способу надання послуг поза місцем постійної дислокації військової частини, в період навчань, виконання військовою частиною навчально-бойових та бойових завдань.

Тому, перш ніж орган управління медичною службою ЗС України вирішить чи є необхідність у використанні аутсорсингу, потрібно встановити свої ключові компетенції. Вірно та виважено обрати той процес (або функцію), які можливо передавати на аутсорсинг, дозволить системний аналіз діяльності медичної служби ЗС України (IDEF (ICAM Definition) стандарти) за методологією аналізу та проектування систем SADT (Structured Analysis and Design Technique). Оскільки системний аналіз використовується для підвищення ступеня обґрунтованості рішень у складних (слабо-структурованих) системах.

Висновки. Отже, аутсорсинг, як одна з основних логістичних стратегій, в останні роки має активне впровадження у військову сферу багатьох країн-членів НАТО. Проведене дослідження показало необхідність у розробці нормативно-правової бази, яка стандартизує взаємодію між Міністерством оборони України (замовником) та аутсорсером (приватним підприємством) й розробленні стандартів надання послуг з логістичного аутсорсингу при організації медичного постачання у ЗС України, сумісними зі стандартами НАТО.

ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ КОРОНАВІРУСУ COVID-19

Блавацька О.Б.¹, Литвин О.В.²

¹ Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна;

² Ужгородський медичний університет, м. Ужгород, Україна
oksablav@gmail.com

Вступ. Станом на 20 квітня 2020 року у світі за даними ВООЗ зареєстровано 2364102 випадків захворювань, спричинених коронавірусом COVID-19, з яких 165241 (6,98%) закінчились смертю. Репродуктивне число (reproductive number – R0) вірусу – середня кількість випадків передачі інфекції від первинно інфікованої людини – попередньо визначено ВООЗ для COVID-19 в межах 1,4–2,5. За даними Majumder M., Mandl K.D., (2020) подібно до атипової пневмонії SARS R0 COVID-19 представлено діапазоном значень від 2 до 3,1. Згідно із оглядом Biggerstaf M., (2014) R0 пандемічного грипу 1918 р. /іспанки/ становила 1,8 (1,47–2,27); пандемії 2009р. – 1,46; сезонного грипу – 1,28.

Метою даного дослідження було проаналізувати ситуацію з захворюванням на COVID-19 у Львівській і Закарпатській областях та порівняти з відносними показниками по Україні.

Методики і матеріали: порівняльний аналіз статистичних даних НСЗУ, аналіз нормативно-правової бази МОЗ щодо протидії пандемії COVID-19.

Основні дослідження. Перший випадок COVID-19 в Україні був офіційно зареєстрований 03 березня 2020р. За даними НСЗУ станом на 20 квітня 2020 року в Україні було зареєстровано 5449 підтверджених випадків (30,57%) захворювання COVID-19 з 17822 підозр, з них 141 закінчились смертю (2,58%); у Львівській області зареєстровано 245 підтверджених випадків COVID-19, з них 8 смертельні (3,26%); у Закарпатській області – 182 підтверджених випадків COVID-19, з них 6 смертельні (3,30%).

З метою координації дій фармацевтичних працівників в умовах розповсюдження коронавірусу МОЗ України був розроблений наказ від 24.02.2020 року № 518 «Про затвердження Рекомендацій щодо дій фармацевтичних працівників в умовах недопущення занесення і поширення на території України випадків захворювань, спричинених коронавірусом COVID-19...», та наказ МОЗ від 25.02.2020 року № 552 «Про затвердження та впровадження стандартів медичної допомоги при коронавірусній хворобі (COVID-19)». На даний час Стандарти медичної та фармацевтичної допомоги при COVID-19 затверджені наказом МОЗ від 13.03.2020 року № 663 «Про оптимізацію заходів щодо недопущення занесення і поширення на території України випадків COVID-19», який скасував два попередні і затвердив алгоритм дій провізорів у разі звернення до аптечного закладу особи з будь-якими ознаками гострого респіраторного захворювання. Протокол «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)» затверджений наказом МОЗ від 02 квітня 2020 року № 762. Відповідно до чинних стандартів фармацевтичної допомоги за наказом МОЗ № 663 при зверненні осіб зі скаргами з боку респіраторної системи, провізор (фармацевт) має з'ясувати наявність/відсутність характерних симптомів (кашель, лихоманка, утруднене дихання) та поставити питання щодо історії поїздок в країни із COVID-19 та контактів з інфікованими SARS-CoV-2 людьми. Алгоритм подальших дій залежить від інформації, яку провізор одержить від пацієнта, але у будь-якому випадку першочергово пацієнту надається фармацевтична інформаційна допомога та рекомендації щодо засобів індивідуального захисту. За необхідності призначається симптоматичне лікування згідно з протоколами провізора (фармацевта) при відпуску безрецептурних лікарських засобів, затвердженими наказом Міністерства охорони здоров'я України від 11 жовтня 2013 року № 875 залежно від наявних симптомів і такі пацієнти направляються до лікаря.

Фармацевтичному працівнику, з метою недопущення занесення і поширення випадків захворювань, спричинених коронавірусом COVID-19,

рекомендовано забезпечувати належну фармацевтичну допомогу при відпуску безрецептурних лікарських препаратів та медичних виробів, які можуть бути рекомендовані до застосовування в разі будь-яких ознак респіраторного захворювання. Зокрема у протоколі 1.1.27 Профілактика захворювання на грип та ГРВІ у Переліку безрецептурних лікарських засобів для попередження захворювання на грип та ГРВІ зазначені: 1. Інтерферони (інтерферон лейкоцитарний людський, інтерферон альфа 2b); 2. Індуктори інтерферону (кагоцел, тилорон, енісаміуму йодид / амізон, уміфеновір); 3. Препарати рослинного походження (ехінацея пурпурова, елеутерокок + ехінацея пурпурова + звіробій). Варто пригадати протоколи 1.1.4 – Симптоматичне лікування кашлю, 1.1.24 та 1.1.25 – Симптоматичне лікування підвищеної температури тіла у дітей віком до 15 років та у дітей з 15 років і дорослих. У переліку безрецептурних лікарських засобів для симптоматичного лікування підвищення температури тіла у дітей віком до 15 років: 1. Анальгетики та антипіретики (парацетамол); 2. Нестероїдні протизапальні засоби (ібупрофен, кислота мефенамінова); 3. Комбіновані лікарські засоби анальгетики та антипіретики (парацетамол+кислота аскорбінова+). Перелік безрецептурних лікарських засобів для симптоматичного лікування підвищеної температури тіла у дітей з 15 років та у дорослих містить: 1. Анальгетики та антипіретики (кислота ацетилсаліцилова, метамізол натрію, парацетамол); 2. Нестероїдні протизапальні засоби (ібупрофен, кислота мефенамінова); 3. Комбіновані лікарські засоби (парацетамол+кислота аскорбінова + декстрометорфан +; парацетамол+ кислота аскорбінова+ кофеїн+).

Висновки. Враховуючи ситуацію, яка склалась в Україні та світі, працівники аптечних закладів у своїй повсякденній роботі мають чітко орієнтуватися в основних симптомах, методах діагностики та профілактики коронавірусної інфекції. Це в першу чергу має бути впроваджено під час надання належної фармацевтичної допомоги при зверненні пацієнта з ознаками будь-яких респіраторних захворювань та відпуску безрецептурних

лікарських засобів, які можуть бути рекомендовані до застосування при цій симптоматиці. Фармацевтичні працівники відповідно до своєї компетенції повинні вживати додаткові можливі заходи для недопущення розповсюдження на території України випадків респіраторних захворювань, які можуть бути спричинені коронавірусом COVID-19.

ВИКЛИКИ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ, ПОВ'ЯЗАНІ З ПАНДЕМІЄЮ КОРОНАВІРУСУ COVID-19: ЗАРУБІЖНИЙ ПОГЛЯД

Громовик Б. П., Корольов М.В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна
hromovyk@gmail.com, Marat.korolev@gmail.com

Вступ. Фармацевтичні фахівці (ФФ) світової спільноти перебувають на передовій у боротьбі з коронавірусною інфекцією COVID-19, і вони роблять усе можливе для надання якісної фармацевтичної допомоги. Відрадно, що за час пандемії зростає підтримка і визнання соціумом ФФ як основних фахівців у сфері охорони здоров'я.

Метою повідомлення була характеристика основних викликів, що постали перед аптеками унаслідок пандемії коронавірусу COVID-19.

Матеріали й методи дослідження. Матеріалом дослідження стала інформація 13 новинних сайтів з фармацевтичної тематики Великої Британії, Іспанії, Італії, Канади, Німеччини, Польщі, США, Туреччини, Франції: <https://www.pharmacymagazine.co.uk/category/news>, <https://www.bbc.com/news/uk>, <https://www.diariofarma.com/>, <https://www.federfarma.it/Edicola/Ultime-notizie.aspx>, <https://www.pharmacists.ca/news-events/news/>, <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/>, <https://www.aponet.de/die-apotheke.html>, <https://farmacja.pl/aktualnosci/>, <https://poranny.pl/>, <https://www.pharmacytimes.com/news>, <https://www.hurriyet.com.tr/haberleri/eczaneler>, <https://www.rtl.fr/sujet/pharmacie>,

<https://www.pgeu.eu/>. Вирішення поставленого завдання здійснювалось з використанням контент-аналізу, критичного аналізу, конкретизації та наукового узагальнення.

Основний матеріал дослідження. Встановлено, що аптеки за кордоном у перший місяць карантину через коронавірус COVID-19 зіткнулися:

1) з відсутністю:

– належного облаштування залу обслуговування (захисного скла та/або захисних козирків для обличчя ФФ першого контакту, інтенсивної вентиляції, соціального дистанціювання в аптеці для захисту ФФ; це попри те, що кожен відвідувач аптеки може розглядатися як потенційний носій хвороби);

– змоги забезпечити безперебійну роботу аптек у цілодобовому режимі (24x7), позаяк унаслідок сильної фемінізації професії багато хто з ФФ скористався правом догляду за дитиною, а також частина з них захворіла та/або знаходиться на самоізоляції. При цьому, з одного боку, відбулося скорочення тривалості роботи аптек, з іншого – продовження терміну дії ліцензії ФФ, видача тимчасових ліцензій ФФ для праці в інших регіонах держави й ФФ-пенсіонерам, залучення студентів-фармацевтів, дострокового випуску коледжами ФФ;

2) з обмежувальними заходами щодо:

– кількості пацієнтів, які можуть перебувати в аптеці одночасно, створюючи маркери соціальної дистанції;

– відпуску в одні руки парацетамолу, інсуліну, морфіну, адреналіну, антибіотиків, противірусних і низки інших ліків, термометрів, пульсоксиметрів, засобів індивідуального захисту (ЗІЗ) і дезінфекційних засобів (ДЗ);

З'ясовано стрімке зростання професійно вигорання ФФ унаслідок:

– страху захворіти та/або заразити рідних коронавірусною інфекцією COVID-19

– знаходження під постійним психологічним тиском унаслідок дефектури та/або дорожнечі, насамперед ЗІЗ та ДЗ, що спричинило виготовлення ДЗ в аптеках, у т.ч. в університетських навчальних аптеках;

– збільшення агресивної поведінки відвідувачів аптек, які часто потребують товари аптечного асортименту, що взагалі не потрібні під час пандемії;

– значного фізичного навантаження за дефіциту персоналу і тривалості робочої зміни;

– занепокоєння з приводу можливого пограбування аптек.

Висновки. Встановлено, що ФФ за кордоном з початку пандемії коронавірусу COVID-19 потребували розв’язання низки організаційних питань для надання якісної фармацевтичної допомоги.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАХИСТУ ПЕРСОНАЛУ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID19

Кіреєв І. В., Жаботинська Н. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

farmacoter@nuph.edu.ua

Будь-яка надзвичайна ситуація (НС) призводить до порушення нормальних умов життя та діяльності. Але така НС природного походження як пандемія COVID19 внесла корективи не тільки в умови життя людей, але і в роботу багатьох громадських закладів, а особливо фармацевтичних. І якщо в умовах техногенних НС на перше місце виходять заходи забезпечення стійкості функціонування аптечного закладу (забезпечення автономними джерелами електро-, водо- і теплопостачання; засобами зв’язку та персоналом тощо), то під час пандемії головним стає захист персоналу аптечного закладу від інфікування. З метою оптимізації заходів щодо недопущення занесення і поширення на території України випадків

захворювань COVID19 МОЗ України прийняло Наказ № 663 від 13 березня 2020 року “Про оптимізацію заходів щодо недопущення занесення і поширення на території України випадків COVID-19”, одним із пунктів якого є затвердження стандарту фармацевтичної допомоги.

Мета провести аналіз нормативних документів, які регламентують захист персоналу фармацевтичних закладів під час роботи в особливих умовах пандемії COVID19.

Основний матеріал. Стандарт фармацевтичної допомоги в умовах пандемії COVID-19 розповсюджується на всіх юридичних та фізичних осіб-підприємців, які провадять господарську діяльність з оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами та мають відповідну ліцензію. Пунктом 2 цього стандарту регламентовано організацію особливих умови праці для забезпечення захисту фармацевтичних працівників при контакті з особами, які можуть бути інфіковані COVID-19. До заходів, які забезпечують такий захист відноситься застосування засобів індивідуального захисту; проведення дезінфекції приміщень аптечних закладів згідно з рекомендацією ВООЗ; моніторинг стану здоров'я співробітників; здійснення контролю за медичними відходами.

Найбільш ефективними профілактичними заходами для працівників аптек, як і для населення є: часта обробка рук (милом і водою або спиртовмісним антисептиком); уникання торкання очей, носа та рота; респіраторна гігієна та етикет кашлю (кашель або чхання в зігнутий лікоть або хустинку з її утилізацією в подальшому). Враховуючи збільшений потік відвідувачів аптек, фармацевтам доцільно працювати у масці та рукавичках. Працівники аптек повинні бути забезпечені технологічним одягом і взуттям, яке підлягає дезінфекції. Зменшення потреби в засобах індивідуального захисту в умовах аптечних закладів може бути забезпечено дотриманням соціальної дистанції не менше 1,5 метра між особами, використання фізичних бар'єрів для зменшення ризику інфікування (наприклад, скляних або пластикових вікон). Особливо актуальним стає забезпечення населення

лікарськими засобами on-line таким чином мінімізуючи потребу у візитах до аптечних закладів.

Дотримання санітарного стану аптечних закладів є дуже важливим і ефективним компонентом організації роботи аптечного закладу в умовах НС. Приміщення аптечних закладів підлягають вологому прибиранню із застосуванням мийних і дезінфекційних засобів та обов'язковому провітрюванню. Організація технічні перерв може зменшити одночасне скупчення великої кількості людей в аптеці.

Висновки. Таким чином в нормативні документи були внесені всі необхідні зміни, які забезпечують захист персоналу фармацевтичних закладів під час роботи в особливих умовах пандемії COVID19. Дотримання санітарних норм та правил наразі є важливим для збереження власного здоров'я не тільки працівників аптечних закладів, але і здоров'я оточуючих.

ИССЛЕДОВАНИЕ НАЛИЧИЯ В АПТЕКАХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ИМН НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ БОЛЕЗНИ

Куриленко Ю.Е., Подколзина М.В.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина
marysea2006@ukr.net

Коронавирус — это острое вирусное заболевание, характеризующееся преимущественным поражением дыхательной системы и желудочно-кишечного тракта. Коронавирус является зоонозной инфекцией по происхождению. По данным Минздрава на 22.04.2020, в Украине подтверждены 6 592 случая Covid-19, умерли 174, выздоровели 424. За сутки новых 467 случаев.

Цель исследования: изучить наличие в аптеках лекарственных средств и предметов медицинского назначения необходимых для профилактики и симптоматического лечения коронавирусной болезни

Результаты исследования. Коронавирусную инфекцию вызывают РНК-геномные вирусы рода Coronavirus. Коронавирус окружен суперкапсидом, который пронизан редко расположенными шипами, имеющими строение тонких шеек и расположенных на них шарообразных головок, что по внешнему виду напоминает корону.

Наиболее тяжелые клинические проявления можно наблюдать при заражении следующими возбудителями: SARS-CoV вызывает развитие атипичной пневмонии или тяжелого острого респираторного синдрома; MERS-CoV вызывает средневосточный респираторный синдром, для которого характерно развитие острой пневмонии и почечной недостаточности; 2019-nCoV вызывает развитие респираторного дистресс-синдрома.

Источником коронавируса могут быть некоторые животные (обезьяны, птицы, змеи и другие). Источником нового типа возбудителя (2019-nCoV) стали, предположительно, летучие мыши. При этом в настоящее время нет данных о том, что домашние животные (такие, как собаки или кошки) могут переносить коронавирус 2019-nCoV.

Возбудители не могут передаваться напрямую через предметы, дверные ручки, посылки, продукты, если соблюдена гигиена рук и правила кулинарной обработки продуктов. Нельзя касаться загрязненными руками и предметами лица, носа, рта, глаз. Поэтому руки рекомендуется часто и тщательно мыть с мылом или обрабатывать дезинфицирующими средствами.

У людей восприимчивость к коронавирусу очень высокая, заболеванию подвержены все возрастные группы. Антигенная разнородность вирусов обуславливает значительную частоту повторного инфицирования возбудителями других серологических типов.

На сегодняшний день патогенетические механизмы развития коронавирусной инфекции изучены недостаточно. Входными воротами для инфекции является слизистая оболочка верхних дыхательных путей. При поражении возбудителем 2019-nCov инфицирование стремительно распространяется на бронхи и легкие. Заболевание сопровождается синтезом антител, которые не гарантируют защиты от повторного заражения.

Лечение коронавируса легкой формы или средней тяжести включает симптоматическое лечение — препараты для снижения температуры, противокашлевые средства, препараты от насморка и т.д. В настоящее время для лечения коронавирусной болезни и профилактики осложнений используют несколько ЛЗ (парацетамол, Арбидол, Амоксиклав, цефтриаксон, азитромицин) в разных сочетаниях и разной продолжительностью применения, что зависит от индивидуальных особенностей пациента, интенсивности симптомов и развития болезни в каждом конкретном случае.

Были изучены наличие в аптеках и цены на ЛС и ИМН для симптоматического лечения и профилактики коронавирусной болезни в аптеках Киева, Днипра, Харькова.

В аптеках Харькова и Днипра изучаемые ЛС есть в наличии в аптеках крупных сетей таких как «Аптека низких цен», «Аптека 911», «Аптека оптовых цен», «Аптека Мед.Академии» и разница в цене составила от 2% – 5 % на Амоксиклав 2х табл. 1000мг №14 до 80% на Альтабор таблетки по 20 мг №20 (10х2) в г. Днипро и 59% на Цефтриаксон пор. д/ин. 0.5 г фл. №5 в г. Харьков. В г. Киев цены на указанные ЛС различаются от 13% на Амоксиклав 2х табл. 1000мг №14 до 44% на Цефтриаксон пор. д/ин. 0.5г фл. №5. Самые низкие цены выявлены в аптеках Лекхим, Аптекарь, Хелси Энд Хеппи Фармаси, Аптека для экономных на препараты Парацетамол-дарница табл. 500 мг контурн. ячейк. уп. №10, Азитромицин-здоровье капсулы по 500 мг №3, Амоксиклав 2х табл. 1000мг №14; в аптеках Виталюкс выявлена наименьшая цена на Цефтриаксон фл. 1г №5 –68,00 грн.

Цены на Цефтриаксон фл. 1г №5 в г. Днипро отличаются –на 76%, что связано с существенной (36%) разницей в цене на этот препарат в закупке, что связано с ажиотажным спросом на него в рознице.

Наибольший ассортимент ИМН «Маски защит. 3-х сл. на резинках №1» во время проведения исследования был выявлен в г. Киев и представлен несколькими украинскими и зарубежными производителями, разница в цене составила до 2,15 раза. В аптеках г. Днипро в большинстве аптек присутствуют маски импортного производства по цене 37–97 грн., и только в некоторых аптеках (в основном в сети «Аптека Мед.Академии») присутствуют маски украинского производства по цене 13,70–14,80 грн. разница в цене составила 8%. В г. Харьков маски присутствуют в реализации в немногих аптеках, во время проведения исследования они были в аптеках сети «Аптека 911» по цене 13,70–27,00 грн. и разница в цене, как и в Киеве, составляет в 2 раза.

Выводы. В результате исследования наличия в аптеках лекарственных средств и предметов ИМН необходимых для профилактики и симптоматического лечения коронавирусной болезни установлено, что лекарственные средства исследуемой группы присутствуют в ассортименте аптек г. Киев, г. Харьков и г. Днипро за исключением препарата Арбидол капсулы 100мг №10, который есть только в аптеках г. Киев. Наиболее проблемным является наличие масок, особенно в г. Харьков, где даже в крупных аптечных сетях этого ИМН нет в наличии.

**СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ АНОРЕКТАЛЬНОЇ ЗОНИ

Борко Є.А., Ковалевська І.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
elizborko@gmail.com

Вступ. Захворювання аноректальної зони відносяться до групи патологій, віковий ценз яких знижується з кожним роком, і в умовах сучасних реалій, вони стають все більш актуальною проблемою для кожного десятого представника працездатного населення світу. Малоактивний спосіб життя, шкідливі звички, порушення режиму харчування – все це є причинами розвитку патологічних станів прямої кишки, що у 80% людей з вже наявною хворобою, трансформуються в хронічний перебіг з розвитком рецидивів декілька разів на рік. Серед цього прошарку населення продовжує формуватися помилкова думка, щодо необхідності використання немедикаментозних методів лікування дисфункцій аноректальної зони. Звернення до працівників фармацевтичної чи медичної галузі найчастіше відбувається вже на стадії проявів гострих симптомів рецидивуючої патології. В таких умовах для фармацевтів важливим є розуміння необхідності дотримання певних соціально-психологічних підходів до проведення фармацевтичної опіки. Наприклад, серед фахівці фармації повинна існувати конструктивна модель поведінки з пацієнтами, що мають таку важливу та соціально значущу для вирішення проблему.

Метою роботи є дослідження шляхів покращення взаємодії працівників фармацевтичної галузі з пацієнтами, що мають у генезі ознаки захворювань аноректальної зони.

При проведенні досліджень були використані такі **методи** аналізу як: опитувальний, контент-аналіз, метод порівняння. До вибірки потрапило 40 анкет від фахівців фармацевтичної галузі та 40 анкет від респондентів, з наявною патологією аноректальної зони.

В результаті проведених серед респондентів, що мають у генезі хронічне захворювання аноректальної зони, досліджень було встановлено (рис.1), що менше 50% опитаних змогли повністю позбутись гострих та хронічних симптомів прояву дисфункції прямої кишки, після використання медикаментозних препаратів. Аналогічна кількість респондентів тимчасово припинила лікування або вважають, що підходи до зменшення проявів захворювання є неефективними. Також було встановлено, що найбільш прийнятними до використання для респондентів є тверді лікарські форми – 50% (таблетки та капсули), в той час як супозиторії ректальні обрали лише 5% опитуваних.



Рис. 1. Результати проведеного анкетування людей з наявною патологією аноректальної зони

При дослідженні результатів опитування респондентів з галузі фармації (рис.2) було встановлено, що при проведенні фармацевтичної опіки захворювань аноректальної зони 80% спеціалістів радять як альтернативну лікарську форму ректальні супозиторії. Це пов'язано зі швидкістю настання фармакологічного ефекту та можливістю проведення лікування саме в зоні виникнення патології. Тверді лікарські форми, за думкою респондентів, повинні використовуватись виключно в комплексній терапії цілеспрямованого впливу на всі ланки розвитку патологічного процесу.

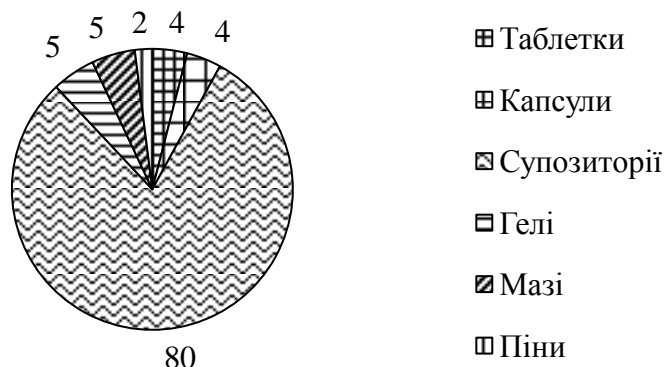


Рис. 2. Результати проведеного анкетування фармацевтів

Висновки. За результатами проведеного дослідження можна зробити висновок, що основним бар'єром в соціально-психологічних комунікаціях між фармацевтом та людьми з наявною в генезі хронічною патологією аноректальної зони – є вибір лікарської форми. При відсутності гострих проявів патології більшість з респондентів обирають тверді лікарські форми, не комбінуючи їх з місцевими методами лікування. Саме тому, на нашу думку, відсоток респондентів, що повністю позбавилися від дисфункції прямої кишки менше 50%. Для покращення цього показника фармацевтам при проведенні фармацевтичної опіки необхідно наголошувати на проходженні повних курсів лікування препаратами як з системною, так і з місцевою діями.

ПРОФІЛАКТИКА ТА ПОДОЛАННЯ СТРЕСІВ НА РОБОЧОМУ МІСЦІ

Жуковіна О.В., Грецька Г.А.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

tfp@nuph.edu.ua

Вступ. Професійний стрес є багатоманітним явищем, яке відображається у фізіологічних і психологічних реакціях на складну напружену ситуацію, що може виникати в трудовій діяльності людини. В даний час він виділений в окрему рубрику міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10). Переживання людиною постійного виробничого або професійного

стресу призводить до перевтоми, неувважності, помилок, промахів, упущень і, як наслідок – виробничого травматизму.

Термін «стрес» у фізіологію та психологію вперше у 1932 році ввів Уолтер Бредфорд Кеннон у своїх роботах з універсальної реакції «боротись чи втікати». Досить часто авторство терміну передають відомому канадському фізіологу Гансу Сельє, який вважає, що стрес – це стан психологічної напруги що виникає під дією будь-якого впливу і супроводжується мобілізацію захисних систем організму та психіки. В перекладі з англійської слово «стрес» означає «натиск, тиск, напруга».

Стрес – захисна реакція організму (в т. ч. нервової, гормональної та ін. систем) у відповідь на дуже сильну дію (подразник) зовні, яка перевищує норму. Він пов'язаний з викидом великої кількості адреналіну, який необхідний для адаптації організму до стресової ситуації. Але коли таких ситуацій надто багато, організм «дає збій», слабіє, втрачає фізичне і психічне здоров'я: від порушення імунітету до сильних неврозів.

Постановка проблеми. Проблема виникнення та подолання професійного стресу соціально важлива й актуальна. В сучасних стандартах з охорони праці різних країн світу, таких як Британський PAS1010:2011 «Менеджмент ризику. Настанова з менеджменту психологічних ризиків на робочому місці», Канадський CAN/CSA-Z1003-13/BNG9700-803/2013 «National Standard of Canada Psychological health and safety in the workplace» значна увага зосереджена саме на проблемах виявлення та усунення виробничих стресів (work – related stress).

Основний матеріал. Існують два компоненти виробничого стресу:

- стрес-фактор (або стресор) – чинник, вплив якого на людину призводить до виникнення стресу;
- стрес-реакція – неспецифічна реакція організму у відповідь на вплив негативного чинника, що викликає взаємопов'язані процеси активації стандартних реакцій, які розвиваються під дією стресора та мобілізацію фізіологічних систем, що забезпечують пристосування до цього чинника.

Для того, щоб визначити можливість виникнення професійного стресу на робочому місці, слід проаналізувати наявність стресорів.

Всі стресори поділяють на групи: фізичні; організаційні; психологічні.

До фізичних негативних чинників-стресорів відносять: несприятливі параметри мікроклімату у виробничих приміщеннях; недостатню освітленість робочих місць; перевищення рівня шуму або вібрації; невдалу ергономіку робочого місця, тощо.

До організаційних негативних чинників-стресорів відносять: перевантаження або недовантаження працівника роботою; неконтрольований графік роботи; роботу змінами; монотонність праці, тощо.

До психологічних негативних чинників-стресорів відносять: переслідування й цькування на робочому місці (мобінг і булінг); погані відносини між працівниками та керівництвом; неефективна комунікація; низька соціальна підтримка, тощо.

Булінг (від англ. to bull – переслідувати) – це агресивна свідома поведінка однієї особи (або групи) стосовно іншої, що супроводжується регулярним фізичним і психологічним тиском.

Сьогодні досить широкого поширення набуло порушення загальноприйнятих норм взаємовідносин у трудових колективах, що супроводжується моральним переслідуванням на робочому місці.

Мобінг – це будь-яка форма гоніння, переслідування на робочому місці. Назва терміну походить від англійського “mob” – натовп, банда, “своя компанія”; “to mob” – нападати групою. Тобто під терміном «мобінг» розуміють вороже, неетичне ставлення однієї людини або групи людей, яке прямо спрямоване і систематично повторюється по відношенню головним чином до однієї особи, на якій дане переслідування відбивається негативно. Регулярні випадки негідних чи неприязельських дій по відношенню до деяких працівників принижують честь і гідність особи настільки, що часто провокують звільнення людини з місця її роботи, важку депресію або й самогубство.

Мобінг може викликати певні наслідки для колективу, зокрема зниження ефективності і продуктивності праці, зниження почуття безпеки;

збільшення кількості пропуску роботи через хвороби та відпустки за свій рахунок; зростання плинності кадрів; професійне вигорання (синдром фізичного і емоційного виснаження працівників), тощо.

Висновки. Для подолання професійних стресів на робочому місці Міжнародною Організацією Праці (МОП) рекомендовано впроваджувати коригувальні дії.

Первинні коригувальні дії спрямовані на зниження виникнення у працівників професійних стресів, шляхом виявлення та діагностики стресорів.

В другу чергу, коригування спрямовується на навчання співробітників основним практикам стрес-менеджменту у своїй роботі зокрема: розпізнаванню фізіологічних та психологічних ознак стресу; ефективним засобам розподілу робочого часу, плануванню і прогнозуванню роботи; навичками ефективної комунікації в умовах праці; стратегії співпраці в конфліктних ситуаціях; практикам зняття стресу, (музикотерапії, психорелаксації, дихальної гімнастики, зняття зв'язкових затисків, тощо).

Коригувальні дії третьої черги спрямовані на роботу з людьми які переживають стресові стани (виснаження, депресію, перевтому та інші). Такі дії спрямовані на відновлення емоційного благополуччя людини, формування позитивного ставлення до життя їх повинен здійснювати фахівець-психолог.

МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ПСИХОЛОГІЧНОГО КЛІМАТУ В ТРУДОВОМУ КОЛЕКТИВІ АПТЕЧНОГО ЗАКЛАДУ

Сагайдак-Нікітюк Р. В., Андрієнко Н. В., Шварп Н. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

anatasha432@gmail.com

Вступ. У сучасній сфері надання фармацевтичної допомоги пацієнтам та реалізація ефективних взаємовідносин у трудовому колективі аптечних закладів можлива за умови активного впровадження керівником в діяльність

закладу психологічно обґрунтованих підходів до створення та підтримки цих взаємовідносин. Використання таких підходів надає широкі можливості для досягнення цілей закладу та задоволення запиту у вирішенні різноманітних проблем, пов'язаних з людським фактором. Це, в свою чергу, зумовлює необхідність обов'язкового застосування керівником психологічного аналізу діяльності та взаємодії співробітників підпорядкованої установи.

Мета – адаптація метода діагностики психологічного клімату в аптечному закладі.

Основний матеріал дослідження. Проведені дослідження дозволили зробити висновок, що найбільш доцільно в сучасних умовах застосовувати метод оцінки мікроклімату (В.М. Зав'ялова), адаптований до умов аптечного закладу. Він передбачає заповнення карти, в якій наведені показники, що характеризують психологічний клімат у трудовому колективі аптечного закладу. Карта складена за принципом полярних суджень: зліва – судження, що розкривають психологічний клімат з позитивного боку; справа – з негативного боку, за ступенем виразу кожного показника: від 3 балів (висока ступінь виразу) до 1 балу (слабка ступінь виразу). Для визначення психологічного клімату необхідно скласти всі позитивні бали, потім негативні і з більшої суми відняти меншу.

Рівень психологічного клімату доцільно оцінюватися в балах за такою шкалою: 50-60 балів – висока ступінь сприятливості психологічного клімату; 40-49 балів – вище середнього ступінь сприятливості психологічного клімату; 21-39 балів – середній ступінь сприятливості психологічного клімату; 11-20 балів – нижче середнього ступінь сприятливості психологічного клімату; 0-10 балів – незначна сприятливість психологічного клімату.

Несприятливість психологічного клімату характеризують бали з негативним знаком.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Встановлення особливостей психологічного клімату в трудовому колективі дозволяє

визначити умови для отримання кращих результатів діяльності, підвищити рейтинг аптечного закладу і потенціал кожного співробітника окремо.

АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ НЕРВОВО-ПСИХІЧНОЇ СТІЙКОСТІ СУЧАСНИХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ФАХІВЦІВ В ПРОФЕСІЙНОМУ СЕРЕДОВИЩІ

Тетерич Н.В., Куриленко Ю.Є.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
economica@nuph.edu.ua

Фінансово-економічна, соціальна та політична криза сьогодення накладає негативний відбиток на діяльність фахівців будь-якої сфери.

Особливої уваги заслуговує вивчення проблем емоційних проявів фахівців, задіяних у професіях за типом «людина-людина», до яких відноситься професійна діяльність фармацевтичних фахівців, що характеризується частим негативним впливом великої кількості стресових факторів.

Слід зауважити, що діяльність сучасних фармацевтичних фахівців досить часто супроводжується сильною емоційною напруженістю, браком достатніх умов для відновлення сил, і, насамперед, відсутністю у вітчизняній практиці охорони здоров'я системи психологічного супроводу.

Вищезначені фактори провокують зростання нервово-психічної напруги працівників і є одними із ключових чинників виникнення у них невротичних розладів та психосоматичних захворювань.

Отже, аналіз показників нервово-психічної стійкості (НПС) фармацевтичних фахівців є вельми актуальним направленням дослідження, що дозволить виявляти та коригувати їх емоційний стан.

Мета дослідження. Проаналізувати показники НПС фармацевтичних працівників та запропонувати основні напрямки щодо її зміцнення і підтримки.

Методами дослідження були наступні: спостереження та узагальнення незалежних самооцінок. В експериментальній частині дослідження було застосовано психологічну методику щодо визначення нервово-психічної стійкості «Прогноз» за В.А. Бодровим.

У ході проведення експерименту нами було проведено вибіркоче психологічне тестування 30 фармацевтичних фахівців з 7 аптечних закладів м. Харкова за методикою «Прогноз», яка дозволяє оцінити рівень НПС досліджуваних та спрогнозувати вірогідність їх емоційних проявів в поведінці та діяльності.

Результати тестування встановили, що більшість опитаних – 17 фахівців (56,67%) мають задовільний рівень НПС (стени: 3-5). У цілому, емоційний стан зазначених працівників є цілком контрольованим, але у разі виникнення екстремальних обставин, що супроводжуються виникненням стресових навантажень, у них цілком можливі емоційні зриви.

Сприятливий рівень НПС (стени: 6-8) відмічено у третини респондентів – 10 опитаних (33,33%). У разі виникнення стресових або конфліктних ситуацій прогноз щодо конструктивного підходу даними фахівцями щодо їх вирішення є достатньо вірогідним, тобто, нервово-психічні зриви у них є малоймовірними.

При цьому 3 фахівців (10% опитаних) мають несприятливі показники ПНС (стени 1-2). За екстремальних обставин як у професійному, так і соціальному середовищі дані працівники цілком здатні до нервово-психічних зривів.

Висновки. Результати проведеного дослідження дозволяють стверджувати, що НПС є складною і багатогранною властивістю особистості, основні критерії якої проявляються саме в професійній діяльності фахівця.

Слід відмітити, що покращення та підтримка належного рівня НПС фахівців потребує не лише їх особистісного бажання роботи над собою, але й залучення професійної комплексної діагностики та коригування діяльності практичними фахівцями – психологами.

Не менш важливою є і морально-психологічна підготовка спеціалістів до діяльності в складних умовах, організація та підтримка керівником аптеки дозвілля для підлеглих, проведення командних заходів та виховної роботи для підвищення згуртованості аптечного колективу з орієнтацією на особистісний позитивний імідж та ефективний стиль керівництва.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИЧИН ВИНИКНЕННЯ КОНФЛІКТНИХ СИТУАЦІЙ ШЛЯХОМ АНАЛІЗУ ВІДГУКІВ САЙТУ АПТЕЧНОЇ МЕРЕЖІ

Чегринець А. А.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
krutskih_ann@ukr.net

Вступ. Із розвитком фармацевтичного ринку та зростанням конкуренції виникає потреба у вирішенні проблем, які пов'язані з ефективною діяльністю аптечних закладів. Ефективна діяльність спрямована на підтримку здоров'я населення країни та зумовлена значною кількістю психологічних та соціальних факторів. Серед цих факторів вагому роль відіграє попередження та профілактика конфліктів між відвідувачами аптечних закладів та фармацевтичними фахівцями. Для цього необхідне визначення основних причин, через які утворюються конфлікти. Своєчасне встановлення причин виникнення конфліктних ситуацій та їх профілактика сприяють покращенню діяльності аптечної мережі та якісному фармацевтичному обслуговуванню.

Метою дослідження є аналіз відгуків на сайті аптечної мережі «9-1-1» та встановлення причин виникнення конфліктних ситуацій між аптечним персоналом та клієнтами мережі.

Методики дослідження. Як методи дослідження було використано аналіз Інтернет – сайту аптечної мережі та узагальнення результатів дослідження.

Основний матеріал дослідження. За останні роки дуже розвинулись інформаційно-комунікативні технології, якими дуже активно користується населення. Утворилась окрема група каналів комунікацій – інтернет – сайти. Зараз майже всі організації мають сайти і аптечні заклади не є виключенням. Інтернет – портали аптечних мереж носять не тільки інформаційних характер, де клієнти можуть отримати інформацію про товари та ціни на них, а ще служать зворотнім зв'язком для відвідувачів. На сайті клієнти можуть залишати свої відгуки, що дозволяє керівництву виявляти недоліки та проблеми в роботі аптечного персоналу та мережі в цілому.

З метою встановлення причин виникнення конфліктів між фармацевтичними фахівцями та відвідувачами аптечних закладів під час надання фармацевтичних послуг було проаналізовано відгуки на Інтернет-сайті аптечної мережі мережі «9-1-1». Було проведено моніторинг повідомлень в період з вересня 2019 року по лютий 2020 р. За цей період на сайті було залишено 121 відгук. Серед повідомлень найбільшу кількість (64 %) становили скарги та 46 % – були у вигляді подяк, пропозицій та запитань. Для встановлення причин виникнення конфліктів було проаналізовано відгуки, які містили скарги. Проблеми, які пов'язані з технікою (несправність технічних приладів, проблеми у роботі сайту) найчастіше призводять до виникнення конфліктних ситуацій (30 %). Помилки аптечного персоналу (не вірна кількість товару, помилки при видачі решти) також є розповсюдженою проблемою в аптечній мережі, через які виникають конфлікти (28 %). Через регулярні помилки фармацевтичних фахівців та технічні проблеми можливе зниження клієнтської лояльності і як наслідок цього – втрата відвідувачів. У 16 %

випадків причиною конфліктів є неввічливість аптечного персоналу, у 14 % – відмова у продажі товару та у 9 % випадків – виникають конфлікти через повернення товару. Найрідше причиною виникнення конфліктів стають черги в аптеці – 3 %.

Працівники аптечної мережі «9-1-1» дуже швидко реагують на скарги, опрацьовують їх та намагаються швидко усувати конфліктні ситуації.

Висновки. Проведено аналіз відгуків сайту аптечної мережі «9-1-1» За результатами дослідження було встановлено, що технічні проблеми та помилки персоналу є основними причинами виникнення конфліктних ситуацій. Перспективами подальших досліджень конфліктів є розробка рекомендацій щодо вдосконалення профілактики та подолання конфліктних ситуацій в аптечній мережі.

ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМАТИКИ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ФАХІВЦІВ ФАРМАЦІЇ

Шульга Л.І., Зарічкова М.В.

Національний фармацевтичний університет,

Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації, м. Харків, Україна

farmtex-ipksf@nuph.edu.ua, uef-ipksf@nuph.edu.ua

Професійне вигорання (ПВ) останнім часом все більше привертає увагу дослідників, якими вже наведено спробу визначення теоретико-прикладних та методологічних аспектів проблеми, серед яких – джерела та чинники виникнення ПВ, моделі, що формують його характеристику та відтворюють стадії розвитку, а також визначено ряд прийомів попередження та способів усунення даного стану, що включають як самодопомогу, так і втручання професіоналів ззовні, проте єдина стратегія профілактики та подолання ще не розроблена.

Синдром ПВ є доволі розповсюдженим явищем у сфері суб'єкт-суб'єктних взаємовідносин, до якої відносяться і працівники фармацевтичного сектору галузі «Охорона здоров'я». Не викликає сумніву той факт, що медичні та фармацевтичні працівники у більшій мірі, ніж працівники інших професій, схильні до професійної деформації особистості. На підставі опрацювання даних науковців, що присвячені профілактиці професійних проблем у працівників аптечних закладів, встановлено, що синдром ПВ є саме тим вагомим чинником, який суттєво впливає на якість професійної діяльності, що підкреслює виправність його вивчення.

Метою роботи було дослідження синдрому ПВ у фахівців фармації (ФФ) задля визначення нових підходів захисту та надання рекомендацій щодо можливих шляхів його попередження.

Методики дослідження. Для встановлення обізнаності ФФ щодо синдрому ПВ у роботі застосовано метод соціологічних досліджень – анкетування за власно розробленою анкетною. Респонденти – 30 провізорів, які підвищували свій рівень кваліфікації, навчаючись на курсах тематичного вдосконалення в ІПКСФ НФаУ.

Основний матеріал дослідження. Своєрідною особливістю професійної діяльності працівників фармації є те, що упродовж виконання фахових функцій щоденно можуть виникати емоційно насичені проблемні ситуації різного рівня складності, що стосуються міжособистісного спілкування, які вимагають від ФФ мобілізації внутрішніх ресурсів, потребують вміння управляти власними емоціями, бути емоційно врівноваженими, не реагувати на невдоволення, а іноді проявляти емоційну стриманість.

З одного боку, за даних умов ФФ іноді доводиться докладати неабияких психоемоційних зусиль у процесі спілкування з відвідувачами аптек для того, щоб не реагувати на їх роздратованість і претензії та влучно нівелювати певні емоційно напружені ситуації, що склалися, а з іншого боку, накопичені та невирішені власні психологічні проблеми, наслідки стресу, емоційне та розумове виснаження фармацевтичних працівників може відбиватися на

ефективності роботи, зокрема на рівні одержання споживачами, які звертаються за допомогою в аптечний заклад, компетентної інформації.

Нами були проведено анкетування щодо визначення ПВ у 30 провізорів, які поділялись за посадами (завідувач аптеки, заступник завідувача аптеки, провізор), стажем роботи, віком та роботою в різних типах аптечних закладів (одинокі аптеки, мережеві аптеки, аптечний склад). У дослідженні використовували анкету, що містила два блоки запитань. Один блок питань надавав інформацію про респондента (стать, вік, посада, стаж, кваліфікаційна категорія) та місце його праці (регіон, тип фармацевтичного закладу, форма власності), а другий – містив спеціальні питання за темою дослідження як закритого типу (4 питання), так і відкритого (5 питань).

Дослідження показало, що професійна діяльність ФФ у зв'язку зі значною кількістю непередбачуваних і неконтрольованих комунікативних ситуацій, із нерегламентованим режимом роботи, з високою мірою особистої відповідальності, неможливістю отримання однозначних підтверджень ефективності своєї діяльності є емоційно напруженою. Тому майже всі респонденти (97%) визнали, що термін «професійного вигорання» їм знайомий і вони мають свої власні думки про фактори, що впливають на цей синдром: психологічний клімат в аптечному закладі (67%), відсутність кар'єрного зростання (20%), а також вік (13%) та стать (3%) опитуваного.

Серед головних факторів попередження розвитку синдрому ПВ серед ФФ опитуваними відмічено чіткій розподіл обов'язків серед них (80%). Це свідчить про те, що керівники не завжди об'єктивно пов'язують накопичення наслідків стресів і виснаження запасу життєвої енергії, зниження ефективності діяльності з щоденною роботою з постійним перевантаженням.

Проведений аналіз ризик-факторів ПВ на підставі обробки анкет продемонстрував, що ПВ виникає у ФФ в результаті внутрішнього накопичення негативних емоцій без «розрядки» чи «звільнення» від них та проявляється у виснаженні емоційно-енергійних і особистісних ресурсів.

Висновки. Результати дослідження показали, що опитані ФФ знайомі з синдромом ПВ: 97% провізорів під час роботи опинялися в умовах стресових ситуацій, відчували схожі симптоми психоемоційного стану, на які реагували однотипово. Встановлено, що причинами ПВ ФФ можуть бути протиріччя з керівництвом та відвідувачами; надмірні вимоги до працівників; делегування відповідальності співробітникам, які не мають повноважень чи досвіду; відсутність об'єктивних критеріїв для оцінки результатів праці; неефективна система мотивування і стимулювання персоналу та ін. Оскільки ПВ стало проблемним явищем в аптечних закладах, його профілактика та мінімізація професійної деформації ФФ потребує системного підходу на різних етапах діяльності і своєчасного застосування допомоги та профілактики.

Перспективи подальших досліджень полягають у продовженні вивчення означеної проблеми серед ФФ, які підвищують професійний рівень на курсах тематичного удосконалення в ІПКСФ НФаУ, що не втрачає актуальності в період пандемії та інших викликів сьогодення.

ИЗУЧЕНИЕ ПРИЧИН, ВЫЗЫВАЮЩИХ КОНФЛИКТЫ В АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Пузак Н.А., Тарза Мунир

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина
socpharm@nuph.edu.ua

Конфликт в организации – это состояние социально-психологических, экономических или иных отношений субъектов, характеризующихся крайней степенью обострения противоречий сторон. Также конфликт можно определить как осознанное столкновение, противоборство двух или группы людей, их взаимно противоположных, несовместимых, исключающих друг друга потребностей, интересов, целей, отношений, установок и ценностей, существенно значимых для личностей или групп. Работники аптек, особенно

рецептурно-производственного отдела, нередко сталкиваются с конфликтными ситуациями при обслуживании покупателей. Конфликты мешают качественному выполнению профессиональных обязанностей, ухудшают эмоциональное состояние, вызывают стресс, как у посетителя аптеки, так и у фармацевта. Он возникает и протекает в сфере непосредственного общения людей как результат обострения противоречий между ними. Любая конфликтная ситуация должна быть разрешима в интересах развития бизнеса, а также удовлетворения потребностей посетителей.

Целью данной работы определено изучение причин конфликтных ситуаций посетителей аптек с провизорами или фармацевтами.

Объектом исследования стали данные анкетирования посетителей аптек г. Харькова. Разработанная в рамках исследования анкета состояла из трех частей: вопросы первой части позволили определить социальный портрет посетителя аптек; во второй части предлагалось ответить на ряд вопросов о частоте посещения аптеки, наиболее часто покупаемых препаратах; степени удовлетворенности качеством обслуживания. Также респондент должен был ответить: приходилось ли ему наблюдать конфликтные ситуации в аптеке, быть их участником и какой была реакция на такие ситуации.

Третья часть анкеты предполагала определение факторов, провоцирующих возникновение конфликтных ситуаций в аптечных организациях, а именно:

- Цены, не соответствующие Вашим возможностям оплатить стоимость лекарственного препарата;
- Сомнительное качество лекарств;
- Отсутствие необходимого лекарства в аптеке в данный момент;
- Отказ в принятии возвращаемого лекарственного препарата;
- Отказ в отпуске лекарств без рецепта из списка рецептурных лекарств;
- Отпуск лекарств с истекшим сроком годности;
- Отсутствие инструкции по применению лекарства

Результаты исследования. В опросе приняло участие 56 посетителей аптек; большую часть составляли женщины (88%). Возрастные группы респондентов распределились следующим образом: 20-30 лет (16%), 31-40 лет (19%), 41-50 лет (22%) 51-60 лет (28%), старше 61 года – (15%). Большую часть составляли служащие (32%); рабочие – 18%, пенсионеры – 34%, остальные (16%)– учащиеся и безработные.

Из общего количества опрошенных (48%) посещают аптеку 2-3 раза в месяц; 1 раз в месяц – 15%; остальные (37%) – нерегулярно, по мере надобности. Установлено, что из товаров аптечного ассортимента наиболее часто приобретают гипотензивные лекарственные препараты, а также противовоспалительные, болеутоляющие. При этом, 92% респондентов удовлетворены качеством обслуживания, вниманием работников аптек и их профессионализмом. У 7% опрошенных возникали конфликтные ситуации во время совершения покупки в аптеке.

Для оценки влияния факторов, обуславливающих возникновение конфликтных ситуаций, полученные анкетные данные пересчитаны в соответствующий вес компонента. С этой целью суммировались ответы по каждому фактору; фактору, имеющему наибольшее значение, присваивалась максимальная оценка – «1». Значимость остальных факторов рассчитывалась как отношение суммы ответов к параметру с максимальной оценкой. Балльная оценка факторов составляла от 1 до 5 баллов (табл.1).

Таблица 1

Ранжирование факторов, обуславливающих конфликт в аптеке

№ п/п	Наименование фактора	Ранг	Удельный вес
1.	Цены на лекарственные препараты	1	1
2.	Подлинность лекарственного препарата	2	0,58
3.	Отсутствие необходимого товара в аптеке	3	0,51
4.	Отказ в возврате лекарственного препарата	4	0,32
5.	Отказ в отпуске лекарств без рецепта из списка рецептурных лекарств	5	0,27
6.	Отпуск лекарств с истекшим сроком годности	6	0,11
7.	Отсутствие инструкции по применению лекарства	7	0,1

Данные таблицы показывают, что основной причиной конфликтной ситуации в аптеке является неудовлетворенность покупателей ценами на товары аптечного ассортимента, а также сомнение в соответствии их качества. Вызывает недовольство покупателей и отсутствие необходимого лекарственного препарата на данный момент в аптеке. Также причиной конфликта может быть непонимание покупателем невозможности возврата в аптеку приобретённого товара или же отпуска рецептурного лекарственного средства без наличия рецепта.

Выводы. Таким образом, в ходе исследования изучены причины, обуславливающие дисфункциональные конфликты между провизорами и посетителями аптек; установлено, что наиболее частыми причинами являются высокие цены на товары и сомнение в качестве лекарственного препарата.

RESEARCH OF CONFLICT SITUATIONS IN THE WORK OF PHARMACEUTICAL WORKERS

Samoilenko L.O.¹, Kobets M.N.¹, Kobets Yu.N.

¹National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

Lyubasam9@gmail.com

In modern society, the emergence of conflicts is an inevitable. Conflicts are an indicator of the development of interpersonal relationships. In the absence of disputed situations, it can be considered that the relationship between people is in a period of «stagnation». In the work of pharmaceutical workers, conflicts can arise between staff, workers and management, between the pharmacist and the patient. Persistent conflict situations affect the psycho-emotional state of the pharmacist, which leads to a significant decrease in the working capacity and quality of service.

The aim of the work is to study the causes of conflict situations and ways of resolving them in the work of pharmaceutical workers.

Materials and methods. A survey was carried out among 100 pharmaceutical workers of pharmacies in Kharkiv.

Results of the study. As a result of the study, it was found that 57% of respondents consider the overload of work to be the most frequent cause of conflict between the pharmacist and manager. According to 32% of respondents, there are often disputes between pharmacists as a result of misallocation of duties. 11% of respondents considered the patient to be the initiator of the conflicts. The survey found that 74% of respondents considered compromise to be the most common method of dispute resolution. 12% of respondents felt that it was best to resolve conflicts by mitigation and 14% by evasion.

Conclusions. The study found that the most common causes of conflict are organizational and social factors. In order to reduce the number of disputes, managers need to communicate more with pharmaceutical workers, listen to their complaints and suggestions, and contribute to the development of a favourable internal climate for the organization.

**ФАРМАЦЕВТИЧНА ІНФОРМАЦІЯ –
СУЧАСНИЙ СТАН ІНФОРМАЦІЙНОГО
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

ВИДИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ТА ВИМОГИ ДО НЕЇ

Демченко Н.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
economics@nuph.edu.ua

Вступ. Фармацевтична інформація є складною динамічною системою, яка охоплює пошук, збір, накопичення, зберігання, обробку, аналіз, видачу і поширення інформації, що містить відомості наукових фармацевтичних досліджень і дані фармацевтичної практики, зокрема про лікарські засоби (ЛЗ). Сьогодні зростає необхідність у консультативній допомозі провізора щодо оцінки об'єктивності даних, отриманих споживачем з мережі.

Мета. Визначити вимоги до фармацевтичної інформації, її видів.

Методи дослідження. Використано методи системного аналізу, аналітико-порівняльний та узагальнення.

Основний матеріал. Потрібним є проведення централізованих заходів щодо підвищення інформованості спеціалістів про нові досягнення фармацевтичної науки і практики. При цьому будь-яка об'єктивна, збалансована інформація, що безпосередньо чи опосередковано стосується лікарських засобів, повинна базуватися на даних, затверджених при реєстрації ЛЗ в Україні, та бути об'єктивною, правдивою, точною, сучасною, відповідати законодавству України, загальноприйнятим етичним нормам і правилам, не завдавати будь-якої шкоди репутації препаратів та/або компаній, що конкурують із даним засобом та/або компанією, а також не може містити:

- хибні або навмисне викривлені факти, а також реальні факти або дані у відриві від контексту, що може ввести споживачів лікарських засобів в оману;
- штучно перебільшувати прямі та непрямі позитивні ефекти ЛЗ;
- твердження щодо повної відсутності у ЛЗ небажаних ефектів;
- твердження, що безпосередньо чи опосередковано заявляють про 100 % клінічну ефективність та/або безпеку ЛЗ;

- вказівки на те, що ефективність та/або безпека "є наслідком природного походження препарату";
- містити визначення "новий" стосовно лікарського препарату, якщо після його реєстрації в Україні минуло більше 2 років;
- припущення, що стан здоров'я пацієнта може погіршитись без прийому промоційного ЛЗ;
- дані, які створюють враження, що медична консультація або хірургічна операція не є обов'язковими при прийомі промоційного ЛЗ.

Всі джерела фармацевтичної інформації можна розділити на третинні, вторинні і первинні. Третинні джерела – це підручники, повнотекстові бази даних, оглядові статті. Вторинні джерела – індексні бази даних (каталожні) і реферативні. Первинні джерела – результати клінічних досліджень.

Третинні джерела зручні, легкі у використанні і знайомі всім фахівцям. Основний їх недолік – відставання у часі, містять не найсучаснішу інформацію, неправильна інтерпретація інформації, недостатня кваліфікація авторів (табл1). У табл. 1 наведені приклади третинних джерел.

Таблиця 1

Іноземні третинні джерела фармацевтичної інформації

Загальна інформація про ЛЗ	Handbook of Clinical Daig Data www.mcgraw-hill.com Handbook of Nonprescription Dnigs (American Pharmaceutical Association) www.aphanet.org (ОТС препарати) Clinical Pharmacology http://www.cp.gsm.com DRUGDEX (CD-ROM) www.thomsonhc.com Drug Information Handbook www.lexi.com USP www.usp.usan.com www.usp.org USPDI Том 1,2,3 European Drug Index (європейське товариство клінічної фармації) www.escpweb.org Index Nominum: International Drug Directory www.medpharm.de (інформація за 140 країнами) http://www.druginfosys.com
Небажані реакції	Meyler's Side Effects of Grugs www.elsevier.com Drug Therapy Monitoring System http://www.medi-span.com
Інформація про біологічно-активні добавки	Natural Medicine Comprehensive database www.naturaldatabase.com Review of Natural Products www.factsandcomparisons.com Professional's handbook of Complementary and Alternative Medicine www.lww.com Herbal Medicine: Expanded Commission E Monographs www.herbal-gram.org PDR for Herbal Medicine www.thomsonhc.com Herbal Medicines: A Guide for Health Care Professionals Herb Contraindications and Drug Interactions AltMedDex (CD-ROM)

Лікарські взаємодії	Hansten and Horn's Drug Interaction analysis and Management www.factsandcomparisons.com Drug Interaction Facts www.factsandcomparisons.com Stockley's Drug Interactions www.pharmpress.com DRUG-REAX (CD-ROM) Drug Therapy Monitoring System www.medi-span.com
Лікарська терапія під час вагітності	Drugs in Pregnancy and Lactation www.lww.com Medications and Mother's Milk: A Manual of Lactational Pharmacology www.ibreastfeeding.com REPRORISK www.thomsonhc.com
Несумісність і стабільність	Handbook on Injectable Drugs www.ashp.org King Guide To Parenteral Admixtures www.kingguide.com TrissePs Stability of Compounded Formulations (Американська асоціація фармацевтів) www.aphanet.org

Вторинні джерела – бази даних, які містять посилання на первинні джерела (опису результатів клінічних досліджень). Різні бази включають різні журнали, збірники статей, тому необхідно проводити пошук по різних базах даних (MEDLINE www.nlm.nih.gov (3900 журналів на 40 мовах); Anli-infectives today www.adis.com Cancer Today; www.adis.com Cancerlit www.cancer.gov; Embase www.embase.com; International pharmaceutical abstracts (IPA) www.ashp.org; IOWA drug information service <http://itsntl4.its.uiowa.edu>; Lexisnexis.com; AMED (Allied and Complementary Medicine).

Первинні джерела – це самі дослідження і звіти про них, як опубліковані, так і неопубліковані. Не всі статті, що надруковані в журналах, є первинними джерелами. Саме тому у міжнародній практиці головна роль у комплексі джерел інформації про ЛЗ належить саме офіційній інформації.

Висновки. Інформаційні ресурси сьогодні вкрай необхідні для розвитку і комерційної успішності фармацевтичної галузі. Для підвищення компетентності з питань використання ЛЗ провізори повинні безперервно вдосконалювати свої знання. Потрібним є проведення централізованих заходів щодо підвищення інформованості спеціалістів про нові досягнення фармацевтичної науки і практики, створення інтегрованих інформаційних баз первинних, вторинних та третинних джерел.

**ANALYSIS OF THE INFORMATION COMPONENT
WHEN WORKING WITH PUBLIC PROCUREMENT OF MEDICINES
IN THE COUNTRIES OF THE WORLD**

Podkolzina M.V., Kurylenko Yu.Ye.

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

economica@ukr.net

Public procurement of medicines and medical devices is currently one of the priority areas for the development of Ukraine's health care system. Creating appropriate procurement sites on the one hand simplifies the process and transparency of the procedure itself, and on the other requires direct control. There is no doubt that the openness of information through public procurement helps in the future to formulate a fair competitive offer. That is why the experience of the countries in this area is very relevant for further research in order to improve public procurement in Ukraine.

The **purpose of the study** is to analyze the public procurement of medical in countries of the world and Ukraine.

Results of research. In Ukraine, public procurement in the pharmaceutical sector is due to the development of the Prozorro portal. Procurement monitoring, in turn, is openly monitored through the DoZorro portal. According to the legislation of Ukraine, namely the Public Procurement Law, there are certain principles of procurement, such as objectivity, transparency, corruption prevention, economy and efficiency. All these principles are maximally reflected in portals.

We then analyzed the approaches to procurement in some countries. For example, Chile has a Public Procurement Directorate, Chile Compra, which controls all procurement in the country. Procurement is monitored by supervisory authorities and reported.

In Singapore, there is a SESAMi platform for procurement that works with many companies and governing bodies. Some analytics can be downloaded from the platform's website, but more detailed analysis requires logging in.

The Gulf Union, which includes the UAE, Bahrain, the Kingdom of Saudi Arabia, the Sultanate of Oman, Qatar, Kuwait, has established a Gulf Joint Procurement Program. According to the program, all purchases are controlled and the price of goods is strictly regulated by the Legislation.

In general, all the countries analyzed have a single result – cost savings and control through public procurement.

АЛФАВІТНИЙ ПОКАЖЧИК

Адаужи С. Б.	28	Давиденко А. О.	231
Аит Хмида Ш.	221	Демченко Н. В.	380
Алекперова Н. В.	276	Деренська Я. М.	228
Андрієнко Н. В.	365	Довжук В. В.	102, 193
Бабічева Г. С.	226	Драганова О. М.	241
Баглай Т. О.	66, 118	Єрбоменко Р. Ф.	60
Баєва О. І.	148	Жаботинська Н. В.	352
Байгуш Ю. В.	270	Жирова І. В.	40
Барчук О. З.	109	Жуковіна О. В.	362
Бездітко Н. В.	272	Заверталюк К. В.	193
Безугла Н. П.	200	Зайцева Ю. Л.	216
Бен Гхолам Х.	282	Заліська О. М.	109, 198, 214
Білоус М. В.	344	Заремба Н. І.	106
Блавацька О. Б.	347	Зарічкова М. В.	371
Богдан Н. С.	133	Захарко Н. В.	251
Бойко А. А.	100	Зіменковський А. Б.	106
Бойко А. І.	100	Зоїдзе Д. Р.	163
Болдарь Г. Е.	221	Зупанець І. А.	200
Борецька О. Б.	111	Іванова К. А.	262
Борко Є. А.	360	Казакова І. С.	53
Братішко Ю. С.	316	Калужинська Р. І.	128
Вареных Г. В.	40	Квачова О. М.	323
Висоцька О. І.	304	Кіреєв І. В.	253
Візір Ю. С.	89	Ковалевська І. В.	166, 360
Вінник О. В.	279	Ковальова В. І.	60
Волкова А. В.	16, 77, 151, 190, 212	Коновалова Л. В.	102, 193
Воскобойнікова Г. Л.	102, 193	Корж Ю. В.	16, 216, 306, 308
Гаврилюк Я. Д.	274	Корнієнко О. М.	231
Гавриш Н. Б.	138, 332	Корольов М. В.	350
Гала Л. О.	154, 219	Косяченко К. Л.	274
Герасимова О. О.	310	Котай В. В.	28
Гладкова О. В.	156	Котвіцька А. А.	16, 122
Голубцова К. К.	247	Котлярова В. Г.	234
Гонтова А. В.	304	Кремінь Ю. І.	160
Горбаньов В. В.	332	Кубарева І. В.	16
Грецька Г. А.	362	Кубасова Г. В.	316
Громовик Б. П.	160, 350	Кулакова О. М.	262
Гуз В. С.	198	Кулаєва О. Є.	306

Куриленко Ю. Є.	135, 171, 354, 367	Проскурова Я. О.	151
Кучмістова О. Ф.	46	Пузак Н. А.	374
Лабунець М. Д.	219	Рамусь Т. О.	111
Лебединець В. О.	53	Рибалко Н. В.	135
Лебедь С. О.	335	Рибалко Т. О.	77
Левицька О. Р.	125	Рижов О. А.	244
Литвин О. В.	347	Рищенко О. А.	212
Литвинова О. М.	60	Рогов Є.	102
Лісна А. Г.	244	Романько Т. А.	308
Літвінова О. В.	168	Рубан О. А.	166
Лопатинська О. І.	128	Савченко А. О.	339
Маганова Т. В.	203	Сагайдак-Нікітюк Р. В.	247, 251, 252, 323, 365
Максимович Н. М.	109, 198, 214	Самборський О. С.	183
Малініна Н. Г.	238	Сафта В. Н.	28
Марків Н. В.	100	Сахарова Т. С.	200
Маслій Ю. С.	66	Сахнацька Н. М.	276
Матушак М. Р.	205	Семенів Д. В.	270
Мелашенко П. О.	151	Слободянюк М. М.	182
Мелюс О. О.	272	Сокурєнко І. А.	176
Мнушко З. М.	241	Спичак И. В.	40
Назаркіна В. М.	173	Стасів Х.-О. Я.	109, 214
Нартов П. В.	294	Сурікова І. О.	16
Настюха Ю. С.	111	Тарза М.	374
Немченко А. С.	171, 173, 335	Терещенко Л. В.	190, 216
Ніщименко О. С.	226	Тетерич Н. В.	367
Ноздріна А. А.	77	Ткаченко Н. О.	203
Оганезова Г. В.	241	Ткачова О. В.	304
Огарь С. В.	131	Тростянецька А. В.	252
Олейнікова Н. В.	306	Убогов С. Г.	265
Орел Д. Г.	320	Феденько С. М.	113
Панфілова Г. Л.	133, 176, 205	Фурса Л. І.	216
Парфьонова І. І.	241	Харченко К. С.	179
Перепелиця А. О.	66	Хіменко С. В.	176
Пестун І. В.	241	Хіріна Г. О.	262, 339
Пивень Е. П.	282	Цурікова О. В.	207
Подколзіна М. В.	135, 354	Чегрнієць А. А.	369
Попова І. А.	179	Чмихало Н. В.	279
Посилкіна О. В.	168, 244, 316, 320	Шварп Н. В.	365
Прокопенко О. С.	122	Шматенко О. П.	344

Шульга Л. І.	131, 371
Юрковська Л. Г.	265
Якименко А. І.	310
Яковлева Л. В.	118
Якущенко В. А.	294
Эжжебли М.	138
Ananko V.V.	184
Bengshir U.	256
Boiko V.V.	255
Dona Kh.	141
Dupon F.	297
El Assal R.	286
El Burj B.	312
Hovhannisyan M. V.	34
Kobets M.N.	377
Kobets Yu.N.	377
Kurylenko Yu.Ye.	383
Macosso-Michel J.	187
Podgaina M.V.	184, 255
Podkolzina M.V.	383
Rohulia O. Yu.	256
Ryvak T.B.	143
Salman A.	327
Samoilenko L.O.	377
Sekh M.Ya.	143
Tchitembo G. H.	289
Timofeyev S.V.	285
Tsapko D.	297
Varenykh G. V.	34
Vietrova K.V.	299
Zaytseva Yu. L.	286, 312
Zhadko S.V.	187, 287, 289, 327
Zhirova I. V.	34
Zouhri A.	287

Наукове видання

**СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ:
СТАН, ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ**

**МАТЕРІАЛИ
VI МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
ІНТЕРНЕТ-КОНФЕРЕНЦІЇ**

**23-24 квітня 2020 року
м. Харків**

Формат 60 × 84/16. Ум. друк. арк. 20. Тираж 50 пр. Зам. № 19.

Видавництво Національного фармацевтичного університету
Україна, 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК №3420 від 11.03.2009 р.

Надруковано з готових оригінал-макетів у друкарні ФОП Азамаєв В. Р.
Єдиний державний реєстр юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців.
Запис № 24800170000026884 від 25.11.1998 р.
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до державного реєстру
видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції.
Серія ХК № 135 від 23.02.05 р.
м. Харків, вул. Познанська 6, к. 84, тел. (057) 362-01-52
e-mail: bookfabrik@mail.ua